

2-3. 第1回検討委員会での御意見を踏まえたデータ整理

第1回検討委員会における御意見等について

分類	第1回検討委員会でいただいた御意見	分析の結果等
データ分析	救急搬送の要請覚知から病院等収容までの平均時間について、他の都道府県等の状況を把握し、増えていない都道府県等があれば、その都道府県等の救急医療体制を参考にしてみても良いのではないか。	資料2のとおり
	休日夜間急患センターの受診者数と、そのうち2次救急、3次救急に流出した割合を把握できると良いのではないか。	32スライド目のとおり
	救急患者に多い疾患や、それが栃木県内の地域によって違いがあるものかなどについて、把握できると良いのではないか。	33～52スライド目のとおり ※理由別の搬送困難事例の数や、搬送困難となった患者の最終的な転帰については、現時点でデータなし
	救急搬送困難事例の地域ごと、理由ごと、疾患ごとなどの分析や、救急搬送困難となった患者が最終的にどうなったのか(転帰)について、把握できると良いのではないか。	
	県外に流出している重症患者、又は、受入困難となる患者について、どんな患者が、どういうタイミングで発生しているのか分析する必要があるのではないか。	
	ICU(集中治療室)を必要とする患者の地域間の流出入状況などについて、把握できると良いのではないか。	今後、「国保・後期高齢者医療に係るレセプト関連データ」をもとに分析予定(第2～第3四半期) ※分析例:特定集中治療室管理料を算定した県内在住患者の受入状況 等
	救急で受け入れた後、院内の別の部門や施設、在宅医療等に移行した患者のその後の経過に関するデータについて、特に地域ごとに把握できると良いのではないか。	データを取得可能かどうかを含め、要検討

各休日夜間急患センターの患者数と高次医療機関への紹介患者数(2023年度)

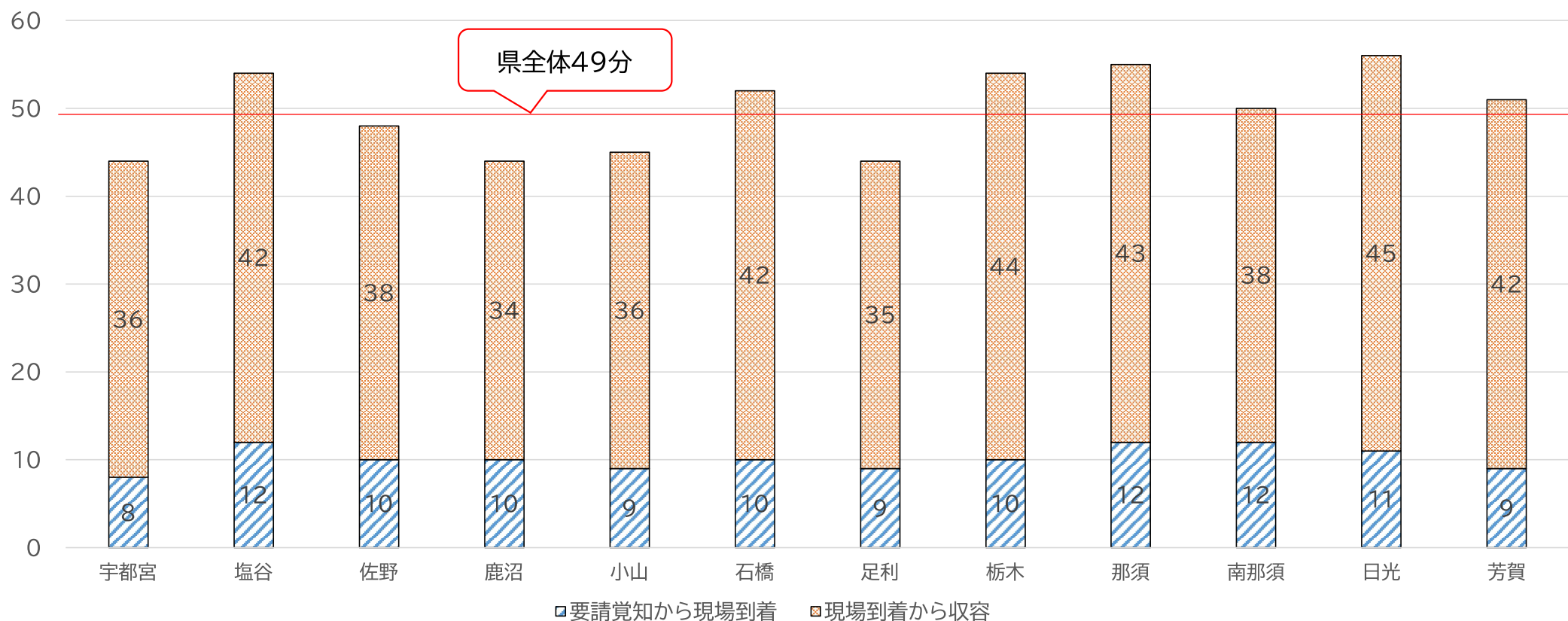
- 高次医療機関への紹介割合は県全体の平均で2.2%程度であり、割合が大きい地区では5.8%程度である。
※高次医療機関を紹介した理由については確認できていない。

地区	患者数 (1次救急対応)	うち、高次への紹介患者数	割合 (高次／1次救急対応)
A	21,611人	545人	2.5%
B	2,180人	44人	2.0%
C	1,182人	15人	1.3%
D	5,122人	298人	5.8%
E	5,457人	110人	2.0%
F	7,085人	10人	0.1%
G	1,825人	42人	2.3%
H	55人	0人	0.0%
I	361人	3人	0.8%
J	11,826人	168人	1.4%
K	1,856人	84人	4.5%

(出典)県医療政策課調べ

消防本部別の「要請覚知から収容まで」の平均時間(2022年)

- 要請覚知から現場到着までの平均時間はどの消防も大きく変わらないが、要請覚知から収容までの平均時間は塩谷、石橋、栃木、那須、日光、芳賀で県全体を上回っており、医療機関の選定に時間を要していると思われる。



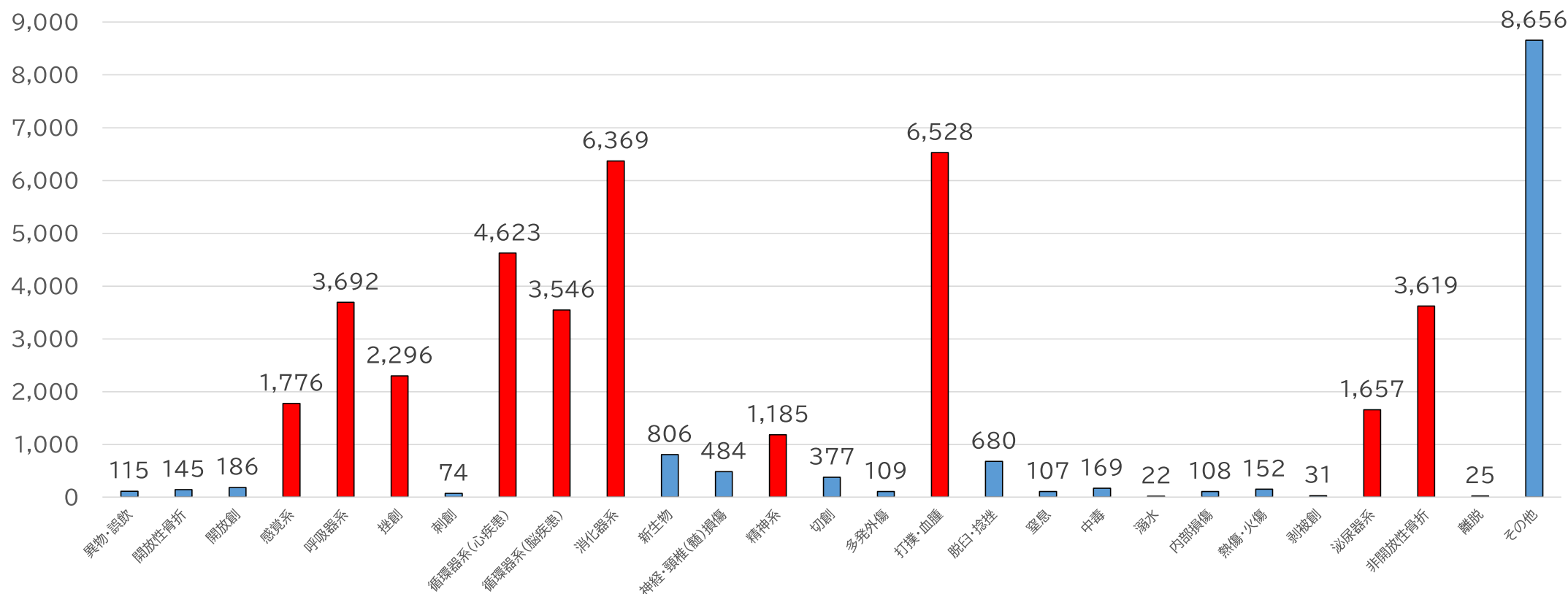
【単位:分】

※不搬送及び転院搬送を除く69,710人の救急搬送における平均時間

(出典)救急搬送データから作成

疾患別の救急搬送人員数(2022年)

- 救急搬送で多い疾患は、消化器系、打撲・血腫、循環器系(心疾患)、呼吸器系、非開放性骨折、循環器系(脳疾患)、挫創、感覚系(神経・目・耳など)、泌尿器系、精神系などである。



