

迅速・適切な救急医療の確保について
(救急医療対策協議会 中間のまとめ)

| | |
|-----------------------------|----|
| はじめに | 1 |
| 1 東京の救急医療の現状と問題点 | 2 |
| 2 東京の地域特性 | 5 |
| 3 救急医療体制の改善に向けて | |
| (1) 「救急医療の東京ルール」 | 6 |
| (2) ルール（救急患者の迅速な受入れ）に関する取組み | 8 |
| (3) ルール（「トリアージ」の実施）に関する取組み | 14 |
| (4) ルール（都民の理解と参画）に関する取組み | 15 |
| 4 その他の課題 | 16 |

「救急医療対策協議会」委員名簿

「迅速・適切な救急医療の確保に関する検討委員会」委員名簿

はじめに

東京都の救急医療体制については、「突発不測の傷病者が、いつでも、どこでも、だれでも、症状に応じた適切な医療が受けられる」という理念のもとに、初期・二次・三次の救急医療機関の体系的な整備を進めてきた。

しかし、高齢化の進展等により、急病による救急搬送患者数は増加傾向にある一方、救急医療にも専門医による専門的な治療を求めるといった都民意識の変化も見られる。また、救急医療機関は、医師の確保が逼迫する状況などから減少している。

こうした中で、消防機関の救急患者受入医療機関の選定に要する時間が増加している。

都民は救急医療に不安を抱き、救急医療の現場は疲弊しているというのが今日の救急医療の現状である。都民に対して「安心の医療」を今後とも確保していくためには、東京都の救急医療体制を原点に立ち返って再点検し、一刻も早い改善に取り組むことが求められている。

本協議会は、平成20年2月に、救急医療機関選定の迅速化や救急患者の受入など、迅速・適切な救急医療を確保するため、救急医療の現場の実態を踏まえた改善策について検討するよう、福祉保健局長から要請を受けた。

以降、本協議会では、本協議会委員の一部と外部委員で構成する「迅速・適切な救急医療の確保に関する検討委員会」を設置し検討を進めてきた。このたび、今後の東京がめざす救急医療の姿について一定の論点整理を行ったので「中間のまとめ」として、福祉保健局長に報告するとともに都民に公表し、その意見を求めることとした。

なお、「中間のまとめ」に対し、広く都民や関係者の意見をいただき、本年秋を目途に行う予定の最終報告に反映させていきたい。

1 東京の救急医療の現状と問題点

(東京の救急医療体制)

東京都は、「突発不測の傷病者が、いつでも、どこでも、だれでもその症状に応じ、必要かつ適切な医療を受けられる救急医療体制を整備する」ことを目標に、

- ・比較的軽症な救急患者の診療を行う「初期救急」
- ・中等症の患者で入院・手術を要する救急患者の診療を行う「二次救急」
- ・生命危機を伴う重症・重篤な救急患者に対する救命措置、高度な医療を総合的に行う「三次救急」

のそれぞれを体系的に整備してきた。

このうち、二次救急医療体制は、「救急病院等を定める省令」に基づき都道府県が認定する「救急医療機関」(*下注参照)を中心に整備されており、平成20年4月1日現在335か所となっている。

このうち、年間を通じ休日・全夜間帯(*下注参照)において入院が可能な病床を毎日2～3床確保できる救急医療機関を「東京都指定二次救急医療機関」として、指定しており、平成20年4月1日現在262か所となっている。

東京都指定二次救急医療機関は、休日・全夜間帯において年間180万人程度の患者(救急車で搬送される約40万人の救急患者と、その約3.5倍にのぼる自力で来院する救急患者を合算したもの)を診療しており、都の救急医療体制の中心的な役割を担っている。

(増加する救急搬送患者)

平成10年から平成19年までの救急車による搬送患者数は10年間で約30%増加している。特に65歳以上の高齢者については、約67%増加しており、救急医療に対する需要増の大きな要因となっている。(表1)

表1 救急搬送患者数の推移 (資料:東京消防庁)

| | H10年 | H11年 | H12年 | H13年 | H14年 | H15年 | H16年 |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 全体 | 480,139 | 504,675 | 540,660 | 567,451 | 588,502 | 616,996 | 626,231 |
| うち、高齢者 | 148,547 | 162,399 | 174,681 | 190,551 | 202,342 | 219,778 | 229,528 |

| | H17年 | H18年 | H19年 |
|--------|---------|---------|---------|
| 全体 | 643,849 | 626,543 | 623,012 |
| うち、高齢者 | 245,441 | 241,835 | 248,797 |

注 救急医療機関：救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関。医療機関からの申出に基づき、都道府県知事が認定する。

注 休日・全夜間帯：平日(月～土)午後5時から翌午前9時まで、休日(日曜、祭日、年末年始)午前9時から翌午前9時までの時間帯

(初診時程度による患者の推移)

また、初診時程度(*下注参照)で救急搬送患者を分類してみると、軽症・中等症・重症以上のいずれの区分においても、増加率が20%以上となっている。(表2)

