

## 第5回 「救急医療の今後のあり方に関する検討会」 議事次第

日時 平成20年6月10日(火)

10:00～12:00

場所 厚生労働省共用第8会議室

### ○ 議 事

1. これまでの議論について
2. 救急搬送において受入に至らなかった理由について  
(出口の問題など)
3. 第二次救急医療機関のあり方について
4. 中間取りまとめの骨子(案)について

### ○ 閉 会

### 資 料

- 【資料1】 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
  - 【資料2】 検討会における議題について(メモ)
  - 【資料3】 救急搬送において受入に至らなかった理由について
  - 【資料4】 老人ホーム等施設の救急搬送実態について
  - 【資料5】 第二次救急医療機関のあり方について
  - 【資料6】 第二次救急医療機関の状況について
  - 【資料7】 中間取りまとめ骨子(案)
- 【参考資料】 救急医療と搬送に関する課題と対策について(提言)  
社会保障制度調査会「救急医療と搬送に関するプロジェクトチーム」

【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）

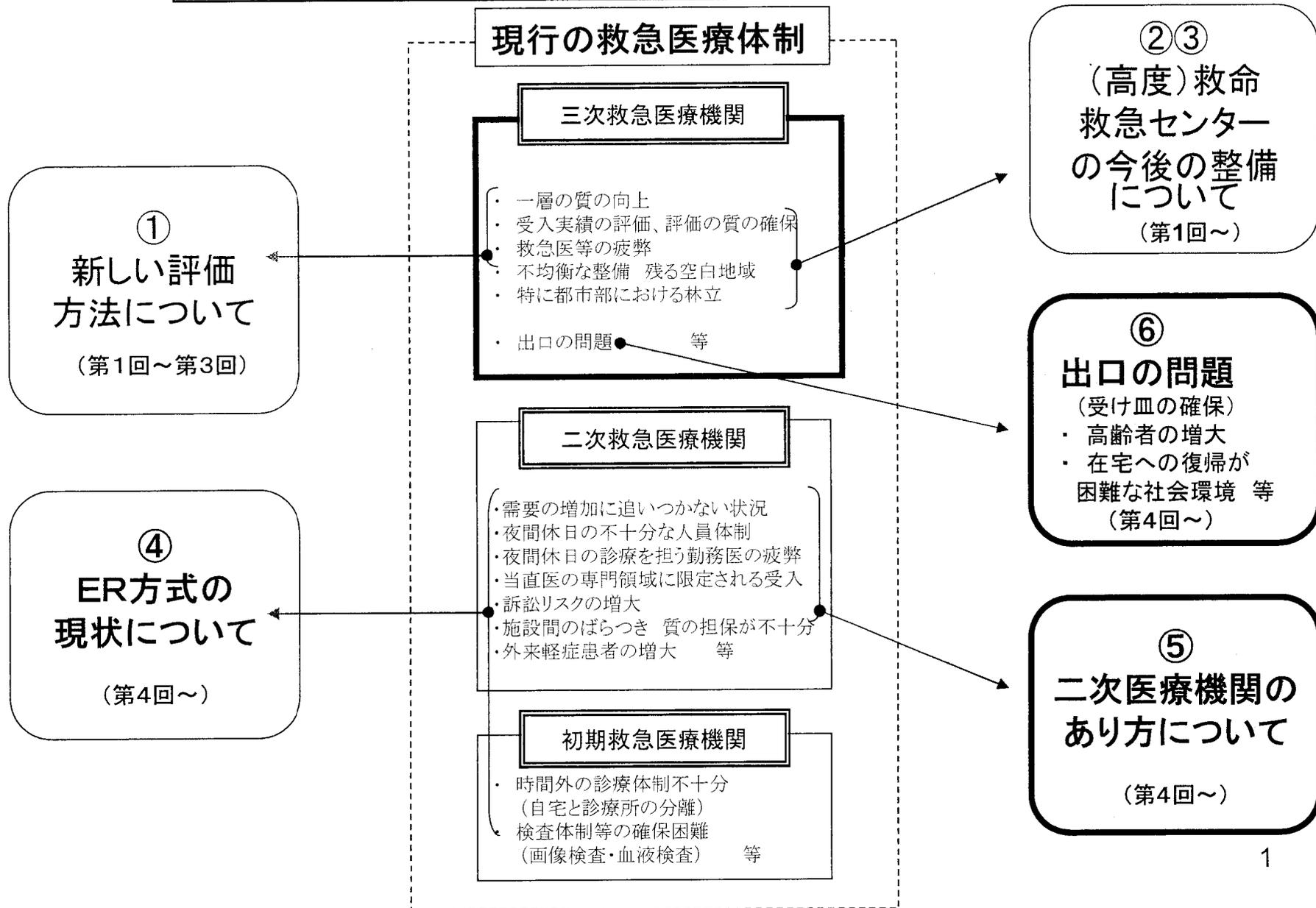
れ、150人が研修中。研修中を含め500人程度のER医師がいる。（米国では3万人）

- ・ 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"> <li>・実績を重点的に評価とする。</li> <li>・第三者の視点からの評価とする。</li> <li>・勤務医の負担の軽減を支援とする。</li> <li>・検証可能な評価とする。等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新しい評価法案を都道府県に通知済み。</li> <li>・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。</li> <li>・引き続き補助金、診療報酬に反映させるか。</li> </ul>	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"> <li>・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。</li> <li>・設置困難地域では、アクセス手段の確保で代替。</li> </ul>		
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"> <li>・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。</li> <li>・専門病院の位置づけをどのように考えるか。</li> </ul>		
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"> <li>・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。</li> </ul>	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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実態を把握するための全国調査を実施。</li> <li>・平成22年度診療報酬改定に反映が可能か。</li> <li>・評価に応じた支援が可能か。</li> </ul>	
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"> <li>・実態の把握を進める。</li> <li>・病院内・病病(診)連携を進める。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・平成22年度診療報酬改定に反映が可能か。</li> </ul>	

# 救急搬送において受入に至らなかった理由について

# 救急搬送における医療機関の受入状況について

- 救急搬送において医療機関への受入照会回数が多数に及ぶ事案が各地にみられる状況を踏まえ、平成20年3月に総務省消防庁より「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」の結果が公表された。

主な内容については以下のとおり。

（重症以上傷病者搬送人員530,671人から転院搬送人員119,046人を除いた、411,625人について調査。）

（1） 医療機関に受入照会を行った回数ごとの件数

- ① 受入が決定するまでに行った照会回数が4回以上が14387件（3.9%）  
11回以上が 1074件（0.3%）

- ② 地域別の状況をみると、首都圏、近畿圏等の大都市周辺部において照会回数が多くなっている。

※4回以上の割合が全国平均を上回る県（10都府県）

（宮城県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県）

# 救急搬送において受入に至らなかった理由について①

○ 救急搬送において受入に至らなかった理由\*1として、以下の項目が挙げられている。

表1. 受入に至らなかった理由ごとの件数（医療機関の区分によらず集計したもの）

1	2	3	4	5	6	7
処置困難	ベッド満床	手術中・患者対応中	専門外	医師不在	初診（かかりつけ医なし）	理由不明及びその他
22.9%	22.2%	21.0%	10.4%	3.5%	0.2%	19.7%

表2. 第三次救急医療機関に限ったもの\*2

2	3	1
ベッド満床	手術中・患者対応中	処置困難
37.8%	34.5%	12.7%

表3. 第二次救急医療機関以下に限ったもの\*2

1	3	2
処置困難	手術中・患者対応中	ベッド満床
39.0%	16.2%	15.6%

※ いずれも、消防隊員が、医療機関に依頼したものの受入に至らなかった事案において、医療機関との電話でのやりとりの中で聞き取った内容を、消防側の判断で、上記1～7に割り振り集計したもの

\*1 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査（総務省消防庁 平成20年3月11日）  
平成19年中に行われた救急搬送のうち、重症以上傷病者搬送人員530,671人から転院搬送を除いた119,046について調査した結果

\*2 実態調査のうち集計可能な宮城県、埼玉県、東京都、静岡県、愛知県、広島県、福岡県における数値

# 救急搬送において受入に至らなかった理由について②

表1. 受入に至らなかった理由ごとの件数（医療機関の区分によらず集計したもの）

	1	2	3	4	5	6	7
項目	処置困難	ベッド満床	手術中・患者対応中	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明及びその他
割合	22.9%	22.2%	21.0%	10.4%	3.5%	0.2%	19.7%

調査時の定義	傷病者の症状に対処する設備、資器材がない場合。手術スタッフ不足、人手不足、傷病者の症状から手に負えない場合。	(ベッド満床)	手術中、患者対応中：手術中(手術の準備中を含む)、重患対応などにより手が離せない場合。	傷病者の症状から専門処置が必要であるが専門医が不在である場合。標榜科目以外の医師が当直にあたり対応できない場合を含む。	医師が不在である場合。傷病者の症状に適応する専門医が不在の場合は専門外に記入すること。	(かかりつけ医なし)	(原因不明、その他)
考えられる原因	○施設の体制が不十分。	○物理的なベッドの満床 ○患者の状態に見合った病床が足りない等	○救急部門における医師が少ない。	○診療範囲が限られている。 ○専門医指向	○朝夕の医師の交代時の問題？	○未受診妊婦	
考えられる対策	○救急医療機関における医師数等の体制の増強 ・三次救急医療機関 → 新しい救命救急センターの評価において医師数等の体制をより重点的に評価 ・二次救急医療機関 → 一定の基準の策定と評価で対応	次ページ	○「処置困難」の示す、より具体的な内容の把握が必要。 → より詳細な調査が必要 (総務省消防庁の協力) ○設備、資器材、検査体制の確保  → 一定の基準の策定と評価で対策	○幅広い診療に対応できる救急医の育成と配置 ○専門医指向の弊害についての啓発		○未受診妊婦への対応	○より詳細な原因の把握が必要

## 「ベッド満床」について ①

- 総務省消防庁調査によると、救急搬送において受入に至らなかった理由\*1として、  
「ベッド満床」はおよそ24%、第三次救急医療機関に限るとおよそ38%を占める。
  
- ところで、厚生労働省の調査によると、救命救急センターの年間の平均病床稼働率は71%、救命救急センターの属する病院全体の同じく病床稼働率は84%である。
  
- これは、
  - ・ 救命救急センターで、平均9.2床（全国のセンターの平均病床数31.6床から算定）
  - ・ センターの属する病院全体で、平均109床（センターの属する病院全体の平均病床数679床から算定）の空床を持つことを意味し、総体として物理的にベッドが足りない状況とは必ずしも言えない。

