

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 骨子(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

第2 救急医療の現状及び課題

第3 検討会における検討課題

1. 救命救急センターの評価について
2. 救命救急センターの整備のあり方について
3. ER型救急医療機関について
4. 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備について
5. 救急搬送において受入に至らない理由について(出口の問題など)

第4 今後、継続して検討すべき課題

第5 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>

中間取りまとめ骨子について

第1 はじめに

1. 検討会を立ち上げるに至った背景

＜昨年より相次いだ救急搬送を受け入れる病院の選定に時間を要した事案の報道等にふれつつ検討会の立ち上げにいたった背景を記載＞

2. 検討会の議論の流れ

＜第三次救急医療機関（救命救急センター）を中心とした議論から、より幅広い議論にいった過程について記載＞

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

＜救急医療をとりまく現状を含めて、幅広い課題について記載＞

2. 検討会の中で取り上げられた課題について

＜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. 救命救急センターの評価について

- (1)これまでの評価について
- (2)新しい評価についての検討経過について
- (3)新しい充実度評価案について
- (4)今後の課題について

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
- (2)質的な状況について
- (3)課題の背景について

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)医療資源の効率的配置について

(イ)各施設の役割分担について

(2)最寄りの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)の整備についての考え方

(3)地域にかかわらず留意すること

3. ER型救急医療機関について

(1)現状について

(ア)利点について

(イ)課題について

(ウ)ER型の整備について

4. 二次救急医療機関の状況及び今後の整備について

(1)現状について

(2)今後の整備について

(ア)救急医療対策事業の現況調について

(イ)一定の枠組みを満たした活動実績のある病院への支援について

5. 救急搬送において受入に至らない理由について(出口の問題など)

(1)救急患者を受け入れられない理由について

(2)「ベッド満床」について

(3)「出口の問題」について

第4 今後、継続して検討すべき課題

第5 おわりに

中間取りまとめ(本文)について

第1 はじめに

我が国の救急医療体制については、昭和39年に救急病院・救急診療所の告示制度を創設し、昭和52年からは、初期、二次、三次の救急医療機関並びに救急医療情報センターからなる救急医療体制の体系的な整備を推進してきた。また、平成3年には救急救命士制度を創設し、救急医療の整備を進めてきたところである。

平成9年12月には、「救急医療体制基本問題検討会報告書」が取りまとめられ、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、基本的な方向性が示され、取組が進められてきたところである。

しかしながら、救急医療情報システムの改善の必要性、初期、二次、三次と階層的に整備された救急医療体制の適切な連携の必要性、高齢化・疾病構造の変化、国民のニーズや要求水準等の変化、少子化時代における小児救急医療体制の確保、救急医療に関わる医師の量的質的な確保、医療計画制度における救急医療・小児医療の連携の構築、これらへの対応が喫緊の課題として求められている。

本検討会においては、前述の「救急医療体制基本問題検討会報告書」における、「3. 救急医療体制のあり方」について、現在の課題に対応すべく、追補する意味合いでの検討を行い、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

＜昨年より相次いだ救急搬送を受け入れる病院の選定に時間を要した事案の報道等にふれつつ検討会の立ち上げにいたった背景を記載＞

2. 検討会の議論の流れ

＜第三次救急医療機関（救命救急センター）を中心とした議論から、より幅広い議論にいった過程について記載＞

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

＜救急医療をとりまく現状を含めて、幅広い課題について記載＞

2. 検討会の中で取り上げられた課題について

＜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. 救命救急センターの評価について

(1) これまでの評価について

- ・平成11年度から、救命救急センター全体のレベルアップを図ることを目的として実施。以後、毎年実施してきた。
- ・前年の1年間の実績に基づき、各救命救急センターからの報告結果を点数化して、充実度段階をA・B・Cとして3段階に区分。
- ・評価は、救命救急センター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、専任医師数等の診療の体制面を中心に実施。
- ・評価結果は、施設の運営費補助金や診療報酬の加算に反映される仕組みであり、充実度評価結果は公表される。
- ・平成18年度・19年度は、全ての施設において充実度段階がA評価であった。
- ・こういった状況を踏まえて、一層の質の向上を目的に、より高度な水準を求める新たな評価方法に改訂する必要がある。

