

報告

平成25年度勤務医部会活動報告

常任理事・医療関連事業部長 藤井 美穂

北海道医師会勤務医部会では、平成24年度の運営委員会で、地域医療の現況をアンケートすることが提案された。

そこで、本年度は平成25年7月13日（土）に第1回運営委員会を開催して、昨年度の議論の続きを行い、アンケートの実施について検討した。

その結果、北海道が抱える地域医療における夜間の医療体制、救急医療、クレーマー患者などの課題の中から、医療機関に対する不当クレームや暴力行為ならびに診療時間外救急体制についての現状を調査して、各地域の医療機関の勤務医が抱える問題の実態を把握することとした。

昨年12月1日（日）に開催した平成25年度勤務医部会全体会議で飯塚部会員から調査結果を報告し、その後開催した第3回運営委員会において、平成26年度に追加調査を行い最終的な報告書を取りまとめることとした。

なお、今回行った調査結果については、現時点でのまとめとして、その内容を飯塚部会員から以下のとおり報告する。



地域医療の現況調査について

北海道医師会勤務医部会運営委員 飯塚 桂司
(市立釧路総合病院 釧路市医師会理事)

はじめに

勤務医の継続が危ぶまれる要因を考える中で、「勤務医が嫌になる時」ということで、近年増加傾向にある院内暴力・暴言・迷惑行為についての調査と時間外救急診療における軽症者の実態についてのアンケート調査を行った。前回の勤務医の実態調査の中で、「患者の権利意識の増大」ということがあり、その延長上で、時間外救急診療における院内暴力・暴言・迷惑行為を取り上げ、救急搬送患者の中で軽症者に振りまわされる実態と地域差、なかでも札幌市と札幌市以外の地域性についても考察した。

対象は、北海道内の二次救急医療機関のうち病院群輪番制に参加している病院と診療所の133医療機

関で、アンケートの郵送と返送という方法で調査を行った。調査期間は平成24年8月1日～平成25年7月31日の過去一年間のデータと、平成25年9月の1ヵ月間とした。回収率は104/133医療機関で78%であった。なお、不当クレームや暴力行為の個々詳細に関しては、平成25年9月1日～30日までの1ヵ月の期間を限定してプロスペクティブにその内容を記載していただいた。

I 時間外救急診療における不当クレームおよび暴力行為について

1. 不当クレームまたは暴力行為を受けたことがあるかどうかの質問では、30%の医療機関が受けたことがあると回答している。「ない」と回答した施設は64%で「無回答」も併せて入れると70%の医療施設はまだ経験していないと答えている。割合からみるとまだ少ないものの、職種別でみると、医師33%、看護師31%と医師が看護師とほぼ同じ割合で受けていることが分かる。事務職員18%と実際最初に接する割には比率が少ないことは予想外であり、診察もしくは診察後に起きていることを推測させる(図1)。

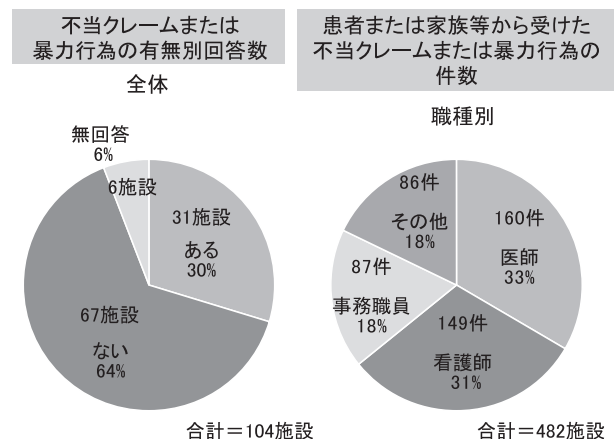


図1 患者または患者の家族等から受けた不当クレームまたは暴力行為

2. 内容別にみると、160件のうち圧倒的に精神的な暴力が多く91%を示すが、その内訳は、直接患者から受ける割合が75%と多数であるものの25%は家族から受けていることが示されている(図2)。

