

にいがた 勤務医ニュース

発行所
新潟県医師会
新潟市中央区医学町通2-13
TEL 025(223)6381

研修医の声が 新潟の医療を変える

新潟県医師会 理事 吉澤 弘久



新潟県の将来を担う若手医師が医師会への理解を深め、自らの臨床研修を通じて感じた「是非とも解決したい新潟の医療課題」、医師会として積極的に取り組むべき対策」を提言していただく取り組みとして、令和元年より研修医奨励賞が設けられました。若い先生方の初期研修において感じた新潟県の医療への率直な意見や新たな発想を医師会活動の活性化に繋げようとする試みでもあります。

奨励賞7回目となる令和7年度は10人の2年目研修医の先生方から応募をいただきました。選考は例年通り、新潟県医師会医学振興会の委員が「新潟県の医療の理解度」「提案の独創性」と実現可能性「今後の発展性と新潟県の医療への貢献」の3つの視点から行われました。まず提出された論文をもとに、1次審査(書面審査)が行われ、いずれの論文も高い評価を得たことから、10人に対し研修医奨励賞を交付することが決定されました。その後1月30日(金)、昨年と同様にNPO併用によるオンライン発表会、質疑応答が医学振興委員会委員および県医師会学術部担当役員が参加して行われ、採点の結果、最優秀賞1名、優秀賞3名が選出されました。最優秀賞には厚生連柏崎総合医療センターで研

研修医から医師会への提言

医療を俯瞰する目を養う臨床研修の実装 ―県内研修医ワークショップの意義とその可能性―

柏崎総合医療センター 田中 雄大



私は大学生の頃、研究室で「医療機器開発に携わっていた。当時は「技術的に正しければ医療現場でも使われる」と考えていたが、実際には設備投資や業務負担といった制約により、導入が進まな

い現実と直面した。導入先の医師から「学生だから医療現場が分かっていない」と指摘され、診療の前提条件を理解せずに技術を設計していたことに気づかされた。この経験を通じて、医療機器開発は技術の正しさだけでは成立せず、現場の構造の中で意味を持つ営みであることを痛感した。

この課題を克服するため、私は新潟県での臨床研修を志願し、県外たすぎがけ研修とイノベーター育成臨床研修コース(以下、イノベコース)を選択した。いずれも「医療現場を知ること」を目的とした選択である

たが、両者は異なる形で医療への理解を深める経験となった。たすぎがけ研修では、湘南鎌倉総合病院と柏崎総合医療センターで研修を行った。前者では迅速な判断と即応性が医療の質を左右する急性期医療が重視され、後者では地域で医療を完結させ患者を生活の場へ戻すことが重要視されていた。診療行為自体に本質的な違いはないものの、医療機関の役割や置かれた医療構造によって、優先順位や判断基準が大きく異なることを体験的に学んだ。この経験から、医療には単一の正解が存在するのではなく、構造に応じて最適解が変化することを実感した。

一方、イノベコースでは、課題解決の手法を体系的に学び、現在上越地域における精神科単科病院と総合病院との連携に取

つたが、両者は異なる 形で医療への理解を深める経験となった。

南鎌倉総合病院と柏崎総合医療センターで研修を行った。

る、その様な繰り返しから多くの事を学ぶことができると思います。二つ目は非常に多忙な初期研修の中においても常に問題意識を持ち続けるみなさんの真摯な姿勢です。今後の長い医師としての人生においても、その姿勢を失わないでほしいと思います。

県医師会は「研修医奨励賞」を設けて初期研修医の先生方からの提言を募集しておりますが、それ以外にも若手医師の皆さんが新潟の医療について感じること、改善すべき点、要望などを、医師会にお寄せいただければと思います。また可能であれば、今回受賞された先生方の提言について、後輩の研修医の先生方に提示し今後の新潟の医療のあり方について議論していただくたいと思います。先生方の提言がさらに発展した形で、来年の「研修医奨励賞」の応募につながることを期待しております。今後の新潟の医療を担う

に選ばれた発表も新潟として日 本の医療全体にかかわる重大な 問題点を取り上げており、また 深い洞察に基づく提言でありま した。

発表会全体を通して特に感心した点が二つありました。一つ目は自ら感じた問題点を取り上げて、それに対する解決策を考察し、提示する能力の高さです。常に湧き出てくる新たな問題を一つ一つ解決していく、その後振り返りを行い次に繋げ

それと同時に、研修医同士の横 のつながりを生み出す。このコ ミュニティは、医師の地域定着 という観点からも重要である。

近年、県外出身の研修医は増加している一方で、研修終了後に専攻医として県内に残る人数は伸び悩んでいる。その背景には、新潟でどのような医師として成長できるのかという将来像が描きにくいことがあると考えられる。研修医同士が経験や価値観を共有し、「この地域で成長していける」という実感を持つれば、県内に残るという選択肢はより現実的なものとなる。

