資料 2-2

救急医療対策協議会
救急医療体制検討小委員会報告書

～東京ルールを始めとするコロナ禍以降の
二次救急医療体制について～

令和６年９月

目　　次

はじめに

第１　コロナ禍以降の救急医療体制の現状

１　東京ルールの現状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１

２　現状とコロナ禍以前の状況との比較

（１）傷病者の性質の観点から・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４

（２）医療機関側の観点から・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８

第２　対策の方向性

１　対策の方向性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１０

２　東京ルールを減らすための対策の内容

（１）傷病者の既往歴等の迅速かつ正確な把握・・・・・・・・・・１１

（２）受入可能な医療機関の的確な入力・・・・・・・・・・・・・１２

（３）救急隊・医療機関間の連絡時間の短縮・・・・・・・・・・・１３

（４）休日・全夜間帯における受入体制の支援・・・・・・・・・・１５

３　東京ルールになった事案を迅速に収容先決定するための対策

（１）東京ルールの受入れを促進するための受入体制の支援・・・・１６

（２）地域救急医療センターでの一時受入後の転送先選定機能の強化・１８

おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２０

はじめに

東京都においては、突発不測の傷病者が、いつでも、どこでも、だれでも、その症状に応じた適切な医療が受けられるよう、救急医療体制の整備を進めてきた。

このうち、二次救急医療体制については、平成 11 年度から休日・全夜間診療事業を実施し、休日及び夜間に通年・固定で入院可能な施設を確保しており、これにより二次救急医療体制は充実強化された。

さらに、平成 21 年度には、迅速・適切な救急医療を確保するため、「救急医療の東京ルール」を策定し、東京都地域救急医療センターを中心とした救急患者の搬送調整や受入れ体制を確保してきた。

これらの取組により、搬送先選定困難事案（以下「東京ルール事案」という。）は平成 24 年以降、減少を続けていたが、平成 30 年からは増加に転じ、さらに新型コロナウイルス感染症の影響により、令和２年以降は大きく件数が増加した。

その後、新型コロナウイルス感染症は令和５年５月に感染症法上の５類感染症へ類型変更となり、社会活動も正常化しつつあるが、東京ルール件数はいまだ高止まりしており、救急医療においては依然として影響が継続している。

こうした状況を踏まえ、令和５年１２月に救急医療対策協議会は救急医療体制検討小委員会を設置し、東京ルールを始めとしてコロナ禍以降の二次救急医療体制について検討を進めてきた。

この度、本小委員会にて報告書を取りまとめたので、このとおり報告する。

令　和　６　年　９　月
救 急 医 療 対 策 協 議 会
救急医療体制検討小委員会

第１　コロナ禍以降の救急医療体制の現状

１　東京ルールの現状

○ 東京都では、東京都地域救急医療センター設置・運営要綱に基づき、平成21年度から地域救急医療センター運営事業を開始し、救急医療を必要とする患者を迅速に受け入れるための体制を整備してきた。

○ 原則として中等症以下の患者について、都内の消防機関による病院選定開始からおおむね５医療機関又は20分以上搬送連絡を行っているにもかかわらず、搬送先が選定されない事案（東京ルール事案）が自らの圏域で発生した場合に、地域救急医療センターは、救急隊からの要請により、地域内の救急告示医療機関に対して患者の受入調整（以下「地域内調整」という。）を行うとともに、地域内調整を行ったにもかかわらず搬送先が選定できない場合は、地域救急医療センター自身が患者の受入れを行うこととしてきた。

○ 平成22年７月には区南部保健医療圏で地域救急医療センターの運営が開始されたことにより、島しょを除く都内12すべての二次医療圏において、地域救急医療センターの運営が開始された。

○ 平成24年以降、東京ルール事案の件数は減少を続けていたが、6,090件だった平成29年以降は増加に転じ、令和元年は9,264件となった。

年別東京ルール件数の推移（平成23年～令和元年）

（単位：件）

	H23	H24	H25	H26	H27
東京ルール件数	14,451	14,467	14,041	9,991	7,283
	H28	H29	H30	R1	
東京ルール件数	6,625	6,090	7,101	9,264	

○ 令和２年１月に都内で新型コロナウイルス感染症の感染者が初めて確認された。以降、新型コロナウイルス感染症は感染の拡大と縮小を繰り返し、新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成 24 年法律第 31 号）の規定による緊急事態宣言が都内で四度発令されるなど、社会活動に多大な影響を与えた。

○ 新型コロナウイルス感染症は、他の医療分野と同じく救急医療に対しても甚大な影響を与えた。医療機関における応需率は大きく低下し、それに伴い東京ルール事案は大幅に増加した。

応需率の推移（令和元年～令和 5 年）

	R1	R2	R3	R4	R5
応需率（全時間帯）	75.7%	68.4%	60.5%	43.1%	51.3%
応需率（休日全夜間帯）	72.6%	64.7%	56.7%	39.9%	47.3%

