

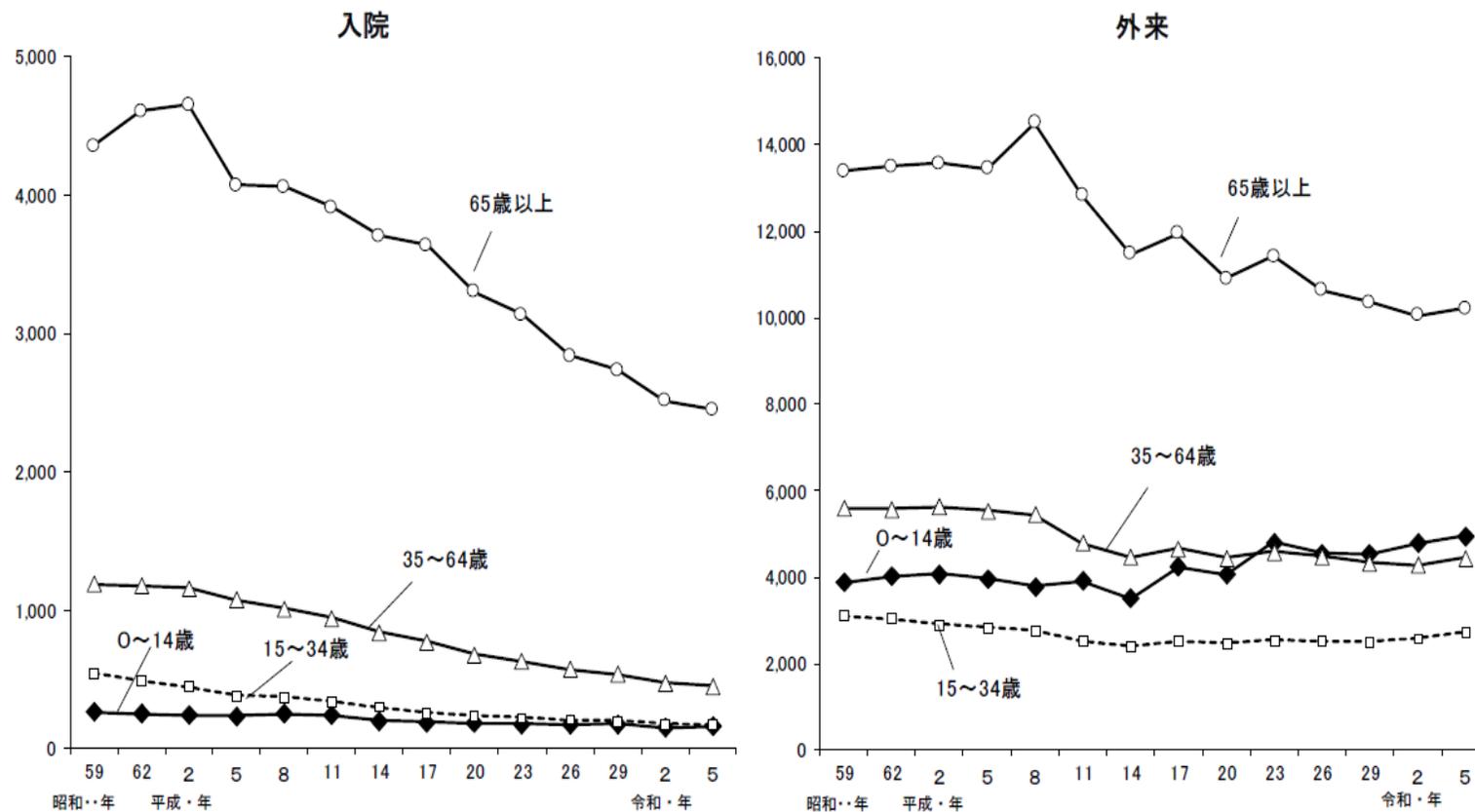
高齢者救急に関する 意見交換

1. 奈良県の医療需要及び提供状況の 現状

年齢階級別にみた受療率の推移について(全国)

- 入院受療率は、下降傾向が続いている。
- 外来受療率は、近年横ばいまたはやや上昇の傾向。

図5 年齢階級別にみた受療率（人口10万対）の年次推移



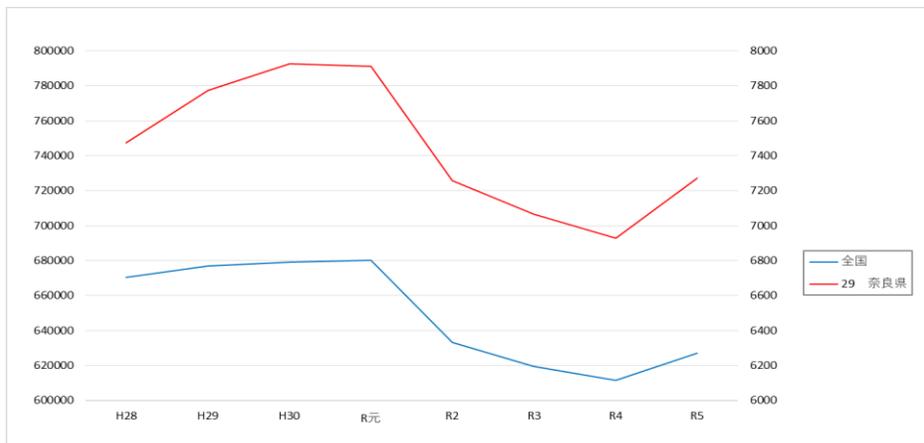
注：1）平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

2）数値は、統計表4参照。

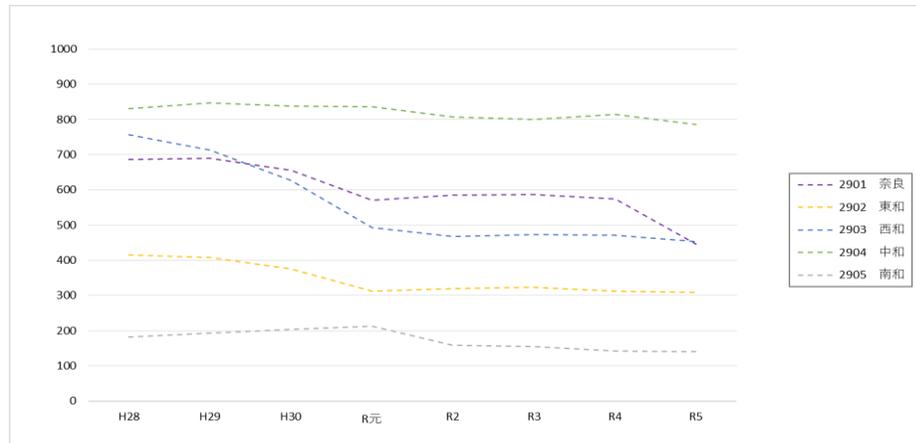
医療圏別の1日の平均在院患者数について(全国・奈良県)

- 一般病床については、R4年度と比較し、奈良県・全国ともやや上昇
- 療養病床については、下降傾向が続いている

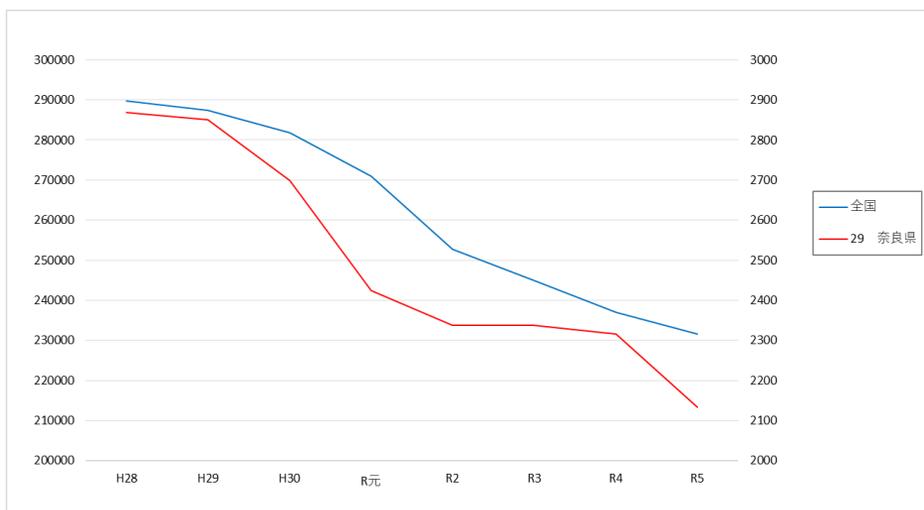
①1日の平均在院患者数(一般病床) ※奈良県は1/100スケール



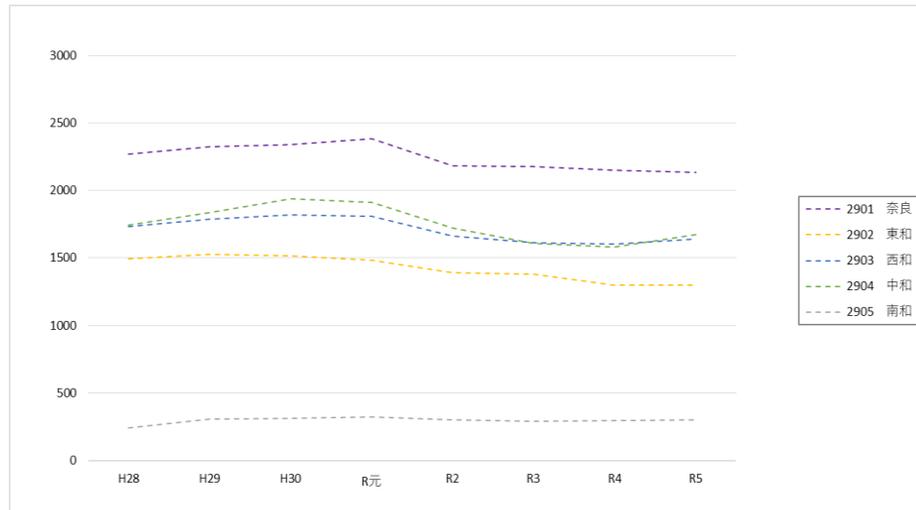
①'医療圏別の平均患者数(一般病床)



