

第5節 | 救急医療対策

1. めざす姿

(1) めざす姿

県民が重症度・緊急度に応じた適切な医療を受けることができる体制の構築をめざします。

- 県民一人ひとりの受診行動の見直しや、医療機関の役割分担・機能分担が進むとともに、救急医療提供体制の整備が進んでいます。
- 行政、医療機関、関係団体等の協力のもと、県内全域においてメディカルコントロール体制が充実しています。
- 初期、第二次救急医療体制の充実や、重篤患者のドクターヘリ*による迅速な搬送等による、第三次救急医療体制の充実が図られています。
- 救急医療を受けた患者が、回復期、維持期へと円滑に移行し、地域に戻ることができるよう、在宅医療および多職種が連携した地域医療提供体制が構築されています。

(2) 取組方向

- 取組方向 1： 県民の適切な受診行動の促進
- 取組方向 2： 病院前救護体制の充実
- 取組方向 3： 初期、第二次、第三次救急医療体制の充実
- 取組方向 4： 新興感染症発生・まん延時の救急医療対応

2. 現状

(1) 救急搬送の概況

- 全国で救急搬送された人数は、平成 12 (2000) 年は約 399.8 万人でしたが、令和 4 (2022) 年には約 621.7 万人に増加しています。本県においても、平成 12 (2000) 年は 52,934 人でしたが、令和 4 (2022) 年には 97,177 人と増加傾向にあります。
- 全国の令和 4 (2022) 年における全救急搬送人員約 621.7 万人のうち、急病で搬送された傷病者は約 418.6 万人となっており、約 67.3%を占めています。急病で搬送された傷病者のうち、重症（死亡も含む）と分類された約 38.2 万人の疾患別の内訳は、脳疾患が約 6.3 万人、心疾患等が約 10.1 万人となっており、両疾患で 43.0%を占めています。また、急病で搬送された傷病者のうち、死亡が最も多いのは心疾患等（42.9%）となっています¹。
- 令和 4 (2022) 年の本県における人口 10 万人あたりの搬送人員数は 5,482.7 人であり、全国平均の 4,957.3 人を上回っています。

¹ 出典：消防庁「救急・救助の現況」

図表5-5-1 救急搬送人員の推移

(単位：人)

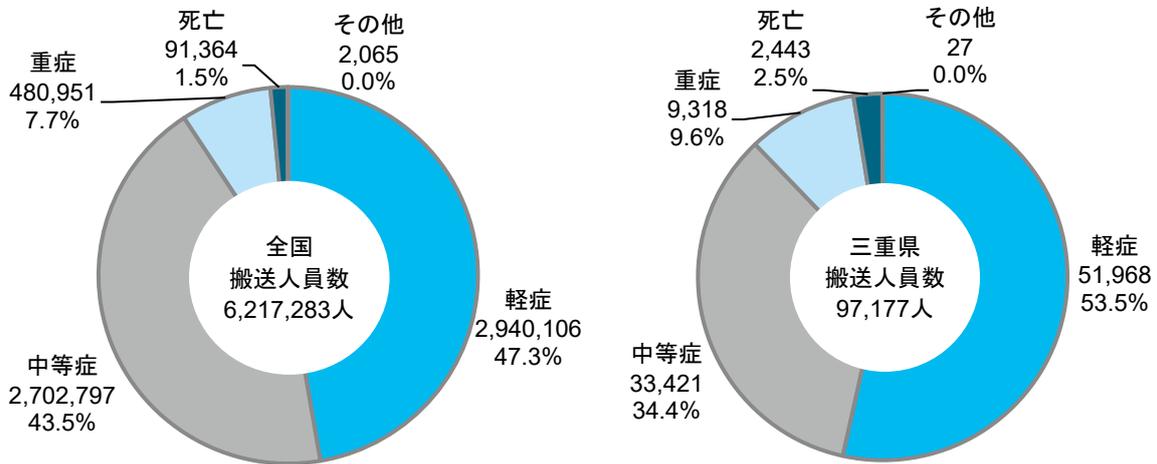
	搬送人員 (全国)	搬送人員 (三重県)	救急出動件数 (全国)	救急出動件数 (三重県)
平成 12 年	3,997,942	52,934	4,182,675	53,137
平成 18 年	4,892,593	68,185	5,237,716	70,362
平成 24 年	5,250,302	81,973	5,802,455	87,076
平成 25 年	5,346,087	85,059	5,915,683	90,560
平成 26 年	5,405,917	83,365	5,984,921	89,277
平成 27 年	5,478,370	84,491	6,054,815	90,593
平成 28 年	5,621,218	85,491	6,209,964	91,492
平成 29 年	5,736,086	87,401	6,342,147	94,160
平成 30 年	5,960,295	93,485	6,605,213	100,560
令和 元年	5,978,008	91,890	6,639,767	98,919
令和 2 年	5,293,830	81,021	5,933,277	87,314
令和 3 年	5,491,744	83,437	6,193,581	90,460
令和 4 年	6,217,283	97,177	7,229,572	107,157

資料：消防庁「救急・救助の現況」

- 全国における救急搬送患者のうち、診察の結果、帰宅可能とされた軽症者が半数弱を占めます。本県における救急搬送人員数の傷病程度（重症、軽症等）別割合を見ると、半数以上が軽症です。

図表5-5-2 救急車による傷病程度別搬送人員割合

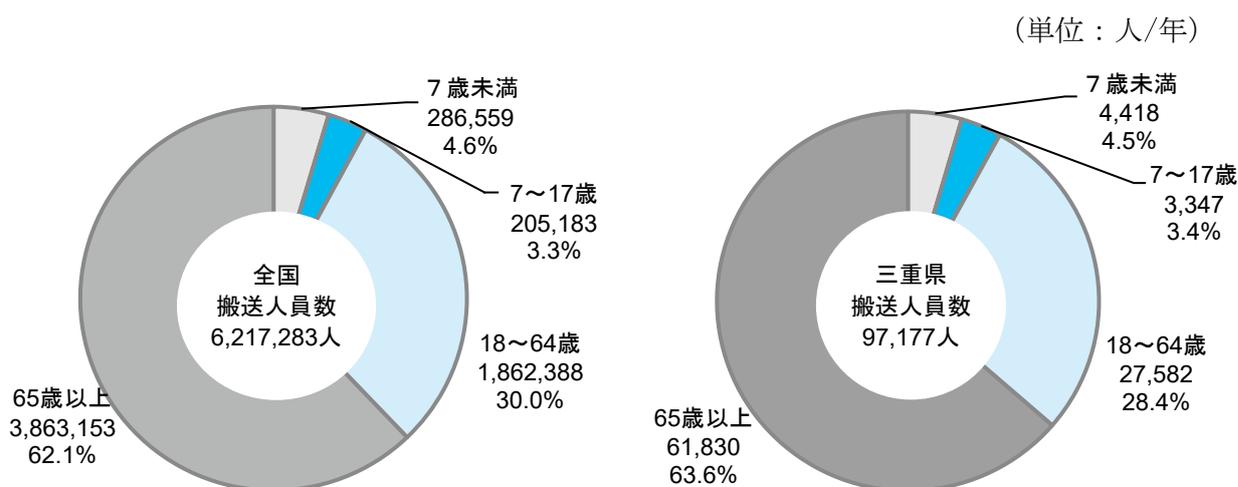
(単位：人/年)



