

救急医療（病院前救護を含む）について

※アンダーラインは課題

1 施策の現状・課題

(1) 病院前救護

〔メディカルコントロール体制〕

救急現場から医療機関までの搬送体制の強化や救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質の向上など、病院前救護体制を充実するため、千葉県では平成14年11月から千葉県救急業務高度化推進協議会を設置し、全県的なメディカルコントロール体制について協議・調整を行っています。

なお、本県については、県内10地域に地域メディカルコントロール協議会が設置されています。

消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受入れが適切かつ円滑に行われるよう、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」（以下「実施基準」という。）を平成23年度から運用しています。掲載内容については、適宜、見直しを行っています。

救急救命士は、心肺停止状態の傷病者に対し、医師の具体的な指示のもと、静脈路確保、気管挿管、薬剤投与などの救急救命処置を行うことができ、救命率の向上に大きな役割を果たすことから、救急救命士の技術・質の向上を図る必要があります。

〔AED〕

心肺機能停止患者の救命には、第一発見者など市民による一次救命処置（BLS）が重要であり、これを踏まえAEDの使用及び心肺蘇生法の実施の促進に関する条例が施行されました。しかし、AED使用率が低いことから、心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AED（自動体外式除細動器）の使用方法に関する更なる普及啓発が必要です。

〔ドクターヘリ及びドクターカー〕

医師等が現場に急行し、速やかな救命医療の開始と高度な医療機関への迅速な収容により、重篤患者の救命率の向上及び後遺症の軽減を図ることを目的に、ドクターヘリを日本医科大学千葉北総病院（平成13年10月から）と、国保直営総合病院君津中央病院（平成21年1月から）に配備しており、その出動件数は年々増加しています。

救急患者の救命率向上を目的に、救急現場及び搬送途上で応急処置を行うドクターカーが、救命救急センターのうち8箇所を整備されています。

また、医師をいち早く現場に到着させ、速やかに治療を開始することを目的としたラピッドカーが、3箇所を整備されています。

〔救急搬送件数の増加〕

救急車の搬送件数は、平成27年初めて30万件を上回り、305,160件、搬送される人数は、平成27年で271,745人と増加傾向にあり、急速な高齢化に伴いこの傾向は一層強まることが予想されます。119番通報から医療機関に收容するまでの平均時間は、平成27年で44.6分と年々長時間化しており、救急搬送時間を短縮するための対策が喫緊の課題となっています。

千葉県における搬送困難事例（受入交渉回数5回以上又は現場滞在時間30分以上）の割合は、年々増加しています。この搬送困難事例を減らすため、消防機関や医療機関といった関係機関と連携を図っていくことが必要です。長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる医療機関を確保する搬送困難事例受入医療機関支援事業を千葉保健医療圏において実施しています。

救急隊と二次及び三次救急医療機関との間における迅速な搬送先の確保及び救急患者の円滑な搬送を図るため、救急医療機関の応需情報の集約化と情報提供及び救急隊と医療機関との間で患者搬送支援の調整を行う救急コーディネーターを香取海匝地域に配置しています。

救急患者を迅速かつ適切な医療機関へ搬送する一助として、消防機関及び医療機関に救急医療機関等が入力した応需情報を提供するちば救急医療ネットを運用しています。

救急安心電話相談を実施し、症状の救急性や救急車の要否について判断に悩む県民に対し、医学的見地から適切に助言します。

軽症の患者であっても二次や三次の救急医療機関を受診する患者が多く、本来の救急患者の診療に支障をきたすこともあることから、救急医療体制の体系的仕組みや適正な利用方法について普及啓発を図ることが必要です。

（2）救急医療（初期～第三次）

救急患者が症状の程度に応じて適切な医療が受けられるよう、初期診療を行い、手術や入院治療が必要な救急患者を第二次救急医療施設に転送する役割を受け持つ初期救急医療、入院や手術を必要とする救急患者に対処するための後方医療施設である二次救急医療、心筋梗塞、脳卒中、頭部損傷等の重篤救急患者の救命救急を受け持つ三次救急医療と、体系的な整備が図られています。

