

実習期間 2012年6月25日～6月29日 実習施設 安芸太田病院

## 1. 実習施設とその地域の概要

安芸太田町は、広島県の北西部に位置する町である。総人口7388人、総世帯数3387世帯、高齢化率は44.46%と、超高齢化社会である。広島バスセンターから1時間ほど高速バスに乗ると訪れることができる。恐羅漢山、三段峡、温井ダムなど広島県でも有数の観光地である。

安芸太田病院は、戸河内ICから車で5分ほどの位置にあるへき地医療拠点病院であり、総病床数199床（一般病床105床 精神神経科病床94床）、入院45,280人（延べ）124.1人（1日平均）、外来55,804人（延べ）189.8人（1日平均）という、安芸太田町の医療の中核となる病院である。建物は3階建て、西病棟（認知症病棟、療養病棟）と東病棟（一般病棟）に分かれており、耳鼻咽喉科や脳神経外科は週1回広大病院から医師が派遣されるなど、常勤医師と非常勤の医師の応援によって運営されている。

## 2. 実習内容

### 【週間スケジュール】

月曜 午前：オリエンテーション・外来実習 午後：認知症病棟・リハビリ・各種委員会 夜：当直  
 火曜 午前：健康づくり課（断酒の会） 午後：訪問看護 夜：当直  
 水曜 午前：看護実習（一般病棟） 午後：救急外来対応・CGA  
 木曜 診療所実習（吉和診療所） 午前：診療所外来実習 午後：往診実習  
 金曜 午前：外来実習（広大病院 松本先生） 午後：総括・評価

### 【1日目（6/25）】

9:30に病院到着し、事務主任の斎藤さんより1週間のスケジュール説明を受けた。その後、院長先生にお会いし、地域医療についての話を聞かせていただいた。その後外来実習。自治医科大学出身の先生に着いた。この病院の先生は、一般の内科医のような診察だけではなく、小児の予防接種まで自ら行っている。この時は兄弟が日本脳炎ワクチンの接種に来ていた。この日の外来は、自分の知識量の無さを今までで1番痛感した時間だった。糖尿病や腰部脊柱管狭窄症といったよく見られる疾患から、Kartagener症候群のようなまれな疾患が見つかることもあるとのことだった。地域で働く医師は幅広い知識を要求されるものなのだという事を肌で感じ、総合医になるためには自分は勉強不足だと、危機感を強く持つことができた時間だった。

午後は、認知症病棟で実習させていただいたが、この実習は本当に衝撃的だった。まず音楽療法実習で、患者とともに歌を歌った。うさぎとかめのような童謡から、ラバウル小唄などの軍歌も、患者さんに教えてもらいつつ歌った。認知症でも重症度が違うようで、普通の人と同じようにコミュニケーションが取れたり、目を合わせて笑いあったりできる人もいたが、音楽療法中でも失見当識や徘徊が多くの人に見られた。

次に病棟案内。すべての部屋には施錠がされている（例えイベント中で誰もいない状態でも施錠されていた）。さらに窓はほんの10cmくらいしかあかないようになっており、病棟入口、非常口にも施錠されていた。これに関して、師長さんから「これって人権侵害じゃない？」と問いかけを受けた。「患者さん、周囲の人の安全を考えると必要なことだが患者さんの自由を奪っていて、両面性を持っていて一概に良いとは言えない」と回答したが、「精神保健福祉法に基づいた医療保護入院や措置入院ならこのような閉鎖的な空間に置かれるのも合法である」という考えが必要だったと思う。その後、アルツハイマー型認知症の84歳女性と10分ほどコミュニケーションを図った。コミュニケーションについては健常人とほとんど変わらなかったが、

一部会話に整合性がない部分はあった(自分の年齢を70歳くらいと言った、など)。師長さんの話の中に、「アルツハイマーの人は取り繕うのが上手で、少し話すだけなら普通の人とほとんど変わらない」というものがあったが、本当にその通りで、家族以外の認知症の発見の難しさを感じた。

