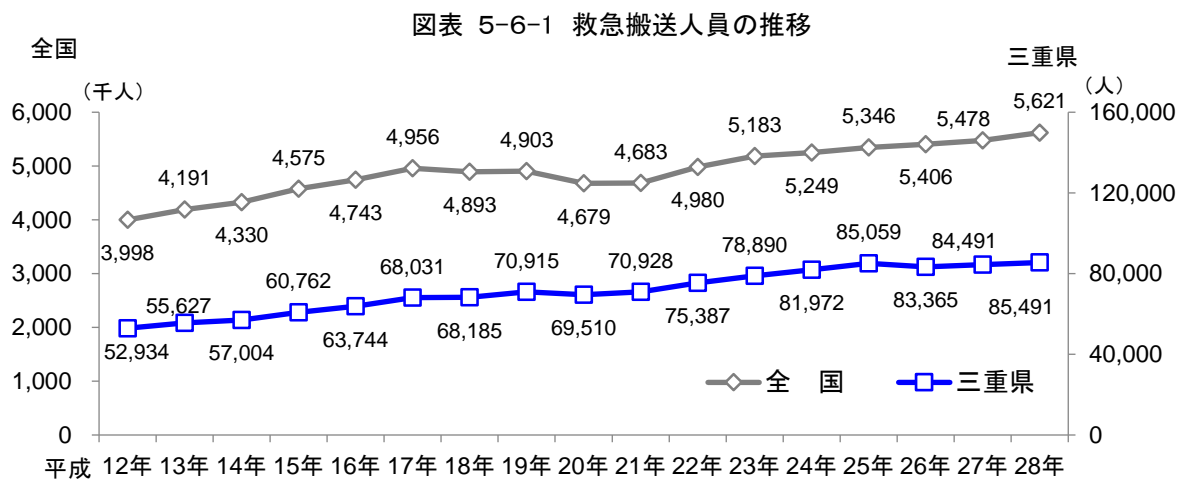


第6節 | 救急医療対策

1. 救急医療の現状

(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3,998千人でしたが、平成28（2016）年には約5,621千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、平成28（2016）年には85,491人と増加傾向にあります。



(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13年	4,190,897	55,627	4,397,527	55,995
平成14年	4,329,935	57,004	4,555,881	57,706
平成15年	4,575,325	60,762	4,830,813	61,828
平成16年	4,743,469	63,744	5,029,108	65,241
平成17年	4,955,976	68,031	5,277,936	70,069
平成18年	4,892,593	68,185	5,237,716	70,362
平成19年	4,902,753	70,915	5,290,236	73,409
平成20年	4,678,636	69,510	5,097,094	72,553
平成21年	4,682,991	70,928	5,122,226	73,963
平成22年	4,979,537	75,387	5,463,682	78,971
平成23年	5,182,729	78,890	5,707,655	83,223
平成24年	5,249,088	81,972	5,802,039	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

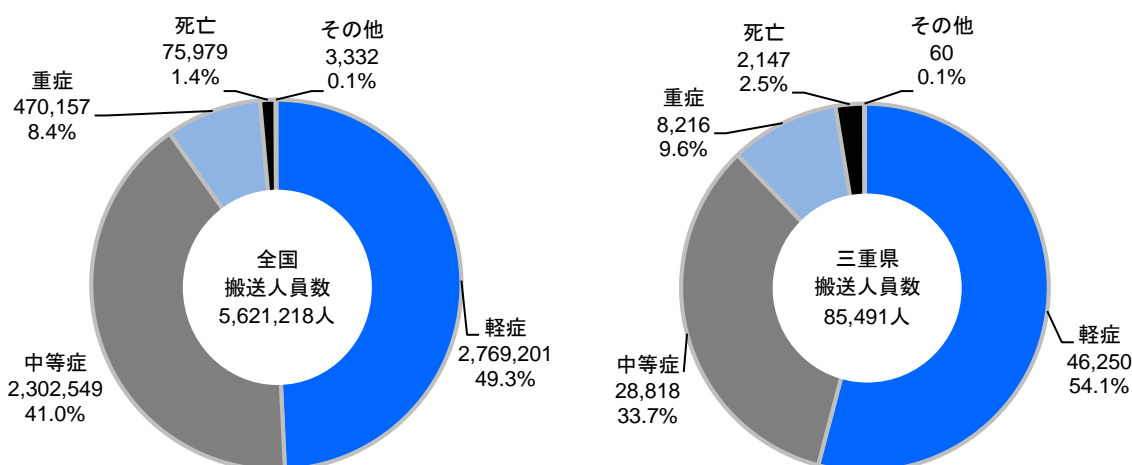
※救急車による出動件数・搬送人員です。

資料：消防庁「平成29年版 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、帰宅可能な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。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ます。

図表 5-6-2 救急車による傷病程度別搬送人員数と割合

(単位：人/年)



資料：消防庁「平成 29 年版 救急・救助の現況」

- 全国の入院患者の状況をみると、救急の受診によるものは全体の 20.6%となっています。また、救急の受診のうち救急車による搬送、徒歩や自家用車等による救急の受診を合わせた診療時間外の受診による入院は 44.2%となっています。本県においては、救急の受診による入院は全体の 20.1%、また、救急の受診のうち救急車による搬送、徒歩や自家用車等による救急の受診を合わせた診療時間外の受診による入院は 42.8%となっています。

図表 5-6-3 来院時の状況別に見た推計患者数(全国)

(単位：千人/日、%)

