

平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

研究課題：救急医療体制の推進に関する研究（研究代表者 山本保博）

分担研究報告書

救命救急センターの現状と評価に関する研究

研究分担者 坂本哲也 帝京大学医学部救急医学
研究協力者 森村尚登 東京大学医学部救急医学
藤田 尚 帝京大学医学部救急医学
片山洋一 札幌医科大学医学部救急医学講座
田邊晴山 救急救命東京研修所

研究要旨

（背景・目的）厚生労働省は平成 11 年より施設ごとの充実度評価を開始した。これは、各施設の前年の体制や診療実績を点数化し、充実度段階 A・B・C として 3 段階に区分するものである。本研究は、一般に公表された充実度評価の施設ごとの詳細な情報を、経年的にとりまとめ分析を加え、もって全国の救命救急センターの現況を明らかにするものである。

（方法）これまで整備された救命救急センターについて、年毎の整備の状況、設立母体による整備の状況などについて調査した。また、平成 21 年より厚生労働省より各都道府県衛生主管部（局）長宛に通知された「救命救急センターの新しい充実度評価について」に基づいて、平成 29 年に行われた調査（平成 28 年 4 月から平成 29 年 3 月までの実績）について、評価項目ごとに結果の概要を取りまとめた。

（結果）①救命救急センターの整備の状況

昭和 52 年より平成 28 年 4 月までに、284 施設（6.7 施設／年）（前年比＋5 施設）の救命救急センターが整備された。「救命救急センターの新しい充実度評価について」で評価を実施した施設に限る）平成 17 年ごろから高いペースでの増加が続いている。

本邦の総人口を救命救急センター数で除した数値、つまり施設あたりの担当人口は、446,947 人であった。救命救急センターのうち、高度救命救急センターに位置づけられているのが 38 施設（13.4%）（前年比＋2 施設）であり、地域救命救急センターとして位置づけられているのが 16 施設（5.6%）（前年比＋1 施設）であった。また、ドクターヘリが配備されている施設が 51 施設（18.0%）であった。前年比で 1 施設増加した。

各施設の年間に受け入れた重篤患者数は、平均 988 人（最大 4,031 人、最小 144 人）であった。各施設の年間に受け入れた救急車搬送人員は、平均 4,779 人（最大 13,108 人、最小 824 人）であった。

（考察）救命救急センターは、さらに増加し 284 施設となっている。救命救急センターの量的なあり方についての早急な検討が必要である。本年度は、すべての施設が A 評価となった。このような状況を踏まえて厚生労働省は、新しい救命救急センターの評価方法について全国に通知した。今後は、改定された評価方法での評価が実施されることになる。新しい評価方法でも、充実段階評価の結果が、その施設の診療報酬や補助金の額に反映される仕組みとなる。公金に関係する以上、その評価の適切性については十分に担保される必要がある。具体的には、ピアレビューの実施、所管の消防機関による評価の検証、第三者や厚生労働省等による評価の検証などが検討の対象となる。

（結語）救命救急センターの評価結果をもとに、全国の救命救急センターの状況を明らかにした。

A. 背景・目的

(救命救急センターの整備の経緯)

本邦の救急医療体制の本格的な整備は、昭和39年の救急病院・救急診療所の告示制度の創設にはじまる。昭和50年からは、三次救急医療機関としての救命救急センターの整備が国、地方自治体により開始され、昭和52年より、全国において初期・二次・三次救急医療機関の階層的な整備が続いた。

三次救急医療機関については、当初、量的な目標として、概ね100万人に一か所を目処に整備が進められた。その後、着実と施設が増加し、現在では全国に284施設(平成29年3月31日現在)、人口約44.5万人あたり1か所の認定がなされている。

(救命救急センターの評価制度の開始)

救命救急センターの量的な充実とともに、平成10年頃より各施設の質的な充実が求められるようになった。厚生労働省は平成11年より施設ごとの充実度評価を開始した。これは、各施設の前年の体制や診療実績を点数化し、充実度段階A・B・Cとして3段階に区分するものである。当初の評価項目は、施設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、専任医師数といった診療体制が中心であった。充実度段階は公表され、また、それが各施設に対する運営費補助金や診療報酬の加算に反映される仕組みとなっていた。そのこととも相まって高評価を得ようとする施設の取組が促進され、開始当初は充実度の低い施設もあったものの、平成18年度よりすべての施設が最高段階の評価を得るに至った。

(救命救急センターの評価の改定)

全施設が最高段階の充実度を得るに至った状況を踏まえて、救命救急センターの一層の質的向上を図るために、厚生労働省は「救急医療の今後のあり方に関する検討会」での議論の後、充実度の評価方法を新たなものに改訂した。その際、「救命救急センターの機能、質の向上のための取組等について国民の理解を深めるために、これらの評価結果については、今後、できる限り詳細な情報を公表していく」という提言がなされた。(「救急医療のあり方に関する検討会 中間とりまとめ」)

(目的)

この研究は、この提言に沿って一般に公表された新しい充実度評価の施設ごとの詳細な情報を、経年的に

とりまとめ分析を加え、もって本邦の救命救急センターの現況を明らかにするものである。

B. 研究方法

①全国の救命救急センターの状況について

これまで整備された救命救急センターについて、年毎の整備、設立母体による整備の状況などについて調査した。

また、「救命救急センターの新しい充実度評価について」(厚生労働省医政局指導課長通知)に基づいて、平成29年に実施された評価(平成28年4月から平成29年3月までの実績)について、評価項目ごとに結果の概要を取りまとめた。