表2 初診時程度による患者数推移 (資料：東京消防庁)

| | 軽 症 | 中等症 | 重症以上 | 合 計 |
|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| H10年(全体) | 280,249 | 159,941 | 39,949 | 480,139 |
| (うち、高齢者) | (51,677) | (73,846) | (23,024) | (148,547) |
| H19年(全体) | 372,799 | 200,474 | 49,739 | 623,012 |
| (うち、高齢者) | (102,594) | (114,036) | (32,167) | (248,797) |
| 増加率 | +33.0% | +25.3% | +24.5% | +29.8% |
| (うち、高齢者) | (+98.5%) | (+54.4%) | (+39.7%) | (+67.5%) |

(減少する救急医療機関)

一方で、体制確保が困難である等の理由により、救急医療機関の申出を撤回するなど、救急医療機関が減少してきており、その数は10年前に較べ約2割減少した。(表3)

表3 救急医療機関数の推移

| | | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| H10.4.1 | H11.4.1 | H12.4.1 | H13.4.1 | H14.4.1 | H15.4.1 | H16.4.1 |
| 411 | 403 | 393 | 384 | 374 | 377 | 366 |
| H17.4.1 | H18.4.1 | H19.4.1 | H20.4.1 | | | |
| 359 | 352 | 341 | 335 | | | |

(医療機関選定が困難な事案)

こうした状況の中、救急隊の現場到着から搬送開始までの時間は過去5年で約4分間延びている。(表4)

表4 救急隊の現場到着から搬送開始までの時間の推移 (資料：東京消防庁)

| 平成15年 | 平成16年 | 平成17年 | 平成18年 | 平成19年 |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 15分00秒 | 15分30秒 | 16分36秒 | 17分33秒 | 18分57秒 |

また、医療機関選定に至るまでの時間や連絡回数を目安として救急患者の医療機関選定に困難が生じる事案を考察すると、医療機関の選定開始から決定までに30分以上要した事案又は5医療機関以上に搬送連絡を要した事案は、東京消防庁のデータによると29,006件(平成19年4月~12月)であり、同じ期間の搬送全事案(459,560件)の6.3%に相当する。

さらに、平成20年3月に発表された総務省消防庁の「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」では、重症以上の傷病者、産科・周産期傷病者、

注 初診時程度：医療機関へ搬送した傷病者について、医師の所見に基づき区分される。

小児傷病者のいずれにおいても、東京都は、大都市圏にある他の府県とともに、救急車の現場滞在時間が長く、医療機関への照会回数も多いという傾向があることが示された。

(問題の背景・要因)

医療機関の選定が困難な事案が発生するその背景には、救急患者数の増と救急医療機関数の減という現象に加えて様々な要因が存在する。

救急医療を提供する側の要因としては、

- ・救急部門と他の診療科の院内連携が必ずしも十分ではないこと
- ・救急医療機関相互の連携の仕組みが弱いこと
- ・医療の専門分化が進み、何でも診られる医師の確保は難しいこと

などがあげられる。

また、救急医療を利用する側の要因としては、

- ・高齢化・核家族化・単身世帯増による急病等に対する不安が増大
- ・休日・夜間時に平日の診療を求めるいわゆるコンビニ受診や専門医による専門的な治療を常に求める患者の増加

などがあげられる。

さらに、医師不足や訴訟リスクの増大、救急医療に対する診療報酬の問題などのわが国の医療をめぐる制度的・構造的な問題もあり、これらの様々な要因が集約的に救急医療に表れているといえる。

このような状況は、都民のセーフティネットである救急医療体制に対する都民の信頼を大きく揺るがすものであり、早急に改善が必要である。

2 東京の地域特性

東京都の救急医療体制を検討するうえでは大都市東京の特性をきちんと踏まえる必要がある。

東京は1,200万人という膨大な人口を擁している。また、外国人や路上生活者なども含め、多様な人たちが居住している。さらに、通勤や通学等により、大勢の人々が入りし、昼間人口はおよそ1,500万と算出されている。

こうした大都市東京においては、当然のことながら、全国一の膨大な数の、また、多様な救急患者が発生している。

人口当たりの救急医療機関数は必ずしも多くないが、密集した空間の中に、他道府県に比べ沢山の医療機関が存在している。

しかし、救急医療機関が相互に連携していく仕組みは弱く、都の有利な特性を十分に活かしてきれていない面もある。

また、東京の救急搬送システムを東京消防庁という一つの消防機関がほぼ一手に担っているため、都においては、消防と医療の連携が図りやすい状況となっている。

3 救急医療体制の改善に向けて

(1) 「救急医療の東京ルール」

救急医療体制は、救急医療に携わる医師等の人材を十分に配置するとともに、患者の救急措置後に転科転棟などが円滑に行われて、次の救急患者に備えることができれば、根本的な問題の解決になる。

しかしながら、救急医療の現状においては、限られた医療資源（人材と医療機関）の中で、救急医療の課題に伝えていかなければならない。個々の救急医療機関の使命感や努力のみでは限界があることを直視し、救急医療を真に必要なとする患者に迅速な医療を提供するためのルールづくりを行い、都民・医療機関・消防機関・行政機関の四者が協力・協働して救急医療を守る取組みを進めていくことが必要である。

