

# 第8次医療計画策定に向けた救急医療について (第4回WG資料1)

# 目次

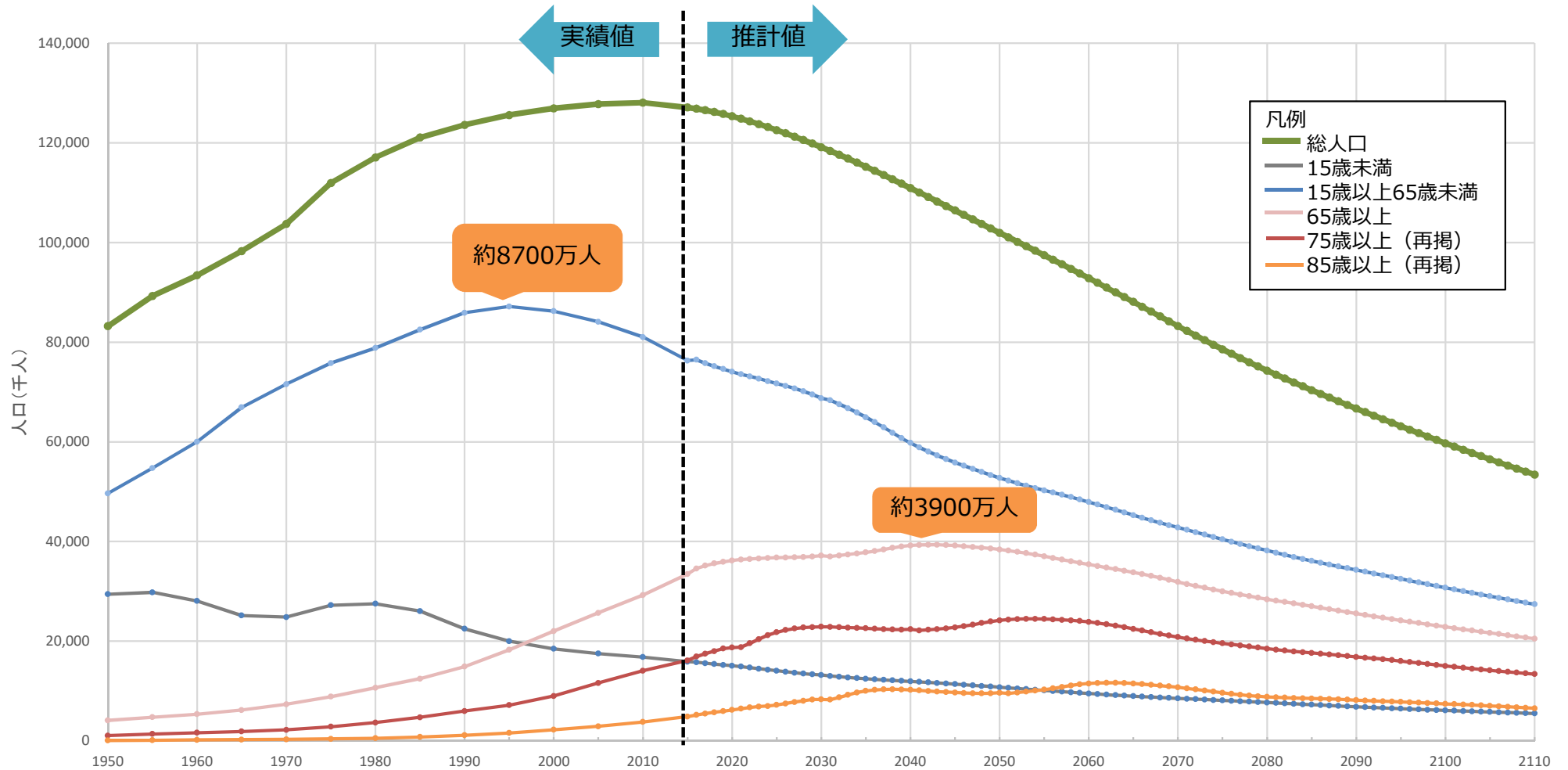
1. 2040年頃を見据えた課題
  - (1) 人口動態の推計等 P.2～8
  - (2) 疾患別入院患者数等の推計 P.9～15
2. 病院前救護活動の現状 P.16～22
3. 救急医療機関の役割 P.23～49
4. 新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療 P.50～65

# 1. 2040年頃を見据えた課題

## (1) 人口動態の推計等

# 高齢者数の増加

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代(生産年齢人口)の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳(後期高齢者)となっていく。
- 2042年、高齢者数がピークを迎える。高齢者、特に75歳以上・85歳以上の高齢者数の増加により救急患者・救急搬送の増加が見込まれる。



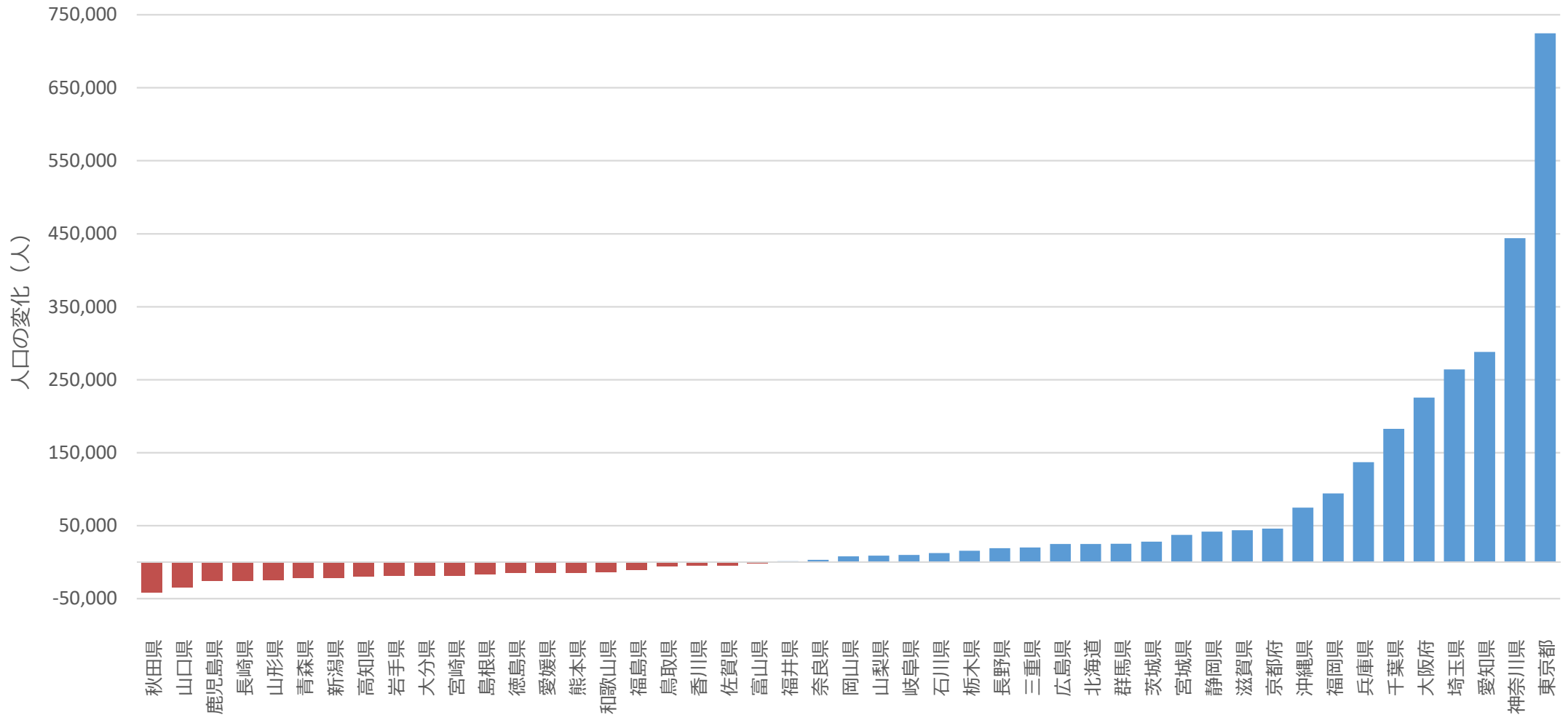
出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢(4区分)別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数」

※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

# 高齢者数の増加の地域差

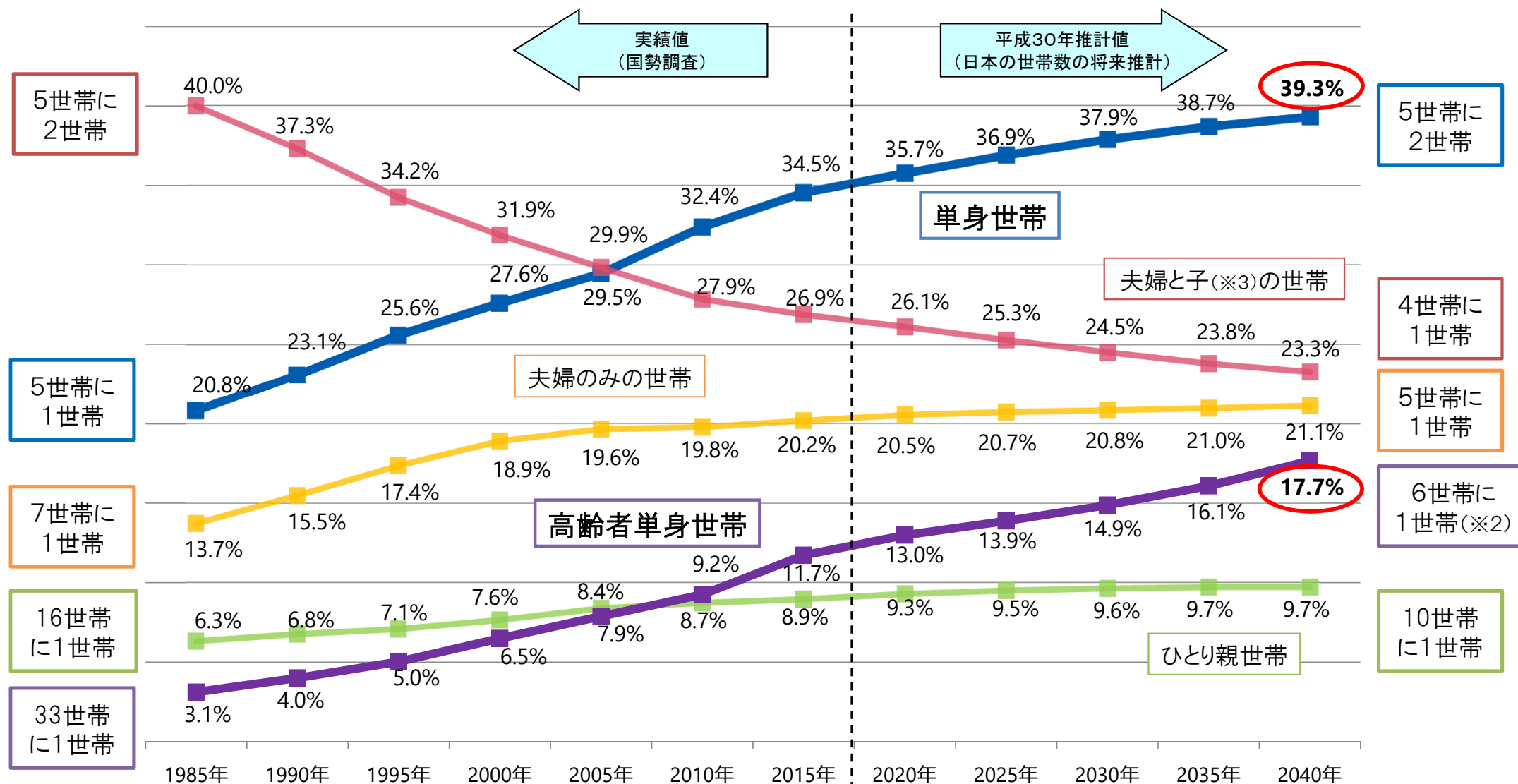
- 高齢者数の増加には、地域差があり、都道府県単位で見ると、首都圏をはじめとする都市部を中心に増加する。
- 他方、2025年から2040年にかけて、高齢者数が減少する都道府県が発生する。

2025年から2040年にかけての65歳以上の人口の動態



# 単身世帯・高齢者単身世帯の増加

○ 単身世帯、高齢者単身世帯(※1)、ひとり親世帯ともに、今後とも増加が予想されている。



(出典) 総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(2018年推計)」

(※1) 世帯主が65歳以上の単身世帯を、高齢者単身世帯とする。

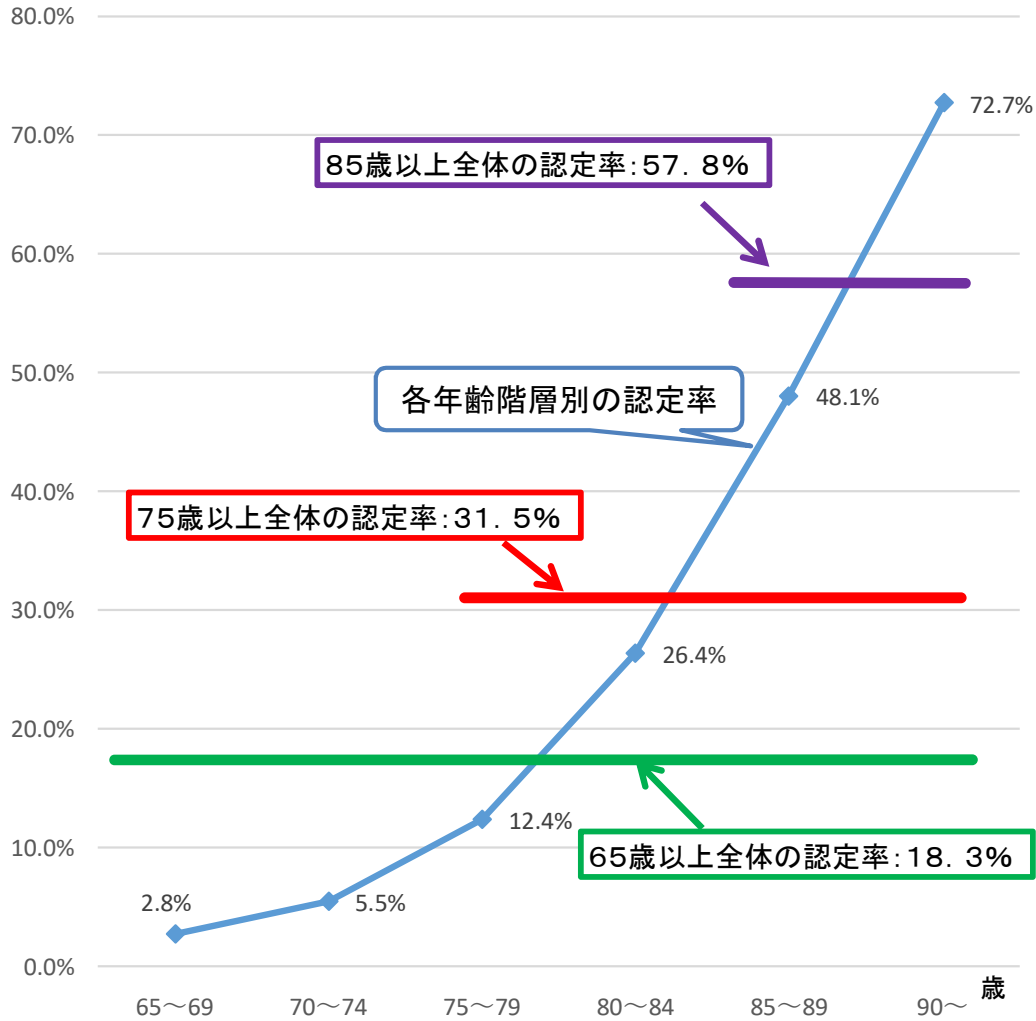
(※2) 全世帯数に対する高齢者単身世帯の割合はグラフのとおりだが、世帯主年齢65歳以上世帯に対する割合は、32.6%(2015年)から40.0%(2040年)へと上昇。

(※3) 子については、年齢にかかわらず、世帯主との続き柄が「子」である者を指す。

# 在宅・介護施設の要介護高齢者の増加

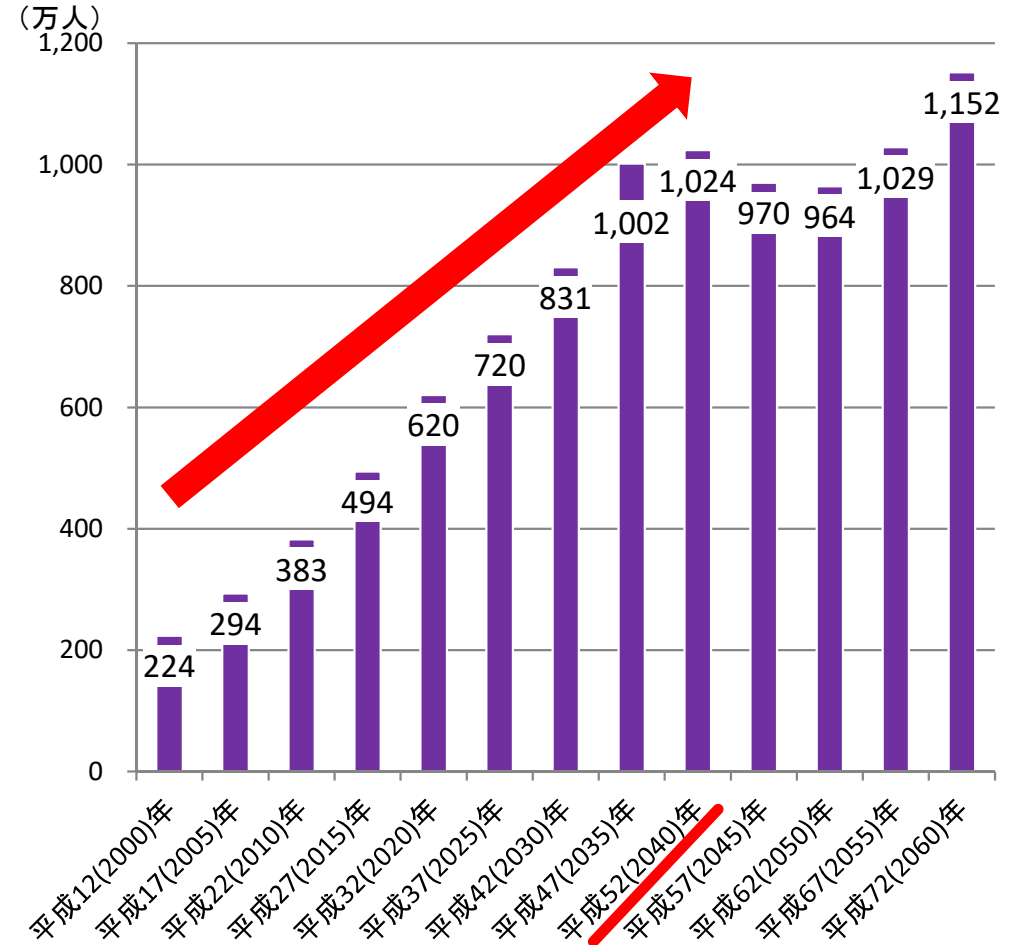
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、在宅・介護施設の要介護高齢者の増加が見込まれる。

## 年齢階級別の要介護認定率



出典: 2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

## 85歳以上の人口の推移

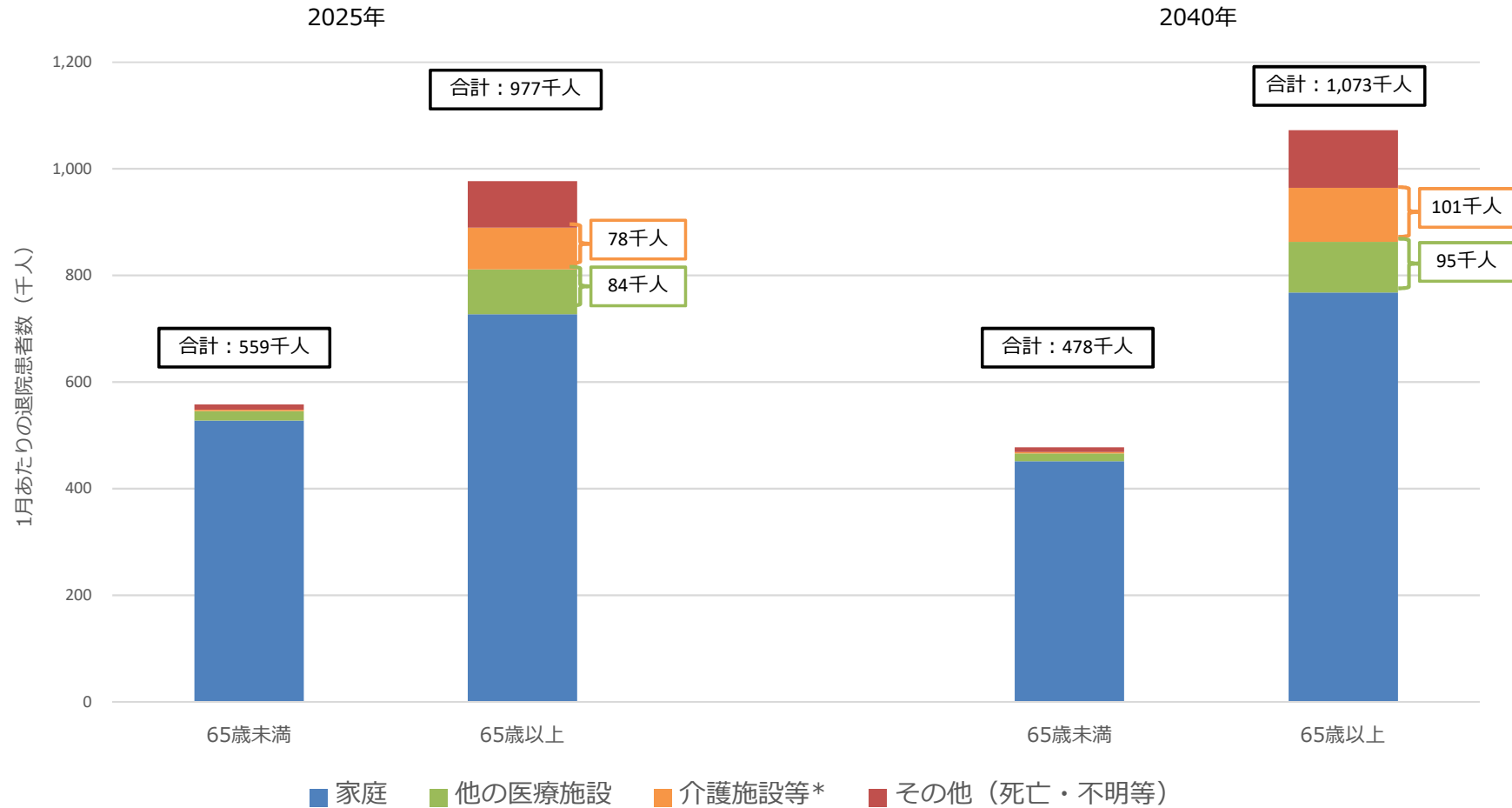


出典: 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

# 介護施設等・他の医療施設へ退院する患者数の増加

○ 65歳以上の退院患者数は2040年に向けて10%増加するが、そのうち、介護施設等（介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設）へ退院する患者数は29%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は13%増加すると見込まれる。

## 退院患者の退院先の推移



出典：患者調査（平成29年）「推計退院患者数、入院前の場所×性・年齢階級別」「推計退院患者数、退院後の行き先×性・年齢階級別」  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