【単位:人】

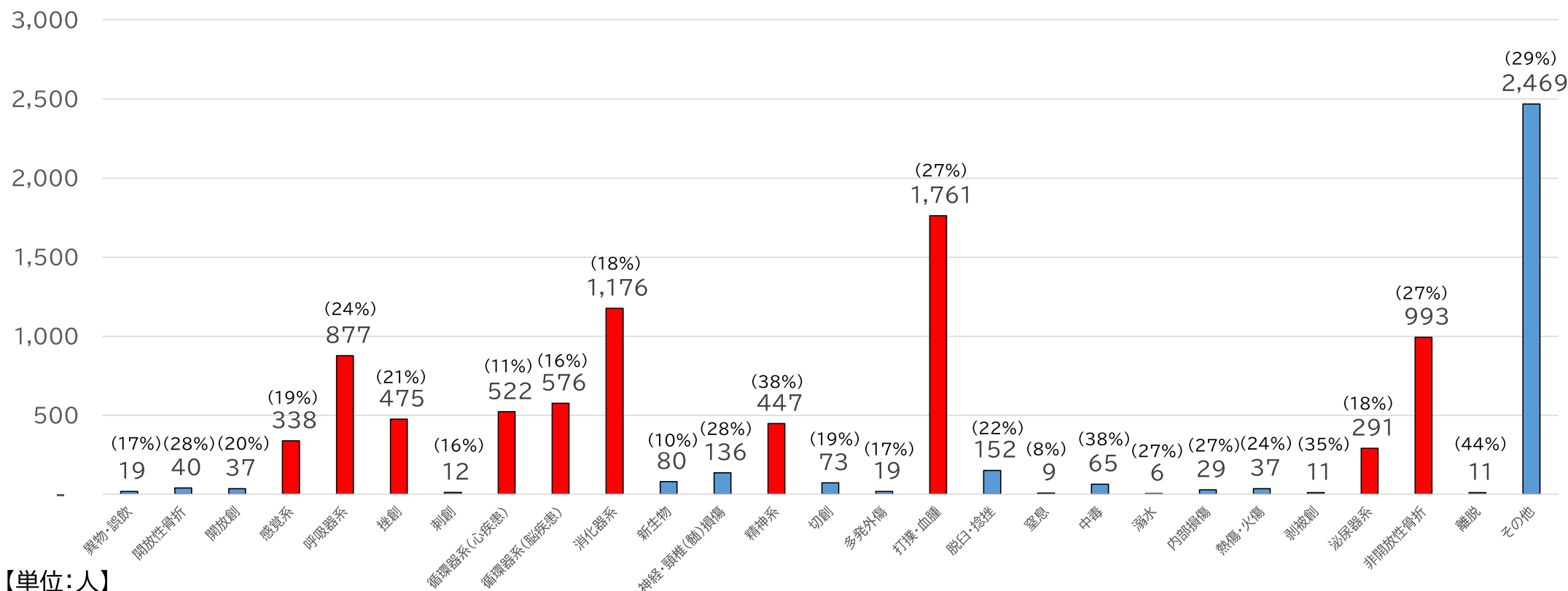
※不搬送及び転院搬送以外を対象とし、診断不明等を除く(N=47,537)

※救急搬送の多い疾患上位10位を赤で着色

(出典)救急搬送データから作成

疾患別の現場滞在30分以上の救急搬送人員数(2022年)

- 全体の約23%は、現場滞在30分以上の救急搬送患者である。
- 現場滞在30分以上の救急搬送困難となる症例が多い疾患は、打撲・血腫、消化器系、非開放性骨折、呼吸器系、循環器系(脳疾患)、循環器系(心疾患)などである。



【単位:人】

※不搬送及び転院搬送以外を対象とし、診断不明等を除く(N=10,661)

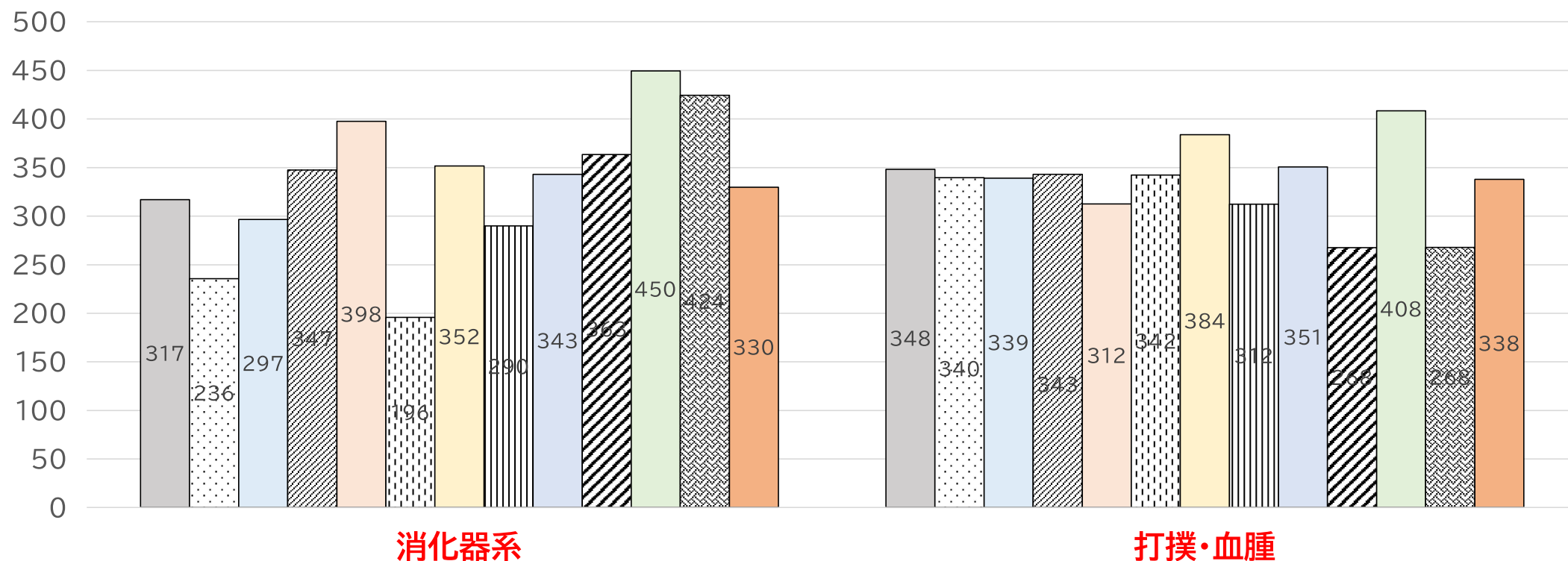
※救急搬送の多い疾患上位10位を赤で着色

※()内の%は、現場滞在30分以上の救急搬送患者数の割合

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の救急搬送人員数の比較(2022年、人口10万人当たり)

- 【消化器系】地域によって差があり、日光や芳賀などで多い一方、石橋や塩谷は少ない。
- 【打撲・血腫】地域によって、そこまで大きな差は見られない。



【単位:人】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 ▨鹿沼 □小山 □石橋 □足利 ▨栃木 □那須 ▨南那須 □日光 ▨芳賀 ■県全体

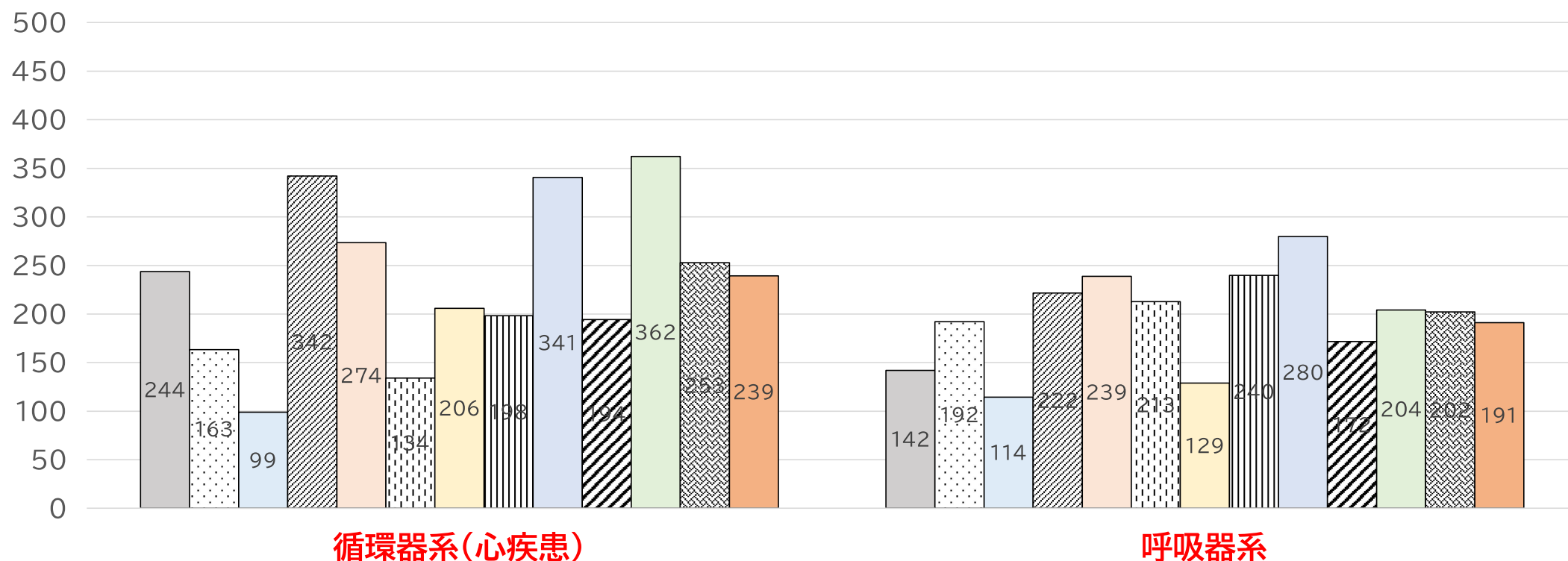
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の救急搬送人員数の比較(2022年、人口10万人当たり)

- 【循環器系(心疾患)】日光、鹿沼、那須などの地域で多い一方で、佐野や石橋などの地域は少ない。
- 【呼吸器系】那須、栃木、小山などの地域で多い一方で、佐野や足利などの地域は少ない。



【単位:人】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 ▨鹿沼 □小山 □石橋 □足利 ▨栃木 □那須 ▨南那須 □日光 ▨芳賀 ■県全体

