

<特集「救急医療の今」>

京都府北部の救急医療

～少子高齢化と人口減少を踏まえて～

隅田 靖之^{*1}, 太田 凡², 関本 達之³

¹京都府立与謝の海病院救急科

²京都府立医科大学大学院医学研究科救急・災害医療システム学

³京都府立与謝の海病院

Emergency Medical Service in Northern Kyoto

Yasuyuki Sumida¹, Bon Ohta² and Tatsuyuki Sekimoto³

¹*Emergency Department of Kyoto Prefectural Yosanoumi Hospital*

²*Department of Emergency and Disaster Medicine,*

Kyoto prefectural University of Medicine Graduate School of Medical Science

³*Kyoto Prefectural Yosanoumi Hospital*

抄 録

救急医療は医療体制の弱点が露呈しやすい場所である。近年の医療の高度専門化と高齢化に伴い複数の疾患を抱える高齢者が増加し、都市部での救急医療の問題や地方の医師偏在が議論されており、京都府北部もその例外ではない。京都府北部では少子高齢化に伴う人口減少が丹後医療圏から順に始まっており、その波は徐々に南下している。近年の経済状況の悪化もあり大幅な医療環境の改善が見込めない中では、今後効率的な医療が求められる。京都府北部の現在の医療環境と今後について私見を述べ、今後京都市内でも起こるであろう少子高齢化に伴う救急搬送増加への警鐘としたい。

キーワード：救急医療，京都府北部，少子高齢化，人口減少，マグネットホスピタル。

Abstract

The weak point of the medical service is likely to be exposed at the emergency medical service. Recently elderly people are increasing who often have several diseases, moreover ambulance transports are increasing in urban area while there is maldistribution of physicians in rural area. Northern Kyoto Prefecture is no exception. Population decline with decreasing birthrate and aging population has already started in Tango district, Northern Kyoto Prefecture, the waves of which is moving south toward Kyoto city. We need efficient medical services from now in which we can't expect to improve healthcare environment because of deteriorations in economic conditions these days. I'd like to give my thoughts about both the current healthcare environment and the future of Northern Kyoto Prefecture, and to warn

平成24年3月19日受付

*連絡先 隅田靖之 〒629-2261 京都府与謝郡与謝野町字男山481番地

y-sumida@koto.kpu-m.ac.jp

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

about this phenomenon which is starting in Kyoto city.

Key Words: Northern Kyoto, Emergency medical service, Decreasing birthrate and aging population, Population decline, MAGNET HOSPITAL.

はじめに

このたび大学側より救急医療について特集を組むとのことで「京都府北部の救急医療」という題目の執筆依頼を頂いた。大変光栄なことと感じる一方で、当院に着任してわずか1年の私が京都府北部の医療を支えてこられた歴代の諸先輩方を差し置いて、当院だけではなく京都府北部の救急医療について述べるのはおこがましいことである。

そもそも救急医療は地域医療の縮図であり医療制度の弱点が露呈される場所である。そして歴史的背景、地理的な問題、経済状況、その地域の人口構成など様々な要素の影響を受けるものでもある。よってその地域の医療を評価するには様々な要素があり、何をよとしてするのかは非常に論じるのが難しい。また救急医療そのものも救急室での処置と判断に始まり、診断後の各診療科の専門医による治療によって成り立ち、それは昼夜時間を選ばない。よって救急医療が一定の水準で24時間365日提供できるということは個人の力では不可能で病院全体の総合力が必要となる。近年、急性心筋梗塞の緊急PCIをはじめ、2005年から始まった超急性期の脳梗塞における血栓溶解療法、重症外傷の診療など時間の制約、マンパワーが必要な処置が増えており、救急医療を1つの病院で完結させるには人材と医療資源の集約と効率的な病床運用が必要になる。本文では京都府北部の救急医療の現況を報告し、諸先輩方には恐縮であるがこの1年間で感じた私見を記述する。

当院及び京都府北部の背景と救急搬送件数

京都府立与謝の海病院（以下、当院）は京都府北部の丹後半島に位置し、2次医療圏では京都府最北部の丹後医療圏に属する地域の基幹病

院となっている。南に中丹医療圏（福知山市、舞鶴市、綾部市）そして南丹医療圏（亀岡市、南丹市、京丹波町）が位置し（図1）、西側には兵庫県豊岡市が位置している。

当院の設立は戦後1953年（昭和28年）の結核療養所（京都府立与謝の海療養所）に始まる。しかし高度経済成長とともに結核患者は減少、1961年（昭和36年）に一般診療を開始するも途中で医師2人になる苦難の時代を経て、1971年（昭和46年）大学に「京都府立医科大学医療センター」が設置され地域医療支援の体制が整い、1994年（平成6年）に総合病院化を遂げ現在常勤医45名の地域の基幹病院としてここに至っている。

しかしこの間に右肩上がりの経済成長の時代は終わりを告げ、現在は少子高齢化、BRICs等の新興国の台頭、特にここ数年の欧州債務危機と極端な円高もあり日本は2011年に31年ぶりの貿易赤字を記録。極端な円高で国内の製造業を中心に企業の経営不振が相次ぎ税収低下にも繋がっている。また2011年3月11日に起こった東北地方太平洋沖地震、通称東日本大震災で起きた福島第一原子力発電所での炉心溶融に伴う一連の放射能汚染は原子力に傾きつつあったエネルギー政策を根底から覆すものとなった。

このような中、高齢者の増加と若年人口の減少による少子高齢化が日本全国で叫ばれているが、日本の高齢化は世界でも類を見ない早いスピードで進行している（グラフ1）。京都府も例外ではなく特に北部ほどその進行は早い。2010年度の報告によれば、高齢化率（その地域における65歳以上の占める割合）は南丹医療圏・中丹医療圏ともに27%で、丹後医療圏で32%となっており、京都府平均22.8%、全国平均23.1%を上回っている。さらに中丹医療圏・丹後医療圏ともに人口は減少傾向で、南丹医療圏も亀岡市が人口増加を見せていたが