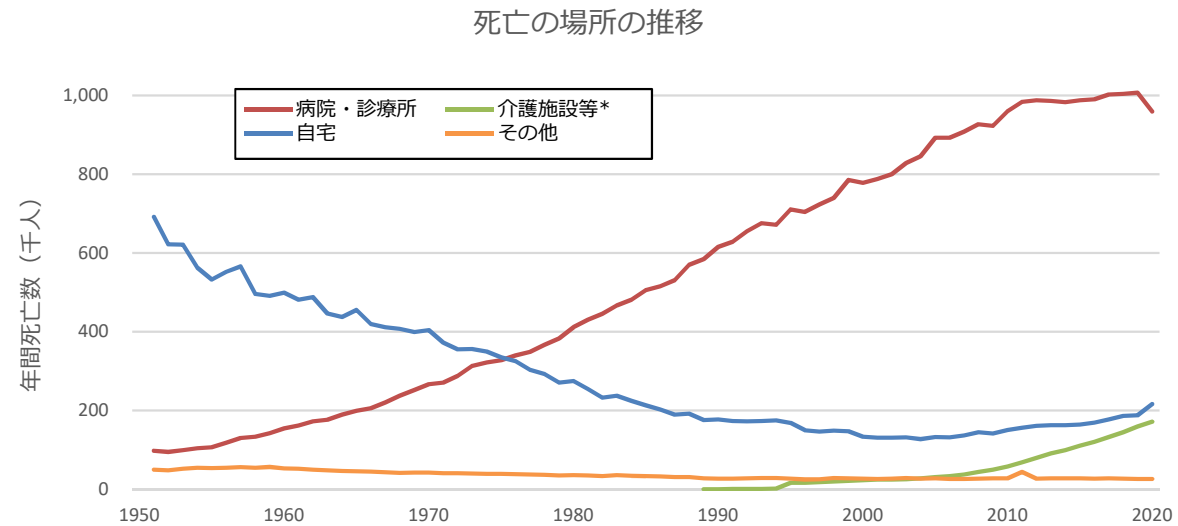
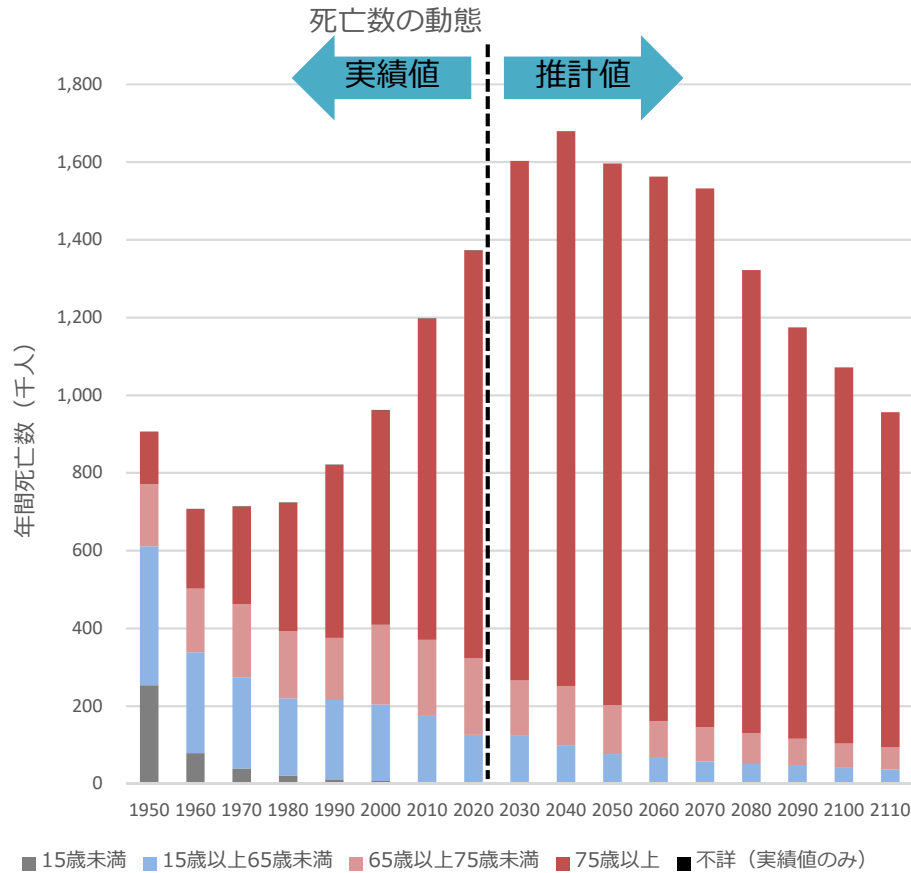
\*介護施設等：介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設

※ 退院患者数は、患者調査の時点での人口を用いて受療率を算出し、将来の推計人口を掛け合わせて算出。



# 死亡者数の増加

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死亡の場所については、病院・診療所の割合が大きいが、近年は自宅や介護施設等も増加傾向にある。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「性、年齢（5歳階級）別死亡数」「出生中位（死亡中位）推計：男女年齢4区分別死亡数（総人口）」、厚生労働省「人口動態統計」

\*介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム

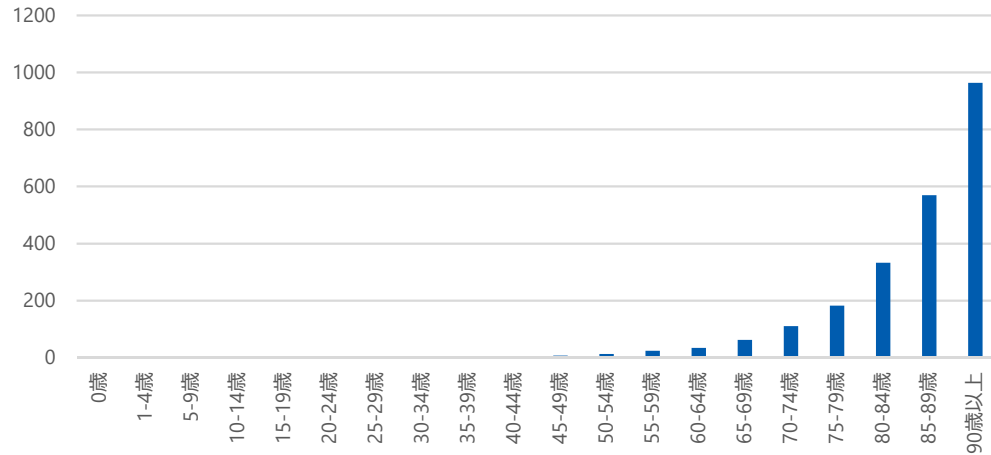
※ 2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

# 1. 2040年頃を見据えた課題

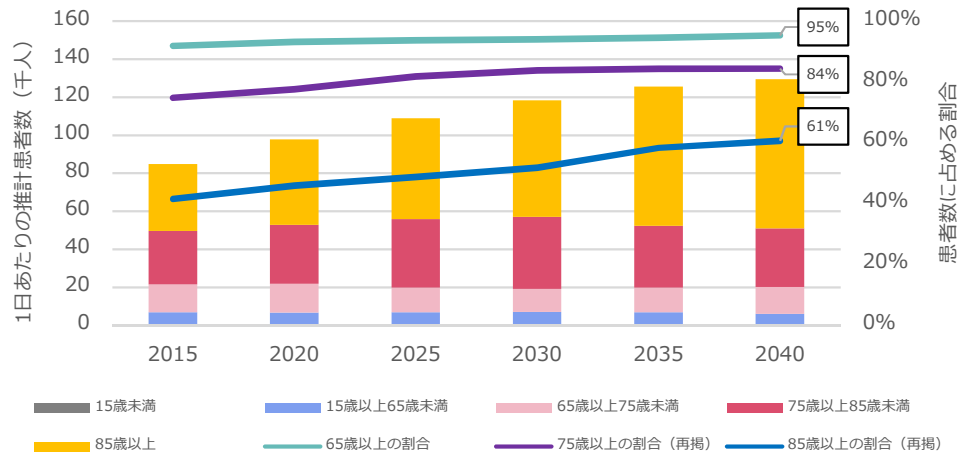
## (2) 疾患別入院患者数等の推計

# 入院患者数の推計（脳梗塞）

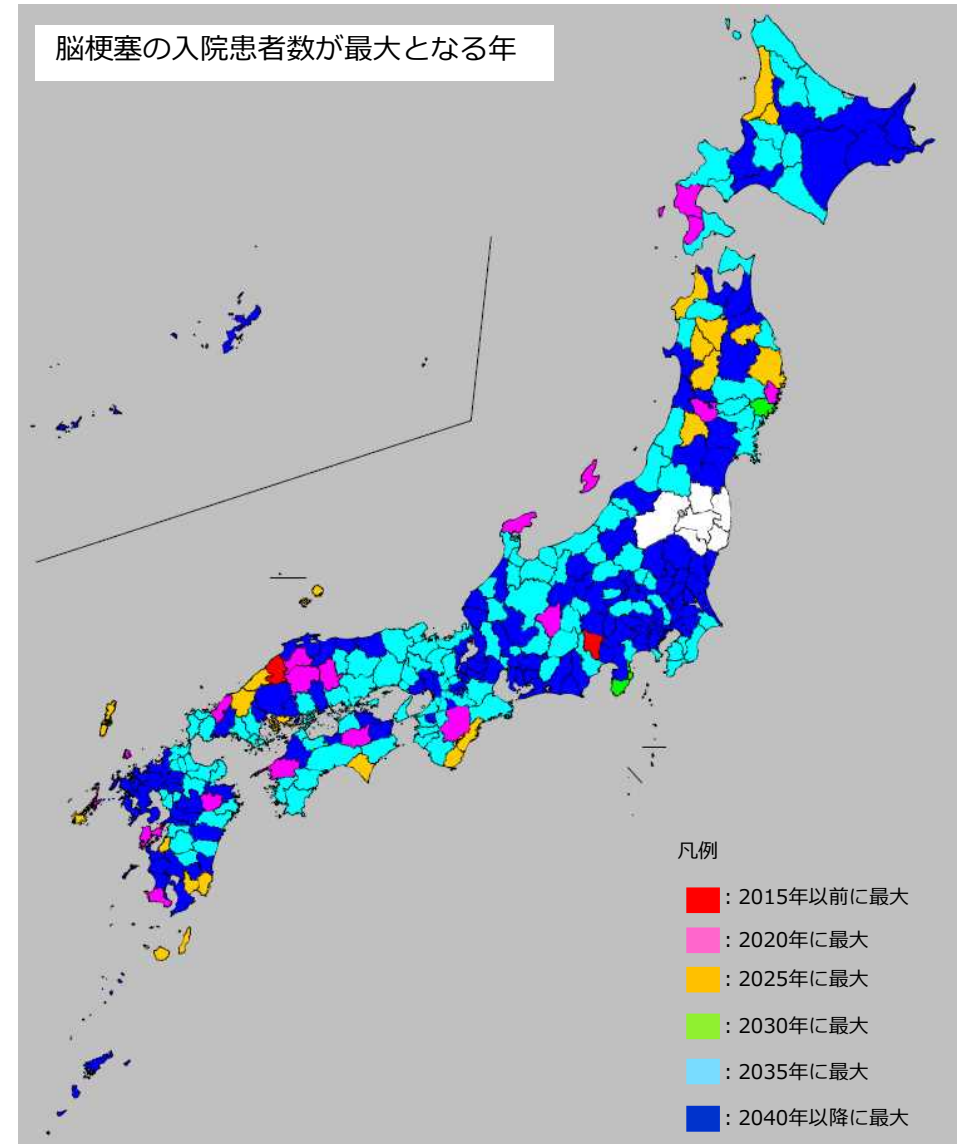
脳梗塞の入院受療率（人口10万対）



脳梗塞の入院患者数推計



脳梗塞の入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」

「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病大分類×入院—外来・都道府県別」

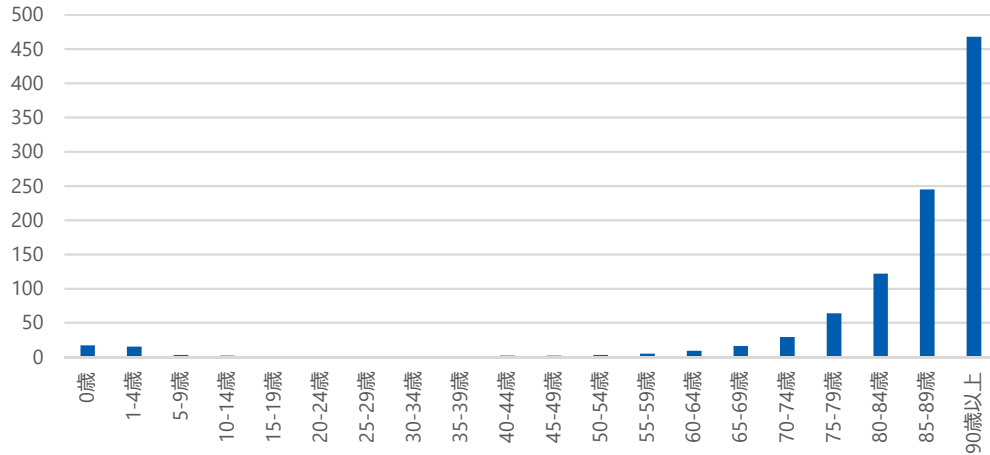
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

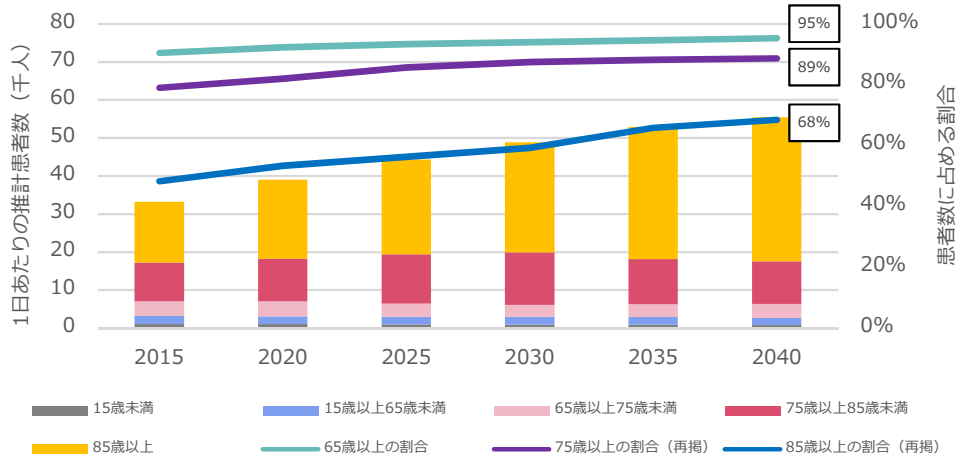
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 入院患者数の推計（肺炎）

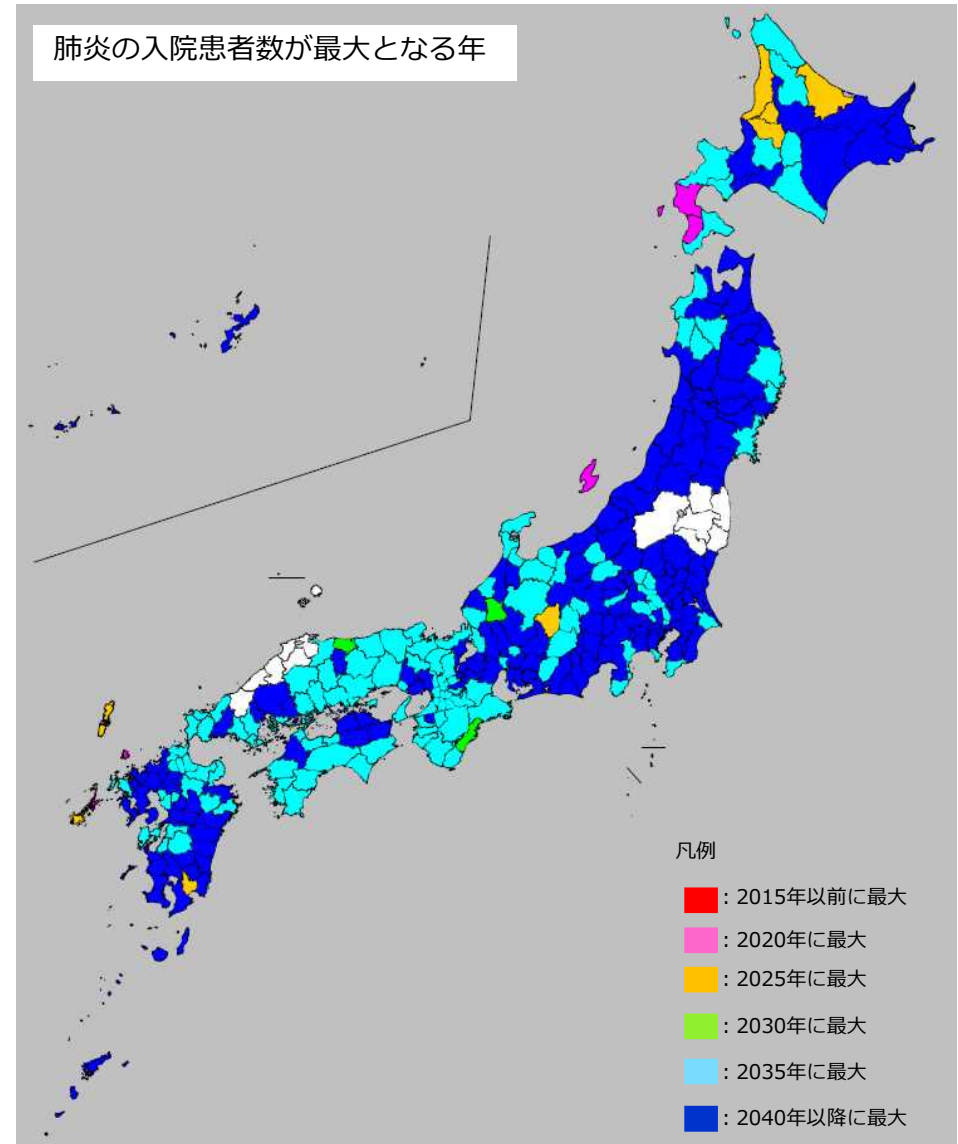
肺炎の入院受療率（人口10万対）



肺炎の入院患者数推計



肺炎の入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」

「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病大分類×入院—外来・都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

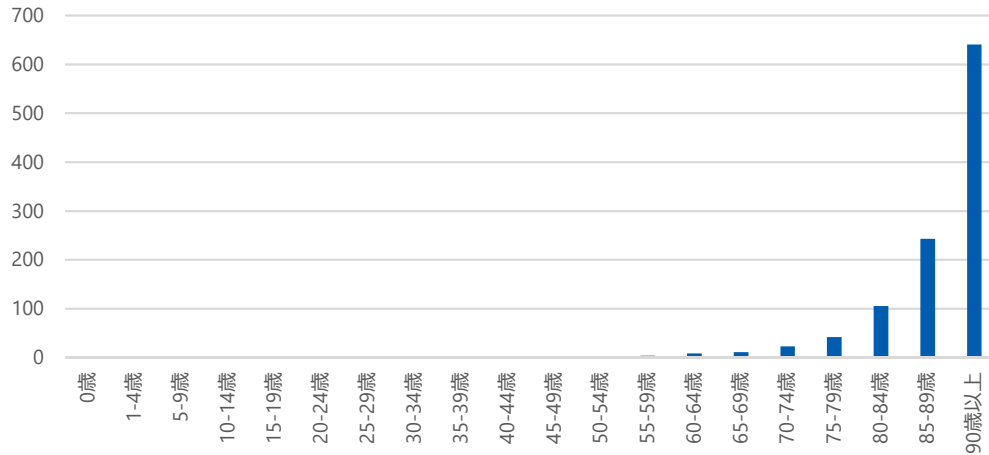
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

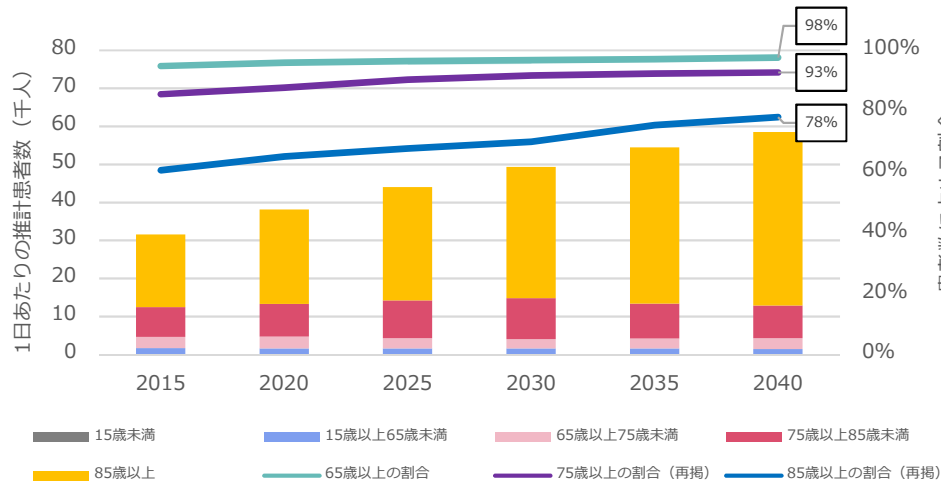
※ 島根県は四捨五入のため各年齢階級の推計患者数が0となっているため、二次医療圏ごとの患者数の推計を行っていない。

# 入院患者数の推計（心不全）

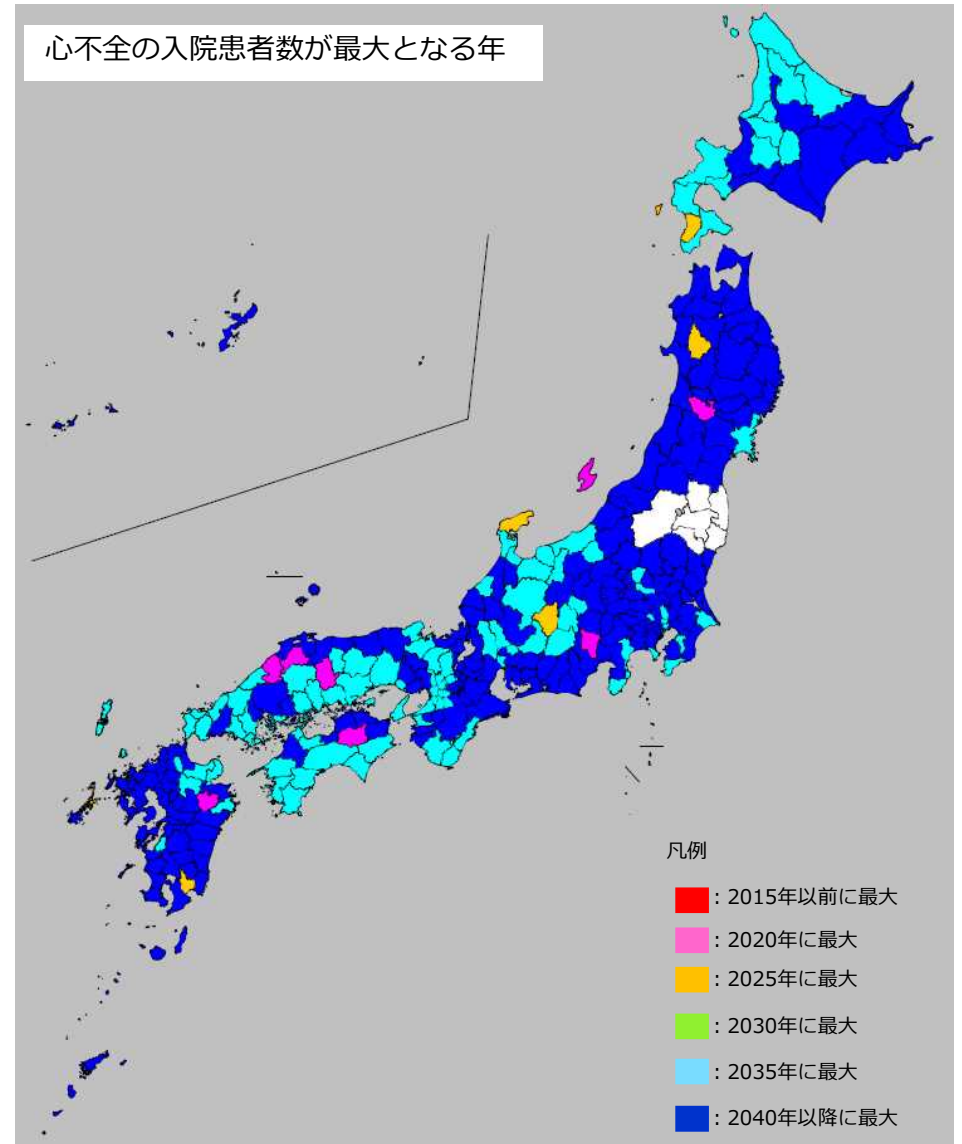
心不全の入院受療率（人口10万対）



心不全の入院患者数推計



心不全の入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病小分類」

「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病小分類×入院一外来・都道府県別」

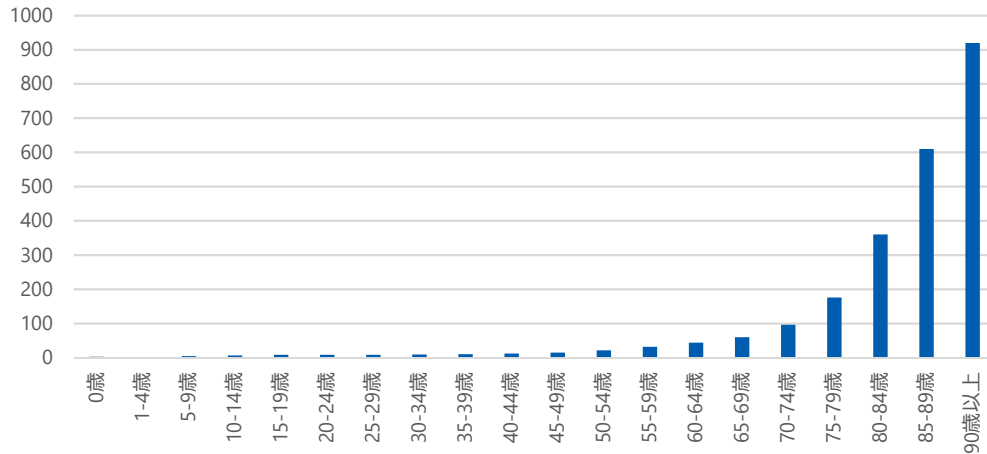
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

