



1 医師を増やし、雇任をふくむにつ

① 医師養成数をOECD並みに

医師不足の背景の一つは、医師が過剰になるのを防ぐため、政府が医師養成数を抑制してきたことだ。

1970年代、「二県一医大」構想で、医学部のなかった県に医大が新設された。これにより、「2025年には医師は過剰になる」として、1990年代に**医学部定員**は8%削減された。

しかし、ここ数年、医師不足が顕在化したため、政府は来年度から、全国の医学部定員（現行7873人）を増やす方針を打ち出した。文部科学省によると、2009年度の入学定員は過去最大の8645人程度になる見通しだ。

それでも、日本は、人口1000人当たり医師数が2.2人と、OECD（経済協力開発機構）加

盟国平均の3人に比べ少ない。医師不足を解消するには、さらなる大幅増が必要だ。

厚生労働省の「安心と希望の医療確保ビジョン」検討会は、医学部定員を現在の1.5倍に増やす方針を打ち出した。

ただ、一気にこれだけ増員するには不安材料も多い。指導する教員が十分でないうえ、入学する学生の質が低下する恐れもある。

医師一人の養成に約1億円かかると言われ、育成には巨額の資金が必要だ。医師が増えた分、医療の供給が増え、医療費も膨らむ。

現実的には当面、英米（人口1000人当たりの医師数2.4、2.5人）並みの医師数を実現するため、医学部定員を2割程度増

やして、1学年1万人とすることが妥当だ。地域医療に携わる学生を確保するため、地方医大の入学定員の地元枠も拡充する。

この医学部定員の増員により、医師総数は2025年には現在より2割増えて約34万人となる。

そのうえで、広い視野を持つ優れた医師を養成するには、高校卒業後に医学部に進む現在のコースとは別に、米国のように、一般学部卒業後に医学専門課程に進む「ディカルスクール」（大学院大学）の創設も検討すべきだ。