## 「ベッド満床」について ②

### 救急医療機関の病床利用率

#### ○ 第二次・第三次救急医療機関の病床利用率

（平成17年医療施設静態調査と平成18年病院報告による）

##### 第二次救急医療機関

全国平均 81.8%  
（10県平均 78.8%）

##### 第三次救急医療機関

全国平均 80.6%  
（10県平均 80.8%）

#### ○ 救命救急センターとセンターが属する病院全体の病床利用率

（平成20年度 救命救急センター現況調べによる（43都道府県分））

##### 救命救急センター

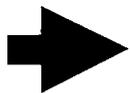
全国平均 71.3%  
（10県平均 78.9%）

##### センターが属する病院全体

全国平均 83.7%  
（10県平均 81.3%）

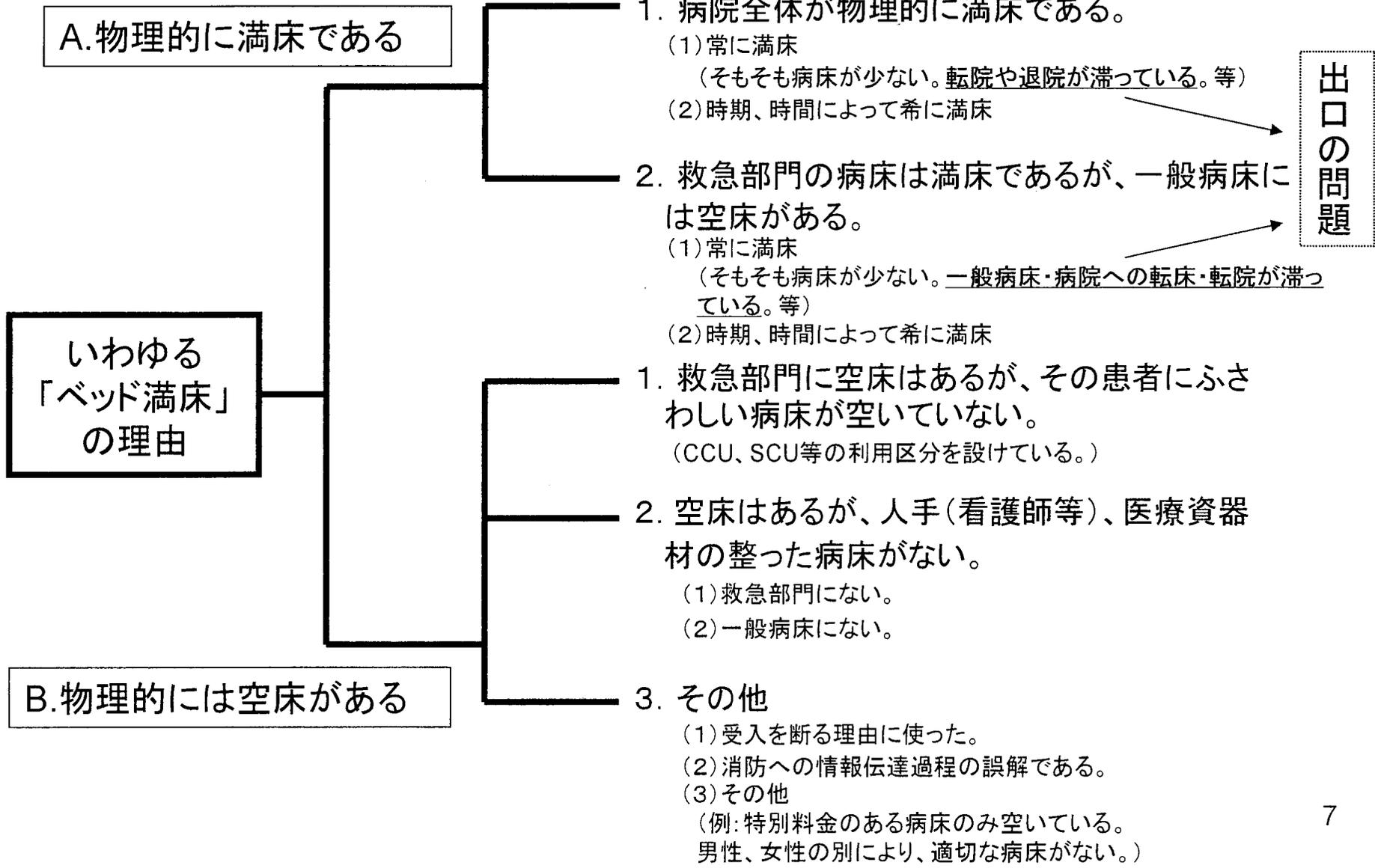
## 「ベッド満床」について ③

- しかしながら、
  - ・ 救命救急センターのベッドの稼働率に、繁閑の差があり常に変動している。
  - ・ 病床利用率が100%に近い施設も存在することを考えると、時期や時間によって、または、個々の施設によっては、物理的に「ベッドが満床」である状況が発生しているものと推定される。
  
- さらに、空きベッドがあるものの、
  - ・ 「患者に適した診療機器が備わったベッドがない」
  - ・ 「十分な看護体制を確保したベッドがない」等といった意味で「ベッド満床」として報告している場合もあると推測される。



救急医療機関が円滑に救急搬送を受け入れるには、これら「ベッドの満床」について、より詳細に実態を把握する必要がある。

# 救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベット満床」の理由



## 救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベット満床」の意味について (サンプル調査 結果①)

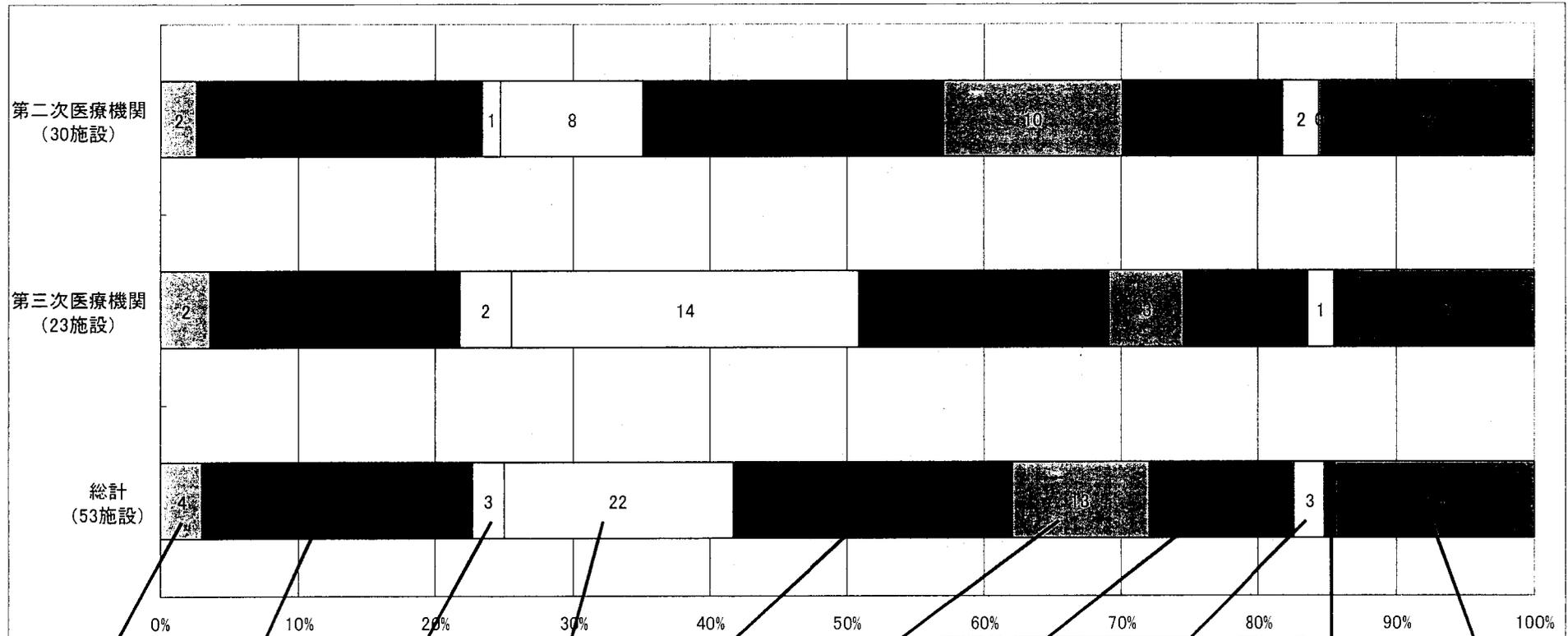
			第二次 医療機関 (30施設)	第三次 医療機関 (23施設)	総計 (53施設)
A. 物理的に満床である	1. 病院全体が物理的に満床である。	(1)常に満床(病床が少ない、転院や退院が滞っている等)	2	2	4
		(2)時期、時間によって希に満床	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>26</b>
	2. 救急部門の病床は満床であるが、一般病床には空床がある。	(1)常に満床(病床が少ない、一般病床への転床が滞っている等)	1	2	3
		(2)時期、時間によって希に満床	8	<b>14</b>	<b>22</b>
B. 物理的には空床がある	1. 救急部門には空床はあるが、その患者にふさわしい空床が空いていない。(CCU、SCU等の利用区分を設けている。)		<b>17</b>	<b>10</b>	<b>27</b>
	2. 空床はあるが、人手(看護師等)、医療資器材の整った病床がない。	(1)救急部門にない	10	3	13
		(2)一般病床にない	9	5	14
	3. その他	(1)受け入れを断る理由に使った。	2	1	3
		(2)消防への情報伝達過程の誤解である。	0	1	1
		(3)その他	<b>12</b>	7	19

10都府県(宮城県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県)を通じて調査を実施。

8

『救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベット満床」』について、該当するものを、「各都府県5施設程度、各施設3項目選択」により調査し、集計。

# 救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベッド満床」の意味について (サンプル調査 結果②)



- A-1. 病院全体が物理的に満床である。(1)常に満床(病床が少ない、転院や退院が滞っている等)
- A-1. 病院全体が物理的に満床である。(2)時期、時間によって希に満床
- A-2. 救急部門の病床は満床であるが、一般病床には空床がある。(1)常に満床(病床が少ない、一般病床への転院が滞っている等)
- A-2. 救急部門の病床は満床であるが、一般病床には空床がある。(2)時期、時間によって希に満床
- B-1. 救急部門には空床はあるが、その患者にふさわしい空床が空いていない。(CCU、SCU等の利用区分を設けている。)
- B-2. 空床はあるが、人手(看護師等)、医療資器材の整った病床がない。(1)救急部門にない
- B-2. 空床はあるが、人手(看護師等)、医療資器材の整った病床がない。(2)一般病床にない
- B-3. その他(1)受け入れを断る理由に使った。
- B-3. その他(2)消防への情報伝達過程の誤解である。
- B-3. その他(3)その他

『救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベッド満床」について、該当するものを、10都府県に対して、「各都府県5施設程度、各施設3項目選択」により調査し、積算して集計。

## 救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベッド満床」の意味について (サンプル調査 結果③)

### 第二次救急医療機関からの「ベッド満床について」のコメント

- 翌日入院予定のため救急に使用できない。
- 専門科目を求める人の増加と夜間の病院の人材不足が一番の原因。

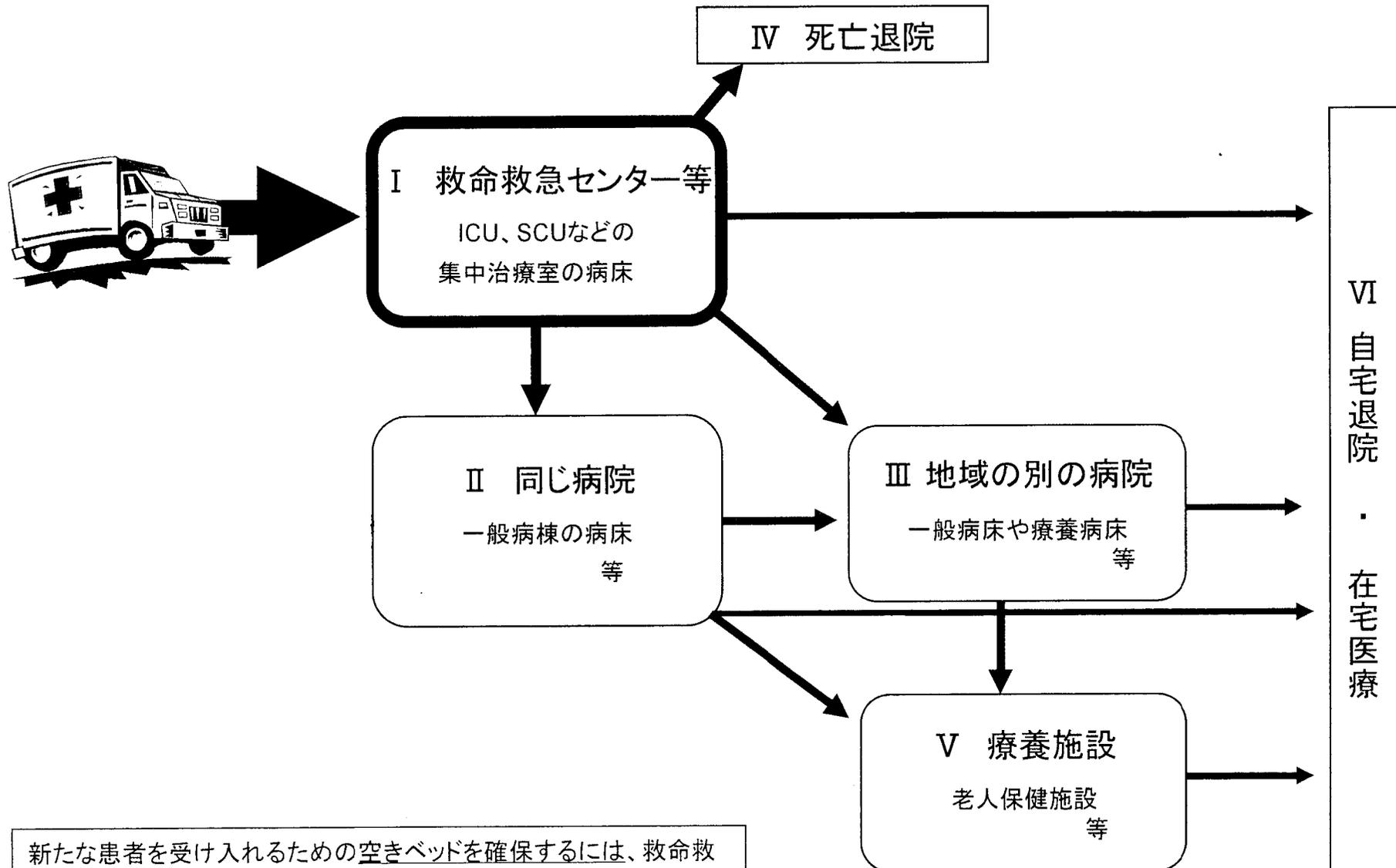
### 第三次救急医療機関からの「ベッド満床」についてのコメント

- 相当の努力をして、空床確保に努めており、「ベッド満床」を理由に断ったことはない。現行の医療制度では、漫然と運営してベッドを満床にしておいた方が、努力して空床を作った場合より、収益は多くなる。空床確保について十分な支援をしてほしい。
- 急性期を過ぎて、後方病院にさせようとしても、なかなか転院できない。これが当院では最大の問題である。
- たとえ満床でも「必要な初療処置のみ実施」して、適切な医療機関への転送という対応もあり得る。
- 第三次救急医療機関として常に患者の受入に努力しているが（満床でも+2～3人までは受け入れている。）、物理的に受入困難なときのみ断る。
- 肺炎などの急性期病態を改善しても、それ以前の全身状態が在宅や療養施設でギリギリの状態で紹介されている患者も多く、引き受け手がないのが実情であり、満床の原因となっている。
- 大学病院には救急医療以外の高度専門医療を担う役割があり、それに大きな負担をかけて院内転床をすすめているが、限界がある。

