

## 平成 25 年度第 2 回マスコミとの懇談会 離島医療の現状と課題



理事 玉井 修



平成 25 年 8 月 16 日（金）19 時 30 分より沖縄県医師会館 2 階において平成 25 年度マスコミとの懇談会が開催されました。離島、僻地における医療をどの様に確保していくかは島嶼県である沖縄において宿命的課題であります。医師数を確保するための様々な取り組みにより、近年、沖縄県の医師数そのものは全国と肩を並べるレベルに達して参りました。しかし、昨今医療を取り巻く環境は激変し、少子高齢化の急激な進行により医療ニーズが高まり、更に医療の高度化と細分化により医師数の偏在、診療科の偏在という問題が発生しました。数を増やすだけでは事は解決せず、医療を取り巻く様々な環境を整備しなくてはならない時代となっています。

とりわけ大きな打撃を受けているのが離島と僻地の医療資源の確保でしょう。今回は県立宮

古病院副院長の本永英治先生に医師の立場からみた現在の離島医療連携の姿と題して、現状と課題をお話し頂きました。さらに北部医療圏における厳しい状況を石川清和県医師会理事にお話し頂きました。人材の確保、医師としてのキャリアアップを如何に支援できるのか、一人の人間としてのライフプランもまた大事です。マスコミ側の関心も高く、現状を打開するための行政や医師会の取り組みに関して多くの質問が投げかけられました。そして私たちも、県民一人ひとりがどのようにして医療を支えて行くかを真剣に考える機会を与えられるよう、マスコミ側に協力を呼びかける事が出来たと思います。医療を支える地域の活動や、予防医学への積極的な参加など、県民一人ひとりが出来る事は多いと思います。

## 懇談内容

### マスクミとの懇談会出席者

#### 1. マスクミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	大城 勝太	エフエム沖縄放送局ディレクター	エフエム沖縄放送局
2	篁 慶一	NHK沖縄放送局記者	NHK沖縄放送局
3	長濱 良起	琉球新報社記者	琉球新報社
4	塩谷 圭	沖縄テレビ記者	沖縄テレビ
5	溝井 洋輔	沖縄タイムス社会部記者	沖縄タイムス
6	高江州千里	タイムス住宅新聞社 ほーむぷらざ編集部課長	タイムス住宅新聞社 ほーむぷらざ
7	照屋 信吉	FMたまん取締役	FMたまん
8	平良 斗星	エフエム那覇代表取締役	エフエム那覇
9	伊波 良和	FMうるま代表取締役	FMうるま

#### 2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	本永 英治	県立宮古病院副院長	県立宮古病院
2	宮城 信雄	沖縄県医師会会長	沖縄第一病院
3	安里 哲好	沖縄県医師会副会長	ハートライフ病院
4	玉井 修	沖縄県医師会理事	曙クリニック
5	本竹 秀光	県立八重山病院副院長	県立八重山病院
6	石川 清和	今帰仁診療所院長	今帰仁診療所
7	小宮 一郎	琉球大学医学部附属病院 地域医療システム学講座教授	琉球大学医学部附属病院
8	照屋 勉	広報委員	てるや整形外科
9	出口 宝	広報委員	名桜大学人間健康学部
10	友利 寛文	広報委員	那覇市立病院
11	白井 和美	広報委員	白井クリニック
12	金城 正高	広報委員	県立中部病院
13	武村 克哉	琉球大学医学部附属病院 地域医療部助教	琉球大学医学部附属病院
14	屋良さとみ	琉球大学医学部 附属病院准教授	琉球大学医学部附属病院

#### 懇談事項

##### 沖縄県の離島医療

##### 医師の立場から見た現在の離島医療連携の姿

沖縄県立宮古病院 副院長 本永 英治



簡単に私の経歴を話します。昭和57年に自治医科大学を卒業しました。卒業後、県立中部病院で初期研修を受けました。初期・後期研修は3年間、殆ど第一線のプライマリケアの研修、離島診療所勤務は5年間（伊是名島2年間、西表島3年間）、離島の中核病院である八重山病院勤務は5年間、リハビリ専門医取得のために東海大学附属大磯病院に3年間勤務、その後現在の離島中核病院である宮古病院勤務は16年目に入っています。

第一線のプライマリケアの研修、離島診療所勤務は5年間（伊是名島2年間、西表島3年間）、離島の中核病院である八重山病院勤務は5年間、リハビリ専門医取得のために東海大学附属大磯病院に3年間勤務、その後現在の離島中核病院である宮古病院勤務は16年目に入っています。

#### 第一部：離島医療、特に県立宮古病院の医師の動き

沖縄県の離島・僻地とは宮古諸島や八重山諸島などの、いわゆる先島諸島と沖縄島の周辺にある離島を主に指しています。その中で、宮古島、石垣島には総合病院が、久米島には、医師複数体制の病院があり、特に、宮古島、石垣島の県立病院は、その地域における急性期医療の担い手として重要な役割があり、日々住民を守る医療を展開しています。久米島病院も規模はやや小さいが同じような役割を担っています。それ以外の島々には、多くは診療所があり県立診療所（18、休止2）、町立診療所（3）、村立診療所（1）があります。県立診療所で16カ所は離島です。その診療所の多くは医師1人、看護師1人、事務員1人体制で診療業務に従事しています。（図1）

