

1 第3次救急のあり方について

- 3次だけでなく、2次にも対応していく必要があるが、6号基準による受入れに苦戦している。
- 管内の患者について、自院の体制、搬送距離、症例に応じて、他の救命救急センターでの受入れや、周辺の6号基準の受入れ病院にも協力いただく必要が生じている。
- 3次も2次も受入れているが、働き方改革の関係で、体制をつくるのが困難になってきている。
- 管内での救命救急センターの新規指定の影響として、これまで2次に流れていた分の3次の搬送数が増加し、管内はやや減ったものの、他地域からの受入れは増加した。
- 高度救命救急センターとして、救急ワークステーションとドクターカーの運用を行い、管内だけでなく、他地域の患者にも対応している。
- 高度救命救急センターとして、重症外傷を中心に、他の救命救急センターをはじめ全県からの転送を受けている。ドクターヘリで、特に秩父地域から広域搬送するケースが非常に増えてきている。
- 院内での6号基準受入との両立、院内ERとの一体的な運用、近隣病院のERとの役割分担、SCUやCCUの独立運用、ホットライン設置など、救命救急センターごとに病院の状況や地域ニーズに応じた運用を行っている。
- 各救命救急センターが創意工夫と協力体制のなかでやっていたということが分かった。県内バランスよく、救命救急センターの設置についての有効な議論が進められるとよい。
- 高度救命救急センターは、特殊な場合に対応できる、救命救急センターが困ったときに転院搬送できる先という意味合いを持っている。
- 体制の弱い秩父地域や県北地域の転院搬送を受け入れ、バックアップに努めている。
- 救命救急センターは、地域に則して、特色を持っていくもの。地域唯一の救命救急センターとして、限定された体制でも、初期対応の上、転院搬送することについて、非常に努力されているところもある。

第1回埼玉県救急医療検討会議（2019年4月4日）における主な意見

- 各救命救急センターで強い部分と弱い部分があり、それぞれがサポートしあい、カバーしあっていくものであり、競争するわけではない。
- 充実段階評価について、調査結果には現れない内情、実態を把握した上で、検討を進める必要があるのではないか。

2 救急医療に関する諸課題について～ドクターカーについて～

- ドクターカーの有用性は、はっきり出てきており、運行を推進すべき。
- 24時間運行する際の機関員（運転手）の確保が課題であり、県の支援が望まれる。秩父地区等、救急搬送時間が長くなるエリアにも対応しなければならない。
- 特定の消防機関の職員が機関員を務めるよりも、自院スタッフの運転であれば出動範囲が限定されないため望ましいが、その場合の病院の費用負担については、県の支援が望まれる。
- ドクターカーは、医師又は救急救命士の判断で、自院だけでなく、近隣の他医療機関に搬送するケースもある。
- 国庫補助にドクターカーに関するメニューが存在することを知らなかった。ドクターカーへの補助を真剣に検討すべき。
- 学会の論文で、消防機関のデータに基づく夜間や都市部などでのドクターカーの有効性がまとめられており、本県でもドクターカーを運用すべき。
- ドクターカーの運行経費には大変苦勞しており、現状はボランティアになっている。
- ドクターヘリと同様にドクターカーも、往診料で診療報酬請求することになるが、他院に搬送された場合には、往診料のみを回収することが困難。
- ドクターカーへの診療報酬上の措置が必要と考えられるが、診療報酬改定に関わる議論はこの場では完結しない。
- 国庫、県費含めて、行政としての支援を議論すべきではないか。
- CPAの改善は驚くべき成果であり、ドクターカーの威力である。ドクターの処置は早いほどよいということ。