

現状と課題

項目	事務局案文	主なご意見	事務局対応方針	修正後案文
	<p>【現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>供給側（医療体制）では、医師の高齢化、医師の働き方改革による勤務医の時間外労働の上限規制の適用開始、医師・診療科の偏在等により、救急医療を担う医師の絶対数が不足しています。</li> <li>需要側（患者・家族等）では、少子化、核家族化、夫婦共働き、高齢化といった社会情勢等の変化を背景に、より一層、地域で安心して生活するために必要な医療が必要なときに提供される医療環境へのニーズが高まっています。</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>今後、さらに供給側と需要側の間のミスマッチが拡大する懸念があることを踏まえ、県における救急医療体制を強化し、持続可能なものとするために、初期救急医療、二次救急医療、三次救急医療の更なる機能分化・連携を推進し、病状に応じた適切な医療が必要なときに受けられる救急医療体制を確保する必要があります。</li> </ul>	<p>●医師会 田村委員</p> <p>総合的な救急の進捗評価②での一般市民による除細動件数が本県で115件とのことだが、その数の算出根拠を示してください。それから、実際に心房細動で、AEDが施行された数ではなく、心臓疾患以外を含めた意識不明者に対してAEDが検討された数を把握しているかご教示ください。AEDがどれだけ救命に役立っているのかの細かい分析が足りないのではないかと。</p>	<p>・「一般市民による除細動件数」の算出根拠につきましては、全国の消防本部が「ウツタイン様式オンライン入力要領」に従い回答したものを取りまとめた、消防庁の「救急救助の現況」の数値となっております。</p> <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」や、「一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の生存率」の数値については、上記「救急救助の現況」において把握できておりますが、「心臓疾患以外を含めた意識不明者に対してAEDが検討された数」については、把握できる状況にはございません。</p>	<p>【現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>供給側（医療体制）では、医師の高齢化、医師の働き方改革による勤務医の時間外労働の上限規制の適用開始、医師・診療科の偏在等により、救急医療を担う医師の絶対数が不足しています。</li> <li>需要側（患者・家族等）では、少子化、核家族化、夫婦共働き、高齢化といった社会情勢等の変化を背景に、より一層、地域で安心して生活するために必要な医療が必要なときに提供される医療環境へのニーズが高まっています。</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>今後、さらに供給側と需要側の間のミスマッチが拡大する懸念があることを踏まえ、県における救急医療体制を強化し、持続可能なものとするために、初期救急医療、二次救急医療、三次救急医療の更なる機能分化・連携を推進し、病状に応じた適切な医療が必要なときに受けられる救急医療体制を確保する必要があります。</li> </ul>
<p>1 現状と課題</p> <p>(1) 救急搬送の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>神奈川県内における令和3年の救急搬送人員数は、411,307件と東京都、大阪府に次ぐ全国3位です。令和元年には、445,832件となり、新型コロナウイルス感染症の流行以前は、救急搬送人員数が年々増加している状況です。</li> <li>令和3年の救急患者搬送数を人口10万対の値で見ると、全国平均を大きく超えるものではありません。</li> <li>救急搬送人員数の人口10万対の値については、全国と本県は、経時的にほぼ同様の傾向となっております。</li> <li>令和3年の救急搬送件数に占める高齢者搬送件数は、238,847件となっており、救急搬送人員数全体の58.1%を占めており、高齢化の進展により高齢者搬送の割合が高まっています。</li> <li>今後も、高齢化の進展で、救急搬送件数は増加し、救急搬送に占める高齢者の割合もさらに高まることが見込まれることから、救急搬送における高齢者への対応が必要となります。</li> <li>また、本県の令和3年中における傷病程度別の搬送人員の構成比としては、軽症患者の割合が43.9%、中等症の割合が46.7%を占めており、軽症・中等症の割合が90.6%を占めています。</li> <li>救急搬送人員に占める軽症患者の割合は、神奈川県、全国ともに低下傾向にありますが、この中の一部には、不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見され、軽症・中等症患者の流入により、救急搬送される重篤・重症患者に対する救急医療の提供に支障が生じています。</li> <li>本県では、救命救急センターへの患者搬送システムとして、平成14年7月からドクターヘリを東海大学医学部付属病院に配備しています。平成19年9月からは高速道路における運用を開始するとともに、平成26年8月からは県と山梨県及び静岡県の3県で広域連携体制を構築し、互いの県境を越えて相互に支援を行っています。</li> <li>ドクターヘリに関して、現状では、ヘリコプターの特性を活かした重篤・重症患者の搬送は適正に行われています。更なる救命率の向上を図るため、トリアージ、出動要請及び出動決定が適切に行われることが必要です。</li> </ul>	<p>●東海大学 中川委員</p> <p>人口10万対の救急搬送人員数、また救急搬送人員数に占める高齢者搬送件数など、全国、本件の具体的な数値を示した方が理解しやすいのではないのでしょうか。</p> <p>ドクターヘリについては、出動要請がほぼ県西部に限定されています。平成28・29年のドクターヘリに関する厚労科研では、ドクターヘリがカバーすることが有効である地域には、県西部の他に、三浦半島、県央部北部が挙げられていますが、こういった地域からの出動要請がさらに増えることが更なる効果的な運用のために期待されると考えます。</p>	<p>・具体的な数字を本文に記載するとともに、高齢者の搬送割合について、全国と本県を比較する表を追加しました。</p> <p>・ドクターヘリに関する内容については、今後運航調整委員会等で、三浦半島や県央北部での出動要請について検討することとし、計画本文に記載することは見送りました。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>神奈川県内における令和3年の救急搬送人員数は、411,307件と東京都、大阪府に次ぐ全国3位です。令和元年には、445,832件となり、新型コロナウイルス感染症の流行以前は、救急搬送人員数が年々増加している状況です。</li> <li>令和3年の救急患者搬送数を人口10万対の値で見ると、<b>本県は4,460人で、全国平均である4,336人</b>を大きく超えるものではありません。（図表1-1-2）</li> <li>救急搬送人員数の人口10万対の値については、全国と本県は、経時的にほぼ同様の傾向となっております。</li> <li>令和3年の救急搬送件数に占める高齢者搬送件数は、238,847件となっており、救急搬送人員数全体の58.1%を占めています。<b>全国では、高齢者搬送件数が61.9%を占めており、</b>高齢化の進展により高齢者搬送の割合が高まっています。</li> <li>今後も、高齢化の進展で、救急搬送件数は増加し、救急搬送に占める高齢者の割合もさらに高まることが見込まれることから、救急搬送における高齢者への対応が必要となります。</li> <li>また、本県の令和3年中における傷病程度別の搬送人員の構成比としては、軽症患者の割合が43.9%、中等症の割合が46.7%を占めており、軽症・中等症の割合が90.6%を占めています。</li> <li>救急搬送人員に占める軽症患者の割合は、神奈川県、全国ともに低下傾向にありますが、この中の一部には、不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見され、軽症・中等症患者の流入により、救急搬送される重篤・重症患者に対する救急医療の提供に支障が生じています。</li> <li>本県では、救命救急センターへの患者搬送システムとして、平成14年7月からドクターヘリを東海大学医学部付属病院に配備しています。平成19年9月からは高速道路における運用を開始するとともに、平成26年8月からは県と山梨県及び静岡県の3県で広域連携体制を構築し、互いの県境を越えて相互に支援を行っています。</li> <li>ドクターヘリに関して、現状では、ヘリコプターの特性を活かした重篤・重症患者の搬送は適正に行われています。更なる救命率の向上を図るため、トリアージ、出動要請及び出動決定が適切に行われることが必要です。</li> </ul>	
<p>(2) 救急医療提供体制</p> <p>ア 病院前救護活動</p> <p>(7) 救急蘇生法の普及</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>令和3年中の県内の応急手当普及講習（普通・上級講習）の受講者数は21,773人で、人口1万人あたり23.6人が受講しており、令和5年6月現在、県内に設置された自動体外式除細動器（AED：Automated External Defibrillator）は、19,644台あります。</li> <li>救命率の向上を図るため、県民による心肺蘇生など応急手当の実施や、自動体外式除細動器（AED）の使用法の普及、設置場所の周知が必要となります。</li> <li>令和3年中の一般市民が目撃した心肺機能停止のうち心肺蘇生（除細動含む。）を実施した場合の1か月生存率は14.1%、実施しなかった場合は7.0%と約2.0倍の差があり、現場に居合わせた人の心肺蘇生行為等が救命率の向上に大きく寄与しています。</li> </ul>			<p>(7) 救急蘇生法の普及</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>令和3年中の県内の応急手当普及講習（普通・上級講習）の受講者数は21,773人で、人口1万人あたり23.6人が受講しており、令和5年6月現在、県内に設置された自動体外式除細動器（AED：Automated External Defibrillator）は、19,644台あります。</li> <li>救命率の向上を図るため、県民による心肺蘇生など応急手当の実施や、自動体外式除細動器（AED）の使用法の普及、設置場所の周知が必要となります。</li> <li>令和3年中の一般市民が目撃した心肺機能停止のうち心肺蘇生（除細動含む。）を実施した場合の1か月生存率は14.1%、実施しなかった場合は7.0%と約2.0倍の差があり、現場に居合わせた人の心肺蘇生行為等が救命率の向上に大きく寄与しています。</li> </ul>	
<p>(イ) 消防機関による救急搬送体制及びメディカルコントロール体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>令和3年4月1日現在、県内の救急隊のうち常に救急救命士が同乗している割合は100%であり、全国の92.8%よりも高い割合となっておりますが、救急搬送件数が全国でも多い状況であるため、今後も消防機関による救急搬送体制をより一層強化する必要があります。</li> <li>病院前救護活動における救急救命士が実施する医行為の質を確保する観点から、神奈川県メディカルコントロール協議会と県内5地区に各地区メディカルコントロール協議会が設置されています。</li> <li>今後、救急救命士の業務範囲の拡大や高度化への適切な対応や質の向上、救急救命士が適切な活動を実施するためのメディカルコントロール体制の強化・充実が必要です。</li> </ul>	<p>●東海大学 中川委員</p> <p>メディカルコントロール体制の強化・充実が必要というのは分かりますが強化・充実をするために何をしたらよいのかを明示できればのほうがよいと思います。それをこれから検討していくのであれば、『メディカルコントロール体制の強化・充実のための具体策についての検討が必要』とするのが良いかと思えます。</p>	<p>ご意見を反映いたしました。</p>	<p>(イ) 消防機関による救急搬送体制及びメディカルコントロール体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>令和3年4月1日現在、県内の救急隊のうち常に救急救命士が同乗している割合は100%であり、全国の92.8%よりも高い割合となっておりますが、救急搬送件数が全国でも多い状況であるため、今後も消防機関による救急搬送体制をより一層強化する必要があります。</li> <li>病院前救護活動における救急救命士が実施する医行為の質を確保する観点から、神奈川県メディカルコントロール協議会と県内5地区に各地区メディカルコントロール協議会が設置されています。</li> <li>今後、救急救命士の業務範囲の拡大や高度化への適切な対応や質の向上、救急救命士が適切な活動を実施するためのメディカルコントロール体制の強化・充実のための<b>具体策についての検討</b>が必要です。</li> </ul>	



