

# 日本のER型救急医療システムの現状

A病院を事例として

齋藤 靖

## 1 はじめに

本稿の目的は、日本のER (Emergency Room) 型救急医療システムの現状を明らかにすることにある。具体的に、ER型救急医療システムを採用しているA病院救命救急センターを事例として取り上げ、ER内外との連携の特徴および問題点について検討する。とりわけ本稿での重要な主張は、現状のままではER型救急医療システムを採用する医療機関において、そのシステムの維持・発展が困難になる可能性があるという点である。

ER型救急医療システムに着目するのは、次の3つの理由による。第1に、ER型救急システムでは、多様な主体が複雑かつ緊密に連携することが求められているためである。ERの役割は救急患者の初期診療を行うことにあるけれども、それを行うためには救急隊（消防）や他の病院・施設、病院内の画像診断部門、薬剤部門、ICU、他の診療科など、多様な主体との迅速な連携が欠かせない。「組織」という実体を理解するための本質的な要素として挙げられる「分業と調整」について検討するという観点から考えた場合に、ER型救急医療システムは適切かつ魅力的な調査対象だと考えることができる。

第2に、救急医療の崩壊との関連によるものである。近年、救急医療の現場が崩壊の危機に瀕しているとよくいわれる（小濱2009; 小濱編2008; 中村2008）。実際に、2007年ころより救急車の受け入れ拒否によるいわゆる「たらい回し」によって救急患者が死亡するといった報道が立て続けになされている。このような事態は、行政や病院、医師・医学界、患者、司法、ジャーナリズムなど多様な側面が複雑に絡み合うことによって生じている。われわれの生活にとって

なくてはならない救急医療が崩壊の危機にあるというこのような現状がいかんが生じているのか。A病院救命救急センターERの活動を検討することを通じて、完全ではないにせよ、複雑に絡み合ったメカニズムを多少なりとも解きほぐすことには意味があると思われる。

第3に、日本では徐々に増加傾向にあるものの、現時点においてER型救急医療システムを採用している病院は少ないからである。現在、各科相乗り型救急医療システムを採用している病院が多いけれども、このタイプのシステムにはいくつか問題がある。ER型救急医療システムは各科相乗り型救急医療システムで生じる問題を解決するため、また上述した救急医療の崩壊を食い止めるためにも近年注目されている。しかし、このシステムで救急医療活動を行っている病院の状況やその病院が直面している問題点などについては必ずしも十分に明らかにされていない。したがって、ER型救急医療システムを実際に採用している病院を調査することには意義があるだろう。

本稿の議論は、ER型救急医療システムを採用しているA病院救命救急センターのフィールド調査に基づいている。具体的には、A病院救命救急センターでの参与観察に基づく記録（フィールドノート）や、救命救急センターの医師や看護師、経営企画室の職員などに対するインタビュー記録、A病院救命救急センターのデータ（救急患者数の推移のような定量データおよび病院案内や救急患者のカルテデータのような定性データ）に基づいて、ER型救急医療システムを採用している病院における実際の活動の特徴や問題点を浮き彫りにすることを試みている。

もちろん、ER型救急医療システムを採用している他の病院がA病院救命救急センターと同じ特徴と問題点を持っているわけではない。他の病院はそれぞれ異なるコンテキストに埋め込まれているため、異なる特徴や問題点を持ちうる。しかし、特定のケースを、そのコンテキストも含めて検討することが、他のコンテキストに埋め込まれている場合にどのような特徴や問題点が生じ得るのかを探るための手がかりになることも確かである。その意味において、本稿を日本におけるER型救急医療システムを考察するための一つの足がかりとして位置づけることも可能である。

以下では、次のような構成で議論を進める。まず、日本の救急医療システムとして3つのタイプがあることを説明する。つづいて、調査対象であるA病院救命救急センターの概要について説明し、同センター内にあるER活動における連携の特徴および問題点について検討する。最後に、A病院救命救急センターの特徴および問題点を踏まえたうえで、とりわけ日本のER型救急医療システムにおいて生じる可能性のある問題に関してさらなる考察を行い、今後の研究課題について述べる。

## 2 日本の救急医療システム

日本の救急医療のシステムにはいくつかのタイプがある。表1は、そのタイプを整理したものである。

表1 救急医療システムのタイプ

		仕事現場	仕事内容
集中治療型		集中治療室（病棟）	救急初期診療には関与せず重症入院患者の集中治療
救急初期 診療型	各科相乗り型	救急外来から病棟まで	自分たちの診療科の救急初期診療から病棟での治療まで
	ER型	救急外来	すべての診療科の救急初期診療

出所：日本救急医学会ER検討委員会（2010）に基づき筆者が作成した。

現在の日本の救急医療システムは、大まかには集中治療型と初期診療型に分類することができる。さらに初期診療型は、各科相乗り型とER（Emergency Room）型に分類することができる。以下では、それぞれの救急医療システムの特徴と、集中治療型および各科相乗り型救急医療システムの問題点について検討する

### 2-1 集中治療型

日本では、患者の重症度によって、救急医療が1次救急、2次救急、3次救急の3つに分類されている。1次救急は軽症患者に対する救急医療を、2次救急は中等症患者に対する救急医療を、3次救急は重症患者に対する救急医療を指す。

軽症患者は帰宅可能な患者に、中等症患者は一般病棟への入院患者に、重症患者は集中治療室への入院患者に相当する。

集中治療型救急システムは、おもに重症患者（3次救急患者）の治療を目的として発展したものである。このタイプのシステムは、図1に示すような、これまでの日本の救急医療システムの仕組みのなかで捉えると理解しやすい。

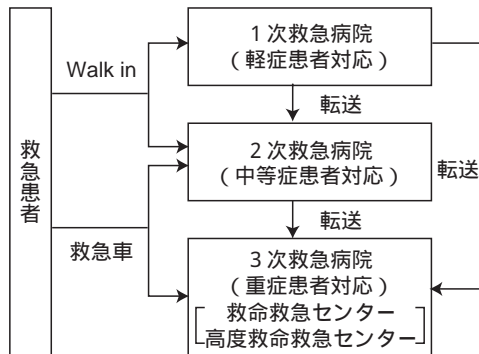


図1 従来の救急医療システム

出所：日本救急医学会ER検討特別委員会（2010）

集中治療型救急医療システムを採用している病院は、図中の3次救急病院に該当する。3次救急病院の役割は、重症患者（3次救急患者）の集中治療である。したがって、軽症患者（1次救急患者）や中等症患者（2次救急患者）の治療は行わない。これらの患者は、1次救急病院や2次救急病院が担当する。また、治療を行うことが重要な役割であり、救急患者の診断や初期治療などの初期診療は行わない。治療はおもに集中治療室で行われる。

