参考資料２

救急医療体制等のあり方に関する検討会

報告書

平成２６年２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	国立成育医療研究センター周産期・母性診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
	田邉　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　順一朗	市立堺病院副院長

（５０音順、〇座長）

※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

１．　メディカルコントロール（MC）体制について

２．　高齢者搬送の増加について

３．　小児救急電話相談事業（＃８０００）について

４．　院内トリアージについて

５．　救命救急センターについて

６．　高度救命救急センターについて

７．　二次救急医療機関について

８．　初期救急医療機関について

９．　ドクターヘリについて

１０．高次医療機関からの転院搬送について

１１．小児救急医療における救急医療機関との連携について

１２．母体救命に関する救急医療機関との連携について

１３．精神疾患を有する患者の受入れ、及び対応後の精神科との連携体制の構築について

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）救急医療情報の活用と地域連携について

（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）救命救急センターの充実強化について

（２）高度救命救急センターの充実強化について

（３）二次救急医療体制の充実強化について

（４）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
（１）ドクターヘリ等について
（２）高次医療機関からの転院搬送等について

４．小児救急医療における救急医療機関との連携について

５．母体救命に関する救急医療機関との連携について

６．精神疾患を有する患者の受入れ、及び対応後の精神科との連携体制の構築について

第４．　その他

第５．　終わりに

第１．　はじめに

救急医療については、消防法の一部を改正する法律（昭和 38 年法律第 88 号）により救急搬送業務が法制化され、救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 8 号）により救急病院・救急診療所の告示制度が始まり、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 年には救急救命士法（平成 3 年法律第 36 号）に基づく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、同年 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」が取りまとめられた。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（以下、「MC」という。）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」が取りまとめられた。

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が新しく変更された。

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 年法律第 34 号）により、傷病者の円滑な搬送及び受入れを推進するため、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が設置されることとなった。

その間、救急搬送人員数が 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。特に救急搬送人員数の約半数を占める軽症と中等症の増加が著しい。救急搬送人員の約半数が、診療の結果として帰宅可能な軽症患者であり、一部には不要不急の救急要請の場合もあることから、国民がより適切に救急医療を受けるべきである、という指摘もある。病院前医療では、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の実施件数の増大等に伴い、MC に従事する医師は通常勤務における診療に加え、特定行為の指示や検証作業を行うため、総じて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、今後超高齢社会の更なる進展を見据え、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、我が国における今後の救急医療体制等のあり方について、取りまとめることとした。

第２．　救急医療体制や取組に関する現状及び課題

１．メディカルコントロール（MC）体制について

病院前医療における MC 体制とは、救急現場から医療機関に搬送されるまでの間、救急救命士等が実施する医行為について医師が指示、指導・助言及び検証することにより、これらの医行為の質を保証する体制を意味するものであり、傷病者の救命率の向上や、合併症の発生率の低下等の予後の向上を目的として、救急救命士を含めた救急隊員による活動の質を保証するものであることから、地域の病院前医療体制の充実のための必須要件である。

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などいわゆる救急業務の高度化を図るための業務、救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整などを行うことを通して、地域に MC 体制を構築することである。更に平成 21 年の消防法改正により、救急搬送・受入れに関する協議会を兼務している地域もあり、救急業務全般について医学的側面から質の向上を図り、地域の救急医療体制を構築するための協議会としての役割が求められるようになってきた。

現在、MC 協議会は全都道府県に設置されているが、救急搬送人員数の増加など救急需要増大への対応に関する検討や、救急患者の受入れに関する調整については、いまだ一部の MC 協議会でしか実施されておらず、その活動内容は地域ごとに差がみられる。また、救急救命士が行う処置件数については、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具体的役割については多岐にわたるとともに、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。