出典：「健やか長寿の京都ビジョン（京都府保健医療計画）」

「京都健康医療よろずネット」

図1 京都府内の2次医療圏（「京都健康医療よろずネット」より引用）

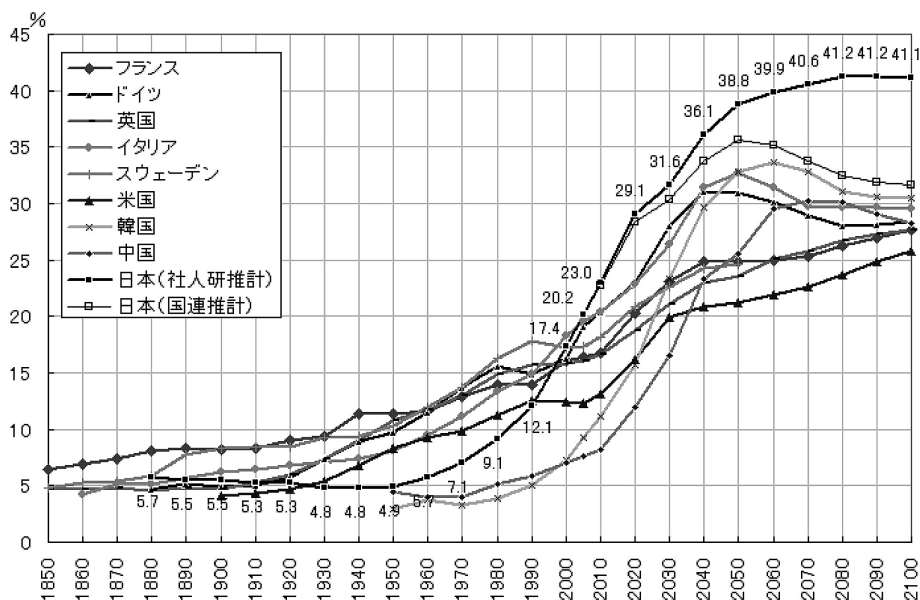
2000年の国勢調査をピークに減少に転じている（グラフ2, 3）。今後さらに減少することが予想されている（グラフ4）。

次に救急搬送件数であるが、総務省消防庁発表による救急搬送件数は現行の救急医療体制が整備された1977年には150万件であったが、この30年間で約500万件にまで増加している（グラフ5）。そして医療機関への受け入れ状況も重症以上の症例で照会回数4回以上の事案が14732件（3.6%）、現場滞在時間30分以上の事案が16980件（4.1%）あり、首都圏、近畿圏等の大都市部で多い傾向がある（図2）。受け入れ困難の理由は、手術中・患者対応中、ベッド満床、専門外などが多い（図3）。

京都府発表による京都府内2次医療圏ごとの

救急搬送件数と病院選定困難事案選定困難事案件数（照会回数が4回以上または現場滞在時間が30分以上）（平成21年、22年、23年）を示す（表1, 2, 3）。これによると京都府内すべての医療圏で救急搬送件数は増加傾向にある。周知のことではあるが、京都府の医師数は人口10万人あたりの279.2人と全国一位で全国平均の212.9人を上回る。特に京都市内の属する医療圏である京都・乙訓医療圏は人口10万人あたりの医師数は353.5人で、OECD諸国と比較してもかなり上位に位置することになる（図4, 5, 6）。しかし医師数が日本全国でトップクラスの京都市内でさえ現時点ですでに重症患者搬送の選定困難症例が存在している（表1, 2, 3）。その一方で京都府北部は中丹医療圏が全国平均に

主要国における人口高齢化率の長期推移・将来推計



(注) 65歳以上人口比率。1940年以前は国により年次に前後あり。ドイツは全ドイツ。日本は1950年以降国調ベース(2005年迄は実績値)。諸外国は国連資料による。日本(社人研推計)は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」における2060年までは出生中位(死亡中位)推計値、それ以後は2061年以降出生率、生残率等を一定とした参考推計値。

(資料) 国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所「人口資料集」等、国連「2010年改訂国連推計」

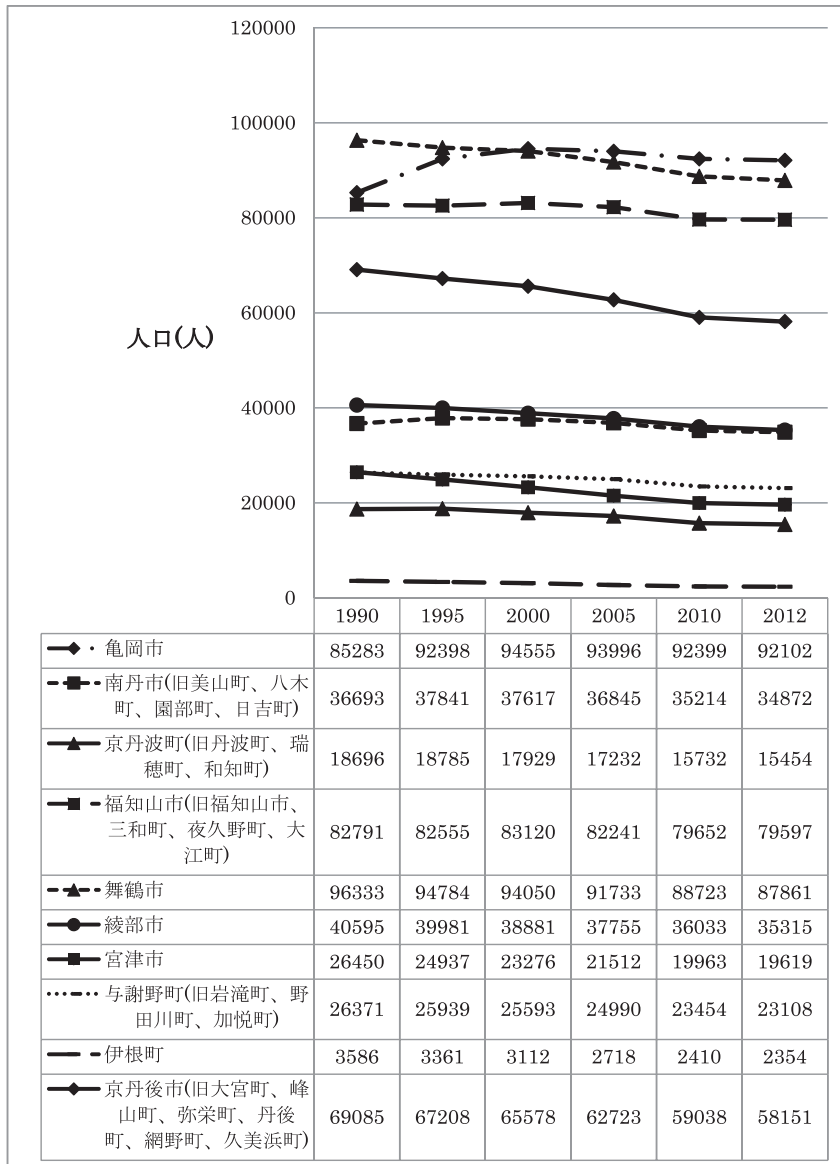
グラフ1 主要国の人口高齢化率の長期推移・将来推計(国立社会保障・人口問題研究所HPより引用)