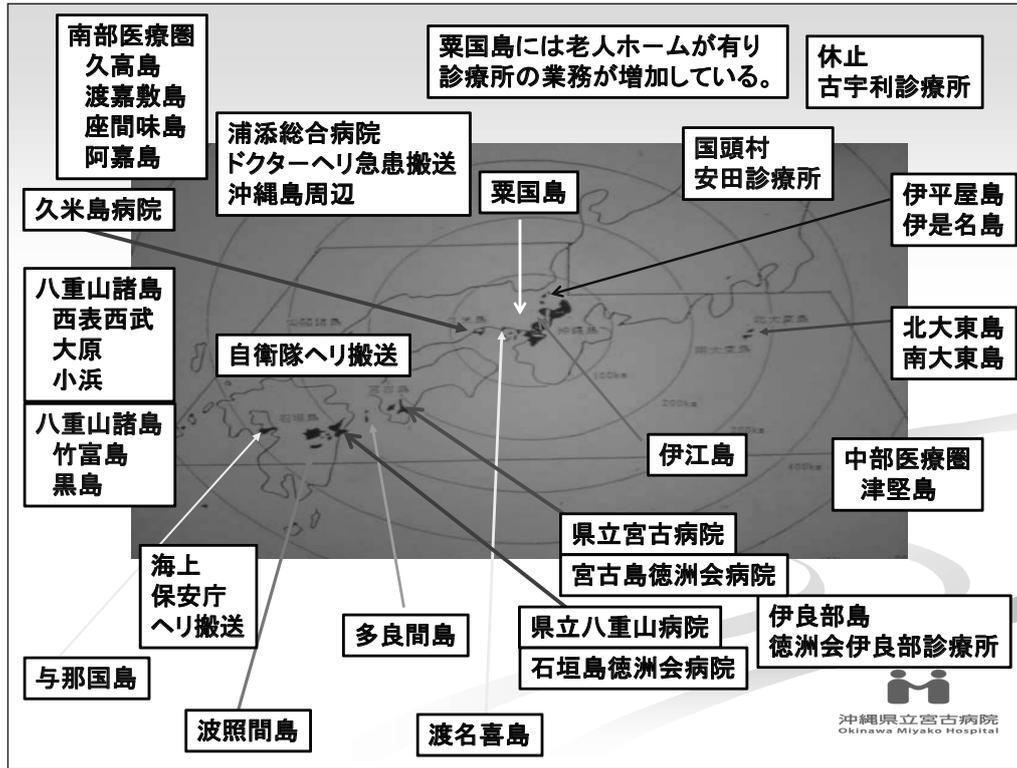


図1 沖縄県の離島診療所と離島病院

離島診療所での医療の特徴・ニーズ

離島診療所医師は、①何でもどんな疾患でも、あらゆるニーズに先ず対応を迫られる、という点で総合医的存在、であります。また診療所医師勤務は、②島に1人しかいない医師であるため昼夜の別なく患者は頼ってくる、というような離島医療ならではの特征があります。このことは、各科専門医を揃えた総合病院救急室でのプライマリケアと明らかに異なっています。

沖縄県立宮古病院は、現在精神科45床を備えた277床(平成25年6月1日)ほぼ全科揃った総合病院です。役割として主に急性期医療を担っています。そのためには、①救急医療の充実②専門医療・外来の充実(脳外科、循環器、精神科、腎臓、産婦人科、小児科など)③一般病床の整備…ICU、NICUの設置④手術場の拡張：施設の共同利用、島外専門医の導入⑤その他、など①～⑤の整備が必要になります。

県立宮古病院は離島の中核病院として16科の診療科を掲げていますが、大学病院のように細分化はされておらず、仕事の内容は各科共に総合医的であり専門的な仕事ばかりではありま

せん。また勤務医の半数は専門医の資格を取得していません。その意味では専門医への途上の段階で離島僻地病院に派遣されている、ともいえます。

僻地中核病院勤務医師像は？

基本診療科の専門医でかつ内科系・外科系当直のいずれか初期対応のできる総合的な医師が望まれます。

宮古島に脳外科医師不在…どのような事態が想定されるでしょうか？

平成17年10月1日～平成20年1月までの期間、脳外科医師不在という事態になりました。この期間(2年4ヶ月)に脳卒中・頭部外傷患者410名が発生し、緊急自衛隊ヘリ患者数72名、緊急民間機搬送患者7名、が搬送となりました。「脳外科医師不在」…この言葉には「家族の悲しみ、残っている離島病院の担当医師の苦しみ、辛さ、悲しみ、トラウマ…」など、現場の詳細は省かれています。現場の苦しみは筆では表せないほど「離島苦」そのものでした。そしてこのことが離島医療の姿を理解する大変

重要なことだと思います。この現場を理解できる人間が中央の病院幹部職員や行政の幹部職員に配属されるべきだと考えます。

宮古病院の医療と沖縄本島の病院の医療と何が異なるのか…異なるのは医療従事者の配置が(希望者が少なく)、自前で供給できない、という点です。自前で供給できないために医師を始めとする医療者人材確保が不安定ということです。特に専門医師確保には歴史的に難渋しています。例えば医師配置や医師確保の現状は、琉球大学医学部医局からの派遣と研修病院からの派遣(実際には県立中部病院・南部医療センターから卒後5年目の医師)に負っています。派遣される卒後5年目の医師はまだ専門医への過程であり、自らの医師のアイデンティティが確率されておらず、精神的にも不安定で、またこの時期には専門知識の習得に意欲旺盛な時期という特徴があります。

平成21年7月からは内科医師不足のため沖縄本島私立病院からの応援医師派遣が始まりました。中頭病院から県立宮古病院に内科医師1名が派遣され、豊見城中央病医院から県立八重山病院に内科医師1名派遣されました。この2つの医師派遣事業は、県病院事業局、群星研修センター、地域振興協会の協力支援により可能となりました。それ以降今日まで、中頭病院から宮古病院に3~6ヶ月交代で内科医師が派遣されています。この民間病院の協力でも離島医療、特に宮古病院内科は大きく支えられています(図2、3を示します)。

島外からの専門医派遣による医療相談として、①琉大専門研修センターから、消化器内科、精神神経科、神経内科、腎臓内科、血液内科、呼吸器内科の専門医師らが各々年に1~3回教育巡回回診をしています。②小児科心臓専門医の専門医相談事業として、沖縄県立南部医療センター・こども医療センターから専門医師らが年に2回主に先天性心疾患の超音波による検査と評価をしています。③病理カンファレンス

**県立宮古病院医師配置状況  
平成18年~平成21年**

主な診療科(内科・外科・小児科・産婦人科)の医師について 単位:人

	内科	外科	小児科	産婦人科	合計
H21年度	4・2(7)	2・1(6)	2・1(6)	0・3(6)	8・7(23)
H20年度	4・3(8)	2・1(6)	2・1(5)	0・0(1)	8・5(20)
H19年度	3・1(9)	2・1(5)	2・1(5)	0	7・3(19)
H18年度	3・2(10)	2・1(5)	2・1(5)	0	7・4(20)

