

## 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

## 目次

### 第1 はじめに

### 第2 救急医療の現状及び課題

1. 救急利用の増加・多様化等の救急医療に関するニーズの増大
2. 救急搬送の動向
3. 受入先となる救急医療機関
4. 救急医療を担う医師を取り巻く環境
5. 救急医療に係る公的財政支援

### 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. 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備について
4. 特定の診療領域を専門とする医療機関の位置付けについて
5. 救急搬送における課題と円滑な受入れの推進について

### 第4 おわりに

参考資料 (略)

## 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年度の救急病院・救急診療所の告示制度の創設に始まる。昭和52年度からは、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年度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。

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。

しかしながら、昨今においても、救急搬送患者の受入れに時間を要した事案の報道が相次ぎ、社会的な問題となるなど、我が国の救急医療体制にはいまだ多くの課題が残されていることもまた事実である。

人口の少子高齢化、怪我から病気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など、我が国の救急医療を取り巻く環境は大きく変化している。このような中で、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。

本検討会では、当初、特に第三次救急医療機関（救命救急センター）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た。

この背景としては、以下の各点がある。

- ・これまで概ね100万人に一か所を目標に整備を進めてきた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段階の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、特に指肢切断、急性中毒、重症熱傷等の特殊疾患を受け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

しかしながら、救命救急センターのあり方について議論を進めていく過程において、救命救急センター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、救急搬送患者の救急医療機関への円滑な受入れには救命救急センター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、救命救急センターに限らず、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を行った。

また、本中間取りまとめに当たっては、平成20年6月に、国民の医療に対する安心を確保し、将来にわたり質の高い医療サービスが受けられるよう、医療従事者を含めた国民の声にきちんと耳を傾け、多様な意見を集約して政策に反映していくという現場重視の方針に基づいて、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」の内容との整合性も図った。

## 第2 救急医療の現状及び課題

### 1. 救急利用の増加・多様化等の救急医療に関するニーズの増大

高齢化の進展、住民の意識の変化等の社会情勢の変化により、救急利用が増加・多様化している。救急搬送人員を例にとると、この10年間で50%以上増加しており、特に、高齢者を中心とした軽症・中等症患者の増加が著しい。さらに、救急車や救急医療機関の不要・不急の利用により、真に緊急性のある傷病者への対応に支障が生じているとの指摘もある。また、医療を受ける側の、救急医療への過大とも言える要求が増大しているとの指摘もある。

### 2. 救急搬送の動向

総務省消防庁の調査によると、救急搬送において、受入先医療機関の決定までに時間を要する事案の発生が相次いでいる。こうした傾向は、特に大都市部において強い\*。

\*この点については、都市部には受入先候補となる医療機関が多数存在しており、救急隊と複数の医療機関の間で詳細な情報のやりとりを行う中で、患者の病状に応じた適切な医療機関を選定していくことに時間・手間を必然的に要し、やむを得ない部分もあるとする意見がある。

### 3. 受入先となる救急医療機関

救急医療機関においては、救急利用の増加・多様化等に対応した体制の充実が十分に図られておらず、救急医療を担う病院勤務医等の過酷な勤務環境、勤務状況に見合った報酬となっていないことへの不満、泥酔者や薬物依存患者等とのトラブルといった問題も挙げ

られる。

#### 4. 救急医療を担う医師を取り巻く環境

診療科の偏在や、病院勤務医の離職等に伴う医師不足の深刻化もあり、地域の医療体制の確保に支障が生じているが、救急医療もその例外ではない。救急医療へのニーズが増大する中で、特に救急医療を担う病院勤務医の疲弊は著しく、これらの医師の意欲の低下が懸念される。また、従来は非専門家による応急的な診療が容認された救急医療に対し、国民が、時と場所をよらず高度な専門的医療を期待するようになったことで、救急医療を担う医師が、診療内容が専門的水準に至らない場合の訴訟リスク等を懸念し、これが、医師の意欲の低下の一因にもなっている。

#### 5. 救急医療に係る公的財政支援

初期救急医療や第二次救急医療の体制整備に要する財源については、平成16年度からのいわゆる三位一体改革等により国の補助金が順次一般財源化され、その実施については地方自治体の裁量に委ねられるようになった。このため、救急医療に関する公的財政支援の程度は地域によって異なるものと考えられる。

