

<シンポジウム 23—4> 医師不足時代の神経内科医療の在り方—都市と田舎での医療デバインド

北東北における神経難病患者の医療事情—医療デバインドとは—

深浦 彦彰

(臨床神経 2010;50:1069-1072)

Key words : 医療デバインド, 医療弱者, 北東北地域, 都市と田舎, MSサテライト外来

はじめに

日本は国民皆保険制度で、国民が受ける医療サービスは所得の違いで基本的な差はない。しかし、日本は深刻な医師不足で、県庁所在地から離れた地域病院は医師が足りず、新しい医療の担い手新卒研修医も、地方の医学部卒業後は大学に残らず出身都道府県にも帰らずに東京、大阪、愛知で研修先を確保している。地方都市(田舎)で神経内科医療が抱える問題を検討し、都市と田舎、首都圏と地方都市で国民が受ける医療サービスに格差—医療デバインド—が存在するかを考察し、今後の神経内科医療の在り方を検証する。だれもが、いつでも、どこにいても、より安全で良質な医療を受けるためには、何が必要なのか。北東北の神経内科医療が抱える問題を通して考える。

1. 北東北地域の現状

A. 専門医1人担当人口, 専門医1人担当領域

北東北地域(青森, 秋田, 岩手3県)の神経内科専門医数は113人で東京都773人の1/7.1人の神経内科専門医が担当する人口と面積を専門医1人担当人口, 専門医1人担当領域と定義し都市の代表, 東京都と比較した。結果: 専門医1人担当人口は北東北地域33,805人, 東京都17,023人。北東北地域の神経内科専門医は東京都の2倍の患者を診察。専門医1人担当領域は北東北地域323km², 東京都2.9km²。東京都は山手線1駅だが, 北東北地域は山手線の5倍(東京都23区の半分)(Fig. 1a)。

B. 1人勤務神経内科専門医の聞き取り調査

総合病院に1人勤務の神経内科専門医が十分な医療を遂行しえる環境にあるかを検証するため聞き取り調査をおこなった(2010年3月から5月, 5名)結果, ①難法する点: 相談相手がない。研修医の診断・治療に全責任を負うためストレスだ。研究会や学会への参加が困難。②対策方法: 大学病院や応援医師に相談。研修医の医療行為は毎日確認。大学に応援医師をお願いし学会へ参加, という実態が判明した。

C. 神経内科専門医が2人以上常勤の医療施設

北東北3県では自治体立, 私立をふくめ多くの市町村に総合病院が存在するが, 神経内科は1人勤務か非常勤で, 設置が

ない病院も多い。専門医が2名以上常勤の総合病院は, 2010年4月久慈市, 宮古市(岩手県)県立病院で撤退し, 3県合わせても9市町村だけだ。

D. 患者の聞き取り調査

患者の医療機関への受診行動を, マクロなレベルでの関連付けを明らかにする目的で, 岩手医科大学病院(盛岡市, 岩手県)神経内科外来で通院状況の聞き取り調査をおこなった(2010年1月から4月, 25名, 市外から通院)結果, ①時間と方法: 片道1.5時間から2時間, 自家用車, 高速バス, 新幹線+バスなど, ②理由: 近くに自分の病気を診る医師がいない, 治療ができる医療機関がない, 通院は一日がかりで, 車が運転できない患者は家族が仕事を休まなければならない, 北東北地域の神経疾患患者は, 外来通院に大きな負担を強いられている(Fig. 1b)。

E. 医療施設選択の少なさ

県内全域から診断や治療を希望して盛岡まで通院する患者や, 地域の医療施設から紹介された患者が, 医療設備が整い医療スタッフが充実して最先端の医療が提供可能な総合病院を受診する。大学病院が林立し, 数多の有力な総合病院がしのぎを削る東京都内では選択肢は多いが, 盛岡市内でその要求に答えうる総合病院は数カ所のみだ。

2. 選択の多寡としての医療デバインド

今回の調査で北東北地域の現状が明らかとなった。A. 神経内科専門医1人の担当人口が多く, 担当領域が広い。B. 総合病院に1人勤務の神経内科専門医は大きなストレス下にあり, 学会や研究会出席がいちじるしく不自由。C. 神経内科専門医が2人以上常勤の総合病院は少なく, さらに減少している。D. 患者の居住地域に病気を診る医師や医療機関がない。交通インフラが未整備で長い距離を自家用車で通院。E. 設備, スタッフの整った医療機関の数が元々少ない。すなわち北東北地域の神経疾患患者は, ①専門的な医療を受けられる医療機関が居住地域にない, ②その選択肢が少ない, ③そこへのアクセスが制限される。など個人が医療を受ける際に選択肢の多寡による差異が生じている。以上より東京都と比較し北東北地域に医療格差—医療デバインド—が存在すると判断した。