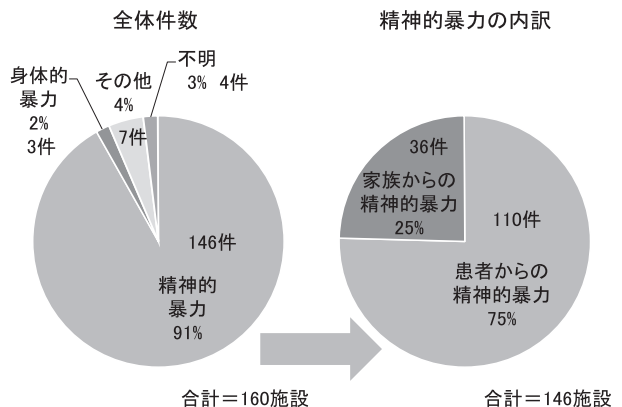


図2 医師が受けた不当クレームまたは暴力行為

3. 病院の対応については、「警察に通報した」のが27件の26%であり、「弁護士に相談した」という7件を併せても32%にしかならないが、「通報も相談もしなかった」割合が46件44%であり、無回答を入れると70件67%になっている。半数以上が、その場限りにして何らかの対処を行っていない実態を示している。病院には身体的な疾患はもとより、精神疾患の患者も来院するものの、不当クレームや暴力行為を放置しておくことは増長する暴言・暴力・迷惑行為の遠因となることは容易に想像される（図3）。

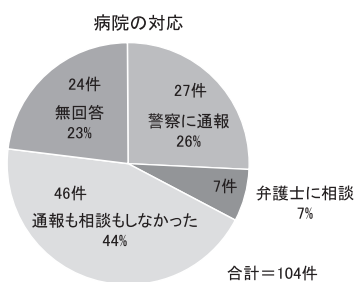


図3 病院に対する不当クレームまたは暴力行為

4. 暴言・暴力・迷惑行為に対する院内マニュアルの策定状況を見ると、「策定している」施設は68件65%であり、「策定していない」25件24%と「無回答」11件11%を併せると36件35%になる。約7割の施設しか策定されていない中で、病床別にみると100～299床までの中規模病院で6割しか策定されておらず、時間外救急の中心的な役割を担っている施設であることを考えると対策の遅れは否めない。50～99床までの病院では50%、さらに病床数の少ない小規模施設では4施設中1施設のみしか策定されていない。300～399床以上であっても75%であり、500床以上の施設でも1施設が策定されていないことは意外な結果である（図4）。

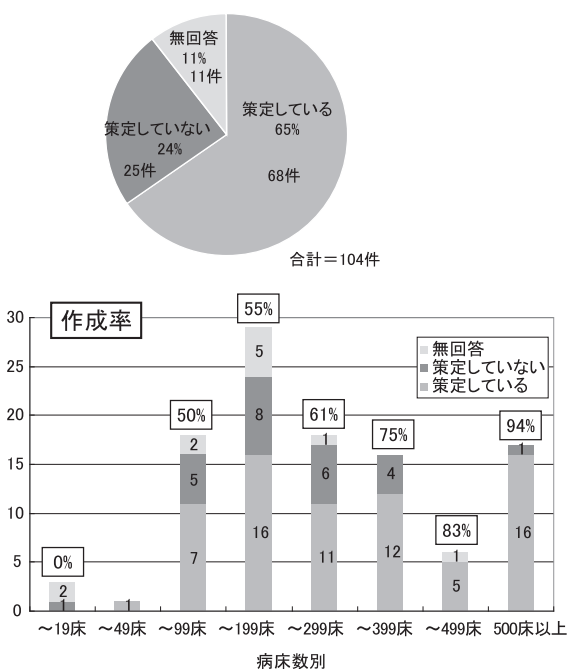


図4 院内対策マニュアル策定の有無

5. マニュアルの策定と警察および弁護士に相談する機会の連動性を調べてみた。数が少ないため結論には至らないが、策定している施設は27件中24件89%が警察に通報し、7件中5件71%が弁護士に相談しているというのが実態である。策定が通報・相談というプロセスに円滑に移行できるかどうかの判断はできないが、策定していることは通報への敷居を下げると推測される（図5）。

