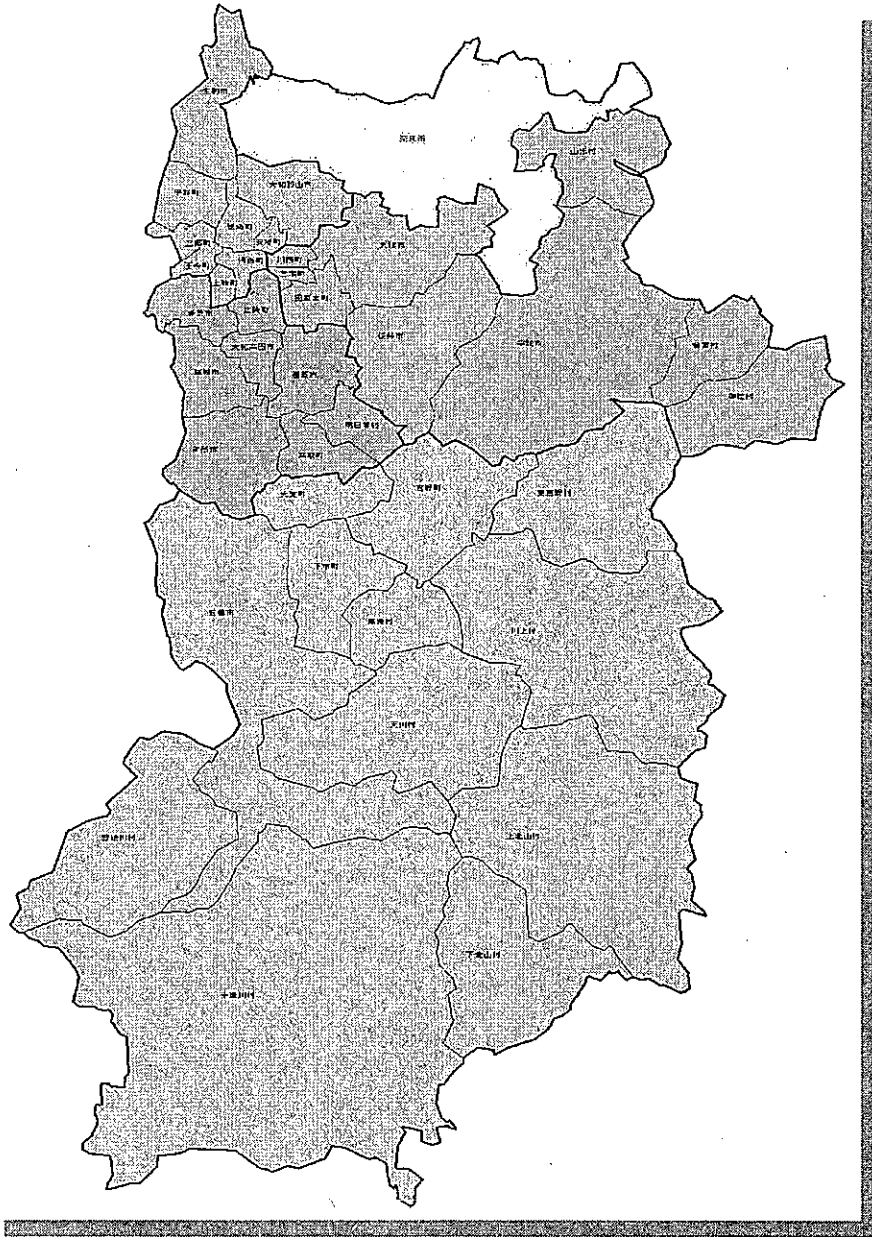


奈良県地域医療等対策協議会

最終報告



平成22年3月

奈良県

奈良県地域医療等対策協議会 最終報告(目次)

◎はじめに	1
◎奈良県の目指す医療、介護・福祉そして健康づくり	2
◎具体的な政策目標	2
◎各項目(テーマ)ごとの現状と課題、目指すべき方向	
○健康長寿	3
○救急医療	21
○へき地医療	28
○産婦人科・周産期医療	30
○小児医療	36
○公立病院改革	41
○医師確保	59
○看護師等確保	62
○がん	65
○脳卒中	69
○急性心筋梗塞	73
○糖尿病	79
◎各項目(テーマ)ごとの具体的な取組策及び平成22年度予算	
○健康長寿	83
○救急医療	90
○へき地医療	92
○産婦人科・周産期医療	93
○小児医療	95
○公立病院改革	96
○医師確保	97
○看護師等確保	98
○がん	100
○脳卒中	103
○急性心筋梗塞	105
○糖尿病	107
◎奈良県地域医療等対策協議会での検討経緯及び各種行事	109
◎協議会、部会及びWG委員名簿	113
《参考資料》	
○構想案『(仮称)健やかに生きる』	127
○障害者計画、高齢者福祉計画、医療費適正化計画、保健医療計画、健康増進計画(各概要版)	145
○地域医療再生計画『奈良県地域医療の再生に向けて』(概要版)	161

◎はじめに

奈良県に生まれ、成長し、働き、やがて老後を迎え人生を終えるまで、その時々において必要な医療、介護、福祉のサービスが適切に受けられる体制が必要である。

しかし、近年の自治体の厳しい財政状況、急速な少子高齢化の進行、生活習慣病などをはじめとする疾病構造の変化など、医療、介護、福祉を取り巻く環境はますます厳しくなっている。

特に、医師、看護師等の不足による医療機能の低下は、地域の医療提供体制はもとより、介護、福祉の分野にも大きな影響を及ぼしており、限られた医療資源の効率的な活用を図るとともに、医療施設等の機能分化や適切な連携と協働の上に本県の医療提供体制の整備を推進することが必要である。

さらに、多様化する医療需要に応えることができるよう、医療等を提供する側と受ける側が、相互に十分な理解を図り協力し合うように努め、良質で切れ目のない医療等を効率的・継続的に提供し、県民が住みなれた地域で安心して生活できる医療、介護、福祉そして健康づくりの実現が求められている。

このような中で、これらのテーマについて具体的な対策を検討し、事業を推進することを目的として、平成20年5月に奈良県地域医療等対策協議会を立ち上げ、8つの部会と4つのワーキングを設け、これまで200名近くの方に携わっていただき、この2年近くの間合計43回の検討を重ねていただいた。

県においては、今回策定の保健医療計画にこれらの検討結果を反映するとともに、先般発表した構想案『(仮称)健やかに生きる』でお示したように、来年度は、北和地域並びに中南和地域の高度医療拠点病院の整備に着手するほか、救急医療においては、救急隊と医療機関の搬送・受入ルールを策定するなど、救急医療体制の充実を図っていく。

また、県内公立病院の適切な役割分担に向けた連携協定の締結により、地域で医療を提供する仕組みづくりを進めるほか、がん対策の総合的な取組の推進、医療施設の耐震化促進による災害医療体制の充実、へき地医療体制の充実等に取り組んでいく。

さらに、これらの取り組みを支える医療人材を養成・確保するため、県立医科大学との連携による医師派遣システムを構築するとともに、奨学金制度による医師や臨床研修医の確保、看護職員の確保・定着に努めていく。

関係各位におかれては、引き続き奈良県の医療を良くするという視点に立って、これからの事業推進に対するご協力をお願いするとともに、県民の皆様にも、これまでの検討内容や今後の取組について広く知っていただけるよう、最終報告としてとりまとめ公表する。

◎奈良県の目指す医療、介護・福祉そして健康づくり

○必要な医療を適切に受けられる体制

1. 最初から最後まで切れ目のない医療の提供体制
生まれてから死に逝くまで、あるいは、病気になってから、回復・治癒するまで、適切な時期に必要な保健・医療・福祉を切れ目なく提供できる体制を構築します。
2. 個々の県民が最適のケアを選択する機会と情報の提供
県民一人ひとりが、どのような保健・医療・福祉を受けることができるのか、必要に応じてわかりやすく整理し提供します。
3. 県民が望む最適の医療を継続的に行えるような医療経営
最適な医療が提供できるように、またそれらが継続的に維持できるような医療の経営を実施します。
4. 県民が納得できる医療を提供する体制
これらを通じて、県民が納得できるような保健・医療・福祉のあり方を明確にして、それらを提供します。

◎具体的な政策目標

○県内の救急患者を断らない病院づくり

- ・急病時の困ったときに相談する窓口の整備
- ・救急患者を適切な医療機関に誘導する管制塔機能の構築
- ・24時間無理なく対応する医師の勤務体制の確立

○地域の医療に必要な医療従事者を確実に育成し、配置するシステムづくり

- ・へき地で必要な診療の確保とそれを支援する体制の整備
- ・奈良県で良い医師と看護師を育てるキャリアパスと責任体制の確立
- ・良い研修のできる病院体制の構築

○県民一人ひとりが、健康づくりに取り組み、加齢や障害にかかわらず、健康でいきいきと暮らす人が増える健康長寿な奈良県を目指す

- ・県民誰もが身近で手軽に目標をもって健康づくりに取り組める体制の整備
- ・県民誰もが楽しめるウォーキングからリハビリまでの運動の推進
- ・障害者や高齢者が地域で安心して暮らすための福祉施策の充実

◎各項目（テーマ）ごとの現状と課題、目指すべき方向

○健康長寿

1. 現状と課題

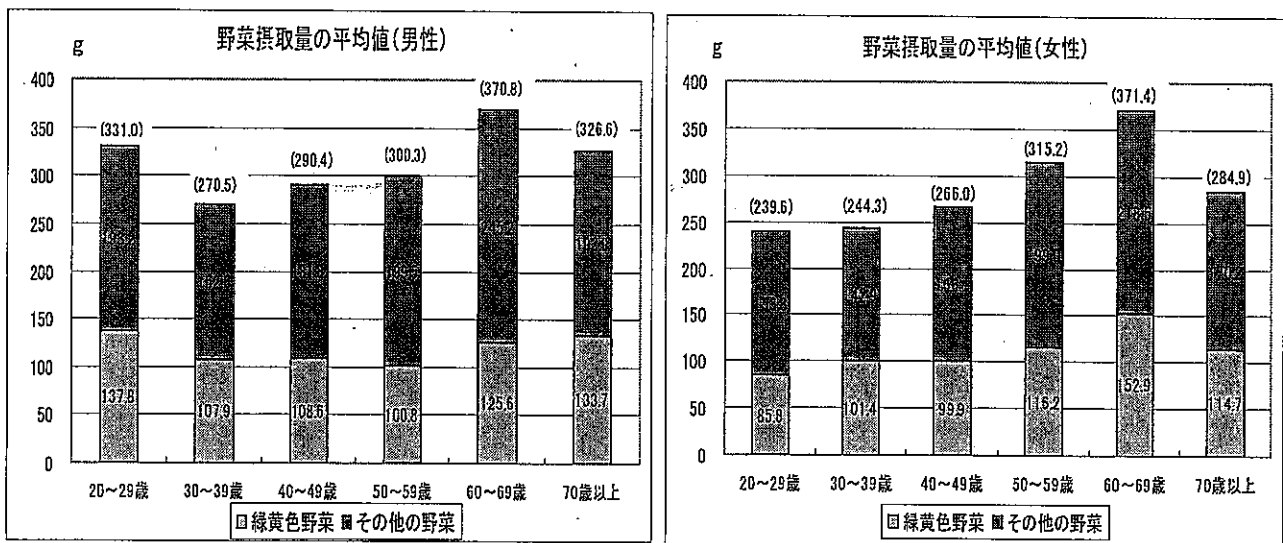
《健康づくり》

(1) 主な生活習慣の状況

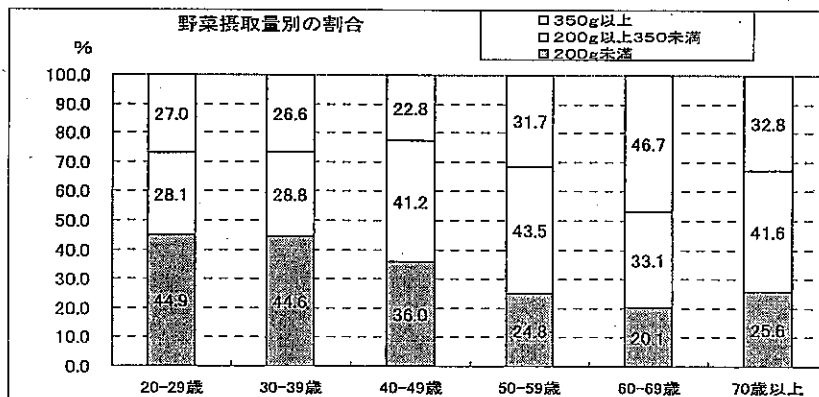
① 栄養・食生活

ア 野菜摂取量

1日当たり成人の野菜摂取量は、男性では30歳代が最も低く270.5g、女性では20歳代が最も低く239.6gとなっており、国の目標値である350gとはかけ離れて低い状況でした。また、1日当たりの野菜摂取量が350gを超えているのは60歳代だけであり、摂取量が200g未満の者の状況をみると20歳代・30歳代が40%を超えており、若い世代での野菜不足が多いことがわかります。



