

厚生労働省からの情報提供



厚生労働省 医政局 地域医療計画課
救急・周産期医療等対策室 病院前医療対策専門官

新井 悠介

目次・概要

(スライド番号)

1. 「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における最近の議論について

1-1 「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」の概要

5~7

(概要)「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」において、救急救命士の資質活用に向けた環境の整備等についての議論を計6回行い、令和2年3月に「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」を取りまとめた。必要であれば救急救命士法の改正も含めた手続きを行うことを検討中。

1-2 新型コロナウイルス感染症に関連する救急医療提供体制について

8~19

(概要)令和2年11月までの新型コロナウイルス感染症に関連する救急医療提供体制について事実関係等について整理を行った。新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた、令和2年中における「救命救急センターの充実段階評価」の取扱いについて議論を継続中。

2. 「在宅医療・救急医療連携セミナー」について

20・21

(概要)本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見されるという問題意識のもと、本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール等の策定を支援することを目的として平成29年より「在宅医療・救急医療連携セミナー」を実施している。

3. 「病院救急車活用モデル事業」について

22・23

(概要)高齢者の救急患者が増加の一途を辿ると考えられる地域等において、病院救急車を実際に運用し、地域の救急医療体制に与える効果検証を行うために、令和元年度より「病院救急車活用モデル事業」を実施している。

厚生労働省からの情報提供

1. 「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」
における最近の議論について
 - 1-1 「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」
の概要
 - 1-2 新型コロナウイルス感染症に関連する救急医療提供体制について

「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」について

趣旨

- 平成30年度から各都道府県において第7次医療計画が策定され、救急医療提供体制については地域連携の取組や救急医療機関の充実に向けた見直しを、災害医療提供体制についてはコーディネート体制や連携体制等の構築に向けた見直し等を進めているが、更にこれらの医療の充実を図っていく必要がある。
- 救急医療については、地域の実情に応じた体制構築にあたり、出動件数が増加しているドクターヘリの安全運航の在り方や、救命救急センターを含む救急医療体制の在り方等について検討が必要である。
- 災害医療については、今後発生が予想される南海トラフ地震、首都直下地震にも対応が可能な体制構築するにあたり、DMAT事務局の組織・運用の在り方や、広域災害・救急医療情報システムの在り方等について検討が必要である。
- 上記を含めた、救急・災害医療提供体制等の課題について検討することを目的として、本検討会を設置する。

本検討会の協議事項

- (1) ドクターヘリの安全運航等の在り方を含めた救急医療提供体制の在り方について
- (2) DMAT事務局の組織・運用の在り方を含めた災害医療提供体制の在り方について
- (3) 広域災害・救急医療情報システムの在り方について
- (4) その他、救急・災害医療提供体制等の在り方について

構成員

(令和2年12月時点 計17名)

(※五十音順)

氏名	所属・役職
阿真 京子	日本医療政策機構 フェロー
猪口 正孝	公益社団法人全日本病院協会常任理事
井本 寛子	公益社団法人日本看護協会常任理事
畝本 恭子	日本医科大学多摩永山病院救命救急センター長
遠藤 久夫	学習院大学教授
大友 康裕	東京医科歯科大学大学院救急災害医学分野教授
加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長
久志本成樹	東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座救急医学分野教授
坂本 哲也	一般社団法人日本臨床救急医学会代表理事
島崎 謙治	国際医療福祉大学大学院教授
嶋津 岳士	大阪大学大学院医学系研究科救急医学教授
田中 一成	一般社団法人日本病院会常任理事
長島 公之	公益社団法人日本医師会常任理事
野口 宏	愛知医科大学名誉教授
本多 麻夫	埼玉県保健医療部参事
森村 尚登	東京大学大学院医学系研究科救急科学教授
山崎 學	公益社団法人日本精神科病院協会会長

これまでの検討状況

- ◆第1回(平成30年4月6日)
 1. 本検討会開催の趣旨について
 2. 救急医療に係る検討会の報告書への取組状況について
 3. 災害医療に係る検討会の報告書への取組状況について
 4. 災害対応における組織体制について
- ◆第2回(平成30年4月20日)
 1. 前回の議論内容のまとめ
 2. DMAT事務局の在り方について
 3. 広域災害・救急医療情報システム(EMIS)について
- ◆第3回(平成30年5月30日)
 1. 前回の議論内容のまとめ
 2. ドクターヘリ等多様な患者搬送手段について
 3. ドクターヘリの安全運行について
- ◆第4回(平成30年6月21日)
 1. 前回の議論のまとめ
 2. 災害派遣精神医療チーム(DPAT)について
 3. 災害拠点精神科病院について
 4. 災害時を想定した平時における燃料等の供給手段の確保について
- ◆第5回(平成30年6月21日)
 1. 救急医療体制の現状と課題について
- ◆第6回(平成30年7月6日)
 1. これまでの議論のまとめ
- ◆第7回(平成30年8月1日)
 1. 災害を考慮した事前体制整備について
 2. 大阪北部を震源とする地震における医療対応について
 3. 今後の議論の進め方について
- ◆第8回(平成30年9月27日)
 1. 災害時情報収集体制の強化について
 2. ドクターヘリの現状と課題について
- ◆第9回(平成30年10月31日)
 1. 平時及び災害時における医療体制の全体像
 2. 災害時における医療支援及び人材養成について
- ◆第10回(平成30年12月20日)
 1. 重要インフラの緊急点検の結果及び対策について
 2. 救急医療における評価指標の現状と課題について
 3. 地域の救急医療資源の有効活用について
- ◆第11回(平成31年2月6日)
 1. 災害拠点精神科病院の要件(案)と整備方針(案)について
 2. 災害医療コーディネーター及び災害時小児周産期リエソンの活動要領のついて
- ◆第12回(平成31年3月29日)
 1. 災害拠点精神科病院の要件(案)と整備方針(案)について
 2. 災害拠点病院の燃料及び水の確保について
- ◆第13回(平成31年4月25日)
 1. 救急医療を取り巻く課題について
 2. 救急医療のデータ連携
- ◆第14回(令和元年5月23日)
 1. 地域の医療資源の有効活用について
 2. 病院の業務継続計画(BCP)の策定状況について
- ◆第15回(令和元年7月18日)
 1. 医療計画の中間見直しに向けた課題について
- ◆第16回(令和元年8月21日)
 1. 平成30年度の災害のふり返りについて
 2. 医療計画の見直しにおける議論について
- ◆第17回(令和元年11月6日)
 1. 救急救命士の資質向上・活用に向けた環境の整備について
 2. 救急医療の現状と課題について
 3. 令和元年度台風第15号、第19号への医療対応
- ◆第18回(令和元年11月20日)
 1. 救急救命士の資質向上・活用に向けた環境の整備について
 2. 救急医療の現状と課題について
 3. 医療計画の中間見直しに加える指標について(救急医療)
- ◆第19回(令和2年2月6日)
 1. 救急救命士の資質向上・活用に向けた環境の整備について
- ◆第20回(令和2年3月4日)
 1. 救急救命士の資質向上・活用に向けた環境の整備について
- ◆第21回(令和2年8月21日)
 1. 令和元年度及び令和2年度における自然災害対応及び新型コロナウイルス感染症対策について
- ◆第22回(令和2年12月4日)
 1. 新型コロナウイルス感染症対策について
 2. 令和2年7月豪雨の振り返りについて
 3. 病院船について

