

救急医療体制整備に関する提言

平成21年3月

三重県議会

救急医療体制整備に関する提言

平成21年3月6日
三重県議会救急医療体制調査特別委員会

(はじめに)

県内の救急医療の現状は、1次(初期)、2次の救急医療について、医師不足等の理由から、その体制維持が困難となっている地域が増加しています。3次救急についても、中勢伊賀保健医療圏に救命救急センターが設置されておらず、県央部の救急医療体制の強化が課題となっています。

このようなことから、県議会としても、県民が安心できる救急医療を志向し、現場の意見を踏まえた抜本的な対策を検討することを目的として、本年度、救急医療体制調査特別委員会を設置したものです。

本特別委員会においては、平成20年7月に、参考人として地域の医師会や救急告示病院の代表者から意見聴取する委員会を開催するほか、県内調査として、三重大学医学部附属病院などの救急告示病院や伊賀市消防本部を訪れ、救急医療や救急搬送の現状や課題について調査しました。さらに、県外調査として、多くの離島や山間地を抱える長崎県のドクターヘリの活用状況について調査を行ったところであります。

こうした県内外の調査結果や、救急医療の現状や課題を踏まえ、その在り方について議論を重ねた結果、本特別委員会として一定の結論を得ましたので、次の項目について提言します。

救急医療の体制づくり

基本認識

地域の住民が安心して生活を送るためには、地域医療、とりわけ、緊急

時に命を救うための医療提供体制の確立が極めて重要です。このため、軽症患者に対応する救急（1次救急）、入院を要する救急（2次救急）、重篤な患者を扱う救急（3次救急）の役割分担に基づく体系的な体制整備が進められてきたところであり、1次から3次の救急医療体制の強化と緊密な連携が求められています。

しかし、近年、地域の医師の不足や偏在が顕在化し、特に、勤務医不足から、小児科、産婦人科など特定の診療科の縮小・廃止に加え、脳神経外科や麻酔科の医師不足も深刻であり、救急医療体制の維持・確保が困難な地域もでてきました。

さらには、軽症患者が休日や夜間などの時間外に救急外来で受診する、いわゆる「コンビニ受診」の増加により、救急医療の機能不全に拍車をかける結果となり、救急医療に対して「誰も責任を持たない。持てない。」といった状況に陥っています。

このようなことから、1次から3次の救急医療について、県のリーダーシップの下、県内の医療資源の有機的な連携・活用を促進し、有効な支援や調整に努めるなど、県民にとって安心できる、一体的な体制整備に、責任を持って取り組むべきものと考えます。

実現・推進すべき事項

1．自治体病院等のネットワーク化など救急医療体制整備

慢性的な医師不足が続く中で、地域の医療機関の役割分担、機能集約が求められていることから、県が中心となり、大学病院等との連携の下、民間病院も含めた各地域内の自治体病院等のネットワーク化を進め、医療資源の適正配置など、各保健医療圏単位での救急医療体制整備に向けた取組に努めること。

なお、二つのサブ医療圏（伊勢志摩・伊賀）の医療体制の維持についても十分留意すること。

2. 1次救急医療の体制づくり

(1) 応急診療所等の体制整備

県内の1次救急の状況は、医療体制が十分に確立されていない地域があるほか、市町が運営する応急診療所等も診療提供体制が必ずしも万全でなく、十分な体制づくりや適切な医療処置が行えないものも見受けられることから、地元医師会との調整を行うとともに、必要な医療器材整備の助成を検討するなど、市町が運営する応急診療所等の体制づくりに対し支援を行うこと。

(2) 小児救急医療の体制整備

1次救急医療で問題となる小児救急について、現在取り組まれている「みえ子ども医療ダイヤル#8000」の開設時間を段階的に拡大し、24時間体制を整備するとともに、知識や経験の豊かな医療関係者等を確保するなど、相談業務の質の向上に留意すること。なお、市町や三重大学等関係機関との連携の下、将来的に、1保健医療圏内で最低1ヵ所程度、小児の1次救急医療の24時間体制確保に向けて努力すること。

3. 2次救急医療の体制づくり

(1) 県の責任に基づく2次救急医療の体制整備

地域における2次救急医療については、医師不足の影響により、病院の診療機能の縮小や輪番制の協議が難航するなど、救急医療体制の維持が困難な状況に直面しています。

とりわけ、病院の輪番体制の整備は、複数の市町や公立・民間病院等を含んだ取組となり、市町の調整には限界があることから、県が中心となって、体制維持のため医師確保対策に取り組むとともに、2次(医療)は市町、3次(医療)は県といった責任分担ではなく、地域の救急医療体制確保に対し県が責任を持って、病院の指定、確保等地域の実情を踏まえた調