※上記表の数字は、琉大医局人事医師数・卒後5年次離島義務勤務医師数(診療科の医師総数)となっています。

図2

**県立宮古病院医師配置状況  
平成22年~平成25年**

	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
琉球大学	19名	16名	13名	17名
県立中部病院	13名	16名	11名	9名
南部医療センター	2名	2名	6名	8名
群星研修センター(中頭病院)	1名	1名	1名	1名
その他	6名	2名	3名	8名
合計	41名	37名	34名	43名

図3

も月に1回開催されております。これは、平成16年9月より琉球大学病理学教室より病理専門医師(吉見直己教授)が派遣され開始されました。

**第二部：離島医療を考える 離島医療の危機はひょんなところから発生する！**

平成24年7月から8月にかけて県立宮古病院内科医師が様々な事情(移動、退職、病休など)により4名欠員という事態に陥りました。その時、当院内科は潰れかかりました。ドミノ倒しという事態になりかかりました。しかしながら沖縄県内の県立、民間病院の医師応援派遣により何とか持ちこたえました。どのように連携し、持ちこたえたのか当時の模様を伝えます。(図4)

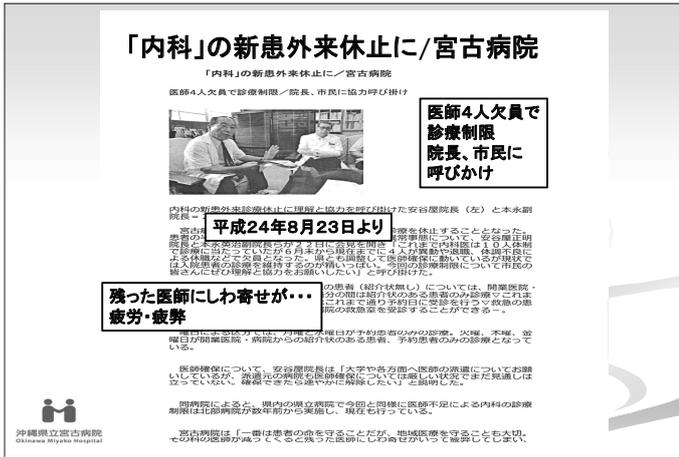


図4

次のように応援体制ができました。①南部医療センターより1カ月交代で消化器内科医師派遣⇒現在まで続いている。②沖縄県立中部病院と南部医療センターより週1～2回の呼吸器専門医師派遣し外来診療。③浦添総合病院より内科総合医・救急医を派遣④沖縄協同病院より内科総合医派遣⑤沖縄県立中部病院より内科医師を2～5日交代で派遣。⑥沖縄県立中部病院後期研修3年目を宮古病院で行う（3年目研修医派遣）。

そうして平成24年9月17日～平成25年3月19日の期間に、沖縄県立中部病院 内科応援医師総勢22名（のべ応援医師数47名）、沖縄県立南部医療センター内科応援医師9名（のべ応援医師19名）、浦添総合病院内科応援医師6名（のべ応援医師8名）、沖縄協同病院内科応援医師1名、が派遣、その他にも土曜日・日曜日の当直応援などこの中には入れていない応援もありました。平成24年9月17日～平成25年3月19日の期間に沖縄県立中部病院、沖縄県立南部医療センター、浦添総合病院、沖縄協同病院、4病院からの内科応援医師総数は38名（のべ応援医師総数75名）でという壮絶な応援体制となりました。この応援医師の数をもても離島中核病院の医療を支えることがどれほど大変かが分かります。

中部病院医師への応援業務内容は、1. 新患外来の対応、2. 救急室内科コンサルト（内科入院適応の判断、入院指示書き、入院ノート、等）、3. ICU/重症患者のサポート、カバー、4. 当直、5. オンコール、6. 外来、病棟で発生する雑務な

ど、でした。まとめると、南部医療センター医師らには1. 消化器内科専門医の応援、2. 呼吸器内科専門外来の応援。県立中部病院、浦添総合病院、沖縄協同病院の医師らには3. 病院内科総合医としての応援、が主な業務でした。病院内科総合医としての応援業務とは、1. 新患外来の対応 2. 救急室内科コンサルト（内科入院適応の判断、入院指示書き、入院ノート、等）3. ICU/重症患者のサポート、カバー、4. 当直、5. オンコール、6. 外来、病棟で発生する雑務などでした。このことが離島応援業務にはかなり重要であることが今回で明確になりました（図5）。

### 病院内科総合医としての応援とは

1. 新患外来の対応
2. 救急室内科コンサルト  
内科入院適応の判断  
入院指示書き  
入院ノート、等
3. ICU/重症患者のサポート、カバー
4. 当直
5. オンコール
6. 外来、病棟で発生する雑務など

**このことが離島応援業務にはかなり重要であることが今回で明確になりました。**

図5

沖縄県立中部病院の研修プログラムは、開設当初から一貫して第一線の初期医療を提供できる総合医研修であることは、全国的に有名で、すでに周知されてきたことですが、ここにきて、この研修事業により研修を受けた優秀な総合医的医師らが宮古島の離島医療の危機を一時的に助けてくれたのです。ことを実感として今回強く肌で感じました。

日本プライマリ・ケア連合学会の提唱している病院総合医とは、

- 1) 内科系急性期病棟診療+病棟を管理運営
- 2) 病院一般（総合）外来や救急外来で独立診療
- 3) 病院の運営や管理に貢献
- 4) 総合診療領域の教育や研究でも地域社会に貢献

修得すべき中核的能力（core competency）として

- 1) 内科を中心とした幅広い初期診療能力

(1次2次救急を含む)

- 2) 病棟を管理運営する能力
- 3) 他科やコメディカルとの関係を調整する能力
- 4) 病院医療の質を改善する能力
- 5) 診療の現場において初期・後期研修医を教育する能力
- 6) 診療に根ざした研究に携わる能力

を掲げています。このことは今後の日本の医療を考えていく上で大変重要なことだと思います。

内科医師応援医師総数 38 名、内科のべ応援医師総数 75 名、の応援を持ってしても 12 月以降、残った内科医師らの入院患者の受け持ち数、外来患者受け持ち数は減らず、やはり最終的には継続して患者のケアができる常勤医の存在が強く望まれました。(図 6)

