

一方で、既に述べたように、私たちはこれからの医療のあり方についての議論を国民とともにを行い、国民に対して問いかける努力を怠ってきたことを認めなければならない。

その前提に立ち、安心と希望の医療確保ビジョン(平成20年6月)、「医療の安心と希望確保ビジョン」具体化に関する検討会中間取りまとめ(平成20年9月)をさらに目に見える形で提言するための幅広い議論を、これまでの班会議にて行ってきた。私たちは国民とのより深い対話、そして政府のイニシアチブを求めるものである。

5) 卒後医学教育認定機構(仮称)設立の要望

卒後医学教育認定機構(仮称)を独立した機関として設置する。
その使命は卒後医学教育研修の充実による医師の資質の向上にある。
The Japanese Council of Graduate Medical Education (JCGME)

国民的な議論と法的な裏付けをもって(例えば医療法上位置づけられている機関として)設置する。

専門病院(高度医療を提供する病院)、病院、専門学会、大学医学部、診療所の医師に加え、研修医、医学生の参画により構成する。

アドバイザーボードは国内の有識者、医療関連他職種、海外の医学教育専門家などから構成するものとし、機構の運営に必要な助言、提案を行うものとする。

その他参加を考慮すべき立場:地域住民、保険支払機関、中央社会保険医療協議会、自治体の代表

機構の担う機能としては以下のものとする。

1) 卒後教育評価事業

研修を行う医療機関の体制を含めて、医療機関およびその診療部門の実施する後期研修プログラムに独立した評価認定を行う。教育研修内容の問題点を明らかにし、その結果改善が認められた研修プログラムに認定を行う。

2) 卒後教育改善支援事業

後期研修プログラムの改善支援を、機構内あるいは医療機関において行う。セミナー等を開催し、評価項目体系等の解説を行う。

3) 評価認定者(サーベイヤー)の養成事業

機構の依頼に基づいて後期研修プログラムを実施する医療機関に対する訪問審査、報告書作成業務等を担う人材を養成する。

具体的には応募者の選定、研修会の実施、審査の演習、実地研修と継続研修を行う。

4) 卒後教育評価認定に関する調査・研究開発事業

卒後研修教育の評価手法をよりの確にするための調査・研究・改訂作業を行う。また、卒後教育の方法論と諸課題について国際的な調査研究を行う。

5) 卒後教育プログラムの適正配置、偏在是正事業

卒後教育プログラムの内容に応じた地域、医療機関等における適正な研修医、指導医の算出の枠組みを整備する。また、地域や診療科間の偏在を是正するための提案を行う。

6) 卒後教育研修制度情報収集事業

卒後研修プログラム、専門医継続教育についての実態を継続的に把握する仕組みを構築し、実施する。

7) 卒後教育評価に関する普及・啓発事業

卒後教育プログラムの普及、啓発および卒後教育の認証に資するための情報提供を行う。

8) その他事業を行うに当たって必要なもの

機構の概要

- ・制度の評価・認証にあたる実務組織は公平な専従者により構成され、運営を支える事務局機能を担うための専任の職員からなる組織が必要である。
- ・各専門領域学会と連携しつつ研修プログラムの策定を行う。プログラムの審査、個々の概要については専門分化している専門家(学会)が中心になるが、評価・認証にあたる当機構とは独立した運営を行うものとする。
- ・機構の創設にあたっては、調査費、事業費による実現に向けた工程表に基づいた予算化が必要である。当初は公的な資金(税金、保険料など)によるものが想定されるが、将来的にはプログラムの認定料、更新料によって安定的に事業が継続できる仕組みが望ましい。
- ・研修医療機関については研修プログラムに対して資金の支払いを行う。各医療機関は、卒後後期研修の充実に必要な用途(例:プログラムの充実のための設備や教材、指導医や研修医の手当の一部、連携のために必要な費用など)に用いることができる。

実現に向けた工程表

X年:公的資金をもとに卒後医学教育認定機構(仮称)準備会設置

1年目:同準備会にて「卒後医学教育研修認定マニュアル」を作成公表

プログラムの認証

プログラム毎の適正数算出の根拠算定基準策定

専門医指導医、指導機関の届出、現況調査

情報開示、データベースの試験運用

2年目:機構準備会が各専門学会とともに「卒後教育認定標準化マニュアル」を発刊公表

プログラム毎の適正数提示

プログラムの部分的試行

3～4年目:卒後医学教育認定機構(仮称)発足

具体的な評価基準を盛り込んだ報告書を作成公表

認定プログラムを質、種類とも充実させる

構造評価、プロセス評価に加え、アウトカム評価の試行開始

2年間の運用調査開始

5年目:本格運用開始

6)医療制度との関連づけから

関連する医療制度として、以下の検討も併せて行う必要がある。

1. 卒前研修時、医師免許取得時、初期研修時などの試験制度のあり方
2. 専門医療行為の何らかのインセンティブあるいは制限(診療範囲、実施医療機関、地域など)
3. 医療者間の連携の推進
4. 研修プログラム開始時の選抜、修了時の認証のあり方
5. 研修プログラムへの奨学金制度
6. 診療報酬制度(ドクターフィーとホスピタルフィー、診療形態間の医療者の相互乗り入れ)
7. 情報公開(医師プロファイリング、評価指標の開発、医療計画の策定や見直し)
8. 医療関連職種、医療関連産業との連携
9. 社会保障制度における医療の位置づけ

7) グローバルにみた最近の医師養成の取り組み－海外事例の調査結果から－

私たちは、これまでの研究班における議論を通じて、国民に質の高い医療を提供するために必要な、我が国の現状に則した家庭医・総合医、専門医の後期臨床研修のあり方について提言を行うためには、より広い視野に自らを置いて、海外における各種専門医師の指導・教育研修プログラムについて幅広い検討を行うこととした。

言うまでもなく、各国の医療制度は文化、風土、政治、経済などの社会的背景や歴史の流れを色濃く反映している。私たちに必要な検討とは、それぞれの国の医療者が、どのようなプロセスを経て今日の医療制度をそれぞれの国で運営しているか、という思考過程をたどることで、我が国において医療制度の改革を実行プロセスに移すための示唆を得ることである。

