

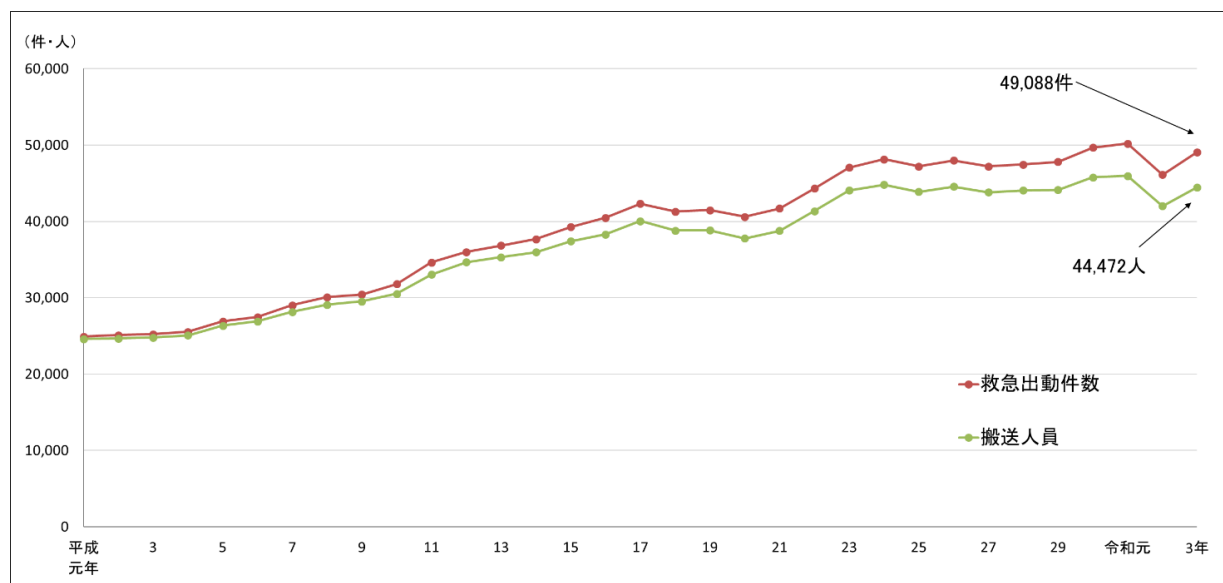
第6節 救急医療対策

第1 現状と課題

- 救急出動件数に占める軽症者の割合は減少したものの、引き続き医療機関の適正受診や救急車の適正利用を促すことが必要
- 初期救急医療については、休日・夜間急患センター及び在宅当番医制による診療体制を維持していくことが必要
- 入院救急医療については、救急告示医療機関、病院群輪番制参加病院ともに減少しており、特に休日・夜間に入院治療を必要とする救急患者に対する医療の中核をなす病院群輪番制の維持が課題
- 救命医療については、高度救命救急センターと救命救急センターとの連携等による効果的、効率的な救命医療の提供が必要

本県の救急医療の需要は年々増加してきましたが、救急搬送人員は令和元年に45,966人と過去最多を記録し、高い水準が続いており、令和3年は44,472人でした（図1）。

図1 本県の救急自動車による救急出動件数及び搬送人員の推移



資料：消防庁「令和4年版救急・消防の現況」

1 医療提供体制

(1) 相談体制及び病院前救護体制

(相談体制)

限られる救急医療資源を有効に活用するためには、患者が症状に応じて医療機関を適正に受診することや救急車を適正に利用することが重要になります。

県では、医療機能情報システム及び消防機関に設置した医療機関案内電話により、休日・夜間の在宅当番医等の情報を提供できるようにしています。

また、休日・夜間の子どもの症状に対応するための電話相談窓口である「子ども医療電話相談（＃8000）」を実施し、応急手当の方法や緊急時の受診の目安等について看護師が相談に応じる体制を整備しています。

本県の救急出動件数に占める軽症者の割合は、前計画策定時点の41.4%（平成27年）から39.7%（令和3年）へと減少傾向にあります。引き続き医療機関の適正受診や救急車の適正利用を促す必要があります。

（県民への救急蘇生法の普及）

傷病者の救命率及び社会復帰率の向上のためには、医療機関へ搬送される前に患者の周囲にいた一般市民による救急蘇生法、そして救急救命士による適切な処置及び消防機関による速やかな搬送が行われることが効果的です。特に、一般市民による救急蘇生法の実施においては自動体外式除細動器（AED）の活用が重要です。（令和3年 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件数（割合）：12件（0.7%））

近年、AEDの数は増加していますが、いざというときに正常に作動できるよう定期的に点検を行うことや、AEDが必要なときにAED設置場所にたどりつけるよう、設置場所へ誘導するための表示がなされるとともにそれを周知することが重要です。（令和5年7月 本県のAED設置台数：3,273台）

また、県民全員が救急蘇生法を行えるよう救命講習を積極的に受講するとともに、消防機関への迅速な通報が求められます。令和3年において、本県では消防機関が実施している救命講習を人口1万人当たりでは全国平均より多い43.2人が受講しており、より多くの県民がAEDの使用法を含めた救急蘇生法を習得できるよう引き続き救命講習を実施する必要があります。

（消防機関による救急搬送と救急救命士の活動、メディカルコントロール体制の整備）

本県は広い県土を有するため、医療を必要とする傷病者の救急搬送に時間を要する地域もあり、また、傷病者の状態によっては、医師の指示の下、救急救命士が救急現場で救急救命処置を行う必要があります。

このため、全県においてメディカルコントロール体制を構築し、医師の指示の下、救急救命士が適切な救急救命処置を行える体制を整備しています。加えて、気管挿管や薬剤投与等の医師の具体的指示を必要とする救急救命処置（特定行為）を実施可能な認定救急救命士の増加を図っています。

