

＝久しぶりに救急医療のお世話に 都市部での新たな選択肢＝

6 月は喘息状態が継続。仕事も手につかない日が続きましたが、25 日未明には喘息発作の状態になりました。30 歳の頃に喘息発作になってから 20 年ぶりの苦しみでしたが、その対応の過程で、都市部における救急医療の新たな選択肢を経験することになりました。

今回の通信は、その経験からです。

なお、データは総務省消防庁 HP からです http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList9_3.html

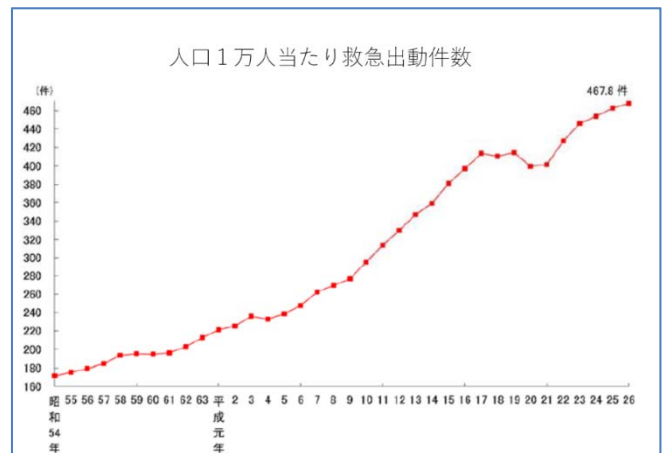
<30 歳のときに初めて救急車に乗る>

平成 5 年～30 歳のときに、週末に外で知人と遊んでいる最中に喘息発作の状態になり、急遽帰宅しましたが、家に辿り着いた時点では動けなくなっていました。奥方の手配で、近くの医師会会員が輪番で行う休日診療所に向かいましたが、そこでは処置ができず、そこから救急車で近くの公的病院に搬送されました。これが救急車のお世話になった最初です。

右図は、救急車等の出動件数の推移ですが、平成 5 年頃は、人口 1 万人当たりの救急出動件数は 240 件程度でしたが、現在は 2 倍程度に増えています。

軽傷者の搬送の急増（現在でも軽傷者が約半数）が問題となり、一定の対策を講じた結果、平成 20 年度は減少に転じましたが、その後は増え続けています。

もちろん出動件数は地域差も大きく、最も少ないのは人口 1 万人当たり 335 件の福井、次いで石川と北陸地域の件数が少なくなっています。最も多いのは 613 件の大阪、次いで東京と私が 2 重生活を送る福井と東京が、両極端なエリアとなっているのは面白いところです。

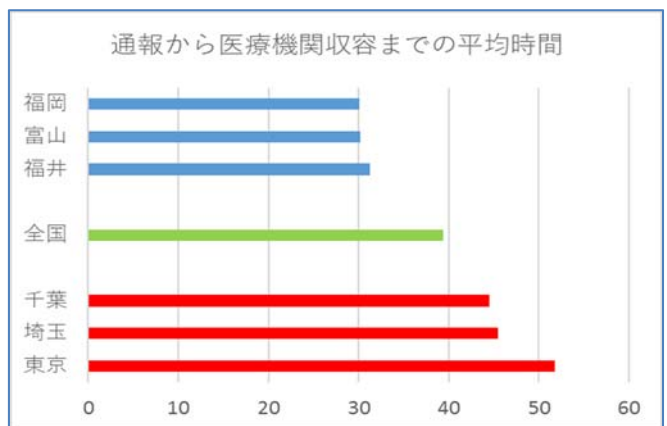


<救急車を呼んで、どのくらいで医療に辿り着くか>

救急車を呼んで、実際に医療機関に收容されるまでの平均的な時間も毎年少しずつ伸びて、現在は約 40 分程度です。内訳は、救急車を呼んで傷病者に会うまでが約 10 分、傷病者に会って行先の医療機関を決めて現場を出発するまでが約 15 分、現場を出発して医療機関に收容されるまでが約 15 分といったところです。もちろん、地域差はあります。ちょっと考えると、移動距離が大きくなる面積の大きな県において時間が長くなると思いますが、実際には違うようです。

右図は、上位下位の 3 県を示したのですが、東京近県での時間が長くなっています。福井では平均 30 分、東京では平均 50 分を超えています。構成比をみても、東京では 30 分以内に医療機関に辿り着くことはなく、1～2 時間かかることも 2 割程度はあるとのこと。

北陸地域より、明らかに医療資源も多く、移動距離も短い東京近県のほうが、医療機関までに要する時間が著しく長いのは不思議ですが、実際には行先の医療機関を探すのに時間がかかっていると聞きます。



