

2) 外傷・院外心肺停止・腹部の救急診療

船橋市立医療センター救急救命センター 部長
箕輪良行

委員会で項目をつくってきた背景をお話して皆さんから疑問点を出していただき、今後の施行および再検討の材料にさせていただくことが私の役目であると思っております。

項目を生成するときに私たちが考えたのは、豊富な医者とスタッフが集まるチーム (horizontal) でなくてもできる vertical approach です。医師数・看護婦数が限られていても、毎日たくさんの外傷にぶつからなくても、取りこぼしなく診療できるプロセスを大事にしています。具体的には、医師・看護婦・コメディカルが集まり、history と physical を重視して、比較的簡便な手技で処置、治療をすることを目標にしています。そういう意味で、“step by step” ということが1つの考え方です。

また、項目のなかで、地域内での救急の完結あるいは外傷・院外心肺停止等の完結が配慮されています。具体的には、施設以外の資源を有効利用して、搬送も考えた診療を行うことです。また、教育と自己評価ということで、院内における教育および第三者による評価等を意識しているかどうかを問題にしています。以上について、テキストに沿って具体的にお話します。

外傷

「救急医療評価スタンダード Ver.1.0」に、参考資料として American College of Surgeons が作成した “Advanced Trauma Life Support Student Manual (ATLS)” が挙げられています。ATLS を採用した根拠は、多くのデータと経験を有するアメリカ外科学会が作成したことと、実際に世界の

30 近い国でそのスタンダードに則った診療が行われているためです。外傷の項目は、ATLS に基づき、自分たちの施設や委員会の先生方の施設等で行っていることを踏まえて作成されました。

大項目「5.1 外傷患者の救急受け入れが適切である」のうち、「5.1.3 多発外傷ではあらかじめ複数の医師・看護婦・技師が集合する」は、救急隊との最初の連絡あるいは他施設からの連絡で重症外傷が疑われる場合に、複数の医師あるいは看護婦がチームとして働ける体制があるかどうかを訊いています。具体的には、トリアージが適切に行われているか、そのトリアージに基づく院内体制の発動ができるかどうかということです。

大項目「5.2 初療の指針がある」では、初療について意思統一あるいは方向性ができているかどうかを訊いています。

大項目「5.3 標準的な外傷初期診療を実施している」以降は、標準的な指針について、内容をプロセスとして挙げています。バーティカルなアプローチ医師あるいは看護婦が順にやっていくことにより大事な診療を行えるという意味ではクリティカルパスやクリニカルパスに近い考え方で、標準的な診療のプロセスが順に記載されています。各項目は、馬鹿げているほど単純で当たり前のことです。たとえば、「5.3.7 非クロスマッチの型一致の緊急輸血を 10 分以内に開始できる」は、輸液に反応しない輸血が必要と思われる患者に非クロスマッチの型一致の輸血を直ちに開始できるかどうか、ストラクチャーとともにプロセスを訊いています。「5.3.9 患者を直ちに脱衣して観察したのちブランケットで被っている」は、すぐに洋服

を取ることは当然ですが、同時に低体温を予防する配慮ができていないか訊いています。また、「5.3.12 ポータブル X 線で胸部、骨盤、頸椎を撮影している」は、見落としは避けたい、あるいは隠れた損傷を探す上で重要な、ポータブル X 線写真を撮るプロセスを訊いています。「5.3.14 受傷機転について考慮している」は、先ほどのトリアージとも関係しますが、早い時期から考察すべきことを強調して取り上げています。

大項目「5.4 最終的に担当する診療グループがある」では、外科医を含めた体制をとりうるかどうかを、「ここからは施設の範囲外である」「地域の中でやる」ことも含めて訊いています。大項目「5.5 適切な医療機関に安全に搬送する」では、後方施設への転送・搬送について具体的に訊いています。また、大項目「5.6 定期的な症例検討を院内で実施している」「5.7 転帰・合併症・1年後生存率を登録している」では、診療に対する自己評価あるいは管理について訊いています。

個別の臓器の外傷については、いくつかのポイントを訊いています。大項目「5.8 頭部外傷の診療が適切である」では、GCS の 13、14、15 の軽症外傷以外の中等症以下で、どのような対応をしているかを訊いています。5.8.2 以降は、GCS でいう 8 以下の重症外傷、12~9 の中等症について、どのように対応しているかを訊いています。5.8.5 は、日本（とくに外傷や脳外科を中心にやっている施設）では頭部 CT が非常に普及しているので、頭部 CT 検査による頭蓋内の血腫の診断について、ATLS アメリカのガイドラインよりも突っ込んだかたちでプロセスとして取り上げています。また、5.8.9 では頸椎固定について訊いています。さらに、個別の臓器の診療として、5.9 で胸部の外傷、5.10 で腹部の外傷、5.11 で四肢骨盤について訊いています。

basic life support に相当する気道確保・換気の補助については、一部抜け落ちています。多くは、各論の循環器・呼吸器の項目に入っています。

院外心肺停止

「救急医療評価スタンダード Ver.1.0」の p.59 に、参考資料として American Heart Association が作成した“Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiopulmonary Care”が挙げられています。ACLS という考え方が具体的に示されたこのガイドライン（1992 年版）の CPR および救急の心血管診療に関する部分を参考にしながら、項目を作成しました。

大項目「7.2 救命救急士に一括指示を出している」は、救急救命士のプレホスピタルの活動を意識した項目です。大項目「7.4 標準的な ACLS を実施している」は、標準的な cardiac life support ということで、2 次救命処置の院外心肺停止に関する項目について、身体診察、また簡単な処置による対応内容をプロセスとして評価しています。たとえば、「7.4.3 心室細動、脈のない心室頻拍には気管内挿管前にまず除細動を 3 回まで実施する」は、すでに常識となっている VF またはパルスレス VT に対する除細動の実施を確認しています。同様に、「7.4.4 エピネフリンは一定時間毎に繰り返し投与する」では、現在あるエビデンスに基づいた診療をしているかどうかを訊いています。「7.4.5 静注用キシロカインが準備されている」については、日本ではアミオダロンの静注が一般化していませんが、2000 年のガイドラインで、書き直す必要のある項目であると思われます。また、「7.4.8 重炭酸ナトリウムの投与を適応を限って実施している」は、重炭酸ナトリウム（メイロン）の限定的な使用について、厳格に行っているかどうかを問うています。

大項目 7.5 以下は循環器を含む専門家集団に手渡しできる院内体制があるかどうかを訊いています。7.6 は、専門医療機関への搬送に関する項目です。7.7 は、3 次医療機関で取り扱えるような、あるいはまさに 3 次医療機関が担当するような集中治療における脳蘇生に関する項目です。7.8 以降は、施設内でのデータ管理・質の管理に関する項目です。

腹部の救急

腹部の救急については、ATLS や ACLS のように国際的で決定的なガイドラインがないので、いくつかのガイドラインを参考に、患者の受け入れ、初診のガイドライン、診療のプロセスについて項目を考えました。腹部救急疾患は非常に幅が広く、外科だけでなく産婦人科・泌尿器科・心臓血管外科の領域も入っているので、初療医である救急医が院内の専門家と協力してどこまでできるかを問うています。

