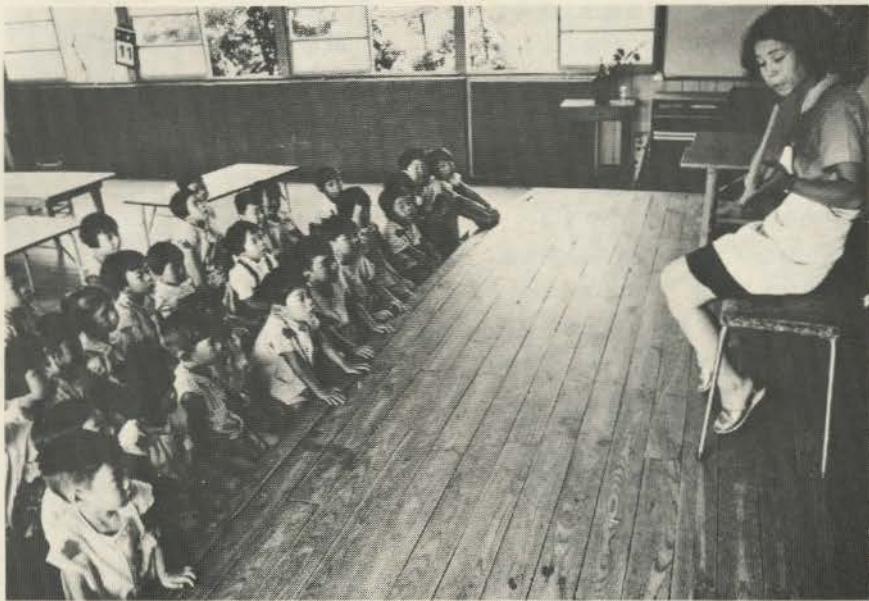


光市医師会報

昭和52年6月発行

No. 59号



人生より友情を除かば

世界より太陽を除くにひとし

(キケロ)

光市医師会

総評幹事会の当面する救急医療確立を

めざす見解と要求 (77・3・18)

日本の医療は、医療保険制度と医療供給体制全般にわたって危機的様相を強めている。

毎年きまって打出される健保改悪の攻撃は、保険料引上げによる大衆負担と受益者負担の名のもとに医療費の患者への肩代りが主要ななかみとなっている。さらに差額ベッド料、歯科差額料、附加料など医療保険の枠外の患者負担は、傷病で苦しむ国民に大きな経済的苦悩をつけ加えるものとなっており、その結果として受診抑制を余儀なくさせ、国民の生命と健康に重大な影響を及ぼしている。

全国3,000カ所に及ぶ無医地区や休日・夜間における救急医療の現状、欧米にくらべて3分の1の医療労働者数しかないことからくる不十分な医療サービスと劣悪な労働条件、全産業中最高を占める労基法違反率、看護婦や理学療法士等の絶対数の不足など今日の日本の医療のかかえている諸問題は、自民党政府が一貫して取り続けてきた低医療費政策にその主要な原因がある。

国民の傷病にたいして責任を持つべき国や地方自治体が医療保障制度確立への公費支出を出し惜しむ低医療費政策から、医療保険財政の危機が生じ、医療機関のうち病院の80%診療所の95%を独立採算制をとらざるをえない私的医療機関が占め、まともな医療も保障できない安上り診療報酬が生じている。

国や地方自治体が国民の医療にたいする責任を放棄し自由開業医制度を中心としていることから、採算主義にたつ医療が前提となって医療機関の偏在、予防医療の軽視、救急医療の切りすてを生ずるばかりか、医療労働者に賃金や労働条件のうえで大きな犠牲を強いるとともに、差額徴収や馬処方とまで言われる大量の投薬、注射となり医原病すら多発せしめている。

われわれは、こうした医療供給体制を改善させ、「何時でも何処でも誰でも費用の心配なく良い医

療」を受けることができる医療制度の確立をめざしてきた。頻発するクライシス等による国民の苦しみを早急に解消するため、昨年2月クライシス訴訟を提訴し国と地方自治体の責任追及をおこなっているが、休日・夜間における救急医療体制について当面する要求の整理をおこなうこととした。

