

第6回救急業務高度化推進検討会

日時：平成21年3月23日（月）

16時00分～18時00分

場所：金融庁 903会議室

1 開 会

2 報告事項

救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査結果について

3 議 題

- (1) メディカルコントロール作業部会報告書（案）について
- (2) 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会報告書（案）について
- (3) トリアージ作業部会報告書（案）について
- (4) 平成20年度救急業務高度化推進検討会報告書（案）について

4 そ の 他

5 消防庁次長挨拶

6 閉 会

【配布資料】

資 料 1	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査結果について
資 料 2	メディカルコントロール作業部会報告書（案）
資 料 3	消防機関と医療機関の連携に関する作業部会報告書（案）
資 料 4-1	トリアージ作業部会報告書（案）
資 料 4-2	トリアージ作業部会報告書（案）補足資料
資 料 5	平成20年度救急業務高度化推進検討会報告書（案）
添付資料 1	第5回救急業務高度化推進検討会議事録
添付資料 2	救急医療情報システム利用状況等に関する調査結果について

平成20年度救急業務高度化推進検討会 構成員

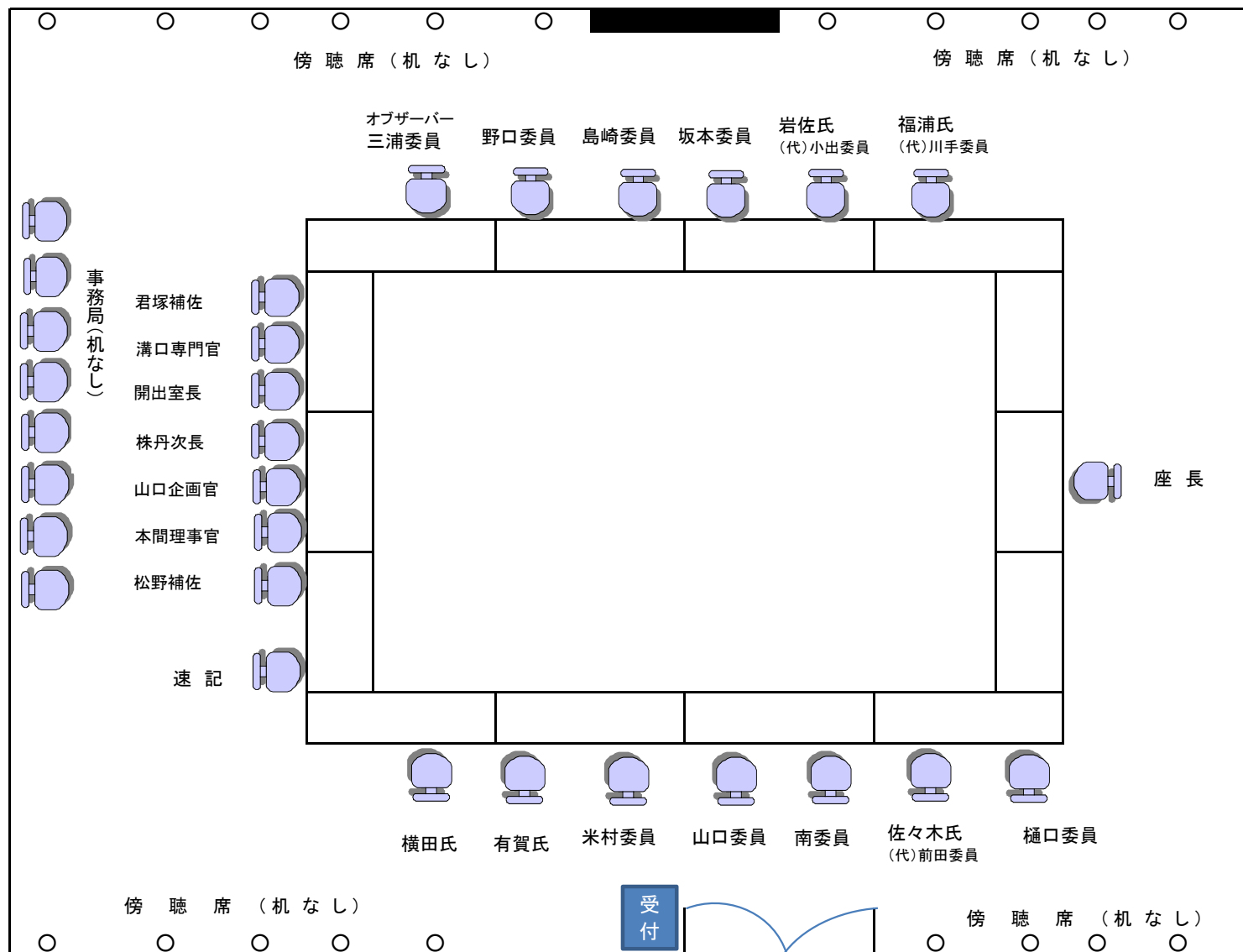
- 石 井 正 三 （日本医師会常任理事）
- 川 手 晃 （救急振興財団副理事長）
- 小 出 茂 樹 （愛知県防災局長）
- 坂 本 哲 也 （帝京大学医学部救命救急センター教授）
- 島 崎 修 次 （杏林大学医学部救急医学教授）
- 中 川 和 之 （時事通信社編集委員）
- 野 口 英 一 （東京消防庁救急部長）
- 樋 口 範 雄 （東京大学大学院法学政治学研究科教授）
- 平 島 昭 （大阪市消防局救急・情報通信担当部長）
- 前 田 實 （札幌市消防局警防部長）
- 南 砂 （読売新聞東京本社編集委員）
- 山 口 やちゑ （茨城県保健福祉部長）
- 山 本 保 博 （東京臨海病院院長）
- 米 村 滋 人 （東北大学大学院法学研究科准教授）

オブザーバー

- 三 浦 公 嗣 （厚生労働省医政局指導課長）

第6回救急業務高度化推進検討会

3月23日(月) 16時00分から18時00分 金融庁



平成 21 年 3 月 19 日
 消 防 庁

平成 20 年中の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

総務省消防庁は、厚生労働省とともに、平成 20 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等について実態調査を行いました。
 この度、その結果がまとまりましたので公表します。

【ポイント】

I 調査対象搬送人員の状況

平成 20 年中の救急自動車による総搬送人員 4,666,727 人のうち、重症以上傷病者搬送事案、産科・周産期傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター等搬送事案の 4 区分に該当する事案について調査を行いました。
 各区分ごとの搬送人員は次表のとおりです。

1	重症以上傷病者搬送事案	530,132 人
2	産科・周産期傷病者搬送事案	40,542 人
3	小児傷病者搬送事案	359,557 人
4	救命救急センター等搬送事案	541,734 人

(注) 1、2、3 の重複を除いた搬送人員の計は 924,776 人となります。

(4 の救命救急センター等搬送人員と 1、2、3 の搬送人員の重複部分は、区分できないため合算していません。)

II 全体の状況

- 平成 19 年、平成 20 年中の救急搬送における照会回数 4 回以上の事案、現場滞在時間 30 分以上の事案の占める割合は概ね同一水準で推移しており、平成 19 年に引き続き相当数の選定困難事案が存在する状況にあります。

照会回数 4 回以上の事案の推移

	H19		H20	
	件数	割合	件数	割合
重症以上傷病者搬送事案	14,387	3.9%	14,732	3.6%
産科・周産期傷病者搬送事案	1,084	4.8%	749	4.6%
小児傷病者搬送事案	8,618	2.7%	9,146	2.8%

現場滞在時間 30 分以上の事案の推移

	H19		H20	
	件数	割合	件数	割合
重症以上傷病者搬送事案	15,656	4.0%	16,980	4.1%
産科・周産期傷病者搬送事案	1,335	5.7%	1,029	6.3%
小児傷病者搬送事案	5,112	1.5%	5,905	1.8%

(注) 産科・周産期傷病者については、平成 20 年調査から「妊婦（分娩直後の褥婦を含む。）及び出生後 1 週間未満の新生児で、救急事故の内容から、当該傷病者に産科・周産期医療が必要であると思われるもの」と定義を明確化したことから事案数全体が減少しています。（H19 24,173 人 → H20 16,523 人）

2 重症以上傷病者搬送事案において照会回数 4 回以上の事案、現場滞在時間 30 分以上の事案が占める割合が高い団体（10 都府県※）については、産科・周産期傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案においてもこれらの割合が高い傾向にあり、選定困難事案が首都圏、近畿圏等の大都市部に集中して見られる傾向があります。

※ 宮城県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県

Ⅲ 各区分ごとの状況

1 重症以上傷病者搬送事案

搬送人員 530,132 人から転院搬送人員 117,296 人を除いた 412,836 人について分析した結果、以下のとおりでした。（表 1 参照）

(1) 医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数

照会回数が 4 回以上のものは 14,732 件（全体の 3.6%）、6 回以上のものは 5,138 件（同 1.3%）、11 回以上のものは 903 件（同 0.2%）ありました。最大照会回数は 49 回でした。（表 2 参照）

(2) 現場滞在時間区分ごとの件数

現場滞在時間が 30 分以上のものは 16,980 件（全体の 4.1%）、45 分以上のものは 4,440 件（同 1.1%）、60 分以上のものは 1,663 件（同 0.4%）ありました。（表 3 参照）

(3) 受入れに至らなかった理由ごとの件数

受入れに至らなかった主な理由は、「処置困難※」（22.3%）、「手術中・患者対応中」（21.0%）、「ベッド満床」（20.0%）、「専門外」（11.9%）となっています。（表 4-1 参照）

このうち、照会回数 11 回以上の事案における受入れに至らなかった主な理由は、「処置困難」（29.2%）、「ベッド満床」（24.4%）、「手術中・患者対応中」（18.6%）、「専門外」（10.6%）となっています。

（表 4-2 参照）

※ 「処置困難」とは、医療機関が、傷病者の症状に対処する設備・資器材がない、手術スタッフが不足している、傷病者の症状から手に負えないことを理由に受入れできないと回答したものをいいます。

(4) 地域別の状況

照会回数 4 回以上の事案の占める割合が全国平均 (3.6%) を上回る団体及び現場滞在時間 30 分以上の事案の占める割合が全国平均 (4.1%) を上回る団体は同一の 10 都府県であり、選定困難事案が首都圏、近畿圏等の大都市部に多く見られる傾向がありました。

(回数、時間ともに全国平均を上回る団体)

宮城県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県

(5) 前年との比較

照会回数 4 回以上の事案数及び比率は、平成 19 年 14,387 件 (全体の 3.9%)、平成 20 年 14,732 件 (同 3.6%) となっています。

現場滞在時間 30 分以上の事案数及び比率は、平成 19 年 15,656 件 (同 4.0%)、平成 20 年 16,980 件 (同 4.1%) となっています。

2 産科・周産期傷病者搬送事案

搬送人員 40,542 人から転院搬送人員 24,019 人を除いた 16,523 人について分析した結果、以下のとおりでした。(表 1 参照)

(1) 医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数

照会回数が 4 回以上のものは 749 件 (全体の 4.6%)、6 回以上のものは 265 件 (同 1.6%)、11 回以上のものは 47 件 (同 0.3%) ありました。最大照会回数は 26 回でした。(表 2 参照)

(2) 現場滞在時間区分ごとの件数

現場滞在時間が 30 分以上のものは 1,029 件 (全体の 6.3%)、45 分以上のものは 311 件 (同 1.9%)、60 分以上のものは 113 件 (同 0.7%) ありました。(表 3 参照)

(3) 受入れに至らなかった理由ごとの件数

受入れに至らなかった主な理由は、「処置困難」(23.5%)、「手術中・患者対応中」(18.0%)、「専門外」(13.2%)、「ベッド満床」(9.8%)、となっています。(表 4-1 参照)

このうち、照会回数 11 回以上の事案における受入れに至らなかった主な理由は、「処置困難」(42.0%)、「ベッド満床」(17.5%)、「手術中・患者対応中」(11.2%)、「専門外」(6.3%)、「初診(かかりつけ医なし)」(1.9%) となっています。(表 4-2 参照)

(4) 地域別の状況

照会回数 4 回以上の事案の占める割合が全国平均 (4.6%) を上回る団

体は 5 都府県、現場滞在時間 30 分以上の事案の占める割合が全国平均（6.3%）を上回る団体は 8 都府県あり、選定困難事案が首都圏、近畿圏等の大都市部に多く見られる傾向がありました。

（回数、時間ともに全国平均を上回る団体）

茨城県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府

（時間のみ全国平均を上回る団体）

岩手県、宮城県、埼玉県

(5) 平成 16 年から平成 20 年までの推移

照会回数 4 回以上の事案数及び比率の推移は、平成 16 年 255 件（全体の 1.9%）、平成 17 年 342 件（同 2.6%）、平成 18 年 667 件（同 4.1%）、平成 19 年 1,084 件（同 4.8%）、平成 20 年 749 件（同 4.6%）となっています。

現場滞在時間 30 分以上の事案数及び比率は、平成 19 年 1,335 件（同 5.7%）、平成 20 年 1,029 件（同 6.3%）となっています。

3 小児傷病者を搬送した事案

搬送人員 359,557 人から転院搬送人員 30,185 人を除いた 329,372 人について分析した結果、以下のとおりでした。（表 1 参照）

(1) 医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数

照会回数が 4 回以上のものは 9,146 件（全体の 2.8%）、6 回以上のものは 2,380 件（同 0.7%）、11 回以上のものは 244 件（同 0.1%）ありました。最大照会回数は 30 回でした。（表 2 参照）

(2) 現場滞在時間区分ごとの件数

現場滞在時間が 30 分以上のものは 5,905 件（全体の 1.8%）、45 分以上のものは 963 件（同 0.3%）、60 分以上のものは 287 件（同 0.1%）ありました。（表 3 参照）

(3) 受入れに至らなかった理由ごとの件数

受入れに至らなかった主な理由は、「専門外」（27.5%）、「手術中・患者対応中」（21.1%）、「処置困難」（16.3%）、「医師不在」（11.1%）となっています。（表 4-1 参照）

このうち、照会回数 11 回以上の事案における受入れに至らなかった主な理由は、「専門外」（29.1%）、「処置困難」（20.5%）、「手術中・患者対応中」（18.1%）、「医師不在」（7.0%）となっています。

（表 4-2 参照）

(4) 地域別の状況

照会回数 4 回以上の事案の占める割合が全国平均（2.8%）を上回る団体は 13 都府県、現場滞在時間 30 分以上の事案の占める割合が全国平均（1.8%）を上回る団体は 8 都府県あり、選定困難事案が首都圏、近畿圏等の大都市部に多く見られる傾向がありました。

(回数、時間ともに全国平均を上回る団体)

宮城県、茨城県、埼玉県、千葉県、東京都、新潟県、奈良県

(回数のみ全国平均を上回る団体)

福島県、栃木県、三重県、大阪府、兵庫県、佐賀県

(時間のみ全国平均を上回る団体)

神奈川県

(5) 前年との比較

照会回数4回以上の事案数及び比率は、平成19年8,618件(全体の2.7%)、平成20年9,146件(同2.8%)となっています。

現場滞在時間30分以上の事案数及び比率は、平成19年5,112件(同1.5%)、平成20年5,905件(同1.8%)となっています。

4 救命救急センター等^{※1}搬送事案^{※2}

搬送人員541,734人から転院搬送人員87,189人を除いた454,545人について分析した結果、以下のとおりでした。(表1参照)

※1 救命救急センター等とは、救命救急センター及び地域で救命救急センターに準じて取り扱われる施設(大学病院救急部など)をいいます。

※2 救命救急センター等搬送事案とは、傷病者が最終的に救命救急センター等に搬送された事案をいい、その途中で二次以下の救急医療機関に受入照会を行ったものを含んでいます。

(1) 医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数

照会回数が4回以上のものは16,721件(全体の3.7%)、6回以上のものは5,977件(同1.3%)、11回以上のものは1,067件(同0.2%)ありました。最大照会回数は41回でした。(表2参照)

(2) 現場滞在時間区分ごとの件数

現場滞在時間が30分以上のものは19,876件(全体の4.4%)、45分以上のものは5,282件(同1.2%)、60分以上のものは1,959件(同0.4%)ありました。(表3参照)

(3) 受入れに至らなかった理由ごとの件数

受入れに至らなかった主な理由は、「処置困難」(20.6%)、「手術中・患者対応中」(18.8%)、「ベッド満床」(15.7%)、「専門外」(15.6%)となっています。(表4-1参照)

このうち、照会回数11回以上の事案における受入れに至らなかった主な理由は、「処置困難」(27.3%)、「手術中・患者対応中」(19.5%)、「ベッド満床」(18.3%)、「専門外」(15.1%)となっています。

(表4-2参照)

(4) 地域別の状況

照会回数4回以上の事案の占める割合が全国平均(3.7%)を上回る団体は21都府県、現場滞在時間30分以上の事案の占める割合が全国平均

(4.4%)を上回る団体は17都府県あり、選定困難事案が比較的広く分布している状況にありました。

(回数、時間ともに全国平均を上回る団体)

宮城県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、大阪府、兵庫県、奈良県、広島県

(回数のみ全国平均を上回る団体)

和歌山県、京都府、徳島県、高知県、佐賀県、宮崎県

(時間のみ全国平均を上回る団体)

鳥取県、山口県

(5) 救命救急センター等における救急患者受入率

救命救急センター等搬送事案のうち、二次以下の救急医療機関に対する受入照会を除外した、救命救急センター等に係る救急患者受入率（受入数の照会数に対する比率）を分析したところ、全国平均（93.0%）を下回る団体は14都府県であり、首都圏、近畿圏等の大都市部で、受入率が低い傾向が見られました。

(受入率が全国平均を下回る団体)

宮城県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県、広島県、佐賀県、鹿児島県

(参考) 平成20年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査要領

1 調査対象期間

平成20年中に行われた救急搬送

2 調査対象事案

- (1) 重症以上傷病者搬送事案
- (2) 産科・周産期傷病者搬送事案
- (3) 小児傷病者搬送事案
- (4) 救命救急センター等搬送事案

3 調査項目

- (1) 搬送人員
- (2) 医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数
- (3) 現場滞在時間区分ごとの件数
- (4) 受入れに至らなかった理由ごとの件数
- (5) 照会回数11回以上の事案における受入れに至らなかった理由等
- (6) 救命救急センター等における救急搬送の受入状況

○ 本調査は、救急搬送における医療機関の受入状況等を把握するため、各消防本部における現時点での搬送データを基に集計した速報値であり、今後、数値の変更があり得るものです。



消太

(連絡先)

総務省消防庁救急企画室

Tel : 03-5253-5111 (内 7970)

Tel : 03-5253-7529

担当 : 溝口、小板橋、小浜

t.mizoguchi@soumu.go.jp

厚生労働省医政局指導課

Tel : 03-5253-1111 (内 2559)

Tel : 03-3595-2194

担当 : 中野、田鍋

nakano-kousuke@mhlw.go.jp

表 1

傷病者搬送の状況（平成20年）

	搬送人員 (a)	総搬送人員に 対する割合	転院搬送人員 (b)	転院搬送割合 (b/a)	分析対象 搬送人員 (a-b)	集計不能本部
総搬送人員	4,666,727人		445,631人	9.5%		
重症以上傷病者	530,132人	11.4%	117,296人	22.1%	412,836人	1
産科・周産期傷病者	40,542人	0.9%	24,019人	59.2%	16,523人	4
小児傷病者	359,557人	7.7%	30,185人	8.4%	329,372人	2
救命救急センター等 搬送傷病者	541,734人	11.6%	87,189人	16.1%	454,545人	10

表 2

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数

		1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回～	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大 照会 回数	集計 不能 本部
重症以上傷病者	件数	344,778	49,680	9,594	4,235	903	409,190	14,732	5,138	903	49	20
	割合	84.3%	12.1%	2.3%	1.0%	0.2%	100%	3.6%	1.3%	0.2%		
産科・周産期傷病者	件数	13,645	1,904	484	218	47	16,298	749	265	47	26	19
	割合	83.7%	11.7%	3.0%	1.3%	0.3%	100%	4.6%	1.6%	0.3%		
小児傷病者	件数	267,081	47,922	6,766	2,136	244	324,149	9,146	2,380	244	30	21
	割合	82.4%	14.8%	2.1%	0.7%	0.1%	100%	2.8%	0.7%	0.1%		
救命救急センター等 搬送傷病者	件数	375,635	53,958	10,744	4,910	1,067	446,314	16,721	5,977	1,067	41	30
	割合	84.2%	12.1%	2.4%	1.1%	0.2%	100%	3.7%	1.3%	0.2%		

表 3

現場滞在時間区分ごとの件数

		15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 120分未満	120分以上	計	30分 以上	45分 以上	60分 以上	集計 不能 本部
重症以上傷病者	件数	257,503	135,481	12,540	2,777	1,503	160	409,964	16,980	4,440	1,663	18
	割合	62.8%	33.0%	3.1%	0.7%	0.4%	0.04%	100%	4.1%	1.1%	0.4%	
産科・周産期傷病者	件数	10,293	5,140	718	198	106	7	16,462	1,029	311	113	15
	割合	62.5%	31.2%	4.4%	1.2%	0.6%	0.04%	100%	6.3%	1.9%	0.7%	
小児傷病者	件数	254,126	65,355	4,942	676	278	9	325,386	5,905	963	287	20
	割合	78.1%	20.1%	1.5%	0.2%	0.1%	0.003%	100%	1.8%	0.3%	0.1%	
救命救急センター等 搬送傷病者	件数	293,044	135,216	14,594	3,323	1,803	156	448,136	19,876	5,282	1,959	27
	割合	65.4%	30.2%	3.3%	0.7%	0.4%	0.03%	100%	4.4%	1.2%	0.4%	

表 4 - 1

受入れに至らなかった理由ごとの件数

		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	計	集計 不能 本部
重症以上傷病者	件数	26,639	25,420	28,226	15,099	5,172	373	25,892	126,821	46
	割合	21.0%	20.0%	22.3%	11.9%	4.1%	0.3%	20.4%	100%	
産科・周産期傷病者	件数	1,006	546	1,311	739	397	97	1,483	5,579	34
	割合	18.0%	9.8%	23.5%	13.2%	7.1%	1.7%	26.6%	100%	
小児傷病者	件数	18,211	3,425	14,032	23,725	9,538	145	17,209	86,285	44
	割合	21.1%	4.0%	16.3%	27.5%	11.1%	0.2%	19.9%	100%	
救命救急センター等 搬送傷病者	件数	25,752	21,445	28,214	21,399	6,571	284	33,178	136,843	58
	割合	18.8%	15.7%	20.6%	15.6%	4.8%	0.2%	24.2%	100%	

表 4 - 2

照会回数 1 1 回以上の事案における受入れに至らなかった理由と件数

		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	計
重症以上傷病者	件数	2,250	2,959	3,532	1,285	261	18	1,804	12,109
	割合	18.6%	24.4%	29.2%	10.6%	2.2%	0.1%	14.9%	100%
産科・周産期傷病者	件数	70	109	262	39	15	12	117	624
	割合	11.2%	17.5%	42.0%	6.3%	2.4%	1.9%	18.8%	100%
小児傷病者	件数	513	89	580	823	198	13	615	2,831
	割合	18.1%	3.1%	20.5%	29.1%	7.0%	0.5%	21.7%	100%
救命救急センター等搬送傷病者	件数	2,765	2,590	3,867	2,143	337	54	2,434	14,190
	割合	19.5%	18.3%	27.3%	15.1%	2.4%	0.4%	17.2%	100%

表 5

照会回数 1 1 回以上の事案における傷病程度別搬送人員

		重症以上	中等症	軽症・その他
産科・周産期傷病者	件数	4	35	8
	割合	8.5%	74.5%	17.0%
小児傷病者	件数	9	61	174
	割合	3.7%	25.0%	71.3%
救命救急センター等搬送傷病者	件数	302	576	189
	割合	28.3%	54.0%	17.7%

