

5) 大学病院における救急医療の現状

新潟大学医学部救急医学教室 (主任: 遠藤 裕教授)
本 多 忠 幸

The Present State of Emergency Medical System
in the Niigata University Medical Hospital

Tadayuki HONDA

*Department of Emergency and Critical Care Medicine,
Niigata University Faculty of Medicine
(Director: Prof. Hiroshi ENDOH)*

Though it has the advanced function and the many doctors, the emergency medical system of Niigata University hospital dose not make use of those advantages fully. The following three things are thought necessity to improve these conditions. They are 24-hour system of the emergency room, securing of the observation beds for emergency patients and securing of beds for the emergency unit. In the future, a critical care medical center is established by the university hospital, and it is desirable to contribute to the local medical service as a core hospital in Niigata Prefecture.

Key words: emergency medical system, emergency room
救急医療体制

新潟大学医学部附属病院 (以下附属病院) の救急医療体制の現状と展望について述べる。

救急外来の診療体制

附属病院の救急外来 (以下救外) は、週休二日制を受けて、平成7年2月より土曜日の日勤帯のみの診療時間で開設した。平成8年5月より平日夜間・休日全日に診療時間を拡大して稼働し、現在に至っている。救外の平日夜間および休日の当直時間は、午後5時から翌日の午前8時まで、休日の日直時間は、午前8時から午後5時までとなっている。これ以外の時間帯、即ち平日の午前8時から午後5時までの間に来る救急患者は、各診療科外来または病棟で対応している。救外には、専用のスペー

スはなく、内科外来処置室を借用している。このため24時間運営は行われていない。救外勤務各時間帯に医師1名、看護婦(士)1名が配属されている。医師は、各科輪番制により当直・日直を行い、また、内科外来所属の看護婦(士)を中心に、各科病棟看護婦(士)が配属されている。コメディカルスタッフとしての放射線科技師1名、薬剤師1名も当直している。しかし、検査技師は、現在24時間体制がとられておらず、夜間の救急検査は、当直医師が自ら行っている。

救急外来の診療実績

救外では、当直医師が、「救急外来患者カード」を記載している。このカードより救外受診患者の現状をまと

Reprint requests to: Tadayuki HONDA,
Department of Emergency and Critical Care
Medicine, Niigata University Faculty of
Medicine, Niigata City, 951-8510 JAPAN.

別刷請求先: 〒951-8510 新潟市旭町通1番町
新潟大学医学部救急医学教室 本多忠幸

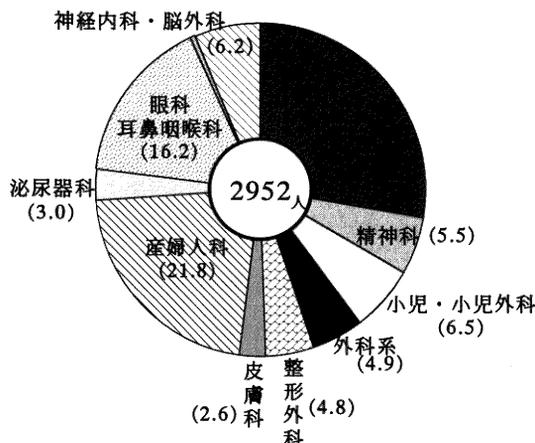


図1 平成10年度 救急外来受診患者科別内訳

めた。救外受診患者のうち43.2% (平成10年) が何らかの救急的な処置が必要な患者と判断され、28.3% (平成10年) が単なる時間外患者と判断されていた。新患の割合は、救外受診患者の約23% (平成9年23.6%, 平成10年23.3%) であった。平成10年度の受診患者の診療科別を図1に示した。通常、救外に多いとされる中枢神経系疾患や外傷を取り扱う外科系、整形外科、神経内科・脳外科は、それぞれ4.9%, 4.8%, 6.2%と少なく、代わりに産婦人科21.8%, 眼科・耳鼻咽喉科16.2%と多いのが特徴といえる。これは、休日・平日夜間の新潟市における眼科・耳鼻科の専門医が少ないためと思われる。また、産婦人科が多いのは、不妊外来患者が休日に受診するためである。このほか、他院より紹介される救外受診患者割合は23.3% (平成10年)、救急車によって搬送される患者は15.1% (平成10年) となっている。転帰としては、救外患者の60%以上が帰宅 (平成9年62.7%, 平成10年62.2%) となり、約23% (平成9年22.9%, 平成10年22.1%) が入院となっている。しかし、附属病院全体としては、空き病床があるにもかかわらず、当該科病棟が満床のため入院することができず、たとえ長年外来で経過を診てきた患者の増悪時でも、他院に転医せざるを得なかった症例もある。

救急外来の問題点

救外受診患者は、平成9年度で2859名、平成10年度で2952名と3000名に満たない。両年度とも新患は23%強とかわりなく、圧倒的に再来患者が多い。本院が経過をみている患者の救急対応が主となる再来外来といえる。

この背景には救急患者用観察病床が確保されていないことが問題点として挙げられる。救外当直医師が各科診療病棟当直医と直接交渉を行い、入院可能かどうかを問い合わせる現状は、救急患者とくに新患の入院を非常に困難にしている。入院する可能性の高い外傷患者の診療を断っている場合もあり、外科系受診患者が少ないのはこの様な背景があると考えられる。また、本院での救外診療がスムーズに行かないことを救急隊も承知しているため、本院に受診歴のない救急患者の場合は最初から連絡してこない傾向にある。もう一つの問題点として、24時間体制で救外を運営していないことが挙げられる。各科外来で対応している平日日勤帯においては、院外心肺機能停止患者や複数科にまたがる多発外傷患者に対応できる状況にない。附属病院は、救外当直医以外に全科が当直している豊富なマンパワーを備えている。しかし、現在のシステムでは、これが十分に活かされているとはいえない。

