

第6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7月17日(木)

14:00~16:00

場所 中央合同庁舎7号館

9階903会議室

○ 開 会

○ 議 事

- ・ 中間取りまとめの(案)について

○ 閉 会

資 料

【資料1】 第5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】 救急搬送の現状について

【資料4】 中間取りまとめ(案)

【参考資料】 安心と希望の医療確保ビジョン

【資料1】 (第6回 救急医療の今後のあり方に関する検討会)

第5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6月10日（火） 10：00－12：00

場所：厚生労働省共用第8会議室 （6階）

内容：

1. 事務局より報告

- ・ 「第4回救急医療の今後のあり方に関する検討会」議事概要について
- ・ これまでの検討会における議論の流れについて

2. 救急搬送において受入に至らなかった理由について

(事務局よりの報告)

- ・ 平成20年3月に総務省消防庁より公表された「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」によれば、受入に至らなかった理由として、第三次救急医療機関の40%弱がベッド満床を、第二次救急医療機関の40%弱が処置困難を挙げていた。
- ・ ベッド満床の意味するところについて、特に照会回数が多かった10都府県よりサンプル調査を行ったところ、「満床」の意味するところは物理的ベッド満床のほかに、患者にふさわしい病床がない、看護師等の人手不足などが挙げられた。

(主な議論)

- ・ 多くの救命救急センターでは満床でも更に受け入れようと努力しているが、安全管理等の問題もあり簡単ではない。
- ・ 空床がありながら受け入れられない理由として、病棟ごとの専門性へのこだわりや看護師等の不足があるのではないか。
- ・ 時期的及び時間帯による病床の利用状況に繁閑の変動があるのではないか。
- ・ 第二次救急医療機関が「処置困難」で診療できないために、患者が第三次救急医療機関に来院し、結果として第三次救急医療機関が「ベッド満床」になるのではないか。
- ・ 空床があるといってもそれは届出病床数による算定であって、実際の運営病床数でみれば満床ではないのか。
- ・ 介護度が高い方、人工呼吸器が付いている方、感染症などでケアがかかる方などを一般病床に転床させることは困難である。
- ・ 救命救急センターの後方病床として、療養型施設が比較的手のかかる患者を引き受けた場合には、診療報酬等で評価できないか。
- ・ 一つの医療機関のみの受入を論じるよりは、患者の重症度、病院の機能と距離などを総合的に判断して地域として受け入れる必要がある。

3. 老人ホーム等施設の救急搬送実態について

(事務局より報告)

【資料1】 (第6回 救急医療の今後のあり方に関する検討会)

- ・ 東京消防庁のデータを分析した。
- ・ 老人ホーム等からの搬送人員数は、この9年間で5倍弱まで増加していたが、全搬送に占める割合は2.7%に過ぎなかった。
- ・ 老人ホーム等からの搬送の場合に受入医療機関の選定に特に苦勞するという指摘があったが、現場滞在時間は全搬送と変わらず、医療機関への照会回数が2回以下であった割合もほぼ等しかった。

(主な議論)

- ・ 高齢者では治療方針を決定するキーパーソンがない、在院日数が伸びるなどの点で現場の負担感は強いが、現場が苦勞して受け入れているので、数字上、老人ホーム等からの搬送はその他の搬送とあまり違わなかったのではないかと。
- ・ 予期された悪化の場合にはこれまで過ぎてきた施設で看取るという方法もあるのに、救急病院に搬送されてしまうことが、本人にとって幸せであるかという問題がある。

4. 第二次救急医療機関のあり方について

(事務局より報告)

- ・ 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」を分析した。
- ・ 医師が1～2名体制である医療機関が7割であった。
- ・ 年間数千台の救急車を受け入れる施設からほとんど受けいれていない施設まで様々であった。
- ・ 患者の多くは入院を必要とせず、外来診療のみであった。

(主な議論)

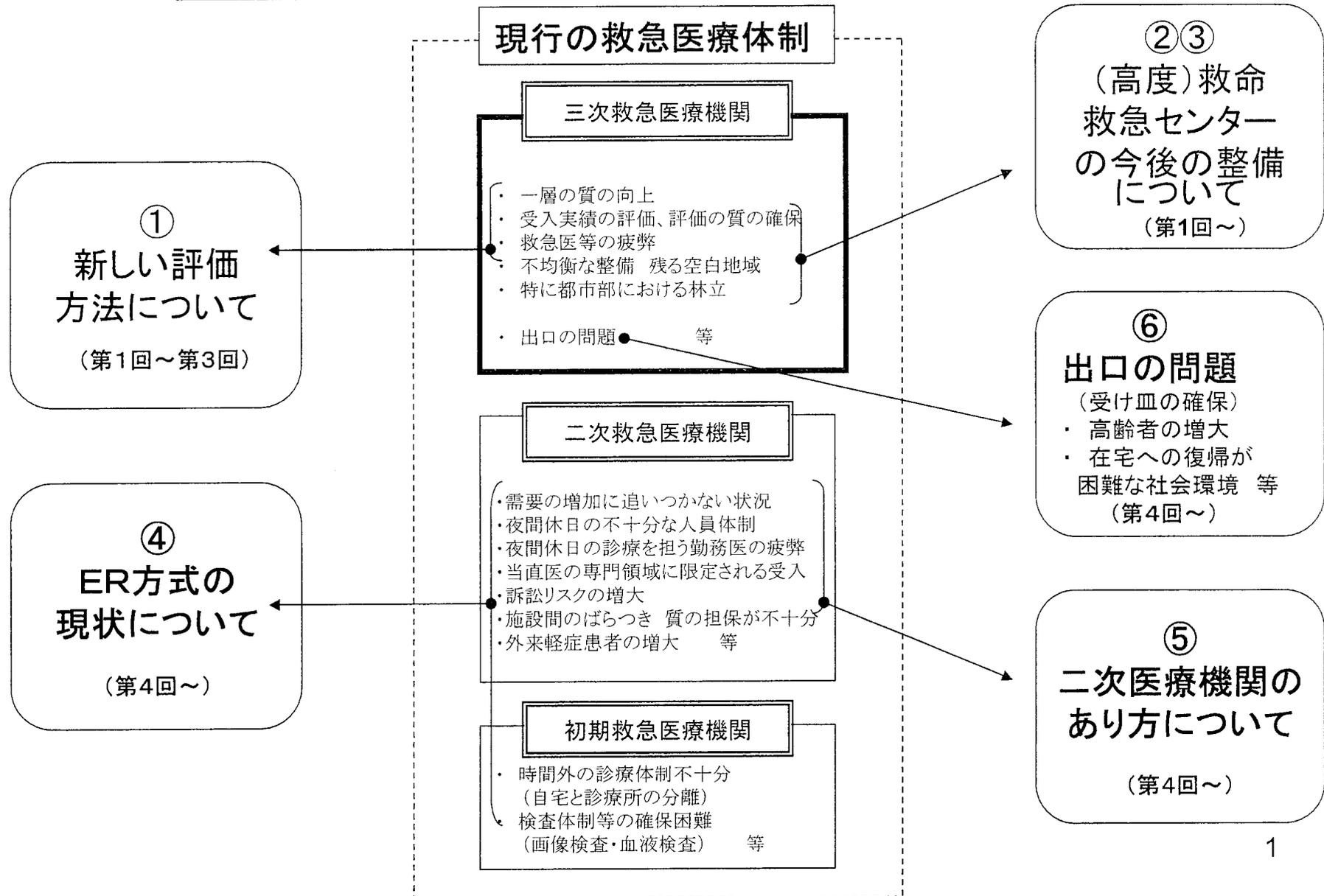
- ・ 診療体制や活動実績において一定の基準を満たしている第二次救急医療機関を一層支援してはどうか。
- ・ ただしその場合でも、特定の第二次救急医療機関を支援することで、そうでない医療機関の救急に関する機能を低下させる結果となれば、かえって地域の救急の現場を混乱させることになる懸念がある。現状のそれぞれの地域に必要なものは続けながら、今後の需要の増大や高度化に対応するという形で、一定の救急医療機関を支援できないか。
- ・ 第二次救急医療機関において交代制勤務を導入する必要がある。
- ・ 今回のデータからも、第二次救急医療機関が事実上初期救急も担っていることが示されたのではないかと。

5. 中間とりまとめ骨子(案)について

(主な議論)

- ・ 小児救急について全く触れられていないので、別途検討すべきと明記してほしい。
- ・ 外傷、小児、周産期、循環器などの特定の診療領域を専門とする医療機関と救命救急センターとの連携についても、今後検討すべきではないか。

