

〔招待講演〕

救急医療システムの現状と将来

千葉大学大学院医学研究院 副研究院長

救急集中治療医学 教授 織田 成人

本学の救急集中治療医学講座は、1995年に国立大学4番目の救急医学講座として設置された。附属病院の中央診療部門である救急部（救急外来）と集中治療部（ICU）を担当し、主に3次救急医療と重症患者管理を中心とした診療を行ってきた。現在、当院ICUはCCU4床を含む22床であり、これに救急部の一般病床10床を加えた28床を運用して、院内・院外の救急患者の対応にあたっている。救急隊からのホットラインや他院からの要請による重症救急患者の受け入れから、ICUでの全身管理、他診療科と連携しての根治的治療、そして一般病床でのリハビリを経て転院または退院するまでを、救急・集中治療専門医が一貫して行うシステムをとっている。これによって、他科の予約入院や予定手術に与える影響を少なくして、できるだけ多くの3次救急患者を受け入れ、大学病院の高度先進医療を他診療科と協力して提供することを目標としている。年間のICU入室患者は1,700~1,800人程度であり、粗死亡率は6-8%と良好な成績を上げている。近年、従来からの初期・2次・3次の救急医療体制の崩壊が叫ばれ、アメリカ型のEmergency Room (ER)方式を導入する病院も増加している。しかし救急医療体制は地域医療と密接に関連しており、その地域に合った医療体制を構築することが必要である。多くの医療機関がある千葉市では、役割分担を明確にして現状の医療体制をさらに整備し、病院間の連携を図ることが重要と考えられる。現在千葉市では、病院選定をスムーズにするためのIT (e-MATCHシステム)の導入を進めており、これにより受け入れ拒否の減少や搬送時間の短縮が期待されている。また、千葉県では2機のドクターヘリが運用されているが、2012年1月から千葉市消防局が所有する防災ヘリをドクターヘリ的に活用する「ドクターピックアップ (DPU)方式」

を導入し、千葉市の遠隔地域での3次救急事案の迅速な治療および搬送に効果を上げている。

一方、院内での救急医療体制の整備として、2012年2月から「Medical Emergency Team (MET)」を導入した。METはこれまでの「コード・ブルー」と異なり、ホットラインでコールを受けると救急・集中治療専門医と専任ナースが、いつでも、どこでもただちに駆けつけて処置を行うシステムであり、すべての院内急変に24時間365日対応している。これにより、院内死亡率の低下は認められないものの、予期せぬ重症化の防止に役立つことが明らかになった。また、外傷診療においてはチーム医療をスムーズに行い、短時間での治療完結を目指して「コード・トラウマ」を運用している。これは、出血性ショックを呈する患者に対するアルゴリズムを、すべての職種が共有して対応するものである。コード・トラウマが発令されると、院内各部署（救急外来、ICU、輸血室、レントゲン、検査部）に連絡が行き、それぞれがアクションカードにしたがって準備を開始するとともに、非番の救急医にもメールで連絡が届き、応援に駆け付けるというシステムである。トラウマ・コードの導入が、多くのスタッフや医療資源を必要とする重症多発外傷患者の救命率向上に役立つことが期待される。

以前、救急医は3Kと言われ入局者も少なかったが、労働環境の整備や救急科専門医、集中治療専門医の社会的認知と専門性の確立によって、救急医療を担おうという人材は徐々に増加しつつある。本年5月から、救急部は診療科としての「救急科」へ名称変更された。今後も関連病院の成田赤十字病院、君津中央病院、東千葉メディカルセンター、千葉市立青葉病院、久喜総合病院とともに、それぞれの地域で救急医療体制のさらなる充実に向けて努力していきたいと考えている。