

地方における受け入れ体制と課題 長野県・上伊那地域の場合

伊那中央病院 地域救急医療センター

堀 綾 北澤 公男

はじめに

受け入れ困難事例とは、どのような事例を指すのだろうか。総務省消防庁では、受け入れ困難事例を「手術中・患者対応中」「ベッド満床」「処置困難」「専門外」「医師不在」「その他」に分類して統計をとっている。しかし、その中には、一般的にマスコミで取り上げられるような重症患者のほか、軽症患者や緊急対応が不要な患者なども含まれているのではないだろうか。ここでは、そのような問題に焦点をあてて、上伊那地域の救急医療について解説したい。

伊那中央病院について

伊那中央病院は、長野県南部の上伊那医療圏（人口約19万人）にある一般的な中規模病院（394床）である。二次救急医療機関ではあるが、中央アルプスと南アルプスにはさまれた山間地で、交通事情もあり、近隣の急を要する患者の多くは、軽症、重症を問わず当院に運ばれる。近隣には、北方16kmに125床の二次救急医療機関、南方18kmに300床の三次救急医療機関がある（図1）。消防組織は伊那消防組合と伊南行政組合の二つがあり、当院は伊那消防組合の担当地域に位置している（図1）。



図1 ●上伊那地域の救急医療体制

伊那中央病院地域救急医療センターは、常時専従医師2名が24時間体制で一次から三次の救急患者に対応する北米型ERタイプの診療体制をとっている。夜間はさらに当直医師1名、脳卒中集中治療室（SCU）当直医師1名、夜間一次成人診療（19～22時）のパート医師1名（医師会から派遣）、夜間一次小児診療（19～21時）のパート医師1名（医師会または当院小児科から派遣）が加わる。救急隊からの連絡は、常時ホットラインで専従医師につながるようになってい

る。そのため、救急隊は医師から直接、指導・助言を得たり、特定行為の指示を受けることが可能である。

統計データ

平成21年度の上伊那地域の救急搬送件数は5,400件であり、そのうち54.4%にあたる2,935件を当院で受け入れている。重症度別搬送件数の年次推移を見ると、平成16年から重症は横ばい、中等症は減少傾向にあるが、軽症は増加傾向にある（図2）。

救急搬送受け入れの状況は、当地域では1回で受け入れ決定される率が97%であり、東京都、大阪府などの60%台と比べるとかなり高い（表1）。重症度別に見ると、軽症で受け入れ決定に問題があることが多い（図3）。重症例のたらい回しがニュースで取り上げられているが、当地域では重症例の受け入れ状況は良好と言える。

当地域の受け入れ不能事例の理由別統計では、「専門外」の件数が多い（表2）。当地域では最近、整形外科医や小児科医の不足から、それらの診療科が休診している病院が多くなっており、救急隊が打撲程度と判断するような事例でも、受け入れを辞退する病院が増加してきていることが原因と考えられる。

搬送先については、都市部と比べ二次救急医

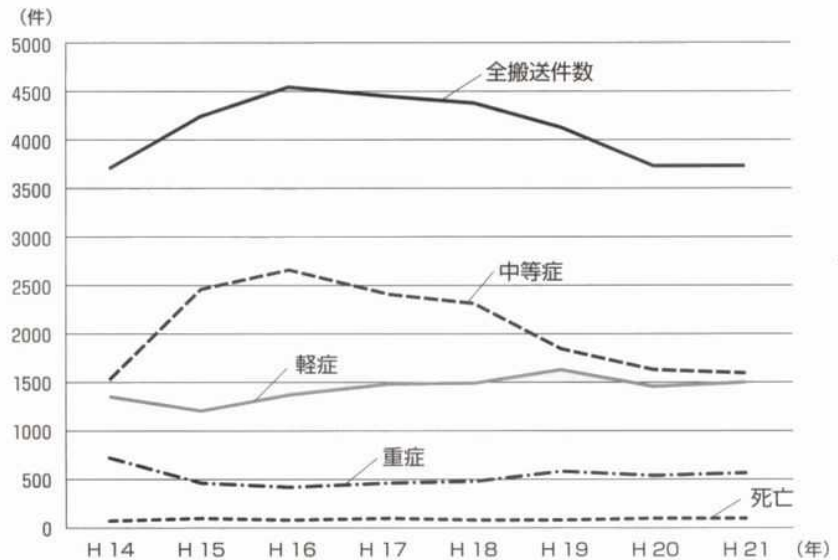


図2 ●重症度別搬送件数の推移（伊那消防組合）

療機関（主として当院）が多く、場合によっては初期救急医療機関にも搬送されている（表3）。図4を見ると、重症、中等症の傷病者を初期救急医療機関がある程度受け入れていることがわかる。