図 1 - 1

照会回数 1 1 回以上の事案における覚知時間別の分布（重症以上傷病者）

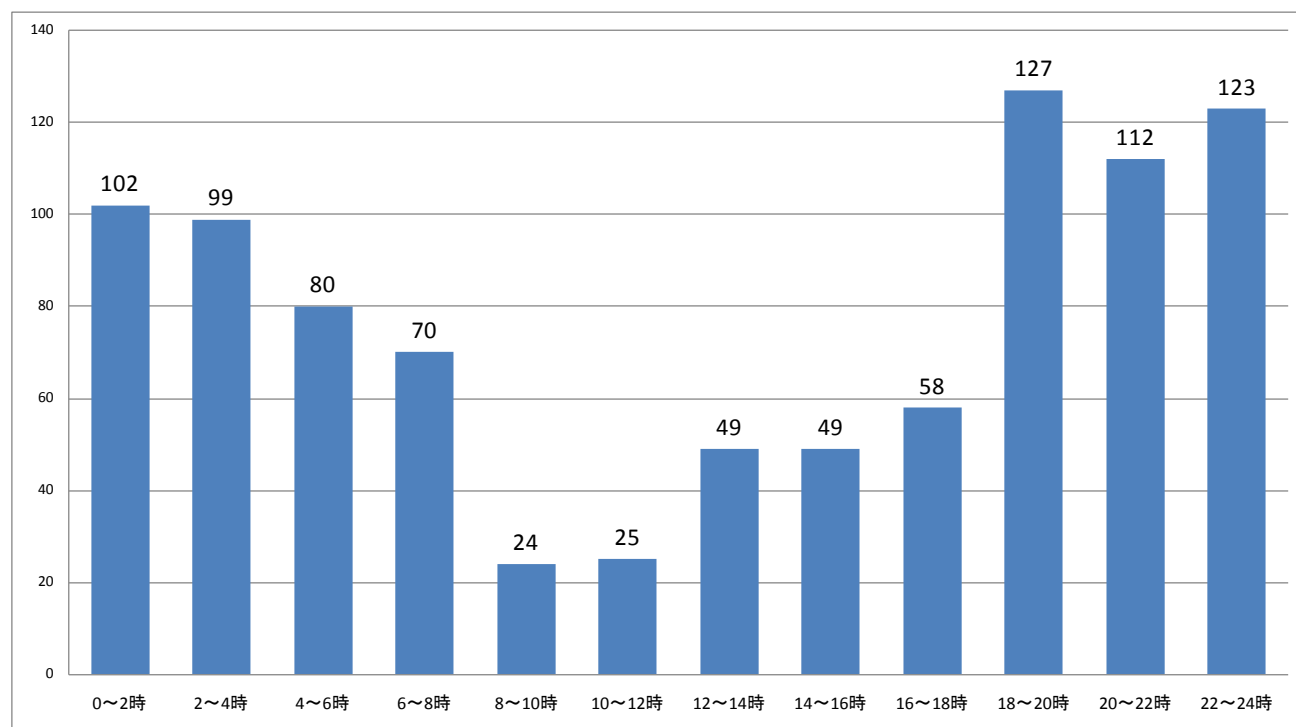


図 1 - 2

照会回数 1 1 回以上の事案における覚知時間別の分布（産科・周産期傷病者）

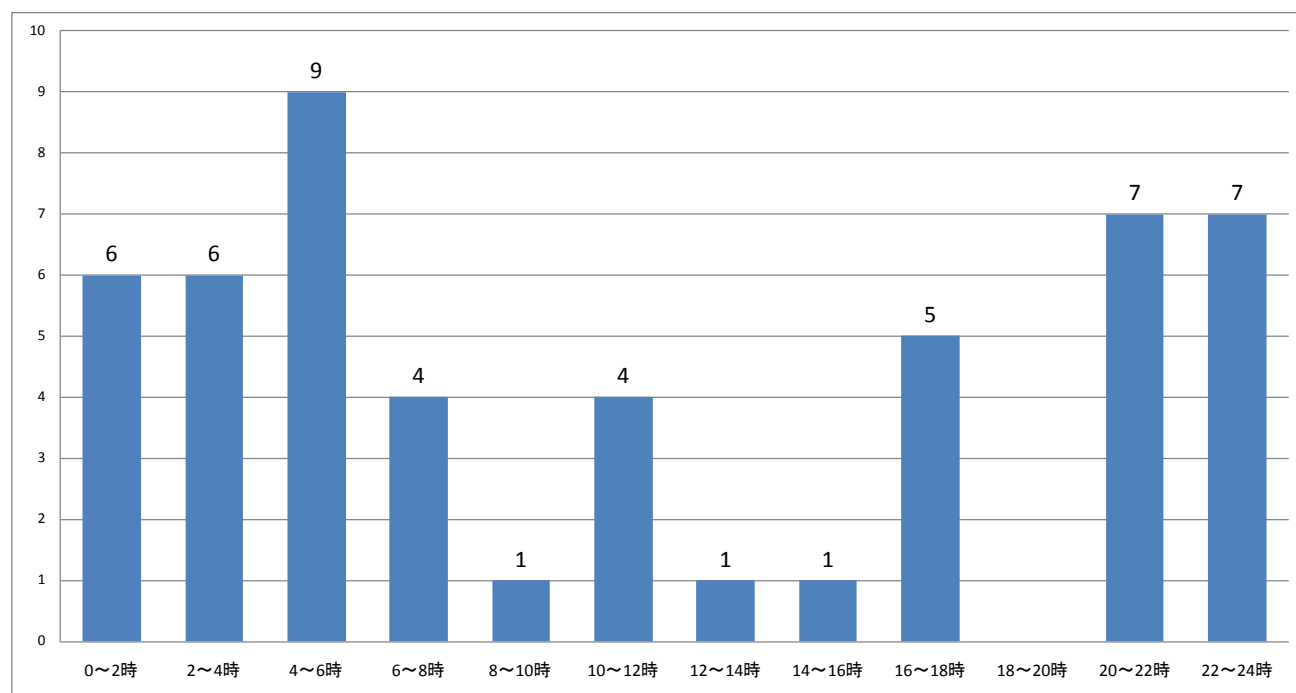


図 1－3

照会回数 1 1 回以上の事案における覚知時間別の分布（小児傷病者）

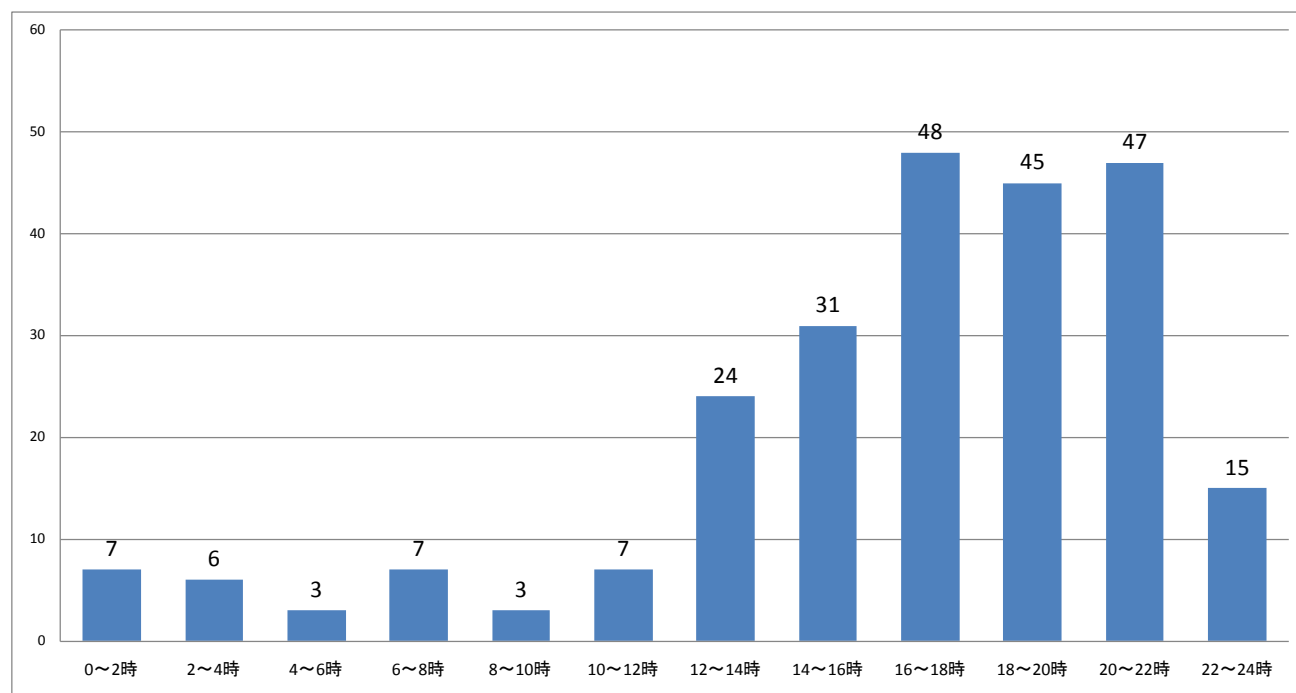
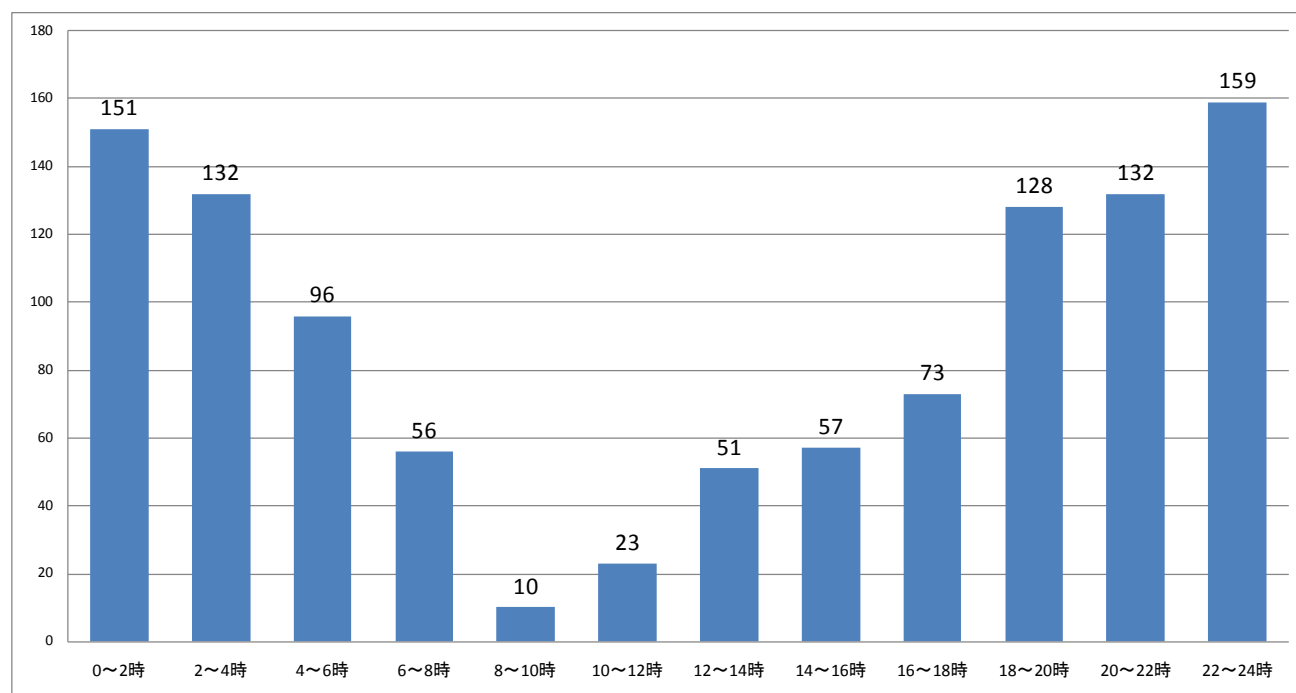


図 1－4

照会回数 1 1 回以上の事案における覚知時間別の分布（救命救急センター等搬送傷病者）



重症以上傷病者搬送の状況（平成20年）

	都道府県	総搬送 人員 (a)	うち 転院搬送 (b)	b/a	重症以上 搬送人員 (c)	うち 転院搬送 (d)	d/c	c/a	集計 不能 本部
1	北海道	186,262	25,792	13.8%	25,513	7,192	28.2%	13.7%	
2	青森県	37,812	5,814	15.4%	9,401	2,830	30.1%	24.9%	
3	岩手県	39,595	5,192	13.1%	8,423	2,098	24.9%	21.3%	
4	宮城県	75,660	11,879	15.7%	12,383	3,414	27.6%	16.4%	
5	秋田県	33,234	2,815	8.5%	8,160	1,312	16.1%	24.6%	
6	山形県	36,438	4,331	11.9%	6,983	1,434	20.5%	19.2%	
7	福島県	64,966	6,202	9.5%	9,919	1,796	18.1%	15.3%	
8	茨城県	97,153	8,531	8.8%	11,872	2,493	21.0%	12.2%	
9	栃木県	60,972	7,358	12.1%	8,258	1,897	23.0%	13.5%	
10	群馬県	68,668	7,059	10.3%	9,717	2,287	23.5%	14.2%	
11	埼玉県	235,504	18,748	8.0%	25,648	5,002	19.5%	10.9%	
12	千葉県	227,711	21,221	9.3%	21,072	4,078	19.4%	9.3%	
13	東京都	590,393	35,157	6.0%	50,692	8,201	16.2%	8.6%	
14	神奈川県	321,888	21,113	6.6%	30,668	5,018	16.4%	9.5%	
15	新潟県	77,013	8,827	11.5%	11,873	2,448	20.6%	15.4%	
16	富山県	32,429	3,394	10.5%	4,090	764	18.7%	12.6%	
17	石川県	33,450	3,069	9.2%	6,060	1,157	19.1%	18.1%	
18	福井県	22,926	2,557	11.2%	4,110	1,007	24.5%	17.9%	
19	山梨県	30,762	2,633	8.6%	3,751	695	18.5%	12.2%	
20	長野県	74,246	8,343	11.2%	10,497	2,174	20.7%	14.1%	
21	岐阜県	68,425	5,791	8.5%	10,687	2,185	20.4%	15.6%	
22	静岡県	130,071	14,903	11.5%	12,037	2,199	18.3%	9.3%	
23	愛知県	248,751	19,930	8.0%	23,499	4,011	17.1%	9.4%	1
24	三重県	69,508	6,016	8.7%	9,377	1,746	18.6%	13.5%	
25	滋賀県	48,593	3,064	6.3%	3,873	573	14.8%	8.0%	
26	京都府	104,430	5,413	5.2%	8,350	1,080	12.9%	8.0%	
27	大阪府	415,068	25,666	6.2%	12,109	1,047	8.6%	2.9%	
28	兵庫県	194,278	17,787	9.2%	19,076	4,327	22.7%	9.8%	
29	奈良県	51,842	5,539	10.7%	5,553	1,320	23.8%	10.7%	
30	和歌山県	42,267	3,779	8.9%	4,925	954	19.4%	11.7%	
31	鳥取県	19,984	2,263	11.3%	2,916	692	23.7%	14.6%	
32	島根県	24,337	2,711	11.1%	3,732	746	20.0%	15.3%	
33	岡山県	69,363	8,283	11.9%	12,156	2,949	24.3%	17.5%	
34	広島県	102,420	13,787	13.5%	13,764	3,866	28.1%	13.4%	
35	山口県	56,333	7,396	13.1%	7,165	2,056	28.7%	12.7%	
36	徳島県	26,632	3,529	13.3%	4,264	1,074	25.2%	16.0%	
37	香川県	39,382	5,276	13.4%	5,084	1,368	26.9%	12.9%	
38	愛媛県	53,701	6,501	12.1%	10,196	2,804	27.5%	19.0%	
39	高知県	32,290	4,169	12.9%	5,883	1,547	26.3%	18.2%	
40	福岡県	187,080	21,285	11.4%	18,838	4,910	26.1%	10.1%	
41	佐賀県	28,864	5,456	18.9%	5,727	1,942	33.9%	19.8%	
42	長崎県	48,754	8,499	17.4%	9,251	3,292	35.6%	19.0%	
43	熊本県	64,764	8,193	12.7%	8,017	2,024	25.2%	12.4%	
44	大分県	42,267	8,142	19.3%	8,705	3,128	35.9%	20.6%	
45	宮崎県	33,944	5,981	17.6%	7,449	2,369	31.8%	21.9%	
46	鹿児島県	62,113	11,063	17.8%	10,849	4,380	40.4%	17.5%	
47	沖縄県	54,184	5,174	9.5%	7,560	1,410	18.7%	14.0%	
合計		4,666,727	445,631	9.5%	530,132	117,296	22.1%	11.4%	1

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（重症・その１）

	都道府県	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	北海道	16,328	1,044	215	66	27	7	6	2			1		1		
2	青森県	6,122	357	65	16	6										
3	岩手県	5,849	326	102	28	12	7	1								
4	宮城県	6,958	1,053	435	223	102	69	49	25	19	6	4	5	4	2	3
5	秋田県	6,690	131	20	5			1								
6	山形県	5,259	229	48	8	4										
7	福島県	6,879	702	281	118	51	28	23	12	4	10	1	2	4	3	2
8	茨城県	7,240	1,147	509	229	124	55	34	19	9	5	5	2		1	
9	栃木県	4,996	746	299	145	75	49	18	13	10	4	2	2	2		
10	群馬県	5,963	869	336	131	49	29	28	10	5	3	3	3	1		
11	埼玉県	15,035	2,522	1,293	682	388	230	169	85	64	46	29	26	19	19	10
12	千葉県	12,739	1,942	861	446	221	156	68	46	20	22	15	13	3	2	3
13	東京都	30,513	5,553	2,450	1,359	806	461	360	222	185	139	102	86	55	42	38
14	神奈川県	21,633	2,450	976	483	417	63	40	29	15	12	8	3	3	3	1
15	新潟県	8,413	633	201	84	53	16	5	7	6	2	2		1		1
16	富山県	3,032	241	46	7											
17	石川県	4,482	287	87	33	9	2	1	1	1						
18	福井県	2,994	96	13												
19	山梨県	2,578	286	101	46	21	12	5	6	1						
20	長野県	7,671	519	89	29	12		3								
21	岐阜県	7,681	392	94	28	11	3		1							
22	静岡県	8,018	536	164	50	17	5	3	4	2						
23	愛知県	18,122	901	221	50	26	10	6	6		1	1		1		
24	三重県	6,603	640	162	67	40	32	18	19	23	4	9	5	3	3	1
25	滋賀県	2,667	228	55	12	6	1									
26	京都府	5,990	798	271	111	45	23	8	5	3	1					
27	大阪府	7,569	1,675	734	368	215	104	71	37	33	19	7	12	5	5	6
28	兵庫県	11,624	1,745	719	393	217	125	83	46	26	15	8	6	2	3	6
29	奈良県	2,805	611	287	179	105	81	39	31	19	26	11	8	5	7	1
30	和歌山県	3,467	322	111	35	16	8	5	1		2			1		
31	鳥取県	2,031	137	40	12	4										
32	島根県	2,881	85	12	8											
33	岡山県	7,691	817	268	87	45	17	9	6	3		1				
34	広島県	8,345	912	300	124	57	18	12	2	6	1			1	1	
35	山口県	4,576	394	81	32	15	2	4	2			1				
36	徳島県	2,686	401	137	70	24	10	4	2		1					
37	香川県	3,280	314	71	31	13	1	5			1					
38	愛媛県	6,783	446	99	38	13	9	1		1						
39	高知県	3,835	363	97	27	7	3	1	1							
40	福岡県	12,361	974	214	57	25	7	3	1	1		1				
41	佐賀県	3,186	386	118	53	16	13	6		1	2	1				
42	長崎県	5,394	393	110	42	11	5	2		1	1					
43	熊本県	5,500	361	89	34	6	2		1							
44	大分県	5,020	390	89	25	22	8	2	2	1						
45	宮崎県	3,558	459	127	68	26	18	4	2	1						
46	鹿児島県	5,708	509	135	74	21	15		5			1	1			
47	沖縄県	6,023	114	12	1											
合計		344,778	36,436	13,244	6,214	3,380	1,704	1,097	651	460	323	213	174	111	91	72

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（重症・その２）

	都道府県	16	17	18	19	20	21～	計	4回 以上	構成比	6回 以上	11回 以上	最大 照会 回数	集計 不能 本部
1	北海道							17,697	110	0.6%	17	2	13	4
2	青森県							6,566	22	0.3%			5	
3	岩手県							6,325	48	0.8%	8		7	
4	宮城県	2	4		1	1	4	8,969	523	5.8%	198	30	25	
5	秋田県							6,847	6	0.1%	1		7	
6	山形県							5,548	12	0.2%			5	
7	福島県	1	1	1				8,123	261	3.2%	92	15	18	
8	茨城県							9,379	483	5.1%	130	8	14	
9	栃木県							6,361	320	5.0%	100	6	13	
10	群馬県							7,430	262	3.5%	82	7	13	
11	埼玉県	4	6	4	2	5	8	20,646	1796	8.7%	726	132	31	
12	千葉県	2	3	1		1	2	16,566	1024	6.2%	357	45	26	1
13	東京都	33	24	15	10	6	56	42,515	3999	9.4%	1834	467	49	
14	神奈川県	1	1				3	26,141	1082	4.1%	182	23	42	1
15	新潟県			1				9,425	178	1.9%	41	5	18	
16	富山県							3,326	7	0.2%			4	
17	石川県							4,903	47	1.0%	5		9	
18	福井県							3,103					3	
19	山梨県							3,056	91	3.0%	24		9	
20	長野県							8,323	44	0.5%	3		7	
21	岐阜県							8,210	43	0.5%	4		8	1
22	静岡県							8,799	81	0.9%	14		9	3
23	愛知県	1						19,346	102	0.5%	26	3	16	1
24	三重県				1	1		7,631	226	3.0%	119	23	20	
25	滋賀県							2,969	19	0.6%	1		6	1
26	京都府							7,255	196	2.7%	40		10	
27	大阪府	5	2			1	1	10,869	891	8.2%	308	44	33	1
28	兵庫県	4	1	1				15,024	936	6.2%	326	31	18	1
29	奈良県	6	5	1	3		3	4,233	530	12.5%	246	50	23	
30	和歌山県							3,968	68	1.7%	17	1	13	
31	鳥取県							2,224	16	0.7%			5	
32	島根県							2,986	8	0.3%			4	
33	岡山県							8,944	168	1.9%	36	1	11	1
34	広島県		1					9,780	223	2.3%	42	3	17	1
35	山口県							5,107	56	1.1%	9	1	11	
36	徳島県							3,335	111	3.3%	17		10	
37	香川県							3,716	51	1.4%	7		10	
38	愛媛県							7,390	62	0.8%	11		9	
39	高知県							4,334	39	0.9%	5		8	
40	福岡県					1		13,645	96	0.7%	14	2	20	2
41	佐賀県			1				3,783	93	2.5%	24	2	18	
42	長崎県							5,959	62	1.0%	9		10	
43	熊本県							5,993	43	0.7%	3		8	
44	大分県							5,559	60	1.1%	13		9	
45	宮崎県							4,263	119	2.8%	25		9	2
46	鹿児島県							6,469	117	1.8%	22	2	12	
47	沖縄県							6,150	1	0.0%			4	
合計		59	48	25	17	16	77	409,190	14,732	3.6%	5,138	903		20

現場滞在時間区分ごとの件数（重症以上）

	都道府県	15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 90分未満	90分以上 120分未満	120分以上 150分未満	150分以上	合計	30分 以上	構成 比	45分 以上	60分 以上	集計 不能 本部
1	北海道	13,160	4,545	254	39	35	4	2	2	18,041	336	1.9%	82	43	1
2	青森県	5,117	1,384	54	8	2		1	1	6,567	66	1.0%	12	4	
3	岩手県	4,668	1,547	87	14	4	2	1	2	6,325	110	1.7%	23	9	
4	宮城県	4,906	3,491	411	106	46	5	3	1	8,969	572	6.4%	161	55	
5	秋田県	6,218	601	20	2	4	1	1		6,847	28	0.4%	8	6	
6	山形県	4,596	898	46	5	2	1			5,548	54	1.0%	8	3	
7	福島県	6,060	1,846	171	31	14			1	8,123	217	2.7%	46	15	
8	茨城県	4,616	4,241	422	72	18	10			9,379	522	5.6%	100	28	
9	栃木県	3,814	2,260	226	46	13			2	6,361	287	4.5%	61	15	
10	群馬県	5,374	1,867	146	24	15	2	1	1	7,430	189	2.5%	43	19	
11	埼玉県	6,681	11,390	1,830	453	223	42	20	7	20,646	2,575	12.5%	745	292	
12	千葉県	7,035	8,481	1,176	243	99	17	10	4	17,065	1,549	9.1%	373	130	
13	東京都	12,981	25,555	2,781	758	340	58	14	11	42,498	3,962	9.3%	1,181	423	
14	神奈川県	12,011	12,232	1,359	264	118	38	7	11	26,040	1,797	6.9%	438	174	1
15	新潟県	6,225	2,919	213	39	24	4		1	9,425	281	3.0%	68	29	
16	富山県	2,828	474	15	7	1			1	3,326	24	0.7%	9	2	
17	石川県	4,336	541	19	4	1	2			4,903	26	0.5%	7	3	
18	福井県	2,285	333	14	6	2				2,640	22	0.8%	8	2	2
19	山梨県	1,975	1,008	56	8	6	2	1		3,056	73	2.4%	17	9	
20	長野県	5,777	2,417	94	17	8	4	3	3	8,323	129	1.5%	35	18	
21	岐阜県	6,428	1,967	74	19	9	4		1	8,502	107	1.3%	33	14	
22	静岡県	6,181	2,303	106	26	14	2	2	1	8,635	151	1.7%	45	19	4
23	愛知県	15,162	4,078	175	40	25	5	1	1	19,487	247	1.3%	72	32	
24	三重県	5,144	2,235	179	47	20	2		4	7,631	252	3.3%	73	26	
25	滋賀県	2,794	469	21	9	6			1	3,300	37	1.1%	16	7	
26	京都府	4,797	2,270	154	17	10	4		3	7,255	188	2.6%	34	17	
27	大阪府	5,940	4,601	414	64	30	8	3	1	11,061	520	4.7%	106	42	
28	兵庫県	7,119	5,572	571	83	26	7		1	13,379	688	5.1%	117	34	2
29	奈良県	1,949	1,795	256	62	23	1	2		4,088	344	8.4%	88	26	1
30	和歌山県	3,326	601	33	5	5			1	3,971	44	1.1%	11	6	
31	鳥取県	1,773	422	19	4	4	1	1		2,224	29	1.3%	10	6	
32	島根県	2,375	571	28	8	2	1		1	2,986	40	1.3%	12	4	
33	岡山県	7,041	1,786	87	21	3	5	1		8,944	117	1.3%	30	9	1
34	広島県	6,758	2,815	255	45	19	3	2	1	9,898	325	3.3%	70	25	
35	山口県	3,966	1,053	64	15	7	1	1		5,107	88	1.7%	24	9	
36	徳島県	4,408	622	39	7	8				5,084	54	1.1%	15	8	
37	香川県	3,123	560	22	7	3		1		3,716	33	0.9%	11	4	
38	愛媛県	6,284	1,030	51	18	4	1	1	1	7,390	76	1.0%	25	7	
39	高知県	3,437	654	36	8	3	2		1	4,141	50	1.2%	14	6	1
40	福岡県	11,596	1,870	78	26	21	4	3	3	13,601	135	1.0%	57	31	1
41	佐賀県	2,785	932	45	16	4	2	1		3,785	68	1.8%	23	7	
42	長崎県	4,310	1,527	90	19	8	2	1	2	5,959	122	2.0%	32	13	
43	熊本県	4,584	1,336	58	6	6	2		1	5,993	73	1.2%	15	9	
44	大分県	3,209	2,236	90	18	5	1	1		5,560	115	2.1%	25	7	
45	宮崎県	3,028	1,366	103	21	8	2			4,528	134	3.0%	31	10	1
46	鹿児島県	4,697	1,305	60	12	1		1	1	6,077	75	1.2%	15	3	3
47	沖縄県	4,626	1,475	38	8	2		1		6,150	49	0.8%	11	3	
合計		257,503	135,481	12,540	2,777	1,251	252	87	73	409,964	16,980	4.1%	4,440	1,663	18

照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（重症以上：全事案）

	都道府県	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	合計	集計不能本部
1	北海道	291	263	363	268	221	22	431	1,859	3
2	青森県	59	54	109	83	17	9	100	431	1
3	岩手県	151	45	197	102	37	3	168	703	
4	宮城県	1,561	729	856	437	94	13	1,224	4,914	
5	秋田県	52	32	31	32	12	6	27	192	
6	山形県	53	65	80	65	17	3	82	365	
7	福島県	413	257	803	518	127	9	374	2,501	
8	茨城県	866	756	766	1,073	120		575	4,156	
9	栃木県	628	602	474	406	118	2	474	2,704	1
10	群馬県	501	654	459	364	245	4	364	2,591	1
11	埼玉県	2,784	3,441	2,842	2,679	310	40	2,031	14,127	
12	千葉県	1,341	1,203	1,270	747	474	23	3,082	8,140	3
13	東京都	8,134	7,625	9,607	1,422	470	70	5,063	32,391	
14	神奈川県	2,287	2,445	1,716	952	303	2	2,445	10,150	1
15	新潟県	182	129	309	316	62	17	772	1,787	
16	富山県	42	28	98	20	41		114	343	2
17	石川県	137	130	77	126	27	1	134	632	
18	福井県	18	17	17	9	7	6		74	2
19	山梨県	147	110	132	182	52	11	216	850	
20	長野県	122	132	229	120	75	7	165	850	
21	岐阜県	244	134	94	94	36		128	730	1
22	静岡県	90	127	425	141	100		264	1,147	4
23	愛知県	236	467	414	146	94	4	329	1,690	
24	三重県	137	151	246	160	104		323	1,121	2
25	滋賀県	93	46	113	62	19		50	383	1
26	京都府	574	426	484	268	43	1	209	2,005	
27	大阪府	771	881	758	304	69	8	1,017	3,808	5
28	兵庫県	1,116	1,063	1,070	1,251	291	3	1,405	6,199	4
29	奈良県	849	489	415	493	95	14	745	3,100	2
30	和歌山県	208	101	143	164	50	3	151	820	
31	鳥取県	56	52	62	46	10		43	269	
32	島根県	18	9	53	15	6		32	133	
33	岡山県	259	311	537	293	168	69	231	1,868	2
34	広島県	500	501	709	142	139	5	390	2,386	1
35	山口県	128	126	174	115	56	2	169	770	
36	徳島県	226	359	181	255	160	2	328	1,511	
37	香川県	99	116	172	86	55		117	645	
38	愛媛県	127	75	258	169	121	1	118	869	
39	高知県	85	149	135	124	53	1	147	694	
40	福岡県	307	332	264	124	68	6	554	1,655	4
41	佐賀県	172	115	222	152	107	1	230	999	
42	長崎県	101	121	241	74	67		233	837	
43	熊本県	93	83	146	97	75	2	156	652	1
44	大分県	86	96	218	124	121		149	794	
45	宮崎県	130	135	47	63	77		217	669	3
46	鹿児島県	139	215	199	215	144	3	272	1,187	1
47	沖縄県	26	23	11	1	15		44	120	1
	合計	26,639	25,420	28,226	15,099	5,172	373	25,892	126,821	46