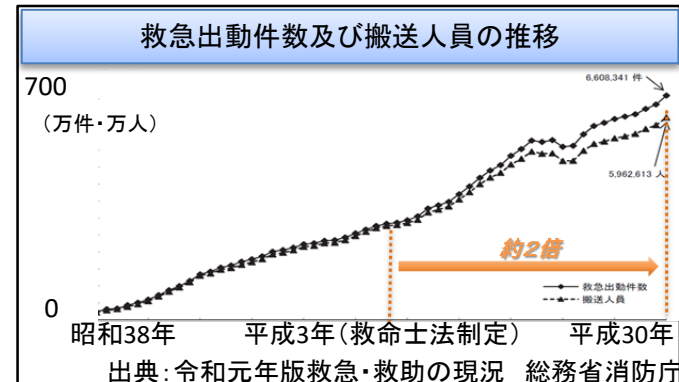
1-1 「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」の概要

- 日本医師会※1、日本救急医学会※2、四病院団体協議会※3より、救急救命士の業務の場の拡大や医師から救急救命士に対する業務移管の必要性等について言及された。
- 上記を踏まえ、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」において、救急医療提供体制の充実等に関する議論に関連する事項として、救急救命士の資質活用に向けた環境の整備等についての議論を計6回行い、令和2年3月に「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」を取りまとめた。

※1)「救急救命士の業務の場所の拡大に関する提議」(平成22年3月17日) ※2)「医師の働き方改革に関する追加提言」(平成31年1月18日) ※3)「要望書～医師のタスク・シフティング/シェアリングについて～」(令和2年1月15日)

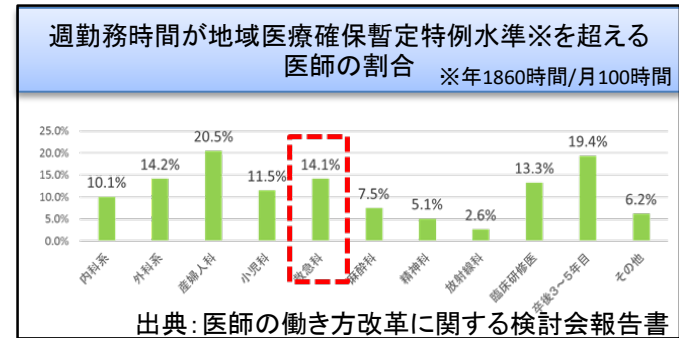
<救急医療をとりまく現状>

- 救急医療は、病院前における救急業務に始まり、「救急外来」注1)における救急診療を経て、入院病棟における入院診療へと続く。病院前は救急救命士注2)、医療機関に搬入後は医師、看護師等が主な業務を担っている。
- 搬送人員注3)の増加により、救急医療に携わる者にかかる負担は増加している。
- 長時間労働の実態にある医師の中でも、救急科の医師は、時間外労働が年1860時間/月100時間を超える医師の割合が14.1%である。
- 看護師については、医療法において外来における看護配置の基準が定まっているが、「救急外来」に特化した基準はない。



<課題>

- 高齢化の進展により救急医療のニーズが今後更に高まると予想される中、救急医療に従事する者の確保を行う必要がある。



今後の対応の基本的方向性

- ① 「救急外来」における看護師の配置状況や業務実態の調査研究を行い、その結果を踏まえ、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」で議論し、「救急外来」等への看護師の配置に関する基準等について検討し、必要な措置を行う。⇒令和2年度の厚生労働科学特別研究を実施中。
- ② 救急救命士が救急医療の現場において、その資質を活用できるように、救急救命士法の改正を含め、具体的な議論を進める。⇒詳細は次頁参照。

注1)「救急外来」とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

注2)救急救命士は、傷病者発生現場及び医療機関への搬送途上において、救急救命処置が可能な職種。(救急救命士法)

注3)搬送人員とは、救急隊が傷病者を医療機関等へ搬送した人員(医療機関等から他の医療機関等へ搬送した人員を含む。)をいう。

救急医療の現場における具体的な救急救命士の資質活用方策

- 「病院前」から延長して「救急外来^{注1)}まで」においても、救急救命士が救急救命処置を可能とする。
- 「救急外来」で救急救命処置の対象となる傷病者は、救急診療を要する重度傷病者^{注2)}とする。
- 実施可能な救急救命処置は、「救急救命処置の範囲等について」^{注3)}で規定される処置内容とする。

注1)「救急外来」とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

注2)「重度傷病者」とは、その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者。(救急救命士法第2条第1項)

注3)「救急救命処置の範囲等について」(平成26年1月31日医政指発0131第1号)

医療機関に就業する救急救命士の資質及び当該救急救命士が行う業務の質を担保する仕組み

- 救急救命士の資質及び救急救命士が行う業務の質の担保を目的として、救急救命士を雇用する医療機関は、当該医療機関内に委員会を設置し、以下の研修体制等を整備すること。

〔実施可能な救急救命処置の範囲等に関する規定の整備 / 研修体制の整備〕
〔救急救命処置の検証を行う体制の整備 / 組織内の位置づけの明確化〕

- 救急救命士を雇用する医療機関は、所属する救急救命士に対して、以下の研修を行うこと。

〔【医療機関就業前に必須となる研修】 医療安全、感染対策、チーム医療〕
〔【研鑽的に必要な研修】 救急救命処置行為に関する研修等〕

また、

- ・ 救急医療の現場が混乱しないように、医療機関に所属する救急救命士の運用方法のガイドライン等を策定すべき
 - ・ 地域メディカルコントロール協議会と医療機関で構築する院内委員会等との関係性をどのように整理するのか
- などの論点については、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における引き続きの検討事項とする。

※上記は「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」(令和2年3月19日)の概要であり、今後救急救命士が救急外来において救急救命処置が可能となることが決定したわけではない。

1-2 新型コロナウイルス感染症に関連する救急医療提供体制について

今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について ①

(令和2年6月19日付け事務連絡より抜粋)

新たな医療提供体制整備に関する基本的な考え方について

第21回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会	資料
令和2年8月21日	3

○ 都道府県は、新型コロナウイルス感染症が早期には収束しない可能性も考慮しつつ、「新型コロナウイルス感染症との共存」も見据えた中長期的な目線で医療提供体制整備を行うこと。特に、次の感染拡大が生じるまでの間に、着実な整備を図ること。また、新型コロナウイルス感染症患者に対する医療のみならず、他の疾患等の患者に対する必要な医療も両立して確保することを旨とし、医療提供体制を整備すること。

