医療における集約化という言葉の部分的な地域的解釈

－占床率ワーストワン公立病院の言い分－

黒松内町国民健康保険病院
秀毛　寛己

僕の住む黒松内の医療圏は、2次が倶知安あるいは、八雲、伊達であり、3次は、小樽・札幌か室蘭まれに函館ということになるのだが、現時点で2次医療圏域の医療機関の弱体化が著しく特に重症救急受け入れに困難なケースがほとんどである。ちなみにドクターヘリでいうと札幌から直線で半径100キロ圏ぎりぎりに位置する。

つい最近経験した事例について記述する。

ある土曜日の午後5時過ぎに吐血にて35歳男性の介護保険施設職員が救急搬入された。来院とほぼ同時に得られた情報は、かかりつけ医なし。既往歴、通院なし。昨日より下血を自覚、当日午後3時頃より数回の吐血をしながら勤務。仕事を終えて駐車場に向かうときに倒れ救急要請。救急隊現着時の血圧は70。顔色きわめて不良であった。診察する前に一言患者に、施設職員たる自覚が足りないことを注意した。

ほとんど朦朧状態であったが、はいすみませんと返答がある。新規採用職員らしくて、一緒に来た看護師長より健診で心臓が悪いといわれているが精査は未施行との情報を得た。ざっと診たあと、ルート確保を右の鼠径部より行う。すでに四肢は多量の出血でむくんでいるためか冷たく静脈ルートのとれそうな血管はみあたらず。下腹部は、肥満のうえにほとんど触れない大腿動脈に指先の神経を集中し、その横に走る大腿静脈に見当をつけ、12Gエラスタを差し込む。2～3度のトライでなんとかルートをとり、ラクトリンゲル、アルブミンの急速輸注をポンピングで開始。そしてバルーンカテーテルを挿入後に、反対側の大腿動脈採血にて院内生化学検査を大至急で行なって、内視鏡室へ移動。咽喉頭麻酔もそこそこに緊急内視鏡検査に移った。

吐出する真っ赤な鮮血を白衣に浴びながら緊急内視鏡検査施行。食道にはいると血塊と鮮血でオリエンテーションがつかず、とりあえず幽門輪をめざした。前庭部には、表面上に血液付着のみで、反転視した体部小弯や胃角や体上部、あるいは穹窿部には血腫はあるが、出血源とおぼしき病変が見当たらない。見下ろしに替えて、やはり食道の方からの出血と確信し半信半疑でカメラを引っ張り上げた。下部食道には明らかな病変不明。そして門歯より35センチのところまで引き上げたときに、真っ赤な出血ラインが途切れることなく、細く円柱状に食道の粘膜面から内腔へ、水道管の破裂のように噴出していた。その視野をよく見るとやはり周囲は累々と静脈瘤が形成されていた。

これは右心不全のダウンヒルバリセスのラプチャーかな、それにしても色がいいなと思いつつナースにS−Bチューブを用意するように頼んだ。ちょうど院内緊急検査データが戻り、ＨＣＶ＋と判明し、普通に考えて肝硬変の食道静脈瘤らしいということになった。

推定出血量はトータルで2,500ml程度。なかなかチューブが見つからずナースたちも病棟の管理部ナースの自宅に電話し一緒に探したらしいが、こっちは出血状況を見てしまっていたので千秋の思いで待った。

やっと見つかったが、どうも昔使ったのと勝手が違ってバルーンが膨らまずあせった。購入の日付も7年ほど前で破れてるんじゃないかと思ったが、なんとかセーフ。鼻から押し込み胃バルーンで横隔膜に引っ掛け、できるだけ上部食道にバルーン圧がかかることを祈りながら所定の圧でクランプした。そうするとしばらくして顔色が良くなりアルブミンを入れた分の昇圧ができバイタル、血圧、意識状態が良好になった。

これでどうにか後方搬送できると思い、本当に嬉しくなって僕は神様に感謝した。廊下

で検査技師の先生に止まったよと小さくガッツポーズして見せた。

それから受け入れ先を探して電話をかけた。実はここからがまたここまで以上に時間をとった。

直近の2次医療圏域の病院は、やはり病名を聞いてはっきりためらっているのがわかった。いずれにしても診れる体制はないとのことだった。最も近い3次医療圏の病院群はどこもその患者は受け入れ不可と言われ、結局札幌の3次救急病院が受け入れてくれることになった。

2時間半の搬送に備えて右内頚静脈よりルートを取った。ちょうどその頃からポンピングして、何とか昇圧してバイタルを保てた鼠径部のルートが、痛みとともに腫れてきて役目を終えて頚部ルートに引き継いだ。結局、急を聞いて駆けつけた施設の管理者のDr.が同乗し、2時間以内で無事に大きな変化なく救急病院に着いた。

まず大変にラッキーだったと思う。しかし同時に腹立たしいことに満ちてもいるが、やってる最中は怒ってる暇なんかなかった。

休日時間外ではあったが、当院の夕方のナースの交代時間に一致していたために4人院内にナースがいたことが、まずラッキー。そしてほとんど用のなかったS−Bチューブがたった一本だけあって探し出せたこと。アルブミンが薬局の冷蔵庫に15本ほどあったこと。おそらくどの要因が欠けていても、この新患は搬送途中か当院でこと切れたと思う。反面、後になっていろいろ考えたが、どうして35歳で肝硬変で、しかも新規採用でこういう危険性が採用時にわからなかったのかとか、どうして医療系の介護保険施設の職員なのに前日からこういう危機的状況を看過したのかとか、また地域医療の階層構造についても大きな矛盾に満ちていることに、日頃からの腹立たしさに満ちた思いをさらに強めることになった。