これらの統計データより、軽症が増加しており、かつ受け入れに支障をきたす傾向が認められ、重症例や中等症例が初期救急医療機関にも搬送されていることがわかり、都市部とやや異なる状況が浮かび上がってくる。

現状と対策

当地域では、近年、住民の高齢化、開業医の高齢化、救急搬送に対する住民意識の変化、勤務医の減少による紹介患者以外の受診制限などの問題がある。

現在、「寝たきりで運べないから」「若い者がいないので交通手段がない」「受診制限があり一般外来を受診できないので救急搬送を依頼した」「救急車で行けば早くみてもらえると思った」「救急車で行かないと受診できないと思った」など、社会的事情からの救急車搬送が増加しており、統計データからも軽症例が増加していることがわかる。また、高齢化が進んでいるため、中等症や重症の中に、施設に入所もしくは通所している高齢者の発熱や食欲不振などが少なくない。

表1●救急搬送の受け入れ状況；重症以上傷病者の照会回数別の割合

	1回	2回	3回	4回	5回	全事例数(件)
長野県	94.76%	4.09%	0.82%	0.19%	0.12%	7,217件
伊那消防組合 (平成21年)	96.97%	2.58%	0.30%	0.15%	0.00%	659件
東京都	68.19%	14.15%	6.50%	3.66%	2.12%	42,735件
大阪府	66.76%	15.62%	7.55%	4.19%	2.02%	9,682件

(総務省消防庁・伊那消防組合、伊那消防組合は平成21年、その他は平成19年のデータ)

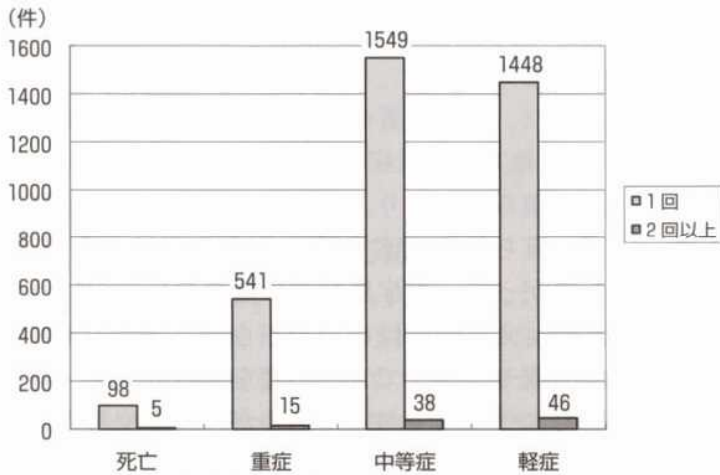


図3●重症度別照会回数 (伊那消防組合、平成21年)

表2●受け入れ不能事例の理由別件数

受け入れ不能の理由	件数
手術中・患者対応中	10
ベッド満床	5
処置困難	30
専門外	32
医師不在	18
かかりつけ医へ	5
検査困難	8
その他	18
合計	126

(伊那消防組合、平成21年)

表3●傷病者の救急搬送先別の割合

	初期	二次	三次	不明
長野県	8.90%	61.60%	24.10%	5.40%
上伊那地域 (平成21年)	8.43%	65.91%	25.65%	0.00%
東京都	0.00%	34.90%	64.90%	0.20%
大阪府	0.00%	59.90%	38.20%	1.90%

(上伊那地域は平成21年、その他は平成19年のデータ)

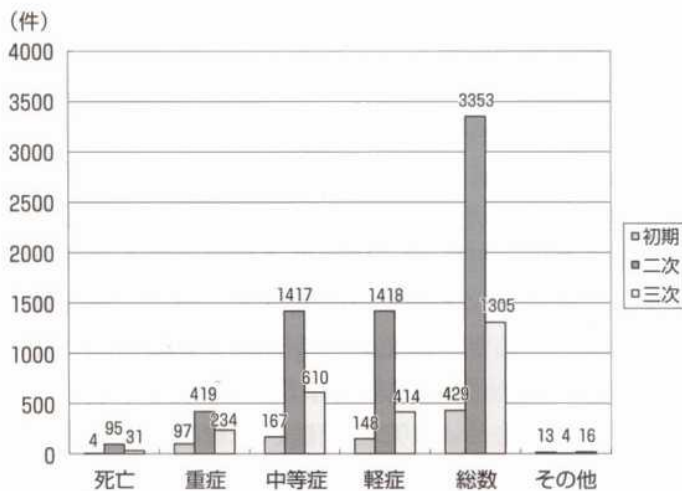


図4●重症度別収容先医療機関 (上伊那地域、平成21年)

