

# 住民の手で“地域医療”を守ってみせる!

## 「NPO法人 地域医療を育てる会」(千葉)の活動レポート

その1

### 夜間救急外来に密着

ノンフィクション作家 柳原 三佳



「医療」「住民」「行政」「福祉」、これら4つの「ハート」が、四つ葉のクローバーのようにひとつになつてほしい……。そんな願いを込めて2005年に千葉で生まれた「NPO法人 地域医療を育てる会」。ある出来事をきっかけにこのNPOに入会した私は、まさに医療崩壊の危機に直面した地域で暮らす住民のひとりとして、知るべきこと、やるべきことが山積していることに気づかされました。本連載では、「住民と医療者が力を合わせれば、きっと崩壊への流れを食い止めることができる」、そんな信念で私たちが取り組んでいるさまざまな活動を紹介していきたいと思えます。まず1回目は、市民による夜間救急外来密着取材レポートです。

私が住んでいる千葉県山武郡では、数年前から「医療過疎」「医師不足」「救急患者のたらいまわし」「夜間救急の崩壊」……といった深刻な言葉が飛び交っています。そのことは、新聞やテレビ報道、また、医療問題を取り上げた書籍などを何冊か読んでも、自分なりに理解しているつもりでした。

ところが、2008年4月、「NPO法人 地域医療を育てる会」に入会し、実際にさまざまな活動に参加するようになってから、私は自分の「地域医療」に対する認識がいかに偏ったものであったかを痛感することになりました。入会してまだ数カ月しか経っていませんが、それはまさに、「目から鱗」の連続でした。

後、そのままICUで息を引き取ったのです。詳細は省きますが、その後の民事裁判でステロイド等の過剰投与と検査義務を怠った病院の過失が認められ、私たち遺族側が高裁で逆転勝訴するという結果となっております。

今思えば、こうした経験も私の医療不信に大きな影響を与えていたのでしょう。無理もないことかもしれませんが、自分の中に、無意識のうちに「壁」を作り、

「医師は高待遇、高収入、なのに、3分間診療しかしてくれない」「なんで病人がこんなに長時間待たされないといけないの!」

などなど、病院や医師に対して一方的な不満を募らせていたのです。しかし、そんな偏ったイメージは、あの夜を境にみごとに払拭されました。

以下は、私の自宅から車で10分ほどの場所にある千葉県立東金病院で、夜間救急外来の現場に密着させていただいたときのレポートです。病院側の許可を得て実現した、白衣を着

NPO法人地域医療を  
育てる会  
シンボルマーク



用しての取材は、これまで持ち得なかった「医療者」の視線を私に与えてくれた、貴重な時間となりました。

## 超過酷な救急外来の現場に愕然

2008年8月17日(日)、お盆休みの最終日にあたるこの日、私は「NPO法人 地域医療を育てる会」の仲間である大野英雄さんと共に、午後6時に東金病院へ向かいました。かねてから、「夜間救急外来現場の実態を、住民の立場から取材して会報で取り上げ、多くの住民に現状を知ってもらおう」という企画が持ち上がっており、ようやく実現にこぎつ



けたのです。

早速、病院側から手渡された白衣と取材の腕章を身につけた私たちは、そのまま1階の事務所で待機することに。救急車が到着したらこの部屋の電話が鳴り、私たちもすぐに処置室へ駆けつける、という段取りです。この夜、内科の輪番日だった東金病院は、医師2名、看護師長1名、外来看護師2名、放射線技師1名、臨床検査技師1名、薬剤師1名の計8名で、救急患者を受け入れる体制を整えていました。

