

大阪府における高齢者救急医療体制のあり方について

(提 言)

2018 年 12 月

目 次

1	はじめに	P 2
2	高齢者救急を取り巻く状況	
	(1) 人口構成の推移と将来予想	P 4
	(2) 大阪府における高齢化の状況	P 4
	(3) 救急搬送数の推移	P 5
	(4) 救急搬送により入院を要した疾病の特徴	P 5
3	高齢者救急医療体制の現状と課題	
	(1) 高齢者の傷病の特性と背景	P 7
	(2) 患者情報の共有	P 7
	(3) 救急搬送の要請	P 8
	(4) 医療機関の受入体制及び病病連携	P 9
	(5) 退院支援及び医介連携	P 12
4	高齢者救急医療体制の今後の方向性	
	(1) 患者情報の共有化と適切な救急搬送	P 14
	(2) 医介連携の強化と促進	P 15
	(3) 高齢者救急搬送データの充実・活用	P 15
5	最後に	P 16

1 はじめに

我が国では、2025年に全ての団塊世代が75歳以上となるなど、高齢化の一層の進展により、医療・介護を含めた社会保障制度を取り巻く状況は大きく変化していく。

特に大阪府では、高度成長期の人口流入や第1次ベビーブーム世代の高齢化により、全国平均を上回る速さで高齢者ⁱの割合が増加するとともに、要支援・要介護認定者、認知症高齢者、単身あるいは夫婦のみの高齢者世帯が大幅に増加し、いわゆる都市型の高齢化が進展している。

このような高齢化の進展は、救急医療体制にも大きな影響を及ぼす。2017年の大阪府内の75歳以上の人口は約113万9千人で、府民全体(約883万2千人)に占める割合は12.9%である。一方で、救急搬送支援・情報収集・集計分析システム(以下、「ORION」という。)のデータによると、2017年の75歳以上搬送数は、約18万3千人で、救急搬送人員(約46万人)に占める割合は39.8%となっている。また、2025年には、75歳以上人口が約150万7千人となるなど、2017年より約36万8千人増加すると見込まれるなか、高齢者の救急搬送件数は、なお一層増加するものと予測される。

高齢者は、他の年代に比べ、複数の慢性疾患を保有している者が多いという傾向が見られる。また、多数の薬剤を処方されていることも多く、若年者層と比べて、ケアの複雑化といった特性などがある。加えて、独居者や老老介護、介護施設入居者の増加といった今日特有の社会的背景も重なり、今後の高齢者の搬送件数の増加を見据えた、救急医療体制の整備が喫緊の課題である。

そこで、2015年度に、大阪府救急医療対策審議会(以下「救対審」という。)の下に設置した「三次救急医療体制のあり方に関する検討部会」において、高齢者救急について議論を行ってきたところである。

新たな高齢者救急医療体制の検討にあたっては、さらに、二次救急医療機関ⁱⁱを中心としつつ、三次救急医療機関ⁱⁱⁱ、消防機関、医師会、病院協会等による一体的な検討が必要であることから、救対審の下に、高齢者救急医療体制のあり方に関する検討部会(以下、「高齢者部会」という。)を設置の上、審議し、以下の通り大阪府に対する提言として取りまとめた。

ⁱ 高齢者：厚生労働省の定義がないため、本提言においては65歳以上を高齢者とし、高齢者医療制度でいう65歳～74歳を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者と区別している

ⁱⁱ 二次救急医療機関：入院治療を必要とする重症救急患者の医療を担当する医療機関

ⁱⁱⁱ 三次救急医療機関：二次救急医療機関では対応できない複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し、高度な医療を総合的に提供する医療機関

〈部会設置の目的〉

大阪府救急医療対策審議会

救急医療対策についての重要事項の調査審議及び救急病院等を定める規定による救急病院又は救急診療所の認定又はその取消しに当たっての事前審査に関すること

三次救急医療体制に関する検討部会

審議経過：2015年12月～2017年6月（計8回）

- 検討項目：①重篤患者の受入れ
②救命救急センターの機能集約と連携
③高齢者救急
④メディカルコントロール
⑤小児・周産期・精神救急
⑥認定基準と整備方針

高齢者部会

審議経過：2017年12月～2018年10月（計6回）

検討項目：

I 地域包括ケアシステムにおける救急医療と介護の連携

- ・在宅（独居含む）・介護施設での急変時における対応
- ・在宅療養後方支援病院
- ・患者情報の共有
- ・救急車・病院車等を活用した搬送
- ・治療後の円滑な転退院
（地域包括支援センターやケアマネジャー等の介護人材との連携）
- ・二次・三次の役割分担

II 出口問題への対応／病態急変時の迅速な対応

- ・急性期治療後の回復期・慢性期病院、在宅（独居含む）・施設等への円滑な受入れ
- ・回復期・慢性期病院、施設等で急変した際の急性期病院等での迅速な受入れ

III 高齢者救急への対応を統括する体制構築

- ・関係機関の役割と相互連携（顔の見える関係）
- ・各地区のまとめ役とより広域な範囲でのまとめ役
- ・ORIONデータの充実・活用

○ 三次救急医療体制に関する検討部会において、人口動態から今後増加が見込まれる高齢者救急搬送を受け入れる医療機関等がオーバーフローする可能性があることから、本部会で検討することとなった。

