

救急医療施設のあり方についての提言

日本医師会
常任理事 坪井 栄 孝

医療をうける一般の人々からすれば、すべての症状は救急であり、すべての疾病が重症ではと考へ、一刻も早く医師の手にゆだねたいと切望する。その意味からすれば、救急医療は「医の原点」であるといえる。従って、救急医療体制の整備・充実、地域医療体制全般の中でも最も強く望まれる分野であり、その対応にあたっては、地域医師会、行政機関、地域住民の相互理解と協力を基礎とした積極的な取り組みが必要である。一方、国民の救急医療に対する意識の高度化により、救急医療の質的な充実が求められており、また、人口の高齢化、疾病構造の変化により、救急現場搬送途上で呼吸・循環管理を必要とする患者が増加するなど、それらの患者に対する医療の確保が重要となってきた(図1)。

現行の救急医療体制は、搬送体制の充実、救急患者受け入れ医療機関の整備、情報システムの構築と、年々、整備・充実が図られてきてはいるが、なお初期、2次、3次救急医療施設間の連携問題、広域救急への対応、多発性外傷等特殊疾病への対応、ヘリコプター活用問題等、新たに対応すべき問題が続出、山積している状況にある。

かねてより日本医師会は、会内に救急災害医療対策委員会を設置し、わが国の救急医療のあり方についての検討をつづけ、常に先進

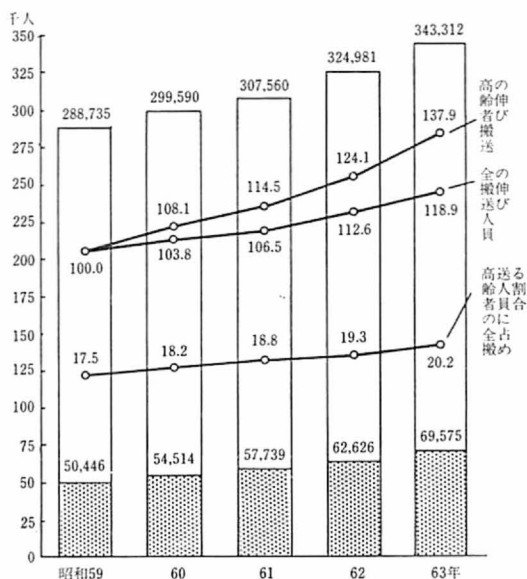


図1 救急搬送人員と高齢者搬送人員の推移 (昭和59年～63年)

—東京消防庁 中根資料—

的提言を行って来た。そこで今回は、本委員会の報告書にある救急医療施設の在り方についての提言を中心に述べ、諸賢の参考に供したいと思う。

まず、現在とくに問題点として取り上げなければならないのは、2次病院群輪番制の将来的あり方についてである。2次病院群輪番制は、2次救急医療体制の中核として、地域内の病院群が共同で輪番方式により休日・夜間の入院治療を必要とする重症救急患者の医療を確保するものである。本事業は、昭和52年7月6日医発第692号厚生省医務局長通知

「救急医療対策の整備事業について」に示された「救急医療対策実施要綱」に基づいて実施されているものであり、医師会病院等が休日・夜間に病院の一部を開放して実施する「共同利用型病院方式」とあわせて2次救急医療体制を支えている。現在病院群輪番制では2次救急医療を実施している市町村は大略3,000で、全国の実施率はほぼ80%強である。

まず、この問題を論ずるにあたって2次病院群輪番制と救急告示医療機関制度との関係について述べておく必要がある。

救急告示医療機関制度は、昭和39年に制定された「救急病院等を定める省令」により実施されてきた制度であり、その背景には昭和30年代後半から急増した交通事故や労災事故による外傷患者があり、主として外科系救急患者を対象にした救急医療体制ということができる(表1)。平成2年4月1日現在で救急告示医療機関は5,604施設であり(救急告示病院4,303施設、救急告示診療所1,301施設)、過去25年間の経過とともにわが国の救急医療体制の中に深く根をおろしている。