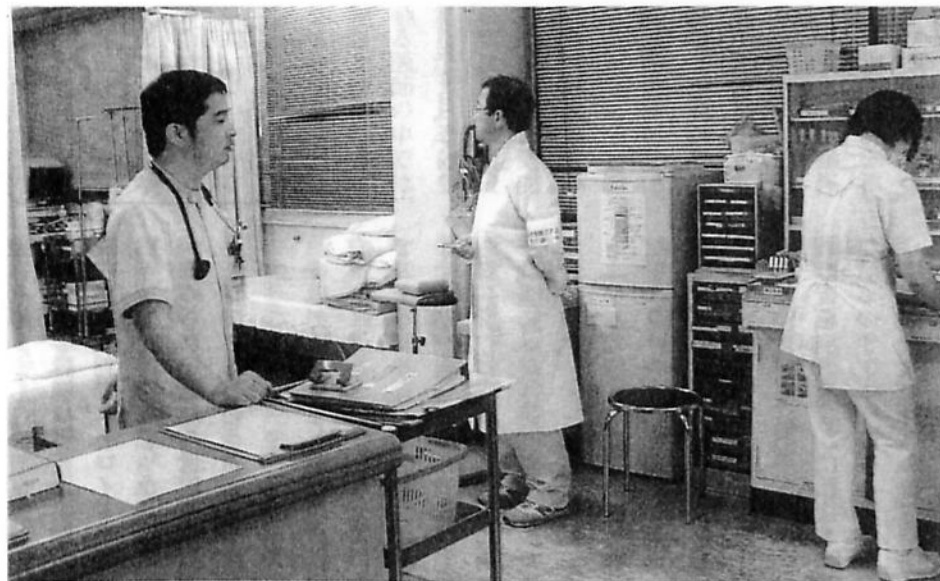
まず驚いたのは、当直の医師が36時間の連続勤務中だということ。彼らは、17日の午前9時から外来や病棟管理などの日勤をこなし、すでに明日の朝午前8時半まで続く、当直帯勤務に突入していたのです(一般のサラリーマンなら、そろそろ赤提灯へ一杯……、という時間帯かもしれません)。そして、翌朝は8時30分から再び通常勤務が始まり、午後5時半、長時間勤務がようやく終了するというのです(ただし、実際にはその後もカンファレンスなどがあり、

事実上は40時間勤務になることもざら。しかも月に4回もこの過酷な勤務をこなしているそうです!)

### 「36時間勤務」という言葉は、紙の上ではたびたび目にしている

目にしていましたが、こうして実際にその現場にいる医師たちの姿を目の当たりにすると、取材する前からにわかに信じられない思いがしました。しかし、これは東金病院だけでなく、日本の多くの勤務医の労働実態だということです。

さて、待機



休む間もなく徹夜で救急患者の受け入れに対応する医師とスタッフたち

をはじめてまもなく、救急車が到着。腹痛を訴えた近隣医療圏在住の患者が、地元の複数の病院に断られ、東

金病院へ搬送されてきたのです。しかし、この患者は重症肺炎のため、東金病院では治療困難と判断され、最終的にはさらに40キロほど離れたA市の病院へ救急車で転送されることになりました。付き添って来られ

た高齢の奥さんは、急いでまとめた小さな手荷物を抱え、「A市というところがどこにあるのかわからないんです。遠いんでしょう……」と不安げな様子でした。

自宅からA市の病院までは、車で片道2時間。公共交通機関を使うといったい何時間かかるでしょう。「救急患者は病院を選ぶことができない」という厳しい現実を突きつけられました。

次に搬送されてきたのは、自宅のトイレで嘔吐し、倒れていたという高齢の女性。頭部CTを撮ったところ、脳出血を認めましたが、出血多量で高齢のため手術は断念。駆けつけた家族は、「おばあちゃん……」と言いながら、まったく意識のなくなった患者にすがりついていました。