２．高齢者搬送の増加について

救急搬送人員数は年々増加しており、特に高齢者の救急搬送患者は平成 12 年の約 148.8 万人から平成 23 年の約 269 万人と約 1.8 倍に増加しており大きな課題となっている。高齢者は複数の疾病を罹患している可能性が高く、病歴の把握に時間を要すること等の理由から、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。このため、緊急度の高い患者を迅速、適切に医療機関に搬送する体制を維持するには、高齢者の増加に対応した病院前医療体制の改革が求められる。現在各地域において様々な救急医療情報が活用されており、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として搬送先医療機関の決定の円滑化に資すると期待されている。救急医療情報キットの更なる活用のためには、普及率の向上や適切な

情報の更新、得られた情報が適切に活用されるための自治体や関連する機関間の連携など、地域全体での取組が求められている。

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“ORION”など各地で様々な取組が行われ、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、これらの取組について、入力情報の更新やデータベース化、得られたデータの解析に関する問題などの課題も指摘されている。

３．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都道府県が 40%、休日日中に行っている都道府県は 20%以下である。このほか、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、＃８０００を利用した電話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。このうち、相談内容が子どもの医療に関するものは全体の 8 割程度、育児相談など医療以外に関するものは 2 割程度であった。また、電話相談を受けた結果すぐに受診が必要と判断されたものは、全体の約 4 分の 1 であった。また、日本小児科学会等が Web 上（「こどもの救急 ONLINE-QQ」）や、パンフレットを用いての小児の急病やトラブルに関する知識啓発を並行して行っている。

４．院内トリアージについて

院内トリアージは、医療機関において救急外来や蘇生室に展開させる人的資源について、患者の緊急度・重症度に応じて合理的な人員の動員・配置を期するために行われていて、夜間等において救急外来に多数の患者が同時に受診する時においても、患者各々の緊急度の判断などを通じて合理的な診療過程を提供するために実施されている。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」が導入されたことにより、院内トリアージの普及が進んできている。消防庁において病院前医療におけるトリアージ（緊急度判定）について検討が行われている一方、医療機関において院内トリアージの実態把握は行われておらず、質の評価及びエビデンスに基づく標準化が十分になされていない等の課題がある。

５．救命救急センターについて

救命救急センターについては、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 12 月現在）。

救命救急センターの評価結果（平成 24 年度）（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。また「平成 24 年版　救急・救助の現況」（総務省消防庁）によると、重症外傷患者数が減少する一方、救命救急センター数は増加しているため 1 施設あたりの症例数は減少しており、質の高い外傷診療を行うために集約化が必要との声がある。さらに、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。

６．高度救命救急センターについて

高度救命救急センターは、救命救急センターとしての役割に加え、広範囲熱傷、薬物中毒や指肢切断といった特殊疾患に対する診療を行う施設として平成 5 年より整備が始まり現在全国に 32 施設が整備されている（平成 25 年 12 月現在）。一般の救命救急センターと比較すると専従医師数や専従医に占める救急科専門医師数は多く、重症熱傷患者や重症急性薬物中毒の患者を多く診療している。その一方、指肢切断については高度救命救急センターより地域の形成外科や整形外科などの専門の医師を有する医療機関が担っているとの指摘がある。

７．二次救急医療機関について

二次救急医療機関については、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。しかしながら、「救急医療提供体制現況調べ」（平成 24 年）（厚生労働省医政局指導課）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みられる。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や、地域の高齢化・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は、新たな対策が求められている。

また、二次救急医療機関には、都道府県が医療計画において位置付けられている「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 種類が存在する。平成 9 年 12 月に

取りまとめられた「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、いまだに一元化が図られていない。

８．初期救急医療機関について

初期救急医療体制については、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、休日のみや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る。

９．ドクターヘリについて

ドクターヘリについては、現在、35 道府県 42 機（平成 25 年 12 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、要請しても出動できない応需不可件数が 3,367 件あり、この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 件あり増加傾向にある。こうしたことから、現在隣接都道府県が協定を締結しドクターヘリの効率的運用を行っている地域もあるが、全国的に行われるに至ってはいない。

１０．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、患者の状態が安定した後にも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、患者の状態が安定している場合でも、医学的管理を行いながら安全に転院搬送をさせるためには、医療機関にとって人的物的資源の投入が必要となり、また家族等にとっても搬送費用を負担しなければならないといったことがあげられている。

