

公立世羅中央病院での実習レポート

学生番号 B211957 学生氏名 藤井和優

実習期間 2025年6月2日～2025年6月6日 実習施設名 公立世羅中央病院

実習施設とその地域の概要

公立世羅中央病院の沿革を紹介すると、現在の公立世羅中央病院は昭和20年に農村医療の向上のために開設され、昭和28年には結核12床、伝染病棟25床を併設した「世羅中央病院」として開設された。昭和41年には診療棟本館が増築され、名称を「世羅中央病院組合」と改名された。平成14年には世羅中央病院本館の増改築に伴って、名称を「公立世羅中央病院」と改名された。平成16、17年には平成の大合併に伴い、甲山町、世羅町、世羅西町の世羅郡3町が世羅町に、三原市、本郷町、久井町、大和町が三原市にそれぞれ統合され、名称が変更された。平成22年には世羅中央病院の企業団に公立くい病院を経営統合した⁽¹⁾。

本病院の経営母体は世羅町、三原市であり、二次医療圏としては、世羅町唯一の病院である。医師、薬剤師、看護師、作業療法士、理学療法士などの職員数は計324名である。さらに、公立世羅中央病院には18の診療科が存在し、常勤医師のみならず、非常勤医師との協力体制を確立し、病院理念でもある365日24時間体制で質の高い医療を提供し、地域の住民の健康を守っている。

実習内容

月曜日

月曜日の午前は来嶋院長にご講義いただいた後、老健施設である葵の園・セラの施設見学をさせていただいた。

来嶋院長の講義を通じて、地域医療の魅力、世羅町の魅力、学生のうちにやるべきことについて学ぶことができた。世羅町の高齢化は止まることなく進み、患者が来院することができなくなっている現状を知った。来嶋院長はその対策として、世羅町のような過疎化が進む、高齢化が増えるばかりの地域での地域密着型の病院の在り方として、病院が患者の来院を待つのではなく、医師含む医療チームが巡回診療や訪問診療を積極的に行い、患者の前に出向くことを積極的に行っている。医師が来院のままならない患者の近くに寄り添うことが大切であることのお話を伺った。その結果として、地域住民の健康が守られ、地域住民が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるようになり、それこそが患者を支える地域密着型の医療であると学んだ。我々医学生に対しては、若い頃は幅広く興味を持って、より多くの知識を蓄えて、スキルを磨き、専門性を高めていく、すなわち医師としての高い見識を備えることに時間を費やすべきであると仰っていた。

介護老人保健施設である葵の園・セラでは現在の老人保健施設の役割についてお話を伺うことができた。介護老人保健施設では利用者の自立の支援も兼ねて地域の在宅ケアを支援している。住み慣れた街で最期を迎えたいという患者のニーズに応じて、患者の療養の場が医療から在宅へと変遷してきたという経緯を教えていただいた。この在宅ケアを実践していくうえで欠かせないのが様々な職種が情報を共有して、チームとして医療を実践するというチームケアであると仰っていた。他にも葵の園・セラではユニットケアを実践しており、現在1ユニット10床で少人数のグループを形成し、患者が家にいるときと同じように温かみを感じられるように、アットホームな環境で高齢者の生活のケアを行っている。葵の園・セラの大きな特徴は、都会の介護老人保健施設と異なり広いスペースを確保しているため平屋建てであることである。施設内の移動は、運動、リハビリを兼ねていると知った。

午後からはリハビリテーションに関する講義を受け、カンファレンス見学をし、主治医意見書記載方法や皮膚縫合について学ぶことができた。カンファレンスでは、脳神経外科の先生が中心のリハビリテーション科の医師も含めた多職種連携カンファであり、患者の現在の状況を CT や MRI などの画像所見とともに説明して報告がなされ、参加者全員で個々の患者の情報が共有された。本病院の 4 階(地域包括ケア病棟と一般病床)から急性期の症状の患者がいる 2 階まで全てのフロアで同様のカンファレンスが行われた。また、骨折をしている 70 代女性が加重の制限をかけられる PTBT 装具を付けて、理学療法士とともにリハビリテーションをしている様子を見学させていただいた。骨癒合の様子を把握しながら、リハビリテーションが進められ、理学療法士はリハビリテーションの内容を医師と相談しながら決めていた。

実際に問診を進めながら、主治医意見書を書く実習では、障害高齢者の日常生活自立度判定基準や認知症高齢者の日常生活自立度判定基準に従い、日常生活自立度を評価する貴重な経験をすることができた。

