

# 地域の救急システムの整備

## 川越救急クリニック

院長 上原 淳



新クリニック外観

### 要旨

日本の救急医療は、初期救急～3次救急まで、重症度による棲み分けを基本構造として成り立っている。しかし、現状では2次医療機関の受け入れ状況によって、地域の3次救急医療機関に患者が集中してしまい、救急医療にとって肝心の救命救急センターが疲弊している地域が多く存在している。

多くの救急患者は軽症～中等症であり、これらの患者が救命救急センターに行ってしまうと、救命救急センターの本来の役割である、重症患者への対応が難しくなってしまう。軽症救急患者を中心に診療する救急クリニックがその地域に存在することによって、救急受入を適正化することができ、初期～3次救急の棲み分けがうまく機能するようになる。

これによって閉塞状態に陥っていた地域の救急が活性化され、救急医療の各所にプラスの効果をもたらしている。今後、全国に同様のクリニックが増えていくことで、日本の救急事情は大きく改善されるだろう。

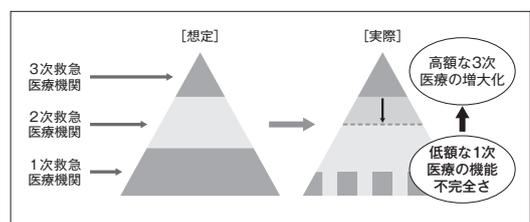
### 1. 背景と目的

#### 高度救命救急センター医局長が考えたこと

日本の救急医療は、患者の緊急度や重症度から、軽症患者を扱う初期救急から、中等症患者の2次救急、重症患者の3次救急の3段階に分かれている。一般的に救急医療と言うと大病院に付属する3次救急を指すことが多いが、患者数的には軽症：中等症：重症＝100：10：1くらいの割合であり、軽症患者が大部分を占めている。医療機関の数では初期救急医療の確保を図るための休日夜間急患センターが563カ所（2017年〔平成29年〕3月31日現在）、第2次救急医療機関が2896カ所（2017年3月31日現在）、第3次救急医療機関としては、救命救急センターが289カ所（2018年9月24日現在）整備されている。しかし実際には、初期救急医療施設は医師会などが運営する休日夜間診療所が多く、救急患者の受け入れに関しては、初期救急～2.5次くらいまでを2次医療機関が担っており、2次救急の守備範囲が最も広く、その受入状況は地域や施設毎にかなり異なっているのが実情である（図1）。

さらに中小の2次救急医療機関では、夜間の当直医師は各科の持ち回り制で1、2名で当直しており、自分の専門分野以外の患者は受け入れにくい。そこそこ大きな2次救

図1 国内救急のピラミッド構造



急医療施設であっても、内科当直が眼科医だったり、外科当直が耳鼻咽喉科医である場合がある。そのような場合は「専門外」ということにより受入不可となるケースがほとんどで、行き場に困った救急患者は救命救急センターなどの3次救急医療機関に搬送される傾向にある。

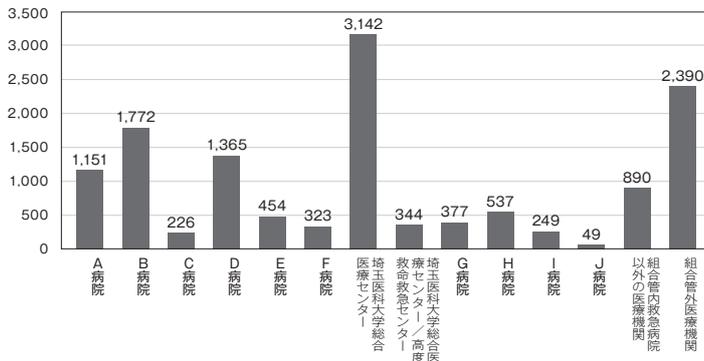
つまり、その地域の2次救急医療機関の機能が悪いと3次救急医療がひっ迫する状況になるのである。私が所属していた大学病院があった埼玉県では、20年前頃は毎年、県別の救急患者の受入状況が国内ワースト3に入る状況だった。2次医療機関の休日夜間の救急受入が非常に悪く、特定の2次救急医療機関に集中したり、軽症患者から重症患者まで多くの患者が3次医療機関である大学病院に収容されていた。

