

平成 30 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）

平成 28 年～平成 30 年度

総合分担研究報告書

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 年より救命救急センターの施設ごとの充実度評価を開始した。各施設の前年の体制や診療実績を点数化し、充実度段階に区分し、公表し、その区分を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である。本研究は、一般に公表された救命救急センターの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、厚生労働省の実施する救命救急センターの充実度評価（平成 28 年から平成 30 年）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）昭和 52 年より平成 31 年 3 月までに、289 施設（6.7 施設／年）（3 カ年で+18 施設）の救命救急センターが整備された。平成 17 年ごろから高いペースでの増加が続いている。施設あたりの担当人口は、436,782 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 42 施設（3 カ年で+8 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（3 カ年で+5 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 53 施設であった。3 カ年で+8 施設増加した。

各施設の年間に受け入れた重篤患者数は、平成 30 年調査において、平均 1,044 人（最大 3,067 人、最小 123 人）であった。平均値は、過去最大であった。各施設の年間に受け入れた救急車搬送人員は、平均 5,348 人（最大 18,402 人、最小 808 人）であった。

（考察）救命救急センターは、さらに増加し 289 施設となっている。施設数の増加は、それが分散して設置されれば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。一施設あたりの経験数の減少が診療の質の低下につながるるとすれば、施設の増加は、アクセスの改善と質の低下とのバランスの中で考慮する必要がある。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。

平成 30 年実績の調査は、平成 30 年に評価基準が改定されての一度目の調査であった。この変更は、「救急医療体制等のあり方に関する検討会」、「医療計画の見直し等に関する検討会」等での議論を踏まえて行われたものである。今回新たに位置づけられた S 評価に、68 の施設が該当した一方で、前回は該当施設がなかった B 評価に 4 施設が該当した。B 評価で求められる水準が上昇したことによる影響と考えられる。

（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 3 カ年に渡り明らかにした。

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1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289施設(平成31年3月31日現在)、人口約43.6万人あたり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、平成21年に充実度の評価方法を新たなものに改訂した。さらに、平成30年には、「救急医療体制等のあり方に関する検討会」、「医療計画の見直し等に関する検討会」等での議論を踏まえて、2度めの改正を行った。充実度段階には、A・B・Cに、最上位の評価として、Sが加わった。なお、平成21年の改定の際には、「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ている。「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28年～平成30年に実施された評価について、評価項目ごとに結果の概要を取りまとめた。

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31年4月までに、289施設(3カ年で+18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、436,782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42施設(3カ年で+8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(3カ年で+5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53施設であった。3カ年で+8施設増加した。2010年からの9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(23施設)、神奈川県(21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6.1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、神奈川県、大阪府、愛知県、千葉県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>

平成30年より新たな評価基準で充実度段階が公表され、289施設のうちで、評価Cが0施設（基準改定前0施設）、評価Bが4施設（基準改定前0施設）あった。評価Aが217ヶ所（基準改定前284施設）、S評価が68ヶ所（基準改定前にはなかったカテゴリー）であった。

<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（一般の救命救急センター、地域救命救急センター）での状況を明らかにした。

項目ごとにみると、平成30年調査において、各施設の専従医数は、平均10.4人（最大43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5.5人（最大19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5.3人（最大23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1,044人（最大3,067人、最小123人）であった。平均値は、過去最大であった。各施設の年間に受け入れた救急車搬送人員は、平均5,348人（最大18,402人、最小808人）であった。これらの経年的な状況を図表2に示す。ほかの調査項目の詳細を、「救命救急センターの現況」（各年度の報告書の別添）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、3カ年で18ヶ所増加し、2010から8年間で68施設、30%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、それが分散して設置されれば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。一施設あたりの経験数の減少が診療の質の低下につながるとすれば、施設の増加は、アクセスの改善と質の低下とのバランスの中で考慮する必要がある。

