

第2回救急・災害医療WG会議における主な議論について

(開催日 6月12日(金))

○救急医療

主 な 議 論

(1) ロジックモデルについて

【分野アウトカム】

- ・本県は広大であることから、救急医療提供の均てん化のため、分野アウトカム冒頭に「どこの地域においても」というような文言を入れていただきたいという意見が出された。

⇒冒頭に「住むところによらず」という記載を追加。

- ・指標について、心肺停止に係る部分のみではなく、脳卒中、心臓病、外傷等に関する社会復帰率等も指標とすべきという意見が出された。
- ・心肺停止以外は社会復帰率に関する有効な統計がないことから、脳卒中、心臓病、外傷等に関する社会復帰率を指標とするのは難しいという意見が出された。

⇒管理できる有効な指標がないことから、本ロジックモデル案では原案のままとした。

- ・幅広い領域に関係すべきという考えから、「緊急度、重症度に応じた」という書き出しとした方が良いという意見が出された。

⇒「緊急度に応じた」という記載を「緊急度、重症度に応じた」に変更。

- ・寝たきりの人などに対して「社会復帰できている」という表現はなじまないことから、「元の生活に戻れている」といった表現にすべきという意見が出された。

⇒「社会復帰できている」という記載を「元の生活に戻れている」に変更。

【中間アウトカム】

- ・病院前救護について、搬送中から気管挿管などの医療行為(特定行為)が行われていることから、適切な処置に関する記載が必要という意見が出された。
- ・病院前救護について、救急車の適切な利用による救急隊の負担の軽減が必要であることから、必要な人が速やかに搬送されていることが重要という意見が出された。

⇒中間成果2「患者が適切に(または速やかに)搬送されている」という記載を「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」に変更。

- ・緊急度・重症度に応じた医療の提供について、二次医療圏を越えた搬送などの役割分担と連携が確認できる指標を設定すべきという意見が出された。

⇒有効な指標について引き続き検討。数値で客観的に管理できる適切な指標がないか、構成員の異見を伺いたい。

- ・緊急度・重症度に応じた医療の提供について、中間アウトカムの冒頭が「重症度に応じて」となっているが、「緊急度・重症度に応じて」といった書き方が良いという意見が出された。

⇒「重症度に応じて」という記載を「緊急度・重症度に応じて」に変更。

- ・新興感染症について、新興感染症WGとの役割分担は重要であり、しっかりと整合性を取るべきという意見が出された。

⇒国指針により、以下の役割分担になることを確認した。また、新興感染症のロジックモデル作成担当者との認識で問題ない旨確認した。

- ・新興感染症では新興感染症そのものに対する対応（予防・まん延防止・医療提供体制・自宅療養体制）が計画の中心となり、救急医療では新興感染症対応と通常の救急医療の対応の両立に関して記載されるもの

【個別施策】

- ・適切な救急車の利用と救急隊の負担軽減のためにも、#7119の導入をするべきという意見が出された。

⇒個別施策2において、#7119の利活用を念頭に置いた個別施策を設定。

- ・適切な病院前救護のため、メディカルコントロール協議会の体制強化が重要であるという意見が出された。

⇒個別施策4に、メディカルコントロール協議会の機能強化を念頭に置いた個別施策を設定。

- ・広い本県で、より迅速かつ適切な情報共有のためにもIT等を活用した病院間ネットワークづくりが必要という意見が出された。

⇒個別施策10において、ICT等を活用した医療機関の相互連携について記載。

	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率	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 指標 心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	1	住むところによらず、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				
	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 指標 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		
	4	救急搬送に関するルールの標準化の促進 指標 なし				
	5	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		
	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 指標 受入困難事例の件数 指標 救命救急センターの充実度評価A以上の割合		
	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				
	9	三次救急医療体制の整備推進 指標 なし				
	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				
救命後の医療	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	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	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・受入体制の整備推進 指標 なし				