その結果、救命救急センターを持っている大学病院などに救急患者が集中してしまい、医師をはじめとする医療従事者たちの疲弊が蔓延していた(図2)。

私が勤務していた大学病院内の会議では、各科の医師たちから「こんな状況では我々の科は回らない。夜に疲弊して次の日の診療などできない」とか「今後我が科は時間外の患者の受け入れを制限します」などという発言が続く状況だった。そして医局員の数が少ない科から次第に夜間の受入制限が広がり始めた。このままでは川越市、ひいては埼玉県の救急医療が崩壊するのではないかと、という危機感を感じ、自分が何とかできることはないかを模索した。

要は3次救急医療機関である大学病院に来る必要のない軽症～中等症の患者を受け入れる受け皿が外部にあれば、3次医療機関は緊急度の高い患者や重症患者に集中して対応可能になり、適切な患者が適切な医療機関に収容されることになる。この考えに基づき、中等症以下の救急患者を主に受け入

図2 2010年市内救急医療機関への救急搬送件数～川越地区消防組合 消防白書～



れる救急医療機関を自分でつくってみようと思いついた。

## 2. 活動内容と成果

### 川越救急クリニック始動

2010年7月、国内初の個人資本による救急科を専門とする「川越救急クリニック」を設立。軽症か重症かを患者さんや家族に決めさせるのではな

く、医師が診察によって重症度を判断しなければいけない、という信念のもと、軽症の初期救急から中等症の2次救急まで、時に3次救急患者をも受け入れ、診察、治療を行ってきた。図3、図4のように、年間の救急車受入は1000～1800台／年を推移。外来受診患者数も1万1000～1万6000人／年で推移している。ここ2、3年はコロナの影響が大きく、2020年、2021年は救急車も外来患者も減少傾向。しかし、オミクロン株が流行した2022年には行き場のない救急患者がたくさん押し寄せ、過去最多の受診者数となった。当院への救急搬送患者の9割は軽症患者であるが、紛れて来院する1割に隠れている重症患者を見落とさないことが重要になっている。



毎日新聞より



旧川越救急クリニック外観

図3 救急車受入台数

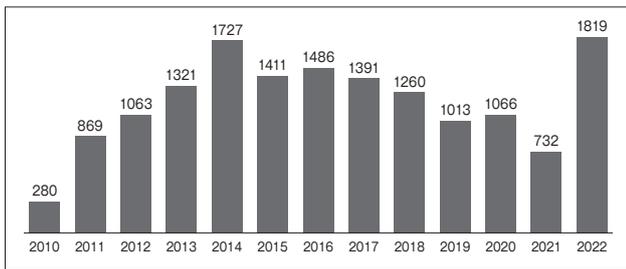
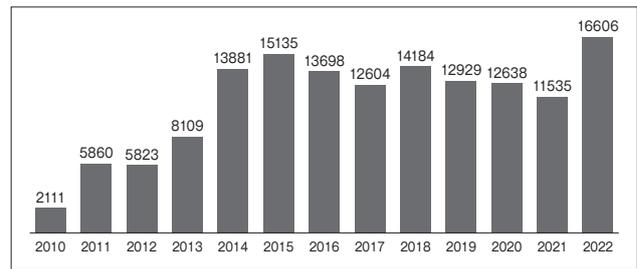


図4 外来患者受診数



2008年に年間4万人以上の時間外患者の診療を続けていた大学病院では、当院が開業してから10年が経過した2020年には時間外受診患者数が約半分の年間2万人に減少したらしい。当院では1万2000～1万5000人/年の患者を受け入れているので、大学病院の時間外受診者の減少に一役買っているものと思われる。救急クリニックが地域に存在することによって、救急患者の適正な受診が促されていると言える。

また昨今の社会の高齢化に伴い、ちょっとした体調不良でも救急車を要請する方が増えている。高齢者は元々持病を持っているので、普段から自分の体調に不安を抱えている方が多い。さらに夜は気持ちを不安にさせるため、少しの体調の変化でも不安感が増し、血圧上昇、めまい、気分不良などにつながっていく。しかし、核家族化が進み、高齢者だけで生活している世帯が増加。何か健康面で不測の事態が起こった時に、頼るのは救急車になってしまう。このような患者さんが、救命救急センターや大学病院などの大病院に搬送されてしまうのは適正な救急医療とは思えない。救急クリニックは、このような行き場に困るような患者さんの受入先としても機能しており、地域の救急事情を改善している。

小児救急においても夜間に診てくれる小児科がほとんどない中、当院が受け皿になっている。子育て中の家庭では夫婦共働き家庭が多く、子どもの異常に気づくのは夕方

以降であることが普通になっている。その時間ではすでにほとんどの小児科外来は終わっており、途方に暮れた親御さんが救急車を要請する、というパターンが多い。同様に、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科といったマイナー科の救急も夜間は受入先に困ることが多い。これまた当院が受け皿として機能していることが多くなっている。川越市のみならず、隣接市のさいたま市や上尾市などからも搬送されて来ている。

