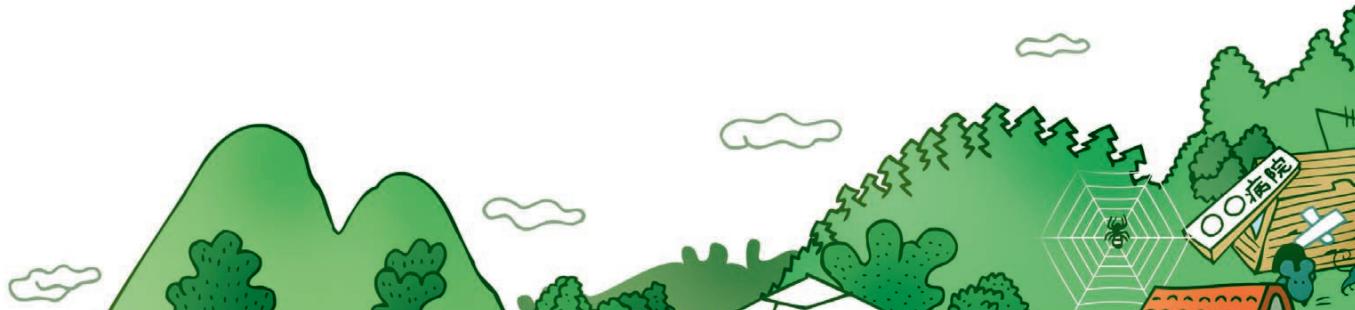


# 「医師不足対策」 の虚と実

国が莫大な予算をかけて多様な施策を打ち出すものの、医師不足は一向に改善しない。一方で、現場は時々刻々と窮地に追い込まれ、自ら即効性のある策を模索せざるを得なくなってきた。これまでの国の施策を検証するとともに、地域独自の取り組みや識者へのインタビューを通じ、今後の医師不足対策の行方を探った。（小田 修司、豊川 琢、吉良 伸一郎）

## INDEX

- Part1 問題解決の処方せんは?  
「92億円」に改善実感なし ..... p.58
- Part2 地方発!  
独自策を模索する現場 ..... p.63
- Part3 4人の識者に聞く  
対策の「切り札」 ..... p.67



# 地方発! 独自策を模索する現場

国の施策の効果が表れない中、医師不足に直面する現場はしびれを切らし、独自策を模索し始めた。勤務医の集約化、開業医の救急医療への参加、大学医局の創意工夫、自治体による積極的な医師招へいなど、その取り組みは多様だ。

## 勤務医の集約化

### 循環器内科の医師を1病院に 地域医療の存続を図る

地域の各病院に散らばる同じ科の勤務医が1つの病院に集まれば、医師の負担を軽減でき定着率の向上が望める。医師不足が深刻な産婦人科や小児科では、既に集約化に取り組むケースが見受けられる。その流れが、他科にも広がり始めた。

北海道釧路市では今年4月、市立釧路総合病院、釧路市医師会病院、釧路労災病院の循環器内科の医師を市立病院に集約した。きっかけは、各病院の勤務医の減少だった。

元々、市立病院には4人、医師会病院にも4人、労災病院には3人の計11人の循環器内科医がいた。だが昨秋、市立病院の4人全員が今年3月末までに大学医局に戻るなどして退職することが決まり、さらに、労災病院の医師1人も4月以降に辞めることが判明。最終的に3病院で計6人に減ることになり、残った循環器内科医の負担が増すのは明らかだった。

そこで持ち上がったのが、勤務医の集約。3月末に市が調整役となり、循環器内科医6人中4人に市立病院に移ってもらうことにした(図2)。市立病院を集約先としたのは、心臓血

管外科があることに加え、機器・設備も充実していたからだ。また、勤務医の負担をより減らすため、同病院の新規外来患者は紹介制とした。

## 難しい病院間の調整

ただ、集約により勤務医を移籍させる側の病院は経営的に大きなダメージを受ける。例えば、集約前には循環器内科の収入が全体の6割弱を占めていた医師会病院は、今年度は大幅な減収になる見通しだ。

釧路市医師会長の西池彰氏は「病院の存続にもかかわる事態だが、地域から循環器内科がなくなる危機を避けるためやむなく同意した」と話す。労災病院も、「集約化による経営への影響は大きい」とする。

幸い3病院は車で約10分の近場にあるため、循環器内科の医師がゼロになった労災病院には市立病院の医師を週3日派遣し、診療を担当してもらっている。広範囲の地域で集約化したのでは、こうした支援体制の構築は困難だろう。

図2 釧路市の3病院における循環器内科医の集約化の概要



循環器内科医を集約



同市健康推進課長の小林玲子氏は、「集約化は、各病院と医師たちが地域医療の危機を何とか回避しようと考えてくれなければ実現できなかつた」と振り返る。実は同市では以前、複数病院間で産婦人科と小児科の医師を集約した経緯がある。複数の病院機能を再構築しながら、地域医療の存続を図っている状況だ。