来院時の状況	入院						外来					
	総数		病院		一般診療所		総数		病院		一般診療所	
	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)
総数	1318.8	100.0	1273.0	100.0	45.8	100.0	5874.9	100.0	1641.9	100.0	4233.0	100.0
通常の受診	1046.7	79.4	1006.5	79.1	40.2	87.8	5827.6	99.2	1602.1	97.6	4225.6	99.8
救急の受診	272.1	20.6 (100.0)	266.5	20.9 (100.0)	5.6	12.2 (100.0)	47.3	0.8 (100.0)	39.9	2.4 (100.0)	7.4	0.2 (100.0)
救急車により搬送	141.5	(52.0)	140.0	(52.5)	1.5	(26.8)	15.4	(32.6)	14.4	(36.1)	1.0	(13.5)
診察時間内の受診	72.8	(26.8)	71.7	(26.9)	1.1	(19.6)	7.0	(14.8)	6.2	(15.5)	0.8	(10.8)
診療時間外の受診	68.6	(25.2)	68.2	(25.6)	0.4	(7.1)	8.4	(17.8)	8.3	(20.8)	0.2	(2.7)
徒歩や自家用車等による救急の受診	130.6	(48.0)	126.6	(47.5)	4.1	(73.2)	31.9	(67.4)	25.4	(63.7)	6.4	(86.5)
診察時間内の受診	79.0	(29.0)	76.7	(28.8)	2.3	(41.1)	13.9	(29.4)	8.9	(22.3)	5.0	(67.6)
診療時間外の受診	51.7	(19.0)	49.9	(18.7)	1.8	(32.1)	17.9	(37.8)	16.5	(41.4)	1.4	(18.9)

資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」

図表 5-6-4 来院時の状況別に見た推計患者数(三重県)

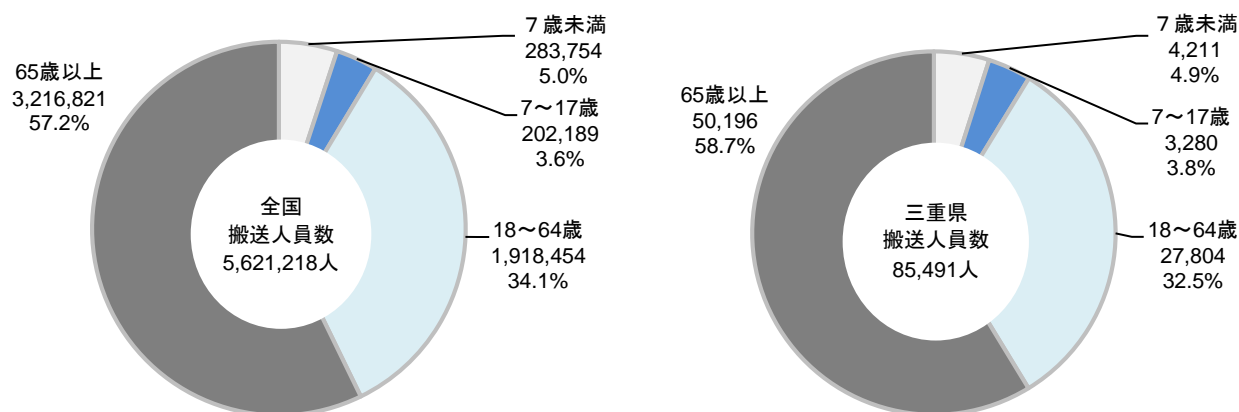
(単位：千人/日、%)

来院時の状況	入院		外来	
	総数		総数	
総数	17.4	100.0	100.0	100.0
通常を受診	13.9	79.9	99.5	99.5
救急を受診	3.5	20.1 (100.0)	0.5	0.5 (100.0)
救急車により搬送	1.9	(54.3)	0.2	(40.0)
診療時間内の受診	0.9	(25.7)	0.1	(20.0)
診療時間外の受診	0.9	(25.7)	0.1	(20.0)
徒歩や自家用車等による救急の受診	1.6	(45.7)	0.3	(60.0)
診療時間内の受診	1.0	(28.6)	0.2	(40.0)
診療時間外の受診	0.6	(17.1)	0.1	(20.0)

資料：厚生労働省「平成26年患者調査」

- 全国で救急搬送された高齢者は、平成12(2000)年には約149万人でしたが、平成28(2016)年には約322万人と大きく増加しています。また、75歳以上84歳以下の高齢者は、救急搬送全体の22.6%、85歳以上の高齢者は18.4%と他の年齢層より多くなっています¹。
- 全国の平成28(2016)年における全救急搬送人員約562.1万人のうち、急病で搬送された傷病者は約360.8万人となっており、約64.2%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33.8万人の疾患別の内訳は、脳疾患が6.9万人、心疾患等が8.2万人となっており、両疾患で44.9%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(38.6%)となっています¹。

図表 5-6-5 救急車による年齢階層別搬送人員の割合数



資料：三重県「平成29年版 救急・救助の現況」

(2) 救急医療提供体制

- 本県の医師数は全国平均と比べて少なく、診療科目別では、循環器内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、小児科、麻酔科および救急科等において、人口10万人あたり

¹ 出典：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」

の医師数が全国順位の低位に位置しています。

- また、2年ごとに厚生労働省が実施している調査において、50歳未満の病院勤務医師数について着目すると、全国的には平成18年度以降年々増加しており、本県では平成22年度まで減少していましたが、平成24年度以降は増加に転じています。しかし、50歳未満の病院勤務医師の病院勤務医師数全体に占める割合は平成18年以降、全国的に減少傾向にあり、本県も同様の傾向です²。

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仕組みをメディカルコントロール体制といいます。
- 具体的には、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、平成28（2016）年中の心肺機能停止傷病者全搬送件数のうち、一般市民により29件の除細動が実施され、人口あたりの件数は全国平均を上回っています。
- 病院前救護の主な担い手となる救急救命士は、平成3（1991）年の制度発足以来、県内15消防本部で平成29（2017）年4月までに518人が養成され、救急患者の救命率の向上に努めているところです。
- 救急救命士がいる救急隊の割合は全国と同水準ですが、救急車の稼働台数（人口10万人あたり）は、全国平均よりも多い状況です。また、救急救命士が常時同乗している救急車の割合は96.6%となっています。
- 救急救命士の必要性、重要性が高まる中、救急救命士が担う業務範囲も拡大しており、指導救命士制度の創設等、救急救命士の資質向上に向けた取組が実施されています。
- 市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106.5人で、全国平均109.2人を下回っています。
- 県内の人口1万人あたりのAED設置台数は約28.5台であり、全国の人口1万人あたりの設置台数24.7台を上回っています³。
- 救急搬送において、受入医療機関が速やかに決定されない事案が全国各地で発生し、社会問題となったことから、平成21（2009）年5月に消防法が改正され、都道府県において、医療機関、消防機関等が参画する協議会を設置し、傷病者の搬送・受入ルールを策定することとされました。

