



受難の時代

岩見沢市医師会 副会長
岩見沢市立総合病院 院長
中島 保明

わが病院、ご多分に洩れず医者が足りない。そこにさらに追い打ちをかけるように、大学のある医局派遣の医者を来年3月ですべて引き上げるとの通達があった。バッタである。今その医局とは粘り強く交渉を続けているが、楽観できる状況ではない。早速、道内の他大学にも足を運んだが、いずこも医師が不足していて、新規の病院に派遣できるはずもないとにべもない返答しかもらえなかった。

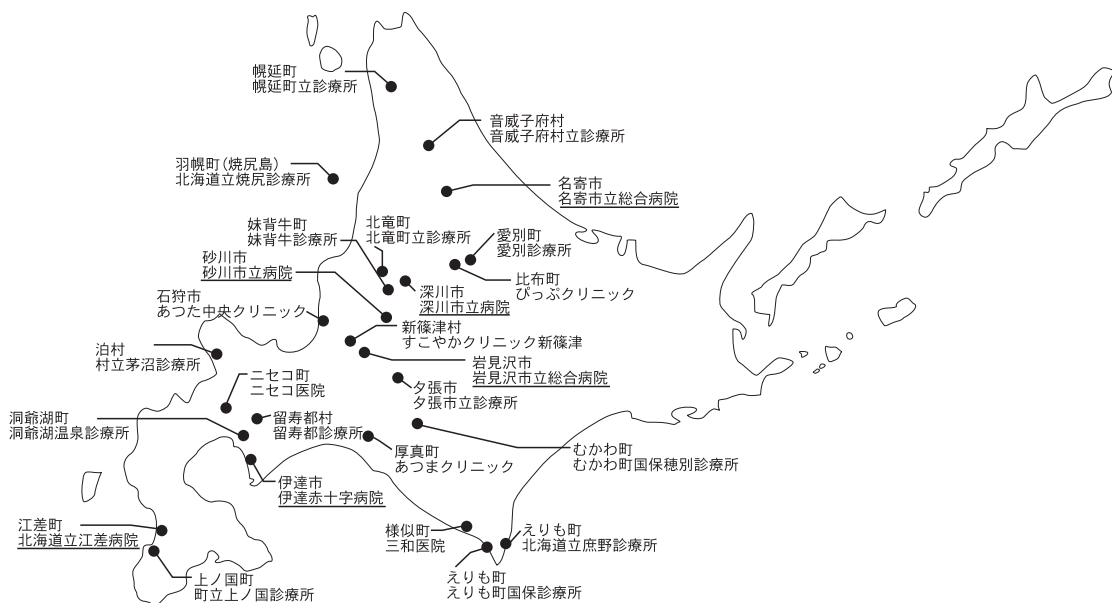
昨年、同じくある自治体病院の院長がやはりある科の撤退を余儀なくされ、医者探しに胃が「きりきり」痛むと話していたのを思い出した。わたしの胃もそろそろ「きりきり」しようと準備しているようだ。さらに数年前、広島で学会があり参加した。帰りに空港で、ある道内自治体病院の院長と会った。わたしもその先生も外科なので、軽い気持ちで「先生も学会でいらしたんですね」と話しかけた。その先生が答えて曰く、「学会どころじゃない。医者探し

に来たんだ」わたしは絶句した。しかしわたしも今、関東方面に医者を探しに行こうと細い人脈を頼りにどこかの大学医局にチャンネルをつなごうと必死である。

医者はどこへ行ったのか。道内の医学部卒業生の6割以上が本州方面（とくに関東？）での研修を希望し、北海道を去ると聞く。そして、道内はというと札幌の一人勝ちである。しかも大半は市中病院での研修を希望するから大学に行っても医者はおらず、かつての医者への期待を期待することは不可能である。道がその機能を果たせるかということ、それをするための権限も金もない。

ではどうすればいいのか？ わたしに名案はない。卒業生を法律で縛りつけて地域に置いておくというわけにもいくまい。自分の選んだ気に入った病院で存分に研修するという自由を得た若い医者たちが大学での研修を見直すとも思えない。まして卒業後は必ず大学医局に所属するという規則を作るなどということも不可能である。何せ「パンドラの箱」は開いてしまったのであるから。わたしにできることは自分の病院を何とか少しでも充実させて魅力ある病院にし、一人でも多くの医者に来てもらえるよう環境整備をするくらいのことしかないように思う。医者が溢れかえる日まで…。受難の時代である。

熊熊通信執筆者所属医療機関所在地



※ 今号と次号の熊熊通信特集は、北海道が策定した「北海道へき地保健医療計画」に基づく「へき地医療拠点病院」19施設ならびに「へき地診療所」83施設に対して執筆を依頼しました。

今号では、上記の地図に所在市町村・施設名を表示した「へき地医療拠点病院」6施設（下線付）、「へき地診療所」20施設を掲載しています。



地域医療の崩壊、 医師不足に思う —意識改革・法的整備の必要性—

空知医師会
全国自治体病院協議会副会長・北海道支部長
砂川市立病院 院長

小 熊 豊

へき地中核自治体病院を預かる者として、思うところを記してみました。関係者の方には不快を与えるかも知れませんが、お許し下さい。

I. 国の医療政策について

経済不況、少子高齢化、長寿社会が続く中で、社会保障費が突出、国民皆保険制度の存続が危惧されています。医師等の数は漸増しているのに、地域の医師不足は一向に改善しません。また、消費税（損税）や診療報酬問題、医療安全対策等々、医療を揺るがす問題が山積しています。

私は現状を打破するには、①国民に無益な医療はしない(特に終末期医療)、②医療は万能ではない、③医療には経費がかかることを周知し、④外来、在宅医療は診療所、開業医を主体とすること、⑤病院は専門的、総合的入院機能、救急対応にあたること、⑥医療基本法を確立し、⑦専門医制度の改革、⑧地域の診療科別必要医師数等の把握、⑨医師の法的配置や規制、⑩そのための抜本的体制と経済的基盤作りが必要と考えています。医師は法的規則に従って一定条件下で地域勤務を行うべきと思いますし、それを否定する者に医師になる資格はありません。

また、地域に必要な医療の質と量を割り出し、効率的な医療を実践することが肝要で、国民の啓発、診療報酬制度を含めた新たな体制、法の整備などが必要不可欠と考えます。政府、政党、官僚達は、従来の無責任な地方への丸投げを止め、国策としての医療制度改革に粉骨砕身すべきと考えます。

II. 道、市町村に対して

道や市町村は、厳しい財政状況のもと権限もなく懸命に地域医療を守ろうと努力していると思いますが、発想の転換が必要です(特に市町村)。医療は一村一品運動ではありません。地域に必要な医療を、いかに効率的に提供するかが問題であり、医療圏内外での広域化連携、重点化と個別化の観点が必要です。地域の医療需要をレセプト情報などで把握し、医師の配置に対する立法化、権限付加、財源確保を国に要求、高齢者に配慮した交通体系や、派遣調整機能を有する新しいシステムを導入すべきと考えます。

道が行った研修医へのアンケートでは、一定条件下での地域派遣は多くの研修医が容認しています。総合医の育成、地域枠の活用、自治医大卒業生の支援体制も重要な課題で、これらの条件、課題をクリアする態勢を早急に整備して欲しいと思います。

III. 大学の使命と研修

新医師臨床研修制度の導入以来、大学への入局者が減少し、医師派遣機能が低下、地域医療崩壊の要因の一つと言われています。しかし研修医は、医師としての第一歩を歩み始め、一生にかかわる方向性を見出す時期に、何故大学での研修を敬遠するのでしょうか。私は大学の縦割り制度、日常的症例の少なさ、プライマリ・ケア的要因不足が原因と考えています。医師としての方向性や専門性を決めかねている大多数の研修医達には、決心が付かないのではないかと思います。

この時期の研修は市中病院、専門的方向性を見出した者から大学での研修開始と考えても良いのかも知れません。そして、研究的マインドを有する者が大学に残り切磋琢磨、日常臨床を目指す者は、公的派遣機関に所属、地域医療にあたるのも方法かも知れません。

IV. 診療所開業医師、医師会について

私は田舎の開業医の家に生まれ、24時間365日、町民の診療に携わる両親をみて育ちました。今は国民の専門医志向、大病院志向が進み、その分開業医の比重が軽くなっている気がします。われわれ勤務医としては、何故近くの開業の先生を受診しないのか、疑問が少なくありません。

プライマリ・ケア(一次医療)、療養・介護・在宅医療(地域包括ケア)、住民一人ひとりに密着したホームドクターの役割、これらは勤務医が開業医に望む役割です。医師会は開業医を中心とする医療政策団体ですが、会員相互間、病院との連携などを通じて、こうした領域での体制作りにも強く貢献して欲しいと願っています。

さらに申しますと、誰もが簡単に開業医になれる現状を改め、それなりの資格、基準に適合した医師のみ開業できるようにすべきと思います。開業医として地域医療に果すべき責務は大きいと考えるからです。

V. 病院勤務医について

病院勤務医は、診療科特有の、あるいは所属する病院の地域的、医療的立場によってさまざまな負担が生じます。最近は勤務医の処遇を改善する方法が検討されていますが、何と言っても重要なのは、業務量に応じた医師数と、モチベーション、キャリアアップの保たれる環境だと思っています。専門性が進んだ今日の医療では、全ての病院にフルに医師を配置することは不可能で、重点化と連携構想が不可欠です。

幸いに総合医、地域枠医師の養成が開始され、地域医療のあり方が変わる兆しが芽生えています。住民の身勝手な要求も少しずつ変わりつつありますが、医療の崩壊は地域の崩壊に繋がります。地域全体で効率的、効果的医療を目指す姿勢が必要です。自治体病院では、年功序列主義、定年制の再検討が必須で、誰もが納得できる医療体制作りが急がれています。



“タバ風に吹かれて” ～南松山から8年間を想う

松山医師会 理事
北海道立江差病院 院長
中田 智明

プロローグ～“北海道の医療崩壊”

“医療現場の疲労感、徒労感を直接発信”する企画でご指名を受け大変光栄というか、残念というか…ここ数年多くの公的会議で発言し、議員・首長さん方とこの重すぎる課題を幾度となく議論してきた。ここで明るい建設的意見を改めてとも思ったが、この間を振り返るとその成果の乏しさに愕然とする。したがって本稿では、その思いを取り留めもなく随筆風に書かせていただきたい。

医療崩壊の現場～ここはどこ？

元禄時代関川家が江戸から入植し、370年間道内最古の姥神神宮祭の伝統を守ってきた江差。鱈漁と北前船で“江差の春は江戸にもない”と栄えた江戸～明治期。幕末榎本武揚のオランダ帆船海陽丸が沈んでいる江差湾。一曲で3日間400人以上の参加者が喉を競った50年間続く江差追分全国大会。

当地に単身赴任して丸8年。地域医療の問題が深刻化する様を、まさに現場で目撃し、行政、医師会、大学関係者そして住民との議論の中で明るい展望を求め、意見を言い、現場の声も発し、またお願いにも歩き廻った。雲石峠を越えて札幌から赴任してきた8年前もこの日本海からの季節風（“たば風”）が身に沁みたなあ～。

この地域を愛する人々がいる限り、電気・水道・警察・学校・消防が必要なと同じ意味で生命インフラである医療も当然必要。その地域医療を守る責任はどこに？どこまで採算性を求めるの？いつまで医師個人の義務感・使命感に頼るの？との声も聞こえる。いまだ地域医療問題の合理的解決策を呈示できない、わが国ニッポンは先進国、経済大国、技術立国？医師不足、時間外診療・医師の疲弊、産科・分娩停止、救急医療、不採算地区での不採算医療、住民ニーズと病院経営の矛盾…当院のある南松山に來れば発展途上国並みにすべてが見られますよ、と訴えても同情はされても問題の解決は遠い。

医師不足～何が幸せか？

この西海岸の素晴らしい夕日。積丹海岸に至るソーランラインの夏の美しい海岸線。すぐみつかる源泉掛け流しの温泉。深夜の水平線に並ぶ見事な漁火。札幌・築地もかなわない良質な海産物…でも研修希望者は激減。

何と素晴らしい新医師臨床研修制度の初期の目的“地域に根ざして、臨床医として必要な、一般臨床・救急、プライマリーケアで最低限必要な知識と経験

を涵養すること”。しかし、“パンドラの箱”をあけてしまったその功罪は問わない。いくら目的が高邁でも方法論を間違えば、こうも医療は荒廃するか、とも問わない。ただ、堂々と言える様になったQOML的発想には感謝したい。一人前になるために臨床・研究に没頭し、無我夢中・喜悲こもごも、でも充実していた若いころ。皆がそうした時代だったから何の疑問もなく。しかし、医師間の較差・地域偏在、診療科間較差、世代間の（逆）較差、住・教育環境の…等々が明らかになってくると、歳のせいかなかなか複雑。こうした不利な地域医療に挑戦する若手医師に大いに期待したいが、こうした現状を訴えれば訴えるほど逆効果か、現在苦戦中～初期の研修目的よ何処へ行く？

そうは言っても私自身は8年間も元気に単身赴任させていただいている。この間子供達は皆大学に入り、卒業し立派な仕事に就くめどもたった（感謝）。時期が良かった？本人たちが良かった？父親はいなくても良かった？か定かではない（母は良し）。継続してきた大学での研究・教育も私には心のビタミン。当地で多くの出会いもあったし、文化と自然にも触れた。何より職場のスタッフに大いに支えられた。

医師は孤立を恐れる。何から？最新の医学情報・知識・技術、人間関係、これまでのキャリア？これらを失う、ないしその可能性のある環境を恐れる。患者様を“支える”とういう言葉をあえて“（地域医療を担う）医師を支える”に使いたい。医師一個人に負担を強いる医療は非合理的である。第一線の地域医療・医療過疎地域・不採算医療の現場で頑張る医師を“孤立させない”システム、社会的責任のある・尊敬される職業である医師がそれぞれ応分に“役割と責任”を一定期間分担できるシステム、それが“キャリア”として将来何らかのメリットとなるように評価されるシステム…がもしできれば真の意味で医師が安心して地域で患者を支えられるのでは？

エピローグにかえて

先日某新聞に載った米国の学者の話—今の日本が「低成長時代の生き方を示す手本」？その真意は「経済は衰えても日本人の暮らし向きは悪くない。ささやかな進歩も町にみられ…」。確かにそう悲観しなくても、もっと悲惨な国もあるし、そう損な役割でもないか、仲間はあるし、理解してくれる人もいる、ささやかな楽しみだって…それでも言いたい。医療法第30条でいう“一般的な医療サービス”を提供する二次医療圏を守る、地元で出産できることは、「ささやかな医療」の範疇を超えた過大な望みなのかしら……

どうなる地域医療

深川医師会 副会長
深川市立病院 院長

中 島 功 雄

昭和58年北大医学部卒業後、北大第一内科に入局し、医局の人事で深川市立病院に勤務するようになったのが、平成3年4月ですから、約21年この深川市立病院で地域医療を実践しています。平成13年から、副院長、平成20年から院長として、医師としての仕事のほか、病院経営にも携わって来ました。

