

# 救急たらい回し なぜ起きるのか

急に体調が悪くなって救急車を呼んだのに、受け入れ先の病院が決まらないまま時間だけが経過……。こんな「たらい回し」の話をよくテレビや新聞で目にするのって、一体何が起きているのでしょうか。

## 受け入れ病院は 電話で決まる。

**話** を理解しやすくするために、まずは現行の救急医療がどのような仕組みでできているか、おさらいしましょう。05年10月創刊号でも紹介しましたが、我が国の仕組みは世界的に見るとかなり特殊なものです。

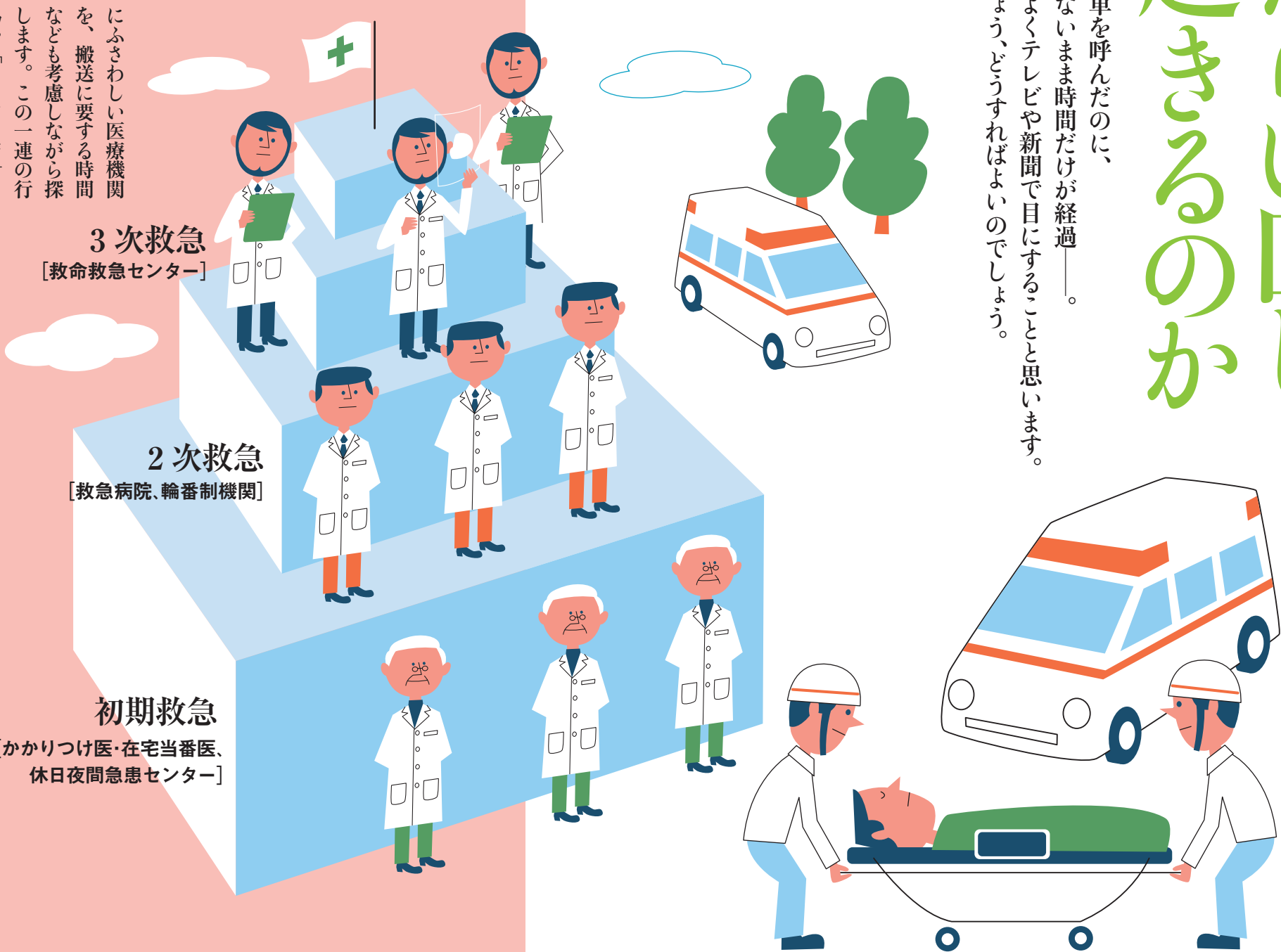
入院の必要のない軽症の患者は最寄りの医療機関へ（初期救急）、入院の必要がある患者は一定の設備がある医療機関へ（二次救急）、生命の危険があり複数の診療科が連携して治療に当たらねばならない患者は人員・設備の整った中核施設へ（三次救急）という、3段階ピラミッド（図参照）の構造だったのでしたね。

さて、ここからが本題です。救急車が患者を運ぶのには、患者発生場所から医療機関へ運ぶいわゆる「搬送」と、ある医療機関では手に負えなくなった患者をより高度・専門的な医療機関へ運ぶ「病院間搬送」の2種類があります。いわゆる「搬送」の場合、現場へ駆けつけた救急隊員（救急救命士）は応急の救命処置を行うことはできますが、本格的な医療行為をすることはできません。なので、患者さんの状態がどの段階にあたるか検討・判断し、その状態

