

令和	1 5 <sup>1</sup>	年度	第 1	回复	医療』	女策	研修	₹会	資料
令	和	5	年	5	月	1	9	日	7

### 救急医療について

令和5年度第1回医療政策研修会

厚生労働省医政局地域医療計画課 災害等緊急時医療・周産期医療等対策室 Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

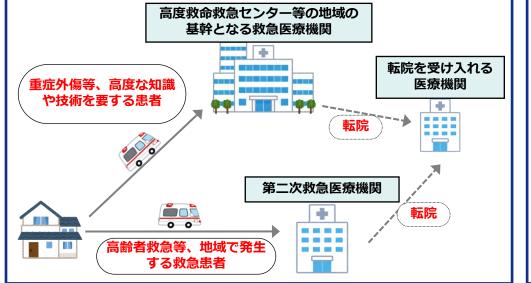
### 救急医療の体制 (第8次医療計画の見直しのポイント)

#### 概 要

- 増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
- 居宅・介護施設の高齢者が、自らの意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。
- ・ ドクターヘリについては、より効率的な対応ができるような広域連携体制の構築を進める。ドクターカーについては、全国の様々な 運行形態を調査し、地域にとって効果的な活用方法の検討を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。

#### 救急医療機関の役割等

- 第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担うなど、地域の救急医療機関の役割を明確化する。
- 医療機関間で、転院搬送に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、 搬送方法等についてあらかじめ共有しておくことを通じて、高次 の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等の活用を進める。



#### 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

- 医療関係者・介護関係者は、地域包括ケアシステムやACPに関する 議論の場等において、患者の希望する医療について必要な時に確認 できる方法について検討を進める。
- 自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うことを促す。

#### 東京都八王子市の例

東京都八王子市の救急医療情報キットでは、『もしもの時に医師に伝えたいことがあれば、チェックしてください』との設問を設け、「できるだけ救命」「延命してほしい」「苦痛をやわらげる処置なら希望する」「その他」の回答欄を設けている

(在宅療養・救急医療連携にかかる調査セミナー事業報告書

https://www.mhlw.go.jp/content/10800 000/000549806.pdf)



### 第8次医療計画等に関する検討会における論点

- (1) 救急医療機関の役割
- (2) 居宅・介護施設の高齢者の救急医療
- (3) ドクターヘリ・ドクターカー
- (4) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

### (1) 救急医療機関の役割

#### 見直しのポイント

O 増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。

#### 見直しの具体的内容

救急医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和5年3月31日付け課長通知))

- 第2 医療体制の構築に必要な事項
  - 2 各医療機能と連携
  - (3) 初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】 主に、独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。
  - (4) 入院を要する救急医療を担う医療機関(第二次救急医療)の機能【入院救急医療】

高齢者救急をはじめ、地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担う。医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞 等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。また、自施設では対応困難な救急患者については、 必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。救急救命士等への教育機能も一部担う。

(5) 救命救急医療機関(第三次救急医療)の機能【救命医療】

緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる症例や<u>診断が難しい症例等、他の医</u>療機関では治療の継続が困難かつ幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する。

その他の医療機関では対応できない重篤な患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。

また、救急救命士等へのメディカルコントロールや、救急医療従事者への教育を行う拠点となる。

- なお、医療計画において救命救急医療機関として位置付けられたものを救命救急センターとする。<u>さらに、救命救急センターの</u>中でも、高度救命救急センターについては、特に高度な診療機能を有し、通常の救命救急センターでは対応困難な重症外傷等の診療を担う。
- 高度救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築すること。

### (1)救急医療機関の役割

#### 第1 救急医療の現状

- 2 救急医療の提供体制
  - (5) 救命救急医療機関(第三次救急医療機関)
  - ④ いわゆる「出口の問題」

(中略) <u>高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進することが求められる。例えば、</u>急性期を脱した患者で、重度の後遺症等により在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関や介護施設等と、救命救急医療機関との連携の強化が必要である。<u>具体的には、受入れ先となる医療機関と患者を受け入れる際に必要な情報や受入可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくことが望ましい。緊急性の乏しい転院搬送については、本来、消防機関が実施するものではないため、医療機関が所有するいわゆる病院救急車、消防機関が認定する患者等搬送事業者等の民間救急の活用が求められている。</u>

#### 第2 医療体制の構築に必要な事項

- 1 目指すべき方向
  - (1) 医療機関の受診や救急要請の相談に対応することが可能な体制
  - ① 全国共通番号の電話相談体制(#7119、#8000)の整備
  - ② 地域住民等が電話相談等により、適切な医療機関の受診や救急車の要請ができる体制
  - (3) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制
  - ⑥ 精神疾患を有する患者や障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に配慮を要する患者を受け入れる体制
  - (4) 増加する高齢者救急を受け入れる体制
  - ① 増加する高齢者救急を主に受け入れる医療機関の位置づけ
  - ② 特に高齢者が受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導を行い、必要な支援へつなぐ体制

### (2) 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

#### 見直しのポイント

〇 居宅・介護施設の高齢者が、自ら意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。

#### 見直しの具体的内容

救急医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和5年3月31日付け課長通知))

- 第2 医療体制の構築に必要な事項
  - 2 各医療機能と連携
    - (2) 病院前救護活動の機能【救護】
    - ② 関係者に求められる事項
    - エ 地域の救急医療関係者
    - <u>医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムやアドバンス・ケア・プランニング(以下「ACP」という。)に関する議</u> 論の場等において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討すること
    - <u>自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合う</u> ことを促すこと
    - ACPに関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域 包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催することなどにより、地域の 実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討すること

### (3) ドクターヘリ・ドクターカー

#### 見直しのポイント

O ドクターヘリ・ドクターカーについて、地域においてより効果的な活用ができるような体制を構築する。

#### 見直しの具体的内容

救急医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和5年3月31日付け課長通知))

- 第2 医療体制の構築に必要な事項
  - 2 各医療機能と連携
    - (2) 病院前救護活動の機能【救護】
    - ② 関係者に求められる事項
    - ウ メディカルコントロール協議会
    - ドクターカーやドクターヘリ等の活用に適否について、地域において定期的に検討すること
    - ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用に際しては、関係者の連携について協議する場を設け、<u>ドクターヘリが同時に</u> 要請された際や、都道府県境付近の患者からの要請時における都道府県境を超えた隣接都道府県との広域連携を含め、</u>効率的 な運用を図ること
    - <u>ドクターカーについて、厚生労働省が実施する調査や、調査に基づき作成されたマニュアルを参考にしながら、救急医療提供</u> 体制の一部として、より効果的に活用すること