②1日の平均在院患者数(療養病床) ※奈良県は1/100スケール



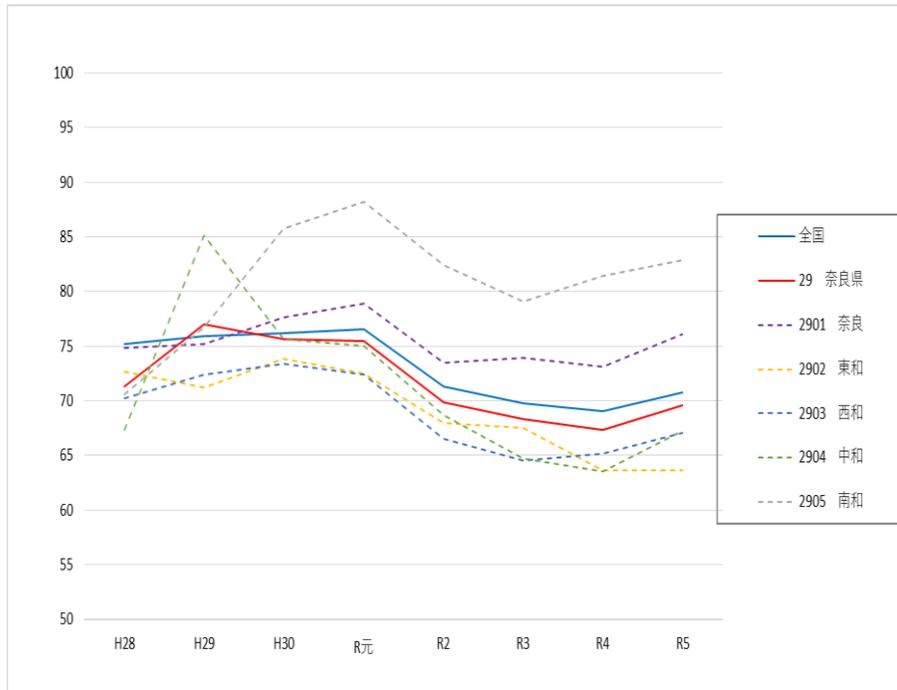
②'医療圏別の平均患者数(療養病床)



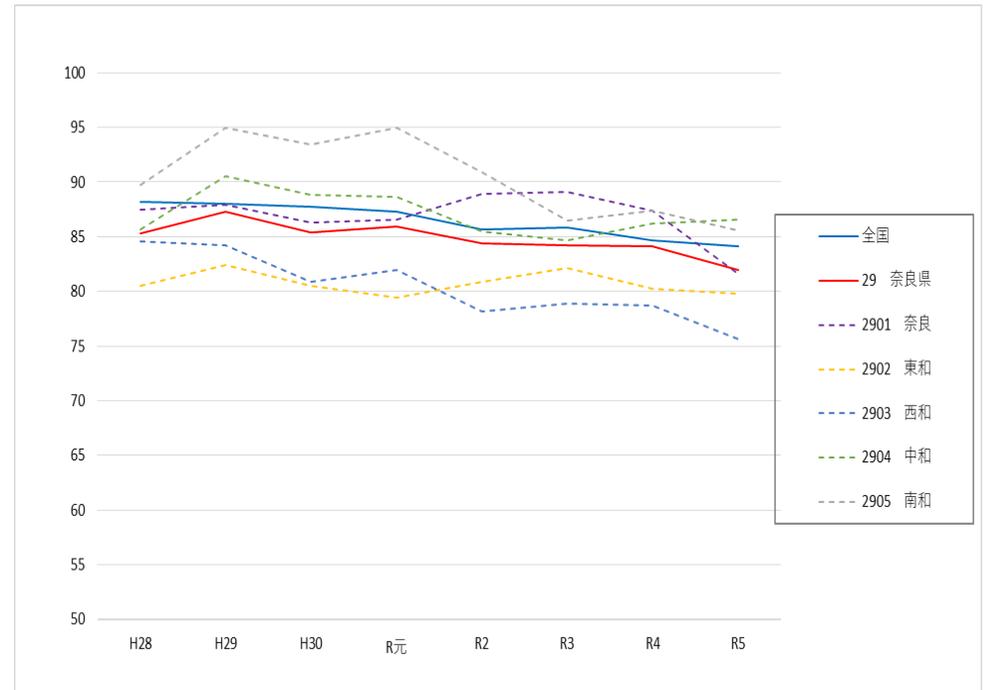
医療圏別の病床利用率について(全国・奈良県)

- 一般病床については、R4年度と比較し、東和医療圏を除く医療圏で上昇
- 療養病床については、中和医療圏を除き、下降傾向が続く
- 一般病床、療養病床ともに奈良県は全国平均を下回っている状況が続いている

①病床利用率(一般病床)



②病床利用率(療養病床)

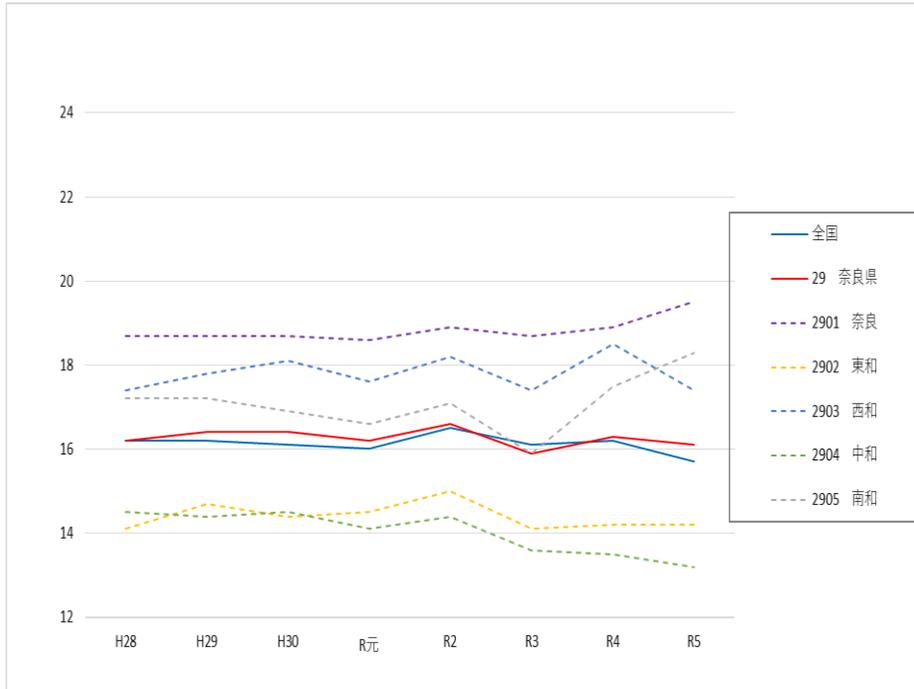


出典: 病院報告

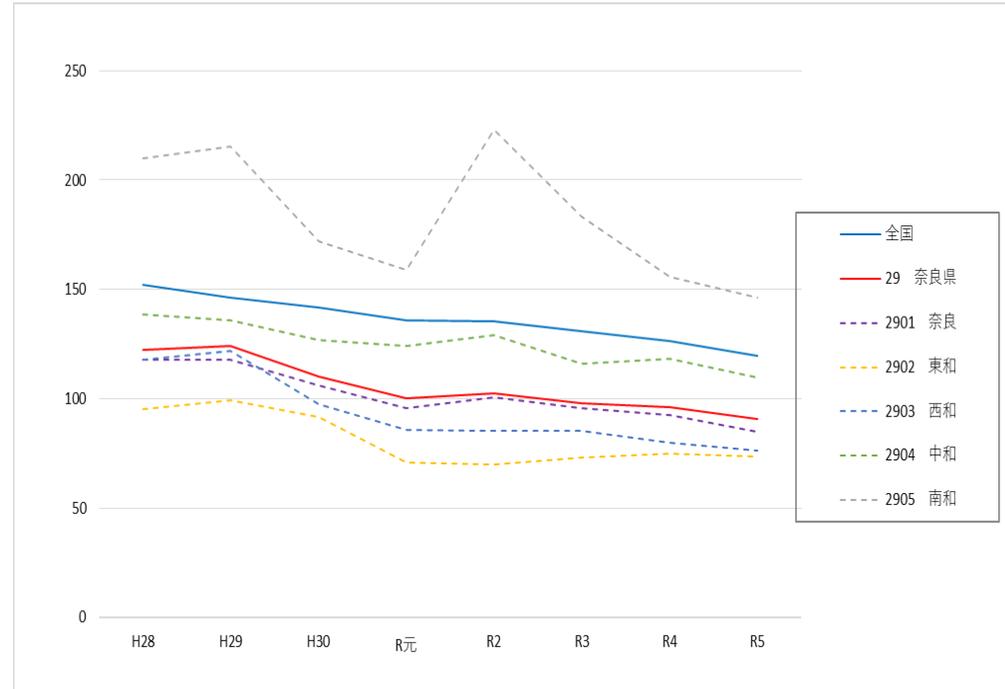
医療圏別の平均在院日数について(全国・奈良県)