〔初期救急医療体制の推進〕

初期救急医療体制については、市町村等が地区医師会の協力を得て行う在宅当番医制（17地区）や夜間・休日急病診療所（22箇所）により実施しています。歯科については歯科急病診療所（13箇所）により実施しています。

〔二次救急医療体制の充実〕

第二次救急医療体制については、千葉県が認定する救急病院・救急診療所（救急告示医療機関）や地域内の病院群が共同連帯して、輪番制方式により休日・夜間等における救急患者の診療を受け入れる病院群輪番制（20地区）により実施しています。

〔三次救急医療体制の整備〕

第三次救急医療体制については、24時間応需体制の救命救急センター（13箇所）を整備しています。そのうち、千葉県救急医療センターは、広範囲熱傷、指肢切断等の特殊疾病患者に対する救命医療を行うために必要な診療機能を有する「高度救命救急センター」に認定されています。

本県独自の制度として、人口規模の大きな保健医療圏及び面積規模の大きな保健医療圏において、三次救急医療機関の補完的役割を果たす救急基幹センターが5箇所整備されています。

平成27年の救急隊による救急患者の搬送人員271,745人のうち、死亡患者は、約1%、重症患者は約7%、中等症患者は約42%、入院を必要としない軽症患者が約50%を占めています。

2 循環型地域医療連携システムの構築

効果的、効率的な救急医療の充実を図るため、救急医療の循環型地域医療連携システムでは、軽い症状の患者が自ら受診する「初期救急医療機関」から中等症の場合に搬送される医療機関として「二次救急医療機関」、重症な場合に搬送される「三次救急医療機関」とその機能の一部を補完する「救急基幹センター」に速やかに移行できるよう、機能分担と連携の明確化を図ります。

救急に関する高度な医療等について、その頻度や高額医療機器の利用等の理由からそれぞれの医療圏に設置されていなくても、全県下1箇所または数カ所程度の配置で対応可能と考えられる医療機能を有する医療機関を、全県（複数圏域）対応型連携拠点病院として位置づけ、当該医療機関の機能を明確化することにより、専門医や高額医療機器等の重複配置を避け、医療機能の集中化を図り、効率的な医療を提供することを目指します。

なお、全県（複数圏域）対応型救急医療連携拠点病院は、救急医療に関する専門的な助言・指導を行う機関としての位置付けもあります。

また、位置付けるに当たっては、国等の各種基準により全県的な対応医療機関として既に指定されている病院（①特定機能病院、②県立病院、③国立病院（国立病院機構、独立行政法人を含む）、④救急医療についてはドクターヘリ配置医療機関）に対して、対応可能な医療機能について確認し、その医療機関名を掲載しています。

医師の判断を直接救急現場に届けられるようにするためのホットラインや、救急医療機関と消防機関をオンラインで結ぶ救急医療ネットの活用を図ることで、関係機関の緊密な連携・協力関係を確保しています。

更にドクターヘリやドクターカーを積極的に活用することにより、患者の救急医療施設への迅速・円滑な収容に努めています。

救急対応医療機関とリハビリテーション対応医療機関、地域のかかりつけ診療所等が、それぞれの機能に応じた役割分担に基づき、連携を強化することにより、効果的な救急医療体制の整備を進めています。

連携のための医療機関リストの項目 (丸付き数字はイメージ図の番号)

