

## 令和元年度「救急の日」シンポジウム

### 基調講演 「東京ルール十周年を迎えて」

《学校法人国士舘 理事 講師 島崎 修次 氏》

○島崎氏 皆様、こんにちは。ただいま紹介いただきました島崎でございます。

今までのお話で、東京都の救急患者さんが、搬送先をなかなか決められないという方を、患者さんをどうしようかということで、10年前に東京ルール、先ほどから内藤さんとか、尾崎先生がお話になっているようなことで発足したわけでありまして。

今日は、そういうことのお話をもう少し突っ込んでお話ししますが、まず最初に、日本全体、我が国全体の救急医療システムはどうなっているんだという話を少しさせていただきまして、本題の東京ルールに入りたいというように思っております。

これが我が国の救急搬送、正確には救急出動件数ですが、ついに平成30年に600万を超えました。この数字というのは、地方自治体を含めて、消防機関がてんやわんやの状態になっているということでございます。特に東京は一極集中で、この傾向が非常に強くなっているということでもあります。

その患者さんの内訳ですけれども、高齢者と軽症の救急患者さんが増えたのが大きな原因です。救急搬送の半分以上は、高齢者で、また半分は軽症ということでもあります。高齢者の半分が軽症というわけではなしに、全体として高齢者と軽症がそれぞれ50%を占めている。

どういうことが起こるかといいますと、病院搬送までにどんどん時間がかかってしまうということで、全国平均は今のところ、消防署で、119番で覚知をして病院に運ぶまでに、ほぼ40分かかるということでございます。

これは消防本部に、「どうしてそういう救急搬送が増加したと思いますか」というデータなんですけれども、やはり高齢者の傷病者が増えているということと、それから、特に春先から秋口にかけて、最近、熱帯化が進んでおりまして、熱中症がどんどん増えてきている。しかも、自宅内での高齢者の熱中症が増えているというのが特徴でございます。

そのほか、緊急性が低いと思われる患者さん、軽症の患者さんの増加ですね。それから、不適正利用、こういうものが増えているんじゃないかというようなことでございます。

1週間ほど前の各新聞に載ったデータですけれども、各新聞社に政府広報が小さく出さ

れておりました。総務省消防庁のほうから、「救急搬送、約半数は軽症だと、その119番、本当に緊急性があるの。搬送人員と軽症がどんどん増えているよと、一刻の命を救うためには、救急車の適正利用を考えてね」という政府広報であります。

そういう話で、結局、不急不要の救急患者さんが増えてきて、そういう患者さんを受け入れていると、病院がその後、やってくる救急患者さんを受け入れにくくなっていくということで、搬送先が決まらないということが起こるわけです。

約10年ぐらい前に、それなりに定義しようよということで、全国的には、基本的に4回以上病院を照会したけれども、病院に受け入れてもらえなかった。あるいは、現場で30分以上立ち往生したというような患者さんを選定困難事例にしようよということで、データが全国で、非常に珍しいんですが、各自治体が協力し合ってデータを出していただきました。

全国平均が大体4%ですね。各地区の救急患者さんの約4%が搬送先の選定が困難であったということで、ワースト4が、ここに書いているような患者さんがなかなか受け入れにくいということでございます。

これを見たらわかりますように、多くはコミュニケーションがとれないということが大きな原因で、病院としてもなかなかその患者さんが自分の言っていることと病院の先生との間でディスコネクションがあると、厄介だなという話になるわけですね。

病院の言う、医療に関わることに、実はこういう患者さんの中に全く協力しようとしなくて、治療にかかわる自分の事柄をきっちりと理解して、治療に協力しないわけです。それは、病院にとっては大変な苦勞で、私もそういう患者さんを何人も経験しておりますが、非常に厄介です。その患者さん一人入ってくると、場合によっては半日ぐらいその患者さんにかかりきりになるというようなことが起こるわけですね。これが全国的に、大体4%がそういう患者さんだということであります。

