

医療提供  
医療格差

島根県立大学大学院  
June 13, 2023

浜田保健所  
中本 稔

# そもそも医療資源とは？

## ヒト

医師、歯科医師、薬剤師、看護師・助産師・保健師、管理栄養士、  
診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学士、理学療養士・作業療養士・言語聴覚士、  
介護福祉士・社会福祉士、救急救命士、心理師（士）

病院には、医療事務や看護助手ほか、多くの職員がいる

養成大学は文科省認可 自治医科大学（産業医科大学）

地域枠医学生は 医療介護総合確保推進法の基金で奨学金

## 仕組み

医療法（病院・診療所） 都道府県医療計画

医療介護総合確保推進法 都道府県医療構想

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律

医師法および医療法の一部改正の法 医師確保計画

感染症法

感染者の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

がん対策基本法、難病対策基本法、循環器病対策基本法など

# 医療格差の議論の前に

## ○標準的な医療とは？

診療報酬で認められた診療行為 国民皆保険 DPC 診療報酬改定  
国(機関)が承認した薬剤、医療機器

注 標準的ではない医療＝

自由診療(美容整形外科、健康増進、正常産)や高度先端医療(未承認薬・機器)  
学会ガイドラインによる診断、治療、疾病管理  
参考「標準的医療説明」医学書院 2021年

## ○標準的な医療の提供の目標・計画、効果の評価

基準病床 医療計画 (5疾病・6事業+在宅)

標準化レセプト発現率 医療構想・介護保険事業計画

医療構想 (病床機能ごとの目標)

医師確保計画 (医師少数地域への医師の確保)

保険者「(国保ヘルスアップ°支援事業)医療費適正化効果の分析」

# 医療資源の少ない地域

○へきち医療 島根県では「地域医療」という。

- 交通条件および自然的・経済的・社会的条件に恵まれない山間地や離島などで、医療の確保が困難である地域
- 島根県では「地域医療支援会議」と命名
- 無医地区＝半径4km以内に50人以上が居住しているが、容易に医療機関を利用できない地区。  
(公共交通 1日3往復以下、片道1時間以上)
- 準無医地区＝無医地区に非該当も、無医地区に準じた医療の確保が必要な地区であると知事が判断し厚生労働大臣に協議し認められた地区

○「医師少数区域」「医師少数スポット」

- 医師確保計画において、全国335の2次医療圏域のうち人口あたり医師数が下位33.3%を「医師少数区域」と定義する。
- 2次医療圏よりも小さい単位で、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」と設定することができる。  
注意 「無医地区」「準無医地区」と同じではない。
- 島しょ部、山間部など。へきち診療所があっても、継続的に医師確保が困難と予想される場合等。

# 島根県の医師不足?看護師不足?

- 人口あたりの医師数、従事看護師数は  
全国平均より、多い。  
3次医療圏での医師偏在指数は、**中位**の上  
2次医療圏では、出雲、松江、浜田は**上位**
- 島根県勤務医師実態調査 毎年
- 島根県看護職員実態調査 毎年

