

救命救急センターの現状と課題 －効率的な運用を目指して－

The Facts and Problems of the Emergency and Intensive Care Center
－ Aiming at Efficient Operation of That －

第 660 回新潟医学会

日 時 平成 22 年 7 月 17 日 (土) 午後 1 時 30 分から
会 場 新潟大学医学部 有壬記念館

司 会 遠藤 裕教授 (高次救命災害治療センター), 内藤万砂文先生 (長岡赤十字病院救命救急センター)
演 者 小川 理 (県立中央病院救命救急センター), 江部克也 (長岡赤十字病院救命救急センター),
熊谷雄一 (県立新発田病院救命救急センター), 本多忠幸 (高次救命災害治療センター),
田中敏春 (新潟市民病院救急救命・循環器病・脳卒中センター)

1 救命救急センターの現状と課題 －効率的な運用を目指して－ 新潟県立中央病院救命救急センターの場合

小川 理・後藤 佳子
新潟県立中央病院救命救急センター

石田 卓士・太田 求磨
新潟県立中央病院内科

楡井 淳
新潟県立中央病院小児科

Reprint requests to: Osamu OGAWA
Department of Emergency and
Intensive Care Medicine
Niigata Prefectural Central Hospital
205 Shinnancho, Joetsu 943 - 0192 Japan

別刷請求先: 〒943 - 0192 上越市新南町 205 番地
新潟県立中央病院救命救急センター 小川 理

金子 和弘

新潟県立中央病院外科

近 貴志

新潟県立中央病院脳外科

小泉 雅裕

新潟県立中央病院整形外科

**The Facts and Problems of the Emergency and Intensive Care Center
— Aiming at Efficient Operation of That —
: The Case of Niigata Prefectural Central Hospital**

Osamu OGAWA and Keiko GOTO

*Department of Emergency and Intensive Care Medicine
Niigata Prefectural Central Hospital*

Takashi ISHIDA and Kyuma OOTA

Department of Internal Medicine, Niigata Prefectural Central Hospital

Jun NIREI

Department of Pediatrics, Niigata Prefectural Central Hospital

Kazuhiro KANEKO

Department of Surgery, Niigata Prefectural Central Hospital

Takashi KON

Department of Neurosurgery, Niigata Prefectural Central Hospital

Masahiro KOIZUMI

Department of Orthopedics, Niigata Prefectural Central Hospital

要 旨

新潟県立中央病院救命救急センターは約30万人の住民を対象とし、救急・集中治療を行っている。年間1万2千人以上の救急患者と3千台以上の救急車を受け入れ、1年間に対応した3次救急患者数は400人以上であった。当院の救命救急センターにはセンター専属の救急科専門医がいないため、他科の医師の協力を得て合計7名の兼任医体制をとっている。重症患者の診療においては兼任医以外の医師にも協力を仰いで対応している。しかし兼任医の負担が大きくなり診療業務を運営することが困難となっており、さらに研修体制もきちんと組めなくなってきた。災害医療や終末期医療など通常の救急診療業務以外の仕事も多くなり、ますます

救命センターの運営が困難となってきた。これらの問題点を解決するには、専属の救急科専門医を増やすしかないが、そのためには、まずは臨床的、教育的、学術的な実績を挙げ、院内の協力者を増やすしかないと考えている。

Abstract

We operate our emergency and intensive care center by seven doctors who concurrently hold other specialties because there is no medical specialist works exclusively for emergency and intensive care medicine in our hospital. We cope with emergency care for patients in cooperation with many doctors other than emergency medical specialists. However, that will put too heavy a burden on many doctors and we are now facing difficulties for maintenance of emergency care system. We should be responsible for other works besides emergency care, for example, disaster medicine, terminal care, medical control system, and so on, and it will be heavier burden on us. For solution of these many problems, we must get more special doctors for emergency care, and for that purpose, now we must actually bring out clinical, academic and educational results at first.