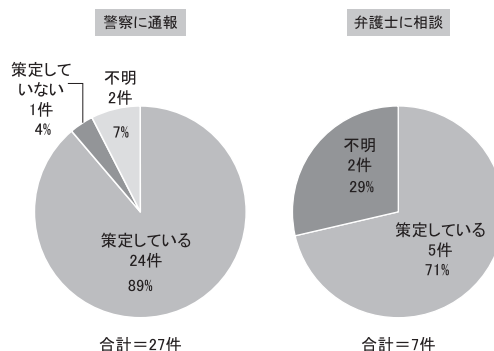


図5 不当クレームまたは暴力行為に対しての警察に通報または弁護士に相談した病院での院内対策マニュアル策定状況

6. 院内マニュアル策定状況に地域差があるかどうかに関心を置き、札幌市と札幌市以外の地区に分けてみると、母数が違いすぎるのでパーセントでの比較は難しいが、地方ほど策定率が高い傾向がある。ただし、後志とオホーツクは札幌市とは同じ傾向にあり、札幌市に至っては「策定していない」と「不明」を併せると4割以上にマニュアルのないところもしくはマニュアルが遵守されていない施設のあることが明らかにされている。これは中小医療施設が札幌市に多いことに起因していると言える（図6）。

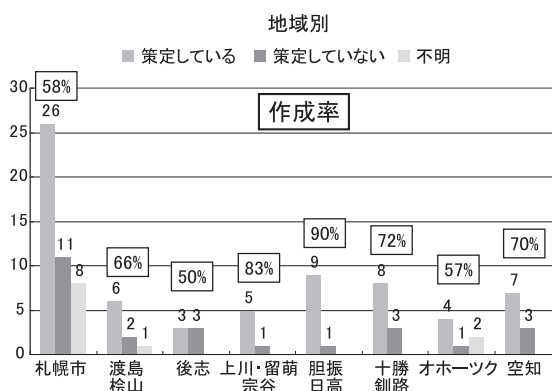


図6 院内対策マニュアル策定の有無

7. プロスペクティブな調査として、平成25年9月1日から30日の1ヵ月間に、病院内で受けた不当クレームや暴力行為について記述していただいた。その結果を時間外救急診療における医師とのトラブルの要約として、注目されるものをピックアップしてみると、

- (1) 迷惑行為としては、「術後の説明に際して許可なくビデオ撮影を始めた」「医師の説明は全く聞いていないという」「要らなくなったので処方された薬の返品をしたいという」「診断書の内容に関するトラブル、診断書の必要がなくなったからお金を返してくれという」などがある。
- (2) 脅し・暴言としては、「とにかく入院させろ」「薬を出してくれ」「ぶん殴るかも」「おまえら殺すぞ」「たらい回しにするな」などがある。
- (3) 居座り行為としては、「院内をいつまでもうろつきまわる」「診察が終わってからも診察室から出て行かない」など迷惑行為がある。
- (4) 誤診だと騒ぎたてる行為としては、「骨折や肺炎を見逃したということで『どうしてくれるのか』などの脅し」「緊急性がないと言ったが他院ではあると言われた」というクレームなどがある。
- (5) 酩酊・泥酔者
- (6) 医師に対する個人的な中傷ビラ、刺青と暴力団
- (7) 女性医師に対する脅迫、暴言、抱きついたり、手を握ったり
- (8) 当直医に専門医を要求する患者等々である。

