

1 はじめに

公立病院は、地域における基幹的な医療機関として、地域医療の確保のために重要な役割を担っているが、近年、多くの公立病院において、経営状況が悪化するとともに、医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされる事態が生じており、それが地域医療に深刻な影響を与えている。

また、「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」の施行に伴い、地方公共団体が経営する病院事業は、地方公共団体の財政運営全体の観点から、一層の健全経営が求められており、これを受けて平成19年12月24日に策定された「公立病院改革ガイドライン」において、病院事業を設置している地方公共団体は平成20年度内に「公立病院改革プラン」を策定し、経営改革に総合的に取り組むこととされている。

しかし、公立病院の経営改革は、「地域医療の確保」と切り離しては考えられないものであり、その視点を抜きにしては、公立病院の存在意義自体が厳しく問われることとなる。

公立病院改革プランは、「経営の効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態見直し」の3つの視点で策定することとされているが、「地域医療の確保」の観点からは特に「再編・ネットワーク化」が重要な視点であり、公立病院が経営改革を図りつつ、地域医療の確保のための役割を担うためには、地域における公立病院を含めた医療機関相互の医療連携体制を構築していくことが、何より重要であると考えられる。

そこで、地域医療において確保すべき医療連携は何であるか、その中で公

立病院の果たすべき役割はどうあるべきかを、医療提供側の立場から、また医師派遣側の立場から、このたび「公立病院等地域医療連携のための取り組み方針」として提示することとした。

また、近年の医師不足の一因ともなっている、病院勤務医の病院離れを防ぐため、医師が働きやすい、意欲を持って勤務できる病院の環境・条件についても、基本的な考え方を示すこととした。

各地方公共団体における公立病院改革プランの策定及び、地域における医療連携のあり方について議論する際の参考としていただきたい。

2 地域医療を守る観点から注目すべき政策医療

地域医療を守る観点からは、県民の安心・安全に直結する救急医療体制の確保が最大の課題となっており、再編・ネットワーク化を検討するにあたっては、中・長期的視点に立ちつつ、まずは当面の救急医療体制の確保を図る観点から行うべきであると考えます。

3 救急医療の現状認識

現在、医療機関においては医師不足が重要な問題となっているが、医師不足等を原因とした一部の医療機関での救急医療の休止が近隣の医療機関の負担増につながっており、このような状況が継続すればさらなる救急医療体制の崩壊が危惧される。

医師不足のため診療制限している公立病院（平成20年4月1日時点における見込み）

【単位：病院】

2次医療圏	公立病院数 (1)	医師不足のため 診療制限 している 公立病院	主な診療制限(2)の内訳			
			時間外救急 受入制限	分娩対応 休止	診療科 休止	入院診療 休止
名古屋	7	3	0	1	0	1
海部	2	2	2	1	1	2
尾張中部	0	0	0	0	0	0
尾張東部	1	0	0	0	0	0
尾張西部	6	4	0	1	2	1
尾張北部	2	1	0	0	0	0
知多半島	5	2	0	1	0	1
西三河北部	1	1	0	0	0	0
西三河南部	5	4	3	0	1	2
東三河北部	2	1	1	1	1	0
東三河南部	3	2	0	0	1	2
計	34	20	6	5	6	9

1 「公立病院」は自治体が設置する病院である。（市町立病院等29施設及び県立病院5施設）

2 「主な診療制限」以外の診療制限の内容
入院診療制限、分娩数制限、診療日数縮小、診療時間縮小、初診患者受入制限、
検査制限（内視鏡等）

1次、2次、3次医療といった医療提供側からみた救急医療体制と、
 県民・患者の意識・行動には乖離がみられる。

具体的には、県民・患者は時間外においても専門医を求め、3次医療
 機関に集中する傾向が認められ、軽症患者の時間外受診が増加している。

〔平成19年度愛知県医療実態調査によれば、時間外受診患者のうち入院が必要な
 者は全体の11.0%となっている。〕

その結果、救急医療に携わる医師の負担が増加し、本来の2次、3次
 の救急医療機関としての機能が阻害されるとともに、医師が救急医療の
 現場を去ることが懸念される。

時間外診療に関する調査(H19.3.1～31の1ヶ月間の実績)

(平成19年度愛知県医療実態調査)

