資料３

令和７年度地域医療構想推進事業（愛知県委託事業）

# 「地域医療構想の進め方に関する研修会」

# 報告書



公益社団法人　愛知県医師会

**〇本研修会の目的**

愛知県では、令和６年３月に第８次愛知県地域保健医療計画を策定し、医療提供体制の整備を進めている。また、国においては、令和６年 12 月に「新たな地域医療構想等に関する検討会」のとりまとめが示され、令和８年度には「新たな地域医療構想」のガイドラインが示される予定である。

こうした状況を踏まえ、令和７年度の研修会では、「新たな地域医療構想」においても課題の一つとして位置付けられている「高齢者救急」をテーマとした。各構想区域の医療関係者および行政関係者が参集し、現状や課題について対話を行うことで、「新たな地域医療構想」における課題解決の一助とすることを目的として開催した。

**〇日程・場所**

第１回　令和８年１月 24 日　TKP ガーデンシティ PREMIUM 名古屋駅前
第２回　令和８年２月 14 日　TKP ガーデンシティ PREMIUM 名古屋駅前
第３回　令和８年２月 21 日　ホテルアソシア豊橋

**〇実施方法**

一般社団法人会議ファシリテーター普及協会が開発した日本型ファシリテーションの方法（MFA メソッド）を用いて対話を行った。

① 各自が、自身の構想区域において、「1 病院の役割分担、連携」「2 かかりつけ医、後方病院、入所施設との連絡、連携」「3 救急隊との連絡、連携」「4 その他の論点」について、それぞれ、「上手くいっていること」、「改善が望まれること」を、できるだけ多く A4 用紙に記載した。必要に応じて、愛知県の医療計画の救急医療対策に記載された内容を参照した。

② グループ内で、各自が A4 用紙に記載した意見を順番に共有し、ホワイトボードに書き出し、それを基に議論を発展させた。さらに、当日のグループの結論として「当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと」として３つ程度にまとめた。

③ 各グループの代表者が、グループ内での議論の要旨を全体に向けて発表した。

**〇研修会（全３回）の風景**

愛知県医師会理事
浦田士郎先生の挨拶



愛知県地域医療構想アドバイザー
伊藤健一先生の挨拶



愛知県地域医療構想アドバイザー
廣澤友也先生からの説明



各自が A4 用紙にできるだけ
多くの意見を書き出しました



ホワイトボードに各自の意見を書き出し、
議論を発展させました



各グループの議論の要旨を全体に発表し、
質疑応答を行いました



愛知県医師会副会長
大輪芳裕先生の挨拶



第１回　令和８年１月24日

TKP ガーデンシティ PREMIUM 名古屋駅前

（参加対象：尾張東部、尾張西部、尾張北部、知多半島構想区域）






出席者３９名

| 構想区域 | グループ | 所属 | 役職 | 氏名 |
|---|---|---|---|---|
| 尾張東部 | A | 公立陶生病院 | 院長 | 福岡宗良 |
| | | 旭ろうさい病院 | 救急部長 | 小川敦司 |
| | | 中央病院 | 院長 | 青山貴彦 |
| | | 瀬戸保健所 | 所長 | 渡邉秀人 |
| 尾張東部 | B | 東名古屋医師会 | 会長 | 早川真人 |
| | | 愛知医科大学病院 | 副院長 | 渡邉栄三 |
| | | 愛知国際病院 | 理事長 | 井手　宏 |
| | | 瀬戸保健所 | 次長 | 彦田聖士 |
| 尾張西部 | C | 一宮市医師会 | 会長 | 櫻井義也 |
| | | 一宮市立市民病院 | 院長 | 志水清和 |
| | | 総合大雄会病院 | 院長 | 高田基志 |
| | | 一宮西病院 | 副院長 | 笹本彰紀 |
| | | 一宮市保健所 | 所長 | 竹内典之 |
| 尾張西部 | D | 稲沢市医師会 | 副会長 | 稲垣一郎 |
| | | 稲沢市民病院 | 院長 | 山口竜三 |
| | | 稲沢厚生病院 | 院長 | 伊藤浩一 |
| | | 六輪病院 | 院長 | 佐藤元美 |
| | | 清須保健所 | 所長 | 栗木雅洋 |
| 尾張北部 | E | 春日井市医師会 | 会長 | 前田誠司 |
| | | 小牧市医師会 | 副会長 | 三輪雅一 |
| | | 春日井市民病院 | 院長 | 成瀬友彦 |
| | | 小牧市民病院 | 院長 | 谷口健次 |
| | | 春日井保健所 | 専門員 | 髙津宙子 |
| | | 春日井保健所 | 次長 | 岩本佳幸 |
| 尾張北部 | F | 岩倉市医師会 | 会長 | 押谷　誠 |
| | | 尾北医師会 | 会長 | 山田和彦 |
| | | 江南厚生病院 | 院長 | 河野彰夫 |
| | | さくら総合病院 | 院長 | 小林　豊 |
| | | 江南保健所 | 所長 | 齋藤政信 |

| 構想区域 | グループ | 所属 | 役職 | 氏名 |
|---|---|---|---|---|
| 知多半島 | G | 半田市医師会 | 会長 | 中條武秀 |
| | | 知多郡医師会 | 会長 | 尾之内博規 |
| | | 知多半島総合医療センター | 院長 | 岡田禎人 |
| | | 公立西知多総合病院 | 院長 | 吉原　基 |
| | | 知多保健所 | 所長 | 坪井信二 |
| 知多半島 | H | 東海市医師会 | 会長 | 小嶋真一郎 |
| | | 知多半島りんくう病院 | 院長 | 野﨑裕広 |
| | | 知多厚生病院 | 院長 | 高橋佳嗣 |
| | | 半田中央病院 | 院長 | 城代康貴 |
| | | 半田保健所 | 所長 | 子安春樹 |

| | 所属・役職 | 氏名 |
|---|---|---|
| 愛知県医師会・愛知県関係者 | 愛知県医師会副会長 | 大輪芳裕 |
| | 愛知県地域医療構想アドバイザー | 伊藤健一 |
| | 愛知県地域医療構想アドバイザー | 廣澤友也 |

※所属・役職は開催時点のもの

**令和８年１月 24 日（土）第１回　グループＡ　尾張東部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・区域内での二次・三次連携および救急隊との連携は比較的上手くいっているので維持したい
・高齢者救急の増加を見込んで二次救急の受け入れ施設が増えるとよい
・老人ホーム・介護施設からの救急搬送を減らすために、これら施設に対する行政のチェック体制が望まれる

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

（１）病院の役割分担、連携

・患者が少ないときは、上手く機能している
・患者が増えると厳しい
・休日診療所ができて受け皿が明確化
・三次救急・・・公立陶生病院、愛知医科大学病院
・二次救急・・・対応してもらえる病院を増やしたい
・二次・三次連携は上手くいっている→維持
・働き方改革→業務制限→地域患者の受け入れができない
・他地域（多治見、春日井）から軽症の患者が来る

