

社会保険旬報

No.2567

2014 5.11

大病院中心から地域包括ケアへの転換点

…鈴木邦彦【診療報酬改定インタビュー】

救急医療の現状と対策…石井暎禧

日医が新たな基金の担当理事連絡協議会開く…【潮流】

死因究明推進検討会が報告書…【潮流】

介護報酬改定に向け給付費分科会が議論をスタート…【NEWS】

救急医療の現状と対策

●社会医療法人財団石心会理事長

石井 暎禧

はじめに

救急医療の問題は今に始まった問題ではない。40年前にも救急のたらい回しが社会的にも話題とされた。そして現在、厚労省の「救急医療体制等のあり方に関する検討会」によって議論されているように、再び救急医療が問題にされている。

今回注目を浴びたのは、一昨年、埼玉県において、30以上の病院に断られ死亡した患者があったことで、それが一つの契機となつている。我々がこの件をことさらに検

討しなくてはならなかったのは、二次保健医療圏外であつたため、断つた病院の中に我々の狭山病院（現・埼玉石心会病院）は入つていなかったが、狭山病院が断り、二次医療圏外の病院に運ばれたケースがあつたからである。当時狭山病院は年間500件の救急車とウォークインの救急患者1万人を受けていた。

また数年前には「医療崩壊」が盛んに報道された。報道の常として、何も解決されないまま、「医療崩壊」問題は忘れ去られた。では「医療崩壊」とは何であつたのか。具体的には、地方における地

域医療の中核であつた公立病院が、地方財政の危機の中で補助金によつて支えられてきた機能が低下したり、さらにはつぶれたりしたため、地域医療システムがこれまでのように機能しなくなったことを指していた。この中心にあつたのは救急医療の問題であつた。しかし救急問題は、何度か問題にされながら、大きな制度改革や、本格的な検討がなされないまま現在に至っている。

そして現在、救急問題はどのような方向で議論されているのだろうか。先の検討会の報告を見ると、制度の基本には触れずに、地

域の救急行政システムの問題として、救急隊員に対する医師による指示・指導・助言・教育などのメディカルコントロールの体制の充実が主要な関心事となつているように思われる。確かにメディカルコントロールの充実という点では、意味のあることであるが、それで現在の救急問題が解決できるのであるのか。というのは、医師が関与するにせよ、これは救急隊がどこの病院に運ぶのかという救急隊の責任分野の課題であり、救急医療そのものの供給は量的質的に十分にあることが、前提となつているからである。

他方、医療現場では、救急患者が適切な病院に運ばれていないことではなく、患者を受け入れる病院がないことを問題としている。日本病院会救急医療委員会はアンケート前文で次のように言う。「救急出動台数及び搬送人員は平成21年以降4年連続の増加となり、平成24年の救急出動台数は前年比1・7%の増加で、580万2039件と過去最高を記録しました。増加の主たる要因は急病と高齢者の増加であり、団塊の世代の高齡

化に伴い今後10年以上にわたり、救急出動件数が増加し続けていくことが推定されます。一方救急病院は減少を続けており、救急医療に改善の兆しはなかなか見えません」と、救急における需給ギャップを問題にしているのである。

しかも、救急隊の努力に関していえば、すでに一応のメディカルコントロールのシステムは各県にあるし、疾患別の病院機能に関する一覧表により搬入先の選択が行われたりしている。たとえ公式の機能別の一覧表がなくとも、どの病院がどのような機能を持つかはある程度現場の救急隊は把握しているのが現実である。ただしこの一覧表等は、曜日・時間帯における各病院の機能をリアルタイムに具体的に把握しているとは言えないので、実用性は低い。

救急搬送の現状 (救急需要の傾向)

全国的に救急車の搬送人数が増加していることは、よく知られている。また都市の高齢化と都市への高齢者の流入も問題視されている。

このことに関連して、軽症では救急車を呼ばないように住民教育をすべきとか、救急車を有料にしようという意見が大きくなっている。たとえば「救急搬送人員数が10年前と比較して3割以上増加し、平成23年には過去最多となっている。特に救急搬送人員数の約半数を占める軽症と中等症の増加が著しい。救急搬送人員の約半数が、診療の結果として帰宅可能な軽症患者であり、そのため一部には不要不急の救急要請の場合もある」(検討会報告書)と比較的軽症の増加を問題と見ているのである。そこでメディカルコントロールを強化し、軽症患者は搬送しない、重症患者だけを、適切な病院に運ぶ方法を完備するという方向に向かったと考えられる。しかしこれが本質的な問題であろうか。

