

地域救急医療体制の充実度評価の方法

川口市立医療センター救命救急センター

小関 一英

はじめに

医療の質は、一般に、構造(structure)、経過(process)、結果(outcome)の3つの観点から評価される。厚生労働省の見解では、地域救急医療体制はすでに充実しているとしているが、その評価の方法は単に「構造」によるにすぎず、質としての経過や結果についての調査はほとんどなされていない。その理由のひとつは、消防機関が医療体制としての実態とその評価を公開していないためと思われる。今回、当院『救命救急センター運営協議会』を通して当該地域の6市の消防機関に対して救急搬送の実態調査を依頼し、その結果をもって埼玉県南部の地域救急医療体制の充実度を評価したので報告する。

方 法

当救命救急センターの運営協議会の調査資料として、埼玉県南部の6市(さいたま・川口・鳩ヶ谷・草加・蕨・戸田)の消防本部に協力を仰ぎ、1年間での救急搬送の実態を調べた。各市は署内にそれぞれの指令センターを有し広域の救急搬送のコントロール体制は取っていない。6市の総人口は約2,023,000人(埼玉県全人口の29%)、調査期間(2004年1月～12月)における総搬送依頼件数75,122件。同地域は二次医療圏として3地区からなり、2箇所の救命救急センター(川口市立医療センター、さいたま赤十字病院)を有している。

(1) 医療機関を一次・二次・三次の機能別に分類し、匿名化した。各市の消防本部が各々の市内医療施設に救急患者収容要請を行った件数と実際の収容数、収容率を調べた。6市消防本部の市内救急告示医療機関(一次及び二次)を100床以上($n=32$)と100床未満($n=31$)に分け、公示病床数と年間収容患者数との関連をみた。医療機関の患者収容率は、医療施設が位置する市内からの搬送依頼数と実収容数から算出した。したがって、各医療施設に他市から搬送された患者数は含まれていない。

(2) 救急搬送患者の搬送先医療施設を病床数50床未

満、50～199床、200～499床、500床以上の4つの病院群に分類し、各病院群での年間全収容数と1施設あたりの収容数を調べ、救急搬送における貢献度を調べた。比較のために、東京都内の二次医療機関を対象にした『救急医療機関の質的向上のための実態調査』¹⁾の資料をもとに同様の病院群に分類し、搬送患者数を集計した。

(3) 患者搬送先を市内・市外・都内に分け、6市の救急搬送の地域完結性を調べた。

(4) 現場の救急隊または指令センターからの第1報に対して収容不能あるいは収容拒否となった場合の件数と収容不能の理由、また、医療施設が収容応需するまでに救急隊または指令センターが問い合わせた医療機関の数を10,371件について調べた。119番覚知から病院収容までの所要時間を、救急車の現場到着時刻、現場出発時刻で区切り、算出した。

結 果

(1) 家族等からすでに医療機関への連絡済みのため、収容要請が不要であった14,507件及び不搬送5736件を除くと、現場の救急隊からの収容要請に対して最初の医療施設が直ちに応需し、収容先が決まる頻度は80.0%(32,107/40,151)であった(図1)。収容決定までに5施設以上へ収容要請を行った頻度は1.7%と少ないが、実数は676件に達した。119番通報から病院収容までの所要時間は平均30.8分であったが、収容要請の問い合わせる医療施設が多くなるほど到着から現発までの時間(現場滞在時間)が長くなり、問い合わせが6箇所以上の場合、覚知から病院到着まで1時間を越えていた。

(2) 医療機関の病床数と救急搬送患者収容率

調査資料の提出がなかったさいたま市を除く5市に位置する医療施設のうち、36の二次救急医療施設の各公示病床数と救急搬送患者収容率を調べた(図2)。収容率は31.0～93.8%、平均73.9%で、病床数と収容率に相関は認められなかった。

(3) 二次医療施設の病床数規模と年間救急車収容患者数の関係

病床数100床以上の医療施設においては、病床数と収容患者数は相関が認められたが($r=0.818$, $p<0.001$)、100床未満の医療施設では相関関係はなかった(図3)。いずれにおいても病床数にかかわらず多数の患者を収容している医療施設がある一方で、ほとんど患者を収容していない施設が歴然として存在していることが判明した。

(4) 二次救急医療施設の地域救急医療への貢献度

病床規模による4種の病院群での収容患者数は、200～499床規模の病院群(12施設)が年間約2万人(全搬送

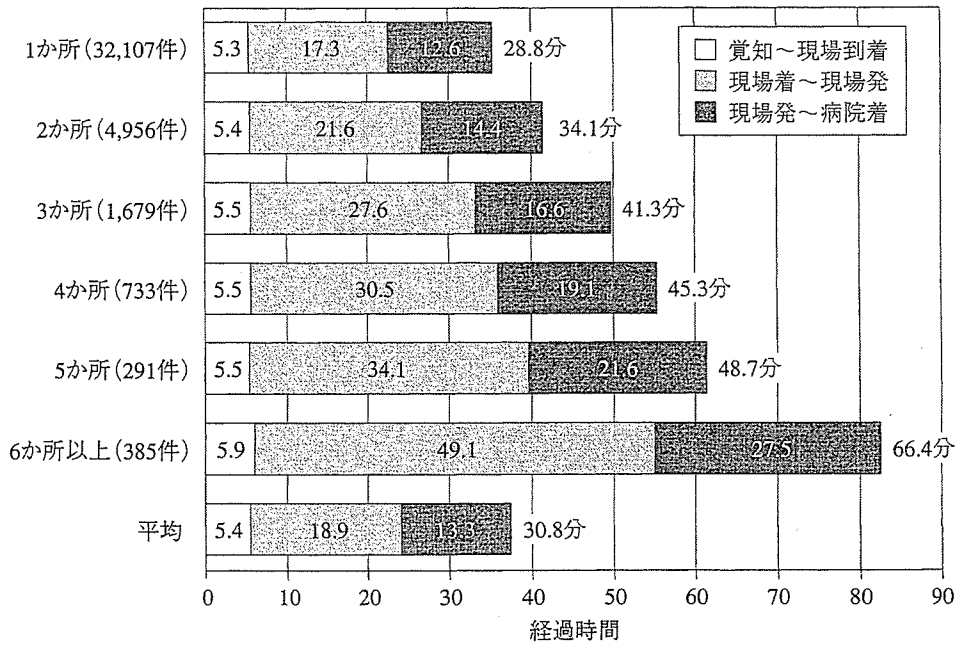


図1 医療機関への患者収容要請回数と搬送所要平均時間
 全搬送件数 40,151件を医療機関への収容要請回数で分類した。ただし、収容応需済みのため問い合わせ省略した14,507件と、不搬送5,736件を除いた。さいたま市除く埼玉県南部5市消防本部資料をもとに算出。2004年1月～12月の集計。各棒グラフの右に示す平均搬送所要時間は、各フェーズの平均値の単純加算値とは異なることに注意。

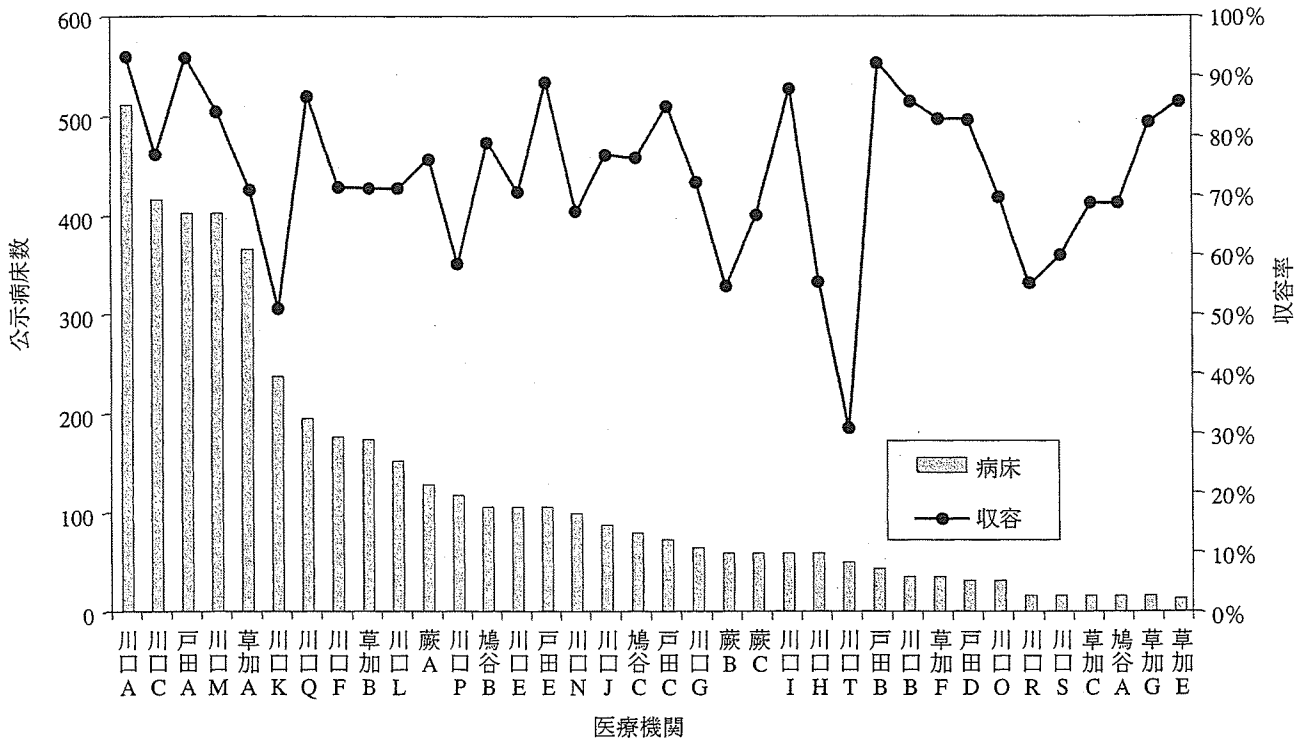


図2 埼玉県南部5市の二次医療施設 (36) の病床数と救急搬送患者収容率
 各市消防本部の資料のため、医療機関の患者収容率は、医療施設が位置する市内からの搬送依頼と実収容数から算出した。各医療施設に他市から搬送された患者数は含まれていないことに注意。

