

No.15

長野県における研修医教育

Small hospital でプライマリ・ケア研修に浸る

RE: 波田総合病院の臨床研修について

波田総合病院 救急総合診療科

臨床教育研修センター長 清水幹夫

メールありがとうございました。学生実習からもう1年経過しますね。数日の間でしたがとても印象に残っています。出身は東京でしたね。その時には外科か小児科を目標とするとのことでしたが研修先を検討中ですか。長野に残るか東京へ戻るか悩んでいたようですが長野県内で研修を開始する決心をされたことを心強く思います。信大では今年から特別コースも設置され2年目には希望する専門科で研修する制度も導入されました。更に2年後には初期臨床研修制度が大きく様変わりしそうですね。



当院の研修についてお尋ねですので説明いたします。当院では今年はじめて独自プログラムで管理型研修を終了した研修医が巣立ちます。

I 波田総合病院の紹介

波田総合病院の沿革から説明いたします。設立母体の波田町は人口15,000人のありふれた小さな町です。ここになぜ215床の病院がつぶれないで（おまけに黒字経営で！）いるのでしょうか。信州大学からわずか15 km 離れているに過ぎませんが60年前にはこの距離が医療を受けるには絶望的に遠く村民の受診できる医療機関がなかったのです。このような生い立ちですので地域の方々の病院への思いは熱いものがあります。昭和23年に国保直営波田診療所として病床数4床で開設されました。昭和44年までは事務職員が運転する病院の救急車が村内で発生した急患を搬送していたようです。昭和30年、50床、41年には81床と拡張され平成11年には215床に増床されました。電子カルテは平成16年に稼働し、病院機能評価も最新のバージョンを認定されています。

17年4月から協力型臨床研修医2名が当院で研修を行いました。現在（H20年度）は5名（管理型2名、協力型3名）が研修しています。当院はその名称に「総合」と謳ってあることからおわかりのように内科、外科、整形外科の他に産科・婦人科、小児科、脳神経

外科、泌尿器科、形成外科、救急総合診療科など常勤医の居る「総合病院」です。しかし都会の「総合」病院とは意味が異なります。地域病院です。平たく言えば田舎の病院です。私もここに来てまだ4年です。一般外科、小児外科、集中治療医学、救急医学を行いながらその集大成（エンディング?）として赴任してきました。私たちの仕事は住民のかかりつけ医でもあるのです。ここでは日頃の診療全てがプライマリ・ケアです。最先端の医療を行うよりもいわゆる二次医療までを完結しプライマリを行うことに主眼が置かれます。従来型の細分化された医療を続けたら、医療の「底割れ」は修復不可能になるでしょう。研修には適していると思いませんか？

II 臨床研修施設として当院の役割

2004年に導入された「臨床研修制度」の主眼は基本的診療能力の向上であることはご存じですね。いわゆる専門医が増加し急変時の対応や一般診療もできない特異な医師が増えてきたことへの反省です。しかしこの研修制度が見直しをされようとしています。2年後には現行制度とは異なる研修制度がスタートしているはずですが。見直しの狙いは、地方の国立大学病院などに若手医師を確保すること、様々な診療科を回る期間を短くすることで産科、小児科、外科などの専門医を早く育てること（のよう）です。研修を1年にすることで地方の大学へ戻る医師は増えるのでしょうか？医師の地域偏在はこの制度が発足する前からあります。大学の若手医師派遣機能を復活させることは可能でしょうか？私が在局していた「良き」時代でも外科医局にはぎりぎりの人数しか居ませんでした。関連病院に欠員でも出るとその補充に難渋したものです。大学は専門医を育成する機関です。大学の充実なしには後継者を養成することは不可能です。なぜ大学が避けられるようになってしまったのでしょうか。一方では卒業生の進路の多様化があります。また一方では大学の指導体制、待遇（給与）などの不満が改善されていないことです。しかし大学病院での研修を受けることは医者