もちろん、早く辿り着いても、適切な診断治療を受けられることが必要ですが、20 年前の経験は、悲惨なものでした。呼吸音からして喘息発作が最初に疑われると思うのですが、研修医と思しき医師は、なぜか長時間にわたり心臓周囲を診察・・・心臓疾患ではないとわかるまでに 1 時間近くを経過。やっと医師が交代し、その後、点滴で良くなったのですが、その後、血液検査の数値が悪いと約 1 週間の入院・・・最後は、自分でも知っている脂肪肝との診断をいただき、2 次救急病院の実態に唖然としたものでした。

<休日でも診療を行っている近隣の医療機関で治療を受ける>

20年前に喘息発作の要因が特定され、家の環境を改善することで症状は完全におさまり、その後も数年ごとに喘息気味になりましたが、体調管理程度でおさまっていたことから、特に、かかりつけの医療機関はありませんでした。仮にあったとしても、東京の自宅の周囲では日曜に診療を行ってくれるところは、ほぼないのが実態です。

しかし、私の状況を見て、かつ、明日から東京を出る日程を心配した奥方の勧めで、近所の医療機関を探ることになりました。20年前と違って、ネット検索が迅速にできる便利な時代ですが、結局は、20年前と同じ医師会が輪番で行う休日診療所が第一選択に・・・しかし、開業時間が遅く、仮に受信しても、結局2次医療機関に搬送されるということが想定されました。

地域を広くして、再度、探してもらおうと、同じ区内の反対側の端に所在する病院がヒットしました。

救急専門というHPの記載で、日曜の診療は午後から。しかし、電話をすると、今からでも問題ないという回答を受け、奥方の運転する車で病院に向かいました。

救急車で運ばれた脳梗塞疑いの高齢者の隣で、簡単な診察を終え、20年前と違って早々に喘息発作と診断・・・吸引と点滴で症状はおさまりましたが、結構時間のかかる点滴中に、この病院について、ネット検索で調べてみると、

- ・院長は、精神保健指定で救急医療の専門医。大学を出て、現地に新規開業。
- ・院長以外の医師も、ほぼ全員が救急医で、24時間365日を標ぼう。
- ・22床規模の小さな病院で、現在、増床を計画中。

といったことがわかりました。

症状が改善するにつれ、徐々に脳に酸素が行きわたり、思考も動き出したところで、やっと「このタイプの病院が、最近増えてきた小規模な救急病院(救急医が開業)か・・・」と思い当たりました。

<大都市圏で必要な医療の選択肢>

近隣で診療を行っているところはない、休日診療所を利用しても結局は2次医療機関で研修医の診療、救急車を呼んでも、かかりつけ医療機関がないと搬送までに時間を要するといったことを考えると、今回見つけた救急専門病院が近隣にあることは福音です。

20年以上前であれば、こうした医療は有床診療所の役割だったのかもしれませんが、現在では、

- ・医師の専門性が細かく分かれすぎ、一般救急を広く受けられる医師は救急医や総合診療医程度
- ・安定収入の得られる高齢者医療を中心とする医師が増え、一般救急の受入対応が低下
- ・複数の医師がいるところは少なく、どうしても身体的負担から、自院での休日診療は難しく
- ・人材確保が難しく、入院医療費単価が安い、短期入院想定の有床診療所の病床は未利用に
- ・結局、こうした患者を、本来対象としない大型の救急病院等に患者が集まり機能不全気味・・・

といった大都市圏の実態を踏まえて、制度の想定しないところで生まれてきたのでしょう。また、病床が22床というのも、7:1看護という高い診療報酬を2人夜勤で算定するために効果的な規模と考えると、7:1看護の安易な基準設定で病床過剰になり、大幅削減に舵を切った「診療報酬の失敗」の副産物ともいえます。

仮に、制度の想定しないものであっても、治療を終えた私に、「こうした医療機関はありがたい。近所の人にも紹介したい」と、奥方が言ったように、少なくとも、医療資源は豊富なものの身近な一般救急のアクセスに難点のある大都市圏では、患者にとって必要な存在なのでしょう。

こうした医療機関が健全に育っていけば、大型救急病院の患者過剰が改善(医師等の負担軽減)、過剰な救急車利用の改善と医療に辿り着く時間の短縮、患者の満足度の向上などの効果が期待されます。また、院長が精神保健指定医という点も、身体・精神の合併症の場合における対応改善も考えられます。今後も、こうしたニッチな医療機関の動向に注目したいものです。

しかし、まずは喘息のかかりつけ医を探すことから、自分の医療体制を再検討です。