

日本の救急医療の崩壊と再生

島崎 修次

杏林大学医学部救急医学教授

講師 経歴

島崎 修次（しまざき しゅうじ）

【学歴・資格称号等】

昭和41年 3月 大阪大学医学部卒業
昭和42年 3月 大阪大学医学部附属病院にて医師実施修練修了
昭和42年 11月 医師免許証第194884号（厚生省）
昭和53年 10月 医学博士学位授与（大阪大学第4414号）
昭和64年 1月 日本救急医学会指導医（第56号）
平成 7年12月 日本外科学会指導医（第S001774号）
平成 4年 アメリカ外傷学外科会名誉会員

【略歴】

昭和52年 7月 大阪大学医学部講師
昭和53年 7月 筑波大学臨床医学系助教授
昭和61年 4月 米国セントルイス・ワシントン大学リサーチ・フェロー
昭和62年 7月 杏林大学医学部附属病院救命救急センターセンター長（～平成18年3月31日）
昭和62年 7月 杏林大学医学部救急医学教授（現在に至る）
平成11年 11月 日本救急医学会理事長（～平成17年2月21日）
平成14年 1月 特定非営利活動法人日本災害医療支援機構（JVMY）理事長
平成18年 4月 財団法人日本救急医療財団理事長（現在に至る）

【所属学会】

理事長：(財)日本救急医療財団、
特定非営利活動法人日本災害医療支援機構(JVMAT)、
日本臨床高気圧酸素・潜水医学会
理事：(財)日本中毒情報センター、(財)東京救急協会
会員：日本救急医学会名誉会員、日本外傷学会名誉会員
American Association for Surgery of Trauma (AAST)名誉会員
International Society for Burn Injury (ISBI)
専門：救急医療システム、侵襲・外傷等に対する生体反応



昨今、救急患者のたらい回しや、受け入れ拒否による患者の死亡、周産期医療問題など、さまざまな出来事が起こっています。特別な人だけではなく、皆さんがいつ被害者になってもおかしくない深刻さがあります。厚生労働省はじめ、各政党、各地方自治体で対策を考えている内容を含め、日本の救急医療の崩壊に至った過程と再生に向けた取り組みについて、これからお話ししていきます。

オレゴン・ルール

アメリカオレゴン州の衛生局の玄関には、医療の三原則を示した「オレゴン・ルール」が掲示されています。すなわち「すぐ、いつでも診てもらえる（free and easy accessibility）」、「質の高い医療が受けられる（high quality）」、「安い医療費（low cost）」の3つですが、「国民は3つのうち2つは自由に選択できるが、3つとも求めることは不可能である」と云うものです。医療費の高いアメリカでは当たり前ですが、日本は医療関係者の努力によって、この3つの要件をすべて満たしてきました。ところが、小泉政権時に「5年間で1

兆円を超える医療費抑制政策」が強行され、日本の医療を支えてきた基盤が崩壊して、救急医療に多くの問題が発生するようになりました。

(資料1)

救急医療の崩壊

GDPに占める医療費支出の割合を各国で比較すると、トップはアメリカで15%。日本は8%で17位、韓国が30位くらいです。一方、医療に対する国民の満足度、医療の質等を総合的に判断して出したWHOのランキングでは日本がトップです。GDPに対する医療費比率が一番高いアメリカは15位です。GDPの15%医療費にかけて、国民の満足度は15位。しかし日本はGDPの8%しか医療費に支出していませんが、国民の満足度は世界一です。従って、アメリカでは医療関係者が非常にハッピー。一方日本は医療関係者がアンハッピーな状態といえます。(資料2)

このような状況では、必然的に医療の崩壊が起きてきます。東京消防庁のデータによると、救急医療の現場で搬送決定まで30分以上要したか、あるいは5箇所以上の病院要請をしても受け入れ医療機関が見つからないケースは、平成19年4~12月の8ヵ月で2万7,678件もあり、搬送総数の6%強を占めています。この事態は地方、都会にかかわらず相次ぎ全国的に大きな問題です。

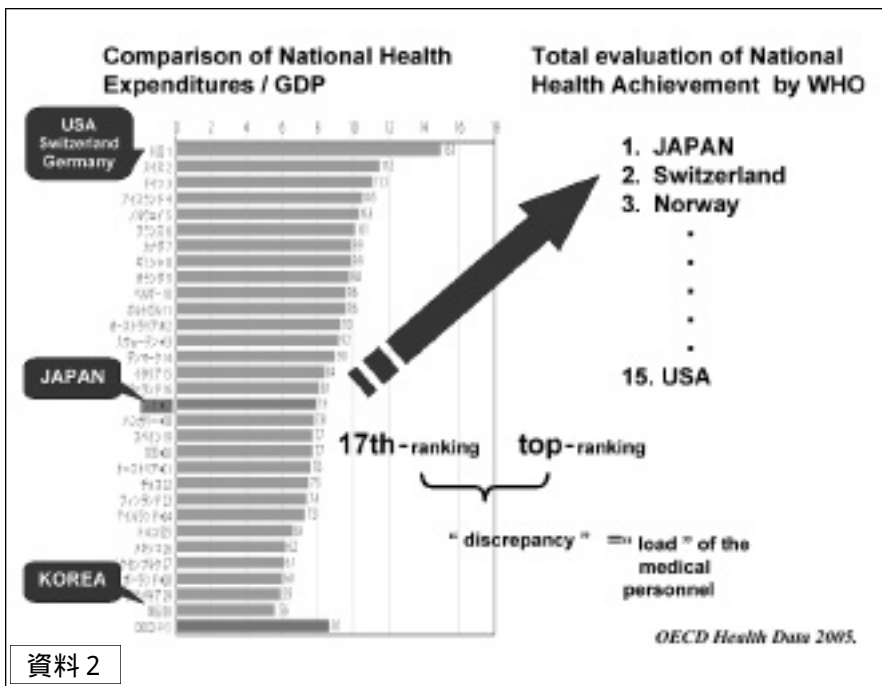
その背景には、地域中核病院が救急医療からの

オレゴン・ルール

- ① free and easy accessibility
(すぐ、いつでも診てもらえる)
- ② high quality
(質の高い医療が受けられる)
- ③ low cost (安い医療費)

※国民は3つの内自由に2つを選択出来るが、3つともを求める事は不可能である

資料1



資料2

撤退が大きな原因です。その多くは救命救急センターよりも二次救急医療機関ですが、救命センターを含め救急医療に携わるメリットがないのです。撤退する理由は「保険収載上のメリットがない」、「忙しく救急患者を診ても、医療訴訟を起こされて賠償金等が大変」、「採算がとれない」などハイリスク・ローリターンなのです。昔の病院は、院長が当直の若い先生方に色々な患者さんを診させていましたが、最近あまり無理して診なくていい形やビル診等で、救急医療から撤退している状況です。平成20年3月2日付の新聞に、救急搬送数が激増して、二次救急医療機関数が減少している実態が示されています。(資料3)

東京都の救急医療対策協議会の中間データによると、平成10年に411あった救急医療機関が20年4月には335と、10年間で約2割の減少です。今現在も減っていると思います。それに対し、救急患者数は年々増える一方で、初診時の救急搬送患者の重症度の程度を見ると、軽症ばかりでなく、中等症、重症以上の区分でも増加率が20%以上で、特に高齢者の救急受診者数の激増が目立ちます。中でも、軽症の増加率は98%で、10年前の倍になっています。

(資料4)

高齢者同様、子どもの救急受診率も高くなっています。年齢や救急受診人口では、子どもの受診が突出して高く、やがて徐々に下がって、15歳くらいから再び増え始め年齢とともに漸増して行くのですが、東京では何故か20歳頃にひとつのピークを迎えます。

このピークは喧嘩や泥酔、交通事故などで運び込まれる男性が多いと一般には思われがちですが、実はほとんどが女性なのです。原因はわかりません。団塊世代の夫婦のお子さんだと思います。いずれにしても、子どもの受診の激増も、救急医療システムの維持を困難にしている要因です。

救急医療の崩壊は、安心・安全・社会秩序の崩壊につながります。平成19年8月、奈良の妊婦が救急搬送中に死産する事件が起きました。これは、



救急医療対策協議会 中間のまとめ 緊急・適切な救急医療の確保について

(初診時程度による患者の推移)

○ また、初診時程度(※下記参照)で救急搬送患者を分類してみると、軽症・中等症・重症以上のいずれの区分においても、増加率が20%以上となっている。(表2)

表2 初診時程度による患者数推移 (資料:東京消防庁)

	軽 症	中 等 症	重症以上	合 計
H10年(全体)	280,249	159,941	39,949	480,139
(うち、高齢者)	(51,677)	(73,846)	(23,024)	(148,547)
H19年(全体)	372,789	200,474	49,739	623,012
(うち、高齢者)	(102,594)	(114,036)	(32,167)	(248,797)
増加率	+33.0%	+25.3%	+24.5%	+29.8%
(うち、高齢者)	(+98.5%)	(+54.4%)	(+39.7%)	(+67.6%)

資料4

妊娠していることを周囲が知らず、破水で受診したのが最初という非常に特殊なケースでした。しかし先日の東京での件では普通の妊婦が、受け入れてもらえず亡くなるケースだったのです。これは社会秩序の崩壊につながる問題で、地方自治体の病院ではドクターが激減している現状が、この問題を一層深刻化させています。ライフラインと救急医療が充実していなければ生命の安心・安全が危機にさらされます。社会システムを安定化させるため、早急な救急医療システムの充実が望まれます。

救急医学とその領域医療

さて、救急医療とは何なのでしょう。日本救急医学会では「救急医学とその領域」として、救急専門医がたずさわる3つの領域とその中身を示しています。1番目は「病院前救急(救護)医学」。

2番目は「初期救急治療医学」。これは、プレホスピタルから救急患者が搬送されてきた時、救急外来において重症救急患者の初療を行うとともに、重症度別に選別(トリアージ)をし、緊急救命室(ER)も含め、各診療科に救急患者を手渡していくことです。

3番目が2番目の従来の各診療科に属さない「専門的救急医療の患者」。重症外傷、熱傷、急性中毒、環境障害等の「外因性疾患」、及び、心肺停止、意識障害、敗血症等の「内因性疾患も含めた患者」。なお救急医学会では、

純粋なERのトリアージと専門性の高い3番のような領域の2つの専門領域を同時に携わっているので、今後この住み分けが、問題になってくると思います。

救急医学と各診療科との関係

救命救急センター・基幹病院救急部では、各診療科の救急患者や、脳神経外科、心筋梗塞、喘息の重積、急性腹症など、さまざまな症状の救急患者が入ってきます。専門に特化した患者はそれぞれの診療科に手渡し、外傷などの最重症の患者は救命センターで診ますが、センターに脳神経外科医がいる場合は救命センターで脳血管障害の治療を行い、心筋梗塞の専門医がいる場合もやはりセンターで心筋梗塞の治療を行えば良いわけです。

各救命救急センター、基幹病院の救急部は各診療科が診療に参加していますが、その中身はお家、病院、地域の事情により違いがあると思います。各地域で救命救急システムが効率よく動けば、どんな型でも良いわけです。北海道から沖縄まで同じやり方を行うのではなく、基本的にはセンターの要件を満たせば、地域ごとで能率のよいシステムで救命救急センターを動かしていけば良いわけです。

近年、救急医学・医療の中におけるERの位置付けが問題になっています。重症外傷患者の治療

救急医学とその領域

1. 病院前救急(救護)医学
 - ・メディカルコントロール(MC)
 - ・災害・テロ救急医療体制
2. 初期救急治療医学
 - ・重症救急患者の初療
 - ・重症度別患者選別(トリアージ)
3. 専門的救急医療医学
 - ・外因性疾患(重症外傷、熱傷、急性中毒、環境障害など)
 - ・内因性疾患(心肺停止、意識障害、ショック、sepsisなど)