入院医療体制について

- 患者推計により示される療養者数の増加の程度に応じて、ピーク時までの段階的なフェーズを設定し、それぞれのフェーズで必要な病床・宿泊療養施設を確保する計画(病床確保計画)を策定すること。この際、フェーズを設定し、それぞれのフェーズで必要な病床数を確保することにより、それ以外の病床において新型コロナウイルス感染症患者以外の患者に対する医療を確保するという観点に留意すること。
- 病床・宿泊療養施設の確保及び段階的な患者受け入れ体制の整備に当たっては、重点医療機関、協力医療機関、それ以外の医療機関等など、医療機関間の役割分担について、患者受入れ順序・ルールの設定等を含め、予め調整しておくこと。
- 単独の都道府県において即応病床(患者の即時受入れが可能な病床)の確保が難しい場合には、地域の実情に応じて、広域搬送体制を整えた上で周辺の都道府県と協力して必要な病床数を確保する等の柔軟な対応も検討すること。
- 都道府県においては、引き続き、重点医療機関(医療機関又は病棟単位で新型コロナウイルス感染症患者を重点的に受け入れる医療機関)を中心とした新型コロナウイルス感染症患者の受入れ体制の確保を一層進めること。
- 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者については、新型コロナウイルス感染症と診断された患者と同等の感染管理が求められ、また、確定診断がつくまでの間は、原則として個室での受入れが必要となることから、先般の感染拡大時には、消防庁が実施した調査結果では、最大時に対前年比約2倍の救急搬送困難事例が発生する等、地域の救急医療提供体制に大きな負荷がかかった。
- このような新型コロナウイルス感染症に係る救急搬送困難事例の発生を防止するため、都道府県においては、新型コロナウイルス感染症患者受入医療機関とは別途、新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室を設定して患者を受け入れ、必要な医療を提供する協力医療機関を、人口規模等を考慮し、複数箇所確保すること。
- 重点医療機関、協力医療機関の確保を進める中で、各都道府県における医療機関間の役割分担・協力関係についても、関係医療機関等と予め方針を調整しておくこと。

今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について ②

(令和2年6月19日付け事務連絡より抜粋)

救急・搬送体制について

第21回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会	資料
令和2年8月21日	3

<救急患者の受入体制整備について>

○ 協力医療機関の設定に当たっては、地域の昨年度の救急搬送件数、昨年度の救急搬送困難事例の発生数、感染症指定医療機関や重点医療機関等の整備状況、地理的条件や後述する搬送ルールの設定状況等を考慮すること。

○ 新型コロナウイルス感染症以外の救急患者(脳卒中、急性心筋梗塞、外傷、周産期、小児など)をどの医療機関で受け入れるのか等について、地域の救急医療の関係者や消防機関の関係者等を含めて、改めて明確化すること。また、その結果について、都道府県調整本部を含め、関係者間で広く共有すること。

<搬送体制の整備について>

○ 新型コロナウイルス感染症の患者(疑い患者を含む)の救急搬送困難事例を防ぎ、24時間体制で搬送調整に対応できるようにする観点から、その地域における新型コロナウイルス感染症の患者(疑い患者を含む)の受入医療機関への搬送先の調整ルール(搬送順など)を予め設定すること。

想定される搬送主体や搬送先の調整ルールの例

・搬送先の調整ルール:

月曜日はA病院、火曜日はB病院へ搬送(輪番方式)

3人目まではC病院、4~6人目はD病院へ搬送(割当て方式)

重症患者はE病院、それ以外はF病院へ搬送 等

○ 都道府県調整本部については、引き続き24時間体制で設置するとともに、都道府県職員を配置すること。(中略)また、患者搬送コーディネーターについても同様に、フェーズの進行に応じて、速やかに連絡が取れる体制を柔軟に整備すること。

○ 都道府県は、自宅等からの119番通報があった場合や医療機関間での転院搬送などを想定して、都道府県調整本部、保健所、救急医療機関、消防機関等との間で、具体的にどのような体制で連絡、調整を行うのか等を確認するための訓練等の実施について検討すること。このような訓練等を通じて、これらの関係者の連携のあり方を適宜見直していくこと。

都道府県の医療提供体制について ②

6月19日付け事務連絡の集計結果は以下の通り。

- 9月28日時点の各都道府県の検討状況を調査(回答率:100%)
- 患者(疑い患者を含む)の受入医療機関への搬送における搬送主体は47都道府県全てで設定済み、搬送先の調整ルールは45都道府県で設定済みであり、残る2県は設定に向けて検討中。

患者(疑い患者を含む)の受入医療機関への搬送先の調整ルールについて			新型コロナウイルス感染症以外の救急患者の受入れ先について	都道府県調整本部について24時間体制で設置されているか	都道府県調整本部にDMATが参画しているか
搬送主体の設定	搬送先の調整ルール	関係者間で共有			
設定済	設定済	はい	明確化し、かつ、共有した	24時間体制(全時間帯で常駐)	参画中
47	45	45	27	0	44
検討中	検討中	いいえ	検討した	24時間体制(一部又は全部オンコール)	参画を検討中
0	2	2	12	46	1
設定していない	設定していない		調整中	24時間体制ではない	参画予定なし
0	0		8	1	2
			検討していない		
			0		

新型コロナウイルス感染症の救急医療体制への対応に関する考察

新型コロナウイルス感染症における救急外来の受入体制の状況について

第22回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和2年12月4日
資料 1-3

<救急患者の受入体制整備について>

令和2年3月から5月までの感染拡大時には、救急患者を受け入れる医療機関の体制整備が不十分であり、また発熱等の症状を有し新型コロナウイルス感染症が疑われる救急患者の搬送主体、搬送先の調整ルールが設定されていなかったため、消防庁が実施した調査結果では、最大時に対前年比約2倍の救急搬送困難事例が発生する等、地域の救急医療提供体制に大きな負荷がかかった。

このような事態に対応するため、

- 県内の患者受入れを調整する機能を有する組織・部門の設置を依頼。
- 国から都道府県に対し、疑い患者専用の個室を設定して患者を受け入れ、必要な医療を提供する協力医療機関の指定を依頼。
- 国から都道府県に対し、新型コロナ(疑い含む。)及び新型コロナ以外の救急患者に関して、搬送主体及び搬送先の調整ルールを明確化し、かつ、関係者間で共有するように依頼。
- 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金による協力医療機関への支援、及び、新型コロナを受け入れていない医療機関も含めた支援。

等を実施してきた。

各都道府県の救急医療の体制整備状況についてアンケート調査を実施し、

- ◆ すべての都道府県において、患者受入れを調整する機能を有する組織・部門を設置済み
 - ◆ 45都道府県において、搬送先の調整ルールについて設定し、関係者間で共有済み
- などを確認しており、種々の取組により救急医療提供体制の整備が進んだものと認識している。

一次・二次補正予算及び予備費による医療機関等への支援(概要)

一次・二次補正による医療機関等支援(約1.78兆円)に加え、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関の安定的な経営を図るとともに、インフルエンザ流行期に備えた医療提供体制を確保するため、予備費(約1.2兆円)を活用し、緊急的に更なる支援を行う。

一次補正(令和2年4月30日成立)等での対応 医療提供体制整備等の緊急対策

① **新型コロナ緊急包括支援交付金の創設** (1490億円)

- 診療報酬では対応が困難な、空床確保・宿泊療養の体制整備、応援医師等派遣などを支援

② **診療報酬の特例的な対応**

- 重症の新型コロナ患者への一定の診療の評価を2倍に引き上げ**
- 医療従事者に危険手当が支給されることを念頭に、人員配置に応じて診療報酬を引き上げ
- 一般の医療機関でも、新型コロナ疑い患者に感染予防策を講じた上で診療を行った場合に特例的な評価

