

平成27年度「救急の日」シンポジウム
「あなたを守る、あなたが支える救急医療」

《基調講演》 昭和大学病院病院長 有賀 徹 氏

昭和大学病院の有賀と申します。基調講演をこれから始めたいと思いますが、お手元のこの資料の5ページをあけてください。5ページの上のスライドが、冒頭の表紙でございます。そこにありますように、今日のテーマはあなたを守る、あなたが支える救急医療ということで、①、②、③とございます。一般の方にはちょっと難しいですが。昨年、医療法というのが改正されて、医療だとか介護について、多少の変更というか、これから先の見通しについての議論ができるような、そういうふうな法律の改正がなされました。それは、その次にまた説明します。先ほど、尾崎東京都医師会長が、限りある資源とか高齢者というふうなキーワードをご挨拶の中でおっしゃいましたけれども、救急医療についても、やはり高齢者の搬送がふえていますし、その他のことも様々あって、救急車もそうですし、救急病院もある意味かなり厳しいものがございます。表彰をお受けになった、そういうふうな施設におかれましても、頑張ってみえてきているというふうなことで表彰ということなので。淡々と救急医療ができるという状況では必ずしもないというふうなことがございます。

そういうわけで、きょうはあなたを守る、あなたが支えるとありますけれども、ちょっとそこに風船のように書いてありますが、ひょっとしたらもう守れなくなるかもしれない。でもそれじゃ困るということで、結局は総力戦。医療者や、それから場合によっても皆さんも含めて、一緒に社会を支えよう、救急医療を支えようという話になるんで、その中で③にありますように、中核病院だとか資源の集中だとか、逆の分散をどう考えるのか。あなたを守る、あなたが支える救急医療のこれから先はどうだろうというふうなお話でございます。

その下のスライドが、一般の方には厳しいとは思いますが、全くないというわけにはいかないのを出しました。これが今回の、昨年の医療法改正のときの大もとの法律でございます。一番上ですが、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する云々とあります。要するに、右の下にありますように高齢化が進むと、医療等の提供が追いつかない。医療と介護を確保しなくちゃいけないというようなことでございます。そこに総力戦ってあるところにあ

るのは、看護師さんの研修制度を新設云々とありますけど、これはお医者さんたちが今までやっていた仕事を看護師さんにも少しやってもらおうじゃないかというふうな話があるわけでありまして。それは、もっと言いますと救急救命士さんが現場で今、点滴をしたりなんかすることができます。広い意味では医師や看護師さんが従来ならやっていた仕事を、現場において救命士さんたちにやっていただく。業界用語を使うと、医師、看護師の職を救急救命士に移譲するという、こんな話です。

難しい話はちょっとやめにして、次のページを見てください。次のページ、6ページの上は、前の野中会長が昭和大学の医学部に来まして授業をやってくたさったときにお使いになったスライドをちょっといただきました。左側が病院の話とか医療の話、さっき言った医療と介護の確保の。右側が、ここにありますように退院したらと書いてありますが、介護のお話でございます。先ほどの法律は、この右側の部分をより強化しなくちゃいけないよねという話であります。全体の資源は横ばいでございますから、右側を強化するという意味においては左側を別に削る必要はないんですけれども、左側の真ん中らへん、地域密着型の病院というふうにありますけれども、その地域密着型の病院というのは右側のほうにも、住まい、それから医療、介護という地域密着型の病院が出てきますが、そういうふうな地域密着型の病院が上手に介護と、それから医療の間をつないでいくと、病院としては、そういうふうなことによって成り立っていく可能性が高いというふうなことがあります。でも、そのかわりに急性期病院、きょうは本日のテーマが救急医療ということで、ヘリコプターと、それから救急車と、それから救急病院のところに矢印がございしますが、きょうの話はここにテーマをしぼるわけですけれども、そうは言いながらも、要するに急性期病院でヘリコプターから患者さんを受けるといようなことがもしあったとしても、その患者さんはいずれ地域中核病院を経て、右側の住まいのほうに移っていくわけですから、右側を強くしようという話は、左側の上のほうの部分も資源を上手に投入することによってうまく機能させる、そして全体としてうまくいくというふうな話なんだと思います。

