

特別講演

主催 埼玉医科大学卒後教育委員会 ・ 企画 埼玉医科大学病院救急部
平成17年9月6日 於 埼玉医科大学第三講堂

日本の救急医療 一過去・現在・未来一

島崎 修次

(杏林大学医学部救急医学講座教授・杏林大学病院高度救命救急センター長)

平成17年9月6日に、埼玉医科大学卒後教育委員会主催の学術集会として、前日本救急医学会理事長、杏林大学医学部救急医学講座教授ならびに同大学病院高度救命救急センター長の島崎修次先生をお招きし、「日本の救急医療 一過去・現在・未来一」という題目でご講演いただきましたのでご講演内容の一部を紹介させていただきます。

講演要旨

本邦における救急患者は人口10万人あたり一日平均およそ一次救急患者150～200人、二次救急患者5～10人、三次の重症救急患者1～3人の割合で発生する。これに対し、我が国の救急医療システムはその重症度に応じ初期(*Lower acuity*対応)、二次(*Emergency*対応)、三次(*Critical*対応)(表)救急医療機関と機能分化を図り、そこへ救急隊員が選別した患者を搬送していくという世界に誇れる救急医療システムを構築した。

本邦におけるこのシステムの原型は、昭和52年に救急医療体制整備計画整備基準として定められて以来、30年近くが経過した現在、①救急医療体制基本問題検

表. 救急患者の緊急度・迅速性の定義

- **Critical**: 生命を脅かすような疾患あるいは高い死亡率が予測されるような外傷を持った患者で、すぐに治療を開始しなければ循環、呼吸、あるいは神経学的障害の進行を防ぐことができない。
- **Emergency**: あらゆる疾患や外傷で治療がすぐに開始されなければ重症度が進行する、あるいは合併症の発生の危険が高い。
- **Lower acuity**: あらゆる疾患や外傷をもった患者ではあるが、更に重篤な疾患や合併症発生の危険性が低い。

討委員会報告(平成9年)②病院前救護体制のあり方検討会報告(平成12年)③災害医療体制のあり方に関する検討会(平成12年発足)を三本柱としてより良いシステムの構築が検討されているが、種々問題を抱えているのも事実である。

まず、これらの患者(特に重症救急患者)を診る救急の専門医(日本救急医学会専門医)がわずか2500人、指導医(日本救急医学会指導医)に至っては350人くらいしかおらず、このシステムを支えるにはまだまだ専門医が少なく、今後救急専門医の確保と養成が不可欠である。さらに、①に関連し、地域医療の充実に向け、175施設(2005年4月1日現在)の救命救急センターに加え新型救命救急センター(10床規模の集中治療室を有する救命救急センターで、概ね人口30万人に1カ所整備)を新設し、将来二次医療圏(363圏域)ごとに1つの救命救急センターを整備する必要がある。また、救命救急センターの重要な機能の一つとして今後、卒後臨床研修における救急教育の充実、病院経営等を鑑み、救命救急センターに附属する初期・二次救急を含むER型の外来システムの構築が必要である。

②に関してはメディカルコントロール(以下MC)の条件下、救急救命士の業務を拡大するにあたり、救急隊員、救急救命士の教育と質の向上を図る必要がある。救急業務の高度化は、心肺停止症例に対する④包括的指示下での除細動、医師の具体的指示下での⑤気管挿管と、⑥エピネフリン投与が行われる。MCに関しては事後検証や教育・研修方法のさらなる検討が寄せられている。また、救急救命士国家試験年一回化を含む体制を確立するのも重要な課題であろう。更に、病院前救護にかかわる一般市民の行うAED(自動体外式除細動器)を用いたPAD(public access defibrillation)の普及、啓発も今後重要な課題となる。

③に関連し、災害時に地域医療の支援機構(DMAT: Disaster Medical Assistance Team, JVMAT:

Japan Voluntary Medical Assistance Team), 災害拠点病院の充実等を図る必要がある。

大災害は発生するか否かではなく「いつ」発生するかが問題である。この際、本邦では組織が優先し「人の命」が最も大切であるとする観点が極めて薄い。人命救助を最優先とする救急・災害に関する救急医療危機管理体制に関する法律作りも今後是非必要である。

新しい救急患者対応システム

大阪大学医学部附属病院に特殊救急部が開設されて40年近くが経過した今日、日本の救急医療は、医療提供側の都合により初期、二次、三次に棲み分けていたが、このシステムでは、初期、二次と判断された重症患者の取りこぼしが発生するという欠点が指摘されるようになった。これを解決するには、初期・二次救急患者対応を専門とするAdvanced Triage Team (ATT) とTrauma & Critical Care Team (TCCT) による新救急患者対応システムの構築が重要である。

このシステムでは、ATTに配属される医師は、ED (emergency department) で患者の初期診療・治療にのみ従事し、専門科による治療や入院が必要と判断した場合は各専門科に患者を委ねる、いわゆるER方式を担当する。また外傷および重症疾病患者の対応は、従来の救急専従医により構成されるTCCTが初療から診断、治療を行い、必要に応じて専門科に患者を委ねることになる。

このような発想に基づいた新しい救急患者対応シ

© 2006 The Medical Society of Saitama Medical School

ステムは、大学病院に代表される総合医療機関でなければ実現は不可能であり、近未来の救命救急センターは、従来の独立型救命救急センターではなく、総合病院に併設された多機能なものでなければならないと考える(図)。

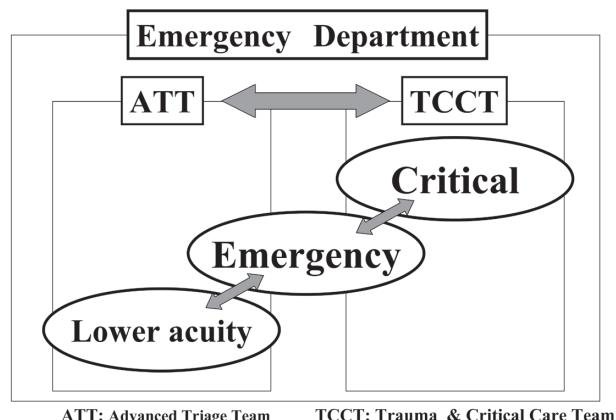


図. 新救急患者対応システムによる診療体制。

報告文章を終えるにあたり、本企画に対してご理解ご支援を賜りました埼玉医科大学学長 山内俊雄先生、埼玉医科大学卒後教育委員会各位に深謝申し上げます。

(文責 根本 学)

<http://www.saitama-med.ac.jp/jsms/>