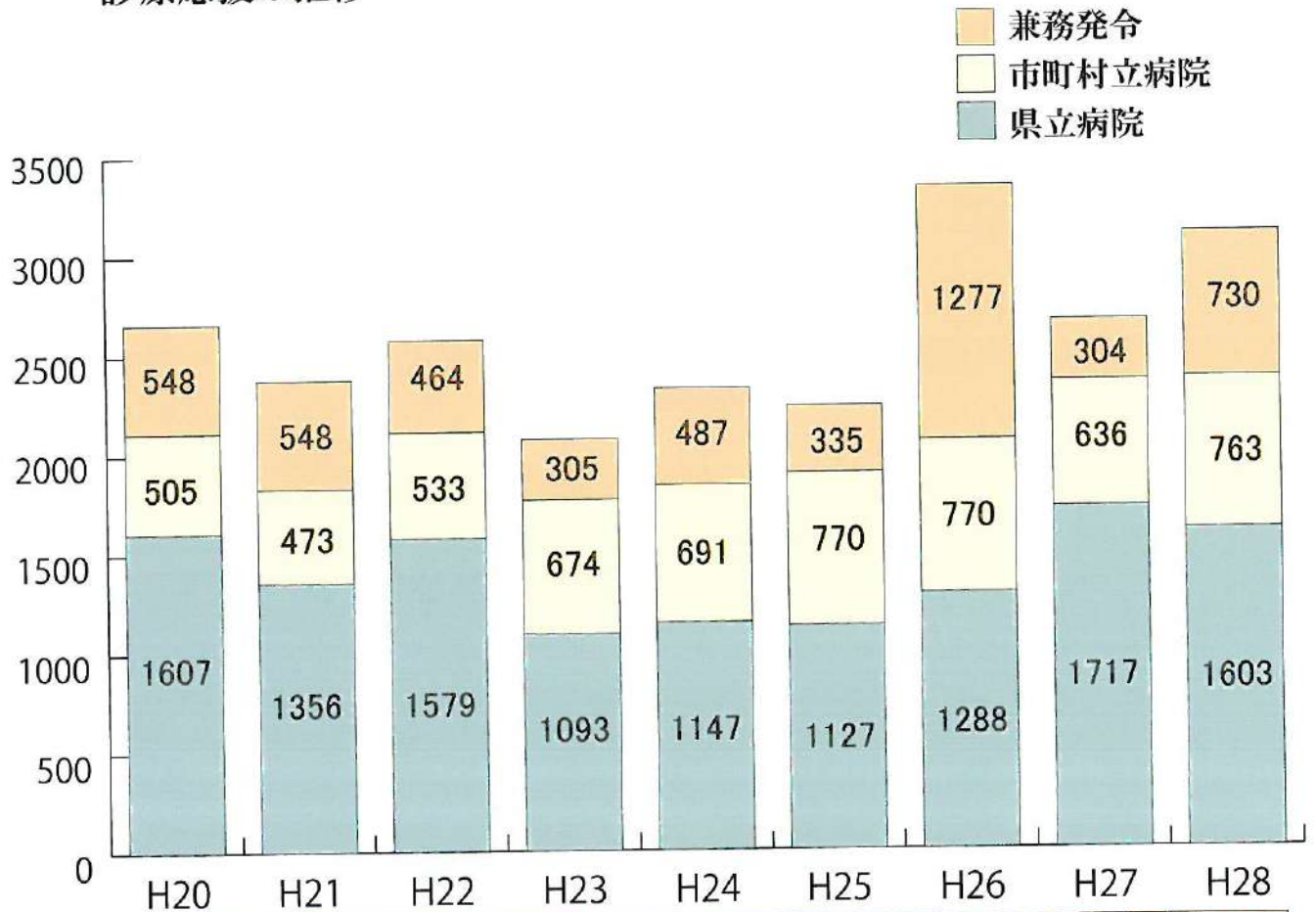




次世代に託す 30 年の教訓  
地域医療は当院のミッション

地域医療は当院のミッション

診療応援の推移



	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
地域医療支援部長	望月 泉	村上晶彦	村上晶彦	村上晶彦	村上晶彦	村上晶彦	相馬 淳	相馬 淳	相馬 淳
地域医療福祉連携室長	望月 泉	菊池貴彦	菊池貴彦	菊池貴彦	菊池貴彦	菊池貴彦	菊池貴彦	菊池貴彦	菊池貴彦



小本診療所開所式 (2016 年 1 月 13 日)