調査・検討においては、マッキンゼー・アンド・カンパニーに委託調査研究を依頼し、北米・欧州を中心とした海外事例の分析研究と、我が国の医療制度への意味合いを抽出した。

「よく生きたい」という願いは国の枠組みをも超えた普遍的な想いである。ある国の制度をそのまま取り入れるのではなく、「病から人を救い、共に寄り添う」という万国共通の願いに対して医療者のプロフェッショナルリズムはどのように具現化されているか。我が国の医師養成研修制度を含めた医療システムはそれに応えているか、検討を重ねた。

(1) 専門医の認定

多くの国が、医師の教育・配置の水準を適正に保つため、複数の制度を組み合わせている。専門医の認定は多くの場合、国レベルの基準に基づく数年間の研修プログラムを修了して初めて、専門医として活動できる。一方、日本では国レベルで統一された専門医認定制度はなく、各専門科学会が研修プログラムの要件などを規定している。

(2) 研修医の配置

研修医は、専門分野別・地域別の将来の医療需要予測に基づいて配置される。多くの国で、需要変化が予想された場合には配分数も変動させており、政府が医師の教育・研修にかかるコストの全額、または一部を負担することで研修医の配分数を規制する権限を確保している。

一方、日本には、研修医の配分数を規定する仕組みはない。

また、多くの国・地域では、配置計画が策定された上で、学生は原則として専門分野を自由に希望できるが、各分野での研修・配置ポストの上限が設定されているため、民間企業の就職ポストと同様に、人気のある科や地域は競争も激しく、人員が不足している科・地域にも人材が配置される。

(3) 開業医数

地域によって専門クリニックを含む開業医には過不足が生じないように、国・地方政府が開業数を規制している国が多い。一方、日本には厳しい規制がない。

(4) 専門分野の変更

医師が専門分野を変更するためには、再研修を受ける必要がある。これは病院勤務の専門医が家庭医として開業する場合も同様である。その結果、転科・転職率が低いので、医学教育終了後の医師の供給における変動要素が少なく、より安定した状況下での配置計画を立案できる。

一方、日本では、専門分野の変更、開業医への転職ともに規制がなく、医師の転科・転職が非常に多いため、供給量を予測することが難しい。

(5) 研修や教育の規制

人口あたりの医師数が少ない国ほど、研修や教育のポスト数はより強く規制されることが多い。一方、医療需要に対し医師数が上回っている国では、供給不足の分野に医師を配置しやすいため、規制が少ない。

(6) 独立機関の必要性

大部分の国には、専門医認定基準の認定、医療需要の見極め、資源の分配、研修医・医師の配分のコントロール等を行う国立の機関、あるいは国から正式に権限委譲された独立機関が存在する。これらは専門知識に基づく業務執行が必要なため、医師によって運営されるが、最終的には政府の管轄下に置かれる場合が多い。(図1. 各国の医学教育・研修に関する行政・規制の比較)

今後日本が上記項目を検討するにあたり、独立機関設立の実現に向けた準備が必要であると考え。

各国の医学教育・研修に関する行政・規制の比較

調査対象国の一部

	 米国	 カナダ	 オーストラリア	 フランス	 ドイツ	 スウェーデン	 英国	 日本
資格交付団体								
・医師免許と医籍登録	・国	・国	・地方	・国	・地方	・国	・国	・国
・専門医認定	<ul style="list-style-type: none"> ・調査対象国すべてに医療専門家主体の政府委託組織があり、この組織が専門医を認定している ・専門医認定を行う政府委託先組織の活動に関する、規制・監視の程度や対象範囲は、国により異なる 							
管理・監督								
・研修全般の質の認定	<ul style="list-style-type: none"> ・調査対象国すべてに医療専門家主体の政府委託組織があり、この組織が専門医を認定している ・専門医認定を行う政府委託先組織の活動に関する、規制・監視の程度や対象範囲は、国により異なる 							
・政府により人数の規制 — 医学部の学生数	・無	・有	・有	・有	・無	・有	・有	・有
— 専門研修をする 医師の数	・無	・有	・有	・有	・無	・有	・有	・無
— 開業医師の数	・無	・無	・無	・無	・有	・無	・有	・無
各専門分野の医師数								
・各専門科毎の医師数 規制の有無	・無	・有	・有	・有	・個人で開業 する場合は有	・有	・有	・無
— 規制の設立機関	・有	・地方政府	・中央政府	・中央政府	・地方医師会	・地方医師会	・地方規制 機関	} いずれも無
— 需要予測の有無	・有	・有	・有	・有	・有	・有	・有	
— 供給予測の有無	・無	・有	・有	・有	・有	・有	・有	
— 政府と医療専門家 の権限	・大	・大	・大	・大	・限定的	・限定的	・大	

資料: OECD、マッキンゼーによる分析

図1. 各国の医学教育・研修に関する行政・規制の比較

8)まとめにかえて 国際比較から得た日本への示唆

1. 多くの国には、国レベルで、専門医の教育・研修・認定に関する標準化された制度が存在する。

(図2. 医師養成・教育プログラムの質に関する管理機関 英国の事例)

多くの国では、専門分野をキャリアの途中で変えることは制度上極めて困難である。

- ・専門分野を教育・研修過程の早期で選定する。
- ・専門医の育成は、公的機関が承認したカリキュラムに基づき、平均5～7年かけて行われる。
- ・専門医は、国家資格である場合も多い。

専門医の配置を決定するタイミングは3つあり、国によって異なる。

- ・大学医学部入学時(医師総数)
- ・専門医としての研修開始時
- ・専門医としての就業時

配置計画の立案・実行機関には、その計画を実行するための十分な権限が付与されている場合が多い。

- ・研修施設に対する資金提供の権限
- ・医学部・医療施設に対する管理監督権等

【国際比較から得た日本への示唆】

- ・医師自身が長期的な時間投資をすることから、専門医としてのキャリアから途中で脱落する割合は少ない。
- ・制度変更の際には、教育・研修課程にいる医師や、既に専門医として活動している医師への影響を洗い出し、移行時のひずみを最小化するよう計画を設計する。
- ・専門医の配置の決定タイミングと、政府による資金提供のあり方により、配置計画立案・実行機関が、計画を集権的に管理できる度合いが変わる。
- ・専門医の適正配置案の提出だけでなく、その実行に必要な権限を持つ組織の設計が求められる。
- ・専門医の供給を適正に管理する上で、専門医の定義と人数を管理する仕組み(標準化された専門医認定制度や専門医研修のポスト数等)を明確にすることが必要である。