項目	事務局案文	主なご意見	事務局対応方針	修正後案文
	<p>(ウ) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 傷病者を受入れる医療機関が速やかに決定されないことがある問題を解消するため、「神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準」を平成 23 年 3 月に策定し、平成 24 年 2 月には「妊産婦にかかる基準」、平成 25 年 3 月には「精神疾患を有する傷病者の身体症状にかかる基準」、平成 25 年 6 月には県内すべての地域において「受入医療機関確保基準」を策定しています。</li> <li>○ 高齢化の進展に伴い、救急搬送に占める高齢者の割合が高まるなか、今後増加する高齢者救急に対応していくため、多臓器・多疾患の患者特性を踏まえた効率的な救急搬送と受入医療機関の確保が必要となります。</li> </ul>			<p>(ウ) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 傷病者を受入れる医療機関が速やかに決定されないことがある問題を解消するため、「神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準」を平成 23 年 3 月に策定し、平成 24 年 2 月には「妊産婦にかかる基準」、平成 25 年 3 月には「精神疾患を有する傷病者の身体症状にかかる基準」、平成 25 年 6 月には県内すべての地域において「受入医療機関確保基準」を策定しています。</li> <li>○ 高齢化の進展に伴い、救急搬送に占める高齢者の割合が高まるなか、今後増加する高齢者救急に対応していくため、多臓器・多疾患の患者特性を踏まえた効率的な救急搬送と受入医療機関の確保が必要となります。</li> </ul>
<p>イ 初期救急</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 比較的軽症の患者を対象とした初期救急医療の体制については、休日夜間急患診療所等及び在宅当番医制により実施しており、医科で 17 市 1 町に所在しています。</li> <li>○ 県内の救急医療体制を持続的に確保する観点から、救急搬送を必要としない軽症患者の診療を行っている休日夜間急患診療所等は重要ですが、医師の働き方改革や、医師の高齢化等により、輪番当直医の確保が困難になっており、初期救急へのアクセスの公平性の観点を踏まえた市町村・地域単位での持続的な初期救急医療提供体制の確保が課題です。</li> <li>○ また、本県では、内科・小児科を主体とする初期から二次までの救急医療体制では対応が難しい耳鼻咽喉科及び眼科救急患者に対応するため、県内を 6 ブロックに分け、休日（日中）において休日夜間急患診療所及び在宅当番医制による初期救急医療を独自に実施しています。</li> <li>○ しかし、医師の働き方改革や、医師の高齢化等により、耳鼻咽喉科及び眼科においても、休日夜間急患診療所等における輪番当直医の確保が困難になっており、持続的な初期救急医療体制の確保が課題となっています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●耳鼻咽喉科学会 中村委員 当番医の確保を継続してゆくのは今のところはよいとしても今後の課題になってくるものと考えます</li> <li>●医師会 田村委員 ここでいう軽症者の定義が知りたい。たとえば調理中に指を誤って包丁で切った。なかなか止血しない。といった外傷や、ぎっくり腰で動けない。といった外傷や整形疾患で救急車を呼ぶ人はたくさんいます。そんな患者さんは休日夜間急患診療所や在宅当番医では対応していない。先日の県との協議で、私が”救急受診を控えて欲しん軽症者とはどんな人？”と行政に聞いたところ、行政の方は、“救急車を呼ばなくてはならない人です”と言っていました。これでは弾み答になってしまいますね。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●耳鼻咽喉科学会 中村委員からの意見について ご意見ありがとうございます。医師の働き方改革の状況を注視しながら、今後も検討を進めてまいります。</li> <li>●医師会 田村委員からの意見について ・本計画において「軽症」とは「入院の必要がないもの。」と定義しております。（素案12ページの「用語解説」にも記載しております。）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 比較的軽症の患者を対象とした初期救急医療の体制については、休日夜間急患診療所等及び在宅当番医制により実施しており、医科で 17 市 1 町に所在しています。</li> <li>○ 県内の救急医療体制を持続的に確保する観点から、救急搬送を必要としない軽症患者の診療を行っている休日夜間急患診療所等は重要ですが、医師の働き方改革や、医師の高齢化等により、輪番当直医の確保が困難になっており、初期救急へのアクセスの公平性の観点を踏まえた市町村・地域単位での持続的な初期救急医療提供体制の確保が課題です。</li> <li>○ また、本県では、内科・小児科を主体とする初期から二次までの救急医療体制では対応が難しい耳鼻咽喉科及び眼科救急患者に対応するため、県内を 6 ブロックに分け、休日（日中）において休日夜間急患診療所及び在宅当番医制による初期救急医療を独自に実施しています。</li> <li>○ しかし、医師の働き方改革や、医師の高齢化等により、耳鼻咽喉科及び眼科においても、休日夜間急患診療所等における輪番当直医の確保が困難になっており、持続的な初期救急医療体制の確保が課題となっています。</li> </ul>	
<p>ウ 二次救急</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 緊急の入院や手術が必要な患者を対象とした二次救急医療の体制については、病院群輪番制（14ブロック）及び救急病院等の認定を受けた計187医療機関（令和5年4月1日現在）により実施しています。</li> <li>○ 病院群輪番制において、輪番日であっても救急患者をほとんど受け入れない救急医療機関がある一方で、輪番日でないにもかかわらず多くの救急患者を受け入れている救急医療機関があり、輪番制という実態を伴っていない地域もあります。医師の働き方改革への対応等により、医療資源の効率的な活用がより重要となることも踏まえ、今後は、活動の実態に即して、救急医療機関としての役割を評価していく必要があると考えられます。</li> <li>○ また、地域完結型医療を推進していくため、三次救急医療機関との機能分化・連携を推進していくとともに二次救急医療体制を強化するための、二次救急医療機関の量的確保と質の充実（救急機能の底上げ）が課題です。</li> <li>○ 二次救急医療機関の「出口問題」については、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化が課題です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医師会 田村委員 規模がまちまちである 2 次救急医療機関に一律に輪番を課すること自体実態を無視した形式論と考える。先日の県からのご提案のように、“ 昼間だけ救急医療機関 ” の認可を是非推進して欲しい。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 緊急の入院や手術が必要な患者を対象とした二次救急医療の体制については、病院群輪番制（14ブロック）及び救急病院等の認定を受けた計187医療機関（令和5年4月1日現在）により実施しています。</li> <li>○ 病院群輪番制において、輪番日であっても救急患者をほとんど受け入れない救急医療機関がある一方で、輪番日でないにもかかわらず多くの救急患者を受け入れている救急医療機関があり、輪番制という実態を伴っていない地域もあります。医師の働き方改革への対応等により、医療資源の効率的な活用がより重要となることも踏まえ、今後は、活動の実態に即して、救急医療機関としての役割を評価していく必要があると考えられます。</li> <li>○ また、地域完結型医療を推進していくため、三次救急医療機関との機能分化・連携を推進していくとともに二次救急医療体制を強化するための、二次救急医療機関の量的確保と質の充実（救急機能の底上げ）が課題です。</li> <li>○ 二次救急医療機関の「出口問題」については、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化が課題です。</li> </ul>	
