

高橋 Tai 対談
今月のゲスト



猪口正孝

氏 ● 社会医療法人社団正志会理事長



写真=関口宏紀

東京都の救急医療体制は大きな転換期を迎えている。高齢者の急増により救急医療に求められる内容が変質し、それに対応する仕組みづくりが求められている。一方で4年後に控える東京オリンピック・パラリンピックを前に、テロなどの「人的災害」が発生した際の医療救護体制の構築が懸案として浮上している。そこで今回は、東京都の災害医療をはじめ救急医療体制について東京都医師会副会長としてさまざまな提言を続ける猪口正孝・社会医療法人社団正志会理事長を迎え、同じ大都市における救急医療体制としてパリの体制も参考にしつつ、高橋泰・国際医療福祉大学医療福祉学部長と議論してもらった。

高齢患者の激増・テロ対策など 新たな課題に直面する 東京の救急医療を考える

d'Aide Medicale Urgente)があり、市民は何かあると日本の119に相当するSAMUの番号「15」に電話するようになっていきます。ここで二元的に受け付け、医師がトリアージを行い、救急状態に対応する医療手段を決定しているのです。具体的にはホームケアの助言、GPへの受診勧告、SOSメデイスンの出動、MICUというドクターカーによる医師派遣など、傷病のレベルや緊急度に応じた複数の対応法が整っています。これによって病院に搬送されるのはせいぜい2割未満、8割は救急車なしで対応できているとの説明を受けました。さらにドクターカーで現場に駆け付けた医師はすぐに診断治療を開始すると同時にサミュ本部が連絡を取り合い、必ずしも最寄りではない、必要な設備の整っている病院に搬送します。

一方、日本の救急医療は急を要する傷病でなくても救急車が搬送に利用されています。このため、救急現場に到着するまでの時間は年々短くなっているのに、搬送先が決まらず、病院に到着するまでの時間がなかなか短縮しない状況になっている。これを解消するには、本当に病院での診療が必要な人だけを運ぶ体制づくりが必要だと思います。猪口 日本にはトリアージ云々よりもまず現場に行つて診察し、そこからすべてを決めるという医療文化があります。最大のポイントは「フリーアクセス」で、救急搬送体制もそれが前提なので、「とにかく搬送する」態勢になっており、「医療機関にかかる前にまず電話で相談」という発想はありません。私も急性期病院を経営しているのでよくわかるのですが、やはり「119」への国民の信頼は絶大で、救急車を呼ぶ前に相談できる「#7119」はまだまだそれに追いついていない印象があります。現在の体制を変革してSAMUのような仕組みを導入するなら、医療界や行政だけでなく、国民のほうも大きな発想の転換が求められるでしょう。

高橋 確かに、国民の合意形成は不可欠です。SAMUのトリアージがすべて適切な対応を導き出せるとは限らず、実際、年に数件ほど誤判断があるそうですが、医療とは決して完璧なものではないという認識が定着しており、多少の誤判断があってもトリアージがなければ救急が成り立たないという合理的な判断による国民的合意形成ができるお国柄であり、トリアージのご判断が、それほど大ごとにはなりません。

超高齢社会に直面した日本では新たな救急医療体制が求められる。高橋 日本はフリーアクセスが確立され、医師の裁量権も幅広い。そのうえ最近までは医療費も安いとされてきましたが、いつまでもこの体制を保てるとは思えません。猪口 日本のような超高齢社会では、従来型の救急医療のあり方が需要に合致しているとは言いが切れない面があります。治療では苦痛をとることが最優先だったり、看取することが求められたりするし、搬送では治療してすぐ自宅に戻れる程度でも寝台車を使わなければならないケースが考えられます。現状では、そのすべてに救急車に対応しています。こうした事案は今後ますます増えるはずで、現行の体制で対応できるとは思えません。つまり、日本の救急医療・搬送体制は質、量の両面で限界を迎えているのです。高橋 私も日本の救急の大きな問題の一つは、緊急ではないが医療的なサポートが欲しいようなケースの移送手段が乏しく、緊急性が高くない場合でも救急車を呼ぶしか選択肢がないことだと思います。東京都ではそのような課題に、どう