2. 医師の適正配置のための施策は、国レベルで検討・施行されることが多い。また、計画と実際の配置の差異を解消するために、何らかの規制に基づく施策を実施している。(図3. 英国の例)

多くの国では、市場原理に任せず、何らかの形で、医師配置を管理する仕組みを導入している。

- ・市場原理に委ねる方法では、医師の配置は最適化されない。特に、需要に対して医師の絶対数が不足する場合、機能しない。

将来的な医師の需要を完全に予測することは不可能であり、予測数・配置計画・実際の配置の間には常に差異が発生する。

- ・需要は、医療技術の進化等、インパクトの予測が困難な要因によって常に変動する。
- ・完全に計画通りに医師を配置することは困難である。

専門科は最終的に医学生・医師自身が選定するため、医師の確保が困難な科では、魅力度を上げるためにインセンティブ付与等に取り組んでいる場合が多い。

- ・例：英国では、GP不足に対し、給与水準の40%増加や労働時間に対する制限等を行った。

地域別の配置は、地域特有の研修等が強く求められる場合を除き、専門分野の配置と比較して、配置後の変更が柔軟に可能。そのため、インセンティブ等の提供や就業ポストの調整で対応する仕組みが機能しやすい。

【国際比較から得た日本への示唆】

- ・医師数不足の中での医師の配置は、需給のバランスをとるために、市場原理と、政府の直接的な関与を合わせた「混合モデル」が求められる。
- ・医師配置の計画・実行プランは、市場変化に柔軟に対応できるように設計することが重要。また、計画と実際の差異に対処すべく、短期的な施策の準備も検討が求められる。(例：不足を想定した多めの配置、医療者の業務範囲の修正等)
- ・専門医は、育成後の大きな需要変化に対応して配置することが困難なので、医師不足の専門科については、人材が集まらない根本原因を明らかにし、解決の手法を長期的な観点で検討する。
- ・都道府県間の医師配置格差については、その解消を誘導する、国レベルの仕組みの導入が必要である。
- ・医師の専門分野、および地域選択のための、経済面も含むインセンティブは、実効が上がるように、十分な対価を設定することが重要である。
 - 経済的インセンティブ：医学部の学費減額・免除、医師への報酬水準、診療報酬外の領域での追加収入オプション
 - 非経済的インセンティブ：過剰労働時間の制限、専門科の社会的認知やブランドの向上、権限のある学術センターの設立等

3. 英国では、1990年以降、数回にわたり、大規模な専門医育成、および医師の配置に関する制度の変更を実施した。ここから、施策検討、および移行期における教訓を見いだすことができる。

医師総数を増加させる上で、政府主導による、医学部学生数の管理は有効である。しかし、医学部単位での上限数の設定がない場合、長期的な医師過剰、ひいては医療費の高騰を引き起こすおそれがある。

医師の地域配置格差は、医師総数を増加させ、かつ医師の移動を誘導する十分なインセンティブ設計によって、スムーズに改善された。

急速な専門医育成制度の変更に伴う制度上のひずみや、移行期間中に育成過程の医師に対する対策が十分用意されない場合、制度全体が破綻することもある。

- ・ポストが十分に用意されていない状態で医学生を増員したことにより、専門科によっては就業できない医師も現れ、社会問題化した。
- ・全科のカリキュラム方針を、試行期間なしに一気に変えたため、制度変更における不具合や課題の影響が増大し、修正にも多大なコストが発生した。

【国際比較から得た日本への示唆】

- ・専門医育成および医師の配置制度の変更にあたっては、以下の点が重要である。
 - 移行プロセスの設計には、制度変更における不具合や課題を前もって洗い出す上で、医療に携わる主要なステークホルダーである医師の代表者の参画が必要。
 - 既に認定された専門医の新体制下での認定の移行と、現在教育・研修段階にある医学生・研修医の新体制への移行は、分けて検討する必要がある。
 - 関連ステークホルダー（医療施設、保険機構等）との十分なコミュニケーション、意思統一。
 - 移行期における、ひずみ解消のための短期的な打ち手の周到な設計。現行体制を踏まえた現実的なロードマップ作成が必要。
 - 一部地域や専門科等を対象に、制度変更にパイロットを実施し、課題の洗い出しを行う。