(2) 新しい評価についての検討経過について

(ア) 基本的な考え方

これまで、それぞれの救命救急センターについて、体制および実績の評価を行ってきたところであり、また、その評価の基準に関しては実情に応じて適宜基準を修正してきたところである。

今回、新たに充実度評価の基準を定めるにあたり、下記の3点を基本的な考えとして、検討を進めた。

- 第三次救急医療機関に求められる機能を明確にする。
- それぞれの施設からの報告を元にした評価を基本とするが、第3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。(第3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。(地域における救急医療の確保という視点)

(イ) 第三次救急医療機関に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4本の柱として、下記のように検討した。

- 重症・重篤患者の診療機能。
- 地域の救急搬送・救急医療体制の支援機能。
- 救急医療の教育機能。
- 災害医療対応機能。

(ウ) 第三者の視点・検証が可能な評価

評価と実態に解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ることとし、下記のように検討した。

- (1) 報告の内容について検証が可能な項目をできるだけ採用する
- (2) 都道府県などによる評価項目を加える
- (3) 評価の質を担保するためには行政（都道府県）等による実態調査の実施が不可欠である。

(エ) 地域における救急医療の確保という視点

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、これまでと同様に、患者受入数、医師数等の評価項目については、段階低く設定することとした。

(3)新しい充実度評価案について

上記の検討を行い、資料(ウ)の通り、新たな充実度評価案を作成した。

特記すべき事項としては、医療従事者の労働環境改善に係る項目として、「医師事務作業補助者の有無」、「患部・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性化」、第三者の視点・検証が可能な評価に係る項目として、「都道府県・地域MIC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）が挙げられる。

(4)今後の課題について

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ヶ所を目途に整備がなされてきたところ。現在、全国に200ヶ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った。平成18年においても新たに12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。

・近年、東京、大阪等の大都市の一部において、隣接して複数センターが整備されているケースが見られる。

・軽症、中等症の患者が急増し、本来の救命救急業務に支障を来しているとの指摘がある。

・一方で、最寄りの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）

も多数残されている。そのため、センターの地理的空白地域を埋めることを念頭に、平成16年より規模の小さい（20床以下）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残されている。

(2) 質的な状況について

質的な側面からみると、次のような指摘がある。

- ・（救急患者のうち）小児、精神科疾患を伴った患者、産科・周産期の患者へ、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) 周辺状況について

周辺の状況として次のようなものが考えられる。

- ・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、地域の二次救急医療機関の体制の充実が追いつかず、本来は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、センターに過度な負担がかかっている。
- ・合併症のある高齢者の患者の割合が増え、治療期間が長期化していること、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、母体の一般病棟や他院への転院、自宅への退院が円滑に進まないことなどによる、いわゆる救命救急センターの「出口の問題」がある。
- ・救命救急センターでの医療を行うにあたり、小児科、精神科、整形外科等の様々な診療科の医師の関わりが重要であることについて病院全体の理解が十分でない。
- ・地域に複数のセンターが整備されていても、それらの機能が似通っており、医療資源が薄く広く配置されている状況であり、重症外傷や発症直後の脳卒中のように、来院直後より適時特別な対応が求められる疾患に対して、十分な診療体制が取られていない。
- ・そもそも救急医を始めとして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) 医療資源の効率的配置について

- ・救急医を始めとして医師の確保が困難な状況において、同一医療圏に救命救急センターを分散して多数整備することは、医療資源の効率的な配置といった側面からみると

必ずしも適切とは言えないという意見があるが、適正配置の観点からこれについてどう考えるか。

- ・軽症、中等症の患者が急増しているとするれば、現実的な対応として都市部においても引き続き量的な拡大を図る必要があるか。
- ・その場合、能力や体制が十分であれば、引き続き認めていけばいいか。
- ・特に、当該医療圏のみならず広域に患者を受け入れている病院などは、認めていけばいいのではないか。
- ・一方で、地理的空白地域への整備を優先させるべきか。

