

6 救急医療

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

① 救急医療の受療動向

◇ 救急患者数

令和3年度中の救急告示医療機関における救急患者数（年間時間外患者数、救急自動車搬送患者含む）は160,595人で、県人口に対する割合は17.0%となっています。

なお、令和2年から令和3年の救急患者数は新型コロナウイルス感染症の影響等により減少傾向にあったものの、今後の救急患者数割合は20%程度で推移する事が見込まれており、2030年推計では県人口が814,295人、救急患者数は約163,000人と推定されます。

表1 救急告示医療機関における救急患者数 (単位：人、%)

区 分	患者数	人 口	患者数/人口
令 和 3 年	160,595	944,874	17.0
令 和 2 年	137,500	959,502	14.3
平 成 3 1 年	209,916	965,927	21.7

出典：県医務薬事課

※人口：令和2年は「国勢調査」、その他は「秋田県年齢別人口流動調査」

◇ 救急搬送数

令和3年中の救急搬送人員は県内38,080人（県人口比約4.0%）となっており、平成27年中の県内36,574人（県人口比約3.6%）と比して、1,506人、県人口比0.4ポイント増加しています。

また、平成27年から令和3年まで、県人口は78,245人減少しているものの、救急搬送人員は横ばいから微増となっており、患者数が減少する中で各医療圏における救急医療提供体制の水準を維持するための取組が必要となっています。

表2 救急搬送人員 (単位：人・隊)

区 分	秋 田 県		全 国	
	救急搬送人員	救急隊数	救急搬送人員	救急隊数
令 和 3 年	38,080	76	5,491,744	5,302
平 成 3 1 年	38,381	76	5,978,008	5,215
平 成 2 9 年	38,205	75	5,736,086	5,140
平 成 2 7 年	36,574	75	5,478,370	5,069

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

◇ 高齢患者の増加

令和3年中の救急搬送人員について、年齢区分別に見てみると、高齢者が27,699人と最も多く、全体の72.7%を占めています。平成23年中の搬送人員と比較すると、新生児、乳幼児、少年及び成人では搬送数が減少しているものの、高齢者の搬送数は4,688人増加しています。

また、高齢者搬送の現場においては、救急隊が傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案が発生しています。こうした問題を解決するため、医療関係者、介護関係者、在宅医療関係者等を中心に、地域包括ケアシステムやACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する議論の場を設け、患者の希望する医療・ケアについて、必要なときに考えられる方法について検討を進める必要があります。

表3 年齢区分別搬送人員

(単位：人)

区 分	総 数	年齢区分別(下段は割合：%)				
		新生児※	乳幼児※	少年※	成人※	高齢者※
令和3年	38,080	56 (0.1)	725 (1.9)	793 (2.1)	8,807 (23.1)	27,699 (72.7)
平成31年	38,381	70 (0.2)	901 (2.3)	963 (2.5)	9,481 (24.7)	26,966 (70.3)
平成29年	38,205	71 (0.2)	943 (2.5)	923 (2.4)	10,166 (26.6)	26,102 (68.3)
令和3年 全 国	5,491,744	12,303 (0.2)	210,962 (3.8)	160,895 (2.9)	1,707,782 (31.1)	3,399,802 (61.9)
平成27年	36,574	59 (0.1)	937 (2.6)	979 (2.7)	10,349 (28.3)	24,250 (66.3)
平成25年	37,161	62 (0.2)	988 (2.7)	911 (2.5)	11,141 (30.0)	24,059 (64.7)
平成23年	36,721	62 (0.2)	1,022 (2.8)	999 (2.7)	11,627 (31.6)	23,011 (62.7)
平成27年 全 国	5,478,370	13,054 (0.2)	253,818 (4.6)	197,552 (3.6)	1,909,578 (34.9)	3,104,368 (56.7)

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

※新生児：生後28日未満、乳幼児：生後28日以上7歳未満、少年：7歳以上18歳未満、
成人：18歳以上65歳未満、高齢者：65歳以上

◇ 疾病構造別の変化

救急搬送を事故種別で見ると、令和3年は急病が26,443人で全体の69.4%を占め、次いで一般負傷5,681人(14.9%)、交通事故1,947人(5.1%)となっており、急病の占める割合は年々増加傾向にあります。また、本県の救急要請の増加には高齢者数の増加が影響していると推定されるため、脳梗塞、肺炎、心不全、骨折等による入院が増加することが見込まれます。

表4 疾病構造別搬送人員 (単位：人)

区 分	救急搬送人員(下段は割合：%)				
	総 数	急 病	一般負傷	交通事故	その他
令 和 3 年	38,080	26,443 (69.4)	5,681 (14.9)	1,947 (5.1)	2,947 (7.7)
平 成 3 1 年	38,381	26,632 (69.4)	5,375 (14.0)	2,343 (6.1)	3,027 (7.9)
平 成 2 9 年	38,205	26,397 (69.1)	5,249 (13.7)	2,621 (6.9)	2,914 (7.6)
令 和 3 年 全 国	5,491,744	3,605,179 (65.6)	879,503 (16.0)	340,573 (6.2)	523,194 (9.5)
平 成 2 7 年	36,574	25,101 (68.6)	4,831 (13.2)	2,639 (7.2)	4,003 (10.9)
平 成 2 5 年	37,161	25,261 (68.0)	5,006 (13.5)	2,719 (7.3)	4,175 (11.2)
平 成 2 3 年	36,721	24,643 (67.1)	5,088 (13.9)	2,929 (8.0)	4,061 (11.1)
平 成 2 7 年 全 国	5,478,370	3,491,374 (63.7)	817,931 (14.9)	490,797 (9.0)	678,268 (12.4)

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

◇ 重症患者、軽症患者の動向

傷病程度別では、重症の割合が全体の 20.2%を占めており、全国平均の 8.5%より 11.7 ポイント高くなっています。また、中等症の割合は、本県が 33.5%で全国平均が 45.2%と 11.7 ポイント低く、軽症の割合は本県が 43.3%で全国平均が 44.8%と 1.5 ポイント低くなっています。厚生労働省の調査では、年齢に比例し平均在院日数が長くなることが示されており、本県では全国平均に比べて高齢者の救急搬送割合が高いことから、搬送後の入院加療期間が長期化している可能性が示唆されます。

このことから、高度で専門的な医療を提供する第三次救急医療機関や第二次救急医療機関において、入院加療の長期化による病床満床等による、新たな救急患者の受入が困難になるような状況を解消するため、高次の医療機関から必要な転院搬送を促進する取組を推進する必要があります。