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。 	2

救急搬送の現状について

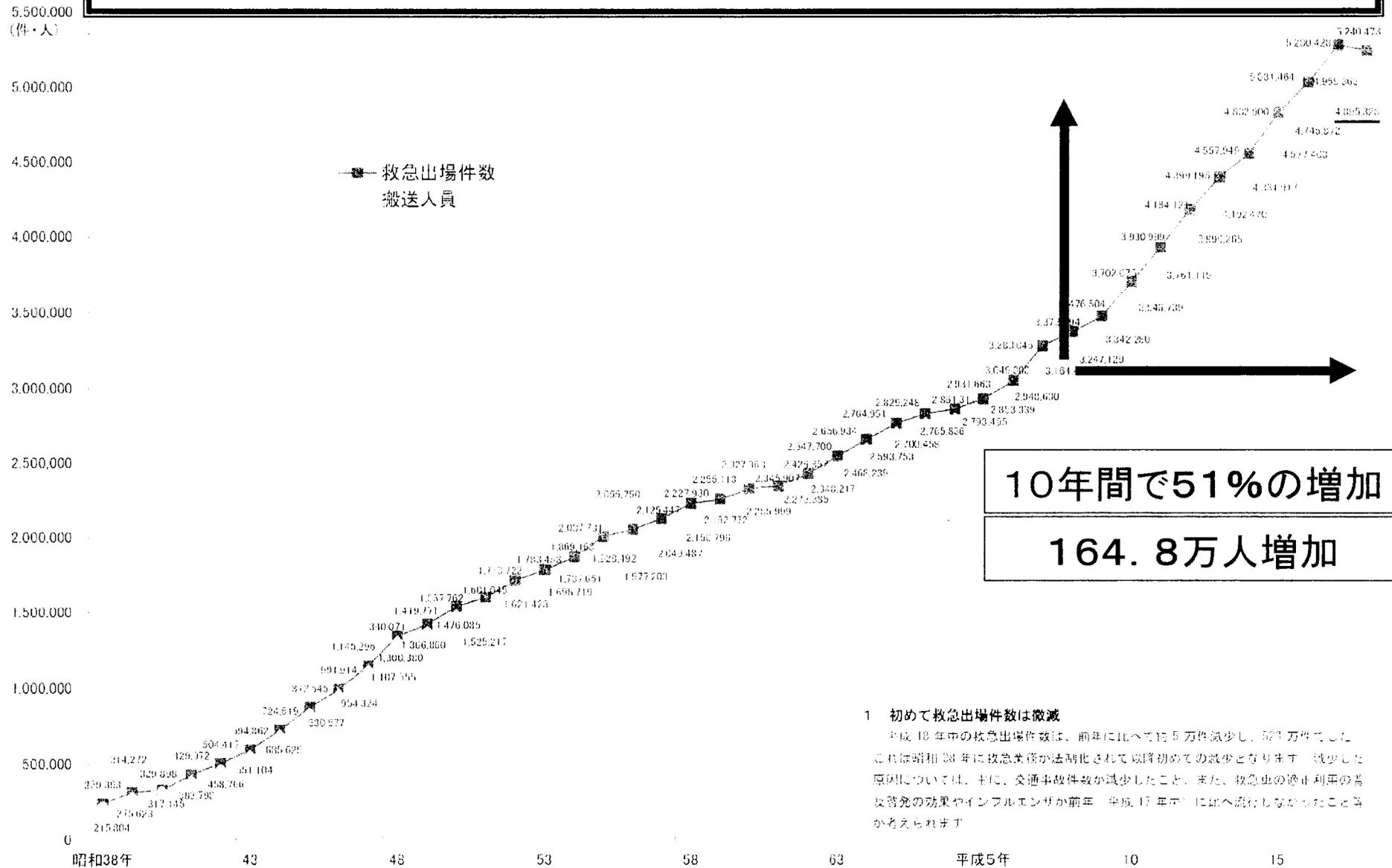
救急搬送の現状について

- 年間救急搬送人員数 4、895、328人

- 人口1万人あたり(全国) 383件数(出場件数)
 - ・ 大阪府 565.6件
 - ・ 福井県 285.5件

- 一日あたり搬送人員数 13、411人
 - ・ 東京都 1、738人
 - ・ 鳥取県 57人
 - ・ 平均(単純に47で割り算したもの) 285人

救急出場件数及び搬送人員の推移

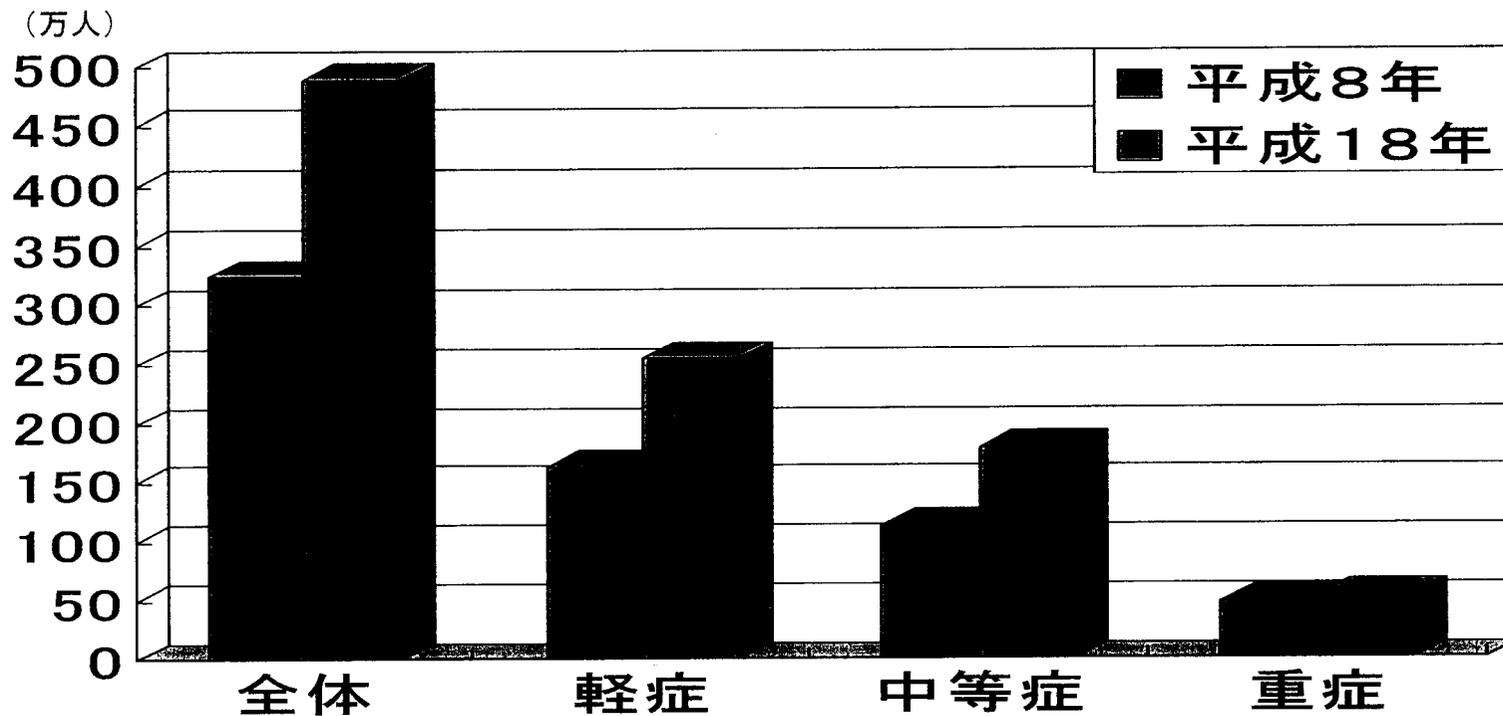


10年間で51%の増加
164.8万人増加

1 初めての救急出場件数は微減
平成10年中の救急出場件数は、前年比で15.5万件減少し、597.7万件でした。これは昭和38年に救急業務が法制化されて以降初めての減少となります。減少した原因については、主に、交通事故件数が減少したこと、また、救急車の適正利用の普及普及の効果やインフルエンザが前年（平成17年度）に比べ流行しなかったこと等が考えられます。

(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出場分を含む
2 各年とも1月から12月までの数値である。

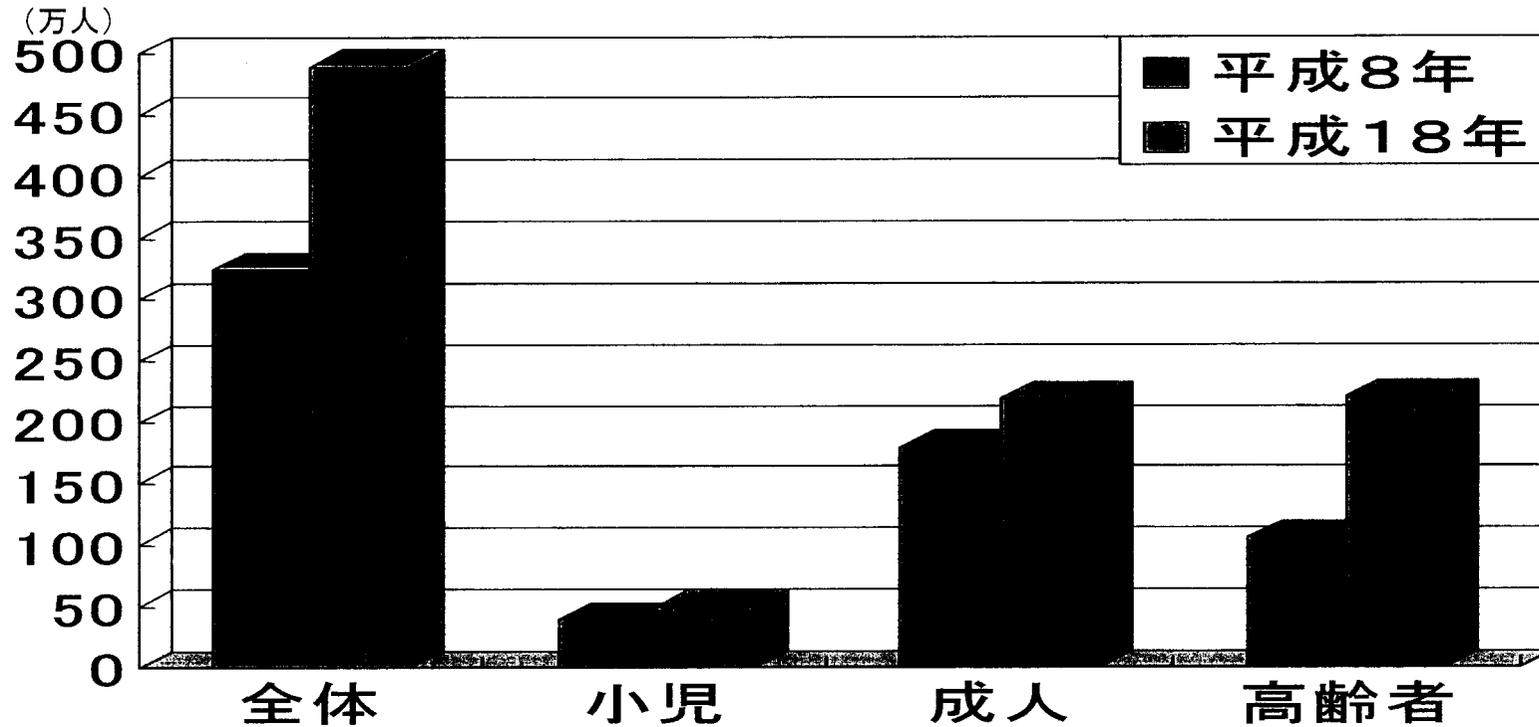
10年間の救急搬送人員の変化(重症度別)



	全体	軽症	中等症	重症 (死亡も含む)
平成8年	324.7万人	162.8万人	113.4万人	48万人
↓	164.8万人増 (+51%)	91.8万人増 (+56%)	66.5万人増 (+59%)	6.1万人増 (+13%)
平成18年	489.5万人	254.6万人	179.9万人	54.1万人

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

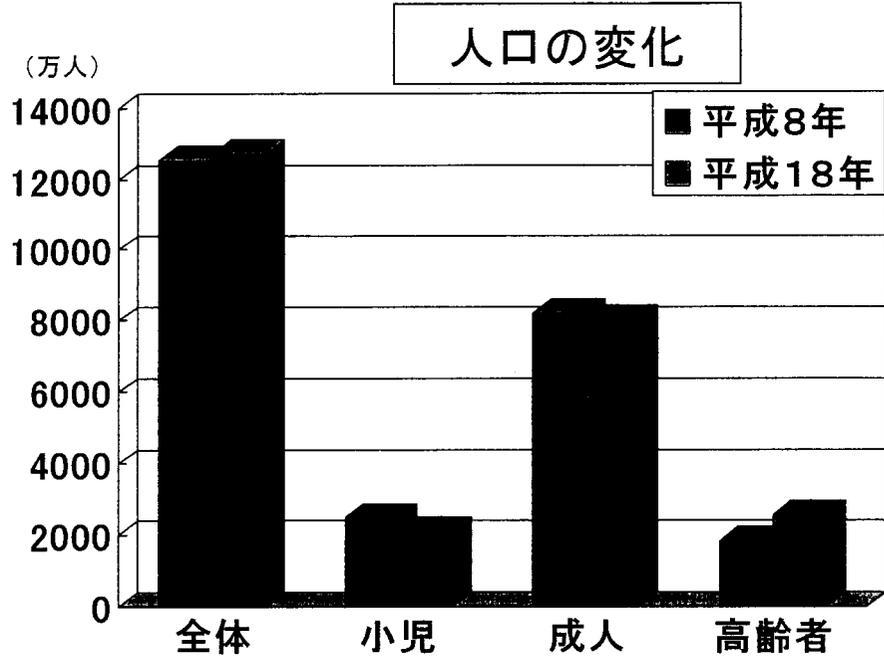
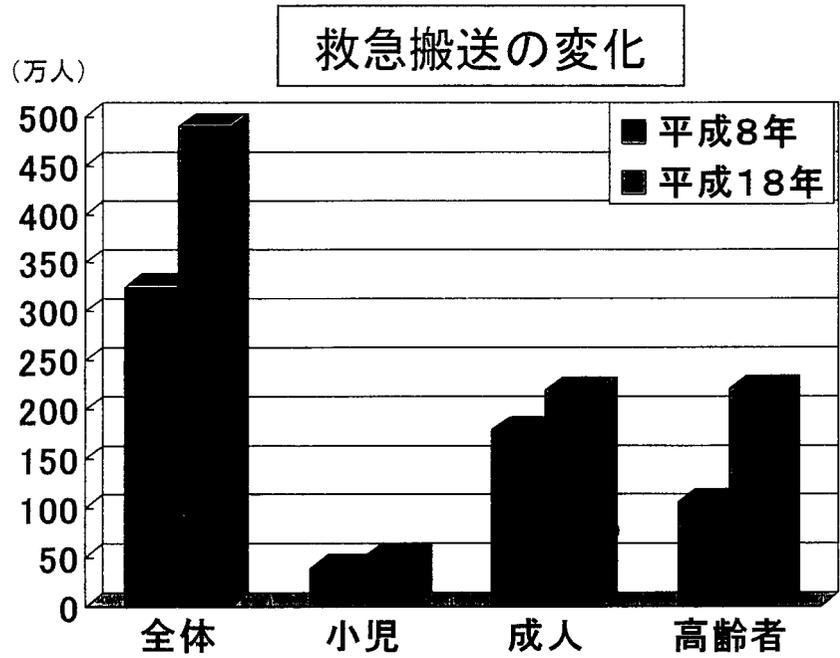
10年間の救急搬送人員の変化(年齢別)



