

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

三年ぶりに夏休みがとれた

中条中央病院 副院長 堀川 誠也



三年ぶりに夏休みが取れ久しぶりにラックスできました。この五月に内科医が赴任し内科医二人となったおかげです。三月で内科医が急に辞め四月は内科医一人となり当直六回、残業一〇〇時間の地獄のような勤務でした。新医師臨床研修制度を契機に地方の病院から医師の引き揚げが始まりました。当院でも最盛期には内科三、外科三、整形外科五、小児科一と十二人いた常勤医師が外科はなくなり平成二十二年三月末には内科一、整形外科二、小児科一と存続も危ぶまれる所まで追い込まれました。幸い五月には整形外科の新院長とできる内科医が赴任してくれて一息ついているとこ

勤務医生活の実情



勤務医の実情

県立十日町病院 副院長 秋山 修宏

勤務医を辞めた先生方がうと、多くの理由をあげられます。先生がまず体力的な理由をあげられます。年齢とともに当直や長時間の検査、手術

がきつくなつたという理由です。私も夜眠れないと翌日の勤務はかになり辛くなつて来ており、若い先生と同様の拘束業務を続けて行く自信が無くなつて来ています。また、勤務医を辞めた理由に自分の能力の限界を感じたという事柄をあげると、多くの病院や地域の中核病院に勤務する先生がまず体力的な理由をあげられます。年齢とともに当直や長時間の検査、手術

した。当時医療費亡国論がささやかれこのまま医師が増えるといタリアのように失業医者があふれるだから医師数を抑制しなくてはならないと言ふのです。医師の定年制まで検討され大反対の医師会は厚生省の出した医学部の定数削減に賛成したのです。自分は自治医大の一期卒で当時県立柿崎病院に勤務していましたが中小病院はみな医師不足に苦しんでいました。自由開業制の下では医師総数が増えなければ地方まで医師がまわつて来ず医療格差は埋まらないのです。国と最近まで医師総数は不足してないと言ふ主張していた医師会の責任は重いと思います。それと医師の偏在はもつと問題です。自由開業制を残しつつもそこには何らかの規制が必要でしょう。医師の養成にはたとえ私立大学でも多額の税金が投入されているからです。これだけの偏在は憲法違反の気さえします。

さて中条中央病院の現状に話を戻しましょう。不足しているのは医師ばかりでなくナース、薬剤師などのコメディカルのスタッフもとてもきびしい状況です。七対一看護の新設を契機にナースの引き抜きに拍車がかかり新潟市の大病院、県立病院に多数のナースをもつていかれたのです。一〇対一看護を維持するため許可病床を一二二から九〇に減らさざるを得ませんでした。このままでは病院経営状態が悪化するため在院日数を減らし病床回転を良くすること

ある程度できるようなになるには時間がかかります。最近の医学の進歩は速く時について行けない事もあり、体力の衰えと共に自分の能力の限界も感じるようになってくるという事です。私の場合も常に最先端の医療を推進して行く活力が無くなつた事が、転勤を決定した一つの理由でありました。一方で、最近患者さんの権利意識が高まり、医療保険同様にいつてもどこでも最善の医療を受けたいというものが主張されるようになって来ています。私は夜間の救急外来で標準的医療が行えるほど日本の医療は整備されていないと思ふます。そうは言っても我々

で対処しているのですが、それは医師やスタッフの労働条件をさらにきびしくし、また患者のクレームを増やす結果になっていきます。経営赤字の公立病院が高い給与で大量募集し引き抜くのはフェアでないと思ふます。薬剤師も六年制となり退職者の補充ができずにいます。院内薬局の方が患者に優しいと考え今までやってきました。院外にせざるを得なくなりま

小病院勤務医の実情と医師不足偏在に対する一考察

県立妙高病院 院長 岸 本秀文



故郷にある六〇床の妙高病院に着任して七年目。周囲に開業医は少なく、対象人口はおよそ一万人程度、内科常勤医三名と応援医師で診療している。近隣の病院にも内科医は少なく、地域にとつて重要な病床である。中郷以南の患者は、不可能な専門医療を除いては原則すべて受け入れる、という方針で地域の信頼を得ているが、継続するには解決すべき諸問題がある。

勤務環境の問題。新潟大学や県立中央病院から週二回の当直応援を頂き大変ありがたい。地域医療研修医が不在の期間は残りを常勤医三名でしており、月七、八回にものなる。私は昨冬当直翌日に血圧が著しく上昇した。五才の息子は『お父さんの仕事は夜勤』と答え『内科部長は安静時も出る蛋白尿が当直翌日に増加する。基幹病院の当直のように一晩中眠れないという事は減らないが、病院に三十四時間連続拘束が週二回あり、疲弊と労働意欲の減退につながる。医師には最善を尽くす事が要求されています。また、医療の標準化、透明性が求められるようになり、医療安全に対する責任義務など多くの事が医師に課せられるようになって来ています。ちよつとした会話にも気を配らなければならぬ。コミュニケーションスキルの上を求められたりするようにもなつて来ています。精神的ストレスも多くなり、この事も勤務医を辞めたくなる理由の一つと思ふます。

まさに、勤務医受難の時代となつて来ています。年齢とともに勤務医が勤まらなくなつて来るのは、今も昔も変わらない事だと思ふます。気力も体力もある若手に活躍の機会を与えるために老若は去り新陳代謝をすすめる事は悪い事ではありません。今まではその新陳代謝の舵取りを大学の

育施設は、病院全体にとつて必要性が増しており、コメディカルも出産育児年齢の女性は然りだ。十分に休みをとりたい人、できれば働きたい人、後者にとつて必要は大い。将来、女性医師も育児期間は託児所のある大病院で主に非常勤として勤務し、地域病院希望の場合はその後に戻る道が確保されるのが良いのではないかと。臨床医の在り方と養成。基幹病院では主に臓器別専門医、地域病院では主に総合医(GP)の必要性が高い。日本では多くの合併症を抱えた高齢者が二〇二五年頃まで増加し続ける予想で、地方では更にその傾向が顕著になるが、臓器別専門医を多数確保するのは不可能だ。地域病院にGPが常勤するには、その養成とインセンティブが必要で、臓器別専門医の研修プログラムは既に完成しているものが多いが、GPはようやく始まったばかりだ。妙高では、膝注射やブロック注射、軽症のシーネやギプス固定、小外科処置などの必要性が高いが、整形外科医は極めて不足している。GPの研修にこれらの処置を含めて欲しい。また、報酬が良いだけではダメで、まず若い時期に地域病院で勤務すると不利な点を、学会や医師会、行政はそれぞれが少しずつ出し合う形で改善してほしい。現在の専門医制度は、認定病院での研修期間が殆ど必須になっており、内科では剖検例も必要である。地域病院や

地域中核病院総合診療に一定期間勤務すれば、専門医認定条件の一部(剖検例や症例報告の一部)を免除するとか、医師会が開業条件の一部にするなど、はどうだろうか?行政にはこれらの調整推進と戦力になるのは先にしても奨学金制度や地域医療学講座にも大きな期待をしている。結果的にGPも増加し、臓器別専門医も双方向に移行可能な制度、急性期も慢性期もモチベーションの高い医師が診療できる制度が望まれる。単純な医師の増加のみでは、現在の臨床研修制度で医師個人の希望が大きく反映される形になり、地域別科別医師偏在は益々是正が困難になった故の提案だ。二〇三五年頃に私たちが後期高齢者になる頃に、現状より医療福祉が良くなるために何をすべきか?日々考えさせられる。