資料：消防庁「令和5年版 救急・救助の現況」

- 全国で救急搬送された高齢者は、平成 13 (2001) 年には約 161 万人でしたが、令和 4 (2022) 年には約 386 万人と大きく増加しています。

図表5-5-3 救急車による年齢階層別搬送人員割合



資料：消防庁「令和5年版 救急・救助の現況」

(2) 救急医療提供体制

① 病院前救護体制

- 病院前救護とは、病気を発症したり、けがをしたりした患者に対して、救急現場や救急車での搬送中に応急処置等を行うことです。医学的観点から、救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質を保証する体制をメディカルコントロール体制といいます。
- メディカルコントロール体制を機能させるためには、消防機関と医療機関との連携によって、医学的根拠に基づく、地域の特性に応じた各種プロトコル*を作成し、救急隊が救急現場等から、迅速に医師の指示、指導・助言が受けられることが必要です。また、実施した処置について、医師による医学的・客観的な事後検証が行われ、その結果がフィードバックされ、再教育等が行われることが必要です。
- 平成13（2001）年からメディカルコントロール体制の整備のため、各都道府県および各地域にメディカルコントロール協議会の設置が開始されました。本県においても、地域メディカルコントロール協議会が9地域に設置され、事後検証等の実施を通じて、病院前救護の質の向上を図っています。
- 救急現場や搬送中における救急救命士による重症傷病者に対する救急救命処置や、AED*（自動体外除細動器）等を使った市民による応急手当の重要性が高まっています。本県においては、令和4（2022）年に、一般市民により34件の除細動が実施されています。
- 令和5（2023）年10月現在の県内の人口1万人あたりのAED設置台数は約31.4台であり、全国平均の約27.8台を上回っています²。
- 令和4（2022）年の住民に対して行われる救急蘇生法講習（普通・上級講習）の人口1万人あたりの受講者数は38.4人で、全国平均の64.1人を下回っています。
- 傷病者の状況に応じた適切な搬送および受入体制を構築するため、三重県救急搬送・医療連携協議会を設置し、平成22（2010）年に「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定し、適宜見直しを行っています。

² 出典：一般財団法人日本救急医療財団「財団全国AEDマップ」

- 救急救命士は、平成3（1991）年の制度発足以来、県内15消防本部で養成を進めてきました。令和5（2023）年4月現在で救急救命士の資格を有する救急隊員数は604人で、救急患者の救命率の向上に努めているところです。（令和3（2021）年の人口10万人あたりの救急救命士の数：県内33.2人、全国平均25.2人）
- 救急業務における教育指導体制を充実させるとともに、メディカルコントロール協議会との連携強化・円滑化により救急業務全般の質を向上させることを目的として平成26(2014)年に「指導救命士制度」が創設され、本県では令和5（2023）年4月1日現在で指導救命士に104人が認定されています。また、三重県独自の取組として、さらなる技術を身につけた上級指導救命士の認定に向けても取り組んでおり、令和5（2023）年4月1日現在で上級指導救命士に6人が認定されています。
- 令和4（2022）年の救急救命士がいる救急隊の割合は全国と同水準ですが、人口10万人あたりの救急車の稼働台数は、7.1台となっており、全国平均の5.3台よりも多い状況です。また、本県の救急救命士が常時同乗している救急車の割合は78.3%となっています。

図表5-5-4 救急隊の総数および救急救命士運用隊の割合

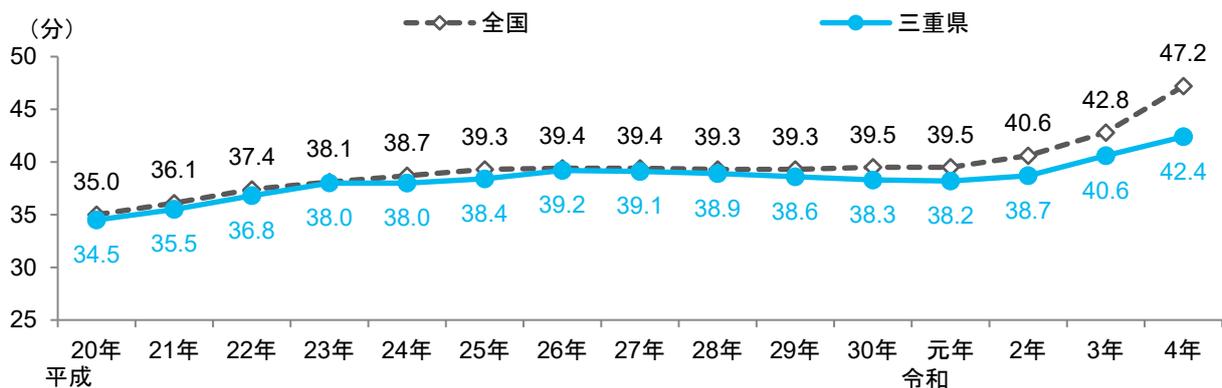
（単位：隊/年）

	救急隊の総数		救急救命士運用隊の割合
	救急隊の総数	うち救急救命士運用隊数	
全国	5,359	5,339	99.6%
三重県	106	103	97.2%

資料：消防庁「令和5年版 救急・救助の現況」

- 本県において、令和4（2022）年に救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は42.4分で、全国平均の47.2分と比べて短くなっています。

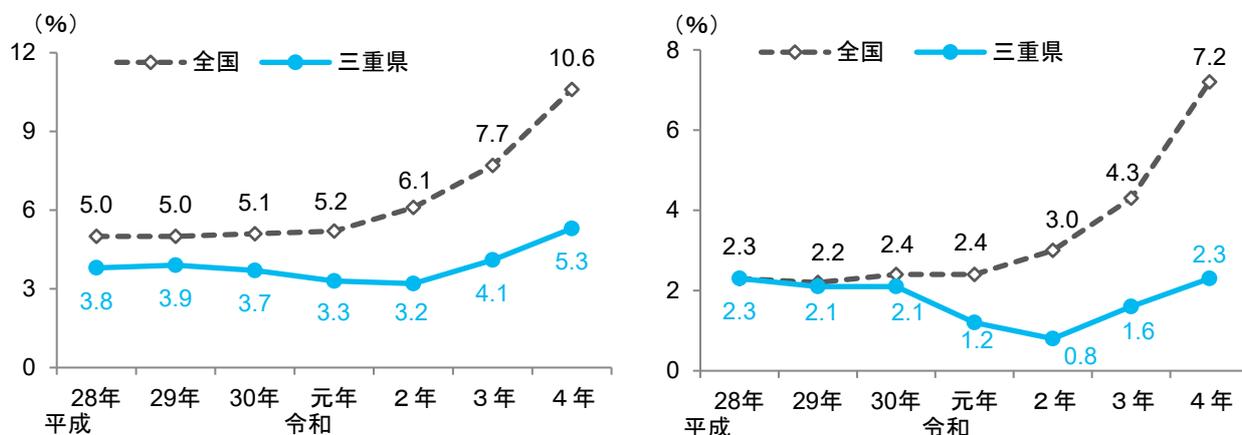
図表5-5-5 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間



