

突然倒れたら!

知っておきたい救急医療の知識



家族が救急搬送された経験を持つ
第1部司会の江口ともみさん



開会の挨拶をする
東京ハートセンター 遠藤真弘理事長



突然倒れた人を見たら、
取るべき行動を解説する
東京ハートセンター 細川丈志副院長



セミナーの企画主旨を説明する
東京ハートセンター 南淵明宏センター長

医療法人社団冠心会大崎病院東京ハートセンターは9月6日、品川区立総合区民会館「きゅりあん」(大井町)において一般の皆さんを対象にした第5回東京ハートセミナー「突然倒れたら! ~知っておきたい救急医療の知識~」を開催しました。平日のこの日は夕方からあいにくの雨模様でしたが、地域の人々の関心は非常に高く、定員1000人の大ホールには800人以上が集まりました。

第1部の基調講演は、東京大学大学院医学系研究科 外科学専攻生体管理医学講座・救急医学分野の矢作直樹教授と、認定NPO法人・救急ヘリ病院ネットワークの国松孝次理事長のお話を伺いました。

第2部のパネルディスカッションは、司会をエッセイストの阿川佐和子さんが務め、パネリストは基調講演のお二人と第1部で司会を担当したタレントの江口ともみさん、行政側から東京都福祉保健局の前田秀雄技監、メディアから医療ジャーナリストの伊藤隼也氏、今回のセミナーを企画した東京ハートセンターの南淵明宏センター長いっかげんが出席、救急医療に一家言ある総勢7人の豪華メンバーが顔を揃え、白熱した論議がかわされました。

救急医療～困ったとき、どうする?～



東京大学大学院医学系研究科
外科学専攻生体管理医学講座・救急医学分野 教授

矢作 直樹 氏

【やばぎ なおき】

1981年東京大学医学部卒業、国立循環器病センター（現・国立循環器病研究センター）、京都大学にて麻酔科、救急・集中治療、外科、内科、手術室などを経験。09年東京大学大学院新領域創成科学研究科管理栄養学専攻および工学部情報機械工学科教授、2017年から現職。

病気の緊急度判定の目安を知ろう

きょうは「急な病気でみなさんが困られたとき、どうすればいいか?」という視点で、救急医療についてお話しさせていただきます。患者さんが救急車で病院に運ばれて来たら、病院では最初に救急看護師が「緊急患者緊急度判定システム (CTAS)」で病気の緊急度を選別します。CTASには緊急度が高い順に、①蘇生レベル、②緊急、③準緊急、④低緊急、⑤非緊急の5段階があります。このうち準緊急くらいまでの特徴を知っておけば、イザというときに役立ちます。

「蘇生レベル」は、見たらすぐ分かるというようなケースが多いです。例えば、息をしていなくて心臓も止まってぐったりしている状態です。また全身に痙攣が起きてずっと止まらない状況も危険です。じきに脳がやられてしまいます。ひどい息切れも命にかかります。それから、倒れて意識がない場合は大変危険な状況と認識してよいと思います。これらはすぐ蘇生を行う必要があり大至急、救急コールをしなければなりません。

「緊急」で目安となるのは意識、呼吸、循環の3つです。意識はあるが、ちゃんと息をして胸がスーハースーハー動いているか、あるいはちゃんと脈があるかを確認して容体がひどいときは、急いで対処しなければいけない状況です。その次のレベルの「準緊急」は、普通よりも血圧が上がっているとか、痙攣が起きたがしばらくしたら治まったとかなど、容体の程度がCTASの蘇生や緊急レベルほどでないものと覚えていただけたら結構です。

蘇生・緊急レベルでは、一刻を争う重篤（症状が著しく重い）な患者さんに対応する三次救急医療機関（東京都は救命救急センター）に、それより下だと二次・一次救急医療機関に選ばれます。

