

第1 高齢者の救急医療を取り巻く状況

(報告書 1-3頁)

- 平成19年から平成28年までの10年間で、高齢者は約98,000人増加
- 高齢者は、中等症以上の割合が高いものの、軽症の割合も約4割ある
- 高齢者の救急搬送元として、自宅・外出先等が約84%であった。このうち在宅療養患者は約5%であり、患者の多くは通院している高齢者又は医療を受けていない高齢者であった

第2 高齢者の救急医療に関する現状・課題

1 具合が悪くなった時 (報告書 4-5頁)

- 救急搬送時間が長くなる理由として、情報把握や意思疎通に時間を要する
- ほぼ全ての区市町村において、救急医療情報キット等を運用しているが、患者情報が更新されていない等の理由から、救急隊による医療機関選定にあたっての活用は限定的
- 救急相談センター(#7119)の救急相談に占める高齢者の割合は全体の約18%
- 救急搬送時に、かかりつけ医療機関がある場合、連絡した割合は22.5%で、「連絡なし」と比べ救急搬送時間が短かった
- 具合が悪くなった時に、ケアマネジャー、介護福祉士などの支援を受け、医療に速やかにつなげられる体制の整備が必要
- 医療を受けていない高齢者は、日頃からかかりつけ医を持ち、疾病を予防することが重要

2 救急医療を受ける時 (報告書 6-7頁)

- 通院が困難で、自宅等で医療・介護サービスを受けている在宅療養患者等については、医療と介護の日常的な連携の中で支援され、入院が必要な時には身近な医療機関に搬送されることが必要
- そのためには、病状が変化し入院を必要とする在宅療養患者等を受け入れる医療機関を確保することが必要
- 突発・不測な傷病者のうち、地域の二次救急医療機関で対応が困難な事案については、圏域内の中核的な二次救急医療機関が、地域のハブ機能を担うことが必要
- そのためには、急性期病床からの患者を円滑に受け入れる医療機関を確保することが必要

3 救急医療を受けた後 (報告書 8頁)

- 高齢者は治療に時間を要したり、認知症や独居の場合には在宅療養生活への移行に時間を要するなど、入院期間が長くなる場合がある
- 入院患者の円滑な転退院に向けて、救急医療機関と地域の医療・介護関係者等で情報を共有するなど連携を強化することが必要
- ※ 円滑な在宅復帰に向けて、急性期病床からの患者を受け入れる医療機関を確保することが必要(再掲)

第3 高齢者の救急医療に関する施策の方向性

1 保健・医療・介護が連携した迅速・適切な救急受診の支援 (報告書 9-10頁)

(1) 医療・介護サービスを受けていない高齢者

- 都は、区市町村や医師会等の関係機関と連携し、かかりつけ医を持つことの大切さや、具合が悪くなった時の相談・案内サービス(#7119、東京都医療機関案内サービス)等の普及啓発や、健診等の場面を通じた疾病管理などの取組を促進
- 都は、救急医療情報キット等の適切な活用に向けて、記載項目や運用ルール等について関係者間で共通認識を図り、住民への普及率向上や情報の適宜更新を推進する区市町村を支援

(2) 通院又は介護サービスを受けている高齢者

- 都は、かかりつけ医や訪問看護師、ケアマネジャー等との連携の下、高齢者が具合が悪くなった時に、相談・往診を受けられる体制の整備に取り組む区市町村や医師会の支援を検討
- 都は、かかりつけ医や訪問看護師、ケアマネジャー等との連携の下、救急医療情報キット等を適切に活用できるよう、住民への普及率向上や情報の適宜更新を推進する区市町村を支援

(3) 在宅医療を受けている高齢者

- 都は、区市町村等と連携し、高齢者の具合が悪くなった時(急変を含む)における医療・介護関係者の対応力の向上を支援していく。
- 都は、区市町村や医師会等と連携し、患者や家族の同意を含む適切なルールづくりの下、救急医療機関を含むICTを活用した情報共有・多職種連携の強化の取組を充実

2 地域に密着した救急患者の受入体制の強化 (報告書 11頁)

(1) 医療又は介護サービスを受けている高齢者(在宅療養患者を含む)

- 都は、かかりつけ医と入院医療機関等との連携の下、入院を必要とする在宅療養患者等の受入れの機能を担う後方支援病床の確保、医療機関が所有する患者搬送車や患者等搬送事業者を活用した地域に密着した医療機関への搬送に取り組む区市町村を支援

(2) 全ての高齢者

- 都は、指定二次救急医療機関における救急患者のより積極的な受入れを支援
- 都は、地域に密着した高齢者の円滑な受入れを一層促進するため、高次医療機関等からの転院先としての機能を担う病床等の整備の促進や、施設間連携を強化
- そのため、都は、救急告示医療機関(指定二次救急医療機関を除く)等における診断・治療後の状態が安定した患者の受入れの促進に向けて検討

3 在宅療養生活への円滑な移行の促進 (報告書 12頁)

全ての高齢者

- 都は、地域の医療・介護関係者と連携した転退院支援の取組を一層推進するため、入院医療機関や地域の医療・介護関係者に対して、退院支援マニュアルの活用の促進や、退院支援に関する研修内容を充実
- 都は、高齢者の円滑な在宅療養生活への移行に向けて、入院医療機関と地域の医療・介護関係者の広域的な連携の推進について検討