踏み込んで訊いたのは、「4.3.6 緊急内視鏡検査を実施している」と「4.3.7 内視鏡下の止血術を行うことができる」で、緊急内視鏡の施行と出血性の上部消化管出血等への止血術について、プロセスとして聞いています。おそらく、これらは重みづけが非常に高くなる項目でもあり、「そこまでは」というご意見の出る項目でもあると思います。

「4.3.8 内視鏡下の乳頭切開や PTC 等の緊急減黄術を実施している」については、地域の外科の先生が中心になっている救急施設では、常識あるいは日常的とおっしゃるところもあると思います。同様に、「4.3.9 緊急に腹部血管造影を実施できる」「4.3.10 緊急開腹術を実施している」については、たぶん「そこまでは」というご意見があると思われる。しかし、現実に地域の中には一芸に秀でた救急医療機関はありますし、そのような医療機関が適切にプロセス、アウトカムを評価されることが望ましいと考えます。

アウトカムの指標

アウトカムの指標については、資料「診療件数とアウトカム一覧（検討中）」をご覧ください。

外傷のアウトカムは、すでに国内に外傷の評価をしている研究会があるので、そこで出しているものを参考にしました。

腹部の救急診療については、急性の救急の腹部疾患ということで、いちばん見落としの多い急性虫垂炎の手術件数を挙げました。緊急内視鏡件数は 1 つの活動の指標で、臨床評価指標としての

価値があると考えて挙げております。

院外心肺停止の場合は、地域の中における数字という意味合いがあると思いますが、Utstein style の評価をしたうえで、将来このような項目を挙げることを求められることも考えて挙げました。

駆け足で、考え方と作成した内容の大枠についてお話いたしました。

＜スタンダード&スコアリングガイドライン：各論＞

3) 脳神経系・中毒の救急診療

東京大学大学院医学系研究科
東京大学医学部附属病院救急部・集中治療部 助教授 坂本哲也

1. 脳神経系疾患の救急診療が適切である。

1.1 脳神経系疾患の診療過程が適切である

脳神経系疾患の救急診療が関与する疾患・病態は多岐に渡るが、診療の質を評価する対象として用いるためには

1. 疾患の頻度が高くまれでないこと
2. 診療の内容によって予後が変わり得ること
3. 診療のガイドライン・コンセンサスが得られているもの

の3条件が必要である。

上記を満たすものとして脳卒中を取り上げ、初療時の診療プロセスについての評価を考案した。一般的な診療体制についての質問の後に、特に重要な脳塞栓急性期、脳ヘルニアによる意識障害、クモ膜下出血を念頭において具体的な内容について質問いたします。次いで、急性期の全身管理についてと後遺症への対処について質問いたします。

病院の脳卒中に対する考え方、専任の脳神経外科医がいるか否かなどで求められるものは異なりますので、地域における病院の役割を勘案した上で評価することになります。

6. 中毒の救急診療が適切である。

6.1 中毒の診療過程が適切である

中毒は救急診療に不可欠な疾患の一つです。中毒診療は原因物質により体系立てられていますので、想定される原因薬毒物に対応した準備をしておくことと、現場ですぐにわからないことは何処で調べられるかという情報の有無が重要です。

評価項目としては、中毒に対する診療体制、一般的治療、解毒薬、原因薬物分析について質問いたします。

3) 脳神経系・中毒の救急診療

東京大学大学院医学系研究科
東京大学医学部附属病院救急部・集中治療部 助教授
坂本哲也

簡単に項目の紹介をしたいと思います。

(スライド2)

評価対象の条件として、頻度が高いこと、診療の内容によって予後が変わるようなものであること、内容についてコンセンサスが得られていて、皆がそれを認めうるものを考えました。

脳神経系

(スライド3)

脳神経系の救急でとくに脳卒中に限定したのは、脳卒中自体の数が多いこと、診療の内容によって予後がかなり異なってくる可能性があることが理由です。大きな項目としては、まず一般的な診療体制を置きました。それから、いくつかの疾患あるいは病態（片麻痺を主体とした脳梗塞急性期、脳ヘルニアによる意識障害、頭痛・クモ膜下出血、脳卒中で初療から重要になってくる全身管理）を念頭において、プロセスを問う具体的な質問を置きました。また、リハビリテーションを含む後遺症への対応を問う質問を考えました。

(スライド4)

一般的な診療体制として重要なことは、その病院が脳卒中に対してどのぐらい熱意をもっているかがあります。体制の中では、神経内科医あるいは脳神経外科医が、直接診療する体制であるかどうか、そうでなければいつでも相談できる体制になっているかどうかを重視されます。

(スライド5)

突然の片麻痺を呈した患者さんが来院した場合には、例えば脳梗塞症の急性期を想定してありま

す。American Heart Association のガイドラインに準拠したかたちで、一定時間内にやるべきことができているかどうかを問うことが主体になります。手術が考慮される患者さんに関しては、その施設に脳神経科医がいない場合でも、2時間以内には専門医に画像をもって相談できる体制を敷いているかどうかを問う質問を置きました。

(スライド6)

意識障害のある患者に関しては、意識障害に続く呼吸あるいは循環の問題を救急外来で解決できるようにしているかどうかを問います。

(スライド7)

主な意識障害の原因の中で時間的な経過で取り返しのつかない不可逆的な変化の起こる意識障害として脳ヘルニアを想定し、時間経過を十分に考慮した対応ができているかどうかを重点的にチェックすることにしました。

(スライド8)

激しい頭痛を呈して来院した患者さんについて、クモ膜下出血が疑われる場合は先行する頭痛の有無を尋ねているか、CTでクモ膜下出血がはっきりしない場合は必ず腰椎穿刺をしているかといった基本的な質問が並んでいます。また、クモ膜下出血と診断した場合には、適切な鎮静を行っているかどうか訊いています。

(スライド9)

このような初期診断と初療の後に関しては、その施設に脳神経外科専門医がいるかどうか、手術の準備があるかどうかは、必ずしも必要とされません。手術が可能な施設に転送できれば脳血管撮影や、手術は基本的にできるという評価を与えて

もいいという前提で、「必要があればいつでも脳血管撮影が可能である」あるいは「手術が可能である」「不可能であれば即座に安全な転送が可能である」としてあります。つまり、できる施設とできない施設の間では、密な連絡ができることが必要です。また、クモ膜下出血がなければそれによしとせず、きちんと髄液検査をして炎症性の疾患を判断して治療しているかどうかまでを問うことにしています。

(スライド 10)

全身管理に対しては、痙攣に対する処置、あるいは血圧の管理の基準などに関して問うています。

(スライド 11)

リハビリテーションに関しては、リハビリテーションが救急の質の評価に直接関与するかどうかは難しいのですが、基本的には早期のリハビリテーションに意義があると考えられます。そこで、リハビリテーションにつなぐまでの間に漫然と患者を放置しないで、必要な場合はすぐにリハビリテーションを開始する、あるいは可能であれば転院させるべきであろうことを念頭において治療しているかどうかを判断しました。