	全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳~64歳)	高齢者 (65歳以上)
平成8年	324.7万人	39.3万人	179.1万人	105.9万人
↓	164.8万人増 (+51%)	10.1万人増 (+26%)	40万人増 (+22%)	114.8万人増 (+108%)
平成18年	489.5万人	49.4万人	219.1万人	220.7万人

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

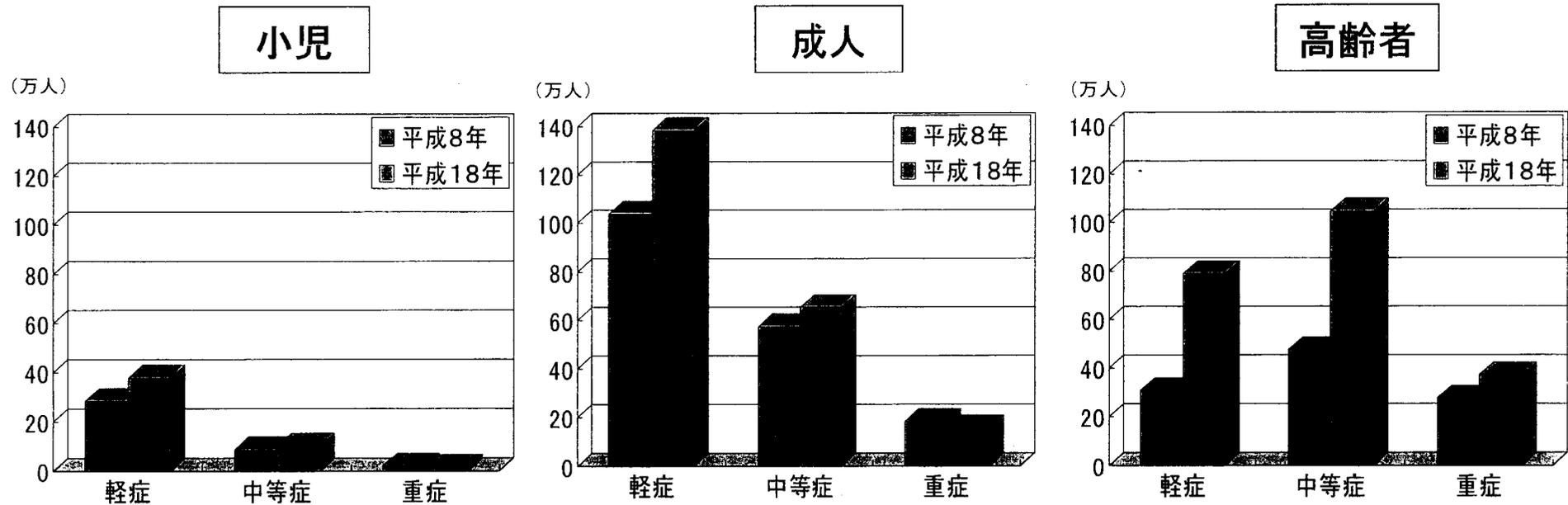
10年間の救急搬送人員の変化(年齢別・人口変化との比較)



	小児 (18歳未満)		成人 (18歳～64歳)		高齢者 (65歳以上)	
	平成8年	39.3万人	2496万人	179.1万人	8221万人	105.9万人
↓	10.1万人増 (+26%)	362万人減 (-15%)	40万人増 (+22%)	194万人減 (-2%)	114.8万人増 (+108%)	741万人増 (+40%)
平成18年	49.4万人	2134万人	219.1万人	8027万人	220.7万人	2567万人

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)



平成8年中

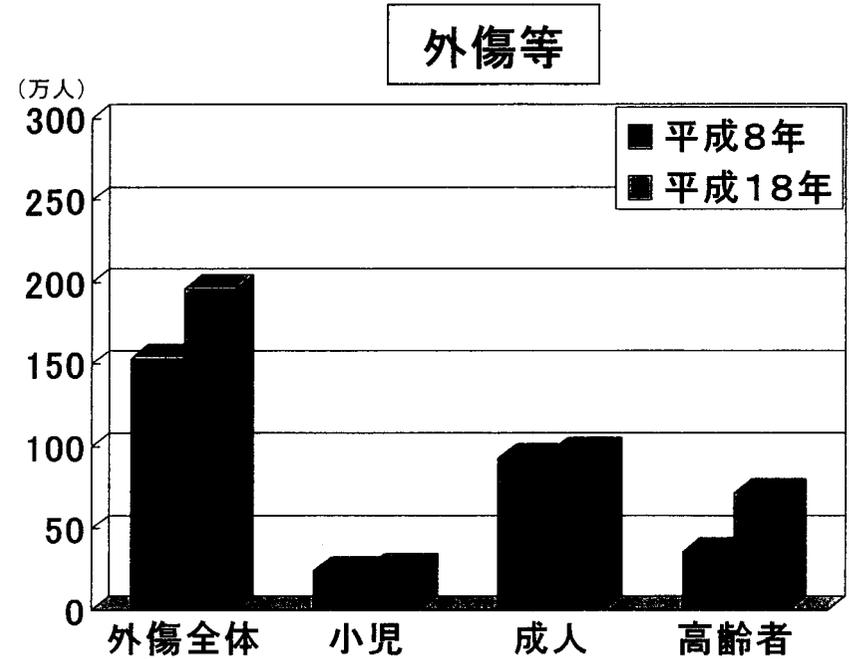
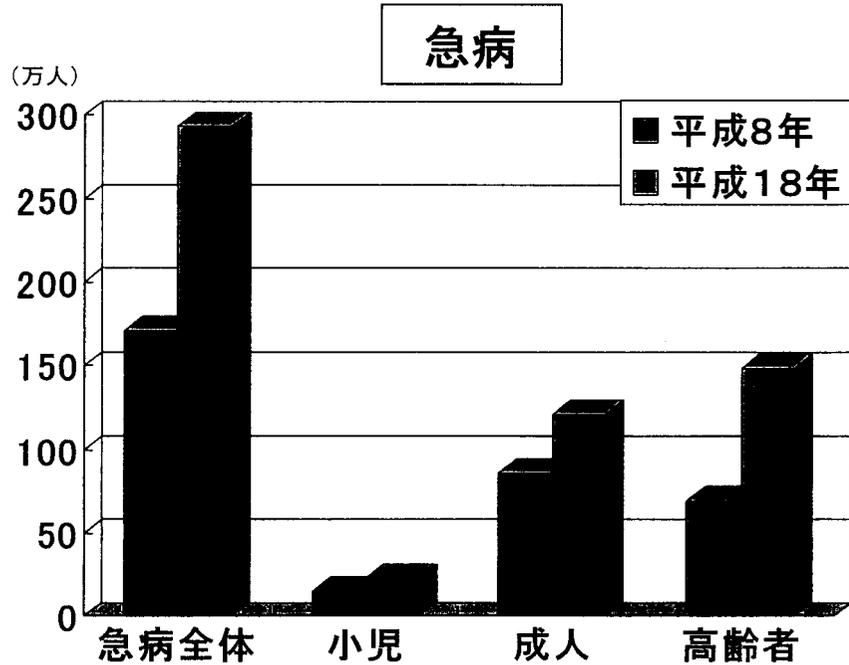
	小児	成人	高齢者
全体			
重症	2.2万人	18.3万人	27.5万人
中等症	8.7万人	57.2万人	47.6万人
軽症	28.4万人	103.6万人	30.8万人

平成18年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳~64歳)	高齢者 (65歳以上)
全体			
重症	1.6万人 0.6万人減 -27%	15.5万人 2.8万人減 -15%	37.2万人 9.7万人増 +35%
中等症	10.2万人 1.7万人増 +19%	65.2万人 8.0万人増 +14%	104.4万人 56.8万人増 +119%
軽症	37.8万人 9.4万人増 +33%	138.1万人 34.5万人増 +33%	78.8万人 48.0万人 +156%

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

10年間の救急搬送人員の変化(年齢・病傷別)



平成8年中

	全体	小児	成人	高齢者
急病	171.2万人 人	15.1万人	86.1万人	70.0万人
外傷等	153.5万人 人	24.3万人	93.2万人	35.9万人