地域医療 は既に崩壊 している。

佐渡島の両津病院での地域医療は、既に崩壊している。佐渡島の両津病院で、地域医療は既に崩壊している。

医師会は地域医療の苦境を 支える調整者となれるか？

新潟市民病院 大石 裕人

地域医療は既に崩壊している。佐渡島の両津病院で、地域医療は既に崩壊している。佐渡島の両津病院で、地域医療は既に崩壊している。

若手医師の皆さんとその様な発展的な議論を繰り返すことが必要であり、同時に皆さんからいただいた提言を、今後の新潟の医療の発展にどう繋げていくのか、直面する問題の解決にどう繋げていくのが私たちに与えられた課題であると思います。多くの研修医、若手医師の皆さんが、新潟県内で活躍してくることを心より願っております。

ある。国の介入方法は公的施設の縮小・効率化と診療報酬改定であった。前者は1980年台から10カ年計画の国立病院の統合、2007年頃の公立病院のガイドラインを背景に自治体病院の病床数削減といった合理化計画が進められた。しかし、実際には国立病院統廃合は約30年を要し、自治体病院は病床数を維持している所も多い。これは自治体・住民の反発を招いた部分が大い（全国医療労働組合連合会の450万筆の反対署名や岩手県の県立病院無病床化への反発等）。施設に対する働きかけは影響が大きく、トップダウン方式は医療関係者や患者さんの声の反映には難があると思われる。

た。提案は大きく2つ、①人生会議の積極的施行と②医師の必要領域への誘導である。①については、研修中に急変時対応の説明をする際、具体的な相談をしたことがある人は多くなかった。本邦の文化上触れてはいいない雰囲気があるが、蘇生・延命希望だけでなく、自宅か施設か、往診か入院か、支援者は：といった考えを相談し共有された方が多いのではないかと。そして、そうした話は先述のように自発的に起きにくいだろう。外部からきつかけを作った方がよいのではないだろうか。更に詳細に考えると健康寿命75歳をめぐりにマイナンバーや免許更新といった公的機関と繋がるタイムラグを利用する、外来に来たついで等でキャンペーン及び情報収集を行うといった事を提案したい。急性期や終末期の蘇生・延命希望についてマイナンバーや地域システムと紐づけて施設

研修医の経験に基づく医師の進路選択と総合診療医育成への提言

下越病院 岩男 茄奈



新潟県においで、医師不足および医師の地域偏在は、深刻な課題として長年指摘されてきた。私自身、新潟県内で約2年間勤務する中で、限られた医師数で当直体制を維持している現場や、緊急時に県外や遠方の医療機関へまで搬送せざるを得ない状況を経験してきた。加えて、新潟県は高齢化率が高く、複数の慢性疾患を併存する患者が多い。さらに、同居、通院手段の不足、介護資源の偏在といった社会的課題を複

合的に抱える患者が少なくない。こうした地域特性を踏まえ、単に医師数を増やす対策のみでは十分とは言えず、生活背景を含めて包括的に診療できる総合診療医・家庭医の育成は、今後の新潟県の医療において不可欠であり、早期に対応すべき重要な課題であると考える。

総合診療医ではなく、総合診療能力をもつ臓器別専門医を育てればよいのではないかと、という意見を耳にすることもあった。しかし、私が臓器別専門科を口癖として育つ中で目にしてきたのは、各専門医が長年の研鑽によって培ってきた高度な知識と技術、いわば「匠の技」とも言える診療・治療であった。だからこそ、専門医が複数疾患の調整や社会的背景への対応といった総合的マネジメントに多くの時間と労力を割かざるを得ない現状は、専門医の専門性を十分に活かすきれていない側面があるのではないかと感じている。総合診療医・家庭医が患者全体を見渡す役割を担うことで、専門医はそれぞれの専門領域に、より集中することが可能となり、医療の質と効率の双方を高めることにつながる。

しかし現状、新潟県における総合診療医・家庭医の数は、まだまだ少ない。では、どうすれば新潟県で総合診療医・家庭医を増やすことができるのか。私には、その鍵は初期研修の2年間

間連携をとる、往診希望人数から更なる地域密着型必要医療需要を推定するといったことは可能はずだ。動き出しにくい内容ではあり錦の御旗が必要だろう。それは医師会ではないか。また、こうした状況把握から更に②に関して、例えば往診の需要が高いなら開業医間の輪番制往診制度を提案するというような医師側のギルドとしての働きも医師会には期待したい。現在の地域医療の問題は全国で十分に顕在化している。医師の人数増加方針が、医療需要増に間に合わない時期があるだろう。その前に医師会がインシニアチブを握った状態での医療体制再編成は、国政のカウンタートラストとしての役割を果たす事にも繋がると思っている。