いのくちまさたか ● 1957年生まれ。84年、日本医科大学卒業。同年、同大第二外科学教室入局。94年、日本医科大学大学院外科学第二卒業、医学博士。2002年、平成立石病院を開設、院長に就任。04年、南町田病院を開設。05年、医療法人直和会を設立、理事長に就任。09年、東京リバーサイド病院を開設。11年、社会医療法人社団正志会を開設。13年、花と森の東京病院を開設。現在、東京都医師会副会長、東京都病院協会副会長、全日本病院協会常任理事、東京都災害医療コーディネーター等を務める。外科専門医、消化器外科認定医、日本医師会認定産業医。

対応しているのでしょうか。

猪口 現段階ではまだ始まったばかりですが、葛飾区、八王子市、町田市では、病院の所有する病院救急車を救急以外の搬送に利用する仕組みを導入しています。病院救急車は都内で50〜60台あり、主に転院搬送に用いられていますが、頻繁に出番があるわけではない。それならば、緊急を要しない搬送については、消防救急車の肩代わりしようという発想で、区内のかかりつけ医が診ている在宅療養患者について、病院での治療が必要になった場合、区内の病院に搬送するというのもあります。

現在かかりつけ医と病院のネットワークが広がっているところで、2階から人工呼吸器をつけた患者さんを階下におろして病院に搬送するケースも見られます。肺炎や尿路感染症になった患者さんを病院に運ぶ際などには最適という感触を得ています。

消防法の改正によって、病院所属の救命救急士も医師の指示のもとであれば救急隊業務ができるようになり、業務として患者さんを迎えに行き、自分の所属する病院以外のところへ搬送することが可能

医療と行政だけでなく 警察、自衛隊の協力も不可欠

高橋 情報共有もカギになりそうです。たとえばパリ同時多発テロの場合、テロリストは移動していたわけですが、そのあたりの情報が出動した医療チームにも伝えられていました。

猪口 東京DMATは東京消防庁が幹事役で、東京都の医療政策部の政策の一環として位置づけられ、その意味では、行政のうち消防、医療政策部門とはすでに連携体制ができています。

ただ、テロ対策となると、やはり警察との連携も必要です。日本の医療体制は警察との連携を必要とするような人的災害に関する経験の蓄積がなく、シミュレーションも十分に進んでいないのです。そもそもDMATは1995年の阪神・淡路大震災の教訓を機に結成されましたが、基本的に想定しているのは自然災害下での医療提供であり、人的災害は想定していません。

高橋 テロも自然災害も、医療内容そのものはあまり変わらないとも聞きますが……。

猪口 安全な領域を設定し、そこで

になりました。つまり、A病院所属の救命救急士の同乗する病院救急車が患者さんを迎えに行き、B病院に搬送することもできるわけで、メディカルコントロールも確実に入るといって大きな効果が期待できます。消防救急車が「プレホスピタル」の役割を担っているのに対して、病院救急車の救命救急士はすでに医師の指示を仰ぐ形で出かけるので、「オンメディカル」の状態になるのです。2016年度診療報酬改定で「救命救急管理料」500点が新設されるなど、診療報酬の請求対象にもなりました。

それともう一つ、かかりつけ医がゲートキーパー機能を果たしていることも強調しておきたいです。かかりつけ医の先生方が、消防救急車を呼ぶ以外にも病院救急車を呼ぶという選択肢を用意し、患者さんやご家族と相談できる。消防救急車をすぐに呼んでしまうこと、あるいはいたずらに高次医療を選択させて「スパゲティ症候群」といわれるような状態にしてしまうことも避けられます。

高橋 患者さんのことをよく知った医療機関にもつなげられますね。患者さんとしてはありがたいでしょう

医療を提供するという構図は人的災害も自然災害も同じです。ただ、銃撃戦があるような場所での医療は、やはり特別のノウハウが要求されます。それに関する情報を持ち、準備を整えているのは日本では警察であり、自衛隊です。その意味でも、テロ対策の医療を考えるうえでは警察にも組織的にかかわってほしいし、自衛隊の持っている知見も欲しい。逆に言うと、それらを抜きに、銃撃戦や爆弾処理を行っている傍らでの医療提供は難しく、体制づくりも十分には進みません。

