

【資料1】（第5回 救急医療の今後のあり方に関する検討会）

第4回「救急医療の今後のあり方に関する検討会」 議事概要

日時：平成20年4月30日（水）14：00－17：00

場所：経済産業省別館1014号室（10階）

内容：

1. 事務局、総務省消防庁より報告

- ・救命救急センターの新しい充実段階評価（案）について
- ・消防庁調査「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」について

2. 救急医療機関の出口の問題について

（ヒアリング）

定光先生から（救命救急センター長としての立場から）

- ・ 長期入院が増加すると、新たに患者を受け入れることができず、救急搬送の要請に応えられない原因になる。
- ・ 病床が空いていても、患者の重症度に見合った看護師の配置が十分でなく、病床が有効に活用できない。
- ・ 一ヶ月以上救命救急センターで入院する方がおよそ15%を占める。
- ・ センターで診療を行い、急性期を脱した患者が直接自宅に帰れない場合、院内の病床か他の病院に移動することになるが、どういった患者を移動させるかは、受け取り側に選択権がある。
- ・ 遷延性意識障害、精神疾患の合併、隔離を要する感染症をもった患者の転院や転床が困難。独居の方、ホームレス、外国人、生活困窮者の方も同様。未収金の発生する可能性のある患者を他院に紹介するわけにいかない。センターにはそういう患者が多いのが現実。
- ・ また、患者と家族の求める医療水準と、転院先の状況との解離が、転院・転床を妨げる大きな要因。

遠藤様から（救急病院から急性期を過ぎた患者の転院を受ける立場から）

- ・ 救急病院からの転院の要請を断らざるを得ない理由の半数は、ベッドが満床なため。
- ・ 呼吸器が必要な患者、透析が必要な患者の受入が困難。独居で後見人もない方の受入が難しい。
- ・ 救急病院から受け入れる患者に必要な医療と、その報酬が見合わず受入が困難な状況がある。
- ・ 介護療養型の病床が減少すると、救急患者の受入が難しくなるという懸念を持つ。

（主な議論）

- ・ 患者と家族の希望との解離については大きな問題。社会的合意を得ていく必

【資料1】 (第5回 救急医療の今後のあり方に関する検討会)

要がある。

- ・ 出口の問題は、救急病院とその先の出口の問題だけでなく、さらにその先の出口の問題といった玉突き型の医療・介護システム全体の問題。

3. 第二次救急医療機関の状況について

(ヒアリング)

加納先生から

- ・ 第二次救急医療機関には、診療報酬上の手当が不十分で、地方自治体からの補助金削減の動きもある。そういった状況では、救急医療に係わる医師や看護師の確保も困難な状況。未収金の負担も重い。
- ・ いわゆるモンスターペイシェントと言われる患者の増大、医療訴訟リスクの増大など救急医療を巡る環境が変化している。アルコール酩酊の患者への対応などには、診療報酬上評価されない対応や苦勞もある。
- ・ 救急搬送要請が重なると、要請に応じられない場合もある。医師を複数体制にすることが必要。また休日、夜間の当直体制を交代制勤務にする必要があるが、余裕がない。

(主な議論)

- ・ 二次救急医療機関で当直する医師は専門医も多く、限られた範囲でしか診療ができない状況。
- ・ 救急医療について活動的な病院を評価して、さらに体制の充実を支援する取組が有効でないか。

4. ER型救急医療機関について

(ヒアリング)

寺澤先生・濱邊先生から

- ・ 「コンタクトレンズがずれた」から「交通事故」まで、重症度、年齢、搬送方法に係わらず患者を全てを受け入れるのを、ERと呼んでいる。
- ・ ERだけで働き、集中治療室や手術室では業務せず、入院患者を持たない医師がER医師。
- ・ ERの利点については、患者を断らない、医事紛争が防げる、各科の専門医が当直業務から開放され専門外の診療から解放されるなどであるが、病院のキャパシティによっては患者を断らざるを得ない状況も生じる。
- ・ 課題としては、ER医師が救急患者を引き受けるほど、入院医療を行う各科の医師の負担が高まる、ERから入院を受け持つ医師への引き継ぎに時間がかかる、患者を断らない代わりに数時間に及ぶ診療待ち時間が発生する、「小児科」「眼科」といった専門医の診療に変わってER医師が診療を行うことへの理解が必要などである。
- ・ 救急患者を受け入れ、入院させるための病院の規模、スタッフの数が重要。また複数診療科に係わる場合の入院担当科の選定が困難で、専門科にかかわらず入院医療を行う総合内科や従来の救急医、救命センターが必要。
- ・ ER型の救急体制を100施設程度が取り入れている。医師の要請コースが82施設で行わ