そのため、以下の基本的な取組を「救急医療の東京ルール」として推進すべきである。

救急患者の迅速な受入れ

救急患者を迅速に医療の管理下に置けるようにするため、地域の救急医療機関が相互に協力・連携して救急患者を受け入れる。

「トリアージ」の実施 *下注参照

緊急性の高い患者の生命を守るため、救急医療の要否や診療の順番を判断する「トリアージ」を、救急の様々な場面で実施する。

都民の理解と参画

都民は、自らのセーフティネットである救急医療が重要な社会資源であることを認識し、救急医療を守るため、適切な利用を心がける。

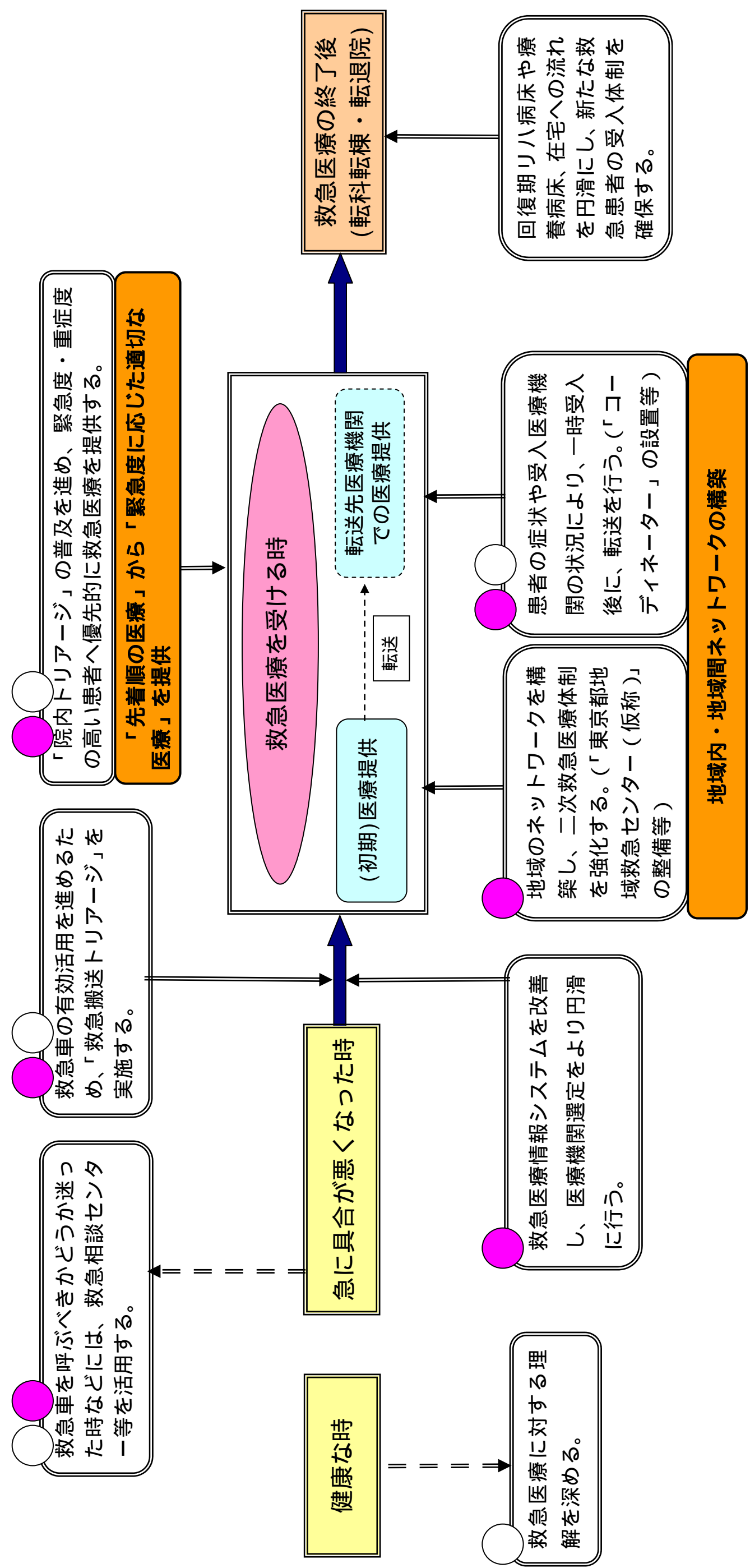
なお、救急医療の特性として、その各段階で、回復期リハビリテーションや療養病床、在宅医療など次の医療に繋がるスムーズな流れをつくることが重要である。

上記の東京ルール ~ を、患者の視点から、救急医療の各段階に沿って示したものが、次ページの図である。

注「トリアージ」：一般的には、災害発生時など多数の傷病者が一度に発生する特殊な状況下において、対応可能な限られた医療資源の中で、効率的に搬送や治療を行うため、傷病者の緊急性や重症度に応じて治療の優先順位を決定することである。ここでは、平常時の救急医療提供において、一定の基準に基づき、救急医療の要否や診療の順番を判断することを指し、カギカッコ付で表現した。