しかし、人口の高齢化や核家族化の進行に伴い、特に内科系、小児科系の疾患に係る救急医療体制の整備が要請され、従来の外科中心の救急告示医療機関制度は現状にあわなくなり、昭和62年の省令の一部改正により、外科系のみならず内科系の救急患者にも広く対応できるように見直しが行われた。すなわち、わが国の2次救急医療は、地域によって異なるものの、一般的には救急告示医療機関が平日の昼間を担当し、原則として休日・夜間は2次救急医療施設が担当するという変則的なしくみになっている。いうならば、2次病院群輪番制は、救急告示医療機関制度の補完事

業的な色彩をもっている。そして自治省消防庁調査によると、昭和63年度において救急患者の約77.6%が救急告示医療機関へ、約22.4%がその他の医療機関へ搬送されていることが報告されている(図2、表2)。

救急患者に対応する救急告示医療機関制度は、24時間365日稼動しなければならない義務付けがあり、休日・夜間のみに対応する2次病院群輪番制との間に大きな違いがみられ、その意味では次のような問題点が指摘されている。すなわち、現状では救急告示医療機関制度とあわせて常時対応の形になっているが、一方が資格条件をみたま医療機関の希望により、都道府県知事が官報に告示するのに対し、他方は全国的な厚生省の補助事業である。

すなわち全く異なる2つの制度が混在するばかりでなく、各々に参加する医療機関も必ずしも同じではない。このように、2次救急医療が2系統で実施されていることは、2次救急医療体制全般に混乱を生じる原因となるものと思われ、解決しなければならない大きな問題である。また、昭和52年の「救急医療対策事業実施要綱」により、わが国の救急医療体制は初期(1次)、2次、3次に分けられているのは周知のことである(図3)。このうち3次救急医療については、救命救急センター等の医療機関が担当しており、集中治療を必要とする重症救急患者を取り扱うという点で明確にその対応すべき範囲が定められているが(図3)、一方、1次救急医療については、平日の昼間は一般開業医や救急告示医療機関が担当し、休日・夜間等は休日夜間急患センターや在宅当番医制、救急告示医療機関が担当している。1次救急医療とは主と

して外来診療のみで対応可能なもの、2次救急医療とは入院治療を必要とするもの、とされているが、両者はしばしば結果的に分かれるのであり、その対応すべき範囲は必ずしも明確ではない。すなわち、1次と2次の別は受診する患者側に区別がなく、医療機関の対応能力によって分かれているものである。それ故、2次救急医療のみを行う医療機関は現実にはきわめて少なく、2次救急医療施設は1次救急医療もあわせ行っている。このため概念的には1次と2次の区別が明瞭であるにもかかわらず、運用面でははなはだ不明瞭となっている。このことは、1次救急患者が直接2次救急医療施設に来院するため、重症患者への対応に支障をきたすという問題が出る一方で、1次と2次を現状のように区別する

必要が果たしてあるのかという疑問を生じる原因ともなっている。また救急告示医療機関には、その施設設備に一定の基準が設けられ、かつ3年毎の更新制度によりある程度の実績の評価もされるようになっている。これにひきかえ2次救急医療施設には、厚生省の補助事業であるにもかかわらず明確な資格要件が設けられていないのも問題であり、早急に解決がのぞまれる問題である。

その他の問題点として、日本医師会救急災害医療対策委員会が行ったアンケート調査結果から追加すると、その1は、医師、看護婦等の医療従事者の確保が困難なことであり、財政的援助の少ないことが大きな原因として挙げられている。その2は、私的医療機関が積極的に協力しているのに対して公的医療機関の

表1 救急病院等を定める省令

〔昭和三十九年二月二十日〕
〔厚生省令第八号〕

消防法（昭和二十三年法律第八十六号）第二条第九項の規定に基づき、救急病院等を定める省令を次のように定める。

救急病院等を定める省令

（医療機関）

第一条 消防法（昭和二十三年法律第八十六号）第二条第九項に規定する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は、次の基準に該当する病院又は診療所であつて、その開設者から都道府県知事に対して救急業務に関し協力する旨の申出があつたもののうち、都道府県知事が、当該病院又は診療所の所在する地域における救急業務の対象となる傷病者の発生状況等を勘案して必要と認定したもの（以下「救急病院」又は「救急診療所」という。）とする。ただし、疾病又は負傷の程度が軽易であると診断された傷病者及び直ちに応急的な診療を受ける必要があると認められた傷病者に関する医療を担当する医療機関は、病院又は診療所とする。

- 一 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること。
- 二 エックス線装置、心電計、輸血及び輸液のための設備その他救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること。
- 三 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有