救急医療は、採算性にかかわらず提供されることが最も求められる医療分野であり、必要に応じた公的財政支援が適切に行われることが、救急医療の維持には不可欠である。

以上の1. から5. のような状況により、個々の救急医療機関における努力だけでは、地域において安定的に救急医療を提供し続けることが難しくなりつつあり、制度的な支援の充実が特に強く求められるようになっている。

### 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

いった施設の診療体制が中心である。

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、すべての施設が最高段階の評価を得るに至り、一層の質の向上を図るためには充実度評価の方法を新たなものに改訂する必要があるとの指摘があり、この度、新しい充実度評価について議論を行うことにした。

## (2) 新しい評価の基本的な考え方について

新たに充実度評価の評価項目等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。

### ①求められる機能の明確化

救命救急センターに求められる機能を明確にする。具体的には、救命救急センターに求められる機能として、下記の各点を4本柱とすることが適切である。

- ・重症・重篤患者に係る診療機能
- ・地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能
- ・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施設があるとの指摘がある。このことから、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、報告内容についての検証が可能な項目を取り入れる。

### ③地域特性の勘案

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。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、患者受入数や医師数等の評価項目で求められる水準を一段低く設定する。

また、上記に加えて、昨今の救急医療を担う病院勤務医の過酷な勤務状況の改善を促す項目も加える。

### (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に基づき、別添資料のとおり、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」を加えることとし、この中で交代勤務制についてより重点的に評価することとした。また、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・地域メディカルコントロール協議会への関与、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。

これらの評価結果については、今後、できる限り詳細な情報を公表していくことが、救命救急センターの機能、質の向上のための取組等について国民の理解を深めるために重要である。

### (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施設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、もって全国の救急医療体制の強化を図ることである。充実度評価は救命救急センターに対する補助制度とも連動しているが、例えば、評価上課題が指摘された救命救急センターについても適切に運営改善が図られるよう配慮すべきとの意見があった。

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かける結果になることを懸念する意見があった。

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更なる負担をかけることが目的ではなく、救命救急センターが設置されている病院、あるいは地域に対して救命救急センターの機能の強化・質の向上への一層の取組を促すためのものであるということを、病院、地方自治体及び国は十分に認識して、それぞれの責任を果たす必要がある。

また、評価の客観性を高めるために、重症度を加味した生存率等を評価指標に盛り込むことが重要であるとの意見があったが、その点に関しては更なる研究を推進する必要がある。

## 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、概ね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。平成19年度においても新たに8施設の整備がなされ、現在、全国に200か所を超えるなど、量的には確実に増加しており、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。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である。

その一方で、地理的空白地域も多数残されているため、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)救命救急センターについて新型救命救急センターとして整備を開始し、一定の成果を上げているが、依然として地理的空白地域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が、次の点が指摘されている。

- ・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。
- ・精神科救急、小児救急、周産期等の専門分野別に整備されつつある救急医療体制との連携が不十分である。
- ・重症外傷治療においては、防ぎ得た死が発生しているほか、救命後の四肢の運動機能等の、機能予後の改善への取組が不十分である。
- ・急性循環器疾患等における治療やリハビリテーション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

救命救急センターを取り巻く状況としては、次の点が指摘されている。

- ・救急搬送患者数の増大を中心とする救急医療に関するニーズ増大に比して、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の負担がかかっている可能性がある。
- ・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急性循環器疾患のように、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に過度の負担がかかっており、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にある。
- ・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。

#### (4) 今後の整備の進め方

##### (ア) 既に一定の整備がなされている地域

###### ○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、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な状況もある。

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・人的基準を満たした体制を確保し、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。

以上を踏まえると、当面は、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ていくことが適当ではないかと考えられる。その場合、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。

###### ○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日受け入れ、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、小児疾患という疾患ごとに大まかな役割分担を決め対応することも考えられる。

### (イ) 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、急性循環器疾患、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域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、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やITの活用によって、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整備することも考えるべきである。

## 3. 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。

そのための予算については国と都道府県が補助を行ってきたが、例えば、病院群輪番制運営事業については、平成17年度に一般財源化される等、その多くは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。