集中治療型救急医療システムである3次救急病院を含む従来の救急医療システムには問題がある。それは初期診療機能の不在である。救急病院の中心的な役割は患者の治療であるのに対して、治療の前段階に必要となる初期診療機能を担っているわけではない。したがって、1次救急病院から3次救急病院のどこに行くべきかについては患者が選択することになる。しかし、当然のことながら患者は医学的知識という点では素人であるため、自分が軽症なのか中等症な

のが重症なのか明確にはわからず、どのような医療機関へ行くべきかわからない。そのような状況でもどこかの医療機関を選択しなければならないが、不適切な選択であることが少なくない。たとえば、「肩が痛い」ということで整形外科を受診したにもかかわらず実際には急性心筋梗塞（循環器科）だったり、「吐き気がする」とと消化器内科を受診しても実際には緑内障発作（眼科）だったり、転倒して大腿骨を骨折した患者に致命的な不整脈が隠れていたりすることがある。

もちろん、図に示すように、1次救急病院に2次や3次の救急患者が来院した場合や1次や2次救急病院に3次救急患者が来院した場合には、高次の病院へ転送（紹介）することが原則になっている。しかし、ここでも問題が生じることが多い。第1に、軽症患者のようにみえて実際は重症患者だったというケースを正確に診断することができない場合がある。第2に、第1のような場合のために、高次施設は重症患者と確定されていない時点での患者を進んで引き受けようとは思わないことがある。このような問題も、従来の救急医療システムは救急患者に対する治療が主要な役割であり、その前の段階の、患者を選別するための診断機能が不十分であることに起因しているのである。

## 2-2 各科相乗り型

各科相乗り型救急医療システムとは、各科の救急担当医を集めて救急患者に対応するシステムである。図2は、各科相乗り型救急システムを示したものである。

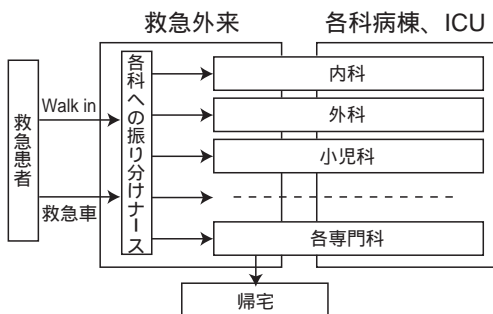


図2 各科相乗り型救急医療システム

出所：日本救急医学会ER検討特別委員会（2010）

このシステムが従来の救急医療システムと異なるのは、救急患者がどの診療科に関連した患者であるのかを選別し、特定の診療科へ振り分ける役割が組み込まれている点である。この役割は、おもに看護師や研修医が担っている。また、特定の診療科に振り分けられた患者が入院する場合には、救急外来で担当した診療科が担当することになる。日本の救急医療システムでは、このタイプのシステムが最も多い。なお、このシステムは各診療科の救急担当医が協力することによって成り立っているため、当該施設で対応可能な科の救急患者のみを受け入れることになる。

各科相乗り型の救急医療システムは初期診療機能までも組み込んでいる点で集中治療型の救急医療システムより前進しているといえるけれども、問題がないわけではない。第1に、すべての救急患者の初期診療が困難である。このシステムは各診療科の救急担当医の協力体制によって成り立っているため、当該施設で対応可能な診療以外の初期診療を行うことは困難である。

第2に、診療科への振り分けにおいて問題が生じる。診療科への振り分けは看護師や研修医が行うことが多く、彼（彼女）らは医学的知識の面で浅く経験的に行われている場合が多いため、この振り分けの段階で間違ってしまう可能性がある。また、このタイプの救急医療システムは各診療科の救急担当医から成り立っており、実際には各科の狭間に入ってしまう患者が多数存在するため、どの診療科に振り分けるべきか明確には決められないことも多い。

第3に、費用の問題がある。現代医学では、専門（診療科）が細分化されている。たとえば、最近では内科医といっても、循環器科医や消化器科医、呼吸器科医、感染症医、神経内科医など、さらに細かい専門分野に別れている。実際に、これらすべての専門診療科の救急担当医を集めてグループを作り、彼（彼女）らを当直させるためには膨大な人件費が必要になる。だからといって、内科医1名を救急担当医としたとしても、その他に外科や整形外科、脳神経外科、小児科、産婦人科など各専門の診療科医を1人ずつ揃えたグループを組むだけでも費用はかさむことになる。

## 2-3 ER型

ER型救急医療システムは、北米のED（Emergency Department）で行われている救急医療システムを参考につくられたものである。図3は、ER型救急医療システムを示したものである。

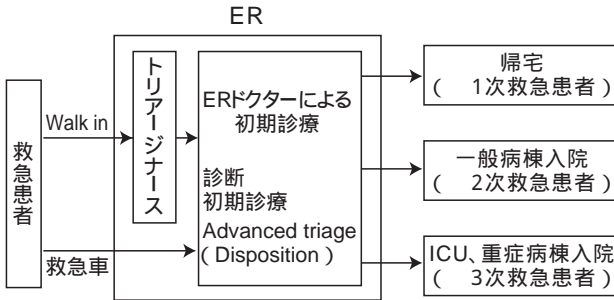


図3 ER型救急医療システム

出所：日本救急医学会ER検討特別委員会（2010）

このシステムでは、原則すべての救急患者に対応する。すなわち、いかなる年齢の患者にも、いかなる診療科に相当する患者にも、いかなる重症度の患者（1次救急患者～3次救急患者）にも対応するのである。したがって、たとえば、「この患者はうちの専門ではないので対応できない」というように来院してきた患者の受け入れを断ることはしないのが特徴である。