青二才の血気にはやられた駄文ではあるが、経験と実行力のある先輩方の、活字への薪の切れ端になれば幸いです。

現在、新潟大学には総合診療学講座が設立され、学生の興味を育む土壌がある。また県内の総合診療専門医プログラムが多数設立され、専攻医を育てる土壌も整いつつある。一方で、初期研修に入ると、総合診療に触れる機会の量は、研修病院やローテーションによって大きく左右されてしまう。さらに、新潟県では、3年目から総合診療医として進んだロールモデルや指導医がまだ多くはなく、「新潟で総合診療医として本当に育ててもらえるのか」という不安を、研修医が感じやすい状況がある。その結果、学生時代に芽生えた総合診療への興味や、初期研修の2年間で具体的な将来像に結びつかず、実際のキャリア選択へと変換されていない現状がある。

研修医の視点から考える新潟県の医師不足と持続可能な医療体制

長岡赤十字病院 名古屋 美月



私は新潟県に生まれ、新潟大学を卒業後、現在は長岡赤十字病院で初期研修2年目として研修を行っている。日々の診療に携わる中で、新潟県の医師不足問題を実感する機会も多く存在する。実際に当院でも、人員の確保が難しいことや財政的な問題を背景に、病棟の一部閉鎖、新患外来の縮小といった対応が取られている現状を目の当たりにする。また、医師一人あたりの業務量が増加し、時間外労働が常態化している診療科も少なくない。こうした状況は、医療の質や安全性のみならず、医師の心身の健康や将来的な人材定着にも影響を及ぼすと考えられる。

さらに、中越地域の二次救急を担う周辺医療機関でも、医師不足や財政的な問題から診療体制の縮小が行われている。結果として、二次医療圏で完結すべき医療が三次救急病院へなだれ込む現状もみられており、本来の救急医療体制が崩壊し、患者の不利益につながる可能性がある。実際に、急患の搬送先がなかなか決まらずにたらい回しにされる、遠方からの搬送になり

組みに変える必要があると考える。そこで、初期研修2年間に向けた具体的な施策を、3点提案する。

1つ目は、全国規模の学会やセミナーへの参加支援である。私自身、全国規模の学会やセミナーに参加する中で、総合診療医は「ただの優しい医師」というイメージだけではなく、他の専門科と同様に長年積み重ねられてきた理論と実践を基盤とした専門性があることを理解できた。また、多様な働き方をする全国の総合診療医と出会えたことは、自身の将来像を具体的に描く大きなきっかけとなった。

2つ目は、家庭医・総合診療医によるメンタリングである。初期研修の2年間、他科をローテーションしている期間であつても、総合診療医・家庭医の視点で振り返る機会があることで、研修そのものの質が高まり、総合診療への関心を維持することができた。医師会の人脈を活かし、県内外の総合診療医と研修医をマッチングし、2か月に1回のオンラインメンタリングを行うことを提案する。

3つ目は、ロールモデルの創出と可視化である。前述の2つの施策や、県内各病院・大学の取り組みによって、3年目から総合診療医を選択する医師が増えることで、自然とロールモデルは育っていく。その活躍を研修医に共有し、「新潟県で総合診療医が着実に育っている」という事実を可視化することで、安心して3年目に新潟県で総合診療科を選択できるようになる

今後、総合診療を将来にわたって持続可能な専門領域としていくためには、3年目から総合診療医として研鑽を積む医師、直総が育つ仕組みが不可欠だと考える。私自身も、3年目から新潟県内で総合診療科に進み、「新潟県で総合診療医はきちんと育つ」ということを、自らの専攻医期間を通して証明していきたい。

今号は、昨年度に「研修医奨励賞」を受賞された先生方からの「研修医から医師会への提言」です。また、医師会理事吉澤先生より総評をいただきました。大学を卒業後、現実の医療の第一線に出て感じたフレッシュな感覚と、地域での医療における問題点を「仕方ない」で済ませるのではなく、解決すべく真摯に考えられていることがひしひしと伝わりました。感心すると同時に医師会の担う役割をあらためて考えさせられました。提言は先生方それぞれの個性あふれるものでした。「ややデジタル化など医療技術が進んでも大事な人間とそのつながりでの枠組み作りの提案、高齢化と医療経済の問題の対策、県内の総合診療医育成の重要性と医師不足への対応など、具体的に魅力ある内容でした。

研修医の声を新潟の医療を変える、より良い医療を目指して、共に今できることから進めていきたいものです。

（長谷川）

編集後記