



## 北海道医療への提言

旭川市医師会 理事  
市立旭川病院 副院長  
子野日 政 昭

### 1. はじめに

道医常任理事の山科賢児先生から北海道医師会への提言という内容で本医報への投稿依頼があり、好き勝手に書いてくださいということでお引き受けしました。しかし北海道の医療をどうしたら良いか考えていくと、答えのないパズルにはまってしまいました。本当に好き勝手になってしまいましたが役目を果たさせていただくことにしました。

### 2. ITの活用－北海道医療情報センターの設置

平成20年に北海道医療計画という立派な計画が策定され、平成25年の医療計画見直しへ向け議論がスタートしている。北海道は広大な土地、冬は積雪、寒冷という環境にあり医療上特有の悪条件を有している。医療計画後、救急医療体制ではドクターヘリ事業が道北、道東も軌道に乗り、がんの医療連携体制ではがん診療連携拠点病院も20ヵ所に増え、道民の医療環境も数値上は向上していると思われる。

しかし地域偏在や診療科偏在による医師不足の問題は深刻で、その対策として集約化、センター化が叫ばれているが、実際問題それぞれの医療機関の存亡にかかわることであり、ハードルは高い。限られた人的医療資源のなかで良質の医療を行うべく、地域完結型医療の実現に向け医療機関の機能分担と連携強化が求められている。それにはITが医療情報の共有、ネットワーク作りに威力を発揮する。IT、ネットワーク関連では、地域医療再生計画によると全道域ではレセプト情報等データベースシステム整備事業、広域連携クリティカルパスのネットワークシステム整備に、また北網圏事業の遠隔画像診断システム等整備事業、南檜山圏事業でITネットワーク化推進事業がそれぞれ予算措置されている。

今年は三次医療圏単位に地域医療再生基金が交付されるが、北海道6圏域で90億円が見込まれているという。その用途であるが、各圏域ごとにITを活用したネットワークシステム整備を行うのは将来を見据えると非効率的で、全道域事業として北海道医療情報センターを作りネットワーク整備、遠隔画像診断システム整備等を構築し、3医育大学、医局、中核病院、医師会、放射線診断部門などと連携し、医師確保、医師派遣事業、救急医療等で活用すべきと

提案したい。

さらに道民への情報公開も重要な任務である。自分の住んでいる町で、急病になったらどの程度の医療が受けられるのか、より関心を持ってもらうため、心筋梗塞、脳卒中、小児救急などの救急医療体制がどのレベルなのか、2次あるいは3次医療機関までの搬送時間も含めて、各市町村別に4疾病5事業個々に評価し格付けするのはいかがであろうか。AAAからBまでの6段階評価とした場合、もちろん大都市ではAAAの取得が目標であるが、大都市でも夜間はAAAの取得が難しい現実を市民に知ってもらう必要がある。

### 3. 新医師臨床研修制度・医局制度について

先日道医の医療政策等検討委員会で民主党の梅村聡参議院議員とお話する機会を得た。同議員は内科医師でもあり、適切な医療費を考える議員連盟の事務局長を担当されている。その中で医局制度、新医師臨床研修制度の評価、新設医大問題についての意見を求められたが時間切れで終わってしまった。今後の医療を考える上で重要なことなので、医局制度と新医師臨床研修制度についても一言述べさせていただきます。

新医師臨床研修制度が始まってからの医局離れと医師の診療科偏在による医師不足から需要供給体制が崩れ、地方病院の一部診療科の廃止、縮小という結果を招いている事実はご存知の通りである。特に過重労働、医療訴訟の多い診療科は敬遠され、ある診療科では絶滅危惧種という表現まで使われている。これまで人材派遣機能という点では医局制度が北海道の医療を担ってきており、特にメジャー系の医局が弱体化傾向にある今、緊急臨時的医師派遣事業にご協力いただいている一部病院を除いて、頼るところがほとんどないというのが現状である。

医局制度は諸悪の根源のように患者扱いにされているが、教育、研修制度や診療のバックアップなど長所も多く、民主的運営と医局間連携が医局復活の足がかりとなり、地域医療再生の近道になると信じる。医局復活には新医師臨床研修制度の改定が必要である。新医師臨床研修制度ですべての新米医師に基本的臨床能力をつけてもらうという大義名分は立派であるが、卒後早い時期にプライマリ・ケアや全身管理を学ばなくてはならない診療科に進む医師は新医師臨床研修制度を免除し、早く一人前（専門医）になるのを後押しした方が、人的医療資源全体を考えるとベターである。言い換えると、プライマリ・ケアの研修ができない診療科を選択する医師あるいは卒業後の診療科が決まっていない医師のみ、新医師臨床研修制度のマッチングに参加するシステムに

変更することを提案したい。

これにより医局復活の足がかりになり、前項に述べた北海道医療情報センターの下、各医育大学、医局、中核病院などを中心に全道ネットワークを構築することで医療連携を強化し、共存共栄してこそ道民の求める医療につながると期待する。

#### 4. おわりに

地方の診療所、病院ではほとんど土日も病院から離れられない、あるいは学会出張もままならない医師も北海道には多く、その先生方も北海道の医療を必死に支えている。一方ワークライフバランスを重視する医師の増加はもはや必然で、労働環境の整備、医療事故に対する無過失補償制度の早期導入など、行政へのアプローチも今後の重要課題である。

以上、北海道医療への提言ということで私見を述べさせていただきます。



利尻山



#### 北見ブロックの医療の現状と 医師会の存在意義について

北見医師会 理事  
道東脳神経外科病院 院長  
木村 輝雄

北見ブロックの木村です。約4年半前に開院した特別医療法人 明生会 道東脳神経外科病院で院長をしています。脳神経外科医を志して旭川医大の脳外科に入局して10年経った頃、新潟大学の脳研究所に移り、6年間、脳虚血や脳循環代謝の研究を行っておりました。出身は埼玉県の熊谷市ですが、縁あって北海道に戻ってきました。今年から北見医師会の理事になり、医政部会担当をさせていただいております。このたび、北海道医師会の活性化につながる意見、提案とこのことでの執筆依頼がありましたので、北見ブロックの医療の現状と問題点を、思いつくまま書かせていただきます。

#### オホーツク脳卒中研究会の立ち上げと意義

5年間、この地で地域医療をしていて思うことは、医療資源が少なく、ほとんどが民間で行われていることです。さらに、患者の高齢化が、へき地では、より進んでおり、その患者への支援が十分でないということです。

私は脳神経外科の中でも、特に脳卒中を専門としております。脳卒中は超急性期から回復期、維持期にわたり、シームレスな医療を要します。患者さんだけでなく、家族を含めて、将来困ることのないよう、少ない医療資源を効率的かつ効果的に活用するため、オホーツク脳卒中研究会を立ち上げたのが4年前でした。北見医師会の先生をはじめとして、医療、介護にかかわる志のある多くの若い(?)スタッフの協力により、ようやく当地に医療と福祉のネットワークが構築できつつあります(写真)。

現在、オホーツク脳卒中研究会のメンバーは、ボランティアで活動してくれているのですが、今後とも継続させるためにも、いろいろな支援を検討しなければならないと思っています(本来、国や自治体がやるべきとは思いますが…)。

私が就任した当時は、遠軽、紋別にも脳神経外科の専門医がおりましたが、現在はゼロです。このような事態は、私にとっても、地域住民にとっても想定外でした。結局、意図したわけではありませんが、北網圏だけでなく、遠紋圏の脳卒中患者をカバーする、文字通りオホーツク脳卒中研究会になってしまったわけです。