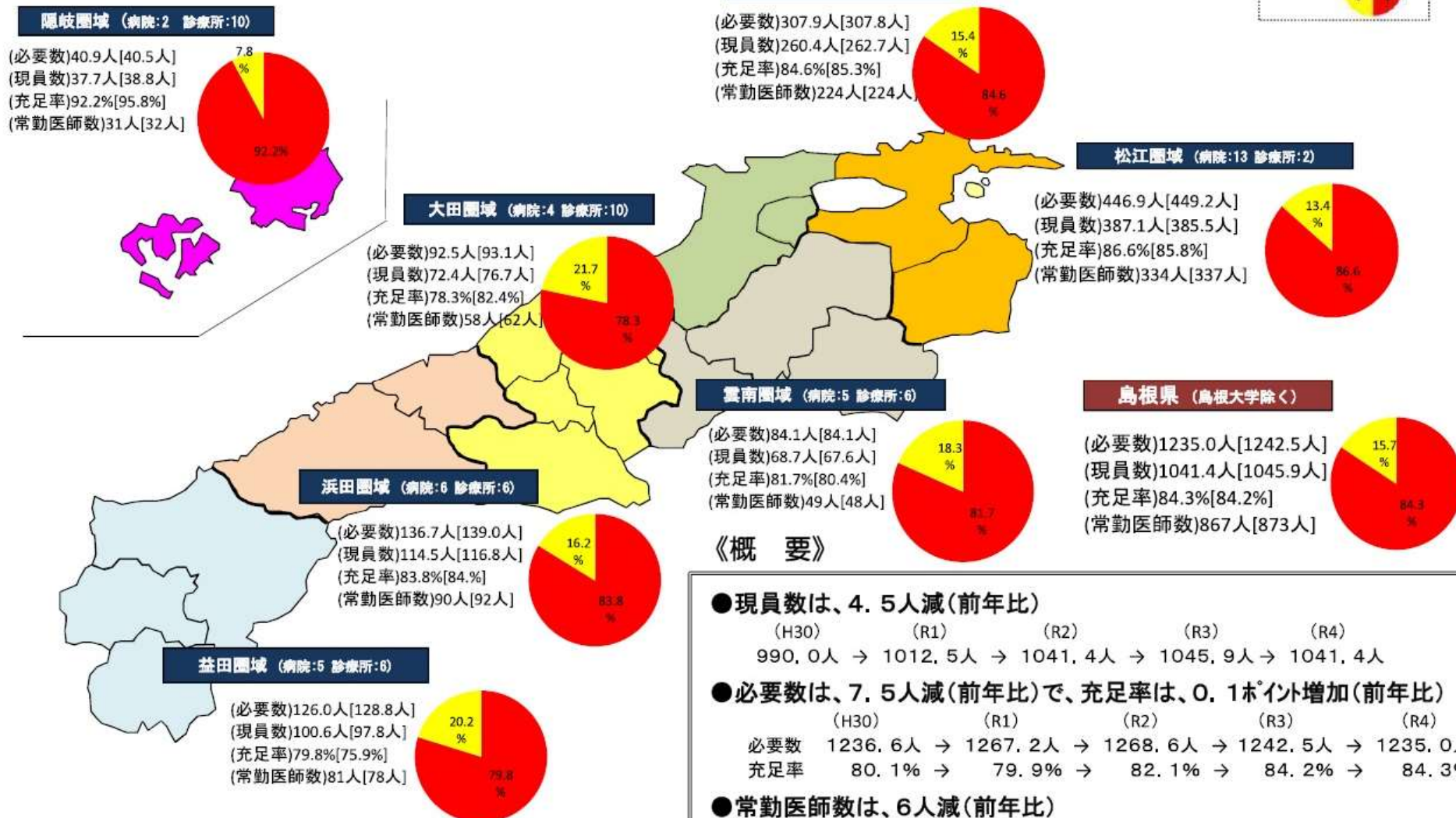
# 島根県勤務医師実態調査2022

## 令和4年 勤務医師実態調査 圏域別の医師の充足数 [前年比較]

R4.10.1現在

[ ]内は前年

凡例 



### 《概要》

#### ●現員数は、4.5人減(前年比)

(H30) 990.0人 → (R1) 1012.5人 → (R2) 1041.4人 → (R3) 1045.9人 → (R4) 1041.4人

#### ●必要数は、7.5人減(前年比)で、充足率は、0.1ポイント増加(前年比)

(H30) 必要数 1236.6人 → (R1) 1267.2人 → (R2) 1268.6人 → (R3) 1242.5人 → (R4) 1235.0人  
 充足率 80.1% → 79.9% → 82.1% → 84.2% → 84.3%

