

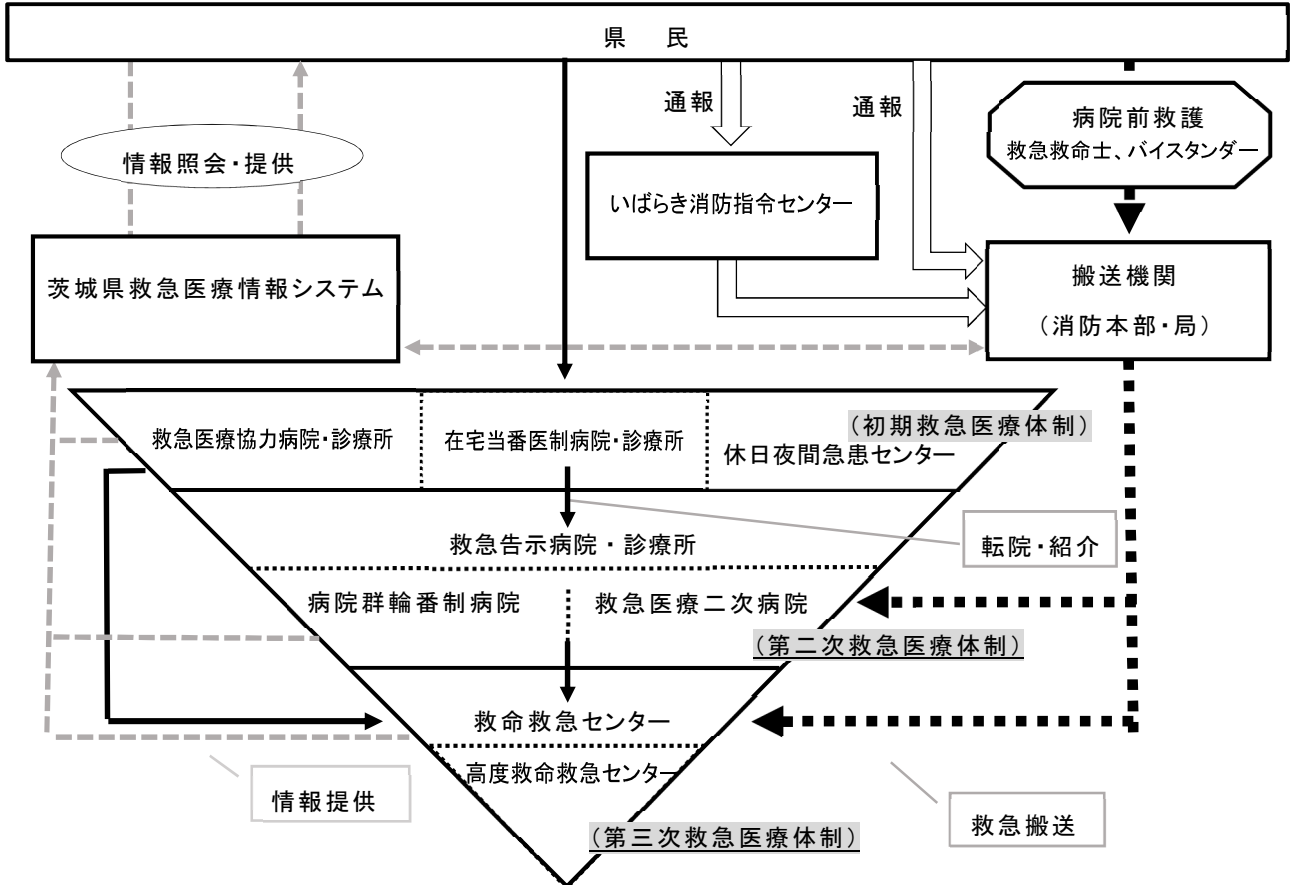
6 救急医療

(1) 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システム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、11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、高度救命救急センター1施設、救命救急センター6施設において、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及び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。また、ドクターカー（ラピッドカー含む）が10施設で運行されております。

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、市町村によって対応が一律ではありません。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

- ・ 救急患者の受入れ人数が増える一方、施設数は減少傾向にあり、医療機関の負担が増えており、今後も高齢化に伴う救急搬送の増加や医師の働き方改革への対応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入れることができない地域があり、医師の働き方改革への対応によって、さらに受入れが厳しくなる恐れがあります。
- ・ 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、医療機関の受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。
- ・ 今後は特に増加が見込まれる高齢者救急についても、主な受入先としての役割を担う必要があります。