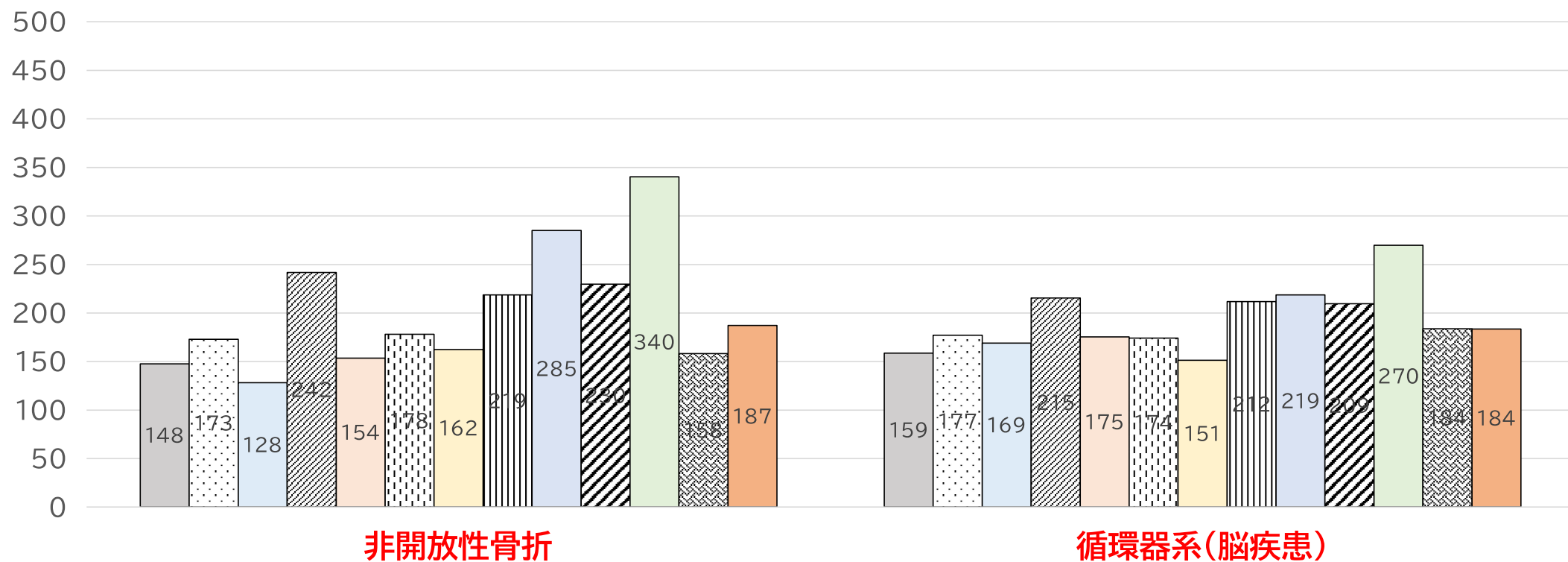
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の救急搬送人員数の比較(2022年、人口10万人当たり)

- 【非開放性骨折】日光、那須、鹿沼などの地域で多い。
- 【循環器系(脳疾患)】地域によって、そこまで大きな差は見られない。



【単位:人】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 ▨鹿沼 □小山 □石橋 □足利 ▨栃木 □那須 ▨南那須 □日光 ▨芳賀 ■県全体

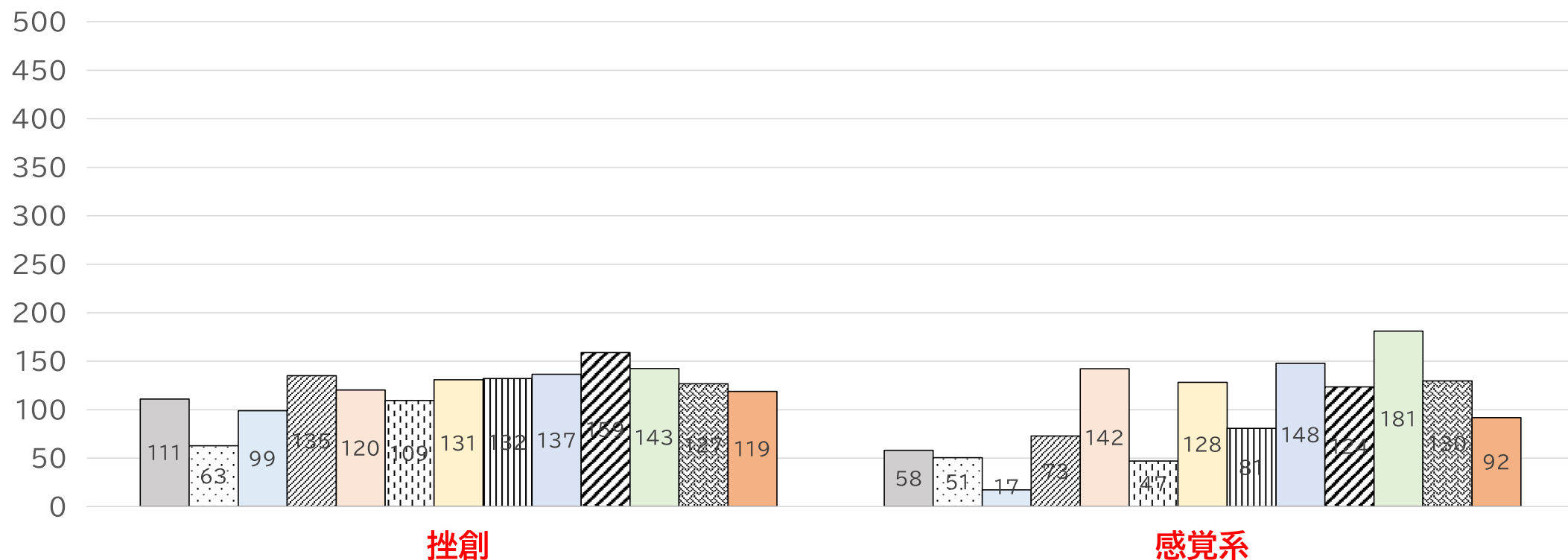
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の救急搬送人員数の比較(2022年、人口10万人当たり)

- 【挫創】地域によって、そこまで大きな差は見られない。
- 【感覚系】日光、那須、小山などの地域で多い一方で、佐野、石橋などの地域は少ない。



【単位:人】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 ▨鹿沼 □小山 □石橋 □足利 ▨栃木 □那須 ▨南那須 □日光 ▨芳賀 ■県全体

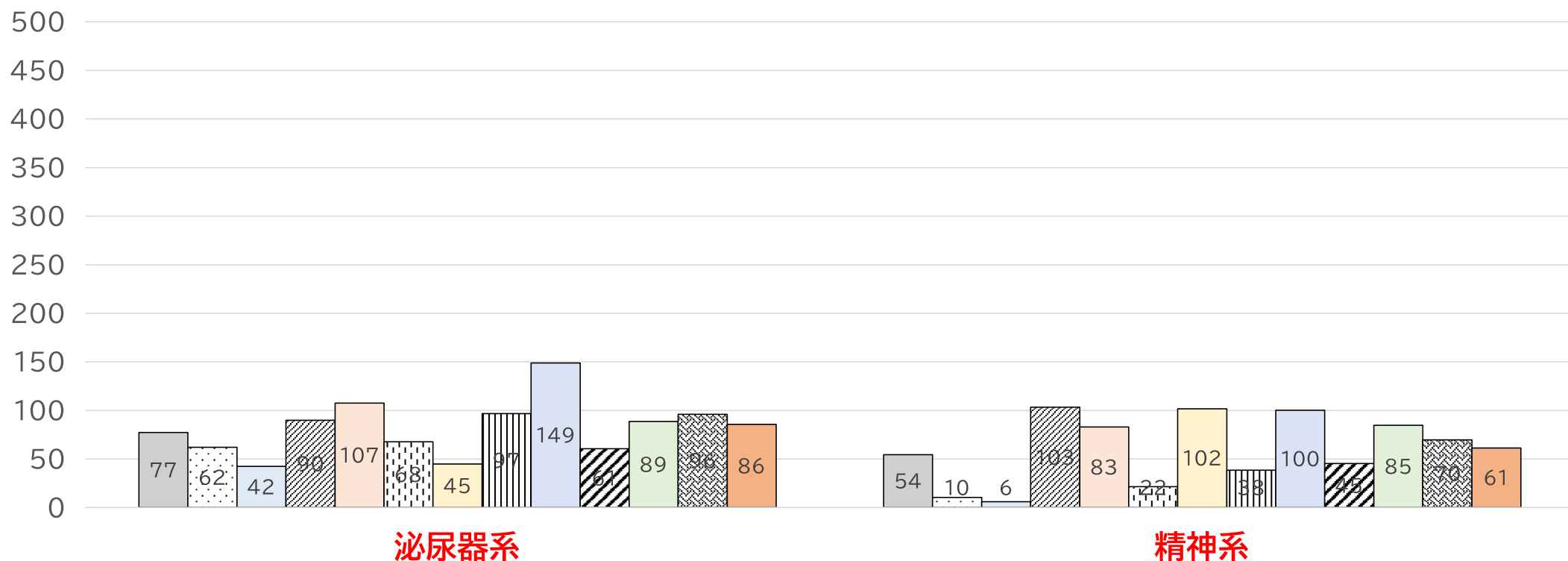
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の救急搬送人員数の比較(2022年、人口10万人当たり)

- 【泌尿器系】那須で多い一方で、佐野や足利などの地域では少ない。
- 【精神系】鹿沼、足利、那須などの地域で多い一方で、佐野、塩谷、石橋などの地域では少ない。



【単位:人】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 ▨鹿沼 □小山 □石橋 □足利 ▨栃木 □那須 ▨南那須 □日光 ▨芳賀 ■県全体