#### ●常勤医師数は、6人減(前年比)

(H30) 829人 → (R1) 842人 → (R2) 866人 → (R3) 873人 → (R4) 867人

# 圏域別病院看護職員の必要数・現員数

常勤換算後/単位：人

	全県	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐
必要数	6,381.0	2,129.5	374.4	2,144.4	325.8	681.1	577.4	148.4
現員数	6,119.8	2,081.2	350.6	2,000.5	314.6	675.0	563.5	134.4
差引不足数	▲ 261.2	▲ 48.3	▲ 23.8	▲ 143.9	▲ 11.2	▲ 6.1	▲ 13.9	▲ 14.0
充足率	95.9 %	97.7 %	93.6 %	93.3 %	96.6 %	99.1 %	97.6 %	90.6 %

【R4 看護職員実態調査】 対象：島根県内に所在する病院 46 施設 (毎年10月1日実施)  
 ※必要数：R5.4.1見込みの必要な人員  
 ※現員数：R4.10.1現在の人員 (非正規雇用職員は常勤換算)

# そもそも医療提供はどうやって決まるか？

## ○医療需要（＝患者が居る、暮らしている）で決まる

患者調査、（疾患別）レセプト出現率

患者が多い都市部の病床や専門開業医（患者が選択）

安心・暮らしやすい地域としての医療

いつか年をとると発症する病気に対しての医療 高齢者人口

健康危機管理

普段は予防主体だが、いざとなると必要な医療 救急医療 感染症

## ○医療経営、健全な事業体として決まる

もうかる？ 経営戦略、経営コンサルで「市場」調査

もうからなくても、事業継続で地域貢献

## ○医師の自己実現、研究業績、専門医キャリアアップなどなど

都会のビル開業や自由診療、大学の研究（医局派遣）

## ○医師の住環境・こどもの教育が、医師の定住につながることも



# 大学医学部の医局（医師派遣元）

○専門科を選択するのは、

医師本人（医学部卒業段階）に任されている。

医局入局の選択、後期臨床研修の選択。

開業医の子が院所を継ぐとは限らない

「少子高齢化」と言われて小児科志望が減

「産科事故」が報道されて産科志望が減

「手術」が減って外科医が減

こころざし  
助け合い  
お互いさま

○医局の拡大、入局者拡大のために

研究業績（治療法開発、研究費確保、専門医取得）

主任教授の人柄・医局の雰囲気・人事の透明化

関連病院の確保（院長・部長ポスト）

地域貢献？

□医局に入らない医師の確保も大事 赤ひげバンク

# 医療格差の議論

# 格差はあるか？

△急性期疾患 助かる命が助からない 救急医療、循環器医療

搬送時間やファーストタッチ

△医療行為が「予期せぬ死亡」 医療安全 医療事故調査制度

○がんと診断できるか 専門医 大型機器 早期がん割合

○がん診断したら治療ができるか

放射線治療医 がん登録の病期ごとの生存率

○がんの緩和ケアを受けることができるか

麻薬登録医 麻薬使用量

○希望する医療が提供できるか

がんの放射線療法、根治・再建手術、セカンドオピニオン

認知症の診断と地域ケア

在宅医療の継続（人生の最終段階の医療）

高度医療、最先端医療？（研究段階の医療行為の提供？）

ときにある

都会に住む親類縁者が、「適切な医療が提供されていない」との意見

# 医療提供に**住民**が関与？

○公的医療機関では、病院事業者（首長）は主権者である住民（医療提供可能な住民）に対して、事業の説明責任がある。

→ 医師・看護師確保、診療科開設、医師定住環境

○国は新公立病院改革がト`ラインH27年3月に基づき、公的機関に「公的医療機関等2025フ`ラン」作成させる。  
（医療構想）

☆主権者である住民（代表）が病院経営に関与できる（はず）



雲南

# 島根県西部の主な病院

<大田市立病院>

大田市

美郷町

飯南町

<済生会江津総合病院>

