

医師不足で揺らぐ「終の棲家」 地域医療の切り札「総合医」は育つか

医師不足が深刻化すると、住み慣れた地域で最期を迎えることなくなりかねない。
地域医療の切り札となる総合診療専門医の養成が急がれるが、医学生たちの志望度は低い。

文・編集部（塩川慎也、吉田哲）



病院閉鎖の危機を乗り越え、地域医療に力を入れる志摩市民病院の江角悠太院長（右）。医療・介護職を目指す学生の実習も積極的に受け入れ、人材育成にも重きを置く

WEDGE

大

型船が行き交う太平洋を望む三重県の志摩市民病院。

内科医が不在だつたこの病院に20

14年12月、あらゆる症状を診ることができる総合診療科医・江角悠太氏が着任した。当時、病院は地域に根差した医療が提供できておらず赤字経営が続き、市議会だけでなく地元医師会からも診療所などへの規模縮小を望む声が上がっていた。さらに追い打ちをかけるように、江角氏を除く常勤医3人が全員が16年3月末に病院を去ることが決まり、着任早々、病院存続の危機に直面する。

「地域医療に携わることを志願してきたのに、住民を見捨て、このまま尻尾

を巻いて帰れない」と、江角氏は医学部の同級生や後輩らに声をかけ病院存続に必要な定員3人をなんとか確保。34歳の若さで院長になると、「絶対に断らない」との理念を掲げ、外来、入院、救急の患者をひたすら受け入れ、「地域医療の受け皿」の再建にあたってきた（2・4億円赤字縮減）。

同病院の特色の一つに「在宅医療の拠点」としての機能がある。急性期の治療を終えた患者の在宅復帰に向けた支援を行う地域包括ケア病床を29床有する。「患者が自宅に帰りたいという意思があるなら、それを最大限に尊重する」というように、在宅復帰率は89%に達し、国が定める基準値の70%を大きく上回る。

在宅での看取りを実現する場合は

**医師偏在が進めば、
医師不足となる都道府県は数多くある**

(出所) 厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会医師受給分科会の
第4次中間取りまとめ資料を基にウェッジ作成

新潟県	埼玉県	福島県
-1534	-1044	-804
岩手県	青森県	静岡県
-474	-439	-402
秋田県	北海道	山口県
-204	-188	-88
福岡県	大阪府	東京都
2684	4393	13295

(単位：人)



「家族の不安や負担の払拭が不可欠」

であり、本人が在宅復帰を希望している、「老々介護」による共倒れなど

を恐れて家族が反対するケースは多い。こうした状況でも、患者の希望や

体調と家族のサポート態勢を考慮しながら、訪問診療と介護メニューを組み合わせることで、受け入れ環境が整う

場合は案外多いという。「まずは短く期限を決めてやってみる。そして介護メニューを見直しながら、期間を延ばしていく。もしダメでもクリニックと違い、病院なので戻ることができると

メニューを見直しながら、期間を延ばしていく。もしダメでもクリニックと

違ひ、病院なので戻すことができる

12道県が医師不足の恐れ 是正策も効果は限定的

医師不足で医療圏に「空白地」が広がっていくと、生活基盤が揺らぎ、その地域で暮らし続けることが困難になる。これは、都心部に医師が集中することで起る「医師偏在」によるもので、国は地域医療を守るために、地方での医師の確保や、一人で何役もこなせる総合専門医の養成に乗り出している。

厚生労働省の調査によると、人口10万人あたりの医師数などで試算した医師偏在指数が最も

いう安心感が家族の背中を押す」と在宅医療拠点を残す意義を説く。

昨年秋には江角氏を追って常勤医2人も加わった。今後、地域包括ケア病床をさらに拡充させる予定で、人口5万人、高齢化率38%という志摩市の「大量看取り」時代に備える。

新潟県は、医師が1534人足りなくなる見込みで、県内全域で不足する危機にさらされている。厚労省担当者は「中山間地域や半島といった地理的な要因や、医学部や大規模病院の所在の有無によって医師数の格差が起きてしまっている」と語る。