救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベッド満床」の意味について  
（サンプル調査の解釈について）

- 数字で見る限り、“常に”満床という医療機関は少ない。
- 救急部門の中においても、CCU、SCU等の病床の利用区分をおこなっている。  
（そのため、救急部門に空床があっても、実質的に受け入れられない場合がある。）
- 人手（看護師等）、医療資器材がないために受入が困難な場合がある。
- 医療機関のコメントからは、第三次医療機関では、空床確保及び患者受入に対して、相応の努力を行っている状況が伺える。

# いわゆる「出口の問題」について

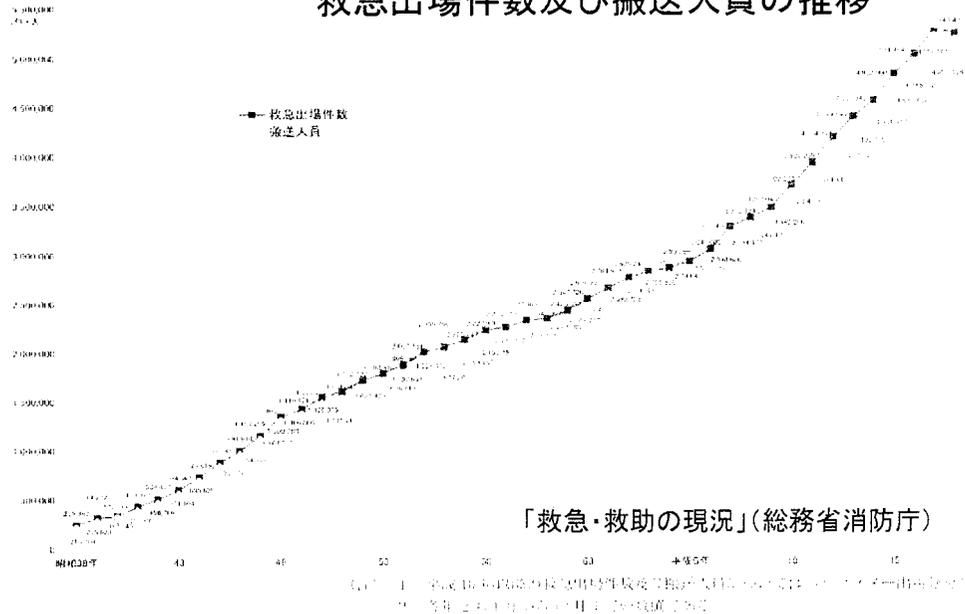


新たな患者を受け入れるための空きベッドを確保するには、救命救急センターに入院している患者が、退院するか、もしくは別の病床、病院に移動する必要がある。

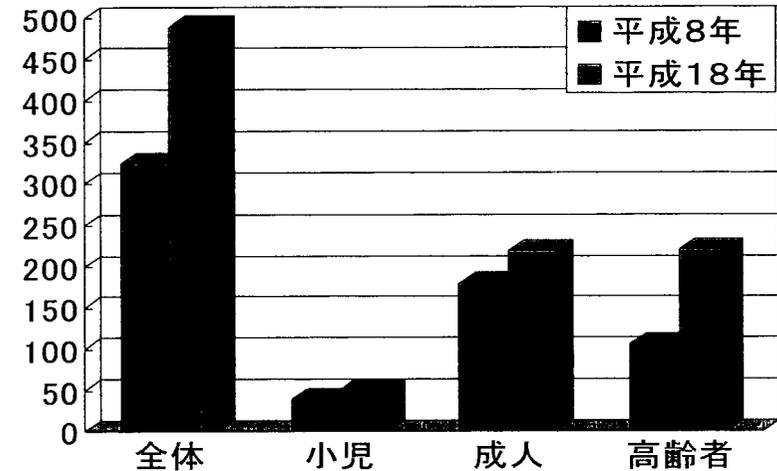
# 老人ホーム等施設の救急搬送実態について

# 1. はじめに

救急出場件数及び搬送人員の推移



年齢別の搬送人員の10年間の推移



「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析した救急搬送の変化

- 近年、救急搬送人員の伸びが著しい。(10年間で約50%増)
- 伸びの多くを高齢者の救急搬送の増加が占める。
- 特に、老人ホーム等からの搬送が急増しているという指摘や、こうした施設からの高齢者は基礎疾患を有する割合が高く、病態が複雑なため受入の選定に時間を要するケースが多いという指摘がある。

他にも、以下のような指摘がなされている。

- ・ 老人保健施設等からの搬送患者は、一旦入院すると治療期間が長期にわたるため、いわゆる「出口の問題」が生じやすい。
- ・ 高度の救急医療施設での診療の必要性に疑問が残る搬送の依頼が増えている。

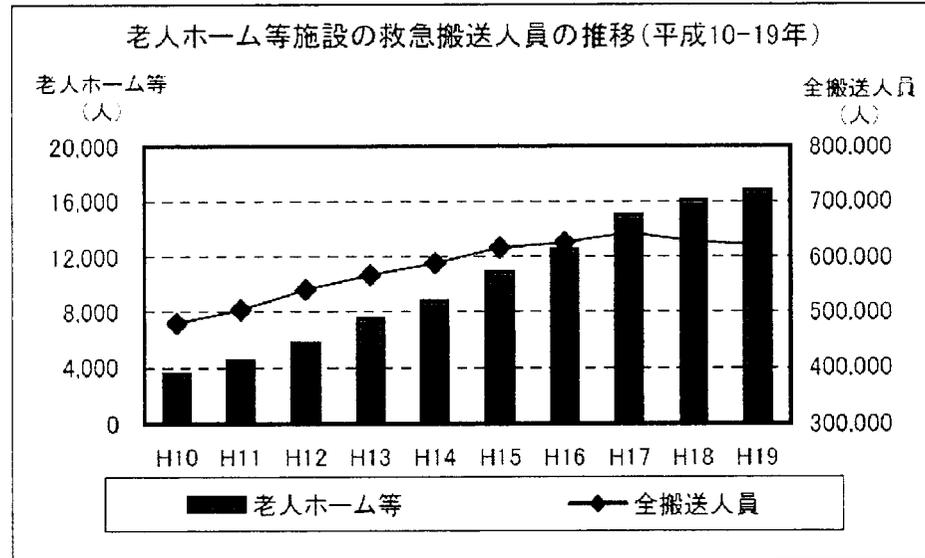
## 2. この調査について

- この「老人ホーム等施設の救急搬送実態」は、東京消防庁救急部の作成資料（平成20年5月）をもとにしたものである。
- そのため、東京消防庁管内の救急搬送事案が調査の対象であり、全国の実態を表すものではない。
- なお、東京消防庁の救急搬送人員は、全国のおよそ12.8%を占めている。（平成18年度実績）

# 3. 老人ホーム等施設の救急搬送人員の推移

## 1 搬送人員

年	老人ホーム等 搬送人員		全搬送人員	
	実数	増減率	実数	増減率
平成10年	3,596	—	480,139	—
平成11年	4,496	25.03%	504,675	5.11%
平成12年	5,711	27.02%	540,660	7.13%
平成13年	7,490	31.15%	567,451	4.96%
平成14年	8,740	16.69%	588,502	3.71%
平成15年	10,874	24.42%	616,996	4.84%
平成16年	12,505	15.00%	626,231	1.50%
平成17年	15,061	20.44%	643,849	2.81%
平成18年	16,091	6.84%	627,699	-2.51%
平成19年	16,814	4.49%	623,012	-0.75%
平成10-19 年比較		367.58%		29.76%



注一 外に関する注意

- 1 東京消防庁の救急隊が出動した事案に限定しています（東久留米市、桶川市、志し地区の救急隊の事案は対象外）
- 2 老人ホーム等で発生し、医療機関へ搬送した傷病者を対象として、EOP（施設職員、入居者家族が傷病者である場合を含む）
- 3 老人ホーム等の定義については、EOP集計に明確な解釈はありませんが、特別介護老人施設等の内訳は集計し不能です
- 4 現場滞在時間とは、救急車が現場に到着した時間から医療機関に向けて出発した時間までの所要時間を指します
- 5 医療機関照会回数とは、救急隊又は東京消防庁総合指令室が医療機関に連絡した数（回数）を指します
- 6 医療機関照会回数に関する統計は、平成19年4月からの集計可能な関係から、それ以前のEOP集計は不能となっています

東京消防庁救急部作成資料(H20.5.29)

○ H19年の老人ホームからの搬送人員数は、H10年の4.7倍まで急増。

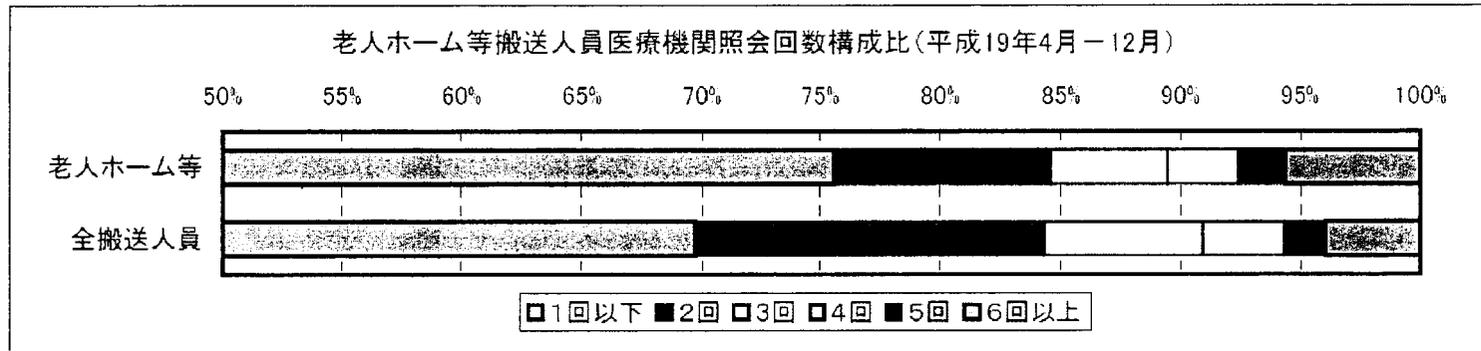
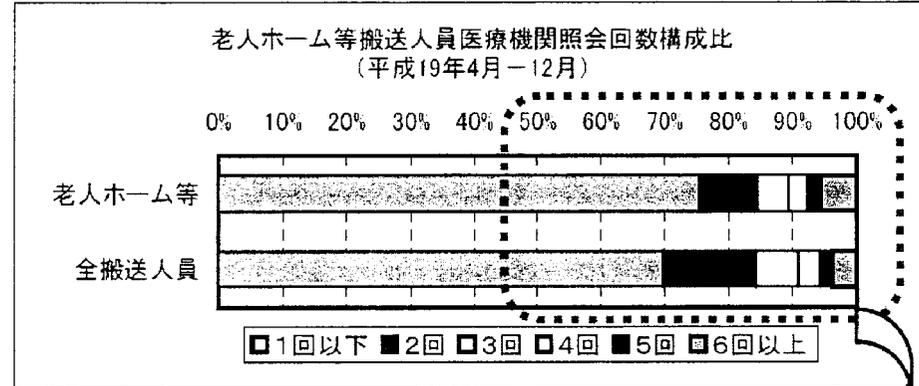
○ しかし、全体に占める割合は2.7%にすぎない。



# 5. 老人ホーム等搬送人員医療機関照会回数構成比

## 3 医療機関照会回数

	老人ホーム等搬送人員		全搬送人員	
	実数	構成比	実数	構成比
連絡回数				
1回以下	9,291	75.6%	324,471	69.7%
2回	1,105	9.0%	68,067	14.6%
3回	603	4.9%	30,850	6.6%
4回	362	2.9%	15,747	3.4%
5回	237	1.9%	8,307	1.8%
6回以上	694	5.6%	18,144	3.9%
計	12,292	100.0%	465,586	100.0%



- ※一覧に関する注意
- 1 東京消防庁の救急隊が出席した事案に限定して、東京都久留米市、福城市、島川地区の救急隊が事案に対象外
  - 2 老人ホーム等で発生し、医療機関へ搬送した傷病者を対象として、また、施設職員、入居者家族が傷病者である場合を含みます。
  - 3 老人ホーム等の定義については、マニフェスト集計に明瞭な解釈はありませんが、特別養護老人施設等(内訳)の細分化集計は不確です。
  - 4 現場滞在時間とは、救急車が現場に停車した時間から医療機関へ向け出発した時間までの滞在時間を指します。
  - 5 医療機関照会回数とは、救急隊又は東京消防庁総合指令室が医療機関に連絡した連絡回数を指します。
  - 6 医療機関照会回数に関する統計は、平成19年4月1日集計可能な関係から、それ以前のリポート集計は存在しません。