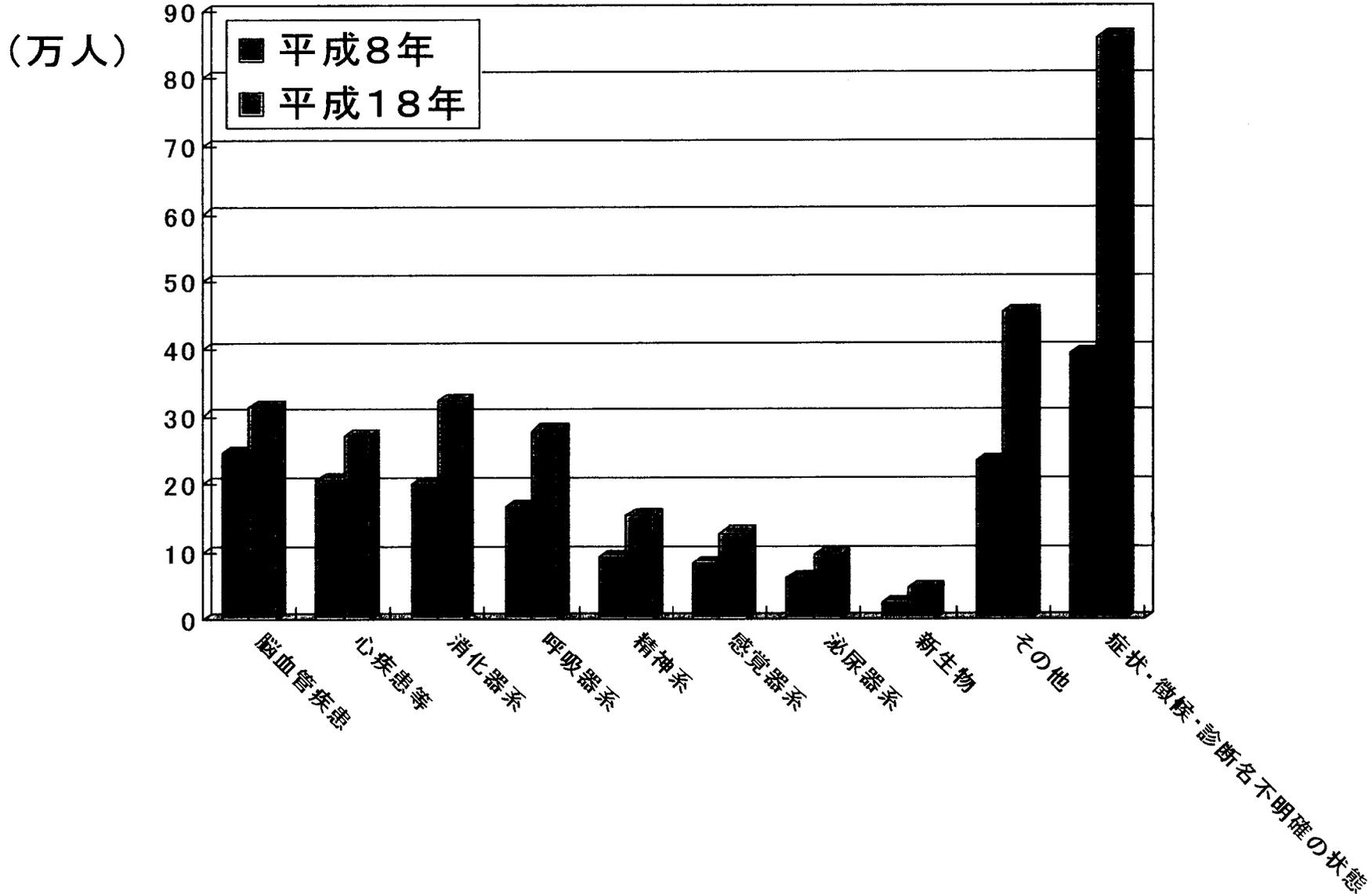


平成18年中

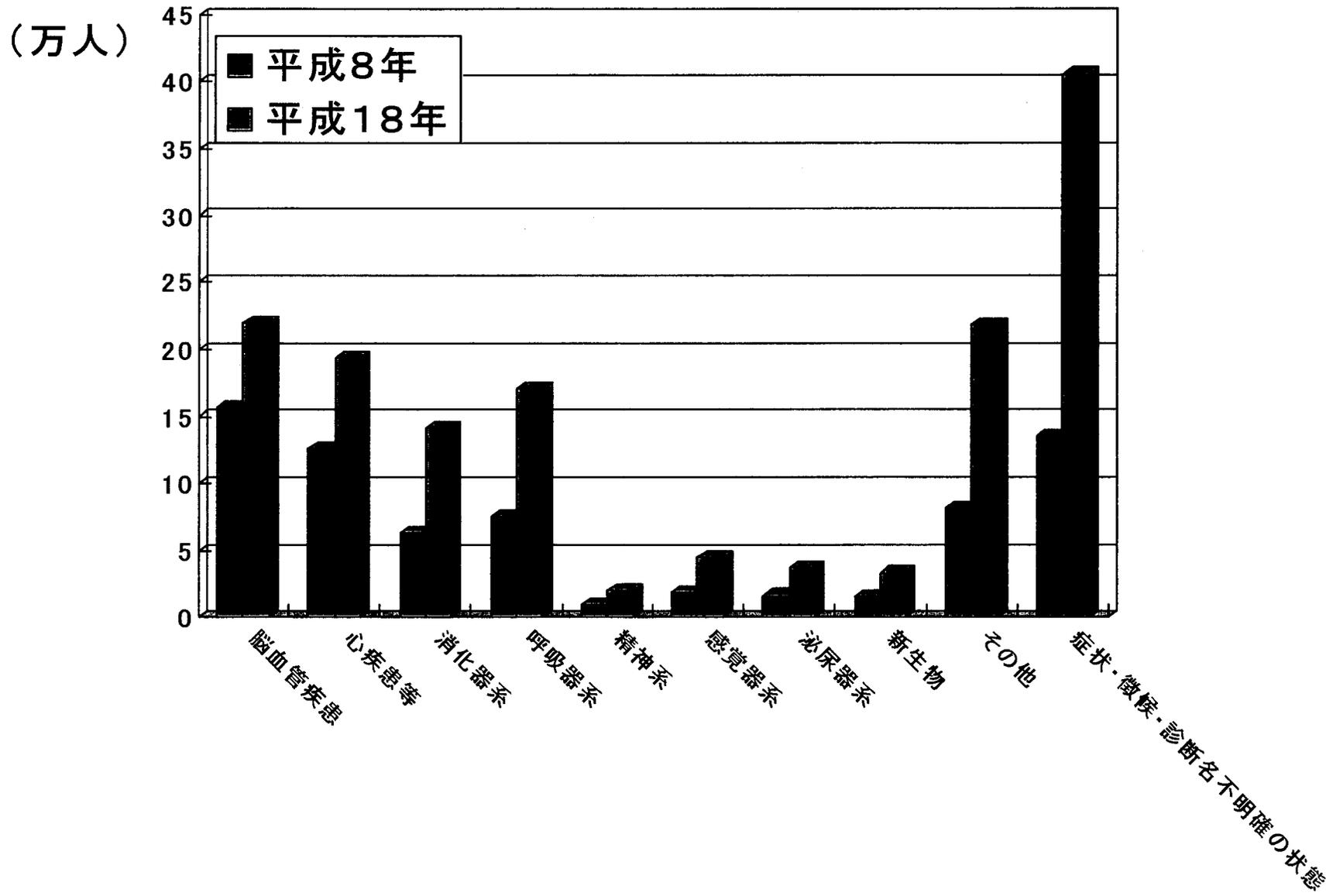
	全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳~64歳)	高齢者 (65歳以上)
急病	293.0万人 121.8万人増 +71%	23.0万人 7.9万人増 +52%	121.6万人 35.5万人増 +41%	148.5万人 78.5万人増 +112%
外傷等	196.2万人 42.7万人増 +28%	26.4万人 2.1万人増 +9%	97.6万人 4.4万人増 +5%	72.2万人 36.3万人増 +101%

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

10年間の救急搬送人員の変化(急病・疾患別)

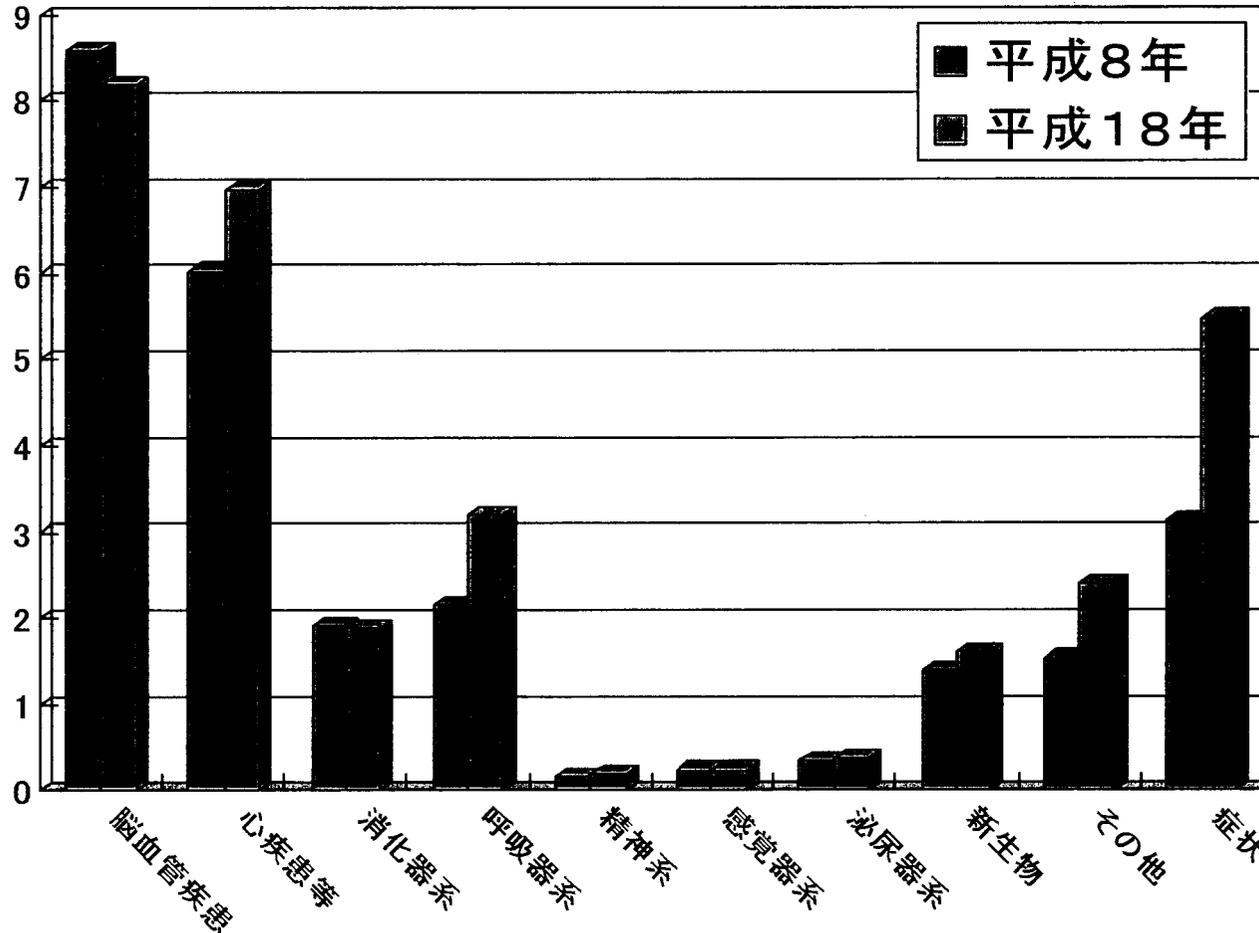


高齢者における10年間の救急搬送人員の変化(急病・疾患別)



重症傷病者における10年間の救急搬送人員の変化(急病・疾患別)

(万人)



症状・徴候・診断名不明確の状態

資料 4

平成 20 年 7 月 17 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 (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

1. 検討会を立ち上げるに至った背景
2. 検討会の議論の流れ

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
2. 検討会の中で取り上げられた課題について

第3 検討事項

1. 救命救急センターに対する新しい評価について
2. 救命救急センターの整備のあり方について
3. 今後の整備の進め方
4. ER型救急医療機関について
5. 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備について
6. 特定の診療領域を専門とする病院の位置付けについて
7. 救急搬送において受入れに至らない理由について（「出口の問題」など）

第4 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（本文）

第1 はじめに

我が国の救急医療体制の本格的整備は、昭和39年の救急病院・救急診療所の告示制度の創設に始まる。昭和52年からは、初期、二次、三次の救急医療機関の階層的整備を開始するとともに、併せて救急医療情報センターの整備を始め、さらに、平成3年には救急救命士制度を創設するなど、救急医療の体系的な整備を進めてきたところである。

さらに平成9年12月には、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「救急医療体制基本問題検討会報告書」が取りまとめられ、地域性に配慮しながら救急医療体制の確保を進めてきたところである。

しかしながら、昨今においても、救急搬送の受入れに時間を要した事案の報道が相次ぎ、社会問題となるなど、我が国の救急医療体制にはまだ多くの課題が残されているのもまた事実である。

我が国の救急医療を取り巻く環境が、少子高齢化、怪我から病気へという疾病構造の変化、国民のニーズの多様化や医療に求める水準の上昇等により大きく変化する中、救急搬送件数の増大に代表される救急医療需要そのものが大幅に増加している状況にあり、これらに対応する救急医療提供体制の確保（救急医療に関わる医師の量的及び質的な確保、医療計画制度における救急医療の位置付けとそれに基づく医療機関間の連携の構築等）が喫緊の課題として求められている。

