

受入困難事案患者受入医療機関支援事業の制度改正について

平成 25 年度をもって、国の補助事業である「受入困難事案患者受入医療機関支援事業」が廃止され、平成 26 年度から（組替）新規事業として「搬送困難事例受入医療機関支援事業」が創設され、大幅な要件変更となったもの。

【旧スキーム】「受入困難事案患者受入医療機関支援事業」

①概要：受入困難事案の救急患者を受け入れた医療機関に対して受入件数に対して助成。

②補助額：受入単価（@8,870 円）×受入件数×1/3～3/3

※補助率（負担割合）：国立 1/3（国 1/3，一財 0），公的 1/2（国 1/3，一財 1/6），
民間 3/3（国 1/3，一財 2/3）

（参考）平成 25 年度実績 23 医療機関（42,382 千円）



【新スキーム】「搬送困難事例受入医療機関支援事業」

①概要：「受入医療機関」を指定し、受入体制整備（医師等の人件費，空床確保経費等）に対して助成。

→「必ず受け入れる医療機関」と「一時的に受け入れる医療機関」を各々指定。

②対象経費：医師・看護師等の人件費，空床確保経費等

③補助額（基準額）：174,729 千円（必ず 131,818 千円，一時 42,911 千円）×2/3

（負担割合：国 1/3，一財 1/3）



【メディカルコントロール（MC）体制強化事業】の実施が条件

【MC体制強化事業の概要】

①概要：◆地域の救急医療の実情に精通した若手医師（※）をMC協議会に配置し，休日・夜間における搬送先医療機関等との調整・確保・支援を行い，救急医療体制の強化を図る。

（※）原則 5 年以上の救急臨床歴があり，救急科専門医やそれと同等の資格を有し，2 年以上地域のメディカルコントロールに関与し，経験を積んだ医師。

◆消防機関・医療機関等に対する指導，助言等を実施する。

②対象経費：医師の人件費等（MC体制を確保するための医療従事者の人件費等が中心）

③補助額（基準額）：43,925 千円（負担割合：国 1/2，一財 1/2）

救急医療体制強化事業に係る本県実施案

(メディカルコントロール体制強化事業及び搬送困難事例受入医療機関支援事業)

1 受入困難事案患者受入医療機関支援事業の概要等

(1) 事業の背景

- ・救急搬送受入困難事案の解消を図り、円滑な受入体制の構築のため、平成 22 年度より実施。
- ・救急搬送実施基準（平成 23 年 6 月策定）で、第 6 号基準として、基準を規定。

(2) 平成 25 年度宮城県受入困難事案患者受入医療機関支援事業の実績

- ・仙台医療圏の医療機関だけで、全体の件数の半数
- ・項目別に多い順から、①「要介護者」、②「年齢等の要因で長期入院が予測される脳疾患及び骨折」、③「認知症」（全体の件数の 6 割弱）。
→ 受入困難事案の多くが高齢者に係る搬送事案

表 平成 25 年度宮城県受入困難事案患者受入医療機関支援事業 医療機関・項目別実績

	① 飲酒	② 急性アル中	③ 精神疾患	④ 複数科目	⑤ 認知症	⑥ 過去に問題	⑦ 要介護者	⑧ 独居・身寄りなし	⑨ 自殺企図	⑩ 住所不定	⑪ 年齢等の要因	総計
1 東北大学病院	5	22	7	6	3	4	53	11	71		16	198
2 仙台医療センター	140	12	190	389	108	10	229	121	38	6	56	1,299
3 県南中核病院	1	11	79	40	40	16	48	4	1	1	189	390
4 刈田総合病院	17	6	18	16	54	11	115	36	5	1	18	297
5 仙台市立病院	13	63	47	121	8	1	171	64	27	2	115	632
6 塩竈市立病院	7	23	36	1	70		163	2	2		15	319
7 大崎市民病院	14	10	52	5	44	14	156	45	31			371
8 涌谷町国保病院	16	3	13	2	24		68	4			8	138
9 栗原中央病院	28	2	21		68		191	26	5		32	373
10 登米市民病院	6	24	2		253	1	452	2	4		52	796
11 気仙沼市立病院	51	9	35	32	49	10	552	106	8	3	40	895
12 石巻赤十字病院	211		207	101	165	7	368	164	21		102	1,346
13 大泉記念病院		2	1	94	7	8	56	8			11	187
14 仙台厚生病院	5	6	5	101	48	9	67	149		1		391
15 NTT東日本東北病院	6	25	18		12	2	57	9			5	134
16 仙台オープン病院	86	80	51	1	65		85	28	38	2	315	751
17 中嶋病院	80	7	26	2	150		86	44	3		103	501
18 泉病院	12		10		11		61				36	130
19 仙台湾洲会病院	7	33	19	34	31	1	101	7	22	1	189	445
20 総合南東北病院		6	22		34		82	11	5	3	12	175
21 坂総合病院	51	7	52	47	36	13	166	82	5	2	4	465
22 仙塩利府病院	6	3	9		11		40	7			68	144
23 赤石病院	26		13	54	23	1	48		1		20	186
総計	788	354	933	1,006	1,314	108	3,415	930	287	22	1,406	10,563

