

## シンポジウム

## 動きだした小児救急

地域拠点病院における開業小児科医による  
一次救急参加の報告

藤岡 雅 司 (ふじおか小児科)

## 要 旨

大阪府南河内二次医療圏の南半分を占める河内長野市、富田林市、河南町、太子町、千早赤阪村の5市町村では、平成14年4月から新しく広域夜間小児救急体制を開始させた。この体制の特徴は、時間外受診の最も多い土曜日に、開業小児科医が地域の民間病院（常勤小児科医8名、うち1名が連日当直）に出務し、勤務医と共に2名の複数当直体制としていることである。2名当直時には、開業医は主に初期診療を、勤務医は主に二次診療を担当する。複数の当直医が初期診療と二次診療を同一施設内で分担することにより、効率的な協力が可能になるだけでなく、当直業務における精神的および肉体的負担が軽減した。開業小児科医が地域拠点病院に出務することは、勤務医・開業医の両者にとって望ましい方法であり、全国で急務とされている小児救急体制の整備のための現実的かつ有効な方策であると考えられた。

## 1. はじめに

大阪府の南東部に位置する河内長野市、富田林市、河南町、太子町、千早赤阪村の5市町村では、平成14年4月から新しく広域夜間小児救急体制を開始させた。本稿では、新しい救急体制を始めるまでの経緯、開始後の救急受診状況、および本事業に協力している開業医と勤務医のアンケート結果を報告する。

## 2. 地域の概要と従来の小児救急体制

大阪府は8つの二次医療圏に分かれているが、図1に示すように南河内二次医療圏は奈良県、和歌山県との県境に位置する。この5市町村はその南部を占め、総人口は28.3万人（大阪府の3.2%）、総面積は220km<sup>2</sup>（同11.6%）である。

この地域では、24時間365日小児科医が常駐する唯一の医療機関として、民間のPL病院小

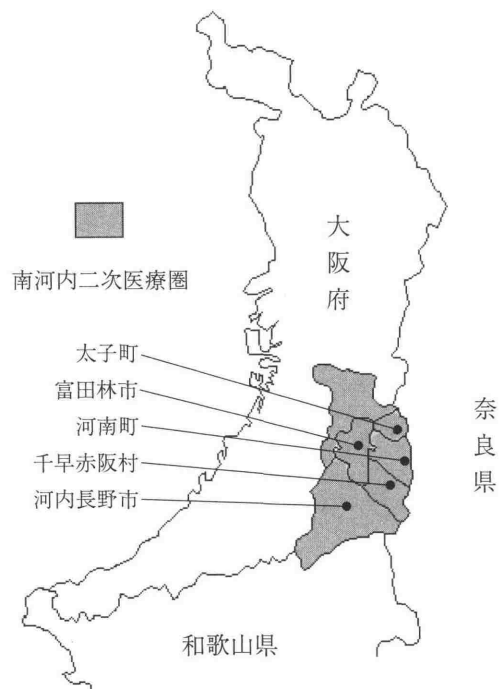


図1 5市町村の地理

児科（常勤医8名）が地域の小児時間外医療を実質的に担っていた。同病院では毎日1名の小児科常勤医が当直し、入院患者の診療だけでなく、同病院に通院歴のある小児の時間外診療、近隣医療機関からの紹介患者の二次診療、院内出生児の診療、大阪の新生児診療相互援助システムから紹介される新生児の入院受け入れなど、極めて多忙な業務をこなしていた。なお、これ以上の患者受け入れは不可能なため、救急告示病院の指定は受けていない。

これとは別に、5市町村は独自の小児夜間救急体制を組んでいた。河内長野市では月曜から金曜の週5日、午後8時から翌朝8時まで市内外の5病院による輪番体制であった。富田林市、河南町、太子町、千早赤阪村では、小児科標榜開業医と富田林市内2病院の輪番体制であった。河内長野市と同様、月曜から金曜の週5日であったが、開業医も協力する必要があったため、診療時間は午後8時から午後10時までの2時間だけであった。また、5市町村とも土、日曜は小児科医が確保できず、体制を組めなかった。このように、市町村単位の小児夜間救急体制は一部をPL病院小児科に委託していたものの、行政側には初期診療は市内で行うという意識が強かったため、隣接する市町村で不十分な体制のまま重複していた。

