

神奈川県では平成25年度から始まる保健医療計画（～平成30年度）の策定に当たって「医療のグランドデザイン・中間とりまとめ」を行い、これについての意見の募集を行いました。これに対し、石心会では「救急医療」に関し以下の提言を行いました。

【目次】

1. 我々の提言
 2. 参考資料
 - ① 日本救急医学会 ER 検討委員会 ER システム F A Q
 - ② -1 川崎市救急車搬送数
 - ② -2 救急車搬送人員数（所沢市・入間市・狭山市）
 - ③ カーラーの救命曲線
 - ④ 横浜市救急業務委員会資料より
- （別添） 医療のグランドデザイン・中間とりまとめ（抜粋）

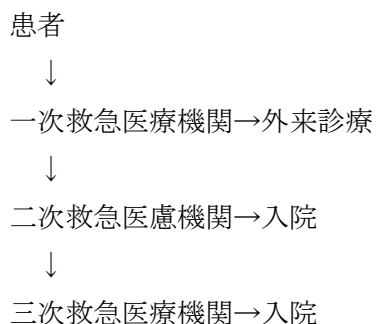
我々の提言

- I) 「中間とりまとめ」はゼロベースに立っているか
 1. 現状分析の方法および対策の枠組みが、機能していない一次・二次・三次という救急医療システムを分析対象とし、その枠組みで対策・改善を考えていること。（P8 救急医療の充実、背景・現状）
 2. そのため現実の救急医療体制の実態が全体として分析対象になっていない。すなわち患者の利便性や視点、そして現実の患者行動といった点から、現状を考察されていない。どのような患者が救急車でどこに搬送され治療を受けかという動的な流れにそった分析がされるべきである。
 3. 現在の表向きの救急医療システムは、一次・二次・三次という、医療機能のヒエラルキーを建前として厚労省により行政的視点からデザインされているが、現実の救急医療は、総務省・消防庁の災害対応の救急隊と救急告示医療機関というシステムを軸に進んでおり、正規の建前だけの救急システムと非正統的な現実的な救急システムが並存しているという状況である。現実に関能している動的システムは后者であり、その改善を目指すべきである。

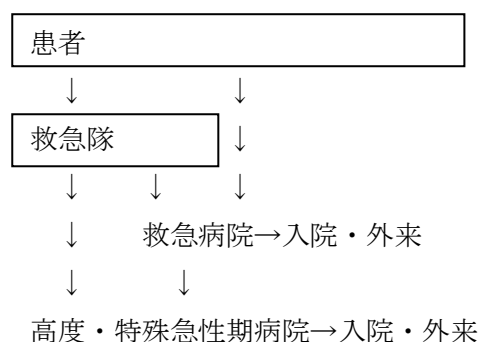
II) 旧来システムの機能不全と現実の救急医療システム

1. 患者動線からみると、建前としての救急ヒエラルキーシステムは、現実とは無関係。

建前としての（過去の）救急システム



現実の救急システム



すでに日本救急医学会等では、「一次・二次・三次というシステムは無効であり、救急には一次も二次も三次もない」といわれてきた。それに代わるシステムとして、「北米型 ER」の必要性が叫ばれている（参考資料①：日本救急医学会 ER 検討委員会 ER システム FAQ）

そして、厚生労働省の医療政策全般においても、認識は変化し、ヒエラルキー構造を否定し、疾患別の急性期病院を中核とする機能の集約化と地域医療連携へと向かっており、救急医療においても、地域ごとの中核病院への集約化が現実には進んでいるし、診療報酬上の評価も、これに対応している。（参考資料②：川崎南部および埼玉西部の保健医療圏での救急搬送実態）

にもかかわらず、これが明文化された救急システムとして公然化しないのは、縦割り行政の弊害によるものと考えられる。なぜならば、動的な機能として救急医療を考えると、救急隊の活動が基本であり、中軸であるにもかかわらず、行政的には厚生労働省の管轄ではないため、これを救急医療システムに公的には組み込めないからである。このグランドデザインでも、搬送問題が取り上げられながらも、担い手である救急隊が主題として取り上げられないという、非現実的な政策デザインとなっている。

2. なぜ一次・二次・三次という救急システムは機能しないか

患者本人には、必要とされる医療が何かは分からないからである。救急患者は診察を受けてはじめて診断がつき、必要な医療が何かは判明する。一次・二次・三次という病院機能ヒエラルキーは、救急以外の時間に余裕のある医療においては、一般論としては意味を持つが、救急という時間との勝負である医療においては、転院は時間の無駄であり、階層的医療は無意味である。救急車で運ばれた患者は、その病院において、診断と初期治療が

実施されなければならないのである。病態を安定させた上で、その救急病院では行えない特殊あるいは高度な医療を受けさせるために転院させるという流れが必要とされる。

3. 救急医療、その疾病構造と治療の変化

かつて一次・二次・三次という診療構造は、救急医療についても、それなりの意味・機能を持っていた。救急医療の対象が、感染症、外傷、そして消化器疾患であり、開業医が夜間対応していた時代では、一次医療としての診療所、二次医療としての一般病院、そして高度医療は大病院が担うということで、このシステムは一応機能していた。しかし疾病構造が変化し、生死を争う疾患としては、脳血管・心臓大血管が中心となり、分時を争って、これへ対応しなければ、救急医療として成立しなくなってきた（参考資料③：カーラーの救命曲線）。そして、これらへの診断治療が365日24時間できること、そのための設備・要員を備えることが救急病院の必須要件となってきた。そのため、かつての一次救急医療の担い手であった診療所は救急医療からは撤退し、多くの二次救急病院も対応できず、救急からの撤退が進行している。対応できない患者を診療することは、いまや医療過誤として敗訴する状況であっては、当然である。二次救急病院の撤退を問題視し、これへの対応を考えても無駄である、この動きは合理的かつ必然だからである。必要なことは、現に機能している病院を強化し、地域システムの中で円滑に機能させることである。（参考資料④：現場からみた救急医療構造の検討図式（横浜市、平成21年度第1回救急業務委員会説明資料））

