

第1節 救急医療

1 目指すべき姿

救急医療資源に限りがある中で、県民の誰もが適切な救急医療を受けられるよう、地域の医療機関が連携し、質の高い効果的な救急医療体制の確保を目指します。

また、病院前救護活動を適切に実施できる体制や、重症度・緊急度に応じた医療を提供できる体制、救急医療機関等から療養の場へ円滑に移行できる体制の構築を目指します。

2 現状と課題

(1) 救急医療を取り巻く状況

救急搬送人員は、平成21年（2009年）以降年々増加し続けてきましたが、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う衛生意識の向上や不要不急の外出自粛といった県民の行動変容により令和2年（2020年）に一旦減少（前年比11.2%減）しました。

しかし、令和3年（2021年）から再び増加し、令和4年（2022年）は前年比15%増の約34万人となっています。

入院治療を必要としない軽症患者は、救急車の適正利用推進の効果もあり平成24年以降減少しましたが、令和4年（2022年）は増加に転じ、搬送人員に占める割合は約50%となりました。

高齢者の救急搬送人員は、平成24年（2012年）は約13万人でしたが令和4年（2022年）には約20万人と約1.5倍に増加しています。高齢者の救急搬送人員のうち軽症者数は、平成24年（2012年）は約5.5万人でしたが令和4年（2022年）には約8万人とこの10年で約1.4倍となっています。

傷病種別では、「重症」「死亡」に分類された数では心疾患、脳疾患の救急搬送が上位を占めています。

また、二次救急医療圏別で圏域内の救急受入率は、比企地区や児玉地区が県全体と比較して低い状況であり、特に児玉地区では群馬県に搬送されている状況があります。

(2) 救急医療の提供体制

救急医療については、病気やけがの症状の度合いに応じ、初期、第二次、第三次の救急医療体制を整備するとともに、救急医療情報システムを運用しています。

初期救急医療は、入院を必要としない軽症の救急患者に対応するものです。市町村が、休日夜間急患センター、在宅当番医、休日歯科診療所及び在宅歯科当番医により整備していますが、休日夜間などの診療体制の一部に未整備がある状況です。

第二次救急医療は、入院や手術を必要とする重症救急患者に対応するもので、市町村が第二次救急医療圏ごとに病院群輪番制により整備しています。

また、休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。

県では、高齢者、独居者などが搬送困難事案になりやすいため、第二次救急医療機関の中から搬送困難事案受入医療機関を整備し

ています。

また、休日に耳鼻咽喉科を救急で受診する場合、受け入れる医療機関が少なく受診先を探すことが困難な状況にあるため、県では耳鼻咽喉科の輪番体制を整備しています。

第三次救急医療は、生命の危機が切迫している重篤患者に対応するもので、県が救命救急センターを整備しています。

救命救急センターの整備に当たっては、救急医療圏単位で一定の人口規模を目安にしつつも、地理的空白地帯については、ドクターヘリ、ドクターカーによる搬送の効率化により、適切な医療体制を構築しています。

このほか、救急車により搬送される救急患者の受入機関として救急告示病院・診療所がありますが、救急搬送人員が増加している一方で、救急告示病院・診療所の数は横ばいのため、一医療機関当たりの負担は増えている状況です。

軽症でも第二次や第三次の救急医療機関を受診する患者が多く、本来の救急患者の診療に支障を来すこともあるため、適正受診について、更なる普及啓発を図ることが重要です。

また、第二次や第三次の救急医療機関に搬送された患者が救急病床を長期間使用し、新たな救急患者を受け入れることが困難になる現状があるため、急性期を脱した患者が救急医療機関から症状に応じた適切な医療機関、高齢者施設、介護施設等へ転院できる体制を構築することが求められています。

そこで、県では救急医療情報システムに転院支援メニューを設けるなど転院コーディネーターへの支援を行い、急性期を脱した患者を救急医療機関等から療養の場へ円滑に移行できる体制を整備しています。

また、精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者については、合併する精神疾患の治療又は入院が必要な場合に受け入れる精神科医療機関を整備し、救急医療機関との連携を強化しています。