救急医療において何が問題かは、先の日本病院会アンケート前文の通り病院側でははっきりしている。患者が増え、救急を受け入れる病床・病院が不足しているという点とであり、それ以外は枝葉末節の議論である。

しかし急性期の需要は減り、介護需要(あるいは亜急性期)が増

えるだけ主張する人からみれば、増えているのは救急医療においても急性期医療需要ではなく介護が主要(あるいは亜急性期)である程度の医療需要であるとし、増加する軽度の救急需要は「亜急性期」病院が診れば解決されると考えて亜急性期への転換や療養病床の増床を提案しているようである。同様な論理は、救急の実態を知らない人からよく聞く話ではある。川崎でも「救急を断らざるを得ないのは、転院させるべき療養病床が足りないからであり、急性期病床が足りないからではない」との弁明が一部の「救急」病院から上がったこともある。それを信じた川崎市が療養病床への転換に補助金を出すという政策をとったが、ならぬ救急医療に役に立たなかったし、川崎市は療養病床も少ないにもかかわらず、療養病床の稼働率は低い。

数年前、「医療崩壊」という表現で、地方の救急医療が問題となつた。そして、都市部にあつては、急性期病床も救急医療も、そしてそれを支える医師も、十分にあると考えられてきた。そして、都道府県の人口と救急出動台数は、き

れいに相関している。しかし高齢者人口と対比して都道府県の病床数を見ると、全病床で見ても、一般病床で見ても、DPC病床数で見ても、すでに首都圏の救急病床の需給関係は供給が低い都道府県に属している。それが急速に悪化する状況になったため、問題が露呈してきたと言える。しかし救急は、供給がタイトとはいえ、時間がかかってもどこかが引き受ければ問題は表面化しない。そのような病院が存在しなくなつて初めて問題は浮上する。

そして現在、これまで医師不足では問題にされなかった首都圏、特に首都圏周辺地域の救急問題が取り上げられ始めている。

週刊東洋経済(2014年2月22日)の特集「人口減少の真実」において、「首都圏を襲う2025年問題」として「高齢者の爆発増に追いつけない」「医療・介護不足」を取り上げ、具体的課題として、首都圏周辺の救急事情をルポしている(問題の指摘は正しいが、対策として、高齢者への急性期医療の制限を暗示する提案をしているのは賛成できない)。そして「医師不足」問題を「75歳以上

人口10000人当たりの病院勤務医数マップ」を基に考察している。

この記事でもっとも典型例としている埼玉県今後の状況を見てみよう。我々の埼玉石心会病院でも、この記事に載せられている済生会栗橋病院と同様に、高齢者の救急搬送が激増している。そして、先の私の論文（社会保険旬報4月21日号「病床機能分化と患者のニーズ」）のように、今後高齢者の急性期入院需要・救急医療需要が激増することは間違いない。

埼玉西部保健医療圏と全国の年齢別人口の推移を比べてみると、現在は全国平均より高齢化率は低い。今後急速に全国平均に近づき、2025年以降、現在の全国平均と同水準になることが推定される。しかも、数年前から始まった、地域の中核病院が経営破たんすると、地域の救急が崩壊するという事態が首都圏周辺でも起こることである。

これまで、救急については「救急たらいまわしは救急病院が多い都市部で多い」と批判され、地方の中核病院の院長からは「我々は、他に病院がないから、救急を断ることができないのだ」と聞かされ

てきた。

たしかに政令指定都市において長時間にわたり搬送先の病院が決まらない割合は、首都圏・関西圏の大都市に多い。我々の川崎市は数年にわたり、不名誉なトップの座を維持してきたし、市議会でも問題にされてきた。「首都圏では高齢者人口に比し療養病床が少ない」のは事実だが、「救急病院」は複数あっても急性期病床や医師数が人口に比し、少ないことを見落とした議論は、問題の所在を見失う。

現状、日本の救急医療は地方における「救急を断れない病院」と大都市における「救急を断らない病院」によって最終的には支えられている。人口密度の高い大都市部は救急車が搬送できる中核病院が複数あり、今後も「救急を断れない病院」にはならず、たらいまわしは一層強まることとなる。ここでは「救急を断らない病院」が必要なのである。