<p>エ 三次救急</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高度で特殊・専門医療が必要な重篤・重症患者を対象とした三次救急医療の体制については、大学病院をはじめとする 21 箇所（令和 5 年 4 月 1 日現在）の救命救急センターで、24 時間体制で高度・専門的な医療を提供しています。</li> <li>○ 救命救急センターの整備方針としては、原則として二次保健医療圏に 1 箇所とし、地域の実情に応じて複数設置も考慮することとしており、平成 29 年 4 月の指定により全ての二次保健医療圏に救命救急センターが設置されています。</li> <li>○ 全ての二次保健医療圏に救命救急センターが整備されたことから、今後は、地域の医療資源・医療ニーズを踏まえた量的確保とセンター機能の質の充実が課題であるとともに、国の救命救急センターの充実段階評価の見直しも踏まえ、県の救命救急センターの指定などについて、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点などを考慮した見直しを行うことが必要です。</li> <li>○ また、救命救急医療の進歩に伴い高度化・専門化が進んでおり、特に脳・心血管疾患については迅速な医療へのアクセスが要請されることから発症から入院医療の提供までを含めた総合的な診療機能体制の整備も必要です。</li> <li>○ 救命救急センターの「出口問題」についても、二次救急同様、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化が課題です。</li> </ul> <p>※ ドクターヘリについて、第 8 次計画では「（1）救急搬送の状況」で記載しています。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●横浜医師会 赤羽委員 「出口問題」で表現されている「医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設」と表現すると、漠然としているので、具体的な表現にしたほうが、「達成すべき目標」と「取り組むべき施策」につながると思います。多岐に及ぶので広く網羅するためにこの表現を選ばれたと思いますが、まずはどのような医療・介護施設から着手するのか、といった方針を打ち出していけないと、進まないように思います。例えば「医療施設型ホスピス」である医心館 <a href="https://ishinkan.amvis.com/about/message/">https://ishinkan.amvis.com/about/message/</a> のようなところは増え、こうした施設に誘導していくことも視野に入れているのか、といった議論が必要であると思います。事業化の背景とミッション <a href="https://ishinkan.amvis.com/about/hospice/">https://ishinkan.amvis.com/about/hospice/</a> で挙げている「医師機能をアウトソーシングした在宅型の“病床”」の構想は、今回挙げいただいている構想と合致します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・赤羽委員からは、事務局案文中に「量的確保」という表現があることから、どのような施設から着手するか方針を打ち出した方がよいというご意見をいただきました。</li> <li>・一方で、神奈川県在宅医療推進協議会では、施設の整備を前提とした施策以上に、すでにある施設のより一層の活用や質の充実、施設同士の連携協会の注力するべきではないか、というご意見をいただいているところです。</li> <li>・そのため、「量的確保」という表現を削除し、質の充実、連携強化に取組む必要があるという内容に修正したいと考えております。（救命救急センターの項目も同様）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高度で特殊・専門医療が必要な重篤・重症患者を対象とした三次救急医療の体制については、大学病院をはじめとする 21 箇所（令和 5 年 4 月 1 日現在）の救命救急センターで、24 時間体制で高度・専門的な医療を提供しています。</li> <li>○ 救命救急センターの整備方針としては、原則として二次保健医療圏に 1 箇所とし、地域の実情に応じて複数設置も考慮することとしており、平成 29 年 4 月の指定により全ての二次保健医療圏に救命救急センターが設置されています。</li> <li>○ 全ての二次保健医療圏に救命救急センターが整備されたことから、今後は、<b>地域の医療資源・医療ニーズを踏まえた量的確保と</b>、センター機能の質の充実が課題であるとともに、国の救命救急センターの充実段階評価の見直しも踏まえ、県の救命救急センターの指定などについて、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点などを考慮した見直しを行うことが必要です。</li> <li>○ また、救命救急医療の進歩に伴い高度化・専門化が進んでおり、特に脳・心血管疾患については迅速な医療へのアクセスが要請されることから発症から入院医療の提供までを含めた総合的な診療機能体制の整備も必要です。</li> <li>○ 救命救急センターの「出口問題」についても、二次救急同様、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の<b>量的確保</b>と<b>質の充実</b>と連携強化が課題です。</li> </ul> <p>※ ドクターヘリについて、第 8 次計画では「（1）救急搬送の状況」で記載しています。</p>	
<p>※耳鼻咽喉科救急・眼科救急</p> <p>※ 耳鼻咽喉科救急・眼科救急について、第 8 次計画では「（2）救急医療体制 イ 初期救急」で記載しています。</p>			<p>※ 耳鼻咽喉科救急・眼科救急について、第 8 次計画では「（2）救急医療体制 イ 初期救急」で記載しています。</p>	
<p>オ 高齢者救急</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 救急搬送された高齢者についてみると、令和 3 年には搬送件数が 238,847 件で、救急搬送件数全体の 58.1% を占めています。</li> <li>○ 全国の令和 3 年の高齢者搬送の平均割合は 61.9% となっており、全国と比べると本県はやや低い割合となっていますが、平成 29 年の 56.7% と比較すると、高齢者搬送の割合は高まっています。</li> <li>○ 高齢化の進展に伴い、今後も高齢者の脳・心血管疾患の初発による入院件数の増加や在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」の増加が見込まれます。そのため地域消防機関の救急搬送資源や、在宅療養（後方）支援病院などの緊急時の入院受入れに対応できる医療機関を確保していく必要があります。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 救急搬送された高齢者についてみると、令和 3 年には搬送件数が 238,847 件で、救急搬送件数全体の 58.1% を占めています。</li> <li>○ 全国の令和 3 年の高齢者搬送の平均割合は 61.9% となっており、全国と比べると本県はやや低い割合となっていますが、平成 29 年の 56.7% と比較すると、高齢者搬送の割合は高まっています。</li> <li>○ 高齢化の進展に伴い、今後も高齢者の脳・心血管疾患の初発による入院件数の増加や在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」の増加が見込まれます。そのため地域消防機関の救急搬送資源や、在宅療養（後方）支援病院などの緊急時の入院受入れに対応できる医療機関を確保していく必要があります。</li> </ul>	



