

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

<中間とりまとめまでには、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。

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多くなっている。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、こららの背景として、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。

(工) 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