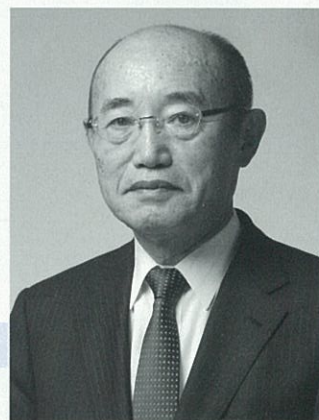


救急医療の覚悟

社会医療法人財団 石心会 理事長 石井 暎禧

埼玉県久喜市の救急たらいまわしで患者が死亡した事件は、現在の救急医療が当面している問題点を、リアルに浮き彫りにしました。これから人口の高齢化が一層進み、救急患者も増えるのですから、事態は一層深刻化することは確実です。だからといって医者を増やせ、病床を増やせ、国や自治体の責任で救急システムを改善しろ、などという「提言」は何の解決策にもなりません。

今必要なのは、「救急医療への病院の覚悟」なのです。



病院が理由をつけて救急車を断る事例は、その気になれば受け入れ可能なものばかりと言って過言ではありません。現状の救急のたらい回しを憂慮して、同じ埼玉県内で年間1200台の救急車受入をたった一人の医師が行っている川越救急クリニックという医院もあります。
(<http://kawagoeerc.jimdo.com/>) 工夫すれば、受け入れ自体は可能なのです。

そうはいつても、現状では病院が救急を受け入れたくない理由は山ほどあり、全ての救急患者を受け入れる事は大きなリスクを負うことになるのも事実で、その最大の理由は、誤った司法判断の存在です。

救急では、専門医が考える標準的医療を完全にこなすなど不可能です。どんな患者がどんな病気で受診してくるか分かりませんし、夜間や休日の診療機能は昼間の数分の一になります。救急医の仕事はあくまでも「応急処置」と「専門医療への受け渡し」です。

ところが日本の司法の誤りは、「誠実に診療したか否か」を問わず「結果責任」を問うていることです。事後的にしか分からない標準的医療を尺度として、医師の判断や能力を問題とし、実質的に結果責任を問う傾向を持っています。一般医療の場合は、転院・紹介などによって専門能力を補うことができますが、特に夜間・休日救急の場合は、それが時間的に不可能な場合が多い現実を無視して結果責任を問う司法判断が、救急医療崩壊を促進しているのです。

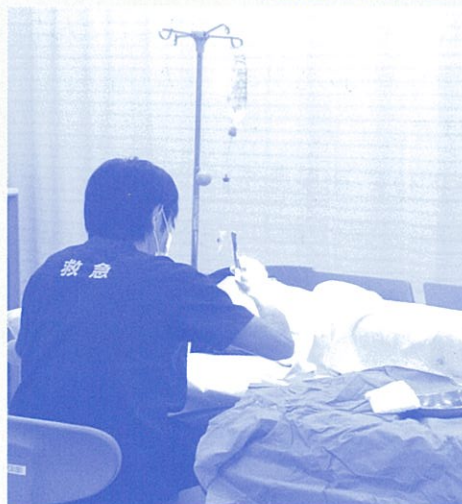
加古川市民病院事件^(※1)はその典型で、転院の遅れまで病院の責任にしているのですから、こんな判決を基準にして「はじめから救急を受けないのが正しい」と判断とする者がいても責められないことになります。

われわれ石心会は、地域急性期病院の使命として救急を断らずに受け入れ続ける限り、いずれこのような日本の司法判断とも闘うことになるだろうと予想しています。医師をはじめとした救急医療に携わる職員は、今そこに助けを求める患者のために、覚悟を決めて、司法のリスクを恐れず受け入れて欲しいと考えています。今誰かがそれをやらない限り、日本の救急医療は悪化の一途を辿るからです。

石心会は薄氷を踏む思いで救急医療に携わっているこうした職員がもし司法の不当な扱いを受けたときには、組織をあげてその職員を守り、断固として最高裁まで闘うことを覚悟し、救急医療を守り抜く決意です。

(※1)加古川市民病院事件

兵庫県の加古川市民病院が心筋梗塞の急患に適切な対応をせず死亡させたとして、遺族が損害賠償を求めた訴訟。平成19年、神戸地裁は約3900万円の損害賠償を命じ、病院は控訴せずに確定。休日の急患という救急医療の現状が考慮されていない判例として、救急患者の受け入れに慎重になる動きが出た。