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。
- ・ 緊急度の高い患者を迅速に搬送するための救急受入体制の構築と、超急性期・急性期を脱した後の患者を重症度に応じて適正な医療機関等へ再搬送・再配置する体制^(注1)の構築が必要です。

エ 救命後の医療

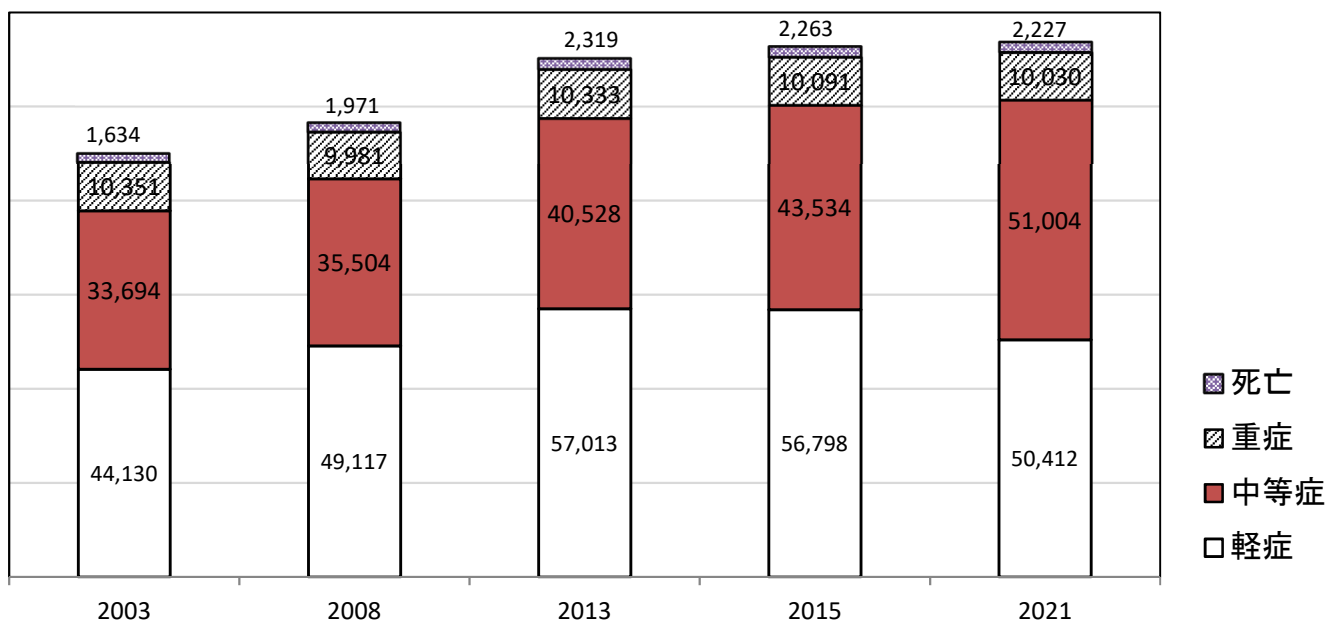
- ・ 受入医療機関の選定困難事案の原因のひとつに、「ベッド満床」が挙げられて

(注1) 再搬送・再配置する体制：緊急度の高い患者を迅速に受け入れ診療した後、重症度に応じて速やかに救急外来等から再度搬送する、あるいは、医療機関に限定せずに介護施設等も含めて適切に再配置する体制のこと。

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。

- ・ さらに、高齢化に伴う救急搬送の増加等により、第三次救急医療機関をはじめとした高次の医療機関への搬送の増加が進む可能性があり、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。
- ・ また、患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議。以下「ACP」という。）を促進していく必要があります。

■ 症状程度別搬送人員



(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	2003	2008	2013	2015	2019	2021
茨城県	90,081	96,681	110,273	112,774	124,004	113,690

(出典：茨城県消防防災年報)

■ 救急医療機関数

区分	2003	2008	2013	2017	2021	2023
救急告示医療機関数	105	104	95	94	84	76
救急協力医療機関数	255	240	214	191	184	188

