

<特集「救急医療の今」>

## 救 急 医 療 総 論

～救急医療の特性と救急医療政策の規範～

太 田 凡\*

京都府立医科大学大学院医学研究科救急・災害医療システム学

### Characteristics and Norms of Emergency Medicine

Bon Ohta

*Department of Emergency Medicine,  
Kyoto Prefectural University of Medicine Graduate School of Medical Science*

### 抄 録

救急医療の特性として「緊急性」「網羅性」「優先性」「教育性」「地域性」「社会性」「普遍性」の7つが挙げられる。こうした特性により「救急医療は医の原点」とさえ言われる。現代の福祉国家においては、救急医療は社会の安定化装置としての価値が求められている。その価値を実現・持続させるための規範には「安心・安全」「公平」「自由」「効率」「持続可能性」があるが、それぞれにおいて対立する考え方や克服困難な課題が存在する。日本は人口構造の変化から大きな社会の転機を迎えている。競争ではなく、支え合い、助け合いの精神に基づき、次の世代に、より良い救急医療、より良い未来を残したい。

キーワード：救急医療，特性，規範，人口構造の変化。

### Abstract

There are seven characteristics of emergency medicine, “urgent” “general” “priority oriented” “educative” “regional” “social” “universal”. This is the reason that emergency medicine is called “the origin of medicine”. Nowadays, emergency medical care system is required as the stabilizer of society in welfare states. There are several norms which establish the value of emergency medical care system. These norms consist of “safety” “fairness” “freedom” “efficiency” “sustainability”. However, controversy exists over each norm because of conflict between stakeholders. Japanese society confront big social crisis now because of the change of the population structure. It is necessary for us to create better emergency medical care system and better future for the next generation, by means of mutual support and mutual help, not by means of competition.

**Key Words:** Emergency medicine, Characteristic, Norm, The change of population structure.

---

平成24年4月3日受付

\*連絡先 太田 凡 〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路ル梶井町465番地

b-ohta@koto.kpu-m.ac.jp

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

## はじめに

救急医療は、人間的、地理的、時間的な制約を受けながら地域に安心を提供する使命を有している。技術革新と専門分化により医療が高度化し、救急医療に対する傷病者の期待は高まる一方、高齢者数の増加と現役世代人口の減少から医療を支える財政構造は悪化している。救急車搬送問題（いわゆる救急車たらいまわし）など、医療をめぐる社会問題の多くは救急医療の現場から発している。医療制度の歪みが救急医療現場に集約される。

救急医療総論として本稿では、これからの救急医療のあり方を考えるため、救急医療の特性を挙げ、救急医療政策の規範をめぐる議論を整理する。

### 救急医療の七つの特性

「緊急性」は救急医療の代表的な特性と言える。時間的制約の下で危機的な状況に対応してこそ救急医療の役割が果たされる。しかし、緊急の処置が必要かどうかは診療してみないとわからない。重症のようで軽症のこともあるし、軽症のようで重症のこともある。したがって、救急診療を求める患者がいる限り「救急」と捉えざるを得ない。軽症も重症も、小児から高齢者まで、疾病でも外傷でも不安のみでも救急医療の対象となる。こうした「網羅性」も救急医療の特性である。

多様な救急患者に対応するためには優先順位を意識した診療手順が必要になる。多数の傷病者がいれば、軽症と思われる傷病者の状態悪化に気を配りながら重症と思われる傷病者の診療を優先する。一人の傷病者の診療においても、まず気道を確保し、続いて換気、次に循環、といったように生命を守るための診療手順を意識する。常に優先順位を重視する「優先性」も救急医療の大きな特徴である。

救急医療現場は過去から現在に至るまで、若手医師にとって、医師としての態度・知識・技術を修練する場となってきた。こうした「教育性」も救急医療の特性の一つであり、未来にお

いても同様であろう。

救急医療は、地域によって、さらには時間帯によって、同質・同等の医療が提供されるとは限らない「地域性」を有している。それぞれの地域で救急医療を受ける者と提供する者が信頼関係で結ばれてこそ安心が提供できる。そして「安心」という価値を提供する救急医療は経済活動でもある。そのために強い「社会性」があり、いつの時代でも社会の在り方と関連してきた。

