

研修報告書 No21

私は医学部卒後初期臨床研修を東京大学医学部附属病院のCプログラムで実施しています。地域医療研修は高知県内の医療機関で行うことになりまして、2012年3月にその研修をしました。東京と高知県を比較しますと、抱える人口、経済規模、人口流入出、平均年齢、医療インフラ、人的資源等に大きな隔たりがあることは事実です。ここでは、今回私が高知県で研修を行っている最中に考えたことを述べていきたいと思います。

研修の内容についてですが、私は○△病院と□○診療所で研修を行いましたので、ここでの経験したことをもとに話を進めます。

まず○△病院での研修内容ですが、基本的に毎日外来見学を行い、訪問看護、訪問診療に週2~3日程度行くという形式のものでした。外来見学に関しては、慢性疾患の継続外来通院が主でしたのであまり有意義とは言えませんでした。○△病院の場合は、立地条件上◆○町の住民が主として受診する病院で、初診件数や救急車受け入れ台数が少ないのが実情です。●○町より西に位置する△△町、◆◆◆町等の山間部からの2次救急や3次救急は医療センターや赤十字病院に搬送されてしまい、途中にある○△病院には来ません。もちろんそういった位置づけの病院ではないので当然ですが、地域医療における救急医療がどのようになされているかを見ることを研修目的の一つに入れていた私にとっては誤算でした。しかし、訪問看護、診療をゆったりと見られたのはとても良い経験になりました。病院に自力で来られない人、公共交通機関がない山奥に住んでいるご老人等のもとに少しでも医療サービスを届けることができているということを間近で見ることができたのは大変勉強になりました。過疎化が進む地域で必要なのは、最新の医療機器を備えた中規模病院や大規模病院ではなく、往診等を主とする診療所かもしれません。

□○診療所では主に外来見学と往診の見学をしました。□○は周囲を山々に囲まれた小さな平地に人が生活しており、診療所医療圏内人口はおおよそ6800人で、65歳以上の高齢者が人口の50%以上を占めています。ここの診療所は自治医科大学の先生方により支えられており、自治医科大学がなかった場合赴任する医師を探すのに非常に困難を伴うと容易に予想できる場所と思われました。□○では往診をよく見ましたが、●○町よりはるかに交通の便の悪い場所に在住の方や寝たきりの状態の方等が主な往診対象者でした。また地方に限らないことですが、いわゆる老老介護の究極を目の当たりにしました。以上、○△病院と□○診療所を研修して考えたことは、まず既出ですが大きな病院は必要なく、むしろ小さな診療所でなおかつ往診を主とするものが必要ということです。急性期病床もおそらく現在よりもっと少なくてもよく、増床されるべきは介護療養病床と往診料の引き上げと考えます。在宅管理料・往診料の引き上げにより、より多くの医師の参入が期待でき、ビジネスモデルとしても成り立ちやすくなります。往診でカバーできなかった患者は、療養型病床で病状回復、自宅退院を目標とするのが地域医療として成り立ちうる一つの形式と考えました。

高知県の医療の状況で、もう一つ指摘しておきたいことがあります。それは高知県内の病院数(病床数)が圧倒的に全国平均と比較しても多いことです。一般病床数は人口10万対で高知県

が 960(H18)、全国 713(H18)となっており、高知県のほうが 34%も多くなっています。しかし、医師数は人口比で高知県が 250 人、全国が 206 人で、高知県のほうが 21%多いのみで、病床数の多さをカバーできるだけの医師はいません。またその他のコメディカルの供給がよいとは言えません。こういったもろもろの事情を勘案すると、県内の病院数が圧倒的に多すぎるのが判然とします。私立病院が新たに設立されるのを渋ることはできますが、既存の病院は法律上整理できませんので、市内の公立病院で機能が重なっている部分に関して、統廃合が必須と考えます。

以上、高知県研修で考えたことをつらつらと述べてみました。高知県の医療がよりよいものに少しずつ変化していくことを願っています。