【資料1】（第5回 救急医療の今後のあり方に関する検討会）

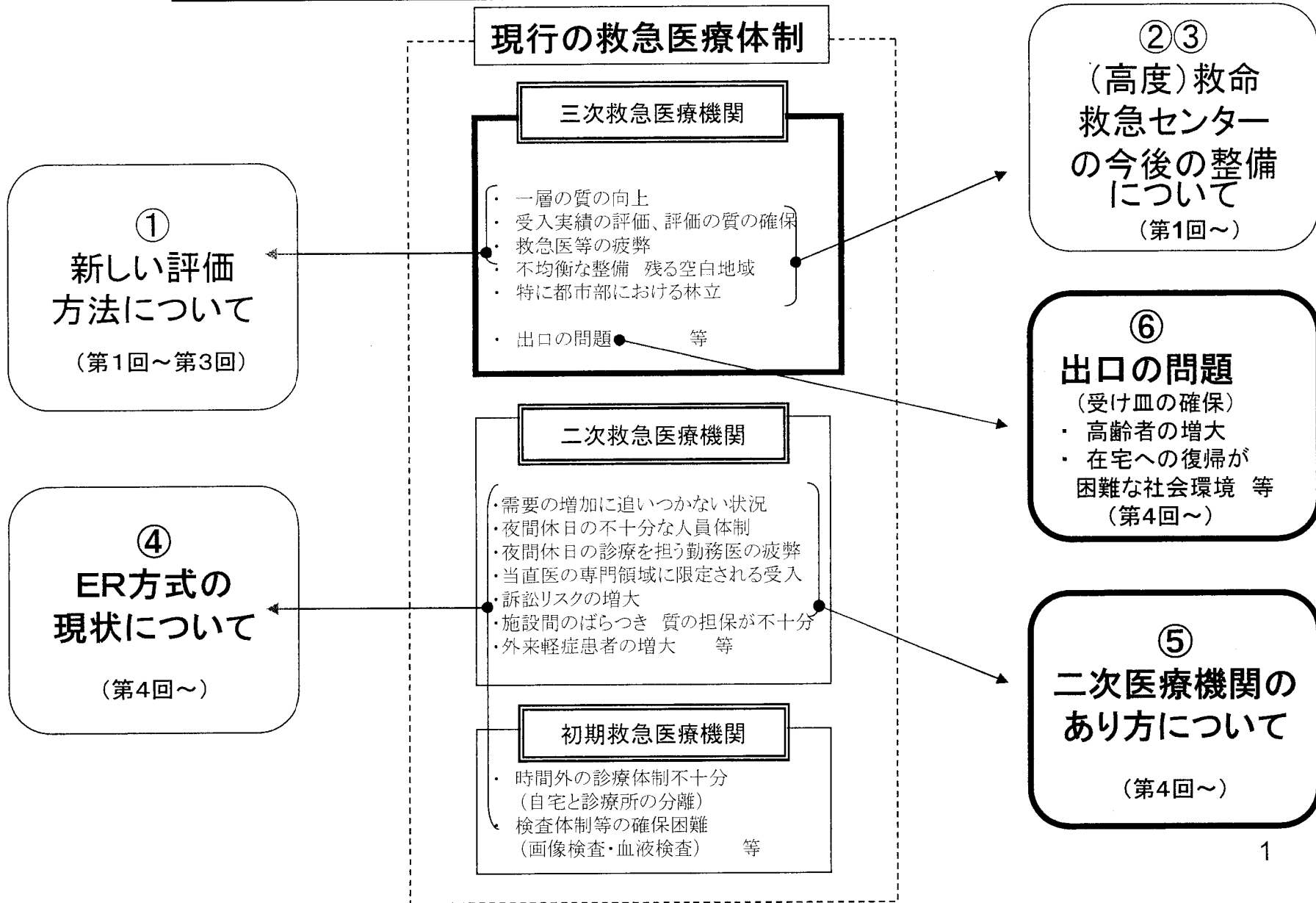
れ、150人が研修中。研修中を含め500人程度のER医師がいる。（米国では3万人）

