

重装備へき地病院を目指した時代は終わり、 へき地では総合診療医とドクターヘリの連携に移った

八戸市立市民病院院長兼臨床研修センター所長
今 明秀
(青森県6期)



自治医大駒開業は昭和57年（1982）、東京ディズニーランド開業は昭和58年（1983）、同じころ私は自治医科大学6期生として卒業し、青森県立中央病院で臨床研修を開始した。同期生の医師国家試験合格率は100%で、自分が特別優れていたわけではなかったが、この100%という数字に研修医のスタート時点は胸を張れた。研修医の2年間は多科ローテーションをした。他大学卒業の研修医は全員一診療科のストレート研修であったのと対照的だった。当時は同期研修医が外科研修医として虫垂炎を執刀する姿を、消化器内科研修医として内視鏡を操作する姿をうらやましく思った。多科ローテーションと言っても、研修病院の青森県立中央病院には総合診療科も救急科もなかった。青森県立中央病院にこの二つの診療科が確立されたのは、後輩の9期生葛西智徳と18期生齋藤兄治が成長し赴任した平成17年（2005）を待つことになる。

へき地診療所と重装備へき地病院での奮闘

卒後3年目の昭和60年（1985）私は倉石村診療所（有床12）へ一人医師として赴任した。研修医時代には教わったことがなかった往診と健診、外来診療を開始した。診療所からドア1枚隔てた医師住宅で毎日が宅直だった。昭和61年（1986）へき地中核病院公立野辺地病院に外科医師として2年間勤務し、その後、六戸町立病院では内科の院長3期生岡本一雄と二人だけで病院を切り盛りした。閉鎖されていた手術室を再開し全身麻酔手術を始めた。平成3年（1991）大間病院外科副院長として2年間勤務した。同期生の宮川晃、11期生野田頭達也と3人で本州最北端のへき地で手術、血液浄化、集中治療、内視鏡とできる限りのことを行った。大間病院を肝臓手術、食道手術、内視鏡的乳頭括約筋切断術、緊急持続透析、緊急経皮ペーシング、スワンガンツカテーテル、血管造影を行う重装備へき地病院と変化させた。このへき地の重装備体制はその後20年間後輩が続けることになる。

私はへき地で経験した、救急診療や救急外科手術をレベルアップするために14年間勤務した青森県を去り日本医大救急医学教室に入局した。そして埼玉県川口市立医療センター救命救急センターに赴任した。当時日本一救急室開胸術を行っていた病院を希望し、

そこで年間500件の頭部胸腹部の重症外傷手術を行った。

救急指導医取得の目途が付いた時点で、青森県に戻った。6年後のことだった。その頃、本州最北端の大間病院では、外科手術や集中治療は徐々に行われなくなっていた。峠越えの道路が整備され直近の総合病院へ搬送時間が1時間を切ったことで、へき地の住民が地元での高度医療を望まなくなってきた。平成21年（2009）青森県ドクターヘリができたことでさらに搬送時間が短縮となった。このような時代背景で、へき地で活躍する外科医より総合診療を重要視する後輩たちが増えてきた。その結果外科医志望者が少なくなりへき地での手術が不可能になった。平成23年（2011）19期生丸山博行、30期生佐々木洗太を最後に大間病院手術室は閉鎖された。手術だけでなく、集中治療、緊急ペーシング、緊急血管造影も行われなくなった。へき地を救うために導入されたドクターヘリは、へき地病院から外科医師の需要をなくし、自治医大卒業生から外科医師育成の情熱を外してしまった。その代わりに総合診療のレベルは格段に上がっている。

重装備ができなくなったへき地病院を救済する救命救急センターを作る

平成16年（2004）私は川口市立医療センター救命救急センターから青森県八戸市立市民病院救命救急センターに赴任した。青森県で唯一ヘリポートを持っている総合病院であったが、救急専従医は不在だった。それまで八戸では各科専門医を呼び出す相乗り型救急を行っていた。私は救急専従医師一人でできる5項目を始めた。①若手医師へERでon the job training ②ERシステムの構築と自ら実践 ③院内専門医との連携強化 ④特殊三次救急特に重症外傷の主治医になること ⑤ドクターヘリ誘致である。

