

録による外傷教育・外傷初期診療評価が報告されている²⁾。以後ATLSの普及とともに、多くの外傷診療の質に関する評価がビデオを用いて解析されている³⁾。しかし個人情報保護に関する法律 (Health Insurance Portability and Accountability Act) が制定され、ビデオを用いた初期診療の評価を行っている施設が減少している⁴⁾。わが国でも個人情報保護法が施行され、本研究は病院倫理委員会に本システムの研究に関する承諾を得た上で、個人情報の管理に関する規定を厳重に遵守していく必要があると考えている。

結 語

今回救急医療教育に外来初療記録システムを導入した。本システムを用いて、研修医や他の医療スタッフの救急医療教育、救急医療におけるチームワーク・危機管理評価、あるいはアルゴリズムの検証などに応用していくこ

とが可能である。

文 献

- 1) Risser DT, Rice MM, Salisbury RN, et al: The Potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1999; 34: 373-83.
- 2) Hoyt DB, Shackford SR, Fridland PH, et al: Video recording trauma resuscitations: an effective teaching technique. *J Trauma* 1988; 28: 435-40.
- 3) Townsend RN, Clark R, Ramenofsky ML, et al: ATLS-based videotape trauma resuscitation review: education and outcome. *J Trauma* 1993; 34: 133-8.
- 4) Campbell S, Sosa JA, Rabinovici R, et al: Do not roll the videotape: effects of the health insurance portability and accountability act and the law on trauma videotaping practices. *Am J Surg* 2006; 191: 183-90.

DISCUSSION

座長 札幌医科大学附属病院高度救命救急センター 浅井 康文
京都大学医学研究科医学教育推進センター 平出 敦

平出 このワークショップには救急医の養成と確保という大命題があって、それに対して何らかのプロダクトを求められるという使命があります。最初にディスカッションして頂きたいのは、新臨床研修が始まってどうなったのか。最初の市原先生、石川先生、肥留川先生の3題については、研修医をターゲットにしたトピックをお話し頂いていると思います。まずその辺から口火を切って頂きたいと思います。新臨床研修の体制が始まって手応えはどうか。発表にかかわらず、全体としてどうなのかというのを一言ずつお話し頂いて、それからディスカッションしてみたいと思います。

市原 当院では、数年前までは救急なんてという空気があったのですが、やっと目を向けて頂くようになりました。プライマリーケアというのは大事なんだとか、もしくは専門に傾いていた方向からかなりみんなの意識が変わってきて、意識改革から、勉強会なり、研修医を指導しようという方向になってきたというのが非常に進歩だと思います。

石川 91年から500人ほど研修医を受け入れていました。彼らはルーティンで来ているわけではなく、一度は救急の現場をのぞいてみようというような人たちがいたので、比較的モチベーションは高かった。手技ができる、できないはともかくとして、自ら志望してきた人たちが多かったのです。そういう点では以前のほうがモチベーションは高かった。いまいる人たちは、必ず8週間回らなければならないので、そのあと基礎に行く人も、マイナーに行く人も、行かなければいけないという義務感を持った人たちが多いということは感じま

す。ですからよかったか、悪かったかと言われると、どちらとも言えないということです。ただ言えることは、新しく回ってきた研修医も、最初は嫌々だったのが、そのあとあちこちのローテーションをしたときに、やはり救急に行ってきたと言ってくれる人が多くなったことは事実だと思います。長い目で見たときに、われわれの評価がどのようになるかということだと思います。

肥留川 われわれの病院は、新臨床システムが始まるまでは、救急医学科の人間1人と、あとは臨床研修医1名ということで、2人で一次救急、三次救急に対応していたのですが、そのような場合、救急科の人間が主体での治療になってしまいます。新臨床システム以降、必ず臨床研修医1年生、2年生、そしてわれわれということで、研修医が主体で診察にあたれるということができました。われわれはそのバックアップということでいつもいるのですが、研修医教育にあたっては、常に1年生と2年生、そういった臨床研修医が主体できていくということで、非常に効率よく回っています。

平出 内田先生、田中先生は少しアドバンスドなところがターゲットだったと思いますが、臨床研修についてもコメントを頂きたいと思います。

内田 帝京大学の救命センターでは、3次救急の臨床の患者さんのみを扱います。プライマリーケアという部分では、各科を回ったときに経験して頂くということで、その点に関する介入は救命センターとしてはできないという状況です。救命センターの中でのシステムが特に変わったということはないのですが、それまで2年目の先生が中心に各科から回ってくるという体制が、1年目の4月、5月からいきなりということになって、でも2年目で回ってくる人も残したので、2年目の人が1年目を指導することが以前より多くなったのではないかと、という印象があります。あとは当直の回数をどうし

でも減らさざるをえないということです。人手不足ということが、特に夜間ですが、臨床的には少し問題です。

田中 正直な話、スタッフの負担が大きくなったのは事実だと思います。ただ逆に、ポジティブな面では、スタッフの教育に対する意識改革ができた。このシステムになってから、教育という重要性をひしひしとわかってきた。そこが非常によかったと考えています。

平出 新臨床研修が始まって、救急医療にとってはみるべきところといますか、新しい風があるということだと思います。市原先生、石川先生、肥留川先生、お三方は特に臨床研修にターゲットを絞ってご発表頂いたのですが、そのご発表についてディスカッションはありますか。

島崎 杏林大学の島崎です。初期臨床研修で救急（麻酔を含む）がコアになっていますよね。それぞれ3カ月、あるいはそれ以上でも、基本的には3カ月をどう麻酔と救急に振り分けておられるのか、全員にお聞きします。

市原 救急だけは別個に1カ月とって、あとは麻酔科で分けています。3カ月麻酔で、2年からです。

石川 うちは2カ月といますか、8週間を救急で回るようにして、その間は救急専従医になっています。

肥留川 1年生のとき1カ月間は必ず研修で回ってきます。時間外は勤務でついてもらうのですが、2年生のときは必修ではなく希望になってしまいます。1カ月間は必ず1年次は回ることになっています。残りが麻酔になっています。

内田 1年目に救命センターを回る人は3カ月、麻酔科はそれと別に2カ月、特殊な状況として、2年目に救命センターを回る人は2カ月、あとは各個人の希望でエキストラもありえるという状況です。

田中 最初の1年は麻酔、救急、院内ICUを均等にやる予定でしたが、結果は研修医の希望に合わせるということで、3カ月ローテーションですが、多いときは非常にたくさん来ますが、少ないときは非常に寂しいというのが現状です。

浅井 救急を回らなくてもですか。

田中 そういうことです。

浅井 たぶん島崎先生が言われるのは、初期臨床研修は麻酔科ではなく救急が主体ですよ。それがなかなかみんなが理解できていない。特に病院側は。うちも阪大と同じです。

平出 いまの点は打ち合わせでもかなり議論になったのですが、システム上、麻酔と救急が一緒になって処理されているというところが、一つの大きな問題になっています。慶應の石川先生、コメントがありましたらお願いします。

石川 おっしゃるとおりで、専任医の数が昨年より減ったのですが、研修医の数が増えました。屋根瓦にしようと思っても、実は2年目の研修医がたった4名ですので、バラバラです。そして残念ながら、屋根瓦になるほどの実力がいないということで、われわれ専任医が毎回6名から8名程度の研修医をダイレクトに教えなければいけない、というような状況が続いています。ここでまた学生のクリニカルクラークシップが始まってきて、あまり慣れていない研修医のもとに、さらにもっと慣れていない学生がつくということで、教育にかけるわれわれ専任医の仕事は、非常に大きな部分を占めていて、研究ができなとか、学会抄録が書けないといったばや

きが聞こえてきます。そういうなかで、教育も大事だけれども、われわれがどうやってモチベーションを維持していくか。そしてモチベーションを維持している姿を研修医にみてもらって、やはり救急医っていいんだとどうやったら感じてもらえるのか、その辺の狭間で悩んでいるのが実情です。

平出 救急医療はすべての医師の責務であるという前提があり、このため救急のセクションを必修で回ることがあると思うのですが、実は小児科、産科でも同じような問題があります。非常に忙しい小児科、産婦人科を研修医がローテーションして、かえって確保したい小児科、産婦人科の志望者が減っているという深刻なうわさがささやかれています。そこをやりくりしていかなければいけないという事情がわれわれにはあるのだらうと思います。

浅井 教育では特に救急救命士の教育とか、学生、卒後研修で仕事が多すぎると思います。これにはスタッフがいないとどうしようもないような気がいつもしています。やはり初期臨床研修を行うにはスタッフの確保というのを、最重要課題にしています。

田中 いまの議論をもう少しやってほしいというか、もっとポジティブな意見を出して頂きたいのですが、たとえば麻酔と救急が混在している。これをどう解決すべきかとか、あるいはいま3カ月のローテーションですね。医者として40年くらいやるわけですよ。そのなかで3カ月です。何が目標かは知りませんが、最初の2年でなくてもいいのですが、どういう時期に救急という領域に若手医師を入れ込むか、どういう教育をするか、その辺は最後のほうでもいいのでディスカッションして頂きたいと思います。

定光 大阪医療センターの定光です。自分が救急医を目指したときを考えると、半年とか最初のインシヤルインパクトといったものが、この世界に残っている大きな動機付けになっていると思います。ですから卒後研修で救急を3カ月ならば3カ月きっちり回るといようなシステムにしたほうが、むしろいいと思います。私どものところも3カ月、初年度に救急を回って、それでも足りない、ER的な、ジェネラルなというか、コモンディジーズを診るための時間外救急当直を、2年目にどこの科に行こうと研修医にやらせています。15人で1カ月回すというシステムにしてしまいました。それは誰かがバックアップする。われわれもバックアップするけれども、病院全体がバックアップするという形で、言ってみれば救命センターの専従も、ER形式の救急対応のトレーニングも重ねたというやり方をとっています。救急医をできればそこから取り込んでいきたいと思っています。

田中 その3カ月という限られた期間にいかにインパクトを与えるかというのは、何か方策はお持ちでしょうか。

定光 40時間の労働時間と40時間の研修期間と考えて、みんながんばろうねと言っています。労働時間が長いからと思っても言えないのかもしれませんが、それが辛くて救急が辛かったということはあまり言わないんです。最初の16人のうち8人が、一番きつかった研修は救急だったと言っています。きつかった理由は何かという、人間関係といえます。いろいろ言う人がスタッフにも、あるいはナースにもいて、成人教育を指導医はもっときちんとやっておかないと、