仮に若い患者で、手術が可能な場合でも、東金病院では手術が不可能なので、その後また速くの病院へ転送されることになるでしょう。

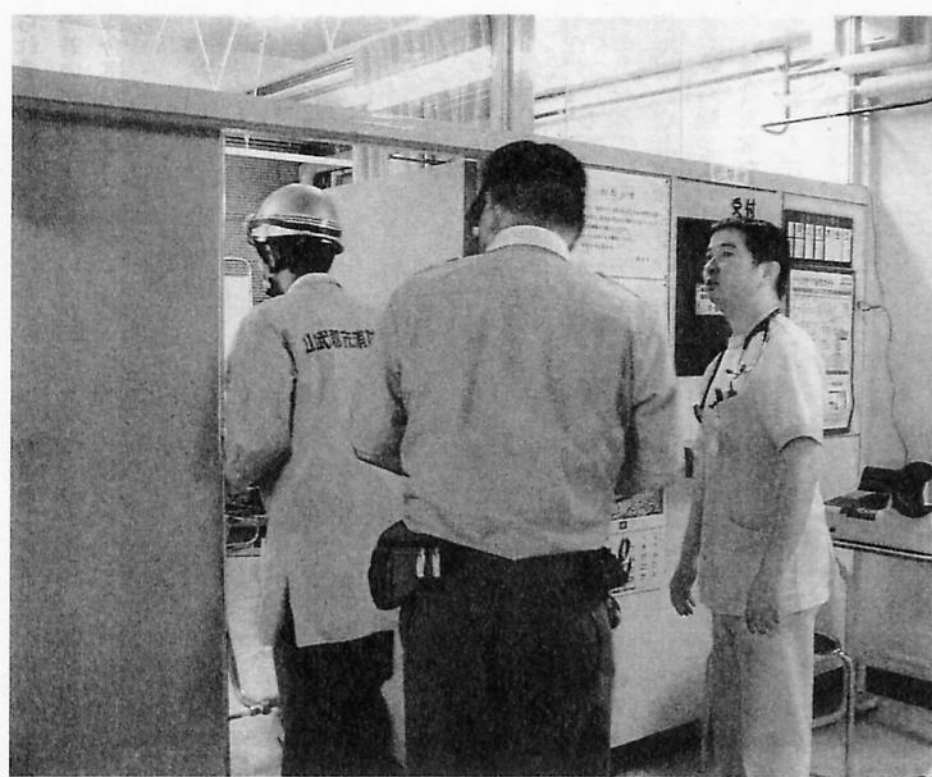
ちょうど医師がこの患者さんを処置しているとき、東金病院に別の病院から救急搬送依頼がありました。

しかしこのとき、医師も看護師さんも、生死をさまよう重篤な患者さんにつきつきり。無駄のない手早い処置が進められているとはいえないものの、もうひとりの重症患者を受け入れることはとても無理です。仕方なく、医師は東金病院への搬送を断りました。

そのとき、私の頭の中にふと、「受け入れ拒否」「たらいまわし」といった新聞の見出しがよぎりました。私たちはその言葉のどこかに、「医療者の怠慢、冷酷……」といったイメージを抱きがちではないでしょうか。しかし、医療者の立場から見れば、この状況で断るのは当然の判断です。受け皿がないのだから、仕方がないのです。

断られた患者とその家族は、その後、深夜の街中を、救急車に乗ったままどうさまよったのでしょうか。私は初めて、医療者、患者、双方の立場から、どうしようもない歯がゆさを感じました。

医師たちが重症患者にかかりきりの間、ちよつと気の毒なご家族もお



救急隊員から患者の状況を聞きとる医師

られました。

若い女性が4歳くらいの女の子を待合室のソファに寝かせてずっと待っていました。私はてっきり、女の子が熱を出し、診察の順番を待っているのだと思っていました。あまりにもその時間が長いので、「お子さんの具合が悪いのですか？」と声をかけてみると、「夫を待っているんです」とのこと。

彼女は、めまいと吐き気を訴える30代の夫をマイカーで病院へ運び（病院探しには電話を掛けまくったそうです）、そして、診察が終わるのをずっと待っていたのです。夫は奥の部屋で診察と検査を受け、点滴を受けながら眠っていました。脳のCTの結果は異常なし。そのことだけでも早く奥さんに伝えてあげていればよかったのですが、次々と運ばれてくる急患に医師や看護師は手が離せず、そこまでのゆとりがなかったようです。他の急患の処置で廊下を走っている看護師さんらの姿を見て、「ひよっとすると夫が急変したのかも...」と、とても不安だった

別表

『これが私たちの見た“夜間救急外来”の現実です』

(地域医療を育てる会 情報誌『クローバー』34号より引用)

以下は、2008年8月17日(22:30)~18日(2:30)に立ち会った現場の様子です(ただし私たちの目に入った場面のみ)。1人の急患が入ってきたら、問診だけではなく、その後さまざま検査も行われます。この日は、医師2名、看護師長1名、看護師3名、放射線技師1名、薬剤師1名の計8名体制でしたが、救急外来の裏側には、見えないところで待機している技師さんたちもフル稼働しておられることがよくわかりました。

