

学生番号：B213786 氏名：長田 知紗

実習期間：自 2025 年 11 月 10 日 至 2025 年 11 月 14 日 実習施設名：安芸太田病院

1. 安芸太田病院とその地域の概要

安芸太田町は広島市内から高速道路で約 40 分、広島県西北部に位置する中山間地域で、総面積は 341.89 km² と県内でも有数の広さを持つ。人口は 5,244 人、高齢化率は県内で最も高い 52.9% である。(令和 7 年 10 月末時点)。町内には鉄道がなく、住民の多くが自家用車に依存しており、特に高齢者の移動手段の確保が課題となっている。町で唯一の入院可能な公立病院である安芸太田病院は、広島県西北部における唯一のへき地医療拠点病院であり、12 診療科、地域包括ケア病棟 53 床、療養病棟 42 床、院内併設の介護医療院 10 床を有する(令和 5 年時点)。救急搬送も受け入れているが、主に回復期・慢性期医療を担っている。急性期病院である安佐市民病院との連携に加え、訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導などの在宅支援を行うことで急性期から在宅医療まで切れ目のない医療を提供している。また、行政機関である「保健・医療・福祉統括センター」と連携し、住民健診や介護予防事業を通じて地域全体で保健・医療・福祉を支える体制を整え、住民が安心して暮らせる地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。

2. 実習内容

■ 1 日目(11 月 10 日)

朝 9 時に安芸太田病院に到着し、まず事務の方から院内を案内していただいた。院内には透析室やリハビリテーション室が完備されており、なぜこの二つの設備があるのかを考えた。安芸太田町は公共交通の便があまり良くなく、週 3 回の通院が必要な透析患者にとって、急性期病院までの通院は大きな負担となる。そのため、このような地域の病院に透析施設があることは非常に意義があると感じた。また、リハビリテーションによって日常生活動作(ADL)の自立支援や重症化の予防を図り、住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を継続できるよう支援している点からも、当院が回復期・慢性期を担う役割をしっかりと果たしていると感じた。その後、結城院長から介護保険に関するレクチャーを受け、午後からは病棟の患者さんに対して改訂長谷川式簡易知能評価スケールや Barthel Index (BI) を用い、高齢者総合的機能評価 (CGA) を実施した。疾患そのものではなく身体機能を評価するという視点は、大学病院での実習では経験がなかったため、急性期病院と回復期・慢性期病院の役割の違いを強く感じる機会となった。収集した情報を病棟看護師さんに確認していただいたところ、患者さんの発言と看護師さんの判断に相違が見られる部分もあり、患者さんの発言を鵜呑みにしないこと、多職種間で情報を共有することの大切さを実感した。その後、主治医意見書の作成にも取り組んだ。医師が作成する紹介状とは異なり、疾患に関する医学的情報はほとんど求められず、同居家族の状況や自宅の構造、本人の生活圏、各 ADL 項目の具体的な内容など、将来の介護者が患者さんの生活や自立度を具体的にイメージできるように記載する点が特徴的だと感じた。ケアマネージャーさんや看護師さんなど、さまざまな職種の方々が読む文書であるため、医学用語をできるだけ避け、誰が読んでも理解しやすい表現を心がけた。午前のレクチャーで、介護認定においてケアマネージャーが作成する認定調査書の方が重視される傾向があり、主治医意見書は介護度決定時にあまり重視されないと伺った。しかし、患者さんの生活機能については医師の立場だからこそ気づける点も多く、一つ一つの設問を丁寧に吟味して記載することが大切だと感じた。

■ 2 日目(11 月 11 日)

午前中は断酒会に参加させていただいた。参加者の中には、12 年間断酒を続けている女性がいたが、その断酒のきっかけが自殺未遂を起こしたことだったという話が印象的だった。助けられた後、多くの人に迷惑をかけてしまったことを反省し、断酒のために 1 年間の入院を決意したそうだ。それ以前は、1 日中お酒のことを考えてしまったり、夫に見つからないようにお酒を隠したり、1 年間断酒を続けたものの失敗して自