多くの地方自治体病院は赤字体質で経営面では、以前から厳しいものがありました。夕張市の財務破綻により、自治体会計は病院も含めた連結決算をするようになって、病院の会計もさらに厳しい改善を迫られるようになりました。(市町村によっては、特例債でもって不良債務を解消している。深川市はそれをせず、自助努力で経営改善することで、がんばっている状況です。)

経営面から考えれば、職員(医師も含めて)給与削減し、医師数の増加で医療収入をあげて、経営改善しようと誰でも考えることと思います。しかし、マスコミでも報道されるように、新医師臨床研修制度の開始とともに、大学医局の人員不足もあって、地方病院から医師が徐々にいなくなりました。そこで、医師給料を下げようものなら、おそらくあっという間に医療過疎になるような状況に陥るのではないかと思います。(同じ給料なら、都市部で働くに決まっています。)

当院での変遷を実数的に見ますと、平成17年の病院新築の頃は(病床数305床:平成17年開院時)常勤医師約30人ほどでしたが、平成24年時は(病床数204床)常勤医師19人まで減少しています。内科医3人減(現在5人)、整形外科は3人減で常勤医不在になって外来のみです。また、他の科も人数減、固定医より外来出張医の派遣のみになっています。こんな中で、地域医療を支えるのは本当に厳しい状況です。

地方自治体病院の使命の一つとして、救急医療の確保です。常勤医が減少した状況で当直業務をこなすのは大変なことです。北空知の人口減少は進んでいます。しかし、医療制度の変化にともなって、病院が診療所に変ったり、有床診療所が入院施設を廃止したりで、急性期の医療、夜間の診療はもう当院のみしか行っていません。したがって医師数が減少しても、当深川市立病院が救急診療をやめられないのが現実です。

国や、道などは、病院の集約化で、効率よく少な

い医師数で医療の確保ができないか考えていましたが、そんなに簡単な話ではないと思います。市町村間の思惑が絡みますので、簡単に集約化は無理だと思っています。最近はドクターヘリを導入して救急搬送を少しずつ行っています。これも北海道の場合は、冬の雪、夜間などは運行できず効率のよいものではありません。ドクタージェットの試験的運航もされていますが、そもそも、空港がない地域では意味のない、無理な話です。

救急医療のことを考えると、なかなかいい案がありません。しかし言えることは、医師の地域偏在に問題があると考えます。(国家試験合格医師数は毎年一定数いるのに、地方公立病院勤務医師数は減少している。)医師が地域に赴任しやすい、勤務しやすい環境を作る必要がありますが、何かシステムの派遣斡旋があればよいと思います。医師は公共性の高い職業でもありますから、一定年限でいいので、地方病院の勤務を義務づける方法も、国は考えてもらいたい。(地方病院に問い合わせのある民間医師斡旋業者の紹介医師とは、なかなか折り合いがつかない場合がほとんどです。バイト感覚で長くは続かない。)

話を戻して、北空知圏のドクター数を考えてみますが、10年前より、約70人前後の深川医師会員数であり、現在も同じくらいです。しかし、当院では10人医師が減少し、夜間診療を分担していた病院、医院がほぼゼロになりましたので、当院にかかる、救急、夜間診療の負担のみが強烈に増加してしまった状態です。(慢性期型病院の医師数は増加している状況はあるが…。)

現状を見れば医師不足というのは地域の中核となる、地方公立病院の医師数の減少が大きくかわっていると考えます。さらに、若いドクターが全然来てくれないので、医師の高齢化が当院では問題になってきています。救急、緊急治療に支障がくると思います。早急に何とかしたいと考えますが、策ありません。

本当にどうなっていくのか不安でいっぱいです。



道北の医療崩壊の現状 と対策—私の提言—

上川北部医師会 副会長
名寄市立総合病院 院長
佐古和廣

医療崩壊には一定の法則性があります。一般的にはまず救急医療から崩壊が始まります。こういう観点で道北の医療を見てみますと、医療崩壊のプロセスに入っていることが危惧されます。名寄市立病院は道北3次医療圏の地方センター病院として、上川北部、宗谷の2つの2次医療圏を医療圏としていますが、救急医療に関する気になるデータお示しします。

- 1) 他の自治体から、名寄市立病院へ地元医療機関を経ないで直接搬送された救急搬送の件数が、2003年の19件から2009年は166件と、6年で約9倍に増加。これは総務省の「傷病者の搬送および受け入れの実施に関する基準」の公布前のデータですから、地域の救急医療への対応力の低下が考えられます。
- 2) 市立稚内病院から名寄市立病院への救急転送件数は、2010年7件から2011年43件に増加しこの大半は循環器疾患です。

「北海道保健医療福祉計画」の中間見直し作業が現在進められていますが、厚生労働省から示された作成指針は、2次医療圏の設定にあたっては人口20万人以下、受療状況で流入が20%未満であり、流出が20%以上は設定の見直しを検討するとなっています。北海道では10医療圏が対象で、宗谷（流出36.6%）も上川北部（流出20.6%）も見直し対象医療圏であります。本来2次医療圏は日常生活圏で医療が完結できるようにと設定されているものです。しかし流出している医療圏の大半は供給がないため、やむなく他の医療圏に行っているのです。人口減少、医師不足のこの時代、2次医療圏ですべての医療を完結とは言いませんが、せめて救急ぐらひは完結できる体制が必要で、そのための医療計画であると思っています。医療格差解消のためドクターヘリを導入したり、国・道もいろいろと対策は立てていますが、宗谷地方においては平成23年11月～24年3月のドクターヘリの運行状況は、要請に対して41%は天候・重複要請等により要請に応じられないという状況です。

さて対策ですが、これまで多くの有識者・関係者が議論をしても解決できないものがそう簡単に解決できるわけではありません。地方の自治体レベルで解決できる問題ではなく、国の強いリーダーシップが必要です。この数年診療報酬等で多少対策は立てられていますが、小手先ではなく抜本的な対策が必要

です。そうでなければ1票の格差どころではない生命の格差になります。以下に医師不足、地域・診療科偏在の対策について私見を述べさせていただきます。

医師養成数

医師の絶対数増加は長期的対策ですが、2012年の医学部入学定員は8,991人と2007年に比較して1,336人増と医科大学13校分の増加になっています。日本医師会の推計では2025年には人口1,000人当たり28人になるとされています。将来の人口動向を考えると現行の対策の継続でよいと考えます。ただ女性医師が医師国家試験合格者の1/3を占めることから、女性医師が仕事を継続できる24時間保育、短時間正規雇用などの労働環境の整備を同時に進めないと、免許取得者は増加しても現場の労働力は改善しないという恐れがあります。平成21年から厚生省は「女性医師就業環境改善緊急対策事業」「短期間正規雇用支援事業」など対策を立てていますが保育については不十分です。これは医師だけではなく、すべての女性がキャリアを継続できる社会環境の整備が日本の喫緊の課題であります。

新医師臨床研修制度の見直し

新医師臨床研修制度は医師育成において一定の成果を上げてしていると評価しています。しかし大学の医局に残る医師が減り、後期研修医・研修終了後医師が都市部に偏在するという弊害を生んだことも事実です。大学医局の医師派遣システムが地方の医師確保には必須でありますので現行の研修制度を維持しながら大学医局の医師を増やす方策を考えなければなりません。北海道では札幌医大と旭川医大からこれから地域枠の卒業生が多数出てきます。この人達が大学を中心とした研修を受け、さらに地方の医療に貢献できるシステムが必要です。たとえば旭川医大は研修医枠は45名しかありません。地域枠の学生が50名いますので溢れる可能性もあります。しかし旭川医大の研修医枠を増やすためにはどこかを削減しなければならずスムーズには行かないと思われます。そこで北海道の研修医枠を3次医療圏毎に設定し、マッチングの中間発表で3次医療圏毎に空いた枠を大学が「たすき掛け」枠として利用できるように変更し、地方の研修病院の「たすき掛け」枠を増やし、大学中心の研修制度に変えます。たすき掛け枠の研修医は、必ずしも枠を借りた病院で研修する必要はなくそれぞれの医療圏内であれば自由に研修病院を選べるようにします。大学が借りる枠は3次医療圏を超え、それぞれの大学が派遣している指導医の数に比例した配分にします。この方法ですと大学から地方への医師派遣が大学の研修医を増やすと言うインセンティブも働きます。もう一つ初期研修医の定員については、研修医数と医学部卒業者数を一致させ、都市部と地方の研修医枠を見直すことも必要と考えています。

後期研修医と専門医制度の見直し

医師の診療科偏在の根本的解決には専門医の定数設定が必要です。日本全体の医療需要に見合った、さらに地域ごとの定数設定が必要です。医療需要はレセプト電算化とDPCによりほぼ把握できています。現在「専門医のあり方に関する検討会」で専門医制度が議論されていますが、この委員会でも第三者機関でも結構ですが、質の担保だけではなく診療科間のバランスのとれた定数にまで踏み込んでいただきたいと思います。後期研修医は専門医の資格の取れる病院に集中しますので、医療需要にあった専門医の定数が決まればそれに合わせて後期研修医は自ずと適正配置になります。すでに外科学会は研修病院の全症例申告を開始しているようですが全学会が足並みを揃えることが必要です。一方、研修病院も指導医のレベルを担保することが必要で、初期研修医が大学に戻り医局に入局し、その見返りに大学から指導医を派遣するというgive and takeの良好な関係を構築することも必要です。これで300床以上の地方の中核病院の医師確保はかなり改善するでしょう。

中規模病院の医師確保

問題はここから外れる病院です。50～200床規模の病院は専門医療を行っているが、研修制度の変更で枠が無くなるとか研修医が集まらないことが想定されます。この部分が将来的に最も医師確保が困難になると予想されます。それぞれの病院の置かれている状況で対策は異なりますが、30km圏内に大規模病院がある場合は、機能分担と広域連携が現実的な解決策と考えます。今後の人口減少と現在の診療報酬体系からこの規模の病院はたとえ医師が確保できたとしても経営的には厳しくなることが予想されますのでその点からも自院の立ち位置を見直すことも必要かと考えます。大規模病院から離れている病院については、地域枠で余力のできた大学からの医師派遣に期待するしかないかと思います。あるいは何らかの強制力を働かさなければならぬかもしれません。たとえば医師免許取得後15年以内の2年間は地方(へき地)勤務を義務付ける様な方法です。地方研修を義務付ける案は一度出て立ち消えになりましたがもう一度再考してはいかがでしょうか。国立大学医学部の医師一人養成に4,000万円の国費が投入されていることを考えれば、少なくとも国立大学出身者についてはそのぐらいの社会貢献は義務付けてもしかるべきかと考えます。

50床以下の病院・診療所の医師確保

50床以下の小規模病院・診療所をカバーするのは19番目の基本領域専門医として現在検討されている総合医かと思います。総合医の比率をどのぐらいにするかは、総合医と専門医の役割分担をどこまで明確にするかにより変わりますので議論が必要と考えます。私の考えでは専門医と総合医の比率は8：2

ぐらいが適切かと思います。中核病院に総合診療科を設置し総合医をプールし、6ヵ月～1年単位で小規模病院・診療所に医師を派遣する仕組みを構築します。現在地域医療再生基金を用い各地でITネットワーク化が進んでいますので、2次医療圏毎に共通電子カルテ化することにより診療の継続性と質の担保が図られます。ただ総合医が第一線に出るまでの間は、現在行われているセンター病院から地域の小規模医療機関への医師派遣システム(地域医療サポートセンター整備事業)の拡大・継続で維持して行きます。センター病院も医師が十分足りているわけではありませんので2名程度の内科系医師の補充が前提となります。

フリーアクセスと開業の制限

日本の医療崩壊の一因としてフリーアクセスの問題もあります。たとえば大都市周辺の市町村からの患者流出は現行のフリーアクセスを保証する限り防ぎようが無く、このことが都市部への医師集中を促進させていると言う意見もあります。夜間休日だけ地元の医療を求め、平日は都市部の医療機関を受診するような自由を容認するか、一定の制限をかけ国民が等しく医療を受ける権利を確保するか、これは国民が選択すべき問題ですが、「受診の自由と平等」をともに保証するという都合の良いものはないことを国民に説明すべきです。また、診療所が都市部に集中していることも日本の特徴で、開業にも一定の規制を設けることも必要と考えます。

以上述べたことは、今回の企画の主旨に合わない国の医療政策に対する提言が多くなりましたが、北海道独自の対策はもうやり尽くした感があります。多くの利害が錯綜するなか改革を断行することは至難の業とは思いますが、これから大きな経済成長も期待できない日本ではすべての国民が少しずつ自分の身を削る覚悟が必要であると思います。



胆振西部地域の医師不足の 現況とその解消への提案

胆振西部医師会
伊達赤十字病院 院長
前田 喜晴

平成16年から始まった新医師臨床研修制度に端を発した全国的な勤務医師不足は、現在に至っても改善の兆しはない。特に東北、北海道の地方病院の機能低下は著しく、地域医療の崩壊は依然として続いている。当院も当初から、大学医局から多くの科で引き揚げを受け、一時は病院の存続が危うくなる程の状況となった。今回、これまでの当院および胆振西部地域の医療崩壊の実情を報告するとともに、医師不足解消のための私なりの考えを提言させてもらう。

当院は、室蘭市から約20kmと隣接した伊達市（人口約3万6千人）にあり、主な診療圏は洞爺湖の周辺にある4市町（人口約5万5千人）である。そのほかに、西は長万部町方面、北は喜茂別町等から来る患者さんも昔から多く、非常に広範な地域で唯一の総合病院、中核病院（374床）として機能してきた。

私が当院に着任した昭和54年当時、すでに年中無休のERのような救急医療を病院の方針として、少ない医師数の中で行っていた。日赤に行けばいつでも診てくれるとの評判が立ち、特に夜間、休日には遠方からも多くの患者さんが来院した。

平成4年からは、胆振西部医師会と共同で当院内に救急センターを開設し、当院医師と医師会員が共同で救急を担うという、大変先駆的な地域救急医療体制を開始し、今日に至っている。その後、医師数は徐々に増加して総数40名となり、救急車搬送台数年間1,500台、救急患者数1万5千人と同規模他病院に比し、はるかに多い患者数を扱うセンターとなっていた。（これが後々、医師の疲弊を招き、医師退職の原因となるのだが。）

ところが、平成16年の新医師臨床研修制度が発端となり、大学医局からの医師引き揚げの嵐が当院に次々と襲ってきて状況は一変する。平成16年4月には、まず整形外科、耳鼻科、次いで泌尿器科と相次いで常勤医不在となった。平成17年には産婦人科、18年には小児科、呼吸器科も医師不在となった。その他、麻酔科や内科系各科も減員となり、医師数は以前の40名から、一時は25名にまで急減した。内科系医師も16名から8名と半減してしまった。分娩も年間約400件を扱っていたが、一時期全く不能となり、小児科入院も同様となった。

