

指標等（救急医療）事前意見

【数値目標】

意見項目	事前意見		対応案		
	番号	意見内容		意見提出者	
1 目指す姿	1	【心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形がV F 又は無脈性V T の1か月後社会復帰率】 根拠となるデータは、増加率（0.32%/年）と推察しますが、2029年の目標値22.8%以上や増加率は他県に比べ妥当な値なのか？	岩下構成員	目標数値の考え方を詳細な記載となるよう修正。（資料2-15ページ） 現状（20.9%）が現行計画の目標（27.8%以上）を下回っている状況のため、現行計画と同様の目標数値の考え方を採用し、過去10か年の増加率を踏まえて目標を設定すると案の数値（22.8%以上）となるため、これを目標とした。 なお、現状（2021年）の全国平均は23.6%となっている。	
	2	【心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形がV F 又は無脈性V T の1か月後社会復帰率】 2029年の目標値が「22.8%以上」であり、前回の計画の目標数値「27.8%以上」を大きく下回る値になっているが、これで良いかどうか。	和田構成員		
	3	1から5、全体を通じてS, P, Oの区分を再検討した方が良いと思うものがあります。	今村構成員		国の指標例の区分に従って区分を修正。
2 応急手当や救急車の要請に関する知識に基づいた適切な行動の促進	4	【一般市民が目撃した心原性心肺停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数】 S: 「一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数」で目撃の有無・心原性に限定する意味があるのか?: 「一般市民が心肺蘇生を実施した件数」でよいのでは？	岩下構成員	本指標は国の指標例を参照しており、他の都道府県との比較等を行うため、現行のままとする。	
	5	【住民の救急蘇生法の受講者数】 P: 様々な講習会が展開されているが、どのデータ（講習会）を抽出するのか？ また、目標値が非常に大きいとその根拠は何か？	岩下構成員		本指標は消防庁の救急・救助の現況を出典としているが、同調査においては「普通救命講習」及び「上級救命講習」の受講者を算定している。 コロナ禍前となる2019年以前はおおむね年間24,000人程度で推移していたため、この2015年から2019年の平均値を目標とした。
	6	【住民の救急蘇生法の受講者数】 「住民の救急蘇生法…」で現状の「8,969人（2021）」に対し、目標が「24,387人（2029）」とかなり多いが、これで適切なのだろうか。	和田構成員		

意見項目	事前意見		対応案
	番号	意見内容	
3 救急患者が、搬送前や搬送中にも必要な処置が受けられ、速やかに適切な医療機関に搬送される体制整備	7	【救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間】 S:現状と目標値が同数（現状維持）であるが、その理由は何か説明が必要ではないか？	岩下構成員
	8	【心肺蘇生を望まない心肺蘇生停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合】 P:消防本部単位ではなく、MC単位ではないか？	岩下構成員
4 救急患者が、緊急度・重症度に応じた適切な医療を受けられる体制整備	9	【救命救急センターの充実度評価A以上の割合】 S:救命救急センターの充実度評価A：現状でAが維持できない救命救急センターがあるのか？何が課題なのか分かりづらい	岩下構成員
	10	【休日・夜間に対応できる医療施設数】 P:休日・夜間に対応できる医療施設数：対象は初期救急医療機関ですか？市民が困るのは対応不可の時間帯と診療科です。もう少し具体的な数値とした方がよい	岩下構成員
	11	【二次救急医療機関（病院群輪番制病院）の数】 P:二次救急医療機関（病院群輪番制病院）の数：消防（市民）が求めることは、標榜している医療機関の数ではなく、応需する医療機関である。応需に関する目標値がよいのでは。	岩下構成員

救命救急センター充実度評価においてB評価以下となるのは、是正を要する項目が2つ以上ある場合であり、例えばセンターの専従医師のうち救急科専門医数が2人以下の場合や救命救急センター長の要件が基準を満たさない場合のB評価となる。
今後も救命救急センターとして必要とされる診療体制を維持していくことが必要であり、A評価以上の維持を課題として指標を設定したが、「S評価の割合」を指標とするかについてご意見を伺いたい。
(参考)
令和4年度充実度評価結果（全国300か所の救命救急センターが対象）
S評価：86か所、A評価：206か所、B評価：8か所、C評価：0か所

意見項目	事前意見		対応案
	番号	意見内容	
5 急性期を脱した患者が、適切な場所で継続して医療を受けられる体制整備	12	<p>【緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数】</p> <p>S: 緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数とは、どのようなデータですか？この数値が上がることは、「急性期を脱した患者が、適切な場所で継続して医療を受けられる体制整備」に繋がるのでしょうか？</p>	<p>岩下構成員</p> <p>本指標は国の指標例を基にしており、A 205救急医療管理加算かつ A 246退院支援加算の算定件数によるもの。入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するものである。</p> <p>この数値が上がることにより、入院が必要な救急患者の住み慣れた地域の施設への退院等が促進されているものと考えられる。</p>
	13	<p>【転棟・転院調整を行う者を常時配置している救命救急センター数】</p> <p>P: 「転棟・転院調整を行う者を常時配置している」とはどのようなことでしょうか？同様に「急性期を脱した患者が、適切な場所で継続して医療を受けられる体制整備」に繋がるのでしょうか？</p>	<p>岩下構成員</p> <p>具体的な職種等は医療機関ごとにそれぞれ異なるものと思われるが、院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者のこと。本数字が向上することにより、適切な医療機関等への転院・転棟を行う体制が整うものと思われる。</p>
	14	<p>【三次救急医療機関から人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者を受け入れる体制を整えた医療機関数の割合】</p> <p>P: 分母と分子を説明した方がよい。この数値は臨床現場では想像できない数値である。</p>	<p>岩下構成員</p> <p>分母は県内の病院数。（R 4.10.1現在125病院）</p> <p>分子は機能別医療機関一覧の1 救急医療に関する機能別医療機関（急性期を脱した後の医療）において、「<input type="checkbox"/>人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備している病院」の数。（R 4.10.1現在73病院）</p>

