

第2節 救急医療などの医療連携体制

1 救急医療対策

現 状

令和5（2023）年版「救急・救助の現況」（総務省消防庁）によると、本県における令和4（2022）年中の救急車による傷病者の搬送人員数は、127,150人で、人口1,000人あたり45.4人と全国平均（49.3人）を下回っており、平成28（2016）年から12,962人、前年度の令和4（2022）年からは13,874人増加しています。

また、本県の救急隊総数は13消防本部で130隊、救急隊員数は1,197人、救急車稼働台数は168台です。人口10万人あたりの救急車稼働台数は6.0台で、全国平均（5.1台）を上回っています。

1 適切な病院前救護活動が可能な体制づくり

令和4（2022）年中の救急車による傷病者の搬送人員数は、127,150人で、そのうち、傷病の程度が重症のものが12,352人、中等症のものが63,989人で、全体の60.0%を占めています。一方、傷病の程度が軽症の者が49,086人で、全体の38.6%を占めています。

図表 2-2-1 傷病程度別搬送人員及び構成比（令和4（2022）年中）（単位：人、%）

合計	死亡		重症		中等症		軽症		その他	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
127,150	1,698	1.3	12,352	9.7	63,989	50.3	49,086	38.6	25	0.0

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」（令和5（2023）年）

(1) 地域住民の救急医療への理解・救急蘇生法の実施等

① 目撃された心原性心肺停止傷病者の転帰

迅速かつ適切な救急蘇生法等の実施及び救急搬送は、心肺機能停止傷病者の救命率の向上に寄与しますが、令和5（2023）年版「救急・救助の現況」（総務省消防庁）によると、本県における、心臓が原因で心肺機能が停止の時点が一般市民により目撃された人の1か月後生存率は10.0%で、全国平均（10.3%）と同程度となっており、その1か月後社会復帰率は7.1%（全国平均6.6%）となっています。

図表 2-2-2 一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された心原性的心肺機能停止傷病者

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
症例数	400人	430人	430人	477人	539人
1か月後生存数	46人	59人	62人	60人	54人
1か月後生存率	11.5%	13.7%	14.4%	12.6%	10.0%
1か月後社会復帰者数	35人	48人	47人	43人	38人
1か月後社会復帰率	8.8%	11.2%	10.9%	9.0%	7.1%

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」（令和5（2023）年）

② AED（自動体外式除細動器）の設置及び救急蘇生法講習

平成18（2006）年度から県立施設への配備を進め、その設置場所等についてはインターネットにより情報提供が行われています。

心肺蘇生の実施や AED（自動体外式除細動器）使用等の救急蘇生法等の講習については、消防機関、日本赤十字社広島県支部等において実施されています。令和5（2023）年版「救急・救助の現況」によると、本県における県民の救急蘇生法等の講習の受講率は、人口1万人あたり50.0人と、全国平均（64.1人）を下回っています。

(2) 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針については、県の救急隊現場活動プロトコールにおいて定めており、蘇生措置拒否意思を確認でき、主治医から「心肺蘇生処置を行わない」旨の指示が取得されたならば処置を中止することとしています。それ以外の場合は、プロトコールどおりの心肺蘇生処置を開始します。

2 救急医療機関への円滑な搬送と医療機関における受け入れ体制の確保

病院前救護（プレホスピタルケア）は、救急救命士が医師の指示の下で、傷病者が医療機関に搬送されるまでの間に救急救命処置を行うことであり、病院前救護体制を強化することで、傷病者の救命率の向上等が期待されます。

消防機関においては積極的に救急救命士の養成に取り組み、令和5（2023）年版「救急・救助の現況」によると、本県の救急救命士の資格を持つ救急隊員数は746人、人口10万人あたり26.6人で、全国平均（26.0人）を上回っています。

本県では、救命率向上を図るため、救急救命士を含む救急隊員が救急現場で行う応急処置等の質を、医学的観点から保証するための「指示・指導体制」「事後検証体制」「教育・研修体制」（メディカルコントロール体制）を全二次保健医療圏（7圏域）で整備しています。

救急救命士の技能向上に向けて、各圏域のメディカルコントロール協議会においては、病院実習体制の整備が図られるとともに、医師の指示下における救急救命士による特定行為の処置の拡大が進められています。平成26（2014）年から、救急救命士による「心肺停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」が認められ、多くの実施可能な救急救命士が認定（令和4（2022）年4月1日現在で659人）されています。

(1) 傷病者の救急搬送状況

令和5（2023）年版「救急・救助の現況」によると、令和4（2022）年中の救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間は45.5分で、全国平均（47.2分）より短くなっています。

