

地域医療に貢献する良医を自らの手で育てる

富山県・黒部市民病院長 竹田慎一 副院長・臨床研修センター所長 廣田悟志

黒部市民病院の概要

当院は黒部市を含め2市2町からなる富山県東部、人口約12万人の新川医療圏の基幹病院である（図）。1948年1月「下新川厚生病院」として産声を上げ、1954年に黒部市が誕生したことにより「黒部厚生病院」となり、その後、1976年に現在の名称に変更された。開設当時の診療科は内科、外科、耳鼻咽喉科の3科、病床数72床、職員数23名であったが、現在ではそれぞれ34科、一般405床、結核5床、感染症4床の計414床、常勤医師数89名を含め、約580名に増加している。

1998年に東・西病棟が新築され、さらに2012年より5年間かけて行われた増改築事業では、併設の老健施設が50床から80床に増床、手術室・ICU病棟・新川地域救命センター・各科外来を含む中央棟が新築、さらに旧外来棟の跡地に駐車場が整備された（写真1）。

当院は2.5次救急医療を担う医療機関として、地域救命センター、新川医療圏小児急患センターを備えている。また、地域周産期母子医療センター、地域がん診療連携拠点病院、地域災害拠点病院、へき地医療拠点病院等の幅広い指定を受けていることからわかるように、富山県の政策医療に深く関わるとともに、急性期医療とプライマリケアの両方について多くの症例を扱っている。2017年度の1日あたりの入院、外来患者数はそれぞれ3264人、835.8人であり、年間救急搬送患者2,355名を含め、1万8,400名の1次～3次の救急患者を扱っている。

病院憲章は、初代院長の草野久也先生の遺訓「日々念心」（医療者の研究と工夫努力に裏打ちされた患者さんとのこころの医療）である。また、①新川医

図 黒部市民病院の位置



写真1 病院外観

療圏の基幹病院として地域の医療・保健・福祉施設と連携、②5疾病5事業の拠点として機能強化、③患者さんを中心に、家族、全医療スタッフが参加したチーム医療、④病院スタッフのワークライフバランスの推進、教育・研修機能の充実、⑤経営の効率化と健全経営、以上5項目を基本方針としている。

当院が力を注ぐ初期臨床研修

当院が最も力を入れている事業が、初期臨床研修制

度である。研修制度発足当時の高桜英輔院長は、医師確保が地方病院の生命線になるといち早く危機感を抱き、良医を自らの病院で育てようと当院の制度整備に尽力され、新医師臨床医研修制度がスタートした2004年から積極的に研修医を受け入れるようになった。最初4名から始まった基幹型の募集定員は徐々に増加し、2014年からは8名となり、これまでに80名の若い医師が2年間の基幹型初期研修を修了している。

当院が自慢できる点は高いマッチング率である。過去16回のマッチングにおける通算マッチ率は91%であり、定員を満たす、いわゆるフルマッチを12回達成しており、いずれの数字も県内No.1である。基幹型に加え、金沢大学と富山大学から「たすきがけ研修医」も多く受け入れており、近年では1年目と2年目の基幹型とたすきがけを合わせて約20人の研修医が在籍している。

プログラムの特徴

必修科目の内科6か月、救急3か月、選択必修科目の外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科から2科目3か月の研修は原則1年目に行い、2年目には地域医療研修1か月と米国研修を組み込んでいる。このうち地域医療研修に関しては、近隣のあさひ総合病院、厚生連滑川病院、あるいは姉妹都市の北海道根室市にある市立根室病院の協力を得て行っている。これらの病院の指導医からは、当院でのそれまで1年間の研修成果を生かし、救急外来、在宅医療を含めた外来業務と病棟業務にスタッフ医師に近い働きをしてもらっているとの評判をいただいている。

当院の臨床研修の特徴は、まず救急対応能力、多くの軽症患者から重症を見抜く力を養うことが可能な点である。研修医は指導医のもとに、年間700~1,000例の救急患者を経験する。軽症から重症までの幅広い患者が来院する救急外来において、患者をファーストタッチし、診断から治療までを研修医が自分の頭で考え主体的に行っている。

2点目は充実した指導体制である。病院全体に研修



写真2 米国の医師による研修医への指導

医を育てようという雰囲気が存在し、年間50回の研修医向け朝レクチャーを各科医師やコメディカルが担当している。また、各科の症例検討会や2年間で必ず1回は経験してもらうCPCでの症例発表を通して、臨床能力の向上を図るとともに、学会発表や症例報告についても支援している。当院では、救急・当直業務において屋根瓦方式という指導体制を採用している。これは1年目と2年目の研修医が一緒に初期診断・治療にあたり、その後上級医から指導を受けるというやり方であり、研修医教育の観点から有効であるばかりでなく、上級医の業務負担軽減にもつながっている。

3点目は姉妹都市のジョージア州メーコン・ビブ郡にあるマーサー大学、ナビセントヘルス医療センターとの間で行っている国際医療交流である。毎年米国より医師3名と看護師2名を招聘し、1~2週間の滞在中に当院の視察やスタッフとの交流を行っている。医師3名については、毎日のレクチャーや症例検討会を通して、研修医の指導を担当してもらっている(写真2)。

また、基幹型の研修医は2年目の後期にメーコン・ビブ郡にて米国研修を行っている。若い医師が日本とは違う医療に触れることや、多様な人種の人々と交流し、さまざまな文化、考え方に触れることは、今後の医師人生に大きな影響を与えるものと思っている。米国研修の費用は病院が負担しており、病院にとって多少のコストはかかるが、この取り組みに魅力を感じて当院を初期研修先として選択してくれる研修医の方が