国は、地方での医師確保を図ろうと、

期待される「総合医」の養成 地域医療という専門性

都道府県を通じて医学部生へ入学から奨学金を貸与する「地域枠」を08年度から導入。医学部在学中の6年間の学費や生活費の一部を貸し、医学部生が大学卒業後の9年間、借り受けた都道府県で医師として勤務すれば、返済を全額免除される。一定期間は医師不足が進む地域での勤務を課すものもある。

高い東京都は329だったのに対し、最も少ない岩手県は169・3と、半分ほど。医療圈別にみると、東京都が千代田区や中央区など「区中央部」が759・7で最多となり、秋田県の「北秋田」は69・6で最少となる。北秋田は、一人の医師が住民1436人を診なければならぬ状況に陥っている。また、同省の2036年時点の将来推計は、12道県で医療需要を十分に満たせなくなる可能性を指摘する（左上図）。全国で最も不足が予想されている新潟県は、医師が1534人足りなくなる見込みで、県内全域で不足する危機にさらされている。厚労省担当者は「中山間地域や半島といった地理的な要因や、医学部や大規模病院の所在の有無によって医師数の格差が起きてしまっている」と語る。

また、地域枠により、出身大学の所在する県にとどまっていても、大学病院で勤務するケースが多く、医師不足に直面しているべき地で勤務することは限らない現状も問題視されている。

医師の需給を満たしたとしても、地域医療を支えきれるとは限らない。それは、医師の専門化、高度化が進んでいるため、「高齢化と長寿命化により、多臓器疾患はじめ複数の病気を持つ患者は増え、あらゆる専門分野を網羅した診療や生活支援が求められる」（医療関係者）という社会的ニーズに対応

しきれないからだ。

そこで国は、昨年から総合医の養成に力を入れる。18年4月から導入された新専門医制度において、外科や内科などの従来からの専門医に加え、総合的な診療能力を有する「総合診療専門医」という新たな専門分野を設置した。幅広い医療分野の知識を踏まえて初期診療を行い、必要に応じて他の専門医へつなぐ医師を養成し、地域医療のけん引役として期待されている。また、災害時に被災地で医療を提供できる人材としても見込まれる。

この総合診療専門医の認定を得るには、へき地や過疎地域、離島といった医療資源の乏しい地域での研修も必須とされている。「専門分野ごとにかかりつけ医を持って診断してもらうことは、過疎地域ではできない。一定以上の水準すべての分野を診療して、判断し、治療ができる必要がある」と専門医の認定を行う日本専門医機構の寺本民生理事長は総合診療専門医に求められる能力を語る。

「多死社会」を迎えるにあたり、「病院ではなく、自宅で亡くなる『地域完結型』へと進むためには、診療を集約させることが重要。総合診療専門医は

なくてはならない存在となる」と強調する。

そんな期待に反して、専門を選ぶ後期研修医が1年間に約8500人いる中、総合診療専門医の道を選んだのは2年連続で約180人。わずか2%ほどにとどまり続け、機構が見込んでいた2~3割を大きく下回った。「医学部入学時には、多くの学生が総合診療医になりたいと夢を膨らませているが、ロールモデルもなく、他の専門へと流れていく」と寺本理事長はその原因を語る。

総合診療専門医の養成は前途多難ではあるが、その分野で注目を集めるのは、あるが、その分野で注目を集めるのは、

地域の医師を育てる 福島県立医科大学 全国から若手医師を呼ぶ 千葉・亀田グループ



葛西教授（右）が若手医師に、モニターを見せながら診療を指導する

地域の実情を踏まえ診療 育成しながら医療を提供

「病気を治療するだけでなく、患者が生活で何に気を付けなければいけないところが悪いかや、どの専門科に診て、講座による研修受け入れに伴い新たに『家庭医療科』を導入した。身体のどこが悪いかや、どの専門科に診てもらえばいいかわからない患者に来てもらっている。長澤隆行事務長は『地域の医師が枯渇している現状で、若い医師が6カ月から1年間も常勤で来てくれるることは大変助かる』とプログラムの地域医療への貢献を指摘する。

同大学では06年3月に「地域・家庭医療学講座」を設立。地域診療所や総合病院での総合診療などの研修を、連携する県内7つの診療所と病院で実施する。その提携先は市街地の総合病院から外来専門病院、へき地で唯一の医療機関など、多岐にわたる。