このような状況の中、地域の小児夜間救急体制を一層拡充するために、地区医師会は行政側に対し以下の方針を提案した。第一に、救急担当の小児科医数の絶対的不足を補うため、近隣自治体で広域体制を構築し、小児科医を効率的に配置して、制度の過不足をなくすこと。第二に、経費を節減するため、新たな施設建設を行わず、既存の医療機関を利用すること。第三に、病院当直医の負担を軽減するため、開業医も含めた他の医療機関の小児科医が病院に出務して複数当直体制で業務を分担すること。第四に、病状に応じ適切な医療機関を紹介するなど運用を円滑にするため、受診希望者は消防署に連絡してから受診することである。

新しい広域夜間小児救急体制は平成14年4月から実施された。初期診療は5病院の輪番制で土、日曜をPL病院が担当した。二次診療は通年でPL病院と近畿大学医学部付属病院が担当

した。結果的に土、日曜だけであったが、開業小児科医や大学の研究医など外部の小児科医がPL病院に出務する複数当直体制とした。患者紹介等で普段からPL病院小児科と関係の強い地域の開業小児科医が土曜に出務し、午後8時から翌朝8時までの初期診療を受け持つことになった。開業医は5名が協力し、1～2か月に1回程度出務している。

### 3. 広域夜間小児救急受診状況

#### (1) 月別初期診療受診者総数

図2は平成14年4月から16年6月までの月別の初期診療受診者総数を示す。この広域夜間小児救急体制において、PL病院が初期診療を担当するのは土、日曜だけであるが、月ごとに集計すると、消防署を経由する初期診療当番病院と同程度の初期患者を診療している。民間病院では、公的には二次担当でも初期診療を断ることができない現実がある。

#### (2) 曜日別初期診療受診者総数

図3は平成14年4月から16年6月までの曜日別の初期診療受診者総数を示す。曜日別に見ても、PL病院では、消防署を経由する初期診療当番病院と同程度の初期患者を診療している。もし土、日曜も初期・二次の施設を分離した体制を作っていたら、PL病院当直医の負担は軽減されないことになる。

#### (3) 曜日別二次診療受診者総数

図4は平成14年4月から16年6月までの主に入院となった曜日別の二次診療受診者総数を示す。消防署を経由して初期診療担当医療機関から紹介される二次患者は、全ての曜日で少ない。大阪の開業医は通常午後7時まで（8時、9時もある）を診療時間としているので、夜診で診て紹介入院することも多い。これは公的な数字としては報告されないが、地域として小児救急体制を考えるのならば、実態をよく反映していると言える。