(平成19年県民健康・栄養調査結果、厚生労働省「平成19年国民健康・栄養調査結果」より)

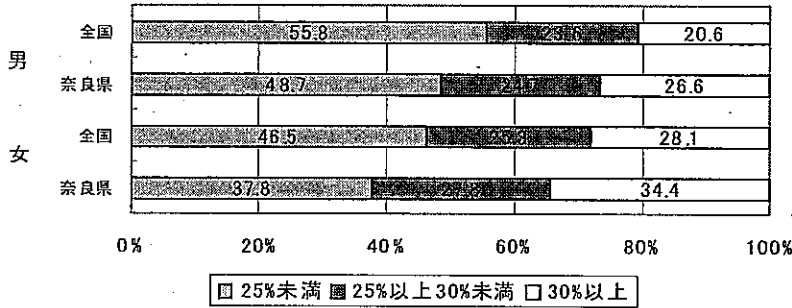


(平成19年県民健康・栄養調査結果、厚生労働省「平成19年国民健康・栄養調査結果」より)

イ 脂肪エネルギー比率

1日当たりの摂取エネルギーに占める脂肪エネルギーの比率を見ると、男女とも国の目標値である25%を超えている割合が、全国より高くなっています。

脂肪エネルギー比率の分布(20歳以上)

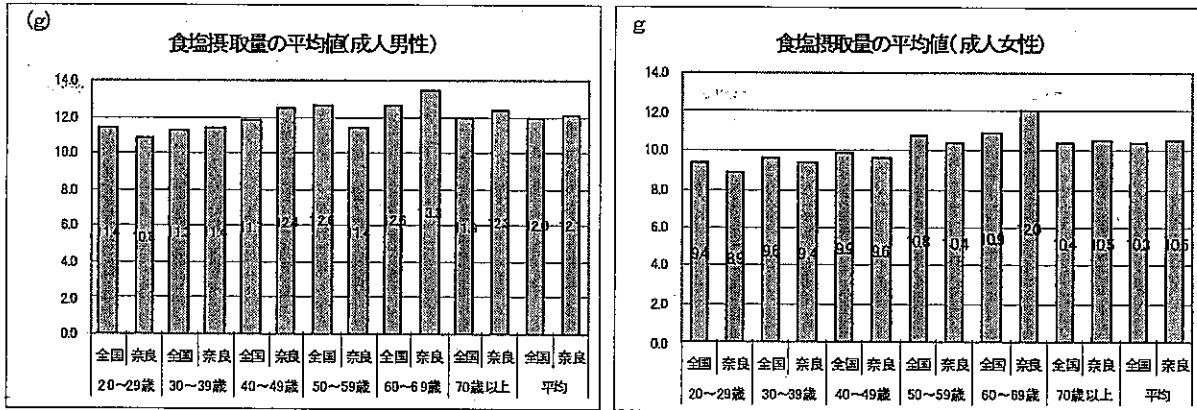


(平成19年県民健康・栄養調査結果、厚生労働省「平成19年国民健康・栄養調査結果」より)

ウ 食塩摂取量

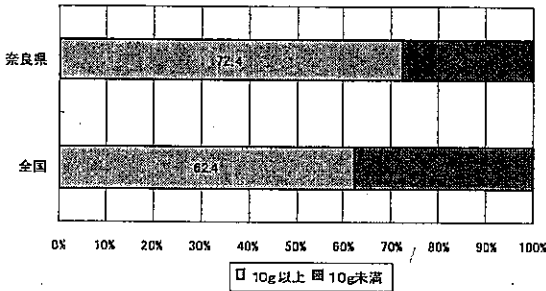
奈良県の成人の1日当たりの塩分摂取量は、男性が平均12.1g(全国平均12.0g)、女性は平均10.5g(全国平均10.3g)と全国平均並でした。

しかし、男性で10g以上摂取している者の割合は72.4%(全国62.4%)、女性で8g以上摂取している者の割合は75.3%(全国68.2%)と国の目標値以上の塩分を摂取している者の割合が高いことが分かりました。

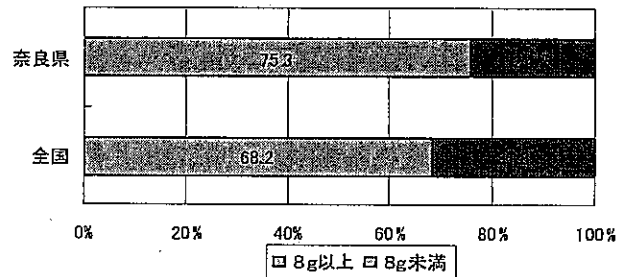


(平成19年県民健康・栄養調査結果、厚生労働省「平成19年国民健康・栄養調査結果」より)

食塩10g以上の摂取者の割合(男)



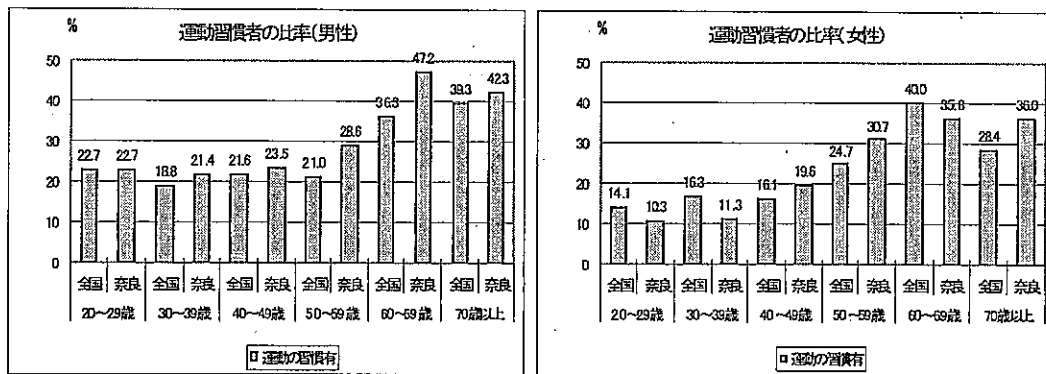
食塩8g以上の摂取者の割合(女)



(平成19年県民健康・栄養調査結果、厚生労働省「平成19年国民健康・栄養調査結果」より)

②身体活動と運動

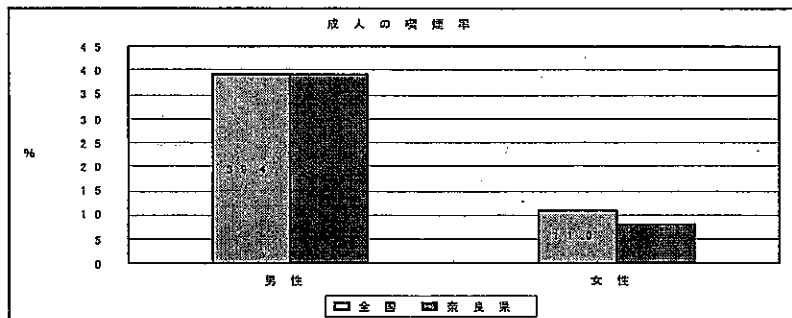
年代別の運動習慣のある者の比率は男性では30歳代が最も低く、女性では20歳代が最も低くなっています。



(平成19年県民健康・栄養調査結果、厚生労働省「平成19年国民健康・栄養調査結果」より)

③たばこ(喫煙)

喫煙率は、男性で39.3%と全国平均と同じであり、女性では7.7%と全国平均より低くなっています。年代別でみると、男性では、50歳代が一番高く49.4%、20~50歳代までが40%を超えており、女性では40歳代が20.9%と高く、20歳代が12.0%と次いで高くなっています。



(平成19年県民健康・栄養調査結果、厚生労働省「平成19年国民健康・栄養調査結果」より)

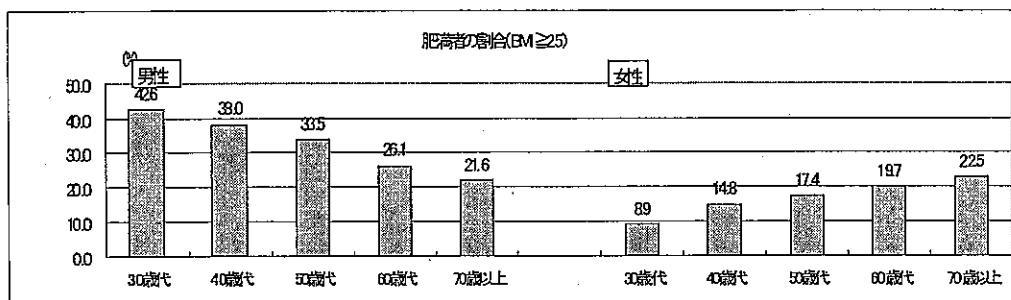
※ 標準人口(昭和60年)にて人口補正した数値

(2)生活習慣病の有病者・予備群の状況

近年、生活習慣病の予備軍として「メタボリックシンドローム(内臓肥満症候群)」が注目されています。メタボリックシンドロームとは内臓肥満の他に脂質異常、高血糖、高血圧のうち2つ以上該当する場合をいい、動脈硬化を飛躍的に悪化させ、生活習慣病発症の可能性が高くなる状態だといわれています。

①肥満者

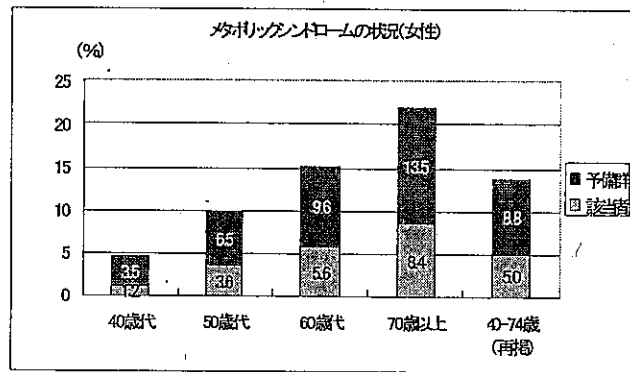
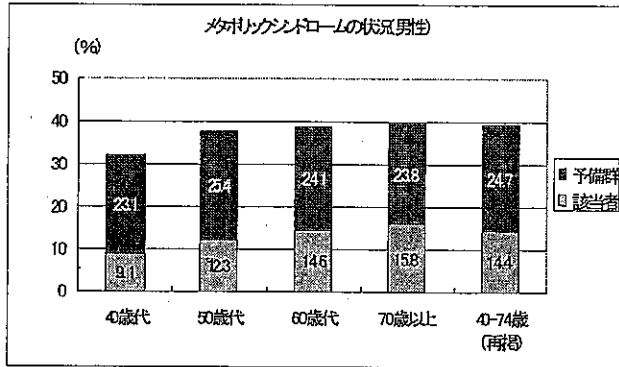
平成19年度に県内市町村で実施された基本健康診査の受診者の結果より肥満者(BMI25以上)の割合を見ると、男性の30歳代が42.6%と最も高くなっており、年代が上がるほど肥満者の割合は低くなっています。一方女性は、30歳代の肥満者割合が一番低く、年代があがるごとに高くなっています。



(平成19年市町村基本健康診査)

②メタボリックシンドローム該当者・予備群

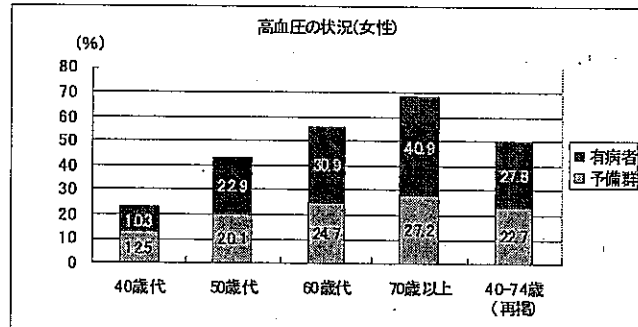
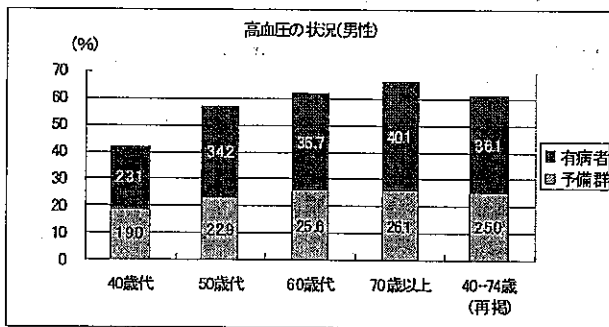
40歳～74歳のメタボリックシンドロームが強く疑われる(=該当者)の割合は、男性14.4%、女性5.0%でした。また、予備群と考えられる者は、男性24.7%、女性8.8%であり、40歳～74歳男性の2.6人に一人、女性の7人に一人がメタボリックシンドローム該当者もしくは予備群という結果でした。



(平成19年市町村基本健康診査)

