

これまでの取り組み

【H19年度】  
「医師の高齢化や大学病院からの医師の引き上げ等を機に、病院が二次救急を担うことができない日が発生し、救急医療体制が危機的な状態になった」と問題提起があり、保健医療推進委員会の場で協議を開始

【H20年度】  
東山梨保健医療推進委員会  
休日夜間救急診療体制検討会議の設置  
→東地区の救急体制の統合の必要性  
在宅医師との連携の必要性  
圏域医師がつめる方式について

つめる方式導入検討時の背景

- 救急車の搬送状況（H19山梨県救急車出動件数）  
→病院に搬送された約50%が軽症患者
- 病院でみてほしい患者
- 軽症患者の対応で疲弊する二次救急病院医師
- 二次救急病院からの診療所医師への救急参加の要望  
→単夜帯のみでも地域の診療所医師が病院で診療を行ってもらえれば病院勤務医の負担はかなり軽減される。  
・医師が複数で救急に対応できれば、判断に迷った場合等を相談して搬送することができると。  
・病院と地域の連携を強化したい。
- 救急搬送に苦慮する消防本部

患者、消防、病院医師及び診療所医師それぞれにメリット

「つめる方式」の導入

【H21年度】  
H21.10月～東地区で平日夜間病院に診療所医師がつめ一次救急を担う新方式（以下、「つめる方式」）を開始

【H22年度】  
H22.4月～東山梨地区で「つめる方式」を開始  
「つめる方式」は、東地区では週5日ペース、東山梨地区では週3日ペースで実施

【H23年度】  
二次救急医療体制の充実のため、東地区の救急病院への救急医療対応の充実と救急病院以外の病院への救急医療への参画の要請

【H24年度】  
保健医療推進委員会において、東地区の救急患者の東山梨地区での円滑な受入れについて問題提起されたのを受けて実施調査を実施

保健医療推進委員会での協議・実態調査の実施

現状と課題

I 救急利用者の多くは軽症患者である。

- ① 軽症患者の二次救急利用が多い。  
・二次救急利用者のうち、救急搬送患者は約1～2割で、約8割は自ら救急を受診する患者  
・救急担当医師からも軽症患者が多いこと、かかりつけ医での対応の充実が課題としてあかっている。  
・小児初期救急医療センターではなく管内の二次救急を利用する小児科科長年齢層の患者がいる。

※東山梨地区は、H22まで夜間在宅当番医師がなかったこともあり従来から夜間救急病院を受診する傾向がみられる。

- ② 救急搬送患者の4～5割が軽症患者  
救急搬送患者は高齢者が多い。

II 救急搬送に苦慮する消防本部の実態がある。

- ① 東地区の救急搬送は4割が地区外である。  
・救急搬送先は、東山梨地区では約9割が東地区管内、3割が他の地区である。  
・東地区管内は、6割が東地区管内、1割が東山梨地区、3割が他の地区である。

- ② 救急車から照会した病院から救急患者の受入れ困難としてあげられた理由は、患者対応中、非当番日、専門外、入院患者対応、満床である。救急搬送は、かかりつけ医療機関の有無、救急当番病院、患者・家族の希望を踏まえ照会しており、その結果、非当番病院に照会されることがある。

- ③ 救急担当医師は、診療に関する課題として、専門外への対応、東山梨地区の2病院の内科系と外科系の役割分担、かかりつけ病院の連携改革をあげている。

- ④ 救急担当医師は、救急搬送に対してメディアリカルコントロール対象患者の適正な搬送、正確な情報の連絡を課題としてあげている。

- ⑤ 救急担当医師は、他地区からの救急患者対応に負担感を感じている。

III 二次救急を担う救急担当医師の負担が大きい。

- ① つめる方式は、夜間で患者の多い単夜帯において、当番病院の救急担当医師の負担軽減に一定の効果が見られる。

- ② 二次救急当番日の医師は1～2人体制であり、当該病院の当重を兼ねている。  
・量も多く、二次救急当番を担当している医師は18日/月であり、特定の医師に偏りがある。  
・当番日の医師の仮眠は約4時間だが、仮眠の少ない医師もいる。  
・救急当番日の前後の勤務は約9割が通常勤務であり、勤務体制の改善を希望している医師がいる。

- ③ 救急患者の増加に対する対応については、約7割が条件があれば可能と回答。その条件は、スタッフの充実、地域住民の意識改革等。  
・東山梨地区では約2割は不可能と回答

取り組みの方向性

I 適正な救急利用に向けて、住民に対する意識啓発

II 救急搬送の円滑化

III 二次救急担当医師の負担の軽減