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。

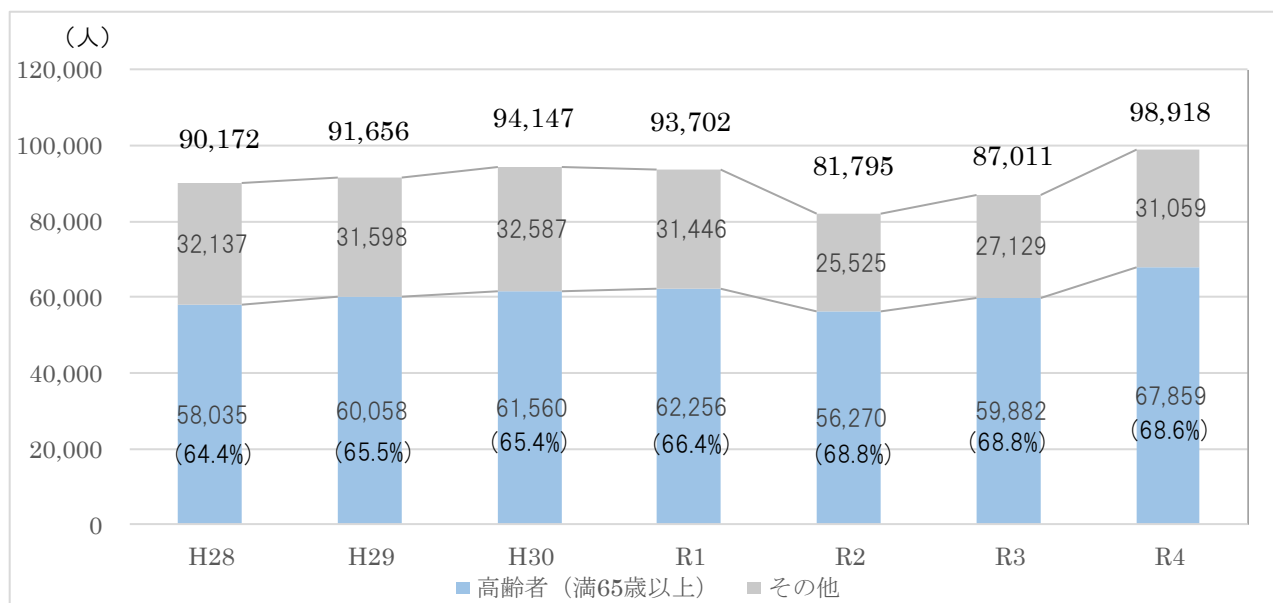
【表 1】年齢区分別救急搬送人数

(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。

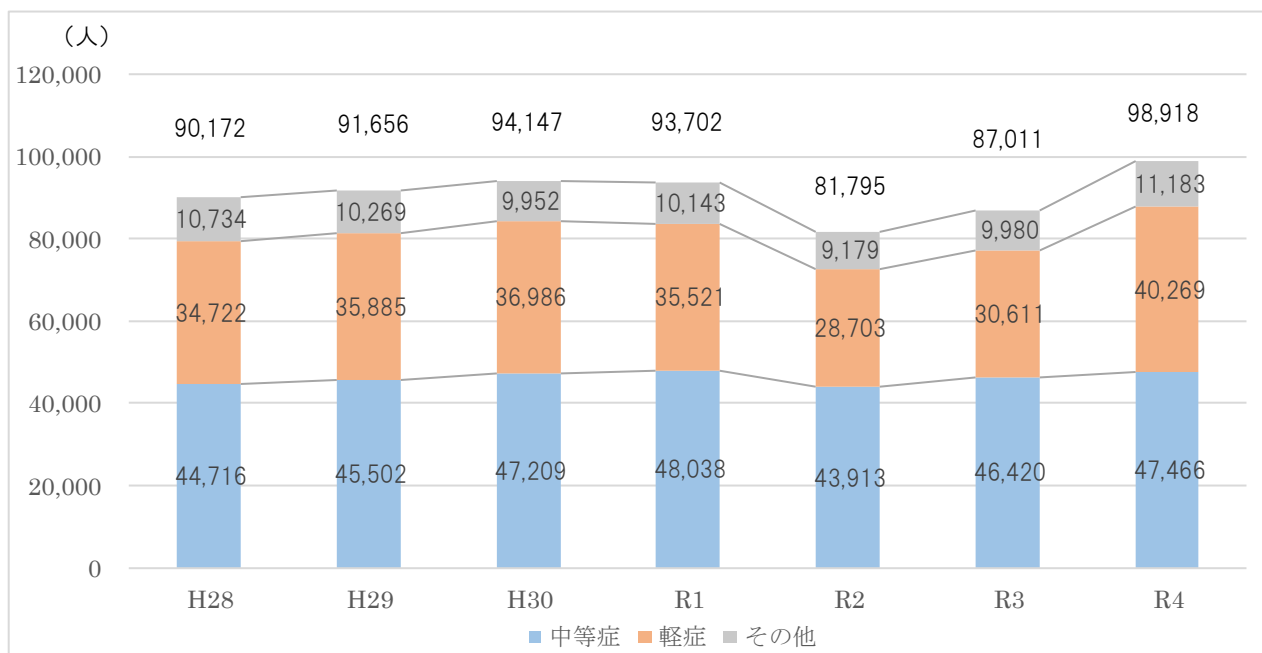
【表２】傷病程度別搬送人数

（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

注) 普通救命講習及び上級救命講習の受講者

(消防庁「救急・救助の現況」)

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」)

(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の消防本部で課題として認識されており、県内でも10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。

(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）

住むところによらず、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

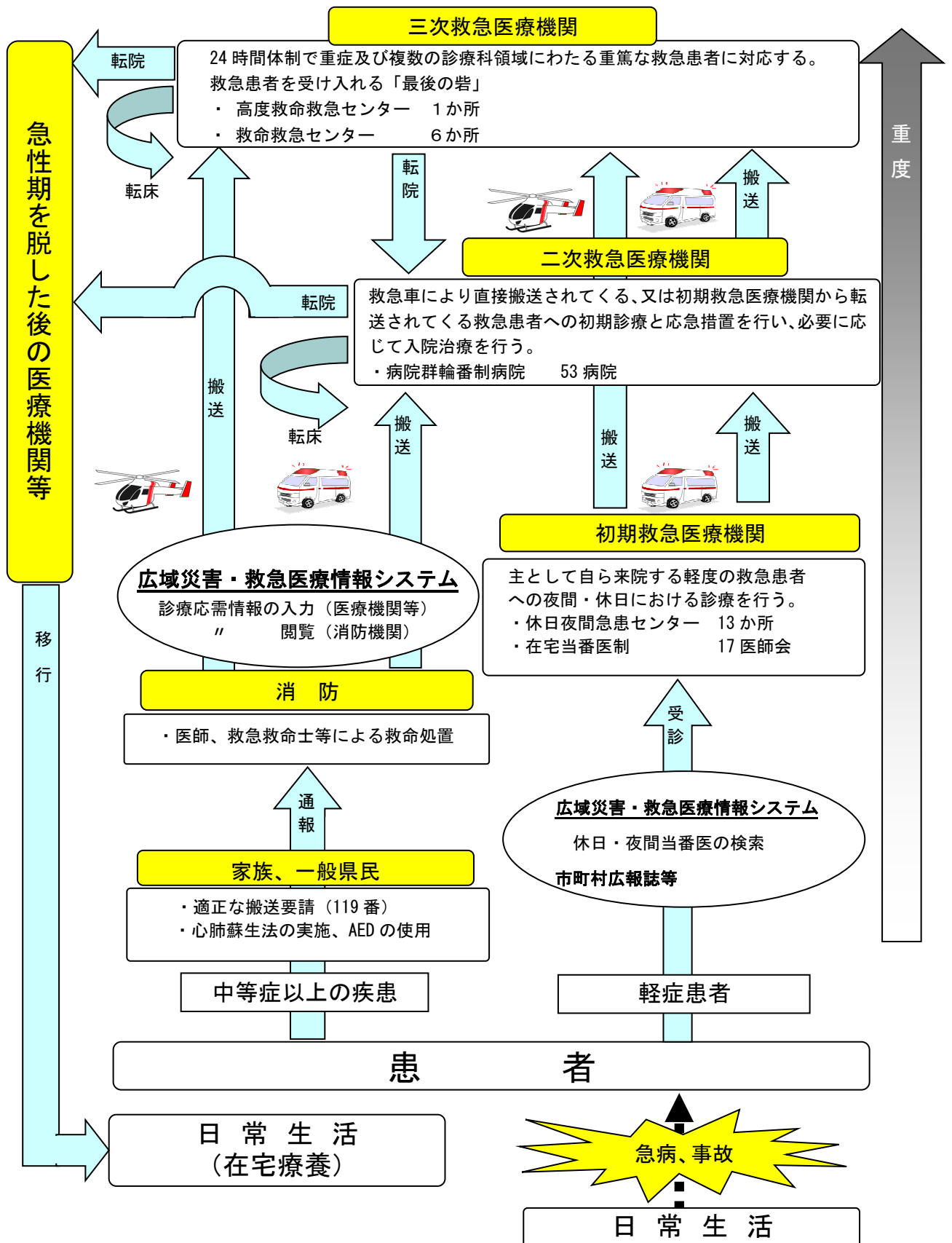
中間成果（中間アウトカム）

- （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

第3回WGで検討

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。
- 長野県メディカルコントロール協議会の機能を強化し、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など、救急搬送に関するルールの標準化を促進します。
- 指導救命士制度の活用や各種研修会・講習会の充実や「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」の見直しなどを通じ、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、消防本部（局）による心肺蘇生を望まない傷病者へ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による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、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