その後、リハビリ科にて理学療法見学。中心性脊髄損傷の男性に対する、歩行訓練を見学した。また、膝関節人工関節置換術後の女性のリハビリも見学した。その後、理学療法、作業療法、言語聴覚士の業務について紹介を受け、特に理学療法についてくわしく教えていただいた。電気療法、腰椎の牽引、車椅子のセットのしかた、運転のしかた、車輪でバランスをとって浮く方法など、楽しみながら体験させて頂いた。普段理学療法士の業務を見学することがなかったので、とても興味深かった。

夜、当直の患者が来なさそうだとのこと、院長先生がホテルを見に連れて行ってくださった。人生で初めて見たのだが、あまりにも壮大で言葉にならないほどだった。1日目にして最高の思い出ができ、この日落ち込んだこともあったがポジティブな気持ちに戻ることができた。

## 【2日目(6/26)】

午前中、保健医療福祉統括センター(病院近くに併設)にて、センターの業務について紹介を受けた。保健医療福祉統括センターの役割は、小さな子供を抱える母親、認知症を抱える高齢者など、地域での生活が難しい人になるべく在宅で、地域で暮らすことができるように支援することである。小さい街だからこそ、町の中核病院の隣に統括センターを置いて、病院の帰りにすぐ福祉の紹介、保健(疾病予防の啓蒙や母親の支援)が行えるという利点がある。

その後、9時半から断酒の集いに参加。堅い雰囲気の中で断酒の方法について話し合い、お酒を飲む話はタブーだというイメージを持って臨んだが、現実には談笑しながら自分の過去のお酒に関する経験を話して行くものだった。お酒をどこに隠していたとか、仕事中に飲んでいて怒られたとか、本当に笑い話の連続で、印象と全然違って驚いた。しかし、その中でも司会者を中心に依存していた頃の行動・思考の異常さを節目で振り返り、「あのころは狂っていたな、あんな状態には戻っちゃだめだよな」と、皆さんで強く再認識していた。やわらかい雰囲気の中で、みんな一緒に依存の恐ろしさを振り返り、意識に定着させるという手法は断酒する上で最も効果的なのだろうと感じた。医師としては、かならず飲酒歴をきいて、アルコール依存症の感じがあったら酒を「少しくらいならいいよ」などと安易に勧めないこと、断酒の会という会合の存在を患者に知らせてあげることが重要だと感じた。

午後は訪問看護実習。訪問看護は、病棟での看護と行う内容は変わらないが、訪問看護においては、在宅での医療となるため、最新の治療も集中的治療もできない中、自宅で過ごしたいという患者の意思を尊重する看護をおこなう。オリエンテーションで、訪問看護計画書という紙の存在を知った。看護師は医師の指導がないと処置ができない。そのため、医師は訪問看護師のために、計画書を書かなければならない。医師になる前に他の職種の仕事内容も知り、思いやりながら仕事をするのが大切なのだと知った。

この日は2件回った。1件目は糖尿病、閉塞性動脈硬化症で、両下肢切断の全介助の女性で、言語でのコミュニケーション表出が不可能な状態だった。胃瘻のカフの生理食塩水の交換を行った。息子さん夫婦がすべての介護(栄養剤注入、血糖値測定、インスリン注射など)行っているとのこと、家の広さや息子さんの職業が在宅介護にかなり都合が良く、在宅介護の比較的ストレスが少ないまれな例だということだった。

2件目は86歳女性、車で40分くらいかかるものすごい山奥に独居されており、まずこの生活環境に圧倒された。第2腰椎圧迫骨折、直腸がんで直腸切除、人工肛門造設、認知症の既往があり、今回は様子を見るのと、人工肛門のケアのために訪問する予定だった。ところが、自宅に上がって待っていたところ、患者さんはほとんど歩けない状態だった。話を聞くと、こけたり打ったりしたわけでもないのに今朝起きた時からずっと右膝が痛いとのことだった。膝を診察し、変形性膝関節症が強く疑われたが、なぜ今日から突然痛