II 時間外の救急患者について

1. 患者の居住区域別に搬送された患者を比較する。搬送患者受け入れ各医療機関所在地に搬送された管内を市内とし、管外を市外とすると、市内患者71,989名のうち軽症者は63%、中等症は24%、重症は11%の割合であり、市外患者20,467名の患者のうち軽症者は55%で、中等症は27%、重症は16%と患者総数は市内とくらべ市外は35%の規模に減少するものの、軽症者が減って中等症、重症の比率がやや多くなっている。居住区不明となると市外患者の1/10に減少するが、さらに中等症、重症の比率が高くなってくる。そのほかは、旅行者もしくは外国人などである(図7)。

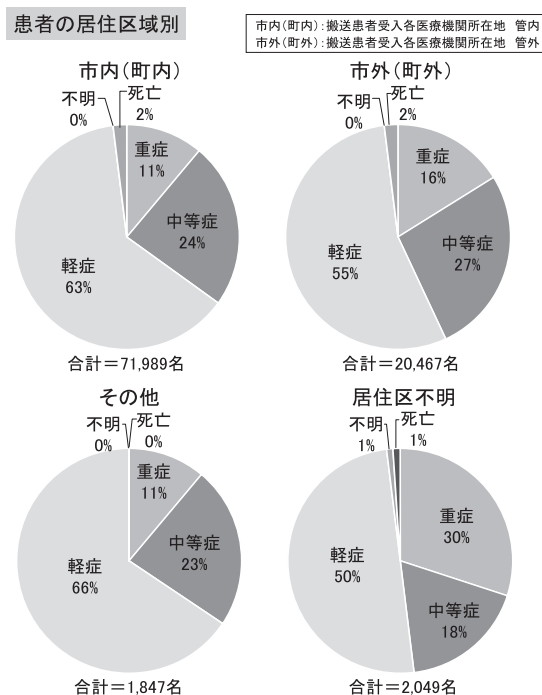
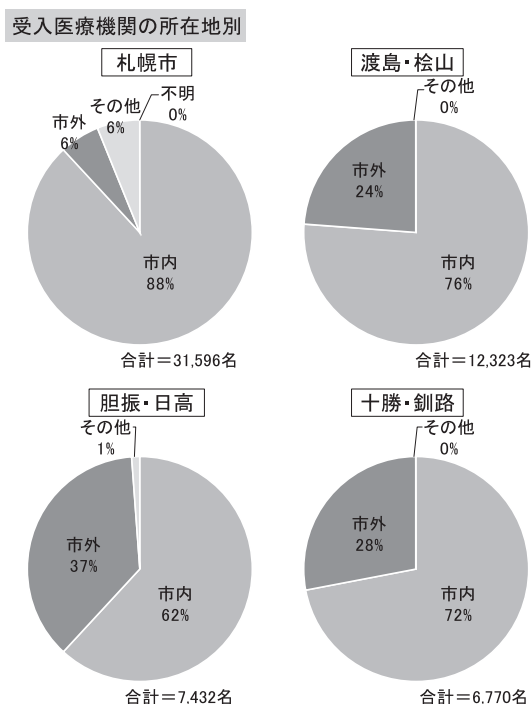


図7 過去1年間(平成24年8月1日～平成25年7月31日)に時間外救急搬送された患者の割合

2. 受け入れ医療機関を所在地別に見ていくと、札幌市が圧倒的に多く31,596名であり、次いでオホーツクの15,005名、渡島・松山が12,323名、上川・留萌・宗谷11,679名と続くが、オホーツクが札幌市の約半分の搬送を受け入れていることが分かる。さらに、札幌市では市内が88%、市外が6%であるのに対しオホーツクは市内が61%、市外が36%と広域医療圏であることが推測される。渡島・松山では市内76%市外24%であり、上川・留萌・宗谷では市内76%、市外23%とほぼ同じ割合であることが見てとれる(図8)。