○ 高齢者救急医療体制を、検討するにあたっては、項目を整理した上で、各委員から意見聴取を行い議論した。

2 高齢者救急を取り巻く状況

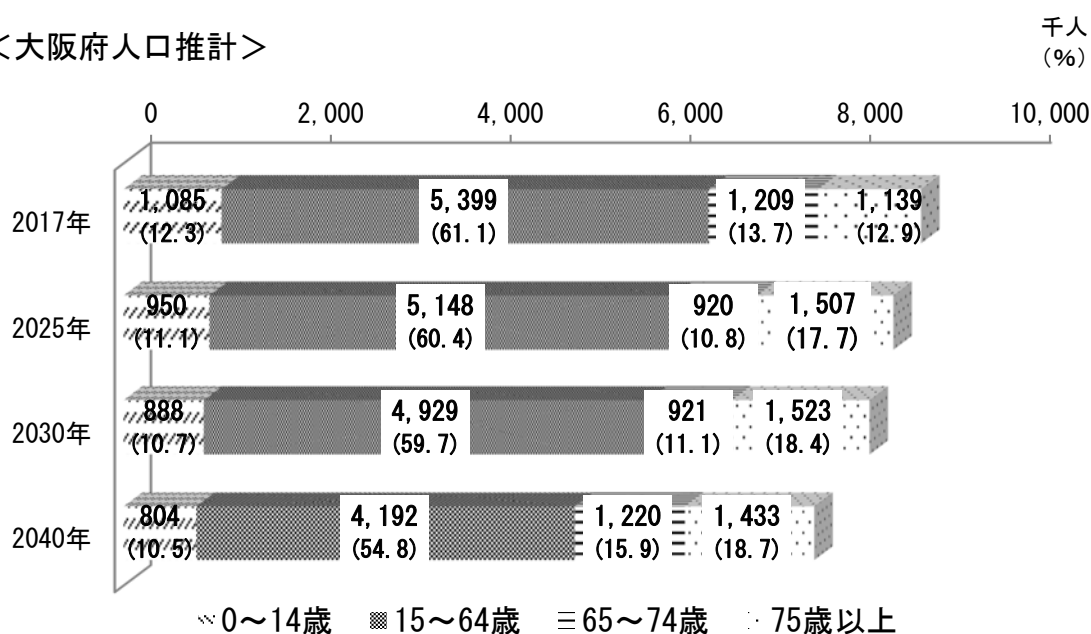
(1) 人口構成の推移と将来予想

- 我が国の総人口は、2008年にピークとなり、2011年以降、減少が続いている。2017年10月1日現在の推計では、総人口は約1億2,671万人と、前年(約1億2,693万人)と比較すると約22万人の減少である。
- 一方、65歳以上の人口は、1950年以降、一貫して増加し、2012年に3,000万人を超えた。2017年10月1日現在の推計では約1,748万2千人で、前年と比較すると約57万4千人増加している。

(2) 大阪府における高齢化の状況

- 大阪府の人口は、2017年10月で約883万2千人(大阪府人口推計)、そのうち65歳以上は約234万8千人(26.6%)、75歳以上は約113万9千人(12.9%)である。
- 大阪府においても、全国の場合と同じく、今後も人口減少が見込まれるが、高齢者人口は増加を続け、75歳以上は、2025年には約150万7千人(17.7%)、増加率は32.3%となる見込みである。
- 高齢化率も年々上昇し、2030年には75歳以上は約152万3千人となり、全体の18.4%と予測される。
- また、65歳から74歳までの前期高齢者も加えると、2040年度には、高齢者人口は、約265万3千人となり、人口に占める割合は、34.7%に上るなど、高齢化率は上昇の一途をたどると予測される。