(3) 二次医療圏ごとの医療機関への照会回数の比較

- ・「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」（平成 24 年）から、重症以上の傷病者を搬送した事案のうち、4 回以上の照会を行った割合を比較。
→ 二次医療圏単位で比較すると、仙台医療圏の割合が高くなっている。

(4) 今後の対応について

- ・救急搬送時間の短縮については、目に見える形での効果が現れていない。
- ・受入困難事案の各項目は、傷病程度、実際の照会回数や救急搬送時間が不明。
→ 今年度中に実態調査を実施、受入困難事案が救急搬送時間に及ぼす影響を分析
- ・本県における新事業の有効性の検討を実施する。

2 新事業の実施案

(1) 各事業の実施方法

①メディカルコントロール（MC）体制強化事業

■ 事業主体

- ・都道府県（委託を含む）

■ 整備基準

・MC医師（地域医療の実情に精通した若手医師）は、医療機関等で診療を行いつつ、下記の業務を行うため地域の医療機関、消防機関、都道府県、市町村、地域医師会等関係団体等と調整等を行うため、MC協議会に主として携わるものとする。

・MC医師は、救急医療に従事する医師で、地域の救急医療の実情を踏まえ、救急医療機関、消防機関、都道府県等の行政機関、地域医師会等関係団体との調整等の業務を担うために必要な知識・経験を有するものとし、原則、5年以上の救急臨床歴があり、救急科専門医やそれと同等の資格を有し、2年以上地域のメディカルコントロールに関与し、経験を積んだ医師で、地域においてBLS、ACLS、JPTEC、JATECなどの講習会や救急隊教育において指導歴があることとする。

■ 事業の内容

- 1 救急医療の地域における諸課題の把握、分析
- 2 消防機関・医療機関等に対する指導、助言等
- 3 救急医療機関及び後方支援病院の確保、支援
- 4 搬送先医療機関及び転送先医療機関の確保、調整
- 5 救急医療に係る情報発信等
- 6 その他、地域における救急医療体制の充実強化に必要なこと。
- 7 連絡会議の開催

■ 基準額

- ・1か所あたり 43,925千円（補助率 国1/2、県1/2）

実施案

- ・仙台市内の3次救急医療機関いずれかに県が業務委託する。
- ・県MC協議会に配置。
※ 3医療機関とも県MC協議会の委員を委嘱している。
- ・MC医師は1名とは限らず、複数人による交代とすることも可能とする。
- ・搬送先・転送先医療機関の確保、調整については、「搬送困難事例受入医療機関支援事業」の実施地域（6ページ）による。

②搬送困難事例受入医療機関支援事業
イ 必ず救急患者を受け入れる受入医療機関

- **実施主体**
・ 第二次救急医療機関（精神科単科医療機関を除く。）で長時間搬送先が決まらない救急患者を受け入れる医療機関として厚生労働大臣が適当と認めるもの。
- **補助対象**
・ 都道府県において策定された消防法第35条の5第2項第6号に規定された傷病者の受け入れに関する基準により、明確に位置付けられた第二次救急医療機関。
・ MC協議会に配置されるMC医師と連携を図ること。
- **必ず救急患者を受け入れる受入医療機関**
・ 地域において、長時間搬送先が決まらない救急患者を確実に受け入れるために必要な空床等の体制を確保するものとする。
- **基準額**
・ 1 都道府県あたり131,818千円
ただし、1 医療機関につき38,770千円が上限。（補助率 国1/3、県1/3）