取り込めないという印象が強くなりました。しかし、忙しさが救急医を阻害するとは思えません。

石川 私たちのところは数が多い分だけ休みをきっちり取ることができます。それだけはメリットだと思っています。当直明けの休みがきちんとあるということが、院内他科のローテーションのときと比べてよかったということで、実際に40時間の枠は私たちは表向きは残したまま撤廃していて、患者さんがいる限りERにいてもらっていますし、専従の時間は夜中でもどんどん来てもらっています。そういう状況でも救急がきついという話はほとんど聞きません。それはオン・オフをきちんと分けたということと、息抜きと言うと変ですが、オフ・ザ・ジョブ・トレーニングを入れたこととか、あとは今年からですが、自習の時間をつけて、病院の中ならば図書館でも何でも行っていいから自分の勉強をしていっしょいという時間です。「この間あなたが診た患者さんが入院しているよね。後追いついていっしょい」というような時間をつくって、少し泳がせています。そういったことが息抜きにうまくつながって、時間拘束は長くても、救急が嫌だとは言われていないと思っています。

浅井 市原先生にお聞きしたいのですが、臨床研修が始まって、むしろスタッフのほうの意識といますか、救急に対する意識も変わってきたという指摘だったと思います。研修医のほうはどうですか。

市原 うちの1カ月は1年生がやって、2年生は先ほど先生が言われたように、毎日日替わりで、日中も夜勤も入れて回しています。先ほど麻酔は2カ月と言いましたが、3年目以降の後期研修に、外科系をやる者は麻酔科を回るということで、臨床医学の基礎医学として麻酔学は絶対に必要だけれども、救急の場合はプライマリー、もしくはコモディティーズをおもに患者さんに接する態度から学ぼうと、別に分けて教育しています。それは1カ月では無理だから、別な日の日勤と夜勤を使ってやっています。研修医も教えてもらえるというのを非常に期待していて、救急に対するおもしろみは出てきたのですが、専従医がいないということと、ある程度便利屋さんで終わってしまっているというようなところをみると、3年目以降の後期研修は、スライドでもお示したように、今後の問題ですが、日本医大とか阪大に行きたいというようなことで、うちには救急としては残りたいくない。うちでは三次救急は診られないので、そういうところでできればタイアップして頂いて、勉強した人がうちに帰ってきてまた救急をやってもらえればいいのですが、そういうシステムがまだありません。ゼロにはなりません、とにかく救急を受けていきたいと思いますという雰囲気がだいぶ出てきました。トップダウンでやっても嫌な人は嫌だと言うのですが、それが非常にいい方向に向かって、こちらが動きやすくなったというのは、意識改革の表れと思っています。

杉本 卒後研修に関してですが、これは本来、麻酔科かどうかという話も出ていますが、卒後研修の初期研修で救急をやらせるのはなぜかということ、もっと明確にしておかなければいけない。プライマリーケアだというようないい加減なことを言ってやっけてはいけませんので、何を教えるかということをもっと明確にしておく必要があるのではな

いか。そして、それをどのように教えるのか。それを指導するためにはどれだけの期間が必要かというのが、本来のやり方だと思っています。ですから田中先生が言われましたが、40年間医者をするわけですから、その間の1年間にガッチリとそれを身につけさせる。ということは、40年間医者をする人にとってどういう意味合いがあるかということ、本来はもっと明確にしておくべきだろうと思います。麻酔科も含むというのは、非常に現実的な処理として、早く言えば救急研修医に初期救急を押しつけている病院がいっぱいあります。それは決して教育でも何でもありません。そういうことも起こってきて、必ずしもみんなが指導者がちゃんとして、それをできるわけではないという現状もあるでしょう。麻酔科学会は、われわれも絶対に入れろという強い圧力があつたのだろうと思います。これは知りませんよ。おそらくそうだろうと思うだけですが、そういうことで中途半端な形になってしまったことがあつたのだと思います。仮にそれでも現実の問題ですから、3カ月と決めたら3カ月でやるしか仕方がないのであれば、いま言った何を教えるかのなかで、その3カ月間で教えられることは何か、そこに絞って教えるというアプローチを取らなければいけないと思います。いまこういう形になってしまっていますが、もう1回この辺も含めて、要するに救急の専門医になる人と、そうではなく非救急医となる人たちにどういうことを教えておくことが必要か、そのためにどれだけの期間が必要かということ、救急医学会としてはもう一度明確にして出す必要があるのではないかと思います。ちなみに気管挿管などというのは、救急の現場で教えるよりは、おそらく麻酔科でやるほうがはるかに上達しやすいと思います。そういう意味合いでは、救急だから救急部だけで教えないといけないという考え方よりも、どこで教えるのが一番いいかというものの見方をしてやるほうがいいのではないかと思います。

小栗 回生病院の小栗です。いま「(麻酔を含む)」というので、いろいろ議論があります。私はサブスペシャリティとして麻酔科をやってきましたが、今回の卒後臨床プログラムでは、私の病院では「麻酔を含む」の「麻酔」の部分が、麻酔科を研修させるという点からすれば、3カ月でも不足です。ですから厚労省の達成目標として項目のなかに含まれているのは、純粋な麻酔業務を研修するための項目がないわけです。ですから、私たちは気道確保と循環管理という部分だけを教える。だから麻酔は教えない。麻酔は薬理学とか非常に重要なものがありますが、そういうものは教えないということで、3カ月間を渾然として、とにかく患者さんを使って気管挿管ないしは手術室で循環管理をしているときにオンコールをかけるというのは、患者さんのためによろしくない、そういうときにはオンコールをかからなくして、それ以外のシミュレーションセンターにいるときとか、そういうときには外来で非常に珍しい、あるいは大きな外傷があるというときにはオンコールをかけるようなシステムにしています。ですから「(麻酔を含む)」というところを、基本的な救急の初療、そういうことをするために必要な麻酔科的テクニックを教える、と考えるべきだと思います。私たちの病院では、2年生の6カ月をアドバンスドコースというものにしてあります。それ

はどの科でもアドバンスドコースを持っていますが、そこに麻酔科というものもあります。救急ももう一度あります。ですからやりたい人は8カ月救急をやるようになっていし、あるいは3カ月救急をやって麻酔をやる人もいるということです。それはアドバンスドコースをどういう形で研修医たちが使うか。将来、自分が精神科に行きたいから、2度とメスを持つことはないから、アドバンスドコースでメスを持とうとか、救急をしようかという可能性を含めて組んでいます。少なくとも3カ月の麻酔を含むというのは、そういう考えで行くべきではないかと思ひます。

平出 いまの問題については、研修目標のコアというものをもう一度見直してみる必要性もあるというサゼスションだと思います。座長からのお願いですが、ここの問題についてはさらにいろいろあると思ひますが、いわゆる後期研修、卒後3年目以降の展望についても、少しここで議論させて頂きたいと思ひます。そこで卒後3年目以降、どういう手応えなのか、どういふ展望なのかについてお伺ひます。

市原 後期研修に関してはいろいろ考案中で外科系、内科系と分けて考えています。あと救急科をどういふ形で入れていくかということで、まずは日替わりでどんどん入れて、それから専従医とか、もう少し教育してきちんとできてからは、何カ月か入れて頂いて、それは内科系も外科系も一緒にやっいてこうとしていますが、いまは後期研修に関しては医局との関係があります。3年目で出て4年目からいきなりその科をやらなければというところがあつて、医局との関係もあり、正直に言つて、完全に病院で決めつけられないところがあります。

石川 後期研修ということ、3年目以降ということで、われわれの救急部に入局してくれる人間ということになります。柱が3つあります。外科系、内科系、そしてもう一つが放射線科です。IVRの増加に伴つて、そしてまた画像診断の重要性が高まるにつれて、そういったところのニーズもあるだろうということで、3つの門戸を設けています。ついこの間、受付を締め切つたところですが、おかげさまで専任医が12名しかいないところに、結果的には6名くらいの合格を出すくらいの人たちが集まつてくださりました。今後、教育の負担はもちろん増えるのでしようけれども、将来を見据えてそういう人たちの教育ができるように、これもわれわれの施設だけではできません。関連病院との提携プログラムが非常に重要になってきますが、そういったところで研鑽を積んで頂いて、また何年かして戻つてきたらER業務を引き継いで頂くということを考えています。

肥留川 うちが初期のほうはしっかりできていたのですが、後期のほうは残念ながらまだ決まっています。内科系、外科系が若干名、そして救急医学科ということで若干名採ろうとなつていますが、救急医学科のほうに後期研修で来たとしても、救急専従ではなく、救急プラス内科、あるいは外科でのトレーニングを積みながらと考えています。しかし、残念ながらまだ決まっています。

内田 正直申し上げて、決まっていることはないというのが実情です。ただし、それはサブスペシャリティの問題が非常に大きいかかわつていて、希望者がいれば個別に、個人の

将来も含めて研修のカリキュラムを考えていくという対応になると思ひます。

平出 プログラムはどうですか。後期研修のプログラムは提示されているのですか。

内田 病院全体のもの、施設を代表しては言えませんが、救命センターのなかでは決まつたプログラムがあるということはありません。

田中 いま私が把握している範囲では、数名が予定しています。本人が何をやりたいか、それによつて変わつていくと思ひますが、もう一つ、後期研修と言つていいのかどうか、大きな変化が一つあります。他科、すなわちほかの科から若手、特に3年から5、6年くらいのドクターが救急をやりたいということで、産婦人科、放射線科、整形、麻酔科、いろいろな科から希望がきています。この辺は実際に現在やっいてる人たちもいますから、そういう変化が最近あるのではないかと思ひています。

平出 いまの後期研修といひますか、卒後3年目以降、なかなか見えないところがありますが、救急医の養成、確保という点では非常に重要なことだと思ひます。

定光 すでに後期研修のプログラムを診療科ごとにつくつて、病院全体でもプログラムを冊子にして公開しているという状況にまで至つて、しかも公募もやつて、21名の後期研修の公募が病院にありました。機構ですから、全体のことを言う立場にもありませんが、とりあえず定員はなしにしようということで進めています。医局人事もありますので、そちらも従来どおり加えるということで、これから何人になるのか不安なところはありますが、そのなかで救急医も目指して、そのプログラムは救急科専門医を目指す3年コースという形で提示しただけですが、4人の方が救急を目指すといふことでアプライがありました。一人はサブスペシャリティに脳外を選びたいということで、脳外科のほうにお願いしました。後期研修のスタートは脳外科でやりますので、スタートラインで救命センターで専従で働く後期研修医は、現在のところ3名決まつたという段階です。今後もう少し増えるかもしれません。

