

医療の立ち位置

医療法人社団慈佑会 方波見医院

方波見 康雄

医療は、すべて「公」である

自分が病気になったときのために医師という職業を選んだというお医者様は、まずいないでしょう。医療はそもそもが、病に苦しむ者に思わず手を差し伸べようとする人間本来の情意、つまり他者の苦しみや悲しみへの共感と想像力という普遍的な人間性である「他者性」の認識に由来しているからです。人はすべて、「他者ありて私は誰かの他者になる」（折出健二、ほっとブックス新栄）という生きものなのです。

この「他者性」を、チンパンジーのアイをパートナーとして研究している松沢哲郎教授（京都大学）が、霊長類学と比較認知科学の視点から、こう解説しています。

「人間には、他者の経験や苦しみや悲しみ、痛みなどを想像するちからがある。他者の経験を自分の血肉にし、他者の痛みがわたしの痛みになり、他者の喜びがわたしの喜びになり、そして心に愛が生まれてくる生きものなのである。これはまた、長い進化の歴史の過程で生まれてきたものである。

チンパンジーは、目の前のものを一瞬で記憶する能力では人間よりすぐれているが、人間のような「他者性」を持ち合わせていない」（『分かちあう心の進化』岩波科学ライブラリー 274、岩波書店）。

ちなみに松沢教授は、京大で哲学を専攻した理学博士です。

かつて私は、ある大学の通信教育の科目選択として「古代ギリシャ哲学」「フランス哲学」「論理学」などを勉強したことがあります。その乏しいポキャブラリーから、私見を述べると、こうなります。

「人間存在の内奥には「他者」がある。他者との関わりなしに「私」という実体は存在し得ない。

他者の悲しみや痛み、苦しみは、人間存在の根源からの、つまりは己れ自身の内奥からの呻き声でもある」

ここでいう「他者」とは、人間だけではなく、自然世界の生きとし生けるもの、生態系のすべて、路傍の石ころ、川のせせらぎや風の音などの1/fのゆらぎ、過去・現在・未来の時の流れなども含むことを付け加えておきます。

この小稿でいう「公」とは、こうした普遍的な人間性への貢献とその共有を基礎とした社会的機能を意味するものです。「医療は、すべて「公」である」の根拠もまた、ここにあるのです。この医療には、医療法での専門職とともに、リハビリ専門職や福祉

と介護の専門職種も含まれています。

この「公」について考えさせられた、ある患者家族の体験談があります。

「5年ほど前に、ある都市在住の40代の女性が脳出血のため、市内の国立病院に救急搬送された。そしてやがて術後のリハビリを受けようとしたとき、年末年始の休暇のために病院はすべてお休み。大切なリハビリ開始は休み明けにされた。不信にかられた家族は、市内の法人病院に転院させた。そこでのリハビリは休日皆無、若い女性リハビリ療法士が、優しく厳しく、この患者の訴えに耳を傾けながら、患者の内発性を促すようリハビリをしてくれた。いまでは失語や半身不全麻痺も回復、希望のある日々を過ごすようになっていく」

この場合、私的な法人病院が「公」の機能を果たしていたこととなります。国立病院は設立主体が国立という、ただの「官」にすぎず、「官」イコール「公」ではない、ということになってしまいます。

医療は、「国立」「道立」「自治体立」、私的な医療法人や開業医診療所であっても、設立主体が違っただけで、すべてひとしく「公」の意味を共有しているのです。また大切なことは、その病院内あるいは診療所内の連携機能と、個別の職員の人間的な資質と学習姿勢も、「公」を担うということです。

「医療は、社会的共通資本である」とは国際的に高名な経済学者であった宇沢弘文東京大学名誉教授（2014年没）の著書『社会的共通資本』（岩波新書）に書いてある言葉です。要約しておきます。

「社会的共通資本とは、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を安定的に維持・可能にする社会的装置のことである。一人一人の人的尊厳を守り、魂の自立を支え、市民の基本的権利を維持するために、不可欠の役割を果たす。

社会的共通資本のなかで、とくに大切なのは教育と医療である。医療は医学的な知見にもとづいて、診察・治療をおこなうものであるが、教育と同様に、市場原理や官僚的基準によって管理・支配されてはならない。職業的専門家により、専門的知見にもとづき、職業的規範にしたがい管理・運営されなければならない」

この小稿で述べた「公」は、宇沢教授の「社会的共通資本」と意味を同じくしていることとなります。

ところで、「公」とは英語のpublicに相当する言葉です。そして英語文化の発祥の地である英国で「public school」といえば、イートンやラグビーなどの伝統名門校をすぐに思い浮かべますが、このどれもが私立の中高一貫校なのです。このように「public」には、多様な意味合いが含まれているのです。

40年ほど前、英国やアイルランドのホスピス視察に行ったとき、ダブリンのpubで飲んだ黒ビールが

すごく美味しかった。このpubは、public houseの短縮形。つまり居酒屋を誰にでも自由に開放された地域社会の集会場と考えれば、publicに通じ、「公」の役割を果たしているということなのでしょう。

ヨーロッパでは17世紀ごろから、音楽会の聴衆や観客あるいは読書する人びとを、〈文芸的公共性〉を共有する市民という概念でとらえていました。実際Oxfordの辞書で調べると、publicには「音楽会の聴衆」の意味も含まれていました。

「公」という言葉のこうした多元性を、臨床医療の現場で活用したいものです。医療は、言葉と感性・想像力の文化でもあるのです。「科学と詩学のデュオ」と言っても、よいでしょう。こういう認識が、医療の「公」を捻り豊かにしていくことでしょう。

医療の立ち位置

話が、私の父そして母という、私事にわたることをお許しいただきたい。

晩秋のある日、山本ミヤ子さん(78歳、仮名)が受診に訪れたおり、町外の施設で102歳の天寿を全うした老母ハツさん(仮名)の思い出話をしました。ハツさんもまた、施設入所の5年前までは、当院をかかりつけ医としていたのです。あらましこういう内容でした。

「母は貧しい農家育ちで、生涯裕福な生活とは縁遠かった。昭和10年ごろ、いまのような健康保険が無かった時代に、病気になって困ったのは医療費が払えないことだった。でも先生のお父さんは、お金のことは一切口にしなかった。具合が悪くなると、夜でもニコニコしながら診療してくれた。

ある夕方、8歳の長男が熱を出し、母は、幼い子どもを2人も連れて受診した。そのとき、先生の奥さんが晩ご飯をご馳走してくれ、2人の子どもをお風呂にも入れてくれた。わが家だけではない。貧しくて困っている人には、みんな同じようになさっていた。あの世に行ったら、いちばん先にお礼を言いたい」

話を聴きながら、こう思いました。

あの時代に、北海道の、あるいは日本の、さらには世界のどこにでも、同じような医師が、数多くいたはずだ。医療にいそしむにつれ、医療が内包する「公」つまり「公共性」が、おのずとそのような心構えを医師に培ってくれたのだろう。「公」としての医療には、「他者性」を大切にするという教育機能があるのだ、と。

両親については、私がまだ幼かったころの、こういう記憶も鮮明に残っています。

ある夜遅く、わが家の玄関を、音をひそめるようにして叩く人がいた。赤い腰巻きをまとった屈強な体格の若い男であり、裸の上半身は傷だらけだった。そのころ河川工事に強制使役されていた労働者であった。たぶん厳しい監視の目をくぐって逃げ出し、

医院であるわが家に、キリスト教会にでもすがるといふ思いでたどりついたのであろう。幼い私には、息が詰まるような場面であった。

しかし母も父も、穏やかに彼の言い分を聞くと、そのまま中に招き入れ、入浴させ、寝室を用意した。翌朝早く男は、無言のまま姿を消していた。

母は、こう言っていた。「お布団を、きれいに畳んでおいてあった。礼儀をわきまえているのね。犯罪者でもないのに、朝鮮の人は、かわいそう」

さてここで、「医療の立ち位置」について考えてみることにします。

医療とは、「分かちあう心の進化」つまりは人類文化が創り出したものです。その基本には、松沢教授の言葉を借りると、「人間が互いに分かちあい、思いやり、慈しむ、想像するちからがある」ということになります。言葉を換えると、「分かちあう」とは、相互主体的な互恵関係から芽生えてくるものだ、ということになります。

医療そして医療者の立ち位置とは、病める者つまりは「弱き者」「苦しむ者」「いと小さき者」、さらには「差別に苦しむ者」「虐げられた人びと」からも「互恵の恵み」を受けている立場に身を置いている、ということでもあるのです。医師あるいは医療者は臨床の現場で、受診する患者さんからも「恵み」を受ける立場に絶えず身を置いているのです。「患者に学ぶ」とは、こういうことなのでしょう。この「互恵関係」は、市民社会もまた〈文芸的公共性〉と同じく、自覚した参加型の〈医療的公共性〉として共有すべきものでしょう。

地域医療や地域ケアの連携を支える土台には、小稿で述べてきた「医療はすべて公」という認識の共有と「医療の立ち位置」の深化と熟成が大切と考えています。

そしてまた大切なのは、こうした視点からの社会的政策的な批判精神でしょう。

医師人生66年、齢を重ねるにつれ、医療という「科学と詩学のデュオ」が奏でる楽想の奥行きに魅せられています。

北海道医報1200号継続の歴史に敬意を捧げ、会報の豊かな発展を期待しています。

今こそ道民の健康寿命を劇的に延ばす 絶好のチャンスである

医療法人社団 井門内科医院

院長 井門 明

今回の北海道医報1200号記念特集において、北海道の医療に求められること、今後の北海道医師会のあるべき姿について述べるよう宿題を頂いた。そこで、今春手元に届いた北海道医療計画（平成30年度～平成35年度）を眺めてみることにした。基本的な考え方として「道としては、医療関係者や住民・患者の協力の下、地域の実情や広大な面積・多雪・寒冷といった本道の地理的・気象的特性を踏まえ、人口の減少や高齢化の進行など将来を見据え、住民・患者の視点に立って新たな医療計画を策定することとし、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）と、地域医療の確保において重要な課題となっている5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）及び在宅医療それぞれの医療連携体制の構築を図るとともに、引き続き、医師や看護師など医療関係者の地域偏在などに対応して、限られた医療資源を有効に活用し、その適正な配置が図られるよう、今後の医療提供体制の充実・強化を図ることを目指す」と述べている。医師の偏在対応にも言及しており、地方で診療している立場からも納得できる趣旨である。しかしながら、注目したいのは各論であり、具体的にどのような手段で道民の健康を守るかという点である。

北海道の死因順位は、男性では第1位が「がん」35.3%、第2位が「心疾患」13.4%、第3位が「肺炎」10.1%、第4位が「脳血管疾患」7.2%である。女性では、第1位が「がん」27.4%、第2位が「心疾患」16.9%、第3位が「脳血管疾患」8.9%、第4位が「肺炎」8.5%である。特に、平成28年に本道において1万9,179人が死亡した「がん」では、男性の肺がん、大腸がん、胃がん、肝がん、女性の乳がん、肺がん、大腸がん、胃がん、肝がんのいずれの部位の「がん」においても、本道の年齢調整死亡率は全国の死亡率よりも高い水準にある。感染は、日本人のがんの原因の約20%を占めると推計されており、「肝がん」のB型やC型の肝炎ウイルス感染、「胃がん」のヘリコバクター・ピロリ菌感染、「子宮頸がん」のヒトパピローマウイルス感染などへの対策が必要である。それと同時に、タバコ対策が重要と考えられる。「がん」だけではなく、北海道医療計画の中の5疾病全ての発症要因として、密接に関連しているのがタバコである。北海道医療計画でも、「がん」の他に「脳卒中」「心血管疾患」の発症予防として、禁煙支援と受動喫煙の防止の推進の必要性が述べられている。2016年の厚労省の国民生活基礎

調査において、北海道の喫煙率は24.7%であり、都道府県別では、2001年以降の3年ごとの調査で6回連続でワースト1位という不名誉な記録を更新中である。喫煙率の高さは、そのまま受動喫煙の多さに直結していると推測され、道民の健康と生命を守る観点からも、対策を講じるべき喫煙の課題であると思われる。北海道医療計画の南空知地域推進方針（平成30年度～平成35年度）には、数度にわたる議論の結果、がん対策の数値目標として妊娠中および育児中の父母の喫煙率を0%とし、がん教育・喫煙防止講座等を管内全小中学校で実施するという目標が盛り込まれた。行政と医師会が協調して活動し、これらの目標が早期に達成されることを切に願う。

国の動きとしては、今年7月に改正健康増進法が国会で成立した。幼稚園、小・中・高校、大学、病院、行政機関は敷地内禁煙、大規模の飲食店（資本金5千万円超または客室面積100㎡超）、新規に開業する飲食店は原則屋内禁煙、ホテルや事務所も原則屋内禁煙となる。さらに、20歳未満の者を喫煙可能場所に立ち入らせることも禁止となる。罰則も適用され実効性は期待できるが、適用除外となる飲食店が約55%にも上ると推定されており、問題視されている。

この法整備の契機となったのは、2020年の東京オリンピック・パラリンピックの開催である。世界保健機関（WHO）と国際オリンピック委員会（IOC）は、タバコのないオリンピック・パラリンピックの実施協定をしており、歴代のオリンピック・パラリンピック開催地は全て罰則付きの法整備を行い、飲食店等多くの人が利用する施設を禁煙としてきた。

そこで東京都は、国の法律の不備を補完するべく、東京都受動喫煙防止条例を成立させた。これにより従業員がいる飲食店は例外なく屋内禁煙となり、84%の飲食店が該当すると推定されている。一部のオリンピック競技の会場となる千葉市も東京都と同程度の規制をする受動喫煙防止条例を成立させる見込みであり、すでに受動喫煙防止条例を整備している兵庫県も条例の強化を検討しており、この流れは全国に波及する気配を見せている。

翻って、北海道はどうであろうか。去年、道議会は北海道受動喫煙防止条例を議員提案で成立させる動きをしていたが、現在は停滞しているように見える。東京五輪のサッカーの試合が札幌でも行われる予定となっており、さらには2030年の冬季オリンピック誘致を目指す報道されている。最低限、東京都と同等以上の受動喫煙防止条例を作る必要があると思われる。それは、取りも直さず道民の健康寿命を延ばし、生命を守る対策となるのである。これまで通り、北海道医師会と「北海道がん対策六位一体協議会」のメンバーが協調し、「がん対策」を進めることを目的として掲げ、道議会に粘り強く働きかけていくことをお願いしたい。

北海道胆振東部地震を経験して： —地方勤務医の視点で—

北見赤十字病院

副院長 荒川 穰二

9月6日未明に発生した北海道胆振東部地震により、主に厚真町、安平町、むかわ町では多くの住宅が倒壊し、41名の死者、681人の負傷者と甚大な被害を呈したとともに、ブラックアウトにより道内全域が停電となる未曾有の事態となった。私の勤務するオホーツク圏の地方センター病院である北見赤十字病院の対応、オホーツク圏の状況、さらに赤十字病院として厚真町を中心に救護班を派遣し活動・経験したことに関して、一勤務医の立場で振り返ってみたい。

北見赤十字病院は、地震による停電直後から、自家発電稼働下に病院機能を維持することとなった。9月6日早朝に病院の災害対策本部(院長が本部長)を立ち上げ、病院の状況に関して確認したところ、建物、人的被害もなく、ライフラインも停電以外は問題なかった。当院の自家発電機のスペックは2台計1,520kwで、5日間以上の備蓄燃料があり、契約電力が1,400kwであることから、通常診療は可能であった。他病院からの受け入れも考慮し、外来診療は、化学療法、必要な投薬、各科で必要と判断した症例に制限、放射線機器も一般撮影1台、CT1台、MRI1台、血管造影2台に制限し運用することとした。入院診療に関しては、予定手術を含めて通常体制とした。しかし、午前11時頃に原因不明の電力ダウン(ブラックアウトが9秒間)があり、予定手術の延期、放射線機器の制限使用を余儀なくされた。また自家発電機能を有しない病院から、人工呼吸管理の4名の患者の受け入れ等もあり、救急外来は、医師、看護師の増員体制を敷いた。午後にはオホーツク地域の拠点病院としてDMATの活動拠点本部(私が本部長)を立ち上げ、オホーツク地域の病院状況スクリーニングを開始した(電話が通じない北見市内の病院に関しては、直接訪問して確認した)。在宅酸素療法を導入している人に関しては、業者が酸素ボンベを配給しているとの情報も得たが、必要に応じて入院対応することとした。赤十字病院として、救護班1隊(医師1名、看護師長1名、看護師2名、業務調整員2名)を厚真町に派遣、また災害拠点病院としてDMAT1隊(医師1名、看護師2名、ロジ3名)を札幌市(札幌医科大学DMAT活動拠点本部)に派遣した。

