

報告

本年1月に開催した救急医療部所管諸事業について、それぞれの概要を報告する。

常任理事・救急医療部長 目黒 順 一

平成20年度 道内急病センター（診療所）連絡会

標記連絡会を去る1月24日（土）、札幌市において、11センター、道医救急医療対策部会小委員会委員、担当役員が出席し開催した。

急病センターは過去17カ所であったが現在は14カ所で、公設公営2、公設民営12、有床4、病院併設3となっている。診療科目では、内科・小児科は全てにあり、札幌は眼科・耳鼻科、函館・小樽は外科が加わる。

平日・土・日・祝日の診療時間帯は、各地域の医療体制（救急医療）を反映し、それぞれ異なっている。

各センターから運営状況と問題点、課題等について報告、説明をいただいた。どのセンターも医師の確保に悩み、さらに出向当番医も病院医師不足、開業医の高齢化などでやりくりが大変とのことである。

今回の年末年始は曜日の関係で12月30日に患者が多く、終了予定時間を大幅に超えた所が多かったようである。

苦しい状況への対策の例であるが、函館では昨年、二次医療機関が医師不足のため救急対応が困難となった。行政・医師会・医療機関で検討の結果、二次医療機関のウォークインを制限、センターの診療開始時間を30分早めた。そして住民へも全戸にチラシを配布するなど適正利用の啓発に努めたところ、センター利用が30～40%増となり、二次機関の負担が減少した。また、近隣医師会の渡島医師会から開業医が協力医として当番を分担する体制となった。ひとつの成功例として特記される。

各センターに事前調査を実施した。そのデータでは、総患者数は平成17年度134,330人、19年度は128,116人と4.6%減少している。転帰は、入院4.2%、帰宅92.9%、搬送2.9%、死亡は24名の0.02%である。

医師不足・偏在、いわゆるコンビニ受診の増加などで、地域医療崩壊の危機が叫ばれる中、初期救急を苦勞して担当されている各センター、医師会、会員に心から敬意を表する次第である。

平成20年度救急医療研修会

「救急医療の充実に向けて —医療と消防の連携強化—」

講師 愛知医科大学病院
高度救命救急センター 教授 野口 宏先生

去る1月25日（日）に札幌グランドホテルを会場に研修会を開催した。TV会議システムで全道8カ所へ放映し、医療関係者、救急隊員を含め176名が聴講した。

野口先生は日本救急医学会、日本集団災害医学会等、救急医療に関する数々の学会役員を務め、日本医師会救急災害医療対策委員会委員でもあり、わが国の救急医療を牽引している重鎮である。今回の講演では、救急医療の充実をテーマに、医療と消防との連携強化の必要性を力強く述べられた。

—要 旨—

現在、初期・二次・三次救急の機能分担が崩れ、救急医療の崩壊が起きている。

患者・家族の専門医・大病院志向により、二次・三次救急医療機関に患者がシフトしているため、休日・夜間診療所の維持が困難な状況にある。一度シフトした患者を元に戻すためには、初期診療は必ずしも専門医の受診は必要ないという啓発活動をしつかりやらなければいけない。愛知県では有名キャスターを迎え、市民代表、メディアによる市民フォーラムを開催している。

二次・三次救急医療の崩壊に関しては、虎の門病院の小松先生の言葉の「医師立ち去り型サボタージュ」のように、現場医師がとにかく疲れ切っていることが原因である。特に公立病院は、不採算、医療トラブル、疲弊した勤務医の退職などで、二次救急から撤退せざるを得なくなり、三次医療機関に患者が押し寄せることとなる。その救急医が疲弊していく姿を見た学生が救急を敬遠する傾向が続くだろう。

現状を改善するためには、シームレスな救急医療体制をいかに再構築するというのが、大きな課題となる。いわゆる病院前救護から病院前救急医療体制を構築しなければならない。そのためには、消防と医療機関との連携強化が必要である。

愛知県では、救急隊員が携帯電話で病院の受け入れ可否の現状を入力できる新しい情報システムを試行中である。病院前救急医療体制の構築のキーマンは、救急救命士である。質の高い救急隊を養成しなければいけない。それには医師が積極的に関与したメディカルコントロール体制が整えられなければ難しい。これからは救急隊が単に二次医療機関へ搬送