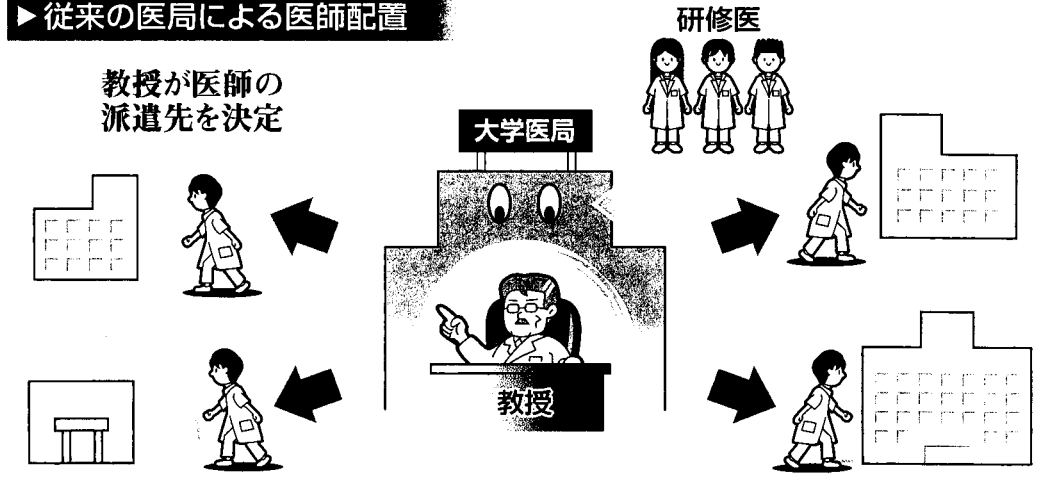


医学部入学定員

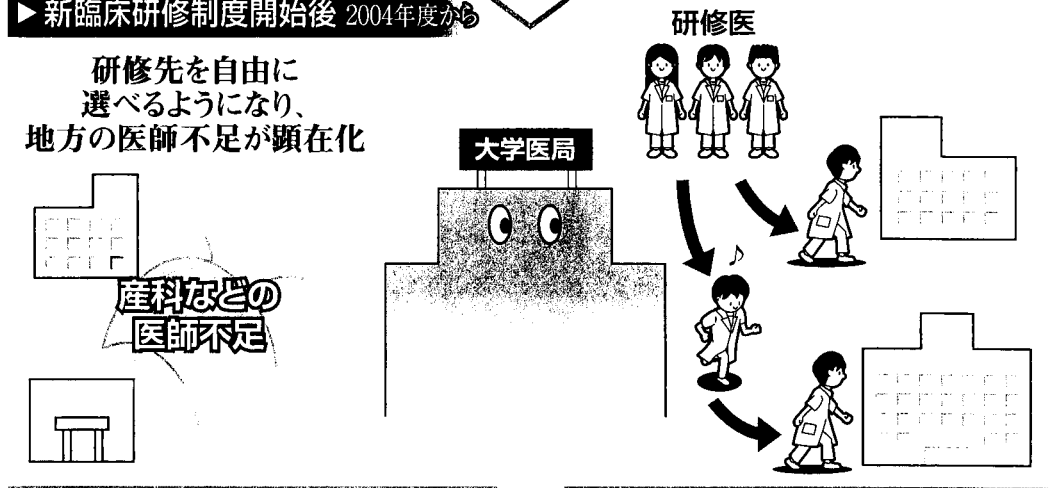
医師を養成する大学医学部・医科大学は、全国に国公立が51校、私立29校の計80校ある。定員は各校とも1学年100人前後。文部科学省などによると、全国の入学定員の合計が最も多かったのは1982年度で、8360人だったが、2007年度には7705人にまで減った。

② 医局に代わる
医師配置機関を創設

▶ 従来の医局による医師配置

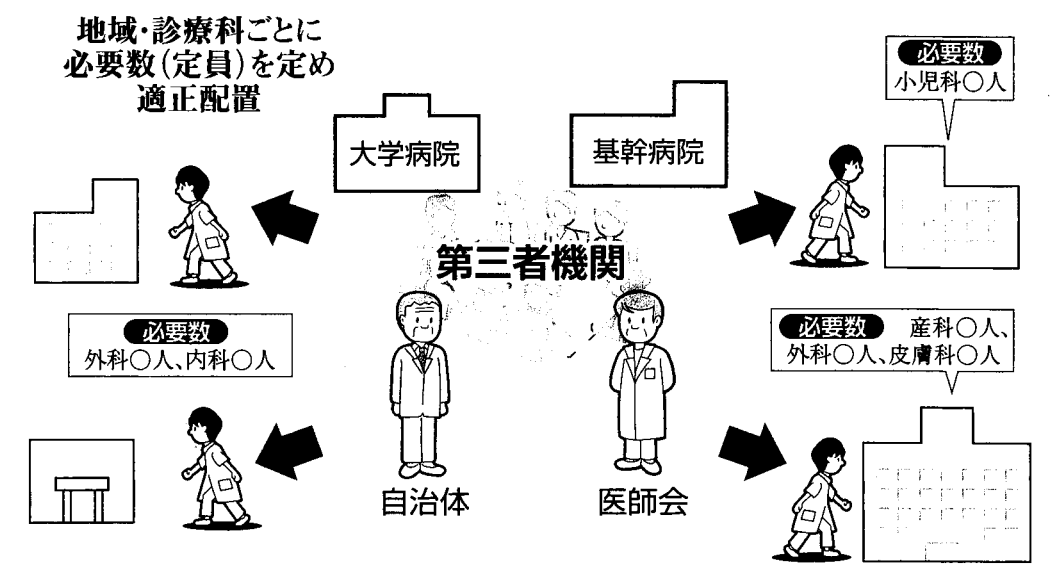


▶ 新臨床研修制度開始後 2004年度から



読売新聞
提言

▶ 第三者機関による計画配置



単に医師の数を増やしても、医師が勤務する診療科や地域を自由に選べる今の制度のままでは、医師不足・偏在は解消されない。国は、自治体や関係学会、医師会などとも協議し、医師不足の地域、

診療科の状況も考慮したうえで、各都道府県、診療科別に必要な医師数を定めるべきだ。

医師配置は従来、主に大学医局に任されてきた。教授が医局員の人事権を一手に握り、派遣先の病

院長との個別の話し合いで決められていた。このため、教授の一存で医師派遣や引き揚げが決まることが、密室性が否めなかった。

だが、2004年度に始まった新たな臨床研修制度により、大学

を離れる新人医師が続出し、医局による医師配置システムは崩壊した。医局に代わる医師派遣機関が必要だ。

2007年の医療法改正で、都道府県には、大学、地域の基幹病院、自治体、医師会などを主要構成員とする「地域医療対策協議会」の設置が義務づけられている。これを母体として、県内の病院、診療科に医師を計画的に配置する第