本県の救急救命士数は年々増加しており（令和4年4月 本県の救急救命士数：503人）、常時救急救命士を運用している救急隊の割合も前計画策定時点の73.3%（平成28年4月1日現在）から90.7%（令和4年4月1日現在）へと増加していますが、全国平均を下回っているため、引き続き、救急隊員の救急救命士養成研修への派遣などの養成支援を行うことにより、病院前救護体制の充実を図ることが必要です。

（救急搬送及び受入れに関する基準の策定と実施）

傷病者の救命率及び社会復帰率の向上のためには、救急要請から救急医療機関への救急搬送までを迅速かつ適切に行うことが求められます。（令和3年 救急要請（覚知）から救急医療機関に收容するまでに要した平均時間：40.9分）

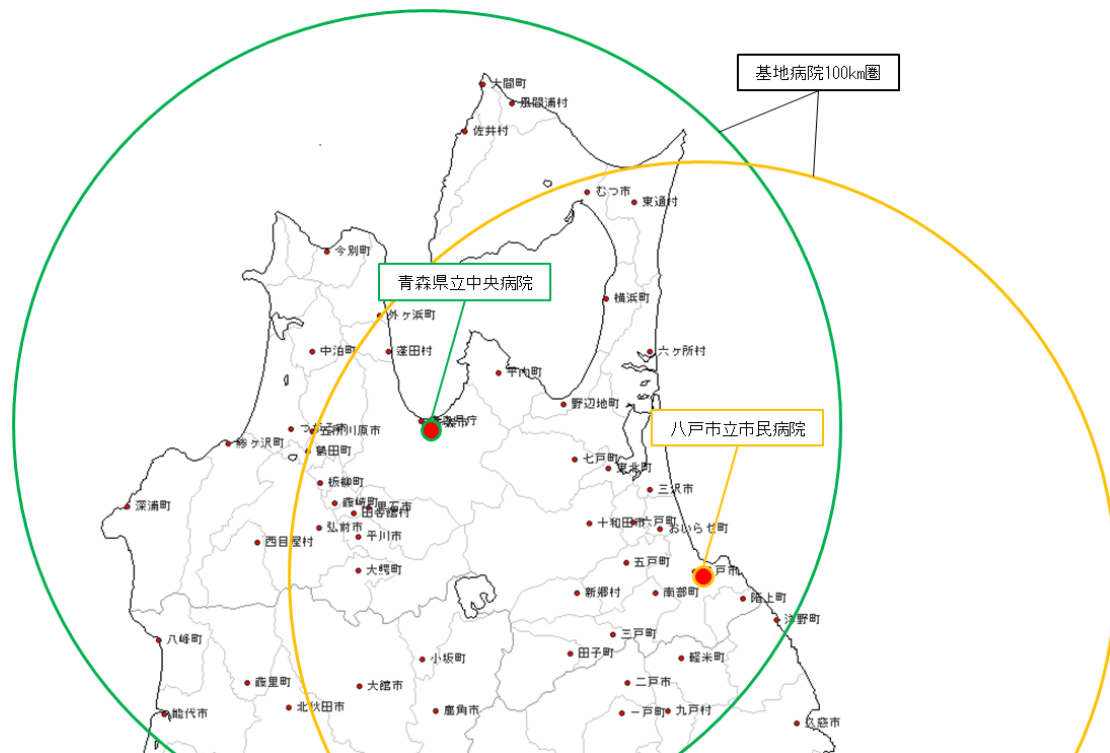
消防機関と医療機関との連携体制を強化し、救急搬送及び受入れを適切かつ円滑に行うため、『青森県救急患者搬送及び受入れに関する実施基準』に基づく救急搬送及び受入れが行われており、患者の状況に応じた適切な救急搬送及び受入体制の更なる充実が求められます。（令和

3年 重症以上傷病者において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った件数(割合):72件(1.0%)

(多様な救急搬送体制)

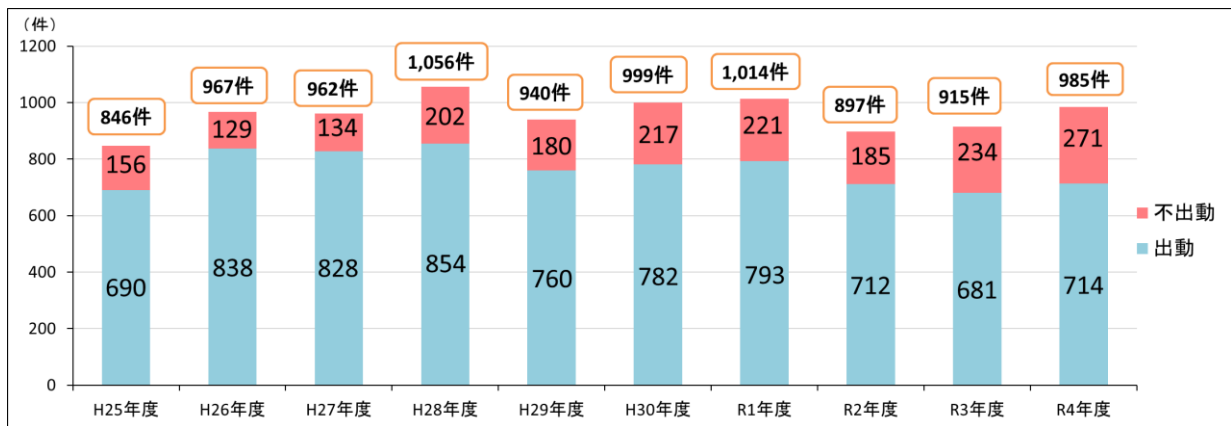
広い面積を有し、かつ津軽半島及び下北半島を抱える本県には、重症度の高い傷病者を受け入れる救命救急センター等まで救急車で1時間以上要する地域が多く存在するため、ドクターヘリを青森県立中央病院及び八戸市立市民病院の2病院に配備し、両病院を基地病院として2機体制で運航しています。