² 出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

³ 出典：一般社団法人 日本救急医療財団「財団全国AEDマップ」

- このことから、本県では、三重県救急搬送・医療連携協議会を設置し、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、平成 22（2010）年 9 月に「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定し、平成 23（2011）年 4 月から運用を開始しています。
- 三重県救急搬送・医療連携協議会では、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に関する協議、基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に関する連絡調整、メディカルコントロール体制の整備等に関する協議等を行っています。

図表 5-6-6 救急救命士の数および住民の救急蘇生法講習の受講者数

(単位：人/年)

	救急救命士の数		住民の救急蘇生法講習の受講者数（人口1万人あたり）
	実数	人口10万人あたり	
全国	27,717	21.7	109.2
三重県	518	28.1	106.5

資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成29年1月1日現在）

図表 5-6-7 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	5,140	5,082	98.9%
三重県	105	102	97.1%

資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」

図表 5-6-8 救急車の稼働台数および救急救命士が常時同乗している救急車の割合

(単位：台/年)

	救急車の稼働台数		救急救命士が常時同乗している救急車の割合
	実数	人口10万人あたり	
全国	6,271	4.9	91.2%
三重県	118	6.4	96.6% ¹

資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」（全国）、¹三重県調査（防災対策部）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成29年1月1日現在）

図表 5-6-9 救急患者搬送数

(単位：件/年)

	実数	人口10万人あたり
全国	5,621,218	4,389.3
三重県	85,491	4,621.1

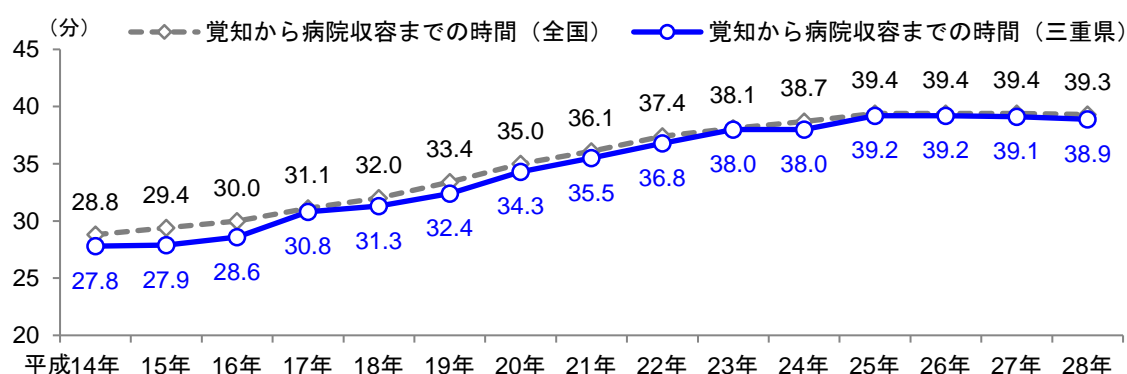
資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

- 本県において、平成 28（2016）年中に救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した時間の平均は 38.9 分で、全国平均 39.3 分と比べて短くなっています。
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適用事案のうち、救急車が搬送する医療機関を決定するまでに要した時間について、30 分以上を要した事案の割合は、救急医療圏（210 ページで定義）別では、津（3.8%）および伊賀（1.3%）で県平均（0.8%）を上回

っています。

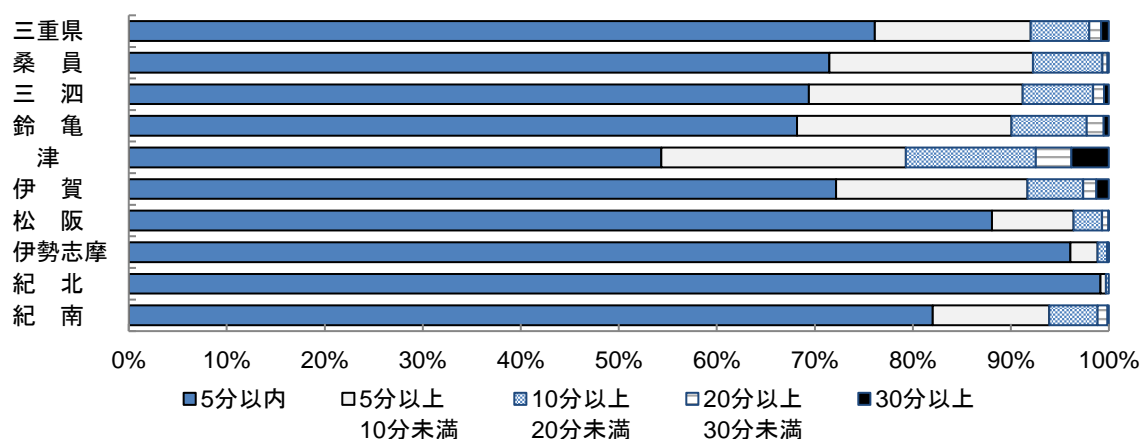
- 平成 28 (2016) 年中の重症以上 (転院搬送を除く) の傷病者の搬送について、救急車の現場滞在時間が 30 分以上となった事案は 323 件で、全搬送件数に対する割合は 3.8% (全国 5.0%) となっています。また、4 医療機関以上に要請を行った事案は 191 件で、その割合は 2.3% (全国 2.3%) であり、ともに減少傾向にあります。
- 受入医療機関の選定が困難となる原因については、医師不足のほかに病床が満床状態にあることも一因と考えられます。急性期を脱した患者の回復期病床への移行や在宅での療養ができる体制を整備することが必要です。
- 平成 28 (2016) 年中に、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 か月後の予後は、生存率 10.2% (全国 13.3%)、社会復帰率 5.7% (全国 8.7%) であり、ともに全国平均を下回っています。

図表 5-6-10 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」

図表 5-6-11 救急車が搬送する病院を決定するまでに要した時間(救急医療圏(P210で定義)別) (平成 28 年)



(単位：件)