<大阪府人口推計>



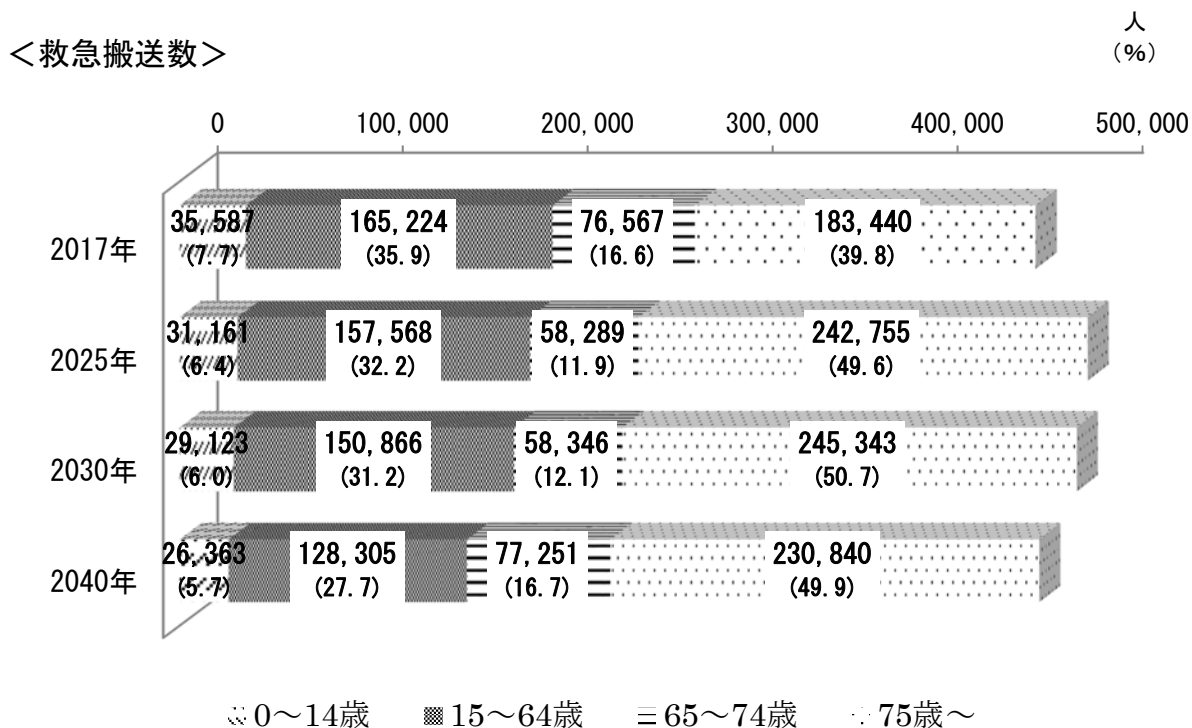
2017年 大阪府総務部統計課による実績値より

2020年以降 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年3月推計）」より

※構成比は小数点第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100にならない

（3）救急搬送数の推移

- 大阪府の2017年の救急搬送数は46万818人で、うち65歳以上は56.4%を占めている。2025年では総人口は減少傾向にあるものの、高齢者人口の増加により、救急搬送数が、さらに増加すると見込まれ、48万9,773人になると予測される。
- 2025年の65歳以上の救急搬送数は、30万1,044人で、2017年よりも41,037人増加し、全体に占める割合が61.5%になると予測される。
- 75歳以上は、2017年では18万3,440人（39.8%）であったものが、2025年は24万2,755人と、救急搬送数の49.6%を占めると見込まれる。



ORION データ 2017年より（2025年以降は予測値）

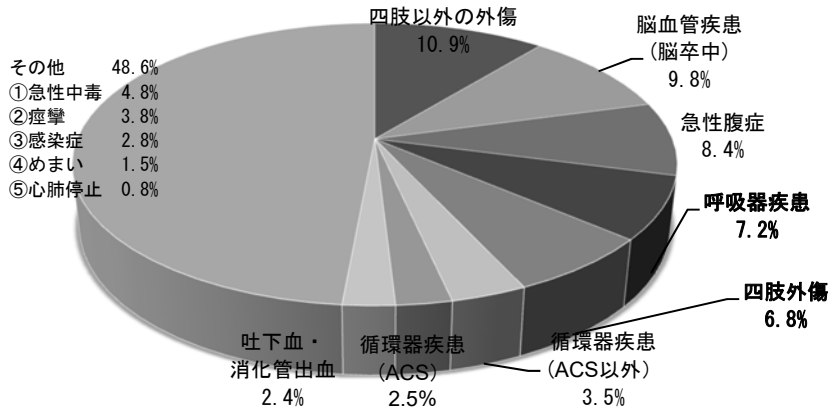
※大阪府内救急告示病院の精神科単科を除く

※構成比は小数点第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100にならない

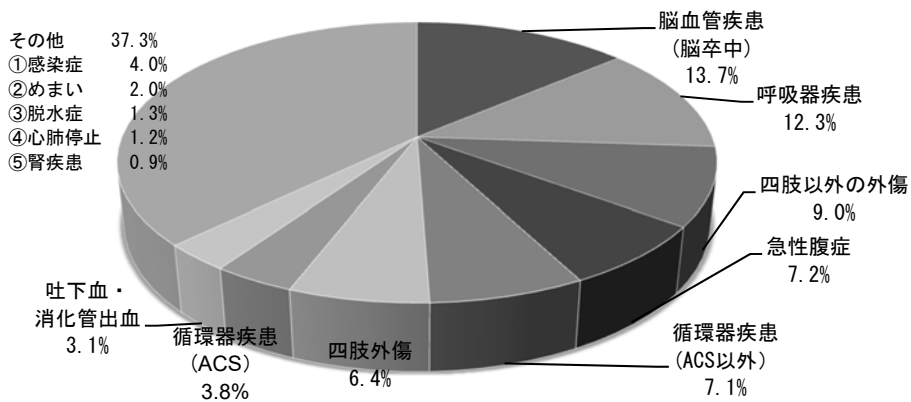
（4）救急搬送により入院を要した疾病の特徴

- 救急搬送される高齢者の疾病の特徴を、入院を要した疾患別で見ると、64歳以下では呼吸器疾患が7.2%、四肢外傷が6.8%であったものが、75歳以上ではそれぞれ19%と8.8%に増加している。

