

「地理的な離島はあっても、人の命に離島があってはならない」

千葉県立東金病院 内科医長 古垣斉拡

第 5 回 ; 市中病院での後期研修

《はじめに》

わが国では医師卒後研修において初期研修はほぼ整備されてきたが、後期研修に関しては各施設とも手探りの状況である。2 年間の初期研修で学んだことを活かすフィールドの一つは地域医療の現場であり、それは後期研修の場ともなりうる。今回は地域医療の現場で医師卒後研修を行う意義や今後の課題について述べたい。

《地域医療と医師卒後研修》

筆者は鹿児島市にある鹿児島生協病院で初期研修を行い、卒後 3 年目から鹿児島県・奄美大島にある奄美中央病院（99 床）で後期研修を開始した。

鹿児島民医連の後期研修の目的は卒後 4～6 年目の離島診療所勤務に向けて、離島の医療を守るため医療技術と知識等を高めることである。また患者さんを単に医学的に捉えるだけでなく、社会的に捉える視点を重視し、養うことであった(表 1)。

後期研修では初期研修時に比べてより高い主治医能力を求められ、幅広い疾患を診療できるようになった。また外来・病棟・在宅での継続的な患者管理を経験したことや糖尿病を中心とする慢性疾患管理の責任を担ったことが離島診療所の診療に繋がった。さらに大学病院や市中の大病院等で学ぶことが少ない、地域の医療・福祉との幅広い連携、地域包括ケアについても学んだ。筆者にとって地域医療の現場での後期研修はわが国の医療と福祉を俯瞰的な視野で見つめるきっかけとなった。

《医療と福祉の連携を学ぶ》

わが国は 75 才以上の人口比が 10%を超える超高齢化社会となり、医療と福祉の連携が大変重要である。南大島診療所の入院患者層は 60 才以上で約 97%、特に 75 才以上の後期高齢者で約 75%を占めており、寝たきりの患者さんも多い(2006 年度)。退院後の療養場所の確保や環境の整備のために家族・介護支援専門員等を含めて話し合うことが多い(1)。

地域医療を実践するためには医学・医療と医療保険制度だけでなく、介護保険制度や予防医学・学校保健・地域医療行政などの制度にも精通する必要がある(2)。そのような視点から筆者は 2007 年 2 月に介護支援専門員の資格を取得した。若手の医師でこの資格を取得することはまだ少ないようであるが、医療と福祉の橋渡し役として地域医療の現場で働く医師にとって必須であると考えている。

《イギリスにおける医師育成システム》

筆者は 2000 年 3 月にイギリス・ニューカッスル大学医学部で短期臨床留学を行った(詳細は本誌 2007 年 12 月号に)。イギリスでは医学部を卒業後、わが国と同様に 2 年間の初期研修を行う(表 2)

家庭医 (GP : General Practitioner)を志望する医師はその後 3 年間の GP 研修を行う。内科の各専門医志望の医師は 4 年間かけて一般内科をじっくりと研修した後に専門科の研修に進む(3)。一方、わが国では初期研修で総合診療能力を学んでもそれを活かす場がないまま専門研修に進むことが多い。そのために「全身を診る」ことのできない専門医を養成する弊害を長年指摘されている。英国の医師研修システムは「全身を診る」ことのできる臨床医・専門医を育成するために今後参考となる制度である。

わが国でも総合医としての力量をつけるために地域医療の現場で(離島やへき地でもよい)地域包括ケアを中心とした総合内科研修を 1-2 年間行うとよい(2)。その後に専門研修に進んでも遅くはないし、かえって十分な総合診療能力を持った専門医となるのではないか。

《臨床医養成の今後の課題》

2004年4月より卒後研修義務化が開始され、市中病院で研修する研修医の数が著増している。2001年度には医師の初期研修先の比率は市中病院約30%、大学病院約70%であったが、2007年10月のマッチングでは市中病院50.9%、大学病院49.1%となった。また後期研修でも引き続き市中病院で研修する研修医が多い。このような現状の中で大学病院・大学院等における研修医・若手医師数の減少は多方面に深刻な影響を及ぼしている。

