

## 構成員コメント(救急医療体制等のあり方に関する検討会 中間取りまとめ案)

ページ数	項目	主な御意見	
第2 救急医療体制や取組に関する現状及び課題			
P4	MC体制について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「MCとは」という項目を作り、今までの変遷や実態を細かく書き込んでどうか。</li> <li>・同段落4行目に「救急患者の受入れに関する個別の調整」とあるが、現在個別調整はMCに求められていないのではないか。</li> </ul>	
P5	院内トリアージについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院外トリアージと院内トリアージの結果を双方で活用する仕組みを整備したほうがよいのではないか。</li> </ul>	
P7	高次医療機関からの転院搬送について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「高度救命救急センター」を同段落1行目に追加すべきではないか。</li> <li>・「他の医療機関に転院させる際の移動手段に係る費用」を「移動手段として救急車が利用できないため、その輸送に係る費用」に変更し同段落4行目に記載すべきではないか。</li> </ul>	
P7	小児医療における救急医療機関との連携について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「救急医等の他科の医師による小児医療への参画が進んでいない現状がある」を「救急医療の他科の医師による小児医療への参画も漸次進んでいるが、患者の親らがそれで安心しないという現状がある」に変更し、同段落3行目記載すべきではないか。</li> </ul>	
P7	身体合併症があり、精神疾患を有する患者の受入れ体制の構築について	<ul style="list-style-type: none"> <li>表題を「精神疾患を有する患者の受入れ、並びに対応後の精神科との連携体制の構築について」に変更すべきではないか。</li> </ul>	
第3 今後検討すべき事項と方向性			
	1	救急患者搬送・受入体制の充実強化について	
P9	(3)	#8000について	同段落最終行に「いずれ、#7119との連携、役割分担なども議論していく必要がある。」を追加すべきではないか。
P10	(4)	院内トリアージについて	同段落4行目「医療機関において患者や患者家族に対して指導する」を「医療機関や消防機関において・・・」に変更すべきではないか。
	2	救急医療機関・救急医療体制の充実強化について	
P9, 10	(1)	救命救急センター（高度救命救急センター）について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「妥当な場合は、果たせていない機能を補完するための支援が必要である。」を同段落8行目に追記すべきではないか。</li> <li>・「ピア・レビューや日本医療機能評価機構による第三者評価（救急医療付加機能等）の導入」をP.10, 6行目に追加すべきではないか。</li> </ul>
P10	(2)	二次救急医療機関の充実強化について	下から7行目に「また上記の通り、二次救急医療機関の対応能力を各地域で全体的に底上げするためには、救命救急センターのような充実段階評価の導入は時期尚早である。」を追記すべきではないか。
P12	4	小児医療における救急医療機関との連携について	「このような判断能力（家庭看護力）を行政機関主導にて地域で醸成し、継承していくべきである。」を同ページの4行目に加えるべきではないか。
P12	5	母体救命事案における救急医療機関との連携について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「各地域、各施設において母体救命患者の初期治療フローチャートを作成し、シミュレーションをしておく必要がある。」を同段落最終行に加えるべきではないか。</li> </ul>
P12~13	6	身体合併症があり、精神疾患を有する患者の受入れ体制の構築について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・P12 1行目の「急性アルコール中毒」は精神疾患ではないため、省くべきではないか。</li> <li>・「身体合併症があり、精神疾患を有する患者の受入れについては、緊急・重篤である場合については問題のない一方で、速やかに対応が必要な者については受入れが円滑にできるよう整備を進めるべきである」を2行目に追記すべきではないか。</li> </ul>

