臨床研修病院として思うこと

KKR札幌医療センター　病院長
磯部　　宏

管理者会議の席で臨床研修制度の議論の際に時々話題に上がるのが、「これはもう言っても始まらないが」と我々の昔々の研修医時代の思い出です。私は大学の内科医局に入局しましたが、一般病院での研修医時代は何に対しても、特に内科以外の領域に興味がありました。学生時代の同期との飲み会で整形外科へ進んだ友人が肘内障の整復の話をしていました。実践することはないとは思いながらも詳細を聞いていました。ところが何と病院当直の時、肘内障の患児がやってきました。整形外科への連絡は待ってもらい１人で整復しました。ちょっとした笑い話もあるのですが、ここでは省略します。夜間に入院患者の下顎骨が外れた時は、整形外科医に連絡し電話で整復方法を習って実践しました。もちろん、「先生、病院に向かわれなくても大丈夫です」と第２報を入れました。気管切開も初例は外科の先生の手ほどきを受けましたが、２例目からは１人で行っていました。これらは全て卒後１年以内の思い出です。もちろん担当した患者が手術の際には術場に入っていました。深夜も休日も関係なく、多くのことを吸収したいと思っていました。労働時間（そもそも「労働」という意識は全くありませんでした）のことなど考えたことはありませんでした。当直開けの翌日も通常通り勤務していました。職務専念義務免除などという言葉を知る由もありませんでした。大学に戻ってからの主治医時代も、重症患者で１週間近くの病院泊まり込みを半ば自慢のように話していました。学会や地方会での活動も加わってきましたが、診療行為と自己研鑽を区別するなど思いも寄りませんでした。

今日の臨床研修制度では、少なくとも２年間に複数の診療科で研修することができます。内科や外科など必修診療科もありますが、興味のある診療科を選択することもできます。医師としての最初のスタート時点で、多くの診療科を経験することは、将来の専門外の診療内容を知り、専門外の技術を見聞きし、そして他科の専門医を知るという意味でとても有益だと考えます。卒業時に自分の進みたい診療科が決まっていない者にとっては、初期研修医時代に自らの道を考慮し選択する良い機会となるでしょうし、既に進むべき道を決めている者にとっても、新たな発見により方向転換の機会を得る場合もあるでしょう。将来の進むべき道を教科書や講義ではなく、実際の現場で体験しながら選んでいけるという制度は、大変良いものだと私は思っています。

一方で、私たちが貪欲に吸収しようとしていた昔々の時代は、研修医が比較的自由に行動することが許された時代でもあったかと思います。現在は指導医のもとでしっかり教育されてからでなければ、患者の診療は許されなくなってきています。医療安全や患者権利の意識が強くなってきた現代社会ではやむを得ない面もあるかと思います。そうなると、研修医教育を専従で行う医師を配置できない当院のような多くの病院では、指導医にも大きな負担がかかってきます。診療を担当しながら研修医教育をお願いしなければなりません。当院を選んでくれた研修医が早く立派な一人前の臨床医に育ってほしいと思いますし、やがて研修医が病院の戦力になることは間違いありません。そのために必要な教育という初期投資は当然のことと考えます。しかし、教育は診療行為ではありません。今後の医師の働き方改革の方向性によっては、限られた許される時間外労働時間は診療行為にこそ使ってほしいと考えるのも病院管理者としてはやむを得ないことです。また、研修医には自由に積極的に自主的に研修という名の診療に励んでいただきたいと思います。しかし私たちが昔々当然と思っていた体力勝負に問題が起きたとき、病院管理者は安全配慮義務違反という名の問題を抱えてしまいます。

臨床研修制度や新専門医制度と職業倫理、そして今後はっきりしてくるであろう医師の働き方改革に対して、一臨床研修病院のみでそれらの課題に立ち向かうのは困難と考えます。研修医にとっても有益で、研修病院にとっても診療と教育の両面で有益な制度となり維持されるよう、今まで以上に病院間の情報共有・問題解決の議論は必要かと思います。その一翼を北海道医師会には担っていただきたいと思います。ただ、本年度の初めに、初期研修医へ医師会活動を説明し医師会加入を勧めましたが（強制はしませんでした）、残念ながら希望者がいなかったのも事実です。研修医にとっても魅力ある医師会活動になるよう協力は惜しみませんので、北海道医師会からも臨床研修に少しでも多くの目を向けていただけますことを期待して、臨床研修病院としての雑感を北海道医報への寄稿とさせていただきます。

臨床研修制度15年目を迎えて

札幌東徳洲会病院　病院長
太田　智之

《はじめに》

2004年４月から始まった新臨床研修制度は今年で15年目を迎え、ある意味成熟期に入っています。厚労省からの通達には臨床研修の基本理念が掲げられ、それは『臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない』とされています。開始当初は何かと評判の良くなかった臨床研修制度でしたが、いま振り返ってみれば、もちろんそれ以前の研修制度にはなかった優れた点や、劣ると思われる点の存在などさまざまな思惑が巡る14年間でした。当院は開始初年度から制度に参加しており、北海道内の臨床研修病院のなかでも比較的多くの初期研修医を募集している病院でありますが、当院の臨床研修の歴史や経過、問題点や今後の課題などを述べてみたいと思います。

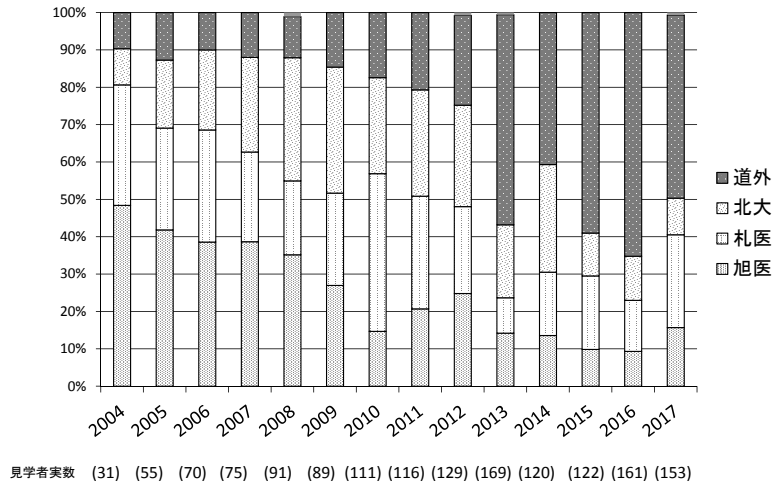
《当院臨床研修制度の歴史》

当時の清水洋三院長（現名誉院長）の主導で1999年から準備を始め、2001年度末に管理型臨床研修指定病院に認定されました。北海道で18番目でした。02年から厚労省の認定基準が大幅に簡易化し、当院も新しい臨床研修指定病院として04年４月に５名の初期研修医を迎えました。わたしが消化器内科部長として当院に着任したのは03年10月ですが、04年４月に初めての初期研修医が来たときのことを今でもはっきりと覚えています。研修指定病院としてはビギナーであったため、指導医の私たちはとにかく何をしていいのかが分かりません。研修医カンファレンスのタイミング、指導方法などを試行錯誤し、try and errorの中で研修医指導を行っていきました。毎日朝８時から医局で開催されるカンファレンスは研修医全員が必ず参加し、１時間しっかりとディスカッションやレクチャーを行うのですが、それを研修医自身がinitiativeをとって運営するというやり方を行いました。当時はどうしていいか分からないため『苦汁の方法』として始めたものだったのですが、いまでは当院らしさを最も象徴する研修医カンファレンスとなっています。

《現況》

研修制度開始初期は６名であった募集人員がその後もフルマッチを続けることができたので、その後には増員が許可され、2019年度は厚労省から11名枠をもらうことができました。現在、初期研修医師は合計19名勤務しており、極めて活気ある医局となっています。当院は2017年実績で年間8,650台の救急車を受け入れている急性期病院であるので、当然初期研修医は救急車を数多く経験します。リクルートの際にも開始当時から『２年間で2,000台の救急車を経験できる研修病院』として当院を紹介しています。とにかくハードトレーニングを目指しているわけです。当院研修制度の特徴に、いわゆる『屋根瓦方式』があります。すなわち上位研修医が下位研修医を教え、ともに成長するという方式ですが、研修先を探すために見学に来院する医学生はとくに２年次研修医の成長ぶりや優秀ぶりに驚き、憧れるようです。いまではその評判が拡がり、全国から研修医が集まってくれるようになりました**（グラフ参照）**。後述する働き方改革に絡んで、このハードな研修スタイルについては賛否両論あることは承知しているところではありますが、当院では今後もそのスタイルを貫いてゆく方針です。

大学・地域別にみた医学生の病院見学数割合



《新専門医制度が開始されて》

2018年度から専門医制度が新しくなりました。私たちも新専門医制度は早くから着目し情報をcatch upしてきました。当院は救急疾患が多いことを背景に、もともと循環系、血管系、救急系を目指す医学生が応募してくることが多く、いわゆる後期研修（３年目以降）も、そのまま専門科へ入る者が多かったのです。しかし新専門医制度で謳われている研修病院のあるべき方向は当院のような325床の中規模病院で実践するのは少し難しい面があるかもしれない、と感じています。すべての科を揃えている大規模病院にとって有利なように見えます。当院規模の研修病院は医師を含めた職員数もある程度限られており、互いに顔の見える関係を構築し、物事の決定がスピーディーに進められるため機動力が高く、かつ自由度が高いことが強みと考えています。現在の新専門医制度の実効的な影響や動向はまだ分かりませんが、場合によっては働き方の多様性、病院毎の特色を前面に出した特色ある研修、という面で選択肢が少なくなる可能性があると思うのです。私が大学を卒業した時代にはいわゆる『大学医局制度』というものがあり、それが多数派であったため良くも悪くも大学医局の指示により地方病院にも後期研修医は充足され地域医療は守られていました。その時代を懐かしんで『あの頃は良かった…』と感傷に浸るつもりは毛頭ないのですが、2004年度から始まった新臨床研修制度で地域の医師が減少し、地域医療が良い方向に進んでいるとはいえないことは直視しなければなりません。14年を経てその修正がいまだできていないことは重視すべき問題でしょう。

《今後の課題や希望》

04年度から開始された臨床研修医制度について現在感じている疑問点・問題点は、①現行制度の有効性、②働き方改革についてです。①現行制度の有効性について、いままで14年の間、初期研修医を見てきたうえで考えることがあります。多くの研修医諸君が２年間のうちに幅広い知識を身につけて初期研修を卒業し、その後の後期専門研修に向かいます。ただその後、実際には自身の所属科の知識以外を活かす場面は極めて少なく、たった数年後でさえも初期のころに取得した多くの知識を忘却しているようです。2010年度の制度見直しで７科必修であったものが３科必修＋２科選択必修が選べるようになりましたが、当院は従来の７科必修を継続しています。今後2020年度から再度改正になり、７科必修のみに戻ることが決定しました。ただ内科・外科・小児科・産婦人科…など広く浅くの研修は本当に意味があるのか、やはりある程度選択性にした方がいいのではないか、を考えることは今後の大きな課題と考えています。これらは厚労省、医師会などで大規模な後向き・前向き調査などを行っていただき、現制度へフィードバックすることが有用ではないでしょうか。②働き方改革については多くの方にとって今最も関心があると思われます。多くの方が述べておられるとおり、現状で医師にすぐさま『働き方改革』を推し進めることはできません。この問題は決して個々の病院がしっかりと『三六協定』等の法令遵守のうえ改革を進める、だけで解決できるものではなく、場合によっては『医師の応召義務』などの法律についての再考など大きな論点が必要かもしれません。そこは厚労省や日本医師会、日本病院会などがしっかりと方向性を示し、研修病院のみならずすべての病院・医院で働く医師にとって有意義なものとなるようにリーダーシップを取っていただくことを期待しています。