ア 高血圧

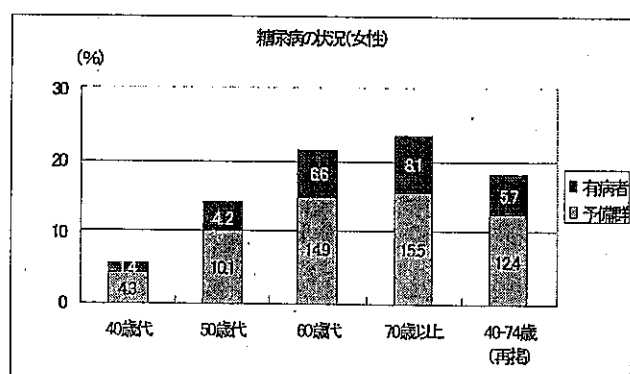
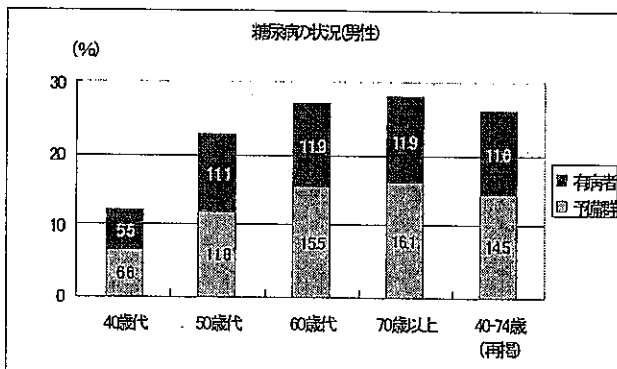
高血圧の予備群と有病者の割合をみると、男女とも年齢がすすむにつれて高くなり、男性は60歳代、女性は70歳代になると6割以上になります。



(平成19年市町村基本健康診査)

イ 糖尿病

糖尿病の有病者と予備群の割合は、年代があがるにつれ高くなっています。男性の40～74歳では、4人に一人が有病者もしくは予備群となっています。

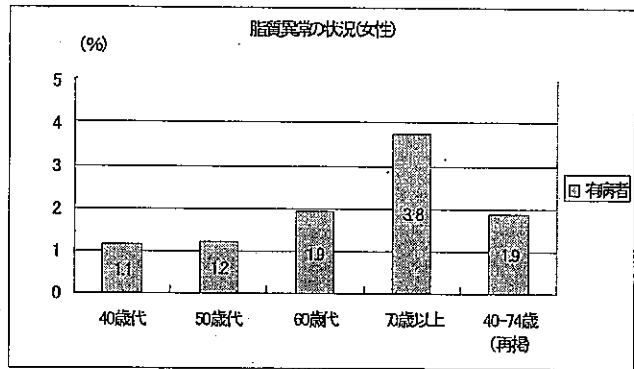
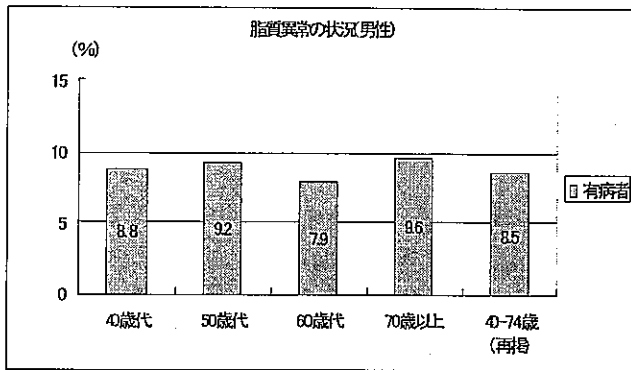


(平成19年市町村基本健康診査)

ウ 脂質異常

脂質異常の割合は、男性はどの年代も割合に変化はありませんが、女性の場合は年代が

上がるにつれて割合も高くなっています。



(平成19年市町村基本健康診査)

(3) がん検診

がん検診には、市町村が実施するがん検診・医療保険者が実施するがん検診・個人が人間ドックなど受けるがん検診等があります。これら全てを含む奈良県のがん検診受診率(平成19年国民生活基礎調査)は、全国平均に比べて大腸がん検診以外は男女とも全て低い状況です。

平成19年国民生活基礎調査によるがん検診受診率

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん
全国	28.7	23.3	24.9	21.3	20.3
奈良県	26.5	18.7	26.0	18.0	17.3

※胃がん、肺がん、大腸がん、乳がんは40歳以上、子宮がんは20歳以上を対象。

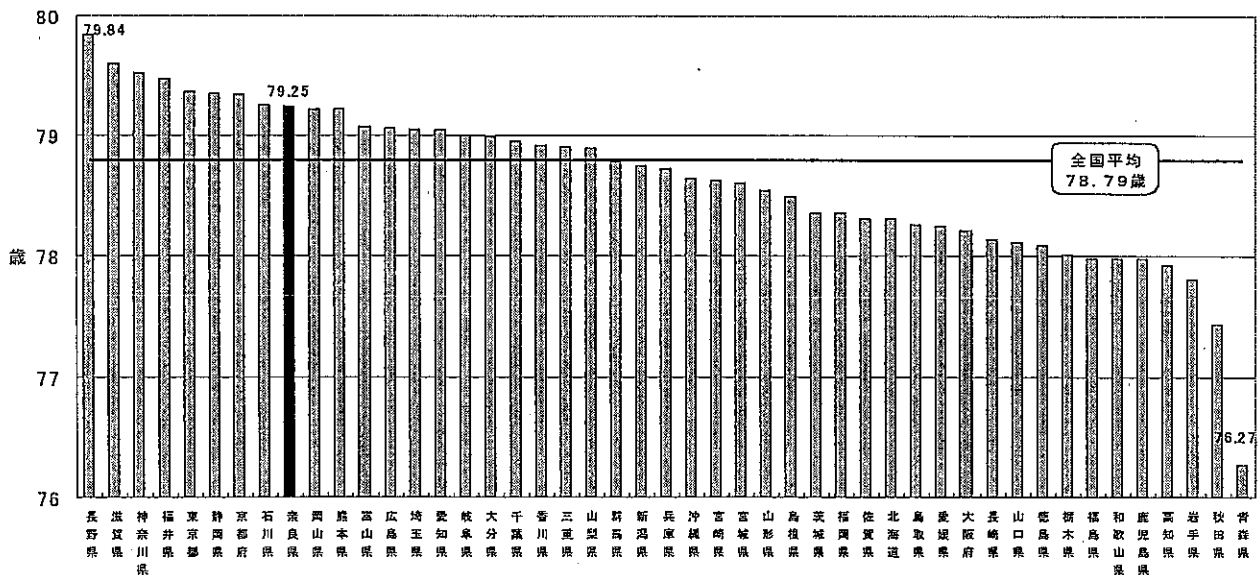
(4) 県民の健康状態

① 平均寿命

平成17年の県民の平均寿命は、男性が79.25歳(全国78.79歳)、女性85.84歳(全国85.75歳)となっており、全国順位では、平均寿命が長い方から男性が9番目、女性が23番目となっています。

〔全国・男性〕

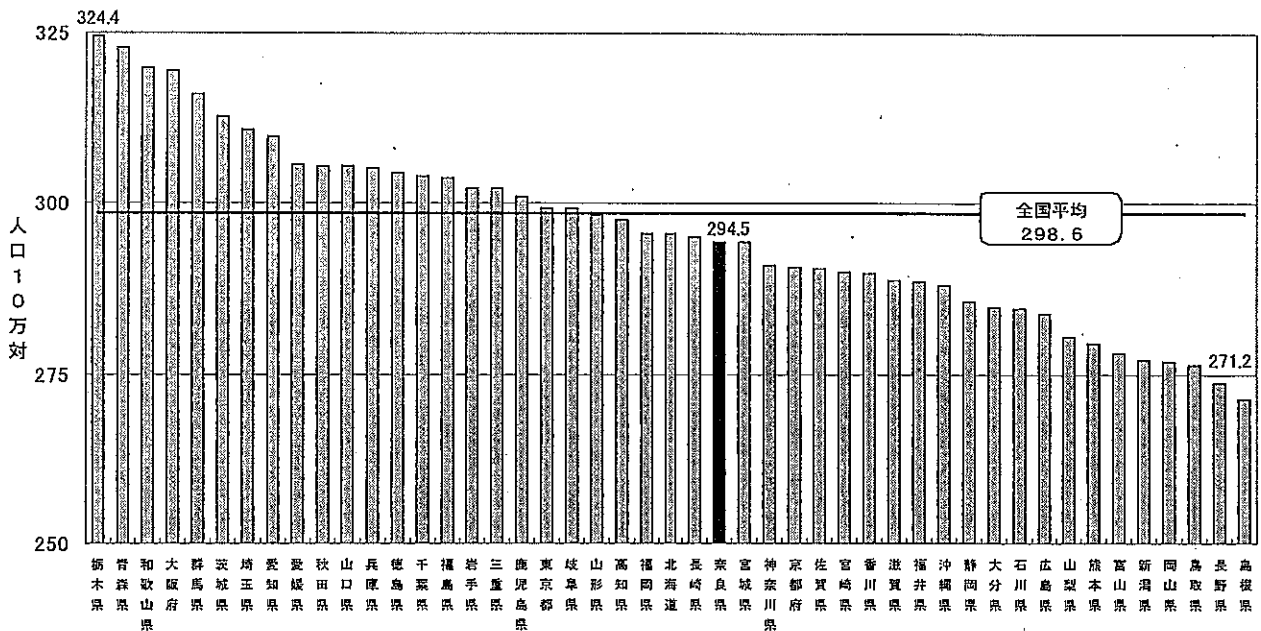
都道府県別の男性・平均寿命(高い順に並べたもの)



(出典:平成17年市区町村別生命表)

〔全国・女性〕

都道府県別の女性・年齢調整死亡率(高い順に並べたもの)



(出典:平成17年都道府県別年齢調整死亡率の概況)

③老人医療費

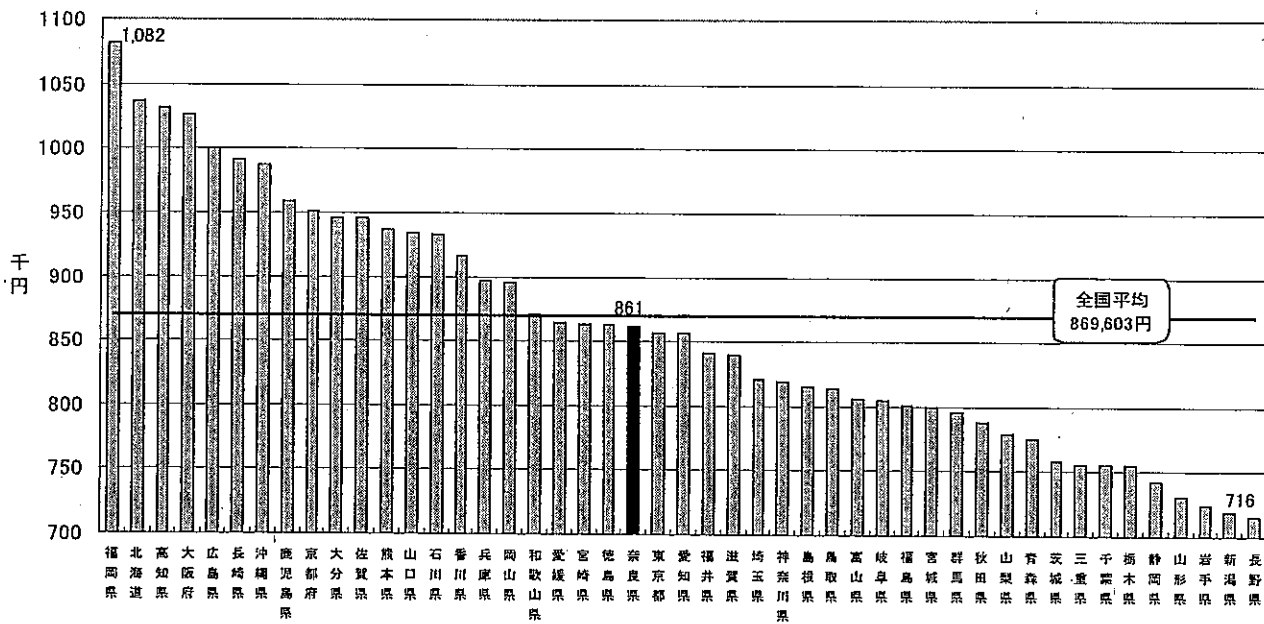
平成17年度の県民医療費は3,564億円(入院1,274億円、入院外〔外来〕1,548億円、歯科・薬局等742億円)と推計されています。このうち、75歳以上者等の医療費である老人医療費は平成19年度で1,225億円(入院555億円、入院外〔外来〕440億円、歯科・薬局等230億円)となっており、県民医療費の約3割強を占めています。

1人当たり老人医療費(医療にかかっていない高齢者も含めた年間平均医療費)は86万1千円であり、全国平均の87万円をやや下回っています。全国順位では、医療費の高い方から22番目となっています。入院、入院外(外来)、歯科などの診療種類別の内訳をみると、本県では、全国平均に比べ、入院医療費がやや低く(41万5千円、全国43万2千円)、入院外(外来)医療費がやや高い(40万6千円、全国39万9千円)傾向があります。

