

特集「千葉県における救急医療の現状と将来」

12. 千葉県南部地域における救急医療活動について

亀田総合病院 救命救急センター 不動寺 純明

1. 千葉県南部の救急医療の現状

千葉県南部（安房地域、夷隅地域）は千葉県の19%の面積（982.8 km²）に、千葉県の3.2%の人口（203,147人）が住んでいる過疎地域である（人口密度206.7人/km²、千葉県平均1209.9人/km²）¹⁾。また、65歳以上の高齢者の割合は39.0%（千葉県平均25.9%、全国平均26.6%）²⁾と高く、最も低い浦安市（15.9%）の2倍以上である。このような地域に救命救急センター1か所、救急告知病院10か所あり、主な救急医療を行っている。

千葉県南部の救急の特徴としては、過疎地域のために面積の割に救急医療機関が少なく、そのため救急搬送時間が長い。また、高齢化が進んでいるために高齢者の救急患者が多いことである。

平成23年から3年間で行われた救急搬送時間の調査³⁾では、安房地域においては平均救急搬送時間が千葉県の平均より約6分長く、特に重症では約12分長い。一方、平均交渉回数は千葉県平均より少なく、特に重症に関してはさらに交渉回数は少ない。つまり、医療機関が少ないため交渉回数は少ないが、搬送時間が長いと思われる。夷隅地域は統計上、山武、長生地域と合わせて集計されているため、具体的な評価は困難である（表1）。

平成28年度の救急搬送患者で高齢者の割合とみると、安房地域が71.7%（61歳以上）、夷隅地域が64.3%（65歳以上）、全国平均が57.1%（65歳以上）であった^{4) 5)}。

千葉県における救急搬送時間の状況（平成23年～25年、毎年9～10月）			
	安房	山武長生夷隅	千葉県
平均の救急搬送時間（分）	48.1	50.9	42.6
重症者の平均搬送時間	56.1	53.0	44.0
平均交渉回数（回）	1.13	1.53	1.43
重症者の平均交渉回数	1.09	1.37	1.29
中等症者の平均交渉回数	1.12	1.56	1.40
軽症者の平均交渉回数	1.15	1.55	1.47
搬送困難事案割合（%）	5.2	16.0	14.2
（現場滞在30分以上、交渉回数5回以上）			
表1			
参考文献3)より抜粋			

2. 千葉県南部の救急医療に対する問題点と対策

第一の問題点として、医療機関が少ないため救急患者が特定の病院に集中してしまい、満床になることである。亀田総合病院救命救急センターは1次から3次まですべてに対応しており、平成28年度に受診した患者は約28000人、そのうち救急車搬送が約4800台、ドクターヘリなどヘリ搬送が130件であった。そのうち他院からの紹介は約6000件であった。これらの患者に対応することは可能であったが、入院ベッドのコントロールが困難になることがたびたびあり、最後の砦としては危機的状況にあった。また、近隣の救命救急センターも同様な問題を抱えており、当院が満床のため対応できないときは近隣の救命救急センターもほとんど満床である。そのための対策として、安房地域では救命救急センターや二次救急病院でまず初期診療を行い、入院が必要な場合で特別な処置や手術が不要な場合は積極的に下り搬送を行い、患者を振り分け、限りある入院ベッドを有効活用している。

第2の問題点として、救命救急センターが1か所のため、当院が対応できないときは病院選定や転院搬送に苦慮することである。緊急手術や専門医不在などで当院が対応できない場合には他の救命救急センターなどに診療を依頼するが、かなりの搬送時間がかかってしまう。日中であればドクターヘリを有効活用し、千葉県内の多くの病院に搬送できるが夜間などは救急車搬送には限りがある。また、緊急内視鏡や手術などが必要な場合に転院先を探すことが非常に困難である。千葉県では「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」が救急隊のために策定されているが、医療機関同士の転院に用いることは想定されていない。また、この基準に記載されている病院であっても転院を断られることは多く、この実施基準がどのくらい有効に用いられているかを検証する必要があると切に思う。また、救急医療は二次医療圏で完結することを想定しているが、手指切断、小児外傷など特殊な救急疾患の対応が可能な病院は限られており、千葉県全域での体制整備を行う必要があると考える。

第3の問題点として現場からの搬送時間が非常に長いことである。特に重症症例では時間が救命のカギを握ることが多く、搬送時間が長いことは致命的になる。そのため、各消防はドクターヘリを積極的に活用している。ドクターヘリを活用することで、医療の開始が早くなるだけでなく、搬送時間の短縮も期待できる。また、特殊な症例は千葉県全域の病院を選定することができ、適切な治療を受けられることになる。それに加え、少しでも早く治療を開始できるよう当院ではラピッドカーを運用している。ドクターヘリが対応できない時間帯に出動し、救急隊とドッキングし早期に治療を開始している。ただし、現在はスタッフの人員の問題で運用日が限定しており、今後の課題である。

第4の問題として、患者の高齢化の問題である。まず独居や高齢の家族のみでは治療方針の判断が出来ることが多い。ほかにご家族がいれば電話でも相談できるが、本人が意思決定できない場合は侵襲的な治療は躊躇されることがある。

また近年、老人保健施設などからの搬送が増加している。施設がしっかりしており、適切に紹介される場合は患者情報なども得られ、診療に問題はないが、患者に全く責任を持たず単に救急車を要請し、すべてを病院任せにする施設が多数みられる。この場合ご家族と相談しながら診療を進めるが、施設入所者の場合はご家族であっても状況を把握していないことが多い。さらに身寄りがない場合は市の福祉課職員や身元引受人と相談しながら診療を行うことになる。

患者が高齢化することにより積極的治療や侵襲的な治療を希望されないことが多い。高齢者は重症であることが多く、かつ複数の問題を抱えていることが多い。そのため救命救急センターに搬送されることが多いが、積極的な治療を希望されず、ベッドを占有することになる。この場合に転院搬送も考えられるが、搬送できる医療機関が少ないことが問題である。また、高齢者は生活が自立できないと自宅退院できないことが多く、入院期間が長くなる。そのためリハビリや生活支援のための病院の意義は大きい。

3. 今後の課題

高齢化がすすみ、過疎地域である千葉県南部には問題が山積みである。救急医療は二次医療圏では完結できないことがあるとの認識を持ち、隣接した医療圏または県全体が協力しあって千葉県の救急医療を考えるべきと考える。また、入院ベッドの問題は亜急性期病院や老人保健施設などとの連携を強化し、救急医療の役割分担をする必要がある。

- 1) 千葉県ホームページ <https://www.pref.chiba.lg.jp/index.html>
- 2) 平成 29 年 版 高 齢 社 会 白 書 (全 体 版)
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html
- 3) 千葉県救急・災害医療審議会 平成27年1月 資料より
<https://www.pref.chiba.lg.jp/iryuu/shingikai/documents/h26siryou.pdf>
- 4) 安房郡市広域市町村圏事務組合消防本部 消防年報 平成 28 年度版
- 5) 夷隅郡市広域市町村圏事務組合消防本部 消防年報 平成 28 年度版