

## 【指定演題2】 重症救急患者の流れ

### ～救命救急センターと慢性期医療機関との連携～

急性期と慢性期の連携をどう進めるのか。今後の課題は何か——。三次救急を担う救命救急センターの立場から、救急医療の入口と出口、連携の在り方を探ります。「急慢連携」の大阪モデルを進めた国立病院機構大阪医療センター救命救急センターの定光大海氏が「指定演題2」でこれまでの取組や今後の課題を報告しました。定光氏の講演の様様をお伝えいたします。

#### ■救急医療の現状はどうなっているか

[定光大海氏（国立病院機構大阪医療センター救命救急センター）]

大阪医療センターの定光です。よろしく申し上げます。わたくしは三次と言われている救命救急センターの立場からお話をさせていただきたいと思っております。ここ30年以上救命救急センターに携わって、いろいろな流れが時代とともに変わっているわけです。救急患者がうまくするためには入口・出口という流れが必要です。それが今、どういう問題が起こって、どうそれに対応しているかということをご紹介したいと思っております。今、救急医療はどうなっているか。それから、それに対応するために、慢性期医療機関と連携した端緒と現状について、ご案内したいと思っております。

まず、現在の救急医療体制。これは初期・二次・三次というフレームがありますが。これはあくまで入口側のフレームです。出口ではありません。我々は救急患者さんを受け入れると。緊急性に応じて他院にお送りします。しかし、一部の患者さんについてはまた難しく、自宅にお帰しできない症例もあります。これは必然的に入院期間が長引くわけです。それを後からご破算にしている入口の問題があります。

全国の救急車の出動件数は右肩上がりでも推移してきましたが、2008年に下がったことがあります。同じ傾向は大阪市で2007年にある。2008年に落ちたのですが、この時期、「救急医療が崩壊」というキャンペーンがあって、救急車は使わないという傾向があって、いったん落ちたようですが、さらに今、それから伸びて、また上昇しています。これに関係するのが、高齢社会ということが1つの要因になっています。

もう1つ、このちょうど2007、2008年という時期ですが、二次救急医療機関が減っています。要するに、二次救急で抱えきれないというか、病院そのものが減っている。救命センターは順調に増えています。大阪も同じように、二次・三次の数が減っているという状況です。救急搬送が増えて、それを受け入れる圧倒的に多くの二次救急医療機関が減っているという状況が発生しました。

全国の人口と救急出動件数の推移を見ますと、総人口が減っているのに、救急出動件数はだんだん増えていく。この原因には、やはり高齢化という問題があります。大阪市消防局の救急年報によれば、高齢者の搬送、65歳以上の搬送がどんどん増え、23年でもう45%になっているという状況です。

大阪市には6つの救命救急センターがあります。268万の人口に対して6つの救命センターです。大阪府全体では16です。こういう三次の救命センターが何を担っているのか。2007年、08年という問題がありました。私の病院が断らざるを得なくなった件数は、2005、06年まではたいした事はなかったのですが、2006年の12月頃から2007年にかけて、急激に断らざるを得なくなった。2008年も同じです。それ以後、ずっとそういう状態が続いています。

要するに救命センターは年間1,000件を受け入れていますが、700件ぐらいを断っています。実は、断らざるを得ないんです。それはなぜか。2007年12月と2008年1月、大阪府で救急受入の困難事例が発生しました。三次救急で受け入れられずに、結局、お亡くなりになった。これは社会的にも大きな問題でした。こうした背景があります。

## ■なぜ受入困難な事例が発生するのか

救急隊の活動時間の推移を見てみます。現場での活動時間がどんどん伸びています。つまり、なかなか病院にたどり着けない状況があります。これは全国的な傾向で、大阪も同様です。そこで、救急患者受け入れ困難事例への対策として、大阪府が中心となって、「入口問題」への対応処置に取り組みました。「二次まもってネット」と「三次コーディネート事業」です。「二次まもってネット」というのは、軽症・中等症の患者さんの受入が困難な時、医療機関に一斉通報します。救急医療ネットワークの中にある医療機関に対し、「この患者さんを受け入れて守ってください」という情報をパッと一斉送信するのです。そうすると、二次医療機関のどこかがそれに対応する。これを「二次まもってネット」と読んでいます。

では、これで対応できない場合にはどうするか。三次の救命救急センターに依頼します。三次救急のコーディネイト事業として、「どこかに入れてくれ、コーディネイトしてください」という話になるのです。従って、「二次まもってネット」でどこにも行けない救急患者さんは、最終的に救命救急センターが対応することになります。そうせざるを得ないので、せざるを得ないですが、実際には、断らざるを得ない場合もあります。

大阪市内には6つの救命救急センターがありますので、「自分の病院だけが最後の砦じゃないよ」という1つの安心感はあるのですが。それにしても、全体の救急の中で救命救急センターがどこにも行けない患者さんのバッファリング機能を果たし、それを余儀なくされているという状況があります。そうしますと、必ずしも重症ではない患者さんが救命救急センターに集中してしまう。

では、なぜ受入が困難になるのか。「専門外である」というケースは仕方がないとして、実際には、自殺企図（自損、薬物大量服用を含む）、飲酒や精神疾患を伴う傷病者、そして高齢者が挙げられます。もちろん、受け入れる側の医師不足という問題もあると思います。ただ、患者さんによっては、困難な事例が生じているということです。こうした患者さんが、三次の救命センターを最後の砦として搬送されてくるわけです。そうしますと、三次救急が本来の機能を発揮できない状況に陥る。これが救急医療の1つの危機的なパターンであると言えます。

