

# 令和7年度 第2回 山口県救急医療将来構想推進協議会

令和8年3月26日

山口県健康福祉部医療政策課



## ○山口県救急医療将来構想推進協議会の設置(R7.9)

- 県全体の救急医療施策の推進や実績評価に係る、体系的な「仕組み」の不在
- 関係各主体や各地域での、取組状況の集約・共有・発信(見える化)
- 高度化・複合化する救急医療の課題解決に向けた、分野横断的な取組の推進  
(県・市町 消防保安・地域医療・高齢福祉 等)

県内全域での救急医療提供体制の充実強化に向け、行政や医療などの関係者が相互に連携し、取り組むべき課題抽出や、解決に向けた取組の実施など、将来を見据えて効果的に推進するため、新たに推進協議会を設置

| 区 分    | 所 属          | 役 職         | 氏 名        |
|--------|--------------|-------------|------------|
|        | 山口大学医学部附属病院  | 高度救命救急センター長 | 鶴田 良介 (会長) |
| 三次救急医療 | 岩国医療センター     | 救急科医長       | 宮内 崇       |
|        | 徳山中央病院       | 救急科主任部長     | 清水 弘毅      |
|        | 山口県立総合医療センター | 救急科診療部長     | 井上 健       |
|        | 関門医療センター     | 救命救急センター長   | 田中 信一郎     |
| 二次救急医療 | 周東総合病院       | 院長          | 瀬山 厚司      |
|        | 山口赤十字病院      | 副院長         | 亀岡 宣久      |
|        | 済生会下関総合病院    | 救急部(外科)科長   | 佐野 史歩      |
|        | 長門総合病院       | 院長          | 村松 慶一      |
|        | 都志見病院        | 副院長/救急部部長   | 北村 義則      |
| 医療関係団体 | 山口県医師会       | 常任理事        | 竹中 博昭      |

### ○第1回協議会(R7.9)の意見を受けた対応について

#### ■ 第1回協議会で示された主な意見

- 高齢者救急を中心に、休日・夜間の受入後の「出口問題」が課題。
- 高齢者施設からの搬送では、ACPや治療方針が不明確なケースが多い。
- 医師不足等を背景に、現行体制の維持が難しくなりつつある。
- 救急医療の課題は、救急病院単独では対応が難しく、関係者での共有が必要。

#### ■ 第1回協議会を受けた対応

第1回協議会で示された課題について、現場の実態を把握する必要があるとの整理がなされた。

⇒事案の詳細等のデータも含め整理するため、救急医療実態把握調査を実施。

#### ■ 第2回協議会の位置づけ

下記について報告し、今後の検討の進め方を整理する。

- 新たな地域医療構想に関する国の検討状況
- 救急医療実態把握調査を踏まえた高齢者救急等の現況・課題

# 1

---

## 新たな地域医療構想に関する 国の検討状況について

# 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

## 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

## 新たな地域医療構想

### (1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進  
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始  
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

### (2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
  - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
  - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
  - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

### (3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

### (4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
  - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
  - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

### (5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

### (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

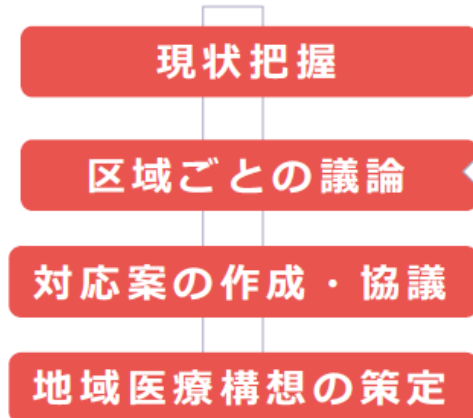
- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

- 改正医療法において、地域医療構想の策定は2028年度末までに行うこととされている。新たな地域医療構想においては、入院医療に加え、外来・在宅医療等についても対象とする中、都道府県が効果的に協議を運用するため、協議の内容、協議の場、スケジュールについてガイドラインにおいて整理が必要。
- 協議の内容について、検討開始直後はまず現状の把握をし、地域ごとの課題を共有するフェーズ、より詳細なデータの分析などを踏まえながら区域の設定や医療機関機能の確保といった議論を進めるフェーズ、いくつかの対応案の作成及び協議を行うフェーズ、地域医療構想として策定し取組を推進するフェーズ等、多段階で行うことが想定される。

**協議の進め方にあたり整理が必要な事項**

- ① 協議する事項    ②地域医療構想調整会議のあり方    ③スケジュール

**協議する事項**



2028年度中

**データの  
確認・分析**

- 人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等の基本的なデータを用いて、現状や今後の課題を共有する。
- 区域の見直しや医療機関機能の確保その他の地域で特有の課題について、詳細なデータの分析などを行いながら協議、検討を行う。
- 働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等のさまざまな要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。
- 地域医療構想を策定し、取組を本格的に進める。

## 病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

### 病床機能区分

#### 機能の内容

|         |   |
|---------|---|
| 高度急性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能</li> </ul>   |
| 急性期機能   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能</li> </ul>  |
| 包括期機能   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能</li> <li>• 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能</li> <li>• 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）</li> </ul> |
| 慢性期機能   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>• 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能</li> </ul>  |

## 医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
  - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
  - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

## 地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能

- ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。
- ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

在宅医療等連携機能

- ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。
- ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

急性期拠点機能

- ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
- ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

専門等機能

- ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が必要

## 広域な観点の医療機関機能

医育及び広域診療機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

## 高齢者救急の基本的な考え方

### ① 単純に年齢や疾患で区切ることは困難

- 高齢者の年齢に関する定義は、機関等によりさまざまであり、高齢者に適した医療を提供する観点からも、年齢だけでなく、身体・認知機能等も含めた検討が求められる。

### ② 手術等の必要な症例の割合が少なく、対応可能な医療機関が多い

- 若年者と比較して、高齢者は手術や処置等が必要となる疾患の頻度は限定的であり、**医療資源を多く必要とする医療を必要とする症例の割合が少ない。**
- 高齢者救急について、現在でも、対応している医療機関の数は多い。

### ③ 包括的な入院医療の提供の必要性

- 入院により、ADLが低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、**入院早期からリハビリテーションを提供し早期からの離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携を包括的に**行うことが求められる。

## 急性期・救急医療の役割分担について（イメージ）

- 多くの医療資源を要する手術等について、集約して対応する中で、都市部を中心とした高齢者救急の増加分については、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関で担うことが考えられる。
- 地域ごとに、医療資源に乏しく、急性期拠点機能を有する医療機関で増加する高齢者救急への対応が必要なケース等も考えられ、手術や救急搬送等の医療需要の変化に関するデータを踏まえながら、手術等の役割分担や救急搬送先について協議が必要。

## ●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等と高齢者救急の分担のイメージ

## 手術等の分担

- 医療資源を多く必要とする、手術等について、緊急手術等は急性期拠点機能で受け入れる一方、高齢者に多い手術等は高齢者救急・地域急性期機能でも提供する



急性期拠点機能

手術等が必要な  
場合の転院急性期経過後の  
速やかな転院高齢者救急・  
地域急性期機能

## 増加する高齢者救急の受け入れの分担

- 高齢者救急は、高齢者救急・地域急性期機能を中心としつつも、医療の需要等を踏まえながら必要に応じて急性期拠点機能も高齢者救急の受け入れを行う



※大都市などにおいて手術等を高齢者救急・地域急性期機能で実施することや、急性期拠点機能において、増加する高齢者救急の需要にも対応することも考えられる。

# 区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

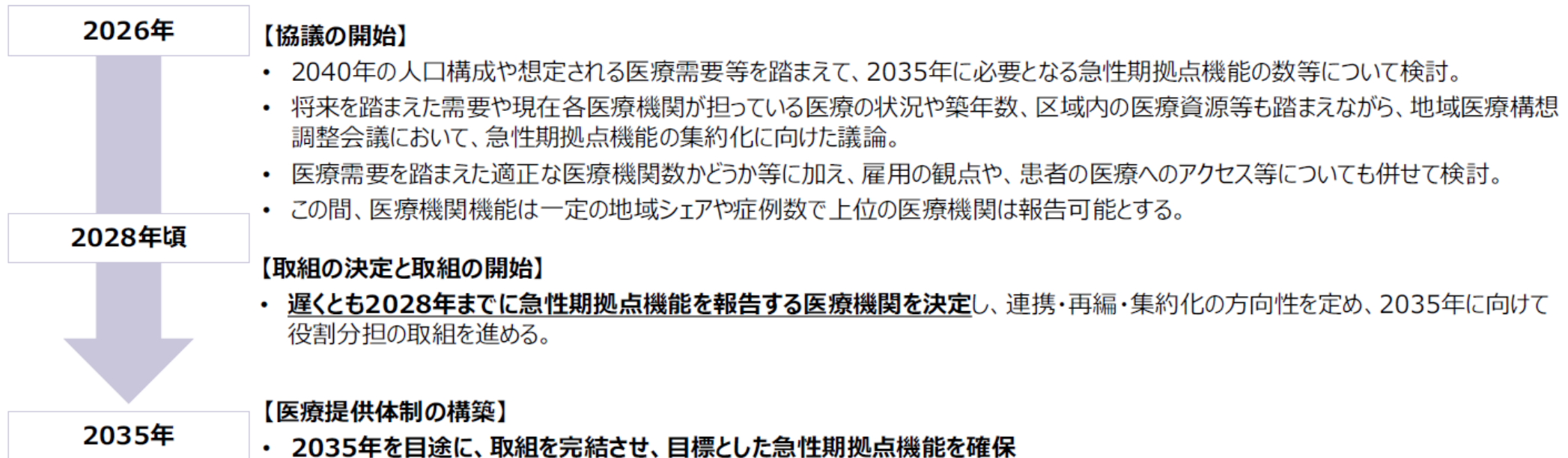
| 区域       | 現在の人口規模の目安   | 急性期拠点機能  | 高齢者救急・地域急性期機能  | 在宅医療等連携機能  | 専門等機能   |
|----------|--|--|--|--|---|
| 大都市型     | <p><b>100万人以上</b></p> <p>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保</li> <li>都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</li> </ul> <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援</li> <li>高齢者施設等からの患者受入等の連携</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>高齢者等の中長期にわたる入院医療等</li> </ul> |
| 地方都市型    | <p><b>50万人程度</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保</li> <li>都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</li> </ul> <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急の対応</li> <li>手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>  |   |
| 人口の少ない地域 | <p><b>～30万人</b></p> <p>※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する</li> <li>地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる</li> </ul> <p>※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応</li> <li>手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>     |   |