10年前に、照会件数が4回以上で、30分以上かかる患者さんの、何%ぐらいが全国的になっているかというのを調べてみますと、全国平均がこの下にあります4%のラインですね。東京都は、平成19年、十数年前の段階で11%です。

これは、東京都はだめだ。東京は日本の救急のモデルのシステムで動いていると言っていたわけなんですけども、実際データをとってみると、ワースト2ということで、一番上は奈良県ですが、これは大変だということで、慌てて行政、消防、救急医療機関が、このデータを見て、1年、2年かけて救急患者をできるだけ受け入れられるようにしようよということで、企業努力を含めてやって、平成21年。ですから、これはほぼ東京ルールが始まる直前に、どんどん下がってきたのですが、それでも6%。全国平均の4%には、まだまだ届かないというような状況が東京ルール前の状況でございました。

さて、これは医療にかかわる三原則です。アメリカのオレゴン州の衛生局の玄関に小さな看板が上がっておりまして、そこに医療というものはこういうものだということが書かれています。

救急患者さんを含めて、すぐ、いつでも診てもらえる、free and easy accessibility。それから、救急患者さんに限りませんが、そういう患者さんを診た医療レベルが非常に高い、クオリティが高い、high qualityである。医療費が安い。これは非常にすばらしいですね。

この三つとも満足させると、大体、国は医療福祉で潰れます。それは、資本論の中にもそういうことが書かれていて、医療福祉に金をかけると、国は傾城するということが書かれています。これで、アメリカの医療費が非常に高いというのは、皆さんもよくご存じだと思います。

日本は、皆保険で非常に医療機関を簡単に受診できるということで、多い諸外国と比べても倍、年間に大体14、5回は受診するという断トツに医療機関の受診回数が高い国だということでもあります。医療費、30兆円を非常にこういって圧迫している原因になるということでもあります。

これは各国の国のGDPのどれぐらいを医療費にかけているかということが左に出ています。ご存じのようにアメリカが医療費をべらぼうにかけている。GDPが高い上にそのGDPの15%を医療費にかけています。日本はちょうどその半分の7.5%ですね。

一方、右側に、その国の医療にかかわる国民の満足度、あるいは新生児の生存率、その他、平均余命とか、いろんなものをひっくるめた医療評価ランキングが出ています。日本は断トツのトップということでもあります。一番、GDPのうちの医療費をかけているアメリカは、何と15位であります。

ですから、この差ですね、アメリカは山ほどお金をかけて、国民を満足させていないわけですから、ある意味、その分、アメリカの医療関係者はハッピーだと言えます。

一方、日本は、余りお金をかけずに満足させていたということで、これは行政、それから一番はやはり何とんでも、医療機関、医師会等が一生懸命やって、何とか国民の医療にかかわる評価を保ってきたということでもあります。

ところが、これがいつまでも辛抱できない、もうぎりぎりだという話になって、だんだんと今の救急患者の増加とともに、これが崩れ出したということでもあります。

以上が大体、日本全体の傾向、それはそのまま東京都にも言えるんですけども、東京都は、じゃあ、こういう事情はどうなっているんだという各論のほうに入りたいと思います。

ここに書いているような、三つが日本全体の問題として、先ほど紹介しましたようなことと、ほぼ一緒ですが、3番の救急医の減少、実はこれも非常に大きくて、3Kというわけじゃないですけども、きつい。苦しい、それからもう1個何かな。

要するに、なかなか夜中、起きて働く医療現場の診療科には、だんだんと若い先生が行かなくなってきたということで、比較的、楽という用語弊がありますけども、そういう昼間だけきっちり診て、夜は普通の生活が送れるような診療科にどんどん移行して、

結局、救急医、それとよく似た、今言ったような話で関係してくるのが外科医、脳神経外科医、産婦人科医です。この辺のところは非常に行くドクターがどんどん減ってきているということが言えます。

東京都の救急患者の搬送件数ですが、ちょっと薄くて見にくいですが、70万人を超えました。全国が600万人で、人口割にすると大体60万人ぐらいでずっと、全国500万人の救急搬送のときで大体50万人、550万人のときは55万人となっていたんですが、全国が600万人を超えた段階で、ついに70万人を超える救急搬送件数になったということでもあります。