患者から見た救急医療の東京ルール

○ 東京ルール ~ の該当番号を示す。網掛けは主要な該当番号（本文に記述あり）である。



(2) ルール（救急患者の迅速な受入れ）に関する取組み

救急医療としては、入院治療も含め、急性期に必要とされる医療が救急搬送された医療機関で全て提供されることが望ましい。しかし、症状において複数の診療科にわたるようなケースや、専門的な医療を提供できる入院ベッドが空いていないといった場合は、「処置困難」、「専門医不在」、「ベッド満床」などの理由により、なかなか受入先医療機関が決まらないケースがある。

現在の病院選定方式を基本に置きながらも、こうした現状を踏まえて、一刻も早く医療機関を選定し、救急医療としての医学的管理の下に患者を置くために、以下のような取組を新たに進め、救急医療機関の地域内・地域間のネットワークを構築していくことが必要である。

ア 一時受入・転送システムの導入

受入先医療機関がなかなか決まらず、救急患者が救急車内で長時間現場から出発できない状態を減らすため、まず、救急医療機関で一時的に受入れ、応急的な医療を提供した後、必要に応じて他医療機関へ転送を行う「一時受入・転送」のシステムの導入が必要である。

このシステムは、救急車内にいる救急患者を医療が行える状況下に少しでも早く置くことを優先するという考え方により実施するものである。

実施にあたっては、救急隊や一時受入医療機関や転送先医療機関の医師など、様々な関係者の十分な連携が求められる。

このため、

- ・どのような場合（時間経過、症状などの患者状況等）に一次受入・転送を実施するのか、
- ・このシステムに係わる関係者は各場面において、どのような役割を果たし、何を行うべきか、

などを示した、基準（ガイドライン）を定め、都民も含めた理解を形成していく必要がある。

また、運ばれた先の医療機関からの転送も視野に入れた対応であることから、実施にあたっては円滑に搬送等が行われるよう患者・家族の理解と協力が不可欠である。

このシステムは、現在の消防機関による通常の実施では、医療機関の選定が困難となっている場合に適用されるものである。そのため、以下に述べる「東京都地域救急センター（仮称）」を要とする救急患者受入のための地域ネットワークや、地域を越えた調整を行う「コーディネーター」の設置などの新たな仕組みの導入が必要となる。

なお、他医療機関への転送にあたっては、患者の緊急度等も考慮しながら、消防救急車のほか、必要に応じ、民間救急車や病院救急車の活用も検討して

いくべきである。

イ 救急患者受入のための地域ネットワークの構築（「東京都地域救急センター」（仮称）の整備）

（地域ネットワークの必要性）

既に述べたように二次救急医療機関は施設数においても救急患者受入数においても、救急医療体制の中心的な役割を担っており、その強化は救急医療体制全体の改善に直結する。

しかし、二次救急医療機関が減少するなど、全体として疲弊する中で、本来二次で受けられる傷病程度（中等症以下）の救急患者を三次救急医療機関である救命救急センターで受けざるを得ない状況も発生している。

個々の二次救急医療機関では対応が困難な場合でも、各機関が密接に連携し、相互に補完し合う地域ネットワークを構築することにより、その力を最大限活かして対応していくことが重要である。

（「東京都地域救急センター（仮称）」の整備）

このような救急医療における地域ネットワークを構築する際の要となる救急医療機関として、例えば二次保健医療圏などの地域において「東京都地域救急センター（仮称）」（以下、「地域救急センター」と略称）を設置することが必要である。

地域救急センターは、以下の２つの機能を果たすことが求められる。

地域の救急医療機関の連携を推進する機能（地域連携推進機能）

- ・ 自らの地域で医療機関選定が困難となっている事案が発生した場合、地域の救急隊からの相談を受け、自らの地域内における患者受入調整を行う。
 - ・ 他の地域で医療機関選定が困難となっている事案が発生し、その地域での患者受入ができない場合、次項で述べる「コーディネーター」からの相談に協力し、自らの地域内における患者受入調整を行う。
 - ・ 各救急医療機関における各日の医師の配置状況や検査機器の有無など、地域内の救急医療資源の情報をとりまとめ、共有化する。
 - ・ 地域の救急医療機関の既存の連携体制も活かしながら、顔の見える関係づくりを進める。
 - ・ 地域の救急医療機関が集まる場を設け、事案の検証や地域ルールの検討を行うなど、地域の実態を踏まえた救急医療体制の改善に努める。
- 地域内の他の二次救急医療機関では対応が困難な患者を受け入れる機能（患者受入機能）
- ・ 地域内調整を行っても受入が難しい事案については、自ら積極的受入れ（一時的な受入も含む）に努める。

地域救急センター自身が救急患者対応などで調整や受入が一時的に困

難になるような場合に備え、同一地域内の地域救急センターが互いに補完し合う体制を確保することも、地域における円滑な患者受入にとって必要である。

地域救急センターの設置にあたっては、同センターへの患者集中を避け、他の二次救急医療機関と協力して患者受入ができるよう留意しながら、その指定要件や設置数を検討していく必要がある。

また、地域救急センターが上述したような機能を十全に果たすためには、通常の診療を行う医師のほかに、地域内調整等を担う医師の配置が必要である。

(他の二次救急医療機関の役割について)