また、救急搬送された傷病者の内、43.3%は診察の結果として帰宅可能な軽症の患者です。救急車の不要不急な利用は、真に救急対応が必要な者への救急医療に支障を来す結果となることもあることから、救急車の適正利用について県民に理解を促すことも重要です。

表 5 傷病程度別搬送人員

(単位：人)

区 分	総 数	傷病程度別(下段は割合：%)				
		死亡	重症※	中等症※	軽症※	その他※
令和 3 年	38,080	1,140 (3.0)	7,698 (20.2)	12,741 (33.5)	16,499 (43.3)	2 (0.0)
平成 31 年	38,381	1,124 (2.9)	7,454 (19.4)	12,186 (31.8)	17,597 (45.8)	20 (0.1)
平成 29 年	38,205	1,084 (2.8)	7,569 (19.8)	12,126 (31.7)	17,388 (45.5)	38 (0.1)
令和 3 年 全 国	5,491,744	81,448 (1.5)	466,440 (8.5)	2,481,532 (45.2)	2,460,460 (44.8)	1,864 (0.0)
平成 27 年	36,574	1,113 (3.0)	6,840 (18.7)	11,999 (32.8)	16,606 (45.4)	16 (0.1)
平成 25 年	37,161	1,188 (3.2)	6,917 (18.6)	12,091 (32.5)	16,947 (45.6)	18 (0.1)
平成 23 年	36,721	1,077 (2.9)	7,617 (20.7)	11,717 (31.9)	16,289 (44.4)	21 (0.1)
平成 27 年 全 国	5,478,370	76,255 (1.4)	465,457 (8.5)	2,220,029 (40.5)	2,705,974 (49.4)	10,655 (0.2)

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

※重症：3週間以上の入院加療を要するもの
※軽症：入院加療を要しないもの

※中等症：3週間未満の入院加療を要するもの
※その他：医師の診断がない又は傷病程度が判明しないもの

表6 【全国調査】年齢階級別にみた退院患者の平均在院日数の年次推移 (単位：日)

区分	平成18年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年
総数	37.4	34.3	33.2	30.6	33.3
0～14歳	9.4	8.9	8.8	7.5	9.0
15～34歳	14.8	14.0	13.9	12.6	14.0
35～64歳	31.0	27.3	25.5	23.1	25.7
65歳以上	49.0	44.8	42.3	38.5	40.6
75歳以上(再掲)	55.7	50.2	48.0	44.6	42.0

出典：厚生労働省「令和2年(2020)患者調査の概況」

※各年9月1日～30日に退院した者を対象とした

※平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である

※令和2年調査の退院患者の平均在院日数には注意を要する

◇ 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V F(※1)又は無脈性V T(※2)の1か月後の予後

令和3年度における心原性心肺機能停止傷病者のうち初期心電図波形がV F又は無脈性V Tの1か月後の予後について全国平均と比較すると、傷病者の1か月後生存率は24.4%(全国平均：32.4%)と8.0ポイント低く、1か月後社会復帰率は15.6%(全国平均：21.3%)と5.7ポイント低くなっています。

心原性心肺機能停止傷病者の1か月後の予後については、年齢が高くなるにつれて低下するため、本県の救急搬送された高齢者の割合が全国平均よりも10.8ポイント高いことが影響していると見込まれます。

表7 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V F又は無脈性V Tの1か月後の予後 (単位：%)

区分		秋田県	全国
令和3	一般市民が心原性心肺機能停止を目撃した初期心電図波形がV F/V Tの傷病者の1か月後生存率	24.4	32.4
	一般市民が心原性心肺機能停止を目撃した初期心電図波形がV F/V Tの傷病者の1か月後社会復帰率	15.6	21.3
平成27	一般市民が心原性心肺機能停止を目撃した初期心電図波形がV F/V Tの傷病者の1か月後生存率	25.5	35.4
	一般市民が心原性心肺機能停止を目撃した初期心電図波形がV F/V Tの傷病者の1か月後社会復帰率	21.6	24.8

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

※1 V F(心室細動)は心室のいろいろな部分が無秩序に興奮し、その結果、規則的な心室の動きがなくなってしまう状態であり、これによって全身に血液が送り出せなくなるものをいいます。

※2 無脈性VT（無脈制心室頻拍）は心室で多くの電気刺激が規則的に生じる心室頻拍のうち、頻度が多すぎる（速すぎる）ことによって心室の拍出機能が十分果たせず、全身に血液が送り出せなくなってしまうことをいいます。

◇ 精神科救急医療の動向

精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働省科学研究では、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口1万人当たり2.5件と推計されています。

また、総務省消防庁の調査では、令和2年度の疾病別分類別病院収容平均所要時間（入電から医療機関引継ぎまでに要した時間）は、「全体の平均」が40.8分であったのに対して、「精神系」の平均が44.2分と3.5分長くなっています。

表8 【全国調査】疾病分類別病院収容平均所要時間（令和3年 単位：分）

区 分	循環器系		消化器系	呼吸器系	精神系	感覚系	泌尿器系	新生物	その他	病状・徴候・診断名不明確の状態	平均
	脳疾患	心疾患等									
入電から医療機関引継ぎまでに要した時間	40.5	39.7	40.7	41.9	50.0	43.1	41.3	42.4	44.6	44.2	42.8

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

◇ 新興感染症発生・まん延時の救急医療の動向

本県では「都道府県連絡協議会（新興感染症部会）」において新興感染症まん延時の医療体制を検討し整備を推進しています。新興感染症まん延時の医療提供体制を確保するため、医療機関と医療措置協定を締結する等の対応を進めています。

② 救急医療の提供体制

◇ 医療機関の受診や救急車の要請に迷う場合の相談機能

本県では、小児救急電話相談事業（#8000）として、平成18年10月から「秋田県こども救急電話相談室」を開設し、午後7時00分から翌午前8時00分までの間、小児科医のサポートを得る形で、経験豊富な看護師が子どもの急な病気等についての電話相談に対応しています。なお、本県では傷病者の搬送及び受入がスムーズに行われてきていることから、救急安心センター事業（#7119）については実施していませんが、今後の#7119の提供については、必要性を把握した上で、関係機関と検討します。

◇ 精神科医療における救急体制

本県では、精神科救急医療圏ごとに地域拠点病院や輪番制病院を指定するとともに、秋田県立リハビリテーション・精神医療センターが全県拠点病院となり、休日夜間等の精神科救急医療に対応しています。

