

より密接な、地域医療連携をめざして。

# 連携便り

Vol.5

・C・O・N・T・E・N・T・S・

## ■ 特集

今、なぜ ER 型救急なのか

### ER 型救急の定着を目指して

安全で質の高い看護を目指して

### 高まる認定看護師の役割とは



医療法人 鹿児島愛心会

大隅鹿屋病院

今、なぜER型救急なのか

# ER型救急の定着を目指して



大隅鹿屋病院 救急部長

木村 圭一

「コード・ブルー」や「救命病棟24時」など、ドラマで救急医療が取り上げられる事が多くなっています。患者さんが急変したり、派手な処置があったりと、色々なドラマが作りやすいためかも知れません（内科やマイナー科の先生が主人公のドラマはなかなかありませんね）が、救急医療が目ざれている証拠でもあると思います。

今回はこのような文章を書く機会を頂いたので、救急医療について考えてみたいと思います。

## 1 救急も集中治療

救急の専門医でも勘違いしている人がいます。救急科は緊急（unforeseen）の病態を扱う科であり、集中治療と同じではありません



ん。緊急性はあるが重症度が低い場合（例えば緊張性気胸は適切に対処すれば重症ではありません）や、重症度は高いが緊急性がない（肺炎で入院中の患者さんがだんだん

ん悪化し重症になった）場合もあります。

重症患者さん以外には興味がないと言うのでは救急医失格です。もちろん、緊急であり重症なので、救急外来を経て集中治療室へ入ると言う事は良くあります。

重症な救急患者さんを扱うのは救命型救急と呼ばれています。例えば救命救急センターと呼ばれる施設は人口100万人に一つを目標に整備されています。鹿児島県の人口は1,710,422人（平成22年2月1日現在<sup>3</sup>）ですので、鹿児島県に二つあれば十分です。鹿児島市立病院だけ、あるいは大隅半島にもう一つあれば良いでしょうか（当院はそれを目指しています）。

恥ずかしい話を紹介します。あ

## 2 必要なのはER型救急

る救急の学会でカナダの偉い先生が講演されました。カナダは、頸椎とか膝とか足首とかにおいて、これこれの条件があればレントゲンを撮影しなくて良いと言うガイドラインを発表しています。医療費の問題もあり、患者さんの被曝を少なくするために非常に有用なものです。…ある人が「それは整形外科医がやることであり、救急医がすることではないのでは？」と質問したところ、演者の先生に叱責されたと言うことです。やはり日本の多くの方は、救急医療＝重症と思っておられるのでしょうか。

説明する必要はないと思います。が、ドラマ「ER」のように全て



の患者さんを受け入れ、ある程度の治療を行い、ERでは治療が難しい場合や入院になった場合などに適切な診療科に振り分けるのがER型救急です。

救急患者さんのほとんどは時間外や救急車で来院する必要がない、軽症の患者さんです（重症者は約1割<sup>4</sup>）。救命型救急の人たちはこれらの人に対応しません（出来な

い？）し、ER型救急をしている施設は少ないため、救急医療崩壊と言われているのだと思います。

ER型救急を各科の専門医のみで行おうとすれば、多くの医師が必要となり、無駄も多く、統一した診療が出来にくいと言う問題があり、ER医の育成が期待されていますが、日本には救急科専門医が足りず<sup>5</sup>（鹿児島県には25名しかないのに対し、人口が約8割しかない沖縄県には68名もいます）、ER型救急を行っている医師はさらに少ないです。

### 3 救命率向上のために必要なこと

ある研究によれば、院外心肺停止に最も役に立たない（害にもありませんが）のは高度な救命処置であると報告されています。早く救急コール、早く心肺蘇生を開始、早く除細動を行った場合には生存

率が高まっています。早く高度救命処置をしても社会復帰率は向上していません（アメリカのデータです。高度救命処置は院外でも行われています）。

アメリカ心臓協会（American Heart Association、以下AHA）は、地域全体が集中治療室になるのが究極の目標であると述べています。事件が会議室で起きているのではないのとように、特に突然の心停止は病院ではなく現場（病院の外）で起きています。

今年4月には5名の研修医を受入れますので、救急初期診療がさらに充実する予定です。

徳洲会では早くからER型救急を導入し、ほぼ全ての若手医師に教育を行ってきました。当院でも井戸院長をはじめ、多くの医師が救急初期診療を行う事が出来ます。

心臓協会（American Heart Association、以下AHA）は、地域全体が集中治療室になるのが究極の目標であると述べています。事件が会議室で起きているのではないのとように、特に突然の心停止は病院ではなく現場（病院の外）で起きています。

