

特集 本院の救急医療の現状ならびに問題点

～現状の分析から今後の展望へ～

私が、ご説明いたします

外科部長・救命救急センター長

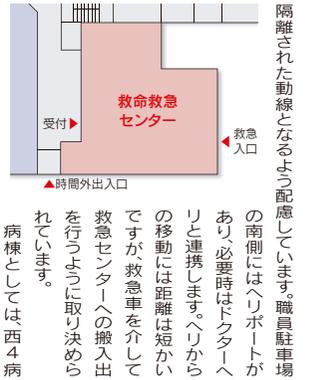


栗崎 貴

宇城総合病院外科の栗崎 貴と申します。消化器、一般外科が専門になりますが、救急センター長を併任させていただいております。国立病院機構熊本医療センターに9年勤務しておりましたので、救急患者に慣れているだろうと、私に仕事がまわってきたものと思われま。私が宇賀岳病院に赴任して6年が経過しました。この間に、病院の新築・移転(病院名変更)をはじめとして様々なことがありました。この6年を振り返って、本院の救急医療の現状を分析し、問題点を拾い上げ、本院の果たすべき役割について述べてみたいと思います。

施設・設備、スタッフ

救命救急センターは病院の北側に位置しています。道路から一番近い出入口が救急センターの入口となっております。救急車は図の救急入口に停車します。屋根があるため以前のように雨天時に職員が傘をさして出迎えることはなくなりました。入口を入るとすぐの左サイドにはシャワーが整備され、万が一除染が必要な患者はここでシャワーを浴びて処置室に入ります。処置室には無影灯があり、縫合等の簡便な手術が可能です。隣接する霊安室とはセンター内の通路で連続しており、一般外来患者と接することなくお見送りができるようになっていきます。処置室以外に外来診察室が二部屋ある他、感染症外来のスペースが救急入口の南側に確保されています。最近話題となったMERSやインフルエンザ等の感染症流行期には発熱外来(感染症外来)として活躍します。一般外来患者から



隔離された動線となるよう配慮しています。職員駐車場の南側にはヘリポートがあり、必要時はドクターヘリと連携します。ヘリからの移動には距離は短かいですが、救急車を介して救急センターへの搬入を行うように取り決められています。病棟としては、西4病棟に救急専用病床4ベッドの他、救急優先病床4ベッドを保有しています。救急患者のために常にベッドを空けておくのではなく、優先的に運用させてもらうに過ぎません。このため、冬季のベッド満席の際には、救急車の受け入れをお断りせざるを得ない時期が続き、多方面にわたる大変な迷惑をおかけいたしました。

救急センターの専任のスタッフが不在で、全員が兼任です。平日の日勤帯は外科医が交代でトリアシジ係となり、救急搬入患者の初療を行い、当該診療科へ引き継いでいきます。土日や夜間は当直医が交代します。深夜帯の来院患者は少ないため、どうにか深夜帯に救急センターに常駐する看護師をおらず、患者来院時に病棟の看護師が救急センターに降りてきて対応していただきます。病棟のルーチンワークもこなさなければならず、頭がさがる思いです。

病院の新築移転に伴い、施設はかなり整備されたと思えます。医師、看護師をはじめ放射線技師、検査技師等の人員の確保はなんとかしなければなりません。救急医療を病院のセールスポイントとして推進していくのであれば、急病の代表疾患であり日本人の死因の2、3位を占める脳卒中と心疾患にも対応できる体制づくりも少なくとも専門医の確保を考えると、思います。ただ容易に

示をだすことができるようになりました。心配な時や処置が必要と判断した時に、私は急院するようにしています。セキユリターの問題や実際の患者を診察しないで指示は出せないとの理由で、現場医師にはあまり好評ではないようです。せうかくオンコール体制をとっていますので、なんとか実働するようなシステムが構築できないかと思っています。

放射線技師と検査技師も常駐ではなくオンコール体制となっております。必要時は深夜帯でも呼び出すようにしていますが、遠慮はありますので少なからぬ影響があると思っています。当直体制の導入をずっと依頼してきましたが、人員不足のため未だ実現できておりません。