4. 一次救急医療機関の衰退と救急救命士の登場

すでに開業医は救急医療から撤退した。救急医療は、救急隊の救急救命士のトリアージュから始まる。あるいは直接救急告示医療機関に受診した場合は、看護師や医師のトリアージュから始まる。救急隊の役割は、災害出動から医療へと重点が移動したが、相変わらず消防庁の管轄下にある。しかしながら、機能変化に基づき救急救命士の資格化によって、単なる搬送業務から、救急医療の最前線として、応急処置・トリアージュが主要な任務となってきている。どこの病院に搬送するかで患者の生命が左右される状況にあることを考えると、救急救命士の役割をシステムの中で、はっきりと認識しなければならない。救急におけるかつての一次医療機関の主要な役割は、救急救命士に移ったといえるし、その質が問われるのである。

5. 救急病院の要件

救急医療にかかわる各疾患ごとの、必要とされる救急医療機能を考えると、疾患によってはもはや二次・三次という診療機能の水準区分による病院分類はできない。いずれもかつては三次と考えられていた医療水準が最初から要求されるからである。

脳卒中の患者を受け入れるとすると、夜間休日でも、CT・MRIを稼働させ、脳外科の手

術を行う必要があり、放射線技師・検査技師等の当直も必要である。心臓血管の患者を受け入れるならば、循環器内科・心臓外科の当直も必要となる。各科とも当直体制を引くためには、医師の過重労働とならないような人員が必要となる。このような救急医療体制を作るとなると、ひとつの病院がすべての診療科を整えることは困難である。救急救命センターといえど、これら機能が備わっているとはいえない。

しかも救急医療圏を二次保健医療圏で考えてよいかと考えると、これでは広すぎると思われる。現在の要求される時間的緊急性から考えると、その科が成立しうる最小の診療圏が救急医療圏として考えられねばならない。診療報酬制度でも、脳梗塞では発症後三時間以内にtPAを投与することが基本要件となっている。病院までのアクセス時間、検査診断に要する時間を考えると、時間的余裕はほとんどない。この点からも集約化と連携が国の医療政策の柱になるのは必然なのである。

6. 休日・急患センターおよび二次救急輪制病院

一次・二次・三次という旧来のシステムを補完するものとして、休日急患センターを地域医師会等に委託したり、自治体が補助金を出すなどして、救急輪番制病院の制度が各地で行われている。しかしこれが有効に機能しているとはわれわれの経験からは評価できない。休日急患センターは、一般外来患者向けであって、入院が必要な場合や、専門医の診断が必要な場合利用しない。重症かどうか判断できない患者から見れば、直接救急病院に行くほうが安心できるので、あまり利用しない。

救急輪番制の場合、患者にとって、その日どこが当番か不明であり、どこに行けばよいか瞬時の判断は不可能である。結局、入院が必要な重症と考えるときは、救急車を呼ぶことになる。現状の救急輪番制は、補助金の配分組織にすぎず、有効性は低い。

7. 北米型 ER の機能をどのように実現するか

すでに、有効な救急医療システムとして、北米型 ER システムが提唱されているにもかかわらず、わが国では普及していない。その原因はそれを担う救急医や総合医が極めて少数だからであると同時に、そのバックヤードとなる専門医療も集積されていないからである。しかし、徐々に専門医療については、先進的急性期病院において、領域別センターが作られ始めており、これと救急部が病院内で有機的に組織化されれば、効率的な診療体制が作られることになる。そして各診療科・研修医が交代で臨時救急医として、救急医療に専任して勤務すれば、北米型救急システムと同様の機能を作ることができる（参考資料①：日本救急医療学会の「各科相乗り型」参照）。また、一次医療的な救急医療については、たしかに救急病院でオーバーフローしているケースがみられるが、これに対し、救急病院と地域医師会が共同して、救急病院内に医師会等の協力を得て救急クリニックを作り、有機的な運営をしている事例もわが国で試みられている。患者への啓蒙だけでなく、小児や軽症救急については、このようなシステムを考えない限り解決しないと思われる。

救急医療の改善・充実のためには、現在中核的に救急に携わっている病院が、北米型 ER 機能を果たせるよう、促し、協力する地域ネットワークを作ることであろう。行政はともすれば、予算をつけて対策を立てたように見せかけるため、設備補助を行うが、これも意味なく税金の無駄遣いとなる。救急医療は、急性期病院にとって、本来的な業務であり、設備・運営の費用は、補助金等に依存するシステムであっては、効率的なシステムはできない。

III) 「方向・取り組みについて」の基本姿勢

1. 患者行動の評価

「高齢者を含む軽症患者が二次・三次救急医療機関へ流入すること」を、「円滑な救急医療体制の障害」としか認識していないのは、まったくの誤りであり、行政や医療機関の責任逃れと理解されても仕方がない (P8)。すでに述べたとおり、一次救急医療機関は実際存在せず、旧来の救急医療システムは機能していない。患者行動は、まったく合理的かつ必然であり、患者に責任はない。患者の受診抑制ではなく、患者に分かりやすい合理的救急システムを作り、それに応じた患者行動を促すことを提案すべきである。

2. 高齢者救急について

救急医療に関する限り、高齢者も若年者も変わらない医療を提供すべきであり、救急病院が対応すべきである。救急医療機能を持たない「老健施設や有床診療所の有効活用 (P8)」で対応しようとするのは、高齢者を差別し、質の高い医療を提供しないという政策と誤解される。救急医療の終わった後の慢性期医療や介護の問題は、救急医療の問題とはまったく別個の課題であり、この部分での記述は削除すべきである。なお「リビングウィル・カードの導入 (P9)」の問題は老若を問わぬ課題であり、高齢者救急問題とすること自体、老人差別として受け取られることは、高齢者医療制度問題で経験済みであろう。

3. あるべき救急医療のイメージ

現実の必要性から、各地域ごとに、自然発生的に救急医療秩序が形成されてきている。「一病院完結型医療から地域完結型医療へ」、これは医療法改正による地域医療計画の改革、医療情報の公開という制度改革の目指すイメージであり、患者の視点に立った改革である。しかも、これからの方向というのではなく、すでに進んでいる医療界の動向を追認し、制度的に公認する政策といってよい。もっとも緊急性を要する医療については、できれば、二次保健医療圏でも広すぎるので、運営可能な限り狭い医療圏を想定すべきであり、そうでない疾患については、質を担保できる範囲で中核となる医療機関を想定すべきである。各医療機関の現実に稼働しているを機能を把握した上で、その有効な組み合わせとして、救急システムは、各地域ごとに構想されるべきである。