### (4) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

#### 見直しのポイント

〇 新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。

#### 見直しの具体的内容

救急医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和5年3月31日付け課長通知))

- 第2 医療体制の構築に必要な事項
  - 1 目指すべき方向
    - (6) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療
    - ① 救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成する体制
    - ② 医療機関において、救急外来の需要が急増した際に外来機能を拡充する方法について平時から検討する体制
  - ③ 救急外来を受診しなくても済むよう、電話等による相談体制(#7119、#8000等)及びオンライン診療を実施する体制を平時から充実させ、新興感染症のまん延により救急外来の需要が急増した際にも対応できる体制
  - ④ 救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関及び地域全体において対応できる体制
  - ⑤ いったん患者を幅広く受け入れ、必要な初療を行った上で、入院が必要な際には他の医療機関に転院させる外来機能に特化した医療機関の整備や、患者や医療人材を集めて対応する大規模な医療機関の整備、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関に患者を分散して対応する体制等、地域の実情に応じて、精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に配慮を要する患者を含め患者等を受け入れる医療機関をあたかじめ検討し、新興感染症の発生・まん延時の患者の受入れに対応できる体制

### 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例

※赤字は追加/修正箇所

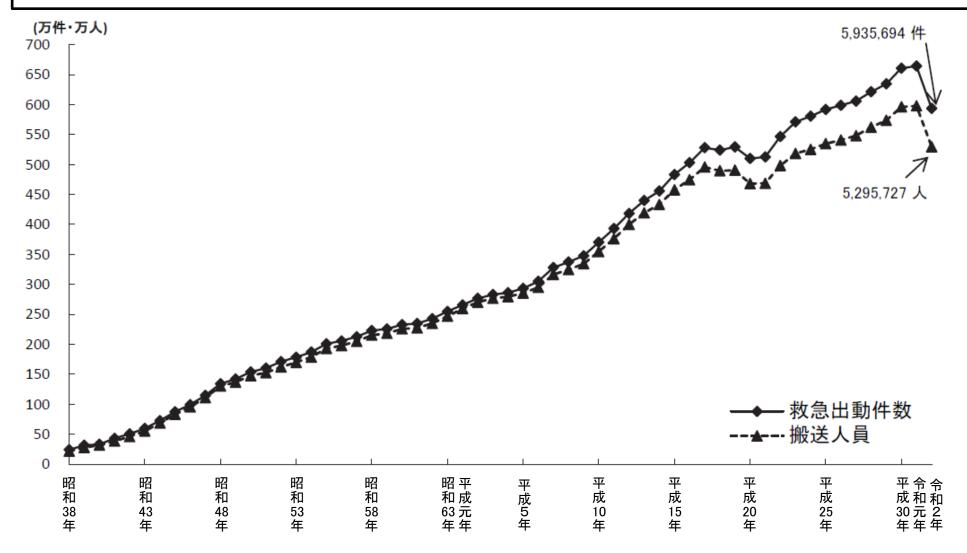
		病院前救護活動の機能 【救護】	初期救急医療を担う医療機関の機能 【初期救急医療】	入院を要する救急医療機関(第二次救急医療) の機能【入院救急医療】	救命救急医療機関(第三次救急医療) の機能【救命医療】	救命救急医療機関等からの転院を 受け入れる機能【救命後の医療】				
		運用救急救命士数	初期救急医療施設数	第二次救急医療機関数	救命救急センター数	● 転棟・転院調整をする者を常時配置している 救命救急センター数				
	都道府県	住民の救急蘇生法の受講率	一般診療所の 初期救急医療への参画率							
ストラクチャー	<b>郁</b> 坦府乐	心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方 針を定めている消防本部の割合								
		▼ 救急搬送人員数								
	医療機関				救急担当専任医師数・看護師数					
		心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人 員のうち、一般市民により除細動が実施された 件数			救命救急センター充実段階評価 Sの割合					
	都道府県	•	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間							
プロセス		受入困難事例の件数								
			第二次救急医療機関等の救急医療機関やかかり	つけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカル	コントロール協議会や多職種連携会議等の開催回数	t .				
				救急車の受入件数		緊急入院患者における 退院調整・支援の実施件数				
	医療機関		転院搬送	の実施件数						
	<b>正</b> 派成员			転院搬送	の受入件数					
					救命救急センターの応需率					
-7.1.1	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の一ヶ月後の予後									
アウ	`カム	心原性心肺機能停止傷病者(一般市民が目撃した)のうち初期心電図波形がVF又は無脈性VTの1ヶ月後社会復帰率								
(●け重さ	; tら福 /									

(●は重点指標)

# 参考資料

### 救急出動件数及び搬送人員の推移

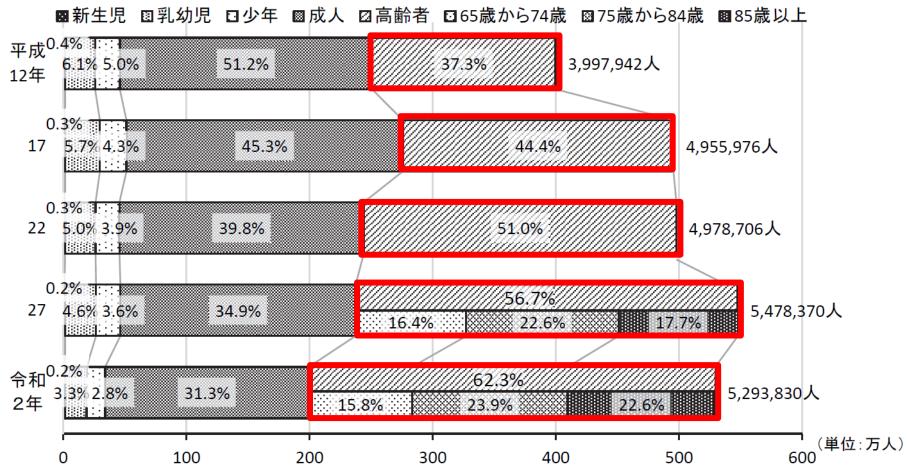
○ 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、 年々増加傾向である。



- (注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
  - 2 各年とも1月から12月までの数値である。