	時間外受診患者のあった医療機関数及び患者数								左記のうち時間外入院患者のあった医療機関数及び患者数										
	医療 機関 数	受 診 患 者 数	診療科内訳						医療 機関 数	入 院 患 者 数	診療科内訳								
			内 科	外 科	小 児 科	整 形 外 科	脳 神 経 外 科	そ の 他			内 科	外 科	小 児 科	整 形 外 科	脳 神 経 外 科	そ の 他			
名古屋	111	33,709	13,189	2,654	6,337	3,644	931	6,972	84	4,357	1,800	386	505	341	232	1,192			
海部	8	3,520	1,516	112	697	391	254	550	5	385	226	31	46	24	30	28			
尾張中部	2	787	414	312	61	0	0	0	1	69	31	38	0	0	0	0			
尾張東部	15	8,442	2,693	286	2,012	682	295	1,680	10	1,070	414	79	166	56	67	268			
尾張西部	16	8,971	3,447	762	3,086	611	321	744	15	717	353	52	118	58	61	91			
尾張北部	21	10,778	3,926	557	2,632	1,062	435	2,166	16	1,098	436	144	172	59	56	231			
知多半島	20	7,081	2,446	515	1,756	713	377	1,266	16	865	296	45	162	69	73	228			
西三河北部	14	9,066	4,166	549	2,449	595	278	1,029	9	702	312	46	138	54	41	121			
西三河南部	33	16,417	5,240	742	3,784	1,830	704	4,120	25	1,655	513	116	234	134	104	554			
東三河北部	6	340	167	80	22	43	5	23	3	28	13	9	1	3	0	2			
東三河南部	34	9,957	3,483	398	2,385	1,234	600	1,857	21	1,033	409	91	107	95	108	223			
計	280	109,068	40,687	6,967	25,221	10,805	4,200	20,407	205	11,979	4,803	1,037	1,649	893	772	2,938			
											入院 / 受診の割合 (%)	73.2	11.0	11.8	14.9	6.5	8.3	18.4	14.4

4 救急医療体制確保に向けての検討の進め方

救急医療の検討にあたっては、医療機関数、医師数等の医療資源の状況が地域によって異なることから、地域の実情に応じて行うことが必要であり、2次医療圏ごとに設置する地域医療連携検討ワーキンググループ（以下「圏域WG」という。）において検討する。

その上で、圏域を越えた検討が必要となる場合には、複数の圏域WGを合同で開催することが適当である。

今後、各地域における圏域WGでの検討を踏まえ、各公立病院において再編・ネットワーク化に係るプランが策定されることとなるが、策定・提出されたプランについては、当会議においても検討を行い、そのプランが地域医療連携を進めるうえでより有効なものとなるよう、適宜必要な助言を行うこととする。

検討にあたっては、現在問題が顕在化している地域から行っていく必要があり、具体的には、海部地域、東三河地域などから重点的に進めていくこととする。

5 救急医療体制の確保のための基本的な考え方

救急医療体制において最も重要なことは、365日24時間、救急患者が受診できる体制の確保を図ることであり、地域における検討にあたっては、こうした視点に立って、公的・民間病院を含めた地域の医療機

関の役割を明確にしていくべきである。

医師・看護師等の医療資源が限られている現状において、365日24時間の救急医療体制を確保するためには、1次、2次、3次と区分された従来の救急医療体制にとらわれることなく、実態に則した検討をすることが必要である。

具体的には、外来救急医療（患者が自ら医療機関に赴き通常の診療時間外に受診するものをいう。従来の1次救急医療に相当。）と入院救急医療（入院治療を必要とする救急医療をいう。従来の2次3次救急医療に相当。）を区分し、それぞれの医療提供体制を構築していくことが適当と考える。

また、救急を専門とする医師は、実際、どこの病院でも充足されているとは言えず、救急を専門とする医師のみで救急対応を行うことは不可能というのが現状である。

そのため、救急は病院の医師全員で対応するという考え方を院内で徹底することや、県民・患者にそうした現状を理解してもらうことが必要である。

6 外来救急医療体制の確立

外来救急医療については、その多くが入院を要しない比較的軽症の患者で占められている現状にあることから、まずは、日ごろから患者に最

も近くで接している診療所等で対応し、必要に応じて入院救急医療を行う医療機関を紹介する体制を構築することが必要である。

全ての診療所において常に時間外対応を行うことは困難であるが、救急医療は地域全体で支えるものとの認識を共有し、それぞれの実情に応じて地域の医師会等が中心となって対応することが求められる。

例えば、診療所における時間外診療の拡大を図ることや、患者の分かり易さと利便性を考慮し、病院内に診療所を設けるなど、外来救急医療を定点（決まった場所）で行うことを検討すべきである。

また、患者が安心して受診するためには、必要と判断された時にすぐ入院ができることが必要であり、外来と入院の救急医療機関相互の距離を考慮しつつ、有機的なネットワーク体制を構築することが必要である。

このような救急体制を整備し、実際に機能させるためには、比較的軽症の患者がまず最寄りの外来救急医療を担う医療機関に受診することが重要であり、行政関係者が認識を共有したうえで、県民・患者への啓発、周知を図っていくことが何より必要である。