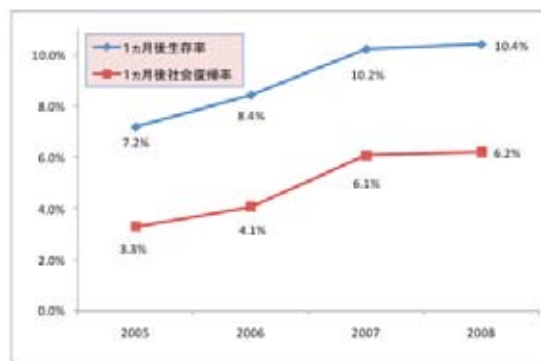
心肺停止状態の患者さんを1分間放置していると7〜10%生存率が低下する<sup>6</sup>と言われています。大隅肝属地区では、救急車が現場に到着するまで（覚知から到着）平均11・4分かかっています<sup>7</sup>。ので、心肺停止になつてすぐ119番通報したとしても、そばにいた人（バイスタンダー）が何もしないければ、それだけで生存率は0%です。また一般的に発症してから覚知までは数分、時には数十分かかっています。

院外心肺停止の患者さんを救うためには、一般市民の皆さんに心肺蘇生法を知って頂く以外に方法

はありませ。総務省の資料によれば、心肺蘇生法受講者の増加に伴い、心肺停止からの蘇生率は年々向上しているそうです。心原性の心肺停止で、目撃者ありの場合、2005年には1ヶ月後の社会復帰率が3・3%であったのに対し、2008年では6・2%とほぼ倍

また、バイスタンダーによる早期心肺蘇生、救急隊の早期現場到着は非常に有効であり、総務省のデータでも裏付けられています。目撃から救急隊到着までが3分以内であるのと15分以上であるのとでは、1ヶ月後の社会復帰率が3

心原性かつ一般市民による目撃のあった症例の1ヵ月後生存率及び社会復帰率



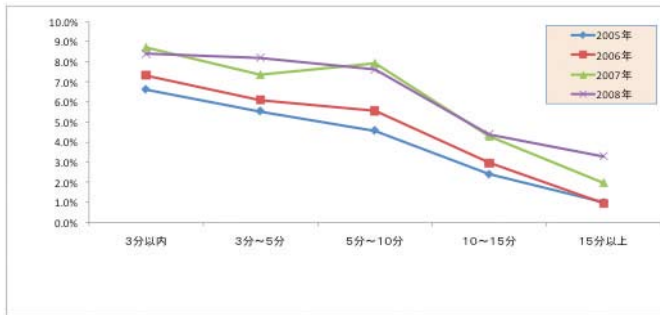
2005年には1ヶ月後の社会復帰率が3・3%であったのに対し、2008年では6・2%とほぼ倍

倍近く異なっています。

調子の悪い人がいたら遠慮なく119番通報をし、心肺停止が疑われれば直ちに心肺蘇生を行う事を地域の方知って頂くよう活動をしていく必要があると思われま

す。  
まず隗より始めよといふことと、現在AHAコースを医療従事者向けに開催しています（消防や近隣の病院スタッフと協力のもと）。

目撃のあった時刻から救急隊員が心肺蘇生を開始した時点までの時間の区分ごとの1ヵ月後社会復帰率（各年）



#### 4 最新の心肺蘇生

現在の心肺蘇生は2005年に  
出されたCoSTR<sup>1)</sup>と言う文書に基づ  
いています。正式名は

「2005 International Consensus  
Conference on Cardiopulmonary  
Resuscitation and Emergency  
Cardiovascular Care Science With  
Treatment Recommendations」<sup>2)</sup>  
日本語では「心肺蘇生と緊急心血  
管治療のための科学と治療の推奨  
に関わる国際コンセンサス2005」



と呼ばれてい  
ます。各国が  
これに基づい  
たガイドライ  
ンを出してお  
り、日本では  
AHAのもの  
が有名です。

CoSTRを  
読んでみると  
色々と面白い

事が書かれています。どの国も採  
用していませんが、胸骨圧迫は利  
き手を下にして行った方が良くと  
書かれています。これはエビデン  
スレベルの低いたった一つの文献<sup>2)</sup>  
に書かれているだけだからと考え  
られます。左利きの人が一人しか  
対象に入っていません。

新しいガイドラインが2010  
年11月に出版しますが、基本は変わら  
ないと思われま

#### 5 病院・地域全体で取り組む

救急医療は一つの病院だけで出  
来るものではありません。地域の  
全ての医療機関、消防関係者、そ  
の他多くの人の協力があって初め



て成り立つものです。

当院だけで出来る治療と言うの  
がもしあったとしても、地域住民  
の皆さんにはほとんど役立たない  
でしょう。当院で全部の救急患者  
さんを受入れる事は出来ないから  
です。大隅半島、あるいは鹿児島県、  
ひいては日本のどこでも同じよう  
に治療が行えると言うのが理想で  
す。