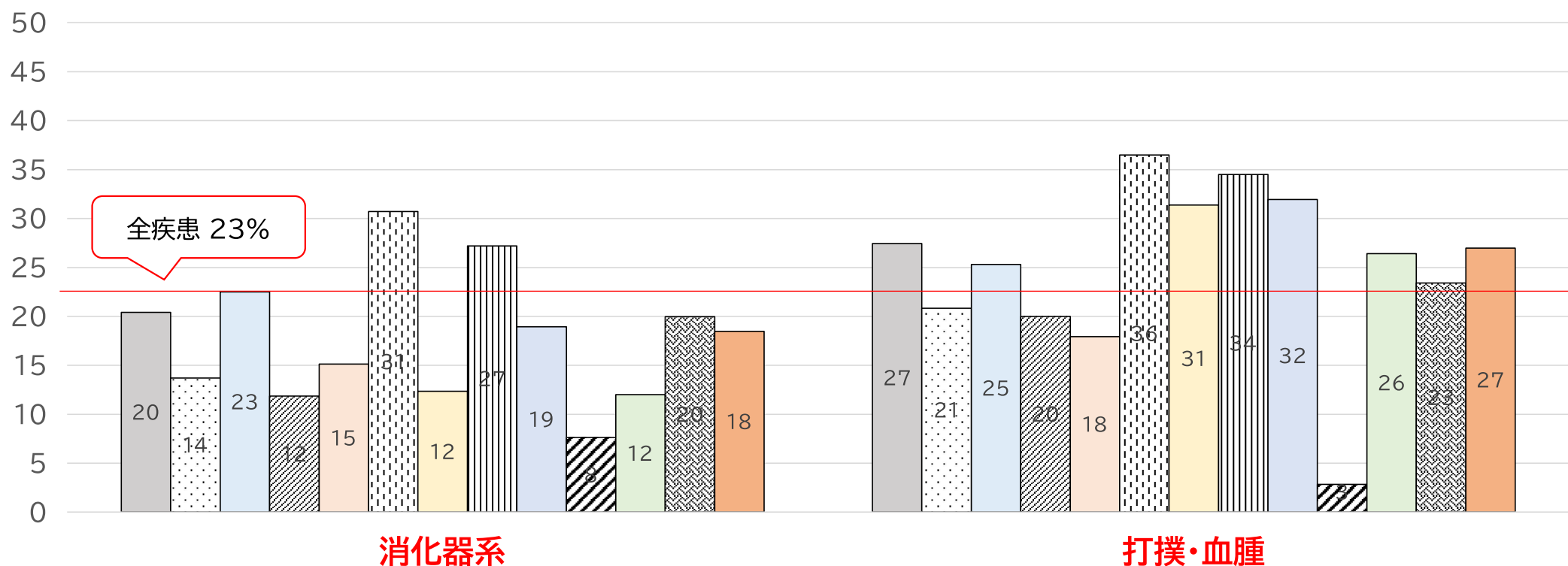
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の現場滞在30分以上の搬送人員割合(2022年)

- 【消化器系】石橋や栃木において高い一方で、南那須や日光などでは低い。
- 【打撲・血腫】石橋、栃木、那須、足利などの地域で高い。



【単位:%】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 □鹿沼 □小山 □石橋 □足利 □栃木 □那須 □南那須 □日光 □芳賀 □県全体

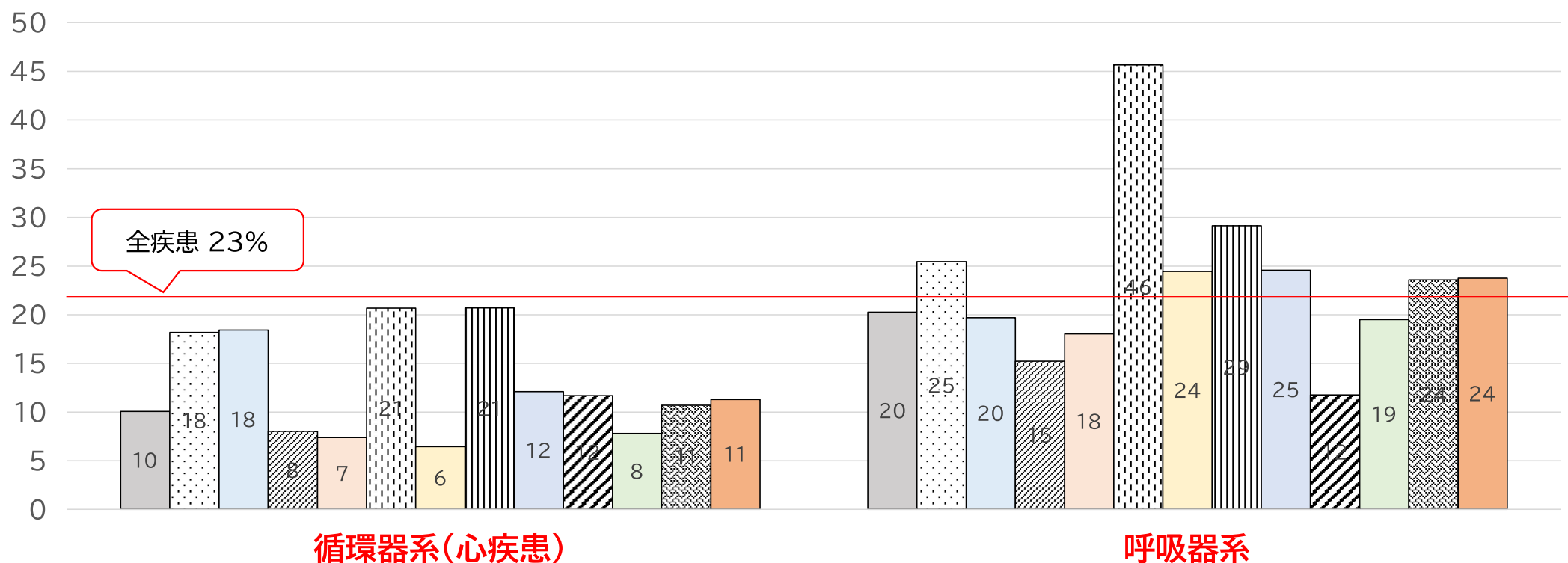
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の現場滞在30分以上の搬送人員割合(2022年)

- 【循環器系(心疾患)】石橋、栃木、塩谷、佐野において高い一方、足利、小山、日光などでは低い。
- 【呼吸器系】石橋、栃木、塩谷などの地域で高い一方、南那須、鹿沼などは低い。



【単位:%】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 □鹿沼 □小山 □石橋 □足利 □栃木 □那須 □南那須 □日光 □芳賀 □県全体

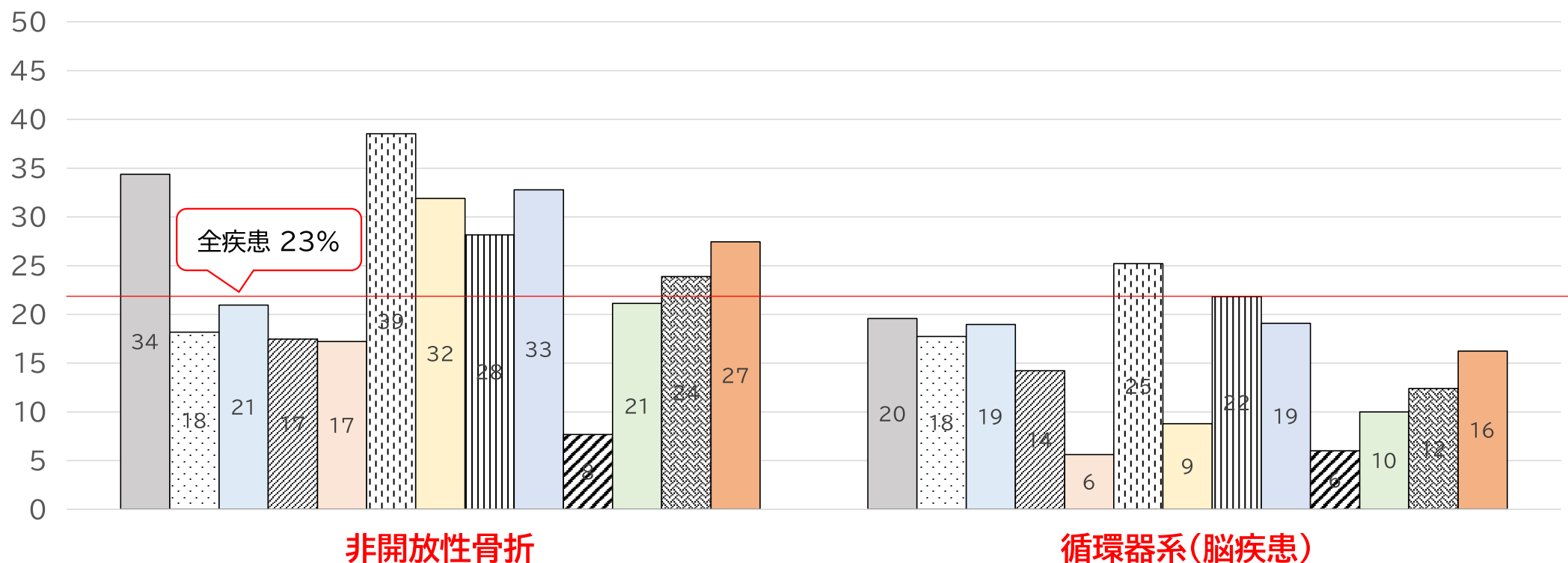
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の現場滞在30分以上の搬送人員割合(2022年)

- 【非開放性骨折】石橋、宇都宮、那須、足利などの地域で高く、南那須、小山、鹿沼などの地域で低い。
- 【循環器系(脳疾患)】石橋、栃木、宇都宮、那須、佐野などの地域で高く、小山、南那須、足利などの地域で低い。



【単位:%】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 □鹿沼 □小山 □石橋 □足利 □栃木 □那須 □南那須 □日光 □芳賀 □県全体

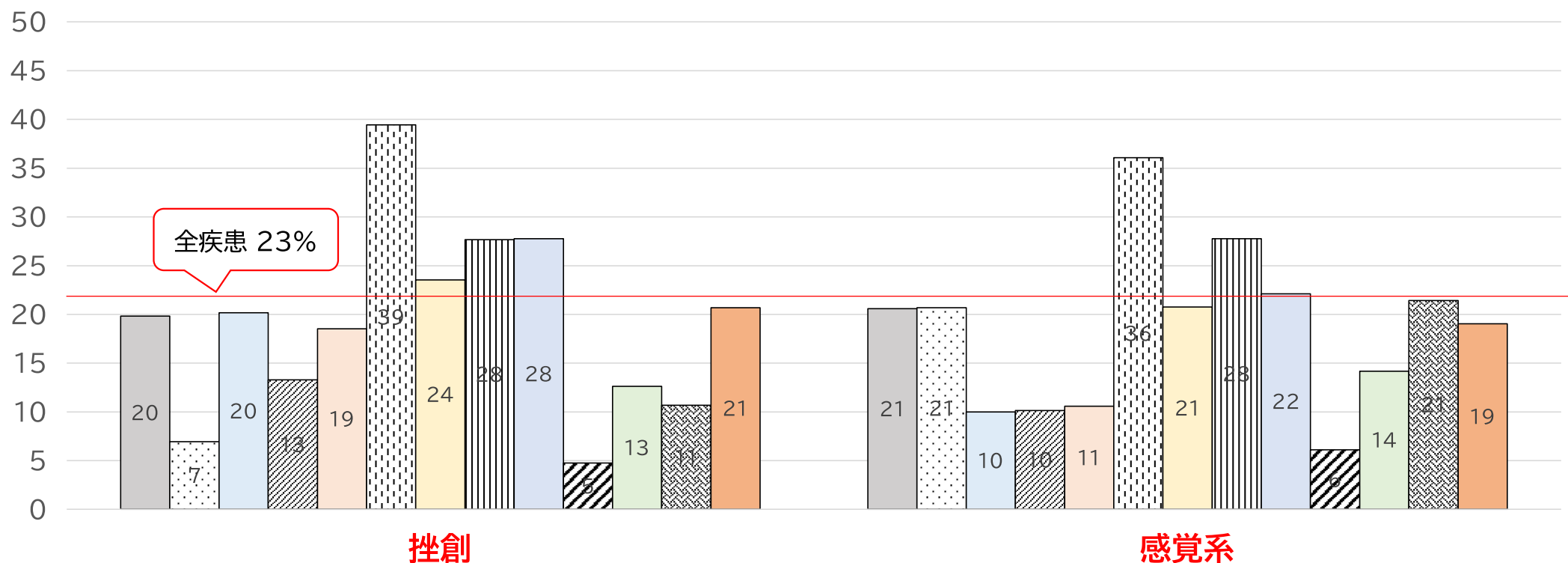
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の現場滞在30分以上の搬送人員割合(2022年)