年別東京ルール件数の推移（令和元年～令和 5 年）

（単位：件）

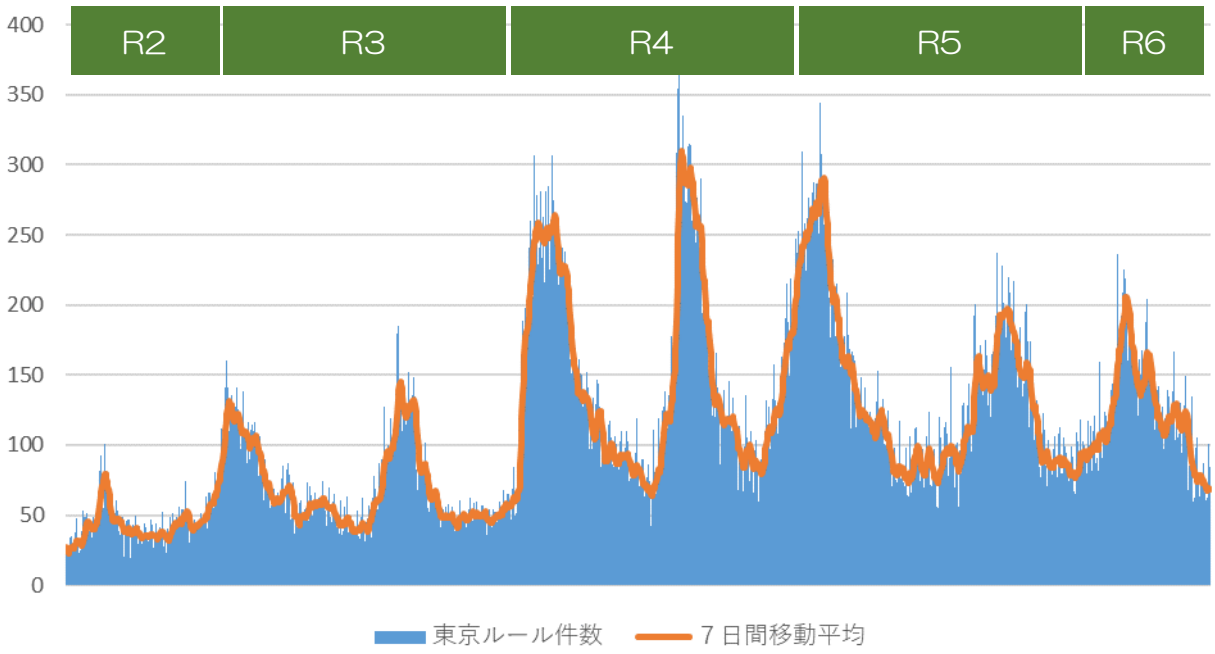
	R1	R2	R3	R4	R5
東京ルール件数	9,264	15,355	22,748	51,670	45,062

○ 令和 2 年度以降、東京ルールは新型コロナの感染の波に連動して、増減を繰り返してきた。特に感染拡大期には 300 件を上回る東京ルールが発生する日もあった。

○ 新型コロナウイルス感染症は、令和５年５月に感染症法上の５類感染症へ類型変更となり、社会活動も正常化しつつある。しかしその一方で東京ルール件数はコロナ禍以前の水準には戻らず、依然として高止まりしており、救急医療に対する影響は未だ継続している。

○ 特に令和４年以降、東京ルール件数は新型コロナの感染者自体は少ない感染の谷間においても、70 件/日程度を下限に下がらなくなった（令和元年の東京ルール平均件数は 25.4 件/日）。

日別東京ルール件数の推移（令和２年６月 30 日～令和６年４月 30 日）



○ コロナ禍以降は新型コロナの感染者が市中に多数発生して、新型コロナ患者が病床を圧迫するなどの直接的な影響がなくとも、東京ルールがコロナ禍以前と比べて多く発生している状況にある。

○ このことに伴い、救急搬送先の選定回数も増え、救急活動時間も延伸している。また、東京ルール事案の自圏域内での受入率が低下し、他の圏域への搬送先の調整が増加している。救急車の数には限りがあり、救急要請が集中・増加すると、近くの救急隊が出場できず、到着までの時間が延伸してしまう。

○ 新型コロナの直接的な影響が少なくなった後の未来の東京の救急医療を見据えると、この現状の詳細な分析と、その分析内容に応じた対策を講じることが必要である。

２　現状とコロナ禍以前の状況との比較

（１）傷病者の性質の観点から

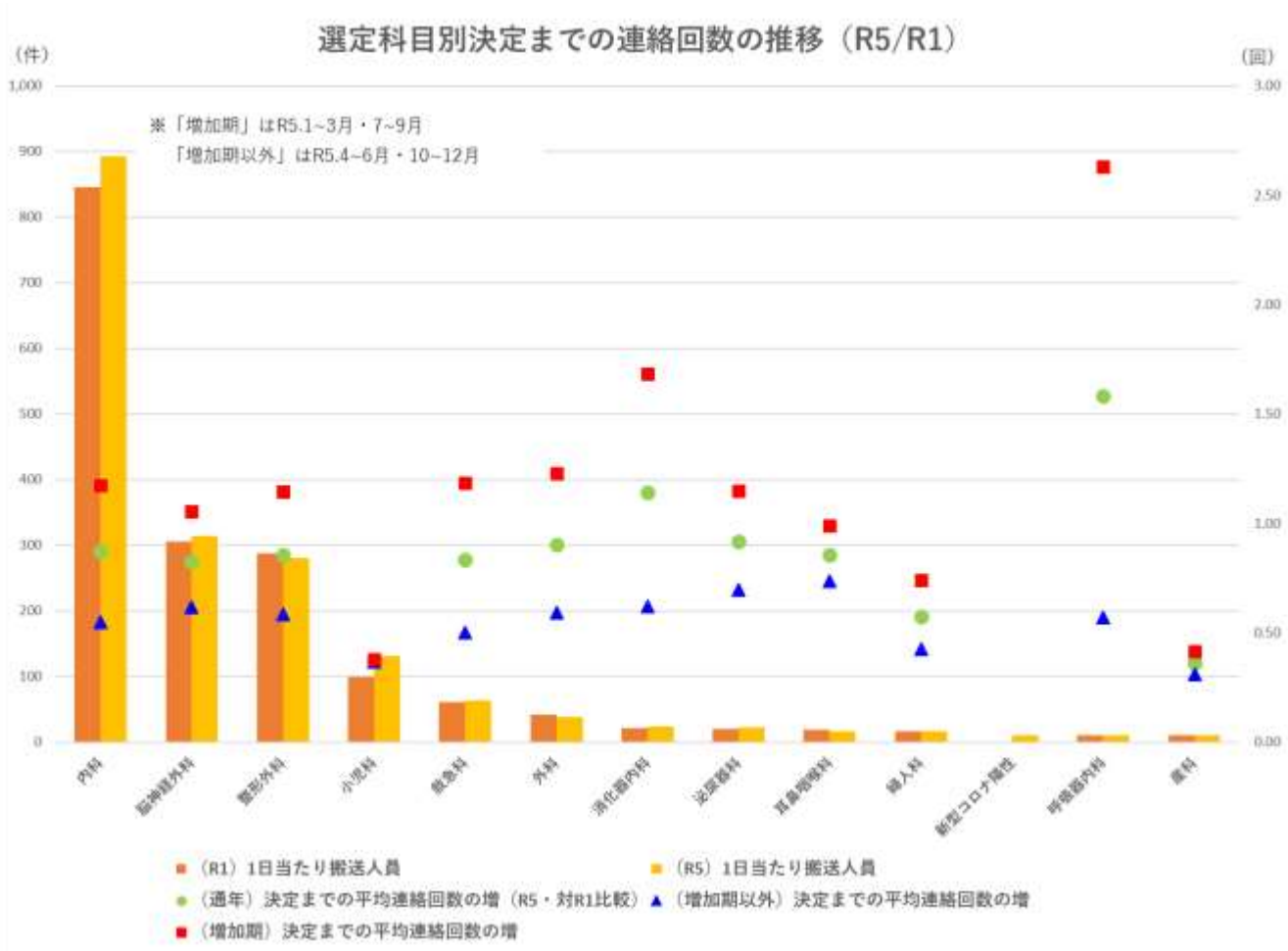
○ 前記１の現状を踏まえ、救急医療対策協議会救急医療体制検討小委員会では、コロナ禍以前（令和元年）と令和５年の救急医療に係るデータを比較し、具体的にどのような性質を持つ傷病者（属性）が収容先医療機関の決定がしにくくなっているのか、検討を行った。