当院では外部から色々な講師を  
お呼びして講演会を企画していま  
す。これからも定期的に行いたい  
と思いますので、皆さん気軽に参  
加をお願いいたします。

6 最後に

救急医療には熱意が必要です。確かに疲れますし、精神的なストレスも大きいです。しかし、救急なんてやりたくないと言う方は一度初心に戻ってみましょう。

医師一人を育てるには約9000万円のお金がかかるそうです<sup>13</sup>。私は平成4年卒なので、6年間で200万円程度しか授業料を払っていません。8800万円以上を税金で出してもらって医師になっています。医師はこの恩に應える義務があるのではないのでしょうか？もちろん救急だけが医療ではないのですが、病態が急激に変化するの他の医療とは異なる点であり、全ての医療スタッフが行えなければならぬと考えます。



救急科専門医を目指す方を応援しますのでご相談下さい。専門医の筆記試験の解説を個人的に公開しています<sup>15</sup>（学会の許可を得ています）ので良かったらご覧下さい。皆で大隅半島を助かる人が助かる地域に行きましょう。

<参考資料>

- <sup>1</sup> American college of emergency physicians の定義 <http://www.acep.org/practres.aspx?id=29164>
- <sup>2</sup> 第13回「医療計画の見直し等に関する検討会」資料 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/s1130-9a.html>
- <sup>3</sup> 鹿児島県ホームページ <http://www.pref.kagoshima.jp/tokei/bunya/jinko/suikai/home2.h22.2.1.html>
- <sup>4</sup> 消防白書平成21年度版 <http://www.fdma.go.jp/html/hakusho/h21/h21/html/k2412000.html>
- <sup>5</sup> 日本救急医学会の資料（2010年1月1日現在 3035名） <http://www.jaam.jp/html/shisetsu/senmon-list.htm>
- <sup>6</sup> Stiell, I. G. et al. Advanced Cardiac Life Support in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. N Engl J Med 2004;351:647-656. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/351/7/647>
- <sup>7</sup> 踊る大捜査線 THE MOVIE のセリフ <http://ja.wikipedia.org/wiki/踊る大捜査線#.E3.83.88.E3.83.94.E3.83.83.E3.82.AF.E3.82.B9>
- <sup>8</sup> Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. Ann Emerg Med. 1993; 22: 1652-1658.
- <sup>9</sup> 大隅地域 MC 協議会資料より 平成20年度の全国の現場着平均時間は7.7分でした。
- <sup>10</sup> 総務省お知らせ一覧（救急、救助、国際協力など）救急蘇生統計2008年 [http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/2112/01\\_houdoushiryou.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/2112/01_houdoushiryou.pdf)
- <sup>11</sup> 日本語訳 <http://www.qqzaidan.jp/qqsosei/costr.htm>
- <sup>12</sup> Kundra P, Dey S, Ravishankar M. Role of dominant hand position during external cardiac compression. Br J Anaesth. 2000; 84: 491-493.
- <sup>13</sup> 寺澤秀一、宮城征四郎：対談「病院再生の鍵はゼネラリスト、大学はクリニツシャン・エデュケーター（前編）」．ER Magazine 2009; Vol.6, No.3,412-419
- <sup>14</sup> 救急医学会 救急科専門医へのいざない <http://www.jaam.jp/html/info/2009/pdf/info-20090302.pdf>
- <sup>15</sup> 個人的に救急科専門医の筆記試験の解説を公開しています。 <http://web.me.com/kekimura/救急科専門医試験問題解説/Welcome.htm>

安全で質の高い看護を目指して

# 高まる認定看護師の役割とは

このたび、日本看護協会主催の「第17回認定看護師認定審査」で訪問看護認定看護師として認定されました。全国の認定看護師総数は5,794名です。訪問看護師は全国に131名、鹿児島県では私一名で今後の活動に不安も大きい現状です。

認定看護師 (CN: Certified Nurse) とは、日本看護協会の認定看護師認定審査に合格し、ある

特定の看護分野において、熟練した看護技術および知識を用いて、水準の高い看護実践ができると認められた者をいい、看護師に対する指導および相談活動を行います。医療が高度化、専門分化する社会情勢の中で、この3つの役割を果たすことにより、看護の広がりや質の向上を図ることが、認定看護師制度の目的とされています。

す。認定の条件としては、実務経験5年以上（うち3年は認定看護分野の経験）が必要で、認定看護師教育機関にて認定看護師教育課程（6ヶ月600時間以上）を修了し、認定審査（筆記試験）に合格すると認定看護師認定証が交付され、認定看護師として登録されます。認定は19分野で、

