

## 勤務医部会だより

### 稲沢厚生病院の紹介と中小規模病院の医師不足、そして新専門医制度について思うこと



幹事 眞下 啓二

当院は稲沢市西部、木曾川のすぐ東に位置する総合病院です。平成24年より施設の改修を進めており、昨年11月4日には南館が新築オープンし、現在は本館の改修工事中です。本年夏には旧施設の解体や外構工事を含めて全ての改修事業が終了する予定です。また、昨年南館オープン時には病院名をこれまでの尾西病院から稲沢厚生病院に改称しました。東西に長い稲沢市において、地元の祖父江町をはじめとした市西部の地域医療を担う中核病院としてより広く認知してもらうことが目的です。

当院の特色は、急性期から慢性期医療、健診、介護・福祉まで幅広く地域医療に貢献する、地域密着型の総合病院（標榜診療科19科、総病床数300：一般病床199、精神病床51、療養病床50、その他に訪問看護、訪問介護、居宅介護支援センター、地域包括支援センター、健康管理センターを併設）であることです。今後は超高齢社会に対応すべく、地域の医療施設や介護施設との連携をさらに高め、地域完結型医療の充実を目指していきます。その一環として本年夏より地域包括ケア病棟を開設する予定で、現在その準備を進めている段階ですが、問題は医師不足です。

地方に位置する中小規模の病院にとって、医師数の不足と偏在は今なお大きな問題です。当院では高齢者の医療の中心を担う内科医の確保が十二分とは言えず、担当医師の疲労が蓄積してきている状況です。幅広い領域に対応できる内科医を何とか補充したいところです。

2017年度から始まる新専門医制度による医師の再分布への影響が注目されています。総合診療専門医はその定義づけに様々な意見はありまじょうが、超高齢社会への対応として必要なものと考えます。また、各基本領域の研修プログラム整備基準を見ると、1つの基幹施設と複数の連携施設から構成される専

門研修施設群で研修を行う体制とすることで、研修期間中の医師の偏在を回避する配慮がされていることは中小病院にとって評価できる点です。しかしその一方で、専門医資格取得後の効率的な診療業務を意識して、あるいは寄らば大樹の陰との思いから、若い医師がこれまで以上に都市部の大規模病院に集中する可能性は高いと推測します。中小規模の病院には、キャリアアップの要望に応え得る教育・指導体制の確立が求められています。

医師の不足と偏在を日本全体としてとらえた場合には、医療は公共財であるとの観点から医師の適正配置を誘導する何らかの方策が必要ではないでしょうか。診療科や勤務地域を医師自身の自由選択に任せているこれまでの日本の制度は、世界的にみれば特殊なケースとなっています。診療科選択についてヨーロッパ諸国での規制をみると、イギリスでは25年先の医師需要を予測して、教育の段階から専門科ごとの定員を定めています。フランスでは国や地域が診療科ごとに必要な医師数を調べ、病院ごとに受け入れる研修医数を決定しています。ドイツでは州の医療圏ごとに家庭医と各種専門医の定数を設け、その110%を超える地域では保険医として開業できないよう規制をしています。

日本の新専門医制度では、各領域のカリキュラムで経験症例数等の規定があり、地域での患者数は限られることから、養成専門医数は限定されることとなります。また、各研修プログラムを事前登録制とし、そのデータベースを公開することで数年後の専門医数を把握可能にする計画と発表されており、これらによって診療科間の偏在は自然に調整されていくとの見方もあるようです。しかし、ここには需要の視点が欠けています。

今後、国が示したガイドラインに沿って各都道府県では地域医療構想が策定され、構想区域毎の医療需要に基づいて病棟機能及び病床数の調整がなされていくわけですが、たとえばこのような場において、総合診療医等を含めた診療科毎の医師数の配分についても、目標とする数値が示されてもよいのでしょうか。その数値に強制力を持たせるべきとは思いませんが、初期研修を終えようとする若い医師が将来の方向性を模索するにあたって、領域別、地域別に医師の需給状況を示す客観的な資料はあってしかるべきと考えます。

(稲沢厚生病院)