

特別講演

高気圧酸素治療を必要とする集団災害と災害医療対応体制

山本保博 近藤久禎

日本医科大学救急医学講座教授

日本の災害医療・国際医療の嚆矢となったのは、1980年よりのカンボジア難民に対しての政府派遣の医療チーム活動であろう。私も学生時代よりタイ国医学調査団を参画していた経験が買われ、この医療チームに参加し難民救済医療に携わった。しかし、このチームは即席のチームであり平時の準備が無かったため、迅速性や診療の質などの面で反省が多かった。これらの反省に立ち、我々は政府による緊急医療支援を行う国際緊急援助隊を設立した。現在では登録者は650名を数え、派遣チーム数も60を超えた。

日本国内の災害医療体制を整備する契機となったのは、1995年の阪神淡路大震災である。この震災以降、わが国の災害対応体制は大きく進歩した。災害拠点病院の整備、広域災害救急医療情報システムの整備、DMAT等災害時の派遣医療チームの整備、災害医療研修の充実、トリアージタグの標準化などが図られてきた。これらの体制についてはまだまだ課題はあるものの、近年の中越地震、尼崎列車事故、中越沖地震などの災害において、その着実な進歩が評価されている。

このような災害医療体制の整備に合わせ、近年ますますその重要性が増したのが災害対応機関間の連携である。高気圧酸素治療が必要となる患者が発生するような災害についても、大規模火災においてCO中毒患者が多数発生するような事案においては、消防機関と医療機関の連携が必要である。また、客船やつり舟の沈没により潜函病の患者が多数発生するような事案においては海上保安庁と医療の連携が重要となる。

今回は、このような高気圧酸素治療を必要となる患者が発生する集団災害に焦点を当てて、近年の災害医療の現状と課題、関連機関の連携体制について考えてみたい。

特別講演

わが国における高気圧酸素治療の Development 戦略プラン

眞野喜洋

東京医科歯科大学医学部付属病院高気圧治療部部长

本学会は、潜水ならびに高気圧環境下における基礎研究と、それに裏打ちされた臨床応用研究ならびに高気圧酸素治療に関する臨床研究などの発表の場であるとともに、その研鑽の結果を評価する場でもある。その上でこれらの evidence に基づいて保険診療報酬改正がなされなければならない。

学会が高気圧酸素治療の Development 戦略プランを推進できるためには、これらの評価に見合った診療保険点数が付加されていることが基本的条件であり、それなくしては、会員の診療医療の継続、発展への motivation は希薄になるばかりか、会員の研究意欲も失せて当学会の activity が衰退してしまうことは明らかであろう。これを防ぐためには、代価に見合った診療保険点数が保証できる制度になることが不可欠である。したがって、諸外国における診療報酬制度も参考の上、如何に適切な診療保険点数体系を組み立てられるかが当面の学会に与えられた最大の業務であろう。そのためには、当学会は以下の戦略プランを立てる必要がある。

- ① 専門医、専門技師（仮称）、HBO施設認定の3本柱を揃えることがHBO治療を安全確実に推進管理する上での必要条件と位置付ける。
- ② 診療報酬制度の抜本的改訂を行い、今後のDPC対応においても診療報酬点数で負の報酬に陥らない構造とする。
- ③ evidence に基づいた適応疾患を整備する。
- ④ 適正なHBO回数を算定する上で治療内容評価を明確に示す。
- ⑤ 従来から継続される学術活動を発展させ、医療システムを整備・確立する。
- ⑥ 再生医療、救急・集中医療や関連専門領域と提携する。
- ⑦ その他の必要な戦略事項

これらの当面の戦略を進めるためには救急的適応、非救急的適応の撤廃や第1種、第2種装置の違いによる診療報酬点数を廃し、一律の点数設定をすることも視野に入れる必要があるのではないかと。