項目	事務局案文	主なご意見	事務局対応方針	修正後案文
<p>(3) 県民への普及啓発・情報システムの活用</p> <p>ア 県民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 令和3年中における県内傷病程度別の搬送人員の構成比としては、軽症患者の割合が43.9%、中等症患者の割合が46.7%を占めており、軽症・中等症患者の割合が90.6%を占めています。(再掲)</li> <li>○ この中の一部には、不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見され、軽症・中等症患者の流入により、救急搬送される重篤・重症患者に対する救急医療の提供に支障が生じています。(再掲)</li> <li>○ 軽症患者が二次・三次救急医療機関へ流入し、二次・三次救急医療機関に搬送される患者(重篤から中等症まで)の円滑な救急入院の受入れに支障が生じてきていることから、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進(県民の意識の向上)が必要です。</li> <li>○ また、全ての県民が安心して地域で暮らせるよう、患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」などを持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーションの必要性を認識してもらうことが課題です。</li> </ul>	<p>●耳鼻咽喉科学会 中村委員</p> <p>利用者には、休日の救急体制の理解をしてほしいと思う</p>	<p>・休日の救急体制については、県民を対象にした適正受診の促進にすすめるための普及啓発のなかでご案内していきたいと考えております。</p> <p>・普及啓発の実施に当たっては、内容も含め、関係機関からの御意見を伺いながら検討してまいります。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 令和3年中における県内傷病程度別の搬送人員の構成比としては、軽症患者の割合が43.9%、中等症患者の割合が46.7%を占めており、軽症・中等症患者の割合が90.6%を占めています。(再掲)</li> <li>○ この中の一部には、不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見され、軽症・中等症患者の流入により、救急搬送される重篤・重症患者に対する救急医療の提供に支障が生じています。(再掲)</li> <li>○ 軽症患者が二次・三次救急医療機関へ流入し、二次・三次救急医療機関に搬送される患者(重篤から中等症まで)の円滑な救急入院の受入れに支障が生じてきていることから、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進(県民の意識の向上)が必要です。</li> <li>○ また、全ての県民が安心して地域で暮らせるよう、患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」などを持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーションの必要性を認識してもらうことが課題です。</li> </ul>	
<p>イ 情報システムの活用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本県では、救急関係機関(医療機関、消防本部(局)等)が常時、応需情報を閲覧できるよう、神奈川県救急医療情報システム(ウェブサイト)を運用しています。</li> <li>○ また、神奈川県救急医療中央情報センターにおいて、救急関係機関に対し、患者搬送に必要な情報を24時間体制で提供するとともに、救急患者搬送先選定の代行にも取り組んでいます。令和4年度の救急医療情報システム利用件数は144,867件で、神奈川県救急医療中央情報センターにおける令和4年度の電話照会受付件数は2,461件となっています。</li> <li>○ 神奈川県救急医療情報システム及び神奈川県救急医療中央情報センターについては、救急患者の症状に応じた円滑な患者搬送に資するため、今後も精度の高い応需情報の収集・提供が必要となります。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本県では、救急関係機関(医療機関、消防本部(局)等)が常時、応需情報を閲覧できるよう、神奈川県救急医療情報システム(ウェブサイト)を運用しています。</li> <li>○ また、神奈川県救急医療中央情報センターにおいて、救急関係機関に対し、患者搬送に必要な情報を24時間体制で提供するとともに、救急患者搬送先選定の代行にも取り組んでいます。令和4年度の救急医療情報システム利用件数は144,867件で、神奈川県救急医療中央情報センターにおける令和4年度の電話照会受付件数は2,461件となっています。</li> <li>○ 神奈川県救急医療情報システム及び神奈川県救急医療中央情報センターについては、救急患者の症状に応じた円滑な患者搬送に資するため、今後も精度の高い応需情報の収集・提供が必要となります。</li> </ul>	