一方、いろんな理由から救急の医療機関、病院と、それからブルーの救急医療、合わせた病院と、緑を合わせた診療者を合わせて、平成10年に400あったのが大体、30%減って、300に減っちゃった。救急医療機関が減って、救急患者がどんどん増えている。まさに東京ルールが10年前の6%ということと合うわけですね。

これは何とかしないとだめだろうということで、少なくとも全国平均までには落とさないで、”東京が日本の医療のモデルでやっている”と、”プレホスピタルも含めてモデルでやっている”という話にはならないなということで、どうしようということでき上がったのが平成21年8月からの「救急医療の東京ルール」ということでもあります。

これは、三つのコンセプトがあります。一つは何といても、搬送先が決まらない状況になるような患者さんをできるだけ早くどこか病院に受け入れてよということですね。それには、工夫が要ります。

今までどおりだと、受け入れてよといっても、なかなか受け入れてくれないので、行政としては、じゃあ、そういう患者さんを受け入れてくれたら補助金を出すよということですね。一番納得しやすいです。それが1点ですね。

補助金を出してでも、その地域できっちりと受け入れてね。その地域の中で、そういう患者さんのディスパッチをきっちりやってくれるセンターを、それぞれの病院の中で、月割りで決めたりすることも、日割りで決めたりすることもあるんですけど、この患者さんはここへ、この患者さんはここへというようなことを決めて、その中にコーディネーターの方がいらして、その人たちが地域の中で患者さんを手分けして受け入れてもらう。受入先は、その患者を受け入れるとそれなりの補助金が出るというようなシステムです。

それから、あまりに軽い患者さんは、できるだけ来ない、こういう不要不急の患者さんは、119番に電話しないでねとか、いろんな重症の患者さんをどうチェックして、それをできるだけ早く医療機関に運ぼうかというようなトリアージですね。

それから、もう一つは何といても救急医療というのは、その地域の医療資源のセーフティーネットですから、それをきっちりとみんなが適正に利用して、死にそうな患者さん、あるいは重症の患者さんがちゃんと病院に迅速に運ばれるようなシステムになるように、皆さん、理解してくださいねというのが三つのルールですね。

ここで誤解してもらったら困りますのは、死にそうな患者さん、最重症の患者さんは、実はこの東京ルールから除外されているんです。どうしてかという、そういう患者さんは、ひとえに救命救急センター、今、26施設、二次医療圏が13か、ありますけど、一、二次医療圏施設に二つずつぐらいある勘定かな。26施設あるんですが、最重症、それからひん死の患者さんは、ほぼそこに入院ができます。

救命救急センターの患者さんの、適用のある患者さんの受け入れ率は95%ぐらいです。ほとんどが救命センターは努力されて、最重症の患者さんは受け入れているということですから、最重症、死にそうな患者さん、皆様方、何かあったときにご家族なんかでこれはだめだという患者さんがいつまでも搬送先がきまらないというようなことではないですからね。そこを誤解のないようにしていただきたいと思います。

そうすると、重症以下の患者さんをこのルールの中に則って、できるだけ早く運びましょうということ、先ほど全国で30分以上かかるのをルールにしようということを行いましたけれども、実は東京都は20分以上時間がかかると、もうそれは選定困難事例で、そのルールの中に入れて患者さんを受け入れる病院に運ぶようにするということで、よりきつい条件で患者さんの搬送を行っているということでもあります。

これが、その模式図で、なかなか病院が受け入れてくれない。できるだけ、その地域の二次医療圏でこういうセンターを、大きな基幹病院がそれぞれ日が変わりでやったり、週決めでやったりするんですが、まず、これは東京ルールの適用ですよ、搬送先がきまらないような患者さんで20分以上たっていますということになると、ここへ連絡するわけですね。ここへ連絡すると、そういう患者さんは受け入れると、あらかじめ決めている救急医療機関に患者を運ぶということでもあります。