(2) 救急搬送受入困難事案

令和4(2022)年「救急搬送における医療機関の受入れ状況実態調査」によると、本県における令和3(2021)年中の、重症以上の傷病者の搬送(11,055件)における、傷病者の受入に時間を要し、搬送先医療機関が速やかに決定しない受入困難事案の発生状況は、現場滞在時間30分以上の場合が937件(8.5%)で全国平均値(7.7%)より上回っているが、医療機関への搬送受入要請4回以上の場合(現場滞在時間30分以上の場合との重複含む)については332件(3.0%)で全国平均値(4.3%)より下回っています。

また、広島市を中心とした広島医療圏においては、令和4(2022)年中で、重症以上の受入照会が4回以上の件数の割合が6.0%で、広島県全体の3.0%及び全国平均4.3%を上回っています。

(3) 救急医療に係る情報提供・救急搬送支援

県では、昭和55(1980)年度から傷病者の搬送支援を行うことを目的に、救急医療情報ネットワークシステムを運用しています。平成9(1997)年度からはインターネットの利用により、幅広い医療情報(在宅当番医情報や受診可能な初期救急医療機関等)を県民や保健医療関係者に提供し、救急医療体制を側面的に支援しています。

救急搬送業務の更なる迅速化、効率化を図ることを目的に、令和5(2023)年10月から広島県救急搬送支援システム実証実験を開始しています。

(4) 搬送手段の多様化・いち早い救命医療のスタート等

平成25(2013)年5月に、広島大学病院を基地病院として救急医療用ヘリコプター(ドクターヘリ)の運航を開始し、令和4(2022)年度には517回の出動要請を受けて、そのうち378件について出動しました。

また、バックアップとして、県及び広島市が保有している防災・消防ヘリコプター2機を活用したドクターヘリの事業も継続しています。

更に、より効果的で効率的な活用を図るため、中国地方5県や愛媛県とドクターヘリ広域連携に係る基本協定を締結し、ドクターヘリの相互活用及び災害時の相互協力を行っており、令和3(2021)年度までの累計で1,948件のドクターヘリの広域連携による出動を実施しました。

これにより、医療機関への迅速な患者搬送は基より、医師等が現場に出向き、患者の状態を把握し必要な治療などの判断を行うことで、いち早く救命医療をスタートさせることが可能となっています。

3 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

(1) 患者の状態に応じた適切な救急医療体制の提供

救急医療機関の機能

①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。

②入院を要する救急医療を担う医療機関（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。

③救急医療機関（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診断が難しい症例等、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。

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、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。

① 初期救急医療体制（初期救急医療を担う医療機関）

初期救急医療は、「在宅当番医制」、「休日夜間急患センター」、「休日等歯科診療所」等によって実施されています。

令和2（2020）年「医療施設調査」（厚生労働省）によると、本県における一般診療所のうち、初期救急医療に参画する診療所の割合は28.9%で、全国平均（13.5%）を大きく上回っています。「在宅当番医制」は、県内全ての市町において、各市郡地区医師会の協力を得て実施されています。

休日等歯科診療は、地区歯科医師会等が設置している口腔保健センター等4施設で実施されています。

また、県民が在宅当番医情報や受診可能な初期救急医療機関等の情報をいつでも得られるよう救急医療情報ネットワークシステムを運営し、インターネット等を通じた情報提供サービスを実施しており、そのアクセス件数は、令和4（2022）年度で約201万件となっています。

② 二次救急医療体制（入院を要する救急医療を担う医療機関）

二次救急医療は、「病院群輪番制病院」を基本に、救急告示医療機関も含め、休日・夜間における体制が確保されています。

令和5（2023）年12月現在、県内には救急病院・診療所（救急告示医療機関）が134か所ありますが、経年的に減少しています。

③ 三次救急医療体制（救命救急医療機関）

三次救急医療は、複数の二次保健医療圏を対象とした救命救急センターを4か所、救命救急センターの機能に加えて、広範囲熱傷や指肢切断等の特殊傷病に対応できる高度救命救急センターを1か所、救命救急センターへのアクセスに時間を要する地域の重篤な傷病者に対応する地域救命救急センターを3か所設置しています。

令和4（2022）年度「救命救急センターの評価結果」（厚生労働省）によると、本県の救命救急センターについての充実度評価は、8センター中1センターがS評価、7センターがA評価となっています。