近い202.8人であるものの、南丹医療圏が161.4人、丹後医療圏は146.4人となっており医師不足の感は否めない。入手できた京都府北部の消防本部(福知山市消防本部、宮津与謝消防本部、京丹後市消防本部)管轄内の救急搬送件数の最近10年の推移を示すが(グラフ6)、いずれも増加傾向にある。丹後メディカルコントロール(以下、丹後MC)管内の宮津与謝消防本部と京丹後市消防本部のデータでは、人口減少傾向であるが、少子高齢化でここ最近では高齢者の救急搬送が増加し、それに伴い肺炎や尿路感染症などの高齢者の入院症例すなわち中等症が増えている(グラフ7, 8)。これは全国的にも最近見られる傾向である。

京都府北部の病院問題と東北大学 地域医療システム学講座の分析と提言

最近、京都府北部の病院の話題が尽きない。舞鶴市では2002年に舞鶴市民病院の内科医退職に端を発し、今後の人口減少と少子高齢化の将来を見据え舞鶴市内の公的4病院の再編問題がメディアを賑わせた。また一方で当院は現在京都府立医科大学附属病院化の話が進行中である。いずれも病院経営問題や医師不足などを背景に起こっている問題である。同じようなことは医療資源の集約を目指した山形県立日本海病院と酒田市立病院の合併など京都府北部に限った問題ではなく日本全国で起きている。

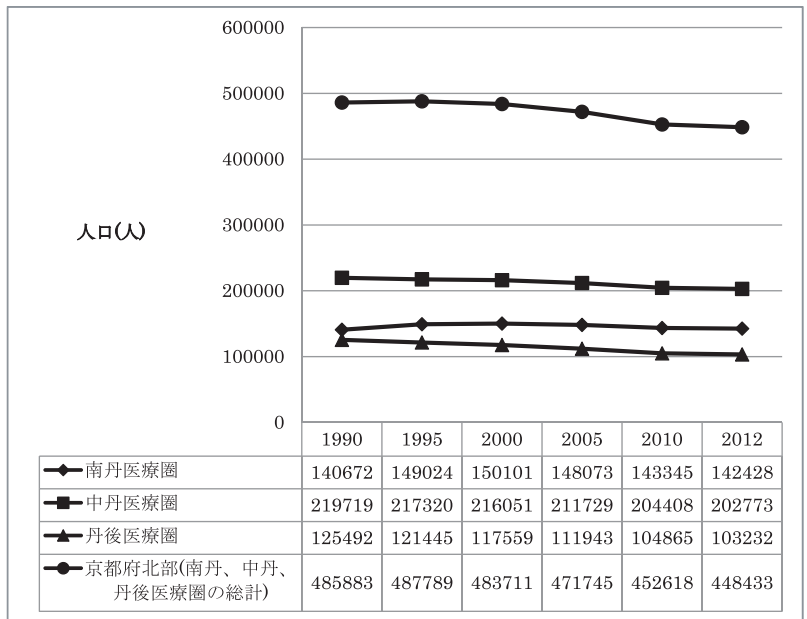
2003年8月に北海道大学医学部及び東北大学医学部で医師名義貸し問題が発覚した。同年9



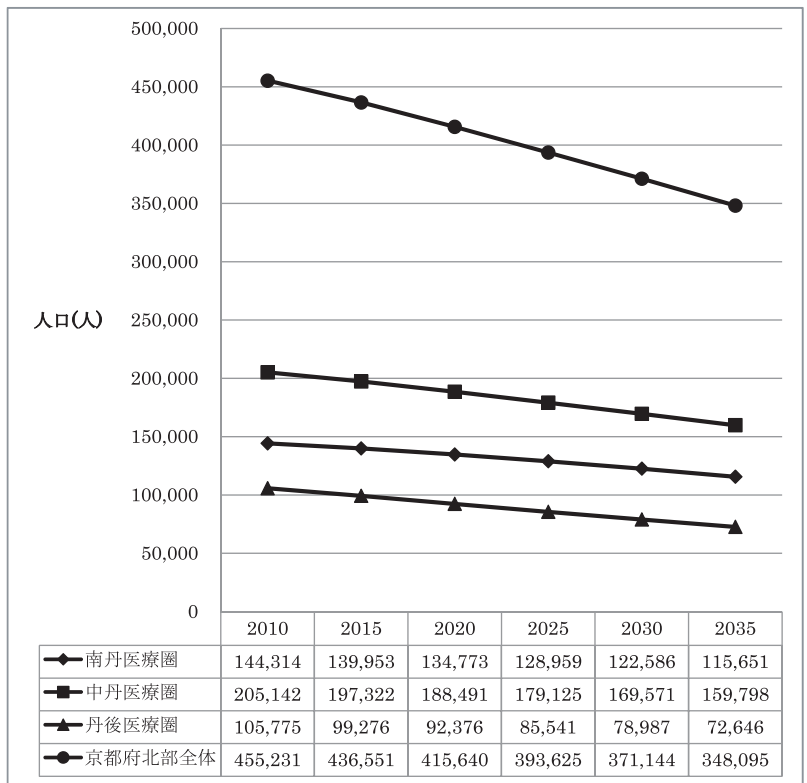
グラフ2 京都府北部（南丹医療圏以北）の人口推移（市町村別）1990～2010年は国勢調査による統計 2012年は人口動態より推計（京都府HPより引用）

月には研究助成金問題も発覚し、両大学はマスコミの批判に晒された。北海道も東北地方もいずれも医療過疎地域であり、人口10万人あたりの医師数は東北6県ともに全国平均以下、北海道は平均並みだが広大な面積のうち医師は都市部に集中しておりその他の医療圏はいずれも医療過疎地域である。この一連の名義貸し問題を