《最後に》

臨床研修制度開始以来、当院の歩みは研修制度とともに進化していると言っていいと思います。私たちが研修医を育てていると同時に、我々もともに成長していることは間違いありません。その最たるものがJCI(Joint Commission International)の取得でした。世界基準の質の高い医療を行い、それを研修医に伝える。同時に、研修医に医療の正しい道を教えるためにさらに質の高い医療とは何かを日々学んでゆく、その繰り返しだと思っています。研修医は当院にとって宝石の原石であり、その原石をいかに磨いて光り輝かせるかをこれからも考えていきたいと思っています。

研修医カンファレンス

同窓会

臨床研修病院の立場で地域と中央、新専門医制度から思うこと

斗南病院　院長
奥芝　俊一

右肩上がりの時代から少子高齢化社会で人口が減り、社会も縮小する経験したことのない時代に急速に向かっていますが、医療の世界もロボットによる手術支援、画像によるシミュレーション、遺伝子治療などかつて夢物語であったことが現実となり、これらをうまく使って乗り越えていくことが求められています。これまでは低負担、高福祉で皆保険制度を維持し、高度に進んだ医療を提供していくことが当たり前でしたが、すでに少子超高齢化で財政も余裕がない状況では経済的なことを無視してすべての人に高額な高レベルの医療を提供することは難しい状況になっています。

2025年には団塊の世代が75歳以上になり、国民の５人に１人が後期高齢者という超高齢社会がすぐそこまで来ており、総人口は減少、慢性的な疾患を多く抱える高齢者や要介護人口は今後10年足らずで1.5倍になるといわれています。これからは75歳以上の人口が東京圏で２倍、大阪圏1.8倍になるといわれていますが、北海道はどうなっていくのか？
北海道の人口も縮小し、地域と中央の医療の格差はますます顕著になると思います。

これらの状況を踏まえ、国からは地域医療構想による医療ニーズの見直しで集約化、地域全体で支える方向性が示されていますが、はたして経営母体が異なる病院が譲り合えるのか先行きは不透明な状況です。また、治療対象の年齢が65歳から80歳へと高齢化し、患者層の変化がすでに起こっていますが、今までの治すこと、救うことから治らないことも想定した治療を患者・家族、そして医療者側も受け入れていく意識の改革はかなり遅れています。日本の将来の急激な人口減少は患者さんがいずれ臨床の現場から劇的に減っていくことにもなりますが、現時点では高齢化に伴った右肩上がりの医療費の推移は変わっていません。医療に係る経費を誰が担っていくのかの議論は先送りになったまま高額な医療費は増え続けていき、治す治療から支える治療へ、急性期医療から慢性期医療へ、そして在宅への流れとなるので医療費・介護費の自己負担は必然的に増えることを患者・家族、そして社会も認識することが必要です。

この厳しい医療の世界で医学生・研修医はどのような分野で社会に貢献できるのかを熟慮し、われわれ中堅、ベテラン医師はどのように彼らを教育し育成していくのか？　このような混沌とした中で若手医師の将来を方向付ける日本専門医機構が立ち上がりましたが、情報共有不足、準備不足でいったん挫折したことは一層混迷に拍車をかけています。しかし、とりあえず昨年度より新専門医制度はスタートしました。いまだ新専門医制度がこのまま継続できるのか、さまざまな変化への対応ができるのか？
地域の医師不足の対策の一つである医学部新設や定員増が北海道の医師不足の解消とどう結び付くのか？　地域枠の学生をどう適正配置していくのか？
多くの課題が積み残されています。

われわれの研修医時代を振り返ると、将来のドクターフィに繋がるのではと期待して認定医、専門医の資格取得に努力してきましたが、今もってドクターフィが付くこともなく、結局、専門医を取っても学会に支払う金額が高くなっただけでした。現在は研修修練施設の認定に科される「専門医が常勤していること」の条件をクリアすることで若手の研修には寄与していると思いますが、個人的には投資に見合った益がないのが実情です。このたびの新専門医制度も結局学会に依存する形で始まっています。また、出産、妊娠のキャリア形成を考慮せず、女性が専門医を取得しづらいため、完全プログラム制の条件を緩和し、カリキュラム制の導入も一部認めることになりました。また、ダブルライセンスは認めないとしていましたが、逆に専門医取得は必須ではないなどと迷走し、どこが今までの制度と違うのかよく分からなくなっています。

19の基本学会を選んだ理由も経緯も私自身はよく理解できません。外科、内科のメジャーな科をある程度経験したうえで各科に分かれて研修を積むことは昔から行われてきましたが、マイナー科だけで行う専門医の研修育成は早期に専門医取得を目指す医師の集中に繋がり、これから人口減になる日本の中でマイナー科がどこまでの数を目指し、地域に専門医をどう分散させて、適正な数をどのように調整していくのか目標設定がないままの状況です。自主性に任せることは理想ですが、自ら制限をかけないということであれば、専門医を取るためのハードルが高い内科、外科は敬遠され、総合的に診療を行うための医師は減り、いつまでも地域への医師の適正配置はなされません。

新専門医制度ではプライマリーケアを主体とする医師を総合診療科として多く育成する目論見があるようですが、現在の医学部の大学教育は専門医を目指す方向性が強く、はたして今の体制で多くの総合診療科医を順調に育成できるのか、大学教育の方向性自体を変えていくことは簡単なことではありません。

日本病院会の理事である難波義夫先生が日本病院会ニュース（2018年６月25日）に書かれた「地域医療を担う医師に望む」の中で医学部の学生が実習後の感想文に「内科、外科という大まかなくくりで分けられていることを知り、驚きました」と書いてい

たことに難波先生自身が驚いたことが載っていました。大学教育の中では消化器内科は消化管、肝胆膵に分かれ、循環器内科、呼吸器内科、糖尿病内科、腎臓病内科、血液内科など臓器別の構成になっており、外科も消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科などに分かれています。メジャー科はこれらをすべからく研修して総合的な診療に対応できる内科、外科の専門医を認定します。

一方で大学病院レベルでは整形外科は脊椎、下肢、上肢、手など細かい専門に分かれていますが、地方ではここまで細かく分化した専門医よりは整形外科を全体的に診ることができる整形外科医が要求されています。また、皮膚科、眼科、耳鼻科などマイナー科の専門医は当直体制から免除されている病院もあるようですが、地方の病院の当直医の数が限られているので、研修医時代にプライマリーケアのできる教育研修を必修で受けているはずのマイナー科の医師にも協力いただいて平等感、連帯感を持った働き方が求められています。リハビリ科、救急科、病理科なども基本学会になっていますが、専門医の希望者は少なく、今後、どのように推移していくのか？われわれの時代では他科を研修する中でその領域に興味を持ち、転向していった医師が多くいました。その経緯を知るだけに卒業してすぐにその分野の医師を育てる方法以外にも、他領域からの参入を受け入れてダブルライセンスを容認する方が、多くの人材を育成できるのではと思います。

2020年から卒後臨床研修制度の見直しで外科、産婦人科、小児科、精神科の必修が始まりますが、こま切れの初期研修が本当に身になっているのか？メジャーな科である程度長く研修して、総合力を持った専門医になっていく方法もありではないかとも思います。大学の卒前教育、Student Doctor制度の意義は医学生自ら臨床の現場を肌身で感じることだと思います。一方で良質な医師を育てるには医療者側の視点からだけではなく、患者側や社会にも医師の教育、研修について理解していただくことも大切です。

創設された総合診療科ははたして日本各地、北海道の地域の医療を本当に担えるのか？ 私の勝手な持論としては救急科、総合診療科は内科と外科を基本にまず修練し、その上にオーバーラップしながら研修すべきではないかと思います。例えば、若い頃は外科、内科、救急科で臨床経験を積み、専門医を取得したあとでも総合診療科へ移ることが可能なダブルライセンスを容認していくことの方が地域を担える医師を結果的に増やすことに繋がるのではと考えます。地域医療の卒前教育やStudent Doctorが地域の医療の中に入る仕組みが大切ですが、新専門医制度では地域医療を担当し教育できる施設、人数も限られるので、医学部の定員増も医師の適正配置までには相当な時間が必要です。

今年度の新専門医制度の一期生8,409人のうち東京で研修する割合が21.7％を占め、専攻医が中央で研修を希望する傾向は止まっていません。m３.comによると2018年度新専門医制度の１次登録領域別採用数を「2014年医師・歯科医師・薬剤師調査」から把握できる卒後３～５年目の領域別医師数（2014年12月31日現在数）と比較し、各科の領域別割合は内科15.2％減、外科10.7％減、整形外科0.5％減、小児科0.2％減の微減。一方、マイナー科は形成外科（28.7％）、眼科（24.5％）、耳鼻咽喉科（16.5％）、泌尿器科（16.0％）、麻酔科（11.7％）のいずれも２桁の増加で「専攻医の内科、外科のメジャー科離れ」が起こっています。北海道の各基幹研修施設へのアンケートから今年度の専攻医の勤務状況は内科21人増の88人、脳神経外科６人増の12人、総合診療科６人増の12人、麻酔科10人減の20人、外科は５人減の33人、産婦人科は増減なく９人と北海道から報告されました。メジャー科の衰退が懸念される新専門医制度はどうなるのかが気になるところです。

医療の働き方改革が始まるにあたり、これまで以上に医師育成のための市中の臨床研修病院の負担は増しています。これからの医療を支える教育研修の現場の役割を正当に評価し、それに対応する環境整備費、人件費、教育費などを必要な最低限の経費として認めていただき、国、行政には財政的な支援をしっかり確保してほしいと思います。

札幌厚生病院における臨床研修の現状と今後の課題

JA北海道厚生連 札幌厚生病院　院長
狩野　吉康

私は昭和55年（1980年）北大医学部卒業で、昭和21年（1946年）の実地修練制度（インターン制度）、昭和43年（1968年）の実地修練制度の廃止、臨床研修医制度の創設（大学医学部卒業直後に医師国家試験を受験し、医師免許取得後も２年以上の臨床研修を行うように努めるもの；努力規定）とは全く無縁で卒業後の医師生活を送ってきた。当時の医学生の多くは医師免許を取得後は出身大学の医局に入局していたと思われる。私の場合は入局した医局ではNeuherrn（新人：今はすでに死語になっていると思う）と呼ばれ、Oben（上級医）について一年間臨床を学び､その後は地方の関連病院に派遣された。すなわち卒業後の研修は単一の医局、単一の診療科であった。

平成16年（2004年）からプライマリ・ケアを中心とした幅広い診療能力の習得を目的として、２年間の臨床研修を義務化する新たな臨床研修医制度が始まった。この臨床研修ではマッチング制度が導入され、医学生が自身で研修先（大学、病院）を選択することが可能になった。札幌厚生病院も他の多くの市中病院と同様に基幹型研修病院としてこの臨床研修医制度に手上げした。