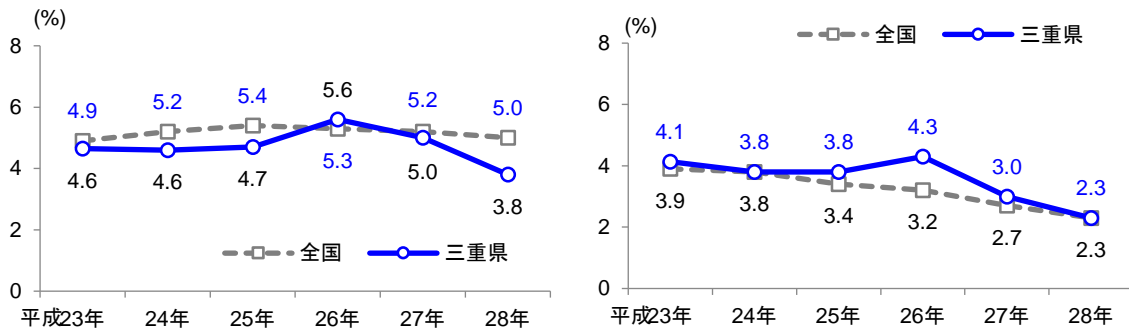
	5分以内	5分以上 10分未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上
三重県	12,675	2,652	993	201	133
桑 員	1,087	316	108	8	2
三 泗	2,387	750	247	39	17
鈴 亀	1,379	443	155	35	11
津	1,138	523	278	76	80
伊 賀	1,070	290	84	20	19
松 阪	1,545	146	51	11	1
伊勢志摩	3,092	90	31	4	2
紀 北	342	2	1	0	0
紀 南	635	92	38	8	1

※「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（防災対策部）

図表 5-6-12 現場滞在時間 30 分以上の事案の割合（左グラフ）、4 医療機関以上に要請を行った割合（右グラフ）



※重症以上の案件が対象です。

資料：消防庁「消防白書」（全国）
三重県調査（防災対策部）

図表 5-6-13 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の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	13.3%	8.7%
三重県	10.2%	5.7%

資料：消防庁「平成29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われるものであり、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、平成 30（2018）年 2 月末現在 15 か所に休日夜間急患センターが設置されています。また、地域の医師会等で当番を決めて、休日や夜間の患者を受け入れる体制を整備している地域もあります。

- 一般診療所のうち、在宅当番医制に参画する一般診療所の割合は7.0%（全国16.5%）と全国平均を下回っています⁴。
- 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に関する情報提供を行っています。
- 耳鼻科、眼科等の医師の診察を必要とする疾患についても、同案内を活用し、時間外診が可能な医療機関を紹介しています。

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。
- 現在、県内には第二次救急医療体制の維持が困難な地域が見られます。その理由の一つとして、初期救急医療の対象となる患者が、第二次救急医療機関を直接受診するため、過度の患者の集中が起これ、病院勤務医等の負担が大きくなったことが挙げられます。
- 第二次救急医療体制が脆弱な地域において、「三重県地域医療再生計画」等に基づき、医療機関の再編統合や機能連携等を進めることにより、地域の救急医療体制が維持されています。
- 本県が指定した救急病院、救急診療所は、61施設（平成30（2018）年2月末現在）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、重篤な患者の受け入れ先となる第三次救急医療機関の充実が求められています。
- 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、平成30（2018）年2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、救急現場において早期の医師による治療や、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2月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28（2016）年4月から和歌山県と「和歌山県・三重県ドクターヘリ相互応援に係る基本協定」を締結しています。
- 奈良県が、平成29年3月からドクターヘリの運用を開始したことから、今後、両県における相互応援に関する協定の締結に向けた検討を行います。
- このほか、平成28（2016）年度には、三重県防災ヘリコプターも救急活動として32回出動

⁴ 出典：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」

しています。

- 人口 100 万人あたりの特定集中治療室のある医療機関数は、2.7 施設（全国 5.0 施設）であり、全国平均を下回っています。

図表 5-6-14 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	237	115
平成 26 年度	378	290	88
平成 27 年度	423	331	92
平成 28 年度	395	297	98
累 計	1,839	1,326	513

資料：三重県調査

図表5-6-15 和歌山県ドクターヘリの共同利用実績

(単位：件)

	17 年度	18 年度	19 年度	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
三重県	10	7	9	15	8	9	14	3	11	8	6	5
3 県計	341	347	379	386	387	384	392	332	361	367	421	452

資料：三重県調査

図表 5-6-16 特定集中治療室のある病院および病床数(平成 29 年 10 月現在)

医療機関名	病床数	救急医療圏名
市立四日市病院	8	三泗
県立総合医療センター	6	三泗
三重大学医学部附属病院	6	津
国立病院機構 三重中央医療センター	6	津
伊勢赤十字病院	8	伊勢志摩
三重県 (施設数)	5	
(100 万人あたり)	2.7	
全国 (施設数)	644	
(100 万人あたり)	5.0	