ドクターヘリには、消防機関から年間約1,000件の出動要請があり、安全な運航と適切な医療を提供するためには、基地病院に配置する機材や操縦士、整備士のほか、適切な医療を提供するために搭乗する医師・看護師の確保、離着陸誘導や傷病者の搬送に係る消防機関と医療機関との連携体制の確保が必要です(図2)。



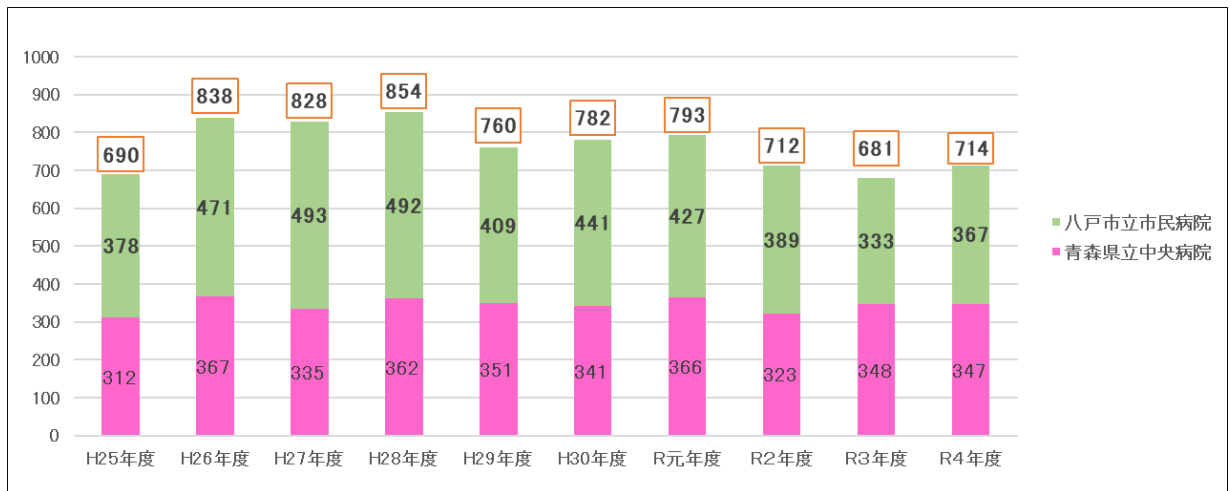
区分	医療機関名
ドクターヘリ基地病院	青森県立中央病院 八戸市立市民病院

図2 ドクターヘリ要請件数（出動・不出動件数の合計）



資料：青森県医療薬務課調べ「青森県ドクターヘリ運航実績」

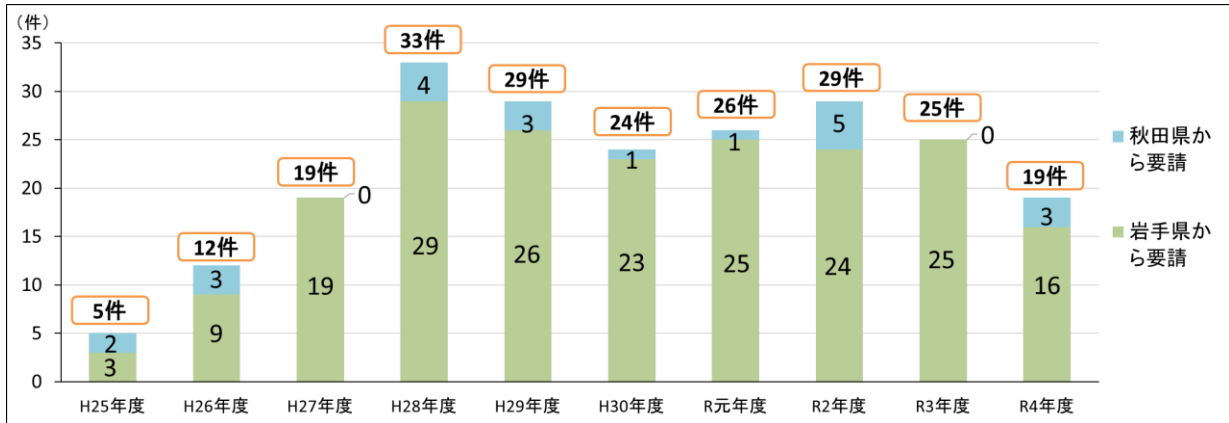
図3 基地病院別のドクターヘリ出動件数



資料：青森県医療薬務課調べ

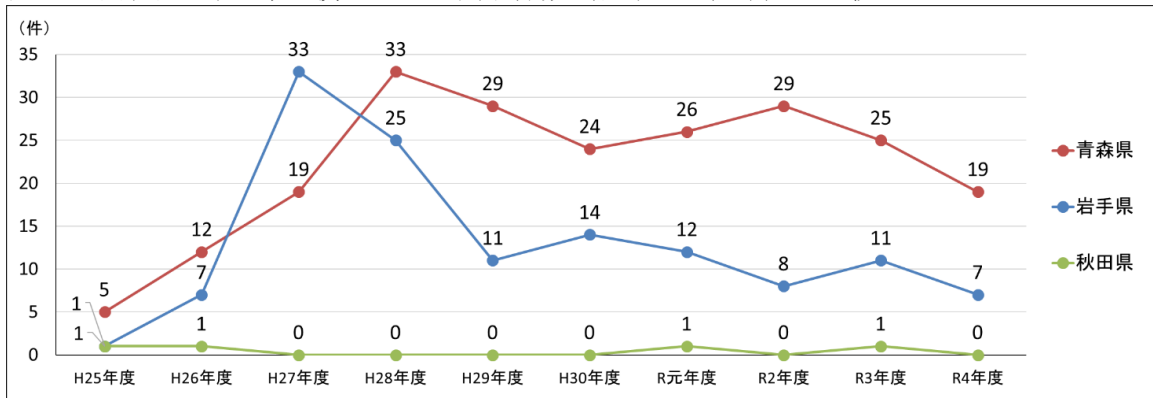
また、更なる救急医療提供体制の充実強化を図るため、ドクターヘリの北東北3県による広域連携を平成25年4月から開始しており、引き続き隣接する岩手県、秋田県のドクターヘリ、消防機関と医療機関との相互連携を充分に進めていくことが必要です（図3、4）。