地域救急センターを要とする地域ネットワークにおいて、迅速かつ円滑に救急患者を受け入れていくためには、地域救急センター以外の二次救急医療機関が引き続きこれまでどおりの役割を果たしていくことが必要である。加えて、地域救急センターの調整への協力や、地域の救急医療体制の改善に向けた取組に積極的に参画していくことも求められる。

ウ コーディネーターの配置

コーディネーターは、医療機関選定に時間がかかるなど、救急隊が搬送先の選定に苦慮する事案（要調整事案）が発生し、当該地域の救急医療機関のネットワークでは受入ができない場合に、その搬送先医療機関の選定調整を行う。

調整は、アで述べた「一時受入・転送システム」の適用を考慮しながら、地域救急センターと協力して行っていく。

コーディネーターの設置場所は、救急医療情報が集約されている東京消防庁の指令室が最適である。

コーディネーターは、患者の傷病状況を踏まえた医学的調整も必要とされることから、職種については医師等が望ましいと考えられるが、都の関連施策など、救急医療に関する行政的な仕組みについての理解も必要である。

なお、コーディネーターがどのような場合に調整を行うのか、また、具体的な調整方法等について今後精査していく必要がある。

さらに、コーディネーターによる調整が必要となる事案は、救急医療体制の問題点が特徴的に表れている場合が多いと考えられる。このため、調整結果等について分析や検証を行う場を設置し、救急医療体制の改善につなげていくことが必要である。

エ 救急医療情報システムの改善

救急医療機関の患者受入可否情報を消防機関が把握することができる救急医療情報システムについては、都では昭和51年から運用開始されている。

本年2月の総務省消防庁の調査によれば、情報の即時更新を行っている全国の医療機関のうち約7割が東京都の医療機関であるという結果となっていた。

こうしたことから、救急医療機関の協力や各消防機関の地道な働きかけにより、都においては同システムが十分活用されているといえる。

しかしながら、現在、各医療機関が入力した同システムの情報は、消防機関のみが参照できるものとなっており、地域の救急医療機関が連携・協力して救急患者の受入を進めていくためには、救急医療機関も地域の患者受入可否状況等を知ることができるようにしておくことが重要である。

このため、同システムの情報を救急医療機関が互いに参照できるように早急に改善する必要がある。

また、より望ましいシステム表示項目のあり方等について、救急医療機関の代表も交えて今後検討することが必要である。

オ 救急医療機関の院内連携・自己点検の強化

地域における救急患者受入機能を向上させるためには、これまで述べてきたような救急医療機関の連携を進めるほか、個々の救急医療機関において、救急部門（救急科）と他診療科との連携強化を図るなど、救急患者受入体制の充実を図ることが重要である。

こうした院内連携の内容例としては、「救急隊からの電話依頼時の対応や受け入れ時の担当医、患者搬入後のいわゆる救急病床と後方病床の連携などについて具体的な手順が示されている」というようなものがあげられる。（財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の項目例）

また、受け入れができなかった事例について記録し、院内でその理由についてカンファレンス等を行うことも、救急患者の迅速な受入のために効果的である。

カ 既存の関連施策との連携

都では、いわゆる初期・二次・三次の救急医療体制とは別に、独自に体

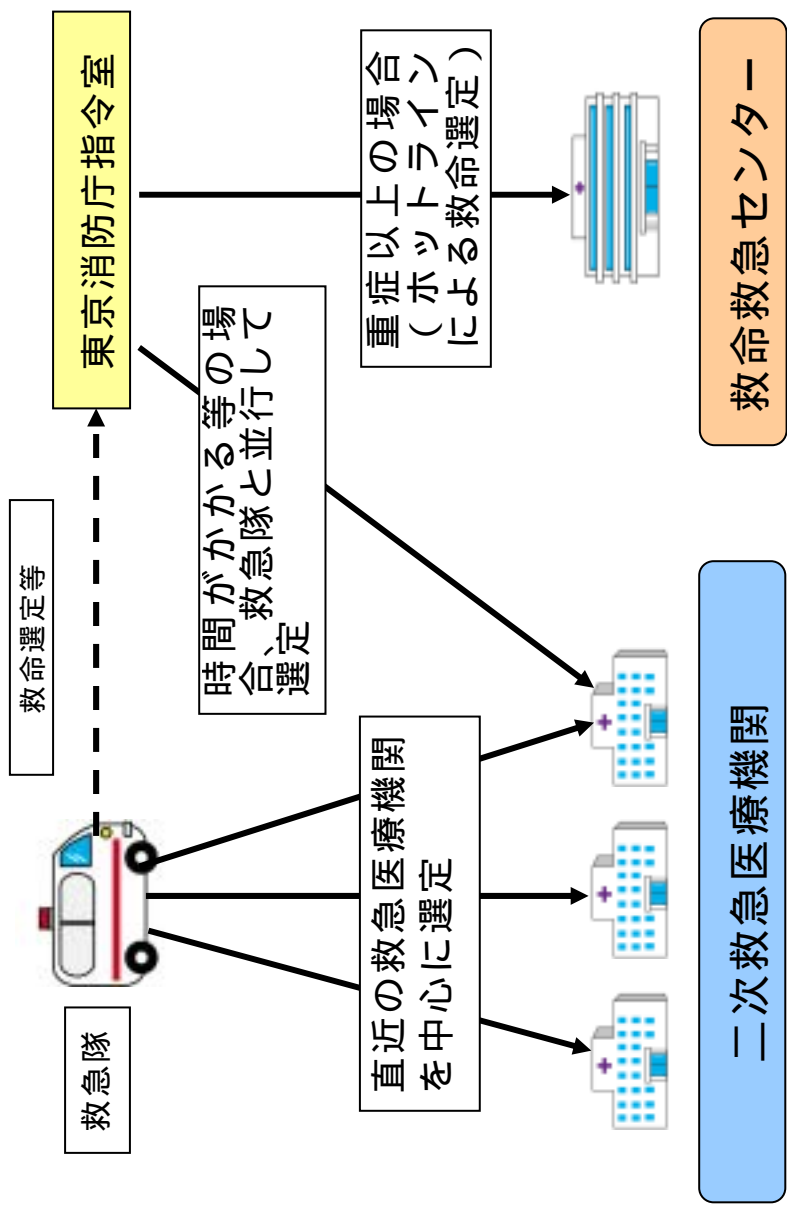
制整備を行っている精神科救急医療体制や結核緊急医療ネットワークの整備、また住所不定者等生計困難者の受入を行う無料低額診療施設の確保などを行っている。