6日深夜に当院の電源が復旧、発電機が自動停止し、非常用のコンセントが使用不可能となるトラブルも発生したが、通常コンセント使用で対応した。

7日も北見市は停電している地区も多いため、6

日と同様に外来診療の制限、定期手術の延期(緊急手術のみ実施)で対応した。透析に関して、北見地区は電気が復旧している病院で緊急患者を受け入れて対応した。遠紋地区、斜網地区に関しては、災害拠点病院を中心に対応したようだ。

7日朝の電話によるDMATとしてのスクリーニングでは、オホーツク地域の災害拠点病院や町の中心となる病院が、地域医療を死守するために頑張っている様子を垣間見ることができ、頼もしく思えた。7日午後に、当院のDMAT活動拠点本部に本州からDMATの精鋭部隊7名が支援部隊として到着した。オホーツク地域の医療機関、介護福祉施設等のライフライン、医療ニーズ、食料の備蓄を含めた物流等に関して、3日間、市町村、保健所と共同で精力的にスクリーニング活動を展開し、対応していただいた。活動を共にした当院のDMAT隊員は大変勉強になり、北見市の市役所・保健所の職員も感謝の意を表していたとのことであった(当院のDMAT活動拠点本部は10日に閉鎖)。当院は、10日から通常の診療体制とした。

後日判明した自家発電の不具合に関しては、燃料制限ピストンの油圧バルブが固定されていたため、出力が2台で計約1,000kwと制限されていたことが原因と判明した(バルブ調整の理由に関しては調査中)。また復電時の不具合は、当院の9秒間のブラックアウト時に継電器(制御装置)が作動したため、復電時のプログラムに不具合を生じ、非常用電源系統の受電盤に電力が供給されない状態で自家発電機が自動停止したことが原因と判明した(幸いにも現場の看護師の判断で通常コンセント使用に切り替え、大事には至らなかった)。

発災当日に全道の赤十字病院から6救護班が厚真町に集結し、総合福祉センターを拠点として、現地対策本部および救護所を設置し、活動を開始した(翌7日には道内の3救護班が追加招集された)。また赤十字災害医療コーディネーターとして、現地(厚真町)と北海道支部(札幌市)にそれぞれ道内赤十字から医師が派遣され、調整活動を行った(7日からは赤十字本社から派遣された医師コーディネーターも加わった)。私は赤十字災害医療コーディネーターとして、9月8日から11日、15日から18日までの2回、厚真の現地対策本部に派遣され、従事した。8日に到着すると、本部の立ち上げ直後からの大変さや混乱していた様子を垣間見ることができた。当日は電話が不通のため、無線やface to faceで情報を伝達したこと、付箋メモや名刺がいっぱいの本部席、クロノロジーに記載されているが情報が錯綜している様子、3時間交代で救護所を運営していたこと等、発災直後から休む間も無く活動していた方々を表現するのに適当な言葉はなく、ただただ頭が下がる思いであった。

8日には東北の赤十字病院からも救護班が5隊派

遣され、発災当日に集結して活動し、疲れ切った道内の救護班との引き継ぎを行った。夕方のミーティングでは、DMAT、苫小牧保健所（保健師）、厚真町（保健師）、あつまクリニック（石間先生）、苫小牧市医師会、苫小牧歯科医師会、北海道薬剤師会、自衛隊、ピースウィンズジャパン、心のケア（北海道）、DPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team：災害派遣精神医療チーム）、赤十字救護班、赤十字こころのケア班から、活動状況に関して報告があり、情報の共有を図った。地元の方々（保健師、医師、歯科医師等）が疲れているにもかかわらず、使命感に支えられて活動する姿勢に、少しでも役に立ちたいと感じた。

9日の早朝に、救護所で診察を受けた方を救急車で病院に搬送したいとの旨の連絡があった。役場内に待機している消防署の職員に相談すると、「119番通報してください」との答え。当たり前なのに気付かない自分に戸惑い、非日常の環境下に置かれていることを再認識した。各職種間の合同ミーティングは、朝、夕の2回行われていて、9日からの赤十字救護班の活動として、救護所の運営、避難所の巡回診療、および保健師と共同してスクリーニング活動（年齢構成・男女数を含めた避難者数、車中泊者の状況把握、ライフライン、手指消毒を含めた手洗い場の状況、トイレの状況：簡易トイレの必要性を含めて、医療ニーズの把握、ダンボールベッドの必要性、DVTの啓発と弾性ストッキングの配布、不足物品の把握等）を行った。また安平町に関しても、役場の保健師と連携して、避難所の巡回診療、スクリーニングを行った。また毎日15時から開催されていた安平町の保健師間ミーティングにも同日から参加し、状況把握に努めた。赤十字のこころのケア班は、DPAT、北海道の心のケア班と連携して活動にあたった。DMATの活動拠点本部がある苫小牧市立病院で、DMAT、地元医師会、保健所等が参加して、今後に関して検討する会議があり、赤十字からは赤十字本社から派遣されている災害医療コーディネーターの医師2名が参加した。またむかわ町、安平町で開催されている災害対策本部会議にも赤十字関係者が参加することとなった。

10日早朝に、厚真町のある地区に避難所ではないが、100名程度の自主避難者がいるとの情報を得たため、保健師と赤十字救護班が共同でスクリーニングを行った（発災5日目にして新たな避難者がいることに、有事の際の情報収集能力の限界を感じた）。発災日から10日までは、各団体、職種間で情報交換しながら活動していたが、10日15時30分、厚真町総合福祉センター内に東胆振東部3町医療救護保健調整本部が立ち上がり、苫小牧保健所長をトップに統制のとれた活動を展開することが可能となった（現地の所長代行は北海道庁の職員、事務局は日本赤十字社、DMATロジスティックチーム、保健所が務

めた）。私は、11日夕方に一旦北見に帰還したが、北海道のDHEAT（Disaster Health Emergency Assistance Team：災害時健康危機管理支援チーム）が活動を開始し、いろいろな職種団体（前述の他にJMAT：日本医師会災害医療チーム、北海道社会福祉協議会、北海道放射線技師会、JDA-DAT：日本栄養士会災害支援チーム等）が関与するようになり、数々の災害を経て進化しつつある災害医療の現場を垣間見ることができ、コミュニケーションの重要性を再認識した。また私と行動を共にした北見赤十字救護班（医師1名、看護師長1名、看護師2名、業務調整員2名）とDMATロジ1名も、他職種と連携し、また、さまざまなサポートをしていた経験は、大変勉強になったようだ。

15日に再び厚真に派遣された時には、系統立てた活動がなされていた。DMATロジスティックチームは北海道のロジスティックチームに交代し、北海道庁職員（所長代行）とDHEATが中心となって取りまとめていた。また北海道看護協会から災害支援ナース、JRAT（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会、Do-RAT：北海道災害リハビリテーション推進協議会）、AMDA（アジア医師連絡協議会）等の支援活動も開始されていた。さらに懸念されていたDVTに関して旭川医科大学の東教授チームによる検診活動、災害時の重要課題である感染症対策に札幌医科大学の高橋教授が活動を開始した。JMATは9日から主にむかわ厚生病院の病院支援を行っていたが、15日から18日まで厚真町の救護所運営を赤十字から引き継いでいただいた（18日から町の診療体制が通常化したため救護所は18日で閉鎖した）。17日に所長代行がDHEATに引き継がれ、20日で赤十字救護班、北海道のロジスティックチームも撤収となった。以降、DHEATの傘下に、北海道の心のケア班と赤十字のこころのケア班が共同して、被災者の心のケアや支援者支援（町職員等被災者のために働いている方々の心のケア等）活動を行う予定となった。

今回の北海道胆振東部地震を経験し、ブラックアウト等、災害時に起きたことを冷静に検証し、対策を検討する必要があることを痛感した。また医療に関しては、発災当初は北海道の医療チームが頑張る必要があり、その後に本州からの医療チームに支えてもらい、再び北海道で完結し、地元の復興につなげて行く活動が肝要であると感じた。

いろいろな思いが交錯し、雑駁な取り止めのない文章になったことに関してお詫び申し上げます。

地方病院で勤務環境を考える

JA北海道厚生連 倶知安厚生病院
総合診療科 木佐 健悟

東京医科大学の入試問題が一般市民向けの新聞やテレビなどでも大きく取り上げられている。真実は分からないが、私がこの件から感じたことは、日本の医療界が良かれと思ってやってきたことでも、社会の常識と違うことは是正しなければならない、ということだ。

今回、「北海道の医療の現実と課題」というテーマをいただいたが、北海道の医療現場で一番是正しなければならないのは労働時間、特に時間外労働や当直、オンコール、休みの取りやすさの問題だろう。それらについて今、考えていることを書いてみたい。なお、本文に記載したことは私個人の意見で、私の勤務する病院や所属する団体の見解ではないことをお断りしておく。

私の勤務する倶知安厚生病院は、地域センター病院に指定されており、次に当院以上の医療を提供している病院までは救急車で1時間半程度要する。このため、当院である程度の救急医療を提供する必要がある。救急外来には1名の当直医がいるが、バックアップする各診療科の常勤医は1人～3人がほとんどである。常勤医だけで24時間をカバーするのは困難であり、都市部からの応援に依存している。

また、当院周辺の診療所のほとんどは医師数が1名であるが、在宅医療を受けている患者さんなどの時間外対応をやらざるを得ない状況がある。

ここで出てくる悩みには「当直やオンコールをできる人が当たり前で、当直やオンコールをできない人は戦力にならないという雰囲気は自然とできてしまう。」「当直やオンコールをしても、それらを免除されても、当直手当が安いと給与がそれほど変わらない。」「勤務している部署の人数が多いと子供が熱を出しても休みやすいが、人数が少なかったり1人だととても休める雰囲気ではない。」といったものが挙げられる。

日本医師会は2018年4月に「医師の働き方検討委員会 答申」として、「医師の勤務環境改善のための具体的方策 —地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に—」(http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180411_3.pdf)を公表した。

さまざまなデータを踏まえ対策が検討されているが、地域医療を守るためには時間外労働が長くなることを許容するように読める答申となっている。また、1人で勤務する診療所では柔軟な働き方がしづ

らく、そこに適応できる解決策はほとんどない。

時間外労働を許容しては、時間外労働ができない医師への風当たりは続く。時間外診療をしなくても良い勤務態勢を前提にした議論をする必要がある。(それ以上に働く余裕がある医師は後に述べる他院の診療支援に行くと良いと思う。)

具体的には、時間外の業務はその日の当直やオンコールの医師に任せるようにする。院内から一步も出られない日当直は勤務として、別の日に休むようにする。人数の都合でどうしても休めない時には時間外手当を払う。そしてオンコールには十分な手当をつける。他人より多くの仕事をする収入が上がるようにし、逆に当直やオンコールをしなければ、基本給のみ支給されるようにすれば少なくとも不公平感の一部はなくなる。

ただ、一つの部署で当直、オンコールを回せば良いが、医師数が少なければそれもできない。地域で今の医療体制を維持しようということであれば、出張医をお願いするしかない。

一つの部署で当直(二交代制のような勤務)やオンコールを回せるようにする、そして医師が足りない病院や診療所の診療支援をするためには、今以上に思い切った集約化をせざるを得ない。これを地域医療の崩壊という人がいるかもしれないが、現状が過労死ラインを越える時間外労働で成り立っているのであれば、それを是正するのは本来あるべき状態になるだけで、医療崩壊と呼ぶのは間違いである。

診療所では、施設が離れていても、普段からグループとして交流して、オンコールを交替で担当すると同時に、いざというときに互いに診療支援に行けるようにしておく体制作りが必要だろう。

上述の方法はいずれもコストの増大を伴う。また、多様な働き方を許容できるほどの医師数の増員をするためには集約化は避けられないと考える。

今後は、「医師の時間外労働をどのように許容するか」ではなく「財政支援や医療機関の集約化をどうやって地域の行政や住民に理解してもらうか」を議論する段階と思う。

中空知で救急・在宅医療を経験した一医師の所感

奈井江町立国民健康保険病院

院長 小西 裕彦

冒頭に、この度の地震・激甚災害により甚大な被害に遭われ他界された方々に、心より深い哀悼の意を表しますとともに、残されたご家族の一刻も早いご復興をご祈念いたします。

先日、北海道医師会常任理事・情報広報部長の山科賢児先生（私の北大医局の大先輩）より上記テーマの執筆ご依頼を頂き恐縮に存じますが、お受けいたしました。

私は奈井江町立国民健康保険病院の内科医として100床規模の中小病院で30年近く地域医療に従事してまいりましたが、この中空知医療圏は砂川市立病院が中核病院として南須原前名誉院長をはじめ、今年6月に全国自治体病院協議会の会長にご就任なされた小熊豊 現名誉院長が辣腕を振るわれ、地域医療の中核病院として周辺地域住民の健康を守ってまいりました。ここ数年間で道内でも道庁所属の保健所の主導下で地域医療構想調整会議にて病床削減や空床有効利用についての議論が各市町村の組長を交えて続けられておりますが、中空知は旧炭鉱産業の衰退に伴い急激に人口減少を来しており、南・中空知もここ10年間で約7万人近く人口減少しております。人口規模が道内でも3番目の函館市でさえ、近年は1年に約3,000人ペースで人口減少しており、2017年に26万の人口も2060年には11万に減少の試算もあります。

砂川市立病院では初期研修医が約20人ほど在籍していますが、一般午後外来を休診としても、紹介患者や入院患者の診療だけで夜間まで診療時間が及ぶ現状にあります。砂川周辺の医療現状を分析しましても、基幹病院の固定医は中高年に差し掛かり疲弊しており、新たな固定医をも確保できず、募集しても希望者はいない状況です。前号でも問題提起されておりましたが、遺伝子・ゲノム医療も厚労省が全国に拠点病院を指定し、先進医療として取り組む姿勢を示しておりますが、保険適用や医療費の増大による国家予算を逼迫の課題もあり、またiPS細胞による心筋細胞や脳細胞への移植によるパーキンソン病などへの治療・応用医療も、治験を重ね安全性を確認するため、治療実現まで今後さらに数十年を要すると推測されます。またこの周辺気候も、冬は豪雪地帯で雪に閉ざされ、今まで在宅医療に携わってきた開業医も高齢化により意欲も低下し（冬は吹雪で車も運転できず、往診範囲も広大で遭難しやすく危険なため）、今後新たな「在宅医療の確保」を基幹病院に委託せざるを得ない状況に至ると想像され

ます。

私もかつては訪問・在宅診療に携わり、看取り医療にも従事しておりましたが、入院患者の診療や本州の医療会議への出席を余儀なくされ、遠隔テレビ会議への参画も煩わしく感じるようになってきました。今後、基幹病院の若手医師の地域医療への参画希望が増えることを切に願います。

地域の救急医療に従事しておりますと、脳梗塞やCOPDによる肺炎や心不全の合併により治療が長引き、フレイルが進行した場合、高齢者の2人暮らしですと、病院を退院しても引き取れる施設もなく、特養・老健施設は満床状態にあります。また地方の中小病院では固定医が1～2人しかおらず、一方の医師が自己中心的な医師の場合には他方の医師に過剰な負担がかかることもよくあります。

今後は進行癌終末期疼痛緩和医療や高血圧・糖尿病・脂質異常症の合併症での脳梗塞・心筋梗塞・肺梗塞・深部静脈血栓症などの急性期・慢性期疾患の増加が見込まれて、慢性心不全の疾病管理プログラム（DMP）で慢性心不全を地域医療で管理する体制を検討していく心血管ガイドラインの診療マニュアルも作成されて、実地医家の積極的な関与が必須となりました。心房細動と慢性心不全患者の増加が予測される医療状況下では、今後も包括的な病診連携体制の構築が重要となり、ICTや遠隔モニタリングでの医療管理を要すると考えられます。多死社会を迎え、最近「六位一体」など造語を目にしますが、医療に携わる多職種連携ネットワークの構築については、宮崎大学医学部総合診療医学講座教授の吉村先生も多職種連携教育（interprofessional education:IPE）の重要性を述べておられ、一昨年に文科省研究班により我が国の状況に応じた多職種連携コンピテンシー（行動特性・資質）が報告されております。地域で多職種連携教育に取り組むことが、一定の人材獲得に繋がる可能性を秘め、地域を救う処方箋かもしれません。

この度は空知医師会の顧問をされておられる小林公民先生には、私が町立病院赴任当時の医師会長であられ、大変お世話になりご指導いただきまして、また寄稿のご推薦をいただきありがとうございました。先生のご人徳が空知医師会の会員の結束を維持しているものと拝察いたします。