(2) 診療科や地域における救急医療体制

① 精神科救急医療体制

精神科救急医療センターでは24時間、365日、常時対応をしています。

加えて、精神科医療施設として県内の西部において2医療機関、東部において3医療機関及び後方支援1医療機関が、精神科救急の患者の受け入れを行っています。本県では、常時対応型の精神科救急医療センターと輪番型の精神科医療施設とが協力しながら、効率よく運営されています。

② 広島市を中心とした広島都市圏における救急医療体制

広島市を中心とした広島都市圏では、二次救急医療体制の強化を図るため、広島市立広島市民病院を救急医療コントロール機能（管制塔機能）を担う医療機関と位置付け、受入先の決まらない救急患者を一旦受け入れ、初期診療を行った上で、必要に応じて二次救急医療機関等の支援医療機関へ転院させるなど、受入困難事案の解消に努めています。

③ 県東部における救急医療体制

福山・府中医療圏と県境を接する岡山県の井笠地域とは、就労や消費活動などの生活圏として結びつきが強く、救急医療体制においても、井笠地域からの救急搬送等の福山・府中医療圏での受け入れや、福山夜間成人診療所への井笠地域の医師の参画など、圏域を越えた連携が図られています。

4 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

(1) 救命救急医療機関等から在宅復帰までの切れ目のない医療介護連携体制づくり

救急医療機関等から療養の場へ移行した治療や療養を要する患者が、日常生活の場において必要な医療が受けられるよう、多職種連携（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員等）による在宅医療の支援体制の構築や、在宅医療に関する普及啓発を行うため、在宅医療推進拠点が整備されています。

(2) 回復期病床

現在の地域医療構想の令和7（2025）年時点の必要病床数に既存病床数が近づきつつありますが、回復期病床は必要病床数よりも少ない状況となっています。

課 題

1 適切な病院前救護活動が可能な体制づくり

(1) 地域住民の救急医療への理解・救急蘇生法の実施等

9月の「救急の日」、「救急医療週間」に合わせて、救急車の適切な利用や救急蘇生法等の講習への参加を呼び掛けるポスター掲示やリーフレット配布、救急医療功労者知事表彰を通じて、救急業務及び救急医療に対する正しい理解と認識を深める啓発活動に取り組んでいますが、令和4（2022）年中で、救急搬送における軽症者の割合は38.6%（平成30（2018）年：39.3%）となっています。

また、公共施設におけるAEDの設置は、着実に進んでいるものの、その利用等に関する救急蘇生法等の講習について、新型コロナウイルス感染症等の影響による講習開催の見送りなどにより受講者数が令和4（2022）年中で14,002人（平成30（2018）年：26,296人）と大きく減少しており、新規実施者の育成や、既講習受講者への新興感染症に対応した新たな実施方針が十分周知されていない状況があります。

(2) 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

高齢者の心肺停止症例対応現場において、本人意思に反した救急搬送による三次救急のひっ迫や、傷病者や主治医からの意思表示を救急隊がタイムリーに得られない場合があるなどの問題もあり、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等による、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の検討が望まれています。

2 救急医療機関への円滑な搬送と医療機関における受入体制の確保

(1) 迅速・円滑な救急医療機関への患者搬送

傷病者の状況に応じた、より迅速で円滑な救急搬送と医療機関による受入を図るため、平成21（2009）年の消防法の一部改正に伴い、本県では、平成23（2011）年8月に、医療機関の分類基準に基づく医療機関リストや傷病者の状況を確認するための観察基準、傷病者を搬送する医療機関の選定基準等を定めた「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定しましたが、本県の救急搬送に要する平均時間は年々長くなっています。

また、救急搬送件数は、高齢化や新興感染症等により今後増加することが見込まれており、受入体制の整備や、デジタル化等による救急搬送業務の迅速化、効率化は喫緊の課題となっています。

(2) 救急医療機関における傷病者の受入体制の確保

救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間は、「診療科目別現場滞在30分以上搬送人員数」（県メディカルコントロール協議会調べ）によると、現場滞在が30分以上の件数としては、「内科」が8,101人、「整形外科」が3,746人、「脳神経外科・神経内科」が2,943人と多くなっています。

また、「診療科目別受入照会4回以上搬送人員数」（県メディカルコントロール協議会調べ）でも、「内科」が3,376人、「整形外科」が1,499人、「脳神経外科・神経内科」が890人と突出しており、特定の診療科目に集中している救急搬送受入困難事案の解消を図るため、メディカルコントロール体制の強化が求められます。

(3) 救急医療に係る情報提供・救急搬送支援

救急医療情報ネットワークシステムによる、幅広い医療情報（休日夜間の当番医情報等）の提供は、急病で病院を探す初期救急の場面において、県民に活用されているところです。