これまで地域医療の現場で臨床・教育・臨床研究等を推進してきた指導医層が大学病院等へ引き揚げてしまい、地域医療の崩壊の危機が叫ばれている。

一方で大学医局に属さずに、医師が自分自身でキャリアパスをつくっていくことへと時代が大きく変化したともいえる。市中病院にとっては研修医が入ってくることで病院全体が活性化し、指導医・教育スタッフ等を育成することで病院全体のレベルアップにも繋がる。

さらに初期研修義務化後、大都会の有力病院のようにマッチングの倍率が高い病院とそうでない病院に二極化している。今後は研修医もいっそう厳しい目で各病院の研修環境等を評価するであろう。そのために各病院が研修医・若手医師のキャリア・パスにとって魅力あるプログラムを作成し、大学医局人事に頼らず自前で指導医(研修医のロールモデルとなりうる)を育成する必要がある。

《教育の力が若手医師を惹きつける》

医師確保対策として大学や自治体等が様々な誘導策をとっているが、今のところ抜本的な解決には至っていない。ここで筆者が重視しているのは「教育の力」である。若手医師が安心して研修するためには一人前の医師になれるような研修環境が必要であり、その中でも教育は大きな位置を占めているのではないか。それ故に時間をかけてでも自前で医師を育てる取り組みが必須である。次号以降で筆者の勤務している千葉県立東金病院での取り組み(地域でいかに若手医師を育てるか)も紹介していきたい。

次回は離島の一般病院・診療所で行った臨床研究等の学術活動について報告する。

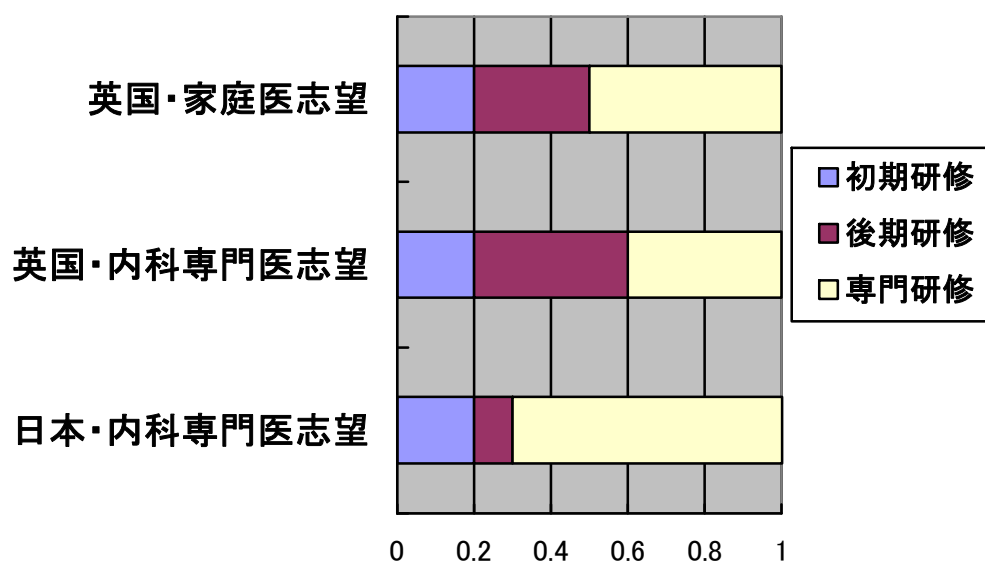
【参考文献】

- 1) 古垣斉拡ら：南大島診療所における医療活動と医師養成①.
JIM vol.17no3 : 310-312,2007.
- 2) 山西幹夫：ローテート研修と離島医療. JIM vol.16 no7 : 543-547,2006.
- 3) NHS Modernising Medical careers, BMA. The rough guide to the foundation programme. Norwich The Stationery Office ; 2005

(表 1) 【鹿児島民医連の医師キャリア・パスの 1 例】

	卒後	期間	研修場所
初期研修	2 年	2 年間	鹿児島生協病院
後期研修	4 年	1 - 2 年間	地域中核病院 (奄美中央病院など)
離島診療所勤務	6 年	2 年間	南大島診療所など
プレ専門研修	8 年	1 - 2 年間	地域中核病院 (奄美中央病院など)
専門研修	10 年	1 - 2 年間	国内留学 (大学病院など)

(表 2) 英国と日本の医師卒後研修の比較



英国・内科専門医志望の場合はほぼ後期研修イコール(=)一般内科であるが、日本では後期研修=専門研修となることが多い。