川崎幸 ER

徹底した役割分担システムと、助け合いの心

「救急車を断らない」を信条に、昨年9月に体制あらたに発足した川崎幸病院の「救急・総合診療部(ER)」。

今年1、2月の救急車受入台数は月間1000台を超え、川崎市の“最後の砦”として機能している川崎幸ERの救急活動をレポートします。



■役割分担で各業務に専念、ER新体制

川崎幸ERは、昨年4月に「川崎市重症患者救急対応病院」に指定され、また6月に新病院に移転したことを機に、9月に発足しました。前年まで月500～600台前だった救急車の受入台数は、今年1月は1,247台へと拡大。「断らない救急」を可能にしているのは、徹底して役割分担を行った新体制です。

まず医師の体制は、救急・総合診療部の医師が独立して勤務していることです。それによって入院患者の対応や手術に追われることなく救急外来の業務に専念することが出来ます。また救急・総合診療部の中では、看護師、EMT(救急救命士)、クラーク(事務)は、医師の補助というあいまいな役割ではなく責務を明確にし、効率的な救急を可能にしま

した。

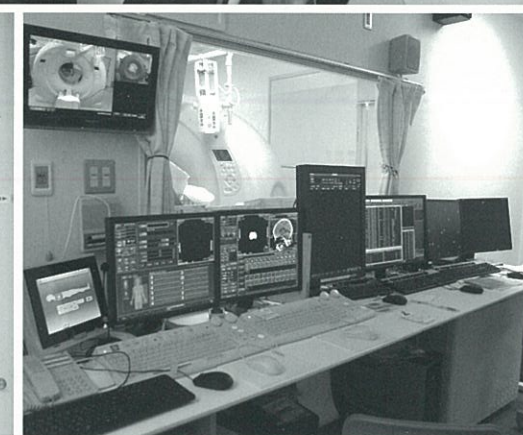
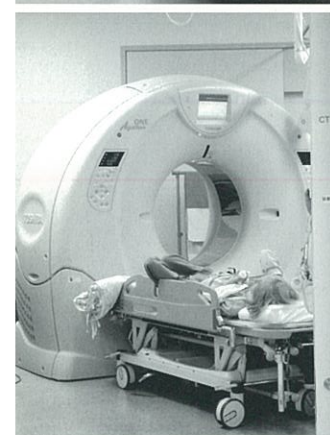
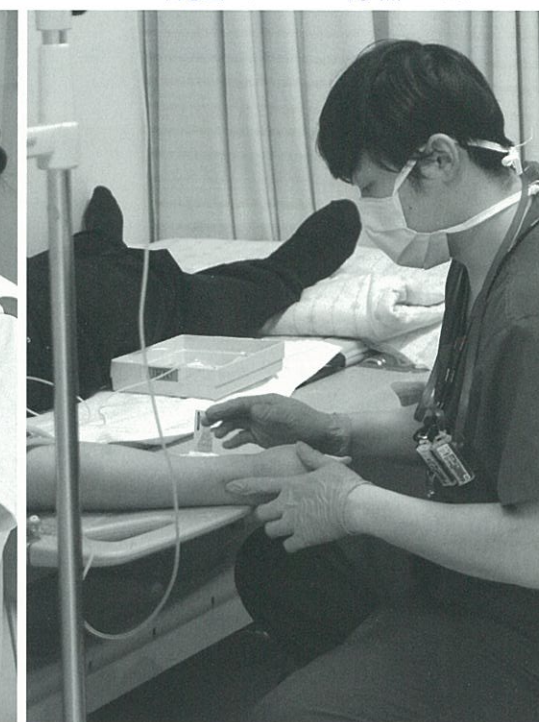
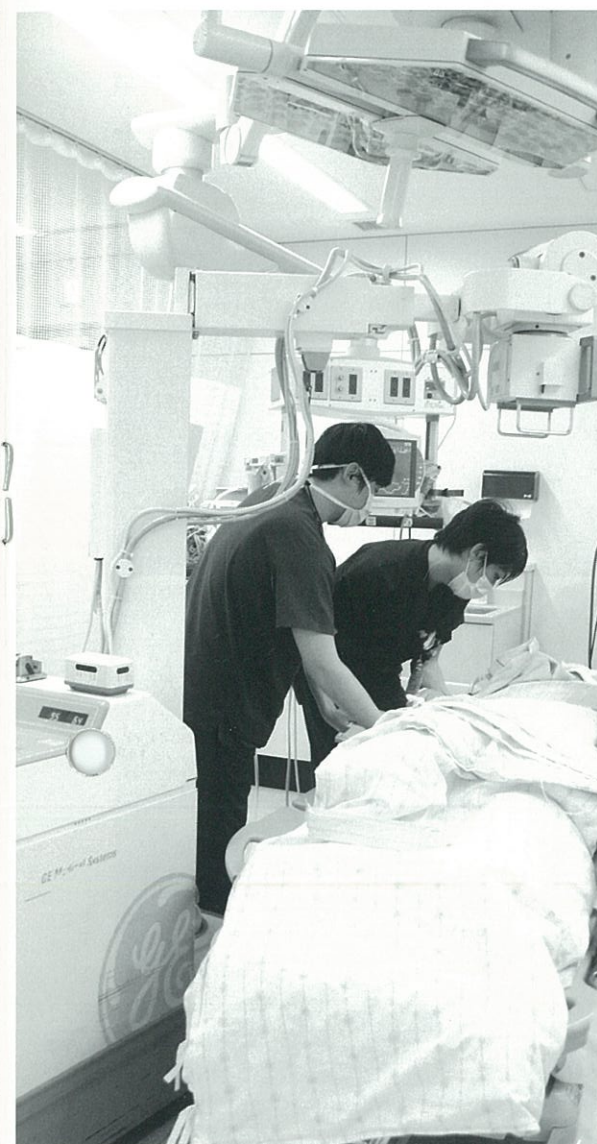
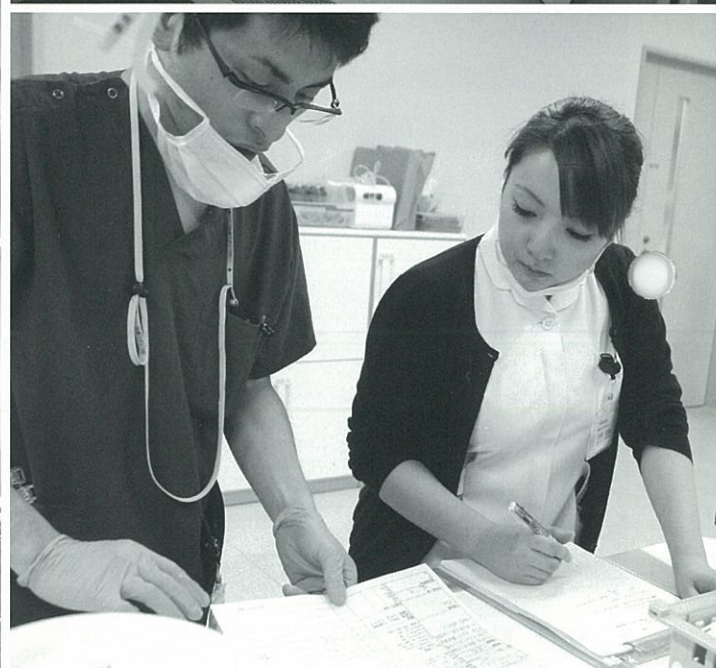
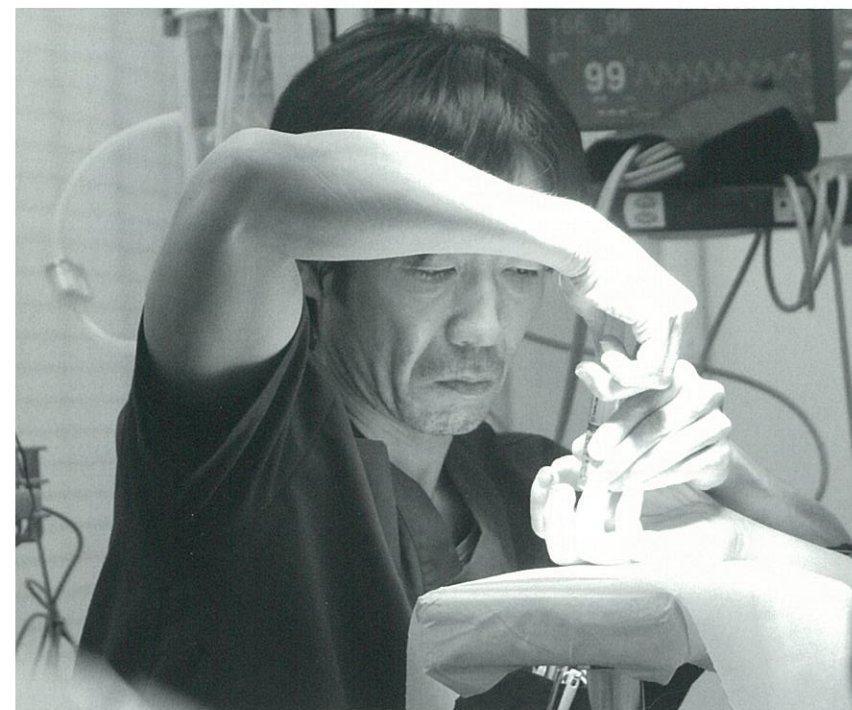
まず日勤帯は、事務業務を引き受ける4名のクラークを配置。特に内科系は、処置より書類作成の方が時間がかかる場合も多く、医師や看護師は医療業務に専念できるようになりました。

