

北米型ERを導入し、病院が一丸となって 24時間365日、断らない救急医療を実現

神奈川県鎌倉市にあり、横須賀・三浦二次医療圏に属する湘南鎌倉総合病院は、2013年に救命救急センターの指定を受けた。同県では17番目となり、民間病院としては県内初である。指定を受けた背景には、“24時間365日、救急患者さんを断らない姿勢”を貫き、救急からの入院患者数全国1位（10年、11年）になるなど、救急医療への熱心な取り組みがある。



医療法人沖繩徳洲会 湘南鎌倉総合病院

救急総合診療科 部長 **大淵 尚 先生**
Hisashi Ofuchi

1990年滋賀医科大学卒業。同年真生会富山病院を経て、2004年湘南鎌倉総合病院救急総合診療科に着任。10年同院救急総合診療科部長に就任し、13年救命救急センターセンター長兼務となり、現在に至る。

「救えるのは我々だけ」の思いで “断らない姿勢”を死守

湘南鎌倉総合病院で救急医療を担っている救急総合診療科は、2002年に発足し、北米型ERを導入している。北米型ERでは1～3次救急という区分がなく、重症、軽症にかかわらず、全ての患者さんを受け入れる。そして初期診療をERで行い、入院が必要な場合には症状に合わせて各診療科に引き継ぐというシステムだ。

同科には、専従医（4人）と研修医（6

人）、看護師（35人）、救急救命士（2人）のスタッフがおり、日勤、準夜勤、早朝勤の3交代制で、24時間365日の救急医療に取り組んでいる。

同院の救急医療の大きな特徴である“24時間365日、救急患者さんを断らない姿勢”は、もともと同院の理念として掲げられているものだ。同科の責任者である大淵尚部長は、その理念を先達から引き継ぎ、より発展させる形で現在の体制をつくっていった。

救急医療のプライオリティーを考える際、ポイントになるのは、“患者さんの受け入れ人数”と“医療のクオリティー”だ。クオリティーを保つために、患者さんの受け入れ人数を制限するという考え方がある一方で、クオリティーがある程度下がってしまっても、患者さんを全員受け入れることこそが重要という考え方もある。大淵部長は、「私たちは後者の考え方を死守します」と明言する。「なぜ救急の患者さんを断ってはいけないのか。それは、本院が断ったら次に受けてくれる医療機関があるのかどうか全く分からないからです。自分や家族が患者さんの立場だったら、『早く受け入れてほしい。早く治療してほしい』と考えるはずです。だからこそ、この患者さんを救えるのは私たちしかいないと考え、決し

て断らない救急医療にこだわるのです」と、その理由について述べる。

同院は、13年に神奈川県から救命救急センターの指定を受けた。「東日本大震災の影響により、まず災害時に対応できる救急医療の拠点を増やしたいという行政の思惑がありました。また、消防関係のスタッフが当院を推薦してくれたのと聞いています。“断らない救急医療”という当院の姿勢を外部の方が評価してくれたのです。そうした期待に応えられるよう、さらに頑張っていきたいと考えています」と、同センターのセンター長も務める大淵部長は、救急医療のさらなる充実をめざしている。

緊急度を区分するトリアージで 1日100人以上の患者さんを治療

同院は、年間1万3,492台（13年）の救急車を受け入れている（図1）。救急受診者数は、救急車を使わずに来院する患者さんを入れると年間4万6,029人（13年）（図2）。1日当たりにすると、救急車の受け入れ台数は平均37台、徒歩の患者さんを含む救急受診者数は平均126人になる。

受け入れた段階では、重症、軽症の区別はない。患者さんの訴えだけでは、

症状の重症度を測ることはできないからだ。徒歩で来院し、「喉が痛い」、「下痢でふらつく」など、それだけでは軽症と思われるケースが、実は心筋梗塞などといった、緊急を要する疾患であることも少なくない。