そこで現状の救急搬送の状況について川崎市のデータを見ながら、対策の基本方向を考えてみたい。首都圏における救急医療の状況は、高齢者の増加が大きく、若年者の

図1A 川崎市消防局救急搬送件数（年齢別）

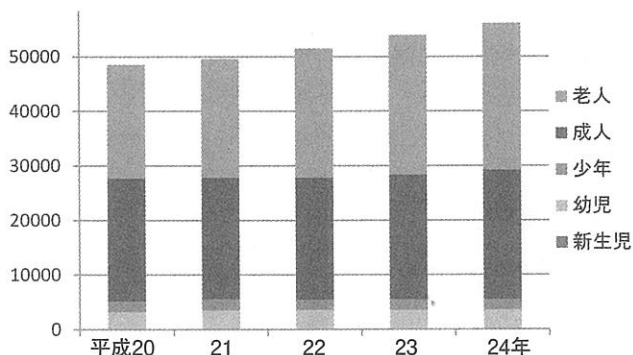
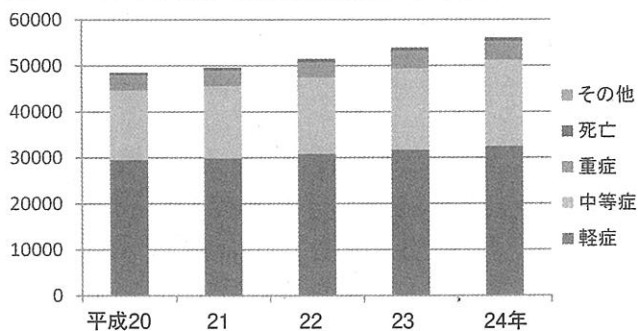


図1B 川崎市消防局救急搬送件数（症度別）



減少が少ないという点で、地方とはやや異なるが、後に検討するが本質的な課題は変わらない。

川崎市消防局のデータによると、最近5年間の年齢階層別の救急搬送者数は図1Aのように、増加しており、その原因は高齢者の救急搬送数の増加である。これは先の私の論文でのべた急性期患者の増加と同一の現象である。

急性期病床の機能分化をめぐる議論では、機能を高密度急性期と

低密度急性期に分けて考えているが、密度の基準もなく、当然各々の数値的データも存在しないが、救急医療という急性期入院医療の入口では、重症・軽症の割合は数量的データが一応存在する。救急患者の搬入時に病院側は搬送患者を軽症・中等度・重症に分類して救急隊に報告書を渡すことになっているからである。ただし重症度は入院日数とは必ずしも関連しないのに、総務省消防局は重症の定

図2 年齢階層別重症度割合

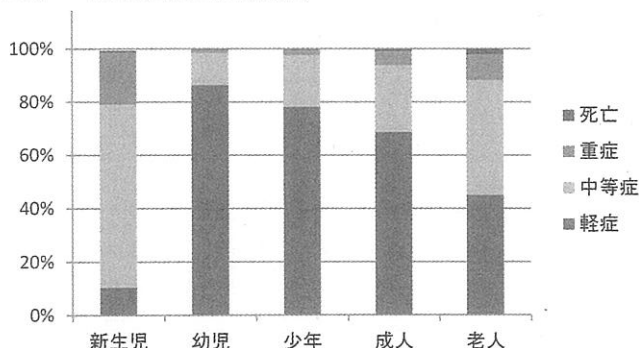


図3 救急出動が増加した要因と思われる項目(複数回答) (n=748) 救急隊員アンケート(総務省報告)

	件数	割合
高齢の傷病者の増加	605	80.9%
熱中症傷病者の増加	406	54.3%
緊急性が低いと思われる傷病者の増加	287	38.4%
不適正利用者の増加	127	17.0%
新型インフルエンザ(疑いを含む)傷病者の増加	45	6.0%
その他	177	23.7%

