



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

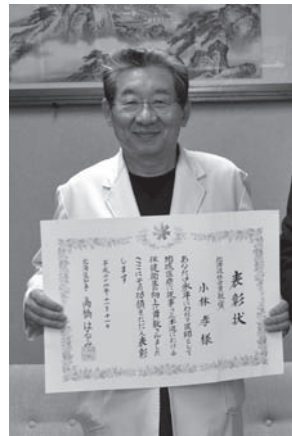
緊急患者、原因不明患者など専門的医療を必要とする患者を紹介することが多い。紹介された医師には、「教えてやる」という気持ちでもいいので教育的立場をとっていただきたい。ある程度落ち着いた段階で紹介元に戻し、一緒に経過を診させてほしい。それが地域医療のレベルアップにつながると思う。

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なのは、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、救急車を出発させて、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。

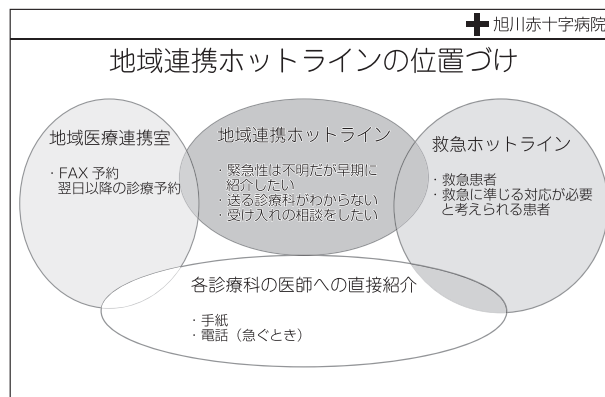
これが本当の医療崩壊の原因かもしれない。

■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。