大学医局の引き揚げの理由としては、伊達市は室蘭市に車で30分と近いので必要ないだろうというの

がほとんどで、その他、救急医療で専門外の患者さんを診せられるのがストレスで医局員が行きたがらない、という医局もあった。

休診科が続出し、患者数は当然激減し、また、救急も多くの科で不能となり、地域住民の皆様には極めて大変な不便と不安をもたらす事態となった。病院経営も急激に悪化し、巨額の赤字を出すに至り、一気に病院存続の危機の状況に陥った。

病院存続のためには、医師確保しかなく、あらゆる手を尽くして医師確保に奔走した。その結果何とか、整形外科、産婦人科、小児科、耳鼻科、神経内科等で公募、自力での常勤医確保ができ、休診科の再開が進んできている。しかし依然として、呼吸器科、泌尿器科、眼科で常勤医が不在のままであり、医師数も30名前後の回復に止まったままである。

このため、まだ多くの科で時間外、休日の救急を制限して行わざるを得ず、救急車搬送は年約1,000台前後と減少し、救急患者数も約8,000人とほぼ半減したままである。

当院の属する西胆振二次医療圏全体でも、室蘭市の3病院も大なり小なり医師引き揚げを受けており、医師不足の状況が続き、多くの問題が生じている。地域4病院で連携を図り、何とかぎりぎり地域医療を維持しているというのが現状である。特に、呼吸器科、小児科、産婦人科、整形外科、神経内科、膠原病・リウマチ科、循環器内科の医師不足が目立ち、救急医療等の維持が非常に困難となっている。

次に、この約10年間、医師確保に奔走し続けてきた中で、私なりに考えた医療崩壊を解消するための方策を提言したい。

1) 医師養成数の増員

平成20年度から医学部入学定員の増加が行われ、平成24年度入学定員は8,991名となり、平成19年度の7,625名に比べて1,366名の増加となっている（1.18倍）。政府は25年度には、必要な地域では定員140名くらいまで増員するのを許可し、これを平成31年度まで続けるとしている。

日本医師会は、医師過剰となることを恐れて、増員に消極的なようだが、女性医師の増加や、日本では病理医、法医学医、放射線科医、救急医、麻酔科医等が極端に少ないことを考慮すると、さらに増員する必要があると考える。勤務医の過酷な時間外労働もいつまでも許される訳はなく、その解消のためにも増員が必要である。

2) 各専門医の定数の設定（科による偏在の解消）

日本の各科専門医に定数がないのが非常に問題である。どの専門医でも自由に選択できるので、比較的ワーク・ライフ・バランスの良好な科に偏在し、外科、産婦人科等のきつい科が敬遠される傾向が顕著になっている。

各専門医の代表的疾患や手術の日本における年間

総数を把握して、そこから逆算して必要専門医数を決めるべきである。

3) 医師の地域偏在の解消

研修医、専門医、開業医の大都市への偏在がますます進んでいる。大学医局の医局員確保の力が衰えた結果でもあるが、今更以前の医局に戻ることはまずないと考えている。今の若い医師が無給、薄給の医局員で我慢するメリットは少なく、博士号の取得の魅力もないと考えるのも不思議ではない。

医師の大都市の大病院への志向は根強いものがあり、特に急増しつつある女性医師にその傾向が強く、偏在の解消はなかなか難しいものがある。旭川医大、札幌医大ですでに行われている地域枠の学生募集は有力な方法と考える。これまでのように半数近くの卒業生が北海道を離れて本州の病院に行ってしまうというのは、北海道の医療にとっては大変なマイナスと考える。

このままでは、医師の地方病院勤務の義務化や都市での自由開業の制限といった、強制的な方法を取らざるを得なくなる可能性もあると考える。

4) 総合内科医、家庭医専門医の養成

今日のように、あまりに細分化した臓器別専門医は、先に述べた定員の問題の他に、大病院においてすら全身的、全人的医療のできる医師が少ないために、多臓器の病気を抱えた高齢患者の急増に伴いいろいろな問題が生じているといわれる。

地方中・小規模病院は、このような多種の専門医をすべて揃えることは今後も不可能であり、特に内科系では、総合内科医が中心となって運営するしかないと考える。

医療界全体で、これまでの認識を改めて、総合医、家庭医の養成に力を入れて行くべきと考える。

5) 北海道での病院の集約化

北海道は、その広大な面積と冬の積雪による交通の便の悪さから、ほぼ全市町村に自治体病院等が設置されてきた歴史がある。現在、病院数は減少傾向にあるとはいえ、まだ600近くの病院があり、全国的に見ても明らかに過剰である。その上、人口の過疎化により、多くの自治体病院が赤字経営に陥り、自治体財政悪化の主因となっている地域も多い。

昔に比べて交通の便も格段に良くなっており、ドクターヘリの運用も進捗しつつあるので、道庁のリーダーシップでの思い切った病院の集約化が、医師不足、偏在の解消のために絶対必要である。

特に問題なのは、人口20万人以下、10万人以下の市に、同じような規模と機能の病院が複数存在する所が非常に多いことである。これを1カ所か2カ所に集約すれば医師数も倍増し、新型救命救急センターなら新設でき、より高度な医療を提供可能となるはずなのだが、一向に進まない。結局どの病院も中途半端な機能のままに止まり、その上、勤務医の当直、時間外勤務を増やして疲弊を招き、退職医師が後を絶たないといった悪循環に陥っている。

各二次医療圏で、ほぼ完結できるような医療体制をつくる必要がある。それができると札幌市の病院にわざわざ遠方から行く患者さんは減少し、結果、札幌市の病院も少なくなり、医師の偏在も改善していくと考える。

以上、地方の医療崩壊の解消のための私見を述べさせていただきました。

電子メールによる会員への情報提供について

— メールアドレスの登録 —

◇情報広報部◇

本会では、インターネットを利用し、電子メールにより緊急性の高い情報を、会員の皆様に送信提供しております。対象は当会の電子メールアドレス利用者全員と他プロバイダの電子メールアドレスをお持ちになっていて、本会にアドレスを登録している会員です。

他プロバイダの電子メールアドレスの登録につきましては、随時受け付けておりますので、是非ご登録いただきたくご案内いたします。

●電子メールアドレスの登録方法

電子メールで、ご氏名、登録メールアドレスを明記のうえ、下記宛お送りください。

・申込先メールアドレス：add@m.doui.jp



離島の地から思うこと

北海道立焼尻診療所 所長

貞本 晃 一

私が、現在勤務する診療所は道北、羽幌町の離島、焼尻島に存在します。

島の名前をご存じの先生は多いと思いますが、訪れた方はほとんどいないのではないかと思います。周囲12km、人口250人、高齢化率52%、5年後には7割以上の定期通院中の患者が80歳以上になることが予想されますが、介護施設、入院施設がない当地でこの状況に至るまで高齢者が島に踏み止まれるとは思えません。昭和30年代には3,000人が住んでいたこともあったようですが、今は極限の限界集落と言わざるを得ません。

私がこの島に勤務するのは今回で2回目、1回目は平成19年6月から21年9月まででした。当時は全国的に医師不足のピークで、保健福祉部技監として勤務していた道庁には道内各地から医師派遣要請が連日のように有りました。手持ちの駒という失礼ですが、自治医大の義務年限中の医師と一本釣りで採用した本州出身のドクターのみでは医師派遣要請に応えるには如何ともしがたく、三医科大学・医学部行脚の毎日だったことを思い出します。

平成11年当時、新しい臨床研修制度が導入され、大学の医局制度が大きく変わり、地域への医師の派遣体制が大きく変わることが予想されていました。臨床研修制度導入後に予想される今まで以上の医師不足への対応策として、当時廃止が検討されていた札幌市清田区にあった道立北野病院を、僻地に勤務する医師の研修・ローテーションの拠点としての役割を担う「地域医療研修センター」として活用する企画案を部に提出しました。当時の私は部の医療参事（課長職）でしたが、稚拙な企画書を片手に、単身道医師会の当時の会長のご自宅まで押しかけたり、札幌市医師会の理事会で「研修センター構想」の説明をさせていただき、理事の先生方から手厳しい批判を受け、すごすごと帰ったことを思い出します。今思えば若気の至り、顔から火が出るほど恥ずかしい思い出です。私の好きな言葉は「念ずれば通ず」ですが、その思いが通じたのか紆余曲折のあけく、北野病院は北海道厚生連が引き継ぐこととなり、曲がりなりにも「地域医療研修センター」が立ち上がりました。私は上司からそのセンターの立ち上げの支援を命ぜられ、2年間、同センターの副院長（兼センター長？）として派遣され、病院の改築、スタッフの確保、研修医の募集等に携わりました。一応、形の上では思いが叶ったようにも見えますが、

現実は「研修センター」の名前には程遠いものでした。病院の改修工事が竣工して2週間も経たないうちに看板から「研修センター」の文字が削り取られるのを目の当たりにし、はらわたが煮えくりかえるほど悔しい思いをしたのが忘れられません。なかなか研修医が集まらず、やっと確保した研修医も、そのアパートまで何度となく「生存確認」に行かなければならないような人物で、医師確保の困難さを痛感させられました。2年後に私が道に戻ってからは「研修センター」は事実上開店休業状態、道医師会理事会で「研修センター」事業の経過説明を求められた際に、理事会の席で不遜にも「道としては一石三鳥だった」と申し上げ響感を買ったのを思い出します。ちなみに一石三鳥とは、道として医師確保対策に尽力しているというポーズが示せたこと、単に取り壊せば1億円以上の解体費用がかかる古ぼけた病院から年間数千万の賃料収入を得たこと、私の給料を派遣先に出してもらったこと、組合対策ができたこと…etc。部の幹部の中には「一石八鳥」とまで言った者がいたとかいないとか。

最終的には収まるところに収まったというべきか、研修センターは廃院となり、私と、研修センターの運営に直接・間接に協力していただいた自治医大OBの先生方以外の関係者が、それぞれに当初の目的を果たした結末となりました。なぜ研修センターは失敗したのか、今この最果ての地で振り返ってみると、「医師不足」という事態が本当に存在したのだろうかとのパラドキシカルな疑問すら湧いてきます。「敗軍の将、兵を語らず」と言いますが、今から思えば、計画の熟度が低かったこと、力不足・努力不足も認めざるを得ません。もっとも、私は「将」ではなく、特攻隊長かせいぜい下級士官程度でしたが、計画（作戦）の直接の責任者ではありませんでした。戦略として取り組むべき課題に下級士官の局地戦で戦っては当初から勝ち目は無かったのでしょうか。局地戦は今でも継続中です。ただし人海戦術（地域枠）が加わりましたが、「いない、探す、またいなくなる」の消耗戦に変わりはありません。

焼尻の2回目の赴任は2012年4月からです。今回も天売・焼尻の医師が確保できないという事情があったことがその理由の一つですが、1回目の赴任の時とは異なり私は道の医師確保対策とは無縁の立場（北海道立心身障害者総合相談所長）でしたので、1医師としてこの地での勤務を希望して赴任しました。無理をせず島民の健康を守ることに多少でもお役に立てればと思っています。

田舎の診療所で思うこと

深川医師会 理事
北竜町立診療所 所長
浦本 幸彦

僕の住んでいる北竜町は人口約2,000人で自然豊かな農業の町です。地理的かつ行政区分的な理由から深川市、妹背牛町、秩父別町、沼田町と共に北空知医療圏を形成しています。深川市には基幹病院である深川市立病院と十数軒の医療機関があり、その他の町にはひとつずつの医療機関があります。

仕事の上で気になることと言えば、紹介の事と休日診療の事でしょうか。診療所には入院施設はありませんが町内には特老（80名入所）があります。一般外来と特老嘱託医の二枚看板です。1次医療機関としてのんびりとはしていますが、油断しそうな日常診療の中に時折ホンモノが隠れています。高齢者が多いので当然といえば当然です。また急変も多く勤務時間内でも外でも2次、3次医療機関への紹介があります。

紹介の際に一番気を使うことは、時間外の受け入れ病院への依頼です。時間外診療で救急症例に出合いますと緊急性の有無やなるべく正確な診断を即座に判断し搬送の準備をしなければなりません。いわゆる「みたて」です。1次医療機関の医者の実力テストです。更に高次医療機関が人手不足と過剰労働で疲弊していることは承知しています。電話口で疲れて辛そうなドクターに仕事を押し付けるわけですし、貴重な医療資源である高次医療機関を無駄遣いすることはできませんから、尚一層慎重に成らざるを得ません。患者さんのことを考えつつ搬送先の病院にも気を使いつつ「よいみたて」をしなければいけません。学生時代はテストが嫌い（もちろん成績は良いはずもなく）学校を卒業し、やっとテストとおさらばだと思ったら、抜き打ち実力テストの日々です。甘い考えをした罰でしょう。背負っていきます。紹介の問題については自分の薄っぺらな実力を向上させる事と高次医療機関の充実が解決の糸口でしょうか。

休日診療についてですが、これには苦い思い出があります。当地に赴任してきて、14年経過しました。当初夜間も休日もすべて受けていました。診療所にかかった電話は僕の携帯電話に直接転送されました。それが地域住民のためであり、僕の仕事だと思っていました。夜間や休日の電話のほとんどが緊急性のないものでした。仕事の都合で早朝や夜間、休日に受診するわけです。また軽い症状でもいつでも診て貰えるため安易に時間外に受診するようになりました。数年後には笑顔がなくなり仕事が苦痛に



なりました。

役場の方とも相談し、決断するまでは少し時間がかかりましたが、時間外の電話対応を中止しました。当初は罪悪感がつきまとい、町民が自分の悪口を言うのではと怯えていました（そりゃ、重症だったね）。陸の孤島ではなく他の医療機関に車だと20分で行けますし、本当に救急なら当院に寄る時間は無駄だと、思うようにしました。

結果、町民はやや不便になりました。僕はといえば時間の経過と共に気持ちが徐々に楽になりました。笑顔も戻り仕事もまた楽しくなってきました。しかし心の隅っこでは、僕の代わりにどなたかが僕の仕事をしてくれているわけであり、時間外の患者さんの不安を取り除く仕事も放棄しているわけで、心底落ち着いたという感覚はありませんでした。

仕事に張り合いが出てきたら不思議なもので、時間外の電話もつなぐようになりました。一時期時間外対応をしないことが知れわたったせいか、いわゆるコンビニ受診は減り正当な？時間外受診が多くなり精神的にもそれほどつらくはありません。

その後、北空知医療圏の基幹病院である深川市立病院の医師数の減少が問題となりました。ぼくがサボった分、基幹病院の先生にご迷惑をお掛けしていたはずです。他人事ではない問題でした。深川医師会が中心となり対応策を練り北空知全体で医療を守ろうとの意識の下、新しい休日診療体制を作りました。元来患者さんは大病院志向で、基幹病院への患者集中も問題になっていましたが、逆転の発想で開業の先生達が基幹病院に出向き、日曜休日の日勤診療を行っています。僕も年に8回日曜日に深川市立病院に出向いて診療をしています。それで更にサボりの罪の意識は軽くなっています。