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1-2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20-30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

## 急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方



# 2

---

**救急医療実態把握調査を踏まえた  
高齢者救急等の現況及び課題について**

# 救急医療に係る実態把握調査について

## 【趣 旨】

現下の高齢化の進展による医療従事者不足や受療患者像の変化などを背景に、将来にわたり持続可能な救急医療体制の構築を図るため必要につき、救急医療現場の実態把握を目的とした調査を実施

## 【調査対象医療機関】

三次救急医療機関、病院群輪番制病院(計34病院)

## 【調査期間】

令和8年2月9日(月)正午～2月23日(月・祝)正午(2週間)

## 【調査内容】

各病院における、75歳以上の高齢患者の救急搬送および受入れの実態、その他救急医療に係る情報把握を目的とし、2種類の調査票を用いて実施

### [様式1]高齢者救急調査シート:医師記入

- ・75歳以上の救急搬送患者(転院搬送除く 全件)について、個別に状況を記入

### [様式2]救急医療の実態把握に向けた調査シート:事務担当者作成

- ・調査期間中における、救急搬送数や高齢者救急への課題等について、網羅的に記入

## 【回答実績】(n=33)

- ・三次救急医療機関 4/5 (自由記述については、全5機関が回答)
- ・病院群輪番制病院 29/29

# 救急搬送の受け入れについて

受け入れ総数（期間中1,817件）のうち **52%** が75歳以上

## 75歳以上の救急搬送（搬送元）

(n=33)