三者機関を設立するべきだ。

第三者機関は、地域・診療科ごとに医師の必要数(定員)を定め、配置する。保険医として働く医師は原則として、いずれかの都道府県の第三者機関に登録することとする。

ただ、現在の地域医療対策協議会の活動は不十分だ。読売新聞社が47都道府県の地域医療対策協議会に対して8月、実施したアンケ

ートによると、これまでに県内の医師の派遣調整を行った実績があると答えたのは、8自治体(17%)にとどまった。

それでも、新たな動きも出てきた。広島県では、広島大学と県医師会、行政が、医療体制などについて話し合う協議会を設置。産科・小児科の危機が深刻になった2007年、病院・医師の集約化の方針を決め、産科医不足にあえ

ぐ呉地域で、3病院に分散していた産科医を2病院に集めた。

大学側にも、医局の弊害をなくし、開かれた人事の仕組みを作る動きがある。

京都大の消化管など外科系3診療科が合同で2006年、医局に代わる組織として、「京都大学外科交流センター」を作った。大学から医師派遣を受ける関連病院の院長が理事長を務める。京大以外

の出身者を含む約550人の外科医が所属し、東海から中国地方までの61医療機関と連携している。

医師は年2回、異動希望調査票を提出。センターが関連病院の求人と照らし合わせ調整する。兵庫県の病院に今年4月、派遣された外科医(39)は「人事がわかりやすく、希望も言いやすい」と話す。



奨学金受け、離島勤務4年半

大小の島々が、美しい景観を織りなす長崎県・五島列島。北部の島にある上五島病院に勤務する内科医、栗村真由美さん(32)の1日は、午前7時半、受け持ち患者約15人の回診から始まる。

午後は軽自動車を走らせ往診する。この日は3軒の患者宅を回り、話し込んだ。

地域医療に関心があつた栗村さんは、千葉大医学部4年生の時、掲示板で長崎県の「奨学生募集」の告知を目にし、応募した。3年

間、計約380万円の奨学金を受け、1・5倍の期間にあたる4年半の離島勤務が義務づけられた。島に赴任後、体力が衰えふせていた旧家の80歳代のお年寄りを半年間、休み返上で往診した。妻や3人の娘に囲まれ、「おれは一番の幸せ者」と言いつつ亡くなった姿が忘れられない。

様々な患者に接するうち、「もつとこの島で学びたい」と思った。今月、義務年限を終えるが、島に残るつもりだ。

75の有人島を抱える同県は40年前から、奨学金制度を設け、離島医療を担う170人以上の医師を育てた。一定期間勤務すると、1年間、専門病院で研修を受けることもできる。上五島病院では、常勤医19人のうち11人が県の制度などを利用した医師だ。

「専門的な技術も磨きたい」など、若い医師の希望にこたえる仕組みをつくってきた。長崎大からの医師派遣などとあわせ、少ない人数で島の医療を支えている。「県の医師養成制度の第1期生で、県庁の医療政策担当部に勤務する向原茂明医師はそう話した。



往診先の家族(右)と話す栗村医師(中央、長崎県新上五島町で)

③ 女性医師・看護師が働きやすい環境に

女性は医師の17%を占め、2008年度には医師国家試験合格者の35%に上った。しかし、結婚・出産で離職する女性医師も多く、残った医師の勤務の負担増につながっている。

産婦人科では、20歳代医師の70%、30歳代で50%を女性が占める。ところが、30歳代半ばになると、半数が分娩の仕事から離れ、産科医不足の要因にもなっている。育児の時間がとれないなど、女性医師が仕事を続けられる体制が整っていないことが最大の原因だ。

大阪厚生年金病院(大阪市)では、産婦人科医10人のうち女性は6人。うち3人が幼い子を育てている。3年の育児休暇中は、勤務時間を自由に設定できる。患者を複数の医師が診るため、患者の容体が急変しても他の医師に託して午後5時半には帰宅が可能だ。