厚生労働省が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、補助対象となっていた医療機関を中心に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、状況は様々であり、年間数千台の救急車を受け入れる施設からほとんど受け入れていない施設までである。
- ・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、例えば、夜間・休日においては医師が1名～2名体制である医療機関が7割を占める。
- ・受け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。

という状況であった。

従って、地方自治体において様々な創意工夫や地域の実情に応じた取組によって、円滑に事業が実施されている場合においては、第二次救急医療機関の拠点化を含め、全国一律的な事業は行うべきではなく、むしろ国は、そうした地域の実情に応じた取組を支援すべきである。

今後は、地域の現状を的確に把握するため、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、救急患者の受入れ状況や医師の勤務体制等も含めた診療体制や活動実績に関する調査を実施する必要がある。

## (2) 今後の整備について

第二次救急医療機関の今後の整備については、「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勤務制が可能な環境を整備すべきである」、「一定の枠組みを満た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。

これらを踏まえると、引き続き、地域における救急医療機関の連携を推進しつつ、第二次救急医療機関の機能の充実を図るべきであると考えられる。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充実度評価の例を参考にしながら、その評価に応じた支援を検討すべきである。

また、第二次救急医療機関に対する支援に加え、地域において夜間・休日の救急医療を担う医師に対する財政的な支援についても検討すべきである。

#### 4. 特定の診療領域を専門とする医療機関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、救急搬送患者の受入先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、受入先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医療機関に関する議論よりも、幅広い傷病に対応できる受入先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こととなった。今後、改めて特定の診療領域を専門とする医療機関のあり方や、特定の領域に焦点を当てた救急医療体制の整備について、議論を進める必要がある。

#### 5. 救急搬送における課題と円滑な受入れの推進について

##### (1) 医療機関と消防機関の連携

いうまでもなく、医療機関が救急搬送患者を円滑に受け入れるためには、医療機関と消防機関との連携が欠かせない。二次医療圏内の連携は、日常的に医療機関と消防機関が情報を交換することにより得られるが、広域搬送に関わる連携のためには都道府県単位の救急医療情報システムの活用が必要となる。本検討会においても、例えば、救急医療機関の診療情報が的確に消防機関に伝わる体制を構築するための救急医療情報システムについて、医療機関の診療情報が適切に更新されていない等の理由により、必ずしも有効に活用されていないとの指摘があった。これについては、前述の救命救急センターの新しい評価において、情報の更新状況等を新たに項目として加える等の対応や、救急医療情報システムによる医療機関の診療情報を地域の救急医療機関同士でリアルタイムに共有できる体制や消防機関からも情報入力できる体制についても考えるべきである。

この他にも、今後、第二次救急医療機関も含め、救急医療情報システムへの地域の救急医療機関の入力状況等についてメディカルコントロール協議会等で検証を進める必要があり、この点については、本検討会と同時期に総務省消防庁において開催された救急業務高度化推進検討会においても指摘されたところである。

また、今後は、患者を病状に応じて適切な医療を提供できる受入先医療機関・診療科に振り分ける等の調整（管制塔機能）を行うシステムを整備するとともに、地域の実情に精通した救急医等を救急患者受入コーディネーターとして配置することを推進すべきであり、併せて、こういった役割を担う救急医等の育成を図っていく必要がある。加えて、小児救急電話相談事業（＃8000）の対象について、高齢者を含む成人へ広げるなど、同事業

を拡充することも必要である。

## (2) 「出口の問題」について

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け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。

総務省消防庁は、医療機関の受入照会回数が多数に及ぶ事案に関し、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、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(\*)においては、「ベッド満床」が第1の理由として挙げられている。

\* 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。

救急医療機関での受入れを確実なものとするため、急性期を脱した患者を受け入れる病床を確保する観点から、入院している患者の退院、同一医療機関内での転床、他の病院等への転院の促進など、救急医療機関の「出口」を確保することが必要である。

本検討会において、救急医療機関と、転院を受け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患者や、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患者、さらには人工呼吸管理が必要である患者、院内感染の原因となる細菌の保菌者等が挙げられた。

