

へき地診療所に派遣する余裕はないと思われる。このように、へき地・離島の救急医療を担ううえで、へき地中核病院やへき地医療支援病院の充実が必要と思われる。

■搬送体制

へき地・離島においては長距離を搬送される重症の傷病者が多い。離島へき地においては、航空機（ヘリコプター）による救急患者の搬送がほぼ定着しているが、山間へき地や広域へき地においては、ヘリコプターによる搬送は全く行われていない。

このことから、今後、救急患者の搬送時間を短縮し、医療機関での治療開始までの時間を短くするためには、航空機（ヘリコプター）による搬送体制の導入が不可欠と思われる。この場合、ヘリコプター搬送の手続きの簡素化を図るとともに、常時運航が可能となるよう防災ヘリコプター、消防ヘリコプター、自衛隊機や海上保安庁機などとの連携より強化することが必要である。

また、それぞれの地域に最も効果的な搬送手段は何かを検討し、効果的な搬送を行うことが必要である。このことによって、へき地・離島と都市との医療格差をなくしていくことが重要である。

以上、今後へき地・離島における

医療を充実させるためには、医師の確保、医師の研修、医療施設のあり方、搬送体制のあり方などを検討すること、また、全国もしくは都道府県単位にへき地・離島医療を調整する機関をつくり、その中でそれぞれ地域特性を考慮した診療所、中核病院の充実、搬送体制の改善など、地域に応じた独自の救急医療体制を構築していくことが必要であると考えられた。図はへき地・離島における救急医療体制の今後のあり方について示した。

■おわりに

へき地・離島における救急医療の実態を調査し、今後どのような対策が必要か検討した。

この結果、①へき地診療所だけでなく、へき地中核病院や支援病院においても医師不足のため、適切な救急医療やその支援ができない状況にあった。②へき地・離島における医師の卒後研修が不十分であるため、十分な診療活動が維持できないと思われる。③へき地・離島において従事している医師に対する応援体制（学会、研修、緊急時）が不十分であった。④へき地・離島の医療機関における施設および設備（診断、検査機器）が不足していた。⑤へき地・離島、特に山間・広域へき地における重症救急患者の長距離搬送

等、搬送体制の整備が不十分であった。

以上の結果から今後、①医師供給体制の確立（大学、大病院等の医師）、②医師研修体制の確立（救急病院、へき地中核病院での研修）、③必要な診断・検査機器の供給、④へき地診療所とへき地中核病院のネットワーク（人的）の確立、⑤ヘリコプターによる搬送体制の確立（特に山間・広域へき地）、⑥へき地・離島医療に関する研究会の設立などの対策が必要であると思われる。

最後に本調査は厚生科学研究費補助金、健康政策調査研究事業で行われたことを付記すると共に、惜しみ

ない御協力を頂いた関係各位に深く感謝する。

【参考文献】

- (1) 有川 勲・離島・へき地の保健医療計画、公衆衛生五二（四）、二三〇～二三三、一九八八。
- (2) 澤田祐介、松下兼裕、朝倉哲彦、時任純孝、鮫島耕一郎・鹿児島県における離島救急患者搬送システムとその問題点、救急医学二二（三）…三三二～三三八、一九八八。
- (3) 鮫島耕一郎・一次、二次救急の現状と課題―鹿児島県の場合―離島へき地を抱えるなかで、医療九（三）、三一～三六、一九九三。
- (4) 今 明秀・僻地における心筋梗塞治療の現状と問題点、日本救急医学会雑誌七（六）、三〇九～三〇一、一九九六。

（川崎医科大学救急医学教室）

時事雑感

第一回EBMセミナーに参加して

廣谷 速人

わが国では、一〇〇人の患者が風邪で医師にかかるが一〇〇通りの処方があるといわれる。われわれが日

常診療で意志決定をする際、その抛り所となっているのは恩師、先輩からの教え、自分の過去の経験、あるいは学会や文献から得た知識に限られていたことに、今まで十分には気付いていなかったのである。

したがって、いわゆる「医師の裁量権」なるものは、医師個人個人によって異なる極めてバイアスのかかった知識、経験を基盤にしたものであるということが出来る。「医者を選ぶのも寿命のうち」ということも、あながち間違いではないことになった。