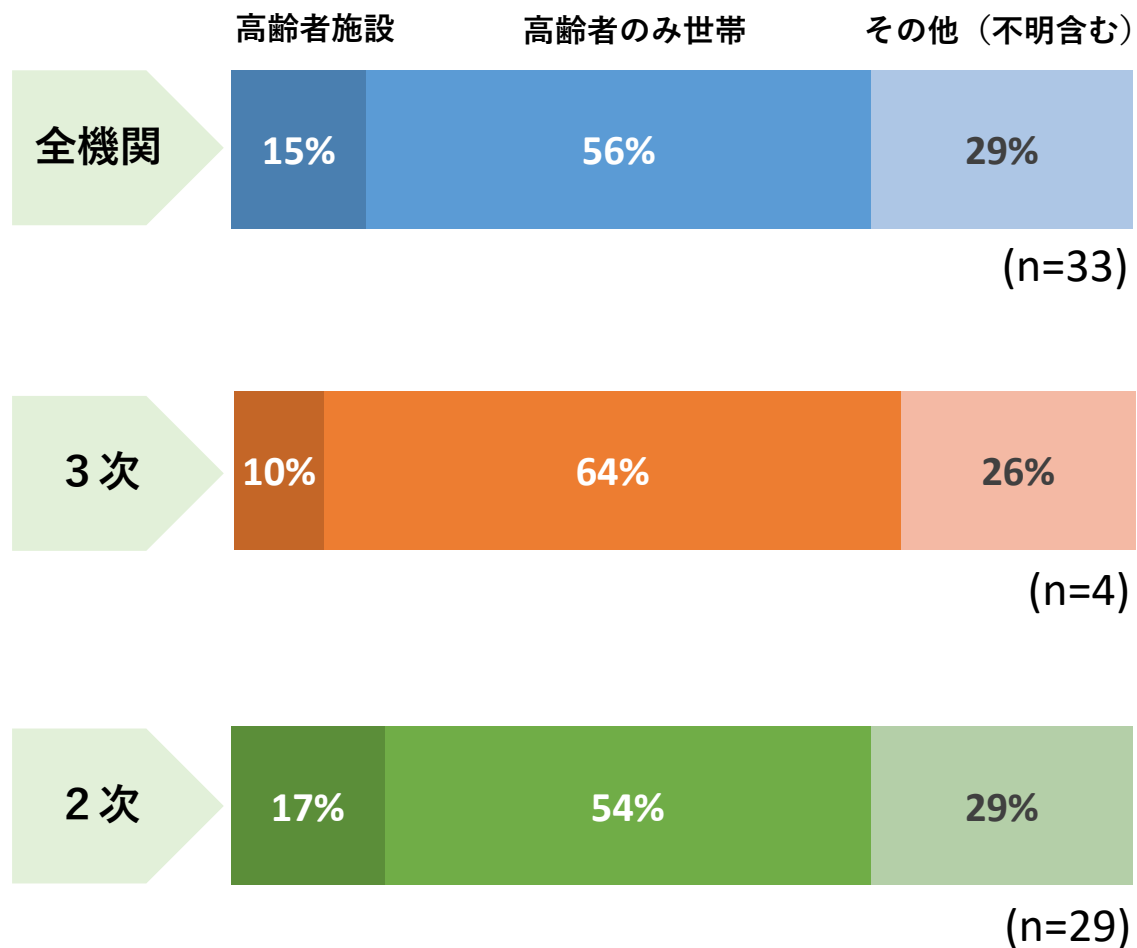


## 高齢者施設以外の内訳

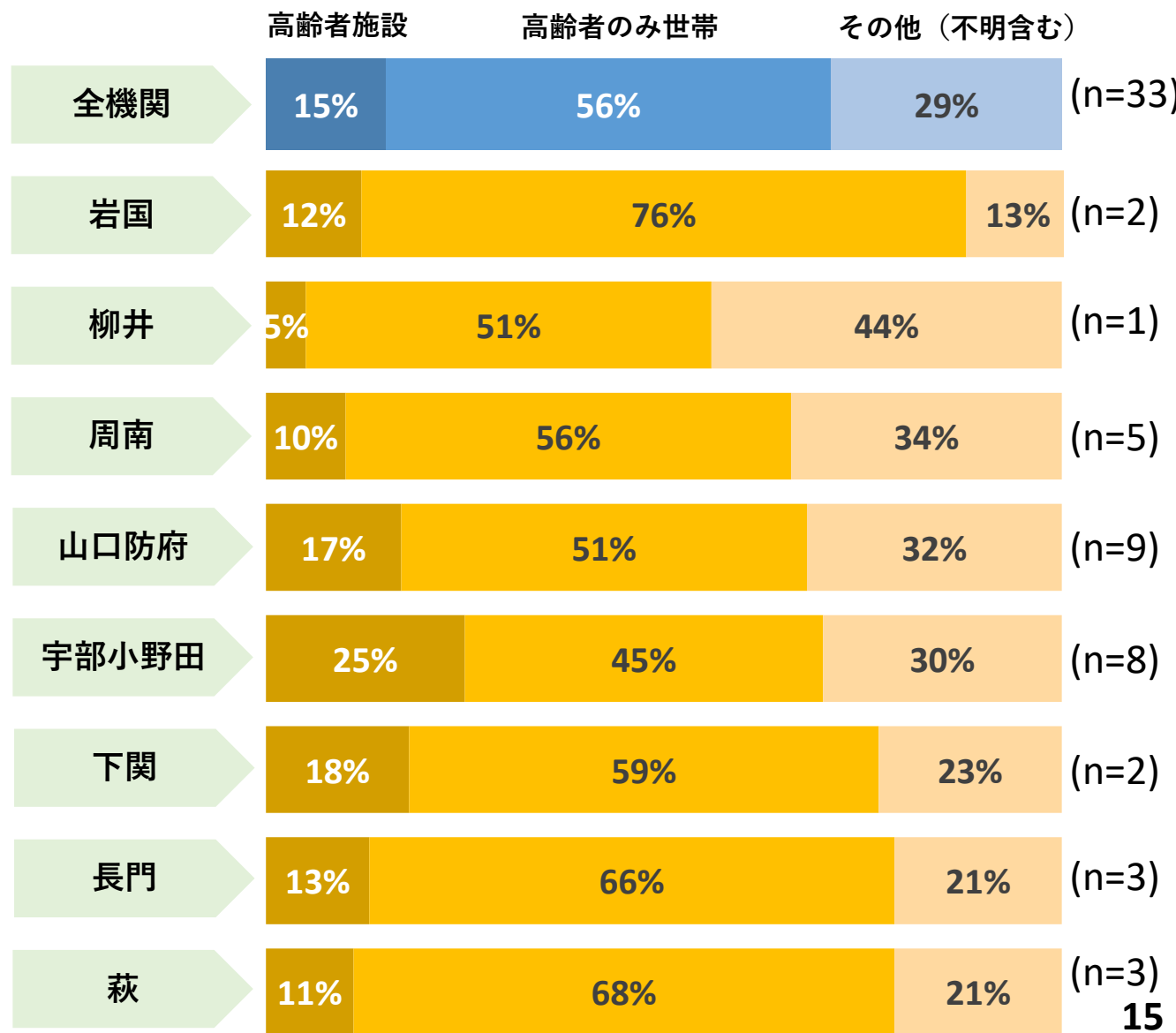


# 75歳以上の救急搬送（搬送元）

## 2次・3次

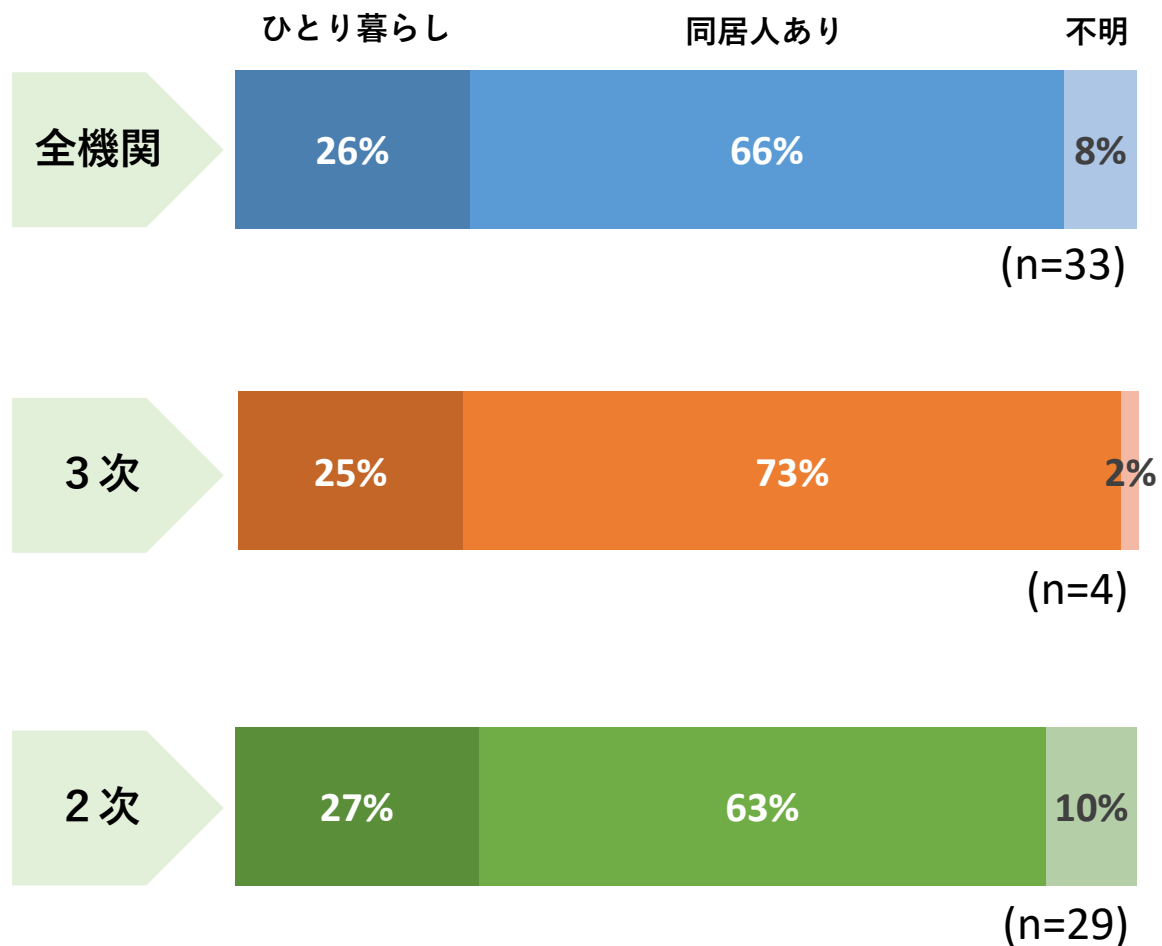


## 圏域比較

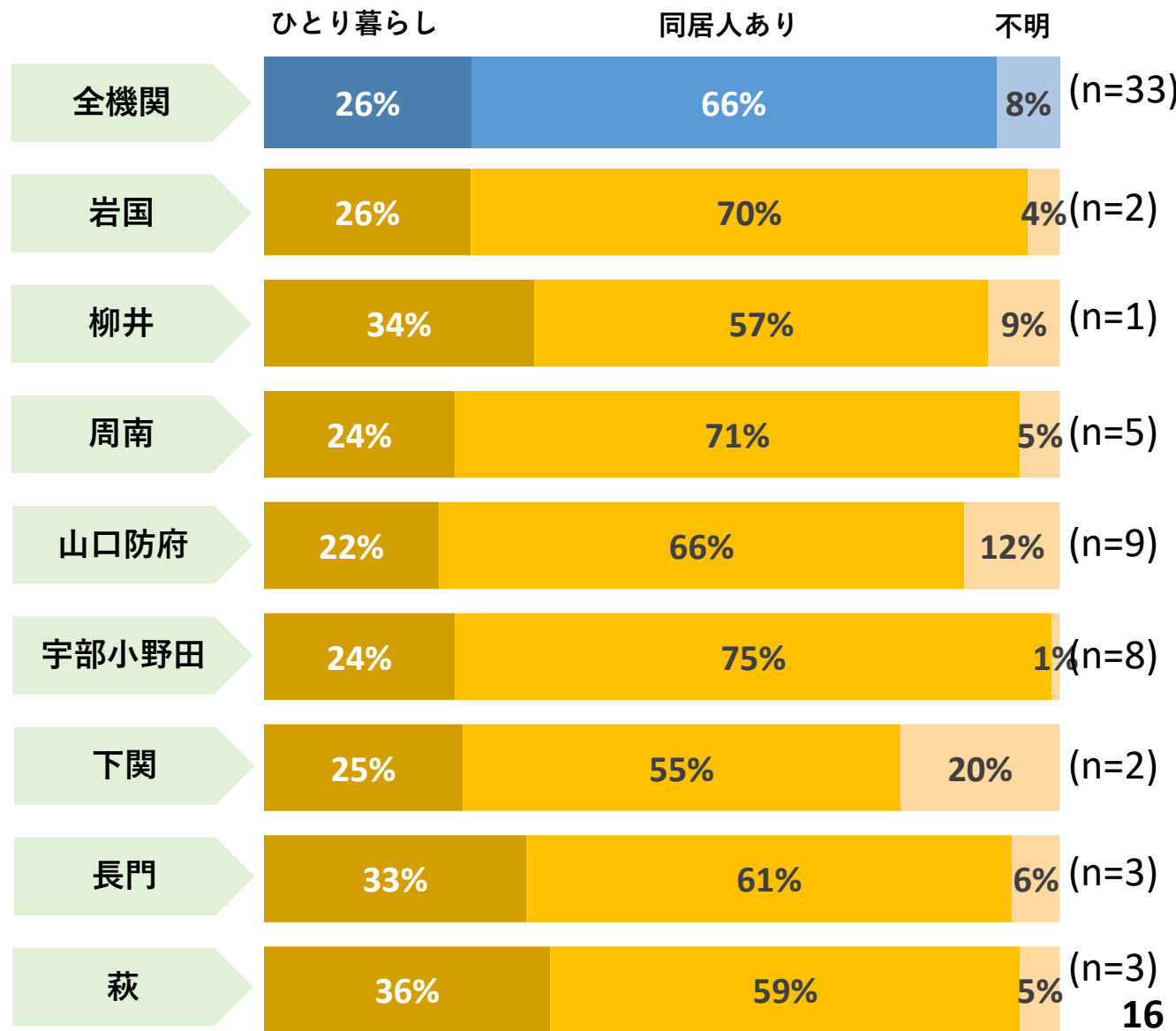


# 高齢者施設以外の搬送元における世帯状況

## 2次・3次



## 圏域比較



# 75歳以上の救急搬送のうち他の病院で受け入れを断られた回数

0回  
75%

1回  
11%

2回以上  
6%

不明  
7%

## 断られた理由について思い当たるもの

### 【診療体制・専門性に関する理由】

- ・ 休日・夜間で該当診療科の医師が不在、または当直医が専門外で対応できなかった。
