

## 《 論点整理 》

### 2. 救命救急センターおよび二次救急医療機関の充実強化について

#### 1. 救命救急センターについて

(現状・まとめ)

- 医師の体制について

専従医師数が0～39人と施設間での差がある。

(0人の施設は、岩手県1カ所、新潟県1カ所、愛知県2カ所、愛媛県2カ所の計6カ所)

- 診療体制について

疾病の種類によらない受入が出来ない施設がある。

年間受入重篤患者数が214～2615人と施設間での差がある。

- その他

勤務医負担軽減策等（医師事務作業補助者、負担軽減に資する計画の策定、休日及び夜間勤務の適正化）の取組が全ての施設で進んでいるわけではない。

全ての救命救急センターが、指示助言要請に対する常時の専用電話による応答及び記録、救急救命士の病院実習受入を行っているわけではない。

現在の充実段階評価は体制構築について評価が行われているが、運営（過程）や結果を十分に評価したものではない。

(課題・論点)

- 「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。」（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（平成20年））ととりまとめられた以降、さらに新たな救命救急センターの指定がなされているが、量的に充足したと言えるか。
- 疾病の種類によらない受入が出来ないなど、「すべての重篤な救急患者を、原則として24時間体制で必ず受け入れる」ことが出来ない救命救急センターをどの様に充実強化すべきか。
- 医師の負担軽減策の推進、メディカルコントロール体制への協力を進めるためにどうすればよいか。
- 救命救急センターを指定する都道府県や病院の管理者は、救命救急センターの質の向上にどの様にとり組むべきか。
- 都道府県や病院の管理者が改善方策に取り組んでもなお救命救急センターに求められる医療機能を提供できない場合は、救命救急センターの指定の解除を検討してはどうか。
- 救命救急センターの要件を、指定解除の要件を含め明確化し、充実強化を促してはどうか。
- 充実段階評価の精度を高めるために客観的数値やピア・レビューを導入してはどうか。

(主なご意見等)

- 救命救急センターの数は当初の予定から2倍に増えているが、救急医は増えていないため救急医の取り合いになっている。現状のまま増やしていくことのでいいのか。
- 地域の実状に合わせて、中心を担っている救命救急センターは増やさないといいけないかもしれないが、二次救急が充実している地域では本来に役割であるバックアップに専念すれば減らしてもいいエリアがあってもいいのではないのか。
- 施設だけの評価ではなく、医療圏や地域における救急医療の受入を体制評価の対象とし、加点するようなシステムを作ることで医療圏と施設を合わせた総合評価が出来るのではないのか。
- MCが地域として中心的な役割を果たしていかなければいけない。そのためにはボトムアップとトップダウンが必要である。地域をICTなどで可視化することで当事者意識を持って救急医療に当たっていただき、そこで得たデータをMCに挙げる。またMCを強化し地域の救急体制に係る権限を与えていくことが必要ではないのか。
- 救命救急センターの指定は都道府県が行うものであり、「指定する都道府県や病院の管理者」が救命救急センターのクオリティーを上げるために主体的に取り組んでもらう必要がある。
- 救急患者受入が少なく、充実段階評価が低いのであれば救命救急センターの底上げを図り、必要に応じて指導をすることが必要なものであって、絞り込みや切り捨ては時期尚早ではないのか。
- 救命救急センターが24時間365日、どのような症例も受けていただくことを目指していただき、それに向けて都道府県や病院管理者が改善策を練っていただき、それでも達成できないときは指定の解除を検討する必要があるのではないのか。
- 救命救急センターのスタンダードを国がガイドラインで示し、その上で県がフォローアップ、PDCAの形でやるといった仕掛け作りみたいな検討が必要なのではないのか。