	メリット	デメリット
実施案 A <ul style="list-style-type: none"> ・ 二次救急医療機関から3～4 医療機関を指定し、救急搬送実施基準に明記。（これまでに受入実績が多く、時間に関わらず積極的な医療機関） ・ 確実に受け入れる体制を担保するため、県と協定を結ぶことも考慮。 ・ 補助対象経費：給料，職員手当等，法定福利費，空床確保経費を想定。 ・ 高齢者の取扱いについては、将来的に在宅ケア等との連携も視野に入れる。 ※ 結果として、専門外等の理由により一時的な受入れになる場合もあり得る。	<ul style="list-style-type: none"> ・ あらかじめ受入医療機関を指定することにより、救急搬送体制の向上につながる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 限定された医療機関に財政支援することにより、旧事業を実施してきた医療機関の士気を低下させるおそれがある。 ・ 少数の指定された医療機関の負担が大き
実施案 B ≪多数の医療機関を指定し、「応需率」に応じて補助額に差を付ける≫ <ul style="list-style-type: none"> ・ 10～20程度の医療機関を指定。（旧事業と同規模数の医療機関を想定） ・ 応需率が8～9割以上の二次救急医療機関を対象とする。 ※ 救急車の応需率＝受け入れた救急車来院患者数÷救急車受入れ要請件数 ※ 搬送困難事案のみを対象 ・ 補助対象経費：給料，職員手当等，法定福利費，空床確保経費を想定。 ・ 県負担の補助部分において、「応需率」に応じて補助額を減算・加算する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多くの受入医療機関に等しく財政支援することにより、医療機関の士気を維持できる。 ・ 応需率によって補助額に差を付けることにより、旧事業のよつた、実績に応じた補助となるだけでなく、応需率の維持・向上につながる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新たに応需率を算出する必要がある。 ・ 「必ず」と応需率の関係性の整理が必要である。 ・ 搬送困難事案の定義付けを明確にする必要がある。
実施案 C ≪センター／共同利用型病院方式≫ <ul style="list-style-type: none"> ・ 中核となる医療機関を1つ指定し、そこに、当番で他の病院や開業している医師が集まり、休日・夜間の救急医療に当たる。 ・ 空床確保経費を1つの医療機関に集中させることにより、その分を当番医の給料，職員手当等に充てることで、多くの医師を確保する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1つの医療機関に頼るよりも専門医師を確保できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当番医を抛出した医療機関の体制がかえって手薄となるおそれがある。 ・ 当番医の給料や職員手当の計算が煩雑。 ・ 施設・設備を共同利用するための新たな枠組みが必要。 ・ 医療機関の指定及び搬送実施基準への明記が複雑，困難。

□ 一時的であっても救急患者を受け入れる受入医療機関

- **実施主体**
 - ・ 二次救急医療機関（精神科単科医療機関を除く。）で長時間搬送先が決まらない救急患者を受け入れる医療機関として厚生労働大臣が適当と認めるもの。
- **補助対象**
 - ・ 都道府県において策定された消防法第35条の5第2項第6号に規定された傷病者の受け入れに関する基準により、明確に位置付けられた二次救急医療機関。
 - ・ MC協議会に配置されるMC医師と連携を図ること。
- **一時的であっても救急患者を受け入れる受入医療機関**
 - ・ 地域において、救急搬送の応需状況に応じて、長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的に受け入れるために必要な体制を確保するものとする。
 - ・ 一時的に受け入れた患者を転院等する必要がある場合は、MC医師に協力を要請することや、あらかじめ地域で定めたルールに従い転院先の確保を行うものとする。
- **基準額**
 - ・ 1 都道府県あたり42,911千円
 - ・ ただし、1 医療機関につき12,621千円が上限。（補助率 国1/3，県1/3）

	メリット	デメリット	
実施X	<ul style="list-style-type: none"> ・ 二次救急医療機関から3～4 医療機関を指定し、救急搬送実施基準に明記。 ・ 「必ず受け入れる医療機関」において、処置中や満床等の理由により受け入れられない場合の補助的な位置付け。 ・ 補助対象経費：給料，職員手当等，法定福利費を想定。 ・ 原則として、「必ず受け入れる医療機関」へ優先的に転送する体制とする。転送に当たっては、「退院コーディネート」を活用する。それでも、転送先が決まらない場合は、MC 医師が調整を行う。 ・ 急性期を脱した後の、専門医療機関への転送体制整備が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「必ず受け入れる医療機関」へ優先的に転送する体制とすることにより、転送体制を確保できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一時的に受け入れることだけを認めることになり、医療機関の士気を低下させるおそれがある。 ・ 「必ず受け入れる医療機関」の負担が大 ・ 確保も必要となり、別の転送可能な医療機関の財政支援も不可欠となる。
実施Y	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1つの医療機関に頼るよりも専門医師を確保できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当番医を拠出した医療機関の体制がかえって手薄となるおそれがある。 ・ 当番医の給料や職員手当の計算が煩雑。 ・ 施設・設備を共同利用するための新たな枠組みが必要。 ・ 医療機関の指定及び搬送実施基準への明記が複雑，困難。 	