また、このシステムでは、すべての診療科の初期診療を行う。救急初期診断には、診断および初期治療、advanced triage（disposition）が含まれる。なお、advanced triage（disposition）とは、救急患者を帰宅させるか入院させるか、もし入院させるならどの診療科にどの時点で話をもっていくのかなどの判断を行うことを指す。

さらに、各診療科の専門医によってグループが構成されている各科相乗り型救急医療システムとは異なり、ER型救急医療システムではER専門医が初期診療を担当する。ER専門医には、とりわけ次の3つの特徴がある。第1に、ER専門医はERの専任医師であり、各診療科の業務を兼任しない。第2に、ER専門医

は手術や入院患者，専門外来には直接的には関与しない。第3に，ER専門医はすべての救急患者，すなわちすべての診療科の初期診療を行う能力を持っているなければならない。

なお，このシステムでは，救急車によって搬送されてきた救急患者については，病院到着後すぐにER専門医によって初期診療が開始される。それに対してWalk-inの救急患者については，トリアージ・ナースとよばれる看護師がはじめに救急患者に対応し，初期診療の緊急性を判断したうえで，緊急性が高いと判断された場合には，ER専門医の初期診療を緊急に受けることになる。

### 3 A病院救命救急センターの概要

#### 3-1 A病院

本稿では，ER型救急医療システムを採用しているA病院を取り上げる。A病院の始まりは戦後間もない1948（昭和23）年にまでさかのぼる。この年にA病院の前身であるB医院が開設された。その後，1953（昭和28）年に内科と小児科，放射線科を標榜し，結核病棟79床にてA病院が開設された。

A病院開設後，当院は社会の多様なニーズに応えるかたちで規模の拡大を行ってきた。2008年1月1日時点で，27の診療科（内科，精神科，神経内科，呼吸器科，消化器科，循環器科，小児科，外科，整形外科，形成外科，脳神経外科，呼吸器科，心臓血管外科，小児外科，皮膚科，泌尿器科，産婦人科，眼科，耳鼻咽喉科，リハビリテーション科，放射線科，歯科，歯科口腔外科，矯正歯科，小児歯科，麻酔科，リウマチ科）を持ち，総病床数が1,394床（一般病床1,188床，療養病床100床，精神病床100床，感染症病床6床），職員数が1917名（医局315名，看護部門1,068名，医療技術部門187名，リハビリ部門101名，その他246名）である。

A病院の医療体制の特徴として，地域の医院や病院と連携した「保健・医療・福祉」の包括体制を推進するとともに，急性期～亜急性期～長期慢性期～在宅医療という「医療の継続性」を重視したケアミックス体制を確立している



点をあげることができる。なお、A病院は2009年より社会医療法人となり、地域において中心的な役割を果たす医療機関として位置づけられるようになった。

### 3-2 救命救急センター

A病院の救急診療の歴史は古い。救急告示制度が制定された1964（昭和39）年に、「24時間365日すべての患者の受け入れを断らない」をモットーとして、交通事故による外傷に対応するための救急医療が開始され、1968（昭和43）年に救急医療センターが開設された。その後、新生児や小児の救急患者の増加にともない、1978（昭和53）年に新生児・小児救急医療センター（NICU）が開設され、1980（昭和55）年には、脳神経外科や心臓血管外科、形成外科、産科などの救急体制を整備するため、特殊手術室3室およびICU・CCUを含めた病床数128床の救急医療センターが増設された。さらに1983（昭和58）年には、地域医療システムの進行にともない、脳血管障害や新生児脳疾患、頭部外傷に対して初期救急医療からリハビリテーションまでの一貫した治療を行う、病床数232床の脳神経広域救急医療センターが開設された。

1996（平成8）年には、1968（昭和43）年に開設された救急医療センターを解体し、1999（平成11）年に新しい救急医療センターが建築された。さらに2004（平成16）年には、当該地域における小児救急の永続的実施と夜間救急での待ち時間短縮のために、広域小児救急センターが開設された。その後、地域医療機関の機能分化がはかられるなかで救急医療体制の充実・強化が求められることになり、当院が行ってきた長年にわたる救急医療の実績に基づき、2006（平成18）年に救命救急センターの指定を受けることになった。

24時間365日、1次救急患者から3次救急患者まで、また、産科・新生児・小児救急から脳神経・心臓疾患まであらゆる分野の患者の受け入れを断らない当センターは、ERおよび外来診療室が前面に立ち、ICUやHCU、小児ICUなどが後方に待機する組織体制になっている。人的体制については、医師部門（救急診療科の専任医師と研修医）と看護部門（看護師、準看護師、保健師、助産師、助手）から構成されている。なお、ERの所属ではないけれども、各診療科には救急担当医が待機している。勤務形態については、医師部門は2交代制、看

護部門は3交代制を採用している。各勤務帯において、医師部門では専任医師2名および研修医が、看護部門では、勤務帯によって5名あるいは9名（うち1名がリーダー）がERでの業務を行う。

A病院の救急医療センターは、ER型救急医療システムを採用する日本でも数少ない病院の一つである。歴史的に見ても、救急診療を開始した当時から「24時間365日すべての患者の受け入れを断らない」ことをモットーとして掲げていることなどから、ER型救急医療システムを採用する素地はずっと以前から存在していたといつてよいだろう。

### 3-3 基礎データ

A病院の救命救急センターの救急患者数は、2007年（平成19）年をピークに2008（平成20）年には若干減少したものの、ここ10年増加傾向にある。全救急患者数（救急車搬送患者+自主来院患者）については、1999（平成11）年の50,864名に対して2008（平成20）年には57,357名となり、約7,000人増加している（ピーク時の2007（平成19）年は61,779名）。また、救急車搬送患者数については、1999（平成11）年の5,171名に対して2008（平成20）年には9,004名となり、約2倍の増加を示している（ピーク時の2007（平成19）年は9,770名）。全救急患者数に対する救急車搬送台数の割合が、約10.2%から約15.7%へ増加していることから、とりわけ救急車で搬送されてくる患者の増加が顕著であることがわかる。