整を行うこと。

また、県におかれては、現在、地域ごとに救急医療の現状や課題について、関係者が協議し、検討・検証する場づくりを進めているところですが、単に意見交換、情報共有といったことに止まることなく、今後、関係機関との連携の下、県が中心となって、検討・検証結果を政策形成にフィードバックするなど、諸課題の具体的解決策を検討すること。

(2) 救急医療のバックアップ体制の確保・構築

ベッド満床や処置困難など当番病院の受入れ不能時には、市町との協力の下、県が責任を持って、バックアップ病院を確保するとともに、インセンティブを高めるために十分な補助を行うことや、各地域の輪番体制相互の連携など有効なバックアップ体制について検討すること。

(3) 県境を越えた救急医療（搬送）体制の整備

県境地域などでは、当該消防本部管外の他府県への救急搬送の方が早い場合も考えられるが、消防本部からの受入れ要請では限界があることから、近隣府県との連携の下、県境を越えた救急搬送が迅速に行える体制づくりに取り組むこと。

4. 3次救急医療の体制づくり

(1) 救命救急センターの整備推進及び人材確保

現在、三重大学医学部附属病院に設置が検討されている中勢伊賀保健医療圏をカバーする救命救急センターについて、今後とも整備推進に努めるとともに、地域の医師不足の状況に加え、大学病院の医師等医療スタッフも十分でないことから、今後、センターで医療に従事する医師・看護師等医療人材の確保策について検討すること。

(2) ドクターヘリの整備検討及び人材確保

現在、検討されている県内全域を対象とする県独自のドクターヘリについて、県内の状況を十分に勘案し、基地病院の選定を進めるとともに、前

述の救命救急センター同様、医療体制が厳しい中で、人的体制等の課題もあることから、周辺地域の医療機関との連携も視野に入れ、医師・看護師等の人材確保策を検討すること。

なお、県独自のヘリ導入検討と並行し、現在行っている和歌山、奈良との共同運航に加えて、他の近隣府県との効果的な協力体制構築の可能性も併せて検討すること。

(3) ドクターカーの整備検討

ドクターカーは、ドクターヘリ同様に人命救助に一定の効果があり、夜間や天候の影響で、ドクターヘリが使用できない場合、ドクターカーで補完することや、受入れ不能時の2次救急医療機関のバックアップ、さらには、災害発生時にも有効と考える。

については、ドクターヘリの整備と併せて、段階的な導入を検討すること。

救急医療を支える医師等医療人材の確保

基本認識

本県の人口10万人あたりの医師数(平成18年末)は、全国平均が206.3人に対し、三重県平均が177.9人と不足しているとともに、産婦人科、小児科、脳神経外科が全国で低位に位置しており、麻酔科医にいたっては全国で最下位となるなど、全国の中でも極めて厳しい状況となっています。

これらのことは、平成16年度から導入された医師の卒後臨床研修制度により、研修先を自由に選べるようになった結果、研修医は都市部へ集中し、地域の医師不足を招いているとの指摘もあります。

県内には、さらに医師不足が深刻な地域もあり、救急対応に支障が生じるなど、地域医療の維持が困難な状況に直面しています。

このようなことから、全県的な医師不足等、厳しい医療体制が続く中、現在、国で見直しが検討されている医師の卒後臨床研修制度について、地域間格差に配慮した内容となるよう、引き続き、国に強く働きかけるとともに、医師・看護師等の職員にとって魅力ある病院づくりや働きやすい環境整備に努めるべきものと考えます。

実現・推進すべき事項

1. 医師の確保

(1) 卒後臨床研修制度の見直し

医師不足の一因との指摘もされている卒後臨床研修制度について、地域間格差に配慮しつつ見直しを行うとともに、病院単位で定められている研修医定数について、都道府県単位等で地域配分を調整するよう、国に対して強く要望すること。

(2) 研修プログラムの充実

研修医が各病院で取り組む研修プログラムについて、画一的なメニューでなく、指導医の充実や認定医の取得などの内容充実のための支援に努めること。

(3) 勤務医の負担軽減と配置調整

医師不足から、過酷な労働環境に置かれている勤務医が、ゆとりを持って働けるよう、医療以外の分野で医師の日常事務をサポートする業務補助員の配置に対する助成を検討すること。