川崎幸ERでもっとも特徴的なのはEMTでしょう。川崎幸のERルール(2011年6月施行)では、EMTが救急隊からのホットラインを受け、医師の判断にゆだねることなく受け入れを決定します。また受け入れ後に転院が必要な場合は、

転院先の交渉、搬送も担当。コーディネート業務を一貫して請け負うことで、スムーズな救急車受入から転送までの流れを実現しています。1,247台の救急車が殺到した1月は、うち169人を転院させることで、14床あるホールディングベッドが威力を発揮しました。

* * * * *

それでは、海燕編集部が密着した3月26日の夜の様子を見ていきましょう。この夜は、看護師3名、EMT2名、医師4名の体制です。



■処置ベット3台埋まっても、混乱なく処置

18:20、準夜帯で最初の救急要請です。EMTは電話を取ると、「67歳女性、転倒、意識あり」などの情報を聞き取ると、受け入れ可能な返事をしました。18:50、搬送されてきた女性は、CT撮影後に脳内出血が認められ、1床のみ空いていたSCUへの入院が決定。19:45にSCU看護師が来て、ER看護師が申し送りをする、9階病棟へと案内されていきました。

18時から3時間で救急車8台、ウォークイン6人が次々と来院。泥酔、交通事故、腹痛、高熱などさまざまです。3つの処置ベッドは常に埋まり、壬生倉、鈴木、十倉の3医師が対応に当たりました。

この間、医師以外のスタッフは点滴、採血、CT撮影などをてきぱきと行いま

す。3つのベッドの中央に医療用品棚があり動線に優れた設計で、看護師とEMTは常に3つのベッドに目を配っていました。

次々と訪れる患者に対応しながらも、バタバタした様子が一切無く、淡々と処置が進みます。聞けば、動きの良さは看護師やEMTのウエストポーチにもあるようです。ポーチの中身は、文具、アルコール綿、テープ、体温計、くけつ帯などのほか、点滴液の計算表、輸液の成分表、ノギス（傷を測る）など。あらゆる場面を想定して補助具を持ち歩いているのです。

タイマー計を持っていた看護師は、「患者さんに『あと10分後に見にきますね』と声をかけた後に別の救急要請に集中する時など、複数の患者さんに目を配るために使います」と言います。看

護師の皆さんは「つい忘れちゃうから」「計算が苦手だから」などと謙遜していましたが、小さな心配りを工夫することで質の高い医療を届けたいという思いを、そのウエストポーチの中に詰め込んでいる様子でした。

■転送コーディネートはEMT

19:09に、高熱70歳女性が救急車で搬入。腎盂炎の診断で容態は安定しましたが、満床のため転送先病院を探すことになりました。

EMTがまず県の救急医療情報センターに電話、患者情報を伝えます。30分後、センターより転院先候補の連絡が入ると、すぐにEMTが当該病院と電話で交渉。転院が決定し、紹介状などの資料を作成しました。EMTが3名以上いる場合は自ら搬送しますが、この日の夜勤は2