また、夜間・休日の緊急的な相談窓口として、精神科救急情報センター（018-892-3780）を設置し、当事者や家族への相談対応等を行っています。

今後、高齢者人口が増加することによる身体疾患を伴う認知症患者への救急対応等、状況に応じた関係機関との連携や「秋田県精神科救急医療体制連絡調整委員会」における協議等を通じた体制の整備を進めることが重要となります。

◇ 市民への救急蘇生法の普及と自動体外式除細動器（AED）の設置

消防機関が実施した応急手当に必要な基礎知識等を講習する普通・上級講習会の本県の人口1万人当たりの受講者数は、全国より多くなっています。

また、自動体外式除細動器（AED）の一般財団法人日本救急医療財団への県内設置登録数は、令和5年9月現在2,960台（全国348,702台）となっています。

なお、令和2年度厚生労働省科学研究では、国内におけるAEDの販売台数及び耐用期間から市中へのAED設置台数（医療機関と消防機関に設置されたものを除いたAED PAD: public access defibrillator）を推計しており、その台数は約65万台となっています。

一方で、日本救急医療財団が公開している全国AEDマップに登録されているAEDは、医療機関と消防機関に設置されているものを含めても、令和5年9月現在で約35万台であり、設置されているAEDの半数以上が未登録となっていることが推定されます。

表9 救急蘇生法（普通・上級）講習の受講者 （単位：人）

区分	都道府県	受講者数	人口1万人当たりの 受講者数
令和3年	秋田県	4,469	46
	全国	470,152	37
令和2年	秋田県	5,242	54
	全国	409,473	32
平成31年	秋田県	10,860	106
	全国	1,269,267	100

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

◇ 一般市民による除細動の実施

平成 16 年 7 月より一般市民に AED の使用が認可され以降、一般市民による除細動の実施件数は増加していますが、AED の活用による救命率及び予後の向上が図られるよう、使用方法、AED マップへの登録及びメンテナンスを含めた AED の適切な管理についての周知に取り組む必要があります。

表 10 一般市民による除細動の実施 (単位：件)

区分	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	令和 元年	令和 2 年	令和 3 年
秋田県	9	16	9	8	12	15	22	18	16
全 国	1,489	1,664	1,815	1,968	2,102	2,018	2,168	1,792	1,719

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

◇ 救急救命士等

救急救命士の養成が進められ、救急救命士が配置される救急隊は年々増加しています。救急救命士が常時同乗する割合は、平成 25 年の 76.3% (全国 85.1%) から令和 3 年は 96.1% (全国 92.8%) と増加し、全国平均より高い水準となっています。

県は（一財）救急振興財団への出資、毎年の負担金支出等により、救急救命士の育成を支援しており、今後も救急救命士の育成を継続することが重要です。

表 11 救急救命士運用状況 (単位：隊・%・人)

区分 (4月1日現在)	救 急 隊			救急救命士 有資格者	
	救急隊総数	救命士常時運用隊数	比 率		
令和 3	秋田県	76	73	96.1%	409
	全 国	5,302	4,922	92.8%	30,866
平成 31	秋田県	76	73	96.1%	390
	全 国	5,215	4,782	91.7%	29,451
平成 29	秋田県	75	67	89.3%	347
	全 国	5,140	4,688	91.2%	27,717
平成 27	秋田県	75	61	81.3%	330
	全 国	5,069	4,443	87.7%	26,015
平成 25	秋田県	76	58	76.3%	285
	全 国	5,004	4,258	85.1%	23,744

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

◇ 救急要請から医療機関への平均収容時間

重症以上の傷病者の搬送において、入電から医師引継ぎに要した時間は年々増加傾向にあり、令和3年には39.1分と平成26年に比べて約3分増加しています。なお、平成26年以降、秋田県の平均収容時間は全国平均より短い状況が続いています。

また、平均収容時間が増加する傾向は、全国でも同様であり、この原因についてはメディカルコントロール協議会での事後検証等により検証する必要があります。

表12 入電から医師引継ぎに要した時間 (単位：分)

区 分	平成 26年	平成 27年	平成 28年	平成 29年	平成 30年	令和 元年	令和 2年	令和 3年
秋田県	36.2	36.1	36.6	37.0	37.4	37.1	37.7	39.1
全 国	39.4	39.4	39.3	39.3	39.5	39.5	40.6	42.8

出典：総務省消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査の結果」

◇ メディカルコントロール協議会の開催状況

県民に対し適切なプレホスピタルケア（病院前救護活動）を提供するため「秋田県メディカルコントロール協議会」では、救急救命士をはじめとする消防隊員への「指示・指導・助言」、「事後検証」、「再教育」を常時行っています。

また、地域メディカルコントロール協議会では、プレホスピタルケアの向上のため、近隣の地域メディカルコントロール協議会と意見交換や情報共有を実施する取組も実施されています。

表13 メディカルコントロール協議会の開催状況

区 分		開催状況
令和3年度	県協議会	2回
	地域協議会(8地域)	2回

出典：県総合防災課

◇ ドクターヘリによる救急活動

令和3年度のドクターヘリ運航実績は、要請件数471件、出動件数288件、不出動件数183件でした。出動件数のうち、ドクターヘリ搬送となった件数は216件であり、全体の75%となっています。不出動件数のうち天候不良によるものが110件あり、特に12月から2月の活動への影響が大きくなっています。重複要請による不出動案件は30件であり、要請件数の約6.4%となっています。

消防本部別に見ると、鹿角地域ではかづの厚生病院からの転院搬送の大半を岩手県ドクターヘリが担っているため、不出動件数が29件で割合が78.4%と大きくなっています。大館地区では弘前大学医学部附属病院への搬送が多く、7件の実績があります。北秋田地域は施設間搬送及び救急外来搬送の転院搬送が多く、地域の医療機関にて加療後の搬送体制となっています。五城目・湖東・男鹿地区では現場出動要請が多くなっていますが、連携がスムーズにとられています。県南地域では比較的ドクターヘリ要請が少なくなっています。

表14 ドクターヘリの月別要請・出動実績（令和3年度） （単位：件）

運航月	要請件数	出動件数	不出動件数	形態別不出動件数				搬送方法		
				重複要請	天候不良	待機時間外	その他	ヘリ	救急車	不搬送
4月	38	23	15	2	7	2	4	20	3	1
5月	37	28	9	3	5	0	1	19	4	5
6月	40	27	13	4	5	1	3	21	2	4
7月	46	31	15	4	9	1	1	22	4	6
8月	54	38	16	3	11	0	2	25	2	11
9月	48	37	11	3	6	1	1	27	3	7
10月	41	23	18	1	9	1	7	20	1	2
11月	30	17	13	0	8	2	3	15	1	1
12月	26	7	19	2	16	0	1	7	0	0
1月	36	16	20	4	15	0	1	11	3	2
2月	26	9	17	1	13	0	3	6	0	3
3月	49	32	17	3	6	2	6	23	3	6
合計	471	288	183	30	110	10	33	216	26	48