資料5

等を含め、救急専門医の中により広い意味でのジェネラリストであるER専門医をどうしてゆくのか、今後の問題です。(資料6)

救命救急医

日本救急医学会は1万人以上の学会員を擁する大きな組織ですが、専門医はわずか2,500名程度です。専門医の中でも、救急専門医を10年以上続けた資格試験に通ると救急指導医となり、教育医療機関で専門医等を育成・指導していく役割を果たします。指導医は400名余りしかおりません。漸増はしていますが、まだまだ少ない状況です。厚生省の試算では、約5,000人の救急専門医が必要と試算されています。

(資料7)

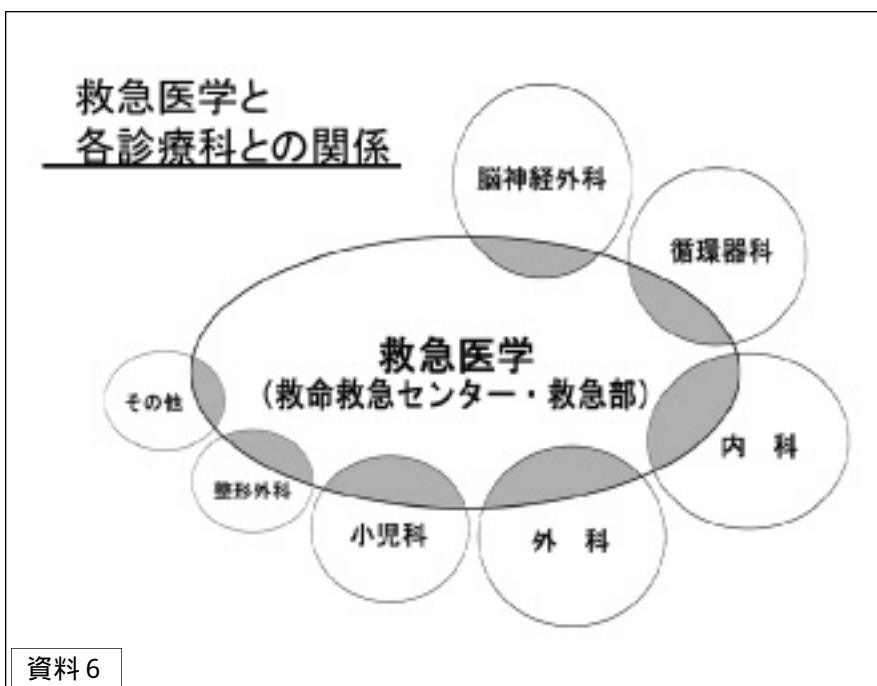
救急患者の構造と対応

救急患者は、人口10万人あたり1日に150人から200人発生します。そのうち、一次救急患者が150人から180人、二次救急患者が5人から8人、三次救急患者が1人から3人程度です。人口割りで計算すると、地方も都会も変わらずおおよそ、同じ比率で救急患者が発生するのは興味深い事です。これら患者をどのように処理し、管理し、医療システムの中に組み込んでいくかが、救急医療そのものといえます。(資料8)

21世紀の救急医療体制

21世紀の救急医療体制に関し、厚生労働省は今まで3つの検討委員会を通じて対応してきました。1番目は「救急医療体制基本問題検討委員

会」。平成9年に報告書が出ています。2番目が「病院前救護体制のあり方に関する検討会」。平成12年に報告書を出しています。3番目が「災害医療体制のあり方に関する検討会」。平成12年に発足していますが、各省庁横断的な協議が必要で、中間報告はありますが最終結論には至っていません。厚労省はこれらの報告書にのっとり一応粛々と施策を進めています。



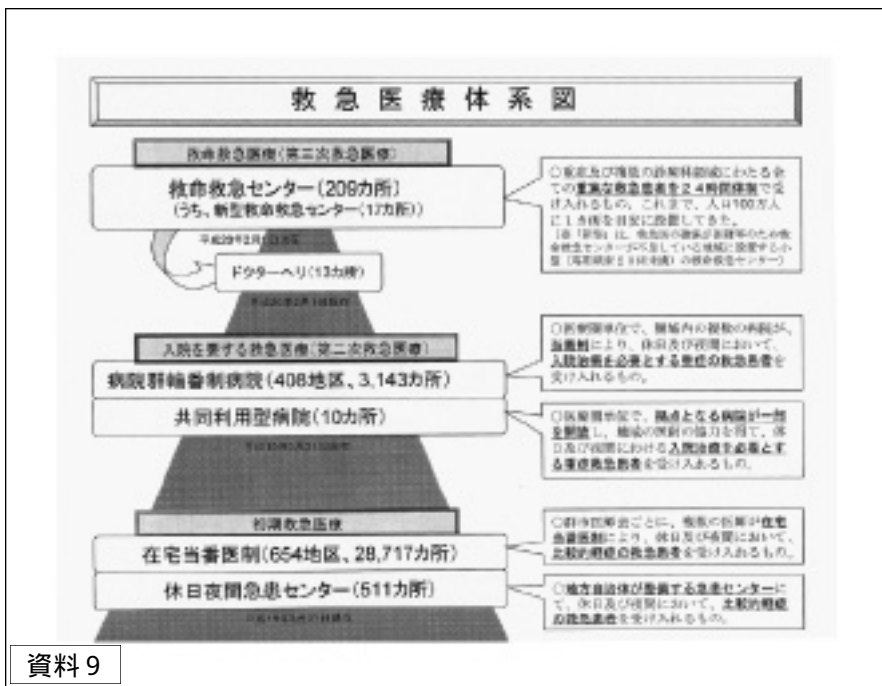
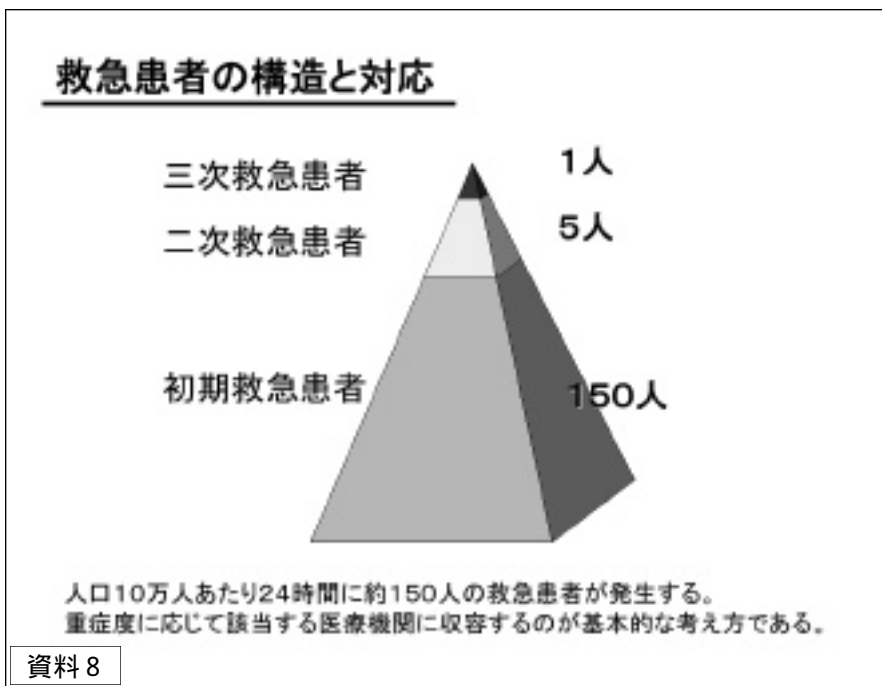
地域の救急医療機関の機能的役割分担

まず、平成9年に出た「救急医療体制基本問題検討会報告」から説明致します。キーワードは「地域の救急医療機関の機能的役割分担」と、「都道府県が医療計画を定めて、二次医療圏での自己完結型の救急医療を目指す」の2点です。地域の救急医療機関の機能的役割分担とは、救急医療機関を一次、二次、三次に分類し、救急患者をその重症度に見合った医療機関に送りこむ制度です。

診療所などの一次救急医療機関では、投薬や簡単な処置で返せる患者（一次救急患者）を診ます。二次救急医療機関で診るのは、アッペ（虫垂炎）や肺炎など、入院は必要だが、簡単な処置で済む患者（二次救急患者）。そして、三次救急医療機関は、今にも亡くなりそうな患者を24時間体制で集中治療室（ICU）で診る救命救急センターです。この救急医療システムは、日本ならではの医療の特徴をうまく生かしたものだといえます。

一次救急にあたるのは休日夜間急患センター、在宅当番医制。入院を要する二次救急医療は、病院群輪番制病院と共同利用型病院で担当します。大きな個人病院、自治体病院でも診ているところがあります。そして、三次は全国に209箇所ある救命センターが担っています。病院を機能分担し、それぞれが治療できる範囲で患者を治療するシステムは実は、世界でも日本だけです。外国では、救急患者は全て地域の基幹病院に送られます。その結果、病院は患者であふれ重症患者は優先的に治療され、軽症の患者は延々

と待たされる事になります。アメリカでは、風邪などの軽症患者が数時間待つのは当たり前、夕方来院した人が、翌朝4時、5時まで待たされることもあります。軽症患者に対しては、医師が診ない代わりに看護師がマニュアルに沿って対応しても良いが、患者に聞き患者が了解すれば、あまり待たずに看護師による処置を受けることができます。日本の医療機関は役割分担に応じて、丁寧に救急患者を診ていくシステムなのです。（資料9）



二次医療圏の自己完結型の救急医療

「救急医療体制基本問題検討会報告」の二番目のキーワードは、「二次医療圏の自己完結型の救急医療」です。二次医療圏とは、30～50万人の人口を有する生活圏をいいます。二次医療圏は全国に365ありますが、基幹病院である救命救急センターは209箇所しかありません。二次医療圏の数に対して165足りません。そのため、たとえばある県の3ヶ所の二次医療圏の内、A、B地区に救命救急センターがないと、C地区の救命救急センターに行くことになります。A、B地区の住民も同じ住民税を払っているのに不公平という話になります。(資料10)

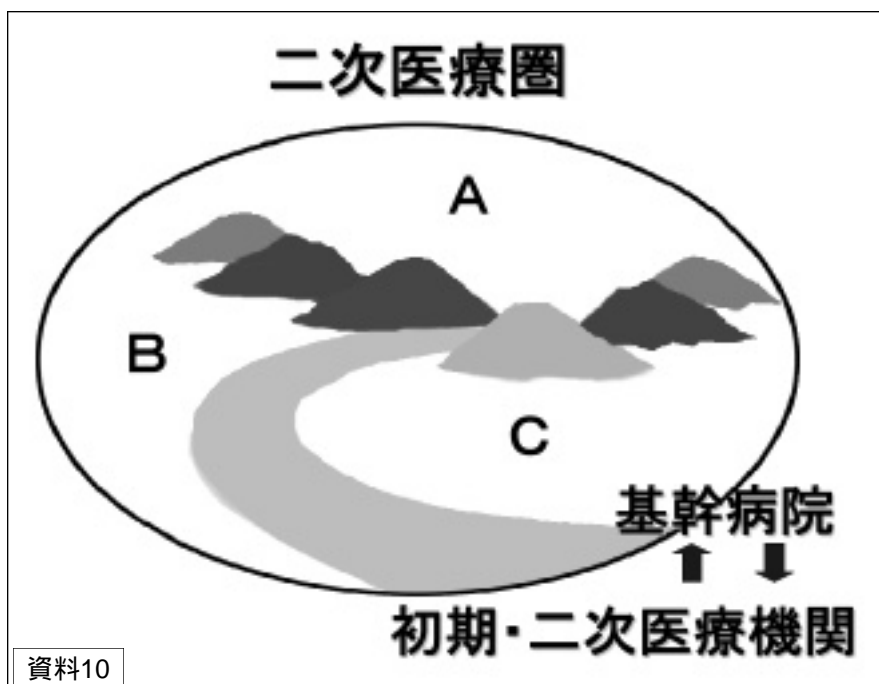
国は、救急救命センター不足地域における設置促進策として、平成15年8月、「新型救命救急センター」の整備を図る「医療提供体制ビジョン」を提示しました。これは、二次救急医療機関の中で比較的積極的に救急患者を診ている総合的医療機関を新型救命救急センターとするもので、ベッド数も救命救急病院の3分の1程度の10床としています。従来の救命救急センターを航空母艦型とすると、それより小規模の巡洋艦クラスが新型救命救急センターのイメージです。救命救急センターは、概ね人口100万人に1箇所ですが、新型救命救急センターは人口30万人に1箇所の割合で、現在までに17箇所出来上がっています。この新型も含めた救命救急センターの数が209という状況です。まだまだ足りませんが、今の医療費削減政策のもとでは、増やしていけないのが現実です。なお、救命救急センターの設置は知事の権限なので、知事がどの程度設置の必要性を認識しているかが、大きなポイントとなります。

