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、せめて救急ぐらい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年から厚労省は「女性医師就労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ス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ないかもしれません。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。