※令和3年度は救急現場出動に1要請で2名搬送した複数患者事案が2件あり。

出典：県医務薬事課

表 15 ドクターヘリの消防本部別要請及び搬送実績（令和 3 年度）

（単位：件）

消防本部名	要請 件数	形態別要請件数				不出動	搬送 件数	搬送先医療機関			
		現場 出動	施設間 搬送	救急外 来搬送	キャン セル			三次	二次	その他	県外
鹿角広域	37	5	0	0	3	29	5	2	3	0	0
大館市	40	4	10	6	3	17	20	11	2	0	7
北秋田市	28	1	4	13	2	8	18	17	0	0	1
能代山本広域	25	2	8	4	2	9	14	12	2	0	0
五城目町	30	20	0	0	1	9	20	14	6	0	0
湖東地区	22	17	0	0	1	4	17	14	3	0	0
男鹿地区	138	68	0	2	18	50	72	43	29	0	0
秋田市	2	1	0	1	0	0	2	2	0	0	0
由利本荘市	22	6	2	3	1	10	11	7	4	0	0
にかほ市	29	11	0	0	6	12	11	3	8	0	0
大曲仙北広域	62	25	8	3	7	19	36	23	13	0	0
横手市	14	3	1	0	2	8	4	4	0	0	0
湯沢雄勝広域	15	7	1	3	1	3	11	5	6	0	0
県外	7	1	0	0	1	5	1	0	0	0	1
合計	471	171	34	35	48	183	242	157	76	0	9

※令和 3 年度は救急現場出動に 1 要請で 2 名搬送した複数患者事案が 2 件あり。

出典：県医務薬事課

ドクターヘリの広域連携については、北東北三県（青森、岩手、秋田）において平成 25 年 4 月からの試行運航を経て、平成 26 年 10 月に広域連携協定を締結したほか、山形県とも平成 26 年 11 月に協定を締結し、隣県と連携した搬送体制を構築しています。

◇ ドクターカーによる救急活動

令和 3 年度 8 月から、高度救命救急センターにおけるドクターカー運行が開始され、令和 3 年度は 48 件、令和 4 年度は 80 件の運航がありました。

ドクターカーは重症例に限って運行されており、地域の二次救急医療機関では対応困難な症例についての搬送事例も増加しています。令和 4 年には病院前から輸血を開始した事案が 5 件あり、早期の治療開始により救命可能となった事例も報告されています。

また、搬送に 1 時間以上要する地域からの現場要請事案も、全体の 20%にあたる 16 件あり、湯沢・横手地域からの要請が 6 件、大曲地域からの要請が 17 件など、ドクターカーの活動範囲は広域に渡っています。

今後は、ドクターカーの適用となる事案が発生した際、迷うことなく要請が行われるよう周知を図るほか、地域の病院からの重症患者転院搬送への積極的な活用により、県民の救命率の向上及び地域医療の負担軽減につなげることが重要です。

表 16 ドクターカー（高度救命救急センター）の搬送実績

(単位：件)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
令和3年					6	1	7	5	12	5	10	2	48
令和4年	3	1	7	10	5	10	6	5	12	10	6	5	80

出典：県医務薬事課

◇ 受入困難事例

受入困難事例について、「救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から 30 分以上」要した件数の割合は、令和 3 年は 1.0 となり、平成 27 年から 0.2 ポイント増加しましたが、全国平均の 7.7% に比べ極めて少なくなっており、「救急車で搬送する病院が決定するまでに 4 医療機関以上に要請を行った」件数の割合は、令和 3 年は 0.3% となり、平成 27 年から 0.1 ポイント増加しましたが、全国平均の 4.3% に比べ極めて少なくなっています。

今後も、秋田県メディカルコントロール協議会における救急活動の事後検証及び傷病者搬送受入協議会における傷病者の搬送及び受入れの実施基準の見直し等により、適切な搬送体制を確保することが重要です。

表 17 受入困難事例

(単位：件・%)

区分		秋田県	全国	
令和 3	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から 30 分以上	件数	79	34,709
		全搬送件数に占める割合	1.0	7.7
	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4 医療機関以上に要請を行った	件数	21	19,174
		全搬送件数に占める割合	0.3	4.3
平成 27	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から 30 分以上	件数	55	22,379
		全搬送件数に占める割合	0.8	5.2
	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4 医療機関以上に要請を行った	件数	12	11,754
		全搬送件数に占める割合	0.2	2.7

出典：総務省消防庁「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」

◇ 初期救急医療体制

本県の初期救急医療は、診療所及び市町村や公的病院が運営する休日夜間急患センターや在宅医当番制において、郡市医師会の協力を受けながら実施されてきました。

しかし、人口減少に伴う受診患者の減少等により、各地域における休日夜間急患センターは減少傾向にあり、令和5年4月時点では、各医療圏に1施設となっており、その内2施設については小児科のみの対応となっています。

また、在宅当番医制は県内6地域で実施されており、秋田周辺地域では眼科に限った当番医制となっています。

本県においては、本来入院を要する救急医療を担う医療機関である第二次救急医療機関として認定されている救急告示病院が県内に26施設あり、多くの医療圏ではこれらの医療機関が初期救急医療から第二次救急医療までの受入を担っています。

各医療圏における初期救急医療の受け入れについて、地域の実情も考慮し、住民が迷うことなく適切な医療機関を受診できるよう、各医療機関の役割分担を明確にし、情報提供していく体制の整備が必要です。

表 18 二次医療圏別の初期救急医療体制

二次医療圏	旧二次医療圏	在宅当番医制 (令和5年1月)		休日夜間急患センター等 (令和5年4月)	
		参加医療機関数	診療科	施設名	診療科
県北	大館・鹿角	10	内科、外科	大館市休日夜間急患センター	内科、外科、小児科、整形外科
	北秋田	12	内科、小児科、外科、耳鼻科、皮膚科、整形外科、泌尿器科		
	能代・山本	30	内科、整形外科、泌尿器科、婦人科		
		4	小児科		
県央	秋田周辺	22	眼科	市立秋田総合病院	小児科
	由利本荘・にかほ	9	内科、小児科、皮膚科、外科		
県南	大仙・仙北				
	横手	36	内科、小児科、外科、泌尿器科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科	平鹿総合病院	小児科
	湯沢・雄勝				

