

# 山形大学救急部の活性化

## — 3次救急を中心に —

山形大学医学部附属病院救急部長 嘉山孝正  
(脳神経外科教授)



現在、大学の救急部は山形大学のみならず、転換期を迎えております。本年4月より廣井正彦山形大学医学部附属病院長より委託されて救急部の責任者となりましたので、既に山形県医師会長國井一彦先生にはお話し致しましたが、山形県医師会の先生方に山形大学救急部の現状をご紹介するとともに大学救急部の役割及び必要性をご理解頂きたく本稿を述べて参りたいと思います。

本稿を書くにあたり、若い時分に年間300~400例の救急症例の手術がある救急センターで4年間チーフレジデントとして研修した経験および山形大学救急部のデータに基づき書かせて頂きます。

### 1. 山形大学救急部の現状および歴史的背景

山形大学救急部の来院患者数は、年間約4,000名です。しかし、本来の大学医学部の救急としての3次救急の患者さんは、その内たったの約4%の年間100名(週2名以下)でしかありません。これでは学生に生きた救急の講義を施行することは困難であります。さらに、初期研修医に救急のなんたるかを教授することもまた大変であります。また、急患として来院された残りの大部分の患者さんは、山形県医師会の先生方をお願いした方がよい患者さんということになります。

このような現実が起きている原因は、山形大学のみならず大学の救急部が従来の講座制の枠外にあり、しかも、文部省が昨今の若い医師の救急処置能力の低下がマスコミ等で喧伝されて、形だけの救急部を作成したためであります。形のみと申しますのは、適切な人員および設備をいっさい確保せず、まるで戦前の非合理的な軍隊(no logistics; 兵站=補給、維持を考慮しない)のようなやり方で始まったからであります。これでは先生方に信頼される救急部などは何方が責任者となっても円滑に運営することは困難であったのです。従って、先生方に信頼のない組織では3次救急はほんの僅かとなるのであります。しかも、救急として来院している患者さんは本来先生方に診て頂いた方がよい患者さんであります。このようなアンバランス、すなわち適切でない医療を向後は廣井病院長を中心に後述する方法で改善していきたいと考えております。医療の適切化であります。

### 2. 大学救急部の必要性

現在、医療が国民の信頼を失いつつある要因のひとつに医師が救急医療をできないということがあります。勿論、3次救急は患者が来院する前に救急隊から患者の状態の連絡が入るので、自分のテリトリーでないと解れば、専門科の医師を呼べば良いのでありますが、それすらしないで処置する若い医師が問題をおこしマスコミに問題視されるのであります。また、本来はどの科でも初期研修の期間に、患者の全身管理を行う際に脳循環代謝や全身の循環、呼吸の管理を各科のオーペンが教育すべきなのです。初期研修の時代に教育されなければならない救急医学をきちんと教育してこなかった我々医学界の怠惰がつけとして返ってきていると思われれます。勿論、外科系の大部分は初期研修で救急医学を教育しておりますがそれでも抜けることがあると考えられます。

一方、文部省は国立大学附属病院長会議の常置委員会で大学救急部での救急医学の教育の必要性を強調しております。そのことは別にしても、現実に救急医学は大学の教育に必要であります。救急患者の挿管や循環、呼吸の管理を教育されずに医師となることは医師としての最低限の能力がない、とまで言われている現在では、救急医学を医師となるどこかできちんと教育する必要があるのであります。特に、初期研修で救急患者にはほとんど触れない専門分野に進む医師程必要になってくるのであります。従って、どの専門科に進もうともきちんとした救急医学を学べるのは学生時代ということになります。このことは単に山形大学のみならず全国の大学病院が国民に要求されている事項であり、また、医学界にとっても大切なことであると考えられます。

### 3. 山形大学救急部のこれから

山形大学医学部附属病院救急部は前述致しましたアンバランスな医療を改善するためにまた、学生教育——単に山形大学だけでなく医療界全体のため大学救急部を活性化いたします。

山形大学医学部には他の新設医科大学と同様に救急医学講座が未だございません。従いまして、専属の人員がきちんと配置されておりません。このような状態で大学救急部を3次救急として、山形県医師会の先生方に御利用頂く為にはどうしたら良いか、また、本来先生方に診て頂いたほうが良い患者さんを先生方に送るにはどうしたら良いかを考慮して救急部の運営を考えました。

3次救急ではない患者さんはできる限り先生方の医院あるいは病院へ転送する。すなわち、救急として来院しても3次救急以外の患者さんはかかりつけの医師あるいは医師会の救急施設にお願いするようにする。このことを円滑に行う為には、常日頃から大学診療科が大学で診る必要がない患者さんを先生方をお願いしていることが第一であります。幸いにも、最近の病院運営委員会にて山形大学附属病院の各診療科の教授には御理解を得ることができ、向後徐々にその方向で医療が進むと考えております。例えば、私どもの脳神経外科でもこの2年前から、脳卒中後に血圧のコントロールのみの患者さんは患者さんの住居がある土地の医師会の先生方に積極的にお願いいたしております。こうすると脳卒中の患者さんが再度の脳卒中でない限り、あるいは脳卒中でもまず先生方を受診してから我々脳神経外科に来院しており医療の適切化が円滑に行えるのであります。