1. 臨床研修医獲得の開始

ERを立ち上げるには、救急医と研修医の力が必要だ。研修医の学習目標は、救急の対応と総合的診療能力を身につけることにある。実はこの二つはまさに救急医療そのものである。私は八戸赴任2年目に臨床研修センターの責任者を兼務した。数多くの人形を使った救急トレーニングを開催してきた。外傷初期診療講習会（primary-care trauma life support, PTLIS）を2期生箕輪良行、9期生林寛之と共に開発し八戸を含めて全国展開した。他にCV実技セミナー、Difficult airway実技セミナー、ERのtriage & action、産科救急講習会（BLSO）、大規模災害講習会、ドクターカー病院前外傷救護（JPTEC）、被爆医療訓練、中毒セミナー、敗血症実技セミナー、脳卒中セミナーを企画運営してきた。

2. 救命救急医師獲得のためのブランド化

良質の救急医療を提供するには、救急医師の存在とその教育・指導体制が必要である。しかし救急医師は全国的に不足している。赴任後2年間、救急医師は一人だった。救急医師を集めるには、有名病院に変身すればいいと気づいた。有名病院になるにはブランド病院になることだった。ブランド化には鉄則があることを知った。

●ブランド化の方法

ブランド化とは、ある商品やサービスのコンセプトを特定のユーザーに価値があると認識させ、市場でのポジショニングを築く戦略のことを言う。企業（病院）はブランド化の確立により、商品に対する価値と共に信頼を得るため、差別化ができた顧客（医師）を獲得することができる。ブランド化には三要素としてコンセプト、ターゲティング、ポジショニングが必要と言われる。また、ブランドには他と差別化させるための商品が必ずある。

【ブランド三要素を明確に】

① ブランドコンセプト

コンセプトは、企業（病院）や商品が持つ他社とは違う強みから作られる企業理念のこと。私は「劇的救命」をコンセプトに据えた。「劇的救命」とは、「unexpected survivors；予測外救命」の意識である。予測救命率が50%未満と低い重症患者を予測外（劇的）に救命することである。

② ブランド化のターゲティング

コンセプトを誰に伝えるか、商品を誰に売ることが、ターゲティングである。病院は患者本位であり、予算と人員のほとんどはそこに使われる。日常診療は患者本位でいいのだが、ブランド化の行動や努力のターゲットは患者にはない。ターゲットは若手医師と医学生である。

③ ブランド化のポジショニング

ブランド化にとって、重要なのがポジショニングである。商品やサービスをどの規模で提供するのかによって、市場のポジショニングが決まる。これまで病院では医師確保のために地元大学との関係を強化してきた。また医療圏を意識した広報をしてきた。過去、当院に地元出身、地元大学卒業の救急医が採用されることは一度もなかった。それはポジショニングが誤っていたからである。ポジショニングは、地元ではなく全国である。

【ブランド商品の三品目を広報】

ブランド商品の三品目①先駆者の商品、②頂点の商品、③唯一の商品を開発した。そしてこれら商品を広報した。商品は一度にできたわけではなく、年月を経るごとに増加、充実していった。

① 先駆者の商品の開発

ブランド化の先駆者商品開発とは、世の中に全く存在しない新しい商品を作り、需要を創出すること。まずは三次救急だけに拘るのではなく、へき地を救うドクターヘリ。次に我々はドクターヘリとドクターカーを空陸同時出動させる「サンダーバード作戦」を開発した。

② 頂点の商品の開発

頂点の商品開発とは、今後伸びて行きそうな市場をいち早く認識しパイオニアになる

こと。当センターは平成21年（2009）度から連続して病院機能評価の救急部門で評点5の獲得、救命救急センター充実度評価で90点越え、重症外傷の防ぎ得た死の少なさは全国二位となった。この成績は年度ごとに変化するが、一度でも頂点に登ればブランド商品として広報できる。