救急車受け入れ実績

5年間の救急車受け入れ実績をグラフに示します。当直体制や人的パワーの問題等、問題山積みの状態ですが、全職員の努力により受け入れ件数は、右肩上がり増加し、平成26年度は1,434件となりました。それに伴い院外心肺停止症例もグラフのように増加しています。BLSやACLSの資格取得者も着実に増えており、蘇生処置にて心拍再開し入院治療に移行する症例も増えてきたため、本院では低体温療法や心臓カテーテル検査はできないうえ、心拍再開後の治療が問題となってきました。心筋梗塞が強く疑われる症例では3次医療施設に紹介することになりますが、心肺停止症例は、簡単には引き受けてくれないのが実情です。

平成26年度の救急搬入患者のなかで入院となったものは608人(42.4%)でした。実に半数以上は帰宅可能な軽症患者ということであり、本院の救急医療における存在意義を反映しているように思われます。すなわち、

軽症患者を中心に中等症患者までの救急患者に対応することが、本院に求められている役割りであるように思われます。急病の二次代表疾患である、脳卒中と心疾患患者は本院では対応できないわけですので、かなり制限されたテリトリーであり、軽症、中等症患者がおのずと多くなるわけです。

救急搬入後に高次医療機関に転送を要した症例は平成26年度で56例(3.9%)でした。無視できない数字ですが、受け入れ症例の96%は院内で対応できているということですので、救急隊員の施設選定基準あるいは受け入れ担当医師の判断は合格点に達していると思われま。ただ救急受け入れ不能症例が平成26年度に実は343例もあり、単純には判断できないようです。ベッド満床(21%)を筆頭に、内科当直医の際の縫合を要する外傷症例、明らかに脳血管障害が疑われる症例、心筋梗塞が強く疑われる症例等、致し方ないと思われる症例が多いようですが、理由がよくわからない症例も相当数あるのも事実です。その中に救急患者の重複の問題があり、これは私は消防署の怠慢だと思います。救急車の受け入れ中にある

当直体制

医師の当直体制は試行錯誤を続けています。常勤医師、他済生会熊本病院のレジデント、熊大整形外科医局員、熊大消化器外科医局員の応援を得て二人当直体制を推進しています。まだまだ人的パワーが足りず、一部実施にとどまっていますが、受け入れ拒否症例の低減、当直医の負担軽減および医療安全の面からも二人当直が望ましいと考えています。医師の確保が前提となりますが、当直帯は、各科にオンコール体制をとってもらうこともありますが、実質的にはほとんど機能していません。松橋に在住している常勤医は、ほとんどが熊本市に住み、約40分、50分かけて通勤しています。緊急を要する場合には、オンコール医を40、50分待ちよりも救急車で高次医療機関に転送したほうがはるかに早く、中途半端に熊本市に近い、患者さんにとっても望ましいと思われま。このため、当直医は自分の力だけで当直帯を乗り切れると判断できる症例だけを引き受けて、日勤帯に当該診療科に引き継ぐことになってしまっています。オンコール医を松橋に待機させるようにできれば、もっと多くの症例に対応できると思われま。それが現実的ではないようです(強制すると病院の存続自体が危うくなる可能性があります)。世の中は電子化が進み、本院でも電子カルテとなりました。電子カルテや画像を自宅でも閲覧できるシステムを導入し、放射線科医師には自宅でも画像診断が可能な環境を導入してもらいました。実際の患者の診察はできませんが、カルテ画像を自宅でチェックし指

人員確保ができるのなら、地域医療の問題はほとんど全て解決できていると思われま。あきらめず、今後も人員確保の努力を続けるしかありません。

本院の役割

二天疾患の心疾患と脳血管障害に対応できないという極めて限られたテリトリーであるにも関わらず、これだけ多数の救急車の受け入れを行っていることは全職員の努力の結果であり、胸を張れるものと思われま。しかしながら、宇城管内の救急車の約65%は済生会熊本病院を中心とした熊本市内の大病院に搬送されています。宇城管内でカバーした症例の約50%、全救急患者の約15%を本院がカバーしているにすぎません。患者の命を守ることに医療者に課せられた最大の使命であり、本院で対応できない疾患については3次救急施設との病連携によって対応していく必要があります。今後救急車の有料化が進めば、軽症患者の救急車利用は減少し、本院の救急車受け入れ件数も減少すると思われま。軽症患者を中心とした中等症までの患者、なごに地元を離れたくない超高齢の重症患者に誠実な医療を提供することが、本院の使命であり、存在価値であるような気がしてなりません。