ERシステム FAQ

1. 日本では1次救急、2次救急、3次救急という言葉がありますが、どういう意味なのですか？
2. この1・2・3次救急システムの問題点は何でしょうか？
3. しかし、高次施設への転送(紹介)システムがあるはずですが、それはうまく機能していないのでしょうか？
4. それでは、現在の日本の救急システムにはどのような型があるのでしょうか？
5. 集中治療型救急システムとはどういうものかを教えてください。
6. ER型救急システムとはどういうものかを教えてください。
7. 各科相乗り型救急システムとはどういうものかを教えてください。
8. ER型と各科相乗り型の根本的な違いは何でしょうか？
9. ERドクターとはどのような医師を指すのでしょうか？

[ページの先頭へ](#)

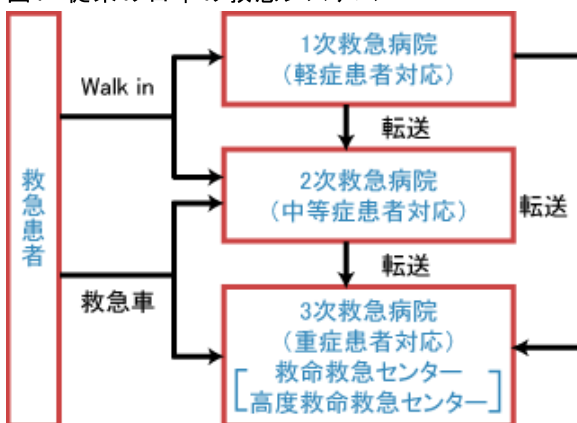
日本では1次救急、2次救急、3次救急という言葉がありますが、どういう意味なのですか？

大まかには下記のように理解していただくと分かりやすいと思います。

- 1次救急： 軽症患者(帰宅可能患者)に対する救急医療
- 2次救急： 中等症患者(一般病棟入院患者)に対する救急医療
- 3次救急： 重症患者(集中治療室入院患者)に対する救急医療

これらの関係を図に示しますと図1のようになります。

図1 従来の日本の救急システム

[ページの先頭へ](#)

1・2・3次救急システムの問題点は何でしょうか？

このシステムの問題点は、医療する側が自分たちの診療範囲(軽症、中等症、重症)を決めていることです。患者の立場からすると自分が軽症なのか中等症なのか重症なのかはわからないため、どのような医療機関へ行けば良いのかわかりません。このように、医療する側と受ける側とのギャップ(患者が求める医療と提供する医療機関の医療が必ずしも合致するわけではない)が生じることが問題なのです。

[ページの先頭へ](#)

高次施設への転送(紹介)システムがあるはずですが、それはうまく機能していないのでしょうか？

確かに、1次救急施設に2・3次の患者が来院した場合や1・2次救急施設に3次救急患者が来院した場合、高次施設へ転送(紹介)するというのが原則になっています。しかし、このシステムもあまり機能していません。理由は二つあります。一つは、軽症患者のように見えて実は重症患者だったというケースを正確に診断することができないことです。そして、二番目が、それができないために重症患者と確定されていない患者は高次施設が必ずしも引き受けてはくれないことです。1・2・3次救急システムは、軽症・中等症・重症患者に対する治療が主な医療で、それを選別する診断や選別法(advanced triage)が不十分なところが問題なのです。

[ページの先頭へ](#)

現在の日本の救急システムにはどのような型があるのでしょうか？

現在の日本の救急システムは施設ごとに違いが見られますが、大別すると3種類に分かれます。まず、現在の日本の救急システムを大きく分けると「集中治療型(critical care型)」と「救急初期診療型」の二つに分けられます。そして、「救急初期診療型」は「ER型」と「各科相乗り型」の二つに分けることができます。「集中治療型(critical care型)」は主に上記の3次救急施設の救急医療体制で、「各科相乗り型」は上記の1・2次救急施設で比較的多く見られる救急医療体制です。以後、これらのシステムについて説明を加えていきます。

救急医療システムの分類

- I. 集中治療型(critical care型)
- II. 救急初期診療型
 1. ER型(ER: emergency room)
 2. 各科相乗り型

	仕事現場	仕事内容
集中治療型	集中治療室(病棟)	救急初期診療にはタッチせず重症入院患者の集中治療
ER型	救急外来	科にかかわらず、全ての科の救急初期診療
各科相乗り型	救急外来から病棟まで	自分たちの科の救急初期診療から病棟での治療まで

[ページの先頭へ](#)

集中治療型救急システムとはどういうものを教えてください

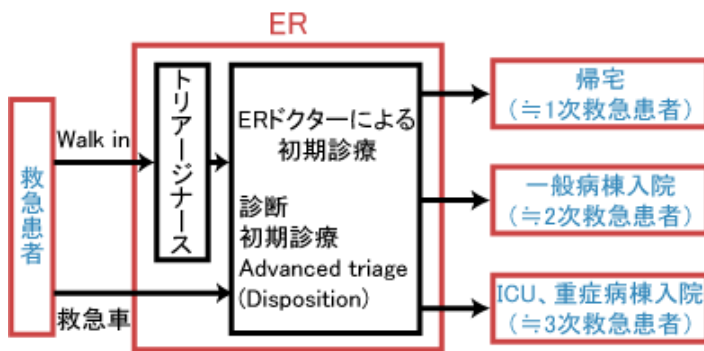
集中治療型救急システムとは、主に重症患者(3次救急患者)の治療を目的として発展したもので、従来の日本の1次・2次・3次救急システムの仕組みの中で捉えると理解しやすいと思います(図1)。このシステムの中での3次救急病院の役割は、救急患者の診断や初期治療という救急初期診療ではなく、重症患者(3次救急患者)に対する集中治療が主体となります。このシステムで3次救急病院が対応している救急患者(3次救急患者)は、全救急患者の5%以下だと言われています。

[ページの先頭へ](#)