等

③ **マスク、ガウン、フェイスシールド、消毒用エタノール等の確保、医療機関への配布、人工呼吸器の輸入・国内増産による確保**

④ **福祉医療機構の優遇融資の拡充**

- 償還期間の更なる延長(10年→15年)(予備費(第二弾)で措置)
- 貸付限度額の引上げ(病院:貸付対象外→7.2億円、診療所300万円→4000万円)
- 無利子・無担保融資の創設(利子・担保あり→無利子枠:病院1億円、診療所4000万円、無担保枠:病院3億円、診療所4000万円)等

二次補正(令和2年6月12日成立)等での対応 事態長期化・次なる流行の波への対応

① **新型コロナ緊急包括支援交付金の増額及び対象拡大** (16,279億円)

- 既存の事業メニューについて、事態長期化・次なる流行の波への対応として増額(3,000億円)
- 新規の事業メニューとして、以下の事業を追加(11,788億円)
※この他、一次補正の都道府県負担分を国費で措置
- ① 重点医療機関(新型コロナ患者専用の病院や病棟を設定する医療機関)の病床確保等
- ② 患者と接する医療従事者等への慰労金の支給
- ③ **新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策**
- ④ 医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援

② **診療報酬の特例的な対応**

- 重症・中等症の新型コロナ患者への診療の評価の見直し(3倍に引き上げ)**
- 重症・中等症の新型コロナ患者の範囲の見直し等

③ **マスク、ガウン、フェイスシールド、手袋等の確保、医療機関等への配布** (4,379億円)

※この他、新型コロナ感染症対策予備費で1,680億円を措置

④ **PCR等の検査体制のさらなる強化**

- 地域外来・検査センターの設置、研修推進、PCR・抗原検査の実施(366億円)
- PCR検査機器の整備、相談センターの強化
[新型コロナ緊急包括支援交付金の内数]
- 検査試薬・検査キットの確保(179億円)
- 抗体検査による感染の実態把握(14億円)

⑤ **福祉医療機構の優遇融資の拡充等** (貸付原資として1.27兆円を財政融資)

- 貸付限度額の引上げ
- 無利子・無担保融資の拡大
- 6月の資金繰り対策としての診療報酬の概算前払い

予備費(令和2年9月15日閣議決定)等での対応 インフルエンザ流行期に備えた医療提供体制確保等

① **新型コロナ患者の病床・宿泊療養体制の整備** (7,394億円)

- 新型コロナ緊急包括支援交付金を増額し、10月以降分の病床や宿泊療養施設を確保するための経費を補助

② **新型コロナ患者を受け入れる特定機能病院等の診療報酬・病床確保料の引上げ** (1,690億円)

- 呼吸不全管理を要する中等症の新型コロナ患者等への診療の評価の見直し**
- 新型コロナ緊急包括支援交付金を増額し、手厚い人員で対応する特定機能病院等である重点医療機関の病床確保料等を引き上げ

③ **インフルエンザ流行期への備え** 国による直接執行

- インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援(2,170億円)
- インフルエンザ流行期に新型コロナ疑い患者を受け入れる救急医療機関等の支援**(682億円)

④ **医療資格者等の労災給付の上乗せを行う医療機関への補助** 国による直接執行 (10億円)

- 新型コロナへの対応を行う医療機関において、医療資格者等が感染した際に労災給付の上乗せ補償を行う民間保険に加入した場合に、保険料の一部を補助

⑤ **福祉医療機構の優遇融資の拡充等**

- 前年同月比3割以上減収の月がある医療機関に対する
 - 貸付限度額の引上げ
 - 無利子・無担保融資の拡大
- 地域経済活性化支援機構(REVIC)と福祉医療機構との連携・協力による事業再生支援

⑥ **必要な受診・健診・予防接種の広報**

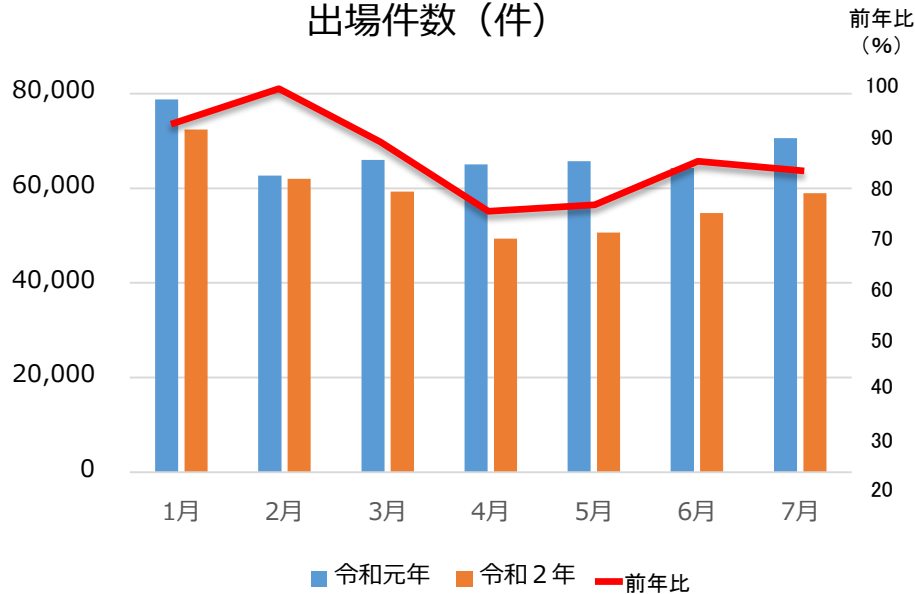
- 医療機関の感染防止対策の周知(日医・日歯「安心マーク」)
- 政府広報(テレビ、新聞等)等により、国民に必要な受診や健診・予防接種を行うよう呼びかけ

救急搬送の現状（出場件数及び搬送人員）について

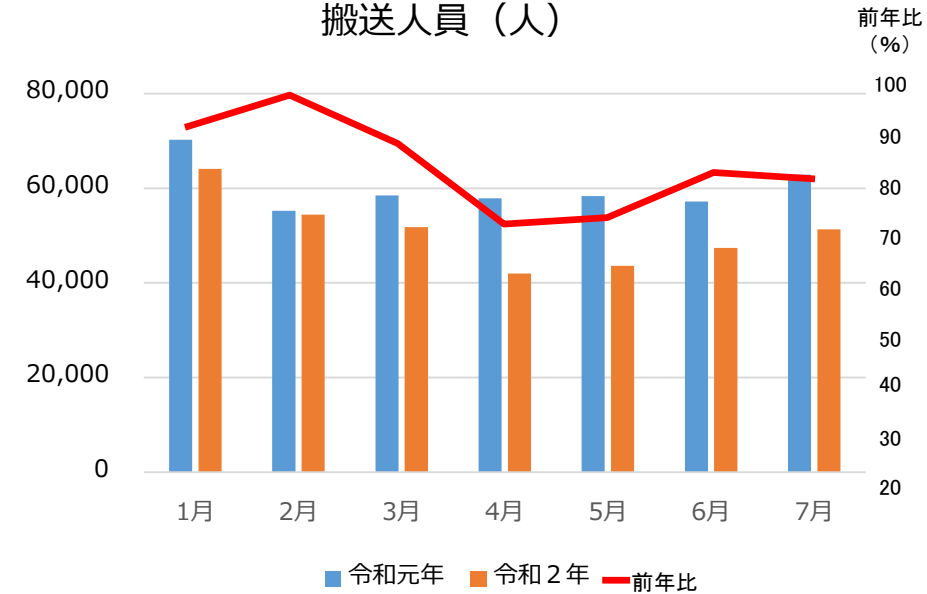
第464回中央社会保険医療協議会(令和2年8月19日)資料を一部改変

○ 東京都における救急搬送について、令和2年の月ごとの出場件数及び搬送人員は、前年同月に比べて減少しており、特に、3月以降は、1割以上減少している。

出場件数（件）



搬送人員（人）



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
前年比	91.9%	98.9%	89.9%	75.9%	77.1%	85.2%	83.6%