平出 国立病院機構ではプログラムの提示はかなり早い時期から、病院機構全体を通じてやつていたといふことで、たぶん手応えを感じておられるといふ意味だと思ひます。これは国立病院機構以外の病院についても、そういう情報はあつたのでしょうか。

定光 私のところは機構の病院のなかでもむしろ遅かつたほうです。非常に早い時期からプログラムをつくられて、それを参考にしてつくらせて頂いたといふ経緯があるので、全体でけっこうできあがつているのではないかと思ひます。それはどういふ戦略かといふのは、自分の立場ではわからないことではありますが。

平出 ご参加の皆さんで、後期研修のプログラムをオープンに提示されておられるといふ施設、重複でもけっこうですが、手を挙げて頂けますか。すでに人が来る程度内定している、青田刈りかどうかはわかりませんが、そういうところはありますか。

浅井 3年生ですか？

平出 3年生です。ありがとうございます。プログラムを提示されているところは、いま拝見しましたら比較的多いですね。後期研修については施設によって足並みが違うというところだと思います。

田中 少し本質から離れるかもしれませんが、後期研修でその施設でどれくらい身分保障するかということもかなり大事だと聞いているのですが、いかがでしょうか。お金が高いところに来るといううわさも聞いていますが…

石川 高いかどうかは別として、ホームページをご覧になって頂けるとわかるのですが、われわれは大体の収入がどれくらいになるというところまで公にしています。ただ、収入がいくらになるからということを見て、それだけで応募されているという方はたぶんうちを敬遠されると思いますので、それ以外のところを評価して頂けたのではないかとポジティブに考えています。

前川 山口大学救命センターの前川です。国立病院機構関係は、山口では関門医療センターというところがありますが、ここもものすごく早くプログラムを提示しています。その院長が厚労省の課長をしていた方で、給料面も後期ではなく前期、卒後臨床研修そのものも少し高い。そうしますと大学の研修もそちらへ流れる。いまどきの人たちなので。プログラム自身もかなり早くから、けっこう魅力的な、内容はまた別だと思えます。国立病院機構は全体としてそういうことをやっているの、これは厚労省の直轄のようなものですから、その辺はいろいろなノウハウがあるのだと思います。

平出 これは医療機関全体としてのスタンスとか、そういうものにもかなり依存している状態ですが、非常に重要な問題だと考えます。内田先生、田中先生は主に外科医の素養としてのトレーニングとか、あるいは救急医、クルーリソースといったことも含めた、広い意味でのトレーニングについてご指摘頂いていると思います。救急医の確保という点から見ると、追加はございますでしょうか。

内田 外傷外科手術をする医者をこれからどうつくっていくかということと話をさせて頂くと、救命センターを中心とするなかで、救急のなかだけでは手術の手技は学べないというのが実情だと思います。そのなかで将来トラムセンターになって、そのなかで育てていくのか、あるいは地方によっては一般外科のなかで意欲のある人に外傷にだんだん慣れてもらう。ERのなかと各科の協力が問題になってくると思います。それをどうしていくかという流れがあると思います。そのなかで、一般の外科の人でも、普段あまり外傷を診ていなくても、オフ・ザ・ジョブ・トレーニングをして少し自信を持って、あるいは実際の業務のなかでも経験ができてくると、もう少し違った状況ができるかもしれないと考えています。

田中 特に示した以上のことはありませんが、例えばいっけん軽症に見えるような症例が、非常に重篤な経過をたどるようなケースはけっこうあると思います。これはそのシステムで見つけるということは置いておいて、研修教育のなかに、2次救命処置以外に初期救急というのが、比較的研修医のファーストタッチで終わってしまっている。簡単なものだと、いっしょに非常に大きな誤解があるのではないかと思います。ここは3カ月でそのあたりはきっちりと研修医に植え

けるというか、そういう教育は何らかの方法でやっておく必要があると思います。研修医がファーストタッチで終わってしまつて大変なことになるというケースがこれからあると思うので、そのあたりは指導医のバックアップが重要ではないか。ビデオとはあまり関係ないと思いますが。

今井 北里大学の今井と申します。うちも3年目を集めるのに苦勞しているところですが、学会として、例えば専門医を取るのに5年といま出ていますよね。この2年間をどうするかということを決めて頂きたいということです。最初の2年間をそのなかに入れるのだったら、学会に入っているということを考えて頂くとか、あとは1年目、2年目などにも、学会に来て頂いて、教育のことも一生懸命やっているというのをアピールしたほうがいいと思います。「皆さんのことも考えています。ぜひ学会にも来てください」ということで、学会参加費をただにしてもらって、どんどん連れてきてもらって、教育講演をいっぱいやって頂くとか、救急医に興味を持って頂くようなシステムをつくって頂くとか非常にありがたいと思います。そのなかで会員になろうという方に少し早めに専門医資格が取れるということも言って頂けると、非常にありがたいと思いますので、よろしく願います。

平出 発表ではどういう工夫をしている、どういうふうにかつて養成しているかということ、非常に具体的な意味で出させて頂きました。ディスカッションでは、初期臨床研修についてのコアミッションと申しますか、そういうものに掘り下げた議論があったと思います。そして卒後3年目移行のプログラムについて、あるいは救急医の確保についてつながるいろいろなサゼッションがありました。そういうものを今回のワークショップのプロダクトとして考えていきたいと思

SW1 総括1

札幌医科大学附属病院高度救命救急センター
浅井 康文

救急施設には、二次救急病院である地域中核病院、救急部、一次から三次まですべてをみる施設、また多彩な患者を診察できる北米型のER方式を採用している施設、三次救急のみを取り扱っている施設、救命救急センターなどさまざまである。そしておのおの施設で悩みをかかえながら精一杯の努力を行っている。

平成16年から卒後臨床研修必修化の形で始まったこの制度は、今年で3年目を迎えた。3年目の研修を出身大学で行わず、都市の病院で行う卒後医師が多数おり、各施設において悲喜こもごもの年となっている。十分な卒

後臨床研修を遂行するには、現実的には豊富な患者数とスタッフの人的確保が必要であろう。特に大学病院においては、診療、教育、研究の三本柱が生きており、また医学生への教育、卒後臨床研修医、メディカルコントロールにおける救急救命士の講義や病院研修など指導医は忙しい毎日を送っている。また卒後臨床研修の救急(麻酔を含む)へのローテーションで、救急と麻酔がどのように振り分けられているかということが議論となり、本来の理想は救急の研修を主体にやることであることが再度指摘された。また最近の診断技術の進歩で、外傷外科の訓練の機会が減ったことがあげられ、動物を使ったトレーニングセミナーも紹介された。

これ以外にも卒後臨床研修の教育においてはたくさん問題点があるが、それぞれの施設で創意工夫して、前向きに努力されていた。36年ぶりに抜本的改革がなされたこの卒後臨床研修必修化が、救急医学を専攻する医師が増加する一助になればと願っている。

SW1 総括2

京都大学医学研究科医学教育推進センター
平出 敦

1. はじめに

日本救急医学会では黎明期からつい最近に至るまで、学術集会は診療や病態に関する臨床研究や実験研究の発表の独壇場であり、教育に関するトピックは限られていた。教育に関する発表やディスカッションは、多少、毛色のかかった企画であり、指導的な立場にあるシニアの間のディスカッションであったり、啓蒙的な取組の紹介にすぎなかったりした。しかし、近年、様相は激変して、教育に関する発表やディスカッションは学術集会のテーマの大きな部分を担うようになった。救急医学や救急医療に携わる実地担当者からの発表が増加して、大局的な視点からの発表だけでなく、現場における問題にポイント絞った一般演題が増加している点も見逃せない。これは、臨床研修必修化の大きなうねりが、救急診療の現場を直撃して、新しい教育ニーズを強く求めていることに呼応している。シリーズ・ワークショップ「救急医学教育」のセッションでは、このような流れを受けて多数の応募演題から選抜されたつぶよ

りの演題が発表されるとともに、救急の診療と教育を現場で行っている担当者たちにより、現実には直面する問題に関して真剣なディスカッションが繰り広げられた。本稿は、この紙面にとりあげられていないフロアからの貴重な意見を主としてとりあげて、そのディスカッションの概要と展望をまとめたものである。なお、文献からの引用にならうすべて敬称は省略させていただいた。

2. 臨床研修必修化のインパクト

臨床研修が必修化され、救急医療教育に大きな焦点が当てられることになった。臨床研修に関する省令では、「臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」とある。新しい改革が専門化、細分化に偏ることのない臨床の実力と素養を研修の実質に求めていることが示されており、救急医療は新しい臨床研修制度の重要な柱になっているといえる。同じ省令の中で、臨床研修病院の基本的要件として、「救急医療を提供していること」があげられている。発表者の病院の中には、従来、病院全体としてはあまり救急に注意を向けられていなかったが、必修化後、救急に病院全体として目が向けられるようになった具体例が紹介された。すなわち救急医療に携わっていない病院は、臨床研修を担当する資格がないということが、あらためてはっきりと認識されるようになったのである。

3. 麻酔科研修との兼ね合い

新しい研修制度では、救急部門の研修は、救急部(救急部がない場合は救急外来)、麻酔科等を適切に経験させることにより対応すること、とされている。フロアの島崎次より救急研修と麻酔科研修との兼ね合いが、各研修病院の研修プログラムで実際はどのようになっているか質問が投げかけられた。救急部門の研修は、多くは3カ月のローテーション期間としているのであるが、救急部1カ月、麻酔科2カ月のパターン、これとは逆に、救急部2カ月、麻酔科1カ月のパターンとするなど多様な運用の実態が報告された。救急部、集中治療部、麻酔科のいずれかを研修医が選択して3カ月間研修するなどのパターン、あるいは、いずれかを2年目の研修に織り込むなどのパターンも紹介された。このようにさまざまなプログラムが運用されてはいるが、3カ月間という限られた期間をさらに細切れにして、実りある研修になっているのかが問題となる。フロアから定光大海は、この点に