## ■なぜベッドが空かないのか

三次救急が機能不全に陥る原因として、「抱え込み」という問題もあります。転院が困難な患者さんが多く滞留して、ベッドが空かない状況が生まれることです。それは患者さんの病態もありますし、社会的な背景もあるでしょう。家族の希望として、病院にもうちょっと入院させておきたいということもあります。大阪は特に自己主張の多い方々が多いものですから、そういう事もあります。独居の方をご自宅にお帰しするわけにもいかない。そういう独居高齢者の問題もあります。生活困難もあります。つまり、転院困難の要因として、「患者の病態」「社会的な背景」「患者・家族の希望との乖離」の3つが主に考えられます。

このうち、患者さんの病態の中で「これはやはり一定期間いなきやしょうがない」というような患者さんもいます。高位脊髄損傷や、医療依存度の低い寝たきり状態（蘇生後脳症等）の患者さんです。こういう人を受け入れるのは慢性期医療機関でも難しい。診療報酬が低いとなれば、やっぱり難しくなるという状態です。それが非常に難しい問題を生じ

させていると思います。

当院の救命救急センターの入院患者さんについて、転帰の状況を見てみますと、なんと52%が軽快退院です。転院は20%しかいません。30パーセントは死亡です。これは救命救急センターの宿命です。結局、転院は20%です。転院188例のうち、7日以内は21%（39例）で全体のわずか4%に過ぎません。1週間以内の転院は極めて少ない。ということは、重症状態を一定期間、やっぱり診ざるを得ないということになります。

在院日数の分布を見ていただくと分かるのですが、在院日数1～7日は多いですが、90日超えもやっぱり一定割合、出てまいります。転院の80%が在院日数8日以上で、転院までに時間がかかってしまう状況です。そのため、退院・転院の流れの中で、救命救急センター間でのネットワークをつくるのが大事になります。救命救急センターから急性期医療機関への転院は、入院後早い時期ならばスムーズに進みますが、入院が長期化してしまうともう急性期医療機関には転院困難になります。そういう患者さんは慢性期医療機関にお願いします。ここは連携がどうしても必要になりますので、関係医療機関のネットワークをさらに進めていければいいと感じています。

## ■「抱え込み」をいかに解消するか

長期入院（180日以上）の患者さんをどう支援していくかが重要な課題です。ここで2つの事例を紹介します。1人は、71歳男性。8mの高さから墜落し、多発骨折受傷。腰椎破裂骨折、両側踵骨骨折（手術施行）、肋骨、骨盤骨折。自殺企図でホームレス。支援家族はなく、転院困難です。MSWらによる社会的支援（住居の策定）をして、6か月後の退院となりました。

もう1人は、12歳の女兒でマンションの11階から車上に墜落しました。頸椎・頸髄（C3-6）損傷受傷、完全四肢麻痺、人工呼吸管理継続（気管切開）、リハビリ施設、療養施設の受け入れ施設なし。

11か月後に救命救急センター内で死亡しました。九州から東京まで全国のリハビリ施設を探しましたが、受け入れ病院はありませんでした。

そこで、こういうことではいけないということで、「大阪緊急連携ネットワーク」というのをつくりました。慢性期の22施設と三次救急の5施設でスタートしました。特長は、慢性期医療機関側が中心となってコーディネートしたということです。このネットワークがうまく機能した原因として、慢性期医療機関の先生方のご尽力があります。転院が成功し

たのは 60%に及んでいます。しかし、先程お話ししたような長期の入院患者さんを慢性期医療機関に移すことは非常に難しい状況がありましたので、このネットワークは非常に役に立っています。とても助かっております。

例えば、74 歳女性のケース。交通外傷後に呼吸不全を起こして人工呼吸管理が必要な患者さん。敗血症や肺炎の治療もあり、急性期病院での治療が長期化せざるを得ない。入院中に間質性肺炎を併発しました。呼吸器のリハビリをして、ずっと急性期の治療をやらざるを得なかった。なんとかうまく経過したのですが、その後の転院先確保が非常に難しい。3 か月も経てば、急性期の時期が過ぎていきますので、回復期病院に転院できる期間を過ぎてしまいます。こうした患者さんを「大阪府緊急連携ネットワーク」によって転院することができました。

## ■地域の救急医療を支える医療機能をどう位置づけるか

地域の救急医療や在宅療養支援のネットワークなど、こうした急性期と慢性期の連携は図れてきましたが、本当にそれだけでいいのかという問題があります。高齢化です。救命救急センターに搬送される患者さんの年齢分布を見ますと、人口ピラミッドの構成とほとんど同じです。我々の救命救急センターも、やっぱり同じような2層となっており、ピークが2つあります。この流れは今後も加速しますから、救命救急センターといえども、高齢化への対応は不回避ということになります。

しかも、高齢の単身世帯の割合が増加する。50 代、60 代の独り暮らしの男性が増える。こういう人たちは循環器の病気や心筋梗塞の恐れを抱えている世代です。こういう人が自宅で急に具合が悪くなったらどうするのでしょうか。内因性CPAの発生場所の多くは自宅です。介護施設などを含めると、7割が住居で発生しています。自宅とか在宅です。

では、自宅や介護施設などで発生した心肺停止の患者さん、あるいはそれに準じた病態の患者さんをすべて救命救急センターに運ぶのでしょうか。それはちょっと、医療経済上も本人のためにもあまりよろしい事ではないのではないかと思います。従って、地域の救急医療を支える、医療連携を考えるうえでも、やはり身近な場所にある二次救急の医療機関に受け入れることができ、そこからの受け入れを持つ医療機関の役割が非常に大きいと思います。

そうした意味においても、高度急性期病院の後方を担う病床、すなわちLTACなど長期急性期機能を持つ病床の存在がやはりどうしても必要になると思います。今後の課題は、

病床機能報告制度の区分において、どのような医療機関が担うのか、どう位置づけるのかにあると思います。以上です。

(了)

---