# 救急医療体制等のあり方に関する検討会

## 中間取りまとめ（案）

平成25年9月

「救急医療体制等のあり方に関する検討会」構成員名簿

阿真 京子 『知ろう！小児医療 守ろう！子ども達』の会代表

○有賀 徹 昭和大学病院長

石井 正三 日本医師会常任理事

市川 光太郎 市立八幡病院長

加納 繁照 加納総合病院長

許 勝栄 相澤病院救急総合診療科統括医長

久保 隆彦 国立成育医療センター産科医長

嶋津 岳士 大阪大学救急医学講座教授

鈴川 正之 自治医科大学救急医学講座教授

高城 亮 奈良県医療政策部長

田邊 晴山 救急救命東京研究所教授

千葉 潜 医療法人青仁会理事長

行岡 哲男 東京医科大学救急医学講座教授

横田 順一郎 市立堺病院副院長

(50音順、○座長)

※オブザーバー

消防庁救急企画室

## 目次

- 第1. はじめに
- 第2. 救急医療体制や取組に関する現状及び課題
- 第3. 今後検討すべき事項と方向性
  - 1. 救急患者搬送・受入体制の機能強化について
    - (1) メディカルコントロール(MC)体制の充実強化について
    - (2) 救急医療情報に関する地域連携について
    - (3) #8000について
    - (4) 院内トリアージについて
  - 2. 救急医療機関・救急医療体制の充実強化について
    - (1) 救命救急センター（高度救命救急センター）の充実強化について
    - (2) 二次救急医療機関の充実強化について
    - (3) 初期救急医療体制の充実強化について
  - 3. 救急患者の搬送等について
  - 4. 小児医療における救急医療機関との連携について
  - 5. 母体救命事案における救急医療機関との連携について
  - 6. 身体合併症があり、精神疾患を有する患者の受入れ体制の構築について
- 第3. その他
- 第4. 終わりに

## 第1. はじめに

救急医療については、昭和38年の消防法の一部を改正する法律（昭和38年4月15日法律第88号）により救急搬送業務が法制化され、昭和39年の救急病院等を定める省令（昭和39年2月20日厚生省令第8号）により救急病院・救急診療所の告示制度が始まり、昭和52年の救急医療対策の整備事業について（昭和52年7月6日医発第692号厚生省医務局長通知）により初期・二次・三次救急医療機関の整備が行われてきた。また、平成3年には救急救命士制度が創設され、救急搬送体制の充実が図られた。

平成9年には、第3次医療法改正により、医療計画において救急医療の確保に関する事項が必要的記載事項となり、平成9年12月に、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を示すものとして、「救急医療体制基本問題検討会報告書」がとりまとめられた。この中で、救命救急センターの要件も示された。

平成12年5月には、救急救命士制度の運用に際し、病院前救護における医療の質を確保する観点から、メディカルコントロール（MC）体制の確立や救急救命処置の効果評価に基づく業務内容の検討及び教育体制のあり方について、「病院前救護体制のあり方に関する検討会報告書」がとりまとめられた。

また、平成20年7月には、救命救急センターの整備のあり方を中心として、「救急医療の今後のあり方に関する検討会中間とりまとめ」が示され、平成11年度以降行ってきた救命救急センターの充実段階評価を新しく変更した。

さらに、平成21年には、消防法の一部を改正する法律（平成21年5月1日法律第34号）により、各都道府県において傷病者の搬送及び受入れの実施基準を定めるとともに実施基準に関する協議等を行うための協議会を設置することとなり、傷病者の円滑な搬送及び受入れが推進されている。

その間、救急出動件数は10年前と比較して3割以上増加し、平成23年には過去最多となっている。病院前救護では、MC体制の整備が進められてきたが、救急救命士による特定行為件数の増大等に伴い、MCに従事する医師は通常診療を行いながら特定行為の指示や検証作業を行うため、負担が増大している。このような経過及び最近の救急医療を取り巻く状況を踏まえ、また今後来るべき高齢社会を見据え、本検討会においては、地域における救急医療確保に向けた対応や、救急医療機関のあり方などについて検討を行い、わが国における今

後の救急医療体制等のあり方について、取りまとめるものである。

## 第2. 救急医療体制や取組に関する現状及び課題

### ○ メディカルコントロール（MC）体制について

MC 協議会の役割は、救急救命士に対する指示体制や救急隊員に対する指導・助言体制の調整、救急活動の事後検証に必要な措置に関する調整や研修等に関する調整等いわゆる救急業務の高度化を図るための業務（傷病者の受け入れに係る連絡体制の調整など）、救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整に関することなど、個別の調整などを行うことを通して、MC 体制を構築することである。