(スライド 12)

アウトカムに関しては、脳卒中のなかの脳梗塞・高血圧性脳内血腫・クモ膜下出血の入院件数、そのうち急性期の治療を行ったものとして例えば溶解療法の数、血腫除去術数、クリッピング手術数を訊いています。最終的なアウトカムは、上記 3 大疾患の院内死亡件数と、独歩で退院できた件数を尋ねることによって調べています。

(スライド 13)

留意点としては、病院の脳卒中に対する考え方で、専任の脳神経外科医がいるかいないか等で求めるものが異なってきます。また、病院が地域で何を求められているかにもよります。自分の施設が、地域のなかで脳外科あるいは神経疾患に関して重要な位置を占めなければいけないという判断であれば、これらが必要になります。あるいは、近くにそれらができる病院があって十分な連携がとれているのであれば、該当する疾患が疑われた場合に速やかな転院ができることが評価のポイントになります。

中毒

(スライド 14)

中毒に関しては、一般的な診療体制、非特異的治療としての一般的治療、特異的治療としての解毒薬の使用、原因薬物の分析にどこまで迫っているかという点について大項目を決めています。

(スライド 15)

一般的な診療体制としては、中毒に詳しい医師が診ているか、中毒に関する教科書を常備しているか、迅速に中毒情報センターに問い合わせるシステムができていないか、薬剤師が中毒の診療に協力してデータを持って来てくれることができるかといった、情報にアクセスできるかどうかが大きなポイントになります。また、自殺企図が非常に多く、その場の中毒治療をするだけでは再発例が多くなるため、精神科医が対応できるかどうかポイントになります。さらに、法的な問題としては、麻薬中毒の届出が適切に行われているかどうかを訊きます。

(スライド 16)

一般的な治療として、酸素の投与、胃洗浄、活性炭と下剤の投与は標準的なものですが、血液浄化療法は適応があれば行うことになっています。メタノール中毒に対する血液透析、パラコート中毒に対する血液灌流などは十分に適応があると考えられますが、それらを自施設で行うか、あるいは可能な施設に転院させるか、つまりそれだけの知識と情報をもっているかを重視しています。

(スライド 17)

解毒薬に関しては、農村部や近郊部では有機リン中毒患者のためのアトロピンや PAM が必要でしょうし、都市部では市販薬等に多いアセトアミノフェン中毒に対する N-アセチルシステインが必要だと思われます。一酸化炭素中毒に関しては、高気圧酸素療法よりも最初の 30 分～1 時間でいかに一酸化炭素の血中濃度を落とせるかが重要なので、気管内挿管下に 100%酸素の人工呼吸ができるかどうか、しているかどうかを重視しました。

(スライド 18)

原因薬物に関して、薬物分析機器は必ずしも必

要ありません。中毒治療のガイドラインでは、ほとんどの薬について血中濃度の測定は必要ないことになっています。従って、一部の救命救急センターに厚生労働省から来たお金はあまり活用されていないようです。ガイドラインによれば、血中濃度が治療方針の決定に有効で、簡単に測れてアクセスしやすいのは、アセトアミノフェン、ジゴキシン、フェニトインです。COヘモグロビンは、血液ガスメータにオキシメータが付いていれば簡単に測れるので、活用しているかどうかを訊きます。

薬剤検出試薬・検出試薬機器はまだ保険を通っていませんが、それでもたとえばトライエージ®などを使って薬物検出の努力をしているかどうかを評価してもよいのではないかと考えました。

(スライド 19)

中毒のアウトカムに関しては、医薬品中毒（処方薬・大衆薬）と医薬品以外の中毒について、入院加療した件数を訊きます。アルコール中毒は、急性アルコール中毒として来る患者さんが非常に多いのですが、どこまでを今回の中毒という範疇に入れるか非常に難しいので除外します。子どものタバコ誤飲も、重篤例が少ない。その割に件数は決して少なくないので統計上の件数のみが単に増えてしまうので、小児のタバコ誤飲を含めずに件数を計算します。一般的に、医薬品中毒の院内死亡件数は非常に少なく、医薬品以外の中毒は件数は少ないものの死亡率が高い傾向があります。

(スライド 20)

以上をまとめますと留意点としては、中毒の治療は原因物質によって治療自体が体系立てられているので、まず準備をしておくこと、そしてそれを利用できること、もし現場でわからないことがあれば、それを調べる情報システムを有することの各ポイントを重視して評価することにしました。

Standard & Scoring Guideline
脳神経系・中毒の救急診療

東京大学大学院医学系研究科外科学専攻
生体管理医学講座専攻分野救急医学
坂本哲也

(1)

評価対象の条件

1. 疾患の頻度が高くまれでないこと
2. 診療の内容によって予後が変わり得ること
3. 診療のガイドライン・コンセンサスが得られているもの

(2)

脳卒中初療時の診療プロセス

一般的な診療体制について
脳塞栓急性期を念頭においた具体的な質問
脳ヘルニアによる意識障害
クモ膜下出血
急性期の全身管理について
後遺症への対処

(3)

脳卒中の一般的な診療体制

脳卒中診療のプロトコルを持ち、それに準じて治療をしている。
脳卒中を思わせる患者を積極的に受け入れている。
神経内科医が直接診療するかいつでも相談できる体制になっている。
脳神経外科医が直接診療するかいつでも相談できる体制になっている。

(4)

脳塞栓急性期(突然の片麻痺)

- 到着から10分以内に医師が患者を診察している。
- 到着から10分以内に12誘導心電図を検査している。
- 到着から25分以内にCTを撮影している。
- 到着から45分以内にCTの読影を終了している。
- 到着から1時間以内に血栓融解療法が必要な患者には治療を開始している。
- 手術が考慮される患者を到着から2時間以内に脳神経外科専門医に相談している。

(5)

脳ヘルニア(意識障害)

- 意識障害のある患者には直ぐに酸素投与を開始している。
- 意識障害のある患者には直ぐにパルスオキシメーターを装着している。
- 舌根の沈下があれば気管内挿管が即時にできる。
- 初期輸液として5%ブドウ糖液は使用しないようにしている。

(6)

脳ヘルニア(意識障害)

- 到着から10分以内に血糖値を測定している。
- 意識レベル(JCSまたはGCS)を必ずカルテに記載している
- 麻痺の有無と瞳孔所見について必ずカルテに記載している。
- 必要があれば人工呼吸器管理とモニタリングができる集中治療室に収容できる。

(7)

クモ膜下出血(激しい頭痛)

- 先行する頭痛の有無を必ず聴取してカルテに記載している。
- CTで異常がないときには原則として腰椎穿刺を施行している。
- クモ膜下出血と診断されたら適切な鎮静を行っている。

(8)

クモ膜下出血(激しい頭痛)

