

第4回 救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ 意見書

令和4年4月28日
公益社団法人日本医師会
常任理事 長島 公之

◆論点1について

- 地域により高齢化や人口減少の進み方、高齢者の状況もかなり異なる。各地域で5年後、10年後、20年後にどうなるか、そこでどのような疾患の救急患者が増えるかという予測に基づいて考えなくてはいけないので、検討に資するデータを地域に提供していくことが重要である。
- そういった想定に対して、まず現時点で対応できる医療機関があるのか、もし無いのであれば、例えば5年後、10年後、20年後にどのようなことに対応可能な医療機関が望ましいのかを地域医療構想や医療計画で考えていただく必要がある。そういった視点での検討を行わず、救急医療を単独で考えていくと、そもそも救急医療が成り立たなくなってしまう。
- 特に二次救急を担う医療機関では、救急医療だけを提供しているわけではない。今後、高齢者が増えるとともに、救急の搬送件数や疾病が増加することが想定される中で、1つの医療機関で全てに対応することが現実的かということが、おそらく地域で違ってくると思うので、「地域で今後どうあるべきか」という発想がそもそも必要である。
- そのため初期・第二次・第三次という既存の建付けは残したとしても、その内容、役割は地域の実情に応じて考える必要がある。そのためには、いくつかのモデルやパターンを厚労省で示していただくと良いのではないか。
- 中でも今後特に問題になると思われるところとして、在宅医療であれば主治医がいるが、高齢者施設だと嘱託医がいない、またはいたとしてもあまり関わっていないケースもある。そういったところからの救急患者が一番の検討課題だと考えられる。
- これについては論点の2.にあるが、救急医療の関係者と地域包括ケアの関係者、特に介護保険施設や有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅なども含めた高齢者施設の関係者の連携が必要である。この点は、消防庁の「救急業務のあり方検討会」でも盛んに発言させていただいたが、例えば救急医療の会議に地域包括ケアの関係者が参加したり、その逆も進めたりするなど、是非お互いに歩み寄っていただきたい。

- また ACP も含めたご本人の意思に沿った心肺蘇生についても、やはり救急の現場では判断できないので、医師や医療・介護スタッフのもとでご家族と一緒に考えて、まずはかかりつけ医に相談することを事前に共有しておくことで、救急現場の負担を減らせるかが今後最大のポイントになってくる。
- その中で、ICT を情報共有などに上手に使えているところもあると思うので、そういった好事例は展開して行っていただきたい。
- また役割分担・連携という観点では、今回の新型コロナウイルス感染症に対応していく中で、中等症はここが診るとか、後方支援はここで行うなど、各地で医療機関の役割について話し合う場や、仕組みなどもできたと思うので、ここに上手く繋げていってもらえるとよいのではないかと。
- ただコロナの場合は、感染者などの数の変化と、変異株による質の変化、それらの急激な変化が災害的な側面をもたらしてしまうので、通常の救急医療では対応できない。
- そこにまで通常の救急医療を対応させようとするとは大変過ぎるので、コロナ特有の部分まで底上げするのは少し考えた方がよい。あくまで災害的なものとして、災害対応的な仕組みを上乗せするという考えでいかないと、通常の救急医療への負担が大きすぎると思われる。
- とにかくまず地域の実情と、将来予測があって、それに基づいて各地域でしっかりと検討していくことが必要である。急激な変化は混乱をもたらすので、そこに段々と向かっていただくというのが基本ではないかと。

◆ 論点 2 について

- 論点 2 で示されている人材の育成は非常に重要であるが、こちらは感染症対策の医療人材育成であり、必ずしも救急の話ではないということを分けて考えた方がよい。