- 救急医療機関における重症患者等の受入体制を確保するため、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。
- 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・受入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V F又は無脈性V Tの1か月後社会復帰率	〇〇% (2023)	〇〇%	現状以上を目指す。	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)
S	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	〇〇件 (2023)	〇〇件以上	現状以上を目指す。	消防庁「救急・救助の現状」
P	住民の救急蘇生法の受講率	〇〇% (2023)	〇〇%	現状以上を目指す。	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)
S	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	〇〇分 (2023)	〇〇分以内	現状より短縮する。	消防庁「救急・救助の現状」
P	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	〇〇機関	〇〇機関	現状以上を目指す。	医療政策課調査

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)
S	受入困難事例の件数	4回以上照会: 〇〇件 30分以上: 〇〇件 (2023)	〇〇件以下	現状以下を目指す。	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」
S	救命救急センターの充実度評価A以上の割合	7施設 (2023)	7施設	現状維持を目指す。	厚生労働省「救命救急センターの評価結果」

P	休日・夜間に対応できる医療施設数	〇〇施設 (2023)	〇〇施設以上	現状以上を目指す。	医療政策課調査
P	二次救急医療機関(病院群輪番制病院)の数	〇〇施設 (2023)	〇〇施設以上	現状以上を目指す。	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)
S	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	〇〇件 (2023)	〇〇件以上	現状以上を目指す。	厚生労働省調査
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	4施設 (2023)	4施設以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「救命救急センターの評価結果」

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

コラム

1 第7次計画のコラム

- 救命講習
- ドクターヘリ
- 救急医療と“人生の最終段階における心肺蘇生等”

2 第8次計画のコラム(案)

- 救命講習
- ドクターヘリ・ドクターカーの活用
- 救急医療と“人生の最終段階における心肺蘇生等”

ロジックモデル（救急医療）事前意見

資料 1 - 4

【病院前救護】

意見項目	事前意見		対応案
	番号	意見内容	
中間成果 (中間アウトカム)	1	2「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」は発症場所と病院までの地理的な因子が大きく、本目標の指標としては適当ではないと思います。	岩下構成員 本指標は平均時間であり、発症場所が極端に病院から遠方に偏るなどない限り有効なものと考えられること、また、他県比較が可能な指標であることから、現行のままとしたい。
	2	2「搬送中にも」は「搬送中に」で良いように思います。	和田構成員 ご意見を踏まえ、「搬送中に」に修正。
個別施策 (アウトプット)	3	4「救急搬送に関するルールの～」の指標→「県内統一プロトコルの策定数」はどうでしょうか。	今村構成員 ご意見を踏まえ、個別施策4の指標に「県内統一プロトコール作成数」を追加。
	4	5「メディカルコントロール体制の～」の指標→「メディカルコントロール協議会に参加した医療圏の数、会議開催回数」はどうでしょうか。	今村構成員 メディカルコントロール体制の強化は重要であり、今後も年度内複数回開催する等により強化を図る方針だが、必要に応じて開催するものであるため、記載しないこととしたい。
	5	1. 救急蘇生法の受講可否は何を指標とするか？どのように統計をとるのか？	岩下構成員 応急手当の普及啓発活動については、「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」に基づき各消防本部において行った普通救命講習及び上級救命講習等の人口1万人当たりの実施率を「救急・救助の現況」（総務省消防庁調査）により調査している。
	6	2指標：Vf,VT患者の搬送先医療機関が救命救急センターである比率	岩下構成員 新たに調査等が必要なものは、調査に係る費用や負担等を踏まえると困難だが、事務局において引き続き検討。
	7	2.3.4.5の指標を具体的にした方がよい（空欄を埋める）	岩下構成員 ロジックモデルに掲載する指標は、代表的な指標に絞ることとしていること、また、新たに調査等が必要なものは、調査に係る費用や負担等を踏まえると困難だが、事務局において引き続き検討。
	8	「メディカルコントロール体制の強化・標準化」ですが、具体的な内容が伝わらないと思います。「傷病者の搬送・受入れ実施基準の明確化を行い、メディカルコントロール体制の強化・標準化を図る」など、具体策を盛り込んだ方がよいと思います。	和田構成員 ご意見を踏まえ、計画本文に具体的な例を追加。
その他	9	心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針について、県内統一化を検討すべきではないか（山梨県・岐阜県が既に導入している）	岩下構成員 ご意見を踏まえ、計画本文に県内統一化の検討の趣旨を記載。

