



『医師の地域偏在』



『医師の地域偏在の功罪』

北九州市立八幡病院 副院長

太崎 博美



数年前、私たちの病院に山陰出身の医学生が初期研修医を希望して来院した。出身地の小さな都市の名前を挙げて、『自分は、将来そこで、町の総合診療医として生きていきたい』と熱く語ってくれた。私たちの病院で2年過ごし、福岡の大学に後期研修医として入局した。現在は『福岡市近郊の少しでも大きな病院に勤める循環器専門医』を目指している。

地域偏在を解消する方法は、やり甲斐や精神性に訴える医師サイドからのアプローチだけでは不可能であろう。言い方を変えるなら、住みやすい町を作ることが、そこに住むべきヒトの数を決め、その中からその町に住む医師が生まれてくると思う。恣意的に、他の町からその町に住む医師が生まれてはこない。また、町の単位の大きさにより、その町に必要な医師の数や専門は決まってくる。いわゆる専門医の総量規制や配置が有効である理由である。ただ、問題なのは将来的な地域のあり方を含

んだ論争が欠けてはならないことだ。

限界集落の今後を左右するのは、その町にいかなる医療資源があるのか？という点が最も重要という。集落の医師が町に移るとその集落も移動（消滅）することになる。逆に移動した医師と集落人口は、移動先の人口を増やしたばかりでなく、新たな町の魅力として更に他の集落から人口を呼び込んでくることになる。その積み重ねが、地方都市の拡大、もしくは維持であり、周囲の限界集落の消滅である。医師の偏在は、地方都市とその周辺の町や村の将来に重大な影響を与えるのである。この論理が正しいとすれば、医師の偏在は、日本の将来構想、どんな暮らしを国民に提供するのか？に直接に反映する。言い換えれば、医師の配置が、人口の配置を決定することになる。新専門医制度もまた、都市部への医師の偏在を惹起する可能性と、反対に、総合診療専門医は限界集落の維持出来る可能性など医師の配置（偏在）に強い影響を与えると予想される。

国民が、どんな暮らしを望むかに対して、既に人口減少期に入っている日本は、国民にあまねく公平な医療を配布することはできなくなる。今後は、「医師の偏在」という武器を使って、人口の配置や暮らしぶりがコントロールされる時代になってくると思う。医師、もしくは医師会は、そのような政策の重要な役割を担うことになるのであろう。

大学病院から偏在を考える

福岡大学病院 医療情報部部長

志村 英生



医師数や病床数が西高東低であることは昔から指摘されていた。西日本とりわけ四国や九州は東北に比べて医師数が多い。しかし、大学病院に在ると、新研修医制度導入以来、若い医師の不足が続く。要因は多岐にわたり全国的であるので、根本的な変化に合わなくなった多数の制度の問題である。

私は県の地域医療支援センター運営委員会に参加させていただき、県の医療需給問題の議論の機会があった。県人口は510万人で医学部が4つあり、北九州筑豊地区170万人に1校、福岡地区260万人に2校、久留米筑後80万人に1校と恵まれた医師の供給状況となっている。そのため大卒での医師の充足率が高

く、会議でも切実な声は少なかった。ちなみに佐賀は24万人で1校、長崎は143万人に1校、熊本は180万人に1校などとなっている。むしろ、恵まれた福岡県は医師の枠数を抑えられる6つの地域（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の一つとされ、後期研修医プログラム希望者が制限され他県へ送らざるを得なかった大学診療科もあった。

福岡県での医師偏在の問題は全国的な傾向と同じく診療科偏在による。外科系・婦人科系などの希望者が厳しいことであり、新研修医制度の導入以降の若手医師が過酷な労働環境を嫌う傾向と重なっている。さらに最近話題になったように、女性医師の増加が、出産や育児により現場から引いていく現実により、過酷と言われる診療科の医師不足を助長している。これらの環境の整備が必要で、福大病院でも保育園の新設、働き方改革で過重な労働の削減、他業種とのタスクシフト協力など進めており、少し改善される可能性もあるが、人件費増加に対して組織全体の賃金制度改革を伴わなければ経営は厳しくなる。まだまだ外科医等の不足が続くだろう。全国の統計でも、20年間で医