### 年齢区分別搬送人員構成比率の推移

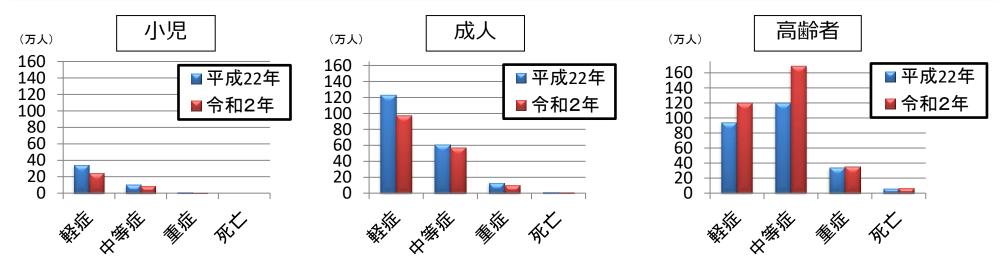
○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。



- 1 割合の算出に当たっては、端数処理(四捨五入)のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。
- 2 東日本大震災の影響により、平成 22 年は陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

### 10年前と現在の救急搬送人員の比較(年齢・重症度別)

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者		
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人		
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人		
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人		
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人		
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人		

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、<u>初診時における</u> 医師の診断に基づき、分類する。

死亡:初診時において死亡が確認されたもの

重症(長期入院):傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの

中等症(入院診療):傷病程度が重症または軽症以外のもの 軽症(外来診療):傷病程度が入院加療を必要としないもの

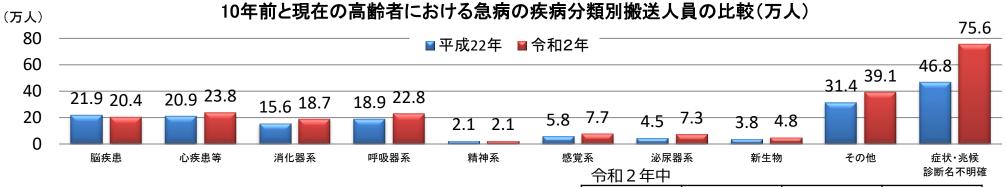
「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

#### 令和2年中

	小児	成人	高齢者
	(18歳未満)	(18歳~64歳)	(65歳以上)
	0.06万人	1. 2万人	6. 5万人
死亡	0.03万人减	O. 4万人減	0. 6万人增
	▲33%	<b>▲</b> 25%	10%
	0. 7万人	9. 7万人	35. 3万人
重症	0.4万人減	3. 0万人減	1. 3万人增
	▲36%	<b>▲24</b> %	4%
	8. 8万人	57. 0万人	168. 5万人
中等症	1. 4万人減	<b>4</b> . <b>2</b> 万人減	48. 7万人增
	<b>▲</b> 14%	<b>▲</b> 7%	41%
	24. 4万人	97. 4万人	119. 4万人
軽傷	10. 3万人減	25. 4万人減	25. 5万人増
	▲30%	<b>▲2</b> 1%	27%
	1835.9万人	7176.0万人	3602.7万人
総人口	213.7万人減	631.7万人減	654.3万人
	<b>▲</b> 10%	<b>▲</b> 8%	22%

### 10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

〇 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。



平成22年中

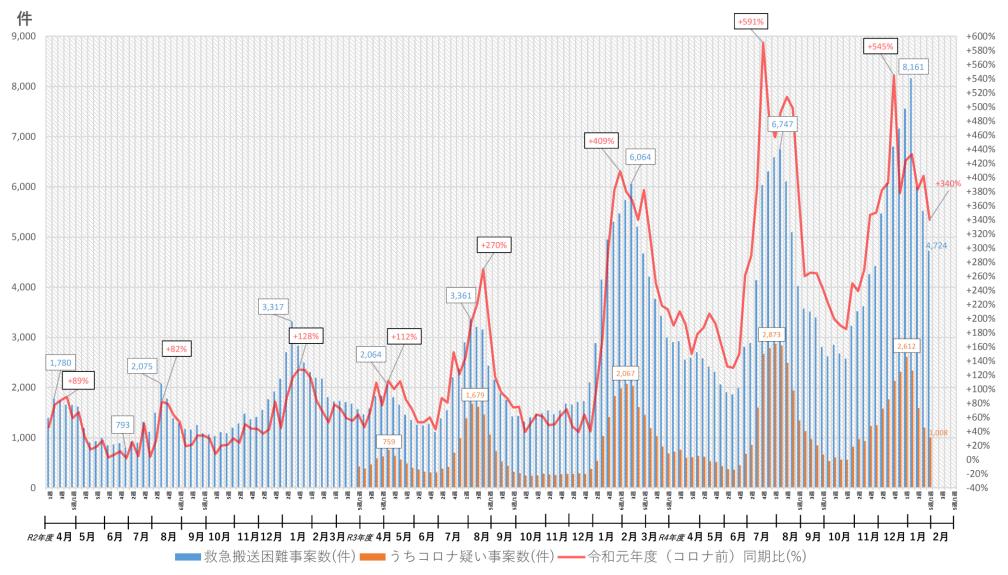
	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状·徴候 診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人



つかる中中			
	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人	5.7万人	20.4万人
	(0.3万人減)	(2.5万人減)	(1.5万人減)
心疾患等	0.1万人	5.9万人 (1.1万人減)	23.8万人 (2.9万人増)
消化器系	1.0万人	11.3万人	18.7万人
	(0.6万人減)	(3.9万人減)	(3.1万人増)
呼吸器系	1.5万人	5.5万人	22.8万人
	(1.0万人減)	(0.8万人減)	(3.9万人増)
精神系	0.4万人 (0.1万人減)	7.2万人 (2.7万人減)	2.1万人
感覚系	1.3万人	6.0万人	7.7万人
	(0.5万人減)	(0.2万人減)	(1.9万人増)
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 (0.1万人減)	7.3万人 (2.8万人増)
新生物	0.01万人	1.2万人 (0.2万人減)	4.8万人 (1.0万人増)
その他	3.7万人	19.5万人	39.2万人
	(1.3万人減)	(3.6万人減)	(7.8万人増)
症状·徴候	8.7万人	37.8万人	75.6万人
診断名不明確	(1.2万人減)	(7.0万人増)	(28.8万人増)
総人口	1835.9万人	7176.0万人	3602.7万人
	(213.7万人減)	(631.7万人減)	(654.3万人増)