- 必要があればいつでも脳血管撮影が可能である。(可能な施設への転送も含む)
- 必要があればいつでも開頭クリッピング手術が可能である。(可能な施設への転送も含む)
- 腰椎穿刺で出血がないときにも髄膜炎・脳炎を疑って適切な治療をしている。

(9)

急性期の全身管理

- 痙攣が続いている患者にはジアゼパムを直ぐに投与している(5mgずつ2回まで静注)。
- 上記の場合、呼吸停止に備えて人工呼吸を常に準備している。
- 脳卒中患者は虚血性と出血性に分けて明確な血圧管理基準を定めている。
- 脳卒中患者の高血圧にはニフェジピンの舌下は使用しない。

(10)

神経学的後遺症への対処

- 一週間以内に専門家によるリハビリテーションを開始している。
- 急性期に対応が可能な理学療法士がいる。
- 急性期に対応が可能な言語療法士がいる。
- 急性期に対応が可能な作業療法士がいる。
- 専門家によるリハビリテーションができない場合すぐに転院可能な施設がある。

(11)

脳卒中の年間施療件数

- 脳梗塞(内, 血栓溶解療法)
- 高血圧性脳内血腫(内, 血腫除去術)
- クモ膜下出血(内, クリッピング術)
- 上記三疾患の
院内死亡件数
- 独歩退院件数

(12)

脳神経系の評価における留意点

- 病院の脳卒中に対する考え方, 専任の脳神経外科医がいるか否かなどで求められるものは異なる。
- 地域における病院の役割を勘案した上で評価する。

(13)

中毒初療時の診療プロセス

- 中毒の一般的な診療体制
- 一般的治療(非特異的治療)
- 解毒薬(特異的治療)
- 原因薬物分析

(14)

中毒に対する一般的な診療体制

- 薬・毒物中毒に詳しい医師が中毒患者を診療している。
- 救急室に中毒に関する教科書を常備している。
- 中毒患者を診察する医師が中毒情報センターに問い合わせを迅速にできる。
- 院内の薬剤師が中毒の診療に協力している。
- 自殺企図の中毒患者の診療の依頼に対して精神科医がその患者の入院中に対応している。
- 麻薬中毒の届出が適切に行なわれている。

(15)

一般的治療

- 救急室に酸素が用意しており, 常に1分以内に投与を開始できる。
- 必要があれば救急室で10L以上の胃洗浄を行っている。
- 適応のある患者には活性炭と下剤を投与している。
- 適応があればすぐに血液浄化療法(血液透析および血液灌流)を行っている。または, 血液浄化療法が必要だができない場合はすぐに可能な施設に転院している。(メタノール中毒に対する血液透析, パラコート中毒に対する血液灌流など)

(16)

解毒薬

- 硫酸アトロピンが常備されていて中毒患者に正しく使用できる。
- PAMが常備されていて中毒患者に正しく使用できる。
- N-アセチルシステインが常備されていてアセトアミノフェン中毒患者に正しく使用できる。
- アネキセートが常備されていてベンゾジアゼピン中毒患者に正しく使用できる。
- 一酸化炭素中毒患者に対し、すぐに気管内挿管下に100%酸素が投与できる。

(17)

原因薬物分析

- アセトアミノフェン中毒の血中濃度測定をしている。
- ジゴキシン中毒の血中濃度測定をしている。
- フェニトイン中毒の血中濃度測定をしている。
- 一酸化炭素中毒のCOヘモグロビンを測定している。
- 何らかの薬物検出試薬または機器を使用している。

(18)

中毒の年間施療件数

- 医薬品中毒の入院件数
- 医薬品以外の中毒の入院件数
(アルコール中毒, 小児のタバコ誤飲含まず)
- 上記の患者の院内死亡件数

(19)

中毒の評価における留意点

- 中毒診療は原因物質により体系立てられている。
- 想定される原因薬毒物に対応した準備をしておくことが重要である。
- 現場ですぐにわからないことは何処で調べられるかという情報の有無も重要である。

(20)

スタンダード&スコアリングガイドラインについて

質疑応答

八木：青梅市立総合病院救命センターの八木と申します。頭部外傷に「5.8.2 脳外科医に早めに相談して中等症、重症の頭部外傷患者を移送して診察してもらう」という項目があります。自分たちでやってしまうのでお願いする必要がない場合、c という項目は低い評価だと思うのですが、どう判断すればいいのでしょうか。同じような項目が他にも多々みられるのですが。

箕輪：救急救命センターのある施設では、院内で処理してしまうので「はい」以前の問題であるということだと思います。対策の整っている施設には、ストラクチャー上「はい」が当然である項目が出て来ます。そこは「はい」でよろしいと思います。では、さらに重みづけをするかといわれると、答えはほとんど a か c ですから、a に入れる項目、c に入れる項目はどの辺まで入るのか、それぞれ個別に記載しなくてはいけない部分が出て来ると思われます。この場合は、常識あるいは院内では当然であるというかたちの評価になると思います。

有賀：昭和大学病院の有賀です。言葉としては、「診察してもらう」ではなく、「診療してもらう」ではないでしょうか。

箕輪：診療の完結だということだと思います。

八木：青梅市立総合病院救命センターの八木です。呼吸器のところですが、私は 20 年やっているのですが、一度も輪状甲状間膜穿刺が必要になったことはありません。それよりも、うっ血性心不全や重症の喘息の患者さんで、座位のままブロンコファイバー（気管支ファイバースコープ）を使

う機会が非常に多いのですが、それは項目に入っていません。その辺はどうなのでしょう。

堀：輪状喉頭間膜穿刺については、数は少ないのですが、急性喉頭蓋炎、アナフィラキシーによる喉頭浮腫ないし異物による窒息で死亡する患者さんがおられます。その場合に、輪状喉頭間膜穿刺が普及していないためにむざむざ死亡しているというのが私どもの考えです。

有賀：これは試案で、これによって何らかの法律ができるような話ではありません。堀先生や私が先生の施設に行ってお聞きしたときに、誰もやっていない。そして、誰も死んでいないということであれば、それはそれで考えれば良いと考えてください。

八木：輪状喉頭間膜穿刺が大事ではないというつもりはありません。私は、気管支ファイバーを使った挿管の手技は非常に大事だと思うのですが、その項目が入っていないのが…。

堀：失礼いたしました。気管支ファイバーをルーチンに入れるかどうかは 1 つのテーマになると思います。

☆スタンダード試用（自己評価）結果の報告について

板橋中央総合病院 院長
中村哲也

「救急医療評価スタンダード Ver.1.0」のスコアリングガイドラインに照し合わせて、東京都内の9つの2次医療施設（板橋中央総合病院・河北総合病院・木村病院〔大田区〕・京葉病院鹿浜橋病院・白鬚橋病院・青藍会鈴木病院・第三北品川病院・東京警察病院・町谷原病院）において緊急調査をした結果をご報告します。

施設概要として、9施設のベッド数を示しました。ベッド数500以上は2病院です。板橋中央総合病院は515、河北総合病院は300、第三北品川病院は229でした。当初は救急外来患者数と時間外患者数のカウント方法がはっきりしなかったため、各病院の答えがまちまちで全部が正しいとはいえません。救急車搬入台数は、トップが白鬚橋病院で5,371、第三北品川病院が5,200、板橋中央病院が5,061で、5,000以上が3施設ありました。