図4A 高齢者搬送数

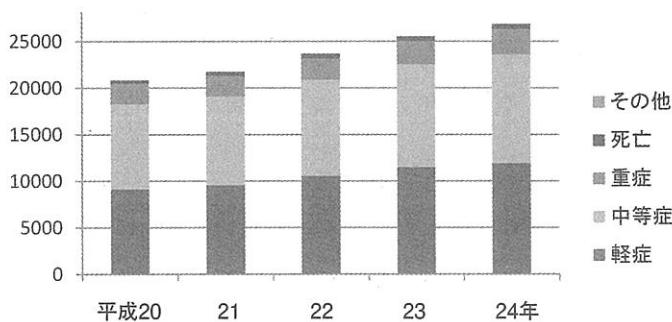
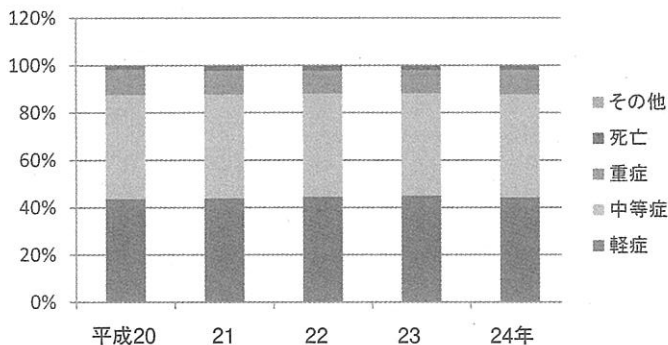


図4B 高齢者の症度割合



義を入院日数3週間で区分する(社会的入院も重症となる)奇妙な定義となつている。しかし来院時の医師の判断であるので、この定義を現場では事実上無視し、入院診療報酬上の重症と同様な来院時の常識的臨床判断で、入院が必要かどうかで、軽症と中等症を分け、生命の危険の可能性で、中等症と重症を分けているので、消防局データは、実際上は意味を持つ。同一の救急搬送患者の増加を症

度の割合で見ると図1Bのとおりとなる。これを、年齢別に症度の割合で見ると図2となる。新生児を除けば、年齢が高くなるにつれ、重症者が増す。そして、重症・中等症・軽症の割合は、年齢階層別には異なるが、各年齢階層では変化なく安定しており、近年、安易に救急車を呼ぶといった傾向は見られない(図2・図4B)。

者が安易に救急車を利用するといったような議論は、根拠のない主張である。しかし、このような錯覚は、一般人だけでなく、医師や救急隊にもある。「検討会報告書」においても「救急搬送人員数の約半数を占める軽症と中等症の増加が著しい」と記載されている。総務省のアンケートにも同様な印象をもつ隊員の多数存在することが記載されている(図3)。

救急隊員にとっては、重症者が救急車で運ばれてくるときは当然と考え、高齢重症者の増加は目に留まらないが、軽症者の増加は印象づけられるし、軽症だけを見れば、その増加は人口増加する高齢者だけであるため、適切でない利用が高齢者で増えていると錯覚するが、高齢救急患者の症度の割合は変化していない(図4A・B)。

さらに、二次救急の主力であつた中小病院の救急医療からの撤退

は、いわゆる軽度・中症度の患者が三次救急病院や地域中核病院へ搬送されることとなり、救急を主に扱う病院で軽症者が増えていくように錯覚されるからである。総務省のアンケートデータは、救急隊等の錯覚を示すデータとしてみるべきであろう。

搬送データの方は、見方によれば高齢者の方が軽症では救急車を呼んでいないとも解釈される。そして軽症者の割合は、年齢が低くなるにつれ増大するが、若年患者自体の割合は少ないので、軽症者が救急車利用を控えても、あまり救急搬送数を減らす効果はないことが分かる。

高齢者が増え、重症患者が増えることが、救急医療の中心的課題であることを、改めて認識し、対応を考えなくてはならないと思われる。

病院側の事情（供給の課題）

次に、救急搬送の時間帯を見てみると、図5のごとく、深夜帯に少なくなり、朝その分が急増する。昼から夜にかけて一様で、午後11

時台から少なくなり始める。これは川崎市のデータであるが、総務省の全国統計の場合も同様のカーブを描く。ところが、私たちの川崎幸病院への救急搬送数は、異なるカーブを描いている。

夜間・時間外の救急受け入れをしている病院が少なく、その体制がある病院に救急患者が集中しているからであろう。救急患者増加に、供給不足が問題であることは明らかである。川崎市の救急搬送数のパターンと川崎幸病院の受け入れパターンを比較すると、救急問題が、夜間の病院側の救急能力であることが明らかである。