(出典)救急・救助の現況(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

R5.2.7 総務省消防庁



- 本調査における「救急搬送困難事案」とは、救急隊による「医療機関への受入れ照会回 数4回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」の事案として、各消防本部から総務省消防庁 あて報告のあったもの。なお、これらのうち、医療機関への搬送ができなかった事案はない。
- ※2 調査対象本部 = 政令市消防本部・東京消防庁及び各都道府県の代表消防本部
- ※3 コロナ疑い事案 = 新型コロナウイルス感染症疑いの症状(体温37度以上の発熱、呼吸困 難等)を認めた傷病者に係る事案
- 医療機関の受入れ体制確保に向け、厚生労働省及び都道府県等と状況を共有。
- **※** 5 この数値は速報値である。
- ※6 本調査には保健所等により医療機関への受入れ照会が行われたものは含まれない。

### 救急医療体制体系図

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和2年4月13日付医政指発0331第3号)抜粋) (救急医療対策事業実施要綱(平成31年4月18日付一部改正医政発0418第16号)抜粋)

#### 救命救急医療(第三次救急医療)





令和4年6月1日現在

ドクターヘリ(56カ所)

令和4年4月18日現在

入院を要する救急医療(第二次救急医療)

病院群輪番制(398地区、2,723力所)



共同利用型病院(14力所)

令和2年4月1日現在(令和2年度救急現況調査より)

#### 初期救急医療

在宅当番医制(607地区)

休日夜間急患センター(551カ所)

令和2年4月1日現在(令和2年度救急現況調査より)

○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての <u>重篤な救急患者を24時間体制</u>で受け入れ るもの。

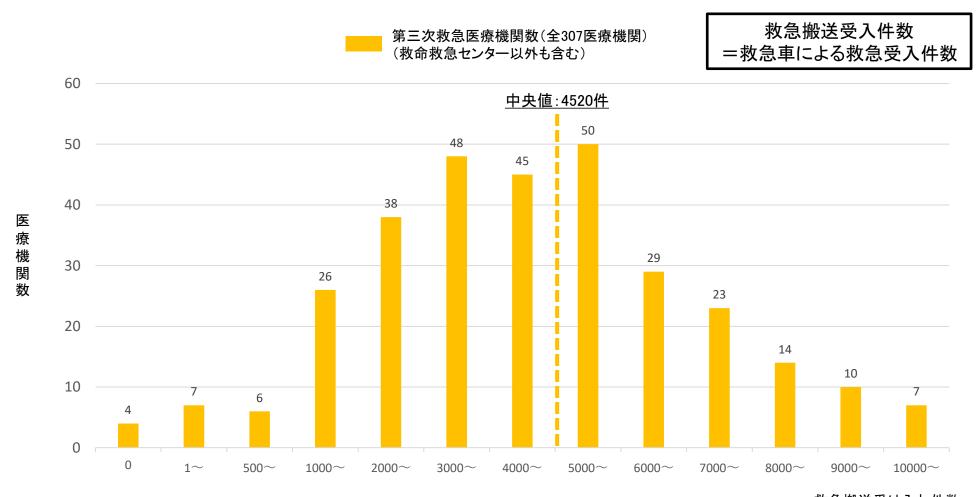
高度救命救急センターは、救命救急センターに収容される患者のうち、特に広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者を受け入れるもの。

- ○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、 当番制により、休日及び夜間において、<u>入</u> 院治療を必要とする重症の救急患者を受け 入れるもの。
- ○二次医療圏単位で、<u>拠点となる病院が一部を開放</u>し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における<u>入院治療を必要とする重症救</u>急患者を受け入れるもの。
- ○郡市医師会ごとに、複数の医師が<u>在宅当番</u> 医制により、休日及び夜間において、<u>比較</u> 的軽症の救急患者を受け入れるもの。
- ○<u>地方自治体が整備する急患センター</u>にて、 休日及び夜間において、<u>比較的軽症の救急患</u> 者を受け入れるもの。



### 救急搬送受入件数の分布(第三次救急医療機関)

- 第三次救急医療機関における救急搬送受入件数の中央値は4,520件であった。
- 救急搬送受入件数が1,000件未満と報告した第三次医療機関数は17(全体の5.5%)であった。



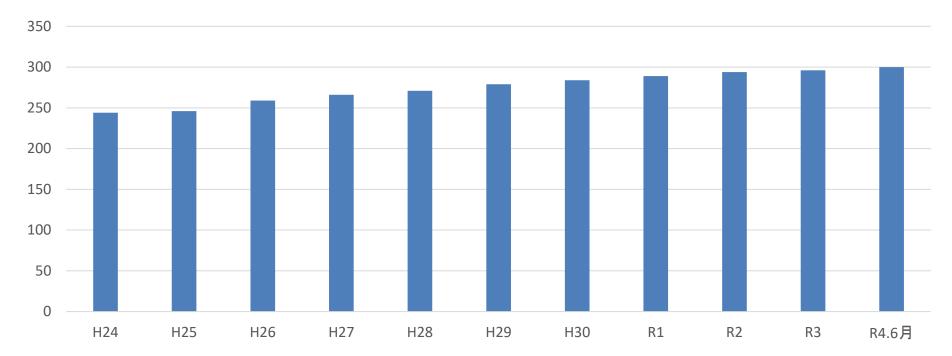
救急搬送受け入れ件数

(出典)令和2年度病床機能報告

※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

### 第三次救急医療機関の整備

- 救命救急センターは当初、増大する救急医療需要に対応するため、概ね100万人に1か所を目標に整備がなされてきたが、現在300施設まで増加が続いている。
- 医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着できる体制を整備する必要がある」としつつも、新たに救命救急医療施設等の整備を進める際には、「一施設当たりの患者数を一定以上に維持する等して質の高い救急医療を提供することが重要である」とされている。



■救命救急センター数

	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4.6月
救命救急センター数	244	246	259	266	271	279	284	289	294	296	300
(うち高度救命救急センター数)	(27)	(28)	(29)	(32)	(34)	(36)	(38)	(42)	(43)	(45)	(46)