- 救命救急センターに関連する診療報酬では、施設基準で人員配置等が定められている一方、救命救急センターの要件はかなり幅をもたせたものとなっており、医師等の人員配置について規定はされていない。このような幅を持たせた要件が、救命救急センター間でばらつきを引き起こす原因でもあるため、ある程度救命救急センターの要件を厳格化することでその機能と役割が明確化されるのではないかと。
- 救急医療にユニバーサルモデルはなく、地域の状況に応じて最適化が必要である。同時に地域医療・救急医療について全体的な視点を持つ医師を、救急専門医に限らず、それ以外の救急に対応する医師にも増やしていかなくてはならない。
- ER型の救急医療体制は高まる救急需要への対応として、ある程度有効性があるのではないかと。
- 救急の受入に数応じ、専任の医師が何人必要かといった取り決めも必要ではないかと。
- 救命救急センターがまず地域でお互いがお互いを評価しあってその後県単位、例えば都道府県 MC 協議会の場でブラッシュアップしていくのがよいのではないかと。
- 救命救急センターのアウトカムを評価するためには、少なくとも救命救急の加算対象者の疾病登録等のデータベース化が必要ではないかと。

(具体的な論点)

- 救命救急センター（高度救命救急センター）については、集約化や一定数以上の専従医師数の配置、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、都道府県や救命救急センターは構築するべきではないかと。
- 救命救急センターの適切な評価の為に、診療の過程や結果の客観的な数値やピア・レビューを加えるなど充実度段階評価の再考が必要ではないかと。
- 救命救急センター（高度救命救急センター）は、地域のメディカルコントロール（MC）協議会に積極的に参画し、行政、消防機関と共に地域の状況に応じた救急医療体制を検討し、地域に最適な三次救急医療体制を構築するべきではないかと。

(第 2 回：資料 1、2) 前回の議論のまとめ、救命救急センター及び二次救急医療機関の現状  
 (第 4 回：資料 2) 救命救急センター充実段階評価について

## 2. 二次救急医療機関について

(現状・まとめ)

- 救急車受入について

救急車により搬送される救急患者を多数受入れている病院と、受入の少ない病院がある。

- 当直体制について

当番日の体制として、約70%の病院で、1人の医師が救急を担当している。

- 勤務医の負担軽減について

救急科の勤務時間及び当直回数は、他の診療科よりも多い。

- 医療機関の件数について

救急告示病院と二次救急医療機関について、「救急医療体制基本問題検討会報告書」により一元化の方針となっているが、現状としてなされていない。

(課題・論点)

- 救急搬送受入が多い二次救急医療機関の連携体制を含めたあり方など、どの様に評価すべきか。
- 救急搬送受入が少ない二次救急医療機関が救急搬送を受入れるためにはどのような方策が必要か。
- 地域での確実な搬送受入体制の構築のため、どのような取組が必要か。
- 救急医療体制の確保の観点から、医師負担軽減策として新たな手法があるか。
- 増加する高齢者救急に対してどの様に対応すべきか。
- 救急告示病院と二次救急医療機関の一元化を進めるにあたって課題はあるか。

(主なご意見等)

- 二次救急医療機関に関して、都市と地域では設立母体、選定病院数等を背景とする違いがあることから、それぞれ議論すべきではないか。
- 救命救急センター及び二次救急医療機関の各施設間格差問題をどうすべきか。
- 増加する高齢者搬送患者に対する救急医療体制をどうすべきか。多くが二次救急医療機関が診るべきで、そのバックアップを三次救急医療機関がするべきではないか。
- 二次救急医療機関のバリエーションの多さについて、人口単位での分析が必要であり、単純に受入患者数だけで評価することは困難ではないか。
- 患者視点から、病気やケガで入院した後の流れについて患者や家族に示すこと