すればいいという時代ではなく、医療危機の時代だからこそ質・量の適正評価を真剣に考えなければいけない。そのためにはいかに情報を的確に把握し、それを利用するかである。適切な医療機関への搬送を病院前救急医療体制のもとにしっかり行わなければならない。



野口講師

初期・二次・三次救急は今後とも適切な機能分担が重要である。広域医療情報の一括管理、通信室や情報センターにおける医学教育を受講したオペレーターによる重症度判断が必要であり、しっかりとしたプロトコールを作成して研修する体制をつくらなければいけない。また緊急性の高い重症例、多重災害はドクターヘリと防災ヘリの連携が必要である。

医療と消防との連携のもと、情報の獲得、患者情報、救急活動、病院選定、搬送手段、Trauma bypassの概念、を取り入れた病院前救急医療を一刻も早く充実したものにしていきたい。

初期・二次・三次救急の情報をしっかり把握し、市民・学校・警察と医療施設とが密接な関係で啓発活動・教育をしていくことで、病院前救急医療を実のあるものとしたいと考えている。

平成20年度 北海道医師会救急医療対策部会全体会議

標記会議を去る1月25日(日)、午前中の救急医療研修会に引き続き、札幌市において全道各郡市・医育機関医師会の部会員に参集いただき開催した。

はじめに、長瀬会長から「医師不足・偏在が一因となり、救急医療体制はもとより地域医療体制が危機的状況にある中、問題解決には行政、医師会、住民が一体となって取り組む必要がある」との趣旨の挨拶があった。

議事に入り報告事項では、小職より例年開催している小児救急地域医師研修会、ICLS研修会の実施状況等の今年度事業について説明を行った。また、北海道との共催により初めて開催した救急医療フォーラム(別掲)、平成16年に制定された国民保護法(正式名称:武力攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法律)に関し、指定地方公共機関である当会に義務づけられている業務計画を、昨年8月23日に全理事会の議を経て策定したことを報告した。

次いで浅井部会員(札幌医科大学)から、昨年7月7日から9日に開催された2008年北海道洞爺湖サミットの救急医療体制について報告をいただいた。同期間中には、沖縄サミットでもなかった救急患者のヘリコプター搬送を経験できたが、国の方針で医療関係者でさえ、情報が十分に伝達されず、現場で混乱が生じ苦勞が多かったとのことであった。浅井教授はじめ、開催地周辺の医師会、医療機関関係者の協力に感謝を申し上げる。

協議では、あらかじめ指名した函館市・北見・旭川市各医師会部会員より、当該地域の救急医療体制の現状と課題について発言をいただいた。

吉川部会員(函館市)からは、二次輪番病院に軽症患者が多数押し寄せ、勤務医が疲弊し函館市の救急医療体制が危機に陥ったため、行政、医師会、二次病院間で協議の上、二次病院のウォークイン制限を行い、夜間急病センターに患者を誘導した経緯を説明。その際の対応で、マスコミを利用した住民に対する啓発活動の効果や急病センターの12月移転を機に、渡島医師会会員が協力医として診療支援を行うことになった新たな取り組みを紹介した。

荒川部会員(北見)からは、昨年内科医師の退職が問題となった北見赤十字病院では、地元医師会、日赤本部の協力により何とか地域医療崩壊の窮地を凌いでいるが、今なお厳しい状況にあるとの報告があった。

牧野副部長(旭川市)からは、医師不足や当番に協力する医師等の高齢化等により、現行の救急医療体制が維持できなくなりつつあり、医師会としての対応に苦慮していることが報告された。

その後の意見交換では、「時間外対応の出張医の医師数換算の問題」「開業医の初期救急参加の働きかけ」「初期・二次・三次救急の役割分担とスムーズな連携」などについて活発な意見が述べられた。

どの地域でも共通する問題は、医師不足や医師の高齢化、コンビニ受診をはじめとした住民ニーズの多様化等が要因となり、現状の救急医療体制の維持が困難な状況になっていることである。

国は医師数増員により方向転換し、長期的施策としての第一歩を踏み出したが、今なお続く社会保障費の抑制策を改善しなければ、目前に迫っている救急医療体制を含めた地域医療体制の崩壊を阻止することはできない。

難問山積ではあるが、今後も北海道や日本医師会に対し、地域の救急医療にご尽力いただいている諸先生の負担が少しでも軽減されるよう地域の実情を訴え続けていきたい。