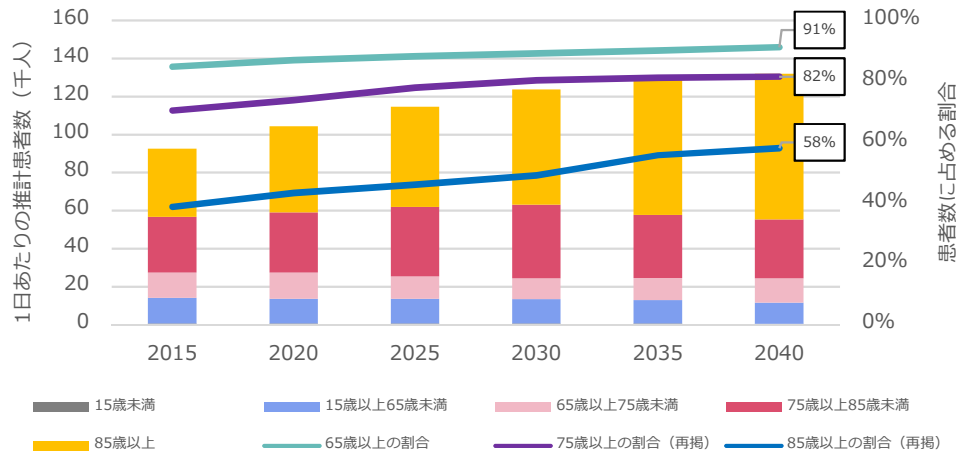
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 入院患者数の推計（骨折）

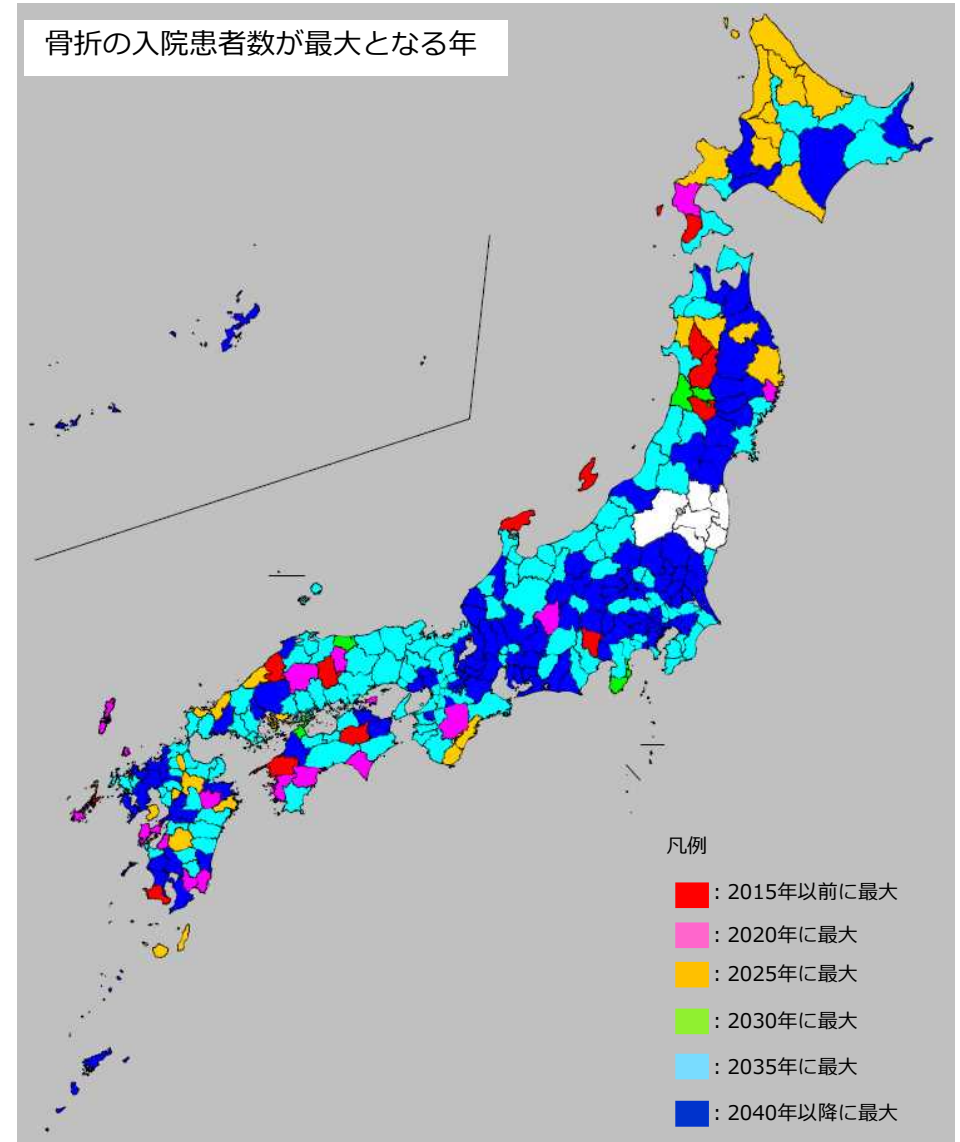
骨折の入院受療率（人口10万対）



骨折の入院患者数推計



骨折の入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」

「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病大分類×入院—外来・都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 認知症の有病者数の推計

○ 認知症有病率調査を踏まえた推計等(※) によれば、認知症の有病者数は2012年の462万人から、2025年に約675万人、2040年に約802万人に増加することが見込まれる。

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

(※) 出典:「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値  
長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。

- ・ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。
- ・ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。

注) 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。

本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。



# 2040年頃を見据えた課題（まとめ）

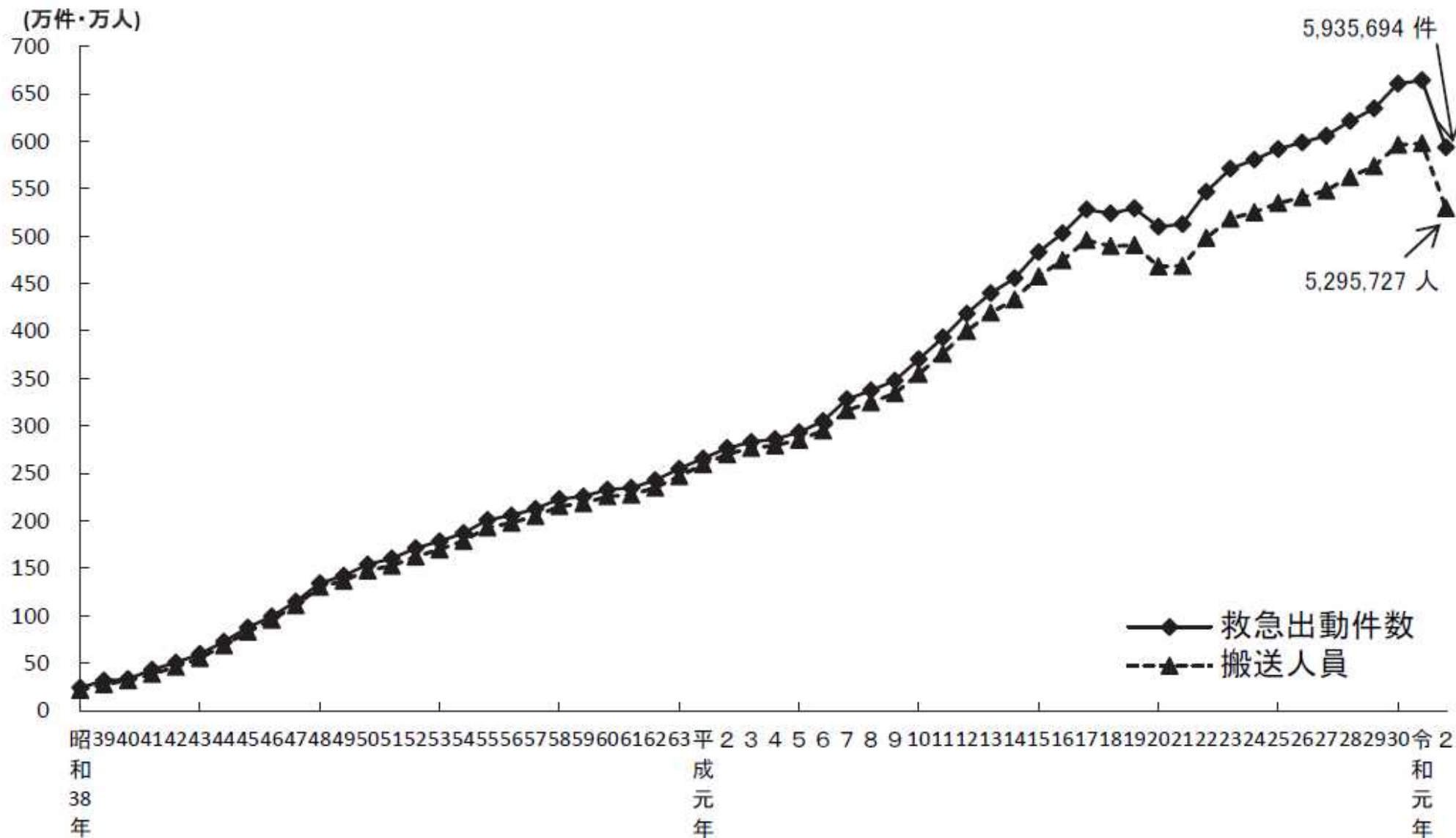
- 現役世代（生産年齢人口）の減少と高齢者の増加が続き、**2042年、高齢者数がピーク**を迎える。
- 高齢者数の増加には**地域差**があり、都市部を中心に増加するが、減少する都道府県もある。
- 単身世帯、**高齢者単身世帯の増加**が見込まれる。
- 85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、**在宅・介護施設の要介護高齢者の増加**が見込まれる。
- 65歳以上の退院患者のうち、**介護施設等や、他の医療施設へ退院する患者の増加**が見込まれる。
- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、**ピーク時には年間約170万人が死亡**すると見込まれる。
- 死亡の場所については、病院・診療所の割合が大きいですが、近年は**自宅や介護施設等も増加傾向**にある。
- 高齢者数の増加に伴い、**脳梗塞・肺炎・心不全・骨折**などによる入院が増加することが見込まれる。**認知症有病者**も増加することが見込まれる。



## 2. 病院前救護活動の現状

# 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。



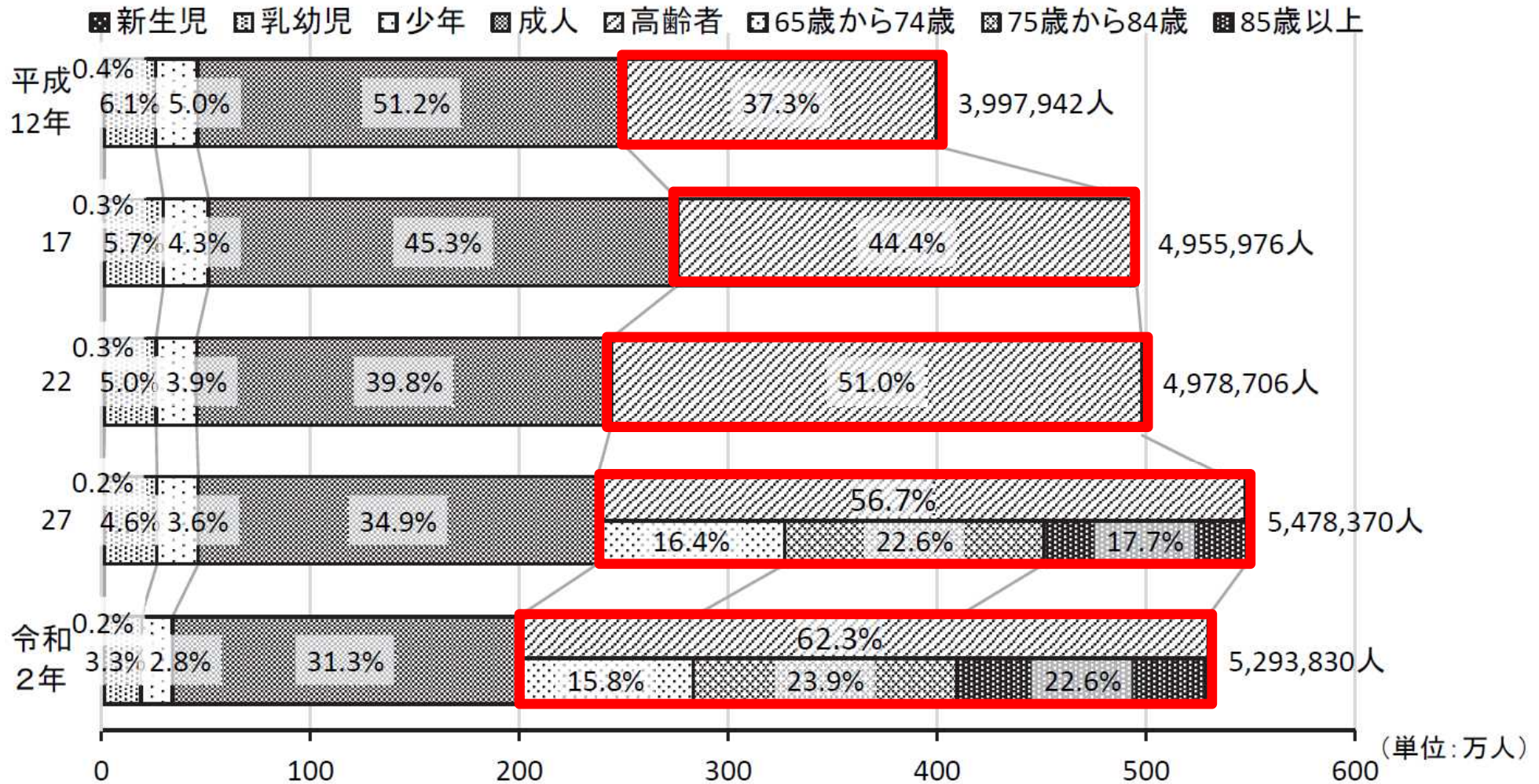
(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。

2 各年とも1月から12月までの数値である。

(出典) 令和3年版 救急・救助の現況(総務省消防庁) 第16図より一部改変<sup>17</sup>

# 年齢区分別搬送人員構成比率の推移

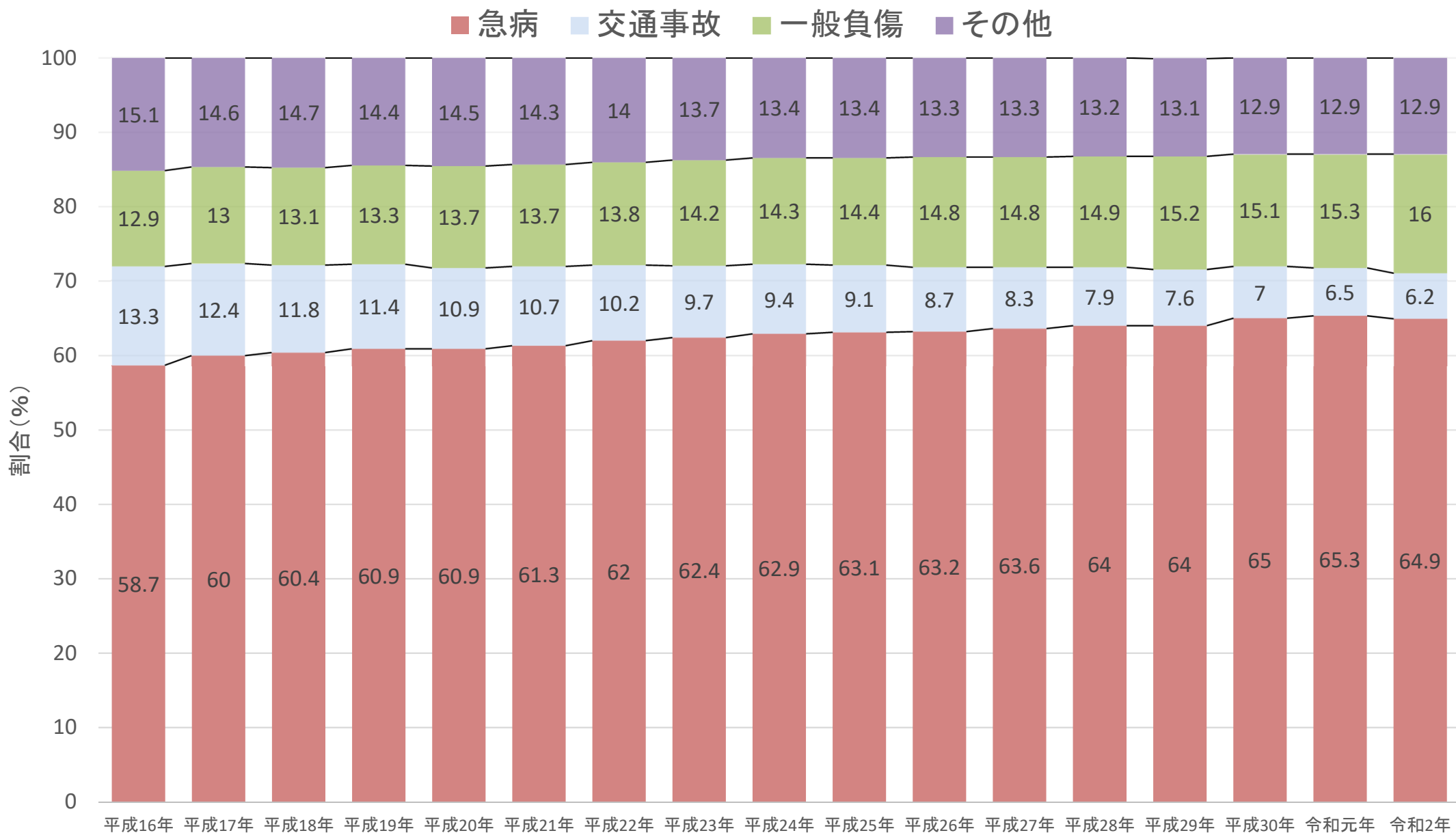
○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。



- 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。

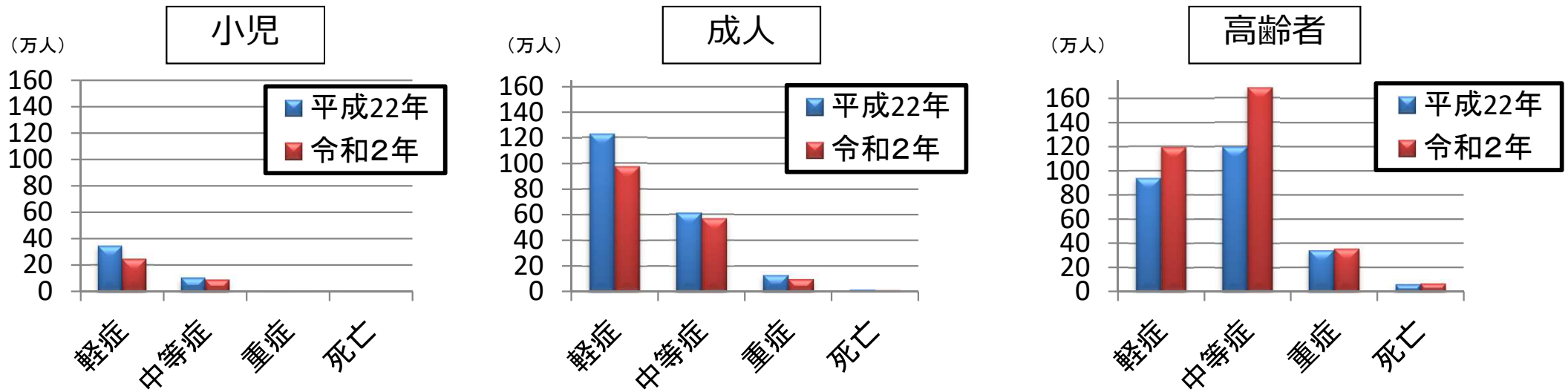
# 事故種別の救急出動件数と構成比の推移

○「交通事故」は減少し、「急病」と「一般負傷」の搬送割合が徐々に増加している。



# 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

令和2年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**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

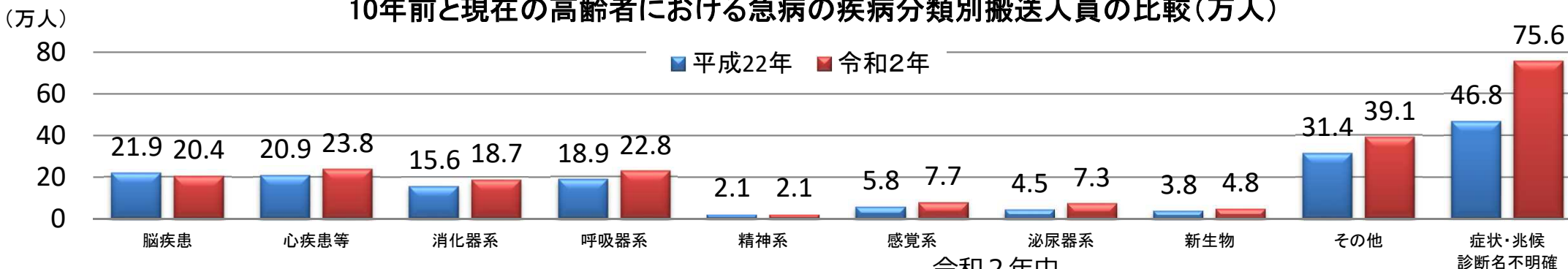
「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの



# 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

○ 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。

10年前と現在の高齢者における急病の疾病分類別搬送人員の比較(万人)



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



令和2年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 (0.3万人減)	5.7万人 (2.5万人減)	20.4万人 (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 (0.6万人減)	11.3万人 (3.9万人減)	18.7万人 (3.1万人増)
呼吸器系	1.5万人 (1.0万人減)	5.5万人 (0.8万人減)	22.8万人 (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 (0.5万人減)	6.0万人 (0.2万人減)	7.7万人 (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 (1.3万人減)	19.5万人 (3.6万人減)	39.1万人 (7.8万人増)
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 (1.2万人減)	37.8万人 (7.0万人増)	75.6万人 (28.8万人増)
総人口	1835.9万人 (213.7万人減)	7176.0万人 (631.7万人減)	3602.7万人 (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