また今後も北海道医師会の一層のご発展を祈念いたします。ちなみに私の大学医局時代の旧姓は築筈と申しました。

北海道の地域医療のあり方を再考し 「北海道モデル」の構築を

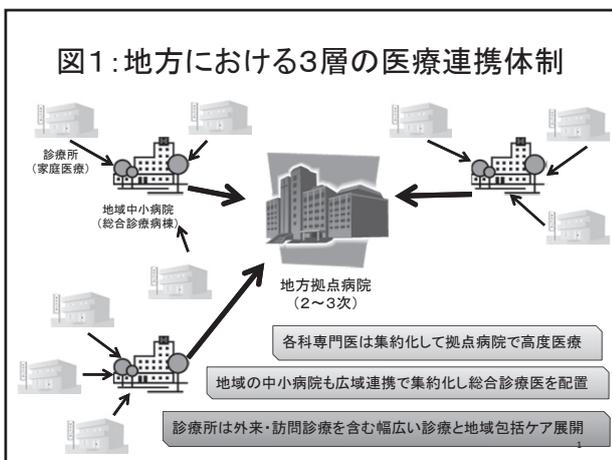
北海道家庭医療学センター

理事長 草場 鉄周

2011年10月、今から7年前、私は釧路通信に「北の大地の大きな可能性」と題して以下の文章を投稿していた。

「北海道の医師偏在の問題であるが、これは3種類の医師の協働が全てだと思う。1. 家庭医/プライマリ・ケア医 2. 総合内科医 3. 各科専門医の3者である。帯広、釧路などの中核都市へのセンター病院設置や複数の総合病院協力体制で3の各科専門医が5～10名体制で診療できる環境を構築し、高度専門医療を余裕を持って提供できるようにし、多くの道民が札幌や旭川に治療に出かける必要のない状況とする。そして、小規模の都市や中核町などの病院は2の総合内科医といくつか各科専門医が協力して、common diseaseの入院管理や2次救急に完結的に対応できる体制を構築する。最後に、全町村の診療所（有床含む）に対して家庭医を2～3名配置し、日常のcommon disease（内科系、外科系、精神科系などの領域にこだわらず全方位的な健康問題）の外来および地域包括ケア（地域全体の健康を高める活動）を展開し、医療の下支えを行う。この3層構造（図1）が連携をしっかりと保つことができれば、多くの医療問題は自然と解決されるだろう。無論、具体的な展開になると、地域性や過去の経緯などで簡単ではないことは重々承知しているが、少なくともあらゆる政策をこのシステム構築に傾けてじわりじわりと動いていくことが医師会をはじめ関係機関には強く求められると思う。

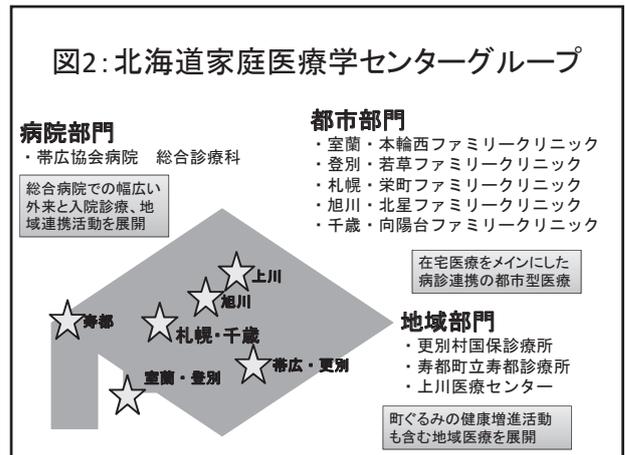
図1：地方における3層の医療連携体制



私はこうした理想的システムをしがらみを越えて日本で初めて構築できるのは北海道しかないと確信している。『21世紀の新たな医療は北海道にあり』と胸を張れる北海道でありたい」

今でもこの考えは変わらず、北海道家庭医療学センターは1. 家庭医/プライマリ・ケア医の養成と実践の場を少しずつ増やしてきた（図2）。2016年からは帯広協会病院総合診療科の立ち上げにあたって家庭医を病院に派遣し、2. 総合内科医についても<病院総合診療医>という位置づけで養成を開始したのは大きなステップであった。ただ、いずれの取り組みについてもモデルの提示はできるが、広い北海道にあまねく展開することが容易ではないという壁も感じている。

図2：北海道家庭医療学センターグループ



そもそも振り返ると、病院医療の在り方は大きく変わったことを実感する。何となくゆったりと患者が入院生活を送る生活の場の雰囲気があった病棟は、今ではDPCの導入等の診療報酬制度の影響もあってか、在院日数は短くなり、いかに効率良く濃厚な医療を提供するかに忙殺されていることをよく耳にする。看護師も専門看護師、認定看護師と専門化が進み、リハビリテーションの体制の充実も素晴らしく、いかに迅速に入院前の機能状態を維持しつつ退院させるかが今の入院医療の目指すべき方向であることがよく分かる。

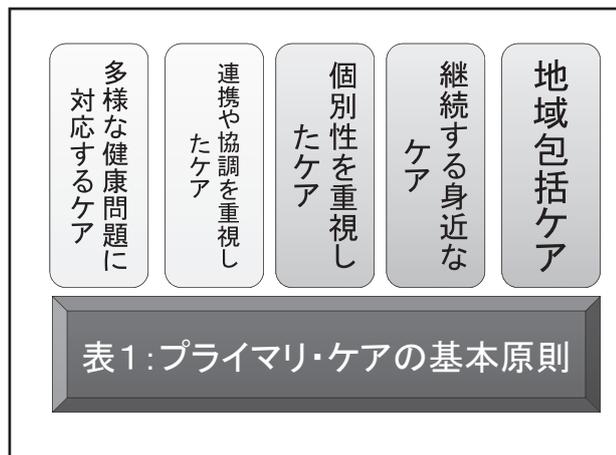
翻って、診療所は新たな体制に適合しないと減収が見込まれる側面も内包された入院診療と異なり、変わらなければ減収につながるという方向性はほとんどない。むしろ、在宅診療に関しての長年の診療報酬の上昇に代表されるように、インセンティブ重視のシステムである。逆説的に言えば、今外来に受診している患者を大切にしながら、診療を継続すれば特にこれまでのやり方を変える必要はないとも言える。その結果、在宅医療を提供する診療所はなかなか増えていかない。在宅医療を専門的に行う医療機関があるのも事実だが、本来外来診療での継続的関わりがあり、疾病や傷害で来院が困難になることで選択されるのが在宅医療であり、その継続性の終着点に看取りが位置付けられる。在宅医療を提供する診療所の少なさが生み出した現象ではあるが、高い診療報酬も影響して首都圏では過剰診療の要素も感じられる歪みが生まれている。

北海道の地域医療については、都市部では在宅医療の広がりへの乏しさ、郡部では絶対的な医療提供体制の脆弱性が大きな課題である。前者については、前段にあるような構造的問題に加えて、開業医の高齢化、北海道の地理的広域性の問題もあって、容易には解決できないことをここ数年実感している。また、郡部の問題も医師家族のQOL志向、専門分化した医療での症例の集約性の重要性、チーム診療による専門医療の充実などがあり、現状の方向性では都市部に偏重する専門医を郡部に引き寄せることは極めて難しい。ある意味、行き詰まっているとも言えよう。

やや極端な解決策を二つあげる。一つは、都市部では自宅での生活が難しくなれば速やかに介護施設入居させるシステムを充実させつつ、郡部では住民を都市部に移住させることを推進する方策。こちらは、住民が高度専門化する医療体制に合わせるシナリオである。もう一つは、医師養成数をますます増加させ、都市部では医師過剰となって在宅診療に取り組まざるを得ない環境ができ、また都市部でも就職できない場合は郡部に医師があふれ出す状況を作るという方策。こちらは、否応なく医療が変わらざるを得ないシナリオである。

前者は、住み慣れた住まいやコミュニティからは高齢化すると強制離脱させられるという仕組みであり「効率化の名の下に人間性を失う」モデルである。また、後者は在宅医療や地域医療に対するモチベーションの高さは期待できず、結果的に診療の質の低さが懸念される。提供される住民にとっても満足度は下がるかもしれない。この二つの流れはできる限り避けたい。ただ、意識的に医療システムを変えない限り、このいずれかの軸に次第に引き寄せられていくのではないかという思いが最近高まってきている。

表1にあるようなプライマリ・ケアを一つの専門領域と位置付ける視点は、こうした都市部中心、高度専門医療中心の思想の対極にある。地域を中心としながら生活に密着した、よくある健康問題に対応する医療を提供する医師（専門医）を養成すること

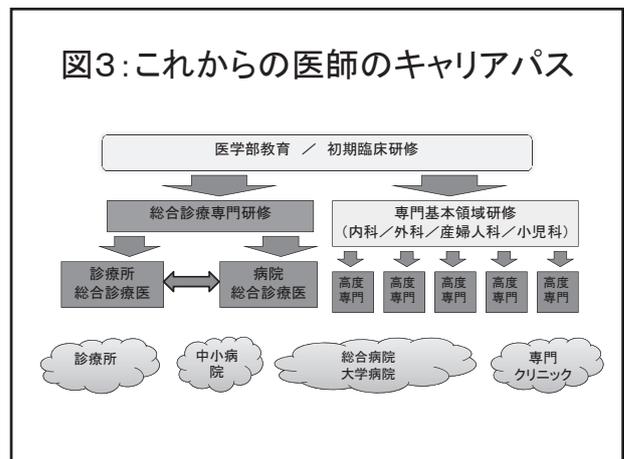


が、社会における医療の位置付けを逆転させることにもなる。社会がそこをリスペクトし、医師集団も重視し、国民が受け入れることができれば、プライマリ・ケアが医療の中核となるのである。

私どもが室蘭、札幌、旭川、登別、千歳で取り組む都市型の家庭医療の取り組みでは外来と連続した在宅医療を24時間提供しつつ周囲の開業医と連携しながら地域で面として在宅医療を広げていく取り組みが実現しつつあり、更別、寿都、上川で取り組む郡部型の家庭医療の取り組みでは地域だからこそ経験できる幅広い健康問題や地域コミュニティの課題に真摯に取り組むグループ診療が一定の成果を挙げている。

また、帯広で取り組む総合病院での総合診療科の取り組みでは、循環器内科、消化器内科、外科等の専門医と連携しながら幅広い外来診療、救急診療、入院診療に取り組み、特に複数の健康問題を抱える高齢患者への診療や在宅復帰も視野に入れた退院支援に力を発揮し、病院内でも高い評価を頂いている。

在宅医療、地域の医師不足の問題はそこから解決の芽が生まれる。そうした医療に喜んで携わる医師と地域住民との協働から、きっと地域活性化の基盤も生まれるのではないだろうか。特に、2018年から総合診療専門医の養成がスタートし、医師のキャリアパスそのものが図3のように次第に変化していくことは追い風であり、冒頭に述べたような3層構造への医療提供体制の変革も同時に進めていくことで相乗効果が生まれると確信している。



広大な面積、厳しい自然に直面する北海道は、医療において「北海道モデル」を構築し、全国に発信するぐらいの心意気で取り組むべきではないだろうか。これから100年、200年と北海道で暮らしていく子孫の未来への責任を感じながら、今を最前線で生きる私たち全員が本気で汗をかくべき時が来ている。

総合診療医を育て北海道の医療を支える 当院の取り組み

医療法人 溪仁会 手稲家庭医療クリニック
院長 小嶋 一

平成24年12月号、平成25年1月号・2月号での北海道医報・釧路通信特集「北海道の医療崩壊を立て直す」では6名の常任理事が寄稿し、73名の地域基幹病院・診療所の医師から提言が挙げられた。その後の平成25年3月号では北海道保健福祉部医療政策局局長田中宏之氏をはじめ、市町村首長、歯科医師会、薬剤師会、看護協会そしてメディアからも同テーマについて寄稿された。これらの提言については特集発行から4年後の平成29年2月発行の北海道医報の指標「北海道医師会の課題」で北海道医師会副会長の藤原秀俊医師がまとめている。藤原医師のまとめでは①自治体病院等広域化・連携構想と地域医療構想②地域枠医師③総合診療医④女性医師⑤アクティブシニア医師⑥ワークシェアリング、というキーワードが抽出されており、「総合診療医」がもつ地域医療への可能性を北海道医師会としても認識していただいていることを心強く感じた。

上記特集で筆者は「北海道の地域医療のために～医師不足と医師偏在を解消するための当院の戦略～」と題して「へき地志向を持つ総合診療医はへき地医療を支え医師確保の鍵を握る」と提言した。その提言の内容は以下の6項目であるが、寄稿から5年が経過した現在、どの程度の進捗があるのかを報告したい。

手稲家庭医療クリニックの概要

当院は札幌市手稲区で有床診療所（19床）かつ単独機能強化型在宅療養支援診療所として2009年に開院した。徒歩7分程の距離にある手稲溪仁会病院を基幹病院として、外来・在宅・病棟で医療を提供している。訪問看護ステーションも併設している。医師スタッフ（指導医）7名、専攻医5名、MSW 2名、そのほか看護師、リハ職、管理栄養士、薬剤師をはじめ60名余の職員が在籍する大規模診療所である。総合診療専門医・家庭医療専門医を養成する研修プログラム基幹施設でもある。

① 「都市部での診療・研修基地を中心とした継続的な生涯学習機会の確保と診療・教育への支援」
手稲家庭医療クリニックでは現在5名の専攻医を擁するが、手稲溪仁会病院に所属する総合診療専門医志望の研修医や、内科専攻医をはじめ多くの医師

の研修を受け入れてきた。全国からも医学生・研修医の見学・研修を受け入れている。総合診療の指導医資格を持つ医師は開院時の2名から5名に増えた。外来研修では常に指導医が指導のできる体制を敷いており、病棟・在宅でも同様に経験した症例についてディスカッションし、ともに学び合う体制が根付いている。指導医にとっても医学生・研修医教育は自らの学びにも直結しており、継続的な生涯学習が自然と行える環境である。

2009年の開院以来、総合診療研修プログラムを完了し当院から巣立った総合診療医は12名となった。約半数が北海道内で活躍し、1名は現在当院の指導医として活躍中である。

② 「へき地医療に興味を持つ総合医・家庭医を養成する現場としてへき地診療を位置づけ、へき地医療の魅力を深く理解し、その魅力を十分に伝えられる指導医を配置した研修プログラムの構築」

当院の念願であったへき地診療の拠点は2013年に指定管理者として選定された喜茂別町立クリニック（無床）である。2016年からは総合診療の指導医資格を持つ医師を院長として配置できるようになった。今後も当院の指導医を喜茂別町立クリニックの院長として配置する予定であり、2020年度からは専攻医の配置と合わせ2名体制での診療を行う予定である。

へき地診療所の運営を預かることは簡単ではなく、課題も多い。現時点では院長の平均在任期間は2年間と短く、今後中長期的に在任できる人材が養成できるまで辛抱強い取り組みが必要と考えている。

③ 「魅力ある研修プログラムとして研修医を集め、研修医の学びたいという欲求と若さを活用して地域医療に活力を与え、地域住民が医師の養成に関わっていく仕組み」

専攻医の採用は年度によって変動があるが、なんとか継続的に採用が続けられている。スタッフ医師も充実し、それぞれの強みを活かしながら診療と研修に励んでいる。専攻医が地域に飛び込みたいという意欲は強いが、研修とどのように組み合わせながら継続的な取り組みを行うか、という点では課題が多い。鍵となるのは後述する医師会との連携と考えており、今後は積極的に専攻医とスタッフ医師を医師会に加入させ医師会活動を含めて地域医療に貢献したいと考えている。学校医の経験や地域での住民啓発、対応困難事例の受け入れや介護保険審査への参加など医師会からの要請で担当することになる業務も多く、総合診療医にとっては大変貴重な経験を積めるものであるため、そのような業務への参加希望は強い。

また専攻医の確保については医学生や初期研修医への働きかけが欠かせないが、幸い基幹病院である

手稲溪仁会病院に優秀な初期研修医が集まるため、そこへの働きかけが大変有効であると感じている。医学生への総合診療医リクルートの活動については平成29年度から北海道庁に支援をいただき、日本プライマリケア連合学会北海道支部が委託を受け各医育大学に出張講義や懇親会という接点を作ることができているため、その機会を積極的に利用している。

④ 「公的な資金や補助金に依存しない経営的に継続的自立を達成できる経営管理手法の導入」

手稲家庭医療クリニックは民間医療機関であり、現時点では自治体の補助金や基金はほとんど活用せずに健全な運営が行えている。また指定管理となった喜茂別町立クリニックも以前の管理体制よりも経営面で大幅な改善を達成しており、へき地における医療機関運営でも民間医療機関の強みが発揮できることを証明してきた。将来的にはへき地診療の運営ネットワークを構築し、経済的に自立できるへき地医療機関を増やす取り組みにつなげたい。

