

中央総合病院、県立中央病院が地域周産期医療センターとなっている。また新潟大学医歯学総合病院は院協力支援病院と位置づけられている。このように全県的なネットワークで周産期医療に対応しており、新潟市も含めて市町村レベルでは対応が困難となっている。

さらに新しい周産期医療の問題として「未受診妊婦の問題」がある。妊婦は妊娠初期から産婦人科を受診し、かかりつけの施設があるのが一般的である。その施設で対応困難な状況となると、かかりつけ医が高次医療機関に搬送依頼を行っている。このように日本の周産期医療システムはかかりつけ医がいることを前提に構築されてきた。近年未受診妊婦が増えており、陣痛や異常がおこってから初めて医療機関を受診している。未受診妊婦の場合には一般の医療機関ではかかりつけではないために断られたり、また高次医療機関では満床や2次3次救急では無いことを理由に断られることがあり、やはり社会問題化している。未受診

の大きな理由は経済的問題であるが、その背景には未婚などの社会的背景がある場合が多い。大都市周辺で多く、現時点では新潟県内ではあまり多くないようであるが、今後増加して行く可能性がある。

結 論

平成19年12月17日より新潟市に産婦人科2次輪番制度が稼働しており、一般産婦人科救急に関しては各病院で負担を分担できるようになった。ただし産科救急に関してはこれでは対応できずさらなる医療システムの構築が望まれる。

文 献

- 1) 全国周産期医療(MFICU)連絡協議会：平成19年度 周産期救急体制の実態に関する緊急調査 調査結果報告書(全都道府県からの回答の集計)。2007。

6 新潟市救急医療体制の現状と課題 ～救命救急センターの立場から～

田中 敏春

(新潟市民病院救命救急センター)

Current Situation and Challenges in the Niigata City's Emergency Medical System ～ From the Standpoint of Emergency and Critical Care Medical Center ～

Toshiharu TANAKA

*Emergency and Critical Care Medical Center,
Niigata City General Hospital*

要 旨

新潟市民病院救命救急センターが開設されて以来、救急外来受診者数および救急車搬入台数

Reprint requests to: Toshiharu TANAKA
Emergency and Critical Care Medical Center
Niigata City General Hospital
463-7 Shumoku Chuo-ku,
Niigata 950-1197 Japan

別刷請求先：〒950-1197 新潟市中央区鐘木463-7
新潟市民病院救命救急センター 田中敏春

は年々増加し、重症患者が救命救急センターに集中するようになった。しかし重症患者の搬送増加に伴い、救命救急センター病室のベッド稼働率は絶えず90%以上となり、平均在室日数は延長、慢性的なベッド不足に陥っていた。

そのような状況から、平成19年11月に新潟市民病院は救命救急・循環器病・脳卒中センター病床として50床と大幅に増床し、さらなる高度急性期医療を提供する医療施設として新築移転した。新病院になり、救急患者受け入れ数は増加しているものの、以前に比べて後方ベッド確保が困難になっている。患者後方ベッドが不足している原因としては、1)新潟市民病院全病床数が減少、2)自宅退院が困難となる患者背景の変化、3)療養型病床の削減、などがあげられる。中でも、国の医療政策の方針転換により療養型病床は削減され、今まで急性期治療終了後に転院を引き受けてもらっていた病院の中で、療養型ベッド削減のために転院の引き受けが困難となった病院も出てきている。このように厳しい現状であるが、後方ベッド不足への取り組みのため、毎週医療ソーシャルワーカーを交えた症例検討会を開催し患者情報を共有するようにしている。さらに、日本海側初となる「ドクターカーシステム」を積極的に活用し、収容患者を市民病院だけでなく、かかりつけや現場近隣の医療機関に搬送するなど、より適切な収容施設選定を目指している。

今後の課題として、救命救急センタースタッフの充実、ドクターカーシステムの更なる成熟、新潟大学医歯学総合病院との連携など、患者収容のために必要な体制の整備も必要であるが、急性期治療後の患者早期転院のために、病診・病病連携の更なる充実が重要となってくる。しかしこれは、いち病院の努力のみでは達成不可能であり、医療圏における体制の構築・強化が必要であると思われる。

キーワード：救命救急センター、ドクターカー、病病連携

昭和62年に新潟市民病院救命救急センターが開設されて以来、救急外来受診者数および救急車搬入台数は年々増加している。平成19年の集計では、1日平均43人が外来受診しており、救急車搬入台数は1日平均13台、年間4,763台に上った。これは、同じ平成19年新潟市消防局管内での年間救急車出動件数が28,838件であり、およそ新潟市内で出動した救急車の7台に1台が新潟市民病院に搬送された計算となる。近年、救急外来受診者の来院手段にも変化が見て取れる。救急外来総受診者に占める、救急車搬送または他医療機関からの紹介転院の割合が増加しており、救命救急センター開設初期である平成1～9年までの平均が20%程度であったのに対して、平成10～17年の平均では約30%を超えている。また、救急車搬送の約15%は新潟市外から搬送されており、重症患者が救命救急センターに集中していると言える。これらは本来、重症患者を優先的に収容すべき救命救急センターの目的からすれば、至極当然の結果であろう。しかし、重症患者の搬送増加