ER型救急システムとはどういうものを教えてください

ER型救急システムとは、北米のER(ED: emergency department)で行われている救急システムを参考に作られたため「ER型」と名付けられました。基本的に全ての救急患者に対応する救急初期診療型で、ERで働くERドクター(ER専門医)は全ての科の初期診療を行います。また、walk inの患者にはトリアージナースが対応し、緊急性があるかないかの判断を行います。緊急性があると判断されれば、救急車で来院の患者同様、ERドクターの診療を緊急に受けることとなります。ERドクターは初期診療後、入院が必要な患者は全てその担当科に振り分け、入院患者や手術には基本的には関与しません(図2)。ERドクターが行う救急初期診療とは、診断・初期治療・advanced triage(disposition)をさします。ちなみに、advanced triage(disposition)とは、救急患者の方向性のことで、具体的には、帰宅させるのか入院させるのか、入院させるのならどの科にどの時点で話を持っていくかの判断のことです。

図2 ER型救急システム

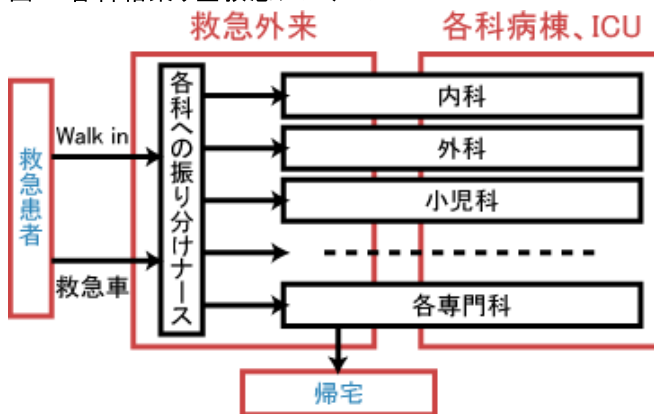


[ページの先頭へ](#)

各科相乗り型救急システムとはどういうものを教えてください

各科相乗り型救急システムとは、各科の救急担当医を集めて救急患者に対応するシステムです(図3)。一応、その施設で対応可能な科の救急患者を受け入れることとなります。そして、患者が入院の場合は、救急外来で担当した科がそのまま入院まで担当していくこととなります。この型は前述した「ER型」と違い、救急外来では全救急患者を横断的に初期診療するシステムにはなっていません。この型の特徴は各科に振り分けるところからシステムが始まることで、最初に救急外来で患者に対応した者(看護師、研修医など)が担当科(担当医)を指定しなければなりません。この業務を看護師が担当した場合、トリアージナースとは言いません。あくまでも各科への振り分けナースです。ちなみに、日本の救急システムは、この型が最も多いのです。

図3 各科相乗り型救急システム



[ページの先頭へ](#)

ER型と各科相乗り型の根本的な違いは何でしょうか？

この二つの型の根本的な違いはERドクター(ER専門医)の存在の有無です。「ER型」がERドクターの存在によって成り立っているのに対して、「各科相乗り型」は各科救急担当医の存在によって成り立っています。ERドクター(ER専門医)とは、全ての救急患者の初期診療に対応する能力を持った医師であり、全ての救急患者に対応しますが、各科救急担当医は、自分の専門科の救急患者にのみ対応に終わります。

「各科相乗り型」はERドクターが不在なため、各科救急担当医の協力体制でシステムを組みます。各科救急担当医の協力体制を組むためには、各科救急担当医の診療前段階で診療科を指定する段階が必要となります。現状では、そこを看護師や研修医(上級医不在)が担当することが多く、この各科指定のトリアージは経験的に行われているのが現状で決して論理的とは言えません。そのため、この段階で間違ったり(誤診したり)、各科の狭間に入ってしまう患者が多数存在することになります。ここが、このシステムの限界です。

ただ、日本ではERドクターの存在が明確にされていないため、ERドクターと各科救急担当医の区別がはっきりしないのが現状です。そうなると、救急部門が独立しただけで「ER型」と名のつたり、そう思っている施設も少なくありません。この問題の解決法は、ERドクター(ER専門医)の定義(概念)を明確にしていくことであり、これこそが「ER型」救急システムの定義を行うために最も早い方法と思われます。

[ページの先頭へ](#)

ERドクターとはどのような医師を指すのでしょうか？

「ER型」の絶対的必要条件として、全ての救急患者を横断的に診て救急初期診療を行う能力を有するERドクター（ER専門医）の存在が不可欠であることを述べてきました。しかし、現在の日本ではERドクター（ER専門医）の数は非常に少なく、将来的展望も未だ出ていないのも事実です。ERドクター（ER専門医）の養成はこれからの日本の救急医療の課題です。

