TOPIC

救急救命医療の、いま

杏林大学病院・救命救急センターの リニューアルオープンによせて

「その日は朝から、なんとなく変な感じでね。ひどい肩凝りと高熱で、無性にイライラするんだ。中国の上海で取材中のことだった。数時間後にはウイグル行きの飛行機に乗る所だったんだけど、胸騒ぎがするんで、ホテルの医者に診てもらったんだ。胸に聴診器をあてている、ちょうどそのまっ最中に、来たんだねえ。心臓発作が。もちろん、即、入院。その時の診断は肺炎、ただし心拍数が異常に高いとのことだった。」と語るのは、胡桃沢耕史氏。一昨年の夏のことだ。

作家の鋭い感受性が強運を招いたのだろうか。三週間後に帰国。そのまま横須賀市の病院に運ばれ、心筋梗塞ということで心臓バイパス手術をうけた。現在は、ほぼお元気だが階段を上がる時などは5回くらい休む必要があるとのことだ。

※

心筋梗塞発作の特徴は激しい胸の痛みだが、胸痛がおこってから医師にかかろうと決心するまで、平均で3時間。胃痛と考えて我慢したり、救急車を呼ぶのを躊躇する人が多いためだ。急性では、12時間以内に50%が死亡すると言われた。しかしCCU（冠状動脈疾患監視治療室）の導入により、死亡率は15～20%に下がった。このような救急患者の多くは救命救急センターに搬送される。

しかし、全国に104ある救命救急センターのうち、実際に救急専従医が24時間体制で活動しているところは半数以下という話もある。ひところ言われた、“たらい回し”状態はかなり改善されたものの、心筋梗塞のみならず、脳血管障害、慢性疾患の急性増悪、中毒、交通事故や災害による外傷、熱傷等々、いつどこで119番のお世話にならないとも限らないのが生身の体である。救急車の行く先で、どんな医療が行われているのだろうか。

杏林大学病院救命救急センター

東京三鷹市にある杏林大学病院救命救急センターは、79年秋のオープン以来、東京都三多摩地区と、杉並、世田谷の西部地区を引き受けてきた。ベッド数約20床、毎年1000人前後の3次重症救急患者を収容してきた。1,2次救急患者は毎年20,000人にのぼる。しかし近年、搬送患者の増加に伴い病棟、救急外来も手狭となり「末期癌の80才のDOA-Dead on Arriva1（来院時心呼吸停止）－の患者を診ている真最中に、20才の交通事故の青年の搬送依頼を物理的に断らざるを得ない」ジレンマも出て来た。“断らざるを得ないケース”は年間、100～150と増え続ける一方であった。

そこでこの6月、第1次から3次までの救急医療を充実させた同センターの新棟がオープンした。地上3階、地下2階、総床面積は約7200平方メートルあり、総工費に70億円かけているということだ。

救命救急センター長の島崎教授に、詳細と救急医療の現状を聞いた。

島崎 修次
しまざき・しゅうじ
1940年、大阪生まれ。66年、大阪大学医学部卒。筑波大学臨床助教授、米国セントルイス大学留学を経て、87年より杏林大学医学部教授、救命救急センター長を兼任。

――新センターの特徴はどんなことですか。

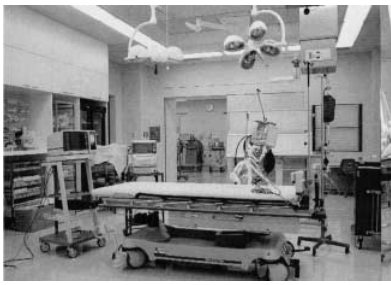
島崎：やはり、規模の大きさと設備の充実でしょうね。世界有数といっても過言ではありません。1階の1、2次救急外来用には、内科、外科、整形外科、眼科、耳鼻科、産婦人科、小児科のそれぞれの診察、処置室があります。救急車がそのまま入る3次救急用スペースには、重症救急患者用の処置室が3室。多発外傷や心筋梗塞ショック、あるいはDOAの初療や蘇生はここで行われます。それと、緊急手術室、血管造影室、CT（コンピュータ断層撮影）室、ICU患者家族控え室などがあります。2階の3次救急治療棟には、ICU、CCU、熱床ユニット、水治療室もあります。ベッド数は30床。各ベッドサイドには人工呼吸器等の治療セットと、心電図や圧モニターなど各種モニターが集中配管とともに懸架システムでユニット化され、それらが中央でコンピュータ管理されているんです。

3階は看護婦さんの休憩室とラウンジ。そして地下は医局、緊急手術室が2つ、当直室、薬局といったところでしょうね。

――2階病棟の天井に広いドーム状の窓がありますね。

島崎：ええ。天井がかなり高いでしょう。自然光を取り入れやすくなっていて、ボタンひとつで光の量を調節できます。これにより患者ばかりでなく医師、看護婦をはじめとする医療従事者の閉鎖空間での種々の精神的・肉体的ストレスを解決しています。この効果は意外に大きいですね。

