

病院勤務医の危機

向井 秀樹

都市部では大学を含め中核病院の勤務医が減っている。とくに市中病院では皮膚科勤務医が不在のところも出始めている。本来なら関連大学から若い医師や新しい診療部長が派遣されるべきだが、大学からの人的な補充ができていない。対応策として、診療部長の定年延長や顧問という形で単年度雇用がされていると聞く。これもいずれは破綻して、市中病院から皮膚科勤務医が消える日が来るかもしれない。

2004年3月号に、“近未来の病院勤務医”という題でEditorialを書いた。視診が診断の根幹をなす皮膚科の専門性は高いものの、ありきたりの皮膚疾患なら教科書をみながらの診断治療はできる。加えて全身管理を要する膠原病、重症の薬疹や熱傷、皮膚悪性腫瘍のターミナルケアなどは皮膚科医の手から離れている。高額医療が大幅に減り、入院単価や入院人数が下がれば、病院経営から収益のあがらない科となり、定員の削減や消滅となる。生き残りを賭けた対策の必要性を訴えた。現実にはこの収益低下により、勤務医が不在になった病院はある。

その後、新医師臨床研修制度に伴い地方大学の卒業生が都市部に集中した。私の大学にも毎年募集枠を超える応募があり、選抜採用試験を行ってきた。各大学でせっかく育てた医学生はその地方には残らず都市部に流入した。皮膚科医は都市部で急増し、美容皮膚科や皮膚科専門医取得後に開業や雇われ院長として都市部に残り、1駅に3～4もの皮膚科診療所が乱立している。

4～5年前から日本専門医機構により、各大学が採用できる具体的なシーリング数が決められ、いままで自由に採用していた人数が制限されている。加えて、皮膚科専門医取得後の退職傾向に歯止めがかけられず、従来行われてきた関連病院への派遣ができなくなっている。

そこで、関連大学からの派遣に依存せず独自のやり方で生き抜く必要性が求められてくる。専門性を高め、“売り”をつくることが重要である。簡単な収益向上には、中核病院の利点を生かし生物学的製剤や低分子化合物などを用いた重症乾癬、アトピー性皮膚炎や慢性蕁麻疹治療を積極的に行うべきである。コロナ禍に混雑を避ける目的で、患者が少ない午後や土曜日に専門外来を開設するのはどうだろうか。午前の患者が相対的に減れば、初診患者の待ち時間は短縮され、丁寧な診察や治療方針の説明ができ患者満足度はあがる。安定した再診患者は当然紹介元に戻す。対面機会は減ったが、病診連携は積極的に行うべきである。逆紹介や返信の文書は重要であり、簡単でもわかりやすい文章で治療の概要や今後の方針、初診時に何を考え、どのように治療していくのかなど、丁寧な説明を心掛けると信頼関係が確立する。最大の人員問題に関しては、出産や育児など大学を離れた女性医師への復職支援をはかってはどうだろうか。育児中とはいえ働き方を工夫すれば、専門医維持を強く望んでいる医師自身の救いにもつながるのではないだろうか。

医療情勢の変遷に伴い、近い将来、都市部の中核病院から皮膚科勤務医は消えるかもしれない。苦勞されている読者の先生方から、貴重なご意見をぜひとも「声」の欄に投稿していただきたい。