### 救命救急センター充実段階評価

- 〇 平成9年「救急医療体制基本問題検討会」にて、「既存の救命救急センターを再評価し、その機能を強化する」との提言を受け、平成11年より救命救急センターの質の向上を図ることを目的として救命救急センターの充実段階評価が開始された。
- 平成20年「救急医療の今後のあり方に関する検討会」を経て、平成22年に充実段階評価を改正した。
  - 是正を要する項目の合計点で評価を行い、是正を要する項目の合計点が2年間継続して22点以上の場合はB評価、3年以上22点以上の場合はC評価とした。
  - メディカルコントロール体制への関与の状況等について、都道府県及び消防機関による評価項目を設けた。
- 〇 平成30年「医療計画の見直し等に関する検討会」、「社会保障審議会医療部会」等において議論が重ねられ、「救命救急センターの新しい充実段階評価について」(平成30年2月16日付け医政地発0216第1号厚生労働省医政局地域医療計画課 長通知)により充実段階評価を改正した。
  - ストラクチャーを中心とした評価体系から、プロセスも含めた評価体系へ見直しを行い、地域の関係機関との連携の観点からの評価を追加した。
  - 新たにS評価を追加した。
- 令和2年において、予定していた評価区分の段階的な引き上げが完了した。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和2年と令和3年の救命救急センターの充実段階評価において、一部の項目を評価の対象外とする例外的な対応を行った。
- 充実段階評価については、令和4~6年度の地域医療基盤開発推進研究事業「持続可能な救急医療提供体制の構築に 関わる研究」において、評価項目の内容について検討することとしている。

#### 診療報酬点数

充実段階評価の結果に基づき、救命救急入院料に以下が加算される。

<救命救急入院料に係る加算>

- 〇 救急体制充実加算1 (S評価) 1,500点
- 〇 救急体制充実加算2 (A評価) 1.000点
- 〇 救急体制充実加算3 (B評価) 500点

#### 医療提供体制推進事業費補助金

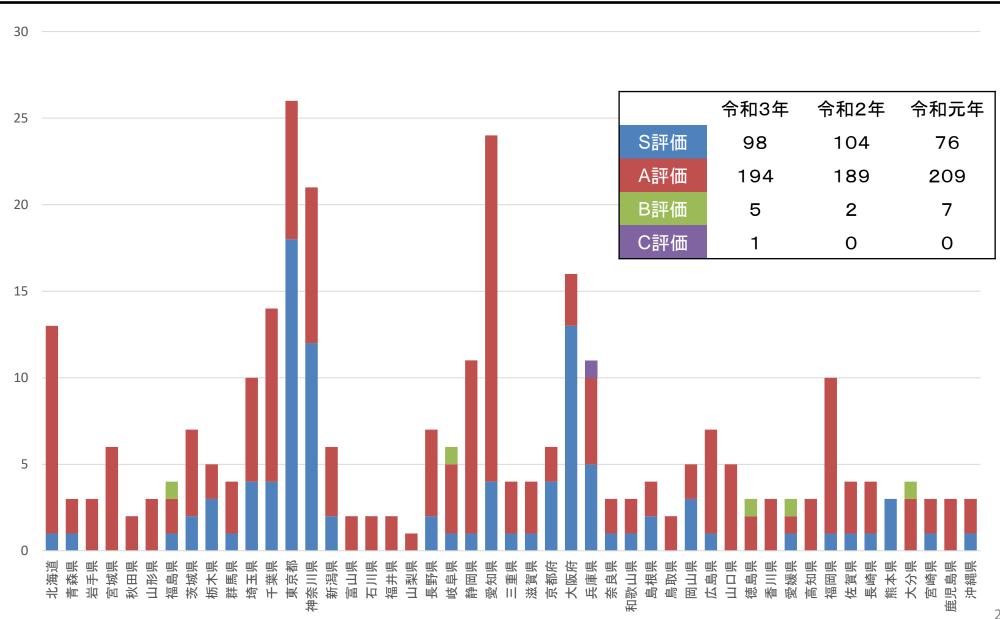
「救命救急センター運営事業」の交付算定基準額の算出に当たり、 充実段階評価の結果に応じた係数を乗じる。具体的には以下の通り。

<基準額に乗じる係数>O S・A評価 100%O B評価 90%

○ C評価 80%

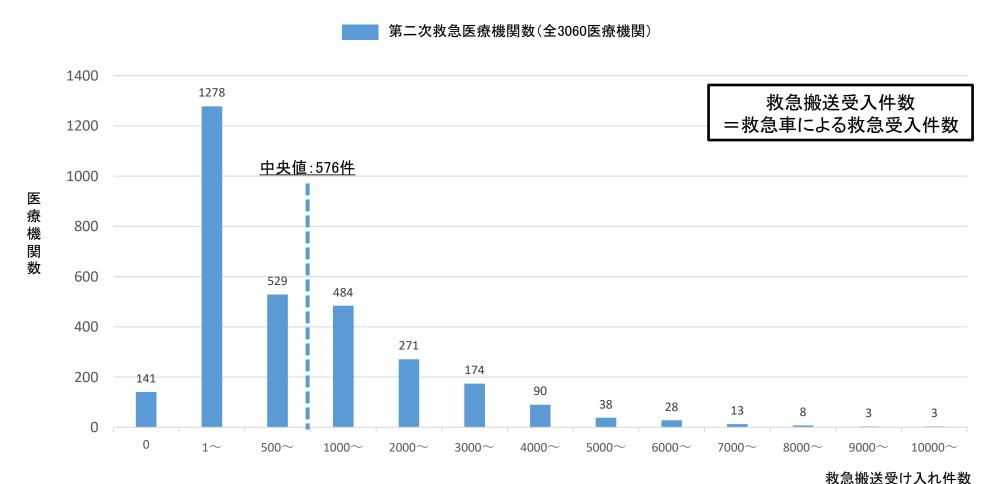
### 令和3年救命救急センター充実段階評価の結果(都道府県別)

〇 S評価が98医療機関、A評価が194医療機関となり、S評価とA評価の施設が全体の98%を占めている。



### 救急搬送受入件数の分布(第二次救急医療機関)

- 第二次救急医療機関における救急搬送受入件数の中央値は576件であった。
- 〇 救急搬送受け入れ件数が1,000件未満の第二次救急医療機関は1,948(第二次救急医療機関全体の63.6%)であり、このうち141の医療機関において受入実績がO件であった。
- 医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること」とされている。