一つ一つの医療機関単位だと責務の多さに潰される場合もあるでしょうが、北空知のように、ひとつの医療圏単位で皆が協力し休日医療を守っていく作戦は成功なのではないでしょうか。未完成の部分は、全員参加を強制できず、一部の医師は問題解決に参加していません（マイナーな診療科は別です）。

予想していなかったいい点もありました。基幹病院の勤務医の先生の負担を軽くするという面もありますので、開業医と勤務医の先生方のコミュニケーションが円滑になりました。紹介の際にも良い効果が出ています。また医師会が主導で実践していますので、医師会活動に自信ができました。会費を納め雑務が回ってくる、損しているか得しているかわからない活動が、実は社会で誰かがやらねばならない大切な仕事であり、僕ら同業者の利益のための互助会の姿そのものだと気付いたからです。



北海道の地域医療崩壊の危機および 医師の偏在とその対策に関して

上川郡中央医師会 理事
ぴっぷクリニック 院長
加藤 一 哉

社会保障・税一体改革関連法案が成立し、小泉政権から始まった医療改悪は、民主党政権により、ついに医療崩壊へと大きく踏み出した感がある。本稿では、北海道の地域医療崩壊の危機について述べるとともに、医師の偏在について私見を述べてみたい。



私は旭川市の近郊、比布町で町立民営形式19床の有床診療所を経営しておりますが、北海道の地方医療の例に漏れず、人口減少・受診抑制による経営悪化の状態にあるといえます。町立民営といえども、大型機器（X線関連）の更新と建物の大型修理に関してのみ補助を受けるため、その他については自費の更新です。最近では透視棟建設（内部機材は自費で購入）と16列ヘリカルCTが公費にて更新されましたが、これらの維持費は膨大です。全てを自前で処理していかなければならない個人開業医の場合、高価な機器導入・維持管理は不可能と思われます。その結果、日常の診察・診断等に大変に苦慮されているのではないかと思います。私は、基本的に地方の患者（住民）の皆様でも、都市部と同じレベルの診療を受ける権利があると思っております。従って最低限の医療機器は、ある程度の医療レベルを保つために必要なのですが、これらの機器購入・維持管理には莫大な費用が伴います。これら費用は病医院経営の黒字部分から捻出されるものなのです。さらにまたこれらのハード面の経費だけではなく、人的資源も同様に重要で、病院経営に大きな影響を及ぼします。当院では、このような理念のもとに日夜頑張ってきましたが、1年前から手術室担当看護師が不在となり、数々に消化器外科手術、内視鏡外科手術の日本のパイオニアの一人として手術を手がけ、日本外科学会関連施設にも登録されてきたクリニックが、いま手術ができない状態が発生しております。また、病棟の看護師数もぎりぎりの状態にあり、今後一人でも欠けると病棟閉鎖へと追い込まれます。これが、地域医療の厳しい現状なのです。

『中医協における有床診療所の入院基本料検討に関する要望』と題した要望書が日医の有床診療所に関する検討委員会から提出されたように、1990年に約1万4,000施設あった有床診療所（以下、有床診）は減少の一途をたどり2012年には9,600施設となりました。病床数にすると27万床が12万8,000床となり半減したこととなります。地域密着型医療施設の役割を果たしていくために、独自の診療報酬体系が必

要なことを提言しています。厚労省も有床診の役割を理解しつつあり、地域包括ケアシステムの中での役割を期待されているが、病床を維持できるような経営基盤が整えられなければ、その役割を果たすことはできないとしています。しかしながら昭和の初期から国民の健康を底辺で支えてきた有床診が、いまや崩壊寸前です。そして地域医療・救急医療にも大きく影響が出始めています。その原因は多岐にわたりますが、良くも悪くもあった大学の医局制度崩壊による地域の医師不足、看護師を含む医療スタッフの慢性的な不足、さらに有床診の低い入院基本料による経営続行不能状態にあると思われます。これまで医療従事者は使命感・正義・誠意・自己犠牲を基軸に医療奉仕の精神でなんとかやってきましたが、すべての状況が悪化しこれらの難局を打破するすべを失ったのです。特筆すべきは、看護師・准看護師の慢性的な不足状態です。地方都市やその周辺町村地域では、准看護師でさえ確保が困難となっている大変な状況です。准看護師は看護師養成の応急の対策を求める社会保障制度審議会の“社会保障制度に関する勧告”を受け1951年に設立され、その後は地域医師会がその養成に大きな役割を果たし准看護師を増やしてきました。地域医療を担っている多くの有床診においては准看護師の役割は大きく、現場を支えているのが現状です。

さらに、追い打ちをかけるように今年の診療報酬改定において栄養管理加算が廃止され、病床に管理栄養士の配置が義務化されました。要件を満たさない場合の経過措置は2014年3月までであり、それ以降は病床を閉鎖しなければならず、北海道のまとめた道内有床診における管理栄養士の配置状況によると栄養管理加算を届け出ているのはわずか41施設（8.3%）でした。すなわち、あと2年以内に管理栄養士を獲得できなければ、病床閉鎖しなければならないことになり、その結果相当数の有床診が閉鎖に追い込まれるという可能性があります。これは、非常に由々しき問題で、厚労省は有床診の役割を理解しつつあり、地域包括ケアシステムの中での役割を期待していることと矛盾いたします。

最後に述べますと、道内の医師不足・偏在は相変わらずです。人口10万対医師数はわずかながら増加傾向にありますが、官民挙げての必死の対策はまだ当分必要です。地域枠を使った入学者の卒業に期待するしかありません。しかしながら、現在は研修医制度のため、地方病院は自前で研修医を発掘しなければなりません。医局制度崩壊の結果による地域の医師不足問題です。研修医は地方に魅力を感じないし、地方病院への勤務義務もないのです。当然ながら、大病院のある都市部にて研修を希望しますので、都市に集中するでしょう。地方勤務の意思がない上に、過去のような医局による強制力がない限りこの

問題は永遠に解決しないでしょう。これらの状況を打破するために重要なことは、国および地域で、医療資源・人口動態・地理的要素などの地域特性を踏まえ、医療提供者・住民・行政が一丸となって医療体制を保持・構築してことが必要となります。これ

らが解決に向かわない限り、今後の地方の医療崩壊は加速度的に進むでしょう。これらの非常に厳しい現実を北海道民および日本国民全員が理解してくれることを願っています。

妹背牛診療所の現況と提言

深川医師会
妹背牛診療所 所長
鍋田 光 一

私が妹背牛診療所に7人目の院長として就任したのが平成20年8月1日ですから、既に4年を過ぎました。妹背牛国民健康保険病院が妹背牛診療所としてスタートしたのが平成14年10月。私までの6年間に6人の医師が勤務していたこととなります。先人の就任期間に差こそあれ、それまで続いていた診療所の医師確保が難しく存続が危ぶまれた時に、たまたま私が就任したという形になります。

今回の原稿依頼が「北海道の医療崩壊の現状報告と、医師不足、医師の偏在を解消するには今何をなすべきかの提案」そのために、「医療現場の疲労感、徒労感を直接発言してもらうのが、解決のための小さな一歩となり、事態打開のための大きな一歩につながる」ということですが、先に記しましたように、私はこの地に4年以上勤務し、さらに今、辞める予定もない。ということは、正直言って「医療現場の疲労感・徒労感」と言うものを、現在感じなくても良い「環境」にあるということになります。

逆に言うと、その環境がなければ長く勤務し続けることができなかつたであろうと、推定されます。

「環境」と言うと、受け入れ側の条件のみを考えがちですが、この場合の環境と言うのは医師の履歴をも含めた広い意味合いを持ちます。

以下にその環境のエレメントの代表的なところを記載します。

(1) プライマリーケア—医師

私の持っている資格が、日本外科学会認定医、日本消化器外科学会認定医、日本乳癌学会認定医・乳腺専門医と言うように、私は外科医です。札幌医科大学をはじめ、その他の大きな病院に勤務いたしましたが、その後、26年間、札幌市の町医者として働いてきました。専門病院が今ほど無かつた当時としては、外科と名前が付いていても、あらゆる科の患者さんが受診してきました。期待に応えるために、ミスのないように、こちらもかなり勉強しました。その時の経験が自分をプライマリーケアのできる医

師に育ててくれたのだと思います。そのため、あらゆる病気の患者さんが受診する診療所において、気持ちに余裕を持って診療することができたということです。

そういう見地から言うと、2004年4月から義務化された新卒医師の臨床研修制度は一步を踏み出したということになりますが、現制度では大きな都市での研修を希望する研修医が増え、地方との差は歴然としています。地方枠を作り、多くの研修生を呼び込める体制をとり、将来的に地方に目を向ける医師を期待する素地ができればと考えます。

(2) 連携

次に、自分の専門外の患者さんが来院し、しかもその病状が重症だと診断したとき、入院も含めて、より良い治療を受けてもらうための紹介病院が確保できているかどうか重要です。私の場合は、札幌医科大学卒・道内勤務であったことから、近隣に知人の医師もいて、また、幸いなことに、その他の病院においても、連携ができています。自分の患者さんのその後を知る上で、また退院後のより良い治療を提供する上でも、大いに安心しうる環境と言えます。

これが、例えば北海道と何の関係もない医師が赴任した場合どうであろうか。そういった場合は、言うまでもなく、近隣の町村、医師会の全面的支援が必須となります。相談窓口が多いに越したことはありません。機能するネットワークがより充実されればと思います。

(3) その他に：へき地で勤務する医師の育成

「環境」からはずれますが、より多くの医師の育成は考える価値があると思います。

現在、自治医科大学をはじめとして学費を提供する代わりに地域で数年勤務するという形は取られています。それでもへき地の医師が不足しているのが現状です。医師となる資質を備えていながら、経済的理由からそれがかなわないという学生に、今より数多く全面的支援を考えてはどうでしょうか。無論、医師になったあと金子での返金は無し。あくまでも数年、へき地で勤務するという条件ですが。

これは、へき地の医師不足対策というだけでなく、優秀な人材を埋もれさせることなく、日本の知的財産を日本人で育て、守っていく一端になるのではと考えるからです。



へき地医療の20年

苫小牧市医師会 副議長
あつまクリニック 理事長

小林 孝

約40年間、北海道で医療に携わり、その半分はへき地医療に従事してきました。地域住民には、いつでも安心してかかれる医師、医療機関が必要です。医療提供側としても、まずは現地に張り付いて地域に溶け込み、そしてしっかりとした医療チームを作り上げ、技量のアップを目指すことが必須です。そのためにも次の7つの項目について、自らのへき地医療での経験と実感から意見を述べたいと思います。羅列的で恐縮です。

1) 医療供給体制と質の確保

当院は、札幌の3病院から専門医および総合診療医の派遣を受け入れ、道や町からは出張医手当ての一部を支給していただくなど、人材面、財政面で支援を受けている。また、看護師をはじめとした優秀なスタッフにも恵まれているが、時間外・休日対応があるため、無理をかけているのは否めない。スタッフに大きな負担がかかることは医療の質の低下につながるため、無理のない医療体制を作り上げることが、重要である。

2) 望まれる総合診療医の育成

地域にはあらゆる疾病をかかえた人が居て来院するため、広い知識と常識的な医療技術が要求される。したがって、総合診療医は非常に有用と実感している。当院では毎年医学生8名を迎え、住民健診、地域の特性、地域医療の現状を見ていただいている。彼らが総合診療科的知識を獲得して、へき地医療の現場に参入してくれれば、全道の医療は一変するものと夢見ている。

3) 病診連携

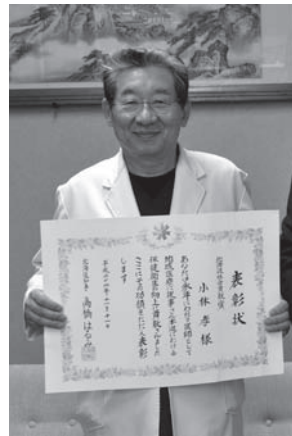
緊急患者、原因不明患者など専門的医療を必要とする患者を紹介することが多い。紹介された医師には、「教えてやる」という気持ちでもいいので教育的立場をとっていただきたい。ある程度落ち着いた段階で紹介元に戻し、一緒に経過を診させてほしい。それが地域医療のレベルアップにつながると思う。

4) 医療機関と地域住民との齟齬

地域医療において一番困難なことが、住民との交流かもしれない。本質的な優しさが問われるが、度をこさないように身の程を知ることも必要。

5) 地域との連携

今後、増加が見込まれる在宅医療、看取り医療などに際して、救急隊、福祉施設、行政との連携の緊密さは重要であると考えます。



6) 医療過疎

胆振東部の地域では医療過疎が進んでいるようだが、後継者の問題があると考えます。長年、地域医療の中心であった先生が高齢になり、うまく引き継ぎができないことが挙げられる。私も前期高齢者の一員となり、いつ辞めるかなど「引き際」

を常に考えている。当院も同じ問題を抱えている。

7) 労働密度

3Kと言われる医療分野に飛び込んだ団塊世代は多く、私も当直、日勤を連続したことは幾度もある。初めはポケットベル、最近は携帯電話を猫の鈴のように持ち歩いている。これは「医の道」を選んだ者の宿命だとは思いますが、正しい労働の形だとは思っていない。ちなみに、どの程度働いて、どの程度の疲労度なのか、メンタルテストしてみたが異常なし。ただし、みんなが私のようなワーカホリックなわけではない。したがって、労働環境の向上なしには、医療分野の未来は暗い。



最後に。次の文章は、苫小牧民報社のコラム「ゆのみ」で連載させていただいている『地域医療こぼれ話』(2012年8月27日)です。私の住む厚真町での取り組み状況についてですが、どの地方の医療機関も似たような状況にあると思うので、ご参考まで。



当院は、常勤医2名、札幌の3病院よりの応援を得て診療に当たっている。医師不足の今日、複数の医師の確保ができているのは、北海道の地域医療支援、さらには町の支援を受けていることが大きな要因と思う。業務内容は、通常の日常診療の他に、時間外診療や、土・日の医療相談にも可能な範囲で応じている。さらに数千例の予防接種、学校医、産業医、千件におよぶ住民健診、介護保険認定会議、検死等々。その他に夜間急病センターへの派遣。往診件数は年間数百件に達し、今なお増加中である。今回は当院の救急医療について紹介したい。

緊急患者が搬送されてくると、町の診療所はテナワヤンヤとなる。通常の外来患者さんにはしばし待っていただき、応急処置をしながら二次病院への搬送の必要性を判断しなければならない。超緊急時には、応急手当をし、救急車を出發させて、その後紹介状をファックスで送る。より重症な患者には看護師、医師が同乗することもある。当該地域の救急隊員には救急救命士が配置され、連携が良好なので心強い。