患者の立場で判断示す電話相談

ご家族や身近な人が急に具合が悪くなったとき、119番に電話すると東京消防庁の窓口は「火事ですか? 救急ですか?」と聞いてきます。「救急です」と答えるという手順を踏みますので、CTASの蘇生レベルとか緊急とか、あるいはそれに近いかなと思ったら容体を説明して救急車をお願いしましょう。しかし、もしかしら救急車じゃなくてもいいのかなと思患者さん側が判断に迷うときは、救急医療に詳しい相談医療チームが担当する電話相談に回してくれます。そこでは、電話救急医療相談プロトコール（治療計画）という指針に基づいて患者さんの話を聞きながら、取るべき行動を選定してくれます。

この救急医療の電話相談には「#7119」に電話すれば直接つながります。この仕組みの一番良いところは病気の緊急度を評価しながら、今すぐ救急車に乗らないといけな、あるいはもう少し余裕を持ってタクシーなどで行ってよいかなど、患者さんの立場で時間の概念を加えた総合的な判断を示してくれることです。

また電話相談には、都民のための東京都医療機関案内サービス「ひまわり」(03-5272-0303)もあります。これらができてから、患者さんの救急コールはずいぶんスムーズになったと思います。

これからの救急医療とドクターヘリ



認定NPO法人・救急ヘリ病院ネットワーク (HEM-Net) 理事長

国松 孝次 氏

【くにまつ たかじ】

静岡県浜松市出身、東京大学法学部卒業。1961年警視庁入庁、兵庫県警本部部長、警視庁刑事部長を経て94年警視庁長官。97年退官。99年特命全權スイス大使（～2002年）、03年から現職。

震災後、危機への考え方が変化

時速200°の高速で飛行するヘリコプターに医師と看護師が乗り込み、短時間で救急現場に到着して患者の命を救う救急医療用ヘリコプター、いわゆるドクターヘリを全国に普及させるため、私は2003年からNPO活動に取り組みしております。この10年間、私は日本の救急医療をドクターヘリという側面からずっと見て参りました。そこから得た現在の救急医療の課題や展望をお話しさせていただこうと思います。

日本の国にはいろいろな課題がありますが、そのなかで救急医療は最も重要なものの1つだと思います。それは昨年の中東大震災を経験した国民に、またこの大震災と同じような大震災が起こる可能性が高く、そうなったらもっと大変なことになるんじゃないかという不安があるからです。一般的に危機に備えるには「心構え」と「対策」が必要といわれますが、日本人の危機に対する考え方はスイス人などと比べると180度違います。

日本人にとっての典型的な危機は、昔から地震や台風などの自然災害です。これらは人の力ではどうにもならない程の被害をもたらしましたが、長い間に日本人は「危機は身近な日常とは無関係に起きる、非日常的な出来事」と観念するようになりました。従って、危機への備えは日常的には行わず起きてからバタバタとその場をしのぎ、危機が去ったら再び平穏な日常に戻る、その繰り返しだったのです。また「安全と水はタダ」というように、日本人には安全にお金をかける考え方はあまりありませんでした。しかし震災

後は、日本人の危機に対する考え方は少し変わってきていると思います。危機を日常的に意識して長期的な対策を立てて「人の命を守ろう」という方向に、です。そういう意味では、今は救急医療のあり方を考えるのには絶好のタイミングです。

地域によって命に格差がある?!