医師の教育・研修プログラムの質をどこが管理しているか
 医師養成・教育プログラムの質に関する管理機関－英国の事例

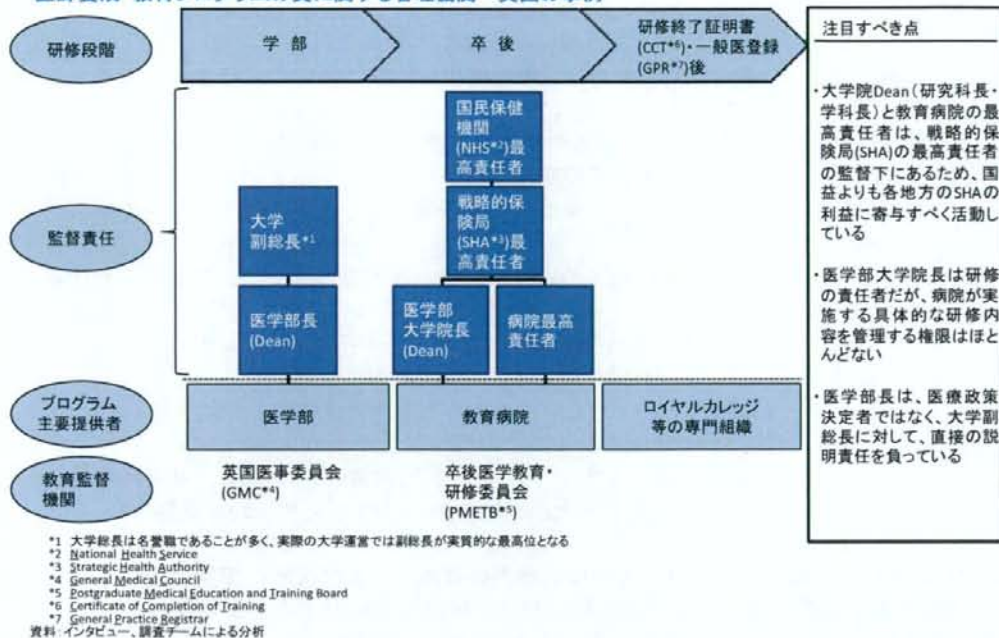


図2. 医師養成・教育プログラムの質に関する管理機関 英国の事例

医師の教育・配置を管理する機関: 英国の例

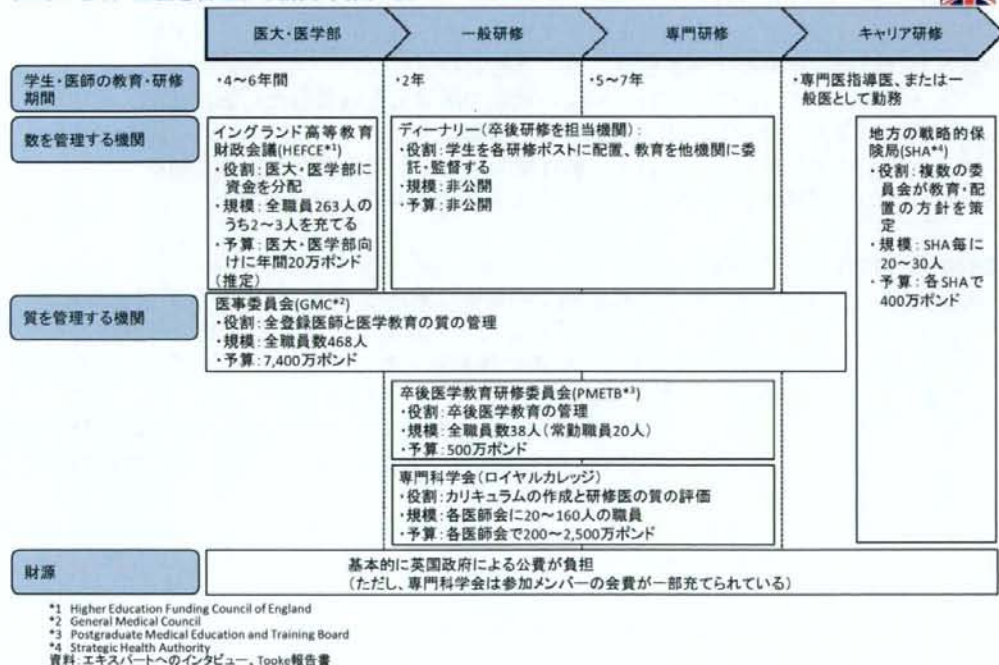


図3. 医師の教育・配置を管理する機関 英国の例

9)健康危険情報

なし

10)研究発表

1. 議事および資料公開

医療における安心・希望確保のための

専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究班ホームページ

<http://medtrain.umin.jp>

2. 日経メディカルオンライン ブログ 土屋了介の「良医をつくる」

<http://medical.nikkeibp.co.jp/inc/all/blog/tsuchiya/>

11)知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

医療における安心・希望確保のための
専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究班の提言



医療における安心・希望をもたらす

専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)の方向性

～卒業医学教育認定機構(仮称)設立の要望～

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
医療における安心・希望確保のための
専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究班の提言

平成 21 年 3 月

II. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期臨床研修制度）
のあり方に関する研究

家庭医の意義～救急医療における患者トリアージの試みから～

分担研究者 有賀 徹
（昭和大学医学部救急医学講座 教授）

研究要旨

医療の専門化、高度化が結果として臓器別ないし縦割りと呼ばれる診療の体制を強化して来たことは否めない。一方、この傾向に対して、患者をより全身的な観点から、ないし全人的に診ようという方法論から、我が国において初期臨床研修制度が開始され、最近では総合診療、総合内科といった標榜も放見されるようになった。

また、医療をめぐる様々な社会的、経済的な諸状況により、今や救急医療の分野においてその需要と供給との間で大きな不均衡が生じ、これを克服するために救急患者の緊急度、重症度に応じて患者の振り分け（トリアージ）を行うことが各分野で試みられ始めた。すなわち、(1)119 コールトリアージ（消防本部）、(2)救急搬送トリアージ（救急現場）、(3)救急相談センター（消防本部）、(4)救急外来におけるトリアージ（病院）などである。

ここでは上記（1）～（4）の試みの結果を参照しながら、家庭医の意義について考察を進めた。家庭医が救急搬送などの社会的な資源を適切に利用できることに寄与するであろうことを指摘した。家庭医は地域社会にとって必要な役割を演じるに違いない。

I. はじめに

我が国における医師のキャリアパスを俯瞰した時、専門医と称する資格について多くは、臓器別の専門医こそ専門医たるにふさわしいと信じられてきた歴史がある。それは外科学の進歩発展に合わせて、例えば麻酔科、脳神経外科、胸部外科、心臓血管外科、小児外科などが学問として分離し、同じく内科学からも神経内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、腎臓内科、代謝内分泌内科などと多くが臓器別に専門分化したことからもよく理解される。つまり、各臓器分野別に専門性を発揮する医学領域が医科学としてより細かく研究され発展し、またこのことによって患者らは総じてその恩恵に浴してきた。かくして病院で標榜される診療科目は多くが臓器別のそれらであり、それ

らを参考にしながら患者らが病院を受診するということである。

一方、病人が臓器別の部分々々でなりたっているわけではなく、上記の方法論ですべてが対応できるというわけでもない。従って、平成 16 年から始まった初期臨床研修制度は医師が総合的に対応できる基礎を養うことを基本としているし、総合内科、総合診療科という診療科目の標榜も上記の縦割りを補う、または臨床研修を強化する機能として発展の緒に就いたかのようである。そこで、ここでは最近特に著しい「救急医療における需要と供給の不均衡」への対策として進められつつある、救急患者のトリアージという側面から考察を進め、専門医としての家庭医の意義について論じる。

