



「大量死」「人口減」時代と 地域医療

苫小牧市医師会
むかわ町鶴川厚生病院 院長

石川典俊

この4月に、むかわ町鶴川厚生病院の新病棟がオープンする。現病棟の建築が昭和42年（1967年）だから、46年ぶりの建て替えである。現在、1億2,700万人いるわが国の人口が2050年には、8,800万人と予測されているから、次に建て替えが必要になる頃には、この地域はどうなっているのだろうか？

あまり先のことを心配してもしょうがないが、人口減は確実にやってくる。これはかつて経験した人口の移動や偏在とは本質的に異なる問題である。

私自身は平成8年から北海道の地域医療に従事し、今年で17年目である。過疎地域の小病院は、乳幼児健診から死体検案まで仕事は多彩だが、住民の期待する主たる役割は「初期救急」と「看取り」であろう。個人的感想だが、ここ数年、前者よりも後者のウェイトが重くなってきた気がする。ひとつには、高速道などのインフラ整備と救急救命士の増加で救急現場でのトリアージが進んだせいだろう。その分、地域中核病院の救急に負担が集中して申し訳なく思っているが、過疎地域であっても住民の高度医療へのニーズは高い。年齢や基礎疾患に関係なく、脳血管疾患なら脳外科へ、心疾患なら循環器内科へと直接搬送されている。それはそれで正しい医療の方向性なのだろう。

一方で、大量死時代である。2010年に102万人だった年間死亡者数が、昨年は125万人となり、2030年には160万人と想定されている。私の勤務する病院でも高齢の入院患者さんが多くなったと実感している。在宅ターミナルも課題ではあるが、わが町も平均世帯人数が2.1人で現実的には難しい。施設での看取りを増やすしかないだろう。

全国厚生連が昨年10月にまとめた「厚生連長期ビジョン」によると、都市を含まない地域の医療需要は2025年には、ほぼピークを過ぎて急激な減少に向かい、都市部では2030年頃ピークに達する。そして、その時に全国的な介護需要のピークと重なるのである。

そこで、地域医療の将来であるが、医療需要の減少と施設での看取りの増加で医療崩壊は何とか乗り切れるのではなかろうか。一方、増大する介護需要に対応できるのか？ 医学部の地域枠定員増などで医師養成には進んでいるが、介護を担う人材の養成も考えておかないと地域社会そのものが崩壊しかねない。

へき地医療に携わって 思うこと

北見医師会
常呂厚生病院 院長

山下昇史

常呂町は合併で北見市の一自治区となり、人口約4,300人、高齢化率31.2%の町です。当院は旧国保病院を引き継ぐ形で5年前に開院した自治区内唯一の医療機関であり、ベッド数は54床、常勤医は内科2人、外科1人の計3人です。

本誌で諸先生のご意見に触れ、「医療崩壊の立て直し」についてはその困難さを改めて認識させられたところです。そこで当院のようなへき地の小規模病院において現状のままでは「地域医療」の継続はもはや無理だと思われる点について思うままに挙げてみました。

1) 地域医療を医師個人の使命感や情熱のみに期待すること

昔は大学の医局人事で否応なく田舎へ飛ばされました。いろいろと問題はありましたが、そのような強制力なしに医師をへき地にも適正に配置することは事実上無理だと思います。

2) 町村自治体に医療の主体を任せること

首長の選挙公約には必ず盛り込まれるようですが、そもそも小自治体に病院の経営や医師・看護師の確保を任せること自体無理だと思います。

3) 医師の派遣を大学に依存すること

これはへき地病院ではもはや常識であり、現在の臨床研修制度が続く限り無理です。

4) 高齢者の終末期医療をすべて病院が担うこと

高齢化率の高いへき地においては、高齢者の終末期医療におけるケアや看取りなどを特養などの施設で分担できるよう、啓発・実践していくことが必要なのではないかと思っています。

5) 中年～高年医師が夜間などの時間外診療に長期間耐えること

当院でも66歳、65歳、54歳の3人で当直をこなしていましたが、あまりにつらいため一昨年からは週末の当直を外注しております。

へき地の小規模病院、診療所の医師不足については名寄市立病院の佐古先生も述べられておりましたが、二次医療圏の中核病院に「総合診療科」を常設し、複数の総合診療医を配置、そこから圏内のへき地病院に一定期間派遣するシステムが合理的だと思います。総合診療医を増やす方法としては、医学部入試に現在の「地域枠」のような学費免除あるいは減免の定員枠を各大学に一定数確保して、初期臨床研修終了後に総合診療認定専門医プログラムで養成し、各中核病院へ派遣するなどが考えられると思います。