さらに副産物的なものとして、現場で救急隊が緊急度や重症度に迷うような症例があった場合、まず当院で検査や応急処置を行い、重症度が高かった場合は救命救急センターへ転院搬送するケースが増えた。言わば救急隊の駆け込み寺状態であるが、これも、不要な軽症患者を救命救急センターに搬送しなくて済んだり、2次救急医療機関に重症度の高い患者を搬送しないで済むことにつながっている。

また、逆に救命救急センターが手一杯な状況で、さらなる重症患者を断らざるを得ない時に、当院が一時的な受け皿になることで時間稼ぎができ、救命救急センターの手が空いた頃に転院搬送するケースも年に数例ある。

このように地域に救急クリニックが存在することで、救急搬送の緩衝剤にもなっており、適正な患者搬送に役立っているものと思われる。

2020年から始まった新型コロナウイルス

感染症。多くの医療機関が発熱というだけで患者受入を拒否する事態になった。新型コロナの患者を受け入れるのは、救命救急センターを併設するような大学病院などの大病院のみ。そして大病院は日常の医療にも影響を及ぼし、機能しなくなっていく。

埼玉県でも発熱患者の救急受入困難事例が頻発。40件以上の救急医療機関に問い合わせても受け入れできないような救急患者が増加した。

当院は2020年5月から率先して埼玉県の帰国者接触者外来となり、多くのPCR検査並びに新型コロナ患者の診察を行ってきた。入院はできないが、発熱外来での点滴治療等を行い、発熱救急患者に対しても、新型コロナの感染症かどうかを検査して、陰性であれば当院で治療、あるいは重症ならば転院受入先を探す。陽性であれば県や保健所に介入してもらって対応を考える、といった活動を行った。2022年度の当院の救急車受入が増加しているのは、県内の広範囲（北は深谷から南は和光、西は飯能から東は三郷まで）から救急車がやってきた影響が大きい。最大43件目で当院が受け入れた救急車もあった。

2010年に開業した当院も、開業後12年が経過してスタッフの数は増え、医療機器も年々拡充してきた。当初建設したクリニックが非常に手狭になってしまったため、2022年1月に旧クリニックから約2km離れた場所に新たにクリニックを建設、移転した。これに伴い、救急歯科口腔外科を併設した。歯科領域のみでなく、転倒などに伴う顔面外傷にも対応できる環境を整えている。

また、同様に地域の救急で弱い部分があれば、その部分を当院がカバーできるような体制を構築したいと考えており、新たな展開が可能なように新クリニックは増築が可能な構造にしている。

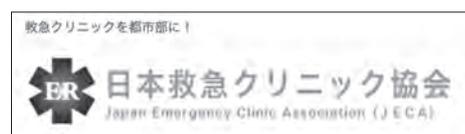
### 3. 今後の展望

#### 救急クリニック院長が考えていること

当院が開業してから早13年が経過した。この間、国内の救急事情に同じような思いを抱く「救急クリニック」が徐々に増えてきており、現在全国に10カ所前後の救急科を標榜するクリニックが存在している。さらに毎年、新たに救急クリニックを開業したいという若手医師が当院を見学に訪れて来る。全国的に救急がひっ迫している中、もっと多くの救急クリニックが増えていき、全国の救急事情が少しずつ改善していくことを願っている。

現在の多くの救急医療機関では、当日の救急担当医が診察を行う。もちろん自分の専門以外も診なければならぬ。必然的に受け入れを渋ることになる。自ら救急クリニックをやっという医師は、基本的に総合診療的な知識を持ち、まずは自分でその患者さんの状況を把握しようという気概のある医師である。そういう医師による救急クリニックが増えることで、いわゆる「たらい回し」はなくなっていくと思われる。今後「救急クリニック」を開業したい医師達のお手伝いをしたいと思って、2015年に「日本救急クリニック協会」というNPO法人を立ち上げた。

全国に休日夜間の救急受け入れに困っている地域はまだたくさん存在している。今後、救急クリニックが全国各地に立ち上がり、各地区の救急事情の改善につながることを期待している。各地区ごとの救急事情の改善が、点から面に広がっていき、国内全体の救急事情の改善につながっていくことを夢見つつ、今日も「川越救急クリニック」は国内初のモデルケースとして走り続けて行こうと思う。



日本救急クリニック協会 (<http://jeca.co.jp>)