１．当院の臨床研修医制度に対する取り組み

市中病院にとっては大学からのローテーションでの医師供給以外に自前で医師を（初期研修医⇒後期研修医⇒正職員）採用できるというのは非常に魅力的である。実際は医師派遣先の大学医局との関係で無制限に当院の医師として採用できるわけではないが、初期研修を修了後に大学医局に入局すると医局の派遣人事でインセンティブを得られる場合もある。このため当院でも臨床研修センター主導に研修医にとって魅力ある研修プログラム、指導体制の充実に努めてきた。その結果として、平成21年度から５年間の初期研修医のマッチング申し込み数が平均9.6人だったのに対し、平成26年からの５年間の申し込み数は平均17.2人と大幅な伸びを示した。また平成20年以降の後期研修医からの当院職員への採用は20名を数えた。当院の特殊性から20名のうちの14名は消化器内科医としての採用であるが、他の６名は病理の１名を含めて多部門に分布している。札幌という地の利もあるが、当院の臨床研修に対する取り組みが医学生・研修医に評価された結果と考えている。

現行の臨床研修医制度は当院の医師確保には大きく貢献していると言えるが、一方で当然のことながら臨床研修を充実させるということは、研修医に携わる職員の仕事量を増やしてしまうという側面があり、また研修医の人件費の増大も避けられない。確かに病院の負担は増えてしまうのであるが『研修医が病院にいるということ』のメリットはそれ以上に大きいと感じている。一言で言うと研修医は病院全体を活性化するのである。指導医は研修医を指導する（正しい知識を伝える）ためには今まで以上に自己研鑽を積まなければならない。指導医の適切な指導⇒研修医の成長＋研修医を指導することによる指導医自身の成長⇒研修医のフレッシュな感覚が科内のディスカッションを活性化⇒診療科としての成長という正のスパイラルを生んでいる。医師以外のコメディカルスタッフにとっても、若い医師たちの存在は刺激になっていると思われる。

このように現状の臨床研修医制度は医師確保と病院の活性化の両面から当院の運営に大きく寄与していると言える。

２．これからの臨床研修医制度

マッチング制度の導入によって、研修先を自由に選べるようになった結果、医学生の志向は大学医局から市中病院へ向かい、当院はその恩恵に与っている。しかし大学病院から都市部の市中病院への研修医の流出が大学医局の医師不足を招き、さらに大学医局の医師不足が地方病院（関連病院）からの派遣医師の引き上げにつながっており、地方の医師不足は年々深刻になっている。ただ新たな臨床研修医制度が施行されてから15年が経過した現在、今後の研修修了後の人の流れはどう変化していくのだろうか？　都市部の病院では徐々に医師数が充足してきていると思われ、今後は研修医が必ずしも希望する病院･診療科へ就職できない（ハードルが高くなる）可能性が考えられる。このため一部では研修修了後、医師の大学医局への入局があるかもしれない。また今年から新専門医制度がスタートしており、初期研修を終えた専攻医が大学での専門医資格の取得を目指し入局者が増加する可能性もあり、大学医局回帰の流れが出てくるかもしれない。当院においても大学医局からの医師派遣はいまだ医師数に大きなウエイトを占めており、大学医局の医師数の現状からの回復は必要と考える。単純な数合わせだけではなく、医師数の地域間、診療科間格差など、まだまだ解決しなければならない課題は多い。

３．おわりに

私が受けた卒後研修は単一診療科による研修で、定められたカリキュラムは存在せず、ただただObenの後ろに付いて行く研修であった。現在の研修は自由度も高く自分で自分の研修を組み立てることもでき、他科を廻っている研修医たちとのコミュニケーションも豊富で、恵まれていると感じる。更なる臨床研修の質の向上が私たち臨床研修を受け持つ組織の課せられた責務と了知している。

倶知安厚生病院と臨床研修

JA北海道厚生連　倶知安厚生病院
総合診療科　**木佐　健悟**

JA北海道厚生連倶知安厚生病院は後志管内の倶知安町にある234床の病院である。診療圏人口は３万人から５万人である。常勤の循環器内科医や脳神経外科医がおらず、また院内に集中治療室がないため、心筋梗塞や急性期の治療を必要とする脳卒中の患者や重症の患者は、小樽や札幌の高次医療機関にお世話になっている。一方で、最寄りの高次医療機関がある小樽市までは乗用車では１時間30分かかるので、ある程度の医療機能を提供することも求められている。

病院名にもなっている倶知安町はウインターリゾートとして世界的に有名になったニセコエリアの町の一つであり、ニセコ町より倶知安町の方が人口もホテルの数も多い。

観光地としてはスキー、スノーボードに代表される冬の時期が有名だが、春から秋にかけてもさまざまなアウトドアアクティビティを楽しむことができる。車で30分圏内に源泉掛け流しの日帰り温泉が10ヵ所近くあり、温泉だけでも魅力的な土地である。

北海道の田舎の中では数少ない活気がある地区で、当院の医師の中でもニセコエリアに住みたいということで勤務している医師もいる。

常勤医師数は10年前に20名前後だったが、最近は30名前後になった。その理由のひとつが総合診療科の医師が増えたことである。診療圏人口から医療需要を考えると、各科満遍なく、特に内科系の臓器別の専門医に複数体制で勤務してもらうのは難しい。一方で、地域の診療所の医師数が十分ではない当地域では、当院である程度の外来診療をする必要があり、また訪問診療も自分たちで行くなど、総合診療科が活躍する範囲が広い。ニセコに憧れて来た医師、後期研修プログラムの募集要項を見て来てくれた若手医師、外来・病棟・在宅医療などさまざまな医療を幅広く提供していることに魅力を感じた医師、理由はさまざまだが、毎年のように勤務希望者が現れ、一方で退職する医師が少なく、2018年７月現在で12名の常勤医がいる。地域のニーズ、土地の魅力、医師として成長していける環境が上手く整えば、地方病院でもうまくやっていける可能性を示している（総合診療科については2018年８月の北海道医報1199号37ページの当院稲熊医師の文章も参照していただければ幸いである）。

そんな当院も初期臨床研修病院である。2013年に１名の研修医を採用してからはしばらく採用が無かったが、2018年には２名の研修医が当院に来てくれた。

小さい病院で医師を養成するのは大変である。しかし、若い医師がいないと病院に活気が出ないし、新人、若手から中堅、ベテランまでさまざまな立場の医師がいて教育できる組織にならないと成長していかない。そういう思いで研修医を迎えるようにしている。

相対的に病床数の少ない郡部の病院（以下、中病院）が初期臨床研修病院としてやっていって良いのかには議論があるだろう。都市部の大病院で研修するべきだ、という意見を持っている医師も多いと想像する。中病院で初期研修医が研修するデメリットでぱっと思いつくところは、経験する症例が少ない、指導医が少なく研修内容に偏りが出る、重症患者の経験が積みづらい、同期の研修医がおらず切磋琢磨できない、といったところであろうか。

一方で、中病院ならではのメリットもあると思われる。一番大きいのはセッティングの差で、初期研修医の目的をどの科に進んでも役に立つようなプライマリ・ケアの知識、技能の獲得と考えると、紹介患者が中心の大病院より、初診患者が多い中病院の方が良いだろう。研修医が指導医各々と人間関係を構築するという観点では、指導医の数は多すぎても大変である。同期の研修医が少ない方が手技の取り合いは起こりにくい。

初期研修は、内容はどうであれ無事終えることが重要で、その過程で少しでも医師としての能力の上積みを目指す、というのが現実的な作戦である。自分をしっかり持って、マイペース型でこつこつ研修していくタイプには当院のような病院が合っていると考えている。毎年約8,000人から9,000人の医師国家試験の合格者が出る。その中から１名や２名、当院にあった初期研修医がいるのではないかと思いながら、臨床研修病院を続けている。

ひとつの病院で多様な研修医の学習スタイルに応えるのには限界がある。大事なことは、医学生に臨床研修病院の選択肢を多く用意して、本人にあった病院を選んでもらうことだろう。

さて、そんな研修病院の悩みについてである。マッチしてくれる医学生が数年現れなかったのも悩みだが、その他では事務作業が悩ましい。１人でも研修医がいれば、さらに言えば研修医がいなくても、一定の事務手続きが発生する。大規模な病院で職員が多いところでは効率的に進めることができるかもしれないが、我々のような病院では数少ない職員が他の業務を抱えながら、研修医に関する業務を進めざるを得ない。研修に関するルールのアップデートも大変である。

初期臨床研修制度が、多様性を認めるような制度になること、関連する書類が少なくなること、ルールがわかりやすくなることを願って、この文章を終わりとしたい。

「これからの北海道の医療における展望と課題」・・・臨床研修病院の立場から考える

勤医協中央病院　名誉院長
田村　裕昭

はじめに

人口の高齢化と医療を取り巻く社会・経済的環境の変化は先進資本主義諸国に共通した課題となっている。各国ともその国の社会保障がたどってきた歴史と到達点を踏まえ、異なる健康観、死生観、人間観といった価値に応じた模索を続けている。

2002年２月米国・欧州の内科４学会が共同で作成した「新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム：医師憲章」なる文書がLancetおよびAnnals of Internal Medicine両誌に掲載された。その中で強調されているのは「医師の社会的責任」ということである。富の多くが一部の富豪に集中し、他方で膨大な貧困が誕生している中、米国では皆保険制度をめぐる「オバマケアの挑戦」に対する評価は二分している。多子高齢化によって社会力を高めてきた人間にとって、少子高齢化はこれまで経験したことのない事態であり、我が国はその最先端にいる。

臨床研修病院における医師養成は果たしてこのような時代の要請に合致しているのだろうか？

北海道における医療介護のマンパワー不足（特に医師不足について）

わたくし自身は1981年北海道大学医学部卒業後、臨床研修病院である勤医協中央病院、順天堂大学膠原病内科医局、そして道内の地域中核都市（釧路、旭川、北見）に在る中小規模病院、リハビリテーション専門病院、小樽・余市・黒松内の有床診療所等で勤務してきた。加えて、リウマチ膠原病専門医として北海道難病連と道が共催する「難病医療相談会」に参加し、全道各地の市町村で専門的検診活動に従事する機会を得た。この30有余年の歳月の中で経験・見聞した道内の医育機関、多くの病院・診療所はどこをとってもマンパワー不足に悩み続けてきた。

「医師の偏在、診療科の偏在」というのは特に東京、大阪、名古屋といった大都会に医師が集中することをもって然りと言えるのかもしれない。広大な北海道において本当の意味で「偏在」というものを感じたことはない。大都市札幌においても、勤務医は昼夜を分かたぬ診療、そして教育・研究に従事し、余裕のない状態である。近年では安心・安全に資する医療の質の向上、説明と同意といった診療プロセス、多職種連携、後継者育成などに係る医師の業務量は30年前と比較しても膨大なものとなっている。「働き方改革」というものが額面通りに実施されようものなら、即刻医師不足状態に陥るか、地方の医師不足に拍車がかかりはしまいかという懸念の声が巷間で聞かれるのも無理はない。郡部では30数年前から一貫して医師不足状態が続いている。二次医療圏ひとつとっても広大な面積を抱え、積雪というアクセス困難を有する北海道においては2004年の臨床研修必修化の影響云々といったレベルの問題ではない医師不足が蔓延している。北海道の医師不足は一面では病院の「常勤医師の不足」であり、「支援に赴く医師の通勤や移動に要する時間の影響」を加味するなら、その不足はより一層顕著となるに違いない。