ロジックモデル（救急医療）事前意見

【重症度・緊急度に応じた医療の提供】

意見項目	事前意見		対応案
	番号	意見内容	
中間成果 (中間アウトカム)	1	3.指標：県内にある7つの救命救急センターすべてが既にA以上であるが、「救命救急センターの充実度評価A以上の割合」を指標とする意義はあるのか？	岩下構成員 充実度評価A以上を維持することが重要であるという観点から現行のままとする。
	2	救命救急センターに緊急度・重症度に応じた患者が適切に搬送されていることが必要で、この内容を表す指標が求められると思います。	和田構成員 数値で把握できる指標があるかご教示いただきたい。
個別施策 (アウトプット)	3	7.指標：「対応できない病態・時間帯を無くす」としてはどうか？	岩下構成員 初期救急医療体制の充実は重要であるため、ご意見の趣旨を踏まえ、計画本文への記載を検討。
	4	8.指標：「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」に沿った収容依頼に対する不応件数を指標としてはどうか？	岩下構成員 新たに調査等が必要なものは、調査に係る費用や負担等を踏まえると困難だが、事務局において引き続き検討。 なお、その収容依頼が基準に沿っているかの判断など、調査を行う場合の具体的な手法や判断基準などあればご教示いただきたい。
	5	9.どのような課題があり、指標とするのか、整備内容を具体的にされた方がよい	岩下構成員 救命救急センターとしての質の維持向上が課題であると考えられるため、中間成果3において救命救急センターの充実度評価を指標としている。
	6	受入困難事例の件数が指標となっていますが、新興感染症による受入困難事例もあるかと思しますので、新興感染症も含めた受入困難事例の件数を指標とした方がよいのではないのでしょうか。	田中構成員 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査（総務省消防庁）における、重症以上傷病者の搬送において医療機関に4回以上受入れの照会を行った割合や救急車で搬送する医療機関が決定するまでに要請開始から30分以上である全搬送件数に占める割合を本指標としており、新興感染症の影響による受入困難事例も含まれた件数となっている。
	7	今回、医療審議会では2次医療圏は現状のままになりましたが、疾患によっては2次医療圏を越えた柔軟な対応が求められます。個別施策でこの点を表すものが必要と思います。	和田構成員 今回のWGで二次医療圏相互の連携体制について検討するため、検討結果を踏まえ、計画本文への記載を検討。

ロジックモデル（救急医療）事前意見

【救命後の医療】

意見項目	事前意見		対応案
	番号	意見内容	
中間成果 (中間アウトカム)	1	4. 指標：「実施件数」より「調整開始から退院までの日数」を指標とした方がよい	岩下構成員 新たに調査等が必要なものは、調査に係る費用や負担等を踏まえると困難だが、事務局において引き続き検討。
	2	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として、緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数とありますが、一人暮らしで自宅に戻るのが困難な方については、転院搬送が選択肢としてあると思います。そういった方についてもこの件数に含まれているのでしょうか。退院の際に、在宅や施設、病院への転院などがあります。いわゆる下り坂搬送についても十分な考慮が必要ではないでしょうか。	田中構成員 本指標は国の指標例を基にしており、A205救急医療管理加算かつA246退院支援加算の算定件数によるもの。転院による退院についても同加算が算定可能なものについては含まれている。 下り搬送については重要であるため、ご意見の趣旨を踏まえ、計画本文への記載を検討。
個別施策 (アウトプット)	3	11「救急医療用の～」の指標→「救命救急センターに入院した患者のDPCI、III期間以内の退院率」(難しいかもしれませんが)	今村構成員 新たに調査等が必要なものは、調査に係る費用や負担等を踏まえると困難だが、事務局において引き続き検討。
	4	11. 指標：「調整を行う者」より「後方病院の整備」の方がよいと思います。	岩下構成員 急性期を脱した後の医療を担う医療機関数を増やすことは重要であるため、ご意見の趣旨を踏まえ、計画本文への記載を検討。 なお、現行計画において指標としている「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」等を指標とするか等について事務局において引き続き検討。
	5	「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」という指標は、具体的にどの職種を意味しているのかわかりにくく、あまり実効的な指標にならないように思います。	和田構成員 救命救急センターの充実度評価のデータであり、具体的には「院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者が、平日の日勤帯に常時勤務している救命救急センターの数」。 本データでは職種の指定はないが、常時勤務しているかであり、一定の指標になるものと考え、現行のままとする。

ロジックモデル（救急医療）事前意見

【新興感染症】

意見項目	事前意見		対応案
	番号	意見内容	
中間成果 (中間アウトカム)	1	5.指標：新型コロナウイルス症患者の「救急車搬送における重症度別受入病院の整備」と「受け入れ病院の不応需数」	岩下構成員 新興感染症のまん延時にも対応できる体制については、今後検討していくため、現時点では指標を記載しない。
個別施策 (アウトプット)	2	「急性期病院で治療後の後方病院の整備」を追加	岩下構成員 ご意見の趣旨を踏まえ、個別施策13を「相談・診療体制の整備推進」に変更し、新たな個別施策として「救急搬送における重症度別受入医療機関や、必要な初療を行った上で入院が必要な際に転院する医療機関など受入体制の整備促進」を追加。
その他	3	保健所の役割を追加してほしい	岩下構成員 新興感染症の発生・まん延時における医療分野の検討を踏まえて、必要な記載があれば検討。

ロジックモデル（救急医療）事前意見

【その他】

意見項目	事前意見		対応案
	番号	意見内容	
その他	1	・全般的に、どの部門が担当するのかわかりづらいところがあります。本医療計画の実施期間内に目標が達成できるために、担当部署を明確にすべきと思います。	岩下構成員 計画全体に係るご意見であるため、信州保健医療総合計画全体の中で検討。
	2	分野アウトカムの「住むところによらず」の表現がややわかりにくいため、「県内どこに住んでいても」の方がわかりやすい様に思います	和田構成員 ご意見を踏まえ、目指す姿を「県内どこに住んでいても」に修正。

二次医療圏相互の連携体制の検討について【救急医療】

1 現状分析

(1) 医療資源

ア 各圏域に求められる機能

- ・適切な病院前救護活動が可能な体制
- ・重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制
- ・救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

イ 救急搬送の状況

平成 29 年から令和 3 年までの救急搬送について、本県では、重症以上の傷病者の医療機関への受入照会を 4 回以上行った件数は全体の 0.7%程度、現場滞在時間が 30 分以上の件数は全体の 2.8%程度で推移しており、状況に大きな変化はない。

長野県における重症以上傷病者（転院搬送を除く）の受入照会・搬送の状況

区分		平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
件数		8,534	8,242	8,378	7,546	8,401
医療機関への 受入照会回数	4 回以上	69	52	71	51	55
	構成比	0.8%	0.6%	0.8%	0.7%	0.7%
現場滞在時間 区分ごと件数	30 分以上	219	235	220	212	261
	構成比	2.6%	2.9%	2.6%	2.8%	3.1%

(総務省消防庁「医療機関の受入状況等実態調査」)

ウ 二次救急医療体制について

本県の二次救急医療体制（病院群輪番制）は、二次医療圏ごとに構築されている。また、二次医療圏ごとにメディカルコントロール体制が整備・運用されている。

エ 三次救急医療体制について

本県では、高度救命救急センター 1 施設を含む 7 施設を救命救急センターに指定しており、県下 4 ブロックに 1 施設（南信地域は南北に長い地域特性等を考慮して地域に 1 施設ずつ）整備し、重篤な救急患者の医療の確保等を行っている。