（２）かかりつけ医、後方病院、入所施設との連絡、連携

・連携室の運用で上手くいっている
・かかりつけ医、後方病院との連絡はOK
・入所施設からの受診… 重要な情報が足りなく、家族の協力が欲しい
・後方病院との連携上手くいっている
・公立陶生病院はかかりつけ医療的役割を担っている
・回復期を標榜する病院が少ない
・急性期の病状が安定したら速やかに後方病院に受け入れて欲しい
・送る側の診療所から、より詳細な情報が欲しい（手術の必要性等）

（３）救急隊との連絡、連携

・尾張旭市と瀬戸市の連携は良い

・名古屋市から三次救急的要求が来る（二次救急なのに）

・春日井市・名古屋市の救急隊から情報が不正確なまま搬送される場合がある

（４）その他の論点

・高齢者救急の網にかからない高齢者患者がいる

・老人ホーム、介護施設からの救急搬送を減らすために、これら施設に対する行政のチェック体制が欲しい

**令和８年１月 24 日（土）第１回　グループＢ　尾張東部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・一次から三次救急医療機関の役割分担を再考・再構築
　（例：高齢者・高度救急医療機関、二次救急施設拡充も一手だが・・・）
・情報（患者情報・カルテ情報）の一元化、DX 化、コミュニケーション
・救急患者連携搬送料などのシステム活用、地域連携の強化、三次救急施設の出口対策

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

・紹介患者の受け入れ
・三次救急の病床が多い
・重症外来が上手くいっている

**【改善が望まれること】**

・病院として患者の選択が必要
・当直医・主治医から転科した際の情報共有
・紹介時の医師とのやりとり
・パーソナルレコードの共有
　］リモートの利用
・三次救急の在院日数の短縮
・下り搬送が機能していない
・手術・高次治療の診療報酬を高く、長期在院を低く
・救急外来の診療報酬を上げる
・高齢者救急は既往・背景を考慮して搬送を決める
・高齢者の急性時の再入院
・歯科連携
・患者家族の理解度が不明

**令和８年１月 24 日（土）第１回　グループＣ　尾張西部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

| |
|---|
| ・救急本部にて二次・三次救急病院のベッドの空き状況を把握できるシステムの構築 |
| ・病院間での下り搬送のシステム化 |
| ・開業医・病院含め地域全体の（電カル等含め）システムが共通となれば良い |

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっている】**

・開業医の立場から、病院との連携は上手くいっている
・ドクターカーのシステムは良い
・救急患者の受け入れで困っている事はない
・下り搬送は上手くいっている
・二次輪番病院が決まっている

**【改善が望まれること】**

・開業医から高次医療機関へのアクセス
　→ 地域全体の（電カルを含め）システムが共通であれば良い
・地域でナーシングホーム等を開設できれば良い
・三次救急（二次）に軽症患者も来てしまう
・下り搬送が上手くいっていない
・救急隊との病院の空き状況（混み状況）の連携
・病院間のつながり
・高齢者救急の搬送に関して救急隊が理解できるか
・三次（二次）病院間での疾患別の振り分け

**令和８年１月 24 日（土）第１回　グループＤ　尾張西部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

| |
|---|
| ・尾張西部での医療完結率が高いことを維持していく |
| ・連携施設との情報共有を推進していく |
| ・ACP を推進していく |

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

・連携が上手くいって、地域内で完結している
・状態悪化する前に受診を勧めることができている
・救命救急士の養成が上手くいっている
・救急搬送は地域で完結率が高い

**【改善が望まれること】**

・治療方針が定まっていないことにより、三次救急の負担になる
・医療圏の狭間にあり、連携がスムーズでないことがある
・平日と同様の体制がとれないことにより、休日夜間に情報のやりとりがスムーズでないことがある
・稲沢市医療連携ネットが上手く使われていない
・ドクターカーの所有がない
・救命希望があるかどうかが伝わるシステムが活用されていない
・三次救急になると域内での完結率が下がる
・ACP が上手くいっていないので家族が戸惑う

**令和８年１月 24 日（土）第１回　グループＥ　尾張北部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

| |
|---|
| ・二次・三次の連携の良さを維持 |
| ・二次・三次の診療能力（領域）を明確にする |
| ・高齢者救急を減らすため、救急車適正利用のために介護タクシー定額化 |
| ・二次救急病院の役割を救急隊に伝える |

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）病院の役割分担、連携

・三次と二次の連携は良い

・小牧 転院は良い

・休日診療所で診てもらえている

（２）かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・かかりつけ医からはスムーズ

（３）救急隊との連絡、連携

・地域完結率高い

**【改善が望まれること】**

（１）病院の役割分担、連携

・小牧市は二次が△

・感染症パンデミックではパンクする

・下り搬送が上手くできてない。二次が見てくれると良い

・病院のキャパを見えるようにする

・85 才以上をとりあえず二次に送るのはどうか

・一次、二次の充実

・連携推進病床

（２）かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・後方病院や入所への検討が、なかなか進まない

・施設の情報が分からない

（３）救急隊との連絡、連携

・搬送料を徴収する

（４）その他の論点

・介護タクシーの定額化による救急車使用抑制

・高エネ外傷の受け入れ

・ACP

・医師の確保

・高齢者の急変を減らす工夫

**令和８年１月 24 日（土）第１回　グループＦ　尾張北部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・二次医療機関と三次医療機関の役割分担ができていない。消防による搬送方針の見直しと、下り搬送の推進を！
・診療報酬・加算・補助金で救急医療を手厚く評価し、設備投資や連携を取れる様にしたい
・病院間・病診間の診療情報共有ツールの構築（医療 DX）

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）病院の役割分担、連携

・病院の患者の受け入れが良好
・二次・三次の役割分担ができる
・病院が 24 時間手術対応できる
・高次患者が上手に対応できる
・１つの構想区域に３つの三次救急は充実
・下り搬送が良い病院がある

（２）かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・逆紹介がスムーズ
・病院間でカルテが共有できる

（３）救急隊との連絡、連携

・圏域内で完結している
・30 分以内の搬送が県平均より早い
・24 時間ドクターカーで対応できている(夜)
・診療所から病院への救急搬送が遅くなっている、手間取る
・救急隊の事前の調整が上手な時もある

**【改善が望まれること】**

（１）病院の役割分担、連携

・休日診 → 病院にすぐ送ってしまう
・満床になるタイミングが一緒
・連休中の感染症が病院の ER に集中
・休日診療所、二次救急病院に集約できないのか？
・三次がパンクしがち
・下り搬送がない病院がある

（２）かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・後方連携ができていない→ベッド塞ぎがある
・ACP が普及していない
・搬送後のフィードバックが足りない
・後方病院の情報がアナログ
・訪診の 24 時間体制が連携していない

（３）救急隊との連絡、連携

・救急隊が「真のかかりつけ」より患者の希望を優先している
・ドクターヘリとドクターカー同時要請がない
・ドクターカー要請基準が消防により異なる

（４）その他の論点

・ドクターカー無償運行
・二次と三次の役割分担ができていない
・独居や身寄りのない人のキーパーソン不在

**令和８年１月 24 日（土）第１回　グループＧ　知多半島構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

| |
|---|
| ・病院の役割分担はできているが、一次救急の役割充実<br>・高齢者特有の事情（独居、フレイル）で一人暮らしまでのギャップを埋める<br>・病院間、及び、かかりつけ医と病院（介護も含め）の患者情報共有（DX も含めて） |