○ 検討に当たっては、中長期的な検討を行うという観点から、新型コロナの直接的な影響を除くため、新型コロナの感染者自体が多くない時期とコロナ禍以前とを比較することが有効である。そのため、令和４年 12 月の感染拡大及び令和５年８月から９月にかけての感染拡大に伴う東京ルールの増加期を除いた、令和 5 年の救急要請に関するデータを令和元年との比較対象とした。

○ なお、次ページ以降のグラフはすべて東京消防庁の実績データに基づいて、東京都保健医療局が集計し、作成したものである。

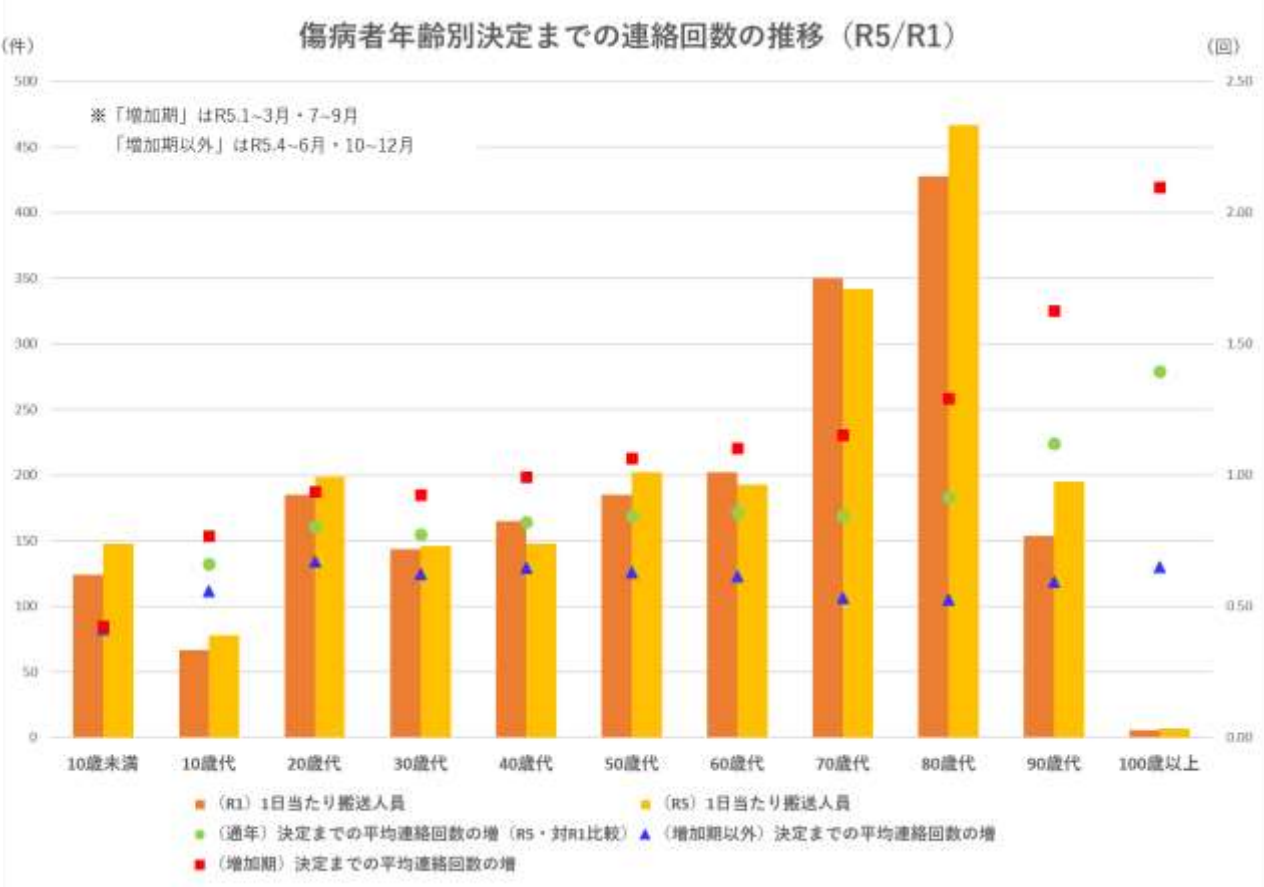
○ まず、令和元年と令和５年とを比較し、救急隊が病院を選定した際の診療科目（以下「選定科目」という。）別に、収容先医療機関決定までの医療機関連絡回数（以下「決定までの連絡回数」という。）を調査した。