これら救急医療の特性は、人類が「医療」という癒しの術を生み出した瞬間から現在に至るまで変わらない。こうした「普遍性」が「救急医療は医の原点」と言われる所以であろう（図1）。

### 救急医療政策の規範をめぐる議論

福祉国家において、救急医療は公共政策として保障されている。救急医療を受けるために高額な自己負担が必要になれば貧困層は生活が脅かされていると感じる。そのような事態になれば社会の不安定化につながるため、福祉国家では貧困層に対しても公共政策として救急医療を整備している。

英国、北欧諸国では高い国民負担率のもとに社会保障を提供し、公的医療機関が中心となって救急医療を提供している。民間医療機関の多

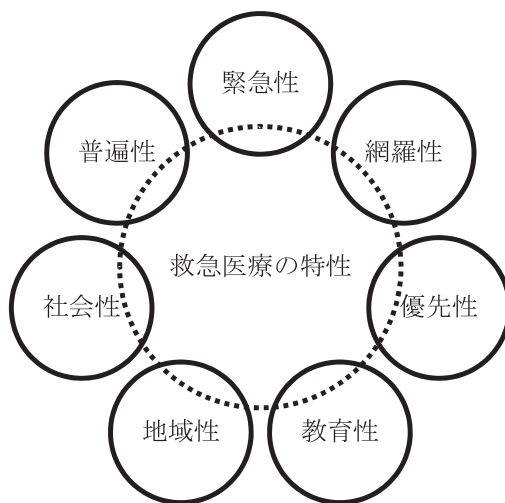


図1. 救急医療の特性

い日本でも、公的扶助、公的助成のもとに国民皆保険制度を達成し救急医療をカバーしている。国民皆保険制度が十分に整備されていない米国でも、病院の救急医療部門は無保険者にも開かれる医療のセーフティネットとして連邦法で規定されている。

救急医療には医療のセーフティネット、社会の安定化装置としての価値が求められており、その価値を実現・持続させるための規範がある。「安心・安全」「公平」「自由」「効率」「持続可能性」、それぞれの言葉に否定的なイメージを持つ者は極めて少数だろう。しかし、救急医療においては、それぞれに検討すべき課題がある。(図2)

「安心」とは「心が安らかに落ち着いていること、不安や心配がないこと」である。安心は主観に基づいており「安全」は安心を客観的に保障する状態である。

大きなケガを負った場合や、突然の意識不明に陥った場合などに「いつでも救急医療を受けられる体制」が住民に「安心・安全」を提供する。ただし、救急医療における「安心・安全」には少なくとも3種類がある。「迅速に救急診療を受けられる」という安心・安全、「自宅の近くで救急診療を受けられる」という安心・安全、

「質の高い専門救急診療を受けられる」という安心・安全である。地域住民は、この3つの安心が十分に提供されることを望む。果たして、この3つの「安心・安全」を常に同時に満たすことは可能だろうか。

平成23年7月22日に発表された総務省消防庁の報告によると、平成22年中、全国の救急搬送において、総搬送人員4,985,632人、うち重症傷病者548,678人であった。そして、重症傷病者のうち3件以上の医療機関から収容不能と返答されていたのは16,381人、10件以上の医療機関から収容不能と返答されていたのは727人(うち東京都280人)で、東京では重症傷病者が最高41件の医療機関から収容不能と返答されていた。

日本では、重症傷病者であっても複数の医療機関から収容不能と返答され時間だけが過ぎていく現状がある。その理由として「処置困難」「ベッド満床」「患者対応中・手術中」「専門外」といった理由が挙げられるのは全国共通である。十分に責任を持ってない状況で救急患者を受け入れるのは傷病者のためにならないという理由が、結果として重症であるにもかかわらず医療機関に到達するのに長時間を要する事態を招いている。「質の高い専門救急診療を受けられ