- ・ 開業医(整形)で内科的判断ができず、対応困難と判断された。
- ・ CPA対応中、他の重症患者対応中などで新たな救急対応ができなかった。

### 【時間帯・勤務体制に起因する理由】

- ・ 勤務交代・引継ぎの時間帯は断られやすいと感じた。
- ・ 日中であれば対応可能だが、夜間・休日という時間帯の制約が大きかった。

### 【病院機能・受入余力等に関する理由】

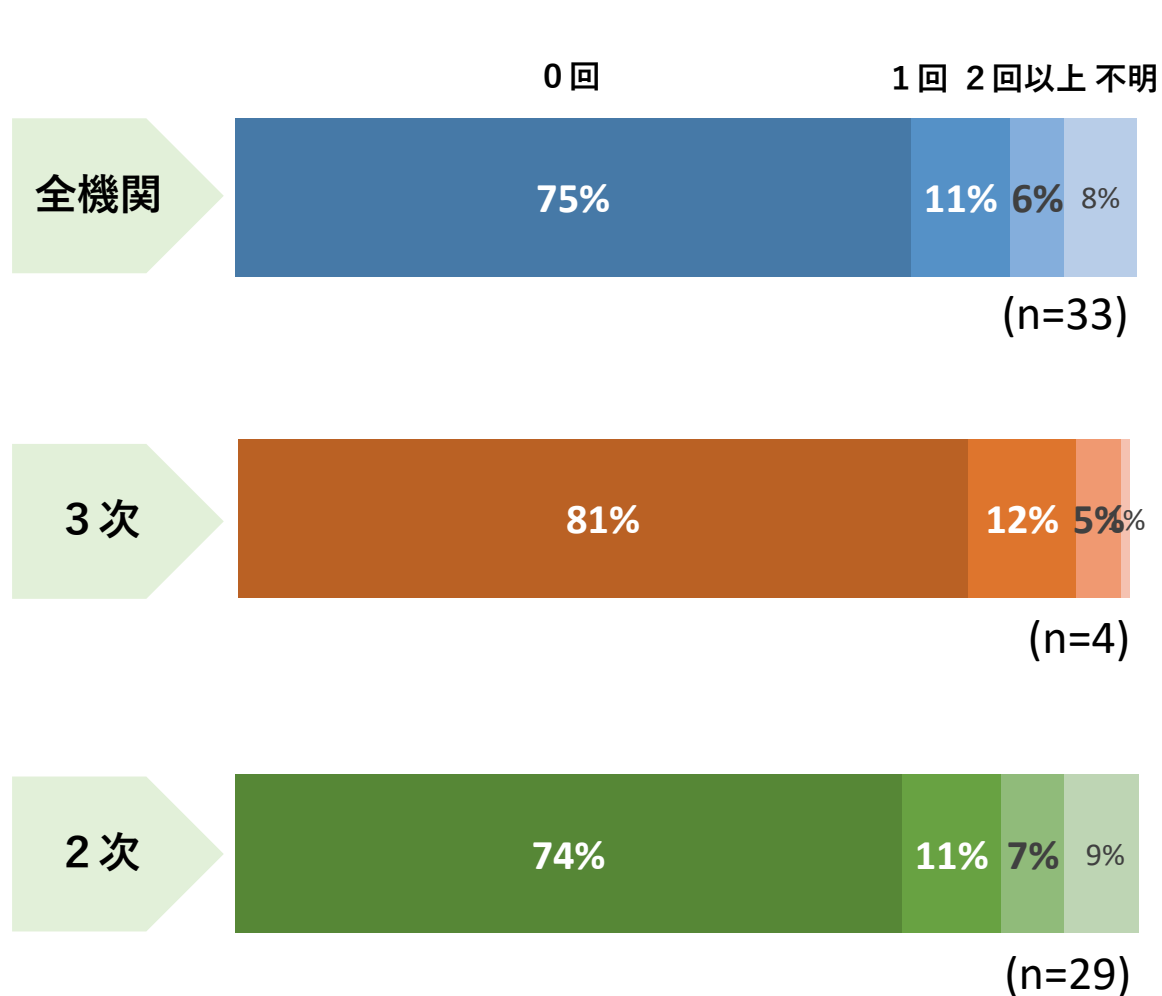
- ・ 病床満床や、かかりつけ病院が満床で受入できなかった。
- ・ 救急受入を行っていない、または脳外科など特定診療科がない病院では処置が不可能であった。
- ・ 低体温症、酸素化低下、めまい、頭疾患などについて、周囲の医療機関では診てもらえないことが多いと感じた。
- ・ 当直医の判断次第で、外傷は全く受けてもらえない場合があった。
- ・ 検査機器の故障等により、当該時点では対応できなかった。