勤務医も労働者であり、働き方改革が必要なことは言うまでもない。しかし、医師の働き方改革は先に紹介した「新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム：新時代の医師憲章」の中でも述べられている「プロフェッショナルとしての10の責務」のうち（１）プロとしての能力についての責務（６）医療へのアクセスを向上させる責務（７）医療資源の適正配置についての責務－などを十分に満たすものでなくてはならない。医師の労働時間のカウント如何で必要医師数も大きく変わり、医師確保、医師不足の問題につながり、ひいては医学・医療における退廃すら進行しかねない状況になるのではないかと懸念される。

北海道医師会には、ぜひ医師のプロフェッショナリズムと地域医療存続という立場に立った議論の推進役を期待したい。働き方改革の議論は北海道という「地方」の医師不足をクローズアップする結果になると思われ、ビジネスチャンスをうかがう人材派遣会社はあの手この手の戦略を講じてくるだろう。人材派遣ビジネスのあり方に対応する政策的提案も必要ではないだろうか。

2025年問題と北海道の医療について

2025年には団塊の世代が後期高齢者となり、一気に地域住民の高齢化が進むといわれるが、地域の現状は既に道内一律ではなくなっている。

私が直接関わった黒松内町（2018年７月末現在の人口2,860人）には19床の有床診「町立国保ブナの森診療所」１ヵ所しか医療機関は存在しない。町のゆく末と医療機関の将来が一蓮托生の状態と言っても過言ではない。少なくない自治体が今後こうした状況に陥らないとも限らない。幸いにも黒松内町には道内有数の社会福祉法人が存在し、健康と福祉のまちづくりを推進してきた歴史がある。医療福祉関係者が人口の半数近くを占め、自治体や住民とともにブナの北限の町として将来を模索している。私たちはこの町で健康増進と予防医学の発展につながるクア・オルト構想、ケアに携わる後継者育成のキッズキャンプなどに取り組んでいきたいと考えている。

北海道全体の労働人口は年々減少すると予測されているが、一方で医療福祉従業者は絶対数はもちろんのこと、労働力人口に占める割合も2027年には14.4％へと増加するとされている。我が国がデフレ

下にあってもGDPの急落を免れ、経済的恐慌状態に陥らなかったのは、政府最終支出に占める人口の高齢化に伴う保健医療関係費の増加が下支えしたからである。

北海道医師会は「医療・介護・福祉が街の活性化と中高年齢層に生きる力を回復させる上で積極的な役割を担っている経験」を集約し、医療・介護に携わる者が住民として、町おこしに積極的かつ創造的に関わることこそ、2025年に向けた夢のある取り組みであるということを地域社会に広くアピールしていくべきである。

高齢者医療には、①臓器別の専門医療の発想だけでは対応が難しい②患者の揺れに対する共感が必要であり、効率性を追求する急性期病院の医療だけでは対応が難しい③医療機関の対応だけでは高齢者の生活問題が解決されずに残る－といった難しい諸側面がある。札幌市医師会東区支部では地域ケア連絡協議会、医療・介護ネットワークなど地域ベースの活動にも積極的に参画しているが、住民とともに人生の最終段階に関わる倫理的な問題や孤立・疎外といった問題にも取り組んでいかなければならないと認識している。

臨床研修病院としても、次世代の医師たちに対し、住民と共に創る地域医療・高齢者医療を実践的に学べるプログラムを用意していかなくてはならない。とりわけ、地域枠の医学生や研修医を受け入れた研修病院が協力して、その教育カリキュラムの現状について検証作業を行い、内容の向上に努めることが重要である。地域枠医師の研修は個々の病院の責任に委ねるのではなく、北海道医師会や自治体のバックアップのもと「オール北海道」で評価・開発可能なシステムをつくるべきである。

新専門医制度と専門医の本道における役割について

新専門医制度は「患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師・専門医を養成する」という趣旨でつくられたものであり、総論的には異論はない。しかし「患者から信頼される標準的な医療」とは何か、常に問い返していかなくてはならない。

すでに超高齢化社会が到来しつつあり、高齢患者は少なくないcomorbiditiesと多様な価値観を持って生きている。専門医であろうと非専門医であろうと患者とのshared decision makingが必須であり、EBMの適用に際し、患者を一人の人間として尊重し、理解することが出発点になくてはならない。

一方、地域によっては専門医がいないため、いまだにスタンダードな専門医療が提供できないままとなっているところも少なくない。こうした地域の現実に専門医がどうコミットするかという問題も大きい。ICTによる専門医のデータ管理システムももちろん一案ではあるが、データだけではわからない臨床的評価が重要な分野も少なくない。

NDBを活用するなどして、二次医療圏をいくつかに区分けした単位で専門医療へのアクセス状況を調査し、それに対応した専門医療支援システムの構築が望まれる。例えば、北海道医師会として「地方における専門医療普及に関するアウトリーチシステムの開発」に取り組んではどうであろうか。現状では個別の病院間で専門診療支援契約が結ばれているようであるが、新専門医制度で研修する専攻医のキャリア形成の一環としてこうしたシステムに参画することの意義は少なくないと考える。複数の自治体が関わる医療圏を対象にする場合、協力医療機関をどこに設定するかといった調整も必要であり、北海道医師会と道の指導性に期待したい。

また実際に北海道の地域医療を支えている地方在住の専門医の役割を正当に評価すべきである。地方の医療機関に勤務する専門医は総合医・かかりつけ医としての役割も果たしてきた。専門医としてのキャリア形成にこうした経験がプラスになるように制度設計すべきであり、専門医にとっても重要な基礎部分である「総合性」として資格更新時に何らかの形で評価されるべきである。

北海道医師会を中心としたオール北海道の力で、19番目の専門医として誕生した「総合診療専門医の育成」に尽力すべきある。日本専門医機構の昨今の動きをみると、プログラムごとの定員削減など、「総合診療専門医を増やしたいという意図があるのかどうか」首をかしげたくなる。一方、北海道にとって総合診療専門医以外の専門医養成にも注力しなくてはならないのは言うまでもない。一見背反するかに見えるこの課題を解決し、本道における総合診療専門医やその他の専門医を確保する一つの方法として、総合診療専門医がサブスペシャリティ領域（臓器別専門医）の研修にも進めるような制度設計を日本専門医機構に提案し、入口として総合診療専門医養成プログラムに参加する専攻医を増やす努力をすべきである。各専門領域の医学・医療の発展にとって総合診療専門医の参入は大いにプラスになると考える。

おわりに

以上、新しい時代のプロフェッションとして北海道の医療を担っていく医師を養成する立場からいくつか問題提起させていただいた。客観的にみて、日本は世界の保健医療情勢の最先端をひた走る存在である。日本学術会議会長である山極壽一京都大学総長がその著書「ゴリラからの警告」の中で述べているが、サルにもゴリラなどの類人猿にもない「コミュニティ（共同体）を組み合わせて社会を形成するという人間の特質」を生かし、人間性に満ち溢れた地域を創る医師の誕生が期待されている。北海道医師会が新時代にふさわしい医師養成の推進役を果たされんことを期待して、拙文を寄稿させていただくこととした。

医育大学・臨床研修病院として思うこと

札幌医科大学附属病院　病院長
土橋　和文

「北海道医報」1200号、お祝い申し上げます。これまでの北海道医師会ならびに会員各位の、北海道医療への多大なるご貢献・ご尽力と弛まぬご努力に対して、改めて敬意を申し上げます。また、私ども札幌医科大学・同附属病院への平素のご鞭撻とご指導には、深く感謝申し上げます。『これからの北海道の医療における展望と課題』について、主に医療者の教育機関と臨床研修病院の立場より、拙文（私信）を寄せさせていただきます。

医療は、共同体運営に不可欠な社会基盤（インフラ）であります。殊に救急・災害・予防・衛生などの「五疾病五事業」医療は、計画的に広汎な社会インフラを準備・動員する必要があります。しかし、一般医療への過剰な医療資源の投入は、医療経済上は困難であるばかりか、継続性に問題を抱えます。

当地の広域性と高齢化（全人口と医療人人口ピラミッドの不一致：70歳台患者を50歳台勤務医が支える構造)･地方人口衰退（人口比率［郡部:市部］は、ピーク時80:20であったが急速に完全逆転）などの劇的変遷に鑑みて、「医療資源配置の見極め」は容易ではありません。北海道地域医療構想での21二次医療圏でも多くの医療圏（現場）で「パズルピースが不足､絵空を描けていない」のが現実であります。

札幌医科大学・同附属病院では、道立医育機関として高度の医療提供と優れた医療人の育成をミッション・クレドとして尽力してまいりました。開学以来、多くの卒業および研修修了者を、地方医療の担い手として輩出してきました。臨床研修制度(必修)は「パンドラの箱」を開けました。他のキャリア系職種と酷似した構造「大都市圏の学生を地方国公立大学で教育し、初期研修・専門医教育の過程で流出し大部分を失い、圏内組織全般が疲弊し、自己再生不能となる悪夢」が露呈されました｡「大学医局制度」の功罪はございますが、卒前・卒後および生涯教育のシームレスキャリア形成と地方医療へ貢献では１つのモデルを形成していたと思います。しかし、後戻りはできません。

札幌医大では「北海道医療枠」「特別枠」など入試制度改革、地方医療への早期曝露・学生による地域医療実習の実施と診療参加型臨床実習などの卒前教育改革の推進、地方基幹医療機関との研修医・専門医教育連携、人材登用での地方勤務義務化などを実施してまいりました。地域定着率は、充分とは言えませんが確実に回復基調にあります。

新たに新専門医制度が本格導入され、当該若手医師の動向が注目されました。専門医機構が2018年３月に公表した初年度登録状況では、北海道地区初期研修医338名から、専門医登録されたのは296名（道外初期研修修了者20名含）でした。概算でこの過程までで道内大学卒業生100名強が道外に流出勤務したと推定されます。次に領域別では、内科90名、外科34名、麻酔科22名、小児科20名、整形外科18名、脳神経外科12名、救急科９名、総合診療13名（東京都と並んで全国１位）でした。北海道地区の残留率は、非大都市圏としては健闘しており、外科・産婦人科が若干少ないものの、小児・総合診療など地域医療を直接担う領域は比較的堅調であり、総じてバランス良く選択されておりました。今後の動向を注視し、臨床研修・医師キャリア支援センターを通じて、教育関連病院と連携を強化し魅力あるプログラムを発信し、生涯教育ともシームレスに運用してまいります。また、臨床研究等を基盤とする「継続的研究心」を育む臨床研究支援の大幅改革を実施しています。「医局」の良き面をどの程度補完可能かは別として、公立の医育大学附属病院として職務を果してまいりたいと存じます。

医療現場では課題は山積です。医師の働き方改革とタスクシフト（医療職の医業集中)、医療職のマルチロケーション解消、地域包括ケアに関わる医療および行政との連携などであります。これらの諸問題は、北海道医師会および会員各位との綿密な論議の上、当地に合致したモデルを構築して行く必要があります。しかし、地域医療の原則はメソッド（方法とか方策）よりはマインド（意識)、ロールモデル確立がより重要となります。

末筆となりましたが、北海道医師会ならびに会員各位のなお一層のご隆盛とご発展を祈念申し上げます。また、今後ともご指導、ご鞭撻を賜りますことをお願い申し上げます。

医師養成制度の現状を憂う

北海道大学病院 臨床研修センター
センター長 **平野　　聡**

2004年に初期臨床研修制度が新たな法制度の下に開始され、医師養成改革の火ぶたが切られた。卒業と同時に自学の医局に属するものが多くを占めた時代の終焉である。多くの卒業生が大学以外の臨床研修病院に２年間の研修を委ねる道を選択し、大学は入局者を得ることができず、多くの医局の医師派遣機能は低下した。最終的に、大学医局による地域からの医師引き揚げという事態を招いたのは、いまだ記憶に新しい。とりわけ、ほとんどの地域医療機関が大学からの医師派遣によって賄われていた北海道は、その影響が甚大であった。研修医の大学離れは年々その程度を増し、現在に至っては全国で研修医のおよそ６割が大学以外の臨床研修病院を選択している。北海道においてはその割合はほぼ７割に達し、この傾向はとどまる様子がない。