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

平成30年実績の調査は、平成30年に評価基準が改定されての一度目の調査であった。この変更は、「救急医療体制等のあり方に関する検討会」、「医療計画の見直し等に関する検討会」等での議論を踏まえて行われたものである。今回新たに位置づけられたS評価に、68の施設が該当した一方で、前回は該当施設がなかったB評価に4施設が該当した。B評価で求められる水準が上昇したことによる影響と考えられる。

3. 評価の適切性の向上

救命救急センターの充実度段階評価は、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。その評価が適切になされているかについては、都道府県に確認が求められている。

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で換算した数値などを見ると一見達成困難とも考えられる数の報告も依然、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と従来から指摘してきた。平成30年の評価方法の見直しとともに、評価の適切性を向上させる仕組みの導入を期待したが、大きな変化はなかった。今後は、これらの実行がなされることが期待される。

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。ピアレビューを受けることを、最高評価であるSを獲得する条件とするなどの取り組みが考えられる。

②所管の消防機関による評価の検証

新しい評価項目の中には、都道府県、消防本部、都道府県MCの協会等が評価する項目があるものの、項目数は全部で3項目に限定されている。救命救急センターの位置する地域を所管する消防機関等に評価の適切性

について確認を求めることは引き続き検討に値する。

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。

図表 1

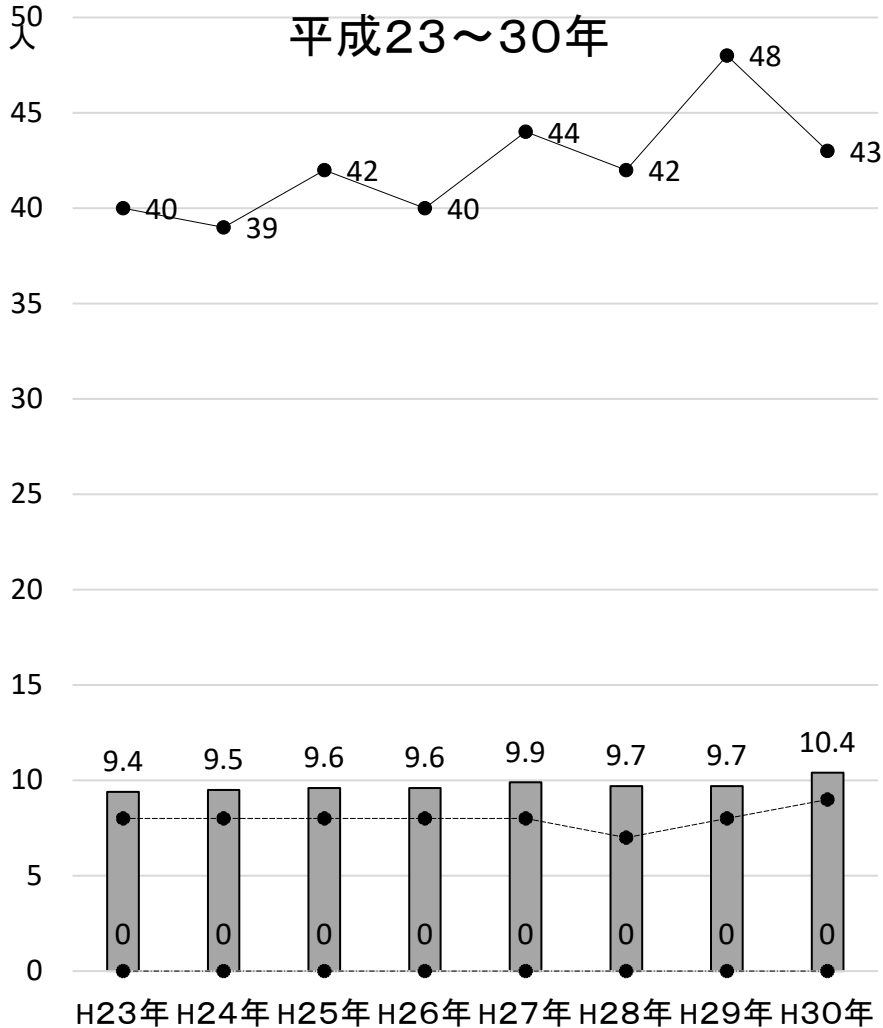
救命救急センターの整備の状況

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	8年の 変化
	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	
救命救急 センター	221	244	246	259	266	271	279	284	289	+ 68
(人口100万人あたり)	1.7	1.9	1.9	2.0	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	+ 1
(1施設あたりの人口)	579,185	524,590	518,565	491,710	478,563	468,940	455,538	446,947	436,782	-142403
(都道府県あたり)	4.7	5.2	5.2	5.5	5.7	5.7	5.9	6	6.3	+ 2
高度救命センター	24	27	28	29	32	34	36	38	42	+ 18
地域救命センター	2	5	6	9	10	11	15	16	16	+ 14
ドクターヘリ施設	24	26	34	42	43	45	50	51	53	+ 29

図表 2-1

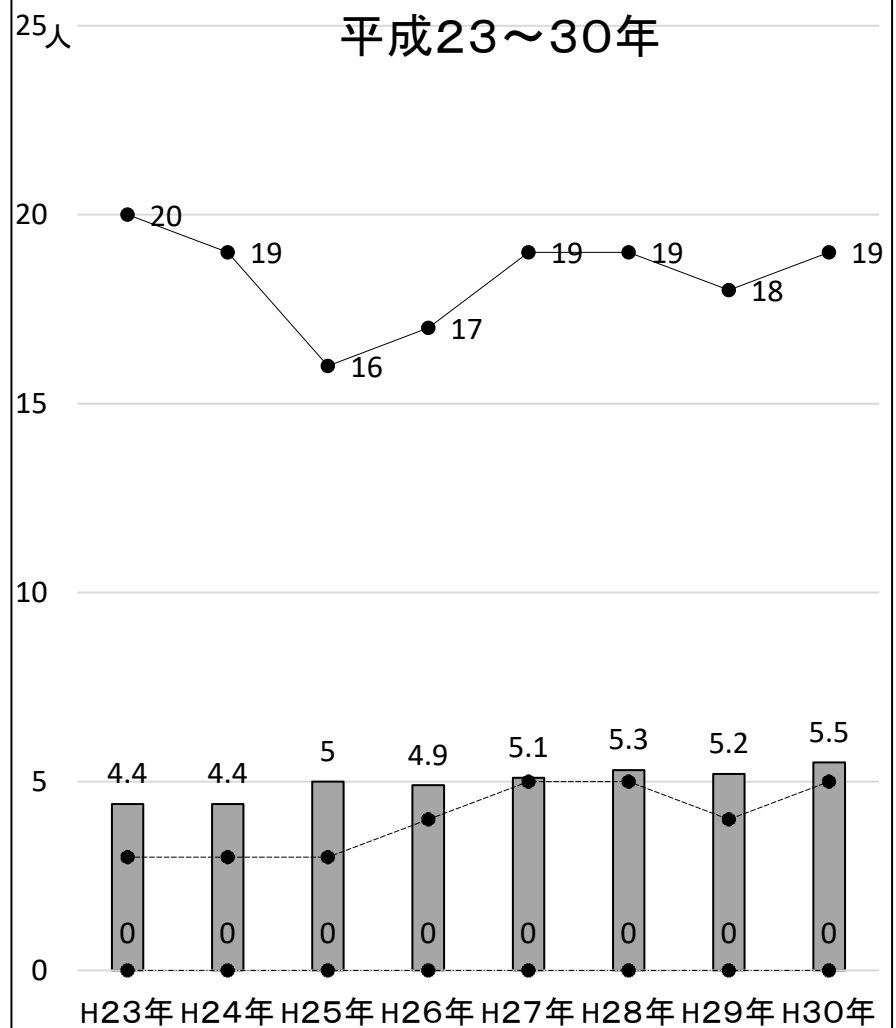
救命救急センターの充実段階の評価

専従医師数(6年間の推移)
平成23~30年



平均 中央値 最小 最大

救急科専門医数(6年間の推移)
平成23~30年



平均 中央値 最小 最大

図表 2-2

救命救急センターの充実段階の評価