けがは見た目では重症度の判定が付きやすく、自力

で歩いてきた患者さんの場合はほっとする。脳卒中患者は、発病数時間内に適切な薬剤注射で回復することがあるので、速やかに搬送する。一番緊張するのは心臓病で、中でも心筋梗塞は見逃してはならない疾患である。診察中に心停止し、搬送前に人工呼吸、心臓マッサージを行ったこともあった。

限られた設備、人手で対応せざるを得ないのは、長年にわたる救急医療の課題である。医師に必要なことは肩の力を抜き、どっしりと構えること、そして、願わくはベストコンディションでいることではないかと思う。

今までで一番ありがたいと感じている 旭川赤十字病院の地域連携科・地域連携 ホットラインについて

上川郡中央医師会 監事
愛別診療所 所長

椎名弘忠

この度、北海道医報において「北海道の医療崩壊を立て直す」をテーマに特集を組むことになったので、へき地医療の現場に携わる私に、医師不足、医師の偏在を解消する提案なり、日頃感じている疑問や意見などを書くようにと命ぜられた。

正直なところ、医療崩壊については自分のことで精いっぱいだったのと、直接影響を受けなかったため、知っているという程度で深くは考えていなかった。すなわち、2004年から始まった新医師臨床研修制度が原因となり、大学医局の医師数減少、関連病院への医師派遣機能の低下、さらに地方から大学への医師の引き上げ、と続き、地方の医療崩壊に繋がった、との認識である。

それ以前から、先進国と比較しても医師数は絶対的に少なく、高齢化率に医師の増加が伴っていない（高齢者ほど病院に行く頻度が高い）という状況にあった。これはOECD Health Dataを参照すると明らかだ、過去にアメリカの国務長官、ヒラリー・クリントンが日本の医療制度を研究した際、「この制度は日本の医師達の聖職者並みの献身的な努力によって支えられている」と言わしめた。しかし医師達は人間の命に関わる仕事をし、地域の保健福祉活動も担ってきた。人々に感謝され、尊敬され、仕事が大変なのは当たり前だと頑張ってきた。

それでも医療費は抑制され、国からも、国民からもそれが当たり前のように受け取られ、さらなる完璧を求められ、社会的地位が低下したのを感じ、精神的な支えを失ったかのように見える。

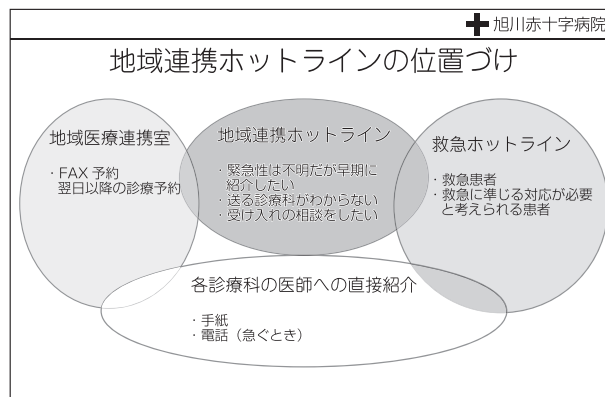
これが本当の医療崩壊の原因かもしれない。

■地方のプライマリーケアを希望する医師たちが増えるために

時々若い医師の中にも、地方でプライマリーケアをしたいと考える人がいる。最初に私の置かれている状況を説明させていただく。

・子供の頃に危うく死にかけたのを、近くの開業医

- の先生に助けられた。町医者が私のヒーローとなり、自分自身が町医者となる夢を実現した。
- ・30年前、旭川市から北へ34km、人口・約6,500人の農村地帯、今は“きのこの里”で知られている愛別町にて開業（公設民営）。当時はもう一人、北大第1外科出身の寺戸先生が開業されていた（13年前に閉院）。
- ・私は若く、張り切っていて、少々寝不足でも元気だった。しかし今では疲れ果て、燃え尽きた感がある。
- ・現在の人口は約3,300人、高齢化率38%、独居老人と老人2人世帯420。診療所は有床で、医療型療養



ベッド8床・一般病床11床。入院があるのは精神的、身体的、経済的に大変だが、セーフティーネットとして住民に必要と考え、維持している。赤字のため、町より人件費として補助金を貰っている。

地方のプライマリーケアをする場合に病診連携は不可欠で、私が長い間診療をしてきて最もありがたいと感じているのは、旭川赤十字病院の地域医療連携室、および、地域連携ホットラインである。その位置づけを旭川赤十字病院の資料を借りて示す。

この中の『緊急性は不明だが早期に紹介したい・送る診療科が判らない・受け入れの相談をしたい』の部分である。ホットラインは登録医と地域医療連携室とが24時間直接繋がる電話で、いつも素早く対応してくれる。2次あるいは3次医療圏でこのような中核病院のサポートがあると、地方の病院は本当に助かるし、地方での診療を希望する医師が増えてくると考えている。

以上、取りとめのない事を書きましたが、終わりとします。



留寿都診療所の ワークシェア

羊蹄医師会
留寿都診療所 所長
糸 矢 宏 志

私は現在、人口1,900人程の留寿都村の村立診療所に勤務しています。入院ベッドのない、外来・在宅診療のみの診療所です。この規模の市町村立無床診療所なら、大抵医師一人で診療していることが多いのではないのでしょうか。私がかつて勤務していた村立島牧診療所もそうでした。しかし、当診療所はもう一人（大泉樹医師）と二人で、診療日を完全に半分わけにして診療しています。要するに毎月半分しか留寿都診療所で仕事をしていないということです。

診療所に出ない日は、各自が自由に使うことができます。私は以下のように利用しています。①道内の医師不足で困っている医療機関へ診療や当直の支援に行く、②家や家族にかかわるさまざまなこと（特に平日にゆっくり銀行や役場へ行けるのが良い）、③家庭菜園、④ストレス解消、健康増進のためのトレーニング、⑤趣味の読書など。一方、大泉医師は海外保健協力を行うNPO「どさんこ」の代表を務めており、東日本大震災の被災地やカンボジアやネパールでの支援のために診療所勤務でない日を使っているようです。

二人でワークシェアする利点のほんの一部ですが、以下に紹介します。①診療担当の交代日には気になる患者の申し送りをするが、その際に対応に悩んだ症例について相談できる、②健診の画像診断のダブルチェックができる、③村内唯一の医療機関の医師でありながら、当番でない日は急患で呼ばれる心配なく自宅ゆっくりできる、④毎月確実に数日は平日に休みがとれるし、子供の行事などに予定を空けておくことが容易にできる、⑤緊急時（例えば家族や自分の急病など）に仕事を代わってもらえる、⑥他の医療機関を支援に行くことで、普段出合うことのない症例に遭遇して勉強になる。その上、支援先の医療機関からとても感謝される。

大泉医師が一人で診療していた診療所に、5年前に私が合流する形でこのようなワークシェアが始まりました。「一つの村を一人で24時間365日責任を持つ」という大変さをお互いよく理解していたので、お互いにとって願ったり叶ったりの仕事環境になりました。大泉医師がそれまで一人でもらっていた村からの報酬を二人で半分ずつ分けることにしたため、収入は少なめなのが唯一の難点でしょうか。しかし、セレブな生活はできなくてもそれなりに心豊かに生活できているように思います。



今、へき地医療で何が 起こっているのか？

羊蹄医師会
ニセコ医院 理事長
河 合 貴 之

地域医療崩壊と言われますが、それを体験することにはさほど時間は要しませんでした。

私は特別介護老人ホームの嘱託医になっていますが、そこでも、看護師不足の事態に陥ってしまいました。50人入所している施設に看護師2人で日勤、夜間オンコールと振り分けていました。看護師2人24時間体制で、入所者を診ていくのは体力的に限界にきており、土日は看護師不在の状況が出てくるため、自ずと私もオンコール体制に組み込まれました。

50人くらい入所の特別介護老人ホームも元気な方ばかりではなく、その事態はすぐに起こりました。吐血です。大量に吐血したため、緊急にて内視鏡が必要と考えました。早速近医（車で30分位）の病院に電話し患者受け入れを頼みましたが、内視鏡医がないとのことで断られました。そこで車にて1時間位の別の病院に電話しましたが、やはり内視鏡医がないとのことで断られました。やむなく、車で1時間半から2時間かかる病院に電話しましたが、「そういう状態なら近くの病院の方が良いので別の病院へお願いして下さい」と言われてしまいました。その後2、3件電話し、やっとのことで受け入れOKの病院を見つけました。それまでに約1時間半位たっておりまして。患者の発症から病院についた時間まで約3、4時間の空白をつくっております。幸い患者はマロリーワイスによる吐血で、検査時には止血されており事なきを得ましたが、これがアクティブな出血であれば恐らく患者は助からなかったでしょう。

10分でも救急車が遅れ、病院の到着が遅れて新聞沙汰になる東京と比べ、発症から3時間かかっても何も問題にならない環境は、実に田舎の患者はかわいそうだなとつくづく思いながら、帰りの救急車の中で、今回の出来事を振り返ってみました。現代の医療は病院それぞれの専門性が高くなり、自分の専門分野以外の患者であれば診ることができなくなっています。これは医療過誤にもつながり、すぐ新聞や雑誌でとりあげられてしまう環境が一つの要因となっていると思います。昔からここで開業している外科出身の父は、お産も経験しており、あらゆる分野の患者を診たと言っております。それが今の社会のニーズに合致しているとは思いませんが、専門医の育成のみならず、そういう総合医を育てることも必要ではないのでしょうか。

へき地医療を続けながら 思うこと

日高医師会
えりも町国保診療所 所長
渡 邊 寛 文

消化器外科医として働いていた千葉の病院を辞めて、えりもに赴任して4年半が経ちました。赴任して約1年でかかりつけ患者さんの名前と顔、病状が一致し、2年で診療所に受診する患者さん、救急車で搬送される患者さんの傾向を理解することができるようになり、3年でこれらの解決策を模索するようになり、4年で脳心血管イベントの減少など成果になって表れていると実感している。医師がへき地にある程度の長期にわたり勤務する環境を整えることは、患者さんにとっても良いことだと考えている。

だから医師が短期間へき地で働いて疲れ果てて辞めていく悪いサイクルを変える必要があると感じている。忙し過ぎて倒れたり、自分の健康管理をする余裕もなく病気で倒れたり、家族と疎遠になったりしてはいけません。われわれ医師は、マラソンをするように長く医療に従事し、多くの患者さんを助ける使命があるのです。限界を超えて無理をして途中で棄権してはダメなのです。また、医療は日進月歩なので勉強する余裕も無いほど働いてはいけません。へき地で安定的に医師が勤務を続けるには、適切な勤務時間になるように休日に当直医を雇用するなどして休息の時間を与えるべきです。休日に家族とともに過ごすことも必要なことです。どんなに本人が働きたいと思っても家族が嫌と言ったら働き続けられなくなります。時にスーパーマンのように24時間365日働く医師をマスコミで紹介していますが、へき地で働く医師がスーパーマンでなければならぬのならへき地で働く医師は、ほとんどいないでしょう。これは、決して住民にとってもわれわれ医師にとっても良いことではないのです。そして、短期の勤務だったとしても辛い思い出ばかりなら再びへき地で働きたいと思うのでしょうか？

私がえりもに赴任したきっかけは、自衛隊医官の駆け出しのころに勤務した帯広の部隊で良い上司、同僚、部下と出会い、外科医として研修に出た帯広や釧路の総合病院でも素晴らしい上司、仲間と出会い、いつか再び北海道で勤務したいと思っていたからです。

それから、日本のシステムは、箱モノには金をかけるけど人にはあまり金をかけません。人にかかるコストが少なければ人が集まらず、少ない人数で患者さんに対応せねばならず、疲れ果ててしまうのは必然です。建物、機器だけでなく、運用し、活用する人にももっとコストをかけるべきでしょう。



医師と受け入れる側との関係も重要です。えりもへの赴任にあたり、事務長をはじめとした町関係者は、私の住む家を可能な限り整備し、首がすわったばかりの小さな息子を育てなければならぬ九州出身の妻をフォローしてくれた。妻が悪阻で急遽帯広の病院に入院することになった際には、妻の母親が九州から来るまでの短期間ではあったが、1歳ちょっとの息子を診療中に事務長の奥さんが預かってくれたりもした。家族のように接してくれる事務長に大変に助けられた。また、町長や副町長も診療所の要望を真摯に聞いて対処してくれた。だから私は、診療と診療能力の向上に専念することができた。医師をとっても大切にしてくれる町と町民に感謝している。

しかし、診療所の赤字は、悩ましい問題である。町は、必要なコストだから仕方ないと言いますが、自分たちの労働の成果が赤字だと思うのは、気持ちの良いものではありません。診療所が入院患者さんを持つことを厚労省が望んでいないことは、診療所の入院基本料をみれば理解できる。しかし、えりものようなへき地では、診療所規模で短期、長期も含め入院を受け入れる必要性があるのです。可能な限り当院で患者さんを受け入れることで、町の人たちが仕事をしながらも診療所に入院している患者さんを毎日見舞いに来られる状態が理想だと考えます。

看護師不足は、多くのへき地でも深刻だと思いますが、当院では何とか対処できている。4年前まで夜勤看護師1名、警備員1名で夜勤を行っていた。これでは、看護師が大変だということで前所長の考案で看護助手をパートで5名ほど採用した。動けない患者さんのおむつ交換、体位交換など看護助手にできることは、看護助手が行うことにより看護師は、看護に専念できるようになり、また、夜間の体位交換を2時間ごとにしっかり行うことができるようになり、褥瘡がほぼ皆無になった。また、病棟の車椅子、点滴台を看護助手たちがこまめに整備することでいつも快適に利用できるようになった。看護師不足の中でやむを得ず導入した看護助手であるが、コストも少なく、看護師にも患者さんに喜ばれ、非常にうまく機能している。

最後に当院から重症患者さんを紹介する時には、当地の事情を理解し、患者さんを多忙な中でも快く引き受けていただいている浦河赤十字病院、帯広の北斗病院、帯広厚生病院をはじめとした多くの病院の先生方に本当に感謝しています。



心臓外科から地域医療

岩内古宇郡医師会

村立茅沼診療所 所長

岡本史之

医師となり早35年。ちょうど今年が還暦だったので、人生の半分以上は医者として生きて来た。昭和52年4月の入学式の日、今と違い札幌の雪は多く除雪状態も悪かったので、歩道を歩けず車道の端を車の往来を気にしながら大学に向かったことを昨日のこのように覚えている。

大学でのクラブ顧問が和田寿朗教授だったのも縁で、卒業しすぐに札幌医大胸部外科に入局した。生まれて最初に手術に入ったのが、5～6歳の男の子のファロー四徴症。朝から唯々右往左往の状態が目の前で一体何が起きているかも分からず、数時間に及ぶ手術中、術者・先輩先生連の邪魔にだけはならないようにと心掛けた。その後、当時心臓外科ではトピックだった心筋保護の研究に没頭。運よくその分野で世界的権威であった米国UCLAのBuckberg教授のもとに留学し、幸いにも3年半にわたり師事することができた。