項目については、aという答えが必ずしもいいとは限らないのですが、aと答える方が成績優秀と思えるのです。施設別のaの回答数をみると、答えを書く先生のニュアンスが入るために、厳しくとる病院とそうでもない病院で少し違いはあるものの、成績優秀な病院が多かったと思います。

回答をパーセントで表しました。たとえば、第三北品川病院ではaの回答は57%、bの回答は10%でした。

各設問のa、b、cの答えの割合を示しました。体制にもよると思いますが、比較的ベッド数の多い病院の運営状態がよかった印象があります。

同じ設問についてのパーセントです。同じような考え方だと思います。

a、b、cの答えの割合を、救急車搬入台数が3,000台以上の病院と3,000台未満の病院に分けて結果を示しました。aの回答率は、3,000台以上の病院では72%、3,000台未満の病院では52%でした。救急車がたくさん来るから一生懸命ということはないのですが、台数が来るからにはそれなりの努力もしているでしょうし、また体制を整備しなければいけないという、両方の効果が働いていると思われます。

当直体制などのすでに備わっている体制について、aと答えられない質問もあったと確認しております。それについては後ほどご報告します。

9つの2次医療施設における、行為別の回答の割合を示しました。腹部救急診療に関する答えがかなり優秀だったことから、2次医療施設では腹部救急診療については比較的整備されていると判断していいと思われます。

中毒と外傷については、あまり成績がよくありません。救急を外傷と急病に分けると、2次医療施設では圧倒的に急病の搬送率が多いため、外傷についてコメントを求められるとあまりできていません。外傷は3次医療施設に運ばれるケースが多く、2次医療施設で本当にやる必要があるのかというところまで行くと思います。質問としては、2次では整形的な外傷が比較的多く、多発外傷や臓器をまたがった外傷はあまり搬送されてこないで、もう少し整形的というか1次外傷的な項目が多くてもよかったのではないかと思います。

質問項目を分類しました。外傷がいちばん多かったのもう少し急病の設問を増やすか、設問数を合わせてもよかったのではないかと思います。全身にまたがった外傷が増えていることは間違い

ないと思うのですが、それにしても外傷の質問数が多い気がしました。

9 病院全体の結果を項目別に出しました。※印は、a という答えが少なくなっても仕方がないと思われる項目です。

ガイドラインの〔総論〕2 の項目には、以下の11カ所に※印がつけました。「2.2.2 救急専任の看護婦の当直体制がある」「2.2.3 薬剤師の当直体制がある」「2.4.1 救急医療の質管理の責任者（スーパーバイザー）がいる」「2.4.2 救急部門の運営に関する委員会（または責任者）がある」「2.4.3 救急患者専用病棟（または病床）の責任者がいる」「2.6 救急車に医師の同乗を求められた際のルール（院内システム）がある」「3.1 定期的に医師・看護婦に救命処置（BLS、ACLS、ATLS など）の教育を行っている」「3.2 救急医療に関する勉強会を実施している」「4.6 救急室で勤務する医療従事者のツベルクリン反応の状況を病院で把握している」「4.11 救急室に結核患者が入った場合、適切な患者対応（N95 マスクの着用、etc.）、十分な換気（風速、面積、換気扇の機能の基準を載せるか？）、消毒（換気後の空気の紫外線殺菌、壁のふき取りなど）が行われている」「5.1 院内コンサルテーションのための、バックアップシステムがある」

同様に、〔各論〕の脳疾患で6カ所、心臓で3カ所、肺で3カ所、腹部で2カ所、外傷で11カ所、中毒で8カ所、CPAOAで8カ所に※印がついています。

a の回答率が低いことについては、体制の不備、文章が難しく回答者がニュアンスを理解できない、その質問の2次医療施設への必要性の有無という3つの要素が含まれていると思います

☆ ☆

司会（堀）：※印の問題は、医師国家試験で正解率が低すぎる問題は妥当でないということで削除することがありますが、若干その気味を帯びた設問かもしれないというご提案ですね。中村先生のご発表に関して、ご意見がありましたら、ぜひお願いいたします。

近藤：総合大雄会病院の近藤と申します。自分でやってみたところ、難しい設問と曖昧な表現のある問題がありました。曖昧な表現をはっきりさせないと、ばらつきが出ると思います。

有賀：今のご意見は、非常に重要な意味を含んでいると思います。順位づけをしようと思えば、回答が a、b、c に適当にばら撒かれる項目にすればいいことですし、業界全体としていい評価を得ようと思えば、6割ぐらいが a をとれるような項目にすれば格好がつかます。そのような比較の評価も1つの考え方ですが、他の考え方もあります。たとえば、感染管理のサーベイランスは非常にゴールが高く、トライアルを受けた会員病院の多くが、せいぜい b、あるいは限りなく c に近い b、だいたい c という結果でした。ところが、感染管理の先生方は、今の日本の病院では感染管理の部分で c をとるのは仕方がないが、高みに行かなくてはいけないのだとおっしゃいました。このように、方法がわからないというディメンジョンの問題もあると思いますが、項目そのものが持つ社会的意味についても多くの議論が必要なような気がします。

協力病院からのコメント

1. 第三北品川病院 築山 節

私どもの「スコアリングガイドライン」はすべて職員が回答しております。ですから、院長として不満なところもまた、問題点もここにはっきり出ていると思います。先の統計にありましたように、第三北品川病院には救急車が毎年 5,000 台来ます。私どもの内科は、主に循環器の医者で、全員心カテができます。それから、脳外科の医者、整形外科の医者、一般外科の医者がおります。品川区と大田区は非常に病院が少ない所です。医療

体制としてはトップに昭和大学病院があり次に第三北品川病院があって、きれいに受持ちが2次施設、3次施設と分かれています。私どものような2次施設を受診する患者さんの多くは、基本的にStroke（卒中）の患者さんと整形外科的な外傷の患者さんです。その辺の疾患群を第三北品川病院が受け持っているとお考えください。私どもの病院は、入って真っ直ぐ進むとCT室に当たり、そこから戻ってくる間にすべての一次的な検査ができてしまいます。そして、その検査が終わるとすぐに病棟にそのまま上がれるようになっています。私どもは、特別な救急室を持ってそこで処理しようという考え方ではなく、病室が1つのユニットになって救急医療をしようとしている救急病院です。病院の在院日数は約16日です。この「スコアリングガイドライン」について言えば、現在リハビリテーションを担当するため、理学療法士（PT）が病院に1名おります。しかし言語療法士や作業療法士はいません。でも、いらないと思います。在院している16日のうちには転院してしまいます。ですから東京のように救急体制の充実したところで、このすべてのガイドラインを充たさなければいけないかと言えば、それは非常に疑問だと思います。

2. 板橋中央総合病院 田村 勤

救急には、ハード面とソフト面があります。厚生労働省はハード面だけ評価するというものでした。しかし、救急をおこなう場合は、施設があってもそれを使う医者がどのくらいできるかという評価も重要であり、その問題の方が難しいと思います。