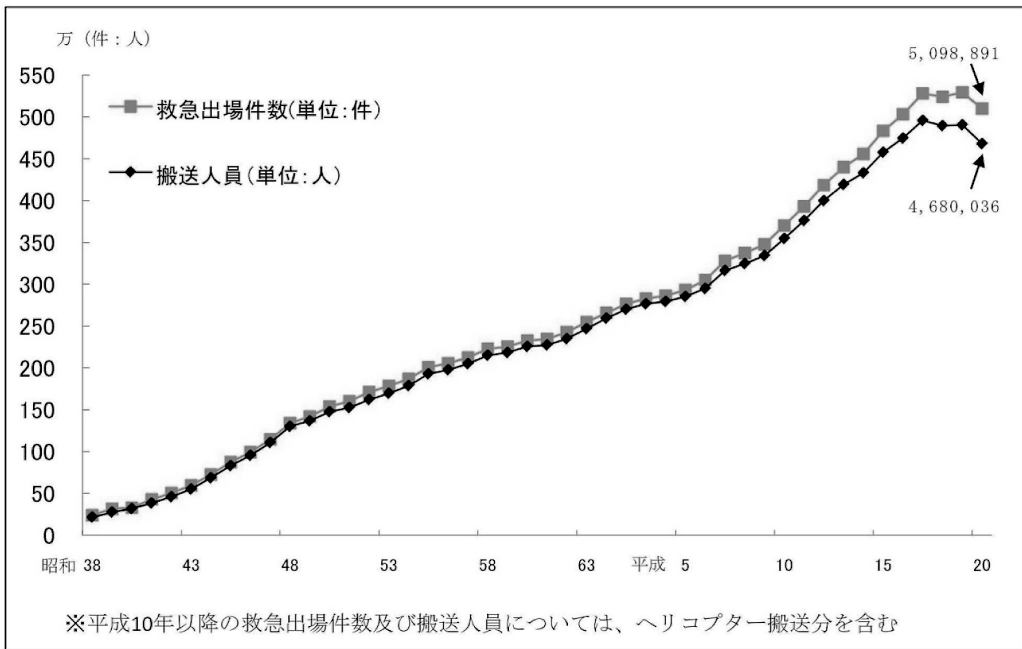
受け、東北大学では単に倫理的な問題だけではなく地域医療システムの構造そのものに問題があるとし、宮城県の協力を得て2005～2008年まで寄付講座である地域医療システム学教室を設置して地域医療の問題に取り組み、その最終答申が東北大学医学部のHP上にあり以下に引用する。



グラフ3 京都府北部の人口推移（2次医療圏別）1990～2010は国勢調査による統計 2012年は人口動態から推計（京都府HPより引用改変）



グラフ4 京都府北部（南丹医療圏以北）の将来推計人口（「wellness データベース」より引用改変）



グラフ5 救急出場件数及び搬送人員の推移 (総務省消防庁)

傷病者の搬送及び受入れに係る調査分析の方法について
救急搬送における医療機関の受入状況(重症以上傷病者)

○ 医療機関への照会回数4回以上の事案が14,732件(全体の3.6%)あり、現場滞在時間30分以上の事案が16,980件(4.1%)ある。

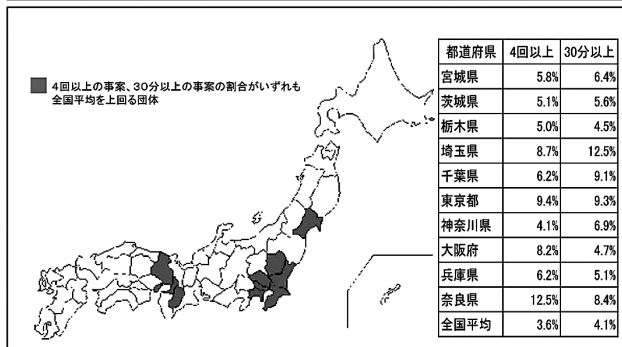
医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

	医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数						計	4回以上	6回以上	11回以上	最大照会回数
	1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回~						
重症以上傷病者	件数 344,778	49,680	9,594	4,235	903	409,190	14,732	5,138	903	49	
	割合 84.3%	12.1%	2.3%	1.0%	0.2%	100%	3.6%	1.3%	0.2%		

現場滞在時間(現場到着から現場出発までの時間)区分ごとの件数

	現場滞在時間(現場到着から現場出発までの時間)区分ごとの件数						計	30分以上	45分以上	60分以上
	15分未満	15分以上30分未満	30分以上45分未満	45分以上60分未満	60分以上120分未満	120分以上				
重症以上傷病者	件数 257,503	135,481	12,540	2,777	1,503	409,964	16,980	4,440	1,663	
	割合 62.8%	33.0%	3.1%	0.7%	0.4%	100%	4.1%	1.1%	0.4%	

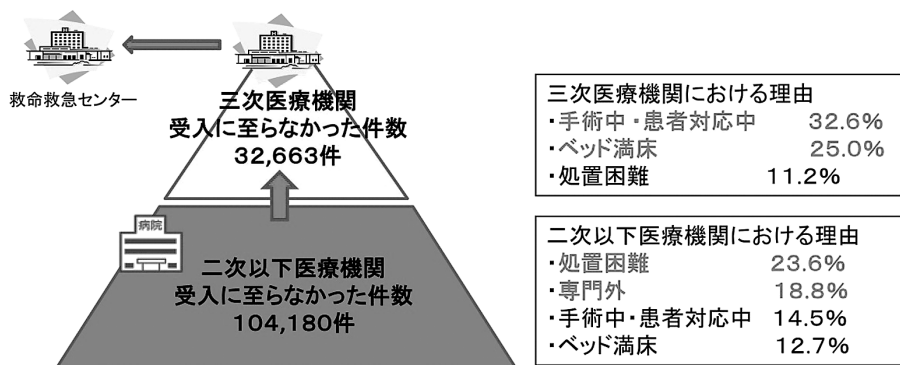
○ 首都圏、近畿圏等の大都市部において、照会回数の多い事案の比率が高い。



「平成20年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」(平成21年3月 総務省消防庁・厚生労働省) 7

図2 救急搬送における医療機関の受け入れ状況等の実態調査 (H21年3月総務省消防庁・厚生労働省)

