

Ⅱ 今後の救急医療対策の方向	-----	(13)
1 救急医療体制の充実	-----	(13)
(1) 初期から三次にわたる救急医療体制の充実	-----	(13)
(2) 救急医療体制の一元化	-----	(14)
(3) 医療計画への救急医療体制の確保に関する事項の記載	-----	(15)
(4) 二次医療圏における救急医療に関する協議機関の整備	-----	(15)
2 救急医療に係る情報提供の充実	-----	(15)
(1) 救急医療体制に関する情報提供	-----	(15)
(2) 道民に対する救急蘇生法の啓発普及	-----	(16)
3 災害時対応機能の強化	-----	(16)
4 広域救急患者搬送体制の充実	-----	(17)
5 救急医学教育の充実	-----	(17)
むすび	-----	(19)

Ⅲ 資料

はじめに

本道における救急医療体制については、昭和54年及び平成5年の北海道総合医療協議会救急医療専門委員会からの提言を踏まえ、いつでも、どこでも、だれでもが適切な救急医療を受けられるよう、救急医療機関の告示に加え、初期、二次、三次救急医療機関並びに救急医療情報システムからなる救急医療体制の体系的な整備が図られてきたところであるが、高齢化の進展に伴う循環器系疾患の増加や交通事故の増加などに伴い、道民の救急医療に対するニーズは、年々増加するとともに多様化、高度化してきている。

また、平成7年1月17日に発生した阪神淡路大震災や平成12年3月31日の有珠山噴火など、全国的に見ても、地震、火山などの災害が発生しており、災害時における救急医療体制の充実を図ることも、緊急の課題となっている。

一方、国においては、昭和51年の救急医療懇談会、平成3年の救急医療体制検討会の提言を受け、我が国における救急医療体制の体系的な整備を進めてきたところであるが、社会環境や疾病構造の変化等と密接に関連して、近年ますます重要性が高まっている救急医療の現状を踏まえ、今後の救急医療体制について検討を進めていた救急医療体制基本問題検討会は、平成9年12月に報告書（以下「厚生省検討会提言」という。）を取りまとめたところである。

この報告書は、「日常生活圏である二次医療圏において救急医療体制を完結することを目指し、救急医療の確保（救急隊の搬送先を含む）を医療計画において位置付け、また、初期、二次、三次救急医療機関の機能分担に基づき、地域の効率的な体制を構築し、さらに、こうした救急医療体制に関する情報を、広く適切に地域住民に提供する必要がある。」と、将来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している。

これを受けて、平成9年12月に公布された改正医療法では、都道府県の医療計画において救急医療の確保に関する事項を必要的記載事項とするほか、平成10年3月には消防法に基づく救急病院等を定める省令を改正したところである。

本委員会では、このように救急医療を取り巻く環境が大きく変化している中、国における厚生省検討会提言に基づく一連の法令整備等の動向を踏まえ、本道における救急医療体制の現状について、その課題・問題点を詳細に検討し、本道の地域特性に応じた「本道における今後の救急医療体制のあり方」を取りまとめた。

本報告を踏まえ、道が関係機関との連携のもと、本道における救急医療体制の一層の充実に向けて、取り組みの強化が図られることを、本委員会として強く期待するものである。

〔 なお、別に検討が行われている歯科及び精神科救急医療、周産期救急医療については、今回の検討事項から除外した。 〕

I 本道における救急医療体制の現状と課題

本道においては、いつでも、どこでも、だれでもが適切な救急医療を受けられるよう、救急医療機関の告示に加え、初期、二次、三次救急医療機関並びに救急医療情報システムからなる救急医療体制の体系的な整備を進めるとともに、災害拠点病院など災害時における救急医療体制や救急患者の広域搬送体制の整備が図られてきているところであるが、以下に、こうした救急医療体制の現状や近時における救急患者の動向、さらに、厚生省検討会提言などを踏まえ、本道における救急医療を巡る課題を整理する。

※ 救急患者の傾向

二次及び三次救急医療機関が受け入れた救急患者の取り扱い実績を見ると、平成7年度の231, 213人に対し、平成11年度は255, 064人となっており、5年で10.3%の伸びとなっている。

また、消防年報の救急救助年報による全道の救急患者の搬送実績は、平成7年の137, 773人に対し、平成11年は166, 785人となっており、5年で21.0%の伸びとなっている。

この救急患者の搬送実績では、次の傾向が見られる。

- ・ 傷病程度別の搬送実績は、平成7年は、軽傷が45.0%、中等症が35.0%、平成11年では、軽傷が45.5%、中等症が37.2%となっており、両年とも軽傷及び中等症の搬送が全体の約8割を占めている。
- ・ 事故種別の搬送実績は、平成7年は、急病が52.3%、交通事故が17.3%であるのに対し、平成11年では、急病が54.4%、交通事故が14.9%で、急病による搬送の全体に占める割合は若干の増加傾向にあり、交通事故による搬送が全体に占める割合は若干の減少傾向にある。
- ・ 年齢別の搬送実績は、平成7年は、成人が55.5%、老人が33.1%であるのに対し、平成11年では、成人が51.2%、老人が38.9%と成人の搬送が全体に占める割合は減少し、老人の搬送が全体に占める割合は増加傾向にある。
- ・ 急病にかかる疾病分類別の搬送実績は、脳疾患が全体に占める割合は平成7年で18.3%、平成11年で16.8%、心疾患が全体に占める割合は平成7年で16.7%、平成11年で14.3%、消化器系疾患が全体に占める割合は平成7年で14.4%、平成11年で14.7%となっており、脳疾患、心疾患、消化器系疾患の順位で急病による搬送者が多い傾向にある。