資料：消防庁「救急・救助の現況」

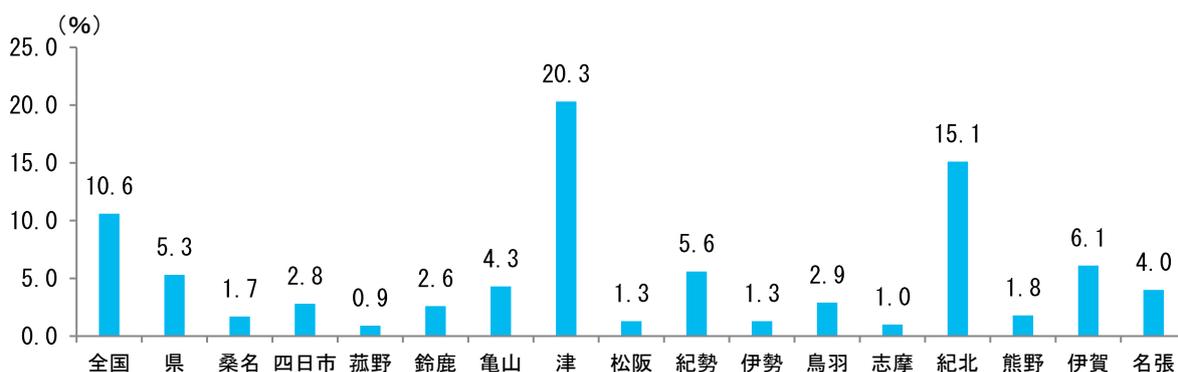
- 救急搬送の重症以上案件における現場滞在時間30分以上の割合および4回以上医療機関に受入要請を行った割合は近年減少傾向にありましたが、令和3（2021）年は新型コロナウイルス感染症の影響により搬送先医療機関の選定が困難であったこと等から増加しています。また、消防本部別にみると、特に津地域の割合が高くなっています。

図表5-5-6 (左グラフ)現場滞在時間 30 分以上の事案の割合
(右グラフ)4回以上医療機関に受入要請を行った割合



資料：消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」

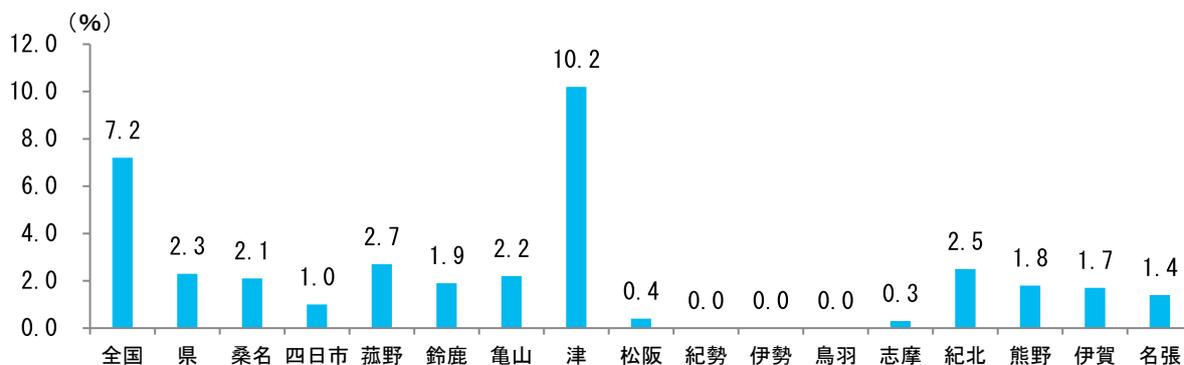
図表5-5-7 消防本部別の現場滞在時間 30 分以上の割合(重症以上案件)



※重症以上案件…初診時の傷病程度が重症（3週間以上の入院加療を必要とするもの）または死亡（初診時において、死亡が確認されたもの）の傷病者を搬送した事案です。

資料：消防庁「令和4年 救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」、三重県調査（令和4年）

図表5-5-8 消防本部別の4回以上医療機関に受入要請を行った割合(重症以上案件)



資料：消防庁「令和4年 救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」、三重県調査（令和4年）

図表5-5-9 救急車が搬送する病院を決定するまでに要した時間別対応件数

(単位：件)

救急医療圏	5分未満	5分以上 10分未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上
桑 員	856	319	88	12	2
三 泗	2,041	678	141	12	8
鈴 亀	1,305	833	194	29	16
津	418	665	445	129	94
伊 賀	1,044	841	260	52	35
松 阪	1,321	150	56	15	3
伊勢志摩	3,359	322	58	6	1
紀 北	317	143	47	14	3
紀 南	513	177	61	17	8
計	11,174	4,128	1,350	286	170

※「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適用案件が対象です。

※消防本部ごとの集計のため、松阪には、南伊勢町（旧南島町分）が含まれています。

資料：三重県調査（令和4年）

- 受入医療機関の選定が困難となる原因については、医師不足のほかに病床が満床状態にあることも一因と考えられます。急性期を脱した患者の回復期病床への移行や在宅での療養ができる体制を整備することが必要です。
- 令和4（2022）年に、一般市民が心肺機能停止の時点を目撃した、心原性的心肺機能停止傷病者の1か月後の予後について、生存率は11.6%と全国平均10.3%を上回っていますが、社会復帰率は、5.8%と全国平均6.6%を下回っています。

図表5-5-10 一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された心原性的心肺機能停止傷病者の1か月後の予後

	生存率	社会復帰率
全 国	10.3%	6.6%
三重県	11.6%	5.8%

資料：消防庁「令和5年版 救急・救助の現況」

② 初期救急医療

- 初期救急医療は、比較的軽症の患者を対象に主に外来診療により行うものであり、休日夜間は、休日夜間急患センターや在宅当番医制*により対応しています。県内では、令和5（2023）年4月1日現在、14か所に休日夜間急患センターが設置されています。また、地域の医師会等が当番（在宅当番医）を決めて、休日や夜間に患者の受入体制を整備している地域もあります。
- 三重県救急医療情報センターにおいて、「医療ネットみえ」の運営やコールセンターの電話案内により、初期救急医療の時間外受診が可能な医療機関等の情報提供を行っています。
- 「みえ子ども医療ダイヤル（#8000）*」や「子どもの救急対応マニュアル」により、小さな子どもを持つ保護者などが、子どもの病気やケガ等への対応で困った時の相談対応や家庭における応急手当等の情報提供を行っています。また、令和4（2022）年12月からは、季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症の同時流行が懸念されたことから、み

え子ども医療ダイヤル（＃8000）の相談時間を日曜日、祝日・年末年始の日中時間帯にも拡大し対応しています。

- 休日の応急的な歯科診療については、令和5（2023）年3月末現在、県内4地域において患者の受入体制を整備しています。

③ 第二次救急医療

- 第二次救急医療は、緊急の入院や手術が必要な重症の患者を対象としています。医療機関や市町等の協力により、中核的な病院が曜日等によって交代で患者を受け入れる病院群輪番制*や、一つの病院で24時間365日救急患者の受入れを行う体制が構築されています。
- 県内の第二次救急医療体制には地域ごとに課題がありますが、特に、津地域では、医療資源が分散化している等の要因もあり、現場滞在時間30分以上の割合および4回以上医療機関に受入要請を行った割合が他の救急医療圏と比較して突出しています。
- 本県が指定した救急病院、救急診療所は、57施設（令和6（2024）年4月時点）あります。

