

9 小規模病院における救急医療の負担

吉嶺 文俊

新潟県立津川病院

A Burden of the Emergency Medicine in the Small Hospital

Fumitoshi YOSHIMINE

Niigata Prefectural Tsugawa Hospital

キーワード：地域医療，救急医療，勤務医，小規模病院

はじめに

新潟県における小規模病院，とくに“へき地”と呼ばれる山間部や離島では，勤務医離れが著しく地域医療は崩壊寸前である．地域医療病院における医師確保対策および救急医療の負担を検討する．

新潟県立地域医療小病院の医師確保対策¹⁾

新潟県は10万人あたりの医師数が179.4人，郡部ではさらに120人前後(2004年末)と全国平均を大きく下回っている．新潟県立病院のうち中山間部へき地等に位置する55から67床の小規模病院(松代，柿崎，津川，妙高)への支援状況をみると(図1)，4病院総計で1996年には約4名から2006年には11.7名と約3倍に増加している．支援元は新潟大学からの日当直助勤，県立病院間の診療助勤，県立病院以外の診療助勤，研修医などであった．

2006年度ではへき地病院の常勤医だけで賄える業務量は55%であり，残り45%(そのうち臨床研修医13%，後方病院12%，新潟大学20%)

は院外からの支援によるものであった(図2)．へき地医療を担う医療資源として，地域中核病院や大学病院からの当直や一般外来などの支援とともに専門外来の応援診療も行われていた．また医師会会員とくに近隣診療所医師の休日一次救急の支援や，リタイア医師(例えば県病院局におけるエルダー医)，女性医師の活用，そして義務年限内外の自治医大卒業医が考えられる．また2005年より新潟大学では，地域医療教育支援コアステーションを立ち上げ，地域支援テレビシステムなどを用いて地域医療の支援を開始している．

新潟県立病院勤務医へのアンケート調査²⁾

2004年に新潟県立病院勤務に対するアンケートを実施し，小規模地域医療病院への勤務希望を尋ねたところ，若い年代ほど「条件があれば勤務してもよい」と答えていた(図3)．へき地に勤務したくない理由をみると(図4)，専門が不適という理由とともに労働条件の厳しさが挙げられていた．裏返せば適切な勤務条件や勤務期間，研修環境等を整えれば医師確保に結びつく可能性があるかと推察された．

Reprint requests to: Fumitoshi YOSHIMINE
Niigata Prefectural Tsugawa Hospital
200 Tsugawa Agamachi,
Higashikanbara 959 - 4497 Japan