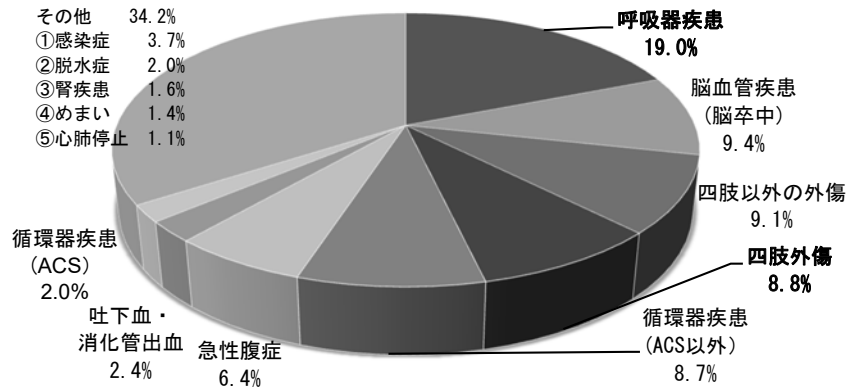
<64 歳以下>



<65 歳以上 74 歳以下>



<75 歳以上>



ORION データ 2017 年より

- 今後、75 歳以上の後期高齢者の搬送数は、2030 年にピーク（全体の約半数）を迎えると予測されるが、このような高齢者傷病の特性も踏まえ、増加する高齢者の救急患者に対応した医療提供が重要となる。

iv ACS（急性冠症候群）：冠動脈の急性閉塞により引き起こされる不安定狭心症，急性心筋梗塞，心筋梗塞の症候群

3 高齢者救急医療体制の現状と課題

(1) 高齢者の傷病の特性と背景

- 高齢者は、複数の慢性疾患を有する方が多く、環境の変化などの外的要因により容易に病状が悪化しやすく、容態の回復に時間を要するといった傾向があるなど、若年層とは異なった傷病に関わる特性を有している。
- また、「認知症」や「加齢による心身の活力低下」などにより介護支援を要する方や独居者、介護施設入居者の増加といった社会的背景も重なり、現在、こうした高齢者の傷病等に応じた受入医療機関を選定のうえ、円滑な転退院につなげていくことが課題である。

(2) 患者情報の共有

- 複数の疾病を有し、複数の病院・診療科を受診する高齢者に対し、適切な医療機関を選定し医療を提供するためには、患者の診療情報の共有化が不可欠である。
- 現在、患者情報カードシステム^vや、情報が記載された用紙を格納した救急医療情報キット^{vi}などにより情報の共有を図る試みを、様々な地域で行われているが、十分な効果を発揮しているとは言えない。
- 一方、情報の共有化に関しては、前述のツールの活用だけでなく、高齢者本人と家族、かかりつけ医やケアマネジャーをはじめとする関係者が、日頃から急変時の対応について話し合い、本人の意思を尊重しながら、病状に応じてどのような医療・ケアを用意しておくのかについて、共通認識を持って対応することが重要である。
- そのような取組みの一つとして現在、全国的にACP^{vii}が提示されているが、十分に普及しているとは言えない。そのため、高齢者本人や医療関係者等がACPについての認識と理解を深め、活用することが求められる。

^v 患者情報カードシステム：夜間・休日における患者病状急変時の対応システムで、救急医療における地域連携ネットワークを構築すべく地域の医師会と近隣病院が協働して、患者情報と病院情報を共有するシステム

^{vi} 救急医療情報キット：救急隊員が適切な処置をいち早く行うため、担当主治医や薬の内服状況、患った病気といった医療情報、緊急連絡先を書いた用紙などを入れて使う筒状の専用容器（カプセル）

^{vii} ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：国の「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」においても求められており、もしものときのために、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組

(3) 救急搬送の要請

- 救急搬送は、限られた医療資源を有効に活用しながら、救急患者に適切な医療提供ができるよう、緊急度と重症度に基づいた「傷病者の搬送及び受入れの実施基準^{viii}」(以下、「実施基準」という。)により実施されている。
- 高齢者は若年層に比べて、重症度が高くなりやすいという傾向があり、また人口割合も高いことから、昨今、高齢者の二次救急・三次救急医療機関への搬送割合は増加している。
- また、高齢者の中には、日頃の状況等を身近に相談でき、頼れる人がいないなどの要因から、救急車を呼ぶべきか否か、自身が判断するのは難しく、比較的軽症でも救急車を呼ばざるを得ない方も多い。
- 地域包括ケアシステム^{ix}の構築が進むなか、今後、医療・介護サービスを利用しながら、日常生活をおくる高齢者が増加するが、現状、介護施設等の担当者は、緊急度は高くないと判断しても医療機関への移手段が見つからず、救急要請する場合がある。
- 高齢者に在宅医療のサービスを提供する関係者や、介護施設等の職員は、高齢者の健康管理はもちろんのこと、体調の異変に早期に気づき重症化する前に医療機関への受診の機会を設けることが求められる。こうした重症化の回避は、結果として、適正な救急要請に寄与するものと期待される。
- また、在宅医療機関や介護施設等においては、急変時に緊急度の判断を行うなどのトリアージ機能を有することが望まれる。しかしながら、介護施設や近年増加しているサ高住^x等においては、このトリアージ機能が整っていないことが多く、救急車の要請を必要とするか否かの判断が困難なことがある。在宅医療や介護施設等の関係者に対して、救急車の適切な利用につながる働きかけが必要である。
- なお、大阪府域では急な病気やけがをした際に、救急車を呼ぶべきか、今すぐ病院へ行くべきか、迷った時に救急受診の要否や適応する診療科目、診察可能な医療機関等を相談者に電話でアドバイスを行う、「救急安心センター

