

追加発言 医学部附属病院長の立場から

新潟大学医学部附属病院第三内科 朝倉 均

司会 ありがとうございます。司会の不手際で予定された時間を過ぎてしまいましたが、重要な点について討論していただきたいと思います。私、冒頭に新潟県の救急医療体制に関する情報ネットワークの整備の状態、救急医療に対する大学病院の役割、といったことを討論したいと申し上げました。情報ネットワークについては小山先生からお話がありました。2年前から導入された新しいシステムは有効に機能しているのでしょうか？

小山 いちおう全圏で機能はしているとおもいますが、一番患者さんを運んでくれる救急隊の皆さんがどれだけ信頼してくれて乗ってくれているかという問題があります。稼働状況を御報告しますと、ほとんどの病院がすべてシステムに情報をいれてくれています。ただし平日は10%の病院に対し、お宅の病院まだ情報が入ってないよ、と督促しています。それが休みの日になりますと、20%近くになります。また、入った情報が正しいかどうかという点があります。朝入った情報が夜になったら、ベッドが空いたよ、というように訂正が入る病院が少ないので、そういうところで信用してくれないということがあります。これに対して何かご質問ご意見ございますか？

司会 たとえば原発事故のような大規模災害があった場合の救急医療体制について県の医薬国保課で検討されているということですので、鷲津さんにおねがいします。

鷲津 県の福祉保健部、医薬国保課地域医療係長をしております鷲津と申します。昨年9月末に茨城県東海村の核燃料施設で事故がございまして、そのあと科学技術庁をはじめ各政府関係機関が緊急のいろいろ対策をとりました。その中の一つで厚生省のとりました対策を受けて県立がんセンター新潟病院で被ばく患者受け入れ施設の整備事業として平成12年度に行う予定でございます。これまでですと、原子力災害における被ばく患者につきましては緊急時のスクリーニングで放射能汚染をGMサーベイメーターやシンチレーションサーベイメーターといった放射線検査機器で測りまして、軽度なものについては除染を行った後に、県立がんセンター新潟病院他、近隣の医療機関において治療をすることとし、重度なものについては、県内では対応できないため千葉県にご

います科学技術庁の放射線医学総合研究所へヘリコプターにより搬送するという計画になっておりました。それが9月の原子力災害事故を契機として各県に一箇所づつ、放射線医学総合研究所と同じレベルではないですけど、ある程度の被ばく治療はできる施設を整備しようということで県立がんセンター新潟病院に無菌室、無菌手術室、放射能の除染と検査を行う施設を整備する事としたものです。

司会 ありがとうございます。今春の放射線学会でも、このJCO事故の救急医療体制についての報告が行われました。そこでは被ばく線量の測定とか除染作業といった事もきわめて重要なことですが、何よりも救急医療体制、しかも多科にわたる救急医療の体制をしっかりとしておく事が重要であるという指摘がありました。ただいまのお話のがんセンターに無菌治療室をもうけるだけでは十分ではないのではないかと思います。救急医療全般の情報ネットワークを機能させる事が重要と思われるのですが、県ではどのように考えているのでしょうか？

鷲津 現在国では、原子力防災計画を見直し中ですが、その計画の中では、各都道府県で被ばく医療施設を整備し、それらの全国的なネットワークを作る事も考えられているようです。県では施設整備と医療従事者の研修はある程度できますが、専門の医療従事者については、厚生省、文部省、科学技術庁などから専門的な知識を持った方の応援をいただく必要があります。

司会 これに関して何かありますでしょうか？朝倉先生。

朝倉 私先月まで新潟県医師会の理事を担当しておりましたので全国規模の生涯教育の委員会出てまいりました。福井県では、医師会が中心になりまして科学技術庁などの専門家を呼びまして講習を受けて、さらに地域住民と一緒にいろいろな汚染除去とかを行っているという事例報告があります。新潟県も県だけではなくて医師会も協力しますので、住民も一緒になって緊急の場合の対処の仕方に対する生涯教育が必要だとおもいます。

司会 どうぞ。

広瀬 新潟市民病院の広瀬ですが、今の放射線の事故についてですけれども、ちょっと質問があるのですが、

先ほど除染とかそういった設備ががんセンターのほうへ整備されたということなのですが、新潟県では柏崎で原発があるわけですが、除染システムというのは原則的には現場とかそういったところで行うものだと思うのですが、新潟県では柏崎で発生した汚染患者をがんセンターに運んでから除染するということなんでしょうか、やはりあれは地元で整備しないと非常にまずいのではないかとと思うのですが。