今まで日本では、「新型救命救急センターは人口30万人に1箇所、しかもバッティングしないようにつくりましょう」ということでしたが、救急に関する諸問題が急増し

て、最近行政は基準にこだわらず、「人口30万人の中に2つの救命救急センターがあってもいいのではないか」という流れになってきました。そして、競争によって、良質な救急サービスが提供できるところは生きのこれる型のシステムでも良いのではないかと考えているようです。いずれ選別されます。

三次救急医療機関の要件

三次救急医療機関である救命救急センターの要件は、次の5つです。1番目は、基本的なことですが、「重篤な救急患者を常に受け入れることが出来る診療体制をとること」、2番目が「ICU、CCUなどの重装備の治療システムを備え、24時間体制で重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと」。3番目が「医療従事者に対し、救急に必要な研修を行うこと」、医療従事者とは、医師、医学部の学生、救急救命士、救急隊員、看護師、薬剤師などを指します。4番目に「最終受け入れ医療機関として機能すること」、実はこれが非常に問題になっています。風邪、目の異物混入などの軽いケースでも、患者が来たら、救命救急センターが最終受け入れ医療機関として診るのです。本来、一次・二次の医療機関で済むにも関わらず、軽症の患者が救命救急センターに多く来るしわ寄せの傾向が強まっています。



資料10

4番目までは地域の救急医療に密着・充実する要件ですが、5番目には「災害時の広域搬送拠点病院として機能すること」が挙げられています。たとえば地元での災害ばかりではなく、静岡で地震があった場合、静岡の被災患者の何十人かを杏林大学の高度救命救急センターで受け入れる、杏林大学の救急援助隊を含む救急の医師、看護師、事務官ワンセットを静岡に送るといったことが、「災害拠点病院として機能すること」の具体例になります。

救命救急センター評価

平成11年から救命救急センターの評価が行われるようになりました。「救命救急センターは補助金をもらっているのだから、評価しましょう」ということになり、国の依頼で、私も評価方法作成に参加しました。35項目の中にさらに細かい項目があり、100点満点中50点以上でAの評価になります。普通、及第点は60点ですが、60点にすると激減するので、50点を及第点にしました。約6割の救命救急センターがAとなっています。そして、25~50点がBで2割足らず、25点未満のCが2割余りとなっています。(資料11)

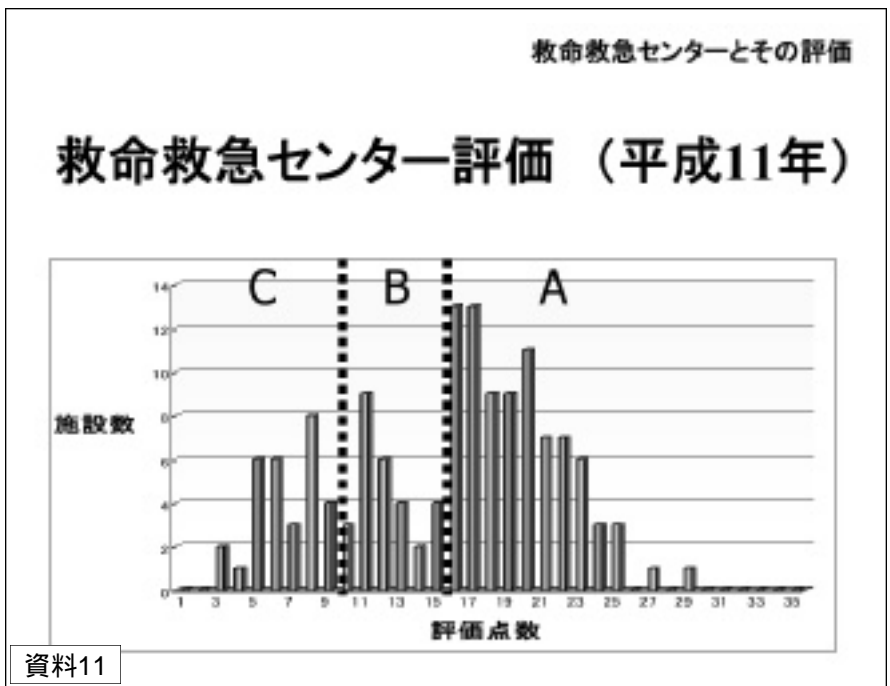
Aランクのセンターは従来通りの補助金、Bは補助金1割カット、Cは補助金2割カットになります。なお、B・C評価はいわばイエローフラッグであり、救命救急センターが少ない中、「どこを直せばB、CがAになる」という指導を10年かけてやった結果、ほとんどのセンターがAランクになりました。実は、最初は直接センターに電話をし、現場を把握していましたが、学習効果が高まったことで、私が委員から抜けたことなどにより、今は紙媒体での指導になっています。ですから、評価と実際の救命救急センターのアクティビティとの間には、最近かなりの乖離が起きている。

そこで今回、新しい救命救急センターの評価法を設けました。基本はいかに地域医療に貢献しているかに重きを置いた評価法です。さらに専門医が何人いるか、救急で働くドクターの環境整備も調査します。交替制勤務は点数が高いのですが、逆に当直体制の医師が1日36時間も続けで働かなければならない状態は、マイナス評価になります。この評価法を今後2年間試してみても改良されない場合は、またABCランクでの評価に戻すことになっています。

実は、この新しい評価法で評価した200の病院のランキングは、みなさんに公表されます。これは地域住民にとって非常にいいことです。その地域の救命救急センターの点数が低ければ、たとえばその原因が自治体に非がある事などが明確になると、自治体行政に相当なプレッシャーがかかります。来年度から、新しい評価法で行います。

救命救命士の業務・教育

次に、平成12年に出された「病院前救護体制のあり方に関する検討会報告書」の内容は、救命救命士が医療行為を行うようになり、チェックするのが「救命救命士の業務のあり方に関する検討会」で報告された「メディカルコントロール体制の構築」と「救急業務の高度化」です。業務の高度化は救命救命士が行う医療行為として、平成15年か



ら除細動包指示化、16年から気管挿管の実施、18年から薬剤投与の実施等です（いずれも心肺機能停止の患者に限る）。これらの業務、まさに医行為の質をチェックし担保するのがメディカル・コントロールなのです。

救急救命士の行う処置による効果

救急救命士の行う処置による効果は、「ウツタイン様式」を用いてチェックします。ウツタインとはノルウェーの都市、スタパンガー郊外にある修道院の史跡です。1990年に心肺蘇生に関わる各国の学会代表がここに集まり国際会議を開き、主に心原性の心肺停止に関する記録集計のフォーマットを決めたことにちなんで、この場所の名前がつけられました。病院外で心臓や呼吸が止まった患者に対する処置の記録がウツタイン統計で、デジストリーされます。

それに基づいて出したデータですが、一般に日本では心肺停止患者の分母がガン末期患者も含めて非常に幅広いです。諸外国の心原性ショックに限った心肺停止の患者と比べると、全般的に蘇生率が下がります。一般救急隊員だけが処置した場合の蘇生率が2.7%なのに対し、救急救命士が医療行為を行うと7.5%に上がります。一番高いのがシアトルの12%です。

救急救命士が現場で医行為を行うと蘇生率がぐんと上がることが判明したわけですが、医行為3点セットの内、気管内挿管、薬物投与よりも、除細動の効果が大きいのです。気管挿管は、気道確保ができていればする必要がありません。「気道がしっかり確保されていれば、気管挿管はしなくてもいいですよ」という程度のもので、薬剤については今、乳酸加リンゲル液を点滴しながらエピネフィリンを測注するまで認められています。救急救命士のこの3つの業務に関して座長を受けたまわっておりまし

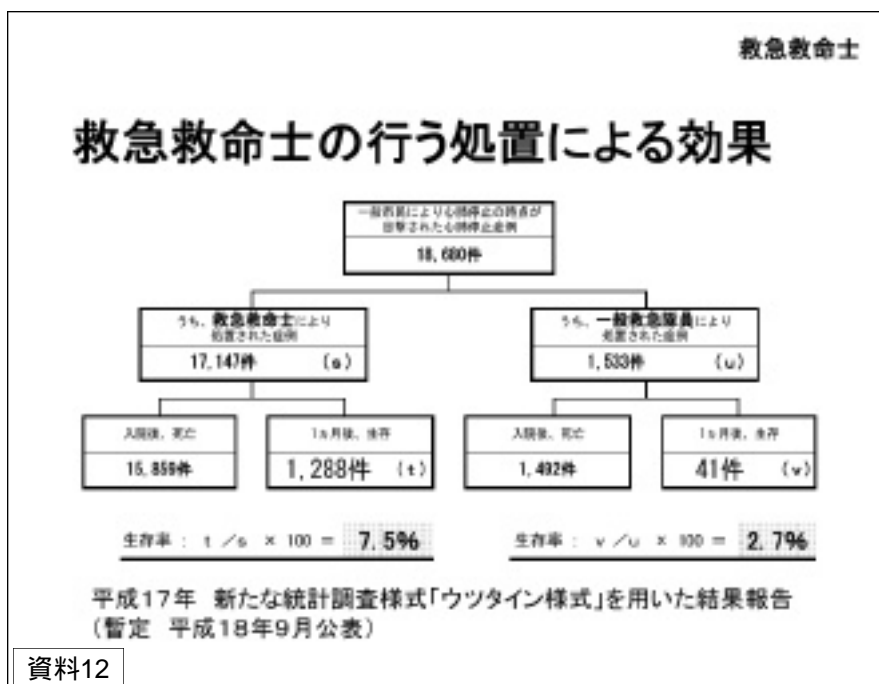
たが、心肺蘇生に関わる三原則的な薬剤として、エピネフィリン、アトロピン、リドカインがあります。さしあたってエピネフィリンだけの投与に限定しました。そして、末梢に静脈路を確保し、乳酸加リンゲル液を流して、その横からエピネフィリンを投与することになりました。この3つの医療行為の中で一番有効なのは、実は除細動です。（資料12）

AEDってなに？

「除細動がそんなに蘇生に有効なら、もっと現場でやってもらいましょう」ということで出てきたのが、「AED（除細動器）」です。心臓ショックや心筋梗塞等で亡くなる患者さんは、米国で年間約30万人。日本でも5～7万人の方が死亡していると云われています。心臓発作の多くは倒れた時心室細動が発作性頻拍症です。心室は心臓がふるえた状態で、発作性頻拍症は、脈拍がある程度（180程度）以上になると心臓が止まったのと同じ状態になるというものです。

日本の薬事で認められているAEDは、日本光電製、フィリップス製など2～3種類あります。発作性頻拍症の場合、脈拍が180～200回/分のどの程度で作動するかはメーカーで違います。