【その他】

意見項目	事前意見		対応案	
	番号	意見内容		意見提出者
その他	15	<p>【第1 現状と課題 (2) 搬送手段の多様化とその選択】</p> <p>・【表9】ドクターカー（救命救急センター）及びドクターヘリ保有台数と出動件数のドクターカーのデータは正しいか？ドクターカーの定義は何か？</p>	岩下構成員	データの出典は「救急医療提供体制現況調べ」で、同調査ではドクターカーの定義を「患者監視装置等の医療機械を搭載し、医師、看護師等が同乗し、搬送途上へ出動する救急車」としている。
	16	<p>【第1 現状と課題 (3) 迅速かつ適切な救急医療を提供するための体制の構築】</p> <p>近年、救急隊が心肺停止傷病者の心肺蘇生を望まないと伝えられる事案への対応が多く消防本部で課題として認識されており、県内でも9消防本部（13消防本部中、令和3年8月時点）が対応方針を策定しています。</p> <p>全ての消防本部で策定しているのか？本来消防本部ではなくMCで検討すべきではないか？</p>	岩下構成員	<p>国の指標例を参照し、「心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合」を国の指標例を参照し数値目標としており、現状と課題においてもその数値を記載している。</p> <p>なお、国の調査によると、対応方針の策定検討はメディカルコントロール協議会や消防本部内で行われており、本県では主にメディカルコントロール協議会で検討されていると承知している。</p>
	17	<p>【第2 目指すべき方向と医療連携体制 3 二次医療圏相互の連携体制】</p> <p>「――することとします」は「――します」の方が良い様に思います。</p>	和田構成員	御意見を踏まえ、本文を修正。（資料2-13ページ）
	18	<p>【第2 目指すべき方向と医療連携体制 3 二次医療圏相互の連携体制】</p> <p>「○ また、高度・専門的な医療が求められる救急患者については、いずれの医療圏においても二次医療圏内での対応に加え、必要に応じて他の医療圏と連携することとします。」</p> <p>「高度・専門的な医療が求められる救急患者」はそもそも救命救急センターで対応すべき病態である。北信医療圏・大北医療圏から搬送される課題となっている病態は、所謂 二次救急疾患が医師不足等により平時においても対応できないことです。表現の変更が必要とします。</p>	岩下構成員	御意見を踏まえ、本文を修正。（資料2-13ページ）
	19	<p>【第3 施策の展開 2 救急患者が、搬送前や搬送中にも必要な処置が受けられ、速やかに適切な医療機関に搬送される体制整備】</p> <p>「○救急…県内統一化や」の「や」はいらなと思います。</p>	和田構成員	御意見を踏まえ、本文を修正。（資料2-13ページ）
	20	<p>【第3 施策の展開 3 救急患者が、緊急度・重症度に応じた適切な医療を受けられる体制整備】</p> <p>第4項目のICTに関しても、マンパワーを初めとする医療資源はおそらくもうそれ程増やせず、DXに期待するところ大であるという観点から、重点項目としてもう少し強調した方が良いでしょうと思います。</p>	今村構成員	御意見を踏まえ、本文を修正。（資料2-14ページ）
	21	<p>【第3 施策の展開 4 急性期を脱した患者が、適切な場所で継続して医療を受けられる体制整備】</p> <p>今の救急医療機関における様々な課題の元にある問題なので、内容自体は正しいのですが、もう少し強調した文面だとよいと思います。</p>	今村構成員	御意見を踏まえ、本文を修正。（資料2-14ページ）

救急医療

第 1 現状と課題

1 救急搬送

(1) 年齢区分別の救急搬送の状況

- 救急搬送数は、県全体で平成29年（2017年）は91,656人でしたが、令和4年（2022年）には98,918人（7,262人、7.9%増）と増加しています。
- 一方で、救急搬送された高齢者（満65歳以上）について、平成29年（2017年）には60,058人であったものが、令和4年（2022年）には67,859人となり、7,801人増（13.0%増）となっています。
- 今後も、高齢化の進展とともに救急搬送数及び救急搬送に占める高齢者の割合は増加するものと考えられます。