<西部島根医療福祉センター>

江津市

<加藤病院>

邑南町

<浜田医療センター>

高島

浜田市

<公立邑智病院>

広島県

<益田赤十字病院>

益田市

<益田医師会病院>

津和野町

<津和野共存病院>

大賀町

<六日市病院>

山口県

下線は地域医療拠点病院

# 医療提供 そのほか

医師だけではない多職種が医療提供  
ただ、医師(主治医)の方針(処方)が大事

患者・住民の需要(ニーズ)の“調整”？

「発熱外来」受診調整

患者会、病院を守る市民の会

「賢い患者になりましょう」 COML

ACP、「人生会議」の普及

(人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するGL)

# 地域医療を「育てる」

- 医師（医療者）は簡単には一人前にならない  
注 キャリアアップの途上にあっても役割はある
- **専門科**を選択するのは、医師本人に任されている。  
医局の選択、後期臨床研修の選択。  
開業医の子が院所を継ぐとは限らない
- 島根では大学と県、医師会、病院、市町村が連携  
地域卒卒業医師は**しまね地域医療支援センター**
- 益田市では「**益田の医療を守る市民の会**」など  
住民の感謝と期待を伝える機会を設けている

いつか私もお世話になる

## 感謝の言葉を医療の現場に

出雲市

中本 稔 62歳

還暦を超えても元気だと思う一方で、心臓病や脳卒中、がんをいつ発症してもおかしくない年齢を生きていると、寿命を意識する場面が増えている。誰もが通る道だ。

医療や福祉の現場で活躍する方々と、安心して暮らせる地域社会を目指して議論することがある。命の選択に直面したとき、

患者本人や家族は何を思うだろう。そして、それを支える医療や介護、救急の現場の方々の献身的な努力を、当たり前前のサービス提供だと考えてはいないか。

コロナ禍にあつて大変な現場を辞めていく方も多い。医療や介護従事者は、この地で暮らす人でもあつて、仕事をしながら生活している。そんな方々に「ありがとう」「お世話になり

ます」「助かるねえ」と声をかけていたきたい。タイムリグ良くかけられた感謝の言葉は、仕事の励みになる。次に会ったときこちらからあいさつしてみようという期待につながる。キャリアを重ねてこの地で仕事を続けていく元気につながる。

現場の方々の支援であなただの不安が軽減したときに感謝を伝えることが、この地の明日の医療や介護につながることを知ってほしい。

# ある病院長のことば

- 年をとって、大病になったとき、
- 安心して任せられる日本最高水準の同級生たちに治療をしてもらうことより、
- 地元の病院に入院して、治療してもらうことを選んだ。
  
- 国民皆保険で、時間とお金があれば、  
どこでも受診できる日本にあっても、  
どんな医療を受けるかを選択し覚悟することが大事だ。
  
- 医療構想は2次医療圏域内完結をめざす
- 介護保険は、最期まで圏域内で暮らすこと。



# 地域住民に期待

- ◆ 患者・家族として、**感謝の声**を伝えよう
- ◆ **賢い患者**になりましょう
- ◆ 医療者を育てる患者になりましょう  
あなたの身体・気持ちを、医療者の成長に
- ◆ 同じ時代(時間)をいきる生活者として、  
喜(怒)哀楽を共有できるよう関係づくり
- ◆ 「人生会議」 ACPを、家族と話し合いましょう

可能なら、大好きな医療者がこの地に暮らすことを選択できるように、お手伝いしてください。

# 医師にかかる10箇条

(ささえあい医療人権センターCOML)

- 1 伝えたいことはメモして準備
- 2 対話の始まりはあいさつから
- 3 よりよい関係づくりはあなたにも責任が
- 4 自覚症状と病歴は、あなたの伝える大切な情報
- 5 これからの見通しをききましょう
- 6 その後の変化も伝える努力を
- 7 大事なことはメモをとって確認
- 8 納得できないときは何度でも質問を
- 9 医療にも不確実なことや限界はある
- 10 治療方法を決めるのはあなたです