名のみ。ドクターカー要請に備えるため出払えず、川崎市の救急車に搬送をお願いしました。

「今回は簡単に搬送先が見つかりましたが、センターで決定するのは、実質平均では4割ほど。その他は、各病院に片っ端から電話をかけて直談判です」と大橋救急救命士。

また精神疾患や高齢者など転院先が決まりにくい患者を受け入れてもらうため、医師らも日頃から周辺病院に挨拶まわりをし、転院先確保を心がけているそうです。内科の鈴木医師も「転送は病院全体で抱える問題。EMTだけに負担がかからないよう、転院について各科の医師も協力する気持ちが必要」といいます。

70歳の女性は、無事に23時過ぎに近隣病院へ転院しました。

■「停滞する救急の現状を打破したい」壬生倉医師

この日のERの要となっているのは、ER専門の壬生倉洋介医師です。昨年11月、「救急車を断らない」という川崎幸病院の信条に共鳴して入職しました。開業医として幅広い疾患の患者を診てきた父にならい、専門分野に進まずに総合的な診療を志したといいます。「今ここにいて患者の命を救いたい」という思いが全て。だからこそ僕の場合は、General Physician(全科医)を目指そうと考えました」

ドイツのマインツ大学にも留学し、ER専従医の道を誇りを持って進んでいます。まだER制度が普及していない日本では、孤高に耐える場面も多いようです。

その1つは、今号の巻頭文で石井理事長が指摘した「判例」です。救急に対

して専門治療と同等の治療・結果を求めた「判例」を恐れて、多くの病院は救急車を「専門外」として断り、たらい回しの原因となっているのです。「救急車を断らない」救急を各病院で実践してきた壬生倉医師は、常にこのリスクを背負い、覚悟をもって救急医療に当たってきました。壬生倉医師はいいます。

「専門外だとしても、救急治療が必要な患者には処置をするべきです。それに川崎幸病院は脳血管センター、心臓病センター、川崎大動脈センターなど、3次救急以上のレベルの医師・施設がある。小児科や産婦人科など非常に専門的な分野以外は、『まずは受け入れてもらえる場所』という役割に意義があります。停滞した救急の状況を、川崎幸病院のスタッフとともに打破したいと考えています」



■早朝に小田原から ドクターカー要請

空が白んだ7:00、EMTの電話が鳴りました。小田原市立病院よりドクターカーの要請です。「背中が痛い」として同病院に運ばれた62歳男性が、大動脈解離と診断され、同病院では手術が出来ないため要請が来たのです。

大動脈解離は一刻を争います。しかも患者は小田原。ACU当直の大島医師と2名のEMTは、入電から10分後の7:10、ドクターカーで小田原へと出発しました。

本来ならEMTの勤務終了間際の時間で、しかも仮眠もままならない早朝に長距離運転。それを思いやったのか、大島医師はドクターカーに乗り込む前に自販機でジュースを2本買い、EMTの2人に手渡し、後部座席に乗り込んだのでした。

心臓血管外科の医師らは、緊急手術の準備を待機。9:00に「小田原市立病院を出発」と連絡が入り、9:55川崎幸病院に到着しました。2階ERで必要な検査をすると、すぐに4階手術室へと運ばれ、12:38に手術開始。8時間6分に及ぶ手術は、無事に成功したそうです。

EMTはドクターカーの搬送内容などの書類作成、報告を行い、勤務終了は昼の12時すぎ。20時間以上の連続勤務になりましたが、患者が手術室に運ばれるのを確認するとホッとした様子でした。

* * * * *

9月から本格的に可動し始めた川崎幸ER。1、2月の超繁忙期を乗り越え、医師、看護師、EMTの結束は強まりました。

徹底した役割分担で効率的なERを運営するシステムですが、本当に患者が溢れて忙しい時は、逆に全員が垣根を越え

て協力しあいます。看護師が応急処置に追われている時に、医師が自ら点滴液を作ったり、患者をCTに案内したりと、補助業務を手伝うこともあったそうです。

効率的な作業分担システムと、いざという時の思いやり、そしてなんと言っても全員に行き渡っている使命感、これらが最強のERの原動力なのだと強く感じました。

(文責・野口 美恵)

【Data】(4月現在)

