

ており、特定行為に係わる指示体制、救命士の教育等、医師の協力により三次医療機関での体制の強化が図られてきている。

しかし、昨年約1万2千件の救急出動の約80パーセントが二次医療機関への搬送となっており、新潟市における医療体制はどうか、救急隊から見た問題点ということで各救急隊にアンケートを取ってみた。重傷患者受け入れ体制だけでなく、地域医療の充実を考え三次医療機関を中心とした二次医療圏でのメディカルコントロールの充実を図らなくてはならない。

2) 糸魚川地区のメディカルコントロールの現状と問題点

—— 医師の立場から ——

齋藤 隆生 (糸魚川総合病院
内科)

糸魚川地区は、人口約5万人、高齢化率は27%の高値に達し、さらに、上越地区の救急救命センターから遠距離にあるため、通常手段では重症患者の搬送は不可能な地域です。当地区では、医師会等の努力により、開業医も夜間救急当番に参加する救急医療体制を築いてきました。また、糸魚川総合病院、姫川病院の2病院にて、連日2次救急に対応する体制もととのってきました。一年間の救急隊の出動回数は1700回に達しますが、特定行為実施者数と、その生存者は少数です。当地区のメディカルコントロールの課題として、救急医療に対する統括的な協議の場である救急医療協議会の充実、キーパーソンとなるメディカルディレクターの養成、基幹病院との情報通信システムの確立、救急搬送用ヘリコプター、またはドクターカーの導入、住民への心肺蘇生法の普及、特定行為の検証への医師の参加等があげられ、今後これらの課題を解決し、地域社会に応えていく考えです。

—— 救急隊の立場から ——

千田 裕之 (糸魚川地域広域行政組合
消防本部救急救命士)

病院前救護体制の向上を目的として、救急救命士制度が導入されたが救命率の飛躍的向上には至っていない。また、病院前における医療の質を確保する点では、継続した教育体制や救急救命処置の事後評価を含めた、いわゆる「メディカルコントロール」の体制が整備されておらず、この「メディカルコントロール」体制を充実強化

することが火急の責務とされている。

糸魚川・西頸城地域は人口約5万人、高齢化と過疎化の著しい地域であり、救急件数や症例の絶対数が少なく、都市部や救急先進地にもましてより効果のある「メディカルコントロール」が必要と考えられるが、ほとんど行われていないのが現状である。

医師と業務を共にする機会が少なかった点が、理由として考えられるが、医療機関との検討会の開催、実習カリキュラムの再検討により、病院実習の充実、医師との信頼関係構築が課題であり、信頼関係構築が、まさに「メディカルコントロール」であると考えられる。

しかし、病院実習にも問題点があり、医師からの直接指導が少なく、麻酔科の医師が不在のため、継続した指導が困難となっている。症例の絶対数が少ないため、実習の回数や内容の再検討が必要と考えられる。

また、救急医療体制に対する関係機関の統括的な協議が行われていなかったが、「地域救急医療協議会」を設立することが、医師会、医療機関、消防の救急医療の関係機関により決議され、これからの期待される。

医師との信頼関係構築が「メディカルコントロール」であると考え、それに直接つながる病院実習の充実が必須となる。これにより、医療機関と密接な関係が作られ、「救命のリレー」もスムーズとなり、病院前救護体制の確立が図られるであろう。

3) 新潟県のメディカルコントロールの現状と問題点

—— 県医師会の立場から ——

県内の来院前救急医療の現状

(救急隊への電話によるアンケートの結果)

小山 眞 (新潟県医師会
救急担当理事)

1. 基礎的事項

- | | |
|------------|----|
| a. 実施救急隊 | 26 |
| b. 参加病院 | 43 |
| c. 実施二次医療圏 | 12 |

2. 特定医療行為の実施に関して病院の了解をとる方法

- | | | | |
|-----|---|-----|-------|
| 3行為 | { | 個別に | 11/26 |
| | | 包括的 | 17/26 |

3. 検討会等の実施に関して

- | | |
|---------------------|-----|
| a. 搬送についての記録 (全救急隊) | |
| b. 定期的検討会 | 3施設 |
| 不定期的々 | 16々 |

心電図の勉強会 (4)

殆んど行っていない 5ヶ

c. 提携病院が集まったの協議会 3ヶ所

4. 日常的訓練

a. 特定の病院で随時可能 12 (8) /26

(8) は実施している隊員

b. やっていない 13/26

以下それにつき私見をのべる。

(1) 法律によっているので病院とは文書による契約, 協定を結び3行為につき指導, 了解をとる方が安全である。但し, 了解は3行為につき包括でよいと思う。又返事が遅れる時は行為を優先すべきである。(2) 行為の結果を知り, 進歩につなげるためにも病院との検討会, 勉強会, 講義等は必須である。(3) 多忙でも提携病院で常時3行為の訓練が受けられるように望みたい(これは病院側への希望でもある)。(4) 結局ドクターカー(ヘリも)との協同作業が最良と云うことになる。