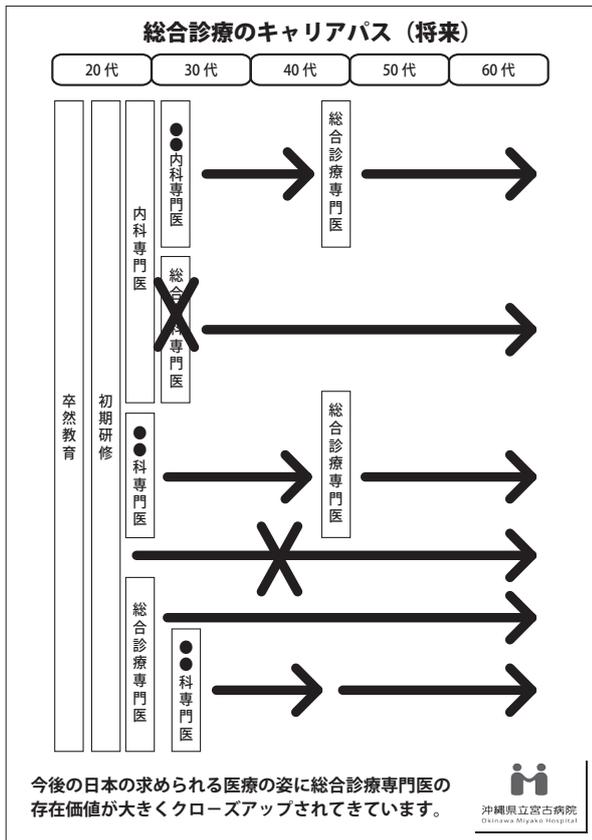


図 6

### 第三部：今後の県立宮古病院は…

離島を抱える沖縄県の医療は卒後 5 年目の若手医師らとこれまで勤務してきた老兵医師らで支えられているのが現状です。若手医師の悩みとして、専門医への過程・途上であること、離島病院での勤務期間が離島病院が研修、教育病

院でないために専門医への資格取得にカウントされないなど、専門医への道が遅れがちになるという特徴があります。また専門研修を受け入れる施設が県内に不足し、一度県外に出れば県内での勤務ポストが心配などがあります。

離島診療所医師像は？総合医、プライマリーケア医、かつ家庭医であり、僻地中核病院勤務医師像は専門医かつ内科系・外科系当直のいずれかの初期対応のできる総合的な医師が望まれます。まとめると総合診療専門医が離島医療・地域医療の要となりえることは間違いなく、専門医と総合専門診療医との住み分けが重要になります。将来の宮古病院の医師確保を考えると、病院を担う若手医師の教育・育成が重要であり、そういった医師を教育するシステムを宮古病院自身が持たないといけない(自立の精神)、宮古病院を研修病院にしていく、多くの病院総合医・専門医師の派遣も重要、総合診療専門医と基本診療科専門医育成システムをどう構築するかにより大きな展望と夢が広がっていくものと考えます。

新しい宮古病院が平成 25 年 6 月 1 日オープンしました。(図 7)



図 7

新しい宮古病院には宮古島市との連繋が構造的にみられます(同じ建築物内に宮古島市休日夜間救急診療所と宮古病院救急室が併設されている)。「救急医療」の在り方です。このことは画期的なことだと思います。地域医療の根本はそこに住む地域住民との強いつながりで支えられるからです。まだ役割分担は不十分ですが、

発展整備されていく可能性を大きく秘めております (図8)。



図8 沖縄県立宮古病院と宮古島市休日夜間救急診療所との連携

宮古島市休日夜間救急診療所の中には宮古病院電子カルテシステムの一部利用も配置され、今後の宮古地区医師会との連携の拠点になることが大きく期待されています (図9)。



図9

マスコミとの懇談会

今帰仁診療所院長 石川 清和



北部は12市町村で構成され、沖縄本島の2/3を占める広い地域に人口約12万人が住む過疎地である。宜野座村の一部、恩納村、金武町の住民は主として中南部で医療を受けており、

北部地域で医療を考えるとときに行政が足並みをそろえることを困難にしている。県立北部病院、北部地区医師会病院がある名護市に医療資源が集中している一方、4つの無医地区の存在や、国頭村からの救急病院への搬送に1時間以上か

かる、離島・へき地における専門医療受診ができない等の医療格差が生じている。(図1)

離島・へき地・無医地区

- 本県は、多くの離島・へき地を有しており、これらの地域のうち、平成24年3月末現在で無医地区となっているのは6地区ある。北部医療圏における無医地区は、6地区のうち、4地区(国頭村北国、佐手校区、大宜味村押川、東村高江)となっており、昭和48年の44地区から6地区と大幅に減少したものの、北部医療圏の無医地区は県全体の約7割を抱えている。

保健医療圏	市町村名	地区名	人口 (H24.3末)	医療の確保の状況	最寄の診療所等
北部	国頭村	北国	221	地区外の医療機関を利用	国頭村立診療所
		佐手校区	348	地区外の医療機関を利用	〃
	東村	押川	53	地区外の医療機関を利用	大宜味村立診療所
		高江	148	地区外の医療機関を利用	東村立診療所
八重山	石垣市	平久保	149	地区外の医療機関を利用	県立八重山病院
		明石	124	地区外の医療機関を利用	〃
合計	4市町村	6地区	1,043		

出典: 県衛生統計年報(沖縄県保健医療計画 平成25年改訂)

図1

人口減少と高齢化の進行

沖縄高等専門学校や名桜大学の開設によって名護市以南の人口は漸増傾向にあるが、名護よりも北の地域においては人口減少傾向が持続している。また、名護より北の地域においては高齢者人口割合が約25%~31%となっており老人独居世帯や老夫婦世帯の増加があり、買い物弱者、老老介護、孤独死などの新たな健康問題を生じ、喫緊の対策を必要としている。(図2)