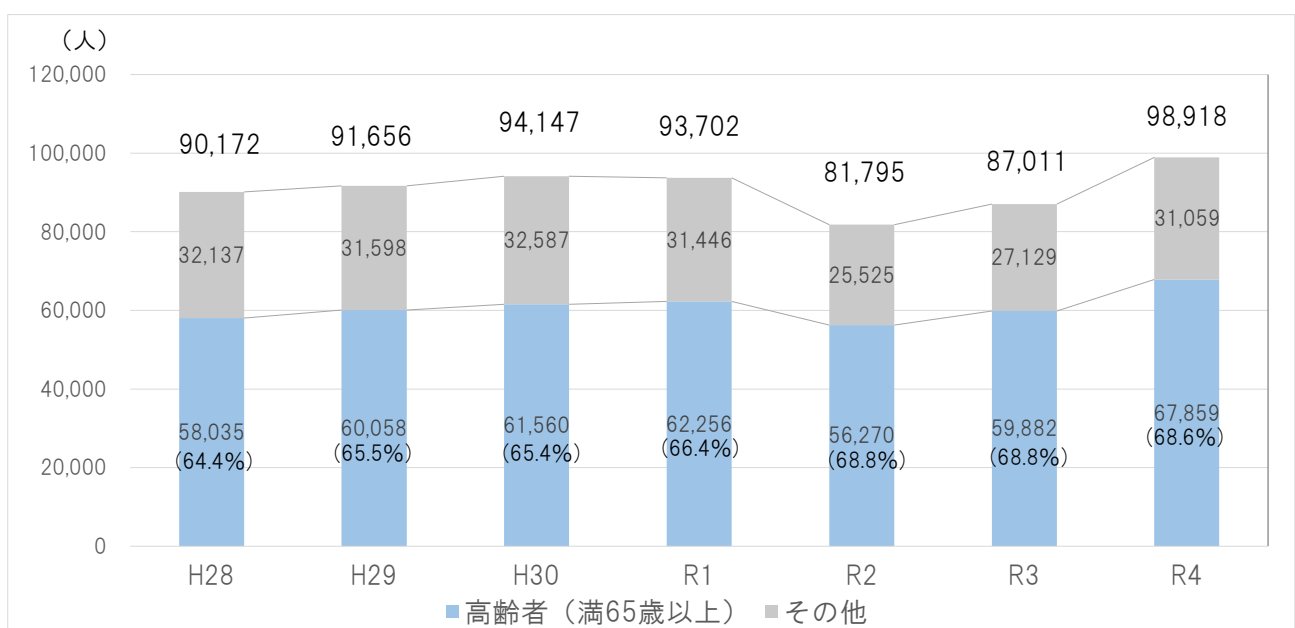
【表 1】 年齢区分別救急搬送人数

（単位：人）

区分	長野県			全 国		
	平成29年	令和4年	増減	平成29年	令和4年	増減
新生児（生後28日未満）	198	136	△62	13,417	12,444	△973
乳幼児（生後28日以上満7歳未満）	3,132	3,209	77	265,257	274,026	8,769
少 年（満7歳以上18歳未満）	3,111	2,989	△122	202,386	205,161	2,775
成 人（満18歳以上満65歳未満）	25,157	24,725	△432	1,883,865	1,862,404	△21,461
高齢者（満65歳以上）	60,058	67,859	7,801	3,371,161	3,862,874	491,713
計	91,656	98,918	7,262	5,736,086	6,216,909	480,823

（消防庁「救急・救助の現況」）

【図 1】 長野県救急搬送人数及び高齢者搬送人数の推移



※R4の数字は速報値

（消防庁「救急・救助の現況」）

(2) 傷病程度別の搬送の状況

- 令和4年(2022年)の救急車で搬送される傷病者のうち、最も多いのは中等症で48.0%(全国43.5%)、続いて軽症者が40.7%(全国47.2%)を占めます。軽症者の割合は増加傾向にあり、中には不要不急であるにも関わらず救急車を要請する案件が見受けられます。
- 軽症患者に対しては、初期救急医療機関の受診を促すとともに、救急車の適正利用を積極的に推進していく必要があります。

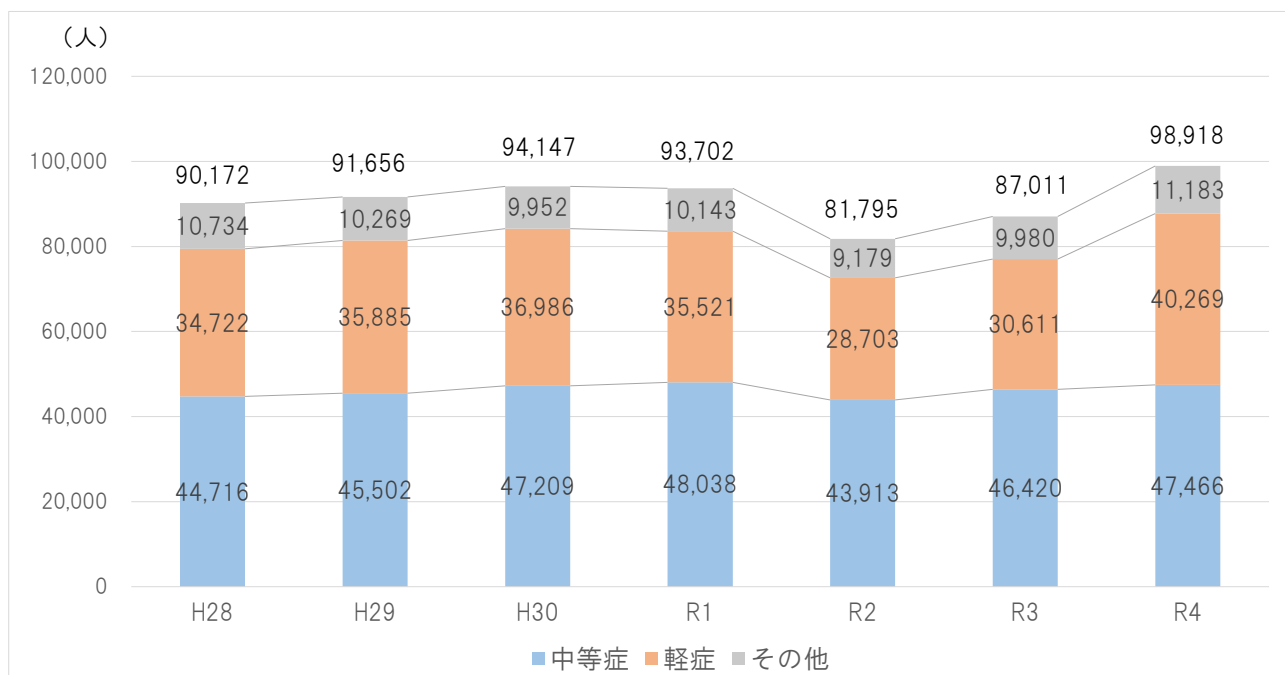
【表2】傷病程度別搬送人数

(単位：人、%)