み始めたのか（認知症があって記憶力が完全ではないことも、病歴聴取を困難にさせた）わからず、みんなで相談した結果救急要請し、安芸太田病院に20分かけて搬送。X線撮影施行したところ、変形性膝関節症と同時に右大腿骨頸部骨折が見つかり、これが強い痛みの原因だと判断、入院とし、人工関節置換術を施行するか、家族と今後の方針を決めることとした。この方が一番印象に残った患者さんだった。

### 【3日目（6/27）】

午前是一般病棟看護実習。まず看護師長と面会し、今日の午前の実習について説明を受けた。その後、看護師の服に着替え、一般病棟の看護師さんに付いて一緒に入院患者の看護をした。

安芸太田病院の病棟は大きく分けて3つ。一般病棟は急性期病棟だが、大学病院との違いは、病棟が科によって分けられていないことで、これは安芸太田病院に診療科が多くなく、建物も大きくないからとのこと。ベッドの分け方はADL別で（オムツをしている人はまとめておいて、夜の排尿の対応で必要以上の人を起こさないようにする、など）、看護がスムーズに行えるようになっている。また、転倒・転落リスクによって危険度軽度・中等度・重度にわけ、ネームプレートの横に色分けでわかるように表示しておき、呼び出しの時に注意できるようにしてあるとのことだった。

看護理論についても少し学んだ。看護は全てエビデンスに則って行う。その理論にはいくつかあり、安芸太田病院では「NEED理論」を用いている。健康な状態とは人間の基本的欲求が満たされていることであり、その欲求が満たされていない場合に看護介入を行うというもの。看護介入の基準となるエビデンスが何種類もあり、そのエビデンスに沿って看護介入していることは初めて知った。自分の他職への無関心を恥ずかしく思った。

1件目、男性患者の着替えと体を拭いた。服は脱ぎやすいように、脱ぐ時には健側から、着る時には患側から。体をふくタオルはある程度冷ます。四肢は末梢から中枢にむけて拭く（血流を促すため）。服のシワでも褥瘡ができるので、シワはなるべく伸ばす。体位変換で皮膚がベッドに擦れるだけでも褥瘡の原因になるのでなるべく体を浮かせる。これらのようなたくさんの看護技術を教えてくださったが、なかなかうまくはいかず、患者さんには苦痛を与えてしまったと思う。力の抜けた体は非常に重たく、かなりの力仕事かつ患者の痛みを考えつつの気を使う仕事で、ただ体を拭いて着替えるのでも常に頭を使う難しい仕事だと知った。

2件目は女性患者の褥瘡処置と洗髪。前院からすでにあった褥瘡の処置として、洗浄と保護を行い、その後、洗髪を実施した。力加減がわからないときは、「自分の親だと思って」行うように、という看護師さんの言葉はとても印象的で、看護師さんが普段からどれほど患者さんと長く接し、患者さんのことを思っているのかがとてもよくわかる言葉だった。看護師さんの仕事はポリクリの時にも本当に大変そうだと感じていたが、実際にやってみて、担当患者を何人も持って、毎日昼夜問わず看護しつづけるという業務の大変さを肌で感じた。本当に尊敬できる人たちだと思ったし、将来一緒に働く上では看護師さんの大変さを絶対に忘れてはいけないと感じた。

午後は外科外来にて結城先生と実習。Comprehensive Geriatric Assessments（高齢者総合機能評価）を実際に行った。ADL評価としてバーセルインデックス、認知機能評価として長谷川式知能評価スケールを用いた。自分は84歳女性に施行し、長谷川は8点、バーセルは40点と、かなり認知機能、ADL共に低下していた。HDS-Rに関しては、点数を聞くとなんとなくのくらい認知力が低下しているのかという印象はつかめるだろうと感じたが、同じ点数でもどのような得点の仕方だったか、という詳しい様子も重要なのではないかと、という疑問を持った。

