

特集1

9月1日に

救急科を新設しました



救急科医師

寺戸 通久

・救急科専門医
・日本救急医学会救急指導医

【てらど・みちひさ】

この度、浜田医療センター救急科・救命救急センターへ赴任いたしました、寺戸 通久と申します。浜田医療圏域の救急医療に少しでも貢献できるよう精一杯励んで参りたいと思います。よろしくお願ひいたします。

浜田医療センターの理念

医療を通じて

「地域で生きる」を

支援する

基本方針

1. 安全で良質な医療の提供
2. 患者に寄り添った医療
3. 介護、福祉との連携
4. 地域の町づくりに貢献
5. 地域住民と職員の健康増進
6. 持続可能な健全経営

患者さんの権利

- ・ 人格・価値観が尊重される権利
- ・ 良質な医療を受ける権利
- ・ 十分な説明と情報を得る権利
- ・ 自己決定の権利
- ・ 個人情報を守られる権利

当院を身近に知っていただくため公式ホームページ及び公式 facebook を作成しています。一度ご覧ください。

ホームページ

<http://www.hamada-nh.jp/>



facebook

<https://www.facebook.com/hamadamedicalcenter>



浜田医療センター で検索！

contents

- 2~3 特集1：9月1日に救急科を新設しました
- 4~6 特集2：乳がんに打ち勝つために…
「4つのお願い」
- 7 病棟紹介：3階南病棟
- 8 がん治療の経験者と話してみませんか
- 9 認定看護師の活動について
- 10~11 研修医だよ！
- 12 新任医師紹介／がんサロンに参加してみませんか？
- 13 はまごち
- 14 地域のホスピタリティを訪ねて
- 15 地域人 vol.38
- 16~17 看護学校だよ！
- 18 駅北フェスタの報告
- 19 健康レシビ／職員募集
- 20 外来診療担当医表

救急科は医療法が定める基本診療標榜科の一つであるにもかかわらず、他の診療科ほど広く認知されていません。私もよく救急外来で患者さんから「先生は何科の医者ですか」と尋ねられますが「私は救命救急を専門にしている医者です」と答えると、いつも納得したような、しないような不思議な顔をされてしまいます。2016年厚生労働省の統計によると医師総数は約32万人、うち主たる診療科として救急科に所属する医師数は3244人と、全体の1.1%に過ぎません。そのため、実は全国にある救急医療施設の大多数は救急医(救急専従医)不在のまま運営しているという現実があります。

では、全国の救急医療施設はどのように救急医療を提供しているのでしょうか。

救急医療システムは大別して

[1]集中治療型 [2]各科相乗り型 [3]ER型

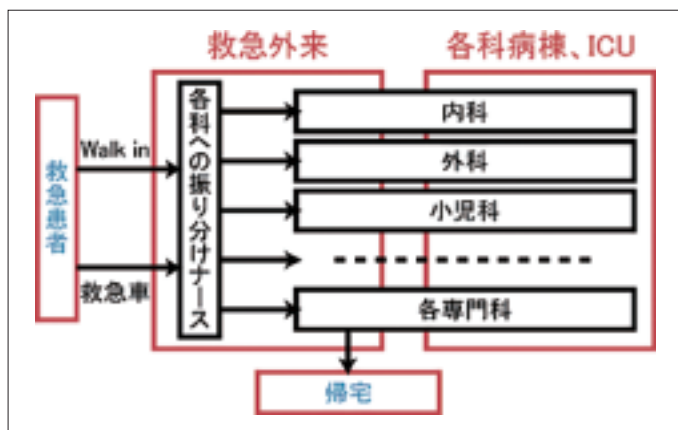
に分類されます。それぞれについて簡単にまとめてみます。

[1]集中治療型

救急患者の診断や初期治療という救急初期診療ではなく、主に重症患者に対する集中治療を主体としています。このような救急医療施設での治療を必要とする救急患者は、全救急患者の5%以下だといわれています。