学校で問題になったのは、野球やドッチボールの球が胸に当たって心室細動が起るケースです。



硬球ボールが胸に当たって心臓が止るのは分かるけれども、テニスボールやドッチボール、あるいは野球の軟球が当たっても心室細動になるということで、学校にもAEDを置くようになりました。（資料13）

心臓が止まっている患者を見かけたら、すばやい通報、すばやい蘇生処置、すばやい専門治療を施す。この一連の流れを「命の鎖（チェーン オブ サイバーバル）」といい、古い形の一次救命処置でした。ところが、AEDの普及により、すばやい電気ショックがこの鎖の中に加わりました。この新しい一次救命処置の概念を「New BLS（Basic Life Support）」と称します。アメリカン・ハート・アソシエーション（AHA）が、AEDを用いた蘇生も一次救命処置、現場で一般市民も含めて行う処置の中に入れました。これは、非常に大きな進歩でした。5分以内に除細動を行うと、少なくとも半分以上の人が助かる「5分以内の除細動」をAHAが推奨したのです。一方日本で救急隊員が現場に着くまでの時間は、約6分です。「その1分強の時間差、どうするの?」、「現場に居る人にAEDをやってもらいましょう」と云う事で、本邦でもAEDを認める方向になったのです。（資料14）

AEDの普及率

2年前、AEDは約9万台設置されていました。医療機関（20%）よりも一般市場（80%）への設置率の方が高いです。3、4年前の4万台からスタートし毎年倍々ゲーム

で増えて、今は12、3万台になると思います。特に、空港、駅などの交通機関関係で普及しています。

当初、「一般の人にAEDを普及させるのは無理だろう」といわれていました。「設置しても盗難にあう」、「5年ごとに充電が必要で、充電を忘れて放置したら、設置した企業なり団体の責任問題になる」など、マイナスイメージが強かったのです。ところが、学校関係のPTAが一生懸命になり「軟球が胸に当たって心臓が止まるようでは

野球やドッチボールの球が胸にあたるのも心室細動の原因になります！

『心臓しんとう』と言います。



資料13

5分以内の除細動を可能にするのはあなたです！

New BLS※ AEDの普及



すばやい通報 すばやい蘇生処置 すばやい電気ショック すばやい専門治療

※BLS（Basic Life Support, 一次救命処置）

資料14

心配だから、学校に置きましょう」という声が高まりました。PTA同士の会合の席などで、「うちの学校にはAEDがある」、「AEDって何？」という会話がなされるようになり、あっと言う間に広がった次第です。今も、学校を中心に普及しています。私の所属している日本救急医療財団でも、AEDの普及啓発に力を入れています。

メディカルコントロール体制について

救急救命士が実施する救急処置を担保し、彼らが行う救急活動の質を保証する体制が「メディカルコントロール体制」です。夫々の地域でメディカルコントロール(MC)協議会を設け、主として3つのことをシステムとして構築します。1つは、「医師の指示・助言体制の確立」です。医師が情報センター等を含めて常駐し、救急救命士が医療行為をする時に、現場に指導や指示とか助言を行うことです。2つ目が「事後検証の実施」。救命救急士が医師の助言通りの処置をしたか、あるいは適用がないのに勝手に処置しなかったか等、救急活動記録票を検討し、救命処置の効果を検証します。この事後検証はMCの主要な仕事です。東京都でも毎月、事後検証委員会が検証を行っています。そして3つ目が「(再)教育体制の整備」です。12時間の再教育や適切でない処置、問題が見つかったことも含めて、(再)教育をしっかりやっていく。この3本柱を中心として、メディカルコントロール協議会が成り立っています。

地方には各地域、各都道府県、二次医療圏の中にいくつかのメディカルコントロール協議会があったり、二次医療圏の中にひとつだったり、さまざまな形態がありますが、東京都の場合は全体で1つだけです。23区、多摩地区含めて約15の二次医療圏がありますが、MCは1つに集約しています。私が会長を務めています。私が会長を務めています。医学的視点からの事

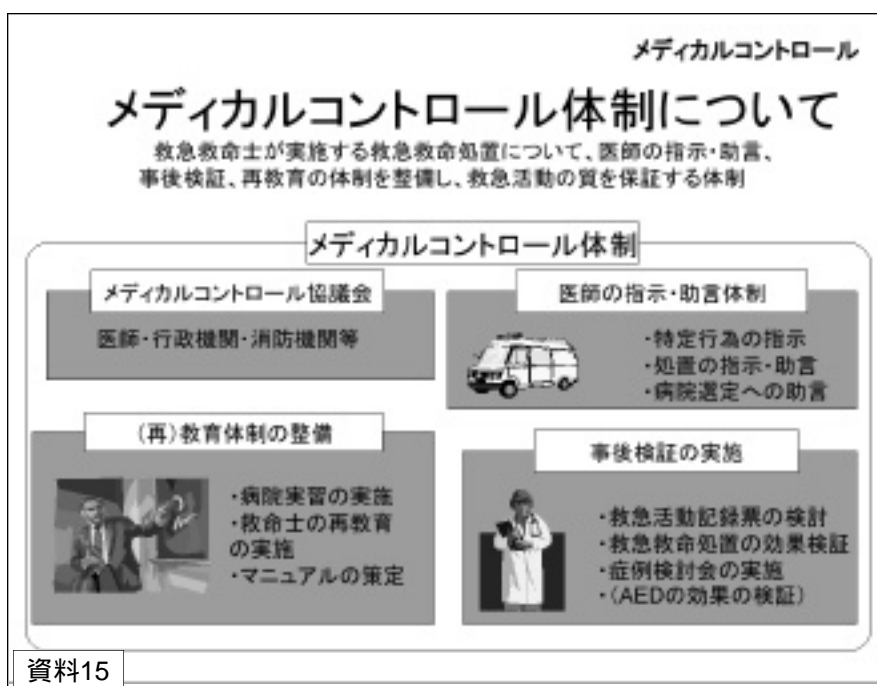
後検証体制、救急隊員等に対する医師からの指示・指導、助言体制、救急処置基準の策定および救急隊員等の教育・研修体制の4つに関する委員会を設けてやっています。近々、08年6月に起こった秋葉原の無差別殺傷事件についてMCから報告書が出される予定です。これに関しては、メディアがいい加減な情報を流しています。「本来、すぐに緊急処置が必要な赤タグをつけるべき人に黄色タグがついていた」と言っていますが、それは間違いです。その件も、報告書の中できちんと説明しています。発刊の際には、記者会見を予定しています。

メディカルコントロール協議会は、全国47都道府県に設置されています。親会が47あり、その下部組織である地域MC協議会は260を数えます。今までは、それぞれがバラバラに活動していましたが、全国的な統一基準をつくる気運が高まり、2年前に、全国メディカルコントロール協議会が発足しました。ここでは、地域格差の解消をはじめ、さまざまな活動に取り組んでいます。

(資料15)

危機管理体制における救急医療の役割

危機管理に関わる災害医療の体制ですが、想定される災害としては、自然災害、化学工場関係災害、大量輸送機関の事故、放射線漏れ事故、NB



C (Nuclear Biological Chemical) テロリズムなどが挙げられています。日本はこれらすべてを経験していますが、こうした事態に陥った時、どのような措置をとるべきかが大きな問題になっています。(資料16)

NBC剤のうち、N(核)に関してはヨウ素が主です。テロ、事故を含めて、被ばくにあうようなことが起きたら一般市民はパニックになります。目に見えないので、余計一般住民の不安が高まるのです。数年前、南米で病院からヨウ素を盗み出して凶行に至った事件がありました。ヨウ素自体による被害はたいしたことはなかったものの、「盗まれてバラまかれた」という情報のインパクトが強く、市民はパニックに陥りました。病院のラジオアイソトープの管理がいかにずさんかですね。わが国でも病院の中を整理すると、古い冷蔵庫の奥から氷の固まりが出てきて、中を開けるとラジオアイソトープだったりすることがあります。このようなことで、病院内でのラジオアイソトープの保管については、行政も非常に神経を尖らせています。Nはかつて文科省の管轄でしたが、今は厚労省に変わっています。文科省でNを管理してもあまり意味がないので、実際に被爆にあった時の管理は、救命救急センターを中心にした病院で行なう事になっています。

一方、B(生物)のワースト3は、天然痘、炭疽菌、ペストです。

それから、C(化学)は、ほとんどが有機リン系です。瞳孔が縮動して意識がない場合は、多くは有機リン系の薬剤が原因です。その場合、外国の軍隊ではアトロピンを自己注射できるようになっていますが、日本の防衛庁はどうなのか情報がないのでわかりません。(資料17)

危機管理体制における救急医療の役割

- ◆ 自然大災害: 大地震、火山爆発、台風、大洪水など
- ◆ 化学工業関係災害: 放射線漏出事故など
- ◆ 大量輸送機関の事故: 列車、航空機、船舶など
- ◆ NBCテロリズム

これらは災害地域(局地)を越えて被害が及ぶことがあり、また大量の被害者(犠牲者)が発生するために、現場での救急医療にあたる人員確保だけでなく、救助、輸送手段、受け入れ態勢を組織的に機能させなければならない

資料16

NBC剤は、『予測している者に対しては決して致死的ではない!』

N	B	C
A.外部被ばく ①プルーム: クリプトン-85 (β線) ②地表面: セシウム-137 (γ線) ③フォールアウト: セシウム-137 (γ線) ④ヨウ素-131 (γ線)	カテゴリーA 米国疾病対策センター (CDC) ① 天然痘 ② 炭疽 ③ ペスト ④ ボツリヌス中毒 ⑤ 野兔病 ⑥ ウイルス性出血熱	A.有害化学剤 ①神経剤: サリン、タブン、ソマン、VX ②血液剤: シアン化水素 ③窒息剤: ホスゲン ④びらん剤: マスタード、シイライト
B.内部被ばく ①吸入: ヨウ素-131 (β線) ②経皮: ヨウ素-131 (β線) ③経口: ヨウ素-131 (β線) セシウム-137 (β線)		B.無傷害化学剤 ①催涙剤: CN, CR, OC, GS ②催吐剤: アダムサイト

資料17

災害時のメディカルコントロール

災害時においては、メディカルコントロールが非常に重要です。ここで問題なのは、救急救命士が除細動、静脈確保、気道確保などの医療行為が認められるのは、「心肺機能停止の患者」に対してだけです。災害地などではトリアージが行われますが、心肺停止患者はトリアージタグの黒タグです。ということは、「その患者は治療の対象外にある」ことを意味します。「もう診なくていい」と云う事す。そうすると、救急救命士は、お金と時間をかけて医療行為の技術と知識を身につけたのに、本当に使いたい現場で使えないことになります。この現実を打開するには、心肺停止になる前に、ロウソクの炎が消える前に、処置を施して蘇生に導くことが、効果が上がるのは当然です。災害でなくても救急の現場では実際には心臓、呼吸が止まるのを待ってから処置しなければならないという、ブラックジョークのようなことが展開されているのです。

日本の医療の危機

ここから話題を変えて、「救急医療の危機」についてお話しします。

昨今、妊婦のたらいまわしをはじめ、救急医療の問題が頻発しています。こうした事態に対し、立花隆氏は、医療政策シンポジウムでの講演「脱『格差社会』と医療のあり方」において、「結構リッチな人も含め、一般市民がすべて医療の諸問題に遭遇している」と警告しています。今、救急医療現場がどういう状態にあるかという、初期・二次医療機関が減っています。そして、それら医療機関には救急の専門医があまりいないので、救急患者を断っています。断る原因の多くは処置困難と専門外、この2つを足すと50%以上になります。つまり、「急患は診れない」ということです。