出典：県医務薬事課

◇ 第二次救急医療体制

救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 8 号）に基づき、26 病院が救急告示病院に認定されています。

また、地域の実情に応じて、病院群輪番制方式による事業が 3 医療圏 5 地域で実施されています。病院群輪番制は、休日夜間急患センターや在宅当番医制等の初期救急医療施設、及び救急患者の搬送機関との円滑な連携体制の下に、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の医療を確保することを目的としています。

今後増加が見込まれる高齢者救急の受け入れ先についても議論を進め、当該医療機関のさらなる充実と救命救急医療機関（第三次救急医療機関）との役割分担を明確化し、限られた医療資源を有効に活用できる体制整備が必要です。

表 19 二次医療圏別の救急告示病院、病院群輪番制参加病院（令和 5 年 1 月末現在）

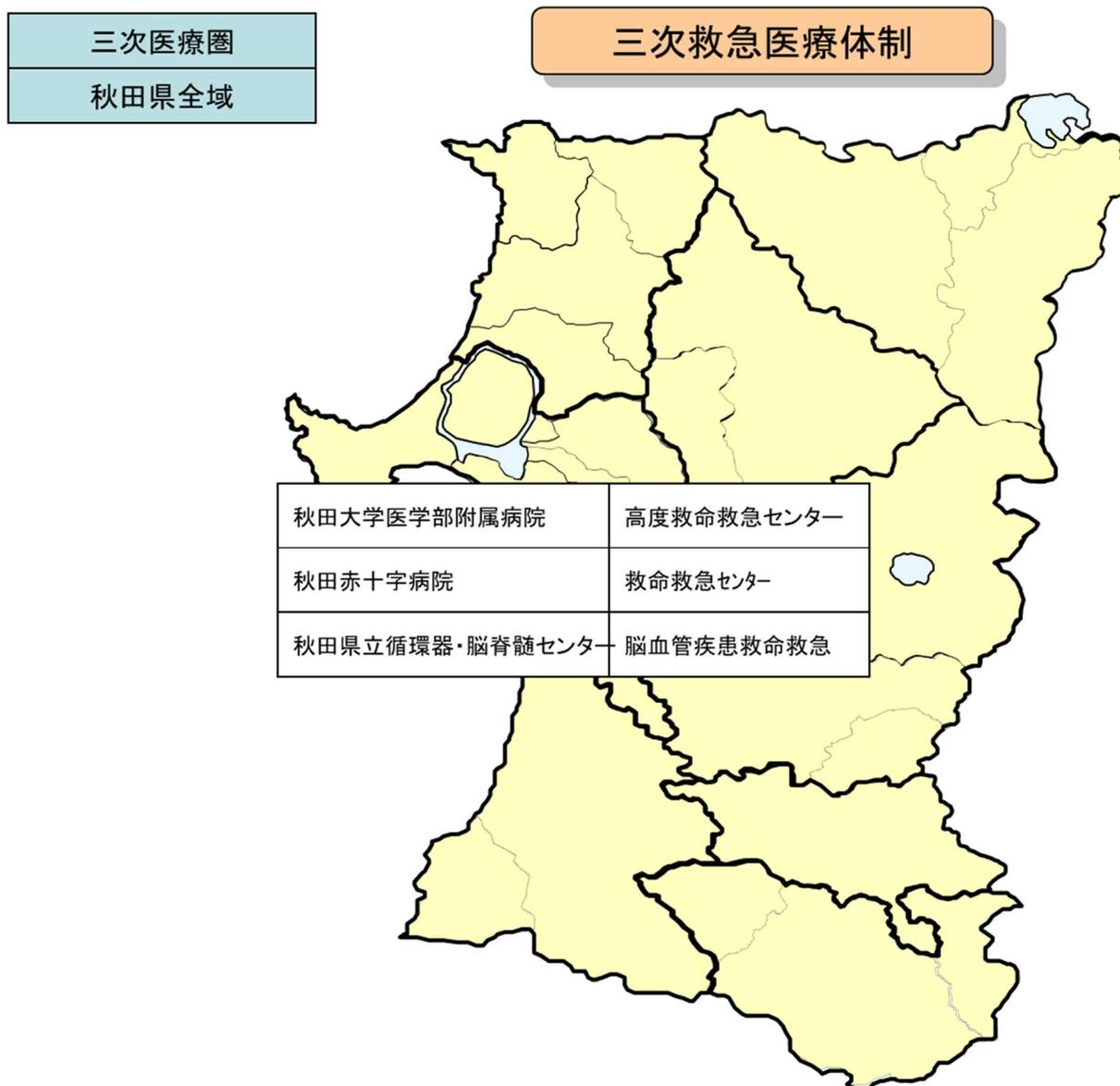
二 次 医 療 圏	旧二次 医 療 圏	救 急 告 示 病 院	病 院 群 輪 番 制 参 加 病 院
県 北	大 館 ・ 鹿 角	か づ の 厚 生 病 院 大 館 市 立 総 合 病 院 秋 田 労 災 病 院	
	北 秋 田	北 秋 田 市 民 病 院	
	能 代 ・ 山 本	能 代 厚 生 医 療 セ ン タ ー 能 代 山 本 医 師 会 病 院 J C H O 秋 田 病 院	能 代 厚 生 医 療 セ ン タ ー 能 代 山 本 医 師 会 病 院 J C H O 秋 田 病 院
県 央	秋 田 周 辺	秋 田 赤 十 字 病 院 男 鹿 み な と 市 民 病 院 秋 田 厚 生 医 療 セ ン タ ー 市 立 秋 田 総 合 病 院 秋 田 県 立 循 環 器 ・ 脳 脊 髄 セ ン タ ー 中 通 総 合 病 院 秋 田 大 学 医 学 部 附 属 病 院 藤 原 記 念 病 院	
	由 利 本 荘 ・ に か ほ	由 利 組 合 総 合 病 院 本 荘 第 一 病 院 佐 藤 病 院	由 利 組 合 総 合 病 院 本 荘 第 一 病 院 佐 藤 病 院
県 南	大 仙 ・ 仙 北	大 曲 厚 生 医 療 セ ン タ ー 大 曲 中 通 病 院 市 立 角 館 総 合 病 院	大 曲 厚 生 医 療 セ ン タ ー 大 曲 中 通 病 院 市 立 角 館 総 合 病 院
	横 手	平 鹿 総 合 病 院 市 立 横 手 病 院 市 立 大 森 病 院	平 鹿 総 合 病 院 市 立 横 手 病 院 市 立 大 森 病 院
	湯 沢 ・ 雄 勝	雄 勝 中 央 病 院 町 立 羽 後 病 院	雄 勝 中 央 病 院 町 立 羽 後 病 院
計		3 圏 域 26 病 院	3 圏 域 14 病 院