#### (4) 地域連携小児夜間・休日診療料算定額

新しい救急体制を開始した平成14年4月に診療報酬改定が行われ、地域連携小児夜間・休日

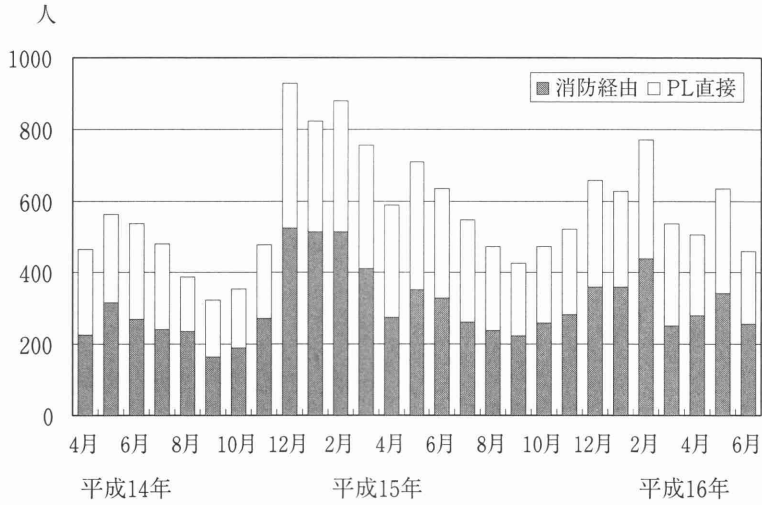


図2 月別初期診療受診者総数

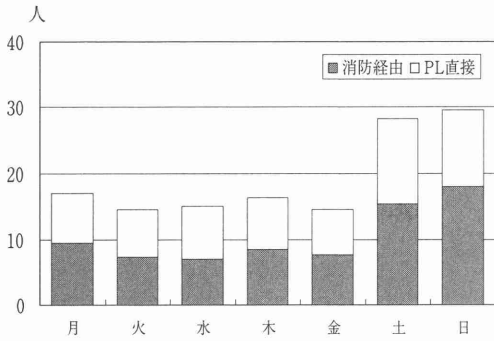


図3 曜日別初期診療受診者総数

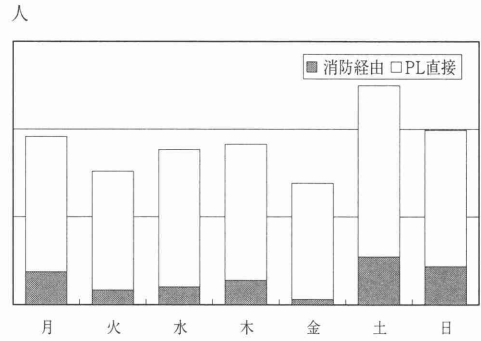


図4 曜日別二次診療受診者総数

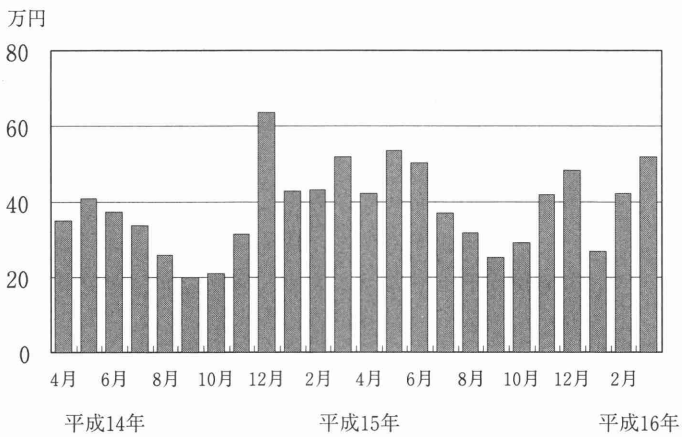


図5 月別地域連携小児夜間・休日診療料算定実績

診療料が創設された。図5に平成14年4月から16年3月までの地域連携小児夜間・休日診療料算定額を示す。地域の小児科医が6歳未満児を診察する時だけに算定するため、土、日曜夜間のみであったが、年間で約500万円の増収となった。

#### 4. 協力医師へのアンケート

PL病院小児科勤務医8名と出務に協力している小児科開業医5名を対象にアンケートを行った。小児救急を担当する医師については、13名全員が小児科開業医も担当するのが適当と回答した(表1)。救急診療はより高いトリージング能力を要求されるので当然と思われる。

開業医の出務形態については、二次を担当する常勤医がいる病院小児科への出務が望ましいと、開業医全員が回答した(表2)。開業医の多くは、PL病院での複数当直は単独での救急当直に比べ、肉体的に楽とはいえないが精神的には楽であると回答した(表3)。初期診療だけなら開業医は少々の忙しさには慣れている。検査や輸液、他院への紹介、入院などの業務はもう1人の常勤当直医が担当するので、出務する開業医にとっては精神的に大変楽となった。