最終的に救命救急センター等で受け入れに至った事案について、
途中の照会で二次救急医療機関と三次医療機関で受け入れに至らなかった理由



病院区分等		手術中・患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明その他	合計
二次以下	件数	15,105	13,268	24,554	19,636	5,962	265	25,390	104,180
	割合	14.5%	12.7%	23.6%	18.8%	5.7%	0.3%	24.4%	100%
三次	件数	10,647	8,177	3,660	1,763	609	19	7,788	32,663
	割合	32.6%	25.0%	11.2%	5.4%	1.9%	0.1%	23.8%	100%
合計	件数	25,752	21,445	28,214	21,399	6,571	284	33,178	136,843
	割合	18.8%	15.7%	20.6%	15.6%	4.8%	0.2%	24.2%	100%

「平成20年中の救急搬送における医療機関の受け入れ状況等実態調査」(平成21年3月 総務省消防庁・厚生労働省)

図3 受け入れに至らなかった理由 (H21年3月 総務省消防庁・厚生労働省)

表1 H21年(1月~12月)京都府の救急搬送件数(2次医療圏別)と選定困難事案件数(照会回数が4回以上または現場滞在時間が30分以上)

	CPA	脳疾患	循環器	外傷	中毒	熱傷	消化器	呼吸器	自損	周産期	小児	その他	合計	出場件数
丹後	3 0.73%	5 1.22%		5 1.22%		1 0.24%	1 0.24%	1 0.24%		1 0.24%		2 0.49%	19 4.65%	4085
中丹	4 0.51%	1 0.13%	2 0.25%	5 0.64%					1 0.13%	1 0.13%		8 1.02%	22 2.80%	7862
南丹	1 0.19%	3 0.57%	2 0.38%	24 4.58%		1 0.19%	1 0.19%	2 0.38%	2 0.38%			4 0.76%	40 7.64%	5238
京都・乙訓	42 0.56%	6 0.08%	3 0.04%	39 0.52%					2 0.03%	2 0.03%	15 0.20%	38 0.50%	147 1.95%	75329
山城北		1 0.06%		2 0.11%							2 0.11%	24 1.35%	29 1.63%	17802
山城南	2 0.51%	2 0.51%		4 1.02%	1 0.26%		1 0.26%			1 0.26%	2 0.51%	8 2.04%	21 5.38%	3921
合計	52	18	7	79	1	2	3	3	5	5	19	84	278	114237

* 下段は‰ (千分率)

表2 H22年(1月～12月)京都府の救急搬送件数(2次医療圏別)と選定困難事案件数(照会回数が4回以上または現場滞在時間が30分以上)

	CPA	脳疾患	循環器	外傷	中毒	熱傷	消化器	呼吸器	自損	周産期	小児	その他	合計	出場件数
丹後	2 0.44%			2 0.44%							1 0.22%	4 0.88%	9 1.99%	4525
中丹	5 0.60%			5 0.60%									10 1.21%	8287
南丹	4 0.73%	6 1.09%		17 3.09%	1 0.18%		2 0.36%	1 0.18%	2 0.36%		1 0.18%	4 0.73%	38 6.90%	5509
京都・乙訓	34 0.43%	18 0.23%	16 0.20%	52 0.65%		1 0.01%	4 0.05%	7 0.09%		2 0.03%	11 0.14%	28 0.35%	173 2.18%	79462
山城北	5 0.26%	3 0.16%	2 0.11%					3 0.16%	1 0.05%		3 0.16%		17 0.90%	18874
山城南	7 1.67%	1 0.24%	2 0.48%	4 0.96%			1 0.24%		2 0.48%		1 0.24%	5 1.19%	23 5.49%	4188
合計	57	28	20	80	1	1	7	11	5	2	17	41	270	120845

* 下段は% (千分率)

表3 H23年(1月～12月)京都府の救急搬送件数(2次医療圏別)と選定困難事案件数(照会回数が4回以上または現場滞在時間が30分以上)

	CPA	脳疾患	循環器	外傷	中毒	熱傷	消化器	呼吸器	自損	周産期	小児	その他	合計	出場件数
丹後	3 0.62%		1 0.21%	2 0.42%			1 0.21%				2 0.42%		9 1.87%	4819
中丹	4 0.46%	1 0.12%	2 0.23%	7 0.81%					1 0.12%			4 0.46%	19 2.19%	8663
南丹	7 1.19%	5 0.85%	1 0.17%	16 2.71%			1 0.17%		4 0.68%		4 0.68%	16 2.71%	54 9.16%	5898
京都・乙訓	39 0.47%	23 0.28%	24 0.29%	17 0.20%	1 0.01%	2 0.02%	3 0.04%	10 0.12%	1 0.01%	1 0.01%	10 0.12%	43 0.52%	174 2.10%	83035
山城北	3 0.15%	2 0.10%	2 0.10%	5 0.26%	1 0.05%			1 0.05%				26 1.31%	40 2.02%	19789
山城南	2 0.23%	1 0.23%		6 1.35%			2 0.45%	4 0.90%			1 0.23%	7 1.58%	22 4.96%	4437
合計	57	32	30	53	2	2	7	15	6	1	17	96	318	126641

* 下段は% (千分率)

「なぜ東北・北海道地域は医師数が全国平均以下であるかということ医療に関連した固有の事情で考えていくと、指摘しなければならない重要な問題が存在する。事態を宮城県の例で考えるとわかりやすい。実はおよそ30年前の宮城県は東京都と同じ医師密度だった。この30年間で大きく差がついた。さらに「調査結果報告書」によると、病院数は多いが、臨床研修指定病院もそうでない病院も東北6県で比べて、1つの病院当たりの平均病床数で比較して最も少

なく(小さな病院)、研修指定病院でない病院に至っては、大差が付いて小さい病院ばかりであるという状況が明らかとなった。したがって、宮城県では官民ともこの30年間で、医師にとって赴任しやすい大型の病院建設を全くしてこなかった、と言える。その結果、おそらくは窮余の策として、あるいは首長選挙などの選挙公約として、中小の病院ばかりが、やや乱立気味に建設されてきた、と言える。言い換えれば、宮城県は医師を受け入れる大きな病院が大変に不

2次医療圏毎の人口10万人当たり医師数
(平成20年12月末)