### 【現場での受け止めとして示された意見】

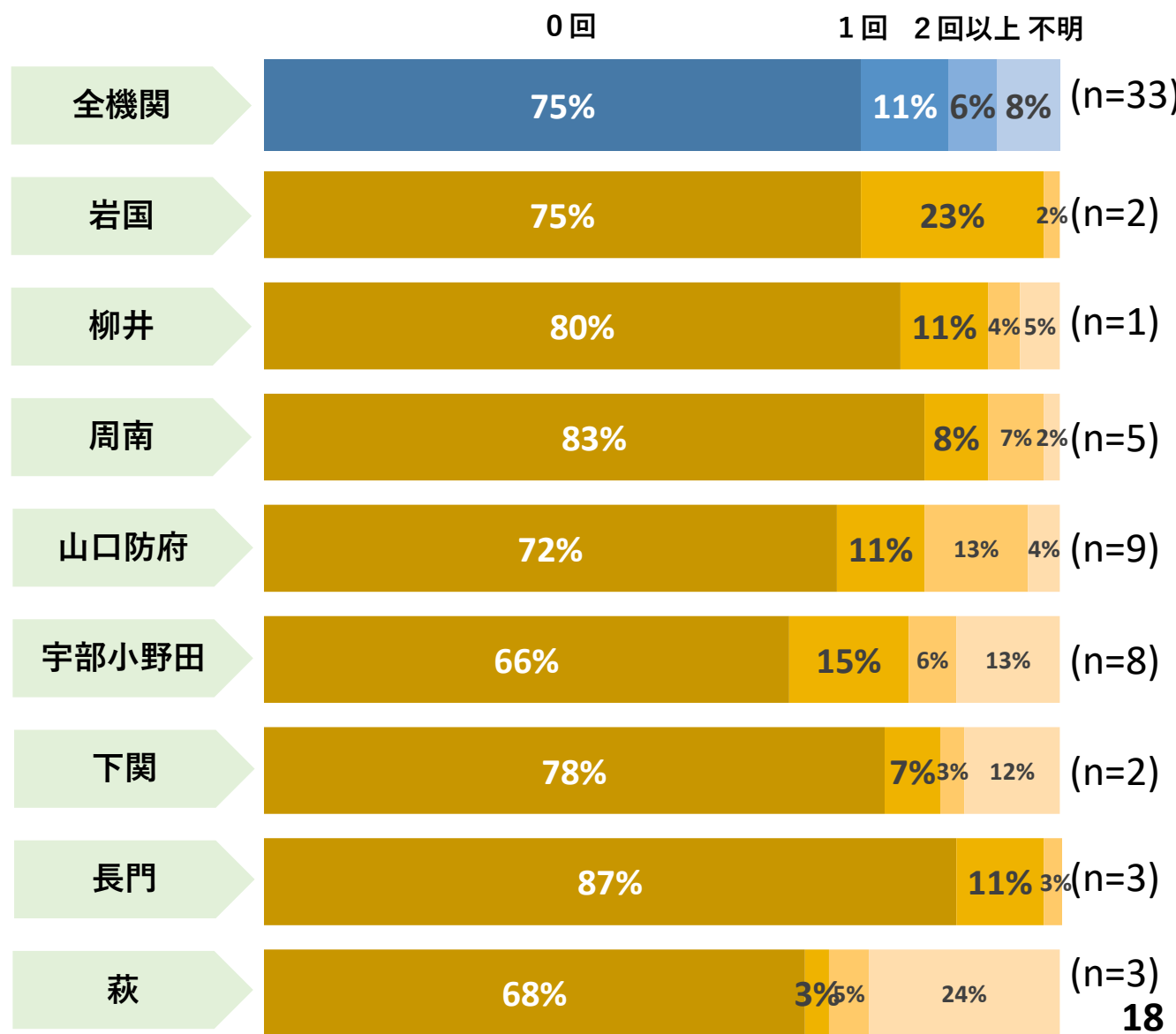
- ・ 「診たくないのではないか」「怠慢ではないか」と感じた場面があった。

# 他の病院で受け入れを断られた回数

## 2次・3次



## 圏域比較



## 入院の有無と日数



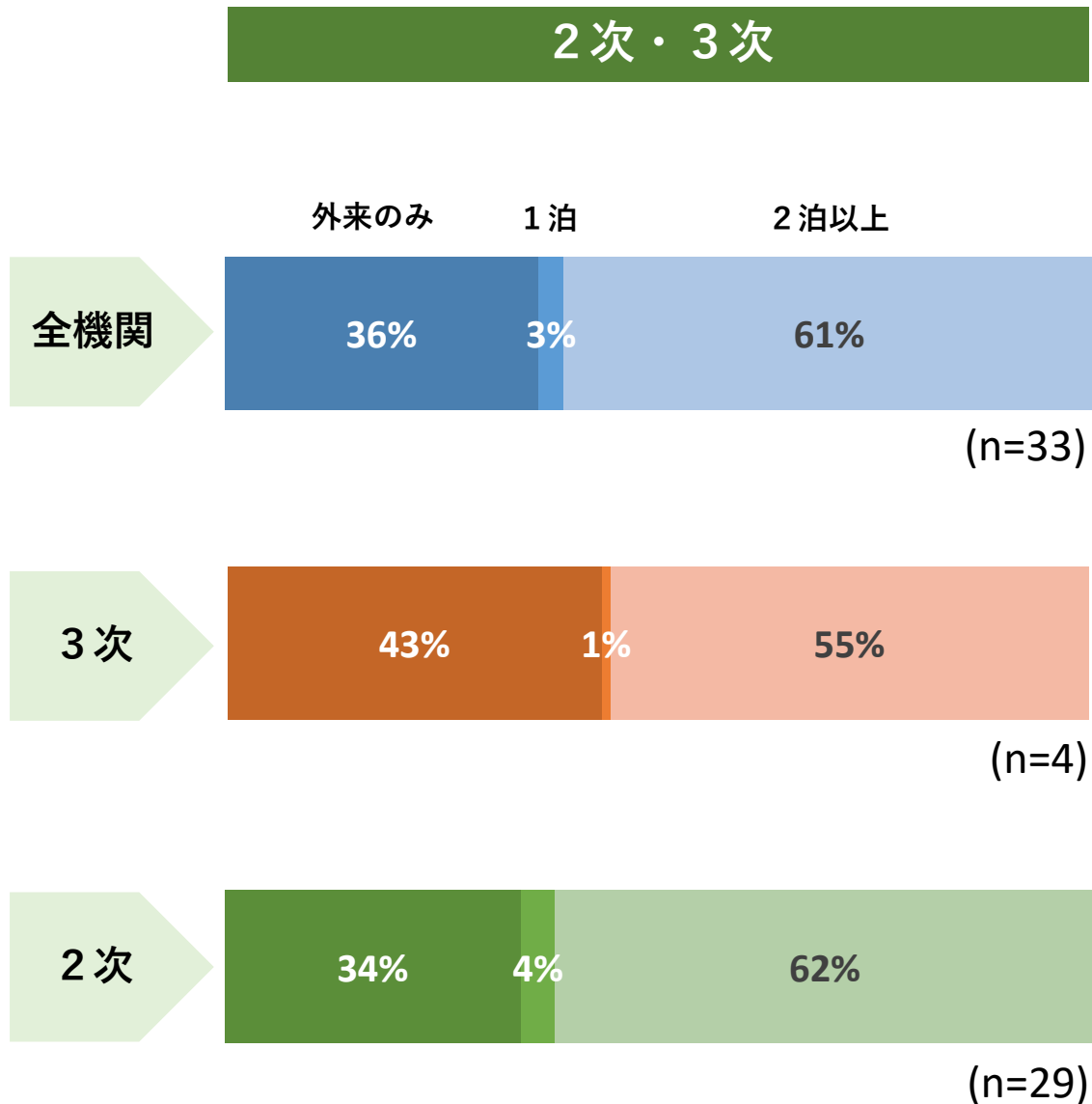
## 担当医が問題と判断した状況



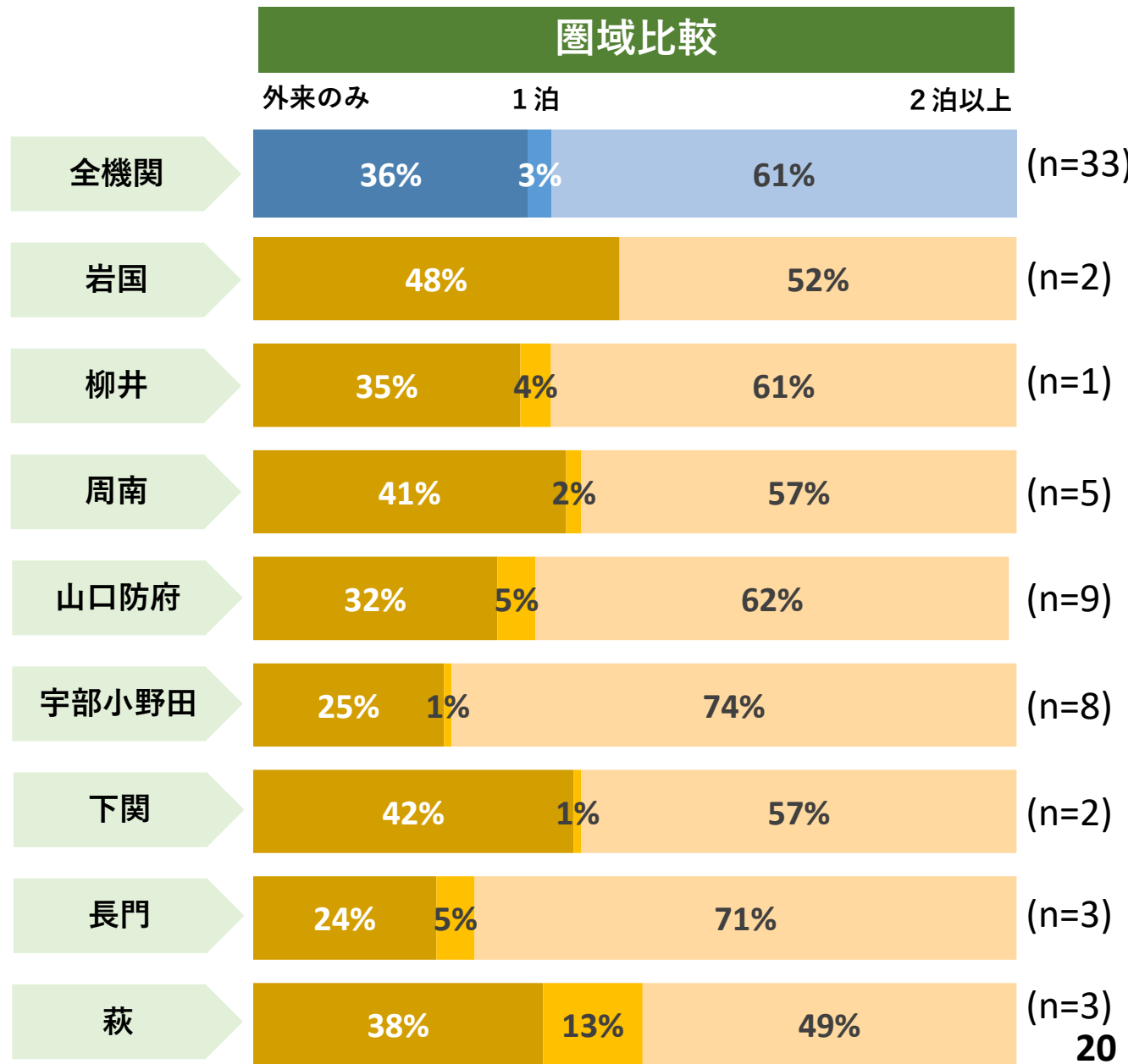
問題ありとしたケースについて、  
理由を確認（22ページ以降）

# 入院の有無と日数

## 2次・3次

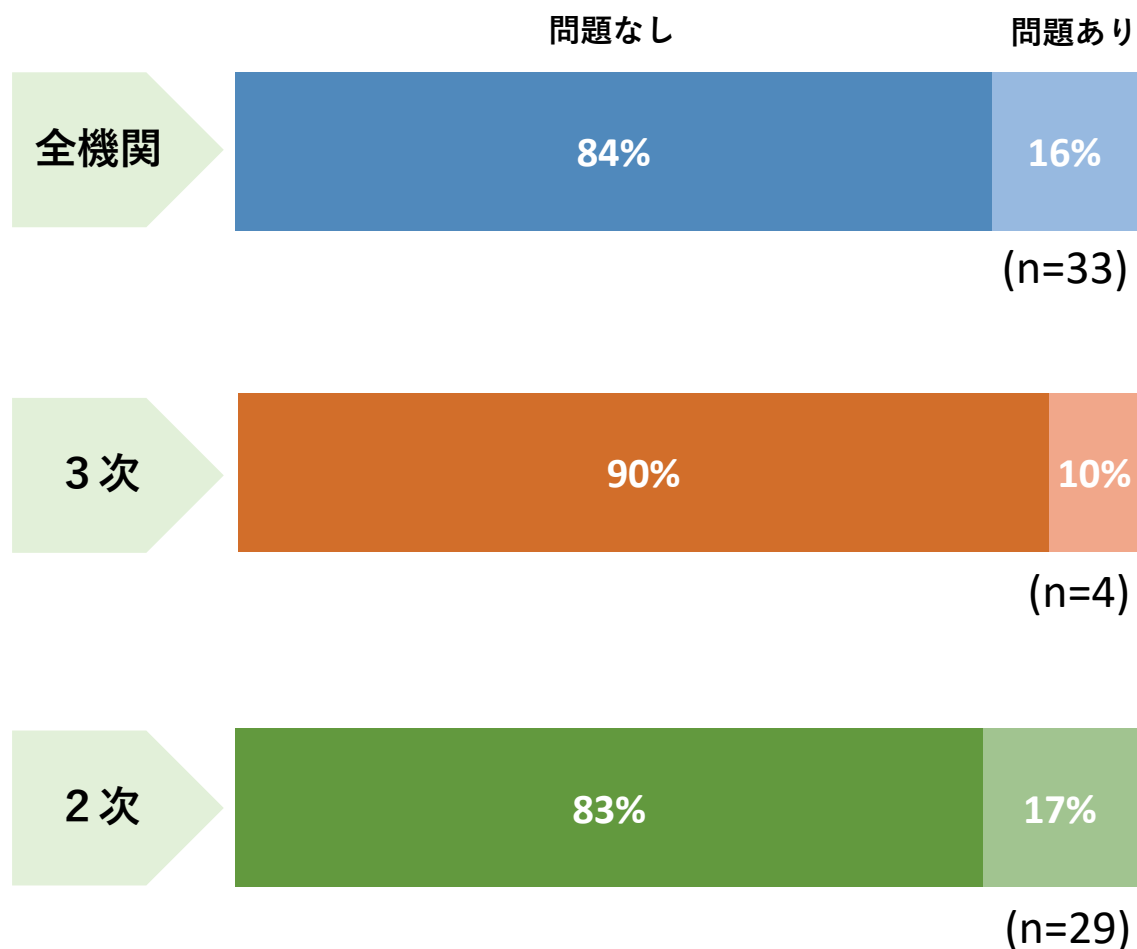


## 圏域比較

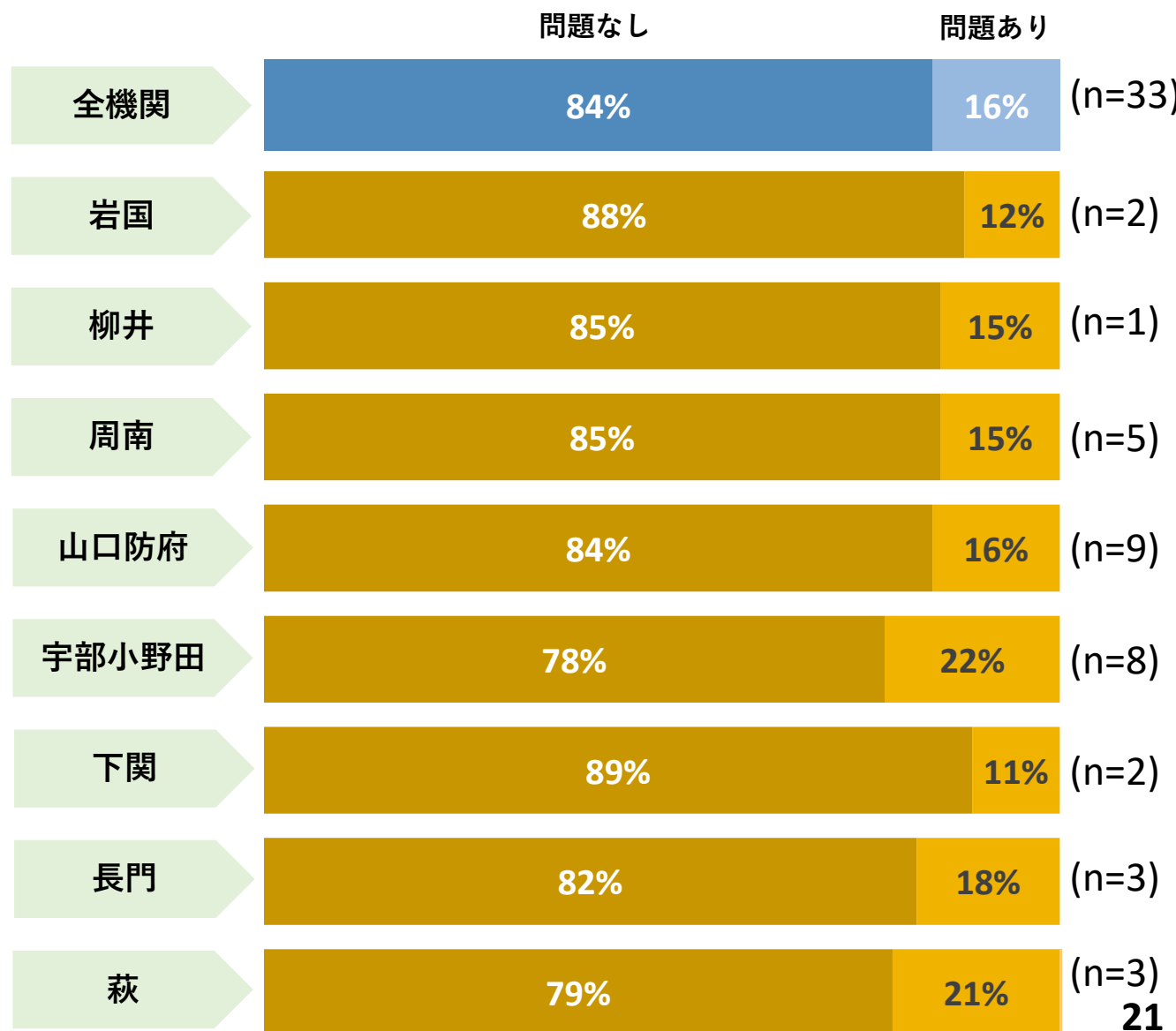


# 担当医が問題と判断した状況

## 2次・3次



## 圏域比較



# 担当医が問題と考えた理由（複数選択可）

問題あり：150件

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| キーパーソンと連絡不能                    | 42 |
| 通院中の医療機関（診療所・病院）の情報が不明・入手困難    | 37 |
| 本人・家族等の治療への意向が不明確              | 35 |
| 本人・家族等が治療の説明を理解できない            | 32 |
| 医療介入が遅すぎた                      | 26 |
| 事前指示・終末期医療の方針の不備               | 26 |
| 基礎疾患によるACPが必要と思われる状態だが、未実施     | 19 |
| 過去に入院歴のある医療機関で診てもらうべきであった      | 19 |
| 搬送元施設や救急隊からの情報不足               | 16 |
| 医学的には入院の適応ではないが、様々な理由で退院できない   | 15 |
| 退院・転院の目途が立たない                  | 11 |
| 院内で誰が主治医になるかが不明確（主科を簡単に決められない） | 10 |

# 担当医が問題と考えた理由（自由記述による補足）①

## 高齢者救急に必要な情報が不足する問題

- 患者が高齢で、既往歴や意思の確認が取れなかった。
- 救急隊からは両下肢の脱力と言われたが、実際は右下肢痛だった。
- 足の症状に対し、足の既往歴しか聴取していなかった。
- 本人の認知症がひどく、意思疎通が困難であったり連絡いただいた内容と相違があった。
- 保険証確認ができず、詳しい個人情報不明のまま診療した。

## ACP・DNARが共有されていないことによる判断困難

- 元々延命しないと決めていた施設入所中の超高齢者が、CPAで気管挿管とアドレナリン投与されて蘇生してしまった。
- その場にいた家族がACPの状態を把握しておらず、後でDNAR症例と判明した。
- CPA患者で、家族と連絡が取れるまでCPRを継続せざるを得なかった。

## 独居・身寄りなし高齢者への対応の限界

- 家族や親族が遠方で夜間に連絡が取れず、治療方針の決定に時間を要した。
- 独居の高齢者で、本人との意思疎通が困難だった。
- 家族や親類が疎遠、または連絡が取れず苦労した。
- CPA受け入れ時に名前が分からなかった。
- 高齢者独居世帯や高齢夫婦が多く、子供が遠方というケースが多い。

## 担当医が問題と考えた理由（自由記述による補足）②

### 退院・転院先が見つからない「出口問題」

- 入院すると主病だけの治療で終わらず、退院の目途が立たなくなり、結果として病床が満床となる。
- 長期入院の末、転院を調整することが多い。
- 医療必要度が少ない患者の入院が、病床満床の原因となる。
- 家族と照会先の医師との間で入退院の意見が合わず調整に苦慮した。

### 人材不足・診療体制上の制約が判断に影響する問題

- 専門医不在や他の重症患者対応中により、診察や判断が遅れた。
- マンパワー不足が著しい。
- 他の患者対応中であった近隣病院満床のため専門外で受け入れた。

### 軽症患者の救急車利用が多い問題（受診行動・要請判断含む）

- 時間内に家族が外来受診させることが可能と考えた。
- かかりつけ医で診てもらうべきであった。
- 施設職員での処置で十分と思われた。
- 軽傷だが、運転できないことを理由に救急搬送となった。
- 家族が迎えに来て歩いて帰れる患者だった。
- 一次救急でもよい患者がいる。
- 受診を控えた結果、重症化して救急要請となった。

# 高齢者救急についてのご意見（医師記入シートから）①

## 高齢者救急に必要な情報が不足する問題

- 高齢者は多疾患併存や認知症により症状が分かりにくく、初期情報の共有が重要である。
- 既往歴や情報を、かかりつけ医が把握して情報提供する仕組みがあればよい。
- 症状がはっきりしないまま重症化することがあり、注意が必要。
- 救急隊がお薬手帳とはきものを持ってきてほしい。
- マイナンバーなどで確認できると役立つと思う。

## ACP・DNARが共有されていないことによる判断困難

- せめて施設入所時にDNAR希望の有無が分かるようにしてほしい。
