

へき地での医師確保と将来の経営を見据えて 次世代に向けたへき地病院のマネジメント（下）

2017年11月30日 12:00

【益田赤十字病院 院長 木谷光博】

今回は当院と圏域の病院が、お互いに独立した立場で信頼関係を基礎に「紳士協定」を結び、機能分担を進めていることをお伝えしました。今回は、へき地における医師確保と将来の経営について述べたいと思います。

5. 地域医療連携協定後の今後の病院経営方針について－へき地と都会では対策が異なる

へき地では、高齢者数は横ばいでも、総人口が減少するため、高齢化率が急激に高まる一方で、都会では高齢者の絶対数が増え、高齢化率が緩やかに上昇していきます。高齢化への施策はおのずと異なってきます。

へき地ではこれ以上、高齢者を想定した増床は不要であり、医療・介護のハード面での投資は行うべきではないでしょう。人口推計を見れば、施設をつくっても、減価償却を終える前に患者や利用者の需要が落ち込み、病床が空いて赤字を広げる可能性が大です。今あるハードを上手に活用する視点が重要です。

一方、都会ではある程度の増床も必要と思われる。増床が難しい場合には、在宅医療の強化が求められるでしょう。医療・介護のニーズが高まり、一時はバブル状態となるかもしれませんが、過度の設備投資は危険で、2040年以降に高齢人口が急激に減少したら、破産する施設が続出するかもしれません。施設が破綻するのは勝手ですが、そこで働く医療従事者はどうなるのでしょうか。経営者は従事者・入院患者の行く末を考える義務があります。また、国の財政が危機を迎えた場合、自由診療の議論が出てくる可能性も考えられますが、私は医療・介護を自由競争に任せてよいのか疑問に思います。へき地で直面しつつある問題は、都会にとっても対岸の火事ではありません。それぞれの首長・住民が真剣に20年先の構想を考えなければ、地域が崩壊します。

へき地では、ハードに投資する資金力が貧弱です。今すぐにも機能分化を模索する必要があります。当圏域では今後20年を乗り切る鍵が機能分化です。

当圏域では、精神科単科病院を除く4病院で病床機能の調整を行いました。16年に改築し、屋上にヘリポートも備えた当院が7対1部分の高度急性期・急性期を主に担い、その他の病院は、地域包括ケア病床や回復期リハ病棟、療養病床などを担うことになりました。しかし、病床数の削減について具体的な調整はしていません。各病院の事情もあり、強制的な誘導は不可能です。特にドル箱である急性期病床のニーズは将来的には半分になりますが、対応は今後の課題です。ベッドの削減は、職員の削減を意味しますが、地域にとっては非常に重要な問題です。

4病院同士が話し合うことで、それぞれの病院機能に関しておおよその方向性が付きました。今後はソフトの面で、いかに効率的な環境を整えるかが重要です。一例として島根県が提供する電子カルテ上の情報共有システム「まめネット」で圏域患者の情報共有を進めていく予定です。

圏域の病院間と薬局、介護施設、訪問看護ステーションなどとも、できれば診療材料や

薬剤の情報、患者情報を共有したいと考えています。情報共有は、材料費の削減に結び付き、急性期から在宅まで、スムーズな医療・介護の連携につながると考えます。

表 益田医療圏の病院と病床数（単位：床）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
益田赤十字病院	50	234			284
益田医師会病院		163	44	136	343
津和野共存病院		50		49	99
六日市病院		50		60	110
計	50	497	44	245	836

6. やりたい医療から求められる医療に：へき地での開業医の減少とへき地病院に求められる開業医機能

人口減少が進むへき地では、将来的に開業医の経営が成り立たない可能性があり、開業医数も減少するとみています。へき地の開業医には何代にもわたって医師を続けてきた所も多いのですが、子弟も医師であっても、閉院するケースが相当数見られます。人口減に伴って患者数が減れば、収益も減少します。将来苦勞するのが見えている中、ご自分のお子さんを帰らせたくないの、将来的には閉院を考えている先生も多くいますが、その気持ちはよく分かります。