県内市町村別の1人当たり老人医療費をみると、最高の香芝市(95万3千円)から最低の山添村(61万2千円)まで幅があり、香芝市は山添村の1.6倍となっています。

〔全国〕

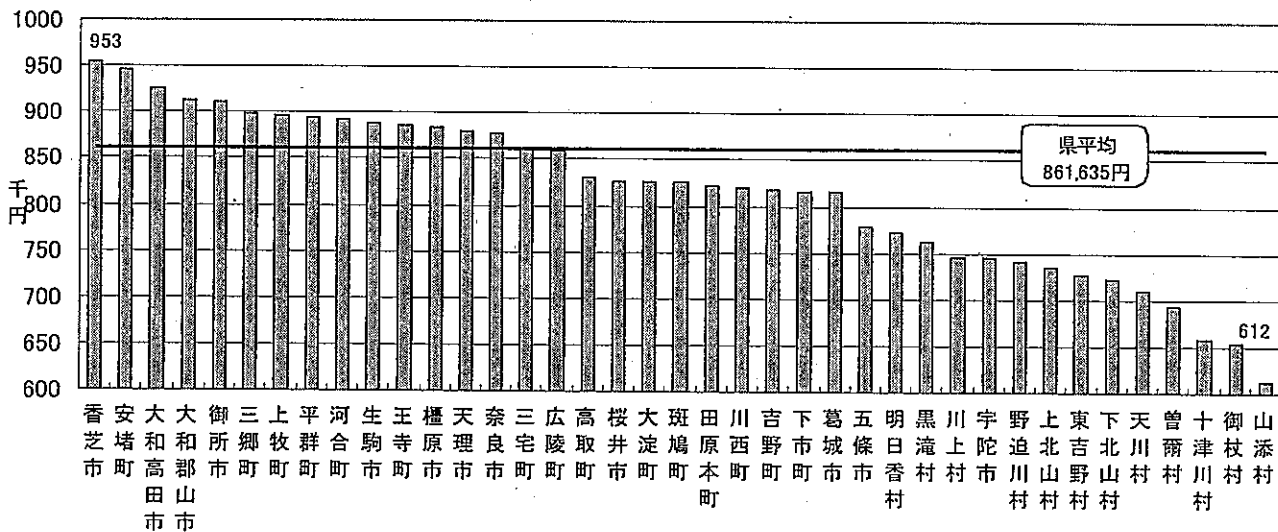
都道府県別の1人当たり老人医療費(高い順に並べたもの)



(出典:平成19年度老人医療事業年報)

〔県内市町村〕

県内市町村別の1人当たり老人医療費(高い順に並べたもの)

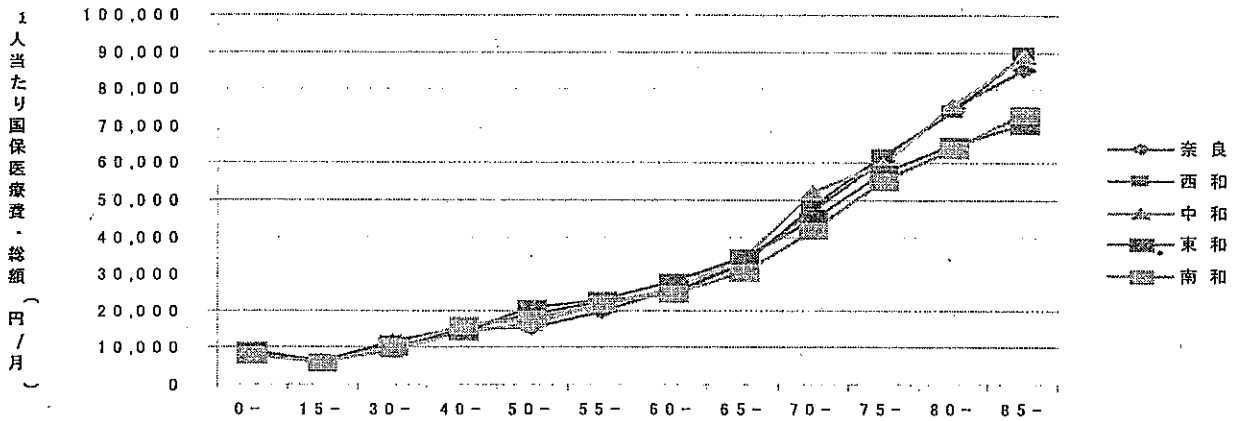


(出典:平成19年度国民健康保険及び老人保健(医療)事業状況)

④地域による医療費較差

国民健康保険の医療費データにより、二次保健医療圏別の医療費を比較すると、75歳未満の年齢層では殆ど地域差がありませんが、75歳以上の年齢層では、比較的山間地域の多い東和及び南和保健医療圏において医療費が低くなっています。

二次保健医療圏別1人当たり医療費（月額）



資料:奈良県国民健康保険団体連合会資料(※)を県にて分析

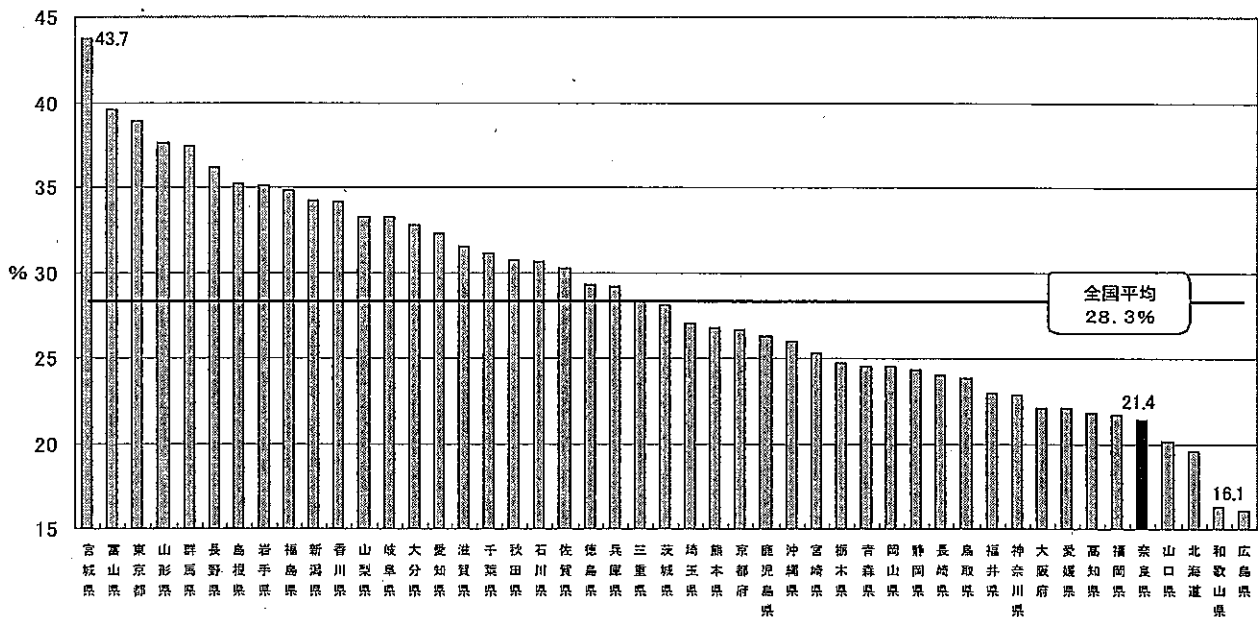
(5) 県民の健康生活

①健康診査

平成20年度から導入された特定健康診査の本県の受診率は22.1%であり、全国28.3%に比べ低い状況となっています(平成21年5月現在)。全国順位は、受診率の高い方から43番目となっています。県内市町村別にみると、最高の山添村(49.5%)から最低の御所市(9.7%)まで、市町村により差が大きい状況となっています。

[全国]

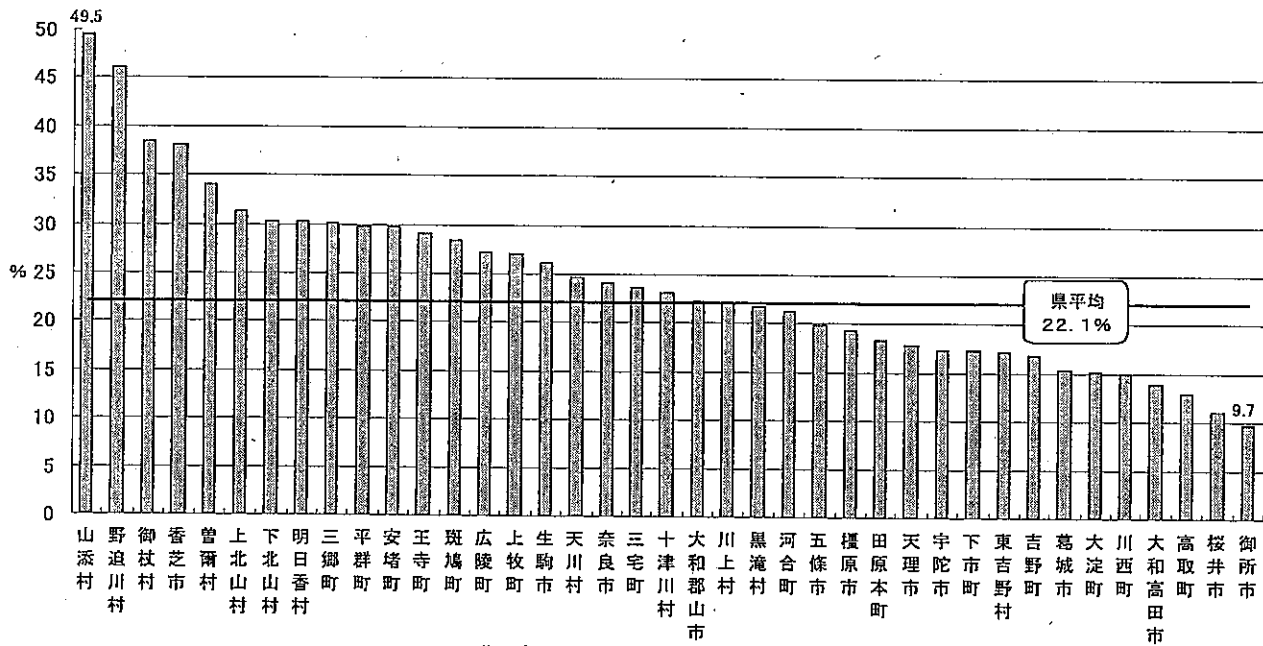
都道府県別の特定健康診査受診率(高い順に並べたもの)



(出典:国民健康保険中央会資料(平成21年5月))

〔県内市町村〕

県内市町村別の特定健康診査受診率(高い順に並べたもの)

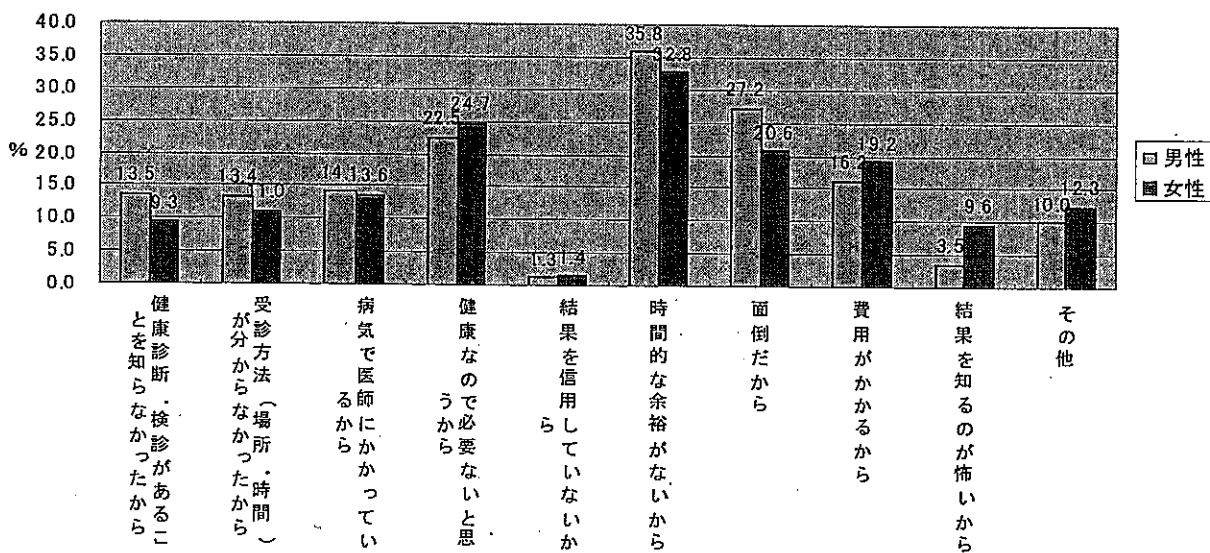


(出典:奈良県国民健康保険団体連合会資料(平成21年4月))