この病院は、それなりのメリットということではないですけども、ちゃんとそういう患者さんを受け入れれば、補助金がちゃんと出るというようなシステムでウィンウィンといえば、言えるかと思いますが、そういうことでもあります。

今のが、まず受け入れ医療機関をきっちりと迅速に受け入れられるようにしましょうというのがルールI、一番の基本になります。次に、重症の患者さんをきっちりと受け入れられるようにしましょう、できるだけ軽い患者さんは、119番を煩わせずに、例えば自分で行ってくださいとか、いろんなことをこちら側からその患者さんにコミュニケーションをとるといような救急相談センターというのがあります。

これは主に東京消防庁を中心に医師会、それから一部東京都福祉保健局も絡んでいらっしゃいますが、#7119ですね。皆さんご存じだと思いますが、#を押して7を押して119番です。そうしますと、「どういう状態ですか」という話で、「それだけの状況なら、すぐに病院を紹介しますから、病院へ行ってください」とか、あるいは「救急車ですぐ、病院を紹介するから行ってください。」「これは、救急車を呼びましょう。」「これは、今すぐこういう手当てをしてください。」というようなことを電話で、コールトリアージ、電話で重症度を判定してきめ細かく救急患者さんに指示をする。と

というのは、電話でそういうチェックをするというんですかね、これで少しでも搬送件数を減らそうということです。こういう状況で、今、都民の理解と参画を得てやっというということです。

救急医療システムを守るために、適正利用をしてくださいねということ、こういうパンフレットとか、そういうので呼びかけていると。かなり、最近こういうことが理解されて、それなりに実は東京ルールのお患者さんも、つまり119番へかけて、救急がいつぱいいつぱいで、とても患者さんを運べませんということで、20分、30分かかるような患者さんが減ってきているということでもあります。

先ほど、6%まで減ったと言いましたですね。これがその後です。東京ルール発足後、平成22年からのデータですが、一番最後ですね、ついに1%以下になった。劇的ですね。やり始めた途端に6%から2%にどんどんと下がって、平成30年は大体、救急患者さん70万人のうちの1%ですから7,000人。7,000人は残念ながら東京ルールに乗っかって、そういう患者さんを運んでいるということですが。

だけど、このデータは日本全国の自治体の一つの大きなモデルとして、東京ルールがうまく活用されているということになろうかと思えます。

それに伴って何が起こるかという、病院へ運ぶ救急車の出番が外へ出て救急患者さんを受け入れられないということなしに、常に消防の中で待機していますから、すぐに病院へ連れていけると、搬送時間も減るわけです。

平成12年には37分、覚知から病院到着まで37分、一番悪いときの東京ルール開始前ぐらいですね。平成22年は51分、それが東京ルール開始後、2年前の平成29年には46分と、かなり企業努力というんですかね、少なくなってきたということです。

ただ、先ほど言いましたように、全国平均が40分ですから、それと比べれば、もう少しという感はありますが、だけど一極集中・交通事情、その他を考えますと、精いっぱい努力をされているのかなという気がします。医療機関も必死になって患者を受けているし、消防も必死になって患者さんを運んでいるということになろうかと思えます。

この黄色の”その他”を除くと、大体、先ほど全国的にはコミュニケーションのとりにくい患者さんが上に上がっていたんですが、これで見ますと、要介護者ですね、それから骨折の患者さんが意外と整形病院に受け入れられにくいと。

整形の患者さんのいろんな打ち身、腰痛、その他、比較すると物すごく多いですね。そういう患者さんが皆、整形外科へ行きますから、特に夜間になんかなると整形外科があいている病院は少なくなる。骨折なんかが、なかなか受け入れがたい。それから、コミュニケーションがとりにくい患者さんというようなことが言えます。

これ、その他はいろんなのがまじっていて、これが一番多いんですが、例えばインフルエンザの患者さんとか、高齢者だけの患者さんという、それだけでなかなか受け入れてもらえない。インフルエンザの患者さんが受け入れてもらえないというのは、インフルエンザの患者さんが病院へ行くと、救急の受け入れ1室4人なり6人部屋なり、二