暴自棄になってしまったという話も伺い、アルコール依存症がもたらす強い執着心と、断酒という行為の難しさを実感した。また、寂しさや不安を感じた時期に飲酒量が増えたことが発症のきっかけとして参加者に共通していた点も印象的であった。子どもが高校を卒業して地元を離れたことや、家族の入院により家一人でいる時間が増え、孤独を感じたことが発症の契機となっていた。また、2年間断酒を続けていたが、最近になって冬季以外の仕事を失い、生活の不安から精神的に不安定になり再び飲酒を始めた男性の話からは、アルコール依存症の背景には心理的要因だけでなく、就労や経済的な問題など、福祉的側面も深く関係していることを感じた。地域全体を医療だけでなく、保健・福祉の面からも支える体制の必要性を強く実感した。断酒会では、2時間の会の中で参加者がお互いの悩みや成功体験を共有し、励まし合う姿がとても印象的であり、この会の意義を改めて感じる事ができた。前出の女性は「月に6回、断酒会に必ず参加することが自分の仕事だと思っている」と話しており、継続的に会へ通うことが日々の生活の支えになっている様子だった。男性も「幻視が見えて怖くなり、誰にも相談できなかったが、断酒会では同じ体験をした人がいて安心できた。断酒に成功した人の話を聞いて自分もできるかもしれないと希望を持てた」と話していた。断酒会は単なる治療の場ではなく、依存症患者が孤立せず、仲間とともに支え合いながら前向きに生活を取り戻していくための大切な場として、地域において重要な役割を果たしていることを実感した。今回の見学を通して、アルコール依存症の治療には医療的な介入だけでなく、社会的・心理的な支援が欠かせないことを学んだ。また、行政や地域の支援機関が連携して患者を支える取り組みを実際に見ることができ、地域包括ケアシステムが現場でどのように機能しているのかを実感できた。

午後は訪問診療に帯同させていただいた。診察したのは、誤嚥性肺炎のリスクがある寝たきりの男性で、奥様と二人暮らしであった。在宅では詳しい検査ができないため、視診・触診・聴診などのフィジカルアセスメントが特に重要であると学んだ。また、医師が患者さんだけでなく、介護を担う奥様にも丁寧に声をかけ、介護の状況を聞き取りながらアドバイスをする姿が印象的であった。これは院内の診察ではなかなか見られない光景であり、在宅医療の特徴であると感じた。実際に奥様から、「自動吸引器を導入してから、夜間に何度も起きて吸引する必要がなくなり、安心して眠れるようになった」と伺い、機器一つの導入が介護者の負担軽減につながることを実感した。一方で、近年は介護者がいないことを理由に訪問診療を希望する家庭が減少しているというお話もあり、在宅医療の実現には介護者の存在が欠かせないことを痛感した。だからこそ、介護者の負担を軽減し、不安を取り除く支援体制が重要であると感じた。今回の経験を通して、患者さん個人だけでなく、家族という単位で支えるという視点を持つことの大切さを学んだ。

■3日目(11月12日)

午前中の看護実習では、地域包括ケア病棟に入院している患者さんの清拭やバイタルサインの測定をさせていただいた。清拭という一見単純なケアの中にも、患者さんがどの程度自力で起き上がれるかといった動作の評価や、皮膚の状態を観察して褥瘡などの異常を早期に発見する意識が必要であることを学んだ。また、タオルは広げて少し冷ましてから使用すること、服を脱ぐ際は健側から、着るときは患側から行うこと、脇や腹部、股部など汗が溜まりやすい部分はかゆみの原因となるため丁寧に拭くことなど、多くの看護技術を教えていただいた。これらはいずれも患者さんの立場に立ち、少しでも快適で安全なケアを提供するための工夫であると感じた。さらに、カルテを拝見し、看護師の方々が綿密な看護計画を立て、日々の観察から得られた情報をチームで共有し、翌日のケアに反映していることを知った。今回、初めて看護の仕事を経験したが、想像以上に体力を要する場面が多く、仕事量も膨大であるため、看護師という仕事の過酷さを実感できた。将来、医師となった際には、自分の担当患者さんを昼夜問わず支えてくださる看護師さんへの感謝と尊敬の念を常に忘れないようにしたいと感じた。さらに、患者さんに使用されている医療物品についても説明を受けた。ほとんどのベッドに設置されている離床センサーは患者さん一人ひとりの病状や状態に応じて、