出典：県医務薬事課

◇ 第三次救急医療体制

秋田赤十字病院の救命救急センター、秋田大学医学部附属病院の高度救命救急センターが第三次救急医療を担っています。また、秋田県立循環器・脳脊髄センターが脳血管疾患の救命救急にかかる第三次救急医療を担っています。なお、大館市立総合病院を令和6年4月1日から地域救命救急センターとして指定するための準備を進めています。

また、本県では青森県、岩手県及び山形県とドクターヘリの広域連携に関する協定を締結しており、隣県と連携した搬送体制を構築しています。



(2) 課題

① 病院前救護活動

- ◇ 高齢者の救急搬送患者が多くなっている中で、介護施設の入所者の救急搬送のあり方を含め、地域包括ケアシステムや ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する議論の場において、救急医療関係機関とかかりつけ医や介護施設等、関係者が検討する必要があります。
- ◇ ドクターヘリ及びドクターカーの安全かつ効果的な活用について検討する必要があります。
- ◇ メディカルコントロール協議会及び傷病者受入協議会において、各地域協議会の連携強化や各医療機関の受入体制について検討する必要があります。

② 初期救急医療

- ◇ 休日夜間急患センター等の医療提供体制を周知するとともに、診療所の初期救急医療への参画を促す必要があります。

③ 入院救急医療

- ◇ 救急告示病院の医療提供体制の充実を図るとともに、救急告示医療機関の機能分化及び役割分担を促進し、第二次救急医療機能を担う医療機関の負担分散を図る必要があります。

④ 救命医療

- ◇ 高度な救命医療を提供する高度救命救急センター及び救命救急センターの体制整備を図るとともに、二次医療圏の広域化を踏まえた第二次救急医療機能の適切な配置や輪番制等の連携強化などにより、全県域における救命救急医療の体制構築の検討を進める必要があります。

⑤ 救命後の医療

- ◇ 急性期を脱した救急患者の受入体制を強化するため、各圏域に不足する回復期及びリハビリ病床への移行を推進していく必要があります。
- ◇ あきたハートフルネットによる診療情報の共有などにより、急性期を脱した救急患者の受入が円滑に実施される体制を整備する必要があります。

⑥ 新興感染症発生・まん延時の救急医療

- ◇ 新興感染症の発生・まん延時でも対応可能な救急医療体制の構築を進める必要があります。

(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

- ◆ 小児救急電話相談事業（#8000）や救急安心センター事業（#7119）の整備、全国版救急受診アプリの活用等により、適切な医療機関の受診や救急車の要請ができる体制

(2) 適切な病院前救護活動が可能な体制

- ◆ 本人・周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施
- ◆ メディカルコントロール体制の更なる充実による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施
- ◆ 実施基準に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入
- ◆ 地域住民の救急医療への理解を深める取組

(3) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

- ◆ 患者の状態に応じた医療が提供可能な体制
- ◆ 救急医療に係る資源の効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備
- ◆ 必要に応じて、より高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携体制
- ◆ 脳卒中・急性心筋梗塞・重症外傷等の、それぞれの疾患に応じた医療体制
- ◆ 複数診療科の介入を要する症例や判断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者を受け入れる体制
- ◆ 精神疾患を有する患者や障害者、小児、透析患者、特に配慮を要する患者を受け入れる体制
- ◆ 急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を、医療機能の分化・連携により地域の他の医療機関に転院させ、又は一般病棟に円滑に転棟させることができる体制

(4) 増加する高齢者救急を受け入れる体制

- ◆ 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
- ◆ 特に高齢患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、必要な支援につなぐ体制

(5) 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

- ◆ 救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者等について、高次の救急医療施設から適切な医療機関への必要な転院搬送ができる体制
- ◆ 重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養を行う際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細やかな取組を行うことができる体制

(6) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

- ◆ 救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じる事ができる人材を平時から育成する体制
- ◆ 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
- ◆ 救急外来の需要が急増した際に、状況に応じて市販薬や検査薬等による対応ができるよう、平時から必要な薬品等を自宅に常備しておく体制
- ◆ 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
- ◆ 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
- ◆ 医療機関との協定の締結により、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を受け入れる病床をあらかじめ確保し、新興感染症の発生・まん延時の患者の受入に対応できる体制

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 病院前救護活動

- ◆ 消防機関での県民に対する救急蘇生法講習会を継続して実施するほか、AED設置登録情報（AED マップ）※の周知・活用を進めます。

※ 県内を含む国内の AED 設置場所は、(一財)日本救急医療財団が作成したホームページ「日本救急医療財団 全国 AED マップ」から地図上で確認することができます。

- ◆ メディカルコントロール協議会などにおいて、救急救命士の資質の向上や各地域協議会の連携強化など、病院前救護体制のより一層の整備・充実を図るための方策について検討を行います。
- ◆ 地域包括ケアシステムにおける救急医療へのアクセス体制の構築や ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の推進に向け、救急医療機関と、かかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携について協議を進めるほか、在宅医療・介護 ICT 連携システム「ナラティブブック秋田」の活用により多職種連携を促進します。
- ◆ 地域の救急医療体制を強化し、搬送時間の短縮と救命率の向上を図るため、ドクターヘリの運航に係る経費に対し、支援します。
- ◆ ドクターヘリ及びドクターカーの安全かつ効果的な活用について引き続き検討します。
- ◆ 秋田県医師会と連携し、医療従事者向けの研修会の開催等を支援します。

(2) 初期救急医療

- ◆ 初期救急医療を担う在宅当番医制及び休日夜間急患センターの周知を図るほか、二次医療機関の機能分化を促進し、地域の実情にあった医療提供体制の整備を図ります。
- ◆ 救急告示病院において医師会及び地域の診療所医師と連携して実施する初期救急医療の取組を推進するとともに、全国版救急受診アプリの活用等により、適切な救急車の利用を呼びかけます。