- 22:20 女性Bさん(20代)、喘息の発作で直来。酸素吸入。
- 22:30 男性Cさん(70代)、検査室へ。  
男性Dさん(30代)、医師の間診後、頭部CT、採血。
- 22:50 Bさん、休憩後、2度目の酸素吸入。
- 22:55 医師、電話で院内の薬局に薬の問い合わせ。
- 22:56 腰痛を訴える女性Eさんが尿検査。
- 22:57 医師がDさんの頭部CT画像を確認。
- 22:58 医師、Eさんの問診。
- 22:59 Dさん、点滴を受けながら心電図を取る。
- 23:07 喘息発作のBさんに薬を渡す。
- 23:13 医師、Dさんの心電図チェック。
- 23:13 Eさん、採血。
- 23:14 医師、Cさんに腹部CTを見せながら説明。
- 23:51 救急車で女性Fさん(90代)搬送。意識なし。  
CT検査室へ。
- 00:10 FさんCTの結果、脳内出血が確認。  
嘔吐などで苦しむFさんに、看護師が吸引などの処置。
- 00:25 医師、脳外科専門病院に電話で問い合わせる。
- \*この頃、救急隊から連絡が入るが、受け入れできないため断る
- 00:35 家族への病状説明後、Fさん、入院となり個室へ移動。
- 00:50 直来女性のGさん(20代)が検温。
- 01:48 A病院で処置できないため救急車で男性Hさん(50代)転送。
- 02:02 Hさん、心電図をとり入院準備。
- 02:30 医師は入院患者の確認をするため、病棟へ。

たことでした。

とりあえず、「私が子供さんを見てるので、ご主人のところに行つてあげてください」というと、彼女は目に涙をためて、安堵された様子でした。彼女にとつて、救急の待合ソファで待っていた1時間半は、何十時間にも感じられたかもしれない。スタッフの数にゆとりがあれば、家族へのフォローも可能なのではし

けれど、この夜の人員体制ではとても無理だと感じました。

午後11時過ぎは患者ラッシュ

当直の医師からは事前に、「患者さんのピークは11時前後ですよ」と聞いていました。が、本当にそのとおりでした。どうやら深夜になる直前、

不安になる人が多いというのです。逆に、重症患者は12時を過ぎてから増えるそうです。

詳しくは、この日のメモを元に作成した別表を見てください。午後11時前後は、まさに分刻みでんでてこ舞い。採血、心電図、CT検査など、救急外来は医師だけでなく、看護師や技師など、それをサポートするスタッフが不可欠であることもよくわ



複数の病院に断られようやく東金病院に到着。しかし、間もなく40キロ離れた病院へ転送されることに……

100日以上あるそうです。技師に倒れられると治療ができないため、地域医療を守るためには、医師はもちろんです。技師を守ることも重要だということが、初めて理解できました。

さて、意外だったのは、救急車で搬送だけでなく「直来」、つまり自分で直接病院に来る人も大勢いたことです。同じ直来でも、電話で問い合わせから来る人、何もないまま直接来る人、実にさまざまです。中には、「日中、病院で待たされるのが億劫だから、この時間帯に来たのかしら?」と思えるような軽症の方もおられました。

たしかに、具合の悪いまま夜を迎えるのは心配かもしれません。しかし、本当に「救急外来」に駆け込むべき症状かどうか、私たち住民も今一度よく見極め、いわゆる「コンビニ受診」はなんとしても避けたいものだと思います。

さて、そうこうしているうちに午前2時半。救急外来にも少し静かな時間がやってきました。コンタクト

レンズを入れっぱなしだった私は、目が乾いてちかちかしてしまい、おまけに、立ちっぱなしで足が疲れ、頭もボーッ。頭の中は「あ、早くお布団の中にもぐりこみたい」という願望が占拠していました。しかし、考えてみれば、密着をはじめてからたったの8時間半しか経っていません。つくづく、自分の体力のなさを思い知らされました。

当たり前のことですが、救急現場では全く先の予定が立ちません。さらにはまったなしの緊張の連続です。深夜、こうして過酷な労働条件の中、常に心血を注いで闘っておられる医師や看護師、技師さんには敬服すると同時に、彼らの健康が心底心配になりました。

とにかく、聞くとなるとでは大連い。医療者とそして患者（地域住民）双方の過酷な救急現況を目の当たりにした私は、この日を境に、

「この現状を何とか打開する方法はないものだろうか……」

心から真剣にそう考えるようになっていたのです。（つくづく）

かりました。

ちなみに技師は東金病院に5人し

かいなため、当番日に病院に呼ばれる日、つまり「待機日」は年間

前2時半。救急外来にも少し静かな

っていたのです。（つくづく）