日本の神経内科専門医数は4,556人(2010年8月現在, 海外

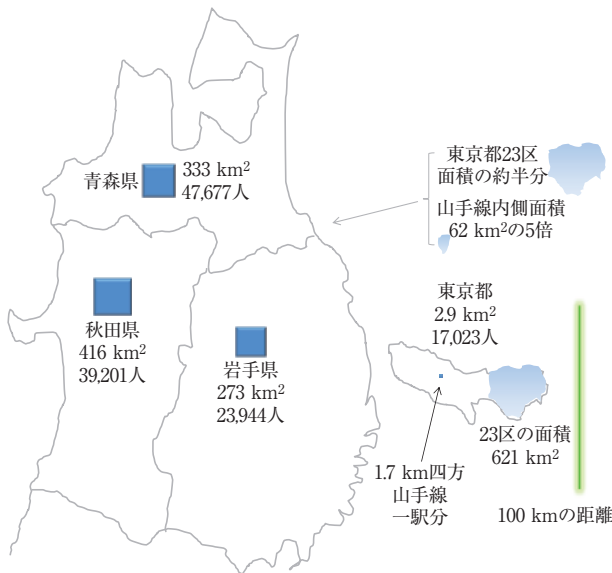


Fig. 1a 1人の神経内科専門医が担当する領域と人口。北東北地域では1人の神経内科専門医が、東京23区面積の約半分を、山手線内側面積の5倍を担当する。



Fig. 1b 岩手医大外来患者の通院実態。盛岡から100 km以上離れた地域から通院する患者も多い。高速バス、新幹線を利用したり、公共交通機関が不十分な地域からは、自家用車で片道数時間かけて通院する。多くの患者は、地元で診てくれる神経内科専門医が不在のため、盛岡まで通院している。

Table 1 都道府県別 神経内科専門医1人担当領域.

都道府県名	専門医数(人)	担当領域(km ²)	都道府県名	専門医数(人)	担当領域(km ²)
北海道	161	455.8	長崎県	44	93.3
秋田県	28	415.6	広島県	92	92.2
高知県	21	338.3	三重県	64	90.3
青森県	29	332.6	栃木県	72	89.0
宮崎県	26	297.5	香川県	22	85.3
岐阜県	38	279.5	滋賀県	48	83.7
岩手県	56	272.8	熊本県	89	83.2
福島県	53	260.1	静岡県	100	77.8
和歌山県	20	236.3	岡山県	93	76.5
山形県	40	233.1	鹿児島県	122	75.3
愛媛県	25	227.1	宮城県	100	72.9
山梨県	25	178.6	奈良県	55	67.1
福井県	24	174.6	鳥取県	53	66.2
島根県	44	152.5	兵庫県	130	64.6
富山県	28	151.7	石川県	69	60.7
長野県	94	144.3	千葉県	165	31.3
佐賀県	17	143.5	福岡県	198	25.1
大分県	47	134.9	京都府	192	24.0
山口県	48	127.4	埼玉県	167	22.7
新潟県	101	124.6	愛知県	260	19.9
徳島県	38	109.1	神奈川県	279	8.7
群馬県	59	107.9	大阪府	291	6.5
沖縄県	22	103.5	東京都	763	2.9
茨城県	65	93.8			

神経内科専門医1人が担当する領域を広い順に記した。2010年8月現在。

在住を除く)。人口10万人あたりの神経内科専門医数は全国平均3.56、東京都5.90だが北東北3県2.93で平均以下。専門医1人担当人口、専門医1人担当領域の全国調査結果を記す

(Table 1)。東京都、大阪府、愛知県と比較し北東北3県、北海道、高知県、宮崎県は、専門医1人担当領域が圧倒的に広く、神経疾患患者は通院困難、病院選択の狭さを抱え、地域の医師

は過酷な勤務状況下にあると推測される。

3. では、どうすればよいのか

A. 患者の医療機関へのアクセスの改善

高速道路, 地下鉄, 路面電車, バスなど交通インフラ整備は, 全国的に停滞または衰退傾向でとても現実的な選択肢とは思えない。

B. 神経内科専門医 2 人体制の総合病院を増やす

岩手県は地方の県立病院で医師数撤退に歯止めがかからず, 2003 年 535 人が 2008 年 454 人と 81 人減 (マイナス 15%)。2005 年 28 施設の入院可能医療機関は 2008 年 21 施設まで減少。神経内科専門医 2 人体制は大切だが, 足りない内科医を補充し閉鎖された入院病棟の復活こそ地元にも必要だ。病院の内科医総数が減り続ける状況で, 内科の一部門として当直義務をこなし神経内科疾患を診察する神経内科医。他の内科医達がつぎつぎと撤退する中で, 神経内科 2 人体制を目指すのはいちじるしく困難な状況だ。

