

6 救急医療

(1) 救急医の確保

【現状】

- 本県の医師数は、平成28(2016)年12月末現在(医師・歯科医師・薬剤師調査)で5,513人となっており、人口10万対189.8と全国平均の251.7を大きく下回り、全国46位と低位の状況にあります。
- また、医師の診療科偏在が全国的な問題になっており、救急科の人口10万対医師数は、全国的にみて低位の状況にあります。

【課題】

- 地域医療を担う人材の養成及び確保を進める必要があります。
- また、今後増加する修学生医師の義務明け後の県内定着を促進する必要があります。
- 救急専門医だけでなく、他領域の専門医等も含めた全員参加型の救急医療を目指す必要があります。

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 医師確保方針

- 地域医療の充実を図るために必要な医師を確保するとともに、県民の安心・安全を担保するため、地域の医療ニーズに見合う医師確保対策を実施します。

(イ) 総合的な医師確保対策の実施

- 県内の医療機関での勤務や研修を希望する医師が増えるよう、高校生、医学生、研修医、医師それぞれの段階に応じた、医師の養成・確保のための施策を実施します。

(ウ) 「地域医療支援センター」の体制強化

- 修学資金の貸与を受けた修学生及び修学生医師が増加する中、義務明け後の県内勤務を見据えた長期間のキャリア形成を支援するため、業務内容の拡充や医師を含めたスタッフの増員など、地域医療支援センターの体制を強化します。

(エ) 県、大学、医療機関等の連携

- 医科大学への働きかけ等により、本県への医師派遣を促進します。
- 県、大学及び県内医療機関等で連携し、医科大学への寄附講座設置による医師派遣や、修学生医師の県内勤務義務と専門医資格の取得を両立できる研修プログラム(カリキュラム)の作成などを進めます。

イ 対策

(ア) 医師の養成・確保、地域偏在・診療科偏在の解消

- 医師の絶対数の確保と地域偏在の解消を図るため、茨城県地域医療支援センターを核として高校生、医学生、研修医、医師のそれぞれの段階に応じた総合的な医師確保対策を実施します。

- a 地域医療医師修学資金貸与制度を活用し、救急医療に関連する診療科を含む医師を養成します。
 - b 地域医療の現場に触れる修学生セミナーの開催や、修学生の集いを開催し、地域医療に従事する医学生や医師を支援します。
 - c 医師修学資金や地域枠の医学生及びこれらを活用した修学生医師のキャリア形成支援や、医師不足地域の病院等への派遣調整を行います。
 - d キャリアコーディネーターとの個別面談を通じ、オーダーメイドのキャリアパスを作成・提示し、専門医や認定医の取得支援等、地域枠医師等のキャリア形成を支援します。
 - e 医科大学等と連携した寄附講座の設置により、医師の教育・養成・確保を図ります。
 - f レジナビやホームページ等を活用し、県内医療事情の紹介や救急科専門研修プログラムの情報を発信すること等により、救急医の確保に努めます。
 - g 特色のある研修プログラムの策定や、指導医の養成、地域の医療機関のネットワークの強化などにより、若手医師向けの研修機会の充実、地域医療の魅力向上を図ります。
- (イ) 魅力ある勤務環境の整備
- 特色のある研修プログラムの策定や、指導医の養成、地域の医療機関のネットワークの強化などにより、若手医師向けの研修機会の充実、地域医療の魅力向上を図ります。
 - 県、大学及び県内医療機関等で連携し、修学生医師の県内勤務義務と専門医資格の取得を両立できる研修プログラム（カリキュラム）の作成などを進めます。
 - 本県における勤務に魅力を感じるようなウェブサイトやパンフレット等を作成し、全国の医師や医学生に発信します。
- (ウ) 医療勤務環境の改善促進
- 初期臨床研修や他領域専門医等を対象とした救急医療に係る研修機会を提供すること等により、県内に勤務する医師全体の救急対応力を強化し、救急医の負担軽減を図ります。
 - 茨城県医師会と協力し、医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関に対して、医業経営面、労務管理面の専門的な支援を行います。
 - 特に、女性医師は今後増加傾向にあることから、保育・就業等に係る相談に対応する総合相談窓口を設置・運営するとともに、子どもの急な体調不良時等でも安心して勤務できるよう、民間シッター等を活用した保育支援体制の構築に取り組みます。
- (エ) 医師の養成・確保のための規制緩和等に係る要望活動
- 医師の養成・確保のための抜本的な課題解決が図れるよう、国に対し、医師不足が顕著な地域を優先し、地域偏在や診療科偏在の解消につながる制度の見直し、都道府県への財政支援などを講ずるよう要望していきます。