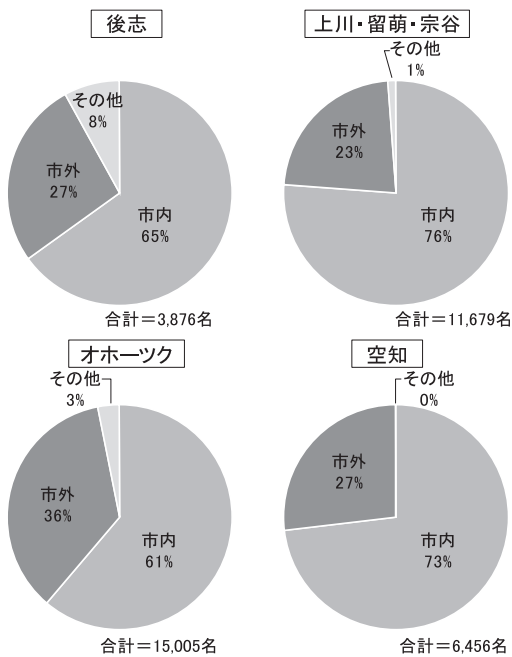


図8 過去1年間（平成24年8月1日～平成25年7月31日）に時間外救急搬送された割合

3. 時間外救急搬送された患者のうちで軽症者を居住区別にみると、札幌市が19,922名89%、札幌市以外では39,041名71%である。札幌市は札幌市以外の地区に比較すると軽症者の割合が2割ほど多い傾向がみられる（図9）。

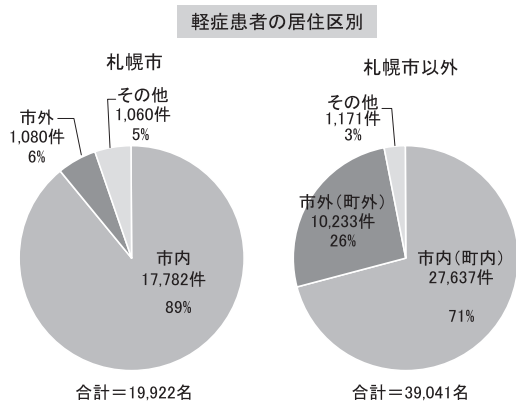


図9 過去1年間（平成24年8月1日～平成25年7月31日）に時間外救急搬送された患者の数

4. 時間外救急診療では、軽症と中等症を入院したかどうかで区別しているが、軽症とは判断されたもののその時に治療が必要であった割合を示した。軽症であっても加療を要したものの割合は札幌市で5,977症例中3,150名の53%、札幌市以外では札幌市の約2倍にあたる12,836症例中8,850名69%がそれに相当する。札幌市は治療の必要でない患者の割合が札幌市以外の地域から比べると約2割弱多く、いわゆるコンビニ受診も含めて勤務医の負担が多くなっていることが推測される（図10）。

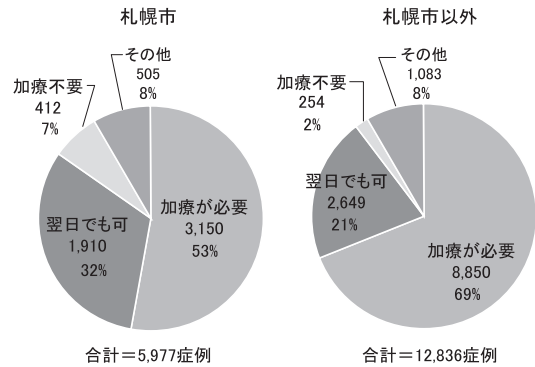


図10 入院に至らなかった軽症患者の内訳

5. 軽症と区分されてもその時に加療を要しなかった症例割合を全体数に当てはめて、「もし、不要不急の軽症者を抑制できるとしたら」という仮説をシミュレーションしてみると、札幌市では合計症例が約1万弱減少して、加療を要する軽症者割合が47.5%、中等症39.0%、重症12.9%となり、約1/3程度全体数が縮小して、さらに中等症比率が増す傾向を示す。が、札幌市以外では約1万人程度しか減少せず札幌市の比率に合わせると2万人程度減少しなければならない計算となる。軽症の割合が60.3%から51.2%と減少しても、軽症者の絶対数を考慮すると負担軽減を感じるほどにはならないかもしれない（図11）。