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
前年比	91.2%	98.5%	88.5%	72.5%	74.7%	82.9%	81.6%

※ 東京消防庁調べ。令和2年データはすべて速報値、令和元年データは確定値。
※ 総務省消防庁提供資料を一部改変。

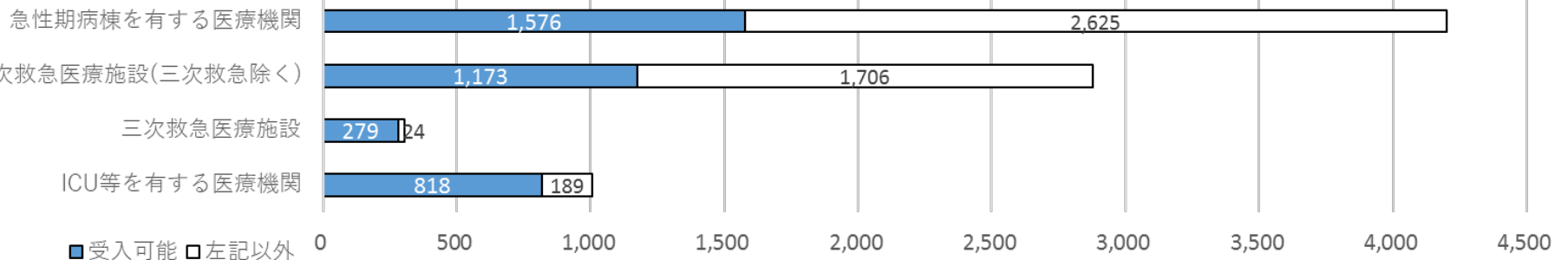
医療機関の機能別の新型コロナ患者受入可能医療機関について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

○ 急性期病棟を有する医療機関のうち38%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち41%、三次救急医療施設のうち92%、ICU等を有する医療機関のうち81%が、新型コロナ患者の受入可能医療機関であった。

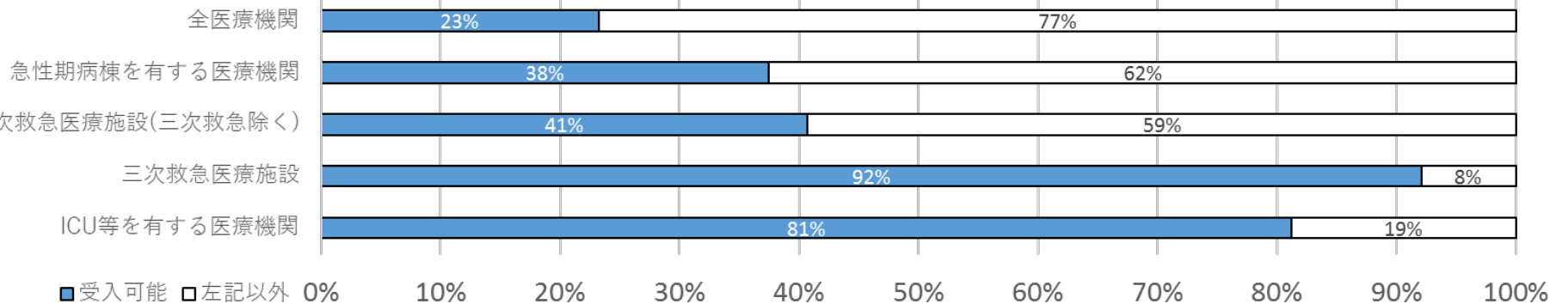
対象医療機関：
G-MISで報告のあった全医療機関（7,307医療機関）
うち急性期病棟を有する医療機関（4,201医療機関、報告率92%）
三次救急医療施設（303医療機関、報告率98%）
二次救急医療施設（2,879医療機関、報告率93%）
ICU等を有する医療機関（1,007医療機関、報告率96%）

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入可能医療機関



医療機関の機能別の新型コロナ患者受入可能医療機関の割合

(病院数)



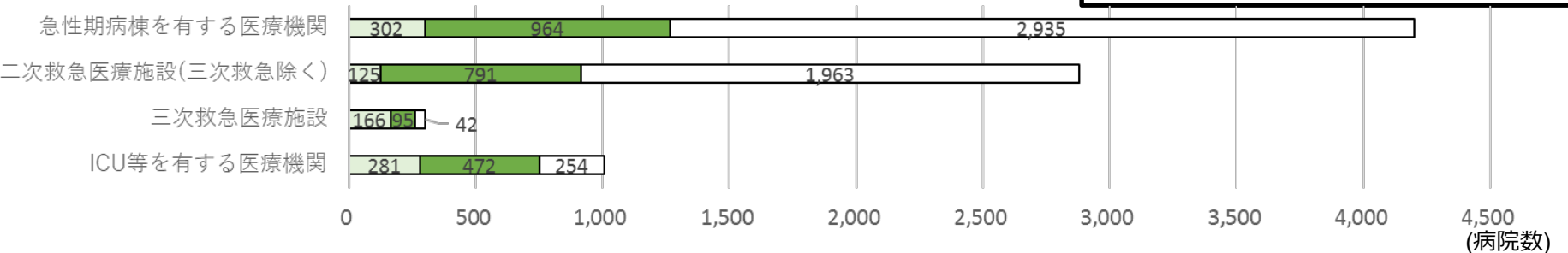
※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
 ※ 三次救急医療施設は「重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画等にもとづき救命救急センターとして指定した医療機関」（平成30年度病床機能報告）
 ※ 二次救急医療施設は三次救急医療施設でないものであって、「救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したもの。また、三次救急医療施設であって、都道府県の医療計画上、二次救急医療施設相当の病院群輪番制病院の指定を受けている場合も含む。」（平成30年度病床機能報告）
 ※ ICU等は平成30年度病床機能報告で特定集中治療室管理料の実績・救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3、特定集中治療室管理料4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料1、ハイケアユニット入院医療管理料2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定した実績がある医療機関

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無について

○ 急性期病棟を有する医療機関のうち30%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち31%、三次救急医療施設のうち86%、ICU等を有する医療機関のうち75%が、新型コロナ患者の受入実績あり医療機関であった。