また、身寄りがない患者や独居の患者、未収金の発生可能性がある患者等については、転床・転院が困難であるとの指摘があった。さらに、患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離や、転床・転院しても家族の経済的負担が軽減されないことも、転床・転院を妨げる大きな要因になるとの指摘があった。一方、転院先の医療機関においても、救急医療機関からの転院を受け入れられない理由の多くは、当該医療機関も満床で、救急医療機関と同様の「出口の問題」であるとの指摘があった。救急医療機関の「出口の問題」だけでなく、さらに転院先の「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も考えられる。

また、大学病院等の高度専門医療を担う医療機関については、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要因の一つではないかと考えられる。

患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離については、救急医療用の病床からの転床・転院についての国民的理解を形成していくことが重要であり、社会全体で理解を深められるような取組を進めていく必要がある。さらに、円滑な転床・転院の促進や、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・転院できる地域の体制の確保が必要不可欠であり、医療界と協力しつつ、国や都道府県が支援を行うことが重要であると考えられる。

### (3) 円滑な受入れ推進に向けた対応

今後は、上述の対策に加えて、次のような方策を推進することが重要であると考えられる。

- ・救急医療機関と地域の他の医療機関との間で、地域全体の各医療機関の専門性や、効率的な患者の振り分け方策について情報を共有するための地域の取組を支援する。
- ・来院する多数の救急患者に対して、効果的・効率的に医療を提供するため、院内でのトリアージを適切に行い得る医療従事者の育成とその配置を推進する。
- ・夜間・休日等における診療所医師の外来診療の推進など、診療所医師の救急医療への参画を進める。
- ・地域全体の医療機関に関する救急医療情報について、情報を一元化するとともに、消防機関との共有を進める。
- ・救急医療機関の情報を住民に対して開示し、救急医療の体制や転床・転院について国民の理解を求める。
- ・家庭等での緊急時の対応方法に関する普及啓発を図る。

### (4) いわゆるER型救急医療機関の課題について

救命救急センターを設置する医療機関等において、ER型救急医療機関と称される施設がある。そ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）を受診するすべての救急患者を受け入れる。
- ・その救急患者すべてにER型救急医と呼ばれる医師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。
- ・その医師は入院診療や手術等を行わない体制を確保している。

というものであるが、ER型救急医療機関といってもその実態は様々であり、すべての施設が上述の体制を確保しているわけではない。

また、各診療科の医師が当直医として労働を提供することにより維持されてきた時間外外来業務を、現時点でも不足しているER型救急医と呼ばれる医師のみに委ねることは不可能であり、無理に行えば重症患者の治療を担う医師の不足を招く恐れがある。

仮に、我が国においてER型救急医療機関を普及させるとした場合、地域や医療機関の状況に応じて、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設置する医療機関において、ER型救急医療機関に関心をもつ施設が、徐々にER型救急医療機関へ移行することを促すといった対応が考えられるが、

いずれにしても、厚生労働省として、一部地域（救急医療機関）での試行事業を実施する等の前に、まずは以下の点等について正確な実態把握を行う必要があり、その上で、その必要性等を検討することが妥当である。

- ・ E R型救急医の負担
- ・ 救急搬送患者の受入れ
- ・ 診療待ち時間
- ・ 専門診療科との連携
- ・ 入院担当科との連携

#### 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、E R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。高度救命救急センターのあり方についても重要な課題であり、引き続き、議論を行っていく必要がある。また、平成3年度に発足した救急救命士制度についても、すでに20年近くが経過し制度が定着してきたが、今後は、メディカルコントロール協議会の位置付けや、救急救命士の一層の活用方法についても検討すべきである。

この他にも、議題としては取り上げなかったものの、本検討会の中で、度々、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」について発言があった。

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・家族など、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等を広く社会が認識する必要がある。「安心と希望の医療確保ビジョン」において述べられているとおり、軽症患者による夜間の救急外来利用や、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、適切な受診行動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、救急搬送患者の急増、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向けた議論を行っていく必要がある。