ついて、3カ月間という期間は、単に救急医療の経験をするというだけでなく救急医療に対するイニシャルインパクトをしっかりと与えて将来、救急医療を担う動機付けを行うためには、是非とも必要な期間であると考えていると意見をのべた。国立病院大阪医療センターでは、したがって、しっかりと動機付けを行うために3カ月を救急専属でローテーションして、それ以外に時間外救急当直を2年目にすべての研修医に体験させるというシステムをとっているとのことであった。

4. 救急研修の現場での問題

すべての研修医にしっかりと救急研修を提供するとなると、実際には、当然、さまざまな現実的な問題が生じてくる。ひとつは、研修および研修指導の負担の問題である。まず、研修医からみた救急研修の負担については、現実には、多くの研修医が当直に関わるので、研修医にとっての臨床の義務は軽減されて負担は必ずしも重くないという報告があった。しかし、これに対し指導医の研修指導の負担は、明らかに過重であるというのが偽ざる現実である。数少ない救急専任医が次々とローテイトしてくる研修医を直接、指導する必要がある。おまけにその救急診療にまったく慣れていない研修医のもとに、学生がクリニカルクラークシップでの実習として配備され、大学等では卒前の教育負担も大きい。その状況では、研究を行う時間的余裕はなく、学会に応募する抄録も書くことができないというきわめて現実的な問題が提示された。医学教育では、屋根瓦方式と称して、たとえば2年次の研修医が1年次の研修医を指導するなどといった、図式が提唱されているが、現実には、そのような指導体制は普遍化できていない。卒後3年目からの専門修練医の役割が期待される場所である。

卒後3年目以降の修練のプログラム構築や待遇の提示に関しては、フロアの前川剛志より、国立病院機構のすばやい対応に関して紹介があった。このワークショップが開催された段階では、卒後3年目から救急部門でもつばら修練を行う医師の獲得については、必ずしも各医療機関ですべて確定しているわけではなかった。しかし、医師の診療科偏在、地域偏在の問題の中で、卒後3年目の以降の医師の偏在に関しても、救急医療の問題は、今後も非常に重要な問題として残されている。情勢の継続的な分析が求められる。

5. プライマリ・ケアの意味するところ

新しい臨床研修の理念は、プライマリ・ケアと全人的医療の修得とよく呼ばれている。このワークショップでも、

このような研修理念の旗頭としてプライマリ・ケアという言葉が飛び交っていたが、実は、その意味するところが問題となる。加藤によると、プライマリ・ケアという言葉が多用される状況は、医療の専門分化に対抗しようというひとつの感情的な志向にすぎない危険性をはらんでいる。専門細分化された領域しか扱っていない「専門家」が、現代社会の複合的な実際問題に、答えられない状況は、医療に限らず、近代科学の各領域で普遍的に生じていることはすでに広く指摘されている。専門分化に対抗する包括化への志向は、矛盾から目をそらした感情的な志向にすぎないリスクがある。フロアの杉本壽より、プライマリ・ケアを修得すればいいといったあいまいな研修指導の方針が、はたして実質的な救急研修を保障できるかどうかの指摘があった。すなわち、今後40年間医業を続ける若い研修医のキャリアのなかで、この救急医療の研修というものが、どのような意味があるかをしっかりと問い直し、位置づけていく必要があるという指摘である。

6. 救急医療研修の理念

杉本壽の発言に続いて小栗頭二の発言があり、逆に麻酔科の研修でも、まったく同様の問題があり、たとえ3カ月麻酔科研修を行ったからといって、決して麻酔を修得したことには当たらない。将来、すべての医師に求められる呼吸管理や循環管理のエッセンスを明らかにして研修を推進し、さらに興味をもつ者に、選択研修の機会を確保していくべきであるという指摘があった。いずれにしても、議論のなかで明らかになったことは、臨床研修ですべての医師に求められる救急医療の研修とは、単に、漠然と一定期間を救急部で預かり、場当たりの軽症の救急診療を担当するだけではその医師の実力に結びつくものにはならないこと、また何か個別的な技能を修得するといった考えだけでは、長い医師のキャリアの中で、意味のある研修として残らないものになるということであった。このことは、研修医たち自身からも、現在は、「スタンプラリー」のような研修で、実際に、この研修で修得したことが実際に10年後に意味あるものになっているか疑わしいという指摘がある。議論のなかで繰り返し強調されたように、現在の研修プログラムは、麻酔科研修との兼ね合いも含めて、いろいろな力関係や妥協によって、調整された背景がある。それでも曲がりなりにも新医師臨床研修制度が運用できるようになった今こそ、救急研修の理念をさらに明確にすることは、非常に重要なことだといえる。

7. 卒後3年目以降の動向と救急医療教育

卒後3年目以降の医師の教育は、現在、非常に重要な課題である。議論のなかでは、多くの医療機関で、いまだ不確定な状況にあることが報告された。が、いずれにしても、救急医療の明日を担う若い医師の修練のビジョンを作っていくことが、求められることは確かである。実は、このビジョンが明らかになっていないことが本当は、問題なのだという指摘がある。すなわち、卒後3年目以降に救急医療を志す医師に対する修練のビジョンは、そのまま卒後2年目までの医師に対するメッセージでもある。単に、何かができるではなくて、救急医療に本当に求められる実力をつける萌芽や、考え方のチップがこめられていることが求められるからである。ワークショップでは、救急医療に専従する医師のための修練の方策についてすぐれた発表があり議論もなされたが、救急研修の理念と、卒後3年目以降の修練の理念がリンクして明確に提示されることは、緊喫に求められていると考えられる。

8. 議論の後で

議論を終えて、ワークショップ担当者の一人として、議論の内容を要約するとともに、その内容を踏まえた展望について私見を交えてまとめた。

救急医療の研修は、新しい臨床研修の理念のなかでは、中心的な役割をになっている。救急医療を実施していない医療機関は、臨床研修病院としての資格がないことは、明確である。しかし、そのプログラムというものは、その期間や組み合わせにおいて、妥協の産物として提示されたものであった点を見逃すことはできない。さらに臨床研修指導の負担の問題も、現実的な問題の一つである。また、研修理念のなかで、プライマリ・ケアの修得という言葉で表現される部分は、専門性の細分化に対抗しようとする一種の掛け声にすぎないという指摘もある。したがって、すべての医師に求められる救急医療の研修というものが鳴り物入りで提唱されたにもかかわらず、実際

には研修医が本来必要とされる期間ではなく、都合により定められた短期間を、プライマリ・ケアの修得というあいまいな目標のもとに、救急関連のセッションで過ごしている、という状況に陥っているのではないかという指摘がある。どのように診療を組み立てていくかという点がおろそかになり、何かの手技ができたとか、場当たりの診療のなかで何らかの症例を経験したということに、目が奪われている実態が憂慮される。どんなに経験症例欄に○がついても、どのように診療するのかの理念のない診療における研修では誤った診療を覚えるだけになる。救急医療の研修の実質を担保するためには、こうしたあいまいな表現や表面的な実績主義に惑わされることなく本来、修得すべきと考えられることは何かを構築していく努力を続けなければならない。近年充実しつつあるoff-the-jobトレーニングのコースの構築は、こうした意味で進むべき一つの方向を示していると考えられる。しかし、それだけではなく、救急医療の一つの考え方、診療の組み立て方などの点でも、もっと明確な目標が示されることが求められるのではないか。これは、卒後3年目からの修練においても、強調されるところである。この部分を明確にしてこそ、すべての医師に求められる救急医療の研修と、専従医に求められる修練とがリンクして提示できるようになるからである。このことは、すべての医師に求められる素養としての救急医療の研修を充実させるとともに、研修医がその先に見えてくる理念を体感することにより、救急医の確保につながっていくと考えられる。

文 献

- 1) 加藤源太：専門分化した医療における「専門医」の現実的対応。ソシオロジ 2006; 50: 143-59.

(つづく)

SW3

救急医の役割

SW3-1

救急医の役割

日本医科大学武蔵小杉病院救命救急センター

黒川 顕 畝本 恭子 望月 徹
上田 康晴 上笹 宙 牧 真彦

昭和40年代の後半に、増え続ける交通事故による重度外傷への対応、社会問題となった重症傷病者のたらい回しなどへの対応策のひとつとして、昭和50年に東京都に3つの救急医療センター（日本医科大学付属病院、東邦大学大森病院、武蔵野赤十字病院）が作られ、重症傷病者の最後の砦的な施設として運用が始まった。昭和52年、これをモデルに作られた救急医療体制は、救急医療機関を初期、二次、三次に分類し、救急患者も一次から

三次に選別しそれぞれを対応する医療機関に搬送するというもので、現在も続いている。

これに則り、日本医大の救命救急センターは三次救急患者だけを自己完結的に診療するという運営法をとってきた(図1の上段)。しかし、千駄木の本院と多摩永山病院の救命救急センターでこの運営法を推し進めている間に、自己完結型運営の限界を感じ、また二次と三次患者を分類することの無意味さを痛感するようになった。平成15年10月に日本医科大学付属第二病院（平成18年4月1日から日本医科大学武蔵小杉病院と改称）に異動し救命救急部を創設したのを契機に、三次救急施設と救急医のあり方を変えつつある。なお、当救命救急部は平成18年4月1日付けで救命救急センターに指定された。

自己完結型運営法の限界

自己完結型とは、救命救急センターの中で全ての傷病者の初療から退院までの治療の一切を完結させるというやり方である。豊富な人材があれば素晴らしい運営法であるが、病院全体を考えたとき、人的・物的(資器材など)

