

【プレゼンテーション1】 長期急性（仮称亜急性）期病床の機能と

役割

日本救急医学会の代表理事をはじめ、東京都メディカルコントロール協議会の救急処置基準委員会委員長を務めるなど救急医療の現場に精通している昭和大学病院院長の有賀徹氏が、第1回研究大会のシンポジウムで「長期急性期病床、仮称亜急性期病床の機能と役割～高齢社会の救急医療から」というテーマで講演しました。LTACの役割や機能について、救急医の立場から具体的な事例やデータを示して考察した有賀氏の講演の模様をお伝えいたします。

【上西紀夫氏（日本長期急性期病床研究会会長、公立昭和病院院長）】

今日の研究会の一番の目玉になるシンポジウムですが、医療機能の名称についてはいろいろ議論があると思います。「急性期」にするのか「亜急性期」にするのか。「亜急性」にはアレルギーがあるかもしれませんので、議論はなかなか煮詰まらないかもしれません。その中で、今後の医療提供体制をどうするかということを考えるのが、この研究会で検討すべきテーマであると思います。

「高度急性期」といった場合に、「急性期」ってなんだろうと考えると、ある面では救急問題はたぶん一番大きな問題だと思えます。「高度医療」というと、どちらかというと、がんの先進的な医療とか、そういう医療に近くなって、「高度急性期」といった場合は、いろいろ問題はありますが、高齢者の問題などをいろいろ考えると、救急という問題は非常に大きなポイントになるのではないかと思います。

そういう意味で、最初に昭和大学の救急の教授である有賀先生から、その辺りの問題も含めて話していただいて、その次は一般急性期の病院を代表して、機能分化をどうしたらいいかを猪口先生からお話をいただきます。そして最後に、この会の仕掛け人というか「黒幕」というか……（会場、笑い）。慢性期医療の立場から、日本の医療全体として、こういう方向でやるべきだということをご提言されている武久先生からお話を頂いて、その後にディスカッションしたいと思います。それでは有賀先生、よろしくお願いいたします。

【有賀徹氏（昭和大学医学部救急医学講座教授）】

昭和大学の有賀と申します。本日は「長期急性期病床、仮称亜急性期病床の機能と役割

～高齢社会の救急医療から」というテーマでお話しいたします。「とは何か」という話は非常に難しいのですが、「高齢社会の救急医療」という切り口からものを見ると、こんなことあんなこと、こんなことというふうなことで、問題を考えることができると思いますので、そういう意味でお話をさせていただきます。

■ 救急搬送と高齢社会

まず、救急出動件数と総人口の動向です。これは要するに、「人口は減少するけれども、救急隊の出動は増えますよ」というふうなことであります。救急隊という資源そのものがどんどん増えるというものではございませんから、患者さんが増えていくということもありますし、あとで話しますけれども、急性期病院そのものがむしろ減るということもありますので、現場への到着時間も延びていくし、病院へ収容するまでの時間も延びると、こういう話であります。

本日は、そういう意味での搬送の話。それから、先ほどから地域差の問題もありましたが、特に都市部が深刻であるというお話。それから病床の意義というようなことについて、地域医療から見たらどんなことなのだろうという話をさせていただきたいと思います。

まず、救急搬送と高齢社会について。各地の救急隊に尋ねた結果です。なぜこんなに救急出動件数が増えていますかという話で、この資料は日本医師会の総合政策研究機構のワーキングペーパーに出たものです。1番は、高齢の方たちが増えている。これはもう高齢社会になってしまっているということ。それから2番が熱中症患者さんが増えている。救急隊の人たちがみんなそう思っている。これは地球温暖化という要因があります。

3番は、緊急性が低いと思われる傷病者が増えている、次いで不適正利用の人が増加しているといった要因が挙げられています。「緊急性が低いと思われる傷病者の増加」と「不適正利用者の増加」は、場合によっては格差。生活をするうえでの、例えば貧富の格差とかそういうことがあるのかもしれませんが、よく分かりませんが、こういう状況で現状に至っています。