すること。

四 救急医療を要する傷病者のための専用病床又は当該傷病者のために優先的に使用される病床を有すること。

2 前項の認定は、当該認定の日から起算して三年を経過した日に、その効力を失う。

(告示)

第二条 都道府県知事は、前条第一項の申出のあつた病院又は診療所であつて、同項各号に該当し、かつ、当該病院又は診療所の所在する地域における救急業務の対象となる傷病者の発生状況等を勘案して必要と認定したものについて、救急病院又は救急診療所である旨、その名称及び所在地並びに当該認定が効力を有する期限を告示するものとする。

2 都道府県知事は、救急病院又は救急診療所が前条第一項各号に該当しなくなつたとき又は同項の申出が撤回されたときは、その旨並びにその名称及び所在地を告示するものとする。

(施行期日)

1 この省令は、昭和六十二年二月一日から施行する。

(経過措置)

2 この省令の施行の際現に改正前の第一条の規定による救急病院又は救急診療所である病院又は診療所については、この省令の施行の日から三年間は、なお従前の例によることができる。

関与が少ないことが挙げられている(図4)。このように、2次病院群輪番制はいくつかの問題点をかかえているが、わが国の救急医療体制の中核として機能していることは事実である。

従って、2次病院群輪番制の存続の是非もふくめて、わが国の救急医療機関の将来的あり方についてはさらに検討を進めなければならないが、報告書では次のような考えを述べている。すなわち、前にも指摘した通り、2次救急医療の対応すべき範囲が実際の運用にあたって不明瞭であり、全ての2次救急医療施設が1次救急患者もあわせて受け入れている現状から考えて、救急医療体制を現在の3段階から2段階にすべきだとする意見がある。この考え方は、集中治療を要する重症救急患者を専門に収容する救命救急センターな

どの施設と、それ以外の一般救急患者に対応する施設に区分するもので、システム上はよりシンプルになると考えられる。しかしながら、公的大病院が救急医療を支える米国など

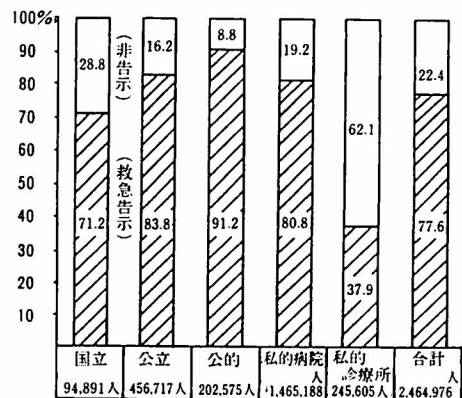


図2 救急告示医療機関に対する搬送割合 (昭和63年中)

—資料：平成元年版救急・救助

の現況(消防庁)—

表2 病院の開設者別救急告示の状況

(平成2年4月1日現在)

区 分	総 数	国 立			労働福祉 事業団等 国に準ず る病院	自治体立	公 的	私 的
		厚 生 省		その他				
		国立病院	国 立 療 養 所					
病 院	8,940	89	19	80	38	1,014	427	7,273
告示病院数	(1,301) 4,303	87	19	33	15	(6) 670	331	(1,295) 3,148
比 率 (%)	48.1	97.8	100	41.3	39.5	66.1	77.5	43.3

—資料：厚生省救急医療体制検討会—

- (注) 1. 病院数は昭和63年10月1日医療施設調査による一般病院数である。
 2. 病院数のうち国立及び国に準ずる病院については、結核、精神療養所等を除いた。
 (ただし、告示している療養所を含む。)
 3. 告示病院数の()は告示診療所の別掲である。

と異なり、わが国では中小の私的医療機関が救急医療を支えており、1次救急にしか対応できない医療施設も多い。しかしながら一方、地域によっては、2次救急医療施設が3次救急医療施設の色彩をもち、2.5次救急医療施設ともいべき機能を果たしている地域もあり、1次から2次への連携が円滑に行われ、2次救急医療施設が本来の機能を発揮している地域もある。

このような現状をもとに考えると、2次救急医療体制を1次救急医療体制と統合することは、大都市部においては問題がないと思われるが、大都市部以外ではかえって混乱を招く恐れがある。従って、当面は2次救急医療体制を維持し、2次病院群輪番制を2次救急医療体制の「要」として位置づけていく必要があろう。