高齢化の進行

- 65歳以上の老年人口については、名護市が17.4%であるのに対し、名護より北の町村では高齢化比率が24.8%~30.8%で、高齢化が急速に進行している。

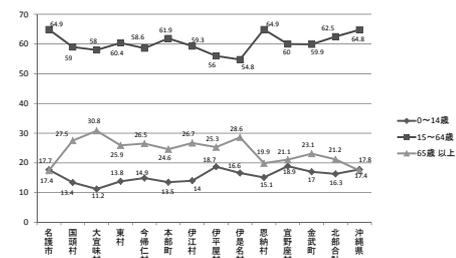


図2

北部医療の現状

北部地区では産科医の不足から約3割の妊婦は中南部で出産しており慢性的な医師不足の状況にあったが、ここ数年は内科医の減少や、医師の高齢化が進行し医師不足は危機的な状況にある。(図3)

産婦人科医不足によってハイリスク妊娠や異常分娩については地域において診療ができないため、中部の総合周産期母子医療センター等での受診や緊急搬送を余儀なくされている。また、

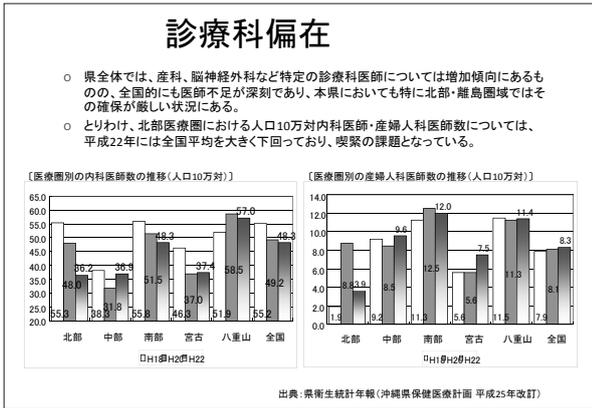


図3

専門医や内科医師が不足しているため、中南部地区への患者の流出が年間で24%あり地域医療にさまざまな問題を生じている。(図4)

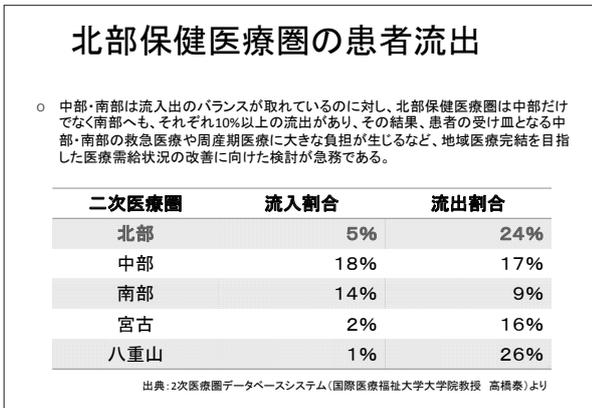


図4

北部地域の救急医療は県立北部病院と北部地区医師会病院の2つの病院が担っているが、内科医師数の減少があり、数年前から県立北部病院の夜間救急外来でWalk in 患者の受診制限を行っている。これらの患者が医師会病院に流れることによって医師会病院の医師の疲弊も生じている。勤務形態が苛酷になることにより、医師の流出が起り、さらに医療の継続が困難になる負のスパイラルが起こっており、北部の医療も危機的な状況にあると考えられる。

慢性的な医師不足の原因として医師が循環するシステムが整備されていないため北部に対する強い思いがあり、10年以上勤務した医師が、中堅の医師が赴任してこないため、疲弊し退職するケースが増えてきている。また研修(初期・後期)を受ける医師は確保されても、その後のスキルアップ教育の体制が不十分なことが指摘

されている。(他の地区の病院へ学びを求め、その後北部に帰ってこないこともある)。

### 病院の規模、地域患者数の問題

県立北部病院 275 床(届出病床: 293 床)、北部地区医師会病院 236 床と中規模の病院が、それぞれ救急、一般診療を行っている。外科に関しては、両病院の競争が発生している。(図5) 過去に両病院に脳神経外科が存在した際には競合していた。北部地域の脳神経外科患者数は一定であり、二つの病院で診療を行うことにより競合した経緯がある。そのような状況が起こった場合、個々の病院の医療効率が低下すると思われる。これらの問題を解決するには北部地域での医療機能を統合することが一つの解決策である。

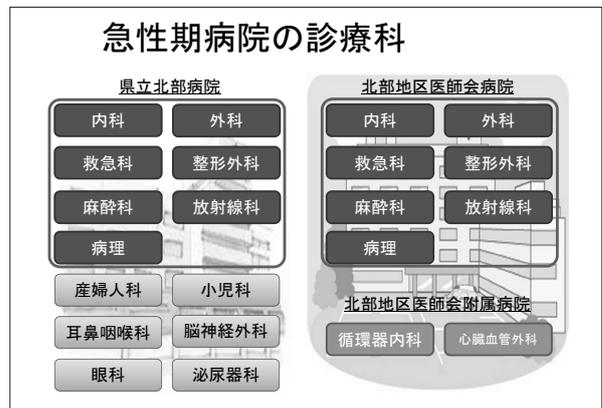


図5

### 北部での取り組みについて

中堅医師が北部に定着しない理由の一つとして教育環境の問題がある。進学校がないために子供の教育のために中南部に住居を求める医師が多い。北部での進学校の整備も早急に取り組むべき課題である。また、医学生の研修を受け入れ、地域住民との交流などを通して、北部の現状を若い世代の医師に理解してもらうことも重要だと考えている。さらには北部から医学部へ入学した学生への奨学金制度等の設立などによって北部の教育環境改善も目指していく必要がある。これらに取り組むためには、北部市町村をまとめている北部広域圏事務組合との連携は重要である。行政と一体になって、若い医師が働きやすい環境を整備し、魅力ある病院を作ることが北部の医療を再生する道だと考える。

質疑応答

○玉井理事

これまでの話でマスコミの方から聞いておきたいこと、質問はございますでしょうか。

○大城氏 (エフエム沖縄)



私が伊江島出身で、女房が宮古島出身ということで共に離島で何かあった場合、お医者さんが大変な思いをすることを知っているつもりですが、今日の話

を聞いて先生方が医療を支えるという強い使命感で支えられているんだと思いました。

本永先生の話の中で総合診療医の育成が大きな鍵になってくるのかと思いました。記憶が曖昧ですが、以前厚生労働省の在宅医療の増加を見越して総合診療医の育成に本腰を入れるという記事をみたような気がします、その後総合診療医の育成に関して整えられたのでしょうか。