それで、本日の話とは直接関係がないかもしれませんが、日本救急医学会など、また総務省消防庁などは、本当に急がなくちゃいけない人は急ぐし、そうじゃない人は待ってもらいましょうというようなことで、緊急度の判定の支援、緊急度の判定をすることによって、病院であれば早くみようというのと、うんと待ってもらおうというようなことをやりますけど、それを救急の現場でやってみようじゃないかと。これは東京消防庁が今トライ

アルで、とりあえず 119 番通報で、早速急げというのであれば、電話相談、これは家庭や職場から救急車を呼ぶかなというような時に電話してちょうだいねという話もある。後者は東京、奈良や大阪でもすでに始まっています。

こういうプロトコル、つまり電話に出たナースが使う、誰が出ても質疑応答の順番が決まっているものがある。つまり、それを優しい言葉に変えて、家庭で見られる。もう今はウェブでも見られるようになっていますが、というようなことをして、家庭・119 番通報・現場・病院の救急外来と一貫通貫的にとりあえずやってみようという話があります。そういうことを今少しずつ進めています、そんなことよりも何よりもこれです。

これは東京消防庁の定期的なデータで、平成 23 年から 24 年にかけて 75 歳以上の人たちがどんと増えています。その 24 年の、どんと増えたその増加の部分、約 1 万人増えています。各年代層で増えたり減ったりしていますが、なにはともあれ、75 歳以上の人たちがバーンと増えている。要するに全搬送人員の増加が 1 万人だとすると、9,900 人が 75 歳以上というようなことで、なにはともあれ、とってもしっかり大変。従って、その軽症患者さんが多いと、救急車が軽症を運んでいるなんて言う話をしましたけれども、お年を召しているというか、そういう意味でのリスクの高い人がたくさん運ばれるようになりましたから、最近ではすぐお家へ帰れる人は半分ぐらい。それで、救急医療がとんでも大変。

これは救急告示病院の推移です。国公立と民間病院がある。これを見て分かるように、全体として減っております。約 10 年間で 10% 病院の数が減っているということになります。従って、現場到着までは 6 分とか 8 分とか、収容が 30 分から 40 分かかるということになっています。ただこれは、ぱっと目に見ると、民間病院が減っている。そのことは日医総研のさっきのワーキングペーパーと同じですが、都市圏、埼玉、千葉、東京、神奈川の辺りは要するに救急車が運ぶかなりの数を民間病院が受け止めてくれている。大阪もそうだし、それから福岡もそうだとということになります。

つまり、地方においては、比較的国公立の病院が受け止めているところがそこそこあって、あとからちょっと長崎の話もしますが、長崎も民が 60 で官が 40 ということですが、大都市においては、民間病院がとんでもたくさん活躍してくれている。しかし、じわじわと減っているというような状況で、大都市における高齢社会の問題は、結構たくさん大変だという話であります。従って、東京都のデータですが、救急告示医療機関の数は 400 あったのが今 300 台になっている。救急隊の出動は、1 回出てから帰ってくるまで、昔は 1 時間ぐらいでしたが、今は 1 時間半かかっていることになります。病院の数は 2 割減ですから、こういうふうな、どちらかというと民間の救急告示医療機関というのは、それほどびっくりするほど重症ではないんだけど、おうちにはすぐ戻れないという患者さんを入

院させてくれている。それがどんどん減っている。

ということで、本当に心臓が止まっていて大変だというようなところは、救命救急センターが受け止めますが、そうではない軽症、中等症の患者さんたちが多いというのが、東京など大都会の特徴です。救急隊は、ではどうしているか。漫然としているだけではなく、救急車だけではどうにもならないということで、ポンプ車と一緒に出すというようなことをし始めています。「繁華街対応」とありますが、夜の新宿とか渋谷とか、ああいうような所に救急車が出て行くと「ほらほら、まだ行かないのかオマエ」とか言って、ボコボコと蹴ったりして、ああいう人たちがいますので、赤い車が一緒に行って守る。そういう「繁華街対応」ということもあるんですね。それから見ていただきたいのは救命対応です。電話の内容からトリアージして、超重症から軽症まで分けて、出動する内容に傾斜をつける。