大学病院はこの傾向を指をくわえて見ていたわけではない。北海道大学病院プログラムにあっては他の臨床研修病院に無い特殊性を提示するため、様々な策を講じてきた。すなわち、本制度下では他に類を見ない鹿児島大学病院との研修医交換型の圏外地域研修や、国際的医療人養成プログラムと称して最終的に米国で実診療を見学できるコースまでを実現してきた。しかし、これらの努力や試行錯誤は、common diseaseの数、手技の経験数、高額な給与、潤沢な福利厚生、等々を有する臨床研修病院群の前では全く歯が立たず、相変わらずの劣勢を強いられている。せめてもの救いは、自らの専門性を決定するにあたり、「その分野の最先端をこの目で見てからにしたい」という高邁な精神を持つ研修医がわずかながら存在することである。

上述の「選択の自由による弊害」以外にも制度の問題点は数々挙げられているが、最も重大と思われるのは研修の評価システムの未熟さである。形骸的に習得度に〇をつける自己評価と症例レポートの提出には、指導医からのフィードバックは全く課せられていない。その結果、２年間の漫然たる“臨床体験”は、研修医にとって単なる学生実習の延長か、試験がないことを考えると、それ以下のものとして捉えてしまうのも無理はない。しかし、そこから連鎖的に生じるもう一つの大きな問題は研修医のメンタルヘルスのトラブルである。“実習もどきに参加”というお気軽な気持ちのまま本当の現場に無防備に進入し、「この科は興味がないからほどほどに」ともくろんでいた研修医に、突如、職業人としての責任が降りかかる。「なぜ、こんなに責められるのか？」、「なぜ、興味の湧かない雑用を強いられるのか？」と嘆きつつも、研修期間をなんとかやり過ごせるなら良いのだが、毎年、一定の割合で研修医の心は変調を来してしまう。制度の問題ばかりではないという意見もしかりだが、実際、毎年行う指導医講習会での最も重要な講義題目は、精神科専門医による「研修医（と指導医の！）のメンタルヘルス」である。

「反省なくして成長なし」とは、松下幸之助の言である。良い制度には良い評価システムが必須であると読み替えられる。救急や麻酔科研修で全員必修として経験したはずの全身管理どころか、輸液ひとつ自信をもって処方できない研修修了医師を見るにつけ、本制度の有効性に疑問を呈さずにはいられない。2020年の制度改革では、新たに評価システムを構築することになっているが、その具体的内容はまだ見えてこない。

折しも本年度から医師養成改革の第二弾、新専門医制度が開始された。その基本理念は「専門医の質を担保できる」制度であり、「患者に信頼され、受診の良い指針になる専門医を養成する」制度のはずであった。だが、機構の主導により、どの診療科も一律に専門医資格を取得させることに主眼が置かれている点に問題がある。専門医の上に多くのsubspecialtyを有する内科や外科のいわゆるmajor科には、サブスペ専門医資格の取得スピードを上げなければ、ますますなり手が減ってしまうという危機意識が生まれた。例えば、筆者の専門である消化器外科専門医は最短で卒後８年で取得できるように制度が変更され、現行に比べてざっと６年もの前倒しとなる。これでは簡単な胃癌の手術もままならない消化器外科のプロが誕生することになり、「専門医の質の担保」とは真逆な結果を招いてしまっている。これまでは、学会ごとにプロフェッショナルオートノミーに基づいた適切な専門医制度を構築してきた歴史があったはずであるが、それらが音を立てて崩れていくのを目の当たりにする。

本道において地域医療の充実は大きな課題であるが、同時に、人口の高齢化や都市部集中に伴う医療需要の変化に対応する長期的医療政策が他都府県以上に求められている。医師数の確保には行政側も相当な努力を続けており、地域枠学生増加策もある程度奏功するであろうが、上述したように今後は医師の質（実力）にも危機感を持たなければ、基幹病院が地域に点在する本道では良質な医療は実現されない可能性が高い。研修制度や専門医資格に頼れない個々の医師の実力を、誰がどのように担保すべきであろうか。今、医育機関としての大学病院、行政、医師会など、各種団体が一丸となって取り組むべき地域的課題がそこにあるように思える。ヒト、大学、機関、団体同士の垣根が低い北海道の特殊性を生かし、医師養成のご当地モデルの創設などは夢のまた夢であろうか。

北空知地域住民の命と暮らしを守るために

深川市立病院　院長
藤澤　　真

北空知二次医療圏における地域医療

深川市立病院は、道内に21ある二次医療圏中、面積比では21番目（1,067.29㎢）、人口比では20番目（32,675人…2015年国勢調査人口）に位置する北空知二次医療圏において、唯一一般病床を有する中核病院として、その使命と役割を認識し地域住民に信頼される医療の提供に努めています。

しかし、残念ながら医師不足に悩まされる状況が続いており、平成20年には11診療科に26人の常勤医師が在籍していましたが、その後、整形外科・皮膚科・小児科・産婦人科などの常勤医師が不在の状態となり、平成30年８月現在では、６診療科に16人の常勤医師となっております。このため、旭川医科大学病院などから多くの出張医師を派遣いただくなどして圏域に必要な医療体制を確保しているところですが、常勤医師が不在の整形外科や小児科、産婦人科といった診療科にあっては、当院での出産や入院治療が困難なことから地域住民の皆様には大変ご不便をおかけしているところです。

近年の医師偏在化は、平成16年４月から必修化された医師の新臨床研修制度により大学病院医局に所属する医師の減少が大きく影響しているものと基本的に考えるところではありますが、当院のような地域医療を担う病院へ、医師が自主的に勤務するインセンティブが欠けていることなども要因の一つと捉えなければならないと認識しているところです。

地域医療を守るためには、国や北海道がこれまで以上に地域医療に関与しなければ医師の偏在化は解消できないと考えるところですが、国や北海道の対策を待っているばかりでは北空知圏域の医療体制の崩壊を招きかねません。圏域の医療を守るため医師の確保にあっては今後とも行政と協働し、積極的に粘り強く関係医育大学に常勤医師の派遣を要望するとともに、独自の医師確保策の強化や医師が住みやすい街づくり、働き甲斐のある病院づくりに強く意を用いていかなければならないものと考えております。

また、医師のみならず医療従事者の確保についても、少子高齢化や就労人口の減少により今後益々難しい状況を迎えることが明らかです。幸い、看護師にあっては深川市が開設する深川市立高等看護学院の卒業生を毎年一定程度確保することができており、薬剤師も当院の就学資金貸付制度を利用している学生がいることから、その確保に一定の目処が立っているところですが、高等看護学院の受験者数が年々減少していることや看護助手、調理員といった職種にあっても応募が非常に少ない現状にあり、これらの対策も検討が必要であると考えているところです。

深川市立病院と地域包括ケアシステム

北空知地域においては、地域包括ケアシステムの構築にあたり北空知１市４町（深川市、沼田町、妹背牛町、秩父別町、北竜町）が協同で広域的に取り組むこととし、平成28年度から地域の医療・介護関係者とともに「北空知地域医療介護確保推進協議会」を設置し、在宅医療・介護連携推進事業などを広域的に実施する取り組みを進めているところです。

深川市立病院としましては、北空知１市４町の委託を受け、院内に「北空知地域医療介護連携支援センター」を設置し、医療と介護の両方を必要とする状態などの方が、住み慣れたご自宅などで自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように「地域医療」と「介護サービス」を一体的に提供するため、医療機関と介護サービス事業者など、関係者間の連携推進や北空知地域における医療や介護資源情報の提供、在宅医療・介護に関する各種講演会の開催等、在宅療養環境を充実するための事業を行っています。また、各市町の地域包括支援センターと連携し、北空知１市４町にお住まいの皆様からの在宅医療や介護に関するご相談に応じています。

北空知地域における中核病院としてこれからも積極的に地域包括ケアシステムの構築に注力し、安心して暮らせる地域づくりへの貢献と地域の発展に寄与してまいりたいと考えております。

北海道の医療を守るために

北海道には179もの市町村があり、それぞれの地域で歴史を踏まえ圏域内外の医療機関と連携し地域医療の確保と充実に努めているところですが、今後の人口減少、少子高齢社会において医療需要が大きく変化していく中、いかに地域の医療を守っていくか、それぞれが頭を悩ませていることかと思います。

深川市立病院は北海道の医療を守るために北海道医師会や全国自治体病院協議会北海道支部などと協同し、国や北海道が進める医師偏在対策の実効ある推進を更に強く求めるとともに、自らの二次医療圏域を守るため、関係する自治体や医療・介護関係機関、地域住民の皆様などとも連携を密にし、圏域をあげて地域の医療と介護の提供体制の確保に取り組んでいくことを改めて決意するところです。

臨床研修・専門医研修における課題と展望

手稲渓仁会病院　副院長
古田　　康

当院が2001年から開始した北米方式の初期臨床研修プログラムは、研修医の高い評価を得ており、全国から意欲溢れる優秀な人材が集まり、病院に活気をもたらしている。研修の特長は、軽症から三次救急の重症症例まで数多くの症例を経験するとともに、自ら考え、治療方針を立て、教え合う、３年間の屋根瓦方式であり、３年次終了時点において、地域における１人診療に対応できる能力が育まれていた。しかし、2018年からスタートした新専門医制度に合わせ、2017年度採用研修医からは原則２年間の研修に変更を迫られた。従来の初期３年分の研修を２年間に濃縮することは不可能であったが、2017年度から導入したナイトフロート(NF)研修によって、１～２年次研修医の救急疾患対応症例を増加するなどして、２年次後期には救急外来walk-in症例に対し、ある程度の独り立ち診療が可能なレベルに到達するカリキュラムに変更した。一方、大多数の研修施設同様に２年間の初期研修期間とすることで、その後の専門医研修を視野に入れた初期研修医が応募しやすくなったため、マッチングにおいては定員(17名）の３倍程度の希望順位登録数となった。

NF研修について触れると、日勤チームに代わって、夜間のみ救急walk-in対応や病棟管理を行うローテーションのことで、欧米では80％以上の研修プログラムで導入されているが、我が国での導入は初めての試みである。夜間内科病棟管理と救急外来夜勤を集中的に研修できるのが特長である。従来よりも研修医が経験する救急症例の数を増やしつつ、一ヵ月の労働時間を所定労働時間近くまで抑えることができる。また、日勤チームは引き継ぎ終了後、業務が終了するので、オン･オフが明瞭となる。実際、導入後に継続勤務時間が短縮化された。一方、NF研修導入直後において、夜勤リーダーとなる３年次研修医の過重負担などの問題が生じた。研修医を交え担当各科が話し合うことで微調整を行い、導入２年目の今年度は大きな問題なく経過している。初期研修期間が２年間となったため、NF研修を支えてきた３年次研修医が減少することによるシステムの維持が今後の課題である。

