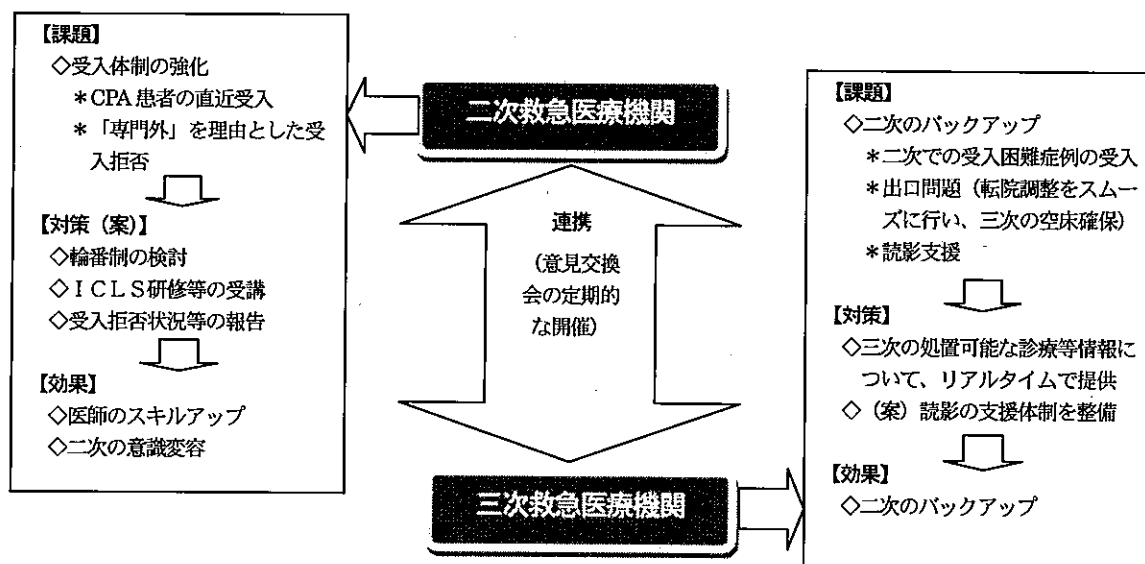


救急医療機関間の連携について



課題1. 二次救急医療機関（以下「二次」という）の受入体制の強化

【前回の県からの提案】

各地域での受入体制を強化するため、受入れ先が決定しない場合に一時的に患者を受け入れる二次を位置づけてはどうか。

- ・処置後、当該病院で対応できないと判断した場合、指定の三次救急医療機関（以下「三次」という）が必ず受け入れる。
- ・万が一、指定の三次が受入れできない場合、当該病院が残る2つの救命センターと受入調整をする。

【提案の主旨】

国の補助制度（搬送困難事例受入医療機関支援事業）を活用した二次の支援の検討を提案

*平成26年度 全国の事業活用状況については国で取りまとめ中

【提案に対する委員意見】

- ① 県医師会では、二次の応需体制や採算面から、県中央部での輪番制の必要性について検討している。
- ② 三次のバックアップが確約されていれば、二次も受け入れられる。それが確約されていない中では、受け入れを続けるのは難しい。
- ③ 救急医療は二次を中心にして考えていく必要があり、二次を三次がバックアップしていかなければならない。
- ④ 二次が断る理由を潰していくということが大事では。専門外という理由が多いが、症状によっては、受け入れるよりまず三次に行った方がよいという判断をする場合もあり、症状によっては三次がバックアップしてくれたら受け入れられる。

- ⑤ カウンターパート等は非現実的なのではないか。もっとやれることをやるのがよいのでは。三大疾病と多発外傷にポイントを絞って個別にできることから地域の医療機関と三次で一緒に考えていくのがよいのでは。