(2) 勤務医のつどい

師が増加している診療科は麻酔科、放射線科、精神科などで、外科や産婦人科は変わらず低迷していると示されている。大学受験で「地域枠」ならぬ「外科系枠」などもあって良いかもしれない。

働き方改革で医師の稼働時間を適正化するには、患者数に応じた医師数を確保すること、できなければ患者の受け入れを制限することになる。ただ教育機関である大学病院では赤字の診療科を廃止することはできない。DPC制度では診療密度が高

くなり病床回転率の上昇圧力が増し、患者数とともに仕事量が増えていく。医療安全への注力で教育や事務処理など電子カルテへの記録の増大もおきている。インセンティブを与えようにも診療報酬は毎年制限され、またさらに消費税の2% upが待ち構えている。そのなかで超高齢化社会が津波のように向かってきている。福岡大学病院の新本館建設計画もあり、心して乗り切らなければいけない。



医師の地域偏在というお題をいただき、郷里の茨城を思い出した。10万人当たりの医師数は福岡県が296人に対し、茨城県は180人。プロサッカーチームを擁する鹿嶋市でも150人、私の生まれた潮来市は54人しかいない。心が痛む。

当院のある飯塚市の旧穎田町エリアには現在5,600の方が暮らしておられる。2008年3月末に旧飯塚市立穎田病院が閉院した。町にある唯一の開業医院だけでは10万人当たり医師数換算で17人となるどころ、民営化による病院再建という手法により穎田病院は医療法人として存続し、2008年4月常勤医は3名で出発した。子供もまだ小さく、深夜の呼び出しにわが子をつれて訪問診療に伺い、患者家族を驚かせたこともあった。当時、連日の病院当直や訪問診療宅直を労基署にご指導いただいたら閉院せざるを得なかったろう。医院の先生を含めると町に4名。10万人当たり換算で71人の町の実態だ。

10周年を迎えた2018年。病院の常勤医師数は17名となり、非常勤医師を常勤換算すると22名となった。医院の先生を含め

ば、10万人当たり医師数は400名を超え、最も医師数の多い徳島県（10万人当たり315人）を凌ぐ。幸いにも運営は黒字で、外来のみならず、在宅医療やリハビリテーション、透析などで貢献できていることを少し誇りに思う。

しかし、郷里には何も恩返しできていないこと。振り返ると胸の痛みが増してくる。「外来100名以上もみないといけないから助けて」、「トロッカー挿入できる人が誰もいないから帰ってきて」、「崩壊の危機だから戻ってきて」と悲痛な声で誘われたことも思い出す。

15歳のころ、胃がん患者の手記を読み、巻末にあったご遺族の連絡先に電話をし、感想を述べ、話をした。その後、ご遺族から手紙をいただいた。「ふるさとの役に立つ仕事をしてくださることを祈っています」と。いまだ、その思いに応えられず、恩返しできていない。

これからの私の10年は、穎田病院の成功を独り自分のものとせず、全国の困っておられる中小病院の成功モデルとして広めていくことだと思っている。外来、病棟、リハビリテーションを総合診療医が担い、ワンストップサービスを提供できる当院の診療システムは、きっと医療過疎地の課題を解決できる一助になるだろう。このシステムが全国津々浦々に広がれば、遠くふるさとの医療環境の改善にも役立つだろう。常に心にありて想うふるさとへ、必ず恩返しできるよう志をもちつづけたい。



我々の病院でも地域医療構想や2025プランへの対応、医師確保、医療スタッフ確保、職員確保と日々目まぐるしく課題対応に追われている。加えて働き方改革の問題と、これから一気に医療のカタチが変わると日々感じている。