マットの種類や位置を変えているようだ。基本は床に敷くマットセンサーに一步目が置かれるよう配置するが、体位変換を行っただけでも様子を見に行きたいような状態の患者さんにはベッドセンサーを、認知症で徘徊傾向のある患者さんには病室の出入口にマットを配置するなど、きめ細かな工夫がなされていた。また、褥瘡のドレッシング材も、滲出液の有無やうい瘦の程度に応じて厚さや素材を選択しているとのことだった。これらは、多職種で構成された院内委員会（転倒・転落防止対策、褥瘡対策など）で作成されたマニュアルに基づいているようだ。患者さんが安全で快適な療養生活を送れるように、職種の垣根を越えて院内全体が共通の目標を持って取り組んでいることを強く感じた。多職種がそれぞれの専門性を生かしながらも、同じ方向を向いて連携している姿に、チーム医療の理想的な在り方を見たように思う。

昼食後は検査部で実際の検体を用いてグラム染色を体験した。安芸太田病院では、臨床検査技師さんが細菌検査を行うのは午後のみで、それ以外の時間に結果を急ぐ場合は、医師自らが染色を行うこともあるようだ。将来自分が行う場面もあるかもしれないため、大学病院では経験できなかった手技を実際に体験することができ、大変勉強になった。その後、リハビリテーション室を見学させていただいた。リハスタッフの方に案内していただきながら、各種の訓練機器や設備について説明を受け、実際にいくつかを体験することができた。特に印象に残ったのは、車いすで院内を一周したことである。ドアの開閉やわずかな段差であっても越えるのに苦労し、日常生活で車いすを使用する方々の不便さを、身をもって実感した。また、リハビリ室内の練習用階段の高さがバスの昇降口や住宅の土間と床の段差など、地域住民が実際に直面する生活環境を意識して設定されていることが興味深かった。特にこの地域には古い家屋が多く、土間と床の段差が大きいいため、退院に向けたリハビリでは踏み台も利用しながらこの段差を確実に乗り越えられるようにすることが不可欠であると説明を受けた。さらに、作業療法エリアに仏壇が設置されていた点も強く印象に残った。大学病院のリハ室では見たことがない設備であり、地域の文化や慣習を反映した取り組みだと感じた。かつてこの地域には「安芸門徒」と呼ばれる浄土真宗の信徒が多く、現在も仏壇の礼拝が日常動作として根付いていることから、作業療法にも取り入れているようだ。また、仏壇の状態は患者さんの自立度を把握する重要な視点にもなると教わった。仏壇の清掃が行き届いていない、お供え物の交換ができていないといった変化はADL低下のサインとなり得るため、訪問リハでは必ず仏壇を確認しているとのこと、地域ならではの評価方法だと非常に印象深かった。今回の見学を通して、リハビリテーションが地域特有の生活習慣や住宅構造を踏まえて実施されていることを理解することができた。また、治療とリハビリは密接に関わっており、退院後の生活を見据えた包括的な支援として重要であることを改めて認識した。普段の実習では得られない視点に触れる貴重な機会となった。

■4日目（11月13日）

安芸太田病院から車で約40分、山道を登りながら雄鹿原診療所へ向かった。道中は「この先に人が住んでいるのだろうか」と不安になるほどの山深い地域であり、冬場の積雪を考えると、住民の生活や医療へのアクセスの厳しさを感じた。もし雄鹿原診療所がなければ、住民が医療を受けることは極めて困難であると感じた。診療所は、周囲に民家が点在する程度の過疎地にあったが、建物は予想以上に立派で、内視鏡検査まで行えると聞き、想像以上に設備が整っていることに驚かされた。所長の東條先生は医師5年目以降、この地域に定住し、週4日診療を続けているようだ。このような地域の診療所では外勤医師の持ち回りで診療しているのかと思っていたため、若い頃から不便な地域に移り住み、24時間オンコール体制で地域医療を支えている東條先生の地域医療への熱い情熱に深い感銘を受けた。診察の見学中も、「次来るときは東條先生がいないから不安」、「施設には入れずに定期的にここへ通院させることにする」、「東條先生と薬だけが頼り」という患者の声が多く聞かれ、地域の方々が先生を強く信頼していることが伝わってきた。長年にわたる診療を通して築かれた信頼関係こそ、地域診療所ならではの魅力であると感じた。また、雄鹿原診療所では患者