このため、厚生労働省では、「救急医療の今後のあり方に関する検討会」（以下「本検討会」という。）を平成19年12月に設置し、上記の課題等に関する検討を行うこととした。本中間取りまとめは、これまでの検討会における議論の内容を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

本検討会は、当初、特に第三次救急医療機関の整備のあり方について焦点を当て検討を行うこととしていた。

これは、

- ・これまで100万人に一か所を目標に整備をすすめてきた第三次救急医療機（救命救急センター）が、当初の目標を大きく超えてもなお都市部を中心にその整備が進むなど量的拡大が続いたこと
- ・各施設の質的状況を評価するために、平成11年度より施設の充実度評価を行ってきたが、評価尺度の基準についての各施設の対応が進み、すべての施設が最高評価を得る状況が続いていること

・これまで、救命救急センターの中でも特に、四肢切断、急性中毒、重症熱傷等の特殊疾患を受入れる施設として高度救命救急センターの整備がなされてきたが、近年は通常の救命救急センターにおいても同程度の役割を果たす施設もあり、高度救命救急センターの位置付けが曖昧であるとの指摘があったことを背景としたものであった。

2. 検討会の議論の流れ

しかしながら、第三次救急医療機関のあり方について議論を進めていく過程において、第三次救急医療機関が十分な役割を果たすには第二次救急医療機関の充実が欠かせないとの意見が多く出されたこと、また検討会の開催に重なり、救急車を受入れる病院が決まるまでに時間を要した事案の報道が相次ぎ、その問題の解決には第三次救急医療機関の充実のみでは対応が困難であるとの認識に至ったこと等により、第三次救急医療機関に限らず、広く救急医療体制全般について議論することとした。

特に、第二次救急医療機関については、そのあり方、ER 型救急医療機関のあり方、救急搬送された患者が受入れに至らない理由等について議論した。

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

<中間取りまとめまでには、救急医療をとりまく現状について幅広く記載>

2. 検討会の中で取り上げられた課題について

<中間取りまとめまでには、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. 救命救急センターに対する新しい評価について

(1) これまでの評価について

救命救急センターの充実度評価については、平成11年度以降、それぞれの施設のレベルアップを目的に毎年度、実施してきた。評価方法は、各施設から報告される前年の一年間の実績を点数化し、充実度段階A・B・Cとして3段階に区分するものであり、評価項目は、施設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、専任医師数といった施設の診療の体制面が中心である。

この評価結果は公表されるとともに、施設に対する運営費補助金や診療報酬の加算の要件に反映されるため、高評価を得ようとする施設の取組が促進される仕組みになっている。

その結果、評価開始当初は、評価の低い施設もあったものの、平成18年度及び19年度においては、全ての施設が最高の評価を得るに至り、一層の質の向上を目的として、充実度評価方法を、新たなものに改訂する必要があると考えられるようになった。

(2) 新しい評価の基本的な考え方について

今回、新たに充実度評価の基準を定めるに当たっては、以下の基本的な考え方に基づくべきであるとした。

- ・第三次救急医療機関に求められる機能を明確にする。(①求められる機能の明確化)
- ・それぞれの施設からの報告に基づく評価を基本とするが、第三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。(②第三者の視点・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。(③救急医療の地域特性の勘案)

また、上記に加えて、昨今の救急医療に係わる病院勤務医の過酷な勤務状況の改善を促す視点も加えることとした。

①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機能として、下記の各点を4本柱とした。

- ・重症・重篤患者に係る診療機能
- ・地域の救急搬送・救急医療体制の支援機能
- ・救急医療に関する教育機能
- ・災害医療への対応機能

②第三者の視点・検証が可能な評価

これまでの評価においては評価結果と実態に乖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た。

③救急医療の地域特性の勘案

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、周辺人口が少ない地域であっても、最寄りの救命救急センター

への搬送に長時間を要する地域（地理的空白地域）であるために設置された救命救急センターについては、患者受入数、医師数等の評価項目で求められる水準については一段低く設定した。

（３）新しい充実度評価案について

上記の基本的な考え方にに基づき、資料〇〇のとおり、新たな充実度評価案を作成した。

新たな項目として、医療従事者の労働環境改善に係る項目については、「医師事務作業補助者の有無」、「転院・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正化」を加え、第三者の視点・検証が可能な評価に係る項目については、「都道府県・地域MC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への関与」（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）を加えた。

（４）今後の課題について

これまでの充実度評価においては実態と乖離した評価がなされている場合があるとの指摘があったことは既に述べたが、充実度評価の評価自体の質の確保のためにも、評価が実態と乖離していないか、都道府県等が中心となって検証する体制を構築する必要がある。

また、充実度評価を実施する目的は、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上を促し、もって全国の施設の強化を図ることである。今回、新たな充実度評価への変更により、その対応のために個々の施設において一定の負担が生じることも想定されることから、議論の過程においては、評価方法の変更によって、現場で勤務する医師に更なる負担を負わせる結果になることを懸念する意見があった。

この意見については、今回の変更は日常の業務に追われている救命救急センターの勤務医個人に負担を求めるものではなく、救命救急センターが置かれている病院、あるいは地域に対して救命救急センターの機能の向上に一層の支援を促すためのものであるということ、病院、地方自治体及び国は、十分に理解する必要がある。

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か所を目標に整備がなされてきたところであるが、現在、全国に200か所を超え、人口当たりの数としては当初の目標を大きく上回るに至っている。平成19年度においても新たに8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。特に近年は、大都市の一部において、隣接して複数の救命救急センターが整備されている状況がある。（グラフの挿入）

その一方で、地理的空白地域も多数残されていたため、これらの地理的空白地域を埋めることを念頭に、平成16年度から規模の小さい（20床未満）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多数残されている状況にある。

（2）質的な状況について

個々の救命救急センターの質的な面をみると、前述の救命救急センターの充実度、評価の項で述べたように、個々の救命救急センターの質は確実に向上してきたところである。

しかしながら以下のような指摘がある。

- ・精神科疾患を伴った救急患者、小児科、産科・周産期の救急患者等に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）救命救急センターを取り巻く状況について

救急医療を取り巻く状況としては、次のようなものが指摘されている。

- ・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、地域の第二次救急医療機関の受入体制の充実が追いつかず、本来は第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、救命救急センターに過度な負担がかかっている可能性がある。
- ・合併症のある高齢の患者の割合が増え、治療期間が長期化している。
- ・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同一医療機関内の一般病棟への転床や他院への転院、自宅への退院が円滑に進まないなど、いわゆる救命救急センターの「出口の問題」がある。
- ・救命救急センターが医療を行う際には、小児科、精神科、整形外科等の様々な診療科の関わりが重要であることについて、救命救急センターを設置する医療機関の理解が十分でない。
- ・地域に複数の救命救急センターが整備されていても、それらの機能が類似しており、医療資源が薄く広く配置されている状況である。このため、重症外傷や発症直後の脳卒中のように、来院直後より適切な対応が求められる疾患に対して、十分な診療体制が確保できていない。
- ・救急医療を担う病院勤務医への過度の負担があり、このことを一因として救急医療に携わる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) 新たに救命救急センターを位置付ける場合の考え方

救命救急センターの整備がある程度進んでいる地域において、新たに救命救急センターを整備することは、同一地域に複数の救命救急センターが分散して整備されることになり、結果的に、貴重な医療資源が分散し薄く配置されるおそれがある。

このため、救急医療に携わる医師の不足、そのような医師の過重な労働実態の改善が強く求められている昨今、医師の効率的な配置という観点からみると、一地域に多数の救命救急センターが存在することは必ずしも適切とは言えない。新たに救命救急センターを増やすより、まずは既存の救命救急センターに医師等を集約化する等の対応をすべきとの指摘があった。

しかし、施設の設置主体が自治体や医療法人等と異なる中で、既存の施設に医師等の医療資源を短期間に集約することは現実的には困難であるとの状況もある。

一方で、診療実績において既存の救命救急センターに匹敵するような役割を果たしている医療機関について、既に当該地域に救命救急センターが整備されていることを理由に、新たな救命救急センターとして認めないということも必ずしも適切ではなく、近隣に救命救急センターが設置されているか否かにかかわらず、一定の外形的な設備的・人的基準を満たし、同時に実績も伴っている施設は、新たに救命救急センターとして位置付けるべきという指摘があった。

本検討会としては、実態として既存の救命救急センターと同等の役割を果たしている施設については、救命救急センターとして位置付けることが適当ではないかと考える。その場合、救命救急センターとしての役割を果たしているかどうかを判断する必要があり、前述した新しい充実度評価等を用いて、施設ごとに体制や実績を経年的に評価することが重要である。

(イ) 同一医療圏に複数の救命救急センターが整備されている場合の役割分担

同一医療圏に複数の救命救急センターが整備されている地域においては、それぞれの施設が重症重篤な患者を疾病の種類によらず24時間365日受入れ、適切な診療を行うといった救命救急センターとしての役割を前提とした上で、例えば循環器疾患、外傷、小児科疾患という疾患ごとに大まかな役割分担を決めてはどうかという意見があった。

(2) 最寄りの救命救急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）における救命救急センターの整備についての考え方

救急医療、特に、脳卒中、急性冠疾患、重症外傷等においては、アクセス時間（発症から医療機関で診療を受けるまでの時間）の長短が、患者の予後を左右する重要な因子の一つである。

従って、救命救急センターの整備に当たっては、どこで患者が発生したとしても一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着し、適切な診療を受けることができる体制を整備する必要がある。

なお、アクセス時間は、単に医療機関までの搬送時間ではなく、発症から適切な医療機関で適切な治療が開始されるまでの時間として捉えるべきである。

このため、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られるが、その際、GIS（地理情報システム）等の結果を参考に、救命救急センターが整備された場合に一定の時間以内に到着できる人数の増加が最も見込まれる地域を優先することが望まれる。

他方、現在においてもなお地理的空白地帯として残っている地域は、周辺人口や重症患者の発生数からすると、新たに救命救急センターを整備することが困難である地域が多いことから、無理に救命救急センターを整備するよりはむしろドクターヘリコプターや消防防災ヘリコプター等による救急搬送体制の確立により、一定の時間内に適切な医療機関に到着し、適切な診療を受けることができる体制を確保することも考えるべきである。

4. ER型救急医療機関について

(1) 現状について

(ア) 「ER型救急医療機関」の定義について

ER型救急医療機関と称される施設の状況を概括してみると、

- ・ 軽症から重症まで、疾患、年齢、搬送手段を問わず、救急室（ER）に受診する全ての救急患者を受入れる。
 - ・ その救急患者全てにER型救急医が救急初期診療を行い、入院治療や手術が必要な患者を母体病院の該当診療科に振り分ける。
 - ・ ER型救急医は入院診療や手術等を行わないという体制を確保している。
- というものである。

しかしながら、ER型救急医療機関と称される全ての施設が、上述の体制を確保しているわけではなく、ER型救急医療機関の定義はかならずしも明確になっていない状況である。

なお、現在、全国で100施設程度がおおむね上記のようなER型救急医療体制を取り入れており、ER型救急医の養成コースが82施設で行われ、

150人が研修中であり、研修中を含め500人程度のER型救急医がいると報告されている。(出典：〇〇)(米国はおよそ3万人と言われている。)

(イ)「ER型救急医療機関」の利点と課題について

(利点について)