次に、2008（平成20）年の全救急患者についてより詳細に検討してみよう。まず、患者の重症度の割合については、重症患者が全体の4.3%、中等症患者が7.8%であるのに対し、軽症患者が87.9%であり、圧倒的に1次救急患者が多い。1次救急患者、つまり軽症患者が多い理由として、A病院から半径5km圏内という非常に近い所に3次救急医療施設があることが考えられる。また、このような重症度別の割合構成からも推測可能であるが、患者の転帰については、外来が全体の87.9%で圧倒的な割合を占めており、以下、他の病棟が7.7%、ICUが3.9%、小児ICUおよび死亡は0.2%、新生児センターが0.1%となっている。

つづいて、どの診療科の救急患者が多いのかについては、小児科の患者が最も多く全体の38.0%を占めている。そのあとには内科の18.9%、整形外科の14.4%、脳神経科の9.6%、外科の5.0%が続いている。

最後に、曜日別および時間別の救急患者の割合であるが、曜日別では、平日が全体の67%に対して日曜・祭日が34%であり、平日の割合が高いけれども、1週間に6日が平日であるため、平日1日の平均は全体の約11%であり、それと比較して日曜・祭日は平日の約3倍の救急患者が来院していることになる。また、時間帯については、昼間が全体の28%、準夜帯が54%、深夜が18%であり、全救急患者のうちの半数以上は準夜帯に来院していることになる。

#### 4 A病院救命救急センターERの連携：特徴と問題点

##### 4-1 救急患者の流れと連携主体

ここでは、救急患者をERに受け入れてから送り出すまでのおおまかな流れについて説明する。図4は、その概略を図示したものである。

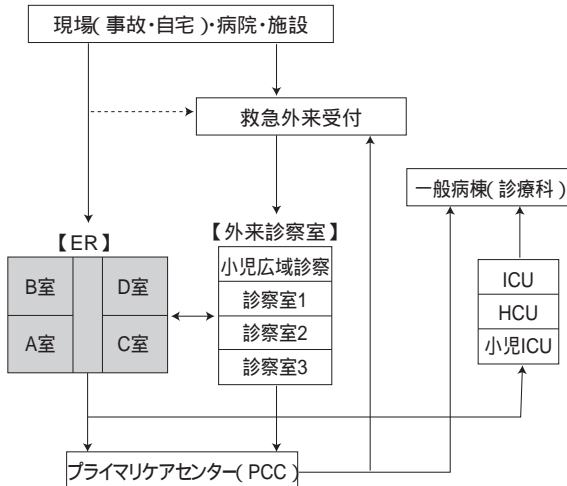


図4 救急患者の流れ

まず、救急患者は事故現場あるいは自宅、他の病院・施設からA病院へ来院ことになるが、その際に2つの手段のいずれかにて来院する。ひとつは救急車で来院するパターンであり、もうひとつは自主来院、すなわち、自分で歩いて来院するか、自家用車を含めた救急車以外の何らかの交通手段を用いて来院するパターンである。救急車で来院する場合には、A病院に到着後、救急患者はすぐにERへ搬送される。なお、救急患者に付添人がいる場合には、その付添人が救急外来受付で手続きを行うことになる。それに対して、自主来院の救急患者のほとんどは、まず救急外来で受付を行う。

来院後、救急車で搬送された救急患者はERのA室からD室のいずれかの部屋で初期診療を受けることになる。患者の状態によって、A室からD室のどこに入れるかが原則的には決められている。A室（1床）では3次救急患者の初期診療が、B室（2床）では外傷または2次・3次の救急患者の初期診療が、C室（1床）では産婦人科の患者の初期診療が、D室では小児または1次・2次の救急患者の初期診療が行われる。なお、初期診療の結果、軽症の患者であればERのすぐ近くにある外来診療室で初期診療が行われる場合もある。自主来院の救急患者の場合は、救急外来受付にて看護師からトリアージ受けたうえで、重症度が高い場合にはERで医師の初期診療を受け、重症度が低い場合には外来診療室で医師の初期診療を受ける。初期診療の結果より専門的な診療が必要な場合には診療科に待機している救急担当医がERや外来診療室に向いて診療を行い、簡単な治療で済む場合にはそこで治療を行う。

ERで医師から初期診療を受けた救急患者は、帰宅するか入院することになる。帰宅する場合には、救急外来受付にて支払いなど諸手続きを済ませ帰宅することになる。なお、後日、患者の自宅周辺にある診療所などで引き続き診療や治療が必要な場合には、紹介状を発行し、患者に手渡すことになる。それに対して、入院が必要とされる場合、とりわけ重症度が高い場合には、ICUやHCUに入ることになる。それほどの重症度ではない場合には一般病棟に移る。ただし、A病院以外の病院で入院することもあり、その際には、救急外来受付にて諸手続きを済ませ、紹介状を持って他の病院などへ搬送される。なお、ERや外来診療室での初期診療の時点で帰宅か入院かを即決できず、しばらく患者

の様子を診たいような場合や、入院が必要だが<sup>22</sup>以降に搬送されてきた患者については、一時的にERに隣接するプライマリアセナー（PCC，10床）へ移されることになる。

次に、上のような救急患者の流れのなかで、ERが救急患者の初期診療を行うためにどのような主体と関わりを持っているのかについて説明する。図5はERでの活動を中心に関連主体を示したものである。

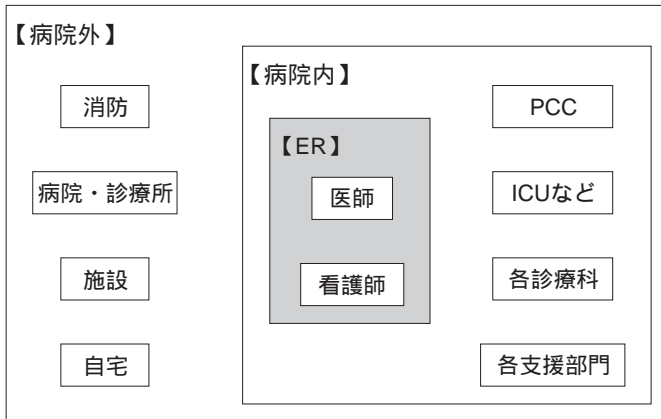


図5 主要な関係主体

ERは、その内外において多様な主体と関係を持っている。ERは救急患者の初期診療を行う役割を担っているだけである。したがって、救急患者をERに受け入れる前にその患者と関わりをもつ主体や、受け入れ後に患者に対して行われる初期診療を支援する主体、ERから送り出した患者を引き受けることになる主体とは何らかの関係性が存在することになる。また、ER自身の活動も、内部に存在する異なる専門性を持った人間による関係性によって維持されている。