そこでERでは、緊急度に応じて治療の順番を判断するトリアージが重要になる。同院では、JTAS（Japan Triage & Acuity Scale：カナダで10年以上の開発・運用実績のある救急外来での救急外来患者緊急度判定システムを基に開発された尺度）を用いた院内トリアージ講習会を受けた15人ほどの看護師が

担当している。

1分1秒を争う中、的確な判断力を求められるERの現場は過酷だ。しかしスタッフのモチベーションは高く、変わることはないという。「“断らない救急医療”は、スタッフのプライドでもあります。また、救命救急センターの指定を受けたことや、救急からの入院患者数が2年連続で日本一だった実績が、スタッフのモチベーション向上につながったと感じています」と大淵部長は語る。

超高齢社会の到来に備え より高度な救急医療をめざす

“断らない救急医療”の実現には、他科のスタッフも大きく貢献している。救急患者が非常に多く来院している場合、ERではその混み具合に応じて「ERイエロー」、「ERレッド」などと院内放送をする。すると、他科の医師が自主的に応援に駆けつけて診療を行ったり、入院先となる診療科病棟の看護師が早めに患者さんを引き取りに来たりするなど、さまざまな形でサポートしているのだ。

いざという時の協力は一方通行のものではない。他科で患者さんが急変した場合に、ERの医師が病棟に呼ばれて救命処置を行うこともある。相互に協力しあう体制がスタッフ間の信頼を強固にしていると大淵部長は指摘する。「当院のスタッフは、『この患者さんはERの患者さんである』などという見方はしません。全ての患者さんが自分の患者さんなのです。“断らない救急医

療”は、ERだけでなくスタッフ全員が持っている理念であり、全スタッフの協力があってこそ実現できているものなのです」

大淵部長は、現在の体制をさらに強化させるものとして、『オール カマクラ プロジェクト』を構想している。

高齢化が進み、脳梗塞で発症から4.5時間以内の治療が必要など、時間的制約のある高齢の救急患者が増えてきた。そのため救命救急の現場では、高度かつ専門的なレベルの医療が要求されるようになっている。また、高齢の患者さんは、救急医療を終えてもすぐに日常生活に戻ることができるとは限らず、リハビリや療養のために転院が必要になることもある。

このようなケースに、同院のような高度救急病院だけで対応するのは難しい。高度救急病院、中小救急病院、高齢者対応の病院、かかりつけ医が連携し、転院のための搬送手段も考慮したシステムをつくっていかねばならない。それを実現するのが『オール カマクラ プロジェクト』だ。「超高齢社会に対応できる救急医療を実現するための構想ですが、課題は多くあります。まずは、私たちが何でも診療できるレベルの高い病院にならなければなりません。ヘリコプターなど遠距離搬送の手段を独自に確保する必要もあります。救命救急センターに指定されたこともあって、院内には救急医療に注力しようという動きがあるので、いずれは救命救急センターの機能をさらに強化した別棟をつくり、より多くの患者さんにレベルの高い医療を行えるようにしたいと考えています。そして、いざ災害が起こった時、迅速に対応できる災害拠点病院になることも目標の一つです」と大淵部長は今後の展望を語る。

図1 月別受け入れ救急車数(2013年)

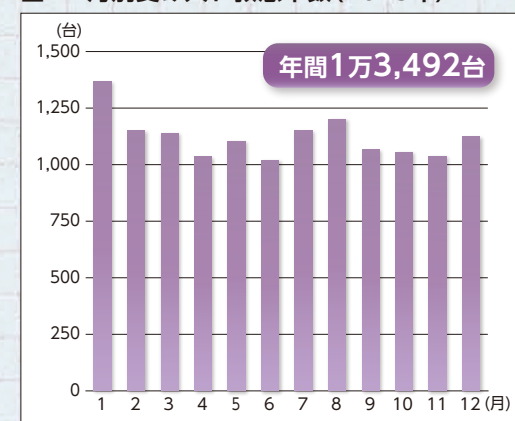


図2 月別救急受診者数(2013年)