⑤ 「単一の医師や医療提供者では成し得ない質の向上を続ける仕組みの構築」

グループ診療の有効性は十分に証明されており、特に医療提供体制の持続性や、診療の質向上にはグループ診療体制は欠かせないものとなっている。患者はなるべく慣れたベテランの医師に診療を受けたいというニーズには主治医制を適用しつつ、グループ診療によるバックアップで一人の主治医に負担が集中しない仕組みを活用できるようになった。

北海道医師会副会長藤原医師が抽出したように、ワークシェアリングや女性医師の活用という面でもグループ診療は有利で、当院も現在2名の育児・出産を経験した女性医師を受け入れており、産休・育休を経て診療に復帰するまでの支援をすることができた。多様な医師の在籍は他の医師の良い刺激にもなっており、母親目線からの提案は総合診療医を養成する上でも大変貴重なものである。この経験は当院にとって女性医師受け入れの裾野を広げ、可能性を広げる実績となっており、今後も積極的に子育て世代の女性医師を採用していきたいと考えている。

⑥ 「医師会との連携」

初期研修医が無料で郡市医師会に入会できるようになり久しい。初期研修医の加入率は地域によっては大変改善したが、ほぼ全ての初期研修医が2年で医師会加入を継続しないという状況である。医師会に加入し続けることのメリットを初期研修医に説得できていない現状がこの事態を引き起こす原因であり、また医師会費用の負担が個人的には問題となっている。

総合診療医を養成する診療所として当院では医師会活動から得られるメリットが大きいことを十分に

認識しており、所属するスタッフ医師と専攻医も自然とそれを受け入れるようになってきた。今後当院は全てのスタッフ医師と専攻医を医師会に加入する方針である。

上述したように医師会を通じて受けることができる業務は総合診療医の強みを生かすことのできるものであり、地域医療に貢献するためにはそれぞれの業務を担当するだけでなく、医師会の運営にも貢献できるよう様々な役割を担いたいと考えている。

医師会活動の一環として筆者がこの9年間で担当した医師会活動を簡単に列挙する。

- ・ 学校医（保育園、幼稚園、中学校、高校、養護学校を担当）：健診、養護教諭研修会、喫煙防止教室、不登校対策相談窓口
- ・ 介護認定審査委員
- ・ 地域包括ケア推進委員会（委員→副委員長→委員長）；事例検討、多職種連携研修会、市民向け講演会、医師向け在宅医療研修会、在宅医同行研修指導医、主治医・副主治医制
- ・ 地域包括支援センター運営委員→地域ケア会議
- ・ 訪問看護ステーション運営委員
- ・ 認知症サポート医（札幌市医師会より派遣）→認知症初期集中支援事業、フォローアップ研修会運営
- ・ 個別地域ケア会議・対応困難症例
- ・ 休日当番（土日診療）・医師会夜間救急センター当直
- ・ 国民健康保険審査委員
- ・ 日本医師会将来ビジョン委員
- ・ 札幌市医師会代議員、北海道医師会代議員

終わりに

2009年からちょうど9年が経過し、開院当初は医師3名、専攻医3名で立ち上げた当院も成長を続けてきた。こうして振り返ると地域医療への貢献に対する反応として、受診患者は増え続けており、また地域住民からのポジティブな声が聞かれるようになり当院職員の地域医療への意欲を支え続けている。北海道の医療には課題もあるが、それぞれの取り組みには奇跡のような成功もあり、当院も全国的に胸を張れるモデルとなるように今後も努力を続けたい。

参考文献

1. 藤原秀俊、指標「北海道医師会の課題」 北海道医報1181号 平成29年2月
2. 小嶋一、特集 北海道の医療崩壊を立て直す「北海道の地域医療のために～医師不足と医師偏在を解消するための当院の戦略～」 北海道医報1132号 平成25年1月

釧路地域の現状と課題

医療法人社団サンライブ 杉元内科医院
院長 杉元 重治

わが釧路市でも少子高齢化が進み（高齢化率は30%を超える）、人口減少も著明で昭和61年には21万人以上であったのが、現在では17万人を下回りような勢いです。また、平成の大合併で阿寒町と音別町が一緒になったため、釧路市は釧路湿原国立公園と阿寒摩周国立公園の2つの国立公園を有する大変守備範囲の広いエリアとなりました。これに釧路町、白糖町、鶴居村、標茶町、弟子屈町、厚岸町、浜中町を加えて釧路圏域となり、面積としては佐賀県一県分に相当する広いエリアです。

1. 医師不足

平成28年度の北海道の統計ですと、人口10万対の医師数は北海道で238.3人（全国240.1人）、札幌圏289.5人、上川中部圏339.2人に対して釧路圏166.4人（根室圏102.7人）と圧倒的に少ないです。最近でも、大学からの医師派遣の問題で病院勤務の医師数が減っているとよく耳にします。つまりは、一人の医師の負担が大きくなっているということです。加えて、医師も高齢化しておりますので若手にも負担感が増します。私が特に危惧していることは、救急体制の維持が可能かどうかです。現在釧路圏域では、先人の努力により、24時間365日急病者さんが困ることはない体制を維持できておりますが、今後担い手不足に陥った時に心配です。各大学、北海道、北海道医師会がいろいろな対策を講じていただいているのは承知しておりますが、あまり実感できておりません。今後の対策の効果が現れることを期待しつつ、エリアとしては道外からの医師招聘の促進、救急体制維持に関することの地元住民への説明と理解が必要と考えます。

また、医師が少ないと、担う役割が多くなってきます。前述の救急に関すること（休日当番医院など）、産業医、学校医、公立施設への出向、嘱託医、介護認定審査会、看護学校の講師など、都市部の医師の多いところでは兼務することは少ないでしょうが、地方では兼務することが多いです。医師の設置義務などをもう少し緩和できたら良いのかなと普段から思っております。

2. 専門医制度

最近、国民からのニーズもあり、専門医を推奨する方向にあります。専門医制度自体は良いとは思いますが、地方にいますと維持するのが大変です。学会の出席、講演会への参加など、物理的に困難が生じているのが現状です。特に、土曜日の午前に診療しておりますわれわれ開業医は、休診にして参加し

ております。若手の医師が地方へ行きたくない一つの原因となっていることもありますので、専門医の維持の方法を考えていただければと思います。例えばインターネットを使つての更新方法の確立など、ぜひお願いしたいと思います。

3. 最強の地域医療

私の尊敬する医師の一人、故村上智彦先生の本のタイトルです。村上智彦先生は、夕張市が破綻した際に、夕張の医療を支えた方たちの代表です。この本の中に、今後の地方都市のあるべき方向性が示されております。行政や基幹病院任せではなく、地域に住む人々がみんなでお互いによく話し合い、地域の現状を知るとともに、自分たちができること（健診を受ける、予防接種を受ける、生活習慣を改善するなど）を実行し、地域に住み続ける覚悟ができれば解決策は自ずと見つかるはずで、最近、国が推奨しております地域包括ケアシステムの構築というのがまさにそれで、地域によって事情が異なるため、それぞれの地域ごとで考えてくださいというものです。これを押し付けと捉えるか、地域を考える好機と捉えるかで大分違ってきます。幸い釧路には、私も所属しますCCL（くくる）という団体があり、9年前より地域の医療、介護、福祉の連携というテーマで活動しております。CCL（くくる、本音で地域連携のあり方を検討する会）とは、『Cooperate（連携する）』『Create（創造する）』『Live（人生を楽しむ）』の頭文字を取り、『くくる』とし、釧路地域での真の「多職種連携」を構築するために立ち上げた団体です（<http://ccl.jp.net/>）。併せて、『括る』という言葉にかけ、関係する専門職種を括り、関係機関を括り、釧路管内をひと括りにすることを合言葉にしています。また、この度平成30年9月よりNPO法人となり一層地域へ貢献できる形になりました。今後も、地域のための相談窓口、情報発信基地、まとめ役を担いつつ、ICTを使った情報共有システムを構築していく考えです。

4. 最後に

今後の北海道での医療は、広大なエリアを少ない医療資源と人材でどのようにカバーするかがポイントになると考えます。エリアによって医療機関の明確な役割分担をし、効率性を高めるしかないと思います。また、地域の人々には病気になってからのことだけではなく、病気の予防の大切さ、健康診断の重要性、生活習慣の改善を根気よく伝え続けるしかないと考えます。加えて、地域の方が住み慣れた土地で最後まで暮らせるような仕組み、体制を構築してゆくののがわれわれの役目だと考えています。国の方針としての在宅医療の推進というのがありますが、政策の押し付けではなく、個人の療養場所の選択肢の一つとして認識してもらうことが大切だと考えます。そのPRを、北海道医師会が中心となって行っていただきたいなと思っております。

深川市開業13年目の現状

たかはし内科消化器内科

院長 高橋 公平

私は北空知の基幹病院である深川市立病院に2000年4月から4年半勤務の後、2005年10月市内に無床診療所を開院し13年になりました。地方都市であったことから、テナント入居ではなく自ら土地を購入し、医院を新築することが可能でした。当時、夜間救急外来に時間の都合で、非緊急疾患で受診するいわゆる「コンビニ受診」が問題となっていました。そこで夕方の通常受診のニーズに少しでも応えることができればとの思いから、開業当初より診療受付時間を午後6時半までとしました。市外勤務する方も多いため当初少なかつた夕方の来院者も、夕方診療の噂が広まり、現在は午後受診の4割ほどがこの時間に集中しています。欠勤までしなくとも、早退や通常勤務終了後でも受診できる利便性があるようです。

戸建ての小さな診療所なので、コンビニのように車から降りてすぐに玄関に入れる気軽さも受診しやすさに繋がっているようです。

消化器内視鏡検査ですが、上部検査は空腹で、午前中に来てくれれば予約なしに受けています。また、午前中に時間が取れない人には昼食を抜いてもらい、午後4時以降に来院してもらうようにしています。下部検査については検査中病変があれば拡大内視鏡などを使い、適応があればなるべくその場で切除し、来院回数を減らし利便性を高めています。そのほかスクリーニングで睡眠時無呼吸症候群の疑いがあれば基幹病院である深川市立病院に確定診断を依頼し、その後の当院での在宅医療に繋げています。

数は少なくとも、確実なニーズがあれば小規模な診療所なりに工夫を凝らし、できるだけ対応していくように考えていますが、このようなサービスには優秀なスタッフが欠かせません。しかし職員確保は大変な問題で、特に午後6時30分までの受付だと事務員、看護師の負担が大きく、残り当番を決めて輪番で対応するなど、地方ならではの工夫が必要です。

上記のような特殊な疾患以外で数が多いのは、やはり生活習慣病、喘息・COPDなどの慢性疾患です。その中で急変した場合や悪性疾患の合併などがあれば速やかに近隣の専門機関に引き継がなければなりません。

翌日以降の紹介受診で間に合う場合は良いのです

が、帰宅させることが困難な重症例は深川市立病院の時間外外来にお願いしています。深川市立病院は医師不足のため、整形外科、皮膚科、小児科、産婦人科で常勤医不在の厳しい状況の中で救急患者さんへの専門的対応をしていただいております。

急性心筋梗塞またはその疑い患者を直接遠方の旭川や砂川などの専門医療機関へ紹介するのも、当院のマンパワーでは対応困難です。確定診断とその後の搬送も含め、この場合も深川市立病院にお願いしているのが現状です。

深川医師会では日曜日祝日当番医制があるのですが、住民の皆さんは当番医ではなく、高度な対応が可能な深川市立病院を受診する傾向が強くなり、深川市立病院勤務医の負担が問題となっていました。そこで現在は、当番医の医師が深川市立病院に出向いて日曜日直を行うことになってます。これが深川市立病院にとってどれほどの役立っているかはまだ評価の途中ですが、少ない医療資源を枯渇させることなく持続させなければなりません。当医師会は小さいのですが、それゆえ互いの顔がよく見え、風通しがよく協力しやすい環境です。これからも地域連携により頑張っていきたいと思っております。

地域医療に対する 地方病院でのジレンマ

総合病院 伊達赤十字病院

院長 武智 茂

北海道医報1200号発刊に際して、標記のテーマについて一言意見をという御依頼があり、日頃感じていることをここで述べさせていただきたいと思えます。

我々を取り巻く医療情勢は年々歳々変化しており、またその内容もどんどん複雑なものになっております。我々医師は患者さんが元気になって無事退院されることでほっとするところですが、それで一件落着となる訳ではありません。当然、現在は病院のcost benefitを考える経営、また患者さんのニーズに応えられるような医療を展開していくことが要求されています。以前とは異なり、実際患者さん一人一人各自の享受する医療の内容についての要求が具体的になってきています。我々医療人としてはその希望に沿えるように努力をしなければなりません、その全てを実行することも難しいのが現実です。医師をはじめとしたスタッフ不足、表に出ないコスト等の問題などがその背景にはあり、簡単に解決できるものではありません。現在国は地域包括ケアシステムを推進するという一方で、全国各地でその地域の住民が必要とする医療体制を構築するために話し合いに入っているところです。医師会、地域の行政、医療機関、各施設等が集まって最終的に2025年問題を念頭においてのことですが、そう簡単に皆の納得する方向性を見いだすことは難しいことと感じております。この話し合いは道内でも各二次医療圏で始まっていると思いますが、私は地方の中規模病院に長年勤めておりますが、地方で医療を行っている者としては、我々が努力しても解決しない如何ともし難い問題が多くあるように感じています。実際この地域包括ケアシステムを地域でうまく動かすための前提には、自院の将来ビジョンを策定することが必要になります。長年地域で医療活動を行っている我々としては、やはりこのような医療を展開して地域住民に貢献できるのではという理想が有り、そのようなモチベーションをなんとか維持して今まで地域医療を行ってきました。しかし御承知の通り、まずは医師が不足しております。と言うよりは偏在化が起きていることは以前から言われていることです。平成16年に初期臨床研修医の研修制度が変わったことがきっかけになって大学医局の入局者が減少したことにより、集約化ということで大学医局からは次々と医師の引き上げが始まり、当院では14年経った今でさえもその数は全く回復していないのが実情です。それに比して都市部に医師が集中している

のが現実です。看護師、薬剤師、臨床検査技師等病院のスタッフのほとんども同様に不足している状況なのです。国は4月の診療報酬改定で在宅医療の推進を目的に診療報酬点数の配分を手厚くしてきました。私としても在宅医療に繋がる医療を今後行っていきたいと望むものですが、その体制を作るためには人の配置、院内のシステム、運用の変更、そして初期投資が必要になってまいります。現在われわれが北海道で展開している病院の診療圏は大部分が地方で行われているものであり、非常に経済効率の悪い環境にあり、皆赤字経営に悩んでいます。それでも地域の住民に対する責任を感じながら日々の診療を何とか頑張っていくと皆さん思っていると思います。ただ、いつまでもこのような気持ちで今後も地域医療を頑張ることができるとか自問自答すると、私自身正直自信がありません。病院の責任者になって数年経ちますが、今日に至るまで特に一番悩ましいことは医師の確保です。そのために費やしてきた時間の何と多いことか。そして慢性的な医師不足（偏在化）には、皆さんあきらめの気持ちが入って仕方がないこととされているようにも感じられます。このように医師確保の努力は、もはや個々の病院がいくら頑張っても確実な展望が得られないのが実情です。私はもっとと患者さんと関わる時間が欲しいというのが今の願いです。

こう考えますと、無理なこととは思いますが、ある程度国が主導権を取って医師の適正配置等に関与、指導することが必要ですし、その為には全国各地の行政、医師会等が地域の実体を正確に把握してそのサポートをしてもらえないだろうかというのが私の希望です。ぜひ北海道医師会でもそのような発想で活動してほしいと思います。患者、住民の為にと言って地域包括ケアシステムの実現を打ち出している現在、現場の山積する問題に目をつぶっては今後の医療は成り立っていきません。地域事情はいろいろ異なっております。そのため個々の問題に細やかに対応できるように、皆さんが情報を共有して協力、連携をすることで乗り切っていくことができればと思うばかりです。

一次救急を通して見た 北海道と日本の医療の問題点

千歳市休日夜間急病センター

センター長 田中 長利

当センターは、平成29年9月5日に、北海道で15番目の急病センターとして開設されました。光栄にも初代センター長としての重責を任せられ、いかにして最善の医療を提供しようかと日々、奮闘している最中です。千歳市の急病センターに関わる前に、札幌市の急病センターに常勤医として8年間携わった経験から、現在の日本の医療制度における休日夜間急病センターの最適なあり方を実現できるのではないかと考えています。

急病センターの役割としては、まず休日や夜間に受診する患者さんを軽症なのか重症なのかを見極めること。軽症であれば、なるべく症状を軽減して差し上げる。あるいは、安心感を与えることである。重症であれば、ただちに二次病院へ搬送する。簡単に言うとそういう役割を持った病院です。そういった中、現場での問題点や課題としてはいくつかあげられますが、問題点として