- 本人・家族が平時からACPやDNARを考え、共有しておく必要がある。
- ACPをきちんとしておく必要がある。私のノートを活用してほしい。

## 独居・身寄りなし高齢者への対応の限界

- 家族またはキーパーソンが来院できるよう、救急隊から連絡を取ってからの受け入れが望ましい。
- 家族と連絡が取れない場合の治療方針について、一定の現場判断ができる仕組みがあればよい。

## 高齢者救急についてのご意見（医師記入シートから）②

### 退院・転院先が見つからない「出口問題」

- 高齢者救急では、治療後の生活や受け皿まで含めて考える必要がある。
- 退院・転院調整を見据えた体制が重要。

### 一時受入後の転院が進まない運用構造

- 夜間・休日の一時受入後の対応について、地域として整理が必要。

### 転院・下り搬送が個別調整に依存している問題

- 医療機関の役割分担や連携の整理が必要。
- 高齢者救急を地域でどうすべきか、本気で考えていく必要がある。

### 人材不足・診療体制上の制約が判断に影響する問題

- 当番病院として責任を果たせる体制づくりが必要。
- 合併症が多いので単科の病院で診るのは限界がある。
- 大学の救急講座や総合診療の先生方にも現状をみて対応策を考えてほしい。

### 軽症患者の救急車利用が多い問題（受診行動・要請判断含む）

- 家族への受診行動に関する啓発が必要。
- 家族が迎えに来て歩いて帰れる近隣の患者はウォークイン受診させるのが良いと思う。（搬送は不要）
- 施設でのトリアージが必要。

## 2-1 休日夜間の救急搬送の現状や、工夫について（自由記述）

### 基幹病院として救急は極力受けるが、重なると一気に厳しい

休日夜間も地域の基幹病院として救急車要請には可能な限り応じているが、短時間に複数台の搬送が重なると、診療・看護・家族説明・調整が同時進行となり、医師・看護師ともに現場負担が急激に増す。

### 夜間は初期安定化に徹し、無理をしない診療設計

夜間帯はバイタルの安定化や最低限の検査に重点を置き、詳細な精査や専門的治療は翌日以降に回す対応としており、重症が疑われる場合は早期に高次医療機関へつなぐ方針としている。

### 施設の夜間体制を踏まえ、相談しやすい受入を工夫

高齢者施設からの搬送については、夜間は施設職員が少ない現実を踏まえ、搬送時の同乗を求めないなど、施設側が相談しやすく、連絡をためらわない運用を意識して受入対応を行っている。

### 一時受入→翌日転院が理想だが、実際は調整が難しい

休日夜間に一時的に受け入れ、翌日に転院・下り搬送する形が望ましいと考えているが、受け皿病院や調整体制が十分でなく、結果として受入後に動かさず、そのまま入院が長期化する例が多い。

休日夜間は地域の受け皿として救急を極力受けつつ、診療は初期安定化に重点を置き翌日の転院を想定している医療機関があるものの、その調整が十分に機能せず、結果として受入後の長期化につながりやすい状況が読み取れる。

## 2-2 治療方針決定に役立った情報、現場で工夫していることについて

### 既往歴・内服・ADLの情報が治療方針判断の前提になる

高齢者救急では疾患名だけでの判断は難しく、既往歴や内服状況、ADLや生活環境を踏まえ、入院の可否や治療の方向性、どこまで治療介入すべきかを総合的に判断している。

### 施設・ケアマネからの生活情報が判断を支えている

施設での普段の様子や生活リズム、家族背景、介護状況などの情報があることで、医療的対応の程度や退院後の見通しを具体的にイメージしやすくなっている。

### 初期検査と救急隊の現場情報を組み合わせて判断

バイタルサインや主訴、身体所見、初期検査結果に加え、救急隊から得られる発症状況や生活環境の情報を合わせ、限られた時間の中で治療方針を決めている。

### お薬手帳やフェイスシートを活用し、判断を早めている

お薬手帳や施設が作成したフェイスシートなど、情報が整理された形で提示されると、夜間でも短時間で全体像を把握でき、治療方針を決めやすいと感じている。

高齢者救急では、既往歴・内服・ADL・生活状況・現場情報を総合して治療方針を決めており、情報が整理され共有されているほど、夜間でも判断が円滑になりやすい傾向が読み取れる。

## 2-3 不足しやすい患者情報や、情報取得時に苦労している点

### 既往歴・内服・手術歴が不明なまま初期対応を迫られる

高齢者では本人から十分な聴取ができないことが多く、既往歴や内服薬、過去の手術歴が分からないまま診療を開始せざるを得ず、治療方針の判断に迷う場面が少なくない。

### 独居や身寄りのない患者では生活情報や意思確認が困難

独居や家族が遠方に住んでいる高齢者では、生活状況や普段の様子、本人の意思を確認できず、入院の要否や治療の進め方を判断するうえで苦慮している。

### 夜間・休日はかかりつけ医や施設と連絡が取れない

夜間や休日は、かかりつけ医や施設、ケアマネージャーと連絡が取れず、平日であれば把握できる情報が得られない中で判断を求められる状況が多い。

### 本人確認や保険情報が不十分なまま対応することがある

保険証や身分証を所持していない患者もあり、本人確認や医療情報の裏付けが取れないまま初期対応を行わなければならないケースが生じている。

高齢者救急では、既往歴・内服・生活状況などの基本情報が不足しやすく、**特に独居や夜間症例で情報取得が困難となり、治療方針や入院判断を困難にしている状況**が読み取れる。