(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

- ・ 救急搬送の3R (right patient、to the right place、in the right time) を意識して、適切な患者を適切な施設に適切な時間内に搬送する体制の構築と、状態に応じた速やかな再搬送・再配置を実施する体制の構築を目指します。
- ・ 高齢化に伴う救急搬送の増加に対応するため、重症度・緊急度が高い救急患者を受け入れる医療機関と役割分担し、早期の在宅復帰等が見込まれる高齢患者については、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を有する医療機関が中心となって受け入れる体制の構築を目指します。
- ・ 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・急性心筋梗塞等の心血管疾患・重症外傷などの、それぞれの疾患に応じた医療体制の構築を目指します。
- ・ 複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例、特に配慮を要する患者等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者を受け入れる体制を目指します。
- ・ 超急性期・急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を、医療機能の分化・連携により地域の他の医療機関に転院させ、又は一般病棟へ円滑に転棟させることが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、後遺症のある患者等について、高次の救急医療施設から適切な医療機関への必要な転院搬送ができる体制の構築を目指します。
- ・ 県民や医療関係者、介護関係者等に向けて、ACPの普及啓発を行う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及び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、急性心筋梗塞等の心血管疾患などに対する医療等、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、急性心筋梗塞等の心血管疾患や、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。
- ・ 災害時に備え、自家発電機(備蓄する燃料を含む。)、受水槽(備蓄する飲料水を含む。)を保有すること。

(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。
- ・ 患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう、ACP の普及啓発を行うこと。

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、郡市医師会及び医療機関などの関係者が協力しながら、各種施策に取り組めます。

(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、郡市医師会の協力を得ながら、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。
- ・ また、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

- ・ 第二次救急医療機関は、高齢者など地域で発生する救急患者の初療治療と入院治療を主に担います。
- ・ 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

(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命救急士等が行う救命救命処置について、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。

め、病院群輪番制病院及び水戸地域救急医療二次病院の充実が図られるよう、事業主体である市町村と連携し、地域の実情に即した病院群輪番制等のあり方などを検討していきます。

- ・ 医師不足や医師の働き方改革への対応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、増加する高齢者救急を受入れる医療機関の位置付け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。
- ・ 県北山間地域等の医療資源が乏しい地域においても良質な医療が提供できる体制を構築するため、脳卒中等の急性期分野で、専門的な治療を提供する医療機関と地域の医療機関がMRIやCT等の医療画像を共有する「遠隔画像診断治療補助システム」による連携拡大など、デジタル技術を活用した医療機関相互の連携強化に努めます。
- ・ 緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞などの心血管疾患等への救急対応や機能分担のあり方について検討を進めます。
- ・ 県は、「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するとともに、指導救命士等を活用して実施基準の運用実績について検証し、実績に基づく実用的な実施基準への見直しを行ってまいります。
- ・ 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。
- ・ 県は、「茨城県救急医療情報システム」の更新に合わせて、現場の医師や指導救命士などの意見等を聞き、医療機関と搬送機関の円滑な情報共有等について検討を進め、システムの利便性の向上を図ります。
- ・ 高次の救急医療機関に搬送された患者を、状態に応じて、適切な時期に適切な地域の医療機関への転院を促進するため、患者情報や空床情報の共有、民間救急車の活用など、円滑な転院搬送の仕組みを検討します。

(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、救急搬送の3Rの実現を目標とした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航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、令和元（2019）年7月に開始した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効果検証を進め、安全を重視した上で運航促進に努

めます。

- ・ ドクターカーについて、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。
- ・ また、厚生労働省が実施する調査や、調査に基づき作成されたマニュアルを参考にしながら、ドクターカー情報交換会などを通じて、より効果的な活用を検討します。
- ・ 第三次救急医療機関は、緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等の心血管疾患や、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構築について検討を進めます。
- ・ また、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担うため、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行います。加えて、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応できる体制を構築します。
- ・ 休日や夜間など時間外の救急搬送困難事案^(注1)は、医師の働き方改革への対応等も考慮し、第三次救急医療機関をはじめとした地域の中核となる医療機関に一時収容し、診断と安定化を図った上で、その日ないし翌日には患者の状態に応じた適切な医療機関に転院するなど、全県的に救急搬送困難事案を削減するための体制構築を検討します。
- ・ 第三次救急医療機関は、自家発電機（備蓄する燃料含む。）や、受水槽（備蓄する飲料水含む。）を保有し、被災時においても高度な医療を提供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^(注2)」の救急医療機関への設置推進に努めます。
- ・ 高次の救急医療機関に搬送された患者を、状態に応じて、適切な時期に適切な地域の医療機関への転院を促進するため、患者情報や空床情報の共有、民間救急車の活用など、円滑な転院搬送の仕組みを検討します。（再掲）
- ・ 地域医療構想による病床機能の分化・連携の取組などを通じ、救急医療機関における患者の重症度・緊急度に応じた役割分担と連携に係る検討を進めます。
- ・ 患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すとともに、県民や医療関係者、介護関係者等に向けて、ACPの普及啓発を行います。