- 令和５年（増加期除く。）と令和元年とを比べると、いずれの選定科目でも決定までの連絡回数は増加していた。
- 特に令和５年の増加期と令和元年を比べると、呼吸器内科と消化器内科で決定までの連絡回数が大きく増加していたが、その一方で増加期を除けば、決定までの連絡回数の増加量は選定科目によって大きな差はなかった。
- 小児科、婦人科及び産科は増加期であっても決定までの連絡回数はそれほど増加しなかったが、増加期を除けば令和元年との比較においては内科、脳神経外科及び整形外科をはじめとする主な診療科目と比べても、決定までの連絡回数は一定程度増加していた。
- 以上から、現状は選定科目に関わらず同程度に医療機関が決定しにくくなっていることがわかった。

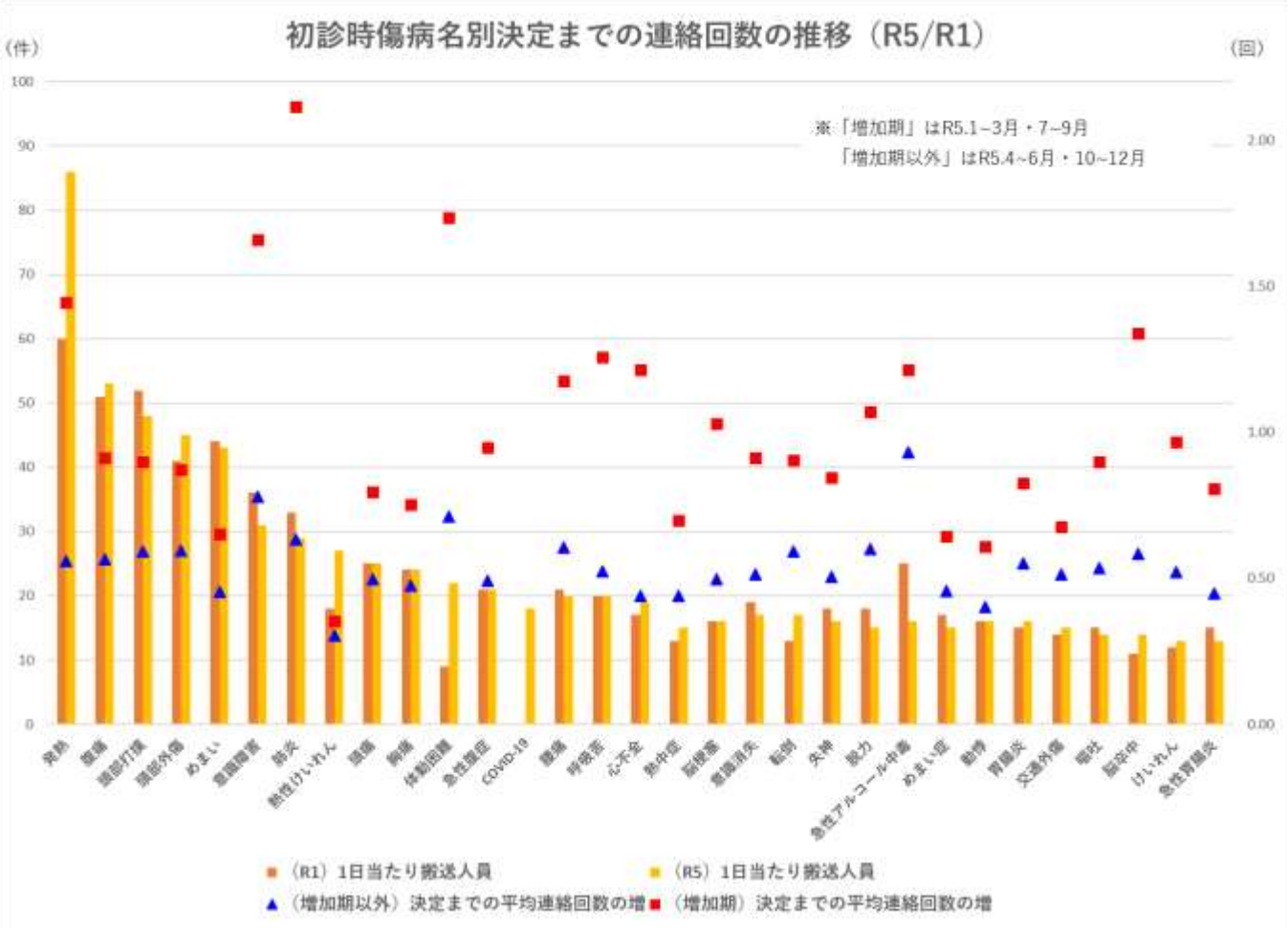


○ 次に、令和元年と令和５年とを比較し、傷病者の年齢別に、決定までの連絡回数を調査した。

- 令和５年（増加期除く。）と令和元年とを比べると、いずれの年代でも決定までの連絡回数は増加していた。
- 特に令和５年の増加期と令和元年を比べると、80 歳代以上の高齢者の決定までの連絡回数が大きく増加していたが、その一方で増加期を除けば、決定までの連絡回数の増加量は傷病者の年齢によって大きな差はなかった。
- 以上から、現状は傷病者の年齢に関わらず同程度に医療機関が決定しにくくなっていることがわかった。