の約 8 割が検診を受診しており、これは県内でもトップの成績だという。東條先生は「治療中の病気以外の新たな疾患が隠れていても、外来診察だけで気づくことは難しい。新しい病気のせいで亡くなってしまうと元も子もないから、検診で確認することが必要不可欠である」と話しておられた。大学病院での実習を振り返ると、主に病気の悪化や再発を防ぐ三次予防に重点が置かれていたが、ここでは二次予防にも力を入れ、住民が健康で長く暮らせる地域づくりを実践していることを学んだ。この高い受診率は、東條先生が長年かけて築かれた信頼関係のもと、住民一人ひとりに「自分の健康を自分で守る」ことの大切さを伝え続けてきた成果であると感じた。検診は、基本的なものであれば診療所内で行えるが、乳がんや子宮頸がんなどの所内で対応できない検診についても年に 2 度ほど地域に巡回バスが来て受診できるそうだ。へき地であっても住民の負担を最小限に抑え、必要な医療が行き届くような体制が整っている点にも深く感銘を受けた。検診受診率の高さとともに、もう一つ印象的であったのは、雄鹿原診療所の患者の約半数が東條先生に看取られているという点である。つまり、多くの住民が病院のベッドの上ではなく、住み慣れた地域で最期の時を迎えられているということだ。この日診察に訪れていた 90 代男性の CKD 患者について、東條先生は「この患者さんはカリウム値が 7 を超えており、最期は致死性不整脈により自宅で亡くなるだろう。それは本人と家族にもすでに説明しており、その時は救急車を呼ばないように伝えている」とお話しされていた。自宅で最期を迎えるためには、本人と家族が事前に心構えと準備を整えておくことが重要であり、東條先生はそれを丁寧に支えておられることが印象的であった。東條先生の医療に対する姿勢は、まさに、地域包括ケアシステムの基本理念である「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで」を体現しており、地域医療の真の意義を実感できた一日であった。

■5 日目

最終日は、AI 問診システムについて説明していただいた。はじめに入力した主訴について、選択肢が提示されながら段階的に深掘りしていく形式であり、紙カルテのような抽象的な質問よりも症状や生活歴についてより詳しく把握できると感じた。安芸太田病院では、以前は発熱外来に来た患者さんの問診を事務員が電話で聴取していたため、その間に業務が滞ったり、専門職でないがために質問の聞き漏らしが生じたりすることがあったそうだ。しかし、このシステムの導入により患者さんの情報が直接医師のカルテに自動入力されるようになり、これらの問題が解決されてスムーズな病院運営が可能になったそうだ。このような地域の病院でも、最新の技術を導入し、医療の質の向上に努めていることが印象的であった。その後の柿本先生による総括では、地域医療とコロナウイルスについてお話しいただいた。先生の実体験も踏まえたお話から、今回のパンデミックのような緊急事態においても、地域包括ケアシステムを構成する「医療」「介護」「生活支援・介護予防」の三つの要素のうち、いずれか一つでも崩壊させることなくそのサイクルを維持し続け、地域住民を孤独にさせない体制を保つことの重要性を強く感じた。

3. 考察

今回の地域実習を通じてまず強く印象に残ったのは、『「孤独」の危険性と多職種連携の重要性』だ。断酒会の参加者が皆、寂しさや不安を一人で抱え込んだことが発症の契機となっていたことや、自宅に一人きりで過ごす時間が増えることで認知機能低下や抑うつ、ADL の低下を生じやすいという話も伺ったことから、孤独は多くの病気の背景に潜む、大きなリスクであることを学んだ。特にへき地では交通の利便性が低く、住居が広い範囲で点在しており隣家が離れた位置にあるため、家族以外の人と何気ない会話を交わせる機会は都市部に比べて少ない。そのため、地域全体で孤独を防ぐ仕組みづくりがより重要である。対策として、地域住民が集う場所の整備や、お祭りなどの地域の交流会や何かしらのコミュニティの立ち上げを企画し、自力での外出が可能な高齢者に対して参加を促進することが挙げられる。実際に、私たちが毎晩実習後に訪れていた月ヶ瀬温泉では、常連同士が挨拶を交わし、世間話を楽しむ姿が見られ、地域住民が気軽に集える交