そのしわ寄せが、三次医療機関の救命救急センターにいきます。ここは最終受け入れ医療機関なので、比較的症状が軽い患者も診ざるを得ません。とくに連休、盆暮れなどの時期には、たくさんの軽症患者が来ます。我々の病院の救命センターには救急外来に3室3床のベットがあるので、患者を1人受け入れた直後に重症患者が来ても診るこ

とができます。多くの救命センターには、外来で処置できる場所が一箇所しかないので、比較的軽症の患者を先に受け入れてしまうと直後に重症患者の受け入れを要請されても、物理的に診察出来ない。そのため救命救急センターも、満床、手術中、患者対応中などの理由で断らざるを得ない状況になるわけです。

まず、妊婦のたらいまわしを止めなければダメだということで、まず周産期母子救急も含めて、三次の救命救急センターと連携をとる話になっています。しかしながら救命救急センターは、一次、二次救急医療機関で断った患者の受け入れ、母子センターからの救急患者の受け入れで、ベッドはいっぱいになってしまいます。さらにまた例えば、高齢者の患者が肺炎で入院してきても、一週間で回復するのですが、引き取ってくれるべき療養型病院が満床、あるいはそういう患者を受け取りたくないことで救命センターの出口もいっぱい、入口はしわ寄せがきて、三次医療機関が救急患者で膨れ上がります。そして、出ていく先の療養型医療機関のような病院からも、心呼吸停止の患者や、具合が悪くなった患者が救命救急センターに運び込まれてくるので、結局、最後の砦である三次医療機関が超満床の状況になるのです。この一連の流れを変えるには、三次だけをなんとかしてもダメで、一次、二次療養型病院も含めて救急医療のシステム全体を何とかしないとどうしようもない状態になっています。

厚生省は「今後の救急医療のあり方検討会」を設け、この問題の解決を図ろうとしています。私



が座長を務めています。最初は「三次の救命救急センターをどうしよう」ということで、まず救命救急センターの再評価を行う事にしましたが、現状の救急医療体制をみると、一次、二次医療機関の問題、療養型医療機関の問題、あるいは周産期の問題があり、入口から出口までの流れ全体を触らないことには救急医療体制がうまくいかないことがわかりました。今は、救命救急センターの再評価の方法は済んでいます。この後は、全般的な問題に手をつけていきます。輪番病院も、二次救急医療機関も手を引くので、そのしわ寄せが三次にくる。その救命救急センターに専門医がいなくなり撤退するという事態が、地方でも都市でも起きています。(資料18)

救急医が足りない？

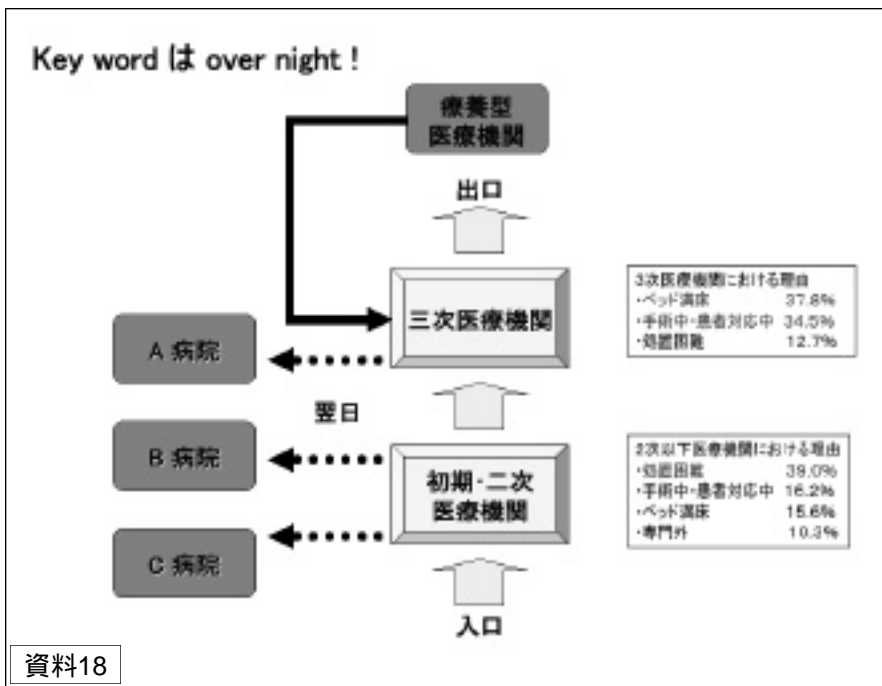
平成10年の厚労省の試算によると、平成37年には5,000人の医師を救急医療機関に配置する必要が出てくるということでしたが、平成18年の再試算でやはり5,000人近く救急の専門医が足りないという結果が出ました。全国365の二次医療圏に1つ救命救急センターをつくり、そこに専門医を5~6人配置(365×5~6=約1,900)し、全国の二次救急医療機関において人口5万人に対し専門医を1人配置(1億2千万/5万=2,400)すると4,300人必要ということ。現在、救急の専門医は2,500人くらいしかいません。現時点ではまだ半分くらいしか救急の専門医が充足してないことになりました。

今後、若い医師が救急の分野へ進出してくれるといいのですが、「診療科別(主たる)医師数の年次推移」(平成16年)、一番多いのが内科医で約7万5,000人、次が外科医の約2万5,000人。そして、3番目が整形外科医です。どの診療科も右肩上がりが増えていますが、やはり、産婦人科だけは減っています。平成

11年に1万1,039人いたのが、16年には1万163人になっています。救急の専門医も微増しているとはいえ、まだ2,500人ですから、若干増えていると云っても、オーダーが一桁位少いわけです。救急の最終受け入れ医療機関が救命救急センターになっていますから、この少ない専門医数で働く救急医は「たまったもんじゃない」という状態に陥っています。

たらい回しの問題を解消するには、救急のマンパワーの確保が必須です。今、産婦人科医の数は約1万人ですが、年間にお産をする方は約100万人です。ですから、産婦人科医は年間100人のお産をみれば事足りるわけ。つまり、3日に1回、お産をみればいい状況なのですが、ここで産婦人科医を増やしても、3日に1回が、5日に1回になるだけで、周産期母子センターの今の問題は絶対に解決しません。

産婦人科医は母体と新生児、未熟児が生まれるお産に関わるだけです。お産というと、母体、新生児、未熟児がセットになっています。新生児、未熟児は、NICUで新生児の専門医が診ます。ところが、NICUではベッド数が足りません。従って、単純お産でも、母体をきっちり診る産科医がいて、NICUのベッドが空いて、NICUの専門医が診る状態で、ベッドと専門医が充足していないと、病院は患者を受けたくないわけ。



新生児、未熟児をまたどこかへ運ばなければならぬという、大変な話になります。

墨東病院の事件を発端に露呈したのは、母体が本来のお産と関係ない脳神経、脳卒中、心筋梗塞、多臓器不全、外傷などの合併症時のシステムが全くないという問題です。母体の合併症は救命救急センターで診る事が出来ますから、今後はそこと連携をとって行く話になります。お産の産科医を増やすこと以上に、産科医と連携をとって行く救命センターの専門医を増やさなければ問題は解決しません。

現在、お産や新生児に関わるネットワークと、救命救急センターや二次救急のネットワークは別システムになっています。妊婦が脳卒中の合併症を引き起こして重症になったという情報は、お産のネットワークには流れますが、救命救急センターのネットワークには全く入ってきません。ですから、墨東病院のERはその情報を知り得なかったのです。産婦人科医は自己完結型で、従来、母体と新生児の小さなネットワークの中で動いてきましたが、それだけでは済まなくなってきたことが、今回の事件でハッキリしました。今後は、救命センターと連携をとって行く必要があると思います。

このように、救急医は絶対数が足りないのですが、小児科医は増えています。少子化の影響で、小児科の患者は減っていますが、ささいなことで小児救急に駆け込む母親が増えて問題になっています。これは、システム的に小児科医が小児患者をどう診るにかかわる問題で、母親の教育が必要になってきます。実際、兵庫県のある地域の市民病院には、小児科医が5人いましたが、夜中、のべつまくなしに小児救急が来るため、5人が4人になり、3人になり、2人になり、とうとう1人になってしまいました。最後の1人になった時、自分たちの子どもを診てくれる医者がいなくなるかもしれないと思い、お母さん方が慌てて「小児救急への不必要な受診はやめよう」と申し合わせた結果小児救急への受診者が約5分の1になりました。美談のように語られていますが、これは完全にお母さん方のエゴです。それまで実態を把握していなかったことになります。

小児救急の多くは祖父母が嫁に教えたものですが、核家族になって教わるのがなくなりました。これに対して、各地域で自主的に小児救急の勉強を始める母親のグループが出始めています。大切なことだと思います。東京都でも、そういう試みがスタートしています。

なぜ救急医は増えないのか？

「研修医のチョイス」

救急医は足りないと言われていた産婦人科医や小児科医と比べてもひとケタ違うオーダーで数が足りないのですが、数を増やすには、救急医を希望する研修医を増やす必要があります。卒後臨床研修が始まって4～5年経ちました。2年次研修医が研修後に専門としたい診療科をまとめると、資料20になります。内科、外科、小児科、消化器科の順に希望者が多く、産婦人科は9位。希望者は全体の4.9%です。結構少ないです。しかし、救命救急はもっと少なく2%となっています。これが、基本的に今の研修医が将来なりたい診療科のトレンドといえます。研修医に本音を聞いてみると、「将来が安定した比較的楽なところへ行きたい」という意識があって、このような選択をしているようです。

国は、各診療科の専門医が実際に何人ぐらい必要かを試算する必要があります。たとえば、内科の専門医何人、内科のうち腎臓の専門医何人、外科のうち消化器の専門医何人という形で公表して、その専門医の数に応じて予算を出すというようにするのも一つのやり方です。ある診療科の専



門医が多くなれば、100人必要なところに200人いる場合は、その専門医は半額しかもらえない。逆に、100人必要なところに50人しかいなければ、倍額をもらえる形にすれば、人数が少ない診療科へのインセンティブが少しでも生じます。そういうデータをもとに、研修医は臨床研修が終わった後に自分の専門を決めていく。今、どんどん増えているある科の専門医などは、10年、20年後、さらに人数が増えた時、「こんなに自分の専門科の医師が多くてどうしよう」と青くなる可能性が出てきます。

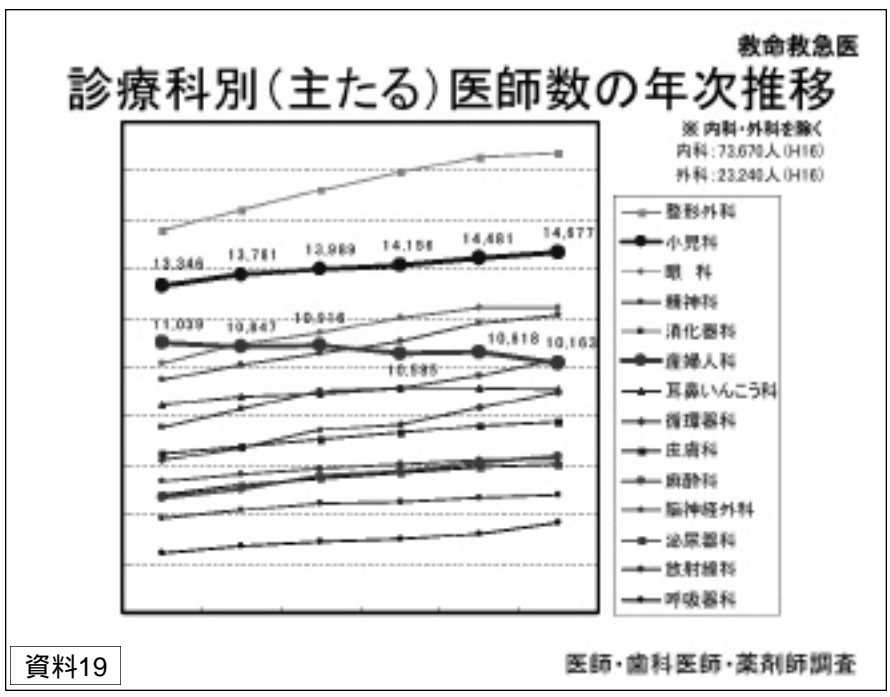
(資料 19)