施策の方向性

項目	事務局案文	主なご意見	事務局対応方針	修正後案文
<p>2 施策の方向性</p> <p>(1) 円滑で適切な病院前救急活動が可能な体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 救急医療における応急手当は、救命率の向上につながります。そのため、県民による応急手当が救急現場において更に実施されるよう、自動体外式除細動器（AED）を用いた救急蘇生法講習会の実施や救急蘇生法の普及・啓発を行います。</li> <li>○ 救急救命士がより適切に活動できるよう救急救命士の業務範囲の拡大等、救急業務の高度化の対応のために、救急救命士の再教育の更なる検討を行い、適切な再教育を実施します。</li> <li>○ 医師による救急隊への「指示・指導・助言」、「事後検証」、「再教育」を柱とするメディカルコントロール体制の更なる充実を図ります。</li> <li>○ 高齢化の進展に伴い増加する高齢者救急に適応した救急搬送体制や、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療が適切に提供されるための救急搬送のあり方について、関係機関と検討します。</li> <li>○ ドクターヘリの安定的な運用を図るため、適切なトリアージ、出動要請及び出動決定のもとに運航できる体制を強化します。また、広域連携体制についても、効率的な運用を図るため、関係者と協議を行っていきます。</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 救急医療における応急手当は、救命率の向上につながります。そのため、県民による応急手当が救急現場において更に実施されるよう、自動体外式除細動器（AED）を用いた救急蘇生法講習会の実施や救急蘇生法の普及・啓発を行います。</li> <li>○ 救急救命士がより適切に活動できるよう救急救命士の業務範囲の拡大等、救急業務の高度化の対応のために、救急救命士の再教育の更なる検討を行い、適切な再教育を実施します。</li> <li>○ 医師による救急隊への「指示・指導・助言」、「事後検証」、「再教育」を柱とするメディカルコントロール体制の更なる充実を図ります。</li> <li>○ 高齢化の進展に伴い増加する高齢者救急に適応した救急搬送体制や、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療が適切に提供されるための救急搬送のあり方について、関係機関と検討します。</li> <li>○ ドクターヘリの安定的な運用を図るため、適切なトリアージ、出動要請及び出動決定のもとに運航できる体制を強化します。また、広域連携体制についても、効率的な運用を図るため、関係者と協議を行っていきます。</li> </ul>
<p>(2) 重症度などに応じた救急医療提供体制の整備</p> <p>ア 初期救急</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 軽症患者の二次・三次救急医療機関への流入を少なくするため、休日夜間急患診療所等による初期救急機能の強化や、軽症患者の適正受診を促進するための啓発等を行い、二次・三次救急医療機関の診療負担の軽減を図ります。</li> <li>○ 休日・夜間帯においても初期救急へのアクセスが確保されるよう、引き続き、休日夜間急患診療所等を市町村・地域単位で確保するための初期救急医療の提供に必要な支援等を行います。</li> <li>○ 耳鼻咽喉科救急・眼科救急については、現行の体制を維持しつつ、輪番当直医の診療負担を軽減するため、地域の医療需要に適応した効率的な初期救急体制について検討します。</li> </ul>	<p>●医師会 田村委員</p> <p>ここでも言葉の定義が抽象的である。”軽症患者”とはどんな患者をそうでしているのか、具体的に上げていただきたい。たとえば小児が微熱がでて、すぐに夜間救急医療機関にかかることをやめて欲しいということまでの踏み込んだ啓発を行政がする覚悟が県行政トップを含めた県にあるのかないのかお聞きしたい。</p>	<p>・本計画において「軽症」とは「入院の必要がないもの。」と定義しており、ここでの二次・三次救急医療機関への受診を抑制すべき“軽症患者”とは、入院の必要がない患者を想定しております。（素案12ページの「用語解説」にも記載しております。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・適正受診の啓発等を行う対象としては、軽症患者に限らず県民全体とすることがより適切であることから、記載内容を見直しました。</li> <li>・普及啓発の実施に当たっては、内容も含め、関係機関からの御意見を伺いながら検討してまいります。</li> <li>・あわせて、県民が適正な医療機関の選択等に係る適正受診を行うことができるようにするためには、啓発等に加え、＃7119などの救急医療相談や医療機関案内といったサービスがあることも重要であることから、『（3）適切な救急利用の促進』に＃7119の導入に向けた検討を行う旨記載しております。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 軽症患者の二次・三次救急医療機関への流入を少なくするため、休日夜間急患診療所等による初期救急機能の強化や、<b>県民を対象にした</b>適正受診を促進するための啓発等を行い、二次・三次救急医療機関の診療負担の軽減を図ります。</li> <li>○ 休日・夜間帯においても初期救急へのアクセスが確保されるよう、引き続き、休日夜間急患診療所等を市町村・地域単位で確保するための初期救急医療の提供に必要な支援等を行います。</li> <li>○ 耳鼻咽喉科救急・眼科救急については、現行の体制を維持しつつ、輪番当直医の診療負担を軽減するため、地域の医療需要に適応した効率的な初期救急体制について検討します。</li> </ul>	
<p>イ 二次救急</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院群輪番制に参加する医療機関を市町村・地域単位で確保するための二次救急医療機関等に対する救急医療の提供に必要な支援等を行います。</li> <li>○ 二次救急医療機関等に対する耐震整備事業等の国庫補助を活用し、二次救急機能の量的確保と質の充実を図ります。</li> <li>○ 二次救急医療機関の「出口問題」については、高齢化の進展に伴う独居高齢者の更なる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化に向けた取組を検討します。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院群輪番制に参加する医療機関を市町村・地域単位で確保するための二次救急医療機関等に対する救急医療の提供に必要な支援等を行います。</li> <li>○ 二次救急医療機関等に対する耐震整備事業等の国庫補助を活用し、二次救急機能の量的確保と質の充実を図ります。</li> <li>○ 二次救急医療機関の「出口問題」については、高齢化の進展に伴う独居高齢者の更なる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化に向けた取組を検討します。</li> </ul>	