(2) 患者受療動向

入院患者の受療動向を見ると、圏域内で患者を受け入れている割合及び主な流出先は次のとおりとなっている。

なお、圏域内完結率及び主な流出先については、新型コロナウイルス感染症による患者受療動向に影響が出ていない平成 30 年度（2018 年度）とした。

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）
木曾	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	94.5%		7	長野赤十字病院（長野市）
北信	85.1%	長野（12.6%）	2	

（出典：長野県レセプトデータベース）

(3) 分析結果

木曾医療圏については前回の計画策定時から圏域内完結率が低下しており、圏域内で対応できない疾病もあることから、隣接する松本及び上伊那医療圏との連携体制が必要と考えられる。

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医療提供体制施設整備補助金等を活用した二次救急医療機関の機器整備等により、救急医療体制の強化・充実が図られてきている。

一方で、疾病によっては医療圏を越えた対応が必要なものもあるほか、医療圏を越えた搬送となった場合の救急医療機関等から地域の療養の場への円滑な移行は課題である。

2 各圏域における連携体制案

二次医療圏	連 携 体 制
佐久	※
上小	※
諏訪	※
上伊那	※
飯伊	※
木曾	松本医療圏及び上伊那医療圏との連携
松本	※
大北	※
長野	※
北信	※

※ 木曾医療圏以外の医療圏においては、必要に応じて他の医療圏と連携する。

長野県における二次医療圏別自己完結率

施設	患者→	2001佐久	2002上小	2003諏訪	2004上伊那	2005飯伊	2006木曾	2007松本	2008大北	2009長野	2010北信	2099不明
☐ 1_長野県		97.5%	96.9%	98.1%	97.0%	97.8%	79.7%	97.7%	97.5%	98.0%	98.3%	97.7%
	2001佐久	95.4%	14.2%	0.1%		0.0%	0.2%	0.2%		0.5%		8.1%
	2002上小	1.1%	76.5%	0.1%	0.2%			0.1%	0.1%	0.9%	0.0%	9.3%
	2003諏訪	0.3%	0.3%	95.5%	9.1%	0.1%	1.2%	1.0%	0.2%	0.1%	0.2%	15.1%
	2004上伊那			0.3%	78.4%	0.3%	6.9%	0.1%	0.1%	0.0%		3.5%
	2005飯伊	0.0%	0.0%	0.1%	5.6%	96.5%	1.0%	0.2%	0.2%	0.0%		10.5%
	2006木曾		0.0%		0.1%		60.6%	0.0%		0.0%		
	2007松本	0.2%	1.7%	1.5%	3.1%	0.4%	9.4%	92.5%	18.4%	0.6%	0.2%	18.6%
	2008大北		0.1%	0.1%	0.1%	0.1%		2.5%	77.2%	0.1%	0.0%	
	2009長野	0.5%	4.1%	0.3%	0.4%	0.3%	0.2%	0.9%	1.3%	94.5%	12.6%	31.4%
	2010北信			0.0%	0.1%	0.1%		0.1%		1.2%	85.1%	1.2%
☐ 2_隣接県		0.9%	0.7%	0.7%	1.1%	1.5%	18.6%	0.8%	0.9%	1.0%	1.3%	1.2%
	10群馬県	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%			0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	
	11埼玉県	0.3%	0.4%	0.1%	0.3%	0.0%	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%		
	15新潟県	0.1%	0.0%	0.1%		0.1%		0.0%	0.3%	0.5%	1.1%	1.2%
	16富山県			0.0%		0.0%			0.1%	0.0%		
	19山梨県	0.1%	0.0%	0.2%	0.3%	0.0%	0.5%	0.1%	0.1%	0.1%		
	21岐阜県		0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	15.6%	0.1%		0.0%	0.0%	
	22静岡県	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%		0.1%	0.1%	0.0%		
	23愛知県		0.1%	0.1%	0.3%	1.0%	2.2%	0.2%		0.0%	0.0%	
☐ 9_近隣県外		1.6%	2.3%	1.2%	1.9%	0.7%	1.7%	1.5%	1.6%	1.0%	0.4%	1.2%
	99_近隣県外	1.6%	2.3%	1.2%	1.9%	0.7%	1.7%	1.5%	1.6%	1.0%	0.4%	1.2%

各種マスタによる絞り込み

※何も選択されていない状態が全件

- 1_受療動向分析ツールマ...
- その他
- 癌診療
- 癌診療の体制
- 基本診療体制
- 救命・救急
 - 救急
 - 救急医療の体制...
 - 救急医療の体制...
 - 救急搬送
 - 集中治療
- 在宅
- 周産期
- 小児医療
- 心疾患
- 生活習慣病
- 精神医療
- 脳血管障害
 - 脳血管障害
 - 脳卒中
 - 脳動脈瘤

年度

- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021

入外区分

- 外来
- 入院

レセプト区分

すべて

保険区分

すべて

性別

すべて

年齢階級

すべて

主病名

○

<分析対象としたレセプト>
 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

<集計した診療行為>
 救急医療管理加算1・2、救急救命管理料 等

次期医療計画に位置付ける機能別医療機関の一覧について

1 機能別医療機関の一覧とは

- ・ 国が示す医療計画作成指針に基づき、疾病・事業等の医療機能を担う医療機関等の名称を記載したもの。
- ・ 一覧は県のホームページで公表しており、毎年県で実施している「医療機能調査」により更新。

2 現行計画の機能別医療機関の一覧

次頁参照

3 協議事項

次期計画における「機能別医療機関の一覧」に掲載する医療機関の基準について、国の指針では、「救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能を持つ医療機関」の例に「地域包括ケア病棟を有する病院」が追加された。

そのため、急性期を脱した後の医療に係る機能の基準を以下のとおり変更してはどうか。

【変更前】

- ・ 療養病床を有する病院
- ・ 回復期リハビリテーション病棟（入院料 1～6）を有する病院
- ・ 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
- ・ 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

【変更後】

- ・ 療養病床を有する病院
- ・ 回復期リハビリテーション病棟（入院料 1～6）を有する病院
- ・ 地域包括ケア病棟を有する病院〔追加〕
- ・ 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
- ・ 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