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）病院の役割分担、連携

・シンプルな体制
・役割分担ができている
・受け入れがいい

（２）かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・連携が上手くいっている
・入退院報告

（３）救急隊との連絡、連携

・顔の見える会ができている
・メディカルコントロール協議会等体制
・情報共有

**【改善が望まれること】**

（１）病院の役割分担、連携

・キャパシティ
・二次・三次 役割分担
・一次救急の体制（各自治体差）
・高齢者長期入院、転院先がない
・皮膚科など、特定科の不足
・手術中の受け入れができないこと

（２）かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・各医院でできることが不明
・受け入れ先の病院で対応できることが不明
・夜間休日の新しい体制づくりが難しい
・ケアマネによってかかりつけ医にもどらない
・通院中に入院した場合の調整

（３）救急隊との連絡、連携

・救急車の対応
・軽症の搬送が多い
・「歩けない」との入院
・搬送時間がかかる

（４）その他の論点

・市民の理解
・患者情報の一元化
・ICT の統一ができていない（電子カルテ、電子連絡帳）
・支払い能力のない人の受診
・一人暮らしの高齢者
・ケアマネのいない高齢者（キーパーソンが誰か）
・紙の体制の併走

**令和８年１月 24 日（土）第１回　グループ H　知多半島構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・二次・三次の連携は上手くいっているため維持していきたい
・地域の一次・二次の役割を担う上で、三次医療への適切なアプローチを支援している
・高齢者の増加により救急診療範囲を判明できる、ACP の普及
・在宅医（訪問診療を行っている）を通じての救急対応を自院で受ける

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）病院の役割分担、連携
- 三次救急病院との住み分け
- 一次からの受け入れは OK（住民にわかりやすい）

（２）かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携
- かかりつけ医との連携は上手くできている
- 安定した患者を紹介できている
- かかりつけ医の診療のアシストができている

（３）救急隊との連絡、連携
- 救急受け入れの 1st 相談窓口

（４）その他の論点
- 在宅医を通じての救急対応

**【改善が望まれること】**

（１）病院の役割分担、連携
- 入院の受け入れの期間を要していること
- 三次病院の情報伝達の不十分さ
- 一部の基幹病院に救急搬送が集中している（疾患によるが二次救急でも）

（２）かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・コミュニケーションの場不足

・訪問診療医からの紹介のタイミングが遅い

・退院先が広域に及んでいない

（３）救急隊との連絡、連携

・病院の窓口医師が固定できず

・受け入れ病状により搬送の可否を迷わせてしまっている

（４）その他の論点

・身元不明等、救命対応に困る

・時間外受診が三次機関になるなど、受診者との意識ギャップ

第 2 回　令和 8 年 2 月 14 日

TKP ガーデンシティ PREMIUM 名古屋駅前

（参加対象：名古屋・尾張中部、海部構想区域）









出席者３３名

| 構想区域 | グループ | 所属 | 役職 | 氏名 |
|---|---|---|---|---|
| 名古屋・尾張中部 | A | 名古屋市医師会 | 副会長 | 牧　篤彦 |
| | | 新生会第一病院 | 理事長 | 太田圭洋 |
| | | 木村病院 | 院長 | 木村　衛 |
| | | 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター | 救命救急センター長 | 松嶋麻子 |
| | | 名古屋市保健所 | 保健所長 | 小嶋雅代 |
| 名古屋・尾張中部 | B | 名古屋市医師会 | 副会長 | 加藤政隆 |
| | | 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 | 副院長 | 井上英則 |
| | | 名古屋掖済会病院 | 副院長兼地域医療支援センター長 | 島　浩一郎 |
| | | 鵜飼リハビリテーション病院 | 院長 | 鵜飼泰光 |
| | | 名古屋市西保健センター | 所長 | 田邊　裕 |
| 名古屋・尾張中部 | C | 名古屋市医師会 | 理事 | 永井敏美 |
| | | 中京病院 | 副院長 | 加田賢治 |
| | | 相生山病院 | 院長 | 佐藤貴久 |
| | | 大同病院 | 院長 | 野々垣浩二 |
| | | 名古屋市昭和保健センター | 所長 | 早川明子 |
| 名古屋・尾張中部 | D | 名古屋市医師会 | 理事 | 三ツ口由紀子 |
| | | 名鉄病院 | 院長 | 葛谷雅文 |
| | | 中日病院 | 院長 | 田嶋一喜 |
| | | AOI 名古屋病院 | 院長 | 長谷川　潤 |
| | | 名古屋市東保健センター | 所長 | 野呂優樹 |
| 名古屋・尾張中部 | E | 西名古屋医師会 | 会長 | 加藤　裕 |
| | | 済衆館病院 | 理事長 | 今村康宏 |
| | | 五条川リハビリテーション病院 | 院長 | 島野泰暢 |
| | | 清須保健所 | 所長 | 栗木雅洋 |

| 構想区域 | グループ | 所属 | 役職 | 氏名 |
|---|---|---|---|---|
| 海部 | F | 海部医師会 | 会長 | 羽賀達也 |
| | | 海南病院 | 院長 | 奥村明彦 |
| | | あま市民病院 | 院長 | 水野公雄 |
| | | 尾張温泉かにえ病院 | 理事長 | 真野寿雄 |
| | | 津島保健所 | 所長 | 杉浦嘉一郎 |
| 海部 | G | 津島市医師会 | 会長 | 奥村嘉浩 |
| | | 安藤病院 | 副院長 | 古閑　寛 |
| | | 津島市民病院 | 院長 | 川井　覚 |
| | | 津島保健所 | 次長 | 出口さとみ |

| | 所属・役職 | 氏名 |
|---|---|---|
| 愛知県医師会・<br>愛知県関係者 | 愛知県医師会副会長 | 大輪芳裕 |
| | 愛知県医師会理事 | 浦田士郎 |
| | 愛知県医師会理事 | 春原晶代 |
| | 愛知県地域医療構想アドバイザー | 伊藤健一 |
| | 愛知県地域医療構想アドバイザー | 廣澤友也 |
| | 愛知県地域医療構想アドバイザー | 佐藤大介 |

※所属・役職は開催時点のもの

**令和８年２月 14 日（土）第２回　グループ A　名古屋・尾張中部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・まじめな在宅医療（NG：「何かあったら救急車呼んでね！」）
　＋　まじめな ACP（NG：「形式的にサインだけ？」）
・地域医療構想と現状とのギャップをどうするか？
（現在は、三次救急病院が名古屋の救急の 50％近くを応需している）
・サブアキュートを診る病院を支える財源の確保（地域医療介護総合確保基金の活用など）

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）　病院の役割分担、連携
- コロナ後、二次・三次については救急は上手くいっている
- 二次・三次がきっちり分かれていないので対応しやすい
- 地域との連携上手くいっている

（２）　かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携
- 後方病院として下り搬送をなるべく受けたいが、満床のため受けられずジレンマ
- 名古屋市はち丸在宅支援センターネットワーク
- 休日の病床運用
- マッチング、早期退院が可能