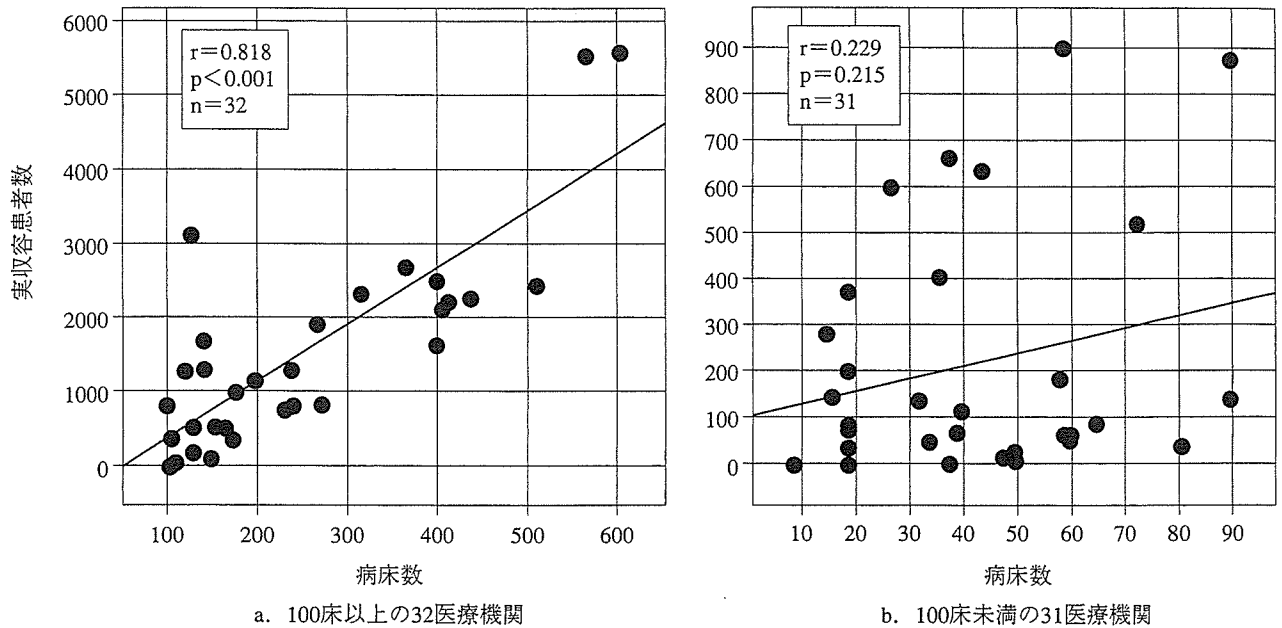


図3. 医療施設の公示病床数と救急搬送患者収容数

埼玉県南部6市消防本部のそれぞれの市内医療機関への搬送件数(2004年1月~12月)であり、各医療施設の全年間収容患者数ではないことに注意。100床以上の医療機関では、収容患者数は病床数にほぼ比例するが、100床未満では挿管はない。

表1 二次医療施設の救急搬送への貢献度；病床数規模分類による年間救急搬送患者収容数

埼玉県南部6市					東京都内*			
病床数	救急告示 医療 機関数	病床数 規模 構成比	患者収容数 (市内搬送のみ)	1施設 あたり 収容数	二次医療 機関数	病床数 規模 構成比	患者収容数	1施設 あたり 収容数
≥ 500	3	5%	14,275	4758	14	8%	68,231	4874
200 ~ 499	12	20%	20,089	1674	35	21%	76,654	2190
50 ~ 199	29	48%	16,191	558	95	57%	112,217	1181
< 50	16	27%	3,437	215	24	14%	20,500	854
計	60	100%	53,992	900	168	100%	277,602	1652

* 『救急医療機関の質的向上のための実態調査』¹⁾より

患者数の37.2%)を収容し、次いで50~199床規模の病院群(29施設)が約16,000人(同30.0%)を収容していた(表1)。これに対して東京都内の二次救急病院のうち、患者収容数が最も多かったのは50~199床の病院群(95施設)で全搬送患者の40.4%を収容していた。

1施設あたりの平均年間患者収容数は、500床以上の病院群では、両地域ともほぼ同数の約4,800人を収容していた。200~499床規模の病院群では、埼玉県南部6市での1,674人に対して、東京都内では2,190人と多かった。50~199床規模の病院群ではこの差はより顕著となり、前者の平均558人に対して、後者の平均は1,181人と、ほぼ2倍の患者数を収容していた。さらに50床未満の医療

施設の比較では、前者が215人に対して、後者ではほぼ4倍の854人であり、埼玉県南部地域の500床未満の医療施設の救急体制への貢献度が、東京都内に比べて低いことが示唆された。

(5) 二次医療圏における救急搬送の地域完結性

6市における救急患者搬送先がそれぞれの「市内」医療施設である割合は17~89%と幅広く、平均79%であった(図4)。80%を超えるのはさいたま市、川口市、戸田市で、他の3市は市内医療機関に搬送する割合が低いことが分かる。二次医療圏でみても、その差は明らかで、救急医療施設の多寡に加え、市内に救命救急センターを有するか、少数であっても救急医療に積極的な医療施設を

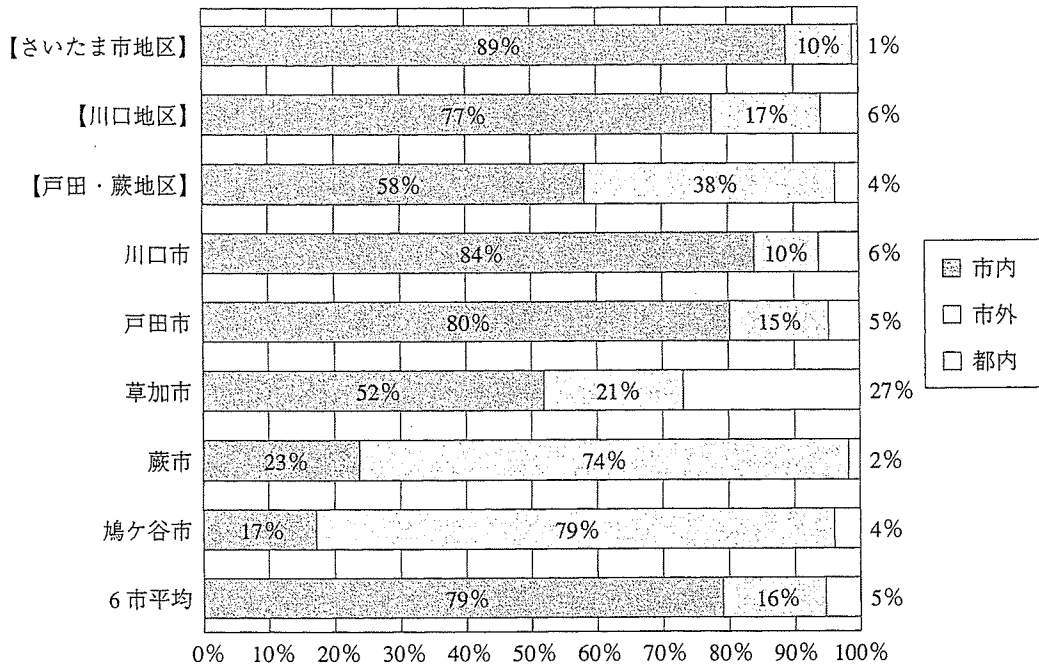


図4 救急患者搬送先からみた埼玉県南部6市及びその二次医療圏（【 】内）における救急医療体制の地域完結性

表2 収容要請第1報に対する収容不能（拒否）の理由

N=10371		
拒否理由	件数	頻度
専門外	2427	23.4%
手術中・処置中	1981	19.1%
ベッド満床	1764	17.0%
処置困難	1738	16.8%
医師不在	719	6.9%
理由不明	472	4.6%
その他	1270	12.2%

持つことが、地域完結性を高める理由であった。

(6) 収容要請に対する収容不能理由

医療機関への患者収容要請の第1報に対して、収容不能ないし収容拒否となったのは10,371件あった(表2)。収容不能の理由で最も多かったのは、「専門外」で23.4%、次いで「手術中または処置中」19.1%、「ベッド満床」・「処置困難」それぞれ約17%などで、「医師不在」が6.9%もあった。

考 察

当該地域の二次医療施設の救急搬送患者の収容率は平均78%。積極的に収容要請に応じている少数の医療施設がある一方で、病床数から予測される年間収容数を下回

る医療施設も多く、二次医療圏の地域完結性は高いとはいえない。20%は収容先医療施設が第1報で決定できず、5か所以上への収容要請の場合、病院収容まで1時間以上を要していた。

軽症患者であっても一次・二次医療施設が収容を拒否した場合、最後の砦である救命救急センターが最終的に応じている。当院救命救急センターの収容患者の約20%が一次患者であるのはこのような理由による。この傾向は10年来変わらず、当地域だけでみても、地域救急医療体制が改善・充実しているとは言い難い。地域救急医療体制の充実度の評価には、医療機関の患者収容数だけでなく、収容要請に対する収容不能件数、その理由、収容率を重視した調査が必要である。

いわゆる「患者のたらい回し」事件の報道が跡を絶たず、全国的にみても小児救急、精神科救急などについても一向に改善されていない理由のひとつは、地域救急医療体制が円滑に機能しているか否かの検証がなされていないからであろう。消防機関の発行する『救急活動の実態』²⁾は、単に搬送事例の件数の羅列に過ぎず、救急医療体制の評価ではない。注目すべきは、東京都医師会救急委員会が平成15年に東京都医師会長の諮問に対して答申した報告書¹⁾である。この中での救急医療機関の実態調査は、単に医療施設のstructureにとどまらず、二次救急医療機関を中心に、脳神経疾患・循環器疾患・呼吸器疾

患・腹部疾患・外傷・小児に対する具体的な診療体制と診療機能について、すなわち質の評価を行った点でこれまでに例をみない調査と評価できる。さらに、「安全に医療が遂行できるシステムの構築」を目指した方策についてのアンケート調査から、現在の東京都指定二次救急医療体制をさらに充実させるための意見と提案を行い、「精神科救急のあり方」を提言している。

この報告書は、東京都医師会救急委員会の積極性と見識だけでなく、救急医療に精通した数名の救急専門医を委員に有していたことが、かかる有意義な実態調査と具体的な提言を行うことができた理由であろう。今後は、この報告書に基づいた地域救急医療体制の改善が図られ、具体的な成果をあげた報告書の発行を期待したい。全国

的な地域救急医療体制の評価は、個々の地域医師会中心ではなく、共通の調査項目と具体的な診療機能の調査を含めた組織的な取り組みが必要で、これに基づいた救急医療体制の改善策は、個々の地域で具体的に遂行されるだけでなく、その成果についての調査と評価が継続的に行われるべきである。

参考文献

- 1) 救急医療機関の質の向上のための実態調査：東京都医師会救急委員会編；東京都における二次救急医療機関の質的向上について（答申）。（社）東京都医師会，2003年，p64.
- 2) 東京消防庁：救急活動の実態—平成16年。

SW6-6

バイタルサインによる フィールドトリアージの質は 収容医療機関ごとのISSに影響する

¹ 聖マリアンナ医科大学救急医学，² 船橋市医師会

田中 拓¹ 箕輪 良行¹ 大内 崇裕¹
森澤健一郎¹ 池田 勝紀¹ 金 弘²
伊藤 善一² 梶原 優² 永谷 計²
吉田幸一郎² 計良 和範²

はじめに

医師会が中心となり地域救急医療の実態を調査したのは人口50万人の長崎を嚆矢とするが、今回われわれはフィールドにおけるトリアージレベルの、収容医療機関における重症度への影響について、ドクターカーを運用したメディカルコントロールを行っている千葉県船橋市での救急医療実態調査の結果をもとに検討した。

対象と方法

期間は2002年4月から2003年3月までの1年間を対象とし、船橋市消防局の全ての救急搬送傷病者に傷病者搬送通知書を配置し、2週間後の予後調査票とともに回収した。