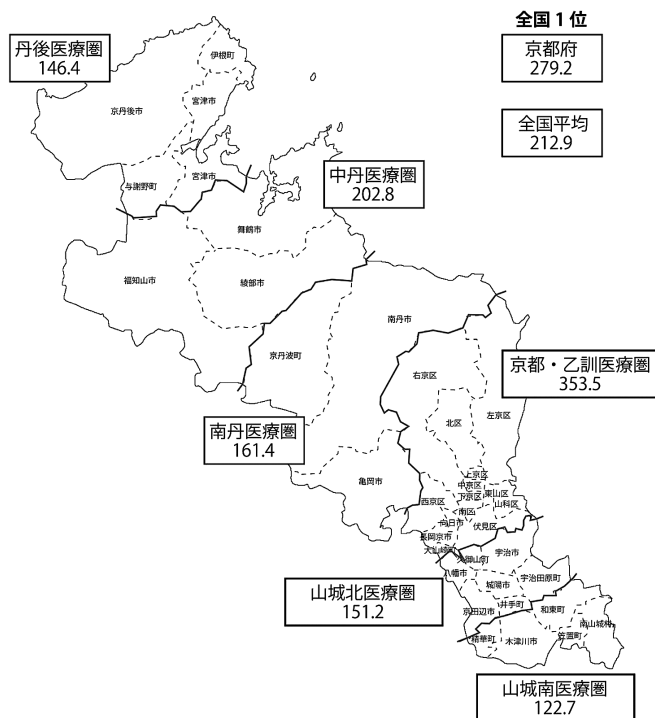


図4 京都府の2次医療圏毎の医師数（「京都健康医療よろずネット」より引用）

足している、医師を吸い込む装置がない、受け皿がない、という状態である。従って現実の問題として、医師が自ら積極的に赴任しようとする大きな病院が少ない、という状況が続いており、地域の中小の病院からの赴任の要請とは、乖離した事情となっている。この点だけから考えても、東北地方、特に宮城県の医療事情は根深い大きな問題を抱えていると言わざるを得ない。」

東北大学医学部地域医療システム学では前述のように問題を分析した上で下記のように提言をしている。（簡略化して示す。詳細はHPを参照されたい）

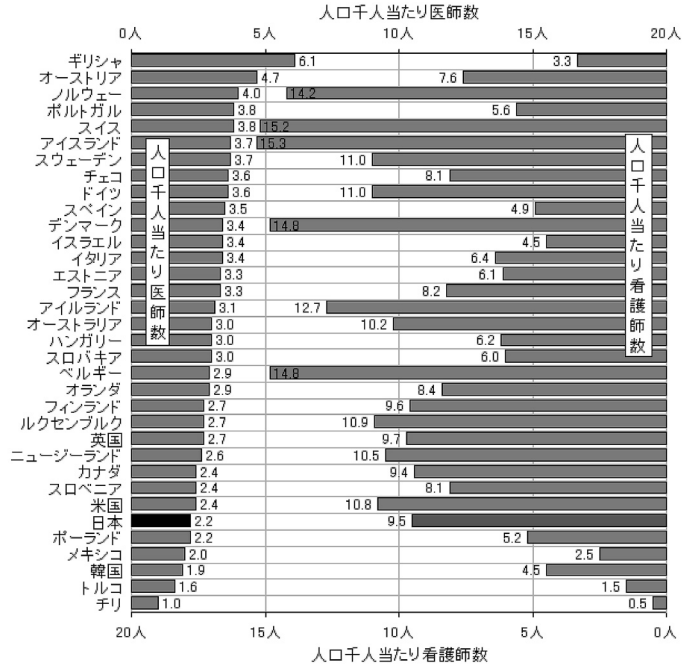
- ・医療圏は人口20万を単位に再編すべきであり、これを下回る医療圏では医療体制の構築

とその存続は困難。

- ・地方に医師を集めるには中核的病院（500床以上の規模）を設置し、医師の吸い込み装置とする。
- ・中核的病院に資源を集中する一方でサテライト病院間とのネットワークも強化する。
- ・住民の医療機関へのアクセスを保障する。

「現状の経済力と医師数で特定の地域の医療システムを維持するには、医師が赴任しやすいよう中核病院を充実化させ、その最大の目的を若い医師の吸い込み装置とする。背景人口20万人に500床クラスの病院と考えるべきで、これを地域全体で作り上げる。しかもこの中核病院とは周囲の中小規模病院である「サテライト病院」との間に有機的な連携を持ち地域全体の

医師数・看護師数の国際比較(OECD諸国、2009年)



(注) 臨床など医療関係に就業している医師、看護師が対象。2009年以外の年次は、スウェーデン、デンマーク、オーストラリア、オランダ、フィンランド、日本、チリの医師・看護師は2008年、スロバキアの医師は2007年、ルクセンブルクの看護師は2006年のデータ。
 (資料) OECD Health Data 2011 (30 June 2011)

図5 OECD諸国の人口千人あたりの医師数と看護師数(厚生労働省HPより引用)