そこで、ERドクター（ER専門医）の条件を並べてみます。

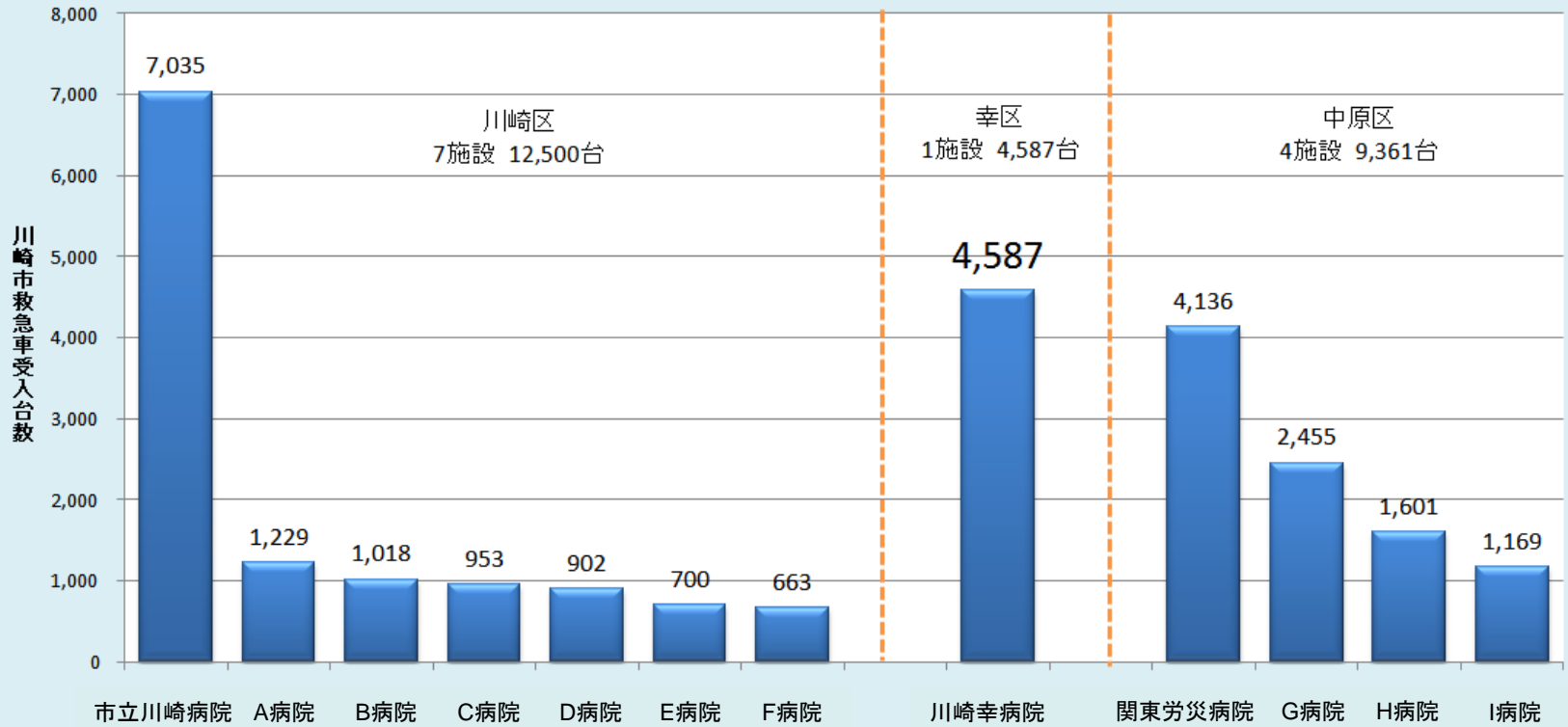
1. ERの専任医師であり、各科の業務を兼任しない。
2. 手術、入院患者、専門外来には関与しない。
3. 全ての救急患者（全ての科）の初期診療を行う能力を有する。
4. 上記3の初期診療とは、診断・初期治療・advanced triage (disposition)をいう。

現在の日本では、施設の問題などから「2」については異論が出るかもしれませんが、ここでは、基本的な考え方について触れたままです。

[ページの先頭へ](#)

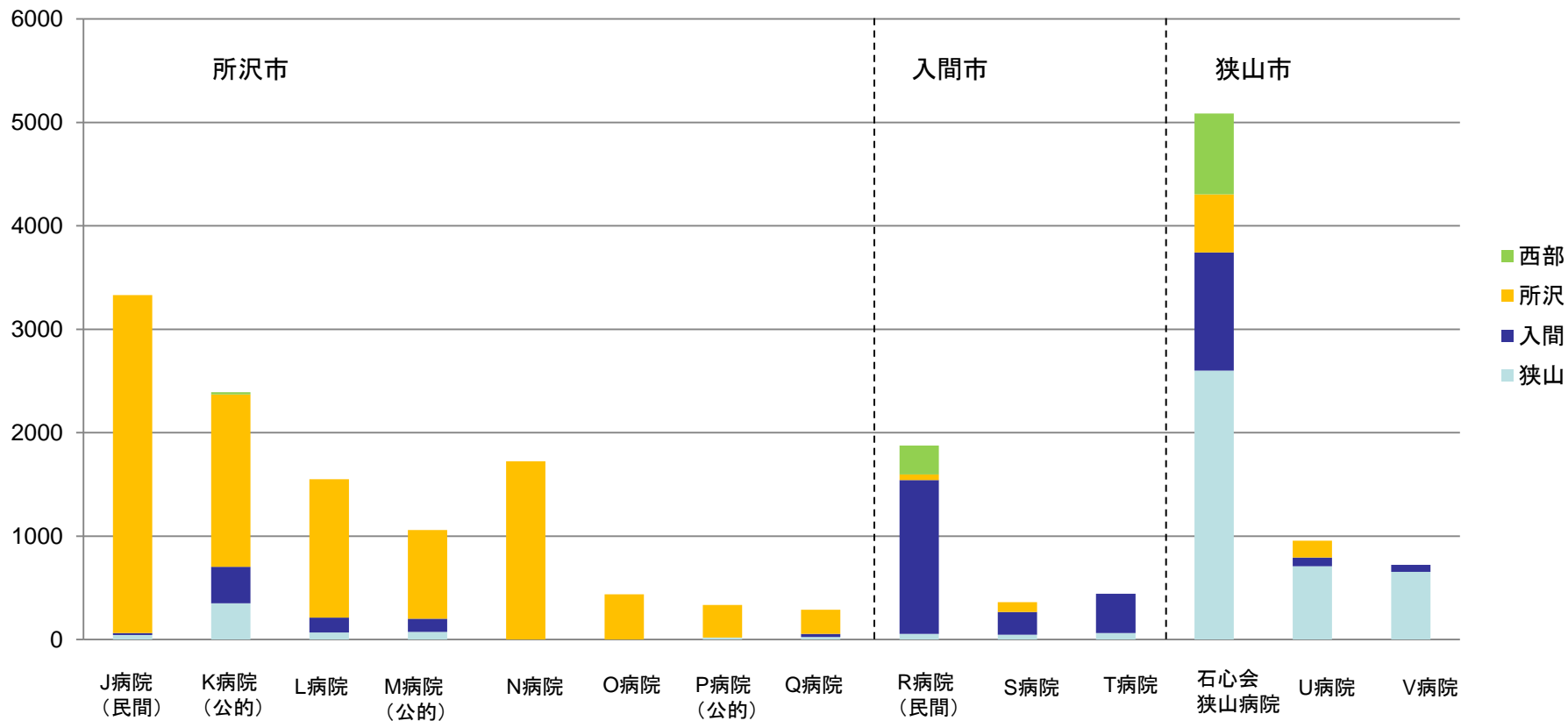
Copyright © 2007-2010 The ER Committee. All rights reserved.

