



岩見沢地区の 医療環境と救急医療

北海道医報通信員
岩見沢市医師会 理事
石塚医院 院長

石 塚 竜 哉

岩見沢市は現在人口約8万9千人で、主な産業は農業の長閑な田園都市です。他の市町村と同様、当市も少子高齢化が進み、商店街の活性化も大変困難な状況で、人口の減少にも歯止めが利かなくなっています。行政もさまざまな施策や取り組みを行ってはいるが、急激な財政環境の悪化により施策も制限されなかなか良い成果が得られず、しかも食中毒問題、ごみ処理問題と次々新たな問題が生じ、その対応に追われています。

医療環境

したがって医療を取り巻く環境も当然厳しい。周囲の市町村はほとんど医療崩壊に近い状態のところもあり、診療所への転換も視野に入れている。このままではこの地域全体の医療崩壊を招きかねない。空知地区全体を一医療圏として考え、ネットワークを構築していくことが必要と思われませんが、それには中核病院としての市立病院と労災病院の担う役割がますます増大して、医師、スタッフの不足から大変な過重労働を伴うものになります。中核病院の医師、スタッフの充実を計れる制度改革がなければ、地域医療の崩壊は避けられない。

政府が考えている地域医療再生計画を見る限り、病床削減、病院の統合など機能分化を進める計画のみで地方の実態とはかけ離れた計画であり、さらに政府は「社会保障・税一体改革成案を提唱し、消費税は原則として社会保障の目的税とする」と言っている。医療分野の具体的改革については、ほとんどが医療費の削減を目指すもので、医療の充実や改善を図る内容ではなく、加えて定額負担制度導入となると、国民も医療側も負担が増えるだけで、現状に則した制度改革とは全く思えません。

会員動向

現在、岩見沢市の医師会員は146名（A会員51名、B会員3名、C会員85名、減免会員7名）です。市内の開業医はほとんどが医師会に入会していて、比較的最小限協力ですが、総会や親睦会行事には年々参加が限られてきているのは寂しいところです。

救急医療

医師不足や地域の財政難などから多くの市町村では救急診療体制が崩壊しているところが多い現状ですが、岩見沢市は市立病院と労災病院の2つの総合病院があり、互いの連携や協力体制が良好で医師会との連携も良いため、救急体制に関しても互いに協力し合い、比較的良好な体制が岩見沢市としては保たれていると思います。

夜間の急患は、午後6時から12時までは夜間急病センターにて主に内科・小児科の一次救急を診ていて、12時以降は市立と労災が交互に担当しています。土、日の当番医も半年ごとに決定していて、土曜は午後1時から6時まで一次救急を内科・外科で、日曜は午前9時から午後6時まで内科・外科・小児科による一次救急を担当しています。

二次救急の受け入れも良好で、市民にとっても安心できる医療体制が確立されていると思われます。ただし産科に関しては医師不足から十分とは言い難い現状です。十分とは言えなくとも、ある程度の体制が維持できているのは市立、労災の両病院のドクター、スタッフの努力と情熱のおかげですが、今後も同様な体制を維持できる保証はなく綱渡り状態ですが、岩見沢市の医療機関全体でこの救急体制を支えています。

糖尿病治療雑感

千歳医師会 理事

加藤内科クリニック 院長

加 藤 政 和

糖尿病患者数は、人口の増加と高齢化により、世界でこの約30年間で2倍以上増加したといわれています。そのために、糖尿病診療にかかる医療費は年々増えてきております。私のところも、千歳で開業して8年目になりますが、糖尿病患者は年々増え続けております。

最近の糖尿病患者は軽度肥満で、高脂血症や高血圧を合併する、いわゆるメタボリックシンドロームの方が多くなってきていると感じます。治療は、食事療法、運動療法が基本ですが、これをできる人は少なく、やはり薬物治療が必要となってきております。私が医者になった頃は、インスリンとスルホニル尿素薬と使われないビグアナイド薬しかありませんでしたが、現在はこれらに加えて、αグルコシダーゼ阻害薬、チアゾリジン薬、速効型インスリン分泌