図4 図2の出動件数のうち、北東北3県広域連携における本県の出動件数



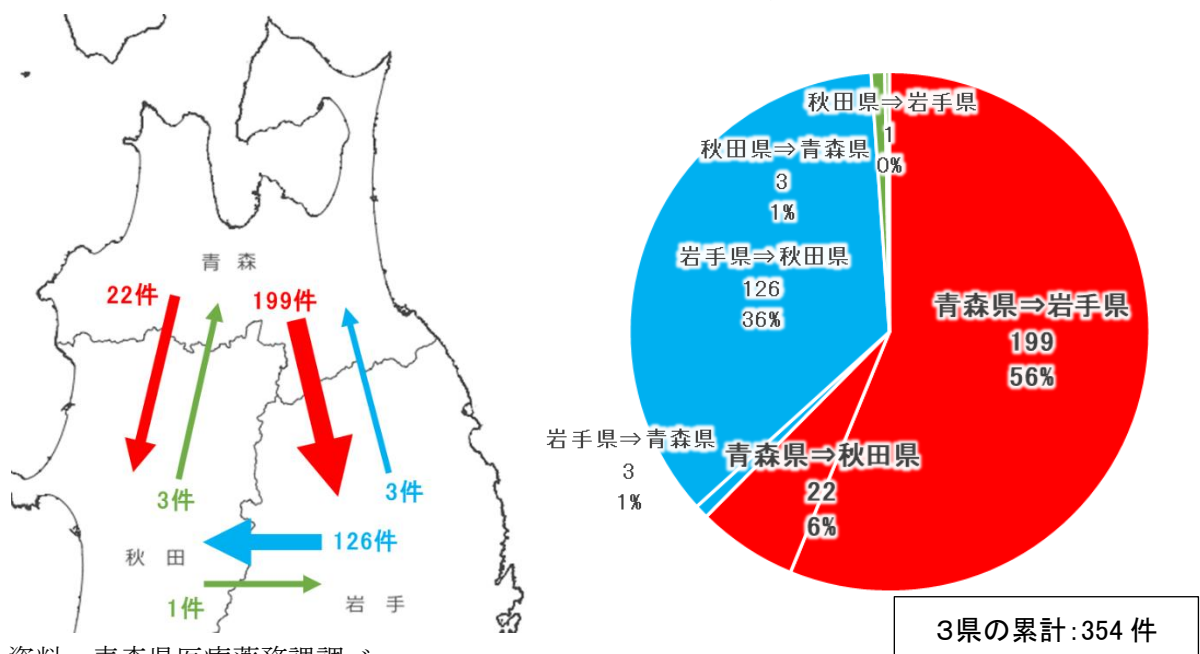
資料：青森県医療薬務課調べ「青森県ドクターヘリ運航実績」

図5 北東北3県広域連携における出動件数（自県から他県）の比較



資料：青森県医療薬務課調べ「青森県ドクターヘリ運航実績」

図6 平成25年度から令和4年度までの北東北3県広域連携の出動件数の累計と割合



資料：青森県医療薬務課調べ

(2) 初期救急医療

通常、医療機関が診療を行っていない休日及び夜間に、治療が必要となった県民に医療を提供できる体制を取ることは救急医療にとって重要なことです。

県内では青森市、弘前市及び八戸市で休日・夜間急患センターが開設され、青森市、弘前市、黒石市、五所川原市、十和田市、三沢市及びむつ市で在宅当番医制により診療体制を確保しています。

これらの体制の確保は地域の医師会や歯科医師会等の協力により行われており、今後も診療体制を維持していくことが必要です。

初期救急医療機関を利用する救急患者割合が増加することにより、高次医療機関の負担が軽減されます。そのためには、県民が救急医療体制の仕組みを理解し、症状に応じて、適正に医療機関を受診するよう普及・啓発をする必要があります。

また、県民が休日・夜間に受診可能な医療機関がわかるよう、情報を提供していくことも必要です。(令和3年度 休日・夜間において初期救急医療機関を受診した傷病者の割合：19.9%)

(3) 入院救急医療

当該医療を担う救急告示医療機関(令和5年4月時点 44施設)、病院群輪番制参加病院(令和5年4月時点 11施設)ともに減少しており、特に休日・夜間に入院治療を必要とする救急患者の医療については、その中核をなす病院群輪番制の維持が課題となっています。

病院群輪番制参加病院においては、軽症の救急患者が搬送されることも多く、地域によっては重篤な救急患者を治療しなければならない現状もあることから、救急医療にあたる医師不足や医師の過重な負担等が課題となっています。

(4) 救命医療

重篤な救急患者の医療を担う救命救急センターは、弘前大学医学部附属病院、八戸市立市民病院及び青森県立中央病院の3か所に設置されています。なかでも、弘前大学医学部附属病院は、高度救命救急センターとして、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に重篤な症例について対応しており、八戸市立市民病院では広範囲熱傷集中治療室を持ち広範囲熱傷に対応しています。重篤な救急患者の医療については、高度救命救急センターと救命救急センターとの連携、ドクターヘリや防災ヘリとの連携による効果的、効率的な救命医療の提供を図る必要があります。

(5) 救命後の医療

救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療機関から適切な医療機関へ転院できる体制を構築する必要があります。このため、救命救急センターを始めとした医療機関において、転棟・転院の調整を行う職員の配置が望まれます。

第2 施策の方向

【目的】

- 全ての救急患者に対応できる救急医療体制の構築
- 救急患者の生存率の向上

【施策の方向性】

- 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の構築
- 適切な病院前救護活動が可能な体制の構築
- 重症度・緊急度に応じた医療が可能な体制の構築
- 救急医療機関等から療養の場への円滑な移行が可能な体制の構築
- 新興感染症の発生・まん延時における救急医療体制の構築