東京消防庁救急部作成資料(H20.5.29)

- 医療機関照会回数が2回以下であった割合は、老人ホーム等と全搬送はほぼ等しい。
- 6回以上であった割合は、老人ホーム等が全搬送より高い。

## 6. 調査結果について

### 結果

- H10年の4.7倍まで急増。しかし、全体に占める割合は3%未満。
- 滞在時間と照会回数に見る限り、老人ホーム等からの搬送の場合が特に受入病院の選定が困難な状況とは言えない。
  
- 救急の現場からは、後期高齢者の搬送に困っているとの声を聞くが、今回の調査をどうとらえるか。

第二次救急医療機関のあり方について

医政局指導課

1. 前回までの議論

- 地域の病院群輪番制が、事実上機能していないところがある。
- 輪番制の病院で、当番日に診療にあたる1～2名の医師の多くは臓器別の専門医であり、限られた範囲でしか診療ができない。
- 三次ほど高度ではないが、広い分野に対応できる第二次救急医療機関の整備が必要。
- 現実的には、第二次救急医療機関の多くは初期救急医療機関としての役割も担っている。ある程度一体として整備してはどうか。それがERにつながる。
- 第二次救急医療機関とそこで働く医師が疲弊しており、診療報酬や補助金での支援が欠かせない。
- 第二次救急医療機関では、当直体制ではなく交代制勤務で診療にあたるように環境を整備すべき。
- 単純に第二次救急医療機関の数を増やす施策ではなく、一定の枠組みを満たし、活動実績のある病院をより支援をすべき。
- 夜間の救急患者を一旦受け入れて、翌日に地域の別の病院に紹介する体制も考えてはどうか。

2. 前回のヒアリングの結果

- 救急医療に係わる医師や看護師の確保が困難。
- 地方自治体からの補助金削減の動きがある。
- 診療報酬上の手当が不十分。
- 未収金の負担が重い。
- いわゆるモンスターペイシエントと言われる患者の増大
- 医療訴訟リスクの増大

### 3. 第二次救急医療機関の状況について

#### 資料「第二次救急医療機関の状況について」参照

- 体制や活動の状況は、都道府県ごとに、また同一県内においても様々であるが、体制や活動が乏しいところが比較的多くを占める。
- 体制については、夜間・休日の対応にあたる医師が1名～2名体制である医療機関が7割を占め、救急にあたる医師個人の診療範囲に依存する状況が伺える。
- 活動については、数千台の救急車を受け入れる施設から、ほとんど受け入れていない施設まである。
- 受け入れている患者については、その多くは入院を必要としない外来診療のみの患者である。

### 4. 今後の第二次救急医療機関の整備の方向について(メモ)

- ① 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第二次救急医療機関(「地域救急拠点病院」:仮称)の整備を図ることとしてはどうか。  
(次項の「参考1」を参照)
- ② 一定期間毎に診療体制や活動実績を評価してはどうか。
- ③ その評価に応じた、支援のあり方を検討してはどうか。

(参考1)

地域救急拠点病院の基準について(イメージ)

1. 期待される役割

2. 求められる要件

(医師について)

- 休日・夜間において、専門科を問わず救急初期対応が可能となるよう、必要な医師を救急外来に配置すること。
- 休日・夜間の救急外来を担当する医師は、交代勤務制をとること。(宿直勤務体制ではない。)
- 救急外来を担当する医師は、原則、救急外来専従であること。(入院患者への対応を行う医師とは別に確保すること。)

(体制について)

- 365日、常時、入院治療を要する救急患者に必要な診療を行う。
- 救急入院を優先する病床または専用病床の空床を〇〇床／日確保すること。
- 消防機関からの照会を受ける専用の電話を設置し、搬送要請への応答を記録・分析し、応需率等の応需状況について公表している。
- 休日・夜間においても、緊急血液検査、レントゲン検査等を実施可能となるよう、必要な臨床検査技師、診療放射線技師が院内で待機していること。
- 救急医療情報システムなどの入力業務を含む、医師の事務作業を補助する者を配置していること
- 休日・夜間において緊急手術および急性冠症候群や脳卒中等の緊急を要する病態の専門的診療が自施設、もしくは地域連携により円滑に対応できること。

(診療実績について)

- 救急車を年間〇千台以上受け入れていること。もしくは、救急車の受け入れ要請総数に対して、〇〇%以上、受け入れていること。

(参考2)

## 平成9年報告書における「二次救急医療機関の要件」

救急医療体制基本問題検討会報告(平成9年12月11日)

<抜粋>

### 3. 救急医療体制のあり方

日常生活圏である二次医療圏において救急医療体制を完結することを目指し、救急医療の確保(救急隊の搬送先を含む)を医療計画において位置付け、また、初期、二次、三次救急医療機関の機能分担に基づき、地域の効率的な体制を構築する。また、こうした救急医療体制に関する情報を、広く適切に地域住民に提供する必要がある。

#### (1) 救急医療機関の機能

初期救急医療機関とは、外来診療によって救急患者の医療を担当する医療機関であり、救急医療に携わることを表明する医療機関とする。

二次救急医療機関とは、入院治療を必要とする重症救急患者の医療を担当する医療機関とする。

三次救急医療機関とは、二次救急医療機関では対応できない複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し、高度な医療を総合的に提供する医療機関とし、救命救急センターと呼ぶ。

#### 《二次救急医療機関の要件》

- (1) 24時間体制で救急患者に必要な検査、治療ができること(病院群輪番制病院は当番日においてその体制を有すること)。
- (2) 救急患者のために優先的に使用できる病床または専用病床を有すること。
- (3) 救急患者を原則として24時間体制で受け入れ(病院群輪番制病院は当番日において24時間体制で受け入れること)、救急隊による傷病者の搬入に適した構造設備を有すること。

#### 《三次救急医療機関の要件\*》

- (1) 重篤な救急患者を、常に必ず受け入れることができる診療体制をとること。
- (2) ICU、CCUを備え、24時間体制で重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと。
- (3) 医療従事者に対し、必要な研修を行うこと。

\*: 詳細な要件については、本検討会の議論を踏まえ、平成9年度厚生科学研究事業によって作成された「救命救急センターの要件」を「参考資料」として、本報告書に添付する。

初期救急医療については、在宅当番医制及び休日夜間急患センター等によって概ね整備されつつあるが、休日・夜間の診療体制をさらに強化する必要がある。また、その救急医療体制を広く地域住民に広報する必要がある。

二次救急医療機関については、住民の利便性を第一に考慮した場合、24時間体制で、救急医療を提供する医療機関が日常生活圏に整備されることが望ましい。しかしながら、医療資源の効率的活用の見地から、病院群輪番制によって地域で24時間体制を整えることも救急医療を確保する一つの方策である。また、各医療機関の診療科の特色を生かした輪番制を組むことも推進すべきである。三次救急医療機関である救命救急センターについては、全国135ヶ所(平成9年10月現在)に整備され、量的には当初の目標は達成されたが、二次救急医療機関を十分に支援する体制とはなっていない地域もある。今後は、既存の救命救急センターを再評価し、その機能を強化するとともに、地域の必要に応じて整備する必要がある。救命救急センターは、“地域の救急医療の最後の砦”であり、救急医療に関する指導的な役割を求められていることから、救急医療に携わる人材養成及び研修業務もその責務として課せられている。

### (参考3)

## 救急医療の体制構築に係る指針\* (抜粋)

### 入院を要する救急医療を担う医療機関(第二次救急医療)の機能【入院救急医療】

#### ① 目標

- ・ 24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること
- ・ 傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

#### ② 医療機関に求められる事項

地域で発生する救急患者への初期診療と応急処置を行い、必要に応じて入院治療を行う。医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。救急救命士等への教育機能も一部担う。

- ・ 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること
- ・ 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること
- ・ 救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床または専用病床を有すること
- ・ 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること
- ・ 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること
- ・ 初期救急医療機関と連携していること
- ・ 当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること
- ・ メディカルコントロール協議会等との連携の上、実施可能な医療機能等を消防機関等に周知していること
- ・ 救急医療情報センターを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること
- ・ 医師、看護師、救急救命士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと
- ・ 「救急病院等を定める省令」によって定められる救急病院であること

#### ③ 医療機関の例

救急病院

二次輪番病院、共同利用型病院

一年を通じて診療科にとらわれず救急医療を担う病院又は診療所

脳卒中や急性心筋梗塞等に対する急性期の専門的医療を担う病院又は診療所

\* 厚生労働省医政局指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制について」(平成19年7月20日)

## 第二次救急医療機関の状況について

## 1. この調査について①（方法等）

- この「第二次救急医療機関の状況」は、平成19年7月に都道府県を通じて実施した「救急医療対策事業の現況調」（以下、救急現況調という。）を元に作成したもの。
- この調査は、元々、病院群輪番制病院、共同利用型病院などの救急医療対策事業の実施状況を把握するために昭和53年頃より実施していたものである。
- また、調査の対象は、第二次救急医療機関のうち病院群輪番制参加病院や共同利用型病院等が中心であり、必ずしも都道府県の医療計画で位置づけられたすべての第二次救急医療機関を網羅したものではない。
- なお、平成17年度に三位一体改革の一環として病院群輪番制病院運営事業が一般財源化されたことに伴い、地方自治体の裁量による事業実施が可能となり、この調査が対象とする病院群輪番制病院の定義も都道府県によって多少異なるものと考えられる。

# 1. この調査について②（対象等）

○ この調査の対象は、①②の病院が中心

入院を必要とする救急医療を担う医療機関として都道府県で定められた施設

第二次救急医療機関

① 病院群輪番制に参加している病院

② 共同利用型病院

③ ①-②のいずれでもない救急告示病院・診療所  
④ 他（拠点型等）

医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間における診療体制の確保を図るもの。

医療圏単位で、拠点となる病院が施設の一部を開放し、地域の医師の出務による協力を得て、休日及び夜間における診療体制の確保を図るもの。

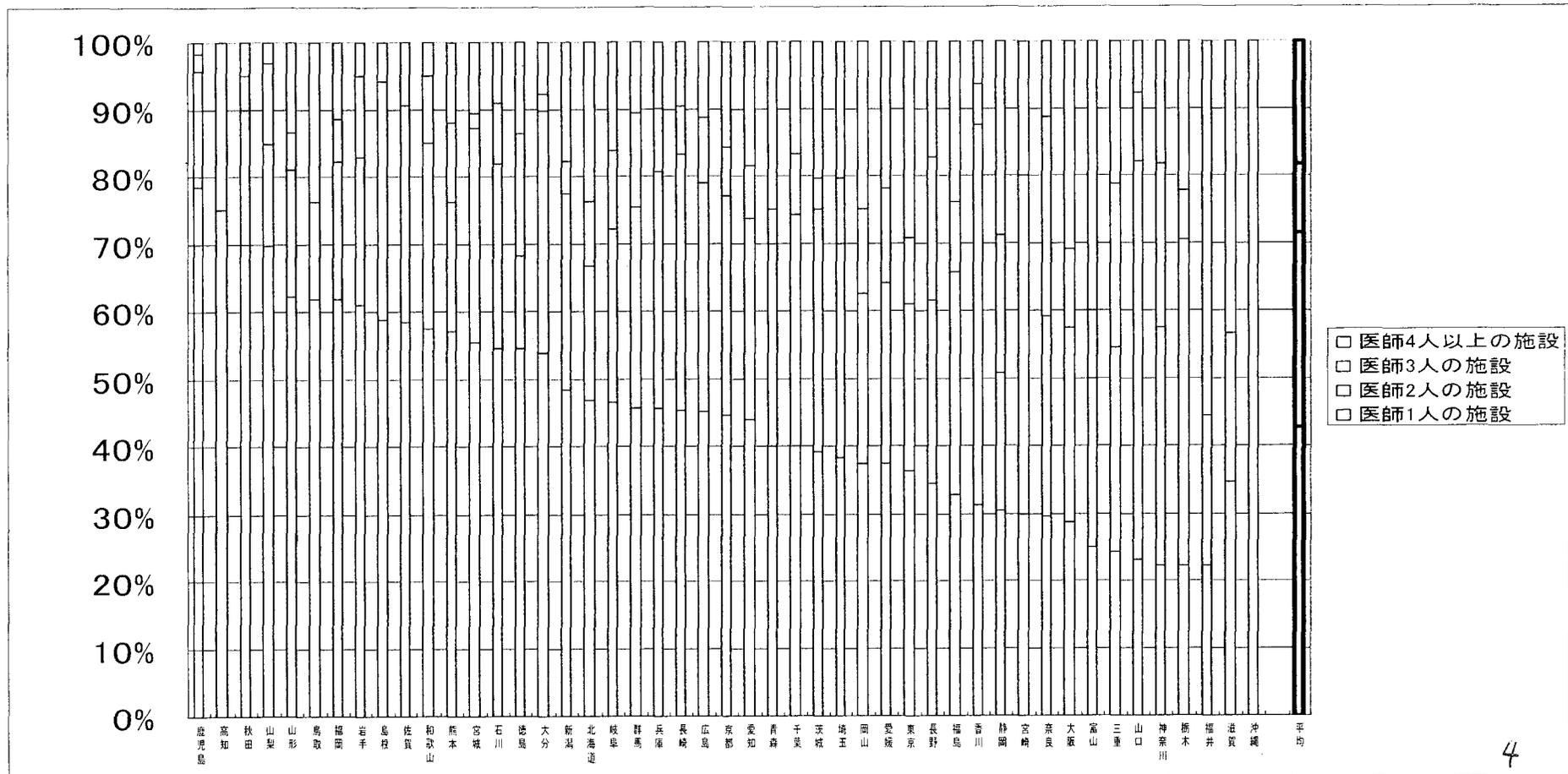
## 2. 結果について①（概要）

- 第二次救急医療機関の体制や活動の状況は、都道府県ごとに、様々。
- 同一県内においても、状況は様々であるが、体制や活動が乏しいところが比較的多くを占める。
  - ・ 体制については、医師が1名～2名体制である医療機関が7割。
  - ・ 活動については、数千台の救急車を受け入れる施設からほとんど受け入れていない施設まである。
  - ・ 受け入れている患者については、その多くが入院を必要としない外来診療のみの患者。