表1 小児救急は誰が担当するのが適当か？

	勤務医(8名)	開業医(5名)
小児科勤務医	8	5
小児科開業医	8	5
小児科標榜医(非小児科)	2	0
救急担当勤務医(非小児科)	1	0

表2 小児科開業医が担当する夜間小児救急として望ましい形態は？(但し初期診療担当医は1名)

	開業医(5名)
自院での輪番制	0
夜間診療所への出務	0
病院小児科へ出務(二次診療は後送紹介)	0
病院小児科へ出務(常勤医が二次を担当)	5

一方、勤務医は全員が、複数当直になった土、日曜は単独当直の平日に比べ楽になったと回答した(表4)。その理由は、二次診療に専念できるため肉体的にも精神的にも楽になったというものがほとんどであったが、卒後2年目から4年目の4名は、複数の小児科医がいるため精神的に楽と回答した(表5)。経験の浅い小児科医は、開業医であっても自分よりベテランの小児科医がいることで安心して当直できる。

また、当直回数が若干増えても複数当直の日が増えることを望むと勤務医全員が回答した(表6, 7)。初期診療から開放され、本来の二次診療に専念できるようになれば、小児科勤務医の過酷な労働環境も少しは改善されると思われる。

このように複数当直体制によって、勤務医も開業医も共に利点を感じながら勤務することができた。2人で当直しているという安心感が得られる。中等症以上の患者を簡単に申し送られ

表3 PL病院での複数当直について、単独での救急当直と比べどのように感じているか？

	開業医(5名)
初期診療に専念できるため、肉体的に楽	1
初期診療に専念できるため、精神的に楽	5
複数の小児科医がいるため、精神的に楽	2
初期と二次の担当医に負担差がありすぎる	0

表4 複数当直制である土、日曜の勤務は、他の単独当直日と比べ楽になったか？

勤務医(8名)	
はい	8
いいえ	0

表5 楽になった理由は？

	勤務医(8名)
二次診療に専念できるため、肉体的に楽	8
二次診療に専念できるため、精神的に楽	7
複数の小児科医がいるため、精神的に楽	4

表6 複数当直制の曜日が増えることを望みますか？

勤務医（8名）	
はい	8
いいえ	0

表7 以下の条件でも複数当直制の曜日が増えることを望みますか？

	勤務医（8名）
当直回数が若干増えても望む	8
当直料が若干減っても望む	0

る。外来が混雑したら協力して診療できる。病棟で急変しても対応できるなど。このような効率的な協力関係は、初期・二次を別々の施設で分離して行う体制では不可能である。

## 5. 評価と課題

このような広域体制の構築や複数当直は関係者にどう影響したであろうか。住民にとっては通年体制となり安心感が得られた。行政にとっては広域化することで経費節減となった。市町村共同で運営するために医師会に事業を委託することによって、出務医の交渉など調整事務か

ら開放された。また、サービス内容が向上したことを住民に広報し、議会で答弁できた。病院にとっては時間外診療の収入が増え、地域での評価の向上につながった。勤務医にとっては労働条件が改善した。医師会にとっては委託事業としての収入が得られただけでなく、実務を担当することで行政に対する影響力が増大した。開業医にとっては、いわゆる「町医者」でも病院で勤務できることを示すことができ、地域での評価向上につながった。また、勤務医と顔見知りになり病診連携がさらに容易となった。

しかしながら、このような体制を発展させ維持していくためには多くの課題がある。まず、救急に協力する小児科医を確保しなければならない。公務員の兼業禁止規定の弾力運用や小児救急への協力を小児科開業の条件とすることも考えられる。関連病院や公立・民間の境界を越えて、大学や病院からも自由に出務できるようにお願いしたい。次に、更なる拠点病院化と複数当直制を拡充するためには、市町村の協力体制を一層推し進め、人、物、金の資源を一か所に集中する必要がある。その一方で、小児救急の整備に対する熱意や経費負担の市町村格差も無視することができない。住民へのサービス低下を避けるためにも、いわゆる「ただ乗り」を禁止するための方策が必要であると思われる。