照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（重症以上：照会回数１１回以上の事案）

	都道府県	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	合計
1	北海道	2	1	7	3		2	7	22
2	青森県								
3	岩手県								
4	宮城県	92	88	116	46	8		80	430
5	秋田県								
6	山形県								
7	福島県	33	14	62	60	3	2	21	195
8	茨城県	9	18	8	45	1		4	85
9	栃木県	15	14	6	15	3		13	66
10	群馬県	9	20	16	25	5			75
11	埼玉県	275	507	321	375	48	1	204	1,731
12	千葉県	106	72	77	44	32		237	568
13	東京都	1,183	1,702	2,474	259	72	9	782	6,481
14	神奈川県	100	164	65	45	3		28	405
15	新潟県	13	4	18	18	3		7	63
16	富山県								
17	石川県								
18	福井県								
19	山梨県								
20	長野県								
21	岐阜県								
22	静岡県								
23	愛知県	16	5	6	6			4	37
24	三重県	42	38	47	78	13		53	271
25	滋賀県								
26	京都府								
27	大阪府	75	118	96	55	12	2	161	519
28	兵庫県	86	68	54	91	13		62	374
29	奈良県	173	98	110	107	39	1	119	647
30	和歌山県			12					12
31	鳥取県								
32	島根県								
33	岡山県								
34	広島県	6	10	16	2	2		5	41
35	山口県		3	7					10
36	徳島県								
37	香川県								
38	愛媛県								
39	高知県								
40	福岡県	3	12	7				7	29
41	佐賀県	12	1	7	3	3	1		27
42	長崎県								
43	熊本県								
44	大分県								
45	宮崎県								
46	鹿児島県		2		8	1		10	21
47	沖縄県								
合計		2,250	2,959	3,532	1,285	261	18	1,804	12,109

産科・周産期傷病者搬送の状況（平成20年）

	都道府県	総搬送 人員 (a)	うち 転院搬送 (b)	b/a	産科・周産 期傷病者 搬送人員 (c)	うち 転院搬送 (d)	d/c	c/a	集計 不能 本部
1	北海道	186,262	25,792	13.8%	1,590	999	62.8%	0.9%	
2	青森県	37,812	5,814	15.4%	395	325	82.3%	1.0%	
3	岩手県	39,595	5,192	13.1%	426	313	73.5%	1.1%	
4	宮城県	75,660	11,879	15.7%	764	513	67.1%	1.0%	
5	秋田県	33,234	2,815	8.5%	270	208	77.0%	0.8%	
6	山形県	36,438	4,331	11.9%	290	209	72.1%	0.8%	
7	福島県	64,966	6,202	9.5%	520	364	70.0%	0.8%	
8	茨城県	97,153	8,531	8.8%	1,064	620	58.3%	1.1%	
9	栃木県	60,972	7,358	12.1%	745	509	68.3%	1.2%	
10	群馬県	68,668	7,059	10.3%	703	406	57.8%	1.0%	
11	埼玉県	235,504	18,748	8.0%	2,242	1,221	54.5%	1.0%	
12	千葉県	227,711	21,221	9.3%	2,028	1,123	55.4%	0.9%	2
13	東京都	590,393	35,157	6.0%	4,028	1,990	49.4%	0.7%	
14	神奈川県	321,888	21,113	6.6%	2,748	1,391	50.6%	0.9%	
15	新潟県	77,013	8,827	11.5%	620	436	70.3%	0.8%	
16	富山県	32,429	3,394	10.5%	246	176	71.5%	0.8%	
17	石川県	33,450	3,069	9.2%	215	139	64.7%	0.6%	
18	福井県	22,926	2,557	11.2%	131	92	70.2%	0.6%	
19	山梨県	30,762	2,633	8.6%	307	216	70.4%	1.0%	
20	長野県	74,246	8,343	11.2%	587	416	70.9%	0.8%	
21	岐阜県	68,425	5,791	8.5%	560	369	65.9%	0.8%	
22	静岡県	130,071	14,903	11.5%	1,226	728	59.4%	0.9%	
23	愛知県	248,751	19,930	8.0%	2,319	1,459	62.9%	0.9%	
24	三重県	69,508	6,016	8.7%	532	335	63.0%	0.8%	
25	滋賀県	48,593	3,064	6.3%	332	214	64.5%	0.7%	
26	京都府	104,430	5,413	5.2%	719	380	52.9%	0.7%	
27	大阪府	415,068	25,666	6.2%	3,058	1,302	42.6%	0.7%	
28	兵庫県	194,278	17,787	9.2%	1,457	851	58.4%	0.7%	1
29	奈良県	51,842	5,539	10.7%	439	250	56.9%	0.8%	
30	和歌山県	42,267	3,779	8.9%	233	121	51.9%	0.6%	
31	鳥取県	19,984	2,263	11.3%	174	138	79.3%	0.9%	
32	島根県	24,337	2,711	11.1%	134	74	55.2%	0.6%	
33	岡山県	69,363	8,283	11.9%	627	317	50.6%	0.9%	
34	広島県	102,420	13,787	13.5%	814	513	63.0%	0.8%	
35	山口県	56,333	7,396	13.1%	526	333	63.3%	0.9%	
36	徳島県	26,632	3,529	13.3%	231	168	72.7%	0.9%	
37	香川県	39,382	5,276	13.4%	282	160	56.7%	0.7%	
38	愛媛県	53,701	6,501	12.1%	586	413	70.5%	1.1%	
39	高知県	32,290	4,169	12.9%	180	79	43.9%	0.6%	
40	福岡県	187,080	21,285	11.4%	2,006	1,240	61.8%	1.1%	
41	佐賀県	28,864	5,456	18.9%	554	377	68.1%	1.9%	
42	長崎県	48,754	8,499	17.4%	606	434	71.6%	1.2%	
43	熊本県	64,764	8,193	12.7%	487	316	64.9%	0.8%	
44	大分県	42,267	8,142	19.3%	355	217	61.1%	0.8%	1
45	宮崎県	33,944	5,981	17.6%	752	565	75.1%	2.2%	
46	鹿児島県	62,113	11,063	17.8%	753	507	67.3%	1.2%	
47	沖縄県	54,184	5,174	9.5%	681	493	72.4%	1.3%	
合計		4,666,727	445,631	9.5%	40,542	24,019	59.2%	0.9%	4

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（産科・周産期・その１）

	都道府県	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	北海道	492	35	12	6	3	1				1					
2	青森県	65	3	1	1											
3	岩手県	90	13	4												
4	宮城県	197	27	16	5	2										
5	秋田県	58	1	1												
6	山形県	75	3	1												
7	福島県	145	6	3	1				1							
8	茨城県	365	40	18	8	4	3	2	2		1					
9	栃木県	189	25	13	6	1	1		1							
10	群馬県	252	27	8	5	3			2							
11	埼玉県	836	97	48	19	11	3	5								1
12	千葉県	708	76	39	36	17	14	5	3	2	2	1	2			
13	東京都	1,503	209	123	60	47	27	14	17	5	4	5	5	4	3	2
14	神奈川県	1,065	112	77	40	53	7	4	5	2	1	2		1		
15	新潟県	163	11	7	2	1										
16	富山県	62	7	1												
17	石川県	68	5	1	2											
18	福井県	39														
19	山梨県	80	5	1	1											
20	長野県	151	13	4			2	1								
21	岐阜県	170	12	5	1											
22	静岡県	384	51	11	8	1	1									
23	愛知県	807	40	8	1	1										
24	三重県	170	17	3	4	1										
25	滋賀県	95	10	4												
26	京都府	307	19	4	4											
27	大阪府	1,317	154	73	54	26	22	13	12	6	4	3		2	1	
28	兵庫県	501	57	22	7	4	2	4	1	1	1					1
29	奈良県	160	14	7	3	2	1		2							
30	和歌山県	107	3	1	1											
31	鳥取県	34	1				1									
32	島根県	54	4		2											
33	岡山県	276	13	8		2	1									
34	広島県	265	24	8	2	2										
35	山口県	171	11	4	1											
36	徳島県	83	2	1												
37	香川県	108	11	2	1											
38	愛媛県	166	5	1	1											
39	高知県	87	9	4												
40	福岡県	643	55	20	4	3		1	2							
41	佐賀県	146	16	11	2	1	1									
42	長崎県	164	7			1										
43	熊本県	161	7	3												
44	大分県	126	8		2	1										
45	宮崎県	141	22	10	1	1	2	1								
46	鹿児島県	214	22	4	2	3		1								
47	沖縄県	185	3													
合計		13,645	1,312	592	293	191	89	51	48	16	14	11	7	7	4	4

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（産科・周産期・その2）

	都道府県	16	17	18	19	20	21～	計	4回 以上	構成比	6回 以上	11回 以上	最大 照会 回数	集計 不能 本部
1	北海道							550	11	2.0%	2		10	3
2	青森県							70	1	1.4%			4	
3	岩手県							107					3	
4	宮城県							247	7	2.8%			5	
5	秋田県							60					3	
6	山形県							79					3	
7	福島県							156	2	1.3%	1		8	
8	茨城県		1					444	21	4.7%	9	1	17	
9	栃木県							236	9	3.8%	2		8	
10	群馬県							297	10	3.4%	2		8	
11	埼玉県						1	1,021	40	3.9%	10	2	22	
12	千葉県							905	82	9.1%	29	3	12	2
13	東京都	1	2	1	1	1	3	2,037	202	9.9%	95	28	26	
14	神奈川県							1,369	115	8.4%	22	3	13	1
15	新潟県							184	3	1.6%			5	
16	富山県							70					3	
17	石川県							76	2	2.6%			4	
18	福井県							39					1	
19	山梨県							87	1	1.1%			4	
20	長野県							171	3	1.8%	3		7	
21	岐阜県							188	1	0.5%			4	
22	静岡県							456	10	2.2%	1		6	3
23	愛知県							857	2	0.2%			5	
24	三重県							195	5	2.6%			5	
25	滋賀県							109					3	1
26	京都府							334	4	1.2%			4	
27	大阪府				1		2	1,690	146	8.6%	66	9	23	1
28	兵庫県							601	21	3.5%	10	1	15	2
29	奈良県							189	8	4.2%	3		8	
30	和歌山県							112	1	0.9%			4	
31	鳥取県							36	1	2.8%	1		6	
32	島根県							60	2	3.3%			4	
33	岡山県							300	3	1.0%	1		6	1
34	広島県							301	4	1.3%			5	
35	山口県							187	1	0.5%			4	
36	徳島県							86					3	
37	香川県							122	1	0.8%			4	
38	愛媛県							173	1	0.6%			4	
39	高知県							100					3	
40	福岡県							728	10	1.4%	3		8	2
41	佐賀県							177	4	2.3%	1		6	
42	長崎県							172	1	0.6%			5	
43	熊本県							171					3	
44	大分県							137	3	2.2%			5	1
45	宮崎県							178	5	2.8%	3		7	2
46	鹿児島県							246	6	2.4%	1		7	
47	沖縄県							188					2	
合計		1	3	1	2	1	6	16,298	749	4.6%	265	47		19

現場滞在時間区分ごとの件数（産科・周産期）

	都道府県	15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 90分未満	90分以上 120分未満	120分以上 150分未満	150分以上	合計	30分 以上	構成 比	45分 以上	60分 以上	集計 不能 本部
1	北海道	412	128	18	2	2				562	22	3.9%	4	2	1
2	青森県	55	15							70					
3	岩手県	75	23	8		1				107	9	8.4%	1	1	
4	宮城県	128	103	8	6	2				247	16	6.5%	8	2	
5	秋田県	54	6							60					
6	山形県	64	12	2		1				79	3	3.8%	1	1	
7	福島県	130	26							156					
8	茨城県	241	162	31	8	2				444	41	9.2%	10	2	
9	栃木県	135	89	8	2	2				236	12	5.1%	4	2	
10	群馬県	195	89	9	2		2			297	13	4.4%	4	2	
11	埼玉県	485	448	63	21	3	1			1,021	88	8.6%	25	4	
12	千葉県	400	398	76	20	8	2		1	905	107	11.8%	31	11	2
13	東京都	832	932	185	54	26	5	3		2,037	273	13.4%	88	34	
14	神奈川県	653	622	106	38	21	3			1,443	168	11.6%	62	24	1
15	新潟県	131	45	8						184	8	4.3%			
16	富山県	62	7	1						70	1	1.4%			
17	石川県	69	5	2						76	2	2.6%			
18	福井県	33	6							39					
19	山梨県	69	15	3						87	3	3.4%			
20	長野県	126	43	2						171	2	1.2%			
21	岐阜県	139	47	2						188	2	1.1%			
22	静岡県	293	157	10	2					462	12	2.6%	2		3
23	愛知県	613	229	12	2		1			857	15	1.8%	3	1	
24	三重県	144	47	2	2					195	4	2.1%	2		
25	滋賀県	89	27	2						118	2	1.7%			
26	京都府	242	90	2						334	2	0.6%			
27	大阪府	1,053	542	82	22	14	7	2		1,722	127	7.4%	45	23	
28	兵庫県	389	201	30	6				1	627	37	5.9%	7	1	1
29	奈良県	121	57	9	2					189	11	5.8%	2		
30	和歌山県	103	8	1						112	1	0.9%			
31	鳥取県	31	5							36					
32	島根県	50	10							60					
33	岡山県	247	50	3						300	3	1.0%			1
34	広島県	226	70	4		1				301	5	1.7%	1	1	
35	山口県	160	24	2	1					187	3	1.6%	1		
36	徳島県	77	8							85					
37	香川県	107	15							122					
38	愛媛県	154	18	1						173	1	0.6%			
39	高知県	90	7							97					1
40	福岡県	622	113	9	7	1				752	17	2.3%	8	1	1
41	佐賀県	131	44	2						177	2	1.1%			
42	長崎県	140	28	3		1				172	4	2.3%	1	1	
43	熊本県	150	21							171					
44	大分県	117	16	4						137	4	2.9%			1
45	宮崎県	128	53	3						184	3	1.6%			1
46	鹿児島県	183	38	3	1					225	4	1.8%	1		2
47	沖縄県	145	41	2						188	2	1.1%			
	合計	10,293	5,140	718	198	85	21	5	2	16,462	1,029	6.3%	311	113	15

照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（産科・周産期：全事案）

	都道府県	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	合計	集計不能本部
1	北海道	9	7	27	13	15	9	23	103	3
2	青森県			1	2				3	1
3	岩手県			7	7	2		5	21	
4	宮城県	9	5	10	5	7	5	41	82	
5	秋田県			2			1		3	
6	山形県	2		1	1			1	5	
7	福島県	3		8	6	1		4	22	
8	茨城県	26	16	33	65	7		36	183	
9	栃木県	10	13	12	11	8	8	23	85	
10	群馬県	9	3	14	31	3	1	23	84	1
11	埼玉県	64	25	114	58	20	5	88	374	
12	千葉県	135	35	76	34	66	5	159	510	4
13	東京都	376	244	499	87	44	22	340	1,612	
14	神奈川県	175	116	158	83	60	4	158	754	1
15	新潟県			14	4	4	1	12	35	
16	富山県	1		4	1			3	9	
17	石川県	2			8	1		2	13	
18	福井県									
19	山梨県		2	2	3			3	10	
20	長野県			4	13	9	2	9	37	
21	岐阜県	2		11	5	2	1	4	25	
22	静岡県	2	5	30	14	19	7	23	100	4
23	愛知県	8	7	26	8	1	1	17	68	
24	三重県			6	11	5		13	35	1
25	滋賀県	1		2	8	2		5	18	1
26	京都府	10	9	8	6			2	35	
27	大阪府	68	28	90	118	25	8	260	597	5
28	兵庫県	27	5	31	37	18	1	74	193	3
29	奈良県	12	1	11	2	5		20	51	1
30	和歌山県	1	1	4	1			1	8	
31	鳥取県	2		2	2				6	
32	島根県			2				8	10	
33	岡山県	2	1	14	13	9		2	41	2
34	広島県	3	3	13	9	14	2	10	54	
35	山口県	2		6	4	4		6	22	
36	徳島県		1	3					4	
37	香川県		1	5	5	3		4	18	
38	愛媛県	3		3	3	1			10	
39	高知県	1	1	1	4	4		6	17	
40	福岡県	12	10	18	19	12	13	54	138	3
41	佐賀県	17	1	9	11	4		11	53	
42	長崎県			5	2	1		3	11	
43	熊本県	4		5	1	1		2	13	
44	大分県	1	2	4	3	5		3	18	1
45	宮崎県	4		4	8	2	1	13	32	3
46	鹿児島県	3	4	11	13	12		11	54	
47	沖縄県			1		1		1	3	
合計		1,006	546	1,311	739	397	97	1,483	5,579	34

照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（産科・周産期：照会回数１１回以上の事案）

	都道府県	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	合計
1	北海道								
2	青森県								
3	岩手県								
4	宮城県								
5	秋田県								
6	山形県								
7	福島県								
8	茨城県	3	1	3	7			2	16
9	栃木県								
10	群馬県								
11	埼玉県	5	5	14	6			5	35
12	千葉県	12	1	9		1		2	25
13	東京都	29	78	201	15	2	4	60	389
14	神奈川県	9	11	16	1	5		9	51
15	新潟県								
16	富山県								
17	石川県								
18	福井県								
19	山梨県								
20	長野県								
21	岐阜県								
22	静岡県								
23	愛知県								
24	三重県								
25	滋賀県								
26	京都府								
27	大阪府	10	12	17	7	6	8	34	94
28	兵庫県	2	1	2	3	1		5	14
29	奈良県								
30	和歌山県								
31	鳥取県								
32	島根県								
33	岡山県								
34	広島県								
35	山口県								
36	徳島県								
37	香川県								
38	愛媛県								
39	高知県								
40	福岡県								
41	佐賀県								
42	長崎県								
43	熊本県								
44	大分県								
45	宮崎県								
46	鹿児島県								
47	沖縄県								
合計		70	109	262	39	15	12	117	624

小児傷病者搬送の状況（平成20年）

	都道府県	総搬送 人員 (a)	うち 転院搬送 (b)	b/a	小児傷病 者搬送人 員 (c)	うち 転院搬送 (d)	d/c	c/a	集計 不能 本部
1	北海道	186,262	25,792	13.8%	11,549	1,468	12.7%	6.2%	
2	青森県	37,812	5,814	15.4%	2,204	220	10.0%	5.8%	
3	岩手県	39,595	5,192	13.1%	2,548	234	9.2%	6.4%	
4	宮城県	75,660	11,879	15.7%	5,791	777	13.4%	7.7%	
5	秋田県	33,234	2,815	8.5%	1,777	161	9.1%	5.3%	
6	山形県	36,438	4,331	11.9%	2,006	184	9.2%	5.5%	
7	福島県	64,966	6,202	9.5%	4,869	423	8.7%	7.5%	
8	茨城県	97,153	8,531	8.8%	7,992	654	8.2%	8.2%	
9	栃木県	60,972	7,358	12.1%	4,848	536	11.1%	8.0%	
10	群馬県	68,668	7,059	10.3%	5,462	442	8.1%	8.0%	
11	埼玉県	235,504	18,748	8.0%	22,730	1,851	8.1%	9.7%	
12	千葉県	227,711	21,221	9.3%	20,043	2,136	10.7%	8.8%	1
13	東京都	590,393	35,157	6.0%	45,072	2,761	6.1%	7.6%	
14	神奈川県	321,888	21,113	6.6%	30,387	2,310	7.6%	9.4%	
15	新潟県	77,013	8,827	11.5%	5,070	565	11.1%	6.6%	
16	富山県	32,429	3,394	10.5%	2,103	199	9.5%	6.5%	
17	石川県	33,450	3,069	9.2%	2,599	104	4.0%	7.8%	
18	福井県	22,926	2,557	11.2%	1,594	129	8.1%	7.0%	
19	山梨県	30,762	2,633	8.6%	2,512	263	10.5%	8.2%	
20	長野県	74,246	8,343	11.2%	5,108	517	10.1%	6.9%	
21	岐阜県	68,425	5,791	8.5%	5,015	325	6.5%	7.3%	
22	静岡県	130,071	14,903	11.5%	9,023	798	8.8%	6.9%	
23	愛知県	248,751	19,930	8.0%	21,262	1,887	8.9%	8.5%	1
24	三重県	69,508	6,016	8.7%	5,037	375	7.4%	7.2%	
25	滋賀県	48,593	3,064	6.3%	4,236	232	5.5%	8.7%	
26	京都府	104,430	5,413	5.2%	7,345	313	4.3%	7.0%	
27	大阪府	415,068	25,666	6.2%	36,323	2,540	7.0%	8.8%	
28	兵庫県	194,278	17,787	9.2%	15,430	1,243	8.1%	7.9%	
29	奈良県	51,842	5,539	10.7%	4,458	382	8.6%	8.6%	
30	和歌山県	42,267	3,779	8.9%	2,763	158	5.7%	6.5%	
31	鳥取県	19,984	2,263	11.3%	1,275	137	10.7%	6.4%	
32	島根県	24,337	2,711	11.1%	1,364	113	8.3%	5.6%	
33	岡山県	69,363	8,283	11.9%	3,982	258	6.5%	5.7%	
34	広島県	102,420	13,787	13.5%	7,041	440	6.2%	6.9%	
35	山口県	56,333	7,396	13.1%	3,382	373	11.0%	6.0%	
36	徳島県	26,632	3,529	13.3%	1,692	164	9.7%	6.4%	
37	香川県	39,382	5,276	13.4%	2,632	171	6.5%	6.7%	
38	愛媛県	53,701	6,501	12.1%	3,148	280	8.9%	5.9%	
39	高知県	32,290	4,169	12.9%	2,040	152	7.5%	6.3%	
40	福岡県	187,080	21,285	11.4%	12,817	1,446	11.3%	6.9%	
41	佐賀県	28,864	5,456	18.9%	2,241	270	12.0%	7.8%	
42	長崎県	48,754	8,499	17.4%	2,732	400	14.6%	5.6%	
43	熊本県	64,764	8,193	12.7%	4,758	352	7.4%	7.3%	
44	大分県	42,267	8,142	19.3%	2,219	313	14.1%	5.2%	
45	宮崎県	33,944	5,981	17.6%	2,141	265	12.4%	6.3%	
46	鹿児島県	62,113	11,063	17.8%	3,837	506	13.2%	6.2%	
47	沖縄県	54,184	5,174	9.5%	5,100	358	7.0%	9.4%	
合計		4,666,727	445,631	9.5%	359,557	30,185	8.4%	7.7%	2

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（小児・その１）

	都道府県	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	北海道	8,567	806	196	43	15	7	3						1		
2	青森県	1,849	108	17	2											
3	岩手県	2,088	161	28	15	4	1	1								
4	宮城県	3,502	866	342	150	67	41	19	10	6	3	1				
5	秋田県	1,594	17	3												
6	山形県	1,726	72	14	5				1							
7	福島県	3,718	440	162	45	37	15	16	4	3	2	3		1		
8	茨城県	5,638	1,013	377	156	76	32	23	16	4	2		1			
9	栃木県	3,274	608	232	107	48	20	11	7	3	2					
10	群馬県	4,015	675	192	79	34	12	6	4	1	1			1		
11	埼玉県	15,588	3,010	1,186	505	253	134	82	38	22	31	8	4	3	5	1
12	千葉県	13,587	2,372	834	278	131	59	32	22	3	9	5	8	3		
13	東京都	32,544	5,653	2,525	840	339	169	108	39	35	20	16	9	4	4	4
14	神奈川県	23,811	3,050	962	302	184	25	17	2	5	5	2	1	1		
15	新潟県	3,575	557	207	100	32	18	10	3	1		2				
16	富山県	1,736	130	24	6	5	3									
17	石川県	2,285	132	57	14	4	2	1								
18	福井県	1,397	54	10	3	1										
19	山梨県	1,909	202	71	32	9	4	2	2	1						
20	長野県	4,142	357	71	16	3		1						1		
21	岐阜県	4,232	327	56	19	1	1	1	1							
22	静岡県	6,659	604	145	32	13	10	1	1							
23	愛知県	17,885	935	200	51	18	9	5		1	1			1		1
24	三重県	3,904	451	122	57	33	22	15	5	3	1	4	3	4	1	1
25	滋賀県	3,333	219	31	5	2	1				1					
26	京都府	5,846	776	197	66	23	13	1		2						
27	大阪府	24,630	4,825	1,822	823	469	230	143	77	50	38	34	21	9	7	12
28	兵庫県	10,018	1,795	554	242	128	48	36	12	7	4	4		3		1
29	奈良県	3,017	546	232	114	69	39	17	18	8	8	2	3	1	1	
30	和歌山県	2,313	207	57	17	5	4	1	1							
31	鳥取県	1,041	78	14	4	1										
32	島根県	1,207	37	3	1	3										
33	岡山県	3,024	336	100	45	21	7	4		1						
34	広島県	5,532	717	216	86	31	9	7	2			1				
35	山口県	2,599	270	71	21	10	5									
36	徳島県	1,302	157	60	23	10	4	2								
37	香川県	2,097	254	63	29	12	3	2						1		
38	愛媛県	2,546	229	60	19	3	2	2	2							
39	高知県	1,616	200	48	12	5	1	2								
40	福岡県	9,833	818	192	55	21	5	2	1				1			
41	佐賀県	1,526	272	108	30	13	11	7	2		1					1
42	長崎県	1,998	221	74	22	12	2	1		2						
43	熊本県	3,950	314	109	20	10	1	1				1				
44	大分県	1,646	149	51	24	7	7	2								
45	宮崎県	1,389	173	61	26	8	4	1								
46	鹿児島県	2,785	370	107	31	24	10	1		2	1					
47	沖縄県	4,608	87	9												
	合計	267,081	35,650	12,272	4,572	2,194	990	586	270	160	130	83	51	34	18	21

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（小児・その2）

	都道府県	16	17	18	19	20	21～	計	4回 以上	構成比	6回 以上	11回 以上	最大 照会 回数	集計 不能 本部
1	北海道							9,638	69	0.7%	11	1	13	4
2	青森県							1,976	2	0.1%			4	
3	岩手県							2,298	21	0.9%	2		7	
4	宮城県							5,007	297	5.9%	80	1	11	
5	秋田県							1,614					3	
6	山形県							1,818	6	0.3%	1		8	
7	福島県							4,446	126	2.8%	44	4	13	
8	茨城県							7,338	310	4.2%	78	1	12	
9	栃木県							4,312	198	4.6%	43		10	
10	群馬県							5,020	138	2.7%	25	1	13	
11	埼玉県	2	2	2			3	20,879	1095	5.2%	337	30	27	
12	千葉県	1						17,344	551	3.2%	142	17	16	2
13	東京都	1					2	42,312	1590	3.8%	411	40	30	
14	神奈川県							28,367	544	1.9%	58	4	13	1
15	新潟県							4,505	166	3.7%	34	2	11	
16	富山県							1,904	14	0.7%	3		6	
17	石川県							2,495	21	0.8%	3		7	
18	福井県							1,465	4	0.3%			5	
19	山梨県							2,232	50	2.2%	9		9	
20	長野県							4,591	21	0.5%	2	1	13	
21	岐阜県							4,638	23	0.5%	3		8	
22	静岡県							7,465	57	0.8%	12		8	3
23	愛知県							19,107	87	0.5%	18	2	15	1
24	三重県					1		4,627	150	3.2%	60	14	20	
25	滋賀県							3,592	9	0.3%	2		10	1
26	京都府							6,924	105	1.5%	16		9	
27	大阪府	5	3	5	5	2	2	33,212	1935	5.8%	643	105	26	1
28	兵庫県							12,852	485	3.8%	115	8	15	2
29	奈良県		1					4,076	281	6.9%	98	8	17	
30	和歌山県							2,605	28	1.1%	6		8	
31	鳥取県							1,138	5	0.4%			5	
32	島根県							1,251	4	0.3%			5	
33	岡山県							3,538	78	2.2%	12		9	1
34	広島県							6,601	136	2.1%	19	1	11	
35	山口県							2,976	36	1.2%	5		6	
36	徳島県							1,558	39	2.5%	6		7	
37	香川県							2,461	47	1.9%	6	1	13	
38	愛媛県							2,863	28	1.0%	6		8	
39	高知県							1,884	20	1.1%	3		7	
40	福岡県							10,928	85	0.8%	9	1	12	2
41	佐賀県							1,971	65	3.3%	22	1	15	
42	長崎県							2,332	39	1.7%	5		9	
43	熊本県							4,406	33	0.7%	3	1	11	
44	大分県							1,886	40	2.1%	9		7	
45	宮崎県							1,662	39	2.3%	5		7	2
46	鹿児島県							3,331	69	2.1%	14		10	
47	沖縄県							4,704					3	1
合計		9	6	7	5	3	7	324,149	9,146	2.8%	2,380	244		21