## 2. 結果について②（詳細）

### 当番日の医師数

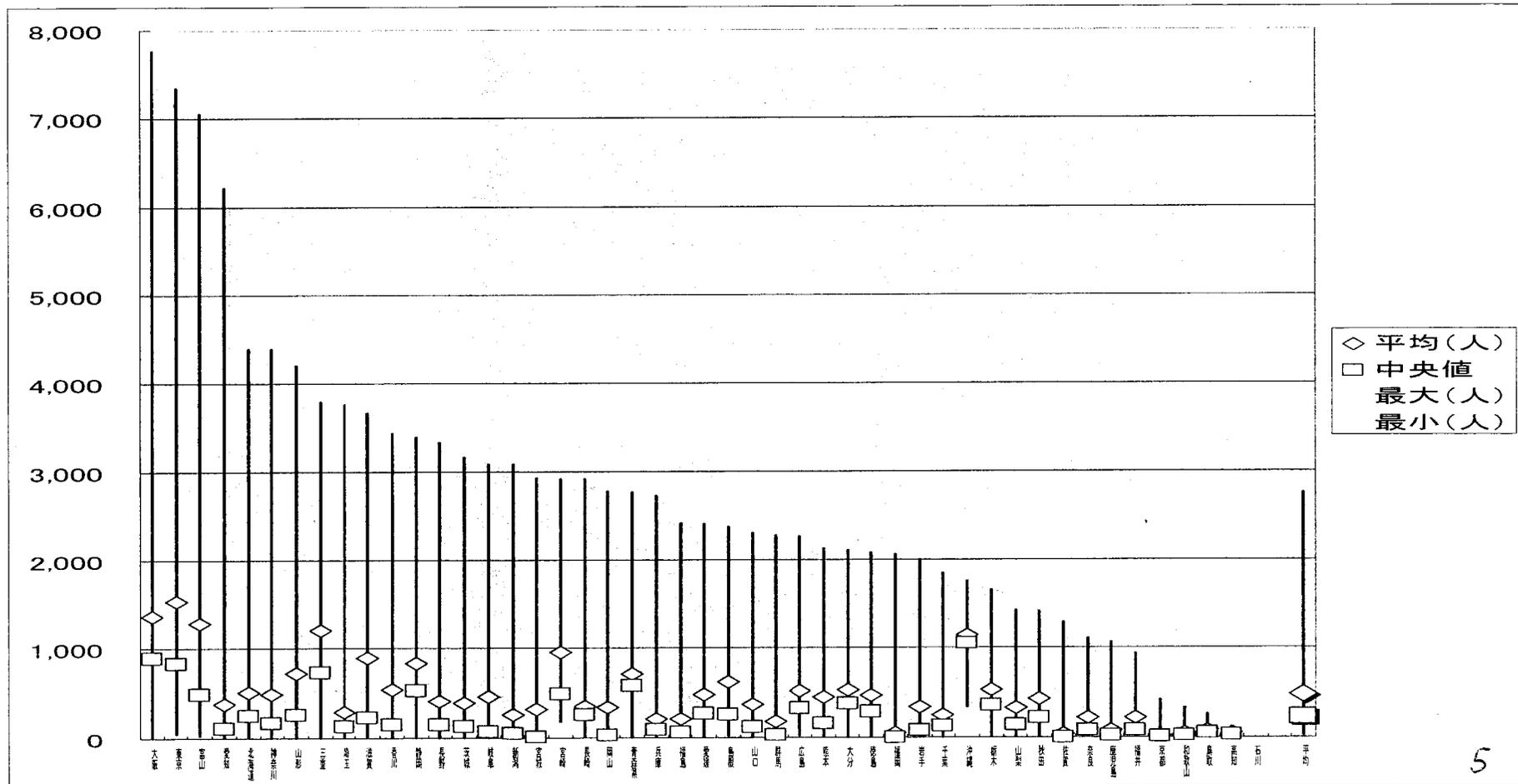
- 当番日における医師の数が1名であるところが43%。2名以下で71%。
- 複数医師がいる病院は、内科系1名、外科系1名、小児科1名といった状況。



## 2. 結果について③（詳細）

### 一施設あたりの年間救急搬送患者数（当番対応時間内）

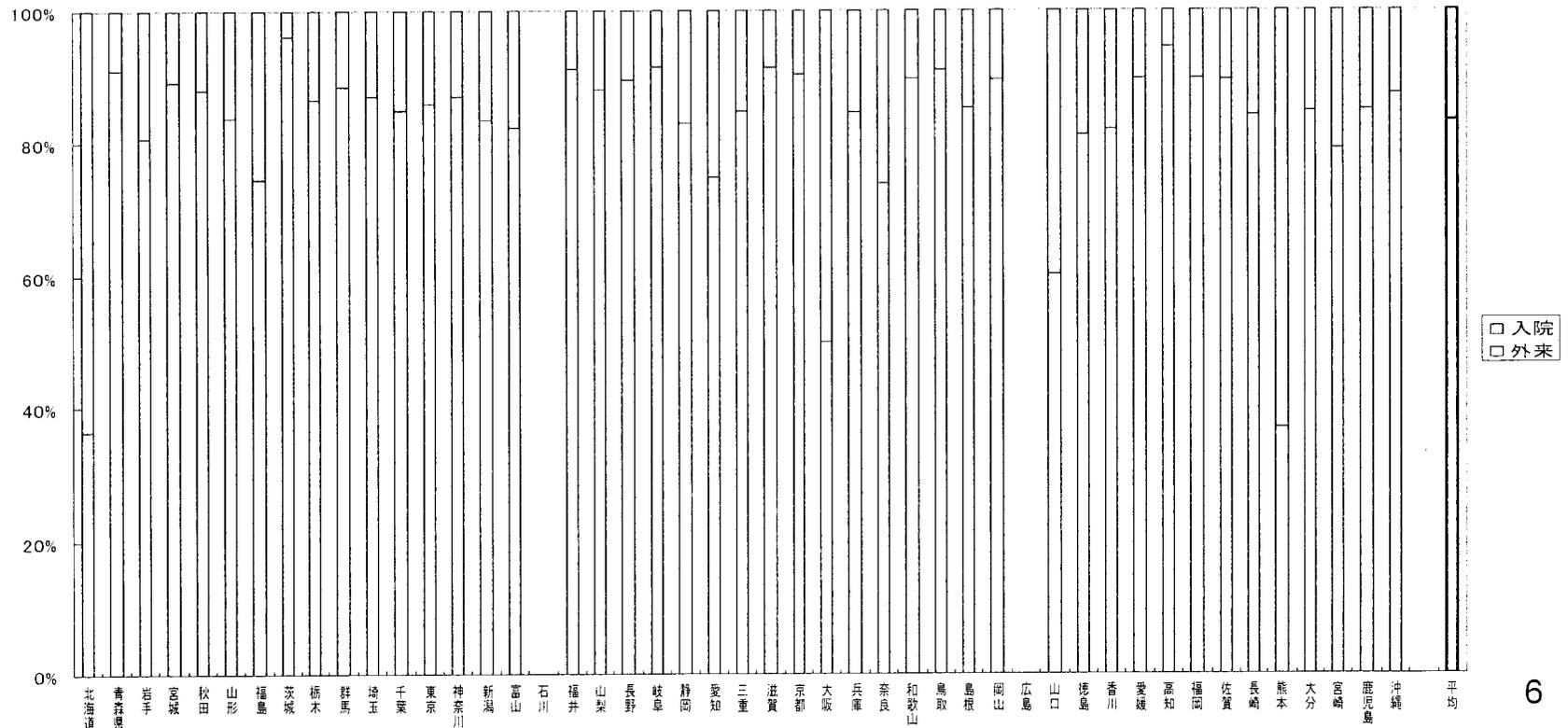
- 都道府県によって大きなばらつき。
- 同一県内でも、多数受け入れる病院と、そうでない病院に大きな差。



## 2. 結果について④（詳細）

### 外来と入院の割合

- 本来、入院治療を行う医療機関として位置付けられているが、実態としては、外来患者の割合が多い。
- 都道府県間でばらつきがある。



## （参考） 今後の調査について（予定）

### ○ 対象の拡大

これまで：主に病院群輪番制病院と共同利用型病院

本年度～：都道府県の医療計画において第二次救急医療機関と位置づけられたすべての医療施設  
（補助の対象かどうかを問わない）

### ○ 項目の追加

これまで：体制については医師数のみ

本年度～：医師の休日・夜間における病棟業務との兼務の状況、宿日直体制か交代制かなどの勤務の状況、臨床検査技師・診療放射線技師の有無などか。

# 救急現況調からみた第二次救急医療機関の救急搬送患者受入状況

(平成19年度実施調査)

都道府県	調査対象 施設数 ①	人口 10万対 施設数 ②	当番日における勤務医師数別の施設数と割合								1施設当たりの患者数 (当番対応時間内)		医師1人当たりの患者数 (当番対応時間内)		一施設あたりの救急搬送患者数 (当番対応時間内)			県内の 救急搬送患者 の 全数 ⑱
			③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	
			医師1人		医師2人		医師3人		医師4人以上		受入患者数	うち入院患者数	受入患者数	うち入院患者数	平均(人)	最大(人)	最小(人)	
1 北海道	127	2.3	59	46.8%	25	19.8%	12	9.5%	30	23.8%	23.3	14.8	8.6	5.5	513.4	4,395	0	205,845
2 青森県	20	1.5	8	40.0%	6	30.0%	1	5.0%	5	25.0%	33.6	3.0	11.6	1.0	714.9	2,770	5	38,792
3 岩手	43	3.0	25	61.0%	9	22.0%	5	12.2%	2	4.9%	11.9	2.3	7.0	1.4	345.8	1,991	2	41,215
4 宮城	47	1.7	26	55.3%	15	31.9%	1	2.1%	5	10.6%	24.2	2.6	12.7	1.4	325.5	2,928	0	78,270
5 秋田	20	1.7	14	70.0%	4	20.0%	1	5.0%	1	5.0%	24.4	2.9	15.3	1.8	431.6	1,416	14	34,157
6 山形	37	0.6	23	62.2%	7	18.9%	2	5.4%	5	13.5%	18.6	3.0	10.3	1.7	723.6	4,205	5	36,311
7 福島	67	3.3	22	32.8%	22	32.8%	7	10.4%	16	23.9%	14.9	3.8	3.6	0.9	215.1	2,414	0	67,175
8 茨城	64	1.7	25	39.1%	23	35.9%	3	4.7%	13	20.3%	13.0	0.5	5.9	0.2	395.5	3,156	1	100,077
9 栃木	25	1.4	6	22.2%	13	48.1%	2	7.4%	6	22.2%	21.6	2.9	5.5	0.7	528.2	1,657	0	63,837
10 群馬	62	3.1	26	45.6%	17	29.8%	8	14.0%	6	10.5%	14.0	1.6	7.0	0.8	177.5	2,275	0	70,613
11 埼玉	135	2.0	51	38.3%	42	31.6%	13	9.8%	27	20.3%	13.1	1.7	5.5	0.7	292.5	3,761	0	248,962
12 千葉	160	2.5	62	40.0%	53	34.2%	14	9.0%	26	16.8%	11.3	1.7	4.7	0.7	254.7	1,848	0	238,048
13 東京	268	2.2	97	36.3%	66	24.7%	26	9.7%	78	29.2%	18.4	2.6	3.9	0.6	1,531.9	7,337	49	634,309
14 神奈川	161	1.9	33	22.3%	52	35.1%	36	24.3%	27	18.2%	14.8	1.9	5.3	0.7	491.1	4,388	0	356,648
15 新潟	63	2.7	30	48.4%	18	29.0%	3	4.8%	11	17.7%	17.5	2.9	7.6	1.3	264.2	3,075	0	77,966
16 富山	20	1.8	5	25.0%	5	25.0%	2	10.0%	8	40.0%	40.4	7.1	9.2	1.6	1,281.9	7,049	34	31,949
17 石川	11	0.9	6	54.5%	3	27.3%	1	9.1%	1	9.1%								32,811
18 福井	7	1.1	0	0.0%	2	22.2%	2	22.2%	5	55.6%	63.6	5.6	15.5	1.4	225.3	936	24	23,060
19 山梨	33	3.8	23	69.7%	5	15.2%	4	12.1%	1	3.0%	10.9	1.3	7.3	0.9	326.5	1,419	4	31,535
20 長野	53	2.4	18	34.6%	14	26.9%	11	21.2%	9	17.3%	23.8	2.5	9.9	1.0	414.5	3,324	3	76,337
21 岐阜	44	2.1	20	46.5%	11	25.6%	5	11.6%	7	16.3%	28.0	2.4	8.5	0.7	462.0	3,078	0	71,150
22 静岡	60	1.7	18	30.5%	12	20.3%	12	20.3%	17	28.8%	24.6	4.2	6.6	1.1	831.4	3,392	3	130,924
23 愛知	114	1.6	50	43.9%	34	29.8%	9	7.9%	21	18.4%	22.2	5.6	7.9	2.0	381.4	6,211	0	261,839
24 三重	32	1.8	8	24.2%	10	30.3%	8	24.2%	7	21.2%	25.6	3.9	9.5	1.4	1,201.2	3,787	5	68,185
25 滋賀	23	1.7	0	0.0%	8	34.8%	5	21.7%	10	43.5%	45.1	3.9	13.7	1.2	894.3	3,657	8	49,580
26 京都	83	3.4	37	44.6%	27	32.5%	6	7.2%	13	15.7%	9.3	0.9	4.0	0.4	23.1	417	0	109,949
27 大阪	234	3.1	64	28.7%	64	28.7%	26	11.7%	69	30.9%	25.3	12.7	7.9	4.0	1,363.6	7,758	5	454,080