全20,432件（回収率93.5%），うち外傷例7,279件（35.6%）を対象症例とし，傷病者搬送通知書からバイタルサインをはじめとする現場での患者情報を収集。予後調査表から診断ならびに患者の経過を検討した。また現場での生理学的指標として，意識，収縮期血圧，脈拍，呼吸よりなるprehospital index¹⁾（PHI）を使用した。これは意識レベルがJCSで0を0点，I桁を3点，II/III桁を5点，収縮期血圧が101以上を0点，86-100を1点，75-85を2点，0-74を5点，脈拍数が120以上を3点，51-119を0点，50以下を5点，呼吸数が10-20を0点，21以上を3点，9以下を5点とし，その合計点を用いる。この生理学的指標が予後にどのように関連しているかを検討した。

結 果

外傷部位をAIS（abbreviated injury scale）に準拠し1頭部頸部，2顔面，3胸部，4腹部，5四肢骨盤，6外皮の6部位に分類した。全体の傾向として，損傷部位で多い

表1 トリアージ項目の関連

当日及び2週間以内の死亡とトリアージ項目の関連	Pearson 相関	
	Pearson 相関	有意確率
車外放出	-0.048	0.039
歩行者の事故	0.071	0.004
高速正面衝突	0.065	0.008
車大破	0.085	0.001
自転車乗用中	-0.007	0.402
車横転	-0.011	0.344
転落	0.090	0.000

表2

生理学的指標とISS				PHI, 受傷機転とISS					
	ISS ≤ 15	ISS ≥ 16	不明	全体		ISS ≤ 15	ISS ≥ 16	不明	全体
PHI ≤ 3	6,008	60	500	6,568	非高エネ & PHI ≤ 3	4,780	54	494	5,328
PHI ≥ 4	504	46	161	711	高エネ & PHI ≤ 3	1,228	6	6	1,240
全体	6,512	106	661	7279	非高エネ & PHI ≥ 4	399	25	161	585
					高エネ & PHI ≥ 4	105	21	0	126
					全体	6,512	106	661	7,279

p < 0.01

p < 0.01

表3

PHI ≤ 3 での高エネルギー, 非高エネルギーの割合					
	高エネルギー外傷	%	非高エネルギー外傷	%	総計
救命救急センター	142	22.5	488	77.5	630
地域基幹病院	79	20.2	312	79.8	391
一般病院	891	18.7	3,869	81.3	4,760
その他	253	17.1	1,229	82.9	1,482
不明	1	6.3	15	93.8	16
総計	1,366	18.8	5,913	81.2	7,279

p < 0.05

PHI ≥ 4 & 高エネルギー群でのISS ≥ 16の割合							
	ISS ≥ 16	%	ISS ≤ 15	%	不明	%	総計
救命救急センター	2	4.3	44	93.6	1	2.1	47
地域基幹病院	0	0.0	4	100.0	0	0.0	4
一般病院	3	5.1	49	83.1	7	11.9	59
その他	0	0.0	15	93.8	1	6.2	16
総計	5	4.0	112	88.9	9	7.1	126

ものが四肢骨盤 (2,684例), 次いで頭頸部 (2,667例) であった。また複数部位に外傷があり, 重症と考えられるISS (injury severity score) 16以上である多発外傷は38例であった。また高エネルギー外傷が全体の19%を占めていた。多発外傷の年齢分布は二峰性であり, 若年と高齢者にピークを認めた。受傷機転が若年者では自動二輪, 自動車によるもの, 高齢者では歩行者, 自転車によるものが多くみられた。

転帰として, 6割以上の患者が外来から帰宅可能であり, 2週間以上入院をしているものが18.3%認められた。また死亡例は0.9%であった。

当日及び2週間以内の死亡とトリアージ項目との関連について表1に示す。受傷機転を①同乗者死亡, ②車外放出, ③歩行者, ④高速正面衝突, ⑤車の大破, ⑥自転車と乗用車の事故, ⑦車の横転, ⑧2階の屋根以上からの転落, ⑨爆発事故のいずれかひとつでも呈したものを

高エネルギー外傷と分類した。これらの受傷機転のうち, いずれも相関係数は低いものの③, ④, ⑤, ⑧の4項目において有意な確率を示しており, 2週間以内の死亡との関連を示唆するものと考えられる。

表2にPHIとISSの関連を示す。PHI4以上でトリアージされたものでISS16以上の重症例は46例で, PHI3以下の場合に比して有意に重症例を多く認めた (p < 0.01)。

PHI及び受傷機転を総合して比較した場合, 非高エネルギー外傷でPHIが3以下の症例に比して高エネルギーでPHI4以上の症例のISSに有意差を認めた (p < 0.01)。

受傷機転が高エネルギーか否かとISSとの間には有意差は認められなかった。

搬送先と受傷機転に関して検討すると, PHI3以下の症例においては高エネルギー外傷が救命救急センター搬送される傾向を認められた (p < 0.05) (表3)。

PHI4以上でISS16以上の搬送症例は少なく検討は困難

であるが、一般病院搬送例は可及的な直近医療機関への搬送と考えられた。

考察と結語

1. PHI 4以上の症例ではPHI 3以下の症例よりISS16以上の重症例を多く認めた。
2. 高エネルギーでPHI 4以上の症例では非高エネルギーでPHI 3以下の症例よりISS16以上の受傷例を多く認めた。
3. PHI 3以下の症例では高エネルギー症例が救命救急セ

ンターへ搬送されていた。

4. これらよりPHIならびに受傷機転は収容医療機関選定に影響し、また医療機関における重症度判断に寄与することが示された。

参考文献

- 1) Koehler JJ, Baer LJ, Malafa SA, et al: Prehospital index: a scoring system for field triage of trauma victims. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 178-82.

SW6-7

医療機能評価を基準とした 救急医療の評価

¹岡山大学附属病院救急部, ²日鋼記念病院救命救急センター

七戸 康夫¹ 浜田 弘巳²

背景

日本において医療の質の評価という問題は、比較的新しい話題であるが、諸外国においては歴史があり、JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, USA, from 1987.) 及びACHS (Australian Council on Healthcare Standards, Australia, from 1974.) などが知られている。とくにJCAHOにおける評価はメディケア、メディケイドなどの米国の医療補助の支払いにも影響するため、受審側医療機関にとっては大きな問題である。

財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価は、医療機関に第三者評価を行うことにより医療機関が質の高い医療サービスを提供してゆくための支援を行う事を目的に行われ、種々の形態の病院を対象に1738施設(2005年10月現在)が認定されている。2002年よりVer.4が開始され、さらに2003年10月からはVer.4以上の認定施設を対象に、付加機能として救急医療機能、リハビリテーション機能、緩和ケア機能の審査が開始された。

われわれは2004年この付加機能(救急医療)審査により日本で第一号の認定を受けた。その過程における機能改善効果について報告する。

受審までの経過

2004年6月27日に受審申込を行い、受審に向けた院内WG(医師・看護師・事務職)を設置し既達成項目・未達成項目の確認と問題点の明確化を行った。8月には院内委員会を設置し、実績調査と書類作成、問題項目の解決策を検討し実施、9月に書面審査調査票を提出した。10月には機構のサーベイヤーの資格を持つ院内職員による模擬審査を行い、再度問題点の検討を行った。この際に現況調査項目においては、専任医師数、救急部門に特化した詳細な患者統計などが問題となったが、自己評価項目においては、ほぼ達成されたと判断した。

受審結果

10月20日に受審、現況調査が行われた。事前の検討においても問題とされた、実績・診療件数とアウトカムが、救急部門に特化した患者・疾患統計となっていないことを指摘された。自己評価調査では、1)救急部門の地域における役割と基本方針→理念に役割が明文化されていないこと、2)救急部門の組織体制の確立→専任医が少ないこと、外科系・内科系に区分されていない医師当直体制、勤務体制(当直明け休み)などの不備、3)救急部門の適切な運営→NBC災害に対する災害時マニュアルの不備、4)救急患者への適切な対応→トリアージナースの不在、患者統計の不備、5)感染対策としての医療廃棄物分別法が不明瞭である、等が指摘された。しかし問題点が改善可能である、あるいは地域の特性(人口希薄地域であることなど)を考慮した判断を戴き、12月15日に認定された。

これを受け、電子カルテの導入とリンクさせて、救急患者であることを診療録へどのように反映させるか、DPC (Diagnosis Procedure Combination) に関連させた退

表1 医療評価の例

	Structure	Process	Outcome
	構造/設備/人員配置などの基本的能力	行われている医療行為の適切性	最終的な結果(予後/またその質)
特徴	具体的で明確な目標を提示できる	最適な治療方法を提示する	治療の結果をクリニカルインディケータを用いて提示する
欠点	基準の根拠が明確ではない	最適な治療方法は必ずしも最良の結果を保証しない	結果が悪くても改善策を提示できない
例	施設基準など	EBM, クリニカルパス, 診療ガイドライン	アウトカム評価事業(ベンチマーク)
例(救急医療)	救命救急センター施設基準 医療機能評価	医療機能評価	Trauma registry

文献2)を改変

院サマリーに、求められている患者統計項目を追加するなどの対策を採った。診療体制に関しては救急専任医、当直医師の増員を行ったが、翌日の確実な休息などの適切な勤務体制の達成は困難であった。

考 察

今回の受審で指摘された点は、事前に不備が明確になっていた項目が多いが、自己診断では充実していると従前評価していた項目もみられ、外部評価の重要性を示すものであった。運営上、実際に普段行っている行為に対しての意義付け、あるいはその責任の所在など、第三者評価によって改善すべき問題点が明確となった。

しかし、この受審の過程で、勤務体制などの医療機関が構造的に解決不能な項目に対して解決策を見出せなかったことは、このような法的拘束力の無い審査の限界かもしれない。

医療施設の診療の質評価において、救急医療は大きなウェイトを占める。これは救急医療が医の原点であるという考えから当然と思われる。日本の救急医療の評価として、種々の機関組織において幾つかの試みがなされている¹⁾。医療の評価に関しては表1に示す如く3つのアプローチ²⁾があり、それぞれ長短がある。

今回の評価の内容は救命救急センター評価項目³⁾との共通項目なども多く、救急医療の専門集団が作成したこ

とがみて取れる完成度の高いものであった。三次に特化した高度救命救急センターから当院のような二次医療機関(受審時)まで適応可能であった。しかし、サーベイヤーに非医療職市民(患者の立場)がいないこと、治療成績の評価が困難であること、サーベイヤーに救急医療の専門家が少ないこと、の3点で今後改善・発展を期待するものである。

結 語

評価を受けるための準備が改善のきっかけとなり、新たな試み・システムが開始され運用された。全項目の達成は困難な点も多いが、救急医療の質の向上のために受審は有用であった。

文 献

- 1) 厚生労働省:第13回「医療計画の見直し等に関する検討会」資料。救急医療提供体制の再構築に伴う救急告示制度の見直し。 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/s1130-9a.html>
- 2) 高柳和江:質評価としての同僚評価—外傷の救急医療の質の研究委員会 EMSQ の方法—。 J Nippon Med Sch 2004; 71: 371-8.
- 3) 救命救急センターの充実段階の評価方法について。 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/06/d1/h0615-3d.pdf>

DISCUSSION

座長 日本医科大学千葉北総病院 益子 邦洋
熊本大学侵襲制御医学 木下 順弘

益子 いま7人の演者からご発表頂きましたけれども、病院ベース、地域ベース、医師会ベース、小児科医会ベース、地域MC(メディカルコントロール)協議会ベース、あるいは都道府県MC協議会ベース、様々な救急医療体制の評価と、それへの改善の取り組みが示されたと思います。それではこれからディスカッションに移りたいと思います。