医師と同様、勤務の厳しさを待

遇の低さから職場を離れる看護師も多い。

約180万人の看護師のうち、実際に仕事についているのは125万人。資格を持ちながら医療現場で働いていない潜在看護師は55万人超とみられる。離職率が年約13%と高いため、待遇改善が欠かせない。

杏林大病院(東京・三鷹市)は、看護職員の子どもが小学3年生になるまで、30分単位で1日3時間までの時短勤務を制度化。がん、小児などの専門看護師になるための研修受講などにも力を入れる。03年度に15%だった離職率は、昨年度11・6%に低下した。

女性医師や看護師が働き続けることができるよう、保育所の拡充、時差出勤、複数の医師が勤務を調整するシヨブシェアなどを進めなくてはならない。



産後4か月、フルタイム復帰

「良い子にしていたかな」。福井県済生会病院に勤務する外科医・木村雅代さん(28)が、病院内の保育所「ぼっかぼか園」に息子(2)を迎えに来た。

木村さんは研修医時代に妊娠、出産した。「外科医として、手術から長期間遠ざかるのは不安」と、産後4か月で職場復帰。今は月1回の当直に加え、月5回の自宅待機日にも数回、夜中に呼び出される。フルタイムで働けるのは、同居する夫の両親と、「ぼっかぼか園」のおかげだ。

病院が運営する「ぼっかぼか園」は、医師や看護師ら職員の3歳までの乳幼児を24時間体制で預かる。保育士を17人に増員、現在42人が利用している。

木村さんは普段、息子を午前9時から午後5時まで預けている。送り迎えは夫の両親にお願いしているが、家族にはなるべく負担をかけたくない。勤務シフトに合わせ、日曜や祝日、夜間に家族が面



息子を迎えに来た木村雅代医師(右、福井県済生会病院で)

倒を見られない時も預けられるのが魅力だ。別の病院で働く女性医師からは、「子供が熱を出すと、勤務中でも、すぐ迎えにいかなければならない」といった嘆きを耳にする。木村さんは「近くにいと安心だし、病院に併設されているので、風邪などの時も預かってもらえるので、ありがたい」と言う。

同病院は「職員が疲弊しては、患者さんにも満足を与えられない。職員の8割を占める女性の働きやすい職場作りは重要」としている。

医師の仕事を分担する職種と 主な役割

歯科麻酔医	資格は歯科医師だが、麻酔や全身管理を専門にしている
薬剤師	薬の専門家として、調剤や患者の服薬指導などを行う
看護師	患者の看護にあたる。米国では診療、麻酔などの専門も
助産師	お産の介助などにあたる
保健師	健診や健康指導などを行う
管理栄養士	病院食の献立作りや食事指導を行う
診療放射線技師	エックス線の検査などを行う
臨床検査技師	血液検査をはじめとした各種検査を行う
臨床工学技士	人工心肺など生命維持装置の操作、管理を行う
理学療法士	身体機能のリハビリテーション訓練を担う
作業療法士	日常生活や作業のリハビリテーション訓練を担う
言語聴覚士	言葉のリハビリテーション訓練を担う
社会福祉士	医療費や福祉面での相談に乗る。ソーシャルワーカー
精神保健福祉士	精神科患者へのソーシャルワーカーとして働く
臨床心理士	カウンセリングなどを行う
医療秘書	外来事務、書類作成などを行う

④ 麻酔医不足解消に 歯科医が協力

麻酔科医が不足し、手術に数か月待ちといった事態を招いている。麻酔科医は全国に約6000人いる。だが、①高齢化で高齢者の手術が急増、全身麻酔の件数が過去10年余りで5割近く増えた②痛みをとるペインクリニックなど麻酔科医の業務が広がったことなどから、麻酔科医不足が表面化した。

約9万7000人いる歯科医師の中には、口のがんなど口腔外科の手術で全身麻酔を行う「歯科麻酔医」が約1000人いる。一定の研修を終えた後、麻酔科専門医のいる基幹病院で手術麻酔に従事できるようにし、麻酔医不足解消に役立てるべきだ。

西日本のある病院では、歯科医師が麻酔科に所属している。大病院で1年半の医科麻酔の研修を受けた後、年2000〜3000件の麻酔を担当してきた。ただ、東京都内の病院で2007年、歯科麻酔の研修医が患者に説明せず手術麻酔をかけていたことが問題になり、現在は麻酔記録の記入など補助に回っている。この西日本の病院長は「医科の手術麻酔の訓練を受けて麻酔医と変わらない技量を持っているなら、歯科麻酔医が一定の研修後、医科麻酔を行っても問題ないのではないか」と話す。