(3) 第二次救急医療

- ◆ 医師確保計画に基づき、救急告示病院における医師確保を支援します。
- ◆ 病院群輪番制病院事業を実施する病院の施設・設備整備事業を支援します。
- ◆ 県民が身近な地域において必要な救急医療を確実に受けられるよう、地域において救急患者受入の中核的な役割を担っている救急告示病院の運営に対して、支援を行います。

(4) 第三次救急医療

- ◆ 救命救急センター、高度救命救急センターの運営に対して支援を行う等、広大な県土を有する本県の三次医療機能に係る地域間格差の是正に向けた取組を進めます。

(5) 救命後の医療

- ◆ 高度急性期・急性期から回復期・慢性期、在宅等への円滑な移行に向けた関係者の取組を推進します。

(6) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

- ◆ 「都道府県連絡協議会（新興感染症部会）」において新興感染症まん延時の医療体制を検討し整備を推進していきます。

○ 数 値 目 標 ○

区 分			現 状	目 標 値	目 標 値 の 考 え 方	指 標 番 号			
アウトカム	心原性心肺停止患者の1か月後の予後	一般市民が心原性心肺機能停止を目撃した初期心電図波形がVF/VTの傷病者の1か月後生存率(R3)	秋田県	24.4%	24.4%以上	現状の水準以上	622		
			全 国	32.4%					
		一般市民が心原性心肺機能停止を目撃した初期心電図波形がVF/VTの傷病者の1か月後社会復帰率(R3)	秋田県	15.6%	15.6%以上	現状の水準以上			
			全 国	21.3%					
		プロセス	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(R3)	秋田県	39.1分	37.0分		新型コロナウイルス感染症まん延以前の水準程度	●612
				全 国	42.8分				
受入困難事例	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上である件数の全搬送件数に占める割合(R3)		秋田県	1.0%	1.0%以下	現状の水準以下	●613		
			全 国	7.7%					
	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合(R3)		秋田県	0.3%	0.3%以下	現状の水準以下	●613		
			全 国	4.3%					
ストラクチャー	住民の救急蘇生法の受講率(人口1万人当たり)(R3)	秋田県	46人	100人	新型コロナウイルス感染症まん延以前の水準程度	602			
		全 国	37人						
	救急搬送人員数(R3)	秋田県	38,080人	人口比 4.0%	現状維持を図る	●604			
		全 国	5,491,744人						
	二次救急医療機関の数(救急告示病院を含む)(R5)	秋田県	26	26	現状維持を図る	607			
		全 国	—						
	救命救急センターの数(R5)	秋田県	2	4	広域的な救命救急体制を充実させる	608			
		全 国	303						
	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の数(R5)	秋田県	2	4	広域的な救命救急体制を充実させる	●609			
		全 国	—						