Key words: emergency and intensive care center, medical specialist for emergency care, 救命救急センター, 救急科専門医

はじめに

救命救急センターとは、三次救急患者に対して365日24時間対応できる施設として全国に開設されたものである¹⁾。その病院の持つべき機能としては、「重症及び複数の診療科領域にわたる全ての救急患者に対して高度な救急医療を総合的に24時間体制で提供できること」と、「医師、看護師、救急救命士等に対する適切な臨床研修が可能であること」が求められている²⁾。現在新潟県には5つの救命救急センターが開設されているが、上越地域に開設された当院の救命救急センターの現状と課題について報告する。

上越医療圏と当院及び救急救命センターの規模、受け入れ患者数について

上越医療圏が対象とする人口は、上越市（人口20万7千人）と妙高市（人口3万6千人）及び周囲の市（糸魚川市、十日町市）の一部の住民を併せた、およそ30万人程度である。平成21年度における当院の病床数は532床、標榜科数は21科、年間外来受診患者数は289,300人、年間入院患者数160,356人、年間救急外来受診患者数は

12,258人、年間救急車搬入数は3,678台であった。救急患者の重症度内訳は、一次患者9,212人、二次患者2,593人、三次患者398人、来院時心肺停止患者（CPOA）が55人であった。当院の救命救急センター（以下センターと省略）の規模は、集中治療病床が12床、観察病床が8床、担当スタッフ数は、センター長（循環器科兼任）1名、センター兼任医（後述）6名（内科2名、外科1名、小児科1名、脳外科1名、整形外科1名）、センター看護師38名である。平日時間外及び休日の救急外来は、全科の医師（外科系、内科系1名ずつ）が日当直医として担当し、集中治療室はいわゆるオープン形式で、入室した患者の担当科医師がそのまま主治医となる。

センター兼任医と救急科担当疾患

救命救急センターの医師業務を1名で担うことは不可能なため、救急診療・集中治療業務を兼任する医師を各科より募り、センター兼任医として医師業務の補助に当たってもらっている。兼任医を決めるにあたっては、以下の条件を満たしたものとしている。すなわち、①救急診療にやる気と興味があると思われる医師、②本人の同意が得ら

れた場合、③その医師の所属科の業務には支障を生じないことを前提に（元々の所属科の業務が優先される）、各所属科の科長の許可が得られた場合、である。業務の内容は、①平日診療時間内の救急外来担当、②センター長不在時の救急科担当疾患（後述）患者への対応及び入院患者の代理担当医、としている。所属科の業務の都合のため、これらの仕事ができない場合はセンター長あるいは他の兼任医が適宜交替して業務を行うこととしている。現在週1回半日、あるいは隔週で半日1回といった頻度で平日日中の救急外来担当を担っている。他に週1回の救急患者・集中治療室入室患者の検討会にも参加している。またセンター長不在時の代理業務は、兼任医が各所属科の拘束当番に当たっている場合に当てようとしている（センター長不在時に各科の拘束当番に当たっている兼任医が一人もいない場合は麻酔科あるいは内科医師に交替してもらっている）。

当院では「救急科」の標榜は行っていないが、既に標榜科となっている科の対象疾患にはならない救急関係疾患をセンター長と兼任医で診療することとしている。これを「救急科担当疾患」と呼んでいるが、具体的には、CPAからの蘇生症例、重篤な損傷臓器が2つ以上存在する多発外傷、薬物中毒、全身管理が必要な気道熱傷、環境因子による疾患（熱中症、偶発的低体温症など）、アナフィラキシー、蛇咬症、虫刺症など、がこれに相当する。

現状と問題点

1. 人材不足（人員不足というより）と協力体制

当院の救命救急センターには救急・集中治療部門を専属で行っている医師は1人もいない。センター長自身も他科との兼任で業務を行っている。またセンター長と兼任医全て合わせて7名であるが、各所属科業務が優先されるため、救急患者に対する対応に常時全員が参加できるわけではない。そのため重症患者に対してはセンター関係医師（7名）だけでなく他科の医師にも応援を要請しながら対応せざるを得ない。その際に初期対応