④ 第三次救急医療

- 限られた医療資源の中で安全・安心な医療を提供するためには、初期、第二次救急医療体制の確保と、重篤な患者の受入れ先となる第三次救急医療機関の充実が求められます。
- 救命救急センター*を有する病院では、脳卒中や急性心筋梗塞等の専門的な医療のみならず、重症外傷やその他の複数診療科にまたがる重篤な患者への救急医療が提供されています。なお、脳卒中や急性心筋梗塞の治療は、救命救急センターを有する医療機関以外でも行われています。
- 本県では、令和5（2023）年3月末現在、県立総合医療センター、市立四日市病院、三重大学医学部附属病院、伊勢赤十字病院の計4か所に救命救急センターがあり、重篤な救急患者等への対応を行っています。
- 離島や中山間地域、救急患者の搬送に長時間を要する地域等では、救急現場において医師による早期の治療を行い、救命救急センター等の高度な医療機関へ短時間で搬送する体制を構築することにより、救命率の向上や後遺障がいの軽減等が期待できます。
- このことから、本県では、平成24（2012）年にドクターヘリの運用を開始しています。また、自県のドクターヘリの出動中などの場合に、他県のドクターヘリの応援を要請する仕組みとして、平成30（2018）年に「三重県・奈良県・和歌山県ドクターヘリ相互応援に係る基本協定」を締結し、平成31（2019）年から三県相互応援を開始しています。
- 救命救急センター等において、消防本部から派遣された救急救命士の救命救急に係る専門的な知識・技術の習得と、救急医のタスクシフト等による二次救急、三次救急の円滑化を図ることを目的として、救命救急のスペシャリストを養成しています。

図表5-5-11 三重県ドクターヘリ運航実績

(単位：件/年)

	出動件数	出動内容	
		現場出動	病院間搬送
平成 23 年度	19	9	10
平成 24 年度	272	162	110
平成 25 年度	352	236	116
平成 26 年度	378	287	91
平成 27 年度	423	331	92
平成 28 年度	395	296	99
平成 29 年度	386	290	96
平成 30 年度	320	235	85
令和 元年度	303	230	73
令和 2 年度	238	183	55
令和 3 年度	282	250	32
令和 4 年度	244	203	41
累 計	3,612	2,712	900

資料：三重県調査

図表5-5-12 三重県・奈良県・和歌山県ドクターヘリの広域連携の件数(離陸後キャンセル含む)

(単位：件)

	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	合計
三重県から 奈良県へ出動	6	2	3	2	1	1	1	16
三重県から 和歌山県へ出動	0	3	4	1	1	1	0	10
奈良県から 三重県へ出動	0	0	4	13	11	18	14	60
和歌山県から 三重県へ出動	5	4	5	4	4	4	5	31

資料：三重県調査

図表5-5-13 特定集中治療室のある病院および病床数(令和5年9月現在)

救急医療圏	医療機関名	病床数
三泗	市立四日市病院	10
三泗	県立総合医療センター	6
津	三重大学医学部附属病院	6
津	三重中央医療センター	6
伊勢志摩	伊勢赤十字病院	8
松阪	松阪中央総合病院	6

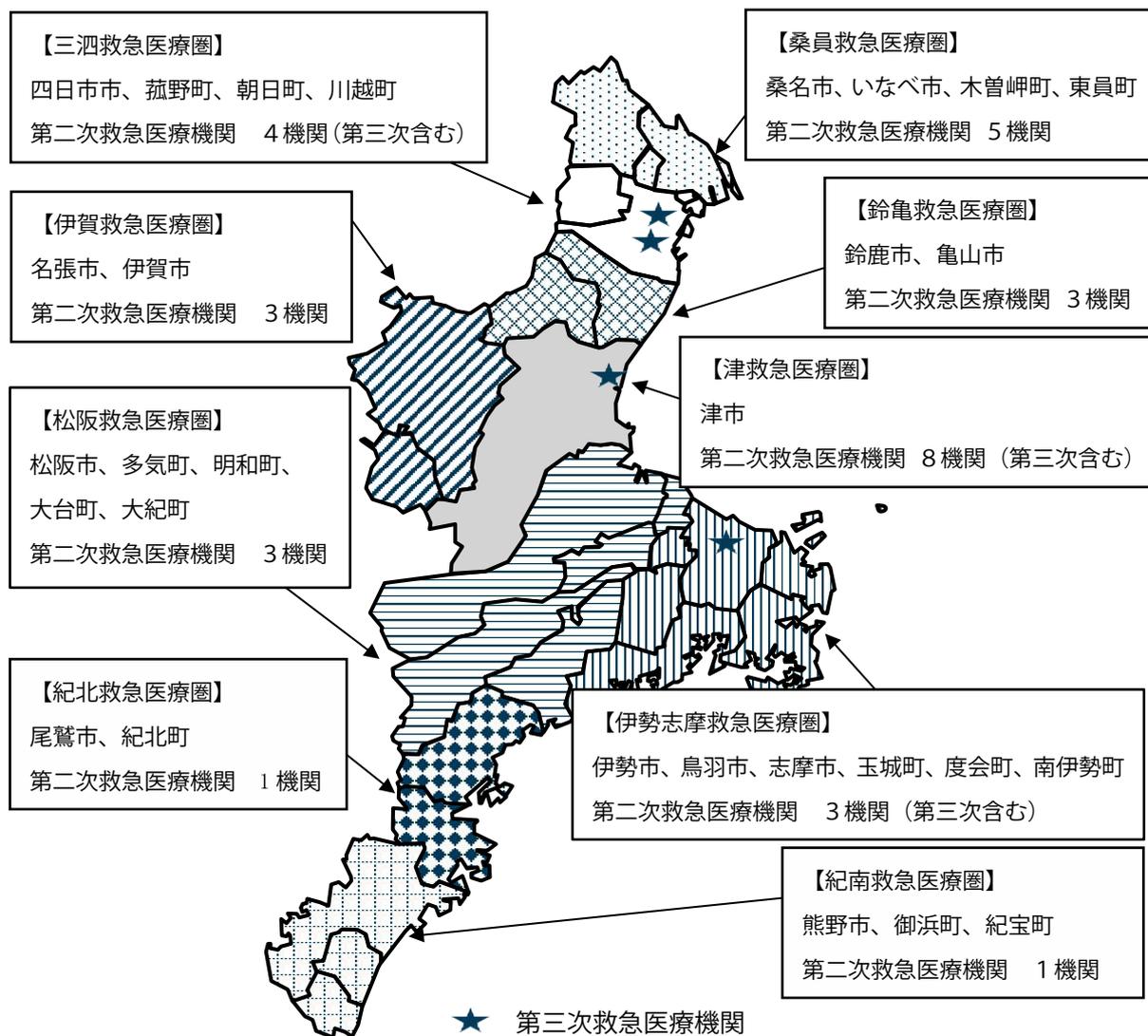
資料：厚生労働省東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」

3. 連携体制

(1) 圏域の設定

第二次救急医療に係る圏域（以下「救急医療圏」という。）については、病院前救護に係るメディカルコントロール体制等を考慮し、図表5-5-14のとおり9圏域とします。

図表5-5-14 救急医療圏域



(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 初期救急医療

- 休日夜間急患センターは、令和5（2023）年4月時点で津・松阪・伊勢志摩救急医療圏に各3か所、伊賀救急医療圏に2か所、桑員・三泗・鈴亀救急医療圏に各1か所あり、休日夜間の初期救急医療の対象となる患者に対応しています。
- 在宅当番医制は、令和5（2023）年4月現在、桑員、鈴亀、紀北、紀南の各救急医療圏で実施しており、休日夜間の初期救急医療の対象となる患者に対応しています。