私が考える日本の救急医療の制度的な課題は4点あります。まず、①救急車の足らざる所を補う「二の矢を継ぐ」救急体制の整備が必要です。救急車が間に合わない場合でもドクターヘリが全国に整備されていれば、二の矢の体制が整います。②「県境を超える広域医療体制」の整備が必要です。患者を最寄りではなく、県境を超えても最適な病院に運ぶことができる広域医療体制が整えば、大災害などのときもスムーズに救急医療を提供できます。

③「命の地域格差の是正」が必要です。ある調査研究によれば、第三次救急医療機関へのアクセス時間を都道府県別に比較してみると、東京都の15分、大阪府20分に比べて北海道は90分近く、長崎県では90分を超えていました。60分以上かかるのが18道府県です。これはある意味で「命の格差」とも言え、何とかしなければいけません。④救急医療の機能分化と集約化が必要です。救急や専門医療において、世の中のニーズに合わない病院は統廃合して、高度な専門能力を習得した多くの医師を基幹病院に集中して常駐させる体制が必要です。

以上の課題に対して、ドクターヘリの全国整備が有効な「解」になると確信しています。

イザというとき、あわてない 「都民のための救急医療」



救急医療の電話相談

都民に知られていない？ #7119

阿川 きょう会場にお集まりの皆さんは一般の方が多いと思います。どんなときに救急車を呼ぶのか？そこにはどんな問題があって、患者は何をどう心がけるか？などが分かることが、パネルディスカッションの大事な役目だと思いますので、よろしくお願いします。

矢作先生は東大病院の救命救急センターにいらっしゃいます。病院に行くときと夜間救急窓口って違うのがありますけど、それとは違うんですか。

矢作 基本的には一緒です。

阿川 同じなんです。前々から一度聞きたかったことなんです。例えば夜中にケガをして救急車なりタクシーなりで病院に行ったとき、この病院にはいま新米のお医者さんしかいないんじゃないかって不安がすごくあるんですが、その辺りはどうなんでしょう？

矢作 いや、そんなことはないようにいろいろ考えていると思います。ですから、さきほどの講演で話をさせてもらったんですけど、119番に電話していただくとそこそこの水先案内をしてくれるので、それを信頼していただくのがいいんじゃないかと思えます。

阿川 さっき司会をなさった江口さん、矢作先生のお話で出た水先案内のことを私は知らなかったんですけど。

江口 #7119という救急医療の相談電話番号があります。

阿川 そんなこと、どこで教えてくれるんですか。

江口 どこで教えてくれるんでしょう？

矢作 東京都はちゃんと広報されています、ね？

前田 すみません。皆さんが行かれるお近くの病院

やクリニックなどに案内が置いてあるんですが、なかなか見ていただけなくて(笑)。

阿川 私に謝らなくても、会場の皆さんにどうぞ。

前田 東京都には「大切な命を助けるために(東京ルール)」という救急医療のルールブック(小冊子)がありまして、このなかで#7119(東京消防庁救急相談センター)を案内しています。患者さん側が救急車を呼んだほうがいいのかどうか、判断に迷ったとき電話してもらって救急医療に詳しい担当者がお話を聞いてどうすればいいかなどの相談に乗ってくれます。#7119(シャープな119)と覚えておけばイザというとき助かると思います。

日本の救急医療の現状

世界水準だが、課題も多い

江口 119番に電話したとき電話を受ける人は、医療的な判断はできる人たちなんですか。

前田 ある程度は分かっています。ただ119番というのは電話を受けたら迎えに行かなくてはいけないという使命がありますので、たとえ軽症と認識しても迎えに行きます。

江口 テレビのニュースにもなりましたが、昨年山形県の大学生(男性)が具合が悪くなって119番して救急車を要請したところ、電話を受けた消防の担当者は緊急じゃないと判断して、自分でタクシーを呼んで病院に行くようにアドバイスした結果、その大学生は病院に行けず自室で死亡したという事件が報道されました。こういう事例を見聞きすると、消防の電話担当者は医療知識がある人じゃないと不安を覚えます。

伊藤 いいえ、消防で電話を受ける人はむしろ知識がないほうがいいんです。それはお医者さんでも救急患者の容態は見極めがむずかしい症例が多いか



エッセイスト、タレント
阿川 佐和子氏 [あがわ さわこ]