現場滞在時間区分ごとの件数（小児）

	都道府県	15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 90分未満	90分以上 120分未満	120分以上 150分未満	150分以上	合計	30分 以上	構成 比	45分 以上	60分 以上	集計 不能 本部
1	北海道	8,255	1,287	84	9	2				9,637	95	1.0%	11	2	2
2	青森県	1,818	157	1						1,976	1	0.1%			
3	岩手県	2,047	240	10		1				2,298	11	0.5%	1	1	
4	宮城県	3,319	1,524	141	15	7				5,006	163	3.3%	22	7	
5	秋田県	1,573	38	1	2					1,614	3	0.2%	2		
6	山形県	1,703	109	5		1				1,818	6	0.3%	1	1	
7	福島県	3,855	547	41	2	1				4,446	44	1.0%	3	1	
8	茨城県	5,297	1,871	140	19	9	2			7,338	170	2.3%	30	11	
9	栃木県	3,167	1,077	62	6					4,312	68	1.6%	6		
10	群馬県	4,259	711	42	4	3	1			5,020	50	1.0%	8	4	
11	埼玉県	12,576	7,307	797	142	48	8	1		20,879	996	4.8%	199	57	
12	千葉県	11,727	5,622	493	64	23	5	2		17,936	587	3.3%	94	30	1
13	東京都	27,058	13,895	1,139	154	51	6			42,303	1,350	3.2%	211	57	
14	神奈川県	18,622	8,759	604	56	24	5	1		28,071	690	2.5%	86	30	1
15	新潟県	3,292	1,088	107	15	3				4,505	125	2.8%	18	3	
16	富山県	1,822	81	1						1,904	1	0.1%			
17	石川県	2,393	98	2						2,493	2	0.1%			
18	福井県	1,210	56	2						1,268	2	0.2%			2
19	山梨県	1,966	250	13	3					2,232	16	0.7%	3		
20	長野県	4,037	521	26	6	1				4,591	33	0.7%	7	1	
21	岐阜県	4,230	384	22	1	1				4,638	24	0.5%	2	1	
22	静岡県	6,285	938	48	6			1		7,278	55	0.8%	7	1	4
23	愛知県	16,680	2,509	100	9	3		1		19,302	113	0.6%	13	4	
24	三重県	3,934	635	40	8	9	1			4,627	58	1.3%	18	10	
25	滋賀県	3,754	236	11		3				4,004	14	0.3%	3	3	
26	京都府	5,859	1,021	39	4	1				6,924	44	0.6%	5	1	
27	大阪府	27,523	5,527	416	61	29	5	2	1	33,564	514	1.5%	98	37	
28	兵庫県	10,326	2,476	169	25	3				12,999	197	1.5%	28	3	2
29	奈良県	3,011	890	105	13	5	1			4,025	124	3.1%	19	6	1
30	和歌山県	2,468	126	11						2,605	11	0.4%			
31	鳥取県	1,020	106	10	2					1,138	12	1.1%	2		
32	島根県	1,189	59	3						1,251	3	0.2%			
33	岡山県	3,197	328	12		1				3,538	13	0.4%	1	1	1
34	広島県	5,394	1,095	85	19	7	1			6,601	112	1.7%	27	8	
35	山口県	2,636	317	18	5					2,976	23	0.8%	5		
36	徳島県	1,465	81	3	1					1,550	4	0.3%	1		
37	香川県	2,327	127	6	1					2,461	7	0.3%	1		
38	愛媛県	2,676	170	12	4	1				2,863	17	0.6%	5	1	
39	高知県	1,706	101	2						1,809	2	0.1%			1
40	福岡県	10,433	701	24	6		1			11,165	31	0.3%	7	1	1
41	佐賀県	1,819	146	6						1,971	6	0.3%			
42	長崎県	2,038	277	15	2					2,332	17	0.7%	2		
43	熊本県	3,978	411	11	2	3	1			4,406	17	0.4%	6	4	
44	大分県	1,619	263	6	3					1,891	9	0.5%	3		
45	宮崎県	1,580	277	18	1					1,876	19	1.0%	1		
46	鹿児島県	2,846	358	20	3					3,227	23	0.7%	3		3
47	沖縄県	4,137	558	19	3	1				4,718	23	0.5%	4	1	1
	合計	254,126	65,355	4,942	676	241	37	8	1	325,386	5,905	1.8%	963	287	20

照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（小児：全事案）

	都道府県	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	合計	集計不能本部
1	北海道	211	66	258	263	288	15	334	1,435	3
2	青森県	18	6	19	15	18		25	101	1
3	岩手県	51	2	47	86	27		76	289	
4	宮城県	553	73	509	561	199	5	838	2,738	
5	秋田県	8		1	6	3	1	4	23	
6	山形県	16	3	19	47	20		17	122	
7	福島県	207	24	380	458	127	5	129	1,330	
8	茨城県	529	60	344	1,484	193		392	3,002	
9	栃木県	259	52	187	630	253	3	457	1,841	1
10	群馬県	221	54	213	473	317	3	233	1,514	1
11	埼玉県	1,794	239	1,570	4,646	659	10	1,278	10,196	
12	千葉県	1,177	220	605	1,252	783	22	2,113	6,172	4
13	東京都	5,979	1,231	2,725	2,897	1,572	29	2,767	17,200	
14	神奈川県	2,170	281	1,120	1,647	751	2	928	6,899	
15	新潟県	113	24	163	410	84	4	800	1,598	
16	富山県	27	15	51	18	61		59	231	
17	石川県	73	13	46	92	27		69	320	
18	福井県	14		10	5	18		10	57	2
19	山梨県	82	11	62	200	35	1	139	530	
20	長野県	45	21	127	140	105		139	577	
21	岐阜県	119	10	50	183	64		92	518	
22	静岡県	61	34	308	139	251	12	253	1,058	4
23	愛知県	233	113	317	392	330	3	250	1,638	1
24	三重県	39	15	67	160	86		226	593	2
25	滋賀県	70	14	84	77	35		35	315	1
26	京都府	459	86	279	451	71		171	1,517	
27	大阪府	1,439	268	1,774	2,379	764	6	1,509	8,139	5
28	兵庫県	598	81	741	1,632	336	2	1,091	4,481	5
29	奈良県	328	27	132	565	82	3	419	1,556	2
30	和歌山県	72	6	46	142	64	2	93	425	
31	鳥取県	29	6	22	43	1		21	122	
32	島根県	6	1	22	18	4		7	58	
33	岡山県	63	56	157	256	110		115	757	2
34	広島県	403	49	421	196	258	2	313	1,642	
35	山口県	57	24	113	154	76		116	540	
36	徳島県	78	29	68	91	88		90	444	
37	香川県	32	15	63	170	123		151	554	
38	愛媛県	45	9	96	137	97	1	69	454	
39	高知県	36	11	47	98	72		108	372	
40	福岡県	143	73	187	381	304	9	331	1,428	4
41	佐賀県	110	21	112	195	162	1	163	764	
42	長崎県	34	3	153	78	109		138	515	
43	熊本県	95	27	88	147	131	3	145	636	1
44	大分県	16	5	96	88	101		75	381	1
45	宮崎県	16	18	24	36	45		126	265	2
46	鹿児島県	62	13	102	184	199		273	833	1
47	沖縄県	21	16	7	3	35	1	22	105	1
	合計	18,211	3,425	14,032	23,725	9,538	145	17,209	86,285	44

照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（小児：照会回数１１回以上の事案）

	都道府県	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	合計
1	北海道	2	1	2	2		1	4	12
2	青森県								
3	岩手県								
4	宮城県	1		2	5	1		1	10
5	秋田県								
6	山形県								
7	福島県	13		11	17			1	42
8	茨城県	4			3	2		2	11
9	栃木県								
10	群馬県	4			5	3			12
11	埼玉県	45	6	63	218	14		58	404
12	千葉県	65	3	8	38	40		37	191
13	東京都	106	34	185	43	29		86	483
14	神奈川県	7	2	6	16			6	37
15	新潟県	1			8	2		9	20
16	富山県								
17	石川県								
18	福井県								
19	山梨県								
20	長野県			2	1	2		7	12
21	岐阜県								
22	静岡県								
23	愛知県	7				19			26
24	三重県	25	18	5	66	5		49	168
25	滋賀県								
26	京都府								
27	大阪府	196	24	242	355	60	6	289	1,172
28	兵庫県	10		32	23	6		19	90
29	奈良県	19	1	22	20	11		21	94
30	和歌山県								
31	鳥取県								
32	島根県								
33	岡山県								
34	広島県	7				2		1	10
35	山口県								
36	徳島県								
37	香川県					2		10	12
38	愛媛県								
39	高知県								
40	福岡県							11	11
41	佐賀県	1			3		6	4	14
42	長崎県								
43	熊本県								
44	大分県								
45	宮崎県								
46	鹿児島県								
47	沖縄県								
合計		513	89	580	823	198	13	615	2,831

救命救急センター等搬送傷病者の状況（平成20年）

	都道府県	総搬送 人員 (a)	うち 転院搬送 (b)	b/a	救命救急 センター等 搬送人員 (c)	うち 転院搬送 (d)	d/c	c/a	集計 不能 本部	施設数
1	北海道	186,262	25,792	13.8%	15,980	3,311	20.7%	8.6%		11
2	青森県	37,812	5,814	15.4%	5,060	1,112	22.0%	13.4%		3
3	岩手県	39,595	5,192	13.1%	5,701	660	11.6%	14.4%		3
4	宮城県	75,660	11,879	15.7%	16,158	3,126	19.3%	21.4%		4
5	秋田県	33,234	2,815	8.5%	7,354	1,104	15.0%	22.1%		5
6	山形県	36,438	4,331	11.9%	2,752	981	35.6%	7.6%		3
7	福島県	64,966	6,202	9.5%	6,264	1,221	19.5%	9.6%		4
8	茨城県	97,153	8,531	8.8%	22,735	3,284	14.4%	23.4%		7
9	栃木県	60,972	7,358	12.1%	4,235	1,400	33.1%	6.9%		5
10	群馬県	68,668	7,059	10.3%	2,055	664	32.3%	3.0%		3
11	埼玉県	235,504	18,748	8.0%	6,270	1,011	16.1%	2.7%		7
12	千葉県	227,711	21,221	9.3%	38,985	6,998	18.0%	17.1%	2	19
13	東京都	590,393	35,157	6.0%	26,686	1,991	7.5%	4.5%		26
14	神奈川県	321,888	21,113	6.6%	27,094	3,234	11.9%	8.4%		12
15	新潟県	77,013	8,827	11.5%	19,799	2,794	14.1%	25.7%		4
16	富山県	32,429	3,394	10.5%	7,646	1,106	14.5%	23.6%		4
17	石川県	33,450	3,069	9.2%	7,913	1,488	18.8%	23.7%		4
18	福井県	22,926	2,557	11.2%	6,822	1,014	14.9%	29.8%		3
19	山梨県	30,762	2,633	8.6%	985	104	10.6%	3.2%		2
20	長野県	74,246	8,343	11.2%	19,816	3,149	15.9%	26.7%		7
21	岐阜県	68,425	5,791	8.5%	21,791	2,754	12.6%	31.8%		6
22	静岡県	130,071	14,903	11.5%	25,439	3,210	12.6%	19.6%		6
23	愛知県	248,751	19,930	8.0%	54,032	6,215	11.5%	21.7%	1	15
24	三重県	69,508	6,016	8.7%	8,974	1,094	12.2%	12.9%	1	3
25	滋賀県	48,593	3,064	6.3%	9,690	816	8.4%	19.9%		5
26	京都府	104,430	5,413	5.2%	15,325	1,162	7.6%	14.7%		5
27	大阪府	415,068	25,666	6.2%	11,079	1,793	16.2%	2.7%		15
28	兵庫県	194,278	17,787	9.2%	18,500	3,238	17.5%	9.5%		8
29	奈良県	51,842	5,539	10.7%	1,585	393	24.8%	3.1%		3
30	和歌山県	42,267	3,779	8.9%	5,350	927	17.3%	12.7%		3
31	鳥取県	19,984	2,263	11.3%	460	83	18.0%	2.3%	1	2
32	島根県	24,337	2,711	11.1%	6,090	1,296	21.3%	25.0%		4
33	岡山県	69,363	8,283	11.9%	9,056	1,877	20.7%	13.1%		3
34	広島県	102,420	13,787	13.5%	4,073	1,126	27.6%	4.0%		8
35	山口県	56,333	7,396	13.1%	2,528	666	26.3%	4.5%		4
36	徳島県	26,632	3,529	13.3%	10,319	2,043	19.8%	38.7%		4
37	香川県	39,382	5,276	13.4%	4,501	1,014	22.5%	11.4%		2
38	愛媛県	53,701	6,501	12.1%	2,552	1,025	40.2%	4.8%		4
39	高知県	32,290	4,169	12.9%	2,331	667	28.6%	7.2%	4	3
40	福岡県	187,080	21,285	11.4%	28,726	5,387	18.8%	15.4%		8
41	佐賀県	28,864	5,456	18.9%	5,683	1,764	31.0%	19.7%		2
42	長崎県	48,754	8,499	17.4%	3,738	1,409	37.7%	7.7%		2
43	熊本県	64,764	8,193	12.7%	12,958	2,220	17.1%	20.0%		2
44	大分県	42,267	8,142	19.3%	3,282	1,263	38.5%	7.8%		3
45	宮崎県	33,944	5,981	17.6%	4,526	1,119	24.7%	13.3%		3
46	鹿児島県	62,113	11,063	17.8%	3,072	1,017	33.1%	4.9%	1	1
47	沖縄県	54,184	5,174	9.5%	15,764	1,859	11.8%	29.1%		4
合計		4,666,727	445,631	9.5%	541,734	87,189	16.1%	11.6%	10	264

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（救命救急センター等・その１）

	都道府県	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	北海道	9,497	618	120	41	12	6	5	1			1		1		
2	青森県	3,581	296	50	12	5	2				1					
3	岩手県	4,820	162	46	7	4	2									
4	宮城県	8,168	2,246	1,112	604	322	211	127	64	59	22	15	8	7	4	6
5	秋田県	6,118	75	15	3											
6	山形県	1,632	95	27	7	6										
7	福島県	3,624	467	351	152	126	80	109	23	32	24	16	13	5	7	3
8	茨城県	15,100	2,231	973	479	298	156	84	56	34	17	5	8	5		
9	栃木県	2,101	401	157	81	43	25	11	4	7	2			2		
10	群馬県	950	218	112	50	24	21	6	5	2		1	1	1		
11	埼玉県	3,521	618	371	220	158	97	60	41	38	33	14	15	3	15	18
12	千葉県	24,285	3,691	1,811	888	503	290	173	97	44	53	29	26	11	8	5
13	東京都	17,078	4,021	1,607	741	389	213	144	88	69	79	37	30	29	27	18
14	神奈川県	20,026	1,990	812	439	331	107	66	52	24	13	11	9	6	3	1
15	新潟県	13,971	1,508	714	384	205	88	51	32	24	12	9	2	1	1	
16	富山県	5,993	408	104	22	7	4	1	1							
17	石川県	5,905	352	108	39	14	5	1	1							
18	福井県	4,089	115	12	2											
19	山梨県	755	55	22	16	13	8	4	3	1	1					
20	長野県	15,498	910	176	55	19	4	3		1				1		
21	岐阜県	17,606	913	184	53	13	7	3	1							
22	静岡県	19,983	1,283	419	151	59	18	8		2						
23	愛知県	44,113	2,693	701	177	70	26	12	9	3	1	2		1		1
24	三重県	6,540	792	178	75	30	26	16	10	10	6	8	3	1	1	1
25	滋賀県	7,709	534	99	25	6	1	1			1					
26	京都府	10,915	1,828	624	301	134	66	26	13	8	5	2	1	2	2	
27	大阪府	6,098	1,266	594	340	229	128	107	89	64	54	44	37	27	23	25
28	兵庫県	10,109	1,436	752	422	244	160	95	68	34	33	16	9	4		11
29	奈良県	532	192	124	92	68	51	37	21	13	17	8	9	4	3	3
30	和歌山県	3,436	468	221	124	63	51	28	11	10	4			1		
31	鳥取県	322	29	12	5	2	4	1	2							
32	島根県	4,578	158	46	10	1	1									
33	岡山県	5,908	603	208	82	28	15	9	3	1						
34	広島県	2,162	372	170	79	44	20	15	8	4	2	2		1	1	
35	山口県	1,619	145	50	29	11	4	1				1				
36	徳島県	7,011	608	323	172	81	49	20	4	7				1		
37	香川県	2,901	399	122	42	13	7	2	1							
38	愛媛県	1,292	180	31	15	6	2	1								
39	高知県	1,180	302	102	45	20	5	4		1						
40	福岡県	20,604	1,887	493	153	47	15	3	3	1	1	1	1			
41	佐賀県	3,094	446	189	89	45	24	18	4	5	4			1		
42	長崎県	2,188	98	30	8	1	2	1		1						
43	熊本県	9,542	803	251	105	28	6	2	1							
44	大分県	1,844	137	21	9	4	2		1							
45	宮崎県	2,688	379	178	83	41	16	8	4	4	1	2				
46	鹿児島県	1,639	226	65	34	11	7	3	1		1			1		
47	沖縄県	13,310	374	43	3	1										
	合計	375,635	39,028	14,930	6,965	3,779	2,032	1,266	722	503	387	224	172	116	95	92

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（救命救急センター等・その2）

	都道府県	16	17	18	19	20	21～	計	4回 以上	構成比	6回 以上	11回 以上	最大 照会 回数	集計 不能 本部
1	北海道							10,302	67	0.7%	14	2	13	3
2	青森県							3,947	20	0.5%	3		10	
3	岩手県							5,041	13	0.3%	2		6	
4	宮城県	2	2	2	1		5	12,987	1461	11.2%	535	52	34	
5	秋田県							6,211	3	0.05%			4	
6	山形県							1,767	13	0.7%			5	
7	福島県	2	3	5	1			5,043	601	11.9%	323	55	19	
8	茨城県		1				3	19,450	1146	5.9%	369	22	29	
9	栃木県				1			2,835	176	6.2%	52	3	19	
10	群馬県							1,391	111	8.0%	37	3	13	
11	埼玉県	10	7	4		5	11	5,259	749	14.2%	371	102	31	
12	千葉県	2	3	2	1	1	10	31,933	2146	6.7%	755	98	26	1
13	東京都	19	13	10	11	14	58	24,695	1989	8.1%	859	266	41	
14	神奈川県	3	1			2	4	23,900	1072	4.5%	302	40	24	1
15	新潟県	1	2					17,005	812	4.8%	223	16	17	
16	富山県							6,540	35	0.5%	6		8	
17	石川県							6,425	60	0.9%	7		8	
18	福井県							4,218	2	0.05%			4	1
19	山梨県							878	46	5.2%	17		10	
20	長野県							16,667	83	0.5%	9	1	13	
21	岐阜県							18,780	77	0.4%	11		8	1
22	静岡県							21,923	238	1.1%	28		9	4
23	愛知県							47,809	302	0.6%	55	4	15	1
24	三重県		1					7,698	188	2.4%	83	15	17	1
25	滋賀県							8,376	34	0.4%	3		10	1
26	京都府							13,927	560	4.0%	125	7	14	
27	大阪府	20	14	13	7	14	47	9,240	1282	13.9%	713	271	41	1
28	兵庫県	2	2	4	1		1	13,403	1106	8.3%	440	50	27	1
29	奈良県	5	5	1	2	1	4	1,192	344	28.9%	184	45	39	
30	和歌山県							4,417	292	6.6%	105	1	13	
31	鳥取県							377	14	3.7%	7		8	1
32	島根県							4,794	12	0.3%	1		6	
33	岡山県							6,857	138	2.0%	28		9	1
34	広島県			1				2,881	177	6.1%	54	5	18	1
35	山口県							1,860	46	2.5%	6	1	11	
36	徳島県							8,276	334	4.0%	81	1	13	
37	香川県							3,487	65	1.9%	10		8	
38	愛媛県							1,527	24	1.6%	3		7	
39	高知県							1,659	75	4.5%	10		9	4
40	福岡県					1		23,210	226	1.0%	26	3	20	2
41	佐賀県							3,919	190	4.8%	56	1	13	
42	長崎県							2,329	13	0.6%	4		9	
43	熊本県							10,738	142	1.3%	9		8	
44	大分県							2,018	16	0.8%	3		8	
45	宮崎県							3,404	159	4.7%	35	2	11	2
46	鹿児島県							1,988	58	2.9%	13	1	13	2
47	沖縄県							13,731	4	0.03%			5	1
合計		66	54	42	25	38	143	446,314	16,721	3.7%	5,977	1,067		30

現場滞在時間区分ごとの件数（救命救急センター等）

	都道府県	15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 90分未満	90分以上 120分未満	120分以上 150分未満	150分以上	合計	30分 以上	構成 比	45分 以上	60分 以上	集計 不能 本部
1	北海道	6,963	2,598	177	34	13	2	2	1	9,790	229	2.3%	52	18	2
2	青森県	3,139	763	36	4	2	1	1	1	3,947	45	1.1%	9	5	
3	岩手県	4,388	598	41	8	6				5,041	55	1.1%	14	6	
4	宮城県	4,806	6,377	1,321	325	127	19	6	6	12,987	1,804	13.9%	483	158	
5	秋田県	5,653	529	22	5	2				6,211	29	0.5%	7	2	
6	山形県	1,274	469	19	2	2	1			1,767	24	1.4%	5	3	
7	福島県	3,338	1,394	217	63	29	2			5,043	311	6.2%	94	31	
8	茨城県	8,952	9,127	1,065	201	83	18	3	2	19,451	1,372	7.1%	307	106	
9	栃木県	1,610	1,059	128	27	10		1		2,835	166	5.9%	38	11	
10	群馬県	879	443	52	10	7				1,391	69	5.0%	17	7	
11	埼玉県	1,459	2,824	598	197	126	34	15	6	5,259	976	18.6%	378	181	
12	千葉県	13,373	15,242	2,413	646	212	29	14	3	31,932	3,317	10.4%	904	258	2
13	東京都	7,100	15,309	1,588	388	238	46	15	11	24,695	2,286	9.3%	698	310	
14	神奈川県	10,266	10,326	1,384	346	171	40	15	8	22,556	1,964	8.7%	580	234	1
15	新潟県	10,138	5,799	810	178	67	8	4	1	17,005	1,068	6.3%	258	80	
16	富山県	5,689	801	43	5	2				6,540	50	0.8%	7	2	
17	石川県	5,811	575	33	2	1				6,422	36	0.6%	3	1	
18	福井県	4,973	637	19	7	2				5,638	28	0.5%	9	2	2
19	山梨県	505	332	30	5	3	3			878	41	4.7%	11	6	
20	長野県	12,746	3,691	170	41	12	1	2	4	16,667	230	1.4%	60	19	
21	岐阜県	15,515	3,135	116	24	11	2	1	1	18,805	155	0.8%	39	15	
22	静岡県	15,841	5,570	308	47	30	1			21,797	386	1.8%	78	31	4
23	愛知県	37,900	9,331	404	67	37	4	1		47,744	513	1.1%	109	42	
24	三重県	6,137	1,476	120	31	7	1		2	7,774	161	2.1%	41	10	1
25	滋賀県	7,686	1,109	60	12	5	1		1	8,874	79	0.9%	19	7	
26	京都府	8,751	4,827	285	48	12	4			13,927	349	2.5%	64	16	
27	大阪府	4,193	4,075	668	187	118	22	9	5	9,277	1,009	10.9%	341	154	
28	兵庫県	7,894	6,211	865	124	57	9	1		15,161	1,056	7.0%	191	67	3
29	奈良県	370	547	146	49	22	5	2		1,141	224	19.6%	78	29	1
30	和歌山県	3,707	640	57	7	5		1		4,417	70	1.6%	13	6	
31	鳥取県	211	145	16	2	2	1			377	21	5.6%	5	3	1
32	島根県	4,019	733	31	6	3	2			4,794	42	0.9%	11	5	
33	岡山県	5,425	1,230	184	12	3	3			6,857	202	2.9%	18	6	1
34	広島県	1,476	1,235	176	37	14	7	2		2,947	236	8.0%	60	23	
35	山口県	1,093	643	105	11	8				1,860	124	6.7%	19	8	
36	徳島県	7,011	1,143	98	16	6		1	1	8,276	122	1.5%	24	8	
37	香川県	3,057	394	32	2	1	1			3,487	36	1.0%	4	2	
38	愛媛県	1,250	249	15	10	2		1		1,527	28	1.8%	13	3	
39	高知県	1,422	214	20	2	1				1,659	23	1.4%	3	1	4
40	福岡県	19,100	3,856	198	36	26	4	1	3	23,224	268	1.2%	70	34	1
41	佐賀県	2,552	1,234	105	21	4	3			3,919	133	3.4%	28	7	
42	長崎県	1,910	381	30	4	3			1	2,329	38	1.6%	8	4	
43	熊本県	8,225	2,333	133	29	14	3	1		10,738	180	1.7%	47	18	
44	大分県	1,605	359	28	3	1				1,996	32	1.6%	4	1	1
45	宮崎県	2,404	904	77	12	10				3,407	99	2.9%	22	10	
46	鹿児島県	1,458	555	29	8	4				2,054	41	2.0%	12	4	2
47	沖縄県	9,770	3,794	122	22	5				13,713	149	1.1%	27	5	1
	合計	293,044	135,216	14,594	3,323	1,526	277	99	57	448,136	19,876	4.4%	5,282	1,959	27

照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（救命救急センター等：全事案）

	都道府県	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	合計	集計不能本部
1	北海道	122	80	251	91	157	13	258	972	4
2	青森県	18	8	21	10	6	1	34	98	1
3	岩手県	54	3	83	30	8	1	122	301	
4	宮城県	2,622	1,288	2,030	1,652	254	10	3,203	11,059	
5	秋田県	35	20	16	18	1	1	23	114	
6	山形県	25	30	48	52	5	2	32	194	
7	福島県	667	320	1,518	1,285	166	1	536	4,493	
8	茨城県	2,116	1,120	1,254	3,106	288	5	1,088	8,977	1
9	栃木県	263	230	330	296	48	3	295	1,465	
10	群馬県	159	254	153	138	76	2	129	911	1
11	埼玉県	1,093	1,214	1,443	1,186	109	5	817	5,867	
12	千葉県	2,739	1,906	2,072	1,965	1,144	63	6,856	16,745	4
13	東京都	5,188	5,001	5,326	470	132	30	2,520	18,667	
14	神奈川県	1,907	1,473	1,988	1,278	374	2	1,180	8,202	1
15	新潟県	341	451	677	920	148	18	3,807	6,362	
16	富山県	48	62	197	38	174		205	724	2
17	石川県	192	112	110	210	32		129	785	
18	福井県	7	15	36	13	23		17	111	3
19	山梨県	48	26	67	53	12	1	94	301	
20	長野県	122	155	400	291	201	13	379	1,561	
21	岐阜県	406	143	233	344	117	6	303	1,552	1
22	静岡県	156	276	929	374	512	8	706	2,961	4
23	愛知県	442	841	1,059	503	439	11	724	4,019	1
24	三重県	134	257	240	239	144		475	1,489	2
25	滋賀県	70	47	209	200	71		255	852	1
26	京都府	1,981	979	1,126	764	1		337	5,188	
27	大阪府	752	912	1,170	683	96	12	874	4,499	5
28	兵庫県	717	984	1,238	1,893	118	1	2,239	7,190	5
29	奈良県	411	221	265	245	31	3	431	1,607	2
30	和歌山県	379	279	398	548	168	2	388	2,162	
31	鳥取県	30	14	23	33	1		15	116	1
32	島根県	41	24	105	60	20		39	289	
33	岡山県	298	257	307	195	153	25	277	1,512	2
34	広島県	175	189	134	36	5		944	1,483	1
35	山口県	48	41	125	107	17		74	412	
36	徳島県	505	596	490	259	250	3	452	2,555	
37	香川県	106	106	173	193	94		203	875	
38	愛媛県	47	25	87	93	31	1	43	327	
39	高知県	82	165	179	173	46	5	128	778	4
40	福岡県	438	675	646	472	380	29	1,007	3,647	4
41	佐賀県	259	176	288	285	97		509	1,614	
42	長崎県	28	34	76	18	7	2	45	210	
43	熊本県	303	214	329	305	193	5	396	1,745	1
44	大分県	28	20	82	45	22		29	226	
45	宮崎県	38	29	98	122	82		218	587	3
46	鹿児島県	39	99	142	85	50		168	583	2
47	沖縄県	73	74	43	23	68		175	456	2
	合計	25,752	21,445	28,214	21,399	6,571	284	33,178	136,843	58