1 施策の方向性

(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の構築

- ・医療機能情報システム及び消防機関に設置した医療機関案内電話により、休日・夜間の在宅当番医等の情報を提供します。(県、消防機関)
- ・「子ども医療電話相談（#8000）」を運用するとともに、新たに「救急安心センター事業（#7119）」（仮称）を設置し、相談体制を強化することにより、医療機関の適正受診及び救急車の適正利用を促します。(県)

(2) 適切な病院前救護活動が可能な体制の構築（病院前救護体制）

- ・より多くの県民が適切な救急蘇生法を習得できるよう、学校教育や自動車教習所での講習のほか、広く県民に対し、消防機関等が実施する救命講習への受講を促します。(県民、県、市町村、消防機関)
- ・AED設置場所等がわかるよう、県民に対しホームページや施設表示板等で示すとともに、AED設置者においては、AEDをいざというときに正常に作動できるよう点検を行います。(AED設置者、一般財団法人日本救急医療財団、県)
- ・救急救命士を養成するため、救急隊員の計画的な救急救命士養成研修への派遣を行うとともに、認定救急救命士を養成するため、病院における救急救命士の実習受入れを支援します。(県、救命救急センター、医療機関、消防機関)
- ・医療機関や消防機関と連携して、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等について、医師が指示・助言するメディカルコントロール体制の充実に努めます。(県、医療機関、消防機関)
- ・傷病者の症状・病態や重症度に応じた救急搬送及び受入れをより適切かつ円滑に行うため、必要に応じて『青森県救急患者搬送及び受入れに関する実施基準』の見直しを行います。(県、医療機関、消防機関)
- ・ドクターヘリが、消防機関からの要請に応じて出動できるよう、安全な運航と搭乗する医師や看護師を確保し、基地病院等における必要な体制づくりを進めます。(県、基地病院、消防機関)

- ・ドクターヘリ北東北3県広域連携による協定に基づき、隣接する他県のドクターヘリとの相互連携を進めます。(県)

(3) 重症度・緊急度に応じた医療が可能な体制の構築(初期救急医療、入院救急医療、救命医療)

- ・医師会、歯科医師会の協力の下、現在3市で実施されている休日・夜間急患センター、7市で実施されている在宅当番医制の円滑な運営を確保します。(市)
- ・休日・夜間等に受診する救急患者の多くが、二次、三次救急医療機関に集中し、重症救急患者への救急医療の提供に支障を来さないように、県民が救急医療体制を理解し、適切な受診行動をとることができるよう普及啓発を図ります。(県、市町村、医療機関、消防機関)
- ・医療機能情報システムにより、休日・夜間に受診可能な医療機関を紹介します。(県)
- ・地域の医療機能再編成と併せて、病院群輪番制の維持を含めた、地域の実情に応じた救急医療体制の構築に取り組みます。(県、市町村、自治体病院、その他医療機関)
- ・高齢者、精神疾患を有する患者や障がい者、小児、妊婦、透析患者等、特に配慮を要する患者を受け入れる体制を確保します。(県、医療機関)
- ・重篤な患者の医療については、高度救命救急センターと救命救急センターとの連携、ドクターヘリや防災ヘリとの連携による効果的、効率的な救命医療の提供を進めます。(県、高度救命救急センター、救命救急センター)

(4) 救急医療機関等から療養の場への円滑な移行が可能な体制の構築(救命後の医療)

- ・救命期を脱した後における重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療機関から適切な医療機関へ転院できる体制づくりに努めます。(県、市町村、医療機関)

(5) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療体制の構築((1)～(4)共通事項)

- ・新興感染症の発生・まん延時に備え、平時から感染症に対応できる人材の育成や外来機能の拡充方法等について検討を行い、新興感染症のまん延により救急患者が増加した際に対応できる体制整備を進めます。(県、医療機関)

アウトプット（施策）（A）

番号	項目	現状値	目標値
住民に対する救急蘇生法、予防救急等の普及啓発の実施			
1	住民の救急蘇生法講習の受講者数（人口1万対）	43.2 人	増加
適切な病院前救護の実施			
2	常時救急救命士を運用している救急隊の割合	90.7 %	93.2 %

番号	項目	現状値	目標値
初期救急医療体制の整備			
3	一般診療所の初期救急医療への参画率	14.4 %	増加

番号	項目	現状値	目標値
二次救急医療体制の整備			
4	二次救急医療機関の応需率	88.8 %	増加

番号	項目	現状値	目標値
三次救急医療体制の整備			
5	救急担当専任医師数（1センター当たり）	14.0 人	維持
6	救急担当専任看護師数（1センター当たり）	56.0 人	維持

初期アウトカム（B）

番号	項目	現状値	目標値
病院前救護の適切な実施と速やかな搬送			
1	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件数	0.7 %	1.3 %
2	救急要請（覚知）から救急医療機関へ収容するまでに要した平均時間	40.9 分	減少
3	救急出動件数に占める軽症者の割合	39.7 %	減少

番号	項目	現状値	目標値
診療の空白時間なく、地域で受けられる初期救急医療			
4	休日・夜間において初期救急医療機関を受診した傷病者の割合	19.9 %	増加

番号	項目	現状値	目標値
入院治療を要する重症患者に対する適切な医療			
5	重症以上傷病者において、医療機関に4回以上受入の照会を行った割合（受入困難事例）	1.0 %	減少

番号	項目	現状値	目標値
重篤な救急患者に対する適切な医療			
6	救命救急センターの応需率	94.5 %	増加

分野アウトカム（C）

番号	項目	現状値	目標値
救急患者の生存率の向上			
1	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後生存率	9.0 %	12.7 %