具体的には、次のような主体と関係性を持っている。まず、救急患者を受け入れる際に関係する主体としては、消防や他の病院・診療所、施設、自宅などがある。次に、受け入れ後に患者に対して初期診療を行う際に関係する主体と

しては、画像診断や検査、薬剤などの各種支援部門や各診療科などがある。さらに、ERから患者を送り出す際に関係する主体としては、PCCやICUなどの集中治療室、各診療科、他の病院・診療所、施設、自宅などがある。ER内では、医師と看護師が協力的な関係性を構築することによって救急患者の初期診療が行われている。

なお、ER型救急医療システムと対比する形で従来型救急医療システムと各科相乗り型救急医療システムを図5で検討すると以下のようなになるだろう。まず、従来型救急医療システムについては、ERという部門自体が存在しないため、ER専門医およびER担当の看護師が存在しない。したがって、病院外からの救急患者は各診療科が直接受け入れることになる。つまり、初期診療機能が存在しないために、1次救急病院から3次救急病院のどこに行くべきかの選択は病院外の主体が担うことがある。この段階で誤った選択を行う可能性が高まってしまうという問題が発生する。

次に、各科相乗り型救急システムについては、従来型救急医療システムと同様に、ERという部門が存在しない。つまり、ER専門医は存在しないことになる。しかし、救急外来患者を受け入れる部門（部屋）が存在し、そこに各診療科に所属している救急担当医師がいる。ER専門医のかわりに各診療科の救急担当医が救急外来患者を受け入れる部門に配置されているのである。また、ER型救急システムとは異なり、各診療科と強固な繋がりを維持しているため、救急患者が来院した際に一度特定の診療科が担当することになると、最後までその診療科が責任を持つことになる。なお、従来型救急医療システムとは異なり、初期診療機能は救急外来患者を受け入れる部門に存在する。しかし、この機能はトリアージ・ナースと呼ばれる看護師か研修医が担当することが多いため、診療科への振り分けに誤りが生じることも多く見受けられることが問題である。

以下では、ER型救急医療システムに注目し、上で述べた救急患者の流れを3つの段階に区切り、それぞれの段階における連携の特徴と問題点について検討する。3つの段階とは、(1) ERが救急患者を受け入れる段階、(2) ER内で救急患者の初期診療を行う段階、(3) ERから救急患者を送り出す段階である。

#### 4-2 連携の特徴と問題点(1)：受け入れ

救急患者の受け入れの特徴と問題点については、とりわけ救急車で搬送される場合を検討する。救急車にてERに患者が搬送される場合、まず救急隊員が患者のいる現場まで行き、そこで患者の状態を把握し、A病院救命救急センターERに受け入れ可能であるかを確認する電話をかける。ERでは救急隊員からの電話(ホットライン)があると、ERの出入り口の上にある赤いランプが点滅し、電話の音がER内に響きわたる。そこで、ERの医師が電話に出て、バイタルサインなどの患者の状態や救急車がA病院に到着するまでの時間などの情報を受け取る。電話を受けた医師はホットライン用紙に情報を書き込む。

この情報は看護師のリーダーも受け取り、リーダーは得られた情報から患者をA室からD室のどの部屋に入れるのかを決定し、その患者に責任を持つ看護師1名を指名する。入れるべき部屋を決定した後は、患者が搬送されてくるまでに、患者に責任を持つ看護師を中心として手の空いている看護師や医師が、必要な器具や薬剤、カルテなどの書類を準備する。

病院へ救急車が到着するころになると救急車のサイレンがER内にも聞こえてくるので、医師や看護師たちはERの出入り口付近に待機する。救急車の到着後、救急隊員が患者をER内の指定された部屋まで運ぶ。その際、ERの医師や看護師は搬送される患者に付き添い、救急隊員から患者の状態などの説明を受ける。なお救急隊員は、患者の状態などを記した用紙を医師に渡す。

以上のように、救急車で搬送された患者を受け入れる際には、ホットラインによって事前に患者の状態に関する情報を入手することによって、患者が到着するまでにどの部屋に患者を入れるかということや、初期診療に必要な器具や薬剤、カルテなどを事前に準備することが可能となっている。このような事前の準備によって、ERに搬送されてからすぐに患者の初期診療を開始できるのである。

ただし、この患者の受け入れ段階においていくつか問題がある。第1に、救急患者数の増加との関連の問題である。上で既に述べたように、A病院では、1次から3次まですべての救急患者を受け入れるという方針をとっている。この方針はER型救急医療システムの考え方とも合致する。しかし、このようなす

すべての患者を受け入れるという方針を外部主体が巧みに利用している側面もある。つまり、救急隊にしる、他の病院や施設にしる、あるいは自主来院の患者にしる、必ず受け入れてくれるという理由から、とにかくA病院へ行けばなんとかしてくれるという意識が働きやすい。このことが救急患者数の増加に影響を与えている側面も否定できない。とりわけ、救急患者のたらい回しの問題などが話題になっている近年の状況では、確実に患者を受け入れてくれる病院へ搬送しようという意識を持つ救急隊が増える可能性も否定できない。

第2に、外部主体の医学的知識から生じる問題がある。つまり、外部主体は医師ではないため、医学的知識を十分に持っているわけではなく、それがERの活動に必ずしもよい影響を与えないのである。たとえば、救急患者の搬送前に救急隊員がERの医師に伝える患者の情報が正確ではない場合があり、患者が搬送されてくる前にERで準備していたことが無駄になり、時間的なロスをもたらす場合がある。あるいは、施設の職員や自主来院する患者についても医学的知識が少ない場合がほとんどであり、大病院であり必ず受け入れてくれるA病院に頼る傾向にある。コンビニ受診のような問題も存在している可能性が高い。