それでは山形大学の救急部は救急医療として何を施行するのかと申しますと、3次救急として最も多くの症例がある心臓（急性期心疾患）および脳（脳卒中および頭部外傷）を中心として、その他大学でなければという重症の3次救急医療を施行致したいと考えました。御存じのごとく救急部としては新たな人員は酔置されておりません。従来からの救急当直は外科および内科各々1名ですが、現存の人員で救急を行うには、当直医は現行のままで行います。しかし、今回、廣井正彦病院長を中心に山形大学救急部の受け入れ体制は以下のごとくなりました。3次救急として心臓および脳の救急の受け入れが要請されれば、あるいは来院したならば直ちに心臓は第一内科（友池仁暢教授）が、脳は脳神経外科および第三内科（加藤丈夫教授）のチームに連絡が入り的確な3次救急医療を行う体制ができました。また、その他重症な3次救急に関しましても受け入れる体制が可能でございます。その際、心臓および脳の特種な検査および治療を行う上で是非とも必要な放射線科（山口昂一教授）、臨床検査医学（富永真琴教授）および麻酔科蘇生科（堀川秀男教授）の協力もコンセンサスが得てありますので、従来言われておりました大学に救急は馴染まない等、の問題はございません。実際の体制は平成11年1月より開始致す予定であります。

山形県医師会の先生方には、山形大学で救急をきちんと行わなければならないのは、山形大学のためではなく医療界からの要求として、また、各医科大学は学生の救急医療の教育を大学内で行わなければならない、それがひいては、医療界全体の信用を徐々に回復することにもなると御理解頂き御協力をお願い申し上げます。いずれに致しましても山形大学医学部は国家が山形県にサービスしている施設ですので3次救急のような人手がかかる症例は大学救急部を大いに御利用頂ければと考えております。

## 「救急患者扱いの原則」

1. まず、受け入れることを原則とする。
2. 来院した患者が自分の専門でない場合には、専門科に直ちに連絡し診てもらうことを原則とする。

**全科の当直医が居ることを常に念頭に置くこと**

# 患者さんへの対応について

医師は患者さんに対して、自分の名前をなめる

待たせた場合は、待たせたことへのお詫びの言葉を添えるようにする

医師は診察室にはいってくる患者さんと、まず視線を交わす

患者さんに症状を尋ねるときには冷たい事務的な言い方はしない

患者さんには、医師は自分のペースで診察しない

診察結果は患者さんにわかる言葉で説明する

医師は診察後、患者さんに質問があるかどうかを聞き、質問にはていねいに答える

診察室で患者さんに専門用語で話しかけない

患者さんのまえでは、不安感を与えるあいまいな言い方はしない

患者さんをまえにして医師と看護婦は私語を交わさない

子供が治療を怖がる時は、母親等に説明し、協力を求める

## 電話の応対について

- ① 電話が鳴ったときは、すぐ受話器を取り「救急部の〇〇です」と名前を  
なめる。  
何らかの都合で遅れたときは、  
「おまたせしました。救急部の〇〇でございます」とあいさつする。  
患者や来客と面談中でも、ちょっと挨拶をすれば失礼になりません。  
(開業の先生方は、先輩(年長者)と思って対応する。)
- ② 声は常に爽やかに、ハキハキと答え、相手の用件をメモできるような態  
勢にしておく。  
相手は用件が分かっているのかどうか不安であるので、受けた用件は復  
唱して確認する。
- ③ 相手が名指しした場合には、迅速・正確に取り次ぐ。  
取り次がれた人は、できる限り早くでる。
- ④ 名指し人が不在の場合は、本人が不在である旨を告げた後、相手の希望  
を聞き又は反応を見て、伝言を受けるなり、再度電話をしてもらいよう  
にする。  
重要又は緊急と思われる用件の場合は、相手が承知したら、こちらから  
掛ける旨伝え、名前と電話番号を聞いておく。
- ⑤ 即答できない場合は、対応できると思われる人に代わってもらう。
- ⑥ 即答できないが、時間をかけて調べると回答できる場合は、調査して後  
刻電話をする旨伝える。

## 5W1H法

い	つ	When	日時について誤りの無いようにする。
ど	こ	Where	場所、設備について十分な考慮をめぐらす。
だ	れ	Who	関係者、担当者についてよく考える。
な	に	What	必要な事実を落ちなく含める。
な	ぜ	Why	目的を確かめる。
ど	の	How	どんな方法で行うかを考える。