区分	平成29年				令和4年			
	長野県		全国		長野県		全国	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
死亡	1,457	1.6	77,684	1.4	1,670	1.7	90,774	1.5
重症	8,780	9.6	482,685	8.4	9,478	9.6	478,775	7.7
中等症	45,502	49.6	2,387,407	41.6	47,466	48.0	2,704,042	43.5
軽症	35,885	39.2	2,785,158	48.5	40,269	40.7	2,938,525	47.2
その他	32	0.0	3,152	0.1	35	0.0	4,793	0.1
計	91,656	100.0	5,736,086	100.0	98,918	100.0	6,216,909	100.0

(消防庁「救急・救助の現況」)

【図2】長野県救急搬送人数及び中等症・搬送人数の推移



※R4の数字は速報値

(消防庁「救急・救助の現況」)

(3) 受入れの照会回数及び現場滞在時間の状況

- 救急車で搬送される重症以上の傷病者のうち、受入れに時間がかかり、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合とされる「照会回数4回以上」又は「現場滞在時間30分以上」の割合はそれぞれ0.7%(全国3.0%)、2.8%(全国6.1%)といずれも全国平均を下回っており、救急搬送が円滑に行われています。
- 引き続き消防機関と医療機関が密接に連携していくことが重要です。

【表3】医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数

(単位：人、%)

区分		長野県			全国		
		平成28年	令和3年	増減	平成28年	令和3年	増減
重症以上傷病者 (転院搬送を除く)	件数	8,776	8,401	△375	440,106	450,378	10,272
	4回以上	65	55	△10	10,039	19,174	9,135
	構成比	0.7	0.7	—	2.3	4.3	—

(消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」)

【表4】現場滞在時間区分ごとの件数

(単位：人、%)

区分		長野県			全国		
		平成28年	令和3年	増減	平成28年	令和3年	増減
重症以上傷病者 (転院搬送を除く)	件数	8,776	8,401	△375	440,106	450,378	10,272
	30分以上	259	261	2	22,104	34,709	12,605
	構成比	3.0	3.1	—	5.0	7.7	—

(消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」)

2 救急医療提供体制

(1) 病院前救護活動

ア 応急手当の普及

- 消防機関が主体となって実施する救命講習の受講者は、平成28年(2016年)には24,322人(全国1,398,331人)であったものが、令和3年(2021年)には8,969人(全国470,152人)と新型コロナウイルスによる影響もあり減少しています。
- 引き続き県民への普及啓発に取り組むことが重要です。

【表5】救命講習の受講者^(注)

(単位：人)

区分	長野県		全国	
	平成28年	令和3年	平成28年	令和3年
受講者数	24,322	8,969	1,398,331	470,152
人口1万人当たり受講者数	116	44	110	37

(消防庁「救急・救助の現況」)

救命講習

急な病気や事故等で心臓や呼吸が止まった傷病者の手当ては1分1秒を争います。

こうしたとき、まずは119番通報が求められます。しかし、本県では救急車が到着するまでに平均で9.7分かかります。救急車が到着するまでの間、現場に居合わせた人(バイスタンダー)による応急手当が、救命率の向上の鍵を握ります。

消防本部(局)や日本赤十字社では、心肺蘇生法やAEDの使い方、けがの手当てなど、応急手当を習得できるよう救命講習会を開催しています。

いざというときに、大切な人や家族の命を守るため、救命講習会に参加し、必要な知識と技術を身に付けましょう。

イ 救急救命士の配備

- 救急隊に救急救命士が配置されている割合は、平成28年（2016年）には99.2%（全国98.9%）であったものが、令和3年（2021年）には100.0%（全国99.5%）と増加しています。
- 救急救命士が救急車に常時同乗する割合は、平成28年（2016年）には89.1%（全国91.2%）であったものが、令和3年（2021年）には91.6%（全国93.2%）と増加しています。
- 気管挿管技能認定救急救命士及び薬剤投与技能認定救急救命士の割合は、それぞれ平成28年（2016年）には71.5%（全国50.3%）、85.7%（全国87.0%）であったものが、令和3年（2021年）には77.9%（全国50.3%）、93.0%（全国90.8%）と増加しています。
- 平成28年（2016年）に、救急業務全般の質の向上等を目的に指導救命士制度の運用を開始し、平成28年（2016年）には3人であったものが、令和3年（2021年）には58人と増加しています。
- 引き続きメディカルコントロール体制の充実強化に努めることが重要です。

【表6】救急救命士の運用状況

区分	長野県			全国		
	平成28年	令和3年	増減	平成28年	令和3年	増減
救急救命士が配備されている救急隊の割合	99.2%	100.0%	0.8ポイント	98.9%	99.5%	0.6ポイント
救急救命士が常時同乗している救急車の割合(注)	89.1%	91.6%	2.5ポイント	91.2%	93.2%	2.0ポイント

注) 救急隊のうち救命士常時運用隊の比率

(消防庁「救急・救助の現況」)

【表7】救急救命士技能認定の状況

区分	長野県			全国		
	平成28年	令和3年	増減	平成28年	令和3年	増減
気管挿管技能認定救急救命士の割合	71.5%	77.9%	6.4ポイント	50.3%	50.3%	0.0ポイント
薬剤投与技能認定救急救命士の割合	85.7%	93.0%	7.3ポイント	87.0%	90.8%	3.8ポイント

