

をしていただいたものであります。

がしかし、前者は、医師の現場派遣について、N病院に2回断られ、新大病院を経由して依頼した結果、医師搬送が実現したものであります。後者の例は、看護婦に重傷患者の容態を説明し処置を依頼したところ、新大は第三次医療機関のため収容出来ないと断られ、再三の願ひも受け入れられなかったもので、帰る病院の廊下で出会った医師の御配慮で治療が行われたものであります。

今後、医師の現場派遣については、新大病院を中心に速やかな対策を講じていただきたいと思ひますし、また、他の総合病院で手術中、医師不在、科目外等で収容が出来ない場合は、第三次医療機関であっても受け入れを是非お願いするものであります。

4) 医療機関の患者受け入れ体制について

一要望一

風間喜代六 (新潟市西消防署
本署救急分隊長)

1. 救急隊は、傷病者を救急車内に収容後、患者の症状に適應する医療機関に、受け入れ可否の問い合わせを行います。その返答を得るのに早くも2～3分、遅い場合は、5～6分を要することがあります。また、最初の病院で拒否され、2カ所、3カ所と問い合わせを必要とする場合もありますので、その間、搬送先が決定せず路上で待機しなければならないという状況です。円滑な救急業務の実施に、この路上待機という状態が大きな障害と考えられますので、関係機関の御理解と御協力をお願いいたします。

2. 3月上旬のある日の午前11時頃、要請により出動し現場に到着したところ、男性が路上で倒れており、外傷は認められなかったが、意識はなく、呼吸も弱く危険な状態と判断して、救急車内に収容し再度観察したところ、すでに呼吸、脈拍は停止してしましたので、直ちに、心肺蘇生を開始しました。その現場は、市内でも屈指の大病院から300メートルほどしか離れていないので、その病院に受け入れを要請したところ拒否され、止むを得ず数キロメートル離れた病院に搬送しました。走行中の車内は、極めて不安定であり安全な心肺蘇生の継続は困難ですので、私は最も近い病院に搬送し、一刻も早い適切な治療を受けられることを願ったのですが、受け入れていただけず、本当に残念に思えてなりませんでした。

特に、緊迫した状況時における患者受け入れ体制について、医療関係者の積極的な御協力を要望いたします。

5) 新潟大学医学部附属病院救急部のあり方について

一全国国立大学病院救急部協議会によるアンケート調査結果を中心に一

吉川 恵次・武藤 輝一 (新潟大学附属病院
救急部)

当病院救急部および病院全体としての救急医療に関する問題点を全国国立大学救急部協議会からのアンケート調査の結果から検討し、救急医療における大学病院の将来のあり方についても考察した。アンケートの提出先は①新潟市内の内科、外科、皮膚科を第1標榜とする医療機関、②新潟市、下越、佐渡地区の第2次救急医療施設および新潟市民病院救命・救急センターの上記の診療科科長、院長等とし、記名式で行った。受入れ対象患者は多発外傷、広範囲熱傷、中毒、心筋梗塞、重症急性腹症等のいわゆる第3次救急疾患とした。解答率は203/366通、60.4%であった。救急部も含め、当病院の救急部門の将来については、今後第3次救急医療施設としてのいっそうの充実をはかってほしいという要望が圧倒的であった。

また現時点で約800名の潜在的紹介希望患者があるにもかかわらず、本院救急部および救急部門の体制が不備のため受入れが困難となっている実態も明らかとなった。さらに、現在の本院の救急患者の受入れ体制に関しては、その「窓口の一本化」をはかるべきであるとの解答が最も多数を示した。今回のアンケート調査の結果を今後の本院救急部および全体の救急部門の充実に役立てたい。

特別講演

集団災害とその基本的対策

金沢医科大学麻酔科教授

青野 允 先生

現在の我国の医学教育は専門化、細分化され、かつICUに代表されるように、治療面では一人の患者に対して多くの医師、技師が参加し、かつ臨床検査データが重要視されている。したがって一時に多数の死傷者が発生するような集団災害時に適切な対処が出来る医師はきわめて限られており、いわゆる集団災害医学教育の立ちおくれは著しい。

ここでは集団災害対策のごく基本的な対処についてふれたい。

まず、集団災害(Disaster)とは通常の医療能力をはるかに超えた数の死傷者がほぼ同時に発生した場合をい

う。この災害は自然または人為災害のいずれでもよい。

特徴としては、災害によって医療機関そのものや、警察、消防、交通、通信機関や地方公共団体のいずれもが被害を受ける可能性があるため、災害対策は非常に難しい。

医療対策は災害対策の一部分にすぎない。多種多様の職種の人々が同時に働くために、指揮系統の一本化が必須のものであり、医療対策に於てもまた同様である。

医療対策の基本方針は、残存する医療能力で可能な限り多数の被災者を救助する。従って複雑な治療手技や多人数を要する重症患者の治療はあと回しにする。そのためには次のようなステップをふむ必要がある。

1. トリアージ (Triage) 選別

犠牲者の重症度と治療優先順位を決定する。

2. 安定化 (Stabilization)

患者を搬送に耐えるように応急手当をする。

3. 搬送 (Evacuation)

確定治療を行う施設にそれぞれ適切な運送手段によりすみやかに搬送すること。

トリアージは、生命、四肢、機能、美容の順に重視する。十分経験をつんだ責任者が行ない、明瞭に色分けされた標識 (トリアージタグ) を患者につける。ついで現場で出来る救急処置を行い、優先度の高い患者から順に医療機関に搬送する。

以上のような基本方針を遂行することに、非常な困難を伴うのが災害であり、このためには地方公共団体と医療機関が一体となって多くの災害を想定して、訓練を繰り返して練度を高めておく以外に方法はない。

災害は残念ながら忘れぬうちにやって来ているのである。