

前回頂いた主なご意見

※ 第4回WGにおいて出された主な意見を事務局において整理したもの

1. 救急医療機関の役割

【3次医療機関・2次医療機関の役割】

- 二次救急を担う医療機関では、救急医療だけを提供しているわけではなく、1つの医療機関で全てに対応することが現実的かどうかは地域によって異なるため、地域で今後どうあるべきかという発想が必要。初期・二次・三次という既存の建て付けは残したとしても、内容・役割は地域の実情に応じて考え、いくつかのモデル・パターンを厚労省で示すのがよいのではないか。
- 役割分担・連携という観点では、今回の新型コロナウイルス感染症対応の中でできた、医療機関の役割についての会議体や仕組みが活用できるのではないか。
- 三次救急に関しては、初期の目的は100万人に1ヶ所であったが、今は既に299ヶ所ある。これからの高齢者救急で果たして救命救急センターが必要なのか。三次救急は多発外傷とか交通事故の時代に考えて作られた組織であるため、救命・災害という面で必要性は認識している。二次救急から三次救急まで対応する病院がある地域もあるが、高齢者が増えるにつれて増加する脳梗塞、骨折、肺炎などの疾患は、都会では二次救急でほとんど診られている。高齢者救急の中においては、これから三次救急がどういう役割をするのかももう一度検証しないとイケない時期に来ているのではないか。
- 三次救急も重要だが、そこに人数を集めるよりも、やはり二次救急、初期救急等に職員を集めていかざるを得なくなってくるのではないか。三次救急をどんどん充実させていくことが本当にいいのかというところはしっかり議論していくべき。
- 高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加する中で、軽症・中等症というだけではなく、症状・症候・診断名不明確が増加している。重症が減っているというよりは、もともと複数の疾患を持っていて、たまたま新しい疾患等の発症によって救急搬送が必要になって搬送された場合に受け入れが困難となる、または診断自体が難しいケースが多い。障害者、高齢者施設、外国人、無保険、合併症、認知症などが救急の発端となった病気と別の理由で対応困難となる事例が多く、二次救急機関での受け入れが難しい場合は三次救急医療機関でバックアップしてもらおうことになる。重症だけではなく、多様化する複数疾患合併例または診断困難事例についての対応が課題ではないか。

1. 救急医療機関の役割

- 三次救急機関の件数の中に二次救急と思われる件数がかかなり含まれており、三次救急の病院に対しての負荷は、その二次救急の部分であるとするならば、救急としての搬送の仕分けの仕方が大事ではないか。
- 初期・二次・三次の救急医療機関の在り方については、都市部と非都市部では大きく違ってくる。重症者を含め幅広く救急患者を受け入れることに関しては下り搬送の促進が不可欠だが、現場で救急隊がいくら重症度を判断しても、病院に到着してみないと本当の重症度は分からないし、実際に重症であってもその患者が高度の医療を望むのか、あるいは無理のない医療を望むのかによって、その後の治療を高度な救急医療機関で行ったほうがいいのか、二次救急医療機関で行ったほうがいいのかも分からない。下り搬送は誰が担うのかが課題。通常であれば消防機関の本来の業務ではないため、病院間の搬送システムの構築と、病院間の日常の連携が必要ではないか。
- 三次救急医療施設の適応となるような重症患者の数からいって、これほど多くの患者を救命救急センターが重症患者として受け入れているというの少しデータがおかしいのではないか。このデータを基に救命救急センターの在り方や果たしている役割等を検討されるのは注意してほしい。
- 救命救急センターの充実段階評価の中で重篤患者数を出しているの、三次救急を要する患者をどうするかということに関しては、その数値を見るのがよいのではないか。
- 三次施設には財政的な補助がしっかりあるが、二次救急病院にはない。二次と三次の役割分担をしていくためには、補助金が出るのであれば、充実度を評価し、体制の整っている医療機関に何らかの財政的な支援をする等して、二次病院に対する何らかのインセンティブを与えるべきではないか。