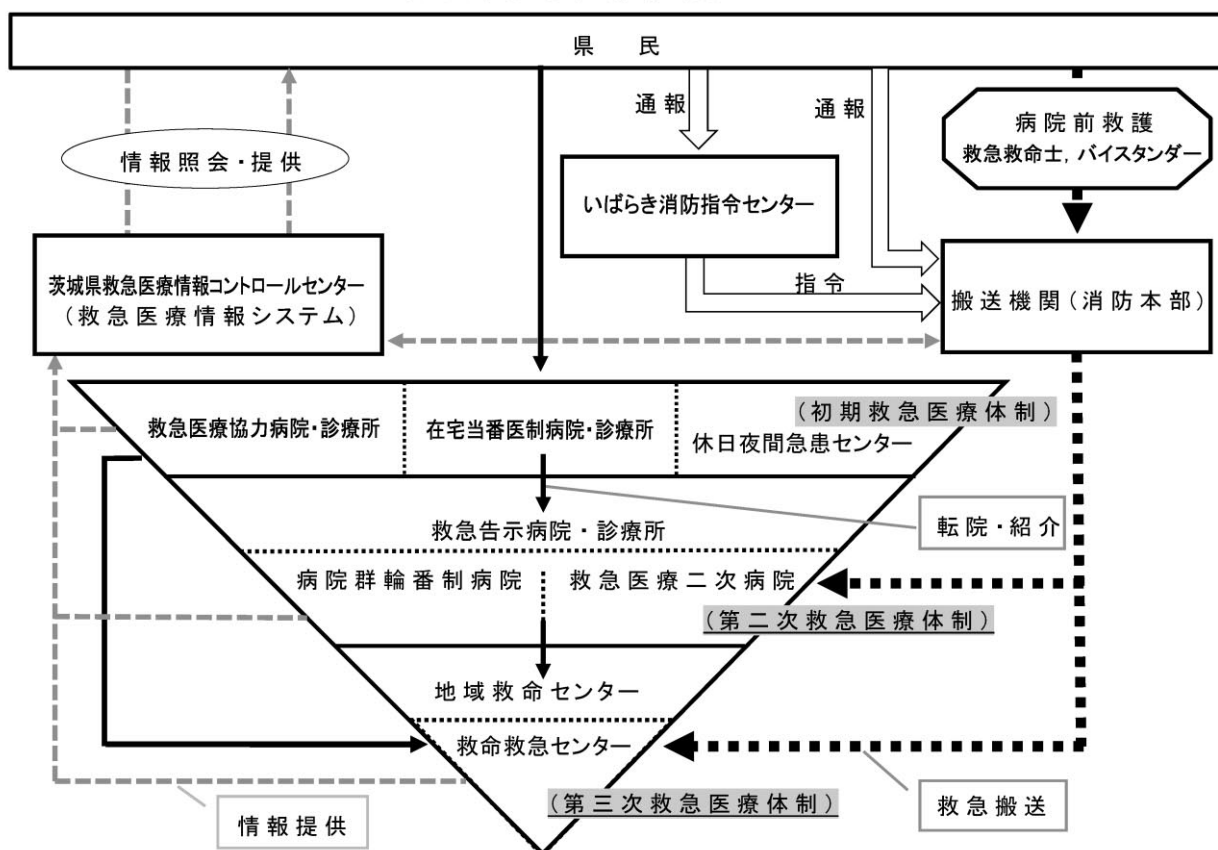
(2) 救急医療体制の整備

■受入体制

【現状】

- 本県においては、初期、第二次、第三次救急医療機関と救急医療情報コントロールセンターによる救急医療体制を総合的、体系的に整備してきました。
- 初期救急医療は、外来診療によって救急医療を行う地域に最も密着した医療であり、比較的軽症の救急患者に対応するため、12か所の休日夜間急患センターや地域の開業医が当番制で診療を行う在宅当番医制病院等により、市町村単位で実施しています。
- 第二次救急医療は、入院治療を必要とする重症救急患者に対応するための医療であり、県内を11の地域に分けて地域内の病院が輪番制方式により実施する病院群輪番制と、水戸地域の救急医療二次病院による二次救急医療体制を基本に実施しています。
- 第三次救急医療は、第二次救急医療では対応困難な重篤な救急患者に対応するため、救命救急センターや地域救命センターにおいて、24時間365日体制で受入れ高度な医療を提供するとともに、本県独自のドクターヘリ運航や隣県ドクターヘリとの連携によって、救急患者の救命率の向上と後遺障害の軽減を図っています。

茨城県救急医療体制図



【課題】

ア 初期救急医療体制

- 比較的軽症な患者に対する救急医療の需要は見込まれるものの、参加医の高齢化や開業医の確保が難しく、平日や休日の夜間を含め恒常的に診察できる体制が十分に取れておらず、また、参加医療機関の診療科によって受診が制約されるなど、十分に対応できていません。このため、多くの軽症患者が第二次救急医療機関を直接受診する機会が増え、結果として、第二次救急医療以上の救急医療機関に負担がかかっています。

イ 第二次救急医療体制

- 救急患者の受け入れ人数が増える一方、施設数はほぼ横ばいで推移し、医療機関の負担が増えており、今後も救急搬送の増などによって負担がさらに増える見込みです。
- また、医師不足等によって地域内の救急患者を十分に受け入れることができない地域があり、特に、救急医療を担う医療機関が少なく、最寄りの救命救急センターから離れた地域では、救急患者に対する診療体制が脆弱であります。
- 「茨城県救急医療情報システム」について、救急隊等から、システムのモバイル対応が従来型携帯電話であるため、救急現場での操作性や視認性が低く現場で利用しづらい、また、医療機関の受け入れ可否等の救急医療情報がリアルタイムに更新されておらず、システムの救急医療情報が実際と異なる場合があるなどの課題が提起されています。
- 救急医療機関において救急患者の受入件数に開きがあり、特定の医療機関に救急患者が集中する傾向があります。