(注1) 救急搬送困難事案：総務省消防庁は、新型コロナウイルス感染症に伴う救急搬送困難事案について、救急隊による「医療機関への受入れ照会回数4回以上」かつ「現場滞在時間 30 分以上」の事案としている。

(注2) 救急患者退院コーディネーター：救急医療用病床を有効に活用するため、急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進する、地域の実情に精通した看護師、社会福祉士等の医療従事者

(2) 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、在宅療養支援病院等における夜間対応の支援や急変時の入院受入れ、入院病床の確保及び自宅等の患者が望む場所での看取りが可能な体制の確保などが重要になっています。
- ・ これらの局面において、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ることから、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。
- ・ 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。
- ・ 患者・家族に対し、日頃から急変が起こり得ることや、終末期に希望する医療・ケアについてあらかじめ話し合うことの必要性等を説明し、その時の対応について関係者間で話し合うことなど、県民の意識啓発を進めていくことが必要です。

【対策】

ア 目指すべき方向

(7) 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、後遺症のある患者について、高次の救急医療施設体制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・在宅で療養を行えるよう、急変時の対応を含め、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。
- ・ 高齢患者が受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導を行い、必要な支援へつなぐ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。
- ・ ACPを普及啓発し、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる体制の構築を目指します。

イ 求められる機能

(7) 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療養支援診療所・在宅療養支援病院等と診療情報や治療計画を共有し、タイムリーに連携していること。

ウ 対策

- ・ 県は、在宅医療に新規参入する医療機関を支援するとともに、在宅医療に取り組む診療所等の医師が不在の場合でも、患者の急変に円滑に対応できるよう、入院受入れを含めた複数の医療機関等による連携体制の構築を促進し、後方支援体制の充実を図ります。
- ・ 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。
- ・ 患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すとともに、県民や医療関係者、介護関係者等に向けて、ACPの普及啓発を行います。（再掲）
- ・ 自治体、医療関係者、介護関係者等は患者や家族等へACPを促し、地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場等において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討します。
- ・ ACPに関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催することなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討します。

(3) 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。
- ・ 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。
- ・ 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、身体疾患と入院治療を要する精神疾患を合併している患者については、精神科病床がないため、単独での受入れが難しい状況にあります。

(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。

【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）の確保について推進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、救急医療機関や搬送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・治療できること又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。

(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又は一般（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又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）の確保について推進していきます。
- (ク) 身体症状が安定化した後に精神科病院が速やかに受け入れるなど、精神科医療機関と一般（身体科）医療機関との連携の仕組みについて検討します。
- (ケ) 「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。

(4) 救急搬送体制

【現状】

ア 病院前救護

- ・ 本県では、24 消防本部・局 152 隊の救急隊（令和 4（2022）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消防本部・局に所属する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 A E D^{（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。
- ・ 本県の救急車の出動件数は、平成 23（2011）年の 117,233 件から令和 3（2021）年は 126,114 件と、この 10 年間で約 8,900 件（約 8 %）増加し、約 3.9 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。
- ・ 「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に情報提供しています。
- ・ A E Dについては、「茨城県 A E D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 A E Dを設置しています。
- ・ また、茨城県 A E D普及啓発サイトなどを通じて、県内の A E D設置施設を公開するとともに、「茨城県 A E D設置施設登録制度」によって A E Dの利用促進を図っています。

（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）A E D（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。

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・局（33 市町）が「いばらき消防指令センター」を共同運用しています。

【課題】

ア 病院前救護

- ・ 令和 4（2022）年 4 月現在で、全救急隊 152 隊で救急救命士を運用しておりますが、うち 23 隊で常時運用ができていない状況です。
今後も搬送中の傷病者に対して医師の指示のもとに高度な処置（救急救命処置）を行うためには、全ての救急隊で救急救命士を常時運用できるよう、消防本部・局に所属する救急救命士の養成を行うとともに、救急業務の質の向上を図っていく必要があります。
- ・ 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。
- ・ 「茨城県救急医療情報システム」について、救急隊等から、医療機関の受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。（再掲）
- ・ 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 ヶ月後の生存率及び社会復帰率（令和 3（2021）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 A E D の設置登録数は増えましたが、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。
- ・ A E D 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