ER型救急医療機関として先進的な取組をしている施設からの報告によれば、その利点として、

- ・救急車の受入れ拒否が発生しにくい。
- ・ERにおける診療の質の標準化ができ、ERにおける医事紛争が起こりにくい。各科専門医がそれぞれの専門診療に専念しやすい。ERにおける初期研修医の教育が充実する。
- ・ER型救急医は、救急患者への外来診療に専従し、入院患者を持たないことにより、交代制勤務の導入が比較的容易である。

等が挙げられた。

一方、これらについては、いずれも今後の検証が必要との意見があった。

(課題について)

ER型救急医療機関の課題としては、

- ・ER型救急医が救急患者を引き受ければ引き受けるほど、引き続いて入院医療を行う各科の医師の負担が高まる。ERでは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場合がある。また、地域の救急患者をすべて受入れ、入院させるためには、地域の人口規模に応じた病院の規模、入院診療を受け持つスタッフの確保が重要であるが、その確保には長期間を要する。確保できない場合には、救急車の受入れを断らざるを得ない場合がある。
- ・「小児科」「眼科」といった専門医の診療を希望して住民が来院したとしても、まずは、ER型救急医が診療を行うという体制への住民の理解が必要である。
- ・ERからその後の入院を受け持つ医師への引継ぎに時間がかかる。特に複数診療科が関わる場合の入院担当科の選定が困難である。専門科にかかわらず入院医療を行う内科、従来の救急医や救命救急センターがER型救急医療機関の円滑な運営に欠かせない。

という課題が挙げられた。

(ウ) 今後の整備についての考え方

ER型救急医療機関については、前述のような利点や課題を踏まえた上で

検討する必要がある、特に「課題」として挙げられたものの多くは早急には解決困難なものも多く、国として、直ちにER型救急医療機関を全国的に整備することは困難であると考えられる。

仮に、厚生労働省として取り組むとすれば、地域や病院の状況に応じて、救命救急センターではないが活発に救急医療を担っている第二次救急医療機関や、救命救急センターを持つ医療機関のうち、ER型救急医療機関に関心をもつ施設が、徐々にER型救急医療機関に移行していくことを促す観点から、まずはモデル事業として、一部地域において試行的に実施し、その状況を踏まえ、徐々に全国的な支援を行っていくことが適当と考えられる。

5. 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備について

(1) これまでの整備の流れ

第二次救急医療機関とは、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものであり、都道府県が作成する医療計画に基づき整備を進めるものである。厚生労働省においては、昭和52年度以来、初期、二次、三次といった階層的救急医療体制の整備を進めるとともに、第二次救急医療機関の整備の一環として、病院群輪番制病院や共同利用型病院への補助を行ってきた。

<参考>

病院群輪番制病院 …… 医療圏単位で、圏内の複数の病院が、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。

共同利用型病院 …… 医療圏単位で、拠点となる病院がその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。

これまで、第二次救急医療機関については、基本的に都道府県主体に整備が進められてきたところであり、そのための予算については国と都道府県で補助を行ってきたが、平成17年度にいわゆる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の実施が可能になっている。

(2) 量的・質的な状況について

第二次救急医療機関の量的・質的な状況については、前述のとおり、基本的に都道府県主体に整備が進められてきたこともあり、その全体像については、必ずしも十分な実態の把握がなされていない。

こうした中で、厚生労働省が昭和53年度頃より都道府県を通じて実施している「救急医療対策事業の現況調」に基づき、第二次救急医療機関の状況を分析すると、
・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である。

- ・同一都道府県内においても、状況は様々であるが、体制や活動が乏しい第二次救急医療機関が比較的多くを占める。例えば、医師が1名～2名体制である医療機関が7割を占める。
- ・活動については、年間数千台の救急車を受入れる施設からほとんど受入れていない施設までである。
- ・受入れている患者については、第二次救急医療機関であっても、その多くが入院を必要としない外来診療のみの患者である場合もある。

との状況であった。

なお、この調査は、本来は、救急医療対策事業の実施状況を把握するために実施してきたものであり、必ずしも都道府県の医療計画で位置付けられたすべての第二次救急医療機関の状況を網羅したものではない。

したがって、今後、この調査を行う場合には、補助の対象かどうかを問わず、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付けられたすべての医療機関を対象として、例えば、医師の勤務体制等も含めてその実態を把握する必要がある。

(3) 議論、ヒアリングの状況

前述の状況を踏まえて、本検討会においては、第二次救急医療機関について「初期救急医療機関と第二次救急医療機関を一体として整備すべきである」、「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」、「一定の枠組みを満たした活動実績のある病院を支援すべきである」等の指摘があった。

また、第二次救急医療機関からヒアリングを行った際には、「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」、「未収金の負担が大きい」、「医療訴訟リスクが増大している」等の発言があった。

(4) 今後の整備について

引き続き、第二次救急医療機関の機能の充実を図る。加えて、一定の診療体制や活動実績のある第二次救急医療機関については、救命救急センターの例を参考にしながら、その評価に応じた支援を行うこととしてはどうかと考える。

この場合、診療体制や活動実績については引き続き検討を続ける必要がある。

6. 特定の診療領域を専門とする病院の位置付けについて

本検討会においては、当初、脳血管疾患、小児疾患等の特定の診療領域を専門とする医療機関が救急医療に果たす役割やその効果的な活用に必要な体制等についても議論を進める予定としていた。しかしながら、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、受入医療機関の選定が円

滑に進んでいない状況が明らかになったため、特定の診療領域に対して高い診療能力を有する専門病院に関する議論よりも、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形になった。今後、改めて専門病院についての議論が期待される。

7. 救急搬送において受入れ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、総務省消防庁は平成19年度に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、医療機関に受入れの照会を行った回数について、首都圏、近畿圏等の大都市周辺部において照会回数が増えている。また、受入までに4回以上照会した事案の割合が全国平均（3.9%）を上回る団体（10都府県※）において、全国の4回以上照会した事案数の85%を占めるなど、選定困難事案が一定の地域に集中して見られる傾向があった。（※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）

また、救急搬送において受入れ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」等が挙げられた。特に、救命救急センター等（*）は「ベッド満床」を第1の理由として挙げていた。

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」は医療機関における医師の状況等の診療体制の問題が中心であるので、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が適切であると考えられる。

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が不明であるので、その状況を以下のとおり詳しく検討した。

（*）本調査において「救命救急センター等」とは、救命救急センター、地域で救命救急センターに準じて取り扱われる施設（大学病院救急部など）をいう。

（2）「ベッド満床」について

上記の10都府県を通じ、『ベッド満床』であることを理由として、救急搬送を断った場合、その時点で、『ベッド満床』とは何を意味することが多いか』について調査を実施したところ、半数弱の医療機関において病院全体又は救急部門に全く空床がないという「物理的に満床」の状態があったことがわかった。

さらに救命救急センターからは、「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。」「急性期を過ぎて、後方病院に転院させようとしても、なかなか転院できない。」「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。」「常に患者の受入れに努力しているが（満床でも+2～3人までは受入れている。）、物理的に受入れが困難なときのみ断る。」等のコメントが寄せられ、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窺えた。

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入れられない事例に関しては、病院全体としての病床、人手や医療資器材の利用及び運営のあり方を見直す等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、院内転床・転院の促進を図り、「出口」を確保することが必要であると考えられる。

「ベッド満床」については、今後、更なる検証の必要があり、既存の統計・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。

(3) 「出口の問題」について

(ア) 「出口の問題」

かねてから、救急医療機関に搬送された患者が、急性期を乗り越えた後も、救急医療用の病床からの転床（転院も含む：以下同様）が停滞し、結果的に救急医療用の病床を長期間使用することによって、救急医療機関が新たな救急患者を受入れることが困難になるという、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されてきた。

(イ) 長期入院となる病態

救急医療機関と、これらの病院からの転床を受入れる病院の双方からヒアリングを行った際には、急性期を乗り越えたものの救急医療用の病床から移動できない具体的な例として、いわゆる植物状態等の重度の意識障害がある場合や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要である場合、院内感染の原因となる細菌の保菌者である場合等が挙げられた。

(ウ) 転床が困難となる背景

同ヒアリングにおいては、これらの背景として、身寄りがいない場合や独居の方の場合、未収金の発生の可能性がある場合には、同一医療機関の一般病床への転床、他の病院等への転院が困難との指摘があった。また、患者と家族の求める医療水準と、転床先の状況との乖離が、転床を妨げる大きな要因

になる例も多いとの指摘があった。また、救急医療機関からの転院を受入れられない理由の多くは、その医療機関も満床で、同様の「出口の問題」があるとの指摘があった。

(エ) 主な議論

「出口の問題」は、大学病院等の高度専門医療を担う施設においては、各々の専門性や診療科間の連携の不足が院内転床を困難にしていることも一つの要因ではないかと考えられる。また、救急医療機関の「出口の問題」だけでなく、さらに転床先の「出口の問題」といった玉突き型の問題もあることから、医療・介護システム全体の問題と考えられる。

こういった問題の解決に向けて、患者と家族の求める医療水準と転床先の状況との乖離については、転床についての国民的理解を形成していくとともに、円滑な転床の促進や、施設内、施設間の連携の構築を図るための専任者を配置する等の救急医療機関自身の取組と、急性期を乗り越えた患者が円滑に救急医療用の病床から転床できる体制の確保が必要不可欠であり、そのためには、まず医療界全体の理解と取組が重要であると考えられる。

第4 おわりに

本検討会において、救命救急センターの新しい評価方法、救命救急センターの整備のあり方については、一応の議論を終えた。一方、ER型救急医療機関、第二次救急医療機関については議論を行ったが、方向性を十分に示すところまでには至らなかった。専門病院や高度救命救急センターのあり方については、重要な課題としては認識されたものの、今後の議論が期待される。

また、小児救急医療など特定の領域に焦点をあてた救急医療体制の整備について、ほとんど議論がなされなかった。これについても、今後の議論が期待される。

この他にも、議題としては取り上げなかったものの、検討会の中で、たびたび、患者・家族等地域住民と医療従事者の双方における「救急医療の公共性に関する認識の必要性」について言及があった。

この点については、平成20年6月に厚生労働大臣の下に取りまとめられた「安心と希望の医療確保ビジョン」においても述べているが、医療は国民生活の基盤を支える公共性の高い営みであり、患者・家族等地域住民と医療従事者の双方にそれを支える努力が必要であること、特に救急医療は限られた医療資源を有効に活用する必要性が高いことなどを広く社会が認識する必要がある。安易な時間外受診（いわゆる「コンビニ受診」）

患者にとって便利と思えても、患者の抱えた疾病の克服のための必要性が少ない) や、不適切な救急車の利用により、救急医療機関の負担を不必要に増加させ、真に必要な場合に救急医療を受けられないことがないようにしなければならない。このため、地域全体の各医療機関の機能や専門性について地域住民に適切に情報提供を行うとともに、受診行為等についての積極的な普及・啓発を行うことが求められる。また患者・家族等が、特に救急医療にはリスクや不確実性が伴うことを認識した上で、疾病や治療について主体的な理解に努めつつ、医療従事者と協働する姿勢が必要であり、そのための支援が重要である。

人口構成の高齢化、救急搬送の急増、医療の質等に対する国民の期待の高まりなど、救急医療を巡る環境は大きく変化している。医療は、人々が地域で安心して生活していく上で欠かすことができない、国民生活の基盤を支える営みであり、とりわけ救急医療は、地域のセーフティーネットを確保するという観点からその根本をなすものである。本検討会においては、引き続き、救急医療体制を取り巻く状況の変化に対応した、あるべき救急医療体制の構築にむけた議論を行っていく必要がある。

