

今後の救命救急センターの整備について(議論のたたき台)

1. これまでの整備の流れと現状

- 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、隣接して複数のセンターが整備されているケースが見られる。
- 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。
- 質的な側面からみると、次のような指摘がある。
 - 救命救急センターが整備されている地域であっても重症患者の受入病院の選定までに時間を要する事案の発生が続いているなど、本来の役割である重症患者の受け入れに支障をきたしている。
 - (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。
 - 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。
- また、こういった指摘の背景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。

資料5 (第3回 救急医療の今後のあり方に関する検討会)

- ・ 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。

2. 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

○ 医療資源の効率的配置

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。

- ・ 能力や体制が十分であれば、引き続き認めていけばよいか。
- ・ 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、認めていけばよいか。
- ・ むしろ、当該地域以外の地理的空白地域への整備を優先させるべきか。

○ 各施設の役割分担

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。(後述)
- ・ 「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)

- 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。

資料5 (第3回 救急医療の今後のあり方に関する検討会)

- 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いわれるが、どう考えるか。
- 「一定の時間」とは、脳卒中や重症外傷への診療を考慮すると、およそ60分を目安として良いか。
- 「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事が可能な体制の整備が求められる。」という考えでよいか。

(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. その他関連する事項

(1) 救急医療における専門病院の位置づけ

- これまで国は、救急医療機関を、初期・二次・三次医療機関と階層的に整備を進めてきた。
- この中で、救急医療を担う小児病院や循環器病院といった専門病院については、これまで、二次救急医療機関の一つの類型として位置づけてきた。
- しかしながら、専門病院の中には、特定の専門分野に限っては、高度に診療の質を保った医療機関もある。
- こういった医療機関の位置づけについてどう考えるか。
 - ・ 二次医療機関という位置づけで良いのか。
 - ・ 階層構造とは別に位置づけるものか。
 - ・ 位置づけるとしたらどういった分野か。
(例えば、外傷センター、循環器病センター)
 - ・ 小児救命救急センターという位置づけは可能か。

(2) 二次救急医療機関について

- 救急車搬送のおよそ9割は救命救急センターのある病院以外に搬送されている。今後の救急搬送人員の伸びが懸念される中、二次救急医療機関が十分に救急搬送を受入なければ、本来二次救急医療機関で対応できる患者が救命救急センターに流れ、救命救急センターが本来の役割を果たせない。そのため、地域の二次救急医療機関の状況の把握とその充実が欠かせない。この認識でよいか。
- 二次救急医療機関については、次のような指摘がある。この認識でよいか。
 - ・ 大半の施設で、夜間1、2名の医師が宿日直勤務としての勤務についているのみで、救急患者を診療する十分な体制となっていない。
 - ・ 夜間休日においては、例えば、飲酒によって粗暴に振る舞う患者に対応する十分な人的余裕がない、画像検査、血液検査等の必要な検査が実施出来ないなど医師の診療を支える体制が不十分な施設が多い。
 - ・ 年間5千台を超える救急車を受け入れている施設がある一方、100台に満た

資料5 (第3回 救急医療の今後のあり方に関する検討会)

ない施設もあるなど、施設間のばらつきが大きい。

- 医療訴訟を恐れ、限られた診療科、診療領域にしか対応できない医師が増加している。
 - 救急搬送件数をみると、この10年間に総数で51% (165万人) 増加し、重症度別にみると、特に、中等症で59% (67万人)、軽症で56% (92万人) も増加しており、これに見合った二次救急医療機関の体制の整備がなされていない。
 - 本来二次救急医療機関は「入院を要する患者への救急医療」が役割であるが、二次救急医療機関が多くの軽症外来患者への対応に追われ、本来の二次救急医療機関としての役割を果たせていない。
- これらの指摘を踏まえ、2次救急医療機関の一層の充実を図るために、次のような方策が考えられないか。
- 交代勤務性の導入を促進することで、医師の過重労働を低減するとともに、夜間休日に十分な診療体制を取れる体制の充実を図る。
 - 一定の枠内の二次救急医療機関については、三次救急医療機関(救命救急センター)と同様に、施設の診療体制や実績を踏まえた評価を実施する。
 - 様々な疾患や診療領域の救急医療に対応できる医師を育成する。
 - 十分な診療体制と診療実績を持つ二次救急医療機関を、補助金や診療報酬により手当する。