救急部の診療体制

附属病院の救急部は、新潟県における院外発生の3次救急患者に対応することを目的として昭和55年に開設された。その後、平成2年1月に集中治療部 (以下 ICU) が暫定運営を開始し、平成3年4月に開設された。そのため救急部とICUでの共有病床による運営が開始された。平成7年にICUの増床に伴い、救急部と併せて6床となっている。救急部としては、原則として1床を有している。医師は救急部医師、集中治療部医師および麻酔科医師により確保され、24時間体制で対応している。看護婦 (士) は、ICUとの共有病棟として確保・運営されている。検査技師1名、放射線科技師1名は、救外と同じスタッフである。

救急部の診療実績

救急部・ICUの平成9年度の全入室患者は262名、平成10年度のそれは266名であった。入室患者のうち予定入室でない緊急入室となった患者は、平成9年度17.6%, 平成10年度24.4%と若干上昇の傾向がある。救急部・ICUの平成10年度入室患者の科別内訳を図2に示す。本院で最も特徴的なものとして、第二外科症例 (心臓血管外科、呼吸器外科) が53.4%と非常に多いことである。緊急手術症例もあるが、多くは、予定の心臓・大血管手術の術後管理が大半を占めている。第一外科 (腹部外科、その他) も19.9%と多く、食道癌手術後症例の増加とともに、最近では生体肝移植術も行われるため、

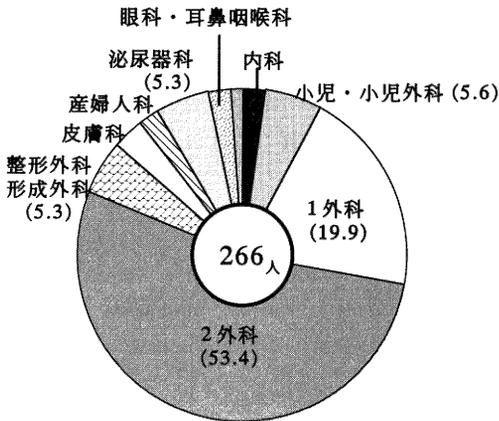


図2 平成10年度 救急部・ICU 入室患者科別内訳

さらに増加傾向にある。また、整形外科は、リスクの高い側弯症術後を、泌尿器科は腎移植術後を入室対象となるため他科より若干多くなっている。このような状況で6床すべてが満床となることが多く、3次救急患者専用ベットを確保することが困難となっている。このため収容可能な3次救急患者の入院を極めて制限され、平成10年度救急部入室患者は、総数17名に過ぎない。

救急部の問題点と考察

ICU と共有病床を持つことは、必ずしも不利益なことではない。むしろ、医師、看護スタッフを有効に活かし、マンパワーの確保や医療機器の共有化など有益な面が多い。しかし、高度先進医療推進に伴うためか重症例の術後管理例の増加で救急専用病床の確保が困難となっている。また、救急部入室例は、後方科病床の確保が必要で、このため救急部のベットを確保しても後方科が受け入れられず、結果として救急部入室依頼を断らなければならなかった症例も少なくない。救急部・ICU 病床の増床ならびに救急部専用病床確保が必要と考えられる。

あるべき医療体制

全診療科で当直体制を組み医師のマンパワーをこれほど備えている病院は、新潟県内において当院以外に類を

みない。さらに大学病院として優れた能力を備えながら、地域の救急医療体制に反映できない現状は極めて問題だと考える。

現在の救急医療体制について改善すべき点を挙げる。まず、第一に救外を全日24時間体制に拡大することである。病棟1期工事が終了すると、暫定的ではあるが、専用の救外が開設される。これに合わせて全日体制の救外に変えることができる。次に救急患者用観察病床を確保することにある。重症ではないが、入院が必要な症例に対して病床を確保することは、救外患者を受け入れやすくすることに加え、短期入院となる症例が見込まれ、病院全体の入院日数の短縮も期待できる。これは、暫定的処置を行ってでも早急に行うべきことである。同様に、救急部専用病床も現在の1床から増床しなければならない。現時点では、救急部・ICU としても増床は不可能であるので病棟2期の際に十分検討されるべきと考える。また、増床に伴い看護婦(士)の増員を新規採用によって確保することは、現在の社会的状況では極めて困難である。人員確保として非常勤職員・パート職員の退職後の籍を利用することの他、現在規定されている2:1看護体制を一部の病床よりはずし、いわゆる HCU (high care unit) の病床を作ることも検討すべきと思われる。

救急医療の展望

本院に救命救急センターが設置されることが最終的には望ましい。これにより大学附属病院が地域中核病院として地域医療に貢献する使命の一端をになうことができる。また、救外は、24時間体制で救急患者に対応する部門として位置づけ、予約外患者や時間外患者に対しては総合診療部を開設して対応する部門としたい。救急部と総合診療部の協力体制で患者サービスの向上を図り、大学病院としての機能を十分果たせることが望ましい。

司会 本日は、同じ国立大学という枠組みの中で救急医療の面で実績をあげておられます金沢大学救急部の柴田先生においでいただいています。金沢大学附属病院における救急医療の現状ということでよろしくお願ひします。