② 第二次救急医療

- 令和6（2024）年4月時点で、31病院が病院群輪番制病院として、二次救急医療の対象となる患者に対応しています。また、令和6（2024）年4月時点で、57医療機関が救急告示医療機関*として指定されています。
- 救急医療圏ごとに医療機関数および医療従事者数等に差があり、それぞれの地域で課題への対応をしています。

③ 第三次救急医療

- 救命救急センターは、令和5（2023）年3月末現在、北勢医療圏に2か所、中勢伊賀医療圏に1か所、南勢志摩医療圏に1か所、計4か所に整備されています。厚生労働省の充実段階評価*では、令和4（2022）年度に全ての救命救急センターがA評価を受けています。
- 本県では、平成24（2012）年にドクターヘリを導入したことにより、伊賀地域、志摩地域、東紀州地域をはじめとする県内全域の第三次救急医療体制の強化につながっています。

④ 高度救急医療

- 令和6（2024）年4月1日から三重大学医学部附属病院を通常の救命救急センターでは対応困難な広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する救命医療を行うために必要な相当高度な診療機能を有する高度救命救急センターに指定します。

図表5-5-15 三重県ドクターヘリの出動実績(令和4年度)

消防本部	市町名	出動件数
桑名市消防本部	桑名市	3
	いなべ市	0
	木曾岬町	0
	東員町	0
四日市市消防本部	四日市市	9
	朝日町	0
	川越町	1
菰野町消防本部	菰野町	0
鈴鹿市消防本部	鈴鹿市	6
亀山市消防本部	亀山市	6
津市消防本部	津市	23
松阪地区広域消防組合	松阪市	11
	多気町	1
	明和町	0
伊勢市消防本部	伊勢市	3
	玉城町	0
	度会町	0
鳥羽市消防本部	鳥羽市	8
志摩市消防本部	志摩市	51
紀勢地区広域消防組合	大台町	7
	大紀町	11
	南伊勢町	13
三重紀北消防組合	尾鷲市	17
	紀北町	14
熊野市消防本部	熊野市	16
	御浜町	11
	紀宝町	2
伊賀市消防本部	伊賀市	18
名張市消防本部	名張市	12

※南伊勢町の旧南勢町区域は、志摩市消防本部の管轄、旧南島町区域は紀勢地区広域消防組合の管轄です。
発生市町ごとに集計をしているため、各消防本部が出動した件数とは異なる場合があります。

資料：三重県調査

(3) 医療提供体制

図表5-5-16 救急医療を担う医療機関(令和6年4月1日現在)

救急医療圏	市町	初期救急医療機関 (令和5年4月1日現在)				第二次救急医療機関		第三次救急医療機関 (救命救急センター)	高度救命救急センター
		休日夜間急患センター	休日		平日	在宅当番医制	施設		
			昼間	準夜					
桑名	桑名市 いなべ市 木曾岬町 東員町	桑名市 応急診療所	○		○ ※1	桑名医師会 (2施設)	(病院群輪番制参加病院) 桑名市総合医療センター、 青木記念病院、 ヨナハ丘の上病院、 もりえい病院、いなべ総合病院		
						いなべ医師会 (23施設)			
三四	四日市市 菰野町 朝日町 川越町	四日市市 応急診療所	○				(病院群輪番制参加病院) 県立総合医療センター、 市立四日市病院、 四日市羽津医療センター、 菰野厚生病院		
							(その他の救急告示医療機関) 小山田記念温泉病院、富田浜病院、 山中胃腸科病院、主体会病院、 四日市消化器病センター、みたき総合病院		
鈴亀	鈴鹿市 亀山市	鈴鹿市 応急診療所	○	○	○	亀山医師会 (30施設)	(病院群輪番制参加病院) 鈴鹿中央総合病院、 鈴鹿回生病院、 亀山市立医療センター	県立総合 医療センター (四日市市)	
							(その他の救急告示医療機関) 高木病院、塩川病院、川口整形外科、村瀬病院		
津	津市	津市 応急クリニック	○	○	○		(病院群輪番制参加病院) 武内病院、永井病院、遠山病院、 吉田クリニック、岩崎病院、 津生協病院、 三重中央医療センター、 三重大学医学部附属病院	市立 四日市病院 (四日市市)	三重大学 医学部 附属病院 (津市) R6.4.1 指定予定
		津市こども応急ク リニック・休日デ ンタルクリニック	※2	※3	※3				
		津市久居休日応急 診療所	○			(その他の救急告示医療機関) 若葉病院、県立一志病院、榑原温泉病院、 大門病院			
伊賀	名張市 伊賀市	名張市 応急診療所	○	○	○		(病院群輪番制参加病院) 上野総合市民病院、 岡波総合病院、名張市立病院	三重大学 医学部 附属病院 (津市)	
		伊賀市 応急診療所	○	○	○	(その他の救急告示医療機関) 金丸脳脊椎外科クリニック			
松阪	松阪市 多気町 明和町 大台町 大紀町	松阪市休日 夜間応急診療所	※4	※4	※4		(病院群輪番制参加病院) 松阪市民病院、 松阪中央総合病院、 済生会松阪総合病院	伊勢赤十字 病院 (伊勢市)	
		いおうじ 応急クリニック	※5	※5	※5				
		松阪市歯科 休日応急診療所	※6			(その他の救急告示医療機関) 大台厚生病院、三重ハートセンター			
伊勢志摩	伊勢市 鳥羽市 志摩市 玉城町 度会町 南伊勢町	伊勢市休日・ 夜間応急診療所	○	○	○		(病院群輪番制参加病院) 伊勢赤十字病院、 市立伊勢総合病院、 県立志摩病院		
		鳥羽市休日・ 夜間応急診療所	○		○ ※7				
		志摩市休日 夜間応急診療所	○		○ ※8	(その他の救急告示医療機関) 伊勢ひかり病院、町立南伊勢病院、 志摩市民病院、南島メディカルセンター、 伊勢田中病院			
紀北	尾鷲市 紀北町					紀北医師会 (10施設)	(病院群輪番制参加病院) 尾鷲総合病院		
							(その他の救急告示医療機関) 長島回生病院		
紀南	熊野市 御浜町 紀宝町					紀南医師会 (15施設)	(病院群輪番制参加病院) 紀南病院		

※1 土曜日のみ ※2 小児科(日、祝・休日の午前および午後) ※3 小児科のみ ※4 毎日(20時~22時30分 内科・小児科)、土曜日(24時~翌6時 内科・小児科)、日曜祝日(9時~12時 14時~17時 内科・小児科・外科) ※5 日・祝・火・木・金曜日のみ、木曜日は12時30分から ※6 日・祝(9時~12時)のみ ※7 木・金・土曜日のみ ※8 月・火・水・土曜日のみ