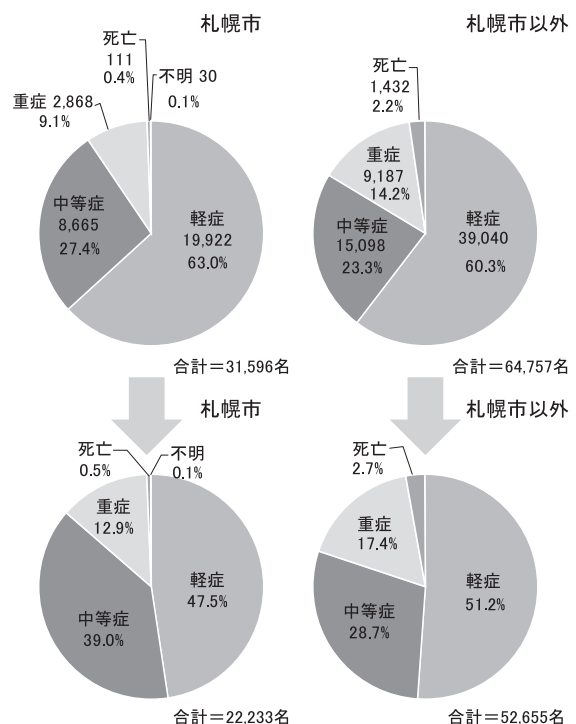


図11 もし不要不急の軽症者を抑制できたとしたら

6. 1日当たりの時間外救急搬送患者数を病床規模別にみると、50～199床までにピークがあり、1日平均6.38から6.26人の患者を診ていることになる。ついで300～399床までが6.21人、500床以上が5.64人となっている。中規模病院が救急患者を最も多く受け入れていることが示されている（図12）。

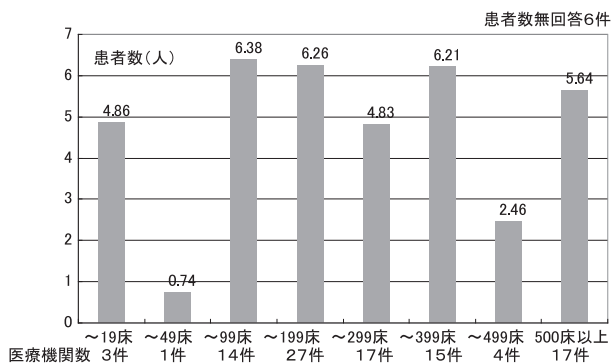


図12 1日当たりの時間外救急搬送患者数－病床数別－

7. 病床規模別に救急担当する医師数を1年間の延べ人数で示すと、100～199床までの中規模医療施設が最も動員医師数が多く66名であり、次いで500床以上の大規模医療施設が63名、200～299床までの中規模医療施設が49名となっている。

さらに、札幌市と札幌市以外に分けてその比率をみると、100～199床までの施設では札幌市の医師数が43/66=65%、200～299床までの施設では札幌市と札幌市以外ではほぼ同数であり、500床以上では逆転して札幌市の医師数は19%にしか救急医療に関与していない。このことは時間外救急診療において、札幌市では100～299床までのとりわけ100～199床までの中規模施設が主な担い手である反面、札幌市以外では300床以上の病院でしかも500床以上の医療施設が救急医療を担っている実態を示していると言える。

また、医師動員数を医療機関数あたりで見ると、100～199床までの中規模医療施設は66/28=2.36%であり、200～299床までの医療施設が49/17=2.88%であるのに対し、500床以上の施設が63/17=3.71%となり、年間を通しての医師動員数を医療施設単位でみると大規模医療施設で救急に関わる医師が多いという結果となっている（図13）。