### 開業医の救急医療への参加

#### 深夜まで1次救急を担当 病院は2次、3次に専念

救急医療も人手不足が深刻だ。奈良県で昨年8月、受け入れ先がなく妊婦が死産したのは記憶に新しい。救急施設の医師が足りず、収容する余裕がなかつたのが要因とされる。

同県はこれを機に、産婦人科の1次救急体制を見直した。その柱となつたのが、開業医の参加。以前は輪番制で担当していたのは3病院のみだったため、週2日は1次救急の空白日が生じていた。それが、事件後は9人の開業医が自主参加。空白日がなくなったほか、奈良県立医大などの中核病院は2次、3次に専念でき、勤務医の負担は減つたという。

### 開業医と勤務医で夜間救急

救急の人手不足解消には、開業医の参加が欠かせなくなつてゐる。4月から始まつた新医療計画にも地域連携体制の構築が盛り込まれ、開業医の関与が求められている。

釧路市も、勤務医とともに開業医が参加する救急体制に変えた市の1つ。これまで同市の夜間の1次救急を担つてきたのは医師会病院。ただ、ここ数年、常勤医の減少や軽症でも安易に救急外来を受診する患者の増加でカバーしきれなくなつてゐた。07年には、夜間の1次救急を市内の5病院が輪番制で診る体制にしたが、毎晩60～80人の患者が押し寄せ、病院の負担は増すばかりだった。

こうした状況を危惧した市は今年4月、開業医と勤務医が一緒に1次救急を担う無床の夜間急病センターを開設、2次、3次は病院が診る体制を整えた。同センターは、19時から翌朝の7時まで診療する。翌朝まで1次救急患者を引き受けければ、それまで多くの軽症者を受け入れてきた病院の負担を減らすことになる。

ただ、多くの開業医に夜間救急に参加してもらうには工夫も必要だ。

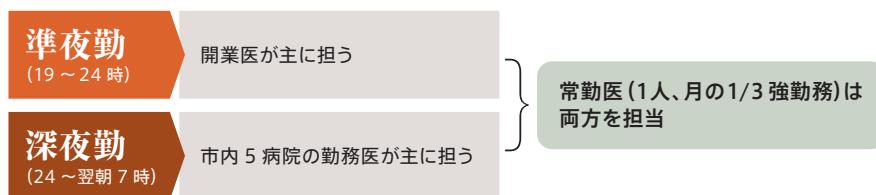
同センターでは、総合診療のトレーニングを積んだ吉見昭一郎氏を常勤医として雇つたほか、5病院の勤務医も当番制で診療する。吉見氏は月の3分の1強の診療を担当し、それ以外の日は、主に準夜帯(19～24時)は開業医が、深夜帯(24～翌朝7時)は勤務医が担う(図3)。

常勤医のほかに勤務医にも診療に参加してもらうことで、開業医の勤務負担を抑え、多くの開業医の参加を促す。また、各病院が2次救急のバックアップをしてくれるので安心感もある。さらに、総合診療の経験が豊富な吉見氏の支援もある。

こうした策が奏功し、勤務頻度に差はあるが、現在、釧路地域の医師の半分弱に相当する約100人が1次救急に携わる。一方、病院は2次救急に専念できるようになり、勤務医の負担はある程度軽減したという。

今年4月の同センターの1日平均患者数は36.8人(延べ1105人)。同市健康推進課長の小林氏は、「1次救急を大改革したことと啓発活動により、住民が救急存続の危機を実感したのか、軽症者の受診は以前より減つた」と話す。ただ、開業医や勤務医の負担はまだ大きい。このため、

図3 釧路市夜間急病センターの勤務体制



常勤医1人のほか、開業医と勤務医が参加して運営する釧路市夜間急病センター。

市は今後、常勤医を増やす考えだ。

## 大学医局の創意工夫

### 充実した教育体制でアピール 派遣先も民主的に決定

地域の病院の医師確保に大きな役割を果たしてきた大学医局。だが、04年の卒後臨床研修必修化を機に、その影響力は衰退している。

そんな中、横浜市立大の麻酔科医局は260人の医師を擁し、主に県内27カ所の関連病院に派遣している。

### 医師が希望する研修を重視

同大麻酔科が人気を集める理由には、教育・研修体制の充実がある。例えば、後期研修の3年間は関連病院を含めてローテーションを組み、心臓麻酔やペインクリニックなど、学びたい領域を強みとする病院で研修を受けられる。さらに、研修病院は原則1年ごとに変える。後期研修の修了後も、希望の分野を専従で学ぶことができる。こうした教育体制が若い医師を呼び寄せている。