#### 4-3 連携の特徴と問題点(2)：初期診療

次に、救急患者の初期診療の特徴と問題点について述べる。救急患者がERに搬送され、特定の部屋に入れられると、ERの医師による初期診療が開始され、看護師がそれを支援する。重症度など患者の状態やその時点でERにいる患者の数によって初期診療に携わる医師や看護師の数は変化する。重症の患者であるほど、あるいはその時点でERにいる患者の数が少ないほど一人の患者の初期診療に携わる人数は多くなる傾向にある。なお、初期診療の際には、様々な薬剤を使用したり、X線やCTなど画像診断なども必要となるため、このような各種支援部門との連携が必要になる。また、より専門的な診断が必要であったり、ERで治療できる程度の症状（指を切ったというような軽い外傷）の場合には、各診療科で待機している救急担当医をERに呼び、彼（彼女）らに診断や治療を任せる。



ERの医師は患者の初期診療に集中することは当然だが、特定の患者に常時付きっきりになるということはない。もちろん、特定の患者に対して特定の医師が初期診療を担当する傾向にあるけれども、準夜帯のように患者が次々とERへ搬送されてくるような場合には、特定の患者に付きっきりになるということとは不可能である。とりわけ患者が多くERにいるような場合、ER内は混沌とした状況になる。看護師や医師、画像診断部門の職員、各科救急担当医、患者の付添人、救急隊員、時には警察などがER内を動き回っている。そのような状況で、ER内にいる各患者の状態を的確かつ継続的に把握することは非常に困難になる。

そこで、ここでは、一人の患者に対して必ず一人の看護師が責任を持って常時付き添うことになっている。この看護師は、患者の身体的かつ精神的なケアを行いながら患者の状態を常に把握し、それをカルテなどの所定の用紙に詳細に記録していく。それによって、一時その患者を離れた医師が再びその患者のもとに戻ってきた時にも、その看護師に質問するなり看護師が記録した用紙を見るなりして患者の状態の推移を確認することが可能である。また、途中から他の医師がその患者の診療を行うことになった場合でも、同様の方法によって患者の状態をすぐに把握することが可能となる。なお、この看護師は患者がERを出るまで責任を持って担当することになるが、その患者が入院する場合には、病棟まで付き添うことになる。もし、ERを出たあとに手術を行い、その後に病棟に入るような場合には、手術にも付き添い、病棟に入るまで責任を持って付き添うことになる。なお看護師は、部門間を調整する役割も果たす。具体的には、画像診断部門や薬剤部門、各診療科の救急担当医などとの連絡および調整の役割を果たしている。このように、A病院救命救急センターERでは、医師は患者の初期診療に専念するのに対し、看護師は患者の全体的なケアを行いながら、組織的な手続きも含めて医師の診療がスムーズかつ確実に行えるようにサポートする重要な役割を果たしているのである。

以上のように、救急患者の初期診療の段階では医師と看護師、各種支援部門の協力関係によってスムーズに診療が行える体制が築かれている一方で、いくつかの問題も存在する。第1に、救急患者数の増加との関連で生じている問題

である。上で示したように、準夜帯や日曜・祭日の患者数は非常に多い。そのような状況では、ERにある各部屋では間に合わず、通路にベッドを用意することも多い。このような場合、とりわけ看護師の業務に大きな支障が出てくる。一人の患者に一人の看護師が責任を持つという仕組みを維持することが困難になったり、ER全体の状況を把握しなければならないはずの看護師のリーダーが特定の患者の責任者にならざるを得ない場合もある。このような状況では、看護師としての本来の役割である、患者の全体的なケアを行うことすらも果たすことが難しくなってしまうのである。

第2に、患者に対する説明責任との関連で生じている問題である。近年、医療過誤やそれにとまなう医療訴訟についてマスコミなどの報道が多くみられるようになってきている。それによって医療機関に対する患者の目が厳しくなっており、医療機関側も患者に対する説明責任がますます強まっている。その結果、ERの現場では、軽症患者だとしても以前にもまして手厚い初期診療が必要になっている。また、ERでの活動に関わる文書記録作業が増加傾向にある。これらのことによって、平均的に診療時間が長くなり、患者がER内に長時間いることになり、重症患者の初期診療に対して多くの人手や時間を割けない状況が生み出される場合もある。また、とりわけ文書作業の増加によって、患者に向き合う時間が減少しているという問題もある。

第3に、ERにおける医師の問題である。とりわけER専門医の数が少ないという問題がある。A病院では多くの研修医を受け入れているけれども、研修期間を過ぎた後でも当院のERに残ることはあまりなく、後期研修医がうまく定着しない。これには2つの理由が考えられる。ひとつは、過酷な勤務および訴訟リスクが大きいことからERでの仕事を敬遠しがちであるということである。もうひとつは、一般的に（もちろん例外はあるが）医師は専門化志向が強いために、ジェネラリストとしての特徴を持つERでの仕事に魅力を感じる医師がそれほど多くないということである。

#### 4-4 連携の特徴と問題点(3)：送り出し

最後に、ERから患者を送り出す段階の特徴と問題点について検討する。ER

で医師から初期診療を受けた救急患者は、最終的にはERの医師あるいは各診療科の救急担当医の判断で帰宅するか入院することになる。帰宅する場合には、救急外来受付にて支払いなど諸手続きを済ませ帰宅することになる。なお、後日、患者の自宅周辺にある診療所などで引き続き診療や治療が必要な場合には、紹介状を発行し、患者に手渡すことになる。

それに対して、入院が必要とされる場合、とりわけ重症度が高い場合には、ICUやHCUなどに入ることになる。それほどの重症度ではない場合には一般病棟に移ることになる。入院が必要な場合には、手術が行われたり、継続的に治療が行われることになる。入院の際にはICUやHCUなどのベッドが空いているか、あるいは一般病棟のベッドに空きがあるか確認しなければならない。また、特定の診療科に患者をお願いすることになるが、該当する診療科からの許可を得なければならない。これらの連絡や調整はERの医師が行うこともあるが、平均して看護師が行うことが多い。連絡の際にはおもにPHSが使用される。

なお、A病院以外の病院で入院することもあり、その際には、救急外来受付にて諸手続きを済ませ、紹介状を持って他の病院などへ搬送される。その際には看護師も同乗する。また、ERや外来診療室での初期診療の時点で帰宅か入院かを即決できず、しばらくの間患者の様子を診たいような場合や、入院が必要だが<sup>22</sup>以降に搬送されてきた患者については、一時的にPCCへ移されることになる。

