

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。



写真 第3回学術講演会でのグループワークの様子

オホーツク脳卒中研究会は、脳卒中に関する症例検討や学術講演会を通じ、脳卒中超急性期から慢性期におけるシームレスケアの推進を目的とし、平成19年6月に北見市内の脳神経外科・神経内科・内科医師6名によって発足しました。現在は脳卒中地域連携パスの運用、医療と介護の連携推進や回復期、維持期リハビリテーションの拡大に関する活動を行っています。平成22年4月現在、医師・理学療法士・ソーシャルワーカーなど11名の幹事と、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士・診療放射線技師・PT・OT・ST・MSW・事務職員・ケアマネジャー・介護サービス事業者・行政機関の方々など約100名の会員によって構成されています。すべてボランティアです。

オホーツク圏の脳卒中医療の現状と問題点

全国で起こっている超高齢化社会の進展、そして医師不足や介護従事者不足といった医療崩壊の問題は、オホーツク地域においても例外ではないどころか、札幌や旭川といった都市部より深刻であります。当院は急性期に特化した脳外科専門の単科病院ですが、地方であるがゆえの悩みを抱えています。治療後、社会復帰できる患者には問題はないのですが、介護度の高い高齢者、重症で在宅療養できない患者の受け皿がなく、数少ない急性期のベッドがふさがれ、救急車を受け入れることができない現状があります。一方で、北見赤十字病院のように高度先進医療しか行わない施設では、脳卒中以外の合併症を持つ重症高齢者の転院搬送が拒否される現実があります。

北見市は要支援・要介護者数が平成18年には4,249名でしたが、平成26年度推計では5,863名と138%の増加率となっています(第4期北見市高齢者保健福祉計画・北見市介護保険事業計画より)。また、北見市の人口は2025年には12万人から11万人に減少する見込みですが、75歳以上の高齢者は1.5万人から2.3万人に増加します(国立人口問題研究所調査より)。北見市の特別養護老人ホームの入所希望待機者は平成20年12月末現在では288人であり、医療療養型施設

への入院希望者も数年待ちという状態です。療養病床が「冷たい家族」によって生み出されるウバ捨山になっては困りますが、必要とされる療養病床は、国が面倒をみない以上、自治体でみるしかないと思われまます。公的資金は高齢者の寝たきり、介護度の高い患者を見る公立の療養病院やホームの設立、運営にも使われるべきではないでしょうか？

地域医療再生計画は地域医療の充実に役に立つのか？

先日、北海道医師会の医療政策等検討委員会に初めて参加させていただきましたが、各ブロックでさまざまな問題を抱えていることが分かりました。

また、その時はじめて地域医療再生計画の進捗状況についての資料を見せていただきました。50億円のうち、北網圏に14億3,202万6千円が配分されておりましたが、その大半が北見赤十字病院と道立北見病院に割り当てられました。いったい誰が、何のために、どういう権限と責任で、どのような根拠を持って振り分けたのかについては、私が勉強不足のせいなのか、あるいはマスコミへの情報開示が十分でないせいなのか分かりませんが、極めて不透明な印象を持ちました。北網圏において優先されるべきはハードの整備より、救急医療、周産期医療、広域連携そして医師確保だと思います。高度先進医療を目指す北見赤十字病院の整備はもちろん大切ですが、オホーツク圏の住民は、高齢になっても自分が安心して入院治療を受けることのできる病院を優先して望んでいるという現実も、一方ではあるのです。

医師確保には寄付講座設置事業、認定看護師等確保対策事業、総合内科医養成研修センター運営支援事業があり、北見赤十字病院が札幌医科大学と連携した寄付講座を設置し、地域医療を担う後期研修医等を育成するとあります。3億6,592万円がこれに充てられています。しかし、地域の医療機関から要請があった場合の医師派遣ではなく、北見赤十字病院だけの医師確保であるなら、公的資金は地域の医療ではなく、赤十字病院の医療を守ることにだけ使われるということになるのでしょうか。

診察、検査予約業務の効率化、医療情報共有化と広域連携を目指して、北見赤十字病院を中核とした地域ネットワークシステムを構築するとあります。また、現在未接続の公的病院およびへき地診療所と北見赤十字病院とを結ぶ遠隔画像診断システムを整備し、画像診断およびカンファレンスを可能にすることで、地域の医療機関に勤務する医師の支援体制を強化するとあり、2億6,067万円が充てられています。しかし、北見赤十字病院が医師不足という中で、現実問題として画像診断やカンファレンスに余計な人手を割く余裕があるのでしょうか？

地域医療再生基金を活用した4年間の整備事業の中に、北海道全域を対象とした広域連携型パスとして4疾病における地域連携クリティカルパス整備事業があります。平成22年10月1日にその第1回の会議が行われましたが、広域連携型パスの整備は非常に困難でしょう。地域連携の基本はニーズとそれに対する協力であり、人と人が顔を合わせて信頼関係を作ることです。協議会で決めたことが全道で実践できるとは思えません。ニーズは地域によって異なります。4年では無理と思われる。しかも、実際の動きは会議以降何ら聞こえてきません。