また、救急搬送時の救急隊への支援として導入した救急搬送支援機能については、傷病者の容態等を、迅速かつ視覚的に救急隊と救急医療機関とで情報共有したいという新たなニーズへの対応が求められています。

(4) ドクターヘリ等による救急医療・救急搬送

緊急度・重症度の高い傷病者に対する、医師による早期の医療の介入は、病院前救護体制の質の向上につながり、救命率の向上や傷病者の転帰の改善など、救急医療体制の更なる充実が期待されます。

ヘリコプターは、短時間で長距離を移動できる高い機動性をもっており、ドクターヘリの継続的な運航が求められるとともに、愛媛県を含めた全ての隣県と連携している現在の体制を維持していく必要があります。

3 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

(1) 患者の状態に応じた救急医療体制の提供

① 傷病者の適切な救急搬送

救急搬送においては、重症度・緊急度に応じ、傷病者を適切な医療機関へ搬送する必要があります。

② 救急医療体制

救急病院・診療所（救急告示医療機関）の数が減少している傾向にあり、各圏域の二次救急医療体制を支える医療機関の負担が増大しています。

また、多くの軽症患者が直接二次救急医療機関を受診することや、それにより、本来受け入れるべき患者が三次救急医療機関に流れることで、二次・三次の救急医療機関の負担が増大するといった、救急医療体制が十分に組めない状況を解消し、救急医療体制の維持・確保に向けた取組を推進するためには、医師会、大学、市町や消防機関等の関係機関との連携が欠かせません。

「救命救急センター充実段階評価」（厚生労働省）において、各センターの評価点や搬送受入要請に対する応需率について大きな差が発生しています。

③ 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

医師や看護師等の人材確保が困難な状況において、救急医療資源の効率的な配置が望まれます。

④ 救急医療に係る医療機関等の連携

二次救急医療機関に多くの軽症患者が直接受診することにより、本来担うべき救急医療に支障をきたす問題の対策として、救急車の適正利用を促し、傷病の緊急度に応じた適切な救急医療体制を確保するため実施している「救急安心センター事業（#7119）」がありますが、県内対応エリアが限られています。

また、当事業を円滑に運用するため、#7119の県民への認知度を上げる必要があります。

更に、急性期を脱した患者を身近な地域の回復期の機能を担う病院へ円滑に転院させる等、病態に応じた最適な医療が受けられることができる「地域完結型」医療への転換を推進していく必要があります。

⑤ 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

新興感染症の発生・まん延時において、感染症対策と通常の救急医療を両立できるような体制の構築が必要となっています。

(2) 診療科や地域における救急医療体制

① 精神科救急医療体制

精神疾患を有する患者の高齢化や自殺未遂者へ対応できる医療機関の整備を、今後、推進していくことが重要であり、身体合併症及び自殺未遂者へ対応する医療体制を確保する必要があります。

② 広島市を中心とした広島都市圏における救急医療体制

広島市消防局管内の、輪番時間帯（18時～8時）における搬送人員のうち受入照会が4回以上の割合は、全体で8.5%（令和4（2022）年中）で、平成28（2016）年中（6.7%）から増加しており、救急患者の受入体制について、改善が必要とされています。この背景の一つに、夜間に多数の軽症患者が病院群輪番制病院を受診している実態があることも示唆されています。

4 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

(1) 救命救急医療機関等から在宅復帰までの切れ目のない医療介護連携体制づくり

急性期を脱した後、適切な医療機関で必要な医療やケアを受けて日常生活機能を回復させることや、退院後の環境整備など、在宅復帰に向けた支援が必要です。

(2) 回復期病床

医療機関間の機能分化及び連携を進めるとともに、不足している回復期病床への転換を進める必要があります。

目 標

病院前救護・救急医療機関等から療養の場への切れ目のない円滑な医療を提供することを目標に、次の指標を設定します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典等
○	心肺機能停止患者の一か月後の生存率	[R4] 10.0%	[R11] 14.4%以上	総務省消防庁「救急・救助の現況」 ※心原性でかつ一般市民により心肺停止の時点が目撃された症例
○	心肺機能停止患者の一か月後社会復帰率	[R4] 7.1%	[R11] 11.2%以上	総務省消防庁「救急・救助の現況」 ※心原性でかつ一般市民により心肺停止の時点が目撃された症例
○	重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った割合	[R4] 4.1%	[R11] 3.0%以下	総務省消防庁「救急業務のあり方に関する検討会」 ※軽症者の受入体制も重要であるが、指標としては、全国で統一された当該指標を用いる。
○	三次救急医療機関における救急搬送要請に対する受入割合	[R4] 80.5%	[R11] 94.2%以上	厚生労働省「救命救急センターの充実度段階評価における現況調査」より算出
○	救急要請から医療機関に収容までの平均時間	[R4] 45.5分	[R11] 40.2分以下	総務省消防庁 「救急・救助の現況」