平成22年1月～12月 川崎市救急車搬送数 川崎市南部医療圏 600台以上受入病院

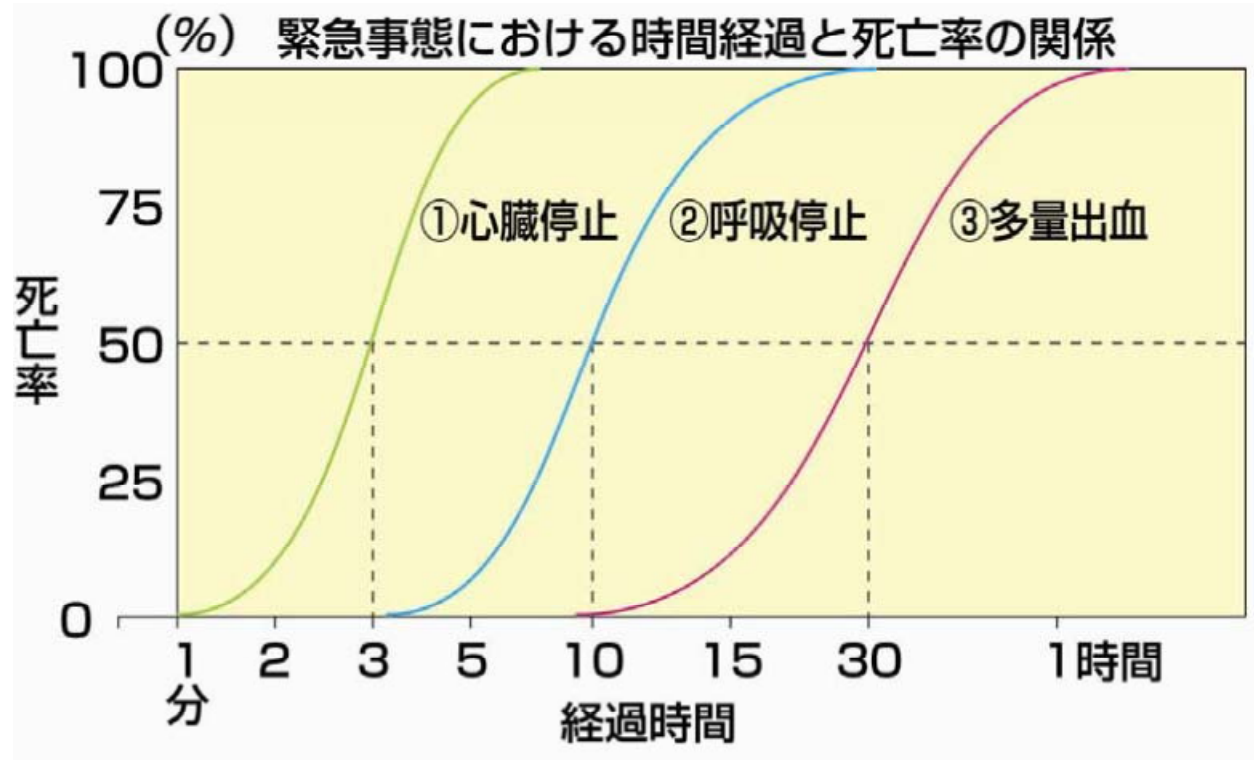


(資料)川崎市救急告示医療機関協会資料より作成

H22年1月～12月救急車搬送人員数 (所沢市・入間市・狭山市)

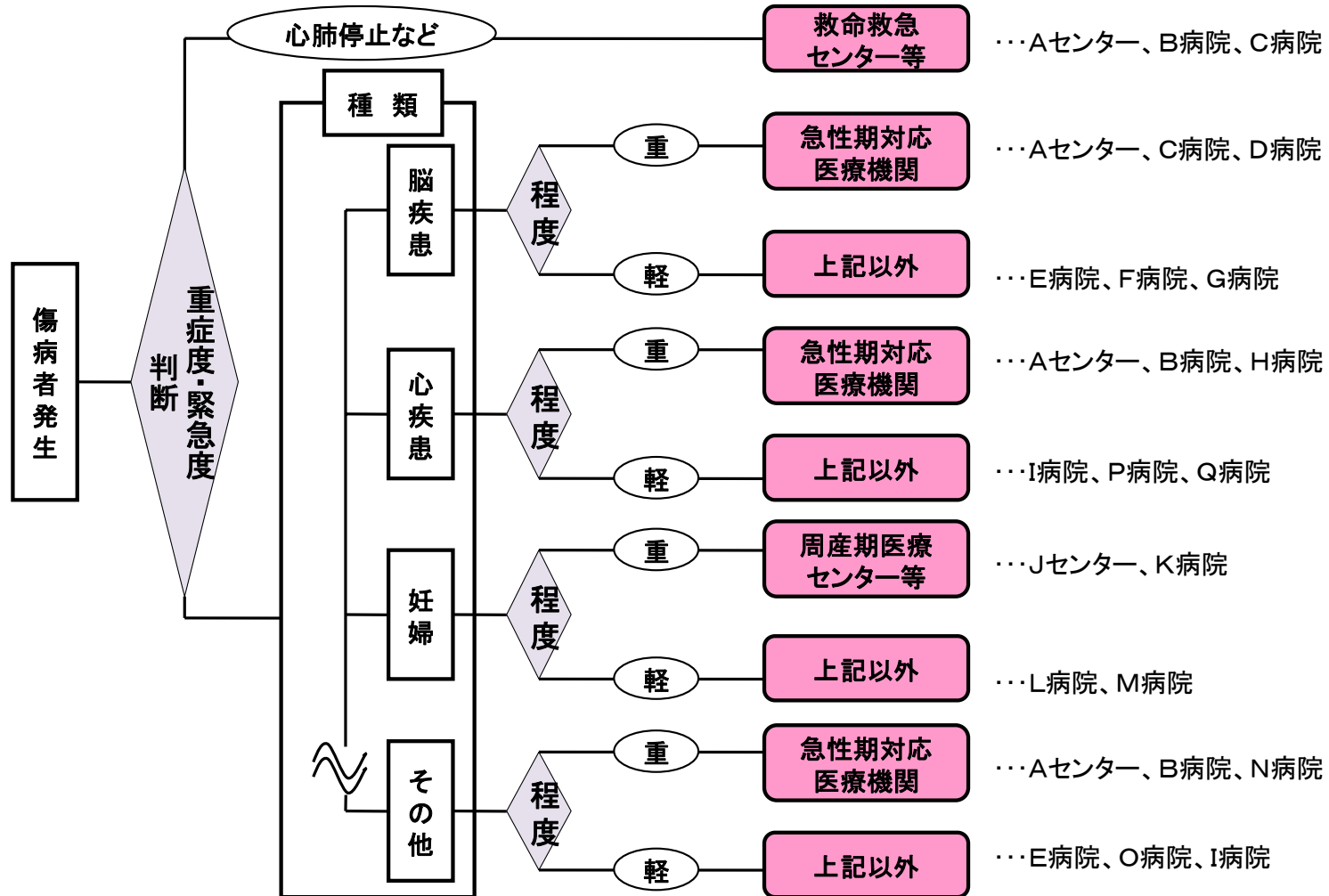


(資料) 消防本部データより作成



(資料)東京消防庁「救急医療週間の実施について」より「カーラーの救命曲線」

傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト(イメージ)



