

医療崩壊

— 二次救急の立場から —

市立豊中病院救急科部長 東 孝 次

〔I〕はじめに

ほんとうに救急医療は崩壊してきているのであるか？

救急医療の崩壊と言えば、救急搬送の受け入れ先が見つからずに救急隊が立ち往生してしまう、ということが真っ先に挙げられる。最近、重症患者の受け入れ医療機関が見つからず死亡したというようなマスコミの報道が目立つ。しかしながら、救急医療機関を責めるような論調は減り、むしろ負担が大きく疲弊している救急医療機関に対して同情的な論調が増えてきている。

救急患者の受け入れが困難となる理由は、医療側の人的資源と受け入れのための病床、つまり医療資源が、救急患者の数に比べ相対的に不足しているということである。今回は、当院と豊中市における実態を報告し、私なりに考察したい。

〔II〕豊中市の救急搬送と市立豊中病院の現況

(1) 豊中市の救急搬送患者数

図1. は豊中消防署の救急搬送患者数の10年間の推移である。1999年に年間13848人であったものが増え続け2005年には17828人とピークとなったが、その後は減少に転じ、2008年には15585人となった。全国的にも、救急搬送件数は2008年以降減少傾向にある。しかし、高齢者は減少しておらず、今後さらに増加していく可能性が高い。

(2) 市立豊中病院における救急患者数

表は5年間の市立豊中病院における救急患者数の推移である。救急患者数全体は一貫して減少傾向であり、救急搬送件数は2005年までの5年間は増加傾向であったが、その後は減少傾向となっている。救急車受け入れ不能件数はこの5年間で急激に増加している。他施設か

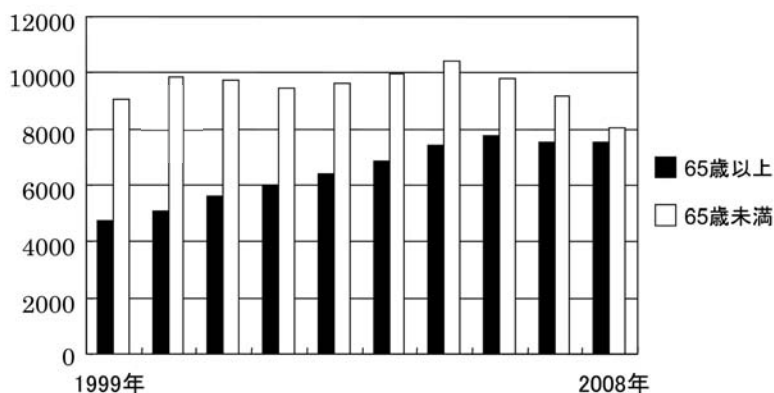


図1. 豊中消防署救急搬送人員の推移

らの紹介患者数と救急外来からの入院患者数は2007年が最も多かった。

(3) 救急車受け入れ不能の理由

図2. は救急車受け入れ不能の理由をグラフ化したものである。市立豊中病院救急外来は

元々患者数が多く、受け入れ不能の理由として混雑で待ち時間が長いということが多かった。最近では、満床と専門外という理由が増加してきている。

表 救急患者数の推移（市立豊中病院）

	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年
救急外来患者数	32,498	29,315	27,957	26,531	23,208
救急車搬送人数	5,581	5,877	5,649	5,559	5,334
救急車受入不能件数	587	821	1,028	1,028	1,436
他施設からの紹介患者数	1,663	1,900	1,989	2,018	1,835
救急外来からの入院数	4,108	4,260	4,656	4,795	4,500