東京都出身、慶應義塾大学文学部卒。1981年『朝のネットワーク』(TBS系)のレポーター。99年『読者文学賞』を受賞した『クイズ』他、小説やエッセイ多数。2012年1月発売の『関ヶ原』がベストセラー。『ピートとけしのTVタックル』(テレビ朝日)にレギュラー出演中。



東京都福祉保健局 技監
前田 秀雄氏 [まえだ ひでお]

医師。日本医科大学卒業後、東京都衛生局、保健所等で公衆衛生行政に従事。東京都健康安全研究センター所長、東京都福祉保健局技監を経て現在に至る。



認定NPO法人・救急ヘリ病院ネットワーク (HEM-Net) 理事長
国松 孝次氏 [くにまつ たかし]

*プロフィールは3ページ



東京大学大学院医学系研究科 外科学専攻生体管理医学講座・救急医学分野 教授
矢作 直樹氏 [やはぎ なおき]

*プロフィールは3ページ

転載・二次使用禁止

らです。119番の電話の情報だけでトリアージ(選別)するやり方があるとすれば、根本的に間違っています。患者さんを見ていないし体を触ってもいない、レントゲンも撮っていないんですから本当のところは分からないです。欧米の病院ではER(急患科)って、重篤から軽症まで全ての救急患者を、医療従事者が緊急度を選別して受け入れています。

阿川 南淵先生、いかがですか。

南淵 医療側の旗色がちょっと悪い雰囲気になってしまったんですけど(笑)。確かに江口さんがおっしゃったり、伊藤さんが指摘されたような「それはひどい、よくないな」という話もありますが、でもやっぱり救急医療の良い面もたくさんあると思うんです。かつて僕が医者になった30年くらい前、それから「たらい回し」うぬぬが問題化した10年くらい前、その頃から国松理事長のHEM-Netをはじめとするいろいろな改善や努力がなされてきて、まあ昔に比べると救急医療はすごく良くなったなと実感します。

ある意味で、人の一生は目を閉じて山の稜線を歩いているような危ういものです。いつどこで足を踏み外してしまうかもわからない。そういう不安は誰しもあるわけですが、山から落ちそうになったときグッと引き揚げてくれる役割の救急医療は、諸外国を見渡せばお金を払わなければ救急車が来ないような国もあるわけですから、日本は相当しっかりしているんじゃないかと思えます。

阿川 良い方向でね。国松理事長は17年前、暴漢にピストルで狙撃されたところを救急医療のお蔭で命拾いしたということですけど、日本の救急医療をどう思われますか。

国松 日本の救急医療の質、救急搬送体制は国際比較をしても決して遜色はないだろうと思います。東京都の場合、救急車は適切な病院にわずか15分

くらいで到着します。それは非常にいいことなんですけれども、最近は医療が高度化し専門化していますから、現在は患者さんに最適な医療を提供するためにはどうしたらいいか？というテーマに比重が移ってきています。そうなる時速200kmのドクターヘリの機能が注目されます。救急車で間に合わない場合、ドクターヘリで補完する、この仕組みを作らなければ本当の救急医療体制は完成しないというのが我々の考えです。

救急車を呼んだとき

現場の状況次第で対応さまざま

阿川 救急車で運んでもらうとき、「この病院に連れて行ってほしい」という希望は聞いてもらえるものなんですか。

前田 救急隊は患者さんの症状を見て現場近くの医療機関に電話するんですが、そのときに「かかりつけの病院があって、ここに行けば私は診てもらえます」というお話があればそちらに連絡を取って、病院が受け入れてくれるとそこへ搬送します。ただ症状と距離の関係で、症状から見てもっと近い別の病院のほうが良さそうだということであれば、違う判断になります。

阿川 それは救急隊が判断できるんですか。

前田 救急車には救命救急に熟知している救急救命士が必ず1人乗っていて判断します。またそこで判断がつかない場合、消防庁の指令センターに連絡すると救急医からの確かな指示が出されるシステムになっています。