人部屋なりあるんですが、感染しますので、その患者さんが入ると、ほかのベッドを使えなくなっちゃうんです。

そうすると、4室をインフルエンザの患者が独占するような格好で、非常にベッドの回転が悪くなるというようなこともあって、なかなか受け入れにくいというようなことも入っているわけです。

東京ルールの高齢者は、ここに書いているように、救急患者はそれなりに70万人で増えているんですけども、それ以上に東京ルールは減ったとはいえ、その半分はブルーの高齢者です。

大体、高齢者の搬送先が決まらない原因がここに書いてある。ほぼ東京都全体の東京ルールに乗っかるのと同じような状況ということになります。こういう状況で、高齢者を含めて東京ルールにどうしても行っちゃうことが起こるということです。

先ほど言いましたような理由で、東京ルールが一時と比べたらどんどん減ってきてはいます。ちょうど70万人の救急患者の7,000人、1%になっていますね。が、東京ルールになっています。

これは、一般病院も、じゃあ、東京ルールに乗っかる前にちゃんと、うちの病院で引き受けようとか、病院全体の意識のコンセンサスが非常に病院全体で行き渡っていて、そういうこともひっくるめて減ってきているということが言えるのかなというように思います。

これから、じゃあ、どうしようということなんですが、何も東京ルールに乗っかるだけじゃなしに、一般救急患者もどんどん増えていっている状況を少しでもうまくプレホスピタルから病院への搬送を良くしよう、潤滑に受け入れるシステムをつくらうということで、現在、一部、差し当たって直近で考えられているのが、ICTの、簡単に言うとスマホを活用して、重症度を判断したり、実際に患者を診て、その患者を病院へ画像を見せて、こういう患者さんですよ。それならうち、受け入れられるよ、あるいは受け入れられないよというようなことを含めて、ICT、スマホで患者さんを実際、現場から医療機関へ情報を流すというようなことが、これから一つ大きな解決策の一つになるうか。

もう一つ、これ、非常に重要なんですが、これからのプレホスピタルの救急患者さんの搬送にかかわる民間救命士の活用です。どうしてそういうことが起こってきたかという、下に書いていますように、今、私、日本救急医学会の代表理事をやっていたときに、5万5,000人ぐらいの人たちの救急の有資格者の判子を押していました。今、5万5,000人の救急救命士の資格を持った人がいます。

消防は2万5,000人ぐらい、教育機関とか、看護師さんであるとか、その他、海保とか、自衛隊とか、そういうところで働いている人が5,000人ぐらい、そうすると残りの2万5,000人はどうしているのというと、救急医療とか、救命士の本来の仕事にタッチしていないんですね。

一方でいっぱいいっぱい、上に書いているように、今後、ますます増加する救急出動件数に比して、救急隊員は不足して、病院前救急はこのままだと崩壊するよと、2025年までと言われてはいますが、そういうことが起こっています。

もう一方で、例の働き方改革です。病院の中で、特に救急医療機関で働く先生方というのは、先ほど言ったような産婦人科とか、外科、脳神経外科、救急の先生方をひっくるめて、いっぱいいっぱい働いていて、過労死が近年、大体、一般の人は1,000時間以上働いて倒れたら過労死だよ。ところが、医師は2,000時間だよという話になったんです。

それはあんまりだろうということで、この前、2,000時間が1,800時間ですかね、に、変更になりましたが、それでもほぼ2倍、一般の人たちより医者は2倍働けというようなことを言われていて、それ、なかなか大変なんで、そういう人たちをドクターが少しでも、救急の現場で働く先生方が少しでもそういう自分の実際、やっている仕事より少し離れた仕事も、周りの仕事もいろいろ含めてやっているのを救急救命士にやってもらったらどうなの、ワークシェアリングをやりたいということ、こういうシステムの中で民間、あぶれているというか、本来の救急の救命士2万5,000人をうまく使ったらどうなのという話になっているわけです。