## 地域医療は当院のミッション

## 診療応援の歴史と現状

副院長兼地域医療支援部長 相馬 淳

岩手県立中央病院は、1890年（明治23年）開業の私立病院の委譲を受け、1933年（昭和8年）5月、有限責任購買販売利用組合盛岡病院として発足しました。その後、1950年（昭和25年）11月、岩手県立医療局が発足、同院は岩手県立盛岡病院として県に移管改称されましたが、その際「県下にあまねく良質な医療の均霑を」という創業の精神が定められました。

平成26年現在、人口10万人当たりの医師数は全国平均で233.6人ですが、岩手県は192人と厳しい医師不足となっていることは周知の事実です。ちなみに、岩手県1県の面積にほぼ等しい四国4県の平均は290人以上であり岩手県とは約100人の差があります。県北、沿岸地域の医師不足はさらに深刻で、10万人あたり約120人にすぎません。このような状況は昨今に限ったことではなく岩手県医療局が発足した当時からみられており、「県下にあまねく良質な医療の均霑を」という高邁な創業精神が掲げられた背景ともなりました。

昭和61年6月、新中央病院移転に先立ち、県民医療の中核的な役割を果たす機関として、疾病構造の複雑多様化に伴う医療の高度化、近代化に対応していくとともに、医師会と密接な協調を図り、医療の希薄な地域における地域医療の確保、県民の公衆衛生、医療従事者の研修教育及び医学情報等の管理提供を推進するため、「地域医療部」の設置が検討され、盛岡市上田の新病院（現病院）に移転後の昭和62年3月「地域医療部」としての活動を開始しました。当時、均一的な県民医療の提供を図るために上記理念のもと、「地域医療部」を設置したのは当院が全国で初のことであり、諸先輩方の先見の明といえるでしょう。平成

16年4月、「地域医療支援部」と改称されましたが、その分掌事務項目として、

- (1) 地域医療の確保に関すること
- (2) 地域医療機関との連携に関すること
- (3) 診療応援及び医師の派遣に関すること
- (4) 緊急時の現場医療に関すること
- (5) 医療機器の共同利用に関すること
- (6) 部に属する機械備品等の保管に関すること
- (7) 前各号に「掲げるもののほか、地域医療に関すること

を掲げています。

「地域医療部」発足当時、すでに年間900件前後の診療応援が、県立病院あるいは市町村立病院等に対し行われていましたが、その数は年々さらに増加していきます。平成16年度から現在の初期研修医制度が始まりましたが、2年間の初期研修修了後も当院でさらに専門的な研修を行いたいというレジデント（後期研修医）希望者はごく少数でした。レジデントは非常勤医師のため身分的に不安定、ということがその原因の一つでした。この点を改善したいと県との難しい折衝に当たったのが樋口紘名誉院長でした。先生のご尽力により平成17年度からレジデントは正式な県職員として採用されることになり、採用の条件として「1年間に3か月の地域医療に従事する」という項目を設けたのです。これにより、地域医療の重要性を理解した上で専門領域の研修を行うレジデント希望者が増え（総レジデント数平成16年5名、17年6名、18年14名、以降20～36名）、診療応援を強化することができました。現在、常勤医（幹部職員も例外ではない）とレジデントが行っている診療応援数は年々増加傾向にあります。平成28年

度の内訳は、

- (1) 常勤医専門外来応援：15 県立病院及び 9 市町村等病院に派遣日数計 1,771 日（専門外来前後の当直あるいは日直業務を含む）
- (2) レジデントの日当直応援（前後の外来業務を含む）：5 県立病院及び 3 市町村等病院に派遣日数計 595 日
- (3) 常勤医及びレジデント長期（1～2 か月）派遣：2 県立病院へ交代制で通年、派遣日数計 730 日

となっており、年間総数 3,096 日、つまり一日平均 8.5 人の常勤医師あるいはレジデントが中央病院以外で地域の医療に貢献していることとなります。

以上、当院の地域医療への関わりについて述べました。今後は研修を十分積んだ地域枠出身の若手医師が単純計算で毎年 10 数人が人的資源として蓄積されていきます。さらに、地域枠の若手医師に頼らざるを得ない現状は否定できず、行政がこの人的資源をいかに有効に配置するかが課題となっていくと思います。当院としてはこれまでと同様支援体制を維持し地域医療に貢献していきたいと考えています。



