

# 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

田邊 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、○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け入れ、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に業務、救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整などを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、病歴の把握に時間と労力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、緊急性の高い患者を迅速、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（「子どもの救急 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、患者の緊急性度・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、患者各々の緊急性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（緊急性度判定）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. ドクターへリについて

ドクターへリについては、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。

ドクターへ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へ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け入れ先として平成 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け入れ困難事例を受け、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「妊娠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. 精神疾患有する患者の受け入れ、及び対応後の精神科との連携体制の構築について

精神疾患有する患者の救急搬送については、選定時間を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・受け入れ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、