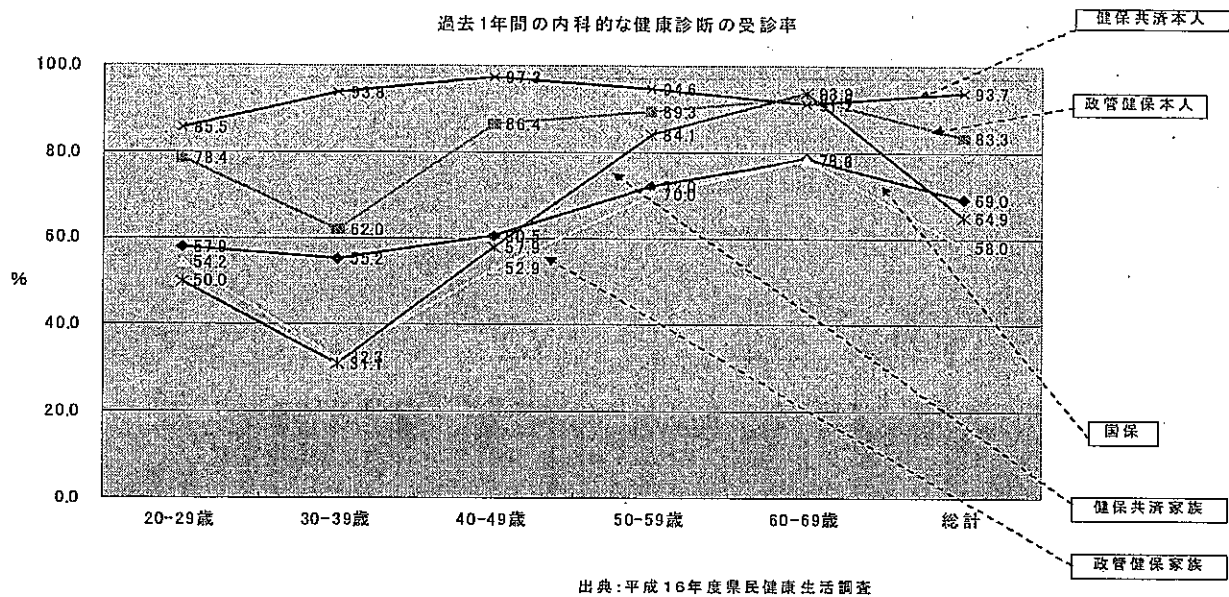
県民(20~69歳)の「過去1年間に受診対象となっていた健康診断・検診を受けなかった」理由は、男女とも「時間的な余裕がないから」が最も多く、その他、「面倒だから」、「健康なので必要ないと思うから」、「費用がかかるから」という理由が上げられています。

また、加入する医療保険別にみると、国民健康保険の加入者や健康保険や共済組合加入者の家族で、比較的若年層の受診率が低くなっています。

過去1年間に受診対象となっていた健康診断・検診を受けなかった理由



出典:平成16年度県民健康生活調査

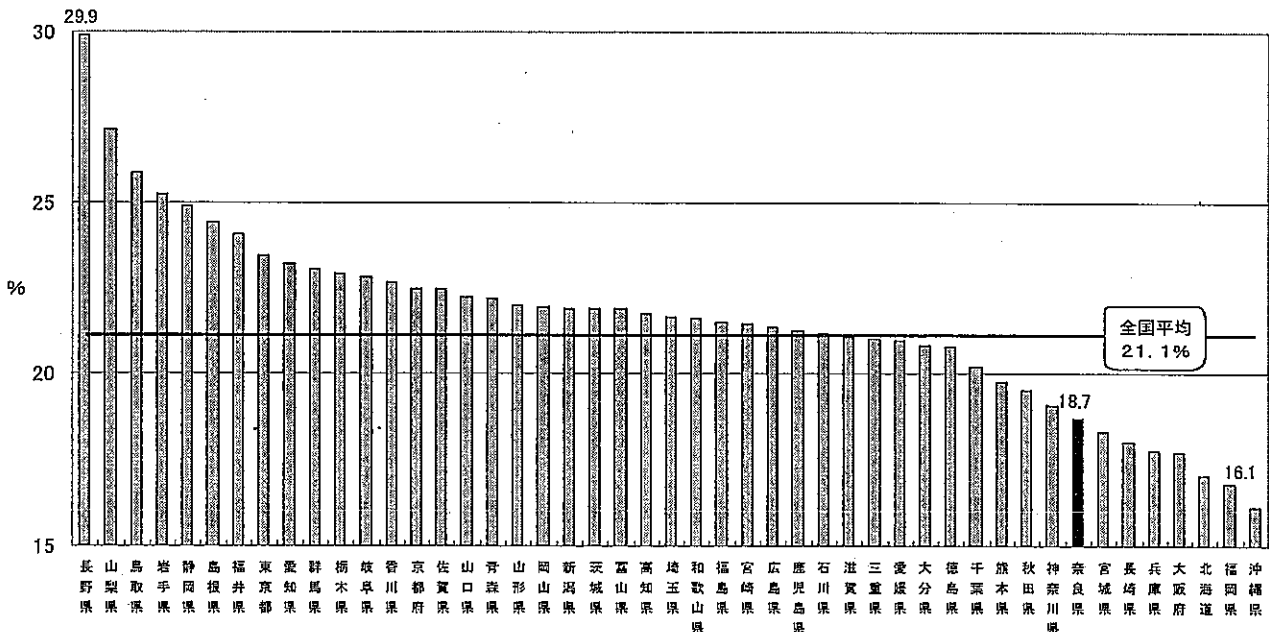


②高齢者の就業状況

本県の高齢者就業率（65歳以上の就業率）は18.7%であり、全国の21.1%に比べ低い状況にあります。全国順位は、高齢者就業率の高い方から40番目となっています。県内市町村別にみると、最高の御杖村（25.9%）から最低の上牧町（11.5%）まで、市町村により差が大きい状況となっています。高齢者就業率の高い地域では、老人医療費が低い傾向がみられます。

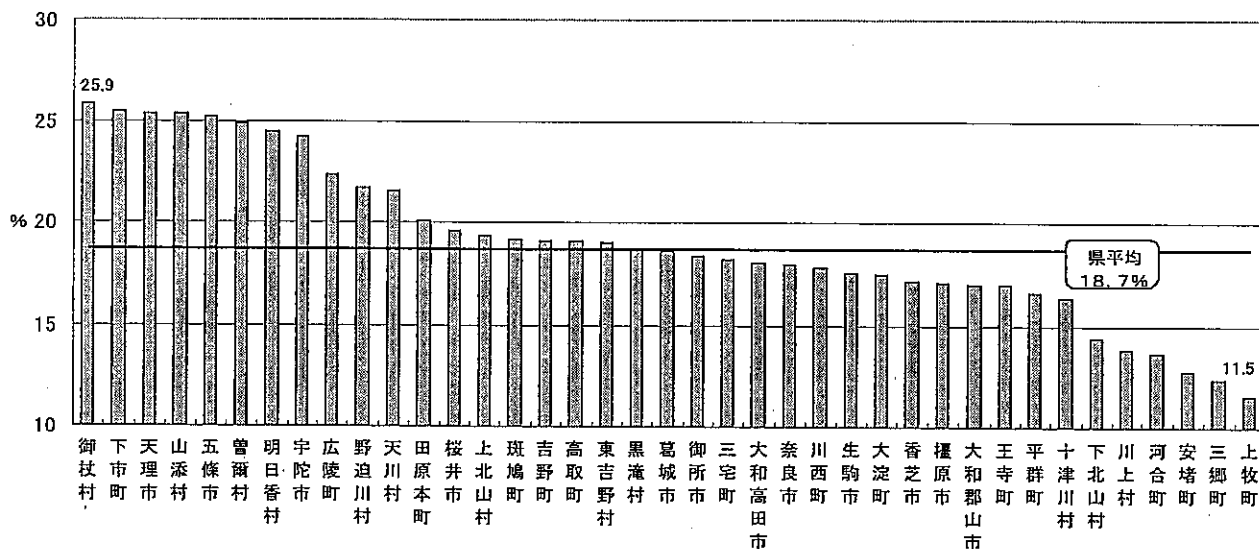
〔全国〕

都道府県別の高齢者就業率(高い順に並べたもの)



〔県内市町村〕

県内市町村別の高齢者就業率(高い順に並べたもの)



(出典:平成17年国勢調査)

※宇陀市については合併前町村のデータを加工した数値を載せている

《長寿(高齢者福祉)》

(1) 高齢人口及び推計

奈良県の人口が平成12(2000)年から減少に転じているなかで、高齢者(65歳以上)人口は、介護保険が施行された平成12年が238,623人でしたが、平成19年には306,360,360人へと増加し、高齢化率は16.3%から21.3%に増加しています。

今後、いわゆる団塊の世代が高齢期を迎える平成26年に高齢者数は375,546人、高齢化率は27.0%に達すると見込まれます。

【高齢者人口の将来推計】

[単位:人、%]

	平成19年	平成21年	平成22年	平成23年	平成26年
総人口	1,435,539	1,420,396	1,416,354	1,410,593	1,392,388
高齢者人口	306,360	326,352	335,502	344,815	375,546
高齢化率	21.3%	23.0%	23.7%	24.4%	27.0%

(第4期介護保険事業支援計画)

※総人口…平成19年は、10月1日の住民基本台帳及び外国人登録に基づく人口

平成21年以降は、各市町村において推計した数値の積み上げ

(2) 要介護・要支援認定者数及び推計

高齢者の増加とともに要介護・要支援認定者数も増加しています。平成19年度の認定者数は50,106人で、平成12年度の約1.9倍に増加しています。

平成23年度には58,601人になると見込まれ、平成26年度には6万5千人近くになると予想されます。

【要支援・要介護認定者数の将来推計】

[単位：人、%]

	平成19年	平成21年	平成22年	平成23年	平成26年
要支援 1	6,792	7,416	7,665	7,901	8,619
要支援 2	8,864	9,448	9,811	10,195	11,329
要介護 1	6,887	7,805	8,020	8,201	8,831
要介護 2	9,277	9,986	10,390	10,779	12,039
要介護 3	8,329	8,942	9,344	9,722	10,942
要介護 4	5,621	6,154	6,392	6,617	7,340
要介護 5	4,336	4,848	5,014	5,186	5,717
合計	50,106	54,599	56,636	58,601	64,817

(第4期介護保険事業支援計画)

(3) 認知症高齢者の推計

本県における日常的に見守りや助けが必要な認知症高齢者数（自立度Ⅱ～M）は、平成23年度には28,016人と推計され、平成20年10月と比べて約4,000人の増加が見込まれます。

【認知症高齢者の自立度区分の推計】

[単位：人]

	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
自立度Ⅱ	11,338	12,193	12,648	13,087
自立度Ⅲ	8,398	9,032	9,369	9,694
自立度Ⅳ	3,737	4,019	4,169	4,314
自立度M	798	858	890	921
認知症高齢者数計	24,271	26,102	27,076	28,016
要介護認定者数全体	50,768	54,599	56,636	58,601

(第4期介護保険事業支援計画)

《障害者保健福祉》

健康診査や健康相談により障害を早期に発見するほか、必要なときに相談が受けられるなど、一人ひとりのニーズに的確に対応していくことが重要です。

また、疾病や傷害に対して必要な医療が受けられるなど、医療体制の充実や専門的な相談が求められています。

近年の医療技術の進歩や相談支援機関の設置等による障害の早期発見や初期の対応により、障害程度の軽減や自立の度合いを高めることが可能となってきています。

一方で、昨今のストレス社会においては、ひきこもりや自殺など社会的な問題も大きくなってきています。

以上のような状況の中で以下の課題があげられます。

《健康づくり》

がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病等の生活習慣病は、健康長寿の最大の阻害要因です。その多くは、不健全な生活の積み重ねによって内臓脂肪型肥満となり、これが原因となって引き起こされるものですが、平成19年度に県内市町村で実施された基本健康診査の結果では、男性の2.6人に一人がメタボリックシンドローム（内臓肥満症候群）の疑い（＝予備群・該当者）があり、特に男性の生活習慣の改善が必要と考えられます。

これを予防するためには、個人が日常生活の中での適度な運動、バランスの取れた食生活、禁煙等を実践し定期的な検診を受け異常の早期発見に努めることが重要です。

しかし、平成19年の県民健康・栄養調査結果からは、1日の野菜摂取量や運動習慣のある者の割合は、男性では30歳代が最も低く、女性では20歳代が最も低いことから、若い世代の健康づくりの取り組みが課題となっています。また、1日当たりの摂取エネルギーに占める脂肪エネルギーの比率は、男女とも国の目標値である25%を超えている割合が、全国平均より高くなっており、脂肪の多い食生活の改善が必要です。

がんの予防については食生活や喫煙等、生活習慣の改善に加え、奈良県のがん検診受診率(平成19年国民生活基礎調査)は、全国平均に比べて大腸がん検診以外は男女とも全て低い状況にあることから、がん検診受診率の向上が課題となっています。

また、健康づくりについては、県民一人ひとりの主体的な取り組みが欠かせません。一方、日常生活の中で良い生活習慣を身につけ、行動変容につながる情報を、県、市町村、保険者、企業、学校、医療福祉機関等の関係者が的確に提供し、県民の健康づくりを支援することも重要と言えます。現状においては、県民への健康づくりの普及啓発(ポピュレーションアプローチ)が必ずしも十分に行われているとは言えず、医療保険者においても、健康づくりに向けての保険者機能が充分果たされているとは言えません。また、老人医療費が低い山添村や長野県で行われているような、「かかりつけ医」や保健師、さらに住民による健康ボランティアである「健康長寿推進員」等による、地域における健康づくりの取り組みが、県全体として取り組まれていることもあり、これらの結果として、健康づくりの実践率や健診受診率が低い状況にあります。