救急医療体制確立の重要性—

基本的人権(生存権)としての医療救助権

救急医療は、一般診療以上に人間の生存権擁護のなかでもとくにその先頭に立つ医療救助権にかかわるものであり、社会保障権のなかでも最も緊急性を要する非常の事態への対応である。

したがって、社会連帯性の原理にもとづいて、社会的に応急対処しなければならない問題であり、公費負担によつておこなわれる必要がある。

救急医療費用は、基本的人権である生存権がおよびやかされる状態における医療救助権への社会的出費であり、経済メカニズムにおける有効需要中心の考え方を超えて、最優先的に財政支出がおこなわれるべきである。

ほんらい救急医療に限らず、医療全般について、“いつでも、どこでも、だれでも良い医療を”受けることを可能とする制度的確立が必要であることは言うまでもないが、生命に直結する救急医療体制の確立はそれこそ緊急事と言わざるを得ない。

救急医療の現状と問題点

52年度の厚生省予算案は、救急医療対策費として66億8千万円を計上している。(救急医療関連経費35億円を除く)

51年度当初予算が約10億円であったことと比べれば約6.7倍となっており、厚生省予算全体の伸びが18%にとどまっているなかでは、救急医療対

策に相当の重点がおかれていることがうかがえる。

しかし後述するように、厚生省の救急医療対策の中心点は、救急患者からの診療収入を中心としながらそれに若干の公費補助をつけて大多数を占める私的医療機関の協力をひき出そうとするものであり、しかも国庫補助率は3分の1にとどまっているため地方財政に過重な負担を強いるものとなる。

国民が持つ権利としての医療救助権からみて、救急医療の現状はその早急な解決のために根本的な救急医療対策の確立と大幅な公費支出——なかでも国庫負担の増額——が必要であることを示している。

大都市周辺で繰返されるクライシス事件は、国民の救急医療対策がなおざりにされている具体例のごく一部に過ぎず、国民の多くは、ひたすら休日・夜間に発病しないことを祈るだけの日々を過ごすことをよぎなくされている。

また救急医療の供給側からみても、公費補助が全く無いか、あっても微々たる補助金のもとで救急医療について過大な責任を押しつけられて医療機関そのものの運営の危機的破壊の度合いを強めているし、その医療機関で働く医療従事者にいっそう苛酷な労働条件を強いるものとなっている。

1 救急患者のうち内科系の急病者が増加している

- ① 交通事故による死傷者数は45年の約1,100万人が49年には66万人と減少している。(警視庁)
- ② 救急車による搬送患者数は、昭和49年の出動件数約137万件的のうち、休日夜間の出動は54.2%を占めており、そのうち下のように急病者が50~60%を占めている。(消防庁)

	急病	交通事故	一般負傷	その他
休日夜間	52.3%	20.3%	13.8%	13.6%
夜間のみ	61.4	15.6	11.7	11.3

2 救急告示施設は私的医療機関が多く、かつ外科系が中心となっている

- ① 救急告示施設4,741(昭和50年10月)のうち私的医療機関は3,935施設(うち診療所1,817)83%を占めている。
- ② 救急告示施設の標的診療科目について、私的医療機関では、とくに診療所において内科、小児科が少い。

救急告示機関の標的診療科目 (50年10月)

		国 公 立	公 的	私 的		合 計
				病 院	診 療 所	
医療機関数		434	280	2,132	1,683	4,582
診 療 科 目 (%)	内 科	100.0	98.6	66.1	29.5	58.3
	外 科	97.0	96.4	91.7	85.1	90.2
	整 形 科	78.8	77.5	14.7	44.5	60.1
	脳神経外科	33.6	31.1	15.7	6.0	15.0
	小児科	77.7	74.8	29.9	0.3	30.2
	産 婦 科	83.0	75.7	29.0	8.3	30.1

(注) 調査対象818消防本部における現状(総人口の85%を占める地域)