東京消防庁も一昔前から白い車は足りないということがあるので、白い車も出ろと言うのですが、もう出ていることが多い。そこで、遠くに出ている白い車が現場に向かう。そして近くの消防署から、本来一緒に停まっている白い車はすでに他の患者さんのために出ていますので、赤い車が現場に向かうということで、だいたい半分の例で先に赤い車が現場に到着しているということになります。これが東京消防庁のやっている工夫です。消防隊との連携による活動件数が1年間にこれだけあるので、365で割ると、1日300件以上あります。ですから、1日に332件、ということで頑張っている。頑張っていますけれども、多分かなり破綻している。東京消防庁は、破綻しているとは絶対言わないです。「一生懸命やっています」と言っています。

■ 都市の問題・搬送の破綻

先ほど、永生病院の飯田先生がちょっぴりお触れになりましたが、「東京ルール」と言って、現場に行ってから30分以上、搬送先が見つかりそうもなさそうだとか、4カ所に電話をかけて、もう5回以上になりそうだという時には「この病院」というルールがあって、二次医療圏で2カ所なり3カ所決めてある。そこにとりあえず行ってもらうということで、行ってもらった後はそこに収容してもいいですし、そこで初期の治療だけして次の施設に行くもよい。いずれにしても早いところ、医師、医療者の管理下に置こうということで、「東京ルール」という方法をやっています。

「東京ルール」の対象となった患者さんのキーワードとして、一番多いのが整形外科。整形外科というのは早速手術などなんとかしなくちゃいけないということがある。ひところ、脳神経外科の頭部外傷が結構あったのですが、今はどちらかというと整形外科。単純

に骨が折れているというイメージよりも、場合によっては圧迫骨折だとか、大腿骨骨折のような、お年寄りの人たちもここに入っている可能性がありますので、この分け方は、そういう意味ではあまりサイエンティフィックではありませんが、こういう分類になっています。

1番は整形外科、2番はアルコール。これは急性アルコール中毒。そして次に精神医学的背景のある人、それから高齢者、それから脳神経外科があります。最近高齢者が少し増えてナンバー3になったという状況を聞いています。高齢であるという理由だけで、運びあげねるといのは、やはり人生の先輩に向かって失礼じゃないかと思うのですが、独り暮らし、老老介護、そういうことがあるので、出口問題ではなくて、今回のこれは入り口の問題でもある。つまり軽症でも高齢で多少の痴呆がもしあれば、やっぱり大変だよねというのがございます。整形外科などは輪番制を組むなり医療者側の力づくでなんとかなるかもしれませんが、社会的背景を持つものは、どちらかという医療者だけの力づくということでは長続きしないということがあるので、結構大変だということになります。

横浜では、今申し上げたような患者さんの搬送が発生した時、それを受け入れた病院には1件につき5,000円出しています。そしてその患者さんを後方の施設としてあとで受け取ったら、1件につき1万円という「お札大作戦」をやっている。こういう、いわゆる即物的なインセンティブは大変魅力的であるかもしれませんが、横浜の消防本部の人に聞きますと「これはうまくいってる」という意見もあれば、「うーん」と言う声もあります。口が裂けても「ダメです」とはいえませんが「うーん」と言っていました。ですから、やっぱりお金だけではどうにもならないという話なんだと思います。

繰り返し言いますが、平成25年までに東京ではお年寄りの人たちが急増します。年をとって、田舎で晴耕雨読をしたいというふうに考えているのは、どうやら男の人たちだけで、女性の方は「とんでもありません」と。やっぱり文化的な生活ということで、僕の母校の先生たちも、多摩地区に暮らしていた先生たちが、都会に来て毎日美術館に通っている。そんなこともあって、高齢者の都心への回帰現象があって、結構都会は大変なことになりそう。