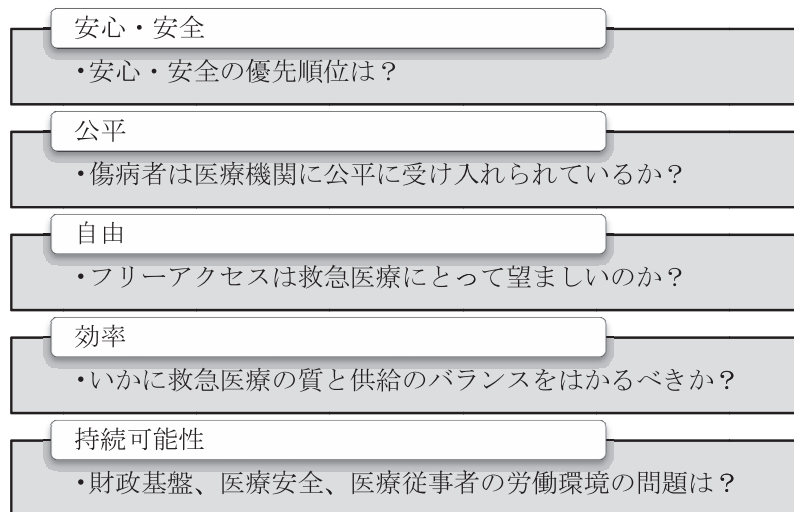


図2. 救急医療政策の規範をめぐる議論

るという安心・安全を提供できない」という理由が、重症傷病者の「迅速に救急診療を受けられる安心・安全」を脅かしている。

また、救急医療機関の傷病者受け入れ能力を向上するために地域の医療機関を集約化しマンパワーを増強するという考え方があるが、「自宅近くで救急診療を受けられる安心・安全が脅かされる」と住民から反対意見が挙がることも珍しくない。

上記のとおり救急医療においては「安心・安全」と「安心・安全」が対立することがある。その結果、昭和30年代に日本で救急車搬送が整備されて以来、救急搬送受け入れ困難（いわゆるたらい回し）は一度も解決されていない。この課題を解決するためには、地域住民と医療提供者の間で、公共政策として上記3つの「安心・安全」の優先順位につきコンセンサスを形成することが求められる。

「公平」はあらゆる公共政策において重要な規範である。しかし、公平にも対立概念が存在する。「等しくないものを等しくない」と扱う垂直的公平の観点からは、貧困層より多くを支出する富裕層が、より良い救急医療を受けられることが公平となる。医療提供をサービス産業であると見なせば自然な考え方である。一方、「等しいものを等しい」と扱う水平的公平の観点からは、富裕層も貧困層も平等な人権・生存権を有することから、受けられる救急医療も同じであることが公平となる。警察や消防の活動と同じように、生活を守る公共システムの恩恵は富裕層も貧困層も同じように受けられるとする考え方である。

日本の医療制度は混合診療を禁止する皆保険制度を実現しており、基本的には水平的公平を規範としている。しかし、救急医療の現場では、要介護高齢者、酩酊患者、ホームレス、精神疾患関連傷病者など医療機関に受け入れられにくい患者層が存在することが判明している。日本の医療における水平的公平は、平時に保たれていても、医療機関に負荷がかかる救急医療の現場では犠牲にされることがある。

「自由」を規範として高く掲げる者は多い。日

本の医療制度は「フリーアクセス」を特徴としている。「フリー」とは自由、「アクセス」とは医療機関への受診を意味する。日本の患者は受診したい医療機関を自由に選択できる。医療機関の対応や評判が悪くなれば、よほどの医療過疎地でない限り患者は他の医療機関を受診するようになる。そうなると受診患者数が減少した医療機関は経営が破綻するため、医療機関は受診患者を確保するために良質の医療を提供しなければならない。日本の医療の発展における特徴の一つと言えよう。救急医療においても傷病者は良質の医療を求めて医療機関を選択し得る。

一方、患者が医療機関を選択するのが自由であるように、医療機関が救急患者受け入れ可否を判断するのは自由であろうか？ 日本の医師には「応召の義務」がある。医師法19条第一項において「診療に従事する医師は、診療治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と規定している。これまでに数回改正されている医師法において、この条文は昭和23年の制定時から改正されていない。