皮膚の縫合実習では、皮膚縫合モデルを用いて、柴田先生から縫合のポイントをご教授いただいた。皮膚縫合はきつくテンションをかけても血流が途絶し、皮膚組織の生着が遅くなるだけでなく、抜糸の際に時間を要するため、締めすぎずに生着の手助けをするイメージで縫合をすることや、皮膚縫合をしやすい環境を作り出すように皮膚のテンションをコントロールするために鑷子を使うことを柴田先生の縫合の実演を交えながら学ぶことができた。

火曜日

火曜日の午前は、整形外科の手術カンファレンスに参加した後、整形外科の外来実習の様子を見学した。公立世羅中央病院の整形外科にかかる患者の特徴は広島大学病院の患者の病状と比較して、過度な農作業で腰や膝を痛める患者が多く、また、世羅町には高齢な方が多いため、人工関節に置換する方が多い場合が多いという。他にも骨粗鬆症や変形性膝関節症、手根管症候群や急性腰椎症等の多種多様な患者を見せていただいた。特に変形性膝関節症の患者は印象に残っており、関節包に水が溜まった様子を観察し、実際に触って感触を確認することができた。この患者に対して、有効成分がヒアルロン酸であるアルツという先発品を関節注する様子もみることができた。治療の前に関節液を抜く関節穿刺を行うのだが、変形性関節炎の特徴である関節液が黄色の液体であることも実際にみて観察することができた。他にも 70 代女性の骨粗鬆症の患者には高度な骨塩低下が認められ、重度の変形性脊椎症の患者では、主治医は完治が難しいと判断し、病気と共存する治療方針を患者に理解してもらえるように説明と同意を行っていた。

言語や食事に関するリハビリテーション専門職である言語聴覚療法士の仕事内容を実際に見学することができた。誤嚥性肺炎の入院患者に対して飲み込みの様子に関して評価を行い、常にコミュニケーションをとりながら、とろみのつけた訓練食(患者にあった食事形態)を提供する様子を見学した。

午後からは、瀬尾病院の外来実習があった。瀬尾病院は一次医療圏に属し、総合診療を行っている。主に生活習慣病を抱える高齢者が健康管理のために受診することが多い。時事的な話として、5月29日に広島県内では、70代女性がマダニにかまれ、ダニ媒介感染症である日本紅斑熱に感染し、亡くなったと伺った。マダニにかまれた60代の男性が本病院にも来院し、Tick twister という専用器具を、マダニの口器が皮膚に残らないようにひねらせる処置の一部始終を見学することができた。夕方、同じくマダニにかまれた高齢女性が公立世羅中央病院に来院したが、本病院では瀬尾病院とは異なった方法でマダニ処置を行っていた。アテローム(粉瘤)の手術法などで用いられるデルマパンチで、マダニが付着している皮膚をくり抜き、皮膚縫合を行った後、アモキシリンというペニシリン系の抗生物質

を処方していた。ダニ媒介感染症でもあるツツガムシ病や日本紅斑熱などのリケッチア症をケアする場合、ミノマイシンなどのテトラサイクリン系の抗生剤を処方するという。

水曜日

午前中は、公立世羅中央病院の地域医療連携室の業務内容を学んだ。業務内容は主に紹介受診予約の調整、地域医療機関、かかりつけ医への逆紹介の調整であり、地域医療連携を推進している。逆紹介の具体的な例としては、公立世羅中央病院に受診された患者がより専門的な検査などを要する場合、胆道・胆管、尿管系の疾患であればJA尾道総合病院へ、大動脈解離であれば福山循環器病院、福山市民病院、岡山県にある川崎医科大学病院へ、整形疾患であれば安佐市民病院に紹介をし、治療なども行ってもらう、病状が落ち着けば公立世羅中央病院に戻って来るものがある。広島県内の地域医療の連携システムを学習することができた。

火曜日の午前中と同様、整形外科の外来実習に参加させていただいた。脊柱管狭窄症の患者に対し、ブロック注射を腰椎麻酔よりも低いレベルで仙骨裂孔に針を尾側から刺入する処置を見学した。また、整形疾患の場合、レントゲンやCT、MRIなどの画像にて診断をする機会が多いが、初回の受診のレントゲンなどの画像で判断してはならず、また何か症状があり、2回目以降の受診がある場合にはオーバートリアージでも良いのでCTやMRIなど検査のレベルを上げて良いという先生のお話を伺い、患者の症状のひとつひとつからその背景に起こっていることを解明するという、患者の言葉に真摯に向き合うべきであることを学んだ。