なお、今回の検討を行うに当たって、本道における救急医療体制の現状や体制確保のための取り組みなどについて、次の調査を実施した。

- ・ 救急医療体制への参加医療機関の状況
- ・ 市町村における救急医療体制確保のための施策
- ・ 地域の救急医療に関する協議機関の設置状況
- ・ 住民への診療体制の周知方法

これらの調査結果については、各項目の中で述べていくこととするが、地域の実情に応じた救急医療体制を整備していくためには、それぞれの地域において、在宅当番の運営実態等について、さらに詳細な調査を実施する必要がある。

1 救急医療機関の機能及びその現状と課題

(1) 初期救急医療機関

初期救急医療機関とは、外来診療によって救急患者の医療を担当する医療機関である。

休日・夜間における初期救急医療体制を確保するため、43郡市医師会の協力のもとに1,896医療機関の参加を得て在宅当番医制が実施されている。

これらの医療機関は、128市町村に所在しているが、その他の84市町村には初期救急医療機関が無い状況にある（平成10年度実績調査）。

また、人口5万人以上の市を設置対象とした休日夜間急患センターは、北海道地域保健医療福祉計画の19か所に対し、17か所まで整備されたがその後3か所が廃止され、現在は14か所となっている。

これらの初期救急医療体制を確保するため、在宅当番医制については、国庫補助事業の救急医療啓発普及事業に加え、道単独の補助事業として休日夜間診療確保対策事業を実施している他、市町村においても大きな負担を行っているが、その取り組みには大きなバラツキがある。

なお、休日夜間急患センターについては、運営費に対する国庫補助が平成9年度をもって廃止され、平成10年度からは地方交付税で措置されている。

このような中で、初期救急医療体制の課題としては、在宅当番医制の実施地域の拡大のほか、次のものが掲げられる。

- ・ 在宅当番医制については、近年、その主な担い手である開業医の高齢化が進んでいることなどにより制度の存続が危惧されている。
- ・ 地域によっては、在宅当番医制にかかる医療機関情報の提供が十分でないことから、診療している施設の所在等が住民にとって分かりにくいものとなっている。
- ・ 常設の専用機関としての休日夜間急患センターについても、医師、看護婦等医療スタッフの確保が困難なことなどから整備が停滞している。
- ・ 初期救急医療体制の確保については、従来より、市町村が主体となって取り組むべき事業とされているが、現状においては、必ずしも道と市町村の役割分担が明確になっていない。

(2) 二次救急医療機関

二次救急医療機関とは、入院治療を必要とする重症救急患者の医療を担当する医療機関であり、その要件は次のとおりとなっている。

《二次救急医療機関の要件》

- ① 24時間体制で救急患者に必要な検査、治療ができること（病院群輪番制病院は当番日においてその体制を有すること）。
- ② 救急患者のために優先的に使用できる病床または専用病床を有すること。
- ③ 救急患者を原則として24時間体制で受け入れ（病院群輪番制病院は当番日において24時間体制で受け入れること）、救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、救急隊による傷病者の搬送に適した構造設備を有すること。
- ④ 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。
- ⑤ エックス線装置、心電計、輸血及び輸液などのための設備、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。

二次救急医療については、医療資源の効率的活用の見地から、病院群輪番制によって第二次保健医療福祉圏毎に24時間体制の救急医療を確保することとしており、全道21圏域において113病院の参加を得て実施されている。（平成13年度）

また、小児科の救急医療体制としての小児救急医療支援事業は、平成12年度から札幌圏（参加医療機関数：13病院）において、また、平成13年8月から十勝圏（参加医療機関数：2病院）において実施されている。

このような中で、二次救急医療体制の課題を整理すると、次のものが掲げられる。

- ・ 病院群輪番制については、単一病院による実施地域が8地域となっているなど、地域によっては、特定病院に過度の負担となっていることが考えられることから、参加病院の拡大などにより、体制の強化を図る必要がある。
- ・ 厚生省検討会提言において、各医療機関の診療科の特色を生かした輪番制を組むことも推進すべきであるとされており、特に、小児救急医療支援事業実施地域の拡大について積極的に取り組む必要がある。

(3) 三次救急医療機関

三次救急医療機関とは、医療計画において位置付けられた、二次救急医療機関では対応できない複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対して高度な医療を総合的に提供する医療機関であり、救命救急センターと呼び、その要件は次のとおりとなっている。

《三次救急医療機関の要件》

- ① 重篤な救急患者を、常に必ず受け入れることができる診療体制をとること。
- ② ICU、CCU等を備え、24時間体制で重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと。
- ③ 医療従事者（医師、看護婦、救急救命士等）に対し、必要な研修を行う体制を有すること。

三次救急医療を担う救命救急センターについては、既に第三次保健医療福祉圏6圏域に7か所整備されており、量的には計画の目標は達成されているが、国においては、救命救急センターが二次救急医療機関を十分に支援する体制となっていない地域があるとして、平成11年度から救命救急センターの診療機能の充実度評価を行っており、平成12年度の評価では、前年度に比べ評価が向上した医療機関がある一方で、なお充実度が低いとされた医療機関がある。

また、救命救急センターは、救急医療に携わる人材養成及び研修業務もその責務とされているが、救急救命士に対する院内研修は全てのセンターで実施されているものの、医師、看護婦に対する臨床研修、実習などについては、十分とはいえない状況にある。