⑤ 看護師らに 医師業務の一部を移す

医師には、本来の診療以外に書類作成などの業務が集中していることが、過重労働や離職の原因となっている。医師以外の職種でも実行できる業務の権限移譲を進め、医師の負担軽減を図る必要がある。患者の自宅への訪問看護や介護施設などで、医師に代わり簡単な薬の処方などの診療をしたり、麻酔科医の指示のもとで手術患者の管理にあたりたりする専門看護師を育成するため、研修を進めるべきだ。

米国では、軽症患者らの診察や薬の処方を行う看護師「ナースプラクティショナー（診療看護師）」が、在宅や病院外来の一部を担っている。大分県立看護科学大学は2008年度、この診療看護師養成の大学院講座を開設。介護施設や在宅などでの活躍が期待される。こうした専門資格を持つ看護師らについては、給与を引き上げるべきだ。

医師の事務作業を助ける**医療秘書**を導入する病院も増えている。済生会栗橋病院（埼玉県栗橋町）には、外来の予約などを行う外来担当、書類を作る文書作成担当の計11人の医療秘書がいる。本田宏副院長は「医師が患者に説明する時間が以前より取れるようになり、患者満足度の向上にもつながっている」と話す。

医療秘書の person 費が賄えるよう、診療報酬をさらに手厚くすることも必要だ。



医療秘書

診断書など文書の作成の補助をはじめ、医師の事務作業を肩代わりする。2008年度から、救急病院などで、医師の指示で診断書作成の補助やカルテの代行入力を行う専従事務員を配置した場合、病床当たりの人数によって、入院患者1人につき1050円〜3550円が診療報酬に算入されるようになった。

2 医療機関の役割分担へ重点を移す

① 病院を集約し、機能を充実させよう

病院の医師が過重な勤務を強いられている背景の一つは、わが国は人口1000人当たりの病床数が14床あり、英米の3〜4倍と極めて多いことだ。1人の医師が診なくてはならない患者数が多く、過酷な勤務にならざるを得ない。

同じ地域に似たような診療分野・規模を持つ病院が競合するなど、病床が過剰となっている地域の病院を集約し、医師を拠点病院に集めて、勤務条件を改善するべきだ。

先端的な医療技術を研究する大学や国立の基幹病院、がん・心臓病などの高度医療を行う専門病院、一般的な病気を診療する病院、慢性的な病気で長期入院が必要な高齢者を受け入れる病院などに、役割分担を受け入れる病院などに、役割分担を明確にすることが重要だ。

そのうえで、患者の症状に合った適切な医療機関で診療を受けられるよう連携を強化する必要がある。

人口約70万人の地域に、400〜800床規模の基幹病院が6施設ある熊本市。これらの病院が、脳外科、循環器、救急など得意な分野を分担することで、効率化を図っている。

同じ脳の病気でも、脳腫瘍は熊本大学病院が主に受け持つ一方、済生会熊本病院は、脳卒中患者を多く診る。小児救急なら熊本赤十字病院、熊本市市民病院は出産にまつわる周産期医療といった具合だ。

医師を派遣する熊本大が、病院ごとに重点的な医師配置を行い、役割分担ができあがった。須古博信・済生会熊本病院院長は「集約

化することで、症例数が増えて医療チームの経験が蓄積され、医療の質向上にもつながる」と話す。



② 入院は病院、外来は開業医で

高齢化で患者数が増加したうえ、患者への説明のため診療時間が増え、医療の高度化に伴って治療に人手がかかるようになってきた。しかし、医師数はそれに見合うほど増えず、勤務医の激務につながっている。

開業医がかかりつけ医となり、軽い病気は診療所で、入院を伴う高度医療や救急は病院で、と機能分を進め、勤務医の負担を減らすことが重要だ。

フランスでは、かかりつけ医にかかる治療費の自己負担は通常3割だが、それ以外の医師に紹介状なしでかかると4〜5割など高いため、患者はまず、かかりつけ医を受診する。日本でも、紹介状のない初診患者には、保険外の上乗せ料金を取る病院が増えているが、フランスのような制度の導入も検討すべきだ。