- 【挫創】石橋、那須、栃木などの地域で高く、南那須、塩谷などの地域で低い。
- 【感覚系】石橋、栃木などの地域で高く、南那須、佐野、鹿沼、小山などの地域で低い。



【単位:%】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 ▨鹿沼 □小山 □石橋 □足利 ▨栃木 □那須 ▨南那須 □日光 ▨芳賀 ■県全体

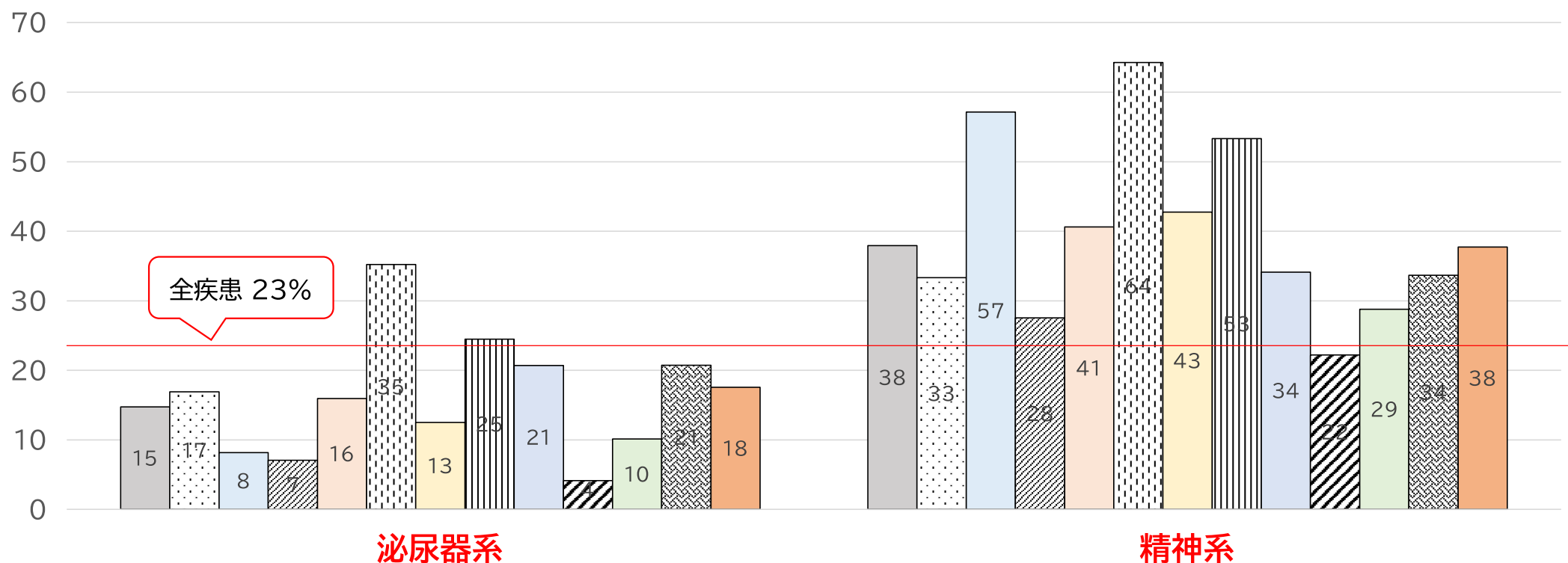
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各地域における疾患別の現場滞在30分以上の搬送人員割合(2022年)

- 【泌尿器系】石橋、栃木などの地域で高く、南那須、鹿沼、佐野などの地域で低い。
- 【精神系】石橋、佐野、栃木などの地域で高く、南那須、鹿沼などの地域で低い。



【単位:%】

□宇都宮 □塩谷 □佐野 □鹿沼 □小山 □石橋 □足利 □栃木 □那須 □南那須 □日光 □芳賀 □県全体

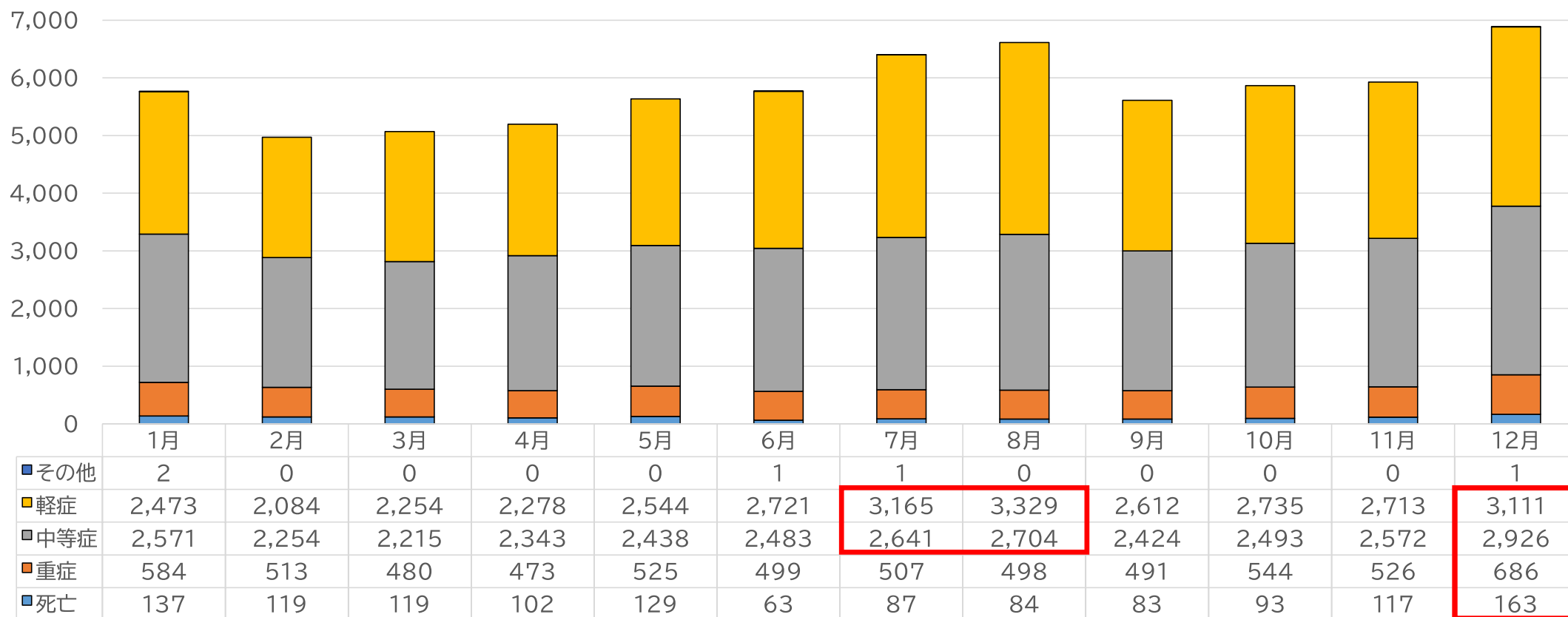
※不搬送及び転院搬送を除く

※救急搬送が多い疾患の上位10位について比較

(出典)救急搬送データから作成

各月の重症度別の救急搬送人員数(2022年)

- ▶ 時期別では7～8月、12月に救急搬送人員数が増加している。
- ▶ 7～8月は軽症や中等症の患者が増加し、12月は軽症・中等症に加え、重症や死亡の患者も増加している。

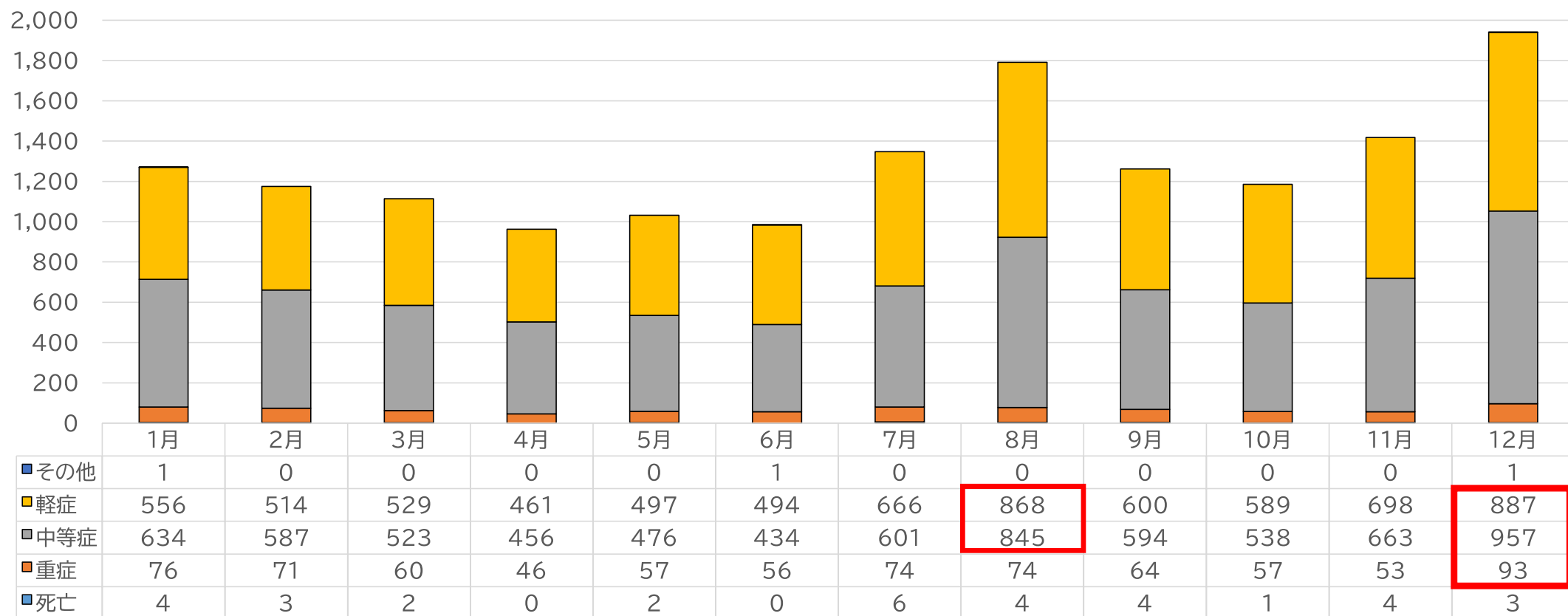


【単位:人】

(出典)救急搬送データから作成

各月の重症度別の救急搬送人員数(現場滞在30分以上)(2022年)