木下 発表の内容からも、個々の演者の先生方の手法は全部違っていると思いますので、1題1題をできるだけ丁寧に取上げてディスカッションして、時間が余れば総合的なことを意見交換して頂きたいと思います。このワークショップの特徴としては、一つは、ある病院だけとかいうのではなく、もう少し広い地域、ゾーン、エリアを評価するというのと、それからどういう評価軸があるのかというのをできるだけご提案頂くということです。それから可能であれば、それを他の地域にも持って行って比較をする。あるいはご自分の地域でも年次推移とか、数年前と比べてどこがどうなって、いいのか悪いのか。それとそのことに影響した要因を抽出して、できればそこに修正を加えることによって、改善することができないかというのが私自身の考えです。まず中道先生のご発表からまいります。先生の内容で重要な点は、サービス業として顧客満足度というか、地域住民がどれくらい救急医療に対して満足しているのか、不満なのかということ。いろいろ教えて頂いたと思います。まずお聞きしたいのは、これを評価した評価の主体はどなたになりますか。先生個人ではないと思いますが、誰が行った調査かということです。中道 主体はスライドの1枚目にお示ししたのですが、市から予算を頂きまして、平成16年度、対馬島における離島救急医療研究事業調査ということで、3病院の代表と医師会の代表、市の保健福祉事務局、あとは消防、保健所とタイアップしまして……。

木下 医療にかかわる行政が住民に対して行ったということですね。

中道 はい。

木下 評価されたエリア、ユニットのサイズとしては、対馬という一つの地域全体だと思えますが、それは二次医療圏という話になると、どういうサイズになるんですか。長崎県の中で二次医療圏は4つくらいあるのでしたか。対馬だけが一つの二次医療圏なんですか。

中道 そうです。

木下 それから評価された項目に関しましては、アクセスというか、それから病院まで運んで頂くまでの時間が検討内容になっていたと思います。主にプレホスピタルで、運ばれる方のことを評価しているということで、その後の治療やアウトカムに関しては、いまのところこの評価の内容にはあまり入っていないということですか。

中道 現在の段階ではそこまでは……。

木下 それから実際に評価されたのは、地理的要因や病院

の配置ということで、搬送時間というか受診までに要した時間というのが、一つ大きくあったと思います。これに影響することは具体的には何が問題ですか。要するにそもそも病院が遠いということが問題なんですか。それとも配置が悪いのか。

中道 病院の配置の問題と、道路事情によるところが大きいかなと思います。

木下 搬送時間というのは、覚知から病院に最終的に収容されるまでの時間で……。

中道 そうですね。覚知から医師が接触するまでの時間で

す。木下 それぞれどれくらいかかるんですか。

中道 だいたい平均37分です。

木下 それはすごく長い人が一部いて、平均値を延ばしているのか。平均的に時間がかかっているのかということとは、わかりますか。

中道 分布図をお示しできなかったのですが、病院に近い地域は極端に短くて、それ以外は実際1時間以上を要しているところが圧倒的に多い。だから短いところと極端に長いところがあって、それで平均して30分ということです。

木下 解決策ということで島民にいろいろご提案なさって、一つはヘリ搬送と、それからもう一つはドクターカー、それ以外にもあったかと思いますが、先生がお考えになれる医師接触までの時間を短縮できる、もっとも効果的な施策というか対応は何か浮き彫りになったのでしょうか。

中道 われわれ医療機関が考える改善策と、地域住民が考える改善策はズレがないのかということで調査したのですが、3病院が考えているのは、対馬の中核病院を真ん中に建てれば解決できるのではないかということでした。ただ実際に地域住民はそれをあまり望んでなくて、むしろ質の向上や搬送手段の改善を望んでいました。離島に大きな病院を建てるのも、道路整備も手ですが、予算的なことを考えると、実はドクターヘリの導入が経済的にも一番リーズナブルではないかということです。

木下 ドクターヘリに関しては、住民も応分の負担をしていいというご意見も出ていたと思います。それを対馬に実際に駐機させて、運用できる体制にあるのですか。

中道 現実問題、厳しい状況です。まず考えているのは、ドクターカーを何とか現在のマンパワーとハードの面で運用できないかということ。画策して、ドクターヘリができるかどうかは、順序としてそのあとになるかと思えます。

木下 ご発言があれば、ぜひマイクの前にお立ちください。〇〇 私が非常に感心したのは、BLSができるかどうかという項目を住民にアンケートをとられて、心マとマウストゥーマウスがそれぞれ30%程度でした。あれは非常にいい調査というか、ああいうものを全国的にやっていると、どこがいい地域で、どこが悪い地域なのか、あるいは対馬としても講習会をもっとやれば、どれくらい上がるのかということが非常に見えてくるので、大変素晴らしいと感じました。

八木 鳥取大学救急・災害医学の八木と申します。導入すれば、ドクターカーで大体23分で着くということですので、離島で僻地医療という雰囲気は見えなかったのですが、ただ

先ほど先生がおっしゃったように、医療機関への不信感が一番大きかったように思います。医療従事者の中でのJATECとかICLSとか、AHAのあれですね。受講されている方がかなりいらっしゃる。4万人の人口の中でドクターがずいぶん熱心にされているように見えるのですが、それにしても住民の不信感が一番大きいというところはどこにあるのかという気がします。たとえば病院の規模とか診療科の数といったところに問題があるのか。あるいはただ単純に住民の方々が大病院志向されているのかというふうにも思いますが、そのあたりはいかがでしょうか。

中道 まず23分で島内をカバーするというご指摘は、ドクターカーではなく、ドクターヘリも併用して運用した場合のお話です。ドクターカーであれば、23分という時間は厳しいかと思えます。医療への不信感がどこから来ているかというお話ですが、まず1点は大病院志向です。私も三次医療機関に属したこともありますが、実際に対馬という土地で働いていて、医療の質が決して低いとはそんなに感じられません。ただ高い質を持った医師が常時対応できるかといったら、先ほどの小児科のお話ではありませんが、燃え尽き症というところに結びついていきますので、表現は悪いのですが、ぎりぎりのところまで当直医等で頑張る、それで対応できなければ、長距離の医師を呼ぶという対応です。そこは地域住民にとっては不満かもしれません。初めから、きっちりした質を持った人間に対応してほしい。そこが島内では100%対応できないというところもあるのかと思います。長年慣れてきた地域の医療の質という問題もありますので、短期間の問題ではないと思います。

宮庄 福山市民病院の宮庄といいます。先ほどのスライドで長崎のほうに運ばれておられるようですが、住民の方は福岡のほうを望まれている。この辺の理由と、それにどう対応されているのかをお聞きしたいと思います。

中道 地理的環境のところで地図をお示ししましたけれども、アクセスとしては福岡県のほうが圧倒的に良好だということで、島民のご家族の方が福岡県に住まれている。島民は4万人ですが、そのご家族が福岡県に10万人生活しています。ご子息、親類関係ということですが、結局、入院した場合は身よりのある方ということで、福岡県を希望される方が多い。

宮庄 実は離島でも何でもないので、私どものところは岡山県に接しています。岡山県の伊原・笠岡地区はちゃんとした二次病院がありますが、岡山県から私ども広島県福山のほうまで全部出てこられます。県のMCなどもいろいろありますし、そちらの病院に行かれたらいいんじゃないですかと家族や患者さんに言うと、ちょっと行くと岡山市なのですが、岡山県なのになぜかこちらに出てこられる。患者さんの志向というのがあって、その流れは止められないのではないかと。今後、満足度を上げるためには福岡に送らざるをえないのではないかと。そう考えるほうが、島民の方の満足度を上げる形になるのではないかと。私も伊原・笠岡から来られた患者さんには、よくなったら近くのほうがいいでしょうと言うので、同じですね。

木下 大体わかりました。評価で難しいところは、要する

に行政の区域で線引きをしても、それが実態と乖離していることをわれわれは頭に入れておかないといけないということに気づかせて頂いたと思います。それでは次に山田先生のご発表ですが、小児科医療の主にウォークインの患者、直接病院に親御さんが連れていかれる患者さんの受診実態を中心に評価頂いたのですか。

山田 ウォークインではなく、救急車も全部入れています。木下 すみませんが、誰が行った評価ですかということになりますと、これは先生個人ではなく。

山田 調査はスライドの中でもお話ししましたように、兵庫県の小児科医会が2つの調査をしたわけです。全体の評価は、その委員会が2カ月に1回検討会をしていますので、そういったものをベースに行っています。

木下 評価された領域の広さは神戸市全体ということですね。

山田 そうです。今回の発表は神戸市に限定しました。

木下 あれは一つの二次医療圏ということですね。

山田 そのとおりです。

木下 主に評価して頂いたのは、受け入れ病院の配置とか偏りに関して、あるいはどこが中心的にやっていたらいいかということ、学会の提案が集約化であるということですか。

山田 今回の発表はシステムがどうなのか。いま小児救急医療が破綻していると言われて、それを再構築しているわけです。果たしてその再構築の方向がそれでいいのかどうか。上からの一方的なものだけではなく、救急医療は地域性が非常に強いので、そこでいろいろ地域性を入れて再構築していく必要があるのではないかとといったことが私の言いたかったことです。

木下 評価される中で救急医と小児科医を分けて評価されていらっしゃると思います。そこのおもしろいと思ったのですが、その結果やコラボレーションというのは、先生のお考えではどんなふうにつながり、あるいは連携をしたらいいのですか。

山田 いま現実に全国をみますと、小児科医が小児救急に対応しているのが過半数を超えるのですが、実際に小児科医がいないところ、ないしは最近では救急センターの中でERの形式をとって対応されているところはかなり出てきています。これは救急医学会でも課題となさっているところだと思います。そういった中で小児医療も小児科医もそういう形でERの中に入っていきべきではないか。いろいろなパルスの講習も受講者は1,000人を超えていますし、そういうふうな年齢的な小児科というのは、バリアの中で小児救急は小児科がするんだ。できるところはそれでいいと思いますが、それ以外の選択肢を考えていく必要もあるのではないかと思います。

木下 小児科の場合、保護者の気持ちとか、小児は小児科専門医に診てもらいたいということと、その他の専門性、内科や救急の人たちがある程度カバーせざるをえない現状と、どのあたりで折り合いをつけるのかというのも問題になっていると思います。

山田 現状ではたしかに小児科医に診てもらいたいというニーズが圧倒的に強いんです。ただそれはお互いギャップが

あるからであって、患者の満足度の点からそういったポイントを抑えて指導ができていくかどうかということにかかわると思います。それは今後、小児科側の救急センターといった施設に常勤医がどれだけ配置できるか。これは非常に難しい問題だと思いますが、そういう中で改善されていくのではないかと。そういう方向性は大きなものがあって、いまの救急センターの満足度が低いのを高める必要があるのではないかと。逆に小児科医ももう少しそういうところを理解していく必要があるのではないかと。