施設の設定面と診療のプロセスに関する質問については、プロセスに関してもう少し深い内容が必要だと思いますが、最初はこのあたりから入るより仕方ないというのが私の考えです。たとえば、キシロカインを静注するのはある意味では当たり前のことで、これができないようなら医者ではありません。患者さん一人を助けるという立場からいけば、重症例を考慮してもう少し踏み込んだ項目が必要かなと思いました。経皮的ペースメーカーは、私も使ったことがあるのですが、使い方が

悪いのか効いた試しがありません。たとえばIABPが常設されているとか、急性肺塞栓のショックで意識のない症例には、緊急肺動脈造影とPCPSが必要でこれらの検査や処置が可能か否かの項目があってもよいかと思いました。

呼吸器については、循環器ほどクリアカットでない部分がありますので、今回の項目だけでは不十分だと思います。

感染対策に関しては、当院ではまだ不十分で、まだまだ努力が必要という印象で、ここに書かれていることが到達目標ということであれば、それをおこなうことが職員に対する義務でもあると思いました。

☆☆

堀：貴重なご意見をありがとうございました。先ほどの気管支鏡挿管の件も含めて、IABP、PCPSについても検討させていただきます。これまでも十分に検討したつもりですが、さらに前向きに考えていきたいと思います。

3. 河北総合病院 洲之内 広紀

私は主に腹部を担当しております。循環器の項目には、正直言ってわからない部分が多くございました。当院は若い研修医も受けているので、機能評価とは別に、卒後2年目・3年目の内科医と外科医に専門の各論の部分をやってもらいました。当院では、内科スタッフに循環器専門の医者もおり、2年目の研修医でも循環器をやっているのが質問に丸をつけられます。同じく、腹部救急もやっているので丸をつけられます。一方、私の部下の外科医は、循環器になるとからきしできません。困ったものだと思うのですが、質問の内容を見ると、循環器には専門的にかなり踏み込んだものがあるように思います。腹部救急の項目は「検査が実施できますか」という質問が多いのですが、2次救急では検査ができたうえで、それを判読することが必要です。その点、実際の医療現場では、腹部救急においては外科医と内科医では検査の判断がだいぶ違ってきます。循環器についても同じことがいえます。私の印象は、検査が実施できるかという項目に丸をつけただけで本当の評価がで

きるかということで、腹部救急にもう少し踏み込んだ実際的な（検査所見を判読できるかどうかといった）内容があってもいいのではないかと思います。

4. 秀島病院 秀嶋 周

外傷のアンケートのうち、2次救急の質を考える質問として果たして必要かと思ったのは、「5.5.3 病院間の救急搬送にヘリコプターを使用している」「5.7.1 専任のスタッフにより転帰、合併症、1年後生存などを登録しフォローしている」です。ヘリコプター使用については、現実的に2次救急の病院で行えるのか疑問に思いました。また、外傷の場合、多発外傷のケースはほとんど3次対応で、我々2次の医療機関に運ばれて来るケースは年に1~2例です。もちろん、ショックパンツ等を常備していますが、ほとんど機能したことはありません。3次の医療機関にもこれらの質問を適用しているのであれば、こういう項目が入っていてもよろしいと思いますが、2次の医療機関に対する質問項目としてはいかがなものかと。我々のように救急をがんばっているところでも、外傷について必要のない質問項目がいくつかあると感じます。

中毒については、最近ほどの医療施設でも悩むところだと思うのですが、自殺企図の中毒患者が運ばれてくるのが非常に多いです。また、私も東京都内の2次救急をやっているところに、精神病患者で向精神薬を服用してやってくるケースも非常に多いです。都立の精神科専門病院は、5時過ぎ・土日になると、自分のところで診療されている患者さんでもまったく引き受けてくれません。そのしわ寄せが、全て2次救急の民間病院にきています。一応ファーストエイドはやりますが、いざ入院となると職員も躊躇します。おとなしいからいいだろうと入院させたものの、夜中に精神不穏でどうにも収拾がつかなくなり、精神科救急の東京都の窓口である「ひまわり」（東京都衛生局によるひまわりテレホンサービス）に電話しても、対応がすこぶる悪く、数時間にわたる所謂話のキャッチボールの後、結局なんの結論も出なかつたりするわけです。結局、抑制をして個

室に入れ、私たちが診なければなりません。一方、中毒情報センターへの問合せは迅速にできますが、後で病院に問合せ料が回ってきます。最近、自己負担金についてきちんと開示をして患者さんに請求を出すことになっていますが、問合せ料について保険の請求をすることはできません。そこで、患者さんに請求していいものかどうか、東京都医師会にお尋ねしたことがあります。「それは請求できないよ。病院が泣くのだよ」ということでした。最近、サリン事件のような社会的な中毒より、自殺企図の患者さんが非常に多く、なかでも衝動的に訳のわからないものを飲んだり服用したりするケースが多いのです。そのときに、当直医は最善の医療をということで中毒センターに問合せることが多いと思うのですが、行政も少し考えていただきたいと思います。

☆☆

木村：東京都医師会の木村でございます。医療の質に関する研究会は、10年ほどでこんなに立派になったということで、昔のことを知っているだけに非常に感慨深く思います。そして、立派なスコアリングの質問表をつくられました。私も目を通しましたが、どなたかがお話をなさったように、2次の病院と3次の病院を分けた質問表つくられたほうがいいのかと思いました。それと、秀嶋先生がおっしゃられたいくつかの問題点は、私も十分認識しております。

まず、今問題になっているのは小児救急です。4月から、休日全夜間診療事業の小児救急システムができましたが、まだまだ内容の不十分なところがあります。全国で初めての試みなので、皆さんの協力を得てもっとしっかりしたものにしていきたいと思っています。小児救急の2次をきちんとするには、初期を開業の先生方に担っていただく必要があるので、小児科医会を通してお願いをして、今作っております。

それから、精神科の問題が出ました。精神科の合併症の問題もあります。今、都内では救急体制で受ける精神科が4つありますが、やはり民間の精神科の病院にご協力をいただいてやらないといけないのかなと思います。精神保健法が変わり

ましたが、私は改悪だと思うのです。患者さんの人権が強調されすぎて、現実的には非常にやり難いものになっていると思います。東京都の会議に出ると、患者さんの家族代表の方も出ていらっしゃる。まともな意見を言うと「精神科の患者を人殺しのようには何事だ」みたいなことになって、違う話をしているのにこれは駄目だなと思いました。努力はしますが、まだまだ問題が多いことはよくわかっております。