- 救急搬送人員数が増加する7～8月、12月については、現場滞在30分以上の搬送人員数も増加する。
- 8月は軽症や中等症患者の搬送困難が増加し、12月は軽症・中等症に加え、重症患者の搬送困難も増加。

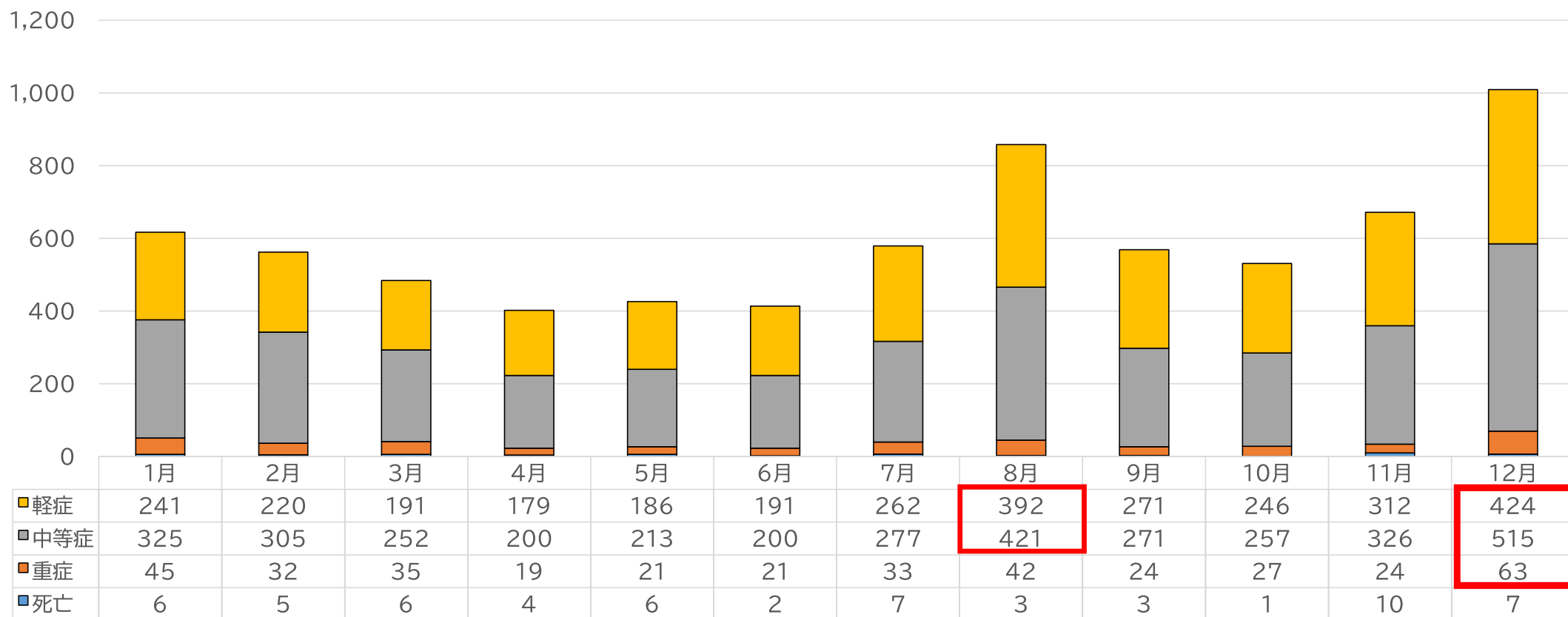


【単位:人】

(出典)救急搬送データから作成

各月の重症度別の救急搬送人員数(連絡回数4回以上)(2022年)

- 救急搬送人員数が増加する8月、12月については、連絡回数4回以上の搬送人員数が増加する。
- 8月は軽症や中等症患者の搬送困難が増加し、12月は軽症・中等症に加え、重症患者の搬送困難も増加。

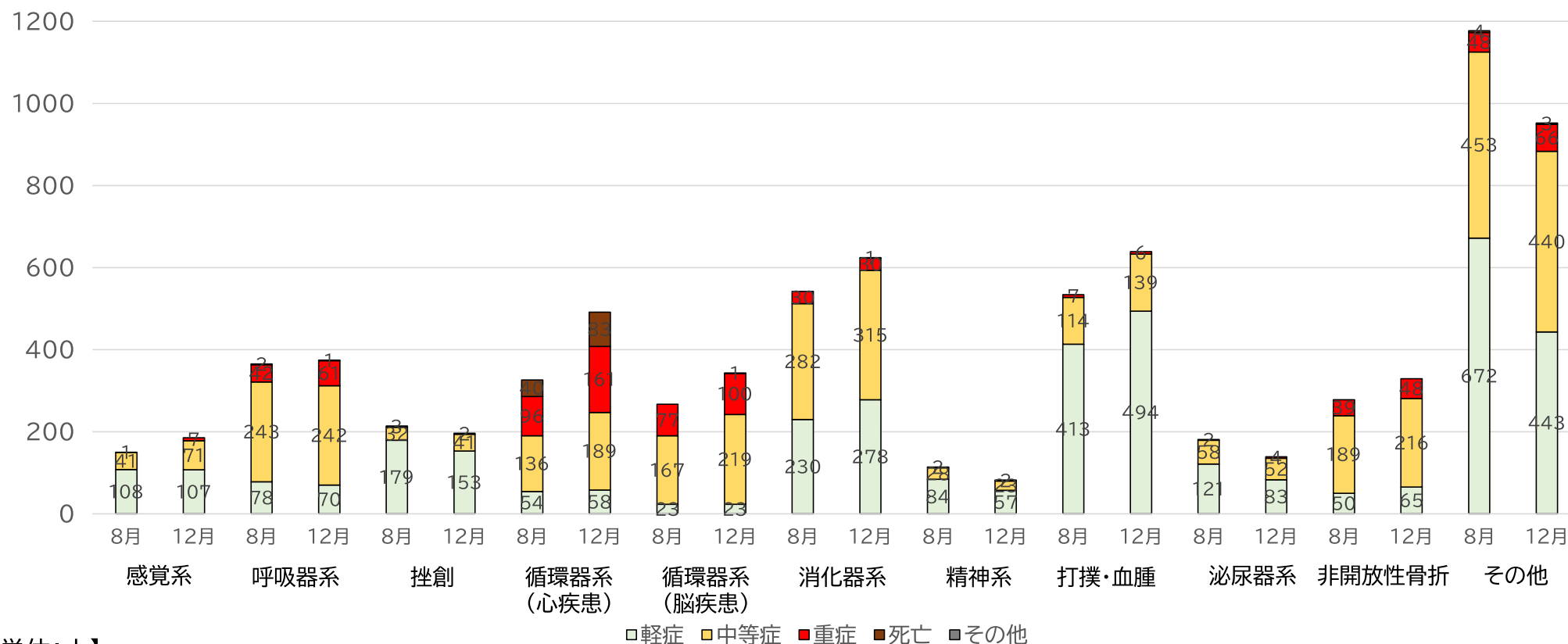


【単位:人】

(出典)救急搬送データから作成

8月及び12月における疾患別の救急搬送人員数(2022年)

- 8月・12月ともに、消化器系、打撲・血腫、循環器系(心疾患・脳疾患)、呼吸器系などの疾患が多い。
- 呼吸器系、循環器系は重症・中等症が多い一方、挫創や打撲・血腫などは軽症が多い。
- 8月と12月を比較すると、8月はその他(熱中症を含む)、12月は循環器系などの疾患が多くなる。



