

<シンポジウム 23—2> 医師不足時代の神経内科医療の在り方—都市と田舎での医療デバインド

青森県における神経内科医療事情について

富山 誠彦

(臨床神経 2010;50:1063-1065)

Key words : 青森県, 医療格差, 地域格差, 神経難病, 特定疾患

はじめに

2010年4月現在で人口138万人、面積9,607km²の青森県に神経内科専門医は29人おり、人口10万人あたり2.1人、面積100km²あたり0.3人となる。一方神経内科専門医の全国の平均は3.6人/人口10万人、1.2人/面積100km²、東京都では5.9人/人口10万人、34.9人/面積100km²であり、神経内科専門医の数をみれば青森県は神経内科医療の過疎地域といえる。本稿では、青森県内での神経内科医の偏在を示すこと、神経難病患者の受診状況を明らかにすることによって、青森県の神経難病患者が抱える診療上の地域格差を示したい。

1. 神経内科医の偏在 (Fig. 1)

青森県には神経内科医（神経内科専門医に加え専ら神経内科診療に従事している医師もふくむ）が平成22年4月時点で39人勤務していた。青森県は6つの2次医療圏に分かれるが、これらの6医療圏のうち五所川原地域、むつ地域、十和田地域の3地域には神経内科医の常勤医はいない（これらの地域を不在医地域と呼ぶ）。青森地域には20人（全員が青森市）、弘前地域には10人（全員が弘前市）と八戸地域には9人（全員が八戸市）の神経内科常勤医がいるが（これらの地域を在医地域と呼ぶ）、神経内科医は青森、弘前、八戸の3市に偏在していた。神経内科医が非常勤で週に1~3回の外来をおこなっている病院が県内に9病院あるが、不在医地域に対する神経内科診療の提供が十分とはいえない状況にある。

2. 神経難病患者の受診状況

平成21年度の青森県に提出された多発性硬化症（MS）、重症筋無力症（MG）、筋萎縮性側索硬化症（ALS）、脊髄小脳変性症（SCD）、パーキンソン病関連疾患（PD群）と多系統萎縮症（MSA）の6特定疾患臨床調査個人票をもちいた以下の検討をおこなった。なお青森県の人口および2次医療圏の人口は平成20年人口動態統計をもちいた¹⁾。なお全国の特定疾患受給者は厚生労働省のホームページによった²⁾。

1) 青森県では特定疾患受給者は少ないか？

青森県における平成21年度の6特定疾患受給者の総数は2,344人であり、人口10万人あたり169人で、全国の平均133人/10万人に比べ多かった（Table 1）。在医地域では165人/10万人、不在医地域では176人/10万人であった。不在医地域である十和田地域にSCDが集積（Table 1）していることが、不在医地域の特定疾患受給者数を押し上げていた。

2) 神経内科医が常勤している地域としていない地域では神経難病の特定疾患受給者数に差があるか？（Table 1）

MSとMGについて不在医地域では在医地域に比べ人口10万人あたりの受給者数が有意に低かった（Chi-square test：以下の有意差検定も同様の方法によった）。このことは神経内科医の常勤医がいない地域に居住していると、MSとMGの診療に不利となる可能性を示している。ALS、PD、MSAの受給者数は在医地域と不在医地域で差はなかった。一方SCDの受給者は不在医地域では在医地域に比べ有意に高かったが、これは十和田地域に遺伝性SCDの集積（70.3人/10万人）があるためと考えられる。

3) 青森県では神経難病特定疾患受給者は神経内科医による診療を受けているか？あるいは青森県では神経難病特定疾患受給者は居住している2次医療圏内で診療を受けているか？

申請書に記載された病院あるいは診療所に神経内科医師の勤務しているばあいに、「神経内科医の診療を受けている」とした。また申請書に記載された患者の住所から居住している2次医療圏を決め、申請書に記載された病院あるいは診療所から診療を受けている医療圏を判断した。

青森県全体では6特定疾患受給者のうち81.5%が神経内科医の診療を受けていた。神経内科医の診療を受けていた患者は、在医地域に居住する患者の87.2%であったのに対し、不在医地域に居住する患者では77.3%と優位に低率であった。一方6特定疾患受給者のうち97.9%が県内で診療を受けており、神経6難病に関しては、青森県は独立した医療圏を形作っているといえる。在医地域に居住する患者の95.1%は居住地域内で診療を受けていたのに対し、不在医地域に居住する患者の53.4%が居住地域内で診療を受けていたにすぎず有意に低率であった。これらの結果は不在医地域の受給者は、在医地域受給者に比べ、神経内科診療の提供を受ける機会

