

救急部門と救急医の役割

救急部門のあり方委員会
委員長 猪口 貞樹

2010.2 社員総会

本日の話

1. 救急部門へのアンケート調査（施設の概要と救急医の業務）
2. 救急部門の区分と救急医の役割
3. 専門医、指導医に関する本委員会の意見
4. 日本型ERの提言

救急部門へのアンケート調査

(救急部門のあり方委員会2005年実施)

1. 救急科専門医(認定医)指定施設390施設を対象にアンケート調査を実施し、162施設から有効回答を得た。
2. 調査内容
 - 各専門医指定施設の運用状況
 - 救急医の役割(業務)と理想とする役割

救急専従医数と指定施設の概要

	類型		
	I	II	III
救急専従医数	なし	1～9名	10名以上
施設数	14	89	25
主な規格	病院救急部門	救命救急センター、 病院救急部門	高度救命救急センター、 指導医指定施設
施設の主な対象 救急患者	1～3次	1～3次	1～3次、3次のみ、 救急車のみ
救急患者数/年	12,000	17,000～20,000	13,000～17,000
救急車数/年	2,200	3,000	2,300～3,000
CPA/年	67	87～124	124～133
外傷/年	900	1,200～2,000	1,200～2,000
専門医数	1.9	1.7～3.4	6.1～8.7
当直回数/月	3	4.7～5.4	5.7～5.9

(救急部門のあり方委員会2005年実施のアンケート結果)

救急医の業務(1)

分類	業務
I ほぼ全ての施設で救急医が行うか参加することを理想としている	重症救急患者・救急車搬送患者の初診 重症特殊救急患者のICU管理 救急入院の初期診療 地域MC 教育(特に研修医・救急隊員・ACLS) 災害対策
II 多くの施設で救急医が行うか参加することを理想としている	救急外来での初診 昏睡、外傷、熱傷、吐血などの初診 救急入院の継続診療 重症患者のICU診療 救急医のみ、又は他科と協同で行う手術* 救急隊からの受け入れ要請電話の対応*

(救急部門のあり方委員会2005年実施のアンケート調査)

救急医の業務(2)

分類		業務
Ⅲ	概ね半数の施設で救急医が行うか参加することを理想としている	時間外自己来院患者の初診 胸痛の初診 他科手術患者の術後ICU管理
Ⅳ	多くの施設で救急医が行わないことを理想としている	小児疾患の初診 フォローアップ外来
Ⅴ	ほぼ全ての施設で救急医が行わないことを理想としている	該当項目なし

救急医の業務(手術)

		救急医のみ で実施	他科と協同 で実施	合計
開頭手術	現行	9.4%	16.5%	25.9%
	理想	8.8%	52.6%	61.4%
開胸手術	現行	11.8%	26.0%	37.8%
	理想	13.8%	50.0%	63.8%
開腹手術	現行	21.4%	23.7%	45.1%
	理想	17.1%	52.1%	69.2%
骨折手術	現行	9.9%	22.9%	32.8%
	理想	10.0%	53.3%	63.3%