平成20年度救急業務高度化推進検討会資料

医療のランドデザイン・中間とりまとめ

平成23年12月 8 日

医療のランドデザイン策定プロジェクトチーム

1 医療のグランドデザイン策定の趣旨

本県は、国民皆保険のもと、保健医療計画の「県民が、いつでも、どこでも、誰でも等しく良質かつ適切な保健医療サービスを受けられる」という基本原則に基づいて医療体制の整備に取り組んできており、関係者の努力により一定の医療水準が築きあげられている。

しかし、これまでの医療施策は、医療を提供する側中心に組み立てられてきた。医療は受け手である患者、家族や県民が納得できるものでなければならない。

また、近年、医療の高度化と医療需要の多様化が進む中で、医療人材の不足などから、県内でも、救急医療や周産期医療などに支障が生じている。

本県では、15歳未満の年少人口は減少を続けているが、一方、65歳以上の高齢者は平成22年現在182万人から平成32年には235万人に増加することが見込まれており、急速なスピードで高齢化が進展していく。

高齢化の進展とともに、悪性新生物や生活習慣病による死亡率が増加を続けている。今後の高齢者の急増に対応して、病気にならない取組みを推進するとともに、切れ目のない医療・介護体制の整備、医療人材の養成を行うことや、将来を担う小児の健康保持が焦眉の課題である。

医療は、患者と医療提供者の信頼関係を基本に成り立つものであり、県民、患者に選択に必要な情報が提供されることが必要である。これまで、診療の場ではインフォームド・コンセントの普及、カルテ等の診療情報の提供やセカンドオピニオンが推進されてきているが、なお、患者と提供側の情報には大きな格差がある。患者が自己の診療情報を医療提供施設と共有し、信頼関係のもとで、治療を選択・決定できる環境づくりを進めていくことも課題である。

こうした課題を踏まえて、今後10年程度先を見据え、本県の医療の現状を県民、患者の立場からも見直し、本県医療のあるべき姿、現在の課題解決の方向性を示すため、医療のグランドデザインを策定するものである。

本年8月17日に、医療のグランドデザイン策定プロジェクトチームが発足し、これまで8回の会議を開催し、検討を進めてきた。これまでの検討成果を「中間とりまとめ」としてここにまとめた。