●は国が示した重点指標

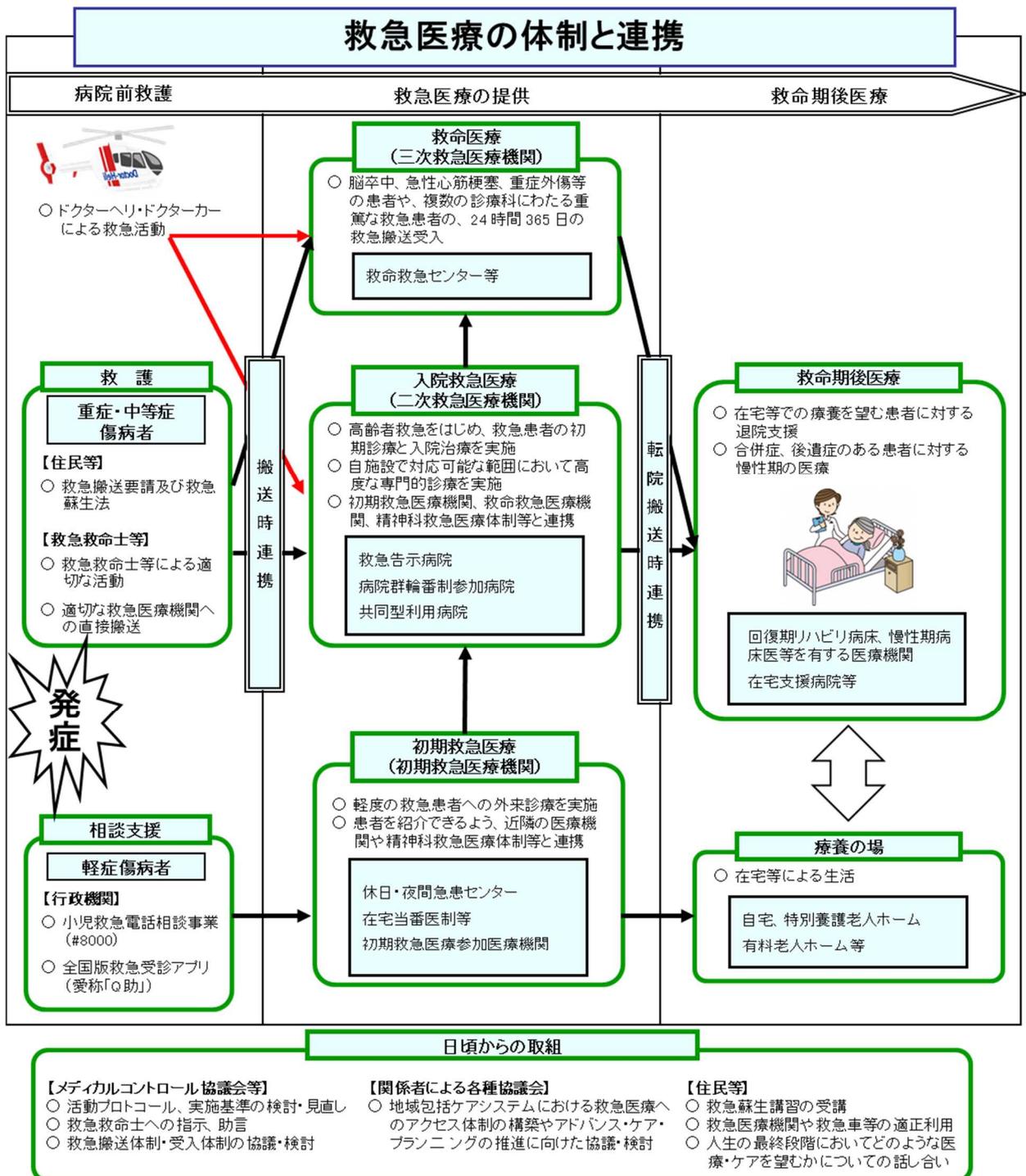
○ 医療機関とその連携 ○

(1) 圏域の設定

救急医療体制の圏域については、各医療機関の連携の状況を踏まえ、二次医療圏単位に設定します。

なお、大動脈解離などの重症事案や熱傷、四肢切断、中毒等高度な処置が必要な疾病については、三次医療圏単位で救急医療体制を構築します。

(2) 医療体制



(3) 医療機関の受診や救急車の要請の相談に対応する機能

医療機能	(1) 医療機関の受診や救急車の要請の相談に対応する機能
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・患者又は周囲の者が、必要に応じて、居住している地域にかかわらず、速やかに電話相談窓口等への相談ができること ・電話相談の実施により、適切かつ速やかな救急要請又は適切な医療機関への受診が行われること
医療機能を担う医療機関の基準	
関係者に求められる事項の例	<p>【都道府県】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全ての地域の住民が、質の高い相談窓口のサービスを受けられるよう、電話相談窓口等の整備や周知を実施すること

(4) 医療体制を担う医療機関の医療機能

医療機能	【救護】 (1) 病院前救護活動の機能
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施すること ・メディカルコントロール体制の整備により、救急救命士等の活動が適切に実施されること ・実施基準の運用や、空床情報等のデータ共有による医療の見える化により、傷病者の搬送及び医療機関への受入が適切に行われること ・地域住民の救急医療への理解を深める取組が行われること
医療機能を担う医療機関の基準	
関係者に求められる事項の例	<p>【住民等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・講習会等の受講により、傷病者に対する応急手当、AEDの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること ・傷病者の救護のため、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること ・日頃からかかりつけ医を持ち、また、電話による相談システムを用いて、適切な医療機関の受診、適切な救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること ・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い、意識を共有すること <p>【消防機関の救急救命士等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住民等に対し、応急手当、AEDの使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること ・脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について関係機関と協力して住民教育の実施を図ること ・搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準や医療機関とのデータ共有等により、事前に各救命救急医療機関の専門性や空床情報等を把握すること

- ・秋田県メディカルコントロール協議会により定められたプロトコールに則し、心肺機能停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること
- ・搬送手段を選定し、適切な急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること
- ・緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること

【メディカルコントロール協議会等】

- ・救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動プロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- ・実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- ・医師から救急救命士に対する直接指示・助言する体制が確立されていること
- ・救急救命士等への再教育を実施すること
- ・ドクターカーやドクターヘリ等の活用の適否について、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の際には、関係者の連携について協議する場を設け、ドクターヘリが同時に要請された際や、県境付近の患者からの要請時における県境を越えた隣接県との広域連携を含め、効率的な運用を図ること
- ・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、救急医療提供体制の一部として、より効果的に活用すること
- ・地域包括ケアシステムの構築に向け、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を、メディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細やかな取組を進めること
- ・必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること

【地域の医療関係者】

- ・医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムや ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する議論の場等において、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
- ・自治体や医療従事者等は、患者や家族等が、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よう促すこと・ACP（アドバンス・ケア・プランニング）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

医療機能	【初期救急医療】 (2) 初期救急医療	【二次救急医療】 (3) 入院を要する救急医療
目 標	<ul style="list-style-type: none"> 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること 	<ul style="list-style-type: none"> 24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること
医療機能を担う医療機関の基準	<ul style="list-style-type: none"> ○ 休日・夜間急患センター ○ 休日や夜間に対応できる診療所 ○ 在宅当番医制の初期救急医療に参加する医療機関 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急告示病院 ○ 病院群輪番制参加病院、共同利用型病院
医療機関等に求められる事項の例	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること 休日・夜間急患センターの設置や、在宅当番医制などと合わせて、地域で診療の空白時間が生じないように努めること 病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること 休日・夜間に対応できる薬局と連携していること 自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること 	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>救急救命士等への教育機能も一部担う。</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師・看護師が常時診療等に従事していること その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること 救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床または専用病床を有すること 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること 初期救急医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること 当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること 三次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、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 高次の医療機関からの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を活用すること

	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療情報センターを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること ・医師、歯科医師、薬剤師、看護師、救急救命士、その他の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと ・救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること ・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 ・「救急病院等を定める省令」によって定められる救急病院であること
--	---

【三次救急医療】	
医療機能	(4) 救命救急医療
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること ・患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること
医療機能を担う医療機関の基準	<ul style="list-style-type: none"> ○高度救命救急センター、救命救急センター、地域救命救急センターを有する病院 ○脳卒中や急性心筋梗塞等に対する急性期の専門的医療を担う病院
医療機関等に求められる事項の例	<p>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診断が難しい疾病等、他の医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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。さらに、救命救急センターの中でも、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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて24時間365日必ず受け入れることが可能であること ・集中治療室（ICU）、心臓病専用病室（CCU）、脳卒中専用病室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと ・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師（日本救急医学会が認定する救急科専門医等）・看護師が常時診療に従事していること ・その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること ・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

	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること ・ 救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること ・ 急性期のリハビリテーションを実施すること ・ 急性期を経た後も、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、精神疾患を合併する患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を、転棟、転院できる体制にあること ・ 第二次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと ・ 高次の医療機関からの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を活用すること ・ 実施基準の円滑な運用・改善及び県又は地域のメディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと ・ DMAT 派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと ・ 災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機（備蓄する燃料を含む。）、受水槽（備蓄する飲料水を含む。）の保有が望ましい ・ 救急医療情報センターを通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知していること ・ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること ・ 救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること ・ 県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること ・ 「救急病院等を定める省令」によって定められる救急病院であること
--	--

医療機能	【救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能】 (5) 救命後の医療
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること ・ 合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること
医療機能を担う医療機関の基準	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養病床を有する病院 ○ 精神病床を有する病院 ○ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院 ○ 地域包括ケア病棟を有する病院 ○ 診療所（在宅医療等を行う診療所を含む。） ○ 訪問看護事業所

<p>医療機関等に求められる事項の例</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること ・ 重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること ・ 救急医療機関等の地域の医療機関と、患者を受け入れる際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 ・ 高次の医療機関からの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を活用すること ・ 救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること ・ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること ・ 日常生活動作（ADL）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること ・ 通院困難な患者の場合、薬局、訪問看護事業所等と連携して在宅医療を実施すること、また居宅介護サービスを調整すること ・ 救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ・ 診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
------------------------	---

※ 各医療機能を担う医療機関名簿（別冊）は、秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。