都道府県	調査対象 施設数 ①	人口 10万対 施設数 ②	当番日における勤務医師数別の施設数と割合								1施設当たりの患者数 (当番対応時間内)		医師1人当たりの患者数 (当番対応時間内)		一施設あたりの救急搬送患者数 (当番対応時間内)			県内の 救急搬送患者 の 全数 ⑱
			③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	
			医師1人		医師2人		医師3人		医師4人以上		受入患者数	うち入院患者数	受入患者数	うち入院患者数	平均(人)	最大(人)	最小(人)	
28 兵庫	171	3.2	78	45.6%	60	35.1%	16	9.4%	17	9.9%	13.0	2.0	5.9	0.9	208.2	2,723	0	205,465
29 奈良	44	3.2	13	29.5%	13	29.5%	13	29.5%	5	11.4%	11.1	2.9	4.6	1.2	217.2	1,107	11	53,017
30 和歌山	40	4.1	23	57.5%	11	27.5%	4	10.0%	2	5.0%	13.5	1.4	8.4	0.9	52.0	335	0	43,449
31 鳥取	21	3.5	13	61.9%	3	14.3%	0	0.0%	5	23.8%	32.5	2.9	14.8	1.3	79.6	256	1	20,610
32 島根	17	2.6	10	58.8%	6	35.3%	1	5.9%	0	0.0%	18.4	2.7	12.3	1.8	624.5	2,380	18	24,619
33 岡山	24	1.2	9	37.5%	6	25.0%	3	12.5%	6	25.0%	38.0	4.0	11.9	1.3	337.8	2,778	2	69,045
34 広島	62	2.2	28	45.2%	21	33.9%	6	9.7%	7	11.3%	8.7	21.1	4.1	10.0	519.4	2,262	17	104,944
35 山口	39	2.8	9	23.1%	23	59.0%	4	10.3%	3	7.7%	22.3	8.9	10.1	4.0	367.6	2,301	1	59,359
36 徳島	22	2.7	12	54.5%	3	13.6%	4	18.2%	3	13.6%	6.4	1.2	1.9	0.4	467.7	2,073	8	27,213
37 香川	16	1.7	5	31.3%	9	56.3%	1	6.3%	1	6.3%	12.2	2.2	6.4	1.2	545.2	3,425	1	39,725
38 愛媛	63	3.1	24	37.5%	17	26.6%	9	14.1%	14	21.9%	43.8	4.5	12.9	1.3	482.5	2,410	0	54,982
39 高知	8	3.9	6	75.0%	2	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	7.1	0.4	5.5	0.3	47.3	118	2	33,769
40 福岡	252	5.9	156	61.9%	51	20.2%	16	6.3%	29	11.5%	9.7	1.0	4.6	0.5	55.1	2,052	0	191,325
41 佐賀	62	6.5	31	58.5%	17	32.1%	5	9.4%	0	0.0%	20.2	2.1	13.5	1.4	44.7	1,298	0	28,621
42 長崎	42	2.8	19	45.2%	16	38.1%	3	7.1%	4	9.5%	15.1	2.4	7.6	1.2	352.4	2,914	11	49,238
43 熊本	42	2.3	24	57.1%	8	19.0%	5	11.9%	5	11.9%	14.1	8.9	6.1	3.9	448.9	2,126	2	65,523
44 大分	39	3.1	21	53.8%	14	35.9%	1	2.6%	3	7.7%	13.2	2.0	7.3	1.1	527.7	2,110	1	41,697
45 宮崎	10	0.9	3	30.0%	5	50.0%	0	0.0%	2	20.0%	12.4	2.6	5.6	1.2	956.1	2,920	179	32,627
46 鹿児島	116	6.5	91	78.4%	20	17.2%	3	2.6%	2	1.7%	10.0	1.5	7.7	1.2	79.5	1,061	0	62,730
47 沖縄	5	1.8	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	100.0%	37.3	4.7	6.2	0.8	1,143.4	1,751	343	51,011
	3,108	2.5	1,331	42.8%	872	28.1%	319	10.3%	539	17.3%	20.3	3.8	7.6	1.4	471.6	2,703	16.1	4,892,593

(注)・データは、都道府県を通じて実施した「平成19年度 救急医療対策事業の現況調」調査をとりまとめたもの。  
・ただし、人口データは前回国勢調査(平成17年10月1日現在)を使用。  
・また県内の救急搬送患者の全数は救急・救助の現況(平成19年版)に基づく。  
・調査の対象は、主に病院群輪番制参加病院や、共同利用型病院等の第二次救急医療機関であり、必ずしもすべての第二次救急医療機関ではない。  
・都道府県によっては、病院群輪番制に参加している救命救急センターをもつ病院のデータも含まれる。  
・石川県は、救急患者数に関するデータを現在確認中。

医政局指導課 平成20年6月10日

# 救急医療の今後のあり方に関する検討会

## 中間取りまとめ 骨子(案)

平成20年〇月〇〇日

厚生労働省医政局指導課

## 目次

### 第1 はじめに

### 第2 救急医療の現状及び課題

### 第3 検討会における検討課題

1. 救命救急センターの評価について
2. 救命救急センターの整備のあり方について
3. ER型救急医療機関について
4. 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備について
5. 救急搬送において受入に至らない理由について(出口の問題など)

### 第4 今後、継続して検討すべき課題

### 第5 おわりに

### 参考資料

<これまで検討会で使用した資料を添付>

## 中間取りまとめ骨子について

### 第1 はじめに

#### 1. 検討会を立ち上げるに至った背景

＜昨年より相次いだ救急搬送を受け入れる病院の選定に時間を要した事案の報道等にふれつつ検討会の立ち上げにいたった背景を記載＞

#### 2. 検討会の議論の流れ

＜第三次救急医療機関（救命救急センター）を中心とした議論から、より幅広い議論にいった過程について記載＞

### 第2 救急医療の現状及び課題

#### 1. 救急医療を取り巻く課題について

＜救急医療をとりまく現状を含めて、幅広い課題について記載＞

#### 2. 検討会の中で取り上げられた課題について

＜検討会で取り上げた課題、委員から指摘のあった課題について記載＞

### 第3 検討事項

#### 1. 救命救急センターの評価について

- (1)これまでの評価について
- (2)新しい評価についての検討経過について
- (3)新しい充実度評価案について
- (4)今後の課題について

#### 2. 救命救急センターの整備のあり方について

- (1)これまでの整備の流れと量的状況
- (2)質的な状況について
- (3)課題の背景について

#### 3. 今後の整備の進め方

- (1)すでに一定の整備がなされている地域
  - (ア)医療資源の効率的配置について

(イ)各施設の役割分担について

(2)最寄りのセンターまでに長時間の搬送を要する地域(地理的空白地域)の整備についての考え方

(3)地域にかかわらず留意すること

### 3. ER型救急医療機関について

(1)現状について

(ア)利点について

(イ)課題について

(ウ)ER型の整備について

### 4. 二次救急医療機関の状況及び今後の整備について

(1)現状について

(2)今後の整備について

(ア)救急医療対策事業の現況調について

(イ)一定の枠組みを満たした活動実績のある病院への支援について

### 5. 救急搬送において受入に至らない理由について(出口の問題など)

(1)救急患者を受け入れられない理由について

(2)「ベッド満床」について

(3)「出口の問題」について

## 第4 今後、継続して検討すべき課題

## 第5 おわりに

## 中間取りまとめ(本文)について

### 第1 はじめに

我が国の救急医療体制については、昭和39年に救急病院・救急診療所の告示制度を創設し、昭和52年からは、初期、二次、三次の救急医療機関並びに救急医療情報センターからなる救急医療体制の体系的な整備を推進してきた。また、平成3年には救急救命士制度を創設し、救急医療の整備を進めてきたところである。

平成9年12月には、「救急医療体制基本問題検討会報告書」が取りまとめられ、将来の我が国における良質かつ効率的な救急医療体制のあり方について、基本的な方向性が示され、取組が進められてきたところである。

しかしながら、救急医療情報システムの改善の必要性、初期、二次、三次と階層的に整備された救急医療体制の適切な連携の必要性、高齢化・疾病構造の変化、国民のニーズや要求水準等の変化、少子化時代における小児救急医療体制の確保、救急医療に関わる医師の量的質的な確保、医療計画制度における救急医療・小児医療の連携の構築、これらへの対応が喫緊の課題として求められている。

本検討会においては、前述の「救急医療体制基本問題検討会報告書」における、「3. 救急医療体制のあり方」について、現在の課題に対応すべく、追補する意味合いでの検討を行い、取りまとめたものである。

#### 1. 検討会を立ち上げるに至った背景

＜昨年より相次いだ救急搬送を受け入れる病院の選定に時間を要した事案の報道等にふれつつ検討会の立ち上げにいたった背景を記載＞

#### 2. 検討会の議論の流れ

＜第三次救急医療機関（救命救急センター）を中心とした議論から、より幅広い議論にいった過程について記載＞

### 第2 救急医療の現状及び課題

#### 1. 救急医療を取り巻く課題について

＜救急医療をとりまく現状を含めて、幅広い課題について記載＞

#### 2. 検討会の中で取り上げられた課題について

＜検討会で取り上げた課題、委員から指摘のあった課題について記載＞

### 第3 検討事項

#### 1. 救命救急センターの評価について

##### (1) これまでの評価について

- ・平成11年度から、救命救急センター全体のレベルアップを図ることを目的として実施。以後、毎年実施してきた。
- ・前年の1年間の実績に基づき、各救命救急センターからの報告結果を点数化して、充実度段階をA・B・Cとして3段階に区分。
- ・評価は、救命救急センターの救急専用電話の有無、空床の確保数、診療データの集計の有無、専任医師数等の診療の体制面を中心に実施。
- ・評価結果は、施設の運営費補助金や診療報酬の加算に反映される仕組みであり、充実度評価結果は公表される。
- ・平成18年度・19年度は、全ての施設において充実度段階がA評価であった。
- ・こういった状況を踏まえて、一層の質の向上を目的に、より高度な水準を求める新たな評価方法に改訂する必要がある。

##### (2) 新しい評価についての検討経過について

###### (ア) 基本的な考え方

これまで、それぞれの救命救急センターについて、体制および実績の評価を行ってきたところであり、また、その評価の基準に関しては実情に応じて適宜基準を修正してきたところである。

今回、新たに充実度評価の基準を定めるにあたり、下記の3点を基本的な考えとして、検討を進めた。

- 第三次救急医療機関に求められる機能を明確にする。
- それぞれの施設からの報告を元にした評価を基本とするが、第3者の視点による評価項目も加える。また、報告の内容について検証が可能な項目を取り入れる。(第3者の視点・検証が可能な評価)
- 評価項目によっては、施設の所在地の状況や周辺人口等の状況に応じて、求められる水準を調整する。(地域における救急医療の確保という視点)