## 病院前救護活動の現状（まとめ）

- 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。
- 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。
- 「交通事故」は減少し、「**急病**」と「**一般負傷**」の搬送割合が徐々に増加している。
- 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。
- 急病の疾病分類別搬送人員のうち、特に高齢者の「**症状・徴候・診断名不明確**」が増加している。

### 3. 救急医療機関の役割



# 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)

救命救急センター (299カ所)  
(うち、高度救命救急センター (46カ所))

令和4年4月18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カ所)

共同利用型病院 (14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)

## 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重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

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、入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、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

# 搬送・受入れルール

- 消防法に基づき、都道府県に医療機関、消防機関等が参画する協議会(メディカルコントロール協議会等)を設置し、“消防機関による傷病者の搬送”及び“医療機関による当該傷病者の受入れ”の迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準(実施基準)の策定が義務づけられている。

① 傷病者の発生

② 搬送先医療機関の選定

③ 救急搬送

④ 救急医療

受入れ

救急搬送・受入れに関する協議会(メディカルコントロール協議会等)にて地域の搬送・受入れルールを策定

地域の搬送・受入れルールの策定

搬送・受入れの調査・分析

<搬送・受入れルール>

- 傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト
- 消防機関が傷病者の状況を確認し、上記リストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
- 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
- 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するためのルール

総務大臣・厚生労働大臣  
(実施基準の策定等の援助)

消防機関は、搬送・受入れルールを遵守しなければならない

医療機関は、搬送・受入れルールを尊重するよう努めるものとする

## 方向性を検討すべき論点

### 救急医療体制について

#### (現状と課題)

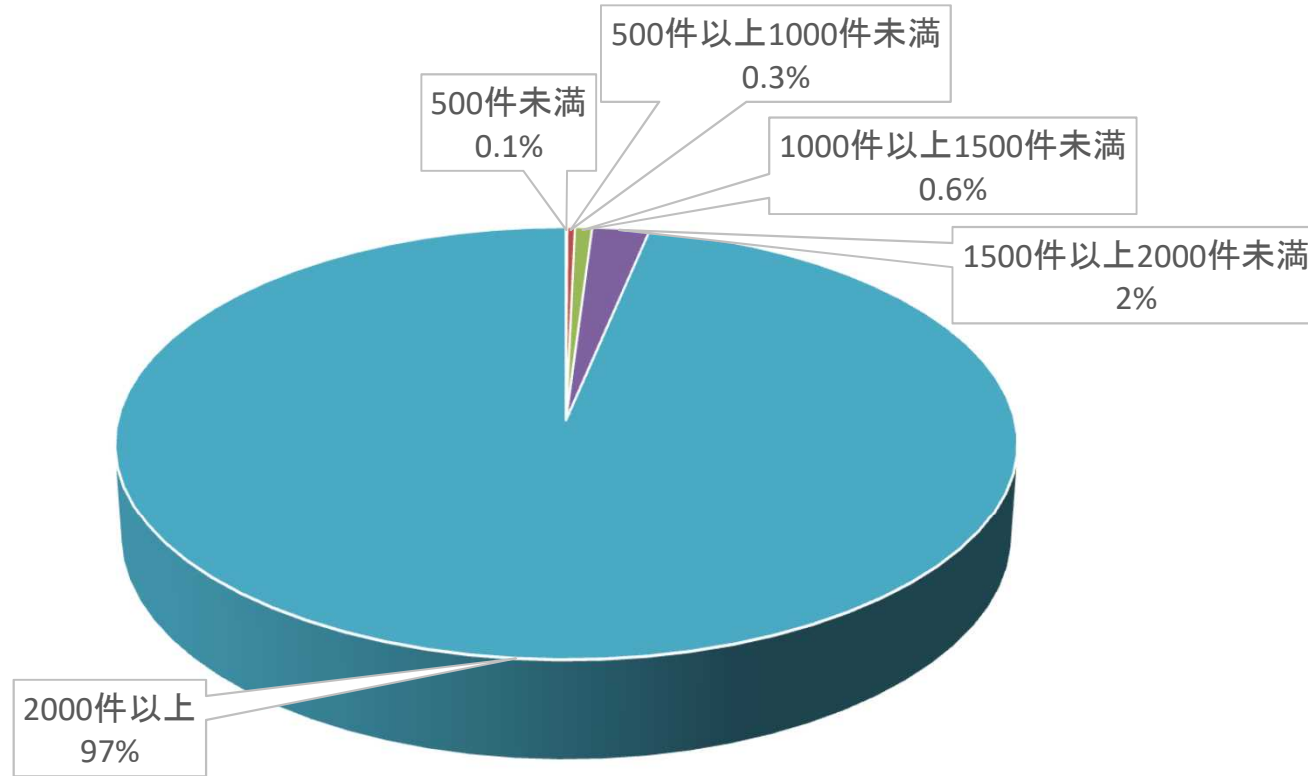
- 「救急医療対策の整備事業について」(昭和52年7月6日医発第692号厚生省医務局長通知)により、これまで初期・二次・三次救急医療機関の整備が行われてきた。
- 高齢化等社会経済構造の変化に対応できるよう、これまでも救急医療体制の在り方については議論がされてきたが、こうした変化に十分対応できる仕組みへの変更がなされるには至っていない。
- さらなる高齢化の進展、継続して増加する救急搬送件数、医師の働き方に関する議論等、救急医療を取り巻く状況を踏まえると、これ以上の時間的猶予はなく、質が高く効率的な救急医療体制の構築のために必要な救急医療機関の機能分化・連携について、今回の検討会において決着が図られるよう真摯に議論を深める必要がある。

#### (主な意見)

- 現在の初期、二次、三次救急医療体制の概念は、地域における多様性を前提とすれば、敢えて変える必要はないのではないか。
- 地域の救急医療体制に係る指標として、傷病者受入れ要請に対し、断らずに受け入れる体制、地域内の医療機関で受け入れた割合、救急車受入台数、生命予後や機能予後への寄与等を含めた総合的評価があるのではないか。
- 救急医療機関の評価指標として、傷病者の受入れ数だけでなく、傷病者の緊急度、重症度、生命予後や機能予後への寄与等、客観的なデータを用いた質の評価があるのではないか。
- 消防機関等の把握しているデータと医療機関が把握しているデータを連結し評価等に活用することは、救急医療の質の向上につながるのではないか。
- 高齢者救急の増加に応じ、搬送力の増強だけでなく、患者の状態・意思を尊重した個別的な対応を取り入れる必要があるのではないか。

# 救急搬送受入件数区分別の年間救急車受入件数（第三次救急医療機関）

○ 年間2,000件以上の救急車を受け入れている第三次救急医療機関が、第三次救急医療機関で受け入れている救急車全体の97%を受け入れている。



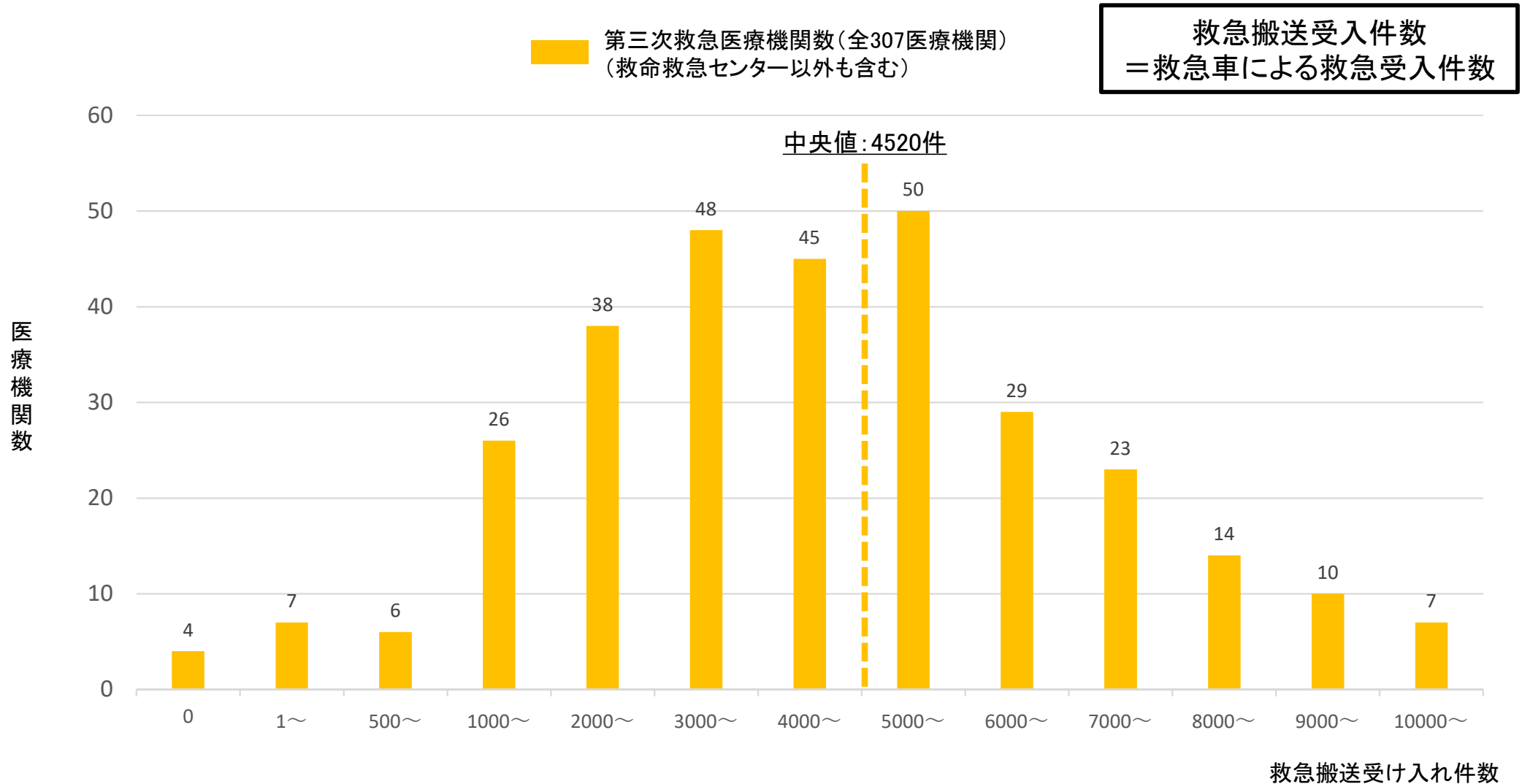
年間救急車受入件数区分	500件未満	500台以上1000台未満	1000台以上1500台未満	1500台以上2000台未満	2000台以上	合計
第三次救急医療機関数	11	6	8	18	264	307
年間救急車受入件数	806	4,352	9,697	32,381	1,381,807	1,429,043

(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。

# 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。



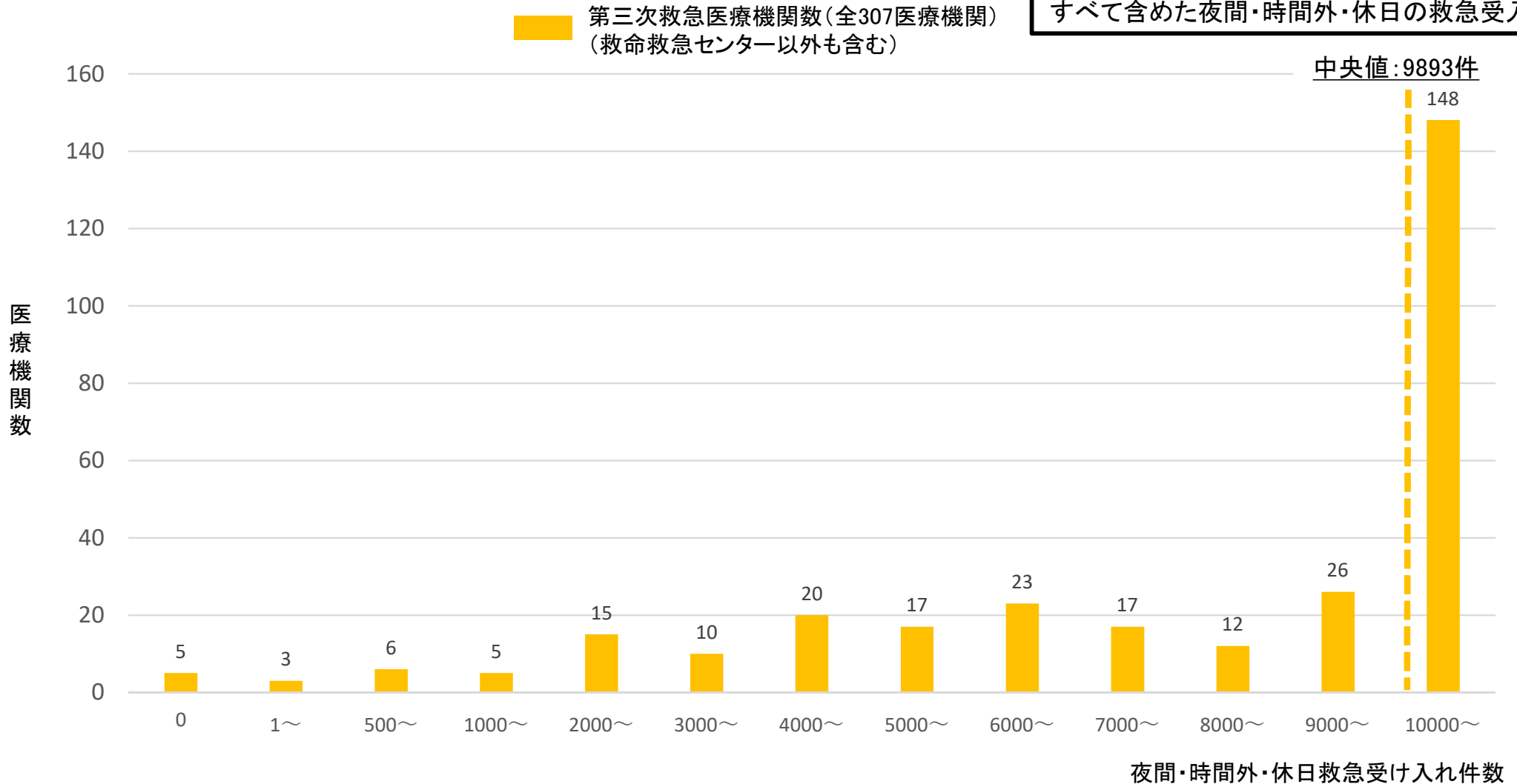
(出典) 令和2年度病床機能報告

※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。

# 夜間・時間外・休日の救急受入件数の分布（第三次救急医療機関）

- 第三次救急医療機関における、救急搬送患者を含む夜間・時間外・休日の急患受入件数の中央値は9,893件であった。
- 1,000件未満の第三次救急医療機関は14(全体の4.5%)であった。

夜間・時間外・休日の救急受入件数  
 = 救急車による搬送とそれ以外の救急受入も  
 すべて含めた夜間・時間外・休日の救急受入件数

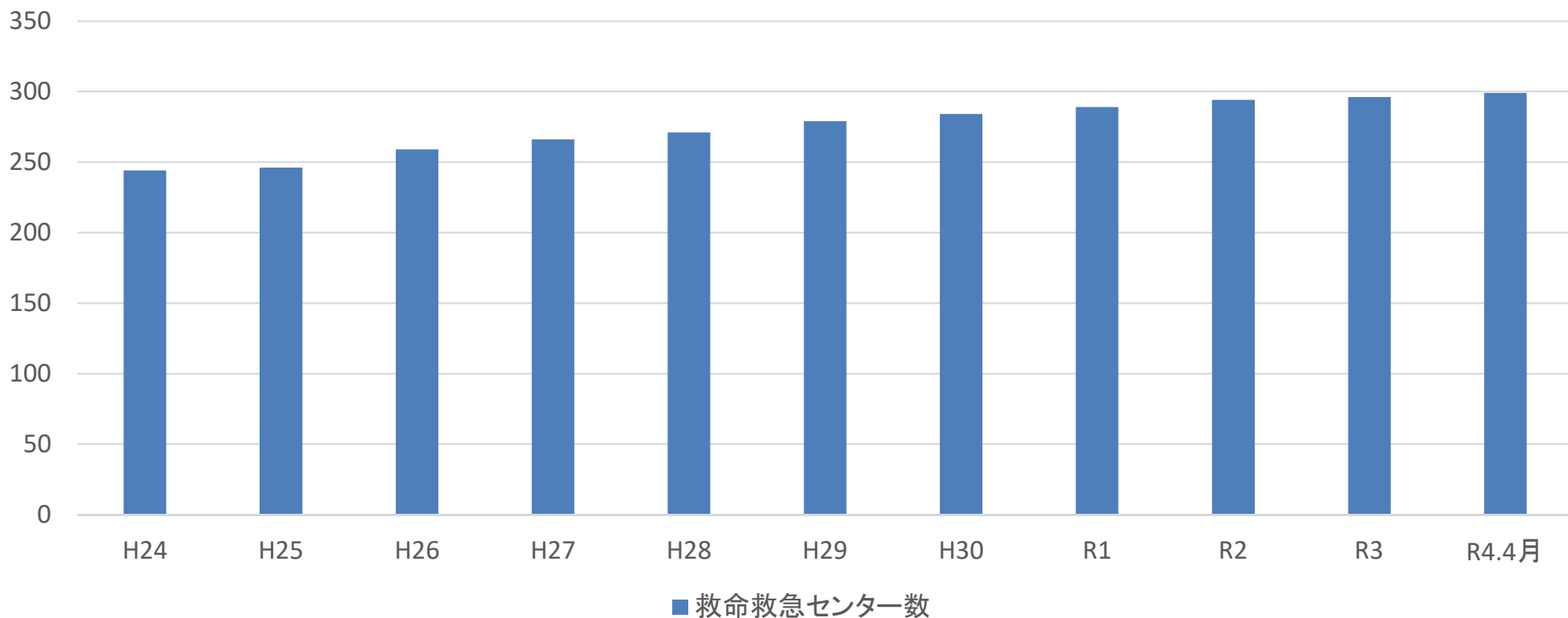


(出典) 令和2年度病床機能報告

※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299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。



	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4.4月
救命救急センター数	244	246	259	266	271	279	284	289	294	296	299
(うち高度救命救急センター数)	(27)	(28)	(29)	(32)	(34)	(36)	(38)	(42)	(43)	(45)	(46)

(出典)令和2年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業「地域医療構想を見据えた救急医療提供体制の構築に関する研究」(研究代表 山本保博) 分担研究「救命救急センターの現状と評価に関する研究」(坂本哲也担当)(一部改変)



# 救命救急センター充実段階評価

- 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。
- 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>

- 救急体制充実加算1 (S評価) 1,500点
- 救急体制充実加算2 (A評価) 1,000点
- 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。

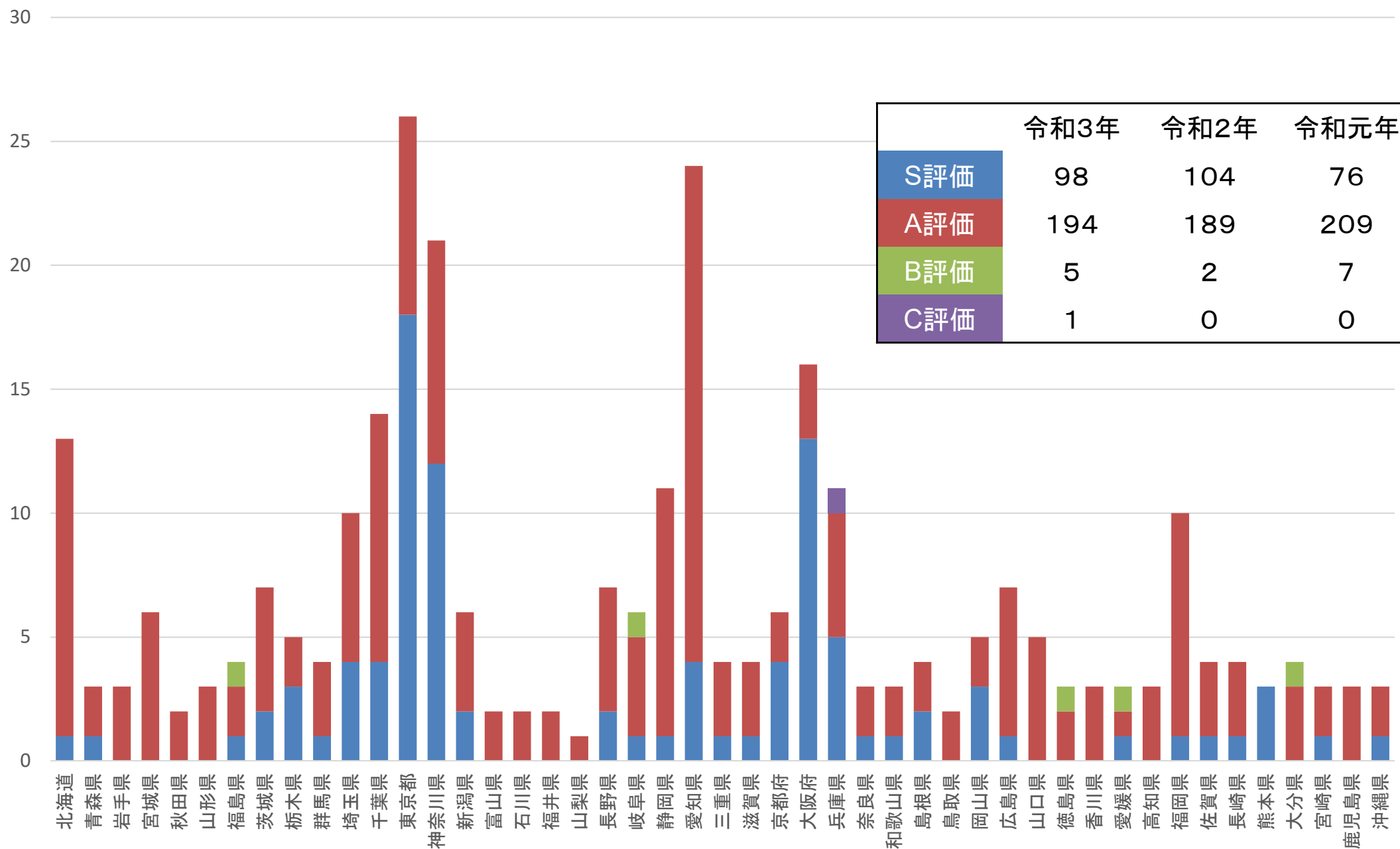
### <基準額に乗じる係数>

- S・A評価 100%
- B評価 90%
- C評価 80%



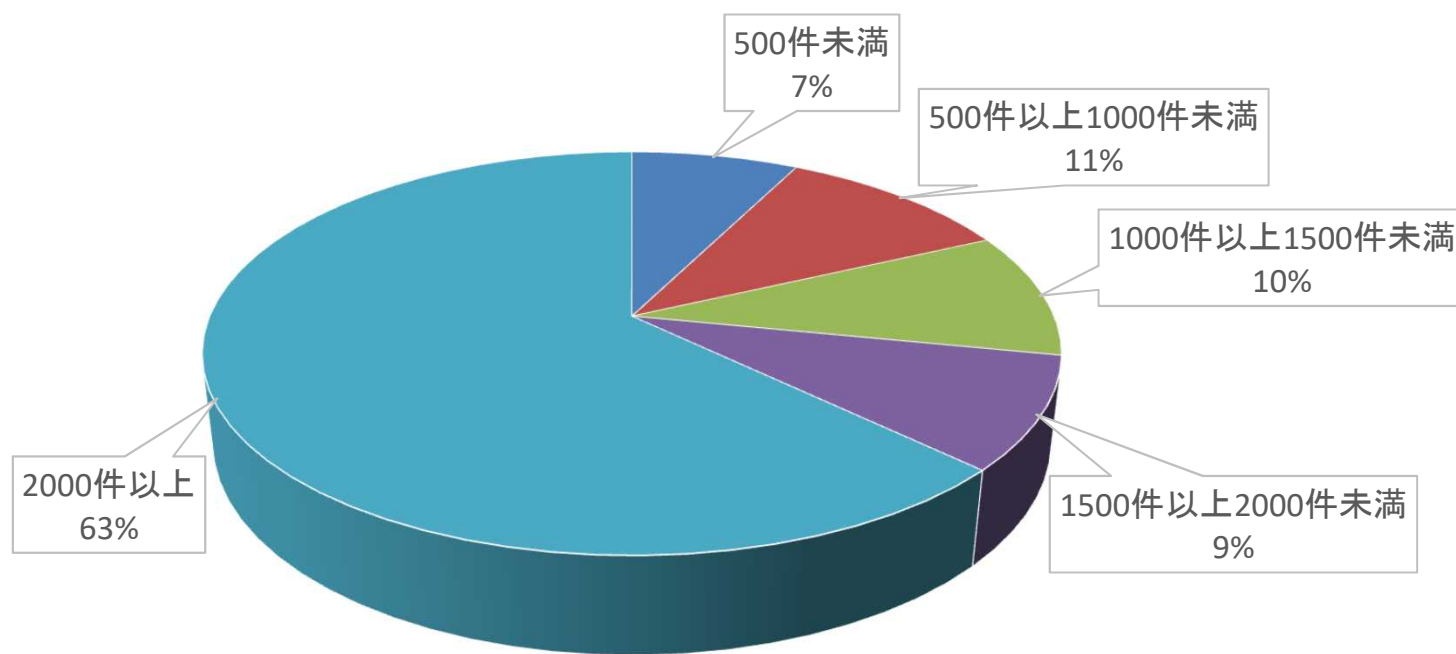
# 令和3年救命救急センター充実段階評価の結果（都道府県別）

○ 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。



# 救急搬送受入件数区分別の年間救急車受入台数（第二次救急医療機関）

- 年間2,000件以上の救急車を受け入れている第二次救急医療機関が、第二次救急医療機関で受け入れている救急車全体の63%を受け入れている。
- 年間1,000件未満の救急車を受け入れている第二次救急医療機関においても、第二次救急医療機関で受け入れている救急車全体の18%を受け入れている。