① 一定の医療レベルの提供

通常、日中の病院が開いていない時間帯の午後7時から朝7時までと、土曜日の午後2時から、あるいは日曜、祭日の朝9時から診察を行っていますが、常勤医師のみでは全ての診療を行えないため、非常勤の先生に頼ることになります。診療科目としては、内科、小児科ですが、勤務される非常勤の先生の専門が、消化器科、呼吸器科、循環器科などばらばらであり、また小児科があまり得意でない先生もいらっしゃるため、診療レベルが同じわけではなく、ある程度の差ができてしまいます。理想は、一定のレベルの医療提供ですが…。

② 地方都市のため、二次病院の受け入れ状況に左右される。

一次救急に特化した病院のため、どうしても二次病院に頼らなければいけない状況がありますが、地方都市であるため、二次病院が全ての疾患を受け入れてくれるわけではありません。診療科によっては、例えば、眼科、耳鼻咽喉科の救急は困難です。また、必ずしも二次救急病院が当番として待機していない日もあります。その場合、他の札幌市や苫小牧市の二次当番病院にお願いすることとなります。

③ どうしても、コンビニ受診がなくなる。

日中は仕事をしたり、学校に行ったりしているため、つい夜間や休日めがけて受診する患者さんがいます。そのため、医師や看護師は疲弊してしまいます。しかも、最近の傾向なのか、夜間、休日に診てもらうのは当然だという感覚の方も少なくありません。

こういった問題に対して、

- ① には、当センター独自のマニュアルを作成し、日ごろ、急病センターを受診する疾患で多い、急性上気道炎、急性胃腸炎、膀胱炎、蕁麻疹、めまい症など、小児であれば、熱性けいれん、クルーズ症候群、喘息、溶連菌感染症などに対する標準的な治療について作成しています。
- ② に対しては、なるべく二次病院に搬送せず、当センターでも治療を完結できるよう努力しています。例えばですが、胃アニサキス症に対して、通常は胃カメラのある病院に搬送するところを、実はアレルギー反応という報告が多いため、抗アレルギー治療にて軽快し、二次病院へ搬送する必要がなく二次病院の負担も減ります。
- ③ に対しては、やはり市民のみなさんも「夜間、休日に診てくれる自分たちのための病院だ」との認識をしていただき、未永く維持していけるように、育てていってほしいです。そのためには、医師、看護師からの患者のみなさんに情報提供や、医療的な指導を通して、意識を高めていただければと思います。

アメリカ、イギリスやカナダの医療制度では、夜間や休日の急病は、ERのような一次から三次救急まで診る制度であるため、日本では一般的ではないトリアージがあり、風邪や胃腸炎程度であれば、延々と何時間も待たされます。日本のように軽症でも早ければ、20分程度で夜間や休日に診てもらえる国はあまりありません。また、日本のように救急車が無料の国は珍しく、ほとんどの国が有料です。例えば、中国では、まず料金を払わなければ、患者が重症でも救急車に乗せてくれません。救急車に関わらず、全ての医療行為が前払いです。ただ、世界に誇る日本の皆保険制度ではありますが、一番大きな問題は、医療費が高額になりすぎています。今後は、受益者負担の考えを導入すべきです。例えば、フランスでは、病気の重症度に応じて、公費の負担割合が違い、風邪や胃腸炎などの軽症疾患は、ほとんどが自費であり、重症の脳卒中や心疾患では、自己負担割合が低いという合理的な制度です。今後は、日本もそういった思い切った制度へと移行するべきではないかと思えます。

最後に、課題として最も大切なことは、世界に誇る医療制度を守っていくためにも、制度を大きく変えるというより、まずはわれわれ医療従事者が利用する患者側の意識を変えていく努力が必要ではないかと思えるのです。

地方の医療に思うこと (自分の経験を通じて)

たけい内科胃腸科クリニック

武井 崇

私は札幌市内で内科を開業しており、札幌では札幌なりの問題もありますが、北海道全体を考えた時、その広域さゆえ医療上の問題はより深刻と思います。とりわけ医師の地域偏在は重大な問題であり、医師少数圏域では救急医療を含め医療体制の維持に限界がきているものと感じます。道医療計画によると、平成28年12月末の道内医療従事者状況は、人口10万対医療施設従事医師数の全国平均が240.1人に対し、旭川を含む上川中部(339.2人)と札幌(289.5人)だけが全国平均以上ですが、その他の地区はそれ以下で、全国平均の50%前後もしくはそれ以下の地区は5地域(富良野、南檜山、根室、日高、宗谷)もあります。

地域医療対策として道内医育大学での地域枠制度の充実も検討され、医療現場では、オンライン遠隔診療システムやドクターヘリなどの利用も地域医療の助けになってきているものの、一方、専門医制度ではもっと地域を配慮した改善が必要であろうし、働き方改革の上限時間設定については、より十分に地域の事情を考えて検討してもらわなければ地域医療体制が破綻するのは明らかです。ただこれら制度上の改善を期待するだけでなく、医者それぞれがもっと地方に目を向けることも必要と考えます。私も2年間だけでしたが、医者少ない町で地域医療を経験したことがあります。もう25年前のことなので、これから地方に向かおうとしている若い先生たちの参考になるかわかりませんが、都市部では経験できないような貴重な経験をしたので当時のことを書かせてもらいます。

私の札幌市外の最初の勤務先は函館五稜郭病院であった。病理学で学位取得を終了していたので固定医の扱いであったが、臨床医としてのキャリアは乏しく、病理での4年間の遅れを取り戻そうと、ただ多くの患者さんを診ようと奮闘していたが、本来の消化器内科以外にも多くの患者さんを診ることができて、十分に経験させてもらった7年間であった。その頃には父親も体調を崩すことが目立ってきたので、父親の近くに帰りたくて大学の医局に意向を伝え、「五稜郭病院で勉強できたことに感謝しているので、そのお礼として1年位なら地方に行ってもかまわない」と付け加えたら、次の日、松前病院に行くよう指令があった。少しは札幌に近づくかと思いきや、さらに100km遠くなってしまった。

松前病院では内科は院長と私、外科と小児科の計

4人が常勤で、2週に1回の眼科と、不定期で耳鼻科の先生が出張してくる体制だった。入院病床は100床でそのうち内科が約70床使っていて、夜間の急患は病棟の詰め所で診察・処置をしていた。私は住宅が病院のすぐ裏にあるので、夜間の内科の急患は、外科や小児科の先生が当直の時も私を呼ぶように病棟に伝えた。すでに松前は鉄道が廃線となり、函館までのバスが午前中を中心に数本走る程度だったが、そのバスで3時間かけ函館まで通院している人も結構いたので、松前でできることはしてあげようという気持ちだった。CTもあり、内視鏡は上部・下部とも用意されており、ある程度のことはここでできるなと思い診療をスタートした。

ただ一つ問題があって、あと2年で70歳の定年を迎える院長がほとんど診療をしないことで、入院、検査、時間外は全て私。一日平均120名ほどの外来も、私の方が少しずつ増えやがて大半になったが、それでも若い自分がやらなきゃという思いだった。3ヵ月ほど経った頃、函館バスから苦情がきた。函館に向かう乗客が激減したという内容だったが、苦情をうれしい気持ちで聞いたのは初めてだった。それでも、重症の患者さんの場合、頼るのはやはり函館の病院だった。

ある早朝急患がきて、重症の心不全の患者だった。心雑音もあり呼吸状態もかなり悪いので、五稜郭病院でもよく面倒をみてもらった循環器の老松先生に電話すると、先生は細かい病状も聞かず、「君が診てほしいというなら、俺もすぐ病院行って待機するから。そのかわり必ず生かして連れて来い」の返事だった。ありがたいと思いながら救急車に同乗し函館に向かった。五稜郭病院のICUまで搬送し、老松先生に「あとは任せろ。ご苦労さん」と言われ、感謝の気持ちと同時に自分の限界も感じていた。救急車も帰り道は法定速度なのかゆっくりで、病院に戻った時は昼過ぎになり、午前の外来に穴を開けてしまった。ベテランの外来のナースが患者さんに事情を伝えてくれていたが、ある患者さんが「先生は俺たちの時もきっとそうしてくれる。今日はそっちの方が大事だ。今日は皆帰るべ」と言っていた話を聞かされて、町の人にも感謝の気持ちだった。

またある時、吐血して出血性ショックの老婆が搬送された。早急な輸血が必要だったが、函館からの輸血の搬送にも3時間以上かかると知り、生血を輸血しようと考えたが、輸血用のパックがない。江差病院にはパックがあることがわかると、病院の職員が取りに行ってくれた。同じ血型の何人かから血液をもらいクロスマッチでの確認をして輸血することができて一命を取り留めたが、病院職員の連携の早さには感謝した。

もちろん、こうして私が仕事ができるのも家族の支えがあつてのことだが、家内も少しずつ松前に慣れてきていたし、隣に住む外科の先生の奥さんとも

結構話をしているようだった。小学3年の長男、幼稚園の年長だった次男はそれぞれ松前の自然を楽しんでいるようだった。病院の事務次長も生活に不備がないかなど気遣ってくれて、浜でちゃんちゃん焼きをしたり、家族が退屈しないよういろいろ機会を作ってくれた。そんな一年が過ぎようとする頃、札幌行きも考え出していた家内に私は、もう少し松前で仕事をさせてほしいとお願いした。家内は了解してくれた。

大学の医局にもう1年ここに居させてほしいと伝えたら、医局長はすぐさま松前にやってきた。「先生、何考えてるんですか。自分から延ばす人いませんよ」と言われ、松前に来てやりがいを感じたこと、もう1年経ったら院長が定年退職するのでそれまでは自分が居なきゃ駄目だと思っていることを話した。医局長も分かってくれたが、その時、実は松前の町民から大学に、私にもっと居てもらいたいとの投書が何通も来ていることを聞かされた。医者冥利に尽きると思った。医局長にはもう一つのお願いを試してみた。出張医の派遣だったが無理だと言われた。であれば、新人でもいいので、その代わり2週間は居させてほしい。これは1週間で流れを教え、2週目には戦力になってくれるだろうからという考えからであった。これには了解してくれた。

こうして私の2年目が始まった。新人たちがフレッシュな空気を送りこんでくれ、私は彼らに医療現場を体験させようと考え、大学にいと機会が少ないIVHの穿刺をさせたり、内視鏡も何例か体験してもらったが、なによりも若い先生の訓練のため協力してくれた患者さんたちには感謝した。

ある日、腹痛と背部痛で受診した患者さんが来て解離性大動脈瘤と診断した。札幌大の救急部に相談したら受け入れ可能だった。ではどうやって搬送しようかと病院職員と相談すると、道の防災ヘリでの搬送を要請しようという意見が出て、病院や役場職員たちが迅速に動いて搬送が決まった。ちょうど出発の直前、大学からの出張医が到着したところで、ヘリに同乗するのは私よりスリムな彼にしてほしいと隊員に言われ、彼に同乗をお願いし無事搬送が済んだ。彼は深夜、松前に戻ってきた。1日に札幌～松前を1往復半したわけで、二人で苦笑した思い出があるが、一人の患者を救うため町全体が動いた1日であった。

その後も松前でできることは松前で、無理なケースは函館で（特に五稜郭病院にはお世話になった）と、私は目の前にいる一人一人と丁寧に向き合った。出張の若い先生も病院職員も同じ思いで協力してくれるので寂しくもなかった。患者さんが私を頼りにしてくれることがうれしかった。毎日が忙しくもあったが楽しかった。そして2年が過ぎ、最後の日、病院の玄関に患者さんがたくさん見送りに来てくれた。私は頂いた花束を胸にお別れの挨拶をして玄関

を出ると、あちこちの病室の窓から患者さんたちが手を振って見送ってくれた。私は「ずっと居てあげられなくて、申し訳ない」と思った。

以上、長々と私事を書いてしまいましたが、当時こんな地方版の新聞記事がありました。道南に住む人からの投稿でした。「町の病院の待合室で診察を待っていると、大きな怒鳴り声が聞こえてきて、どうも先生に患者さんが叱られている声だった。その日は大学からの偉い先生が来て診察をしていたが、私は診察を受けずに帰ってきた。この町に偉い先生はいらない。いい先生が居てくれればいいんだ」という内容でした。この「いい先生」の意味にはいろいろあるでしょうが、患者さんの話をよく聞くとか、患者さんのそれぞれの事情にも理解を示すといった意味だと思われ、これは都市部も地方でも変わらないことです。ただ、都市部と地方の大きな違いは、地方では医者を選べないのです。だから、私はこれから地方に向かう先生たちには是非「いい先生」になって、住民たちに頼られる存在になってほしいと思います。その時、私たちがどんなに大事なそして素敵な仕事に就いたのかが実感できます。これは都市部ではなかなか経験できないことです。

あと、私には五稜郭病院での研修があり、松前ではバックアップもしてもらいました。医師を派遣する側に望みたいことは、地方に行く先生たちには十分な研修をさせてあげること、バックアップできる拠点となる病院との連携を作っておくことで、地方での医療に向かう先生たちの抵抗感・不安感を減らすためにも必要です。いずれは、いわゆる地域枠、一般枠に関わらず、地方での医療を目指す先生たちが増えることを期待します。

コミュニケーションは 地域をつむぐ

医療法人社団 田中医院

院長 田中 克彦

美幌医師会は大空町・美幌町・津別町の三町合同の医師会です。

当地域の高齢化率は、津別町は40%を超え、美幌町32.2%、大空町33.5%と全国平均の26.6%を大きく上回り、まさに超高齢多死社会に突入しています。

また、高齢者の独居と高齢者夫婦のみの世帯も増加しています。子供たちは近隣では北見市、北海道圏では札幌周辺、道外では関東などに住んでいることが多く、親に介護が必要になった時は、すぐには援助ができない状況です。高齢者本人も1人暮らし、もしくは夫婦のみの老老介護の状態では、在宅での生活を維持するには、介護や医療の介入のみでは本人・家族ともに不安を抱える場合も少なくありません。そのため、住み慣れた場所を離れ、子供の近くで介護を利用する高齢者も増えてきました。

このような状況に対し、国は地域包括ケアシステムの確立を推し進めていますが、このシステムには具体性がなく、何となく行政から押し付けられたイメージが私には払拭できません。このため、当地域の特性を生かした、具体性を持った、独自の「地域包括ケアシステム」を作り上げようと、私たちは他職種の連携会議「タウンミーティング」を開催し、現場の声をより多く、広く拾い上げようと活動しています。また、このシステムを確立するためには利用者のニーズを一番に考える必要があります。そのため、町民との交流と啓発活動の一環として「医療・福祉のネットワーク委員会」での活動も行っています。

津別町の医療と介護の連係は非常にコミュニケーションがよく取れていて、充実していることは医療・介護従事者はなんとなく理解していました。津別病院とその在宅療養支援室が中心となり、訪問看護や他の介護施設と実際にどのように関わり、どのようにコミュニケーションを取りながら活動を行っているかを「タウンミーティング」や「ネットワーク委員会」を通して看護・介護従事者や住民に紹介してきました。

「地域包括ケアシステム」の確立が行政からの押し付けのイメージがあるように「地域医療構想」に関しても同様の印象があります。「地域医療構想」とは、限られた医療資源を効率的に活用し、切れ目のない医療介護サービスの体制を築く目的で、将来の医療需要と病床の必要量を推計し地域の実情に応じた方向性を定めていくために、現在病床の機能分担を明確にしている最中ですが、回復期病棟の確保

が問題になっています。

美幌町には町立の国保病院があり、大空町には私立の女満別中央病院、津別町には企業立の津別病院があり、それぞれの病院が各地域の救急医療に多大な貢献をしています。もし、回復期病棟の分担がそれぞれの病院に強いられれば（現状では幸いにしてそのような可能性は低いのですが）医師確保および病院の経営にも大きな影響が出てくる可能性があります。高齢化に伴い一般診療でも重症化した患者に遭遇することは、以前より多くなっています。高齢者の救急医療も今後さらなるニーズが見込まれるため、各地域の病院の重要性は、より増加します。

先日、医療・介護職従事者を対象とする他職種連携の会「タウンミーティング」で、看取りについての勉強会を行いました。この地域でも、現在、在宅や介護施設など、さまざまな場で看取りを行うようになっています。その実例の報告と問題点について話し合いを行いました。喫緊の課題は、在宅診療医の確保です。在宅診療医は、私個人としては、開業医に多くの参加を期待しており、顔を合わせる場たびたび協力を要請していますが、残念ながら現状に変化はありません。

限られた医療資源を最大限に活用するためには、津別町のように効率よく連携を行う必要があります。医療だけではなく、他職種と密に連携を行い、また、地域の救急医療の場においても地域包括ケアシステムとの連携が必要になります。救急医療に関しては病院関係者と、在宅医療の確立には開業医と、また地域包括ケアシステム確立のため、他職種や町民との話し合いを独立して行うのではなく、包括的に繰り返していきたいと考えています。