(消防庁「救急・救助の現況」)

【表8】指導救命士技能認定の状況

(単位：人)

区分	H28	R4	増減
指導救命士技能認定者数	3	58	55

(医療政策課調べ)

(2) 搬送手段の多様化とその選択

- 救急搬送の手段は、従来の救急車に加え、ドクターカー、救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）が活用されています。
- 救急車、ドクターカー、ドクターヘリといった搬送手段の多様化に合わせ、消防機関と医療機関が密接に連携していくことが重要です。

【表9】ドクターカー（救命救急センター）及びドクターヘリ保有台数と出動件数

区分	平成28年度		令和3年度	
	台数	件数	台数	件数
ドクターカー（救急現場への出動）	8	143	17	851
ドクターヘリ	2	868	2	694
計	10	1,011	19	1,545

(医療政策課調べ、厚生労働省「救命救急センター充実段階評価」「救急医療提供体制の現況調べ」)

ドクターヘリ・ドクターカーの活用

○ ドクターヘリ

救急患者に対応できる医療機器を装備し、医師、看護師が搭乗して救急現場へ急行するヘリコプターを「ドクターヘリ」と呼びます。

全国では、令和4年（2022年）4月18日現在で、46都道府県で56機が配備されています。

本県では、平成23年（2011年）10月に2機体制となっており、毎年度750件前後の出動があり、救急活動をする上で重要な存在となっています。

また、国の防災基本計画に災害時の運用が規定され、熊本地震の際には、他県のドクターヘリが傷病者の搬送等を行うため、被災地に出動するなど災害時における必要性も高まっています。

○ ドクターカー

緊急度・重症度の高い患者を病院外で診療するため、診療に必要な医療機器・医薬品等を搭載し、医師が搭乗した緊急自動車を「ドクターカー」と呼びます。傷病発生現場への出動、施設間搬送、在宅支援などに用いられます。

医師が搭乗していることから、早期の治療開始や救急隊では不可能な高度な医療の提供が可能であり、本県でも多くのドクターカーが配備され、運用されています。

○ 多様な搬送手段の活用

救急患者の傷病の種類や状態、事故発生場所などの条件により、迅速かつ適切な搬送ができる搬送手段は変わります。これらの多様な搬送手段を考慮し、効果的に活用することが求められます。



(3) 迅速かつ適切な救急医療を提供するための体制の構築

- 本県では、救急医療における病院選定から医療機関における救急医療の提供までの一連の行為を迅速かつ適切に実施するため、消防法の規定に基づき、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準を平成23年1月から施行しています。
- 近年、救急隊が心肺停止傷病者の心肺蘇生を望まないといえられる事案への対応が多く、消防本部で課題として認識されており、県内でも9消防本部（13消防本部中、令和3年8月時点）が対応方針を策定しています。
- 迅速かつ適切な救急医療の提供のため、各種基準等の策定・見直しが重要です。

救急医療と“人生の最終段階における心肺蘇生等”

救急隊や医療機関は、傷病者に対し、一刻も早く心肺蘇生等を実施する必要があります。

一方で、傷病者本人が家族やかかりつけ医等とともに熟慮の上、あらかじめ人生の最終段階において心肺蘇生等を望まない決断をしている場合もありますが、そうした意思を書面等で示している傷病者は少なく、示していたとしても、救急隊や医療機関による心肺蘇生等が行われるケースが多くあります。

平成29年（2017年）3月に一般社団法人日本臨床救急医学会の「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生の在り方に関する提言」において、心肺蘇生等を希望しない傷病者に対し、救急隊やかかりつけ医等がどのように対処すべきかの手順等が示されました。傷病者の意思を尊重し、限りある消防資源・医療資源を有効に使うためには、人生の最終段階における心肺蘇生等について、国による法律や法に準拠した指針等の整備が必要不可欠です。

今後、心肺蘇生等を望まない意思を示す事案は増加すると推測されるため、消防機関、医療機関、介護・福祉施設及び地域住民等の理解と連携が求められます。

(4) 救急医療を担う医療機関

- これまでに、在宅当番医制等による初期救急医療体制から、病院群輪番制による二次救急医療体制、7か所の救命救急センターによる三次救急医療体制までの救急医療体制の整備が図られてきました。
- 今後は、高齢化に伴う中等症・軽症患者の増加に対応するため、初期・二次救急医療体制の一層の整備を行うとともに、初期・二次・三次救急医療機関それぞれの役割分担を明確にする必要があります。

【表10】初期救急医療を担う医療機関数

二次医療圏	在宅当番医制に参加する医療機関			休日夜間対応医療機関数		
	平成29年	令和3年	増減	平成29年	令和3年	増減
佐久	68	91	23	2	1	△1
上小	81	77	△4	2	2	0
諏訪	97	90	△7	2	2	0
上伊那	94	91	△3	1	1	0
飯伊	45	38	△7	1	1	0
木曾	10	9	△1	1	1	0
松本	232	230	△2	2	2	0
大北	27	28	1	1	0	△1
長野	200	191	△9	5	5	0
北信	0	0	0	3	3	0
計	854	845	△9	20	18	△2

(厚生労働省「医療施設調査」)

【表11】二次救急医療を担う医療機関数(病院群輪番制病院数)

二次医療圏	平成29年	令和3年	増減
佐久	4	10	6
上小	11	11	0
諏訪	6	6	0
上伊那	3	3	0
飯伊	8	8	0
木曾	1	1	0
松本	9	8	△1
大北	2	2	0
長野	7	7	0
北信	2	2	0
計	53	58	5