南淵 僕は、救急隊の人はすごく専門レベルが高いという印象です。医療知識もそうですし、患者を見て現場を見てそれで判断するという行動全体を通してです。

イザというとき、あわてない「都民のための救急医療」



僕の体験を話しますと、実の母親が倒れたとき家から職場に電話がかかってきて救急隊の人と話しました。僕は、母親の普段の状態から脳梗塞だろうと考えて、知り合いの脳外科医がいる南町田病院に行ってくださいと言ったんです。そうしたら、現場にいる救急隊の人が反対するわけですよ。「いや、お母さんは糖尿病があるから血糖の問題かわからないし、脳とは限らないです」。救急隊は「聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院に運ぼうと思います」と言うのです。わたしの意見があっさりボツにされたのです。でも、救急隊の人は現場で実際に自分が患者（僕の母親）を見てそういう風に考えたわけですからすごく説得力があるんです。あっ、すごい人だな、よろしくお願ひしますって言っちゃいまして、救急隊の判断した病院に運んでいただき母親は助かりました。

江口 私は正反対の経験をしました。がん治療中の私の父が入院先の病院から一時自宅に戻っているときに倒れました。急いで救急車を呼んで、救急車の運転手さんの目の前で私が父の入院先の病院に電話して先生に事情を話したら「すぐ運びなさい」と言ってくだったので「入院先の病院に運んでください」とお願いしました。でも、運転手さんは「指令センターからOKが来ないから動けない」と。そばにいた父は意識がない状態なんです。結局30分くらいも待たされました。そういうのって、どうなのでしょう。

伊藤 それは、二次救急と三次救急のシステムが違うからなんです。救急車が自分で行き先を決められるのは二次救急までなんです。それは消防庁の決まりです。

阿川 二次救急って？

伊藤 命にすぐさま危機はないけれども入院が必要な救急状態が二次救急です。三次救急は重篤で

命に危機があるかもしれないという救急状態。最も軽い救急状態を一次救急とか、初期救急とかいいます。

今みたいな話は往々にしてあります。江口さんのお父さんに命の危機があるかもしれない状況で、江口さんが希望した病院が三次救急医療機関の場合、大手町の指令センターが許可しないと救急車が行かないというケースは実際にあります。ただ、ある程度は救急隊にも裁量があるので救急隊が判断して行くケースもある。そこは現場の状況でかなり違ってくるので、ここで江口さんのケースを具体的に検証するのはむずかしいですね。

阿川 そうですね。いろんな複雑な要因も考えられます。そういう悲しいことがあっては困りますから、東京都は東京ルールで救急患者が迅速に医療を受けられるよう、都内の医療圏ごとに「地域救急医療センター」を整備しています（東京都全体で固定が12病院、当番型66病院）。これは、もし救急隊が要請しても5病院以上で断られた場合、あるいは20分以内に受け入れ病院が見つからないときには、地域救急医療センター運用病院が責任を持って受け入れ病院を探す。そして探せない場合には自分のところで引き受けるという取り決めです。

阿川 矢作先生から今の救急車問題について補足することはありますか。

矢作 江口さんの場合は別だったようですが、一般的には緊急度が高ければ三次救急のホットライン・システムに乗るので問題なく進むんですけど、緊急度が必ずしも高くなくて診療が多科にまたがるようなケースは二次救急の病院を探すのはとてもむずかしくなります。東京都には二次救急病院が253施設ありますが、何でも診られる病院が少ないからです。ただ、地域救急医療センターが強力な砦として機能していることは救いです。



タレント
江口ともみ氏 [えぐちともみ]

東京生まれ。東洋英和女学院短期大学卒業。ブレイクや同業を主な活動としている。「ビートたけしの『Vタックル』」(テレビ朝日)にレギュラー出演中。



医療ジャーナリスト
伊藤隼也氏 [いとう しゅんや]