3 数値目標

	番号	項目	現状値	目標値	出典	備考
A	1	住民の救急蘇生法講習の受講者数(人口1万対)	43.2人	増加	消防の現況(消防保安課)	全国平均37.3人
	2	常時救急救命士を運用している救急隊の割合	90.7%	93.2%	救急・救助の現況(消防庁)	全国平均93.2%
	3	一般診療所の初期救急医療への参画率	14.4%	増加	医療施設調査(厚生労働省)	全国平均13.5%
	4	二次救急医療機関の応需率	88.8%	増加	医療業務課調べ	全国統計なし
	5	救急担当専任医師数(1センター当たり)	14.0人	維持	救命救急センターの評価(厚生労働省)	全国平均11.0人 青森県総数42人
	6	救急担当専任看護師数(1センター当たり)	56.0人	維持	救急医療体制現況調べ(厚生労働省)	全国平均61.6人 青森県総数168人
B	1	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割合	0.7%	1.3%	救急・救助の現況(消防庁)	全国平均1.3%
	2	救急要請(覚知)から救急医療機関へ収容するまでに要した平均時間	40.9分	減少	救急・救助の現況(消防庁)	全国平均42.8分
	3	救急出動件数に占める軽症者の割合	39.7%	減少	救急・救助の現況(消防庁)	全国平均44.8%
	4	休日・夜間において初期救急医療機関を受診した傷病者の割合 (「休日・夜間において初期救急医療機関を受診した傷病者数」 ÷「休日・夜間において初期、二次及び三次救急医療機関を受診した傷病者数」)	19.9%	増加	医療業務課調べ	全国統計なし
	5	重症以上傷病者において、医療機関に4回以上受入の照会を行った割合(受入困難事例)	1.0%	減少	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(消防庁)	全国平均3.0%
	6	救命救急センターの応需率	94.5%	増加	都道府県調査	全国統計なし
C	1	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後生存率	9.0%	12.7%	救急・救助の現況(消防庁)	全国平均

4 医療連携体制の圏域

救急医療に係る医療連携体制の圏域については、在宅当番医制や救急告示医療機関、救命救急センターの配置状況等にはほぼ変更がないことを勘案し、従来の圏域を維持します。

① 初期救急医療

初期救急医療の医療圏は、市町村とします。

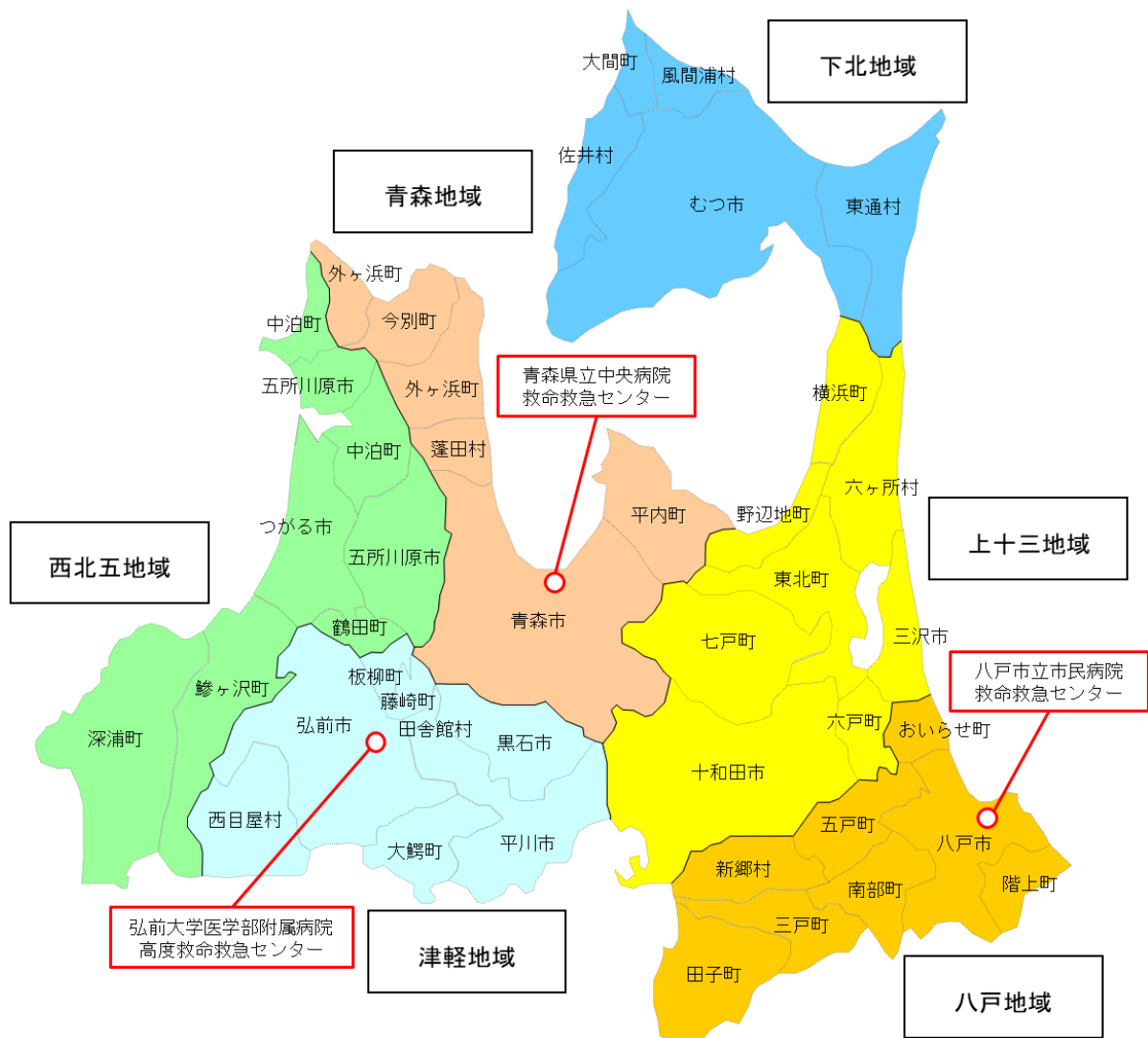
② 入院救急医療

入院救急医療の医療圏は、津軽地域、八戸地域、青森地域、西北五地域、上十三地域、下北地域の6つの二次保健医療圏とします。

③ 救命医療

救命医療の医療圏は、全県一区とします。

なお、地域メディカルコントロール協議会については、救命救急センターの配置を踏まえ、弘前大学医学部附属病院を中心とした津軽・西北五地域、八戸市立市民病院を中心とした八戸・上十三地域、青森県立中央病院を中心とした青森・下北地域の3地域としています。