4 その他

本日の協議結果を踏まえ、本年 10 月頃に「医療機能調査」を実施し、とりまとめ結果を 2 月開催予定の保健医療計画策定委員会で報告する予定。

1 救急医療に関する機能別医療機関（初期救急医療、入院救急医療、救命救急医療）

（令和4年（2022年）10月1日現在）

医療圏	郡市名	【初期救急医療】		【入院救急医療】（第二次救急医療）	【救命救急医療】	救急告示医療機関（「救急病院等を定める省令」によって定められた救急病院等）			医療圏	
		在宅当番医制 （参加医療機関数）	○ 休日夜間急患センター等 ◎ 休日や夜間に対応できる医療機関	病院群輪番制の参加医療機関	救命救急センター 高度					
佐久	佐久市	佐久医師会(50)	○ 佐久地域休日小児科急病診療センター （佐久市）	厚生連浅間南麓こもろ医療センター（小諸市）	厚生連佐久総合病院 （佐久市）	厚生連浅間南麓こもろ医療センター（小諸市）	川西赤十字病院（佐久市）	国保浅間総合病院（佐久市）	佐久	
	南佐久郡			厚生連佐久総合病院（佐久市）		小諸医院（小諸市）	くろさわ病院（佐久市）	町立千曲病院（佐久穂町）		
	小諸市	小諸北佐久医師会(40)		国保浅間総合病院（佐久市）		柳橋脳神経外科（小諸市）	厚生連佐久総合病院小海分院（小海町）	厚生連佐久総合病院（佐久市）		国保軽井沢病院（軽井沢町）
	北佐久郡			川西赤十字病院（佐久市）		両宮病院（佐久市）	厚生連佐久総合病院佐久医療センター（佐久市）	軽井沢西部総合病院（御代田町）		
				金澤病院（佐久市）						
				くろさわ病院（佐久市）						
				厚生連佐久総合病院小海分院（小海町）						
				町立千曲病院（佐久穂町）						
				国保軽井沢病院（軽井沢町）						
				軽井沢西部総合病院（御代田町）						
上小	上田市	上田市医師会(68)	○ 上田市内科・小児科初期救急センター （上田市） ◎ 丸子中央病院（上田市）	安藤病院（上田市）	信州大学医学部附属病院（松本市）	安藤病院（上田市）	小林脳神経外科・神経内科病院（上田市）	柳澤病院（上田市）	上小	
	東御市	小県医師会(9)		上田病院（上田市）		上田病院（上田市）	塩田病院（上田市）	上田腎臓クリニック（上田市）		
	小県郡			厚生連鹿教湯病院（上田市）		厚生連鹿教湯病院（上田市）	整形外科上田花園病院（上田市）	東御市民病院（東御市）		東御市民病院（東御市）
				国立病院機構信州上田医療センター（上田市）		国立病院機構信州上田医療センター（上田市）	丸丸中央病院（上田市）	国保依田窪病院（長和町）		
				小林脳神経外科・神経内科病院（上田市）		塩田病院（上田市）				
				整形外科上田花園病院（上田市）		丸丸中央病院（上田市）				
				柳澤病院（上田市）		柳澤病院（上田市）				
				東御市民病院（東御市）		東御市民病院（東御市）				
				国保依田窪病院（長和町）		国保依田窪病院（長和町）				
諏訪	岡谷市	岡谷市医師会(22)	○ 諏訪地区小児夜間急病センター（諏訪市） ○ 岡谷市夜間成人急病センター（岡谷市民病院）	岡谷市民病院（岡谷市）	飯田諏訪赤十字病院 （飯田市）	岡谷市民病院（岡谷市）	諏訪赤十字病院（諏訪市）	諏訪共立病院（下諏訪町）	諏訪	
	諏訪市	諏訪市医師会(33)		諏訪湖畔病院（岡谷市）		諏訪湖畔病院（岡谷市）	組合立諏訪中央病院（茅野市）	厚生連富士見高原医療福祉センター富士見高原病院（富士見町）		
	茅野市	諏訪郡医師会(41)		諏訪赤十字病院（諏訪市）		諏訪赤十字病院（諏訪市）	諏訪共立病院（下諏訪町）			
				組合立諏訪中央病院（茅野市）		組合立諏訪中央病院（茅野市）	諏訪共立病院（下諏訪町）			
				諏訪共立病院（下諏訪町）		諏訪共立病院（下諏訪町）	厚生連富士見高原医療福祉センター富士見高原病院（富士見町）			
上伊那	伊那市	上伊那医師会(91)	○ 伊那中央病院（地域救急医療センター）（伊那市）	伊那中央病院（伊那市）	飯田諏訪赤十字病院 （飯田市）	伊那中央病院（伊那市）	昭和伊南総合病院（駒ヶ根市）	町立辰野病院（辰野町）	上伊那	
	駒ヶ根市			昭和伊南総合病院（駒ヶ根市）		昭和伊南総合病院（駒ヶ根市）				
飯伊	飯田市	飯田医師会(32)	○ 飯田市休日夜間急患診療所（飯田市）	飯田市立病院（飯田市）	飯田諏訪赤十字病院 （飯田市）	飯田市立病院（飯田市）	菅沼病院（飯田市）	下伊那赤十字病院（松川町）	飯伊	
	下伊那郡			飯田病院（飯田市）		飯田病院（飯田市）	瀬口脳神経外科病院（飯田市）	厚生連下伊那厚生病院（高森町）		
				輝山会記念病院（飯田市）		輝山会記念病院（飯田市）	市瀬整形外科（飯田市）	県立阿南病院（阿南町）		
				健和会病院（飯田市）		健和会病院（飯田市）	慶友整形外科（飯田市）			
				市瀬整形外科（飯田市）		市瀬整形外科（飯田市）				
				慶友整形外科（飯田市）		慶友整形外科（飯田市）				
木曾	木曾郡	木曾医師会(9)	◎ 県立木曾病院（木曾広域連合による一次救急医療事業）（木曾町）	県立木曾病院（木曾町）	相澤病院（松本市）	県立木曾病院（木曾町）			木曾	
松本	松本市	松本市医師会(147)	○ 松本市小児科・内科夜間急病センター（松本市） ○ 安曇野市夜間急病センター（安曇野市）	相澤病院（松本市）	相澤病院（松本市）	相澤病院（松本市）	城西病院（松本市）	桔梗ヶ原病院（塩尻市）	松本	
	塩尻市	塩筑医師会(39)		一之瀬脳神経外科病院（松本市）		一之瀬脳神経外科病院（松本市）	信州大学医学部附属病院（松本市）	塩尻病院（塩尻市）		
	東筑摩郡			国立病院機構まつもと医療センター（松本市）		国立病院機構まつもと医療センター（松本市）	藤森病院（松本市）	中村病院（塩尻市）		
	安曇野市	安曇野市医師会(40)		国立病院機構まつもと医療センター（松本市）		藤森病院（松本市）	松本協立病院（松本市）	安曇野赤十字病院（安曇野市）		
				藤森病院（松本市）		松本協立病院（松本市）	松本市立病院（松本市）	徳高病院（安曇野市）		
				松本市立病院（松本市）		丸の内病院（松本市）	丸の内病院（松本市）	丸の内病院（安曇野市）		
大北	大町市	大北医師会(27)		市立大町総合病院（大町市）	長野赤十字病院 （長野市）	市立大町総合病院（大町市）	厚生連北アルプス医療センターあづみ病院（池田町）		大北	
	北安曇郡			厚生連北アルプス医療センターあづみ病院（池田町）						
長野	千曲市	千曲医師会(37)	○ 長野市民病院・医師会急病センター（長野市） ○ 厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院・医師会急病センター（長野市） ○ 厚生連長野松代総合病院急病センター（長野市） ○ 須高休日緊急診療所（須坂市） ◎ 千曲中央病院（千曲市） ◎ 中野医師会休日診療所（中野市） ◎ 厚生連北信総合病院（中野市） ◎ 飯山赤十字病院（飯山市）	厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院（長野市）	長野赤十字病院 （長野市）	山田記念朝日病院（長野市）	小林脳神経外科病院（長野市）	伊勢宮胃腸外科（長野市）	長野	
	埴科郡	更級医師会(46)		厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院（長野市）		北野病院（長野市）	小林病院（長野市）	県立信州医療センター（須坂市）		
	長野市	長野市医師会(107)		長野市民病院（長野市）		長野市民病院（長野市）	厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院（長野市）	竹重病院（長野市）		農病院（須坂市）
	上水内郡			厚生連長野松代総合病院急病センター（長野市）		長野赤十字病院（長野市）	田中病院（長野市）	千曲中央病院（千曲市）		
	須坂市			長野中央病院（長野市）		長野中央病院（長野市）	厚生連南長野医療センター新町病院（長野市）	長野市民病院（長野市）		長野寿光会上山田病院（千曲市）
	上高井郡			県立信州医療センター（須坂市）		県立信州医療センター（須坂市）	長野赤十字病院（長野市）	新生病院（小布施町）		
北信	中野市		◎ 千曲中央病院（千曲市） ◎ 中野医師会休日診療所（中野市） ◎ 厚生連北信総合病院（中野市） ◎ 飯山赤十字病院（飯山市）	千曲中央病院（千曲市）	長野赤十字病院 （長野市）	厚生連長野松代総合病院（長野市）	長野中央病院（長野市）	信越病院（信濃町）	北信	
	下高井郡			厚生連北信総合病院（中野市）		飯山赤十字病院（飯山市）	飯山赤十字病院（飯山市）	町立飯綱病院（飯綱町）		
	飯山市			飯山赤十字病院（飯山市）						