- ③ 救急告示施設において内科系の診療標的が少ないのは、交通事故を中心に外科系の機能を取扱うことを主軸として出発したこと、公費負担がなく、交通事故の場合、社会保険診療報酬に数倍する自由料金が自動車保険から支払われることを基盤に伸びてきたことから生じている。
- ④ 救急告示施設は、昭和38年消防法によって救急患者の搬送体制が打出されたことに追従して、昭和39年厚生省令によって定められたもので、救急医療体制を目的意識的に追求したのではなく、搬送患者の受入れ態勢を形式的にととのえようとするものにすぎない。

したがって、救急告示施設は、「救急医療に協力する申出のあった医療機関のうち」次の要件をそなえている施設について告示することにとどめられていて、救急医療についての公的責任は全く見受けられないものとなっている。

- (イ) 事故による傷病者にたいする医療について、相当の知識、経験をもつ医師が常時診療に従事していること。
- (ロ) 必要な施設、設備を有すること。
- (ハ) 専用病床又は優先的に使用される病床を持つこと。
- (ニ) 搬入に適した構造、設備をすること。

しかし、(イ)については、医師の不在の場合の際はあらかじめ搬送機関に通知しておけば責

任を問われないこと、全ての施設がたえず診療に従事することが要請されているものではなく、地域の実情によって輪番制を採用してもよいとされており、(ハ)についても、たまたま直ちに診療をおこなう他の患者があつて搬送患者を収容できない場合にも、搬送機関に連絡しておけばよいとされていて(39・10・14総発第74号)、実際にはシリ抜けになり、トライ回しを多発せしめている。

救急告示施設に対応して、同じく外科系の高度の機能を果たす医療機関として、「救急医療センター」が、昭和42年度から発足している。

救急医療センターは、人口100万人に1カ所を目標として国公立、公的医療機関を中心に設置されたもので、昭和51年3月現在で214カ所となっており、不採算医療を受持つものとして公費補助が導入されているが、補助額は医療従事者や救急病床を十分に確保するものになっていない。

3 「休日夜間急患センター」と「当番医」制

内科系の救急患者を受け持つ医療機関として休日・夜間急患センターと当番医制度が設けられているが、いずれも救急医療についての国の公的責任が不明確なまま、地方自治体の努力や地域医師会の犠牲的協力にかせられている。

① 休日夜間急患センターは、昭和50年4月現在169カ所設けられているが、開設者別にみて、自治体立(事務組合10を含み)76、医師会立85、その他8カ所となっている。運営主体とあわせてみると、公設公営58、公設民営18、民設民営93となり、医師会立なり地域医師会の協力による運営が多数を占めている。

厚生省が人口10万人以上の都市について休日夜間急患センターを設けることとして、公的な補助をはじめたのは昭和49年度からであり、しかも1/3補助でしかないため開設は遅々として進んでいない。

厚生省の52年度予算案では、人口5万人以上の都市にも設けることとして新設70カ所、278カ所を運営するための整備費、運営費の国庫補助を計上している。

イ、人口10万の場合、施設整備費補助は150m²400万円、運営費補助は休日昼間5人、夜間5人。

ロ、人口5万の場合、施設整備は100m²300万円、運営費は休日昼間4人、夜間5人。

- ② 民営が多数を占めているため、47都道府県中37都道府県における設置にとどまるとともに、東京25、神奈川15、福岡12、愛知、大阪各9、埼玉、新潟各8のほかは県内1カ所ないし、数カ所と数的に不足するとともに地域的にも偏在しているし、169施設のうち夜間診療は、24時までが16カ所、朝まで18カ所となっていて、夜間における救急医療の空白状態を示している。
- ③ 固定式の休日夜間急患センターに対し、移動型とも言われる開業医等による一定地域内における「当番医」制がおこなわれている。

昭和50年10月現在で全市町村の38%にあたる1,255市町村を占める583地区の医師会が実施しているが、これは全地域医師会数の64%にあたり、これによって総人口の60%をカバーしているとされている。

52年度予算では、既に実施している地区における定着をはかるとともに全地域医師会(853カ所)において実施することをめざしており、地域医師会の事務経費、母親啓蒙費、地域医療対策協議会費等の一部を補助しており当番医にたいする補助は盛られていない。1カ所あたりの補助基本額は216.2万円、うち3分の1額を都道府県に補助となっている。