II. 救急医療における需要増大と供給不足について

東京においては1年に約62万人の救急車搬送患者数がある。この平成19年の実績は10年と比較で30%の増加であり、65歳以上の高齢傷病者の搬送数だけでみれば実に68%の増加である。一方、救急告示病院の数は411施設(平成10年4月1日)が335施設(平成20年4月1日)となり、これは18%もの減少である。そのため、救急車が搬送先を選定するために30分以上を要した、または5施設以上に問い合わせを行った事例、つまりいわゆる搬送困難事例は平成19年度第1～3四半期においてそれぞれ5.6%、5.7%、6.7%と漸増の傾向にあった²⁾。現場到着から病院選定に要する時間は平成15年が平均15分00秒で、同じく19年は18分57秒である。そのため、平成18年度の実績では、患者が重症であろうという判断にもかかわらず、救急隊に余裕がないため消防車を先に現場に赴かせる「救命対応のためのP(ポンプ車)-A(救急車)連携」は1日平均で実に228件にも及んでいる(図1)。

日本全国で1日に平均すると、救急患者は82200人あり、75000人がそのまま外来診療のみで帰宅している。救急車による搬送は9700人で、その内6000人が外来診療のみで帰宅している。つまり3700人が入院加療となるが、同じ人数が自力で病院を受診し、そのまま入院している(図2)³⁾。以上により、救急車による搬送では6割が入院する。それらを含めて救急外来に10人が受診すると1人が入院となる。小児についてはこれらの人数が20人と1人とされる。

これらのことから理解できるように、最近では必ずしも重症でない患者による救急車の利用や救急外来への受診が増加している。にもかかわらず、供給体制が疲弊する傾向を免れないということが指摘されている。そこで、小児救急医療については、地域小児科センターなどへの病院小児科の集約化、重点化の構想があり、日本小児救急医学会では地方小児科ないし一般小児科と集約された地域医療センターとを提案していて、後者においては軽症から重症までの総合的な診療を旨とする、いわゆるER型の救命救急センターとの重なりを将来像の一つとして描いている⁴⁾。

しかし、高齢者搬送の増加にみるように、救急需要

が引き続き増大する、またはそれに見合った提供側の医療資源に限りがあることを勘案すれば、救急患者を振り分ける、つまり緊急性の高い重篤な患者から診ようというトリアージの手法を導入することは必然のように思われる。トリアージとは災害医療で用いられる方法で、患者の選別を意味するが、これを救急医療の分野に適応しようという試みである。つまり、重症度、緊急度の高い患者にこそ、より優先的に救急医療に関する資源を投入しようという取り組みがようやく始まったと言える。

III. 救急患者のトリアージ

(1) 119 コールトリアージ

横浜市は2008年10月から119通報時にそれを受信した指令員が緊急度を判断し、緊急性に差をもたせた救急隊の出動を指示する「119 コールトリアージ」という方法を開始した。緊急性の高い順に水準1～3と区分していて、1ヶ月の出動総数11,155件の結果では、水準1、2、3の判断は7.1%、87.0%、5.9%であり、現場までの到着時間はこの順に平均5分3秒、5分59秒、6分18秒であった。水準3では隊員2人のみの乗車で、かつ緊急自動車ではなく、つまり赤信号で停車して現場に赴いた(表1)。

また、全通報の内では119件の通報については、通報者の同意の下に「電話相談」の部門に転送し、いわゆる通常の相談として扱ったという。この割合は全119番通報中の1.1%であった(表1)。このように通報を受信した指令員の判断能力が極めて重要な要素となるが、このことの質向上がなされれば、必ずや一定の水準で効率的な救急隊の出動がいざなわれるに違いない。

(2) 救急搬送トリアージ

これは東京消防庁が2007年6月から試行しているもので、救急隊の到着した現場において、あらかじめ決められた対象疾患の場合において、バイタルサインなどの観察結果から「緊急性が認められない」症例について患者本人の同意が得られれば救急搬送を遠慮してもらうという方法である。2008年5月までの1年間の総出動676,253件中で本試行の対象は573件(0.08%)であり、その内361件(63%)が同意し、212

件(37%)が不同意、つまり結局は搬送したものである(表2)。

上記によれば、1000件の出動について、1件は現在のルールで緊急性があまりに低いとみなせるものである。このルールによる軽症患者が極めて限定的にしかな定義されていないということは、100件に1件が相談部門へととなった横浜の実績(表1)からも推測できる。つまり、現状では「救急隊は搬送しないこともある」というメッセージを東京消防庁が発信している段階であると理解せねばならないだろう。しかし、軽症患者の搬送に忙殺され、結果としてP・A連携にみられるような実態(図1)は、救急車という社会資本の利用が極端に不適切であることを示している。引き続き、この救急搬送トリアージの試みを発展させる、または前述した119コールトリアージを普及させる努力が求められる。これらの救急隊によるトリアージは、次に述べる電話相談の事業と連動させながら、つまり市民に対して相談できる窓口を提供しながら展開しつづけると言える。

(3) 救急相談センター

東京消防庁では救急搬送トリアージの試行と同時に、救急相談センターを発足させ、救急隊を要請するかどうかについて都民が電話で相談できる事業を開始した(表3)。ここではあらかじめ作成されたプロトコルに則って、救急隊を即刻向かわせる判断から、明日以降の日勤帯での病院受診を勧めるなど4段階に分けたトリアージを行っている⁵⁾。

ウィークデイであれば概ね日に70件、祝祭日では90件の相談があり、それらの5分の1が即刻の救急隊出動(赤対応)となるが、その他は自力での受診を勧めている。赤対応のうち6割は入院を要さなかったが、電話のみの相談という条件を考えれば、より安全な判断を選択したことから、このような結果である。加えて、相談内容に応じて使用するプロトコルを数多く準備しているが、その中でも、使用されたプロトコルは多い順に、発熱(小児)、頭部外傷(小児)、異物誤飲、腹痛、頭痛、めまい、嘔吐・吐き気(小児)となっている⁶⁾。当初は2名、現在は3名の看護師がプロトコルに則って相談に対応していて、この後に医師が

控えている体制であるが、後者には病院の救急部門に所属する医師も勤務している。多くは東京都医師会会員であり、彼らの内、診療所に勤務する医師によれば、相談内容の多くは日常診療で遭遇するものとほとんど同じである⁷⁾。