専門医研修に関しては、最終的に８診療科において基幹研修施設の承認を得て、2018年度は計18名の専攻医を採用した。専門研修を行うにあたって当院の長所は、670床を抱える規模でありながら診療科の枠を越えた横の連携が密であることが挙げられる。これは中規模病院から発展してきた当院ならではの良き伝統と言える。また、初期臨床研修に率先して取り組んできたことからも、若い医師を育てながら、高度医療にも取り組む文化が培われてきた。このような教育環境、指導医のレベルとマンパワーを維持することが、より良い医療を求める医師の育成に繋がると考えている。当院で経験できる研修症例数であれば、専攻医が着実にステップアップし、次のステージに進めるようにきめ細やかな対応ができる。また、初期・専門医研修修了後の海外研修支援など、長期的な計画に基づきロールモデルを育てる試みも行っている。

新専門医制度の目的は国民のための良医の育成であり、医師の地域偏在や地域医療の崩壊と結びつけられることには疑問を感じる。良医を育てるためには教育が全てであり、大都市であれ地域であれ、良い教育医の下で良医は育成される。本制度が地域医療の崩壊を益々助長する懸念に対しては、大都市圏で専攻医数に制限をかけるという全く姑息的な策のみ追加された。専攻医の要望を無視した、単なる数合わせでは問題は解決しない。専攻医は地域医療を担う貴重な戦力であるが、適切な教育を行うという視点からは、地域医療施設における指導医層の充実が喫緊の課題である。そのためには専攻医数に合わせた診療報酬上の加算などにより専攻医教育を担う施設の整備が優先されるべきである。2025年問題が勃発する頃、本制度は見直しを迫られるであろう。

最後に研修医・専攻医を含めた医師の働き方改革について触れる。医師は生涯において自己研鑽が求められる。この自己研鑽を労働とみなすか否かで、いわゆる労働時間が大幅に異なってくる。医師としてのプロフェッショナル集団においては、自己の能力を高め、さらに若手の医師を育てることに時間を惜しまない。やがては自施設を去っていくことが分かっている医師を社会のために教育するのである。すなわち、一般の企業労働者の職業教育における労働時間管理と同等に扱うことはできないと考えられる。一方、限度を超えた自己研鑽時間、診療業務以外の雑務に関わる時間などを是正し、教育する側もされる側も研修に関わる時間については診療に伴う労働時間とのバランスを保つことが望まれる。当院では全医師について労働と自己研鑽のルール作りが進行中である。「休日勤務は当たり前」「年中on call」で育った病院管理者、診療科トップの意識改革が徐々ではあるが進んでいると感じている。

新専門医制度が開始され、専攻医の大学志向が明らかとなっている。当院においては、従来から家庭医療科で採り入れていた初期・後期に渡るシームレスな教育プログラムを他の診療科にも導入するなど、研修システムの転換を迫られている。そのような中、初期、専門医研修後に当院を含め、日本・世界の各地で活躍し、また若手医師の教育に情熱を持った医療者を育てる当院の使命は不変である。そこから少しでも北海道の医療に貢献する人材が育てば、当院の役割は果たせると考えている。

臨床研修病院としての課題克服と提言

社会福祉法人函館厚生院　函館五稜郭病院
病院長　**中田　智明**

“これからの北海道の医療における展望と課題”について、さまざまな課題が想定される中で、臨床研修病院の立場からどう考えるか？とのこと。言うまでもなく、責務として、若い医師を、人間的にも立派な臨床医に育てるべく初期教育を施し、全人的医療を通じて北海道に貢献してもらうことが最重要課題と捉えている。では、当院の研修病院としての質は十分担保されているか、北海道の初期研修医数（医師数）は十分か、そして今の初期臨床研修制度でその役割を果たせているか、といった問題が自ずと出てくる。

まず当院の立場・現状から述べてみたい。当院は基幹型初期研修病院として道から９名の枠を頂いているので、大学からのタスキの研修医を含めると毎年10名以上、１～２年目を合わせると20名前後の初期研修医が来てくれている（フルマッチしても、残念ながら卒業試験・医師国家試験の不通過で着任できないこともある）。年間の手術数約6,000件、救急車搬入3,000件以上、地域がん診療連携拠点病院として新規がん登録患者数約1,750症例、IVR-CT、PET-CT、da Vinciシステム、各種シミュレーションやレクチャープログラムを含め、十分な研修教育環境を維持できていると自負していた。ところが、２年前初めて受審した卒後臨床研修評価機構による第三者評価では散々な厳しい結果であった（ある研修会で名前は伏せて、悪い例に引用された！）。しかし、今年１月の再受審では、この２年間で随分改善されたと高い評価を頂いた。それでも、コメディカルからの研修医評価・指導医評価の実施（多職種評価法）など、いくつか宿題を課せられ、４年後の再受審に向け努力を開始したところである。指摘はすべて合理的で、なかなか難しい課題もあるが、よりよくチーム医療を実践できる臨床医を育てるには有意義なことと思われる。また、インフォームドコンセントの記載は当然として、すべての臨床カンファレンスや回診状況（会話や議論の推移を含め）を正確に記録するのは（程度問題にしても）、日常臨床では難しい面もある。研修医への指導記録も残すようにとは、電子カルテの時代になかなか大変である（昔は、病歴・要約・手紙・書類・論文等に真っ赤に赤ペンを入れられたものであるが…）。当院では指導医有資格者47名（指導医対象者の67％）いるが、十分な指導医数、指導時間、カルテ記録時間を確保することが問題で、大学のようにはなかなかいかない現実がある。これも医師（指導医）数不足問題・働き方改革（役割分担・時間外勤務の軽減）・教育担当医師の雇用問題（人材確保・経営体力含め）に帰結するのであろう。当院では幸い専門４内科（消化器・循環器・呼吸器・腎臓/透析）に加え、今春から総合診療科を教育マインドのある２名の医師で開設した。次回必修化される初期研修医の外来研修の充実も、その目的の一つである。一定レベルの専門性を追究・維持しながらも総合内科的素養あるいは総合診療科的マインドを持った、バランス感覚のいい・視野の広い医師を育てることが、初期臨床研修の初期の目的にかなうものであることを思い出すことが必要であろう。そのために病院全体はもとより、指導医自身のさらなる質の向上が必要と考え、例年外部講師を招いて指導医の研修を実施している。“教育とは人のためならず…自分にも”と考えて、若い医師からも選ばれる教育研修病院を目指してさらに努力していきたいと思っている。

医師の高齢化・絶対数不足は、医師の地域偏在化、診療科の偏在化とともに、実体として大きな問題である。対人口10万あたりほぼ全国平均（240.1人）である道内（238.3人）でも、最高の上川中部（339.2人）と最低の宗谷（86.7人）で４倍もの開きがある。では北海道の初期臨床研修医数は十分か？

もちろん、答えは否である。ちなみに2017年度の初期研修医最終マッチング数は337（2018.7.3道のHPより）で、募集枠の82％、124名充足していない。これは何を意味するのか？　せっかくある北海道研修医枠を（国家試験不合格者はやむを得ないとして）活かしきれていない証拠である。道内58研修病院で研修医を奪い合うのではなく、道外への流出を防ぐとともに、何とか道外の医学生を誘導できる方法を北海道全体で考え、また各研修病院でも考えてみる必要がある。当院はここ数年、道外で開催のe-レジフェア（全国臨床研修病院合同説明会）にも参加している（今年は東京2018.５、仙台2018.10、昨年は福岡開催にも参加）。2017年度は、91名の医学生が病院見学に来てくれたが、うち47名は道外医学生であった。ここ数年道外勢は年間で少ない年で31名、多い年で54名来てくれているが、残念ながら正直なかなかマッチングに結びついていない。その理由はいろいろであろうが、せっかく北海道に来ても初期研修２年間終了後の進路が見えにくく不安との声をしばしば耳にする。ことに、初期臨床研修医にとっては、各種問題を抱えながらも生まれたばかりの新専門医制度にどう対応するかというのは、大きな問題であろう。道外出身者は後期研修としての新専門医制度へのスムーズな移行を希望しているようである。当院も独自に新専門医制度に対応せざるをえないと考えている。そこで、当院は関連する大学の新専門医プログラム協力病院としてのみならず、2019年度から独自に内科専門医プログラム（３年プログラムで、うち１年間は希望する大学内科系診療科で

の逆タスキ研修あり）を開始することにした。これにより、道外出身者の受け入れをさらに充実したものにし、当院の初期研修から後期研修へと選択する、道外からの若手医師を増やしたいと考えている。幸い新内科専門医プログラムは関係各位の協力のお蔭で、先日日本専門医機構から承認されたが、その成否はこれから先数年の頑張り次第と考えている。

最後の課題は、2004年に開始され、５年ごとに変更が加えられてきた現在の初期臨床研修制度は、北海道のひいては日本の医療に貢献してきたか、医療を改善する役割を果たしてきたか？である。これは、あまりに大きなテーマであり、2020年から再度変更される予定（当初のプログラムに近い形に戻る!?）であるため、本稿で論ずるには荷が重い。博学・見識の高い有識者の先生が議論を重ね、たびたび変更してできたものであるので素晴らしいものに違いないはずであるが、医師の偏在の助長・地域医療崩壊（大学医局派遣の相次ぐ中止）や医学研究者減少の危機を大学と地域双方からみてきた身からすれば、功罪相半ばと感じる（個人見解）。また、研修項目が実臨床の現場・教育現場とはやや感覚がずれているようにも感じられるが、内科医（ちなみに、小生は総合内科専門医・循環器専門医・高血圧専門医であるが）の立場から私見を少しだけ言わせてもらうことにする。2020年のプログラム改訂は、外科・小児科・産婦人科・精神科を必修に戻し、一般外来研修を追加するというもので、先祖帰り的・総花的である。当初のスーパーローテートプログラムも多すぎる必修科目による短すぎた研修期間が、ポリクリの延長ではといった最初の改訂の批判はどうなったのかと思わせる。さらに、内科専門医プログラムでは13領域を必修に挙げているため、初期臨床研修から新内科専門医プログラムへの整合性をつけようとして、両者をやや無理に一体化し、さらに中途半端・アリバイ的な研修なる危険性をはらんでいるように見える。そうならないようにするのが研修病院の指導医の役目であろう、と怒られそうであるが…。志向性と手技の違いはかなり大きいので、大きく内科系研修と外科系研修とに分け、共通必修科目に救急、地域（家庭）医療、精神科、小児科などを組み合わせた方がより実効性のある初期研修になると思われるが、いかがであろうか？

＊＊＊＊＊＊＊＊＊

日本の将来の最大の危機は、人口減であると言われている。函館市は毎年3,000人ずつ人口減らしい。確かに当地でも、医師・看護師・介護士は言うに及ばず、観光業・建設業他各職種で人手不足が深刻化してきている。一方で働き方改革・ワークシェアリング・労働時間の厳守化・時間外労働問題・〇〇休暇取得促進と、相当矛盾した政策が声高に叫ばれ始めた。小生も札幌から当地に単身赴任を開始して14年以上になる。医師の引き上げの悲哀や充足の苦労も多々経験してきたが（現在も進行形で…）、幸いにもいい仲間・医師にも恵まれ、徐々に多様性のある人材が集まって来てくれている。常々、職員には病院は半ば教育機関である（teaching hospital）と言っている。良い人材を広い視野で確保するのみならず、良い職員に育てていく、医療のプロに育てていく、若い看護師・医師を全職員で育てていくのが使命であると…このことで北海道の医療が少しでも良くなることを願っている。