人生の財産になるはずで。地域の病院と大学は補完する関係なのです。

当院でプライマリを中心としたジェネラルな知識を習得し、さらに深い修練を積むチャンスをつかむ場として大学も視野に入れて欲しいと考えています。波田病院と大学ではもともと担う役割が異なるのです。様々な医療機関が孤立しガラパゴス化するのではなく機能分担することが求められているのではないのでしょうか。では当院で研修することはどのような意味があるのでしょうか？

Ⅲ 外来で初診患者を診察する

実際の流れを見てみましょう。ある日の外来です。救急総合診療科では研修医が初診を受け持ちます。右側頸部の小さなしこりを主訴に50代後半の男性が受診しました。発熱や咽頭痛はなく炎症性の疾患ではなさそうです。A研修医は血算、血液像などの血液検査とともに超音波検査を自ら行いました。(手を出したい気持ちを抑えふーんと見ているのが指導医の役割です)胸鎖乳突筋の後面、内頸静脈の近くにも腫大したリンパ節があります。甲状腺は異常なさそうです。血液検査成績でも貧血はありません。血液像も異常ありません。造影CT検査が引き続き施行されました。(大病院と違いすぐ次の検査に進めます)CT検査ではどうも対側の深部リンパ節も腫脹している様です。(研修医も指導医もCTをしっかりと読めないことを自覚していることが強みです)早速、訪れた放射線専門医に読影してもらいました。さすが専門医。なんと……。上咽頭に腫瘍性病変があるではありませんか!!(教訓。使えるリソースを全て利用して診断する)

次の患者が待っています。待たされたため、いららしています。発熱、咽頭痛、咳、筋肉痛……。彫刻刀で手を切った中学生。下痢、腹痛……。 (簡単に上気道炎、急性胃腸炎などと診断するなよ!)アドバイスを受けながら診察が続きます。

Ⅳ 救急患者を診察する

入院患者を受け持つことで知識は多くなります。外来患者、急患を診察することで臨床能力(フットワーク)が磨かれます。深夜の救急患者は多様です。水虫薬を希望する方から心筋梗塞、尿管結石。朝2時頃に受診する不眠患者。打撲患者。腹を立てることは簡単

です。「なぜこの患者は来てしまったのか?」「DVではないのか?」真夜中の当直医は昼間と違う社会を体験させられることになります。志願してでも当直して下さい。当然、上級医はバックアップしますよ。「なんでこんな呼んだんだ」と怒られる方が「なんで呼ばなかったんだ」と言われるよりましなことを実感できます。夜の病院では診断でなく判断が最優先されます。

ここでは以前から「断らない救急」を行っています。ここでの当直医は自分の専門性にこだわらずfirst contactを行います。医師にはストレスのかかることですが地域に開かれた病院の役割と考えています。救急車が入ることになったら(救急車が着く前に!)救急入り口まで行き、患者を出迎えます。安定しているように見えても車内からERまでの2分間にバイタルサインを確認して下さい。トリアージ、START法を思い出して下さい。「ほ・こ・と・て」トリアージは1分以内です。バイタルサインを取り終えるまでは最悪の状態の可能性を外してはなりません。波田町ではがまん強い患者さんが多いのかwalk-inのアナフィラキシーショック、胸部大動脈解離、心筋梗塞、腹腔内出血なども経験しました。救命救急センターとは全く異なる独自の診療法を身につけましょう。Bon voyage!

★参考書

研修開始までに用意していただきたいテキストです。生協、明倫堂の1割引で購入しておきましょう。

1. Saint-Frances Guide: Clinical Clerkship in Outpatient Medicine: Lippincott W&W (抄読会テキスト、外来診療の空いた時間に読めます)
2. Current Diagnosis and Treatment: Emergency Medicine: LANGE (救急患者治療のスタンダードです。これに載っていない急患はありません)
3. 感染症レジデントマニュアル: 藤本卓司 医学書院 (抗菌薬を処方する前に必読)
4. 外来でのコミュニケーション技法: 飯島克巳 (信大卒業生) 日本医事新報社 (メディカルインタビューはこのように実践したい)
5. プライマリ 地域へむかう医師のために: 松村真司 医学書院 (ジェネラリストとは? 「愛とは何か?」を問うくらい難しい)

(平成21年2月受稿)