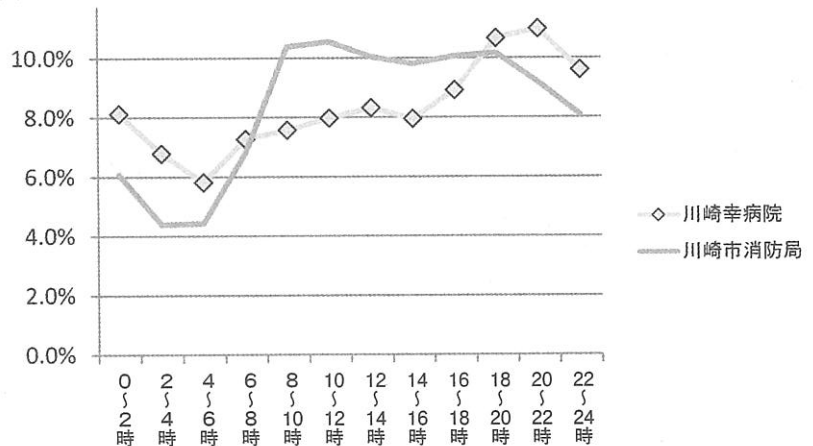
結局、救急患者の増加と受け入れ病院の減少への対策という問題に立ち返ることになる。

埼玉の事件についてみても、救急隊が受け入れ打診（医療的な能力があると判断）した病院は30をこえたのだから、メディカルコントロールでは解決しないことは確実である。マスコミが「救急受け入れを拒否された」と報道したのは当然で、これに対して医療側が「受け入れ不能であつた」というべきだと報道に対して抗議したと報じられている。患者の立場に立

てば、文句なく「受け入れ拒否」という表現が正しい。しかし病院側からみれば、受け入れ不能（能力不足）なのである。この認識ギャップに問題が潜んでいる。

週刊ダイヤモンド誌の医療問題特集は救急問題につき「病院が救急搬送を断る理由として、医療現場が指摘するのが」「疾患に対する専門医の不在だ」として、「では、疾患に対する専門医がいないと、断るのか、済生会栗橋病院の本田宏院長補佐は『以前であれば助からないような疾患も、今はタイムリーに専門医が治療すると助かる可能性がある。だから当直医は専門外の治療にちゅうちよしてしまふ』と明かす」と報じている。「救急を断れない病院」である済生会栗橋病院の医師であるだけに、的確な発言である。この需給ギャップは病院数・医師数という量的な問題ではなく、質的な能力の問題といっているからだ。

図5 一日の搬送件数を100として



ここで断る理由について日本病院会のアンケートを見ると、「専門医がいらない」が最大の問題となっている（図6）。本田宏氏の指摘と同様である。

しかし、夜間に各科の専門医をそろえるなど不可能である。解決不可能なのか。

図6 受け入れられない理由 (多いものから2つ選択)

理由	回答数	割合
手術や処置で手いっぱいである	237	32.60%
満床である	162	22.30%
専門医又は対応できる医師がいない	255	35.10%
輪番制などの当番日でないから	26	3.60%
上記以外の当直医の自己判断	64	8.80%
その他	40	5.50%

※構成比は回答施設数(726)を分母として算出

救急を断る理由 その1 能力不足? (質的問題)

「病院が救急搬送を断る理由」というが、そもそも「救急を断る」ことはあつてはならないのである。病院としても百も承知の救急の原則である。医師法第19条応召の義務「診療に従事する医師は、診療治療の求めがあつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と明記されてい

る大原則である。

米国の救急救命法では「いかなる場合も断つてはならない」とされ、事細かに抜け道をふさいでいるし、反した場合の巨額な罰則条項もある。我が国の場合は「いかなる場合も」とは書かれていないが、通知を読むかぎり、実質上、断る「正当な理由」は存在しない。しかし、医師法の条文で「診療の求め」とあるだけで、米国の救急救命法と異なり、「救急救命の要請」を断つてはならないと具体的には書かれていないため、「患者の要請を断っているのではなく、救急救命の搬入を断っているにすぎない」と解釈し、さまざま言い方で救急患者を断っている。たしかに、患者が徒歩で診療を求めて病院に来た場合、診療を断ることは普通でない(参考1・米国連邦救急救命法)。

このように「応召の義務」はもつとも必要とされる救急車での要請の場合に、空文化されている。皮肉なことに空文化を生み出したのは、司法判断の結果である。救急救急医療を巡る裁判において、救急救急の現場や疾患の緊急性を考え

