

## 救急業務と救急医療

大阪府立病院救急診療科部長

桂田 菊 嗣

### 1. 救急業務と救急医療

救急隊員の任務一責任と権利一としての応急処置については、昭和61年の消防法改正で遅まきながら法的整備が行なわれた。救急隊員による応急処置の問題は、昭和52年に消防庁が救急業務研究会を発足させたときにさかのぼる。さきの消防庁告示は本研究会の中間報告をうけたものであるが、研究会の発足当時から、単に隊員の応急処置の範囲が検討されただけでなく、救急業務のありかたについて根本的に議論された。すなわち応急処置以前のもっと根底に、救急業務は救急医療の一環であり、医師・医療スタッフから一般住民まで関与する広い意味での救急医療において、救急業務は一つの重要な部分を担うものであるとの提言が、10余年以前よりされていたわけである。

しかしこの考え方は、まだ十分には認識されておらず、活動上の姿として定着するにいたっていない。隊員による一次救命処置は病院における二次救命処置に連続し、また隊員の行なう各種の応急処置は医学的根拠に裏づけされたものであると同時に広い意味での医療のなかの基本的部分に位置する、といったことから、病院窓口における隊員と医療チームの連携、というようなことはまだ部分的なことがらである。もっと広範囲にわたって救

急業務が救急医療に溶け込んでその一部分にならなければいけないように思われる。

この考えを推進するにあたっては、国の監督機関からすると厚生省と自治省という異なった行政機関に関係すること、法的な問題にも抵触する点があること、現場にあっては個々の市町村単位に組織化された消防に対して各種の医療機関や医師会・医学会などが存在すること、などが阻害因子になっていることは事実である。しかしそれはそれとして、消防人と医療人の交流がいろいろのところできちんと進められ、個々の隊員活動にしてももっと救急医療のなかに融合すべきではないだろうか。医療機関や医師側の姿勢にはその後かなりの変化がでてきており、この点に関してはむしろ消防の閉鎖的体質の責任のほうが大きいように思われる。

### 2. 消防における救急の位置付け

一般住民の消防救急に対するニーズは近年ますます大きく、無際限にさえみえる公的サービスの増加はもはや整理すべき段階にきているという見方もある。しかし現在、あるいは将来のあるべき姿を想定しても、消防における救急業務のウェイトはきわめて大きいといわねばならない。

この20年間、我が国の社会環境はあらゆる

点で驚くべきほど変化し、住民の考えかたも疾病構造や医療体制も大きく変化した。それに比べると消防の対応は明らかに遅れているといわざるをえない。消防にとっての救急は、消火防災という本来業務に対していまだに付け足しのサービス、業務にすぎず、救急部門の組織的充実が不十分である市町村がしばしば認められる。

抵抗や困難はあろうが、消防における救急重視型の組織機構の形成、あるいは人事機構面での大幅な改革がどうしても必要ではないだろうか。前述のように医療のなかの救急業務の位置付けが広く検討されると同時に、消防としては消防業務のなかの救急業務の位置付けを確固たるものにすることが必要である。救急業務が救急医療の一翼をにない、救急隊員の資質をいっそう向上させ、プレホスピタルケアとしていちだんの成果をあげるためには、さらに救急業務に関する教育・研究・調査の充実がはかれるような、組織機構への改善を避けえない。

とりわけ救急業務における指導者・管理者層の養成と配置、さらに専任救急隊員や生涯救急隊員の増加などは現実的かつ必須の課題であるが、それを推進するためには、組織の改革が前提となっている。

救急業務を消防から分離したらどうかという意見が過去になんども出た。これは従来の消防からみたときに、救急業務がいろいろの点で異質であるとの見方による。我が国の現状や可能な将来像を眺めるとき、多くの人たちは、消防のなかの救急としてその長所を大いに生かすべきであると考えている。いまはっきりと消防の救急部門として、将来的にもその方向で具体的な方策に着手すべきで

ある。消防（あるいは市町村）の首脳部は、いまその決断を明確にくださるべき時にきているのである。

### 3. プレホスピタルケア

プレホスピタルケア（病院前救護）とは、文字通りにいうと救急患者が医療機関にいたるまでの間の保護、介助、処置、搬送のことである。すでに医療機関にある患者や、いったん医師の手にゆだねられた患者には、なんらかの形で援助が開始されており、それにいたっていない患者群をいかに救済するかがプレホスピタルケアの趣旨である。

プレホスピタルケアの担い手は一般人から医師にいたるまであらゆる階層の人々であるべきである。その推進には、一般人から医師にいたるまで、多くの人々の協力が必要である。従って、そのための教育、啓蒙、普及は国民的課題である。公共サービスとしても、組織的援助計画としても、広い視野から計画されるべきである。

消防の救急業務は救急医療の一部分であるし、またプレホスピタルケアの重要な柱でもある。消防はこの面でのリーダーシップをとるべき立場にあることを認識し、単に定められた業務範囲内での管理に終わることなく、広い立場での検討の場に積極的に加わって、プレホスピタルケアのなかの救急業務の位置付けを明確にしなければならない。病院外におけるあらゆる場面での救護の方策、一次救命処置など応急処置や現場処理における市民・医療スタッフとの連携と分担など重要な課題が多い。