加えて、循環器病は急激に発症し、数分から数時間で生命にかかわる重大な事態に陥るため、迅速な医療提供体制の構築が必要となります。そこで、県では、急性期脳梗塞治療や大動脈緊急症治療のネットワーク体制を構築しており、引き続き、体制を強化していくことが重要です。

また、新型コロナウイルス感染症がまん延した際、救急外来の受診がひっ迫したことを踏まえ、救急医療体制の整備・推進に当たっては、地域の実情に応じて、新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の整備を図っていくことが重要です。

(3) 病院前救護

救急救命士は、生命が危険な状態にある傷病者に対し、医療機関に搬送されるまでの間、医師の指示の下に心肺蘇生（静脈路確保、気管挿管、薬剤投与等）などの救急救命処置を行うことができ、救命率の向上に大きな役割を果たすことから、救急救命士の確保及び技術・質の向上を図る必要があります。

一般県民が急病や不慮の事故による傷病者の救護活動を行うためには、普段からAEDの使用をはじめ救急蘇生法の知識・技能を身に付けておくことが大切です。

救急患者の搬送は、主として市町村の救急隊により実施されています。救急患者に対する迅速かつ的確な医療の提供が必要ですが、医療機関への受入れに時間がかかるケースが多く課題となっています。このため、医療機関の受入体制の充実が必要です。また、救

急搬送体制及びメディカルコントロール体制の充実・強化も必要です。

医師等が現場に急行し、速やかに救命医療を開始するとともに、高度な医療機関へ迅速に収容することにより、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図ることを目的として、ドクターヘリを埼玉医科大学総合医療センター(川越市)に配備しています。

さらに、東西の救命救急センターに、24時間365日体制のドクターカー広域運行拠点を整備し、ドクターヘリが運航できない夜間や天候不良時などにおいても、重篤な救急患者に対して迅速な医療を提供しています。