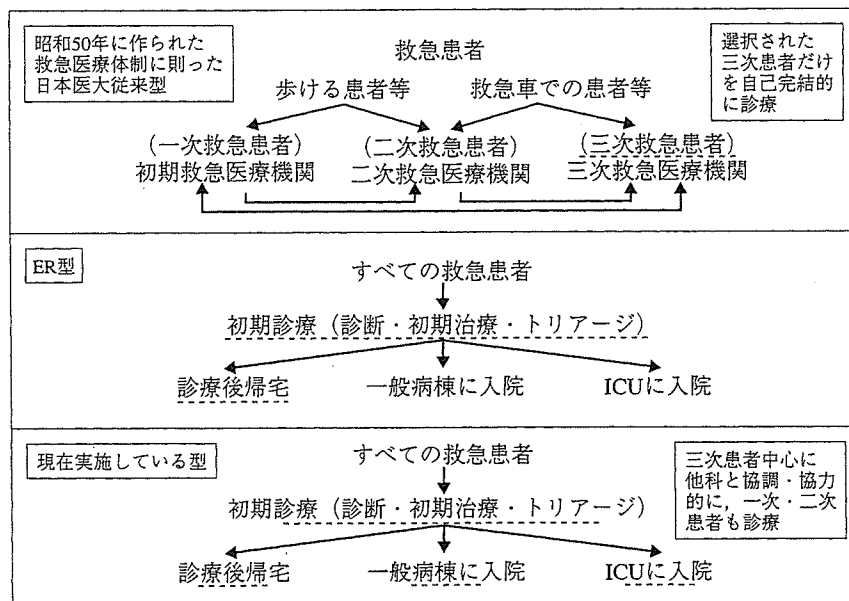


図1 救命救急センター運営の型

に効率が悪い。さらに、全ての分野に対応できる医師を揃え、いつまでも維持することは至難の業である。しかも、自己完結型運営をすればするほど救命救急センターと他科の連携は悪くなり、救急医療を通して病院全体の活性化をすることに逆行することになる。

二次と三次を分けることの無意味さ

当院に異動してから救命救急部として活動を始めた。メンバーはいずれも救命救急センターで仕事をしてきた者ばかりなので、三次医療をするつもりであったが、周囲の扱いは二次施設であった。名称や扱いはどうであれ、これまでやってきたように、どんな患者でも引き受けることを旨としてスタートした。そして、ことに他の救命救急センターで断られた症例やあちこちで断られまくった患者は、軽かろうと重かろうと必ず受けることに徹した。こうしていると、二次施設、三次施設とは何だろうと一層思わざるを得なかった。救急医療施設においても救急患者においても重症度は相対的なもので、二次と三次を絶対的に区別できないし、重症度や病態は刻々と変化するので、救急患者を二次と三次に区別することは意味がない、すなわち、一次救急患者はともかくとして、二次と三次救急患者を分けることは無意味だということを感じた。現在の救急医療体制は、救急隊や病院中心のものであって、患者中心のものでないと実感するようになった。

救命救急センターと救急医の役割

当救命救急センターの運営方針：1) 三次救急患者に対する集中治療を主とするが、総合診療部的に一次、二次救急患者にも対応する。すなわち、三次救急にこだわらず、各科対応の一次と二次救急にも補完的に対応する。2) 自己完結型ではなく、協調・協力型をとる。個々の症例に対しては、初療をしつつ診断をつけ、専門分野の医師に任せるべき場合には協力を依頼し、一緒に治療に当たる。

図の下段が当救命救急センターの運営法を示したものである。図の中で、救命救急センター医師のかかわりの程度を、カバーする分野に付けた下線(破線)の長さで示した。上段の従来、日本医科大学が行ってきた自己完結型では、ほぼ三次救急だけを対象に集中治療を行ってきた。中段のER型は、全ての救急患者の初療を行い、一次の患者は診療して外来フォローとするが、入院が必要なものは、トリアージまでを担当するのみで、あとは各科医師に任せるといものである。下段の現在われわれが実施している運営法は、集中治療を要する患者のほとんど、二次と一次救急患者の診療の一部を担うという

表1 救急医の役割

地域医療に対して：受入れ先がなく救急隊が困っていたり、何らかの理由で他院が診れない症例は、一次、二次、三次に係わらず診る
院内的には：自己完結型から協調・協力型への転換により、救急患者受入れの円滑化を図り、病院の活性化に寄与する
1. 三次救急患者の初療から集中治療まで行うが、院内他科の専門的治療が必要な場合は、協力を依頼する
2. 院内各科が対応する一次・二次救急を、救命救急センターが補完する
3. 院内他科が断りがちな症例は、一次・二次の別なく、総合診療部として診て、再び専門科にfeedbackする
4. 以上、双方向型の協調・協力を推進する

ものである。

救急医の役割をまとめて表1に示す。

この方針で得られた効果と今後の課題

協調・協力型により、当科から他科へのコンサルテーションが増えたのはもちろんであるが、逆に他科から当科へのコンサルテーションも増えた。このような双方向型の協調・協体制が生まれたことで、病院全体の活性化に大きく貢献した。

課題は、現状では救命救急センターのスタッフ数が少ないため、スタッフ個人の負担が大きく、一次と二次救急医療を補完の形でしかできないことである。今後、スタッフが増えれば一次、二次救急医療を補完の形でなく、全て診ることができるであろう。この型はER型(図の中段)に近いが、ER型は院内でトリアージをして二次、三次の患者をそれぞれの科に渡すまでを担当するのに対し、当科が行っているのは協調・協力型の集中治療と総合診療部的救急では、単に初療とトリアージをするのではなく、三次を中心とした集中治療と、二次も一次医療も行い、全てにおいて協調・協力していくというものであり、異なるものである。

結 語

救急医の役割は以下の通りである。

1. 依頼があった傷病者は当然のことながら、救急隊が困っていたり、他院が断った症例は一次～三次の別なく、万難を排して引き受ける
2. 自己完結型にこだわらず、院内の力を結集するような協調・協力型をとる
3. これらを通し、患者中心、地域中心の医療が実践され、かつ病院の活性化に寄与する

SW3-2

高度救命救急センターにおける 救急医の役割

¹札幌医科大学附属病院救急集中治療部・高度救命救急センター、
²日鋼記念病院救命救急センター、³市立函館病院救命救急センター

奈良 理¹ 森 和久¹ 丹野 克俊²
武山 佳洋³ 岡本 博之¹ 井上 弘行¹
浅井 康文¹

はじめに

当施設は外傷診療を目的として1965年に設置された災害外傷部が、周術期管理を目的として別に設置されていた集中治療部門と統合され1985年に救急集中治療部として開設された。組織的には附属病院中央部門であるが、独立した診療科として診療・研究・教育を実践し、現在救急部門は高度救命救急センターとしての役割を担っている。高度救命救急センターの診療体制は基本的に専従救急医と専従各科専門医が主治医として診療にあたり、特殊疾患の場合等必要に応じて附属病院各診療科と連携をとりつつ診療にあたっている。今回われわれは、当施設における救急医の役割を述べ、更に今後の展望と問題点についても言及する。

当施設の概要

高度救命救急センターのスタッフ(医師)は、センター長(救急集中治療部部長、教授)以下、専従救急医(救急集中治療以外のサブスペシャリティを持たない医師)5名(日本救急医学会指導医3名、日本救急医学会専門医1名)と心臓血管外科医、一般外科医、脳神経外科医、整形外科医、麻酔科医、循環器内科医各1名(全て各科専門医のうち日本救急医学会専門医4名)の12名で構成されている。この他に年度により変動はあるが約8名の医員(救急専門4名、他診療科4名)が診療に携わっている。当施設ではこのように外科系を中心としたスタッフ構成となっている。2004年度の年間搬入症例数は1,142例(救急隊直接63.2%、転院23.8%、院内外来13.0%)で

主な疾患の内訳は、外傷40%(熱傷3%を含む)、心肺停止21%(内因性11%、外因性10%)、循環器系疾患10%、中毒7%、脳血管疾患6%、消化器系疾患5%、呼吸器系疾患4%、その他7%であり、また平均のセンター内入院日数は7.3±13.0日(1~144日)であった。高度救命救急センター設置(2001年10月)以降の搬入数とその内訳に大きな変動はない。このような搬入症例に対して専従救急医は、専従専門医あるいは附属病院他科専門医と協力し、緊急搬送を含めた病院前救護、初期診断・治療を主体的に実施し、専門医チームへの連携を円滑に行う役割を担い、またセンター内で治療が完結可能な症例に関しては、主治医としてクリティカルケアを担当している。心肺蘇生、重症外傷、急性冠症候群、大動脈疾患、広範囲熱傷、急性薬物中毒などの疾患群に関しては、専従救急医と専従専門医を中心とした診療体制が確立している。このような体制構築には、約10年の歳月を費やしたが、高度医療に特化した部門にもかかわらず、医学部卒業後、既存の専門科を長期間研修することなく、高度救命救急医療とクリティカルケアのみを習得するシステムを踏襲し続けたことが、専従救急医に“identity”を持たせ、その結果として附属病院内での一定の評価と地位を確立しつつあると考えている。この間に養成された約40名の救急医の3分の1が、当施設を含めた救命救急センターで救急専門として活動している。

問題点と今後の展望

当施設における専従救急医と専従専門医に共通した問題点は、人員不足による負担増が第一に挙げられ、この点に関しては他の施設も同様と推察される。救急専従医に関しては、診療にかかわる部分のみを考慮した場合には、必ずしも過剰労働にはなっていないが、メディカルコントロールを含めた救急隊員教育や最近盛んに行われているoff the job trainingへの参加等を考慮すると負担増と言わざるを得ない。一方専従専門医に関しては、実労働時間は決して多くはないが、基本的に24時間365日オンコールという精神的な負担が大きな問題となっている。また専従専門医にとって出向期間が長期となった場合、専従専門医が“救急医化”し、施設的には歓迎すべき状況になるが専門医としてのモチベーション維持に苦慮し、場合によっては出向元診療科から孤立することも問題となる。上記の問題の解決には、ターンオーバー制で勤務できるように増員することが必要であるが、実現

は容易ではないのが現状である。

当施設に特徴的な専従救急医の問題点として、当施設が大都市型の高度救命救急センターであり、本邦型の病院前救護体制が進んだ地域に所在しているため、そのような条件においてのみ十分な力を発揮できる資質を持った専従救急医の養成を行ってきたことが挙げられる。北海道には当施設が所在する札幌市以外の5地域に救命救急センターが設置されており(その他に札幌市を含む2箇所)に新型救命救急センターが認可された)、実際に札幌市以外の救命救急センターで求められている専従救急医の資質は、いわゆる北米ER型の診療にも対応できることである。したがって、今後は大都市のみならず全ての救命救急センターに必要な人材を養成するような新しい教育システムを当施設で

も模索する必要がある。また、本邦においても救急医がその力を発揮する職種として、諸外国では存在しているメディカルディレクターを地域や消防機関に配置するような働きかけも今後必要であると考えている。