## 地域医療は当院のミッション

## 診療応援の将来展望 - 医師の地域偏在と専門医制度

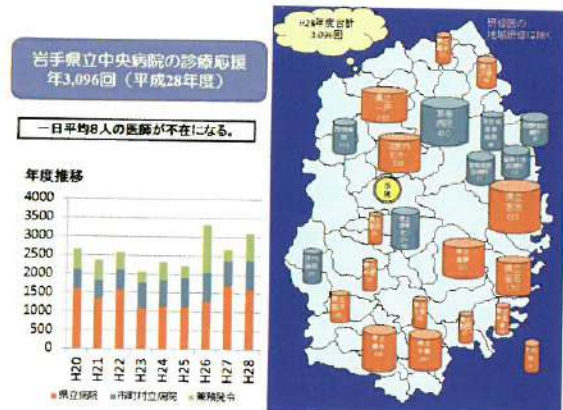
院長 望月 泉

当院のミッションのひとつである地域医療支援は、2016（平成28）年度は3,096回となり、医師不足の県内公的病院にレジデント、各科専門医を派遣している（図1）。1日平均8人の医師が土日や当直を含め地域に出ていく計算になる。当院では1987年「地域医療支援部」を設置、病院の基本理念、行動指針に地域医療支援の必要性を掲げ、県内の公的病院からの診療支援要請に対応している。要請がきた場合、まず地域医療支援部で支援内容について検討し、依頼された専門診療科の意見を聞いて調整し、最終的には医局会で説明して院長の承認を受けて診療支援を開始する、という手続きをとっている。ただでさえ忙しい医師に診療支援にってもらうのは非常に難しいものの、当院が担う重要な役割の1つと認識している。大学病院が行っているいわゆるアルバイトとは全く性格が異なり、謝礼は基本的にはわずかな出張手当のみである。

初期臨床研修における地域医療研修の充実は必須と考えており、後期研修医採用の際の条件と実績への評価を行っている。後期研修医（レジデント）は2004年度から正規医師として採用、雇用の条件に年間3か月間の地域医療支援を行うことを明確に書き込んでいる。

実際は1ヵ月間の地域病院勤務（兼務発令）、平日のプライマリーケア診療応援、土日・休日当直応援で、残りの2か月間の義務を果たす形になる。専門医（指導医）の地域医療支援に対する役割、指導を明確化するとともに、地域医療支援の重要性については、新たに当院に赴任してきた専門家の医師には赴任当日オリエンテーションを行っている。

医師の偏在には地域偏在、診療科偏在、働く形態により開業医、勤務医の偏在等がある。岩手県は広大な県土に、人口が比較的多い地



域と全くの過疎地域が混在しており、医師の絶対数が不足しているうえに沿岸、県北地域を筆頭に地域偏在が著明である。人口10万人あたり医師数は全国平均が233.6人（2014年12月現在）に対し、岩手県は192人、さらに沿岸、県北地域は120人程度と全国平均の半数程度の医師しかいないことになり、厳しい医師不足となっている。交通の便もけっして良くないので、医師不足イコール医療不足となり、居住している住民は常に不安を感じながら暮らさざるをえない。医師は勤務する場所や勤務形態、診療科を原則自由に選択することが出来、現在のところ配置を調整する仕組みはなく、偏在是正にむけての有効な手立ては講じて来なかったといえる。

偏在解消をめぐるっては、厚労省の諮問会議である医師需給分科会が昨年6月、「病院の管理者になるにはへき地での勤務経験が必要」とするなどの配置案を盛り込んだ中間取りまとめを発表、何らかの医師配置についての規制が設けられる方向になるかと思ったら、その後、厚労大臣の肝いりで、「医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」が設けられ、医師需給分科会での検討は中断してしまった。ビジョ

ン検討会では客観的なデータに基づく検討が必要とのことで、慌ただしく医師10万人にアンケート調査（回収率15%）を行い、医師の44%が今後、地方（東京都23区及び政令指定都市、県庁所在地等の都市部以外）で勤務する意思があるとの結果から、地方勤務を義務づけるような強制的な配置に否定的な考えを示す報告書を発表、個々の医師の意向を重視すべきとの結論であった。一方、地方勤務の意思がない理由として、どの年代でも、「労働環境への不安」「希望する内容の仕事ができない」を挙げた回答が高かった。しかし本アンケートの地方の定義が東京都では23区以外、各県においても県庁所在地以外は地方との定義で、我々が医師の偏在を論じる地域とは全くかけ離れている点は大きな問題で、無記名アンケートであることより責任をもった回答は得られにくいのではないと思われる。そもそも44%の医師が希望通りいわゆる地域で勤務をしていたならば、今起こっている医師の地域偏在は生じないと言える。