（３）　救急隊との連絡、連携
- コロナ後は、上手くいっている
- 救急隊、信頼できる
- LINE WORKS
- DNAR、プロトコールの整備

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・高齢者救急についてはACPが事前にできているか、搬送時の判断が問題。家族間の意見の不一致
・二次輪番病院の機能向上
・何となく具合の悪いなど、情報の少ない患者を受け入れてくれる病院の確保が難しい
・ACP不明患者の受け入れ
・二次と三次の区別がない、三次が50%以上の救急患者を取っている

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・施設の内部体制に不安
・訪問診療の「顔」が見えない
・ACPしているの？形式的にサインだけ？と感じる
・名古屋市はち丸在宅支援センターの登録
・急な退院受け入れの要請
・退院→在宅、かかりつけ医の連絡なし
・働き方改革によるマンパワー不足、二次病院との連携
・若手の理解（高齢者救急）
・在宅医療の質のバラつき「救急車を呼べ！」
・まじめな在宅
・高次の病院が高い薬を使いすぎ→後方支援病院では維持できない
・サブアキュートを診ることができる病院不足

（３） 救急隊との連絡、連携

・救急隊のトリアージに任せられると良いのでは？
・ACPの書面確認
・はち丸在宅支援センターのアップデート
・まじめなACPの普及
・「運ぶのか、運ばないのか」救急車を呼ぶのは助けて欲しいから
・はち丸在宅支援センターの普及→救急搬送時も情報共有可
・かかりつけ医の搬送が可能となるプロトコール

（４） その他の論点

・行政ブロックと医療計画ブロックのずれ
・外国人高齢者

・#7119 の高齢者利用
・救急とは何か？とりあえず何でも診る救急医の育成
・2028 年までに地域拠点病院を整備

**令和８年２月 14 日（土）第２回　グループＢ　名古屋・尾張中部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

患者が適切な医療機関受診ができるよう
①各区の保健センターを中心として行政が市民に啓発していく
　医師会が、休日夜間診療所を活用するようアピールする
　ACP や#7119 を利用・啓発してどういう時に救急車を利用するかを再考してもらう
②かかりつけ医と患者の関係を強くし、高齢者を自宅で診ていただけるようにする
③三次医療機関が疲弊していかないよう補助する
　選定療養費・行政からの補助を全ての三次救急が公平に取るようにする
　行政からの補助も

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）　病院の役割分担、連携

・救急受け入れ数が多い
・救急不応需の減少
・二次・三次の役割分担は上手くいっている
・下り搬送に関して、コロナ時代は改善が必要だったが今は良い
・各区休日診療所からの救急受け入れも、周辺病院からの救急受け入れも多い
・ネットワークもあり
・市の救急は上手く捌けている

（２）　かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・フォーミュラリの活用
・病院の地域連携室や MSW によって上手くいっているが、患者情報（はち丸など）が不十分か？保健福祉も周知されていないのでは？
・後方病院が頼もしい
・コミュニケーション良

（３） 救急隊との連絡、連携

・上手く連携できている

（４） その他の論点

・ダウンサイズした

・小児センターの運用

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・Walk-in が多い（三次なのに）

・近隣病院で回復期不足

・救急専門医不足（実務、教育）

・社会的困難の多い患者の搬送

・平日夜間急病センターの患者が少ない

・二次輪番の実効性

・急診への出務割合

・専門性の高い医療の受け入れ困難

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・紹介→救急のシステムがない

・後方連携を増やしたい

・下り搬送が家族に納得されない

・専門性が高いと下り搬送が困難

・かかりつけ医の紐づけ

・逆紹介のあり方

（３） 救急隊との連絡、連携

・救急搬送増やしたい

・市民の救急車の適正利用に問題あり。#7119 も活用を

・下り搬送の搬送手段はどうなっているのか？

（４） その他の論点

・近隣医療圏からの流入

・ACP の推進が必要。どのように表明してもらうか？在宅医療介護連携推進会議を利用

・ネットワークの改善

・はち丸ネットワークの実効性
・病院の現状・機能などを市民啓発
・高齢者施設の状況の確認（例：有料老人ホームやサ高住の ACP）

**令和８年２月 14 日（土）第２回　グループＣ　名古屋・尾張中部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・病院間の連携がとれている（下り搬送などもきちんと機能している）地域内で維持ができている
・適切な搬送先の選定、適切な受診、在宅 ACP
・情報のデジタル化、DX 化、共有、連携、AI 化

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）　病院の役割分担、連携

・たらい回しが少ない
・85 才以上でも行き場のない方がいない
・高度急性期病院が機能していることで夜間休日でも受け入れてもらえる
・病院の機能分化ができている
・ドクターヘリが使える
・下り搬送が上手くいっている
・情報共有できている
・三次救急がたくさんある

（２）　かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・高度急性期病院が高稼働で回せているのは、後方連携が上手くいっている
・介護施設と連携している病院の受け入れが良いと、介護施設に回せる
・緩和ケア患者の受け入れがある

（３）　救急隊との連絡、連携

・たらい回しが少ない
・介護施設にも出動してくれる
・事例検討会を行っている
・コミュニケーションできている

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・人、お金の確保
・高齢者（85 才以上）は本来急性期で診る方ではない
・精神科救急の対応
・下り搬送でドクターカーが出てしまうと要請に応えられない
・小規模病院が輪番のときのサポート体制
・休日夜間診療所の認知度が低い

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・後方受け入れを早くする
・かかりつけ医との方針の食い違い
・有料老人ホームが多い地域では死亡率が高い
・転院の打診から受け入れまでにかかる時間に、バラつきがある
・介護施設によって ACP の導入が異なる、情報共有が不十分
・デジタル化が進んでいない（後方病院・施設）
・社会的背景が難しい患者や高額薬品使用者の退院調整が上手くいかない
・地域で病床がうまっているときは受け入れ先もない
・介護施設・後方病院のレベルに差がある

（３） 救急隊との連絡、連携

・DNAR の患者が搬送される
・三次救急に優先的に搬送するため、三次救急病院が疲弊する
・かかりつけ医で治療しない患者も、症状により三次救急に搬送してしまう。その結果、下り搬送になる
・リアルタイムの情報共有

（４） その他の論点

・不要な救急要請
・機能転換した際に病院完結型になってはいけない
・未払いが増えている
・患者への啓発（受診のタイミング）
・介護施設にも総量規制が必要

**令和８年２月 14 日（土）第２回　グループＤ　名古屋・尾張中部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・当医療圏では医療資源は多い
　二次病院と三次病院のすみ分け、機能分担、下り搬送
・救急搬送後の退院先の調整
・独居高齢者の増加
・施設間のやりとり→ICT（使いやすい）
・DNAR、ACP 等の意思表示の有無→搬送時、療養先の検討にも影響しているのでは

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）　病院の役割分担、連携
- 後方支援病院としての役割ができている
- Subacute 患者を診療する役割ができている
- 上りも下りもケースワーカー中心に対応
- 名古屋は医療資源多い。救急も充実

（２）　かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携
- 後方病院の受け入れ↑
- 後方病院への転院はできている
- 医師会との連携