生体制御・麻酔科学准教授で大学医局長の中村京太氏は、「当大学と関連病院の麻酔症例は年間5万件を超える。これらをうまく教育に生かすようにしている」と話す。同大麻酔科には毎年約25人が入局する。半数は研修医だが、残りは他の地域や診療科から志望してきた医師だ。

人事も特徴的。医師の派遣先は教授ではなく、若手を含めた各年代の代表者からなる人事委員会が決

横浜市立大麻酔科医局では毎朝、全医局員を対象に抄読会とカンファレンスを開くなど、教育プログラムを充実させている。



定。医師は派遣先を第3希望まで挙げ、それに沿って委員会は話し合う。

病院との医師派遣の調整は、医局員から選ばれた総医局長や大学医局長の役割。教授は人事にほとんど関与しない。総医局長の福山宏氏は、「時には派遣先に医師の待遇の改善をお願いしたりする」と言う。

04年には「フリーエージェント制度」を導入。医局員が、自己研さんのために研修したいと思う国内外の施設に2年間留学できるようにした。留学目的は、無医村での診療や船医としての活動など、麻酔科領域以外の分野も認めている。現在までに14人の医局員がこの制度を利用した。

さらに、女性医師が働きやすい職場づくりにも力を注ぐ。福山氏らが、育児中の医師は週2、3日だけ勤務できる体制を整えてくれるよう、派遣先に依頼することもあるという。

教授の後藤隆久氏は「今後、大学では教授1人が人事や研修の実権を握るのではなく、医局全体で決めていくことが求められる」と語る。

同大麻酔科は、都市部にある点が

医局員を確保する際のメリットとなっているのは確かだろう。しかし、信州大学医学部長で全国医学部長病院長会議会長の大橋俊夫氏は「結局、人を育てるのは人。指導者のやる気や教育制度の充実が最も大切だ」と話している。

## 自治体による医師招へい

### 専門の部署を設置 職員が全国を飛び回り勧誘

医師不足を解消するには、現場医師たちの努力だけでは限界がある。そこで重要なのが、自治体の積極的な働きかけ。自治体運営や医師不足問題に詳しい城西大経営学部准教授の伊関友伸氏は、「行政はお金（予算）だけ出して、あとは現場任せにする傾向が強い。だが、医師不足は地域全体で考えるべき課題。自治体自らが解決に汗を流すことが求められている」と話す。

過疎地域の多い島根県は、早くから医師不足対策に取り組んできた自治体だ。97年には他県に先駆け、県



島根県医師確保対策室のスタッフ。7人の専従職員が在籍する（提供：島根県）。

内での勤務を希望する医師を登録して人手不足の地域に派遣する「ドクターバンク」を立ち上げた。

### 昨年度は医師 11 人を招へい

だが、医師不足は深刻化するばかり。人口10万人に対する医師数は、松江市と出雲市以外の地区では全国平均を下回る。こうした現状を憂慮した県は06年4月、医療対策課の中に独立部署の「医師確保対策室」を設置し、7人の専属職員を置いた。

同部署の医師確保策は、島根で働く医師を「呼ぶ」、「育てる」、「助ける」の3つの柱からなり、その内容は多岐にわたる（図4）。中でも注目されるのが、「赤ひげバンク」（旧名：ドクターバンク）。07年度末時点の登録者数は医師が228人、医学部生が97人だ。新聞や雑誌に広告を出すほか、県内の大学や医師会、果ては高校からも地元出身の医師に手紙を出してもらい、地道に登録者を募っている。

ただ、「島根ですぐに働きたい」という登録者は少ない。そこで、少しで

図4 島根県の医師確保策の主な内容（島根県の資料を基に編集部で作成）



も芽があると感じた医師がいれば、職員がすぐに全国どこにでも赴き、本人から希望の勤務条件などを聞き出して最適な勤務地をすぐさま提案するようにしている。こうした努力が実を結び、昨年度は計50人と面会した結果、11人を確保した。企画幹の石倉利康氏は「医師と会う機会を増やすために、いろいろなところに“網”をかけている」と言う。

このほか、職員は県立病院などと頻繁に連絡を取り、医師の勤務状況を常に把握。その上で、学会に参加したいといった過疎の公立診療所の医師がいれば、中核病院から代診医を派遣するなど、できる限りのサ

ポートをしている。

ただ、「現在の医師数では、地域医療の維持は難しい」と石倉氏。そこで、医師を「育てる」取り組みも始めた。その一つが、06年に導入した島根大の地域枠推薦入学である。

募集定員は10人で、将来、地域医療に貢献する意思のある地元の高校生が対象。入学時に28万2000円、在学時に月10万円の奨学金が貸与される。さらに、卒業後に一定期間、過疎地域の医療機関などに勤めれば、返済が免除される。

こうした制度は始まったばかりで、効果は未知数だ。だが、県の積極的な姿勢はいつか実るはずである。