- 看護師42名、EMT16名、
ER医師3名による2交代制
(8:30~17:00、16:30~翌9:00)
- 処置ベッド3台、診察室7室、
ホールディングベッド14台
- レポートした3月26日午後5時~翌朝
8時半までの準深夜帯・深夜帯では、
救急車12台、ウォークイン17人、
ドクターカー1台に対応。

「地域医療研究会全国大会2013」を 青山壽久・埼玉石心会病院院長が主宰

青山壽久・埼玉石心会病院院長が大会長を務める「地域医療研究会全国大会2013埼玉大会」が9月15、16日に開催予定となり、準備が進められています。

地域医療研究会は、「外科医療研究会」を前身とし、1980年に「保健予防・治療・リハビリテーションそして福祉との連携にいたる包括的な地域医療の理論と実践について、情報交換・研究を推進するとともに、地域医療に従事する医師等の育成・研修を行うことを目的」（会則より抜粋）として発足しました。医師、看護師、コメディカル、事務職など、医療、介護、福祉に携わる多職種が参加する全国でも数少ない研究会です。

全国大会は2年に1度開催され、今年は青山院長が主宰。現在、メインテーマは「少子高齢社会における医療・介護・福祉」に決まりました。大会冒頭の基調講演では、石井暎禧理事長が『病院機能分化と救急医療』と題し、講演します。

各講演・シンポジウムのテーマ、出演者などは随時変更予定ですが、最新の状況を報告します。

地域医療研究会全国大会2013 埼玉大会 in 東京国際フォーラム
(2013年9月15日(日)～16日(月・祝))

メインテーマ:「少子高齢社会における医療・介護・福祉」〈プログラム案〉

9月15日(日)	
開 会 式	代表世話人 松本 文六 (社会医療法人財団 天心堂 理事長) 大 会 長 青山 壽久 (社会医療法人財団 石心会 埼玉石心会病院院長)
基調講演 I	『病院機能分化と救急医療』 社会医療法人財団 石心会 理事長 川崎幸病院院長 石井 暎禧
基調講演 II	『最後の提言』(仮) 地方財政審議会 会長 神野 直彦氏
メインシンポジウム	『高齢社会と多死社会』 シンポジスト1 救急の現場から 青山 壽久 (社会医療法人財団 石心会 埼玉石心会病院院長) シンポジスト2 療養病院 寶積 英彦氏 (医療法人 尚寿会 大生病院 院長) シンポジスト3 特別養護老人ホーム 松島 説 氏 (社会福祉法人 京都社会事業財団 京都市桂川療養園) シンポジスト4 在宅 座長 社会医療法人財団 石心会 川崎幸クリニック院長 杉山 孝博
懇 親 会	代表世話人 松本 文六 (社会医療法人財団 天心堂理事長) 大 会 長 青山 壽久 (社会医療法人財団 石心会 埼玉石心会病院院長) 社会医療法人財団 石心会 理事長 石井 暎禧
9月16日(月・祝)	
分科会 I	地域における認知症
分科会 II	在宅医療における現状と課題
分科会 III	地域リハビリテーションの将来像
分科会 IV	3.11後の震災、減災の取り組み
分科会 V	地域とソーシャルワーカー
分科会 VI	つなげる看護 在宅支援における急性期医療機関の役割

ごあいさつ 埼玉石心会病院院長 青山 壽久

前回の2011年高知大会のテーマ「少子・高齢社会」を引き継ぎ、2013年埼玉大会を開催します。

医療崩壊が叫ばれている中、少子・高齢社会により、近い将来には地域崩壊が予測されています。そのような時代に医療、介護、福祉には何が求められているかを、今回の大会では踏み込んで議論したいと考えています。救急からリハビリ、在宅、看取りという流れに継ぎ目をなくし、包括したサービスが必要という考えのもと、プログラムを構成しました。

中身ある大会を目指すとともに、石心会が取り組んでいる現状報告も含め、今後の地域医療の方向性を発信できる大会を運営したいと考えています。そのためには、石心会が持つ見識や経験を集約することが必要で、当日の運営に向けて、石心会本部・石心会グループ皆さんの協力をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。



「地域医療研究会全国大会 2011 in 高知」より

「海燕」では、より多くの事業所の活動・意見を伝えていきたいと考えております。掲載記事の情報・ご意見・ご質問など、お待ちしております。

●連絡先: 石心会本部 事務局 i-tsujita@sekishinkai.or.jp(辻田) yoshie-noguchi@sayamahp.org(野口)