2011年に美幌町で行った高齢者保健福祉計画に関するアンケートでは、「もし、あなた自身介護が必要になった場合、どのように生活したいとお考えですか」という設問に、「施設などで生活する」「家族などに介護してもらい自宅で生活する」を抑え、半分以上の人が「介護保険サービスを利用しながら、自宅で生活する」と答えています。このような住民のニーズに応えるため、多くの職種が、コミュニケーションをよく取り、連携を密にし、少ない資源をカバーしながらこの地域を支えていけるようにと考えています。

家庭医の役割と今後の課題

医療法人北海道家庭医療学センター 向陽台ファミリークリニック

院長 中島 徹

「北海道医報」1200号記念、おめでとうございます。まだ開院したばかりのクリニックからの立場ではありますが、日々の診療や地域との関わりから感じることに、僭越ながら述べさせていただきます。

当院は、2017年4月に千歳市の泉沢向陽台地区に開院しました。この地域は、千歳市郊外、市街地から車で15～20分ほどの距離にある住宅地で、1万人弱の人口を有しますが、地域内に医療機関が少なく、幅広い領域の診療ができる医療機関が必要とされ、当院開院の運びとなりました。同時に、千歳市で初めての在宅療養支援診療所として、千歳全域を対象とする在宅医療を担うこととなりました。

今年で開院2年目となり、だんだんと当院が地域に浸透してきていると感じます。当院を利用される患者さんは、「これまで市街地の医療機関に通院していたが、できれば近くの医療機関に通いたい」という方、「ちょっと風邪をひいた」「ケガをした」「腰や膝が痛い」という方などが多く、「近所に気軽に相談できるクリニックが欲しい」という住民の声に応えられているという実感があります。また、在宅医療では、慢性疾患による通院困難、癌および非癌疾患の在宅緩和ケア、難病の診療などが求められています。当院開院前にも、隣町のクリニックや、市内の病院を中心に在宅医療が行われていましたが、市内にあって、在宅医療をメインにやっており、24時間365日対応ができるクリニックができたということで、我々もお役に立てているのではないかと感じています。

地域の活動も活発で、医療・福祉担当者同士の連携の会などに参加させていただいています。今年度からは、千歳の介護医療連携の会に在宅連携部会を設立し、その部会の代表として活動させていただいています。千歳市内ではまだまだ在宅医療は普及しておらず、医療・福祉を担当される方々にも、一般の方々にも、広く在宅医療について知ってもらえるよう活動しています。また、町内会の活動にも参加させていただき、地域の一住民としても馴染んでいければと考えています。

一方で、長く続けられる医療機関であるためにどうするか、という点は課題に感じます。当院は常勤医師2名体制で、夜間・休日の当番を交代で行っております。医師自身の体調不良やプライベートな事情で休みが必要になることもあり、2名体制でも若干の不安を覚えることがあります。願わくは、同じような志をもって働く仲間が増えてくれば、と思

います。たとえ自分がいなくても続けていける組織であること、それが地域を支えるクリニックとしてあるべき姿ではないかと思えます。また、自分を含むスタッフ一人一人が仕事を長く続けるには、働きやすい現場の環境や、やりがいが必要です。自分のやっている仕事が認められ、役に立っていると感じるからこそ、忙しくても「頑張っただけでいい」という気持ちを保ち続けていられると思えます。そのため、スタッフが活き活きと働くことのできる職場環境づくりも必要となります。同時に、自分自身のスキルアップも重要で、日々進歩する医療の知見を、忙しい日々の中でもアップデートし続ける必要があります。これらは、個人や個々のクリニックとしての努力も必要ですが、システムとしても地域を支える医療機関が運営を維持しやすくなれば、と思えます。

私は、家庭医であることに誇りを持っています。家庭医の大きな役割の一つに、「その地域に住む人たちが安心して医療を受けながら過ごすことのできる町づくり」があると思えます。自分の仕事が地域の医療に、一人一人の患者さんに役立っていると感じられるからこそ、この仕事が好きで、これからも続けていきたいと感じます。私たちの仕事は、一人では続けられません。支えてくれるクリニックのスタッフ、各科専門医の先生方、医療・福祉の多職種の方々の協力があって初めて成り立ちます。皆様に感謝し、私も信頼されるよう最大限力を尽くす。そうして得られる確かな医療を、地域の方々に提供する。そんな関係性を持ちながら、今後もこの仕事を続けていきたいと思えます。

最後に、このようなメッセージをお伝えする場を提供してくださった担当の方々に、読んでくださった皆様に最大限の感謝を申し上げます。今後ともご支援のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

北見市の在宅医療の現状

医療法人社団 邦栄会 本間内科医院
理事長 本間 栄志

私は約10年前に、北見市で開業医をしていた父の診療所を引き継ぎ、医師になって8年目で開業医となりました。専門は父と同じ消化器内科で、当時の1日来院患者数は20～30人程度で、医師2人分の給与を出すことが困難で、毎週私は片道約2時間半をかけて、前任の地方の病院に内視鏡や当直に行き、何とか生計を立てていた状態でした。そのため来院患者数を増やし経営を改善させるため、私は3つの新たな取り組みを行いました。1つ目は禁煙外来の開設、2つ目は最新の内視鏡システムの導入、3つ目は訪問診療の開始です。1つ目の禁煙外来は、徐々に禁煙治療を希望する患者様が 증가し、現在ではオホーツク管内で禁煙患者数は上位の診療所となりました。また消化器内科医であるため、禁煙治療にいられた食道癌などのハイリスク群の方々への、内視鏡検査の啓蒙なども行いました。2つ目の最新の内視鏡システムの導入では、当時当院には銀行に借金があり、銀行から融資をお願いするも経営状態が悪く断られ、やむを得ず自己資金の投入なども行いながら導入。内視鏡検査開始当初は、月に10件程度であった内視鏡検査も、現在では多い時で、上下部内視鏡併せて月に150件くらいに増えました。また3つ目の訪問診療の開始にあたり、在宅療養支援診療所の届け出を行い、父と2人で24時間体制での対応を開始。開始当初は、父が訪問診療を行っていた5人程の患者様を引き継いでのスタートで、1年間はなかなか患者数も増えず、市内の病院に訪問診療を行っている旨を伝えるため、挨拶回りをしていました。2年目くらいから徐々に施設や在宅への訪問診療の依頼が他院からくるようになり、訪問診療を希望される患者様が直接来院されるようにもなりました。そして約4年後にはピーク時で在宅約50人、施設約120人の合計約170人の患者様を24時間体制で訪問診療をしていました。その当時は一晩に数回は電話が鳴り十分な睡眠はとれず、24時間体制であるため市外に出ることもほとんどできない状態で、これを続けることは無理と判断。悩んだ末、当院ではより重症度が高く、訪問診療の必要性が高い患者様を中心に受け入れるようにする方針とし、癌の終末期や難病の患者様をはじめ、車椅子でも来院が困難な患者様を中心に訪問診療を行うように方針転換をしました。現在では在宅約30人、施設約110人の合計約140人の患者様に対して24時間体制で訪問診療を行っております。これら3つの取り組みにより来院患者数や訪問診療患者数も増え、銀行からの借金も完済し、

前任の病院へのバイト生活も約3年で終了。また経営上、1カ月に1回程度、週末は知り合いの医師に市内での待機をお願いできるようになり、市外に出かけたり少し休めるようになりました。また北見に戻り6年目くらいには、老朽化していた診療所の建て直しも行うことができました。このような10年間を北見市の一開業医として過ごしてきましたが、特に現在まで力を入れてきた在宅医療について、北見市の在宅医療の現状としてもう少しお伝えしたいと思います。

私がいるオホーツク圏では、少なくとも2035年まで高齢者数の増加に伴い、死亡者数が増加の一途をたどると推計されています。そのような中で、今後急性期医療の対象患者が少なくなるという予測の下、入院病床の削減が予定され、最期を迎える場所が入居施設や在宅にシフトしていくことが容易に予想されます。そうすると訪問診療を行う訪問診療医を増やさなければ、入居施設や在宅での最期を希望する全ての患者様に対応することなど到底不可能です。人口が12万人くらいの北見市においても、現在すでに訪問診療を希望される全患者様に対応することはできなくなっている状態です。人口10万人当たりの医師数も、札幌や旭川に比べると、北網圏域では約半分です。また内科系診療所数も、北網圏域では旭川に比べると、人口10万人当たり2/3、全国と比べると1/2となっています。単純に考えると、北網圏域の内科系診療所の医師は、大都市の医師よりも2倍働かなくてはならず、その分仕事に余裕がないため、訪問診療にまで従事することが特にこの地域の医師は困難と考えます。また私は現在43歳ですが、10年前に北見に戻ってから、10年間ずっと北見で一番若い内科系の開業医であり続けています。ここ10年この地域では、内科系診療所の開業が非常に少なく、開業医の高齢化により内科系診療所の閉院も数件ありました。現在市内で勤務されている開業医の先生方も、うちの父と同じくらいの年代の方が少なくありません。訪問診療を24時間体制で行うためには、体力的にも余裕がある若い世代の開業医である必要があるため、このような点からもこの地域では訪問診療医が増えないと考えられます。以上のような理由から、この地域で訪問診療医を今後増やすというのは困難と考えました。しかし訪問診療を希望される患者様が増加の一途をたどっているため、それに少しでも対応するための一方策として、約5年前から北見保健所の事業としての助けを借り、多職種連携チーム会議というのを作りました。主な構成員は、実際に在宅医療に従事している訪問診療医と訪問歯科医、訪問薬剤師、訪問看護師、訪問理学療法士、そして在宅医療の依頼をする総合病院医師、看護師、退院支援課、老人入居施設の各代表で構成されています。このチームを作る前までは、訪問診療において、ほとんど訪問看護師との連

携しかありませんでした。この地域の訪問看護師はなり手が少なく、訪問看護師の高齢化や各訪問看護ステーションの経営も厳しいという状況ですが、ほとんどの訪問看護師は非常にやる気があり、訪問看護のレベルとしても低くはありません。この地域の訪問看護師は、これまでは在宅医療において、口腔ケア、薬剤の残薬整理や服薬指導、リハビリなどを一手に引き受け、懸命に訪問看護を行ってきました。しかしこの多職種連携チーム会議を繰り返すことにより、訪問看護師以外の他職種との連携がうまくとれるようになり、訪問看護師が行っていた口腔ケアを訪問歯科医師が、薬剤に関することを訪問薬剤師が、リハビリを訪問理学療法士がそれぞれ担当してくれるようになりました。その結果、訪問看護師は本来行いたい看護に時間をとることができ、訪問診療医が時間を要する患者様や家族への病状説明などがある程度代行してくれるようになり、さらにはほとんどファーストコールが訪問診療医ではなく訪問看護が受けてくれています。また1年前くらいから、当院の電子カルテに連動したクラウドシステムを導入し、当院と連携している訪問歯科医、訪問薬剤師、訪問看護ステーションと訪問診療を行っている患者様の情報共有を有効に行うことにより、より連携がとれたチーム医療を提供できているようになったと実感しています。これらの取り組みにより、私の在宅医療全般の仕事量が減り、夜間の睡眠時間も十分とれるようになりました。患者様の病状によっては、2週に1度程度の定期的な訪問診療のみで、ほとんど頻回の訪問診療や往診を行うことを必要とせず、最期の看取りまで行えるようになってきました。このような多職種による在宅チーム医療を行うことにより、訪問診療医の負担が軽減し、訪問診療を希望する患者様の受け入れに少し余裕ができたような気がします。

北見市では、私が把握している範囲では、訪問診療を行っている医療機関は当院を含め4～5医療機関で、中にはうちの父と同世代の先生がお一人で100人くらいの患者様の訪問診療を頑張っておられる診療所もあります。北見市内の開業医の先生方と何度かお話をしたこともありますが、今後も訪問診療を行う診療所が増加する予定はありません。しかし訪問診療を希望される通院困難な患者様や、最期をご自宅で迎えたいという患者様は北見市ではどんどん増えています。

これまで約10年間在宅医療に携わっておりますが、以前から矛盾を感じているのが、国が特に対策をせずに、どんどん在宅医療を推進している点です。厚生労働省もACP(Advance Care Planning)を推進し、人生の最終段階において患者様の希望に沿った医療の提供を勧めています。そのため難病や悪性腫瘍の終末期、高齢の患者様では、最期まで在宅医療を希望される方は少なくありません。在宅医

療の需要を増やすような政策をしているにも関わらず、特に地方において、訪問診療を行う各職種を増やすような政策をほとんどしていないのは矛盾していると思います。以前在宅医療に関わる診療報酬が比較的高額であった時期に、都市部の一部の営利目的に在宅医療を行っていた診療所に対する規制のために、それまで訪問診療を頑張ってきた診療所も含めて、一律診療報酬の減額が行われました。それ以降、訪問診療を行う診療所がさらに減ったと聞いています。その後も在宅医療において、診療報酬の増加はほとんどなく、新規で訪問診療を始める政策的誘導もありません。また在宅医療で重要な役割である訪問看護師に対する診療報酬に関してもほとんど上がることなく、大きな補助金のようなものもないため、訪問看護師の給与が上がらない → なり手が少ない → 訪問看護師の一人一人の負担が大きい → ますますなり手が少なくなる、という負の連鎖に陥っています。訪問看護ステーションの経営も厳しく、この地域では新しく訪問看護ステーションができて、すぐ潰れてしまうことも少なくありません。

北見市の在宅医療の現状は、在宅医療に対して志が高い各職種がチームを組んで、ご自宅や入居施設で最期を迎えたいという介護度が高い患者様を中心に、少ないcapacityではありますが、各職種一人一人の頑張りにより、何とか支えられている状況です。そのため現状のままでは、今後の患者数の増加には対応できないことが容易に予想されます。各職種の努力も限界であるため、北海道医療計画にも記載されていますが、国や道が今後、特に高齢者医療を入院での医療から在宅や施設での医療に方針転換するのであれば、診療報酬や介護報酬、補助金などで、在宅医療に関わる各職種の増加に取り組むべきです。特に地方では、一刻の猶予もない状態だと一訪問診療医として感じています。国や道がこのような現状を理解していただき、然るべき対策を行ってくれることを切に願います。

旭川市における 地域包括ケアシステム構築への取組

医療法人 旭川神経内科クリニック
院長 橋本 和季

「キュアからケアへ」最近、超高齢社会が目前に迫って盛んに言われているフレーズである。これは私にとって初めて聞くものではなかった。実は1990年代半ばに筋ジス4班（筋ジストロフィーの療養と看護に関する臨床的、社会学的研究）の発表で衝撃を持って聞いたのが最初である。これは筋ジスにとどまらず、神経難病全般について当てはまることであり神経内科医として患者のQOLをいかに上げるかということを念頭に対応してきた。開業して神経難病の在宅を中心に行うようになって一層その思いを強くした。

折しも、多死社会への対応として国の政策により在宅医療への誘導があり、在宅支援診療所、強化型支援診療所といった制度が整えられ、地域包括ケアシステムという概念も登場してきた。そして、団塊の世代が後期高齢者になる2025年までにこの地域包括ケアシステムを構築するべく各地域で取組がなされているわけである。高齢化率は地域で異なっており、利用できる社会資本も異なっているので、そういうことを把握した上でどうすべきかを考えていかなければいけない。

旭川では2025年に後期高齢者が増え75～79歳が人口ピラミッドのピークになるのだが、50～54歳にも山があり（いわゆる団塊ジュニア世代）何とか労働人口は保たれている。ところが2040年になると65～69歳がピークとなり若年に向かって完全に逆三角形となることが予想されている。したがって、介護は誰がするのかということも含めて2025年を目標に作ったシステムが15年後には役に立たない…ということも想定されるわけである。さらに、旭川市内においても高齢化の著しい地域とそうでない地域が混在しているので、同じ方法では上手くいかないことも予想される。

在宅医療に目を向けると、開業医の平均年齢の高齢化が進み、平均年齢が65歳に迫ろうとしており、24時間365日カバーするというのは、やり方を考えなければ難しい状況である。また、旭川では有料老人ホーム、グループホームが多く、高齢単身者の増加に伴い、施設での看取りが増えるとともに、施設からの救急搬送も増加している状況にある。

このように問題が山積みの中どう取り組んでいくのか？ 問題を俯瞰して広い視野で考えていく必要がある。地域ごとに選択と集中が可能なのだろうか？ これは医療の範疇を超えて街作りをいかにするかということにつながっていく問題である。市と

してどういう街作りをしていくのかというビジョンを持った上で対応していかなければならない。

医師会と行政が両輪となってシステムを構築することが重要と言われているのは、そういう点を含めてのことと思われる。先進的な取組をしているところを調べてみると、地域包括ケアシステムの構築に向けて、それを事業化して予算の手当をちゃんとしているということが分かる。旭川においても、昨年行政側（保健所+介護高齢課（今年度から長寿課に組織変更））との話し合いももたれるようになった。「地域包括ケアシステムの構築」ということを事業化して予算付けするかということは、行政側の腕の見せ所であり、期待するところである。そうでなければ両輪ではなく一輪車での運転になってしまう恐れがある。

地域包括ケアシステムは、いかにネットワークを作り、広げていくかということが重要である。病院、診療所、訪問看護師、介護、施設などをどうやって連携していくか？ 将来的にも使えるようなネットワーク作りを考える必要がある。それにはやはりICTの利用が強力なツールになると思われる。旭川市内の公的病院と病院、診療所はたいせつ安心i医療ネットにつながっている。在宅医療では、現在リバータウンクリニックの鈴木先生を中心にバイタルリンクを使ったネットワークが広がりを見せており、主治医と連携医、訪問看護師、薬剤師、ケアマネ、施設看護師などをつなげる方法として非常に有用であることが確認されており、バックアップ体制や緩和ケアチームとの協力など活用範囲を広げることで一段と有効性が上がることが期待できる。このようなネットワークをいかに公的なものとして運用していくかが課題である。

もう一つ、そしてこれが一番重要だと思われるのは、患者(市民)の意識である。死に場所を含め、どのような死に方をするのか？ 終末期にどこまでの医療を要求するのか、これは病気になる前から考えておいてもらわなければならない。今後、社会保障費が逼迫することが予想され、健康保険制度を理解してもらった上でコンセンサスを得る必要がある。

最初から完璧なものは不可能である。たとえ完璧であっても時代とともに劣化する—これは万物共通の理である。柔軟にいかに早く修復・対応できるかがポイントのように思われる。宇宙の膨張とともに時は加速的に過ぎていく。とにかく歩を進めねば。

常になぐさめる

せたな町立国保病院

院長 森 利光

徳島、若松、愛知などの地名があるせたな町は、移住者により発展した町です。高齢化率47%ですが元気な高齢者が多いのも事実です。90歳以上の男性の40%は非介護認定者です。食物自給率900%で、一次産業従事者は23%を占めます。彼らには定年も引退もなく、自分の判断で第一線から退くのです。2世代、3世代前に北海道に住み着いた子孫がほとんどですが、第2次大戦後に移住された方もおります。

中村¹⁾は、北海道移住の特性を次のように述べています。

北海道移住者は最初から入植地、生業が決まっている者は少なく、渡道後はこれを求めて移動して歩いた。また、いったんそれを得てからも、さらに良好なところを求めて土地を変え、職種を変えて移住を繰り返すのが通例であり、常態であった。北海道移住の特質は、移住後も移住を繰り返す再移住過程にあった。移住の要因は、全国各地で普遍的であった。人口の過剰、農地の不足、生業の喪失・不安定ということがまず大前提にあり、そのもとで水害・地震・津波などの被災による自然条件、不況・失業・生活難などの経済的条件、開拓による国家への貢献、移住のプロパガンダ・奨励などの社会的条件、移住ブームの影響やデマなどによる北海道への幻想、「成功者」への模倣という心理的条件がある。これらの条件が作用して移住への意志が形成され、最終的には血縁・地縁関係者などによる「呼び寄せ」・誘導によって決断され、移住がなされるものである。

移住オルガナイザーが存在し、移住のみならずその後のコミュニティの形成にリーダーシップを発揮したとも述べています。

今また新たな移住ブームが始まっています。地方に住む高齢者が、住み慣れた町から子供の暮らす都会へ移住しているのです。せたな町でもこの10年間で315人の高齢者が移住し、せたなを去りました。8,000人規模の町にとって少なくない数です。毎日の水落としや除雪作業が面倒になり、通院の足が自由にならなくなってきました。遠方から心配で様子を見にやってくる子供たちに面倒をかけたくないと思います。一人暮らしの維持に不安を募らせた子供たちの誘いに応じるのは止むを得ないことなのです。全道で同様の事象が起きているとすると、流入してくる札幌の介護施設は厳しい対応に追われていることが想像できます。

2025年度までに医療の給付費は1.4倍に伸びると

されていますが、その対策の一つが地域医療構想です。地域医療構想の背景にはベッド数削減があることは明らかです。しかし、その根幹は地域包括支援です。高齢者が住み慣れた地域で自分らしく生活できるような体制づくりです。医療面で何が支援できるのか考えています。体のあちこちに変調をきたし不安を抱えた高齢者に何ができるのか。高齢者の特性とcommon diseaseに精通し、気軽に相談に乗り、いつでも対応すること。病院へ来るのが大変になった人には訪問する。必要であれば適切な専門医をタイミングよく紹介する。これはまさにプライマリ・ケア医そのものです。他国に比べ専門医の割合が圧倒的に多い本国において、せたな町でも町民の専門医志向は強く、それはまさに専門医信仰と言ってもいいくらいです。専門医信仰は住民にとっても専門医にとっても不幸なことです。患者は「専門医巡礼」で疲れ果て、専門医はその専門性を有効に発揮できない状況が生まれています。北海道の医者のおよそ半分をプライマリ・ケア医にしようとの壮大な夢を持ったメンバーで北海道プライマリ・ケアネットワークをかつて組織しましたが、専門医の厚い壁を破ることはできませんでした。

専門医信仰を解くためには何が必要か考えます。何よりもその土地に腰を据えて住民と向き合うことが第一です。Common diseaseに精通し、救急にはいつでも対応しトリアージを行い、安定した慢性期の患者さんには継続して治療にあたる。これだけで住民の医療ニーズの80%はケアを提供できそうです。

ジョン・フライ²⁾は「プライマリ・ケアとは何か」を40年ほど前に抒し、将来のニーズとして次のように述べています。

優先すべきは、現代社会で稀有になっている二つのもの、すなわち誠実と謙譲である。誠実とは、現代医療の可能範囲には、厳重な制限があることを明確かつ強く発表するチャレンジである。自己や自己の専門に限界があることを受け入れねばならない。われわれにできることは、いまだに『時に癒し、しばしば苦痛を和らげ、常になぐさめる』だけである。常に誠実であることと共に、謙虚であるように努めなければならない。医学には未知のことが多くある。未知の症例、予知できぬ経過、不確実な治療等々。新しいことが必ずしも最良ではなく、古いことが必ずしも悪いことではない…。

40年が過ぎてジョン・フライの言葉がいつそう光り輝いています。

参考文献

- 1) 中村英重 北海道移住の特質と移住動態 歴史地理学 44-1 (207) 37-47 2002.1
- 2) ジョン・フライ プライマリ・ケアとは何か 医学書院 1981

北海道の救急医療の現実と課題 —十勝医療圏の現状報告—

JA北海道厚生連 帯広厚生病院
麻酔科 山本 修司

私は平成11年4月に、JA北海道厚生連帯広厚生病院に麻酔科医として赴任しました。それから約20年間、地域で主に救急・集中治療領域の仕事をしてきました。平成27年12月からは救命救急センター長を拝命しております。そこで本稿では、救急医の立場で「北海道における救急医療の現実と課題」について意見を述べさせていただきます。内容は十勝医療圏における救急医療の現状報告になりますが、北海道の他の地域にも一部共通する問題ではないかと思えます。十勝における救急医療の課題はいくつかありますが、ここでは字数の制限がありますので3つの点に絞って述べたいと思えます。

1つ目の課題は、高齢者の救急搬送が増えていることです。交通事故が減り、高齢者の救急搬送が増えているのは全国的な傾向のようですが、十勝でも70歳以上の高齢者の救急搬送が年々増加しています。帯広厚生病院救命救急センターを受診した救急患者数の調査結果では、平成12年にセンターを受診した全患者のうち70歳以上の高齢者が占める割合は5.7%（10,125名中573名）で、その後は平成19年が7.7%（14,292名中1,097名）、平成29年は16.5%（10,776名中1,783名）と、高齢者の救急搬送が急速に増加しております。こうした救命救急センターに救急搬送される高齢者のうち、普段はお元氣なお年寄りが急病や事故に遭った場合については、救命救急センターで受け入れることに問題はありませぬ。しかし認知症が進行し、身体機能が低下して施設に入所しているような、既に終末期を迎えた高齢者も救命救急センターに多数搬送されております。救命救急センターに搬送され、治療を開始した後に家族から「積極的な治療は希望しない」と言われることがあります。また、治療の過程で必要となる気管切開や胃瘻造設などの処置を「延命治療は希望しない」という理由で家族から拒否される場合があります。こうした高齢者の転出先がなかなか決まらないことも、しばしば問題となります。

私は、終末期の高齢者については地元の医療機関で必要最小限の治療を受けながら、家族の傍で最期の時間を過ごすのが望ましいのではないかと考えております。ご本人・ご家族が急変時に積極的な治療を希望されない場合は、事前に地元のかかりつけ医師や入所施設職員等と「想定される」急変時の対応についてよく話し合っておくことが必要と思えます。国が構築を目指している地域包括ケアシステムに高齢者の救急医療をどのように組み入れていくべ

きか、地域の医療事情を考慮したうえで検討が必要と思えます。

2つ目の課題は、十勝医療圏にドクターヘリ（以下ドクヘリ）が配備されていない点です。現在、北海道には道央（札幌）、道北（旭川）、道東（釧路）、道南（函館）の計4機のドクヘリが配備されております。しかし、広い北海道全域をカバーするためにはドクヘリ4機では不十分です。厚生労働省は、帯広と北見にもドクヘリ配備が必要であるとの認識を示しております。このため平成27年11月20日からは道北・道東ドクヘリの運航圏域が拡大され、道北・道東ドクヘリが十勝医療圏をカバーすることになりました。しかし運航距離が長い、天候の影響を受ける、重複事例があるなどの問題があり、十勝医療圏ではドクヘリを十分有効利用できていないのが実状です。十勝医療圏におけるドクヘリ運航状況の調査結果では、平成27年11月20日～平成30年5月31日までの2年6ヵ月間に十勝管内からドクヘリ出動要請した事例は72件のみで、このうち現場出動したのは34件でした。現場出動した34件のドクヘリ出動要請から現場到着までに要した時間は、平均37.8分でした。ドクヘリ出動要請した72件の事故種別は、交通事故32件、労災事故29件、一般負傷3件、急病6件、その他2件で、このうち65件が通信指令室の救急隊員からの要請でした。ドクヘリ出動要請した事例の多くは事故による外傷例で、内因性疾患事例は少数のみという結果です。事故による外傷例が多いのは、ドクヘリが必要かどうかを通報の事故内容から比較的容易に判断できるためと考えられます。一方、脳卒中や心大血管疾患などの内因性疾患事例では、通報内容だけでドクヘリの必要性を判断することは難しいと思われまます。このため帯広市から遠距離にある町村では、多くの内因性疾患症例が救急車で長距離搬送されているのが現状です。ドクヘリ出動要請の目的の一つは、救急の現場に早期に医師を投入することですが、道北・道東ドクヘリ基地から十勝管内の救急現場到着まで約40分程度の時間を要します。この点も、救急隊員のドクヘリ出動要請の判断に影響しているかもしれません。ドクヘリ出動ができなかった38件の不応需の理由の内訳は、天候不良20件、重複事例6件、時間外4件、その他2件で、離陸前キャンセルが6件ありました。天候不良の多くは、冬季の風雪（道北ドクヘリ）と夏季の霧発生（道東ドクヘリ）でした。

道内に配備されている4機のドクヘリの年間出動件数は、それぞれ300～500件を超えております。十勝の人口を考えると、帯広にドクヘリを配備すれば相当数の出動要請があると思えます。十勝は広い医療圏ですが、ドクヘリ導入により15分以内に救急の現場に医師を投入することが可能となります。また、重症患者の施設間搬送を短時間で行うことが可能となります。十勝は一年を通じて気候が穏やかな

地域であるため、天候不良によるドクヘリ不応需の数は少ないと思います。さらに他の医療圏で重複事例が発生した場合は、十勝ドクヘリでカバーすることも可能となります。以上の点から、北海道のドクヘリを現在の4機から6機に増やせば、北海道全域をより効率的にドクヘリでカバーすることができるようになると考えております。

3つ目の課題は、地域の災害医療体制の整備が未だ不十分である点です。国は阪神淡路大震災、東日本大震災、熊本地震などの大災害を経て、DMATやJMATなどの医療支援チームの養成や、広域災害救急医療情報システム（EMIS）の導入など、災害医療体制の整備を進めています。こうした国の取り組みに対し、災害発生時に医療支援チームを受け入れる立場になる地域側の準備が遅れていると感じております。この点については、十勝医療圏の災害拠点病院である当院の責務を重く受け止めております。先日の北海道胆振東部地震では当院にDMAT活動拠点本部を立ち上げ、支援が必要な医療機関の情報収集を行いました。EMIS入力した十勝管内の医療機関は少数で、被害を受けているかもしれない医療機関の情報収集に難渋しました。EMISの入力方法について十分周知されていなかったことに加え、インターネット環境の障害が影響したようです。結局、道外のDMATチームの支援を受けて、発災3日目までに十勝管内全ての有床病院の安全を確認することができました。被害が大きかった胆振地方等の被災地の皆さんには大変申し訳ありませんが、十勝では人的被害は無く、現時点では停電被害のみで今回の地震災害については収束方向に向かっております。しかしこの間、停電時の要支援患者への対応に関していくつか問題が発生しました。一つは透析患者への対応です。十勝管内には約1,000名の透析患者が在住し、地域の透析医療機関で透析治療を受けておりますが、非常電源を持たない医療機関が複数あり、今回の地震による停電発生時に透析治療を受けられない患者が多数発生しました。このため、管内の非常電源設備のある透析医療機関が協力して透析患者の受け入れを行いました。当院も一時的に220名の透析患者を受け入れて対応しましたが、それでも発災直後に受け入れ先が決まらない透析患者が地域に100名近く存在しました。幸い震災2日目までに停電はほぼ復旧しましたが、断水や施設の損壊等の被害が同時に発生していれば十勝管内の医療機関だけでは対応できなかったでしょう。その場合は、管内の透析患者を他の医療圏へ広域搬送しなければならなかったと思います。また、人工呼吸管理中の患者に関して一部医療機関に非常電源の不具合が発生し、一時人工呼吸管理の継続が難しい状況となりました。この問題も帯広保健所に早急に対応していただき、不具合が生じた医療機関の停電が早期に復旧したことで、人工呼吸患者を他の医療機

関に緊急移送する事態にはならず済みました。今回の事例から、非常電源はあくまでも停電時のバックアップであり、長時間稼働できる保証は無く、設備の故障や燃料の枯渇などのリスクがあることを認識しました。

十勝では3年前に「災害医療連絡会」を災害拠点病院である当院に立ち上げ、帯広保健所、帯広市、医師会、2次医療機関、とちかち広域消防局等の関係機関の皆さんと、災害を想定した机上訓練を実施しながら、災害時の医療について議論してきました。こうした試みが、今回の災害対応に役立ったのではないかと思います。しかし、今回の停電災害が厳冬期に起こっていたら、低温環境による人的被害が発生した可能性があったと思います。また、M7.5程度の千島海溝沿い地震が今後30年以内に発生する確率は70%程度と言われております。近い将来、十勝に大きな災害が発生する危険性は高く、現在の災害医療体制のままでは十分な防災は難しいと思います。早急の地域強靱化が必要と考えております。

以上、十勝医療圏における救急医療の現状と課題について述べました。これらは十勝医療圏だけの問題ではなく、北海道の他の地域の救急医療についても、一部共通する問題ではないかと思います。これらの課題を地域の医療機関だけで解決するのは難しく、行政機関等のご理解が必要と思います。救急医療の質の向上のために、関係各機関の皆様方のご協力をよろしくお願い申し上げます。

道南圏救急医療体制の 現状と課題

市立函館病院 救命救急センター
センター長 武山 佳洋

はじめに

北海道医報第1200号の発刊おめでとうございます。私は1996年に札幌医科大学を卒業して同大救急集中治療部（現救急医学講座）に入局し、以後20年以上救急医療に専従してきた。最初の10年間は札幌市で三次救急を中心に、2006年以降は道南（函館市）で地域の救急医療に携わっている。救急しか知らない偏った立場ではあるが、現在働いている道南圏の現状を紹介しつつ、今後の課題について考えてみたいと思う。

北海道の救急医療

私が医師になった頃は、救急に専従する医師（救急医）は札幌医科大学と市立札幌病院に数名ずついるのみで、その他の地域では麻酔科や外科等、各科の先生方が兼務で救急に携わっていた。当時、札幌医科大学では心肺停止（CPA）に対する心肺脳蘇生（PCPS導入と脳低温療法）や重症外傷等の救命に積極的に取り組んでおり、市立札幌病院では救急ワークステーションが設置され、ドクターカーの運用が始まっていた。これらの相乗効果により札幌市のCPA社会復帰率は全国トップクラスであり、私も重症患者の救命と全身管理に夢中で取り組んだ。また1996年に北海道防災航空室が設立され、消防防災ヘリの救急現場への出動や離島患者搬送が頻繁に行われるようになった。防災ヘリの活用も先進的だったが、教室の金子正光教授（故人；当時）はこの頃から、広い北海道には救急ヘリが最低6機必要と訴えていた。

その後、2000年頃より成人教育手法を取り入れた心肺蘇生法や外傷診療の標準化教育コース（ACLS、JPTEC、JATEC等）が相次いで導入され、2005年頃から災害派遣医療チーム（DMAT）の養成研修が始まった。病院前救護においては2000年に心肺蘇生ガイドラインが改訂され、2002年から救急救命士のメディカルコントロール（MC）体制構築が始まり、AEDの普及とともに救急救命処置の高度化（包括的指示下除細動、気管挿管、薬剤投与）と教育体制の整備が進んだ。このような変革と発展のなかで、種々のシステム立ち上げに関わらせていただいた。同期約100名で救急医になったのは私1人であるが、救急医を志す後輩は少しずつ増え、地方の救命救急センターにも配属されるようになった。

これまでの歩みを振り返ると、北海道の救急医療は先進地域である札幌市を先頭とし、地方が追従す

る形で比較的均一に発展してきたように思う。

道南圏の救急医療体制

三次医療圏としての道南圏は栃木県と同等の面積を有し、3つの二次医療圏（南渡島、南檜山、北渡島檜山）で形成される。それぞれ基幹病院はあるが脳神経外科や循環器疾患の緊急対応など、専門医療は南渡島（函館市）に依存している。圏域全体で人口減少と高齢化が進み、南檜山および北渡島檜山では医師不足が深刻である。救命救急センターは当院1カ所で人口約45万人をカバーし、三次救急に全日対応している。二次救急は函館市内11病院が輪番制を組んで24時間対応し、当院も3日に1回参加する。一次は休日当番医や函館市夜間急病センターがあるが空白時間帯が存在し、急病センターは24:30までの診療である。深夜帯のwalk in患者は二次輪番病院を受診する「函館方式」をとっているが、勤務医疲弊の一因となっている。

2008年頃に救急医療崩壊危機が叫ばれ、函館市でも小児科医や内科医の不足から輪番制の維持が危機に陥った。函館市医師会が中心となり行政や周辺医師会と連携し、二次輪番病院へのwalk in受診を制限して急病センター等へ誘導し、危機を乗り切った。

2015年より道南ドクターヘリが就航し、道南全域が飛行時間30分以内で到達可能となった。今後さらに函館市への患者集約化が進むと思われ、二次輪番病院の負担軽減および地域での役割分担を継続的に考える必要がある。

救急医の業務と地域における役割

当院救命救急センターは救急医9名と初期研修医数名で年間約5,600件の救急搬送に対応し、トリアージと初期診療、重症患者の入院および全身管理を担当している。二次輪番の担当日は1日に40～50件の救急搬送があり野戦病院のようである。救急医は増加したが、救急搬送と救急科入院患者も年々増加している。現在、入院患者は1日平均30名前後であるが、主に増えたのは高齢者の内科系複合病態や脱水、感染症、廃用症候群など、既存の診療科に分類困難な患者である。社会的問題を抱えていることも多く、転院や退院の調整に時間を要する。

その他、院内では蘇生法教育や急変対応、災害医療体制構築、DMATの維持管理、臓器提供等にも携わり、危機管理の一翼を担っている。

道南で救急医を配置する病院は最近まで当院のみであり（10月より函館五稜郭病院に救急科開設）、唯一の救命救急センターとして地域全体の発展を常に考えてきたつもりである。院外では各種標準化コースの企画開催やMC体制構築、救急隊員教育に積極的に取り組んでおり、各署で救急隊員を指導する「指導的救急救命士」をこれまで20名以上養成した。近年はドクターヘリ基地病院として航空医療体制の

充実にも努めている。

札幌のような都会の救急は専門分化が進み、三次救急に特化した施設が複数ある。救命を学ぶ場として重要であるが、当院のような地方基幹病院では二次・三次救急に同時対応しつつトリアージを行う能力が求められる。また集中治療、MCや標準化教育、災害医療などを扱う総合力も必要であり、自身の努力が地域の体制向上につながっている実感と充実感がある。救急医療は地域の医療資源等によってさまざまな形態をとり、これがベストだと言えるものではなく、地域のニーズに救急医の役割をなじませていくイメージを持っている。都会の三次救命救急と地方の総合的な救急、双方を学ぶとバランスの良い救急医になると考えている。

当院は自治体病院であり、医育大学がない地域の基幹病院として救急医療、がん診療、高度先進医療等への取り組みを掲げている。救急患者の積極的な受入れを続けているので救急医・各科医師ともに勤務は過酷になるが、労働基準監督署から医師の時間外勤務を削減するよう勧告を受けた。

救急科はチーム制をとり交代診療に努めているが、入院患者が増加すると夜勤の前後も回診が必要になり、休日のメリハリがつけにくくなる。良好な経営の維持には入院患者数の増加が必要であり、医師数の少ない地方病院で働き方改革と両立するのは、現実的には難しいと思う。

救急医療は不採算と言われるが、地域のセーフティネットであり、守らなければならないインフラである。当院はたらいまわし防止のため、搬送先が決まらない患者の受け入れも行っている。こういった役割を住民にもご理解いただく必要があるし、各医療機関には急性期を過ぎた患者の早期転院など、救命救急センターの機能維持にもご配慮いただければありがたい。

病院前救護体制（プレホスピタルケア）

北海道のプレホスピタルケアは、各地域の救急医が一致して協力しながら前進してきた。三次医療圏6ヵ所に分けてMC体制を構築しているが、救急隊の現場活動プロトコルなど、核となる部分は各地から担当者の集まった会議で討議される。札幌と地方、双方の事情を勘案して決められ、各地域における運用の差は少ない。

道南圏には7消防本部が所属するが、2017年現在で250名以上の救急救命士が活躍し、医師の指示のもと、延べ回数で年間1,500回以上の特定行為を実施している。病院前救急の主役は彼ら救急隊員であり、重症度・緊急度の判断能力は精度を増している。

救急隊員は搬送先病院の得意分野や受け入れ態勢を把握し、所轄地域の救急医療体制をよく理解している。また、研鑽を積んだ救急救命士のトリアージ能力は高く、特に現場での観察能力は医師や看護師

を凌ぐこともある。彼らの意見を真摯に取り入れることで、病院の受け入れ態勢や連携の向上につながるのではないかと考えている。

道南では入院医療機関をもたない市町が存在し、各病院の診療科にも偏在がある。その狭間（行政区域や診療科の縦割り）に落ち込んで搬送先病院が決まらず、当院に搬送されることが時折ある。各病院が救急隊の搬送先選定を尊重し、まずは受け入れて診療を行い、自施設の許容範囲を超える場合に転送することが理想であるが、実現には各二次医療圏における協議が必要であり、医師会の役割が大きいと思われる。

話が逸れたが、地域医療における救急隊員の重要性は今後一層増すと考えており、諸先生方にも彼らをチームの一員として尊重し、育てていただきたいと願っている。

道南ドクターヘリの効果

ドクターヘリの導入にあたり、搭乗医師や看護師、搬送患者受け入れ、補助金で賄えない費用などを圏域内で広く分担する「オール道南」の運航体制を構築できたが、背景には医師会の多大なご支援があった。準備段階ではいろいろな意見があったが、伊藤丈雄函館市医師会長（当時）の強力なリーダーシップにより各病院の役割分担等を取りまとめていただき、就航にこぎつけることができた。

ヘリ搭乗を通して当院以外の医師・看護師が病院前救急に関わる機会が得られ、消防や救急隊を含めた救急医療全般への理解が進んだ。各種研修コースや勉強会などにも積極的に参加いただき、地域で「顔の見える関係」が構築された。

ヘリにより重症患者の治療開始が早まり、搬送時間も短縮されることで有形無形のメリットが生じているが、「ヘリだから救命できた」と思える患者は実際のところ年間10～20名程度である。費用対効果を計算するのは非常に難しいが、地域医療を底上げする効果は非常に大きく「priceless」であると思う。広大な北海道にとって必須のインフラであり、地域の財産としてさらに活用したいと考えている。

高齢者内因性救急の増加

近年、救急搬送件数は右肩上がりであり上昇を続けており、高齢者の内因性疾患増加が主体となっている。前述した診療科振分困難や社会的問題を抱えた患者も多く、救命救急センターの出口問題の一因となっており、このままでは救急医療が破たんするのではないかと危機感を感じる。函館市では医療介護系施設（老人保健施設、介護施設、グループホームetc…）で状態が悪化すると救急要請され、当日の二次輪番病院に搬送されることが多い。さまざまな疾患を抱えADLの低下した患者に対し、どこまでの治療を行うべきか、迷うことがしばしばある。

当院は年間400例前後のCPAを受け入れているが、約1割程度は医療介護系施設からの搬送である。119番通報で駆けつけた救急隊は心肺蘇生法（CPR）を開始し、特定行為を実施する。救命処置を実施しないと救急搬送できないので、CPRを継続し救命救急センターに搬送する。我々も気管挿管や薬剤投与などACLSを継続しながらご家族の到着を待つ。面会し死亡確認後は検視を呼び、警察はご家族と施設に事情聴取し、現場確認も行う。CPAの場合、119番通報から上記はほぼ一本道で進んでしまう。このような最期は本人およびご家族が望むものなのか、果たして幸せなのだろうか、もしかして誰も幸せになっていないのではないかと悩むことが多い。

各種施設に入所する時点で何らかの疾患やADL低下などを抱えているはずである。施設とご本人およびご家族、あるいはかかりつけ医も加わり、状態悪化時や急変時の対応についてあらかじめ話し合っておくことができれば、侵襲的治療を望まない方がかかりつけ医が往診して静かに看取れるかもしれない。方針が決められなくても、話し合った経験があれば、いざというとき冷静な判断がしやすいのではないかと、思う。

CPAはやや極端な例だが、最近では肺炎、心不全、尿路感染症等で再発と入退院を繰り返す患者も多い。人工呼吸管理や人工透析を望まないという意味が明確であれば、在宅で往診したり、回復期のサブアキュート機能や療養病床で対応してもよいであろう。当日は急性期病院に運ばれたとしても、翌日または2～3日以内に転院できれば、救命救急センターの出口問題と病院勤務医の労働条件は改善し、重症患者の診療と急性期管理に注力することができるのだが…。

当院でも現在、人生最終段階の医療（アドバンス・ケア・プランニング）について検討を進めているが、普及の主体は地域のかかりつけ医であり、医師会による啓発が重要と考えている。

医療介護連携について

現在、2025年を目標とした医療・介護の一体改革が進められ、本年の診療報酬改定では地域包括ケア、地域医療構想に向けた役割分担などの政策的意図が示された。私は道南の地域医療構想調整会議における議論を存じ上げないが、自分なりに勉強してみて「治す医療から支える医療」「競争よりも協調」「点（病院）ではなく面（地域）の視点」が重要であり、そこで働く医師のキーワードは「総合」であると解釈している。

救命救急医療は高度なチーム医療であり、多職種連携が治療の成否を左右する。診療方針を決定し責任を負うのは医師であるが、医師もチームの一員として他職種の意見を尊重し、対等に議論して判断する、調整型のリーダーシップが求められていると思

う。救急医は普段から各診療科の医師や他職種との連携に長け、チームのリーダーとしても補佐としても、円滑なチームワークを引き出す能力を持っている。

かかりつけ医も同様であろうと勝手に想像している。急性期病院のゲートキーパーである救急医、地域医療の土台を支えるかかりつけ医、共にジェネラリストであり、これからは双方の円滑な連携が背骨となって地域包括ケアシステムを支えていくのではないだろうか。連携と適切な役割分担のためには、前項までに述べたような、痛みや不利益を分配する難しい作業が必要かもしれない。しかしそれを乗り越え、患者本人の意思に寄り添った過不足ない医療が提供されれば、患者も医療チームも幸せになれるのではないかと。理想論と言われるかもしれないが、そんな未来を期待している。

医師会へ望むこと

若いころは、医師会は開業医の意見集団であり、勤務医の自分には関係ないと勘違いしていた。しかし、函館に赴任してから諸先生方が献身的に地域医療の維持向上に努める姿を目にして、認識を改めると同時に自身の不勉強を反省した。

医師は過酷な勤務環境であっても患者を診て患者のために働く、目黒順一常任理事がいつも仰る「プロフェSSIONAL・オートノミー」を持った集団だと思う。医師は医師同士でないと話が通じないことがあるが、話が通ればあつという間に体制構築が進むことも数多く経験した。

医師会が行政と手を携え、個々の利害を越えて、地域にとって最良の医療体制をビジョンとして提示し、各医師の賛同を得られれば、理想とする医療体制が作れると思う。地域医療構想においては病院の再編・統合など、さらに難しい作業を伴うかもしれないが、行政と医師会が同じ方向を目指して痛みを分かち合わないと、解決は難しいと思う。

以上、希少種が長々と勝手なことを申し上げたが、このような少数意見を採用いただけることに医師会の懐の深さを感じ、感謝している。医報には今後も、医師会のビジョンを提示する場として、会員の多様な意見を共有する場として、北海道の地域医療の向上に貢献していただきたい。私も諸先生方からのご批判とご指導を真摯に受け止め、さらに地域に愛される救急医療を目指したいと考えている。

第1200号記念特集を終えて

副会長 藤原 秀俊

北海道医報は昭和35年に創刊され、この度、1200号の発行を迎えた。先人の医師会役員や会員の皆様、医療を取り巻く情勢を分かりやすく会員の皆様に伝達されてきたことに敬意を表したい。2003年4月（北海道医報第1015号）に長きにわたり裏表紙のコラムを担当されてきた西信博先生の最後の内視鏡が掲載されている。それによると、このコラムは、最初は「編集後記」次に「EKG」「反射鏡」と経て、1977年から「内視鏡」となった、と記載されている。2003年4月に西信博広報部長の後を、現在日本医師会副会長の中川俊男先生が引き継いだ。中川部長は広報部を情報広報部に名称変更、さらに2005年裏表紙を「季節風」と命名、2006年からは医報をB5版からA4版に変更し、現在に至っている。西・中川両先生は、北海道医師会の広報に関しても、多大な貢献をされた。2006年4月からは、藤井美穂先生が部長となり、2007年4月から私藤原が、2009年4月からは山科賢児先生が部長となり、現在活躍中である。

この度の第1200号記念特集として、9月号は「マスメディアに映る北海道の医療」を全国紙・地方紙と道内テレビ局の方々に寄稿していただいた。それぞれのお立場から、医師会に対する期待や現場からの提案を頂いている。10月号は「北海道の医療の展望と課題」を道内臨床研修病院の方々に、現状と課題を頂いた。普段いろいろなところでお会いすることがあり、それぞれのお立場からご意見を伺っていたが、この度のように詳細にわたりそのお考えを伺うことがなかったので、大変良い企画であったと思う。11月号は「北海道の医療の現実と課題—医療現場からの声—」として、医療現場からそれぞれ執筆していただいた。大変参考になり、また今後の方向性について貴重な提案を頂いた。北海道医報は元々、秀逸な文章が非常に多い。またこの度のような特集号では読み応えのある論文が多く、北海道医師会にとっても、また会員の皆様にとっても大変有意義なものと思われる。

昭和60年の第一次医療法改正から始まり、平成4年、平成9年、平成12年、平成18年と医療法改正が行われた。その後平成21年には民主党への政権交代

があり、平成24年社会保障・税一体改革大綱が出され、さらに同年再度自公政権が誕生した。平成25年には社会保障制度改革国民会議より、医療・介護提供体制の改革と地域包括ケアシステムの構築が提唱され、同年12プログラム法が成立し、平成26年「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立した。これが第6次医療法改正であった。その後平成27年第7次、平成29年第8次と近年は1年ごとに矢継ぎ早に医療法が改正されている。また平成16年には新臨床研修医制度が始まり、地域医療の崩壊に繋がったとされている。今後は来年10月に消費税率10%への増税が予定されており、医療界のみならず社会全体に暗雲が漂っている。度重なる医療法改正と制度改革からは厚労省の焦燥が感じられる。しかし、このような中でも我々医師は「国民のために」より良い医療を提供しなければならない。そのためには、しっかり情報を把握しそれを分析することにより、対策を講ずる必要がある。北海道医報は会員の皆様に、正確な情報を発信し、会員の皆様と情報を共有し、団結して難題に取り組んでいきたい。今後とも会員の皆様のご協力とご支援をお願いしたい。