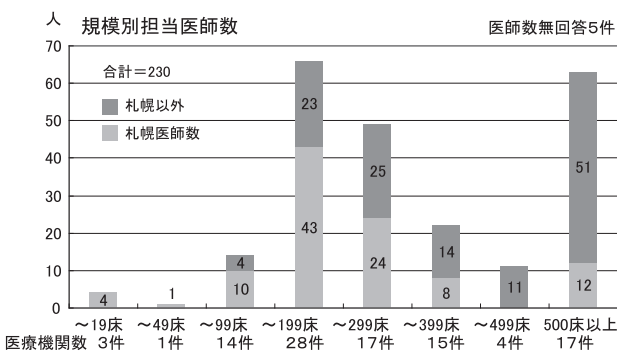


図13 病床数別・時間外救急診療を担当する1年間の延べ医師数

8. 1日当たりの医師数を病床規模別にみると、札幌市では100～399床規模の医療施設で全道の平均よりも多くの医師が担当しており、100～199床では全道平均2.36に対し2.87、200～299床までは全道平均2.88に対し4.00、300～399床までは全道平均1.47に対し4.00である。ただし、500床以上の施設となると、全道平均3.71に対し3.00であり、札幌市以外では逆転して3.92となっている。このことは、札幌市での時間外診療は中規模な施設が主な担い手であることが分かる（図14）。

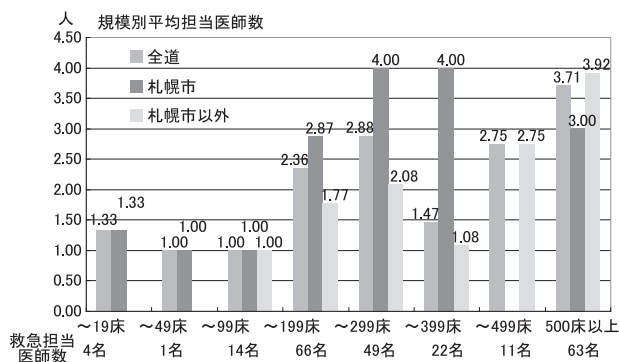


図14 病床数別・時間外救急診療を担当する1日当たりの医師数

なお、99床以下では札幌市および札幌市以外においても1.00～1.33であり地域差は見られない。救急担当医師数は100～199床で66名と最も多く、次いで500床以上が63名、200～299床が49名となっている。

(1日当たりの医師数) / (救急担当医師数) をひとつの指標とすると、100～199床規模では2.36/66=0.035であり、200～299床までが2.88/49=0.057であるのに対し、500床以上では3.71/63=0.058という結果であり、100～199床までの医療施設と比較すると、200～299床までの施設と500床以上の施設での救急担当医師の仕事量が約2倍近く多いと推測される。

9. 時間外救急診療を担当する1日当たりの平均医師数を地域別に見ていくと、渡島・松山の医師数34名中3.78で最も高く、後志は医師数20名で3.33、札幌市は102名で2.49となっている。(1日当たりの医師数) / (救急担当医師数) をひとつの指標とすると、札幌市は2.49/102=0.02に対し、渡島・松山が3.78/34=0.11、後志は3.33/20=0.17となり、上川・留萌・宗谷1.88/13=0.14、オホーツク2.43/17=0.14、胆振・日高1.33/12=0.1、空知1.25/12=0.1、十勝・釧路1.82/20=0.1などがほぼ0.14～0.1となるので、札幌市は札幌市以外の地域に比べて際立って救急担当医師のローテーションが穏やかであると推測される（図15）。

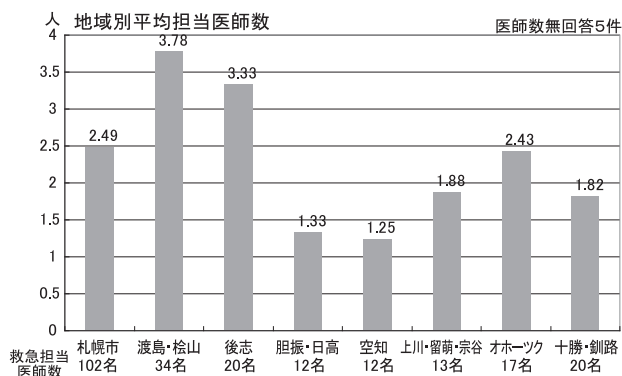


図15 地域別・時間外救急診療を担当する1日当たりの医師数

まとめ

アンケート調査という手段は、厳密に行われる実態調査とは異なり、あくまで自主的に回答をいただいた病院のデータに限定されるため、実数として把握し取り上げることは、正確性に欠けることは止むを得ない。しかし、今回は133中104医療機関に参加していただき、さらに大きなデータの含まれる病院の不参加も少ないためその実態と傾向は実測に近い値で推測できると思われる。

