

## 「これからの北海道の医療における展望と課題」 ・・・臨床研修病院の立場から考える



勤医協中央病院 名誉院長

田村 裕昭

### はじめに

人口の高齢化と医療を取り巻く社会・経済的環境の変化は先進資本主義諸国に共通した課題となっている。各国ともその国の社会保障がたどってきた歴史と到達点を踏まえ、異なる健康観、死生観、人間観といった価値に応じた模索を続けている。

2002年2月米国・欧州の内科4学会が共同で作成した「新ミレニアムにおける医療プロフェッショナルリズム：医師憲章」なる文書がLancetおよびAnnals of Internal Medicine両誌に掲載された。その中で強調されているのは「医師の社会的責任」ということである。富の多くが一部の富豪に集中し、他方で膨大な貧困が誕生している中、米国では皆保険制度をめぐる「オバマケアの挑戦」に対する評価は二分している。多子高齢化によって社会力を高めてきた人間にとって、少子高齢化はこれまで経験したことのない事態であり、我が国はその最先端にいる。

臨床研修病院における医師養成は果たしてこのような時代の要請に合致しているのだろうか？

### 北海道における医療介護のマンパワー不足（特に医師不足について）

わたくし自身は1981年北海道大学医学部卒業後、臨床研修病院である勤医協中央病院、順天堂大学膠原病内科医局、そして道内の地域中核都市（釧路、旭川、北見）に在る中小規模病院、リハビリテーション専門病院、小樽・余市・黒松内の有床診療所等で勤務してきた。加えて、リウマチ膠原病専門医として北海道難病連と道が共催する「難病医療相談会」に参加し、全道各地の市町村で専門的検診活動に従事する機会を得た。この30有余年の歳月の中で経験・見聞した道内の医療機関、多くの病院・診療所はどこをとってもマンパワー不足に悩み続けてきた。

「医師の偏在、診療科の偏在」というのは特に東京、大阪、名古屋といった大都会に医師が集中することをもって然りと言えるのかもしれない。広大な北海道において本当の意味で「偏在」というものを感じたことはない。大都市札幌においても、勤務医は昼夜を分かたぬ診療、そして教育・研究に従事し、余裕のない状態である。近年では安心・安全に資する医療の質の向上、説明と同意といった診療プロセス、多職種連携、後継者育成などに係る医師の業務量は30年前と比較しても膨大なものとなっている。「働き方改革」というものが額面通りに実施されようものなら、即刻医師不足状態に陥るか、地方の医師不足に拍車がかかりはしまいかという懸念の声が巷間

で聞かれるのも無理はない。郡部では30数年前から一貫して医師不足状態が続いている。二次医療圏ひとつとっても広大な面積を抱え、積雪というアクセス困難を有する北海道においては2004年の臨床研修必修化の影響云々といったレベルの問題ではない医師不足が蔓延している。北海道の医師不足は一面では病院の「常勤医師の不足」であり、「支援に赴く医師の通勤や移動に要する時間の影響」を加味するならば、その不足はより一層顕著となるに違いない。

勤務医も労働者であり、働き方改革が必要なことは言うまでもない。しかし、医師の働き方改革は先に紹介した「新ミレニアムにおける医療プロフェッショナルリズム：新時代の医師憲章」の中でも述べられている「プロフェッショナルとしての10の責務」のうち（1）プロとしての能力についての責務（6）医療へのアクセスを向上させる責務（7）医療資源の適正配置についての責務一などを十分に満たすものでなくてはならない。医師の労働時間のカウント如何で必要医師数も大きく変わり、医師確保、医師不足の問題につながり、ひいては医学・医療における退廃すら進行しかねない状況になるのではないかと懸念される。

北海道医師会には、ぜひ医師のプロフェッショナルリズムと地域医療存続という立場に立った議論の推進役を期待したい。働き方改革の議論は北海道という「地方」の医師不足をクローズアップする結果になると思われ、ビジネスチャンスをかかえる人材派遣会社はあの手この手の戦略を講じてくるだろう。人材派遣ビジネスのあり方に対応する政策的提案も必要ではないだろうか。

### 2025年問題と北海道の医療について

2025年には団塊の世代が後期高齢者となり、一気に地域住民の高齢化が進むといわれるが、地域の現状は既に道内一律ではなくなっている。

私が直接関わった黒松内町（2018年7月末現在の人口2,860人）には19床の有床診療「町立国保ブナの森診療所」1ヵ所しか医療機関は存在しない。町のゆく末と医療機関の将来が一蓮托生の状態と言っても過言ではない。少なくない自治体が今後こうした状況に陥らないとも限らない。幸いにも黒松内町には道内有数の社会福祉法人が存在し、健康と福祉のまちづくりを推進してきた歴史がある。医療福祉関係者が人口の半数近くを占め、自治体や住民とともにブナの北限の町として将来を模索している。私たちはこの町で健康増進と予防医学の発展につながるケア・オルト構想、ケアに携わる後継者育成のキッズキャンプなどに取り組んでいきたいと考えている。

北海道全体の労働人口は年々減少すると予測されているが、一方で医療福祉従業者は絶対数はもちろんのこと、労働力人口に占める割合も2027年には14.4%へと増加するとされている。我が国がデフレ