照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（救命救急センター等：照会回数１１回以上の事案）

	都道府県	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	合計
1	北海道	3	8	2	3	1	1	4	22
2	青森県								
3	岩手県								
4	宮城県	135	89	155	119	16		183	697
5	秋田県								
6	山形県								
7	福島県	112	53	186	218	21		87	677
8	茨城県	46	34	31	106	10		51	278
9	栃木県	5	5	2	21			9	42
10	群馬県	3	6	13	8	1		2	33
11	埼玉県	268	375	271	410	20	2	136	1,482
12	千葉県	333	130	186	111	92	8	365	1,225
13	東京都	681	1,006	1,812	184	39	8	465	4,195
14	神奈川県	149	168	118	60	21		50	566
15	新潟県	8	11	25	60	5		75	184
16	富山県								
17	石川県								
18	福井県								
19	山梨県								
20	長野県			2	1	2		7	12
21	岐阜県								
22	静岡県								
23	愛知県	12	7	6	6	13		2	46
24	三重県	25	34	15	62	4		29	169
25	滋賀県								
26	京都府	27	10	13	24			7	81
27	大阪府	656	469	761	476	71	26	686	3,145
28	兵庫県	70	75	104	167	7	9	105	537
29	奈良県	212	79	107	95	9		137	639
30	和歌山県			12					12
31	鳥取県								
32	島根県								
33	岡山県								
34	広島県	14	9	20	8	1		10	62
35	山口県		3	7					10
36	徳島県		1	3	3	1		4	12
37	香川県								
38	愛媛県								
39	高知県								
40	福岡県	3	15	12				10	40
41	佐賀県	3	3	3		1		2	12
42	長崎県								
43	熊本県								
44	大分県								
45	宮崎県								
46	鹿児島県			1	1	2		8	12
47	沖縄県								
	合計	2,765	2,590	3,867	2,143	337	54	2,434	14,190

救命救急センター等における救急患者受入率（平成20年）

	都道府県	施設数	照会数 (a)	受入数 (b)	b/a
1	北海道	11	11,087	10,949	98.8%
2	青森県	3	3,936	3,931	99.9%
3	岩手県	3	5,081	5,042	99.2%
4	宮城県	4	16,342	12,484	76.4%
5	秋田県	5	6,196	6,167	99.5%
6	山形県	3	1,825	1,776	97.3%
7	福島県	4	5,354	5,072	94.7%
8	茨城県	7	19,864	18,071	91.0%
9	栃木県	5	3,970	3,536	89.1%
10	群馬県	3	1,532	1,320	86.2%
11	埼玉県	7	5,848	5,064	86.6%
12	千葉県	19	28,994	25,345	87.4%
13	東京都	26	37,706	27,282	72.4%
14	神奈川県	12	20,474	18,726	91.5%
15	新潟県	4	15,354	14,808	96.4%
16	富山県	4	6,547	6,413	98.0%
17	石川県	4	6,487	6,264	96.6%
18	福井県	3	4,400	4,384	99.6%
19	山梨県	2	846	826	97.6%
20	長野県	7	16,756	16,670	99.5%
21	岐阜県	6	18,948	18,812	99.3%
22	静岡県	6	22,194	21,909	98.7%
23	愛知県	15	48,611	47,513	97.7%
24	三重県	3	7,718	7,483	97.0%
25	滋賀県	5	8,378	8,367	99.9%
26	京都府	5	14,715	14,133	96.0%
27	大阪府	15	5,516	4,722	85.6%
28	兵庫県	8	13,611	12,378	90.9%
29	奈良県	3	1,608	849	52.8%
30	和歌山県	3	4,649	4,422	95.1%
31	鳥取県	2	524	514	98.1%
32	島根県	4	4,872	4,788	98.3%
33	岡山県	3	6,890	6,833	99.2%
34	広島県	8	3,303	2,895	87.6%
35	山口県	4	1,916	1,891	98.7%
36	徳島県	4	8,712	8,290	95.2%
37	香川県	2	3,607	3,485	96.6%
38	愛媛県	4	1,598	1,531	95.8%
39	高知県	3	1,706	1,643	96.3%
40	福岡県	8	24,434	24,101	98.6%
41	佐賀県	2	3,026	2,783	92.0%
42	長崎県	2	2,346	2,341	99.8%
43	熊本県	2	10,601	10,434	98.4%
44	大分県	3	2,033	2,018	99.3%
45	宮崎県	3	1,620	1,614	99.6%
46	鹿児島県	1	100	92	92.0%
47	沖縄県	4	13,655	13,511	98.9%
	合計	264	455,490	423,482	93.0%

平成 19 年及び平成 20 年における照会回数 4 回以上又は現場滞在時間 30 分以上の事案の占める割合

	都道府県	重症以上				産科・周産期				小児			
		回数4回以上の割合		時間30分以上の割合		回数4回以上の割合		時間30分以上の割合		回数4回以上の割合		時間30分以上の割合	
		H19	H20	H19	H20	H19	H20	H19	H20	H19	H20	H19	H20
1	北海道	0.5%	0.6%	1.6%	1.9%	2.2%	2.0%	3.5%	3.9%	0.6%	0.7%	0.7%	1.0%
2	青森県	0.3%	0.3%	0.9%	1.0%		1.4%	1.3%		0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
3	岩手県	0.5%	0.8%	1.7%	1.7%	1.0%		0.9%	8.4%	0.5%	0.9%	0.4%	0.5%
4	宮城県	6.2%	5.8%	6.3%	6.4%	6.0%	2.8%	3.5%	6.5%	7.3%	5.9%	3.9%	3.3%
5	秋田県	0.02%	0.1%	0.5%	0.4%								0.2%
6	山形県	0.3%	0.2%	0.5%	1.0%	1.2%			3.8%	0.1%	0.3%	0.1%	0.3%
7	福島県	3.8%	3.2%	1.5%	2.7%	2.7%	1.3%	1.1%		3.6%	2.8%	0.8%	1.0%
8	茨城県	5.1%	5.1%	4.1%	5.6%	6.4%	4.7%	5.6%	9.2%	0.04%	4.2%	1.5%	2.3%
9	栃木県	4.4%	5.0%	4.6%	4.5%	4.4%	3.8%	6.4%	5.1%	3.9%	4.6%	2.2%	1.6%
10	群馬県	3.4%	3.5%	2.3%	2.5%	1.1%	3.4%	1.1%	4.4%	2.0%	2.7%	0.7%	1.0%
11	埼玉県	7.8%	8.7%	10.9%	12.5%	4.4%	3.9%	7.3%	8.6%	5.2%	5.2%	3.8%	4.8%
12	千葉県	6.3%	6.2%	9.3%	9.1%	6.3%	9.1%	10.1%	11.8%	3.4%	3.2%	2.7%	3.3%
13	東京都	11.2%	9.4%	10.0%	9.3%	10.2%	9.9%	13.2%	13.4%	4.0%	3.8%	3.0%	3.2%
14	神奈川県	5.7%	4.1%	7.0%	6.9%	9.2%	8.4%	13.2%	11.6%	2.1%	1.9%	1.6%	2.5%
15	新潟県	2.1%	1.9%	3.1%	3.0%	1.4%	1.6%	2.7%	4.3%	3.5%	3.7%	2.8%	2.8%
16	富山県	0.2%	0.2%	0.6%	0.7%			0.8%	1.4%	0.2%	0.7%	0.1%	0.1%
17	石川県	0.3%	1.0%	0.9%	0.5%	3.8%	2.6%	2.1%	2.6%	1.5%	0.8%	0.1%	0.1%
18	福井県			0.4%	0.8%					0.1%	0.3%		0.2%
19	山梨県	1.5%	3.0%	1.9%	2.4%	0.7%	1.1%	4.7%	3.4%	1.0%	2.2%	0.9%	0.7%
20	長野県	0.3%	0.5%	1.4%	1.5%	0.4%	1.8%	0.9%	1.2%	0.5%	0.5%	0.5%	0.7%
21	岐阜県	0.3%	0.5%	1.3%	1.3%	1.8%	0.5%	0.7%	1.1%	0.5%	0.5%	0.3%	0.5%
22	静岡県	0.5%	0.9%	1.6%	1.7%	0.8%	2.2%	1.0%	2.6%	0.7%	0.8%	1.7%	0.8%
23	愛知県	0.4%	0.5%	1.4%	1.3%	0.3%	0.2%	1.2%	1.8%	0.4%	0.5%	0.4%	0.6%
24	三重県	2.1%	3.0%	2.6%	3.3%	1.2%	2.6%	2.4%	2.1%	2.6%	3.2%	0.6%	1.3%
25	滋賀県	0.9%	0.6%	1.1%	1.1%	3.2%		2.2%	1.7%	0.6%	0.3%	0.4%	0.3%
26	京都府	2.4%	2.7%	1.4%	2.6%	1.0%	1.2%	2.0%	0.6%	1.7%	1.5%	0.3%	0.6%
27	大阪府	10.1%	8.2%	4.7%	4.7%	7.5%	8.6%	5.6%	7.4%	5.1%	5.8%	1.2%	1.5%
28	兵庫県	5.7%	6.2%	4.2%	5.1%	3.4%	3.5%	4.2%	5.9%	3.6%	3.8%	1.1%	1.5%
29	奈良県	12.7%	12.5%	7.9%	8.4%	4.9%	4.2%	6.2%	5.8%	5.9%	6.9%	2.1%	3.1%
30	和歌山県	2.1%	1.7%	1.0%	1.1%	2.4%	0.9%	2.3%	0.9%	1.5%	1.1%	0.3%	0.4%
31	鳥取県	0.5%	0.7%	1.1%	1.3%		2.8%			0.3%	0.4%	0.3%	1.1%
32	島根県		0.3%	1.3%	1.3%		3.3%			0.2%	0.3%	0.2%	0.2%
33	岡山県	1.9%	1.9%	1.1%	1.3%	1.4%	1.0%	1.0%	1.0%	1.4%	2.2%	0.3%	0.4%
34	広島県	1.3%	2.3%	3.8%	3.3%	0.9%	1.3%	3.7%	1.7%	1.0%	2.1%	1.1%	1.7%
35	山口県	0.8%	1.1%	1.4%	1.7%	1.2%	0.5%	1.1%	1.6%	0.7%	1.2%	0.5%	0.8%
36	徳島県	1.1%	3.3%	0.7%	1.1%					1.3%	2.5%		0.3%
37	香川県	0.5%	1.4%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	1.4%		1.3%	1.9%	0.3%	0.3%
38	愛媛県	0.4%	0.8%	0.7%	1.0%	0.5%	0.6%	1.6%	0.6%	0.8%	1.0%	0.2%	0.6%
39	高知県	0.4%	0.9%	0.8%	1.2%	1.1%				0.6%	1.1%	0.2%	0.1%
40	福岡県	0.6%	0.7%	0.9%	1.0%	3.0%	1.4%	1.2%	2.3%	0.7%	0.8%	0.3%	0.3%
41	佐賀県	2.8%	2.5%	1.6%	1.8%	1.9%	2.3%	1.9%	1.1%	3.9%	3.3%	0.7%	0.3%
42	長崎県	1.0%	1.0%	2.1%	2.0%	1.9%	0.6%	1.1%	2.3%	2.0%	1.7%	0.8%	0.7%
43	熊本県	0.4%	0.7%	1.8%	1.2%			1.3%		0.4%	0.7%	0.1%	0.4%
44	大分県	0.7%	1.1%	1.7%	2.1%	0.6%	2.2%	2.0%	2.9%	0.5%	2.1%	0.3%	0.5%
45	宮崎県	1.9%	2.8%	2.3%	3.0%	1.6%	2.8%	3.8%	1.6%	2.2%	2.3%	0.4%	1.0%
46	鹿児島県	1.6%	1.8%	1.6%	1.2%	1.7%	2.4%	1.7%	1.8%	2.7%	2.1%	0.7%	0.7%
47	沖縄県	0.2%	0.0%	1.1%	0.8%	0.3%		1.8%	1.1%			0.2%	0.5%
	全国割合	3.9%	3.6%	4.0%	4.1%	4.8%	4.6%	5.7%	6.3%	2.7%	2.8%	1.5%	1.8%

※網掛け部分は、全国平均を上回るもの。

照会回数が最大の事案の状況（平成20年）

○重症以上傷病者搬送事案

都道府 県名	消防本部名	受入照 会回数	現場滞 在時間 (分)	受入に至らなかった理由とその件数							傷病種別等					受入 医療機 関区分
				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	年齢	性別	傷病種 別	発生場 所	時間帯	
東京都	東京消防庁	49	178	17	2	13	2			14	40歳代	男性	消化器系	住居内	16～18時	2次

○覚知：17時台 ○年齢：40歳代 ○性別：男性
 ○事故概要：吐血、下血ありで救急要請
 ○既往症：肝硬変、食道静脈瘤
 ○傷病名：食道静脈瘤破裂
 ○その他：内視鏡検査等で処置困難（検査不能）が多い。

○産科・周産期傷病者搬送事案

				受入に至らなかった理由とその件数							傷病種別等						受入 医療機 関区分
都道府 県名	消防本部名	受入照 会回数	現場滞 在時間 (分)	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	年齢	性別	傷病種 別	発生場 所	時間帯	傷病 程度	
東京都	東京消防庁	26	133		1	21				3	30歳代	女性	その他	住居内	20～22時	中等症	総合周 産期

○覚知：20時台 ○年齢：30歳代 ○性別：女性
○事故概要：妊娠30週の切迫早産。
○かかりつけ：助産院あり
○その他：処置困難が多い。

○小児傷病者搬送事案

都道府 県名	消防本部名	受入照 会回数	現場滞 在時間 (分)	受入に至らなかった理由とその件数							傷病種別等						受入 医療機 関区分
				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	年齢	性別	傷病種 別	発生場 所	時間帯	傷病 程度	
東京都	東京消防庁	30	71	6	1	13	2	3		4	10歳代	男性	その他	その他	10～12時	軽症 その他	2次

○覚知：11時台 ○年齢：10歳代 ○性別：男性
○事故概要：球技の試合中に転倒、左前腕を受傷したもの。
○傷病名：左前腕骨折
○その他：選定は整形のみ。

○救命救急センター等搬送事案①

				受入に至らなかった理由とその件数							傷病種別等					
都道府 県名	消防本部名	受入照 会回数	現場滞 在時間 (分)	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	年齢	性別	傷病種 別	発生場 所	時間帯	傷病 程度
大阪府	大阪市消防局	41	169	11	7	13	3		2	4	30歳代	女性	その他	住居内	16～18時	中等症

○覚知：17時台

○年齢：30歳代

○性別：女性

○事故概要及び傷病者の状況：寝たままで呼び掛けに応えないため、救急要請したもの。

○かかりつけの有無：有

○既往症：精神疾患

○診断名：薬物中毒

○救命救急センター等搬送事案②

都道府 県名	消防本部名	受入照 会回数	現場滞 在時間 (分)	受入に至らなかった理由とその件数							傷病種別等					
				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	年齢	性別	傷病種 別	発生場 所	時間帯	傷病 程度
東京都	東京消防庁	41	107	2	18	12				8	60歳代	男性	その他	その他	4～6時	重症以上

○覚知：4時台 ○年齢：60歳代 ○性別：男性
○事故概要：早朝、地下街にて突然うなりだしたもの。
○傷病名：低血糖発作
○その他：アルコール臭あり。

現場滞在時間が最長の事案の状況（平成20年）

○重症以上傷病者搬送事案

都道府県名	消防本部名	受入照会回数	現場滞在時間（分）	受入に至らなかった理由とその件数							傷病種類等					受入医療機関区分
				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	年齢	性別	傷病種別	発生場所	時間帯	
千葉県	野田市消防本部	15	204	2	2					10	30歳代	男性	交通外傷	その他	22～24時	3次

○覚知：22時台 ○年齢：30歳代 ○性別：男性
 ○事故概要：歩行者と車の事故、傷病者は外傷あり、興奮状態であった。
 ○かかりつけ：有り
 ○既往症：外傷性くも膜下出血
 ○診断名：左大腿骨骨折
 ○その他：自己都合による退院が複数あり、市内医療機関での受入が難しい。

○産科・周産期傷病者搬送事案

都道府 県名	消防本部名	受入照 会回数	現場滞 在時間 (分)	受入に至らなかった理由とその件数							傷病種類等						受入 医療機 関区分
				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	年齢	性別	傷病種 別	発生場 所	時間帯	傷病 程度	
東京都	東京消防庁	25	134		3	14				7	20歳代	女性	その他	住居内	22～24 時	中等症	総合周 産期
○覚知：23時台　○年齢：20歳代　○性別：女性 ○事故概要：3日前から下腹部痛が間欠的に続いている。 ○かかりつけ：有り(都外) ○診断名：33週切迫早産																	

○小児傷病者搬送事案

都道府 県名	消防本部名	受入照 会回数	現場滞 在時間 (分)	受入に至らなかった理由とその件数							傷病種類等						受入 医療機 関区分
				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	年齢	性別	傷病種 別	発生場 所	時間帯	傷病 程度	
埼玉県	春日部市 消防本部	18	101				17				10歳 未満	男性	交通外 傷	その他	16～18 時	中等症	2次
○覚知：16時台 ○年齢：10歳未満 ○性別：男性 ○事故概要：歩行者と車による事故で、歩行者が負傷 ○その他：足部骨折と頭部打撲により、双方の専門治療(整形外科と脳神経外科)が必要であった。																	

○救命救急センター等搬送事案

都道府県名	消防本部名	受入照会回数	現場滞在時間(分)	受入に至らなかった理由とその件数							傷病種類等					
				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	年齢	性別	傷病種別	発生場所	時間帯	傷病程度
大阪府	大阪市消防局	31	222							30	60歳代	女性	呼吸器系	住居内	12～14時	中等症

○覚知：13時台 ○年齢：60歳代 ○性別：女性
○事故概要：透析治療中と肺結核疑いがあり、当日、自己都合により退院。自宅にて、呼吸苦のため救急要請した。
○既往症：腎不全、循環器系疾患
○診断名：胸膜炎

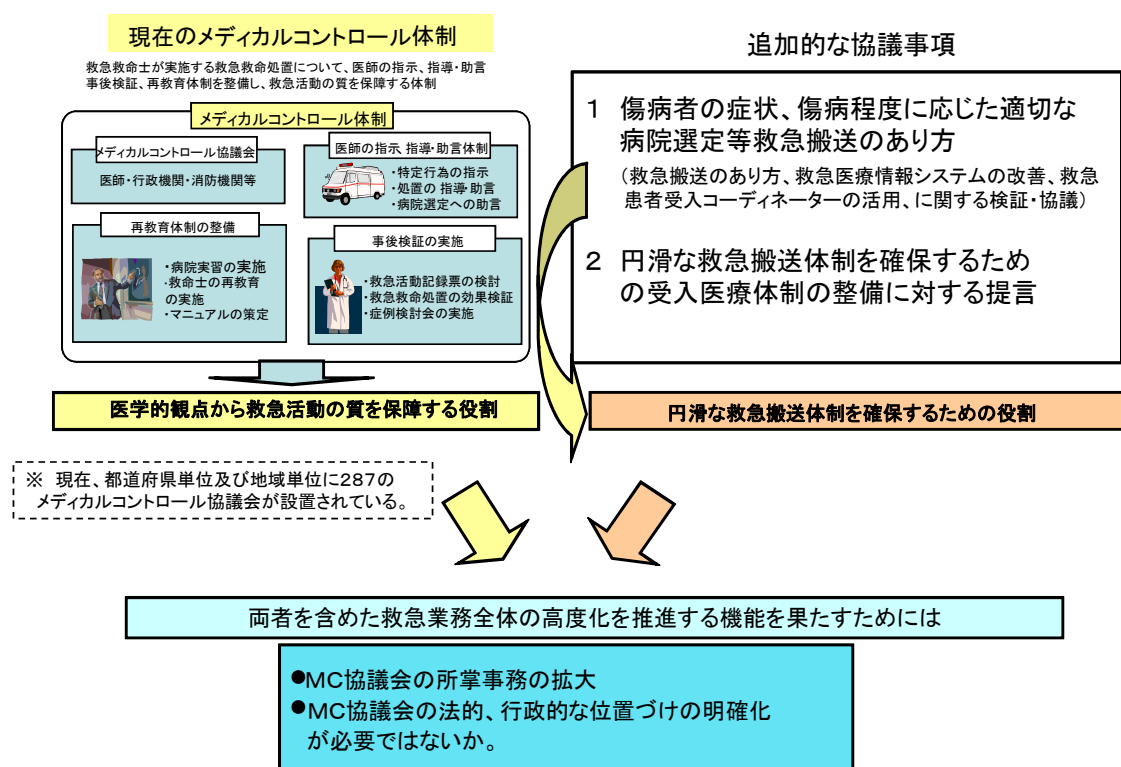
メディカルコントロール作業部会 報告書（案）

I はじめに

平成19年度の救急業務高度化推進検討会では、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会からの報告において、メディカルコントロール協議会の活用が提言されたこと、また、メディカルコントロール作業部会においても、再教育プログラムを検討する過程において、メディカルコントロール協議会の果たすべき役割、その法的位置付けなどについて議論が行われたことを受け、「メディカルコントロール協議会のあり方」は、今後検討すべき課題であると結論づけられた。

特に、メディカルコントロール協議会は、これまで「救急救命士を含む救急隊員により実施される救急救命処置の医学的な観点からの質の保障」を主な役割として活動してきたところであるが、地域における円滑な救急搬送・受入医療体制を確保するための検証・協議等を行う場としての役割も期待されるところであり、検討・整理すべき課題であるとされた。

参考：メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大、位置付けの強化

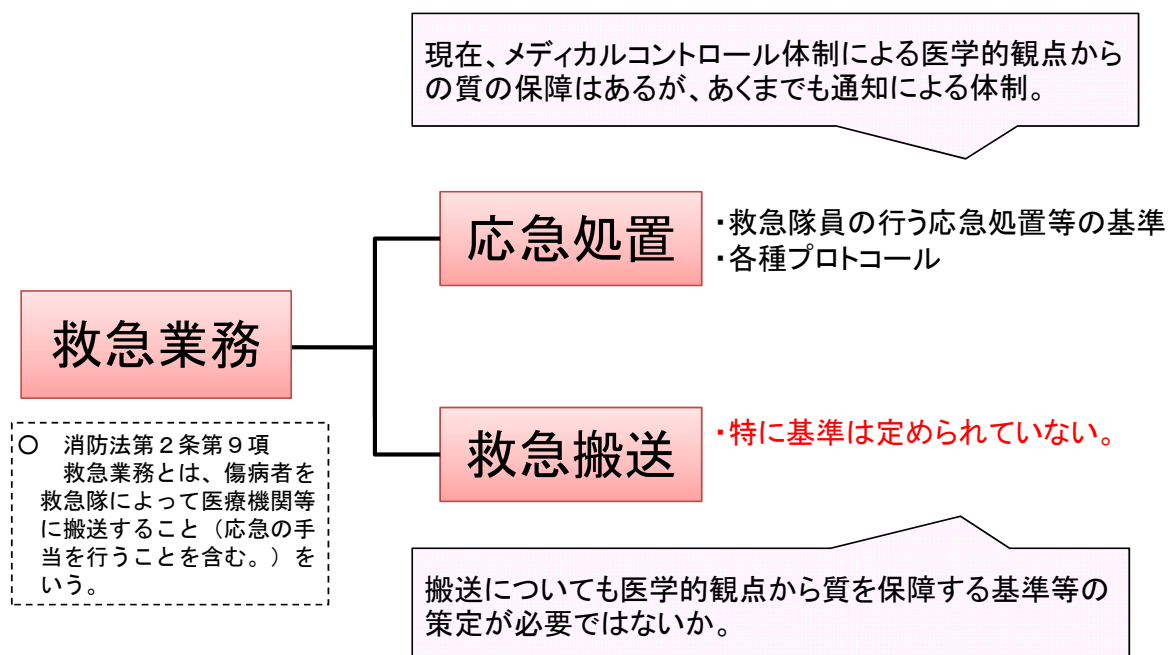


(参考)平成19年度救急業務高度化推進検討会資料

Ⅱ 救急業務について

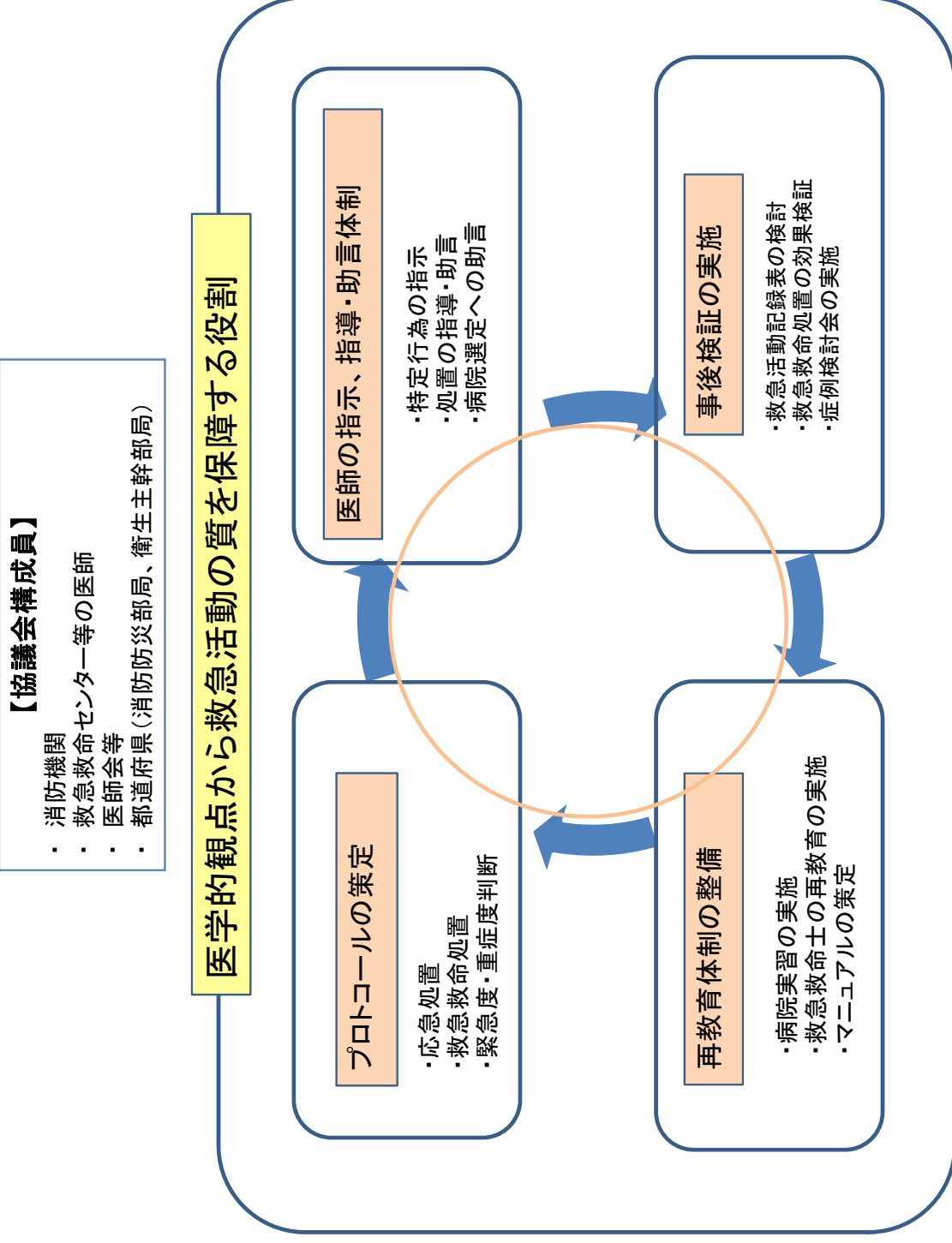
救急業務については、消防法（昭和23年法律第186号）第2条第9項により、傷病者を救急隊によって医療機関等に搬送することであり、応急の手当を行うことを含むものであると規定されている。すなわち、救急業務については、大きく応急処置と救急搬送とに分けることができる。

