



日本救急医学会

事務所

〒113-0033 東京都文京区本郷3-3-12 ケイズビルディング3階
TEL: 03-5840-9870 FAX: 03-5840-9876

平成14年3月13日

厚生労働省
医政局医事課長
中島 正治 殿

日本救急医学会
理事長 島崎 修次



卒後臨床研修義務化に伴う救急医療の必修化についての
日本救急医学会理事会見解の送付

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は、格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、平成16年度からの卒後臨床研修義務化に伴う救急医療必修化についての日本救急医学会の見解を送付させていただきます。本内容は、日本救急医学会理事会でも承認された、理事会見解です。ご査収の上、本見解へのご理解を賜りたくお願い申し上げます。

今後とも、ご指導ご鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。

敬具

卒後臨床研修義務化に伴う救急医療の必修化について

日本救急医学会

理事長 島崎 修次

平成16年度から医師は卒後2年間の臨床研修を受けることが義務付けられますが、これにともない救急医療を卒後臨床研修の必修項目にすることについての日本救急医学会の意見を具申し上げます。

I 救急医療を卒後臨床研修に必修項目にすべき理由とその効果

1. 救急医療は医師の責任

救急医療基本問題検討会報告書（平成9年12月、厚生省健康政策局）で、「救急医療は“医”の原点であり、かつ、すべての国民が生命保持の最終的な拠り所としている根源的な医療」と位置付けられている。換言すれば、救急医療は“健康で文化的な”生活を営むために欠くことのできない社会基盤である。医療行為を独占する権限が与えられている医師は率先して、「いつでも、どこでも、だれでも」適切な救急医療を受けられる」社会を実現する責任を負っている。すべての医師はその責任の一端を担っているので、救急医療の研修は最重要項目である。

2. 緊急度が高い救急医療は他の医師の代替を求められない

救急医療の中には寸刻を争う病態が含まれている。緊急度が高い病態では、専門医師による代替を求めることができないため、専門領域を問わずその場に居合わせた医師が迅速に適切な処置を行うことが必要である。緊急度の高い病態は、いつでも、どこでも突発し得るので、すべての医師はそれに対応できる十分な能力を備えていなければならない。緊急度が高い病態に迅速かつ適切に対応するには、頭で理解しただけでは足りず、現場で実際に身体を動かすことが必要である。そのためには緊急度の高い病態に日常的に遭遇する救急医療の現場での研修が必須である。

3. 救急医療における医師の役割分担

患者調査ならびに消防救急業務から、我が国では1年間に約2千万人程度の救急患者が発生していると推測される。そのうちの約半数は、救急診療の必要性が乏しい単なる時間外受診患者である（患者調査）。何らかの救急処置が必要な残り半数のほとんども、簡単な外来処置で足りる初期救急患者である。すなわち、救急患者の実に95%は時間外受診非救急患者と初期救急患者である。

他方、我が国の医師数は約25万人であるが、日本救急医学会の救急認定医数（認定医指定施設で3年間以上の救急専従歴が必要）は2,259人、救急指導医（指導医指定施設での10年以上の救急専従歴が必要）は324人に過ぎない（平成14年1月1日現在数）。

上述の“いつでも、どこでも、だれでも”は実現するためには、時間外受診非救急患者を含む初期救急患者（95%）は各診療科の医師が、重症救急患者

(5%)は救急医療に精通した救急認定医・指導医が診療する役割分担が必要である。初期救急のほとんどは一般的な医師の知識・技術で対応が可能であるが、このことは初期救急が易しいことを意味しない。初期救急で最も大切なことは、多くの軽症患者の中から同じように一見軽症に見える重篤な病態を見分けることである。この能力を養うためには、経験豊富な救急医の指導のもとに研修することが必要である。

4. 救急医療は総合医療

救急医療はあらゆる急性病態を対象とする。医療は年齢や性別（小児科・小児外科、産婦人科など）、臓器・機能系（臓器別診療体制）、診療手段（外科的・内科的・IVR など）などによって専門細分化されてきたが、救急医療は細分化した全ての診療領域にまたがる横断的医療である。特に重症救急医療は、いずれの急性病態にも共通する生体反応（侵襲反応）に精通し（このためには、生理学、生化学、感染症学、栄養代謝学、免疫学、内分泌学など広範な基礎医学的知識が必須である。）、目の前の患者に起こっている病態を迅速かつ正確に解析し、多種の医用機器を用いた治療手技を駆使して戦略的治療を行うことが求められる高度専門医療でもある。一般に医療は社会性を無視しては成り立たないが、救急医療は取り分け社会性の高い領域であり、法医学、賠償医学、社会保障制度、公衆衛生学、集団災害、NBCテロ、脳死移植など各種の社会機構と密接な連携が必要な領域でもある。このように救急医療は、臨床・基礎・社会など医学のあらゆる領域を含んだ総合医療である。広い視野と社会性はあらゆる医師に必要な素養であり、それを養う実践の場として最も適している救急医療を必修項目にすべきである。