経験の長短、知識の多寡による個人的な差をできるだけ少なくして、普遍妥当性のある良質な医療を提供することが強く求められている今日、その切り札となるのが、evidence-based medicine (以下EBM、科学的根拠に基づく医療)である。

疾病の診断、予後、治療などに関しては、世界中で膨大な数の論文が日々発表され、文字通り日進月歩の世であるが、その中から無作為に比較試験を行って、公正な情報であると客観的に判断できるデータだけを選択し、それを臨床面に応用しようというのがEBMである。

EBMをより知りたいと思っていた矢先、第一回のEBMセミナーが平成九年十二月七日、地元名古屋で開催されることを知り、ともかく参加の手続きを取った。このセミナーは、自治医大地域医療学教室、医薬ビランスセンター、The Informed Prescriber (TIP)の全面的な協力の下に愛知県臨床疫学研究会とJANCOO (Japan Informal Network for the Cochrane Collaboration)との共催で行われた。その予告はイギリスのCentre for Evidence-Based Medicineのホームページにも、公式に掲載されている。

私のように古い教育を受け、またその延長線上での教育にたずさわっ

てきたものにとつて、このEBMセミナーはまさにカルチャーショックそのものであった。あらかじめ一四〇ページにおよぶテキストが送られてきて、そのうちの四〇ページを学習しておくことが求められた。「EBMとは何か」「EBMでないものは何か」というSackettらの論文や、JAMAの「医学文献利用者の手引き」の論文の邦訳などである。

さて、セミナーは、八〇一〇名ずつのグループが一つのテーブルを囲み、名刺を交換したあと、自治医大の三瀬淳一先生の総合司会、私達のグループでは同大の岡山雅信先生がチューターとなつて始められた。

脳梗塞の家族歴がある七十一歳の収縮期高血圧患者と卒後一〇年目の開業医との寸劇が、MRも登場してリアルに行われた。このような臨床シナリオの場合の診察の進め方、そしてどのように情報へアクセスし、それらをどのように評価するかなどが教えられた。

また、これをどのように応用するのか、そうすればどのような結果(outcomes)が期待できるか、すなわち、降圧剤を服用したとき、しなるときそれぞれの脳梗塞発症率などをチューターの助けでお互いに話し合い、ワークシートを埋めていった。さらに、インターネットによる情報

交換についても、具体的なことが種々紹介された。

終わりに参加者、とくに大学関係者から多くの発言があり、私も最年長(らしい)ということで指名されて述べたところであるが、大学教育あるいは医師生涯教育のなかにEBMを積極的に取り入れるべきであるということが指摘された。

昨今、ようやくわが国でもEBMの重要性が指摘されるようになってきたものの、似て非なるものが一部では横行し始めている。患者に対して適切な情報を提供するためには、正しいEBMの普及が今後ますます求められるであろう。

私は、このセミナーで、若い世代の医師が新しいタイプの医療へ向けて真摯に、確実に歩を進めている歩を見た。予定の倍を超えたという一〇〇名以上の参加者―大学・病院勤務医、研修医、開業医、薬剤師だけでなく、医学雑誌編集者、患者代表を含めた多くの職種のもの―それぞれに実地体験させながら、七時間のプログラムを予定通り消化しきった。また、チューターの先生方の能力は、まことに驚嘆に値するものであった。

また、これだけのセミナーを、外部からの財政的援助なしに為しおこなった主催者の姿勢を、われわれは大

いに見習うべきであると思った。軽い疲労感の内にもほのぼのと満たされるものを感じながら、わたしは帰路についた。歳のせいかな、奈良時代の建物の落書きにもあったという「近頃の若いものは…」とつい口にしてしまうが、それが全くの杞憂であることを確信したのである。

(島根医大名誉教授・重富医療グループ統合本部最高顧問)

医療を本筋にもどせ

角 南 義 文

私は一介の開業医で、一一年前に開設整形外科単科病院を一七年前に開設した。現在、医師一人、新看護二・五・一(B)を取得し、職員数は一五三名である。手術は大小合わせて年間約一四〇〇例、病床稼働率は常に九〇%以上を確保している。

私は、毎日一〇時間近く働き、週休二日とか時短とかは遠い国の話と、思っている。ところが、これだけやっていても青息吐息の運営状況である。学会で同規模の病院仲間と会うと、ほぼ似たような話が出てくる。私も含めて彼らの多くは、外国の