その後、療養病棟を回り、説明を受けた。療養病棟は本来、「施設への移動待ち、家庭への帰宅待ちの患者、また、緩和的医療を行う患者」など、一般病棟ほどの医療が必要ではない人たちのための病棟として建てられる物で、保険点数も積み立て式ではなく、DPC（Diagnosis Procedure Combination）を採用されてお

り、疾患ごとにどんな処置をしても金額が一定で決まっている。そのため、高度経済成長期に療養病棟がどんどん建てられた。しかし、厚生労働省の方針で医療費を減らすために、療養病棟がどんどん減らされている。さらに、家で介護ができない、施設の空きがないなどの理由で療養病棟がいっぱいになり、結果として急性期病棟である一般病棟から療養病棟への移動ができず、入院治療の効率が下がり、運営と治療に支障が出るという問題があることだった。

#### 【4日目 (6/28)】

この日は吉和診療所にて外来実習と往診を経験した。担当の吉川先生は話を伺うと本当に患者思いで、口調は物静かだが患者のために粉骨砕身している熱い先生だった。内科といっても山の中の診療所なので来た患者の処置はなんでもする。多いのは、腰部脊柱管狭窄症による腰痛、坐骨神経痛。処置として痛み止めの注射を希望する患者は多く、仙骨裂孔ブロック、また坐骨神経ブロックを行うことは多いとのことだった。先生は触診で坐骨神経を触ることも可能とおっしゃっていたが、自分には全然わからず、これは患者さんを思う気持ちと知的好奇心の賜物なのだろうと感じた。整形外科的疾患のほかに、やはり認知症患者が多いことも地域の特徴で、吉和は高齢化率 46%という超高齢化地域だけに、認知症の独居や夫婦で認知症の世帯が非常に多い。薬剤使用も難しく、特に抗不安薬の使用は夜間の怪我を増やしてしまうので、コンプライアンスの悪さが重大な事故に直結するし、また認知度が低いと医師が伝えた内容を記録できず望んだ医療を提供できないこともままあるとのことだった。1日目の認知症病棟見学も衝撃的であっただけに、地域での認知症の問題はとても重いものだということが身にしみて感じられた。

診療所では最新の治療を行うことはできないし、技師さんがいるわけではない。そのため沈渣用遠心分離機があり、染色して標本を作り、顕微鏡での観察を自ら行う。医療器具用の洗浄機、オートクレーブ、心電図、エコー、レントゲンもあるが、全てひとりで行ってしまう。診療所は歯科診療所と併設になっており、レントゲンは歯科と共有。また保健所も併設になっており、ふだんは発熱外来待合室として使われている。また院内薬局があり、患者に限られているためふだんから患者ごとに薬剤を分包してすぐ処方できるようになっている。病院というよりはやはり地域密着型で各患者に対応しやすいようになっている様子を感じた。

実習中に先生から頂いた言葉で印象的だったものがいくつかあった。「風邪を考える時に鼻と耳を見ないのはあり得ない。」「わかるようになるには正常異常問わず数を見ること。」「知識の幅を広げるために、臨床研修では1週間に半日でもいいから時間を作って先生に教わりに行け。」当たり前に見えることでも、自分の心が弱いといつも続けることはできないことばかりで、改めて吉川先生のすごさを思い知った。

午後は往診実習。先生、看護師と4人で、車で4件回った。うち1件はデイサービスで診療した。特に印象的だったのは、数日前からふらつきで立ち上がり、歩行が困難になっていた女性患者。血圧ももともと一定しなかったようだが、シェロングテストで明らかに起立時血圧が20以上低下した。しかし、ふらつきの原因は起立性低血圧症のみと断定せず、原因検索と歩行リハビリのために入院を計画し、この日の往診は終わった。血圧測定、採血、ヒアルロン酸注射等、先生の手技の手早さが印象的だった。