ところが、ちょっとその下を見てください。下は、縦軸が救急患者さんの搬送の数で、横軸が場所です。左4分の1ぐらいに東京があります。ここに東京がございします。このちょっと薄いのが、公立病院が受けている数です。この黒いところが私立の病院が受けている数です。東京を見ますと、全体としては大阪だとか福岡よりももちろん多いんですが、黒いところがとっても多いです。都市部で、この黒いところが比較的少ないところというのは、この辺の愛知のあたりが白いところがかなりありますが、あらかた都市部においては、こういうふうな黒いところがいっぱいなんです。こういうところが何で困っちゃうかということ、私的医療機関は、この10

年間に国全体としては10パーセント減少しているんです。だから、110件あった病院が100件になっているわけです。ところが、私立の病院が13パーセント減。ですから、公立病院が減るなんて話は余りなくて、減るのは専ら私立の病院であるということなんです。東京はどうなっているかという、この赤い線が救急告示病院の告示医療機関の数です。着々と減っており、この年の間に2割減っています。

ところが、どんどんふえていると。何がふえているかという、出場件数です。ですから、ここで私が生まれた1950年には、65歳以上の人というのは実に5パーセント以下です。ですから、町を見ても20人に1人ぐらいしか、いわゆるおじいさんはいない。ところが、今や東京も65歳以上が21パーセント、5人に1人になってるんです。ですから、お年を召せばそれだけ救急車を呼ぶ率もふえますので、そういうわけで出場件数はどんどんふえる。でも、病院は減っていく。従って、どういうことが病院で起こっているかといいますと、わかりますよね。

これは救急隊の話でありまして、病院で起きていることはどういうことかという、こういうことが起きるんですね。これは東京ではございませんが、所沢、それから川崎市のかいわいの話です。要するにですね、一生懸命とってくださいところは、たくさん患者をとってくださいます。ところが、とれないところは、変な話、とってくださいと言っても、うーんと、こうなっちゃうんですね。ですから、年間600台という話は1日に救急車が2台来るというふうな話なので、急性期をがーんとやれるぞというところと、うーんというところに、急性期病院ですら分かれているんです。ですから、いわば住みわけが起きます。ですから、こういうたくさんとってくださいのところには、そういう意味での救急医療という観点から見た医療資源はどんどん集中させていくべきであって、そうじゃないところは少し緩やかにという話になるわけでありまして。これは前のスライドと同じ出展のものからとったんですが、がんがんできているところは、もう救急外来に特化した、ERドクターというふうなものがある病院がかなりふえてきていると。そして、そこでは患者さんの緊急度、どの患者さんから早く診たらいいかという、そういうことを決めるトリアージなんです。赤なんて話は、もうすぐ診ろという話で、東京消防庁でも赤ってなると、もう、すぐに飛んでいかなきゃいけないとなる。緑だったら、まあ1時間ぐらいは待っててくださいということになる。そういう意味では、救急医療の人的配置についての資源の傾斜配分をするというふうなことが起こるわけです。これは、もう昔からやっているやつでして、各科への振り分けをナースがやって、こっちからどれどれ出てくるわけです。どれも、どれどれ出てくるわけですから、赤とか、場合によっては黄色をここの病院に持ってくるというのはちょっと厳しいものがある。従って、住みわけが起きます。厳しいところは厳しいなりに、別の仕事をして

らっていいんじゃないか。こっちはこっちで救急の仕事をばんばんしてもらおうというふうなことが、自然発生的に起こっている。

昭和大学病院も実は起こるんです。救命救急センターは、大体年間に1,000弱受けてございますが、その中で、蘇生室から即転送という患者さんがいます。大体、10パーセントはいませんが、状態が安定して診断もついたというようなことで地域の二次病院にすぐをお願いする。または、お年を召しているということであったり、がんの末期ということがあったりして、積極的な医療を希望しないから地域密着型の病院に移してくれというふうな話が起ることもある。平均85とありますが、そういうふうな。もちろん、昭和大でも二人以上入るc h a m b e rの高気圧酸素とか、それから広範囲熱傷は熱傷センターに連れていくというように、より専門性の高いところへ連れていくということがあります。熱傷に関しても、それから小児の集中治療、これは小児の救命センターとよく言いますが、そういうようなことについても資源を有効に集約させるというふうなことのために、昭和大学病院からそういうところに運ぶ。だから、そういうふうな観点で、昭和大学病院の資源を空回りさせるよりは、地域の中で患者さんが移って行って、そちらで診てもらいましょうというようなことも現に起こっているんです。今言ったみたいに、1割まではいきませんが、数パーセントはそのようでございます。