北見市の医療と医師会活動

北見市では、北見赤十字病院が医師不足ということで、これまで行っていた夜間急病センターの役割を、平成23年度からは担わないということも決定したばかりなのに、北見赤十字病院の診察、検査予約業務の効率化に、公的資金を重点的に配分されることになっています。重要な役割を果たしている民間病院には、公的資金が回ってこないため、血のにじむ思いで電子カルテを高額で購入している現状を踏まえると、国や道の対応に不満が残ります。

私は公的資金であれば、もっと時間をかけて、地域のニーズに合わせて、正しく使われるようにすべきだと思います。地域医療再生計画の基金が、一部の準公立病院の生き残りのために使われるのでは、効果は限定的です。病院の建て替えのために、市が高額の負担を強いられるなら、いっそのこと市民病院を望むという市民の意見もあるように聞き及んでいます。

行政が耳を傾けるべきは、大病院の声だけでなく、患者の声、国民の声ではないでしょうか。未曾有の少子高齢化を迎えるにあたって、さらなる国民の負担も必要となるがゆえに、慎重に話し合うことや、医療現場の意見を広く吸い上げることも必要だと思うのは、私だけでしょうか。

北見医師会では毎年、医政部会で市民フォーラムを行っています。今年4月からは、市の直営で新しい夜間急病センターが始まることに合わせて、夜間急病センターをはじめこの地域の医療を守るのは市民であることを理解していただくためのテーマを設定しました。それから、将来のどのような医療がこの地域に必要なのか、高齢者・寝たきり・介護度の高い患者さんはどこに行くのか？をいっしょに考えていただくためのフォーラムにしたいと思っています。

医師と医政活動

時代が変わろうとも、医療従事者の精神・奉仕の

精神は変わって欲しくないと思いますが、最近の医学生や研修医を見ていると、医療は自分の生活の糧、生活の一部としか考えないような人が多い印象を受けます。そんな姿を見ていると、こちらまで悲しくなってきます。そのような人に北海道医師会の存在意義が分かるとも思えません。逆に、医師会に所属するメリットは何か？デメリットは？などと聞かれてしまいますと、医療は今後、損得勘定でしか成り立たないのかと思い、涙が出てきます。医学生や若い先生方には、医師としての誇りと高い志を持ってほしいものです。今こそ、一般教養を含めた大学教育のあり方が問われていると感じています。

われわれは医師であり、政治家ではありませんから、政治に口出しはできませんが、政治家に正しい情報提供をすることはできるはずで、以前から、医療の問題が医療のことをよく分かっていない政治家によって政治の場で議論され、決着されてきましたし、今後も変わらないでしょう。行政や政治家とパイプを持つ一部の医師や病院が、上手な作文を書いて公的資金が私的に使われることがあってはならないと思います。医師会というのは、地域で医療を施す医師、医療機関を守るネットワークとしての機能だけでなく、政治家が医療問題を正しく議論して決定し、国民により医療として還元されるよう、患者や住民から正しい情報を得て、それを医療の立場から政治家に発信する国民の代弁者としての重要な役割を担っていると思います。

◇

北海道医師会の活性化につながる刺激的で挑発的な意見、提案ということで、批判を恐れず、最近、思ったことを書かせていただきました。

最後に、私は北見のドクタージェットやドクターヘリの導入には慎重な立場です。利用された件数からしても、無駄使いのように思えます。その経費をかけることで、この地域の患者にどれだけの恩恵があるのでしょうか？

すべてが計算によって決めるべきだとは言いませんが、右肩上がりの経済状況が望めない現在のわが国において、公的資金を使うというのであれば、少なくとも費用対効果を十分検討してから導入するくらいの慎重さは求められてしかるべきだと思います。

日本医師・従業員国民年金基金 ご加入のご案内

長生きリスク
に備える

1 税制上の優遇措置

Wの
税制メリット

- **掛金** 掛金は全額社会保険料控除の対象となりますので所得税、住民税が軽減されます。(最高816,000円が控除の対象)
- **年金** 受け取る年金にも公的年金等控除が適用されます。遺族一時金(A型)は全額が非課税となります。

税理士のご紹介で
加入される方が
ふえております。

2 掛け捨てにはならず生涯にわたり年金が給付されます。

- 任意の脱退及び解約返戻金はありませんが、転退職等で脱退となった場合でも65歳以降、加入期間に応じた年金が支給されます。
- 国民年金(老齢基礎年金)のような原則25年という受給資格期間はありません。

3 自由な設計ができる公的な年金です。

- 年金額をいくらにするか加入者が選べ、収入に応じて途中で掛金を増減できます。(掛金上限月額68,000円)

加入の
条件

1. 国民年金第1号被保険者(20歳以上60歳未満)の方
厚生年金・共済年金にご加入の方や国民年金保険料を免除されている方は加入できません。
2. 診療所等で医業に従事している方
お手伝いをされているご家族や一般従業員の方も加入できます。(日本医師会員でなくとも加入できます。)

詳しいパンフレットをご用意しております。
ぜひ、ご請求ください。

フリーダイヤル ☎ 0120-700650

受付時間(平日) 午前9:30~12:00 午後1:00~5:30

<http://www.jpmpnf.or.jp>

検索は
こちらから

日本医師従業員

検索

0120-700650

検索

日本医師会年金(医師年金)に加入している方でも、
当基金の年金に加入できます。