ERからの患者の送り出しにおける大きな問題は、とりわけERから他の診療科（一般病棟）への受け渡しがスムーズにいかない場合があることである。一般病棟が満床である場合にはERにいる患者を一般病棟へすぐに移すことは困難になる。また、ERの初期診療で患者の症状を確定できない場合には、いくら該当しそうな診療科に受け入れをお願いしたとしても「エビデンスがない」ということで断られることがある。あるいは、複数の診療科にまたがるような症状の場合には、どちらに受け入れてもらうかを決めるのに時間を要することがある。

## 5 考察と今後の研究課題

前節では、A病院救命救急センターのERを検討することによって、ER活動を支える病院内外の主体との連携の特徴やその問題点について明らかにしてきた。ここでは、以上の検討結果についてとりわけER型救急医療システムが抱える問題に着目して若干考察を加え、今後の研究課題を述べる。

### 5-1 考察

従来型救急医療システムや各科相乗り型救急医療システムとER型救急医療システムで大きく異なる点は、次の2つである。第1に、いかなる年齢の患者にも、またいかなる診療科に相当する患者にも、いかなる重症度（1次救急患者から3次救急患者）にも対応し、来院してきた救急患者の受け入れを断らないということである。第2に、初期診療機能を担うER専門医の存在である。これら2つの特徴は、初期診療を正確かつスムーズに行うことを目的としたものである。実際に、ER型救急医療システムを導入することによってその目的を達成することができている側面もある。しかし、このシステムを導入することによって新たな問題が生じていることも確かである。個々の問題については、前節において救急患者の流れに沿ったかたちで述べたが、ここでは、これらの問題を総合したかたちで因果関係のメカニズムを展開する。この考察でのポイントは、現状のままではER型救急医療システム、つまりすべての救急患者を断らず、受け入れた救急患者の初期診療をER専門医が行うということを維持・発展させていくことは困難であるという結論が導出される。

この結論に至るメカニズムは、「すべての患者の受け入れを断らない」というER型救急医療システムが持つそもそもの特徴と、近年の医療界へ向けられたマスコミなどの論調（およびその影響を受けた世論）から始まる。ER型救急医療システムを採用している病院はいかなる患者も受け入れてくれるということを外部主体が知っているために、救急隊にしる、他の病院や施設にしる、あるいは自主来院の患者にしる、このタイプの医療システムを採用している病院へ行けばなんとかしてくれるという意識が働きやすい。また、とりわけ近年「救急患者のたらい回し」についてマスコミなどが取り上げることによって受

け入れを断らない病院へ救急患者が集中する可能性がある。

なお、どのような患者でも受け入れてくれる病院へ行けばよいという意識が働いてしまうと、この患者はどのような患者であるのかとか、自分は病院へ行くべき症状なのか否かという判断を行う努力を払わなくなる可能性があり、外部主体の医学的知識の向上が醸成されない可能性が生じ、このことが必ず受け入れてくれる病院にさらに患者が集中する可能性を高めかねない。

このように、すべての患者を受け入れる病院への救急患者の増加は、次の3つの影響を与えることになる。第1に、その病院の許容範囲を超えた救急患者が来院した場合には、いくら「すべての患者を受け入れる」ことを理想・理念として掲げていたとしても、現実的には受け入れを断らざるを得なくなる。このことは、ER型救急医療システムの一つの特徴を満たすことができなくなる。さらには、たらい回しの問題が解決されない状況が継続する可能性すら存在する。

第2に、ER専門医がその病院に定着しない可能性を高めている。救急患者の増加によって、研修医に対する教育が疎かになりかねないのである。たしかに救急患者数が多いということは、研修医が接する患者の数も多くなるために、経験を積むという意味では必ずしも悪いことではない。しかし、臨床経験を積む際に、ER専門医からの十分な指導やアドバイスを受けられない可能性も高くなる。したがって、研修医としてERの臨床経験を積んだとしても、ERでの業務の多忙さという側面も加えて、そのERで継続して専門医として生きていこうと考える者はそれほど多くない。さらに、ジェネラリストとしての特徴を持つER専門医になろうと思う医師や研修医はそれほど多くはないと考えられる。このようなER医師の定着の問題は、そもそも医師はスペシャリストを志向しがちであるという医師の特性と医療過誤に対するマスコミやマスコミの論調に影響を受けた一般の国民の厳しい目によってより深刻なものになっている。このようなER専門医の定着の困難性についても、ER型救急医療システムとしての重要な特徴を満たすことができないことを示唆している。

第3に、本来リソースを割くべき救急患者である3次救急患者（重症患者）に対して十分なリソースを割くことができず、初期診療が疎かになる可能性がある。

救急患者の増加の多くは軽症患者が占めている場合が多い。常識的に考えれば軽症患者への初期診療に対してはそれほどリソースを割く必要がない。しかし、近年の医療過誤に関わる世間の厳しい目によって、軽症患者に対しても手厚い初期診療および説明が求められるようになってきている。それによって、本来時間的にも人員的にも集中して割り当てなければならない<sup>13</sup>次救急患者（重症患者）に対する十分な初期診療が困難になってきているという現状があることも否定できない。このような問題は、さらなる医療過誤の可能性を高めたり、病院内で診療科へ受け渡す時のコンフリクトを助長する可能性をも高めかねない。

以上のように、現状のままER型救急医療システムを採用した病院は、そのようなシステムを採用しているがために中・長期的にそのシステムを維持することが困難になるという逆説的な帰結の可能性が推測されるのである。

## 5-2 今後の研究課題

今後の研究課題として、少なくとも次の2点が考えられる。第1に、ER内外における連携活動をさらに詳細に検討することである。本稿での記述はフィールド調査（参与観察やインタビュー）に基づいて行われているにもかかわらず、ER型救急医療システムにおける実際の活動の具体的かつリアルな姿をうまく描ききれているとは言い難い。このような問題を克服するために、高信頼性組織（High Reliability Organization、以下、HRO）研究（例えば、LaPorte and Consolini 1991; 中西2006; Roberts 1989, 1990a, 1990b, 1993; Roberts et al. 1994; Rochline 1989; Weick and Roberts 1993; Weick and Sutcliffe 2001）との関連から救命救急センターのフィールドワークを行っている、人類学者の福島による研究が非常に参考になる（福島2001, 2005, 2006）。