また救急車の話に戻します。これは平成9年と平成24年の比較で出場件数は5割増し、救急隊の数は2割増し。それはそうですよね、そんなにがんがんふやすわけにはいかない。結局、出て帰るまでの時間が昔は1時間で、今は1時間半。要するに、出ていった救急隊が一段落したときに署に帰る前に、ちょっと向こうから、あんたが近そうだから行きなさいということで、またそこから出るわけですから、なかなか帰って来れないということはよくわかりますが。もっと皆さんびっくりしていただきたいのはこれです。これは、このPAのPはポンプ車です。赤い車ですね。これはアンビランス。ポンプ車と救急車が一緒に出ているというのがあるんですね。ここに繁華街対応ってありますが、これは新宿の歌舞伎町のあたりで、きょうは雨降ってますから余りいないんですが、夜に酔っぱらいがいっぱいいるようなときに、要するに救急車だけがいきますと、おらおら何やってんねんって、ぼこぼこっと蹴ったりする人がいるんだそうです。ですから、ポンプ車が一緒に行って守るというふうなことがある。こういうような繁華街対応もあるみたいですが、皆さんに見てもらいたいのはここ、緑です。この緑は救命対応ってありますが、電話で、これは危ないよねと思ったときに一緒に出す。一緒に出すと、約半分が先にポンプ車が着きます。ですから、救急車とポンプ車を一緒に出すという話ですけれども、ポンプ車が先に着いてくれて、やれやれという状況も実はある。去年、それが日に

343回で、1時間に14回。ですから、10分に1回という話じゃないんです。物すごいたくさん出ているんです。

ポンプ車が救急車と一緒にということ、もっとびっくりする話。このスライドは多分皆さん初めてみると思いますが、今言ったPA連携は平成12年から、需要対策、労務管理の対応ということで、昔から、緊急性有りのときだけ使ってくださいよと。それから、また救急隊員を何とかして支援しなくちゃいけない。ですから、このPA連携は②のほう、だから②、②、①、②、①、①、②、②、①、①、②と。つまり、その昔から緊急性のあるときだけ使ってほしいとか、救急隊への支援をしなければいかんよねという話は繰り返し行われているわけです。きょうはそういうわけで、緊急性有りのときに使ったほうがいいよねって話がベーシックにはあるんですが、実はその中で、皆さんレストタイムっていう、休息時間を経過した場合に、帰署途中、これはだから一仕事終わったら、コンビニやなんかによって、そこで何か買って食べというんです。こんな労働衛生環境のもとに置くというのは、これは平成17年からです。もう10年来です。支援というよりは、むしろ拷問と言ったほうがいらいです。ここに一般の方たちがおられるので、無理やりこれは入れてきましたが、もし東京消防庁の救急隊員にストライキをする権利がもしあれば、僕は一緒にストライキを打って出たいぐらいの、そういう話なんだということでもあります。それぐらい救急医療は逼迫しているということです。

ここには救急隊の方もおられるので、どう思われるか知りませんが、僕はこれを見たときにそういうふうに思ったんです。従って、一般の方たちには#7119にかけて、必要なときにはどうするか、救急車呼べっていう話もありますし、明日病院に行きなさいということもありましょうし、これは総力戦という意味で、東京都医師会の会員がここに入ってやっつけてくださっています。もちろん僕らも行きます。こっちは看護師さんのやりとりを優しい言葉にかえて、一般の方でも頭が痛いと言ったら、この人がどうこたえるのかを前提にわかるようになっています。だから、一般の方はこれを使ったり、またこれは電子媒体になっていますので、これを見たりしながらというふうなことで、皆さんにもやれることはいっぱいあると。こういうふうな話の延長線上には、恐らく119番通報したときに、今はみんな救急車が出ますが、出方に差を持って出ましようねということです。横浜の景色がここにあるというふうに思いますが、実際問題、本当に救助が必要なのは緊急性が高い場合、並びに緊急性が比較的高い場合であって、緊急性が低かったり、なかったりする場合には本来出る必要はないんです。私のイメージとしては、119番通報がきたときに、さっき言った#7119のほうへ電話を転送しちゃう。赤とか黄色であればそのまま出ますが、これは緑かなというような、さすがに猫が井戸に落ちたからと

って救急車を呼ぶことは多分ないとは思いますが、背中がかゆいとか眠れないというふうな119番もありますので、そうなったときにはこちらへ回す。こちらで話を聞きながら、眠れないと言ったけど実はそうじゃなかったという話が出れば早速出るというふうな形で、119番通報も、もうそろそろ振り分けをする時代がきたんじゃないかなと。皆さんは、今のまま放っておけば、ポンプ車が来てくれてよかったねと。PA連携でポンプ車が先来てよかったねという話になりますが、いずれ救急車は永遠に来ないというふうなことだって論理的にはあります。右肩上がりがあるままいきますから。

