過疎地の病院勤務で思うこと

上川北部医師会
士別市立病院
岩野　博俊

過疎地の病院勤務を始めたが、医師不足は深刻だと思う。地方病院の規模が縮小すると、基幹病院の守備範囲は自ずと広がる。根底に過疎地の医師不足がある以上、基幹病院はさらに疲弊し、小さな病院では診療レベルの低下が懸念される。今後AIの導入などで多少の活路は見出されるかもしれないが、少し先の話であろう。

地方の勤務医、開業医は、目の前の業務に集中するあまり勉強の機会が減り、専門外の分野に至ってはいつの知識か分からぬまま働き続けることになりかねない。逆に、ハイボリュームセンターでは専門分野の診療、学問漬けであり、一般診療とはかけ離れている。

私は最近まで後者であった。これまで３ヵ所の大学病院で著名な上司のもと、国内を牽引、指導する組織側の一員として働いてきた。この度、一身上の都合で医局を辞め、地方の病院に就職したのだが、まさにいつの知識か分からない状態である。専門外の勉強の機会は探せばあるのだが、能動的に参加するのはエネルギーがいる。結局は必要に迫られて、本を見たり、周りに聞いたりしてなんとかこなしている。そばに気軽に聞ける専門科がいれば話は早いのだが、診療科がない、または頼りにならない場合は他院に相談するしかない。ハードルは一気に上がる。相談を受ける側、搬送依頼を受ける側からすれば、「そんなことも知らんのか」「こんなのを送りやがって」などと思われているであろう。

私も、これまで大学の救急診療に携わっていた時は、最後の砦として、患者が不利益を被らないように、依頼があれば患者と家族の顔を想像し、原則断らずに受け入れてきた。都会では、たらい回しの遠方の救急車や、専門科がいる病院に拒否された救急車を受けたこともあった。受ける側からすれば、「これくらいそっちでやれよ」「少しくらい努力しろよ」と思ったことはある。しかし、何にもせずに送りつけてくる常連の医師が救急車に同乗してきた時に、患者の顔だけではなく困っている医師の顔も想像せねばならないことに気が付いた。その医師は同じ診療科であったが明らかに実力がなく、何もしないのではなく、できないのであった。その後も同じ医師からの依頼はあったが、すんなりと受け入れられるようになった。相手の顔を直に見たことで、自分の気分が変わっただけである。

そこで終われば、丸投げを受け続ける基幹病院は疲弊するだけであり、下位の病院のレベルは低いままである。北海道でそれはまずい。患者にとっても良くない。医師の供給がない限りは、各々ができることを増やしていくほかはない。専門外の仕事はストレスであり最初は時間も精神的な労力も要するが、専門科に導いてもらうことができれば、次第に方針も理解でき、治療にも慣れてくる。教育の面からは邪道だが、手っ取り早いのは身近の専門科に聞くことである。

先日、私のもとに転院してきた血液疾患を疑う患者の治療方針、説明にあたり、近隣の病院の専門科に相談したところ、懇切丁寧に応じていただいた。顔も合わせたことがない相手に非常に丁寧に教えてくださったことに深く感謝し、治療を継続した。当方は方針、治療を理解し実践するのみで、患者は50km先の病院に搬送されずに、先方も患者を受けずに済んだ。相談すら適当にあしらった感を受ける病院もあったが、もし仲の良い友達であれば、もっと親身になるのではないか。知らない者には教えなければ、同じことの繰り返しとなり、負担は減らない。実力不足の医師に勉強不足と切り捨てるのではなく、相手を知り教育することができれば結果的に双方の負担は減ると思う。ただし、診療科がそろっていない病院はこれが難しい。

さて、海外では、数千床の大病院に医師も患者も集約されているが、日本では非現実的である。それなら、専門科が同じ住所にいないだけで同様の役割を果たすシステムができないか。地域の各病院や開業医がもっと結託することができないものか。まずは病院間で搬送基準の策定や、いわゆる当直マニュアル的な取り決めだけでも良いと思う。複数の病院、開業医でチームを組み、分業することができれば、相手の顔と力を知ることになり、全体の底上げにもつながるのではないか。得意分野がある病院には基幹病院でなくとも任せてしまえばよい。究極的には、画像とデータの転送と電話一本のみで気軽に相談、依頼できる関係が望ましい。相手を知ることで、自然と補完しあう関係となり、場合によっては研修会なども自然発生するのではないか。もちろんそこに至るには、時間的、人的労力以外にも、病院の収支の問題もあると思う。暇な医師はいないことは承知の上で、もうひと努力で将来の負担を減らすことはできないか。負担が減れば心の余裕ができ、もっと優しさも生まれるのではないかと夢想する今日この頃である。