しかし、患者から診療を求められれば原則として拒んではならないと定めているものの、正当な事由があれば診療を拒むことができると読むこともできる。「正当な事由」として、昭和30年の厚生省医務局医務課長回答では「医師の不在又は病気等により事実上診療が不可能な場合に限られる」と極めて限定的に解釈しているが、現在の法学関係者の間では、正当な事由として、①医師の不在、病気などで診療不可能な場合、②専門外の診療で、それを患者が了承した場合（ただし、症状が重篤で応急的な処置その他できるだけのことをする必要がある）、③休日夜間診療所が整備されている地域で、そこでの受診を指示する場合（ただし、症状が重篤で応急的な処置が必要な場合は別である）、④勤務医が自宅で診療を求められた時（ただし、緊急時は例外）とされている。いずれも、「正当な事由」の法律上の条文ではなく一般的解釈である。これまでも診療拒否の裁判がたびたび起

こされているが、個々において「正当な事由」が議論されているのが実情である。日本の医師に救急患者を選別する自由があるとは言えないが、応召の義務に応じられない正当な事由を挙げることは自由である。

過疎地域に比べれば、都市部では患者にとって選択できる医療機関が多い。皮肉なことに都市部では、患者にとって医療機関の選択の自由度が高い反面、「最善の医療が提供できない」との理由が、応召の義務に応えられない医療機関からの正当な事由となりやすく、前述の東京都のように、結果的に重症搬送患者が医療機関に受け入れられにくくなっている。「フリーアクセス」は救急医療にとって良いことばかりではない。

「効率」のよい救急医療提供体制は、救急医療を受ける者の安心・安全を損ねずに、医療提供者、医療を支える健常者の負担を軽減する。いかに救急医療の質と供給のバランスをはかるかが問題である。北米、欧州諸国など他の先進諸国の前例に倣い日本でも、①総合診療医の育成、②医師の計画的配置、③急性期医療機関の集約化、③看護師・技師・救命士の医行為拡大といった議論が持ち上がっている。いずれに対しても賛同ばかりではなく反対意見もある。以下に議論の概要を示す。

### 1. 総合診療医の育成について

ほとんどの日本の医師は、医学部卒業後に内科・外科・小児科など何らかの専門領域を選択し修練してきた。高い専門性を身につけることが医師として成長することであり、自分の専門領域外のことは他の専門医に紹介するのが患者のためと考えてきた。問題は夜間・休日である。それぞれが当直・日直を担い、自分が診療可能と判断した領域の患者の救急診療を行い、必要があれば他科の専門医を呼び出すなどで対応してきた。医学の進歩に伴い各診療科の専門領域が細分化し専門性が高くなるのは良いことである。しかし、一人の当直医のカバーできる守備範囲が専門分化とともに狭くなる一方で、患者から期待される救急医療水準は高まっている。そのため、当直する医師も呼び出される専門医

も救急診療に対する負担感が増強している。

各科専門医が自らの専門領域にとらわれない幅広い救急対応能力を身に付け、救急患者の期待に応えつつ、他科の専門医の呼び出し回数を減少させることが望ましい。しかし、そのような対応策が本当に効率的と言えるだろうか。例えば、心臓血管外科において高度な手術を執刀する医師が手術の合間に救急診療を担い、そのために疲弊するのは社会的な損失ではないだろうか。救急医療において、心臓血管外科の名手ならば、総合的な救急診療を担うよりも心臓血管外科の緊急手術に対応する方が社会にとって有益であろう。

すべての専門医が総合診療能力を高め、普段は専門医、夜間・休日は総合診療医の役割を担うよりも、総合診療医を育成する方が効率的であるとの考え方がある。日本においては新しい医療文化であり、総合診療医による診療水準が一定以上に到達するかどうか効率的改善の評価につながるであろう。

### 2. 医師の計画的配置について

専門診療科間や地域間での医師偏在が救急医療の提供を非効率的にしているとの考えは否めない。それぞれの地域（例として二次医療圏）において、人口構成、各種疾病罹患率、外傷発生件数を評価し、必要な各診療科専門医数・総合診療医数を見積もる。その見積もりに応じ計画的に各科専門医数を育成し配置する。医師という限られた医療資源を効率的に提供するとの考え方がある。