現在、MC 協議会は全都道府県に設置されているが、救急搬送件数の増加など救急需要増大への対応に関する検討や、救急患者の受入に関する個別の調整については、いまだ一部の MC 協議会でしか実施されておらず、その活動内容で差が認められる。また救急救命士が行う処置件数は、MC 協議会の設置が進められた平成 13 年の 4 万件程度から、救急救命士の増加や救急救命処置の範囲拡大を受けて、平成 23 年には 11 万 5 千件程度と約 3 倍に増大しており、MC 協議会の業務を増加させている。

このように、MC 協議会に求められる役割については多岐にわたると共に、作業量は増加しており、体制の更なる充実・強化が求められている。

### ○ 高齢者搬送の増加について

救急出動件数及び搬送人員数は、ともに 3 年連続増加しており、特に高齢者の救急搬送患者の増加は、大きな問題となっている。高齢者は複数の診療科を受診している可能性が高く病歴の把握に時間を要することから、救急隊による医療機関の照会回数の増加や現場滞在時間の延長につながりやすい。そこで、現在各地域において様々な救急医療情報の活用が行われている。既往歴や受診医療機関等が記載された救急医療情報キットは、比較的安価に取り組むことが可能なツールであり搬送先医療機関の決定の円滑化が期待されているが、普及率や適切な情報の更新、自治体のみならず関連する機関との連携など、地域全体での取り組みが求められる。

救急搬送においても、ICT を用いた搬送先医療機関を選定するシステムとして、佐賀県の“99さがネット”や奈良県の“e-MATCH”、大阪府の“OLION”など各地で様々な取り組みが認められ、これらのシステムの導入により現場滞在時

間の短縮や医療機関への照会件数の減少などの効果も得られている。一方で、これらの取り組みについて、情報の更新の問題や、得られたデータを有効に検討する場の不足などの課題も指摘されている。

#### ○ 院内トリアージについて

夜間等における多数の救急外来患者の受診に対して円滑な診療を行うため、平成 22 年度診療報酬改定において、小児救急外来における「地域連携小児夜間・休日診療料」に「院内トリアージ加算」が、また平成 24 年度診療報酬改定では成人も含んだ「院内トリアージ実施料」が導入され、院内トリアージの普及が進んできている。その一方、医療機関における院内トリアージの質の評価及びエビデンスに基づく標準化が、十分に行われていない等の課題がある。

#### ○ 救命救急センターについて

救命救急センターは、当初の目標である「概ね人口 100 万人に 1 か所」の約 2 倍である 265 か所の施設が、各都道府県において指定されており、現在も増加傾向にある。(平成 25 年 9 月時点)

救命救急センターの充実段階評価における現況調べ(厚生労働省医政局指導課)では、専従医師数、年間受入重篤患者数など施設間に大きな差がみられ、「すべての重篤な救急患者を 24 時間体制で必ず受け入れる体制」といった本来の機能を果たせていない施設も見受けられる。一方で、救命救急センターの充実段階評価が、運営や結果を十分に評価したものとはなっていないとの指摘もある。

#### ○ 二次救急医療機関について

二次救急医療機関は、3,259 か所(平成 24 年 3 月現在)の施設が、各都道府県において指定されている。ただし、厚生労働省医政局指導課が実施している「救急医療提供体制現況調べ」によると、二次救急医療機関の救急車受入れ実績や診療体制には医療機関間で大きな差が認められる。二次救急医療機関が、地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行うといった本来の機能を果たすため、また地域の高齢化や疾病構造の変化などによる救急需要の増加・変化に対応するために新たな対策が求められている。