もう 1 つは結核です。新しいシステムができて、今日はどこのベッドが空いているかという情報が、東京都衛生局で集中してわかるようになっています。今、都内で使える結核病棟は 1,000 ベッドです。3,000 ぐらいあったのですが、その後どんどん減って実際に動いているのは 1,000 ベッドです。レスピレータをつけている結核も扱えるところもありますが、これもスタートしたばかりで、これからもっとしっかり運用しなければいけないと思っています。ただ、結核を扱っている先生方と我々には、どうしても考え方に解離があります。といいますのは、たとえばガフキー 1 号、2 号が出たときに、我々は「たいへんだ。どうしよう」と思うのですが、結核を扱っている先生方は「1 号、2 号だったらマスクをして歩かせておけばいい」と。極端にいうとそのぐらい差があります。慣れていればそれでいいだろうけれど、こっちとしては困るので、国の事業と東京都の事業で、全部で 12 の病院（民間も入ります）をお願いをして、緊急一時預かりのような格好の事業をスタートさせております。少しずつですが、いい方向に向かっていると思います。

それから、中毒については本当にいろいろな先生から質問を受けましたし、秀嶋先生のおっしゃる通りです。ただ、これはとても難しいことで、中毒情報の料金をどこからと言われても本当に出所がないのです。私は中医協にも出ておりますが、医療全般に経済的な裏打ちがなされていません。そして、いちばんなされていないのが救急の場です。いつ来るかわからないものにも準備をしなければいけないということから始まって、いろいろな意味でもう少し手厚くしなければいけないと思います。この前の改正のときにずいぶんやったつ

もりなのですが、またさらに努力したいと思いません。

☆ ☆

有賀：今の話は、経済や多分政治の話にもリンクしていきます。リンクすることを知っていることは、知らないよりはいいわけで、私たちは木村先生からたくさんのことを勉強しなくてははいけないと思います。とにかく、このスタンダードの考え方は、お金が入ってくればやるという話とは分けて考えるべきということによろしいですね。「ひまわり」みたいなところに電話する方が悪いのかもしれないかもしれませんが、それでもルールに従って電話をするということであれば、それはそれとして、電話料金をどうするかは後の別の問題ということですね。質という観点でみれば、必要があれば中毒情報センターにコンタクトしないよりは、することの方がいい。それがどれ程いいことかについては、これから議論しなくてははいけないと思いたすが・・・。

☆スタンダード&スコアリングガイドラインに関する質疑応答

有賀：ここかしこに「定期的に・・・が行われている」と出てきますが、自己評価でこれをお使いになって奇異に思う部分はありませんか。それとも、週に何回、月に何回と具体的に期間を示しておくべきところもあったのでしょうか。この件についてのあらかじめの質問には、「どれぐらいの期間を指すのでしょうか」とありました。会場の先生方はおわかりだと思いますが、これはあくまでも第三者評価ですから、評価をする人たちが現場に赴きます。その際は、これに則って質疑応答をすることになりますので、論理的にはここに書いていないことは聞く必要はないのです。現場で質疑応答するなかで、またはお互いの内的基準の中で「これについては、これぐらいの期間がいい」ということがわかってくる展開だと思うのですが、中村先生そういうことですね。

中村：そうだと思います。質問内容は、具体的に頻度を書いたほうがいいのかということですね。

堀：救急の患者さんですから、症例検討をやるのは当たり前だと思います。どれぐらいの頻度でやるかは、その施設と患者さんによって違いますが、最低でも1週間に1回だと思います。

有賀：同じ方の質問用紙に、「2.9 検査成績が迅速に報告されている」について、a は「迅速に報告されている」ということですが、どのぐらいの速さが迅速かということも今の話と関連すると思います。たとえば、髄液から髄膜炎菌が出たという話であれば、出たことを確認した検査技師がすぐに電話で受持ちの先生に報告するぐらいの迅速性があつたほうがいいですね。

堀：たぶん、“迅速”が本人にとってどのぐらいのスピードなのか、また“定期的”の頻度か具体的な数字でない分、答えにくかったのだと思います。

中村：文章表現の問題で具体的な数を書くとき、それがいいのか悪いのかという意見が出るかもしれないけれど、少なくとも読む人には意味がはっきりわかります。作成者の側は、たとえば“週に1

回”がいいのか“5日に1回”ではいけないのかと考え過ぎて、遠慮して“定期的”と書く。それではかえって意味が繋がらない部分が多くなります。それがこの書類を書くときに疲れる原因になるということでしょう。

堀：医者は、設問する先生の中の中を考えて、きっとこれを聞いているのだろうと考えて答えを書くわけですね。ですから、そういう書き方をすると、たとえば“早い”と答える意味を考えてから答えるのだろうと思います。

有賀：先ほど、木村先生が2次と3次を分けると言われましたが、2.5を出発点にしたので2.5±0.5でいいのかもしれない。「5.3.12 ポータブルX線胸部、骨盤、頸椎を撮影している」について、箕輪先生からATLS等を参考にしながらというご説明がありましたが、撮影室で撮ってはいけないのでしょうかというご質問についてです。

これは、たとえば3次救急で普段診ている外傷患者さんは2次救急に来てはいけないという方針がそのまま正しいとすれば、ほとんどの患者はオーバートリアージで全部3次救急施設へ連れて行ってしまえという話になってしまいます。私たちの基本的な考えは、「そもそも“質”を評価するとき、水準1や4なりを考慮する必要はない、初療において求められることを考えながら、どのようにやっていったらよいか」というものです。ですから、個人的には、かつてこのようなものを作ったときに水準1~4とするのは違うのではないかと思いました。研究部長の郡司先生も、論理的には水準に分けて尋ねるという問題ではないはずだとおっしゃいました。しかし、現場の議論で consensus based でやろう、また理論ではない実際的な方法論をとろうということで、水準1~4のかたちになった歴史があります。ですから、今回は2次救急と分類される先生方の施設でやっている内容と3次救急でやっている内容が、各場面で“質”として同じ方法論で評価されるということになります。まとめてどれもこれもと全ての分野でよい評価を求めるなら、3次救急についてそのようであるかもしれないけれど、先生方の2次救急施設であったとしても外傷や心疾患、呼吸器疾患といった得意分野の各々に関

しては3次救急施設の評価方法と even でいいのではないか。今回のスタンダードを作成するにあたり私たちはそのように思っています。そういうことも含めて、ポータブル X 線撮影でなければいけないのか、撮影室で撮ってはいけないのかという質問については現場での判断のプロセスを尋ねていくということです。いかがですか。

中村：もう1つ、文章表現に重傷度などが特定されずに書いてあるという、プライマリーの部分についてはいかがですか。

箕輪：「5.3.12 ポータブル X 線で胸部、骨盤、頸椎を撮影している」とありますが、内容と趣旨は、検査をやっている間のバイタル・意識・気道の確保・輸液・治療の継続といった基本的な問題をおろそかにしなければ、どこで撮ってもいいということです。普通の施設では、レントゲンを撮る場所に移すときに十分にモニターできなかつたり、酸素を手配できなかつたり、挿管のセットが手近になかつたりするために患者が危険状態に陥ることがあります。この項目は、3次救急医療施設に限らず、2次であっても、患者の状態が十分に把握できないところに移送して何かをやる場合の注意を盛り込んでいるつもりです。「患者を移送している間あるいは検査をしている間に、必ず患者のバイタルサイン・意識を適切にモニターして処置などを緊急にできる体制がとれている」という一般的な聞き方のほうが妥当なのか、あるいは「5.3.12」のように個別な聞き方をする際にいちばん多い場面としてこのような表現の質問をもってくるのが妥当なのかということになると思います。