救命センターの患者さんの在院日数は平均して6.5日。でもこの数字にはDOAの方も含まれていますから、実際は10日前後です。始めは意識がありませんが、だんだん回復するにつれて、ストレスがどっと出てきてしまうのです。また、熱


第3次重症救急処置室

2階病棟

ドーム状の窓

傷とか慢性呼吸不全の急性増悪などの患者さんは、1ヵ月や2ヵ月の長期滞在になる場合もありますね。そういう方々の精神的・肉体的ストレスには特に注意が必要です。

――救命救急センターに搬送される患者さんの内訳を教えて下さい。

島崎:だいたい年間1,000名前後です。心臓と脳の血管傷害が300名程度。外傷、熱傷が300名。中毒、その他が200名。そして、いわゆるDOAが200名位ですね。

――マンパワーはどうですか。また、パラメディック(救急救命士)についても聞かせて下さい。

島崎:この施設を支えるマンパワーは、他科や他施設からの実習・見学を除き30名の救急専門医師、55名の専従看護婦、それに臨床検査技師・工学士を含むパラメディックスは約8名です。

パラメディックといえば、私は救急救命士国家試験問題の出題委員を勤めていますが、現在、全国に6000人程度の合格者がいます。このうち実際、救急現場で働いているパラメディックスは約900名程度。あとの約5000人は看護婦さんです。救急救命士の仕事は、いわゆるプレホスピタルケアですから、院内の看護婦さんに資格を活かす機会はありません。資格をもった看護婦さんの活動の場をどう拡げるかと、救急救命士の卒前・卒後教育とがこれからの問題ですね。

救急医療の、いま

――救急救命の現場では常に冷静な臨機応変の処置が要求されるわけですが、最近は救急医とか外科系のいわゆるチーム医療の必要な科が、若い人達に敬遠されがちだそうですね。

島崎:それが問題なんです。正直なところ、一般的に外科系は敬遠されがちです。と言うのは、外科系は寝ずの当直は多いし、丁稚奉公みたいに(笑)技術を盗んで、身につけなければならない時期もある。とくに救急では何が来るかわからない。10年でもまだ一人前ではありません。ところが、今の若い人はすぐ、きわめて狭い範囲の専門医になりたがる傾向があるんですね。専門医は確かに重要です。専門性は大事だけれども、それを支える、あるいはその背景に、基本的な重症患者の取り扱いの技術が身についていなければ、患者もその医師自身も困るんです。そういった意味でも、厚生省の言うところのスーパーローテートで、研修医が救命救急センターなどで勉強するのは非常にいいことだと思います。

るのが「脳死問題」ですね。

島崎:そうですね。脳死状態になった患者さんは、積極的に治療しなければだいたい2～3日で亡くなります。若い人だと約一週間ですね。現段階では脳死判定後は人工呼吸器をはずさず、酸素濃度を下げたり、強心剤の点滴を止めたり、といった消極的な治療に変更しています。これらの処置は基本的には家族の納得のためです。

臓器移植関連で問題になるのは、脳死の死亡時刻と検屍の問題です。脳死は人の死だと言っても、心臓が動いている間は検屍できません。2回めの脳死確定診断の時刻で死亡診断書を書いたら、今の法律では事情聴取ですよ。それが解決されないかぎりは、いくらレシピエント側から要請されても、また例え家族の要請があっても、はいどうぞと言うわけには行きにくい状況なのです。

――特別立法化されるという話もありますが、今後はどうなるのでしょうか。

島崎:いまレシピエント側で、ある程度の移植病院を施設認定するという動きがあります。移植医療が軌道に乗りシステム化されるまでの間は、ドナー側としても、まず最善の治療が行われ、しかる後に脳死診断が下されたと納得してもらう事が必要でしょうね。その意味で、誰もが納得できると思われる病院を臓器提供施設として認定する必要があるかもしれませんね。

しかしもっと重要な事は移植に供しない脳死患者が多数、日常的に発生していますが、その取り扱いについての取り決め、あるいは共通のコンセンサスが全くないことです。まずこれを早く解決することが重要です。主治医は現場で困っているのです。

※

一般に「脳死」の発生率は全死亡数の0.4～1%と言われており、件数は年間3,100～7,900と推計される。この度お話しを伺った杏林大学病院救命救急センターで発生する「脳死」の数は年間約50程度だという。

最近も、「脳死議論が法廷に持ちこまれた傷害致死事件」に大阪地裁の判決が出た(93年7月9日)。司法解剖執刀医は脳死時刻を死亡時刻とし、人工呼吸器をはずして心停止後、腎臓を摘出。これに対し当然のことながら検察側は心停止時刻を死亡時刻とし検視をめぐって争ったものだ。裁判長は心停止を採用し結果的に「脳死」判定時を死亡時刻とする事は否定したものの、人工呼吸器の取り外しについては「問題なし」としている。

救急医療は、“まったなし”だ。