【単位:人】

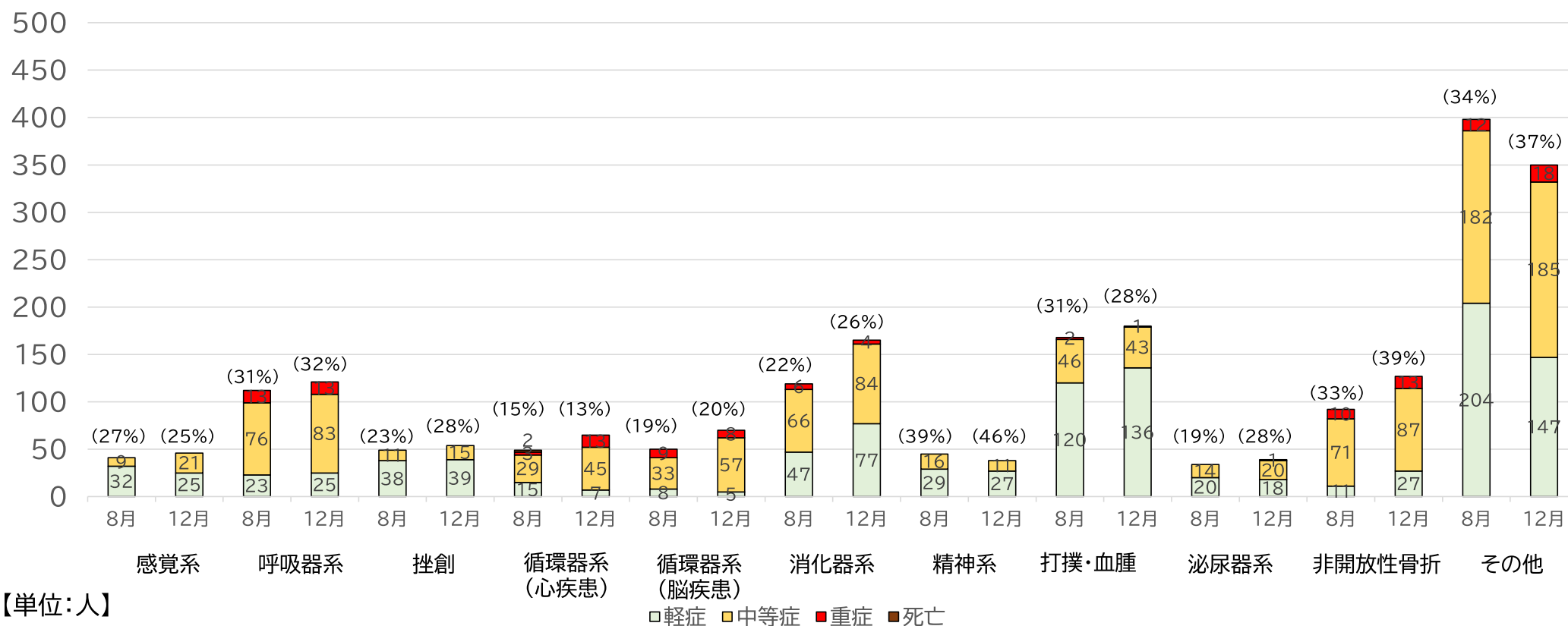
※救急搬送の多い疾患上位10位及びその他を比較

※不搬送及び転院搬送以外を対象とし、診断不明等を除く(N=2,971(8月)、N=3,402(12月))

(出典)救急搬送データから作成

8月及び12月における疾患別の現場滞在30分以上の救急搬送人員数(2022年)

- 呼吸器系、消化器系、打撲・血腫、非開放性骨折などで現場滞在30分以上の救急搬送人員数が多い。
- 呼吸器系、精神系、打撲・血腫、非開放性骨折などで、現場滞在30分以上となる割合が高い。



【単位:人】

※救急搬送の多い疾患上位10位及びその他を比較

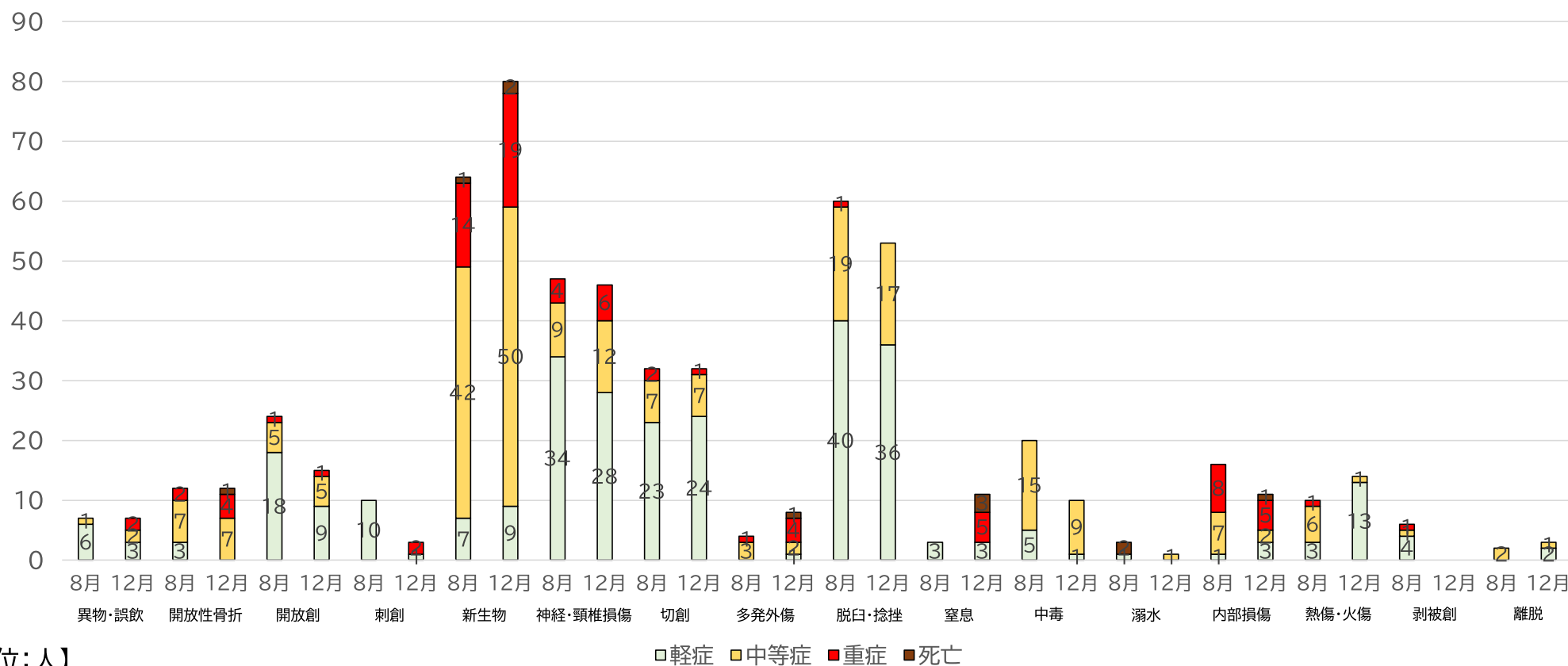
※不搬送及び転院搬送以外を対象とし、診断不明等を除く(N=759(8月)、N=905(12月))

※()内の%は、現場滞在30分以上の救急搬送患者数の割合

(出典)救急搬送データから作成

8月及び12月における疾患別の救急搬送人員数(2022年)

- 救急搬送が比較的少ない疾患の中でも、開放性骨折、新生物、多発外傷、窒息、中毒、内部損傷などは重症や中等症の割合も高い。



【単位:人】

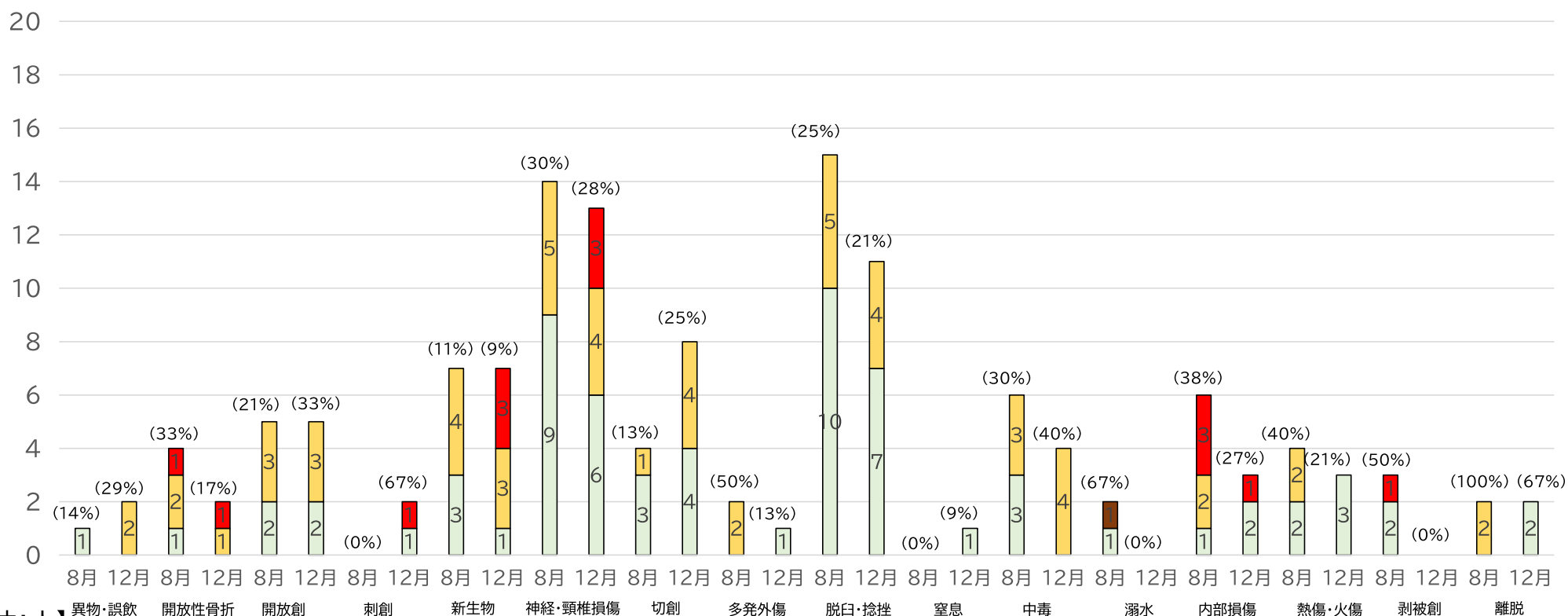
※救急搬送の多い疾患上位10位及びその他以外を比較

※不搬送及び転院搬送以外を対象とし、診断不明等を除く(N=320(8月)、N=306(12月))

(出典)救急搬送データから作成

8月及び12月における疾患別の現場滞在30分以上の救急搬送人員数(2022年)

- 中毒、溺水、内部損傷、熱傷・火傷、離脱などの疾患は、救急搬送人員数は少ないものの、現場滞在30分以上となる割合は高い。



【単位:人】

※救急搬送の多い疾患上位10位及びその他以外を比較

※不搬送及び転院搬送以外を対象とし、診断不明等を除く(N=759(8月)、N=905(12月))