- ・ 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、令和 4（2022）年度末現在、県内 24 消防本部・局中、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・局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	2003	2008	2013	2015	2019	2021
茨城県	31.0	37.5	40.5	41.7	43.3	44.9
全 国	29.4	35.0	39.3	39.4	39.5	42.8

（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ヶ月後の生存率

区 分	2008	2013	2015	2019	2021
茨城県	6.5	8.9	9.5	11.3	6.8
全 国	10.4	11.9	13.0	13.9	11.1

（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ヶ月後の社会復帰率

区 分	2008	2013	2015	2019	2021
茨城県	3.8	5.5	6.8	8.0	5.1
全 国	6.2	7.9	8.6	9.0	6.9

（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。
- ・ 「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共有体制の構築を目指します。
- ・ 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消防本部・局に所属する救急救命士

を養成するとともに、指導救命士を活用しながら、救急業務の質の向上を図っていきます。

- ・ 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。
- ・ 県は、「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するとともに、指導救命士等を活用して実施基準の運用実績について検証し、実績に基づく実用的な実施基準への見直しを行ってまいります。
(再掲)
- ・ 「茨城県救急医療情報システム」の更新に合わせて、現場の医師や指導救命士などの意見等を聞き、医療機関と搬送機関の円滑な情報共有等について検討を進め、システムの利便性の向上を図ります。(再掲)
- ・ 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ヵ月後生存率並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を生存率が低い地域に紹介するなど、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。
- ・ 県は、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・県医師会・講習団体・消防関係・介護福祉団体・販売事業者等で構成する「AED普及推進連絡協議会」や茨城県AED普及啓発サイトを通じて、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について、指導救命士を活用しながら、継続的に実施していきます。
- ・ 県は、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。
- ・ 県は、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・局に対して、ゼロ隊運用（出動可能な救急隊がなくなった場合に、他の消防本部の救急隊に自動的に出動指令を行うこと）や、直近指令（現場に最先着できる救急隊に自動的に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。
- ・ 救急搬送困難事案を削減するため、救急搬送困難事案の具体的な解析を進め、指導救命士などを活用し、救急搬送体制の見直しを検討します。

(5) 救急医療の情報提供及び周知啓発

【現状】

- ・ 県民に救急医療情報を提供するとともに、救急電話相談（#7119、#8000）を24時間365日体制で実施し、「救急の日（9月9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 救急医療の周知啓発

- ・ 救急搬送人員の半数程度が軽症患者であり、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、医療機関を受診した方がよいのか、医療機関に行くなら急いだ方がよいのか、救急車を呼んだ方がよいのかなど、救急医療の適正利用を県民に対し周知啓発を図っていく必要があります。
- ・ また、患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう、ACPを促進していく必要があります。（再掲）

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 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。
- ・ 県民や医療関係者、介護関係者等に向けて、ACPの普及啓発を行う体制の構築を目指します。（再掲）

イ 求められる機能

(ア) 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。
- ・ 患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう、ACPの普及啓発を行うこと。（再掲）

ウ 対策

(ア) 救急医療の周知啓発

- ・ 県は、真に救急対応が必要な方に救急医療を提供できるよう、総務省消防庁が作成した緊急度等を自身で判定する「救急受診ガイド」や「救急車利用マニュアル」などを活用し、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。
- ・ 県は、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。
- ・ 県は、救急電話相談（#7119、#8000）の充実を図るとともに、認知度向上に向け市町村や関係機関と協力して、県民に対し普及啓発に取り組みます。

- ・ また、県民自らが受診先を選択できるよう、市町村や関係機関と協力して、医療情報ネット^(注1)の周知に取り組みます。
- ・ 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。
- ・ 患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すとともに、県民や医療関係者、介護関係者等に向けて、ACPの普及啓発を行います。(再掲)

(6) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療体制

【現状】

- ・ 新型コロナウイルス感染症まん延時等においては、新型コロナウイルス感染症患者受入専用の初療室を確保したことによる救急初療室の減少、新型コロナウイルス感染症疑い患者を救急外来で隔離するために同時に受入れが可能な救急患者数が減少したこと、入院が必要な患者に対する新型コロナウイルス感染症のスクリーニングによる待機時間の発生などが生じたことから、救急外来の機能が制限されました。
- ・ 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病床を確保するために相対的に一般病床が減少したこと、医療従事者が濃厚接触や感染によって出勤できなくなるケースが増加したことによる人員不足、さらに、退院や転院が滞ることによる出口問題などが生じたことから、入院病床の機能も制限されました。