（３）　救急隊との連絡、連携
- 昼間の対応はできている
- はち丸ネットワークで DNAR などの情報を救急隊も確認できる

（４）　その他の論点
- 昼間の Subacute は対応可
- #7119 導入（年間５万件ほど）救急搬送の判断

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・三次の病床利用状況で下りが遅くなる
・地域ケア病床に滞留
・各内科で分担して診ている状況
・二次救急の夜間対応が十分できていない
・夜間対応難
・マイナー系疾患を診られるところが少ない
・三次救急の負担が多い。夜は三次、昼は二次などの役割分担
・二次でも夜間の人員によって、機能を分けるべき

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・転帰の連絡がない→かかりつけ医の情報も
・退院先の調整難
・独居などで帰宅難
・施設の受け入れが悪い
・在宅・施設の担当者とのやりとりがアナログ→ICT で解決できないか
・はち丸ネットワークのセキュリティ問題で利活用が進まない

（３） 救急隊との連絡、連携

・動けない整形疾患の帰宅手段
・連携が不十分な点がある
・Subacute 患者を受けたいが、医師が断る
・夜間、休日の体制が不十分
・はち丸ネットワークの使い勝手が良くない（個人 PC 必要）

（４） その他の論点

・看護師不足。余力を作っておけない
・高齢者を二次で多く診る体制は危険
・二次→三次の受け入れ
・医師によって夜間救急の受け入れが変わる
・夜間は医師、看護師の確保難→夜間対応を期待されると維持できない。夜は三次→朝に二次
・DNAR とっているが・・・
・医療の現状を地域住民へ啓蒙
・ACP の啓発

**令和８年２月 14 日（土）第２回　グループＥ　名古屋・尾張中部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・せっかく発展させてきた多職種連携の取り組みをさらに進めたい（県、市町、三師会、介護事業所）
・二次救急、三次救急の分担は割と上手くいっているが、介護、一次救急（休日診療所）を整備していきたい（令和 10 年まで）
・高齢者救急の定義の問題は ACP の浸透と不可分。地に足のついた真剣な議論を喚起したい

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・リハビリ中の状態悪化の時、元病院の受け入れ良好
・二次医療機関との受け入れ関係良好（顔が見えている）
・体制はしっかり周知されている
・下り搬送が、そこそこある

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・前医での治療中であってもリハビリ受け入れ可
・円滑にいっている（二次救急）
・多職種連携の取り組みが先進的
・県、三師会、市町、介護事業所で頑張ってきた

（３） 救急隊との連絡、連携

・MC 協議会が機能している（例：救急医療情報キットの普及）
・病院の受け入れ可否状況の共有性が良い

（４） その他の論点

・血液透析、リハビリ受け入れ上手くいっている

【改善が望まれること】

（１） 病院の役割分担、連携

・病状病態に応じて救急搬送先の選択肢が増えると良い
・三次の受け入れハードルはやや高い？
・後方病院が少ない
・輪番制はややあいまい
・休日診療所休止中→令和 10 年再開します
・二次救急病院に負担？→一次救急？
・なんでも急性期拠点病院に集まりがち？

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・介護施設からの受け入れを更に強化したい
・後方受入機関のキャパシティがもう少し拡大すると良い（在宅診、施設）
・多職種連携をさらに進める必要あり
・介護の問題であっても、病院にまず入院となる

（３） 救急隊との連絡、連携

・キット普及をさらに進めたい
・高齢独居者の情報の得にくさ
・二次で良いのに、家族が三次に行きたがる
・ACP の情報不十分

（４） その他の論点

・外来・訪問診からの対応強化
・高齢者の退院先の問題
・高齢者救急の定義？
・ACP のさらなる普及を望む
・DNAR でも何もしなくて良いわけではないことも

**令和８年２月 14 日（土）第２回　グループＦ　海部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・家族の安心、受け入れ病院の安心を担保した下り搬送の実施
居住地の事情に即した下り搬送の実施（高次医療の転院を含む）
診断、治療方法などの質の確保、病状状態の悪化の際の受け入れを担保する下り搬送の促進。入院病床を介護病床としないためにも
・高齢者施設の退院の受け入れと ACP の推進における高齢者施設と協力医療機関との役割分担の醸成。施設と医療機関の話し合いの促進。ACP が決められていると高齢者施設の受け入れが良くなる
・高齢化による機能の低下について、入院をする前からの家族などの理解の促進。入院前、入院中・退院時における医師、看護師、MSW、ケアマネジャーなどの視点をふまえた ACP の推進、促進、「高齢者は他の世代と比べて死亡するものである」という視点

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１） 病院の役割分担、連携
- 急病診療所の活躍
- 相応な患者の搬送→分担
- 二次救急への搬送
- 急性・慢性の医療機関のすみわけ
- PSW の活躍
- 急性期を超えた者の転院

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携
- 下り搬送（圧迫骨折など）
- かかりつけ医との連携
- 治療を終えた者の移行（在宅・施設）
- 急を必要としない事例
- 下り搬送、連携が進みつつある

（３） 救急隊との連絡、連携
- 事前の情報の正確性
- 状況をふまえた搬送の実施

・通常→円滑、感染症→困難
・救急隊によりトリアージの促進

（４） その他の論点
・下り搬送
・#7119
・救急件数の抑制
・在宅医療の促進
・従事者の不足
・核家族、高齢者独居　仲介を行う者の存在が重要

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携
・在院期間の長期化
・他への転院
・特殊な診療科への対応→他への相談転院、広域での連携
・二次の患者が三次に送られている。病棟管理への負担の発生。円滑な下り搬送の実施。二次・三次の役割分担
・感染症への対応
・対応可能な医療機関の情報
・地域包括ケア病床の不足
・二次病院がないため、公的病院の負担増
・高齢者の居場所の確保

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携
・新たな併存疾患の存在
・受け入れ可能な医療機関の情報
・高齢者の併存疾患→在宅、開業医の研修（事前）を実施し、専門以外の領域への対応の拡大
・介護施設と協力病院との役割が不明確な状態にある
・ケアマネジャーのさらなる活躍
・市町村が提供する事業の情報の提供や制度の導入

（３） 救急隊との連絡、連携
・重症度の判断に課題。過小、過大診断や乖離
・トリアージの末の件数の低下（あいまいな事例の減少：二次病院）

（４） その他の論点
・高齢者施設における見取りの実施、ACP の促進
・在宅医療支援病院が充実していない
・高齢者救急の自給率が十分となっていない

・ケアマネジャーの活用
・市町村の介護保険事業の早期からの導入促進（高齢者の保健を含む）

**令和８年２月 14 日（土）第２回　グループＧ　海部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

〔維持していきたいこと〕
・今の体制の維持（連携体制とれている）
〔目指していきたいこと〕
・ACP の共有化
・高齢者医療と一言でいっても季節性も考慮が必要（閑散期、繁忙期）

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１） 病院の役割分担、連携
- 二次・三次とも電話や紹介状で連携できている（前方、後方とも）
- 夜間は翌日に患者状態について連携できている
- 空きベッドがあれば診てくれる
- 状態変化にも対応してくれている
- 下り搬送も上手くできている
- 三次の転院搬送ができている（一宮）