(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
- 第二次救急医療機関について
- ・ 第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

(第5回の議論)

これまでの議論について

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）

第二次救急医療機関のあり方について

中間取りまとめの骨子（案）について

安心と希望の医療確保ビジョン

平成20年6月
厚生労働省

1. はじめに

医療を取り巻く環境が、少子高齢化の進展や医療技術の高度化等により大きく変化している中で、医療サービスの質を向上させるとともに、その量も増やしてほしいという国民の声も強く、また医療従事者の側からも、厳しい勤務環境に関し改善を求める声は高いものがある。国民の医療に対する安心を確保し、将来にわたり質の高い医療サービスが受けられるよう、医療従事者を含めた国民の声にきちんと耳を傾け、多様な意見を集約して政策に反映させていくという現場重視の姿勢を貫きながら、次の原則に沿って、これからも引きつづき医療制度の改革を行っていく。

- 政府・厚生労働省の権限を拡大せず、現場・地域のイニシアチブを第一とする。

医療現場の医師・看護師等の医療従事者から、自ずから上がってきた多様な意見を集約して政策とするという、現場重視の方針を貫く。

- 改革努力を怠らない。

ビジョンを示した後も、無駄を省く努力を怠らない。例えば、規制撤廃により医療費を削減できる場合は、安全性を確保しつつ、積極的に規制撤廃を推進する。

一方、一定の医療資源の中で質の高い医療サービスを今後とも実現していくためには、国民も、地域医療を自ら支え・守るものであると意識を改革し、医療従事者と連携・協働することが重要となっている。

とりわけ医師数については、現状では総数が不足しているという認識の下で対策を行う必要があるが、単に医師数を増やすのみで課題が解決するものではなく、医療従事者のみならず、患者・家族等国民がみんな医療を支えていく姿勢が求められる。

また基本的な制度設計を担う国と、現場に直接向き合う地方自治体が、各々その責任を的確に果たすという視点が重要である。

医療制度の改革を進める上では、将来をしっかりと見据えた長期的なビジョンを持ち、現場の声を聞きながら政策の立案や推進を行うことが必要であり、「安心と希望の医療確保ビジョン」を示し改革を進めていく。

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき行われるものであり、治療（「治す」）のみならず、疾病の予防のための措置やリハビリテーションも含め、人々の生活を「支える」かけがえのない営みであるが、ビジョンを示すことで、患者や家族等、あるいは医師をはじめとした医療従事者、また医療従事者になることを志す人々を含めた国民各位が、将来にわたり医療に関する安心と希望を抱くことを期待する。

なお、医療制度と介護制度の役割分担など、必ずしも十分な議論を尽くすことができなかつたテーマもあることを付記するとともに、このビジョンで示した施策を実現するため、今後の具体的な取組の中で、無駄を省くための改革努力を引き続き行いながら、必要な財源の確保を図っていくことが必要である。

「安心と希望の医療確保」のための3本柱

- 1. 医療従事者等の数と役割**
- 2. 地域で支える医療の推進**
- 3. 医療従事者と患者・家族の協働の推進**

II. 具体的な政策

1. 医療従事者等の数と役割

(1) 医師数の増加

ア. 医師養成数の増加

「医師の需給に関する検討会報告書」（平成18年7月）では、2004年の医師数について、医師の勤務時間の現状とあるべき姿とのギャップを「不足医師量」とすると、2004年においては9000人が不足し、将来的には2022年に需給が均衡するとされている。

一方、医師の需給については、様々な要因が関係しており、医師不足問題に対し主に医学部の定員増で対応した場合、効果が現れるまでに長期間かかるため、同時に短期的な施策の検討も必要である。現状において、医師の勤務状況は過重となっており、適正な勤務状況における必要な医療提供体制を確保するため、総体として医師数を増やす方向とし、同時に医師養成環境の整備を行う。

医学部の定員については、平成9年6月3日の閣議決定「財政構造改革の推進について」における、「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。」とされていたが、既に、「新医師確保総合対策」（平成18年）と「緊急医師確保対策」（平成19年）によって医師養成の前倒しという方針の下で最大395名の増員が可能となっている。さらに、今回、現下の医師不足の状況にかんがみ、従来の閣議決定に代えて、医師養成数を増加させる。

イ. コメディカル雇用数の増加

患者・家族にとって最適の医療を効率的に提供する観点から、今後、職種間の役割分担と協働に基づくチーム医療を推進していくことが求められるが、その際には、個々の現場でそうした役割分担を進めるための十分な人員を確保できるよう、看護師をはじめとしたコメディカルの雇用数を増加させる。

ウ. 総合的な診療能力を持つ医師の育成

医師の専門分化が進む中、内科、小児科、救急から末期がん、認知症、看取りまで患者の全身の状態を踏まえた診療を行う観点から、総合的に患者を診る能力を有する医師の育成を支援する。

エ. 臨床研修制度の見直し

平成16年に必修化された現在の臨床研修制度については、これまでの実施状況を踏まえ、医師不足問題がより深刻な診療科や地域医療への貢献を行う臨床研修病院等を積極的に評価するとともに卒前教育や専門医制度との連携を深める。また、臨床研修病院等における研修の見直しなどを行いつつ、研修医の受入れ数の適正化を図る。

オ. 歯科医師の養成

歯科医師については、適正な需給について検討し、文部科学省との連携の下に必要な対策を講じる。併せて、将来の歯科医師の活用策について検討する。

(2) 医師の勤務環境の改善

ア. 女性医師の離職防止・復職支援

医師国家試験合格者における女性の増加に伴い、女性医師の割合が上昇している中、女性医師対策は、医師不足対策において最重要

の課題である。特に産科、小児科といった医師不足問題が強く意識されている診療科の若手医師には女性が多く、こうした女性医師の離職防止、出産・育児等と勤務との両立を安心して行うことができる環境の整備は喫緊の課題である。このため、女性医師の就業率を高め、医療分野が男女共同参画のモデルとなるよう早急に対策を進める。具体的には、「短時間正社員制度」を始めとした出産・育児等に配慮した勤務環境の導入・普及や、キャリア形成における出産・育児への配慮、院内保育所の整備や充実、復職研修の充実などを進める。

イ. 医師の多様な勤務形態

医師のワーク・ライフ・バランス等に配慮し、特定の医師に過剰な負担を掛けることがないようにする。例えば、公務員である医師を含め、例えば週のうち数日は地方の医療機関で勤務するなど非常勤医師の活用により地域医療を支える多様な勤務形態の導入、コメディカルの活用も含めたチーム医療の徹底、交替勤務制の導入促進などを図る。

また、産科医療補償制度の早期実現や、医療事故における死亡の原因究明・再発防止を図る仕組みの構築など医療リスクに対する支援体制の整備を進めることにより、医療の透明性の確保や医療に対する国民の信頼の回復につなげるとともに、医師等が萎縮することなく医療が行える環境の整備を進めることが重要である。

(3) 診療科のバランスの改善等

医師数の診療科間の適正なバランスを確保するためには、医師総数の増加を前提とする必要がある。その上で、過酷な勤務環境や訴訟リスク等の要因を取り除いていくことが重要である。また、医師の職業選択の自由に配慮しつつ、産科・小児科・救急科・外科等について、現場・地域の意見を重視し、増員のための方策を自治体とともに検討する。

麻酔科については、現在、国が標榜資格を定め許可しているが、

専門医制度の整備状況を踏まえ、規制緩和を行う。

また個々の病院において実態に見合った適正な医師数を確保するよう、必要医師数の算定方式の見直しを含め、医療法標準を見直す。

(4) 職種間の協働・チーム医療の充実

職種間での協働とチーム医療の充実を進める際に当たっては、それぞれの職種が、互いに専門性を尊重しつつ、情報の共有を効率的に行うことにより緊密な連携を充実させ協働関係を築くことで、病院勤務医の過重労働の解消を図りながら、全体として患者・家族、医療従事者もともに安全と安心・納得を生み出すという視点が重要である。

ア. 医師と看護職との協働の充実

「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政局長通知。以下「役割分担通知」という。）で示したように、各職種に認められている業務範囲の下での業務を普及する。また現場の看護師が専門看護師、認定看護師の取得を促進する施策を講じ、その普及・拡大に努める。さらに、医師・看護師がそれぞれの専門性を情報共有や会議等を通じて十分に発揮するとともに、効率的な医療の提供に資するため、チーム医療による協働を進める。その際、これからの看護師には、医師や他のコメディカル、他の職員等や患者・家族とのコミュニケーションを円滑にする役割等が求められるほか、在宅や医療機関におけるチーム医療の中で、自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要であることなどから、看護基礎教育の内容及び就労後の研修を充実するとともに、教育の方法や内容、期間について、将来を見渡す観点からの望ましい教育の在り方に関する抜本的な検討を進める。

また助産師については、医師との連携の下で正常産を自ら扱うよう、院内助産所・助産師外来の普及等を図るとともに、専門性の発揮と効率的な医療の提供の観点から、チーム医療による協働を進め

る。またその際、助産師業務に従事する助産師の数を増やすとともに、資質向上策の充実も図る。

イ. 医師と歯科医師・薬剤師等との協働の充実

摂食・嚥下機能等人々の生活の基本を支える歯科医療においても、チーム医療の下で、歯科医師や歯科衛生士等歯科医療関係職種と、医師や看護師等との連携を進める。

医療機関に勤務する薬剤師がチーム医療の担い手として活動するために、病棟等での薬剤管理や、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うなどの業務の普及に努める。また、医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画を通じ医師等の負担軽減に貢献する観点から、チーム医療における協働を進めるとともに、資質向上策の充実も図る。

ウ. 医師とコメディカルとの協働の充実

臨床検査技師や臨床工学技士の積極的な活用を図るとともに、医師と作業療法士、理学療法士等のコメディカルとの協働を進めるなど、多職種連携によるチーム医療の普及に努める。

エ. 医師・看護職と看護補助者・メディカルクラーク等との協働の充実

患者・家族に最適なサービスを提供する観点から、役割分担通知で示したような物品補充、患者の移動などの看護職と看護補助者の役割分担を進める。また、チームケアに関する看護職や介護職への教育、研修等も含め、看護職と介護職との協働を進める。

メディカルクラーク（医師事務作業補助者、医療秘書など）については、書類記載、オーダーリングシステムへの入力などの役割分担を推進するとともに、資質向上の方策について検討する。

また、医師等と患者側のコミュニケーションの仲立ちをし、十分な話し合いの機会を確保するといった業務を担う人材の育成が必要である。

2 地域で支える医療の推進

医療は、人々が地域で安心して生活していく上で欠かすことのできない、国民生活の基盤を支える営みである。とりわけ救急医療が盤石なものであることは、急激な健康状態の悪化に備え、地域のセーフティ・ネットを確保するという観点からその根本をなすものである。また、医療は行政や医師をはじめとした医療従事者のみならず、患者・家族等地域住民が支えるものであるため、救急医療をはじめとした地域医療の様々な側面において、そうした、医療を支えるそれぞれの取り組むべき方策や役割等について以下に整理する。

(1) 救急医療の改善策の推進

ア. 救急医療の充実

救急医療については、医療機関への円滑な搬送を確保しつつ、現行の初期救急、2次救急、3次救急といった3段構えを維持しながら、更なる量的・質的充実を図り、救急患者に対し、地域全体でトリアージ（重症度、緊急性等による患者の区分）を行い、院内の各診療科だけでなく、地域全体の各医療機関の専門性の中から、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関又は院内の診療科へ効率的に振り分ける体制を整備する（管制塔機能を担う医療機関の整備・人材の育成）。