まとめ

高度救命救急センターにおける救急医の役割に関して、当施設の現状と問題点、今後の展望について述べた。当施設では専従救急医のidentityと専従専門医の救急医化によって円滑な高度救命救急医療とクリティカルケアが実現し一定の評価を得ている。今後は他施設で求められている救急医の役割を検討し、本邦における救急医のidentityを確立していきたいと考えている。

SW3-3

地方都市での救命救急センターにおける救急医の役割について

亀田総合病院救命救急センター

弥永 真之

地方都市にある救命救急センターである当院における救命救急科の役割と問題を、外来診療・入院診療・教育の点から報告する。なお、当院救命救急科は有床型ER方式を採用している。

当救命救急センターは千葉県房総半島南端の鴨川市に位置し、約11年前に急性期総合病院に併設され以来一次から三次全ての救急患者の受入・診療を行っている。昨年度一年間の受診患者数は、外来受診患者数31,890名(一日平均87名)・救急車搬送患者数4,412名(一日平均12名)であった。救命救急センターは処置室4床・観察室8床・外来6部屋で構成されている。また集中治療室6床・一般病床18床の救命救急病棟があり、当院は包括医療(DPC)を採用していることから主に救急加算対象患者が診療科にかかわらず入院している。

当救命救急科は上級医師3名・シニアレジデント6名・ローテーション中の初期研修医3名で構成されている。主な業務は、救急車及びドクターヘリ搬送患者の診療、平日日直帯の外来患者の診療、重症患者や外傷患者の入

院診療である。

当院外来診療における救急医の役割として、上級医師あるいはシニアレジデント1~2名と初期研修医1名からなる2~3名のチームにより24時間交代で救急車・ヘリ搬送された患者の診療にあたる。当院の地理条件から千葉県南部の診療所や病院からの紹介搬送患者も多い。

救命救急科の外来診療について一定水準以上の質を維持するには、チームを組み診療技術や処置技術を共有することが重要である。質の維持のためには標準化された診療を行うことが前提であり、ACLSやJATECに沿った診療を心がけている。また、毎朝前日の救急搬送患者の症例報告を日課として行い、実際の診療を振り返ることで診療の質の向上に努めている。

一方で、夜間や祝祭日の外来受診患者は一部を除き救急科のかかわりはない。当院では3年前までは初期研修医が救急外来当直をする制度がなく、各専門医に救急外来が任されていた。3年前よりようやく初期研修医が救急外来当直に組み込まれ、本年度より院内から10名程度の救急外来指導医(救命救急科より4名が参加)が時間帯を限って初期研修医の指導を行うこととなった。しかし未だ外来診療の多くは当直をする各専門医にゆだねられており、その質にはばらつきがある。なぜなら救急診療のトレーニングを受けていない専門医が少なからず存在するからである。とりわけ重症患者や外傷患者への迅速な対応、あるいは適切な専門医のコンサルテーションには各専門医間に大きな差がある。

また専門医外来にフォローアップを依頼した場合に、救急外来での対応の妥当性について専門診療科からフィードバックを受ける機会が少ない。

今後の課題として、救急科主導で初期研修医を含めて救急診療ができる医師が養成され救急診療により多くの医師がかかわっていくことが必要である。専門以外は診療能力が高くない医師が救急診療にかかわることはその医師にとっても患者にとっても不幸だけである。

また、各専門診療科とのより円滑な診療を行うために、外来診療の標準化を共同して行うべきである。救急外来にて行う評価や処置が専門医にとって妥当であった、そうした検討とフィードバックを行う機会を設ける必要がある。これは救急外来の診療の質向上のみならず、専門医療の充実にもつながるものと考ええる。

入院診療における役割として当院救急科は外傷・中毒・熱傷など外因性疾患を中心に重症内因性疾患を加えて平均20～30人の入院患者の診療を行う。とくに外因性疾患に関しては救急科がその専門科として診療にあたり、院内のコンセンサスも得られている。重症患者の診療は初療・入院後の診療とも救急医を中心に専門医とのチーム医療にて診療にあたる。当院には集中治療専門の医師が非常に少なく、結果的に救急医が入院後の診療チームのかじ取り役を行うことが多い。これまでに呼吸・循環を始めとする全身管理をする機会が多かった経緯から、他の専門診療科に比べて集中治療の経験が多く慣れており当院における集中治療の多くを担っている。

しかし救急科が入院診療すべき疾患が院内に明確にされているわけではない。このため救急医・専門医それぞれ各医師の間で自分が属する科がどこまで主導して診療すべきかという点で認識の相違が存在する。

また専門科に依頼しづらい医療的問題を抱えた患者、例えば衰弱にともなう全身状態の悪化した患者の診療、及び慢性期の医療的問題のみ抱えた患者、あるいは重症患者が軽症化しても、それらの診療を救急科が行わざるを得ないことがある。

今後改善すべき点として、各専門科と入院診療の対象について具体的な取り決めを行うべきである。

最後に教育に関して当院の初期研修では救命救急科のローテーションが義務付けられており、上級医やシニアレジデント指導の下幅広い臨床経験をつむことができる。とくに医師の技能として必須である心肺蘇生や小外科手技、致命的疾患の対応を初期研修医に教育するのに救急医が果たす役割は大きい。

当院のシニアレジデントは救命救急科業務と別に院内の専門科をローテーションする機会が計一年間与えられており、各人が希望する診療科で研修を積むことができる。専門科の診療技術の習得のみならず、専門科と救急科とのより良好なコミュニケーションを図るために役立っている。

また救急科医師により院内や近隣病院医師対象のACLS講習会を定期的に開催し、地域救急診療の向上に努めている。

さらには救急救命士の院内実習を積極的に受け入れ、救急救命士のスキル向上に貢献している。年に3回周辺地域の救急救命士と救急科医師・看護師とで集まり搬送症例の検討会やJPTEC/JATECのデモンストレーションを行い、地域救急医療の発展を支えている。

初期研修医・後期研修医両方の研修に共通しているのは、研修の到達目標が明確でないところである。具体的な将来の自分の姿を描きづらい環境であると思われる。また、外来担当が入院後の担当医となる体制であったため、入院診療経験の共有ができていなかった。この7月より入院診療に関してもチーム制を導入し、経験の共有化を図っている。

地域型救命救急センターにおける救急医は、外来診療・入院診療・教育の面から特長的な役割を果たしている。有床型ER方式はいずれの面においても改善点が多く、発展途上にある。

大規模急性期病院の 併設型救命救急センターにおける 救急医の役割

飯塚病院救急部

中塚 昭男 鮎川 勝彦 出雲 明彦
 稲留 直樹 中村 朋子 山畑 佳篤
 徳永 正則 八田 弓子 三好 修
 藤富紀代美

はじめに

当センターは、大規模急性期病院である飯塚病院に併設された救命救急センターで、一次から三次までの救急患者を対象としている(表1)。診療には病院全職員で取り組んでおり、1,000床以上の病床と1,000人を越える全職員が支えるセンターで、平成16年のセンター受診患者数は43,256名、救急車搬送件数は7,202件(図1)と全国で最も大型の救命救急センターのひとつとして機能している。救急医は24時間365日、救急車で搬送される一日約20人の患者の初期診療・初期治療を行い、院内の各科専門医へと引き継いでいる。当院のような大規模急性期病院の併設型救命救急センターでは各科・各部門との連

携を図ることが最も重要であり、そのためにわれわれ救急医が取り組んでいることについて紹介する。

救急医の役割

当院は前述のごとく1,000床以上を有する大規模病院であることから、昨今の医療の細分化・専門化に伴い、35の診療科・部門が存在し、各専門分野では質の高い医療を提供している。大規模急性期病院の併設型救命救急センターにおける救急医の最も重要な役割は、救急搬送患者に対し適切な初期診療・初期治療を施し、各科専門医との連携を密にして救急搬送患者に対し最善の医療を提供することといえる。各科専門医との連携を図るためのわれわれ救急医の役割として、①subspecialtyの習得と②チーム医療の実践に取り組んでいる。

1. Subspecialty の習得

救急医にはあらゆる疾患・病態に対応する幅広い知識が必要とされるが、当院ではこういったgeneralistとしての知識にとどまらず、何らかのsubspecialtyを習得することを目標としている。当院における救急医のsubspecialtyの習得には2つのパターンがある。ひとつは、専修医として2～3年間救急搬送患者の診療に専従し、その後、subspecialty習得のため各科に外向(ローテート)するパターンである。当院の年間救急搬送件数は7,000件を越えており、一人あたり1年間で500～800件の救急搬送患者の初期診療・初期治療の経験が可能で、2～3年間の専従で各種疾患・病態に対する幅広い知識を習得することできる。この後、本人が希望する科を半年から1年間

表1 病院概況

名称	飯塚病院
開設	大正7年8月
病床数	1,116床(含、精神138床)、25病棟*
職員数	1,565名(医師210名、看護師844名など)*
診療科目	35科・部*
	・救急部・集中治療部
	・内科、肝臓内科、呼吸器内科、消化器内科、血液内科、内分泌・糖尿病内科、心療内科、総合診療科、膠原病リウマチ内科、循環器科、腎臓内科、神経内科、漢方診療科、精神神経科、画像診療科
	・外科、呼吸器外科、消化器外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、整形外科、リハビリテーション科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科、形成外科、再建外科、麻酔科、病理科
	・産婦人科、小児科、小児外科
年間入院患者数	15,766名#
平均在院日数	14日台

*2005年7月1日現在、#数値は2004年(平成16年)