(厚生労働省「医療施設調査」)

【表12】三次救急医療機関(救命救急センター)の状況

区分	医療機関名	所在地	病床数(床)	人口(千人)	面積(km ²)	備考
東信	佐久総合病院佐久医療センター	佐久市	20	398	2,477	
南信	諏訪赤十字病院	諏訪市	10	529	3,993	
	伊那中央病院	伊那市	10			
	飯田市立病院	飯田市	10			
中信	信州大学医学部附属病院	松本市	20	505	4,525	高度救命救急センター
	相澤病院		10			
北信	長野赤十字病院	長野市	34	615	2,567	
計	7か所	6市	114	2,047	13,562	

(医療政策課調べ、人口・面積については総務省「国勢調査(人口等基本集計結果)」)

(5) 急性期を脱した後の医療体制

- 令和3年(2021年)10月1日現在、急性期を脱した後、人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者の三次救急医療機関からの受け入れが可能な体制を整備している病院は70か所であり、県内の三次救急医療機関を除く病院の60%に留まっています。
- また、同様に、重度の脳機能障害(遷延性意識障害等)の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備している病院は49か所(42%)となっています。
- 適正な患者の受入体制を確保するため、救急医療機関からの転院、救急医療機関内における転床を円滑に行う体制整備が課題となっています。

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

目指す姿(分野アウトカム)

県内どこに住んでいても、緊急度、重症度に応じた適切な救急医療を受け、命が救われて元の生活に戻れている

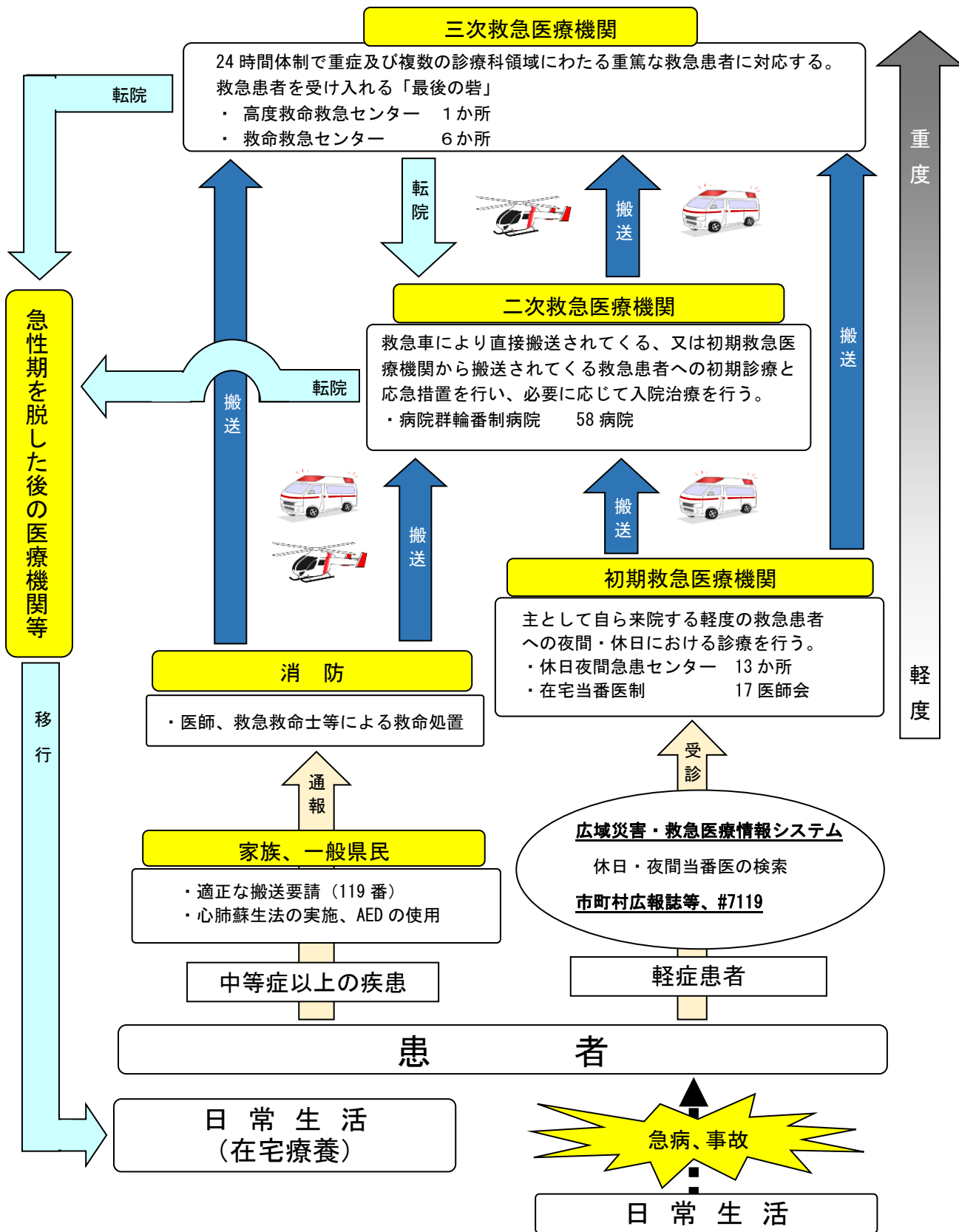
中間成果(中間アウトカム)