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携
- 夜間救急入院は、翌日朝に基幹病院から連絡（FAX）があり患者情報が説明される
- 情報交換が日頃からできている（看取りなど）

（３） 救急隊との連絡、連携
- 搬送先探しはできている
- 電話１本で来てくれている
- トリアージに対するコンセンサスがある

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・退院時に紹介状がないことがある
・医師の診療科偏在で透析を受けることが難しい※特に金曜日（4 月から改善）
・あま市民病院の患者が少ない（住民の理解が必要）
・在宅体制は？（在宅医療ビジネス）（病院数は限られる）
・患者から好まれる病院が少ない
・二次救急は赤字構造（400 床未満）。集約化の方向？自治体立病院の在り方

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・夜間にかかりつけ医と連絡が取りにくい
・夜間の施設の医師との連絡
・長期休日前の連絡
・転院時における患者の選好

（３） 救急隊との連絡、連携

・紹介状があっても住民が行ってくれない（救急車が出てくれない。ルールがあるようでなかなか発車しない）
・繁忙期の対応

（４） その他の論点

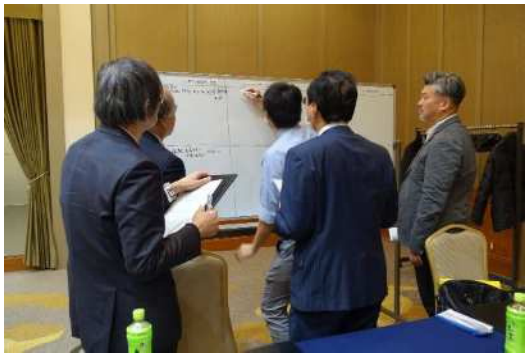
・ACP の共有化
・患者の選好（フリーアクセス）のギャップ

第３回　令和８年２月21日

ホテルアソシア豊橋

（参加対象：西三河北部、西三河南部東、西三河南部西、

東三河北部、東三河南部構想区域）









**出席者４０名**

| 構想区域 | グループ | 所属 | 役職 | 氏名 |
|---|---|---|---|---|
| 西三河北部 | A | 豊田加茂医師会 | 会長 | 加藤真二 |
| | | トヨタ記念病院 | 院長 | 岩瀬三紀 |
| | | 豊田厚生病院 | 院長 | 服部直樹 |
| | | みよし市民病院 | 院長 | 伊藤　治 |
| | | 豊田市保健所 | 所長 | 竹内清美 |
| 西三河南部東 | B | 岡崎市医師会 | 会長 | 山本　潤 |
| | | 岡崎市民病院 | 院長 | 小林　靖 |
| | | 藤田医科大学<br>岡崎医療センター | 院長 | 鈴木克侍 |
| | | 愛知医科大学<br>メディカルセンター | 院長 | 羽生田正行 |
| | | 西尾保健所 | 所長 | 松本一年 |
| 西三河南部東 | C | 岡崎市医師会 | 副会長 | 内堀充敏 |
| | | 岡崎市医師会 | 理事 | 大堀　久 |
| | | 岡崎南病院 | 院長 | 山本邦雄 |
| | | 宇野病院 | 理事長 | 宇野甲矢人 |
| | | 岡崎市保健所 | 所長 | 片岡博喜 |
| 西三河南部西 | D | 刈谷医師会 | 会長 | 辻村　享 |
| | | 西尾市医師会 | 会長 | 四方　敦 |
| | | 刈谷豊田総合病院 | 院長 | 吉田憲生 |
| | | 西尾市民病院 | 院長 | 田中俊郎 |
| | | 衣浦東部保健所 | 所長 | 近藤良伸 |
| 西三河南部西 | E | 安城市医師会 | 会長 | 岡本雅彦 |
| | | 碧南市医師会 | 会長 | 長田和久 |
| | | 安城更生病院 | 院長 | 度会正人 |
| | | 碧南市民病院 | 院長 | 杉浦誠治 |
| | | 衣浦東部保健所 | 次長 | 越山　信 |
| 東三河北部・南部 | F | 豊橋市医師会 | 会長 | 福井一裕 |
| | | 田原市医師会 | 副会長 | 荒木信泰 |
| | | 豊橋市民病院 | 院長 | 平松和洋 |
| | | 星野病院 | 副院長 | 星野直樹 |
| | | 豊橋市保健所 | 所長 | 新井哲也 |

| 構想区域 | グループ | 所属 | 役職 | 氏名 |
|---|---|---|---|---|
| 東三河北部・南部 | G | 豊川市医師会 | 副会長 | 可知裕章 |
| | | 新城市医師会 | 副会長 | 原田直太郎 |
| | | 豊川市民病院 | 院長 | 佐野　仁 |
| | | 総合青山病院 | 院長 | 小森義之 |
| | | 新城保健所 | 所長 | 宇佐美　毅 |
| 東三河北部・南部 | H | 蒲郡市医師会 | 副会長 | 小久保公人 |
| | | 愛知県 | 主任専門員 | 成田智晴 |
| | | 蒲郡市民病院 | 院長 | 安藤朝章 |
| | | 新城市民病院 | 院長 | 金子　猛 |
| | | 豊川保健所 | 所長 | 増井恒夫 |

| | 所属・役職 | 氏名 |
|---|---|---|
| 愛知県医師会・愛知県関係者 | 愛知県医師会理事 | 浦田士郎 |
| | 愛知県地域医療構想アドバイザー | 伊藤健一 |
| | 愛知県地域医療構想アドバイザー | 廣澤友也 |

※所属・役職は開催時点のもの

**令和８年２月 21 日（土）第３回　グループＡ　西三河北部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・現在確立している地域内の 24 時間 365 日の診療体制を今後高齢化することが予想される当地域において維持していく
・後方支援施設（介護系）の充実が必要であり、医介連携のより良い仕組みの構築が重要と思われる
・豊田加茂医師会、行政（豊田市、みよし市)、二次・三次救急病院の連携は確立しているが、さらにより良い人間関係の維持が必要と考える

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１） 病院の役割分担、連携
- 当地域は連携が確立している
- 休日診療所が２か所
- 育救さんコールが整備されている
- 地域内で 24 時間 365 日機能している
- 豊田地域医療センターの役割がはっきりしている
- みよし市民病院の救急受け入れが増えている

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携
- 病病連携、病診連携ともに上手くいっている
- 在宅医療、福祉連携推進計画が確立している
- 豊田加茂医師会のくらげ方式、ウェルビーイングネットワークが機能している
- 名豊病院の存在感がアップしており、地域医療に貢献している
- 平時から、がんパス、心不全パス、認知症パスが多く運用されている

（３） 救急隊との連絡、連携
- 救急出動が円滑、受け入れ円滑
- 救急搬送を望まない人は搬送しない（本人意思が反映）
- いわゆる“上り搬送”を豊田地域医療センターが機能しており、救急隊も十分理解している

（４） その他の論点

・後方連携としての役割の確立
・訪問診療が充実している
・地域内の関係者のチームワークが良い
・市民啓発がよくできている
・西三河北部医療圏は高齢化率の低いエリアであり、その特性による
→今後の高齢化を他医療圏から学ぶ必要

