地域医療シンポジウム2019

視野をひろげる専攻医育成

1) 中小病院における
地域医療を実践する医師の育成

大杉 泰弘

Key words コミュニティホスピタル, 中小病院, 地域医療の教育, 総合内科

はじめに

全国に200床未満の中小病院は約5,000あるが、ここでどのような教育がなされているか、その教育がどのような効果を生んでいるかはあまりはっきりしていない現状がある。今回、豊田地域医療センターという中小病院において、地域医療の教育（特に在宅医療とかかりつけ医機能を持つこと）を開始し、一定の効果があったため報告する。

1. 中小病院の新しい魅力・価値とは

豊田市は愛知県内で人口第2位の都市で、高齢化率は20.2%と全国平均に比し低い都市であるが、高齢化のスピードは著しく速いのが特徴である。そのなかでも、在宅医療に関しては、2016～2025年の9年間で2.8倍にニーズが増加し、2,235名の在宅医療のニーズが発生すると

言われているが、それらを含めた地域医療を担う医師がいないことが大きな課題であった。

そのような豊田市にある豊田地域医療センターは、豊田市が出資する第3セクター病院で、150床のケアミックス病院であり、2015年時点では医局派遣も細り、医師確保に大きな課題のある病院であった。地域医療センターという名前ではあったが、在宅医療をしていると言える状況ではなかった。豊田市の意向もあり、地域医療を真に担うことが求められたが、そのためには、大きな変革が必要であった。地域医療に対し、いかに若手医師に魅力を感じてもらい、研修先として選択してもらうかを医師確保の戦略として考えた。基幹病院に規模や設備で劣るというイメージを払拭し、当院こそが地域医療の最前線であること、それを教育の力で若い医師に魅力を感じてもらえるようにしていった。

大病院には超急性期医療を担うという、クリニックにはプライマリ・ケアの最前線にいと

藤田医科大学連携地域医療学講座

116th Scientific Meeting of the Japanese Society of Internal Medicine : The symposium on community medicine 2019 ; 1) Training (senior residency) program at community hospitals.

Yasuhiro Osugi : Department of Community Based Medicine, Fujita Health University, Japan.

本講演は、平成31年4月28日（日）名古屋市中・ポートメッセなごやにて行われた。

いう、独自の魅力がある。魅力ある両者に挟まれ、中小病院は、独自の魅力を出せなくなってきた、このような悩みを抱える200床未満の中小病院が多くあるのではないだろうか。この豊田市と豊田地域医療センターの状況から、若手医師を病院の独自の魅力でリクルートできるように、地域を見ることのできる医師を育てる教育プログラムをつくり、若手医師を集める方針とした。

医師が研修先を決めるポイントとして、“そこでしか学べない”ものがあることがあった。これは、若手医師が最も重視する点であり、多くの若手医師が大学病院を中心とした大病院を選択する理由はここにある。今まで既存18診療科の“そこでしか学べない”は、大学病院を中心とした大病院が独占してきた。地域医療・総合内科を学ぶことは、中小病院やクリニックが“そこでしか学べない”ものを提供することで、特に若手医師の専攻医としての就職というチャンスを得ることができたのであると考える。

そのため、私たちは、“そこでしか学べない”ものを提供できる教育を充実させることで、医師を集める戦略とすることを選択した。

2. 地域における教育の実践

豊田地域医療センターの1日は、モーニングレクチャー、朝カンファレンスから始まる。内科・総合診療・緩和ケアの各論だけではなく、在宅医療・診療報酬制度・多職種との協働等、地域医療の実践に必要な知識を学ぶ。

外来業務では、日常診療においてよく遭遇する疾患の管理や生活習慣病について、エビデンスに基づいた外来診療を指導医のもとで行う。例えば、ある日、毎年10月にインフルエンザワクチンに来てくれていた30歳女性の名字が変わっていた。問診すると、結婚して名字が変わったとのことであった。この場合、指導医は「挙児希望の有無を確認し、場合によっては、MR

(麻疹風疹混合)ワクチン・胎児の二分脊椎のリスクを考慮して葉酸を飲むよう患者指導できるか」を指導する。また、例えば、収縮期血圧160 mmHg, HbA1c 8.5%の患者を、どのように優先順位を付けて治療するのか。これらに関して、エビデンスに基づいて指導を行う。

在宅医療は当然、地域医療のなかで重要な役割を担い、専攻医教育においても、医師3年目から在宅医療における主治医となり、役割を担うこととされており、非常に重要なポイントとなる。そこでは、麻薬の取り扱いを含めたグローバルスタンダードに基づいた緩和医療を学ぶ。また、これらの経験を通じて、在宅医療の特殊性を学ぶ。最初は、徹底的なシャドーイングから始まる。

3年目、4年目の医師が看取りに対応できるのか、若すぎるのではないかという不安もあるかと思う。しかし、正しい教育を行うことで、専攻医は標準的な診療能力を獲得する。最初の1カ月は、指導医が全例同行して訪問する体制となっている。また、初めての看取りの場面は、必ず夜間でも土日でも指導医が同行する。指導医が同行することにより、診療の質の担保とどのタイミングで任せていくかの判断も教育と同時にやっていくことができる。このような教育体制のもとで、4年目の医師が38歳男性、大腸癌末期、疼痛コントロール不良という通常難易度が高いとされる患者をしっかりと看取ることができた。

そのために必要となる知識・技術としては、以下のことが挙げられる。麻薬は、モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルをどのような剤形でも使いこなすこと、胸腔穿刺・腹腔穿刺・PICC (peripherally inserted central catheter) 等の技術を在宅医療という制限された環境下でも安定して提供できること、本人・家族を心理面からケアできること、社会的リソースを正しく利用できること等であり、このような経験を経ることで、地域医療に対応できる総合的能

力を獲得できるようになる。

訪問診療の後、病院に戻ってからは、症例の振り返りを行う。この振り返りを行うことで、専攻医が指導医と同じように根拠を持って行動できているか、できていなければどうすべきかということのエビデンスに基づき、さらには、エビデンスのない部分も含めて学ぶことができる。目標は、私たち指導医が10年掛かってできるようになったことを3年でできるようにすることである。

週末は、地域の多職種研修会に参加する。専攻医の時点から参加することが重要で、多職種の職能、自分たちが多くの職種の医療従事者から支えられていることを学ぶ。

最終的には、地域医療に必要な以下の能力を3年間で学び、獲得する。

- ・地域医療概論
- ・総合内科教育
- ・在宅医療
- ・緩和ケア
- ・臨床研究
- ・経営・マネジメント

まとめ

2015年、著者の病院は、教育を柱にすることで、病院の状況にも変化があった。2019年に豊田地域医療センターは、総合内科・総合診療医19名が在籍する病院に変わり、在宅患者約400名、医師の平均年齢は30代前半と若返った。地域包括ケア・地域医療に対する教育体制が若者を魅了する病院へと変えたのではないか。当院の取り組みを通してではあるが、若手医師の価値観は大きく変わってきていると思う。

最後に、200床未満の中小規模病院が生き残るための新しい可能性について考える。地域医療の教育を中心として、「総合医×コミュニティホスピタル」=新しい中小病院の価値のあり方、であると。

「コミュニティホスピタル」とは、地域で必要な超急性期以外の医療・介護が全て揃っており、地域の人に「これがあるから安心」という価値観を持ってもらうことを目標とした病院であり、在宅医療を中心としてかかりつけ機能を持つ病院である。今後、内科専門医、総合内科専門医の主たる活躍の場になっていくと考えている。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし