

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

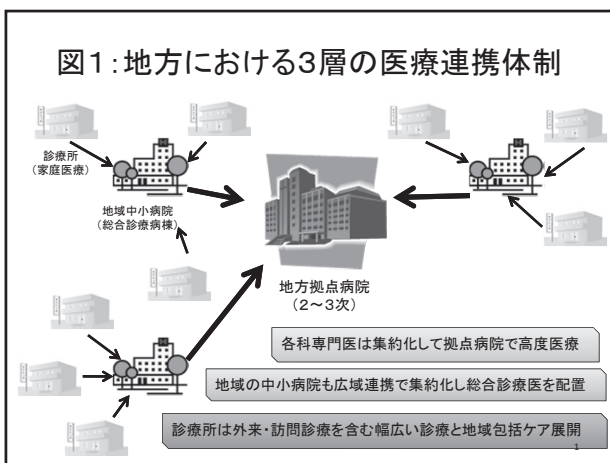
北海道家庭医療学センター

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。

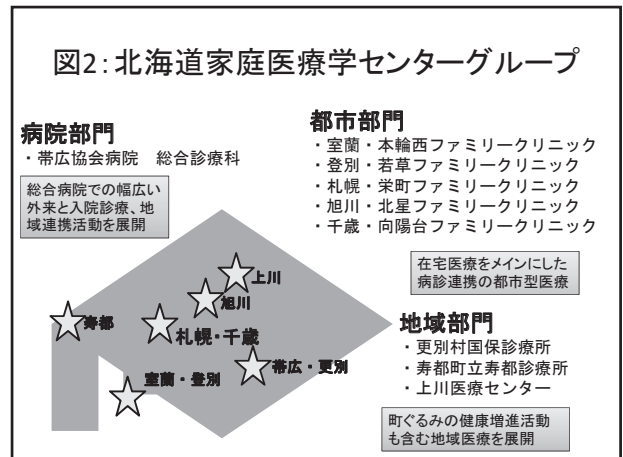
図1：地方における3層の医療連携体制



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。

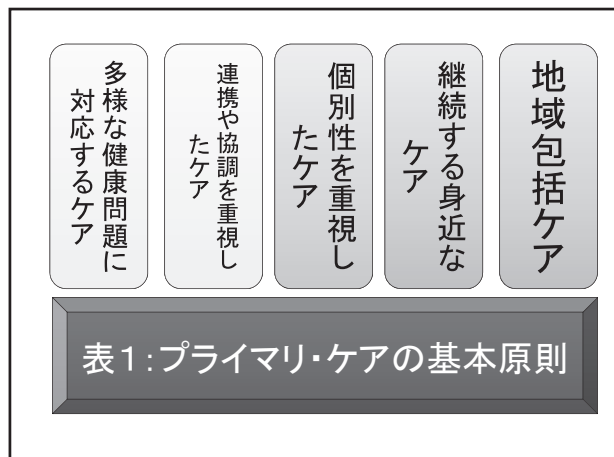
翻って、診療所は新たな体制に適合しないと減収が見込まれる側面も内包された入院診療と異なり、変わらなければ減収につながるという方向性はほとんどない。むしろ、在宅診療に関しての長年の診療報酬の上昇に代表されるように、インセンティブ重視のシステムである。逆説的に言えば、今外来に受診している患者を大切にしながら、診療を継続すれば特にこれまでのやり方を変える必要はないとも言える。その結果、在宅医療を提供する診療所はなかなか増えていかない。在宅医療を専門的に行う医療機関があるのも事実だが、本来外来診療での継続的関わりがあり、疾病や傷害で来院が困難になることで選択されるのが在宅医療であり、その継続性の終着点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

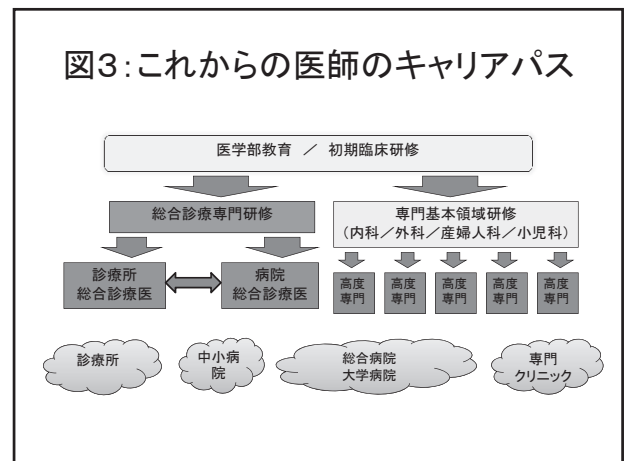


が、社会における医療の位置付けを逆転させることにもなる。社会がそこをリスペクトし、医師集団も重視し、国民が受け入れることができれば、プライマリ・ケアが医療の中核となるのである。

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。