- 1 皮膚・排泄ケア
- 2 感染管理
- 3 集中ケア
- 4 緩和ケア
- 5 救急看護
- 6 がん化学療法看護
- 7 がん性疼痛看護
- 8 糖尿病看護
- 9 摂食・嚥下障害看護
- 10 手術看護
- 11 新生児集中ケア
- 12 訪問看護

- 13 乳がん看護
  - 14 透析看護
  - 15 認知症看護
  - 16 小児救急看護
  - 17 不妊症看護
  - 18 脳卒中リハビリテーション看護
  - 19 がん放射線療法看護
- があります。

## 受講の動機

看護師として十数年を迎え、日常業務は特別に困ることなく出ていました。責任者としても何とか現場は回っていました。しかし一方で足りない何かを求めている自分がありました。多岐に渡る訪問看護業務を整理しようと様々な研修に参加しても縦割りとなって自分自身の中で統合されていないこと、訪問看護の役割機能が救急中

心の院内で理解されているのか、また理解できるように働きかけができてくるのか、自問自答させられる出来事が続いていました。例えばこの職場を退職し、再就職する際、一看護師としての私には何が残り、どのように評価されるのかを考えました。責任者としての他の施設でも通用するのか、医師のように専門性に特化していない看護師の自律はどこにあるのか考えた結果、自分には足りない論理的な思考を訓練すること、利用者の健康問題を整理し他職種と共有できる援助の方向性を導き出せる看護師としての知識・技術を磨いていくことがこれからの私の課題であると自覚しました。



大隅鹿屋病院 訪問看護師長  
認定看護師

金子 美千代



## 認定看護師教育課程での学び

共通科目では、認定看護師の役割（実践・指導・相談）を遂行するために基盤となる知識と技術を習得します。全認定分野120時間（リーダーシップ、文献検索・文献購読、情報処理、看護倫理、教育・指導、コンサルテーション、対人関係、看護管理）です。専門基礎科目は90時間（訪問看護概論、ケースマネジメント概論、訪問看護対象論、家族支援の概論、在宅

ケアシステム、在宅医療概論）、専門科目は180時間（ケースマネジメント、訪問看護技術、小児、精神疾患看護、フィジカルアセスメント、救命処置、退院調整、リスクマネジメント等）です。その後試験があり、理論と実践の統合として、演習60時間、実習180時間があります。他施設での実習は「実習させてもらう研修生の立場」であり、また「指導・教育する立場」であり、立ち位置に迷いましたが、対人関係やコンサルテーションを含め大きな学びとなりました。また同じ思いを共有できる同志・仲間に出会え、ディスカッションや講義を通して、自分に不足していることと出来ていることを確認でき、漠然とした思いを言語化する大切さを知り、新しい知識を得るだけではなく「学び方」を学習することなど、多くの事を学ぶことが出来ました。

### 今後の取り組み

訪問看護認定看護師として期待される能力（①医療ニーズの高い療養者・障害者の主体性を尊重し、セルフケア能力を高める対応が出

来る。②医療機関から在宅への継続看護を重視して、移行期のケースマネジメントができる。

③医療ニーズの高い療養者・障害者に対して専門的看護技術・知識の提供及び管理・指導ができる。

④在宅ケアチームの形成を行い、リーダーシップを発揮して地域のケア能力を高めることができる。）を他職種と協働し、発揮できるように今後も自己研鑽に努めたいと思います。私にとって教育課程は自分自身を振り返る大きな機会となりました。自分から望んで与えられた立場ではなくとも、その立場、役割から今自分にできることは何かを考えるようになりました。悩んだ時に、多くの講師の先生方、実習先の皆さん、コース担当の教員・事務の方々、同期性の仲間、利用者とその家族、職場の仲間、事務の方、看護部長、医師、地域で協働していた相談員やケアマネジャーから、多くの元気と勇気を頂きました。感謝の気持ちで一杯で

す。今はまだ、訪問看護師としても人間的にも未熟な自分であることを自覚し、一步一步着実に成長し続けたいと思います。





医療法人 鹿児島愛心会

## 大隅鹿屋病院

〒893-0015 鹿児島県鹿屋市新川町6081番地1  
TEL 0994-40-1111 FAX 0994-40-4579  
<http://www.kanoya-aishinkai.com/>

「厚生労働省臨床研修指定病院」

- 開設：昭和63年8月
- 病床数：一般275床／療養型38床

● 診療科目

内科・呼吸器内科・呼吸器外科・消化器内科・消化器外科・循環器内科・心血管外科・外科・整形外科・脳神経外科・放射線科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・リウマチ科・肛門外科・麻酔科・救急科・歯科口腔外科