箕輪 聖マリアンナの箕輪です。小児救急が小児科の中でとても問題だということ、それから救急医学会はそこまで手が及んでいないところを先生はたぶんご存じの上でこういう発表をして頂いたと思いますが、お聞きしたいことは2つです。一つは先生がつくられた項目ですが、あの項目は何か下敷きになるような調査表がもうほかの地域で施行されているのか。あるいは小児科学会の中で認められているものなのかということ、もう1点は、地域救急であるとか、救急医療の評価の中で標準化の話、たとえばACLSはどうであるのか、あるいはJATECは、JPTECは、というキーワードで、標準化がその地域あるいは施設の中でどのくらい推進されているかというのは、共通言語づくりという意味で大事だと思います。そういう意味で先ほど先生が言ったパルスのようなもの、あるいは標準化がその地域の中でどのくらい共有言語として使われているのかというのが、あの項目の中に入っていなかったのはどうしてかというのもう1点です。

山田 まず第1点ですが、私があげた評価項目というのは、小児科学会が進めていこうとしている集中化・重点化ではまったく考慮されていません。いまは集約化するほうにエネルギーがかなりすぎて、それすらうまく進んでいない。表面上はかなり進んでいるのですが、実態がついていない。そういう中で評価をどうしていこうかというのは、次のステップになるのではないかと。それとも一つ、小児科学会の中では、小児医療はいろいろな領域があるけれども、先生も救急医療でおまとめになっていたと思いますが、その中でパルスが今回、小児科学会の同じ時期に開催されるというくらいであって、ほとんど上の方はパルスの名前を知っていても実態は知らない。お恥ずかしいですが、私もこの6月にパルスを受けた次第で、それが現状です。

箕輪 重み付けが2点と0.5点ということですが、私たちからみると、2点と0.5点は4倍違いますよね。こんなに違っているのかというのは、項目の選択と、それからもう一つ気になったのは重み付けですね。

山田 重み付けに関しては他施設、他領域で検討していかなければいけないのですが、感覚でいいとか悪いと言うだけではしょうがないので、とりあえずスコア化できないかということで行いました。まずはファーストステップということですね。

木下 どうぞ。簡潔をお願いします。

宮庄 福山市民病院の宮庄ですが、小児救急の集約化のために、ある程度ドクターを一つの病院に集めるというのは一つの考えだと思います。そういう中で出向大学が違う場合、

なかなか難しいと思います。たとえば神戸だと出向大学が違うと思いますが、どういうふうにされているのか、教えて頂きたいと思います。

山田 いわゆる学閥の枠を超えるのは非常に難しく、もともとこういうふうにはせざるをえない、引き上げざるをえないという機運があるところはスーッとできますが、そうではないところではやはり……。小児科学会は初めからそれは超えていこうということで号令をかけていますが、現状ではうまくいっていません。これはもう少し時間がかかると思います。

木下 では次に花木先生のご発表は愛知県のプレホスピタルということで、わりあいターゲットははっきりしていると思いますが、この調査主体はMC協議会ということで間違いないですね。

花木 はい、そうです。

木下 内容的には除細動の効果を年次的に見られて、包括化が一つ除細動のタイミングを早めるのに非常に有効であるとか、あるいはプロトコルの正しさというあたりを示して頂いたと思います。評価されたゾーンの広さは二次医療圏ですか、それとも地域MC協議会が管轄している範囲全部ということでしょうか。

花木 今日お示したのは4つのブロック、MC協議会の単位でしましたが、データ自身は各消防別にあります。

木下 なるほど。愛知県全体としても、これを広げることは可能ですか。それともいま先生が関与されている地域しか、これはわからないんですか。

花木 県下全体でやっています。日本全国にそれを展開することは可能だと思います。

木下 可能ですね。評価されている人たちは主に救急救命士と考えてよろしいですね。

花木 発表した趣旨はそれです。

木下 それを生かすためにはいろいろな方式のフィードバックとか、どっちへ話を持っていくか、MC協議会が把握した問題点を改善させるための次のステップとかいうものがあると思います。ご発表で、たとえば救急救命士が自分たちの後輩の育成に携わるようにとか、いろいろなご提案があったと思いますけれども、見つけた問題点の改善方法に関してはどんなふうになっていますか。

花木 まず検証に至る記録を書かせるために、各協議会に各消防本部から代表を招いて、実際にデモンストレーションを見せて書かせる。それがあから実際に僕らがわかるんだということをしてすべての地区で行います。

木下 それは事後検証表の記入法に関することですか。

花木 いや、普段の活動記録表を書かせる。1枚1枚、病院に置いてくる記録です。要するにわれわれのカルテです。それを書かせることもいたしました。それから評価をどうやってやるのかということも、各病院の担当の指導医にそれを理解してほしいと申し上げました。それからわれわれが病院でやっている蘇生は、「大丈夫ですか」と声をかけるところから始まりますが、救急隊が連れてきてくれたところは、セカンダリーサーベイから始まるわけですから、その違いを認識してもらうことも、指導医に呼びかけるための講習会で

行いました。

杉野 県立西宮病院の杉野です。地域のMCにかかわっている者として教えて頂きたいのですが、ご発表の中で非常にきれいなデータだと思ったのは、オンラインMCの場合に、最初は時間が非常に延びていたというのがあって、それが改善されました。その具体的な方法というか、たとえば医療機関のほうにMCから何か働きかけて、具体的な対策をとって頂いたのか、あるいは現場の救急救命士側の動きの問題なのか、その辺を教えてください。

花木 実際に消防にお願いしたというか、やってもらわないと困る。それからもう一つは、挿管と薬剤の講習が迫っているんで、ちゃんとしたMCとしての体制ができない限り、それを許可しない、容認しないということを、各消防本部に愛知県の姿勢として通告しました。いま実態調査を愛知県の消防課にして頂いています。

杉野 そうするとそれは消防側の……

(録音中断)

花木 ……消防機関側と医療機関側との話し合い、これこそ愛知県の中でも地域によってもものすごく違いがあって画一化はできないので、それは各地域に委ねています。

杉野 ありがとうございます。

石原 県立広島病院の石原です。MC体制が確立されているかいないかについての実態調査を行われたということですが、具体的な項目について教えてください。

花木 即時的指示体制ができるかということに対して、ピッチを配置しているかどうかと誤解しているところが多いのですが、そうではない。実際にいま健康福祉部に調査して頂いたのは、引き受ける医療機関側がICLSなどについても認識をしているかということで、それがちゃんとできるドクターが搬送先の病院に何人いるかという形だったと思います。そういう調査もして頂いています。

石原 それが薬剤投与にかかわるインフラとして、どの程度の認識体制ができていくかということの調査に……。

花木 そういうことにつながるだろう。個々であがってきた案件があって、それを解決するために作業部会を毎月開いているので、その中から敷衍させるために全県下に投げかけたのはそういうことです。

石原 言い換えますと、指示指導助言体制がどうできているか。その指示指導助言を与える医師がICLS等についてどの程度理解しているか。

花木 そういうことも調査しました。

松本 日本医科大学の松本です。愛知県はすばらしくMC体制の評価ができていたと思ったのですが、地域で実際にMCを行っている人たちと、それから県の協議会でそれを評価する人たちは、どの程度完全に分離されているのでしょうか。要するにオーバーラップして、こっちで実務をやっている人と、こっちでそれを評価をする人たちというのがおそろくいると思うんですけども。

花木 だぶっています。

松本 たとえば完全にだぶるのを100としたら、どの程度でしょうか。観念的な数字でいいのですが。

花木 たぶん県でやっている実務者は、全員どこかの地域

の担当者です。だから名古屋市の西半分のある地域は僕が担当していますし、愛知県全体のデータが出てきたのも僕のところに来る。そういうことで100%です。

木下 時間もありますので、曾我先生も同じようなMCにかかわることだと思います。曾我先生のご発表で、特に前半の部分は、評価項目は違いますが、名古屋のところと似たところがあります。これもその地域のMC協議会が評価実施主体ということによろしいですか。

曾我 今回、東京の場合は10方面まで救急が分かれているのですが、その6方面が出してくれたデータと、それを検証する、その地域の事後検証医の意見です。

木下 これをやられている評価対象は、救急の受け入れをする病院側のところまでのプレホスピタルということですね。

曾我 そうです。

木下 先生の発表の中でいろいろあげられたのですが、一つは小関先生のほうにも関係していると思いますけれども、受け入れ側の病院が救急隊に及ぼす要因がクローズアップされたかと思っています。そこのところをもう少し対策というか改善策も含めて、どうしたらいいか。

曾我 われわれの地域で思ったのは、一次、二次でもう少し受け入れられるケースがあるのに、病院受け入れ先がないので三次というのがかなり多い。それでベッドが埋まってしまうケースがあり、ひいては現着から現発までの時間を延ばしてしまっていて、救急活動に影響を及ぼしているというのがみられました。われわれも一次、二次で直接働いたことがありますし、実際も行ったことがあるのでよくわかるのですが、行政全体としてもう少し一次、二次を優遇という言い方はおかしいのですが、ある程度救急に関してはお金の面で優遇してもらえるような、あるいは救急医学会の専門医をもっている人を当直医に雇うとか担当させる。そうするとその分、メリットが病院側に入る。行政として、そういう具体的な例が出れば、また変わるのではないかと思います。

木下 ありがとうございます。前川先生。

前川 いまの発言で、小関先生のところで言おうと思ったのですが、小関先生のほうも結局、二次医療機関がしっかりしろということです。曾我先生の発表でも、たとえば急性薬物中毒は二次医療圏でちゃんと診ろという発言です。いまご指摘のあったとおりで、先生がアルバイトに行かれたときは救急科の専門医を持って行かれたと思いますが、いま二次医療機関はほとんど当直の人で、関連病院は別としても、多くの二次医療機関は専門医が当直はしていません。したがって急性中毒学に造詣の深い人はほとんどいない。それが現状です。いまご指摘のように、救急科専門医が当直をしていないと二次救急医療機関ではないとか、そういう強力な行政指導をして底上げを図らないと、本当の意味でのわが国の救急医療の質は向上しないのではないかと。渦中の二次医療機関の責任者として、そう思っています。先ほど来、僕も拒否という話をしましたがけれども、それなりにやっているのですが、専門性がはっきりしないとか、それから採算性の問題です。たしかに小関先生が示されたように、30いくつの医療機関のうち、100床以下の病院が半分くらいありました。それは医師1人しかいないわけですから。対応できない。たとえば病棟で

ショックがあれば、まったく対応できないわけです。そんなことを考えると、やはり何らかの形で行政指導と、それから救急科専門医の専門性を底上げするというか、普及することも含めて必要ではないかと思えます。

木下 小関先生から、どうぞ。

小関 二次医療機関側にいろいろな形で迫るのはいいのですが、僕もいまの病院にいて12年ほど経ちますが、一次患者が救命センターの中で20%くらい占めています。それはほかの病院で断られてとか、自分のかかりつけ医でも一次、二次が断って、救命センターに回ってくるというのものもあるくらいです。地域の二次医療機関はこの10年間、ほとんど何も変わっていないのではないかと。先ほどの改善策とは違うのですが、一つの改善策として、MC協議会に二次医療機関、先ほどのスタイルをみるとほとんど救命センターが検診医になっている。二次医療機関をもう少し中に引っ張り込んで意識レベルを上げるのが必要だろうと思うし、現にわれわれの地域ですと、二次医療機関の先生方に入ってもらっただけで、かなり対応がよくなっているという効果も出ています。それから救急隊員の研修先も救命センターへ集中させるのではなく、二次医療機関へ出す。そうすることによって二次医療機関側の救急に対する対応がよくなると思えます。MC協議会をプレホスピタルケアの事後検証だけに使うのではなく、二次医療機関を巻き込んだ形で、病院自身も含めてされたらいいのではないかと思えます。