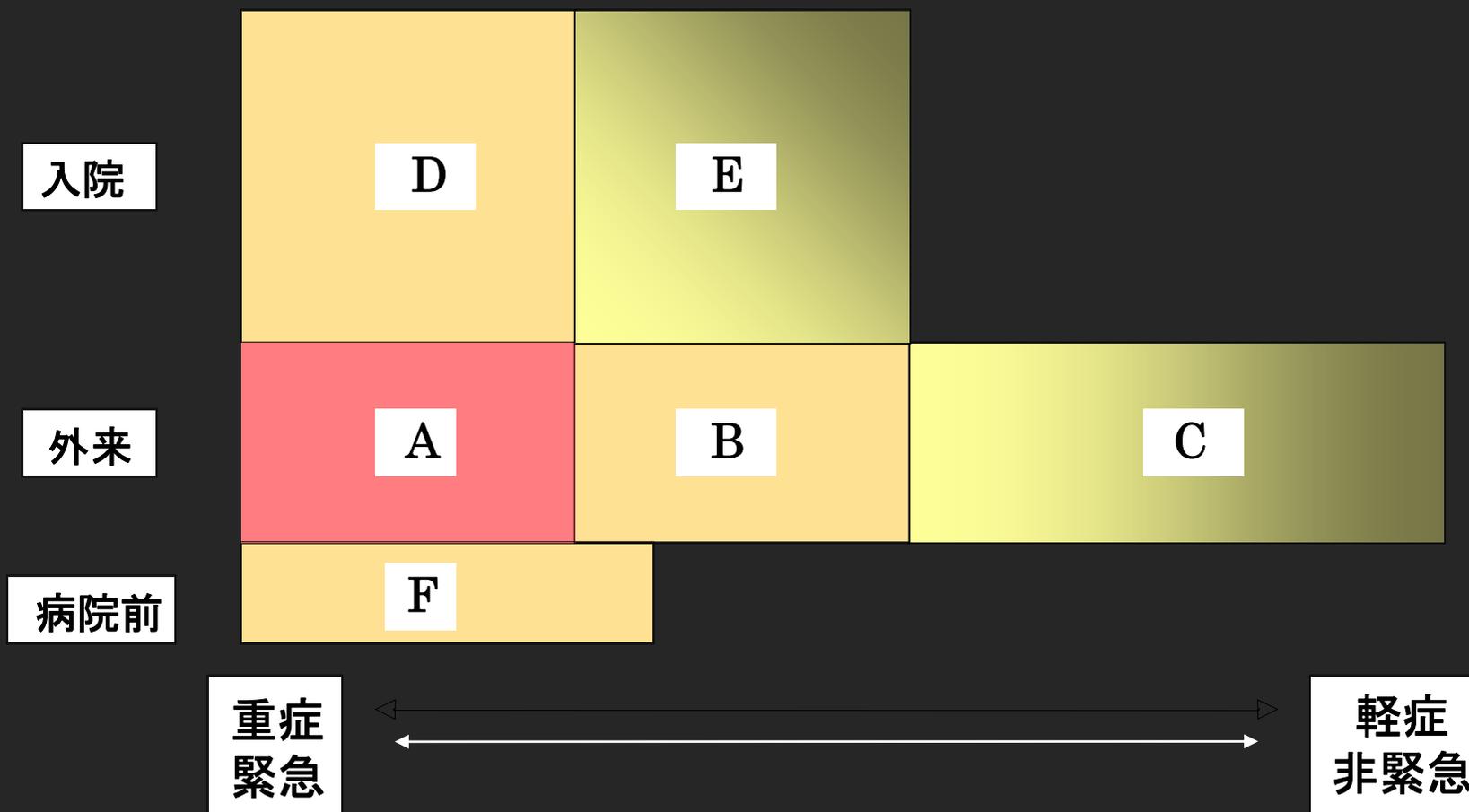
(救急部門のあり方委員会2005年実施のアンケート調査)

アンケート調査のまとめ

- 救急医の業務は、重症救急患者の初診、重症特殊救急患者のICU管理、MC、教育などを中心に、施設や地域により様々な領域に及んでいる。
- 救急医の現状業務内容と理想とする業務内容は概ね一致している。乖離が見られるのは手術と電話対応。
- 小児疾患の初診などの一部業務に否定的な意見が多い。

救急部門の区分と救急医の役割

(救急部門のあり方委員会2008年)



救急医が救急外来の初診をすべて担当し、入院診療を行わない体制

- わが国の救急医療体制には合致しないが、一部大都市では、このような体制が適している場合もある。
- 初期救急医療のすべてを病院のERで救急医が代替するのは物理的に不可能。
- 現在の救急医の業務や理想とは異なる。
- 救急医が外来業務増を強要され疲弊しないように、また既存体制の崩壊を招かないよう、十分留意が必要。