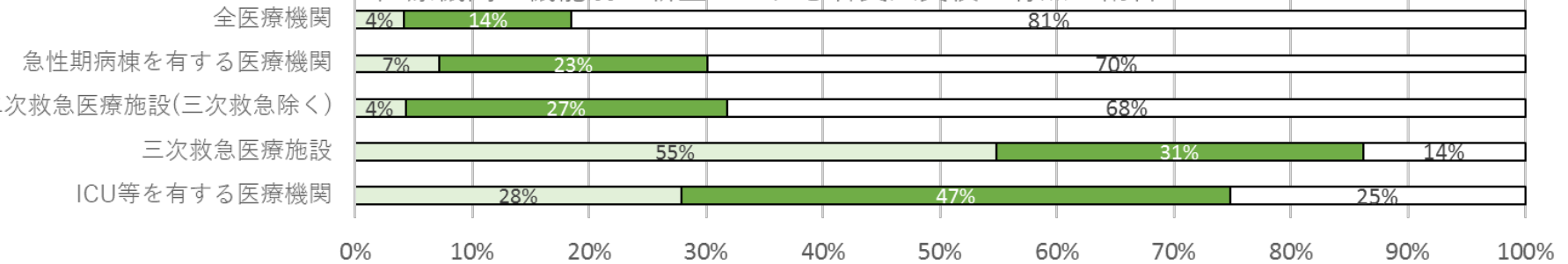
対象医療機関：
G-MISで報告のあった全医療機関（7,307医療機関）
うち急性期病棟を有する医療機関（4,201医療機関、報告率92%）
三次救急医療施設（303医療機関、報告率98%）
二次救急医療施設（2,879医療機関、報告率93%）
ICU等を有する医療機関（1,007医療機関、報告率96%）

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無



□ 新型コロナ患者で人工呼吸器またはECMOを使用した患者の受入医療機関 ■ 左記以外の新型コロナ患者の受入医療機関 □ 受入実績なし

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無の割合



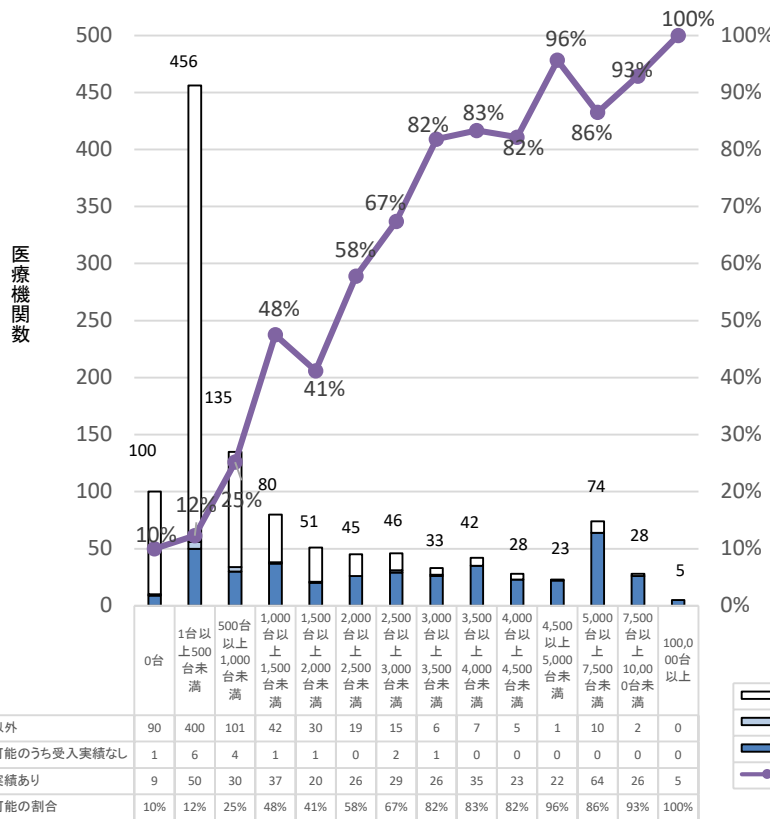
□ 新型コロナ患者で人工呼吸器またはECMOを使用した患者の受入医療機関 ■ 左記以外の新型コロナ患者の受入医療機関 □ 受入実績なし

※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
 ※ 三次救急医療施設は「重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画等にもとづき救命救急センターとして指定した医療機関」（平成30年度病床機能報告）
 ※ 二次救急医療施設は三次救急医療施設でないものであって、「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として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したもの。また、三次救急医療施設であって、都道府県の医療計画上、二次救急医療施設相当の病院群輪番制病院の指定を受けている場合も含む。」（平成30年度病床機能報告）
 ※ ICU等は平成30年度病床機能報告で特定集中治療室管理料の実績・救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3、特定集中治療室管理料4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料1、ハイケアユニット入院医療管理料2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定した実績がある医療機関
 ※ 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある。

構想区域の人口規模別、救急車受入台数別の新型コロナ受入可能医療機関及び受入実績等

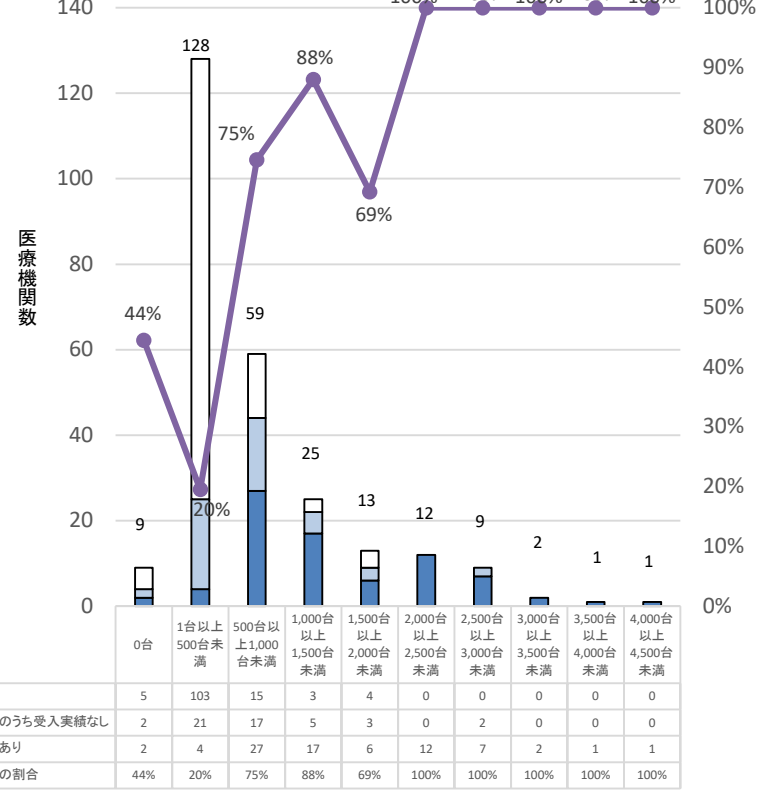
○ 人口100万人以上及び人口10万人未満のいずれの構想区域においても、救急車の受入台数が多く救急の活動度が高いほど、新型コロナ患者受入可能医療機関の割合が増加する傾向。

人口100万人以上の構想区域における救急車受入台数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等 n=1,146



対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関

人口10万人未満の構想区域における救急車受入台数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等 n=259