谷川 広島大学の谷川です。関東方面のいろいろな救急医療体制のお話をうかがっていて、広島もまったく同じ現状なので少し安心しました。広島のほうも二次救急医療体制としては輪番制がほとんどですが、広島県だけでも50近い輪番制病院があります。広島市だけでも30近くあります。やはり問題は先ほど前川先生もおっしゃられたように、そういった医療機関においては、夜間当直が1名とか、専門医がいない、あるいは検査ができない、X線もとれないという状況で輪番が回ってくるわけです。一方、そういった病院が分散しているのが問題ではないかと思えます。やはりある程度、初期、二次救急医療体制を集約化していかないと、特に三位一体改革で財源委譲等がありまして、実は広島県も輪番制に対する国からの補助金はゼロになっています。各都道府県あるいは地区町村でそれを賄うことになっています。こういった状況になって非常にいい機会ですから、初期、二次救急医療体制も含めたドクターの集約化を行っていかないと、医療の効率性あるいは効率の維持はできないのではないかと思えます。

曾我 1点だけですが、東京都のMCの場合には、救急救命士は救命センターだけではなく、一次、二次の病院にも行ってらって再教育を始めています。そういう点ではある程度、分散化ができていますと思えます。

木下 小関先生のご発表は3つの地域の搬送の実態ということでご発表頂いたのですが、これは一つの地域MC協議会の管轄エリアと理解してよろしいですか。

小関 さいたま市と少しだぶるかもしれませんが、近隣ということで協力してもらっています。

木下 これを調査されたのは、MC協議会がしているということですか。

小関 そうですね。そのほうがやりやすいと思います。

木下 先生のご発表の中で、いまフロアからも出ていましたが、50-200床までの病院の救急の受け入れに関してご意見があって、ご発表では埼玉が東京より悪い。東京の先生は東京が悪いと言われると、どうなっているのだろうという感じなんです。いまどの部分を二次病院にカバーしてもらおうのかとか、いろいろご意見出ていますが、先生の主張というか、二次病院に要望することはありますか。

小関 それは言えぱきりがないし、曾我先生もおっしゃっていたところとだぶりますから重複は避けませんが、僕が言いたいのは、行政的な優遇あるいは行政的な指導によってだけではなく、MC協議会のようなところへ引っ張り込む。東京都は一次、二次も病院実習先も含めたと言っていますが、ほかの地域に関しても同じようなことで、二次医療機関、一次医療機関の救急のレベル、あるいは意識レベルも上がるのではないかと期待できます。

鈴木 川崎医科大学の鈴木です。先生は救急告示病院で、数の推移を何年間にわたって調べられたことはありませんか。たとえば救急告示病院がだんだん手放していくというか、維持できなくなっているのが現状ではないかと思えます。そういう中で初期、二次病院にこういうこともお願いしたいと言っても、地域の中でどんどんつぶれていって、ある意味では中核の病院にすべてが集まってくるという流れになってくのではないかと思えます。ですからそういう要望も当然あるとは思いますが、初期、二次、三次体制そのものの根底が問われつつあるのではないかと思えます。

小関 そうですね。というのは、二次医療機関も含めて救急医療体制の評価が、単に収容件数ということでしか評価されていないところに、改善のきっかけがないという問題だと思えます。

木下 濱邊先生。

濱邊 都立墨東病院の救命センターの濱邊と言います。いまの議論ですが、たしかに二次病院以下の救急医療の受け入れが悪いというのはどこでもそうだと思います。それをどういう形で是正していくかといったときに、先ほど前川先生もおっしゃったように、たとえば「救急医療専門科を持っている者を雇え」と言うのと、おそらく多くの病院は「では救急医療をやめなさい」と言うわけです。撤退するほうに行く。いま鈴木先生がおっしゃったように、救急医療から撤退する側にベクトルが働いているわけです。それが悪いかという、必ずしも悪いわけではなく、谷川先生がおっしゃったように、むしろ集約化して救急医療の拠点病院をみんなで作る。その代わり患者サイドにはアクセス面で、たとえば距離が長くなるとか、かかる窓口が少なくなるという不便はありうるけれども、それをむしろ住民側に強要させるような行政指導というか、そういう形で効率化と集約化を図っていかないと、いわゆる医療機関側だけの努力だけではおそらく無理だろうと思えます。むしろMC協議会は住民側を巻き込んで、住民側にも応分の負担をさせて、地域としてもっとクオリティを上げていきたいと思いますというベクトルにしていけないと、おそらく何年経っても変わらない。あるいは「救急科専門医を増やしましょう」と言ったって、そんなものは増えない。デュー

ティばかり増えて、いまの若い人は「では救急医はやめます」という方向にしかならないと思います。そういう意味でMC協議会の働き掛けの方向を、もう少し別の視点からも考えるべきではないかと考えます。

木下 貴重な意見、ありがとうございます。

島崎 杏林大学の島崎です。要するに二次救急医療機関の質をこれからどうしていくかということで、先ほどの小関先生の拒否率もそうですが、いくつか問題があります。私は東京都の救急医療機関の認定審査会の委員を有賀先生と一緒にやっていますが、拒否率が出たので、一つの問題として東京都は適正率という言葉を使っています。つまり救急患者を受け入れられますというのは○になっています。その○の病院へ連絡したときに、何%断ったか。受け入れられるのが、平均85%です。85%以上OKにして受け入れられれば、いい病院でしょう、それ以下は問題がありますというのを一つの評価法としてやっています。ただ、それこそ拒否率ではないですが、いつも×にしている、1件でも受け入れると100%を超えるような病院がある。5時まではきっちり受け入れて、5時以降は常態的に×にしている病院がある。それは適正率からいうと問題がないわけです。そういう病院の評価も今後はどうしようかというのは検討しています。有名な大きな病院で、私のところは救急をやっていますと大見得を切っている病院がそれをやっています。それはやはり認定医が少ない。だからその辺の専門医をそういうところへどんどん配置していく格好が必要かと思えます。たしかに東京都は告示病院が500いくつあったのが、いまは5分の3くらいに減っています。ですから集約化という意味では質の向上が図られる方向へいくような気がします。そういう大きな病院が二次救急を引き受けると、そこへある程度救急の認定医なり専門医が行くことになると思います。ちなみにいま救急医学会は2,500人の専門医がいます。そのうち救命センターや認定医指定施設で働いているのは1,100人です。つまり半分は多くの一般の二次医療機関とか、麻酔科医や循環器科医といろいろいますが、そういうところで働いていて、救急科専門医の本来の仕事の資格をある種破棄している。おそらくその先生方は昼間やおられても、夜の当直体制には入ってきていない。ただ最終日の救命センター長会議で厚労省から話が出るとは思いますが、5時以降は時間外診療、当直体制でやっていますが、それを勤務時間内にしなさいというのが、おそらく厚生省令で来年か再来年くらいに出ると思います。そういう格好になると、専門医の養成も必要ですが、バンドアウトするような医者は減ってくるのではないかと。いままで救命センターだけのいろいろな質の向上と言っていたのが、二次医療機関が本来的に救急の主役ですから、その機能をもっと高めないとだめだという話を皆さんされているのかと思って聞いていました。

井口 兵庫県公立宍粟総合病院の井口と申します。救急要請の拒否という話が出たのですが、私は普段、整形外科医として勤務しています。当直しているときに小児科、中毒、それから脳外科が多いのですが、その関係の救急が要請された場合に、専門外であることを理由にして断ってはいけないという方針の下に、「自分は整形外科医である。本日は整形外科

医だけが当直している。小児科医には連絡がとれない。脳外科医はもともと当院にはいない」とお話しした上で、「それでもよかったら、診察に来てもらって結構です」ということを救急隊を通じて患者さん本人なりご家族に話して頂くと、結構、断られます。それなら結構ですということになります。逆に何でも簡単に「とります。どうぞ、どうぞ」と言いますと、「小児科医が診てくれるんじゃないのか」という指摘を受けて混乱することがありますので、そのあたりは患者さんの意識が高まっているというか、そういうところも問題になるのではないかと思います。

東 市立豊中病院の東と申します。私は二次病院で当直をやっている救急専門医、指導医です。その立場から言わせて頂きたいのですが、二次病院で実際に当直をやっているのは研修医とか専攻医がほとんどで、専門医を置くことはマンパワーの点で絶対に無理です。応需不能になる場合ですが、実際にどういふ場合が多いか。専門医がいないということで断ることがたまにありますが、都市近郊の病院でどんなものが多いかという、満床と、それから忙しすぎて待ち時間が長い。待ち時間が長いということは、相対的にマンパワーが足りないということです。マンパワーと空床です。その2点が非常に大きな問題です。それが実態です。

木下 次の田中先生のご発表ですが、こちらは外傷に絞って、特に生理学的指標が重症度によく反映されているというご発表の内容だったと思います。これを調査したのはどなたですか。

田中 船橋市の医師会が主体になっています。

木下 船橋市医師会の管轄する範囲で、救急搬送された外傷は全部評価対象になっているわけですね。

田中 はい。

木下 残念ながら、一つの地域でこうだったから、それはいいのか悪いのかと言われると、いまのところ判断がつかないので、先生が周知の範囲で結構ですが、たとえば長崎と比べて船橋はとか、ほかの地域は、というのはいかがでしょうか。

田中 長崎と比べますと、胸腹部の損傷とかデータが違う部分がありますが、おおむね受傷患者さんの内容、重症度に関して、同じような傾向をたどっています。

木下 アウトカムの差はありますか。

田中 アウトカムについては、長崎のほうは私もしっかり分析はしていません。

〇〇 患者のアウトカムを含めて、せっかくこれだけのデータを持っておられるのであれば、プリベンタブルトラウマでどうなっているかというのをぜひとも出して頂きたいと思いますので、よろしくお願ひします。

木下 外傷は外傷で、非常に重要なデータを提案して頂いていると思いますが、なにかディスカッションはありますか。

〇〇 生理学的な指標としてのプレホスピタルインデックスというのをとられて、それが解剖学的重傷度のISSによって重傷度が正しかったかどうかを判断されているところに無理があると思います。この抄録と先生の結論は、それは有用だというふうになっていますが、逆に言うとISSが16以上の重症が100であったうちの40例しか、現場でプレホスピタル

インデックスが4以上ではなかったということは、やはりアンダートリアージということになるのではないかと思います。

木下 いまのご指摘に関してどうですか。

田中 たしかにおっしゃるように……。

〇〇 別にいじめるつもりではないのですが、ただ評価の仕方が……。外傷ですと、私はトラウマレジストリーのほうを比較させてもらっているのですが、先生のところはトラウマレジストリーはやっていらっしゃるのでしょうか。先ほどおっしゃったプリベンタルトラウマデスの頻度との関連を見てほしいと思います。

木下 もう一つ、私が興味深かったのは、受傷機転で高エネルギー外傷と言われても、それほど頻度も高くないし、逆に非高エネルギー外傷と言われるものの中に重症なものがいっぱい混ざっているというのもよく表現して頂いて、おもしろいと思います。何かご追加はありますか。