(イ)各施設の役割分担について

同一医療圏に複数のセンターが整備されている地域において、疾患ごとに大まかに各センターの役割を決めることについてどう考えるか。

- ・専門病院との関係についてどう考えるか。
- ・「大まかな疾患ごと」とは何か。

(2)最寄りの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)の整備についての考え方

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るが、その際には、GIS等のデータを用い、県内人口のうち、救命救急センターへ一定の時間以内に到着できる人の割合が最も改善する地域を優先するといった考え方でよいか。

- ・一般的に、人口が少ない地域への救命救急センターの設置は効率的でないと考えられるが、どう考えるか。

地理的空白地帯であっても、周辺人口や重症患者の発生数からすると、新たに施設を整備することが困難であると考えられる場合には、ドクターヘリコプターや消防防災ヘリコプターなどを活用した救急搬送体制を確立する等して、センターの整備に替える体制を構築する必要がある。

ただし現在は、夜間においてドクターヘリの運航がなされていない点に留意する。併せて、地理的空白地域からの救急患者を受け入れるセンターについては、空路による搬送を円滑に受け入れることが可能な体制の整備が求められる。

(3)地域にかかわらず留意すること

救命救急センターが常時、地域で発生した救急患者を円滑に受け入れる体制を維持するためには、急性期の治療を終えた患者が、円滑に転棟や転院をしていく必要がある。院内、院外への転棟や転院を妨げる要因は何か。

- ・母体の病院の病床には、調査上は多くの空床があるが、どう考えるか。
- ・病院内の病床の配分が、適切になされているのか。
- ・特にどういった疾患、状況で転院・転棟が円滑に進まないか。

小児科、精神科、整形外科等の各分野の専門医師の応援が本来必要な場合に、直ちに円滑に診療に加わる体制が構築されていない要因は何か。

各診療科間、部門間の独立性が強く、救命救急センターに搬送された救急患者への診療に院内全体の医療資源を有効活用しようという体制がないのではないか。地域でのクリティカルパスの活用はどうか。

3. ER型救急医療機関について

(1) 現状について

(ア) 利点について

患者を断らない、医事紛争が防げる、各科の専門医が当直業務から開放され専門外の診療から解放されるなどであるが、病院のキャパシティによっては患者を断らざるを得ない状況も生じる。

(イ) 課題について

ER医師が救急患者を引き受けるほど、入院医療を行う各科の医師の負担が高まる、ERから入院を受け持つ医師への引き継ぎに時間がかかる、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。

ER型の救急体制を100施設程度が取り入れている。医師の要請コースが82施設で行われ、150人が研修中。研修中を含め500人程度のER医師がいるが、例えば米国のおよそ3万人に較べると過小である。

「小児科」「眼科」といった専門医の診療が変わってER医師が診療を行うことへの理解が必要などである。救急患者を受け入れ、入院させるための病院の規模、スタッフの数が重要。また複数診療科が係わる場合の入院担当科の選定が困難で、専門科にかかわらず入院医療を行う総合内科や従来の救急医、救命センターが必要である。

救急医療の全体のコーディネーターを担う医師の役割が重要で、その権限の強化が必要である。

(ウ) ER型の整備について

ER型の救急医療体制は、地域の人口規模を踏まえて施設数や病院規模を考える必要があり、現状でER型を早急に整備することは困難である。

救命救急センターではないが救急に熱心な二次医療機関や、救命救急センター

を持つ医療機関が、徐々にER型を始めていけばよいかもしれない

4. 二次救急医療機関の状況及び今後の整備について

(1) 現状について

第二次救急医療機関については、「初期救急機関と第二次救急機関を一体として整備してはどうか」、「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」等の意見が委員から寄せられた。

また、第二次救急医療機関からのヒアリングでは、「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（近年の、三位一体改革等に伴い、病院群輪番制病院等の運営費補助は、平成17年度より一般財源化されている。）」、「未収金の負担が大きい」、「医療訴訟リスクが増大している」等の意見が寄せられた。