## 「救急医療の今後のあり方に関する検討会」

### <メンバー>

- |       |                             |
|-------|-----------------------------|
| 石井 正三 | 日本医師会常任理事                   |
| 染谷 意  | 茨城県保健福祉部次長                  |
| 坂本 哲也 | 帝京大学医学部救命救急センター教授           |
| 篠崎 英夫 | 国立保健医療科学院長                  |
| 島崎 修次 | (財)日本救急医療財団理事長 / 杏林大学救急医学教授 |
| 豊田 一則 | 国立循環器病センター 内科脳血管部門 医長       |
| 野々木 宏 | 国立循環器病センター 心臓血管内科 部長        |
| 藤村 正哲 | 大阪府立母子保健総合医療センター 総長         |
| 前川 剛志 | 山口大学医学部長                    |
| 松下 隆  | 帝京大学医学部整形外科主任教授             |
| 山本 保博 | 東京臨海病院長                     |

### <オブザーバー>

- |       |             |
|-------|-------------|
| 溝口 達弘 | 総務省消防庁救急企画室 |
|-------|-------------|

## 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れ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

### (第6回の議論)

中間取りまとめ（案）について

別添

新しい充実段階評価（案） 様式

救命救急センターの新しい充実段階評価(案)

求められる機能(番号)	設問	実数等	点数	配点基準(取付調査を踏まえて調整予定)(その後も経年的に適宜見直し見込み)	備考(設問の解釈や、言葉の定義をより明確にするために適宜修正予定)	
				一般の救命救急センター 遠方まで別の施設のないセンター(※)		
1	専従医師数		人	・14人以上: +5点 ・10人以上: +4点 ・6人以上: +3点	・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点 ・3人以上: +3点	ここでいう専従の医師数は、付随員として勤務しており、救命救急センターにおいて搬送等により来院した救急患者への外来診療と救命救急センター-病棟の入院患者への診療に係る業務(救命救急センターにおける業務)を行う所定労働時間が週32時間以上である者をいう。大学院長、臨床研修医、一般外来診療や一般病棟などの他の診療部門や他の病棟での診療等が業務の中心である医師は数えない。
2	1にしめる救急科専門医数		人	・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点 ・2人以下: -2点	・4人以上: +5点 ・2人以上: +4点 ・1人以下: -2点	救急科専門医とは、日本救急医学会の認定するもの。(救急医学会指導医・認定医も含む)
3	休日及び夜間帯におけるセンターの医師数		人	・4人以上: +3点 ・2人以上: +1点	・2人以上: +3点 ・1人以上: +1点	休日及び夜間の救命救急センターにおける業務を勤務の中心とする医師を数える。救急搬送された重症患者への診療を基本的には行わない医師は含まない。
4	救命救急センター長の要件			・1の専従医であり、かつ、救急医学会指導医である: +3点 ・1の専従医であり、かつ、救急医療に深く関連する学会認定の指導医など客観的に救急医療に関する指導者として評価を受けているか救命救急センターである: +1点 ・1の専従医でない: -3点		センター長が、実際に救命救急センターにおける業務に日常的に関与し責任をもつ者でない場合は、-3点。
5	医師事務作業補助者の有無			・24時間常時、救命救急センター専従で確保されている: +3点 ・救命救急センターに専従で確保されている: +2点		医師事務作業補助者の業務内容については、診療報酬上の「医師事務作業補助体制加算」の算定要件を参照
6	転院・転棟の調整員の配置			・転院・転棟等の院内外の連携を推進する調整員を救命救急センターに専従で配置している: +2点		ここで言う「調整員」とは、救命救急センターに搬送等により来院した患者の病歴が一般病棟や他院での診療が可能な状態になった場合に、その患者の転院や転院等に係る調整を行うことを専ら業務とする者をいう。
