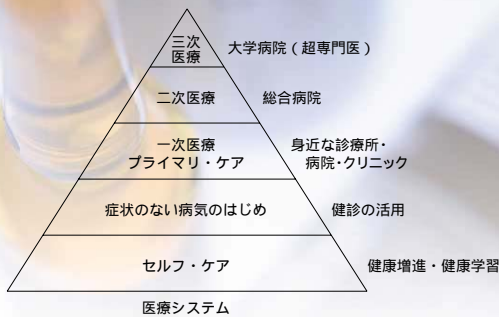


広域医療システムの構築



座談会 「地域医療への新たな視点」

北海道の地域医療を考えていく場合、国土の22%を占める広大な面積を有すること、都市部と過疎地における医療格差、病人の搬送・通院といった面での遠距離性、冬期の積雪障害などの課題を克服していく必要があります。

このシリーズでは、北海道を事例として、社会基盤整備と医療システムの構築という面から、先駆的な取り組み事例などをまじえながら、地方における地域医療の課題と今後の方向性を探ります。

これまで5回にわたり北海道における地域医療問題の課題、取組みについて掲載してきましたが、最終回となる本号では、それらを横断的・複層的に見ながら、地域を担っておられる自治体の長、地域医療の現場実践者、地域医療を担う医師育成の中核的な役割を果たす大学について、それぞれの立場から地域医療の新たな展望について議論していただきます。

トータル的にも見る必要がある

北まさしく北海道全体がそうですが、地域医療が崩壊寸前というもいらいの状況にあります。医師・看護師の不足、自治体病院に対する交付税減額、医療費抑制、医療器械設備などの経費増大が経営を圧迫しています。

地域行政において何が必要か、一つ目は「これはいつまでもなく、いざいざな基盤整備、しかし同時に、生活するうえで保健・医療・福祉が最大の課題です。高齢化・少子化が進んでいる中で、いま一番の課題がスボリと抜けているような状況が出てきているのが実態ではないかと思えます。これは、国の政策的なことも非常に大きく影響しています。

医師も確かに偏在しています。北海道も全体としてみれば人口10万人当たりの医師数は満たされていないという話があるのですが、これはもつと完全に偏在です。しかし、過去に国の政策として、医療費が高い医師が多いというところで抑制してきた経緯があり、その結果がいま出てきたわけですから、国の責任としてこれをどうするかというところを政策的にきちんと考えないと、偏在、偏在といっただけではこの問題は解決しません。いま一つは、地域住民の生活を支えるために、

国、都道府県、市町村ともに、介護はもちろん保健・医療・福祉を含めて、それぞれがトータル的にものを見つめていくか、とのように一体的に取り組むかというで、シジョンがあつて、医師や看護師さんが集まってくる。

保健・医療・福祉の一体的取組みを实践

奈井江町では、医療は地域の健康と命を守る。を町行政の中心に据え、保健・医療・福祉を総合的に考えた取組みをしています。

奈井江町は医師の標準数は不十分ながら、幸いある程度満たされています。病院にも介護施設にも相当お金をかけましたが、町立国保病院は「病診連携」で開業医の人たちと一体的にやることで、比較的良好な運営をしています。また、一次予防を含めることで医療費が下がり、また連携することで国民健康保険料も下がっています。

いま一つは介護保険。これも私もは、広域連合。でできています。1市5町で保険料は同一ですが、それぞれ市町で責任を持ち、介護予防、疾病予防といったことに真剣に取り組むスボリの努力と住民の協力で、全国的にも全道的にも保険料が相当下がりました。一つは、このことが全体に分かつてくると、力を入れる意味が分かつてきます。だから、地域医療、地域福祉というのはトータル的に見なければいけません。国や道の政策が悪いからというところばかり言ってもだめです。地域の声を聞いて、改善するところは改善してあげ、地域の側も、自分たちで努力して作り上げ、それをきちと提言していくという実践の中で、それを示していく必要があります。