全県(複数圏域)対応型救急医療連携拠点病院

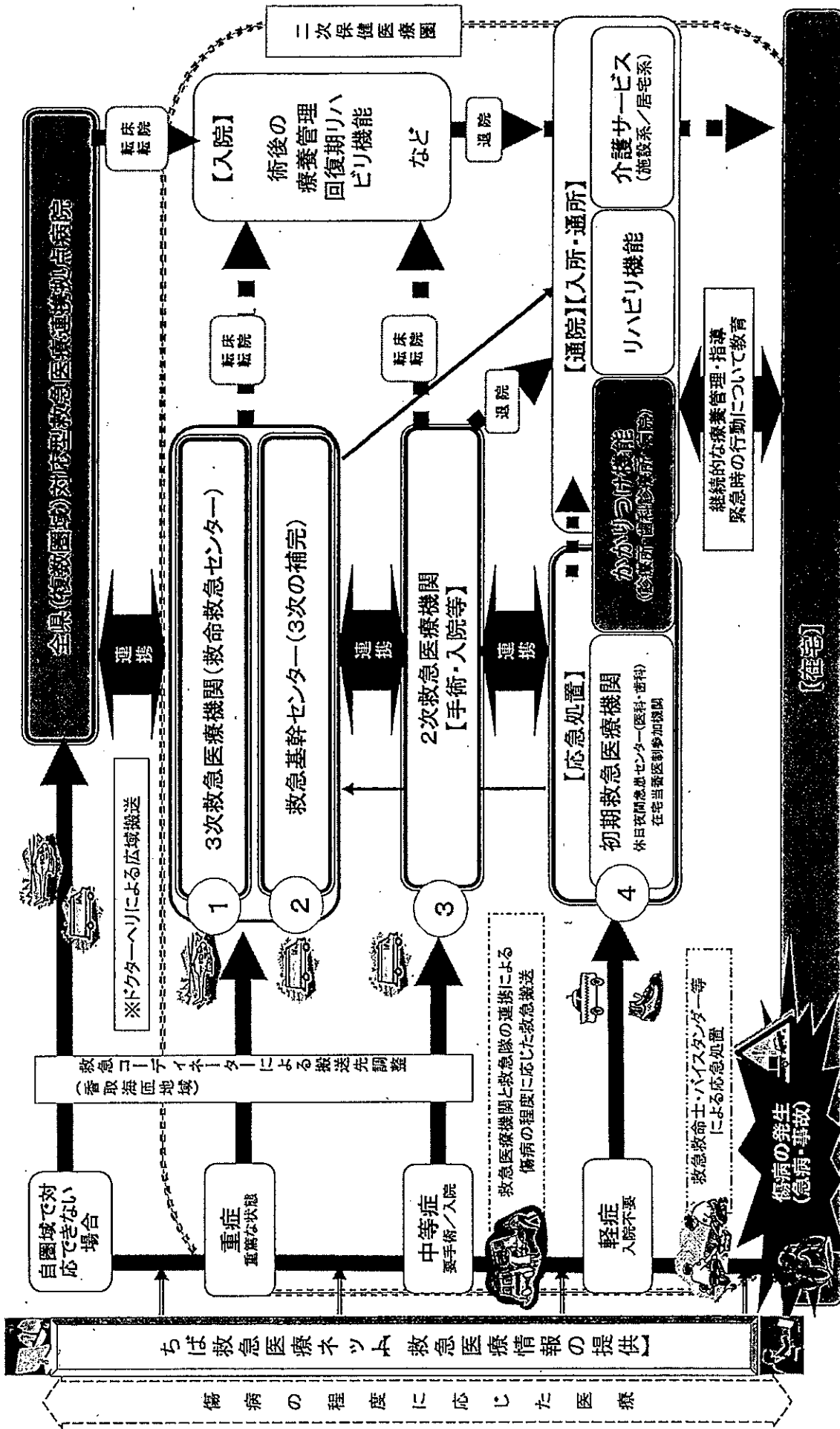
①3次救急医療機関(救命救急センター)

②救急機関センター(3次の補完)

③2次救急医療機関(病院群輪番制参加医療機関及び救急告示医療機関)

④初期救急医療機関(休日夜間急患センターのみ。在宅当番医については、救急ネット参照とする)

救急医療における循環型地域医療連携システムのイメージ図



3 施策展開の方向性

(1) 病院前救護

- ・メディカルコントロール体制の強化
- ・傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の活用等
- ・応急処置に関する知識・技術の普及
- ・ドクターヘリの活用
- ・救急車の適正利用等
- ・搬送困難事例への対応
- ・救急医療情報の提供

(2) 救急医療（初期～第三次）

- ・初期救急医療体制の推進
- ・二次救急医療体制の充実
- ・三次救急医療体制の整備

救命救急センター及び救急基幹センター