救急業務実施の基準に関する現状と課題



このうち応急処置については、救急隊員の行う応急処置等の基準（昭和53年7月1日付け消防庁告示第2号）が示されており、一定の基準の下で実施されている。また、加えて、メディカルコントロール協議会による、各種プロトコールの策定、医師の指示、指導・助言体制の確保、事後検証の実施、再教育体制の整備といった体制が構築されており、応急処置については、メディカルコントロール体制の中で、医学的観点から質が保障される体制が構築されてきた。

メディカルコントロール体制の概要



一方、救急搬送については、その基準等の策定については、制度的に求められていないことから、地域によって対応に差があるのが現状である。しかしながら近年、医療の進歩とともに、傷病の発生初期に実施すると効果的な医療技術が発達しているところであり、救急搬送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円滑に実施することが、傷病者の救命率の向上及び予後の改善等、医学的観点から極めて重要な課題となっている。

例えば、平成17年に我が国でも使用が認められたtPA静注療法については、急性期での対応が望ましく、日本臨床救急医学会監修のPSLS（Prehospital Stroke Life Support）コースブックでは、発症から医療機関到着までに許されている時間は2時間であり、救急車要請（119番通報）から病院到着までの目標時間について1時間と設定されている。

今後、地域の医療資源等の実情に応じて、搬送に関しても、医学的観点から質を保障する体制の整備が必要である。

○ PSLSコースガイドブック

（監修：日本臨床救急医学会）

PSLS(Prehospital Stroke Life Support)の概念

・病院前救護においては「脳卒中の可能性の徴候」を現場で迅速に行い、適切な治療が行える医療機関へ迅速に搬送することが必要。



・ゴールデン・タイム(3時間)

脳梗塞が発症した場合、3時間以内に血栓溶解薬t-PAを静注することによって、良好な予後が期待できることが確認されている。したがって、発症から3時間がゴールデン・タイムとなる。一方、医療機関到着後、t-PAの静注開始までの時間は最低1時間を要する。すなわち、発症から医療機関到着までに許された時間は2時間である。

・プラチナ・タイム(10分)

救急車要請(119番通報)から病院到着までの目標時間を1時間とすると、観察に与えられた時間はわずか10分である。すなわち、初期評価を10分以内に完了するように日頃からトレーニングをしておく必要がある。

Ⅲ メディカルコントロール協議会の現状について

その体制が強化・拡充されてきたメディカルコントロール協議会であるが、今回、各地域における事後検証の取組みについて、調査した結果、その取組みには、明らかな地域差が認められた。救急搬送を含めた消防機関と医療機関の協議の場としてメディカルコントロール協議会を機能させていくためには、協議会を法的に位置づける等、何らかの体制の強化が望ましいと考えられる。

メディカルコントロール協議会における事後検証の状況

都道府県	都道府県MC		地域MC		全心肺停止 症例数
	事後検証数	うち心肺停止 症例数	事後検証数	うち心肺停止 症例数	
北海道	5	4	106	88	4,724
青森県	0	0	1,399	1,376	1,537
岩手県	0	0	814	799	1,534
宮城県	0	0	1,990	1,613	2,375
秋田県	0	0	1,400	1,370	1,819
山形県	50	50	209	173	1,360
福島県	0	0	394	394	2,072
茨城県	0	0	2,593	2,175	3,628
栃木県	82	82	862	768	1,896
群馬県	0	0	4,880	1,312	1,801
埼玉県	0	0	70,611	2,615	5,287
千葉県	0	0	4,526	3,042	4,626
東京都※	7,238	3,836	—	—	11,716
神奈川県	0	0	90,644	6,212	7,254
新潟県	3	3	49	40	2,610
富山県	0	0	723	549	904
石川県※	1,157	858	—	—	858
福井県	6	6	10	9	656
山梨県※	1,508	995	—	—	769
長野県	0	0	1,539	1,522	2,220
岐阜県	0	0	568	166	574
静岡県	0	0	2,339	2,336	4,591
愛知県	0	0	6,026	5,979	5,982
三重県	0	0	837	523	1,474

※印は地域MCを組織しない都道府県
※平成19年のデータ

都道府県	都道府県MC		地域MC		全心肺停止 症例数
	事後検証数	うち心肺停止 症例数	事後検証数	うち心肺停止 症例数	
滋賀県	0	0	1,312	1,066	1,111
京都府	0	0	1,903	2,175	2,176
大阪府	調査中				
兵庫県	0	0	3,277	2,984	4,160
奈良県※	814	814	—	—	1,065
和歌山県※	1,100	829	—	—	1,068
鳥取県	0	0	678	382	586
島根県	0	0	1,569	701	958
岡山県	0	0	1,342	1,332	1,575
広島県	0	0	3,285	2,165	2,433
山口県	0	0	0	0	調査中
徳島県※	3,912	599	—	—	599
香川県※	4,852	848	—	—	848
愛媛県	3	2	1,189	1,135	1,492
高知県※	721	719	—	—	731
福岡県	0	0	9,957	3,538	3,927
佐賀県	451	215	439	210	703
長崎県	0	0	1,180	993	1,192
熊本県	7	3	867	742	2,023
大分県	0	0	44	44	900
宮崎県	0	0	618	560	1,011
鹿児島県	0	0	68	62	1,826
沖縄県	0	0	235	205	1,241
合 計	21,909	9,863	220,482	51,355	103,892

IV メディカルコントロール体制強化のための検討課題等について

メディカルコントロール作業部会においては、上記の課題について検討を行い、さらに検討を深めるべき事項として下記のとおり救急業務高度化検討会（親会）に報告した。

メディカルコントロール作業部会での検討概要

1 救急業務に関する基準等の策定

- ・ 応急処置については、メディカルコントロール体制によって医学的観点から質が保障されているが、重症度や傷病内容に応じたより適切な救急搬送を行うため、救急搬送についても、基準等を策定することが必要ではないか。

2 基準等の策定主体と役割

- ・ 基準等については、国レベルで最低基準を定め、都道府県レベルでは最低基準を遵守しながら、地域の医療資源等を勘案して地域に適用される基準等を策定することとしてはどうか。
- ・ 市町村レベルでの基準等の策定については、都道府県単位や二次医療圏単位で基準等を策定することが望ましいとする意見と、市町村の地域事情を考慮して柔軟に対応できるようにすることが望ましいとする意見があった。
- ・ 地域の独自性を認める場合にも、許容される範囲を明示する必要があるのではないか。

3 救急業務協議会（メディカルコントロール協議会）の役割

- ・ 救急業務に関する基準等の策定について、諮問機関として意見を述べることとしてはどうか。
- ・ 実際に行われた応急処置・救急搬送について事後検証を行い、その結果を公表することとしてはどうか。
- ・ 救急搬送・受入医療体制に関する問題点について検討を行い、改善策の提案等を行ってはどうか。

メディカルコントロール作業部会における構成員・検討経緯

(1) 作業部会の構成員

赤 松 俊 彦	(金沢大学大学院人間社会環境研究科教授)
熊 田 清 文	(愛知県防災局消防保安課長)
鈴 川 正 之	(自治医科大学教授)
関 政 彦	(東京消防庁参事兼救急管理課長)
高 橋 信 行	(國學院大学法学部准教授)
鶴 巻 良 男	(新潟市消防局救急課長)
橋 本 雄太郎	(杏林大学総合政策学部教授)
平 山 宏 史	(岐阜県健康福祉部医療整備課長)
森 野 一 真	(山形県立救命救急センター診療部長)
八 木 啓 一	(鳥取大学医学部救急災害医学教授)
○横 田 順一朗	(市立堺病院副院長)

オブザーバー

中 野 公 介	(厚生労働省医政局指導課)	平成21年1月1日より就任
田 邊 晴 山	(厚生労働省医政局指導課)	平成20年5月1日より 平成21年1月1日まで就任

(五十音順・敬称略 ○は作業部会座長)

(2) 検討経緯

■第1回検討事項

平成19年度検討結果について

平成20年度検討項目について

- ①メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大について
- ②メディカルコントロール協議会の法的、行政的な位置付けのあり方について

- ・日 時 平成20年 8月 6日（水）10：00～12：00
- ・場 所 総務省1001会議室（中央合同庁舎2号館10階）

■第2回検討事項

救急業務における協議会のあり方について

- ・日 時 平成20年 9月12日（金）10：00～12：00
- ・場 所 三番町共用会議所 A・B会議室

■第3回検討事項

救急業務高度化推進検討会における検討について

消防審議会答申について

救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果について

- ・日 時 平成21年 2月23日（月） 10：00～12：00
- ・場 所 三田共用会議所 第3特別会議室
（消防機関と医療機関の連携に関する作業部会との合同作業部会）

消防機関と医療機関の連携に関する 作業部会報告書（案）

消防機関と医療機関の連携に関する作業部会報告書

I はじめに

救急搬送において受入医療機関の選定困難事案が社会問題化している状況を踏まえ、総務省消防庁では、平成１９年度から救急業務高度化推進検討会に「消防機関と医療機関の連携に関する作業部会」を設置し、円滑な救急搬送・受入医療体制の構築に向けた検討を進めてきたところである。

平成１９年度においては、消防機関と医療機関の連携という技術的側面に重点を置き検討を進め、早急に講じるべき対策として、現行システム等を前提に改善すべき方策とともに、中長期的な観点から救急医療体制の整備等の課題について提言を示した。

平成２０年度においては、各地域における救急搬送・受入体制の状況を詳細かつ正確に把握するとともに、救急医療体制の充実・強化を図るため、下記の事項について検討を重ねた。

- １ 救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査について
- ２ 救急医療機関の運営に対する支援のあり方について

II 救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査について

昨年、本作業部会の検討と並行し、全国の消防本部を対象に「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」を行った。しかし、医療機関における受入れに至らなかった理由等において、例えば「ベッド満床」を理由とした場合、「救急専用ベッド」なのか、「集中治療室」なのか等、詳細な状況を把握することが困難であった。

そこで、東京消防庁、東京都医師会、東京都福祉保健局と共同で詳細調査を実施した。

１ 調査実施期間

平成２０年１２月１６日（火）８時３０分から

平成２０年１２月２２日（月）８時２９分まで

２ 調査対象事案

期間中に東京消防庁管内で救急搬送した全事案（転院搬送除く）

３ 調査項目

- (1) 事故種別

- (2) 覚知時間
- (3) 現場到着時間
- (4) 現場出発時間
- (5) 医師引継時間
- (6) 受入照会回数
- (7) 受入医療機関決定までに受入れに至らなかった理由とその件数
- (8) 傷病種別等

4 調査の特徴等

受入れの状況を詳細に把握するため、「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」に、以下の項目等について変更を加えた。

- (1) 受入医療機関決定までに受入れに至らなかった理由
 - ① 「ベッド満床」を「救急専用ベッド」、「集中治療室」、「一般病床」、「その他」に細分化
 - ② 「処置困難」を「設備・資器材不足」、「手術スタッフ不足」、「高次医療機関での対応」、「その他」に細分化
 - ③ 新たな項目として、「応答なし」、「他の医療機関に受入れが決まったもの」、「傷病者・家族が断ったもの」を追加
- (2) 傷病者背景について
 - ① 救急搬送される傷病者の背景が受入れに影響があるかどうかを把握するため、②の項目について、救急隊が活動の中で把握し医療機関に伝達した件数、救急隊からの情報に対し医療機関が受入困難理由として明確に回答した件数を集計した。
 - ② 「結核」、「感染症（結核除く）」、「精神疾患」、「急性アルコール中毒」、「薬物中毒」「産科・周産期：定期的受診」、「産科・周産期：ほとんど未受診」、「産科・周産期：全く未受診」、「透析」、「認知症」、「要介護者」、「過去に問題のあった傷病者」、「C P A」、「吐血」、「開放性骨折」、「複数科目」について集計した。
- (3) コード表の活用について

救急隊と医療機関双方において、受入医療機関決定までに受入れに至らなかった理由、傷病者背景について、共通のコード表を活用し、共通の認識のもとに実施した。

5 調査結果概要等

- (1) 回答事案数
9, 4 1 4 事案

(2) 調査結果概要

① 全 体

- ・ 受入医療機関が決定するまでに行った照会回数が4回以上のものは779件(8.3%)、6回以上のものは291件(3.1%)、11回以上のものは60件(0.6%)であり、3回までに91.7%が決定していた。
- ・ 現場滞在時間が30分未満のものは8,263件(87.7%)、30分以上ものは1,151件(12.3%)、60分以上のものは107件(1.1%)であった。
- ・ 受入医療機関決定までに受入れに至らなかった主な理由をみると「手術中・患者対応中」(31.5%)、「処置困難」(18.8%)、「ベッド満床」(18.0%)となっていた。

② 重症以上傷病者搬送事案

- ・ 初診時程度重症以上であった737事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、4回以上のものは51件(6.9%)、6回以上のものは17件(2.3%)、11回以上のものは2件(0.3%)であった。
- ・ 受入医療機関決定までに受入れに至らなかった理由409件を傷病区分でみると、循環器系が102件(24.9%)と最も多かった。

③ 産科・周産期傷病者搬送事案

- ・ 産科・周産期傷病者30事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、4回以上のものは5件(16.7%)、6回以上のものは4件(13.3%)、11回以上のものは2件(6.7%)であった。
- ・ 受入医療機関決定までに受入れに至らなかった理由をみると、ベッド満床のうち集中治療室等(ICU、NICU等)を理由にしたものが5件あった。
- ・ 今回の調査における産科・周産期については、事案数が少ないためデータの取扱いには注意が必要である。

④ 小児傷病者搬送事案

- ・ 小児傷病者680事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、4回以上のものは24件(3.5%)、6回以上のものは8件(1.2%)、11回以上の事案はなかった。
- ・ 現場滞在時間をみると、15分未満が432件(63.5%)、15分以上30分未満が230件(33.8%)と円滑な搬送であった。
- ・ 受入医療機関決定までに受入れに至らなかった理由278件を傷

病区分でみると、創傷・打撲等が１１６件（４１．７％）と最も多かった。

⑤ 救命救急センター等搬送事案

- ・ 救命救急センターへ搬送された４８５事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、４回以上のものは３１件（６．４％）、６回以上のものは１２件（２．５％）、１１回以上のものは３件（０．６％）であった。
- ・ 救命救急センター４８５事案を程度別にみると、軽症が２４件（４．９％）、中等症１２０件（２４．７％）が含まれていた。
- ・ 受入医療機関決定までに受入れに至らなかった理由２８２件を傷病区分でみると、中毒が４４件（１５．６％）と多かった。

⑥ ６５歳以上傷病者搬送事案

- ・ 傷病者が６５歳以上の事案は３，８９４件であり、全事案の４１．４％を占めていた。
- ・ ３，８９４事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、４回以上のものは２７５件（７．１％）、６回以上のものは９８件（２．５％）、１１回以上のものは２１件（０．５％）であった。
- ・ 受入医療機関決定までに受入れに至らなかった理由２，３１６件を傷病区分でみると、創傷・打撲等が４２４件（１８．３％）と最も多かった。
- ・ ６５歳以上かつ発生場所が老人ホーム等の事案をみると、年代が高くなるにつれ、受入が困難になる傾向がみられた。

⑦ 傷病者背景ありの事案

- ・ 傷病者背景について、救急隊が把握し医療機関へ伝達したものは５６６事案であった。
- ・ ひとりの傷病者において、複数の傷病者背景が把握されたものもあり、合計すると６４７件で、「精神疾患」１５５件（２４．０％）、「急性アルコール中毒」１５２件（２３．５％）、「複数科目」６９件（１０．７％）、「認知症」６５件（１０．０％）、「要介護」６１件（９．４％）となっていた。
- ・ 受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、４回以上のものは１８４件（３２．５％）、６回以上のものは１００件（１７．７％）、１１回以上のものは２９件（５．１％）となっており、全体平均を大きく上回っていた。
- ・ 現場滞在時間をみると、３０分以上が３９．７％、６０分以上が８．２％となっており、全体平均を大きく上回っていた。

- ・ 救急隊が伝達した傷病者背景を受入困難理由として明確に回答したものは４５７件で、「急性アルコール中毒」１３５件、「精神疾患」１２０件、「複数科目」６４件などとなっていた。

⑧ 受入照会回数１１回以上の事案

- ・ 受入照会回数が１１回以上であった事案は６０件で、そのうち２８件（４６．７％）に何らかの傷病者背景があった。
- ・ 傷病者背景のある事案では、処置困難（その他）、その他の理由により受入れに至らない場合が多かった。
- ・ 現場滞在時間をみると、全ての事案が３０分以上を要し、６０分以上９０分未満が３２件、９０分以上１２０分未満が７件、１２０分以上も２件あった。

(2) 平成１９年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査との比較

- ① 平成１９年全国調査における東京消防庁分と比較すると、医療機関に受入れの照会を行った回数でみると、４回以上、６回以上、１１回以上の割合が、「重症以上」、「小児」、「救命救急センター」においては減少したが、「産科・周産期」においては、４回以上、６回以上、１１回以上すべての割合が増加していた。
- ② 現場滞在時間について比較すると、３０分以上、６０分以上の割合が「重症以上」、「小児」、「救命救急センター」においては減少しているが、「産科・周産期」については、３０分以上、６０分以上の割合が増加している。
- ③ 受入医療機関決定までに受入れに至らなかった理由をみると、「処置困難」が減少していた。特に、「産科・周産期」においては減少が顕著（３８．４％→１７．９％）であったが、反面、「ベッド満床」が大幅に増加していた（１６．６％→３３．９％）。

※ 詳細な調査結果については、別添１参照

6 考 察

- (1) 「ベッド満床」、「処置困難」を細分化したことで、平成１９年の全国調査に比べ、受入医療機関 決定までに受入れに至らなかった理由が明らかになったと思われた。
- (2) 平成１９年の全国調査に比べ、医療機関に受入れの照会を行った回数における４回以上、６回以上の件数の割合、現場滞在時間区分ごとの件

数における３０分以上、６０分以上の割合が共に減少していた。

- (3) 傷病者背景がある事案においては、受入照会回数、現場滞在時間ともに全体平均を上回っており、選定困難事案となりやすいと思われた。特に、「精神疾患」、「急性アルコール中毒」、「結核」、「過去に問題のある傷病者」、「全く未受診の妊婦」において、選定が困難な傾向となった。
- (4) 産科・周産期事案については、１週間程度の調査期間では事案数に限りがあり、正確な傾向を把握するには、調査期間を延長する必要があるのではないかと。
- (5) 受入照会回数が多数におよぶほど、処置困難（その他）を理由に受入れに至らない場合が多いと考えられた。

以上の結果から、今回実施した救急搬送に関する詳細な調査は、地域における救急搬送・受入体制の状況をより詳細かつ正確に把握できるものと思われる、救急搬送・受入医療体制の改善策の検討を行うため、他地域においても実施することが有効であると思われる。

Ⅲ 救急医療機関の運営に対する支援のあり方について

平成１９年度の当作業部会中間報告において、円滑な救急搬送・受入医療体制の確保という問題の根本的な解決のためには、救急医療体制の充実・強化、救急医療に携わる医師の勤務条件等の改善について今後の検討課題とするとされ、平成２０年度において救急医療機関の財政支援のあり方について検討を行った。

現在、救急医療機関に対しては交付税や国庫補助等の財政措置がされているところであり、救命救急センターに対しては病床数に応じた措置がなされ、救急告示病院には、当該病院の施設・体制の状況に応じランクを分けて財政措置がなされている。

国庫補助については、救命救急センター、病院群輪番制当病院、在宅当番医制について措置されていたところであるが、平成１６年度より平成１８年度までの間に国庫補助金の一般財源化が進んでいる。

総務省消防庁では、平成１６年から始まる救急医療機関に対する国庫補助の一般財源化により、地方公共団体における一般財源からの救急医療機関に対する財政支援がどの程度増加したかについて、地方公共団体への救急医療対策関係の財政支援のあり方を検討するために調査を実施した。

１ 調査対象

都道府県、市町村

2 調査対象年度

平成17年度から平成19年度

3 調査項目

- (1) 開設者が当該地方公共団体である病院・診療所に対する救急医療に係る繰出金
- (2) 開設者が当該地方公共団体以外の病院・診療所に対する救急医療に係る補助金・負担金
- (1)(2)それぞれについて、措置額を救急告示の有無、医療計画上の位置づけ別に計上。

調査の結果の概要は以下の通りであった。

- ・ 地方公共団体の救急医療機関への支出額は、3カ年で約37億円増加
- ・ 市町村による救急医療機関への支出額は増加傾向（約41億円増）
- ・ 都道府県による救急医療機関への支出額は微減（約4億円の微減）
- ・ 公立病院に対する一般会計からの繰出金額は増加傾向（約43億円増）
- ・ 民間病院に対する補助金額は微減（約6億円減）

※詳細な調査結果については、別添2参照

都道府県の救急医療機関に対する財政措置状況は、3カ年で繰出金が増加傾向にある一方で、補助金は減少傾向にあった。

市町村については、繰出金・補助金額ともにほぼ横ばい傾向にあった。

国庫補助金の一般財源化により都道府県が、自らが開設している公立病院以外の病院（市立病院や他の地方公共団体立病院）への補助額を減少させている中、市町村においては繰出金・補助金ともに繰出・補助を維持していると分析することができる。

本作業部会においては、調査を受けて、医師の勤務条件に対する正当な対価（診療報酬や夜間勤務手当等）の検討、未収金に対する補助及び救急医療に関する救急自動車の受入れ状況等を財政措置額の考慮の材料として用いるべきではないかという議論があった。受入れ状況等については、受入の件数だけを考慮するのではなく、受け入れている患者の病状等質的な面についても考慮し、総合的に判断すべきではないかとの意見も見られたところである。

今後の課題としては、救急医療機関における救急自動車による救急搬送の

受入れ状況に応じた措置等、医療機関の実績に応じた財政措置のあり方について検討を行う必要があると考える。

IV 円滑な救急搬送・受入医療体制の構築に向けて

本作業部会においては、消防と医療の連携を推進するため、「救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査」を実施するとともに、「救急医療機関の運営に対する支援のあり方」について検討を行い、結果をとりまとめたところである。

消防庁としては、平成21年度において「消防と医療の協議システムの構築推進」事業として、今回試験的に実施した詳細調査と同様の調査を全国10ヶ所程度で実施し、検証結果に基づく改善策等についての協議を推進することとしている。

消防機関と医療機関の連携に関する作業部会

(1) 作業部会の構成員

相 澤 孝 夫	(相澤病院院長)
浅 見 正	(姫路市消防局消防課主幹)
○有 賀 徹	(昭和大学医学部教授救急医学講座主任)
石 友 康 雄	(広島県危機管理監消防保安課長)
伊 藤 博 人	(東京消防庁救急部救急医務課長)
伊 藤 裕 康	(大阪府健康福祉部保健医療室医療対策課副理事兼医療対策課長)
海 野 信 也	(北里大学医学部産婦人科学教授)
岡 村 智 教	(国立循環器病センター予防検診部部長)
安 田 和 弘	(巣鴨病院院長)
渡 邊 重 雄	(福島市消防本部消防救急センター所長)

オブザーバー

中 野 公 介	(厚生労働省医政局指導課)	平成21年1月1日より就任
田 邊 晴 山	(厚生労働省医政局指導課)	平成20年5月1日より 平成21年1月1日まで就任

(五十音順・敬称略 ○は作業部会座長)

(2) 検討経緯

■第1回検討事項

平成19年度検討概要について

平成20年度検討項目について

- ・ 日 時 平成20年 7月25日(金) 13:30～15:30
- ・ 場 所 三田共用会議所 第2特別会議室

■第2回検討事項

救急搬送・受入医療体制の充実・強化に向けた

実態把握のための詳細調査の実施について

・日 時 平成20年 9月 4日（木） 10：00～12：00

・場 所 三番町共用会議所 A・B会議室

■第3回検討事項

救急医療機関に対する支援のあり方について

・日 時 平成20年10月 6日（月） 14：00～16：00

・場 所 三番町共用会議所 大会議室

■第4回検討事項

救急業務高度化推進検討会における検討について

消防審議会答申について

救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果について

・日 時 平成21年 2月23日（月） 10：00～12：00

・場 所 三田共用会議所 第3特別会議室

（メディカルコントロール作業部会との合同作業部会）

救急搬送における医療機関の 受入状況等詳細調査結果

総務省消防庁
消防機関と医療機関の連携に関する作業部会

救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査

1 調査実施期間

平成20年12月16日(火) 8時30分から

平成20年12月22日(月) 8時29分まで

2 調査対象事案

期間中に東京消防庁管内で救急搬送した全事案(転院搬送除く)

3 調査項目

(1) 事故種別

(2) 覚知時間

(3) 現場到着時間

(4) 現場出発時間

(5) 医師引継時間

(6) 受入照会回数

(7) 受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数

(8) 傷病種別等

4 回答事案数

9,414事案

調 査 用 紙

事案番号	覚知日	事故種別	覚知時間	現場到着時間	覚知～現着	現場出発時間	現場滞在時間	医師引継時間	覚知～医師引継時間	受入照回数	受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数															
											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)	応答なし	他の医療機関に受入が決まったもの	傷病者・家族が断ったもの	理由不明その他
												1	2	3	4	1	2	3	4							
												救急専用ベッド	集中治療室等	一般病床	その他	設備・資器材不足	手術スタッフ等不足	高次医療機関での対応	その他							
1					0:00		0:00		0:00																	
2					0:00		0:00		0:00																	

傷病種別等																		
年齢	性別	既往症	初診時傷病名			初診時傷病程度	発生場所	収容先区分	産科・周産期	備 考								
										救急隊から医療機関に伝達した情報			救急隊からの情報に医療機関から受入医困難理由との明確な回答内容					
			傷病名	コード	分類					1	2	3	1		2		3	
													コード	回数	コード	回数	コード	回数
					#N/A													
					#N/A													

コード表

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由

受入に至らない理由	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)	応答なし	他の医療機関に受入が決まったもの	傷病者・家族等が断ったもの	理由不明その他
		救急専用ベッド	集中治療室	一般病床	その他	設備・資器材不足	手術スタッフ等不足	高次医療機関での対応	その他							
コード	A	B-1	B-2	B-3	B-4	C-1	C-2	C-3	C-4	D	E	F	G	H	I	J

傷病者に関する情報

	結核	感染症(結核除く)	精神疾患	急性アルコール中毒	薬物中毒	産科・周産期			透析	認知症	要介護者	過去に問題のあった傷病者	CPA	吐血	開放性骨折	複数科目
						定期的受診	ほとんど未受診	全く未受診								
コード	a	b	c	d	e	f-1	f-2	f-3	g	h	i	j	k	l	m	n

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(全体)