奈井江町の医療の基礎は町立国保病院ですが、96床のうち12床は開業医に開放しています。そし

医師にとって魅力ある地域とは

地域住民は高度医療を求めているのではなく、いい医療を求めているのです。しも求めに心づくられる、不安をとってくれる、安心して地元でかかる医療を求めています。日本人は、自分の家で死にたい、という人が9割ですが、実際には8割の人が病院で死ぬのです。地元意識が強いので、信頼できる先生がいたら、都市部の大きな病院には行かないと思います。

受ける側の自治体が医師に対してやりがいと、生きがいを、しも提示していない、そしてそこに行かせるための教育システムがない、医師にもプリントがあります。首長さんがどんな医師で、もいから来てくれ、というときに誰が行きますか、あなたに来てほしい、という医療をやってくれないかといわれたら、今よりもっと医師は確保できると思います。

予防医療は病院の患者を減らすので病院経営上はよくないといいますが、高齢化率が半分を超えると医療費や福祉費が増大して、自治体そのものが壊れてしまいます。確かに病院だけを見ると苦しいですが、システムとして在宅や施設介護などをトータルして考えると、医療費や介護保険料が減ることは自治体や住民にとって大きな利益になります。寝たきり老人がゼロになれば、介護保険料もゼロです。マイナスのようでも実際には利益を生んでいるのです。

そういうことを言う首長さんがなかなかいない。北町長はそういう意味では特殊な存在なのです。そういうことを分かってくれる首長さんとの出会ったら、やる気のある医者が来ます。首長は勇気を持ってほしい。自分の自治体に自信を持つことは、この世の。



むらかみ ひろかず 村上 智彦
医療法人夕張希望の杜 理事長・夕張医療センター長
1961年北海道枝幸町生まれ。86年北海道薬科大学大学院修士課程終了。3年間の薬剤師勤務後医師に転進。93年金沢医科大学卒業。自治医科大学に入局。岩手県、北海道瀬棚町などの病院・診療所勤務を経て、07年1月夕張市立総合病院内科医長、同年4月同病院を改組した医療法人財団夕張希望の杜理事長・夕張医療センター長。地域医療を支えるプライマリ・ケア(あらゆる健康、疾病に対し、総合的・継続的・全人的に対応する機能)の最前線で予防医療にも積極的に取り組む。



きた りょういち 北 良治 奈井江町長
1936年北海道奈井江町生まれ。55年野幌機農高等学校卒業。75年奈井江町議会議員、副議長、議長を経て、86年奈井江町長、現在6期目。北海道町村会常任理事、北海道市町村会合併推進審議会委員、全国自治体病院開設者協議会常務理事、北海道自治体病院開設者協議会会長など。健康と福祉のまちづくりを掲げ、自治体初の老人保健施設の開設、病診連携などに取り組む。98年には介護保険、国民健康保険、老人保健の3事業運営のための近隣1市5町による空知中部広域連合を創設、連合長を務める。

て、二重診療、二重投薬を防げます。それが医療費の節減に大きな役目を果たしています。また、CTスキャンなどの医療機器も開業医に全部開放しています。その結果、開業医の方々も病床を持つていたのですが、それをやめ、入院が必要な場合は地元の町立国保病院に入院させ、継続して診るといっことが可能になりました。町立国保病院側にしても病床の70・80%の活用がなされるようになり、経営的にもプラスになります。また、開業医の先生が入院患者さんや診るときは、場合によっては町立病院の医師とも相談セカンドオピニオン。します。併せて、福祉施設、老人保健施設もありですが、特別養護老人ホームの中にも診察室を設け、町立病院の医師だけではなく、開業医の先生方にも診てもらつたという方式を取っています。これにより医療の継続性が確保でき、かかりつけ医師に対する信頼も深まります。

また、中空和地域センター、病院へき地医療拠点病院である砂川市立病院へ、病棟連携、してあり、より専門的な医療については紹介、逆紹介する協定を結び、要請があれば、うちから循環器科の先生が行き、また逆に小児科は向こうから来てもらっています。また、高度医療機器も共同で使えるという体制になっています。

