

医療制度研究会 会報通信(2011年9月)

■第68回 医療制度研究会講演会要旨(首都圏の医師不足)

(2011年6月26日 於:北里研究所病院)

■第70回講演会案内(2011年10月29日 於:北里研究所病院)

第68回 医療制度研究会講演会要旨(主題:首都圏の医師不足)

I. 首都圏の医師不足の論点整理

医療制度研究会 中澤堅次

済生会宇都宮病院 DPC・パス情報管理室 高久定夫 佐藤基樹

II. 将来における首都圏の入院需要予測

亀田総合病院経営企画室 小松俊平

III 埼玉県における医師不足の実態

埼玉県・春日部市 庄和中央病院 副院長 洞ノ口佳充

I. 「首都圏における医師不足の論点整理」

医療制度研究会 中澤堅次

済生会宇都宮病院 DPC・パス情報管理室 高久定夫 佐藤基樹

首都圏の医療の特徴は人口千人当たり医師数という指標からみると、東京都は一極集中で医師が充足し、首都周辺の県では極端な医師不足を示している。医療需要の多い50歳以上の人口で比較しても同じ傾向がみられる。一方首都圏周辺では若い世代の移住により住宅の造成が大規模に行われたためか、今後の増加が見込まれる高齢者に必要な医療資源の充実は十分ではない。

医療需要を表す典型的として全国救急車出動件数が毎年発表になるが、2006年を契機に出動件数の伸びは止まり以後定常状態が続いている。団塊世代が医療需要の高い高齢期に差し掛かっているのに伸びが止まる理由は、団塊世代の山の前に戦争による出生減少があり相殺されるためと思われる。

人間は75歳を過ぎるころから寿命もあり死亡する人が増加する。したがって団塊世代の人口も、大きな山が急な崖を崩れ落ちるように消えてゆき、約20年後に続く団塊

2世も同じような運命をたどり、戦後に起きた人口のアンバランスは消失することになる。救急事情も同じような経過を取ると考えられ、今後20年間は緩やかな伸びを示すがそれ以後は高齢化人口とともに減衰期に入る。

首都圏と東京の人口構成を見ると、団塊世代よりも団塊二世に人口が際立って多い特徴がある。反対に山形、秋田など東北各県では団塊二世の山は見られないくらいに少なく、団塊二世の世代の多くは東北から首都圏に流入していると考えられる。第二世代の人口構成における地方格差は今後の日本の象徴であり、首都圏と地方の医療需要は今後著しく異なった動きとなる可能性が高い。

このまま人口が首都圏に定着すると仮定すれば、地方では需要減に首都圏では団塊二世の高齢化による需要増を見込まなければならない。一方医療資源と医療人材は東京に集中し、東京のベッドタウンとして計画性なく作られた首都圏は、医療のマンパワーを吸収し、地方の医師数はさらに減ることが考えられる。

効率至上主義で起きた首都圏中心の集中経済だが、首都圏はこれから高齢人口の増加に直面し、地方は担い手のいない高齢化が問題になる。医療政策も今までのような中央集権的な社会保障縮小政策ではますます事態は悪化する。

昔の高齢者の受け入れは家族だったが、今はその家族はいない。だれもが例外なく経験する高齢者の苦を見捨てないという国民の強い決意のもとに、各都道府県は独自に高齢者のリスクを把握し、介護も含めた包括的な救済策を独自に練らなければならない。高齢者のリスクは、マンパワーを制限されている医療では賄いきれない大きさがあり、介護の充実も同時に目指すべきである。厚生労働省は首都圏と地方で異なった問題を、地方が解決するためのサポートを行うべきであり、全国一律で計画性のない削減政策だけに偏った政策の転換を急ぐべきである。

II. 将来における首都圏の入院需要予測

亀田総合病院経営企画室 小松俊平氏

小松俊平氏は、厚生労働省令が定める基準病床数の計算式を参考にして、各都道府県の入院需要の推移を予測した研究結果を基に講演されました。基準病床数の計算式は、一般の知識では理解しづらいため、講演の内容を中澤が意識して要約し、先生にご確認いただきサマリーとさせていただきます。氏の研究結果は、月刊誌「厚生指標」平成24年1月号に掲載される予定です。