「大病院の方が安心」という患者の病院志向は、開業医への不信の裏返しでもある。静岡市の静岡医師会は、そうした患者の不安を払拭しようと、基幹病院と連携し、病院の専門医と開業医との「2人主治医」の取り組みを進めている。



患者は普段、開業医に通い、年

に1、2回の精密検査は病院で受

け、病院の「連携安心カード」を

受け取る。急変時にカードを提示

すれば、救急車で検査データのあ

る病院に運ばれ、スムーズに治療

が受けられる。これまでに300

0人以上にカードを発行した。

岡慎一郎・静岡医師会副会長は

「病院の医師からも、『安心して開

業医に紹介できる』と評価を得て

いる」と話す。

③ 24時間型救急 「ER」400か所に整備

救急たらい回しの解消に役立つ

のが、24時間、受診拒否をしない

北米型の救急病院「ER」（救急

治療室）だ。軽症、重症に関係な

く、すべての患者を受け入れて処

置し、本格的な手術が必要な場合

には専門の診療科へと引き継ぐ。

米国、カナダ

はじめ世界的

にも一般的な

救急システム

だ。

日本救急医

学会の調査に

よると、ER

は国内でも既

に150か所

ある。だが、

常勤の救急医

が1〜3人と

人員の手薄な

病院が半数に

のほり、24時

間体制の病院

は82か所にと

どまる。

ERの整備には、高度な救急医

療を担う救命救急センターを活用

することが現実的だ。

救命救急センターは、生死にか

かわる最重症患者を専門に治療す

る病院。それ以外の患者は現在、

一般病院の救急外来で診ることに

なっているが、「担当の医師がい

ない」などと、受け入れ拒否が絶

えない。

救命救急センターは約200か

所あり、ここに医師を増員するな

どして、最重症者以外も診るER

として拡充すべきだ。30万人程度

の地域に1か所、全国400か所

の整備を目指す。ER整備が難し

い地域では、複数の病院が交代で

救急を受け持つ輪番制をとる。

日本救急医学会ER検討特別委

員会委員長の堀進悟慶応大准教授

は「米国には医師の8%にあたる

3万人の救急医がいるが、日本で

は1%に満たない2500人」と

話す。救急専門医の養成も急務だ。



一晩で患者90人

科医と連携して処置した。

墨東病院にERが開設され

たのは2001年。患者は増

え続け、07年度は4万800

0人余と2年前より約500

0人増えた。

周辺の区には、一般の救急

病院が約30か所ある。だが、

夜間は、当直医がいても「専

門でない」と患者を受け付け

ない病院もあり、全身麻酔に

よる手術が可能な所もほとん

どないのが実情という。

「この地域に、患者を選ば

ず受け入れるERは必要」。

浜辺部長は東京ERの役割の

大きさをかみしめた。

「手の骨は砕けてないか」

東京都墨田区の都立墨東病

院1階の救急外来「東京ER

ER」。9月18日午後9時過

ぎ、救急隊から連絡を受けた

当直責任者、浜辺祐一・救命

救急センター部長（51）の口

調は険しくなった。

40歳代半ばの男性作業員が、

機械のローラーに左手を巻き

込まれたという。「手の高度挫

減。救命救急センターの当直

を呼べ、急げ」

手にひどいけがを負い、激

痛にもがき苦しむ男性が運び

込まれた。4階の同センター

から駆けつけたスタッフはエ

ックス線撮影で指数か所の骨

折を確認し、損傷した皮膚を

切除した。

この夜のERの態勢は、常

勤医と研修医の計6人。約90

人の患者救急車13台が来た。

バイク事故で右足を複雑骨折

した30歳代の男性や、薬物を

大量に服用した男女らを、救



ER
英語のEmergency Room（救急治療室）
の略。重症度に関係なく、すべての患者
を受け入れ、診断や応急処置などの初期
診療のみを行う。手術などの専門的な処
置が必要になれば、専門の診療科の医師
に引き継ぐ。北米に原型があるが、救命
救急センターと併設型もある。

3 医療の質を高め、国民の健康を守る

① 技量の高い専門医を育成しよう

患者が「専門医」に治療を受ける傾向が強まっているが、必ずしも高い能力を持つ医師ばかりではない。

専門医は、様々な診療分野の学会が独自に認定している。しかし、認定基準がバラバラで、資格審査や筆記試験が簡単な学会もあり、技量の伴わない医師でも資格を取得できる場合が少なくないからだ。