なんで田舎に行きたくないか

村上 道内の10万人当たりの医師数は216人(平成16年末)ですが、札幌と旭川は3百数十人と極端に偏在化しています。なぜ地方には来ないのか。田舎に行くのが嫌だからです。昔の研修医制度では学位をとるために教授の言ひなりになって嫌々田舎に行っていたのですが、自分の希望が通るようになったので、行かなくなつたといっことです。

なんで田舎に行きたくないか。ある一々によると、当直した医師が次の日に外来を診療するケースが割を占めています。医師は給料が高く社会的地位も高いからそれが当然と思つていますが、今の若い先生方の価値観ではそれでは受け入れてくれません。それが当たり前と思つて医者を呼んでも、どうせうちのなら都会の方がよいといっに決まっています。同じ住むのであれば都市部であれば他にやることも探せますから、うちの人が分かつていて使い捨てにされる地域には行きませんが、それが一番の原因だと思います。

また、医師を迎える側、うちの地域では、やりた、といっシジョンがないのも原因だと思ひます。一般の方の就職も同じだと思ひますが、シジョンのない会社は誰が就職しますか。

先ほど北町長が高齢化社会での保健・医療・福祉を一体化したいというシジョンが、この話ををされましたが、この先、つと飯を食うていくハリになつていて、医者にとっては面白い話です。しかも、目の前の患者さんをずっと子供から大人まで診ていける。そして、患者さん、雇つてくれる社長さんが自分を信頼してくれる。こんなやりがいのある職場があれば希望者はあります。しかし、特になら北海道にはそういう受け皿がないと思ひます。

実際、新潟とか長野の地域医療先進地といわれているところ、田舎でも医者に来ています。それは字がものがあり、面白味があるから行くのです。医療の問題になると、おれは素人だから、といっ首長さんが多いですが、そういうところには誰も行きません。医療問題は地域の安全保障を担ひ私の役割、といっ首長がいたら、もて行く人は増えます。希望者はいるのです。

まえざわ まさし
前沢 政次 北海道大学大学院医療研究科教授
1947年茨城県土浦市生まれ。71年新潟大学医学部卒業。国立東京第一病院、自治医科大学地域医療学助教授を経て、88年宮城県涌谷町町民医療福祉センター所長・涌谷町国民病院院長として医療・福祉・保健のネットワークづくりに奔走。96年北海道大学医学部附属病院総合診療部教授、2002年同医学部医学教育開発室長・北海道大学病院臨床研修センター副センター長、05年同大学院医学研究科医療システム学教授、医学教育開発室長。日本プライマリケア学会会長、日本在宅医学学会会長、全国保診療施設協議会参与など。著書に『地域空調化時代における行政とボランティア』など。



夕張医療センターの医師を探すと、北海道の魅力で前面に出しました。30代、40代で1年でも2年でもいい、子供を安全な環境、きれいな空気と水の環境で数年間育ててみませんか、スキーを賞えたら帰って来るとよと募集したら、2人の募集に対して8人の応募がありました。実は本州の都市部の人間にとって北海道は、皆さなが考えているよりも非常に魅力があるのです。北海道で数年間やらせてもいい、帰ったら骨を埋めつもりで来てくれ」といった瞬間にみんな引いてしまつてです。だがと魅力があれば数年間でも働いてくれる10人來れば1人や2人ははまつて住んでしまつたのです。本来的に医療従事者は皆さんが元気になる姿を見た1人なのです。

自治医大の卒業生が設立した地域医療振興協会の地域で働く医者を育てるプログラムで医師の教育に携わつたのですが、今の若い人々には以前に比へ地域志向を持つ人が多いのです。その人々には医療はお金の問題ではなく、その地域に住みやすいか、そこを何を得られるか、です。高齢者医療をどうすれば住民が安いお金で幸せになるかといったのは、彼らの興味を持つポイントです。みんながみんな高度先端医療を目指してはけません。

卒前教育で地域医療の種をまく

前沢 日本は医療が先進国になつてきて、量的な拡大、ベッド数を増やし入院患者を増やす、外来患者を増やすといった論理で供給が自己増殖し過ぎて、需要をくり出したのではないかと、この思いがあります。病人でない人まで病人にして不安をあおり、検査を受けさせ、病名を付けてたくさん薬を持たせる。受ける患者の方も悪いところを直してもらつてか、予防の方法を教わってもらう