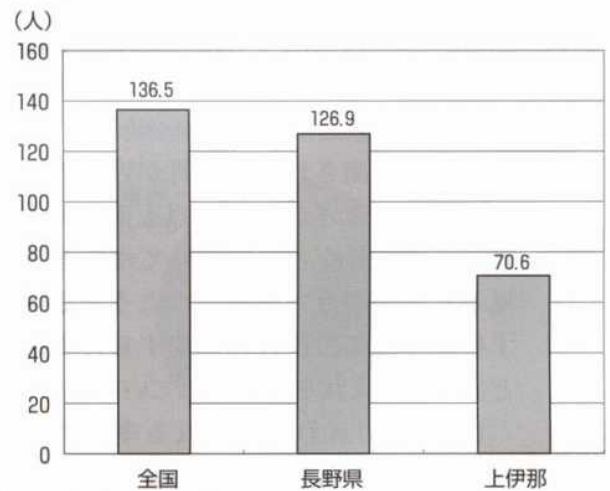


図5●病院勤務医師数 (人口10万人当たり、平成20年12月末)

表4●伊那中央病院の受け入れ不能時の対応

救急隊に対して	<ul style="list-style-type: none"> ・各消防署に連絡して、その旨を伝える。 ・ただし、内因、外因でロード&ゴーの事例で直ちに救命処置を必要とする患者については当院で受け入れ、全身の安定化を行い、他病院に転送する。
診療所等に対して	<ul style="list-style-type: none"> ・開業医・診療所等から病院（救急部）に連絡が入った時点で「受け入れ不能」と説明して、他病院を紹介する。
近隣の病院に対して	<ul style="list-style-type: none"> ・当院が受け入れ不能であること、その期間について連絡し、その間の受け入れを依頼する。

不適切と思われる救急車の使用に関しては、そのつど患者の家族に説明をしているが、なかなか理解されない方も実際には存在する。寝たきりで運べない、交通手段がないといった場合には、介護タクシーの利用を紹介している。しかし、老老介護や高齢者の独居など、通常の生活自体に限界をきたしている家庭もあり、それらの事情を考慮すると、交通手段としての救急車の使用もやむなしと思われる事例も多い。

急性期の集中的治療が適切ではないと考えられる患者の救急車搬送に関しては、近隣の療養病床を持つ初期救急医療機関への搬送をお願いしている。そのため、前述の統計データからもわかるように、初期救急医療機関でも中等症や重症の救急搬送を受け入れている。最近では、指導によって、施設の搬送車で病院搬送に移行しつつある。

また、当地域の勤務医師数は、人口10万人当たり70.6人と、全国平均のほぼ半分であり、長野県内でも勤務医師過疎地域である（前ページ図5）。近隣の病院でも医師数の減少に伴う診療科の減少があり、診療科が比較的保たれている当院に救急搬送が集中しつつある。その中には、症状から推測される診療科が近隣の総合病院にないため、遠方から30分以上かけて当院に救急搬送され、軽症と診断されて帰宅する症例も散見される。最近では、このような場合には、まず推測される診療科を標榜する近隣の開業医などに、受け入れをお願いしている。

1回で受け入れ決定される率の高さの背景には、搬送先の病院が限られているという負の要素と、そのため救急隊との間に“顔の見える関係”

が築かれているという正の要素が考えられる。当地域の救急医療にかかわるスタッフはICLS、ISLS、AHA-BLS、AHA-ACLS、JPTEC、ITLS、PTLSなどの各種コースや、症例検討会などを定期的で開催することで、医療の質の向上や円滑なコミュニケーションを図るよう努めている。例として、当地域救急出動従事者のJPTEC受講率は87%、ICLS受講率は79%であり、このためホットラインでの傷病者の状態報告は端的かつ的確で、ストレスなく受けることが可能である。

また、重症患者の照会回数が少ない理由として、「地方では重症救急患者の診療を担当する病院が限られており、その病院が受け入れを断れば、直ちに傷病者の重篤化から死につながる。したがって、重症傷病者は断れない」ということが言えるのではないだろうか。当院の地域救急医療センターでも、患者を受け入れて、各診療科に受け渡すわけであるが、各診療科の医師たちもスタッフ不足のきびしい中で不満を訴えながらも、深夜にわたる（ときには徹夜で）過酷な診療活動を行っている。

なお、当院ではベッド満床、手術中、重症救急患者処置中等で受け入れ不能の場合、表4のように対応している。

今後の課題

医師確保など勤務医の負担軽減に向けた病院側の整備、MC体制の整備については社会的にも取り組みが開始されているが、地域の病院、救急機関が理想的な救急体制を組めるようになるのはいつになるのか不透明な状態である。また、今後ますます高齢化する社会の中で、軽症でも日常生活が困難になってしまう事例や、諸事情で医療・福祉サービスを十分に受けられず、症状が重症化する事例に対して、何らかの対策が早急に必要ではないだろうか。そのしわ寄せがいま、地域の救急現場に及んでいる。

高齢化という意味では、当地域は先進地であり、今後も救急隊と協力して、よりよい医療を模索していきたい。