また都道府県が医療計画で位置づけている「二次救急医療機関」と、救急病院等を定める省令の要件を満たしているものについて都道府県が告示する「救

急病院（いわゆる救急告示病院）」の2種類が存在し、一致していない。昭和39年に創設された救急告示病院制度は、救急隊によって搬送される患者を受け入れる医療機関の確保という観点から整備されており、基本的には二次救急医療機関もしくは救命救急センターが該当するものであり、平成9年12月にとりまとめられた「救急医療体制基本問題検討会報告書」において二次救急医療機関と救急告示病院の一元化が提案されているが、未だに達成されていない。

#### ○ 初期救急医療機関について

初期救急医療体制は、主に独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う医療機関として、都道府県が作成する医療計画に基づき、休日夜間急患センターや在宅当番医制が整備されている。休日夜間急患センターは556か所（平成24年3月現在）の施設で、在宅当番医制は630か所（平成24年3月現在）の地区で、年間に両方合わせて約622万人の患者の診療が行われており、一定の役割を果たしている。ただし、地域によって休日のみの診療であったり、準夜帯のみの診療であったり、診療科が限られていたりするなど、体制の違いがみられている。

#### ○ 小児救急電話相談事業（#8000）について

休日・夜間の急な子どものケガや病気に対する家族の判断を電話相談によって支援すること等を目的に、小児救急電話相談事業（#8000）が実施されている。平成22年から全都道府県で事業が展開されているが、運営時間については準夜帯が中心となり、深夜帯に行っている地域が40%、休日日中に行っている地域は20%以下である。その他、相談回線数の不足による運営時間内の応需不能例の増加も指摘されている。

現在、学会等によりモバイルサイトなどで小児の急病／トラブルに関する知識の啓発を行っているが、全国的には相談件数は年々増加しており、平成23年度は約53万件となっている。そのうちすぐに医療機関への受診が必要であったものは、2割程度であった。全国の8割がこどもの医療器関わるもので、育児相談に関するものは2割程度であった。

#### ○ ドクターヘリについて

ドクターヘリは、現在、35道府県41機（平成25年9月現在）が導入され、

救命率の向上や後遺症の軽減が期待されている。

ドクターヘリの要請件数は年々増加し、平成 23 年度には 16,290 件であった。一方、要請しても天候不良等の理由で出動できない応需不可件数が 3,367 件あり、うち天候以外の理由として出動依頼が重複した場合等が 921 件あった。

#### ○ 高次医療機関からの転院搬送について

現在、総合周産期母子医療センターや小児救命救急センターなどの高次医療機関では、広域から患者が集中する一方、なかなか転院が進まず、空床の確保が困難な状況となっている。その理由の一つとして、症状が安定した患者を他の医療機関に転院させる際の移動手段にかかる費用を患者もしくは医療機関が負担しなければいけないことが挙げられている。

#### ○ 小児医療における救急医療機関との連携について

小児救急医療に対する市民の関心は高く、時間帯や病状を問わず、小児科医による診察や治療を希望する声は高い。その結果、小児科医への負担が増加すると共に、救急医等の他科の医師による小児医療への参画が進んでいない現状がある。

また、平成 21 年には「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」の議論を経て、重篤な小児患者の受け入れ先として平成 22 年度より小児救命救急センター事業を開始したが、平成 25 年 7 月現在 8 ヶ所で実施されているに留まっている。

#### ○ 母体救命事案における救急医療機関との連携について

平成 18 年～20 年に発生した合併症をもつ妊婦受入困難事例を受け、母体救命についてもこれまで検討がなされて様々な取組が行われてきた。調査によると母体心停止の約半数が脳卒中や循環器疾患などの産科以外の原因で起こっていることや、同じく心停止の半数がかかりつけ医で発生することが分かっている。この結果をもとに、さらなる救命率の向上のための方策が求められている。

#### ○ 身体合併症があり、精神疾患を有する患者の受入れ体制の構築について

消防法改正後も、身体疾患を有する精神患者の救急搬送は選定時間を要するなど困難な状況がある。そうしたことを受け、平成 23 年 9 月に“精神科救急医

療体制に関する検討会”の報告書をまとめ、平成24年3月に精神科救急医療体制の整備に関する指針について（障精発0330第2号）を発出し、医療計画において24時間精神医療相談窓口・精神科救急情報センターの整備、身体合併症対応施設の設置や救急医療機関と精神科医療機関の連携を強めることが盛り込まれたが、十分な整備ができていない。