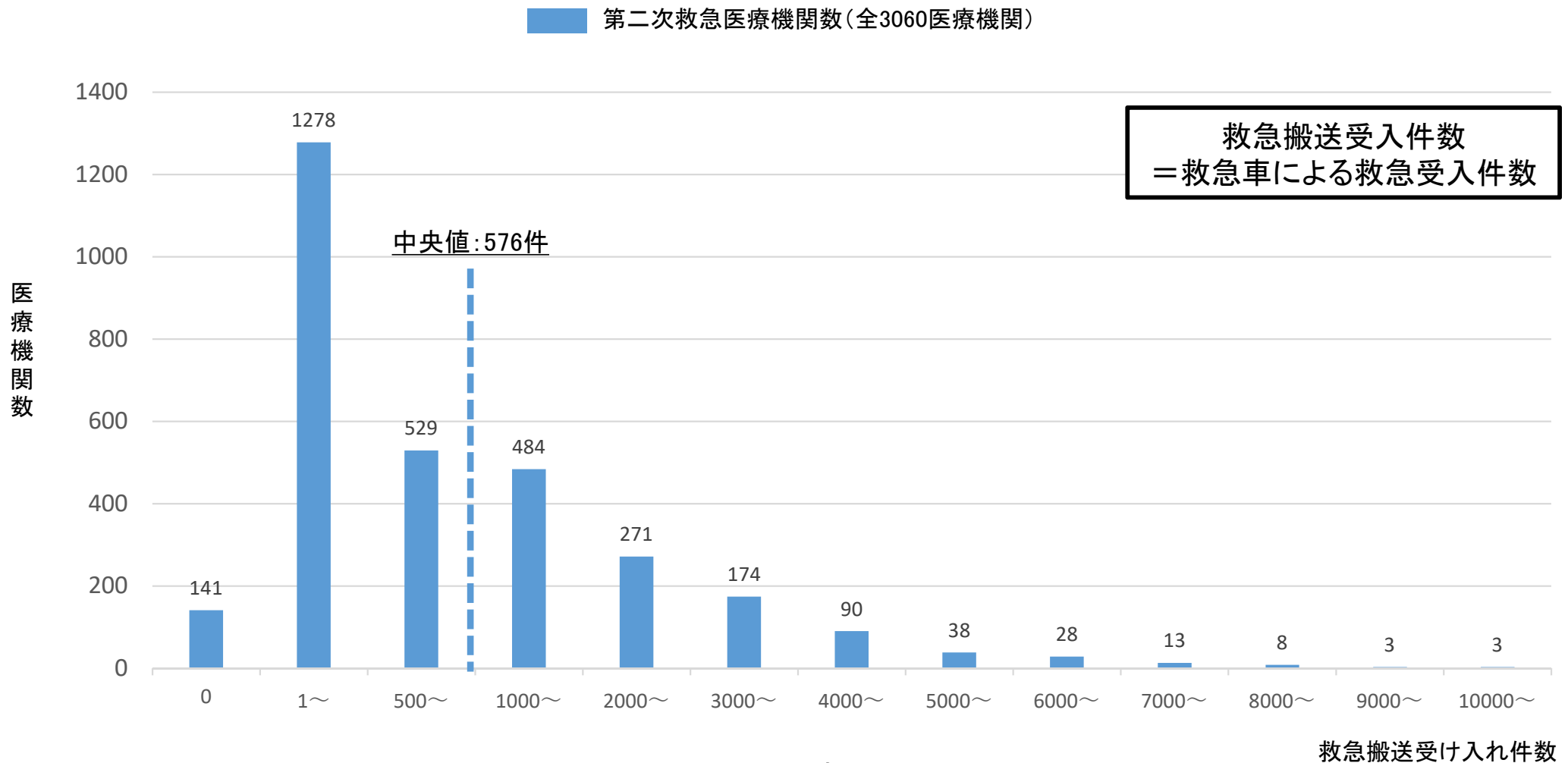
年間救急車受入件数区分	500台未満	500台以上1000台未満	1000台以上1500台未満	1500台以上2000台未満	2000台以上	合計
二次救急医療機関数	1419	529	296	188	628	3060
年間救急車受入件数	271,199	382,855	362,377	326,253	2,273,414	3,616,098

（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。

# 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。
- 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0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。

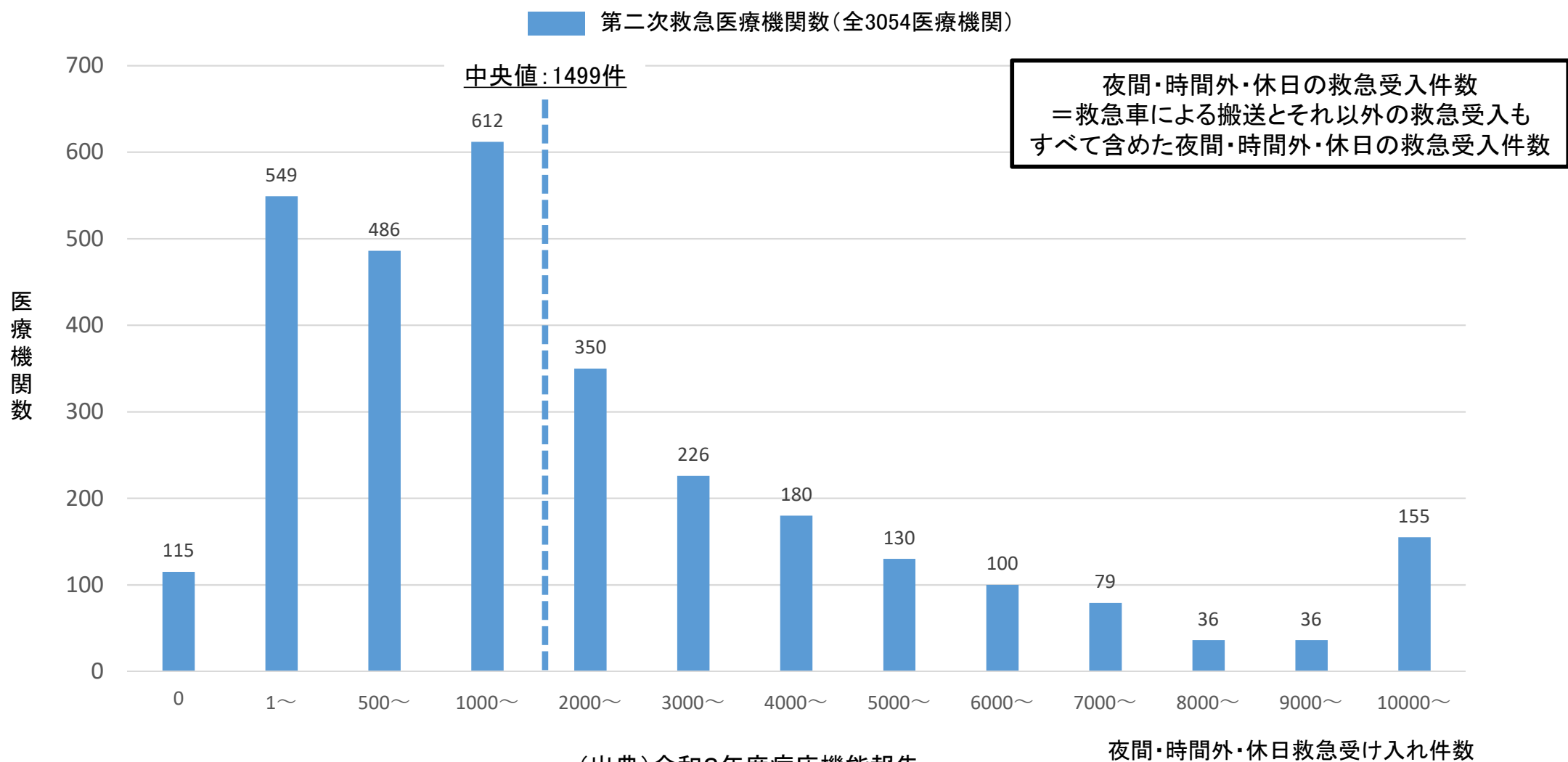


(出典) 令和2年度病床機能報告

※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。

# 夜間・時間外・休日の救急受入件数の分布（第二次救急医療機関）

- 第二次救急医療機関における、救急搬送患者を含む夜間・時間外・休日の急患受入件数の中央値は1,499件であった。
- 1,000件未満の第二次救急医療機関は1,150（第二次医療機関全体の37.7%）であり、このうち115の医療機関において受入実績が0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。

# 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。

### 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、運用後の課題等を取りまとめ、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

問題意識

本人の意思に反した搬送例が散見

対策

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

ルールに沿った情報共有

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



# 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため  
繰り返し話し合うこと



## 主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が  
**確認できる**

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

人生の最終段階における  
医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

**本人の推定意思を尊重し、**  
本人にとって最善の方針をとる

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が  
**確認できない**

・家族等※が本人の意思を推定できない  
・家族がいない

本人にとって最善の方針を  
医療・ケアチームで慎重に判断

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、**方針の検討や助言**

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。  
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。





# 人生の最終段階における医療・ケア体制整備等事業

令和4年度予算額（令和3年度当初予算額）：86百万円（101百万円）

## 1 事業の目的

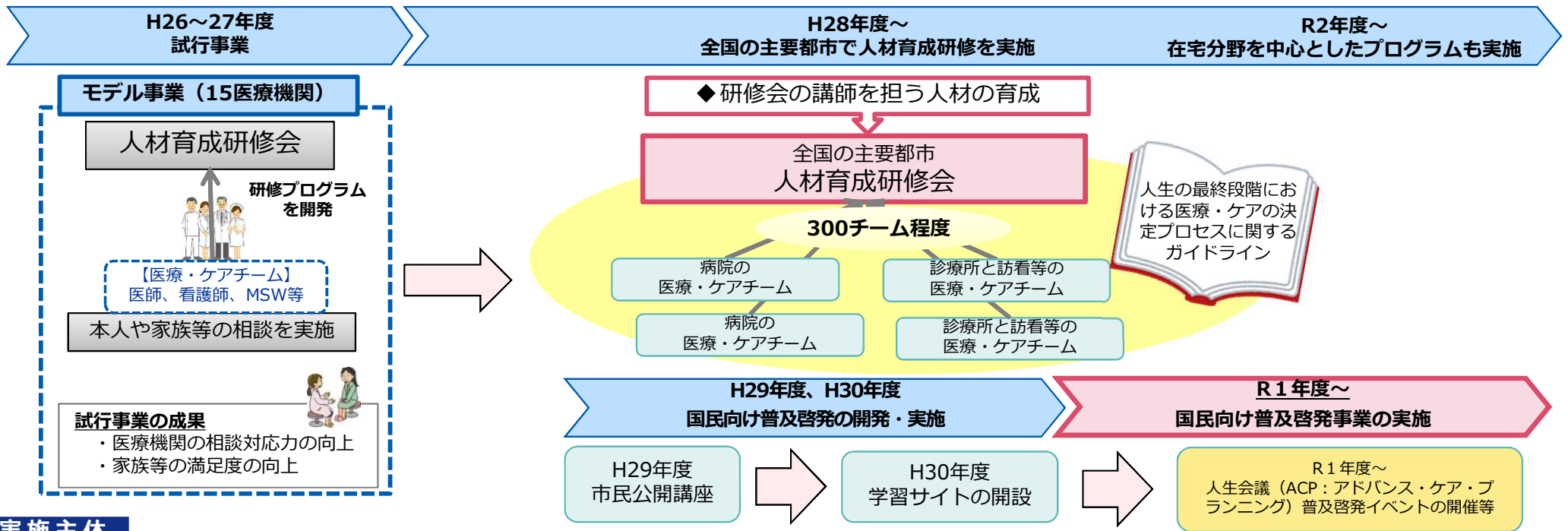
### 【背景・課題】

- 高齡多死社会を迎え、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療・ケアのあり方が大きな課題となる。
- 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、本人が医療・ケアチームと話し合いを行い、本人による決定を基本として進めることが重要であり、厚生労働省では、こうした合意形成のプロセスを示す「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年策定、平成27年改称、平成30年改訂）を策定している。
- しかしながら、平成29年の調査によれば、当該ガイドラインは医療従事者に十分認知されているとは言えず、人生の最終段階における医療・ケアに関する研修も十分に行われていない状況である。

### 【事業内容】

- 人材育成研修会及び研修会の拡充と継続性の担保のための講師人材の育成、国民への普及啓発事業を実施し、人生の最終段階を穏やかに過ごすことのできる環境を整備する。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体



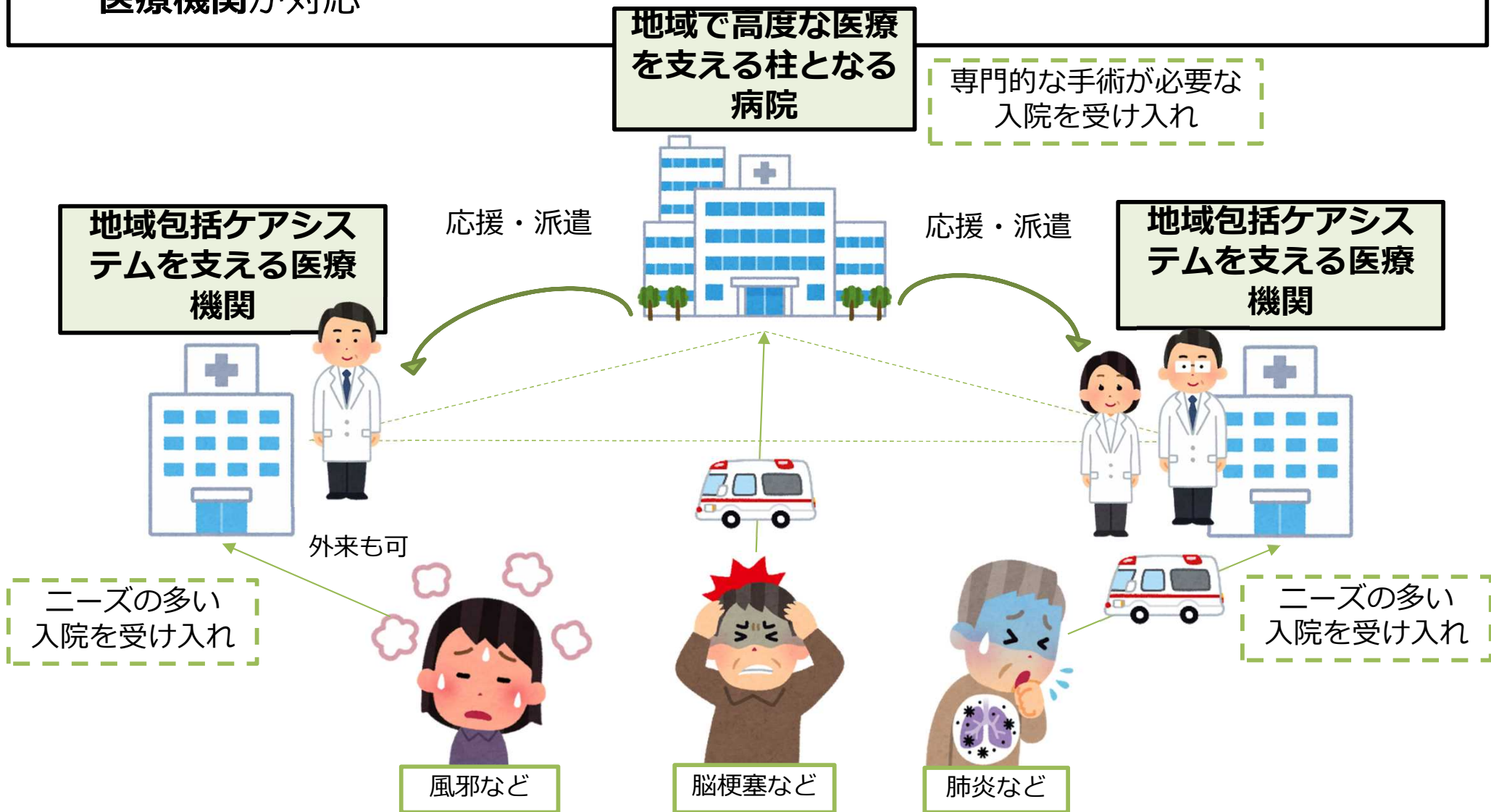
### 実施主体

委託事業：コンサル、研究機関を想定





- 「**地域で高度な医療を支える柱となる病院**」の体制が強化され、**専門的な手術や救急で入院**が必要になった時に、構想区域内で質の高い医療を提供
- **ニーズの多い入院**（後期高齢者等）については、**地域包括ケアシステムを支える医療機関**が対応

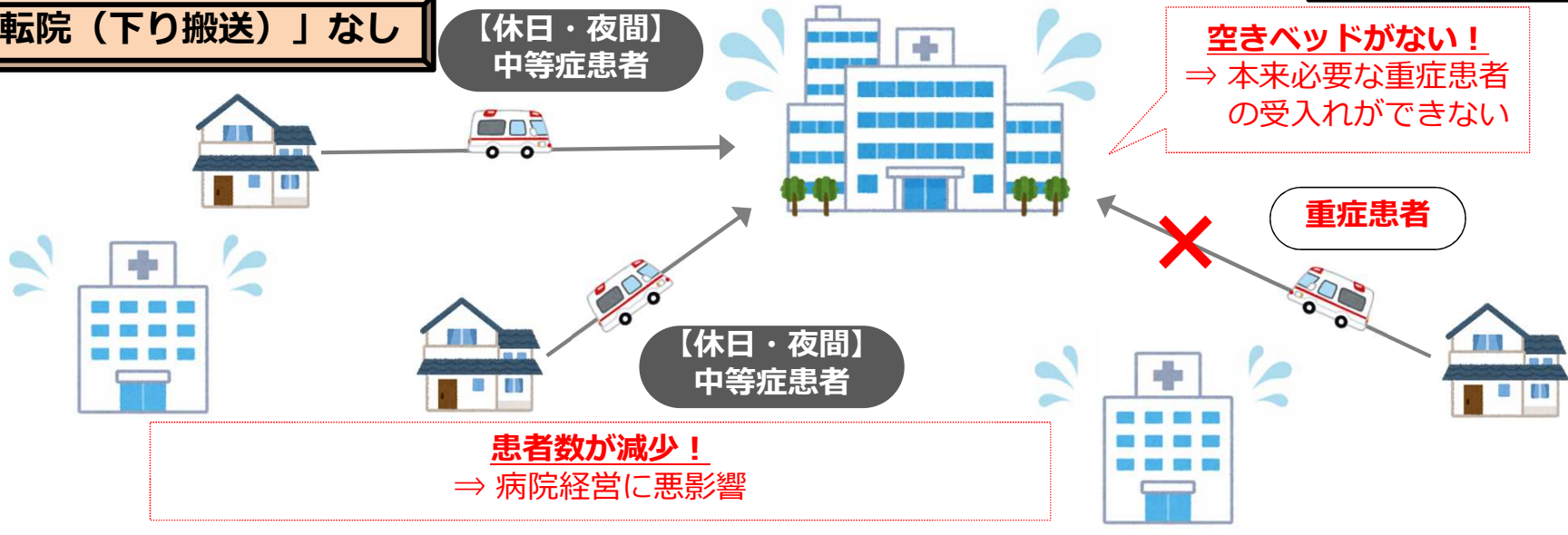


# 転院（下り搬送）の必要性

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）」なし

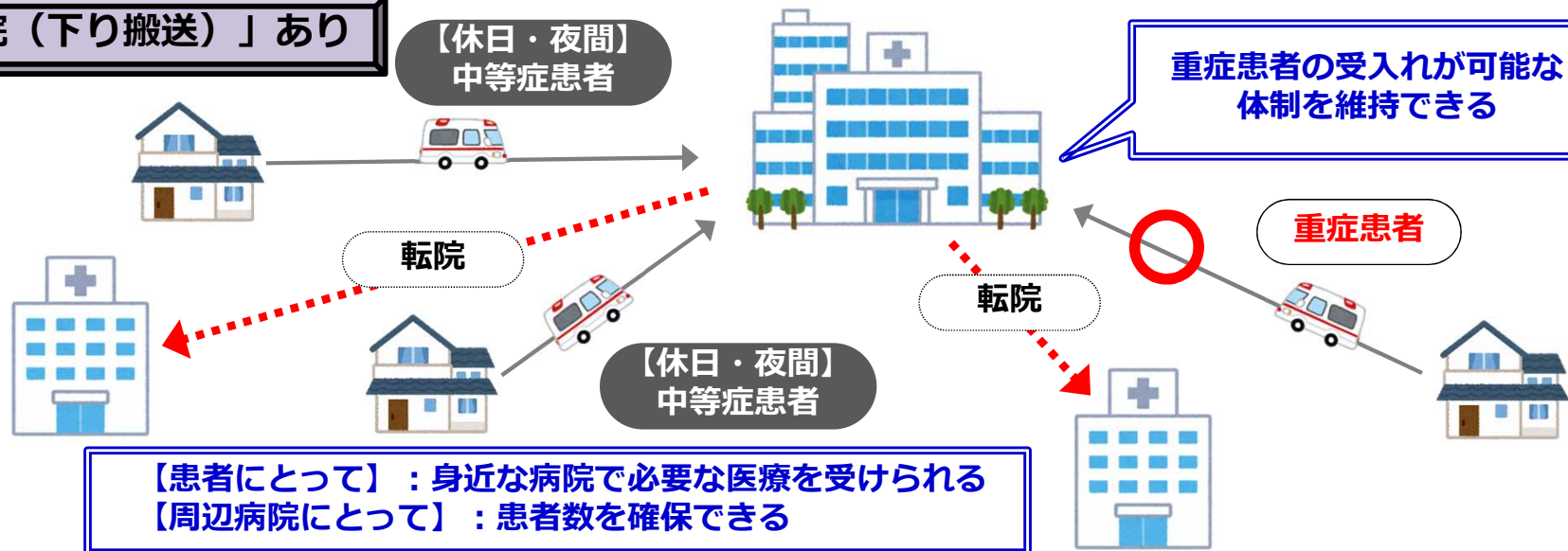
【休日・夜間】  
中等症患者



## 転院（下り搬送）の促進

「転院（下り搬送）」あり

【休日・夜間】  
中等症患者



休日・夜間の救急医療体制の役割分担

# 救急医療と在宅医療の連携（福岡市南区の取り組み例）

増悪時や看取りの際の支援体制を明確化。積極的な治療を希望/必要としない患者は、ブロック支援病院に指定された市内9病院のいずれかに転院。

## 福岡県福岡市南区の「ブロック支援病院体制」の概要

### 概要

- 救急現場と在宅医療現場の負担軽減を目指した仕組み
- 南区あんしん救急医療連携
  - 基幹病院でのトリアージにより、積極的な治療を必要としない、あるいは希望しない患者をかかりつけ医と相談の上、直ちにブロック支援病院に搬送
- 南区あんしん在宅医療連携
  - ブロック支援病院への情報登録に同意した在宅療養者を、看取りや治療あるいはレスパイト入院等を目的に24時間365日体制で受け入れ