これまでの日本では、医局制度による医師派遣が地域偏在をある程度解消させてきた。しかし、2004年より開始となった新臨床研修制度を契機として医局の影響力は弱まり、医局制度にかわる半強制的医師派遣制度は実現していない。また、医局制度においても各専門診療科医師数のコントロールは不可能であった。

日本の医師は、自分が目標とする専門領域、勤務をしたい土地を選ぶことができる。強制配置は医師偏在是正の方策として効率的かも知れないが、不本意な業務内容、不本意な土地での勤務となれば、業務に対する医師の熱意や献身

性を損ねる恐れがある。日本の医師たちが培ってきた美德を維持しつつ、何らかの形で効率的に医師が配置される制度が望まれる。

### 3. 急性期医療機関の集約化について

医療の専門分化に伴い、一人の医師が担う専門領域は徐々に狭くなってきた。同時に医療は高度化し、急性期の看護力、高額医療機器を必要とするようになった。そのため、北米、欧州諸国では、急性期医療機関数を減少させ集約化した。一つの急性期医療機関に勤務する医師数、看護師数を増員し、高額医療機器も有効に使用できるようにした。医療機関の数が減少しても平均在院日数を短縮させることで急性期医療を必要とする患者需要に対応した。医療の高度化と専門分化に対応する効率化の考え方である。

多くの民間医療機関が救急医療を支えてきた日本では急性期医療機関の集約化は進んでいない。地元へ根付き信頼を寄せてきた医療機関が急性期医療を担わなくなることは地域住民にとっての不安にもつながる。しかし集約化が進まなければ、それぞれの急性期医療機関のマンパワー不足は深刻化し、特に夜間・休日の救急診療対応能力が十分とはいえなくなる。それゆえ、地域住民本位に急性期医療機関の集約化を議論すべき時期に来ている。

### 4. 看護師・技師・救命士に医行拡大について

高齢者数の増加と医療の進歩により救急医療需要は増加し続け、救急搬送件数は最近20年間で約2倍となった。軽症救急患者の受診抑制策は結果的に重症患者の受診抑制を招くリスクがある。増加する救急医療需要に効率よく医療を提供するためには、医師が担ってきた医行為を他職種でも担えるようにすることも一つの方法である。

医師法17条には「医師でなければ医業をなすはならない」と記されている。無免許医業を禁止し、国民の公衆衛生上の危害を未然に防止する目的が伺える。このように医行為を業として行う医業は医師が独占するよう規定されているものの、医行為の一部は、医師の指示・指導監督の下に、他の医療関係職種（保健師、助産

師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、薬剤師法、救急救命士）に委譲可能であると各職種関連法で規定もしている。例として超音波検査が挙げられる。超音波検査機器が開発されてからしばらくの間、超音波検査は医師の業務であった。しかし現在、多くの医療機関において技師（超音波検査士：臨床検査技師が中心、放射線技師も検査可能）が超音波検査を行っている。

他職種の医行為拡大に向けては患者の安全を第一に考えなければならない。しかし、今後の救急医療需要増加に対応するためには、医師不足を理由に救急患者の診療機会を脅かすよりも、検証を加えながら他職種の医行為を拡大していく方が良いのではないだろうか。

「持続可能性」は、これからの日本の救急医療においてますます重要な規範となるだろう。現在、医療財源問題、医療過誤問題、労働環境の問題が、救急医療の持続可能性を脅かしている。

高齢者は医療の主たる消費者である。今後、高齢者数が確実に増加し日本の国民医療費は自然に増加する。さらに、医療の進歩により、分子標的薬、血管内治療など高額であっても侵襲度が低く高齢者にも適応となる治療方法が次々に開発されている。一方で、健康保険や税金で医療費を支える現役世代の人口は徐々に減少していく。皆保険制度が破綻を迎えれば、真っ先に影響を受けるのは時間的余裕のない救急医療現場であり、救急医療を求める社会的弱者である。そのような事態を避けるためには医療費のさらなる効率的な利用を実現しなければならない。