救急医療体制が2系統で行われ、現場で混乱を呈していることは先に述べた通りであり、救急医療体制の一本化が各方面から求められてはいるが、具体的な一本化の方法については、さらに深く検討する必要がある。

日本医師会救急災害医療対策委員会は、救急告示医療機関制度を現行の初期～3次救急医療体制に組み入れることにより、将来的には統合されていくことが望ましいと考えている。そのためには告示医療機関を1次と2次に区分し、それぞれの体制へ組み入れる必要がある。そうすることにより2次病院群輪番制が本来の姿である、24時間、365日救急医療に対応可能な制度として定着するものと考えられる。このとき公的医療機関は、積極的に2次救急医療施設として参画する自覚をもつべきであり、地域医療の確保のために有力な資源となるはずである。また、2次病院群輪番制が真に国民の生命を守る体制として機能するためには、各2次救急医療施設が一定基準以上の救急医療への対応能力を備えていなければならない。そのためには、国で定める何らかの資格要件を義務づける必要がある。具体的な要件については、さらに検討の余地があるが、現在救急告示医療機関に求められている要件が一応の目安となり、少なくともこの程度以上の要件を満たしていること

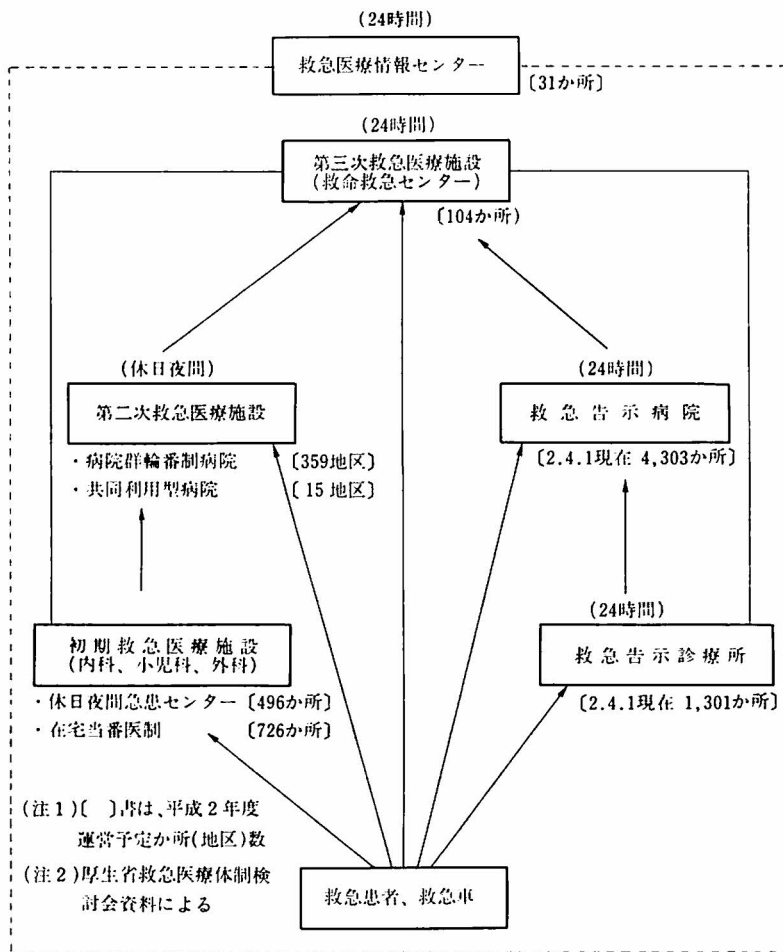


図3 救急医療体制図

表3 救急医療施設の分類

初期救急医療施設……地区医師会が在宅当番により休日・夜間において診療を行う在宅当番医制と地方公共団体が設置する休日夜間センター
2次救急医療施設……複数の病院が交替で休日夜間における診療を行う病院群輪番制病院と医師会立病院等が、休日夜間に病院の一部を開放し、地区医師会の協力で診療を行う共同利用型病院
3次救急医療施設……救命救急センター