<p>ウ 三次救急</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 全ての二次保健医療圏で救命救急センターが設置されたことから、今後は、地域の二次・三次救急医療機関の医療資源・医療需要を踏まえた量的確保を図るとともにセンター機能の質の充実に向けた取組について検討します。</li> <li>○ 救命救急センターの国の充実段階評価の見直しに伴い、県の救命救急センターの指定などについて、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点などを踏まえて見直しを検討します。</li> <li>○ 救命救急センターの「出口問題」については、高齢化の進展に伴う独居高齢者のさらなる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化に向けた取組を検討します。</li> </ul> <p>※ ドクターヘリについて、第8次計画では「（1）円滑で適切な病院前救護活動が可能な体制」で記載しています。</p>		<p>・「現状と課題」の事務局対応方針に記載のとおり、「量的確保」という表現を削除し、質の充実、連携強化に取組むという内容に修正しました。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 全ての二次保健医療圏で救命救急センターが設置されたことから、今後は、<b>地域の二次・三次救急医療機関の医療資源・医療需要を踏まえた量的確保を図るとともに</b>センター機能の質の充実に向けた取組について検討します。</li> <li>○ 救命救急センターの国の充実段階評価の見直しに伴い、県の救命救急センターの指定などについて、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点などを踏まえて見直しを検討します。</li> <li>○ 救命救急センターの「出口問題」については、高齢化の進展に伴う独居高齢者のさらなる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の<b>量的確保と質の充実</b>と連携強化に向けた取組を検討します。</li> </ul> <p>※ ドクターヘリについて、第8次計画では「（1）円滑で適切な病院前救護活動が可能な体制」で記載しています。</p>	
<p>※耳鼻咽喉科救急・眼科救急</p> <p>※ 耳鼻咽喉科救急・眼科救急について、第8次計画では「（2）重症度などに応じた救急医療提供体制の整備 ア 初期救急」で記載しています。</p>			<p>※ 耳鼻咽喉科救急・眼科救急について、第8次計画では「（2）重症度などに応じた救急医療提供体制の整備 ア 初期救急」で記載しています。</p>	
<p>エ 高齢者救急</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高齢化の進展に伴う高齢者救急の増加に対応するため、引き続き二次救急医療機関等を中心に急性期治療経過後のリハビリテーション機能を担う回復期リハビリテーション病棟や在宅等急病時の入院受け入れ機能を担う地域包括ケア病棟への転換を促進し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。</li> <li>○ 在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」が、在宅医療を担う診療所との病診連携のもと、地域内で切れ目なく完結されるよう、緊急時の入院受け入れ機能を担う在宅療養（後方）支援病院の量的確保を推進します。</li> <li>○ 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療が患者・家族、医療・介護提供者の合意形成のもと適切に提供される医療体制のあり方について議論を深め、実施方策を含め検討していきます。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高齢化の進展に伴う高齢者救急の増加に対応するため、引き続き二次救急医療機関等を中心に急性期治療経過後のリハビリテーション機能を担う回復期リハビリテーション病棟や在宅等急病時の入院受け入れ機能を担う地域包括ケア病棟への転換を促進し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。</li> <li>○ 在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」が、在宅医療を担う診療所との病診連携のもと、地域内で切れ目なく完結されるよう、緊急時の入院受け入れ機能を担う在宅療養（後方）支援病院の量的確保を推進します。</li> <li>○ 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療が患者・家族、医療・介護提供者の合意形成のもと適切に提供される医療体制のあり方について議論を深め、実施方策を含め検討していきます。</li> </ul>	
<p>(3) 適切な救急利用の促進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進、並びに患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」等を持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーションの必要性を認識してもらい、県民が主体的に医療に関わっていくよう、普及啓発に取り組みます。</li> <li>○ 二次・三次救急医療機関への軽症患者の受診を抑制し、休日夜間急患診療所等の初期救急機能が効率的かつ効果的に発揮されるよう、適正受診の促進に資するための救急安心センター事業（＃7119）の県内市町村への導入に向けた検討を行います。</li> <li>○ 神奈川県救急医療情報システムを引き続き運用し、救急関係機関への応需情報の提供を続けるとともに、情報精度の向上など機能の充実にも努めます。</li> <li>○ 県の救急医療体制の機能分化・連携を支援するため、神奈川県救急医療情報システム及び神奈川県救急医療中央情報センターの医療資源をより有効活用できる方策について検討します。</li> </ul>	<p>●医師会 田村委員</p> <p>かかりつけ医に患者の求めに応じて夜間休日でも対応を求める内容であれば、難しいと考える。</p>	<p>・本規定につきましては、かかりつけ医が日頃の健康管理等を行うことで、救急の利用を増加させないということを想定しているもので、夜間休日対応を求める内容ではございません。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進、並びに患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」等を持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーションの必要性を認識してもらい、県民が主体的に医療に関わっていくよう、普及啓発に取り組みます。</li> <li>○ 二次・三次救急医療機関への軽症患者の受診を抑制し、休日夜間急患診療所等の初期救急機能が効率的かつ効果的に発揮されるよう、適正受診の促進に資するための救急安心センター事業（＃7119）の県内市町村への導入に向けた検討を行います。</li> <li>○ 神奈川県救急医療情報システムを引き続き運用し、救急関係機関への応需情報の提供を続けるとともに、情報精度の向上など機能の充実にも努めます。</li> <li>○ 県の救急医療体制の機能分化・連携を支援するため、神奈川県救急医療情報システム及び神奈川県救急医療中央情報センターの医療資源をより有効活用できる方策について検討します。</li> </ul>	