ず、専門の医師が考える標準的治療を行う責任を救急医に求める判決を出してきたからである。

本来、医師の治療に関する責任は、結果責任ではなく、経過責任であつたはずであるが、被害者擁護のため、医療の場合でも結果責任を問う傾向にある。そのため救急救急医療の場合、夜間や休日には人手も少なく、医師の専門能力も低い状況で万全のことができるわけはなく、また直ちにできる病院へ転送せよと言われても、そんな病院があれば、そもそも救急救命は患者をその病院へ運んでいるだろうし、また当直医が他の病院の医師の能力を知るはずがない。しかも自分の手に負えるかどうかは診察してみなければ分からない。

このようなときに能力の低さを問題にされるのは医師にとつて過酷なことであり、先の本田宏氏の発言は現場の気分を正確に伝えている。救急搬送を断つても、罰則はなく、受け入れたら処罰される可能性があるという状況では、救急を断るのが当然である。米国の場合も、無保険者等の救急外来利用と診療拒否により強烈的義務化がなされたと聞けが、それは同時

に救急救急医療における免責の必要性を増すこととなる。事実、州法などでこれが存在する(参考2・フロリダ州法、善きサマリヤ人の法)。

だが、免責がないとしても、救急救急医療の責任分野が正しく理解され、それに基づきシステムが整備されれば、たらい回しの事態は防げると考えられる。この点で裁判官も一般の医師も、救急救急医療に誤解があるのではないかと私には思われる。救急救急医療の核心は、はっきり言えば、診断と応急処置、すなわち救命にあつて、病気の根本的治療にはない。根本的治療は救急救急医がやることではなく、各疾患の専門医に任せればよいはずである。

しかし多くの場合、救急(担当)医が救急患者を診るのでなく、病棟当直医が救急患者を診ているのが現状であり、このようにはいかない。しかも救急の初療は救急専門医が診れば良いのだが、教えるほどじゃないので、他科の医師が救急患者を病棟当直の業務の合間に片手間で診察することになる。

応急救急処置だけで転送と言つても、

緊急性を要する疾患の場合には、転送では間に合わない。そのため緊急性を要する重症者を扱うとされる救急救命センターでは救急医療の専門性だけでなく他科の専門医の存在と連携が要件とされている。こう考えると、後方機能が充実されていない場合は、重症の患者を引き受けたくないのは当然である。患者にしても、能力の低い病院へ行きたくはないので、能力のある病院、救急救命センターの機能とされる内容を持つ病院に患者が集中することは当然となる。

現在の救急疾患の構造と診療機能の変化により、かつての一次・二次・三次という診療システムは機能不全となり、一次救急機関である診療所は救急医療から撤退（川越救急クリニック等など意識の高い診療所を例外として）、二次救急病院は衰退傾向にある。そのため安全性を考えれば、三次救急や地域の中核病院に救急患者は集中するのは当然で、救急救命センターはオーバーフローと言う現象が生じているのである。これに対して、北米型の救急システムが必要と言われているが、相変わらず旧来型のシステムを前提とした

対策が議論されている。厚労省と総務省の縦割りの弊害ではないだろうか。

また、救急隊のトリアーージュで軽症とされた場合でも、診察の結果、重症と判断される場合がある。しかも救急隊の重症度判断と病院側の重症度判断は、疾患ごとに異なる傾向がある。脳外科領域、特に脳梗塞の場合、救急隊の報告は病院側の判断と比べ低めであり、循環器系の判断では、その逆となる。病院前のメディカルコントロールには限界があるのだ。このような状況の中で、どのように地域の救急医療の質を保つかが、問われている。救急患者を受け入れる病院の側の救急システムの改革が必要となる。

救急を断る理由 その2 満床等（量的問題）

次に断る理由の多いのは、病院としての、能力のオーバーフローである。重症室が一杯、病床が満床、手術中、他の患者を診ている等。だが、日本全国の急性期病床は数としては少ないわけではなく、地域格差と十分に機能していない

ことが問題なのである。

しかも診察しなければ、入院が必要かどうかは分からないのに入院の可能性があると云って満床を理由として断ることも多い。しかし軽症ならば入院させる必要もないし、待たせておいても問題は無い。こう考えると、はじめから断る病院の側のシステムが問題である。量的であれ質的であれ、その病院の医療能力を超えているのであれば、トリアーージュし診察し応急手当の上、入院可能で能力のある病院へ転送すればよく、そこまでは病院の責任である。能力不足は理由としては薄弱である。この理由で断るのは、この責任を救急隊に押し付けているにすぎない。