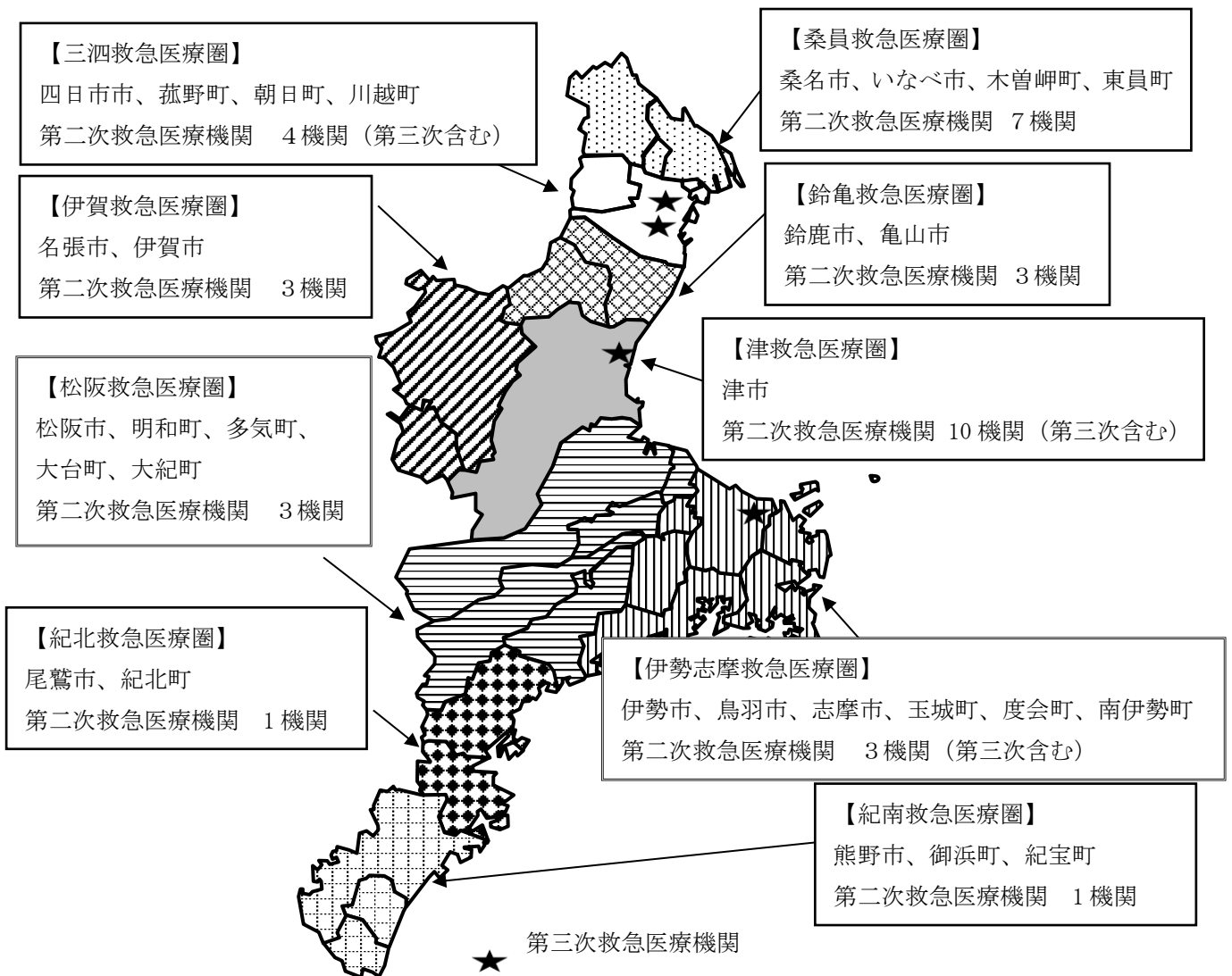
資料：三重県調査、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」(平成 29 年 1 月 1 日現在)

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

- 第二次救急に係る圏域（以下「救急医療圏」という。）については、地域医療構想の構想区域をベースとし、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5-6-17のとおり9圏域とします。

図表 5-6-17 救急医療圏域



(2) 各救急医療圏における医療提供体制

① 初期救急医療

- 休日夜間急患センターは、平成 29（2017）年 4 月時点で津救急医療圏、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、桑員救急医療圏、三泗救急医療圏、鈴亀救急医療圏、松阪救急医療圏、紀南救急医療圏に各 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。
- 在宅当番医制がある救急医療圏は、平成 29（2017）年末現在、桑員、鈴亀、紀北の各救急医療圏であり、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。
- 第二次救急医療機関以外の救急告示医療機関は、桑員、三泗、鈴亀、津、松阪、伊勢志摩、紀北の各救急医療圏にあり、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。

図表 5-6-18 初期救急に参加する医療機関数(平成 28 年3月 31 日現在)

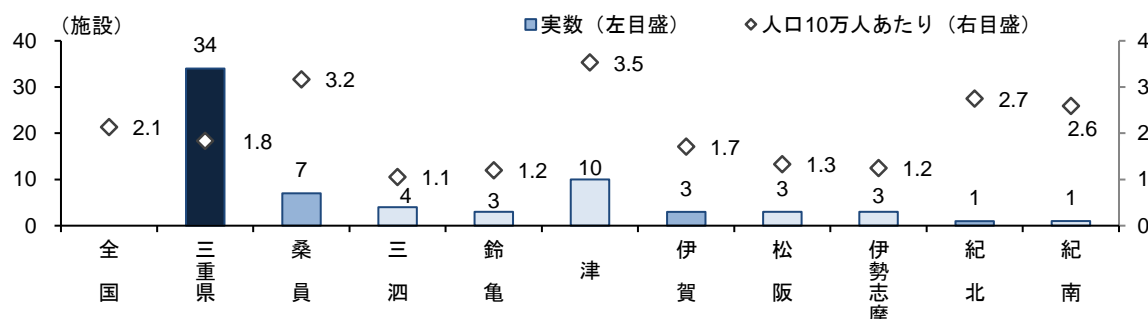
	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀
休日夜間急患センター	15	1	1	1	3	2
在宅当番医制参加医療機関	74	24	0	27	0	0
救急告示医療機関（第二次、第三次救急医療機関を除く。）	25	5	7	4	2	0
	松阪	伊勢志摩	紀北	紀南		
休日夜間急患センター	3	3	0	1		
在宅当番医制参加医療機関	0	0	23	0		
救急告示医療機関（第二次、第三次救急医療機関を除く。）	2	4	1	0		

資料：三重県調査

② 第二次救急医療

- 人口 10 万人あたりの医療機関の整備状況を見ると、平成 28（2016）年 3 月 31 日現在の第二次救急医療機関数は、桑員救急医療圏、津救急医療圏、紀北救急医療圏、紀南救急医療圏で、それぞれ 3.2、3.5、2.7、2.6 施設（全国 2.1 施設）と全国平均を上回っていますが、他の救急医療圏では全国平均を下回っています。
- 医療機関の数だけではなく、医療従事者数等も救急医療圏ごとに差があります。

図表 5-6-19 第二次救急医療機関数(平成 28 年 3 月 31 日現在)



資料：（全国）厚生労働省「救急医療体制調査」、（三重県）三重県調査、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」（平成28年 1 月 1 日現在）

