

海燕

うみつばめ No.58 2013.2.26

臨時増刊号

編集 石心会グループ 発行人：石井 暎禧

編集長：辻田 征男 副編集長：野口 美恵

〒212-0013 川崎市幸区堀川町580 ソリッドスクエア東館 4階

TEL.044-511-2266(代) FAX.044-540-1135 <http://www.sekishinkai.or.jp>

救急患者は いかなる場合も 断ってはならない

私たちは地域の急性期病院の務めとして、救急患者を断らない努力をしてきたつもりでいました。しかし、実際はさまざまな理由をつけ、多くの救急車やウォークインの患者を断ってきたという事実があります。その理由は「正当な理由があれば、断ってもよい」と勝手な医療者の独断が一人歩きしてきたからと言い切って良いでしょう。その結果として、救急患者の治療を受ける権利は失われてきたのです。

しかし**医師法には、「診療は断ってはならない」と明記してあり、通達によれば断れる条件はほとんどありません。**日本の法律は抽象的でありまいですが、**米国の救命救急法では「いかなる場合も断ってはならない」と明快です(P4参照)。**いわゆる応召の義務は、医療者の絶対的義務なのです。

なぜ、医療者が医療倫理にそむき、患者を見放すことができるのか。それは「他の医療機関・医療者が患者を引き受けるだろう」と安易に考えているからに他なりません。他に救急病院がない地域では、たらいまわしは起こらないという事実があります。多くの救急病院がある都市部においてこそ、救急の遅滞が起こるのです。**救急患者を断るのなら、病院(少なくとも急性期病院)であることを辞めるべきだと私は考えます。**

川崎幸病院では昨年6月の新病院への移転を機に救急医療の原点に帰り、ERルールを見直し、断らない救急を貫いています(P3~4参照)。

石心会グループ代表・川崎幸病院長

石井 暎禧



救急患者は いかなる場合も 断ってはならない

石心会グループ代表・川崎幸病院長 石井 暎禧

1次・2次・3次という区分は時代遅れ

制度上の遅れの問題もあります。救急医療において、一次、二次、三次という医療機関の分類区別は意味がないどころか、救急医療の障害物です。これは全国の救急に力を入れている病院の現場では常識で、救急医学会でもとうの昔に認知している事です。救急隊がこの認識を公文書として発行している都市もあるぐらいです。

考えてみれば、疾病が何であり重症度がどのくらいかは、患者に分かるはずもなく医療者が診察して初めて分かることであり、とにかく一刻も早く診療する事こそが肝要です。

満床も断る理由にならない

また満床（あるいは重症病床満床）も、断る理由になりません。当然ですが診察してみなければ入院を必要とするかどうか分からないからです。

総じて言えば、これまで、我々の病院で断った患者が、何時、何処でどのような診療を受けたか追跡してみると、いずれも、我々の病院でまず受けるべきだったと悔いの残るケースがほとんどです。

もし患者が自分の家族だったら

結局、救急の断りの原因は、地域の医療状況も知らず、自分の初歩的医療能力への自信のなさから断っているにすぎないのです。

仮に、夜中に治療を求めて救急車を呼んだ急病の患者がもし自分の大事な家族だったらどうでしょう。あなたは電話だけで来院を断っておしまいにするでしょうか？医療者は、常に自分に対しこのような問いかけをしてみる必要があります。

救急問題は今後高齢化の影響で日本全国でより一層深刻化するとが予想されます。特に夜間の急病に対処できる病院が減っていることもあり、地域の中核病院が全力をあげて取り組むべき課題です。

我々は今こそ、救急患者を断らない病院を宣言し、実行する必要があるのです。



川崎幸病院ERルール

川崎幸病院長 石井 暎禧

◆ 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、最終的な救急要請の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救急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科は業務遂行時、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）川崎幸病院常勤医師への診療要請（4）転院の判断をいう。
- ◎ ER医師は、**ER担当時間内はER業務に徹し**、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、必ず事前に連絡し了承を得る事。

※ 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。

◆ 救急搬送受入について

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、身体合併症状が全くない患者）
- （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

[次ページへ続く](#)

前ページより続く

※ (1)～(3)の理由により受け入れる事が困難な場合であっても、緊急度が高く迅速な救急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なう。

※ 近隣の診療圏以外等、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なう事も可。

※ 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なうが、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。

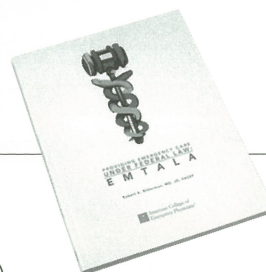
◆ 問題発生時間問い合わせ先

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

◎ 患者に暴力を受けた → 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

以上

米国連邦救命救急法 (救急に関する要点抜粋) Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA)



<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、いかなる場合も断ってはならず、まず、すみやかに検査を行わなければならない。
- たとえ患者が治療を求めていなくても、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、医師や看護師の判定ではなく、“分別ある素人”(Prudent Layperson)の感覚(基準)で行なわなければならない。
- 症状が安定するまで、自宅に帰したり、転院させたりしてはならない。

<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
- ★ 違反した病院に対し、違反ごと(救急車ごとに)最高5万ドル(約450万円)(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

(資料) Emergency Medical Treatment and Active Labor Actの原文等を抜粋・訳(牛越)