地域の総合医に必要なのは、患者の生活を考えること。治療だけでなく、予防や健康維持、仕事や家族について医学的な情報を伝えてあげる必要がある」と葛西教授は話す。県内各地のさまざまな規模の医療機関で診療を経験することによって、あらゆる患者の病気や生活状況に合わせた診療を経験できるという。

連携する医療機関は医師を確保できる。その一つ「保原中央クリニック」は、外来と在宅医療が中心の無床診療所で、講座による研修受け入れに伴い新たに「家庭医療科」を導入した。身体のどこが悪いかや、どの専門科に診てもらえばいいかわからない患者に来てもらっている。長澤隆行事務長は「地域の医師が枯渇している現状で、若い医師が6カ月から1年間も常勤で来てくれるることは大変助かる」とプログラムの地域医療への貢献を指摘する。

者は伸び悩みを見せるものの、注目すべきは修了後も16人が県内で医療に従事し続けているということだ。研修でへき地の診療所での医療にやりがいを感じ、修了後もそこに在籍し続ける医師もいる。

同大学では、地域の病院や診療所の医師も加えた月例セミナーも開催。すでに診療所や総合病院の内科で働く医師に、地域特性に応じた治療法などをともに学ぶ。葛西教授は「医学部生や研修医を育成するだけでは、地域医療の充足はできない。他の専門を持つ地域の医師にも総合医療を学んでもらい

たい」と意義を話す。総合病院の内科として20年以上の経験を積みながらセミナーに参加する石井敦医師は「地域には、介護や看取りなど総合医のアプローチが必要な高齢者ばかり。知識やスキルを身につけ、自分たちも若手医師を指導できるようにならなければいけない」と語る。

葛西教授は「卒業生が地域医療に貢献し、指導医となっている。地域の医師も総合医療を学び、体制が強化されてきた。総合診療専門医の導入などで医学部生の興味も高まりつつあるので、一歩一歩増やしていく」と話す。

一人の患者と向き合う 養われる「看取り」能力

地域で医師を育てながら担い手を確保していくのが福島県立医科大学ならば、独自の医療環境で若手医師を呼び込み育成するのが千葉県の亀田総合病院グループだ。

房総半島南端部分の医療を担う同グループは、養成プログラムを始めて、今年で20年になる。現在は、外来と在宅医療を専門とする「亀田ファ



若手医師（右）が指導医とともに在宅医療を行う。若手医師は、治療だけでなく家族への薬や食事などの総合医に必要な知識や技術を学ぶ

ミリーカリニック館山で外来・訪問診療を行っている。「患者と長い期間付き合いを続け、いかなる人生の転機が訪れてきたのか。どのように人生の最終段階に向かっていくのかを診続けることで患者の全人格を診るためにもつけてもらいたい」と研修プログラムを担当する岩間秀幸医師は話す。

研修修了後は、全国各地や国際的な舞台へとそれぞれ進む。地域に残る医師はごく一部であるものの、全国で活躍する卒業生を見た次の世代がまた亀田へ学びに入る。全国や世界で通用する総合医を育成していくことで、山間部など医療アクセスの悪い地域でも住民を支える医療ができるのだ。

福島県と千葉県南端での取り組みが他地域でも広がるかは未知数だ。ただ、これから「総合診療専門医」のモデルケースとなるのは間違いない。

ミリーカリニック館山で総合診療、同グループの地域中核病院「安房地域医療センター」で総合病院での総合診療と救急科、亀田総合病院で小児科など専門医療を研修する。地域医療の大半を担うグループ内で広い領域の診療をすることで地域の総合医療を学ぶことができる。

プログラムで力を入れているのが研修期間の4年をかけて地域のかかりつけ医として一人の患者の人生を追い続け、看取りも行うことだ。診療所での総合診療研修で担当していた患者を、小児科や内科といった他病院での研修期間であっても診続ける。週1回ファ

ミリーカリニック館山の在宅医療に切り替えた。一緒に住む娘の八重子さん（66歳）は「もう病院に連れていくない状態なので、医師が月2回訪問してくれてありがたい。老人施設に入りたくないという母の希望をかなえることができる」と話す。