



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