ささえあい医療人権センターCOMLホームページ

<http://www.coml.gr.jp/>



医師との付き合い方で  
悩んでいませんか？

創刊 岩波新書  
30<sup>th</sup>  
患者のこと、理解  
できていますか？

定価(本体820円+税)

日本には、新書がある。

# 医療の不確かさはある

- 経験や技術があって行う医療行為
  - 医療者も人間だから、
  - 間違いや判断ミスは0ではない。
  - カバーできるミスと、できないミス
  - 病状が進んで予測できない事態
  - 開腹して、取り切れないと判断することもある。
- 
- 賢い患者になる
  - よい関係をつくり、
  - 互いに気持ちよく力を発揮できる環境づくり

# 子どもの「いのちとからだの10か条」

- 1 いのちとからだはあなたのもの
- 2 食事・すいみん・手洗いー予防が大事
- 3 からだの変化に気づこうね
- 4 お医者さんには自分で症状を伝えよう
- 5 わからないことはわかるまで聞いてみよう
- 6 自分がどうしたいかを伝えよう
- 7 治療を受けるときはあなたが主人公
- 8 お薬は約束守って使おうね
- 9 みんな違いがあって当たり前
- 10 だれのいのちもとっても大切

# 市民・国民のための患者学

- ◆ 予防医学、未病に心がける
- ◆ かかりつけ医をもち、専門医へは紹介状を持って受診する
- ◆ できるだけ時間外診療の受診を避ける
- ◆ 医療提供者には自身の情報を正直に隠さずに話す
- ◆ その後の変化を医療提供者に伝える
- ◆ 医療提供者も人。互いの人権の配慮を
- ◆ 病気あいての医療には不確実なこと、限界もあることを理解する

(五十嵐勝朗、日本医事新報No4330、82-3)

医師も人間です。気持ちよく、いい仕事してほしい。  
そのためには、何をしたらいいのでしょうか？

# 人生会議 ACP

◆ 人生の最終段階において、  
どういう医療を希望しますか？

「治る病気なら、治してもらいたい」

仮に「治る」と診断されても、未来は不明。

「治らない病気なら、」

「病気と共存し、その期間を延ばしてほしい。」

「あるがままを受け入れるから、苦痛だけを除いてほしい。」

「世間に迷惑かけないから、放っておいてほしい。」

# 多職種連携を構造化する 臨床倫理四分割表(Jonsen,白浜)

<p><b>Medical Indication</b> 医学的適応 (Beneficence, Non-maleficence: 恩恵・無害) チェックポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 診断と予後</li> <li>2. 治療目標の確認</li> <li>3. 医学の効用とリスク</li> <li>4. 無益性(futility)</li> </ol>	<p><b>Patient Preferences</b> 患者の意向 (Autonomy: <u>自己決定の原則</u>) チェックポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者さんの判断能力</li> <li>2. インフォームドコンセント (コミュニケーションと信頼関係)</li> <li>3. 治療の拒否</li> <li>4. 事前の意思表示 (Living Will)</li> <li>5. 代理決定 (代行判断、最善利益)</li> </ol>
<p><b>QOL</b> (Well-Being: 幸福追求) チェックポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. QOLの定義と評価 (身体、心理、社会、スピリチュアル)</li> <li>2. 誰がどのような基準で決めるか <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 偏見の危険</li> <li>・ 何が患者にとって最善か</li> </ul> </li> <li>3. QOLに影響を及ぼす因子</li> </ol>	<p><b>Contextual Features</b> 周囲の状況 (Justice-Utility: 公平と効用) チェックポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家族や利害関係者</li> <li>2. 守秘義務</li> <li>3. 経済的側面、公共の利益</li> <li>4. 施設の方針、診療形態、研究教育</li> <li>5. 法律、慣習、宗教</li> <li>6. その他 (診療情報開示、医療事故)</li> </ol>