午後からは、栄養管理室や薬剤部が病院でどのような重要な役割を担っているかについて学んだ。栄養管理室では、患者の疾患ごとにカロリー制限や塩分制限、食事にとろみをつけるなど、職員や患者の食事を管理していた。薬剤部では、主に薬剤の管理をしており、薬剤管理のためにバーコードが使用されていた。バーコードを使用するメリットは、ヒューマンエラーを圧倒的に減らすことができることであり、バーコードをつけることで災害時にも迅速に本人の許可なく他の医療機関まで服用薬を確認できるなどがあることであると学んだ。

放射線室では、レントゲン、マンモグラフィ、CT、MRIなどの各機械の特徴を学んだ。CTは2次元画像で表されるが、CT画像から3D画像に変換する技術の登場で、患者に分かりやすく病状説明をできるようになったという。

片岡副院長のご講義では、認知症になるリスク因子として社会的孤立が挙げられ、デイサービスやグループホームなどの小グループで共同生活を送ることで認知症予防につながることは研究データとして証明されているという。

検査室では実際にマスター負荷心電図で4分半の階段の昇降を行い、負荷をかける前と後の心電図の違いを観察した。また、健康管理センターには広島市内よりも世羅町の方が近い三原市、三次市、府中市からも健康診断を受けに来られているという。さらに、公立世羅中央病院には誕生月健診という健診申し込み制度があり、人間ドックを受けられない75歳以上の方も健診を受けることができている。これは地域に根差した医療を実践しているといえる。

木曜日

午前中は、看護師の後ろにつき、看護師の病棟での1日の業務を見学した。朝5時から業務が始まり、入院患者の食事の配膳、下膳、患者の口腔ケア(この時にご飯をしっかりと食べられているかを確認する)、バイタルサインチェック、配薬などの業務があった。また、実際に看護師2人が介助し、患者が寝たまま入浴できる臥床式特殊浴槽に入っている様子を見ることができた。他にも、普段あまり喋らない入院患者の退院当日に看護師の前で涙を流している現場に立ち合い、医療行為の中の看護師

しかし、近隣の地域実習先病院、庄原赤十字病院がある庄原市や神石高原町立病院がある神石高原町には無医地区が存在する(図 1)。無医地区の患者に対して、どのような医療体制で、無医地区に患者が受診できているのかということが問題である。救急体制の構築や、患者搬送システムの構築はされているのだろうか。来嶋院長のご講義の内容にあったように、救急時以外は医師側が患者に出向くような体制になっているのだろうか。医師の絶対数が地域によっては少ないという地理的な問題だけではなく、診療科によっては医師が少ないという診療科の偏在もある。診療科によって人員が不足する場合には当該領域の医療が提供できない問題が生じる。複数の科に跨って医療が必要な場合など、診療科ごとのアンバランスは各医療機関で診療を完結できずに、患者搬送に頼らなければならない、専門性を発揮できない診療科が増えると、救える患者が救えないという深刻な事態に陥るのではないだろうか。医師の偏在とは必要な医師数の偏在、すなわち、絶対数の不足、専門医数の不足を引き起こすことになり、救える命が救えないという医療崩壊をもたらすことになる、まだまだ学生の私は分かっていないと思うが、少しでも学ぶことができた。今回の実習にて、地理的偏在や診療科偏在の現状を学ぶことができた。

(2)医師の偏在に対する課題や解決策の存在と提示

医師の地理的偏在に対して、医学部入試に「地域枠」という入試制度が導入されている。これは、国が指定した医師不足が問題となっている病院で、ある一定期間の間、卒業後勤務が義務付けられているというものだ。医学部の地域枠入試制度は多数の大学で実施されており、広島大学でも「ふるさと枠」という入試形式が存在する。この「ふるさと枠」医師等の配置対象となる病院には中堅病院では JA 吉田総合病院やみつぎ総合病院、三次中央病院などがあり、中小病院には安芸太田病院や神石高原町立病院、公立世羅中央病院などがある⁽³⁾。このような制度は、医師不足が問題となっている地域で医師を充足させる点で地域医療の問題を緩和する策だと思う。

もうひとつの診療科偏在に対して、国は医師シーリングという制度を 2018 年に設けた。これは専門医資格取得を目指す専攻医の採用定員に上限も設ける制度である。医師すなわち指導医が多い地域、つまりは都市部に所在する基幹施設の専攻医プログラムに人気が集中してしまいがちであるのが現状である。それをシーリングにより募集枠が減らされるということで、地方で研修する医師を増やし、診療科偏在を解消することを目的としている。学生の私としては、少し複雑な気持ちになるのが本音であるが、どこに住んでいる患者も平等に日本に保険診療、専門治療を受けることができるようにするためには必要なことであると感じる。