福島による研究は、これまでのHRO研究者とは一線を画した独自の視点を持っている。彼は、これまでのHRO研究が現場での具体的な活動についての関心を多く持ちつつも作業の細部にまでいたる視点はないために、マクロの記述には優れていても、ミクロの記述が不足していると指摘している。本研究とも共通するHRO研究におけるこのような問題点に対して、彼は次の3つの視点から

救命救急センターの分析を試みようとしていることが読み取れる（福島2005）

個人の認知と道具やテクノロジーとの関係に着目する。

個人の認知的活動と、専門や階層の異なる他の個人の認知的活動との相互作用（2人とは限らずそれ以上の場合もある）にも着目する。

個人の認知的活動およびそれらの相互作用と、それを取り囲む様々な規則やマニュアルとの関係性に着目する。

ER内外の異なる専門分野および異なる階層に所属する人々がいかに連携・調整しているのかについて明らかにするには第2の視点が必要であり、したがって、そのベースとなる第1の視点が必要になることは言うまでもない。さらに、ERは高い安全性が求められる組織であることから、各専門や各階層における規則やマニュアルと実際の活動との関係を分析する必要があるため、第3の視点も必要になる。今後は、以上のような視点も考慮に入れながら、ER型救急医療システムにおける実際の活動のより具体的でリアルな姿をうまく描き出すための調査を行う必要があるだろう。

第2に、救急医療崩壊の危機を引き起こしている背後のメカニズムをより詳細に検討することである。本稿では、A病院救命救急センターERの連携活動の特徴と問題点を記述したが、その中にも、救急医療の崩壊を引き起こすいくつかの側面について触れられていた。高齢化やコンビニ受診などに起因する救急患者の増加や、医療過誤にともなう医療訴訟の増加に起因する患者への説明責任の増大、専門医志向による救急専門医の不足、地域における医療連携不足（救急隊との連携も含む）、不十分な診療報酬体系などがそれである。これらの多様な側面が実際にA病院救命救急センターERにおける日々の活動においても直接的・間接的に影響を与えていることは明らかになったけれども、各側面がいかにして生み出されたのかというさらに突っ込んだ問題について本稿では何ら議論されていない。「救急医療崩壊の危機」という近年の大きな問題を理解するためには、日本の救急医療システムを取り巻く多様な側面に関連した歴史的経緯をさらに深く探求することが求められる。例えば、今後解明すべき有意

義なテーマとして以下のようなものが考えられるだろう。

- コンビニ受診増加の歴史的背景。
- 救急専門医不足（専門医志向）の歴史的背景。
- 医療過誤訴訟増加の歴史的背景。
- 救急医療に関わる連携体制の歴史的変遷。
- 救急医療に関わる診療報酬体系の歴史的変遷。

#### 【参考文献】

- A病院，2008，『A病院概要』。
- A病院救命救急センター，2009，『救命救急センター運営の実績』。
- A病院，2010，「A病院について」（A病院ホームページ，2010.7.28）
- 福島真人，2001，『暗黙知の解剖：認知と社会のインターフェイス』金子書房。
- 福島真人，2005，「高信頼性組織研究からみた救命救急センター」山下晋司・福島真人編『現代人類学のプラクシス：科学技術時代をみる視座』有斐閣，83-93。
- 福島真人，2006，「リスク・社会・高信頼性：組織論から見たリスク社会論」『社会学史研究』28:21-36。
- 小濱啓次，2009，『あなたは救命されるのか：わが国の救急医療の現状と問題解決策を考える』へるす出版事業部。
- 小濱啓次編，2008，『救急医療改革：役割分担，連携，集約化と分散』東京法令出版。
- LaPorte, Todd R. and Paula M. Consolini, 1999, "Working in Practice But Not in Theory: Theoretical Challenges of 'High-Reliability Organizations'," *Journal of Public Administration Research and Theory*, 1(1):19-47.
- 中村信也，2008，『日本の救急医療を斬る：急患は死ねというのか』日新報道。
- 中西晶，2006，「組織の愚考と愚行：なぜ組織は不祥事を起こすのか，そして



- 起こさないのか」『2007年度組織学会年次大会報告要旨集』, 127-133。
- 『日経メディカル』「救急医療再生へのシナリオ」2008.3:72-89。
- Roberts, Karlene H., 1989, “ New Challenge in Organizational Research: High Reliability Organizations, ” *Industrial Crisis Quarterly*, 3(2): 111-125.
- Roberts, Karlene H., 1990a, “ Some Characteristics of One Type of Highly Reliability Organization, ” *Organization Science*, 1(2): 160-176.
- Roberts, Karlene H., 1990b, “ Managing High Reliability Organizations, ” *California Management Review*, 32(4): 101-113.
- Roberts, Karlence H., 1993, “ Introduction, ” Karlene H. Roberts ed., *New Challenges to Understandign Organizations*, New York: Macmillan Publishing Company, 1-10.
- Roberts, Karlene H. ed., 1993, *New Challenges to Understanding Organizations*, New York: Macmillan Publishing Company.
- Roberts, Karlene H., Denise M. Rousseau, and Todd R. La Porte, 1994, “ The Culture of High Reliability: Quantitative and Qualitative Assessment Aboard Nuclear-Powered Aircraft Carriers, ” *The Journal of High Technology Management Research*, 5(1): 141-161.
- Rochline, Gene I., 1989, “ Informal Organization Networking as a Crisis-Avoidance Strategy: US Naval Flight Operations as a Case Study, ” *Industrial Crisis Quarterly*, 3(2): 159-176.
- Weick, Karl E. and Karlene H. Roberts, 1993, “ Collective Mind in Organizations: Heedful Interrelating on Flight Decks, ” *Administrative Science Quarterly*, 38(3): 357-381.
- Weick, Karl E. and Kathleen M. Sutcliffe, 2001, *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, ( = 西村行功訳 『不確実性のマネジメント：危機を事前に防ぐマインドとシステムを構築する』ダイヤモンド社, 2002.)
- 山下晋司・福島真人編, 2005, 『現代人類学のプラクシス：科学技術時代をみる視座』有斐閣。