

離島医療と医師研修

市中病院での後期研修

千葉県立東金病院 古垣 育弘

第5回



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生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てみたい。

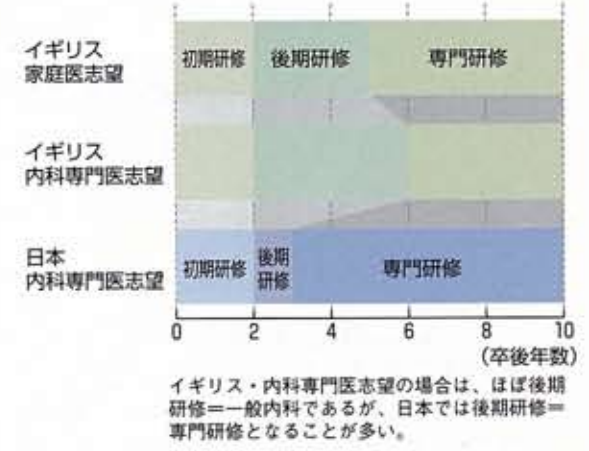
地域医療と医師卒後研修

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(2003年)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。

【表1】鹿児島県民医連の医師キャリア・パスの一例

	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】イギリスと日本の医師卒後研修の比較



鹿児島県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つながった。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歳以上の人口比が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歳以上で約97%、特に75歳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(06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07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、

イギリスにおける医師育成システム

筆者は00年3月にイギリス・Newcastle大学医学部で短期臨床留学を行った(詳細は本誌07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生かす場がないまま専門研修に進むことが多い。そのため「全身を診る」ことのできない

臨床医養成の今後の課題

04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。01年度には医師の初期研修先の比率は市中病院約30%、大病院約70%であったが、07年10月のマッチングでは市中病院50・9%、大病院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。このような現状のなかで大学病院・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言える。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つながる。

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。医師確保対策として大学や自治体等がさまざま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、そのなかでも教育は大きな位置を占めているのではないかと。それゆえ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。

- 【参考文献】
- (1) 古垣育弘ら、南大島診療所における医療活動と医師養成①、JIM vol.17 no.3: 310-312(2007)。
 - (2) 山西幹夫、ローテーション研修と離島医療、JIM vol.16 no.7: 543-547(2006)。
 - (3) NHS Modernising Medical Careers, BMA, The rough guide to the foundation programme, Norwich The Stationery Office: 2005

古垣育弘(ふるがき なるひろ) 1972年鹿児島県生まれ。01年3月、鹿児島大学医学部卒業。鹿児島生協病院で初期研修を行い、その後4年間にわたり鹿児島県奄美大島で離島診療に従事した。06年4月、奄美医療生活協同組合常務理事・南大島診療所所長。07年4月より千葉県立東金病院地域医療連携室室長。

連絡先: nfulugaki@hotmail.com



離島後期研修