わが国の病床は、各都道府県が定める基準病床数により制限を受けています。既存の病床数が基準病床数を超える二次医療圏では、病院開設や増床の中止が勧告され、これに従わない病院は保険医療機関の指定を受けられません。現行の医療計画制度は、病院開設や増床を制限して医療費の膨張を抑えようというものであり、高齢化による需要増加に対処できないところに問題があります。

現行の基準病床数は、基本的には、性別年齢階級別に分けて算出した入院需要率に、

それぞれの年齢階級別人口を乗じた数を、全年齢にわたって合計して算出され、年齢により変化する入院者の特性を反映するようになっていきます。したがって、現状の年齢別入院需要率と将来予測される年齢別人口構成を指標として用いれば、今の病床利用状況が続いたと仮定すれば、将来の基準病床数を算出できると考えられます。

しかしながら、現在の基準病床数の算出方法は現状追認的であり、地域間格差を許しているという問題があります。つまり、病床数が多い地域では、入院患者も多くなるので、基準病床数も大きく算出され、病床数の不足により入院が抑制されている地域では、基準病床数も小さく算出されることとなります。これは、一般病床の入院需要率が地方ブロック別に現状の退院率と平均在院日数を用いて算出されることによります。また、用いられる数値については都道府県知事の裁量要素を反映させることが可能で、恣意的な操作を排除できないという問題もあります。

将来の入院需要の推移を予測し、その傾向を比較するには、不確定な条件を確定し、不均等な条件を一定にしなければなりません。氏は、基準病床数の計算式から都道府県知事の裁量要素を排除し、一般病床の退院率と平均在院日数については関東ブロックの値を用い、人口については国立社会保障・人口問題研究所の都道府県別将来推計人口を用いて算出しています。この計算方法は現行の基準病床数とは異なるので、参考基準病床数ということになりますが、これが入院需要の指標になります。

氏の推計によれば、参考基準一般病床数は、2030年の予想値は2010年との比較で、全国で86,723床増加し、このうち48%にあたる41,984床が、埼玉、千葉、東京、神奈川における増加分です。また、すでに高齢化が進んでいる岩手、秋田、山形、和歌山、島根、山口、高知各県では一般病床の需要が減少するとしています。また、同じように算出した療養病床の基準病床数は、全国で847,822床の増加が予想され、このうち34%にあたる288,059床が、埼玉、千葉、東京、神奈川における増加分です。また療養病床に関しては2030年でも需要が減少する都道府県はないとしています。

結論として氏は、人口構造の高齢化により、首都圏を中心とした都市部で、医療介護需要が爆発的に増加し、このまま供給を抑制し続ければ、首都圏を中心に必要な医療介護を受けられない人が大量に出現すると指摘しています。

Ⅲ.「埼玉県における医師不足の実態」

埼玉県・春日部市 庄和中央病院 副院長 洞ノ口佳充氏

1. 急速に進む地域の少子・高齢化

庄和中央病院は人口24万人の埼玉県春日部市にあり、72床の病院です。この地域は庄和町・春日部市ともにここ10年間、人口はほとんど変化していませんが、人口構成は昭和55年の釣り鐘型から逆ピラミッド型に変化しています。昭和59年の入院者の年齢も平成19年では70代、80代が最多で90歳以上も少なくありません。H22年度は、さらにこの傾向が顕著になっています。疾病構造も高齢者に多い嚥下性肺炎や

認知症が多く、ケアに手のかかる患者さんが増えています。頻回の痰の吸引、体位変換、食事介助、転倒転落への絶え間のないケアには注意が必要です。また高齢者は複数の病気を持つという特徴があり、病気の治療だけを追求すると、QOL を損ねることがあり、自分の専門だけから見ると二つ目の病気を見落とすことにもなります。大病院、二次医療機関で働く専門医の方の状況とはかなり異なります。