【課題】

- ・ 救急外来や入院病床における複合的な要因によって、救急患者の受入れが困難になる事案が増加し、救急医療における様々な課題が顕在化したことから、新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築していく必要があります。

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 新興感染症の発生・まん延時の患者受入れ体制の整備

- ・ 平時から新興感染症の発生・まん延時の患者受入れ体制について検討します。

(イ) 相談体制整備

- ・ 救急医療のひっ迫回避のため相談体制の整備を図ります。

(ウ) 感染対策人材の育成体制整備

- ・ 救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じる人材を平時から育成する体制を検討します。

イ 求められる機能

(ア) 新興感染症の発生・まん延時の患者受入れ体制を整えること。

(イ) 新興感染症の発生・まん延時の救急搬送体制を整えること。

(注1) 医療情報ネット:厚生労働省が運営する医療機能情報提供制度の全国統一的な情報提供システム。診療科目や診療時間など医療機関の情報をインターネットにより提供するもの。(令和6(2024)年4月稼働予定)

(ウ) 救急外来を受診しなくても済むよう、相談体制を整えること。

(エ) 感染対策人材の育成体制を整備すること。

ウ 対策

(ア) 新興感染症の発生・まん延時の患者受入れ体制の整備

- ・ 救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関及び地域全体において対応できる体制の整備を検討します。
- ・ 外来機能に特化した医療機関の整備や、患者や医療人材を集めて対応する大規模な医療機関の整備、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関に患者を分散して対応する体制等、地域の実情に応じて、精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に配慮を要する患者を含め患者等を受け入れる医療機関をあらかじめ検討し、新興感染症の発生・まん延時の患者受入れ体制の整備に努めます。
- ・ 医療機関において、救急外来の需要が急増した際に外来機能を拡充する方法について平時から検討する体制の整備に努めます。

(イ) 新興感染症の発生・まん延時の救急搬送体制の整備

- ・ 救急隊と医療機関が傷病者の感染危険度を共有するトリアージシートや、感染症指定医療機関を中心とする輪番制の活用など、新興感染症の発生・まん延時の救急搬送体制について、県及び地区メディカルコントロール協議会等において検討します。
- ・ 搬送機関が各医療機関の受入れ可否等の情報を収集し、救急搬送先の円滑な選定ができるよう、厚生労働省による「医療機関等情報支援システム（G-MIS）」や、「茨城県救急医療情報システム」を活用します。

(ウ) 相談体制等の整備

- ・ 救急外来を受診しなくても済むよう、電話等による相談体制（#7119、#8000等）及びオンライン診療を実施する体制を平時から充実させ、適切に周知を図ることで、新興感染症のまん延により救急外来の需要が急増した際にも対応できる体制の整備に努めます。

(エ) 感染対策のための研修会

- ・ 救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じる人材を平時から育成するため、救急対応を行う医療機関においても、感染対策に係る研修の実施等を行います。

【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ヵ月後社会復帰率	R3 (2021) : 5.1%	全国平均以上 6.9% (R3 (2021))
2	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 R3 (2021) : 38.9分	全国平均以下 38.8分 (R3 (2021))
3		重症 茨城県平均 R3 (2021) : 46.6分	全国平均以下 43.4分 (R3 (2021))
4		中等症 茨城県平均 R3 (2021) : 45.6分	全国平均以下 43.5分 (R3 (2021))
5		全症度 茨城県平均 R3 (2021) : 44.9分	全国平均以下 42.8分 (R3 (2021))
6	現場到着から現場出発までの時間	全症度 茨城県平均 R3 (2021) : 18.2分	全国平均以下 19.0分 (R3 (2021))
7	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
8	救急搬送人員に占める軽症者の割合	R3 (2021) : 44.3%	全国平均以下 44.8% (R3 (2021))
9	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	R3 (2021) : 48.8%	全国平均以上 50.6% (R3 (2021))
10	重症救急搬送患者の医療機関への受入照会の割合	4回以上 R3 (2021) : 4.7%	全国平均以下 4.3% (R3 (2021))
11		30分以上 R3 (2021) : 7.5%	全国平均以下 7.7% (R3 (2021))
12	救急隊における救急救命士の常時運用の割合	R4 (2022) : 84.9%	100.0%