このような中で、三次救急医療体制の課題を整理すると、次のものが掲げられる。

- ・ 国の診療機能の充実度評価の結果を踏まえ、各救命救急センターの機能強化を図る必要がある。
- ・ 救命処置終了後、円滑に転院できる「後方医療施設」との連携が十分でなく、救命救急センターの病床が満床状態となっている場合があるなど、病床運営に改善すべき点が見られる。
- ・ 高齢化社会の到来により、長期在宅療養患者等が増加傾向にあり、これらの患者の病状の急変に対し円滑に対応するため、三次救急医療施設と地域のかかりつけ医等との連携を図る必要がある。
- ・ 救命救急センターは、“地域の救急医療の最後の砦”であり、救急医療に関する指導的な役割を求められていることから、各センターでは人材養成及び研修業務の充実を図る必要がある。
- ・ 厚生省検討会提言において、日常生活圏である二次医療圏単位で救急医療体制を完結することとされているが、道央圏のように高度な診療機能を有する医療機関が多数所在する地域がある一方で、121の無医地区がある（平成11年6月時点）など、医療資源の地域的偏在が見られることから、本道における救命救急センターの必要数については、各圏域の実情を踏まえて検討する必要がある。

また、大学附属病院は高度な救命救急医療機関としての機能を有しているため、救命救急センターとして機能すべきとされていることから、今後、本道の救急医療体制における位置付けについても検討する必要がある。

- ・ 広範囲熱傷、多発外傷、指肢切断などの特殊疾病患者に対する高度、専門的な診療機能を有する高度救命救急センターを早期に整備する必要がある。

(4) 救急告示医療機関

昭和39年に創設された、いわゆる救急告示医療機関制度は、救急隊により搬送される患者の受入医療機関を確保するという観点から創設され、消防法に基づく救急病院等を定める省令により、知事に対して救急業務に関して協力する旨申し出のあった医療機関のうち、知事が必要と認定したものを救急病院又は救急診療所として告示しているものであり、平成13年11月1日時点で、330医療機関が告示されている。

厚生省検討会提言においては、この救急告示医療機関制度について、「昭和52年から開始された初期、二次、三次救急医療体制が、当初は救急告示制度を補完する性格であったが、現在では地域における救急医療体制を確立することを目的として整備されてきている。初期、二次、三次救急医療機関の中には、救急隊による患者の搬送先として位置付けられていないものがあることや、告示された救急病院・診療所が担うべき役割を果たしていない場合もあることから、両制度が住民や救急隊にとって分かりづらく、利用しづらいものとなっていることから、一元化を図る必要がある」とされているところである。

これを受けて、平成9年12月の医療法の改正により、救急医療に関する事項が、都道府県が策定する医療計画の必要的記載事項とされ、また、平成10年4月には、消防法に基づく「救急病院等を定める省令」が改正され、「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」は、都道府県知事が「医療計画の内容等を勘案」し認定することとされるなど、一連の法令等の整備が行われたところである。

これについて、医療計画策定指針では、「第二次救急医療機関の基準と救急省令の基準が一致していることから、医療計画に記載された第二次及び第三次救急医療機関を、都道府県知事が救急病院（診療所）として認定することで、医療計画で定められた救急医療体制と、救急省令に基づく救急病院（診療所）の一元化を図ることにより、従来の救急告示病院と初期、第二次、第三次救急医療体制が医療計画に基づき一つのものとなり、救急医療機関の機能分担による効率的な体制が構築される」とされている。

このようなことから、本道においても、救急隊により搬送される患者の搬送先医療機関（第二次及び第三次救急医療機関）を医療計画に位置付けるとともに、これらの救急医療機関を「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」として告示することにより、両制度の一元化を図り、住民や救急隊にとって分かりやすく利用しやすい救急医療体制を確立する必要がある。

2 医療計画に基づく救急医療体制の確立

(1) 医療計画への救急医療体制の確保に関する事項の記載

医療法の改正により、救急医療の確保に関する事項が医療計画の必要的記載事項とされ、救急医療機関については、初期、二次、三次の機能分担を図りつつ、

地域の実情に応じた救急医療体制を確立することや救急隊により搬送される患者の搬送先医療機関についても医療計画に位置付けることが求められている。

また、これらの休日・夜間診療等の救急医療の確保に関する事項は、二次医療圏毎の医療提供体制が明らかになるように定めることとされている。

現行の北海道保健医療福祉計画は、平成14年度に見直しが行われることとされているが、その際には、広大な面積を有する本道においては、札幌圏への人口の集中や郡部における過疎化の進行といった問題、また、医療機関についても、札幌圏においてはその数とともに高度な診療機能を有する施設が多数所在している一方、郡部においては無医地区も多数あり、医療資源の偏在や診療体制の地域間格差があるなど、地域によっては実情が大きく異なっていることから、各圏域に一律的な基準を当てはめるのではなく、地域の実情に応じた救急医療体制について、第二次保健医療福祉圏単位で十分に検討が行われることが必要である。

(2) 地域救急医療対策協議会

医療計画作成指針においては、「救急医療体制を検討するにあたっては、都道府県単位及び二次医療圏単位で関係する行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等からなる協議会を設置し、救急医療機関と搬送機関との連携を含む救急医療体制について検討することが望ましい」とされている。

全道レベルの協議会としては、北海道総合保健医療協議会に救急医療専門委員会が設置されているところであるが、第二次保健医療福祉圏単位の協議会については、地域保健医療福祉推進協議会のほかに、地域によっては別の検討の場が設置されているものの、救急医療に関する地域の包括的な検討の場が確保されているとは言い難い状況にある。