どうして2〜3次の圏域の医療機関が受け入れを拒むような症例を、はるかに見劣りする乏しい地域の医療機関が逃げることなく、焼けた栗を素手で掴むように診なけりゃならないのか?しかも昨今の状況でここはさらに乏しい診療所に追い込まれようとしている。おそらく診療所の構えでは、このケースはここで終わっていたと思う。アルブミン10本以上を常時絶対に絶やさないのは、自分の指示である。以前重症交通事故での搬入があり下肢の轢断と多数部位骨折のケースで出血多量でショックになりアルブミンをポンピングしてバイタルを保たせ、悪条件が重なったがなんとかヘリ搬送でき、手術室搬入時血圧0であったがぎりぎり助かったケースを経験して以来の、血液製剤を確保できないエリアの備えとして次善の策である。おそらくたらい回しなんていう言葉は、よそに回す余裕のある都会の恵まれた状況のことを言うのであって、当地のようなところでは、爆発する時限爆弾とわかっても回すどころか手から離せないような状態で、患者とともに爆死するのではないか。今回でもなかなか次の搬送に出発できなかった。受け入れ先がみつからないのだから。

そしてさらに最も腹立たしいことは、この不埒な患者の施設のある職員が、うちの病院で2時間も手間取ったなどと批判したということを聞いたことだ。おそらく2時間あれば札幌とはいわずとも小樽にとっくに近づいているんだから無駄な処置をいっさいやめて搬入と同時にさっと出してしまえば全く問題がないのにと思っているのだろう。

こういった素人の的外れな意見が、意外と町の人に病院がかえって救急医療を阻害しているような印象を抱かせてしまうのだ。われわれが地域医療をやっていく上でもっとも情けなく腹立たしいのは、自らや医療のことをどう語ろうが言い訳しているとしか受け取られないことである。ここで言い訳するわけではないが、自分の処置に今振り返っても無駄な時間など含まれていない。受け入れ可否に費やす複数の医療機関へのコンサルト時間もすべて地元医療機関のレベルの低さゆえに手間取っているという風に解釈されるのだ。全くなんとも辛いものがある。

結局、道のしめす便宜的なエリア区分の病院の階層構造による集約化というのは、このケースを見ればわかるように、はじめから無駄な電話連絡をあちこちにさせられるだけのただの障害物以外の何物でもないかもしれない。地域での初療体制を軽量化させておいて、枠だけの言葉だけの圏域に階層的にわけ

るということは、はっきり言って郡部地域の住民の命そのものの価値を都会に比べ軽量化する行為といえる。

そして、医療従事者、とくに地域の医師もそうだ。リスクが多い割には、地元からも搬送先からもつまらぬ医者だと誤解されやすい立場になることが多く、言い訳もできず、ほどほどに見切をつければ地域を見捨てたとまた悪く言われる。総論的に、消防や自衛隊や警察が赤字などと言われないのに、採算性がはじめからないと国が認めている僻地の公的医療の病院でさえもが赤字などという言葉で報じられ、本当は稼がないといけないような誤解を生むように仕向けられていること自体が問題であるが、どうしてこんな簡単な認識が地方においてさえいつまでたっても改まらないのか不思議である。

医療にかかる費用は電気や水道やガスや灯油やその他の生活を維持する必要経費と同じ質のものであり、また目に見えずとも生活の安全や外敵への抑止力に寄与しているといった認識と同等か、よりもっと身近で必要なレベルで理解されないのか、本当に不思議である。

そして、そういった命の格差をつけようとしている地域からも都会と平等に税金は取り立て、保険料も同じく徴収しようとしている国の姿勢ももっと不可解である。医療は儲かるというような誤解を与えたのは一体誰なんだろうか?

お知らせ

北海道医師会母体保護法医師指定の取扱規程ならびに取扱規程細則の改正について

◇総務部◇

すでにお知らせしておりますとおり、昨年9月17日開催の第126回北海道医師会臨時代議員会におきまして、当会母体保護法医師指定取扱規程ならびに取扱規程細則が改正され、平成19年4月1日より施行されました。

つきましては、主な改正点を再度お知らせしますので、ご承知おき願います。

特に、指定書を「紛失」または「毀損」した場合には、再交付申請の際に審査料（5,000円）が必要となりますので、お手元の指定書の保管には十分ご留意願います。

また、申請書類(様式)が全面的に改められましたので、申請手続きの際は、改正後の様式にて申請いただきますよう郡市・医育機関医師会にご連絡下さい。

主な改正点

1. 指定医師の要件に、「医師免許取得後5年以上経過」として年数を明記したこと。また、研修期間中の実地指導を「受けなければならない」と限定したこと。
2. 医療施設の入院設備は原則とし、後方支援体制の用意を明文化したこと。
   ［平成19年8月28日(火)開催の第10回常任理事会において「**母体保護法医師指定の指定要件の『入院設備』の取扱いは、『初期中絶』と『中期中絶』を区別せず、原則保有を条件とする。**」との方針を決定］
3. 研修機関の条件として、開腹手術には「腹腔鏡手術を含む」こととし、分娩数を「120件以上」としたこと。
4. 人工妊娠中絶手術後の届出義務に、「ゼロ件数の報告義務」を追加したこと。
5. 指定の更新にかかる研修の受講は、生涯教育講座等であっても「産科・婦人科医療に関するもの」に限定したこと。
6. 指定書を「紛失」または「毀損」した場合には、再交付申請（審査料5,000円）を必要としたこと。