＜委員意見をふまえた対応及び今後の検討方向＞

- ・こうち医療ネットの改修により、三次の処置可能な診療等情報について、リアルタイムで提供していくこととしている。(H27～)
- ・受入拒否状況等の報告を求めることを救急病院の認定及び更新要件に定めて、(データ収集を行うとともに) 二次の意識変容を求めていくこととしてはどうか。
 - * 受入拒否理由が医師不在となっているケースがある
(H26.6 調査、受入拒否件数 13 件のうち、医師不在が理由 3 件)
- ・三次と二次の意見交換の場を設けてはどうか。
 - * 救急医療の現状、三次と二次の連携体制の必要性、担う役割等について
- ・病院によって診療科も限定されることが想定されるが、輪番制は有効か。
輪番制を導入するのであれば、診療科単位又は全科で体制をとるのか。

課題 2. CPA 患者の直近受入の支援

【前回の提案】

CPA 患者について、蘇生した場合は必ず三次が受け入れることを前提として、直近の二次で受け入れ、救急処置を徹底できないか。

【提案に対する意見】

- ① CPA 患者は、直近の二次で診てもらう必要がある。 そうでないと何故二次として手を挙げているのか、ということになってしまうのでは。
- ② 現時点で CPA 患者の受入れをしていない病院は、今後も新たに受入れをしないのでは。
- ③ 三次が快く受け入れるという姿勢があれば、二次も受入れようと言うふうになってくるのでは。
- ④ 高齢者の CPA 患者は今後確実に増えていく。三次ではできる限りの治療をせざるを得ないが、地域の病院なら患者への治療の必要性も十分理解しており、患者への必要な治療の判断ができるのでは。
- ⑤ 直近の二次で治療する方が良いため、もっと二次救命処置を地域の医師に普及させていくことが大事では。 心肺蘇生法や外傷研修を実施しているが、参加者が少ない。三次はバックアップすると言っているので、一定規模の病院なら受けるルールを作らないといけないのでは。 医師全員が心肺蘇生法や外傷研修を受けるようにする方が対策としては望ましいのでは。
- ⑥ 二次の医師がいない場で話をしても、現場はなかなか受け入れないため、集めて話をしたほうがいいのでは。
- ⑦ 救急病院の 3 年に一度の更新時に研修指導や救急病院の現状の周知が出来るようにすることが良いのでは。 ⇒ 3 年ごとの更新時における対応は県で検討

＜委員意見をふまえた今後の検討方向＞

- ・二次、三次でCPA対応が可能となるよう、救急医療に従事する医師全員に、ICLSやACLS研修等を受講していただくことを救急病院の認定及び更新要件に定めてはどうか。
*県で救急医療関係の研修情報を集約し、二次や診療所の医師に積極的な参加を促していく取組を始めたところ。今後、受講枠等が不足する場合は、県等で事業化の検討を行う。
- ・三次と二次の意見交換の場を設けてはどうか。(再掲)
*ウツタイン統計等のCPA患者データ(循環器等の専門医がいなければ対応できない事例の割合等)を提示するなど

課題3. 三次からの転院調整をスムーズに行い、三次の空床を確保する仕組みを構築することで、二次のバックアップ体制を強化できないか。

【前回の提案】

受入先が決まらず、やむを得ず三次で受入れ、入院となった中等症患者等について、翌日すぐに他の医療機関への転院調整をし、空床を確保する。

◇各病院での対応ではなく、一元的に情報集約し、転院調整を行う。

◇又は、各救命センターに退院調整コーディネータを配置し、連携しながら調整する。

【提案の主旨】

国の補助制度(救急患者退院コーディネーター事業)を活用した支援の検討を提案

*平成25年度 6県で事業活用(宮城、群馬、千葉、三重、徳島、香川)

＜今後の検討方向＞

まずは、三次からの転院先となる医療機関の空床情報の共有について検討することとしてはどうか。

課題4 二次の技術的支援(読影)

【前回の提案】

二次で撮影したレントゲンやCT画像を、へき地医療情報ネットワークを活用して、三次に診断してもらうことはどうか。

【提案に対する意見】

- ・ITも活用して二次をバックアップしなければならない。例えば、読影については、県外にお願いすることで県内の放射線科医の負担を減らすことも可能では。
- ・専門外の医師が受けた時のサポートとして有効では。

＜委員意見をふまえた今後の検討方向＞

- ・読影の支援医療機関情報(その日の読影支援が可能な医療機関)を周知することとしてはどうか。
- ・読影する医師は、放射線の専門医 OR 救急医とするか。