#### 【5日目 (6/29)】

午前は松本先生と一緒に外来実習。初診の患者さんの予診・身体診察をさせていただいた。患者さんに身体診察したのは初めての経験だったので、緊張したが、患者さんはみな優しい方ばかりで、診察も快くさせていただき、「ありがとう」「がんばっていいお医者さんになってね」とたくさん声をかけて頂いた。とてもうれしかったと同時に、患者さんの期待を裏切れない責任感も湧きあがった。しかし問診で症候から鑑別を想起する力が全然ついておらず、総合医の難しさとやりがいを実感できて、とてもありがたい時間だった。今後も問診の機会があれば今回の経験を生かして積極的にしていきたいと思う。

午後の総括では、1週間の内容、感じたことについて松本先生とお話させていただいた。同時に、医師偏在という、現在の地域医療の問題について、先生とディスカッションした。この内容については後述するが、私にとってはものすごく充実した時間だった。実習直後だったことと、先生が自分たち学生の意見を真剣に聞いてくださっていたことで、自分の正直な意見も非常に言いやすく、今後もこのことについて考えてみたくなった。

### 3. 考察

今回の実習で、私が感じた疑問点・問題の中で、特に大きかったものは次の3つである。①高齢化社会における認知症の問題、②山中で暮らす高齢者に対して、どのように医療を提供するか、③地域で働く医師を養成するために必要なこと。文字数の制限上全てここで考察するのは難しいので、③について考察する。

マッチング制度が医師卒後臨床研修に取り入れられてから、入局せずに研修先を決める医師が増えたことで、医局の地域への医師派遣能力が落ちたことが、医師偏在の大きな要因のひとつとされているが、私が大学という環境で生活し、医学を学ぶ中で、医師偏在にはこういう理由もあるのではないかと、という考えがいくつ浮かんできた。確固たるエビデンスに基づいた意見・提言ではないことは承知だが、あえて今回の実習と、これまで医学生として生活する中で、肌で感じてきたことを、僭越ながら考察として書きたいと思う。

#### (1) 症候から考える

地域で働く医師を増やすためには、1年生の時からシナリオ検討・チュートリアル方式の学習をもっと取り入れることが必要だと思う。

私が医学を学んできた中で一番おもしろいと感じてきたのは、「症候から考える」ことである。具体的には、病理学、症候診断学で採用されているシナリオ検討・チュートリアル方式の学習である。もちろん臓器別に疾患を学ぶことも不可欠だと思うが、ひとりの患者が経験してきた症候を推察していく思考プロセスが、医師という職業の醍醐味のひとつであるし、そして、地域医療に必要な総合医は、まさにこの「症候から考える」ことに重点を置いた医師だと思う。

医師を志す日本の高校生の中には、「受験勉強が本当に楽しかった」という医学生が少なからずいる。そして、こういう人たちは本質的に、難しい問題にあたって、考えながら解答を導き出そうとするプロセスが楽しくて勉強してきた人たちなので、総合医にはかなり向いているのではないかと私は感じている。西条キャンパスでの1年間は、好きなことをできる時間だと思うが、現状医学生の中には無駄にしている人が多いのも事実である。一般教養も大事だが、思考することが好きな医学生たちが「大学のゆるさ」に染まってしまい、受験期の知的好奇心を失う前に、「症候から考える」という楽しさが医学にはあるということを知ることが、総合医を、ひいては地域医療に従事したいと考える医師を増やすことにつながると私は感じている。

医学的知識がほぼ無い状態で症候を考えることなど不可能だろうという意見もあると思うが、例えば頭痛で来院した患者のシナリオであれば、そもそもなぜ頭痛が起こるのかを知るためには組織学、解剖学の知識が必要になるから、そこからこれらの学習の枝葉を広げることは可能だと思う。縦割りで組織、解剖、生理…というように講義を受ける必要が必ずしもあるわけではないと感じている。