③ 唯一の商品の開発

唯一の商品の開発とは、既にある市場の中で独自性を築き、特定層からの価値を得ることである。著者らが開発した「唯一の商品」としては「全部やる八戸型救急」である。ドクターヘリとドクターカーで病院前出動～一次から三次救急まで扱うER～手術もIVRも救急医が行う～救急総合診療入院受け持ち～救命病棟120床～リハビリ～終末期医療～病理解剖まで、これら全てを日常診療として行うことである。これを実行できているのは国内で八戸だけ。全部やる救急システムは、多科ローテーションの研修を行い、救急外来診療を数多く経験している研修医たちから注目されている。

④ ブランド化のための広報

(1) 商業雑誌

研修医は医学雑誌を読む。特に商業誌はよく読む。研修医をターゲットにした平易な論文をたくさん書き、商業雑誌に投稿する。学会誌に掲載される学術論文を完成させるには半年近く必要になるが、商業誌は査読がないので、書き上げてから1か月後には出版される。商業誌に数多く論文を載せることで、八戸の名前が、掲載され広告になる。1年間に掲載された40編前後の論文は広告効果が大きい。自身の業績のための論文ではなく、ブランド化の広報を目的にした論文を書くのである。

(2) デジタルマーケティング

検索エンジンや、ブログなどインターネットを使った広告手法では、学生、研修医、救急医にターゲットを絞ることができ、費用対効果が大きい。ブログへ高頻度に文章を掲載することで、検索エンジンの上位に食い込める。GoogleとYahooで「劇的救命」を検索するとトップに当センターが出る。「劇的救命.jp」のブログは、ランキングで4位、5位になったことがある。

(3) 口コミ

救急専門医となった卒業生を輩出するようになり可能となったのが口コミである。八戸で修業した医師が救急専門医となり、全国で活躍している。彼らは強力な広告塔となり、口コミで「劇的救命」を日本の各地で広報してくれる。

●ブランド化の成功

八戸赴任の2年後平成18年（2006）に5人の救急後期研修医が集まり、その後は順調に増えて現在に至っている。15年間で41人を専門医試験合格に導いた。内訳は当院臨床研修医からの持ち上がりは18名、当院以外で臨床研修したものが23名。青森県内出身者は6名、青森県外出身者は35名であった。国民が医療に望むことに、救急医療の充実があ

る。八戸市の市民アンケート調査によると、救急医療が充実していると答えた人は70%を超える。救急医師集めのブランド化は間違いなかった。

●指導者・後継者育成には新たな商品開発とターゲットの追加変更

救急後期研修医を集めるためのブランド化は成功した。しかし、残る問題は後継者育成であった。育てた後期研修医は、専門医取得後に他施設に移ることが多かった。専門医取得後も、救急指導医取得や学位取得を目的に当センターに留まる救急専門医師を確保する方法を考えた。ターゲットをそれまでの医学生や臨床研修医だけでなく、後期研修医または救急専門医へ拡大と変更した。救急専門医師をターゲットにした新たなブランド商品の開発と、そのターゲット変更に応じて広報媒体を変えることを始めた。

救急専門医が興味を持つ、唯一・頂点・先駆者の商品が必要だった。へき地に出動し緊急手術や経皮心肺補助装置を行う車両「移動緊急手術室・ドクターカーV3」を開発した。国内では前例がなく、フランスパリが先行して成功事例を発表した直後であった。平成27年（2015）12月車両が完成し、平成28年（2016）6月青森県と厚生労働省から使用許可が下りた。

後期研修医を集める広報媒体としての商業誌への投稿を継続していたがその数を減らし、その代わり救急専門医がよく読む学会雑誌へ学術論文を投稿する事を始めた。平行して救急専門医が読む専門性が高く、難易度が高い内容を書いた書籍を出版することを始めた。