病院完結型から地域完結型の医療というとき、救急病院の持つべき機能とは、自院の診断・治療の能力だけでなく、地域の医療能力を使いこなす能力が必要となっている。そのためには、地域の他の病院等の機能を把握していなければならないし、円滑に転院させる機能を持たなくてはならない。地域包括型の医療システムは、救急にこそ必要である。そして地域の救急病院の能力とは、医師・看護

師の能力だけでなく、救急部門が、地域全体の救急機能を使いこなす能力を指している。

各病院の状況によって、対策は異なるが、川崎幸病院では、救急のコーディネーター機能を救急部に所属する17名の救命救急士が担うことなど、一つ一つ問題点をつぶして、年間1万台の救急車の受け入れが可能になった。現在埼玉石心会病院では、5年後の新築移転に向かって、同様のシステムを作り上げるための準備が進んでいる。なお、我々のシステムに關しては、いくつかの雑誌などで紹介されているので参照されたい（参考3）。

実は量的問題としてみると、うまく使われていないだけで、地域の救急機能は必ずしもパンクしてはいない。図4で見たとおり、軽症・中等症の場合、夜間・休日では対応できないが、日中は受け入れできる病院は存在するからである。夜間も人員が充実している地域の中核病院が、夜間を断らず受け入れ、中小の救急病院がその後で受け入れるという連携ができれば、量的には病床はまかなえるのである。

だが、このような連携による地域完結型救急システムは、行政指導や患者の選択によって自動的にできるわけではない。現場の自発的連携によってのみ可能となる。その場合、どの病院も、自院の得意とする分野を明確にして、その機能を強化しなければならないと思われる。

今回の診療報酬改定の議論で「亜急性期」の要件として救急医療が提起された。「亜急性期」議論は途中では消えたとはいえ、「地域包括ケア」の要件として救急医療が復活したのは、このように考えれば当然であると思われる。しかし、夜間救急ができず、「高度急性期医療」ができない病院が単独で救急医療に参加できないのは当たり前で、地域における機能分化・特化と連携によってはじめに参加が可能となるのである。

今回の診療報酬改定でも、方向は明示されることなく、機能分化に逆行する内容も含まれているため、改定の意図が、財政的意図から、急性期医療を制限し、急性期医療を縮小させると方針と理解されているのは当然である。しかし、機能分化への政策の流れからみる

と今回の診療報酬改定の意図は、急性期からの撤退の促進と受け止めるべきではなく、救急医療・急性期医療への自院の存在意義を明確にし、強化することを求めていると理解すべきであろう。

【参考1】

米国連邦救急救命法（救急に関する要点抜粋）

Emergency Medical Treatment and Active Labor Act

△病院・医療者の義務▽

●救急車での搬送はもとより、救急外来に来て治療を求める患者は、いかなる場合も断つてはならず、まず、すみやかに検査を行わなくてはならない。

●たとえ患者が治療を求めているなくても、救急部門（ER）はもちろん、病院の半径250ヤード（約200m）以内に予約なしに立ち入っている人物はすべて、スタッフの判断で、検査・治療を開始しなければならない。

●検査・治療が必要かどうか、救急患者かどうかの判断は、医師や看護師の判断ではなく、分別ある素人（Prudent Layperson）の感覚（基準）で行わなければならない

ない。

●症状が安定するまで、自宅に帰したり、転院させてはならない。

△罰則▽

●違反した医師等に対し、違反ごと（救急車ごと）に最高5万ドル（約450万円）の罰金（100ベッド以下の病院なら2万5千ドル）の罰金

●度重なる違反については、全米の診療から事実上追放（訳 牛越・石心会本部）

【参考2】

フロリダ州法「善きサマリア人の法」

768・13 善きサマリア人の法
(1) この法律は「善きサマリア人の法」として知られ、引用される。

(2) (a) 州法令集381・00315に基づく公衆衛生緊急宣言、州法令集252・36に基づく非常事態宣言に関連して発生する救命救急要請に直接対応する場合、または、病院、診療所その他適切な医療機器を備えた場所以外の場所で救命救急が求められる場合、被害者または被害者関係者から拒否されることなく、救急の治療・

処置を無償かつ善意で行ったいかなる人物も（医療有資格者を含む）、その治療・処置の結果について、または、同様な環境で、通常の合理的な分別ある人物であれば行ったであろう追加的な医的処置の提供・調整の履行・不履行の結果について、民事上の損害賠償責任は負わない。