しかし、モデルコアカリキュラムに沿いながらも症候診断メインで講義を行う、というのは非常に効率が悪いし、そもそもシナリオ検討の方式に時間がかかりすぎる点も難点である。また、1年生の講義のスケジュールを変えるためには大学全体で動かなければならない。日本の医学教育システム全体にかかわる問題なので、実現は現状かなり難しいだろうとも思うが、時間はかかっても症候から考えることに少しでも重点がおければ、地域医療の問題の打開につながると考える。

#### (2) 地域医療のイメージ

医学生の中には、どうしても地域で働くことにネガティブなイメージを持ってしまう人が多いと思う。「地域だと都市部のような快適な生活が望めない」、「地域だと最先端の医療から遅れてしまう」、「地域で働くのはとても大変で、体が休まる暇もない」、といったことをよく耳にする。これらに対して共通して言えることは、そもそも地域での医療を体験していない医学生が持つイメージである、ということである。まずは、医学科に入ってできるだけ早い時期に、地域での医療体験実習を全員がしてみるべきではないだろうか。

都市部の快適さが望めない、医師が少ないだけに1人の負担は大きい、といった問題は否定することはできない部分もある。しかし、医学生の中には、いわゆる「町のお医者さん」にあこがれて医師を志した人が少なからずいるはずで、そういう経験が少しでもある人たちが地域の医療を5年生まで知らないまま講義室で講義を受け続けるのはもったいないと感じる。もちろん地域医療の講義は私も受けたが、講義室で話を聞くだけでは絶対に知り得ない魅力が地域にはあること、そして地域で働く魅力は、こういったネガティブなイメージを十分に払拭できるほど大きいものだ、今回の実習で私は感じた。同じように感じる医学生は必ず多くいると思っている。

また、地域医療に対するネガティブなイメージは、同じように地域医療を体験していない周囲の人間からの情報で構築されることが多いと私は感じてきた。私自身、子供の身を案じる両親の気持ち、都市部で勉強して最先端の医療を身につけると言う同期の学生の意見などが、知らないうちに自分の中に地域医療に関するネガティブなイメージを構築してきたと感じている。このような環境を全て一度に変えることは不可能なことから、まずは、早い段階で地域医療を知ること、自分の中に、他人に左右されない地域医療の確固たるイメージを作ることが、将来地域で活躍する熱意ある医師を増やすことにつながると私は思う。

私は今回実習をしてみて、もっと早くから地域医療の魅力を知っていれば、と強く思った。調べてみると、地域医療セミナー夏合宿・冬合宿という魅力的な活動があることを知った。もっと早くから総合医の魅力、地域医療の魅力を知っていれば、これまで過ごしてきた時間をもっと有意義にできたかもしれない、と感じた。もちろん、先生方がふるさと卒の学生だけではなく一般の学生にも地域医療を早期に体験させられるよう尽力されていること、そしてそれが非常に難しいことは、松本先生のお話で存じ上げている。1年生のあいだに、医学生が症候から考えることを知り、そして1週間、できれば1カ月、地域医療実習を皆が経験できるようになれば、医師偏在の解決に大きく近づくはずだと私は感じている。

#### 4. 謝辞

今回の実習では、多くの方のお力で本当に有意義に学ぶことができました。充実した実習を企画して下さった先生方、5日間お忙しい中ご指導くださり、生活全てをサポートして下さった安芸太田病院、吉和診療所、保健医療福祉統括センターの先生方、スタッフの皆さま、そして実習に快く協力していただいた安芸太田町の皆さまに、心から感謝いたします。

このレポートでは今回学んだことを書ききることは到底できませんでした。5日間にわたって学んだこと、感じたことは別途ノートに書きしるしました。このノートは自分の宝です。これを今後の学習に活かし、医師となってからの自分の土台として日々努力していきます。ありがとうございました。

#### 5. 参考文献

- 1) 安芸太田町 HP <http://www.akiota.jp/>
- 2) ふるさとドクターネット広島 HP  
<http://www.dn-hiroshima.jp/www/toppage/000000000000/APM03000.html>