(出典)令和2年度病床機能報告

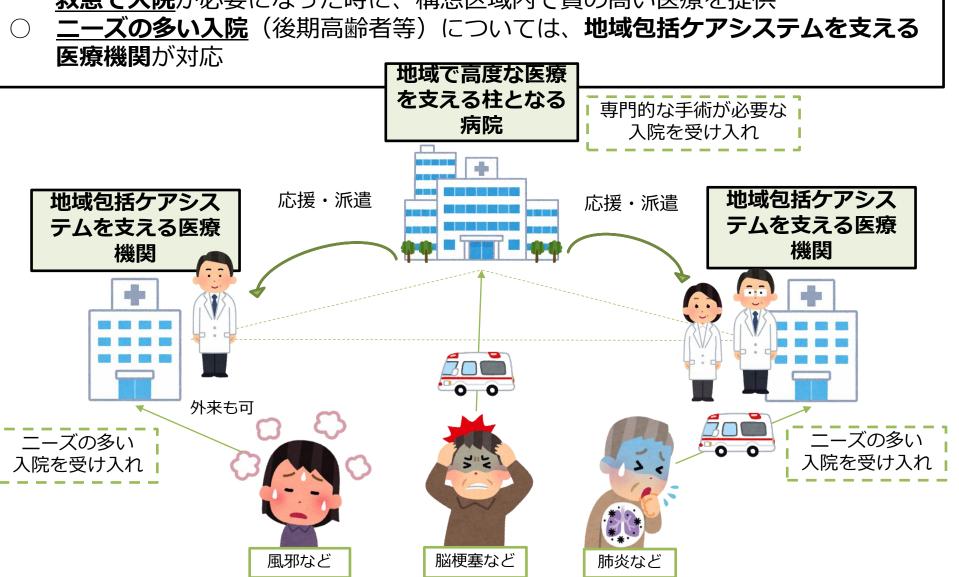
※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

### 地域医療構想の実現に向けた医療提供体制の方向性(イメージ) 第2回地域医療構想及び医師確保計画に

第2回地域医療構想及び医師確保計画に 関するワーキンググループ

(令和3年12月3日) 新潟県提出資料

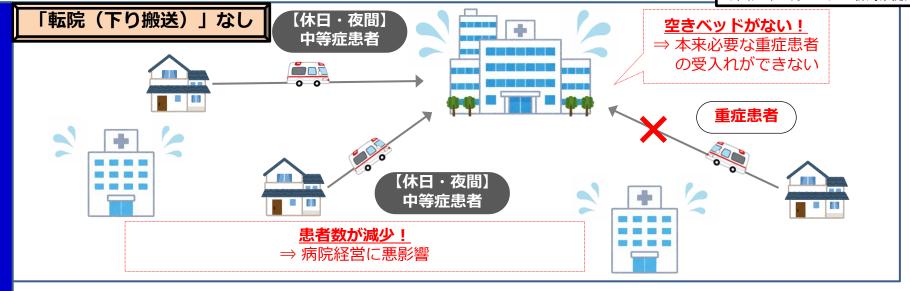
○ 「地域で高度な医療を支える柱となる病院」の<u>体制が強化され</u>、<u>専門的な手術や</u> 救急で入院が必要になった時に、構想区域内で質の高い医療を提供



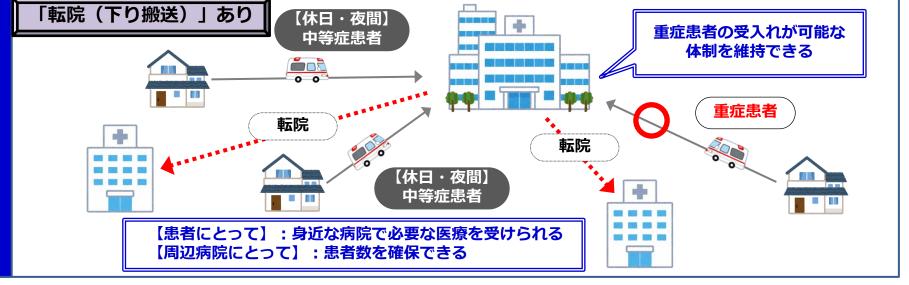
#### 転院(下り搬送)の必要性

第2回地域医療構想及び医師確保計画に 関するワーキンググループ

(令和3年12月3日) 新潟県提出資料



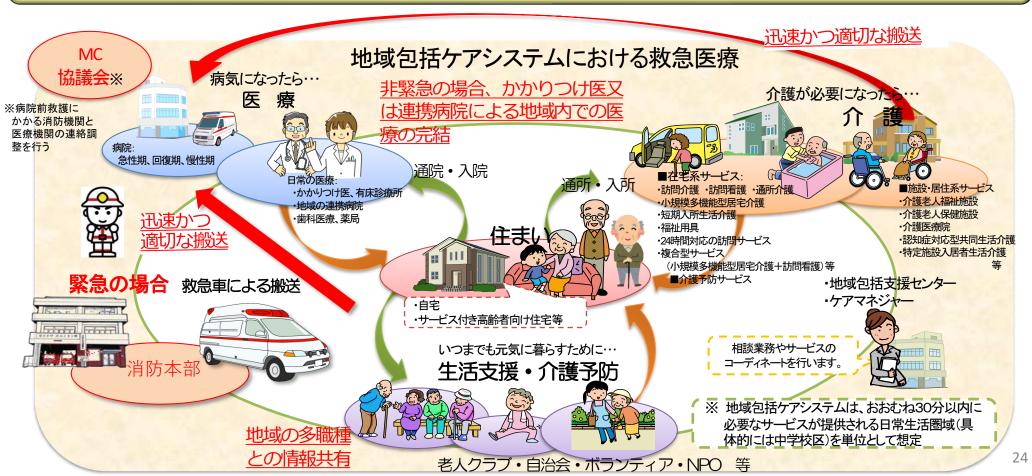
#### 転院(下り搬送)の促進



### 地域包括ケアシステムにおける救急医療の役割(在宅・介護施設の高齢者の支援)

平成28年9月第4回医療計画の見直し等に関する検討会資料を一部改変

- ○慢性期の方は、日常的に地域包括支援センター・ケアマネジャー等、地域の保健医療福祉の関係者の支援を受けていることが多い。
- ○こうした関係者と消防機関が連携して情報共有に取り組むことで、救急車をどのような場合に利用すべきかに関する理解を深めてもらうとともに、医師の診療が必要な場合でもできる限り地域のかかりつけ医で完結することが望ましい。
- ○介護施設等に入所している高齢者についても、できる限り提携病院を含めた地域の中で完結することが望ましい。



### 在宅医療・救急医療連携セミナー

#### <背景・課題> 本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見

国民の多くが人生の最期を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大半は、人生の最終段階にお ける医療等について、家族と話し合いを行っていない。このような背景を踏まえると、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。