別刷請求先：〒959-4497 東蒲原郡阿賀町津川200
新潟県立津川病院 吉嶺文俊

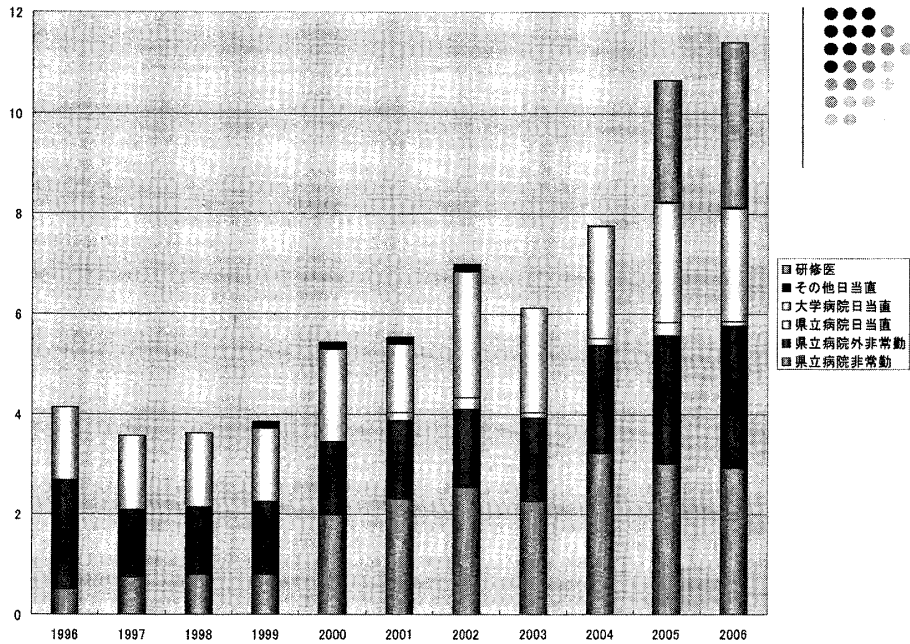


図1 県立へき地病院群への支援・年次推移

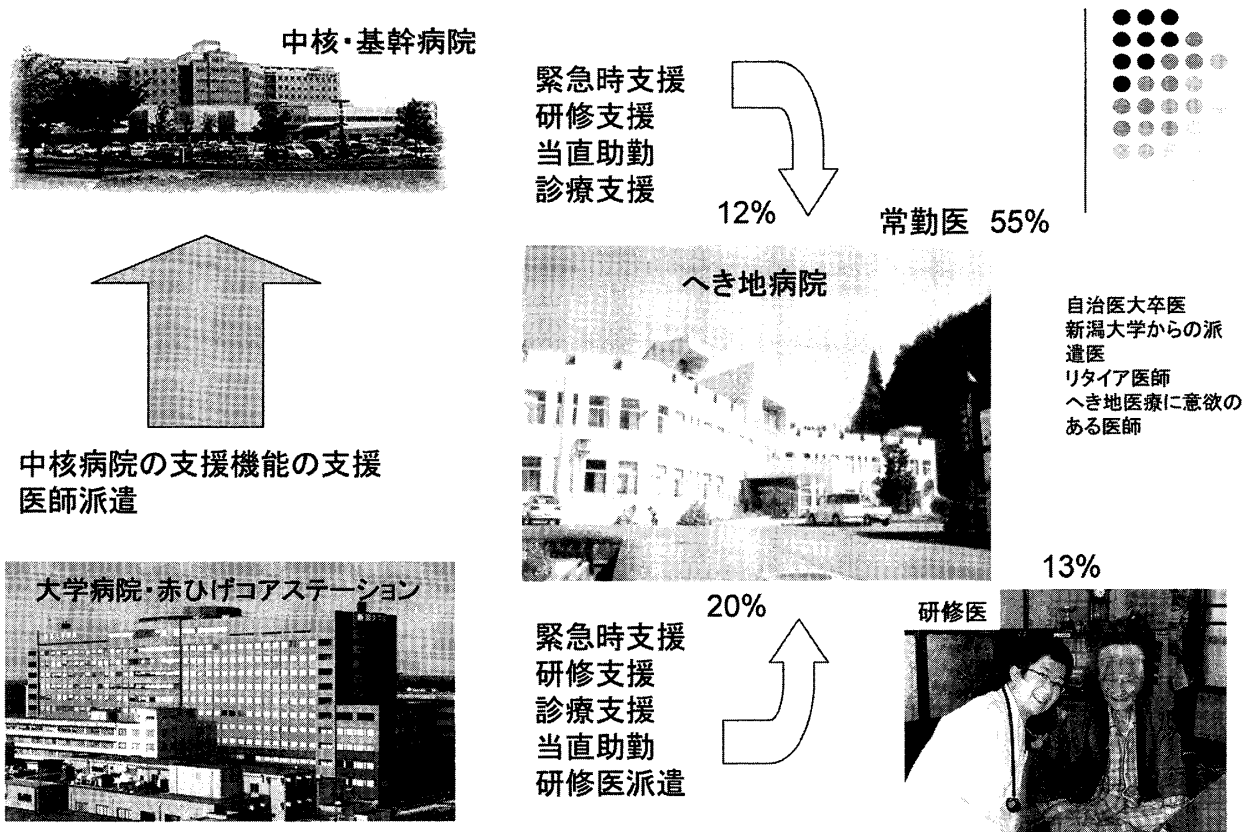


図2 へき地医療を担っているのは誰か (現状)