###### (イ) 第三次救急医療機関に求められる機能の明確化

第三次救急医療機関に求められる4本の柱として、下記のように検討した。

- 重症・重篤患者の診療機能。
- 地域の救急搬送・救急医療体制の支援機能。
- 救急医療の教育機能。
- 災害医療対応機能。

(ウ) 第三者の視点・検証が可能な評価

評価と実態に解離がある施設もあるとの指摘があり、第三者の視点による評価項目を加え、報告の内容について検証が可能な項目を取り入れることとし、下記のように検討した。

- (1) 報告の内容について検証が可能な項目をできるだけ採用する
- (2) 都道府県などによる評価項目を加える
- (3) 評価の質を担保するためには行政（都道府県）等による実態調査の実施が不可欠である。

(エ) 地域における救急医療の確保という視点

施設の所在地の状況や周辺人口等の状況に応じ、求められる水準を変更することとし、これまでと同様に、患者受入数、医師数等の評価項目については、段階低く設定することとした。

### (3)新しい充実度評価案について

上記の検討を行い、資料(ウ)の通り、新たな充実度評価案を作成した。

特記すべき事項としては、医療従事者の労働環境改善に係る項目として、「医師事務作業補助者の有無」、「患部・転棟の調整員の配置」、「医師の負担軽減の体制」、「休日及び夜間勤務の適性化」、第三者の視点・検証が可能な評価に係る項目として、「都道府県・地域MIC協議会への関与、救急患者受入コーディネーターへの参画」、「救急医療情報システムの関与」（都道府県による評価）、「ウツタイン様式調査への協力状況」（消防機関による評価）が挙げられる。

### (4)今後の課題について

## 2. 救命救急センターの整備のあり方について

### (1)これまでの整備の流れと量的状況

・救命救急センターは当初、100万人に1ヶ所を目途に整備がなされてきたところ。現在、全国に200ヶ所を超え人口当たりの数としては当初の目標を大きく上回った。平成18年においても新たに12施設の整備がなされるなど量的には確実に増加している。

・近年、東京、大阪等の大都市の一部において、隣接して複数センターが整備されているケースが見られる。

・軽症、中等症の患者が急増し、本来の救命救急業務に支障を来しているとの指摘がある。

・一方で、最寄りのセンターまでに長時間の搬送を要する地域（地理的空白地域）

も多数残されている。そのため、センターの地理的空白地域を埋めることを念頭に、平成16年より規模の小さい(20床以下)救命救急センター(新型救命救急センター)の整備を開始し、一定の成果を上げたところであるが、依然として地理的空白地帯は残されている。

## (2) 質的な状況について

質的な側面からみると、次のような指摘がある。

- ・(救急患者のうち)小児、精神科疾患を伴った患者、産科・周産期の患者へ、必ずしも適切に対応できていない。
- ・同様に、重症外傷治療においては、防ぎ得た死が発生している可能性が高く、救命されても四肢の運動機能等の機能予後が悪い実態がある。また脳卒中等における治療やリハビリの体制が十分でない。

## (3) 周辺状況について

周辺の状況として次のようなものが考えられる。

- ・救急搬送の増大を中心とする救急医療の需要増大に比して、地域の二次救急医療機関の体制の充実が追いつかず、本来は二次救急医療機関で対応可能な患者が救命救急センターに搬送されることにより、センターに過度な負担がかかっている。
- ・合併症のある高齢者の患者の割合が増え、治療期間が長期化していること、急性期を乗り越えたもののいわゆる植物状態等の重度な後遺症等により、母体の一般病棟や他院への転院、自宅への退院が円滑に進まないことなどによる、いわゆる救命救急センターの「出口の問題」がある。
- ・救命救急センターでの医療を行うにあたり、小児科、精神科、整形外科等の様々な診療科の医師の関わりが重要であることについて病院全体の理解が十分でない。
- ・地域に複数のセンターが整備されていても、それらの機能が似通っており、医療資源が薄く広く配置されている状況であり、重症外傷や発症直後の脳卒中のように、来院直後より適時特別な対応が求められる疾患に対して、十分な診療体制が取られていない。
- ・そもそも救急医を始めとして医師の確保が困難な状況がある。

## 3. 今後の整備の進め方

### (1) すでに一定の整備がなされている地域

#### (ア) 医療資源の効率的配置について

- ・救急医を始めとして医師の確保が困難な状況において、同一医療圏に救命救急センターを分散して多数整備することは、医療資源の効率的な配置といった側面からみると

必ずしも適切とは言えないという意見があるが、適正配置の観点からこれについてどう考えるか。

- ・軽症、中等症の患者が急増しているとするれば、現実的な対応として都市部においても引き続き量的な拡大を図る必要があるか。
- ・その場合、能力や体制が十分であれば、引き続き認めていけばいいか。
- ・特に、当該医療圏のみならず広域に患者を受け入れている病院などは、認めていけばいいのではないか。
- ・一方で、地理的空白地域への整備を優先させるべきか。

### (イ)各施設の役割分担について

同一医療圏に複数のセンターが整備されている地域において、疾患ごとに大まかに各センターの役割を決めることについてどう考えるか。

- ・専門病院との関係についてどう考えるか。
- ・「大まかな疾患ごと」とは何か。

### (2)最寄りのセンターまでに長時間の搬送を要する地域(地理的空白地域)の整備についての考え方

引き続き、地理的空白地域への救命救急センターの設置は必要と考えるが、その際には、GIS等のデータを用い、県内人口のうち、救命救急センターへ一定の時間以内に到着できる人の割合が最も改善する地域を優先するといった考え方でよいか。

- ・一般的に、人口が少ない地域への救命救急センターの設置は効率的でないと考えられるが、どう考えるか。

地理的空白地帯であっても、周辺人口や重症患者の発生数からすると、新たに施設を整備することが困難であると考えられる場合には、ドクターヘリコプターや消防防災ヘリコプターなどを活用した救急搬送体制を確立する等して、センターの整備に替える体制を構築する必要がある。

ただし現在は、夜間においてドクターヘリの運航がなされていない点に留意する。併せて、地理的空白地域からの救急患者を受け入れるセンターについては、空路による搬送を円滑に受け入れることが可能な体制の整備が求められる。

### (3)地域にかかわらず留意すること

救命救急センターが常時、地域で発生した救急患者を円滑に受け入れる体制を維持するためには、急性期の治療を終えた患者が、円滑に転棟や転院をしていく必要がある。院内、院外への転棟や転院を妨げる要因は何か。

- ・母体の病院の病床には、調査上は多くの空床があるが、どう考えるか。
- ・病院内の病床の配分が、適切になされているのか。
- ・特にどういった疾患、状況で転院・転棟が円滑に進まないか。

小児科、精神科、整形外科等の各分野の専門医師の応援が本来必要な場合に、直ちに円滑に診療に加わる体制が構築されていない要因は何か。

各診療科間、部門間の独立性が強く、救命救急センターに搬送された救急患者への診療に院内全体の医療資源を有効活用しようという体制がないのではないか。地域でのクリティカルパスの活用はどうか。

### 3. ER型救急医療機関について

#### (1) 現状について

##### (ア) 利点について

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。

##### (イ) 課題について

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。

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施設で行われ、150人が研修中。研修中を含め500人程度のER医師がいるが、例えば米国のおよそ3万人に較べると過小である。

「小児科」「眼科」といった専門医の診療が変わって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。また複数診療科が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である。

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である。

##### (ウ) ER型の整備について

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である。

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

#### 4. 二次救急医療機関の状況及び今後の整備について

##### (1) 現状について

第二次救急医療機関については、「初期救急機関と第二次救急機関を一体として整備してはどうか」、「広い分野に対応できる第二次救急医療機関の整備が必要である」、「当直体制ではなく交代制勤務が可能な環境を整備すべきである」、「一定の枠組みを満した活動実績のある病院を支援すべきである」等の意見が委員から寄せられた。

また、第二次救急医療機関からのヒアリングでは、「医療従事者の確保が困難である」、「地方自治体からの補助金が削減される動きがある（近年の、三位一体改革等に伴い、病院群輪番制病院等の運営費補助は、平成17年度より一般財源化されている。）」、「未収金の負担が大きい」、「医療訴訟リスクが増大している」等の意見が寄せられた。

さらに、平成19年7月に都道府県を通じて実施した「救急医療対策事業の現況調査」からは、第二次救急医療機関の体制や活動の状況は、「都道府県ごとに、また同一県内においても様々であるが、体制や活動が乏しいところが比較的多くを占める」、「休日・夜間の対応にあたる医師が1名～2名体制である医療機関が7割を占めている」、「救急車をほとんど受け入れていない施設から数千台受け入れる施設まである」、「患者の多くは入院を必要としない外来診療のみの患者である」等のことが明らかとなった。

##### (2) 今後の整備について

###### (ア) 救急医療対策事業の現況調査について

救急医療対策事業の現況調査については、調査対象を「都道府県の医療計画において第二次救急医療機関と位置づけられたすべての医療施設」とし、医師の勤務の状況、その他の体制の等についても調査項目として実態把握を進めることが必要である。

###### (イ) 一定の枠組みを満した活動実績のある病院への支援について

診療体制や活動実績において一定の基準を満している第二次救急医療機関（「地域救急拠点病院」：仮称）の整備を図り、その診療体制や活動実績を評価し、評価に応じた、支援が望まれる。

「地域救急拠点病院」の基準としては、医師その他の体制、診療実績等を勘案し、整備のあり方について、検討が進められるべきである。

## 5. 救急搬送において受入に至らない理由について(出口の問題など)

### (1) 救急患者を受け入れられない理由について

医療機関の受入照会回数が多数に及ぶ事案に関し、平成19年に総務省消防庁は救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査を行った。これによると、救急搬送において受入に至らなかった理由として、「処置困難」、「ベッド満床」、「手術中・患者対応中」、「専門外」、「医師不在」等があげられた。特に、第三次救急医療機関は「ベッド満床」を第1の理由としてあげていた。これらの理由のうち、「処置困難」・「手術中・患者対応中」・「専門外」・「医師不在」は病院の医師数や能力の問題であるので、前述の救命救急センターの機能強化等により対応を進めることを検討している。一方、「ベッド満床」については、単純に当該医療機関の救急部門の増床により解決を図れるものであるのか、又は「ベッド満床」には物理的な満床以外の意味があり、他の取組が必要であるか否かについて検討を行った。

### (2) 「ベッド満床」について

第三次救急医療機関では、院内転床や転院により空床確保を積極的に図っている状況が伺え、半数弱の医療機関において救急部門は物理的に満床であった。一方、半数強は、物理的には空床があるものの、「その患者にふさわしい空床がない」、「人手や医療資器材などの不足」のために、救急患者を受け入れられない状況があることがわかった。

物理的空床がありながら救急患者を受け入れられない事例に関しては、病院全体としての病床利用運営を見直すなどの対策が必要であると考えられる。一方、物理的に満床である事例に関しては、救命救急センターに入院している患者の退院、もしくは院内転床・転院の促進により「出口」を確保することが必要であると考えられる。

今後の統計・調査の方法、項目そのものの妥当性についても併せて検討する必要があるか？

### (3) 「出口の問題」について

救急患者が急性期を脱した後に慢性化・長期化しそうな場合には、地域の病院へ転院等を行う際に困難が生じることが考えられる。その原因として、地域の病院から在宅等における療養の場への退院において、これらの患者を受け入れる体制がまだ未整備である点も指摘されている。

また、大学病院等の高度専門医療を担う施設においては、各々の専門性が院内転床を困難にしている実態もある。

救急医療機関から在宅等へ続く、一連の「出口」を見いだすことには困難を伴

ることが多い。今後、「出口問題」について、一連の連携体制のあり方を含め、実態を解析するとともに、スムーズな院内転床・転院の促進を図るための専任者等の配置が進められるべきと考えられる。

#### 第4 今後、継続して検討すべき課題

本検討会においては、当初、「高度救命救急センター」や「専門病院」のあり方や救急医療体制における位置づけについても議論を進める予定としていたが、議論を進める中、救急搬送の受入医療機関の選定に時間を要した事例の報道が相次ぎ、また総務省消防庁の調査でも、全体に占める割合は多くはないものの、受入医療機関の選定が円滑に進んでいない事案の発生を認めるという状況が明らかになった。そのため、特定の疾患に対して高い診療能力を持つ「高度救命救急センター」や「専門病院」の議論よりも、まずは幅広い傷病に対する受入医療機関の体制を整備するという観点から第三次救急医療機関、第二次救急医療機関のあり方についての議論を優先することになり、結果として、「高度救命救急センター」や「専門病院」については十分な議論を行うことが出来なかった。

一方、最近話題となっているE-R型の救急医療機関については、その有効性や課題については、議論がなされたが、どのようにして我が国の救急医療体制に取り込んで行くか、十分な検討には至らなかった。

今後は、こういった残された課題についての議論が望まれる。また、「救急医療教育」「救急医療を担う医師の確保」、救急救命士の業務など含めた「病院前救急医療」の検討など幅広い検討課題が残されており、優先順位を判断した上で、こういったことについても議論を進める必要がある。

#### 第5 おわりに

人口の高齢化、救急搬送の急増、医療の質素に対する国民の期待の高まり等、医療を巡る環境の変化は目まぐるしい。救急医療においては、身体の変化が急激に起こっていることもあり、精神面の受容が追いつかず、時として、救急医療に対する国民の不満という形で課題が表面化することもしばしば見受けられる。日々の生活の中で、継続した医療の提供が求められる日常の医療と、人生の中での数少ないライフイベントとして、個々の患者にとって適切な医療の提供が求められる救急医療の違いを整理し、あるべき救急医療体制の整備を目指すべきである。