今、医学部の定員を増加させようとしていますが専門医ができるまでには最低入学後13年かかるので、13年後から専門医が増えることになりません。ただ、専門医が自分の行きたい科を自由に選んでいると、医師の数は増えても、医師過剰の診療科と、相変わらず足りない診療科の格差が広がるだけなので、うまく配分する必要があります。そのため、需要にあった必要専門医数を決めることが非常に重要です。各診療科に任せると、「自分のところはもっと必要だ」という話になるので、どこか客観的なところで決めないとダメでしょう。

(資料 20)

救急医のQOL

救命救急センターで働く働き盛りの医師のQOLを労働環境からみたデータがあります。従来の「日勤 - 当直 - 日勤」という勤務パターンの救命センター、「9時 - 5時、5時 - 9時」の二交替制をとっている救命センター、日勤だけの病院の3つで、医師の勤務実態を比較しています。典型的なのが、一日36時間くらい働くような救命センター。朝9時から夕方5時まで働き、5時から翌



救命救急医 研修後に専門としたい診療科

診療科	人数(人)	割合(%)	診療科	人数(人)	割合(%)
内科	480	14.6%	脳神経外科	57	1.7%
外科	293	8.9%	心血管外科	46	1.4%
小児科	247	7.5%	総合診療科	25	0.8%
消化器科	217	6.6%	小児外科	16	0.5%
整形外科	213	6.5%	呼吸器外科	15	0.5%
循環器科	207	6.3%	ICU/ICU科	15	0.5%
麻酔科	191	5.8%	病理	15	0.5%
産婦人科	163	4.9%	基礎系	11	0.3%
精神科	142	4.3%	リウマチ科	8	0.2%
眼科	131	4.0%	診療内科	6	0.2%
皮膚科	131	4.0%	美容外科	6	0.2%
放射線科	100	3.0%	緩和ケア	5	0.2%
呼吸器科	92	2.8%	医療行政職	5	0.2%
泌尿器科	86	2.6%	アレルギー科	3	0.1%
耳鼻咽喉科	84	2.5%	その他	67	2.0%
形成外科	71	2.2%	無回答	18	0.5%
救命救急	70	2.1%	全体	3,298	100%
神経内科	62	1.9%			

(出典)平成17年度「臨床研修に関する調査」報告-2年次研修医への調査

資料20

朝の9時まで当直をこなし、9時以降は、当直の時に入ってきた患者を夕方5時近く診るというパターンです。この場合、週77時間労働です。労働基準法で定められた時間の約2倍です。そして、月に休みは2.1日しかありません。労基法違反もはなはだしいです。ところが、このデータを厚生労働省の関係の講演に出しても、ウンともスンとも言ってきません。まあ、このような状況です。

二交替制にすると結構うまくやっていますが、救急の専門医の数が今の1.5倍くらい必要になるので、実現するのはなかなか難しい状況です。(資料21)

救急医の免疫能(NK活性値)

非常に虐げられた形で働いている従来型の救急の専門医の免疫能を、ナチュラルキラー(NK)細胞の活性値でみたものが資料22です。正常範囲ですが、明らかに有意差をもってNK細胞の活性率が低い。救急医が当直すると風邪をひきやすいといいますが、これが実証されたわけです。当直明けに不整脈が出る医師も結構多くいます。この状態を放置したままで、産科救急と救命センターとの連携を進め、さらに二次救急病院のしわ寄せの患者を診ていたら、救命センターは早晚空中分解を起こすでしょう。苛酷な救急を、ひとまず交替制勤務に変える必要があります。労働環境整備が非常に重要です。(資料22)

救急医の養成・確保が急務

給料の話です。今、自分の勤務する病院で当直すると、当直料は、平均1万円。時給に換算すると625円になります。吉祥寺のファミレスのお姉さんの夜の時給が1,000円、それより低いことになります。医師は「本来の給料は高いのだろう」と思われるかもしれませんが。厚生省発表の、いわゆる知識人と言われる40歳の人たちの年収ランキングを見ると、トップはフジテレビの1,600万円

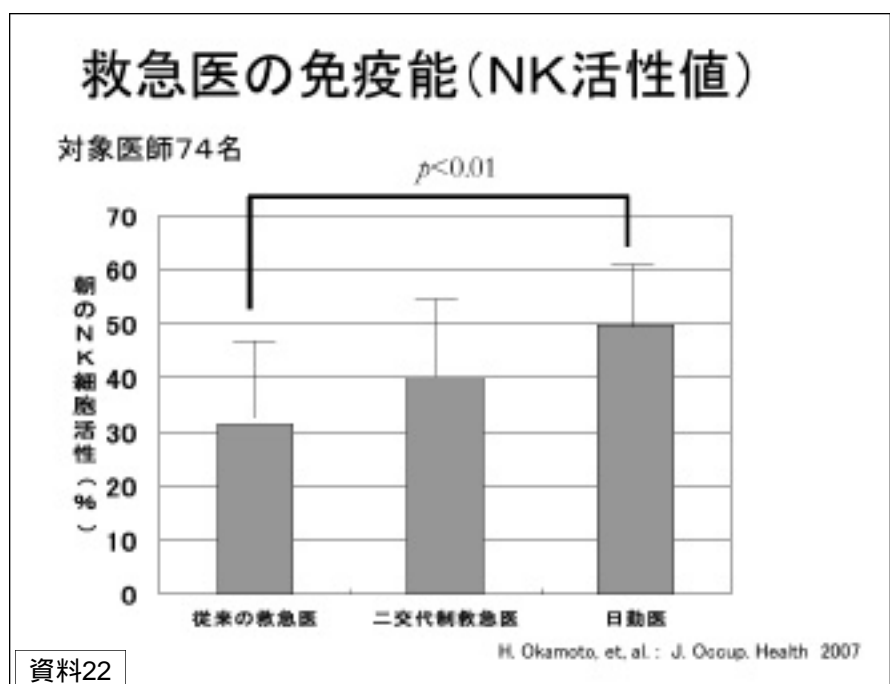
救急医のQOL (n=74)

	従来の救急医 日勤・当直・日勤	二交代制救急医 日勤/夜勤	日勤医
総勤務時間 (時間/週)	77.2 ± 15.2*	43.6 ± 11	42.4 ± 4.6
総日勤数 (日/週)	6.6 ± 0.5*	3.7 ± 1.1	5.3 ± 0.5
救急当直・ 夜勤回数 (回/月)	9.5 ± 3.2*	6.9 ± 2.6	N.A.
休養日数 (日/月)	2.1 ± 1.8*	6.5 ± 2.0	6.6 ± 1.7

* p<0.01

H. Okamoto, et. al.: J. Occup. Health 2007

資料21



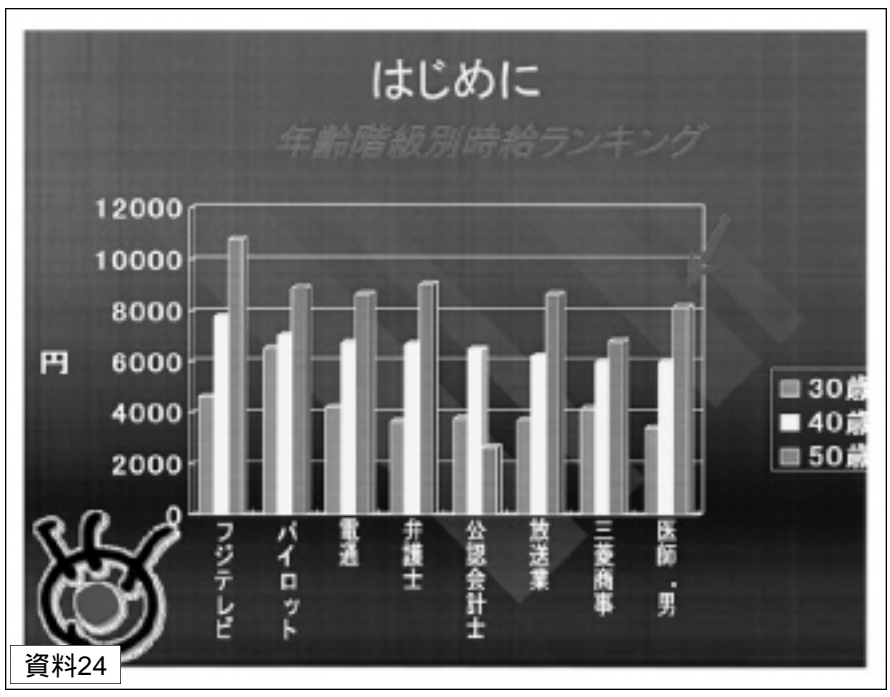
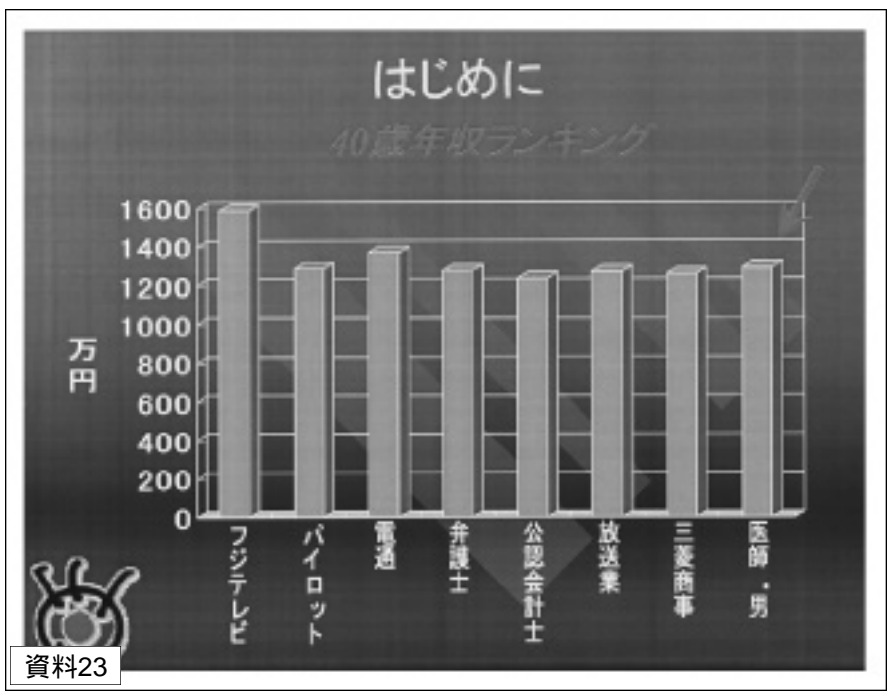
資料22

です。医師（男性）は1,200～1,300万。この中には、別の二次病院に当直行って稼いでいる分も含まれていますし、時給にするともっとも安くなります。若い医師だと年収約400万円、時給4,000円弱ですから、非常に安い給料で酷使されているといえます。

救急救命士の給料の方が若い医師より上のことが、結構あります。彼らは患者を一人運ぶと救急搬送加算が基礎ベースに加わるため、多くの救急患者を病院へ運べば運ぶほど給料が良くなるからです。救急病院の場合も同様に、多く患者を診た分、医師個人に待遇が上がるようなシステムを考えてあげないとダメだと思います。(資料 23,24)