北海道の糖尿病診療における展望と課題

NTT東日本札幌病院　院長
吉岡　成人

はじめに

私は北海道大学を1981年に卒業し、聖路加国際病院でレジデントとして４年間内科の研修を行い、自治医科大学で専門領域である内分泌代謝学のトレーニングを受け、その後、聖路加国際病院で研修医の教育に携わり、朝日生命糖尿病研究所の主任研究員をへて1994年に札幌に戻りました。以降は、市内の総合病院、大学病院に勤務し、現在、NTT東日本札幌病院において外来診療と病院の管理業務を行っています。

医師となって13年間を道外で過ごし、東京を中心とした関東圏の医療が「普通」であると思っていた私は、札幌市に戻り、勤務先での糖尿病診療の在り方に戸惑い、大学では研修医制度の大きな変遷のなかで、旧い「医学部附属病院」から新たな時代の「大学病院」への移行を経験し、今は、過当競争が著しい一般病院での理想的な医療を模索する毎日を過ごしています。

本稿では、このような経歴の私が見た、糖尿病の分野における北海道の医療の四半世紀と今後の展望、そして課題について簡単にまとめてみたいと思います。

20年以上の前のことです

私が1994年に札幌に戻って勤務した際に最も驚いたのは、「チーム医療」であるはずの糖尿病の診療が、患者中心の医療ではなく、医師を頂点に、看護スタッフをはじめとしたコメディカルが自分たちの意見を述べることもなく、医師に従属し、患者に理想を押し付けるという極めて旧態依然とした診療であったことでした。診察室でも医師は患者に「must」「do」を押し付けていました。「患者さんはどう思っているの？　どうしたいと考えているわけ？」と看護師に尋ねた際に、「治療方針は医者が決めることです。患者に意見を聞くなんてどうかしています」と言われ、上級医からは「東京で普通だと思ってもここではできないから…」と言われ、大きな戸惑いを覚えました。

しかし、その数年後には北海道大学で小池隆夫教授（当時）を中心に、牧田善二先生、柳澤克之先生が大学病院で糖尿病のチーム医療を実践すべく、歯学部なども巻き込んだ教育入院システムを構築し、北海道でも当時の「東京」に勝るとも劣らない糖尿病の診療システムができあがる礎となりました。そして、そのような動きが、全道に大きく広がっていくことになりました。

当時は糖尿病の診療の中心は、患者さんや患者さんの家族、医療スタッフであり、医師はコーディネータの一人であるという機運が大きく盛り上がった時期でもあり、2000年には日本糖尿病療養指導士認定機構が設立されました。私が勤務していた病院からも10人以上のスタッフが第１回の資格認定試験を受験し、全員が合格するというううれしい出来事がありました。医師と医療スタッフが一定レベル以上の知識を身につけて「共通の言語」で糖尿病の患者さんの診療についてディスカッションができるようになったことは、私にとって、その頃の、最もうれしい出来事でした。米国や、カナダ、オーストラリアでは1970年代からすでに糖尿病診療に携わる医療職の専門性と認定について検討され、1986年には資格としてCDE（Certified Diabetes Educator）制度が発足しましたので、15年の遅れはありましたが、日本においても糖尿病の、本当の意味での「チーム医療」が定着し、大きく育つ礎が築かれたのが2000年前後なのではないかと思います。

現在の北海道では

現在、北海道には183人の糖尿病専門医と948人の糖尿病療養指導士（CDE-Japan：CDE-J）がいます。CDE-Jと認定されている方は全国で約19,579人ですので、北海道ではほかの地域に比べても多くのCDE-Jが活躍をしていることが分かります。しかし、CDEの資格を取得するためには、条件の１つとして、「日本糖尿病学会に所属する医師から指導を受ける」必要があります。そのため、糖尿病の患者さんたちと多く接していても、行政に携わる方たちや薬局の薬剤師、歯科衛生士などは受験の資格を満たさない方がいらっしゃいます。そのような方たちを対象として、北海道でも地域糖尿病療養指導士（Local-CED）というシステムを立ち上げようと、北海道大学の中村昭伸診療講師や釧路赤十字病院の古川真部長が奮闘されています。

北海道でも糖尿病に対する地域医療計画が策定されており、旭川医科大学の奥村利勝教授が中心となって、行政の観点からさまざまな問題点の解決に尽力されています。

また、北海道医師会の会長でいらっしゃる長瀬清先生が議長を務められている北海道糖尿病対策推進会議では、北海道健康づくり財団との共同作業として一般市民への啓発活動を行っており、糖尿病性腎症重症化予防対策についても旭川地区を中心として旭川赤十字病院の森川秋月副院長、旭川医科大学の安孫子亜津子講師らが活発な活動を行っています。

このように、北海道の糖尿病診療は、この20年ほどの間にめざましく「深化」しました。

将来の北海道における糖尿病診療

北海道では183人の糖尿病専門医が糖尿病の診療・研究に従事していますが、北海道各地に均一にいるというわけではありません。専門医は札幌市と旭川市に集中しており、道南（渡島檜山地区）には少なく、オホーツク、宗谷地区には専門医がいない基幹病院も少なくありません。

北海道における人口の高齢化は大きな問題で、平成30年１月における高齢化率は30.5％にも及びます。高齢糖尿病患者にどのように対応するかは今後の大きな問題です。糖尿病に特徴的な合併症である網膜症、腎症、神経障害による下肢切断などの発症がわずかではあっても低下している中、糖尿病関連疾患としての認知症（アルツハイマー病）、がん、骨粗鬆症、歯周病などが大きな問題としてクローズアップされています。

日本糖尿病学会北海道支部としては、北海道医師会、北海道糖尿病協会、北海道歯科医師会、北海道眼科医会、北海道薬剤師会、北海道看護協会、北海道栄養士会、北海度保健福祉部、北海道健康づくり財団と協力して、糖尿病対策推進会議の活動に積極的に参加し、北海道総合保健医療協議会地域保健専門委員会糖尿病対策小委員会の構成メンバーとして参画し、地域におけるより良い糖尿病診療を目指して活動をしています。

糖尿病の診療においては、北海道における広大な地域性と糖尿病専門医の偏在を反映して、住所地と異なった二次医療圏域の専門施設を受診することも少なからず見受けられます。住み慣れた地域における切れ目のない質の高い医療を提供するために、かかりつけ医、専門医療機関、介護保険関連機関などが糖尿病の診療情報や診療計画を共有する必要があります。糖尿病専門医と眼科、歯科などを含めた他科の専門医との効率の良い情報交換を促すことも重要です。

多くの諸先輩が築かれた北海道における糖尿病に関した社会活動、学術研修活動の礎をさらに発展させ、糖尿病の予防、治療の質のより一層の向上、将来を担う医療スタッフの育成を継続的に行う必要があります。ぜひ、北海道医師会の会員の皆さまをはじめ、多くの分野の皆さまのご指導を賜りたく存じます。

おわりに

私が北海道で医師として過ごした四半世紀の間に医療の環境は大きく変化し、糖尿病の診療も姿を変えました。当時は、経口糖尿病薬としてはスルホニル尿素薬に加えてα-グルコシダーゼ阻害薬しか使うことができず、インスリンもNPH製剤が主流でした。その後、グリニド薬、チアゾリジン薬が市場に登場し、ビグアナイド薬が見直され、DPP-４阻害薬、SGLT２阻害薬が登場し、糖尿病の病態に合わせた治療ができるようになりました。さらに、インスリン製剤はヒトインスリンからアナログ製剤となり、注射薬としてインクレチン製剤も使用できるようになりました。血糖自己測定の分野でも、上腕部などにセンサーを留置して皮下組織のグルコース濃度を２週間にわたって、瞬時に１日に何度も確認することができるようになっています。治療に関する薬剤やディバイスの進化とともに診療のシステムや内容も大きく変わっています。糖尿病の遠隔診療も一部の地域では試みが進みつつあります。新しい情報が、北海道から発信され、日本全体に広がる…。それは、いま、一歩一歩着実に歩みを進めています。

北見赤十字病院における臨床研修制度への対応～14年間の振り返りと今後～

北見赤十字病院　院長
吉田　茂夫

臨床研修制度は、平成16年度制度開始当初より地域医療崩壊の一因と指摘されるなど、賛否両論の中、各関係者のご努力と制度修正を経て、現在は曲がりなりにも研修医と研修病院双方にとって良い制度になりつつある。当院においても、良いものにすべく様々な試行錯誤を重ねながら現在に至っている。当院においては必ずしも明確に大きな目標を持って運営をしてきたわけではないが、医学生が卒業後に、良い医師になるための第一歩として位置づけ、「初期研修をきちっとしよう」という考えのもと、研修指導者が努力してきてくれている。研修の成果については、測る物差しがないので明らかではないが、２年間の研修修了後の修了証明書授与式で、証書を渡すとき、２年前に比べてたくましくなりまぶしいばかりの研修医のはつらつとした顔を見たとき、あるいは研修修了数年後に夏休みやカレーライスマラソン競技などで北見に来た折りに、病院を再訪してくれる元研修医が良い医師に順調に育っている姿を見て「当院の研修もまずまず良いのではないか」と、ほっと胸をなで下ろしている。

今回北海道医師会から原稿を依頼されるという、良い機会が与えられたので、当院の初期研修制度を、将来少しでも良いものにするため、過去と現状を振り返ってみることにした。