4 第二次救急体制整備計画

厚生省は昭和52年度予算要求のなかで、従来から実施してきた公立、公的病院における救急医療にたいする特殊診療部門運営費補助として51年度A型50万円、B型270万円(国は1/2補助)の補助を継続するとともに、新規に次のものを計上しているが、いずれも人件費についての助成とはいうものの、診療収入とのかね合いで実施とされている、救急医療についての公的責任を果たすにはほど遠いものにすぎない。

① 病院群輪番制病院の整備

広城市町村(平均人口30万人)の370地区のうち53地区において、100床以上の病院が6病院以上あるところで1週1回づつ輪番制で救急医療コーナーを整備させ、人件費(医師4、うちアルコール2、看護婦3、その他2)についての補助を計画している。

② 共同利用型病院の整備

100床以上の病院が少ない地域で医師会立病院等が第二次救急医療施設となり、休日・夜間に病院の一部を開放し地域医師会の協力で運営するもので30地区が予定されている。運営費補助は病院群輪番制に準じておこなわれる。

③ 当直医診療科協定

病院群輪番制や共同利用型病院方式が実施できない地域において、複数の病院が当直医の診療科の組合せを協定しようとするもので、当直医診療科協定連絡調整費として県内2地区の場合250万円（うち国庫補助は3分の1）。

厚生省の医療施設調査によると、昭和50年12月における一般病院数は7,235、一般診療所は73,114となっているが、このうち何らかの形で休日診療をおこなっているのは病院の20.2%、診療所で7.9%にすぎない。また夜間診療は病院で20.4%、診療所で15.9%であり、この一般病院の多くを第二次救急医療体制に組込むためには52年度予算は余りにも少すぎると言わざるをえない。

5 救命救急センター

第三次救急医療体制として最高度の専門的医療をおこなう救命救急センターの設置が昭和51年度予算にはじめて計上されたが、全都道府県への設置を目標としながらも昭和51年度は4カ所設置（うち国立1カ所）の予算計上にとどまっていた。

52年度予算では15カ所（うち国立病院3）の新設を織り込み、補助基本額として施設整備費30床、1,500㎡、設備費（ドクターズカーを含む）2億5千万円、運営費年間5,115万円（医師など38人）が計上されている。

6 広域救急医療情報システム

県全域を対象とする広域救急医療情報システムを整備して市町村を超えた情報の収集、提供をおこなうとするもので、52年度予算では、15カ所設置1カ所あたりの補助基本額として施設費80㎡、運営費は端末機100として人員9人、コンピューター使用料等で1億円。うち3分の1国庫補助となっている。

7 劣悪な医療従事者の労働条件

低医療費政策のもとで劣悪な労働条件におかれてきた医療従事者は、救急医療にあたってその労働条件をいっそう悪化させられている。

① 休日夜間急患センターは、とくに民営の施設においては通常診療をおこなった後の過重診療（時間外勤務）によっておこなわれている。

公営の施設においても、休日や夜間における勤務のみという反生理的な就労を余儀なくされている。

② 当番医制をとる医療機関においては、日常の業務のうえに長時間の拘束や急患による超過労働を強いられている。

③ 救急医療センターなど二次的機能を果している救急病院において、医療従事者の3交代制が採用されている施設はほとんどなく、多くは労働基準法に違反する当直制が拘束勤務態勢となっている。

④ 国民が必要とする医療体制を確立するためには、救急医療の診療を担当する医療従事者の労働条件の確立が前提とならなければならない。

⑤ さらに、すべての医療機関が数のうえで十分な医療従事者によって運営されているため、運営の診療だけでも過重な負担を強いられること、開業医の職任分離の傾向が強まっていることなどから、現状の医療供給体制のままでは休日夜間の診療体制を拡大することは不可能な状態となっており、第一次救急医療体制の整備、国公立医療機関の増設とすべての医療機関（病院を中心として）の協力による第二次救急医療体制の整備、一次診療体制から二次機能病院への転送態勢の確立が当面の緊急事となっている。

