綜　　説

魚沼基幹病院における循環器診療の実態と虚血性心疾患の診療

笠 井 督 雄
新潟大学魚沼地域医療教育センター
魚沼基幹病院循環器内科

Current Status of Cardiology Practice at Uonuma Kikan Hospital

Tokuo KASAI

Department of Cardiology, Uonuma Institute of Community Mediccine,
Niigata University Medical and Dental Hospital,
Uonuma Kikan Hospital

Abstract

Permanent cardiology staffs decreased from 3 to 1 in April, 2018 at Uonuma Kikan Hospital. Therefore, cardiology practice has been forced to minimized. Emergent cardiac patients cannot be accepted, such as acute coronary syndromes and heart failures. Cardiac catheterization and pacemaker implantation had been stopped. Although human resources are limited, cardiac catheterization and pacemaker implantation were restarted from November in 2018 in light of social needs. Catheter ablation for arrhythmias was also restarted with inviting an expert cardiologist, majoring in arrhythmias. The current status and perspective of cardiology services at Uonuma Kikan Hospital are introduced in this lecture.

Key words：循環器診療，地域医療，研修医教育

はじめに

魚沼基幹病院は上越新幹線で東京から1時間半，新潟から35分の浦佐にあります．二次医療圏としては魚沼圏域に属し，魚沼市，南魚沼市，湯沢町，十日町市，津南町を含む人口17万人弱の地域です．長期にわたり救命救急や高度医療を提供できる医療施設がなく，中越圏域に頼る状態でした．また平成26年の時点で，人口10万人当たりの医師数も新潟県内7圏域中最下位の119人であり，医療資源が乏しいことも大きな問題でした．

Reprint requests to: Tokuo KASAI
Department of Cardiology,
Uonuma Institute of Community Medicine,
Niigata University Medical and Dental Hospital,
Uonuma Kikan Hospital,
4132 Urasa, Minami-Uonuma,
Niigata 949-7302, Japan.

別刷請求先：〒949-7302　新潟県南魚沼市浦佐4132番地
新潟大学魚沼地域医療教育センター
魚沼基幹病院循環器内科
笠 井 督 雄

平成27年にやっと救命救急や高度医療を担える地域の中核病院を新設することになり魚沼基幹病院が誕生しました．医師は主に新潟大学の各医局から派遣され，主な診療科は医療圏域内の患者を域外に出さずに受け入れられるようになってきましたが，循環器内科では十分な受け入れができていない状況でした．

開院4年目の平成30年4月には循環器内科の常勤医師が3名揃って退職され，私が一人で新たに赴任いたしました．それにより循環器の急患受け入れができなくなり，心臓カテーテル検査やペースメーカー植込み手術なども一旦中止せざるを得ませんでした．

一人でもできることはやろう，一人でできないことはできる医師を招聘してでもやっていこうと考え，平成31年8月よりカテーテルアブレーションを，11月からは心臓カテーテル検査および治療を再開させました．しかし常勤は一人のため，救急患者の受け入れはできない状況が続いています．

本稿では，魚沼基幹病院の開院まで，開院後，循環器内科の開院後の経緯をお示しし，現状と問題点および将来展望を述べさせていただきます．

魚沼基幹病院開院の経緯

以前よりこの地域に救急医療と高度医療を担える中核病院の整備が必要であると県議会や地元医師会等では議論されていましたが，医師，看護師，コメディカルの確保や既存の医療施設との調整も必要なためなかなか具体化されないでいました．そんななか，茨城県水戸市に筑波大学と地元自治体の協力により水戸協同病院が地域医療を担う施設として開設されていることがわかりました．この事例を参考に，新潟県と新潟大学で話し合い，魚沼医療圏でも救命救急から高度医療まで含めた地域医療を担う中核病院としての魚沼基幹病院の新設が企画されました．地域全体を一つの病院としてとらえ，既存医療施設の統廃合と再編も合わせて行うこととなりました．病院は財団が運営し，医師の確保については新潟大学との間で覚書を取り交わし，新潟大学の各医局から派遣してもらうこととなりました．地元住民の意見も取り入れながら病院の構想が固まり，平成27年6月魚沼基幹病院は開院しました．届け出病床数は454床ですが，看護師等の医療スタッフの不足により3病棟は閉鎖した状態で，308床での開院となりました．病院の基本方針として，1. 地域医療を担う病院．2. 地域医療を担う医師等を育成する病院．3. 研究機能を有する病院．4. 働くものにやさしい病院．5. 経営環境の変化に柔軟に対応できる病院．の5つを掲げております．2. に関しましては，プライマリケアから救命救急，高度医療までの一貫した教育を主に新潟大学から派遣される優秀な指導医の元実践することを目標に，新潟大学地域医療教育センターが設置されています．さらに内科専修医の教育も充実させるべく，聖路加国際病院の内科専修医のローテンション病院にも加わりました．3. に関しましては日々の診療から得られる情報等を用いた臨床研究に加え，基礎データの収集が済み，継続してデータ収集を行なっている魚沼コホート研究のデータを生かした研究などが想定されています．4. に関しては働き方改革に先行して，多様な働き方を容認できる体制づくりを目指しています．