(参考資料)

これまでの検討の経緯

(第1回の議題)

準備会の概要について

今後の救命救急センターの整備について

高度救命救急センターのあり方について

救命救急センターの評価のあり方について

(第2回の議題)

救命救急センターの充実度評価の見直しについて

- ・ 有賀参考人からの説明
- ・ 坂本委員からの説明

今後の救命救急センターの整備について

高度救命救急センターのあり方について

(第3回の議題)

救命救急センターの充実度評価の見直しについて

今後の救命救急センターの整備について

高度救命救急センターのあり方について

(第4回の議題)

今後の救命救急センターの整備について

- ・ 救急医療機関の出口の問題について
- 二次救急医療機関について
- ・ 二次救急医療機関の状況について
  - ・ ER型救急医療機関について

## 救急医療と搬送に関する課題と対策について（提言）

### ～信頼と協力に基づく救急医療の再構築を目指して～

昨年8月に奈良県において発生した妊婦救急搬送の事案をはじめ、救急搬送の受け入れに時間を要した事案の報道が相次ぎ、大きな社会不安となっている。党としても、このような事態を深刻に受け止め、本年2月、大阪府に調査団を派遣し、現場関係者の声を聞くとともに、本P Tにおいても、関係団体等からのヒアリングを行い、課題の抽出と対策の検討を行ってきた。

その過程で、救急医療に対する需要の増大や多様化といった患者側の要因とともに、需要に見合う受入体制の確保の難しさなど医療提供側の課題も浮かび上がった。この間、政府においても、様々な措置を講じており、特にこの4月以降は予算や診療報酬の面で充実を図っているところであるが、医療にとっての原点とも言える救急医療の確保に向けて、なお一層の取組が必要である。

本P Tにおいては、これまでの政府の措置、取組を踏まえつつ、今後早急に取り組むべき諸対策を提言するものである。

## I. 課題

### 1. 救急搬送の受け入れを巡る直接的な課題

#### (1) 救急医療を巡る状況の変化

##### 救急利用の増大・多様化

少子高齢化の進展、住民の意識の変化及び核家族化等の社会情勢の変化に伴い、救急利用が増大・多様化している。救急搬送人員は、この10年間で50%以上増加しており、特に、高齢者を中心とした軽症・中等症患者の増加が著しい。また、救急車の不適切な利用と見られるケースもある。このため、真に緊急性のある傷病者への対応に支障が生じている。

なお、患者にとって真に必要な救急医療と、「モンスターペイシェンツ」という言葉に象徴されるように患者の要求によって増大している部分とを区別すべきである。

#### (2) 搬送その他

##### ①多数の搬送先候補の存在とその選択の困難さ

救急搬送において、受入先医療機関の決定までに時間を要する事案が増加しており、119番通報から病院収容に至るまでの時間の

## (参考資料)

遅延に影響している。

さらに、都市部を中心に受入先候補となる医療機関が多数存在する中で、救急隊と複数の医療機関の間で詳細な情報のやりとりを通じ、患者の病状に応じた適切な医療をマッチングさせていく過程で、必然的に時間・手間を要する。しかも、このような過程を表層的に捉え、いわゆる「たらい回し」や「受入拒否」といった表現で医療機関が批判される傾向にある。

### ② 医療体制と救急搬送体制との連携

地域の実情により、長距離の救急搬送をやむを得ず行わなければならない場合がある。また、県境を越えて救急搬送を行わなければならない場合がある。

## (3) 医療機関側の受入れ

### 受入能力の限界等

総務省消防庁の調査によると、救急搬送患者の受入れに至らなかった主な理由として、「処置困難」、「ベッド満床」、「手術中・患者対応中」、「専門外」が挙げられている。また、前述の救急車の不適切利用のような患者の受療行動もある。

その他、病院勤務医を中心とする過酷な勤務環境、勤務状況に見合った報酬となっていないことへの不満、患者（泥酔、薬物、精神科的症状の合併等）とのトラブル等といった問題も挙げられる。

## 2. 救急医療を取り巻く背景

### ① 救急医療のコスト

救急医療自体は、基本的に採算のとりづらい分野であるが、公的な救急搬送が無料である等の事情から、サービスと負担（コスト）の関係が認識されづらい。

軽度を中心に救急利用は増大しており、それを受け入れる提供側もそうした救急医療自体では経営が成り立ちづらいという根本的なジレンマを抱えている。

### ② 国による医療費の抑制等

我が国の医療費の対GDP比率は、OECD諸国の中でも低い方であるものの、高い医療水準を維持している。しかしながら、救急利用の増大・多様化、医学部定員の削減、診療報酬の引き下げ等もあって、地域の医療体制の確保に支障が生じている。

### ③三位一体改革等による影響

現在、初期救急医療や二次救急医療に要する財源については、体制整備に対する国からの補助金が一般財源化又は税源移譲され、地方の自主財源として地方自治体の裁量に委ねられている。このため、地域によっては医療への配分額が小さい場合もある。

## II. 対策

### 1. 救急医療体制の再構築

#### (1) 救急医療に対するニーズの変化への対応 ～患者の不安解消と救急医療への理解の促進～

##### ①啓発活動

救急医療体制が効果的に機能していくためには、医療側と搬送側はもとより、国民・患者を巻き込んで、信頼・協力関係を築くことが重要である。

そのためにも、国民世論に対し、広報活動やシンポジウム等の機会を通じ、救急車の適正利用、独り暮らしの高齢者等を地域ぐるみでサポートすることの重要性、妊婦健診も含めた健康管理の必要性、そもそも救急医療には相当のコストがかかること、最も適切な医療機関で受け入れてもらうためには相当の時間と手間を要する場合があること等について訴える。

また、このような啓発活動も含めた救急医療体制の整備に対する地方自治体による積極的な取組を促す。

##### ②電話相談事業の推進

緊急時における患者等の不安を解消するため、現行の「小児救急電話相談事業（#8000）」について現状を評価し、全国的な質の向上を図るとともに、その対象を、高齢者を含む成人に広げることについても検討する。

#### (2) 救急医療と搬送の連携 ～搬送から受入までの円滑な流れの構築～

##### ①救急医療情報システムの充実・改善

現行の救急医療情報システムは、特に、搬送先の候補となる医療機関が多数存在する都市部において有用であり、こうした地域を中心に、関係者間の連携を進めるとともに、受入可否に係る情報等の随時更新に必要なシステム改修を進めていく。

## ②救急患者受入コーディネーターの配置

救急隊による受入先医療機関の選定に相当の時間を要する事例について、地域の実情に精通した救急医を医療機関に配置するなどして、関係医療機関との調整等を行う。

## ③医療と搬送の連携

医療側と搬送側の双方が定期的に意見交換を行う等によって緊密な信頼・協力関係を築くことが重要である。

また、長距離の救急搬送をできる限り少なくするため、医療計画に基づき、救急医療圏を適正に設定した上で、圏域内で搬送が完結できるよう連携を図る。

さらに、県境を越える患者の救急搬送についても円滑に対応できるよう、都道府県間の連携を進めるとともに、救急医療情報システムの拡充及び活用の推進を図る。

## ④メディカルコントロール（MC）体制の全国的な質の向上

医療圏ごとにおける搬送と医療の連携の充実に加え、県境を越える搬送に関する課題等について、全国の関係者による意見交換等により、連携の強化を図る。

(注) メディカルコントロール（MC）体制・・・救急救命士による特定行為を中心とする活動等について医師が指示・指導・助言及び検証することにより病院前救護の質を保障する体制

### (3) 医療機関側の受入体制の確保

～スムーズな患者受入に向けての救急医療体制の再構築～

#### ①院内トリアージの検討

来院する多数の救急患者に対し、専門的な訓練を受けた医療従事者が、病状に応じた適切な医療を効率よく提供するシステムについて検討する。

(注) トリアージ・・・患者に最も適した診療を行うため、その重症度、緊急性等によって患者を区分すること。

#### ②日本型ERの検討

我が国では、一次から三次まで、提供できる医療内容に応じて救

## (参考資料)

急医療機関が機能分化している。これらの機能を一つの医療機関で併せ持つ形態として、米国のER方式がある。我が国においても、救急以外の部門を含む医療機関全体の理解・協力を得て、このER方式を導入することが可能かどうかについて検討する。

(注) ER・・・Emergency Roomの略。本邦では明確な定義は無いが、症状の内容、重症度によらず全ての救急患者を受け入れ、初期診療の上、患者の状態に応じて専門の各診療科に引き継ぐといった医療機関全体の理解・協力に基づく体制。

### ③救急医療機関の拠点化（集約化・重点化）

地域において、第二次救急医療機関を中心に個々の医療機関の役割分担を見直した上で、拠点となる医療機関を定め、必要に応じて救急医療の専門家を幅広く集め、救急医療に対する様々なニーズに対応できるようにするとともに、拠点医療機関への患者の過度な集中を防ぐよう、同じ地域における他の医療機関とのネットワークを構築することにより、地域全体で救急患者を受け入れる体制を確保する。

(注) ネットワーク・・・ここでは、急性期を脱した患者を当該拠点医療機関から地域の他の医療機関に転送することや、診療科ごとに輪番体制を敷くこと等によって地域全体において受入体制を確保することを指す。

### ④救急患者の転床等の推進

救急医療機関における「ベッド満床」という事態を解消するため、施設内の病床の融通や地域連携によって、急性期を脱した患者を、地域全体において「後方病床」で受け入れる体制を確保できるように検討する。

(注) 後方病床・・・急性期を脱した患者を受け入れ、継続して医療を提供する院内又は院外の病床。

### ⑤救急医療を担う人材の育成

救急医療に対する国民の要求水準の高まりを踏まえ、様々な分野に精通した高度な救急医療を提供できる医師を育成するため、例えば、「救急医療トレーニングセンター（仮称）」の指定等により、高度かつ最先端の救急医療について研鑽を積めるような仕組みづくりを検討する。

### ⑥画像診断等に関する後方支援の推進

地域に専門医がいない場合でも、緊急時には、可能な限り最先端の知見に基づく診療が受けられるよう、ITネットワークを活用することにより、CT・MRIの画像診断や心電図の評価等について、遠隔地の専門医による助言を受けつつ、地域の医師が診断・治療を迅速に実施できる体制づくりを推進する。併せて、画像診断等に係る責任の所在や財源の確保についても検討する。

### ⑦救急医療情報の迅速性・正確性の確保と知見の集積

救急医療においては、適切な診療により、「避けられる死」や「避けられる後遺障害」を防ぐことが重要である。そのためにも、傷病者の搬送照会を迅速かつ適切に行うことが必要であり、救急現場の画像情報、患者の健康情報、救急医療機関における医師の従事状況等を関係者間で共有できるよう、情報の一元化の技術開発について研究する。

また、今後の対策に活かせるよう、救急搬送の実態（具体的な傷病名、医療機関が受け入れられないとする具体的な理由、医療機関における診療内容、予後等）を把握するための詳細な調査・分析を行う。

### ⑧医療機関における様々な背景の患者への対応

様々な背景の患者に対応し、トラブルの緩和等を含めて診療の円滑化を図るため、例えば「患者相談員（仮称）」の配置を検討する。

## 2. その他救急医療を取り巻く環境の整備 ～救急医療体制の底上げ～

### ①法整備

以上の諸対策について、必要に応じ、法的整備（「救急医療基本法（仮称）」）を行う。

### ②救急医療に関する予算の確保

救急医療自体では基本的に採算のとりづらい分野である。こうしたことを踏まえ、道路特定財源の一般財源化による活用も含めて、引き続き、救急医療体制の確保に必要な予算を十分に確保するとともに、診療報酬の面でも救急医療について、一層の充実を図る。

## (参考資料)

(注) 3月27日の福田首相による道路特定財源の見直しに関する緊急記者会見の中で、一般財源化の活用先の一つとして「救急医療体制の整備」が挙げられている。

### ③地域における財源の確保

地方自治体において、第二次救急医療機関をはじめ救急医療に対して、適切に財源配分を行うよう求める。また、国においても必要な財政支援を行う。

### ④医師等の確保

昨年5月に政府・与党においてとりまとめられた「緊急医師確保対策」を踏まえ、引き続き、その推進を図る。また、看護師についても、養成力の確保、離職の防止、再就業の支援等の確保対策を総合的に進める。

併せて、救急医療に従事する勤務医の労働実態を分析し、その結果を踏まえて、交替制勤務の導入や医師に対する適正な報酬等勤務環境の改善策を検討する。検討された改善策は、まず公的な病院において率先して進める。

### ⑤医師臨床研修の充実

救急医療に関する研修の実施状況等を踏まえて、その充実を図る。

### ⑥ドクターヘリの配備促進

昨年6月に成立した「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」に基づき、引き続き、ドクターヘリの全国的な配備を進めるとともに、その利活用の促進を図る。