下であってもGDPの急落を免れ、経済的恐慌状態に陥らなかったのは、政府最終支出に占める人口の高齢化に伴う保健医療関係費の増加が下支えしたからである。

北海道医師会は「医療・介護・福祉が街の活性化と中高年齢層に生きる力を回復させる上で積極的な役割を担っている経験」を集約し、医療・介護に携わる者が住民として、町おこしに積極的かつ創造的に関わるからこそ、2025年に向けた夢のある取り組みであるということを地域社会に広くアピールしていくべきである。

高齢者医療には、①臓器別の専門医療の発想だけでは対応が難しい②患者の揺れに対する共感が必要であり、効率性を追求する急性期病院の医療だけでは対応が難しい③医療機関の対応だけでは高齢者の生活問題が解決されずに残る—といった難しい諸側面がある。札幌市医師会東区支部では地域ケア連絡協議会、医療・介護ネットワークなど地域ベースの活動にも積極的に参画しているが、住民とともに人生の最終段階に関わる倫理的な問題や孤立・疎外といった問題にも取り組んでいかなければならないと認識している。

臨床研修病院としても、次世代の医師たちに対し、住民と共に創る地域医療・高齢者医療を実践的に学べるプログラムを用意していかななくてはならない。とりわけ、地域枠の医学生や研修医を受け入れた研修病院が協力して、その教育カリキュラムの現状について検証作業を行い、内容の向上に努めることが重要である。地域枠医師の研修は個々の病院の責任に委ねるのではなく、北海道医師会や自治体のバックアップのもと「オール北海道」で評価・開発可能なシステムをつくるべきである。

## 新専門医制度と専門医の本道における役割について

新専門医制度は「患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師・専門医を養成する」という趣旨でつくられたものであり、総論的には異論はない。しかし「患者から信頼される標準的な医療」とは何か、常に問い返していかななくてはならない。

すでに超高齢化社会が到来しつつあり、高齢患者は少なくないcomorbiditiesと多様な価値観を持って生きている。専門医であろうと非専門医であろうと患者とのshared decision makingが必須であり、EBMの適用に際し、患者を一人の人間として尊重し、理解することが出発点になくてはならない。

一方、地域によっては専門医がいないため、いまだにスタンダードな専門医療が提供できないままとなっているところも少なくない。こうした地域の現実に専門医がどうコミットするかという問題も大きい。ICTによる専門医のデータ管理システムももちろん一案ではあるが、データだけではわからない臨床の評価が重要な分野も少なくない。

NDBを活用するなどして、二次医療圏をいくつ

かに区分けした単位で専門医療へのアクセス状況を調査し、それに対応した専門医療支援システムの構築が望まれる。例えば、北海道医師会として「地方における専門医療普及に関するアウトリーチシステムの開発」に取り組んではどうであろうか。現状では個別の病院間で専門診療支援契約が結ばれているようであるが、新専門医制度で研修する専攻医のキャリア形成の一環としてこうしたシステムに参画することの意義は少なくないと考える。複数の自治体に関わる医療圏を対象にする場合、協力医療機関をどこに設定するかといった調整も必要であり、北海道医師会と道の指導性に期待したい。

また実際に北海道の地域医療を支えている地方在住の専門医の役割を正当に評価すべきである。地方の医療機関に勤務する専門医は総合医・かかりつけ医としての役割も果たしてきた。専門医としてのキャリア形成にこうした経験がプラスになるように制度設計すべきであり、専門医にとっても重要な基礎部分である「総合性」として資格更新時に何らかの形で評価されるべきである。

北海道医師会を中心としたオール北海道の力で、19番目の専門医として誕生した「総合診療専門医の育成」に尽力すべきある。日本専門医機構の昨今の動きをみると、プログラムごとの定員削減など、「総合診療専門医を増やしたいという意図があるのかどうか」首をかしげたくなる。一方、北海道にとって総合診療専門医以外の専門医養成にも注力しなくてはならないのは言うまでもない。一見背反するかに見えるこの課題を解決し、本道における総合診療専門医やその他の専門医を確保する一つの方法として、総合診療専門医がサブスペシャリティ領域（臓器別専門医）の研修にも進めるような制度設計を日本専門医機構に提案し、入口として総合診療専門医養成プログラムに参加する専攻医を増やす努力をすべきである。各専門領域の医学・医療の発展にとって総合診療専門医の参入は大いにプラスになると考える。

## おわりに

以上、新しい時代のプロフェッションとして北海道の医療を担っていく医師を養成する立場からいくつか問題提起させていただいた。客観的にみて、日本は世界の保健医療情勢の最先端をひた走る存在である。日本学術会議会長である山極壽一京都大学総長がその著書「ゴリラからの警告」の中で述べているが、サルにもゴリラなどの類人猿にもない「コミュニティ（共同体）を組み合わせることで社会を形成するという人間の特質」を生かし、人間性に満ち溢れた地域を創る医師の誕生が期待されている。北海道医師会が新時代にふさわしい医師養成の推進役を果たされんことを期待して、拙文を寄稿させていただくこととした。