7	入院台帳の整理等			・救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を整備せず、または、その台帳を適切に管理する者を定めていない: -5点		救命救急センターで診療を実施した全ての重症患者の診療台帳を電子的な方法で整備し、その管理者を特定し、台帳を適切に管理することが求められる。
8	診療登録制度への参加と自己評価			・救命救急医療に係わる疾病別の診療登録制度へ参加し、自己評価を行っている: +2点		ここで言う「診療登録制度」は、救命救急医療に係わる疾患の全国的なデータ登録制度のことであり、これまでのところ日本外傷データベース登録が該当する。救命救急センターで診療を行ったAIS3以上の外傷をすべて登録している場合に算定する。
9	救命救急センターの消防機関から搬送要請を受ける電話等の状況			・専用の電話(ホットライン)があり、原則として最初から医師が応答し、直ちに受入可否等の判断を行う体制になっている: 0点 ・上記を満たさない: -5点		
10	循環器疾患への診療体制			・循環器疾患を疑う患者が搬送された時に、常時院内の循環器医が、直接診察するか、いつでも院内にいる循環器医に相談できる体制になっている: 0点 ・上記を満たさない: -5点		ここで言う「循環器医」には、内科系か外科系かを問わない、オンコールは含まない。
11	脳神経疾患への診療体制			・脳神経疾患を疑う患者が搬送された時に、常時院内の脳神経医が、直接診察するか、いつでも院内にいる脳神経医に相談できる体制になっている: 0点 ・上記を満たさない: -5点		ここで言う「脳神経医」には、内科系か外科系かを問わない、オンコールは含まない。
12	整形外科疾患への診療体制			・整形外科的な診療を必要とする患者が搬送された時に、常時院内の整形外科医が、直接診察するか、いつでも整形外科医に相談できる体制になっている: 0点 ・上記を満たさない: -5点		
13	精神科医による診療体制			・精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、常時院内の精神科医が、直接診察するか、いつでも相談できる体制になっている: +2点 ・平日日中のみ可能である: 0点		
14	小児(外)科医による診療体制			・小児患者(患児)が搬送された時に、常時院内の小児科(小児外科)医が、直接診察するか、いつでも相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている: +2点 ・上記を満たさない: 0点		ここでいう「必要な機器等」には、小児用ベッド、小児に対応できる人工呼吸器、小児に対応できる二次救急搬送法に必要な器具をいう。
15	産(婦人)科医による診療体制			・産(婦人)科に関する患者が搬送された時に、常時院内の産(婦人)科医が、直接診察するか、いつでも相談できる体制になっている: +2点 ・平日日中のみ可能である: 0点		
16	CT・MRI検査の体制			・マルチスライスCTが、24時間常時、初診室に隣接した検査室で直ちに撮影可能であり、MRI(1.5テスラー以上)も24時間常時、直ちに撮影可能である: +3点 ・どちらかでも欠ける: 0点		ここでいう「初診室に隣接した」とは、初診室の最も使用するベッドの位置から、CTのベッドまでの移動距離が30m以内であることをいう。
17	手術室の体制			・常時、麻酔科の医師、手術室の看護師が院内で待機しており、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに手術が可能な体制が整っている: +3点		
18	院内連携に関する会議			・重症患者への診療や、院内の連携についての会議が半期毎に開催されている: +2点		定期的な会議の開催が、議事録等で確認できる必要がある。
19	第三者による医療機能の評価			・日本医療機能評価機構、ISOによる医療機能評価において認定を受けている: +2点		
20	感染症の管理について			・抗菌剤使用に関する統一した基準を救命救急センター内で定め、院内感染対策委員会による病棟回診を週に1回以上実施している: +2点		
21	医療事故防止への対応			・医療事故-患者をテーマにした研修へ、救命救急センター専従医師・看護師がすべて年2回以上参加している: +2点		
22	倫理委員会の設置状況			・救急医療についても検討する倫理委員会が院内に設置されていない: -5点		