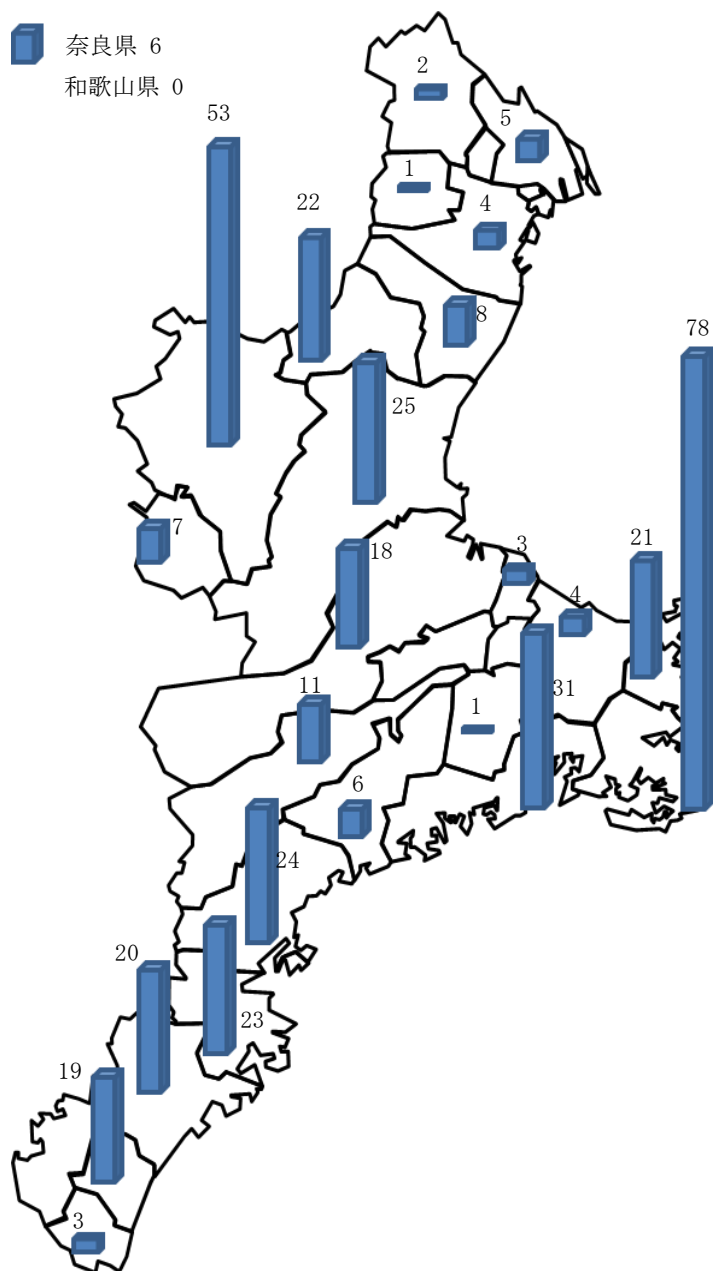
③ 第三次救急医療

- 救命救急センターは、平成 30（2018）年 2 月末現在、三泗救急医療圏に 2 か所、津救急医

療圏に1か所、伊勢志摩救急医療圏に1か所、計4か所に整備されています。厚生労働省が毎年実施する救命救急センターの充実段階評価では、すべての救命救急センターがA評価です。

- 本県では、平成 24 (2012) 年 2 月にドクターヘリを導入したことにより、志摩、伊賀、東紀州をはじめとする県内全域の第三次救急医療体制の充実・強化につながっています。
- 平成 29 (2017) 年 10 月現在、特定集中治療室のある病院数は、三重県内で 5 病院 (34 床) です。また、人口 100 万人あたりの施設数は 2.7 施設であり、全国平均 5.0 施設を下回っています。

図表 5-6-20 三重県ドクターヘリの出動実績(平成 28 年度)



消防本部	市町名	出動件数
桑名市消防本部	桑名市	5
	いなべ市	2
	木曽岬町	0
	東員町	0
四日市市消防本部	四日市市	4
	朝日町	0
	川越町	0
菟野町消防本部	菟野町	1
鈴鹿市消防本部	鈴鹿市	8
亀山市消防本部	亀山市	22
津市消防本部	津市	25
松阪広域消防組合	松阪市	18
	多気町	0
	明和町	3
伊勢市消防本部	伊勢市	4
	玉城町	0
	度会町	1
鳥羽市消防本部	鳥羽市	21
志摩広域消防組合	志摩市	78
紀勢広域消防組合	大台町	11
	大紀町	6
	南伊勢町	31
三重紀北消防組合	尾鷲市	23
	紀北町	24
熊野市消防本部	熊野市	20
	御浜町	19
	紀宝町	3
伊賀市消防本部	伊賀市	53
名張市消防本部	名張市	7

※南伊勢町は、旧南勢町区域は、志摩広域消防組合の管轄、旧南島町区域は紀勢地区広域消防組合の管轄です。

資料：三重県調査

(3) 医療提供体制

救急医療圏	市町	初期救急医療機関				二次救急医療機関		三次救急医療機関
		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				
桑員	桑名市 いなべ市 木曾岬町 東員町	桑名市 応急診療所	○		○ ※1	桑名市医師会 (5施設)	(病院群輪番制参加病院) 桑名市総合医療センター(平成30年4月開院予定)、青木記念病院、ヨナハ総合病院、もりえい病院、厚生連三重北医療センターいなべ総合病院	
						いなべ医師会 (24施設)		
						(その他救急告示による施設) 山崎病院、桑名病院、日下病院、青木内科、大桑クリニック		
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、厚生連三重北医療センター菰野厚生病院		
						(その他救急告示による施設) 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、佐藤クリニック		
鈴亀	鈴鹿市 亀山市	鈴鹿市 応急診療所	○	○	○	亀山医師会 (29施設)	(病院群輪番制参加病院) 厚生連鈴鹿中央総合病院、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)
						(その他救急告示による施設) 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、大門病院、津生協病院、国立病院機構三重中央医療センター、榑原温泉病院	市立四日市病院 (四日市市)
		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	○					
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	○	○	○			
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、厚生連松阪中央総合病院、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				(その他救急告示による施設) 厚生連大台厚生病院、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		(その他救急告示による施設) 伊勢慶友病院、町立南伊勢病院、国保志摩市民病院、南島メディカルセンター	
紀北	尾鷲市 紀北町					紀北医師会 (28施設)	(病院群輪番制参加病院) 尾鷲総合病院	
						(その他救急告示による施設) 長島回生病院		
紀南	熊野市 御浜町 紀宝町	紀南医師会 応急診療所	○				(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 日・祝(9時~12時、14時~17時、20時~22時30分)、土曜日(20時~22時30分、24時~6時)、その他の日(20時~22時30分) ※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、地域救急医療対策協議会等の場では対応策についての協議が行われています。
- 救命救急センターについては、人口 100 万人に 1 か所を目途に整備が行われてきましたが、本県の南北に長い地理的要件や人口の集中度合いを考慮し、現在 4 か所の救命救急センターを設置しています。