(4) 各救急医療圏における現状

- 初期、第二次救急医療体制の維持が困難となっている地域があり、地域メディカルコントロール協議会等の場で、対応策についての協議が行われています。

図表5-5-17 各救急医療圏における現状

救急医療圏	現状
桑員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、桑名市応急診療所といなべ総合病院が、中心となって対応しています。 ・ 第二次救急医療については、桑名市総合医療センター、青木記念病院、ヨナハ丘の上病院、もりえい病院、いなべ総合病院が病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 第二次・第三次救急医療については、三泗救急医療圏、愛知県等、圏域を越えた搬送があります。 ・ 桑名市消防本部では、メディカルコントロール体制の充実強化を進めるとともに、病院前救護体制の改善に努めています。 ・ 桑名市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（くわな健康・医療相談ダイヤル24）を実施しています。
三泗	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、四日市市応急診療所と病院群輪番制病院が協力し対応しています。 ・ 第二次救急医療については、市立四日市病院、県立総合医療センター、四日市羽津医療センター、菰野厚生病院が病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 市立四日市病院、県立総合医療センターが、第三次救急医療機関として、北勢地域の重篤な救急患者に対応しています。
鈴亀	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、鈴鹿市応急診療所や亀山医師会の在宅当番医制度等により対応しています。 ・ 第二次救急医療については、鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院、亀山市立医療センターが病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 鈴鹿市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（鈴鹿市医療・健康相談ダイヤル24）を実施しています。
津	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、津市こども応急クリニック・休日デンタルクリニック、津市応急クリニック、津市久居休日応急診療所において対応しています。 ・ 第二次救急医療機関の受入体制の充実を図るため、郡市医師会や三重大学が連携して、第二次救急医療機関への医師の派遣等診療支援の取組を進めています。 ・ 第二次救急医療については、8病院の病院群輪番制で対応しています。 ・ 三重大学医学部附属病院は、第三次救急医療機関として、主に津救急医療圏・伊賀救急医療圏の重篤な救急患者に対応しています。 ・ 津市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（津市救急・健康相談ダイヤル24）を実施しています。

救急医療圏	現状
伊賀	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、名張市応急診療所と伊賀市応急診療所において対応しています。 ・ 第二次救急医療については、上野総合市民病院、岡波総合病院、名張市立病院が協力して、病院群輪番制病院として対応しています。また、それぞれの病院が現状の医療資源を生かした特色ある医療をめざして、医師確保や医療体制の充実に努めています。 ・ 第二次・第三次救急医療については、津救急医療圏および奈良県、滋賀県等、圏域を越えた搬送があります。 ・ 伊賀市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（伊賀市救急・健康相談ダイヤル24）を実施しています。
松阪	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、松阪市休日夜間応急診療所、いおうじ応急クリニック、松阪市歯科休日応急診療所において対応しています。 ・ 松阪市、郡市医師会、消防本部等の協議により、初期救急患者は松阪市の応急診療所等で対応し、第二次救急患者のみ病院群輪番制病院で対応するなど、機能分担を図ることで救急医療に対応しています。 ・ 第二次救急医療については、松阪市民病院、松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院が協力して、病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 松阪地区広域消防組合（松阪市、多気町、明和町）では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（松阪地区救急相談ダイヤル24）を実施しています。
伊勢志摩	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、伊勢市休日・夜間応急診療所、鳥羽市休日・夜間応急診療所、志摩市休日夜間応急診療所において対応しています。 ・ 第二次救急医療については、伊勢赤十字病院、市立伊勢総合病院、県立志摩病院が協力して、病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 伊勢赤十字病院は、救命救急センターを中心として高度な救命救急医療を担う第三次救急医療機関として、伊勢志摩地域だけでなく県南部の中核病院として、広範囲に救急患者を受け入れる体制を整備しています。 ・ 伊勢市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（伊勢市健康医療ダイヤル24）を実施しています。
紀北	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、紀北医師会医師が尾鷲総合病院で、救急外来の対応を行っています。また、紀北町で、月に2回、日曜日に在宅当番医制による対応を行っています。 ・ 第二次救急医療については、尾鷲総合病院が病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 尾鷲総合病院では、脳や心臓に関する専門医および医療機器が不足しており、救急医療対応が困難な場合があります。 ・ 第三次救急患者への対応は、県ドクターヘリとともに、和歌山県のドクターヘリを活用しています。
紀南	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、休日は紀南医師会の当番医が、夜間については紀南病院の救急外来が対応しています。 ・ 第二次救急医療については、紀南病院が病院群輪番制病院として対応しています。 ・ 第三次救急患者への対応は、県ドクターヘリとともに、和歌山県のドクターヘリを活用しています。 ・ 紀南病院は、和歌山県の新宮市立医療センターとの県境を越えた広域的な連携を行っています。

4. 課題

(1) 救急医療提供体制

- 令和2（2020）年の救急科における人口10万人あたりの医療施設従事医師数は1.6人で、全国平均の3.1人を下回り全国最下位（47位）であり、医師確保が喫緊の課題となっています³。
- 症状の程度が軽度な患者は、かかりつけ医や休日夜間急患センター、あるいは「医療ネットみえ」等により紹介された初期救急医療機関へ、また、明らかに重症な患者は第二次救急医療機関へ、さらに、生命の危機が差し迫っている患者は第三次救急医療機関へという、本来あるべき救急患者の受入に係る連携体制の構築に引き続き取り組むことが必要です。
- 高齢者の救急搬送が増加傾向にあり、今後も、高齢化の進展とともに救急搬送に占める高齢者の割合の増加が見込まれます。高齢者の救急搬送に係る課題に取り組むため、医療機関、消防機関、地域包括ケア関係者等による多職種連携会議の開催回数を増やすことが必要です。

① 病院前救護体制

- 平成22（2010）年に策定した「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の円滑な運用を進めるとともに、今後も調査分析結果をふまえた継続的な見直しが必要です。
- 救急救命士の資質向上のため、実習病院の充実と確保が必要です。
- AEDを用いた応急手当に係る地域住民への普及啓発の推進のため、県内消防本部や医療関係団体と連携した取組が必要です。
- 緊急性の高い患者が適切な医療を受けられるよう、救急車の適正利用および救急医療機関の受診に関する普及啓発を行う必要があります。
- 救急出動の事後検証や救急救命士の再教育を行う地域メディカルコントロール体制の充実・強化が必要です。

② 初期救急医療

- 応急診療所を維持するとともに、応急診療所がない地域においては診療所における在宅当番医制への参加を促し、休日夜間における初期救急医療を担う医療機関を確保することが必要です。
- 夜間・休日に受診できる初期救急医療機関の情報提供について、市町等と連携し、強化することが必要です。
- 「医療ネットみえ」の参加登録医療機関数を増やすことが必要です。

③ 第二次救急医療

- 医師不足等の理由により第二次救急医療の提供が困難となり、病院群輪番制の維持が課題となっている地域があります。
- 症状の程度が軽度な患者であっても第二次救急医療機関を受診する傾向が一定あり、特に、

³ 出典：厚生労働省「令和2年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

病院群輪番制病院等において対応すべき、重症な救急患者の診療に支障をきたしていることから、県民の適切な受診行動を促進することが必要です。

④ 第三次救急医療

- 令和4（2022）年の救命救急センターにおける救急担当専任医師数は人口10万人あたり1.5人（全国45位）で、全国平均の2.7人と比べて少なくなっています。また、救急担当専任看護師数は人口10万人あたり11.8人（全国34位）で、こちらも全国平均の13.5人と比べて少なくなっており、医師・看護師不足の解消が課題です。
- 紀北・紀南救急医療圏で構成される東紀州医療圏には第三次救急医療機関がないため、隣接地域の医療機関への負担が大きく、県内全域での支援体制の強化が必要です。
- 災害時や重複要請時のドクターヘリの運航について、近隣県との連携を強化することが必要です。
- ドクターヘリの円滑な運航体制を維持するため、訓練の実施や搬送事例の検証等を引き続き行うことが必要です。