^{viii} 傷病者の搬送及び受入れの実施基準：成人及び小児の身体的異常のある傷病者に対して、緊急度及び病態に応じた病院選定をすることで、迅速な医療の提供ができるよう定めた基準

^{ix} 地域包括ケアシステム：地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制

^x サ高住（サービス付き高齢者向け住宅）：高齢者の居住の安定を確保することを目的として、バリアフリー構造等を有し、高齢者を支援するサービスを提供する「サービス付き高齢者向け住宅」の都道府県知事への登録制度が国土交通省・厚生労働省の共管制度として、平成23年度に創設

おおさか（#7119）」を運用しているため、この活用が望まれる。

（４）医療機関の受入体制と病病連携

- 現在、大阪府の高齢者の救急搬送先としては、約 9 割が二次救急医療機関となっている。

<年齢別搬送医療機関種別（件数・割合）>

年齢	三次救急医療機関	三次兼二次救急医療機関	二次救急医療機関	計
0～14歳	3,245	3,062	29,280	35,587
15～64歳	9,052	9,475	146,697	165,224
65～74歳	4,203	4,377	67,987	76,567
75歳～	7,367	10,339	165,734	183,440
計	23,867	27,253	409,698	460,818

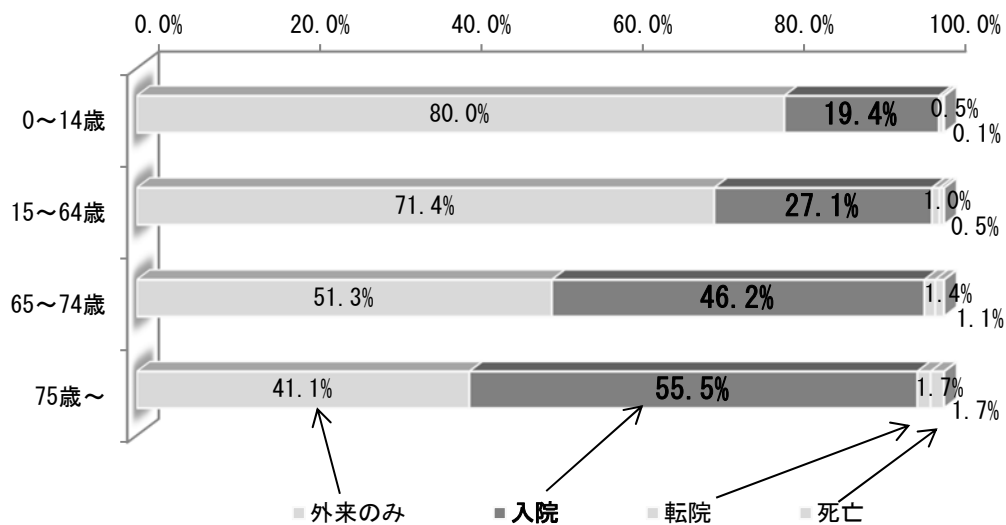
年齢	三次救急医療機関	三次兼二次救急医療機関	二次救急医療機関	計
0～14歳	9.1%	8.6%	82.3%	100.0%
15～64歳	5.5%	5.7%	88.8%	100.0%
65～74歳	5.5%	5.7%	88.8%	100.0%
75歳～	4.0%	5.6%	90.3%	100.0%
計	5.2%	5.9%	88.9%	100.0%