院内暴力に対しては各病院とも対策は行っているものの、その中心機軸となる院内マニュアルの作成率が「無回答」と「作成してない」を含めると35%もあり、さらに札幌市の不作成率は43%である。その理由は中小規模病院が多いためでもあらうと思われるが、暴力被害の予防策として院内マニュアルは必須であり、そのことは認識すべきである。今回のアンケートで明らかになったことは、医師と看護師がほぼ同じ割合で不当クレームまたは暴力行為を受けており、それぞれ3割にも上っていることである。さらに、その44%が通報もせず、無回答の23%を含めると、67%の事例で何らかの事後対処を行っていなかったのである。事後対策は暴力の連鎖の抑制につながるため大小にかかわらず怠ってはいけないことのように思われる。精神的な暴力が91%と圧倒的に多いものの、すべての不当クレームおよび暴力行為の中で患者からの直接的なものが75%、そして患者家族からが25%と1/4は患者家族からのものであることは家族に対しての対策も必要であることを意味している。病院側は患者と医療従事者の双方を守る義務があるので、院内対策の強化に努めなければならないはずである。

時間外救急患者の診療が「勤務医の中で大きな負担になっている」という想定で、軽症者の診療を減らすことによって負担軽減が図れないかということである。日中の診療とは異なり、身体的負担のほかにも精神的ストレスも大きい。それは日中の通常診療においては、患者が診療科を選択して来るのに対して、時間外救急患者は担当診療科を選ばず、その重症度も即座には推し量ることができないという環境条件がある。入院に至らなかったことを基準にして患者を軽症、中等症として区分するので、あたかもコンビニ受診などの治療の不必要な迷惑受診と見做されがちである。しかし軽症と判断区分された中でもその時に治療を要する割合は、札幌市で53%、札幌市以外で69%を占めている。治療を要するものを除き不要不急の軽症患者を抑制できたとしたら、全体の母数が札幌市および札幌市以外の地域が各々1万名程度減少することになる。これにより札幌市では患者総数で1/3減少するので負担軽減はなされるが、札幌市以外ではその1/6程度であり札幌市ほどには負担軽減にはならない。しかし救急センターなどを設置して一次救急と二次救急患者を別扱いにできるシステムが構築されると、札幌市ではさらに約1万人、札幌市以外で2万7千人が減少すると予想され負担軽減に大きく寄与するはずである。入院治療を要する中等症患者のみを時間外救急搬送の対象とすることが勤務医の負担軽減につながるのであれば、軽症患者であっても、その時に治療が適切に行われる施設の設置も同時並行に行わなければ医療難民を出す恐れがある。しかも一次救急を担う医師を病院施設からの派遣ということになれば勤務医の負担軽減ではなく負担増にもなりかねない。

救急医療体制は基本的には市町村事業であり行政上は病院事業ではない。が、患者が病院敷地内に足を踏み入れてしまうと診療拒否や応召義務違反に抵触するため診療せざるを得ない。このことが医療者として救急医療を日常の診療業務の延長上にあるものと混同させているゆえんである。救急医療体制での自治体と病院との関係は、まるでシーソーゲームのごとくお互いに負担軽減のみを考えて片方が出てくれば片方が退くという関係に陥りやすい。時間外救急診療は病院業務の片手間であってはいけないのであり、日中通常診療とは別途のカテゴリーとして認識し対応しなければ勤務医の負担軽減にはつながらないはずである。