このため、第二次保健医療福祉圏単位に、地域の事情にあった協議や調整を行うために、圏域内の行政、消防機関、二次・三次救急医療機関、医師会、歯科医師会等の関係機関を構成員とする、地域の救急医療に関する協議機関を設置する必要がある。

3 救急医療機関と救急隊との連携強化

救急患者に迅速かつ適切に救急医療を提供するには、救急医療機関と救急隊との密接な連携が必須である。

平成12年4月1日現在で、救急救命士は道内72消防本部の内68消防本部に487人おり、高規格救急自動車も全道で133台配備されているが、救急救命士が搭乗する救急車の運用が行われているのは53消防本部で、さらに24時間体制の運用を行っているのは30消防本部にとどまっている。

高規格救急車の24時間運用が進まない要因として、救急救命士の確保が十分でないことや医師の指示出し体制が未整備であることなどが挙げられるため、今後、救急救命士の養成を推進するとともに、人材や設備を有効に活用する観点から、各

地域において、医師の指示出し体制が早期に確立されることが望まれる。

そのためには、前述の第二次保健医療福祉圏ごとに設置する救急医療に関する恒常的な協議の場において、救急医療機関と消防機関との連携による、いわゆる「病院前救護体制（プレホスピタルケア）」におけるメディカルコントロール体制の構築について検討が行われる必要がある。

4 救急医療の啓発普及

(1) 救急医療体制に関する情報提供

救急医療体制が円滑に機能していくためには、利用者である地域住民に対して、必要な情報が適切に提供される必要がある。

住民が救急医療体制に関する情報を入手する手段としては、市町村広報誌によるほか、新聞あるいは電話案内などが揚げられるが、今後、地域住民が必要な時にほしい情報を容易に入手できるよう、情報提供のあり方について、さらに検討していくことが必要である。

平成元年から全道展開されたキャプテン方式による救急医療情報システムは、時のアセスメントの評価を経て、平成11年10月にインターネット方式の「北海道救急医療・広域災害情報システム」に改められ、運用が開始されたところである。

本情報システムについては、情報案内センターへの道民からの当番医療機関や医療機関情報の照会件数は増加傾向にあるものの、医療機関側の応需情報（リアルタイムな受入可能状況）の入力が減少傾向にあることや、この情報が消防機関においてあまり活用されていないなどの課題がある。

このシステムの利用を高めるためには、何よりも情報の信頼性の確保が重要であり、医療機関における応需情報の入力のが的確に行われることが必要である。

また、本システムの情報が、救急隊の搬送業務に有効に活用できる仕組みを構築するために、第二次保健医療福祉圏単位で設置される協議会を活用し、救急医療機関と消防機関との更なる連携のもとに、利用方策の検討をする必要がある。

(2) 道民に対する救急蘇生法の啓発普及

救急患者の救命効果を高めるためには、救急隊が到着する前に、その場に居合わせた人（バイスタンダー）による的確な救命手当・応急手当が行われることが極めて重要である。

このため、消防機関、警察、日本赤十字社、医師会等の各機関により、広く救命手当等の実技習得の普及啓発事業が行われているほか、学習指導要領では、中学校、高等学校の保健体育の授業において救命手当等に関する教育を行うことになっている。

こうした、バイスタンダーによる救命手当等の実施率を高めるため、今後とも、医療関係者、保健婦、教職員、保健所職員等の指導的立場にある人はもとより、

多くの道民に対して、救急蘇生法の普及啓発を積極的に努めていく必要がある。

5 その他の課題

(1) 小児の救急医療体制

小児の救急医療についても、基本的には、小児の救急医療体制も地域において初期、二次、三次救急医療機関の機能分担に基づいて構築することが必要である。

そのためには、在宅当番医及び休日・夜間急患センターがその診療科に関係なく、責任を持って小児の全ての初期救急医療を担うとともに、これらを支援する二次救急医療機関を第二次保健医療福祉圏単位で確立する体制が整って初めて、初期救急医療機関がその機能を十分に発揮し、救急患者の多くを占める小児の急病にも的確に対応することが可能になる。

しかしながら、病院群輪番制において小児科の確保が十分となっていないことや、小児科の二次輪番事業である小児救急医療支援事業の実施地域も札幌圏と十勝圏のみ（平成13年度）となっていることから、今後、小児の救急医療体制を充実していくためには、小児科医の確保に取り組むなどして、病院群輪番制における小児科の体制強化や小児救急医療支援事業の実施地域の拡大を図る必要がある。

(2) 大規模・特殊災害に対応した救急医療体制

阪神・淡路大震災の教訓に基づき、大規模災害時における医療提供体制を確保するため、災害拠点病院の整備や広域災害情報システムの整備などが進められてきたところである。

災害拠点病院については、札幌医科大学附属病院を基幹災害医療センターとして、第二次保健医療福祉圏単位に22か所（平成13年度）の地域災害医療センターを指定し、その施設・設備の整備が進められている。

また、広域災害情報システムについては、災害時における医療救護活動に必要な情報の収集提供を行うシステムとして、平成11年10月に運用を開始し、厚生労働省や全国の府県とのネットワーク化が図られている。

平成12年3月31日に有珠山が23年ぶりに噴火し、地域の多数の住民が長期に渡り避難生活を余儀なくされたところであるが、保健所に医療救護センターを設置して医療救護班等の派遣、また、大規模災害を想定したトリアージや広域搬送の体制づくりなどの一連の災害時医療対策は、高く評価される場所である。