に伴い、救急外来受診患者が入院する割合は増加し、平成18年は約25%の入院率であった。それにより、救命救急センターへの入室患者数も増加し、ここ数年では年間約2,500～2,700人、1日平均で約7～8人の入室患者数となっていた。

ここまでまとめると、当院救命救急センターの現状として、①総受診者数、救急車の搬送件数は年々増加しており、また対象患者の約15%は新潟市外からの搬送である、②総受診者数に対する、救急車搬送件数の割合が多く、また入院治療を必要とする患者の割合が多い、と言える。いわば、救命救急センターとして「医療圏内の重症治療部門」としての機能を担ってきたのである。しかしその結果、救命救急センター病室のベッド稼働率は高値で推移し、特に重症度の高い患者が入院するICU(集中治療室)およびHCU(重症患者治療室)の稼働率は絶えず90%以上となっていた。以前は、救命救急センター平均在室日数が約4日であったが、慢性的なベッド不足により、平成18年は約5日と延長が認められていた。入院患者数、

病床稼働率、平均在院日数いずれも限界に近づいていたと言える。

そのような状況から、新たに平成19年11月に新潟市民病院は新潟市中央区鐘木に新築移転した。それまでの全病床数736床から660床へと削減した一方で、救命救急・循環器病・脳卒中センター病床として50床と大幅に増床し、さらに周産期母子医療センター、屋上ヘリポートなどを有する、さらなる高度急性期医療を提供する医療施設と位置付けられた。同時に救急重症患者を診療する勤務体制も変更され、主に救急外来での診療に従事するER担当医と、後述するドクターカー専任医の救急医2名が常に待機することで、重症患者の同時収容にも迅速に対応可能となった。平成19年11月開院時から平成20年5月までの調査によれば、当院救命救急センターの救急車搬入台数は1日あたり約15台のペースとなっており、このままのペースが維持されれば、年間約5,500台の救急車搬入が見込まれる。しかし、新・新潟市民病院救命救急センターの問題として、救急患者受け入れ数は増加しているものの、後方ベッドが不足しているために、ベッド回転が困難になっている点があげられる。近年延長しつつあった救命救急センター平均在室日数は、新病院になってから、さらに延長傾向にある。患者後方ベッドが不足している原因としては、1)救命救急センター病床は増加したが、全病床数が減少、2)独居高齢者や住所不定者の増加など、自宅退院が困難となる患者背景の変化、3)療養型病床の削減に伴う転院先の確保が困難、などがあげられる。1)のため、従来は院内一般病棟へ転棟することで救命救急センター内の病床を確保していたが、新病院ではそれが困難となった。だからこそ、いっそうの患者ベッド回転が必要となるわけであるが、現状は2)、3)などの理由により、移転前と比べてかえって患者収容ベッド確保に窮する状況が続いている。中でも3)については、国の医療政策の方針転換により療養型病床は5年前と比べて新潟県内で131床も削減されている。今後いっそう削減される方向であり、今まで急性期治療終了後に

転院を引き受けてもらっていた病院の中でも、療養型ベッド削減のために転院を引き受けてもらえなくなった病院も出てきている。

そのような厳しい現状とは言え、当院救命救急センターは、後方ベッド不足への取り組みを開始している。まず、長期入院が予想されるか、または自宅退院が困難となりうる社会背景を持つ患者では早期転院へ向けて週1回、医療ソーシャルワーカーを交えた症例検討会を開催し患者情報を共有するようにしている。さらに新病院開院とともに運用を開始した、日本海側初となる「ドクターカーシステム」も積極的に活用している。勿論、ドクターカーの本来の目的は、病院到着前からの治療開始による状態改善であるが、同時に救急医による迅速な判断と的確な他院への病状伝達を行うことができる。したがって、収容患者を市民病院だけでなく、かかりつけや現場近隣の医療機関に搬送するなど、より適切な収容施設選定が可能となっている。ちなみに現在まで、ドクターカー出動の約4回に1回は、他病院へ患者を搬送している計算である。新病院開院から約半年間のドクターカーシステム運用であるが、その病院前治療効果のみでなく、収容施設選定の効果も出ていていると言える。

ここまで、現在までの救命救急センターとしての現状と問題点を述べてきた。今後の課題として、救命救急センターでの治療を必要とする患者をできるだけ多く収容していくことと、そのために後方ベッドを確保し、ベッド回転の効率化をいっそう目指していく必要性に迫られている。それには、救命救急センター専属医師に加え看護師などのスタッフの充実、ドクターカーシステムの更なる成熟、新潟大学医歯学総合病院との連携など、患者収容のために必要な体制の整備も必要であるが、急性期治療後の患者早期転院のために、病診・病病連携の更なる充実がいっそう重要となってくる。しかしこれは、いち病院の努力のみでは達成不可能であり、医療圏における体制の構築・強化が必要であると思われる。