ORION データ 2017 年より

※構成比は小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも 100 にならない

- 搬送される患者について、年齢ごとの初診時転帰を比較すると、高齢者ほど入院に至るケースが多くなっている。

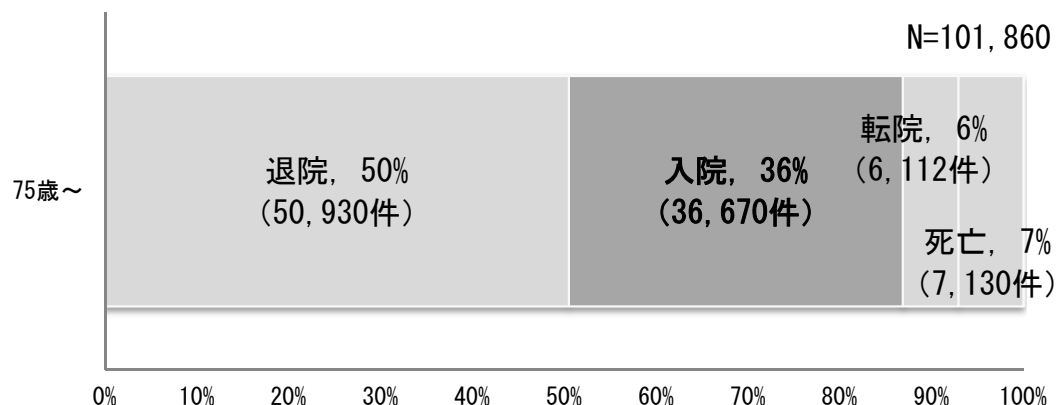
<年齢別初診時転帰>



ORION データ 2017 年より

- 入院となった高齢者の患者の 21 日後の転帰データでは、36%の高齢者が引き続き入院している状況であることから、高齢者は、長期入院となる場合が多いと言える。

<21 日後転帰>



ORION データ 2017 年より

※構成比は小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも 100 にならない

<初診時転帰予測>

【三次救急医療機関】						【三次救急医療機関】					
年齢	外来のみ	入院	転院	死亡	計	年齢	外来のみ	入院	転院	死亡	計
0~14歳	2,162	1,044	15	24	3,245	0~14歳	1,943	938	13	22	2,916
15~64歳	3,538	5,051	71	392	9,052	15~64歳	3,483	4,972	70	386	8,911
65~74歳	1,221	2,731	35	216	4,203	65~74歳	926	2,071	27	164	3,188
75歳~	2,044	4,725	100	498	7,367	75歳~	2,665	6,161	130	649	9,605
計	8,965	13,551	221	1,130	23,867	計	9,017	14,142	240	1,221	24,620

【三次兼 二次救急医療機関】						【三次兼 二次救急医療機関】					
年齢	外来のみ	入院	転院	死亡	計	年齢	外来のみ	入院	転院	死亡	計
0~14歳	2,407	626	21	8	3,062	0~14歳	2,163	563	19	7	2,752
15~64歳	6,211	3,069	136	59	9,475	15~64歳	6,114	3,021	134	58	9,327
65~74歳	2,224	2,011	93	49	4,377	65~74歳	1,686	1,525	71	37	3,319
75歳~	4,581	5,244	338	176	10,339	75歳~	5,973	6,837	441	229	13,480
計	15,423	10,950	588	292	27,253	計	15,936	11,946	665	331	28,878

【二次救急医療機関】						【二次救急医療機関】					
年齢	外来のみ	入院	転院	死亡	計	年齢	外来のみ	入院	転院	死亡	計
0~14歳	23,908	5,217	149	6	29,280	0~14歳	21,488	4,689	134	5	26,316
15~64歳	108,162	36,681	1,398	456	146,697	15~64歳	106,475	36,109	1,376	449	144,409
65~74歳	35,837	30,650	922	578	67,987	65~74歳	27,173	23,240	699	438	51,550
75歳~	68,770	91,891	2,646	2,427	165,734	75歳~	89,665	119,812	3,450	3,164	216,091
計	236,677	164,439	5,115	3,467	409,698	計	244,801	183,850	5,659	4,056	438,366

【全医療機関】						【全医療機関】					
年齢	外来のみ	入院	転院	死亡	計	年齢	外来のみ	入院	転院	死亡	計
0~14歳	28,477	6,887	185	38	35,587	0~14歳	25,595	6,190	166	34	31,985
15~64歳	117,911	44,801	1,605	907	165,224	15~64歳	116,072	44,102	1,580	893	162,647
65~74歳	39,282	35,392	1,050	843	76,567	65~74歳	29,785	26,835	796	639	58,055
75歳~	75,395	101,860	3,084	3,101	183,440	75歳~	98,303	132,810	4,021	4,043	239,177
計	261,065	188,940	5,924	4,889	460,818	計	269,755	209,937	6,563	5,609	491,864

ORION データ 2017 年より

- 大阪府では、救急患者に対し、初期対応および特定の病態に対応可能な二次救急医療機関が充実しており、それら医療機関と三次救急医療機関との連携により、府全体として重篤患者の受入体制が整備されている。
- しかし、2025年には、入院に至る高齢者搬送の増加が見込まれることから、二次救急・三次救急医療機関の病床運用へ大きな影響を与えるものと考えられる。
- 二次救急・三次救急医療機関の病床を確保するためにも、急性期から回復期や慢性期、そして在宅医療まで、継ぎ目のない診療を可能とする地域医療連携体制の強化・充実が課題である。
- 高齢者は、転退院後も病状の急変等により、再度、急性期に搬送されることも少なくない。そのため、あらかじめ患者・家族だけではなく、医療・ケアチームによりACPが作成され、適切な医療機関へ搬送される仕組みが必要である。
- 一方、在宅療養患者における急変時の対応としては、主に「在宅医が在宅療養患者宅へ緊急訪問する往診」と、「医療機関への緊急搬送」が考えられる。
- 大阪府では、在宅療養患者に対し、24時間365日対応可能な医療機関の確保を進めている。その緊急搬送の受入先としては、「在宅療養支援病院」や「在宅療養後方支援病院」などがある。2017年度時点で、在宅療養支援病院は108カ所、在宅療養後方支援病院は33カ所であるが、今後さらなる増加が課題である。

<在宅療養患者における緊急往診・入院受入れ機能を有する病院等>

二次医療圏	在宅療養支援診療所					在宅療養支援病院				在宅療養後方支援病院		地域医療支援病院※	二次救急病院	
	機能強化型		従来型	合計	再掲)有床診療所	機能強化型		従来型	合計	再掲)人口10万人対			200床未満	200床以上
	単独	連携				単独	連携							
豊能	3	36	153	192	3	0	0	5	5	2	0.19	5(1)	12	12
三島	1	14	143	158	5	1	3	3	7	4	0.53	3(1)	15	8
北河内	2	22	124	148	4	2	1	13	16	2	0.17	3(2)	15	27
中河内	1	32	129	162	4	1	3	3	7	1	0.12	3(1)	13	7
南河内	0	23	98	121	1	2	4	2	8	2	0.32	1(0)	12	12
堺市	1	25	135	161	2	1	4	6	11	2	0.24	5(1)	12	11
泉州	0	32	99	131	4	1	4	15	20	3	0.33	3(0)	18	15
大阪市	6	134	646	786	16	1	18	15	34	17	0.63	12(1)	41	51
大阪府	14	318	1,527	1,859	39	9	37	62	108	33	0.37	35(7)	138	143