10年前70数名の常勤医師が在籍し、医師年齢も現在よりはるかに若かったように思う。当直（内科系、外科系）はとても忙しかったが、周りに多くの医師がいてそれほど負担感はなかったように思う。加えて婦人科や小児科、麻酔科も当直に近い拘

束体制で対応していたし、各科の拘束医も頻繁のコールに対応し、安心して勤務することが出来た。

いつの頃からか診療科の縮小、診療科の閉鎖を経験するようになり、当院で対応不能の患者、疾患が多くなり、地域からの苦情の声や議会での厳しい質問や叱責と、地域にも大変迷惑をかけてしまった。日常の診療でも対応困難なことが多くなってきたように思う。苦勞するのは日々の当直、時間外診療への対応である。現在当直可能常勤医は少なく、外部からの協力も得て何とか夜間救急診療を継続している状況である。ここに働き方改革への対応が求められ、時間外診療を継続可能かと問題が膨らんで心配している。

麻酔科閉鎖の時、手術をしない病院の選択も考えた。有難いことに手を差し伸べてくれた友人、知人の助けで連日手術可能な非常勤麻酔医勤務体制が直ぐにできた。費用は掛かるが手術を行える施設として今日に至っている。他の科でも全員引き上

ともに語ろう、ともに考えよう、ともに行動しよう

げを経験したが、残った診療科の増員と協力で診療と当直のカバー体制が敷かれ、何とか当直を継続でき地域への影響を多少でも軽減できたのではないかと皆の協力で感謝している。このような事は「医師の地域偏在」の一部だろうか。地域から求められるのは医療を継続、充実してもらいたいということ。しかし、医師確保は容易ではない。少ない人員でどうすれば求められた医療を行えるかを考え、工夫するしか我々の考えは及ばな

い。経費が膨らもうと、無能経営と言われようと残った人でやれることをやることだと思っただけ。

若い医師が削減されていくうちに、いつの間にか「院内偏在—医師の高齢化」も抱えるようになった。毎年歳を重ねていく医師は知識も体力も気力も最も充実していた時に、残念ながら指導すべき若い医師がいなかった。しかし技術、知識を持つ医師集団は現在、我々の病院の誇れる財産となっている。

大学医局の動向

心に寄り添い、光を守る



九州大学医学部 眼科 教授 **園田 康平**

九州大学医学部眼科学教室は創立から115年を迎え、現在120周年の記念事業に向けて準備を進めています。診療は各疾患分野のエキスパートが揃い、近隣地域のみならず九州一円より難症例を含む多くの患者さんをご紹介頂いており、失明を救う最後の砦として最先端かつ高度な医療を提供しています。

近年、眼科分野においても診療機器の進歩は目覚ましいものがあります。現在の臨床では、検眼鏡で捉えることの出来ない網膜・脈絡膜の微細な変化を描出できる光干渉断層計 (OCT) が広く普及しておりますが、ここ数年で造影剤を使わずに網膜・脈絡膜血管を描出できるOCT angiographyも普及してきており、非侵襲的にまた簡便に多くの情報が得られるようになりました。特に糖尿病網膜症で腎症があるなど造影剤を使用出来ない症例に有用です。眼科疾患には糖尿病や膠原病をはじめとす

る全身疾患に伴うものも多く、眼症状から全身疾患の発見に繋がることもよくありますので、こういった最新機器を駆使して早期診断、他科と連携しながら早期治療に取り組んでいます。治療の柱である手術の実績は年々増加しており、昨年度は年間1,600件を超えました。白内障・緑内障・硝子体手術に加えて外眼部の手術件数も大きく伸びており、今年度は昨年度を更に上回る勢いです。

人材の育成も大学病院の使命であり力を入れています。学生のうちから眼科に興味を持ってもらえるよう豚眼を用いた模擬手術実習を含んだ魅力的な研修プログラムを組んでおりますし、初期・後期研修医師には外来・病棟いずれにおいてもチーム制で上級医と共に診療に当たってもらい、ディスカッションしながら診療技術を身につける体制にしています。その甲斐もあり医局離れが進む昨今において毎年多くの新入局員を迎えることが出来ており医局は活気にあふれています。