帰国後大学を2年で出、10年先輩である長谷川恒彦先生のお招きで札幌中央病院に就職。冠動脈吻合もした経験のなかった自分が、術者としての心臓外科の道を歩み始めたのでした。正にヨチヨチ歩きの船出であった。それを大きく支えて下さったのが恩師長谷川先生であったのです。

その後、手稲溪仁会病院に異動。以来17年間さまざまな心臓血管外科手術に携わって来た。全ての手術に通じることであろうが、一言でいうと心臓外科は“1針1命”の世界。最後にかけて止血目的の糸が大血管・心臓組織を裂き、それが次の追糸を招き、また追糸と出血が拡大する悪循環に陥入り、“画蛇添足”となって結局は全く手術を駄目にして患者さんを死に追いやってしまう、そんな薄氷を踏む思いの連続な日々でした。そんな中、今まで患者さんに大きな迷惑をかけること無くやって来られたのは、先人・先輩諸先生達の膨大な試行錯誤の集積と医学を超えた他分野・科学・technologyの発達、後輩達の献身的な努力と陰で支えてくれた多くのコ・メディカルスタッフの尽力、そして何より命を懸けてわれわれの手術を受けることを受諾して下さった多くの患者さんがおられた事実があった故と感謝の念に堪えません。

さて幼小十勝の田舎で育った私は、医者人生の何分の一かは地域医療に没し、世に一度は恩返ししたいという願望を持ち続けておりました。そんな折、渦中の原発立地自治体泊村の茅沼診療所という所で

医師を求めているという話が参りました。還暦を2年後に控え視力も体力も忍耐力も落ち、心臓外科医としてそろそろ現役を外れようかと考えていた私は、その申し出を躊躇なく受諾。しかし心臓しか知らずgeneralな事に全く携わっていなかった自分が、一体全てをカバーしなければならない内科医として地域医療を担っていいのかという不安があったのは、紛れもない事実でした。

平成22年4月、33年間の心臓外科と決別し、180度方向転換した地域医療の世界に飛び込みました。泊村の人口は約1,900人、その内3分の1が65歳以上の高齢者が占め、しかも80歳・90歳の独居老人の割合は極めて高い。やはり生まれ故郷で終生人生を全うしたいという願いと、自分で生活できる間はできるだけ子供達には迷惑をかけたくないとの思いからなのだろう。しかし、超高齢者、独居生活故の問題は多い。服薬コンプライアンスや治療方針に対するアドヒアランスの問題。高齢者の多くは自力通院不可能で、村の巡回バスや介護センターの通院サービスを利用し通院している。しかしそれにも限りがある。車椅子移動程度であれば何とか可能だが、寝たきり高齢者に至っては実質通院不可能である。

一方、食生活（特に塩分過摂取と野菜不足）、運動不足、喫煙習慣等から来る生活習慣病の割合は極めて高い。大まかな言い方をすれば、外来患者の6割が高血圧、4割は脂質異常症、3割が糖尿病を有している。自ず脳・心臓大血管疾患等の生死を左右する重篤な合併症に繋がるケースも年に数回は発生する。しかし、問題はそのような重篤疾患に対する地域完結性医療をしていただける病院がこの地域に全く無いことである。

幸い当診療所には、CT/MRI/US等の画像診断機器が有るので大体の診断は付く。しかしそれより先の先進治療に関しては、どうしても小樽・札幌等の大病院に依頼せざるを得ない。しかも80歳代後半～90歳代と言うだけで、多くは断られる。そして患者搬送の問題も非常に大きい。ドクターヘリが運用されていると言えど、時間帯・天候等に大きく左右される。そんな負の隙間すり抜け運よく高度先進医療病院に辿り着けた患者だけがsurviveできるとしたら、地域医療従事者の虚無感と徒労感は募る。何とか皆の知恵を併せて抜本的に解決しなければならない課題かと考える。

33年間の心臓外科の経験は、地域医療においても大きく役立った。何より患者の生死を左右する看過できない重篤な病態が内在している可能性を察知する医者としての“第6感”的感性が自然身に付いていたからである。たとえ自分の専門領域外の疾病に対しても…。逆に患者さんから学んだ事も多々ある。還暦を超え今更医学書を開いて他分野の事柄を新たに勉強しようとしても、なかなか頭の中に生きた知職として宿ってはくれない。しかし病める患者

さんに対峙し、何とかベストな診断・治療をと必死に模索することによって、新しい（自分にとっては）知識と経験を得たことは数多くあった。そんな時、同期・前院専門医・日頃親しくさせていただいている諸先生達に気軽に専門意見を問うことができるこ

とは有益だった。“医療の全ての面で全ての人と知識・経験を共有できることが医療人としての最大の武器”なのだと実感している（かつて大学の講義である先生がおっしゃっていた）。



へき地医療を守るために

上川北部医師会 理事
音威子府村立診療所 所長
若山 芳彦

私は平成15年7月に中川郡音威子府村に、へき地医療に携わるべく千葉から移住して来ました。わずか9年ほどで、しかも道北地方の狭い地域での経験しかありませんが、へき地医療の現状と今後についての私見を述べさせていただきます。

現在の上川北部地方の医療は、少ない医師の献身的な働きと綱渡り的な人員配置で、かろうじて保たれています。当地域の中核病院である名寄市立総合病院は、一次・二次・三次救急患者をほとんどすべて受け入れている、文字どおり上川北部地方の医療の要となる病院です。その病院ですら時期は前後していますが、循環器内科医、消化器内科医が一人も居なくなるという事態を経験しています。近隣の国保病院のほとんどが常勤医師は一人で、非常勤医師を毎日のように確保し、やっと診療を維持している状態です。さらに、医師不足に加え、経済的問題もあったと思われますが、病院から有床診療所、無床診療所への転換も行われている。

このような傾向は当地域だけではなく、日本全国いたる所に見られます。この大きな原因は医師の絶対数の不足も勿論ありますが、医師の地域偏在、診療科の偏在だと思います。診療科・勤務地の選択が比較的自由にできることは医師を志望する上で大きな魅力の一つだと思います。しかし、ほとんど規制がなく各個人の自由な選択に任せていけば、現在のようない医師の地域偏在・診療科偏在を招くことは明らかです。しかも現代人の気質（安定を求め、仕事より自分の時間を大切に…）を考えると、現在よりも偏在が悪化することは想像に難くありません。そこで、現在の医師の地域・診療科偏在を解消するためには一定の規制を導入せざるを得ないと思います。

まず、医師の地域偏在を解消させるためには、へき地勤務の義務化と二次医療圏内の医師数の制限が

必要だと思います。医学生一人を教育・研修させ一人前の医師に育てるために莫大なお金、つまり国民の税金が使われています。この事から考えるとへき地勤務の義務化は決して無理な要求ではないと思います。国公立大学卒業者は一年、私立大学卒業者は6ヵ月のへき地勤務を義務付けるべきだと思います。少なくとも大学の教員、公的病院の管理職に就く人は、必須の条件にしたいと思います。

次に二次医療圏内の医師数の問題ですが、現在の北海道の二次医療圏ごとの医師数をみると、旭川・札幌が飛び抜けて多く、根室・宗谷は10万人当たり100人にも満たない。この格差を是正するためには、二次医療圏内の医師数の適正化を図る必要があります。すでに厚生労働省から、全国の二次医療圏内の必要医師数、診療科別必要医師数が提示されています。これをたたき台として最終案を決め、実施していく必要があると思います。

診療科偏在の解消にも規制が必要だと思います。厚生労働省から診療科別医師の全国、都道府県、二次医療圏別の必要数が提示されています。これが本当に妥当なのか？客観的根拠に基づくものか？私にはわかりません。しかし、これをたたき台として各学会、日本医師会などの合同協議会で精査し、最終案を決めるべきだと思います。その上で、例えば医師国家試験の成績上位者から診療科の選択権を与えるなど考えてみてはいかがでしょうか。

へき地自治体の町長、村長の最重要課題は、医師確保・医療の継続と言われています。しかし、へき地での医師確保は極めて困難で、各自治体単独で医師募集をしても、ほとんど応募もない状態です。そこで、地域の中核病院、へき地支援病院に医師を集約し、各病院・診療所との間に医師ローテーション体制を築くべきだと思います。へき地で働く医師の大きな不安材料であるバックアップ体制、自分自身のキャリアアップ、後任医師の確保など、ある程度解消できると思います。

以上、へき地の医療を守ることに重点を置いたため、少し偏った意見だと思いますが、限られた人材を効果的に活用し、日本全国の過疎地の医療を確保、維持するためには変革の第一歩を歩みだす必要があると思います。



へき地医療の現状と今後 のための提言

苫小牧市医師会

むかわ町国保穂別診療所 所長

一 木 崇 宏

医師不足、偏在は全国的な問題になっていますが、北海道においても非常に深刻です。地域の中核病院も大変な状況ですが、へき地も大変な状況です。平成21年3月、私の勤務している穂別診療所は常勤医不足から存続の危機に立たされました。隣の日高町国保診療所も常勤医がいなくなったということを新聞で読みました。多くのへき地において少ない人数の医師が必死に地域の医療を支えています。いつ医療機関が無くなってもおかしくないような状態です。どうすればへき地の医師不足は解消されるのでしょうか。奇策はないわけで、既によく言われていることですが、以下4点について述べたいと思います。

1) 教育、ロールモデルで総合医を増やす

多くの医師がへき地への勤務を敬遠しますが、その理由の一つに医師の専門性が上げられると思います。へき地で求められる医療と臓器別専門医（以下専門医）が行いたい医療には大きな隔たりがあります。専門医にへき地での医療を求めることは筋違いだし、専門医にとってもへき地勤務は選択肢になりづらいものと思います。一方総合医（家庭医）の医師にとってはへき地の仕事は興味ある内容のはずです。ですから今後、総合医が増えれば、へき地に行こうと思ってくれる医師数も増えると皮算用しています。学会認定の家庭医療専門医制度もようやく始まり、それを取得するためのプログラムも全国でたくさんあります。今後どれだけ多くの学生、研修医が総合医への道を目指してくれるかが重要です。そのためにはまず医学生に対する教育が重要です。道内の各大学も頑張っていますが、まだまだ専門医志向が強いのが現状ではないでしょうか。医学部に入学した時には地域医療をしたいと言っている学生たちも、大学で専門医として働くロールモデルに接し、最終的に専門医へ進むということはよく聞く話です。ですからもっと入学して早い段階から継続的に地域で働いているロールモデルになるような医師にも接してもらおうということが重要ではないでしょうか。特に地域卒の学生たちには多くの機会を設けていただきたいと思います。

2) システムで支える

へき地に行く医師を増やすために地域医療を支えるための「システム」は重要です。少し多めの医師を雇用し、勉強・研修できる環境、休める環境を整える、また他の困っているへき地に支援に行く、そ



の分を北海道として財政的に補助をするというシステムはできないのでしょうか。穂別では現在3名の常勤医がいて、週末当直も免除されているので学会も行けますし、休みもとりやすいです。また若い先生には週1回の研究日を設けています。医師2名だった時も経験していますが、この2名と3名の負担感の違いは非常に大きいです。最近では社会医療法人の制度ができ、「へき地診療所」には都会の病院から医師がかなり派遣されるようになりましたが、へき地でも「病院」であればへき地派遣の要件に当たらず、社会医療法人からの派遣は期待できません。要件の見直しなどは検討できないのでしょうか。また少ない人数で頑張っているところでは代替の医師もしっかり確保できるようにしていただきたいと思います。

3) へき地医療機関、各自治体の努力

またへき地医療機関自身の努力も大切だと思います。まず、今勤務している医師を大切にすることが第一です。常勤医が逃げ出すような職場環境になっていないか点検が必要です。医師が少ないなら思い切って時間外診療は休止するなどの措置をとったり、忙しい医師に対してねぎらいの言葉をかけたり、必死になって出張の医師を探すなど、やるべきことはたくさんあります。システムのところで述べましたが、働きやすい、勉強しやすい職場環境を整えるよう努力すべきです。また行政として自分の町の地域医療についてしっかりとビジョンを持って欲しいと思います。なんでも医者まかせではだめです。そのために行政と医師のしっかりとしたコミュニケーションが重要です。町長、村長は足しげく病院、診療所に通っているでしょうか？

現場のスタッフも学生の実習や初期研修医の受け入れを積極的に行い、ロールモデルを示すことも大切だと思います。ただでさえ忙しいのに教育なんて、と思うのではなく、将来仲間を増やすためという気持ちで取り組んでいく必要があるのではないかと思います。

4) 地域の魅力

最後に大切なことは地域が魅力的かどうかということです。地域で仕事をして、また生活をする上で、医療機関の働きやすさ、地域の生活のしやすさは大

切です。診療所を守る会などの住民組織があって一生懸命活動しているような住民力も大切です。また教育機関、文化施設、商店、人間関係なども大切です。都会と同じようなレベルを求めているわけではありません。その地域ならではの特徴のあるものがあるかどうかです。私も地域で生活し、3人の子育てをしましたが、小学、中学ともちょうどいい規模で先生の目が届きやすく、クラスの雰囲気も良く、皆仲良しでとても素晴らしく落ち着いた小中学校時

代を過ごせました。町の人たちもとてもフレンドリーな方が多く近所づきあいもいい感じでした。自然はもちろん豊かで、農作物もおいしく、本当に豊かなカントリーライフを穂別で満喫できました。各地域は若い人が根付くようなしっかりとした地域づくりをして頂きたいと思います。

以上4点について述べました。他にもいろいろな考えもあると思います。皆さんのご意見も聞かせていただければと思います。

過疎地医療の現在と未来

宗谷医師会

幌延町立診療所 所長

浦山 淳

日常診療は、とにかく多岐にわたる内容から成り立っている。上気道炎、高血圧、糖尿病などのコモンな疾患、小児、老人、さらに健康診断、老人ホームの回診、乳幼児健診、各種の予防注射などなど書き切れないくらい多様である。さらには救急もあり、有床診療所なので入院患者さんもあり、癌末期の方の緩和ケアなど、正直なところどれもこれも“虻蜂取らず”で個々の病気については患者さんやナースの方が詳しいことも多々ある。基幹病院の先生方には日々本当にお世話になっている。

現在地で30年近く診療しているが、いつまでたってもどの分野でも初心者みたいなものだ。しかし忘れたところに重症の人もやってくる。その都度忘れかけていた知識、技術を思い起こすのに必死だ。幸い今は医学関係のDVD、ユーチューブなどもあり少しはイメージトレーニングもできる。これからは総合医がもてはやされる時代になりそうだが、簡単ではなさそうだ。あまりにも領域が広すぎて茫然となる。それでも町内には私の勤務する診療所しかない。それなりの責務はあるから、書籍、ネット、メーリングリストなどで知識、技術のブラッシュアップに努めるしかない。