救急業務は戸外（もしくは家屋内）で発生した傷病者を医療機関に搬送することが主務

であり、その過程において必要な応急処置を行なうとする考えが中心になっている。病院間搬送（いったん医師の診断を受けた患者や医師の管理下にある患者への対応）が救急業務かどうかは、しばしば問題にされることがある。また病院搬送を前提としない処置について、これを救急業務とすることにはきつと異論があるであろう。病院外にいる患者が、いろいろの場面で急な援助を必要としていることが少なからずあり、その対応もなんらかの形で検討する必要がある。プレホスピタルケアというより、アウトオブホスピタル（病院外）ケアという言葉があたっているかも知れない。医療行政、医療サイドとよく協議したうえで、その領域との整合性をはからねばならない。

最近「患者等搬送事業に対する指導基準」が定められた。これはいわゆる民間救急会社の「救急自動車」運用に対して、消防が一定の監査を加える形になっている。民間患者搬送業者の増加は、見方によれば社会的に歓迎される現象ともいえる。この問題はかえって消防救急の姿勢を正し、いい刺激となっている。医療費削減に関係する医療行政の方向や、老人人口の増加や疾病構造の変化は、今後広い意味での救急ニーズのいっそうの増加を予測させる。患者搬送や広い意味でのプレホスピタルケアを考えると、問題はどこまで公共的あるいは行政サービスとして行なうか、財源は税金か保険か受益者負担か、民間会社やボランティアの協力などを含めて、広く検討を要するところである。

現在の消防救急業務としては、より狭義の救急医療とりわけ救命的業務に主眼をおき、その目的にそった範囲内で、もう少し柔軟な

対応が望まれる。

いったい制度や法令にのっとって業務を規定する方法には、その境界領域でどうしても矛盾や不自然が生じがちである。こと人の生命にかかわる部分では、法令や自治体組織をこえた理念が必要なこともある。将来の救急業務の整理を十分見詰めつつ、「アウトオブホスピタルケア」での活躍に対する住民の消防への期待に応えたいものである。

#### 4. 救急隊員による応急処置

周知のように、昭和53年消防庁告示「救急隊員の行なう応急処置等の基準」が現在の隊員による応急処置の基準になっており、その技術を習得するための最低135時間の受講が隊員資格となっている。

かたちのうえでは一定の教育をうけた救急隊員の配備ということで、全国的な制度として定着した。しかしこれも制度中心主義の欠点といえるであろうが、すでにこの資格教育も形骸化し、その背景にある隊員教育・資質向上の真の意味が失われつつあるように思われる。

要は救急隊員の技能と資質を、いかに重視するか消防本部としての姿勢にあると考えられる。もっと大切なことは、教育と資質の向上への要請は無際限であり、充実した生涯教育と現場教育の継続をも考えるとき、やはり指導者の養成配置、教育環境の整備と、そのいっほうで組織機構の改善が課題となっている。

最近、救急隊員の行なう応急処置拡大の必要性がにわか提起されている。この意味が米国のパラメディックにみられるような、気管内挿管、除細動、注射などの具体的な行為

だけを取りあげているならば、「猟師、山を見ず」のたとえがあてはまる。

たしかにある種の急性心停止に対して、一刻も早く、病院到着以前に、気管内挿管など二次救命処置が行なわれれば、救命効果があることに疑問の余地はない。しかもわが国の現状では、おそらく将来をも含めて、救急隊員による二次救命処置の普及がもっとも効率的な方策と考えられる。その方向を是非摸索すべきであるが、克服すべき現状の課題があまりにも多い。

いったい応急処置といった行為は、広大な基礎的素養のほんの一部が表面に現われたものに過ぎない。その点では、現行の応急処置基準においても、それに習熟するための基礎教育はまだまだ貧困であるといわざるを得ない。まして高度の「医療技術」を習得するには、相当の教育期間、方法と教育環境整備を必要とする。このような課題をかかえたままで、それを議論するのはあまりにも尚早すぎる。

われわれは、消防救急による救命効果の向上をめざし、隊員による二次救命処置が行なわれる日をにらんで、今はもっとしっかりと足元を固める時期である。

いかに十分な医療技術を有していても、医師免許状を持たない者がそれを業とすることは禁じられる、というのが、我が国の基本的な法体系である。この考えかたは米国などとやや異なっている。しかし大切なことは、技

術を有している者が、本当にその技術を有しているとして社会的に認定されることにあるのではないか。我が国の法解釈では、趣旨よりも形式が重視されているきらいがあるように思われる。そのことはさておいても、救急隊員がある種の技能を有してそれを行なおうとするとき、それが社会的に認められたオーソライズされた中立的学問的組織・団体によって認定されるといったようなことがあったほうがよい。現段階でそのような方法を開始することは、将来、より教育された救急隊員の配備を検討するときにも、社会的認容を得やすいと思われるのである。

このようなことを考えるとき、現行の市町村単位の消防組織ではどうしても格差を生ぜざるを得ない。消防組織の広域化（府県単位など）がはかれるか、はっきりと地域格差の発生を許容するかいずれかである。

そのほかに、現状における救急隊員活動の実績と救急医療における効果を常に分析・評価しておくこと、日常活動を通じて住民からの信頼をいっそう獲得することなどが、将来をにらんだ必要条件と考えられる。

救急業務は、はっきりと救急医療の一翼として、またプレホスピタルケアの中心として位置付けされるべき時にいたっている。関係団体などの協議連係と、組織内部にあっては姿勢の変換が、今つよく求められている。