ウ 第三次救急医療体制

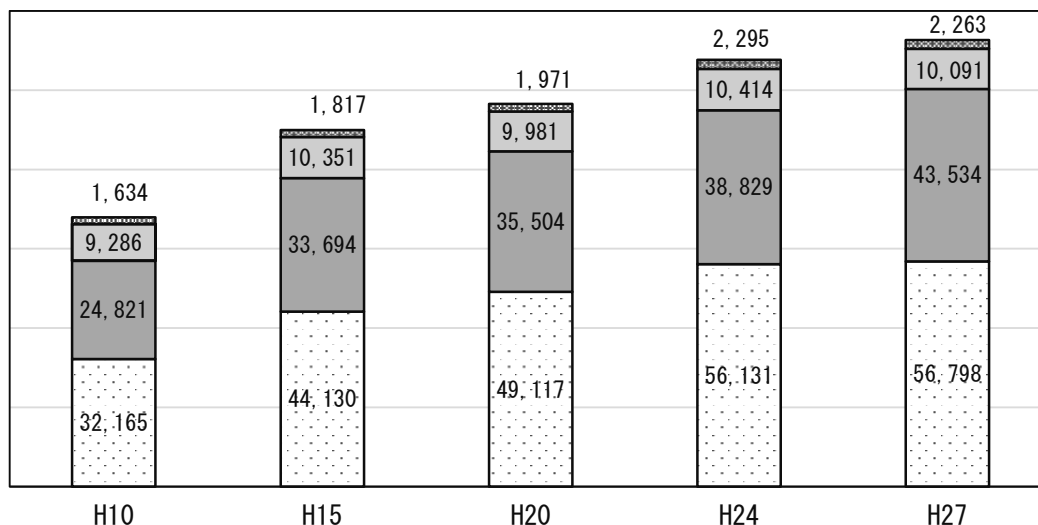
- 救命救急センターが地域的に偏在しているため、最寄りの救命救急センターから離れた地域では、重篤な救急患者に対する診療体制が脆弱であります。
- ドクターカーはドクターヘリと異なり悪天候時や夜間においても運行が可能であるなど、ドクターヘリを補完する役割が期待されますが、ドクターカーの運行範囲や運行時間のさらなる拡大・拡充にあたっては、同乗する医師や看護師などの確保やドクターカーが搬送してきた患者を受け入れる医療機関の診療体制の充実が課題となっています。

エ 救命後の医療

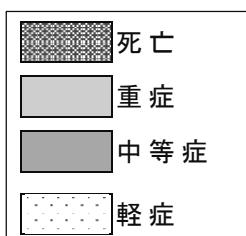
- 受入医療機関の選定困難事案の原因のひとつに、「ベッド満床」が挙げられており、その背景として、救急医療機関（特に第三次救急医療機関）に搬入された患者が救命期を脱した後も救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になるとの指摘があります。

急性期を脱した患者で、重度の後遺症等の理由で在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関や介護施設等、あるいは、院内の連携強化が必要です。

■症状程度別搬送人員



(出典：茨城県消防防災年報)



(注) グラフには、「その他」を表記していないため、合計は合致しない。

■救急搬送人員

| 区分 | H10 | H15 | H20 | H24 | H27 |
|-----|--------|--------|--------|---------|---------|
| 茨城県 | 67,934 | 90,081 | 96,681 | 107,756 | 112,774 |

(出典：茨城県消防防災年報)

■救急医療機関数

| 区分 | H10 | H15 | H20 | H24 | H29 |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 救急告示医療機関数 | 120 | 105 | 104 | 95 | 94 |
| 救急協力医療機関数 | 300 | 255 | 240 | 219 | 191 |

(出典：県医療政策課調べ)

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

- 患者の状態に応じた適切な救急医療の提供を目指します。
- 救急医療に係る資源の効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備を目指します。
- 必要に応じて、より高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携体制の構築を目指します。
- 脳卒中・急性心筋梗塞・重症外傷等の、それぞれの疾患に応じた医療体制の構築

を目指します。

- 急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を一般病棟へ円滑に転棟できる体制の構築を目指します。

(イ) 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

- 救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制の構築を目指します。

イ 求められる機能

(ア) 初期救急医療体制

- 主に外来診療によって休日・夜間の比較的軽症な患者に対し医療を提供すること。
- 病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携すること。

(イ) 第二次救急医療体制

- 手術や入院治療を必要とする重症救急患者に24時間365日体制で医療を提供すること。
- 初期救急医療機関、第二次救急医療機関相互、第三次救急医療機関、精神科救急医療体制並びに搬送機関と連携を図り、救急患者の受入、転送を行うこと。
- 第二次救急医療体制の地域ごとに重症救急患者を地域内で受け入れること。
- 脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲内において、高度な専門的診療を担い、対応困難な救急患者は、必要な救命処置を行った後、速やかに、第三次救急医療機関へ紹介すること。

(ウ) 第三次救急医療体制

- 第二次救急医療機関では対応困難な重篤な救急患者に24時間365日体制で高度な医療を総合的に提供すること。
- 初期救急医療機関、第二次救急医療機関、精神科救急医療体制並びに搬送機関と連携を図り、救急患者の受入、転送を行うこと。
- 緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等、幅広い疾患に対して、高度な専門的医療を総合的に実施すること。
- 救急救命士等へのメディカルコントロール^(注1)や、救急医療従事者への教育を行う拠点となること。

(エ) 救命期後の医療

- 合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること。
- 在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること。

(注1) メディカルコントロール：救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間において救急救命士等が行う救急救命処置について、医師が指示又は指導・助言、事後検証及び再教育を行い、質を保証することである。

ウ 対策

(ア) 救急医療体制整備の基本的な考え方

- 県民誰もが安心して適切な救急医療を受けることができるよう、県、市町村、県医師会、市郡医師会及び医療機関などの関係者が協力しながら、各種施策に取り組みます。

(イ) 初期救急医療体制

- 事業主体である市町村が中心となって、全ての県民が身近な医療機関で初期救急医療を受けられるよう、また、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関の負担軽減につながるよう体制整備を図るとともに、診療時間の延長や診療科目の充実、在宅当番医制に参加する医療機関の拡充を図ります。
- 市町村内に医療機関が少ないなど市町村単独による整備が困難な場合は、近隣市町村との共同運用も含め、地域の実情に応じた初期救急医療体制の整備に努めてまいります。