杉野 県立西宮病院の杉野です。われわれはMCで検証委員会で外傷をほつぽつやっています。その中でロードアンドゴーの適応を決定した根拠を必ず入れる。いま検証しますと、記載の問題もあって、記載がいい加減だったりするのですが、そこを指導して、このケースでは何が一番の決め手かということを書かせるように、できるだけ徹底しよう。そういうことを意識づけして、いまのお話から言うと、受傷機転、生理学的な重症度も結局両方とも重要です。ですからどちらに偏って決めつけてもいけないということは外傷では言われていることですが、そういうことの指導にうまくこのデータを結びつけていけばいいと思います。ですからデータだけが一人歩きするとまずいというのは、私も思いました。

木下 先生、これは救急隊員には何か情報提供されていますか。

田中 救急隊員のほうにもこの結果をフィードバックするようにしています。

木下 最後に七戸先生は病院機能評価ということで、ほかの先生方とは少し視点が違うと思います。これは1医療機関の評価ですね。

七戸 ただしシステムの、いわゆるストラクチャーが入っていますので、当然、地域のとのかかわりがかなり項目として入っています。昔で言うところの救急医療協議会とか、あるいは消防本部との単一での勉強会の開催といったことを含めれば、地域ではありませんが、地域とのかかわりはかなり項目としては入ってきます。

木下 なるほど。ある地域での医療機関をすべて機能評価するというので、地域全体の評価につながるような方向性はありうる内容ですか。

七戸 これは僕が研究するものかどうかはわかりませんが、救急医学会の“質検”の項目とかなりだぶっているところもあるように思いますし、病院から出て、地域二次医療圏の評価につながるものであると思います。

木下 有賀先生、ご発言はありますか。

有賀 地域の医療における自らの施設という文脈は、ある病院の救急機能を評価しようと思ったときに、その地域のどの部分を受け持っているのかということがわかれば、それを100にしたときに80とか120という議論はできるだろう。

地域全体の中で自分たちがやろうとしていることをどんな形で説明できていますかということがあるので、それを基にした構造という話が出発点なわけです。そういう意味では一つの医療機関の評価ということになりますが、土台はやはり地域の救急医療全体の評価があってということになります。いまのところはたとえば日鋼記念病院を通して、その地域全体を俯瞰したときにどうかというところがありますが、日本救急医学会の診療の質評価指標に関する委員会の研究の一つとしては、ある地域全体を評価してみようという話だと思えます。たとえばヘリコプターの問題を議論したり、それから今日出た小児の問題といろいろな問題、たとえば精神科の評価などたくさんありますが、そういうことを議論するかなり重要な土台になるのではないかと、個人的には思っています。それから、先ほど市民の立場がないという話をされましたけれども、日本医療機能評価機構では従前からずいぶん問題になっています。これは誰が誰のために何を評価しているのかという話になりますので、いまのところ医療提供側の病院が自らの施設がよくなることに関してお手伝いしようということなので、評価した結果をもって、消費者は日鋼記念病院がいいとか悪いということのためにやるものではない。第三者評価とは言うけれども、一応ピアレビューというか、医療関係者が第三者的に評価していることになります。ただ、これはどうしても避けて通れないことのようなので、最終的に私たちの書いた報告書の全体像を出すときに、消費者団体の人たちが入ってきて見て、たとえば患者さんを縛ったりという拘束の問題がありますが、その辺についてかなり厳しくチェックしたり、それから感染管理はこんなのでいいのですかという話が入ってきたりして、市民の立場というものがまったくないわけではないようです。そういうことです。

木下 ありがとうございます。全体を通して、ぜひご発言をなさりたい方は、どうぞ。

濱邊 最後の有賀先生の発言で市民の立場とおっしゃったのですが、実はそれが今後一番大事なことだと思います。拘束ということではなく、自分たちの住んでいる地域の救急医療体制がどうなのかというのを、実はピアレビューではなく、そこに住んでいる住民の方がどう思うか。あるいはどういうものをつくりあげたいのかというのは、医者が考えることではなく、おそらくそこに住んでいる住民の人が考えることです。たとえば子供が多い地域だったら、小児をしっかりとやってくれと言うかもしれないし、老人が多い地域だったら、小児科医よりむしろ神経内科医をたくさん置いてほしい。

有賀 まったくそのとおりですが、そのときに考えなければいけないのは、だったらどれくらい負担するかという話なんです。だからこのことを抜きに、いまみたいなきれいなことを言っても、どうにもならないんです。

濱邊 だから負担させるために住民側を巻き込む。つまり応分のコスト負担を住民側にさせないといけない。いまのやり方は、厚生労働省が全国一律でこういうものをつくりなさいとは言っているけれども、それに伴う住民側の負担を求めている。逆に住民側もコストは負担しないくせして、あれがない、これがないと好き勝手に言っている。そうさせないようにするためには、むしろ住民側を引っ張り込んで、この地域はこ

のコストはほかの地域よりも負担してくださいと。

有賀 だからそういう意味では、補助金行政をなくして、市町村がどれだけ負担するかという話にもっていくというのは、筋が通るんです。ただボートを持つ人たちがどういうパフォーマンスをするかというところに関しては、どうにもならないというのが、一定の水準でのコンセンサスです。ですからその部分について、濱邊先生がそういうふうにおっしゃるなら、ぜひ都議会に出て頂く。そして国会議員になって頂く。(笑)つまりいま言った住民の声をどういうふうに集約して、どういうふうな形で私たちの社会に反映するかといったら、それしかないんです。

濱邊 そうなんですよ。

有賀 それを先生、ぜひここで固めて頂いて、出馬して頂く。(笑)

濱邊 だからこの間も自民党の枠が1個余ったのは、誰かが出ればよかったんだというのが実はあったんです。比例代表制が1個余ったのは、うちから一人出してやればよかった。要するに将来そういう方向へ持っていくか、ピュアレビューばかりいくらやっても、おそらく意味がないだろうと思います。

木下 ありがとうございます。私もそういうことはたしかに感じていまして、サービスを受ける側の意見がどれくらい反映されているかというのは非常に重要な視点で、そういうことに気づいたこともこのワークショップの一つの成果ではないかと思っています。それぞれのご発表が価値ある内容で、ただし個別の評価法でしたので、特にまとめというのはございませんが、お聞きになられた方はご参考にして頂いて、自地域での評価にもつなげて頂くということで、このワークショップを閉じさせて頂きたいと思います。(拍手)

平成 17 年 10 月 27 日

カルコントロール (MC) 協議会、医療機能評価機構などに分けられます。討論の結果、評価指標には画一的なものではなく、評価する主体と評価される主体により異なるけれども、評価結果を質の向上に繋げることが重要だという点では認識が一致しました。また、医療機関、消防機関、医師会、行政が参加している MC 協議会は、地域救急医療体制の質を評価する上で非常に重要な役割を担う可能性が示唆されました。その際、消防本部が有している救急搬送に係るデータを活用し、これを情報公開することによって、他地域との比較も可能となり、結果として救急医療体制の質の向上に寄与することも明らかにされました。更に、従来の救急医療体制の評価は、サービスを提供する医療サイドの視点からなされたものが殆どでしたが、今後は、サービスを受ける立場の住民の視点に立って検討することも重要である事が確認されました。

SW6 コスプレ

地域における救急医療体制の評価について

熊本大学侵襲制御医学

木下 順弘

目 的

このワークショップの目的は、一定以上の広さの地域を対象として、その地域で展開されている救急医療の質を測ることを目的とした。救急医療の質には多面的な見方が存在し、評価の尺度をどのように見つけるかを議論した。

対 象

評価の対象は、救急隊員の活動や救急搬送システムの問題、個々の医療機関の診療レベル、地域全体としての医療機関の配置や医療機関同士の連携などが考えられた。

方 法

評価を行う主体として、住民の声、医療機関の自己評価や相互評価、医師会、学術団体や学会、地域メディカ

SW6 コスプレ

日本医科大学千葉北総病院救命救急センター

益子 邦洋

7名の演者のご発表とフロアからの発言をもとに、ある地域を対象として、地域で提供される救急医療の質を測るための物差しをどのように見つけるか、その方法論をどのように確立するかを議論しました。評価に際しては、評価される対象と、評価する主体を明らかにしなければなりません。前者はプレホスピタルケア、搬送、医療機関、地域救急医療体制に大きく分けられ、後者は住民、病院、医師会、学術団体、地域または都道府県メディ

ルコントロール協議会、都道府県メディカルコントロール協議会などの視点が存在することが明らかとなった。別の切り口としては、病院評価機構による病院の救急部門評価という視点もあげられた。

結果と討論

総合討論では、評価の主体が誰で、どのような目的で、どのような地域を対象として、何を評価するのか。その評価指標は妥当なのかどうか、評価を行う際の課題は何か、評価の結果が質の向上にどのようにつながったのかなどについて議論された。その中で明らかとなったことは、地域の救急医療を支えているすべての組織が参画している地域メディカルコントロール協議会や都道府県メディカルコントロール協議会は、もともと救急隊員や救急救命士が行う医療行為の資質確保と質の向上を主体に形作られたものであるが、現在では、メディカルコントロール協議会が把握しているデータやメディカルコン

ロール活動の一環として行われているさまざまな活動が、地域の救急医療体制の質の評価に大変重要な役割を担っていることが明らかとなった。特に、事後検証では、地域での救急活動においてどのような点が問題であるかを指摘するよい機会となりつつある。また、今回の報告にもあったが、救急収容要請の拒否やいわゆるたらいまわしの現状など、負の面におけるデータも包み隠さず報告されることによって、地域が抱える弱点をあらわにすることができるようになった。

考 察

最終的には、メディカルコントロール地域単位で、同一の疾患で、重症度を合わせた地域ごとの救命率の良否が明らかにされ、地域間比較や同一地域での年次推移が行われるようになれば、よりよい救急医療体制の評価につながっていくものと期待される。

総 括 討 論

座長

杏林大学医学部救急医学 島崎 修次

山口大学医学部附属病院先進救急医療センター 前川 剛志

■島崎 杉本教授が「救急医の養成と確保」にかかわる厚生科学研究班の班長をされておられて、その関係で、救急医療の将来はどうあるべきかを考えようということ、「明るい未来を拓くために今、どうするか」という統一テーマで、この総会の岡田会長のもとで丸々三日間をかけて、シリーズ・ワークショップ 1 から 6 がディスカッションされました。

そのまとめをこの 1 時間でやろうということです。おそらく結論はそうそう簡単には出ないと思いますが、その時はお隣の司会と一緒にします前川教授が第 34 回日本救急医学会総会会長をされますので、そこへ持ち越して議論することになるだろうということを了解頂いています。司会はいま申しあげました前川先生と島崎でさせていただきます。

さて 6 つのワークショップ、1) 救急医療の枠組み、3) 救急医の役割、4) 救急医療の採算性、5) 救急医の労働条件、6) 地域における救急医療体制の評価、それから先ほど終了した 2) 救急医療教育で、それぞれの座長をされたお二人の先生、あるいはお一人に、最初に 3 分くらいでまとめをして頂きます。そうしますと 20 分ということで、あと 40 分くらいのうちの 30 分から 35 分をディスカッションにあてて、最後にまとめという形を取りたいと思います。