心に寄り添い、光を守るをモットーに、引き続き良質な医療を提供していきたいと思っておりますので今後とも宜しくお願いします。

若手勤務医からのメッセージ

～専門分野の細分化～



小倉記念病院 循環器科 **永島 道雄**

平成17年に大学を卒業後、小倉記念病院へ初期臨床研修医として入職してから14年目となります。その間、初期研修医、循環器内科の後期研修医、医員を経て、新病院への移転など様々なことを経験してきました。なかなか新病院への移転を経験することはなく、非常にいい経験となりました。その新病院へ移転してからもすでに7年が経過しており、時の流れは非常に速いものだと実感しています。私が勤めている小倉記念病院の循環器内科ではカテーテル治療において、日本で有数の経験を積むことができるため、全国から後期研修医や修練医として多くの先生方が来られます。比較的若い先生が多く在籍しているのも、小倉記念病院循環器内科の特徴ではないでしょうか。年齢が近い先生が多く、またモチベーションが高い先生が周りにおかげでのんびりしている性格だった自分も切磋琢磨しここまで来られたのだと思います。

現在私は、循環器内科の中でも不整脈を専門に診療に従事させていただいており、不整脈の分野も他の分野と同じく非常に

治療技術の革新が速い分野で、ここ数年の治療技術や器具の進歩は目を見張るものがあると思います。リードレスペースメーカー、心房細動に対するバルーンカテーテルを用いた治療、心臓内にリードを置かない皮下植込み型の除細動器など様々な新しい治療器具が日本に導入され、日々の診療で使用されるようになってきています。私が研修医になった時にはまだなかった、不整脈学会の認定する不整脈専門医制度も数年前から始まっており、最新の治療を日本で正しく、安全に行えるように循環器内科の中でも専門治療の分野が細分化されてきています。実際に不整脈以外の循環器でも、以前では心臓血管外科による開胸手術が必要であった大動脈弁狭窄症に対する弁置換術や僧帽弁閉鎖不全症に対するカテーテル治療も心臓血管外科と合同で治療が始まってきていますし、これからは新しい治療方法が導入されてくることが予想されます。

これから直面する高齢化社会に対して、これまで行ってきた治療法に加えて、新しい治療法が導入されることで、これまでには侵襲が大きいため治療ができなかった患者様に治療を提供できる可能性もあると思います。一勤務医として、地域の患者様たちに最適な治療法を安全に提供できるように、これからは研鑽を積んでいきたいと思っています。

(4) 勤務医のつどい

診療所から病院の先生へ

「医師をどうやって集めるか」



コールメディカルクリニック 岩野 歩

大多数の医療機関が頭を悩ます問題ではありますが、特に地方ではより深刻です。地域医療が崩壊した地方の医師確保のための「地域枠」なる制度があるようです。奨学金と引き換えに一定期間地域医療に従事させるわけですが、地域医療に誇りをもって取り組む者としては何とも腹の立つ制度です。地域医療を行う大前提はその地域を愛することです。契約に縛られても嫌々やるのなら、それは地域医療ではありません。医局からの命令で嫌々地方に出向して行う「地域で行う医局のための医療」と何ら変わらないように思います。真の「地域医療」が存在していないからそのような「代替医療」が形を変えて次々と現れてしまうのでしょう。