当然、法整備も必要です。たとえば、東京都の防災訓練には東京都医師会や東京都病院協会、地元医師会と行政に加え、警察、自衛隊も参加しています。それは自然災害への出動・救護活動は自衛隊の義務であることが自衛隊法に記載されたからです。テロ対策についても同様に協力できる法整備を求めたい。情報の機密保持などを気にするでしょうけれど、法整備が進めば、参加する医療者にもそうした機密保持を求めることができようになるはずですよ。

高橋 そうした体制を考えるには、いろいろシミュレーションして、指

し、診療報酬もないよりはマシだと思いますが、A病院にとつては「持ち出し」です。そのあたりはさらに制度的な裏づけが必要になるでしょう。**猪口** 東京の3区市での取り組みを見ると、最低3人で搬送してしまから、500点ではとてもまかないきれません。ただ、公的な役割を担うことによる病院への信頼醸成に役立つ効果も期待できます。

テロ災害での医療対応に向け 全体像を描く必要がある

高橋 SAMUの仕組みを聞いてもう一つ驚いたのは、昨年1月、11月に起きたパリ同時多発テロでの対応力です。テロが発生してから1時間くらいで病院への収容が必要。な患者さんは全員収容するなど、特別な体制を組まず、通常の救急医療体制でテロによる災害医療を乗り切ったそうです。

東京は2020年にオリンピック・パラリンピックを控え、人的災害による医療体制についても大幅な見直しを迫られているようにも思います。実際、08年に起きた秋葉原通り魔事件では、被害者を収容するのに4〜5時間を要したと聞きます。パリの救急医療提供体

制はその面でも参考になる部分が多いのではないのでしょうか。**猪口** 秋葉原の事件で課題とされたのは、トリアージや蘇生、応急処置などを現場でいろいろ手を下して結果的に医療機関への搬送に時間がかかってしまったことです。現在はそうしたことにはあまり拘泥せず、なるべく早く搬送しようという合意ができています。

高橋 パリでは「カマンベール理論」といって、パリ市内を3つの地域に分割して体制を確立し、現場から病院までSAMUと一体的に動ける体制になっているようです。その区域はパリ市内にとどまらず、周辺地域まで広がっています。

猪口 東京には250台の救急車があり、DMATは25チーム、つまりそれを有する病院が25施設あり、うち10チームは常時出動できるようになっています。ただ、確かに現段階ではある病院のDMATが出動したら、そのバックアップに回るDMATをどこにするか、といった全体像は描かれていません。実際に動かすことを考えれば、DMATチームを持つ病院を中心にそれらをサポートする病院を決めておくことは必要ですね。



たかはし・たい ● 1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授、2009年から同大学院教授、16年より同大学医療福祉学部長・教授。主な著作に『TAI高齢者ケアプラン・ビジュアル作成』(日経BP社、共著)、『DPC実践テキスト』(じほう、共著)ほか。

揮命令系統をつくっておかなければいけませんね。

猪口 オリンピック・パラリンピックについては、テロ対策以外にも懸案事項は山積みです。たとえば、選手村での医療はどうするのか。大使館のように治外法権のような特例を設けて医療提供を認めるのか。仮に日本の医療機関が外国人選手に医療を行うなら、それはどういう根拠法に基づくのか。大國であれば選手村のなかに診療所のような機能を持つてくるかもしれない。シミュレーションしておくべきことはいろいろあります。

もう一つ、東京オリンピック・パラリンピックでは「レガシー」を残

すことが話題になっていますが、とても良い先行事例があります。リオオリンピック・パラリンピックでは150台ほどの救急車を新たに用意し、各会場に配置したそうです。東京でも新たに救急車を用意して、終わったあとは各病院に安く払い下げるといったことを考慮してもいい。それこそ新たな医療体制という社会的遺産を生んだイベントとして記憶に残ると思います。

高橋 高齢者医療、人的災害を見据えた医療という面でも、東京の救命救急医療は大きな転換期を迎えているのです。東京オリンピック・パラリンピックは、その備えをする意味で絶好の機会と言えそうです。本日はありがとうございました。