１１．小児救急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大きい。その結果、小児科医への負担が増加している。現在、救急医等の他科の医師による小児救急医療への参画も漸次進んでいるが、患者の家族がそれを

受け入れ難い場合もある。

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入れ先として平成 22 年度から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 か所で実施されているに留まっている。

１２．母体救命に関する救急医療機関との連携について

平成 18 年から 20 年に発生した合併症をもつ妊婦の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、様々な取組が行われてきた。平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金「妊産婦死亡及び乳幼児死亡の原因究明と予防策に関する研究」によると、母体死亡の背景として、母体に生じた心停止のうち約半数が、脳卒中や循環器疾患など通常産科で診療しない疾患が背景となって起こっていること、同じく心停止の半数がかかりつけ医（産科単独の医療機関）で発生することや、救命救急センターと周産期センターの連携がとれず処置の開始に遅れが生じた例があったこと等が報告されている。この結果を基に、更なる救命率の向上のための方策が求められている。

１３．精神疾患を有する患者の受入れ、及び対応後の精神科との連携体制の構築について

精神疾患を有する患者の救急搬送については、選定時間を要するなど困難な状況がある。こうしたことを受け、平成 23 年 9 月に「精神科救急医療体制に関する検討会」の報告書を取りまとめ、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）を発出したところである。これにより、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、精神疾患を有する患者の救急医療体制については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寄与していくためには、行政機関・消防機関・医療機関・医師会等関係団体が連携し、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重要である。そのためには MC 協議会の法的な位置付けを明確にすること、また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 協議会に従事する医師が MC 協議会に関する業務を集中して行うことができる身分を保障し、業務時間、給与等を確保するとともに、

MC 協議会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 協議会に関する業務に、救急医だけでなく小児科、産科婦人科、精神科等の救急医以外の医師も参画しやすい環境を整備すべきである。MC 協議会は現状各地域で体制や取組が様々であることから、各 MC 協議会が自らを評価し、他の MC 協議会から学ぶことが出来るよう、MC 協議会の現状を確認できる指標の作成や全国 MC 協議会連絡会等を通した情報共有化を進める必要がある。MC 協議会は救急業務全般について医学的側面から質の向上を図り、地域の救急医療体制を構築するための協議会として役割が求められるようになってきた。その役割を十分に補完するためにも三次救急医療機関、二次救急医療機関、初期救急医療機関と協力して地域の救急医療体制の構築に必要なデータを集積し、そのデータを都道府県や市町村へ還元し活用できるような体制構築を検討するべきである。

なお、メディカルコントロールの名称については、これまでも適切な訳語がないか議論が行われてきたが、結論は出ていない。しかしながら、今日、国民への周知の観点からも、実際の機能を十分に包括した日本語の名称について検討する必要がある。

（２） 救急医療情報の活用と地域連携について

搬送困難事例が増加する中で、円滑に医療機関への受入れを行うため、特に急変のリスクが高い高齢者や基礎疾患を有する患者にあっては、普段よりかかりつけ医と医療機関の受診方法や受診先について検討し、緊急時に適切に医療が受けられるよう準備をしておくことが必要である。さらに都道府県や市町村は、地域の実情に応じて救急医療情報キットや ICT に集積した情報などにより、地域全体で円滑に受入れが出来るようセーフティーネットを整備することも検討するべきである。ただし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・医師会等関係団体・介護福祉施設等は互いに連携をとるように努めると共に、MC 協議会等で得られた情報を有効に活用できる体制作りについて検討すべきである。

地域の救急医療の状況を可視化することは救急搬送の受入れ体制の円滑化につながるため、地域の実情に応じて ICT を用いた救急医療情報システムの導入を進めるべきである。当該救急医療情報システムで得られたデータについては、データベース化を図るとともに、データ分析を適切に行った上で、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。そのためには、医療機関においては、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、行政機関においては医療機関による更新の努力を支援するための措置が求められる。