○ 次に、令和元年と令和５年とを比較し、傷病者の初診時傷病名別に、決定までの連絡回数を調査した。
- 令和５年（増加期除く。）と令和元年とを比べると、いずれの初診時傷病名とも決定までの連絡回数は増加していた。
- 特に令和５年の増加期と令和元年を比べると、初診時傷病名「発熱」、「意識障害」、「肺炎」、「体動困難」が、決定までの連絡回数が大きく増加していたが、その一方で増加期を除けば、決定までの連絡回数の増加は初診時傷病名によって大きな差はなかった。
- 以上から、現状は傷病者の初診時傷病名に関わらず同程度に医療機関が決定しにくくなっていることがわかった。



○ 以上の結果から、令和５年（増加期除く。）と令和元年とを比べると、傷病者の性質に関わらずすべての救急搬送で同程度に収容先が決まりにくくなっていることがわかった。

（２）医療機関側の観点から

○ 続いて、コロナ禍以前（令和元年）と令和５年の救急医療に係るデータを比較し、どのような医療機関で救急患者の受入実績が下落しているのか、検討を行った。

○ 医療機関の病床規模別にみると、規模の大きい施設の方が受入件数が減少している傾向があった。

許可病床数別令和5年の救急受入件数及び令和元年からの増減

病床数	施設数	R5受入数	**R1からの増減**	受入増の施設数	（割合）	受入減の施設数	（割合）
0～199	197	211,151	**25,079**	109	*(55.3%)*	88	*(44.7%)*
200～399	57	226,580	**9,471**	34	*(59.6%)*	23	*(40.4%)*
400～599	33	183,814	**16,277**	24	*(72.7%)*	9	*(27.3%)*
600～799	8	43,622	**△ 138**	4	*(50.0%)*	4	*(50.0%)*
800～999	8	56,226	**△ 652**	4	*(50.0%)*	4	*(50.0%)*
1000～	6	34,665	**△ 7,320**	1	*(16.7%)*	5	*(83.3%)*

※平成31年1月から令和5年12月までの間で引き続き救急告示医療機関であった309施設について集計

○ これは規模の大きい医療機関の方が職員数が多く、設備も多岐にわたるため、新型コロナウイルス感染症が発生した際に、柔軟な運用の変更がしにくかったことが理由として考えられる。

○ この他、「コロナ禍以前の受入実績」「標榜科目」「開設者種別」の観点からも比較をしたが、いずれも令和元年から令和５年にかけて受入が増えた医療機関と減った医療機関との間で大きな差はなかった。

○ 一方で、都内の救急医療機関全体でみれば、令和５年の救急受入件数は令和元年を上回っており、個別の医療機関をみても、過半数の医療機関で令和５年は令和元年よりも救急の受入件数は増加していた。

年別救急搬送人員の推移（令和元年～令和５年）

（単位：件）

	R1	R2	R3	R4	R5
救急搬送人員	**731,900**	625,639	630,287	708,695	**773,342**

○ ただし、受入件数は増加しているものの、搬送件数が増えたことにより都内の救急医療機関全体の応需率は大きく低下している。

応需率の推移（令和元年～令和５年）≪再掲≫

	R1	R2	R3	R4	R5
応需率（全時間帯）	75.7%	68.4%	60.5%	43.1%	51.3%
応需率（休日全夜間帯）	72.6%	64.7%	56.7%	39.9%	47.3%

○ 受入件数が増えているにもかかわらず応需率が低下している理由は、コロナ禍以降、医療機関において患者の受入環境に新たな制約が生じたためと考えられる。

○ 新型コロナウイルス感染症は、令和５年５月に感染症法上の５類感染症へ類型変更され、社会活動も正常化しつつあるものの、医療機関に入院している患者は基礎疾患を有するなど重症化リスクの高い方が多く、また院内クラスターが発生した際には病棟を閉鎖するなどの対応を取らざるを得ず、経営的にも大きな打撃となる。これらの理由から、医療機関は依然として新型コロナウイルス感染症が院内に持ち込まれることを強く警戒している。

○ 院内へ持ち込ませないために新型コロナウイルス感染症の検査等により患者一人あたりの診療時間が長時間化していることや、施設内での発熱患者の動線分離を行うことなどにより、医療機関のキャパシティが制限されている。

○ 一方で、医療機関からは看護師の確保が難しくなったという声も多くあがっている。

○ このような状況下で、令和５年の救急出場件数は過去最大となったため、医療機関で受け入れた件数が同じであっても応需可能な時間帯が相対的に少なくなり、応需率は低下する。

○ 以上のように、新型コロナウイルス感染症により、潜在的には依然として医療機関への影響が継続しており、その結果として、応需率が低下し、東京ルールが高止まりしていると考えられる。

第２　対策の方向性

１　対策の方向性

○ ここまで、都の救急医療体制がおかれている状況を確認してきたが、これらの現状を踏まえ、傷病者が迅速に医療機関へ搬送され、適切な救急医療を受けられるよう、体制を整える必要がある。

○ 様々な要素が救急医療には影響しているが、今後の方向性として「東京ルールを減らすための対策」と「東京ルールになった事案を迅速に収容先決定するための対策」の２点に切り分け、対策を検討する。

（１）東京ルールを減らすための対策

【現状】

○ 患者一人あたりの診療時間の長時間化や、施設内での発熱患者の動線分離などの感染対策に加えて、介助等が必要な高齢者の搬送が増えている反面、看護師の確保は難しくなっているなど、医療機関において構造的制約が生じており、救急医療体制は厳しい状況にある。