《長寿(高齢者福祉)》

本格的な高齢社会の到来を迎えて、明るく活力に満ちた高齢社会をつくることが重要な課題になっています。

本県では、介護不安の解消に努め、介護を必要とする状態となっても、できる限り住み慣れた地域や家庭で、良質なサービス等が提供できるよう基盤の整備を進めるとともに、介護保険の持続的・円滑な運営を目指すことを施策目標とし、その実現を図るため、次に掲げる項目を重点課題と位置づけ施策を推進していきます。

○重点課題

(ア) 介護サービス基盤の充実

- ・在宅でのサービスの整備
- ・施設・居住系サービスの整備

(イ) 良質なサービスの提供と介護保険事業の円滑な運営

- ・人材の確保と定着に向けた取組
- ・人材の資質の向上
- ・介護保険事業者の質の向上
- ・介護保険制度の円滑な実施
- ・介護保険制度の運営の適正化

《障害者保健福祉》

○障害の原因となる疾病等に対する適切な治療のための救急医療や急性期医療の体制の充実が必要です。

○各種健康診査の受診等を進めていくほか、総合的な相談体制の整備などの取組が必要です。

○障害のある人の自立と社会参加の促進に向けて機能回復を図り、重度化・重複化や二次障害等を防止するリハビリテーションの推進が求められています。

○病院から地域への一貫したリハビリテーションシステムについての検討が必要です。

○学校・職場・地域における「心の健康」に関する相談のほか、カウンセリング等の治療が受けら

れる専門的な支援体制が必要です。

○障害のある人の地域生活移行や就労移行のため、支援ネットワークの構築が必要です。

2. 目指すべき方向

《健康づくり》

(1) 食生活の改善に取り組みます。

県では、奈良県食育推進計画に基づき子どもから高齢者の食生活の改善のため、家庭・学校・地域と連携して食育活動に取り組みます。

若い世代の偏った食生活を解決するために、大学と連携し学生による情報発信に取り組みます。

食塩や脂肪の適正摂取や野菜の摂取量を増加させるために食生活改善推進員をはじめ関係団体の協力を得て「食生活指針」や奈良県版「食事バランスガイド」を活用し情報提供を行います。

食生活の課題に関する情報や地域で栄養や食生活改善に取り組むグループや指導者等の情報を収集し、ホームページ等において情報提供します。

野菜をしっかりと食べ、塩分や脂肪の摂取を減らす取り組みを推進するため、民間企業との連携を推進します。また、健康なら21応援団事業として「栄養成分表示」や「野菜たっぷりメニュー」を普及推進するための応援団施設を増やし、食の環境整備を進めます。

(2) 運動習慣を持つ人の増加に取り組みます。

健康づくりのための運動に関する情報の提供・充実に取り組みます。

多忙な働き盛り世代の運動の機会として、通勤時に電車やバスを一駅手前で降りて歩く「一駅ウォーキング」や、仕事の合間に実践できる「メタボリックシンドローム予防体操」を地域や事業所と連携し、普及します。

ウォーキングの普及・定着のため、歩いた距離や県内のウォーキングイベントへの参加回数をポイント化するしくみを設け、普及します。

働き盛り世代の肥満解消を目的とした「メタボリックシンドローム予防体操」や、高齢者の下肢筋力の維持向上を目的とした「ステップアップ体操」を普及・啓発します。

また、運動の指導者及び団体の育成・支援に取り組みます。

(3) たばこ対策の推進に努めます。

受動喫煙防止対策としては、公的機関の敷地内禁煙化、施設（公共施設含む）の禁煙化、レストランなど店舗の禁煙化の徹底を推進します。

未成年に対しては、医師・保健師等による健康教育、教員等による健康教育と禁煙相談、家庭や学校での教育でも禁煙できない児童・生徒への支援等を推進します。また、子どもを取り巻く環境づくりとして、県内小・中学校の敷地内禁煙化を市町村教育委員会と連携して進めるとともに、NPO（ボランティア）等と協働した健康教育を推進します。

妊婦の禁煙支援として、市町村や医療機関を通じ、胎児への影響をまとめたリーフレットを配布します。また、将来の妊娠、出産を考えた未成年者（女子）への健康教育に努めます。

たばこと健康に関する情報提供としては、禁煙支援医療機関や薬局についての情報提供、県のホームページで保険適応医療機関や禁煙アドバイザーのいる薬局の紹介を行います。

(4) がんに関する正しい知識や予防についての情報提供に努めます。

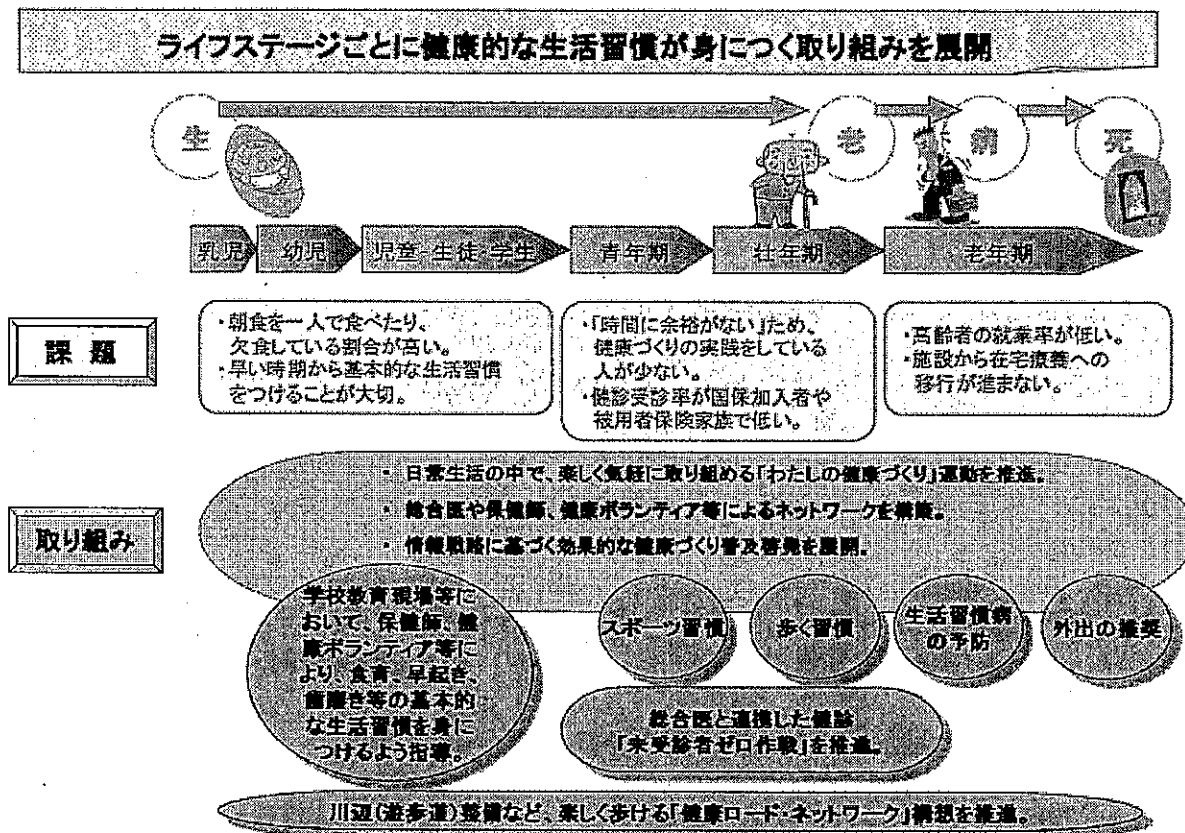
日常生活におけるがん予防に関する知識、がん予防のための食生活改善について普及啓発するなど、がん検診の検診機関等の情報を提供します。また、がんと関わりの深いウイルス肝炎等の感染症に関する正しい知識の普及啓発を行うほか、がん予防に関する啓発用リーフレット等を作成し配布します。

(5) 地域ぐるみで健康づくりに取り組み、健康長寿立県を目指します。

山添村や長野県における健康づくりの取り組みは、住民の「健康長寿」と、その結果として医療費負担の軽減をもたらしました。このため、今後の高齢社会の進展に備え、山添村や長野県での取り組みを参考にした健康づくりの取り組みを、以下の6つの考え方に基づき一定期間、県全体で実践・継続することにより、県民による「健康長寿文化」の醸成をはかることとします。

〔6つの考え方〕

- ①ライフステージごとに健康的な生活習慣が身につく総合的な取り組みを展開
地域、学校、職場などで、ライフステージに応じた対策の実施
(食育、スポーツや歩く習慣、生活習慣病の予防、健診受診、外出の推奨等)
- ②県全体で健康づくりの推進
県が中心となり、市町村、保険者、企業、学校、医療福祉機関等の関係機関が一体となって、健康づくりの取り組みを実施し、PDCAサイクルに基づき推進
- ③県民への健康長寿情報発信を重視
ライフステージに応じた必要な健康長寿情報を、県民に効果的に伝わる手法で繰り返し発信し、浸透
- ④「食べるな」「歩け」方式の健康づくりからの脱却
生活の一部として実施する「わたしの健康づくり」運動を展開
- ⑤健康づくりを推進する地域でのネットワークを構築
長野県や山添村のように、地域の健診(検診)や健康づくり事業への「かかりつけ医」等の関与を推進
- ⑥予防・治療・回復の連携を重視
切れ目のない保健・医療・介護・福祉体制の整備を促進



《長寿(高齢者福祉)》

(1) 介護サービス基盤の充実

- 高齢者が介護を要する状態になっても、できる限り住み慣れた地域や家庭で安心して生活できる環境を希望する方のために、居宅サービスや特に整備が遅れている地域密着型サービスの在宅サービス基盤の充実を図ります。
- 要介護度が重度の方や家庭の事情など施設によるサービスが必要な方、また、リハビリテーション等医療ケアを必要とする方のために、特別養護老人ホームや介護老人保健施設など施設・居住系サービスの計画的な整備に努めます。
- 療養病床の再編成については、療養病床から介護老人保健施設等への受け入れの円滑化など療養病床を有する医療機関の転換の支援を図ります。
- 療養病床に入院されている高齢者の個々の状態に応じて、必要なケアが受けられるよう基盤の整備を図り、あわせて、住み慣れた地域や家庭でのケアを希望する高齢者には、保健・医療・介護・福祉の連携だけでなく、地域の見守り活動をはじめとする様々な社会資源を活用し、安心して暮らすことができる高齢者包括ケアシステムの構築を推進していきます。

(2) 良質なサービスの提供と介護保険事業の円滑な運営

○福祉・介護サービス事業者の人材の確保と定着

- ・介護福祉士等の潜在的有資格者に対して、研修会の実施等を通じて関心を喚起し福祉・介護サービス分野への就業を働きかけます。
- ・福祉・介護の仕事に関心を有する者に対して、福祉・介護サービスの職場体験を行う機会を提供し円滑な就労を実施します。
- ・若い人材の福祉・介護分野への参入を促進するため、介護福祉士等養成施設の入学者に対し、修学のための資金を貸し付けします。
- ・福祉・介護サービス分野へ就業した新規従事者等が、将来にわたって安定的に仕事ができるよう、巡回相談を実施するなどその定着の支援に取り組みます。
- ・人材の確保と定着を図るため、福祉・介護サービス従事者の社会的評価の向上を目指します。

○福祉・介護サービス従事者の資質の向上

・社会福祉事業従事者

福祉人材センターにおいては、福祉サービスの基本理念や対人援助技術の基礎を理解し、組織人としての基本的能力等を修得することを目的として社会福祉事業従事者の資質向上を図るなど、豊かな人間性を備えた社会福祉事業従事者の育成・確保を目的として、福祉職場についての広報啓発を行うとともに、社会福祉事業従事者（従事しようとする者を含む。）に対する研修を実施します。

・老人福祉施設職員

老人福祉施設に従事する職員の一層の資質向上を図るため、各種研修を行うとともに関係団体が実施する研修事業への支援を行います。

・介護支援専門員

居宅サービス計画を作成するなど、介護保険事業の円滑な実施を図る上で中心的な役割を果たす介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上のため、その養成段階で行われる介護支援専門員実務研修や現任者を対象とした研修を体系的に実施します。

・地域包括支援センター3職種

市町村が設置した地域包括支援センターの専門職に対する研修を実施し、地域支援事業等が円滑に実施できるよう支援します。

・訪問介護員

介護サービスの中心的担い手である訪問介護員の養成については、民間の研修機関を指定し、介護員養成研修事業に取り組みます。

○介護保険事業者の質の向上

高齢者による介護サービスの利用が「利用者本位」の仕組みとして定着するためには、高齢者が自分自身のニーズに合ったサービスを適切に選択し、利用できるような環境を整備することが必要です。