働く場所、それからもう一つは、2万5,000人のフリーの救命士と、それから消防のOBが団塊の世代で、どんどん定年退職しています。その人たちも、あるときから救急救命士の資格を持っていても、国家資格ですから一生ものですが、消防をやめると、その資格を持っていても救急現場で働けない。

そういう人たちもひっくるめて、ここに書いているような、病院の中で働いて、ワークシェアリングの受け皿で働いてもらいましょう。それから、プレホスピタルできっちりと消防の救命士がいっぱいいっぱいのところを民間救命士で搬送しよう、あるいは警備会社、それからマラソンとか、ロックフェスティバルとか、大きな音楽会とか、花火大会とか、そういう大規模イベント、今後、ホテル、空港、駅とか鉄道、こういうところにこういう民間の救命士を置いて働く場をつくってやれば、一般の方々もこれで助かるだろうということでもあります。救命士の職域の拡大ということが言えるかと思います。

それに、これはロサンゼルスで全く同じことをやっています。救急の現場に消防と、それから民間の救急が行きます。AMRというのは、アメリカン・メディカル・レスポンスかな、という大きな組織がありますが、両方、現場へ行って、軽ければAMRで病院へ運ぶと、すぐ救急車、消防車は消防署へ戻って、次の実際、重症の患者さんで必要な患者さんのために待機するというようなシステムを民間と消防がお互いにコラボしながら、救急患者を搬送するということです。

それから、厚生労働省の地域包括ケアですね。一定の地域の中で、これ、非常に狭い地域の中である種、ゆりかごから墓場までみたいな感じで、ある程度の重度な要介護者になっても、その中で自己完結型できるようにしよう。その中に、救急救命士もうまく



組み込んで、見回り隊とか、そういうのをひっくるめてやっていきましょうよと。急に介護施設からおかしくなったら救急車も呼ばずに、ある程度、見回り隊で前もってわかっていたら、民間救急で傷病者を搬送しようというようなことであります。

そういう要介護者が下のPPKと書いているのは、ぴんぴんころりですね。できるだけ、ぴんぴんころりで高齢者は健康寿命を保ってください。上のNNKと書いてあるのは、これはねんねんころり、ねんねんころりは、あんまりよくないよということですね。PPKにしましょう。これ、実際は、ニトロソアミドの一種の化学物質で、たばこに含まれているんですけども、強烈な肺がんの起因物質がNNKといますが、ここではねんねんころりはあんまりよくないよということでもあります。

ちょっと時間オーバーしましたが、これがこれから救急患者さんを今までのサマリーみたいな格好になっていますけども、#8000は子供だけですが、#7119と#8000で、できるだけここにまず連絡して、不要不急は自分で行く。必要なものを救急車が重症・最重症を含めて救急病院に受け入れてもらえる。重症以下でなかなか受け入れてもらえない患者さんは、東京ルールで運ぼうよということでもあります。

その補完として、民間救急救命士、あるいは地域包括ケアの中でのシステムをつかっていくということが東京都の救急患者さんのスムーズな搬送につながると。

2番目のこれは、将来計画、グランドデザインを福祉保健局で東京都地域医療構想の中で述べられているんですが、上から2番目の急性期医療から在宅医療まで東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システム。これは、行政と東京都医師会をはじめとする医療機関は非常にコミュニケーションがよくて、お互いに連携がよくとれていると思います。

住みやすい、安心・安全の東京の生活ということで、日常生活の担保として、いざとなれば東京ルールがある程度、最後の切り札となって、ライフラインを守ってくれる。死にそんな患者のライフラインは、先ほど言ったように、きちりと今、受けられています。ですから、重症以下の患者さんでのライフラインの受け皿。

あまり東京ルールは派手に皆さんの前ではいろいろ出てきませんが、縁の下の力持ち的な形で東京の救急医療体制を担って、それなりに今のところうまく機能しているということだろうと思います。

時間、ちょっとオーバーしましたが、以上で、私のお話を終わらせていただきます。

ご清聴ありがとうございました。