もう1回救急の話に戻りますが、東京大学の生命倫理の先生たちのグループの書いた本（西本真弓：清水哲郎編「高齢社会を生きる一老いる人／看取るシステム」、東信堂）から引用しました。「急病を機にさまよえる老人に」とあって、どうするんだという、そういう話です。ですが、本人の意思や主治医というか家族の方たちの基本的なコンセンサスがないう状況のままに救急車を呼ぶと、東京消防庁は基本的に有能ですから、北から南、東から西、どのような形であれ運びます。とにかくどこかに収容する。そしてどこかに収容した

後に、いろいろな後方施設に回っていくということがあって、結局、コミュニティーから外に出ちゃうということが起こる。

救急搬送や救急体制の問題について、私たち救急医療に携わってきた者たちがこういう状況になっていることを考えると、それはもう地域医療や在宅のことを一緒に考えないといけないということがよく分かります。そしてもっと大変なのは、これは東京都の社会福祉協議会が出している、「退院後行き場を見つけづらい高齢者」という、「社会資源実態白書」というちょっと仰々しい本があります。例えばどこでもいいんですが、この「有料老人ホームに入っているお年寄り 100 人に聞きました」と。「お家へ帰りたいですか」ときくと、3割ぐらいが「お家へ帰りたい」と答える。そのまま病院にいたいという人が大勢いますが、実はご家族に同じ質問をすると、「もうそこにいてね」という人が8割なんですね。ですから、介護老人保健施設も、ご本人は自宅に帰ることを希望していますが、ご家族で2割ぐらいの方がお家でみたいと言ってくれていますが、6割はそうじゃない。

ですから、ご家族からみても東京都のような場所においては、結局、「お家へ帰りたい」と言っても帰れない。よく冗談のように言いますが、ご家族の中でおじいちゃんやおばあちゃんが入院すると、入院して間もなく、その部屋は孫の部屋になってしまって、帰る所がないとよく言いますけれども、こういう現状がある。

■ 長期急性期病床の意義

村上智彦先生の「医療にたかるな」（新潮新書）という本によると、フィンランドは施設中心の福祉。デンマークはできるだけ長くお家にいてねということをやっているわけです。でもいずれにしてもこれらの国々では、消費税も高いし、59%とか、70%という国民負担率です。それは租税負担率と、社会保障負担率が僕たちの国は低いままにおかれている。だから多分政治の怠慢だとは思いますが、こういうふうな状況でおじいちゃん、おばあちゃんをみなくちゃいけない。

入院医療から在宅へ戻ってきて、こういう社会の仕組みで面倒をみているという、基本的な状況があります。ゆっくり入院して、ゆっくり在宅へ戻ってくるという話はいいんです。ところが急になんとかなっちゃって、慌てて東京消防庁が現場に入る。そしてその現場から、とにかくなんとかななくちゃいけないということで、さっき言ったみたいに、運びあぐねるという状況もありますから、東京中を探して、遠くの病院に搬送されて、そしてコミュニティーの外に出してしまう。

地域社会から出てしまう。出てしまうのでなんとかしたい。なんとかしたいんだけど、そういう患者さんたちって、一体どういう病気なのかという問題があります。救急隊のデータと医療機関のデータとをマッチングさせているのは長崎県だけです。東京はとりあえず救急隊が来た時に、インプレッションとして診断名を書きますので、「脳卒中」というふうに診断名を書くこともないわけではないのですが、実は倍ぐらい書いている可能性があります。なぜそういうことが分かるかという、脳卒中に関して、東京でデータを取ろうということで、この4年のうちに2回ぐらいデータを取りましたので、脳卒中についてはそれぞれ分かります。しかし、あとは全く分からないという状況になっています。

長崎では、運んだ患者さんに関しては医師会の協力があって分かる。お年を召した人たち、75歳以上の人たちがどういう病気だったのか、運ばれた後に分かるわけです。医政局長の原先生の資料にも脳卒中が多いとありました。長崎では肺炎がナンバー2で、大腿骨頸部骨折や外傷性の頭蓋内出血。これは転倒ということなので、じわじわと増えていく。ですからおそらく救急車が運んで、地域から外へ出すということがあったとしても、こういう病気が外へ出ているだろうということが分かると思います。