が重要ではないか。

- 地域の実情を知らずに論じることはできず、救急の受入が少なくてもその地域で重要な役割を果たしている病院はある。受入が少ないところは少ないなりに機能強化を図ってもらうのかいいのではないか、一律に受入数でみるべきではない。
- 地域で搬送や受入を確実にやっていくためには診療の中身、つまり疾患や病態ごとに異なる医療提供体制も考慮し議論しなくてはならない。
- 厚生労働省の出す救急医療体制の数は施設の数であるが、その地域や施設によってその取組は異なるなど実態はわからない。よって提供側の資源の量をどのように図るかは丁寧にやっていかねばならない。
- 二次救急医療機関の評価は施設が備える基準よりも救急車受入数や時間外救急車受入数などの実績評価にて行うべきではないか。また病床の規模を勘案した指標を考慮するべきではないか。
- 厚生労働省で調査した二次救急医療機関と消防庁で把握している救急病院及び救急診療所の告示状況とは異なっており、「入院を要する救急医療施設」という言葉が理解しがたい。現場のイメージと異なる。

(具体的な論点)

- 二次救急医療機関については、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ために、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うべきではないか。
- 三次救急医療機関が重篤な救急患者に対応するためには、増加する高齢者搬送患者を二次救急医療機関が対応すべく、地域でのコンセンサスが必要ではないか。また三次救急医療機関が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なのではないか。
- 二次救急医療機関の機能を適切に評価する為の指標が必要ではないか。
- 評価に基づき、適切な支援を行うべきではないか。
- 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していくべきではないか。

(第2回：資料1、2) 前回の議論のまとめ救命救急センター及び二次救急医療機関の現状

### 3. 初期救急医療体制の充実強化について

(現状・まとめ)

- 休日夜間急患センターや在宅当番医制においては市町村・地域医師会等の協力により実施され、救急搬送を必要としない多くの救急患者を担っている
- 休日夜間急患センターと在宅当番医制の患者数は合わせて約622万人（平成23年度）であり、一定の役割を担っていると思われる（救急搬送人員数は518万件）
- 休日夜間急患センター施設数は増加し、在宅当番医制の実施地区数は減少もほぼ横ばいの状態である
- 各地域の実態に合わせ開設日・開設時間・診療科は地域によってさまざまである

(課題・論点)

- 医療計画における初期救急医療体制の目標や具体的な内容を、周知徹底するべきではないか。
- 現状救急搬送されている患者の半分を占める軽症患者については、さらに初期救急医療機関で担っていただくことは可能ではないか。具体的にはどうすればよいか。

(主なご意見等)

- 救急患者をどう定義すべきか。受診時間、搬送方法、緊急度及び患者視点等の観点から議論すべきではないか。  
(参考)平成9年の報告書に「救急患者とは通常の診療時間外の傷病者及び緊急的に医療を必要とする傷病者」と示されている。
- 救急車ででの来院が救急なのか、時間外が救急なのか。一定の方針を出すべきではないか。
- 初期救急の中には本来の診療時間外である時間外診療が混在しており、定義が不明確である。
- 準夜帯については医師会や地域の医師の協力が得られても、深夜帯は、結局病院勤務医が働いていることに対して検討すべき。
- 軽症患者の定義と実際の救急現場と齟齬がある。軽症であっても人員や時間がかかるものもある。実態を表していない。
- 病院内に初期救急医療機関を併設すれば、検査や緊急時のバックアップ体制をとれるため、患者にとっては安心感を与えられる利点があるのではないか。

- 地域ぐるみで搬送基準を作成しているが、そういった地域での取組が大切なのではないか。
- 病院の集約化によって患者を受けた後、院内でトリアージをするのがよいか、救急隊を含めて振り分けをするのがいいのか、その地域の地理状況と資源の点在によって変わってくるのではないか。

(具体的な論点)

- 初期救急医療機関については、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われ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ため、市町村は医師会等と連携しながら体制を構築するべきではないか。
- 初期救急医療機関の形態としては、従来の在宅当番医制や休日夜間急患センターに加え、病院併設型なども有効ではないか。
- 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っていくべく、地域の MC 協議会等で検討するべきではないか。

(第3回：資料1、2) 初期救急医療体制の現状

山形県庄内地区における初期救急医療体制に関する取り組み

## 4. 小児における救急医療機関との連携

(現状・まとめ)