日本全国どこでも同様だが、今も患者さんの専門医志向は強い。当地でも国保レセプトから見ると4割は町外での診療だ。当診療所から200kmの距離にある大学病院は“本日の予約患者様1,800名”などと表示が出ていたし、近隣の基幹病院は医師が昼食もまともに取れない大混雑。こんな状況で私のところの診療所の患者さんが大挙押しかけたら、さらに

診療に困難をきたすだろう。自分のところで日常診療をきっちり（かどうかは自分でも疑問があるが）行うことが、“医療崩壊”を少しでも食い止めることになるのではと自分に言い聞かせている。

これからの超高齢化社会において医療費はどうすべきなのか？人生の医療費の半分は70歳以降に使っているという。今は90歳超の人もCT、MRIなどの検査が“求められる”ことも多いと思う。一方、小児に対してアメリカ並みに予防できる病気に対しては、全て公費で予防接種をすべきだと言う意見もあるが、正論だと思う。高度成長期と違い、財政をどこから出してどこに出すかも問われる。国民的議論が必要であるが日本人の死生観、国民性から考えると議論も難しいかも知れない。

マスコミ、ネットなどの影響なのか、一部の人人々に誤解があるようだ。「人は病気で死ぬことはない。これだけ進歩した医療でどのような病気も治癒する、また正確な診断ができるはずだ。それらができないのは医師の力量が足りないか、もしくは誠意がないからだ」と。あるいは「都会の総合病院へ行けばどんな病気も治癒する。老衰までどんな人も元気に生きられる、お産は絶対安全だ」など、枚挙に暇がない。

私の世代の医者は別として、次世代のへき地医療はやはり島根隠岐諸島での経験のようにグループ化して相互乗り入れ、ローテーションして経験を共有し分かち合う方式しかないと思う。もちろん長く同じところで腰を据える医師も歓迎されるのは変わりないが、自分では身体と頭が続く限りは現在地での医療を続けたいと思っている。慣れていないためか、パソコン画面を長く見ていると目が疲れるので、紙に書かれた活字の方が読みやすいため医学書を買うことになるが、どうしても“積んどく”になる。それでも身近にあることで研鑽しているつもりにはなる。医者を辞めるまでに読み切れないかもしれないなあと不安になりながら日々診療に向かっている。



厚田地区の医療について

石狩医師会
あつた中央クリニック 院長
田 口 晶

平成14年夏頃に、旧厚田村国保診療所が医師退職に伴い後任探しに難渋し、道より最終的に相談を受けたのが札幌中央病院でした。

話はとんとんとは進まず紆余曲折を経て、平成15年4月より公設民営の形での診療所存続が決まりました。スタート時点は医師1人、看護師2人、事務2人、助手1人で、現在事務1人となっています。

初代院長として赴任したのが小生で、半年の予定があれよあれよで現在まで継続しています。

旧厚田村地区は、人口2,500人前後、周囲30kmには医療機関はありません。

0歳児（予防接種が主）から100歳まで幅広い年齢層の方が受診されます。

診療は、専門は別にしても全科にわたります。

なんとか10年近くがんばってやってこられたのは（逆を言えばこれがない場合は重要な問題）、まず第一に札幌中央病院のサテライトであり、急患の受け入れが電話一本で、夜間休日の対応も可能な限り受けてくれることが小生の安心材料となっています。また人的派遣も臨時医師（頸椎ヘルニアのため過去2週間の入院歴あり）、臨時看護師と対応してくれるので助かっています。

第二に行政の補助があることです。過疎地の問題だと思いますが、医療機関として収益を上げるのが根本的に不可能な状況で診療を行い、またその中でも最低限の機器の更新を行わなければならない、石狩市の補助無くしては続けられない事業です。それでも急な資金不足には対応できず、本院からの一時的な支援を受けることもあります。

厚田地区は札幌からの日帰り可能圏内で、札幌、石狩の病院にかかっている方も多く、へき地と呼ぶのはどうかと思いますが、もし完全に一人で立ち上げた場合のことを考えると、まず経営自体が成り立たない、その他、職員が集まらないこと、多種多様な患者さんを診療しなければならないこと、急患の送り先を確保しなければならないこと等、結局断念すると思います。

へき地医療の存続には医師のやる気が一番ですが、厚田地区においては札幌中央病院に委託できたことが小生のやる気、安心感につながっています。

医療崩壊に思うこと

江別医師会
すこやかクリニック新篠津 院長
松 井 亮

医療崩壊を大きく加速させた最大の原因は、卒後研修制度が変えられたことにあると思います。

他の医療行政についても改善すべきは山ほどあるが、医療現場の声が反映されないところで制度が決められている現実。「医師が診療報酬を決めている」と思っている国民は多い。こういう現状を打破しなければならぬと思います。

日医はこれまで、国会議員への働きかけを行ってきたが、果たしてどれだけ有効だったか？ 見えないところで日医が記者会見などやっても、国民には全く伝わらない。日医の要人は、テレビや新聞等のメディアを積極的に活用して現状を訴え、国民の理解と共感を得るべきだと思います。政治家が無視できないくらいに日医の存在感を高めなければ、抜本的な改善は望めないでしょう。

例えば、原発事故に際して政府が放射能被害を事なかれの発言でうやむやにするのに対して、日本医師会はその危険性、重大性をどれだけ国民に訴えたのでしょうか？ わが北海道においても、泊原発地元ですでに癌が多発している。これにプルサーマルが加われば、道民の将来をどれだけ危うくするか、医師側が訴えるべきではないのでしょうか？ 国民の健康を守るのが医師の役割だと思いますが、このような重大な問題に対する医師会の姿勢が見えません。医師と患者住民の距離をもっと近づける努力が必要だと思います。

自治医大が行ってきたようなへき地対策は、今後とも必要だと思います。道内医学部と道医師会が改善策を討議したことはないのでしょうか？

話は変わりますが、最近、診療情報のやりとりにおいて、判読不能の文字を書く医師が多くなっている感じがします。手紙は他人に読んでもらうもの。読めない字は個性ではないのです。これは近年の国語教育の崩壊とも言えるのでしょうか？ しかしこれは、医学部生の段階で十分修正、改善できることだと思います。指導側の積極性に期待したいと思います。

快適なへき地？診療所

日高医師会
北海道立庶野診療所 所長
清水 公 男

医者になってちょうど40年目になります。一般外科4年間、小児外科20年間、50歳でメスを置いて、救急医として約10年間大病院で働き、最後の仕事をこの地に求めてから7年半が経ちました。昔30位あった道立の診療所は、現在8つ残っていますが、焼尻、天売の2つの島以外では、それぞれの自治体の診療所の補佐役で、救急に関してもあまり期待されていません。赴任当初は何となく責任を感じ、単身赴任ですがなるべく家のある長野に帰らず、あまり出掛けないようにしていましたが、ほとんど急患は来ず、暇で退屈なだけです。徐々に好きな山に出掛けるようになり、妻子のいる長野に帰る回数も増え、2年目からは年に1回は外国の山に出掛け、その期間も数日から年毎に長くなって、今年は代診の先生をお願いして18日間の休みを取って、ネパールのゴーキョトレッキングに行きます。

前の病院でも小児外科の仲間の援助で、3年に1回は1～2月の休みをいただいて、海外登山をして来ました。医者仲間をはじめ、周囲の人達には呆れられました。一度そういう評判が経つと、暫く行かないと「先生そろそろですね、次はどこに行くんですか」などと尋ねられるようになりました。こちらに来るに際して、今までのような訳には行かないだろうと覚悟し、行きたくなくなったら辞めれば良いと考えていました。3年目位になると、地域の人も本音で話ができるようになり、町の診療所が車で30分も掛からない所で、しっかり地域医療をしているので、できるだけ居るようにすれば良いことが分かってきます。自治会の人達も「兎に角先生にはどんなに休みを取っても良いから長く居て欲しい」と社交辞令を言ってくれます。それを自分に都合よくそのまま受け入れることにしたのです。

最近日本全国、特に地方における医療崩壊が話題になります。そして深刻な地方の医者不足、若い医者の過重労働。今にも日本の医療は全く駄目になりそうな報道が目立ちます。若い頃は大学病院の安い日払い給料、妻子を養うために3日に1回位の当直のアルバイト、翌日は普通に勤務という生活をし、その後大病院で小児外科を立ち上げ、長野県に子供病院ができるまでの約10年間は、昼も夜も休みもほとんどない毎日を経験した私には、同意できません。あの頃との違いは、今は成績優秀なエリートが医者になることと、病気や怪我は医者が治して当たり前で、失敗は許されないという意識の、患者さんやメ



昨年秋に行ったキリマンジャロ山頂
左端が私、右から東北大学外科元教授松野氏、元能美総合病院院長森氏

ディアが増えたことではないかと思うのです。日本は健康長寿世界一、国民皆保険で鼻水が少し出ただけでもすぐに受診するという、世界一医療が日常的な国です。遺伝子治療をはじめとして各種の高度医療も世界最先端です。余りに便利すぎて体の抵抗力が衰えてはいないか、個人の人権や自由・平等を大事にする余り、社会全体が自分達の生き方を狭めてはいないか。ずっと最前線で医者の仕事をしてきた私には、崩壊しそうなのは、優秀な人材を医療に奪われた、日本の政治、官僚、司法、大企業、報道などの中枢機構ではないか、という気がします。

私の人生、若い頃の希望や願いは余りかなわず、余り実績は残りませんでした。しかし今になって振り返ると、出世はできませんでしたが、楽しくやりのある仕事をしてきたと思っています。そして最後に医者原点のようなへき地医療、とは言ってもここは帯広や浦河の総合病院や専門病院まで約一時間で行けます。最近の患者さんは賢くて、私のような藪医者はしっかり見極め、本当の医療が必要な場合は、ほとんど直接そちらに向かいます。私の役割はできるだけ余計なことをせず、専門医療が必要かどうかを見極め、後はお年寄りの話し相手と、子供を見てお母さん方を安心させることです。若い頃ならそれでは満足できず、色々な新しい医療技術にチャレンジしたり、活動を在宅医療に広げたり、救急も引き受けたりしたくなっただしょう。今の私はなるべく患者さんが少なく、しかも重症患者が来ないことをいつも願っています。

かくして無気力で怠惰な医者もうじき定年になります。これ以上住民に迷惑を掛けるのも憚られるので、快適な僻地での一人暮らしをそろそろお終りにしようかと考えています。原稿を読んで、楽しい僻地医療をしてみたいと感じる後継者が現れることを期待しています。エリモには海の幸、山の幸なんでもあります。時々強い風が吹き荒れますが、道内では最も夏は涼しく、冬はそんなに寒くない地です。釣りや昆布干しの手伝いをしながら、のんびり暮らしたい方が居たら、直ぐにでもお申し出下さい。



医者冥利は 田舎でこそ

日高医師会 監事
三和医院 院長

三上 徹 成

時代は流れる。江戸時代には既にこの町には幕府より派遣された医者が居り、この地の土に還ったという史実がある。そして小生が子供の頃の様子は本院・分院を含めて4件もの医療機関があり、この町の秘かな自慢は“医者皆自前の様似産”。医者探しに奔走して苦勞する周辺の市町村を尻目に民間の医療機関のみの医療環境は今日まで綿々と続いている。わが家は代々当地で漁業を生業としてきたが、三男坊の自分はサラリーマンになるのが嫌で医者を志して札幌へ出た。しかし、18歳が見た都会はあまりにもまばゆく少年の志はあつという間にススキノのネオンの中でセピア色に色褪せてしまった。そして、都会での医者人生を心に描いていた頃、田舎の親父から高田先生が亡くなって残った太田先生が大変なので戻って来いとのこと。何度か断るも、強引さに負けて戻ったのが運の尽きだったのか。

あれから、29年の歳月が流れた。「君のおかげで長生きができる。ありがとう」と歓迎してくれた大先輩の太田先生も様子を去ってすでに6年。そして今、この町は医者一人となり“へき地診療所”の名称が当院に付くようになった。生まれた様子は“ふるさと”であり“へき地”とは何ぞやとの忸怩たる思いもあるが、おかげで札幌大第3内科と南三条病院から毎週医師の派遣を受けることができ、還暦を過ぎた身には“少しは長生きできそうな”環境にある。田舎に身をうずめることとなった小生を心配して同期の平田君が毎月エコー検査に来てくれるようになってから既に27年が経過した。違う医局なのに当時快く許可してくれた彼の教授にはとても感謝している。思えばさまざまな人達に助けられてここまで来た。弱音は吐くまい。

札幌に出ると医療機関で占拠された地下鉄の広告がやたらと目に入り、複雑な心境になる。しかし、すべてが都会志向のこの世の中、医者にだけストイックな生き方を求めるのは酷というもの。ところできて、医者にとって田舎は都会より住みづらいのか。否。24時間の束縛があるも、これが医者という職業。お互い相手の氏素性、顔が見える中での田舎での診療は緊張感と安心感が微妙に入り乱れている。医療行為をこの地で30年近くもやっていると誤診もある。田舎では逃げ場がなくて辛い、考えてみればそれはどこでも同じこと。田舎の人々はそれを忘れはしないだろうが、優しく包み込むように許してくれる。お互いこの地に根を下ろして生きてい

くための知恵なのだろうか。最近の医療訴訟やさまざまな医療問題を聞くにつけ、時々思う。集団でしか生きられないわれわれホモサピエンスは、一体どれだけの規模までの集団ならば皆お互いに心優しくいられるのだろうか。田舎にはその心優しさの片鱗がある。そして、自分自身もその心優しさを失わない地域の医者でありたいと思う。必老病死。いくら頑張っても人は少しずつ衰え、そして亡くなっていく。4歳の頃に幼児雑誌を買いに走った本屋の見上げるように大きなおばさんは、数年前当院で大往生を遂げた。100歳近くになっていたが、身長は140cmにも満たない小柄な女性だった。また、小生が厳しく養生と検査の必要性を説いたご老人は、小生が生まれる時の母親の陣痛の呻き声を聴いたと小生に教えてくれた。テレビの画面で小生の医大合格を知って、「テッセイちゃんが合格したよ」といち早く両親に連絡してくれた近所の畳屋のおばさんは胃癌を患い、そして亡くなった。故郷での医者稼業は、目を潤ませることが多い。

1年前にはその病床も廃止し無床診療所となった。“重い鎖をとかれた犬のような解放感”は予想できたが、同時に夜中や休日の時間外患者さんも激減し夜半に起こされることが少なくなった。これで長生きできるぞと思ったが、世の中そんなに甘くはなかった。今、田舎の終末期医療も大きな変革期にあり病院での看取りから自宅・特養での看取りへと流れが始まった。この数ヶ月間で5名のご老人を看取っている。再び夜中に呼ばれることが多くなり、足と首は見えない鎖で再びつながれた。人生なかなか楽はさせてもらえないようだ。