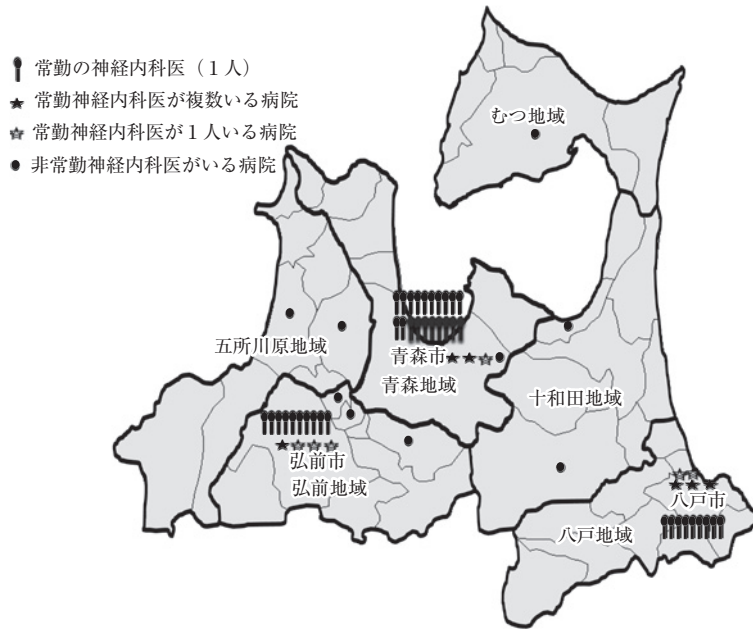


Fig. 1 青森県内の神経内科医の勤務状況と神経内科を開業している病院（診療所は除く）。太線は6つの2次医療圏を示す。

Table 1 人口10万人あたりの神経難病の受給者数。全国、青森県、青森県の2次医療圏での比較。多発性硬化症 (MS), 重症筋無力症 (MG), 筋萎縮性側索硬化症 (ALS), 脊髄小脳変性症 (SCD), パーキンソン病関連疾患 (PD 群) と多系統萎縮症 (MSA)。

	人口(千人)	MS	MG	ALS	SCD	PD	MSA	6疾患
全国	127,692	9.9	12.2	6.3	16.5	72	8	133
青森県	1,388	11.4	12	9.4	35.4	92.4	8.4	169
在医地域	979	11.9	13.1	9.2	30.2	92.2	8.5	165
青森地域	331	13.6	13	7.6	36.6	106.6	8.8	186
弘前地域	308	11.7	12.3	10.4	22	107.8	7.1	172
八戸地域	340	10.6	13.8	9.7	31.5	63.8	9.4	139
不在医地域	415	9.9	9.2	9.6	47.2	91.1	8.2	176
五所川原地域	148	11.5	10.8	11.5	23.6	122	11.5	191
十和田地域	186	8.6	6.97	6.4	70.3	76.7	6.4	175
むつ地域	80	10	11.2	13.7	37.4	67.3	6.2	146

が少なく、また神経内科診療を受けるために移動などの負担が大きいことを示している。

3. まとめ

今回の検討により青森県の神経難病診療に関する問題としては、1) 青森県では神経内科医が少なく、かつ3都市に偏在し、青森県内においても神経内科診療の提供に地域格差がある、2) 神経難病の受給者は全国と比較して少なくないが、不在医地域のMSとMG患者は診療を受けていない可能性がある、3) 神経内科医の常勤がない地域では神経内科医の診療を受けていないことが多い、4) 神経内科医の常勤がない地域の神経難病患者の半数は居住地域外の神経内科医の診療を受けており患者および家族の負担が大きい、があげられる。

国民皆保険制度は「だれでもいつでもどこでも格差なく良質で安全な医療を安心して受けることができる公的給付制度」であるが、医療の地域格差は歴然と存在する³⁾。医療の地域格差については産科⁴⁾、小児科⁵⁾、精神科⁶⁾についての報告がある。すでにかん医療については地域格差を克服するためにかん対策基本法に基づく対策⁷⁾が示されている。しかししらべえたかぎりでは神経内科診療の地域格差に関するものでは、脳梗塞に対するrt-PA治療の実施状況調査が最近報告されただけである⁹⁾。今回は県単位で把握が可能な特定疾患を例にして神経内科診療の実態の一部を示したにすぎず、わかってきた問題は氷山の一角といえる。