【対策の方向性】

○ 新たに生じた解消の難しい制約は存在するが、その中で医療機関等における時間短縮を図るとともに、人材確保の厳しい休日・夜間帯の救急外来におけるマンパワーの強化を促し、東京ルール件数の押し下げを図る。

（２）東京ルールになった事案を迅速に収容先決定するための対策

【現状】

○ 東京ルール件数が大幅に増加した結果、地域救急医療センターでの東京ルール事案受入件数は増加しているものの、それ以上に地域救急医療センターへの受入要請件数が増加したために、東京ルール全体に占める地域救急医療センターでの受入率は大きく低下している。

○ 地域救急医療センターで東京ルール事案を一時受入したとしても、転送先が見つからず、その結果次の受入が滞るケースが多発している。

【対策の方向性】

○ 地域救急医療センターへの支援策及び都の東京ルール事案転送先選定機能を強化することで、本来の東京ルールの機能を取り戻す。

２　東京ルールを減らすための対策の内容

（１）傷病者の既往歴等の迅速かつ正確な把握

○ 救急搬送された傷病者に対する一人あたりの診療時間がコロナ禍以降は長時間化し、そのために次の患者の受入れが滞るなどの制約が発生しているが、傷病者の既往歴、受診歴及び薬剤情報等があらかじめ判明していれば、診療時間を短くすることができ、スムースに次の受入へ進むことが期待できる。

○ 現在、傷病者の既往歴等は、現場に出場した救急隊が、現場で情報収集を行い、医療機関へ伝達している。

○ このとき救急隊は傷病者本人への聞き取り、家族などの関係者への連絡、診察券などによりかかりつけ医と推測された医療機関への連絡等により、既往歴等を始めとした傷病者情報を調査するので、把握までに時間を要し、かつその情報に不足がある場合がある。

○ 現在国において、マイナンバーカードを活用し、オンライン資格確認等システムを用いて、救急隊が傷病者の既往歴等を確認できるシステムの実証実験がなされている。

○ 当該システムが実現すれば、救急隊が傷病者の情報を正確かつ早期に把握することで、救急活動の迅速化・円滑化が期待できる場合がある。

○ ただし、総務省消防庁が令和４年に実施した実証実験では、救急隊の平均現場滞在時間が延伸しており、また全出動件数のうちシステムを用いてデータ閲覧に至った事案は 2.6%に留まった。令和６年度にも実証実験が行われているが実用化に当たっては運用方法等の改善や機器の改良等が行われる必要があることに留意が必要である。

○ また、救急隊からだけではなく、医療機関からも必要に応じて傷病者情報を閲覧できる制度（救急時医療情報閲覧）と組み合わせて活用していくことが重要であるため、都は今後国の動向を注視しつつ、必要に応じて医療機関に積極的な活用を呼び掛けていく必要がある。

（２）受入可能な医療機関の的確な入力

○ 現在、都内の救急告示医療機関には病院端末が配置されている。なお、救命救急センターには３台、災害拠点病院には２台で、その他の救急告示医療機関には１台配置されている。

○ 救急隊は各救急告示医療機関に配置された病院端末において、医療機関が診療科目ごと等に入力している診療情報の「〇」「×」を参照し、その情報を基に、主に「〇（診療可能）」の医療機関に対して受入要請を行っている。

○ コロナ禍以降、診療情報が「〇」であるにもかかわらず、収容不可の回数が増加している。応需率は原則、診療情報が「〇」のときの収容可能回答率として算定しているが、「〇」にもかかわらず収容不可となる割合が増加し、その結果、応需率が低下している。

○ 医療機関によっては院内の体制次第で、病院端末の診療情報がリアルタイムに入らない場合も一定程度あると思われる。

○ リアルタイムの入力に関しては、引き続き東京都保健医療局及び東京消防庁から医療機関に依頼し、診療情報が「〇」であれば原則受けるというルールの徹底を図る。

（３）救急隊・医療機関間の連絡時間の短縮

○ 東京ルールは救急隊と医療機関の間での１回当たりの搬送連絡時間を４分として想定している（5 施設×4 分＝20 分）。これは東京ルール開始前（平成 19 年）の 5 医療機関に連絡した事案の連絡時間中央値が 20 分であったことから設定したものであった。

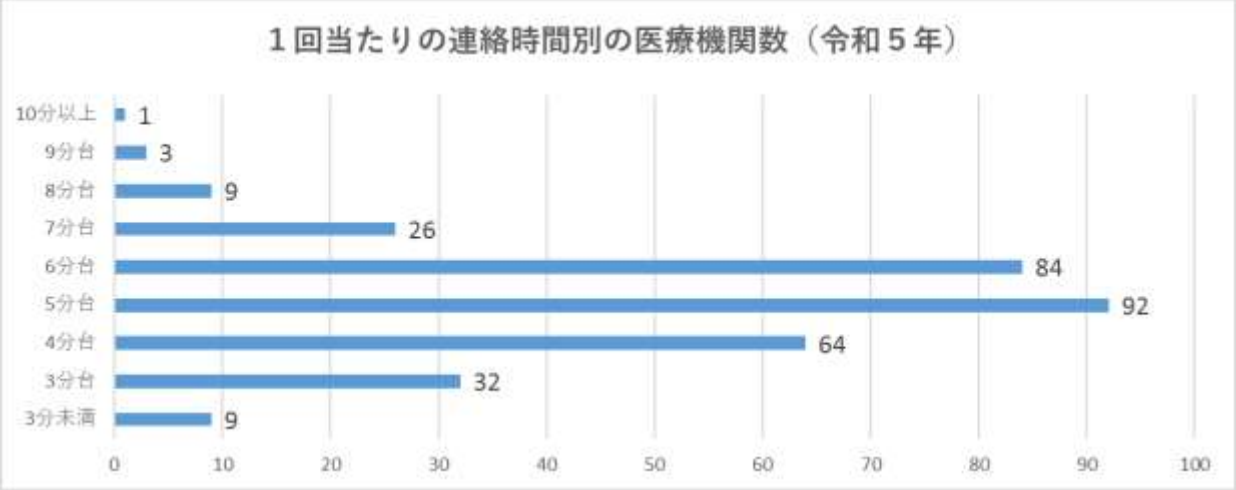
○ 加えて、東京都が定める「傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準　６受入れ医療機関確保基準」では、「救急隊から受入要請があった医療機関は、（中略）３分以内を目標に受入可否を回答するよう努めるもの」としている。