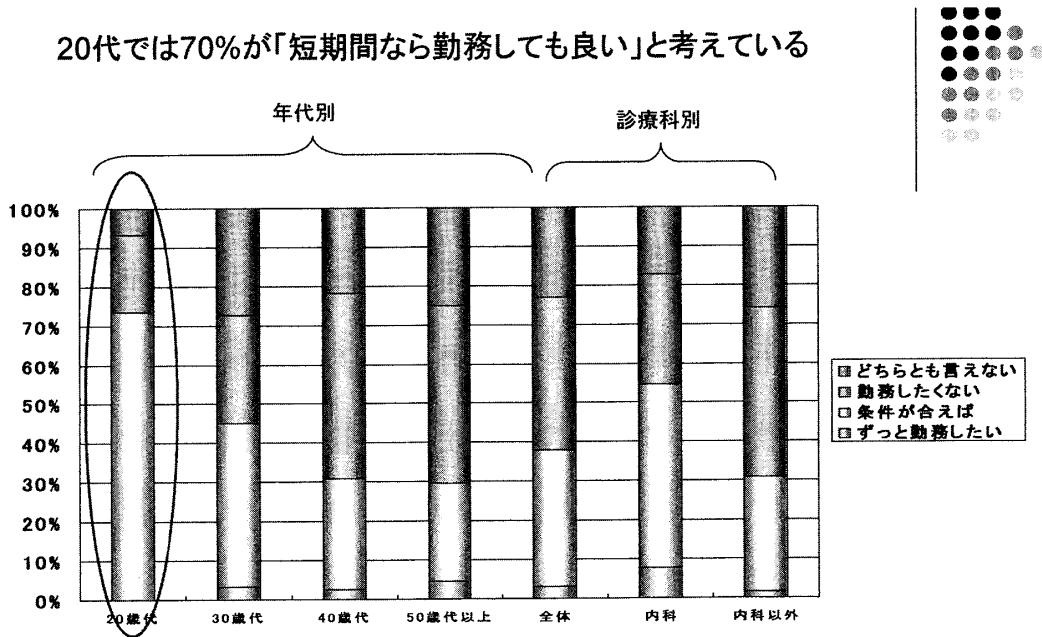


図3 地域医療病院に勤務したいですか
2004年8月新潟県立病院勤務医に対するアンケート調査より

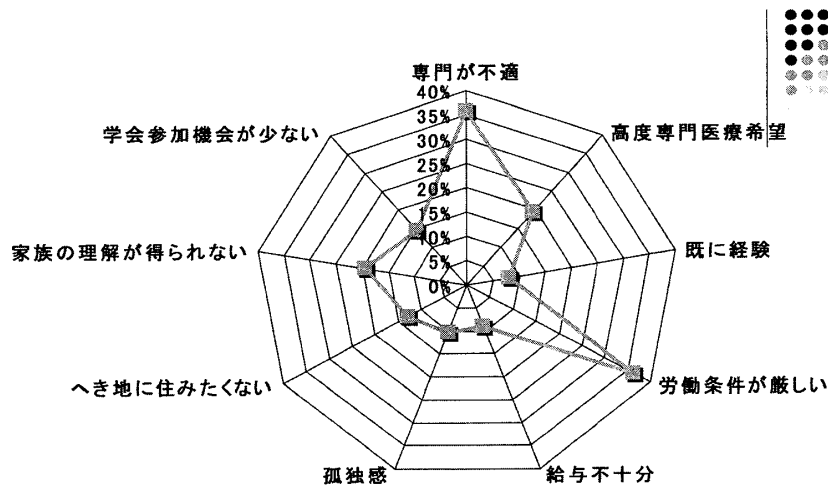


図4 地域医療病院に勤務したくない理由
2004年8月新潟県立病院勤務医に対するアンケート調査より

勤務医に対する救急医療の負担

初期救急医療機関とは、外来診療によって救急患者の医療を担当する医療機関であり、二次救急医療機関とは入院治療を必要とする重症救急患者の医療を担当する医療機関、そして三次救急医療

機関とは二次救急医療機関では対応できない複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し高度な医療を総合的に提供する医療機関とされている。