- ・ 救急医療の全体のコーディネーターを担う医師の役割が重要で、その権限の強化が必要。
- ・ 初期・二次・三次の救急医療体制は病院間や地域の体制であり、ERは病院の中の体制の話である。
- ・ ER型の救急医療体制は、地域の人口規模を踏まえて施設数や病院規模を考える必要があり、現状でER型を早急に整備することは困難。
- ・ 救命救急センターではないが救急に熱心な二次医療機関や、救命救急センターを持つ医療機関が、徐々にER型を始めていけばよいかもしれない。

（主な議論）

- ・ ER型の救急医療を推進するには、ERが診療の質を担保する、病院の収益につながるといったエビデンスを集積する必要がある。
- ・ いわゆる「たらい回し」はほとんどが夜間に発生しており、夜間だけでも一時的に收容してくれる病院の整備をしてはどうか。
- ・ そのような病院に開業医の先生も含めて医師を集めてはどうか。

検討会における議題について(メモ)



救急医療のあり方に関する検討会（メモ）

	項目	検討状況	基本方針	施策への反映(案)	備考
①	救命救急センターの新しい評価について	議論済み(第1回～第3回) 中間取りまとめに反映	<ul style="list-style-type: none"> ・実績を重点的に評価とする。 ・第三者の視点からの評価とする。 ・勤務医の負担の軽減を支援とする。 ・検証可能な評価とする。等 	<ul style="list-style-type: none"> ・新しい評価法案を都道府県に通知済み。 ・現在、案により試行調査を実施しており結果を取りまとめ中。平成21年度より新しい評価方法での評価を実施。 ・引き続き補助金、診療報酬に反映させるか。 	本年10月を目途に調査結果を踏まえて評価法を確定(見込み)。
②	救命救急センターの今後の整備のあり方について	議論中(第1回～) 中間取りまとめに反映	<ul style="list-style-type: none"> ・同一医療圏に複数のセンターが設置されている地域においては、役割分担。 ・設置困難地域では、アクセス手段の確保で代替。 		
③	高度救命救急センターの整備と専門病院のあり方について	議論中(第1回～)	<ul style="list-style-type: none"> ・現時点においても、広範囲熱傷・急性中毒・指肢切断を別立てとすることに意味があるのか。 ・専門病院の位置づけをどのように考えるか。 		
④	ER方式の現状について	第4回にヒアリングを実施し、現状について把握。 中間取りまとめに反映	<ul style="list-style-type: none"> ・今後は、第二次救急医療機関のあり方についての議論の範囲内で検討を継続。 	国としての早急な制度化は困難か。地域における取組の支援が可能か。	
⑤	二次救急医療機関のあり方について	議論中(第4回～) 中間取りまとめに反映	<ul style="list-style-type: none"> ・診療体制や活動実績において一定の基準を満たしている二次救急医療機関(「地域救急拠点病院」:仮称)の整備を図る。 ・そのために一定期間毎に診療体制や活動実績を評価する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・実態を把握するための全国調査を実施。 ・平成22年度診療報酬改定に反映が可能か。 ・評価に応じた支援が可能か。 	
⑥	「救急病院が救急患者を受入れられない理由」について (「出口の問題など」)	議論中(第4回～) 中間取りまとめに反映	<ul style="list-style-type: none"> ・実態の把握を進める。 ・病院内・病病(診)連携を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療機関の「ベッド満床」の実態によっては病棟・病床運営の改善を徹底することは可能か。 ・平成22年度診療報酬改定に反映が可能か。 	