1. 救急医療機関の役割

【人材の活用】

- 患者がいても医療者がいない。医療従事者をどうしていくのか、増やしていくのかどうなのか、しっかり考えていかないと、夢みたいなことを語っていたら絶対に無理である。本当に医療者がどれくらいいるのかと考えていかないと、医療は成り立っていかないのではないか。今後、医療従事者、特に医師・ナースがどういう人数になっていくのか、都道府県の医療従事者、少なくとも医師・ナースがどのような動態になっているのかというデータを出していただきたい。
- 救命救急センターの充実段階評価の結果を見ると、S評価をたくさん取っているような都市部に比べると、地方はS評価をほとんど取れておらず、救急医療に関して地域格差が大きいことを表している。働き方改革が地域格差を考えないで強行されると、医師不足の地域では救急の確保・維持ということが非常に難しくなるのではないか。
- 2024年の働き方改革の観点で、かなりの時間を外勤という形で二次救急医療機関の当直業務等をして地域の救急医療を支えているが、その労働時間を全部含めていくとかなり厳しい状況になっていく中で、総労働時間を減らしていくと、生産性をあげた医療をしていかなければならず、タスクシフト・シェアもあるが、やはり集約ということも考えていかざるを得ないのではないか。
- 「救急外来における医師・看護師配置に関する実態調査」の結果を踏まえて、専門性の高い看護師を含めた看護師の配置に関する基準等の議論をしていただきたい。

1. 救急医療機関の役割

【高齢者と救急医療】

- 2040年に向け、どのような疾患の救急患者が増えるかという予測データを地域に提供していくことが重要。予測データに即して、現時点で対応できる医療機関があるか、どのようなことに対応可能な医療機関が望ましいのかを地域医療構想や医療計画で考える必要がある。
- 地域医療構想というのは病棟単位だが、救急搬送するに当たっては、病院単位の発想に立つだろう。
- 在宅医療であれば主治医がいるが、高齢者施設だと囑託医がいないため、高齢者施設からの救急患者が一番の検討課題と考えられる。救急医療の関係者と地域包括ケアの関係者、特に介護保険施設や有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などをも含めた高齢者施設の関係者の連携が必要であり、救急医療の会議体と、地域包括ケアの会議体で、関係者がお互いの会議体に参加するなど、歩み寄りが必要である。
- 高齢者医療をどうするかというのが今後の救急のポイントであり、高齢者をどこで診ていくのかを検討すべきではないか。
- 高齢者が、入院ではなく、自宅または施設に移っているなか、救急搬送の依頼が増えているのは仕方のないことだが、救急車は依頼があるとそれを全て医療機関に搬送するということになる。在宅の段階でももう少し選別できるようにすべきではないか。
- 療養施設やホテルに医師が出向いて医療を行った実態もあり、救急診療所や在宅の救急医療といった活動も解決策の一つとして検討すべきではないか。
- 高齢者は、感染の流行状況といった条件によって医療側の対応が変わりやすい。安定化するためには、ACPを取っておくことも大事だが、初期の在宅、施設といったところで今後高齢者が増えていくのが現実であり、救急現場に近いようなところで救急にならないようにする必要があり、プライマリ・ケアを充実させていくことが大事ではないか。

1. 救急医療機関の役割

- 地域包括ケア病床などを持っているようなところは救急をやるのが義務づけられており、亜急性期をみるような救急という概念も今後は必要ではないか。
- 在宅医療の主治医がいて訪問診療を定期的に受けている患者は相談相手がいるが、介護施設では、何かあったら救急車を呼ぶように、連携している医師が指示しているところも少なくない。元の状態にならないと介護施設に戻れないとすると、急性期医療機関と介護施設の間で患者さんが宙に浮いてしまうことも多く、その連携を考えることが地域包括ケアの中でも重要ではないか。
- 在宅看取りについては、今後に向けて更なる体制の整備を目指していくべきではないか。
- 救急外来を受診し、入院せずに帰宅する患者、特に高齢者等に対しての体制構築が必要ではないか。3日以内の再受診患者の37%は再受診の予防が可能という報告もあり、帰宅後の症状悪化や病気を抱えて生活することへの不安から再度救急搬送を要請する患者も少なくないという報告もある。帰宅する高齢者に対して看護師が療養指導等を行い、さらに必要な患者については社会的リソースにつなぐ体制を構築していくことが、生活上または社会的な問題を解決し、地域における療養生活の継続を支援し、ひいては度重なる救急搬送を防ぐことにもつながるのではないか。