また、各地域の消防本部と医療機関で協定を結んだ上で運行するワークステーション型ドクターカーの整備も広がっています。

救急車による搬送において、不要不急の搬送件数が増加しています。本来の救急患者への医療を確保するため、救急車の適正利用が求められています。

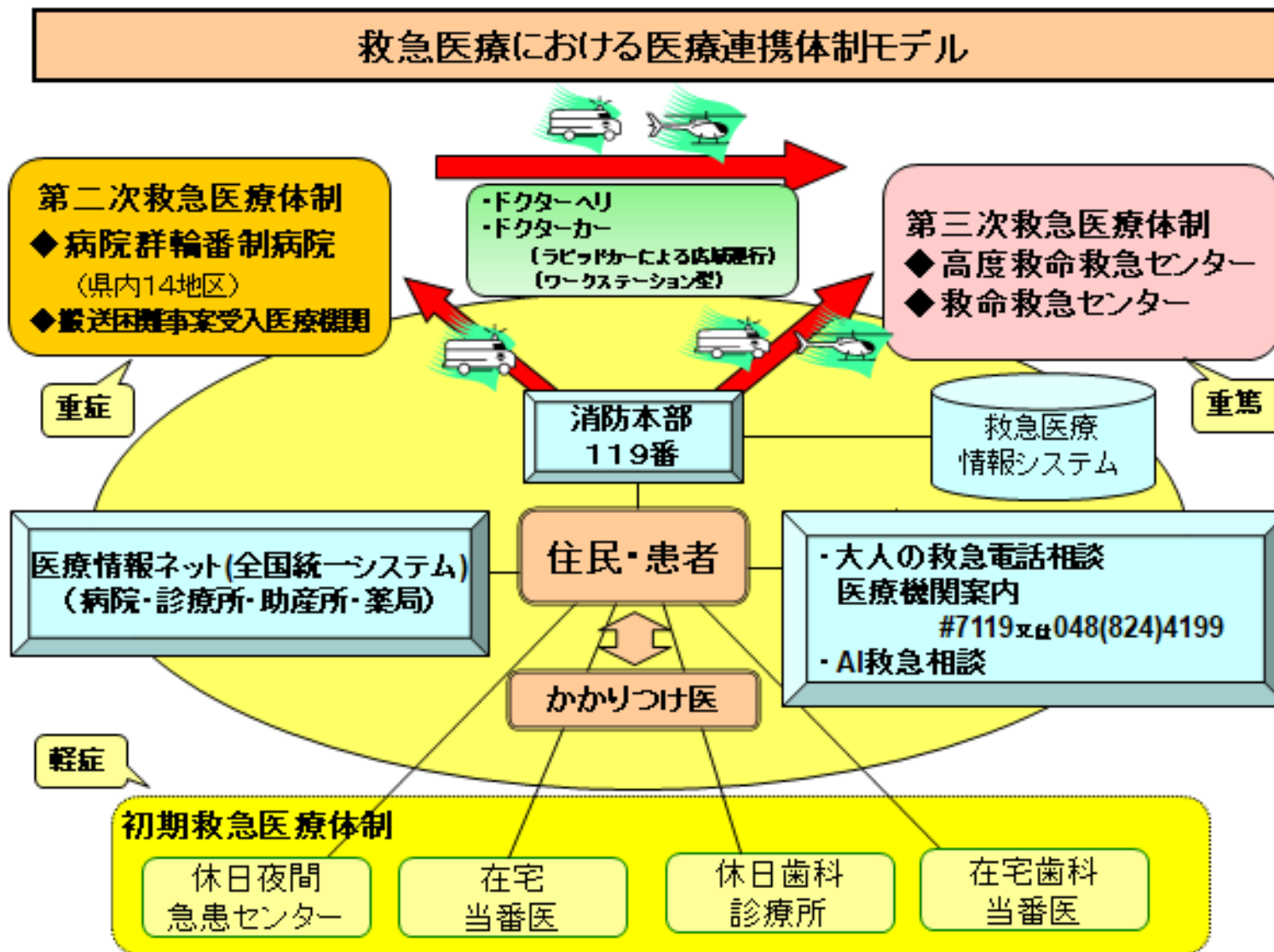
そこで、急な病気やケガに対する県民の不安解消や軽症患者の集中による救急医療機関の負担軽減を目的として、救急電話相談や医療機関案内を24時間365日実施しており、併せてA I 救急相談を運用しています。大人の救急電話相談では約8割が当日の受診が不要な相談であり、不要不急な受診の抑制に効果が出ています。

今後も現場活動時間の短縮や搬送困難事案の減少に向け、効果的な取組を推進するとともに、受入医療機関の体制の強化に引き続き取り組む必要があります。

3 課題解決に向けた主な取組

- (1) 人口や地理的状况を考慮した救命救急センターの整備
- (2) 既存の高度救命救急センターや救命救急センターの充実
- (3) 搬送困難事案受入医療機関の体制充実や耳鼻咽喉科等の輪番体制の充実
- (4) 地域の実情に応じた救急医療体制（高齢者の救急搬送、急性期を脱した患者を救急医療機関等から療養の場へ円滑に移行できる体制）の充実
- (5) 疾患別（脳疾患、心疾患）のネットワークの更なる充実
- (6) 救急医療情報システムを活用した救急搬送体制の強化
- (7) ドクターヘリやドクターカーの効果的な活用
- (8) 救急電話相談、A I 救急相談及び医療機関案内の充実による救急車の適正利用の促進と不要不急の救急搬送の抑制
- (9) A E Dの設置促進と設置場所の情報提供
- (10) 病院前救護活動（救急救命士の養成、救命講習の受講等）の充実

【図表 3-2-1-1 救急医療における医療連携体制モデル】



4 指標

(1) 重症救急搬送患者の医療機関への受入照会が4回以上となってしまう割合

現状値 7.2% → 目標値 2.4%

(令和3年(2021年)) (令和11年(2029年))

(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

現状値 47.7分 → 目標値 39.4分(再掲)

(令和3年(2021年)) (令和11年(2029年))