○本永先生

2010年に日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会の3つが日本プライマリ・ケア連合学会となり、積極的に外国の家庭医療教育システムを学びそして導入を図りながら日本型のプライマリ・ケアの技術向上の普及に邁進しております。それがネットを通して全国的に広がり共感を呼び、これまでにないプライマリ・ケアの原動力が生まれています。沖縄県の離島医療は20年前から自治医大卒業生が中心となっていましたが、中部病院に卒後後期臨床研修コースにプライマリ・ケア医コースがあり、プライマリを研修した医師らが沖縄県内離島に派遣されるようになり、自治医大と並んで離島医療を支える力にもなっております。そういった環境からもプライマリ・ケアの総合診療医が育っていきます。このようなことが各都道府県に広がっていきました。プライマリ・ケア連合学会の総合診療医たちが、各々学習したことをインターネットを通して交流を図り情報を共有していけば、地域医療の知識の蓄積となり、それは宝となります。そのことは

地域住民の健康を支える日本の医療の素晴らしい展開・発展へと繋がると期待して良いと思っています。

離島医療と言えば、医者個人の性格に負うことが多く、離島医療に燃えている人とか、忍耐強い人とか、人道愛に燃えている人とか、そういう医師らが離島医療を支えるというヒーロー的なイメージがありました。しかしプライマリ・ケア連合学会は、教育の中で住民に必要な医師養成ができる、そういうことを暗示しており、そういう潮流が生まれています。つまり個人の性質に負うのではなく、教育が医師を育てるということになります。当たり前の医者としての教育をしていけば総合的な視点を持った人間的な医者が育つ、ということです。教育も1対1でマンツーマンの教育の仕方と屋根瓦式の濃い内容の教育が非常に良い形になっていきているので、今年4月に厚労省が総合診療専門医という概念ができました。総合診療専門医を養成し国民に必要な医師育成をしようということになってきたのではと思っています。

○玉井理事

本件に関しては医師の養成機関であります琉球大学医学部附属病院地域医療システム学講座教授 小宮先生からもコメントをお願いします。

○小宮先生



大学附属病院としては、機関病院である宮古病院までは医師の派遣はできていますが、その先の離島診療所にはできていないのが現状です。今後の離島医療

を担うであろう地域枠学生は琉大では1学年12名在籍しています。教育体制が重要だということでもありますので、そういうことでは学内で協力しながら、地域医療を1年生のうちから、早くから教育していきます。

1学年に12名いますので、現在約55名の地域枠の学生がいます。8年後には100名の生徒が卒業しております。総合診療医に関しては各大学でも総合診療科というものをつくろうとし

ていますが中断している大学もあります。琉大としては学生のうちで地域医療教育をということで頑張っています。

○長濱氏（琉球新報）



平成 17 年から平成 20 年に脳外科医師不在という見出しで新聞に載って、その裏に隠された部分はなかなか、メディア紙面に載ってこなかったことをお伺

いまして、もう少し担当医の辛さとか悲しみとか、そういった面を詳しくお聞かせいただければと思います。

○本永先生

宮古病院に脳外科医師が不在の場合には脳外科疾患関係の患者が発生すると、外傷が無ければ内科医師、頭部外傷があれば外科系医師の方が主治医となり担当します。大半は内科医師が担当します。そうして手術が必要なのかを判断します。30 代の若年患者で意識がなく手術が適用でない脳出血患者もいます。その場合には画像を通してコンサルトして患者を搬送して良いですかと問合せしています。スムーズにいけばそれでいいのですが、搬送先病院脳外科が忙しくて受け入れできませんという場合もあり、搬送先病院を捜さねばならず業務が増えていきます。搬送許可が出ても自分が診ている患者を置いて自分が自衛隊へり搬送に添乗していかなければいけません。受入先病院が決まらず搬送できない場合には患者家族に何時間も丁寧に説明をしないといけません。断られたら、他の病院を探しますね、とって、家族に再び説明していく重々しい事態になります。順調にいけばいいのですが、搬送先病院から手術は無理だから適応なしと言われることもありました。家族としては 1% でもいいから、送ってくれと仰る方もいます。患者家族との重々しいやり取りが続き精神的な緊張・ストレスが肩にかかります。そこでも大きな苦労があるんです。

それからこんなこともありました。脳外科医師が不在の際に、夕方の 5 時ぐらいに頭痛の

訴えで来院した患者がくも膜下出血だと診断され、担当した内科医師より「沖縄本島の病院に搬送したい」と自衛隊へり要請しました。ところが沖縄本島付近は風が出て雨が降り悪天候、という理由で「明日の朝まで待ってくれ」ということになりました。主治医になった医者が朝まで ICU で診ました。待っているうちに患者に麻痺が出てきて、意識が低下してくる状態をみて家族へ説明すると家族が怒ってどうして早く送らないのかと言われました。確かにそう思いました。ここに「離島苦」という言葉が浮かびました。

脳外科疾患が発生する毎の、搬送病院探しの雑用も辛いし、家族への説明も辛いし、へり搬送を待機している患者が悪くなっていく場面に遭遇するのも辛いんです。大きな心の傷・トラウマが残る場合もあり得ます。自分の患者を置いてへり搬送に添乗して行って、戻ってくると自分の診ていた重症の患者が悪化して仕事が倍になっていくという悪循環が発生しやすくなります。疲労が蓄積されていくのです。1 人の医者がいなくなると大変です。例えば耳鼻科の先生がいなくなって鼻出血が止まらないケースも同じです。1 人の医者がいなくなると次から次へと悪循環が派生していくんです。こういうことがあまり知られていなくて、脳外科の先生がいけないという現実と家族が苦しんでいると状況は伝えられていますが、残って病院を守っている医師らの、多くの患者を主治医として診ている医師らの苦悩は伝えられていません。

そういうことで、自分が診ている患者が亡くなって、患者とのトラブルに巻き込まれたらトラウマになってもう離島の病院には行きたくないとなったりもするのです。

○玉井理事

脳外科は離島だけではなく、本島内でも少ないです。外科系は少ないです。沖縄県医師会理事の本竹先生は県立八重山病院に勤務され、外科のドクターです。脳外科もそうですし、産婦人科もそうだと思いますが、なり手の少ない科の問題は県ではどういった対応をされていますか。