が望ましい。また、救急告示医療機関と同様に更新制度も取り入れる必要があろう。ただ地域によっては、あまり資格要件を厳しくす

ると2次救急医療施設に該当する病院が不足して、輪番制を組むことが困難となり、実際の運用上に支障をきたすことも危惧されるの

で、細部においては地域特性も考慮にいたれた基準作りも必要があろう。また、搬送手段を迅速化することにより地域医療圏を広くして2次救急医療体制を確保することも対策の1つとなろう。

さて一方、厚生省に設置された救急医療体制検討会（浅野献一座長）は、21世紀にむけての救急医療体制の充実方策についての検討を先般取りまとめたが、その中で現状の問題点として、基本的な救命処置体制が不十分であること、高次救急医療施設への軽症患者の集中等をあげ、現行体制の見直しが必要であるという認識を示している。

その要旨を述べると、まず初期救急医療体制は量的には概ね充足してきたが、救急医療施設の地域的偏在、救急診療の空白の時間帯があること。また、救急告示診療所の診療体制にも改善すべき部分があり、その地域においてすべての救急患者に対して基本的救命処置に対応できる体制が十分とはいえないこと（表4）。2次救急医療体制は、病院群輪番制病院、共同利用型病院によりほぼ全国をカバーするまでになったが、地域によっては輪番に参加する病院の数が限られており、少数の病院に過重の負担になって救急患者の診療への影響が危惧されていること。また、平日の通常診療体制から夜間診療体制にかわる17時は、2次救急医療施設は11%、救急告示病院は約5.5%しか救急患者を受け入れておらず、2次救急医療体制が十分でない地域があること（表5）。3次救急体制は、救命救急センターが概ね人口100万人に1カ所を基準に整備が進められているが、そのカバーする

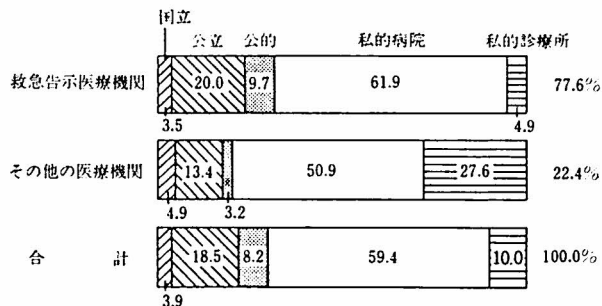


図4 医療機関別搬送人員の状況（昭和63年中）
—資料：平成元年版救急・救助の現況（消防庁）—

範囲がかなり広いところがあり、地域によっては高次救急医療のニーズに十分応えていないところがある。また、救命救急センターの救急患者の約65%が入院を必要としない軽症患者であることから分かるように、高次救急医療施設としての本来の機能を十分果たしているとはいえないとし（表6）、救急医療施設の体系的整備のために初期、2次、3次救急医療体制、救急告示制度見直しを地域医療計画との整合性をもたせて考えることによって初期、2次、3次の救急医療体制を入院医療の概ね完結する2次医療圏ごとに位置付け、その地域での中核となる救命救急センターを設置することを考えている。また、中毒、重度熱傷、指肢切断等の高度専門的な診療を要する患者の治療を行なう特殊救急診療施設を、全国10程度の広域ブロックごとに、「広域救命センター」として整備していく必要を述べ、そのセンターには、患者搬送の機動力を確保するため、救急医療ヘリコプター、ヘリポート及び広域救急医療情報センターの整備を提案している。また、救急医療告示医療機関については、人的、設備的要件の見直しを図り、2次医療圏ごとに初期、2次、又は3次の救急医療体制のいずれかに位置付け、24時間体制の救急医療を確保する必要性

表4 救急患者受入機関可能率（初期救急医療施設）

休 日		(単位 %)							
体 制 分 担	0時	3時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	
休日夜間急患センター・ 在宅当番医制（当番）診療所	7.7	7.7	15.4	76.9	76.9	76.9	23.1	15.4	
救 急 告 示 診 療 所	50.0	50.0	50.0	75.0	75.0	75.0	50.0	50.0	

平日夜間

(単位 %)

体 制 分 担	0時	3時	6時	8時	17時	18時	21時	23時
休日夜間急患センター・ 在宅当番医制（当番）診療所	25.0	25.0	25.0	37.5	0.0	25.0	25.0	12.5
救 急 告 示 診 療 所	50.0	50.0	50.0	75.0	0.0	25.0	50.0	50.0