近年、自然災害が多発しているのに加え、NBCテロ（核・生物・化学物質テロ）や毒物中毒事件なども発生している中で、国においては、有識者による検討会議を設置して災害時医療のあり方について検討を行い、平成13年6月に「災害医療体制のあり方に関する検討会報告書」を示したところである。

また、平成11年の茨城県東海村のウラン加工施設で発生した臨界事故を教訓として、原子力災害対策特別措置法が制定され、道においても、北海道地域防災計画（原子力防災計画編）の修正（平成12年10月）が行われているが、さら

に、現在、原子力安全委員会において、原子力災害に伴う緊急被ばく医療対策の抜本的見直しが進められているところである。

このような中、災害等により多数の患者が発生した時に備えた救急医療体制の充実を図るため、当面取り組むべき課題としては、次のものが掲げられる。

- ・ 起きうる可能性がある災害を想定した、地域毎の災害時医療体制の構築
- ・ 災害拠点病院の施設・設備の充実
- ・ 災害拠点病院を中心とした広域的な連携体制の強化
- ・ 医療情報の提供・共有化のための広域災害情報システムの活用体制の強化
- ・ NBC テロ、毒物中毒による多数の患者発生等の特殊災害に対応できる医療機能の整備
- ・ 保健所の情報収集体制及び調整機能の強化
- ・ 原子力災害時の緊急被ばく医療体制の充実

(3) 広域救急患者搬送体制

救急医療においては、救急患者を迅速かつ的確に救急医療機関に搬送することにより、救命率が大きく向上するため、救急搬送体制の整備は大変重要である。

円滑な救急搬送を行うためには、救急医療機関等の確保がまず第一であるが、広大な面積を有する本道の地域特性を考慮すると、航空機を活用した救急搬送が効果的である。

現在、北海道防災航空室の調整のもと、道の防災消防ヘリコプターの他、北海道警察、自衛隊、海上保安庁、札幌市の協力を得たヘリコプター等による救急患者の迅速な搬送が行われているが、その搬送件数は増加傾向にある。

また、国においては、事故・急病や災害の発生時に、消防機関・医療機関等からの要請に対し、医師が同乗して救急専用ヘリコプターで現場等に出動する、いわゆるドクターヘリの導入に向けて、ドクターヘリ調査検討委員会を設置し検討を行うとともに、平成11年10月から、東海大学医学部附属病院及び川崎医科大学附属病院の救命救急センターにおいて試行的な事業を実施し、平成12年6月に委員会の報告書が取りまとめられている。

この報告書においては、「ドクターヘリ事業は、搬送時間の短縮のみならず、救急現場から直ちに救命医療を開始し、高度な救急医療機関に至るまで連続的に必要な医療を行うことにより、救命率の向上や後遺症の軽減に大きく寄与することから、我が国においても、人命尊重の理念に沿ったドクターヘリ事業が実施されることを強く期待する。」としており、これを受けて、国は平成13年度から「ドクターヘリ導入促進事業」を創設して、全国の救命救急センターへの配置を進めている。

このドクターヘリが、その効用を最大限に発揮するためには、広大な面積を有

する本道において複数の整備が必要と考えられるが、その導入に当たっては、費用負担、駐機場所の確保、冬期間対策といった課題に加え、消防防災ヘリコプターとの役割分担など本道の実情にあった導入方策の検討を行う必要がある。

(4) 救急医学教育

救急医療は、地域における最も重要かつ基本的な医療の一つであり、全ての医療従事者は複数の診療科領域にわたる救急患者に対して迅速かつ的確な対応が常に求められる。

このため、救急医療に携わる医療従事者は、日頃から研鑽を重ねることが求められており、これに対応した研修内容の標準化や、救急医療体制の基盤づくりとも言える救急医療の生涯教育体制を地域単位で構築していく必要がある。

a 医師

医療の専門化が進む中、これまでも大学病院をはじめ厚生労働省、医師会等において、救急医療の教育・研修を行っているが、救命救急センターにおいて必要とされている日本救急医学会指導医、認定医等の救急専門医をはじめ、救急対応可能な医師の絶対数が不足していることから、その養成、確保を図るため、今後とも、卒業前及び卒業後の生涯にわたる臨床教育・研修を推進していくことが必要である。

b 看護婦

看護婦については、救急医療に携わる場合はもとより、患者の様態急変等の事態に適切に対応するため、救急医療に必要な看護知識と技術の習得が求められる。このため、救急医療に関する卒前・卒後教育の充実や生涯にわたる救急看護研修の充実を図る必要がある。

c 救急救命士

救急救命士については、救急患者に対して最初に専門的な救命処置を行い、医師に対して患者に関する情報を的確に伝えるという重要な役割を担っているが、本道においては、救急救命士の不足や運用体制の未整備から、救急救命士が搭乗する救急車の運用が行われているのは53消防本部で、さらに、24時間体制の運用を行っているのは30消防本部にとどまっている。

このため、救急救命士の配置の促進と知識・技術の向上を図るため、養成研修と資格取得後の生涯にわたる研修の充実を図る必要がある。

(5) 救急医療の財源

医療機関において適切な救急医療を提供するためには、必要な高度医療機器を備えるとともに、救急専門の医師や看護婦、検査技師等の体制を整え、さらに、救急患者のための優先病床又は専用病床を確保しておく必要があることなどから、救急医療は採算性を確保することが困難な医療分野である。