具体的には、救急患者の動向や既存の救急医療に関わる資源、連携の状況等を調査し、当該調査を踏まえ、地域の現状を的確に把握した上で、平時から、管制塔機能を担う医療機関とともに、地域全体の各医療機関の専門性について情報共有し、その情報を住民に対して開示し、救急患者の効率的な振り分け方策について議論しておく必要がある。各医療機関においては、例えば通常業務に加え救急業務を担うことによる医師等の疲弊を防ぐため交代勤務制を整備する。

また救急医療機関での受け入れを確実なものとするために、急性期

を脱した患者を受け入れる病床を確保するほか、夜間・休日等における診療所医師の外来診療の推進など、診療所医師の救急医療への参画を進め、救急医療機関と地域の他の医療機関との間で、地域全体の各医療機関の専門性や、効率的な患者の振り分け方策について情報共有し、その情報を住民に対して開示する。

医療機関と消防機関との連携を強化する観点から、救急医療情報システムにおける情報更新の随時化、救急患者受入コーディネーターの配置、現場の医療従事者と消防機関とで開催するメディカルコントロール協議会における救急搬送等に係る地域の現状把握・協議の充実と住民への開示を推進する。

イ. 夜間・救急利用の適正化

また、限りある地域の医療資源を有効に活用するとともに、医師をはじめとする医療従事者の過度の負担を軽減する観点から、不要・不急時の救急医療の利用を最小限のものとするため、軽症患者による夜間の救急外来利用の適正化や、救急車の適切な利用に関する普及啓発に努める。併せて、独居高齢者等の地域における見守りや、妊婦の健康管理の重要性等についての普及、小児科における小児救急電話相談事業（＃８０００）を高齢者を含む成人へ広げるなど、救急電話相談事業の拡充の検討や、家庭への緊急時のマニュアル等の普及を図る。

(2) 「地域完結型医療」の推進

救急医療に限らず、地域の限られた医療資源を有効に活用するためには、個別医療機関がそれぞれで全ての医療ニーズに対応する「医療機関完結型医療」ではなく、医療機関がそれぞれの得意分野を活かし、地域全体で完結する「地域完結型医療」が求められる。その際には、医療計画等に基づき自らの地域における役割を検討し、地域連携クリティカルパス等を利用した情報の共有化や円滑なネットワークの構築に努める。また居住系施設や介護施設においても医療機関との連携に努める。

一方で行政は、各都道府県の医療計画において定められた、がん、脳卒中、救急医療など4疾病5事業に係る医療連携体制を推進するとともに、地域住民のニーズを調査・把握し、各医療機関が地域のニーズに応じた役割を果たすことができるよう、医療機関に対する情報提供を行う。十分な情報開示を行うことによって、地域住民がネットワークを踏まえて行動するよう普及啓発を進める。あわせて、そうした「地域完結型医療」の普及に向け、モデルとなる成功例を示す。また診療所については、地域のニーズを把握した上で、例えば複数の医師等がグループで診療を行う体制とし、地域の他の医療機関との連携を確保した上で夜間・休日等も含め一定の初期救急も担うなど、機能を強化するとともに、地域住民の利用に資するため、診療所についても十分な情報の開示を進める。

(3) 在宅医療の推進

患者・家族の生活の質を確保する観点から、医療の提供の場として、医療機関だけではなく住まいを念頭に置く発想も必要であり、退院前・退院後ケアカンファレンス等を通じた切れ目のない医療連携の確保とともに、介護との連携を図る。国及び地方公共団体は、地域で暮らす者の視点に立ち、個々の地域毎に住民のニーズを把握した上で、医療サービスと介護サービスの連携、ボランティア等の活動との連携を進めるとともに、医療、介護、福祉に関する情報を住民に開示する。その際には、予防や社会資源の開発・連携体制の構築等についての医療・介護・福祉の現場における保健師の専門性活用を推進する。さらに、訪問看護ステーションの規模の拡大等を図り、訪問看護の更なる普及を目指すとともに、訪問看護ステーションや在宅医療を提供する医療機関については、地域の多様な在宅医療ニーズに的確に対応することに加え、例えば末期がんや精神・神経疾患等の専門性の高い分野にも対応できるよう、専門性の深化に努める。また、居住系施設における医療ニーズを満たすことを進める。

薬局については、夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応等を確実に実施するため、地域にお

ける医薬品等の供給体制や、医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実に取り組む。

さらに、患者・家族に対する在宅医療や介護に関する情報の積極的な提供に努めるとともに、地域におけるボランティアや民生委員等を通じて患者・家族への精神的側面も含めた支援を行うような活動等の推進や、それらと医療従事者との連携を図る。

歯科医療においては、高齢者の健康増進や誤嚥性肺炎予防の観点から口腔機能の向上や維持管理が重要であり、在宅医療と連携した、在宅歯科診療を推進していくための人材育成や体制整備を進める。

(4) 地域医療の充実・遠隔医療の推進

へき地の医療体制の充実に際しても、地理・気候・人口等の条件や医療資源・連携等に関する情報を収集し、現状把握に努めた上で、必要な医療体制を構築する。その際に、必要な医療資源を確保するため、医師等が地域医療に自ら進んで従事するための方策の検討を進めるとともに、へき地医療機関への支援等を一層充実する。

あわせて、遠隔医療についても、必要な医療資源を確保する観点から、医療の地域格差を是正し、医療の質及び患者の利便性を向上させるため、情報通信機器の整備等により今後一層の推進を図る。

3 医療従事者と患者・家族の協働の推進

(1) 相互理解の必要性

医療の高度化などにより、医療現場の業務密度が高まっている一方で、このような状態においても我が国では世界的にも高水準の医療へアクセスできることは、医療従事者の日々の努力によるものである。

また、存命率の上昇に伴い、患者・家族等国民の医療に対する期待も上昇している。これに応えるため、医療従事者は患者や家族の肉体的・精神的な苦痛や葛藤を理解し、患者・家族が理解できるよ

う複雑で専門的な疾病や治療に関しても丁寧な説明を行い、その納得を得るように努めながら、プロフェッショナリズム（職業的専門性）を最大限発揮する必要がある。また医療機関は、患者・家族の不安等を傾聴し、課題に導いていくような相談機能を有するようにする。一方で患者側には、リスクや不確実性が伴うといった医療の限界への理解、及び疾病や治療について主体的な理解に努めつつ、医療従事者と協働する姿勢が必要となり、そうした基盤の上でのコミュニケーションが医療従事者のモチベーションを維持・向上させ、提供される医療への患者・家族の満足度を高めるという好循環を生む。

(2) 医療の公共性に関する認識

医療は、国民生活の基盤を支える公共性の高い営みであり、患者・家族等国民と医療従事者の双方に、それを支える努力が必要である。

医療従事者は、自身が公共性の高い存在であることを自覚し、地域の医療ニーズを把握し、生涯を通して医師としての水準の向上に努める。

一方、患者側には、自身の健康管理に努めるとともに、例えば安易な時間外受診（いわゆる「コンビニ受診」。患者にとって便利と思えても、患者の抱えた疾病の克服のための必要性が少ない）により医療機関の負担を不必要に増加させ、真に必要な場合に医療を受けられないことがないようにするなど、自らの地域の医療資源が公共のものであり、有限の資源であるということへの理解が必要である。このため、地域の医療機関等の協力や種々の市民活動を通じて受診行動等についての積極的な普及・啓発を行うとともに、特に産科においては、母子保健活動の充実等により、妊婦健診の適切な受診、分娩に伴うリスクに関する正しい認識、周産期母子医療センターと緊急時のアクセス方法等に関する普及を行う。

(3) 患者や家族の医療に関する理解の支援

患者や家族に対し療養生活上の心理的社会的問題の解決援助を行

うメディカルソーシャルワーカーや、医師等と患者側とのコミュニケーションの仲立ちをするボランティア等を活用することで、自らの療養生活を自立的に構築していけるよう、そうした職種の普及を進める。

あわせて、こうした医療の公共性や不確実性に関する認識の普及、また医療従事者と患者・家族等国民との間の相互理解の推進等を行うような、例えば、地域における語らいの場や地域住民による病院職員との懇談会（「患者塾」「病院探検隊」など）の開催といった市民活動等への積極的な支援と市民への情報提供等を行う。

さらに医療は人々の生命や生活を支える基盤となる営みであることに鑑み、学校教育においても医療に関する教育を行い、幼少期からの、その年齢に応じた医療に関する理解を普及する。

Ⅲ．医療のこれからの方向性

これまでの医療は、病気を治すことに主眼を置く「治す医療」が中心であったが、人類史上未曾有の高齢化社会を迎える我が国においては、予防を重視し、日頃からの健康の維持・増進に努めるとともに、こうした「治す医療」だけではなく、病を抱えながら生活する患者と、その家族の生活を医療を通じて支援していくという「支える医療」という発想がより一層求められる。

患者が住み慣れた地域でその人らしく生活し、希望する生き方を選択し、希望すれば在宅での看取りが選べることも必要であり、個人の尊厳の保持を支える在宅医療や訪問看護等を一層推進する。

この「支える医療」に「治す医療」を合わせると、「治し支える医療」となる。「治し支える医療」においては、医療従事者が一方的に提供するだけではなく、医療従事者と患者・家族の双方に、医療とは両者の協働作業であるという視点が重要である。

同時に、ボランティア活動等を通じ、生活者である国民の「治し支える医療」への参画を推進する。

このように、我が国の医療は、「治す医療」から「治し支える医療」に向かっていくものと考えられ、本ビジョンの各施策はそれに資するものである。

IV. 会議の構成員及び会議の経過

◎ 構成員（敬称略）

- ・舛添要一厚生労働大臣
- ・西川京子厚生労働副大臣
- ・松浪健太厚生労働大臣政務官
（アドバイザー）
- ・辻本好子（NPOささえあい医療人権センターCOML 理事長）
- ・野中博（野中医院院長）
- ・矢崎義雄（独立行政法人国立病院機構理事長）

◎ 会議の経過

	日付	議題・ヒアリング対象者（敬称略）
第1回	平成20年 1月7日	フリーディスカッション
第2回	1月29日	歴史的、文化的、国際的位置づけも踏まえた我が国の医療のあり方 ・尾身茂（WHO 西太平洋事務局事務局長） ・新村拓（北里大学一般教育部長）
第3回	2月20日	「ホームケアクリニック川越（在宅療養支援診療所）」視察
第4回	2月25日	ヒアリング（救急、産科、小児科、今後の医療ニーズ） ・桑江千鶴子（都立府中病院産婦人科部長） ・花田直樹（花田子どもクリニック院長） ・中川恵一（東大病院緩和ケア診療部長、放射線科准教授） ・山本保博（日本医科大学救急医学主任教授）
第5回	3月19日	ヒアリング（歯科医師、看護師、助産師） ・田上順次（東京医科歯科大学歯学部部長） ・坂本すが（東京医療保健大学医療保健学部看護学科長） ・堀内成子（聖路加看護大学看護学部部長）
第6回	4月8日	ヒアリング（地域医療） ・小川克弘（青森県むつ総合病院院長） ・須古博信（熊本県済生会熊本病院院長） ・草場鉄周（医療法人北海道家庭医療学センター理事長）
第7回	4月21日	ヒアリング（薬剤師） ・林昌洋（国家公務員共済組合連合会虎の門病院薬剤部長） アドバイザーからのプレゼンテーション
第8回	5月14日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（骨子案）
第9回	5月30日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（骨子案）
第10回	6月18日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（とりまとめ）