多かつたことも事実です。

村上 夕張市立総合病院がその典型です。たまたま来る専門医の集まりだつたのです。保健も医療も福祉も全部病院が担つていたので、みんな入院させたのです。お互いの先生方は連携が取れていないので、同じ胃腸が何種類も出て、薬が山のように増えています。昨日診た患者さんも薬を19種類飲んでいました。総合病院が診療所になつてかわいそつたといわれますが、総合病院だから医療のレベルが高かつたとは思えないのです。その住民が幸せになつたかどうかを考えなければならぬのに、皆さんは医師が何人、何科があるからいいという数の論理でしか考えられないような気がします。

北 先生方から地域医療に魅力を持つ人々たちを養成していく、また誇りを持って地域医療をやる若い医師も出てきているのだとお話を聞きました。そつじつ意味では私も自治体は遅れをとつていて反省しています。私たちが、まじりと医師と連携し合つていくなから、魅力ある地域医療・地域福祉をやるような環境をつくり出すシステムづくりの主力を挙げるべきだと思つてを深めています。

スキーはスキー場で遊ぶ

村上 北海道は遅れていく部分があります。北海道は一歩入地が多いので、北海道にいき地域医療を学びに行つてと本州の人は言いません。学ぶ場所がないからです。例えば、長野県の佐久総合病院、諏訪中央病院、岩手県の国保藤沢町民病院などでは、大学医局ではなく、現場の病院が中心になつて医者を育てて地域に配置しています。スキーはスキー場で遊ばないでスキーの発想で遊んでいただくのです。北海道では相変わらず大学を頼りに、10

といつたシステムがなく、診療といつ商品を消費者としていかに買つかつた姿勢で自分たちの思いどおりにならぬと医療の側が悪いといつ、感謝ではなく満足感が善悪の判断になつてきているのが問題です。

医師不足といつのは、絶対的な不足ではなく、医師があまりにも需要をくり出したがための相対的な医師不足といつ全体としての大きな姿があると思つています。

大学は高度専門医療を追求する一方で、入院も病床占有率を上げるといふ数の論理で来ています。大学病院でありながら風邪や糖尿病などの慢性疾患のむしる地域の医師に紹介してきるといふ患者を診て、さらに手術や検査をするので、医師がたかさん必要となつてくるのが現状ではないかと思つています。本来の自分たちの仕事を、単に数を増やすことが医療の質を保つことなのかどうかを考えると、卒前教育で種をまくことだと私は思つています。村上さんに講義に來てもらつたりして、地域医療は面白い、大学病院の医療だけが医療じゃないといふ種をまいていきます。反発する学生も共感する学生もいます。共感する学生は、大学では自分が将来やりたい医療が学べない、将来地域医療をやるためにはたかさんの患者さんを診て臨床の実力をつけたいといふこと、いろいろな研修病院に散らばつていきましたが、それを村上さんがいふように北海道でうまく吸収できればよかつたのと思つています。

ただ最近、深仁会病院、勤医協中央病院が総合診療病棟をつくり、私たちの卒業生もお願いできる状態になつています。これらが地域の医療のモデルとして、行政と医師が一人三脚でいろんな医療

年以上前のモデルでやるといふ思つています。同じ日本にこつたよつモデルがあるのですから、素直に学ぶべきです。

自治医大ができてから30数年、北海道枠で卒業生が3人つ出て9年の義務年限があつたのですから30人以上、その人々を地域に配置した医師不足問題は解決しています。それを北海道は地域で働く医師を育てるというハナハがないから、研修先を道内の大学病院に限定して普通の医局員と同じ専門医にしてしまつたのです。