### 第3. 今後検討すべき事項と方向性

#### 1. 救急患者搬送・受入体制の機能強化について

##### (1) メディカルコントロール（MC）体制の充実強化について

MC協議会が地域の救急医療体制の構築に関与していくために、行政機関・消防機関・医療機関等と連携をとり、増大する救急活動の事後検証や搬送困難事例への対応等、MC協議会に求められている役割を果たすことができるよう、MC協議会を医療法の体系の中に位置づけ、人的及び経済的に必要な措置を講じることを検討すべきである。具体的にはMCに従事する医師がMCに関する業務を集中して行うことができる身分や業務時間、給与等を確保するとともに、MCに従事する医師に対して求められる適切な教育体制を構築する必要がある。またMC協議会に、救急医だけでなく小児科、産婦人科、精神科等の救急医以外の医師についても参画しやすい環境を整備すべきである。

##### (2) 救急医療情報に関する地域連携について

いわゆる救急医療情報キット等を有効に活用していくためには、臨床情報の更新など、かかりつけ医との普段からの関係性が重要であるため、地域住民・行政機関・消防機関・医療機関・介護福祉施設等との連携に努め、MC協議会等での情報の活用を図っていくべきである。

また地域の救急医療の状況の可視化による救急搬送の受入体制の円滑化を目指し、地域の実情に応じてICTを用いた救急医療搬送システムの導入を進めるべきである。ICTを用いた救急医療搬送システムで得られたデータは、地域の救急医療体制の改善に向けてPDCAサイクルに取り込み、事後検証のツールや医療機関の現状把握や改善のためのツールとして活用するべきである。医療機関においても、救急患者の受入れ状況など必要とされる情報を速やかに更新する努力が求められる。

### (3) #8000について

応需不能時間帯や応需不能率の改善については、現在、各都道府県において実施されている#8000において、運営時間の延長や複数回線化を進めるとともに、定期的の実態調査を行い改善する必要がある。都道府県は、既存の体制を維持するために、地域との綿密な連携をとれる体制を構築すべきである。また既存の体制を維持しながら、応需不能時間帯の縮小や育児相談機能等の充実強化を図るためには、全国センター化が適当と考えられる。

その他、相談員の質の確保が必要であり、事例収集や事後検証の実施体制の整備を進めるとともに、年1回実施されている相談員教育研修の強化も必要である。

### (4) 院内トリアージについて

院内トリアージは、医療機関において夜間等の救急外来での多数患者受診時に円滑な診療を行うために実施されているが、今後さらに効果を上げるためには、事後検証等を行い、トリアージの標準化を含め、質を担保すべきである。またトリアージの趣旨や方法について医療機関において患者や患者家族に対して指導することは、適切な受療行動につながるため、啓発していく必要がある。

## 2. 救急医療機関・救急医療体制の充実強化について

### (1) 救命救急センター（高度救命救急センター）の充実強化について

都道府県や救命救急センターは、医療計画で救命救急センターの機能として求められている「すべての重篤な救急患者を24時間体制で必ず受け入れる体制」という機能を、構築しなければならない。その確保のためには、一定数以上の専従医の配置や交替制勤務等の救命救急センター要件の厳格化を考慮すべきである。その上で、一定の機能を果たしていない施設については、改善を求めると共に救命救急センターとしての指定が妥当か否かについても検討が必要である。

救命救急センター（高度救命救急センター）は、地域MC協議会に指導的立場として積極的に参画し、行政、消防機関とともに、医療計画に則った形で、医療機関の機能を活かした役割分担（例えば外傷、熱傷等）やER型救急等の