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・二次救急病院のマンパワーが足りない
・介護施設の家族が、不必要な三次救急搬送を希望することがある

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・下り搬送システムが十分整備されていない
・転院搬送の仕組みがしっかりしていない
・豊田、みよしケアネットの普及率を上げる
・医療的な条件により、受け入れ入所施設の理解が得られないことがある

（３） 救急隊との連絡、連携

・訪問診療の対象者が ACP を十分に理解していない
・一人暮らしの高齢者の救急対応に困難な場合が多い
・救急隊の今後の人手不足に対応する可能性も念頭におく必要

（４） その他の論点

・ACP の解決にずれがあることが問題点
・在宅医療に偏りがある
・在宅医療を止めてしまう診療所がやや増加している
・介護側（ケアマネ）が地域連携の実情を理解していない場合がある

**令和８年２月 21 日（土）第３回　グループＢ　西三河南部東構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・藤田医科大学岡崎医療センター、愛知医科大学メディカルセンターができて、二次・三次救急が充実し、機能分担はできている。時間内の下り搬送も上手くいっている
・急性期を乗り越えた患者が円滑に転床、転院、退院できるよう連携体制の構築が必要。後方病院の冬場の受け入れ悪い。在宅医療も充実必要。施設のキャパを増やす必要がある。入所施設にグループがある。手間のかかる人ほど大病院にくる
・二次・三次救急の適正利用についての啓発（市町）、ACP の普及啓発が必要

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）　病院の役割分担、連携
- 二次医療の充実。夜間急病の市立化
- 藤田医科大学岡崎医療センター、愛知医科大学メディカルセンターができて変化
- 機能分担できている
- 時間内の下り搬送→OK

（２）　かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携
- パスの利用で後方病院と良い関係（例外：誤嚥性肺炎）

（３）　救急隊との連絡、連携
- 二次病院の充実→夜間急病への救急↓
- 市民のイメージの変化
- 救急隊の連携は良い

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・個人病院の後方病院機能充実が必要
・2040 年以降の病床管理
・個人病院でも受け入れできると良い
・軽症が三次、二次から連絡が入る
・二次・三次救急の適正利用の啓発（市町）

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・後方病院の冬場の受け入れ
・在宅医療の充実化
・転院先の施設のキャパシティを増やす
・入所施設にグループがある
・手のかかる人ほど大病院に来る

（３） 救急隊との連絡、連携

・数の多い時期にキャパオーバーになる
・DNAR、ACP の患者の搬送について
・救急隊のトリアージがあまい
・ACP の普及啓発（市町）

（４） その他の論点

・地域の病院の人員確保が必要
・自宅や施設での看取りのシステムがない
・病院経営の安定化が必要

**令和８年２月 21 日（土）第３回　グループＣ　西三河南部東構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・一般市民への啓蒙を深めて、適切な救急機関への受診を勧める（本人のみならず家族への教育も大切、ACP）
・後方病院の受け入れ体制を整備させて、高次病院からの下り搬送を増加させる
・医療機関や施設の人手不足を解消して、病院など施設での救急患者の受け入れのキャパシティを増やしていく

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）　病院の役割分担、連携
- 在宅の主治医の連携
- 一次の平日夜間休日診療
- 二次・三次も上手くいっている（但し、一部の病院のみ）
- 不応需の数は少ない

（２）　かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携
- 通院している患者が入院する場合が多い
- 病診連携は良い

（３）　救急隊との連絡、連携
- 事前の電話連絡で情報提供がスムーズ
- 受け入れ、送りはスムーズ

**【改善が望まれること】**

（１）　病院の役割分担、連携
- 病院への患者の偏在が見られる
- 民間の二次病院は期待されていない（昼間は良いが、夜間は困難）
- 民間の地域包括医療病棟では救急の患者の受け入れは難しい
- 下り搬送の数が少ない（施設を用意しても空きになる）

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・介護施設の中身がバラバラで受け入れが少ない
・施設の患者の主治医との連携は？
・施設の人手不足で退院時の引き取りが難しい
・病院の医師の敷居が高いと感じることがある
・介護施設との連携が上手くいっていないと感じる

（３） 救急隊との連絡、連携

・夜間の救急患者は情報が少ない（主治医との連携が少し疑問）
・救急車の受け入れに一次では報酬に繋がらない
・国や住民も大病院志向。民間医療機関は冷遇。人も金も集まらない

（４） その他の論点

・認知症患者の扱い
・地域的に救急体制が厳しい地区がある
・患者や住民への啓発の必要性（ACP など）
・独居老人・身寄りのない患者の増加（情報の欠如）→救命後の行先？
・病院や施設の人手不足で体制の維持が難しくなる。例)看護師確保と育成、介護職員についても同様

**令和８年２月 21 日（土）第３回　グループＤ　西三河南部西構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・一次・二次・三次医療機関のスムーズな連携（現時点である程度達成）
　（医療圏における二次・三次病院の充実の維持←対人口比）
・かかりつけ医制度のより一層の充実
・ACP の推進

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）　病院の役割分担、連携

・二次・三次病院、医師会との安定した連携が上手くいっている
・休日診療所、二次輪番での対応
・病院連携室の仲介
・休日診療所と在宅当番医制での一次救急対応
・二次×4、三次×２が医療圏に存在（対人口比で全国平均）
・三次→二次の連携搬送
・三次、二次のすみ分け

（２）　かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・連携室の役割大（ネットワークが構築されている）
・後方病院と急性期病院の連携
・自宅での高齢者の看取りの際に行政と医師会の連携
・極端な医療過疎地域がない
・訪問診療が増えて、在宅受け入れハードルが↓

（３）　救急隊との連絡、連携

・スムーズに行っている
・受け入れ不能例が少ない
・医療圏を跨いだ搬送

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・独居老人（サポートもない）患者
・三次病院への全救急搬送患者の 9 割が軽～中等症
・同じ年齢でも ADL 等の多様性

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・退院時に家族の援助を受けられず難渋するケース
・介護保険の下りるまでの期間の長さ
・施設入所時の急変対応方針が救急搬送時に伝達されない
・病院の平均在院日数↑
・かかりつけ医が決まっていない高齢者→病院との役割分担が進むと良い

（３） 救急隊との連絡、連携

・施設から三次救急病院へ直接搬送困難となった
・救急車が運ぶべきでない患者の搬送依頼
・一概に年齢で搬送先を決められない
・対応医のオーバートリアージによる不応需

（４） その他の論点

・社会的問題の高齢者
・ACP の推進がまだ不十分

**令和８年２月 21 日（土）第３回　グループＥ　西三河南部西構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・かかりつけ医、二次・三次の良好な連携の維持
・出口戦略（三次→二次→後方病院・介護施設の連携強化）
　サポートセンターの強化
・病院のマンパワー不足の解消

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）　病院の役割分担、連携
　・医療圏内で収容可
　・二次→三次、三次→二次　受け入れスムーズ

（２）　かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携
　・受け入れスムーズ
　・後方病院との関係良好
　・かかりつけ医、在宅医との連携が良い