電話による医療相談についてはすでにいくつかの先行例がある。しかし、東京消防庁で始められた電話相談については質疑応答についてプロトコルを作成し、言わば標準化されたルールを作成していて、このことが従来からある相談業務と最も大きな違いとなっている⁸⁾。東京都医師会救急委員会を中心とするプロトコル作成委員会は、症例を重ねながらそれらの改訂を適宜続けていて、そのような意味での質管理の方法を構築している⁹⁾。

(4) 救急外来におけるトリアージ

担当の看護師らが患者の様子を適宜観察し、早く診察したほうがよさそうな患者について診療の順番をたがえても診察室に先に入れるなどのことは、従来から救急外来でしばしば行われてきた。このことをあらかじめ決められたトリアージシートなどに従って体系的に行うことが少しずつ普及し始めている。それにより、蘇生、緊急、準緊急、非緊急(図3)、または赤(即診療)、黄(準緊急)、緑(非緊急)¹⁰⁾などと患者を区分し、その各々について関係するスタッフがあらかじめどのように対応するかを決めておくこととなる。つまり、組織的に体系的なトリアージをして、蘇生ないし赤であれば医師らがすぐに駆けつけるなどとなる。

このようにすると、看護師らの職務満足度が上がり、患者の苦情が減るという。臨床研修医についても救命救急センターなどで体系的に救急医療を学んだ方が満足度が高いことはよく言われているので、ここでも病院の方針として組織的に対応することが重要であることが理解される。

先に小児救急医療に言及したが、この患者トリアージも小児分野で先行していて、清瀬小児病院での2008年2月～7月での経験では総数2,341件について蘇生0%、緊急17%、準緊急32%、非緊急51%であった¹¹⁾。このような区分が広範囲に行われれば、救急患者の定義とそれらに対応する実際の人数などについて

も緻密に検討が進むであろう。

以上により、トリアージは“救急医療における数の呪縛から逃れる”とも言えるべき対症療法であるかのようではあるが、(1)～(4)のいずれについても、その真の目的が果たされていくなれば、それ以上の成果が得られると思われる。つまり、救急搬送で言うなら搬送の1件々々の質が向上するなど、救急医療において“量から質への転換”が図られることになるであろう。

IV. 考察

マスメディアなどでは、我が国各地の地域医療の“崩壊”が報じられている。その状況は、主として病院に勤務する勤務医の不足によって説明されることが多い。勿論、そのことが医療をめぐる社会的、ないし経済的な諸事情に起因している可能性は大きい。ここでそれらを詳述するには及ばない。つまり、IIで説明したような現状が進行していて、それらへの対症療法的な方法としてトリアージが開始された。ここでは、このことが救急医療にどのような意義を有するかを考察し、それらとの関連で家庭医の重要性などを論じたい。

かつて昭和40年代においては、救急車で搬送される患者で入院する割合は約60%であった。その割合は現在40%へと減少している。より軽症患者が搬送される状況になったことになる。また、救命救急センターの創設は昭和51年で、その後全国的な初期、二次、三次救急医療体制の整備が進められた。当時の救急医療は、まずは初期救急医療を行っている診療所にて診療し、引き続き入院が必要であれば病院にかかる、という構図が基本であったと思われる。地域の、いわゆるメディカルセンターにすべての救急患者を集中させる方法と、初期、二次、三次救急医療という段階的に昇って行く方法とが比較されて議論されたというが、そもそも一般市民からみて、まずは「かかりつけ医」に診てもらって、その後病院にかかることの方が当時はより一般的な方法であったと思われ、このことから、初期、二次、三次救急医療体制の整備が決められたものと思われる。

その後、救急搬送については、かつては単なる搬送

業務であったところ、今日では救急救命士らが限られてはいるものの医療行為を行っている。加えて、より重要な変化は、搬送される傷病者の病態に合わせて、より適切な医療機関を選定し搬送しようとしている、ということである。これについては、運ぶ救急隊も、運ばれる患者らにおいてもそれが当然であるように思っているに違いない。確かにそれは合理的なことであろうが、そもそも救急医療はまずは患者を診るところから始まるので、診た結果として診療した医師にとっての専門分野ではない、入院させられる病床がないなどあれば、適切な病院に再搬送すればよいことである。このような救急医療に基本的な考え方は、東京において前述の搬送困難事例について、まずはいずれかの病院が一時的に預かってその後再搬送しよう¹²⁾という、現状では例外的とも言える搬送のシステムを構築する議論¹³⁾の中で指摘されてもいる。時間外の救急診療において提供できる医療の水準に限りがあることは当然であるが、その一方で言わば満足や安心の度合いには限りがないといってもよい状況が現状で指摘されていて¹⁴⁾、それはかつてとはかなり異なった社会状況であることも認識していなければならない。このこともまた傷病者の病態に合わせて適切な搬送先医療機関を選定しようとすることと符号すると思われる。

「かかりつけ医」が初期救急医療におそらくは大きな力を発揮していた当時と現在とでは、以上のように人々の考え方に大きな差があると思われる。そのような現状において、先行する救急外来におけるトリアージの試み(図3)など^{10,11)}によれば、小児救急医療において5～6割の患者が非緊急、つまり日勤帯の受診でよい可能性の範疇に分類される。小児救急医療については心配する保護者による受診であり、成人の場合は自らの心配によって受診するので、同じように議論することは適切でないかもしれないが、入院の比率から換算すれば成人の救急医療については概ね4分の1程度が非緊急であろうと推測できる。一般的に救急外来を受診する患者の約半分以上が内科、4分の1が小児科となっているので、救急外来を受診する患者の概ね3割程度は非緊急であろう。このことは全国的に救急外来のトリアージが普及していけば明らかになると考

える。前途のごとくその折にこそ、緊急度を加味した救急患者の数そのものを議論することが可能となろう。

筆者は東京都脳卒中医療連携協議会にて脳卒中患者の搬送などについて議論する機会を持ったが、診療所の医師がリスクの高い患者にはあらかじめ紹介状を持たせておいて、急な搬送に備えている例のあることをその際に知ることができた。このような準備を主治医から指導されていなければ、急な事態においては例えば救急電話相談にどのようにすべきかを相談するなどとなるに違いない。