先日町議会の委員会では、理事者に対して「三上先生が病気で倒れた場合には町はどうするのか？」との質問が出たとのこと。危機管理を問われた理事者の答弁はあえて聞くまい。しかし、複数の医者がある地域とは違って、“へき地の医者”は出処進退を元気うちに決めねばならないのか、と思わず考えさせられた。62歳。目の衰えは隠しようもない。前席でも講演会での大きなスライドの字がはつきりしなくなっているし、以前よりも最近では世の中美人が多くなった気もする。頭の記憶回路も以前より手入れが必要になってきている。困ったものだ。外来の待合ロビーでは、患者さん達は小生の声の大きさと医者の健康状態を判定しており、「先生、健康に気を付けてくださいネ」とか、「先生、痩せたんでないですか、大丈夫？」とか、「私より先に死なないで下さいよ」と念を押したりと、田舎の患者さんはなかなか忙しい。診察室ではどちらが診察しているのかわからなくなってしまう昨今、某政治家ではないがやはり出処進退は早めに必要なのかもしれない。田舎医者の厳しさはその1点のみか。しかし、私は秘かに田舎医者を満喫している(ことにしている)。

過疎地での医療問題は政治や行政の問題でもあるが、過疎地の医師不足に対する医師供給は、そこに働く医者満足度が高くないとすれば継続性を保ちえない。しかし、医者にとって啄木の謳う世界が今の田舎にはまだある。医者自身が目を開き、行動すべき時ではないか。

ころよく
我にはたらく
仕事あれ
それを仕遂げて
死なむと思ふ

(石川啄木)

皆、無理して頑張って医者になったのだ。医者となったからには、どうです、work sharingという手もあります。一肌脱いで生きがいのある田舎医者になりませんか。都会にはない“寅さんのような世界”が拡がります。そして、社会貢献は家庭内での亭主の地位向上にも貢献します。

様似町は札幌から200km。冬もほとんど積雪ゼロ。風光明媚。人口5,000人。競合する医療機関は町内にナシ。医者の健康を心配してくれる町民性。現在の医者1名のみ-62歳、体力に難あり、後継者なし、30年来の蓄積疲労にて出処進退を模索中。

へき地医療と私

桧山医師会 副会長
町立上ノ国診療所 所長

經 田 剛

上ノ国町では古くから施設は町が管理し、私の父が運営、現在に至っています。父が大病後復帰し、診療を再開しましたが、体力の低下もあり、両親および町の強い希望もあり、当時、私は、北海道大学第3内科の医局員として函館市内の病院に派遣され勤務していました故、宮崎教授、浅香前教授のお許しを得、故郷である上ノ国町に帰り、15年程前から勤務しています。有床診療所でへき地医療を行う父を見て、私なりに理解して赴任したつもりでした。早朝、深夜、区別無く電話が掛かってきたり、突然来院する患者さんが多々ありました。身体の調子が悪いと言いながら、日中の仕事を終えてからの来院でした。そのほとんどが軽症患者でした。

郡医師会で協議、江差町医療機関と相談、江差、上ノ国両町の医療状況を憂慮していた当時、医師会長の今川先生と当時道立江差病院院長であった鈴木先生のご配慮、道立病院に勤務している先生方のご協力を得、平日9時から21時までは2町の医療機関が行う夜間当番医制度が確立できました。その後、函館新都市病院院長伊藤先生のご協力も加わり、頭部疾患を専門に診療していただくことになりました。医師の高齢化に伴い閉院、病気により当番医制度から外れた診療所がありますが、現道立病院中田院長のもと、道立江差病院の諸先生方の頑張りにより、当番医制度をなんとか維持しています。当医師会の会員の減少も加わり、他の会員先生方同様に、私も南檜山地区の種々の委員を兼任し、上ノ国町の

健康、医療政策の計画立案、実施にかかわり、数々の委員をせざる得ない状況で、今年4月からは警察医として死体検案を行うこととなりました。当診療所から約10km離れた奥地に、もう一つ、石崎診療所がありますが、先生が病気に倒れ復帰するまでの約1ヵ月間、さらに、数ヵ月間医師不在となり閉院になりかけた時がありましたが、当診療所は毎週水曜日午後からの診療を休診とし、その間、毎回職員と共に冬道を通い遅くまで、診療したことを思い出します。

地域医療の崩壊が叫ばれ、マスコミをはじめ、医療従事者関係、住民の皆さんも注目しています。これから地域医療を目指す先生、医学生の方は、診療以外の仕事も多々あるということ、認識していただければ幸いに思います。

「北海道の医療崩壊をどう立て直すか」との原稿依頼を受けましたが、方法がわかりません。全国的に大都市を除き中核都市の医療も崩壊しつつあります。その最たる所が、過疎医療地域なのです。平成23年10月より南檜山地域においては、国の補助金により地域医療連携システム（IDリンク）を導入し、道立江差病院を中心とした各医療機関との診療情報を共有し、一貫した医療の提供や医療の効率化、医療費の削減など南檜山地域の医療機関全体で地域医療を行っております。

医師不足が叫ばれていますが、現在の新医師臨床研修制度を根本から見直し、再構築しなければならないことは明らかです。

種々意見があると認識していますが、「医局制度の復活もあるのでは」と考えるのはあまりにも短絡的考えでしょうか。

これ以上の崩壊を防止するため、せめてへき地医療圏の診療所、それを支える病院に、保険点数のアップをするのも一つの手段と考えます。公設民営化も一つの手段と思います。



「脱・病院」 「脱・赤ひげ」

ささえる医療研究所 副所長
夕張市立診療所 所長
森田 洋之

高齢化率日本一を誇る「夕張市」から北海道全体の医療を見上げて思うこと。それは、「脱・病院」「脱・赤ひげ」が不可欠ではないかということだ。

ご存知のとおり、夕張市は2007年に財政破綻した。それに伴い、夕張市立総合病院は廃院、有床の診療所に引き継がれ、171床あった市内の病床は19床に激減した。当然、高度医療・入院医療は大幅な縮小を余儀なくされた。

それでは、夕張の医療は崩壊したのだろうか。答えはNoである。それは、夕張市民のSMR（標準化死亡比）に見ることができる。北海道の市町村別SMRは3～4年に一度発表される。夕張市のSMRは財政破綻後、死因上位1、2、3位（「悪性新生物」、「心疾患」、「肺炎」）で低下を示したのだ（4位の「脳血管疾患」、5位の「不慮の事故」はほぼ横ばいだった）。

市内の病床が激減し、救急指定病院もなくなり、救急搬送時間はほぼ2倍に伸びたのに、である。では、夕張市に何が起こったのか。

夕張市では財政破綻後、在宅医療と予防医療が強化されたのである。高齢者にとって、在宅医療は入院医療に比して満足度が高いと言われるが、北海道は在宅医療の普及率が低いと言う（人口あたりの病床数が多いことがその一因かもしれない）。夕張市

では、総合病院から移行した「市立診療所」が、そのまま「在宅療養支援診療所」となった。それまでゼロだった訪問診療受診患者は、現時点で100名以上にまで増加した。

また高度医療ができない代わりに、できる限りの予防医療も導入された。人口1万人の市内で、1,000人以上にピロリ菌感染検査が行われ、約500人にピロリ除菌と胃カメラが併せて行われた。これにより多くの早期胃癌が発見された。

また500人以上に肺炎球菌ワクチンの接種も行った。口腔ケアも積極的に励行した。これらの効果かどうかは定かではないが、結果、胃癌も肺炎もSMRが約3割下がった。また、これと期を同じくして、市民一人あたりの医療費も低下傾向に転じた。高齢者一人あたりの医療費にいたっては、以前より10万円も低下した（北海道全体に比して30万円の差）。

北海道は、広大で豊かな大地を有する「日本が誇るべき楽園」である。しかしその反面、大地が広大であるが故の「過疎化」の問題は深刻である。「各地域に病院を」という住民の願いも、当然のものであろう。しかし夕張市は、「住民の願い（地域病院の存続）が叶えられなくても、住民の健康を保つことはできる」ということを、財政破綻をきっかけに図らずも実証してしまったのではないだろうか。さらに言えば、高齢化に伴い医療費は年々上昇し、国家財政を圧迫している。その中で高齢化率日本一の夕張市が高齢者一人あたりの医療費を大幅に低下させたのだ。これら夕張市のデータは、超高齢化社会における「高度医療・入院医療」の意義、そして「予防医療・在宅医療」の重要性を改めて考えるべきだということを示しているのではないだろうか。

また、「赤ひげ信仰」からの脱却も不可欠だろう。

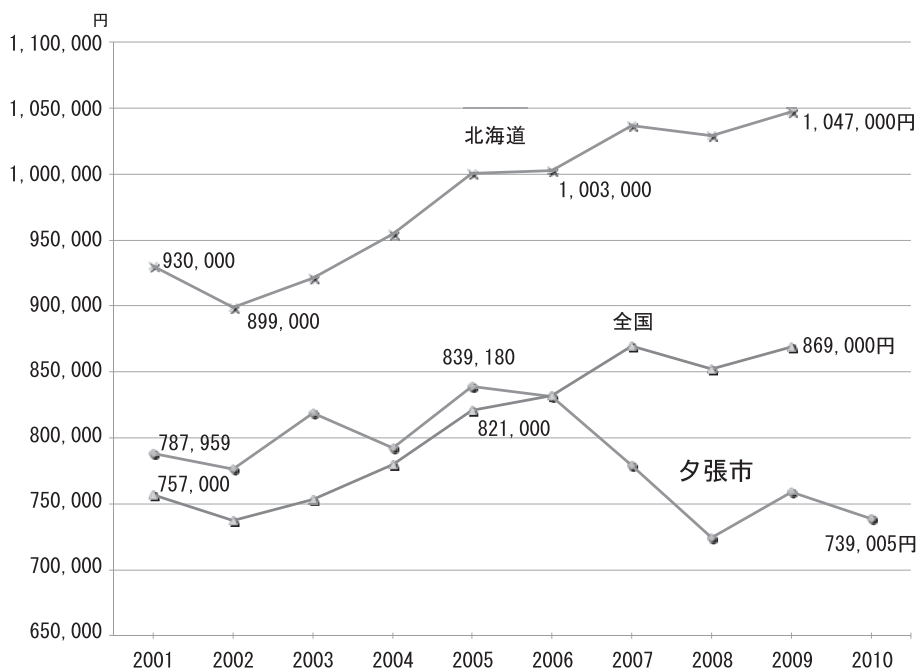


図 高齢者一人あたりの医療費

へき地医療、地域医療というそのイメージはどうしても「赤ひげ先生」的な医師像ということになる。もちろん「赤ひげ先生」は賞賛されるべき、求められるべき医師像だろう。しかし、100点満点の「赤ひげ先生」を求めても、残念ながらへき地に医師を招くことは非常に困難なのが現実だ。24時間365日地域を離れて患者を診察できなかつたら後ろ指をさされることを想定した時、また技術の習得や子供の教育などの将来設計を考えた時、どうしてもへき地での勤務には二の足を踏んでしまう。へき地の「赤ひげ先生」は、若い医師の求める医師像と乖離してしまっているのだ。たしかに、以前は大学医局からの医師派遣がへき地医療を支えていた部分が少なからずあった。しかし、現在はへき地に限らず都市部でも医師不足で、なかなか大学にも医師が集まらない。へき地から大学へ医師が引き揚げられるという報道も頻繁に見聞きする。「大学には頼れない」「赤ひげ先生もいない」「医師の強制配置など夢の話」。これが北海道の地域医療の現実である。

しかし、そもそも、「短期限定」であればへき地に

赴きたいと思う医師は少なくないのも現実なのである。北海道の豊かな自然の中では、小さな子供のびのびと育てられるし、週末ごとに道北、道東など北海道の各地を子供と一緒に周遊するなどというのは、道外の医師にとっては非常に贅沢な生活でもあるのだ。北海道の魅力を「いいとこ取り」してもらい、子供の就学・勉強が問題になる時期になったら、気持ちよく都会に帰ってもらおう。この「短期限定が前提で地域住民の期待に対する責を負わなくて良い」という保障。これがあるからこそ、気軽にへき地へ赴けるのではないだろうか。

事実、今夕張には若い医師が集まっている。みな、短期限定が前提である。後任の医師も希望が絶えないのが現状だ。

日本は今後、人類史上例のない超高齢化と高騰する医療費の津波に襲われる。北海道は、国家存亡の危機を迎える日本全体の未来を指し示す「道標」になるべきだし、北海道こそがまさにそれに相応しい地域だろう。北海道の医療の未来はそこにこそあるのではないだろうか。

崩壊を経験して

胆振西部医師会

洞爺湖温泉診療所 所長

松山友彦

洞爺湖を望む場所にあるわが診療所はいたってのんびりとやっている。北海道の医療崩壊の特集で苦しい現状の報告をとの依頼であったが、医療崩壊、医師不足、疲労感や徒労感とはほぼ無縁である。

以前、夕張の市立病院で副院長をやり、最後に閉院までつきあったときにはさすがに周りには皆、疲労感、徒労感、そして不安でいっぱいという感じであったと記憶している。ちょうど、赤字再建団体となることが決まり、65歳以上の人口が40%を超えるという時期に勤務していたので、そういう意味では医療が崩壊する様はよく知っている。

夕張では独居の老人の比率が極端に多く、市としては高齢化率が当時（今でもそうかもしれないが）日本一であった。救急車で運ばれてくる高齢者は脳梗塞だったり、肺炎だったりすることが多いが、最初の原因は不明で、脱水などで歩けなくなって近所の人を救急車を要請するなどというパターンも多かったと記憶している。そして、病院では肺炎や脱水の治療はできても社会復帰できるまでのリハビリテーションなどは、主にマンパワーの問題で不可能であった。退院もさせられず、ご家族も遠方であて

にならず、そのうち皆、寝たきりにしてしまい、自分の首を絞めている始末であった。

再建団体となることが決まってから、知事や道議、中央からも副大臣が来られるなどあり、マスコミにも応対していたが、副大臣について来られた某省庁の方と二、三度メールで意見交換をした。詳細は記憶にないが、彼が“限界集落”という言葉を使ったのが印象に残っている。人口が減少し、高齢化が進み、コミュニティを維持することさえ不可能となりつつある町という意味で受け取った。実際、もう何年も前から夕張市は“限界集落”であったのだ。動けなくなるまで独居を続け、限界になってなぜか病院に運ばれてくる高齢者は、確かに“限界集落”の住民というにふさわしかった。

夕張市やその歴史を辱めるつもりはない。炭坑がすべて閉山となれば、農業以外に産業はありえず、農地もさほど広くない川沿いの町はそれなりの規模に収縮すべきであったのを、国の補助金などを使って延命しようとするから苦しいのだ。

魚は野生動物で年に8,000万トンも捕るのは捕り過ぎで漁業には限界があると思う。農業も国際的な市場と無縁ではいられない。効率化が進めば、むしろ農村の人口は減るのが正しいと思う。医療をその歴史の流れにあわせるべきであろう。農業や交通の発達で都市国家が生まれ、分担と余剰によって文明は生まれた。へき地が困る、救急が苦しいというなら、ヘリコプターでもオスプレイの民間型でも使って距離を埋めればよかろう。新医師臨床研修制度などに文句を言っても始まらない。