## 2-4 退院・転院先の調整、いわゆる「出口問題」

### 医学的には退院可能でも、行き先が決まらず病床を占有する

治療が一段落し医学的には退院可能と判断できても、家族の受入れが整わない、施設や後方病院の受入れ待ちとなるなどの理由で退院できず、結果として病床を長期間占有するケースが多い。

### 後方病院や施設の空床待ちで転院調整が長期化する

転院の必要性が明確であっても、回復期・療養病床や施設の空きがなく、受入れを待つ期間が長引くことがあり、その間は急性期病床での対応を継続せざるを得ない。

### 家族との調整や意思確認に時間を要する

家族が遠方に住んでいる、意見が一致しない、連絡が取れないといった事情から、退院や転院の方針決定そのものに時間がかかり、調整が進まない事例が少なくない。

### 出口問題が新たな救急受入の判断に影響している

病床が空かない状況が続くことで、次の救急患者を受け入れられるかどうかの判断が難しくなり、結果として救急対応全体に影響が及んでいると感じている。

高齢者救急では、治療終了後も退院先や転院先が決まらず病床占有が長期化しやすく、そのことが、**新規救急患者の受入判断にも影響するという出口問題の構造**が読み取れる。

## 2-5 一時的な受入後（例：休日夜間の受入→翌日転院など）の運用、工夫している点

### まず受け入れて状態を確認し、重症度に応じて対応を判断している

夜間・休日はまず受け入れて全身状態を確認し、重症が疑われる場合は早期に高次医療機関へ紹介するなど、その場で重症度を踏まえた対応を判断している。

### 当直医が困らないよう、翌日の引継ぎや主治医交代を工夫する

当直帯の判断負担を減らすため、翌日の主治医交代がスムーズに進むよう院内ルールや救急チーム配置を工夫し、夜間対応を翌日の通常診療につなげている。

### 転院・退院調整は連携室が関与するが、調整が難航する場合もある

平日日中に地域連携室が関与して転院・退院調整を進める体制だが、受入先不足や患者背景の複雑さから、調整が思うように進まないケースもある。

### 一部では、受けた患者は自院で完結すべきとの考え方が強い

一部の医療機関では、受け入れた以上は自院で診療を完結させるべきとの考え方や院内文化があり、一時受入や早期転院の運用がうまく機能していないとの認識も示されている。

一時的な受入後の対応については、状態確認や重症度判断、院内引継ぎ、連携室による調整などの工夫が行われている一方、医療機関の考え方や体制の違いにより、転院を含む運用の在り方には、ばらつきがあることが読み取れる。

## 2-6 転院・下り搬送等のルールや合意形成の現状、課題

### 転院・下り搬送の明確なルールがなく、その都度判断している

転院や下り搬送について地域として共通の明確なルールが定まっておらず、その都度症例ごとに判断して対応しているため、当直医や担当医の判断に依存する場面が多く、迷いが生じやすいと感じている。

### 実務は地域連携室同士の個別調整に大きく依存している

転院調整の多くは地域連携室同士のやり取りに委ねられており、担当者の経験や人間関係に左右されやすく、調整に時間や労力を要するケースが少なくない。

### 下り搬送を前提とした相談が日常的に行われていない

下り搬送を前提にした相談や依頼が十分に行われているとは言い難く、制度としての下り搬送が日常業務の中で活用されきれていないと感じている。

### 病院間で役割分担についての合意形成が進んでいない

どの医療機関がどの段階まで患者を担うのかについて、地域内で十分な合意が形成されておらず、そのことが転院調整の難しさにつながっている。

転院・下り搬送は個別調整に依存した運用となっており、共通ルールや病院間の役割分担についての合意形成が十分に進んでいない構造が読み取れる。

## 2-7 高齢者施設や地域包括ケアと連携する際の取り組み、課題

### 定期的な会議や勉強会を通じて顔の見える関係を築いている

高齢者施設や関係職種と定期的な会議や勉強会を行い、平時から顔の見える関係づくりを意識することで、救急時の相談や調整が円滑になるよう努めている。

### 夜間は施設側の人員不足で十分な対応が難しい

夜間は施設職員が限られており、付き添いや詳細な情報提供が難しい場合があり、その点が医療機関との連携上の課題になっている。

### 施設だけでなく医師会や市町を含めた連携が必要

医療機関と施設の二者間だけでなく、医師会や市町も含めた枠組みで連携が進めば、より円滑な調整が可能になると感じている。

### 平時の関係づくりが救急時の対応に大きく影響する

日頃からの情報共有や関係づくりが、救急搬送時の判断や受入調整をスムーズにすると実感している。

高齢者施設や地域包括ケアとの連携は一定程度進んでいる一方、夜間対応や多職種・行政を含めた地域全体の枠組みづくりには課題が残る状況が読み取れる。

## 2-8 地域における休日夜間の救急診療体制への負担・将来的懸念

### 医師不足により現行の休日夜間体制の維持が難しくなっている

当直可能な医師が年々減少しており、休日夜間の救急体制を今後も同じ形で維持できるのかについて、強い不安を感じている。

### 若手医師が集まらず、将来の担い手が見えない

地方では若手医師の確保が特に難しく、今後の救急体制を誰が担っていくのか、先行きが見えないとの声が多い。

### 医師以外の職種も含め人材不足が深刻

医師だけでなく、看護師やコメディカルの不足も深刻で、救急体制全体の維持に影響していると感じている。

### 現状の延長では将来的に限界が来るという危機感がある

現行体制を前提とした運用を続けるだけでは、将来的に休日夜間救急を支えきれなくなるとの強い危機感が示されている。

人材不足を背景に、休日夜間の救急診療体制を将来にわたって維持できるかについて、**医療機関の間で強い危機感が共有**されている状況が読み取れる。

## 2-9 地域・現場で救急体制の維持や機能集約、広域連携へ向けて必要と感ずること

### 各医療機関の役割を明確にしなければ体制は維持できない

現状のままでは救急体制を維持することは難しく、各医療機関がどの段階まで患者を担うのか、二次・三次の役割分担を明確にする必要があると感じている。

### 人材や資源の制約を考えると機能集約は避けられない

医師や看護師の不足、病床や設備の制約から、すべての医療機関で同じ対応を続けるのは難しく、現実に即した体制の在り方を考える必要があると感じている。

### 医療圏内で対応が難しい状況が生じていることを踏まえた整理が必要

合併症が多い症例や専門的対応を要する症例では、医療圏内や自院だけでの対応が難しい場面があり、こうした状況を前提に救急体制の在り方を整理する必要があると感じている。

### 医療機関間の調整を進めるための枠組みが必要

医療機関同士の自主的な調整だけでは限界があり、役割分担や対応の方向性について、地域として整理する枠組みが必要だと感じている。

**救急体制の維持に向けて、医療機関からは、役割分担の整理、人員や資源の制約を踏まえた体制の在り方、医療圏内で対応が難しい状況への対応、医療機関間の調整の在り方について、整理が必要と感じている状況が読み取れる。**

## 2-10 軽症患者の救急車利用について課題に感じていること、現場対応、抑制策や提案

### 軽症や緊急性の低い救急車利用が一定数あると感じている

医療機関の立場から見ると、必ずしも救急対応が必要とは思われない症例で救急車が要請されることがあり、現場対応の負担になっていると感じている。

### タクシー代わりの利用が現場の疲弊につながっている

移動手段として救急車が使われている例も見受けられ、限られた救急資源が軽症対応に割かれることで、現場の疲弊感が強まっている。

### 救急搬送における選定療養費の徴収など制度的な抑制策も検討すべき

救急搬送における選定療養費の徴収や負担金の導入など、制度的な対応を検討しなければ、現状の軽症利用は減らないのではないかと感じている。

### 市民への継続的な啓発が不可欠と考えている

救急車の適正利用について、市民に対して繰り返し周知・啓発を行い、理解を深めていくことが重要だと考えている。

軽症患者の救急車利用は多くの医療機関が課題と認識しており、**制度的な抑制策の検討とあわせて、市民への継続的な啓発が必要だと感じている**状況が読み取れる。

### 3 その他、現場課題、良好事例・工夫、独自の取組や運用、今後の要望・意見など①

#### 高齢者救急に必要な情報が不足する問題

- 救急情報システムの導入により、情報が可視化され、受け入れ判断が迅速に行えるようになった。
- システム導入後、紙ベースの時に比べて得られる情報量が少なくなった。
- 地域全体での情報共有のシステムを三次救急病院が中心となって作り上げることが理想。
- マイナンバーカード不所持の患者では、夜間に既往歴確認が困難。
- 口頭での患者名等の伝達による聞き間違いが発生し、患者検索に障害が発生する場合がある。
- 救急隊が知人・友人にまで連絡してくれるケースがあり助かっている。

#### ACP・DNARが共有されていないことによる判断困難

- ACPについては取得できていることが非常に少ない。
- 患者と家族が日頃から治療方針について話し合っていないケースが多い。
- 地域全体でACPを推進し、搬送前にACPを把握、尊重する体制を構築するべき。

#### 独居・身寄りなし高齢者への対応の限界

- 救急受診し、入院せず帰宅となった場合の帰宅手段がない患者への対応に苦慮する場合がある。
- 【高齢者施設関係の意見】高齢者施設職員の教育(体調不良者の時間内早期受診等)が必要。

### 3 その他、現場課題、良好事例・工夫、独自の取組や運用、今後の要望・意見など②

#### 退院・転院先が見つからない「出口問題」

- 身寄りがなく保証人不在の場合、転院や施設入所の受け入れが困難。
- 紹介元の施設に戻れないケースが多い。
- 地域に回復期病床や療養病床が少なく、転院許可が出ていても病床の空きがない。
- 落ち着いた患者や自宅に帰れない患者を送ろうとすると、1週間程度かかることが多い。
- 精神疾患のある患者の転院調整が難しい。
- 感染管理の問題で、すでに治癒している感染症を理由に受け入れを断られた施設があった。感染管理の基準が施設ごとに異なっていることが一因ではないか。
- 元々のかかりつけ医が、速やかに受け入れるべき。

