

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 7 月 17 日

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いものに変更した。

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。

一方で、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。また、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について、病院前救護から救急患者の医療機関での受入体制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. 救急医療の現状及び課題

(略)

第3. 検討事項

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

- 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ため、MC 協議会の法的な位置付けを明確化し、人的及び経済的に必要な措置を講じ、さらに体制を充実させる必要がある。
- MC 協議会は、行政機関・消防機関・医療機関等と連携をとりながら、救急医療体制の構築に努めていくべきである。
- 地域の救急医療体制を構築していくためには、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 MC 協議会に参画しやすい環境を整備するべきである。
- MC 体制を充実させるためには、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環境を整備するとともに、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。

(2) 救急医療情報について

- 救急医療情報キットは救急医療等で適切な対応ができるために必要な情報の活用が行われており、救急搬送時間の短縮等の効果が期待される。ただし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。
- 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。

- 医療機関は救急患者の受入れ状況などの情報を地域でリアルタイムに共有できるように、速やかに更新を行うべきである。
- 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 サイクルに取り組むべきであり、事後検証のツールや医療機関の現状を把握し改善のための項目として活用するべきである。

(3) #8000について

- 応需不能時間帯の縮小や育児相談機能等の充実強化のために、全国センター化をはかるべきである。また既存の体制を維持するためには、地域との綿密な連携をとれる体制の構築をはかるべきである。
- 相談員の質の担保のため、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を強化するべきである。

(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、事後検証等を行い、トリアージの標準化を含め、質の担保をするべきである。
- 医療従事者によるトリアージを、医療機関において患者に指導することは、自宅での対応力育成や救急医療体制の適正利用につながる為、勧めるべきである。

2. 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

- 一定数以上の専従医の配置や交替制勤務等の要件を厳格化し、救命救急センター本来の機能として求められる「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」を、都道府県や救命救急センターは構築するべきである。
- 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が集まり評価し合うといったピア・レビュー等）の導入を検討するべきである。

- 救命救急センター（高度救命救急センター）は、地域 MC 協議会に対し指導的立場として積極的に参画し、行政、消防機関とともに地域の状況に応じた救急医療体制を検討し、医療計画の要件を満たしつつも医療機関の機能を活かした役割分担（疾患ごとの集約化：例 外傷、熱傷等）を図ったり、ER 型救急施設を進めたりするなど、地域に求められる三次救急医療体制を構築するべきである。

（2）二次救急医療機関の充実強化について

- 二次救急医療機関は、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ものであるため、身体合併症を伴う精神患者（認知症、アルコール依存症等）の受入れや三次救急医療機関からの患者受入れ等を行う観点から、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を把握し、より適切な体制の構築を行うべきである。
- 増加する高齢者搬送患者については、二次救急医療機関が対応すべきであるので、そのための地域でのコンセンサスが必要である。また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といったシステム作りも同時に必要である。
- 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るべきである。
- 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るべきである。
- 救急告示医療機関と二次救急医療機関について、これまでも一元化の必要性を指摘されながら未だ両制度が存続している。救急告示医療機関の制度のあり方を含め、両制度の一元化に向けていくべきである。

(3) 初期救急医療体制の充実強化について

- 初期救急医療機関は、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、といった機能を果たすものであるため、市町村は医師会等と連携しながら、ER 型の診療体制や集約化なども考慮し地域の実情に合わせた体制を構築するべきである。
- 初期救急医療機関の形態として、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を検討すべきである。
- 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てもらうなどの取組を地域 MC 協議会等で検討するべきである。

3. 救急患者の搬送等について

(1) ドクターヘリについて

- 近年、要請件数の増加に伴う応需不可件数が増加しているため、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や共同運用体制を構築するべきである。また国は都道府県が協定を結びやすくするために指針を出すべきである。
- ドクターカーについても一刻も早い医師による診療という点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るべきである。

(2) 高次医療機関からの転院搬送等について

- 高次医療機関が受入困難となる原因の一つとして、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対する費用を患者もしくは医療機関が負担するため転院が進まず、空床の確保に困難を要することがあげられる。
- 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搬送等に対して、医療保険や補助金等による適切な支援の仕組みが必要である。

4. 小児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、小児科のみならず他科の医師も協力して行われていること、そうでないと成立しない現状を国民に理解してもらう必要がある。
- 小児救急医療に参画する他科の医師に対する小児医療の研修や、小児医療に携わる医師の環境整備が必要である。
- 永続的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、救急医療体制と適正利用するために必要な知識を啓発することによって、受診の必要性を自ら判断できるように支援するべきである。
- 医療従事者は、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。
- 小児の救命救急患者に対する診療については、救命救急センター内の小児救命救急センター併設、又は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。また、患者数に変動が見られることから、病床の使用方法に関する工夫が必要である。
- 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救命医療や専門医療が求められる場合についても、医療資源を確保し、医療の質を担保する必要がある。それらを両立するために、小児がん拠点病院のようにブロック別の拠点化を図る必要がある。

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

- #### 6. 緊急性の高い身体合併症があり、精神疾患をもつ患者の受入れ体制の構築について

第4. その他

- 本検討会における報告事項の検証や評価を行う体制を構築するべきである。