各都道府県単位で設置される高度で最先端の医療機関がある地域いわゆる三次医療圏とは異なり、より専門的な知識を身につけることは、地方の病院では難しいとされている。一方、地方の病院で働く魅力を実習を通して感じた。それは人と人のつながりが強いように見えたことである。病院内で医療スタッフの方とすれ違った時に「お疲れ様です。」などの挨拶が多く見受けられ、大学病院ではあまり見られない光景であるように私は感じた。また、医療スタッフ同士だけではなく、医師と患者のつながりも強いと感じた。これは地域医療のひとつの特徴でもある訪問診療などで感じることもできた。訪問診療では院外に出ていき、病気を治療していただくだけではなく、家庭や生活のことも親身に話を伺いながら、患者の病気をみる、そして患者の生活を支えていく地域密着型の医療が実践されていると感じた。他にも、実習中の横田企業長のご講義の内容と被るが、ビジネス的な側面の話と関連して、医療施設間の競争の少ない地域で、患者から求められている場所で医療を行うこと、自身を頼って来院してくれることは、医師としてのやりがいや使命感を感じやすく、そうした環境で働くことは代えがたい経験であると感じた。こういった地域医療ならではの魅力を病院実習や研修期間内の教育を通じて学び、将来の進路に対しても選択肢として考えることも、都市で働くことを選んだとしても大切なことであると感じた。

他にも、本レポート冒頭で実習施設とその地域の概要を記載した通り、平成の大合併に伴って、公立世羅中央病院は、平成 22 年には公立いくい病院を統合している。公立病院改革の目指すものの基本的な考え方に、「医師をはじめとする必要な医療スタッフを適切に配置できるよう必要な医療機能を備えた体制を整備するとともに、経営の効率化を図り、持続可能な病院経営を目指すものとする。」⁽⁴⁾があるが、公立いくい病院との統合は、平成の大合併以前にあった多数の中小病院の過疎化による経営悪化を解除するためにあった一例と捉えられている。自治体病院の機能を集約することで周辺の病院と連携して互いに協力し合うことは効率的な医療体制を構築することができていると考えられる。安定した経営があつてこそ、安定して医療を患者に提供できるというのは正しいことであるが、その重要性和バランスについては、この実習では到底学生の私には整理できることではないように感じた。

世界の地域医療の問題に着目すると、フランスでは専門医の数を各地域の医療体制を考慮しながら、地域ごとに、診療科ごとに、定員が決められている上に、病床数や医療機器の配置までも地域ごとに規制されている⁽⁵⁾。また、イギリスでは患者さんが自由に専門医を受診することは許されておらず、まずプライマリ・ケアを担う総合医(GP)を受診しなくてはならないが、この総合医の数を地域ごとに制限する制度などが存在する。これらの医師の偏在を是正するための政策は参考にすることも多いと考える。また、私はこの実習を通じて、地域医療を実践する上では二次医療圏では特に地域内あるいは周辺の病院同士の“連携”が特に重要だと感じた。これは、過疎化が進む環境で、人員配置的な観点からも、コスト的な観点からもひとつの病院に多くの高度で専門的な知識をもつ医師や様々な診療科の医師をそろえることは現実的ではない。大切なのは、地域に住む人が速やかに適切な医療を受けることであるので、ひとつの病院で完結することができなくても、それぞれの疾患を得意分野、守備範囲としている周辺の医療機関と“連携”しながら、患者さんを支える「地域完結型医療」のかたちを目指していくことが大切ではないだろうか。

謝辞

公立世羅中央病院での地域実習では、地域医療が抱える問題を情報としては知っていても、先生方からご教授いただいて切実な問題であること、これから私たちも自分の将来とともに考えていくべき問題であることを学んだ。多面的な見方で問題を捉えていくこと、そして幅広い見識が必要であると感じた。親身にご指導をしてくださった来嶋院長や大枝外科部長をはじめとした実習先での指導教員やこの実習を開設していただいた広島大学地域医療システム学講座の先生方の皆様に深くお礼申し上げます。

参考文献

(1)公立世羅中央病院 病院のご案内・沿革

<http://www.serachuo-hp.jp/aboutus/history.html>

(2)厚生労働省 第 1 章 無医地区の概況

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0124-11h2.html>

(3)2025 年度 医学部医学科ふるさと枠パンフレット 進路に関する基本方針

<https://www.hiroshima-u.ac.jp/system/files/235318/2025panphlet.pdf>

(4)総務省 公立病院改革ガイドライン

https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/pdf/071224_zenbun.pdf

(5)医師の不足と過剰 医療格差を医師の数から考える 桐野高明[著] 東京大学出版会 P171