にふさわしい医療機関を、搬送に要する時間なども考慮しながら探します。この一連の行為を「トリアージ」と言います。多くの場合は患者を救急車に収容し、車を走らせながらの作業になります。「探す」と抽象的に書きましたが、要は引き受けられそうな近所の医療機関へ電話をかけ、患者の状態を伝えて打診する、ということですね。医療機関側が、「引き受けられる」と答えれば、そこまで運んで救急車の仕事は一件落着ですが、医療機関側が断

ると他の医療機関を探さねばなりません。これが、いわゆる「たらい回し」です。医療機関ごとに、どの科が治療可能か入院可能かといった情報を随時、消防へ知らせる「救急医療情報システム」という列車の空席照会システムのようなものは地域ごとにあります。けれど次項で述べられるような理由から、完璧に機能しているとは言えません。

結果として、現状では担当者が電話をかける順番によって医療機関への到着時間が相当左右されます。「病院間搬送」の場合、受け入れ先の医療機関を探すのは、送り出す側の医療機関です。患者の状態を先方に詳しく伝えないといけないため、治療にあたっては医師自ら、治療の合間に電話するようなこともよくあります。



編集／医師35人の合同編集委員会  
事務局／ロハスメディア  
監修／前川和彦 関東中央病院院長  
イラストレーション／コージ・トマト



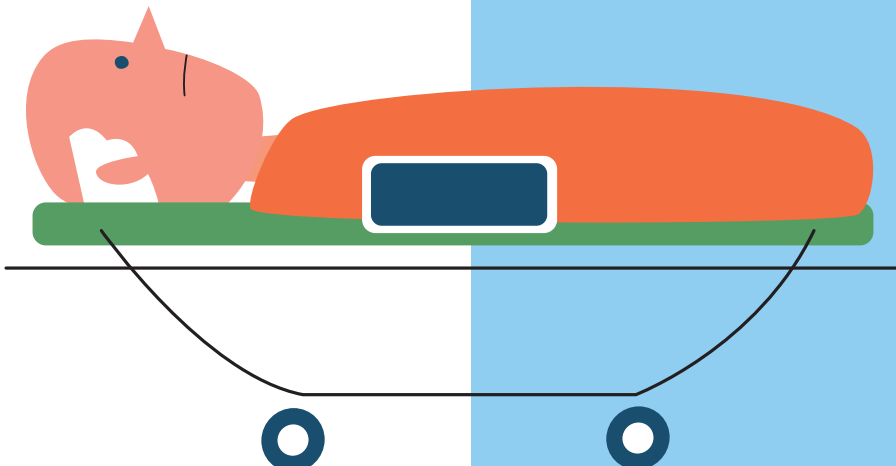
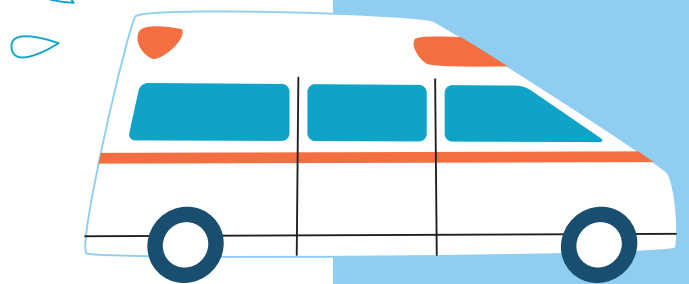
# 引き受け側はなぜ断るの？

「で、はいよいよ「たらい回し」の実態を見ていくことにします。」

救急医療情報システムが完璧には機能していないことを前項で指摘しました。つまり、救急隊は引き受け可能なはずの医療機関に打診しているの

に、実際にはよく断られるわけです。なぜこんなことが起きるのでしょうか。

まず、最もシンプルな理由は、消防へ伝えられる情報がリアルタイムに更新されるわけではないことです。患者が運ばれてきて診察もしていな



い段階で、真つ先に消防へ「診療余力がなくなった」と伝えろというのは無理な話です。だから、情報上は引き受け可能なはずなのに、実際は既に別の患者を診ていて引き受けられないということが、忙しい時ほど起こります。

診療余力があつたとしても、医療機関側が断ることはあります。その際に理由として挙げるのは、主に「専門科の医師がいない」か、「ベッドに空きがない」か、です。

どちらも患者側からは釈然としない言い分ですが、具体的にどういうことを意味しているのか、見てみましょう。

前者の「専門科の医師がいない」は、特に初期・二次機関の夜間帯に多く見られる現象です。

救命救急センターや救急専従医を置いているところを除けば、医療機関では通常、日中の勤務を普通に終えた医師がそのまま夜間当直を行い、

そして次の昼間も勤務に就いています(夜間の人数が足りない場合、アルバイトの医師を雇います)。診療全科の医師に毎日当直させると、全員が過労で倒れてしまいますので、診療科ごとにローテーションすることになります。結果として、夜間は対応できない科ができるわけです。