アウトカム指標を押し上げる指標として、次の指標を設定します。

なお、救急搬送データと医療・介護データを接続することで、救護から救命後医療（予後）までのアウトカムをしっかりと把握できる手法を検討していきます。

区分	指標名	現状値	目標値	出典等
P	心肺機能停止傷病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10万人あたり件数	[R4] 1.36件	[R11] 1.36件以上	総務省消防庁 「救急・救助の現況」
P	救命救急センターの充実度評価S及びAの割合	[R4] 100%	[R11] 100%	厚生労働省 「救命救急センターの充実段階評価」
P	二次救急医療機関等と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	[R4] 1回	[R11] 1回以上	県健康福祉局調べ
P	中核・高次の救急医療機関とその周辺の救急医療機関との間の病院間搬送件数（10万人あたり転院搬送の受入件数）	[R3] 225件	[R11] 289件以上	厚生労働省 「救急医療提供体制の現況調査」
S	医師届出票（11）に従事する診療科名等で主たる診療科を「救急科」と届け出をした医師の10万人あたり人数	[R2] 2.5人	[R11] 3.1人	厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師統計」
S	特定集中治療室のある病院の10万人あたり病床数	[R2] 4.1床	[R11] 5.0床	厚生労働省 「医療施設調査」

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

施策の方向

1 適切な病院前救護活動が可能な体制づくり

(1) 地域住民の救急医療への理解・救急蘇生法の実施等

① 救急医療の啓発

高齢化の進行により救急医療のニーズが増加し、また医療人材の不足も解消しない中で、住民に対して、健康づくりに努め、日頃から近隣住民との助け合い関係を築き、かかりつけ医を持つとともに、不要不急の救急要請を行わず、限られた救急医療資源を効率的に利用するよう、周知・啓発を行います。

9月の「救急の日」、「救急医療週間」をはじめ、様々な機会を活用して、救急車の適正利用（「救急安心センター事業（#7119）」）や、救急蘇生法等の講習への参加につながる啓発の取組を実施し、市町や関係機関等と連携して繰り返し県民に呼び掛けていきます。

② AED（自動体外式除細動器）の普及啓発

集客能力の高い施設へのAED（自動体外式除細動器）の設置促進について、引き続き市町や民間事業者等に積極的に働き掛け、その設置場所等について、一般財団法人日本救急医療財団全国AEDマップなどにより情報提供を行っていきます。

また、心肺蘇生やAEDを使用した救急蘇生法等の講習について、その実施機関である消防機関や日本赤十字社広島県支部等と連携して、県民に対する受講促進に向けた取組を強化し、既講習受講者への新興感染症に対応する新たな実施方針の周知を促進します。

(2) 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

患者や家族や救急・医療・介護等の関係者が、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ことを促し、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ます。

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関しては、第3節「1 医療介護連携等の構築及び推進」及び「6 人生の最終段階における自己決定」にて記載

2 救急医療機関への円滑な搬送と医療機関における受入体制の確保

(1) 迅速・円滑な救急医療機関への患者搬送

消防機関、医師会、関係医療機関と連携し、広島県メディカルコントロール協議会において、メディカルコントロール体制の充実・強化を図るとともに、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の検証及び必要な見直し等を通じて、より適切で円滑な救急搬送及び搬送受入を推進します。

(2) 救急医療機関における傷病者の受入体制の確保

救急救命士の現場での特定行為が拡大されるなど、救急業務に求められる役割は大きくなっています。救急業務に携わる消防職員へのメディカルコントロールによる教育などを通じた新しい知識、技術の習得により、疾病や症候に合った円滑な搬送をより一層促進し、また、救急医療を担う医療従事者への教育を充実し、受入れやすい環境整備に努めることで、受入困難事案の発生の防止に努めます。

具体的には、メディカルコントロール協議会への専任医師の配置や救急患者を受け入れるための必要な体制づくりなど、メディカルコントロール体制の強化に向けた検討を進め、救急医療体制の強化に努めます。

(3) 救急医療に係る情報提供・救急搬送支援

救急医療情報ネットワークシステムによる県民への医療情報の提供は、急病で病院を探す初期救急の場面において有効であることから、国の全国统一情報提供システム（医療情報ネット）へ移行し、提供を継続していきます。