回数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	合計		
件数		6,632	1,409	594	309	179	103	48	36	29	15	15	10	12	4	2	7	3	1	1	1	1				2	1	9,414	
割合		70.4%	15.0%	6.3%	3.3%	1.9%	1.1%	0.5%	0.4%	0.3%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			0.0%	0.0%	100%		
程度別	死亡	64	19	4	2	4						1															94	1.0%	
	重篤	181	32	13	6																						232	2.5%	
	重症	285	62	26	13	9	4	7	1	1	2					1											411	4.4%	
	中等症	1,945	424	202	94	63	40	15	13	15	7	6	5	7	2		4	1	1	1	1	1			1	1	2,849	30.3%	
	軽症	4,157	872	349	194	103	59	26	22	13	6	8	5	5	2	1	3	2							1		5,828	61.9%	
	程度別計	6,632	1,409	594	309	179	103	48	36	29	15	15	10	12	4	2	7	3	1	1	1	1	1			2	1	9,414	
	程度割合	70.4%	15.0%	6.3%	3.3%	1.9%	1.1%	0.5%	0.4%	0.3%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	100%		
疾病区分	消化器系	934	174	91	40	19	16	9	4	8	3	1		1	1	1											1,302	13.8%	
	呼吸器系	456	74	40	17	10	10	2	1	2		1	1	3													617	6.6%	
	循環器系	435	92	37	14	10	2	3		1	2		1														597	6.3%	
	脳血管	426	85	38	22	11	4	5	3	1	1							1									597	6.3%	
	精神・神経系	484	125	53	30	21	23	7	10	2	1	5	1		1		2				1						766	8.1%	
	筋骨格系	174	43	28	6	5	4	3			1	1		3				1								1	270	2.9%	
	感覚器系	96	24	2	4	2	2																				130	1.4%	
	代謝・内分泌系	119	20	8	4	3		1	2				1		1												159	1.7%	
	腎・泌尿器系	130	15	6	2	4	1																				158	1.7%	
	生殖・婦人科系	40	21	3	1	1																					66	0.7%	
	妊娠分娩	16	1	2	1		0	1			1				1					1							24	0.3%	
	新生児	2																									2	0.0%	
	分類不能(内因性)	1,219	226	83	43	27	11	5	4	1	2	3	2	1		1		1									1,629	17.3%	
	開放性骨折	10	6	5	2	2				1	1				1						1						29	0.3%	
	非開放性骨折	242	93	34	19	12	4	1	1	1		2															409	4.3%	
	創傷・打撲等	1,603	353	138	89	40	17	8	8	4	2	1	2	2	2		3	1				1					2,274	24.2%	
	臓器損傷	4	4	1		1	2	1																			13	0.1%	
	脊髄(椎)損傷	60	11	5	5	2					1																84	0.9%	
	切断・離断	3				1					2																6	0.1%	
	中毒	49	13	10	6	6	7		2	3	2				1		1										100	1.1%	
	熱傷Ⅱ度以下	27	6	4	2				1						1												41	0.4%	
	熱傷Ⅲ度	5											1														6	0.1%	
	窒息・異物・誤飲	30	10	4		1		1				1															47	0.5%	
	絞首	7	3			1																					11	0.1%	
	溺水	6	1																								7	0.1%	
	自然環境	2			1																						3	0.0%	
	分類不能(外因性)	53	9	2	1																						65	0.7%	



	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合	最大回数
件数	6,632	2,003	488	231	60	9,414	8.3%	3.1%	0.6%	25
割合	70.4%	21.3%	5.2%	2.5%	0.6%	100%				

現場滞在時間区分ごとの件数(全体)

滞在時間		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	合計
件数		3,195	5,068	860	184	87	16	4	9,414
割合		33.9%	53.8%	9.1%	2.0%	0.9%	0.2%	0.0%	100%
程度別	死亡	29	58	6		1			94
	重篤	79	141	11	1				232
	重症	118	259	30	2	1	1		411
	中等症	791	1,621	325	66	36	9	1	2,849
	軽症	2,178	2,989	488	115	49	6	3	5,828
傷病区分	消化器系	515	667	85	22	10	3		1,302
	呼吸器系	219	328	55	10	4	1		617
	循環器系	187	352	53	3	2			597
	脳血管	170	365	52	8	2			597
	精神・神経系	180	444	96	28	13	3	2	766
	筋骨格系	59	165	36	4	4	2		270
	感覚器系	35	83	12					130
	代謝・内分泌系	51	83	19	2	4			159
	腎・泌尿器系	81	67	9	1				158
	生殖・婦人科系	21	38	6	1				66
	妊娠分娩	10	7	6		1			24
	新生児	1	1						2
	分類不能(内因性)	531	914	148	26	9	3		1,631
	開放性骨折	6	12	8	2	1			29
	非開放性骨折	117	229	50	10	2		1	409
	創傷・打撲等	892	1,132	169	49	29	3		2,274
	臓器損傷	2	6	4	1				13
	脊髄(椎)損傷	39	36	8	1				84
	切断・離断	1	4				1		6
	中毒	14	50	19	11	5		1	100
	熱傷Ⅱ度以下	9	18	11	2	1			41
	熱傷Ⅲ度	2	2	1	1				6
	窒息・異物・誤飲	20	21	6					47
	絞首	4	6	1					11
	溺水	2	5						7
	自然環境		3						3
	分類不能(外因性)	27	30	6	2				65

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数(全体)

受入れに至らなかった理由		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	応答なし	他の医療機関に決まった	傷病者・家族が断った	その他	合計
			1	2	3	4	1	2	3	4								
			救急専用ベッド	集中治療室等	一般病床	その他	設備・資器材不足	手術スタッフ等不足	高次医療機関での対応	その他								
件数		2,031	349	47	488	277	183	244	117	668	832	216	35	243	67	55	601	6,453
割合		31.5%	5.4%	0.7%	7.6%	4.3%	2.8%	3.8%	1.8%	10.4%	12.9%	3.3%	0.5%	3.8%	1.0%	0.9%	9.3%	100%
程度別	死亡	12				4	1	3	4	18							13	55
	重篤	29	6	3	4	9			2	10	2	1			2		4	72
	重症	73	12	12	14	32	5	10	13	48	17	6	1	4	6	1	28	282
	中等症	617	155	26	256	119	73	95	39	268	264	79	16	77	34	13	236	2,367
	軽症	1,300	176	6	214	113	104	136	59	324	549	130	18	162	25	41	320	3,677
傷病区分	消化器系	277	48	6	69	26	62	40	11	74	104	21	8	44	6	8	74	878
	呼吸器系	107	38	3	56	20	12	7	4	41	28	13	1	7	5	1	42	385
	循環器系	94	15	3	22	15	3	10	10	34	36	8	1	4	4	2	33	294
	脳血管	112	33	7	37	20	6	9	8	33	50	6		17	5	1	41	385
	精神・神経系	264	62	7	61	45	10	20	6	80	85	14	9	25	5	5	68	766
	筋骨格系	64	8		40	10	9	6	2	35	52	16	2	6		3	21	274
	感覚器系	19	2		2	2	2	1		3	12	1		1			6	51
	代謝・内分泌系	31	3		6	15				9	16	2	2	6	2	1	12	105
	腎・泌尿器系	20	2		9	1	3	1		3	5	2		2		1	1	50
	生殖・婦人科系	16	2		2	1		1		5	2	2	1	2			2	36
	妊娠分娩	7	2	5	4	8				9			1	5			12	53
	新生児																	
	分類不能(内因性)	291	51	6	73	56	32	36	16	84	100	18	6	32	6	10	102	919
	開放性骨折	14	4		1	3		11		25	8	2		1			5	74
	非開放性骨折	69	20	2	46	8	4	27	4	18	72	29	1	9	6	9	13	337
	創傷・打撲等	546	51	3	51	29	25	62	31	140	221	68	2	73	19	14	128	1,463
	臓器損傷	3	2		2	1	2			3	3	2		1			2	21
	脊髄(椎)損傷	18			2				1	1	13	6		5			1	47
	切断・離断	7	1					5		4					1			18
	中毒	40	5	5	5	10	5	7	21	46	14	3	1	2	5		20	189
	熱傷Ⅱ度以下	11				2			2	7	5	2		1	1		4	35
	熱傷Ⅲ度	4				1				3							2	10
	窒息・異物・誤飲	6					8	1	1	8	4	1			2		6	37
	絞首	1								2							3	6
	溺水	1									1							2
	自然環境					1				1							1	3
	分類不能(外因性)	9				3					1						2	15

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(重症以上)

回数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	合計
件数		530	113	43	21	13	4	7	1	1	2	1				1	737
割合		71.9%	15.3%	5.8%	2.8%	1.8%	0.5%	0.9%	0.1%	0.1%	0.3%	0.1%				0.1%	100%
程度別	死亡	64	19	4	2	4						1					94 12.8%
	重篤	181	32	13	6	0											232 31.5%
	重症	285	62	26	13	9	4	7	1	1	2					1	411 55.8%
	程度別計	530	113	43	21	13	4	7	1	1	2	1				1	737
	程度割合	71.9%	15.3%	5.8%	2.8%	1.8%	0.5%	0.9%	0.1%	0.1%	0.3%	0.1%				0.1%	100%
疾病区分	消化器系	53	6	5	2	3		1			1						71 9.6%
	呼吸器系	49	8	7	3		1										68 9.2%
	循環器系	95	27	12	3	3		3		1	1						145 19.7%
	脳血管	75	19	6	3	4		2	1								110 14.9%
	精神・神経系	7	1		1		1										10 1.4%
	筋骨格系	1															1 0.1%
	感覚器系																0.0%
	代謝・内分泌系	9	2		2												13 1.8%
	腎・泌尿器系	1															1 0.1%
	生殖・婦人科系	1	1														2 0.3%
	妊娠分娩																0.0%
	新生児																0.0%
	分類不能(内因性)	147	29	9	4	2	1									1	193 26.2%
	開放性骨折	5	1														6 0.8%
	非開放性骨折	6	5		1												12 1.6%
	創傷・打撲等	23	2	2	1												28 3.8%
	臓器損傷	2	1	1				1									5 0.7%
	脊髄(椎)損傷	2	2														4 0.5%
	切断・離断	2															2 0.3%
	中毒	16	1				1										18 2.4%
	熱傷Ⅱ度以下	2										1					3 0.4%
	熱傷Ⅲ度	1															1 0.1%
	窒息・異物・誤飲	8	2														10 1.4%
	絞首	7	2			1											10 1.4%
	溺水	5	1														6 0.8%
	自然環境	2			1												3 0.4%
	分類不能(外因性)	11	3	1													15 2.0%



	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合	最大回数
件数	530	156	34	15	2	737	6.9%	2.3%	0.3%	15
割合	71.9%	21.2%	4.6%	2.0%	0.3%	100%				

現場滞在時間区分ごとの件数(重症以上)

滞在時間		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	合計
件数		226	458	47	3	2	1		737
割合		30.7%	62.1%	6.4%	0.4%	0.3%	0.1%		100%
程度別	死亡	29	58	6		1			94
	重篤	79	141	11	1				232
	重症	118	259	30	2	1	1		411
傷病区分	消化器系	19	46	5		1			71
	呼吸器系	19	44	5					68
	循環器系	46	88	10	1				145
	脳血管	28	74	8					110
	精神・神経系	3	6	1					10
	筋骨格系		1						1
	感覚器系								
	代謝・内分泌系	7	6						13
	腎・泌尿器系	1							1
	生殖・婦人科系		2						2
	妊娠分娩								
	新生児								
	分類不能(内因性)	57	125	10	1				193
	開放性骨折	3	2	1					6
	非開放性骨折	5	6	1					12
	創傷・打撲等	13	14	1					28
	臓器損傷	1	3	1					5
	脊髄(椎)損傷	1	3						4
	切断・離断		1				1		2
	中毒	3	11	2	1	1			18
	熱傷Ⅱ度以下		2						2
	熱傷Ⅲ度		1	1					2
	窒息・異物・誤飲	3	7						10
	絞首	4	6						10
	溺水	2	4						6
	自然環境		3						3
	分類不能(外因性)	11	3	1					15

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数(重症以上)

受入れに至らなかった理由		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	応答なし	他の医療機関に決まった	傷病者・家族が断った	その他	合計
			1	2	3	4	1	2	3	4								
			救急専用ベッド	集中治療室等	一般病床	その他	設備・資器材不足	手術スタッフ等不足	高次医療機関での対応	その他								
件数		114	18	15	18	45	6	13	19	76	19	7	1	4	8	1	45	409
割合		27.9%	4.4%	3.7%	4.4%	11.0%	1.5%	3.2%	4.6%	18.6%	4.6%	1.7%	0.2%	1.0%	2.0%	0.2%	11.0%	100%
程度別	死亡	12				4	1	3	4	18							13	55
	重篤	29	6	3	4	9			2	10	2	1			2		4	72
	重症	73	12	12	14	32	5	10	13	48	17	6	1	4	6	1	28	282
傷病区分	消化器系	11		2	1	2	2	5	2	9	2	1	1				5	43
	呼吸器系	13	3		6	2			1	2	1	1		1	2		3	35
	循環器系	29	7	1	5	9	1	2	3	19	6	2		1	3	1	13	102
	脳血管	19	6	2	3	8	1	2	3	10	6	2		2	1		6	71
	精神・神経系	2		4						1							1	8
	筋骨格系									1								1
	感覚器系																	
	代謝・内分泌系	3	1			2												6
	腎・泌尿器系																	
	生殖・婦人科系									1								1
	妊娠分娩																	
	新生児																	
	分類不能(内因性)	23		3		16	2	3	5	20	2	1			1		7	83
	開放性骨折	1																1
	非開放性骨折	1		1	3	1		1			1							8
	創傷・打撲等	2	1	1		1				2					1			8
	臓器損傷	2				1				3							1	7
	脊髄(椎)損傷	1									1							2
	切断・離断																	
	中毒			1					5								1	7
	熱傷Ⅱ度以下																	
	熱傷Ⅲ度	3				1				3							2	9
	窒息・異物・誤飲									2								2
	絞首	1								2							3	6
	溺水	1																1
	自然環境					1				1							1	3
	分類不能(外因性)	2				1											2	5

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(産科・周産期)

受入照会回数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	計
件数		20	3	2	1			1		1				1					1			30
割合		66.7%	10.0%	6.7%	3.3%			3.3%		3.3%				3.3%					3.3%			100%
程度別	死亡																					
	重篤																					
	重症																					
	中等症	14	1	1				1						1					1			19 63.3%
	軽症	6	2	1	1					1												11 36.7%
	程度別計	20	3	2	1			1		1				1					1			30
	程度別割合	66.7%	10.0%	6.7%	3.3%			3.3%		3.3%				3.3%					3.3%			100%
傷病区分	腎・泌尿器	1																				1 3.3%
	生殖・婦人科	1																				1 3.3%
	妊娠分娩	16	1	2	1			1		1				1					1			24 80.0%
	分類不能(内因性)	2																				2 6.7%
	精神・神経系		1																			1 3.3%
	創傷・打撲等		1																			1 3.3%

※産科・周産期については、事案数が少ないため注意が必要



	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合	最大回数
件数(b)	20	5	1	2	2	30	16.7%	13.3%	6.7%	18
割合	66.7%	16.7%	3.3%	6.7%	6.7%	100%				

現場滞在時間区分ごとの件数(産科・周産期)

現場滞在時間		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	計
件数		11	11	7		1			30
割合		36.7%	36.7%	23.3%		3.3%			100%
程度別	死亡								
	重篤								
	重症								
	中等症	8	6	4		1			19
	軽症	3	5	3					11
傷病区分	腎・泌尿器		1						1
	生殖・婦人科			1					1
	妊娠分娩	10	7	6		1			24
	分類不能(内因性)	1	1						2
	精神・神経系		1						1
	創傷・打撲等		1						1

※産科・周産期については、事案数が少ないため注意が必要

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数(産科・周産期)

受入れに 至らなかった理由		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	応答な し	他の医 療機関 に決 まった	傷病 者・家 族が 断った	その他	計
			1	2	3	4	1	2	3	4								
			救急専 用ベッド	集中治 療室等	一般病 床	その他	設備・資 器材不 足	手術ス タッフ等 不足	高次医 療機関 での対	その他								
件数		8	2	5	4	8	1			9			1	5		1	12	56
割合		14.3%	3.6%	8.9%	7.1%	14.3%	1.8%			16.1%			1.8%	8.9%		1.8%	21.4%	100%
程度別	死亡																	
	重篤																	
	重症																	
	中等症	2		5	2	8	1			9			1	1		1	11	41
	軽症	6	2		2									4			1	15
傷病区分	腎・泌尿器																	
	生殖・婦人科																	
	妊娠分娩	7	2	5	4	8				9			1	5			12	53
	分類不能(内因性)						1											1
	精神・神経系															1		1
	創傷・打撲等	1																1

※産科・周産期については、事案数が少ないため注意が必要

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(小児)

受入照会回数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計
件数		526	97	33	9	7	5	1		1	1	680
割合		77.4%	14.3%	4.9%	1.3%	1.0%	0.7%	0.1%		0.1%	0.1%	100%
程度別	死亡	1										1 0.1%
	重篤	3	2									5 0.7%
	重症	2		1								3 0.4%
	中等症	57	7	3	1	4	3			1	1	77 11.3%
	軽症	463	88	29	8	3	2	1				594 87.4%
	程度別計	526	97	33	9	7	5	1		1	1	680
程度別割合		77.4%	14.3%	4.9%	1.3%	1.0%	0.7%	0.1%		0.1%	0.1%	100%
傷病区分	消化器系	93	8	6	1	1						109 16.0%
	呼吸器系	39		2								41 6.0%
	循環器系	5	1									6 0.9%
	脳血管	4										4 0.6%
	精神・神経系	26	2				1					29 4.3%
	筋骨格系	1	1	1								3 0.4%
	感覚器系	3	3									6 0.9%
	代謝・内分泌	2	1			1						4 0.6%
	腎・泌尿器											
	生殖・婦人科	1										1 0.1%
	妊娠分娩											
	新生児	2										2 0.3%
	分類不能(内因性)	189	30	7	2	2	1					231 34.0%
	開放性骨折	1	1									2 0.3%
	非開放性骨折	8	4		1	1						14 2.1%
	創傷・打撲等	133	36	13	5	2	3	1				193 28.4%
	臓器損傷											
	脊髄(椎)損傷	1										1 0.1%
	切断・離断	1								1		2 0.3%
	中毒		1									1 0.1%
	熱傷Ⅱ度以下	5	1	1								7 1.0%
	熱傷Ⅲ度											
	窒息・異物・誤飲	8	6	3							1	18 2.6%
	絞首											
	溺水											
	自然環境											
	分類不能(外因性)	4	2									6 0.9%



	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合	最大回数
件数	526	130	16	8		680	3.5%	1.2%		10
割合	77.4%	19.1%	2.4%	1.2%		100%				

現場滞在時間区分ごとの件数(小児)

現場滞在時間		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	計
件数		432	230	18					680
割合		63.5%	33.8%	2.6%					100%
程度別	死亡	1							1
	重篤	5							5
	重症	1	2						3
	中等症	40	31	6					77
	軽症	385	197	12					594
傷病区分	消化器系	75	33	1					109
	呼吸器系	28	13						41
	循環器系	5	1						6
	脳血管	3	1						4
	精神・神経系	18	10	1					29
	筋骨格系	3							3
	感覚器系	3	3						6
	代謝・内分泌	2	1						3
	腎・泌尿器			1					1
	生殖・婦人科	1							1
	妊娠分娩								
	新生児	1	1						2
	分類不能(内因性)	158	69	4					231
	開放性骨折	1		1					2
	非開放性骨折	5	9						14
	創傷・打撲等	110	77	6					193
	臓器損傷								
	脊髓(椎)損傷	1							1
	切断・離断	1	1						2
	中毒		1						1
	熱傷Ⅱ度以下	3	4						7
	熱傷Ⅲ度								
	窒息・異物・誤飲	9	5	4					18
	絞首								
	溺水								
	自然環境								
	分類不能(内因性)	5	1						6

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数(小児)

受入れに 至らなかった理由		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	応答なし	他の医療機関 に決まった	傷病者・家族が 断った	その他	計
			1	2	3	4	1	2	3	4								
			救急専用 ベッド	集中治療 室等	一般病 床	その他	設備・資 器材不足	手術ス タッフ等 不足	高次医療 機関での 対応	その他								
件数		93	15		10	13	5	13	9	26	43	10		11	7	6	17	278
割合		33.5%	5.4%		3.6%	4.7%	1.8%	4.7%	3.2%	9.4%	15.5%	3.6%		4.0%	2.5%	2.2%	6.1%	100%
程度別	死亡																	
	重篤	2																2
	重症	2																2
	中等症	18	1		3	8	4	5	1	9	2	1		3	4	1	2	62
	軽症	71	14		7	5	1	8	8	17	41	9		8	3	5	15	212
傷病区分	消化器系	9	8						1	3	1	3		2			2	29
	呼吸器系	4						1										5
	循環器系	1																1
	脳血管																	
	精神・神経系	1	1		1	5		1										9
	筋骨格系	1																1
	感覚器系	1									2							3
	代謝・内分泌										1							1
	腎・泌尿器	2								1	1							4
	生殖・婦人科																	
	妊娠分娩																	
	新生児																	
	分類不能(内因性)	28	3		6	2	1		2	2	2	2		6	1	3	5	63
	開放性骨折										1							1
	非開放性骨折	4			1			2			2					1	1	11
	創傷・打撲等	36	2		2	6		5	4	12	31	5		3	4	2	4	116
	臓器損傷																	
	脊髄(椎)損傷																	
	切断・離断	1	1					3		2								7
	中毒	1																1
	熱傷Ⅱ度以下	1							1		1							3
	熱傷Ⅲ度																	
	窒息・異物・誤飲	1					4	1	1	6	1				2		5	21
	絞首																	
	溺水																	
	自然環境																	
	分類不能(外因性)	2																2

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(救命救急センター)

受入照会回数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	計	
件数		344	78	32	13	6	3	3	1	2			1			1	1					485	
割合		70.9%	16.1%	6.6%	2.7%	1.2%	0.6%	0.6%	0.2%	0.4%			0.2%			0.2%	0.2%					100%	
程度別	死亡	23	3	1																		27	5.6%
	重篤	136	26	9	5																	176	36.3%
	重症	93	22	9	4	3	2	3	1							1						138	28.5%
	中等症	78	21	11	3	3				2			1				1					120	24.7%
	軽症	14	6	2	1		1															24	4.9%
	程度別計	344	78	32	13	6	3	3	1	2			1			1	1					485	
	程度別割合	70.9%	16.1%	6.6%	2.7%	1.2%	0.6%	0.6%	0.2%	0.4%			0.2%			0.2%	0.2%					100%	
傷病区分	消化器系	15	8	2	1																	26	5.4%
	呼吸器系	14	3	5		1																23	4.7%
	循環器系	40	15	4	2	1		1														63	13.0%
	脳血管	30	3	4	1	2		1	1	1												43	8.9%
	精神・神経系	13	4	1	1		1															20	4.1%
	筋骨格系																						
	感覚器系																						
	代謝・内分泌	11			1																	12	2.5%
	腎・泌尿器	1																				1	0.2%
	生殖・婦人科																						
	妊娠分娩																						
	新生児																						
	分類不能(内因性)	99	18	7	3	1	1									1						130	26.8%
	開放性骨折	6		2																		8	1.6%
	非開放性骨折	7	4																			11	2.3%
	創傷・打撲等	43	7	3	2								1									56	11.5%
	臓器損傷	2	1					1														4	0.8%
	脊髄(椎)損傷	2	2		1																	5	1.0%
	切断・離断	2																				2	0.4%
	中毒	25	7	2	1	1	1			1							1					39	8.0%
	熱傷Ⅱ度以下	3	1	1																		5	1.0%
	熱傷Ⅲ度	1																				1	0.2%
	窒息・異物・誤飲	5	1																			6	1.2%
	縊首・絞首	6	1																			7	1.4%
	溺水	4	1																			5	1.0%
	自然環境	2																				2	0.4%
	分類不能(外因性)	13	2	1																		16	3.3%



	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合	最大回数
件数	344	110	19	9	3	485				
割合	70.9%	22.7%	3.9%	1.9%	0.6%	100%	6.4%	2.5%	0.6%	16

※最終収容先が救命救急センターの事案であり、二次医療機関等への照会回数が含まれている数値である。

現場滞在時間区分ごとの件数(救命救急センター)

現場滞在時間		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	計
件数		148	296	30	6	4	1		485
割合		30.5%	61.0%	6.2%	1.2%	0.8%	0.2%		100%
程度別	死亡	9	15	2		1			27
	重篤	58	111	6	1				176
	重症	40	86	10	1		1		138
	中等症	33	70	10	4	3			120
	軽症	8	14	2					24
傷病区分	消化器系	3	22	1					26
	呼吸器系	4	16	3					23
	循環器系	17	43	3					63
	脳血管	12	26	4					42
	精神・神経系	8	12		1				21
	筋骨格系								
	感覚器系								
	代謝・内分泌	4	7	1					12
	腎・泌尿器		1						1
	生殖・婦人科								
	妊娠分娩								
	新生児								
	分類不能(内因性)	35	87	7	1				130
	開放性骨折	4	2	2					8
	非開放性骨折	5	6						11
	創傷・打撲等	26	27	2		1			56
	臓器損傷	1	2	1					4
	脊髓(椎)損傷	1	3	1					5
	切断・離断		1				1		2
	中毒	7	22	3	4	3			39
	熱傷Ⅱ度以下	1	3	1					5
	熱傷Ⅲ度		1						1
	窒息・異物・誤飲	3	3						6
	絞首	3	4						7
	溺水	1	4						5
	自然環境		2						2
	分類不能(内因性)	13	2	1					16

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数(救命救急センター)

受入れに 至らなかった理由		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	応答な し	他の医 療機関 に決ま った	傷病 者・家 族が 断った	その他	計
			1	2	3	4	1	2	3	4								
			救急専 用ベッド	集中治 療室等	一般病 床	その他	設備・資 器材不 足	手術ス タッフ等 不足	高次医 療機関 での対	その他								
件数		93	12	14	8	34	3	7	14	54	16	2		2	4	1	18	282
割合		33.0%	4.3%	5.0%	2.8%	12.1%	1.1%	2.5%	5.0%	19.1%	5.7%	0.7%		0.7%	1.4%	0.4%	6.4%	100%
程度別	死亡	4															1	5
	重篤	25	5	3	2	7			1	6	1	1			2		2	55
	重症	29	1	10	2	16	2	3	8	21	6	1			1	1	7	108
	中等症	30	6	1	3	11	1	2	2	26	7			2			6	97
	軽症	5			1			2	3	1	2				1		2	17
傷病区分	消化器系	3				1		1	1	2	2						1	11
	呼吸器系	7			1	2				3	1	1			1		1	17
	循環器系	19	2	1	2	1	1			5	3					1	2	37
	脳血管	9	4	2	2	5	1	1	3	6	1				1		1	36
	精神・神経系	6		4		4				3	3						1	21
	筋骨格系																	
	感覚器系																	
	代謝・内分泌					2				1								3
	腎・泌尿器																	
	生殖・婦人科																	
	妊娠分娩																	
	新生児																	
	分類不能(内因性)	19	2	3		12			4	8	3	1			1		4	57
	開放性骨折	1	2							2								5
	非開放性骨折	1		1		1		1										4
	創傷・打撲等	8	2	1		1		4	1	7				1	1		3	29
	臓器損傷	1								3	2						1	7
	脊髓(椎)損傷	2								1								3
	切断・離断																	
	中毒	12		2	3	4	1		5	12	1			1			3	44
	熱傷Ⅱ度以下	1																1
	熱傷Ⅲ度																	
	窒息・異物・誤飲									1								1
	絞首	1																1
	溺水	1																1
	自然環境																	
	分類不能(外因性)	2				1											1	4

※最終収容先が救命救急センターの事案であり、二次医療機関等において受入に至らなかった理由と件数が含まれている数値である。

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数（H19調査との比較）

			1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回～	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合
重症以上傷病者	詳細調査	件数	529	156	34	15	2	736	6.9%	2.3%	0.3%
		割合	71.9%	21.2%	4.6%	2.0%	0.3%	100%			
	H19調べ	件数	28,273	8,724	2,436	1,658	609	41,700	11.3%	5.5%	1.5%
		割合	67.8%	20.9%	5.8%	4.0%	1.5%	100%			
産科・周産期傷病者	詳細調査	件数	20	5	1	2	2	30	16.7%	13.4%	6.7%
		割合	66.7%	16.7%	3.3%	6.7%	6.7%	100%			
	H19調べ	件数	1,651	325	116	80	33	2,205	10.4%	5.1%	1.5%
		割合	74.9%	14.7%	5.3%	3.6%	1.5%	100%			
小児傷病者	詳細調査	件数	526	130	16	8		680	3.5%	1.2%	
		割合	77.4%	19.1%	2.4%	1.2%		100%			
	H19調べ	件数	35,021	9,261	1,377	438	47	46,144	4.0%	1.0%	0.1%
		割合	75.9%	20.1%	3.0%	0.9%	0.1%	100%			
救命救急センター等搬送傷病者	詳細調査	件数	344	110	19	9	3	485	6.4%	2.5%	0.6%
		割合	70.9%	22.7%	3.9%	1.9%	0.6%	100%			
	H19調べ	件数	14,296	6,190	1,347	719	329	22,881	10.5%	4.5%	1.4%
		割合	62.5%	27.1%	5.9%	3.1%	1.4%	100%			