鷺津 おっしゃるとおりで、説明不足でしたので補足します。緊急医療を一次と二次に分けています。今おっしゃいました一時緊急医療というのは柏崎保健所等に、その場で除染をおこなうための簡易の除染キット、除染シャワーなどを備えておりまして、一次緊急医療をそこで行います。そして一定以上の汚染や被ばくが認められた患者に対してはさらに高度な治療が必要となりますので、県立がんセンターで二次救急医療を行い、それでも対応できない重症患者は放射線医学総合研究所へ運ぶということになっています。

司会 どうもありがとうございます。次に救急医療における大学病院の役割について、何かご意見ございませんでしょうか？

小山 先ほどからいろいろお話伺っていたのですが、卒前研修でというお話はありましたか朝倉先生がおっしゃっていましたが、卒前で救急の講義、訓練というのははっきり出なかったように思うのですが、これは臨床講座でございまして、救急医療部は？それとも、学部の方の講座ででしょうか？是非卒前の教育をお願い申し上げます。

司会 まず、遠藤先生のほうから。

遠藤 当然ですが、救急医学講座は医学部の臨床系の講座で、救急部は附属病院内の中央診療部門です。

卒前の教育に関しては例えばトリアージのような重要なところは、実際に患者さんを見なければ、なかなか学ぶ事はできないと思います。しかし、本学附属病院の現状では、絶対的に救急の患者さんが少なく、実践的な実習は行えないのが現状です。その為に新潟市民病院の救急救命センターにお願いして、救急医学の臨床実習の一部を担当してもらい、できるだけ実践的な実習が出来るようにしております。

司会 はいどうぞ。

小山 私が25年位前ですか、大学の外科におりましたときに、ミシガン大学の助教授のトーマス・デントという方が4ヶ月内視鏡の訓練もかねて教室に来ておりましたが、新潟大学についてどう思うかときいたところ、一

番不思議なのはなんでここの講義の中で救急という一番臨床で大事な物をやってないのだと言われたことが印象深かったのですが、それについて武藤先生と話しあったのですが、あんた自分がやる気がないならそんなこというなどと言われて、一言もなく引き込んでしまったのです。外国の方は当然大学が一番大事な救急の講義をやるべきだと思っているようです。

司会 わかりました。その点金沢大学ではどうでしょうか？卒前教育において救急の実習等はどのようになっておりますでしょうか？

柴田 金沢の柴田でございます。先ほど申し上げましたように現在、救急部は中央診療部でございまして、講座として独立しておりませんので、今までの10年間は麻酔科蘇生学教室の講座の時間を一部借用しまして、座学で10時間ほど、臨床実習で3日間救急部におきまして、ダミー人形使った心肺蘇生とか講義をしているというのが現状でございます。

救急医学講座が立ちあがりまして、もう少し分け前の時間が増えるとおもいます。

司会 ありがとうございます。はい下条先生。

下条 第二内科の下条ですが、柴田先生に一つお聞きしたいと思います。先生の大学病院では救急医療が、かなり成功しつつあるということに関して質問させていただきます。

私、福井医科大学にいるときに救急部が既に立ち上がっていました、そこで研修に組み込まれた若い先生方を見て感じたことの一つは先生のところもそうですが、比較的軽症の患者さんが多いということです。当直しても電話当番に終わってしまうということが多く研修にならないことが問題でした。実際かなりの救急患者が来ているのですが、ほとんどが内科的疾患であり、取り次ぎ役にすぎない患者で、大学病院での救急医療は勉強にならないというのが研修医の評判だったと思います。

新潟大学では研修医が現在、救急部をまわっていないのですが、先生の大学で二ヶ月間だけ救急部で研修するというシステムで、しかも多くの患者さん7割くらいが準夜に来る比較的軽症の方だということですが、二ヶ月間で前期研修医が実りある効果を得る事ができているのでしょうか。そして2年間の前期研修医がどういう時期に、たとえば卒後一年目で研修にまわるのか、あるいはある程度、基本的なことを他の科で学んでから救急部に行くのか、これらの点について、研修医側からの評価も含めて、本音を教えていただきたいと思います。