なぜこんな運用になつているのか、そもそも救急なのだから専門科の医師でなくても急的に何とかならないのか、という疑問が当然出てくると思います。これについては、

次項で改めて考えます。医療機関が挙げる理由のうち後者の「ベッドがない」は、三次機関への「病院間搬送」など、深刻な場面により多く聞かれます。

「ベッドがなければ、ソファでも何でも構わないではないか」と思ったでしょうか。

しかし、医療は寝る場所だけあれば済むというものではなく、

ありませんね。例えば、どうしても個室が必要な状態のようになり、患者の症状や重症度に対応できる設備とスタッフが必要存在しているとは限らず、その場合は「ベッドに空きがない」となってしまうのです。

「たらい回し」と言っても、医療機関がサボった結果ではないことが、何となくお分かりただけでしょうか。

医療機関ごとに、ある一定時間に引き受けられる能力(診療分野や重症度、人数)があらかじめ決まっており、それを超える分は引き受けら

れない、というごく当たり前のことに過ぎないわけです。とはいえ、「たらい回し」が起きている以上、救急医療の需要に対して供給が足りないか、あるいはミスマッチが起きているのは間違いありません。とすれば、「救急医療需要の抑制」、「その供給能力の増強」、「ミスマッチが起きないような調整の仕組み」の3つが必要なことは誰にでも簡単に分かることです。

これが、言うは易く行なうは難し。次項では、その理由を見ていきたいと思います。

# こっぴがネツクになつていきます。

前 項で、「たらい回し」をなくすには、①救急医療需要の抑制②救急医療供給の増強③調整の仕組み、の3つが必要だと書きました。

①については、究極には受益者であり費用負担者でもある私たち1人1人が自覚するしかないことです。東京消防庁の調査によれば、救急車利用の実に6割近くが軽症者で占められているとのこと、ここが減れば随分状況は改善するはず。救急車をタクシー代わりに使うとか通常の診療時間で済むものをわざわざ救急にするといった非常識な人も、かなりいるようです。ただし常識の範囲内であれば、救急医療利用を我慢すべきではありません。③についても、①②の前提があつて初めて生きた話ですので、今回は問題を指摘するにとどめます。

ということ、最後に②を行うことがなぜ難しいのかを考えていきましょう。

まず一番シンプルで、しかも深刻なのが、救急部門が病院にとって採算に合わないという問題です。

現在の診療報酬制度では(05年12月号、06年12月号参照)、検査や治療行為や入院をさせて初めて病院に収入があります。そして、ただでさえ大規模病院の経営は厳しく、スタッフが待機時間なしにフル稼働して、やっと少し黒字が出るかどうかという点数体系になっています。

いづどんな患者が発生するか分からないがゆえの「救急」ですから、需要に合わせて過不足なく計画的にスタッフを配置することなど、できるはずがありません。赤字を恐れてスタッフの待機時間を極少

にすべく陣容を控えめにすれば、すぐに引き受け不能になるわけです。

また、「救急科」では診療報酬を請求できないため、専従者が育ちにくく、診療科の救急回り持ちが続く面も意外に見逃せません。

このように元から供給能力不足になりやすいところに加えて、医療機関側を萎縮させ、結果的に供給能力を低くさせるようなことも増えてきました。医療訴訟です。

救急医療に関して、患者の状態にきちんと対応できる能力のない医師が対応して結果が悪く出た場合、もしくは専門医であればできたはずの医療を行わずに結果が悪く出た場合、医療機関側に賠償を命じる判決が相次いでいます。

ポイントだけ見れば至極当然のようですが、穴がありま

す。医療機関側になると、困難な患者を引き受けたら訴えられるかもしれない一方、搬送を断っている限り危険がないということ。結果として、迷ったら「専門科の医師がいらない」「ベッドに空きがない」と答える大変なモラルハザードが起き始めています。

特に、ある医療機関が「自分のところでは診切れぬ」と考えてどこかに移送を頼もうとする「病院間搬送」のように、患者の状態が深刻であればあるほど、この現象が起きやすくなることは想像がつくと思います。

そして、初期・二次医療機関の側でも、イザという時に三次機関から受け入れを断られるかもしれないと思つたら、いよいよ難しそうな患者の受け入れを断りたくなるといふ完全な悪循環です。

どうしたら良いでしょうか。

政府・厚生労働省は、救急施設を地域拠点ごとに集約化することで、①②③すべてに少しずつの改善をはかっています。一定以上の重症者は、とりあえず拠点施設へ運べば良いという状態になりますので、予算をこれ以上かけない前提としては、なかなかうま

い解決方法と言えそうです。

ただし、近所に救急施設のない人が増えるのに対応して、道路やヘリなど搬送手段の充実も同時に必要です。いかがでしょうか。まだ胸のつかえは取れないのではないのでしょうか。

この問題を議論する場合、私たち自身が、救急医療にと

ここまで望むのか、どこまで費用を払うのか、という根源的な問いに行き着かざるを得ません。ぜひ、ご自分の問題としてお考えいただければ幸いです。