「真の地域医療とは何か」「地域医療の魅力とは何か」

地域医療に従事する我々が日々の業務に追われてそれを言語

化し効果的に発信できていないことに問題があるように感じています。地方でありながらなぜか医師が集まる地域が散見されます。そのような地域は自らの特徴・魅力・強みを見出し次世代に伝えていくことに成功している地域と思われれます。地域医療で身に着けられるもの、身に着けるべきものは何なのか、行政や医局ばかりを向いていると見誤りそうです。地域で生活する人と目線を同じにして初めて分かる事ですが、地域に必要なのはgeneralistとしての能力です。専門分野の数だけspecialistを揃えるのは非効率かつ現実的ではありません。generalistを目指す、あるいはgeneralistの素養を併せ持つ良きspecialistを目指す—このような若い医師が学べる教育環境の構築が必要です。学べる場、やりがいがある場に人は集まります。医者派遣してもらうべく大学医局を奔走する・・そのような姿勢である地域は延々と医師不足の解消はないように思います。generalistとしての実戦の場の提供こそが地域の強みです。そしてそこで学びとやりがいを得られる環境を作り上げる事が出来た地域が医師不足を解消できる地域となっていくのではないのでしょうか。

福岡県医師会診療情報ネットワーク(とびうめネット)のご紹介

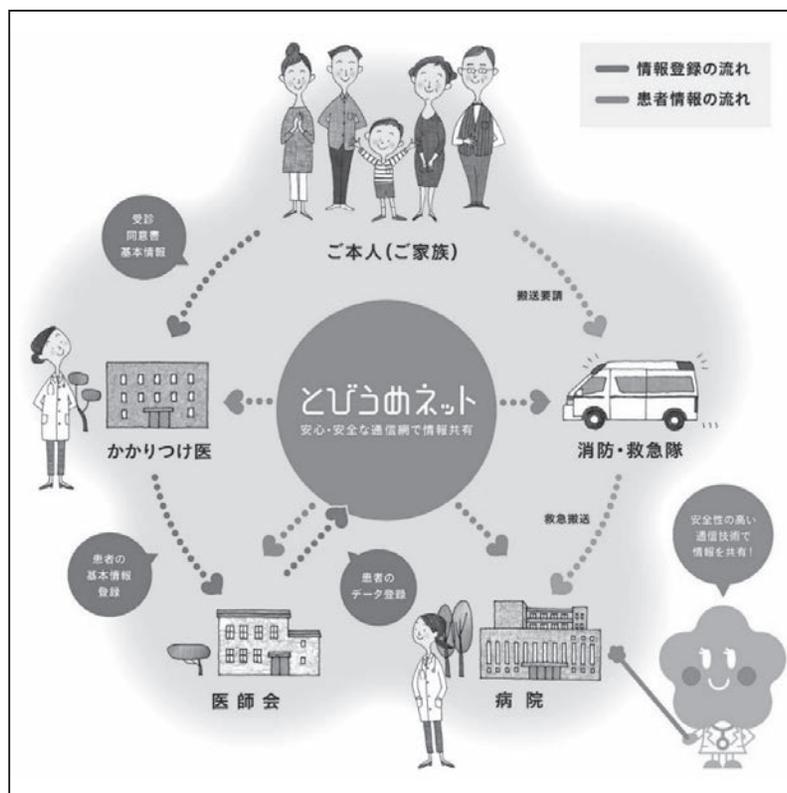
福岡県における医療提供体制の充実化を目的として、医療機関の連携を促進させ、患者、医師、看護師等の負担軽減を図るため、福岡県医師会診療情報ネットワーク(とびうめネット)を平成26年4月から開始しています。

1. 救急医療支援システム

かかりつけ医が予め作成した患者さんの基本情報を、緊急搬送された場合に救急病院で参照することで、迅速・適切な医療をうけることができるよう支援するための情報共有システムです。

また、災害時等で診療録等の消失等があった場合でも、基本となる情報のバックアップとして利活用ができ、速やかに診療を再開できます。

是非ご参加下さい。



2. レセプトバックアップシステム

大規模災害等による消失に備え、データセンター(福岡県医師会館内)に保管した電子レセプトデータまたは、電子カルテデータを、電子媒体や紙等で提供することにより、継続した診療を支援するものです。

電子レセプトデータバックアップサービスは無料です。

福岡県医師会ホームページ会員専用ページに「とびうめネット医療機関専用ページ」を設けていますのでご覧ください。

ともに語ろう、ともに考えよう、ともに行動しよう