1 救急医療に関する機能別医療機関（初期救急医療、入院救急医療、救命救急医療）

（令和4年（2022年）10月1日現在）

機能	【急性期を脱した後の医療】			訪問看護ステーション
	○療養病床を有する病院 ◎回復期リハビリテーション病棟（入院料1～6）を有する病院 □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 ◆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			
佐久	<input type="checkbox"/> 厚生連浅間南麓こもろ医療センター（小諸市）	<input type="radio"/> くらさわ病院（佐久市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 厚生連佐久総合病院小海分院（小海町）	訪問看護ステーション
		<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 厚生連佐久総合病院（佐久市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 町立千曲病院（佐久穂町）	
	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 金澤病院（佐久市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 国保浅間総合病院（佐久市）	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 国保軽井沢病院（軽井沢町）	
	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 川西赤十字病院（佐久市）	<input type="checkbox"/> ◆ 厚生連佐久総合病院佐久医療センター（佐久市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 軽井沢西部総合病院（御代田町）	
上小	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 安藤病院（上田市）	<input type="checkbox"/> ◆ 国立病院機構信州上田医療センター（上田市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 柳澤病院（上田市）	
	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 上田病院（上田市）	<input type="checkbox"/> ◆ 小林脳神経外科・神経内科病院（上田市）	<input type="checkbox"/> ◆ 国保依田窪病院（長和町）	
	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 厚生連鹿教湯病院（上田市）	<input type="radio"/> 塩田病院（上田市）		
	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 厚生連三才山病院（上田市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 丸子中央病院（上田市）		
諏訪	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> 岡谷市民病院（岡谷市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 諏訪城東病院（諏訪市）	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 諏訪共立病院（下諏訪町）	
	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 諏訪湖畔病院（岡谷市）	<input type="checkbox"/> ◆ 諏訪赤十字病院（諏訪市）	<input type="checkbox"/> ◆ 厚生連富士見高原医療福祉センター富士見高原病院（富士見町）	
	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 祐愛病院（岡谷市）	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 諏訪中央病院（茅野市）		
上伊那	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 伊那中央病院（伊那市）	<input type="radio"/> 田中病院（伊那市）	<input type="checkbox"/> ◆ 町立辰野病院（辰野町）	
	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 仁愛病院（伊那市）	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 昭和伊南総合病院（駒ヶ根市）		
	<input type="checkbox"/> 前澤病院（駒ヶ根市）	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 上伊那生協病院（箕輪町）		
飯伊	<input type="checkbox"/> 飯田病院（飯田市）	<input type="radio"/> 菅沼病院（飯田市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 厚生連下伊那厚生病院（高森町）	
	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> 輝山会記念病院（飯田市）	<input type="checkbox"/> ◆ 瀬口脳神経外科病院（飯田市）	<input type="checkbox"/> 県立阿南病院（阿南町）	
	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 健和会病院（飯田市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 下伊那赤十字病院（松川町）		
木曾	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 県立木曾病院（木曾町）			
松本	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 相澤病院（松本市）	<input type="checkbox"/> 藤森病院（松本市）	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> 桔梗ヶ原病院（塩尻市）	
	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> 一之瀬脳神経外科病院（松本市）	<input type="checkbox"/> 松本協立病院（松本市）	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 安曇野赤十字病院（安曇野市）	
	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 上條記念病院（松本市）	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 松本市立病院（松本市）	<input type="checkbox"/> ◆ 県立こども病院（安曇野市）	
	<input type="radio"/> 松南病院（松本市）	<input type="checkbox"/> ◆ 丸の内病院（松本市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 穂高病院（安曇野市）	
	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 城西病院（松本市）	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 松本中川病院（松本市）		
	<input type="checkbox"/> ◆ 国立病院機構まつもと医療センター（松本市）	<input type="radio"/> 塩尻協立病院（塩尻市）		
大北	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 市立大町総合病院（大町市）	<input type="checkbox"/> ◆ 厚生連北アルプス医療センターあづみ病院（池田町）		
長野	<input type="checkbox"/> ◆ 小林脳神経外科病院（長野市）	<input type="radio"/> 小島病院（長野市）	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 千曲中央病院（千曲市）	
	<input type="radio"/> 朝日ながの病院（長野市）	<input type="radio"/> 東和田病院（長野市）	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 長野寿光会上山田病院（千曲市）	
	<input type="checkbox"/> ◆ 北野病院（長野市）	<input checked="" type="radio"/> ◆ 竹重病院（長野市）	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 新生病院（小布施町）	
	<input type="radio"/> 栗田病院（長野市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ナカジマ外科病院（長野市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 信越病院（信濃町）	
	<input type="checkbox"/> ◆ 厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院（長野市）	<input type="checkbox"/> 長野市民病院（長野市）	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 町立飯綱病院（飯綱町）	
	<input type="radio"/> ◆ 厚生連南長野医療センター新町病院（長野市）	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> 長野中央病院（長野市）		
	<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 厚生連長野松代総合病院（長野市）	<input type="radio"/> 小林病院（長野市）		
	<input type="radio"/> ◆ 厚生連長野松代総合病院附属若穂病院（長野市）	<input type="checkbox"/> 県立信州医療センター（須坂市）		
北信	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 厚生連北信総合病院（中野市）	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> ◆ 飯山赤十字病院（飯山市）		