- 小児救急患者は、成人救急患者と比較して軽症の割合が高く、中等症から重症の割合が低い。
- 時間・内容を問わず、救急医療の現場に対して専門医志向や完結医療を要望する患者・保護者の声が強い。その結果、小児科医をはじめとする現場医師に過剰な負担をかけ、救急医等の小児医療への参画に関するモチベーション低下や、リソースのない地域での他科医診療の消極化を招いている可能性がある。

(課題・論点)

- 現在救急医療に求められている専門医志向や完結医療について、患者・保護者との話し合いを醸成していくことにより、より良い方向を見出していくことが必要ではないか。
- 時間外に受診せざるを得ない、家族が有する社会的事情に考慮する必要があるのではないか。
- 小児救急の体系において、初期・二次救急医療と救命救急医療を区別して議論する必要があるのではないか。
- 小児の救命救急医療において、救命処置を要する疾病・疾患および、小児に特有な疾病・疾患に関して、質の確保及び、県域を越えた広域での診療体制も考慮する必要があるのではないか。

(主なご意見)

- 勤務医が減少している中で、全小児科医師数だけを示すことは誤解を招く。
1. 小児救急医療に対する国民の理解について
    - 家族の専門医志向が診療体制に影響している。小児救急医療が各科に協力を依頼して行われるためには、それを受け入れる国民の理解が必要である。
    - 小児の場合成人と異なり、多くの家族は不安を軽減したくて夜間であっても症状のあるこどもを医師に診てもらいたいと思うのではないか。
    - 小児医療に関する研修を受けた医師が対応するのであれば、国民は必ずしも小児科以外の医師が診療することに対してこだわらないのではないか。
    - 時間外の受診に際して、家族の努力では対応できない社会環境の存在を理解し、対策を講じる必要がある。

## 2. 小児の初期・二次救急医療への対応について

- 少数の重症患者を確実に発見することと、対応した患者の重症化予防が小児の初期・二次救急医療における目標である。
- #8000、「子どもの救急」やリーフレット等の代替手段による患者家族支援、あるいはER型の救急の先生、内科の先生、そういう方々に診療応援を依頼することが必要である。
- 人材確保として休職せざるを得ない女性医師が働きやすい環境を個々の努力に頼らない仕組みで作ることが大事ではないか。

## 3. 小児の救命救急医療と集約化について

- 広域での体制構築では、余剰ベッドのようなバッファーが必要ではないか。
- 外傷、熱傷のような重症例は、従来の救命センターが受けて、そこへ小児科医が協働すれば何とかなるだろう。しかし、先天性疾患のように診療に専門性が必要な疾患については、遠隔医療等の具体的対応を考える必要がある。
- 小児救命救急医療の対象は、小児救急患者のうち0.5%の中でさらにその一部であるから、ごく少数に限定される。こうした一部の重症例や、ある特殊な先天性疾患の急病は、地域での完結が困難な場合、当然県を越えてでも対応しなくてはならないのではないか。

### (具体的な論点)

- 小児救急医療は、小児科医のみならず他科の医師も協力して行っていることを国民に理解してもらうべきではないか。
- 小児救急医療を実施する者も地域のMC協議会に参画すべきではないか。
- 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勤務環境の整備が必要ではないか。
- 永続的な小児救急医療体制を確保する為には、行政や医療機関は国民に対して、不要不急の受診を控えることを啓発するべきでないか。
- 一方医療従事者は、患者家族の努力では対応できない社会環境の存在（共働き・幼児保育・通園通学等）を理解する必要があるのではないか。
- 小児の救命救急患者に対する診療については、救命救急センターの小児救命センター併設や、小児救命救急センターと救命救急センターの連携強化が必要ではないか。
- 先天性疾患の急病など高度な小児救命医療や専門医療が求められるものについてはブロック別に拠点化をはかる必要があるのではないか。