○本竹理事



4月から県立八重山病院の副院長として赴任している本竹です。3月までは32年間県立中部病院にいました。医師を派遣する側から今

度は医師を派遣してもら側になりますが、今宮古病院も八重山病院も同じ医師不足で、八重山病院は離島を抱えるので、かかるストレスは違うと思いますが、実は、離島医療は非常に難しいです。本永先生が仰っているように救急室を受診する患者の多くは一次救急がほとんどです。専門医の診療を必要とする症例はそれほど多くはありません。従ってプライマリ・ケアができる医師が多く必要とします。中部病院ではプライマリ・ケアを専攻する医師は3年間研修して離島に行きますが、その先生方は子供も診るし内科も診るし、縫合も外科処置もします。それぐらいのレベルができる先生は3～4年で教育することができます。これからプライマリ・ケアを専攻する医師は増えてくるだろうと思います。離島診療所ではひとりで診療をおこなうわけですから、3年間にできるだけ多くの症例を経験させることが重要です。

外科系の話ですが、特に脳外科は絶滅危惧種です。全国的にそうです。今八重山病院は脳外科の先生が一人いますが、来年の3月で退職されます。病院事業局の医師確保チームと一緒に全国をあたっていますが、今のところ目途がたっていないのが現状であります。外科は脳外科と比べると良い方なのですが、それでも将来はわかりません。指導する専門医の先生方が宮古と八重山にいないと外科の若い先生方は外科の専門医を受ける資格が取れません。専門医が少ない離島に若い先生方が行きたがらない大きな理由だと思いますが、日本の専門医制度の在り方にも問題があると思います。

○玉井理事

教育は、指導医という人がいて、その下で研

修したという実績を報告しないと学会は認定医と認めません。結局大きな病院でスタッフも多い場所でしか認定医の資格を受けられません。だから、研修医は離島に行きたがらないです。

自分のところで診られない患者さんがいた場合は離島医療圏ではヘリ搬送が多いのでしょうか。

○本永先生

搬送する患者は、早急の場合と早急でない場合で違います。解離性動脈瘤、新生児の心奇形の場合で、緊急手術しないと命が維持できない場合は早急になります。その場合は自衛隊ヘリで搬送します。

早急でないのは、例えば白血病の化学治療は、宮古病院に血液の専門医はいないので、琉大、県立中部病院の血液内科に電話を入れて紹介することがしばしばです。また整形外科で頸椎ヘルニアがあって、手術が必要な場合は、大浜第一病院、豊見城中央病院の専門医師に相談して紹介することも多いです。この場合には早急でない場合が多く、民間飛行機で行ってもらいます。

また離島は輸血用血液の備蓄がないんです。緊急手術で大きな出血が予想される場合は安全を考慮して、大きな病院にヘリ搬送することもあります。

癌とか高度専門科が必要な疾患があり、その場合は大学病院などに民間機で紹介します。専門分化は進んでおり、基本診療の専門（例えば脳外科、小児科は基本診療の専門）以外に小児神経医や小児内分泌科などさらに基本専門科は細かく分かれています。心臓でもそうです。

専門医の話ですが、現在宮古病院で内科の専門医はとれません。琉大や中部病院の教育関連施設として内科認定医まではとれます。専門医取得には内科の専門医が最低3名必要です。3名の下で研修しないと宮古病院での勤務期間は研修期間にカウントされません。外科の場合は外科学会指導医または消化器外科学会専門医または呼吸器外科学会専門医が1名常勤でいるという条件が満たされないと宮古病院では外科の専門医はとれません。現在の宮古病院は外科の専門医研修施設として機能しております。もし

も専門研修施設として登録していなければ若手の先生方は行きたがらないです。宮古病院で3年間勤務しても全くカウントされません。人の人生それぞれですが、専門医をとって医師としてのアイデンティティをきちんとしていたいという人もいます。そういう人たちは専門医を目指していますので離島勤務期間は研修期間としてカウントされない「離島病院には勤務したくない」ということになります。

私は東海大で専門医をとりました。沖縄では指導医がいなかったのが、八重山病院を辞めて東海大のリハビリの専門の病院で3年間勤務して試験を受けました。琉大とか県立中部病院に医者育てるシステムがあれば沖縄で良かったです。

○石川先生

北部では直近の医師を確保しようと人材を探していますが、県立北部病院と北部地区医師会病院の中規模の病院が2つあって、大学病院にしても県立病院にしても両方に医師を派遣するのは難しい状況です。やはり2つの病院の機能を統合することが必要になるかなと思います。北部では広域市町村圏事務組合を中心として、地域医療の再生計画に取り組んでいます。今ある2つの病院をどうするのか、若い先生方がどうすれば北部に来てくれるかアンケートを取って医療関係を整備してくことを計画しています。

琉大の地域医療部の学生を研修で受け入れて、学生の時期から北部で地域住民と触れ合うことで彼らの思いを北部に残してもらおう環境を作っていこうとしています。今年の3月に学生が私の診療所にフィールドワークに来ましたが、2日間ですが一人暮らしのおばあちゃんのところ泊ってもらいました。おばあちゃんと交流できて、彼らも非常に良かったと言っていました。このように地道に学生と地域住民の交流に取り組んでいくことも必要なかなと思います。

実は私は国費医学生ですが、北山高校出身で、試験に合格した時に多くの村民から頑張れというエールをもらいました。国費でもありますし、地元に戻ろうと思ってはいましたが、高校まで北部で育ったこと、多くの励ましの言葉をもら

ったことが地元に戻って医師をしている一番の理由だと思います。北部地区の高校出身の医学部生を育てるために、医師会で奨学資金の制度をつくろうと考えています。北部の子供達は、学力テストの成績が悪いのですが、自然環境が豊かでその分のびのび育っているため、競争意識がないことが問題なのかもしれません。地域の人達とも協力して教育環境を整えていく事も検討しています。