写真3 研修医の同窓会

たくさんいるので、今後も続けて発展させていきたい。

4点目は研修生活のサポートが充実していることである。2017年に完成した増改築事業により、研修医室などの関連施設も全面リニューアルし、非常に快適な研修環境を提供している。研修医室は年次ごとに1部屋が用意され、Wi-Fi環境、ソファ、冷蔵庫なども備わり、プライベートスペースとしてだけでなく、研修医同士が語らう場となっている。同じフロアには、研修医用のカンファレンス室、仮眠室、ラウンジ、医学生室、種々の機器が揃ったシミュレーション室も設け、以前よりも拡充した施設となっている。

研修医官舎は病院から徒歩30秒で、1Kの部屋の家賃は月1万円であり、近くて便利で快適との評判である。その他、1週間の連続休暇制度（サバチカル休暇）を導入しており、旅行などでリフレッシュでき、研修にメリハリもついている。さらに夏・冬の懇親パーティ、研修旅行など全職員対象の交流イベントにおいても職員間の交流が図られている。

最後の5点目は黒部を巣立った研修医とのつながりを大切にしていることである。研修医の同窓会を2013年と2017年に地元黒部市の宇奈月温泉で開催した（写真3）。当院を巣立った研修医が多く集まり、大いに盛り上がった。また、季節ごとに「臨床研修センターだより」を配信し、近況報告をしている。

今後の課題と展望

これまで基幹型80名にたすきがけを含め、合計151名の初期臨床研修医が当院での研修を修了し、金沢大学・富山大学附属病院ほか、全国の病院で後期研修を受けている。巣立った研修医には是非とも将来当院でスタッフとして働いていただき、今度は指導医として後輩を育てていただきたいと願っている。この良好な循環が当院のような地方病院にとって大きな問題となっている医師不足の解決につながるものと信じている。

研修修了者からのコメント



地域医療研修を振り返って

小山元気

黒部市民病院にて初期臨床研修を行い、その一環と

して市立根室病院にて地域医療の研修を行った。その際の研修を振り返って、私が感じたことを述べていきたい。

市立根室病院は北海道の最東端の根室市にあり、病床数は一般131床、感染症4床で、周辺4町を含めた2次医療圏における中核病院として機能している。休日夜間の救急外来受診者も多く、医療圏で入院病床を持つ数少ない病院としても需要が高い。その一方で、医師不足が顕著な地域であり、診療科が徐々に少なくなる中で、脳性麻痺や脊髄損傷をはじめ、多種多様な患者の在宅医療が科の垣根を超えて実施されており、地域医療を志す者としてはさまざまな経験を積むことができる環境と言える。元来、広大な土地を抱く北海道では、近隣の医療機関へ患者を搬送するのが一苦勞であるため、いわゆる何でも屋のような医師がよく育つ環境でもあり、その名残やノウハウが連綿と受け継がれているようだ。

東の果てで後方病院とも距離が遠いこともあって、医療設備は非常に整っており、緊急のPCIも可能で、また、当番の技師を呼ぶ必要はあるが、時間外のCT・MRI撮影も可能である。ただし、心原性脳塞栓症や大動脈解離など、急変時の対応が困難となる疾患については日中は防災ヘリにて、夜間、悪天候時は約2時間かけて救急車にて後方の釧路市の病院に搬送する必要がある。その困難さは道路地図などを見ていただければ、おわかりになるだろう。

診療科が限られているため、対応困難な疾患があるという問題点は存在するが、メディカルコントロールの視点からは、他病院との住み分けがうまくなされている。私が現在研修をしている東北地方のへき地診療所では、病診連携の大切さを日々感じているが、市立根室病院での研修では病院同士の連携も大切だと身に染みて感じられた。

根室市の高齢化率は33.4%であり、介護施設の入所は数か月待ちがほぼ常態化している。そのため、入院早期より患者・家族に医療スタッフが主体的に関わり、退院後すぐに自宅に帰るのか、あるいは一旦回復

期病床・介護施設を利用するのかなど、検討していく必要がある。退院後の方向性を決めるためにどのような情報が必要か、患者の希望や家族の負担や医療資源との折り合いはどうするか、自宅でどのような医療が提供できるのかなどの具体的な問題をチームで話し合い、ベストな解決策を探っていくプロセスを経験することができた。このプロセスにおいては、単なる一人の医師として患者・家族に接するだけではなく、地域の文化との接点を見い出せたり、地域に暮らす者として人間的な関わり合いができたことが非常に有意義であった。

話し合いを重ねて方向性を導くことは多くの苦勞を伴うが、ここから得られるスキルはこの先どの地域、どの時代でも通用するものであり、人間らしさを重要視する医療においても必須のスキルと言えるだろう。私にとって、この人間らしい関わり合いこそが、地域医療の魅力であると感じる。

現在、私は総合診療医の後期研修プログラムに所属し、全国各地の病院・診療所を移動しながら研修を行っている。昨年、東京都で研修をしていた際にも、近隣に介護施設の数はいくつもあるが、どこも入所まで時間がかかる状態であった。新たな施設が誕生してもすぐに入所者が殺到し、あふれた人たちはひたすら待機するしかない。首都圏であっても、この高齢化に伴う状況は逃れられないのだ。この状況は具体的な解決策を模索する必要があると同時に、「人の死のあり方」についてより深く考える必要がある事態とも言える。

かつては自宅が看取りの場であったが、それが病院に移り、現在はその一部が介護施設へ移行しつつある。この流れの中で、次第に患者・家族間の距離が離れていっているようにも見える。看取られる側に立った場合もこれで良いと言えるのか、現状では疑問を感じずにはいられない。

患者・家族・医療者の関係において、より人間らしい側面を今後も重視しようとする姿勢だけは、消えずに残ってほしいと願うばかりである。