

医療崩壊を防ごう－適切な病院利用と健康づくり

(株)ちばぎん総合研究所
受託調査部 主任研究員 菅谷 敦

近年、地域医療を取り巻く環境は厳しさを増している。全国各地で、医師不足による夜間救急診療の休止や入院患者の受入制限、診療科目の廃止・休止などがみられ、いわば医療過疎地域が急増している。

千葉県内においても、多くの病院で、診療科の廃止や休止が相次いでいる。救急診療を例にとると、県内では一つの病院が診療を休止すると、近隣の病院に患者が集中し、過重労働で診療に疲れた医師が退職してしまい、さらにその病院も診療を休止するといったドミノ倒し現象が起きている。2004年4月から07年11月までの間に、診療科を廃止した病院は47施設・78診療科、休止した病院は9施設・14診療科となっている。

一般的に病院勤務医が不足する原因と言われているのが、04年4月から始まった新しい臨床研修制度である。新制度では、医学部卒業後に研修を受ける病院を医師本人が選択できるようになったため、研修医が都市部で症例の多い民間病院に集中し、その結果、それまで地域の自治体病院などへ医師を派遣していた大学病院で医師不足が生じ、地域の病院から医師を引き揚げざるを得なくなったのである。

しかし、新臨床研修制度はきっかけであって、そもそもの勤務医不足の原因は、日本病院会が全国の勤務医を対象に実施した「勤務医に関する意識調査報告書」（07年3月）によれば、「過酷な労働環境」が61.0%と最も高くなっている。また、勤務時間に関する質問では、全体の44.0%が一週間に56時間以上勤務していると回答している。

勤務医の負担を軽くし、過酷な労働環境を改善するためにはどうすればよいのか。政府は、地方病院での勤務を条件とした医学部定員の増加や、診療報酬引き上げによる、勤務医と開業医との格差是正などの対策を講じているが、医療を受ける側、つまり住民側の意識改革や努力も重要である。

山武郡市広域行政組合消防本部によれば、06年における約8千名の救急搬送者のうち、半数以上が救急搬送の必要のない軽症者で占められている。これでは、本来重症者の受入に備えているはずの救急医が、軽症者の診療に忙殺され、重症患者の受入に支障をきたすことにもなりかねない。一般外来では待ち時間が長い、日中は会社や学校を休めないとの理由で救急を利用することは控えるべきである。

また、一般的に高齢になるほど医療機関にかかる機会が増えるが、厚生労働省の調べによると、健診受診率や高齢者就業率が高い都道府県では、一人当たり老人医療費が低いという相関関係がある。年間の一人当たり老人医療費が約63万5千円と、全国で最も低い長野県（全国平均約78万円、千葉県約67万6千

円) では、長年にわたる全県的な医療・保健活動の取組みが行われている。

長野県国民健康保険団体連合会へヒアリング調査をしたところ、長野県各地では、1975 年ごろから町内会単位で家庭の主婦が交替で「健康補導員」に任命され、生活習慣病予防の普及活動などを実施する仕組みがあり、住民に保健・衛生に関する知識が身に付き、地域全体の健康意識が底上げされているという。また、長野県は、70 歳以上で現役で働いている人の割合が全体の約 24%と全国で最も高い（全国平均約 16%、千葉県約 14%）。

このように住民が適切に医療機関を利用し、健康を保ち続けることが、国や県による対策と併せて、勤務医の病院離れを防ぎ、地域の医療崩壊を食い止める力になると考える。