さらに、平成19年7月に都道府県を通じて実施した「救急医療対策事業の現況調査」からは、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、また同一県内においても様々であるが、体制や活動が乏しいところが比較的多くを占める」、「休日・夜間の対応にあたる医師が1名～2名体制である医療機関が7割を占めている」、「救急車をほとんど受け入れていない施設から数千台受け入れる施設まである」、「患者の多くは入院を必要としない外来診療のみの患者である」等のことが明らかとなった。

(2) 今後の整備について

(ア) 救急医療対策事業の現況調査について

救急医療対策事業の現況調査については、調査対象を「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づけられたすべての医療施設」とし、医師の勤務の状況、その他の体制の等についても調査項目として実態把握を進めることが必要である。

(イ) 一定の枠組みを満した活動実績のある病院への支援について

「診療体制や活動実績において一定の基準を満している第二次救急医療機関（「地域救急拠点病院」：仮称）の整備を図り、その診療体制や活動実績を評価し、評価に応じた、支援が望まれる。

「地域救急拠点病院」の基準としては、医師その他の体制、診療実績等を勘案し、整備のあり方について、検討が進められるべきである。

5. 救急搬送において受入に至らない理由について(出口の問題など)

(1) 救急患者を受け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、平成19年に総務省消防庁は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」等があげられた。特に、第三次救急医療機関は「ベッド満床」を第1の理由としてあげていた。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」は病院の医師数や能力の問題であるので、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を検討している。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について検討を行った。

(2) 「ベッド満床」について

第三次救急医療機関では、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伺え、半数弱の医療機関において救急部門は物理的に満床であった。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、救急患者を受け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け入れられない事例に関しては、病院全体としての病床利用運営を見直すなど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、もしくは院内転床・転院の促進により「出口」を確保することが必要であると考えられる。

今後の統計・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か？

(3) 「出口の問題」について

救急患者が急性期を脱した後に慢性化・長期化しそうな場合には、地域の病院へ転院等を行う際に困難が生じることが考えられる。その原因として、地域の病院から在宅等における療養の場への退院において、これらの患者を受け入れる体制がまだ未整備である点も指摘されている。

また、大学病院等の高度専門医療を担う施設においては、各々の専門性が院内転床を困難にしている実態もある。

救急医療機関から在宅等へ続く、一連の「出口」を見いだすことには困難を伴

ることが多い。今後、「出口問題」について、一連の連携体制のあり方を含め、実態を解析するとともに、スムーズな院内転床・転院の促進を図るための専任者等の配置が進められるべきと考えられる。

第4 今後、継続して検討すべき課題

本検討会においては、当初、「高度救命救急センター」や「専門病院」のあり方や救急医療体制における位置づけについても議論を進める予定としていたが、議論を進める中、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、全体に占める割合は多くはないものの、受入医療機関の選定が円滑に進んでいない事案の発生を認めるという状況が明らかになった。そのため、特定の疾患に対して高い診療能力を持つ「高度救命救急センター」や「専門病院」の議論よりも、まずは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ことになり、結果として、「高度救命救急センター」や「専門病院」については十分な議論を行うことが出来なかった。

一方、最近話題となっているER型の救急医療機関については、その有効性や課題については、議論がなされたが、どのようにして我が国の救急医療体制に取り込んで行くか、十分な検討には至らなかった。

今後は、こういった残された課題についての議論が望まれる。また、「救急医療教育」「救急医療を担う医師の確保」、救急救命士の業務など含めた「病院前救急医療」の検討など幅広い検討課題が残されており、優先順位を判断した上で、こういったことについても議論を進める必要がある。

第5 おわりに

人口の高齢化、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等、医療を巡る環境の変化は目まぐるしい。救急医療においては、身体の変化が急激に起こっていることもあり、精神面の受容が追いつかず、時として、救急医療に対する国民の不満という形で課題が表面化することもしばしば見受けられる。日々の生活の中で、継続した医療の提供が求められる日常の医療と、人生の中での数少ないライフイベントとして、個々の患者にとって適切な医療の提供が求められる救急医療の違いを整理し、あるべき救急医療体制の整備を目指すべきである。

(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
- 二次救急医療機関について
- ・ 二次救急医療機関の状況について
 - ・ E R型救急医療機関について