柴田 先生のおっしゃるとおりだと思います。二ヶ月

で何ができるかという、全くできないとおもいます。私達が教えているのは、例えば心電図のとり方、心筋梗塞の患者の見方ではございません。そうではなくて、いかに文献を読んでいても、いかに教科書を読んでいても、自分がいかに救急の現場で動けないかというのを身をもって二ヶ月で学び取って欲しいということです。自分の専門に帰ってこつこつ勉強して行って、実際に自分で動ける先生になってほしいということが私たちの希望で、二ヶ月であれもこれも教えましょうという、先ほどでました気管内挿管の技術や、ショックの患者の見方ではなくって、これらはあくまで努力目標であって、私どもが教えているのはいかに自分達が動けないかということを知っていただきたい、それに対して勉強して欲しいというのが我々の研修の際の目標でございます。

司会 はいありがとうございました。時間もかなり超過いたしました。他にございませんでしょうか。

伊藤 新潟大学も金沢大学も、大学の救急部は救急救命センターを目指すということですが、それは確かにレベル確保あるいは、医師の養成すなわち卒前卒後の教育の教材ということで大事なことだと思います。それは時間もかかるでしょうし経済的な問題もあるでしょうから、当面の問題としては、現在の近隣の病院を上手に利用するということが必要ではないでしょうか。例えば私どもの病院では現在年間一万五千人の時間外の患者さんがおります。救急車の搬送数が増えています。年間二千件に迫ろうとしています。しかしながら救急救命センターではありませんので、ただ一人の救急当直医がほとんど寝る暇がありません。他のすべての科を拘束体制にしまして何とか乗り切っています。市民病院の救急救命センターが非常に過剰であるというお話がありますが、私どもはいつかはそれに準じた施設をと思っております。当面、大学のほうにお願いしたいことは、どういう形であれ、研修の必修化とシステムができあがってから、それからでも結構なのですが、連携を持ってやっていただきたい。それから大学はいろんな県内の各関連病院に対して、言葉が過ぎるかもしれませんがコントロールを上手におこなうことによって、現在の不備を解決できるのではないかと考えています。

司会 ありがとうございます。どうぞ。

宮村 最近私救命救急の仕事やるようになりまして、いろいろ勉強させてもらっているのですが、最近厚生省から救命救急センターの評価というのが出てきましたが、我が病院の評価はABCでCでした。そのCでもりから何番目と言う結果でした。

最大の理由は専門医がないということで、救急医学会の認定医指導医がないというのが最大のネックです。大学の救急部にお願いなのですが、卒後教育を一生懸命やるといっても漠然としておりますので、是非こちらとしては認定医をどんどん作っていただきたい、それを上越中越、認定医のいないところに派遣して欲しい、というのが切実な思いです。そうしなくては、卒後教育といって、卒後若い医者をごちらに受け入れの打診などありましたけど、実際来て認定施設になりませんので、実績にならないわけですね。そういうこともありますし、評価が下がっていきますと、やがて国からの補助金などが下がってくるわけですね、もともと救急医療というのは赤字の分野なので補助が減ってくると本当に困るわけです。そういう面で具体的な言い方で申し訳ないんですが、認定医をどんどん作って派遣して欲しいと思います。

司会 ありがとうございます。最後に遠藤先生にまともをお願いしたいと思います。

遠藤 救急認定医に付いては、専門が救急でなくとも、各診療科のなかでその科の救急を主体に少なくとも2年専従したという実績と日本救急医学会に3年以上入会していれば、受験資格は取得できると思います。最後に、今回、新潟医学会でこのようなシンポジウムを企画して頂いたわけですが、正直申し上げて、建前だけの話に終始してあまり盛り上がりがないのではないかと考えておりましたが、先ほどよりの各病院の先生方、シンポジストの先生の熱心なご討議をお聞きして、改めて、救急医療に対する関心の高さと重要性を認識いたしました。

現在、大学病院では全診療科当直体制を行っていますが、はっきりいって、新潟市の救急輪番病院には入っておらず、地域医療にはあまり貢献していないのが現状です。このような豊富なマンパワーを救急医療に生かせるように積極的に取り組んで行くことが大学病院の大きな課題と考えます。

司会 どうもありがとうございました。時間が大分超過しましたので終わりにさせていただきます。本日は大学病院における救急医療に対するたくさんの要望を頂戴いたしました。本院における救急医療の方向性がかなり明確になったのではないかと思います。本日のお話を参考にしながら大学病院を挙げて、救急医療体制の確立に向けて取り組んで参りたいと考えております。

シンポジストの先生方、ならびにご発言をいただきました参加者の皆様、厚く御礼申し上げます。本日のシンポジウムを終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。