(ウ) 第二次救急医療体制

- 入院治療が必要な重症救急患者に対する休日・夜間の救急医療に対応するため、病院群輪番制病院の参加医療機関の確保や充実に努めます。
- 水戸地域の休日・夜間の救急医療については、地域の実情に即し、医療体制の更なる充実に努めます。
- 医師不足等によって地域内の救急患者を十分に受け入れることができない地域では、地域医療構想調整会議での協議等を通して、地域の実情に応じた、診療科ごとの機能分担や地元の開業医の出務による診療などの連携等を進め、医療資源の効率的な活用を図り、体制の維持と強化に努めます。
- 県北山間地域など救急医療を担う医療機関が少なく、最寄りの救命救急センターから離れた地域における救急医療の強化や遠隔医療システムなどによる最寄りの救命救急センターなど高度な専門的医療の提供を行う医療機関との連携強化に努めます。
- 緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等への救急対応や機能分担のあり方について検討し、医療機関の適正配置に努めます。
- 「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」に基づき、救急医療を必要とする患者が、迅速かつ円滑に医療機関に受け入れられるよう、搬送機関と医療機関の連携を強化します。
- 第二次救急医療機関に受け入れられた患者の容態急変時に第三次救急医療機関に円滑な転院搬送が行なえるよう、地域の実情に応じた連携を推進します。
- 他県の医療機関との連携も図りながら、これまで以上に県境地域の医療体制の充実に努めます。
- 「茨城県救急医療情報システム」の更新に合わせてタブレット端末などの画面が見やすく、システムの操作がしやすい機器の導入や救急の受入交渉履歴等を即時に共有できる仕組み等の実装など搬送先選定に必要な情報の提供機能を充実させ、システムの利便性の向上を図ります。
- 救急患者の受け入れ増につながるよう、救急告示医療機関の搬送実績の公表や救

急告示医療機関の指定要件の見直しについて、検討を進めます。

(エ) 第三次救急医療体制

- ドクターヘリの有効活用による救命率の向上や後遺障害の軽減に努めるとともに、県内における本県のドクターヘリや他県のドクターヘリの運航実績を踏まえて、隣接県との広域連携の拡充を検討します。
- ドクターヘリの検証をさらに進め、適切な要請体制の確保や運航基準の改善に努めるとともに、ドクターヘリが安全に運行できるようにランデブーポイントの確保に努めます。
- ヘリコプターの持つ高い機動性を活用し、第三次救急医療体制の更なる充実を図るため、消防防災ヘリコプターによるドクターヘリの補完的運航の実施に向けて検討を進めます。
- 緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等に常時対応できる体制整備に努めるとともに、第三次救急医療機関間での連携体制の強化に努めます。
- ドクターカーについて、関係者による情報共有の場を設けるとともに、医療機関の協力を得ながら、ドクターカーが運行していない地域への運行拡大や夜間など運行時間の拡充を図ることができるよう努めます。

(オ) 救命期後の医療

- 急性期を脱した救急患者の転床や転院を促進させるため、医療ソーシャルワーカー、退院支援看護師の増員や退院調整を行う「救急患者退院コーディネーター」の救急医療機関への設置推進に努めます。

■在宅医療との連携体制

【現状】

- 在宅医療は、通院困難者、退院後に治療が必要な人が対象となり、慢性期や回復期患者の医療提供体制の基盤のひとつとして期待されています。
- 在宅医療においては、救急医療機関などの入院医療機関と在宅医療に係る機関との連携による退院支援や患者や家族の生活を支える観点からの日常の療養支援、症状の急変時における緊急往診体制、入院病床の確保及び患者を支える家族のレスパイト支援^(注1)などが重要になっています。
- これらのそれぞれの局面において、各関係機関や関係機関相互が連携することにより、在宅医療を望む人に円滑に医療提供される体制を構築することが必要となります。

【課題】

- 自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する患者の不安や家族への負担への懸念が挙げられますことから、こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するために必要です。

(注1) レスパイト支援：乳幼児や障害者・児、高齢者などを在宅でケアしている家族を癒すため、一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サービスのことである。

- そのため、24時間いつでも往診や訪問看護の対応が可能な連携体制や、入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が求められています。

【対策】

ア 目指すべき方向

- (ア) 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制
 - 救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制の構築を目指します。
 - 重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養を行う際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制の構築を目指します。
 - 地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細やかな取組を行うことができる体制の構築を目指します。

イ 求められる機能

- (ア) 在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること。
- (イ) 通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施すること、また居宅看護サービスを調整すること。
- (ウ) 救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること。

ウ 対策

- 在宅医療に取り組む診療所等が医師不在の場合等でも、患者の急変に円滑に対応できる体制を整備するため、複数の診療所等による連携（グループ）の構築を支援します。
- 患者や家族が希望した場合に、自宅で最期を迎えることを可能とする医療及び介護体制の構築を図っていきます。
- 併せて、看取りなどを受け入れることに対する心理的抵抗を和らげることが重要であることから、看取り時の対応に関する市民への普及啓発活動を推進していきます。

■精神科救急医療との連携体制

【現状】

- 近年、うつ病や認知症の増加等により、第二次救急医療機関等に搬送された患者で精神科治療が必要な場合や、精神科医療機関の入院患者で身体疾患を合併した場合など、精神疾患と身体疾患を合併する患者の割合が増加しています。
- 特に救命救急センターの入院患者のうち12%に精神科医療の必要性があり、2.2%が身体疾患と精神疾患ともに入院治療が必要であるとの報告^(注1)があります。
- 本県では、精神科病床を有する病院が33あり、そのうち精神科以外の病床を併設する病院は13ありますが、そのほとんどが内科など一部の診療科に限られることから、精神科医療機関と一般（身体科）医療機関の連携強化が不可欠です。

(注1) 厚生労働科学研究「精神医療、とくに身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」(主任研究者 黒澤尚)
(平成19(2007)年)