○本竹理事

石川先生から非常に重要なことを取り上げて頂いたのですが、宮古、八重山、北部地区で若い先生方がある程度残るためには、まず指導医がいること、十分に症例数があることが必要です。もう一つは子供の教育環境です。進学を控えた子供を持つ若い医師達は病院よりも教育の良い環境を求めて移動しがちです。北部、宮古、石垣地区には残念ながら進学校を含めた教育環境は十分でないと考えています。

医療をよくするためには教育環境も関連していると言うことです。

○安里副会長



県立中部病院にプライマリ・ケアコースがあり、自治医大の卒業生を受けるセクションがあります。琉大病院には地域枠が毎年12人、8年後には100人になるといわれています。プライマリ・ケアコースを含めると毎年20人近くの人材が確保されていきます。ただしそういう人達を育てる環境、先ほどから出ている「総合診療専門医」を沖縄全体できちんと育てていく環境づくりが、今必要で、折角人材が確保されつつ、制度も確保されつつあるのに、人材を育成していく環境づくりが急務じゃないかなと感じました。

それから、20人近くが、離島へき地医療を担う義務を背負っているわけです。これは小宮先生にお願いですが、20人のうち毎年2名ずつを脳外医と産婦人科医を育成していく環境をつくってほしいです。これは希望です。

○玉井理事

脳外科も、産婦人科も訴訟が多いですね。

○平良氏（エフエム那覇）



私も離島の問題に対してお手伝いはしていますが、医療の問題は非常にレベルが高すぎて、厚労省とかユニバーサルサービスを考える国とか、お医者さん

の中でシステムができていく感じがしています。例えばごみの処理を離島で考える場合は地域も参画して、このゴミをこう減らせば、こういう風に予算をカットできて、地域参画の組織はいろいろあるんですよね。ただ、非常に高度な医療を考えた時に、地域が、どういう風に知恵を出していくか、参画していくことはどうも入りにくくて、我々はクレームばかり言っている組織になっている気がするんです。地域側と一緒に知恵を出して問題を乗り越えることはできないかと思っています。そのことを行政に近い方にお伺いしたいです。

○宮城会長



医療については、地域の方が参画しにくいと仰ったのですが、できることはいくらでもあります。医師がなぜ救急、小児科、脳外科から離れていくのかは、

ドクターが大事にされていないからです。何かあるとすぐ訴えられる。それが今の現状です。小児科はちょっと熱が出たら病院にいったって、コンビニ受診ということで、その地域のドクターが疲弊していく。そのようなことが無いように地域、親、患者さんは努力をしないと医療は守れません。ドクターを守らないと地域の医療は守れませんから、安里副会長が琉大に2名ずつ脳外科医師、産婦人科医師を養成してほしいとお願いしていますが、今の学生は危険なところから逃げていきます。臨床研修でローテーションしていくと選ぶのはできるだけ忙しくないところ

を選んでいく。医師をどんなに増やしても、残念ながら、偏在はなくすることは非常に難しいでしょう。

復帰直後の沖縄の医師数は人口比で言うところと一番少なかったが、現在は全国平均を上回る医師の数になっています。南部医療圏ではそれをはるかに上回って1千人あたり3名以上の医師がいます。いわゆる欧米並みの医師の数となります。その中でも医師不足と言われていています。皆が専門分化をしていって、専門医に診てもらいたいという要望があり、またドクターも自分の専門領域以外は診ない。はっきりしているのは小児科です。昔は子供を内科の先生も診ていました。今は内科医には親が診せないんです。救急で行って小児科かどうか、内科と言ったら小児科の先生に診てほしい。小児科医が救急体制をとる病院は多くありません。自分たちが考えている医療をどうやったら守っていけるのか、ドクターを守っていけるのかを考えると自分たちが地域医療に参画することになると思います。

○石川先生

皆さんにできることはいっぱいあります。協会健保の健診データで血圧が180以上の重症高血圧の方が800人ぐらいいます。脳卒中などで倒れてから病院に行く方が一番問題です。倒れる前に病院に来てくれれば救急でなく、予防的に治療でき医師の疲弊を予防できます。実は今週日曜日になごみ会の県民健康フェアで頸動脈エコーをしますが、この検査で脳卒中とか心筋梗塞を起こしやすい方を見つけられるんですよ。是非そういう取り組みを広報してください。ところで皆さん特定検診受けられていますか？ご自分の健康状態をチェックして、異常があるのでしたら、食事と運動と酒タバコの生活習慣を見直し、さらに周りの人の健診結果も気にしてください。これを会社全体での取り組みにしてください。

それから、医師会で「おきなわ津梁ネットワーク」で特定健診の検査データをiPadで見れるようになっています。それを使うと健康祭りなどのイベント等で確認できます。また、健診結果を見ながらの健康相談を行うことも可能です。

今後はこれを使いながらの健康指導を展開していきたいと思います。

○本竹理事

地域住民の参画の話で、八重山地区では医療を支援する群民の会が立ち上がっています。救急室のコンビニ受診が多くて医師の疲弊につながっています。県立八重山病院の先生方が救急医療などについて地域で講演をしたりしますが、群民の会が住民を集めたりなど積極的に協力して頂いています。そういうことで実は地域住民参画はできつつあります。地域住民の参画

がそれぞれの地域の県立病院の医師を育て、定着させることに繋がると考えます。

○平良氏 (エフエム那覇)

悩みをどうみせるかは難しいと思いますが、お医者さんがこれだけ困っているんだということをお伝えられる対話の場が必要だと思います。予防に関しては自分達でもできるんだと思いました。

○玉井理事

これで懇談会を閉じさせていただきます。ありがとうございました。

**原 稿 募 集**

**プライマリ・ケアコーナー (2,500字程度)**

当コーナーでは病診連携、診診連携等に資するため、発熱、下痢、嘔吐の症状等、ミニレクチャー的な内容で他科の先生方にも分かり易い原稿をご執筆いただいております。

奮ってご投稿下さい。

**随筆コーナー (2,500字程度)**

随時、募集いたします。日常診療のエピソード、青春の思い出、一枚の写真、趣味などのほか、紀行文、特技、書評など、お気軽に御寄稿下さい。

なお、スポーツ同好会や趣味の会(集い)などの自己紹介や、活動状況報告など、歓迎いたします。