### 参加者

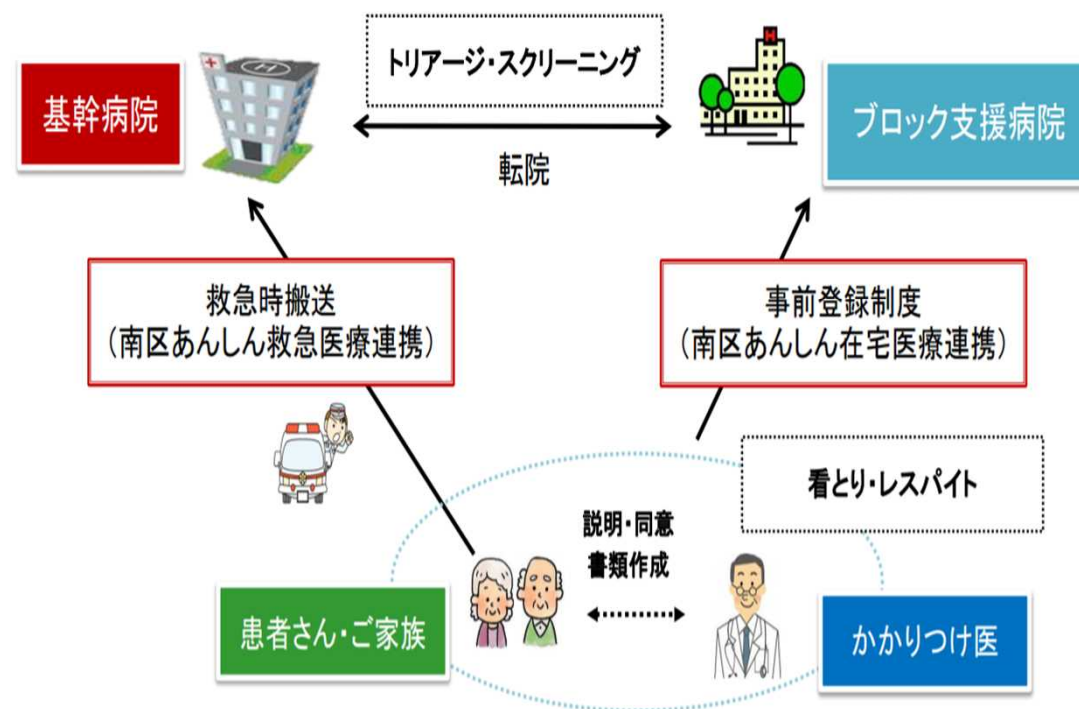
- 「ブロック支援病院」
- 福岡市南区9病院
  - 南区あんしん救急医療連携9病院で南区全域を担う
  - 南区あんしん在宅医療連携5病院で南区全域を担う

### 運営者

- 運営主体：福岡市南区医師会

## 多職種連携のイメージ

### 南区あんしん病院ネットワーク（南区医師会ブロック支援病院構想）



# 救急医療と在宅医療の連携（千葉県柏市の取り組み例）

在宅療養患者の急性増悪時は、原則、在宅側スタッフが訪問し、退院元病院が受入れることを合意形成

## 千葉県柏市の「病院のバックアップ体制」の概要

概要

- 患者の急変時等への対応について、在宅側と病院側の役割と意義を明確化
- 急性増悪時、原則として在宅の主治医又は訪問看護師が訪問する
- 訪問した結果、入院が必要な場合は、在宅の主治医（副主治医）から病院の救急担当に対して必要な診療情報や患者・家族の意向について情報提供
- 原則、退院元の病院が受け入れる
- 在宅医療移行時、在宅側の要望を踏まえた様式「在宅移行時に必要な情報」を使用

参加者

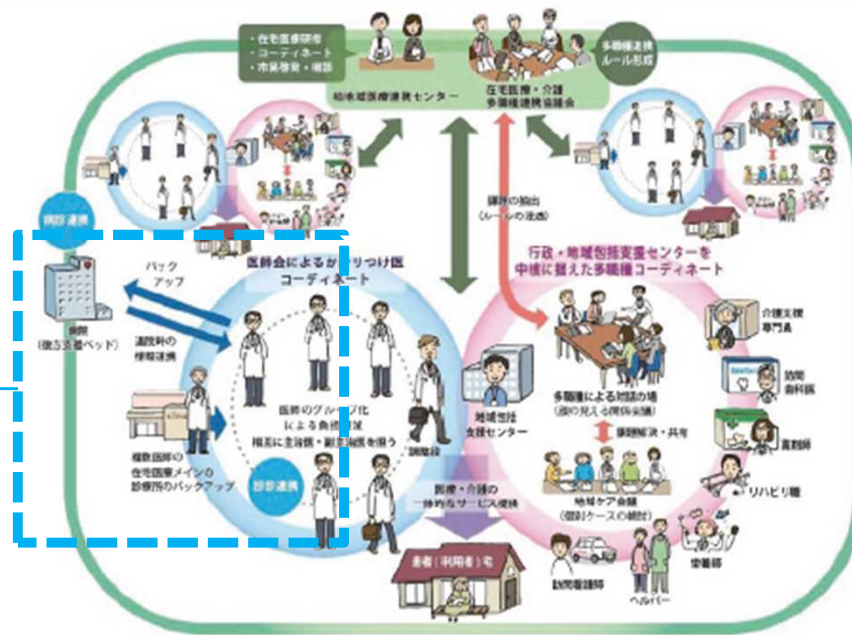
- 退院元病院（＝バックアップベッド）、在宅医療チーム等

運営者

- 事務局：柏市

## 多職種連携のイメージ

柏プロジェクトにおける在宅医療・在宅ケアシステムのイメージ図



急性増悪時の対応について、在宅医療チーム側とバックベッド側（退院元病院）間で役割と意義を理解



# 救急医療と在宅医療の連携（福井県坂井地区の取り組み例）

坂井地区内の7病院と在宅医療対応診療所間で協定を締結。バックアップ体制を担う医療機関を明確化

福井県 坂井市、あわら市の「7病院のサポート体制」の概要

概要

- 坂井地区医師会と坂井地区内の7病院は「坂井地区医師会在宅医療連携体制に関する協定」を締結
- 「カナミックネットワークTRITRUS」（\*前掲）等在宅医療連携の推進に資する内容が定められている
- 本協定をベースに、情報共有、入院時の連絡体制の整備等、坂井地区の在宅医療に対するバックアップ体制を構築

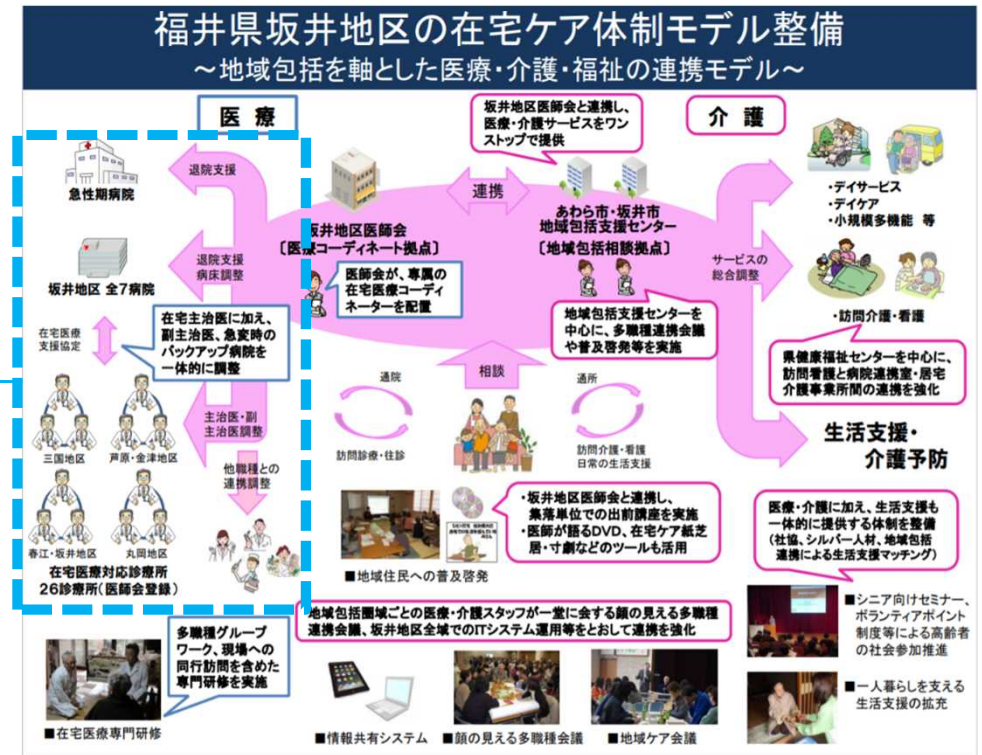
参加者

- 坂井地区の7病院
- 在宅医療実施の坂井地区医師会員

運営者

- 坂井地区在宅ケアネット事業運営委員会（坂井地区医師会）

多職種連携のイメージ（再掲）



日頃から在宅医療支援協定を締結し、連携医療機関を明確化

# 救急医療と在宅医療の連携（長崎県の取り組み例）

搬送打診時に、あじさいネットを利用し、診療データや画像等で共有。適切な搬送先に患者を搬送

## 長崎県の「あじさいネット」の概要

### 概要

- 地域に発生する診療情報を患者の同意の元、複数医療機関で共有
- 長崎県全域で拠点病院の電子カルテを共有
- 在宅医療支援機能や、診療支援・生涯教育支援機能（遠隔画像診断やTV会議等）等も有する
- 救急の場合、病院に送る段階で、相手病院に患者情報を送信し、搬送前の段階で、電話だけでなくあじさいネットを併用しながら搬送先決める1次・2次病院から3次病院へ紹介する際、上記のような搬送前トリアージで適応外が半減

### 共有情報

- 画像情報（MRI、CT、内視鏡ほか）
- 検査情報（検体検査、生理検査）
- 治療内容（処方・注射、手術・処置）
- 診療記録（医師・看護記録、指導内容、サマリー、熱型表、リハビリ情報）

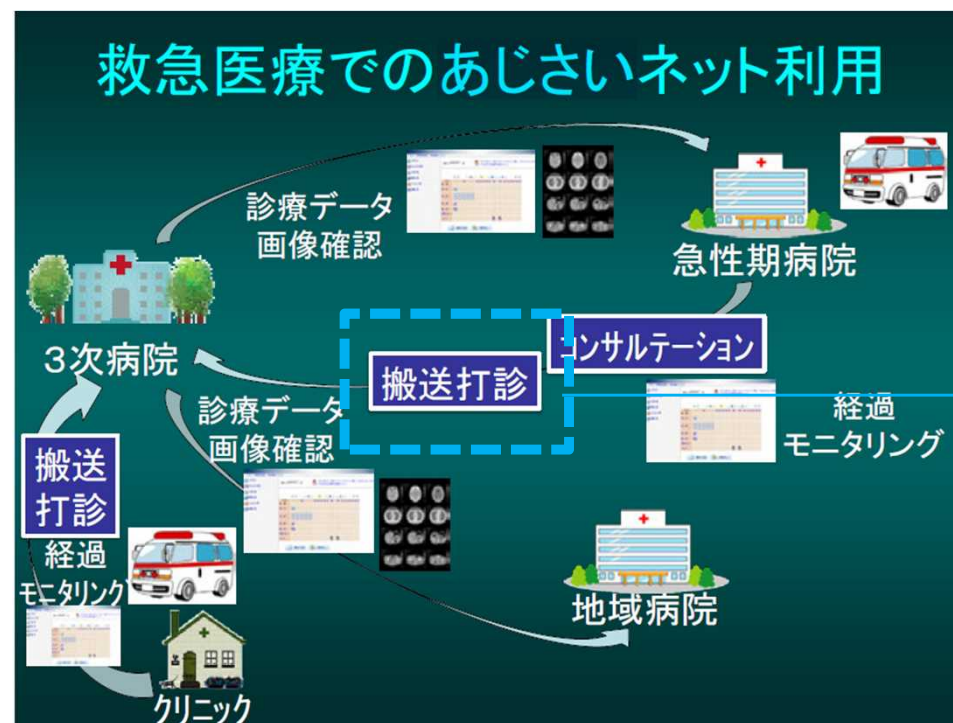
### 利用者

- 診療所・クリニック、拠点病院、訪問看護ステーション、介護事業所等
- 在宅医、訪問看護師、訪問薬剤師、救急隊等

### 管理者

- 運営主体：特定非営利活動法人 長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会
- 事務局：長崎医師会内

## 多職種連携機能概要図



搬送打診の前に、あじさいネットを利用し、診療データや画像を送信。適切な搬送先を選定

# 救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例①

## 東京都八王子市

### 【救急医療情報(キット)】

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/10800000/000549806.pdf>)

八高連から 65歳以上の方へ  
**「救急医療情報」のお知らせ**

「もしものときに「救急医療情報」でスムーズな救急搬送

八王子市高齢者救急医療情報収集推進委員会(通称「八高連」)では、高齢者(おおむね65歳以上)の特性にあわせての自身の持病、服用中の薬、かかりつけ病院、緊急連絡先などを記入してもらって「救急医療情報」の用紙を作成しました。

「救急医療情報」が緊急時に「もしものとき」に救急隊や病院が「救急医療情報」を共有することで、適切な救急医療や搬送の適切な対応が期待されます。

「救急医療情報」の使い方

普段 「救急医療情報」に必要事項をあらかじめ記入し、冷蔵庫などに保管してください。

緊急時 緊急時「救急医療情報」を救急隊や病院へ送付してください。

救急搬送 適切な病院へ迅速に搬送、救急医療連携のスムーズな対応が期待されます。

記入の仕方

- 本紙の記入用紙を複数枚に記入し、それぞれ持ち分けて保管してご利用ください。
- 一枚あたりに2枚以上の「救急医療情報」の用紙を記入する必要はありません。
- 「もしもの時に医師に伝えたいこと」は、ご家族とよく話し合っておきましょう。
- 「緊急時(救急時)に、身振や声かけで「もしもの時」の自分の状態を知らせたい場合は、持病、かかりつけの病院、服用している薬など、時間経過に伴って変化が生じた場合は、変更内容を記入し、必ず更新日欄に日付を記入してください。

八高連推進員名簿

八高連推進員名簿(八王子市) 八高連推進員名簿(八王子市) 八高連推進員名簿(八王子市)

～記入例～ 救急医療情報 (八王子市高齢者救急医療情報収集推進委員会)

住所	八王子市 元本郷 町 三丁目 24番 1号		
フリガナ	伊予あゆみ 登太郎	年齢	70歳
氏名	八王子 七男	(平成24年 8月 10日現在)	
生年月日	明治・大正(昭和) 17年 1月 1日		
性別	男・女		
連絡先	012-626-3111(自宅)		
電話番号	090-6666-6666(妻の携帯)		

同僚のご家族がいらっしゃる場合ご記入ください。

◆医療情報

現在治療中の病気 高血圧、糖尿病、心臓病、脳卒中、その他(血圧(185/110))

過去に医師から言われた病気 高脂血症

服用している薬 カルベジロール製剤 10mg、フロアコル製剤 10mg

かかりつけの病院 病名: 八王子消防病院 ※お訪ねは1年以内に受診歴のある病院  
 住所: 八王子市 区 上野町33  
 電話番号:

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「1」の中をチェックして下さい

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  
 なるべく自然な状態で見守ってほしい  
 その他( )

伝えたいことがある方は、該当するものを☑してください。その他の欄に希望することをご記入ください。なるべく複数の連絡先をご記入ください。電話番号がつかずやむを得ずをご記入ください。

◆緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号
八王子 六男	子	八王子市 区 町1-1-1	080-1111-6666
日野 五子	子	日野市 区 町1-2-3	090-0000-6666

作成日 平成 24年 8月 10日 更新日① 平成 27年 4月 1日  
 更新日② 平成 年 月 日 更新日③ 平成 年 月 日  
 更新日④ 平成 年 月 日 更新日⑤ 平成 年 月 日

◆高齢者あんしん相談センター(地域包括支援センター)

名称	電話番号

## 愛知県岡崎市

### 【119医療情報伝達カード】救急要請・搬送時のルール

氏名や緊急連絡先他、疾患やアレルギーの状況、ならびにDNARについての記載欄に記入しておく。

(出典:愛知県岡崎市ホームページ)

<https://www.city.okazaki.lg.jp/1550/1572/1653/p020461.html>

119医療情報伝達カード

施設名 ( ) 作成年月日 年 月 日  
 ※情報は、いつも最新のものにしておいてください。更新①  
 ※★の項目に更新があった場合は、再度署名をお願いします。更新②

フリガナ	性別	生年	明治 昭和 年 月 日 歳
氏名	男・女	年月日	大正 平成 年 月 日
住所	緊急連絡先	(関係: )	
ADL	意思疎通(可能・一部可能・不可能)	移動	自立・杖・車椅子・寝たきり
	生活介助(移動・トイレ・食事・着替え・風呂)		

◆アレルギーの有無 あり・なし (薬: 食事: )

◆服薬中のくすりについて お薬手帳: あり・なし 資料: あり・なし  
 (上記2点もない場合、服薬中の薬名を記入)

★DNARの提示について ※①が「あり」の場合のみ、②・③以降を記入してください。  
 ①DNARの提示 ②DNARの言語 ③DNAR確認主治医

あり・なし	あり・なし	病院名: 医師名:
		病院番: ( ) - カルテ記載: あり・なし

★現在、治療中の主な病気とかかりつけ医療機関について

病名	医療機関・診察券番号	治療
①	病院・ID	治療中・経過観察中
②	病院・ID	治療中・経過観察中

◆今までに治療したことがある病気について

<input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患	<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞
<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 脳出血
<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> その他(詳細下記へ記載)

◆その他(上記に該当がない病気の詳細や救急隊へ知らせたいことなど)

以上、わたしの医療情報に間違いありません。救急隊が、処置や搬送へ活用することに同意します。

本人又は家族等署名欄 印(本人、代筆)

署名年月日 年 月 日 施設確認欄  確認済み



# 救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例②

## 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
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

**3 運用の細部**

**心肺停止の確認**  
救急隊が「心肺蘇生を望まない傷病者」であることを確認し、情報収集を行う。

**傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される**  
傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示された場合には、かかりつけ医等に連絡します。

**家族等**  
傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される。

**かかりつけ医等**  
救急隊又は救急隊員等が他国に呼びかけ医等に連絡し、傷病者の意思に即応するよう依頼する。

**かかりつけ医**  
かかりつけ医等が到着するまでの対応を支援する。かかりつけ医等からの心肺蘇生の中止及び不要の指示を受け心肺蘇生を中止する。

**留意事項**  
○ 医師又は救命士等が到着してかかりつけ医等に連絡がつかない場合や、家族等又はかかりつけ医等に傷病者を引き継ぎない場合等は、応急処置を継続して2次医療機関等に搬送します。  
○ 心肺蘇生を望まない、死亡確認や死亡診断のための確認は、救急隊が現場から「到着業務に該当しない」と考えられるまでの早急に行われるため、医療機関に搬送することはできません。  
○ 心肺蘇生の中止は「望まない意思」に従います。医師以外の医療従事者(看護士、介護士、福祉施設職員等)からの指示や、時間による指示には対応できません。  
○ 傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示された場合は、すべて医師等が対象となります。東京都ACP協議会の事後検証委員会により、運用(運用要項)が変更されています。

令和元年12月 東京消防庁

**医療機関等向け資料**

**心肺蘇生を望まない傷病者への対応について**

**1 概要**  
○ 人生の最終段階にある傷病者の中には、事前に家族等や医療・ケアチームと話し合い(ACP)を済ませ、自分が心肺停止となった時に「心肺蘇生を望まない意思」を示す場合があります。心肺停止時には、家族等が傷病者がかかりつけ医等に連絡し、項目等でお返りすることが話し合われているれば、本来ならば救急隊が介入することはありません。  
○ 実際には、慣れてしまった家族等が救急隊が到着する場合があります。  
○ 現行の制度では、救急隊は心肺蘇生を望まない傷病者に搬送することはありません。  
○ こうした状況に備えて、可能な限り傷病者の意思を尊重できるように体制を整えています。

**2 本運用の対象となる要件**

**1 ACP実施下の成人で心肺停止状態にあること**  
○ ACPが行われていない場合は含まれません。  
○ 急死や心臓停止した傷病者は含まれません。

**2 傷病者が人生の最終段階にあること**  
○ 回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期にある傷病者が対象となります。

**3 傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があること**  
○ 家族等の意思ではなく、あくまでACPに基づく傷病者本人の意思があった場合が対象となります。

**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こと**  
○ 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れていた場合、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等又は「家族等」に傷病者を引き継ぐこととしました。  
○ 救急隊は、かかりつけ医等が上記項目を確認するために必要な情報収集を行います。

**運用の細部**  
○ 救急隊から発生に救急現場の状況を説明し、次の項目を確認します。  
○ 傷病者が人生の最終段階にあること  
○ 傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があること  
○ 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していること  
○ 救急隊からの報告内容のみでは、上記項目を判断できない場合には、必要な情報を救急隊から取り戻してください。  
○ かかりつけ医等への連絡は、訪問看護ステーション等を活用するなど様々な方法で連絡します。

**運用の留意事項**  
○ 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れていた場合、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等又は「家族等」に傷病者を引き継ぐこととしました。  
○ 救急隊は、かかりつけ医等が上記項目を確認するために必要な情報収集を行います。

## 【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)」

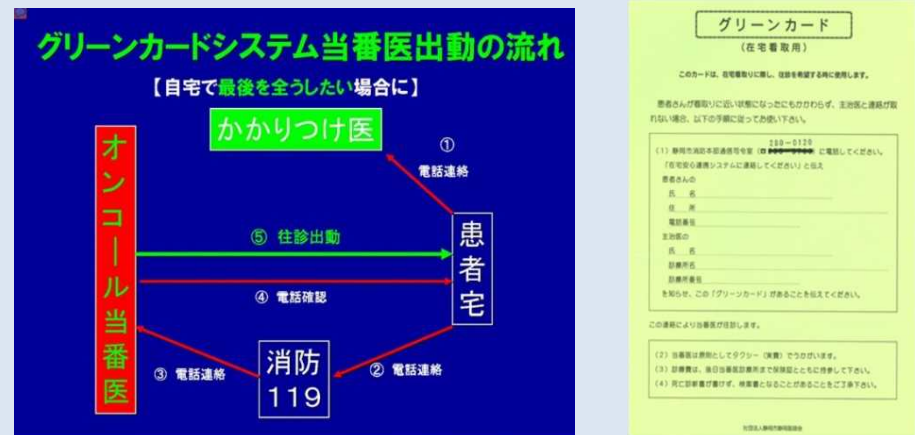
(出典:静岡県静岡医師会ホームページ<https://shizuoka-city-med.or.jp/e2net/house/>)

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

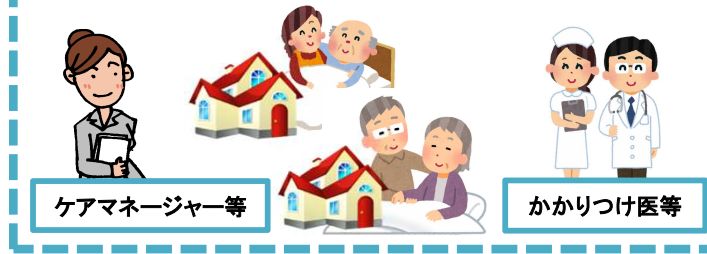
連絡を受けた在宅往診当番医は当該の在宅療養者へ往診し、看取りの診察をする





# 救急医療の現状と課題（イメージ）

## 自宅や高齢者施設等



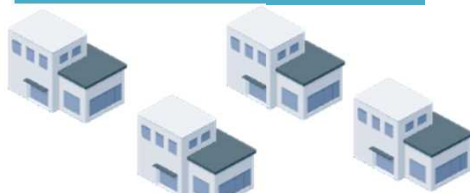
① 高齢者の増加により、高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加する。