3. 僻地支援

八戸市から20km外へ出ると、農村、漁村が広がる。そこには自治医科大学の後輩が奮闘するへき地病院・診療所が散在する。小規模施設で診療不可能な患者を地域の医師がストレスなく転送できる環境が必要である。敷居の高い高次医療施設でなく、電話一本で速やかに、曜日、昼夜を問わず引き受けてくれる。そのような後方病院があればへき地の小規模施設も安心だ。さらに、緊急転送時は高次施設から医師が迎えに来てくれる体制があればなおいい。八戸には十分な救急病床があるので、相談を受けた患者を三次救急適応ではないからと断ることはしない。救急医が自ら受け持ちするので、他科の医師の伺いをすることなく入院させることができる。ドクターヘリ、ドクターカーでへき地施設の診察室、病室まで向かえに行くことができる。

マンパワーの充実と共に、へき地の救急医療を学ぶことを目的に、地域小規模施設に、医師派遣をできるようになった。ゆったりとした時間軸で進むへき地の医療を救急医が経験することは、いい医師になる近道と思っている。

4. 医師数増加

八戸では、救急医師数、研修医数の増加だけでなく、各科専門医も増えてきた。病院

経営も赤字から黒字に転換した(図)。見方によっては、救急医師の増加が総医師数増加と黒字を牽引したことになる。救急医の立場から見ると、県庁所在地以外の公的病院であつても、救急

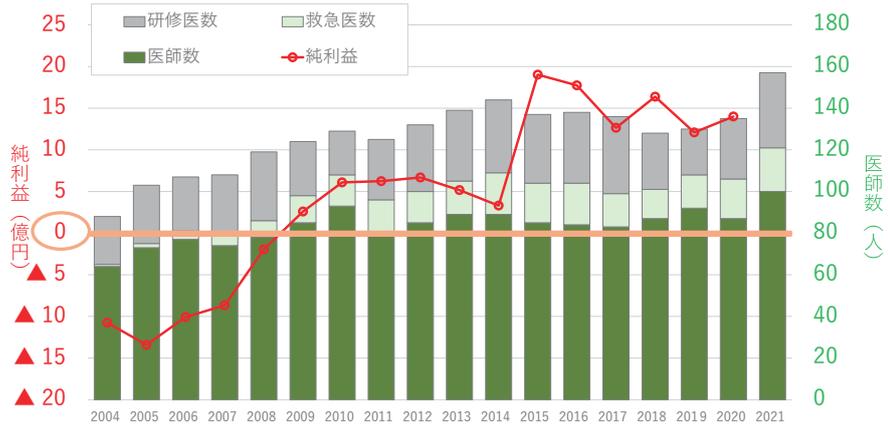


図 17年間の医師数変化

救急医師数1→21人(21倍)、研修医数23→36人(1.6倍)
 総医師数88→157人(1.8倍)。純利益は平成21年(2009)より黒字化。

部門がしっかりと機能している病院では、年々医師数が増加し、活性化されている事例が多くあることを認識している。公的病院では、地域住民サービスとして救急医療の提供は必須であるが、救急部門の弱い病院では、内科医・外科医などが救急診療を担うこととなる。その結果、自身の専門領域外の診療を強いられる事や救急当直の負担に耐えかねた勤務医が、開業や都会の病院への異動という形で離職する。そして残った勤務医の業務負担がさらに増加するという悪循環に陥る。これが、地方の公的病院での勤務医離れ・地域における医師不足の実態である。医師の地域偏在の議論の中で「医師に選ばれる病院になることが重要である」とされている。しかし残念ながら、政府、地方公共団体、医師会等における医師の地理的偏在対策のメニューの中に、「救急部門の充実・救急科専門医の確保」などの論点は一切言及されていない。

【結語】

1980年代にはへき地勤務医師は少人数でもできるだけ重装備を目指し、手術、内視鏡、血管造影、血液浄化に対応した。2000年代は、へき地の人口減、ドクターヘリと道路整備による搬送時間短縮、重症患者の集約化が始まり、へき地病院で重症患者の治療や手術が必要なくなった。重装備が不要となり、へき地の総合診療医師とドクターヘリを持つ救命救急センターの支援がその埋め合わせをすることになった。

八戸市立市民病院救命救急センターは、ドクターヘリ運用と滞りないへき地支援のために、救命救急センターに豊富な救急医師を確保することに成功した。このマンパワーで地域の救急医療を充実させ、へき地医療へも好影響を与えている。