指導医（右端）が立ち会い、腹腔鏡を使った手術のトレーニングを行う医師ら（9月24日、東京・新宿区の慶応大学病院で）

おり、全国の医師28万人に対し、専門医の数は延べ30万人にのぼる。技術の未熟な心臓外科専門医が手術を行い、2002年～04年に4人の患者が死亡した東京医大の事例は象徴的といえる。

医師の技量を厳しく評価する専門医認定制度に改めるべきだ。各学会でつくる「日本専門医制評価・認定機構」が、加盟学会の専門医制度をチェックしているが、十分に機能していない。この機構を、経験豊富な専門医や学識経験者らに交えた公的機関として再編し、学会ではなく機構が専門医を認定してはどうか。

そのうえで、心臓外科、脳外科、救命救急など、生命に直結し、高度な技術を要する専門医の診療には、診療報酬に技術手当を加算する。その際、機構が国と協議して、必要な専門医の数を定めることが不可欠だ。



専門医認定 甘い基準

年間400件を超える心臓手術をこなす大和成和病院（神奈川県大和市）。患者の中には、他の医療機関で手術を受けたものの、再手術が必要になって同病院を訪れる例が年に十数件ある。

心筋梗塞の手術では、詰まった冠動脈の代わりに、別の血管をバイパス（迂回路）としてつなぐ。ところが、心臓血管外科の専門医によって行われた手術でも、技術が稚拙で、バイパスが詰まってしまったケース

が少なくないのだ。

心臓手術で高い技術を習得するには、多数の手術経験が必要だが、学会が認定する心臓外科専門医の資格は、わずか20件の執刀経験で取得できた。東京医大で、心臓弁膜症の手術を受けた患者4人が相次いで死亡した問題を受け、2006年から認定基準は50件に引き上げられたが、実際の執刀ぶりなど技術の審査はな

い。東京慈恵医大青戸病院で、前立腺がんの腹腔鏡手術を受けた60歳の

② 家庭医の研修を開業の条件に

医師は、知事に届け出るだけで自由に開業できる。従来、病院での細分化された専門診療の経験し

かないまま、患者を総合的に診る研修を受けずに開業する例も多かった。これでは患者の信頼は得にくいし、患者が病院に集中し、病院勤務医の疲弊も加速する。

多くの開業医の診療所には高度な検査機器がないことも、患者の病院志向の一因になっている。しか

し、詳しい症状や過去の病歴を聞く問診をきちんと行えば、病気の7～8割の診断はつき、検査が必要なのは約1割、この報告もある。開業医の信頼を高めるため、子

男性が死亡した事故（02年）も、経験の乏しい専門医が手術に携わっていた。

大和成和病院の南淵明宏院長は「甘い基準で専門医を認定して、被害を受けるのは患者だ。結果的に専門医の社会的信用もおとしめている」と憤る。

専門医資格の受験料と認定料は学会の資金源となるため、専門医は多い方が学会は潤う。資格の基準も甘くなりかねない。

日本専門医制評価・認定機構の池田康夫理事長は「従来の専門医制度は、患者中心とは言えなかった。どのような経験や訓練を専門医が積んだか、分かりやすい制度に改めなければならない」と話している。

どもから高齢者まで、さまざまな病気を幅広く診療でき、必要なら専門医に紹介する能力を持つ「家庭医」（総合診療医）を育てることが急務だ。

現在、日本医師会が日本家庭医療学会など3学会と協力し、こうした医師の認定制度を作る作業を進めている。早急に家庭医の研修プログラムを作り、新たに開業する医師にはこの研修を義務づけるべきだ。

③安全確立へ医療事故調を設置

医療は様々な合併症や副作用の危険を伴い、事故が起きる場合もある。ところが、医療機関による原因究明や患者への説明は十分とは言えなかった。患者の医療不信は募り、原因を明らかにするためには裁判に訴えることが多かった。

一方、医師の側は、訴訟の恐れを伴う手術は避けようとし、産科や外科での医師不足にもつながっている。この悪循環を断ち切り、信頼を回復するには、事故を客観的に調査し、再発を防ぐ仕組みが不可欠だ。