また、介護老人保健施設や指定介護老人福祉施設にあっては、入所者の病状の急変等や入院治療の必要のために、あらかじめ協力病院を定めておくこととなっている。

救急医療の場面で搬送困難となる事案の中には、上記の各種既存システムの活用により改善が図られる部分もあることから、その現状を踏まえ、改めてより有効な活用や連携策について検討を進めていくことが求められる。

東京ルールに基づく新たな医療機関選定方式の導入

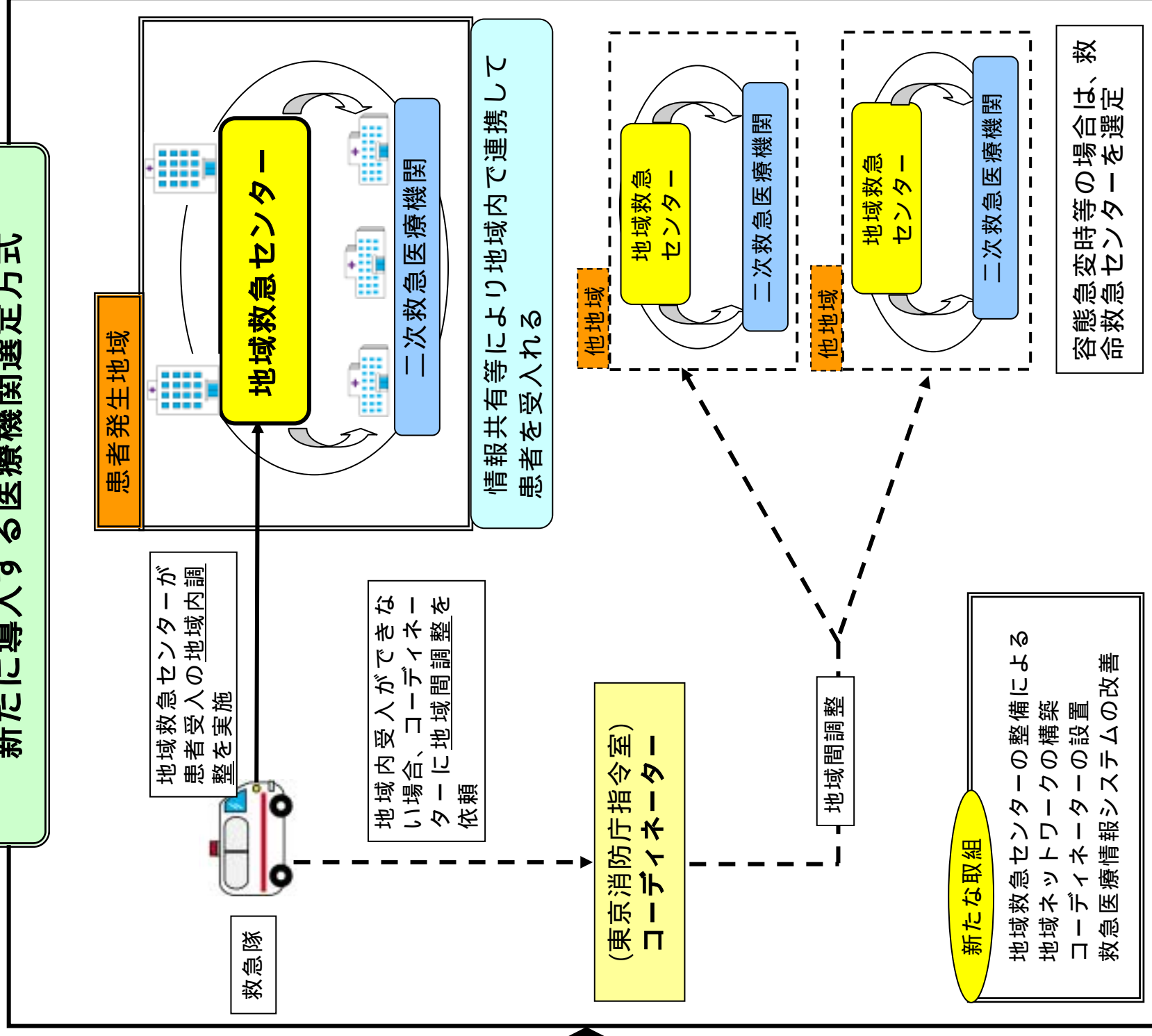
通常の医療機関選定方式



- ・ 受入先医療機関で、必要と思われる救急医療を全て対応できるところを前提に症状に適応した直近医療機関を選定する。
- ・ 重症以上と判断した場合、多数の救急隊出場の場合、特殊疾患の場合は指令室で医療機関選定を開始する。
- ・ 救急医療機関は、他の医療機関の患者受入可能状況をリアルタイムで把握することはできない。
- ・ 9割以上は30分以内に搬送先が決定している。

最初の受入先がなかなか決まらない場合、一時受入後、転送を行う場合

新たに導入する医療機関選定方式



調整結果の検証の場を設置し、改善を図る。

(3) ルール（「トリアージ」の実施）に関する取組み

（救急医療の現状と「トリアージ」の必要性）

救急車搬送された患者の初診時程度の割合を見ると、6割が軽症、3割が中等症、1割が重症以上となっており、この傾向はほぼ変わらず推移している。

また、休日・全夜間帯に東京都指定二次救急医療機関を利用した患者数について見ると、救急車搬送によるものは全体の約2割であり、残り約8割はいわゆる自力で利用した患者となっている。自力患者の初診時程度の統計はないが、救急車搬送よりもさらに軽症の割合が多いことが推測される。

トリアージは、災害時における複数傷病者の緊急度、重症度を評価し、治療や搬送の優先順位を決定する手法であり、救命、予後改善に向けて限られた医療資源で最大の効果を得ることを目的としている。救急医療の場面においても、軽症者を含めた多数の救急患者の中から緊急度の高い患者を判別し、迅速な医療提供につなげる「トリアージ」の考え方は重要となっている。

「トリアージ」の考え方に基づく施策として、平成19年6月から、東京都医師会・東京消防庁・福祉保健局が協働し、「東京消防庁救急相談センター（#7119）」を開設している。「おなかが痛い、救急車を呼んだ方がいいか」等の相談に対して、症状に基づく緊急性の有無や医療機関受診に関するアドバイス等を行っている。