なお、本調査は、経年的に実施しているものであり、調査の目的、方法などはおおむね前年を踏襲している。

C. 研究結果

①全国の救命救急センターの状況について

<救命救急センターの整備の状況>

昭和52年より平成29年4月までに、284施設(6.7施設/年)(前年比+5施設)の救命救急センターが整備された。「救命救急センターの新しい充実度評価について」で評価を実施した施設に限る)平成17年ごろから、高いペースでの施設数の増加が続いている。本邦の総人口を救命救急センター数で除した数値、つまり施設あたりの担当人口は、446,947人となる。

救命救急センターのうち、高度救命救急センターに位置づけられているのが38施設(13.4%)(前年比+2施設)であり、地域救命救急センターとして位置づけられているのが16施設(5.6%)(前年比+1施設)であった。また、ドクターヘリが配備されている施設が51施設(18.0%)であった。前年比で1施設増加した。8年間の推移を**図表1**としてまとめた。

都道府県別施設数でみると、東京都(26施設)、愛知県(22施設)、神奈川県(19施設)、大阪府(16施設)の順に多く、秋田県、山梨県で少なく1施設であった。都道府県あたり平均6.0施設が整備されていた。これを人口比でみると、島根県、佐賀県、高知県、徳島県、山口県の順に人口あたり施設数が多く、秋田県、埼玉県、山梨県、熊本県の順に人口あたり施設数が少なかった。また、面積比でみると、東京都、大阪府、神奈川県、愛知県、千葉県の順に面積あたり施設数が多く、秋田県、北海道、岩手県、山梨県の順に面積あたりの施設数が少なかった。

<救命救急センターの評価結果の概要>

284 施設のうちで、評価Cが0施設（前年0施設）、評価Bが0施設（前年0施設）あった。すべて評価Aであった。評価の合計点と正項目の点数の6年間の推移を図表2としてまとめた。

<救命救急センターの充実度評価項目ごとの状況>

項目ごとに、全施設、地域別（北海道・東北、関東、東海北陸、近畿、中国四国、九州・沖縄）、設立主体別（大学、国立、公的、自治体立、民間等）、施設の属性別（一般の施設、所管人口の少ない（30万人未満）施設、所管人口が少なくかつ、遠方まで別の施設がない施設）での状況を明らかにした。

項目ごとにみると、各施設の専従医数は、平均9.7人（最大48人、最小0人）であった。各施設の専従医数にしめる救急科専門医数は、平均5.2人（最大18人、最小0人）であった。休日及び夜間帯における医師数は、平均4.5人（最大18人、最小1人）であった。

各施設の年間に受け入れた重篤患者数は、平均988人（最大4,031人、最小144人）であった。平均値は、2か年連続で減少していたが、今年度は上昇に転じた。各施設の年間に受け入れた救急車搬送人員は、平均4,973人（最大13,108人、最小824人）であった。これらの経年的な状況を図表3に示す。また、各施設の状況を図表4に示す。また、ほかの調査項目の詳細を、「救命救急センターの現況」（別添）に示す。

D. 考察

1. 救命救急センターの整備の状況

救命救急センターは、本年度さらに5施設増加し、6年間で29%増となっている。救急車によって搬送された重症傷病者数（死亡も含む）は、近年減少傾向であることを考えると、救命救急センターは、対象とする傷病者ののびを上回って整備されたことになる。

施設数の増加はアクセスの改善につながる一方で、全体の傷病者数が増えなければ、一施設で受け入れる重症患者数の減少につながる。実際に今回の調査では、2か年連続して、一施設あたりに受け入れる重症（重篤）患者数が減少した。一施設あたりの経験数の減少が診療の質につながるとすれば、それは憂慮されることである。救命救急センターの量的なあり方についての早急な検討が必要である。

2. 評価方法の見直し

本年度は、すべての施設がA評価となった。このような状況を踏まえて厚生労働省は、第12回医療計画の見直し等に関する検討会、第59回社会保障審議会医療部会において新たな評価方法について検討を行い、平成30年2月16日に新しい救命救急センターの評価方法について全国に通知「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（厚生労働省医政局地域医療計画課長通知 平成30年2月16日）した。今後は、改定された評価方法での評価が実施されることになる。

3. 評価の適切性の向上

救命救急センターの充実段階評価は、基本的に自施設の状況についての自己評価の結果を報告するものである。従って、その評価が適切になされているかは基本的に施設に任されており、性善説に立った仕組みだと言える。

しかしながら、ここ数年の評価の実態を見てみると、重篤患者の受け入れ数を所管人口当たり換算した数値（図表4）などを見ると一見達成困難とも考えられる数の報告も散見される。充実段階評価の結果はその施設の診療報酬や補助金の額に反映される仕組みにもなっている。公金に関係する以上、その評価の適切性については十分に担保される必要がある。

評価の適切性を向上させる具体的な取り組みとしては、次のようなものが考えられる。

①ピアレビューの実施

同県内や近隣の施設の管理者同志で、評価の適切性についての相互確認を行う。ピアレビューを実施していること自体を評価の項目に含める。または、今回新たに制定されたS評価を受ける前提とする。

②所管の消防機関による評価の検証

救命救急センターの位置する地域を所管する消防機関に評価の適切性について確認を求める。

③第三者や厚生労働省等による評価の検証

かつては厚生労働省の担当課が、救命救急センターのホットラインに電話をかけるなどして電話の応需状況を検証するなどの取り組みが行われていた。厚生労働省が直接行うかどうかは別として、各項目を詳細に確認する必要があることを示すことが評価の適切性を高めるであろう。

E. 結論、おわりに

救命救急センターの評価結果をもとに、全国の救命救急センターの状況を明らかにした。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権

なし

H. その他

当研究の成果が、厚生労働省の第12回医療計画の見直し等に関する検討会、第59回社会保障審議会医療部会において活用された。