- このため、県医師会と協力して、「精神科医療機関と一般（身体科）医療機関の連携基盤強化事業」を実施し、相互理解、連携の強化を図っています。
- 現在、県では、精神科病院に入院中に身体疾患を合併し、治療が必要になった患者について、県立中央病院で治療対応する「精神科患者身体合併症医療事業」を実施し、身体合併症のある精神疾患患者へ対応するとともに、県立こころの医療センターと連携し、県立中央病院の患者に対し、精神科リエゾンチーム^(注1)による回診を実施しています。
- しかし、県立中央病院においては、入院治療を要する精神疾患と重症な身体疾患を合併している患者については、受け入れが難しい状況があります。

【課題】

- メディカルコントロール地区ごとに一般（身体科）医療機関と精神科医療機関との医療連携体制を整備していく必要があります。
- 一般（身体科）医療機関におけるリエゾンチームによる回診体制の普及・促進を図る必要があります。
- 救命救急センター又はそれに準じた医療機関における精神身体合併症に対応した病床（MPU：Medical Psychiatry Unit）の確保について検討していく必要があります。

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 適切な病院前救護活動が可能な体制

- 消防、警察等に対する精神科救急に係る研修等を通じた連携の強化を目指します。
- 精神障害者及び家族等からの相談に応じ、適切な治療につなげられるように、24時間対応する医療相談窓口の整備を目指します。
- 精神科救急医療体制連絡調整委員会の開催や各地区のメディカルコントロール協議会との連携体制を構築し、医療機関における受け入れの迅速化を目指します。

イ 求められる機能

(ア) 病院前救護活動の機能

- 消防、警察等に対する精神科救急に係る研修等を通じ連携を図ること。

(イ) 精神科救急ダイヤル（精神科救急情報センター）の機能

- 精神科救急ダイヤル（精神科救急情報センター）は、救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急に治療を必要とする精神障害者の受入先医療機関の紹介等迅速に対応すること。

(ウ) 身体合併症の救急医療を担う医療機関の機能

- 身体疾患を合併した精神疾患患者に対応する救急医療機関は、身体疾患と精神疾患の双方について適切に診断・治療できること。または、他の医療機関との連携により、適切に診断・治療ができること。

(注1) 精神科リエゾンチーム：精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等からなるチーム。一般病棟に入院しているうつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、精神症状の評価を行い、精神療法や薬物療法等の診療計画の作成、退院後の調整等を行う。

- (エ) 他医療機関からの転院を受け入れる機能
- 身体疾患を合併する精神疾患患者を精神科病院で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師または一般（身体科）医療機関の診療協力関係を有すること。
 - 身体疾患を合併する精神疾患患者を一般（身体科）医療機関で治療する場合は、精神科リエゾンチームまたは精神科医療機関の診療協力関係を有すること。

ウ 対策

- (ア) 一般（身体科）医療機関、警察、消防等関係機関に対する研修を実施し、精神疾患及び精神科救急医療体制等の理解促進・連携を図ります。
- (イ) 精神障害者及び家族等からの相談に24時間対応する医療相談窓口を整備するとともに緊急に入院治療を必要とする場合の受入先医療機関の調整等を行う精神科一般救急医療相談体制を整備します。
- (ウ) 県立中央病院は引き続き「精神科患者身体合併症医療事業」により、精神・身体合併症患者の治療を実施します。
- (エ) 精神科を標榜する一般（身体科）医療機関の精神疾患患者受入体制の整備と精神科医療機関の身体合併症患者の受入体制の整備に努めます。
- (オ) 県医師会と協力し、精神科医療機関と身体科医療機関の連携基盤強化事業（連携体制の検討、研修、事例検討等）を実施し、連携強化を図ります。また、県立こころの医療センターが実施する「こころとからだの事例検討会」との連携を図ります。
- (カ) 県立こころの医療センターと県立中央病院は連携して、県立中央病院の患者に対し精神科のリエゾンチームによる回診を実施します。また、他の医療機関における精神科リエゾンチームによる回診の促進を図ります。
- (キ) 救急医療機関における精神身体合併症に対応した病床（MPU）の確保について検討していきます。
- (ク) 「精神科救急医療体制連絡調整委員会」を開催し、精神科救急医療体制の整備や精神科救急の円滑な運営を図っていきます。

■救急搬送体制

【現状】

ア 病院前救護

- 本県では、24消防本部150隊の救急隊（平成29（2017）年4月現在）が救急搬送を実施しており、救急隊1隊あたりに1人以上の救急救命士が配置できるよう救急救命士を養成しています。
- バイスタンダー^(注1)が心肺蘇生やAED^(注2)の使用ができるよう、各消防本部において、一般市民を対象に応急手当講習会を開催しています。

(注1) バイスタンダー：救急現場に居合わせた人（発見者、同伴者等）のことで、救急隊が到着するまでの間に、救命のための心肺蘇生法等の応急手当を適切に行う人員のこと。

(注2) AED（自動体外式除細動器）：Automated External Defibrillator の略。心臓が小刻みに震えて血液を送り出すことができなくなる心室細動と呼ばれる症状による心肺停止患者に対し、除細動が必要かどうかを自動的に判断し、心臓に電気ショックを与えて心臓の動きを正常に戻すための装置。救命のためであれば一般市民も使用することができる。

- 本県の救急車の出動件数は、平成17（2005）年の103,644件から平成27（2015）年は122,736件と、この10年間で約19,000件（約19%）増加し、約4.3分に1回の割合で出動しています。そのような中で、速やかな搬送及び受入体制を構築するため、「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」を策定し、平成23（2011）年4月から運用しています。
- AEDについては、「茨城県AED等の普及促進に関する条例」の施行を受けて、多くの県民が利用する県立施設全てにAEDを設置しています。
- また、県ホームページや県デジタルマップを活用し、県内のAED設置施設を公開するとともに、「茨城県AED設置施設登録制度」によってAEDの利用促進を図っています。