有賀：「5.5.3 病院間の救急搬送にヘリコプターを使用している」という項目が、質問として妥当かという問題の指摘があります。たとえば、私が秀島病院に行けば「ヘリコプターで運ぶのが正しい患者さんはいますか？」と言うと、「都会では必要ない」ということかも知れません。次に、青梅市立総合病院に行くと同じことを尋ねれば、「いるだろう」ということになります。個人的には、そのように話をしながら詰めていくのではないかなと思うのですが・・・。

箕輪：先ほども言いましたように、地域（ネット

ワーク)のなかにおける救急医療の完結というか、2次医療圏を含めて県内に1つしか3次救急医療施設がないような地域では、盆地と盆地の間の山を越えるのにヘリがあつたほうがいい施設があると思います。この質問は、そのような施設には妥当かと思います。都会や3次救急施設とのアクセスが十分にとれているところでは必要性は極めて少ないと思います。離島地区でもヘリが必要になる施設があると思われるので、この質問に意味がないということはないと私は理解しております。

さらに外傷の項目が多い理由の1つは、質問して評価しておくことでその地域や施設の特異性が表れるような項目があるためだと思います。また、頭部や胸部といった個別の臓器の損傷を入れているために多くなりました。その割には2次医療機関でよく見るような四肢の単骨折のような個別の損傷についての記載が少なくなりました。それは、ありふれた傷病の救急でどこまでターゲットを絞るかということ、2次と3次の医療機関を分けた話があるべきではないかということと関係すると思います。

むしろ私が今回試用された9施設の結果を見てすごいと思ったのは、たとえば外傷で6割近くの施設がaに丸をつけていたことです。そこまではいかないのではないかと考えていたので、意外でした。日本では、「外傷の診療は3次の救急医療施設へ」ということになっていて、外傷を見たとたんに救急隊に「そのまま救急センターへ連れて行って」と送っている2次の医療施設がある可能性があります。今回の先生方の施設は、むしろ積極的にそれを受け入れて、診察、処置して評価をなさっているレベルにあるというのが私の感想です。

有賀：質問用紙による質問は次のようです。「救急患者さんを受け入れるベッドを確保しなさい。平均在院日数も下げなさいというかたちで、病院は患者の早期退院を行わざるをえない状況にあります。しかし、国民には治るまで入院が必要だと考えている人の方が多く、退院後に在宅通院で治療を続けるという認識が乏しいので、退院勧告をすることで“病院が悪者になる”のではないでし

ようか。国民に、入院は治療の一部であり、早期退院をするのは当然であることを認識させることができない現状がある限り、救急ベッドの確保は結局難しいのです」ということです。田中先生、一言でお答えになるのは難しいかもしれませんが、「厚生労働省ではどう取り組まれているのですか」というご質問です。コメントをいただけますか。

田中：突然のご指名で多少混乱しております。一専門官がお答えできる間いではないと思うのですが、現在の医療行政における1つの方向性は、病床の機能分化であることは間違いありません。ご指摘の通り、1つの医療機関ですべてを完結させて患者さんの便宜をはかるというのも1つの考え方です。一方、病床をきちんと機能分化させて、3次救急として必要な機関においては、限られた資源としての病床を有効活用していくために、患者さんの状況によって順次後方病院に持って行くというのも1つの考え方だと思います。いずれの考え方にもメリットとデメリットがあり、現在は病床の機能分化と有効活用の方向で動いているということです。

☆ ☆

有賀：今日は、ガイドラインを紹介させていただきました。会場の先生方、それから東京都病院協会急性期医療委員会の先生方からもたいへん貴重なご意見をいただきました。ここではっきりしたことは、このガイドラインにはまだまだ検討しなければいけないことがあるということです。同時にわかったことは、先生方各々の専門性によって見方が異なるということで、そういうことは今後とも当然出てくるだろうと思います。最後に、私がここで強調させていただきたいのは、このガイドラインは救急医療の分野で初めての試みであり、よいガイドラインを持つことで、我々自身が多くのことを学び、利用する病院も救急診療の質向上を図ることができ、結局患者さんも得をする可能性が高いということだと思います。このような方法論が普及することを期待します。

閉会のご挨拶

今日は、お休みのところを長い時間お付き合いいただきまして、ありがとうございました。

質研の役割は、医療の質の向上であります。質の向上は、何も質研だけがやっているわけではありません。役所もやっております。医療関係法というものでやっております。施設基準あるいは身分法という法律の目的は質の向上であります。結果的にはどうしても最低基準になります。たとえば、施設基準を大幅に上回って建てている病院はいくつあるでしょうか。身分法の目的も質の向上です。しかし、その方法は極めて排除的です。つまり、こういう資格を持っている人でなければ仕事をしてはならないということで、最低基準を決めているわけです。しかし、医療というものは最低基準でやっていけるものではありません。あるいは、あるべきではないと思います。こうあるべきだという目標を掲げて、それを満たすために努力する必要があると思います。

質研は、1987年に、東京都病院会の青年部会でJCHO研究会が発足したことから始まっております。それが1990年に質研になりました。質研は、独特な方法で質を向上させる活動をしております。それは、先ほどガイドラインという話がありましたが、必ずしもガイドラインではありません。我々は、基準（スタンダード）と呼んでおります。スタンダードは、何かなさなければならぬかが示してあるということです。実際には、その基準によって評価しなければいけません。それを評点基準とかスコアリングガイドラインと呼んでおります。しかし、いろいろな方法でその目的を達することがありますので、いろいろな案が並んでいくようになるだろうと私たちは予測しております。

たいへんユニークな点は、第三者が病院に入って評価をすることです。自己評価ではないということです。これがいかに重要か、大学のなかで試験があることの意味を理解すれば、第三者評価がいかに重要かということがわかると思います。試験がなければ、大学ほど楽なところはないと思います。試験によって学力がつくわけではありませんが、試験がなければ勉強しないのではないのでしょうか。そのことを確認しながら進んで行くことが重要なのではないかと思います。そういう意味で、質研は一種の運動をやっているのだと思います。

先ほど司会者の方からもお願いがありましたように、この研究会が作り出したスタンダードはまだまったく不完全です。その不完全さについて、実際にやってみていただいた5病院からご意見が出されました。フロアからも出されました。たいへん貴重なものです。それが次の向上のために役に立つ仕掛けです。なぜか、机の上で考えている段階ではこういう欠点に気がつかないのです。現場に行くと、実際に現場の人と話し合っていくなかで欠点に気がつくことが多いのです。ですから、私たちは現地研修会あるいは現地研究会と呼んでおります。そういうかたちで現場に行くと、僭越ながらこの基準でその病院を評価させていただいて、その病院の刺激になる。これが1つの目的であります。もう1つの目的は、このスタンダードのレベルアップをすることです。