救命救急センターの新しい充実段階評価(案)

求められる機能(番号)	設問	実数等	点数	記号基準(自行調査を踏まえて調整予定)(その後も経年的に調査見直し見込み)	備考(設問の意味や、言葉の定義をより明確にする等のために調査修正予定)	
				一般の救命救急センター 遠方まで別の施設のないセンター(※)		
重症・重篤患者の診療機能	23 医師の負担軽減の体制			・1の専従医の勤務負担軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に周知している。: +5点	平成19年12月28日厚生労働省医政局長通知「医師及び医療関係者と事務職員等との間での役割分担の推進について」を参照すること。	
	24 休日及び夜間勤務の適性化			・管理者等が、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務実態を把握し、かつ、労働基準法及び「医療機関における休日及び夜間勤務の適性化について(平成14年3月19日厚生労働省労働基準局長通知)」等が遵守されているかどうか、4半期毎に点検し改善を行っている。: +4点 ・上記に加え、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務について、交代制勤務を導入している。: さらに+4点	管理者とは労働基準法の管理監督者を指す。 平成14年3月19日厚生労働省労働基準局長通知「医療機関における休日及び夜間勤務の適性化について」を参照すること	
	25 年間重症患者数	人		・500人以上: +1点 (以後、50人増すごとに+1点) (上限は1200人以上: +15点まで)	・250人以上: +1点 (以後、25人増すごとに+1点) (上限は600人以上: +15点まで)	重篤患者の定義は別添の定義による。(別表参照) 必要に応じて重篤患者リストの概要提出を求めることがある。 (実態を踏まえて基準の調整)
	26 救命救急センターを有する病院の年間救急車搬送人員	人		・1000人以上: +1点 (以後、1000人増すごとに+1点) (上限は5000人以上: +5点まで)	・500人以上: +1点 (以後、500人増すごとに+1点) (上限は2500人以上: +5点まで)	救命救急センターを有する病院全体へ、救急車(ワンターカーやヘリコプターも含む)によって搬送された人員を数える。 (実態を踏まえて基準の調整)
	27 救命救急センターの救急搬送要請への対応			・消防機関からの当該センターへの電話による救急搬送要請について、受入に至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応答率等の応答状況について院内外に公表するとともに、院外の委員会(MC協議会等)や院内の委員会で応答状況の改善等に向けて検討を実施している。: +7点 ・対応記録が応答率をどちらか一方でも記録していない。: -5点	ここでいう「応答率」は、(応答率)最終的に当該センターで受入に至った年間救急搬送人員/消防機関からの電話による救急搬送要請の年間件数 「消防機関からの電話による救急搬送要請」には、重症度にかかわらず、ホットラインへの救急搬送要請すべてを含む。 救急搬送要請回数、1救急搬送要請につき1回と数える。	
	28 救命救急センターの所属する病院の救急搬送要請への対応			・消防機関からのセンターを有する病院への電話による救急搬送要請について、消防機関からの連絡を受ける専用電話があり、最初から医師か看護師が電話を受け、対応記録を残し、応答までに要する時間の短縮や応答率などの改善に向けての対策について院内で検討を行っている。: +3点 ・応答状況を記録していない。: -3点	ここでいう「消防機関からの電話による救急搬送要請」には、当該センターを有する病院への消防機関からの電話による救急搬送要請は全て3のホットラインで受けて入れている場合は3点を配点。ただし0で減点の場合は0点。	
	29 疾病の種類によらない受入			・救命救急医療が必要と考えられる重症・重篤搬送患者については、疾病の種類によらず原則として受け入れている。: 0点 ・基本的に特定の診療科・診療領域に限って救急搬送を受け入れている。: -10点	ここでは、実態として、当該センターが特定の診療科や診療領域に限定して診療を行っていないかどうかを確認している。(別表による重篤患者数と整合性があること)	
30 救急外来のトリアージ機能			・救急外来にトリアージナースもしくはトリアージ医師が、基本的に配置されている。: +2点 ・配置されていない、あるいは、医師、看護師以外が対応している。: 0点	重症重篤化する患者を的確にトリアージするなどして、来院した全ての救急患者に適切で質の高い診療が求められる。救急外来がない施設は配点しない。		
地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能	31 救急救命士のメディカルコントロール(MC)体制への関与			・救急救命士からの指示助言要請に、救命救急センターに勤務する医師が24時間常時、専用電話で応答し、応答記録を整備している。: 0点 ・上記を満たさない。: -3点	消防司令センター等へ1の専従医を派遣し、救急救命士に適切に指示助言を行い、応答記録を整備している場合は減点しない。 専用電話のホットラインとの共有は可。	
	32 (都道府県による評価) 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			(都道府県の評価) ・都道府県MC協議会もしくは地域MC協議会に積極的に参画し、かつ都道府県の救急患者受入コーディネーター確保事業等へ参画するなどして地域の救急医療体制の充実十分に貢献している。: +3点 ・都道府県MC協議会もしくは地域MC協議会に積極的に参画している。: +2点 ・概ね参画し、貢献しているが、より積極的な関与が期待される。: +1点 ・参画、貢献が不十分。: -3点	都道府県による評価(都道府県から評価を得ること。)	
	33 (都道府県による評価) 救急医療情報システムへの関与			(都道府県の評価) ・当該センターの属する病院は、適切に情報を更新している。かつ入力状況について院内外の委員会(MC協議会等)で検証・検討を行っている。: +3点 ・概ね良いが改善の余地がある。: +1点 ・不適切。: -3点	都道府県による評価(都道府県から評価を得ること。) 救急医療情報システムの整備がなされていないなどにより当該医療機関が、ほかから救急医療情報システムへの情報発信(入力)を求められている場合は3点を配点。	
	34 (消防機関による評価) ウツタイン様式調査への協力状況			(消防機関の評価) ・消防機関の実施するウツタイン様式調査に積極的に協力している。: +2点	当該医療機関のある地域の管轄消防本部の長による評価。(管轄消防本部の長から評価を得ること。)	
救急医療の教育機能	35 救急救命士の病院実習受入状況	挿管実習受入人数 薬剤投与受入人数	人	・挿管実習受入人数10以上かつ薬剤投与受入人数10以上: 0点 ・どちらかでも満たさない。: -5点	(実態を踏まえて基準の設定)	
	36 臨床研修医の受入状況		人	・救命救急センターもしくは救急外来で、臨床研修医を年間8名(1名につき3ヶ月)以上受け入れている。: +2点		
災害時対応機能	37 災害拠点病院の認定の有無			・災害拠点病院として認定されていない。: -5点		
	38 DMAT指定医療機関の是非			・救命救急センターの専従医(1)に厚生労働省の実施するDMAT研修を終了した者がいる。: +2点		
合計			0	○救命救急センター施設状況 (1)最寄りの救命救急センター名を下の枠に記入すること! (2)最寄りの救命救急センターまでに車両で60分以上を要し、所管人口が30万人未満の施設である!		
評価結果						