や緊急処置、病態診断などはセンター長が中心になって行ない、その後適宜各科の協力を要請する体制で何とか診療を行っている。もし各科医師の協力が得られない場合は十分な診療が困難となるが、各科医師の負担も考慮する必要があり、どこまで協力を要請するか判断は難しいものがある。

2. 兼任医の負担

兼任医は元々救急医療や集中治療の専門医ではなく、実際に救急対応を任されても困難な場合がある。しかも兼任医になったからといって元々の所属科の業務が軽減されるわけではなく、普段の診療はそのまま、他に救急・集中治療も担うとなると、時間的にも体力的にも精神的にも負担が大きくなる。次第にモチベーションが低下し、転勤などと重なって兼任医の人数が減っていく危険も十分ある。

3. 研修レベルの低下

救急科・集中治療科の専門医が専属で常時センターでの診療を行っている体制ではなく、日当直業務は各科の医師に持ち回りで担ってもらっているため、きちんとした指導体制が組めない。そのため研修や教育のレベルが低下し、ますます救急診療を他科の医師が敬遠する傾向がある。悪循環を形成してしまっている。

4. 救急診療以外の重圧

救命センターには、通常の診療業務以外にも、災害医療（DMATの研修や災害訓練など）、終末期医療、メディカルコントロール体制構築、地域の救急医療体制構築、実習者受け入れ、マスコミ対応などの業務が担わされている。さらに当院では院内での救急対応啓蒙コースがさかんに行なわれており、センターのスタッフが中心的役割を任されている。それに加えて学会活動、専門医維持、各種講習会の指導などのためセンター医の出張や不在も多くなっている。これらの業務を中止してしまうことはセンター機能の低下にもつながり、なんとか継続できるよう勤務時間外の時間や休日

を返上して参加している。

問題解決への展望

今の状況では、院外からやる気と能力のある救急・集中治療の専門医が当院に新たに赴任する可能性はほとんどないと思われる。院内の他科の医師に少しでも多くの協力を得られるようにしていくのが現実的な解決策であろうが、そのためには、今の悪い条件の中でも、院外から見ても魅力を感じられるような臨床的、学術的、教育的な結果をきちんと出すことが必要である。その結果を出すことによって、院内の他科の医師にも救急医療に興味を抱かせ、少しずつでも協力者を増やしていくしかないと思われる。

ま と め

1. 兼任医体制をとって救急・集中治療診療を行っている。
2. 重症患者では複数科の医師に協力してもらい対応している。
3. 兼任医の負担が大きくなり、業務が遂行できなくなっている。
4. 救急・集中治療の専属医がいないため、若手医師、看護師、救命士のきちんとした研修体制が組めない。
5. 通常の救急診療以外の業務も多く、その継続

維持が困難になってきている。

6. マンパワー不足を改善し、悪循環を断ち切るには、まずは実績を出すことが必要と思われる。

今回のシンポジウムのテーマは「救命救急センターの効率的な運用」であるが、現在の当院の救命救急センターは、効率化を目指す前に、まず救命センターとしての最低限の機能を獲得することが優先である。通常の救命センター機能を発揮できない一番の原因は、言うまでもなく医師不足、特に本テーマに関しては救急医不足であるが、医師不足は今さら挙げても全く解決につながらない理由であり、むしろ、その不足した状態でどのようにしたら結果を出せるかが重要な課題である。この課題の解決方法としては、地道にきちんとした診療実績を積み重ねるしかないと考えている。解決しなければならぬ問題点は多くあるが、なんとか少しずつでも解決できるよう努力していきたい。

参 考 文 献

- 1) 山本保博：救急医学と救急医療。日本医師会雑誌 実践 救急医療 第135巻 特別号: S30-S33, 2006.
- 2) 杉本 壽：救急医療と救急医学, 日本救急医学会編集 救急診療指針. 第3版, へるす出版, 東京, pp3-7, 2008.