従って、内因性疾患の急性発症の場合では、そのリスクや緊急性の判断などについてあらかじめ主治医によって説明を受けていれば、より適切な救急隊の要請が可能となろう。いわんや、あわてて救急外来を訪れて非緊急と分類されることもなかろう。今後に家庭医が社会で一定の役割を果たすとすれば、救急電話相談において頻用されるプロトコールにあるような、いわゆる common disease の急性発症や外傷などを鑑別し、適切な助言を与えるなどして、救急隊による搬送や病院救急外来での診療などの社会的資源について患者による適切な利用をいざなうことができるであろう。また、そのような役割は、ひいては地域社会において、病院医療を担う各種の専門診療科の適切な利用や、保健、福祉の諸機能を駆使した療養生活の支援などへと有機的に結びついていくものと想像する。

このような家庭医の全体像は、病院小児科の集約化、重点化⁴⁾や、その他の専門医の合理的な配置、適正人数などに関する議論と同時に検討することになるであろう。加えて、家庭医を経て専門診療科を受診するという社会的なルールの確立についても今後に議論を進める余地が充分にあると考える。

V. まとめ

現状において救急医療はその需要と供給に大きな不均衡が生じ、困難な局面に立ち至っている。その対応策として救急患者の緊急性を判断して、より緊急性の高い患者にこそより早く医療資源を投入しようという、救急患者のトリアージが様々な場面で開始されている。

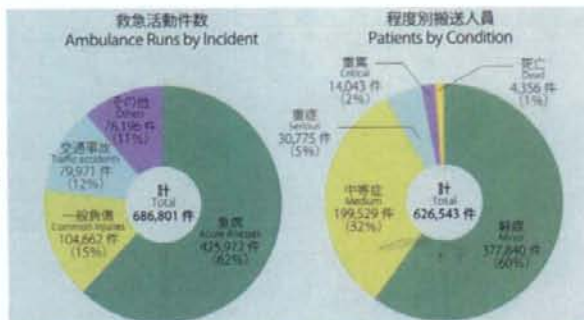
それらの活動状況などを考察することにより、家庭医が、救急搬送などの社会的資源の適切な利用に寄与できるであろうことを指摘した。家庭医は地域社会にとって重要な役割を担うであろう。そしてまた、このことは我が国における、ないし地域社会における、専門診療を含めた医療提供のあり方そのものを再構築することと深く結びついていると考える。

VI. 文献

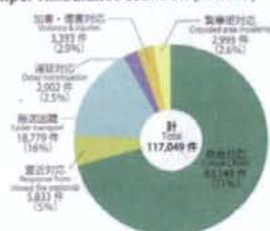
- 1) 東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課:迅速・適切な救急医療の確保について.2008, pp2~6
- 2) 東京消防庁:データ速報値.2007
- 3) 有賀徹,木村佑介,浅野幸雄,他:日本臨床救急医学会「地域救急医療体制検討委員会」の意義について.日臨救医誌 10: 301~5,2007
- 4) 山田至康:小児救急医療における病院小児科の集約化・重点化に関する提言.日臨救医誌 10:342~7,2007
- 5) 日本救急医学会監修 東京都医師会救急委員会,救急相談センタープロトコール作成部会編集:電話救急医療相談プロトコール.へるす出版,東京,2008
- 6) 三浦弘直:東京消防庁救急センターの運用状況.上記 5)Appendix1, App1~10
- 7) 兼清明:救急相談センター勤務体験記.上記 5) Appendix2, App11
- 8) 森村尚登,石原哲,有賀徹,他:東京都重点事業「救急相談センター」の現況と課題.日医雑誌 137: 553~6, 2008:
- 9) 森村尚登,櫻井淳,石川秀樹,他:電話救急医療相談におけるプロトコールの導入とその効果.日救急医会誌 19:921~9,2008
- 10) 西塔依久美氏:救急外来におけるトリアージ体制確立に向けた取り組みと課題.Emergency Care 18: 276~79,2005
- 11) 吉野広美:救急医療とトリアージ.救急の日シンポジウム,2008,東京
- 12) 東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課:迅速・適切な救急医療の確保について.2008, pp11~8
- 13) 第3回救急医療の東京ルールに関する検討委員会,2009年3月,東京
- 14) 野村和博,埴岡健一,吉良伸一郎:医師を襲うトンデ

平成18年中 In 2006

- 救急隊数 227隊
No. of Ambulances: 227
- 救急出場件数 686,801件
Ambulance responses: 686,801
- 46秒に1回の出場
One response every 46 seconds
- 都民17人に1人が利用
One out of 17 citizens used ambulance service



■ 消防隊との連携による活動件数 (平成18年)
Pumper-Ambulance Coalition (In 2006)



← $83149 \div 365 \approx 228$ 件 / 日

救急車が足りない！
消防車が先に行く！



図1: 東京消防庁救急活動状況 東京消防庁パンフレット(2007)