② 一部受入が少ない医療機関があり、患者の増加に伴い、三度も軽症患者を診療せざるをえず、重症患者の診療に支障を来す可能性がある。

## 病院前救護活動



## 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）

## 第二次救急医療



病院群輪番制（398地区、2,723カ所）  
共同利用型病院（14カ所）

## 第三次救急医療



救命救急センター（299カ所）  
（うち、高度救命救急センター（46カ所））

## 救命後医療



退院・在宅・後方病院その他

③ 単身の高齢者や要介護者の増加により、退院先が決まらずに下り搬送や退院が滞ることで「出口問題」が発生する。

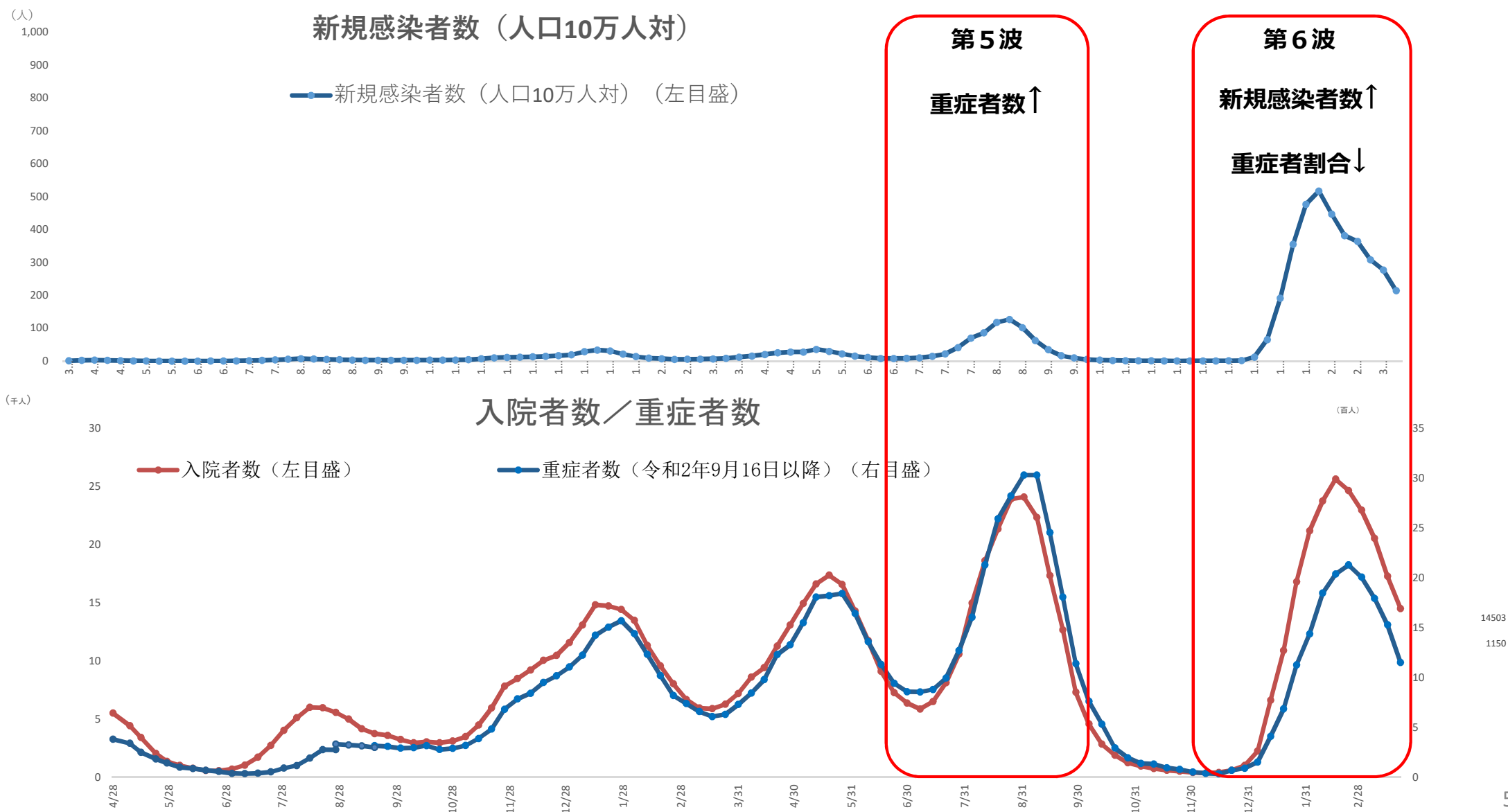
## 論点①

1. 超高齢化・人口減少が地域ごとに進み、高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加する中で、地域の実情に応じた第三次・第二次救急医療機関の果たすべき役割についてどのように考えるか。例えば、
  - 重症者を含めて幅広く救急患者を受け入れる
  - 脳卒中・心筋梗塞等といった専門性の高い疾患の救急患者を特に受け入れる
  - かかりつけ医等と連携して在宅や介護施設の高齢者を中心に受け入れるなど、地域の需要に応じて、役割分担・連携を図っていくことについてどのように考えるか。
2. 「地域包括ケアシステムやACPIに関する議論の場」への消防機関の参加率と、「心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針策定の場」への介護関係者や在宅医療関係者の参加率を高めるため、関係者から参加を呼びかける等の取組が必要ではないか。また、心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針の策定を普及させるためには、どのような方策が有効であるか。

## 4. 新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療

# 新型コロナウイルス感染症新規感染者数、入院者数/重症者数の推移

第5波では**重症者対応**が、第6波では**救急搬送の受入**が、課題となった。

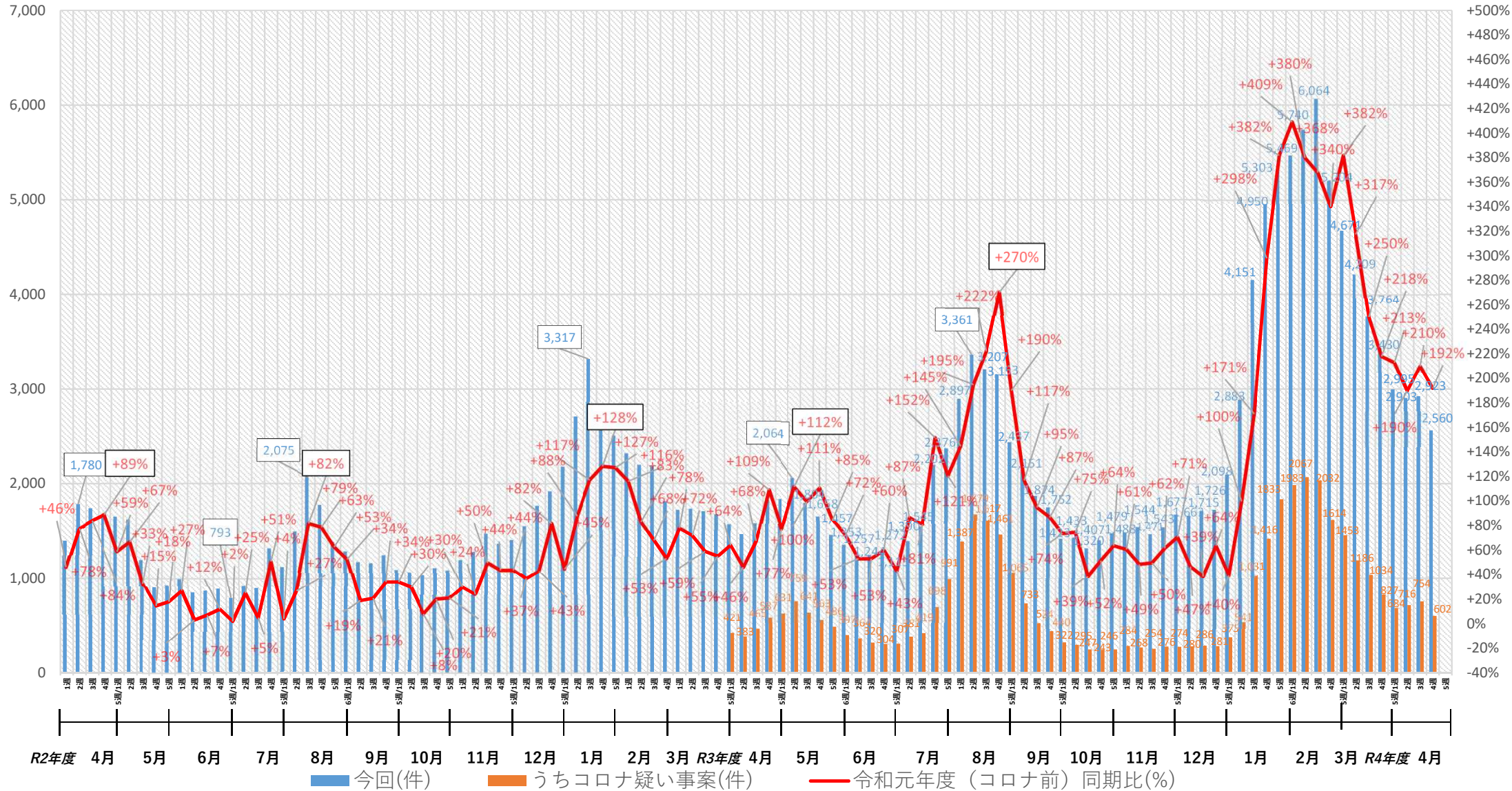


14503  
1150



# 救急搬送困難事案の推移

件

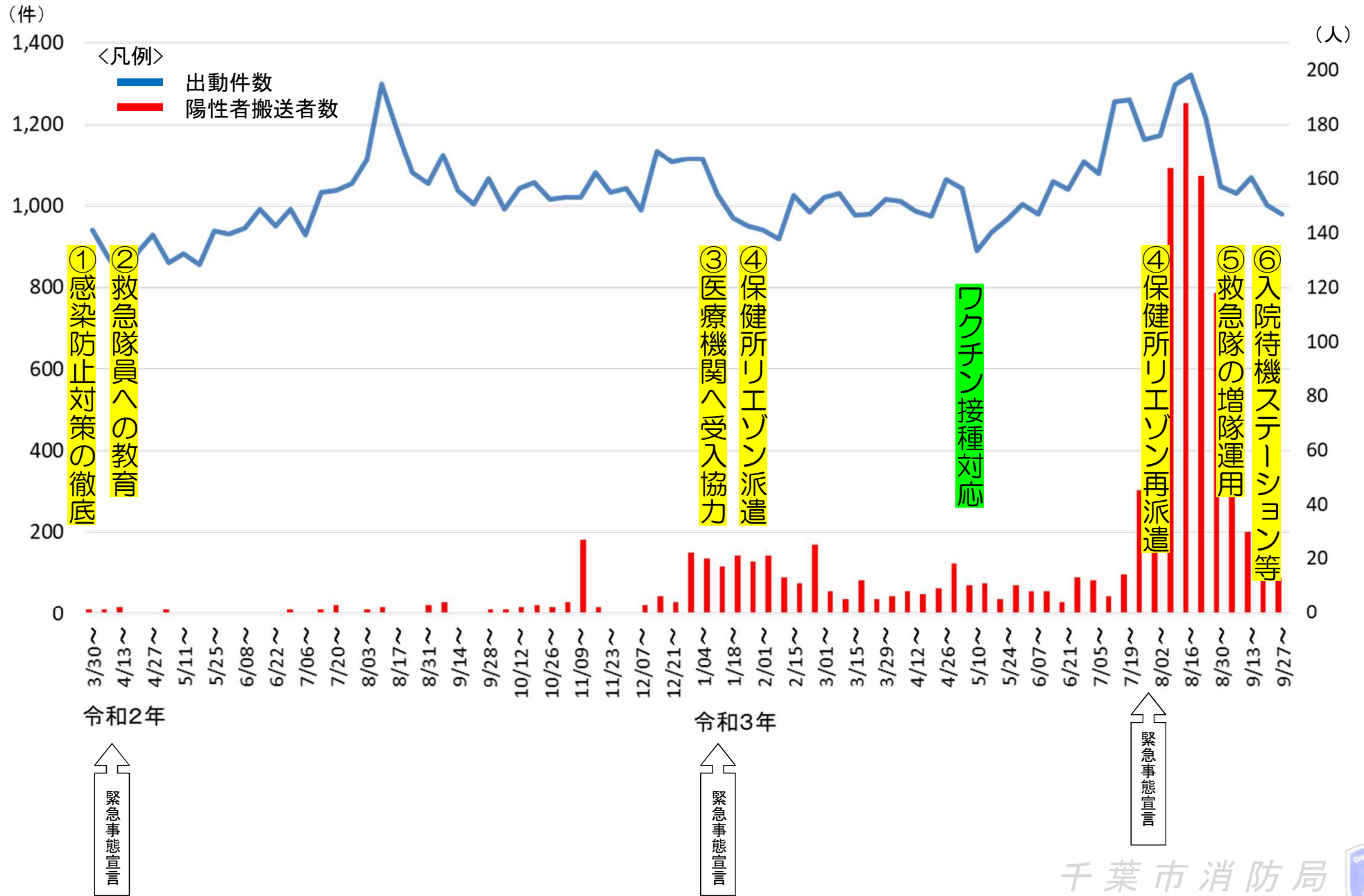


※1 本調査における「救急搬送困難事案」とは、救急隊による「医療機関への受入れ照会回数4回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」の事案として、各消防本部から総務省消防庁あて報告のあったもの。  
 ※2 調査対象本部=政令市消防本部・東京消防庁及び各都道府県の代表消防本部 計52本部  
 ※3 コロナ疑い事案=新型コロナウイルス感染症疑いの症状(体温37度以上の発熱、呼吸困難等)を認めた傷病者に係る事案

※4 医療機関の受け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。

# 1 当局の対応

「週別出動件数」及び「陽性患者搬送者数」(R2.3.31~R3.10.3)



# 新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療の主な課題と対応

## 第5波（重症者対応）

- 重症者対応可能な人材の不足
  - 重症者対応が可能な医療従事者の派遣、電話相談、搬送調整を行う（重症者利用搬送調整等支援事業）
  - 重症者対応が可能な人材の育成を行う（新型コロナウイルス感染症重症患者に対応する医療従事者養成研修事業）
  - 遠隔によるサポートで人材不足を補う（遠隔ICU体制整備促進事業）

## 第6波（救急搬送の受入）

- 救急搬送の増加
  - 救急搬送された患者を一時的に受け入れる病床確保に対する財政支援
  - 医師・看護師を派遣する体制の構築、基本的な感染防止策の徹底、オンライン面会の推奨等、高齢者施設での医療体制の強化
- 医療従事者の減少
  - 医療従事者の濃厚接触者としての制限を緩和、医療従事者の子どもの保育の充実
- 急性期病床の逼迫
  - 一連の流れを確認する「チェックポイント」を活用し目詰まりのない体制を確保
- 後方支援病院の病床の逼迫
  - オーバーベッドの許容、コロナ病床確保のための財政支援

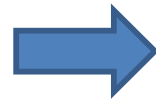


# 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大時の受入体制（イメージ）

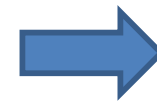
第28回地域医療構想に関するワーキンググループ  
(令和2年11月5日) 資料6 (一部改)

- 新型コロナの病床確保に当たっては、感染状況に応じて、新型コロナ以外の通常医療の稼働病床を一時的に休止し、感染防止のためのゾーニングの実施やマンパワー配置の工夫により、新型コロナ病床に転用するとともに、臨時の医療施設等を活用することで対応が行われた。

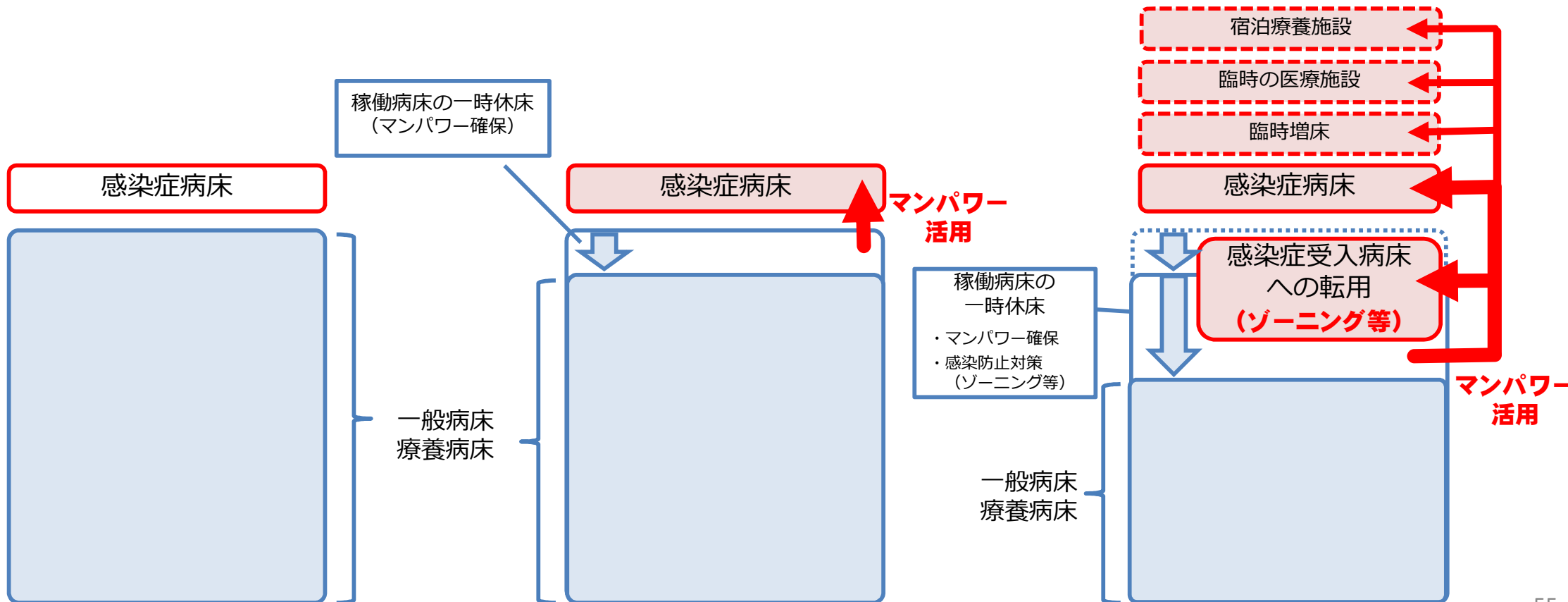
平時



感染症発生初期の対応



感染拡大時の対応  
(感染症に係る短期的な医療需要への対応)





# 重症者治療搬送調整等支援事業

## 事業目的

新型コロナウイルス感染症患者への治療提供について、集中治療に習熟した専門家のネットワーク等により、医療機関のサポートを行い、全国での医療提供体制を支えることを目的とする。

## 事業内容

- ① 集中治療専門医等による相談窓口等業務  
診療にあたっている医師から、人工呼吸管理方法、ECMOの導入方法、ECMOの管理方法等について、電話等により相談があった場合に、必要な指導及び対応を行う。
- ② ECMOの取扱いに精通した医師等の派遣調整業務  
ECMOの導入や管理に要する技術的支援を行うECMOの取扱いに精通した医師等を、要請のあった医療機関に派遣する。  
※人工呼吸器やECMOを用いた治療が可能な医療従事者を養成するための研修については、別途「新型コロナウイルス感染症重症患者に対応する医療従事者養成研修事業」において実施。
- ③ 都道府県調整本部※等における搬送調整業務支援 ※県内の患者受入れを調整する機能を有する組織・部門  
都道府県の求め等に応じて、搬送調整業務等に係る支援等を行う。 等

## 実施状況及び事業の実績

- 令和2年度の実績は以下。49名のECMO専門家が24時間対応。
  - ①相談窓口業務： 電話相談：133件（令和2年5月～令和3年3月31日までの期間。）
  - ②派遣調整業務： 現地訪問・指導：44件
  - ③搬送調整業務支援： 搬送調整の依頼があった件数：151件。実際に搬送支援を行った件数：149件（※）  
（うちECMO導入済み患者の搬送：14件）

※一部は、搬送時に同乗するECMO専門家を派遣して搬送を実施。
- 令和3年度については、日本集中治療医学会に委託し実施。

# 新型コロナウイルス感染症重症患者に対応する医療従事者養成研修事業

## 事業目的

(令和4年度予算額：前年度繰越予算を活用)

新型コロナウイルス感染症の重症患者に対応可能な医療提供体制を構築するよう、体外式膜型人工肺（ECMO）及び人工呼吸器を扱うことのできる医療従事者を養成することを目的とする。

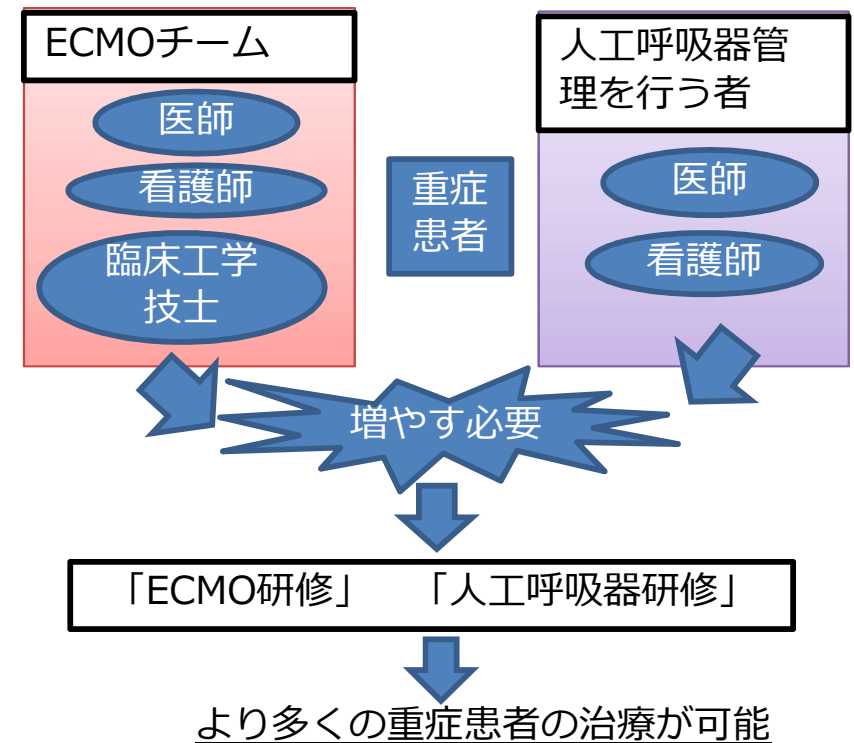
## 事業内容

新型コロナウイルス感染症の重症患者に対して、ECMO及び人工呼吸器を適切に取り扱うことのできる医療従事者を養成するため、次の研修を実施する。

- (ア) 新型コロナ患者対応ECMO研修
- (イ) 新型コロナ患者対応人工呼吸器研修

〔実施者〕  
都道府県

- 〔基準額〕
- ・ 新型コロナ患者対応ECMO研修（基礎編及び応用編）  
1開催当たり 4,500,000円
  - ・ 新型コロナ患者対応人工呼吸器研修（基礎編及び応用編）  
1開催当たり 2,000,000円



# 新型コロナウイルス感染症対応看護職員養成事業

【事業目的】新型コロナウイルス感染症の対応には、看護職員の人材確保が不可欠である。その為、新型コロナウイルス感染症患者に対応するために必要な知識や技術を身につけた看護職を養成することで、各地域の医療提供体制を維持・確保することを目的とする。必要な知識・技術は、看護を提供する患者の重症度等により異なるため、内容に応じ複数の種類の研修が必要とされる。また、研修コンテンツ及び研修スキームを作成することで、臨床現場や開催者（都道府県等）の研修実施に係る負担軽減を図る