※ () は地域医療支援病院と在宅療養後方支援病院の両方の届出を行っている病院

近畿厚生局「施設基準届出」

※ 「人口10万人対」算出に用いた人口は、大阪府総務部「大阪府の推計人口(2014年10月1日現在)」

(5) 退院支援及び医介連携

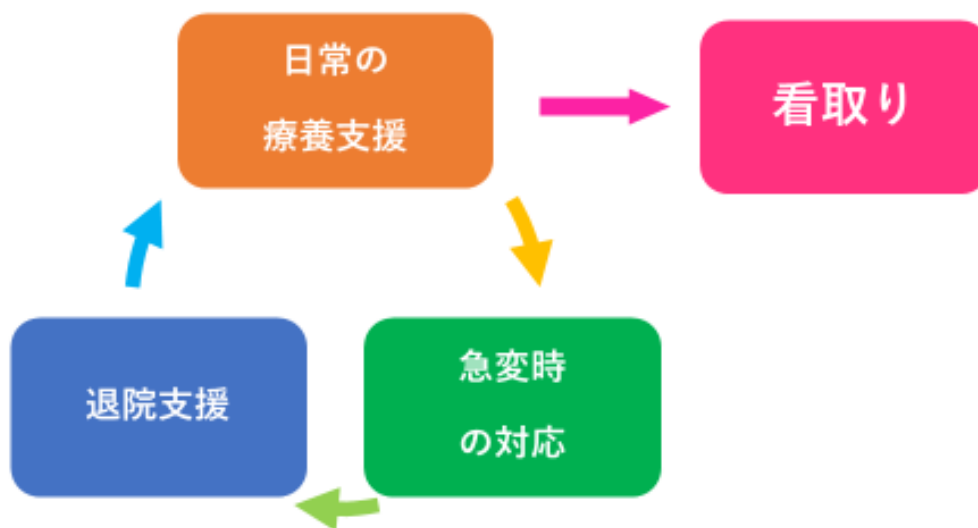
- 医療機関における退院支援では、いわゆる地域連携室の関係者が重要な役割を担っており、経験豊富な看護師や医療ソーシャルワーカー^{xi}（MSW）などの退院支援に携わる人材の確保が不可欠である。
- 現在、大阪府では、退院支援担当者を養成・配置するための「退院支援強化研修事業」や「在宅移行支援事業」において、病院の退院支援体制の整備を支援しており、これらの事業を通じてさらなる退院支援の充実に努めていく必要がある。
- また、大阪府では、退院後の疾患の再発予防・重度化予防を図りながら在宅生活の再構築に向けて、病院と在宅チームが行うべきこと、大切にしたい視点などをまとめ、ケアマネジャーがどのような流れでケアプランに反映していくかなどを示した「入退院支援の手引き」（2018年3月）を策定している。

<「大阪府入退院支援の手引き」より作成の背景>

医療と介護には連携すべき4つの局面がある。

- ① 住み慣れた地域で療養が必要になった時（日常の療養支援）
- ② 疾患の悪化等による急変時
- ③ 病院と在宅多職種関係者（在宅チーム）の協働による退院支援
- ④ 住み慣れた場所等による看取り時である。

在宅医療・介護連携の4つの場面



厚生労働省 第1回「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」資料を一部改編

^{xi} 医療ソーシャルワーカー（MSW）：保健所のほか、病院や老人保健施設等において、社会福祉の立場から患者や家族の抱える経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る職種

- 個々の患者の退院後の支援に関しては、本人の状況を最もよく知っているケアマネジャーなどの介護従事者が、日常の療養支援や介護支援と併せて、日頃から本人の状態変化を医療側と共有するなど、適時適切に情報連携ができる関係を築くことにより、緊急時には直ちに医療につなげるようにすることが重要である。
- また、救急医療においては、地域の医師会・地域医療資源・訪問看護ステーションとケアマネジャー・地域包括支援センター^{xii}の関わりも必要となってくる。
- 患者の退院時においては、その容態や意向、家族の状況を十分踏まえながら、多職種の関係者が連携して、退院後の地域での生活継続や急変時の対応を関係者間で認識を合わせて支援することが重要である。
- 地域における在宅医療と救急医療等の関係者間の連携体制の構築を支援するため、国では患者の病状や希望する療養場所、延命治療に対する患者本人の意思を共有するための連携ルールを検討している。また、実際の運用に向けた工程表の策定等を技術的に支援するセミナーを実施しており、大阪府においても関係者へのセミナー受講を促進すべきである。

^{xii} 地域包括支援センター：地域住民の心身の健康保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、保健医療の向上、福祉の増進を包括的に支援することを目的として、包括的支援事業等を一体的に実施する役割を担う中核的機関