最初に各座長の先生方にお話し頂いて、それぞれの座長の先生に対してほかの座長の先生が、それぞれのセッションの中身に対して質問して頂く。時間があれば、それぞれのセッションにフロアから質問をお聞きするというような形を取りたいと思います。1 時間ですから、さっそく始めたいと思います。

あとの進行は前川先生にお願いします。先生、よろしくをお願いします。

■前川 いま島崎先生からお話がありましたが、このシリーズは今年だけではなく、来年、可能性として再来年まで討議し、最終的にある程度まとまったものをつくっていききたいということが将来計画検討委員会の杉本

教授のご希望でもあります。そういう形でできるだけまとめていきたいと思います。それでは最初のセッションの野口先生、よろしく願いいたします。「救急医療の枠組み」ということでお願いします。

■野口 島根大学の坂野先生と一緒に座長をさせていただきましたが、坂野先生がおみえにならないようですので、私がまとめたものだけ、舌足らずかもしれませんが、時間もないので急いでやらせて頂きます。8 人の大変すばらしい演者の先生方からいろいろご提言を頂きました。

問題点として私がまとめたのは、5 つあると思います。救命救急センターは三次の救急医療患者さんが対象ですが、これはかなりのところで形骸化してきているのではないかと、一次、二次、三次を改めたらどうかという意見が大勢を占めました。あえて誇張して申しわけありませんが、一部フロアからは、軽々にそういうことを全体の意見としてまとめるのは時期尚早ではないかという意見も出ました。

それも含めて、地域差の存在ということを考えないといけないということ、もう一つ、外傷、熱傷の分散を行うことによって、いわゆるセンター化して、分散といえますか、救命センターでそれぞれちょっとずつやるというのは非効率的であって、専門医の養成に不都合ではないか。問題点としてそういうことが出ました。それから救急医療における高齢者の比重が非常に大きくなった。これはきちんとしたデータを船橋のほうから出して頂きました。それからアウトカムの評価がきちんとできていないということも問題点です。

そういうことを含めて、やはり一次、二次、三次の救急医療システムの枠組みを改めるということで、これは 2 人の先生から同じような提言がありました。総合病院併設型救命救急センターを、人口 30 万人当たり 1 カ所を目安に設立ということです。全国で 600 カ所くらいになるかと思いますが、その中に ER を併設すべきだということご意見です。その ER は、小規模の病院、あるいは診療所から ER を担当する医師を派遣するような、このやり方に

関しては議論を深めませんでした。そういうやり方があるのではないかとことです。

それから先ほどの熱傷センターも含めて、脊損センター、外傷センターを200万人当たり1カ所設置すべきではないかということで、先ほどの問題点の解決ができるということです。もう一つ、既存の施設を、これもセンターとかなりオーバーラップすることでしょうけれども、特殊病院化を図るということです。

それといまのお話とは少し視点が違ってきますが、浜松の青木先生から、浜松方式として20年近くの実績があるということで紹介がありました。輪番制によって一次から三次までを二次病院で担当しているということです。大学附属病院、あるいは救命救急センター、この2つの救命センターもこの中に輪番制として組み込まれている。それを延々といままでやってこられたということです。ただ、その中にスーパー二次的な病院があって、それは当番日以外、輪番日以外の日でも患者さんを診ているということで、浜松方式ということです。その中にたくさん受ける病院と少ない病院との差は出ているようです。

もう一つ、浜松はドクターヘリが飛んでいますので、これも組み込まれているということで、浜松方式ということです。先ほどの総合病院併設型救命救急センターと少し方向は違いますが、こういうものが現存しているということです。これに対しては、救命救急センターはその上のコアの病院として位置づけていけばいいのではないかと意見が出ています。ただ、これに対してアウトカムの評価、浜松方式できちんとした救命率、治癒率が上がっているのかどうかということが評価されていないということは、発表された青木先生からも出ています。

それから船橋からの発表にありましたが、高齢者、内因性の患者さんが大変多い。これは日本全国そうだと思いますが、そういうことに対して老人介護やリハビリ、在宅のことまで、救急医療をやっている者としていろいろな情報を発信すべきではないかという意見が出ました。

もう1点、小児に関しては、人口200万の二次医療圏に対して、あえて初期救急を担うことも救急センターを設置したということで、一次救急のためのセンターを設置しているということです。二次救急の小児は4つの市民病院が担うという方式で、大変効率よく、2年ほどの歴史だそうですが、いま動いているということです。

これは和歌山ですが、高度医療情報システムを使って、画像を電送させるといったことを、ドクターヘリと組み合わせ、特に夜間ドクターヘリを運行することによって、広域救急の体制を構築することができるということ、いま補助金を頂いて試行中だそうです。

もう一つ、これは解決策は出ていませんし、あえて急ぎませんが、ER型の医師の養成を行うことを考えなければいけないということです。これは当然のことです。もう1点、救急医療後方支援システム、これは患者さんのドレナージということで、このシステムをぜひ行政主導型でつくるべきだという提言が宮城先生からありました。以上です。

■前川 では次に「救急医の役割」ということで、八木先生、お願いいたします。

■八木 岡山大学の氏家教授と一緒に座長をさせていただきました。いろいろな意見がありましたが、私なりにまとめたところお話しさせて頂きたいと思います。

役割ということですが、これは救急医療の枠組みの中での役割と思います。枠組みとしては従来の三次救急の自己完結型ではなく、先ほど先生がおっしゃられたような総合病院に付設したような、併設型のER型になるのではないのでしょうか。

その中で役割ということを考えていきますと、二次元的に考えて、臨床での守備範囲は、いろいろな患者さんがいる中で、軽症から重症まで、この幅のどこを受け持つか、もう一つは深さ、初療だけをやるのか、集中治療から完結するところまでやるのか。この二次元で考えると、とりあえずはER型ということになりますと、一次から二次、三次まで幅広く受け付けられないといけないだろうということです。

しかし、これを全部やってしまいますと、マンパワー的には救急医が疲弊してしまいます。今回発表された先生方の施設では、ほかの診療科の協力体制がよくて、交替で出して頂いたということもあります。ですから今後もこういう体制を維持してもらおうということが一つです。あるいは卒後臨床研修の必修化がありますので、彼らはプライマリーケアを覚えなければいけませんから、彼らにある程度そのところを受け持つもらう。

そうしますとわれわれの役割としては、研修医を責任を持ってあげないといけないということと、あとは一般の先生たちが手に余すような症例の場合には助けてあげる。あるいはオフ・ザ・ジョブ・トレーニングではありませんが、日ごろから初療をどのように受け持つかというところを教える義務があるのではないかと、というところが1点です。

もう一つは、少なくとも幅広く診られるというような能力、きっちりと初療を診られる能力を磨くということです。何でもかんでも診ているというだけでは、それこそ夜の当番だけになってしまうかもしれないので、モチベーションの維持のためには深く診られるところも作る

なければいけないかもしれません。

そこを集中治療に求める人、サブスペシャリティに求める人、いろいろありますが、少なくとも初療をしっかりと、きっちり診られるというところを、この先われわれ自分たちのプライドとして持って、それぞれの状況に応じて深くやっていけばいいのではないかとこのころがまとめではなかったかと感じています。

■前川 どうもありがとうございました。それでは第3項目です。「地域医療における救急医療体制の評価」ということで、益子先生、よろしくをお願いします。

■益子 熊本大学の木下教授と一緒に、地域における救急医療体制の評価のワークショップを担当しました。このワークショップは、ある地域を対象として、救急医療の質を測るための物差しをどういうふうに見つけるか、そのための方法論をどうやって確立するかということを目的にしました。

評価される対象は、救急隊員とか救急搬送の問題というものもありますし、医療機関自体の評価もありますし、システム全体というものもありました。そしてまたそれを評価する側の問題としては、住民ベース、あるいは病院ベース、医師会ベース、学術団体ベース、地域のMC(メディカルコントロール)協議会ベース、都道府県MC協議会ベースといったような、さまざまな視点からの評価が発表されました。非常にユニークな形としては、医療機能評価機構の視点での病院機能評価といった発表もありました。

発表のあと皆さんに議論して頂きましたが、評価主体が誰で、どのような目的で、どのような地域を対象として、何を評価するのか。そのときの評価指標は果たして妥当なものなのか。そして評価に際しての課題は何で、評価結果を質の維持向上にどのようにつなげているかというようなことが、ディスカッションの主体になりました。

討論の結果、医療機関、消防本部、医師会、行政が参加している都道府県MC協議会、あるいは地域MC協議会というのは、そもそも救急救命士の処置拡大を目的としてつくられた組織ではありますが、これが地域救急医療体制の質を評価するうえで大変重要な役割を担っているということが、共通認識として確認されたと思います。

そしてそういった地域、あるいは県MC協議会ベースでの検証、検討のときには、消防本部のデータも活用して評価する必要があり、地域ごとの評価を情報公開することによって、それを全国的に標準化していくことも可能だろうというご意見が出ました。

今後の課題としては、果たして救急医療を提供する側

の論理だけでいいのかという問題もありますので、医療サービスを受ける立場の患者サイドの意見をどのようにくみ上げていくかということが、これからの課題になるのではないかとこのころでした。以上です。

■前川 ありがとうございます。それでは第4項目、「救急医の労働条件」ということで、坂本先生、お願いします。

■坂本 私と獨協医大の池上教授の司会で、救急医の労働条件ということについてディスカッションを行いました。おもなテーマとしては、救急医の労働条件の現状、それから実際どれくらいが理想的であるかというような問題点、理想的とした時間が得られたとして、改善を必要とするわけですが、改善にはどのような方法があるのかという点が2点目です。それからこれは単に労働時間ということではなく、労働時間、労働環境も含めた魅力づくり等も含めて、救急医を生涯にわたり続けていくための条件づくりというのは、どのようなものがあるかというようなことが議論されました。

救急医の労働時間の現状については、多くの救急医は1週間当たりの勤務時間が80時間以上、ときには100時間という実態が報告されました。そして多くの施設から不満が出ない程度の労働時間、耐えられる程度の労働時間は、1週間で60時間程度であるというのがコンセンサスとして得られました。

具体的には60時間というのはどんな勤務かと言いますと、8時間勤務が4回、当直16時間で日勤をしないのが1回、それでウィークデーが5日間です。それから土日のどちらかで12時間働くと、トータルで60時間ですから、この程度が適当ではないか。実際にいま活発な活動が行われている救急医の施設では、12人くらいで働いているというようなところが今回の発表施設では多かったので、12人で80時間働いているところを60時間の勤務にするためには、単にマンパワーの計算で何人にしたらいいかという、あと4人増やして16人にすると、単純計算では80時間が60時間に短縮できるのではないかとこのころ議論が行われました。

では医療の質を落とさずにこのような短縮ができるかどうかという議論が行われましたが、勤務の工夫としては、主治医制をやめてチーム制にすることによって、夜間の呼び出し等を減らすといったことで減らすことができたというご意見とか、あるいは当直制から交替勤務制に移行する。あるいは実際に後期研修医をより教育しながら、そこで活用していくことによって、スタッフの負担を減らす等々、いくつか意見は出たのですが、実際には効率を上げれば、それだけ単位時間当たりの勤務の内