

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をできるこ

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（安定を求める、仕事より自分の時間を大切にする…）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。