（３）　救急隊との連絡、連携
　・不搬送の取り決め機能

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・三次に集中傾向
・二次病院の医師不足
・後方病院の不足（三次病院がひっ迫する時がある）

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・サポートセンターの強化
・施設からの患者が戻れない
・退院調整に時間がかかる
・施設受け入れに問題
・退院調整会議が少ない
・二次救急病院の不応需
・有料老人ホーム・サ高住の受け入れ

（３） 救急隊との連絡、連携

・事前管制から搬送までの時間が長い
・不必要な救急搬送

（４） その他の論点

・かかりつけ医のない独居老人の増加
・市民病院がないので、行政等が啓蒙
・県と市町村の連携（福祉・保健医療行政）

**令和８年２月 21 日（土）第３回　グループＦ　東三河北部、南部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

| |
|---|
| ①ACP：マイナンバーに情報を入れておく<br>②DX 利用にて全ての病床を可視化する（在宅も含めて）<br>③病床のひっ迫時には災害に準じてベッドを利用できるシステムをつくる |

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・休診の体制（豊橋市）
・三次救急の受け入れ（豊橋市）
・連携は良好（豊橋市）
・渥美病院、豊橋市民病院への振り分け（田原市）
・平日、日中の軽症患者の入院受け入れ OK

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・二次救急の受け入れは良好
・在宅患者の搬送手段（救急車？ケアマネとの相談で決定している）
・高齢者クリニカルパス
・空床状況の共有
・下り入院の受け入れに力を入れている

（３） 救急隊との連絡、連携

・救急隊との連携は良好
・搬送猶予の取り決め
・問題なし（田原市）
・振り分けは良好だが、たまに豊橋市民病院へ搬送すべきではない例も
・北部の受け入れが限界だが、南部に協力してもらっている

（４） その他の論点

・ACP の啓発

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・二次病院の受け入れ拒否例
・輪番制の意味
・Walk-in での一次機関の減少
・平日・夜間の軽症者の搬送が南部へ
・夜間の人員不足で救外の受け入れ困難

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・二次病院の時間外受け入れ
・医師の人員問題
・在宅医との連携
・在宅へ退院後、訪問ナースが決まるまでに急変した在宅患者へのアクセス（夜間で自宅の位置が分かりにくい）
・繁忙期は満床→在宅を上手くつかいたい
・救急で南部へ→退院後受診されたときに情報が少ない
・かかりつけ医から急性期病院への情報提供が遅れる
・在宅クリニックの対応（特に初期対応）
・かかりつけ医、後方医との連携。在宅からの受け入れを後方病院でやれたら良い

（３） 救急隊との連絡、連携

・ACP の確認

（４） その他の論点

・在宅医との直接的連携
・繁忙期の受け入れ不可例
・介護側の ACP 確認不足？
・医療と介護の連携

**令和８年２月 21 日（土）第３回　グループＧ　東三河北部、南部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・北部、南部を越えて、病床等の医療資源を有効活用していく。そのための空床照会を明確化、充実していく。施設等もすすめていく
・ACP 普及をすすめ（医師、家族、施設、救急隊）救急医療の負担を軽減する
・北部、南部の構想区域が統合するため、連携をより強化していく

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）　病院の役割分担、連携

・新城市民病院で救急患者の受け入れは OK
・新城市民病院からの転院搬送も OK
・急性期→新城市民病院
・慢性期→星野病院
・DM→茶臼山厚生病院
・かかりつけ医からの搬送はある程度スムーズにいっている
・豊川市民病院に役割分担できている
・空床照会
・医療部会

（２）　かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・入院患者の情報依頼。双方退院時
・早い段階で紹介してもらっている
・在宅医療充実している

（３）　救急隊との連絡、連携

・救急隊からの問い合わせあり→OK
・救急隊の判断で南部へ受け入れ依頼→OK
・救急の情報が詳細あり→OK
・複数台の救急車の対応ができている

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・二次は新城市民病院のみ
・三次は他へ
・夜間　新城休日診療所 20～23 時
・休日夜間、外科当直、市民救急の情報をもっと市民に
・一次・二次の強化
・高齢者、病気によって長期になっている

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・深夜に受け入れる在宅医療が少ない
・医師の高齢化で継続が難しい
・急性期後の受け入れが難しい。入院が長期になる
・夜間の情報共有が上手くできない
・在宅医療ですぐ救急車を呼ぶこと
・ACP に関して進めること
・転院してきた患者が施設に帰れない

（３） 救急隊との連絡、連携

・ドクターヘリに依存
・二次機関があるが、三次機関に来てしまうことあり
・救急隊の市民の把握不足
・病状などをもっと把握して欲しい

（４） その他の論点

・新城市民病院の移転に伴う課題
・民間病院の医師確保、高齢化などの問題

**令和８年２月 21 日（土）第３回　グループＨ　東三河北部、南部構想区域**

**以下の内容は構想区域の会議等で正式に承認されたものではなく、当日のグループでの意見を記録したものです**

**〇グループの結論**

**当構想区域の高齢者救急医療において、今後５年間で維持・目指していきたいこと**

・病病連携と病診連携の維持
・在宅と高齢者施設における医療のあり方を検討すること
・今、救急隊との関係は良好であり、これを維持したい
・住民に対し、医療の使い方を啓蒙する必要あり

**〇ホワイトボードに記載されたグループのメンバーの方々の意見**

**【上手くいっていること】**

（１）　病院の役割分担、連携

・蒲郡市民病院：二次救急対応できている
・スムーズに市内で完結
・蒲郡３病院の連携が上手くいっている
・東三河の基幹病院の連携も上手くいっている
・新城：トリアージできている

（２）　かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・かかりつけ医の対応速やか（蒲郡市）
・在宅移行スムーズ
・豊川市民病院、新城市民病院の連携良い
・新城市民病院・地域医療機関で良く連携できている
・北部内の連携良い
・ICT の活用が進んでいる地域あり

（３）　救急隊との連絡、連携

・トラブルなし（蒲郡市）
・救急の選別が円滑（北部）

（４）　その他の論点

・在宅医療

**【改善が望まれること】**

（１） 病院の役割分担、連携

・平日夜間：重症ではない・必要性の低い・Walk-in 患者→市民病院に一極集中
・夜間施設から直接来る→「がまっと！」の活用がもっと必要
・高齢者救急：直接行くため、豊川市民病院、三次救急がひっぱくする
・新城市域からの流出を減らしたい
・看護師の確保が必要

（２） かかりつけ医、後方病院、入院施設との連絡、連携

・感染症（コロナ等）
・熱発時に事前電話なしの患者がいる→患者への教育
・退院調整会議等コロナ後から低調
・南部から療養に直接転院させたいという意向も聞かれる

（３） 救急隊との連絡、連携

・北部は広大につき、搬送時間が気がかり。転送になることも

（４） その他の論点

・蒲郡在宅利用者↓
・住民にとって在宅が充実しているか議論が必要では。サービスの効率性？
・北部：在宅は広大すぎて難あり
・住民の医療体制に関する理解不足
・医師の不足と高齢化

令和８年３月３１日　作成

作成者：公益社団法人愛知県医師会