医療は「自治体の安全保障」

村上 私は医療を「自治体の安全保障」といふ目で見ています。介護保険、医療保険、年金保険、全部安全保障です。これは相互扶助の精神で行つてもいい、おれさえよければいい、といつ人が集まれば崩壊します。誰かが何とかなつてくれるといつ住民が集まるといふので、医師は行きませんが自分たちが何かをいふ、例えば予防に参加しようといつ地域には医師が興味を持って行くのです。住民意識が地域医療を決めることこそをもちと声高に言つてもいいと思つています。

歴史的背景はあると思つています。私は新潟県の湯沢町にいましたが、南魚沼地区は日本で一番目に医療費の安い地域です。最近では病院志向になつてきてはいないが、昔から在宅医療を行つていて若い人たちが家で年寄りの面倒をみているのです。例えば、マンション下は施設介護でマンモフは在宅介護で、その違いがあります。ただ精神でいって、みんながまじつては共通しているのです。それはやはり、歴史も通いますから、北海道は北海道なりのものをくれればよいと思つています。

北海道の医療を独自スタイルに変えるチャンス
前沢 私は今の危機的な状況が北海道の医療を

を住民のためにやつていたらよいか、地方は経済的には大変厳しい、過疎化してしまつてますがそれでも空気があつて自然は豊かといつた魅力はたかさんあります。そういう中で医療のサポーターとして地域を支えたいといつ若い人が私なりに種をまいたのでこれからじわじわと増えてくるのではないかと、期待感があつています。大学にはあまり期待しないで、別な仕組みで医者を育てていくことが適切ではないかと思つています。

需要を最低限にすることが医者の責任

北 地域医療もまさに量的拡大、地方の場合は病院まで遠く冬場は長期入院しなければいふこともあり、自己増殖し拡大してつたと思つています。介護保険ができたとき、医療に全部集中するのではなく、保健や福祉部門と役割分担をしながら連携していくといふことが言われたのですが、結果としてそれが医療費ばかりを上げる一つの要因になつてしまつたのではないのでしょうか。その分担のあり方が問題の解決の一つになるのでしょうか。

前沢 本来、病気になることが医療の需要です。需要をいかに最低限にするのか、医者と住民の責任です。今まで放棄してきた責任で、いま一所懸命予防をやつて挽回していますが、住民の側にも、病気になつた医者に、ではなく、医者がいなくとも自分たちが助け合つて、予防して、病気になるたかきだけ医者に頼るといふ、常に予防して需要を増やさない、医療費のむだ使いを省いていくといふ姿勢も大事だと思います。

北 確かに、家庭で老年寄りを見るのが大変だから病気を機に長く入院させるとか、家庭にいたら在宅医療ですが、若い人がお年寄りを敬遠してしまつていふことで入院させるといふことが非常に

独自スタイルに変えていく大きなチャンスだと思つています。

在宅医療の話が出ましたが、歴史とか文化が大きな影響を与えています。医師や医療機関をどう利用するかは一つの文化です。北海道は親子の同居率も低い、離婚率も高い、親は親、子供は子供、子供が自由に好きなところに行きしがらみもなく独立するものも、それは欧米的でいい面でもありますが、高齢者ケアを考えると非常にマニアッシュな面があると思つています。それを施設介護や医療で担つては効率が悪いのです。北町長もいろいろ考えていると思つています。お年寄りが若い人に面倒を見てもえなくても、自分たちで協力し合つていふにもならないときに医師や看護師にお世話になるといつような住宅政策ができれば、医療費も減らせます。息子が札幌に行くので札幌の病院となると、数の論理、いにお客様になります。

北大では医学部以外の学部の先生方も、住宅政策や福祉のあり方を考え、北海道ならではのものをいふたいと思つています。これからは学際的に協力しあって、新しい北海道の文化を築いていく必要があると思つています。新しい日本の高齢者全体のあり方を、住宅も含めて考えていけば楽しいと思つています。

- 1 病診連携、病病連携、病院・診療所連携、病院
- 2 広域連携：道府県、市町村、特別区の事務で広域にわたつて処理することが適当であると認められるものに関し、広域計画を作成し、必要な連絡調整を図り、総合かつ計画的に広域行政を推進する仕組み。
- 3 セカンド・オピニオン：第二の意見、診断や治療方針についての、主治医以外の医師の意見。