◎ 実施案A～Cと実施案X～Yの組み合わせ、又は、実施案A～Cと実施案X～Yのいずれか1つにより実施する。

(2) 実施地域

① 仙台医療圏のみ

〔メリット〕

- ・ 1 県当たりの補助額が限られる中、特に件数の多い仙台医療圏に特化することにより、仙台医療圏における諸問題に集中的に対応できる。
- ・ とりわけ、仙台医療圏の中でも、名取や塩釜において照会回数が多くなっており、この解消につながる。

〔デメリット〕

- ・ 仙台医療圏の限られた医療機関に対して財政支援をすることにより、昨年度まで補助事業を実施してきた医療機関の士気を低下させるおそれがある。
- ・ 財政支援の点から、仙台医療圏とそれ以外の医療圏において、不公平感が生じる。

② 全県下（各地域の中核的な病院等を指定）

〔メリット〕

- ・ 各医療圏の医療機関に対して、等しく財政支援ができる。
- ・ 昨年度までと同程度の受入れが期待できる。

〔デメリット〕

- ・ 1 か所のMC 医師だけで全県下の調整を行うのは困難である。
- ・ 1 県当たりの補助額が限られる中、1 医療機関当たりの財政支援額が少額とならざるを得ない。

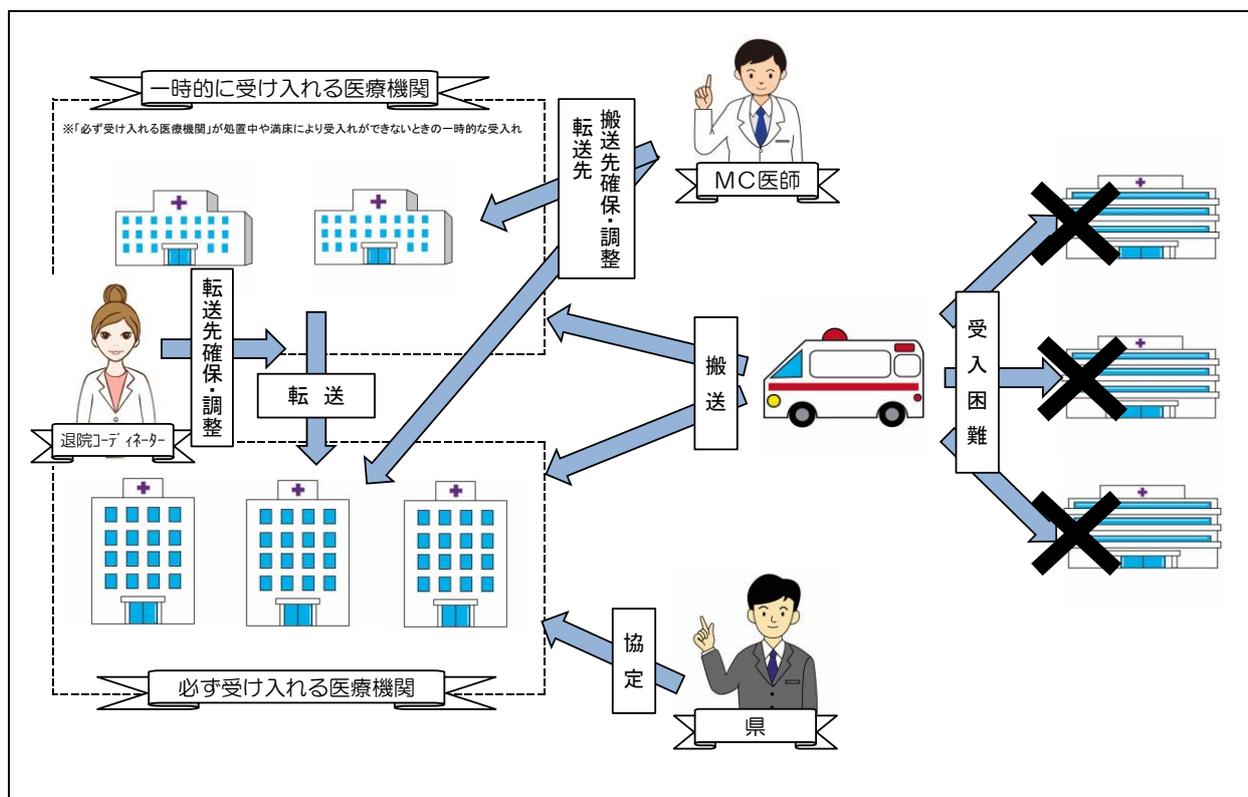


図 救急医療体制強化事業における本県実施案イメージ