高齢化もそうですが少子化も深刻です。学校医をしていると児童数の変化に驚きます。庄和地区全体では平成元年の小学生は 3636 人、平成 22 年には 1958 人に半減、中学生は平成元年に 2296 人が、平成 22 年には 937 人に減っています。

2. 崩壊していく農業、人口の減少と農家の高齢化

春日部市は農業従事者と、東京へ勤務する人の混在した地域です。昭和 40 年に 42% だった農業人口は、50 年に、21%、平成 12 年には、5%にまで減少しています。高齢化が顕著で、農業人口のうち 65 歳以上が占める割合は、平成 7 年には、44.8%。平成 17 年には 58%にまで増えています。嫁の来手が無い、農家の中年男子が年老いた親と住む、という風景をよく見かけます。これは、農業から希望を奪い取った政府の、農業政策の結果だというように私には、思えます。

3. 高齢化春日部圏での今後

高橋泰、国際医療福祉大学教授によれば、春日部医療圏の 75 歳以上の人口増減率は、2035 年には 139%の増加と予想され全国一位になるといいます。全国平均は 42% です。

埼玉県が、2009 年 3 月にまとめた「高齢者支援計画」で述べられていますが、今は高齢化率が 2 番目に低くても、高齢化のスピードが速く、高齢者の絶対数が多い、団塊の世代が多い、高齢単身者・夫婦が急増、都市部ほど高齢化急速進展、地域とのつながりが薄いと特徴を述べています。05 年との比較で、2030 年では 76.8%の高齢者人口増加率で、全国一位になるといいます。

4. 周辺への老人・介護施設の増加

最近、相次いで作られた 5 つの介護施設は、収容合計 300 人くらいですが、政策的に介護度の重い方しか入れません。ある施設入居者の介護度の平均は、3.5 です。起立、歩行が不可能で、入浴、排せつ、着衣の着脱の全介助という重さです。入居者は遠く東京からも来て、ある施設の入居者の 4 割は東京都出身です。入居者は 1 日平均二人が病院通いしていて、救急受診になるとほとんどが入院します。以前は、病院に入院していたような方たちなので退院は難しく、病院と、施設で「患者の押し付け合い」のような形になっています。

5. 高齢者の安らかな看取りの観点から

特別養護老人ホームは、市町村の福祉として措置入所の施設でしたが、平成 12 年の介護保険制度創設で、利用者の自己負担の必要な料金のかかるサービスとなりました。平成 15 年と 18 年の改定で、介護報酬が切り下げられ、介護度の重い、手のかかる入居者を入れないと経営が成り立たない仕組みとなりました。働く人々の労働環境は悪化し、障害の軽い高齢者はいれません。看取りにかかる労働力がなく、終末期には介護力

の限界から再び病院に運ばれることになり、思うようにはいきません。小泉政権時代の医療構造改革によって、療養病床に入院していた人がマンパワーの乏しい介護施設へ追い出され、容易に重症化し、入院長期化や認知症の悪化に繋がっています。

6. がん難民

近年急増している問題は、がん拠点病院からの「難民」の問題です。H18年以後、がんセンターでは、手術と化学療法の効果のある患者さんだけを対象とし、それ以外の患者さんは、「がんセンターでやることはありません」と外に放り出しています。紹介されてくる患者さんは、まだまだ元気で症状もない方が多く、終末期まで長い方は1年くらいの時間があります。告知、再発、将来への不安の中で過ごす方には、痛みのコントロールだけでなく丸ごと支え寄り添うことが必要です。なかには手術がうまくいかなかった人も紹介されてきます。食道癌の術後、心臓や肺の周りが膿だらけとなり、胸に排膿用のチューブが出ていて、患者さんがガーゼ交換をします。背中には胸を通して胃ブクロにまで通じる管がでていて、蛇腹式の吸引装置を使って患者さん自身が一日3~4回パコパコと陰圧操作して溜まった液体を捨てます。食事はできません、中心静脈栄養のポートが埋め込まれていて、自分が針をぶすっとさすように指導されていました。こうした患者さんが次々紹介されています。この流れを受け入れるのに入院患者さんは年々急増し在院日数が減り、その分忙しさは増してスタッフを圧迫しています。