※()内の%は、現場滞在30分以上の救急搬送患者数の割合

□軽症 □中等症 ■重症 ■死亡

(出典)救急搬送データから作成

3. 第1回検討委員会等における御意見等について

本県の救急医療提供体制における問題点と考えられること

①高齢化等に伴い救急搬送人員数が増加し、受止めきれていない

②役割分担に基づく救急医療が提供できていない

受入困難

受入困難

受入困難

受入困難

③転院や退院が円滑に進まず、ベッドが空かない

転退院

※医療コントロール体制や救急医療情報システムなどの主に救急搬送に関する問題点については、本検討委員会とは別の議論となるため記載を省略

第1回検討委員会における御意見について

分類	第1回検討委員会でいただいた御意見
1次・2次救急	・ <u>地域における1次・2次救急に対応できる医療施設を充実</u>させることが必要ではないか。 ・ <u>1次救急の診療完結性が低く、2次・3次救急に流入して、それぞれの高次の医療機関を圧迫</u>してしまっているのではないかと。大型医療機器の共同利用などの観点から、<u>1次と2次を一体化した施設を構築</u>する方が良いのではないかと。 ・ 休日夜間急患センターについて、マンパワーが不足しているのであれば、<u>集約化が大事ではないか</u>。 ・ 疾患や曜日を限定してでも、<u>できる範囲で少しずつでも各病院で救急搬送患者を受け入れていく</u>ことができるのではないかと。

※ は、主に1次・2次救急に関連する御意見

第1回検討委員会における御意見について

分類	第1回検討委員会でいただいた御意見
ICU(集中治療室)	県全体の人口10万当たり4.3床は全国平均5.6床と比較しても足りない。地域ごとにみても、宇都宮地域が2.8床、足利地域が0床であり、<u>ICUはなくてはならない医療資源であることから、ICUの確保は真剣に取り組むべき。</u>
	将来的な重症患者の増加数は中等症などの患者数と比較して少ないものの、現時点でも重症患者が県外へ流出するなど、重症対応できるベッドが少ないことから、<u>将来的に対応に苦慮するのは重症患者への対応ではないか。</u>
	時期にもよるが、<u>ICUのベッドコントロールが非常に難しくなる</u>ことがある。
	現場では、ICUも不足していたが、手術室やHCUの不足も感じていた。ICUは面積や人的配置などの施設基準の縛りが多いので、<u>病院の負担も考えるとHCUや手術室の確保の方が取り組みやすいのではないか。</u>
	ICUなどについて何とかやりくりをして患者を受け入れることはできても、特に外科治療が必要となるような疾患では<u>手術室の不足など、救急医療の体制のその後ろにある診療体制自体の問題もある。</u>
高度救命救急センター	高度救命救急センターについては、人口減少の社会において本当に必要なのかどうか、県民に正しい必要性和課題の情報を提供した上で、判断を仰ぐべきではないか。<u>限られた経済資源、人的医療資源ということ考えると、なかなか課題は大きい</u>のではないか。
	第8次保健医療計画の救急医療の体制構築に係る国の指針では、「テロ災害発生時における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築する」というような記載が追加されており、<u>時代とともに高度救命救急センターのその役割が変わってきている。</u>

第1回検討委員会における御意見について

分類	第1回検討委員会でいただいた御意見
医療機関の連携等	県内の3次救急医療機関で重症患者を受け止めるために、<u>輪番制の構築も検討</u>してはどうか。
	<u>地域における各病院で受け入れることができる疾患のネットワーク</u>を作り、地域の中で医療が提供できるよう考える必要があるのではないか。
	東京都では、重症熱傷、再接着、心臓疾患の重症例など、特に救急搬送困難が想定されるような疾患に関しては輪番制をとっており、栃木県においても<u>5つの救命センターが連携を取り、必ずこの時期は受け入れるというような形で体制整備を図ることがまずは現実的</u>ではないか。
	DXの活用も含め、県内の病院だけでなく、<u>隣県との連携も考える必要があるのではないか。</u>
	- コロナ対応において、限りある資源を有効活用するために、<u>輪番制でのベッドの確保やコーディネーターの配置</u>を行ったことは実績のあることなので、平時においてもやっても良いのではないか。また、<u>遠隔の診療サポート</u>についても短期的な対策としては必要性があるのではないか。 <u>輪番病院などでトリアージを行った上で、入院が必要な患者の受入可能病院を探すシステムを構築</u>できると良いのではないか。

第1回検討委員会における御意見について

分類	第1回検討委員会でいただいた御意見
出口の問題	今年の診療報酬改定で新設された「救急患者連携搬送料」について、<u>患者を受け入れる側の医療機関にもインセンティブがあると良い</u>のではないかと。
	高齢者に関しては、<u>入院期間中のADLの低下等により、自宅への退院や、他の医療機関への転院に苦慮するケースが散見</u>される。
	<u>救急患者の出口の1つとして「施設」も考慮に入れて対策を講じる必要がある</u>のではないかと。
その他	医師の働き方改革が始まり、鼻出血などの<u>マイナー救急疾患に対応することができなくなっている</u>。
	開業医も高齢化して閉院などしている中、最もニーズの高い高齢者がへき地に残されており、行き場を失っている。こうした<u>高齢者が日常の医療の不安により救急車を要請することにより、救急搬送平均時間の延伸の1つの原因となっている</u>のではないかと。
	望まない救急搬送を減らすためにも、<u>ACPの普及啓発</u>を行う必要があるのではないかと。
	救急医療は不採算だからやらないというような医療機関がもしあるのであれば、そういった医療機関にしっかりともう1度アナウンスをして、救急医療を継続して行っていく意思があるかを含め、改めて確認する必要があるのではないかと。
	コロナ対応においては、県立病院に感染症病棟や救急部門もなく、県がトップダウンで何かをやるということは正直できなかったと思われるので、<u>自治体立の病院が果たすべき役割を見直して</u>も良いのではないかと。

第1回ワーキンググループAにおける御意見について

第1回ワーキンググループAでいただいた御意見（1次・2次にも関連する主な御意見）

- 1次・2次救急で対応可能な重症度の患者を、1次・2次救急医療機関で受け入れることで、3次救急の質を担保することができる。
- 2次救急医療機関もマンパワーが不足する中、機能分化を促進するだけでは、救急医療体制の強化にはつながらないのではない
か。救命救急センターで医師を確保・育成し、2次救急医療機関に派遣するなどの取組を行うことも必要ではないか。
- 重症度の高い患者を救命救急センターで受け入れるためにも、下り転院のスキームを確立する必要があるのではないか。
- オーバートリアージで3次救急医療機関に搬送されてきた患者の円滑な2次救急医療機関へ下り転院には、今回の診療報酬改定
のような転院元の医療機関へのインセンティブだけでなく、転院先の医療機関へのインセンティブも必要でないか。
- そもそも2次救急医療機関におけるマンパワーが不足し、体制的に弱いという中で、転院先の医療機関へのインセンティブをつけ
るだけでは、救急搬送患者の受入れは進まないのではないか。

休日夜間急患センター運営市町等へのアンケート結果

	休日夜間急患センターにおける問題点や課題
宇都宮市	・ <u>施設の老朽化</u> 、 <u>患者数の減少</u> 等を踏まえ、効率的かつ安定的な運営方法を検討する必要がある。
鹿沼市	・ <u>参加医師の高齢化</u> に伴い、休日夜間急患診療所の <u>医師不足</u> が進んでおり、医師確保が課題となっている。
日光市	・医師会 <u>協力医師の高齢化</u> 、 <u>医師不足</u> により当番調整が難渋している。 ・ <u>小児科専門医の不足</u> 。 ・ <u>平日夜間、休日深夜に小児対応が可能な医療機関がない</u> 。
真岡市	・財政的に厳しい状況が続いているため、財源確保が課題である。 ・ <u>職員の確保</u> が課題である。
栃木市	・ <u>施設の老朽化</u> が進んでいる。 ・ <u>発熱患者を待機させるスペースがない</u> 。 ・委託先である <u>下都賀郡市医師会会員の高齢化</u> が進んでいるため、今後 <u>協力医師の減少</u> が見込まれる。また、 <u>小児科医が不足</u> している。
小山市	・夜間休日急患診療所の利用者が昨年度と比較して2.4倍となり、コロナ禍前の水準に戻りつつある。 ・年末年始など他医療機関が休診している場合、 <u>診療所に患者が集中</u> してしまう。
那須広域	・(記載なし)
塩谷広域	・ <u>医師の高齢化</u> により、夜間診療室協力医の確保が難しい。
佐野市	・佐野市医師会の会員が当番制で診療を務めており、 <u>会員の高齢化</u> により医師の調整が困難になってきている。
足利市	・コロナ禍を経て、患者数が減少しており、今後、増加が見られない場合は開設日時等の検討も必要と考える。 ・ <u>医師不足</u> により、当番医の確保が課題となっている。

(出典)県医療政策課調べ(令和6年度調査)

4. まとめ(御意見をいただきたいことを含む)

まとめ(御意見をいただきたいことを含む)

1次救急

- 対応している曜日や時間帯、診療科目について、地域によって差がある。
- 1次救急全体で受け入れた救急患者数は、年々減少している。
- 施設が老朽化しているほか、協力医師の高齢化により、各市町等では医師確保に苦慮している。
- 大型医療機器の共同利用などの観点から、1次と2次を一体化した施設を構築する方が良いのではないか、マンパワーが不足しているのであれば集約化が大事ではないか、などの意見もある。

2次救急

- 救急告示医療機関数、輪番病院数はともに減少傾向にある。
- 地域別では、宇都宮、栃木、芳賀、両毛においては、人口10万人当たりの輪番病院数が少ない。
- 救急搬送人員数は年々増加傾向にあり、1病院当たりの負担は増加している。
- 救急搬送患者を一旦受入れ、トリアージをした上で、入院可能な医療機関を探すシステムを構築できると良いのではないか、疾患や曜日を限定してでも各病院で救急搬送患者を受け入れていくことができると良いのではないか、などの意見もある。
- 1次・2次救急で対応可能な重症度の患者を、1次・2次救急を担う医療機関で受け入れることで、3次救急の質を担保することができる、という意見もある。

まとめ(御意見をいただきたいことを含む)

出口の問題

- 救急搬送困難事案の原因の1つに「ベッド満床」が挙げられる。
- 下り転院の円滑化のため、転院先の医療機関へのインセンティブも必要、という意見もある。
- 高齢者に関して、入院期間中のADLの低下等により、自宅への退院や、他の医療機関への転院に苦慮するケースが散見される、という意見もある。
- 救急患者の出口の1つとして「施設」も考慮に入れて対策を講じる必要があるのではないか、という意見もある。



- 今後増加が見込まれる高齢者等の救急搬送患者に対応するためには、1次、2次救急を担う医療機関において、それぞれが対応すべき重症度の患者を適切に対応していくことにより、高次の医療機関への負荷をかけないことが重要と考えられるが、マンパワーが不足し、体制の維持が困難となる中、今後の1次・2次救急医療の提供体制はどうあるべきか。