第3 目指すべき医療機能の姿

	医療機関の受診や救急車の要請の相談に対応する機能	病院前救護活動の機能【救護】	初期救急を担う医療機関の機能【初期救急医療】
目指すべき方向	<p>(1) 医療機関の受診や救急車の要請の相談に対応することが可能な体制</p> <p>① 全国共通番号の電話相談体制(＃7119、＃8000)の整備</p> <p>② 地域住民等が電話相談等により、適切な医療機関の受診や救急車の要請ができる体制</p>	<p>(2) 適切な病院前救護活動が可能な体制</p> <p>① 本人・周囲の者に必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施</p> <p>② メディカルコントロール体制の整備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</p> <p>③ 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れ</p> <p>④ 地域住民の救急医療への理解</p>	<p>(3) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制</p> <p>① 患者の状態に応じた適切な救急医療の提供</p> <p>② 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</p> <p>③ 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</p> <p>④ 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</p> <p>⑤ 複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例等、他の医療機関</p> <p>⑥ 精神疾患を有する患者や障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に配慮</p> <p>⑦ 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</p> <p>(4) 増加する高齢者救急を受け入れる体制</p> <p>① 増加する高齢者救急を主に受け入れる医療機関の位置づけ</p> <p>② 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</p>
目 標	<p>(6) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療</p> <p>① 救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成する体制</p> <p>② 医療機関において、救急外来の需要が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</p> <p>③ 救急外来を受診しなくても済むよう、電話等による相談体制(＃7119、＃8000等)及びオンライン診療を実施する体制を平時から充実させ、新興感染症のまん延により救急外来の需要が増した際にも対応できる体制</p> <p>④ 救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関及び地域全体において対応できる体制</p> <p>⑤ いったん患者を幅広く受け入れ、必要な初療を行った上で、入院が必要な際には他の医療機関に転院させる外来機能を特化した医療機関の整備や、患者や医療人材を集めて対応する大規模な医療機関の整備、患者を分散して対応する体制等、地域の実情に応じて、精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に配慮を要する患者を含め患者を受け入れる医療機関をあらかじめ検討し、新興感染症の発生</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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れ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 	<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
求められる事項	<p>ア 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 <p>イ 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、又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、年齢に応じて小児救急でんわ相談(＃8000)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うこと <p>ロ 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、『青森県救急患者搬送及び受入れに関する実施基準』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 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 『青森県救急患者搬送及び受入れに関する実施基準』を活用し、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、精神科救急医療体制に参画している指定医療機関と十分な連携を図ること <p>ハ メディカルコントロール協議会</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急救命士等の行方把握や、疾患に応じた活動プロトコルを策定し、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について、地域において定期的に検討すること ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用には、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超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 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・協働する体制を、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 <p>ニ 地域の救急医療関係者</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムやアドバンス・ケア・プランニング(以下「ACP」という。)[1]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 	<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、在宅当番医制などにより、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 	
関係機関	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及び地域の救急医療関係者	休日・夜間急患センター及び在宅当番医制に参加する医療機関

入院を要する救急医療を担う医療機関 (第二次救急医療)の機能 【入院救急医療】	救命救急医療機関(第三次救急)の機能 【救命救急】	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能 【救命後の医療】
<p>連携体制</p> <p>体制</p> <p>間で治療の継続が困難な救急患者を受け入れる体制</p> <p>を要する患者を受け入れる体制</p> <p>携により地域の他の医療機関に転院させ、又は一般病棟へ円滑に転棟できる体制</p> <p>に関する指導を行い、必要な支援へつなぐ体制</p> <p>第二次救急医療機関や第三次救急医療機関に ・まん延時、の患者の受け入れに対応できる体制</p>	<p>24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること</p> <p>・患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること</p> <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。</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、救命救急士等のメディカルコントロールや、救命救急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> <p>・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24時間365日必ず受け入れることが可能であること</p> <p>・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</p> <p>・救命救急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</p> <p>・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</p> <p>・重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時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> <p>・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</p> <p>・救命救急に際す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べテリ調整を行う等の院内の連携がとられていること</p> <p>・急性期のリハビリテーションを実施すること</p> <p>・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、精神疾患を併発する患者、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</p> <p>・第二次救命救急医療機関や、回復期病棟・慢性期病棟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</p> <p>・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</p> <p>・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</p> <p>・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</p> <p>・救命医療情報センターを通じて、診療機能を住民・救命救急機関等に周知していること</p> <p>・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</p> <p>・救命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、救命救急士等、多職種へのタスク・シフトを含め、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</p> <p>・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、救命救急士の気管挿管・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</p> <p>・救命救急士等の省令(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</p>	<p>(5) 救命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</p> <p>① 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、高次の救命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</p> <p>② 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</p> <p>③ 地域包括ケアシステムの構築に向け、救命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</p> <p>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</p> <p>・合併症、後遺症のある患者に対し慢性期の医療を提供すること</p> <p>・救命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</p> <p>・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</p> <p>・救命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</p> <p>・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</p> <p>・救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を併発した患者を受け入れる体制を整備していること</p> <p>・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</p> <p>・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</p> <p>・退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</p> <p>・救命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</p> <p>・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</p>
<p>高齢者救急をはじめ、地域で発生する救急患者へ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、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、施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。救命救急士等への教育機能も一部担う。</p> <p>・救命救急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</p> <p>・救命救急に必要に応じて診療の補助業務に対応できること</p> <p>・救命救急を行うために必要な施設及び設備を有すること</p> <p>・救命救急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</p> <p>・救命救急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</p> <p>・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</p> <p>・初期救命救急医療機関や精神科救命救急医療体制等と連携していること</p> <p>・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</p> <p>・第三次救命救急医療機関や、回復期病棟・慢性期病棟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</p> <p>・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</p> <p>・救命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・救命救急機関等に周知していること</p> <p>・医師、看護師、救命救急士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと</p> <p>・救命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、救命救急士等、多職種へのタスク・シフトを含め、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</p> <p>・救命救急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</p>	<p>24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること</p> <p>・患者の状態に応じた適切な情報や救命救急医療を提供すること</p> <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。</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、救命救急士等のメディカルコントロールや、救命救急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> <p>・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24時間365日必ず受け入れることが可能であること</p> <p>・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</p> <p>・救命救急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</p> <p>・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</p> <p>・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、テロ災害発生時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> <p>・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</p> <p>・救命救急に際す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べテリ調整を行う等の院内の連携がとられていること</p> <p>・急性期のリハビリテーションを実施すること</p> <p>・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、精神疾患を併発する患者、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</p> <p>・第二次救命救急医療機関や、回復期病棟・慢性期病棟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</p> <p>・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</p> <p>・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</p> <p>・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</p> <p>・救命医療情報センターを通じて、診療機能を住民・救命救急機関等に周知していること</p> <p>・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</p> <p>・救命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、救命救急士等、多職種へのタスク・シフトを含め、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</p> <p>・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、救命救急士の気管挿管・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</p> <p>・救命救急士等の省令(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</p>	<p>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</p> <p>・合併症、後遺症のある患者に対し慢性期の医療を提供すること</p> <p>・救命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</p> <p>・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</p> <p>・救命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</p> <p>・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</p> <p>・救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を併発した患者を受け入れる体制を整備していること</p> <p>・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</p> <p>・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</p> <p>・退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</p> <p>・救命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</p> <p>・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</p>
<p>病院群輪番制病院及び救急告示医療機関</p>	<p>医療機関(救命救急センターなど)</p>	<p>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床を有する病院、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>