7. 困難を極める在宅での看取り

在宅での見取りは大変で私が看取った人で、在宅で過ごせたのは10%。さらに、自宅で亡くなる方は全体のわずか5%です。在宅で看取るまでには条件が必要で、介護者が若く複数いて家が広く経済的にある程度余裕のある人に限られます。70代の御主人が同じ年の妻を一人で介護されており、「夜中、隣で眠る女房のいびきが止まると死んだんじゃないかと心配で目が覚めるようなことが、何回も続きもう限界です」と言われたことがあります。受皿がないのに在宅を無理に勤めると共倒れ、野垂れ死にが続出します。ハードルはなかなか高いのです。

往診に携わる医師の肉体的条件も影響します。ある方が「治ることがないのなら、自宅で過ごしたい」と在宅療養を希望されました。退院され13日後に再入院されるまで、希望の在宅療養ができ、近くに住む3人の息子さんもサポートしましたが、御主人の不安が強く結局は意識の亡くなった時点で入院しその日に死亡、結果としては御本人やご家族の希望に添うことができたが、我々医療者は死に物狂いでした。私も訪問看護師も、通常のびっしり詰まった業務の間を縫って連日駆けつけるのは本当に大変でした。在宅支援診療所の制度が出来ましたが、認定されたのは全国的には1割、更にその1割くらいが実働しているようです。今のところは支える人に制度的な保障がないために、家族の負担、スタッフの個人的な奮闘によってしか在宅が成り立たない状況です。

8. 地域の医師の仕事は幅が広い

私のことを言えば、外科・肛門科、小児予防接種、産業医、学校医、在宅ターミナル、往診、グループホームの主治医の兼務で、圧倒的なマンパワー不足のなかで仕事をしています。専門医不足も言われますが、高齢化、がん難民、地域の現状などを考えると、

不足しているのは専門医ばかりではありません。

産業医：地域の事業所の従業員の多くは当院に通院しています。職場を巡視してみると、患者さんの人物観が変わります。職場のAさんは人が変わったようにてきぱき仕事していて、小さなボルトを一日中何千個ひたすら点検する作業をして、家計を支え、お金を工面して病院にも受診される。どんな形であってもしっかり診なければと身が引き締まります。

学校医：庄和病院で学校医をしている小中学校 4 校のインフルエンザ罹患率は、地区の小中学生の約 3 分の一にあたる 36%がインフルエンザにかかりました。入院に至ったのは一人だけでした。学校の保健婦さんと共同して行うこうした保健予防活動も大切な仕事です。

往診：往診は少ない時は 10 人、多いと 20 人くらい。家の中で日当たりが一番いい特等席にベッドがあるKさん 94 歳。物置のようなところにいるBさん。子供、孫がいると居場所がなくなることもあります。Oさん夫婦は 88 歳と 81 歳の高齢者だけの二人世帯、ウサギ小屋のように狭い日本の家屋と介護人材の不足、今のままで在宅は所詮限界があります。

受け入れがしっかりしていれば在宅には良いこともあります。入院中は誤嚥性肺炎を繰り返して、口から食べることを諦め、94 歳のKさんは、埋め込み式中心静脈栄養ポートを作って自宅へ帰りました。食事がとれず水もだめな人が自宅へ帰ったら、好きなマグロのすしを食べ、むせることなく食事をするようになったそうです。誰かと共にする食事は空腹感を満たすためではなく、その人と生きるために食べるわけです。食は栄養補給と言う動物的な行為だけではなく、人間的な、社会的な行為だということがわかります。