促進薬、DPP-4阻害薬、GLP-1作動薬が登場し、インスリンも超速効型、持効型など新しい製剤が出現してきました。

薬剤を投与する際、その患者の病態を見極めて投与するわけですが、インスリン分泌能が低下しているのか、インスリン抵抗性が増加しているのかを、体型や血液検査、空腹時インスリン値やCPR値を測定して、どの薬剤が適当かを決め投与します。1剤でコントロールが良好となればよいですが、よくならなければ2剤3剤4剤と薬が増えてきます。内服薬でコントロールがつかなければ、インスリン注射を追加、あるいはインスリン注射に切り替えることになります。

このように、血糖コントロールが不良だと薬剤費が膨大になってきます。特に最近発売された薬はどれも高く、また、これから出される薬も高価だと考えられます。また、高血圧を合併すると、糖尿病患者は130-80mmHg未満にコントロールするようにと目標値が厳しくなっており、この目標を達成させるために、ARBやACE阻害薬を中心に多剤併用してコントロールすることとなり、糖尿病を合併していない高血圧患者に比べて薬剤費が高くなります。

これと同じことが高脂血症にも当てはまり、糖尿病患者は、LDLコレステロールを120mg/dl未満にするためにストロングスタチンが使用されることが多いと思います。このため、さらに薬剤費は上がっていきます。

また、糖尿病により合併症が起きると、さらにそれに対する薬剤費がかさむことになります。ただ、血糖や血圧、コレステロールのコントロールが悪く、脳梗塞や心筋梗塞になったり、糖尿病性腎症から腎不全になり、血液透析になったりすると、糖尿病治療にかかる医療費よりもさらに医療費が高くなることとなり、コントロール不良のまま放置しておくこともできません。

このように、糖尿病治療はお金がかかります。一番、医療費が安く上がるのは食事療法、運動療法だと思われませんが、これができれば糖尿病にはならなかったと思われ、できないからこそ糖尿病になるわけであり、食事療法や運動療法ができるようになる薬や、食事療法、運動療法をしなくても血糖がよくなる薬、また、血糖をコントロールする薬ではなく、糖尿病を完治させる薬などが期待されます。それまでは、患者に対していかに食事療法、運動療法が大切で、いかに経済的であるかを話しながら対処するわけですが、なかなかうまくいきません。



富良野の新しい 時間外救急医療体制

富良野医師会 副議長
北海道社会事業協会富良野病院 副院長
角谷 不二雄

地方では、不採算性、医師や看護師不足のため時間外救急体制の維持は困難となっています。人口10万人あたりの医師数が138.5(2008年)と、道内21の二次医療圏中8番目に少ないうえに、医師の平均年齢が高い富良野も例外ではありませんでした。

従来、一次救急の平日は医師会当番医、休日は富良野協会病院(当院)、二次救急はすべて当院が担当。当院は医師1名、看護師2名体制。しかし平日の一次救急患者の多くは当院を受診。多忙な当院のスタッフと、一晩中自院で詰める医師会当番医がともに疲弊。当院は対応策として、平日の一次救急患者を積極的に開業医へ誘導したところ、時間外救急受診数は06年度の8,445(入院749)から08年度5,405(入院565)まで減少。しかし医師会当番医の負担と市民からの苦情が増加し、入院数に示される医療の質の低下を来しました。

危機感を抱いた有志による、当院救急体制検討会(07年10月～)と医師会救急対策委員会(08年4月～)が連動して議論を重ねました。その結果、行政の協力も得て2009年度より、新しい時間外救急医療体制が始まりました。骨子は①診療の場を当院に一元化②平日準夜帯の一次救急は医師会の当番医と看護師が担当(当院含め医師2名、看護師3名)③行政の財政援助、の3点です。受診者は重症度を問わず当院を受診でき、医療側はマンパワーが充実し対応力が増しました。受診数は09年度7,138(入院686)、10年度6,231(入院765)、うち当院医師対応6,042と5,391でした。受診数は08年度に比べやや増加しましたが、当院医師対応数は増えず、入院数は増加しました。コンビニ受診は10%と少なく、看護師増に伴う電話相談の充実や、行政の協力を得て就学前の児がいるすべての家庭に配布した受診の手引き“ふらのこどもの救急”の効果が想定されました。

新体制では、救急外来の適正利用が増えました。医師にとっては、負担が以前より軽減し、医師会と当院との情報の共有が容易となり、地域連携が取りやすくなりました。看護師も負担が軽減し、市民の評判も良好です。新しい時間外救急体制は順調に機能しています。医師会員の高齢化に伴い、この体制が維持できるかが今後の課題です。