何が言いたいかというと、結局、この赤い需要に対して、この青い供給体制は、これは最悪だっていうんです。うんと需要があるのにちょっとしか供給しない。これが適している。ですから、このぐらいの需要だったらこのぐらいの供給、このぐらいだったらこのぐらいという話で、ちょっと足りたらちょっといいだろうと。こういうふうなコンディションというか、状況をつくろうと。つまり、資源を傾斜的に配分するというふうなことをもしすれば、今はこれがどうであれ、救急車は出るという話になりますので、資源は四角い形で出ているわけですが、こういうふうな形にしないかと。昔から、足るを知るという話がございますから、このように救急医療もやってかなきゃいけないんじゃないか。これは、消防本部がどうしてふえたんだろうと聞いたときに、お年寄りがふえた、それから暑くなって熱中症がふえた。熱中症は、ことしは去年より2.3倍だったようです。それから、生活の格差や拡大が起こっている可能性もあります。なぜかという、緊急性が低いと思われる人もふえた。それから、不適正利用もふえたということ。このことを思わせるのは、これはドイツのデータで、これは、こちら側がお金持ち、こちら側が貧乏な方たち。貧乏な方たちはお金持ちに比べると、年間1,000人当たりで何回ということが出ていますが、こちら辺が40回ぐらいとすると、この辺は80回ぐらい。つまり貧乏な方は、ぎりぎりまで我慢していて救急隊を呼んでいる。お年を召した方、お金を持っている人たちはきちっと医療を受けているから余り呼ぶことはない。こういうことが、我が国でも場合によってはという話がございます。

生活というか社会的な弱者の中に、この高齢の方たちが入りますから、そういう意味ではこれから弱者がふえればふえるほど、救急需要はふえていく。これが、先ほど尾崎先生がおっしゃった、この部分は平成24年中に1万人ふえた。だから、65、66、67、68と1万人ずつふえていき、そのうち75歳以上がこの場合は9,000人。65歳以上も少しふえています、着々とふえていくのは、この75歳以上。本件は、東京に関してはずっと、2025年を越えてもそうだろうというふうな予測になっております。ですから、救急医療を考えることは、高齢者をどう考えるのかという話なんです。というようなことで、東京都医師会では、この

病院の救急車があらかじめお話をしてあったお年寄りのところには出ていく。病院救急車を使った地域の高齢者の搬送システム。この地域の中でお年寄りの面倒を見ましょうねと。確かに消防の救急車が来て、どこへ運べっていえばどこでも運びます。ですが、この地域社会の中から出ちゃうというふうなことを防ぐためには、地域の病院の中で完結させるような話をしてもいいんじゃないか。長崎のデータでは、高齢者のうち、1位が肺炎、2位が脳卒中、これは繰り返すと脳梗塞です。ただ、緊急性の脳梗塞を持った、または脳梗塞の発作。それから、大腿骨の頸部骨折で6割以上を占めているという。こういうところで一旦受け入れて、その後、昭和大病院に連れて来ても構いません。そういうふうな話をしたほうがいいんじゃないかということで、こういうところでそれをやってごさいます。それをやっている景色がこれで、地域包括ケアの、さっき言った野中先生という先生が昭和大で講義をされたように、右側のこの景色の中に上手にお年寄りを含めた地域社会がうまくいくようにする。そういうふうな救急医療を、やっぱりやっていかなくちゃいけないねというふうなことで考えているということです。

結論的に言いますと、この地域共同体で救急医療をやろうと。そのときには、もう資源には限りがあるので、公正な配分をする。その公正な配分は正義をバックグラウンドにした配分。この公正とか正義というのは、これはここにいる医療者は知っていると思いますが、四つの職業倫理、生命倫理の四つ目の原則であります。これが、恐らく将来の私たちの社会の基本ベースになるだろうと。さっき言った総力戦の話は、いろんな診療の方たち、看護師さんや管理栄養士、放射線技師さんに医者や看護師さんの仕事をやってもらいましょう。いずれ栄養士さんたちは、前の地域包括ケアの中において、食べ物の面倒を見なきゃいけませんから、こういうところも多分たくさん分布していただくとありがたい。そういう方たちも、どんどん医者や看護師さんの仕事をさせていただこう。今回の法律では、歯科技工士さんも少し変わりました。救急救命士さんは、もう既にそれより前から変わっているというようなことがあるので、みんなで乗り入れをしましょうねという話であります。これはテクニカルな意味での乗り入れで、法律の改正が必要だった。こちらのほうは、ふだんの仕事ぶりで乗り入れしましょうねと。これは仲よくしましょうねという話であります。