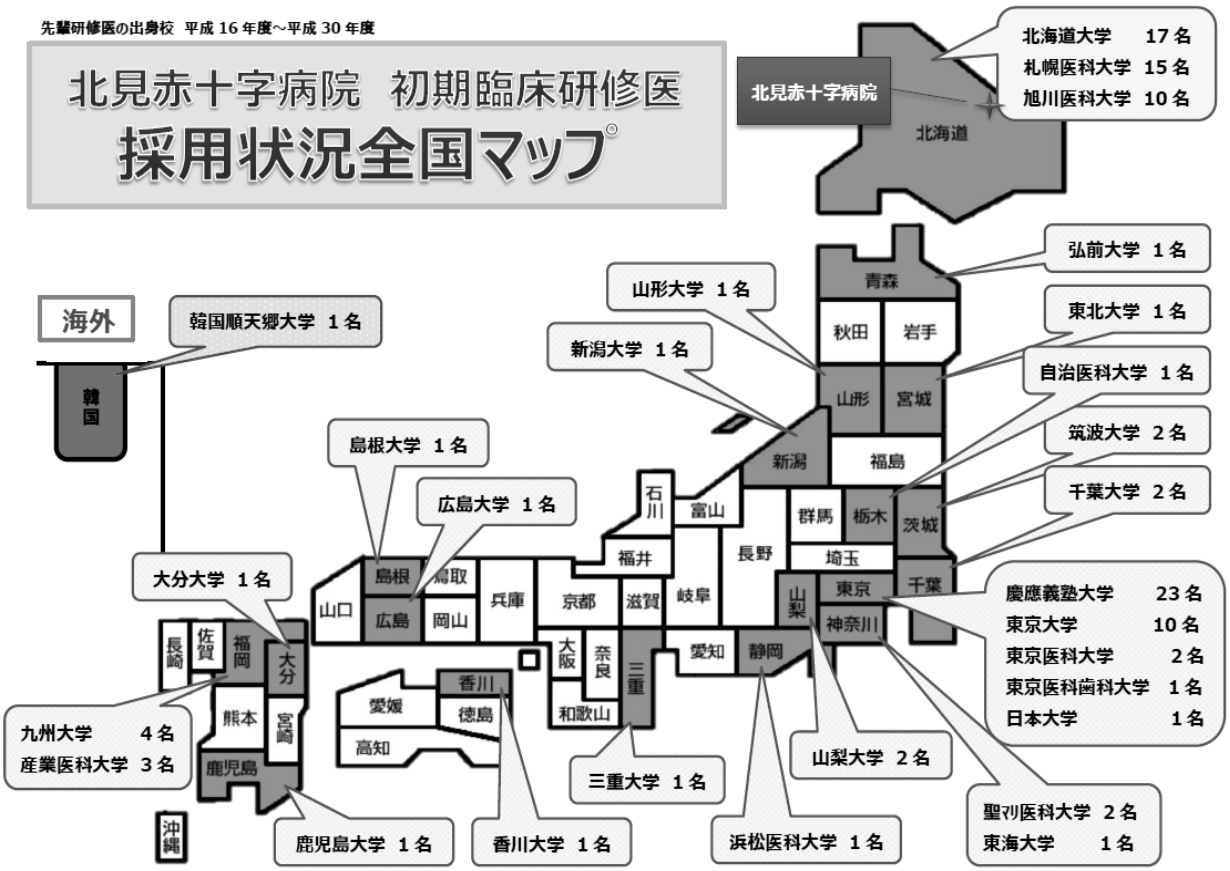
当院は初期研修制度がスタートした平成16年度から、北海道中心部の札幌や旭川から遠いオホーツク地域にある研修病院として、全国から何とか研修医を一人でも多く受け入れようと札幌、東京や博多で開催されるレジナビに参加するなどとともに、勧誘方法、研修内容、研修待遇等について検討・改良を重ねてきている。また地元市民の方々が主体的に、研修医が楽しく北見で暮らせるよう「焼き肉バーベキューパーティー」等のイベントをしてくれるといったご努力もあり、多数の研修医が選択してくれている。今年度で14年目になるが、研修医は都合108名（ちなみに道内３医育大学のたすき掛けによる研修医を加えると148名）で、図に見られるように、北海道内はもとより本州の広い地域、そして韓国の医学部を卒業した方まで全国津々浦々から来ていただいている。卒業大学も28大学で、研修医数は、慶應義塾大学23名、北海道大学17名、札幌医科大学15名、旭川医科大学と東京大学がそれぞれ10名、九州大学が４名などとなっている。なお慶應義塾大学が多いのは先輩からの口コミによるものが多いようである。加えて地域医療研修で東京から日赤医療センターや昭和大学、あるいは全国の赤十字から研修医が短期間研修に来るので、いつも20名を越える全国からの研修医が研修医室にいることになる。これは医療文化が基本的に似通っている同一大学の研修医同士の集団とは違い、「全国の生活や医療文化が混ぜ合わさった中」で研修をすることが大きな特徴となっている。年長の私からみると、自分の過去の環境での常識を一度疑ってみる良い機会となっていて、社会的な成長に繋がっているのではないかと考えている。良い医師（私なりに言えば、患者の大まかな病態を把握して、時代の標準的医療を提供するためさまざまな機会を用いて医学知識習得を怠らないことに加えて、健全な常識と、自分で診るのが良いのか他の医師に紹介するのか等の的確な判断力を持つ医師）になるため、一度は卒業大学以外でもまれ、良い指導医のもと一人一人が切磋琢磨してみる方が良いと考えているので、医師になりたてのときに「シャッフル」されることが良い結果を生むのではと思っている。その意味では幸い当院は大変良い環境になっている。

平成20年度から当院は、内科医大量退職等の影響もあり、北網地域やオホーツク地域の地域医療体制の変化を余儀なくされ、一次救急医療を北見市が担うようになり、そのこともあり当院での研修は「二次・三次救急医療と高度専門医療」中心に移っていくこととなった。当初、一次救急をしないと研修医は集まらないと言われ、心配したとおり、一時研修希望者は３名にまで減少した。しかし一次救急を行っていたときの研修医は、私の目からは「慌ただしく、落ち着きのない研修生活」であったのが、一次救急を止めた代わりに、ファーストタッチから入院指示、診断、治療、退院まで研修医が指導医のもと責任を持って、入院の必要な疾患を有している患者をしっかりと退院まで診ることで、患者さんを治す喜び等のモチベーションも上がり、逆に自信を得ているように見えた。そんなこともあり、次第に研修医も再び増え、最近はフルマッチ以上の希望もあり、来年度からは募集定員が２名増員の10名となる予定である。また、不思議なことには、今まで３年目以降に当院に残る人が少なかったのが、最近は当院の診療科や関係医局に残る研修医が随分と増えてきている。

私自身が所属している内科では、指導医が中心となって各患者に適切な医療を提供することを身につけさせること、なかんずく、どの診療科においても必要な知識である感染症の正しい診療について、内科研修の一丁目一番地の事柄として取り組んでいただいている。正しい検査方法と読み、的確な診断アプローチ、検査結果が出る前のエンペリックな抗生剤の使い方と切り替え等について、しっかりと身につけさせて他の診療科に回ってさらに磨きをかけてもらうようにしている。また、併せて高齢化ととも

に副腎機能低下が疑われる症例や間質性肺炎を合併した重症肺炎等の感染症患者も増えており、急性感染症でのステロイドの使い方とテーパーリング等について、併せて一人でも的確に使えるようになることを願って指導している。

今後については、まず、卒後臨床研修評価機構などの外部から評価を受け、プログラム修正や足りない部分の対応をすることが必要であると考えている。また臨床研修医自体の能力検定試験である基本的臨床能力評価試験を今後も受験させて、同じく足りない部分について修正することが必要と考えている。医療がますます急速に進歩しAIが医療に導入されるのは時間の問題で、医師一人でその進歩を身につけることは不可能になるであろうことから、チーム医療の実践を身につけさせること、また医療は間違いや勘違いが起こることから、医療安全や感染管理をしっかりと身につけてもらうことがさらに一層重要になるので、この点の研修に力を入れる必要がある。加えて、患者さんや家族の希望（ACP）、あるいは緩和医療など今後臨床医が避けて通れない領域や、時代変化に合わせた研修が選択できるよう多様な研修希望に対応するとともに、豊かな人間性とチームリーダーとしての人格の形成が、初期研修においても重要な課題になるものと考えている。そのためには、医療界は自院だけが良ければ良いというような狭量な意識から脱出して、真に良い医師を育てるための知恵を北海道全体で出し合い、それぞれの経験の情報を開示・提供しながら、地域全体としてさらに良い研修制度を作っていかなければならないと自戒するものである。



初期臨床研修
その後のありかたの提言

釧路ろうさい病院　副院長
宮城島　拓人

旭川医大が地域枠の削減を一方的に宣言してから、その５枠を北大医学部に振り分けようと行政は躍起になっています。しかしすでに入学した学生がそれに飛びつくかというと、そう簡単ではありません。そもそも北大の半数以上は道外。偏差値に見合うだけの学力を携えて自由を求めて入ってきたのですから、そこそこの金を積まれたとしても、なんでいまさら地域に縛られなくてはならないのか。北大生の本音はそこにあります。もっとも入試要項から地域枠募集を明確にしておけば、状況は少しは変わるかもしれませんが、基本的に北大医学部の教育スタンスは地域ではなく世界ですから、その枠で入学した学生の肩身の狭さは推して知るべしです。

そもそも医師免許を取ることを目的とするならば、入りやすい医学部でいいわけで、取ってしまえば自由な稼業。どこででも好きなところでやればいい。言ってみれば、自動車運転免許を取るために、みんなで地方合宿して取ってしまえばそれでいいみたいな。偏差値の高い環境で育った都会の若者たちは、こぞって地方の公的医学部を目指し、まずは医師免許を取得する光景はいまに始まったことではありません。

ただ、2004年に始まった初期臨床研修制度が「どこででも好きなところでやればいい」にさらに拍車をかけてしまったのは事実です。研修先病院の選定について学生に選択権があるということは、国がどのような制約を付与しても、地方には寄りつかないことは明白でしたし、それは病院の自助努力の閾を超えていることでした。しかしながら、地域と地域の中核病院を守る立場として、いたずらに新しい初期臨床研修制度を否定することではなく、なんとかその利点をくみ上げて、制度を最大限利用して医師の確保をしてきたつもりです。真新しい研修医を地域で育て上げ、いつか大きくなって戻ってきてくれることを祈りながら（私は、カムバックサーモン作戦と呼んでいます）、毎年数は少ないですが、一生懸命育成して今があります。当院の研修医枠は３枠しかありません。全て埋まる年もあれば、ゼロの年もあります。それは研修医の自由裁量の中では仕方のないことです。レジナビなどの、学生と研修先病院との合同面接などにも積極的に参加しながら研修医を募集しても、結局のところ、研修医たちの口コミこそが最大の宣伝と理解するに至り、さらに少数精鋭、マンツーマン方式のオン・ジョブトレーニングを実践していますが、これに割く指導医たちの労力たるや大変なことであるのは現場の皆様なら理解していただけるでしょう。にもかかわらず、時に厚生局から、過去２年間新規研修医がいない場合は、研修認定施設を降りてもらうなどという脅しを暗に受けながら、研修医枠を減らさないように努力しているのが実情です。

愚痴はこのくらいにしておきますが、私としては、初期研修の自由度こそ研修医の権利だと思いますし、モチベーションを高める意味でも自分の望む所へ行けるのが一番いいと思っていますので、現在の初期臨床研修制度そのものには賛成です。

地域にとっての問題はその後なのです。なぜなら、地方の逼迫した問題は、初期研修医が来ないということではなく、彼らを指導すべき後期研修医および中堅医師が絶対的に不足しているということなのです。

現在、後期研修が新専門医制度と名を変えて、それぞれの学会が新しい制度を構築しています。専門医のレベルアップと均てん化は大切な命題だとしても、いかにも地方では育成が難しいような制度では、なおさら「学び」は都会になびくのは自明です。そしてそれは地域の偏在のみならず、診療科の偏在にもなりつつあります。特に最近は女性医師の割合が増えてきていますが、妊娠出産育児などのライフワークバランスを鑑みますと、特に内科などの厳格で複雑な専門医制度を避けざるを得ない風潮を耳にします。そして結局のところ、新専門医制度という枠組みは中央の学会の裁量によるものであり、たとえ地域に枠を確保したとしても、初期研修と同じく、完全なる研修医の売り手市場になっていることは明白です。

私は考えます。初期研修は現状を履行しつつも、後期研修こそ、出身大学の医局に帰ることを義務づけるべきだと。そうして大学医局の裁量により、あるいは、都道府県が派遣を一本化するなどして、地方への医師派遣を担保する。各地にちらばって初期研修を終えた研修医が同じ大学に戻って刺激しあうことも可能でしょうし、全国規模の情報交換も得られるはずです。後期研修が出身大学に縛られるとなれば、医師免許を取ることだけを目的としたような目での大学選定（都会の学生が入りやすい地方医大を目指し、卒業と同時に都会に戻るというような）もなくなると考えます。このような制度では、初期研修の意味がなくなるとのご意見もあろうかと思いますが、医師としての第一歩を自分の希望するところで、自由に行うことは、将来の医師としてのモチベーションの維持には大切ですし、地方にもロールモデルとなるような指導医はたくさん点在していますから、大学というある意味で閉鎖空間から一時的にでも飛び出すことの意義は大きいと思っています。

地域医療の再生を本気で考えるのなら、ぜひ、後期研修医制度を見直していただきたいと私は思います。