出版業界勤務を経て1982年フリーランスカメラマンとしてスタート。94年父親の医療事故被害者として医療に関心を持つ。国内外の病院や医療現場取材し、雑誌などで多くの医療記事を執筆。テレビコメンテーターとしての顔も持つ。一般向け医療書多数。



心臓外科医、東京ハートセンターセンター長
南淵明宏氏 [なぶち あきひろ]

大阪府生まれ。1983年東京医科大学卒業。医師免許取得。オーストラリア・シンガポールで研修。91年帰国し、その後心臓外科医として活躍中。2010年12月から現職。著書やテレビ出演が多く、最も知名度が高い外科医の一人。

専門家からのアドバイス

賢くなって、強い気持ちを持つ

阿川 最後に、患者さんへのアドバイスとして、これだけは言っておきたいことや言いそびれたことなどがありましたら、前田先生いかがですか。

前田 #7119以外にも、どうしてもときに救急車を呼んだらいいか?の目安となるガイドブック「東京版救急受診ガイド」を東京消防庁が作りました。このなかで、ためらわずに救急車を呼んでほしい10例くらいの症状が説明してあり、思い当たるときは救急車を呼びましょうと解説しています。大きな救急病院やお近くの消防署でもらえます。ガイドにはパソコンやスマートフォンからもアクセスでき、こちらは目安となる症状が書いてあって取るべき行動を案内してくれます。

阿川 矢作先生は？

矢作 病気の場合、必ずしも自分で軽いか重いか分からないことがあるので「体がおかしい」と思ったら、ためらわずに119番あるいは#7119をかけたらいと思います。

阿川 そうですか。何でもかんでも、いたずらに呼ぶなっていう声もありましたけど。

矢作 ケガはそう間違わないんですけども、病気は特に高齢の方やもともと持病を持っていらっしゃる方は見極めや判断がむずかしいのです。意識がヘンとか、胸がすごく苦しいとか、息(呼吸)が苦しいなどという場合は重篤かもしれません。

阿川 なるほど、やはりお医者さんのお立場から南淵先生は？

南淵 自分や家族の身に大変なことが起こったら「何が何でも助けよう」という強い気持ちで必死に行動する。もう世の中を動かすほどの根性が大事です。僕の患者さんでもそういう人が結構いらっしゃ

います。夜中に「倒れた!」と僕の携帯電話にいきなりかかってきて「なんですか、あなた」なんて言い合いになったりして。でもそういう風でもいいですから誰かに助けを求め、のたうち回る、遠慮しちゃいけない。こういうことで命が助かることもあるので、皆さん決してあきらめないでください。

阿川 こんなアドバイスを受けるとは思いませんでした。国松理事長どうぞ。

国松 わたしはお医者さんでも医療関係者でもありませんけれども、東京の方々にお願いしたいのは、医療にある地域格差の是正です。医療に地域格差があるということは、命に地域格差があることで、つまりは「命の差」につながることを、一つお考えいただきたい。

阿川 ありがとうございます。では伊藤さん。

伊藤 119番をかけても実は自分の家を説明できない人は結構多いのです。ですから、特に病気のある人は住所とか自分の家の目印などを置いたものを電話のそばに置いておくのと便利です。それと、突然倒れて死ぬ可能性があるのは脳と心臓です。この2つは、信頼できる病院に1回かかると、倒れたときそこに運んでくれる可能性があります。

阿川 最後に江口さんのご感想を。

江口 きょうは基調講演から、どのレベルで救急車を呼んだらいいのかという基準がちょっと分かったような気がします。患者へのアドバイスでは南淵先生から「患者側はとにかく何か必死に行動すればいい」という重要なポイントを教えていただいた気がします。

阿川 きょうは本当に盛り沢山の内容でしたけれども、皆さんにとって救急医療の知識習得や心構えの一助になればいいと思います。

本当に長時間ありがとうございました。



轉載·二次使用禁止