[2]各科相乗り型

各科の救急担当医を集めて救急患者に対応するシステムで【図1】、その施設で対応可能な科の救急患者を受け入れます。そして、患者が入院を要する場合、救急外来で担当した科がそのまま入院治療を担当します。この型の特徴は各科に振り分けるところからシステムが始まることで、最初に救急外来で患者に対応した者(看護師、研修医など)が担当科(担当医)を選定する必要があります。日本の救急システムはこの型が最も多く、救急専従医不在の救急医療施設のほとんどはこの型で救急医療を提供しています。

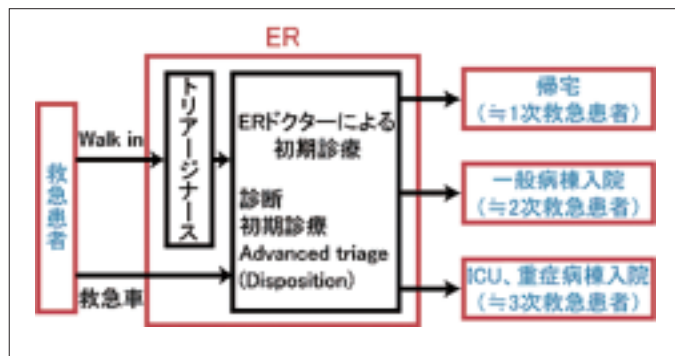


【図1】

[3]ER型

北米のER(ED: emergency department)で行われている救急システムを参考に作られたため「ER型」と名付けられました。基本的に全ての救急患者に対応する救急初期診療型で、ERで働くERドクター(救急専従医)は全ての科の初期診療を行います。また、walk inの患者に

はトリアージナースが対応し、緊急性の有無を判断します。緊急性ありと判断されれば、救急車で来院の患者同様、ERドクターが診療を緊急に行います。ERドクターは初期診療後、専門科診療や手術、入院が必要な患者は全てその担当科に振り分け、入院患者や手術には基本的には関与しません【図2】。ERドクターが行うのは、診断・初期治療・advanced triage(disposition)であり、advanced triage(disposition)とは、救急患者の方向性のことで、具体的には、帰宅か入院か、入院させるのならどの科にどの時点で話を持っていくかの判断のことです。



【図2】

[2]各科相乗り型と[3]ER型との根本的な違いはERドクター(救急専従医)の存在の有無です。[2]各科相乗り型はERドクターが不在なため、救急患者のどの科に振り分けるかの判断を看護師や研修医(上級医不在)が担当することが多く、この段階で振り分けミスが起こったり、各科の狭間に入ってしまう患者が発生したりすることが多くあります。ここがこのシステムの限界でありそれを補完し得るのが[3]ER型だといえます。

ER型救急システム運用の絶対的必要条件となるのが、全ての救急患者を横断的に診て救急初期診療を行う能力を有するERドクター(救急専従医)の存在です。

ERドクター(救急専従医)の条件をまとめてみます。

- ①ERの専任医師であり、各科の業務を兼任しない。
- ②手術、入院患者、専門外来には関与しない。
- ③全診療科の患者の初期診療を行う能力を有する。
- ④上記③の初期診療とは、診断・初期治療・advanced triage(disposition)をいう。

浜田医療センターではこれまで、[2]各科相乗り型で救急医療を提供してきました。救急科設立にあたり、これからは[3]ER型救急医療システムを目指した救急医療体制の構築が必要ではないかと考えています。浜田医療圏域の病・医院の先生方と連携し、地元に着目し地域に愛され頼りにしていただける救急医療を提供するとともに、島根県西部唯一の救命救急センターとして“最後の砦”の役割を果たしていけるよう、尽力してまいりたいと思います。なにとぞ宜しくお願い申し上げます。

(日本救急医学会ER検討委員会より内容を一部変更改変し引用)

出典: http://www.jaam.jp/er/er/er_faq.html#erfaq06

図1 http://www.jaam.jp/er/er/images/erfaq_07.gif

図2 http://www.jaam.jp/er/er/images/erfaq_06.gif