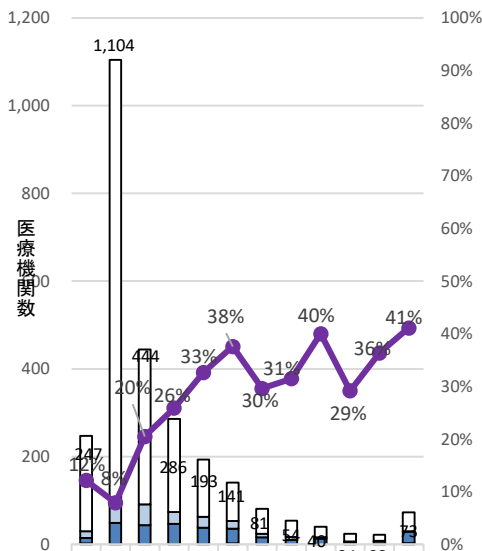
※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。

病床規模別、救急車受入台数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等

○ 200床未満、200床以上400床未満、400床以上のいずれの病床規模においても、救急車の受入台数が多く救急の活動度が高いほど、新型コロナ患者受入可能医療機関の割合が増加する傾向。

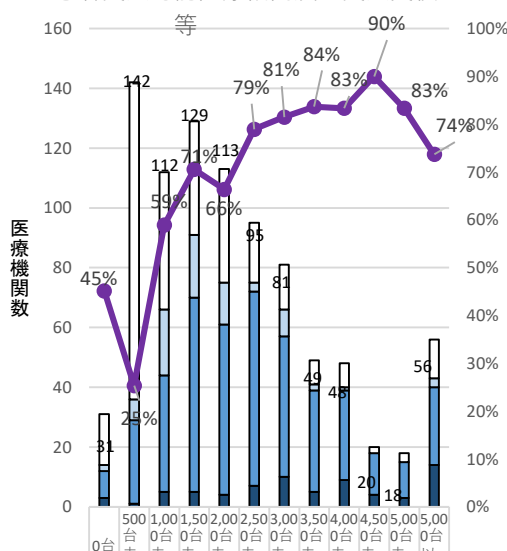
対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関

200床未満における救急車受入台数別の
新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等
n=2,709



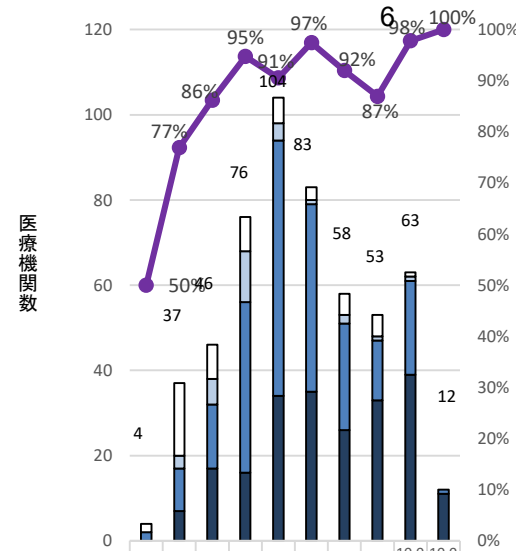
下記以外	217	101	173	353	212	130	88	57	37	24	17	14	43
受入可能のうち受入実績なし	15	38	47	27	25	17	8	7	3	2	1	1	1
受入実績ありのうち下記以外	13	48	44	47	38	34	15	10	12	3	6	26	
人工呼吸器使用患者受入実績あり医療機関	2	1	0	0	0	2	1	0	1	2	1	3	
受入可能の割合	12%	8%	20%	26%	33%	38%	30%	31%	40%	29%	36%	41%	

200床以上400床未満における救急車受入台数別の
新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等
n=894



下記以外	17	106	46	221	138	20	15	8	8	2	3	13
受入可能のうち受入実績なし	2	7	22	21	14	3	9	2	1	0	0	3
受入実績ありのうち下記以外	9	28	39	65	57	65	47	34	30	14	12	26
人工呼吸器使用患者受入実績あり医療機関	3	1	5	5	4	7	10	5	9	4	3	14
受入可能の割合	45%	25%	59%	71%	66%	79%	81%	84%	83%	90%	83%	74%

400床以上における救急車受入台数別の
新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等
n=53



下記以外	2	17	8	8	6	3	5	5	1	0
受入可能のうち受入実績なし	0	3	6	12	4	1	2	1	1	0
受入実績ありのうち下記以外	2	10	15	40	60	44	25	14	22	1
人工呼吸器使用患者受入実績あり医療機関	0	7	17	16	34	35	26	33	39	11
受入可能の割合	50%	77%	86%	95%	91%	97%	92%	87%	98%	100%

※ 急性期病棟の有無・病棟数は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
※ 人工呼吸器使用患者受入実績あり医療機関：新型コロナ患者で人工呼吸器またはECMOを使用した患者の受入医療機関。

救命救急センターにおける新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等について

第22回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和2年12月4日
資料 1-3

現状

- 令和2年の月ごとの救急患者数は、特に4及び5月において、前年同月に比べて減少している傾向がある。
- 医療機関の機能別に見ると、救命救急センター(三次救急医療機関)は、**新型コロナ患者受入可能医療機関である割合が高く**、また実際に新型コロナ患者の**受入れ実績のある医療機関である割合が高かった**。
- 救急車受入れ台数別に見ると、**救急車の受入台数が多く救急の活動度が高いほど、新型コロナ患者受入可能医療機関の割合が増加する傾向**にあった。
- **救急車の受入台数が多く救急の活動度が高いほど、人工呼吸またはECMOを使用した新型コロナ患者を受け入れている傾向**にあった。

課題

- 救命救急センターにおいては、平成11年度より、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ため、毎年充実段階評価を実施している。充実段階評価の結果は、救命救急センター運営事業費の補助額や診療報酬点数の救命救急入院料加算の施設基準などに使用されている。
- 今般、三次救急医療機関で新型コロナ患者が受入れられていることから、救命救急センターの充実段階評価に影響があることが考えられ、例年と同様の評価を行うことが困難ではないか。



対応方針案

- 新型コロナ患者受入れによる充実段階評価への影響について実態を把握するとともに、新型コロナ患者受入れにより影響を受ける評価項目について、精査を進める。
- 仮に影響を受ける項目があった場合、令和2年の評価については、当該評価項目を除外して評価することとしてはどうか。
- 評価区分の決定にあたり、新型コロナ患者受入れの影響を受けた評価項目については、それぞれの項目の評価点を除いた点数を満点とし、また是正を要する項目は当該項目を除することとしてはどうか。

厚生労働省からの情報提供

2. 「在宅医療・救急医療連携セミナー」について

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、人生の最期を自宅等の住み慣れた場所で迎えることを希望している。しかし、実際には、人生の最終段階を迎えた者において、あらかじめ家族等と話し合いを行っていないこと等から望まない救急搬送が行われることや、また、生命の危険が迫った状態では多くの人が自らの意思を表明できない状態で救急搬送されることから、救急現場や医療現場での対応に課題が生じているとの指摘がある。
- 高齢化に伴い、在宅医療の需要の増加が見込まれていることや、昨今の高齢者の救急搬送件数が年々増加していることから、本人の意思を尊重するための在宅医療・救急医療の連携体制の構築が必要となっている。