神経内科診療の地域格差に対してとるべき対策の第一は「神経内科医の育成」であることはいうまでもない。産婦人科医と小児科医の不足が社会問題として取り上げられてから、

両科を志望する学生と研修医が増えていることを実感している方も多と思われる。神経内科診療の地域格差の問題は決して青森県だけの問題ではない。まず神経内科医が不足していること、そしてそのため困っている地域があるということ国民に訴え、行政にも伝えていくことから始めるべきである。また神経内科の存在意義を社会と行政にアピールし理解をえていくことも重要といえる。第44回日本神経学会総会のシンポジウムの言を借りると「日本神経学会として総合的な努力が必要である」⁹⁾といえるだろう。

謝辞：本研究に協力いただいた青森県健康福祉部に深謝します。

文 献

- 1) 青森県健康福祉部. 平成 20 年青森県人口動態統計の概況.
- 2) 厚生労働省平成 19 年度保健・衛生行政業務報告 (衛生行政報告例) 結果の概況.
- 3) 厚生労働省平成 20 年医師・歯科医師・薬剤師調査の概

況.

- 4) 関 明彦. 産科医療供給の地域格差 その現状と年次推移. 日本産科婦人科学会雑誌 2002;54:528.
- 5) 中村好一, 屋代真弓, 上原里程ら. わが国の川崎病患者は小児循環器専門医が勤務している病院を受診しているか. 日本小児科学会雑誌 2007;111:1078-1083.
- 6) 林 芳成. 鳥根県における精神科救急医療の現状—地域格差と総合病院精神科の役割—. 精神医学 1999;41:537-545.
- 7) 門田守人. アプローチ (特集 がん診療の拠点化と均てん化—がん対策基本法成立から 1 年). 最新医学 2008;63:1035-1040.
- 8) 岡田 靖, 峰松一夫, 小川 彰ら. Rt-PA (アルテプラゼ) 静注療法の承認後 4 年間の全国における実施状況調査—地域格差の克服に向けて—. 脳卒中 2010;32:365-372.
- 9) 辻 省次. 神経内科卒後教育の充実をめざして: 標準化への努力. 神経内科卒後教育の充実: 日本神経学会として総合的な努力が必要である. 臨床神経 2003;43:857-858.

Abstract

Regional disparities on medical care for neurological diseases in Aomori prefecture

Masahiko Tomiyama, M.D.

Stroke Unit and Department of Neurology, Aomori Prefectural Central Hospital

The population and the area of Aomori prefecture are 1,380 thousands and 9,644 km², respectively. Aomori prefecture geographically and economically forms an independent medical district. However, only 29 neurological specialists attended work in Aomori Prefecture. The numbers of neurological specialists per 100,000 people and per 100 km² were 2.1 and 0.3 in Aomori, respectively, whereas those of Tokyo metropolitan area were 5.9 and 34.9, and their nationwide averages were 3.6 and 1.2, respectively. Although Aomori prefecture is divided into six medical service areas, neurologists were eccentrically-located in three cities; Aomori, Hirosaki and Hachinohe. No neurologists give full-time service in three of the six areas. The percentage of people having medical care certificate for six specified neurological disorders (multiple sclerosis, myasthenia gravis, amyotrophic lateral sclerosis, spinocerebellar degeneration, Parkinson disease and related disorders, and multisystem atrophy) in Aomori was comparable to the nationwide average. However, the number of patients with the certificate of multiple sclerosis and myasthenia gravis in areas with neurologist's service were 11.4 and 12.0 per 100,000 people, respectively, whereas those of area without full-time neurologist's service were 9.9 and 9.2, (significant lower). The patients living in the area without neurologist's service received medical care by neurologists less frequently when compared to those living in area with neurologist's service. Forty-five percent of the patients living in the area without neurologist's service went out of their living areas to see neurologists regularly. Thus, neurologists in Aomori prefecture are under strain to provide medical services. People in Aomori prefecture do not receive sufficient neurological services, especially in the area where no neurologists attend work. In addition, patients living in area without neurologist's service bear greater burden to go to hospital.

(Clin Neurol 2010;50:1063-1065)

Key words: Aomori Prefecture, health disparity, regional disparity, intractable disease, specified neurological disorders