4 高齢者救急医療体制の今後の方向性

(1) 患者情報の共有化と適切な救急搬送

- 高齢者救急においては、患者が適した医療機関へ搬送され適した医療を受けられるよう、消防機関や医療機関は、患者の家族や緊急連絡先、既往症、かかりつけ医、薬歴リスト、本人が望む医療ケアなどの情報を知っておくことが重要である。
- そのためには、傷病者の情報共有ツールの活用が有効である。医療機関だけでなく消防機関や介護施設等の関係者がそれぞれの現場活動の状況を踏まえつつ、各地域で議論をする場を設定の上、情報共有ツールの活用モデルを検討していくべきである。
- 一方、適切な医療提供や搬送体制の整備を進めていくことも重要である。そこで患者が医療提供に関して意思決定ができるよう、ACPを題材とした普及活動に努め、患者・家族だけではなく、医療ケアの関係者において、患者の意思を共有できる仕組みづくりに取り組むべきである。
- また、より良い転帰や入院期間の短縮につなげるためには、早期受療を促すことが高齢者救急では有効な対策である。
- 高齢者が可能な限り自宅で本人らしく健康的に暮らし続けられるように、在宅や施設での療養期から、些細な体調の変化に気づいた段階でかかりつけ医や訪問看護師等に相談ができ、多職種連携のもとで、医療を受療できるような体制が必要である。
- 例えば、療養支援に関わる関係者が、いち早く高齢者の体調変化に気づき、十分な医療の知識が無くてもその変化をチェックできるリストを作成するなど、介護から医療につながるツールを活用した取組みを進めていくべきである。
- なお、在宅医療や介護施設等の高齢者救急の中には、緊急度が高くないと判断された場合でも、医療機関へのアクセス手段がないことから、救急要請がなされることがあるため、移動手段についても検討しておかなければならない。

(2) 医介連携の強化と促進

- 医療機関と介護施設の連携では、限りある医療・介護資源を有効活用し、互いの機能強化を図っていくことが重要である。地域の既存の会議などの場を活用し、高齢者の急変時の課題の共有を図っていくべきである。
- 救急医療機関に搬送されたが比較的軽症であった場合は、在宅医療等へ早期に移行する仕組みづくりが必要である。
- 高齢者の救急搬送に当たって、医療関係者が常に適切なトリアージを行うことができるようにするためには、病院・在宅にかかわらず地域包括ケアシステムを支える全ての関係者が、普段からコミュニケーションを取っておくべきである。
- 医療と介護関係機関間で顔の見える関係を築くことが重要である。地域の一部の医療機関では、急性期からの患者の相互受け入れをスムーズに行えるよう、介護施設や回復期・慢性期医療機関との勉強会等を開催したり、緊急時の急性期医療機関への収容、一定の治療が終わった後の転退院、医介連携による社会復帰を促進しているケースがある。このような実際の取り組みを、府域全体へと広めるなど、医介連携を促進していくべきである。

(3) 高齢者救急搬送データの充実・活用

- 多病・慢性疾患を有する高齢者が増加する中で、救急医療を含めた医療提供にかかる患者本人の意思を尊重するため、各医療圏域内において個々の患者の対応に関して、関係者間で事前に話し合っておくことが高齢者医療においては重要である。
- 今後の高齢者救急では、緊急度や病態に応じた「実施基準」を遵守しつつ、高齢者特有の傷病や背景を加味した救急要請、医療機関の選定および受入れ体制の検討が求められる。
- そのため、ORIONデータの活用や検証を進めていくべきである。特に高齢者救急搬送の特徴を明らかにするためには、ORIONに臨床フレイル・スケール^{xiii}を追加し、急変時の傷病者の状態を調査するなど、救急搬送データの充実を図っていくことが、より良い救急医療の提供につながるものと期待する。

^{xiii}臨床フレイル・スケール：加齢によって心身機能および生理的予備機能が低下した状態を9段階に分類したもの

5 最後に

昨今の救急医療を取り巻く状況の変化等を踏まえ、本審議会に新たな部会を設置し、大阪府における高齢者救急医療体制のあり方を審議してきた。

急速かつ大幅な人口構造や社会状況の変化により、救急医療の需要などが増大していくのは明らかであり、限りある救急医療資源で効率的・効果的な医療提供を行っていかなければならない。

特に急変時には適切な医療提供がなされる必要があり、高齢者本人の意志と個人の尊厳を尊重しつつ、日常生活、既往歴等を考慮した救急医療体制の構築が求められる。

今、地域医療構想が進められ、地域包括ケアとの連携が重要とされる中で、急変時に適切な対応ができるよう救急医療、消防、在宅医療、介護福祉などの様々な関係機関が連携して取り組んでいかななくてはならない。

また、高齢者を含めた救急医療体制を向上させるためには、なお一層、ORIONデータや診療データを分析することでPDCAサイクルを回し、より実効的な検証を行うことが重要である。

今後とも、高齢者救急医療体制のあり方検討では、さらなる課題を明らかにし、その問題の解決を図るべく、二次救急医療機関、三次救急医療機関、消防機関、医療関係団体等による一体的な検討を継続していくことが望ましい。