＜対策＞ 本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール等の策定支援

- 先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、在宅療養者等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定や、人生の最終段階の医療・ケアをどのように考えていくか等についての住民向け普及・啓発に取り組んでいる。
- このような取組を参考に、複数の自治体を対象とした研修セミナーを実施し、必要な連携ルール等の策定するための工程が進むよう、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ための環境整備を進める。

問題意識

看取り期における本人の意思に反した搬送例が散見

対策の方向性

- 自治体、救急医療(消防)、在宅医療機関関係者が、地域の実情に応じ、本人の意思を共有するために必要な情報や連携するためのルール等を策定していく工程の支援を実施
- 医療・介護従事者向けの意思決定支援に関する研修や、人生会議※に関する住民向けの普及・啓発等を実施

平成29年度～令和元年度

先進事例の調査

- 既に連携ルール等を運用している先進自治体(市町村)の取組(連携ルールの運用に至る工程、課題等)※を調査
- ※(例)
 - 救急現場や医療機関等における本人の疾病等や療養に関する希望等の把握・共有する方法
 - 救急要請時の搬送に関するローカルルールの策定、運用
 - 入院が必要な際にスムーズに受け入れるための連携体制や病院側が必要とする患者情報
 - 在宅療養に戻る際に在宅医療関係者が必要とする患者情報 等
 - 人生会議の住民向け普及・啓発 等

市町村版セミナーの実施

- 有識者や先進自治体(市町村)の支援のもと、連携ルールの検討等に必要工程表の策定について、講習やグループワークを実施。
- (対象:自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等)
- 策定した工程表の実施状況の把握等フォローアップを実施。
- 実施後の報告書には、今後、他の市町村で取り組めるようマニュアルを盛り込む。

令和2年度～

都道府県版モデル事業の実施

- 都道府県(2か所程度)に管下市町村の連携ルール作りに取り組んでもらう。
- この際、過去の当セミナーの内容を参考にしつつ、シンクタンク等業者が事業実施を支援。
- 実施後、シンクタンク等業者は事業の効果等を検証し報告書にまとめる。また、都道府県が管下市町村を指導するためのマニュアルを作成し、新たな課題等に応じて改訂する。

将来の目標

- 各都道府県が管下市区町村と協力し、
- MC協議会と在宅医療機関の橋渡し
- 地域での本人の意思の共有手法の協議等を実施する。



※人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)
人生の最終段階の医療やケアについて、あらかじめ家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセス

厚生労働省からの情報提供

3. 「病院救急車活用モデル事業」について

令和2年度 病院救急車活用モデル事業

概要

高齢者の救急患者が増加の一途を辿ると考えられる地域等において、病院救急車を実際に運用し、地域の救急医療体制に与える効果検証を行う。

- 在宅療養患者・高齢者施設患者等の救急搬送に対応するため、在宅医療や高齢者施設の関係者を含んだ、行政、消防本部、地区医師会、各医療機関等の多機関で形成される、消防機関以外に属する救急救命士が同乗した病院救急車の活用に必要なルールを策定する協議会の設置及び運営(消防機関以外に属する救急救命士のメディカルコントロール体制については地域MC協議会と連携すること)
- 地域における消防機関以外に属する救急救命士のメディカルコントロール体制及び病院救急車を利用した搬送体制に関する調査
- 病院救急車の適正な活用や傷病者の意思を尊重した円滑な搬送等に関する地域住民への啓発
- 消防機関以外に属する救急救命士が同乗した病院救急車の運用費用に対する支援を行う。

現状



<多疾患を抱える高齢者が病状悪化等で医療機関に搬送される場合の問題>

【搬送に関わる問題】

・医療行為が必要な傷病者搬送に関して、消防救急車以外の代替手段が普及していない。

・緊急度に関わらず、消防救急車が呼ばれ、かつ、多疾患を抱えるため医療情報の収集及び搬送先選定に時間がかかることから搬送時間が延長する

→緊急度の高い傷病者に活用すべき消防救急車の本来業務に支障を来す。

【治療を行う医療機関に関する問題】

・搬送先選定が困難であることから重症度にかかわらず救命救急センター等に搬送される。

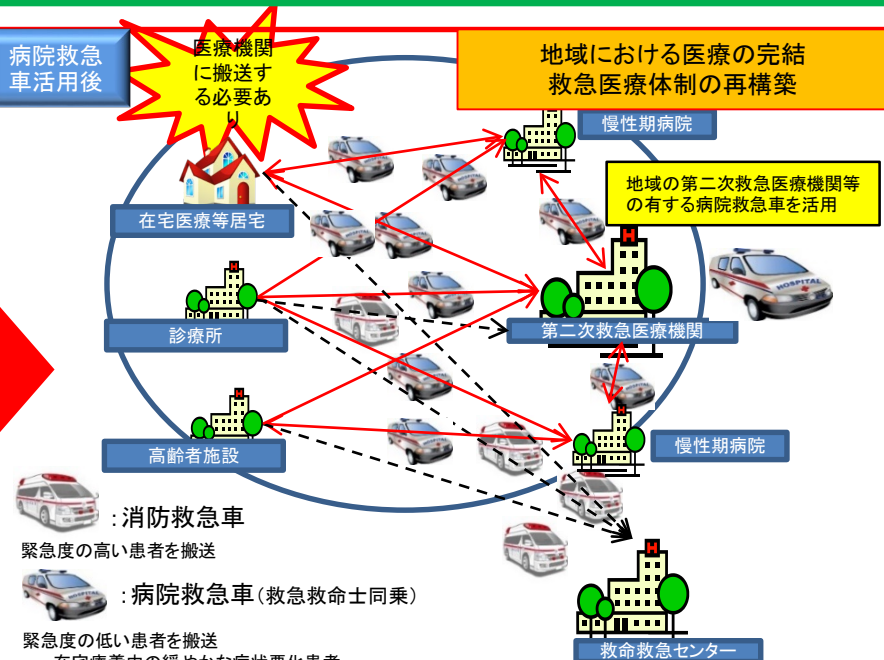
→緊急度の低い傷病者が多数搬送された場合は、救命救急センター等の本来救命業務に支障を来す。

【傷病者に関する問題】

・高度な医療を提供する救命救急センター等に運ばれることにより、傷病者の意志を尊重した医療を提供することが難しい場合がある。

・特に遠方の救命救急センター等に搬送された場合は治療後は、もとの地域の慢性期病院等の選定に時間がかかり、住み慣れた地域に帰ることが困難

病院救急車活用後



緊急度の低い患者を搬送

- 在宅療養中の緩やかな病状悪化患者
- 高齢者施設入所中の緩やかな病状悪化患者
- 病状が安定しているが搬送中に医療行為が必要な転院患者等

<病院救急車活用後の利点>

【搬送に関わる利点】

・緊急度の低い患者を地域の慢性期病院や第二次救急医療機関へ搬送することにより、緊急を要する消防救急車の業務軽減につながる。

・緊急度が低い患者においても、救急救命士が同乗することで、搬送時の医療の質が保障される。

【治療を行う医療機関に関する利点】

・緊急度に応じ、傷病者の搬送先医療機関が選定されるため、地域の救急医療体制の適正化及び地域の慢性期病院内の病床有効活用が図られる。

【傷病者に関する利点】

・傷病者の意志が尊重され、地域で医療が完結する機会が多くなる