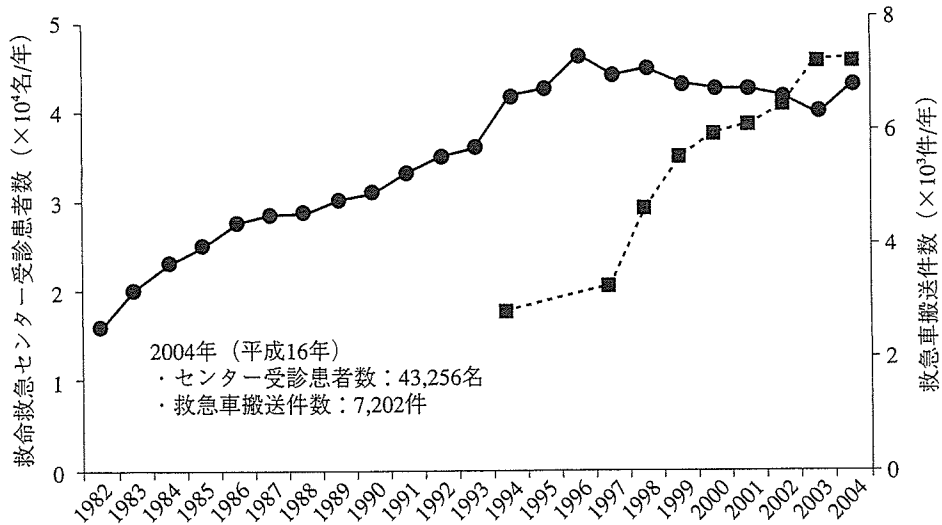


図1 センター受診患者数 (●) と救急車搬送件数 (■) の推移

ローテートして subspecialty の習得に努める。

もうひとつは、各科専門医としていわゆる specialty を習得した後、救急医として専従するパターンである。こちらも、救急医として一定期間専従した後、更なる subspecialty 習得のため他科をローテートすることもある。

当院の subspecialty 習得の特徴は、一定期間のローテートに終わらず、ローテート終了後も各科の診療に携わり、とくに救急疾患を中心に診療のサポートを継続していくことにある。救急患者の緊急手術や緊急カテーテル検査などの補助のみならず、時には主治医として入院診療を担当することもある。最終的に可能であれば、各科の専門医を習得することを目標としている点で通常のローテートと異なっているといえる。救急部スタッフの subspecialty を表2に示すが、ほぼ全員が何らかの subspecialty を習得しているか、もしくはローテート中であり、うち6名が各科の認定医もしくは専門医 (specialty) を習得している。

救急医が subspecialty を習得することの利点として、救急医内で各専門の知識を共有することにより救急診療の質の向上を図ることができること、各科専門医の救急疾患への負担を軽減することができ、各科との良好な連携を維持できることが挙げられる。この結果、救急初療から入院までが円滑にすすみ、救急患者に対し無駄のない質の高い医療を提供可能な状況にしている。さらに、救急医が救急患者の初療のみならず、本人が希望する専門分野の診療に従事することができ、救急医の motivation を維持できるといった利点も挙げられる。

表2 当院救急部のスタッフ構成と subspecialty

● Staff 1 (25) …… 集中治療*
● Staff 2 (13) …… 一般外科*, 心臓血管外科
Staff 3 (12) …… 一般外科*, 心臓血管外科
Staff 4 (11) …… 一般外科*, 心臓血管外科
Staff 5 (11) …… 内科 (内分泌・糖尿病)*
● Staff 6 (9) …… 中毒
● Staff 7 (8) …… 循環器
● Staff 8 (6) …… 一般外科*
Resident 1 (4) …… 一般外科
Resident 2 (3)
その他、これまでの subspecialty ; 総合診療科, 精神科, 呼吸器内科, 放射線科, 皮膚科
●救急認定医または専門医, *各科認定医または専門医, () 内は医師経験年数

2. チーム医療の実践

当院の診療科は、現在35科・部門に細分化されており、前述の如く各専門分野ではそれぞれ質の高い医療を提供している。しかし、高齢者の増加や基礎疾患・合併症の増加に伴い、疾患の多種多様性を生じて単一診療科では対応困難な症例も増加してきている。つまり、専門化・細分化する欠点として、このような複合疾患に対する診療が不十分になるとともに、複合疾患に対応できる generalist の医師育成が課題として挙げられる。

当院では、各科専門医のみでは対処が困難な複合疾患を有した患者に対し、救急医が中心となりチーム医療を実践している。もちろん各分野では各科専門医による診療が理想的であることから各々に治療を依頼するが、各

科間における連携が必要となり、全身管理に精通した救急医が主治医となって適確な舵取りを担い、全体としての治療レベルの高度化、安全性に取り組んでいる。

現在、内科系の複合疾患は総合診療科に委ねているが、外科系疾患は救急部が担当することとし、とくに年間100症例以上救急搬送される多発外傷患者に対しては救急医が中心となりチーム医療を実践している。多発外傷には外科系各科のみならず、IVRを行う画像診療科や緊急手術の際は麻酔科も関与している。救急部には外科医4名(全員が外科認定医または専門医)が常駐してこれら外科系各科と密な連携を保って、緊急手術を含め365日・24時間迅速な対応を可能としている。また、多くの多発外傷患者の診療を担当することにより、各科の外傷疾患に対する幅広い知識が得られ、若手医師の外傷外科医としての育成にも繋がっている。

多発外傷への更なる取り組みとして、救急医全員がJATECやPTLSを受講済み(うち4名がインストラクター)であり、標準的な外傷初期診療が可能で、初療から手術を含めた入院診療までスムーズに移行できるシステムを構築した。また、胸部外傷、血管外傷への対応を強化するため、3名が心臓血管外科をローテートして更なるsubspecialtyを習得した。

当院では多発外傷以外にも、救急医が重症中毒や内因性外科系疾患で集中治療が必要な患者の診療や、集中治療室(ICU)及び高度治療室(HCU)の管理、CHDFや

PMX-DHPなどの体外循環が必要な患者の管理、NST(栄養サポートチーム)やRST(呼吸サポートチーム)活動などでリーダーシップを担ってチーム医療を実践している。チームで診療することは、患者に有益なのはもちろんのこと、リスクマネジメントの面からも有利であり、各科専門医やコメディカルとの連携の強化に繋がるとともに、専門化しつつある医療の現況の中でgeneralistの育成にも一役を担っているといえる。

まとめ

救急患者の増加に伴い、救急医の不足や過剰労働が問題になっている。もはや救急医のみで全ての救急患者に対応することは困難な状況であり、とくに当院のような大規模急性期病院の併設型救命救急センターでは、病院全職員での救急診療への取り組みが必要である。このための救急医の役割として、単なる救急搬送患者の初療のみに終わることなく、幅広い知識(generalist)とsubspecialtyを習得することにより、各科専門医と密に連携してチーム医療を実践し、その中でリーダー性を発揮していくことが要求される。その結果として、搬送される救急患者に対して満足のいく最善の医療を提供することが重要である。

当院の経営理念は「We Deliver The Best」であり、救急医が中心となり救急患者にとって常にbest careを提供し続けていくことが救急医の役割であると考えている。

SW3-5

院内医師は救急医に何を期待しているか？

手稲溪仁会病院救命救急センター

森下 由香 伊藤 沙和 山川 一馬
 亀田 徹 南崎 哲史 早川 達也
 高橋 功

はじめに

手稲溪仁会病院は1997年より専任の救急医を置き、救急患者全てを重症軽症を問わず受け入れる方式をとっている。自力来院と救急車来院合わせて年間2万人以上来

院する救急患者全てを救急医が診療することは困難であるため、当院では、救急医は救急来院患者でのうち、緊急度の高い患者の初療、及び各科専門医に引き継ぐことのできない入院患者管理と院内救急対応を行ってきた(表1参照)。2005年4月より、ドクターヘリ基幹病院と救命救急センターの指定を受け、当院における救急医の任務はさらに増加したが、救急医が行うべきと思われる役割を全てこなすためには人員の面では十分とはいえない状況である。今後、当院において救急医がどのような役割を果たしていくべきかを再考する意味で、救急医を含めた院内全診療科の医師に対し、救急医に期待する役割について意識調査を行った。

方法

2005年4月の時点で当院に勤務する医師158名(救急専任医5名、他診療科医127名、研修医27名)にアンケートを配布し、提出してもらった。無記名で診療科、勤務

表1 手稲溪仁会病院における救急診療体制 (2005年3月現在)

病床数 (病院全体)	524床
救急患者病床*	ICU4床+一般病床 (4月より 院内ICU4床, 救急患者用HCU10床に変更)
診療区分	初期・二次・三次救急
救急専任医の業務	1. 救急外来業務 救急車患者 自力患者のうち外因, 緊急性の高い患者 (自力患者の診療前トリアージは救急外来看護師が行なう) 2. 入院患者診療 他科に容易に振り分けられない患者で入院を要する場合 (例, 中毒, 多発外傷, 心停止蘇生後) 3. プレホスピタル ドクターヘリ運営 4. 診療以外 院内ICLSコースの開催
非救急医の救急外来での業務	自力患者の診療 (内因, 緊急性が低い患者) 院内輪番医 (非救急医) (平日 17:00~22:00 土曜 12:00~22:00 休日 8:30~22:00) 当直【PGY2】研修医 (22:00~8:30) 救急医からの依頼があった場合 各科当直 (あるいは宅直) 医
救急専任医の数	救急専門医 5名 救急研修医 1~2名 院内ローテート研修医 2~4名
院内当直医*	救急専任医 2~4名 (スタッフ1名+研修医) 当直研修医 2名 循環器内科医 1名 消化器内科医 1名 脳神経外科医 1名 小児科医 1名 ICU当直医 1名 4月より 外科医1名 が追加

* 2005年4月 救命救急センター指定後に変更が加えられている

年数を記入することとした。アンケートの質問項目は下記の通りである。

- ・ 当院の救急医は十分な役割を果たしているか (選択)
- ・ 救急医が行うべき役割 (自由に回答)
- ・ 救急医が行う必要のない役割 (自由に回答)

結 果

33名よりアンケートを回収した。その内訳は救急専任医3名, 他診療科医24名, 研修医6名であった。

表2に救急医が十分な役割を果たしているかという質

問に対する回答のまとめを示した。十分な役割を果たしているという回答は33名中10名であった。このように回答した医師は, 研修医1名と, 救急以外の診療科医師9名であり, 救急業務担当の経験のある医師は1名のみ(研修医)であった。これらの医師の当院での勤務年数は10年以上3名, 3~10年3名, 3年以下4名と, 明らかな傾向はみられなかった。

次に, 救急医が行うべき役割を表3に示した。救急医の意見と救急以外の他診療科医師(非救急医)の意見をまとめた。研修医の意見は救急業務経験があるというこ

表2 救急医は院内医師の期待する十分な役割をはたしているか

回答 (計33)	診療科内訳	当院での勤務年数(年)					
		救急医 研修医	非救急医	10～	3～10	～3	無記入
十分	10	研 1	整形 2 内科 2 循内・小児・消内・腎内・脳外 各1	3	3	4	
足りない	7	救 2	消内・呼内・小児 各1 無回答 2	1	4	1	1
どちらとも いえない	8	救 1 研 3	消内 2 呼内・眼 各1	1	2	5	
わからない	8	研 2	消内 2 内・小児・心外 各1 無回答 1	1	0	5	2