青森県の救急医療体制(令和5年4月現在)

二次保健医療圏名	市町村	推計人口 (R5.4.1現在)	初期救急医療		入院救急医療		救命医療	
			休日・夜間急患センター	在宅当番医制	病院群輪番制参加病院	救急告示医療機関	救命救急センター	
津軽地域	弘前市	162,322	・弘前市急患診療所	・弘前市医師会 ・弘前歯科医師会 (実施場所:弘前市) ・南黒医師会 (実施場所:黒石市)	・弘前大学医学部附属病院 ・国立病院機構弘前総合医療センター ・健生病院	・国立病院機構弘前総合医療センター ・弘前大学医学部附属病院 ・弘前中央病院 ・健生病院 ・弘前メディカルセンター ・弘愛会病院 ・弘前小野病院 ・弘前脳卒中・リハビリテーションセンター ・鳴海病院 ・黒石病院 ・大鰐病院 ・ときわ会病院 ・板柳中央病院		
	黒石市	30,607						
	平川市	29,688						
	藤崎町	14,235						
	大鰐町	8,039						
	田舎館村	7,006						
	板柳町	12,026						
	西目屋村	1,191						
八戸地域	八戸市	217,051	・八戸市休日夜間急病診療所	-	・八戸市立市民病院 ・八戸赤十字病院 ・メディカルコート八戸西病院 ・青森労災病院	・八戸市立市民病院 ・八戸赤十字病院 ・メディカルコート八戸西病院 ・青森労災病院	・八戸市立市民病院 ・八戸赤十字病院 ・八戸城北病院 ・メディカルコート八戸西病院 ・八戸平和病院 ・青森労災病院 ・おいらせ病院 ・三戸中央病院 ・五戸総合病院 ・南部町医療センター ・南部病院 ・はちのへハートセンタークリニック	
	おいらせ町	24,111						
	三戸町	8,449						
	五戸町	15,181						
	田子町	4,582						
	南部町	15,975						
	階上町	12,996						
	新郷村	2,011						
青森地域	青森市	265,328	・青森市急病センター	・青森市医師会 ・青森市歯科医師会 (実施場所:青森市)	・青森県立中央病院 ・青森市民病院 ・青森慈恵会病院 ・青森厚生病院 ・あおもり協立病院 ・村上新町病院 ・青森市立浪岡病院 ・青森新都市病院 ・平内中央病院	・青森県立中央病院 ・青森市民病院 ・青森慈恵会病院 ・青森厚生病院 ・あおもり協立病院 ・村上新町病院 ・青森市立浪岡病院 ・青森新都市病院 ・平内中央病院	○弘前大学医学部附属病院(高度救命救急センター) ○八戸市立市民病院(救命救急センター) ○青森県立中央病院(救命救急センター)	
	平内町	9,537						
	今別町	2,081						
	蓬田村	2,403						
	外ヶ浜町	4,893						
西北五地域	五所川原市	49,243	-	・西北五医師会 (実施場所:五所川原市)	-	・つがる総合病院 ・かなぎ病院 ・鱒ヶ沢病院		
	つがる市	29,298						
	鱒ヶ沢町	8,400						
	深浦町	6,678						
	鶴田町	11,402						
	中泊町	8,945						
上十三地域	十和田市	58,448	-	・上十三医師会 (実施場所:十和田市、三沢市)	-	・十和田市立中央病院 ・十和田第一病院 ・三沢市立三沢病院 ・公立七戸病院 ・公立野辺地病院		
	三沢市	37,743						
	野辺地町	11,621						
	七戸町	13,843						
	六戸町	10,269						
	横浜町	4,052						
	東北町	15,782						
	六ヶ所村	10,076						
下北地域	むつ市	51,067	-	・むつ下北医師会 (実施場所:むつ市)	-	・むつ総合病院 ・国民健康保険大間病院		
	大間町	4,401						
	東通村	5,580						
	風間浦村	1,489						
	佐井村	1,578						
計	40市町村	1,189,627			11施設	44施設	3施設	