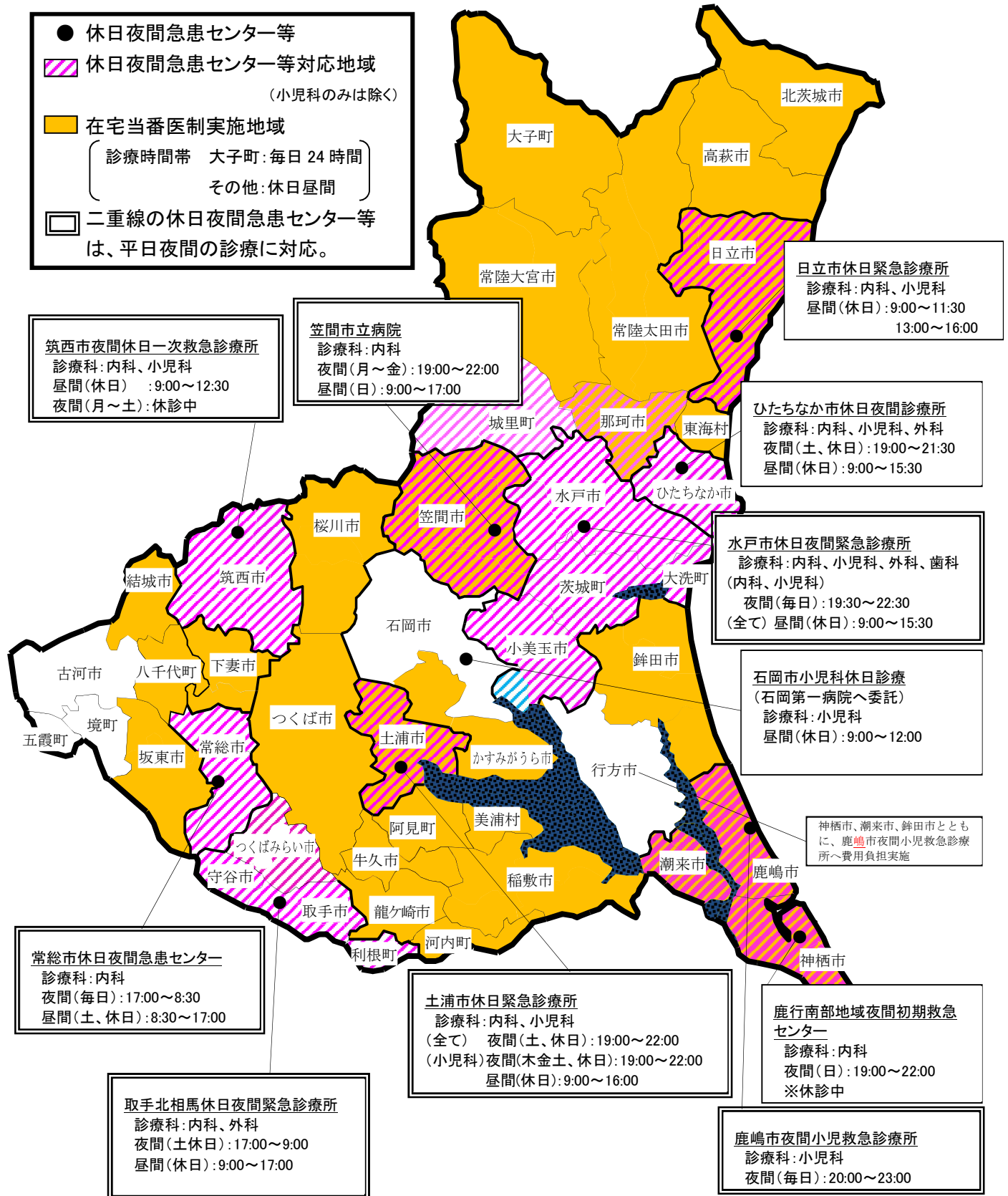
傷病程度の定義（総務省消防庁より）

- ・死亡 : 初診時において死亡が確認されたもの
- ・重症（長期入院）：傷病程度が3週間以上の入院加療を必要とするもの
- ・中等症（入院診療）：傷病程度が重症又は軽症以外のもの
- ・軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの
- ・その他 : 医師の診断がないもの及び傷病程度が判明しないもの、その他の場所に搬送したもの