イ メディカルコントロール体制

- 本県及び県内8地区あるメディカルコントロール協議会が連携し、救急救命士が医師より指示をもらうためのルール（プロトコル）の整備及び24時間体制での指示体制の運営、事後検証、救急救命士への再教育等、メディカルコントロール体制の整備推進を図っています。
- メディカルコントロールに従事する者の資質向上及びメディカルコントロール体制の本来の目的の達成のために、メディカルコントロール従事者に対し医師等指導者研修等を実施しています。
- 平成28（2016）年6月から、20消防本部（33市町）が共同運用する「いばらき消防指令センター」が本格稼働しています。

【課題】

ア 病院前救護

- 平成29（2017）年4月現在で、救急隊数150隊のうち6隊（平成29（2017）年4月現在）が救急救命士を運用できない状況であります。
- 救急受入所要時間について、年々遅延している状況であります。
- 一般市民により心原性心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後の生存率及び社会復帰率（平成27（2015）年中）について、本県は全国平均を下回っています。
- 一般市民による除細動の実施は、救命率の向上に役立ちますが、その実施は少ない状況であります。
- 県内におけるAEDの設置登録数は増えてきましたが、全体の施設数に比べて民間施設での設置登録数が少なくなっています。
- AEDの故障や耐用期限の経過等によって使用できない事態が起こり得ます。

イ メディカルコントロール体制

- 気管挿管や薬剤投与等の救急救命士ができる処置範囲の拡大に伴い、救急業務におけるメディカルコントロール体制の充実・強化や、救急救命士へ指示を出す医師を養成していくことが必要です。
- いばらき消防指令センターにおいては、平成29（2017）年10月現在、県内24消防本部中、4消防本部が運営協議会に参加していないため、県内全ての消防本部が無線や指令体系などの共同運用ができるよう、その効果をより高める必要があります。

■救急受入所要時間（平均）

| 区分 | H10 | H15 | H20 | H24 | H27 |
|-----|------|------|------|------|------|
| 茨城県 | 26.7 | 31.0 | 37.5 | 40.2 | 41.7 |
| 全 国 | 26.7 | 29.4 | 35.0 | 38.7 | 39.4 |

（出典：茨城県消防防災年報）

■心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後の生存率

| 区分 | H17 | H20 | H24 | H27 |
|-----|-----|------|------|------|
| 茨城県 | 4.4 | 6.5 | 7.5 | 9.5 |
| 全 国 | 7.2 | 10.4 | 11.5 | 13.0 |

（出典：救急救助の現況（総務省消防庁））

■心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後の社会復帰率

| 区分 | H17 | H20 | H24 | H27 |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 茨城県 | 1.8 | 3.8 | 4.2 | 6.8 |
| 全 国 | 3.3 | 6.2 | 7.2 | 8.6 |

（出典：救急救助の現況（総務省消防庁））

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 適切な病院前救護活動が可能な体制

- 本人及びバイスタンダーによる必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施を目指します。
- メディカルコントロール体制の整備による救急救命士等の適切な活動の実施を目指します。
- 「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入れを目指します。
- 地域住民の救急医療への理解を深める取組の実施を目指します。

イ 求められる機能

- (ア) 本人あるいは周囲の者が、必要に応じて速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施すること。
- (イ) メディカルコントロール体制の整備により、救急救命士等の活動が適切に実施されること。
- (ウ) 「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」の運用により、傷病者の搬送及び医療機関への受入れが適切に実施されること。

ウ 対策

(ア) 病院前救護

- 全ての救急車に救急救命士が同乗できるよう救急救命士を養成します。
- 消防本部等の関係機関と連携し、心肺蘇生やAEDの使用方法を学ぶことができ

る応急手当講習を実施し、救命措置ができるバイスタンダーの養成を促進します。

- 「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」を運用し、救急受入体制の充実を図っていきます。
- 地域ごとの一般市民により心原性心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後生存率ならびに社会復帰率のデータを踏まえ、県民に対し、心肺蘇生の必要性を呼びかけるとともに、生存率が高い地域での応急手当講習の取組みを生存率が低い地域に紹介する等、地域差を踏まえた対策を実施します。
- 県内公共施設へのAED設置を更に進めるとともに、民間事業者に対しAED設置登録を呼びかけ、民間施設の設置登録を促進させます。
- AED設置施設を公表・周知します。
- 故障や耐用年限の経過等によってAEDを使用できない事態を防ぐため、特に県立施設において、AEDの適切な管理及び点検を徹底させます。
- 県民に対しAEDや心肺蘇生法の普及啓発に取り組みます。

(イ) メディカルコントロール体制

- 救急活動の事後検証や救急救命士の再教育等を継続的に実施します。
- いばらき消防指令センターの共同運用に参加していない消防本部へ参加を働きかけていきます。
- いばらき消防指令センターに救急救命士への特定行為の指示等ができる医師を常駐させることを検討します。
- いばらき消防指令センターの共同運用に参加している消防本部に対して、直近指令（救急現場に最先着できる隊に対して管轄内外に関わらず出動指令を行うこと）による部隊運用を働きかけます。
- いばらき消防指令センターの通信指令員に対し、緊急性の高い病態について理解を深めるとともに、口頭指導の技術向上等を図るための研修を実施し、通信指令員のスキルアップを図ります。

■救急医療の情報提供及び周知啓発

【現状】

- 「茨城県救急医療情報システム」により、医療機関の診療可否等の情報を搬送機関や県民に情報提供するとともに、「救急の日」などの機会を捉え県民に対し、救急医療や救急車の適正利用について、広報啓発を行っています。
- また、「茨城県AED設置登録制度」により、県民に対して、インターネット等を通じてAEDの設置場所を情報提供しています。