- 一般病床については、R4年度と比較し、全国・奈良県とも減少。医療圏別にはばらつきがある。
- 療養病床については、全国・奈良県とも減少傾向。

①平均在院日数(一般病床)



②平均在院日数(療養病床)

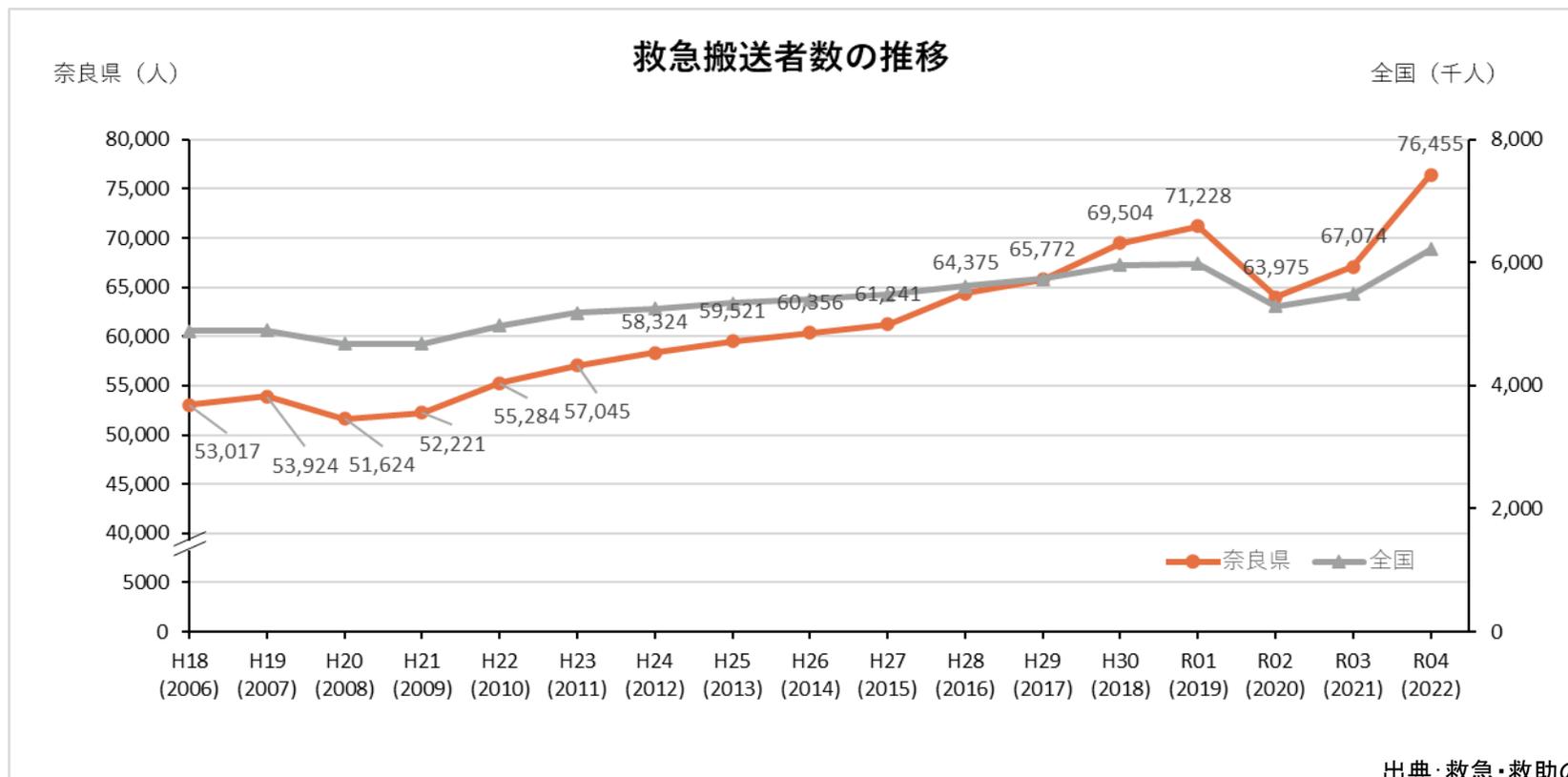


出典: 病院報告

救急搬送件数の推移(全国・奈良県)

➤ 奈良県の救急搬送件数はコロナ以降増加しており、R4年度はコロナ前のR元年度を上回っている。

	平成28年 (人)	平成29年 (人)	平成30年 (人)	令和1年 (人)	令和2年 (人)	令和3年 (人)	令和4年 (人)
奈良県	64,375	65,772	69,504	71,228	63,975	67,074	76,455
全国	5,621,218	5,736,086	5,960,295	5,978,008	5,293,830	5,491,744	6,217,283



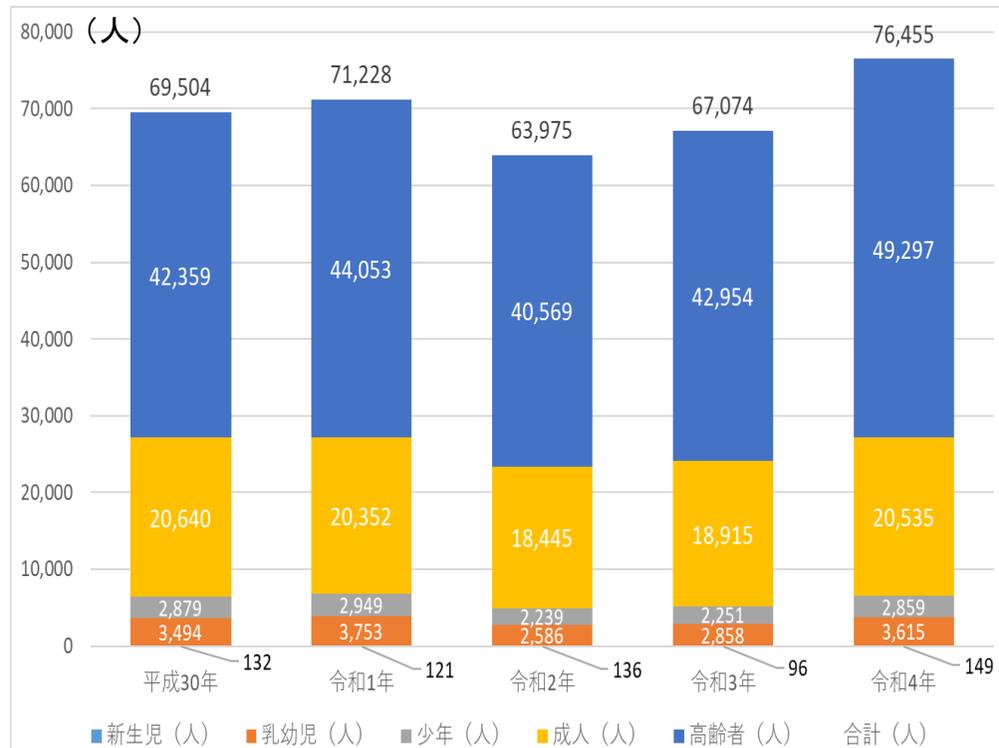
奈良県の救急搬送件数の推移(年齢区分別)(全国・奈良県)