#### <対策> 患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援

先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り 組んでいる。こうした先進事例をもとに、複数の自治体を対象としたセミナーを実施し、連携ルール策定のための重点的な支援を行う。また、本取 組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する。

問題意識

本人の意思に反し た搬送例が散見



救急医療、消防、在宅医 療機関が、患者の意思 を共有するための連携 ルール等の策定を支援



#### 在宅医療・救急医療連携セミナー

10~15の自治体 (自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等)を対象に、 グループワークを実施。

- ・連携ルールの内容検討
- •連携ルール運用までの工程表の策定 に取り組むための支援を実施

#### 先進事例の紹介

既に連携ルールを運 用している先進自治体 の取組(連携ルールの 運用に至る工程、課 題)を分かりやすく紹介

#### 有識者による 策定支援

有識者や先進自治体 の支援のもと、連携 ルールの検討や工程表 策定についてグループ ワークを実施。



#### 継続的な フォローアップ

セミナーで策定した 工程表の実施状況や 課題を把握し、工程 表の改善等を支援。





### 全国的な横展開の推進

連携ルール運用に至るまでの手順や、運用後の課題等をとりまとめ、 全国の自治体に情報提供することで、参加自治体以外への横展開を推進

#### 方向性

#### 予め、

本人の意向を 家族やかかりつ け医等と共有し、 人生の最終段階 における療養の 場所や医療につ いて、本人の意 思が尊重される 取組を推進

### 救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例

#### 東京都(東京消防庁)

#### 【心肺蘇生を望まない傷病者への対応】

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」(以下、運用の要件)

下記の運用要件を満たした場合、救急隊から在宅医/かかりつけ医等に連絡し、 心肺蘇生を中断する。「在宅医/かかりつけ医等」又は「家族等」に傷病者を引き継 ぐ。

(出典:東京消防庁「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」 https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/lfe/kyuu-adv/acp.html)

#### #┃ 運用要件

- 1 ACPが行われている成人で心肺停止状態である
- 2 傷病者が人生の最終段階にある

つけ医等に傷肉者を引き継げない場合等は、心道蔵生を継続して2次医療機関等に設送します。

○ 心肺蘇生を実施しない、死亡確認や死亡診断のための撤送は、経経省消防庁から「改善業務に診

当しないと考えられる」との見解が示されているため、医療機関に撤送することはできません。

○ 心師辞生の中止は医師が直接行った指示に従います。医師以外の医療従事者(看護師、介護者人

) 傳病者本人に「心臓蘇生の実施を望まない意思」があることを示された事実は、すべて医師検証の 対象とします。東京経MC度議会の事後検証委員会等により、復管運用実験を見直していきます。

福祉施設措置等)からの指示や、伝聞による指示には対応できません

- 3 傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない」
- 4 傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状とが 合致する



病者本人の意思があった場合が対象となります

○ 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡して、これらの項目を確認させていただき、心肺蘇生を

中報し、「かかりつけ医等」又は「家族等」に偏適者を引き継ぐこととしたした

O 救急隊は、かかりつけ医等が上記頃日を判断するために必要な情報を伝達します

#### 【事例の紹介】静岡県静岡市

#### 【グリーンカードシステム】在宅療養者の意思表示

「グリーンカードシステムの構築(在宅看取りのための診療所連携システム)」

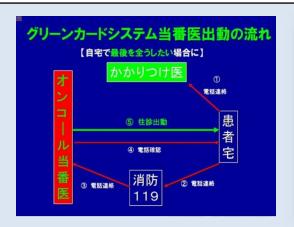
(出典:静岡市静岡医師会ホームページhttps://shizuoka-city-med.or.jp/e2net/house/)

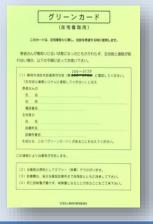
あらかじめ在宅主治医が記載した「在宅患者サマリーカルテ」に患者情報を記載し、グリーンカードと一緒に在宅療養者のベッドサイドに設置する

|在宅療養者の看取りの状態となるも主治医と連絡がつかない場合、在宅療養者の家 |族はグリーンカードに記載してある手順に則り静岡市消防署に連絡を入れる

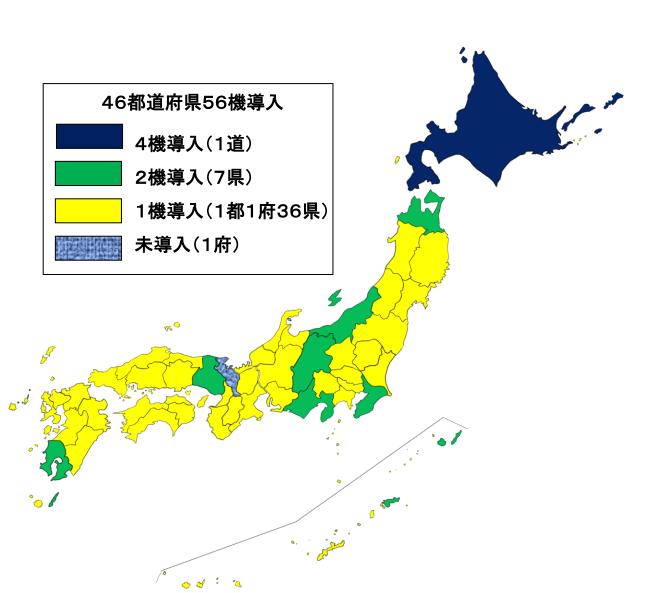
静岡市消防署は、あらかじめ静岡医師会から連絡されていた在宅往診当番医表をも とに、往診依頼の連絡を入れる