医療法の改正

平成18年の医療法改正によって、国は「5事業（救急医療、災害医療、小児医療、周産期医療、へき地医療）・4疾患（急性心筋梗塞、脳卒中、がん、糖尿病）」の医療計画を策定しました。これ等のほとんどが救急医療に関わるものです。糖尿病患者も、高齢になると救急にお世話になる確率が高まります。この方針に基づく医療計画を、



都道府県でしっかりつくることを促しており、そのための予算も計上されます。

平成20年度診療報酬改定の概要

20年度の診療報酬改定では、小泉政権時代から医療費の毎年2,200億円のマイナスシーリングがあるにも関わらず、診療報酬が0.38%増えています。これは、薬価を多く切り下げた分だけ増えたということです。中央社会保険医療協議会は、個別項目について議論し、産科・小児病院勤務医の負担軽減、救急医療などの緊急課題について評価するよう求めています。救命救急センターの評価の中で、実働に見合う金額を個人に還元するようなシステムにしている病院の点数を高くすることも、インセンティブのひとつとして認めていくことです。

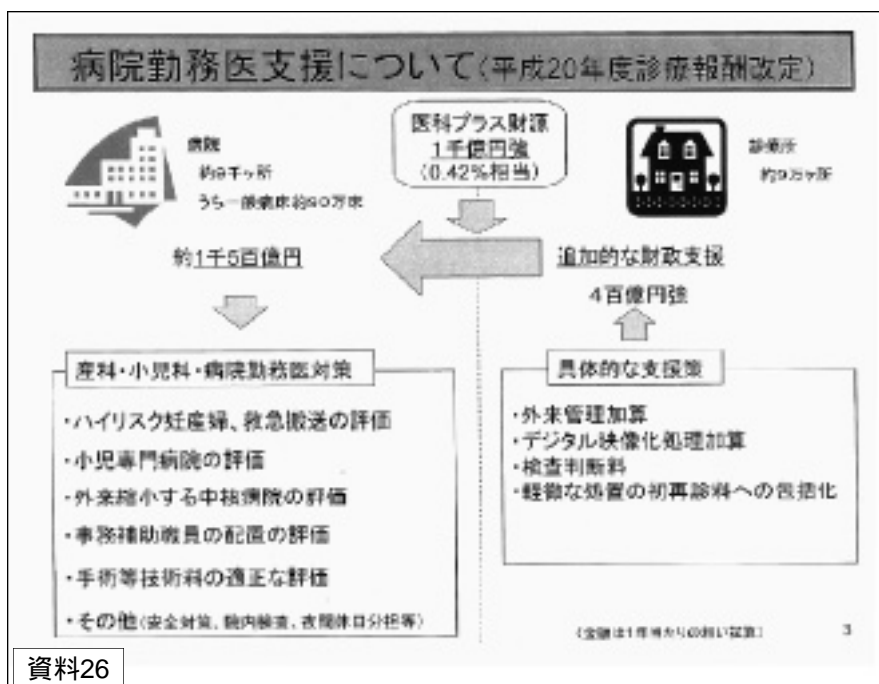
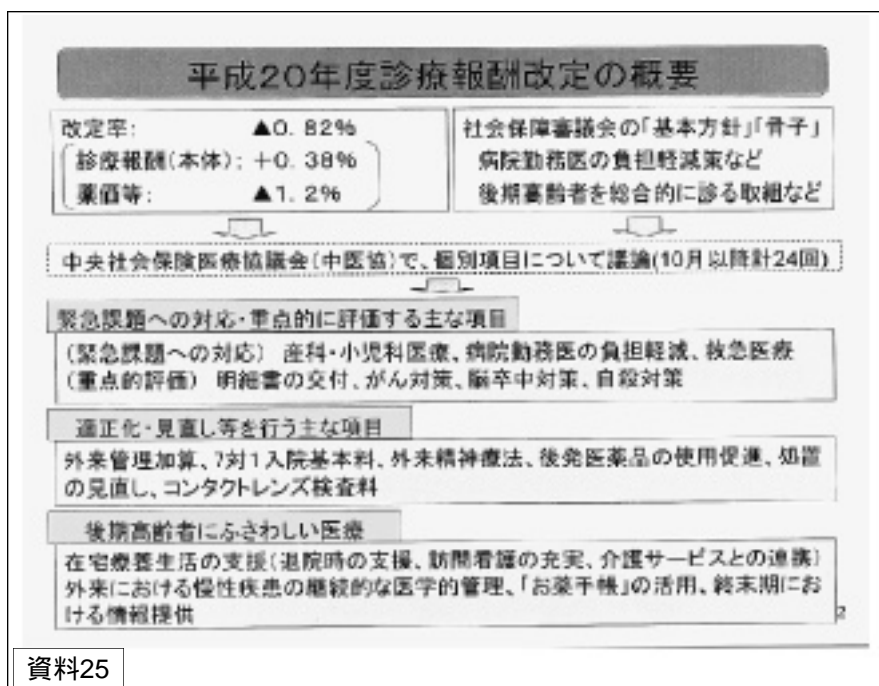
今回の改定では、医療財源として1,500億円が拠出されました。これを、産科・小児科・病院勤務医対策に回すことになっています。救命救急センター加算の内容も、従来に比べ、改定後の方が少しはよくなっている状況です。

(資料 25,26)

このままいくと医療破たん国家へ

日本の医療の未来として、イギリス型医療崩壊、アメリカ型崩壊、インド型崩壊の3つを挙げてみました。今後本邦が最もありうるのは、イギリス型崩壊です。アメリカ型は市場原理導入で、医療を商売にしているタイプです。インド型は医療がパンクしてしまっている状態です。

数年前、厚生省の局長が「医師を増やすと医療費がかさむ」と発言しました。さまざまな手立て



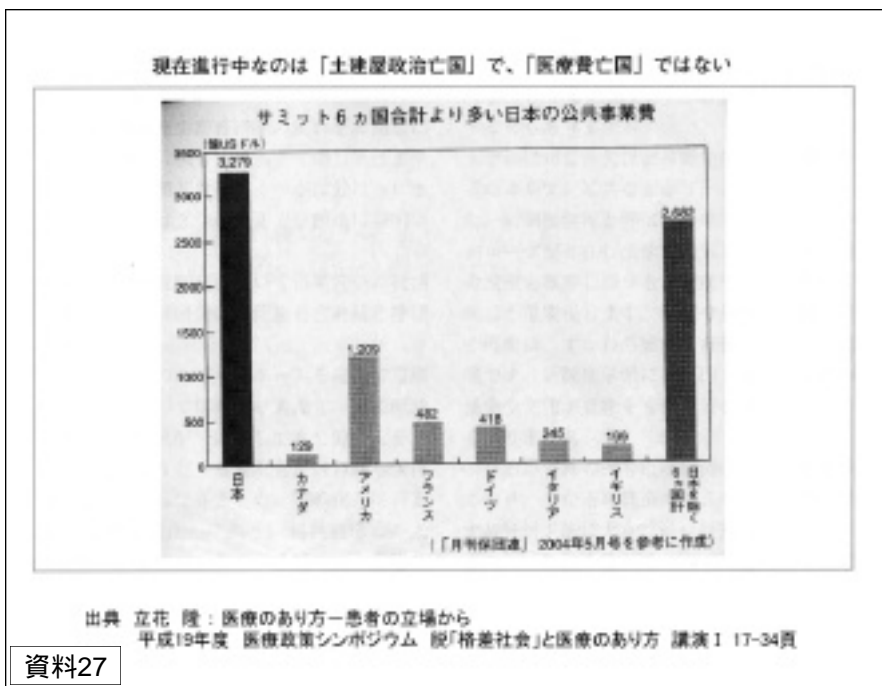
を考えた上での発言のようでしたが、この話に小泉元首相が飛びつき「医師を削減すれば医療費が削減できる」という考えのもと、医師を増やさない施策が続けられてきました。その結果、少しは医療費が抑制されました。しかし本来、医師の増加と医療費の増加は短絡的に結び付かないものなのです。(資料 27)

日本が予算の中でやり繰りをしている一方で、とんでもないことが起こっています。サミット7カ国の公共事業費をみると、サミット6カ国の合計(2,682億円)より、日本一国の公共事業費(3,279億円)の方が多のです。3,279億円のほんの一部を医療費に回せば、今の医療の崩壊はかなりのところで食い止められると思うのですが。結局、医者を少し増やすというような話と全く無関係なところで、税金のアンバランスな使い方がなされています。

国もようやく医師数が増加に転じてきましたが、専門医が効果を発揮するまでには13年かかります。さらに13年後に、増えた医師がへき地医療や救急医療に携わるか否かも未知数です。私は、診療科によって、専門医師の数にかなりの格差が出てくるように思います。医師のQOLの向上も考えてあげなければいけません。週77時間働き、休みは月に2日しかなく、NK活性度が低い状況で働かせるのは一種の犯罪に近い話だということを、一般国民にもよく分かってほしいと思います。(資料 28)

救急医療と搬送に関する課題と対策について

平成20年5月に、議員連盟『社会保障制度調査会』から出された、救急医療と搬送に関する課題と対策についての提言案があります。勘違いされがちなのですが、議員の方たちは、救急の搬送システムがうまくいけば、救急医療のたらい回しがなくなっているのです。総務省消防庁係も、救急患者ができるだけ早く医療機関に搬送されるシステムをつくれればいいと思っています。ところが、



資料27



資料28

実際には厚労省サイドの問題で、救急受け入れ医療機関側が救急患者を受け入れて、しっかり治療できるシステムとマンパワーを担保しない限り、たらい回しの問題は解決しません。

その認識を前提に、大きく2つの課題を示しました。それは、救急搬送の受け入れを巡る直接的な課題と、救急患者を取り巻く背景です。また、その対策としては、救急医療体制の再構築と、救急医療を取り巻く環境の整備について提言案を示しています。議員連盟『社会保障制度調査会』の方々には、非常によく理解していただきましたが、小泉政権当時のマイナスシーリングがまだ生きています。その中で実際にどの程度の予算がおりるのか、補正予算で年間3,000億程度のお金を確保するまでいったのですが、どうなりますことやら。こんな状態なので、救急医療にどのくらいお金をかけてもらえるのか、私としても非常に心配しています。

社会保障の機能強化のための緊急対策 ～5つの安心プラン～

これは、平成20年7月に厚生省が財務省に出したものです。「健康に心配があれば、誰もが医療を受けられる社会」など、救急医療確保に関係することが盛り込まれています。これに対して予算がつくか、先の見通しが立たない状況です。その他には、臨床研修病院の機能強化を診療所、二次救急医療機関も含めて検討。勤務医・看護師等の役割分担の見直し等勤務医の過重労働を緩和する方策などが示されており、私が議員連盟に提言した内容がかなり盛り込まれた印象を受けています。

地域基幹病院の役割

地域の基幹病院の今後は、院内体制として、一次～三次の救急患者の統合的な受け入れシステムの構築を目指す必要があります。周産期の患者が具合悪くなった時、救命センターを含めて診ることと、横の連携を図って卒後臨床研修の場としての役割、ER部門の充実を果たす必要があります。