5. 救急医療はチーム医療の最たるもの

医学・医療の進歩に伴い多くの医療関連専門職種が生まれてきた。これらの医療関連専門職種がそれぞれの能力を結集することによって、はじめて優れた医療が提供できる。チーム医療の必要性が指摘されて久しいが、円滑に実践されている例は必ずしも多くはない。病院外心肺機能停止における救命の連鎖（the chain of survival）に代表されるように救急医療は、チーム医療なくしては成り立たない。病院前救護を担当する救急救命士、救急医、各診療科医師、看護師、放射線技師、検査技師、事務職員、MSW などあらゆる医療関連職種が同じ目的に向かってチームの一員としてのそれぞれの役割を果たすことが求められる世界である。ここでは医師もチームの一員に過ぎない。チーム医療の実践を通じて、他の職種に対する理解や敬意、1+1が2以上になる喜び、共同作業から生まれる連帯感を体験することは、チーム医療への理解の育成につながる。この面からも救急医療は、卒後研修の必修項目にすべきである。

6. 診療科専門医師としての救急医療への積極的協力の素地育成

重症救急医療は救急専門医が担当すべき領域であるが、診療科横断的な救急医療を適切に行うには、各診療科専門医の積極的な協力が不可欠である。初期

研修で病院前救護を含むチーム医療としての救急医療や救急医療システムについての理解を深め、診療科専門医師となった後も救急医療に積極的に協力する素地を育成することが必要である。

7. 重症救急患者管理技術の各診療科患者への応用

救急医療は基本的には院外で発生した急性病態患者を対象としている。しかし、急性病態は各診療科の院内患者でも発生することは言うまでもない。救急医が行う重症救急患者管理技術は、高度な専門的医療であり短期間の初期研修で修得することは困難であるが、その中には重篤化しないための基本的な予防的処置も多く含まれる（例えば、気道清浄化機能の保全や輸液管理など）。重篤化した後の治療は難しいが、予防的処置の修得は比較的容易である。予防的処置は患者負担、医療費、医療労働量のいずれをも大きく軽減するので、その効果は計り知れない。また、重症急性病態に対する高度の専門的医療を知ることによって、各診療科で発生した重症急性病態に対する治療の選択幅も広がる。この面からも救急医療は必修化すべきである。

II. 卒後初期研修における修得すべき救急医療の項目

1. 病院前救護実習：救急車同乗実習とメディカルコントロール実習

救急医療は病院前救護から始まる。救急車に同乗し、救急救命士・救急隊員と協働して病院前救護を実習することによって、救急救命士・救急隊員の業務に対する理解を深めるとともに、チーム医療に必要な連帯感を育成させる。病院前救護の視点から医療のあり方を考える契機ともなる。さらに実際の現場を知った上で、メディカルコントロールを実習すれば病院前救護や救急医療体制に対する理解はさらに深くなる。これによって救急患者を搬送してきた救急救命士・救急隊員に暴言を吐くような医師はいなくなるであろう。

2. 心肺蘇生ならびに重度外傷患者初期治療研修

最も緊急性が高く遭遇する機会が多い心肺機能停止に対する心肺蘇生術を修得させる。心肺蘇生術はBLS (basic life support) とALS (advanced life support) に分けられるが、BLSについては一般市民に指導できるレベル、ALSは確実に実践できるレベルに達することが必要である。ALSについては、米国で開発されたACLS (advanced cardiac life support) の研修コースが一部で導入されているがこれを全国の研修病院に広げて必修とすべきである。その上実戦経験を積むのが効果的であり、最善の方法である。

重度外傷は生産年齢における最大の死因であり、重度外傷患者の診療レベルを底上げすることは国家的見地からも重要である。外傷患者の診療には複数診療科の集学的な治療戦略が必要であり、細分化した各科の診療体制では診療の質を保証できない。外傷の初期診療を理論的に展開しているのが救命救急センター等を中心とする救急医療施設であり、将来、各専門領域で外傷治療に当たる医師にとっては外傷の急性期の診療を体験することは不可欠である。一般の医師が重度外傷患者に対する治療戦