

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じ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でき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。なおいすれは#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救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、緊急性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と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、MO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ぬ。

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。