

08/07/30

救急医療について

ホームケアクリニック川越・院長 川越 厚

墨田区の現況と問題点（鈴木医師会長との意見交換）

要望

1. 成人に関しては
  - 1) 3次救急担当医療機関で働く救急医の待遇改善を考えてほしい。
  - 2) 緊急性が高く、専門性が高く、かつ頻度が高い疾患（AMI、脳卒中など）に関しては、疾患別の3次救急体制を考えてほしい。
2. 小児に関しては
  - 1) 小児外科のバックアップ体制が必要。その支援を考えてほしい
  - 2) 1次救急は病院型緊急システムが重要。それを支援する予算処置を講じてほしい。

墨田区のプロフィール（平成12年）

1. 墨田区は江東区、江戸川区の3区とともに、区東部保健医療圏を形成。区東部保険医療圏は人口120万、高齢化率14.5%
2. 救急体制
  - 1) 初期救急医療機関：①在宅当番医（休日）11施設、②休日夜間急患センター；休日昼間3、終夜1、準夜3
  - 2) 二次：31
  - 3) 三次（救命救急センター）：都立墨東

墨田区の救急医療の問題点と対策

1. 三次救急医療機関の負担が大きすぎる。
  - 1) 一次救急の診療時間（通常は夜間10時）が終了すると、本来一次救急で診るべき患者が直接三次機関に来る。→三次救急に直接来院できないようなシステムを考えてはどうか
  - 2) 診療を担当する医師に補助が生き届くようにしてほしい（補助金が病院へ入るので、直接医師へ還元されない場合がある）
2. AMI、脳卒中など緊急性が高く、専門性が高く、かつ頻度が高い疾患が、専門性の関係で、必ずしも3次救急医療機関で対応できない場合がある。→AMI、脳卒中などに関しては、一次から三次というルートに乗らない、別個の緊急体制、つまり三次医療機関に相当する緊急医療機関を設ける。

## 小児救急医療の現状と問題点

### 1. 小児の救急医療体制

- 1) 小児救急は小児内科、小児外科の対応がなされているが、主体は小児内科。
- 2) 医療機関別にみると、病院型（墨田区の場合は同愛記念病院）と診療所型（同、医師会立夜間診療所）とに分かれる。

### 2. 問題点と対策

- 1) 小児内科は、小児外科の強力なバックアップがないとよい医療の提供ができない。現状では小児外科のバックアップ体制が充実していないので、小児内科医が安心して診療に関わることができない。たとえば絞扼性イレウスの診断がらみの問題で係争中の事例が3~40件あるとのこと。その他腸重責、急性虫垂炎などがこれに該当する。実際に、身近なところで死亡例が出ているとのこと(裁判にはなっていないが)→救急の小児外科を担当する医療機関の整備を考えてほしい
- 2) 小児は症状が隠れたり、経過が早いので、診療所型の救急より病院型の救急(血算、CRP、レントゲン検査、必要な場合の入院管理が可能)体制を整える方がよい。

### 補足：

鈴木会長と意見交換の後、墨東病院の浜辺救命センター部長と話したところ（内容については後述）、要望1の2)に関しては、個人的な意見として取り下げたいと思う。また、墨田区の救急医療の問題点と対策の、1の2)については、診療を担当する医師に補助が厚くなるのはありがたいが、問題はそれだけではないような気がする、とのコメントがあった。

## 三次救急担当責任者（都立墨東病院救命センター、浜辺部長の意見）

## 要望

1. 三次救急医療機関を受診する患者は、三次救急を受けるにふさわしい患者に絞ってもらいたい。具体的には、一次、二次からの紹介患者のみを原則として診るようなシステムを認めてほしい。
2. 救命医療については、救命センター本来の仕事ができるように、以下のことを制度として確立してほしい
  - 1) 二次救急医療機関、介護施設などの夜間対応を公約通り果たしてほしい。
  - 2) 救命センターに末期がん患者が搬送され、死を看取ることがないよう、がん治療機関、在宅担当診療所はしっかり機能してほしい。以上のことが叶うように、政策上の支援を行ってほしい。

## 現状

1. 墨東病院の三次救急は、ER と救急救命センターとの二本立てになっている。
  - 1) ER は一次、二次救急医療機関の並びでの三次救急を担当する。
  - 2) 一方、救急救命センターは東京消防庁の救急隊が現場で救命救急が必要と判断した患者が救急隊によって送られてくる。
2. ER の現状と問題点
  - 1) 患者数が多い（5万人/年対応する）。その多くは、軽症患者。
  - 2) 患者の割合としては、小児が半数、残り半数の1/3外傷、2/3が疾患
  - 3) ERの問題は、軽症（浜辺部長の言葉によると、Walk-in patient）患者が多いこと。その対策ができれば、かなり負担が軽減される。
  - 4) なぜ三次救急医療機関の墨東病院に直接来るかという点、①各区に一次、二次医療機関があることを患者が知らない②墨東病院なら安心という患者の安心感（同時にわがまま）
  - 5) 防ぐ手立てとして、①地域に Walk-in 患者の受け皿があることを周知徹底すること②Walk-in 患者が直接墨東病院へ来ることを防止する。ただし、自治体の条例で禁止されているので、現段階は無理。しかし、金銭的に敷居を高くするか、何らかの策を講じないと医療者の負担はますます大きくなる。
3. 救急救命センターの問題点
  - 1) 患者数は2000～2200/年。
  - 2) 最近目立つことは、二次医療機関に相当するところが十分機能していないので、救命センターの負担が増えている。
    - ① 特養などの介護施設からの救急搬送が多い。バックアップ病院があるはずなのに、そちらを通さない（連絡が取れなかったり、こちらでは診れないからと断

- られる。特に夜間)で、一方的に救命センターに飛び込む。
- ② 二次救急機関で本来対応できる病気(たとえば急性虫垂炎のオペなど)なのに、特に夜間は人員の関係(当直医が一人、麻酔科医がいないなど)で、二次医療機関(この地区では約30の医療機関が登録している)が自動的に救命センターへ患者を送ってくる。
- 3) 同様のことが末期がん患者の飛び込みという問題で、最近、救命センターの負担増となっている。
- ① がんセンター、癌研などのがん専門病院で診てもらっていた患者が受け入れを拒否され、救急搬送することが最近特に増えている。
  - ② 地域の医療機関、とくに診療所が診ているケースで、看取りの体制をとっていないので、家族が不安になって救急車を呼んで、そのような患者が搬送されることも最近時々ある。
- 4) その他
- ① AMI、脳梗塞の対応などは複雑化しない方がよいと思う。墨東の救命センターでまず対応し、必要ならば他の医療機関に紹介することはよくある。たとえば、小児の緊急オペなどは順天堂にお願いすることもあり、問題とならない
  - ② 救急医療医の **Status** が低いので、改善する方法はないか。
  - ③ 救急医療に若い医師は結構興味を持ってくれるが、それを一生の仕事としてやり遂げてくれるものは非常に少ない。