救急医療に係る診療報酬としては、基本診療料、検査、画像診断、処置及び手術等について、時間外、休日、深夜等の診療に対する加算制度があるほか、救急

医療管理加算、救命救急入院料等が設けられている。

また、公的補助等として、国、道及び市町村による各種の運営費や施設・設備費に対する補助制度があり、初期、二次、三次の各救急医療体制の確保対策として、国、道及び市町村から救急医療機関の運営費に対する補助事業を行っている。

(資料参照 (平成10年度分))

厚生省検討会提言では「国の役割は、高度な救急医療の提供を支援し、都道府県とともに時代の要請に対応した救急医療体制づくり及び地域格差の是正に努めることである。こうした役割分担に基づいて、救急医療財源措置を検討する必要がある。」とし、「初期救急医療体制の整備は、従来より、市町村事業として行われており、市町村がより責任を持って主体的に取り組むべきである。」、「二次救急医療体制については、都道府県が主体となって事業を推進するとともに、必要に応じ国の指導と助成が行われるべきである。」とされている。

今後とも、採算性の確保が困難な医療分野である救急医療体制を構築するため、国に対し、診療報酬制度のより一層の充実や国庫補助制度の拡充について働きかけるとともに、道や市町村においても、厚生省検討会提言を踏まえ、その役割分担を明確化しながら、一層の支援を行う必要がある。

特に、初期救急医療体制の確保に係る在宅当番医制事業等に対する支援については、市町村により負担の有無があるとともに、負担の程度についても格差があることから、救急医療機関の運営実態の的確な把握に努めるとともに、適切な負担のあり方について検討する必要がある。

Ⅱ 今後の救急医療対策の方向

Iにおいて述べた、本道の救急医療体制の現状と課題などを踏まえ、本道における救急医療体制の充実を図るため、今後、取り組むべき対策の方向について示す。

長引く景気の低迷により、国はもとより地方においても財政が厳しい状況にあるが、地域住民が安心して暮らせる社会を形成するために最も重要な事項の一つである救急医療体制を確保するため、国、道、市町村においては、その役割分担を明確にしながら、より一層の取り組みが行われるべきである。

また医療機関においても、機能の分担や病診(病)連携の強化を図り、道民の多様化する救急医療に対するニーズに的確に応えていくべきである。

1 救急医療体制の充実

(1) 初期から三次にわたる救急医療体制の充実

救急医療体制については、引き続き初期から三次に至る体系的な整備を進めるとともに、初期、二次及び三次の各救急医療機関の適切な機能分担と相互連携の推進を図り、地域の実情に応じた効率的な体制を構築するべきである。

a 初期救急医療体制

初期救急医療体制の確保については、住民に最も身近なものとして、地域においてきめ細かく対応する必要がある、市町村が主体となって取り組むべき事業である。

初期救急医療体制の柱となっている在宅当番医制について、未実施地域の解消など休日・夜間の救急医療体制の一層の強化に努めるとともに、休日夜間急患センターについても、医師、看護婦等医療スタッフの充実に努めるなど、整備の促進を図る必要がある。

このため、在宅当番医療機関のない市町村においては、その解消に向けて地域の医師会や医療機関との協議を行い、医療機関が少なく当番制を組めない地域は広域的な連携による体制確保に取り組むとともに、道においてもこれらの取り組みに対して、必要な支援を行うべきである。

また、初期救急医療体制を見直す中では、住民にとってわかりやすく利用しやすい固定した施設による体制、いわゆる拠点方式（共同利用）についても検討されるべきである。

さらに、地域によっては在宅当番医制に係る医療機関情報の周知が十分でなく、住民にとって分かりにくいものとなっている面も見受けられることから、市町村において積極的な広報に努めるとともに、北海道救急医療・広域災害情報システムについても、提供情報・案内の地域差の是正に努めるべきである。

b 二次救急医療体制

24時間体制で救急医療を提供する医療機関が、日常生活圏に全道くまなく整備されることを目指し、病院群輪番制については、単一病院による実施地域

における参加病院の拡大などに努め、体制強化を図るべきである。

また、小児科や眼科、耳鼻咽喉科等においては、救急医療に携わる専門医師の数が少なく、特に小児科では救急患者の発生数に対して医師の不足が指摘されており、救急医療体制の確保が困難な状況にあるが、これらの特定診療科の救急医療体制についても、基本的には、地域において初期、二次、三次救急医療機関の機能分担に基づいて構築することが望ましい。

このため、それぞれの地域における医療資源の実情を踏まえながら、各医療機関の診療科の特色を生かした輪番制を組むことも推進すべきであり、特に、小児科の二次輪番制である小児救急医療支援事業については、当面、第三次保健医療福祉圏を単位に体制が組まれることを目指し、その実施地域の拡大に努めるべきである。

c. 三次救急医療体制

救命救急センターは、国の機能評価をもとに、機能の向上に努めるべきであり、救命処置終了後、円滑な転院が行われるための「後方医療施設」との連携や、長期在宅療養患者等の病状の急変に対し円滑に対応するための地域のかかりつけ医等との連携など、地域の初期、二次救急医療機関との連携強化を図るとともに、救急専門医など救急医療に携わる医療従事者の確保・充実や救急医療に携わる人材の養成及び研修の充実に積極的に取り組むなどして、高度な医療を総合的に提供していくべきである。

日常生活圏である二次医療圏において救急医療体制を完結することを目指すこととされているが、人口規模に大きな差がある二次医療圏を多く抱え、医療資源の地域偏在が大きい本道における救命救急センターの整備については、三次医療圏での整備を基本としつつ、その面積が広大であるといった地域事情も踏まえて、将来においては、既存センターの運営状況を考慮しながら、整備の拡大について検討するべきである。