連絡を受けた在宅往診当番医は当該の在宅療養者へ往診し、看取りの診察をする





### ドクターヘリの導入状況(令和4年4月18日現在)



-	w iii. dente
都道府県	基地病院
北海道	旭川赤十字病院
北海道	市立函館病院
北海道	市立釧路総合病院
北海道	手相渓仁会病院
青森県	青森県立中央病院
青森県	八戸市立市民病院
岩手県	岩手医科大学附属病院
宮城県	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター・東北大学病院
秋田県	秋田赤十字病院
山形県	山形県立中央病院 福島県大阪教士学教育会院
福島県	福島県立医科大学附属病院
茨城県	独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター・水戸済生会総合病院 猫協医科大学病院
栃木県	
群馬県	前橋赤十字病院 は 7 原列 大学会会 原本 は 2 名
埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター
千葉県	国保直営総合病院君津中央病院 日本医科大学千葉北穀病院
千葉県	
東京都	杏林大学医学部附属病院 東海大学医学部付属病院
新潟県	果海へ子医子叩り場所院長岡赤十字病院
新海県 新潟県	新温大学医歯学総合病院
	富山県立中央病院
	石川県立中央病院
福井県	セルテンドス 対応 福井県立病院
山梨県	山梨県立中央病院
長野県	日来ホエース内に 長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院佐久医療センター
長野県	大野木子工農米園内配石屋石芸 化入総石列抗化入色流 ピンケー 信州大学医学部附属病院
岐阜県	は 単大学医学部 附属病院
静岡県	順天堂大学医学部附属静岡病院
静岡県	聖隸三方原病院
愛知県	<b>愛知医科大学病院</b>
三重県	伊勢赤十字病院・三重大学医学部附属病院
<b>土工</b> 不 <b>滋賀県</b>	济生会滋賀県病院
大阪府	大阪大学医学部附属病院
兵庫県	公立豊岡病院
兵庫県	兵庫県立加古川医療センター・製鉄記念広畑病院
奈良県	奈良県立医科大学附属病院
和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院
島根県	島根県立中央病院
岡山県	川崎医科大学附属病院
広島県	広島大学病院
山口県	山口大学医学部附属病院
徳島県	徳島県立中央病院
愛媛県	愛媛県立中央病院
高知県	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
香川県	香川県立中央病院・香川大学医学部附属病院
福岡県	久留米大学病院
佐賀県	佐賀県医療センター好生館
佐賀県	佐賀大学医学部附属病院 ************************************
長崎県	独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
熊本県	熊本赤十字病院 
	大分大学医学部附属病院
	宮崎大学医学部附属病院
	鹿児島市立病院
	県立大島病院
<b>冲绳</b> 県	浦添総合病院

### ドクターヘリの実績推移



### 都道府県境を越えた広域連携の協定締結状況

○ 42府県において29の協定が締結され、ドクターへリの都道府県境を越えた広域連携が行われている。

#### 連携している都道府県の双方のドクターヘリが、一部の圏域を相互に都道府県境を越えてカバーし合う。

- 自都道府県のドクターへリを優先的に要請するパターンと、そうでないパターンの2種類に分けられる。
  - ◇ **自都道府県のドクターへリを優先的に要請する**: 重複要請や多数傷病者発生事案等の理由により、自都道府県のドクターへリが出動できない、もしくは自都道府県のドクターへリのみでは対応できない場合に、他都道府県のドクターへリを要請することができる。
  - ◆ <u>地理的条件によっては、他都道府県のドクターへリを優先的に要請することができる</u>: 基地病院から現場までの距離等によって、自都 道府県のドクターへリの状況にかかわらず、他都道府県のドクターへリを要請することができる。

◇青森県−岩手県−秋田県

◇茨城県一栃木県一群馬県

◆ 鳥取県-島根県-岡山県-広島県-山口県-関西広域連合

◇岩手県一宮城県

◇群馬県一埼玉県

◇徳島県ー愛媛県ー高知県

◇宮城県一山形県

◇群馬県一新潟県

◇愛媛県一広島県

◇宮城県一福島県

◇神奈川県一静岡県一山梨県

◆福岡県一佐賀県

◇秋田県一山形県

◇三重県一奈良県一和歌山県

◇佐賀県一長崎県

◇山形県ー福島県ー新潟県

◇大阪府 徳島県一和歌山県

◇福島県-茨城県

◇京都府 滋賀県ー福井県

#### 他都道府県のドクターへリが都道府県境を越えてカバーする。

例)A⇒Bは、AのドクターへリがBの一部地域をカバー。

• 千葉県⇒茨城県

• 岐阜県⇒福井県

• 大阪府⇒奈良県

• 徳島県⇒兵庫県

• 沖縄県⇒鹿児島県

• 富山県⇒岐阜県

• 大阪府⇒京都府

• 兵庫県⇒京都府鳥取県 • 福岡県⇒大分県

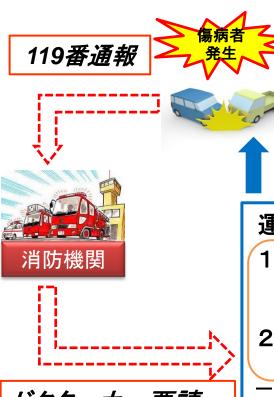
#### 大規模災害時における広域連携について協定を結んでいる。

富山県一石川県一福井県一長野県一岐阜県一静岡県一愛知県一三重県

注)このほか、協定書はないが、都道府県境を越えたドクターへリの活動について運航マニュアルの策定等を行い、広域連携を行っているものがある。

### ドクターカーとは

- ドクターカーは、過去の研究において「<u>診療を行う医師を派遣するための緊急走行が可能な車両」</u>(※)と定義されており、医師が病院到着前に早期に診療を開始することができ、また、搬送中の診療の継続を可能とするものである。
  - (※)「ドクターカーの活用と類型化についての研究」より (平成28年度厚生労働科学研究:分担研究者 高山隼人ら)
- 現場に医師が急行する場合や転院搬送に医師が同乗する場合など多様な運用事例がある。今後、どのような患者に対して 運用されているか、また、時間帯、気象状況や地理的条件による運用方法等について、令和4年度より実施する「ドクター カーの運用事例等に関する調査研究事業」において把握・分析し、今後の活用方法について検討していく。



医師が病院到着前で診療を 開始し、診療を継続しながら 医療機関へ搬送



医師が診療を継続しながら 他医療機関へ転院搬送



### ①現場に医師が急行



### ②転院搬送に医師が同乗



#### 運用事例



医療機関の救急車

(傷病者搬送用ベッド有)



医療機関の乗用車

(傷病者搬送用ベッド無)

#### 運用事例





医療機関の救急車

(傷病者搬送用ベッド有)

**<医療機関>**(厚生労働省の補助事業**あり**)

### ドクターカー要請

(現場に先着した救急隊より指令 部を通じてドクターカー要請がされ ることもある。)

## 

消防機関の救急車

(医師を医療機関にてピックアップする方式等)

2)



消防機関の救急車等

<消防機関>

### ドクターカーの実績推移

○ 救命救急センターの有するドクターカーの台数及び年間運航件数は、平成29年度までは 増加傾向にある。