また、救急現場において、緊急性の認められない傷病者に対し、本人の同意を得た上で自己受診を促す「救急搬送トリアージ制度」についても平成19年6月から試行開始している。

また、病院内の「トリアージ」を推進するために、都では、平成20年度からモデル事業として、「小児救急トリアージ普及事業」を実施している。これは、一般救急よりも小児救急において、軽症者の割合がさらに多いことから先行的に実施しているものである。

（今後の方向性）

小児救急だけでなく、一般救急においても、いわゆるコンビニ受診といわれるような、緊急性の少ない沢山の軽症患者が夜間救急外来を受診している状況がある。先着順の医療から緊急度に応じた適切な医療を提供できるよう、今後は、現在実施している「小児救急トリアージ普及事業」の成果も踏まえながら一般救急の場面にも「トリアージ」を拡げていくことが必要である。

その際、地域ネットワークの要となる地域救急センターが先行的に「ト

リアージ」を実施して、効果を検証し、その取組を地域の救急医療機関に広げていくことが有効である。

なお、試行中である「救急搬送トリアージ制度」については、検証を経た後、本格実施に移行していくことが求められる。

(4) ルール（都民の理解と参画）に関する取組み

（都民の理解と参画の重要性）

救急医療を取り巻く厳しい現状のもと、救急医療を真に必要とする患者に迅速・適切な医療を提供するためには、医療機関、消防機関、行政機関の取組だけではなく、都民自らが「救急医療は重要な社会資源である」という認識を持ち、適切な受療行動を心がけることが重要である。

兵庫県立^{かいばら}柏原病院の例が、地域医療の危機を救った住民の自主的な取組の成功例として広く報道されているが、このような地域住民と病院現場と行政機関の協働は、地域の救急医療を守る上で極めて重要である。

地域の救急医療の改善に結びつくような区市町村や住民の取組みを支援するとともに、都民も参画するシンポジウムの開催など、あらゆる機会をとらえて、救急医療の現状や今後導入される新たな取組みに対する都民理解の促進を図る必要がある。

（救急医療における相談事業の重要性）

総務省消防庁の「平成 19 年版 救急・救助の現況」によると、人口 10 万人あたりの救急医療機関数は、東京都は 2.7 となっており、全国平均の 3.7 よりも低く、47 都道府県中 43 番目となっている。