➤ 救急搬送件数は、全年齢区分で増加しているが、特に高齢者区分での増加割合が高い

全国の年齢区分別搬送人員の推移



奈良県の年齢区分別搬送人員の推移



<参考>

新生児:生後28日未満

乳幼児:生後28日以上満7歳未満

少年:満7歳以上満18歳未満

成人:満18歳以上満65歳未満

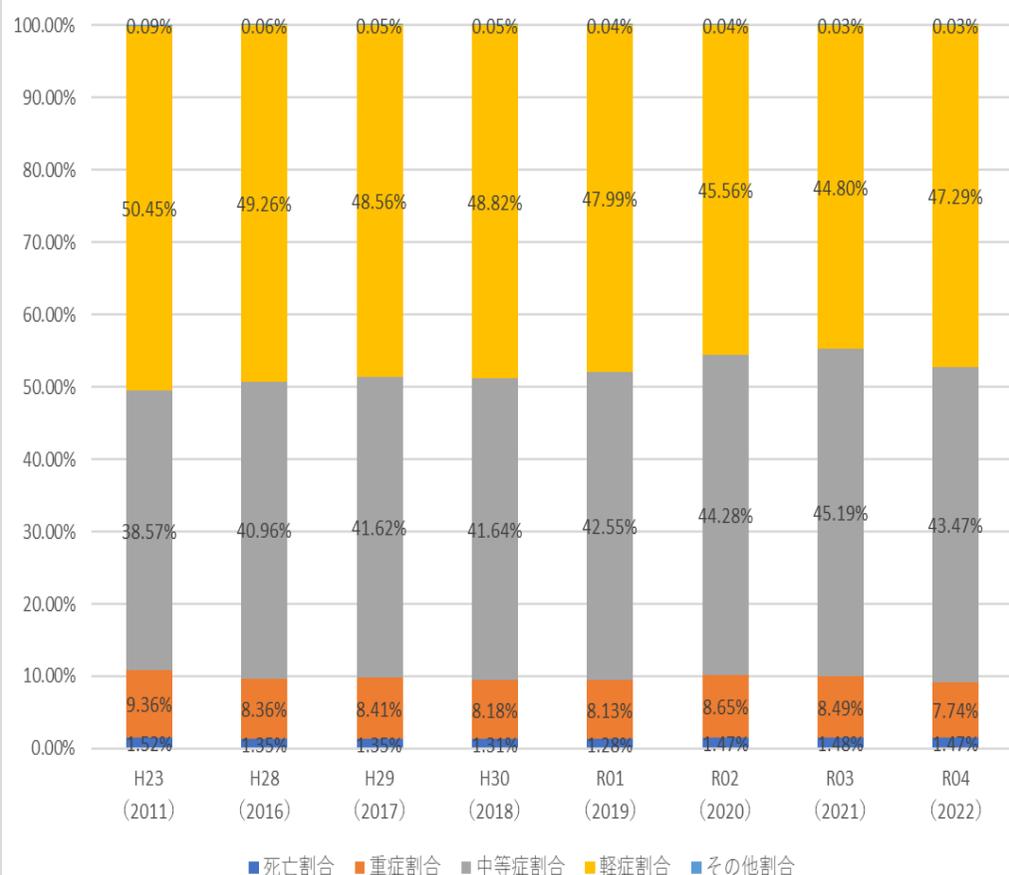
高齢者:満65歳以上

出典:令和5年版「救急・救助の現況」より算出

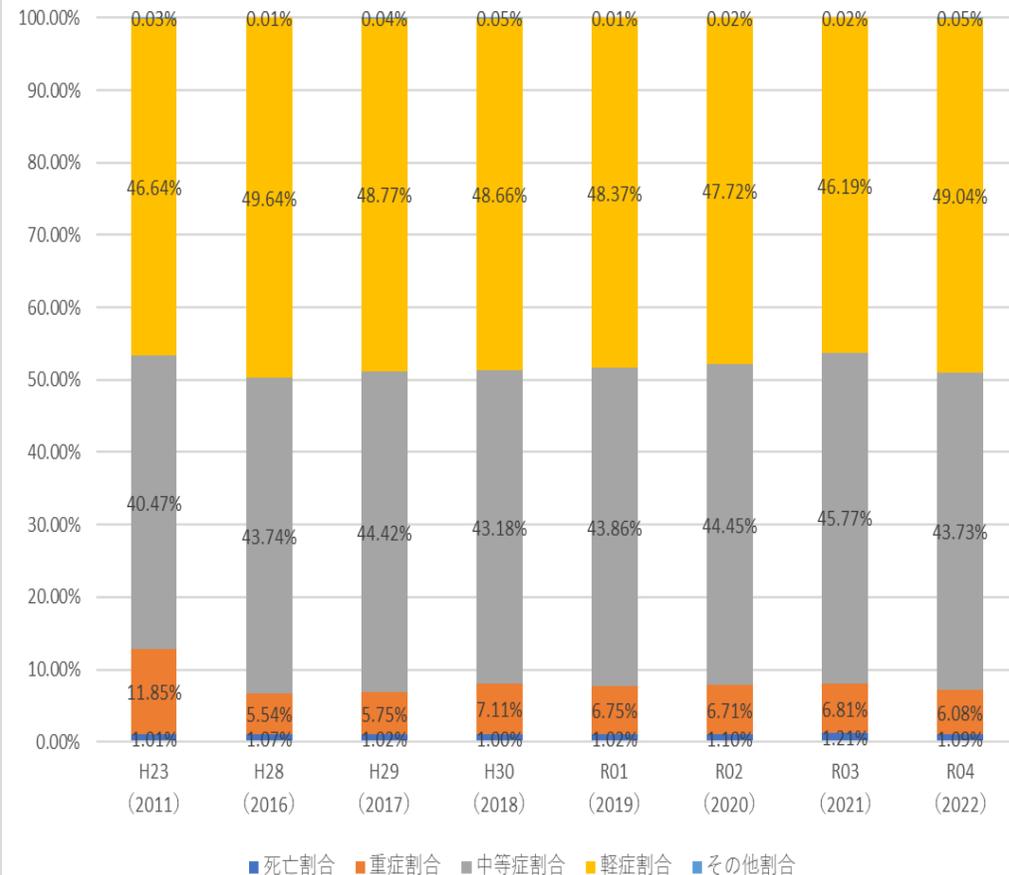
奈良県の救急搬送件数の推移(傷病程度別)(全国・奈良県)

➤ 全国と比較し、奈良県は軽症の割合が高い傾向

全国の傷病程度別搬送人員の状況

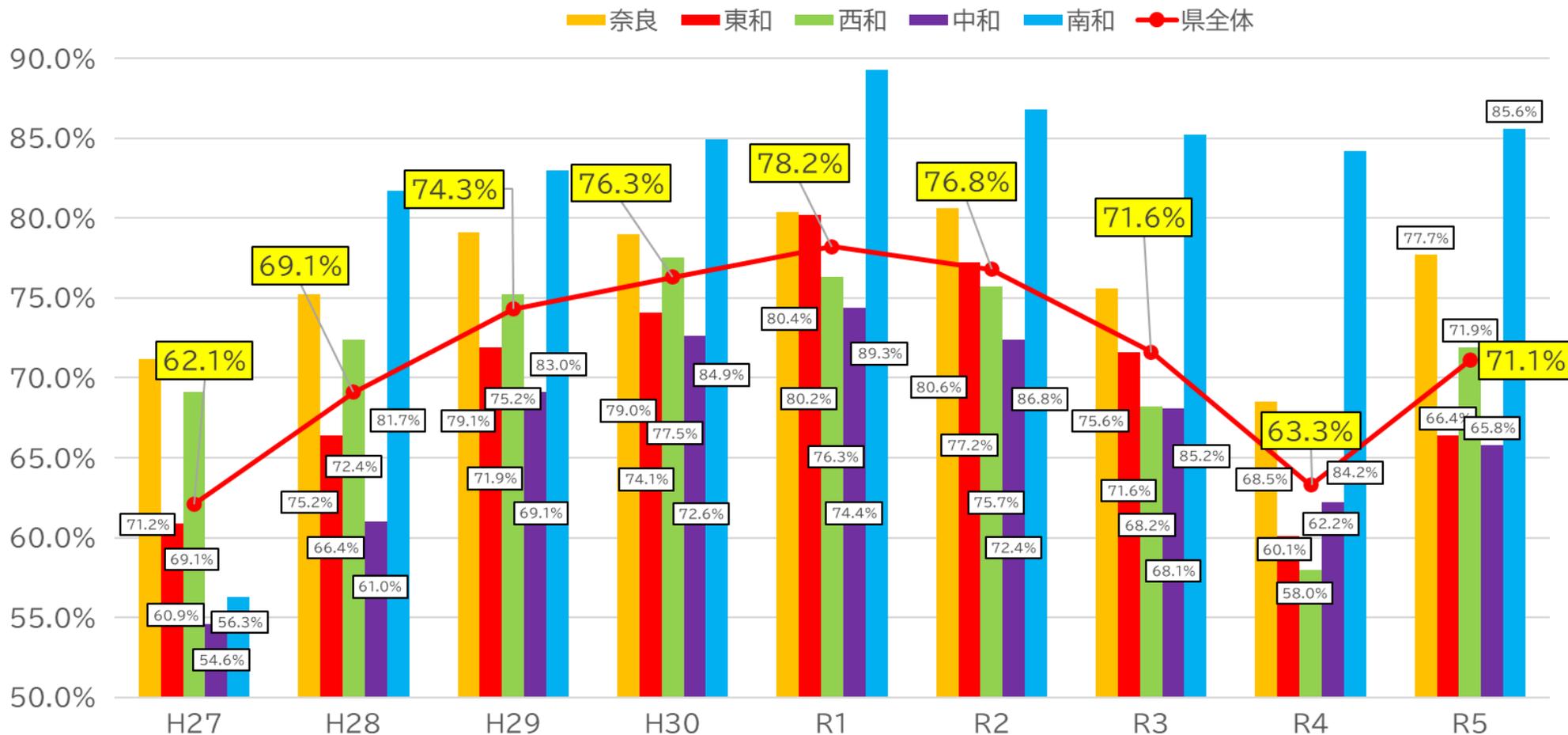


奈良県の傷病程度別搬送人員の状況



応需率の推移(奈良県)