⑤ 急性期を脱した患者への後方支援について

- 急性期病院で救急医療を受けた患者が、回復期、維持期へと円滑に移行し、地域へ戻ることができるよう、在宅医療の充実や多職種との連携を図るとともに、地域連携クリティカルパスの構築等、医療機関同士の連携強化を図ることが必要です。

⑥ 新興感染症の発生・まん延時の救急医療

- 新型コロナウイルス感染症の対応をふまえて、感染症対応と通常の救急医療を両立できる体制を構築することが必要です。

(2) 各救急医療圏の体制

- 救急搬送件数の増加に対応するとともに、受入医療機関要請回数の減少等を図るため、第二次および第三次救急医療体制のさらなる充実が求められています。
- 救急医療機関における受入患者の入院長期化、介護施設からの肺炎患者等の多数受入れにより、一時的に救急患者の受入れが制限されるなど、いわゆる出口問題が生じています。

図表5-5-18 各救急医療圏における課題

救急医療圏	課題
桑員	<ul style="list-style-type: none"> 第二次救急医療については、病院群輪番制病院により体制が維持されているものの、病院勤務医が少なく、第二次救急医療体制の維持が困難な状況となっています。 県外への搬送については、桑名市総合医療センターの設立により以前より減少したものの、依然として隣接する愛知県等への県外搬送が少なくないため、隣接する医療圏に所在する医療機関との連携が必要です。
三四	<ul style="list-style-type: none"> 地域住民の高齢化の進展による救急搬送患者の増加を見込んで、第二次・第三次救急医療機関と急性期を脱した患者の受入医療機関との機能分化および連携により、出口問題の解消を図ることが必要です。 隣接地域からの救急搬送患者に対応するため、関係する医療機関の連携や機能分化を図ることが必要です。
鈴亀	<ul style="list-style-type: none"> 第二次救急医療については、鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院および亀山市立医療センターの連携により対応していますが、他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。 亀山市において第二次救急医療を担う亀山市立医療センターにおける医師の充足が必要です。これらをふまえ、鈴亀救急医療圏の今後の第二次救急医療のあり方について協議・検討が必要です。
津	<ul style="list-style-type: none"> 第二次救急医療体制の強化が図られてきましたが、受入医療機関の要請回数が4回以上となった事案、病院選定時間が30分以上を要する事案の割合は横ばい状態であり、県内他地域と比較すると、高い状況にあります。 病院群輪番制病院の多くが中小規模病院であり、今後、高齢化の進展に伴い、引き続き救急医療に係る高い需要が見込まれることから、医療機関の連携や機能分化を図ることにより、さらに第二次救急医療体制を強化する必要があります。
伊賀	<ul style="list-style-type: none"> 現在3病院による病院群輪番制が維持されていますが、常勤医師数が少ない状況です。 他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。
松阪	<ul style="list-style-type: none"> 紀勢地域の救急医療体制の確立が必要です。 休日応急診療所を含め地域の初期救急医療を担当する医師が不足しており、医師の確保が必要です。 松阪地域、紀勢地域ともに人口1万人あたりの救急件数が、県や全国と比較しても高い状態が続いているため、対策を検討する必要があります。
伊勢志摩	<ul style="list-style-type: none"> 病院群輪番制病院が中心となって第二次救急医療が実施されているものの、伊勢志摩地域全体において、医師・看護師等の医療従事者の不足から、救急医療体制の維持が困難な状況となっています。 県立志摩病院において、さらなる救急医療提供体制の充実が必要です。
紀北	<ul style="list-style-type: none"> 尾鷲総合病院では、医師不足の中で救急医療対応が困難な状況が続いており、特に専門的領域の医師確保が課題となっています。 他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。
紀南	<ul style="list-style-type: none"> 紀南病院では医師不足の中で救急医療対応が困難な状況が続いており、特に専門的領域の医師確保が課題となっています。 他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。

5. ロジックモデル

番号	具体的施策	番号	中間アウトカム	番号	分野アウトカム
【県民の適切な受診行動の促進】					
1	初期救急医療機関の情報提供および案内業務の充実	1	県民の適切な受診行動の推進	1	県民が重症度・緊急度に応じた適切な医療を受けることができる
	指標 救急医療情報システム参加医療機関数		指標 軽症者搬送割合		指標 一般市民が心肺機能停止の時点を目撃した、心原性的心肺機能停止傷病者の1か月後の予後
	指標 救急医療情報センター電話案内件数				
	指標 医療ネットみえアクセス件数				
2	電話相談事業の充実				
	指標 #8000 相談件数				
	指標 #8000 応答率				
【病院前救護体制の充実】					
3	県民に対する救急蘇生法、予防救急等の普及啓発の実施	2	病院前救護体制の充実		
	指標 県民の救急蘇生法講習等の受講者数		指標 重症以上の事案における、救急車の現場滞在時間が30分以上の割合および4回以上医療機関に受入要請を行った割合		
4	メディカルコントロール体制の強化				
	指標 救急救命士が常時同乗している救急車の割合				
	指標 救急要請（覚知）から救急医療機関搬送までに要した時間				
【地域包括ケアシステムと救急医療の連携の促進】					
5	終末期の患者への対応および普及啓発	3	地域包括ケアシステムと救急医療の連携の促進		
	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		指標 多職種連携会議の開催回数		
【三次救急医療体制の充実】					
6	重症患者への対応および普及啓発	4	三次救急医療体制の充実		
	指標 救命救急センターの応需率		指標 人口10万人あたりの救命救急センターの専任医師数・専任看護師数		
	指標 ドクターヘリ出動件数				

6. 目標と施策

(1) 数値目標

目標項目	現状値	目標値	目標値の説明	データ出典
救急医療情報システム参加医療機関数	753 機関 【R 5.12 末】	837 機関以上	初期救急医療の充実のため、救急医療情報システムに参加登録している医療機関数を増加することを目標とします。	三重県調査
重症以上の事案における、救急車の現場滞在時間が30分以上の割合および4回以上医療機関に受入要請を行った割合	【30分以上】 5.3% 【R 4】	【30分以上】 3.3%以下	重症以上の事案における、救急車の現場滞在時間が30分以上および4回以上医療機関に受入要請を行った割合の低減を目標とします。	救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査
	【4回以上】 2.3% 【R 4】	【4回以上】 1.5%以下		
救急搬送患者のうち、傷病程度が軽症であった人の割合	53.5% 【R 4】	47.6%以下	救急搬送患者のうち、診療の結果として帰宅可能な軽症者の割合の低減を目標とします。	救急・救助の現況
地域で行われている多職種連携会議の開催回数	18回 【R 5】	38回	地域包括ケアシステムと救急医療の連携の促進のため、消防機関や地域包括ケアシステム関係者などが参画する多職種連携会議の開催回数（各地域メディカルコントロール協議会および各市町の地域包括ケアシステムに関する会議で1回ずつ）を目標とします。	三重県調査
人口10万人あたりの救命救急センターの専任医師数および専任看護師数 ()内は実数	【医師】 1.5人 (26人) 【R 4】	【医師】 2.7人以上 (47人)	第三次救急医療体制の充実のため、人口10万人あたりの救命救急センターの専任医師数および専任看護師数を全国平均（医師：2.7人、看護師：13.5人）まで増加させることを目標とします。	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
	【看護師】 11.8人 (210人) 【R 4】	【看護師】 13.5人以上 (241人)		
心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）の1か月後の予後	【生存率】 11.6% 【R 4】	【生存率】 12.5%以上	県民が重症度・緊急度に応じた適切な医療を受けられるよう、一般市民が心肺停止の時点を目撃した、心原性的心肺機能停止傷病者の1か月後の予後を全国の過去10年（平成25～令和4年）平均まで引き上げることがを目標とします。	救急・救助の現況
	【社会復帰率】 5.8% 【R 4】	【社会復帰率】 8.1%以上		