課題となっている救急搬送時の救急隊への支援機能については、従来の救急医療機関による応需情報に変わる新たなニーズへ対応するため開始した実証実験の成果を踏まえ、救急搬送業務のデジタル化等、業務の迅速化や効率化に向けた検討を行うとともに、実証実験で得られるデータを基に、円滑な搬送や受入体制の確保について検討していきます。

(4) ドクターヘリ等による救急医療・救急搬送

ドクターヘリの運航等により、医療機関への迅速な患者搬送は基より、医師等が現場に出向き、患者の状態を把握し必要な治療などの判断を行うことで、いち早く救命医療をスタートさせることが可能となります。

年間を通して消防機関からの出動要請に応じていくため、ドクターヘリの安全な運航と救急専門医・看護師の確保などに向けて、ドクターヘリの基地病院等に対し必要な運営支援を実施します。

また、中国地方5県及び愛媛県とのドクターヘリ広域連携に係る基本協定に基づき、隣接する他県のドクターヘリとの相互連携をより一層強化していきます。

全国的にドクターカーの活用が広まり、本県においても導入が始まっており、今後とも効果的な運用等について検討していきます。

3 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制づくり

(1) 患者の状態に応じた適切な救急医療体制の提供

① 傷病者の適切な救急搬送

救急業務デジタル化を通じて、傷病者の容態等を迅速かつ視覚的に救急隊と救急医療機関とで情報共有することで、適切な医療機関への搬送を図ります。

② 救急医療体制

初期救急医療体制の充実を図るとともに、「在宅当番医制」、「休日夜間急患センター」、「休日等歯科診療所」等と合わせて、地域で診療の空白が生じないように努めます。

二次救急医療機関の増加を目指すとともに、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行います。

また、地域の実情に即した二次救急医療体制の現状・課題の整理及び対策を検討する圏域ごとの会議体・協議体を通じて解決を図ります。

三次救急医療機関の支援・充実を図るとともに、その医療機関は、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割や救急救命士等へのメディカルコントロール、救急医療従事者への教育の拠点としての役割も担っていきます。なお、積極的に三次救急医療の機能を担う旨、申請があった場合は、新たな三次救急医療機関の指定も検討するなど、本県の救急医療体制の強化に向けて検討していきます。

また、救命救急センターの運営に対する助成を行うとともに、医師会、大学、市町等の関係機関と連携し、救急医療体制を担う医療機関に対する、救急医療を担う人材の確保等の支援や、質及び応需率の更なる向上に向けた新たな取組を検討し、救急医療体制の維持・確保に取り組みます。

③ 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

救急医療においては、アクセス時間（発症から適切な医療機関で適切な治療が開始されるまでの時間）の長短が、患者の予後を左右する重要な因子の一つであり、本県の場合は、島嶼部や中山間地域を除いては、一定程度アクセスが確保できており、ドクターヘリによる患者搬送といった搬送手段の工夫や、将来的には遠隔診断による診療補助といった仕組みを工夫することで、資源の効率的な配置に努めます。

④ 救急医療に係る医療機関等の連携の促進

二次救急医療機関に多くの軽症患者が直接受診するなど、本来担うべき救急医療に支障を来たさないよう、「救急安心センター事業（#7119）」の県内対応エリアの拡充や広報等、患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療機関が受け入れる体制の充実を図ります。

また、急性期を脱した患者を受け入れる医療機関や介護施設等との連携強化を図り、地域における機能分化・連携の協議を進めていきます。

病院間の患者搬送については、緊急を要する場合に救急車を活用し、緊急性のない患者の搬送は民間救急等を活用するよう促します。

⑤ 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

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、市町と連携して、二次救急医療機関や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づくりを進め、感染症対策との両立を図ります。

(2) 診療科や地域における救急医療体制

① 精神科救急医療体制

身体合併症及び自殺未遂者等の緊急な医療を必要とするすべての精神障害者が、迅速かつ適切な医療を受けられるよう、精神科救急医療と一般救急医療等との連携も含めた医療体制の構築に努めます。

② 広島市を中心とした広島都市圏における救急医療体制

夜間に軽症患者を受け入れる医療提供体制を引き続き確保するとともに、輪番制病院の負担軽減、救急搬送の応需率向上等に広島市等関係者と連携して努めます。

③ 県東部における救急医療体制

広島県と岡山県では、平成24（2012）年1月から医療広域連携会議を設置しており、県境を接する岡山県の井笠地域を含めた救急搬送・救急医療の連携体制の構築に向けて検討を行っています。引き続き、関係者による協議の場において、県境を越えた救急医療体制の構築に向けた取組の検討を進めます。