（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、運営時間の延長や複数回線化を進めるとともに、定期的に実態調査を行い、改善する必要がある。また、相談員の質の保証が必要であり、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。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が可能な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、応需不能時間帯を縮小する等、利用者からの多様なニーズに応えるためには、これらの業務を補完する全国センターの設置や相談事業運営の広域化といった方法が適当と考えられる。なおいずれは＃７１１９との連携、役割分担などを議論していく必要もある。

（４） 院内トリアージについて

今後院内トリアージの効果を更に上げるためには、事後検証等を行い、トリアージの標準化を含め、質を保証すべきである。そのためには、今後厚生労働科学研究費補助金等を用いて院内トリアージの現状について把握するとともに、標準化を見据えた検討を行う必要がある。また、トリアージの趣旨や方法について医療機関や消防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、推奨していく必要がある。さらに救急搬送時に消防によって得られた緊急度判定などのデータと院内でのトリアージや転帰といったデータとの連結をすることは救急医療の質の評価につながることから、システム構築を進めるべきである。

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、医療計画において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」を構築しなければならない。そのためには、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について厳格に遵守することを考慮するべきである。その上で、一定の機能を果たしていない施設については、改善を求めるとともに、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地域の実状も踏まえ、検討が必要である。また、一定の機能を果たしている施設については、不十分な機能を補完するための支援が必要である。

救命救急センターは、指導的立場として地域 MC 協議会に積極的に参画し、行政や消防機関とともに、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検討し、地域に求められる三次救急医療体制の構築に尽力する必要がある。

さらに、救命救急センターの適正な評価のために、厚生労働省で実施する充実段階評価をより充実したものにする必要がある。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、いわゆるピアレビューや、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など》の導入を検討すべきである。

（２） 高度救命救急センターの充実強化について

高度救命救急センターについては、現行、特殊疾患に対する診療を担うこと以外はその他の救命救急センターに求められる要件と違わず、高度救命救急センターとしての役割や位置付けが不明確である。また設置開始時と比較し、社会環境や救急医療体制の整備状況などが大きく変化していることから、高度救命救急センターに求められる役割（救命救急医療や地域の救急医療に求められる専門的な教育・研修や研究など）や位置付けについて検討する必要がある。

（３） 二次救急医療体制の充実強化について

二次救急医療機関が医療計画において求められている「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」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患者の受入れについては、主に二次救急医療機関が多くを担っていることから、二次救急医療機関の対応能力の底上げが必要であるとともに、受入れのため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、二次救急医療機関については、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より積極的に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、質の保証とその向上を図るための指標を作成すべきである。このようにして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必要があるが、救命救急センターのような充実段階評価の導入についてはまだ時期尚早であると思われる。

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、二次救急医療機関でありながら救急告示医療機関として位置付けられていない施設がある等、市民や救急隊にとって分かりにくい部分がある。都道府県は、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、一元化を進め、市民や救急隊に分かりやすい制度にすべきである。

（４） 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において求められている「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、地域の実情に応じた体制を構築するべきである。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地域でのより丁寧で細やかな議論が必要である。

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やす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、その効果や役割について検証した上で必要に応じ支援を検討すべきである。

（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、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からの転院が安全でかつ円滑になされる必要がある。行政機関は医療機関の機能分化を促進するためにも、こうした高次医

療機関から状態の落ちついた患者の転院搬送に対し、医学管理を行いながら安全に転院搬送させるために必要な支援について検討する必要がある。また転院搬送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との指摘もあり、少なくとも搬送中に医学的管理が必要な転院搬送に対する費用負担をカバーするための適切な対応がなされる仕組みが必要である。

さらに、周産期医療や小児医療の一部は、都道府県を越えた広域連携によって医療が確保されていることから、国や都道府県は広域連携の現状を考慮して医療提供体制を整備する必要がある。