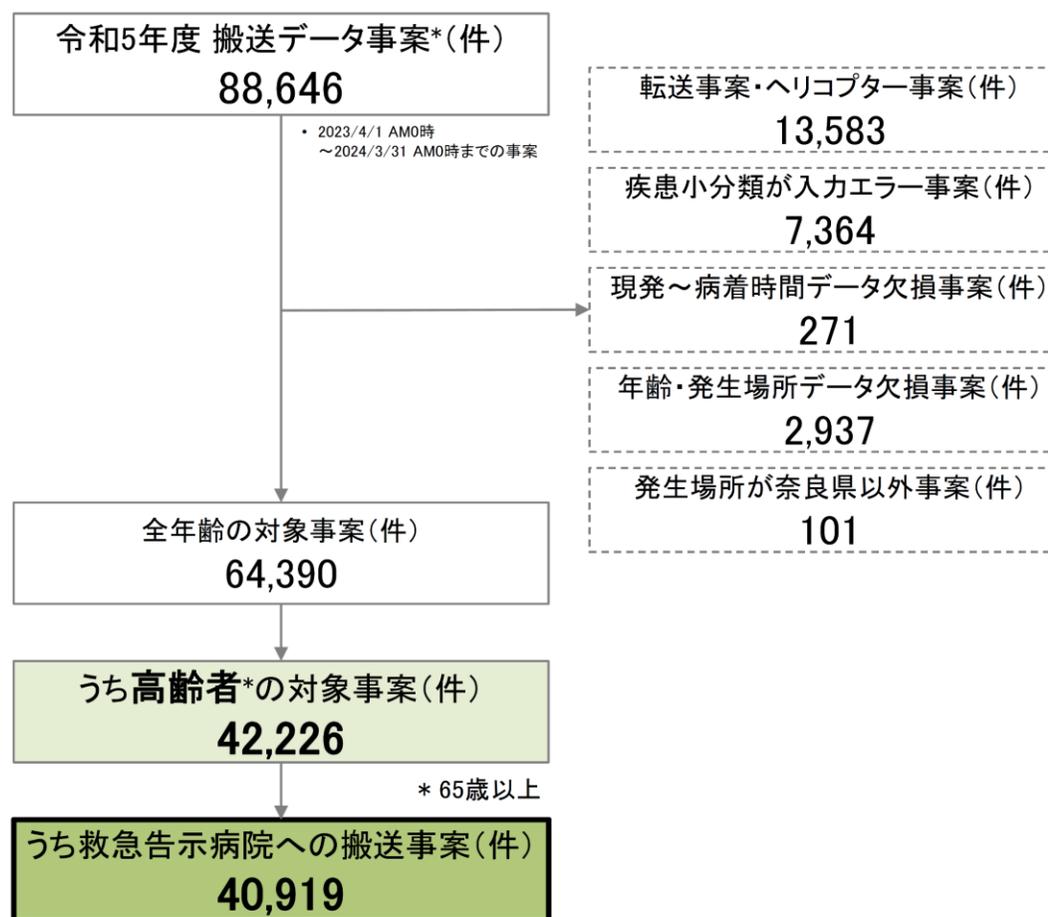
- 県全体の応需率について、H27に比べてR5は9ポイント改善。
- R2～R4は新型コロナの影響もあり、応需率が前年度より低くなっていたが、R5は改善。



3. 結果

3-A-1. 対象事案数

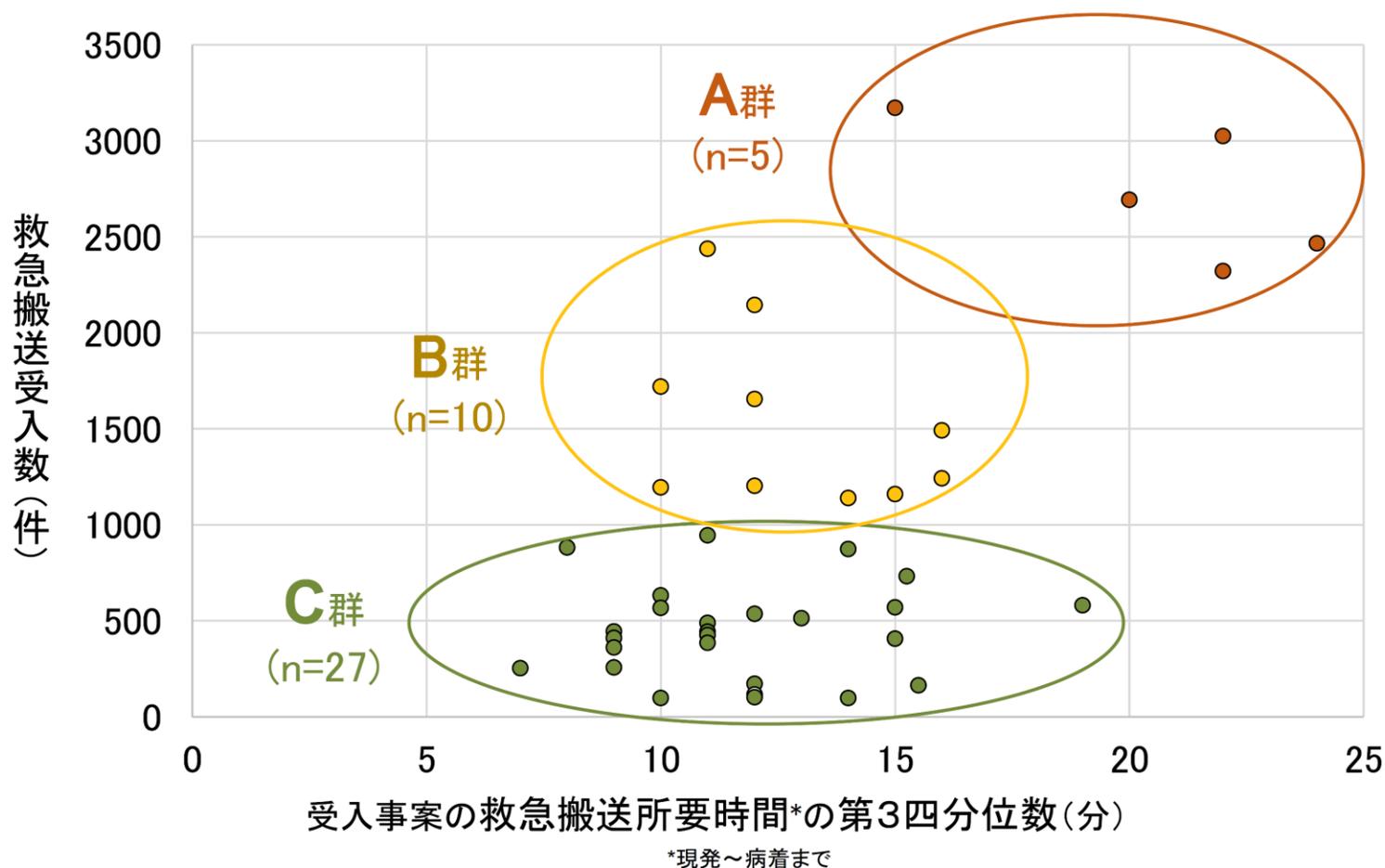
- 令和5年度の搬送事案から、右記事案を除外し、40,919件を分析対象とした。