実施についての検討を行い、地域に求められる三次救急医療体制を構築すべきである。

さらに、救命救急センター(高度救命救急センター)の適正な評価のために、充実段階評価の再考が必要である。具体的には地域における役割機能の評価や第三者による評価(都道府県 MC 協議会や救急医療対策協議会等で救命救急センターの関係者同士で評価し合うといったピア・レビュー等)の導入を検討すべきである。

## (2) 二次救急医療機関の充実強化について

二次救急医療機関が、医療計画で求められている「地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行う」といった機能を果たすため、都道府県や二次救急医療機関は、地域の高齢化や疾病構造の変化等を把握し、より適切な体制の構築を行わなければならない。増加する認知症を含めた高齢者の救急搬送については、主に二次救急医療機関が担わざるを得ないことから、二次救急医療機関の対応能力の底上げが必要であると共に、受入れの為の地域でのコンセンサス作りが必要である。特に、重症度が中等症である症例が増加しており、複数の医療機関に受入れを断られる事案も後を絶たないため、二次救急医療機関がその役割を的確に果たすことのできるような支援措置が求められる。

また、二次救急医療機関は、地域の救急医療の担い手として、地域 MC 協議会に積極的に参画し、実施基準の策定や実施に協力すべきである。同時に、三次救急医療機関が二次救急医療機関のバックアップ体制をとるシステム作りも必要である。

なお、二次救急医療機関の充実強化のためには、二次救急医療機関の機能や地域で果たしている役割を客観的に把握し、質の担保とその向上を図るための指標を作成すべきである。

救急告示医療機関と二次救急医療機関については、これまでも一元化の必要性が指摘されているが、それぞれ「救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関」や「入院を要する救急医療施設」としての役割を示す制度として存続している。しかしながら、二次医療機関でありながら救急告示医療機関として位置づけられていない等、市民や救急隊にとって分かりにくいとの指摘もあるため、両制度の趣旨や制度のあり方を含めた検討を行った上で、

可能な部分については一元化を進め、市民や救急隊にわかりやすい制度にすべきである。

### (3) 初期救急医療体制の充実強化について

初期救急医療機関が、医療計画で求められている「独歩で来院する軽度の救急患者への診療が空白時間なく行えるよう夜間及び休日に診療を行う」という機能を果たすため、市町村は地域の医師会等と連携しながら、地域の実情に合わせた体制を構築すべきである。その形態としては、既存の休日夜間急患センターや在宅当番医制に加え、高次医療機関内に医師会等の協力による初期救急医療部門を併設することなどについても考慮することが考えられる。

また救急搬送における実施基準については、初期救急医療機関も一定の役割を担うべく、入院を要さない軽症な救急搬送患者を受け入れるなどの取組を地域 MC 協議会等で検討すべきである。

## 3. 救急患者の搬送等について

### (1) ドクターヘリ等について

ドクターヘリの効率的な運用として、都道府県は、応需不可件数を減少させるために、実情に応じ隣接都道府県と協定を結び相互応援（ドクターヘリ導入道府県間の応援）や共同運用（他県のドクターヘリを活用）といった体制を構築すべきである。国は都道府県が協定を結び易くするために指針を出すことが必要である。またドクターカーについても一刻も早く医師による診療を開始するという目的についてはドクターヘリと同様であることから、まずその実態を把握し、その効果について検証すべきである。

### (2) 高次医療機関からの転院搬送等について

病院の機能分化が進む中、途切れのない医療を提供するためには、高次医療機関からの転院が円滑になされる必要がある。その搬送のための費用の取扱いが課題となって、転院が進まず、適切な役割分担が果たせないのであれば、転院に対する医療保険の取扱いの整理その他の適切な対応がなされる仕組みが必要である。

## 4. 小児医療における救急医療機関との連携について

小児救急医療は、小児科だけでなく他科の医師の協力のもとに行われているのが現状であり、その現状について、国民の理解を求める必要がある。持続可能な小児救急医療体制を確保するために、行政機関や医療機関は、国民に対して、救急医療体制を適正利用するために必要な知識を啓発することで、受診の必要性を患者家族が自ら判断できるような支援をすべきである。一方、医療従事者の側についても、共働きで夜間しか子供を受診させられないなど患者家族の努力だけでは対応できない社会環境の存在を理解する必要がある。