しかし、へき地の診療所が閉院すると、患者の多くはへき地病院への通院が必要になります。へき地病院には安定的な医師の供給が必要ですが、むしろ医師数が年々減少しており、少ない医師で地域の期待に応えなければいけません。最近、「コンパクトシティ」の概念が提唱されています。当圏域のごとく人口密度が低く広大な診療圏域を持つ地域では、病院の周りに独居老人・高齢者世帯に空き家を使って居住していただくのも有効な手段になると思います。訪問診療・訪問介護・在宅での看取りなどがこれにより可能になると考えます。住民・行政との意思の統一が前提ではありますが。

ただ、大学病院の専門医がへき地病院に赴任しても、なかなか使い物にならないというのが私の印象です。

大学は「やりたい医療」をします。大学で育成する専門医は、地域が求める医師像とは明らかに異なります。大学病院を受診する患者は専門医の診察を求め、若手医師も専門医の取得を目指します。大学病院は紹介患者が主で、既に一定のスクリーニングを受けているので、専門的な医療に集中できますが、一方で自分の領域には興味があっても、それ以外には興味を示さず、対応する能力もない医師を量産してはいないでしょうか。

へき地の病院では、情報がゼロの状態では患者を診ることも普通です。大学の専門医は自分の専門以外では診療しようとしないのでしょうが、それではへき地では通じないでしょう。へき地病院では、自分がやりたい医療から地域に求められる医療への転換が必要です。

専門医は自分の専門領域以外に関しては免責を求める傾向が著明です。これは国立大学病院の独法化にそもそもの原因があるように思えます。独法化で、収益を重視せざるを得なくなり、大学病院として地域医療に責任を持ったり、難治症例や不採算部門を受け持ったりするという意志は極端に薄れたと感じます。医育機関でありながら、運営スタイルは一般病院とさほど差がないように思われます。しかし、収益ランキングの順位以上に大学

病院が重視すべきことはいくらかでもあるのではないのでしょうか。

大学は安い本俸で医師を確保し、へき地病院に高い給料でアルバイトの非常勤医として医師の派遣を行っているのが現状です。私の地元では、残念ながらそうです。この非常勤医の件費がへき地病院の経営を大きく圧迫しています。しかし、私たちへき地病院は医療を行う義務がありますし、地域に対しても責任があり、時に理不尽な要求をのまざるを得ないこともあります。また、医師の一部には社会に奉仕するという意識が欠落した者もいます。現状のへき地での医療崩壊は、大学病院の収益重視と医学教育（医師の公人性の教育）の貧困さが招いたのではないかと私はそのような印象がぬぐえません。

7. 患者負担と医療費を減らし、国民皆保険を守るために

へき地では一人の医師が多くの問題を解決しなければいけません。高齢者は多くの病気を合併していますし、それに加え、社会的な問題（経済的な問題、独居、認知症など）も同時に解決しなければいけません。へき地の医師は総合医であり、また専門医につなぐ紹介医でなければならないと思います。

高齢者には複数の傷病があるので、限られた分野しか診療しない専門医では診療が困難です。複数の傷病を診るために、複数の専門医の診療が必要となれば、医療費が高騰します。へき地では多くの専門医を雇用する資金もないし、地域によっては専門医が満足するほどの症例数ありません。へき地では、専門医の手が必要な診療行為は限定的なことはよく知られています。従って、開業医能力のある総合医を増やし、専門医が必要に応じてコンサルテーションできる体制が望ましいと思います。DPCのデータを活用すれば、その地域で専門医が必要な疾病を絞れると思います。行政は圏域ごとに必要な専門医数を指定し、ある程度の強制力を持ち、配置することが望ましいと考えます。その地域で必要とされる領域の医師と大学で育成されている医師のミスマッチも評価でき、若い医師が進むべき分野を選ぶ上での指針になるともいえます。また、このような対応が日本全体の医療費を抑え、国民皆保険の維持と将来の医療の継続につながると思います。専門医ばかり育成し、高度な手技・検査などが増えれば、医療費の高騰につながります。健康保険がもし破綻すれば、それこそ医療の不平等社会となってしまいます。