本年1月、オーストラリアの医療事情を視察するためにシドニーとケアンズを訪問した。シドニーを案内してくれたのは大腸外科医で、Private Clinicに自分のOfficeを持ち曜日を決めて診察、手術が必要な患者さんはPublic Hospitalに入院、主に腹腔鏡手術を執刀することであった。オーストラリアで医師にかかる際にはまずGP（General Practitioner）と呼ばれる一般開業医を訪れる。GPは内科、小児科、婦人科、外科、皮膚科など、すべての分野の基礎知識を持っており、症状によっては専門医にかかることなく、GPを訪れるだけで解決することも多い。体の調子が何となく悪い…と思ったら、まずGPに電話で予約を入れることが最初の一步となる。診察・治療は医師の許容範囲で行われ、必要であれば処方箋を書いてもらい、それを薬局に持って行って処方薬を購入する。さらに特別な検査や専門医（specialist）の診察が必要と判断された場合は、GPが専門医へ紹介状（referral）を書いてくれるので、予約後それを持って専門医を訪れることになることであった。さ

らに日本では来年4月開始を目指して日本専門医機構が進めている専門医制度であるが、オーストラリアは学会がその州に必要な専門医の数を認定し、また専門医試験はきわめて難関な試験であり、やはり都会の専門医は定数に足りているところが多いため、地域で診療せざるをえないこともあることであった。医師の偏在はオーストラリアでも問題であるが、まさにProfessional Autonomyである専門医制度のおかげで顕在化はしていない。また、専門医の質を担保するために、毎年診療成績、たとえば消化器外科であれば手術OutcomeをCollage（日本の学会相当）に報告する義務があることであった。

日本の専門医制度と根本的に異なるのは保険請求できる額が専門医の方が高いなど、インセンティブがあること、専門医の数がまさにProfessional Autonomyにて限定的であることである。

米国の専門医制度も診療科ごとに受け入れ研修医数を決定、マッチングによる選抜を実施、研修医1人当たりの経験症例数と指導医数から決定する。さらに、指導医や同僚だけでなく患者も含めた360度評価を実施するなど、質を重視した専門医制度である。もちろん専門医に対してのインセンティブはあり、保険請求できる額が専門医の方が高い。来年開始しようとしている日本の専門医制度はプログラムの外形基準にこだわり質の保証がはつきせず、また専門医になったからといってインセンティブはない。日本専門医機構はいままで学会が行ってきた専門医の登録、登録証の発行、専門医の更新手続きなど事務作業を一括して請け負うだけの組織に見える。

2008年度以降臨時増員してきた医学部定員増によっても、地域における医師不足は解消していない。医師定員を増やしていけばコップの水が零れ落ちるように地域に勤務する医師が増加し、偏在が解消するということは難しい。増加した医師はやはり都会に集まってくるのが現状である。偏在対策を十分に行わない限りは、医師数をいくら増やしても問題は解決しない。岩手県では地域医療基本法を

成立させ、医師不足地域での勤務を医療機関の管理者要件とする提案をしてきた。地域医療は、危機的な状況の中であって、いわば「武士道」精神を持つ医師達の献身と志によって支えられている状況にある。医師の計画的な養成と適正配置は、長期で安定的に実施しなければ効果が見込めず、また医師の成長につながらないと考えられる。対象となる医師の長期的なキャリアデザインや人生設計と両立できる制度とするためには、基本法の制定により、施策の継続性、実効性を確保するとともに、施策や医師の待遇を法的に、安定的かつ、明確に保証する必要がある。今後、高齢化による医療需要の増大等によって地域医療を支える医師達が、現状よりも過剰な負担や過酷な勤務にさらされることになれば、地域医療は崩壊しかねない。

医師配置についての規制に対しては根強い反対論があることも承知している。医師が自由に診療科や診療場所を選べることは尊重されるべきであるが、公的医療保険制度においては、医師は職責の重さを認識した上で、自主的・自律的に何らかの適切な仕組みを作り、医師の偏在の解消を実現していくことが求められる。地域枠、地元枠の拡充は現在のところきわめて有効な手段と考えられる。今、どこの地域でもほとんど機能していない地域医療支援センターの医師派遣機能にはあまり期待はできないが、積極的に地域医療機関に医師を派遣している病院の評価は必要である。

地域医療支援病院はある基準の紹介率、逆紹介率をクリアした病院が認定されるが、単なる連携だけを評価するのではなく、医師不足の地域、病院への医師派遣も指標の一つとすべきである。以上医師の偏在是正について述べてきたが、地域医療のあるべき姿を実現するためには、国全体で地域医療を守る仕組み、そして、地域医療に携わることが医師の成長や研鑽にも繋がる仕組みが必要であると思う。