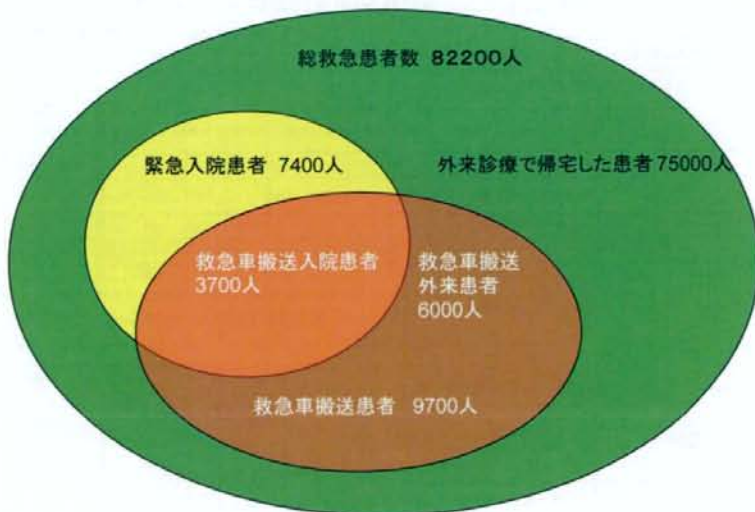


図2: 救急患者(1日)の内訳

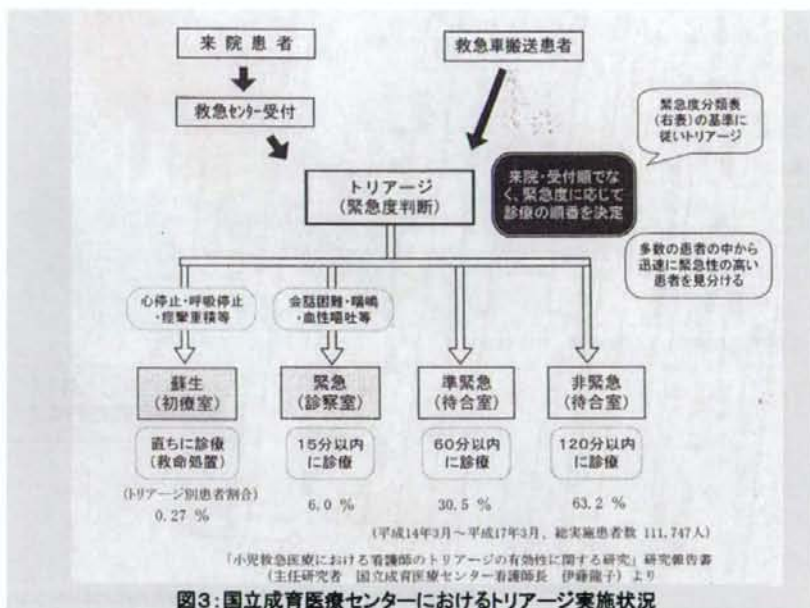


表1:横浜型新救急システムの運用状況(平成20年10月1日～10月31日)

平成20年11月19日 横浜市安全管理局

(1) 識別に基づくディスパッチの状況

ディスパッチレベル・傷病種別件数(表-1)

傷病の初診時分類	出陣部隊	死亡	重傷	重症	中等症	軽症	その他	不取扱い	計	%	CPA	割合	
レベル1(A+)	PFA連携又はPA連携	99	89	178	176	115	1	120	789	7.1%	331	89.9%	
レベル2(A, B, C+, 不可)	FA連携又はA3救急隊	8	74	563	3001	5142	2	919	9706	87.0%		37	10.1%
レベル3(C)	A2救急隊又はA3救急隊			3	69	519			691	6.1%			
計		107	162	744	3246	5776	3	1119	11185	100.0%	368	100.0%	
%		1.0%	1.5%	6.7%	29.1%	51.6%	0.0%	10.0%					
対象外		3	14	155	437	121		133	642			17)	

● 通報者の同意を得て、「救急相談」に転送したものは、119件ありました。そのうち、相談後119番に再転送し救急車を出発させたものが11件ありましたが、いずれも緊急性の高い事案はありませんでした。→「電話相談」119/11155=0.011(1.1%)

(2) 到着時間の状況

ディスパッチレベル・傷別平均到着時間(表-2)

ディスパッチレベル (識別結果)	出陣部隊	最先着部隊の平均到着時間
レベル1(A+)	PFA連携又はPA連携	5分03秒
レベル2(A, B, C+, 不可)	FA連携又はA3救急隊	5分59秒
レベル3(C)	A2救急隊又はA3救急隊	6分18秒
	平均	5分54秒

救命活動隊(F隊)が先着した事案(F隊待機中で別の署所救急隊との連携事案)(表-3)

隊別	到着時間	走行距離	件数	CPA
救急隊平均	8分20秒	3.3km	240件	3件
救命活動隊平均	5分18秒	1.8km		
差	3分02秒	1.5km		

表2:救急搬送トリアージ該当件数とその結果(東京消防庁 平成19年6月～20年5月)
搬送総件数 トリアージ該当数 同意あり 同意なし

計	676,253件	573件 0.08%	361件 63%	212件 37%
---	----------	---------------	-------------	-------------

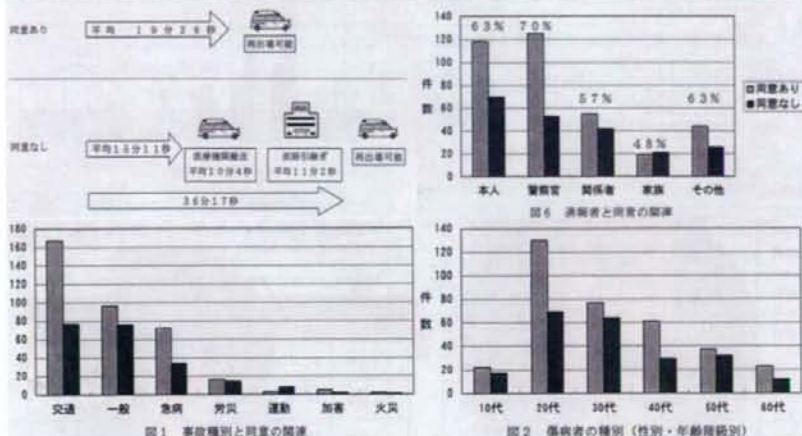
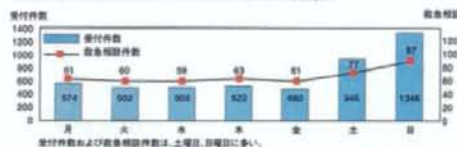
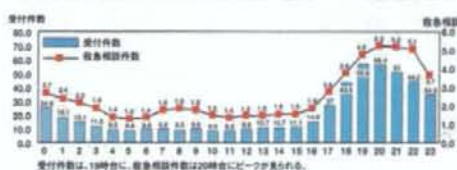


表3:東京消防庁救急相談センター現況(統計データ)

(1) 曜日別平均受付状況(平成20年(土)～20年3月(日)の1日あたり)
(17:00～19:00:受付終了、19:00～21:00:受付終了、21:00～23:00:受付終了、23:00～1:00:受付終了)



(2) 平日の時間帯別平均受付状況(平成20年(土)～20年3月(日)の1日あたり)



(3) 平日の時間帯別平均受付状況(平成20年(土)～20年3月(日)の1日あたり)