○ しかし、今般実績を分析したところ、搬送連絡時間は令和元年は １ 回当たり 5.1 分だったが、令和５年は１回当たり 5.8 分と長時間化しており、コロナ禍を経て、特に顕著に伸びている。１ 回当たりの連絡時間が 5.8 分であれば、20 分以内で連絡できる医療機関数は 3.4 医療機関にとどまる。

1回当たりの平均搬送連絡時間

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年平均
令和元年	5.0分	5.1分	5.1分	5.1分	5.1分	5.1分	5.1分	5.1分	5.1分	5.2分	5.2分	5.1分	5.1分
令和５年	5.0分	5.7分	5.9分	6.1分	6.0分	6.1分	6.0分	5.9分	5.9分	6.2分	6.1分	6.0分	5.8分

○ ただし、１ 回当たりの平均連絡時間が３分未満の医療機関がある一方で、10 分以上要している医療機関もあり、医療機関ごとに大きな差が生じていた。



○ これは新型コロナウイルス感染症という新たな感染症が出現し、その感染防止のために、医療機関が救急隊へ「ワクチン接種歴」、「新型コロナの罹患歴」、「家族等の新型コロナ感染者の有無」などを聴取するようになったためだと考えられるが、救急隊が聴取される事項は医療機関によって差がある。

○ また、救急隊からの連絡を受ける医療機関側の窓口が代表電話などに設定されている場合や、当該傷病者の受入可否を決定できる部署に直接つながっていない場合など、救急隊からの連絡系統の整備も医療機関によって差がある。

○ 医療機関からの救急隊への傷病者に関する聴取事項について、新型コロナウイルス感染症等への対応を前提に関係機関等で再整理した上で、医療機関へ周知するとともに、これらの聴取事項に沿って、救急隊との迅速な連絡を行うよう依頼する。

○ 各医療機関に対しては従前から通知している当該医療機関の連絡平均時間とあわせて、地域の医療機関の順位等を通知することで、連絡時間が長い医療機関に連絡時間の短縮を促す。

（４）休日・全夜間帯における受入体制の支援

○ コロナ禍以前から、高齢化に伴い救急搬送人員は増加を続けており、令和２年から令和３年は大きく減少したものの、令和５年には救急搬送人員は過去最大となった。

○ 特に高齢者の救急搬送が増加しており、東京ルールに占める高齢者の割合も増加している。

	令和元年	令和２年	令和３年	令和４年	令和５年
高齢者の救急搬送件数	383,856	342,085	337,224	376,868	403,616
東京ルールに占める高齢者の割合	47.9%	49.8%	54.1%	57.9%	53.6%

○ 医療機関は人材確保に苦慮しており、特に通常診療の時間外の外来看護師は増員が難しい。その一方で、今後も救急搬送件数は増加が続き、また高齢化の進展に伴い、介助等が必要な高齢者の件数も増加が継続すると予想される。

○ 高齢者の割合が増加している救急搬送を東京ルールになる前に受け止めるためには、救急外来における介助に加え、救急隊との連絡等の役割を担うものとして、救急医療機関への救急救命士又は看護補助者の配置が効果的である。

○ 都においては通常診療の時間外の救急受入は、指定二次救急医療機関が主に担うこととなっているため、救急医療における看護補助者等の確保促進は、指定二次救急医療機関を対象とすることが望ましい。

３　東京ルールになった事案を迅速に収容先決定するための対策

前記２の対策を実施しても、救急患者の搬送件数が増加傾向にあるため、一定程度の東京ルール事案が発生するのは許容せざるを得ないと想定される。その際に、東京ルール事案を早期に収容先医療機関を決定するために、以下の取組が考えられる。

（１）東京ルールの受入れを促進するための受入体制の支援

○ 先に確認したとおり、平成 30 年以降東京ルール件数は増加しているが、さらにその半数以上が介助等の対応に人員を要することの多い高齢者となっている。

年代別東京ルール件数割合の推移

	10 歳未満	10 歳代	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	80 歳代	90 歳代	100 歳以上	不明	70 代以上の割合
平成 30 年	0.9%	2.4%	6.4%	7.6%	11.3%	12.3%	12.7%	16.5%	21.0%	8.5%	0.4%	0.0%	**46.5%**
令和元年	0.8%	2.3%	7.3%	7.4%	10.7%	12.5%	11.2%	16.6%	21.7%	9.3%	0.3%	0.0%	**47.9%**
令和 2 年	0.8%	2.0%	8.4%	7.6%	9.7%	10.7%	11.2%	16.4%	22.7%	10.3%	0.2%	0.2%	**49.7%**
令和 3 年	0.8%	2.1%	7.3%	6.4%	8.0%	10.4%	10.2%	16.9%	25.3%	12.2%	0.4%	0.1%	**54.8%**
令和 4 年	1.0%	2.2%	8.1%	5.9%	6.8%	9.0%	9.0%	16.8%	26.7%	13.7%	0.5%	0.2%	**57.8%**
令和 5 年	1.5%	2.7%	8.7%	6.5%	7.3%	10.3%	9.5%	16.1%	24.5%	12.5%	0.5%	0.0%	**53.6%**