※ 最寄りの救命救急センターまでに車両で60分以上を要し、所管人口が30万人未満の施設 (実態を踏まえて調整)

## 年間重篤患者数(平成19年1月～12月)

一つの症例で複数の項目に該当する場合は、最も適切なもの一つのみを選択する。

番号	疾病名	基準(基準を満たすもののみ数えること)	患者数 (人)	退院・転院 (転院を含む) (人)	死亡 (人)
1	病院外心停止	病院前心拍再開例、外来での死亡確認例を含む		※	※
2	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞、急性心筋梗塞または緊急冠動脈カテーテル施行例			
3	重症大動脈疾患	大動脈解離もしくは大動脈瘤破裂			
4	重症脳血管障害	来院時JCS 100以上または開頭術もしくは血管内手術施行例、あるいはtPA療法施行症例			
5	重症外傷	Max AISが3以上または緊急手術施行例			
6	重症熱傷	Artzの基準による			
7	重症急性中毒	来院時JCS 100以上または血液浄化法施行例			
8	重症消化管出血	緊急内視鏡施行例			
9	重症敗血症	感染性SIRSで臓器不全、組織低灌流または低血圧を呈する例			
10	重症体温異常	熱中症または偶発性低体温症で臓器不全を呈する例			
11	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等			
12	重症呼吸不全	人工呼吸器管理症例(1～10を除く)			
13	重症急性心不全	人工呼吸器管理症例もしくはSwan-Ganzカテーテル、PCPSまたはIABP使用症例(1～10を除く)			
14	重症出血性ショック	24時間以内に10単位以上の輸血必要例(1～10を除く)			
15	重症意識障害	JCS 100以上が24時間以上持続(1～10を除く)			
16	重篤な肝不全	血漿交換または血液浄化療法施行例(1～10を除く)			
17	重篤な急性腎不全	血液浄化療法施行例(1～10を除く)			
18	その他の重症病態	重症膵炎、内分泌クリーゼ、溶血性尿毒症性症候群などで持続動注療法、血漿交換または手術療法を実施した症例(1～16を除く)			
合計			(評価(案)の「25. 年間重篤患者数」) →	0	0

※試行調査においては、必ずしも入力求めない。わかれば入力してください。

## 【背景人口】

救命救急センターの所管人口  人  
(複数の施設で所管人口を算定している場合は、その所管人口を施設数で割った人口とする。)

(注) 試行調査をふまえ、基準等の変更があり得る。