図表 5-6-21 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厚生連三重北医療センター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、病院群輪番制により体制が維持されているものの、勤務医が不足しています。 ・ 平成30（2018）年4月開院予定の桑名市総合医療センターでは、救急医療等に係る基幹病院としての役割を果たすことが期待されています。 ・ 第二次・第三次救急医療については、三泗救急医療圏および愛知県等、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、口頭指導実施要領を作成し、運用することにより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参加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、厚生連三重北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は、第三次救急医療機関として、北勢地域の重篤な救急患者への対応を実施しています。
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、厚生連鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院および亀山市立医療センターが病院群輪番制病院として、対応しています。 ・ 亀山地域では、第二次救急医療を担う亀山市立医療センターが中心となって、三重大学と連携し、最適な地域医療体制の確立に向けた研究や地域医療を担う医師養成等の取組が進められています。

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。 ・ 初期救急医療の対象となる患者の第二次救急医療機関への集中の緩和と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と連携して、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、10 病院の病院群輪番制により、第二次救急医療体制が構築されています。 ・ さらに、病院群輪番制参加病院の協力を得て、循環器系疾患や急性腹症疾患に対するバックアップ体制の構築や土曜日の輪番体制の強化等、第二次救急医療体制の強化が図られています。 ・ 三重大学医学部附属病院は、第三次救急医療機関として、津救急医療圏・伊賀救急医療圏の重篤な救急患者への対応を実施しています。 ・ 平成24（2012）年2月から県ドクターヘリを導入し、三重大学医学部附属病院と伊勢赤十字病院が2か月交替で基地病院を担っています。 ・ 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。
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、病院群輪番制の維持に努めています。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。 ・ 市、郡市医師会、消防本部等の協議により、初期救急患者は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参加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、厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院が協力して病院群輪番制の維持に努めています。 ・ 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・夜間応急診療所と鳥羽市休日・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、病院群輪番制の維持に努めています。 ・ 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、小児医療の第二次救急医療機関、地域医療支援病院に指定されており、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が整備されています。 ・ 市立伊勢総合病院は平成 29 (2017) 年 3 月に、県立志摩病院は平成 29 (2017) 年 10 月に地域医療支援病院に指定されており、それぞれ伊勢志摩地域の医療の中核をなしています。 ・ 平成 24 (2012) 年 2 月から県ドクターヘリを導入し、伊勢赤十字病院と三重大学医学部附属病院が 2 か月交替で基地病院の役割を担っています。 ・ 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、尾鷲市では、毎週日曜日と祝日は、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。 ・ 紀北町でも同様に、尾鷲総合病院での救急外来の対応を行うとともに、月に 2 回、日曜日に紀北医師会の医師が、休日在宅当番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。 ・ 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行っています。 ・ 尾鷲総合病院では、医師不足の中で救急対応が困難な状況が続いていますが、医師確保のためのバディ・ホスピタルシステムを導入し、地域医療への貢献に努めています。
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、紀南医師会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、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行っています。 ・ 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。

(5) 各救急医療圏における受療動向

- 本県における平成 26 (2014) 年の 1 日あたりの救急車で搬送された患者のうち、入院患者は 1.9 千人と推定され、そのうち 5 %は、県外で治療を受けています。また、県内の医療機関に搬送された入院患者のうち 2 %は、県外から搬送された患者です。
- 救急医療圏ごとに見ると、救急医療圏外の医療機関で治療を受けた割合（流出率）は、鈴鹿救急医療圏（33%）、伊賀救急医療圏（23%）の順に高くなっており、救急医療圏外の患者が治療を受けている割合（流入率）は、津救急医療圏（17%）、桑員救急医療圏（15%）の順に高くなっています。

図表 5-6-22 救急医療圏別 救急車により搬送された入院患者の流出・流入状況

(流出状況)

流出先 患者住所地	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	域外への流出率		
										うち 県内	うち 県外
桑員	82%	1%		1%		1%			18%	3%	15%
三泗	5%	91%	1%	1%					9%	6%	3%
鈴亀	7%	11%	67%	13%					33%	31%	2%
津		1%		93%	1%	1%	1%	1%	7%	5%	2%
伊賀		2%		7%	77%	1%			23%	10%	13%
松阪		1%		3%		90%	5%		10%	9%	1%
伊勢志摩				3%		4%	92%		8%	7%	2%
東紀州						1%	4%	85%	15%	5%	10%
三重県から県外への流出率 5%											

(流入状況)

流入元 医療 機関所在地	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	域内への流入率		
										うち 県内	うち 県外
桑員	85%	10%	4%						15%	14%	1%
三泗	1%	92%	3%	1%	1%	1%			8%	6%	2%
鈴亀		6%	94%						6%	6%	0%
津	1%	1%	4%	83%	4%	2%	2%		17%	14%	3%
伊賀				1%	93%				7%	1%	5%
松阪	1%			2%	1%	91%	4%	1%	9%	8%	1%
伊勢志摩				1%	0%	4%	89%	2%	11%	8%	2%
東紀州				1%				99%	1%	1%	0%
三重県への県外からの流入率 2%											