#### 一時受入後の転院が進まない運用構造

- 満床の中でオーバーベッド対応となり、その後の転院先が見つからない。
- 一度受け入れ、ベッド状況を見て転院させる文化が根付いていない。
- 後方病院が、なぜ急性期病院の患者を早く受け入れる必要があるのか理解する必要がある。

#### 転院・下り搬送が個別調整に依存している問題

- 地域連携パス以外にも、地域としての合意形成が必要。
- 下り搬送がうまくいかない理由を、病院の問題、病院間の問題、地域の問題、MCの問題、県の問題として分けて考える必要がある。

### 3 その他、現場課題、良好事例・工夫、独自の取組や運用、今後の要望・意見など③

#### 人材不足・診療体制上の制約が判断に影響する問題

- 医師だけでなく看護師コメディカルが不足しており疲弊している。集約化しないと身が持たない。
- 特定行為修了看護師の養成や診療看護師の養成・活用が重要。
- 専門性重視によるジェネラリストの不足がある。
- 勤務医だけでは夜間休日の救急受け入れ態勢を維持することが困難。
- 非常勤医師の確保が必要だが、現行の輪番制補助金では経費が全く足りていない。
- 転院搬送に職員が同乗できないほど人員不足。
- 医師・看護師の確保がうまくいかないのは、県内医療に魅力がないからと言わざるを得ない。
- 深夜帯などは医師不足のため高次医療機関が、1次～3次までを受け入れているのが現状。
- 救急救命士を採用し、救急センターにて看護師不足を補い活躍している。

#### 軽症患者の救急車利用が多い問題（受診行動・要請判断含む）

- 軽症患者や0次の患者には、救急車利用の抑止や医療機関受診以外の方法に導くトリアージが望まれる。
- 一次救急対象患者が二次救急へ集中している。
- 病院がコンビニ的存在と感じられている。特定の患者のコンビニ受診が見受けられる。
- 軽症患者と称されるものについては、搬送されるとそうでないことも多い。
- 救急救命士単独での搬送可否判断は困難。医師・看護師に相談を行う仕組みが作れば良い。
- 救急車受け入れ台数に係る評価があると、目標達成のために救急車が適正利用されないケースが増える危惧がある。
- おそらく救急車の有料化は問題解決にならない。

# 3

---

課題解決に向けた今後の進め方について

## 1 高齢者救急に必要な情報が不足する問題への対応

### 現場で示された課題

- 高齢者救急では、既往歴・内服・ADL・生活状況・現場情報を総合して治療方針を決めており、情報が整理され共有されているほど、夜間でも判断が円滑になりやすい。
- 患者が高齢で、既往歴や意思の確認が取れない場合が多い。
- 高齢者は多疾患併存や認知症により症状が分かりにくく、初期情報の共有が重要である。
- 既往歴や情報を、かかりつけ医が把握して情報提供する仕組みがあればよい。
- 救急隊、施設、医療機関間での情報共有が断片的となっている。

### 取り組むべき方向性

- 高齢者救急で最低限共有されるべき情報項目(既往歴、内服、ADL、連絡先等)について、地域として整理・共通認識を持つこと。
- 救急隊・施設・医療機関間での情報共有の在り方(様式・仕組み)について検討を進めること。

## 2 ACP・DNARが共有されていないことによる判断困難への対応

### 現場で示された課題

- ACPやDNARの有無が分からないまま救急対応せざるを得ないケースが多い。
- 家族が意思決定の内容を把握しておらず、現場で判断に難渋している。
- 元々延命しないと決めていた施設入所中の超高齢者が、CPAで気管挿管とアドレナリン投与されて蘇生してしまった。
- その場にいた家族がACPの状態を把握しておらず、後でDNAR症例と判明した。
- せめて施設入所時にDNAR希望の有無が分かるようにしてほしい。
- ACPについては取得できていることが非常に少ない。

### 取り組むべき方向性

- ACP・DNARの考え方や重要性について、地域住民・施設・関係職種への周知を進めること。
- 施設入所時や平時からの意思確認・共有について、関係機関と整理を進めること。

## 3 独居・身寄りなし高齢者への対応の限界への対応

### 現場で示された課題

- 高齢者救急では、既往歴・内服・生活状況などの基本情報が不足しやすく、特に独居や夜間症例で情報取得が困難となり、治療方針や入院判断を難しくしている状況となっている。
- 独居や身寄りなしの高齢者が増加し、緊急時の連絡先や意思確認が困難となっている。
- 夜間・休日は、家族や関係者と連絡が取れず、医療機関単独では対応に限界がある。
- 家族またはキーパーソンが来院できるよう、救急隊から連絡を取ってからの受け入れが望ましい。
- 救急受診し、入院せず帰宅となった場合の帰宅手段がない患者への対応に苦慮する場合がある。

### 取り組むべき方向性

- 独居高齢者や身寄りなし高齢者の救急対応について、医療・介護・行政がどのように関与するか整理が必要。
- 緊急時の連絡体制や情報把握の在り方について、関係部署・関係機関との検討を進めることが必要。

## 4 退院・転院先が見つからない「出口問題」への対応

### 現場で示された課題

- 高齢者救急では、治療終了後も退院先や転院先が決まらず病床占有が長期化しやすく、そのことが新規救急患者の受入判断にも影響している。
- 急性期治療を要しないが帰宅困難で、転院調整に時間を要し社会的入院となっている。
- 回復期・療養病床の不足、受け入れ要件の厳しさ、保証人不在などにより調整が長期化。
- 身寄りがなく保証人不在の場合、転院や施設入所の受け入れが困難。
- 高齢者救急では、治療後の生活や受け皿まで含めて考える必要がある。

### 取り組むべき方向性

- 回復期(包括期)・慢性期を含めた地域全体の病床機能の在り方について整理が必要。
- 急性期医療機関の役割と、後方支援機関の役割について、地域として共有を図ること。

## 5 一時受入後の転院が進まない運用構造への対応

### 現場で示された課題

- 休日夜間に一時的に受け入れ、翌日に転院・下り搬送する形が望ましいと考えている機関が多い。
- 受け皿病院や調整体制が十分でなく、結果として受入後に動かせず、そのまま入院が長期化する例が多い。
- 一時的な受入後の対応については、状態確認や重症度判断、院内引継ぎ、連携室による調整などの工夫が行われている。
- 医療機関の考え方や体制の違いにより、転院を含む運用の在り方にはばらつきがある。
- 「受けた患者は自院で完結させる」という文化が根付いている医療機関がある。
- 夜間・休日の一時受入後の対応について、地域として整理が必要。

### 取り組むべき方向性

- 一時的な受け入れと、その後の役割分担について、地域として整理・合意形成を進める必要。
- 休日夜間の一時受入の位置づけについて、医療機関間での共通認識づくりを支援すること。

## 6 転院・下り搬送が個別調整に依存している問題への対応

### 現場で示された課題

- 転院・下り搬送は個別調整に依存した運用となっている
- 共通ルールや病院間の役割分担についての合意形成が十分に進んでいない構造がある。
- 医療機関の役割分担や連携の整理が必要。
- 地域連携パス以外にも、地域としての合意形成が必要。
- 上り搬送は比較的進む一方、下り搬送は進みにくい。
- 下り搬送がうまくいかない理由を、病院の問題、病院間の問題、地域の問題、MCの問題、県の問題として分けて考える必要がある。

### 取り組むべき方向性

- 医療機関の役割分担について、地域としての考え方を整理すること。
- 転院・下り搬送の在り方について、医療圏単位での合意形成を支援すること。

## 7 人材不足・診療体制上の制約が判断に影響する問題への対応

### 現場で示された課題

- 各医療機関がどの段階まで患者を担うのか、役割分担を明確にする必要がある。
- 当番病院として責任を果たせる体制づくりが必要である。
- 医師・看護師の不足、高齢化、働き方改革の影響により、救急体制の維持が困難。
- 夜間休日の当直体制や転送対応が、少人数・専門医不在で回されているため、診察や判断の遅れが生じている。
- 医師の高齢化により、当直や救急対応が可能な医師が減少している。
- 医師だけでなく、看護師をはじめとするコメディカルの不足も深刻で、現場全体が疲弊している。
- 特定行為修了看護師の養成や診療看護師の養成・活用が重要である。

### 取り組むべき方向性

- 人材確保やタスクシフトを含め、持続可能な救急医療体制について整理が必要。
- 機能集約や病院間連携を含めた医療提供体制全体の議論を進めること。

## 8 軽症患者の救急車利用が多い問題への対応

### 現場で示された課題

- 軽症や緊急性の低い救急車利用が一定数ある。
- タクシー代わりの利用が現場の疲弊につながっている。
- 救急搬送における選定療養費の徴収など制度的な抑制策も検討すべき。
- 一次救急対象患者が二次救急へ集中している。
- 軽症患者や0次の患者には、救急車利用の抑止や医療機関受診以外の方法に導くトリアージが望まれる。
- 市民への継続的な啓発が不可欠。

### 取り組むべき方向性

- 救急車の適正利用について、住民への周知・啓発を進めること。
- 一次救急・外来・地域医療との役割分担について、整理を進めること。

## <次回協議会の開催に向けて>

### 【本日の検討内容の充実】

- 本日の協議において示された意見や問題意識を踏まえ、高齢者救急を中心とした救急医療体制の課題について、救急実態調査の回答を参考に、論点の整理・共有をさらに進める

### 【新たな検討事項】

- 今回の救急実態調査結果及び委員意見を基に、救急医療体制の運用面・構造面における課題を整理するとともに、今後検討が考えられる取組(施策)の方向性について検討を行う

### 【分野横断的な検討体制】

- 医療機関単独では対応が難しい課題について、県、市町、医療、介護・福祉等の関係者が関与する形で、分野横断的に情報共有・意見交換を行い、検討を深める



次回協議会の開催に向け、委員意見及び調査結果を踏まえた整理・準備を実施  
(協議会の時期については、来年度上半期中に別途調整)