(2) 取組内容

取組方向1：県民の適切な受診行動の促進

- 県民に対し、かかりつけ医の必要性や救急医療に関する情報提供を行うとともに、救急車の適正な利用等、適切な受診行動に関する啓発を行います。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 「医療ネットみえ」や三重県救急医療情報センターによる初期救急医療機関の情報提供および案内業務の充実を図り、県民の適切な受診行動を促進します。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 小さな子どもを持つ保護者等を対象に、「子どもの救急対応マニュアル」や「みえ子ども医療ダイヤル（#8000）」による情報提供や相談事業を行います。(医療機関、関係機関、市町、県)

取組方向2：病院前救護体制の充実

- 県民に対する応急手当の普及啓発のため、県内消防本部や医療関係団体と連携した取組を促進します。(消防機関、関係機関、市町、県)
- AEDが必要なときに活用されるよう、設置場所についての情報提供を行います。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 救急救命士の再教育や事後検証等が円滑に推進されるよう、三重県メディカルコントロール協議会および各地域メディカルコントロール協議会が連携して体制の強化を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 三重県メディカルコントロール協議会で検討した課題等を各地域メディカルコントロール協議会において具体的に検討し、詳細な運用方法を策定します。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 救急救命士が行う気管挿管や薬剤投与といった手技等の維持・向上のため、ブラッシュアップ講習を実施します。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 「指導救命士制度」を運用し、救急救命士をはじめとした救急隊員の指導的役割を担う指導救命士の育成に努め、救急業務の充実を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 三重県独自の制度である上級指導救命士の認定にも引き続き取り組みます。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適応事案に関する調査分析結果をふまえた検討を行い、傷病者の状況に応じた適切な搬送および受入体制の構築を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)

取組方向3：初期、第二次、第三次救急医療体制の充実

- 医師修学資金貸与制度の運用を通じて将来県内医療機関で勤務する医師の確保に努めるとともに、三重県地域医療支援センター*等と連携し、救急医療を担う若手病院勤務医の確保を進めます。併せて、令和6（2024）年度以降の三重大学医学部地域枠B入学者に対して、救急科を含めた特定の診療科について診療科指定を行い、将来において県内の救急医療を

担う医師確保を進めます。(医療機関、三重大学、県)

- 地域包括ケアシステムの構築に向け、県および地域のメディカルコントロール協議会等を活用して、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を構築し、地域で連携したきめ細やかな取組を進めます。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 医療機関や市町、医師会等関係機関と協力し、初期救急医療を担う医療機関の増加に努めます。(医療機関、関係機関、市町、県)
- 地域のメディカルコントロール協議会等において、広域的対応や疾患別役割分担等の検討による効果的なネットワークづくりに向けた協議を進め、第二次救急患者や第三次救急患者の迅速な搬送および受入れができる体制づくりを進めます。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 急性期病院で救急医療を受けた患者が、回復期、維持期へと円滑に移行し、地域へ戻ることができるよう在宅医療の充実と多職種の医療関係者との連携を図るとともに、地域連携クリティカルパスの構築等、医療機関同士の連携強化を図ります。(医療機関、市町、県)
- 高齢者の救急搬送に係る課題に取り組むため、医療機関、消防機関および地域包括ケア関係者等の多職種による連携や情報共有を進めます。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 紀北救急医療圏、紀南救急医療圏については、第二次救急医療機関の機能強化を図るとともに、県ドクターヘリや、相互応援協定を締結している他県ドクターヘリの活用など、重症患者に対する広域的な救急医療体制の充実強化を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県)
- 県ドクターヘリの運用にあたり、近隣県との連携や訓練等の実施により、運航体制の強化を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で議論する体制の構築を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 病院前救護の担い手として専門的な知識、技術を有し、第二次救急医療や第三次救急医療における救急医のタスクシフトが期待される救急救命士を育成するため、救急ワークステーション*等の推進を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県)
- ドクターカーの運用について、国の動向を注視しながら、活用方法も含め検討を進めます。(医療機関、消防機関、市町、県)
- 特殊疾病患者に対する救急医療を確保するため、三重大学医学部附属病院を高度救命救急センターに指定し、高度医療の充実を図ります。(医療機関、三重大学、県)
- 三重大学医学部附属病院への高度救命救急センター設置に伴い、通常の救命救急センターとの役割分担を進めていくため、加えて、東紀州医療圏(紀北救急医療圏および紀南救急医療圏)もカバーする形での重篤患者の迅速な受入体制を充実させるため、津救急医療圏や松阪救急医療圏に新たに救命救急センターの設置を検討します。(医療機関、関係機関、市町、県)

取組方向4：新興感染症発生・まん延時の救急医療対応

- 救急患者を受け入れるために必要な感染防護や感染制御等の対策を講じることができる人

材を、国の実施するDMA T*研修等を活用し、平時から育成する体制を整えます。(医療機関、関係機関、県)

- #8000 等の電話による相談体制を平時から充実させ、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対応できる体制を整えます。また、新興感染症のまん延により、自宅療養者の発生が想定される場合は、療養者からの相談等を受け付ける電話相談窓口の設置や救急車の適正利用に関する啓発の強化を実施するとともに、消防機関に対して、病床使用率を含む入院受入医療機関の情報提供を行うことで、救急医療体制の維持を図ります。(医療機関、消防機関、関係機関、市町、県)
- 重症患者や特別な配慮が必要な患者(妊産婦・小児・透析患者・精神疾患を有する患者)に対応可能な受入医療機関を医療措置協定の締結等を通じて確保するとともに、協定締結状況をふまえた連携のあり方について、関係機関および関係団体と連携の上検討し、新興感染症の発生・まん延時の患者の受入れに対応できる体制を整えます。(医療機関、関係機関、県)

- 石川県を中心に大きな被害を及ぼした令和6(2024)年能登半島地震において、本県からもDMA TやDPA T*、日赤救護班をはじめ多くの支援チームが派遣されています。特に被害が大きかった輪島市や珠洲市などでは、人的被害に加え、道路やライフラインの復旧が進まず、救急医療提供体制が崩壊し、病院・施設避難を余儀なくされた例もありました。三重県においても南海トラフ巨大地震の発生が懸念されており、今回の対応をふまえ、災害発生時の救急医療体制のあり方について、今後、協議・検討していく必要があります。