もう一回、しつこいですが、私たちの社会は少子高齢となります。財政的な問題が出てくるのは、これはもうどうにもなりません。だけど、効率的な医療はしなければいかんだろうと。従って、都民に予防、病気にならない話をしなきゃいけませんし、それから、さっき言った地域の共同体で面倒を見ていこうというふうな話もきちんとしなければいけませんし、それからいたずらにしつこい治療、もういいん

じゃないかというようなことについては、やはりきちっと合意を持つような、そういう意味でも、この正義とか公正というのは大事です。医療資源をそこまで分配する必要はないというふうなことを、社会が考えて、そして都民がみなわかるというようなことは大事な話ですから。あとは新しい技術がきたとき、費用と効果について考えると。さっき言った救急医療における優先度を考えるという話は、いずれ119番通報もやらざるを得なくなると私は思っています。限られた資源を有効に活用するという話は、優先度を考えない方法はありませんから。優先度の話をするときは、必ず資源の配分ということで優先度の話まで。優先度というのは、誰もがみんな同じというわけじゃなくて、この人にはたくさん、あの人には少なくという話になりますので、この人に、あの人にといったときに、それがいかに公正であるかというふうなことについて、都民の方たちは十二分に考えていかなきゃいけないだろうと。これは東京版ドクターヘリのスライドをちょっといただいてきたんですが、立川の災害医療センター。ほかの県では、ドクターヘリがいるところにヘリコプターもあるんですが、東京消防庁では航空隊のあるところから出動して、そして立川の災害医療センターでドクターを乗せて、そしてドッキングをして、ここにまた運んでくる。さっき言った急性期病院の資源を集約させるという意味では、今言ったヘリコプターにしても、こういうふうな仕組みにしても、このヘリコプターには救急救命士が乗っていますから。そういうふうな仕組みという形での資源の投入は、東京版ドクターヘリという方法は必要である。しかし、そうじゃないところでも、その仕組みを支えるための地域の中小病院、地域の密着型病院がやらなきゃいけないことがあるわけです。

先般お話しした医療法の改正というのは、この病床機能を報告して、地域医療構想を構築していくという、これは一般の方にはわかりにくいかもしれませんが、さっきお話しした野中先生の使ったスライドの左側の地域密着型の病院が、右側の介護のほうに向かって、上手にフュージョンしていくというふうな形で、社会のリ・モデリングについて、そういう意味での地域密着型病院が主役を演じる、そういうふうな形で成り立っていくということと同時に、こういうふうな仕組みも上手に運営していく。ですから、資源について合理的な集中と分散という話は、昭和大学病院や、先ほどの災害医療センターなど中核病院にももちろん必要ですが、中小病院はそれなりのことはやらなきゃいけません。この手のことの資源の配分を傾斜配分するという話になると、都民による理解が絶対に必要であるという話になるわけがあります。ですから、僕がもう守れなくなるかもしれないという話を冒頭にしましたけれども、それは今のまま漠然と、あなたが支える、あなたを守る救急医療をそのまま受けているという中においては、もう守れないということ。ですから、支えるという観点でいくと、ここに書いた、こういうふうな価値規範について、そして

総力戦についての理解をしていただく。こういうようなことを理解するというのは、皆さんはできるはずなんです。医者のかわりをやれというのは看護師さんだとか、その他の資格者しかできませんが、仕組みそのもののリ・モデリングについての理解は皆さんもしなくちゃいけない。そういう意味では総力戦です。都民の理解です。さっき言った地域共同体の中で足るを知るというふうな形での、つまり病人に今必要な資源を必要なだけ生かせるというふうなことについて、最終的には都民は満足する必要があります。この部分で満足できなければ、そんな仕組みはできようもございません。

というふうなことで、きょうは、この救急の話、東京消防庁のキュータが救急の話をしていましたが、救急の話の背景に今言ったようなことがあります。救急医療も、その一部ですよという話をしました。ちょっと時間がよくわかんなくなっちゃったんで、長くなったかもしれませんが、ご清聴ありがとうございました。以上で終わります。