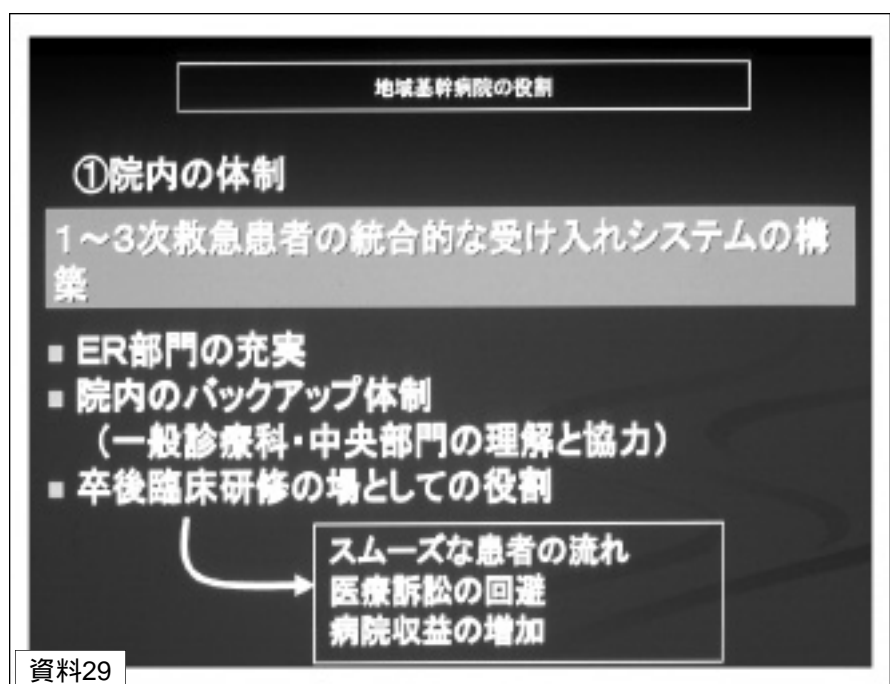
院外体制については、地域における救急医療ネットワークの構築を図ります。地域で発生した患者をたらい回しにせずに、受け入れられるシステムをつくります。事例は、この後、「東京ルール」で話をします。

さらに、災害医療システムの構築では、災害に関わる訓練をし、災害拠点病院としての役割を果たしていく必要があります。(資料29,30)

救急医療の東京ルール

私が座長を務める東京都の救急医療対策協議会(救対協)で、患者のたらい回しをなくす方法として、「東京ルール」をつくりましたが、来年度からスタートする予定です。内容は「救急患者の迅速な受け入れ」、「トリアージの実施」、「都民の理解と参画」を三原則としています。

大原則である「救急患者の迅速な受け入れ」は、通常の医療機関を選定して、救急患者が5箇所以上回っても受け入れ医療機関が決まらない、ある



いは、受け入れに30分以上かかる場合、従来の救急医療モードとは別に、新たな救急医療機関の選定方式に基づいて動きましようというものです。

具体的には、東京都に10いくつある二次医療圏の中から、救命救急センター、二次医療機関を含め、手挙げ方式で、救急患者の緊急受け入れ先を募ります。通常の救急システムで30分以上かかる時、その情報を地域救急センターに流し、二次、三次の救急医療機関を含めた中で患者の受け入れ先を探します。17時以降の「時間外」が救急患者の特徴です。そして、どこも満床で受け入れられないとなった時、キーワードは「オーバーナイト」で、「ひと晩だけでいいので受ける」システムです。オーバーナイトで受けてもらい翌日の昼間になると、結構おさまるところにおさまります。バックベッドが、いっぱいであれば、隣の二次救急医療機関に患者を移す事などで、救急患者を受け入れていくことが、「東京ルール」です。オーバーナイトで患者を受け入れ、その間、治療した医療機関には、保険収載、補助金等を含め、財政的処置をとることも実現していきたいと思います。

そもそも、救急患者の受け入れを難しくしている背景には、小児救急も含め、手軽に救急病院を利用する「救急のコンビニ化」の問題があります。東京都には「（シャープ）8000」という小児用相談電話があり、8000番に電話をすると、半分健康相談的にその症状が救急かどうかをスクリーンしてくれます。また、成人の救急相談は「（シャープ）7119」。この2つの機能を持っています。

2つ目の「トリアージの実施」は、緊急性の高い患者の生命を守るため、つまり、救急車が緊急な救急患者を適正に搬送するため、軽い患者を含めてトリアージをする。たとえば、救急車が現場に駆けつけて患者を診たところ軽かった場合、救急救命士は患者に、「症状が軽いから、自分で救急病院に行けるかどうか」を問います。これが「現場トリアージ」です。救急救命士は、電話による健康相談的なこと、来院の緊急性の判断とともに、この現場トリアージを行います。

実際、救急車が現場に出勤し、現場から救急医療機関に患者を搬送して消防本部に戻るまで、少なくとも30分以上はかかります。軽症の患者を搬送している間に重症救急患者が発生したら、救急車がないので受け入れができない状況になります。現場トリアージではそう説明をして「自分で行ってもらえますか」と言うと、「分かりました」となるケースが結構あります。緊急性がある場合は、もちろんただちに救急車で運び込みますが、現場トリアージによって比較的軽症と判断された場合は、「東京ルール」にのっとり進めることになります。

3つ目に「都民の理解と参画」は、都民自らのセーフティネットである救急医療を崩壊させないためには、医師の激務に見合う報酬と、救急医療を守るための環境整備が重要であることを都民に

地域基幹病院の役割

②院外の体制

地域における救急医療ネットワークの構築

- メディカルコントロールの充実
- 円滑な患者搬送システム
(医師会・一般救急病院の理解と協力)

資料30

理解してもらい、救急医療の適切な利用を心がけてもらうものです。関係者の努力だけではひずみが出てくるので、医療訴訟等も含め、しっかりと都民に理解してほしいと思います。(資料 31)

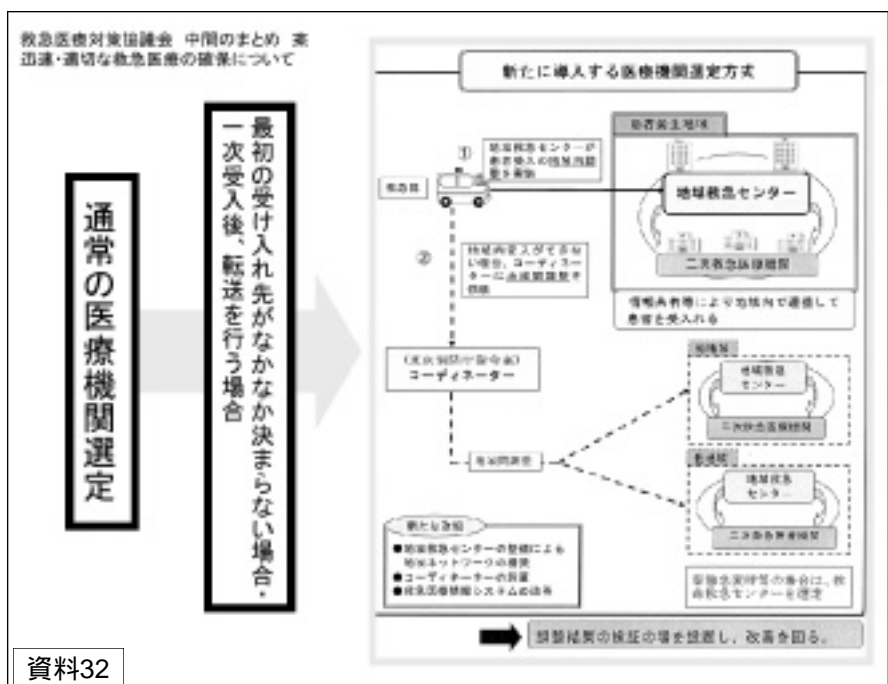
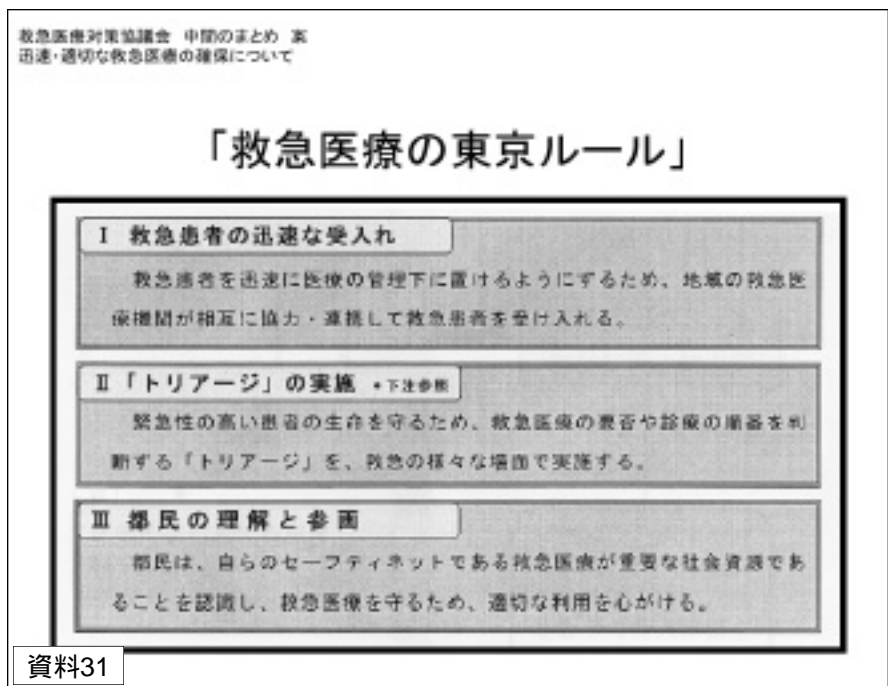
ERドクター育成の必要性

諸外国の日本の医療システムに対する関心も高く、ヘラルドトリビューン紙から取材を受けに私の関連の記事を掲載しています。日本のERドクターはアメリカのERドクターとは違い、主に三次の救急救命センターで働いている医師を指すことが書かれています。実は日本にはまだ、ERシステムで専門的にERをするドクター育成の教育システムがありません。そのため、総合医と少し違う形で、救急医学会の専門医のサブ・スペシャリティとしてのERドクターを、これからつくっていくという話があります。

(資料 32)

医療確保ビジョン具体化検討会の提言骨子

08年8月に、「医療確保ビジョン具体化検討会の提言骨子」が出ました。これは、今の救急医療あるいは医療全般に対する提言の要約のようなもので、「国を挙げて取り組む」という姿勢が示されています。これに対し、財務省がどれだけ予算をとって、どこまで取り組めるかが決まります。結局政府がどの程度真剣に医療再生を考えているのかにかかっていると云う事です。内容は、産科



や救急など医師不足の診療科の医師に直接手当を支給する、臨床研修制度の見直しを行うなど、環境整備等に関する提言が記されています。

救急教育に関してですが、卒後の臨床研修は2年間で、1年目に内科6ヵ月、外科3ヵ月、救急(麻酔を含む)3ヵ月の研修が行われます。2年目に産科、地域医療、精神科、小児科を1ヵ月づつ回って、残り6~8ヵ月は、将来自分が行きたい科で勉強する形になっています。2年間で救急研修はたった3ヶ月です。これではたとえば、整形外科の専門医になったとしても、骨折に意識障害が伴う外傷患者は診れません。しかし、救急の研修期間をもっと延ばせば、そういう患者にも対応できるかもしれません。臨床研修で少し勉強した程度で救急患者を診なさいと言われても、患者も医師も不安だと思います。研修期間中に各診療科の研修をじっくり受けられれば、救急の現場でさまざまな症状に対応できるようになると思います。

最後に望まれるのは、人の命を救う事を第一に考えた救急医療に係る法律を作るべきです。災害への対応も含め、あたりまえの事ですが救急医療を誰でも、いつでも適正に診てもらえる議員立法をつくる必要があります。(資料33)

7 政策 14版 2008年(平)

■医療確保ビジョン具体化検討会の提言骨子

- ・ 外科をはじめ高度な医療技術を評価する技術料導入を検討
- ・ 産科や救急など医師不足の診療科の医師に直接手当を支給
- ・ 臨床研修制度の期間や内容を見直す検討会の立ち上げ
- ・ 総合医や家庭医のあり方について検討
- ・ 救急医療で医師以外にも患者を重症度に応じて振り分けられる看護師を育成
- ・ 「コンビニ受診」の抑制など地域医療を守る住民の取り組みを支援

朝日新聞 平成20年8月28日(木)

資料33