## ロジックモデル

### 【事務局案作成の考え方】

- 第8次計画では、「達成すべき目標」と「取り組むべき施策」の関係性を踏まえたロジックモデルを作成し、設定した指標により進捗管理を行うこととされています。
- 事務局案を作成するにあたっては、国が示した指標の例（「★国の指標例」シート）を参考に、県の施策との関係で県がこれまで把握してきた指標を中心に、ロジックモデルに位置付けることとしました。よって、国の指標例とは完全には合致していません。
- 国の指標例と県の指標との対比については、「★国の指標例」シートをご覧ください。
- ロジックモデルに関するご意見は、「★国の指標例」シートの意見記入欄にご記載ください。

### 事務局案



★国の指標例

【国の指標例と県の指標との対比】  
 ○国の指標例と、県のロジックモデル案の指標との対比について、以下のとおり色分けしてお示します。  
 ・国の指標例と、県のロジックモデル案に位置付けた指標が同一であるもの⇒青色  
 ・国の指標例と、県のロジックモデル案に位置付けた指標が同一でないもの⇒紫色  
 ・県のロジックモデル案に位置付けていないもの⇒黄色  
 ○県のロジックモデル案に位置付けていない指標については、以下のア～エに検討の概要をお示ししています。  
 ○県のロジックモデルに新たに位置付けるべき指標、外すべき指標、差替えるべき指標等、ご意見がありましたら、理由等と併せて、右の意見記入欄にご記載ください。

意見記入欄 ※以下の点についてご意見がありましたら、ご記載ください。  
 ○県のロジックモデルに新たに位置付けるべき国の指標がある場合  
 →その理由・どのアウトカムに位置付けるか・目標値の考え方  
 ○県のロジックモデルから外す/差し替えるべき指標がある場合  
 →その理由・どの指標と差し替えるか・差替えた指標の目標値の考え方  
 ○その他、具体的に修正すべき点

事務局対応方針

同一の指標が、県のロジックモデル案にも位置付けられています。対応する県の指標のコードを記載しています。

●医師会 田村委員  
 一つのトライアルとしてのロジックモデルの作成は賛成である。しかし、県独自のモデルも対案として想定しておくべきではないでしょうか？

・資料がわかりにくく申し訳ありません。県独自のロジックモデルは、別シート「ロジックモデル」でお示しているものとなります。

国の指標案と同一ではありませんが、同じ趣旨の指標が県のロジックモデル案に位置付けられています。対応する県の指標のコードを記載しています。県のロジックモデルに位置付けた指標は、県がこれまで把握してきた数値であり、今後も継続して把握していく必要があるため、検討の結果、国の指標案に合わせた変更はしないこととしました。この点についてご意見がありましたらご教示ください。

**ア** 施策の方向性（１）「患者の意思を尊重した医療が適切に提供されるための救急搬送のあり方の検討」と関係する指標です。心肺蘇生を望まない患者への対応方針については、関係機関間で議論を積み重ねていくべき段階であり、対応方針を定めた消防本部の割合についての目標設定が现阶段では困難です。このため、県のロジックモデルには設定しないこととしましたが、ご意見がありましたらご教示ください。

**イ** 施策の方向性（１）「メディカルコントロール体制の更なる充実」と関係する指標です。MC体制の充実は協議会等の開催回数で測れるものではないと考えられることから、検討の結果、県のロジックモデルには設定しないこととしましたが、ご意見がありましたらご教示ください。

**ウ** 施策の方向性（２）「救急機能の質の充実」と関係する指標です。救急担当の医師数・看護師数や救急搬送の応需率については、県の施策との関係で目標設定が困難であることから、参考指標として把握していきます。このため、県のロジックモデルには設定しないこととしましたが、ご意見がありましたらご教示ください。