救急科専門医について

(救急部門のあり方委員会)

- 救急部門における救急医の役割には施設特性・地域性が大きく影響している。
- 現在の専門医制度はこれによく合致して各カテゴリーをカバーしており、大きな問題はない。

指導医について

(救急部門のあり方委員会)

- 救急科指導医に、手術経験、侵襲的な検査・治療手技、重度外傷、広範囲熱傷および重症病態の診療経験は必須である。
- 重篤な疾病そのものの診療経験を、入院治療を含めて十分につむことが必要であり、上記配点の変更は行うべきではない。ただし、救急外来業務に関する配点を加算することは問題ない。
- 専門医指定施設で指導的地位にある救急科専門医への指導医申請資格緩和は申し合わせ事項(運用内規)で十分可能である。

指導医指定施設について

(救急部門のあり方委員会)

- 指導医の育成には、重篤な疾病の診療を十分に経験するため、救急患者のために集中治療を行う診療体制が必須であり、専用ICUは基準として必要である。
- 従って、施設基準は変更すべきでない。
- 施設基準は満たさないが指導医指定施設と同等とみなせる少数の施設に対しては、運用内規による特例措置を考慮すべきである。

日本型ERの提言

わが国の現状に即した各救急医療機関ごとの救急部門の運用と救急医の役割を整理した。

救急部門のあり方委員会

初期救急医療機関

- ・ 現状の市町村・医師会を中心として主に夜間休日診療所などにおいて行われている初期救急医療体制を堅持する。
- ・ プライマリ・ケアを担当する医師が主体となり、原則として救急科専門医は積極的にはかかわらない(物理的に困難)。

二次・三次救急医療機関

二次・三次救急医療機関においても、特に以下については独歩来院患者を含めた応需体制を整備すべきである。

- ・ 当該医療機関へ通院中もしくは当該疾病で入院歴ある患者。
- ・ 当該地域の初期救急医療機関は対応困難な診療領域（産婦人科、小児科、耳鼻科、眼科など）。
- ・ 研修医・学生などへの教育・研修に必要なもの。
- ・ 医療機関へのアクセスや患者自身の病状判断などにより当該医療機関へ独歩来院した患者。

二次救急医療機関 (当直医2名以下)

- ・ 夜間・時間外診療において救急医を配置してもその機能を充分には活かせない。
- ・ ただし、診療科の揃っている平日日中の救急車受け入れ、緊急性の高い独歩患者の初期治療および救急部門の管理などのため、医療機関あたり1～2名程度の救急医を配置することは有効であろう。

二次救急医療機関 (各科当直医数名以上)

- 4～8名程度の救急医を配置することにより救急車搬送患者の初期治療をカバーし、一部重篤症例の入院診療・集中治療も行う体制が構築可能である。
- 同時に救急医は研修医の指導にあたる。
- 救急医は救急外来全体を管理するが、独歩来院患者および軽症救急車搬送患者への対応は、トリアージナースおよび各科当直医との協力により行う。

二次・三次救急医療機関 (ほぼ全科当直)

- 救急医を十分な人数配置する。
- 救急医は病院前の医療・MC、救急外来の管理、救急搬送患者の初診を担当し、さらに重篤患者の入院診療および集中治療にも主体的に従事する。研修医の指導にもあたる。
- 独歩来院患者・軽症救急車搬送患者への対応は、救急医の管理下にトリアージナース・内科初診当直医を置くことによって各科当直医を有効利用し、重症例のみ救急医が対応する体制とする。

まとめ

2009年度救急部門のあり方委員会

- わが国の救急医療体制、救急部門における救急医の役割は、それぞれの地域性に応じて適応的に進化してきたものであり、専門医制度はその基盤となっている。
- 従って、急激な変化、特に地域の多様性を無視した変革は危険であり、避けたほうがよい。
- “救急医が救急外来の初診をすべて担当し、入院診療を行わない体制”も地域性の一部と捉え、現体制に適合させるべく調整すべきである。