- (1) 県民が、自ら応急手当や救急車の要請に関する知識に基づいて適切に行動することができている
- (2) 救急患者が、搬送前や搬送中にも必要な処置が受けられ、速やかに適切な医療機関に搬送されている
- (3) 救急患者が、緊急度・重症度に応じた適切な医療を受けられている
- (4) 急性期を脱した患者が、適切な場所で継続して医療を受けられている
- (5) 救急患者が、新興感染症等の発生・まん延時においても、適切な救急医療を受けられている

2 救急医療体制

消防機関、初期救急医療機関、二次救急医療機関、三次救急医療機関、急性期を脱した後の医療機関等の役割分担と連携体制は次に示す図のとおりです。

軽症の患者については初期救急医療機関、中等症・重症患者については消防機関による二次・三次救急医療機関への搬送体制を構築するとともに、急性期を脱した後は、救急医療機関からの転院や救急医療機関内の一般病棟への転床が円滑に行える体制の構築を目指します。



※ 救急告示医療機関

救急告示病院：84 病院、救急告示診療所：6 診療所

「救急病院等を定める省令」によって定められた、救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関

3 二次医療圏相互の連携体制

- 患者の流出入の状況によると、木曽医療圏は圏域内完結率が60.6%と他圏域と比べて低く、隣接する松本及び上伊那医療圏の医療機関への受療が認められることから、松本及び上伊那医療圏と連携した医療提供体制を推進します。
- その他の医療圏については、圏域内完結率が低い医療圏でも各々の救急医療体制の強化・充実が図られてきていますが、地域の実情を踏まえ、必要に応じて他の医療圏と連携します。
- より高度・専門的な医療が必要な救急患者については、医療圏を超えて、主に救命救急センターで対応します。

患者の流出入の状況（平成30年度（2018年度）診療分レセプトによる分析のうち二次救急）

（対象レセプト：国民健康保険、後期高齢者医療制度、全国健康保険協会長野支部の加入者）

圏域	圏域内完結率	主な流出先（割合）	二次救急医療機関	救命救急センター
佐久	95.4%		10	佐久総合病院佐久医療センター（佐久市）
上小	76.5%	佐久（14.2%）	11	
諏訪	95.5%		6	諏訪赤十字病院（諏訪市）
上伊那	78.4%	諏訪（9.1%） 飯伊（5.6%）	3	伊那中央病院（伊那市）
飯伊	96.5%		8	飯田市立病院（飯田市）
木曽	60.6%	岐阜県（15.6%） 松本（9.4%） 上伊那（6.9%）	1	信州大学医学部附属病院(松本市) 相澤病院（松本市）
松本	92.5%		8	
大北	77.2%	松本（18.4%）	2	長野赤十字病院（長野市）
長野	94.5%		7	
北信	85.1%	長野（12.6%）	2	

（出典：長野県レセプトデータベース）

第3 施策の展開

1 応急手当や救急車の要請に関する知識に基づいた適切な行動の促進

- 心肺蘇生法等を含む応急手当に関する知識の普及啓発を推進します。
- 救急医療機関や消防の負担を軽減するため、救急車の適正な利用に係る普及啓発や救急安心センター（#7119）の運営等により、医療機関の受診や救急車の要請の適正化を推進します。

2 救急患者が、搬送前や搬送中にも必要な処置が受けられ、速やかに適切な医療機関に搬送される体制整備

- 長野県広域災害・救急医療情報システムの利活用やドクターヘリなどの効果的な活用により、迅速かつ適切な医療機関への搬送体制の整備を推進します。
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の見直しなど、救急搬送に関するルールの標準化を促進します。
- 救急隊員の標準的な活動内容を定めたプロトコルの県内統一化の検討、指導救命士制度の活用や各種研修会・講習会の充実に伴う救急救命士の資質向上、長野県メディカルコントロール協議会

の機能を強化など、メディカルコントロール体制の強化・標準化を促進します。

- 県内統一の標準的な対応方針を検討する等、心肺蘇生を望まない傷病者への消防本部（局）の対応方針の整備を推進します。

3 救急患者が、緊急度・重症度に応じた適切な医療を受けられる体制整備

- 市町村や郡市医師会等との協力により、在宅当番医制や休日夜間急患センター等を活用してより広範な傷病や時間に対応できるような初期救急医療体制の整備を推進します。
- 地域の実情に応じた病院群輪番制等の体制整備や施設・設備整備の支援等により、二次救急医療体制の整備を推進します。
- 救命救急センターの運営支援や施設・設備整備等により、三次救急医療体制の整備を推進します。
- 「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」の見直し等を通じ、救急医療機関の役割を明確化するとともに、迅速かつ適切な救急医療の提供のためICT等を活用した相互連携を促進します。

4 急性期を脱した患者が、適切な場所で継続して医療を受けられる体制整備

- 救急医療機関に搬送された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、新たな救急患者を受け入れることが困難となる問題が多く発生していることから、救急医療機関における重症患者等の受入体制を確保するため、医療機関の役割分担と連携の促進等を通じ、急性期を脱した患者が救急医療用の病床から円滑に転棟・転院できる体制の整備を推進します。

5 救急患者が、新興感染症等の発生・まん延時においても、適切な救急医療を受けられる体制整備

- 新興感染症等の発生・まん延時においても、救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成します。
- 通常の救急患者に対して、複数の医療機関で患者の受入れを分散して対応する体制や後方支援医療機関の確保など、新興感染症等の発生・まん延時における地域の実情に応じた受入体制を検討します。
- 電話等による相談体制の構築やオンライン診療の活用等、新興感染症等のまん延により救急外来の需要が急増した際にも、特に配慮を要する患者を含めたすべての患者に対応可能な相談・診療体制の整備を推進します。