— 新潟大学医学部救急医学講座の立場から —
新潟大学としてのメディカルコントロール
ウツタイン様式による統計プロジェクト

本多 忠幸・大橋さとみ (新潟大学)
遠藤 裕 (救急医学講座)

病院前心停止患者に対する予後改善が期待され, オンライン, オフラインのメディカルコントロールが論議されている。しかしながら, 現在のところ新潟大学は, この点においてほとんど関与していない。

1990年にウツタイン様式による蘇生記録の統一基準が発表されてからは, これに基づき医療体制を評価しようとする動きがでている。大阪府をはじめ, 奈良県, 船橋市, 名古屋市, 秋田市等, 実際にこの様式により院外心停止症例の統計調査・発表を行っている地域もある。新潟市, 長岡市あるいは上越市でも, 医療機関と協力して実際に院外心停止患者の調査を行っている。県内では, 搬送対象となる院外心停止患者は, 1500名と推測されるが, 新潟県全域でのウツタイン様式による統計調査はされていない。

そこで, 救急活動記録の検討・評価あるいは医療行為に関する記録・転帰から検討し, 質の向上を図るという面で, 新潟大学が貢献していくためには, 救急医学講座がキーステーションとなり新潟県全域を対象とするウツタイン様式による統計調査施行を提唱した。

— 中越地区の救命救急センターの立場から —
新潟県内のプレホスピタルケアのメディカルコントロール

内藤万砂文・宮村 治男 (長岡赤十字病院
救命救急センター)

中越地区のメディカルコントロール (MC) の現状と課題について検討した。当センターにおける MC の問題点は①ホットラインの医師による対応ができておらずオンライン MC が機能していないこと ②前向きオフライン MC である救急救命士の教育, 研修という視点からは, センター専任医がおらず当直医が多数の1次救急患者の対応に追われているため研修指導体制が十分にできていないこと ③後ろ向きオフライン MC としては事後の評価, フィードバックが行われているのが「心電図検討会」のみであること ④遠隔地域への MC 体制ができていないことなどがあげられる。今後の展望としては平成13年4月よりセンター専任医制の導入が決定された。これを機にオンライン MC への道をひらき, 研修, 教育, 行為の検証を積極的に押し進めることによりオフライン MC の充実をはかっていきたい。また病院間の連携促進により遠隔地域に対する MC をも可能にする必要がある。

— 上越地区の救命救急センターの立場から —
丸山 正則 (新潟県立中央病院
救命救急センター)

オンラインのメディカルコントロール (以下 MC) については, 現段階では心電図伝送装置による心停止患者への特定行為の許可にとどまっており, 固定電話では, 医師が応答する時間的余裕はなく事実上無意味である。現在, 院内 PHS 携帯電話で医師と救急救命士を直接結び, 文字どおりオンラインの指示ができるよう検討中である。オフライン MC については, 1) 救急隊の医行為を定期的に事後に検証する体制が12月からスタートする。2) 救急救命士の資格取得後の研修として, 就業前1ヶ月の病院実習を本年度より開始。生涯教育として毎週1回の手術室実習, 救急隊員には救急外来の土日の日勤実習 (各救急救命士, 各隊員にはそれぞれ2ヶ月に1回見当) を行っている。その他, 定期的な会合を開きながら, 市民への啓蒙活動の指導, 方向付け等も行っているが, これまでの MC は全般的に量的充足の段階であり, 今後は質の検討に入って行かねばならないと考え

ている。

地域の救急医療協議会は、ごく形式的に行われているにすぎず、このままでは、MC における重要な役割を担えるとは到底考えられず、保健所、医師会を含め、抜本的な見直しが必要と考えられる。

Ⅲ. 特別講演

「救急ステーションにおける医師と救急隊員の連携」

船橋市立医療センター救命救急センター 部長

箕輪 良行

船橋市は人口55万人の中規模都市で医師同乗のドクターカーを医師会、市立医療センター救命センター、消防局の協力で運用している。8年目に入り救急救命士が常駐

する救急ステーションが市立医療センター内に設置されて、これを中心にプレホスピタルケアの充実が計られてきた。

心肺停止や重症喘息、重症外傷患者に対して、一般救急隊と同時出動の形で、現場へ医師1人、救命士、隊員6人が赴いている。BLS, ACLS, 外傷処置などとともに、収容、搬送に至るまで、チームプレーを施して成果をあげている。目撃者のある心室細動の社会復帰率20%、喘息の搬送死ゼロなどである。救命センターと現場はPHSで直結している。

更に医師、救命士らの生涯学習として、救急医療の標準化と普及をめざして ACLS, PTLIS を年6回開催し3年間で約250人が講習を修了した。これらを通して、市内の医療機関と現場を結ぶメディカルコントロールの一部が達成されていると考えられた。