また小児の救急患者に対する医療提供体制をさらに充実強化するためには、救命救急センター内に小児救命救急センターを併設することや、小児救命救急センターと救命救急センターの連携等が必要である。さらに小児科医と救急科専門医間の相互研修なども検討をすべきである。また、先天性疾患の急病など、患者数は少ないものの高度な小児医療や専門医療が求められる場合については、まず発生患者数や搬送理由、搬送先などの現状を把握し、求められる医療資源等を検討する必要がある。

#### 5. 母体救命事案における救急医療機関との連携について

母体搬送の半数は脳出血など産科以外の救急疾患であるため、都道府県は、原因疾患に合わせた母体搬送基準を整備する必要がある。また周産期医療体制の構築のためには、周産期連絡協議会とMC協議会が連携を図るべきである。さらなる母体救命のためには、従来周産期母子医療センターでの受け入れに加えて、救命救急センターと周産期母子医療センターの連携、医療施設間の連携、周産期搬送コーディネーターの活用、周産期医療情報システムと救急医療情報システムの連携などが必要である。その他に、周産期医療の現状と母体安全に関して市民および医療従事者に対する啓発を今まで以上に行う必要がある。

#### 6. 身体合併症があり、精神疾患を有する患者の受入れ体制の構築について

自傷他害の恐れがない精神疾患を有する患者や、急性アルコール中毒や薬物多量服薬といった救急患者の受入れが、地域の救急医療体制において大きな問題となっているため、行政機関、消防機関、医療機関（救急医療機関と精神科救急医療機関）は地域の現状を把握し、搬送・受入実施基準等の改善やさらなる連携強化を図るべきである。そうした問題を話し合う場として、MC協議会の

活用が望ましいことから、救急医療を担う精神科医が参画しやすい環境を作るべきである。

受入れを行う救急医療機関については、都道府県や医療機関は、救急医療機関と精神科医療機関との連携、救急医療機関内の救急部門と精神科との連携を一層整備するとともに、身体的には問題がなくても精神科的な判断に苦慮する場合があるため、精神科医が救急医と連携できるシステムを構築する必要がある。

現在整備がすすめられている精神医療相談窓口や精神科救急情報センターについては、その機能が十分に果たせていないとの指摘があることから、都道府県並びに医療機関は、国民や医療従事者に対して更なる周知を図るとともに、より実効性のあるものになるように取り組むべきである。また、既存の精神科救急情報システム等を充実し、病院群輪番型精神科救急医療施設が適切に対応できるような体制の推進も必要である。

#### 第4．その他

これまで平成9年「救急医療体制基本問題検討会」、平成12年「病院前救護体制のあり方に関する検討会」、平成20年「救急医療の今後のあり方に関する検討会」が開催され、救急医療体制について検討され、報告書が出されてきた。検討会報告書を踏まえて、新たな救命救急センターの位置づけや救命救急センターの充実度段階評価の改定、受入先医療機関・診療科に患者を振り分ける等の調整（管制塔機能）や救急患者受入コーディネーターの配置などの予算措置等が行われてきたが、記載内容の中には、その後、実行できているかの検証もないままに、次の検討会が開催されているのではないかと指摘があった。厚生労働省は、本検討会における報告書の発出後には報告事項が適切に施策に反映されているかなど、定期的に検証や評価を行うべきである。

#### 第5．終わりに

平成25年2月からこれまで6回にわたって救急医療体制について検討を行ってきた。この検討会では地域における救急医療の確保に向けた対応や救急医療機関のあり方、これまでの救急の検討会で議題にあげられてこなかった小児・周産期・精神科救急など多岐にわたる議論を行ってきた。本検討会としては、今後この中間取りまとめを基に、メディカルコントロール体制のあ

り方や高度救命救急センターのあり方など更なる議論を行い、年内に本検討会の最終報告書を取りまとめる予定である。