3. 結果

3-A-3. 各病院の受入状況をもとにした群分け

- 各病院のプロットから、3つの病院群に分けて分析を実施した。

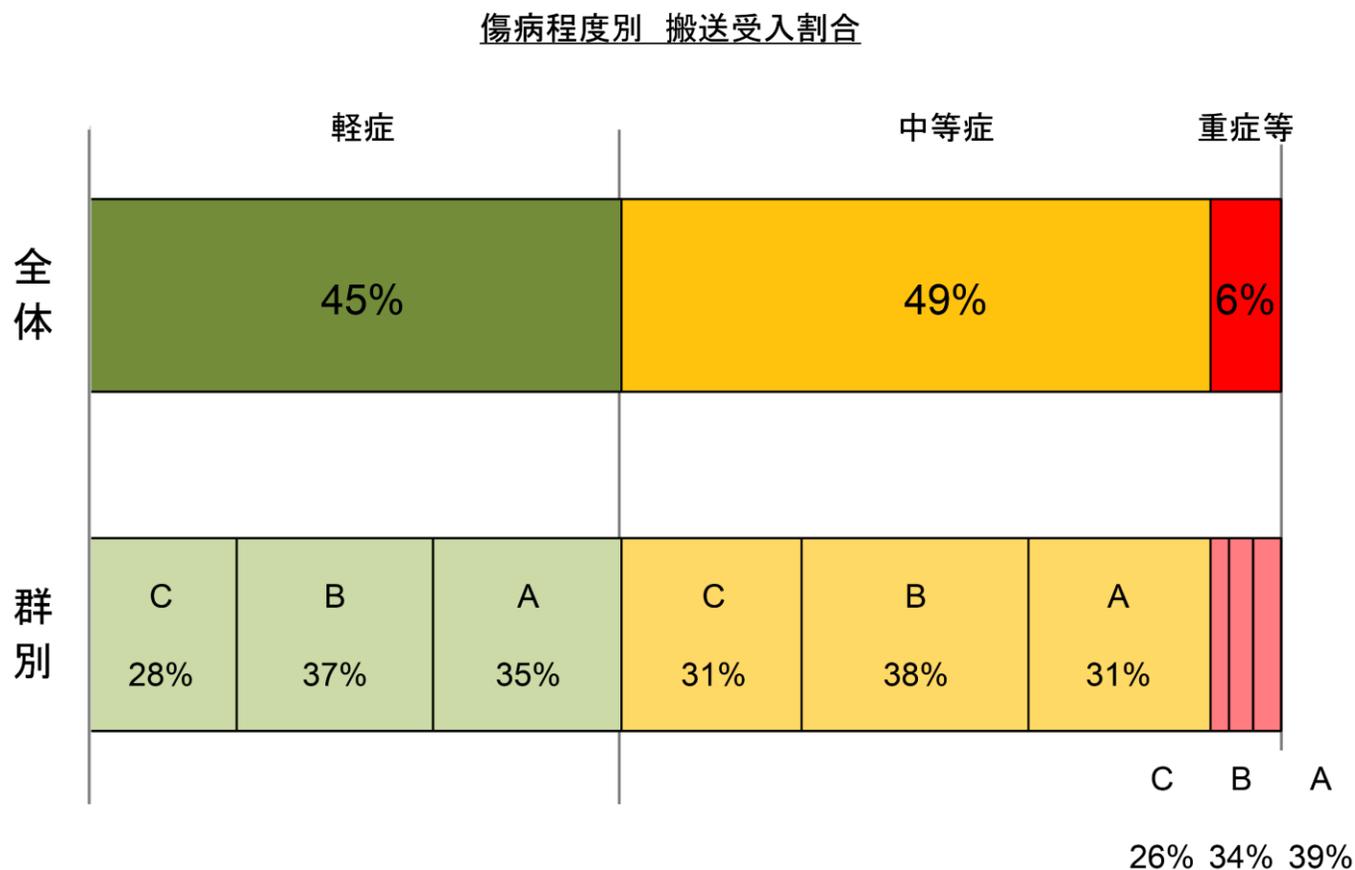


3. 結果

3-A-5. 奈良県全体の搬送受入割合 (1)傷病程度別 発生数

県全体
二次医療圏別

- 県全体では、軽症も中等症も群別受入割合は同等(A:3割、B:4割、C:3割)。



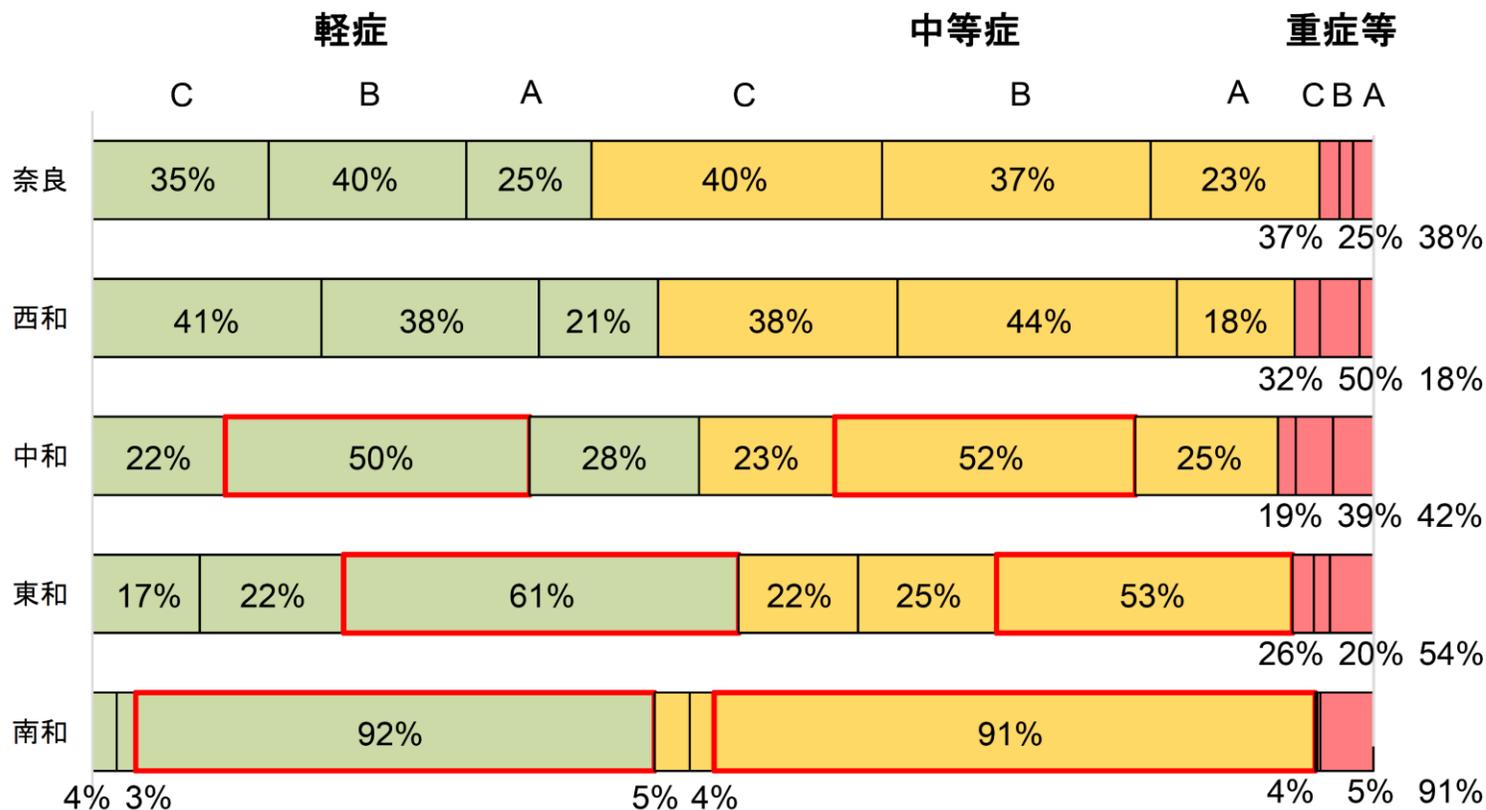
3. 結果

3-A-6. 二次医療圏別の搬送受入割合 (2)傷病程度別

県全体
二次医療圏別

- 中和では、軽症・中等症の5割を、B群が受入れている。
- 東・南和では、軽症も6割・9割を、A群が受入れている。

傷病程度別 搬送受入割合



地域包括医療病棟の状況

- 令和6年度の診療報酬改定において、高齢者の救急搬送が増加していることを背景に、その受け皿となる病棟として「地域包括医療病棟」が新設された。
- 奈良県内では、5病院が届け出ている。(令和7年2月1日時点)

病院名	総病床数	うち、地域包括医療病棟の病床数	地域包括医療病棟開始時期	病床の構成
国保中央病院	214床	53床	令和6年6月	急性期一般4 47床 小児3 50床 地域包括医療 53床 地ケア2 44床 緩和ケア 20床
西奈良中央病院	166床	46床	令和6年9月	急性期一般2 48床 地域包括医療 46床 地ケア1 48床 緩和ケア1 24床
済生会奈良病院	194床	43床	令和6年10月	急性期一般1 86床 地域包括医療 43床 地ケア1 22床 回りハ1 43床
西の京病院	248床	48床	令和6年10月	急性期一般1 100床 地域包括医療 48床 地ケア2 50床 療養1 50床
恵王病院	105床	53床	令和6年11月	急性期一般5 37床 地域包括医療 53床 地ケア2 15床

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



[施設基準] (抜粋)

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。
(ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