救急医療体制にたいする基本的な態度

1. 国民が必要とする救急医療体制確立についての行政責任は、国と地方自治体にあることを明確にする。
2. すべての医療機関は、地域における救急医療についての一定の任務をもたなければならない。
3. 救急医療は、不採算でおこなわれるべきであり、公費補助により十分な医療内容が維持されなければならない。
4. 救急医療機関における良好な医療内容を確保するため、賃金や労働条件など医療従事者の処遇改善がはからなければならない。
5. 救急医療は医療を受ける住民参加のもとに運営される必要がある。

救急医療体制確立についての要求

救急医療体制確立のために、第一次、第二次、第三次の救急医療体制網がそれぞれ地域の实情に応じて体系的に整備されるとともに、情報体制、搬送体制もあわせて整備される必要がある。

1 第一次応診態勢を確立すること

- ① 第一次救急体制の中核として「休日・夜間急患診療所」を、人口5万人について1カ所設置すること。

「休日・夜間急患診療所」は、原則として、地方自治体が開設し開業医を中心とする地域医療機関の協力によって地方自治体が運営の責任をもつ——公設公営——の方向をめざすこと。国は「休日・夜間急患診療所」を開設、運営する地方自治体にたいして十分な補助をおこなうこと。

- ② 地方自治体は、「休日・夜間診療所」の診療に必要な医療従事者の確保に努めること。医師確保については、当該地域の第二次、第三次救急医療体制に位置づけられた以外のすべての医療機関が「休日・夜間急患診療所」に派遣、協力する任務を分担し合うものとする。その他の医療従事者については、地方自治体の責任で確保することを原則とするが、当面の措置として、当該地域における医療機関が協力する場合もありうるものとする。

地方自治体は、医療従事者確保について適切な措置を講ずるとともに、医療従事者にたいし適切な報酬と労働条件を保障すること。

- ③ 「休日・夜間診療所」において、休日夜間における一次的診療およびテレホンサービスによる適切な指導がおこなえるよう設備とおくべき医療従事者について一定の基準を設けること。
- ④ 地域医師会による当番医制度については、「休日・夜間急患診療所」網が充実するまでの暫定措置とし、輪番制による救急医療については、社会保険等による診療報酬に依存しなくてもすむよう待機手当に相当する報酬を公費でおこなうこと。
- ⑤ 既設の「休日・夜間急患センター」の機能(4月現在169カ所のうち民営は111カ所)にたいする公費補助をおこなうこと。

- ⑥ 「休日・夜間急患診療所」の設置やその運営について、地域救急医療対策協議会を保健所単位に設けること。

- ⑦ 離島、人口過疎地域、無医地区については、定期的な巡回診療の実施をはじめ、救急医療について特別な施策を講ずること。

月間医師会行事

※6月14日(火) 理事会 於医師会館 午後7:30

○報告連絡事項 (1)熊毛郡医師会よりの申入れ事項について (2)郡市医師会長会議、医師連盟代表者会議報告

○協議事項 (1)周南医学会準備委員会構成の確認 (2)医療事故研修会の開催について

※6月23日(木) 保険医療研修会(下松市医師会と共催) 於下松市民館 午後7:30

会員の異動

○退会

藤田潔先生(光市民病院内科)

山大医学部第一内科へ

昭52. 6. 1. 付

○入会

森本哲雄先生(光市民病院内科)

島根県立中央病院内科より

昭52. 6. 1. 付

管大三先生(光市民病院内科)

山大医学部第一内科より

昭52. 6. 1. 付

あとがき

国連の専門機関の国際労働機構(ILO)が「看護職員の雇用及び労働・生活条件に関する条約」を採決した。つまり、その勧告では、週休2日制の実施や有給休暇を年4週間、その他出産のための休暇、仕事のための研修に必要な教育休暇、年金などの年金の改善に関する条約である。此の条約が全面適用されるならば国・公立の大病院ならいざしらず、小規模の第一線医療機関を窮地に落し入れ、ひいては国全般の医療機構に重大な変革をもたらすであろう。

青梅を打てば且つ散る青葉かな

(蕉村)

発行所 光市小周防1663の2林医院内
光市医師会 TEL 0833(91) - 0519

発行者 林 孝之

編集者 会報編集委員会

印刷所 光市御崎町 中村印刷株式会社