【課題】

ア 茨城県救急医療情報システム

(再掲)

- 「茨城県救急医療情報システム」について、救急隊等から、システムのモバイル対応が従来型携帯電話であるため、救急現場での操作性や視認性が低く現場で利用しづらい、また、医療機関の受け入れ可否等の救急医療情報がリアルタイムに更新されて

おらず、システムの救急医療情報が実際と異なる場合があるなどの課題が提起されています。

イ 救急医療の周知啓発

- 救急搬送人員の半数以上が軽症患者であり、その中には不要不急の患者が少なからず含まれていることから、引き続き、市町村や関係機関を通じて、救急医療の適正利用を県民に対し周知、啓発を図るとともに、軽症者の救急車利用を減らすためのサービス導入を目指します。

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 県民等への救急医療情報の提供

- 「茨城県救急医療情報システム」についての的確で即時性のある情報提供体制の構築を目指します。

(イ) 県民の救急医療への理解

- 県民に対して、救急医療機関への適正な利用の啓発を目指します。

イ 求められる機能

(ア) 茨城県救急医療情報システム

「茨城県救急医療情報システム」により、医療機関の受け入れ可否等の救急医療情報を的確かつ即時に収集し、救急搬送や初期救急医療機関の案内を容易にするために搬送機関や県民に情報を提供すること。

(イ) 救急医療の周知啓発

救急医療に係る情報の提供及び周知啓発を図ること。

ウ 対策

(ア) 茨城県救急医療情報システム

(再掲)

- 「茨城県救急医療情報システム」の更新に合わせてタブレット端末などの画面が見やすく、システムの操作がしやすい機器の導入や救急の受入交渉履歴等を即時に共有できる仕組み等の実装など搬送先選定に必要な情報の提供機能を充実させ、システムの利便性の向上を図ります。
- 県民自らが受診先を選択できるよう、診療科目、診療時間等の医療機関の情報をインターネットで提供します。

(イ) 救急医療の周知啓発

- 市町村や関係機関と協力して、救急医療の適正利用を県民に普及啓発します。
- 民間救急車による搬送サービスをより丁寧に県民に周知します。
- 救急安心センター事業（＃7119）の導入検討を進めます。（再掲）
- AED設置施設を公表・周知するとともに、県民に対しAEDや心肺蘇生法の普及啓発に取り組みます。