流の場となっているようだった。また実習後の週末、15, 16日には「五サー市」というお祭りの開催や、年に2度の吉水園の一般公開が予定されていた。一方で、ADLの低下により自力での外出が難しい高齢者には、訪問診療・看護・介護といった在宅系サービスによる定期的な見守りや送迎付きデイサービスの利用を促すことが、外とのつながりを保つために効果的であると考え。このように、地域住民の交流の機会の創出や各種サービスの活用によって、誰も孤独にさせない地域づくりが理想的である。今回、実習で多職種の業務を拝見したことで、これらの取り組みを実現するには、ケアマネージャー、介護士、看護師、地域包括支援センター、行政など多職種・多機関の連携が不可欠であることを強く実感すると同時に、病気を治療して終わりではなく、治療後も各方面と連携しながらその人の「暮らし」に寄り添い、地域で安心して生活を続けられるよう支えることが地域包括ケアシステムの本質であることを学んだ。

次に、地域医療における「**総合診療の重要性**」について深く学ぶことができた。診療所や訪問診療で拝見した患者さんの多くは、糖尿病、CKD、心不全、認知症などの common disease を複数抱えており、複数の診療科にまたがる課題を同時に持っていた。しかし、へき地ではすべての科の専門医がそろっているわけではなく、患者が必要な科をすべて受診することは現実的ではない。その中で、幅広い疾患に対応できる総合診療医の存在は、患者のニーズに応えるうえで欠かせない役割を果たしていると感じた。以前ポリクリで総合診療科を回った際、多くの医師が各科のエキスパートとなることを選び、それによって自分の専門以外の領域を診ることが難しい医師が増えているという課題について学んだが、今回の地域実習を通じて、その問題が地域医療の現場でより切実であることを痛感した。地域に求められる医療と、幅広い疾患を診られるスキルの重要性を改めて理解することができた。

さらに、実習を通して「**患者を家族単位で診ることの重要性**」も再認識した。訪問診療に帯同した際、医師が患者だけでなく家族の不安や悩みに丁寧に耳を傾けており、診療所では東條先生が診察後に付添の家族だけを残して相談に乗り、必要に応じてその家族自身の診察も行っていた。家族に問題が生じると、患者の療養環境そのものが崩れ、最終的には患者・家族ともに共倒れになりかねない。だからこそ、患者を支える家族を含めて一つの単位として捉え、ケアしていく姿勢が大切であると実感した。

上記に記した三つの学びは、地域医療に限らず、将来どこで働こうとも当たり前であるべき心がけやスキルである。これまで私は地域医療を「特別なもの」と捉えていたが、この実習を終えた今では、むしろ地域医療こそが医療人としての基盤を成しているのだと感じている。今後の実習や初期研修、そしてその先も患者・家族への配慮、他職種へのリスペクト、そして専門外であっても幅広い分野の知識を学び続ける姿勢を大切にしていきたい。

ここからは、地域医療や都市部の医療の問題改善策について提案・私見を記す。

■地域医療における医師不足の解消

現状では、ふるさと枠や自治医科大学の制度により、将来地域医療に従事する若手医師を一定数確保できている。しかし、娯楽の少なさ、専門医取得や大学院進学が遅れやすいこと、指導医不足、家庭を築くタイミングが難しいことなど、地域医療には多くのデメリットが存在するため、ふるさと枠以外の学生や若手医師が自発的に一定期間地域へ赴くことを期待するのは現実的でないと考え。こうした状況を踏まえ、居住地から通える外勤という形で地域医療に関わる若手医師の数を増やすことが対策の一つになると考える。また、地域に移住し常勤で働く医師を増やすには、こうしたデメリットの影響が少ない定年後の医師層へのアプローチが有効であると考え。子育てが一段落し、勤務先変更や開業を検討する人も多い世代であり、広島県にはへき地での診療所継承・開業を支援する制度もある¹ことから地域医療参入の後押しになると考えられる。また、医師の中でも、総合診療医は医師不足解消において非常に重要な役割を担う存在である。近年、総合診療専門医の数は増加傾向にあるが依然として十分とはいえない。そこで、総合診療医を志す人材を増やす