(b) 1. いかなる医療関連施設（州法令集第395章に基づく病院を含む）も、連邦救命救急法、州法令集395・1041、395・401または401・45に義務付けられた救命救急サービスを提供する場合、患者の生命や健康に影響する結果を極めて軽視した環境下で治療・処置が行われた、または、行われなかったことにより損害が生じたものでない限り、その治療・処置の結果、損害が生じたとしても、民事上の損害賠償責任は問われない。（牛越訳・要約）

●なお、「善きサマリア人の法」のような法律を作るべきだとの意見は日本でもあり、大和市議会は「緊急時の救命救急活動等の免責範囲に関する法整備を求める意見書」を採択している。

●この問題については、救急救命九州研修所の畑中哲生教授等の科研究費による報告書「緊急医療要請における医師の対応に関する検討」がある。

【参考⑥】

川崎幸病院ERルール

ERルール

▽救急・総合診療部はすべての救急要請の受け入れ (No refusal policy) を原則とする。救急要請とは (1) 患者およびその家族

(2) 医療機関 (3) 救急隊からの要請をいう。救急隊からの要請

について、最終的な受け入れ判断は救急コーディネーター (EMT科) が行う。

▽受け入れの可否は医師の判断によらない。

▽ER医師は救急コーディネーターからの連絡により救急外来での初期診療を行う。

▽川崎幸病院常勤医師はER医師および救急コーディネーターからの診療要請に応じる (応召義務)。

▽川崎幸病院救急担当副院長はコーディネーター業務の補佐を行う。

救急コーディネーター (EMT科)

▽EMT科は救急要請を受け、患

者受け入れを行い、ER医師 (場合によっては院内待機医師あるいは在宅常勤医師) に診療要請を行う。

▽救急要請があった場合の患者受け入れについては受け入れベッドの有無を考慮しない。

▽EMTかは業務遂行時、必要に応じて各診療部長にコンサルテーションを依頼する。

▽救急要請の重複等、ER医師のみでの対応が困難となった場合には、院内待機医師への診療要請を行う。

ER医師

▽EMT科からの診療要請のすべてに対して初期診療を行う。

▽初期診療とは (1) 診断 (2) 処置治療 (3) 川崎幸病院常勤への診療依頼 (4) 転院の判断をいう。

▽ER医師は、ER担当時間内はER業務に専念し、入院、手術、専門外来などの業務を兼任しない。

▽ER医師は業務遂行時、必要に応じて各診療部長にコンサルテーションを依頼する。

ER医師 勤務時間の原則

▽日勤帯 8:30~17:00

▽夜勤帯 17:00~8:30 (各診

療科との合意事項…夜勤帯終了後は休日扱いとなる)

▽何らかの理由で開始時間が遅れる際は、必ず事前に了承を得る事。

▽上記は平日勤務時間の原則とする。各医師、休日などで時間変更の場合あり。

救急搬送受け入れについて

▽下記患者の受け入れ可否についてもEMT科の判断とする。

(1) 小児救急

(2) 周産期救急

(3) 精神疾患単独患者 (精神症状のみであり、身体合併症が全くない患者)

(4) 頸椎損傷を疑うケースや高エネルギー外傷、四肢切断など

▽上記の理由により受け入れ困難な場合であっても、緊急度が高く迅速な処置を要する場合は受け入れ、初療を施し適切な病院へ転送を行う。

▽近隣の診療圏以外など遠方からの救急搬送要請は全て受け入れる。初療を施し適切な病院へ転送を行う事も可。

▽形成外科、耳鼻科、眼科領域など、原則として、初療のうえ専門医師の診察が必要な場合は、適切な医療機関に紹介する。

患者転送について

▽他院への転送が必要と判断される場合は、EMT科が転送先検索を行うが、転送先医師から医師間での説明を求められた場合は、依頼医師が対応する。

▽転院搬送に関してはER医師および各診療科医師は互いに搬送先検索に協力する。

▽転送の際救急車に医師の同乗を求められた場合はER医師および当直リーダー医師 (医師当直表の下線太字の医師) との間で協議し決定する。

注意事項

▽患者受け入れ等に意見がある場合は、院長へ直接連絡のこと。EMT科に直接意見してはならない。

問題発生時間い合わせ先

▽診療に対する患者からのクレーム等→救急部長または救急担当副院長 (必要に応じて救急部長または救急担当副院長より医療安全管理室長へ連絡)

▽患者から暴力を受けた場合→非常通報ボタン (警察が緊急出動)

▽嫌がらせを受けているなど困っている場合→保安推進室長