さらに、緊急性のない時間外受診を抑制する方策についても、具体的に検討する必要がある。

7 入院救急医療体制の確立

現在の2次救急医療体制にとらわれず、それぞれの医療機関の機能に

即した検討を行うべきである。

入院救急の医療提供体制は、高度救命救急医療機関（3次救急医療機関＝救命救急センター）及びそれに相当する機能を有する医療機関（「高度救命救急医療機関等」という。）を中心に、地域において365日24時間、複数の医療機関が対応できる体制を確保することが必要である。

この場合、緊急性の高い疾患（心筋梗塞、脳卒中、意識障害を伴う多発性傷害、急性消化管出血など）に対しては、高度救命救急医療機関等が複数で対応し、緊急性の高くない疾患については、それ以外の医療機関で対応する。

こうした機能分化を推進し、地域の実情に応じて、現在ある医療資源を最大限に生かすことが必要である。

また、病床稼働率が高い高度救命救急医療機関においては、常に重症患者を主とした救急患者の受け入れができるよう、一定数の病床を確保する必要があり、急性期を過ぎた（亜急性期等）患者及び、高度救命救急の必要のない患者を受け入れる病院との機能分担を図ることが必要と考えられる。

上記の入院救急体制を確立したうえで、緊急性のない疾患については、救急車による搬送を求めないよう、行政機関が共通認識を持って、県民・患者への啓発、周知を図っていくことが、外来救急医療体制の場合と同様に重要である。

8 各公立病院における取り組み

公立病院においては、上記に示した考え方を参考として、圏域WGにおける検討を踏まえ、地域医療における当該公立病院の役割を明らかにすることが求められる。

従来、救急医療を担ってきた公立病院にあっても、地域医療連携の中で亜急性期の医療を担うことを求められた場合などには、そうした機能を担うことを公立病院の新たな役割とすることも考えられる。

9 県の果たすべき役割

救急医療体制の維持が危機的な状況と判断される場合、県は、地域における具体的な検討において、個々の医療機関の利害にとらわれることなく、地域医療を守る観点から、積極的に提言し、調整を行わなければならない。

救急医療の体制を確保した後においては、関係者の意見を踏まえ、医療機関相互のネットワークが効率的に機能しているか、県民・患者の安心・安全にどのように貢献しているかについて、検証を行うことが必要と考える。

10 医師確保に関する事項

勤務医師のこれ以上の減少を食い止めるためには、病院が医師にとって魅力的な病院であることが求められる。

医師の勤務条件についても、給料等の処遇面はもちろんのこと、医師にとって働きやすく、診療に専念できる環境を整える必要がある。

具体的な環境整備の例示としては、次のことが考えられる。

当直業務の縮小

研修体制の整備 - 院内勉強会、学会への参加

医療行為以外の事務の削減

- ・請求事務の負担軽減（医療秘書（診療補助）の配置など）
- ・苦情対応の負担軽減（苦情対応専門職員の配置など）

医師が働きがいのある病院であるためには、各病院が有する医療機能を最大限発揮するための環境を整えることが必要であり、そのためには院長に人事や経営に関する権限が十分に付与され、長期的視野に立った医療施策の実施や、医療制度改正などへの機敏な対応がなされることが求められる。

医師不足の原因の一つとして、女性医師が増加し、結婚・出産後の職場復帰が進まないことも挙げられており、女性医師の働きやすい環境を整えることも、重要な対策の一つである。

さらに、医師派遣を行う大学は、救急医療体制の中で位置づけられた病院に対し、優先的に勤務医の配置を行うことを可能とするシステムの確立が必要である。

こうしたシステムを実効性のあるものとするためには、医師派遣の中心となっている大学内において、ここに述べられた考え方が共通認識となるよう、理解を求めていくとともに、大学間の連携を図るシステムの確立が必要である。

地域における中核的な病院においても、地域医療を守る観点から、他の病院への臨時的な医師派遣が必要となる場合もある。こうした対応について、中核病院と大学が充分協議し、連携を図ることが必要である。

公立病院等地域医療連携のための有識者会議構成員名簿

(敬称略)

座長 松尾 清一 名古屋大学医学部附属病院 病院長

石川 清 名古屋第二赤十字病院 院長

伊藤 隆之 愛知医科大学病院 病院長

稲垣 春夫 社団法人愛知県病院協会 会長
(トヨタ記念病院長)

小林陽一郎 名古屋第一赤十字病院 院長

末永 裕之 愛知県公立病院会 会長
(小牧市民病院長)

妹尾 淑郎 社団法人愛知県医師会 会長

戸苅 創 名古屋市立大学病院 病院長

菱田 仁士 藤田保健衛生大学病院 病院長

山本 昌弘 愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院 顧問