# 1. 山形大学医学部附属病院救急部の構成

## 【急性期心大血管疾患、脳卒中、大人の急性腹症・黄疸及び重症3次救急の取り扱い】

### 1. 急性期心大血管疾患

- 救急隊より連絡が入り急性期心大血管疾患と推察されたならば、救急当直医は直ちに急性期心大血管疾患治療チームのとポケットベルを鳴らし連絡をとり指示を待つ。(来院以前の連絡を原則とする。)
- 連絡後、待っている時間は5分以内が望ましい。
- 連絡が取れない場合には、第一内科当直医に連絡し指示を待つ。
- 急性期心大血管疾患治療チームの構成  
第一内科(友池仁暢教授)および第二外科(島崎靖久教授)が構成する。  
まず、第一内科が診て、外科的適応がある場合には、オンコール態勢にある第二外科が対応する。  
ポケットベルは第一内科および第二外科の急性期心大血管疾患治療チームが各々1個ずつ持つ。

### 2. 急性期脳卒中

- 救急隊より意識障害あるいは神経症状がある症例の連絡が入ったならば、救急当直医は直ちに脳神経外科の急性期脳卒中治療チームのポケットベルを鳴らし連絡をとり指示を待つ。(来院以前の連絡を原則とする。)
- 連絡後、待っている時間は5分以内が望ましい。
- 連絡が取れない場合には、脳神経外科当直医に連絡し指示を待つ。
- 急性期脳卒中治療チームの構成  
脳神経外科(嘉山孝正教授)および第三内科(加藤丈夫教授)が構成する。  
まず、脳神経外科が診て、外科的適応が無い場合には状態(意識障害が強い症例は脳神経外科で、意識障害が無い場合には第三内科)によって管理する。  
ポケットベルは脳神経外科および第三内科の急性期脳卒中治療チームが各々1個ずつ持つ。

### 3. 大人の急性腹症・黄疸

- 救急隊より16才以上の急性腹症および黄疸の症例の連絡が入ったならば、救急当直医は直ちに第二内科或は第一外科の当直医のポケットベルを鳴らし連絡をとる。
- 第二内科或は第一外科の当直医が診て、急性腹症の原因が消化器疾患由来の場合、内科的処置が必要な場合や、緊急手術の適応が無い場合には第二内科が主に診療があたる。緊急手術の適応がある場合或は経過をみて緊急手術が必要になる可能性が強い場合は、第一外科管理とする。
- 他科への応援依頼  
原因疾患が他科領域の可能性が強い場合は、診療医が責任を持って該当科に診療を依頼する。

### 4. その他の重症3次救急

- 救急隊から連絡があり次第、各診療科の当直医に連絡し、指示を待つ。  
『入院あるいは転院に関しては、責任を持って各治療チームおよび各診療科が執り行なう。』

## 2. 救急部当直医の行動規範(1)

### 救急部運営に関する原則

#### 「救急隊から連絡が入ったなら」

1. 救急隊から電話連絡が入ったら、患者の状態を聞き、来院してもらう。6の状態を除き断らない。まず受け入れることを原則とする。
2. 救急当直医は、救急隊からの連絡で、自分の専門領域でない症例と判断したならば、  
速やかに各該当科の当直医に連絡する。  
(四肢の運動麻痺があるのに風邪だなどと言わず、直ちに脳外科に連絡する等)
3. 各該当科の当直医は迅速な連絡が必要なので、ポケットベルを携帯する。  
(各診療科当直医は、毎日各科で当直用の同じポケットベルを使用し、ポケットベルの番号一覧表を救急室に開示する)
4. 救急当直医は、他科の医師に連絡した場合、患者が来院した旨を再度連絡し、その医師が救急部に到着するまで患者を診る。
5. 来院した救急患者の入院・転院に関しては、各診療科が責任をもって行う。その際、可能な限り院内のベッドに入院させる。
6. 救急隊から同時に複数の要請が入ったならば、事情(一件来院予定あるいは現在来院している旨)を救急隊に十分に話し、他院への転送としてもらう。

## 2. 救急部当直医の行動規範(2)

### 救急部運営に関する原則

#### 「救急部に救急隊要請以外の患者が来院したならば」

1. 患者を診察し、自分の専門領域でない症例と判断したならば、速やかに各該当科の当直医に連絡する。(来院する以前が望ましい)  
(四肢の運動麻痺があるのに風邪だなどと言わず、直ちに脳外科に連絡する等)
2. 各該当科の当直医は迅速な連絡が必要なので、ポケットベルを携帯する。  
(各診療科当直医は、毎日各科で当直用の同じポケットベルを使用し、ポケットベルの番号一覧表を救急室に開示する)
3. 救急当直医は、他科の医師を呼んだ場合、その医師が救急部に到着するまで患者を診る。
4. 来院した救急患者の入院・転院に関しては、各診療科が責任をもって行う。その際、可能な限り院内のベッドに入院させる。



### 3. 救急部連絡網(1)

#### 昼間における救急部連絡責任者

所 属	責 任 者 名	連 絡 先	備 考
救急部副部長	渡 邊 隆 夫	ポケットベル 661-0463	総責任者
第 一 外 科	布 施 明	〃	
脳 神 経 外 科	齋 藤 伸 二 郎	〃	
脳 神 経 外 科	佐 藤 慎 哉	〃	
麻 酔 科 蘇 生 科	高 岡 誠 司	〃	
産 科 婦 人 科	中 原 健 次	〃	