一定の難度の手術については医療機関にビデオ撮影を義務づけ、情報の開示を徹底する。事故が発生した場合、医療機関は外部委員を交えて事故原因を調査・分析し、患者、当事者の医療従事者への対応、再発防止をチームで行う。

こうした医療機関の事故調査を補完する第三者機関として、各都道府県に「医療事故調査委員会」を設置することも必要だ。

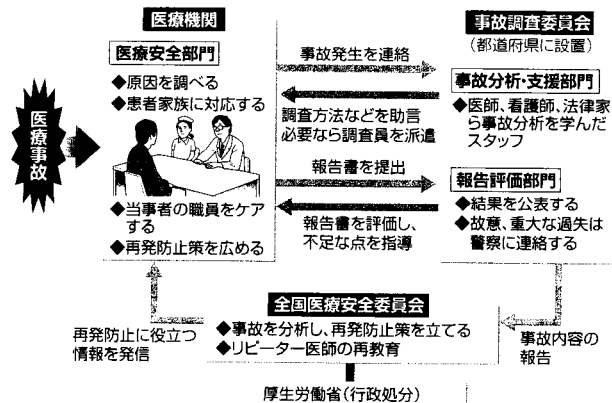
医療機関が十分な調査チームをそろえられない場合や、患者から

不服申し立てがあった場合に、事故調が調査や支援を行う。報告内容を評価し、過失が重大で悪質と認められた事例は刑事告発する。

事故調を統括する全国医療安全委員会を設け、全国から集まった情報を分析し、医療事故対策データベースを整備、再発予防に生かす。医療ミスを繰り返す「リピーター医師」は厚生労働省へ報告し、業務停止など処分の対象とする。

患者への対応も医療機関がチームで行

医療事故対応の流れ



④科学的根拠に基づく健診を

病気になるてからの治療ではなく、病気になるための予防医療は重要である。だが、2008年春に始まった特定健診(いわゆる「メタボ健診」)は、男性は9割、女性で8割以上の人が異常と判定さ

れる」との報告もあり、画一的な判定基準の見直しを迫る声は大きい。こうした健診や各種のがん検診は、受診者の発病率や死亡率などの全国調査を行って有効性を評価し、科学的根拠に基づいた方法で



活躍する家庭医

北海道南西部、人口3700人の寿都町にある町立診療所。「今こうして働けるのも、この診療所のおかげ」。水産加工会社員嶋名理江さん(60)は話す。

嶋名さんは2007年7月、深夜に心筋梗塞を発生し、診療所に運ばれた。血管拡張薬の点滴や酸素吸入などの応急処置を受けた後、町から70キロ離れた病院に搬送された。

元気を回復したのは、病院搬送前の確かな応急処置があったおかげだ。その処置をしたのが「家庭医」と呼ばれる医師だった。

所長の中川貴史医師(32)は「過疎や高齢化が進む土地では、いろいろな診療科の専門医をそろえるのは難しい。子どもから大人まで、様々な病気を診る家庭医が必要」と話す。

病院の再編・整理を進めていた

北海道は2005年、診療所の前身の道立寿都病院(60床)を町に移管し、町は救急も入院もできない無床診療所にする予定だった。家庭医を養成している医療法人「北海道家庭医療学センター」(室蘭市)がこれを知り、中川医師ら3人を派遣した。町はベッドを19床残し、入院機能も維持した。夜間は看護師が当直し、緊急時は医師が交代で呼び出しに応じる。

町民の評価は高く、2007年度の年間患者数は約1万9500人と、病院時代の04年度に比べ、2割増えた。逆に、町民の医療費は07年度8億4770万円と、約9000万円も減った。町は「かつては札幌市など町外で複数の病院を受診し、過剰な投薬や検査もあった。家庭医がその無駄を省いた」と分析する。地域医療の改革が、北の小さな町で進んでいる。

禁煙は、がん、心臓病、脳卒中の最も効果的な予防策だ。しかし、日本人男性の喫煙率は約4割で、10〜20%台の米、英、仏などに比べて高い。禁煙対策の強化が求め

られる。

小児の「はしか」などのワクチン接種率は、他の先進国に比べ低い。高齢者に有効な肺炎球菌ワクチンの普及も遅れており、接種の実施を急ぐ必要がある。