C. MS サテライト専門外来

神経内科専門医 1 人体制の地域基幹病院と岩手医科大学との連携の枠組みで, 遠方の患者の通院困難を解消するため盛岡から 100km 圏内の一関市, 北上市, 八戸市で MS (多発性硬化症) サテライト外来を開設した。IFN の治療継続率, 中断後の再開率が岩手医大外来より高い値を示し, 専門性, 特殊性を加味した外来診療応援は患者と地域医療圏に良いアウトカムが生じ, 医師不足補完の一つの選択肢となりうる。

さいごに

北東北地域の神経内科医療事情を例に現代医療が抱える問題につき述べた。医学部定員をいくら増やしても研修先希望が三大都市圏に集中し, 研修先病院は新しい設備を売り物に大学勤務医より高給を支給する現状では, 医師派遣が市場原理に基づき決定されている。中堅の 30~40 代医師の勤務先決定も子供の教育が不便な地方都市は, 母親が敬遠する傾向だ。2010 年度の医学部入試も 16 大学で地域枠が定員割れした。地方勤務は, 将来医師を目指す受験生の時点ですでに敬遠されているのが現実だ。大学医局から医師派遣機能が剝奪された今, 地域医師数の偏重是正は, だれが, どう, 導いていけばよいのだろうか。地方都市の総合病院に複数の神経内科医を常勤で派遣するには, まず内科医を増やさなければいけない。医療弱者救済には, 交通インフラの整備や患者通院補助の社

会システム構築も必要であろう。解決すべき問題は多い。

用語解説

医療デバイド (medical divide), 医療格差

医療サービスを十分に受けられる層と医療弱者の間に, 患者にとっての医療アウトカムの格差が生じ, あるいは格差が拡大していく現象。

医療弱者 (medical shortfall)

様々な理由から医療を受ける事に困難を抱える人。具体的には, 医師撤退, 病院閉鎖, 街中から郊外への病院移転などで, 遠くまでの通院を余儀なくされた人, 国民健康保険料長期滞納などで保険証が使えない人, 高齢者や身体しょうがい者, 交通インフラ未整備などで通院手段の確保が難しい人。

文 献

- 1) 深浦彦彰, 西城 健, 石橋浩明ら. 多発性硬化症患者の interferon 治療継続における MS サテライト専門外来の効果. 神経治療学 2010;27:713-716.

参考文献

- 1) 伊関友伸. まちの病院がなくなる!? 地域医療の崩壊と再生. 東京: 時事通信出版局; 2009.
- 2) 伊藤恒敏, 編. マグネットホスピタル. 医療崩壊から地域医療を救う. 東京: 日本医療企画; 2008.
- 3) 漆 博雄. 医療経済学. 東京: 東京大学出版会; 1999.
- 4) 大森正博. シリーズ現代経済の課題. 医療経済論. 東京: 岩波書店; 2008.
- 5) 奥野信宏. 現代経済学入門. 公共経済学 第 3 版. 東京: 岩波書店; 2008.
- 6) 小松秀樹. 医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か. 東京: 朝日新聞社; 2006.
- 7) 白波瀬佐和子. 少子高齢化社会のみえない格差. ジェンダー・世代・階層のゆくえ. 東京: 東京大学出版会; 2006.
- 8) 中川雄一郎, 監修. 地域医療再生の力 非営利・共同研究所. いのちとくらし, 編. 東京: 新日本出版社; 2010.
- 9) 武内和久, 竹之下泰志. 公平・無料・国営を貫く英国の医療改革. 東京: 集英社; 2009.
- 10) Michael E. Potter & Elizabeth Olmstead Teisberg. Redefining Health Care. Boston, USA: Harvard Business Press; 2006.
- 11) 村上正泰. 医療崩壊の真犯人. 東京: PHP 研究所; 2009.

Abstract**How do we cure the medical divide between northern Tohoku district and Tokyo?**

Hikoaki Fukaura, M.D.

Iwate Medical University, Neurology

What is required to provide high quality medical service to anybody, anytime and anywhere? We have investigated health care in neurology as provided by national health insurance in Aomori, Akita and Iwate prefectures compared to health care in Tokyo. We have conducted hearing surveillance to patients and doctors. Most of the patients have to drive to hospital for more than 100 kms as there is no licensed neurologist in their neighborhood and public transportation is poor. There are only a few medical facilities that can satisfy their needs even in prefectural cities. Neurologists who work alone at general hospitals face difficulties as they cannot consult with other neurologist about diagnosis and treatment and have rare opportunity to attend academic conferences. A licensed neurologist at northern Tohoku district has to be in charge of a half of Tokyo 23 districts area and twice as many people as Tokyo. We have concluded that medical divide due to the more or less of quantity of selection exists between northern Tohoku and Tokyo. How do we cure this medical divide? Creating a new framework of patients transporting system, increasing the number of doctors who work at general hospitals and opening satellite clinics at regional towns should be considered.

(Clin Neurol 2010;50:1069-1072)

Key words: medical divide, medical shortfall, northern Tohoku district, urban and rural areas, MS satellite clinic