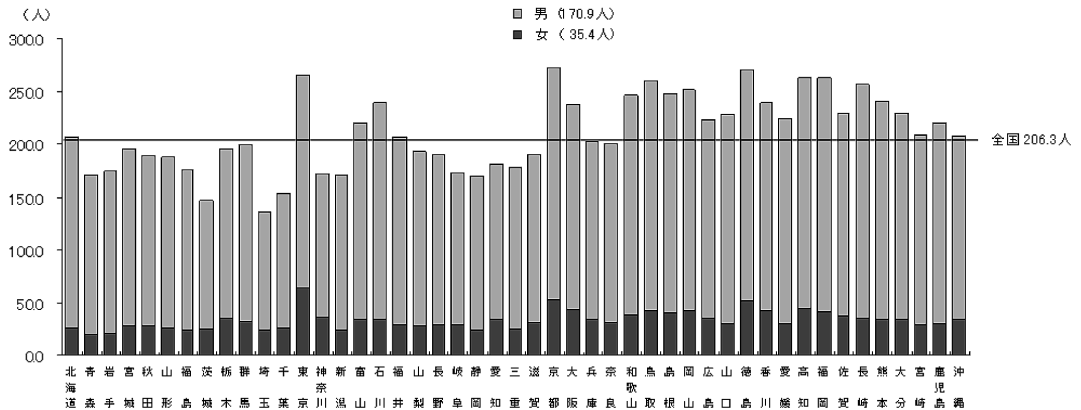
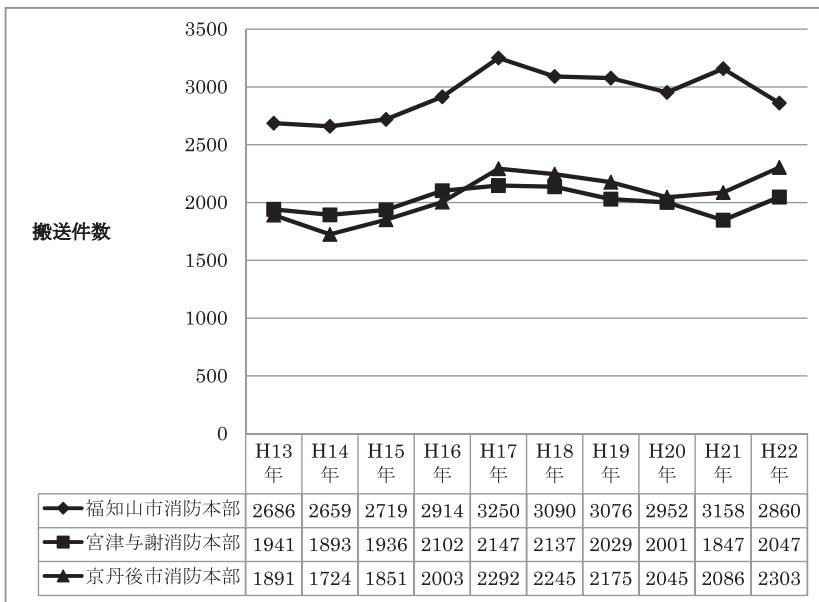


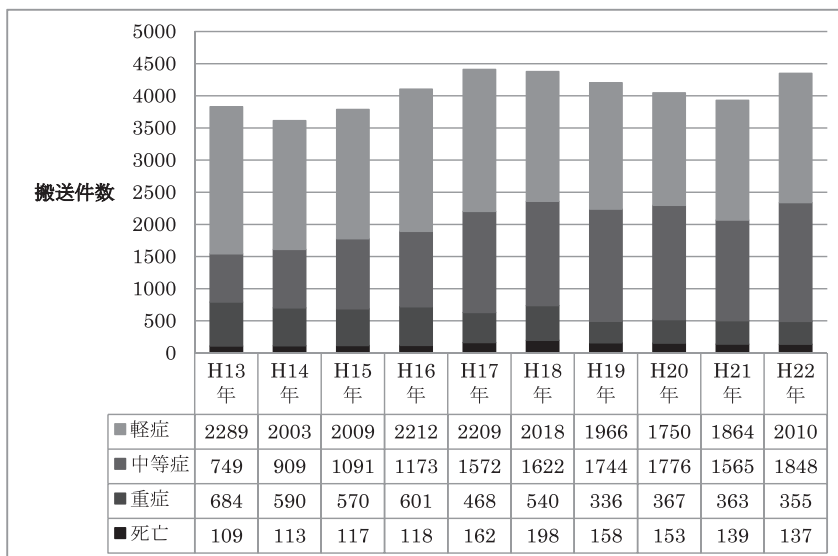
図6 人口10万人あたりの都道府県別医師数(厚生労働省HPより引用)

医療に責任を持つという存在でなければならない。こうすることで中小規模病院に従事する医師が診療環境的に孤立しないで働けるようにで

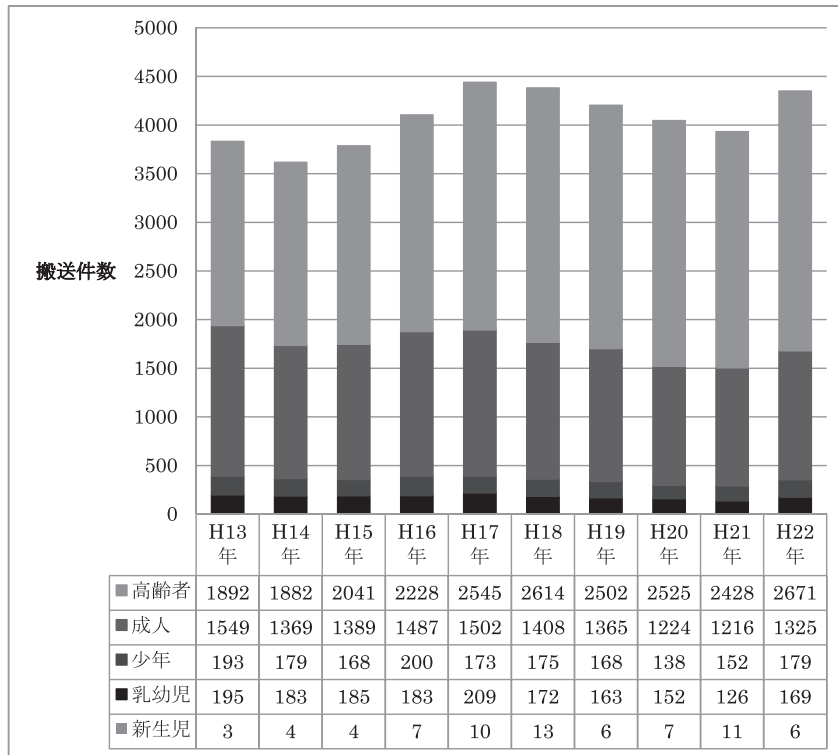
き、赴任しにくい中小規模病院にも中核病院とのネットワークの中で医師の一定期間の赴任が可能になることも意味する。」



グラフ6 ここ10年の救急搬送件数（福知山市消防本部，宮津与謝消防本部，京丹後市消防本部）



グラフ7 丹後MC管内（宮津与謝消防，京丹後市消防）の傷病程度別救急搬送の推移
 注) 死亡：初診時において，死亡が確認されたもの
 重症：傷病の程度が3週間以上の入院加療を必要とするもの
 中等症：傷病の程度が入院を必要とするもので重症に至らないもの
 軽症：傷病の程度が入院を必要としないもの



グラフ8 丹後メディカルコントロール内（宮津与謝消防本部、京丹後市消防本部）の年齢別救急搬送状況

※ 年齢区別の分類は次のとおりです
 新生児 生後28日未満の者
 乳幼児 生後28日以上満7未満の者
 少年 満7歳以上満18歳未満の者
 成人 満18歳以上満65歳未満の者
 高齢者 満65歳以上の者