県にあっては、本プロジェクトチームの中間とりまとめを踏まえ、県民、医療関係者の理解のもと、県として必要な取組みに早期に着手することを期待する。

プロジェクトチームでは、この「中間とりまとめ」を踏まえ、今後、さらに検討を進め、年度内に最終報告を行う予定である。

3 神奈川県が目指すべき医療の姿

神奈川県が目指すべき医療の姿について、現時点でのイメージをまとめると、次のとおりである。

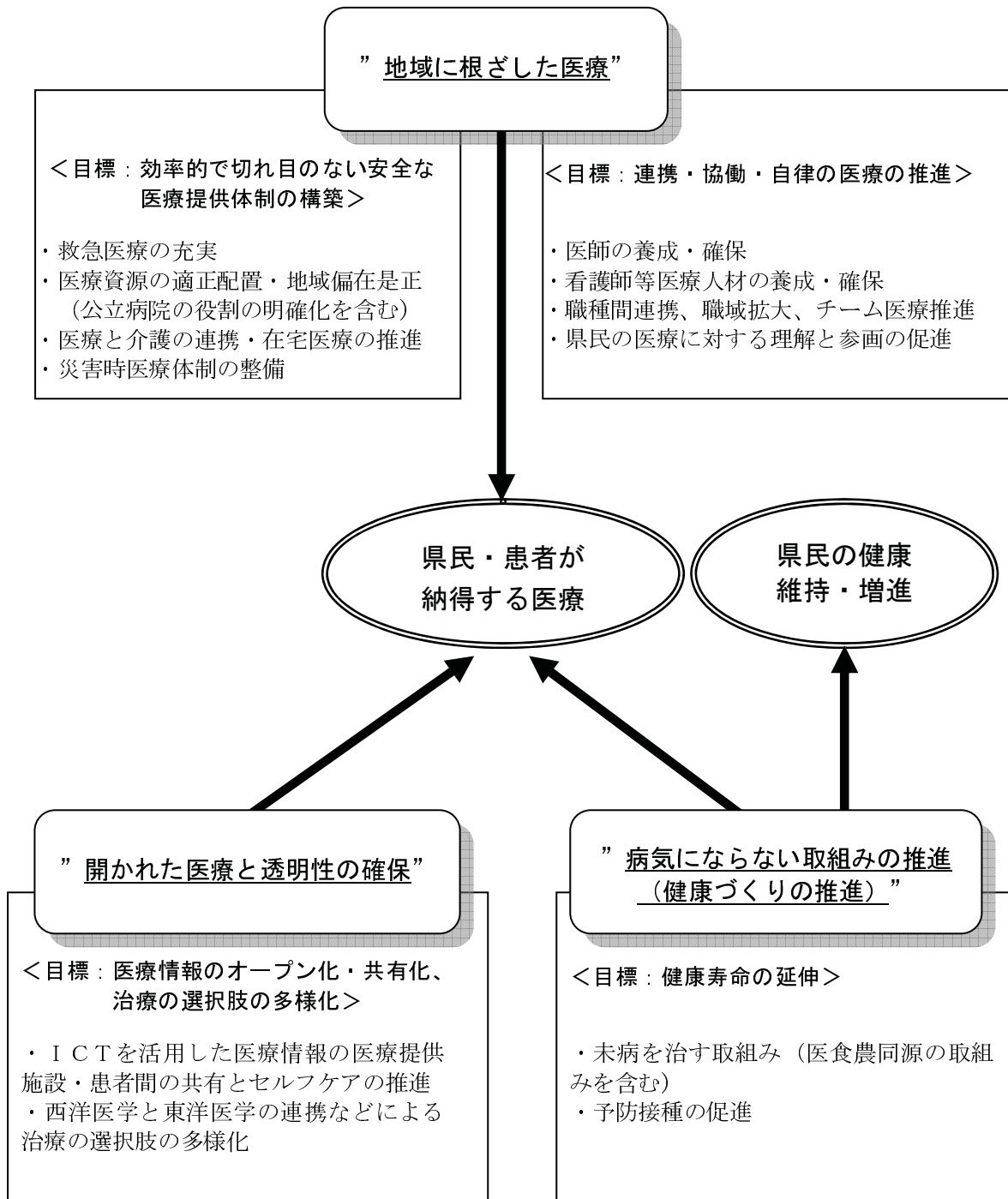
医療の先進県・マグネットかながわ

医療の先進県として、住民や医療従事者を引きつけ、相互に理解し、みんなでつなぐ、「いのち」輝く神奈川県

- 県内どこに住んでいても、軽症から重症まで状態に応じた救急医療を、できるだけ身近で受けることができる
- 周産期医療、小児医療が整えられ、子どもを産み、育てやすいと実感できる
- 在宅を中心に医療や介護サービスが包括的に提供され、安心して暮らせる
- 医療の高度化や需要増に対応できるだけの、医師、歯科医師、薬剤師、看護師などの医療従事者が確保され、それぞれが連携・協働し、生きがい・魅力を感じて働くことができる
- 多様な医療情報や治療の選択肢が、教育の場を含めて提供され、県民自ら、いのちや健康、医療について考え、実践する
 - ・ 医療情報が患者と医療機関とで共有され、自己の医療に患者が主体的に関わることができる
 - ・ 健康増進、治療、ターミナルケアなどの領域で、西洋医学や、漢方をはじめとした東洋医学など、多様な選択をすることができる

今後、検討を進め、目指すべき医療の姿をさらに明確にしていきたい。

神奈川県が目指すべき医療の姿



4 目指すべき姿の実現に向けて推進する取組み

(1) 地域に根ざした医療

ア 効率的で切れ目のない安全な医療提供体制の構築

(ア) 救急医療の充実

① 背景・現状

本県では、従来から、患者の病状に応じた適切な医療が受けられるよう、初期、二次、三次の救急医療体制の整備を進め、救急患者の円滑な受入に向けて取り組んできたところである。

現在、県央二次保健医療圏を除く各二次保健医療圏に三次救急医療機関としての救命救急センターが整備されているが、二次救急医療機関は減少傾向にあり、特に県央二次保健医療圏等の一部においては、救急輪番体制の運営も厳しい状況が発生している。

また、最近では高齢者の救急搬送が増加しているが、高齢者を含む軽症患者が二次・三次救急へ流入することにより、円滑な救急医療体制の障害となる状況がある。救急搬送受入の困難事案の増加が見られ、本県では全国水準よりも受入に多くの時間がかかっている。

さらに、精神疾患と身体疾患を合併する救急患者の受入先を容易に見つけられない現状がある。

② 課題

特に県央二次保健医療圏をはじめとする二次救急医療機関の不足地域においては、医療資源の集約化や病院機能の拠点化への取組みとともに、軽症患者の二次・三次医療機関への流入を抑制するための取組みや、搬送困難事案の解消と救命率の向上への取組みが必要である。

また、周産期救急においては、NICUの不足と長期滞留の改善など、周産期患者を円滑に受け入れるしくみの整備が課題となっている。

さらに、小児救急については、地域の実情に応じ、集約化のデメリットにも配慮しつつ、拠点的医療機関を整備する必要がある。

併せて、精神疾患と身体疾患に両方対応できる受け皿となる医療機関の整備が必要である。

高齢者救急については、高齢者の救急搬送の増加が一般救急に影響を及ぼしている実態を踏まえて、対応策を検討していく必要がある。

なお、救急医療体制においては、重急性期病床の整備などにより、急性期医療から慢性期医療への円滑な移行（いわゆる「出口問題」）を進めることも課題となっている。

③ 方向性・取組み

(二次保健医療圏ごとの重点的な取組み)

二次保健医療圏ごとの医療資源の配置実態を把握したうえで、必要な医療人材の養成・確保に取り組むとともに、現にある医療資源を適切に維持・強化していく必要がある。

特に、横須賀・三浦二次保健医療圏では周産期救急や小児救急、県央二次保健医療圏では二次救急や三次救急の拠点整備、県西二次保健医療圏では初期救急の救急医療提供体制の再構築の方策を検討していくべきである。

(救命率向上の取組み)

搬送困難事案の解消に向けて、搬送受入基準の的確な運用や後方支援病院の充実が求められる。軽症患者の安易な時間外受診を抑制するための啓発やコールセンターの設置による相談とトリアージを行う体制整備も必要である。さらに、ドクターヘリの運航時間の延長など、救命率向上のための事業を進めていくべきである。

(特殊救急の取組み)

周産期救急については、NICUの整備など設備面の取組みを進めるとともに、急性期を過ぎた患者の支援病院への転送の円滑化など、周産期救急医療体制の改善を進めるべきである。

小児救急については、我が国における乳幼児の死亡率が不慮の事故等により他の先進国より高いことを踏まえ、事故防止の周知・啓発を進めるとともに、PICUを含めた「小児救命救急センター」などの拠点整備や、ドクターヘリの小児救急への活用に取り組むべきである。

(精神疾患と身体疾患を合併する救急の取組み)

精神疾患と身体疾患を合併する救急患者を円滑に受け入れるための広域的な仕組みづくりを行うべきである。また、身近な地域においても、既存の医療資源の連携により、精神疾患及び身体疾患が軽症の救急患者への対応が可能となるようにする必要がある。

(高齢者救急の取組み)

高齢者救急については、老健施設や有床診療所の有効活用等を含めて、救急医療提供体制の円滑化の方策を検討する必要がある。

また、「リビングウィル・カード」の導入等も含めて、患者本人の意思を尊重した医療提供のあり方について議論を深め、県の医療政策への位置づけを検討していくべきである。