一方、人口 1 万人あたりの救急出場件数は 553.1 件であり、これは大阪府について全国で 2 番目となっている。

こうしたデータからも分かるとおり、都において、救急車や救急医療機関を都民が適切に利用していくことは重要な課題である。

また、少子化、核家族化、単身世帯増等を反映し、突発不測の傷病に対する都民の不安感は増しており、都民に安心を与えるという面からも、また、救急医療の適切な利用の推進という面からも、救急医療における相談事業の重要性は高まっている。

今後、「救急相談センター（# 7 1 1 9）」、「母と子の健康相談室（小児救急電話相談 # 8 0 0 0）」、「医療機関案内サービス“ひまわり”」といった相談事業のより一層の充実を図るとともに、都民に分りやすい相談体制の体系的整備を検討していく必要がある。

3 その他の課題

(1) 「かかりつけ医」の重要性

いわゆる「かかりつけ医」は、都民の身近にあって、健康相談や初期の医療を提供する医師である。都民が、日頃から自分や家族の健康、病気の状態を知り、具合が悪くなったときは早めに診療を受けられるように、「かかりつけ医」を持つことが救急医療を守るという面からも重要である。

(2) 救急医療提供後の受入先の確保

新たな救急患者を円滑に受け入れていくためには、救急医療提供後の患者の行き先として回復期リハ病床や療養病床など、急性期を脱した患者の受入先の確保が重要であり、検討を行う必要がある。

(3) 国への提案要求

救急医療の提供や体制整備が、医療機関の経営を圧迫することがないように、大都市東京の賃金水準や物価水準等に応じた診療報酬の加算を国に要求することが必要である。

また、救急医療を担う医師の安定的な確保や、緊急性が高く自らの専門領域以外の患者への対応を求められることが多い救急医療の特性を踏まえた医療事故対策などの、制度的・構造的問題についても国に要求していくことが必要である。

救急医療対策協議会委員名簿

会長

| 区分 | 氏名 | 役職等 |
|---------|-------|-----------------------|
| 学識経験者 | 島崎修次 | 杏林大学医学部救急医学教室教授 |
| | 有賀徹 | 昭和大学病院副院長 |
| | 飯田加奈恵 | 杏林大学保健学部看護学科基礎看護学教室教授 |
| | 辻篤子 | 朝日新聞社論説委員 |
| 医療を受ける側 | 宮澤成実 | 東京都社会福祉協議会総務部長 |
| | 飯山幸雄 | 東京都国民健康保険団体連合会専務理事 |
| | 川島霞子 | 東京都地域婦人団体連盟会長 |
| 医療機関代表 | 宮崎舜賢 | 木挽町医院院長 |
| | 石原哲 | 白鬚橋病院院長 |
| | 行岡哲男 | 東京医科大学医学部主任教授 |
| 関係団体 | 安藤高夫 | 東京都医師会理事 |
| | 近藤太郎 | 東京都医師会理事 |
| | 大越壽和 | 東京都歯科医師会理事 |
| | 桑原辰嘉 | 東京都薬剤師会会長 |
| | 町格 | 日本赤十字社東京都支部事務局長 |
| | 齋藤誠二 | 東京救急協会常務理事 |
| 関係行政機関 | 伊藤史子 | 目黒区保健所長 |
| | 関塚泰久 | 青梅市健康福祉部長 |
| | 直江利克 | 警視庁交通部交通総務課長 |
| | 野口英一 | 東京消防庁救急部長 |
| | 都留佳苗 | 病院経営本部サービス推進部長 |
| | 青木信彦 | 都立府中病院院長 |
| 福祉保健局 | 日置豊見 | 福祉保健局総務部参事(企画担当) |
| | 吉井栄一郎 | 福祉保健局医療政策部長 |
| | 佐藤恭信 | 福祉保健局島しょ保健所長 |

迅速・適切な救急医療の確保に関する検討委員会委員名簿

委員長

| 区 分 | 氏 名 | 役 職 等 |
|---------------------------------|-----------|------------------------|
| 学 識 経 験 者 | 有 賀 徹 | 昭和大学病院副院長 |
| | 坂 本 哲 也 | 帝京大学医学部教授 |
| | 横 田 裕 行 | 日本医科大学教授 |
| 受 け る 側 医 療 を | 飯 山 幸 雄 | 東京都国民健康保険団体連合会専務理事 |
| | 本 田 麻 由 美 | 読売新聞社編集局社会保障部記者 |
| 医 療 代 表 機 関 | 宮 崎 舜 賢 | 木挽町医院院長 |
| | 石 原 哲 | 白鬚橋病院院長 |
| | 行 岡 哲 男 | 東京医科大学医学部主任教授 |
| | 西 塔 依 久 美 | 武蔵野赤十字病院看護師(救急看護認定看護師) |
| 関係団体 | 安 藤 高 夫 | 東京都医師会理事 |
| 行 政 機 関 | 細 川 え み 子 | 文京区保健衛生部長 |
| | 野 口 英 一 | 東京消防庁救急部長 |
| | 都 留 佳 苗 | 病院経営本部サービス推進部長 |
| 福祉保健局 | 吉 井 栄 一 郎 | 福祉保健局医療政策部長 |