## I. 研修実施事業 新型コロナウイルス感染症に対応するための看護職員向け各種研修を実施する（都道府県）

### 1.重症患者対応研修

新型コロナウイルス感染症  
重症患者に対応する看護実践  
のために必要な知識・技術の  
向上

### ①特定行為研修

◆対象◆  
特定行為研修修了者で新型コロナウイルス感染症に係る高度な行為（呼吸器操作等）を実践する可能性のある看護師  
◆内容◆  
新型コロナウイルス感染症患者への看護実践において必要とされる、新型コロナウイルス感染症の看護実践に関連する特定行為の知識・技術

### ②集中治療室等用

◆対象◆  
集中治療室等において新型コロナウイルス感染症重症患者への対応を行う可能性のある看護職員  
◆内容◆  
新型コロナウイルス感染症重症患者への看護実践のために必要な知識・技術（主に人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）が必要な患者の全身状態の観察や管理について）

### 2.軽～中等症患者対応研修

新型コロナウイルス感染症  
軽～中等症患者に対する看護  
実践のために必要な知識・技  
術の向上

### ③一般病棟・入院待機施設用

◆対象◆  
一般病棟（集中治療室等以外）、入院待機施設で新型コロナウイルス感染症の対応を行う可能性がある看護職員  
◆内容◆  
新型コロナウイルス感染症軽～中等症患者への看護実践のために必要な知識・技術（特に重症化予防、早期発見、急変時対応等）

### ④自宅療養者用

◆対象◆  
新型コロナウイルス感染症の自宅療養者の対応を行う可能性がある看護職員  
◆内容◆  
新型コロナウイルス感染症軽～中等症の自宅療養者への看護実践のために必要な知識・技術（特に自宅療養者の全身管理、家族への指導、行政等との連携、ICTの活用）

## II. 研修準備事業 ②③で使用可能な研修コンテンツ・研修体制の準備を行う（日本看護協会）

研修実施事業の実施主体における負担を軽減するため、研修実施事業の②③で活用可能な研修コンテンツの企画・作成や、コンテンツ配信、広報・周知、修了者リスト作成等の、研修体制の構築を行う。

# 遠隔ICU体制整備促進事業

※事業名を「Tele-ICU体制整備促進事業」から「遠隔ICU体制整備促進事業」に変更する

令和4年度予算額  
(令和3年度予算額)

201,788千円 【運営費: 51,788千円 設備整備費: 150,000千円】  
545,789千円 【運営費: 95,789千円 設備整備費: 450,000千円】

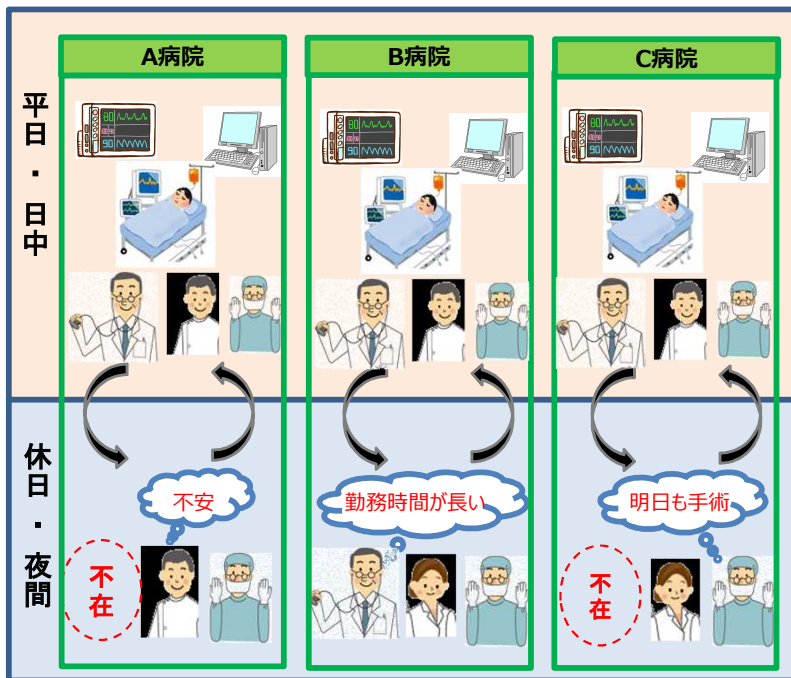
## 背景

救急・集中治療領域において、集中治療室における重症入院患者の治療は昼夜を問わない手厚い医療提供体制が必要であり、各診療科の主治医(心臓血管外科等)が外来・手術等の本来業務に加え、夜間も集中治療室において重症患者の治療にあたらなくてはならない等、医師の長時間労働の一因となっている。

## 事業内容

本事業は、「遠隔ICU支援を行う側」に勤務する集中治療を専門とする経験豊富な医師が、「遠隔-ICU支援を受ける側」に入院する複数の患者を集中的にモニタリングし、若手医師等に対し適切な助言等を行う体制を整備するために必要な設備整備費、運営経費を支援する事業であり、令和元年度から実施している。

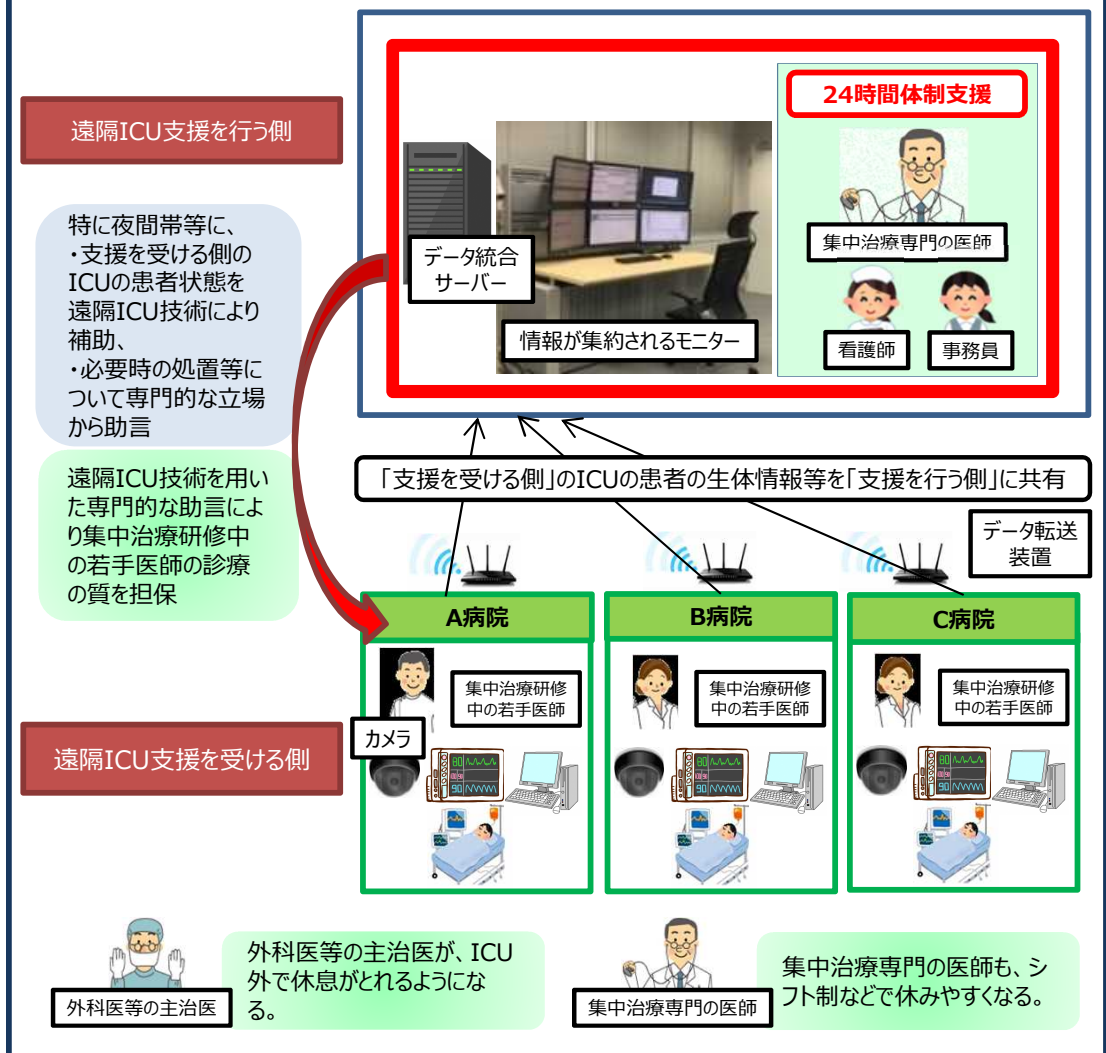
## 整備前のICUの診療体制



- 特に重症患者を扱う救命救急センターや大学病院等のICUでは、集中治療専門の医師、集中治療研修中の若手医師や外科等主治医が昼夜を問わず患者の治療にあたっている。
- 外科医等主治医が集中治療室での治療を任すことのできる集中治療専門の医師は不足しており、夜間は不在のことも多い。
- 集中治療専門の医師の診療補助が得られない状況で、外科医等の主治医が夜間も集中治療室の診療を主体的に行うことは翌日の手術等の本来業務に影響を及ぼす。



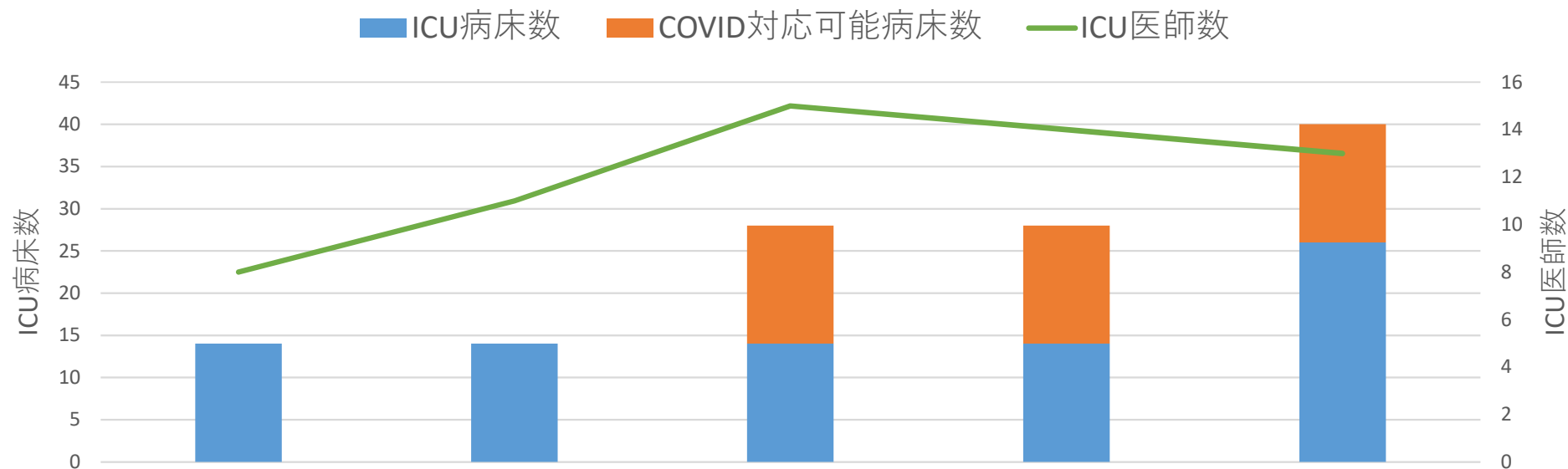
## 遠隔ICU体制イメージ



# 遠隔ICU支援センターを用いたCOVID-19への対応

- 2020年7月からICUを2フロア28床に増床し2倍の人員が必要であったが、遠隔ICU支援センターと現場業務内容の見直し・簡略化を行った結果、集中治療医は1名の増員で対応することができた。
- 2021年11月からはICU病床をさらに10床増床したが、遠隔支援されているためICU医師数の増員は行わず運用している。

## 昭和大学病院におけるICU医師数とICU病床数の変化



年	2018	2019	2020	2021	2022
ICU医師数	8	11	15	14	13
うち集中治療専門医数	5	5	6	6	6
ICU病床数 (COVID対応可能病床数)	14 (0)	14 (0)	28 (6→14)	28 (14)	38 (14)

注) 遠隔ICU支援センターは2018年4月に開設。医師数は全て4月1日時点





# 新型コロナウイルス感染症のまん延時における救急搬送の受入の課題と対応

課題	対応（事務連絡を発出した日時）
<ul style="list-style-type: none"> <li>濃厚接触者の医療者が増えており、救急の受け入れが厳しくなっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療関係者は毎日検査をすることによって濃厚接触者であっても勤務可能であること旨を再周知(R4.1.18)</li> <li>医療関係者は4日目と5日目に抗原定性キットで陰性確認後、5日目に隔離解除可能であることを周知(R4.1.28)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>保育園の休園などで出勤できない医療職種が増えている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県ナースセンター等を活用し、代替要因の確保に努めることや、都道府県に病院内保育所において臨時・追加的な学童保育を実施した際に必要な経費の財政支援を積極的に活用するよう、周知(R4.1.19)</li> <li>近隣の医療機関の看護職員等の子どもも利用できるようにするなど、病院内保育所の柔軟な運用について、周知(R4.1.27)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>例年冬の時期は救急搬送者数が増えるが、コロナ病床を確保するために、一般病床に使える病床が減っていることの影響が考えられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>コロナ病床において救急患者を受け入れることも可能であることやコロナ疑いの患者の受け入れを促す旨、周知(R4.1.20)</li> <li>コロナ以外の患者を受け入れた場合には、当該患者受入分を病床使用率の算出上、除外し、病床確保料の算定に当たり、受け入れが不利にならない取扱いを明確化し、再周知(R4.1.28)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>院内感染を防ぐため、検査結果が判明するまで個室等で管理する必要があり、救急患者の受け入れができない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>駐車場、敷地内のテント等を用いて救急患者の検査結果待ちスペースを確保する等の取組の積極的な実施を周知(R4.1.28)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>後方支援病院の病床がひっ迫しているため、転院ができず、特に非コロナの急性期病床が空かないため、救急患者の受け入れができない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>コロナ病床を有している救命センター、患者の転院先の病院について、コロナ以外の患者についても超過病床の減額措置が適用されない診療報酬の特例について周知(R4.1.28)</li> <li>コロナ入院患者の早期退院の促進(入院4日目)(R4.2.8)</li> <li>転院・入院されるコロナ患者の病床確保のため、2月以降に新たに確保したコロナ用病床1床あたり450万円を緊急的に支援(R4.2.17)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者施設で発熱などがあると救急車を呼んでしまい、一度入院すると引き取らない施設が多く、病床を埋めてしまう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師・看護師を派遣する体制の構築、基本的な感染防止策の徹底、オンライン面会の推奨等、高齢者施設での医療体制の強化を周知(R4.2.8)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送患者におけるコロナ患者の割合の増加に伴い、救急搬送された患者に対応するスタッフへの負荷が増大している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送された患者を一時的に受入れる病床を確保した場合、主に救急現場で働くスタッフの人件費として、1病院あたり最大900万円を緊急的に支援(R4.2.17)</li> </ul>

- 感染者の増加により新型コロナ患者を受け入れる病床が一部の地域で逼迫している中で、入院4日間経過後の病状が落ち着いた患者を受け入れる病床など、新型コロナ患者の病床を緊急に確保することにより、転院・入院を円滑化する（転入院支援）とともに、新型コロナ疑い患者搬送受入体制を強化（緊急搬送受入支援）することにより、救急困難事案の発生を極力抑制する。

## 1. 対象医療機関

（転入院支援）

- 都道府県から2月1日以降に、新型コロナ患者の確保病床を追加で割り当てられ、即応病床とした医療機関

（救急搬送受入支援）

- 東京都または政令指定都市のうち、まん延防止等重点措置区域の指定を受けた地域において、コロナ病床を5床以上確保かつ救急搬送件数1,000台/年以上である医療機関として都道府県が必要性を認めた医療機関（ただし、2月又は3月（まん延防止等重点措置が解除されるまでの間）の1日あたりの救急搬送の受入実績が同年1月の受入実績を上回っていること）

※医療機関は、転院受入病床等のコロナ病床を確保すること。都道府県からの患者受入要請を正当な理由なく断らないこと。G-MIS等に必要情報の入力を実行することにより入院受入状況等を正確に把握すること。

## 2. 補助基準額（まん延防止等重点措置が解除されるまでの間の特例）

新たに確保した新型コロナ患者の即応病床数 × 450万円

新型コロナ疑い患者を一時的に受入れる病床数(※) × 450万円

※1 医療機関あたり上限2床であり、確保病床とは別途確保すること。病床使用率が70%以上であり、病床確保料の対象外であること。

## 3. 対象経費

- 令和4年2月1日から3月31日までにかかる人件費及び感染拡大防止等に要する費用（人件費は補助額の2/3以上）

# 高齢者施設等における医療支援体制の徹底・強化

- 今冬の感染拡大では、高齢者にも多くの感染が生じている地域では、病床等のひっ迫の状況などにより、高齢者施設等の入所者で感染された方について、施設内での療養を余儀なくされる状況が生じた。
- このため、高齢者施設等で療養される方への医療支援の更なる強化について、3月18日に事務連絡を発出し、高齢者施設等に対して協力医療機関の確保の有無等の調査の実施をしつつ、取組を要請。(4月22日までに取組結果を国に報告する予定。)
- オミクロン株による感染の再拡大に備えて、上記の対策の徹底・強化を図るため、下記の内容について、事務連絡を発出する。

## 1. 目指すべき医療支援の体制について

(感染制御や業務継続の支援体制について)

- 入所者に陽性者が発生した施設(※)については、派遣を希望しない場合等を除き、24時間以内(遅くとも一両日中)に感染制御・業務継続支援チームを派遣できる体制の構築を目指す。(沖縄では、陽性者が発生した施設のうち6割に派遣。) また、施設等が、陽性者が発生した場合の相談先を理解していることが重要であり、都道府県に専用の相談窓口を設置するとともに、その窓口等について施設への個別の周知等を実施する。

※ 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅

(医師や看護師による往診・派遣を要請できる医療機関を事前に確保できていることの確認について)

- 全ての施設等において、必要な場合に医師や看護師による往診等の医療を確保できる体制となっていることを確認する。  
具体的には、今回、施設に実施中の調査において、以下のいずれかに該当する旨の回答を全ての施設等から得ることを目指す。
  - ・ 医師・看護師の往診・派遣を要請できる協力医療機関を事前に確保できている(嘱託医・当該施設等の医師がコロナ治療に対応できる場合も含む。)
  - ・ 各自治体が指定する医療機関や医療チームの往診派遣を要請できる
- このため、施設等の判断の参考となるよう、圏域・地域ごとに往診・派遣できる協力医療機関を指定・登録する仕組みを設け、施設等に対し提示することが考えられる。

(体制構築に向けた取組みについて)

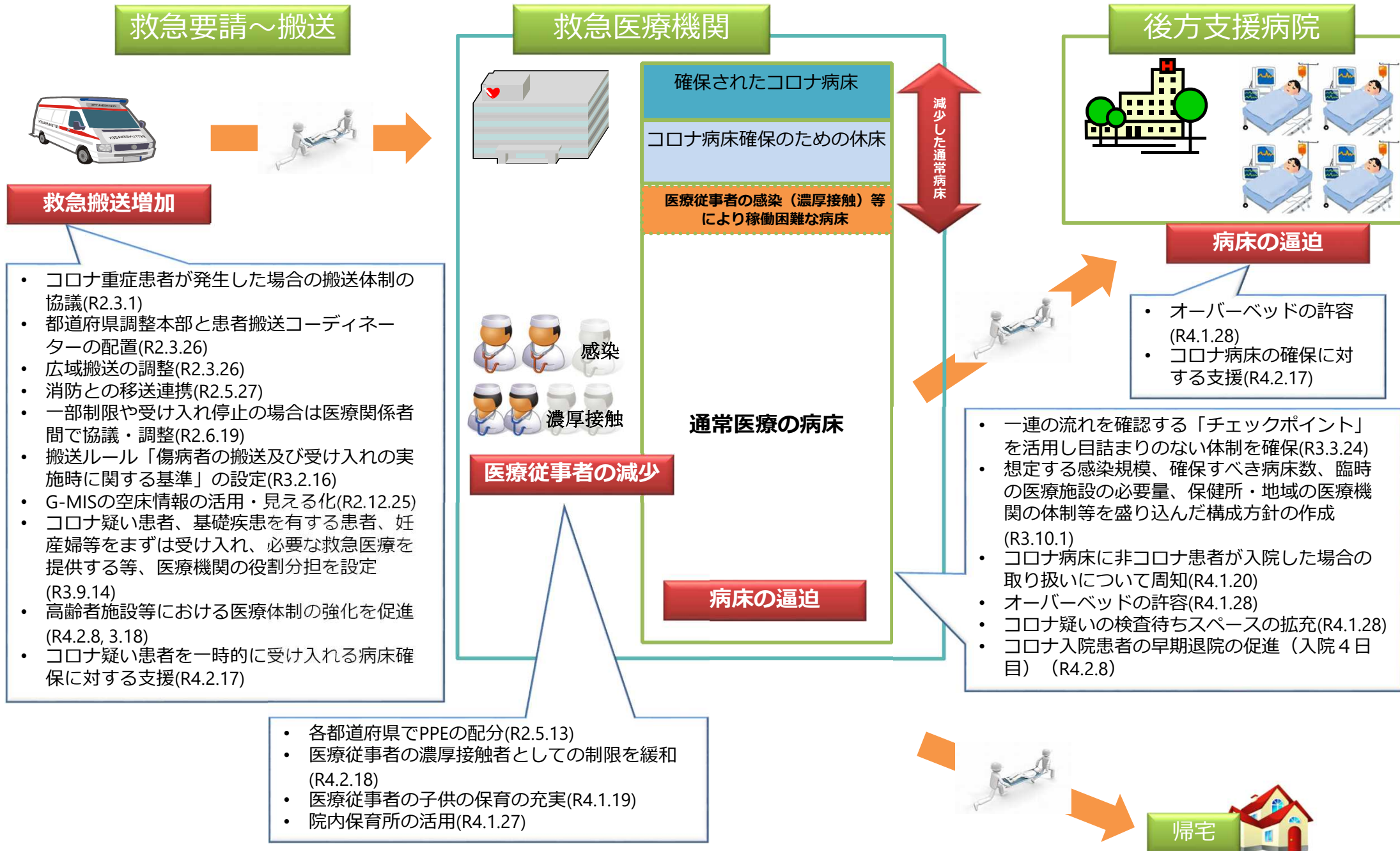
- 都道府県の体制構築にあたっては、医療関係部局と介護関係部局が密接に連携し、地域の医療関係者・施設関係者、市町村の福祉部局と協議しつつ、構築していくことが重要。
- 国としても、都道府県の医療関係部局・介護関係部局それぞれから個別に相談できる伴走型の体制を構築する。

## 2. 高齢感染者の受入れを想定したコロナ対応病床の更なる確保や回転率向上について

- 医療機関に対し、以下について、積極的な働きかけを実施。
  - ・ 臨時の医療施設をはじめとする既存の確保病床について、要介護の高齢者に対応した人員配置、環境整備を行うことによる、高齢感染者の受入れのキャパシティの拡充
  - ・ 地域包括ケア病棟、慢性期病棟等における高齢の感染者の療養解除前の転院を含めた積極的な受入れ
  - ・ コロナ対応医療機関以外の医療機関に対し、後方支援医療機関として療養解除後の高齢患者の受入れ



# 新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療体制の強化に係る取組（全体像）



1. 重症者に対応できる救急医療体制をどのように構築していくべきか。感染症まん延時等の有事に、迅速かつ柔軟に切替え可能な体制の構築のため、重症者に対応できる医師・看護師等の医療人材の育成についてどう考えるか。
2. オミクロン株の流行時は高齢者を中心に救急搬送困難事案が急増したが、今後の超高齢化を見据えれば、今回の対応を踏まえて、在宅医療や高齢者施設等における医療体制の強化とともに、単身の高齢者や要介護高齢者の出口問題への対応策を含めて、今後の救急医療の在り方を検討すべきではないか。