—平成元年12月 厚生省救急医療体制実態調査による—

表5 救急患者受入機関可能率（二次救急医療施設）

休 日		(単位 %)							
体 制 分 担	0時	3時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	
病院群輪番（当番）・ 協 同 利 用 型 病 院	88.2	88.2	88.2	97.1	94.1	94.1	85.3	85.3	
救 急 告 示 病 院	89.2	89.2	89.2	93.2	93.2	91.9	93.2	93.2	

平日夜間

(単位 %)

体 制 分 担	0時	3時	6時	8時	17時	18時	21時	23時
病院群輪番（当番）・ 協 同 利 用 型 病 院	94.4	94.4	94.4	100.	11.1	83.3	100.	100.
救 急 告 示 病 院	90.5	90.5	91.9	100.	5.4	58.1	93.2	93.2

—平成元年12月 厚生省救急医療体制実態調査による—

を強調している。このほか、報告書ではスーパー救急センターの設置、精神科救急、周産期救急の充実、へき地医療の確保及び患者搬送体制について、とくに搬送途上等の医療の確保についての体制の整備の緊急性等につい

ての意見を述べている。そしてまとめとして21世紀に向けて救急医療体制を充実していくために、財政的な面で思い切った措置を講じるとともに、救急医療体制の検討、定期的な見直し等を行なう常設の審議機関を設置する

表6 救命救急センター受診患者数

人口規模別	施設数	患者数	1施設当たり 患者数	症状の程度(率)			
				軽症	中等症	重症	不明
100万人未満	か所 74	人 3,149	人 42.6	67.0%	14.3%	9.4%	9.3%
100～200万人 未満	8	349	43.6	34.8%	9.5%	5.7%	
200万人以上	15	767	51.1	48.8%	16.3%	34.9%	
東京都区部 (再掲)	6	466	77.7	30.3%	20.8%	48.9%	
全施設	97	4,265	44.0	65.2%	14.3%	13.7%	6.8%

—平成元年12月 厚生省救急医療体制実態調査による—

- (注) 1 患者は平成元年12月17日(日)午前0時から12月18日午後12時までの48時間の患者数である。
 2 重症とは、初診の際に3週間以上の入院が必要と診断された場合、軽症とは、入院の必要がないと診断された場合、中等症とは、それ以外の場合である。

必要があるとむすんでいる。

この委員会報告をうけ、厚生省は、救急医療体制の充実強化のため、平成3年度を21世紀に向けての救急医療体制整備の初年度として位置付け、特に緊急を要する救急現場及び搬送途上における救急医療の充実を中心に救急医療体制の整備についての予算要求を行い、初期、2次、3次救急医療体制の拡充整備として、休日夜間急患センター病院群輪番制病院、救命救急センター等における救急患者の受入れを円滑に行なうため、初期体制としての休日夜間急患センター496カ所→500カ所に、在宅当番医制726地区→727地区に、2次体制として病院群輪番制病院359地区→363地区に、共同利用型病院15カ所→16カ所に、3次体制として救命救急センター92カ所→97カ所、救急医学情報センター31カ所→32カ所の拡充整備を計画している。

以上、わが国の救急医療における医療機関の在り方について、日本医師会救急災害医療対策委員会の見解を中心に累々述べてきたが、今後さらに、高齢化の進展、社会構造の

変化、医学・医術の進歩を背景に、救急医療需要の増大、高度・専門的救急医療、初期、2次、3次救急医療施設間の機能分担、連携等解決を要する問題を、多く抱えた状況がエスカレートしていることはまちがいない。

そのため、現在各都道府県では、地域医療計画の策定、推進の中において、救急医療体制の現状分析を基礎として、整備・充実のための諸施策が推進されているはずである。

また、中央においては、厚生省に「救急医療体制検討会」が、自治省消防庁には「救急業務の将来像を考える懇話会」が設置され、それぞれの立場から将来的あり方について検討が進められている。

終りに、救急医療体制の円滑な実施は、搬送、受け入れ医療機関、情報システムのネットワーク化とともに、医師会、行政機関、地域住民の相互理解と協力が非常に重要なことであり、各関係機関が横のつながりをもって、同じ土俵に上って、国民医療のために良質の救急医療確保のために努力すべきものであることを、この際重ねて強調しておきたい。