そのためにも、介護サービス事業者に対する法令遵守の徹底や利用者へのサービス確保のための対策を講じる等の「介護事業運営の適正化」が重要な課題とされています。

介護保険事業者の質の向上に資する取組を進め、よりよいサービスが提供される環境、適正なサービスを利用者が選択できる環境の確保に努めます。

○介護保険制度の円滑な実施

高齢化が一層進展するなか、県と市町村は連携して介護保険制度を円滑かつ適切に運営していく必要があります。また、市町村は介護保険の保険者として、また高齢者保健福祉サービスの実施主体として、住民のニーズに対応した高齢者の自立を支援する施策を展開することが求められています。今後とも、市町村において地域の実情に応じた取組ができるよう支援・助言に努めます。

○介護保険制度の運営の適正化

介護保険制度においては、介護サービスを必要とする受給者を適切に認定したうえで、受給者が真に必要とするサービスを、事業者がサービス提供体制及び介護報酬の請求のルールに従って適正に提供することが必要です。

利用者に対する適切な介護サービスを確保する一方で、不適切な給付を削減することにより、介護保険制度の信頼性を高めるとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築に資するため、介護給付の適正化を図ります。

《障害者保健福祉》

(1) 早期発見・早期治療のための医療体制の充実

- 障害の発生原因となる疾病等の発生予防と早期発見・早期治療を推進します。
- 障害について深い知識をもった、質の高い医療従事者の養成・確保に努めます。
- 脳性まひ等の二次障害に関する正しい知識を普及するため、広報活動を積極的に行います。
- 高次脳機能障害等に関する相談支援を充実するとともに、関係機関と連携を図りながら支援を行っていきます。
- 各医療機関において、聴覚障害、視覚障害、知的障害等に配慮した対応に努めます。

(2) 適切なリハビリテーションの推進

- 住み慣れた地域において、一体的に予防、治療、在宅生活への復帰とその継続的な支援ができるようなリハビリテーションの提供体制の確保に努めます。
- リハビリテーション医療の専門職員の計画的な確保と資質の向上に努めます。
- 中途障害者に対する適切なリハビリテーションを推進します。
- 障害者の社会自立支援の核となるリハビリテーションセンターなどの施設は、より安心できる機能を持つ福祉と医療の総合支援拠点としての運営を目指します。

(3) 障害児・者に対する総合的な相談体制の整備と正しい知識の普及

- 地域生活移行と就労移行を一体的に進め、障害の種別を問わずライフステージに応じた総合的な相談支援の実施のため、圏域毎に各支援拠点の集約化を行います。
- 在宅障害児の地域生活を支援するため、訪問・外来による療育指導、療育相談を実施します。
- 在宅障害児が身近な地域で継続的に療育支援が受けられるよう、障害児・保護者と療育支援機関とを結びつけるコーディネーターを設置し、障害児の地域生活を支援します。
- 発達障害児・者に対する支援を総合的に行う地域の拠点として、発達障害者支援センターを設置・運営します。

(4) 早期療育体制の充実

- 障害の受容、その後の療育へのスムーズな移行、家族の心のケアなど、母子保健活動と連携した早期療育体制の充実を図ります。
- 地域における身近な療育相談や健康相談などの窓口として、保健所や市町村保健センターの専門的相談機能を充実し、あわせて保健師等の質の向上を図ります。

○救急医療

1. 現状と課題

救急患者は、夜昼の区別なく発生し、その症状も様々となっています。そのため、県民の誰もがいつでもどこでも安心してその症状に適した救急医療を受けることができる体制を確立する必要があります。

本県における救急医療の体制は、一次救急（入院治療を必要としない比較的軽症の患者に対応）、二次救急（入院を必要とする重症患者に対応）、三次救急（二次救急では対応できない重篤な患者、複数の診療科領域にわたる患者に対応）と、患者の症状に応じて段階的に対応する体制となっています。

(1) 救急医療を取り巻く状況

①救急搬送

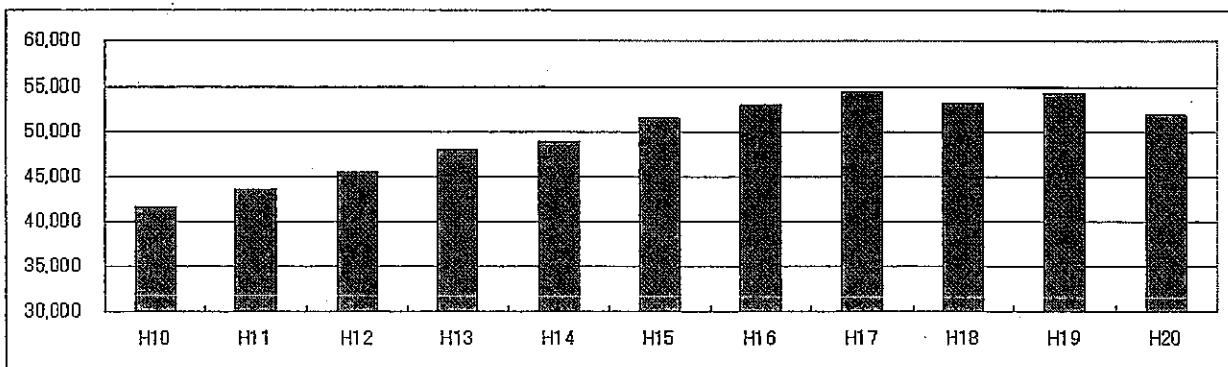
奈良県における年間の救急搬送人数は、平成10年の41,613人から、平成20年には51,837人となり、10年間で約1万人増加しています（約25%増）。

その背景には、急速な高齢化の進展に伴い、病気で救急車の利用が増加していることがあります。また、その一方で、住民意識の変化等により、比較的軽症で急を要さない患者の救急車の利用や、タクシー代わりの不適切な救急車の利用も、一部にみられます。

(県の救急搬送人数の推移)

(単位:人、%)

	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20
搬送数	41,613	43,600	45,555	48,025	48,918	51,542	52,968	54,447	53,253	54,208	51,837
(対H10年増加率)	-	4.8	9.5	15.4	17.6	23.9	27.3	30.8	28.0	30.3	24.6



(地域医療連携課調べ)

(年齢別・事故種別・傷病程度搬送数)

年齢別搬送数

	奈良県		全国	
	H10	H20	H10	H20
新生児(生後28日以内)	131	169	13,608	13,710
伸び率(%)	—	29	—	0.7
乳幼児(29日～7歳未満)	2,819	2,969	215,225	238,389
伸び率(%)	—	5	—	10.8
少年(7～18歳未満)	2,817	2,369	189,066	193,449
伸び率(%)	—	▲ 16	—	2.3
成人(18～65歳未満)	21,783	20,874	1,881,054	1,975,472
伸び率(%)	—	▲ 4	—	5.0
老人(65歳以上)	13,940	25,464	1,242,025	2,257,616
伸び率(%)	—	83	—	81.8
合計	41,490	51,845	3,540,978	4,678,636
伸び率(%)	—	25	—	32.1

(総務省消防庁「救急救助の概要」より)

事故種別搬送数

	奈良県		全国	
	H10	H20	H10	H20
急病	21,114	30,143	1,926,706	2,834,839
伸び率(%)	—	43	—	47.1
交通事故	9,258	6,700	703,239	570,335
伸び率(%)	—	▲ 28	—	▲ 19
一般負傷	5,408	7,544	423,270	643,691
伸び率(%)	—	39	—	52.1
その他	5,710	7,458	487,763	629,771
伸び率(%)	—	31	—	29.1
合計	41,490	51,845	3,540,978	4,678,636
伸び率(%)	—	25	—	32.1

(総務省消防庁「救急救助の概要」より)

傷病程度別搬送数

	奈良県		全国	
	H10	H20	H10	H20
死亡	719	561	57,844	70,472
伸び率(%)	—	▲ 22	—	21.8
重傷	4,667	6,634	440,624	466,993
伸び率(%)	—	42	—	6.0
中等症	15,503	20,271	1,259,112	1,757,551
伸び率(%)	—	31	—	39.6
軽症	20,583	24,360	1,783,398	2,378,495
伸び率(%)	—	18	—	33.4
その他	18	19	—	5,125
伸び率(%)	—	6	—	—
合計	41,490	51,845	3,540,978	4,678,636
伸び率(%)	—	25	—	32.1

(総務省消防庁「救急救助の概要」より)

医療圏ごとの救急搬送状況をみると、すべての医療圏で10年前に比べて、患者の住所地以外の医療圏への搬送が増加しています。

奈良、東和、西和及び中和の各医療圏では、救急搬送された患者の20%以上が住所地以外の医療圏に搬送されている状況にあり、さらに、南和医療圏では、救急搬送患者の半数近くが住所地以外の医療圏に搬送されており、10年前に比べても医療圏外への搬送割合は急激に増加しています。

(医療圏別搬送先状況表)

搬送先病院の地域		患者住所										合計 患者数
		奈良		東和		西和		中和		南和		
		患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合	
奈良	H10	8618	87%	177	2%	650	7%	99	1%	24	1%	9568
	H20	9990	77%	413	5%	1317	12%	300	2%	46	1%	12066
東和	H10	581	6%	5705	74%	512	6%	1102	10%	200	6%	8100
	H20	1268	10%	6123	71%	899	8%	1285	9%	354	8%	9929
西和	H10	428	4%	625	8%	7379	81%	1089	10%	39	1%	9560
	H20	1115	9%	707	8%	8298	73%	1613	11%	73	2%	11806
中和	H10	147	1%	808	10%	365	4%	8494	75%	542	16%	10356
	H20	231	2%	1174	14%	545	5%	10808	74%	1112	26%	13870
南和	H10	7	0%	25	0%	9	0%	227	2%	2401	69%	2669
	H20	4	0%	55	1%	14	0%	310	2%	2269	53%	2652
県外	H10	166	2%	398	5%	182	2%	283	3%	277	8%	1306
	H20	331	3%	99	1%	304	3%	325	2%	449	10%	1508
合計	H10	9947	100%	7738	100%	9097	100%	11294	100%	3483	100%	41559
	H20	12939	100%	8571	100%	11377	100%	14641	100%	4303	100%	51831

(地域医療連携課調べ)

救急搬送にかかる時間（119番通報から医療機関に收容されるまでの時間）は、全国的に増加傾向にあります。

本県においても、平成10年は25.7分（全国平均26.7分）であったのが、平成20年には35.8分（全国平均35.0分）となっており、他の近畿府県と比較して最も時間を要している状況にあります。特に現場到着から医療機関等へ收容されるまでの時間が長くなっていることから、受入医療機関を探すことに時間を要していると考えられます。

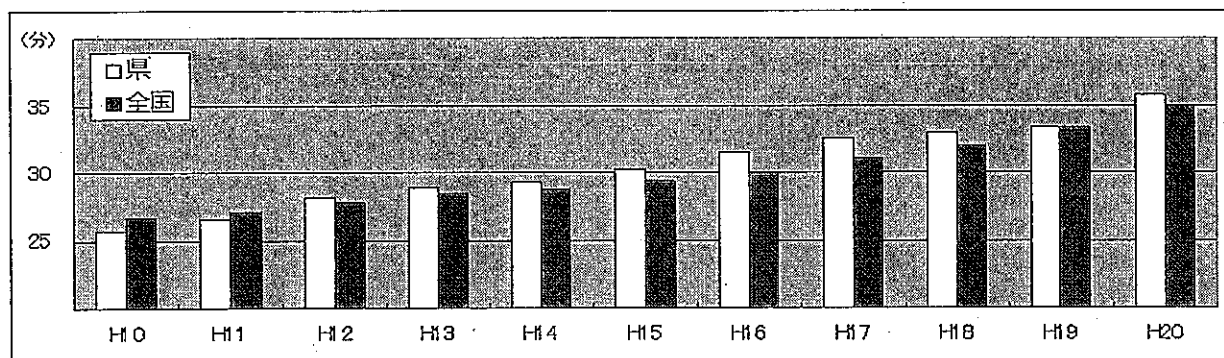
(搬送時間推移)

119番通報してから救急患者が病院に收容されるまでの時間

(消防防災年報より)

(単位:分)

		H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20
收容完了時間 ①	県	25.7	26.6	28.1	28.9	29.3	30.3	31.5	32.6	33.0	33.4	35.8
	全国	26.7	27.1	27.8	28.5	28.8	29.4	30.0	31.1	32.0	33.4	35.0
現場到着時間 (消防署から現場まで)②	県	6.2	6.2	6.4	6.4	6.5	6.5	6.6	7.0	6.8	7.0	8.2
	全国	6.0	6.0	6.1	6.2	6.3	6.3	6.4	6.5	6.6	7.0	7.7
①-② (現場から病院まで)③	県	19.5	20.4	21.7	22.5	22.8	23.8	24.9	25.6	26.2	26.4	27.6
	全国	20.7	21.1	21.7	22.3	22.5	23.1	23.6	24.6	25.4	26.4	27.3



②病院前救護活動

○市民による救急蘇生法の普及と自動体外式除細動器（AED）の設置

各消防機関が主体となり、毎年、各地で救急蘇生法の講習会を実施しています。

また、平成16年から医療従事者以外でも住民によるAEDの使用が可能になり、平成21年8月1日現在、県内に1,005台（県への報告件数（病院に設置しているものを除く））のAEDの設置がされています。