また、大学の医学部定員の増員計画が平成21年度から実施されるが、医師総数が増えるまでの間、病院間の医師配置の格差を解消するため、県が中心となって、医師の一時的な派遣等の調整を行うこと。

(4) 女性医師の就労環境の整備

女性医師は出産を機に離職してしまうケースが多く見られるため、復帰プログラムをさらに充実させるとともに、地域に夜間対応の保育所や病院

内託児所を設置して、早期復職を希望する女性医師の支援体制を充実させること。

また、県内の病院に勤務する女性医師から意見や要望を聞き取る場を設けるなど、女性医師の就労環境の改善につながる取組を行うこと。

2. 看護師及び助産師の確保

(1) 看護師の就労環境の整備

看護師の大半が女性であることから、前述の女性医師支援と同様に、病院内託児所等の整備や、復帰プログラムなど早期復職を希望する看護師の支援体制を充実すること。

なお、女性看護師の定着を図るとともに、男性看護師の育成・確保にも努めること。

(2) 助産師の活用

全体的に産科医が不足する状況がみられることから、産科医の負担軽減を図るため、助産師の育成、確保とともに、助産師外来、院内助産所の設置の促進に努めること。

関係機関（消防等）との連携と社会啓発

基本認識

救急医療には、医療サイドと消防サイドの緊密な連携と協力関係やリアルタイムで更新される正確な救急情報の収集・提供が必要不可欠です。さらに近年、単に救急搬送するのではなく、搬送中に応急処置を行う「病院前救護」の必要性が高まっています。

また、救急病院の「コンビニ受診」の増加により、その利用の適正化が求められるとともに、軽症患者の救急隊要請の増加に伴い、救急車が常に

出動中となり、重症患者への対応など本当に必要な時に利用できないなどの問題も生じており、適切な受診行動がとられるよう、住民の理解や協力も必要となっています。

このようなことから、医療と消防の緊密な連携の下、救急医療情報の精度向上や広域での一括管理、救急救命士の資質向上のほか、「コンビニ受診」や安易な救急車の要請を抑制するため、県民の適切な受診行動を啓発し、促進するべきものと考えます。

実現・推進すべき事項

1. 救急医療情報の精度向上と救急医療の広域搬送体制の整備

(1) 救急医療情報の精度向上と信頼性の確保

現在、運用されている医療情報提供システム「医療ネットみえ」について、県民向けの医療情報の内容の充実や精度向上に取り組むとともに、消防本部等関係者向けの救急医療情報の精度向上に努めること。特に、全国の先進事例の調査・検討や、各病院が情報管理担当者の配置に要した経費の一部の助成を検討するなど、県内救急告示病院等の医療対応情報の精度向上とシステムの信頼性を確保する取組を推進すること。

(2) 救急医療の広域搬送体制の構築

119番通報を受け、救急車が現場到着後、搬送先を決定するまでの間、長時間出発できないことがあるが、これは、救急隊が搬送先病院等を順次電話により確認・依頼していることが原因である。

バックアップ病院等の空き情報の確認は、救急隊以外の専門スタッフによる広域での一括管理が有効であると考えことから、前述の救急医療情報の精度向上とともに、最適な搬送先を瞬時に決定し、速やかな情報提供が可能な県単位での医療情報センター（救急指令センター）の整備検討など救急医療の広域搬送体制の構築を検討すること。

２．メディカルコントロール体制を支える救急救命士の資質向上

救急出動の際、医師との連携・協力の下、意志疎通が円滑に行われ、「病院前救護」の質が確保されるとともに、トリアージの精度が高まるよう、救急救命士の研修の充実など、さらなる資質向上に努めること。

３．適切な受診行動に向けた社会啓発

救急医療の体制づくりのためには、医療提供側の努力が必要なことはいうまでもないが、医師不足等の影響により、各地の救急医療体制の維持が困難となっていることから、医療を受ける側である住民（患者）の意識改革や協力を求めることも必要となっている。

病院の「コンビニ受診」の抑制や救急車の適切な利用方法などについては、今後、県と市町を中心に、関係機関との連携の下、医療を享受する住民（患者）に対し、正しい受診行動促進のための啓発・普及を徹底して実施すること。

以上