※傷病程度は入院加療の必要程度を基準に区分しているため、軽症の中には早期に病院での治療が必要だったものや通院による治療が必要だったものも含まれている。

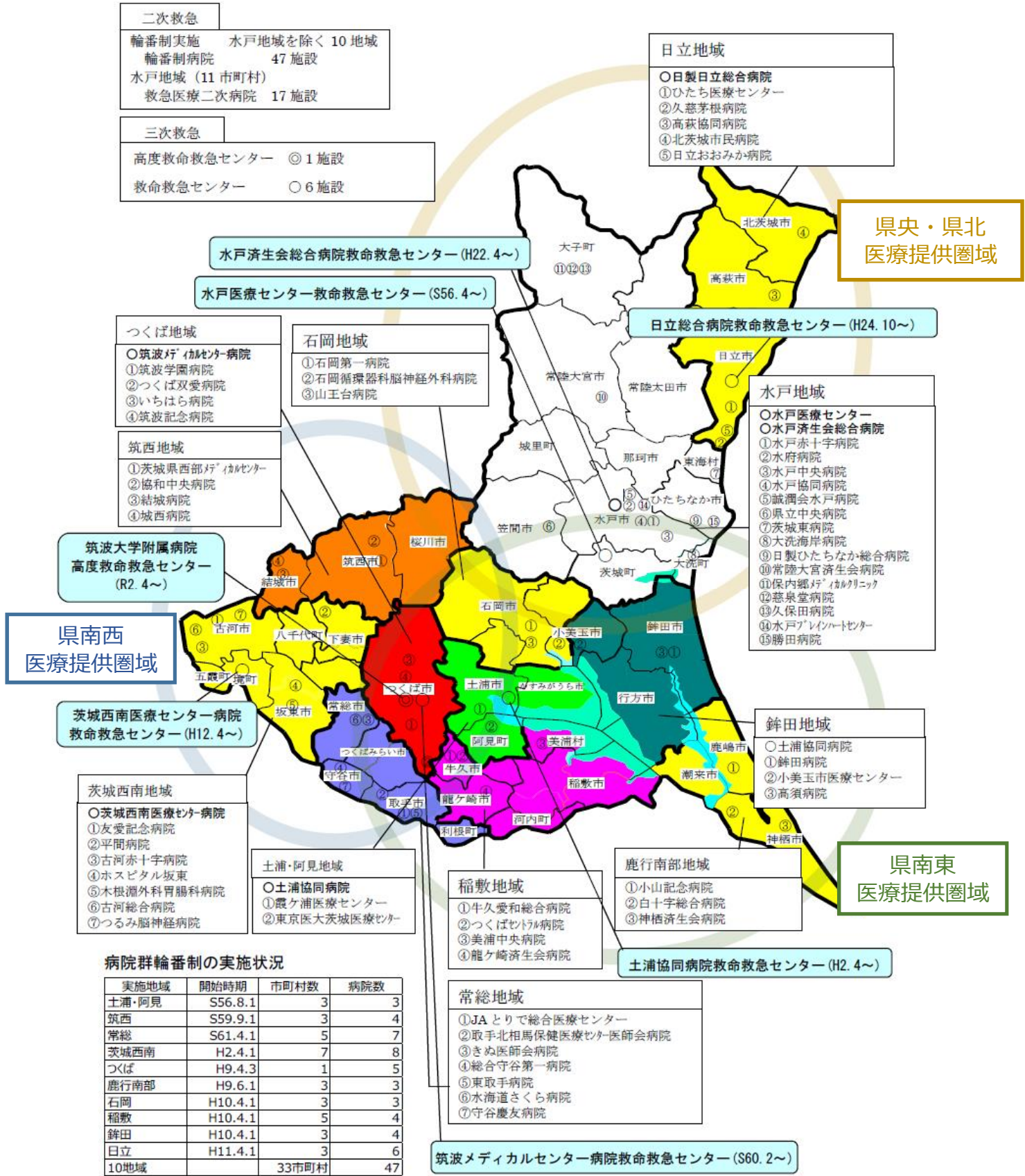
■救急医療提供体制図（初期）

休日夜間急患センター・在宅当番医制 実施状況



令和6(2024)年4月1日現在

■救急医療提供体制図（二次・三次）



令和 6 (2024) 年 4 月 1 日現在

※上記の医療提供体制図に重ねて記載のある 3 つの圏域は、総論第 4 章第 2 節において設定する「医療提供圏域」を図示したものである。