

人間 そうそう変わらない



羊蹄医師会

JA北海道厚生連俱知安厚生病院

はま

もと

わたる

濱

本

航

「見た目と態度は指導医、頭脳と手技は研修医」（まじめで優秀な研修医の先生にお叱りを受けそう）な小生であるが、年男の無作為抽出で見事（？）当選し、内容はどのようなことでも結構とのこと、2020年3月に道医報に書いた小生の生意気な文章をいま一度読み返しながら、「中身は全然変わってないな」と思いながら本稿を執筆している。COVID-19流行し始めの2020年3月当時は「持続可能な医療とは何か？」ということ厚労省発表の「公立病院などの統廃合の検討をすべきリスト」などを引き合いに、病院の機能集中、病診連携、病病連携や病院と地域の福祉サービスとの連携、ゆくゆくは病医院の統廃合も必要ではないか、と述べていたようである。あれから3年、医師の働き方改革のスタートまであと1年に迫り、大学医局員は給与面で、地方病院は医師確保とともに変革を余儀なくされている。これらの問題について短期的戦略と中長期的な戦略、ミクロとマクロ双方の視点で考える必要に迫られている。小生は大学医局に所属していないので、医局や各病医院の意向はわからないが、3年前の文章を思い返し、3年前に誌面の都合で書けなかった専門医の問題、医師偏在の問題について、今回取り上げたい。

今に始まったことではないが、国や各大学がそれぞれ医師の確保に躍起になっている。ここ数年で地方大学の地域枠が拡大し、医学生半数以上を医師になった際の自大学医局への入局を医学部受験の条件にしているようだ。日本専門医機構も「多様な地域における診療実績」を専門医更新の要件にしたいようで、内科や外科など基本18領域はこの「へき地勤務」要件に猛反発しているようだが、総合診療領域は既に「へき地勤務」が更新の要件になっている。専攻医教育という観点では、専攻医のいないへき地の医療機関に、半ば強制的に専門医や指導医を配置する意義については疑問である。そうは言っても指導医がいなければ専攻医は集まらない。先輩諸氏にすれば「何を今更当たり前のことを」とご叱正のことだろう。しかしこれが当院を含め、地方病院の人材確保に大きな影響を及ぼしている。

特に専攻医、専門医になり立ての年代は比較的ライフステージが大きく変化しがちであり、中堅になるにつれて子供の教育などで都市部志向となったり、子供の進学等の費用を稼ぐ必要が出たりするのは致し方ない。日本専門医機構の基本19領域いずれの専門医研修もその領域を網羅できる研修施設での

研修が必要であり、当然指導医がいなければその施設での勤務が研修期間として認められない。指導医がいなければ若手は入職せず、若手のいない地方病院は医師確保に難渋する。小生の所属する北海道厚生連もご多分に漏れず、特に地方病院において医師リクルートに苦勞している。大学医局、当院のような地方病院もだが、専攻医の教育環境を充実させつつ、そこで育った人材のライフスタイルが変化しても残ってもらえるようなシステムの構築が必要であると考えている。

加えて、中小病院の先生方が指導医資格を取得していただき、後期研修プログラム基幹施設と連携することで、期間限定ではあるが病院の後期研修医が地方の戦力になってくれるだろう。日本専門医機構の総合診療特任指導医は日本内科学会総合内科専門医、または大学や初期臨床研修病院に協力して地域において総合診療を実践している医師などが特任指導医講習を受ければ、比較的障壁低く取得できる。詳細は日本専門医機構の総合診療専門医検討委員会のHPをご確認いただきたい。

最後に、当院の宣伝とさせていただく。当院総合診療科は基幹施設として日本専門医機構認定総合診療専門医研修、日本プライマリ・ケア連合学会新・家庭医療専門医研修を行っているが、ベテランから中堅、専攻医まで出自や長所は多種多様ながら、お互いに助け合いながら良い雰囲気の中で仕事をしている。年に2週間のまとまった休暇が取れ、ニセコの自然を日々満喫することができ、小生も平日勤務後に年間250回以上の温泉（完全に身体依存、精神依存となっている）やスキー、登山といったアクティビティを楽しんでいる。詳しくは俱知安厚生病院のHPをご覧ください。今回もあまりに生意気なことを書いたので、北海道医師会から投稿禁止令が出そうであるが、もし次があれば何かを綴ろうと思う。