表3 救急医が行うべき役割

	救急医・研修医の意見	非救急医の意見
現在、当院の救急医が行っていること	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急車来院患者の初期対応 ■ 外傷、ショック、CPAの初期治療 ■ ドクターヘリ、プレホスピタルケアへの積極的な関与(救急隊のための講習) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急車患者の初期治療 ■ 院内救急の対応 ■ 救急処置及びトリアージ ■ 院内 ACLS の啓蒙 ■ 救急部的な疾患(溺水など)の初療・入院治療 ■ 他診療科で担当医が決まっていない救急患者の入院管理 ■ 全てのwalk in患者のトリアージ(実際は主に救急看護師の業務) ■ プレホスピタルケア(主に、ドクターヘリ)
現在は全てを救急医が行うことができず、大部分を他診療科医師に依存している	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急来院するWalk in 患者全てにかかわる ■ 研修医の救急診療全てを監督する ■ 救急外来から他科に入院したが、全身状態が安定しない患者に対する入院初期の全身管理(急性期病棟[HCU]の管理) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急外来に来院する全てのwalk in 患者の診察 ■ 研修医が診察した救急患者の最終確認 ■ 救急から他科に入院したが、全身管理が必要な患者の全身管理(救急入院患者の初期集中治療)
現在はまったく行われていないこと	<ul style="list-style-type: none"> ■ 熱傷患者の管理 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 一般市民に、BLSや救急受診が必要となる症状などを啓蒙すること

表4 救急医が行う必要のない役割

救急医の意見	<ul style="list-style-type: none"> ■ 問診や救急隊からの情報などから疾患が明らかと思われる患者の診療(最初から各診療科での診療が適切では?)
研修医の意見	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入院患者の管理(外来と掛け持ちでは、必要時に対応できない) ■ 小児の風邪、下痢などの診療
非救急医の意見	<ul style="list-style-type: none"> ■ 内因性疾患のwalk in 患者の対応

とで、救急医の意見に含めた形で表した。これらの意見を、現在当院の救急医が行っている役割と、救急医が行っておらず非救急医に依存している役割、当院では行っていない役割に分類して整理した。

救急医が行うべきと考えられる役割のうち、現在当院の救急医が行っているものは、救急車患者の初期対応、救急的疾患（外傷、ショック、CPA、溺水）などの初期対応、ドクターヘリ事業などは、救急医、非救急医の両者の意見としてみられた。院内救急の対応、院内 ACLS の啓蒙、救急来院患者のトリアージなどは、現在救急医が果たしている役割で、非救急医から救急医の行うべき役割として指摘されているのだが、救急医の中からは、とくに指摘のなかった役割であった。

救急医の行うべき役割の中で現在は非急球医に依存している役割としては、救急外来に受診する自力来院患者の全てにかかわること、研修医の救急診療全ての監督や、救急入院した患者の急性期管理などが、救急医、非救急医の両者より指摘されていた。

さらに、救急医が行うべきだが、現在は当院ではまったく行っていない役割として、救急医からは熱傷患者の管理が、他科医師からは、一般市民の救急に関する啓蒙が指摘されていた。

救急医が行う必要のない役割について表4に示した。救急医、研修医、非急球医の意見に分類して示したが、救急医・研修医・非救急医のいずれからでも、来院手段が救急（救急車あるいは救急外来）であっても、緊急性に乏しい病態や、診療すべき科が明らかな場合については、救急医が診療する必要がないという意見がみられていた。

考 察

今回の意識調査では、当院に勤務する医師158名中の33名からしか回答が得られず、院内医師全体の意見を必ずしも反映したとはいえないかもしれない、しかしながら回答されたものからは、救急医の行うべき役割について、救急医・非救急医両者とも、ほぼ同様の意見がみられた。

回答にみられた救急医の役割を総括すると、救急診療の質をコントロールし、初期治療・全身管理に主にかかわり、専門的治療へスムーズに引き継ぐ立場をとることを期待されている役割であるという印象を受けた。さらに、院内における診療のみならず、救急医療に深くかわる病院前治療や、救急処置について医療従事者や一般人に対する啓蒙を行うべきだという意見が非救急医の側から聞かれたことは注目に値すると思われた。

今回の調査では、救急医がその役割を十分に行えてい

ないという回答が多くみられたのだが、行えていないと考えられる役割には、重症救急患者の入院初期における管理、自力来院する救急患者などの研修医の診療の監督、救急患者全体を掌握することなど、現在非救急医に多くの部分を依存している業務であった。これらの中には、マンパワーがゆるせば、救急医が行うことが適している役割もあるが、軽症で担当科が明白な症例の初期診療など、必ずしも救急医が行う必要がないと考えられる役割も含まれ、院内の事情に合わせて検討していく必要があるだろう。

歴史的には、わが国における救急医療は、通常の医療機関では診療が困難とされる、外傷やその他の重篤な病態の初療とその後の治療、つまり、いわゆる「3次救急」に重点をおくことから始まった。このようなシステムにおいて、救急医は、3次救急医療施設における救急患者の初療から入院治療全般、すなわち、蘇生などの救命救急処置、多発外傷の初期治療にかかわる緊急手術手技や、集中治療を行っていたのだが、このようなシステムの中では、一人の救急患者の治療が救急医のみから構成されるチームで完結されることも稀ではなかった。また、このような救急システムでは、独立型の救命センターはもちろん、院内併設型の救急部門においても、救急部門は院内の他診療科とほぼ独立した形で診療を行っていたため、救急医と他診療科医師が意見交換を行う機会や必要性はあまりなかった。

これに対し、当院では、救急患者の初療を救急医が担当し、その後の専門性の高い治療をそれぞれの専門科医師に引き継ぐという、いわゆる「ER型救急システム」をとっている。このシステムでは、救急患者の診療は救急医のみによって行われるわけではないため、病院全体が救急患者を受け入れる体制がなければ成り立たないものである。救急医は、このようなシステムの中では、従来の3次救急システムのように患者一人一人の治療を完結するのではなく、病態に応じた治療が一人一人の患者で遅滞なく行われるように管理するというような、救急診療の質を保つ役割を果たすことが期待されていると考えられる。

「ER型救急システム」自体は、わが国で行われるようになってまだ新しいものであり、救急医・非救急医ともに、これをどのように運営していくかはまだ模索状態といっても過言ではない。新しいシステムの中で、救急医がどこまでの役割を分担するのが適切かは医療機関の構成などによっても、必ずしも同一とは限らない。今後も、このような意識調査などを通して、救急医の行うべき役割を検討していく必要があると考えられる。

結 語

今回、「ER型救急システム」によって運営されている医療機関において、救急医の役割に対する意識調査をおこなった。この調査から、救急医は、救急診療の質のコントロール、救急患者の全身管理、病院前救急、救急処置の啓蒙などの役割を期待されていることが明らかに

なった。現状において救急医がどのような役割を果たすべきかは、医療機関の体制や、救急医のマンパワーによって異なるものであるが、当院のように病院全体としての救急応需体制を持つ医療機関では、救急医と非救急医が能率的に協力しあう必要があり、このような意識調査を通して、救急医の受け持つべき役割を検討していくことが重要であると考えられた。

SW3-6

一般救急病院における救急医の役割

— specialist でありかつ generalist である救急医の重要性 —

¹ 京都九条病院脳神経外科, ² 同院救急科

榊原 毅彦¹ 平井 誠¹ 瓦葺健太郎¹
松井 淳琪² 松井 道宣² 山木 垂水¹

はじめに

現在のわが国の救急医療体制において、全ての三次救急患者を救命救急センターにて診療することは不可能であり、地方においてその傾向は強い。多くの場合、救急専門医指定施設等の一般救急病院にて一次救急から三次救急までの診療にあたっている。そこで、一般救急病院である当院での救急体制を検討し、救急医の役割について述べたい。

病院の概況

京都九条病院は、京都市南区（人口98,905人）にある。2006年4月現在当院は207床の急性期病院として内科、消化器科、循環器科、一般外科、整形外科、脳神経外科、麻酔科、リハビリテーション科にて構成され、常勤医は20人で全員日本救急医学会会員である。そのうち専門医は4名おり、救急科専門医指定施設となっている。また、それぞれの科のほとんどの医師は所属する学会の専門医である。

当院の救急体制

救急患者の受け入れに関しては、小児科、産科救急以外は前述の診療分野を中心に基本的に要請があればいか

なる患者であろうと、とにかく全て受け入れる体制をとっている。夜間、休日の当直は外科系1名、内科系1名で少なくともいずれかの医師は常勤医である。また平日の午後9時までは救急患者のためにさらに1名の医師が待機している。また各科ともに完全on call体制をとっており、夜間、休日の緊急性のある疾患にも十分対応できている。当院の救急車の受け入れ状況は表1に示す。2001年より年々増加傾向にあり、現在およそ年間1,800名である。そのうち入院を必要とした症例は約45%前後であった。

当院の救急医療に対する考え方

われわれの病院における救急医療における理念は「医師を中心に職員一同が、われわれの病院がいわゆる地域の中核的救急病院であるという自覚をもち、来院する救急患者にいかんにか貢献できるかという意識を持ち続けること、そのために、常に医師をはじめとして職員全員による協力体制を持つ。」ということである。また当院の医師の救急医療に対する基本姿勢は「各分野の specialist であると同時に generalist であれ」ということである。これらの考え方を具体的に実践する方法を紹介する。

そのひとつは、全ての医師はいかなる救急患者の搬入時には時間と状況が許せば必ず一度は救急室に集合するというシステムである。当院では救急患者の搬入依頼は事務段階で基本的に全て断らない。救急患者の搬入が決定すれば院内放送で（夜間は当直医に直接伝える）「業務連絡990または999」と流す。990の場合はいわゆる救急患者が搬入されることを意味し、999は心肺停止状態や

表1 Number of patients who were transferred by the ambulance.

2001	1450 (643 : 44.3%)
2002	1572 (704 : 44.7%)
2003	1780 (790 : 44.4%)
2004	1873 (890 : 47.5%)