4 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づくり

(1) 救命救急医療機関等から在宅復帰までの切れ目のない医療介護連携体制づくり

急性期を脱した後は、適切な医療機関において必要な医療やケアを受けて日常生活機能を回復させることや、退院後の環境整備など、在宅復帰に向けた支援が必要です。

このため、救命救急医療機関と回復期医療機関、在宅医療・介護関係機関の円滑な連携・協力により、発症から在宅復帰までの切れ目のない医療介護提供体制の確保を進めます。

具体的には、退院時カンファレンスを実施できる体制整備を促進するとともに、在宅療養を支える医療・介護関係者の多職種連携により、必要な情報共有や顔のみえる関係づくりを推進します。

※在宅医療に関しては、第3節「1 医療介護連携等の構築及び推進」にて記載

(2) 回復期病床

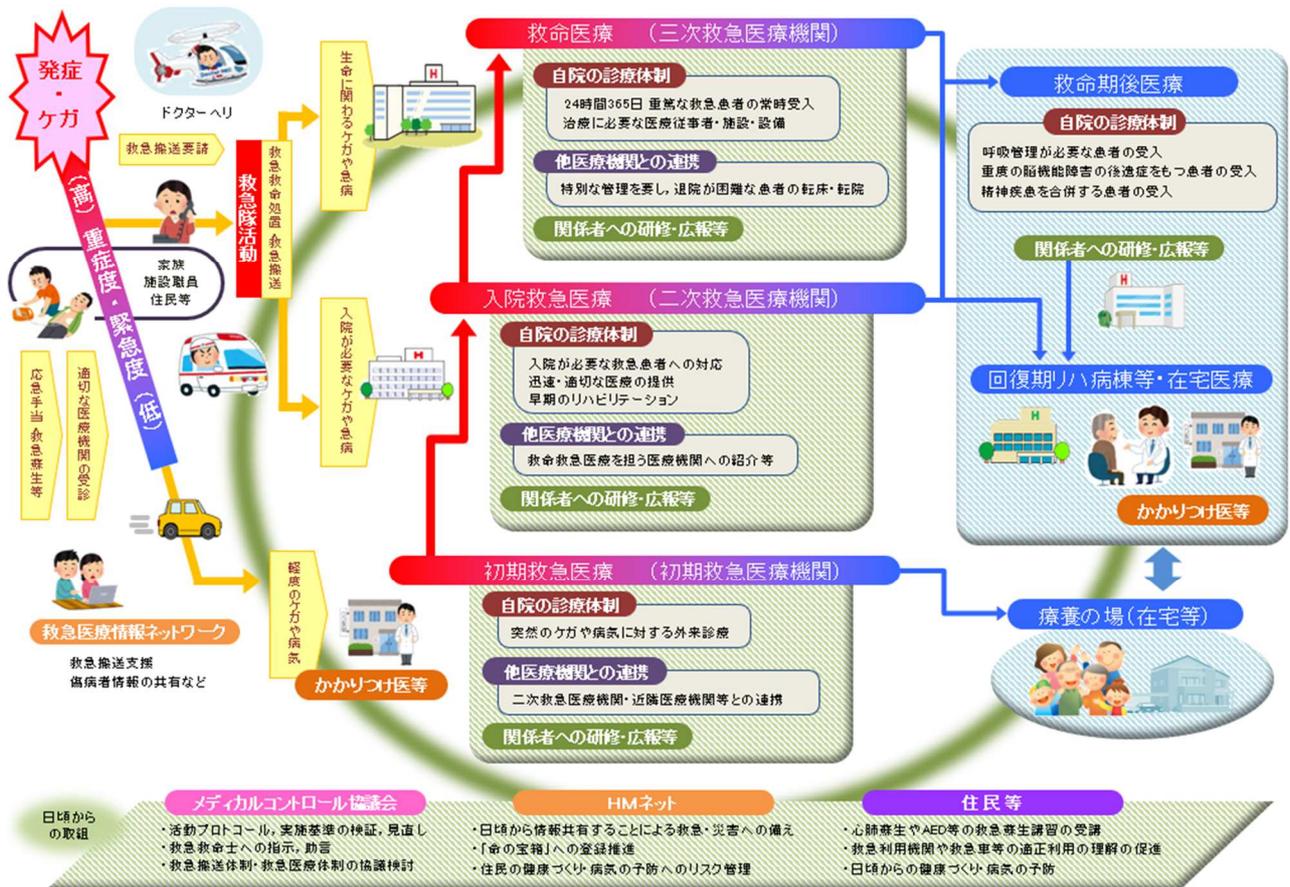
現在の地域医療構想の最終年である令和7（2025）年を目指し、全ての医療機関で対応方針を策定し、機能分化・連携の協議を進めていくとともに、地域医療総合確保基金を活用した回復期病床への転換を促進します。