2. 奈良県の救急医療・在宅医療の 需要見込み

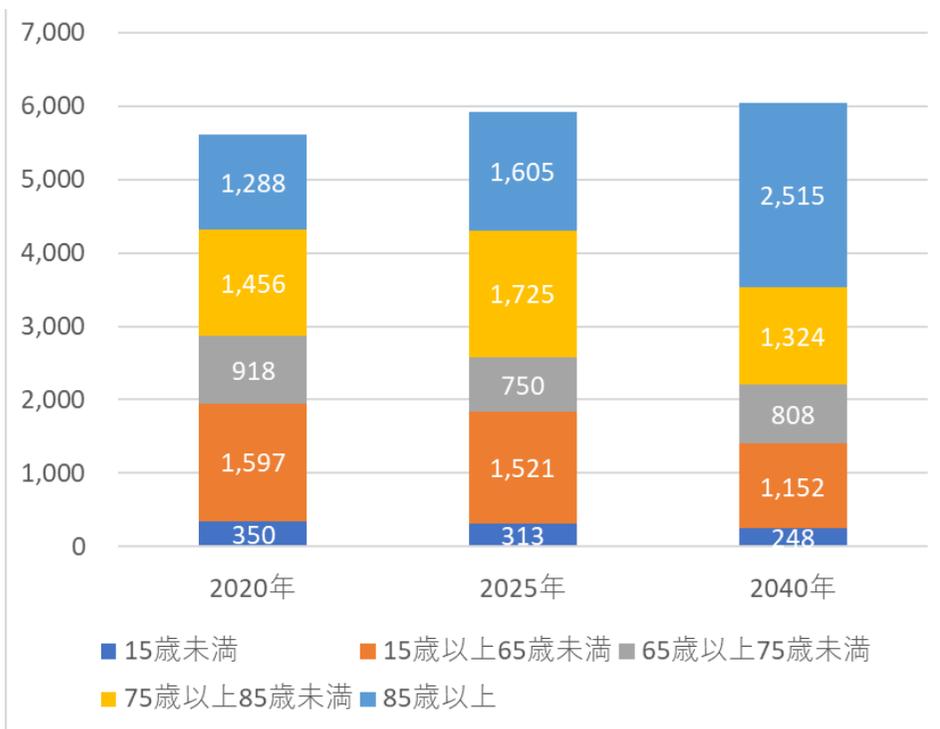
救急医療・在宅医療の需要見込み(奈良県)

- 2020年から2040年にかけて、救急搬送の件数は75歳以上が約15%増、うち85歳以上が約57%増と見込まれる。
- また、在宅医療需要は、2045年にピークを迎え2025年と比較し50%増と見込まれる。

救急搬送の増加

奈良県の年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計

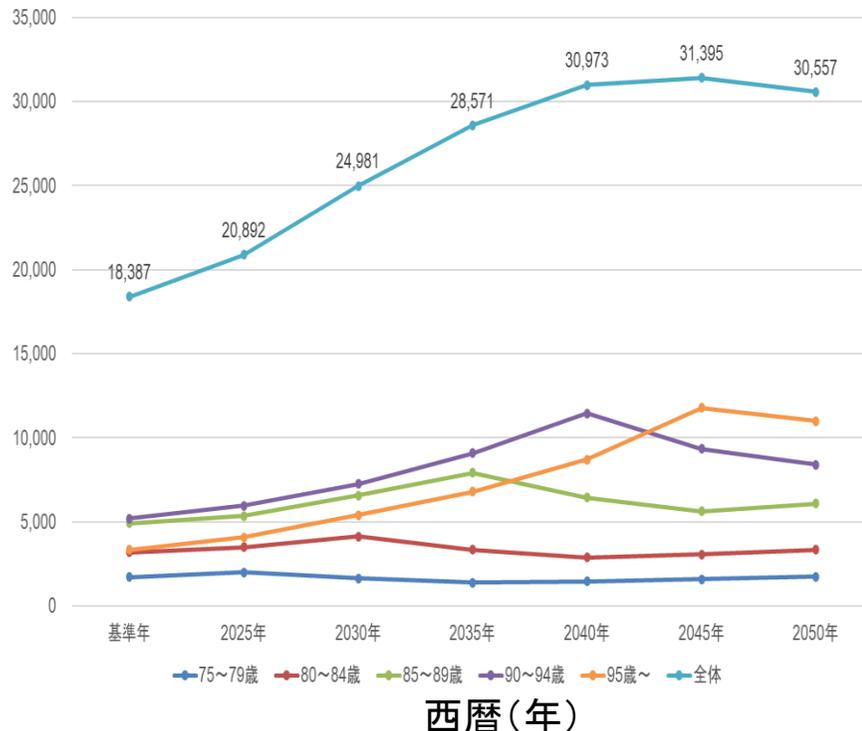
推計患者数
(件・1月当たり)



在宅医療需要の増加

奈良県の年齢階級別の訪問診療患者数の推計

患者数(人)



資料出所: 令和6年11月8日第11回新たな地域医療構想等に関する検討会資料において示された「年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計」を社人研「日本の将来推計人口」(令和5年推計)を用いて、各年(2020年、2025年、2040年)の奈良県の人口比率を算出し作成

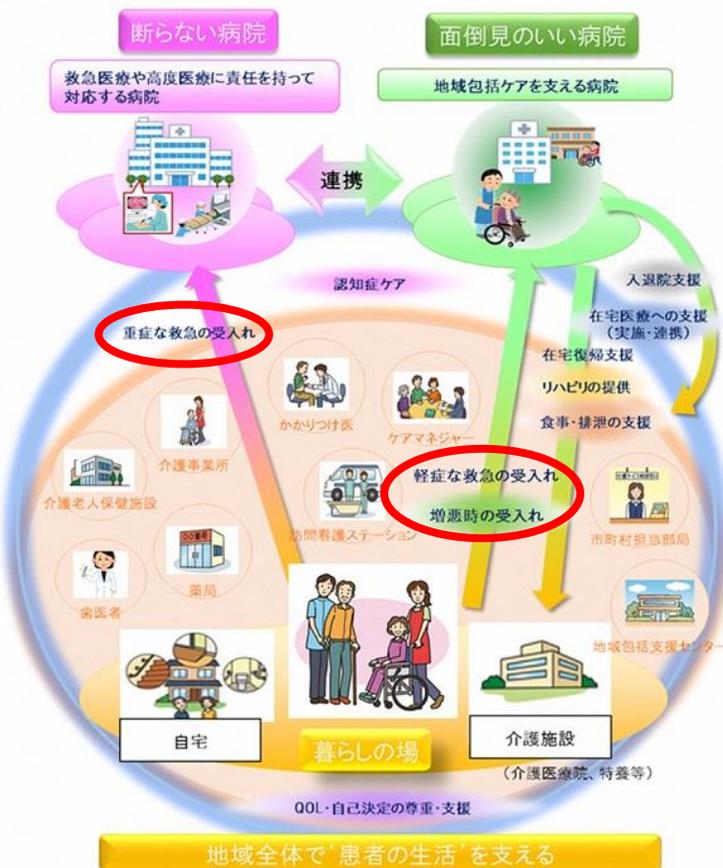
資料出所
 ・奈良県KDBデータ(2022年度)、住民基本台帳(2023年)、社人研「日本の将来推計人口」(令和5年推計)を用いて、
 ・診療行為(コード)により在宅患者を定義
 ・性・年齢階級別、市町村別に実患者数を集計し、受療割合を算出
 ・2022年度を基準年として、2050年までの在宅患者数を二次医療圏別に推計して算出。

3. 今回の意見交換のテーマ

高齢者救急を円滑に受け入れる体制(ゴールイメージ)

- これまでの県の取組の中で、「断らない病院」は重症な救急の受入れ、「面倒見のいい病院」は軽症な救急の受入れ・増悪患者の円滑な受入れを行うことを役割分担のイメージとしてお示してきた。
- 増加する高齢者救急を、「面倒見のいい病院」をはじめ、基幹病院以外で高齢者の急性期に対応できる病院が可能な限り多く受入れ、入院早期からのリハビリの提供や、食事・排泄の支援、在宅復帰支援などの機能を発揮すること、また、重症度や時間帯等に応じた地域の診療所や介護施設等、関係機関間の連携を図っていくことは今後ますます重要となる。

これからの奈良に必要なのは、「断らない病院」と「面倒見のいい病院」



急な増悪時にも、
県民が安心して医療を受けられるために・・・

あるべき姿(イメージ)

「断らない病院」

重症患者の対応へリソースを集中

「面倒見のいい病院」

軽症患者をスムーズに受け入れ、
「面倒見のいい病院」機能を発揮

地域の診療所や
介護施設等

入院が必要となった場合の病院との
適切な連携

消防

重症度等に応じ、
医療機関の役割分担を踏まえた
スムーズな搬送

高齢者の急性期における疾病の特徴

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少 (症)	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

15 51%

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸<結腸>のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物<腫瘍>, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえく壊>疝を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