第4 数値目標

1 目指す姿

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形が心室細動又は無脈性心室頻拍の1か月後社会復帰率（救急救命士等が行う救命処置の効果を示す数値）	20.9% (2012年から2021年までの平均)	22.8%以上 (2018年から2027年までの平均)	2007年から2016年までの10カ年の平均(19.3%)から2012年から2021年までの10カ年の平均(20.9%)までの増加率(0.32%/年)に相当する程度の増加を目指す。	消防庁「救急・救助の現状」

2 応急手当や救急車の要請に関する知識に基づいた適切な行動の促進

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数	260件 (2021)	281件以上	2017年から2021年までの最大件数以上を目指す。	消防庁「救急・救助の現状」
S	住民の救急蘇生法の受講者数	8,969人 (2021)	24,387人以上	2015年から2019年までの平均値以上を目指す。	消防庁「救急・救助の現状」

3 救急患者が、搬送前や搬送中にも必要な処置が受けられ、速やかに適切な医療機関に搬送される体制整備

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	40.3分 (2021)	40.3分以内	現状の水準以下を目指す。	消防庁「救急・救助の現状」
S	救急隊員の標準的な活動内容を定めた県内統一のプロトコルの作成数	0	2以上	脳卒中・循環器病に関するプロトコルを作成する。	医療政策課調査
S	心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合	69.2% (2021)	100%以上	すべての消防本部で対応方針を定める。	消防庁「救急救命体制の整備・充実に関する調査」

4 救急患者が、緊急度・重症度に応じた適切な医療を受けられる体制整備

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	救急車で搬送する病院が決定するまでに4回以上医療機関に要請を行った、又は要請開始から30分以上経過した件数 (受入困難事例の件数)	4回以上：55件 30分以上：261件 (2021)	4回以上： 55件以下 30分以上： 261件以下	現状の水準以下を目指す。	消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」
P	救命救急センターの充実度評価A以上の割合	100% (2022)	100%	現状の水準を維持する。	厚生労働省「救命救急センターの評価結果」
S	休日・夜間に対応できる医療施設数	18施設 (2022)	18施設以上	現状の水準以上を目指す。	医療政策課調査
S	二次救急医療機関(病院群輪番制病院)の数	58施設 (2022)	58施設以上	現状の水準以上を目指す。	医療政策課調査

5 急性期を脱した患者が、適切な場所で継続して医療を受けられる体制整備

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	17,658件 (2021)	32,787件以上	2017年から2021年までの増加率(2,521件/年)に相当する程度の増加を目指す。	厚生労働省調査
S	転棟・転院調整を行う者を常時配置している救命救急センター数	4施設 (2022)	4施設以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「救命救急センターの評価結果」
S	三次救急医療機関から人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者を受け入れる体制を整えた医療機関の割合	58.4% (2022)	60.0%以上	2017年時点以上の水準を目指す。	医療政策課調査

注)「区分」欄 S(ストラクチャー指標)：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P(プロセス指標)：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O(アウトカム指標)：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

	番号	個別施策 (アウトプット)	番号	中間成果 (中間アウトカム)	番号	目指す姿 (分野アウトカム)	
病院前救護	1	心肺蘇生法等を含む応急手当に関する知識の普及啓発 指標 住民の救急蘇生法の受講数	1	県民が、自ら応急手当や救急車の要請に関する知識に基づいて適切に行動することができる	1	県内どこに住んでいても、緊急度、重症度に応じた適切な救急医療を受け、命が救われて元の生活に戻れている 指標 心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形がVF又は無脈性VTの1か月後社会復帰率	
	2	医療機関の受診や救急車の要請の適正化の推進 指標 なし		一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した件数			
	3	迅速かつ適切な医療機関への搬送体制の整備 指標 なし	2	救急患者が、搬送前や搬送中に必要な処置が受けられ、速やかに適切な医療機関に搬送されている			
	4	救急搬送に関するルールの標準化の促進 指標 救急隊員の標準的な活動内容を定めた県内統一のプロトコール作成数		救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間			
		5	救急救命士の資質向上とメディカルコントロール体制の強化・標準化の促進 指標 なし				
		6	心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針の整備推進 指標 心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合				
緊急度・重症度に応じた医療の提供	7	初期救急医療体制の整備推進 指標 休日・夜間に対応できる医療施設数	3	救急患者が、緊急度・重症度に応じた適切な医療を受けられている			
	8	二次救急医療体制の整備推進 指標 二次救急医療機関(病院群輪番制病院)の数		指標 受入困難事例の件数			
	9	三次救急医療体制の整備推進 指標 なし		指標 救命救急センターの充実度評価A以上の割合			
	10	救急医療機関の役割の明確化とICT等を活用した相互連携の促進 指標 なし					
の救命後	11	救急医療用の病床から円滑に転棟・転院できる体制の整備 指標 転棟・転院調整を行う者を常時配置している救命救急センター数 指標 三次救急医療機関から人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者を受け入れる体制を整えた医療機関の割合	4	急性期を脱した患者が、適切な場所で継続して医療を受けられている 指標 緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数			
	新興感染症	12	救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成 指標 なし	5	救急患者が、新興感染症等の発生・まん延時においても、適切な救急医療を受けられている 指標 なし		
13		通常の救急患者に対して、新興感染症等の発生・まん延時における地域の実情に応じた受入体制を検討 指標 なし					
14		新興感染症のまん延により救急外来の需要が急増した際にも、特に配慮を要する患者を含めたすべての患者に対応可能な相談・診療体制の整備推進 指標 なし					