各論

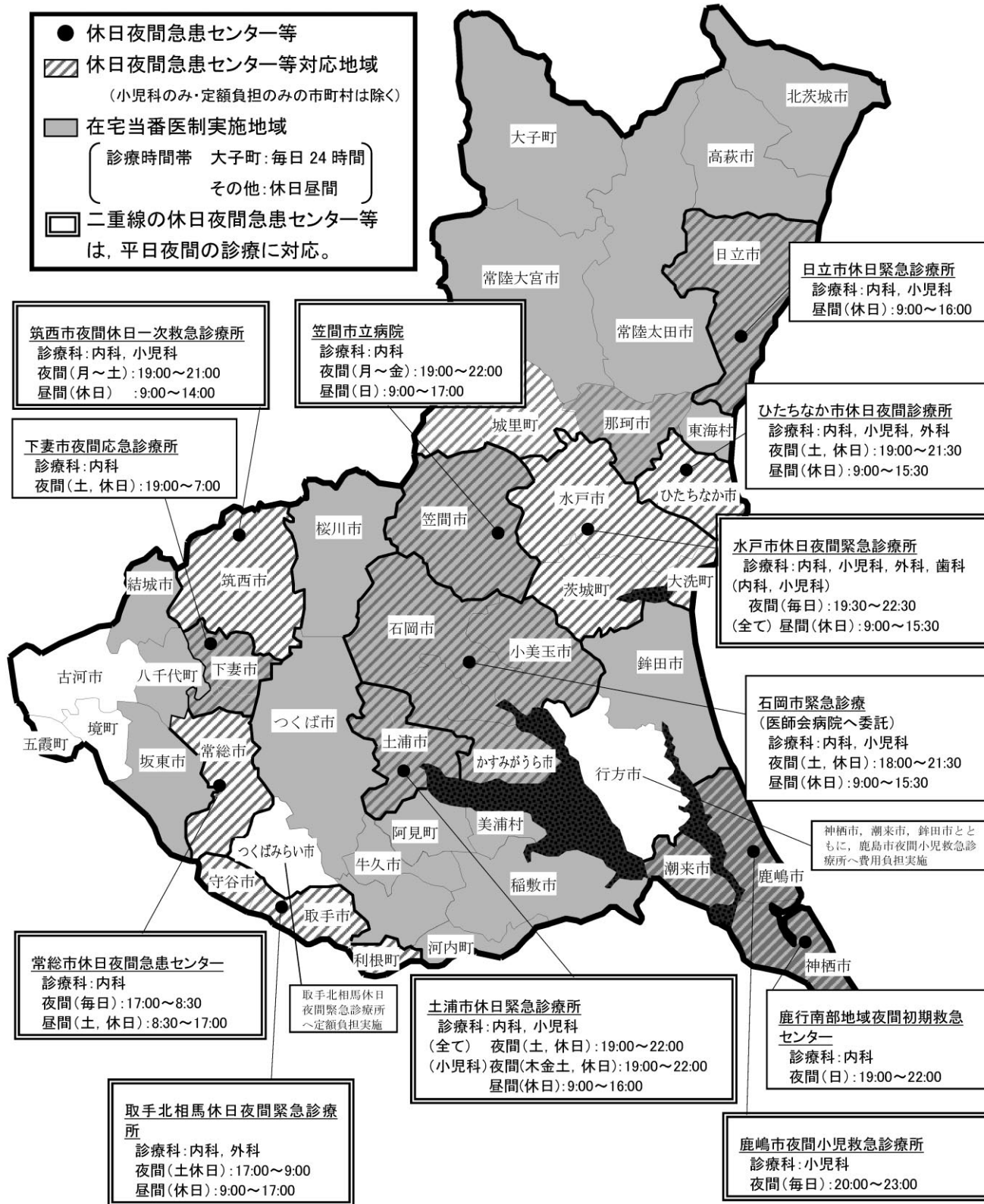
第1章

【目標】

| 番号 | 目標項目 | 現状 | 目標 |
|----|---|--------------------|----------------------|
| 1 | 心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後生存率 | H27：9.5% | 全国平均以上 13.0%（H27） |
| 2 | 心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後社会復帰率 | H27：6.8% | 全国平均以上 8.6%（H27） |
| 3 | 救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間（死亡） | 茨城県平均 H27：37.3分 | 全国平均以下 35.1分（H27） |
| 4 | 救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間（重症） | 茨城県平均 H27：43.3分 | 全国平均以下 40.1分（H27） |
| 5 | 救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間（中等症） | 茨城県平均 H27：42.5分 | 全国平均以下 39.7分（H27） |
| 6 | 全ての県民が身近な医療機関で初期救急医療を受けられる体制の整備 | 39市町村 | 全ての地域 |
| 7 | 救急搬送人員に占める軽症者の割合 | H27：50.4% | 全国平均以下 49.4%（H27） |
| 8 | 心肺機能停止傷病者に対してバイスタンダーが応急手当（胸骨圧迫・人工呼吸・AEDによる除細動）を実施した割合 | H27：42.9% | 全国平均以上 48.1%（H27） |

■救急医療圏（初期）

休日夜間急患センター・在宅当番医制 実施状況



平成 30(2018)年 4 月 1 日現在

■救急医療圏（二次・三次）

二次救急

輪番制実施 水戸地域を除く10地域
 輪番制病院 50施設
 水戸地域
 救急医療二次病院 16施設

三次救急

救命救急センター ◎6施設
 地域救命センター ●1施設

日立地域

◎日製日立総合病院
 ①ひたち医療センター
 ②久慈茅根病院
 ③高萩協同病院
 ④北茨城市民病院
 ⑤日立おおみか病院（輪番休止中）
 ⑥やすらぎの丘温泉病院（輪番休止中）

つくば地域

◎筑波メディカルセンター病院
 ①筑波学園病院
 ②つくば双愛病院
 ③いちばら病院
 ④筑波記念病院

石岡地域

①石岡市医師会病院
 ②石岡第一病院
 ③石岡循環器科脳神経外科病院
 ④山王台病院

筑西地域

①県西総合病院
 ②協和中央病院
 ③筑西市市民病院
 ④結城病院
 ⑤城西病院

**茨城西南医療センター病院
救命救急センター（H12.4～）**

茨城西南地域

◎茨城西南医療センター病院
 ①友愛記念病院
 ②中間病院
 ③古河赤十字病院
 ④ホスピタル坂東
 ⑤木根瀬外科胃腸科病院
 ⑥古河総合病院

**筑波メディカルセンター病院
救命救急センター（S60.2～）**

病院群輪番制の実施状況

| 実施地域 | 開始時期 | 市町村数 | 病院数 |
|-------|---------|-------|-----|
| 土浦・阿見 | S56.8.1 | 3 | 3 |
| 筑西 | S59.9.1 | 3 | 5 |
| 常総 | S61.4.1 | 5 | 8 |
| 茨城西南 | H2.4.1 | 7 | 7 |
| つくば | H9.4.3 | 1 | 5 |
| 鹿行南部 | H9.6.1 | 3 | 3 |
| 石岡 | H10.4.1 | 3 | 4 |
| 稲敷 | H10.4.1 | 5 | 4 |
| 鉾田 | H10.4.1 | 3 | 4 |
| 日立 | H11.4.1 | 3 | 7 |
| 10地域 | | 36市町村 | 50 |

土浦・阿見地域

◎土浦協同病院
 ①霞ヶ浦医療センター
 ②東京医大茨城医療センター

常総地域

①宗仁会病院
 ②JAとりで総合医療センター
 ③取手北相馬保健医療センター医師会病院
 ④きぬ医師会病院
 ⑤総合守谷第一病院
 ⑥東取手病院
 ⑦水海道さくら病院
 ⑧守谷慶友病院

水戸地域

◎水戸医療センター
 ◎水戸済生会総合病院
 ①水戸赤十字病院
 ②水府病院
 ③水戸中央病院
 ④水戸協同病院
 ⑤誠潤会水戸病院
 ⑥県立中央病院
 ⑦茨城東病院
 ⑧大洗海岸病院
 ⑨日製ひたちなか総合病院
 ⑩常陸大宮済生会病院
 ⑪保内郷メディカルクリニック
 ⑫慈泉堂病院
 ⑬久保田病院
 ⑭水戸プレハートセンター

**水戸医療センター
救命救急センター（S56.4～）**

**なめがた地域医療センター
地域救命センター（H18.4～）**

鉾田地域

●なめがた地域医療センター
 ①鉾田病院
 ②小美玉市医療センター
 ③高須病院

稲敷地域

①牛久愛和総合病院
 ②つくばセントラル病院
 ③美浦中央病院
 ④龍ヶ崎済生会病院

土浦協同病院救命救急センター（H2.4～）

鹿行南部地域

①小山記念病院
 ②白十字総合病院
 ③神栖済生会病院

平成30(2018)年4月1日現在