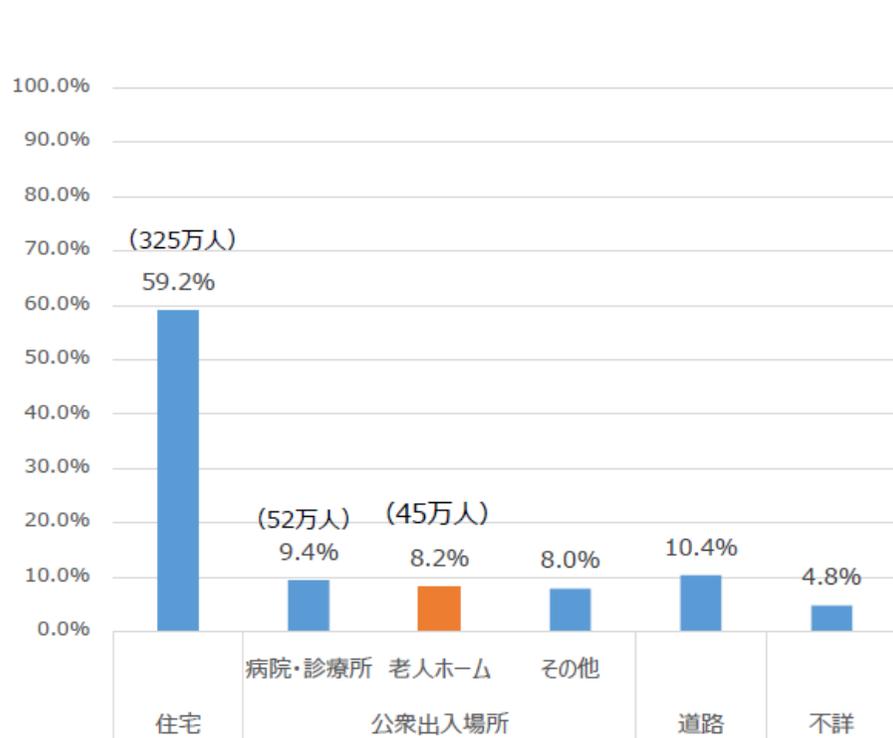
30 28%

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

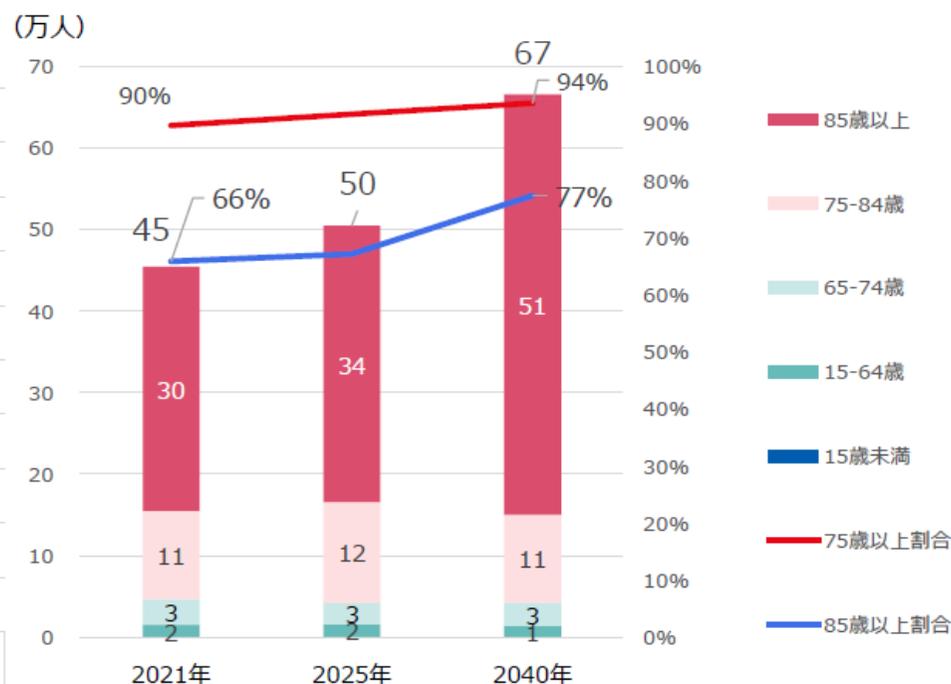
老人ホームからの救急搬送件数の見通し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳 (令和3年)



老人ホームからの救急搬送件数の見通し



資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

R6年度病院意見交換(R7.2.7)での主なご意見 (高齢者救急の受入対応について)

重症～中等症患者を中心に受け入れている病院の意見

- 積極的に救急受入を行っているが、患者層は75歳以上の高齢者が多く、症状も中等症・軽症が目立っている。働き方改革や人員体制の関係で、休日・夜間の受入が厳しい病院もあると思うが、その後の下り搬送の受け入れ体制の構築、連携をお願いしたい。
- 意識障害などから回復し、自立生活が難しくなった患者や、身寄りがない、生活保護受給など、社会的支援が必要な患者について、転院調整がつきづらい。福祉や介護分野との連携を踏まえて検討していくことが必要。

高齢者をはじめ、中等症～軽症の救急患者を主として受け入れている病院の工夫や意見

- 従来は事務員が救急隊からの連絡を受けていたが、医師、看護師もしくは院内の救急救命士が直接の救急隊と話し合えるよう、ホットラインを開設した。タイムロスや、伝達ミスを防ぐ観点からも効果があると感じている。
- 定期的に地元消防署と意見・情報交換、勉強会を実施している。自院の課題指摘や症例検討、応需のアドバイスをいただくことにより、実際に応需率が向上している。

消防からの意見など

- ホットラインは現場の救急隊員からの声が直接医師に届くので、非常に有益なものとの声を聞いている。
- 救急搬送ルールについては、搬送協議会での議論をもとに、ルール設定されている。かかりつけ医の有無を確認、e-MATCHのルールに基づき、救急隊は発生場所に一番近い病院への搬送を患者さんに提案している。
- 病院との意見交換については、輪番病院会議であったり、所轄消防署の隊員と病院の先生との間で積極的にさせていただいていると認識している。顔の見える話のしやすい環境を構築するため、より近い話合いの機会があれば積極的に参加させていただきたいので、ぜひお声がけいただきたい。

本ご議論いただきたい内容

高齢者救急の適正な受け入れのための打ち手

1

不要・不急の搬送を抑制する
(介護連携の強化、介護施設でのACPの取組強化、等)

2

「面倒見のいい病院」をはじめ、基幹病院以外で高齢者の急性期に対応できる病院での受入を強化する

3

症候・時間帯により、基幹病院等の「断らない病院」で受け入れた後、「面倒見のいい病院」への転院体制を強化する

本日の
スコープ

1

質の向上に向けた課題や取組
～高齢者救急の受入について～

- 高齢者の増悪時に在宅医療・介護関係者(患者を送る側)が、重症度や時間帯に応じてスムーズに入院が出来るよう取り組んでいることは何か。
- 病院、地域の医療・介護関係者、消防の役割分担や連携で解決できることは何か。

参 考

R5年度の病院意見交換会及び地域医療構想調整会議での主な意見

病院意見交換会で出た意見

【かかりつけ医からのご意見】

- 時間外に二次輪番の病院に連絡した際、ときどき専門外を理由に断られ、仕方なく「断らない病院」で受けていただくことがある。
- 専門の境界となる疾患の領域で、受けていただくのが難しい場合がある。医師の専門分化が進むことによって、患者が受けられなくなってしまうのは問題。
- 時間帯によって、施設からの入院先がなかなか決まらないことがある。とくに午前7時頃。

【「面倒見のいい」機能を担う病院からのご意見】

- 当直時間帯は、医師の専門性が高くなりすぎて受けられないことがあるのが実態。
- 各病院、かかりつけ患者を受け入れるのは問題がないと思う。しかし、かかりつけでない人はどのような病気を抱えた人なのか分からないので躊躇してしまう。患者の情報が分かるような仕組みができればと思う。
- 時間外に「面倒見のいい病院」で受け入れるのは難しくなるので、翌日朝に転院を受けてもらう体制を確立するしかないのではないかと思う。
- 受け入れた後に、重症化した方を転送するのに苦労することがある。受け入れた後の連携も重要と思う。

【「断らない病院」機能を担う病院からのご意見】

- 救急の受け入れは増えており、高齢者の軽症も多く受けている。
- 転院促進に取り組んでいるが、なかなかすぐに回らないのも現状であり、転院の「良いパターン」を作っていかなければならないと感じている。
- DXを進め、情報共有することが大事だと思う。
- 在宅療養後方支援病院として、登録患者さんは100%受けている状況であるが、この登録患者を増やすにはいろんな障壁がある。また、登録されていない人の流れが課題と感じている。

地域医療構想調整会議で出た意見

- 患者情報を共有出来る仕組みの体制が必要だと思われる。
- 専門分化が進んだことなどにより、当直医ひとりで出来ることが限られている。
- 夜間・休日に、どこに専門医がいるかが分かれば、その医療機関に搬送できると思われる。
- 施設(介護等)などと「面倒見のいい病院」があらかじめ連携しておくことで、救急搬送しなくてもいい案件を増やすことが出来る。
- 働き方改革の影響(労働時間の上限、宿直対応)がどのように影響が出てくるかが不明。
- 地域包括医療病棟の取得が、どのように影響が出るのかが不明。
- 関係者間の顔の見える関係の構築が重要であると思われる。