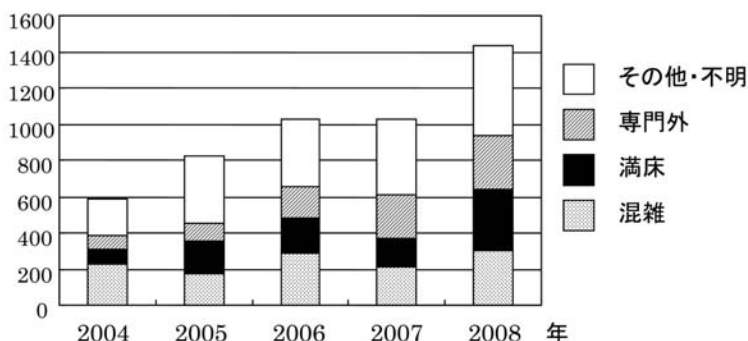


図2. 救急車受入不能の理由（市立豊中病院救急科）

[Ⅲ] 考察

医療崩壊のキーワードとして「立ち去りがたサボタージュ」があり、救急医療の問題としては「コンビニ受診」「タクシー代わりの救急車利用」が挙げられる。これらでは、患者側の要求がエスカレートし、救急隊を含めた医療者側が疲弊してきたのが大きな要因、という図式が共通している。しかしながら、二次救急の現場ではマスコミがあまり取り上げない「救急患者の高齢化」が大きな問題という印象がある。

以下に救急医療に関する代表的な問題について述べていきたい。

(1) 救急患者の受診数とその質の問題

豊中市の救急搬送患者数と市立豊中病院の救急受診患者数の推移で示したように、救急患者数は減少傾向にあり、これは最近の都市圏において共通しているようである。その要因ははっきりしないが、消防の啓蒙活動やマスコミの報道の影響で「コンビニ受診」や「タクシー代わりの救急車利用」が減少してきている可能性もある。し

かし、高齢者の救急患者数は減少しておらず、今後さらに増加することが懸念される。短期的にはインフルエンザの流行などに影響され増加する可能性もある。

不急の患者の受診、いわゆる「コンビニ受診」は、医療者のモチベーションの低下をきたすのみならず、二次救急においては急を要する患者の診療に影響を及ぼす可能性もあるため大きな問題といえる。しかしながら、特に就業している患者側の立場からは、病院の診療時間は便利なものとは言えない。医療をサービス業の一種と考えれば、差額を徴収するなどして時間外の何らかの受け皿を考えてもよいかもしれないが、救急診療とは枠を別にすべきであろう。

非救急患者や軽症患者の救急車の利用は大きな問題であり、有料化もひとつの方向であるが、自治体が運営しているため地域のコンセンサスも必要と考える。

(2) 救急科における人的医療資源

特定の診療科や地域では医師数が減少してきており、そのために残った者の負担が増加し、さらにやめる医師が増えていく、いわゆる「立ち去りがたサボタージュ」が問題となっている。特に産科ではまさに医療崩壊が起こっていると言わざるを得ないが、救急科では微妙である。三次救急を除けば、元々救急医療を支えてきたのは救急専門医ではなく内科や外科などの医師であった。最近では公的病院の救急医療の負担割合が増え、病院によっては特に内科医が嫌気をさしてやめていっている。患者の大病院志向や、私的病院が救急に力を入れなくなったことが影響していると思われる。

2004年の臨床研修制度の改革により、救急診療に重点がおかれるようになり、医学生も救急に目を向けるようになった。救急を重視している病院には研修医も多くあつまり、病院側も彼らを利用して救急診療を進めていける。しかしながら、救急専門医を目指す研修医が増えたわけではな

い。三次救急など一部を除けば救急診療自体は専門性に乏しく、彼らも救急をある程度経験すれば満足してしまうのも当然のことである。

市立豊中病院においては、いわゆる7対1看護のため看護師が病棟に厚く配置され、救急部を含め外来部門が軽視されがちである。また、救急に重点をおいている病院では、忙しさのため看護師が定着しない傾向があるようである。

(3) 救急患者受け入れ不能に関する問題

一般に救急車受け入れ不能の理由で多いのは「満床」と「専門外」である。

満床の場合には、入院が必要な二次救急患者を受け入れるのが困難であるのは当然である。一旦受け入れて、初期診療を行った後に入院適応を決定し転院先を探すという考えもあるが、地域によっては転院先を探すのは容易ではなく、患者・家族にも負担をかけることになる。当院では、当該科以外の病棟でも緊急入院可能とし、また翌日午後以降入院予定のある病床でも入院可能とするなど、救急患者のための病床の有効利用を図ってきた。しかしながら、病床利用率が95%以上と高く、常に満床に近い状態が続いている。二次救急で収容できなかった患者がどうなるかといえば、救急医療の最後の砦たる三次救急医療機関へ搬送されることも多く、三次救急も満床となり肝心の助かるような重症患者が受け入れ不能となりかねない。