9. 不足するターミナルケア支援

がんセンターから当院へ転院された主婦のTさんは、転院時にはまだお元気で 2 週間後の息子さんの結婚式を楽しみにしていました。癌が再発、治療法は、もうありませんと宣告された患者さんにとっては息子の結婚式は自分の体よりも気がかり、息子さんは神奈川の相模原に住んでいます、お母さんの具合を考えてわざわざ春日部で結婚式を挙げるのが決まっていた。ところが、その数日後に容体は急変し、吐血、下血し血圧が下がり、輸血も効果なく一進一退です。結婚式どころか、今日・明日くらいに、まあ簡単に言うと死んじゃいますよ、とお話ししなければなりません。すると、息子さんが、「相模原に行ってくる時間はありますか？」と聞かれました。これから 4 時間かけて相模原市役所に入籍に行き母の死に間に合わせたいというのです。お母さんの命がそれまで持つかと思いましたが行ってもらうことにしました。その時スタッフと相談して、「間にあったら、病室でお祝いしよう」と言うことになり、お花代は院長がケーキ代は私が出して昼休みに買いに行きました。通院中で顔見知りのケーキ屋さんには怪訝な面持ちでしたが、婚姻手続きもケーキも何とか間に合い、ベッドサイドの結婚式ができました。患者さんは、その日の明け方に亡くなりましたが、生前「ありがとう、ありがとう」と小さな声でつぶやくようにおっしゃって、布団の下で手合わせているの

を息子さんが気づくシーンもあり、ご家族には大変感謝されました。

急性期病院の合理化と、拠点病院の整備が進んだと言いますが、後方も含めてシステムが出来ておらず絶対数も足りないの、結局DPCで在院日数が減らされるだけ、癌が再発して絶望してる時に、もう打つ手はないと追い出され、行き場を失っている人は少なくありません。われわれのような小さな病院が、こういった患者さんに寄り添いたいと願う気持ちは、こういう状況を作り出している政府の医療政策という大きな物への怒りがあるからなんです。

10. 何でも屋ドクターと総合診療医

私たちの活動は総合診療医かと言うと少し違うようです。日本は大学が専門分化していて、歴史的に総合診療医が育てられてきていない。患者さんの利益のために診療する仕組みがないのです。いまの日本でできることは、日本的なセミスペシャリスト。自分の専門領域を持ちながらも、広く地域のニーズに沿って診療していく医師が必要だと思います。

専門にとらわれず仕事をすることで見えてくることもあります。内科、外科という専門分野から見ればこれらの仕事は、いわば周辺業務、すきまの業務で、多くの医師はやりたがりませんが、追い込まれ困窮している患者さんを縁の下で支える仕事こそが総合なのだと感じます。そして自分の仕事は同じ志を持った多くの方によって支えられているのだと気づきます。医師の仕事は全体のかなめで、常にスタッフ全体に目を配りながら仕事をするのが大切です。業務の分担が進み、検査は検査技師、レントゲンは放射線技師の分野となり、事務仕事も医師事務作業補助へと移っていかうとしています。業務の分化分担は必然ですが、どこかで統合しつつというところが必要だと感じています。

■第70回医療制度研究会講演会案内

★日時:10月29日(土)午後3時～6時 ★場所:北里研究所病院3階セミナー室

★演題:東日本大震災被災医師の行動

★演者:1)福島原発事故で起きた双葉病院事件の真相(杉山健志氏、双葉病院・医師)

森 功氏(ノンフィクション作家)2)非常事態に医療者の取るべき行動(井上法律事務所・弁護士)

★参加費:会員 1,000円、非会員 2,000円、学生・研修医 無料

「医療は命の安全保障、医療崩壊を食い止めよう！」

本部 宮城県仙台市青葉区貝ヶ森1-2-6 仙台オフィス内
・ 022-796-6270、E-mail: ksakadume@vivid.ocn.ne.jp

東京事務所 東京都千代田区神田駿河台2-1-19アルベルゴ御茶ノ水2F
海外文献サービス株式会社 内

<http://www.iryoseido.com/>



なお、本件に関するご質問は、上記の仙台オフィスまでご連絡ください。