※平成 26 年 10 月のある 1 日の入院患者に係る搬送状況です。

※空欄はデータなし、紀北および紀南の各救急医療圏については個別に算出できないため、東紀州としています。

資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

3. 課題

(1) 救急医療提供体制

- 本県の医師数は、全国平均と比べて少なく、特に、救急医療において重要な役割を担う循環器内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、小児科、麻酔科および救急科等を担う医師の不足の解消、高齢化対策、若手医師の確保が喫緊の課題です。
- 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流れを構築することが課題です。
- 高齢化の一層の進行により、今後、ますます増加すると予想される高齢者の救急搬送への対策が必要です。
- 介護施設等からの救急搬送が増加していることから、介護施設等と医療関係者の連携を強化することが必要です。

① 病院前救護体制

- 平成 22（2010）年 9 月に策定した「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、事後検証を行うことにより継続的な見直しが必要です。
- 救急救命士の増員や資質向上のための実習病院の充実と確保が必要です。
- 地域住民への AED を用いた応急手当の普及啓発や、救急蘇生法の実習への参加を促進することが必要です。
- 適切な救急医療機関の受診に関する普及啓発を行い、軽症患者の安易な第二次救急医療機関への受診による医療機関の負担を軽減する必要があります。
- 事後検証や教育訓練等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

- 休日夜間急患センター等の初期救急医療を担う医療機関が確保されていない地域をなくすことが必要です。
- 夜間・休日等に受診できる初期救急医療機関の情報提供について、市町等との連携の上、強化する取組が必要です。
- 「医療ネットみえ」に参加登録をしている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あり、特に、病院群輪番制参加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来していることから、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

- 紀北・紀南救急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。

- ドクターヘリの出動要請においては、消防機関による出動要請の判断の遅れや病院間搬送に対する医療機関の理解の促進が必要です。
- 災害時や重複要請時のドクターヘリの運航について、近隣府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。

(2) 急性期を脱した患者への後方支援等について

- 急性期を脱した患者のための回復期リハビリテーション病棟の整備等、後方支援体制の強化が必要です。
- 救急医療機関や心臓リハビリテーション病院等の基幹病院と、かかりつけ医との地域連携クリティカルパス等による連携の強化が必要です。

(3) 各救急医療圏における課題

- 救急搬送件数の増加に対応するとともに、受入医療機関照会回数の減少等を図るため、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 5-6-23 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、病院群輪番制参加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。 ・ 平成30(2018)年4月開院予定の桑名市総合医療センターの機能が充実するまでの間は、第二次・第三次救急医療について、隣接する医療圏に所在する医療機関との連携が必須となっています。 ・ 隣接する愛知県等、県外への搬送が少なくないことから、救急医療体制の抜本的な見直しが必要です。
三泗	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後、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、いわゆる出口問題の解消を図ることが必要です。このことにより、重症者等への対応に支障をきたさないよう第二次・第三次救急医療機関の負担を軽減することが必要です。 ・ 隣接地域からの救急搬送患者に対応するため、関係する医療機関との連携を図り、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、厚生連鈴鹿中央総合病院、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。
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たことにより、受入医療機関の照会回数が4回以上、病院選定時間が30分以上を要する事案の割合は減少傾向にあります。しかしながら、県内他地域と比較すると、高い状況にあります。 ・ 病院群輪番制参加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、常勤医師数は、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。
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。
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。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- 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

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値	
救急医療情報システム 参加医療機関数 【三重県調査】	県の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。	目 標	
		747 機関	
		現 状 (H28)	
		654 機関	
受入困難事例の割合 【三重県調査】	重症以上の事案において、救急車の現場滞在時間が 30 分以上および 4 回以上医療機関に要請を行った割合の低減を目標とします。	目 標	
		30 分以上	4 回以上
		3.3%	2.0%
		現 状 (H28)	
		3.8%	2.3%
救急搬送患者のうち、傷病程度が軽症であった人の割合 【救急・救助の現況】	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。	目 標	
		50.0%以下	
		現 状 (H28)	
		54.1%	
救急救命士が同乗している救急車の割合 【三重県調査】	救急救命士が常時同乗している救急車の割合を増やすことを目標とします。	目 標	
		100%	
		現 状 (H28)	
		96.6%	

(4) 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の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、市町、関係機関、県)
- 「医療ネットみえ」や救急医療情報センターコール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、市町、関係機関、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、市町、関係機関、県)

取組方向 2：病院前救護体制の充実

- 県民の救急蘇生法講習等への受講を促進します。(消防機関、市町、関係機関、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充実します。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)
- 三重県メディカルコントロール協議会や各地域メディカルコントロール協議会の組織を見直し、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メディカルコントロール体制の強化を図ります。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)
- 事後検証等をより効果的に実施し、メディカルコントロール体制の充実を図るため、各地域メディカルコントロール協議会の広域での連携を進めます。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)
- 各地域メディカルコントロール協議会で検討された課題等を県メディカルコントロール協議会で検討する仕組みを確立します。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)
- 救急救命士を対象とした講習・実習の充実を図ります。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、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事後検証の結果に基づき、搬送・受入体制に関する検討を定期的に行い、円滑な搬送と受入体制の充実強化を図ります。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、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。(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、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、県および地域のメディカルコントロール協議会や救急医療対策協議会等を活用して構築し、より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、市町、関係機関、県)
- 平成 28 年 3 月 31 日に総務省消防庁および厚生労働省から通知された「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」に基づき、転院搬送に係る地域の現状や課題を把握し、ル

ールづくりを進めます。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)

- 医療機関や市町、医師会等関係機関・団体と協力し、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、市町、関係機関、県)
- 地域のメディカルコントロール協議会や救急医療対策協議会等において、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話し合いを進め、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、市町、関係機関、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)
- 医療機関と救急隊、または医療機関同士で患者の画像情報や診療情報等を相互に共有できる仕組みづくりについて、関係者で検討を行い、円滑な診療支援体制や救急搬送体制の構築を図ります。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)
- 伊賀救急医療圏における第二次救急医療体制については、3病院の機能強化や機能分担を進めることにより、さらなる体制強化を図ります。(医療機関、消防機関、市、関係機関、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必要があります。また、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、重症患者への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、円滑な運航体制の強化を図ります。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、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、市町、関係機関、県)