ために、総合診療医に対して何らかのインセンティブを導入することを提案したい。それにより、学生や研修医の誘致にもつながると考えられる。また、内科専門医と救急科専門医ではダブルボード取得が認められており²、この層の増加も期待できる。その他の専門医であっても、科をまたいで幅広い疾患に対応できる能力を身につけてもらうために、定期的な地域研修や勉強会の開催といった継続的なスキル習得の場を設けることを提案する。程度の差はあれ、多くの医師が総合診療的な能力を身につけることで、地域医療に求められる人材の底上げが図られ、その確保につながると考える。

■へき地医療から学ぶ検診受診率向上のヒント

地域医療には課題だけでなく、むしろ都市部よりも優れている点もある。その一つが、検診受診率の高さである。図1より、へき地の大腸がん検診受診率は県内でも上位を占め、いずれも全国平均を上回っていることが分かる。一方で、比較的人口の多い地域では受診率が低い傾向にある。この傾向は肺がんや胃がんでも同様である。この差は、医師が患者の検診歴をどの程度把握できているかによって生まれると考える。へき地では医療機関が限られているため、住民は必然的に同じ医療機関で検診を受けることが多い。

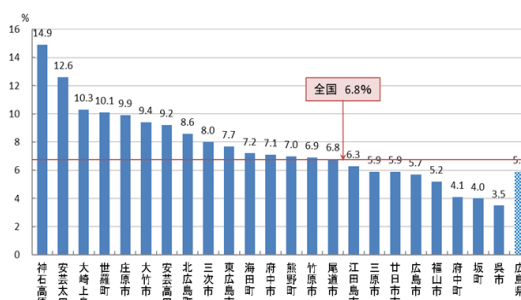


図1. 令和5年度の大腸がん検診受診率 (広島県市町別)³

その結果、医師が患者を継続的にフォローでき、検診の受診歴を把握しやすい環境が整っている。医師が「前回の検診から1年が経過している」と把握できれば、適切なタイミングで受診を促すことができ、これがへき地における高い検診受診率につながっていると考えられる。一方、都市部では医療機関の選択肢が多く、患者が複数の医療機関を使い分けることも少なくない。その結果、医師が個々の検診歴を把握しにくく、受診のリマインドが難しいという課題がある。そこで、他院での検診結果も記録し、医療機関間で共有できる「検診手帳（お薬手帳の検診版）」の導入を提案したい。さらに、これをマイナンバーカードと連携させれば、手帳がなくても医療機関側が検診歴を確認でき、前回受診から一年以上経過している場合には受診を促すことが可能になる。また、過去の検診結果と比較することで、異常の早期発見にもつながる。このように、都市部では同じ医師に継続して診てもらうことが難しい状況にあるが、医師が患者の検診歴を把握できる仕組みを整えることで、へき地と同様に受診率を高めることができるのではないかと考える。

4. 謝辞

結城院長、東條所長をはじめ、安芸太田病院、雄鹿原診療所、保健医療福祉統括センターの先生方や各職種のスタッフの皆様、そしてこのような機会を設けてくださった松本教授ならびに地域医療システム学講座の皆様のおかげで、大学病院では経験できない多くの学びや気づきを得ることができ、大変充実した5日間を過ごすことができました。この場を借りて心より御礼申し上げます。正直、実習前は地域医療に対して少しネガティブな印象を抱いていましたが、壮大な自然、美味しい食事、疲れを癒す温泉、そして地域住民の皆様のお温かさに触れ、安芸太田町ならではの魅力を新たに発見するとともに、身も心もリフレッシュされる5日間となりました。今回の経験を糧に、今後も自己研鑽に励み、将来何らかの形でお世話になった皆様に還元できるよう精進してまいります。

5. 参考文献

1. 広島県公式 HP 「広島県重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業について」
<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/54/2025iryoushien-hojyokin1.html>
2. 一般財団法人日本専門医機構総合診療専門医検討委員会 HP <https://share.google/DQs4oSCAfBIFC2DtB>
3. 広島県公式 HP 広島がんネット <https://share.google/F0pKA9Ql1uUu36n0f>