なお、高度・専門的な救急医療を提供し、救急医学教育に取り組んでいる大学附属病院の救命救急センターとしての位置付けについても、検討されるべきである。

また、本道における高度救急医療体制を確立するため、全道域を対象として、広範囲熱傷、多発外傷、指肢切断などの特殊疾病患者を受入れ、高度、専門的な救命医療を行う高度救命救急センターを早急に整備すべきである。

高度救命救急センターの整備については、救急医療に係る高度・専門的な機能を備え、全道域を対象として多くの重篤救急患者を受け入れている札幌医科大学附属病院での整備が望ましいものと考えられる。

(2) 救急医療体制の一元化

住民や救急隊にとって分かりやすく、利用しやすい救急医療体制を構築するため、北海道保健医療福祉計画に記載する二次及び三次救急医療機関を救急省令に基づく救急病院（診療所）として認定・告示することにより、救急医療体制の一

元化を図るべきである。

このため、告示されていない二次救急医療機関あるいは二次・三次救急医療機関となっていない告示医療機関の解消に向けた取り組みを早急に進めるべきである。

(3) 医療計画への救急医療体制の確保に関する事項の記載

「北海道保健医療福祉計画」については、平成14年度に見直しが行われることから、この際に、休日・夜間診療等の救急医療の確保に関する事項を、二次医療圏毎の医療提供体制が明らかになるように定めることが必要である。

この計画への記載に当たっては、救急医療体制を日常生活圏である第二次保健医療福祉圏において完結することを基本としながら、地域の実情に即した救急医療体制のあり方を検討するため、包括的な協議や調整の場を早急に第二次保健医療福祉圏単位で設置し、地域毎の救急医療体制についての検討が行われるべきである。

(4) 二次医療圏における救急医療に関する協議機関の整備

二次医療圏毎に設置する協議機関については、「地域保健医療福祉推進協議会」が、この役割を果たしていくことが適当である。

しかしながら、この協議会の構成については、消防機関などの救急医療に関わる関係機関が含まれていない現状にあることから、必要な機関の参加や、既存の他協議会との連携を図るなどして、各二次保健医療福祉圏における救急医療体制のあり方、救急医療機関の確保、関係機関相互の連携等について協議する体制を構築するべきである。

2 救急医療に係る情報提供の充実

(1) 救急医療体制に関する情報提供

救急医療体制に関する必要かつ十分な情報を、地域住民に対し適切に提供する体制を構築すべきである。

平成11年10月に運用が開始された北海道救急医療・広域災害情報システムは、在宅当番医制に係る医療機関情報の提供が不足しており、地域によっては当番医療機関が住民にとって分かりにくいものとなっていることから、在宅当番医療機関情報が全ての地域において適切に提供されるように取り組むべきである。

また、医療機関の応需情報については、情報の信頼性を高めるため、的確な入力を促進する必要がある。当番医療機関情報の提供、応需情報入力への励行を補助金交付の要件として盛り込むことも一つの方策である。

一方、消防機関における情報の活用を促進するため、消防機関におけるインターネット接続環境の整備を推進するとともに、前述の第二次保健医療福祉圏単位で設置される協議会において、救急医療機関と消防機関との連携のもとに同システムの情報を救急搬送業務に有効に活用できる体制の構築について検討するべき

である。

さらに、同システムが住民にとっても、また消防機関にとっても分かりやすく利用しやすいものとなるよう、地域の意見やニーズの把握に努め、検索システムの等の改善や新たな分野の情報提供に取り組むべきである。

(2) 道民に対する救急蘇生法の啓発普及

バイスタンダーによる救命手当等の実施率を高めるため、医療関係者、保健衛生担当者、教職員等の指導的立場にある人はもとより、道民に対する救急蘇生法の普及を図るため、次の取り組みを進めるべきである。

- ・ 講習の受講対象者、講習方法、終了証の標準化や統一
- ・ 学校教育、運転免許の取得・更新時、地域、職場等における、繰り返し受講できるシステムの構築による、指導者の養成と組織内での普及活動の充実

これらの取り組みが効果的に推進されるよう、普及・啓発事業を行う各機関が連携を図り、連絡協議を行う全道的な場の設置についても検討されるべきである。

3. 災害時対応機能の強化

不測の事態が発生したとき、道民の生命と健康を守るために、防災関係機関や救急医療機関の緊密な連携のもとに、健康危機管理体制の確立を図るべきであり、災害により大量の傷病者が発生した場合にも、十分に対応できる救急医療体制が確立されるよう、次の取り組みを進めるべきである。

- ・ 起きうる可能性のある災害を想定した、地域毎の災害時医療体制の構築を目指し、過去(近時)に大地震が発生した地域及び活火山を抱える地域を主体に、広域災害が発生した場合の救急医療体制の確立に向けた協議組織の立ち上げと関係機関の連携強化と指揮命令系統、トリアージ、広域患者搬送体制などについての協議の促進
- ・ 災害拠点病院の施設・設備の整備の促進及び連携強化によるこれらの施設を効率的に運用するシステムの構築
- ・ 広域災害情報システムの活用による医療情報の提供・共有化のための訓練
- ・ NBC テロ、毒物中毒による多数の患者発生等の特殊災害に対応できる医療体制の充実
- ・ 保健所の情報収集体制や調整機能の強化
- ・ 原子力安全委員会の「原子力災害における緊急被ばく医療」の検討結果を踏まえた本道の緊急被ばく医療体制の充実