開院後の変遷

開院時，医師は75名，循環器内科は3名の常勤で診療を開始しました．これにより魚沼圏域の医師数は人口10万人あたり138.4人となり，県内7医療圏中の最下位を脱しましたがそれでも6番目に留まり，佐渡の163.2名より少ない状況です．それでも消防署のデータでは開院2年目の平成28年には圏域外搬送割合は開院前の14%から4.1～4.2%まで改善しました．しかし疾病種別では，生産年齢が多く加盟する協会けんぽにおける虚血性心疾患の地域完結率は42.6%に留まり，半数以上は中越圏域に流出していました．毎年看護師採用を増やし，病棟を開いていく予定でしたが十分な増員とはならず，昨年度末まで308床のままでの運営を余儀なくされました．地域としてみた場合，基幹病院の開院前より43床減少してお

り，地域完結率を押し下げる一因となっています．

この4月から閉鎖していた西6階病棟を部分的にオープンし，328床となっています．8月には西6階病棟を地域包括ケア病棟として48床とし，356床になる予定です．

循環器内科の変遷

循環器内科はスタッフの入れ替えは何回かありましたが平成30年度までは3名体制の診療を続けてきました．入院患者数，各種検査，治療件数も少しずつ増加しておりました．ところが昨年度末に部長の退職が決まり，後任として外部から公募した私が赴任することとなりました．私の赴任が決まった直後にさらに2名も退職することとなり，私1名体制となりました．しかも公募が年末であったため，私の前の職場での調整が難しかったため初めの2か月間は週3日勤務の非常勤扱いで，常勤医ゼロでした．そんな状況のため，循環器救急の受け入れはストップすることとなり，循環器内科は入院ベッドを持たない診療科となってしまいました．安全性の観点から心臓カテーテルやペースメーカー植込み術，カテーテルアブレーション等の侵襲的な検査及び治療も中止となりました．

しかし，外来診療は新潟大学からの非常勤の応援もあり3人体制の頃と遜色なく維持いたしております．循環器の診療をしていれば当然心臓カテーテル検査・治療やペースメーカーの必要な症例が出てきますが，その度に長岡や新潟の病院に紹介せざるを得ませんでした．そこで1名ではありますが，予定の心臓カテーテル検査・治療とペースメーカー交換術を平成30年11月から再開しました．

平成31年4月からは，非常勤で月に2～3回心血管インターベンション治療学会の専門医・指導医の先生を，月1回は不整脈専門医を招聘し，難易度の高いPCIや不整脈のカテーテルアブレーションもできる体制といたしました．

患者数，検査数の推移

循環器内科の入院患者は年間3,500～3,700人程度でしたが，平成30年度より緊急入院がなくなり，カテーテル検査等が中断されたため著明に減少しました．一方，外来患者に関しましては平成29年度までは水曜日の外来がなかったのですが，入院での診療がなくなった分外来だけでも毎日患者さんを受入れたいと考え，毎日外来診療を行うこととしました．外来では安定している患者，専門的管理が必要なくなった患者は地域の先生にお願いすることも多く，一方で緊急入院を受けていない分，そこから退院後に外来に通っていただく患者もいないため，平成30年度はやや減少いたしました．

心電図や心エコー，Holter心電図等の非侵襲的な検査は横ばいですが，心肺運動負荷試験（CPX）は大幅に減少いたしました．これは急性冠症候群で入院後，心臓リハビリの導入および経過観察で行われていた件数がなくなったことが響いています．現在は外来通院中の慢性心不全患者を中心に心臓リハビリを行っています．冠動脈CTAは心臓カテーテル検査を行わなかった時期があったためCTAでの代用需要があり，平成30年度は増加傾向にありました．緊急のPCIは年間50件程度あり，週に1件程度は行われていましたが，平成30年度は0件でした．

現在の循環器内科の現状と問題点

現在循環器内科は常勤1名，外来非常勤4名，隔週心カテ非常勤1名，月1回アブレーション非常勤1名の体制となっています．予定検査，手術ができるようになってきた一方で，相変わらず急患の受け入れができない状態が続いており，地域のニーズに応えられていないことが非常に悔しく残念です．基幹病院が受け入れていない循環器救急の患者は長岡まで搬送されることが多く，病院到着が40分～1時間遅れます．循環器疾患は病院到着までの時間が予後に直結することが少なくないため，これは迅速な改善が望まれるところです．

この状況を打破するには常勤の循環器内科医を増やすほかに手立てがありません．しかし新潟大学からの常勤医派遣は難しいようなので，現在医師サイド，事務サイド，あるいは病院としてリクルート活動を積極的に行っています．

循環器救急患者が入院してこない状況では，研修医にとっても体験すべき循環器疾患の急性期管理を勉強する機会を提供できない環境になってしまいます．研修医もその辺は敏感に感じ取っているようで，平成31年度の基幹病院での研修応募はありませんでした．教育も基幹病院設立理念の大きな一角を占めていたはずが，循環器診療機能の欠落により，病院全体での教育機能も低下させてしまっている状態です．

将来展望

上記の問題点を踏まえ，常勤医の確保が喫緊の課題です．一人でも増えれば，24時間体制は無理でも曜日や時間を指定して循環器救急患者の受入れができる体制を構築したい．3名の常勤医が確保できた際には，受け入れ不可能な曜日時間を固定し，それ以外の時間は24時間受入れ可能な体制を構築したい．4名以上常勤医が確保できれば，24時間365日急患を受け入れできる体制とし，地域住民に安心していただけるようにしていきたいと考えています．

救急患者受け入れが可能になれば研修医の教育も充実し，研修希望者が出てくることが期待できます．設立の趣旨の柱の一つ，教育の充実，地域医療教育センターとしての役割も担っていけるようになると考えています．関係各位の皆様には今しばらくご心配ご不便をお掛けいたしますが，温かい目でご理解いただけますようよろしくお願いいたします．