1. 救急医療機関の役割

【本人の意思に沿った救急医療】

- ACPは現場では判断できないため、医師や医療・介護スタッフのもとでご家族と一緒に考え、事前に共有しておくことが重要である。その中で、ICTを情報共有などに活用しているところもあり、そういった好事例を展開すべきである。
- ACPのうちでDNAR、つまり心停止時に心肺蘇生をしないということはごく一部の問題であって、肺炎になったら人工呼吸器をつけるかどうか、腎臓の機能が悪くなったら透析までするのかどうかなどを日頃から考え、いざ、その様な状況になったときに救急医療をどこまでするかは、単に心停止時に心肺蘇生をするかしないかということ以上に大きな問題である。
- かかりつけ医が出したDNARの指示書がいつまで有効なものなのかといったことを議論しないといけない。一定のルールやモデルを作る必要がある。
- 自宅にいる高齢者まで含めてしまうと進めていくことが難しいため、施設入所者、特に施設の管理者等、かかりつけ医、救急隊、受け入れ側の医療機関が一緒になってACPについて対応ができる体制をつくっていくことが必要ではないか。

2. 新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療

【体制整備】

- コロナの場合は、感染者などの数の変化と、変異株による質の変化が急激であったため災害的な側面をもたらすため、通常の救急医療への負担を考慮するとあくまで災害的なものとして、通常の仕組みに災害対応的な仕組みを上乗せするという考えが必要ではないか。
- 基本的にコロナ患者は、救急の診療科だけが診ればよいというのではなく、コロナの重症者に対応しつつも、日常の救急医療体制をどのように維持していくべきかを考えないといけない。
- 全ての医療機関が感染症に備えることが重要だが、急激に感染者数が増加するときには、大規模な感染症専門病院があることは地域にとって負担が減って、患者にとってもいいのではないか。感染症専門病院である程度急激に多くの患者が発生したときに吸収できるようなシステムがつかれないかどうか。そこで働く医師や看護師を普段から育ててキープしておくのはどうか。
- 地域によって感染症が災害レベルになるかどうかで、救急の対象になるかどうかという考え方になるのではないか。

2. 新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療

【人材育成】

- 人材の育成は重要だが、感染症対策の医療人材育成であり、必ずしも救急の課題ではないため、分けて考えるべき。
- 三次も二次も、日頃からの標準予防策としてICNを中心に感染対策がきちんと行われていた医療機関が対応していた面があった。重症例のための人材育成という面もあるが、むしろ救急患者を受け入れるときの感染対策をきちんとやれるために必要な人材を育成するということも述べておくべきではないか。
- 平時から重症患者対応が可能な看護師の育成は必要な議論ではないか。
- 第5波で重症患者があふれ、それまで人工呼吸器がついた患者を診たこともないような二次病院の看護師が人工呼吸患者を診なければいけない状態になってしまった。三次もしくは重症のコロナ患者を診る病床数が、結局は重症患者を管理できる看護師の頭数で決まってしまうため、ICUで働ける看護師を増やすことが重要ではないか。

【精神科における感染症対応】

- 精神科病院では、コロナで転院がほとんどできなかった。東大病院でさえ、精神疾患患者の受入病床は1床であった。精神科病院、いわゆる障害者施設等にどのようなサポートをしていくのか。感染症の専門医と感染症の専門ナースを送っていただいたら対応がかなり違うため、そのことも考えていただきたい。

3. その他

- 消防庁の集計における軽症は、気管支喘息で死にかけて本当に大変の状況でも、病院到着後に点滴を実施し外来で帰宅した方は軽症になる。中等症という中に重症患者も含んでおり、いろいろな症状の患者を含んだ、入院を必要とする患者であるという認識を持って対応すべきで、入院する患者は中等症、重症は3週間以上入院の患者であるという意味を取り違えないように認識して、救急に関して考えていかなければならない。
- 救急搬送患者の重症度の定義は救急医療で患者の緊急度・重症度を加味しながらいろいろなことを検討しなくてはならない。基礎データとなる救急搬送患者の重症度というのが、入院が3週間以上だと重症だとか、外来で帰れたら軽症というのは、ミスリードしてしまうと思う。実際の検討の上でそぐわないので、緊急度、重症度に合わせて分類できるように見直しをするべき。
- 千葉市のデータによると、コロナの搬送は全体の1割以下であり、コロナ以外の救急患者を日本はしっかり診られていたことを示すものであり、欧米と比較して日本がうまくいっていたことを示しているのではないか。