医療過誤問題については、まず、医療提供者と患者側の歩み寄りが必須である。医療提供者としては患者側に「救急診療では時と場合に応じて提供できる医療内容が異なること」「救急医療では必ずしも最高の結果が提供できるとは限らないこと」を理解していただきたいと願っている。一方で、医師側にもこれまでの医療提供のあり方に対し反省が必要である。献身的な当直業務の傍ら救急診療は密室性が強かった。果たして医療内容に関して患者側に透明性を保つ

てきたか。都合の悪い事実を隠匿して来なかったか。医師側が謙虚に反省し、患者側と新たな信頼関係を築く姿勢が求められる。

次に、法的な問題として、応召の義務と医療過誤の関係を医師が納得できるように整理する必要がある。混雑した救急外来で新たな救急患者を引き受けることは、一人の救急患者に集中して診療した場合に比べ、はるかに医療事故が起りやすい。そうした場合にも応召の義務に応じることは、損害賠償請求を受けるリスクばかりか、現状では業務上過失致死罪の判決を受けるリスクさえ想定しなければならない。普通の医師であれば、できる限りこうしたリスクを負いたくないと考える。応召義務に応じることのリスクを免じる法的根拠が示されなければ、正当な事由として救急診療が拒まれる事態は今後も続くだろう。

医療従事者（特に医師）の労働環境改善は救急医療の持続可能性を保障するために取り組むべき重要な課題である。労働基準法第41条において宿直勤務に関する規定がある。そこで

は、「宿直勤務は常態としてほとんど労働する必要のない勤務、原則として、通常の労働の継続は許可しない」と記されている。

医師の当直負担を軽減するためには、看護師のように救急業務をシフト勤務にする必要がある。各専門診療科がシフト勤務を組むことを目標とすれば、膨大な医師数が必要となり、現実的にも財政的にも不可能である。総合診療を担う救急医がシフト勤務を行い、必要最小限の各専門診療科オンコールで対応する方法が、救急担当医の労働負担をもっとも効率的に軽減させる。その実現に向けては、救急医による診療水準がどのように保たれるかが鍵となるだろう。

## 終 わ り に

日本は人口構造の変化から大きな社会の転機を迎えている。社会を構成するさまざまなステイクホルダーが救急医療の特性を理解し、競争ではなく、支え合い・助け合いの精神に基づいて救急医療政策の規範を共有し、次の世代に、より良い救急医療、より良い未来を残したい。

## 文 献

- 1) 秋吉貴雄, 伊藤修一郎, 北山俊哉. 公共政策学の基礎. 有斐閣 2010年.
- 2) 総務省消防庁. 平成22年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果 平成23年7月22日. [http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/2307/230722\\_1houdou/03\\_houdoushiryou.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/2307/230722_1houdou/03_houdoushiryou.pdf)
- 3) 樋口範雄. 医療と法を考える—救急車と正義. 有斐閣 2007年.

## 著者プロフィール



## 太田 凡 Bon Ohta

所属・職：京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学・教授

略 歴：1988年3月 京都府立医科大学卒業

1988年5月 京都府立医科大学附属病院研修医（第二内科学教室入局）

1989年11月 京都第二赤十字病院救命救急センター勤務

1992年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科博士課程入学（内科学）

1996年3月 京都府立医科大学大学院医学研究科博士課程修了（内科学）

1996年4月 京都第二赤十字病院救命救急センター勤務

2002年4月 湘南鎌倉総合病院救急外来医長

2003年4月 湘南鎌倉総合病院救急総合診療科医長

2004年2月 湘南鎌倉総合病院救急総合診療科部長

2010年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科救急・災害医療システム学医学部救急医療学教室教授  
現在に至る

日本救急医学会 救急科専門医

日本救急医学会 ER 検討委員会委員

・2007年9月～2008年8月，東京大学医療政策人材養成講座4期生

・2011年4月～現在，東京大学公共政策大学院医療政策実践コミュニティー1期生