医療連携体制

救急医療の医療連携体制は、7つの二次保健医療圏が基本となっています。
 救急医療の医療体制に求められる医療機能は、表及び次のイメージ図のとおりです。
 圏域ごとの医療連携体制を担う具体的な医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

図表 2-2-3 「救急医療」の体制と連携

『救急医療』の体制と連携(イメージ図)



第2章 安心できる保健医療体制の構築

図表 2-2-4 救急医療の医療体制に求められる医療機能

	【救護】	【初期救急医療】	【入院救急医療】	【救命医療】	【救命後の医療】	
機能	医療機関の受診や救急車の要請の相談に対応	病院前救護活動	初期救急医療を担う医療機関	入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療）	救命救急医療機関（第三次救急医療）	
ポイント	①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できること ②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	①患者又は周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急搬送を実施すること ②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 ③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れが適切に行われること ④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	①患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること	①24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること ②患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること	①24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること ②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	
関係機関等	・都道府県	・住民等 ・消防機関の救急救命士等 ・メディカルコントロール協議会 ・地域の救急医療関係者	・休日・夜間急患センター ・休日や夜間に対応できる診療所 ・在宅当番医制に参加する診療所	・病院群輪番制病院、共同利用型病院 ・一年を通じて診療科にとらわれず救急医療を担う病院又は有床診療所 ・地域医療支援病院（救命救急センターを有さないもの） ・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又は有床診療所	・救命救急センター ・療養病床を有する病院 ・精神科を有する病院 ・回復期リハビリテーション病床を有する病院 ・地域包括ケア病床を有する病院 ・診療所（在宅医療等を行う診療所を含む。） ・訪問看護事業所	
医療機関等に求められる事項	【都道府県】 ①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	【住民等】 ①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 ②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、又は適切な医療機関を受診すること ③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 ④人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかにて日頃から話し合うこと 【消防機関の救急救命士等】 ①住民等に対し、応急手当、AEDの使用を含めた救急蘇生法に関する講習会を実施すること ②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 ③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 ④地域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 ⑤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 ⑥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】 ①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 ②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 ③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 ④救急救命士等の再教育を実施すること ⑤ドクターカーやドクターヘリ等の活用について、地域において定期的に検討すること ⑥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、ドクターヘリが同時に要請された際や、都道府県協付近の患者からの要請時における都道府県境を越えた隣接都道府県との広域連携を含め、効率的な運用を図ること ⑦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 ⑧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 ⑨必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること 【地域の救急医療関係者】 ①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 ②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 ③ACPIに関する議論や救急現場における心臓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、地域の実情に応じた多様な関係者が協力して検討すること	①救急医療に必要な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 ②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により、地域で診療の空白時間が生じること ③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 ④休日・夜間に対応できる薬局と連携していること ⑤自治体等との連携の上、診療可能な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	①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 ②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により、地域で診療の空白時間が生じること ③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又は専用病床を有すること ④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 ⑤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 ⑥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 ⑦当該病院では対応できない重症急性患者への対応に備え、近隣の適切な医療機関と連携していること ⑧第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 ⑨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 ⑩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・救急医療機関に周知していること ⑪医師、看護師、救急救命士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと ⑫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、地域の実情に応じた、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 ⑬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 ⑭救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）によって定められる救急病院であること	①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 ②集中治療室（ICU）、心臓病専用室（CCU）、脳卒中専用室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能であること ③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）・看護師が常時診療等に従事していること ④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 ⑤高度救命救急センター等の地域の基幹となる救命救急医療機関は、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、トモ災害発生時等における統制や備前等にも対応できる体制を構築すること ⑥必要に応じて、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 ⑦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 ⑧急性期のリハビリテーションを実施すること ⑨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院、転院できる体制にあること ⑩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 ⑪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 ⑫実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域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 ⑬DMAT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 ⑭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。）の保有が望ましいこと ⑮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 ⑯医師、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 ⑰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、地域の実情に応じた、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 ⑱都道府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 ⑲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	①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 ②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 ③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 ④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 ⑤救命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 ⑥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 ⑦日常生活活動（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 ⑧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 ⑨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 ⑩診療内容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