専門性ということについては、一部の例外を除けば救急初期診療には専門医は不要であり、むしろ患者の全身状態を評価できる救急医や総合診療医が初療を行い、必要時に専門医に診療を委ねる方が効率的であり見逃しも少ない。しかしながら、患者は最初から専門医の診療を望むことが多く、医師側も訴訟や専門外であるがためのトラブルを恐れ、受け入れを忌避することが少なからずある。新しい研修医制度ではプライマリーケアに重点がおかれ、今後患者の全身評価ができる医師が増えることが期待されるが、社会的に

も初療には専門医を望まないというコンセンサスを築き上げることが必要である。

(4) 救急科における高齢者に関する問題

数字上救急患者数は減少傾向を示しているが、高齢者救急患者は減っておらず、今後も増加していく可能性が高い。その要因として、単に高齢者人口が増えているということだけでは無い。国の施策によって、病院での長期入院が抑制される傾向にあり、高齢者が有病の状態自宅で、あるいは介護施設で介護されているということがある。そのため、急変し救急搬送されてくる。場合によっては、退院したその日に救急搬送されるというようなこともある。高齢者は、救急外来では帰宅可能と判断することが容易ではなく、とりあえず入院になることが多い。一旦入院すると容易に病状が改善せず、患者や家族の希望もあり入院が長期化し病床を長く占拠するため、救急患者のための病床が足りなくなるという悪循環ともなる。

高齢者は、身体の機能低下や基礎疾患のために、軽微な原因で疾患を併発し、経口摂取が困難となることも多い。高齢者でも急性期病院でこそその治療ができる場合もある。しかし、脱水や誤嚥など高齢者に特有で輸液等の保存的治療の適応となる疾患については、対応可能な医療機関を増やし受け皿を作るような政策や、第一線の救急医療機関では対応を制限することを容認するような社会的コンセンサスを築き上げることが必要と思われる。

[IV] おわりに

大阪府においては、救急医療体制は全国的にみても早くから確立され充実していると思われていたが、最近では救急搬送先が見つからずに患者が死亡したなどの記事が繰り返し報道されている。その中で、三次・二次救急病院が多い北摂地域は比較的恵まれており、大きな破綻は起こっていないようにも見える。しかしながら、救急医療の現場

においては救急車受け入れ不能件数が増加するなど、危険な兆候が認められる。

救急医療体制を拡充する上で問題となるのは、病床の確保と、医師・看護師などの人員の確保である。救急告示病院が減り、救急医療に携わる医療者が十分確保されない理由は、救急が割に合わないと思われているためである。

公的病院が存続の危機に瀕し、救急告示を辞退する私的病院が現れ、今まで何でも救急車を受け入れていた病院が何らかの事情により受け入れを制限するようになった。そして、従来は二次救急病院で受け入れていたような患者が溢れ出したため、三次救急機関が受け入れざるをえなくなり、常に満床に近い状態となっている。

救急医療にはポジティブな面とネガティブな面がある。急病で苦しんでいる患者の役に立て感謝されるやりがいのある医療であるが、我儘な患者や家族、酔っ払い、薬物中毒、犯罪者などのためモチベーションを低下させられることも多い。また、便利屋として他の医療者から扱われることも少なからずある。様々な症例を対象とするため、興味のある症例に遭遇しわくわくすることがあると思えば、一方では慣れない疾患に緊張を強いられる。経済的には、当直料や時間外手当が他の科よりも多いかも知れないが、身体的にきつい割に十分かどうか疑問とも言える。

不急の患者の救急車の利用や、救急病院の時間外診療と取り違えた受診、あるいは今後さらに問題となる高齢患者への対処など検討すべき問題は多い。しかし、病院が救急医療に力を注ぎ、医療者が救急医療に集まってくるためには、経済的優遇措置が最も即効性があるのかもしれない。