○ その一方で、地域救急医療センターの救急外来では看護師等の十分な確保が困難となっており、そういう状況においては特に高齢者の応需が難しく、東京ルール事案を受けきることができない。

○ 現在、地域救急医療センターに対しては、その当番日数に応じて保健医療局から、体制を確保するための「医師確保料」及び「トリアージナース確保料」を支払っている。

○ しかし、先述の状況を踏まえると、救急患者の搬送件数が大きく増加しており、その中で高齢者の割合も増加している東京ルールを受け止めるには、救急外来における介助に加え、救急隊との連絡等の役割を担うものとして、地域救急医療センターへの救急救命士又は看護補助者の配置が効果的である。

○ また、これらの支援策の有効性を担保するため、東京ルール事案の要請に対し応需件数が少ない地域救急医療センターに対しては、保健医療局が訪問し、調査するなど、今後の推移を注視する必要がある。

（２）地域救急医療センターでの一時受入後の転送先選定機能の強化

○ 地域救急医療センターで受入された東京ルール事案で、診療の結果、入院が必要だと判明したものの、当該地域救急医療センターがベッド満床等の理由で入院ができない場合は、地域救急医療センター及び救急患者受入コーディネーター（以下「コーディネーター」という。）がその転送先を選定している。

○ コロナ禍以降の東京ルール増加に伴い、コーディネーターへの転送依頼も増加している。このために、地域救急医療センターがコーディネーターに転送先選定を依頼しても、選定が追いつかず、その結果として地域救急医療センターの外来に転送待ちの患者が滞留し、次の受入ができないという状況が生じている。

○ 上記の背景から、本来はコーディネーターが選定すべき事案を、救急隊が選定する事案も増加している。しかし、救急出場件数自体が増加している現状にあって、救急隊が転送先を選定した場合には、出動可能な救急隊が少なくなり、119 番要請から現場到着までにより時間を要すことになる。

東京ルール転送依頼件数と転送先選定者内訳の推移

	転送依頼	転送先選定者			
		コーディ	地域Ｃ等	救急隊	決定せず
令和１年	976	680	185	10	101
		69.7%	**19.0%**	**1.0%**	**10.3%**
令和２年	1,355	848	306	33	168
		62.6%	**22.6%**	**2.4%**	**12.4%**
令和３年	2,141	1,263	570	45	263
		59.0%	**26.6%**	**2.1%**	**12.3%**
令和４年	3,564	1,464	836	698	566
		41.1%	**23.5%**	**19.6%**	**15.9%**
令和５年	3,172	1,285	930	424	533
		40.5%	**29.3%**	**13.4%**	**16.8%**

○ コーディネーターは、コロナ禍以前は常時 2 名体制だったところ、令和６年現在は常時３名体制となっているが、令和元年と比べて令和 5 年には転送依頼が３倍以上に増加している。

○ また、コーディネーターの転送先の選定が追いついていないのは、東京ルール事案自体の増加に加え、転送受入要請に対する断りが増えていることもその要因と考えられる。

○ 地域救急医療センターが東京ルール事案をベッドが満床でも受け入れた場合には、必要に応じて転送できるという東京ルールの仕組みを守るために、救急患者受入コーディネーターの転送先選定機能の強化が必要である

○ 転送先選定機能の方法については、デジタル技術を活用した効率的なコーディネーターと医療機関間の情報共有なども含め、今後のデジタル技術の進歩や救急医療の状況を注視したうえで、現場の状況に即した方法で行われることが望まれる。

○ また、令和６年度診療報酬改定において「地域包括医療病棟入院料」が新設され、地域包括医療病棟においては、在宅復帰が遅くなることの多い高齢の救急患者に対して、早期の退院を目的として、ADL の維持や入院早期からのリハビリテーションの提供がなされることとなっている。

○ さらに、同じく令和６年度診療報酬改定で「救急患者連携搬送料」が新設され、新たに救急患者の転院搬送が評価されることとなった。このことにより、救急医療機関における連携が促進され、より有効な病床活用が期待される。

おわりに

本小委員会では令和５年度から令和６年度にかけて、これまで述べたような検討を進めてきた。

今回の検討に当たっては、主に令和元年と令和５年の状況を比較して、その変化から新型コロナウイルス感染症が救急医療に与えた影響を分析して課題を抽出し、今後の施策の方向性について報告を取りまとめた。この他にも令和６年度から始まった医師の働き方改革や、高齢化の進展など、救急医療体制に影響を与える要素は存在しており、引き続き救急医療の状況を注視していく必要がある。

また、今後も救急医療の需要は増大し続けることが予想されることから、救急業務において DX（デジタルトランスフォーメーション）を含めた一層の効率化も求められている。

突発不測の傷病者が、いつでも、どこでも、だれでも、その症状に応じた適切な医療が受けられるよう、これまでも都の救急医療体制が整備されてきたが、今後とも一層の救急医療体制の整備が継続してなされることを期待して、本報告書の結びとする。

救急医療対策協議会　救急医療体制検討小委員会

委員名簿

	役割	職名	氏名
1	救急医療対策協議会	日本体育大学大学院 保健医療学研究科長・教授 （救急医療対策協議会会長）	横田　裕行
2	二次救急医療機関（区部）	平成立石病院　院長	大桃　丈知
3	三次救急医療機関（区部）	順天堂大学医学部附属練馬病院 救命救急センター長	杉田　学
4	二次救急医療機関（多摩）	東大和病院　副院長	木庭　雄至
5	三次救急医療機関（多摩）	都立多摩総合医療センター 救命救急センター長	清水　敬樹
6	関係団体	東京都医師会理事	新井　悟
7	関係団体	東京都病院協会会長 東京都医師会顧問	猪口　正孝
8	消防機関	東京消防庁救急部救急医務課長	前田　透 (R5.12-R6.3) 大滝　英一 (R6.4-)