平成17年度厚生労働科学研究医療技術評価総合研究事業「救急医療評価スタンダードとスコアリングガイドラインを利用したベンチマーキング

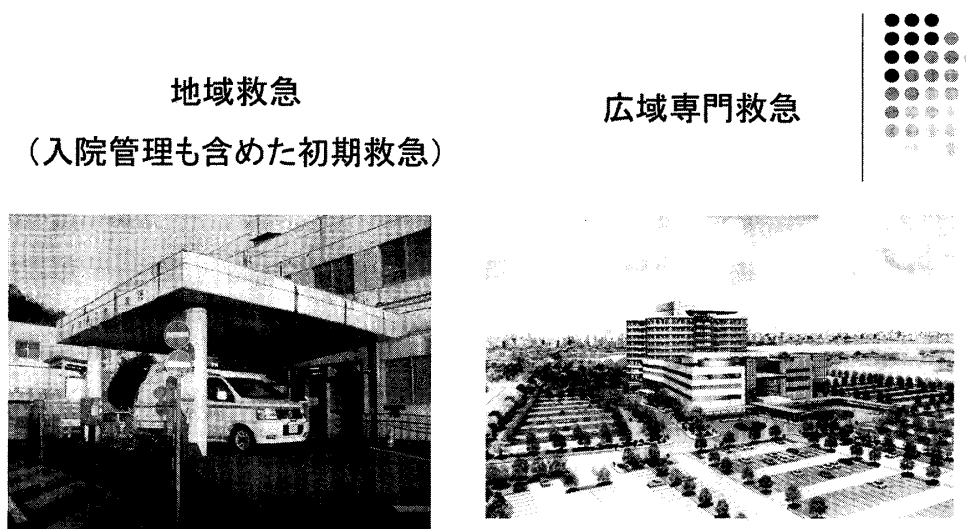


図5 救急医療の三分化→二分化の提案

- **出来高払いの発想から包括払いへ**
 - 重症患者≒手遅れ症例ほど受け入れられやすい
 - ベッドを埋めておくほど儲かる
 - 治療が長引くほど儲かる
 - 合併症が多いほど儲かる
- **救急医療体制についての新しい体制を住民と行政に提案する**
 - まず初期救急と三次救急の充実を(中途半端な二次救急の廃止)
 - 徹底的な情報公開(診療機能、治療成績、診療費用、医療安全対策など)
 - 初期対応の専門医師(総合医または救急専門医)を配置する
 - 病病連携および病診連携の拡充⇒経営母体を超えて
 - コメディカル(看護、検査、放射線、薬剤部、医事など)との救急体制構築
- **当直体制の廃止⇒交代勤務制へ**
 - 平日の日勤業務と夜間休日の勤務を区別する
 - 疲弊による医療事故を避ける
 - 医師充足が必須
- **出向く医療と集める医療のバランス良い発展**
 - かかりつけ医のレベルアップ(急病への早期対応・慢性疾患管理など)
 - 電話やITの活用
 - 訪問診療、巡回診療、訪問看護、訪問介護等によるネットワークづくり

図6 医療者/医療機関が行うべきこと

に関する研究」中間報告書によると、救急医療提供体制の再構築に伴う救急告示制度の見直しが提言され、小児患者を含む救急患者の増加により地域において質の高い効率的な救急医療提供体制の再構築、各医療機関の機能分化を図り地域実情に

応じた医療連携体制の再構築、そして救急医療に従事する医師の労働環境の改善が提言されている。

とくに従来二次救急医療機関といわれているところ、すなわち入院機能を有する医療機関の役割は現在多岐にわたり、地域で発生する救急患者の

- 心配蘇生法など病院前救護についての知識と技術を得る
- 予測可能な急病についての知識を得る
- 慢性疾患の急性増悪等についての知識と情報を習得し、自己管理の習慣をつける
- 信頼できるかかりつけ医を持つ

図7 住民側が行うべきこと

- 前例主義、慣例主義を撤廃する
- 住民の視点から物事を判断しかつ迅速に行動する
- 保身に走らない
- 福祉保健分野職員に限らず全職員が医療制度や介護保険制度の勉強をする
- とくに自治体首長は医療の現状について勉強する

図8 行政が行うべきこと

初期診療、重症患者の入院治療、対応可能な高度医療（緊急手術、処置）の提供、対応困難な高度医療（緊急手術、処置）を要する患者の選別と救命救急センターへの転送、救急救命士等に対する教育研修および災害医療など多くの役割が掲げられている³⁾。しかし救急業務は医師個人の意のままにコントロールできず時間に追われる業務であり、小・中規模医療機関における勤務医の救急医療業務による負担は増大し、医師は疲弊し医師不足をますます助長し大きな問題となっている。

したがってこの「二次救急」という概念からの脱却という発想が今後必要と思われる。よく考えてみると二次救急医療とは中途半端な救急医療である。例えば三次救急と比較してみると、スタッフや施設の整備はもちろん劣っている。プライマリ・ケア（一次救急）の方がきめ細かな関わりが可能であり、医療者側も患者側も満足感を得られやすい。二次救急の輪番制においては一つ一つの医療機関での24時間365日の体制は想定していないが、「いつでも何でも診てもらえる」という住民側の期待と「自分の専門分野以外はあまり診たくない」という医療者側の本音との溝は深く、必然的に医療事故や医療訴訟のリスクが高まっている。

以上の解決のために、救急体制区分を現在の3

体制から2体制への変更することを提案したい（図5）。地域の望ましい救急医療体制が確立し三次救急が順調に稼働し、なおかつそれが継続維持できるためには、まず初期対応救急（一次および二次救急の一部）の充実が重要である。その実現のためには医療者が行うべきこと（図6）、住民側（図7）そして行政（図8）が行うべきことを明確にしていく必要がある。

最後に

地域社会と密接に関わることを勤務医のモチベーション向上に関連付けられれば、小規模病院における勤務医の環境改善と、望ましい地域医療体制の構築へ一歩近づくのではないかと思われた。

引用文献

- 1) 布施克也：新潟県立地域医療小病院の医師確保対策. 全自病協雑誌 46: 66-72, 2007.
- 2) 布施克也：新潟県立病院勤務医へのアンケート調査. 新潟県医師会報 667: 9-15, 2004.
- 3) 厚生労働省：第14回医療計画の見直し等に関する検討会議事録（平成17年12月9日）