○メディカルコントロール* 体制

救急隊は、一定の応急処置に関する教育を受けた3人以上の救急隊員により構成されています。平成3年に救急救命士制度が発足してから、1隊につき1人以上の救急救命士の配置を目標に救急隊の質の向上を図っており、平成21年4月現在、県内には269名の救急救命士が登録され、救急隊の83.9%（全国91.1%）に救急救命士が配置されています。

また、救急救命士については、メディカルコントロール体制の整備に伴い、徐々に業務可能な範囲が拡大され、平成18年4月からは、心肺停止患者に対する薬剤投与も可能となるなど、病院前救護における重要な役割を担っています。

メディカルコントロール体制の推進による病院前救護の質の確保を図るため、本県では平成15年3月に「奈良県メディカルコントロール協議会」を設置し、救急救命士のプロトコル（活動基準）の作成や、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言、救急救命士の行った活動の事後検証等を行っています。

○ドクターヘリ

従来の消防防災ヘリコプターの活用に加え、平成15年2月から県南部地域で和歌山県のドクターヘリの共同利用を行っており、また、平成21年度からは県北中部地域において大阪府のドクターヘリの共同利用を開始しました。これにより、県全域でドクターヘリによる重篤患者の搬送が可能となっています。

ドクターヘリ搬送実績

	H14年度	H15年度	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度
大阪府ヘリ	-	-	-	-	-	-	-	1
和歌山ヘリ	1	2	2	5	2	1	12	11

※ H21年度は12月末現在

③救急医療体制

ア) 一次（初期）救急医療

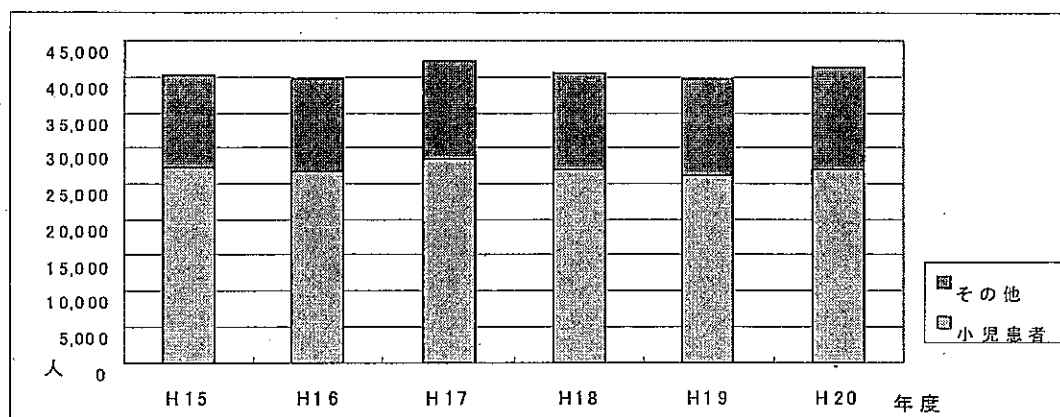
入院治療等が必要でない軽症の救急患者に対応する一次救急医療は、かかりつけ医が担うほか、各市町村が休日夜間応急診療所や在宅当番医制によりその体制を補完しています。

現在、休日夜間応急診療所は、12カ所（歯科1カ所含む）に設置され、在宅当番医制は五條市と十津川村で運営されています。しかし、このうち、平日の夜間も診療しているところは3カ所のみで、多くの施設は休日の昼や準夜帯のみの診療となっています。

各休日夜間応急診療所の受診患者の3分の2が小児であるにもかかわらず、小児科医が常駐しているのは、橿原市休日夜間応急診療所の1カ所のみとなっています。

また、耳鼻咽喉科、眼科など特定診療科の休日夜間の一次救急体制は整備されていません。なお、産婦人科については、平成20年2月から在宅当番医制及び病院群輪番制により一次救急医療体制が整備されました。

(休日夜間応急診療所の受診者数の推移：単位人)



	H15	H16	H17	H18	H19	H20
患者数	40,311	39,640	42,101	40,388	39,759	41,484
うち小児患者	27,221	26,580	28,328	26,976	26,240	27,037
小児/全体数	67.53%	67.05%	67.29%	66.79%	66.00%	65.17%

(地域医療連携課調べ)

イ) 二次救急医療

二次救急医療は、病院群輪番制参加病院や救急告示病院が、休日や夜間に入院・手術を必要とする救急患者の受入れを行い、その体制を確保しています。

病院群輪番制は、県内7地区で市町村が実施(天理市、山添村は未実施)しています。

また、救急告示病院は、県内に40病院あり、救急患者の受入れを行っています。

なお、小児科の二次救急医療体制は、小児科病院輪番制により全ての休日・夜間に対応しています。

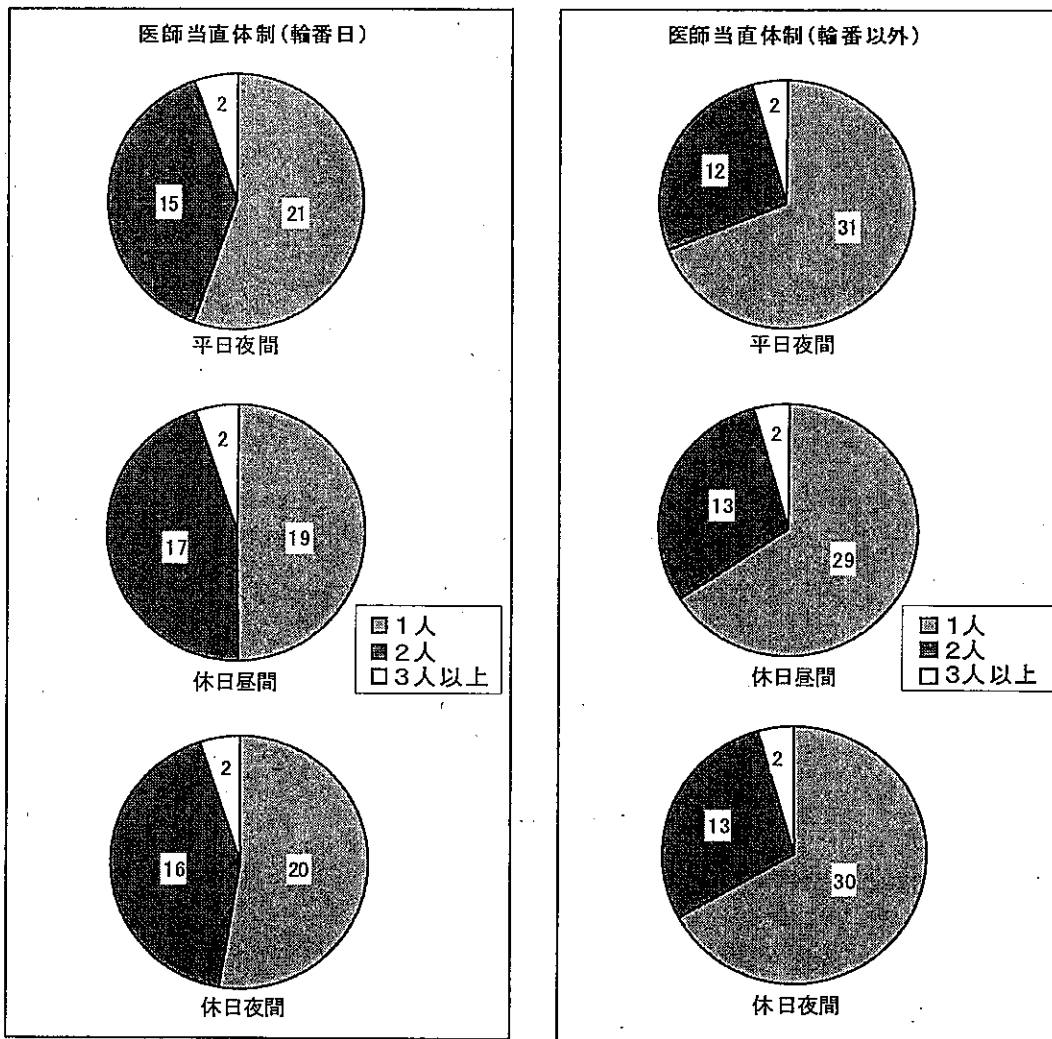
近年、これらの二次救急医療機関の受入機能が低下しており、救急隊からの受入要請に対し、「処置中」「専門外である」「ベッド満床」などにより断るケースが多くなっています。

(重症患者を医療機関へ受入要請するも受入れできなかった理由ごとの件数 (延べ件数))

理由	手術中、患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診 (かかりつけ医なし)	理由不明 その他
件数	849	489	415	493	95	14	745

※ H20年消防庁調査(2消防本部は未集計)

平成21年4月に県が行った調査では、二次救急医療機関の半数以上が、医師一人の当直体制であり、手術が必要な救急患者等の受入れが十分できないことがわかりました。



(H21.4 地域医療連携課調べ (対象: 49 病院、回答 47 病院 [輪番参加は 41 病院]))

ウ) 三次救急医療

重篤な救急患者に 24 時間体制で対応する 3 カ所の救命救急センターにより、三次救急医療体制が確保されています。特に県立医科大学附属病院は、高度救命救急センターとして広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の救急患者に対応できる特に高度な診療機能を有しています。

しかし、近年、二次救急医療体制の機能低下に伴う三次救急医療機関の負担増加や医師不足等により、救命救急センターでも救急患者の受け入れができないことも多くなっており、本県における救命救急センターへの搬送依頼に対する受入率(平成 20 年)は、79.3% (全国平均 93.0%) と、全国平均を大きく下回っています。

以上のような状況の中で以下の課題があげられます。

○救急患者の搬送に時間を要しています。

救急医療(特に、心肺停止(CPA)、脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷、急性腹症、周産期疾患等の救命救急医療)においては、発症から適切な対応ができる医療機関での治療開始までの時間の長短が、患者の予後を左右する上で非常に重要ですが、近年、搬送に要する時間は年々増加傾向にあります。搬送時間を短縮し、患者の症状に応じた適正な対応ができる医療機関へスムーズに搬送することができる体制の確保が必要です。

搬送に時間がかかる要因としては、受入病院を探すのに時間を要していることや受入病院が見つかっていても遠方の医療機関となり、搬送に時間を要することがあります。特に薬物、

アルコール等を原因とする患者の受入先の確保に時間を要する場合もみられます。また、急速な高齢化の進行や、一部には安易な救急車の利用がみられることなどから、救急車の出動件数が多くなっていることも一つの要因と考えられます。

また、受入医療機関が見つからない理由としては、二次、三次病院の機能低下（医師不足、萎縮医療、後方病院との連携不足など）があります。また、救急医療情報システムにより各病院の応需情報は消防機関へ提供しているものの、病院の状況を常に反映した応需情報となっていないことや、患者の症状に応じた搬送の明確なルールが整っていないこともあります。

○一次救急体制が十分ではありません。

休日や夜間の一次の救急患者は、かかりつけ医が担うほか、休日・夜間などは市町村の休日夜間応急診療所等を受診することになるが、その体制が十分でない地区も多く、その負担が二次・三次の医療機関や他地区の休日夜間応急診療所へかかっています。また、特定診療科（眼科、耳鼻咽喉科など）の休日・夜間の診療体制はありません。こうした、一次救急医療体制の確立も大きな課題の一つです。

○住民の救急医療に対する理解が必要です。

効果的な救急医療体制を確立するためには、住民の救急医療に対する理解も不可欠です。軽症の患者が二次・三次の医療機関を直接受診したり、急を要さない症状や軽い症状での時間外救急受診やタクシー代わりの救急車利用など一部には不適切な救急車利用があり、こうした状況を改善していくために、住民の救急医療に対する理解を促進することが必要です。

2. 目指すべき方向

(1) 救急患者を断らない医療体制の確立

心肺停止・脳卒中・急性心筋梗塞・急性腹症・重症外傷・周産期疾患など、特に重篤な救急患者は、速やかに、適切な治療ができる医療機関で受入れできる体制の確保を目指します。

そのためには、救命救急センターの強化、二次救急医療体制の強化、適切な医療機関へ搬送できるシステムづくり、「救命期」を脱した患者が適切な後方医療機関に転院できる連携体制の確立が必要となります。

また、救急を担う医師等の無理のない勤務体制の確立も重要となります。

(2) 一次救急医療体制の確立

すべての県民が、休日や夜間等の医療機関の外来診療時間外であっても、必要なときに適切な一次救急医療を受けることができる体制の確立を目指します。

そのためには、市町村域を越えた連携体制の確立が重要となります。

(3) 適切な病院前救護活動が可能な体制の確立

心肺停止の場合など救急医療においては、救急車が来るまでの対応や救急車乗車後の病院到着までの処置が非常に重要となります。本人・周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施やメディカルコントロール体制の整備による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施ができる体制を目指します。

また、救急医による速やかな治療を可能とするため、ドクターヘリやドクターカーを活用した救急搬送体制の充実を行います。

(4) 救急医療に関する県民の理解、相談体制の確立

県民が適正な受診行動を行い、不要不急の受診・救急車の利用の減少を目指します。そのための啓発や情報提供、相談体制の確立を行います。