2023/8/17

長野県保健医療計画策定ワーキンググループ会議
救急・災害医療WG 座長：和田秀一先生

救急・災害医療WG 構成員 岩下具美

二次医療圏を超えた二次救急疾患を応需している医療機関へのアンケート

長野県では2003年に二次医療圏を10か所に設置した。それ以来20年が経過し、人口や医師の分布、診療科の細分化や偏在など変化が生じている。二次救急領域の疾患でも二次医療圏を超えて隣接する他の医療圏に搬送することが平常化しつつある地域がある。特にこのことが課題となる医療圏は北信・大北・木曽二次医療圏とされており、2023年5月26日の県保健医療計画策定委員会では、「疾病ごとの具体的な医療提供体制などを分析し、医療圏間の連携体制を検討する」とされた。北信医療圏における長野市民病院・長野赤十字病院、大北医療圏における相澤病院、木曽医療圏における伊那中央病院・相澤病院の救急部門の責任医師に状況を聴取した。本ワーキンググループで医療計画策定に考慮していただきたい。

相澤病院：回答 吉池昭一救命救急センター長（2023/7/20）

木曽・大北医療圏から多くの患者が搬送される。「救急を断らない」病院の方針から応需している。救急外来で働く医師・看護師は「なぜ遠くから搬送されるのか」割り切れない気持ちがある。急性期治療後に地元の地域包括医療機関へ転院を依頼するが迅速な対応は難しく、松本市街地の病院に転院をお願いしている。また、県立木曽病院では、今まで整形外科医の待機態勢が運用されていたが、働き方改革により運用を中止するとの通知を书面で受け、さらに心配している。このような状況下で災害時の医療体制は可能であるかさらに心配である。

長野市民病院：回答 一本木邦治救急科部長（2023/7/20）

北信医療圏からの搬送はある。入院診療は救急科以外が担当することが多く、北信医療圏からの搬送に伴う病院の負担は明らかでない。北信総合病院との医療連携が構築されており、急性期治療後に転院を依頼している。飯山赤十字病院から整形外科不在の連絡を受けた。

長野赤十字病院：回答 岩下具美救命救急センター長（2023/7/20）

北信医療圏から二次救急病態の患者が搬送される。入院不要な軽症者も地元の医療機関で初期診療できず当院に搬送され、中野や飯山へ同日帰宅となることもある。入院患者に占める北信医療圏の患者比率は高くはないが、相澤病院と同様に、救急外来で働く医師・看護師は「なぜ遠くから搬送されるのか」割り切れない気持ちがある。また、遠方から来院される家族負担も気になる。長野市民病院と同様に北信総合病院・飯山赤十字病院との救急医療に

おける覚書を毎年締結している。北信医療圏で対応困難な傷病者の急性期治療を当院で応需することと、急性期治療後の転院が記載されているが、転院までの日数が課題である。また、北信総合病院の平日に整形外科診療不可日（手術日）があることを聞いている。

伊那中央病院：回答 堀江史朗救命救急センター長（2023/7/26）

木曽医療圏からの搬送は多い。脳卒中は県立木曽病院の神経内科医師が対応困難（病欠）となり、殆ど伊那中央病院に搬送されていると思う。意識障害も県立木曽病院で初期診療（評価）せず脳卒中（疑い）として搬送される。心疾患はしばらく前から伊那中央病院で応需する仕組みができています。外傷については適宜対応している（相澤病院にも搬送されていると思う）。相澤病院同様に県立木曽病院から整形外科医の待機態勢が中止されるとの通知を書面のみで受けている。

上記病態の入院加療は救急科以外で対応しており、退院調整の状況については把握していない。

（まとめ）

4病院すべてで近隣医療圏から平時においても二次救急病態の搬送を受けていることが分かった。初期診療・急性期治療は隣接する医療圏の病院で対応できている。救急外来で働く職員的心情（地元で診療できないのか？）と急性期治療終了後の地元医療機関への転院に課題があると思われる。

木曽医療圏は中信地区に属しているが、所謂三次疾患である脳卒中・心疾患を南信地区の伊那中央病院で応需していることも分かった。

医師の偏在や働き方改革なども伴い、長野県においては医療圏を超えた搬送は継続されると思われる。医療圏を超えて搬送する消防職員及び二次救急病態を応需する隣接医療圏の救急初期診療担当医師・看護師がストレスなく救護・診療できるために明文化した取り決め（ルール作り）が必要と考える。また、急性期診療が終了し全身状態の安定化が得られた場合には、まず地元の急性期対応病院へ速やかに転院し、その後は通常通り地域の医療・福祉を活用した退院調整ができるシステムの構築が必要と考える。