ま と め

近年の医療の高度専門化、高齢化により求められる医療は縦にも横にも幅が広がっている。特にGDP比にして10%に迫る医療費の増加は他の先進国においても悩ましい問題の1つである。日本では近年の少子高齢化、20年続く経済ゼロ成長と31年ぶりの貿易赤字、原発事故に伴うエネルギー政策の転換などの問題が背景にある。医師不足、医師偏在が言われているが、経済状況が徐々に悪化する中で医師を大幅に増やすのは現実的な議論ではないし、少なくとも医師が成長するには医学部6年間と卒後10年近く

の時間がかかり政策が実行されて効果が出るには10年以上かかる。医師である以上、誰しも国民のニーズに応えられる知識・技量を持ち合わせた医師になりたいと願うものである。そして医学部卒業後その研鑽をするため「臨床教育を受け、先端的な医療技術・技量をトレーニングでき、学会活動などに定期的に参加できる病院」を選ぶわけである。そうなると大抵は指導医が充実した大病院を選択することになる。その結果2004年以降始まった臨床研修医制度により研修医が都市部の大規模病院に流れてしまい地方に来ない傾向にある。地方の医師不足問題があたかも2004年以降の臨床研修制度への

批判に集まりがちであるが、その問題が構造的な問題であることは東北大学医学部地域医療システム学の分析にある前述の通りである。そもそも患者さんが求める質の高い医師は豊富な症例経験数から生まれるものである。そして通常、専門医は診療技術を維持するために年間一定数の症例経験が必要とされている。特に専門性が高く高度な技術を要する分野については症例数をよく考えた上で配置しなければ専門医の質は保てない。そこに幅広く診療できる総合内科医 (general physician) や救急医 (ER physician)、場合によっては集中治療医 (intensivist) を適正配置することで、その互いの協力関係で多数の疾患を抱えた高齢者にも高度な医療が適切に行え、またコスト削減も期待できる。実際に欧米では地域ごとに総合内科医 (general physician) の必要数を試算し、その適正配置を行うことで医療体制におけるゲートキーパーを担わせ、専門医の負担を軽減し専門医が専門医療に専念できる体制を組んでいる国もある。

京都府北部において今後最も重要な点は少子高齢化と人口減少の進行である。南丹医療圏以北の京都府北部の人口は2010年現在で45万人となっているが2035年には35万人まで減少することが予想されている(グラフ4)。従来の市町村単位の中小規模病院の乱立のみではさらに医師不足を加速する可能性がある。市町村の垣根を越え、公立病院・民間病院ともに手を携えて地域の医療システムを考える必要がある。東北大学の報告書においても、「地域医療に関わる市町村長、自治体病院関係者(院長)、群市医師会長、保健福祉事務所長(保健所長)、都道府県福祉部、大学医学部地域貢献作業班が一同に会する協議を初めて設けたが、こうした協議

の場ができたことに対して概ね評価できるとの意見が寄せられた。」とある。若い医師を地方に呼び込むには、繰り返しになるが「臨床教育が充実し、先端医療・技術のトレーニングができ、学会活動に参加できる」ことが必要であり、結果的に医師として成長でき国民のニーズに応えられるようになることである。地域の医師供給を安定させることを考えれば地域の中核的病院の設置が望ましいであろう。

今後、京都市内においても少子高齢化が進行することが予想されている。表1, 2, 3でも示したように人口10万人あたりの医師数が日本全国でトップクラスの京都市内でさえ現時点ですでに重症患者搬送の選定困難症例が存在している。今後高齢化に伴い現在より救急搬送が増加することが予想される中、京都市内においても計画的な救急医療体制の整備が求められる。少子高齢化に加えてさらに経済状況が悪化し大幅な医療環境の改善が見込めない中で現在の医療水準を維持するならば、前述した総合内科医などの総合医の計画的な育成の他、急性期病院への人材と医療資源の集約、急性期病院と慢性期病院の機能分担、救急救命士の処置拡大、欧米のナースプラクティショナー (NP) などの医師の診療を肩代わりできるコメディカルの育成の検討などが必要であろう。

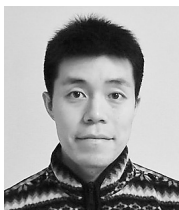
最後に、このたび文献投稿にあたって当院さらには京都府北部の医療史を調べ、医師が2人まで減少しその後医療センター構想ができ現在の当院に至った歴史を知り、京都府北部への諸先輩方の多大な努力と貢献を知ることができた。これに敬意を表し、丹後医療圏の基幹病院として当院の役割を再認識し受け継いだ医療を後世に残すべく診療に従事する所存である。

文 献

- 1) 京都に縁のある医師との絆ネット HP.
<http://www.pref.kyoto.jp/drkyoto/>
- 2) 関本達之. 病院だより「京都府立与謝の海病院」.
京府医大誌 2011; 120: 27-9.
- 3) 京都府 HP <http://www.pref.kyoto.jp/index.html>
- 4) 2次医療圏データベース ウェルネス HP.
<http://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
- 5) 総務省消防庁 HP. <http://www.fdma.go.jp/>

- 6) 国立社会保障・人口問題研究所 HP.
<http://www.ipss.go.jp/>
- 7) 厚生労働省 HP. 都道府県(従業地)別にみた人口
10万対医師数. [http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/
hw/ishi/06/kekka1-2-4.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/06/kekka1-2-4.html)
- 8) 東北大学医学部 HP 地域医療の取り組み. 地域医
療システム学(宮城県)寄附講座. [http://www.immem.
med.tohoku.ac.jp/localmed/kifukoza/](http://www.immem.med.tohoku.ac.jp/localmed/kifukoza/)
- 9) 2007年10月18日河北新報. 「持論時論」.

著者プロフィール



隅田 靖之 Yasuyuki Sumida

所属・職：京都府立与謝の海病院 救急科

略 歴：2002年3月 京都府立医科大学卒業

2002年4月 京都第一赤十字病院研修医

2004年4月 同院救急部専攻医

2006年4月 湘南鎌倉総合病院 救急総合診療科 後期研修医

2009年4月 京都第一赤十字病院 救急部

2011年4月～現職

専門分野：救急外来診療

最近興味のあること：救急と地域医療を key word に地方と都市部の医療の橋渡しができるようになること