

2 地域で支える医療の推進

- (1) 救急医療の改善策の推進
- (2) 「地域完結型医療」の推進

国民に、初期・二次・三次救急の区別を理解してもらい、その方向へ導びく事も大切であり、その広報が、今どおしても必要ではあるが、あくまで初期・二次・三次救急という区別は我々医療提供者側の論理であり救急患者は自ら初期・二次・三次救急と区別が出来るものではなく「具合が悪いから、すぐ診てほしい」という事で医療機関へ行くものである。そこで、全ての医療機関が、救急患者を受けとめてあげる姿勢も必要である。その為には、全ての医師が、後期研修の中で総合医として養成される必要がある。その養成の中心はトリアージ能力である。そして、この様な医師の養成については、「専門家同志の議論をする場」が必要である。

「救急医療機関」が地域医療ネットワークの中で行っている役割は、『地域医療のトリアージ』である。具体的には①自院に搬入される救急患者の収容の外に②救命救急センター等からの重症度は尚高いが、慢性化した三次救急患者（E x. 呼吸器装着患者など）の受け入れ——（三次救急病院の「満床回避」の為）③初期救急医療（医師会、行政等が行っている夜間診療・区民健診・住民スポーツ大会等）の後方収容がある。しかし②は人手もかかり神経を使う医療であるにもかかわらず診療報酬上は逡減等もあり、中小病院を圧迫している。③については（2）「地域完結型医療」にも関係しているので現在行っている江戸川区方式を以下に述べる。

「地域医療」は、まず地域医療ニーズの正確な把握が大切である。当区では、その住民の不満は、「夜間小児救急医療が不十分である」と分かった時点、すなわち昭和48年より、各「中小救急病院の医療機能」を明確にした上で『医師会夜間診療所』を開設した。以来現在まで午後9時より翌朝6時まで、「初期小児・内科救急医療」を行っている。受診者は、年間約11000名、この二次収容は区内中小救急病院が行ない、三次収容は、4大学病院・2都立病院でバックアップしている。つまり、当区では、この「夜間救急診療所」が地域の内科・小児科のトリアージを行っており、地域の外科系（産婦人科も含む）及び一般救急患者のトリアージは、中小救急病院が行っている。これにより住民の不満は一応の解決をみた。又、当区では、この「夜間救急診療所」のスタッフ確保にも、長年つちかっていたこれ等中小救急病院の経験を生かしている。しかし、これら中小救急病院の医師・看護師は、安い報酬で、労働時間も長く、夜間多忙をきわめ、さらに「医師研修制度」、「7：1看護」導入等が決定的ダメージとなり、当直医師・看護師の確保はむつかしく、常勤医師・看護師の当直が増え、慢性期介護施設を持たない急性期中小病院の経営は、危機的状況にあり、これ等中小救急病院がなくなると地域で行っている現行の住民サービス体制は立ち行かなくなる。これ等勤務医・看護師に国からの直接的な手当て支給が急務である。

また、この様に「地域医療」現場では、看護師等コメディカルの絶対数は、全く不足しており、まずはこれ等を増やす事が基本である。この1つの方法として、――→コメディカル養成期間中、1年間は共通に学ばせ（E x. 医学進学過程の様に）2年目から看護師・PT・レントゲン技師等専門分野に分かれて学ばせる方が、ニーズの変動などにも対応でき合理的である。これ等についても「様々な立場の専門家が集まり議論する場」が必要である。コメディカルも増加すれば、急性期病院・亜急性期病院・長期療養施設間との、正しいトリアージも、スムーズな収容も可能となり「地域完結型医療」の大きな前進となる。

さらに救急診療が可能な医師養成の為には前期・後期臨床研修中に、数ヶ月の救急実習と、その後一定年令（E x. 40才）は、いかなる診療科になろうとも一定期間の救急実習を義務づける事も必要になるであろう。（地域での救急医の育成の為）上記救急医療の連携が定着すれば、救急のみでなく、全ての医療はおのずと「地域完結型医療」となる

（3）在宅医療の推進

以前より中小病院では、「医療機関だけでなく、住まいを念頭におく」発想で医療を行っているが、少子高齢化が進んでいる我が国では、家庭で介護する年代も、まさに働き手そのものであり、介護の体制を作っておかねば（e x 外国人の受け入れ等）在宅医療の進みが遅い。

（4）地域医療の充実・遠隔医療の推進

地域に医師を派遣する場合「たりない医師の穴うめ」的な方法は、現場にそぐわない。まず中核病院で「総合医」を中心とする医師を養成して、確保しておき、地域からの要請があった場合、複数の医師（当直体制が組める様に）を派遣するシステムが必要である。