それで、私たち東京都では、東京都医師会の猪口先生などを含めていろいろな議論をしています。その中に、「病院救急車を使った地域高齢者搬送システム」があります。長期急性期病床などの提案などは、この中のどれかということになるのかもしれませんが。ネットワークを囲むのは医師会です。ですから「地域社会」という場合、地域の郡市区医師会ということになります。その医師会のコミュニティーで、病院の救急車をもっている所と診療所のかかりつけ医とが協力する。つまり、かかりつけ医とそれからご家族とご本人がちゃんとあらかじめ話をしておいて、何かあったら、ここの救急車が来て、つまり東京消防庁の救急車は足りないですから、地域密着型の病院救急車が来て患者さんを乗せてどちらかに運ぶ。そしてどちらかに運んで、その後の場合によっては昭和大学病院がいいんじゃないかという話があれば、そこで東京消防庁を呼んで、ビューンと連れて行ってもらう。そこで一段落すればまた元の病院に戻る。元の病院に戻りますから、そういう意味ではコミュニティーの中で面倒をみてもらえる。

しかし、ビューンと飛んで行くことのない場合も、もちろんあるわけですね。人生の第4コーナーを回って、もうランディングというふうなことがあれば、それはそれで地域社会の中で最終局面を迎えるということだってあるわけです。いわゆる急性期病院の中で、日本救急医学会が終末期医療に関する提案などを出していますが、ああいうことは、あれはあれでいいんでしょうが、その前段で社会がそれを受け止めるということがあって、それというのは、場合によって、LTACがそうだとは言いませんが、そういうことを含めた中で、このLTACの話も、十分に話をしながら受け止めていくというふうな方向がいい

んじゃないかと思う。

実は、医療機能評価機構の救急モジュールの中に、「救急部門の地域における役割と連携体制が適切に定められている」という項目がある。それでその地域の救急医療体制をどういうふうに把握するかということがあれば、さっき言った病院の救急車を持っている所は、その地域における役割や機能をそういうふうに理解する。そして受け入れと、場合によっては他の病院への搬送をやるというようなことがあります。このような考え方は実は論理的には昔から多分あったんだと思います。

ただ、ここに至って、東京都医師会や消防庁や、それからこの議論には厚労省の方にも来ていただいています。さっき言ったような絵柄でもって物事を考えていってもいいんじゃないか。それでおそらく、そういうようなことをするには、さっき言った地域医師会が、かかりつけ医や地域密着型の病院を含めてやっていかなきゃいかんだろうと。この医師会がプラットホームになって、病院とかかりつけ医を連携させるということをする。かかりつけ医のほうは、おそらく四六時中面倒をみるというようなことがなきゃいけませんから、複数の人たちでみるということも、多分必要んじゃないかなと思います。というようなことで、LTACの機能を考えるうえで、東京都の救急医たちが行政と一緒に考えていること、医師会の先生が考えていることを例としてお示しして、きょうの議論に役立てばいいなと思います。ご清聴ありがとうございました。

[上西紀夫氏（日本長期急性期病床研究会会長、公立昭和病院院長）]

どうもありがとうございました。先生がおっしゃったように、救急問題というのも高齢者問題ですね。これをどうするかということになると思うのですが、なぜ高齢者がこうなったかという、要するに高度経済成長が終わって、皆、田舎からどんどん東京に、都会へ出てきて、高度経済成長があつて核家族化が進んだ。今はもうほとんど高齢化して崩壊している。その後、あまり何もしてこなかった。それがどんどん、今ツケが回ってきている。東京オリンピックで、沿岸にどんと人が来た。どうなるのかなといろいろ心配したのですが、それはともかくとして、最後に地域の話が出ましたので、全日本病院協会副会長の猪口先生から、この辺の問題についてご意見いただきたいと思います。よろしく願いいたします。（シンポ2へ続く）

（了）