**エ** 施策の方向性（２）「二次救急医療機関、救命救急センターの『出口問題』についての取組の検討」と関係する指標です。転院調整に関わる職員数や調整件数、転院搬送の実施件数・受入件数については、県の施策との関係で目標設定が困難であることから、参考指標として把握していくこととしました。このため、県のロジックモデルには設定しないこととしましたが、ご意見がありましたらご教示ください。



（この欄は黄色背景で塗りつぶされています）

（この欄は黄色背景で塗りつぶされています）

指標一覧

※県のロジックモデル案に設定している各指標の目標値（案）です。

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値(案) (令和11年度)	目標値(案)の考え方	意見記入欄	事務局対応方針
初期	C101	応急手当普及講習（普通・上級講習）の受講者数（人口1万人対）	消防庁「救急救助の現況」	23.6人（R3）	78人	H28～R1の県平均を維持（コロナの影響を考慮）	<p>●医師会 田村委員</p> <p>指標一覧は了解しました。この指標に何らかの影響を与える可能性があると考えるのは、なかなか調査がむずかしいとは思いますが、#8000または#7119に電話をした上での119通報と、そうでない、いきなり119通報の調査をお願いしたい。県内でも各医療圏によって違いがあると考えます。ご検討ください。</p>	<p>・調査の実施については、難しい状況です。</p> <p>・#8000や#7119では、119番への転送件数等をお示しすることは可能ですが、その数値は、すべての相談者が119番へ架電したことを表すものではありません。</p> <p>・令和4年度の横浜市の#7119の例ですが、#7119へ相談があったうち、119への転送件数は、26,523件となっております。（横浜市の救急車の出動件数は、186,498件）</p>
	C102	救急隊のうち常に救急救命士が同乗している割合	消防庁「救急救助の現況」	100%（R3）	100%	H28～R3の県平均を維持		
	C201	休日夜間急患診療所等導入市町村数及び箇所数	県独自調査	17市1町 47箇所 (R4)	17市1町 47箇所	現状を維持		
	C202	二次救急医療機関数	県独自調査	187機関（R4）	187機関	現状を維持		
	C203	救命救急センター設置数	県ホームページ	21箇所（R4）	21箇所	現状を維持		
	C204	救命救急センター充実度評価Sの割合	厚生労働省「救命救急センターの評価結果」	57.1%（R4）	57.1%以上	R4実績（半数以上がS）より向上		
	C205	救急搬送人員に占める高齢者搬送件数の割合	消防庁「救急救助の現況」	58.1%（R3）	57.3%以下	H28～R3の県平均より低減		
	C301	救急医療情報システム利用件数	県独自調査	144,867件 (R4)	229,480件以上	H28～R2の県平均より向上（コロナの影響を考慮）		
	C302	電話照会受付件数	県独自調査	2,461件（R4）	2,461件以上	R4実績（R2以降の最大値）より向上		
中間	B101	心肺機能停止傷病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	消防庁「救急救助の現況」	155件（R3）	186件以上	R3実績より1.2倍（H28～R3の伸び率を勘案）向上		
	B102	重症以上傷病者の搬送件数全体に占める現場滞在時間が30分以上の割合	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の結果」	12.9%（R3）	8.1%以下	H28～R1の県平均より低減（コロナの影響を考慮）		
	B201	二次救急を担う医療機関に対する病院群輪番制参加医療機関の割合	県独自調査	81.8%（R4）	80.0%以上	医療機関数が減少傾向の中で参加率80.0%以上を維持		
	B301	救急取扱い患者数における軽症患者の割合	消防庁「救急救助の現況」	43.9%（R3）	47.0%以下	H28～R3の県平均より低減		
最終	A101	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後社会復帰率	消防庁「救急救助の現況」	8.2%（R3）	9.0%以上	H28～R3の県平均より向上		
	A102	心原性心肺停止機能傷病者（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の一ヶ月後社会復帰率	消防庁「救急救助の現況」	19.7%（R3）	22.3%以上	H28～R3の県平均より向上		



## 第8次保健医療計画の策定に向けた「総合的な救急医療」の検討に係る基本的な考え方

### 1 第7次保健医療計画の評価

- 別添の「第7次保健医療計画の進捗評価」により、第7次の計画について振り返りを行った。

### 2 評価を踏まえた改定に向けた基本的な方向性

- 基本的に第7次の計画を策定していた時と比べて、現状や課題には大きな変化は見られない。
- このため、第7次の計画の策定時の内容を時点更新したうえで、医師の働き方改革を踏まえた対応を検討することとしたい。

### 3 素案たたき台に係る作成の考え方

- 共通事項：第7次と第8次の計画を比較できるよう並べて表記した。

#### (1) 現状・課題

- 現状については、データを最新のものに更新するとともに、時点更新を行った。
- 課題については、第7次の計画策定時と大きく変化が見られないことから、第8次の計画においても、引き続き取り組んでいく必要があると考える。
- このため、第7次の計画策定時の課題認識を踏襲しつつ、新たな課題である「医師の働き方改革」に関する影響を考慮し必要な修正を加えることとした。
- なお、第7次の計画では「現状」と「課題」を個別に整理していたが、第8次の計画では、他の計画と同様「現状と課題」にまとめて整理することとした。

#### (2) 施策

- 第7次の計画における課題も踏まえ、医師の働き方改革を踏まえた対応を検討することとしたい。

#### (3) ロジックモデル

- ロジックモデルは、「達成すべき目標」と「取り組むべき施策」の関係性を踏まえ、設定した指標により進捗管理を行うため設定するもの。
- 国の指針により、国が示したモデルに基づき、地域の現状や課題に即して設定することとされている。
- このため、「★国の指標例」シートに記載のとおり、設定すべき事柄を精査した。

#### (4) 指標一覧

- ロジックモデルの各指標について、第7次計画期間内の実績等に基づき、目標値（案）を設定した。
- なお、目標値の設定にあたっては、新型コロナウイルス感染拡大の影響が大きいと思われる実績値を除いて考慮することとした。

### 4 依頼事項

- 各シートの記載内容をご確認いただき、最右欄の「意見記入欄」にご意見を記載してください。