ところで、日本医師会・病院協会など医療界が強く反対していたにもかかわらず、複数の医学部が増設されました。各大学の目的は理解できますが、既存の医学部での対応は考えられなかったのでしょうか。医師が供給過剰になったり、今以上のモラルハザードが進んだりすることを懸念しますし、「ハコモノ」が次世代への負の遺産にならないように願っています。

政治には、医師にある程度の義務を負荷し、モラルが維持できるような施策を提案してもらいたいと考えます。各診療科の医師の定員を決めたり、強制力を持って医師を各地に配置したりすることは非常に大きな問題でしょう。ただ、「職業選択の自由」の前に、せめて国立大学医学部卒業生は公人として、一定期間国民に奉仕する義務を加えてもよいのではないかと考えます。実施は困難かもしれませんが、さまざまな場所で検討されているように聞きます。

8. 初期研修は、医師のキャリアを歩む上で志を持たせる期間

島根大学には地域推薦枠があります。年間10人の地域枠推薦入学を認めており、当圏域でも毎年2人前後が入学しています。私は地域推薦枠の医学生に地元での初期研修を強く勧めてきました。地域枠の医師が地元で根付くと思いますし、地域全体で初期研修を支

援することで、医師としての義務感やモチベーションを涵養できます。また、2年間の研修を通じ、地域で求められている診療科や医師像を実感できます。このような経験は、彼らの将来の選択に必ず役立つと考えています。

当圏域では、当院を含むすべての病院で初期研修を行い、さらに島根大学や他の日赤病院でも研修を受けながら、視野を広げられるよう指導しています。この2年は医師として長いキャリアを歩む上で志を持たせる期間だと思えます。総合内科・救急に重点を置き、当圏域の病院以外にも、高知赤十字病院、島根大学、鳥取大学、山口大学の医学部附属病院などにも研修に出します。

赤十字の基本原則は人道・公平・中立・独立・奉仕・単一・世界性とされていますが、私は特に人道と奉仕の精神を重視し、研修医を指導しています。若い医師に地元根付いてもらおうとしていますが、“囲い込み”は、将来的にうまくいかないと考えています。病院管理者として、当圏域で研修する医師の成長に長期でかかわることが重要と思えます。まだ、具体的な方策はありませんが...

9. 最後に

われわれ島根大学医学部一期生もそろそろ定年が見えてきました。一期生として一生懸命地域医療を続けてきましたが、当院で勤務を始めたころに感じた寂しさは今はありません。振り返ると少しずつ後継者が育ってきています。今後の彼らのために良い基礎を築き、手渡したいといつも考えています。

最後に、研修医にいつも話す緒方洪庵の「扶氏医戒之略」の中の言葉でこの稿を閉じたいと思います。

- ・病者に対しては唯病者を見るべし。貴賤貧富を顧みることなかれ
 - ・学術を研精するの外、尚言行に意を用いて病者に信任せられんことを求むべし
 - ・世間に対して衆人の好意を得んことを要すべし。学術卓絶すとも、言行厳格なりとも、齋民の信を得ざれば、其徳を施すによしなし
 - ・医の世に生活するは人の為のみ、唯おのれを捨てて人を救はんことを希ふべし
- 「為道為人（道のため人のため）」 「為国為道（国のため道のため）」

木谷光博（きたに・みつひろ）

1976年島根医科大学入学、82年卒業、同年島根医科大学大学院入学（第三内科）、85年東京都立老人総合研究所臨床病理研究生、86年島根医科大学大学院卒業。同年津和野共存病院内科医長、島根医科大学第三内科医員、国立循環器病センター研究員、87年米国ペンシルバニア大学生化学教室研究員、89年島根医科大学第三内科医員、90年助手、91年益田赤十字病院神経内科副部長、93年神経内科部長、2000年副院長、12年より現職。

日本神経学会認定医／専門医／指導医、日本脳卒中学会脳卒中専門医／指導医、日本医師会産業医、日本内科学会認定医／指導医、人間ドック健診専門医・総合内科専門医、日本プライマリ・ケア連合学会認定プライマリ・ケア認定医／指導医

日本脳卒中学会評議員、日本内科学会中国地方会評議員、島根大学医学部臨床教授