4 広域救急患者搬送体制の充実

救急医療における救命率の向上を図るため、救急患者を迅速かつ的確に救急医療機関に搬送するための、救急搬送体制の充実に努めるべきである。

救急需要の増加や多様化した道民のニーズに的確に応えるため、今後とも計画的に救急車の増強整備や、救急救命士の養成等により救急隊員の技能の向上を図るとともに、道民に対しても、適切な救急医療情報の提供に努めることや、救急車の適正な利用について積極的に働きかけ、救急搬送の適正化や効率化を図るための取り組みを進めるべきである。

円滑な救急搬送を行うためには、広大な面積を有する本道の地域特性を考慮し、航空機による救急搬送が効果的であることから、引き続き、北海道防災航空室の調整のもとに、道の防災消防ヘリコプターの他、北海道警察、自衛隊、海上保安庁、札幌市が連携した、ヘリコプター等による救急患者の迅速な搬送に努めるべきである。

また、国が推進しているドクターヘリ事業の道内救命救急センターへの導入については、三次医療圏が広大であることや、冬期間における降積雪への対応の必要性など、本道特有の地域事情を踏まえながら、現場において治療を行うことにより、救命率の向上や後遺症の軽減を図るといったドクターヘリ本来の効用が発揮できるよう、本道における導入のあり方について、積極的に検討を進めるべきである。

その際、費用負担、医療スタッフや駐機場の確保など、直接的な課題に加え、現在、広域搬送を担っている防災消防ヘリコプターや、救急医療の一翼を担っている高規格救急車やドクターカーとの関連性についても検討する必要がある。

5 救急医学教育の充実

救急医療に携わる全ての医療従事者が、複数の診療科領域にわたる救急患者に対して常に迅速かつ的確に対応出来るよう、医療従事者の質の向上のため、研修内容の標準化や、救急医療体制の基盤づくりとも言える救急医療の生涯教育体制の構築を地域単位で進めるべきである。

なお、救命救急センターは、医学生、臨床研修医、医師、看護学生、看護婦(士)及び救急救命士に対する救急医療の臨床教育の充実に努めるべきである。

医師については、救急対応可能な医師の養成・確保のため、大学病院等において、今後とも、次の取り組みを進め、卒業前及び卒業後の生涯に渡る救急医療の臨床教育・研修を推進していくべきである。

- ・ 大学医学部における救急医学講座の整備など、卒前教育及び卒後臨床研修の充実による救急医学教育の推進
- ・ 地域医療支援病院、地域センター病院などが、地域の研修機関としての機能を積極的に担う

- ・ 救急救命士の特定行為に対する指示のあり方、災害時の救急医療対応、地域救急医療体制の円滑な運営など、救急医療の実態をよく理解し、地域の救急医療体制を向上させる教育プログラムの実施

看護婦については、救急医療に必要な看護知識と技術の習得を図るため、次の取り組みを進めるべきである。

- ・ 看護学校の教育カリキュラムに心肺蘇生法等を導入するなど、救急医療に関する卒前・卒後教育の充実
- ・ 救急患者を取り扱う全ての医療機関で働く看護婦を対象とした、生涯にわたる救急看護研修
- ・ 救命救急センター等で救急医療に従事する、専門的な研修を受けた看護婦の養成
- ・ 日本看護協会の認定看護婦等による救急看護指導者の養成

救急救命士については、運用体制が未整備である消防機関に対する救急救命士の配置の促進と、救急救命士の知識・技術の向上を図るため、次の取り組みを進め、養成研修と資格取得後の生涯にわたる研修の充実を図るべきである。

- ・ 高度な救急活動体制を維持・向上させるための、救急救命士養成の積極的推進及び病院実習の充実
- ・ 豊富な経験を持ち、指導的役割を果たす救急救命士の養成
- ・ 一定期間毎に行う病院実習・学校教育による、生涯にわたる救急救命士としての知識・技術の評価・検証と向上

む す び

救急医療は、社会環境や疾病構造の変化等と密接に関連し、近年ますますその重要性が高まっており、道民のニーズも年々増加するとともに多様化、高度化している。

本委員会では、厚生省検討会提言による、将来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の基本的な方向性や、医療法の改正によって、救急医療の確保に関する事項が医療計画の必要的記載事項とされたこと、消防法に基づく救急病院等を定める省令の改正などの一連の法令整備等の動向も踏まえ、本道の広域性や地域間格差等の地域特性を配慮した「本道における今後の救急医療体制のあり方」について取りまとめを行った。

日常生活圏である第二次保健医療福祉圏において救急医療体制を完結することを目指し、初期、二次、三次救急医療機関の機能分担に基づき、地域の実情にあわせた効率的な体制を構築するため、第二次保健医療福祉圏毎に協議機関を設置して検討を行い、救急医療の確保（救急隊の搬送先を含む）に関する事項を平成14年度に見直しが行われる北海道保健医療福祉計画に記述するとともに、こうした救急医療体制に関する情報が広く適切に地域住民に提供されるよう、取り組みを進めるべきである。

さらに、本報告書においては、災害時の救急医療体制、広域救急患者搬送体制の整備及び救急医学教育の充実などの問題に対しても早急に取り組むべき方向性を示した。

北海道、市町村（消防機関）、医師会、医療機関等の関係機関が、密接な連携と協力のもとに、本道における救急医療体制の充実に向けて、より一層の取り組みを図ることを、本委員会として強く期待するものである。