４．　小児救急医療における救急医療機関との連携について

小児救急医療については、小児科だけでなく他科の医師の協力の下に行われている現状があり、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、受診の必要性や緊急性を患者家族が自ら判断できる判断能力（家庭看護力）を地域において醸成し、継承していくべきである。行政機関はこれらに対して適切な支援をすべきである。一方、医療従事者の側も、共働きのため夜間しか子ども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も理解した上で、医療体制を構築する必要があることを理解するべきである。

また、小児の救急患者に対する医療提供体制を更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の機能を併設することや、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。加えて、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。さらに、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の分配方法を検討する必要がある。

５．　母体救命に関する救急医療機関との連携について

母体心停止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。そのために、周産期医療協議会と MC 協議会が連携を図るべきである。また更なる母体救命のため、従来の周産期母子医療センターでの受入れに加えて、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。一方受入れを担当する医療機関は、母体救命事案に関して、産婦人科医だけでなく、救急医など他科の医師と一緒に診療する体制を構築すること

が必要である。具体的には母体救命患者の初期治療フローチャートを作成するなどによりあらかじめ関係者間の連携体制を確認しておく必要がある。このほか、周産期医療の現状と母体安全に関して市民及び医療従事者に対する啓発を今まで以上に行うべきである。特に市民に対しては、妊娠自体が体に及ぼす影響とリスクに関して、適切な時期に十分に普及啓発することが必要である。

６．精神疾患を有する患者の受入れ、及び対応後の精神科との連携体制の構築について

精神疾患を有する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課題となっているため、行政機関、消防機関、医師会等関係団体、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・受入れ実施基準等の改善や更なる連携強化を図るべきである。こ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。

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、緊急度や重症度が高くない場合においても受入れ選定に難渋する場合があるため、都道府県や医療機関は必要に応じて受入れが円滑にできるよう整備を進めるべきである。

都道府県や医療機関は、受入れを行う救急医療機関と精神科医療機関との連携を図るとともに、総合病院において救急部門と精神科診療部門とが連携できる環境を一層整備する必要がある。また、身体的には大きな問題がなくても精神科的な診断に苦慮する症例が少なからずあるため、救急医が精神科医と連携できるシステムを構築する必要がある。加えて、精神科医が救急医療機関内で救急診療に参加できるシステムの構築も検討するべきである。

現在整備が進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、医師会等関係団体及び医療機関は、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

今後更なる救急需要の増加が見込まれる中で、救急医療体制の確保・充実は、地域住民の安心と安全にとって重要な課題である。これまで様々な観点から挙げられてきた検討事項と同様に、救急医療を担う医療従事者の確保や育成に関して、国、地方自治体、さらには医師会等関係団体や関係学会等が地域住民と協力し、取り組んでいく必要がある。また、冒頭でもあげたように、救急搬送患者の約半数が、軽症患者である現状を踏まえると、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啓発をしていくことが必要である。

さらに、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、救急医療体制に関する検討や報告書の取りまとめが行われてきた。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付けや救命救急センターの充実度段階評価の改定、受入れ先医療機関・診療科に患者を振り分ける等の調整（管制塔機能）や救急患者受入れ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の厳しい指摘があった。厚生労働省は、本検討会における報告書の取りまとめがなされた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 8 回にわたって救急医療体制について検討を行ってきた。本検討会では地域における救急医療の確保に向けた対応、MC 協議会や救急医療機関のあり方、またこれまでの救急医療の検討会で議題に挙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り議論を行い、意見を取りまとめた。

超高齢社会の進展による救急需要の増大による対応が迫られている。本検討会ではことあるごとに地域での取組の必要性があげられてきたが、これは、今後、より地域に密着した救急医療への取組が求められているからである。また地域における救急医療を成熟させるためには、行政機関だけでなく地域住民、医師会等関係団体、医療機関、介護福祉機関などが連携して実情に合った、きめ細やかな取組が必要となっている。地域住民も救急医療への理解を深める必要があり、行政機関や医療機関はその支援をしていかなければならない。

今後とも、本検討会の内容を踏まえて、関係機関と協力・連携の上救急医療体制が構築されることを期待する。