



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。最近では透析棟建設（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おうのが、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歩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。