※産科・周産期については、今回の調査における事案数が少ないため比較には注意が必要

現場滞在時間区分ごとの件数（H19調査との比較）

			30分未満		30分以上		60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	計
			15分未満	15分以上	30分以上	45分以上					
重症以上 傷病者	詳細調査	件数	226	458	47	3	2	1			737
		割合	30.7%	62.1%	6.4%	0.4%	0.3%	0.1%			100%
	H19調べ	件数	37,608		3,580		411	65	23	13	41,700
		割合	90.2%		8.6%		1.0%	0.2%	0.1%	0.0%	100%
産科・周産 期傷病者	詳細調査	件数	11	11	7		1				30
		割合	36.7%	36.7%	23.3%		3.3%				100%
	H19調べ	件数	1,912		260		24	3	5	1	2,205
		割合	86.7%		11.8%		1.1%	0.1%	0.2%	0.0%	100%
小児傷病 者	詳細調査	件数	432	230	18						680
		割合	63.5%	33.8%	2.6%						100%
	H19調べ	件数	44,745		1,339		48	8	4		46,144
		割合	97.0%		2.9%		0.1%	0.0%	0.0%		100%
救命救急セ ンター等搬 送傷病者	詳細調査	件数	148	296	30	6	4	1			485
		割合	30.5%	61.0%	6.2%	1.2%	0.8%	0.2%			100%
	H19調べ	件数	20,571		2,015		220	47	16	12	22,881
		割合	89.9%		8.8%		1.0%	0.2%	0.1%	0.1%	100%

※産科・周産期については、今回の調査における事案数が少ないため比較には注意が必要

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由と件数（H19調査との比較）

			手術中、 患者対応 中	ベット満床	処置困難	専門外	医師不在	初診 (かかりつけ医 なし)	応答なし	他の医療 機関に決 まった	傷病者・家 族が断った	その他 (理由不明・そ の他)	合計
重症以上 傷病者	詳細調査	件数	114	96	114	19	7	1	4	8	1	45	409
		割合	27.9%	23.5%	27.9%	4.6%	1.7%	0.2%	1.0%	2.0%	0.2%	11.0%	100%
	H19調べ	件数	9,844	10,092	11,954	1,422	435	81				4,397	38,225
		割合	25.8%	26.4%	31.3%	3.7%	1.1%	0.2%				11.5%	100%
産科・周産 期傷病者	詳細調査	件数	8	19	10			1	5		1	12	56
		割合	14.3%	33.9%	17.9%			1.8%	8.9%		1.8%	21.4%	100%
	H19調べ	件数	421	297	687	58	36	32				258	1,789
		割合	23.5%	16.6%	38.4%	3.2%	2.0%	1.8%				14.4%	100%
小児傷病 者	詳細調査	件数	93	38	53	43	10		11	7	6	17	278
		割合	33.5%	13.7%	19.1%	15.5%	3.6%		4.0%	2.5%	2.2%	6.1%	100%
	H19調べ	件数	7,553	1,276	4,357	3,227	1,205	39				1,657	19,314
		割合	39.1%	6.6%	22.6%	16.7%	6.2%	0.2%				8.6%	100%
救命救急セ ンター等搬 送傷病者	詳細調査	件数	93	68	78	16	2		2	4	1	18	282
		割合	33.0%	24.1%	27.7%	5.7%	0.7%		0.7%	1.4%	0.4%	6.4%	100%
	H19調べ	件数	6,004	6,173	6,438	508	151	29				2,236	21,539
		割合	27.9%	28.7%	29.9%	2.4%	0.7%	0.1%				10.4%	100%

※ 産科・周産期については、今回の調査における事案数が少ないため
比較には注意が必要

詳細調査のみの項目

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(65歳以上)

回数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	合計		
件数		2,885	521	213	110	67	34	13	13	9	8	6	3	6	1	1	1	2								1		3,894	
割合		74.1%	13.4%	5.5%	2.8%	1.7%	0.9%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%								0.0%		100%	
程度別	死亡	52	14	4	2	2																					74	1.9%	
	重篤	113	26	9	5																						153	3.9%	
	重症	193	37	12	6	3	1	5	1	1	1					1											261	6.7%	
	中等症	1,200	221	105	49	30	17	6	6	2	4	2	1	2				1							1		1,647	42.3%	
	軽症	1,327	223	83	48	32	16	2	6	6	3	4	2	4	1		1	1									1,759	45.2%	
	程度別計	2,885	521	213	110	67	34	13	13	9	8	6	3	6	1	1	1	2								1		3,894	
	程度割合	74.1%	13.4%	5.5%	2.8%	1.7%	0.9%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%								0.0%		100%	
年代別	65～74	939	181	71	33	23	13	5	4	5	5	3	1	1			1	2									1,287	33.1%	
	75～84	1,188	202	75	42	24	11	4	5	1	2	1	1	3	1	1									1		1,562	40.1%	
	85～	758	138	67	35	20	10	4	4	3	1	2	1	2													1,045	26.8%	
疾病区分	消化器系	326	48	21	8	4	10	3	1	2	1			1													425	10.9%	
	呼吸器系	278	33	19	12	7	5		1	1		1	1	2													360	9.2%	
	循環器系	291	52	25	7	6	1	3		1	2																388	10.0%	
	脳血管	280	56	23	17	9	2	2	2	1	1							1									394	10.1%	
	精神・神経系	100	15	8	3	3	2	1			1	1															134	3.4%	
	筋骨格系	96	19	14	3	2	1	1		1																	137	3.5%	
	感覚器系	43	7		2	1	1																				54	1.4%	
	代謝・内分泌系	81	8	6	1	2		1	2			1		1													103	2.6%	
	腎・泌尿器系	57	4	2		1	1																				65	1.7%	
	生殖・婦人科系	1	1																								2	0.1%	
	妊娠分娩																												
	新生児																												
	分類不能(内因性)	611	101	42	20	9	3	1	2		2	2	1			1									1		796	20.4%	
	開放性骨折	2	3			1																					6	0.2%	
	非開放性骨折	161	55	17	12	7	3	1	1	1		1															259	6.7%	
	創傷・打撲等	502	102	32	22	15	4		4	2	1		1	1	1		1	1									689	17.7%	
	臓器損傷	1	1				1																				3	0.1%	
	脊髄(椎)損傷	6	4	1																							11	0.3%	
	切断・離断																												
	中毒	4	1	1																							6	0.2%	
	熱傷Ⅱ度以下	4	2	1	2										1												10	0.3%	
	熱傷Ⅲ度	2																									2	0.1%	
	窒息・異物・誤飲	13	4	1																							18	0.5%	
	絞首	2	1																								3	0.1%	
	溺水	5	1																								6	0.2%	
	自然環境	1																									1	0.0%	
	分類不能(外因性)	18	3		1																						22	0.6%	



	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合	最大回数
件数	2,885	734	177	77	21	3,894	7.1%	2.5%	0.5%	24
割合	74.1%	18.8%	4.5%	2.0%	0.5%	100%				

現場滞在時間区分ごとの件数(65歳以上)

現場滞在時間		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	計
件数		1,103	2,274	403	84	28	2		3,894
割合		28.3%	58.4%	10.3%	2.2%	0.7%	0.1%		100%
程度別	死亡	20	49	5					74
	重篤	49	95	9					153
	重症	78	163	18	2				261
	中等症	439	973	187	36	11	1		1,647
	軽症	517	994	184	46	17	1		1,759
傷病区分	消化器系	146	230	35	11	2	1		425
	呼吸器系	117	190	42	9	2			360
	循環器系	112	234	40	2				388
	脳血管	107	244	35	7	1			394
	精神・神経系	30	79	17	7				133
	筋骨格系	23	94	18	1	2			138
	感覚器系	15	35	4					54
	代謝・内分泌	28	57	12	2	4			103
	腎・泌尿器	34	28	2	1				65
	生殖・婦人科		2						2
	妊娠分娩								
	新生児								
	分類不能(内因性)	204	488	87	13	3	1		796
	開放性骨折	1	4		1				6
	非開放性骨折	62	151	36	8	2			259
	創傷・打撲等	204	392	63	19	11			689
	臓器損傷		2		1				3
	脊髓(椎)損傷	4	4	3					11
	切断・離断								
	中毒	3	3						6
	熱傷Ⅱ度以下		6	3	1				10
	熱傷Ⅲ度		1		1				2
	窒息・異物・誤飲	3	14	1					18
	縊首・絞首	1	1	1					3
	溺水	2	4						6
	自然環境		1						1
	分類不能(外因性)	7	10	4	1				22

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数(65歳以上)

受入れに 至らなかった理由		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	応答なし	他の医 療機関に 決まった	傷病者・ 家族が 断った	その他	計
			1	2	3	4	1	2	3	4								
			救急専用 ベッド	集中治療 室等	一般病床	その他	設備・資 器材不足	手術スタッ フ等不足	高次医療 機関での 対応	その他								
件数		609	144	17	253	125	58	79	43	233	322	86	7	77	27	21	215	2,316
割合		26.3%	6.2%	0.7%	10.9%	5.4%	2.5%	3.4%	1.9%	10.1%	13.9%	3.7%	0.3%	3.3%	1.2%	0.9%	9.3%	100%
程度別	死亡	7			3				4	12							8	34
	重篤	19	6	3	4	8			2	10	1	1			1		3	58
	重症	40	6	5	10	24	2	2	4	32	9	4		1	4	3	14	160
	中等症	269	84	8	142	44	32	33	16	88	135	39	4	32	16	6	85	1,033
	軽症	274	48	1	97	46	24	44	17	91	177	42	3	44	6	15	105	1,034
傷病区分	消化器系	55	16		22	14	17	11	4	31	43	9	1	14	3	1	19	260
	呼吸器系	47	34	2	42	15	6	4	4	20	8	7	1	3	3	1	22	219
	循環器系	58	12	3	21	12	2	2	4	25	17	5		3	3		22	189
	脳血管	74	20	5	32	12	3	7	3	25	39	3		10	3		29	265
	精神・神経系	19	6	2	8	4		2	3	9	21	2		3	1	1	7	88
	筋骨格系	29	5		17	2		5	1	10	16	7	1	1		1		95
	感覚器系	5	2		1	2	1			1	2	1					2	17
	代謝・内分泌	23	1		5	13				9	10	2	1	5	2	1	6	78
	腎・泌尿器	4			8		1	1			1			1				16
	生殖・婦人科										1							1
	妊娠分娩																	
	新生児																	
	分類不能(内因性)	109	19	4	38	35	14	11	10	43	44	4	1	12	2	5	56	407
	開放性骨折	3			1			1		2								7
	非開放性骨折	40	14		34	4	2	19	4	12	39	15	1	2	6	5	6	203
	創傷・打撲等	130	15	1	22	8	12	16	9	38	77	24	1	21	2	6	42	424
	臓器損傷	1			2							2		1				6
	脊髄(椎)損傷	2									2	1		1				6
	切断・離断																	
	中毒											1			1			2
	熱傷Ⅱ度以下	5			1				1	6	1	2			1		2	19
	熱傷Ⅲ度																	0
	窒息・異物・誤飲	3								2		1						6
	縊首・絞首										1							1
	溺水	1																1
	自然環境																	
	分類不能(外因性)	1				3											2	6

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(65歳以上かつ発生場所が老人ホーム等)

回数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	合計	
件数		205	38	20	5	5	1	2	2	1		2		2		1	284	
割合		72.2%	13.4%	7.0%	1.8%	1.8%	0.4%	0.7%	0.7%	0.4%		0.7%		0.7%		0.4%	100%	
程度別	死亡	4	3	1													8	2.8%
	重篤	12	3	1													16	5.6%
	重症	27	5		1	1										1	35	12.3%
	中等症	115	20	13	1	2	1	2	1			1		1			157	55.3%
	軽症	47	7	5	3	2			1	1		1		1			68	23.9%
	程度別計	205	38	20	5	5	1	2	2	1		2		2		1	284	
	程度割合	72.2%	13.4%	7.0%	1.8%	1.8%	0.4%	0.7%	0.7%	0.4%		0.7%		0.7%		0.4%	100%	
年代別	65～74	19	5	3													27	9.5%
	75～84	77	12	6	2	2		1				1		1		1	103	36.3%
	85～	109	21	11	3	3	1	1	2	1		1		1			154	54.2%
疾病区分	消化器系	15	5	2				1									23	8.1%
	呼吸器系	38	5	4	3				1			1		2			54	19.0%
	循環器系	25	4	3													32	11.3%
	脳血管	39	6	1		1		1		1							49	17.3%
	精神・神経系	5	2														7	2.5%
	筋骨格系																	
	感覚器系	1															1	0.4%
	代謝・内分泌系	4															4	1.4%
	腎・泌尿器系	3															3	1.1%
	生殖・婦人科系																	
	妊娠分娩																	
	新生児																	
	分類不能(内因性)	44	5	7		1			1							1	59	20.8%
	開放性骨折																	
	非開放性骨折	9	4	1		2	1					1					18	6.3%
	創傷・打撲等	17	3	1	2	1											24	8.5%
	臓器損傷		1														1	0.4%
	脊髄(椎)損傷																	
	切断・離断																	
	中毒																	
	熱傷Ⅱ度以下																	
	熱傷Ⅲ度																	
	窒息・異物・誤飲	4	3	1													8	2.8%
	絞首																	
	溺水																	
	自然環境	1															1	0.4%
	分類不能(外因性)																	



	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合	最大回数
件数	205	58	10	6	5	284	7.4%	3.9%	1.8%	15
割合	72.2%	20.4%	3.5%	2.1%	1.8%	100%				

現場滞在時間区分ごとの件数(65歳以上かつ発生場所が老人ホーム等)

現場滞在時間		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	計
件数		102	141	29	10	2			284
割合		35.9%	49.6%	10.2%	3.5%	0.7%			100%
程度別	死亡	1	7						8
	重篤	4	12						16
	重症	17	15	2	1				35
	中等症	59	74	18	5	1			157
	軽症	21	33	9	4	1			68
傷病区分	消化器系	9	10	3	1				23
	呼吸器系	23	19	5	6	1			54
	循環器系	14	16	2					32
	脳血管	19	26	3	1				49
	精神・神経系	3	3	1					7
	筋骨格系								
	感覚器系		1						1
	代謝・内分泌	1	2	1					4
	腎・泌尿器	3							3
	生殖・婦人科								
	妊娠分娩								
	新生児								
	分類不能(内因性)	16	36	5	1	1			59
	開放性骨折								
	非開放性骨折	6	7	4	1				18
	創傷・打撲等	7	12	5					24
	臓器損傷		1						1
	脊髓(椎)損傷								
	切断・離断								
	中毒								
	熱傷Ⅱ度以下								
	熱傷Ⅲ度								
	窒息・異物・誤飲	1	7						8
	縊首・絞首								
	溺水								
	自然環境		1						1
	分類不能(外因性)								

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数(65歳以上かつ発生場所が老人ホーム等)

受入れに 至らなかった理由		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	応答な し	他の医 療機関 に決 まった	傷病 者・家 族が 断った	その他	計
			1	2	3	4	1	2	3	4								
			救急専 用ベッド	集中治 療室等	一般病 床	その他	設備・資 器材不 足	手術ス タッフ等 不足	高次医 療機関 での対	その他								
件数		50	20	3	26	20	7	7	2	26	23	6	1	2	3	2	12	210
割合		23.8%	9.5%	1.4%	12.4%	9.5%	3.3%	3.3%	1.0%	12.4%	11.0%	2.9%	0.5%	1.0%	1.4%	1.0%	5.7%	100%
程度別	死亡	1				1				2								4
	重篤	3								1								4
	重症	9		1	1	6		1	1	4	1						1	25
	中等症	23	11	2	16	2	5	5	1	13	16	1	1	1	3		7	107
	軽症	14	9		9	11	2	1		6	6	5		1		2	4	70
傷病区分	消化器系	3	1		2	4		1		4	5	4					1	25
	呼吸器系	10	10	1	14		3	1		7	1		1	1	1		6	56
	循環器系	2	1		3						1							7
	脳血管	7	3	2		1	1	1	1	2	5						1	24
	精神・神経系										2							2
	筋骨格系																	
	感覚器系																	
	代謝・内分泌																	
	腎・泌尿器																	
	生殖・婦人科																	
	妊娠分娩																	
	新生児																	
	分類不能(内因性)	16	3		2	13				5	1					1	4	45
	開放性骨折		2															2
	非開放性骨折	6			4	2	2	3	1	4	3			1	2	1		29
	創傷・打撲等	2			1		1	1		2	5	2						14
	臓器損傷	1																1
	脊髓(椎)損傷																	
	切断・離断																	
	中毒																	
	熱傷Ⅱ度以下																	
	熱傷Ⅲ度																	
	窒息・異物・誤飲	3								2								5
	縊首・絞首																	
	溺水																	
	自然環境																	
	分類不能(外因性)																	

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(65～74歳)

		回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	合計	
		件数	939	181	71	33	23	13	5	4	5	5	3	1	1			1	2				1,287	
		割合	73.0%	14.1%	5.5%	2.6%	1.8%	1.0%	0.4%	0.3%	0.4%	0.4%	0.2%	0.1%	0.1%			0.1%	0.2%				100%	
程度別	死亡	16	3		2																	21	1.6%	
	重篤	38	6	3																		47	3.7%	
	重症	64	9	4	2	1		2														82	6.4%	
	中等症	315	65	28	12	10	4	2	2	1	2	1							1			443	34.4%	
	軽症	506	98	36	17	12	9	1	2	4	3	2	1	1				1	1			694	53.9%	
	程度別計	939	181	71	33	23	13	5	4	5	5	3	1	1				1	2				1,287	
	程度割合	73.0%	14.1%	5.5%	2.6%	1.8%	1.0%	0.4%	0.3%	0.4%	0.4%	0.2%	0.1%	0.1%				0.1%	0.2%				100%	
発生場所【老人ホーム等】		19	5	3																		27		
伝達内容【認知症】		3																				3		
伝達内容【要介助者】		3	2	1						1												7		
明確回答【認知症】		1																				1		
明確回答【要介助者】		1																				1		
疾病区分	消化器系	104	21	8	5	2	2	1	1	1	1											146	11.3%	
	呼吸器系	55	4	4		3																66	5.1%	
	循環器系	91	12	7	1	3	1	1				1										117	9.1%	
	脳血管	104	19	8	6	5	1					1							1			145	11.3%	
	精神・神経系	47	6	5	1	2	2	1					1									65	5.1%	
	筋骨格系	33	8	2	1		1	1			1											47	3.7%	
	感覚器系	20	3		1		1															25	1.9%	
	代謝・内分泌系	31	5	1	1	1		1	1													41	3.2%	
	腎・泌尿器系	21	1	1																		23	1.8%	
	生殖・婦人科系																							
	妊娠分娩																							
	新生児																							
	分類不能(内因性)	187	37	15	8	2	1		1		1	2	1									255	19.8%	
	開放性骨折	1	2																			3	0.2%	
	非開放性骨折	35	15	3		1	1				1											56	4.4%	
	創傷・打撲等	191	45	13	8	4	2		1	2	1							1				268	20.8%	
	臓器損傷	1					1													1		3	0.2%	
	脊髄(椎)損傷	5	2	1																		8	0.6%	
	切断・離断																							
	中毒	1		1																		2	0.2%	
	熱傷Ⅱ度以下	1	1	1											1							4	0.3%	
	熱傷Ⅲ度	1																				1	0.1%	
	窒息・異物・誤飲	2		1																		3	0.2%	
	絞首	1																				1	0.1%	
	溺水																							
	自然環境	1																				1	0.1%	
	分類不能(外因性)	6			1																	7	0.5%	



	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合	最大回数
件数	939	252	56	32	8	1,287	7.5%	3.1%	0.6%	17
割合	73.0%	19.6%	4.4%	2.5%	0.6%	100%				

現場滞在時間区分ごとの件数(65～74歳)

滞在時間		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	合計
件数		399	725	115	34	13	1		1287
割合		31.0%	56.3%	8.9%	2.6%	1.0%	0.1%		100%
程度別	死亡	3	16	2					21
	重篤	18	27	2					47
	重症	22	55	5					82
	中等症	128	259	39	13	4			443
	軽症	228	368	67	21	9	1		694
発生場所【老人ホーム等】		11	14	2					27
伝達内容【認知症】			2	1					3
伝達内容【要介助者】		2	3	1		1			7
明確回答【認知症】				1					1
明確回答【要介助者】		1							1
傷病区分	消化器系	51	76	13	4	1	1		146
	呼吸器系	22	37	7		1			67
	循環器系	37	65	14	1				117
	脳血管	41	91	7	5				144
	精神・神経系	14	37	9	5				65
	筋骨格系	9	32	5		1			47
	感覚器系	10	12	3					25
	代謝・内分泌系	10	27	3		1			41
	腎・泌尿器系	11	10	2					23
	生殖・婦人科系								
	妊娠分娩								
	新生児								
	分類不能(内因性)	71	147	28	7	2			255
	開放性骨折	1	2						3
	非開放性骨折	17	35	1	2	1			56
	創傷・打撲等	95	141	20	8	5			269
	臓器損傷		1		1				2
	脊髄(椎)損傷	4	2	2					8
	切断・離断								
	中毒	1	1						2
	熱傷Ⅱ度以下		2			1			3
	熱傷Ⅲ度		1	1					2
	窒息・異物・誤飲	1	2						3
	絞首		1						1
	溺水								
	自然環境		1						1
	分類不能(外因性)	4	2		1				7

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数(65～74歳)

受入れに至らなかった理由 (65～74歳)		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	応答な し	他の医 療機関 に決 まった	傷病 者・家 族が 断った	その他	合計
			1 救急専 用ベッ ド	2 集中治 療室等	3 一般病 床	4 その他	1 設備・ 資機材 不足	2 手術ス タッフ 等不足	3 高次医 療機関 での対 応	4 その他								
件数		227	45	4	61	40	7	28	22	94	145	34	1	28	10	8	96	850
割合		26.7%	5.3%	0.5%	7.2%	4.7%	0.8%	3.3%	2.6%	11.1%	17.1%	4.0%	0.1%	3.3%	1.2%	0.9%	11.3%	100%
程度別	死亡	1				1				6	1							9
	重篤	3	2	2	2	1				2								12
	重症	9	1			6		1	1	11	2	1			1		5	38
	中等症	81	22	1	30	16		9	8	27	42	12		11	6	2	36	303
	軽症	133	20	1	29	16	7	18	13	48	100	21	1	17	3	6	55	488
発生場所【老人ホーム等】		6	1			1				1	1						1	11
伝達内容【認知症】											1							1
伝達内容【要介助者】		2	1		3	1						4					3	14
明確回答【認知症】											1							1
明確回答【要介助者】		1																1
疾病区分	消化器系	21	8		8	7		9	3	9	24	1	1	6	2	1	7	107
	呼吸器系	6	2		4	3	1			2	1	1				1	5	26
	循環器系	16	5	1	6	6	1	1	3	13	4	2			1		4	63
	脳血管	31	3		13	4		2		8	21	4		4	1		18	109
	精神・神経系	13	4	1	3	2		2	2	8	18	1		2	1		6	63
	筋骨格系	7	4		6			2	1	3	7							30
	感覚器系	3	2			2				1							2	10
	代謝・内分泌系	10	1		2	5				5	2			1	1	1		28
	腎・泌尿器系	2									1			1				4
	生殖・婦人科系																	
	妊娠分娩																	
	新生児																	
	分類不能(内因性)	41	7	1	9	4	2	7	4	21	19	2		3	1	3	30	154
	開放性骨折	2																2
	非開放性骨折	5	3		4	1		2	1	2	9	8			1		2	38
	創傷・打撲等	63	6	1	4	4	3	3	7	16	38	9		10	1	2	21	188
	臓器損傷				2							2		1				5
	脊髄(椎)損傷	2									1	1						4
	切断・離断																	
	中毒											1			1			2
	熱傷Ⅱ度以下	2							1	6	2						1	12
	熱傷Ⅲ度																	
	窒息・異物・誤飲	2																2
	絞首																	
	溺水																	
	自然環境																	
	分類不能(外因性)	1				2												3

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(75～84歳)

回数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	合計		
件数		1,188	202	75	42	24	11	4	5	1	2	1	1	3	1	1										1		1,562	
割合		76.1%	12.9%	4.8%	2.7%	1.5%	0.7%	0.3%	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%										0.1%		100%	
程度別	死亡	14	4	2																							20	1.3%	
	重篤	48	14	4	4																						70	4.5%	
	重症	74	14	3		1	1	1	1	1	1					1											98	6.3%	
	中等症	502	84	37	19	11	6	2	2		1				1											1	666	42.6%	
	軽症	550	86	29	19	12	4	1	2			1	1	2	1												708	45.3%	
	程度別計	1,188	202	75	42	24	11	4	5	1	2	1	1	3	1	1										1		1,562	
	程度別割合	76.1%	12.9%	4.8%	2.7%	1.5%	0.7%	0.3%	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%										0.1%		100%	
発生場所【老人ホーム等】		77	12	6	2	2		1				1		1		1											103		
伝達内容【認知症】		9	3	4	2	1								1													20		
伝達内容【要介助者】		11	1				1							1													14		
明確回答【認知症】			2	3										5													10		
明確回答【要介助者】		1					1																				2		
傷病区分	消化器系	143	17	7	3	1	5							1													177	11.3%	
	呼吸器系	115	15	8	4		2					1		1													146	9.3%	
	循環器系	123	28	8	4	2				1	1																167	10.7%	
	脳血管	105	24	8	8	3	1	2	1																		152	9.7%	
	精神・神経系	36	8	2	2	1																					49	3.1%	
	筋骨格系	38	7	8	1	2						1															57	3.6%	
	感覚器系	14	3		1	1																					19	1.2%	
	代謝・内分泌系	35	3	3					1																		42	2.7%	
	腎・泌尿器系	25	3	1		1																					30	1.9%	
	生殖・婦人科系	1	1																								2	0.1%	
	妊娠分娩																												
	新生児																												
	分類不能(内因性)	272	33	14	6	3	1	1									1									1	332	21.3%	
	開放性骨折	1	1																								2	0.1%	
	非開放性骨折	65	17	3	5	3	1	1	1																		96	6.1%	
	創傷・打撲等	192	34	13	6	7	1		2				1	1	1												258	16.5%	
	臓器損傷		1																								1	0.1%	
	脊髄(椎)損傷	1	1																								2	0.1%	
	切断・離断																												
	中毒	3																									3	0.2%	
	熱傷Ⅱ度以下	3	1		2																						6	0.4%	
	熱傷Ⅲ度	1																									1	0.1%	
	窒息・異物・誤飲	5	2																								7	0.4%	
	絞首		1																								1	0.1%	
	溺水	4																									4	0.3%	
	自然環境																												
	分類不能(外因性)	6	2																								8	0.5%	



	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合	最大回数
件数	1,188	277	66	23	8	1,562	6.2%	2.0%	0.5%	24
割合	76.1%	17.7%	4.2%	1.5%	0.5%	100%				

現場滞在時間区分ごとの件数(75～84歳)

滞在時間		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	合計
件数		416	932	180	24	9	1		1562
割合		26.6%	59.7%	11.5%	1.5%	0.6%	0.1%		100%
程度別	死亡	5	14	1					20
	重篤	18	46	6					70
	重症	28	59	9	2				98
	中等症	166	406	83	6	4	1		666
	軽症	199	407	81	16	5			708
発生場所【老人ホーム等】		35	55	9	4				103
伝達内容【認知症】		3	10	7	2				22
伝達内容【要介助者】		3	8	4	1				16
明確回答【認知症】			5		5				10
明確回答【要介助者】			1						1
傷病区分	消化器系	59	98	16	4				177
	呼吸器系	54	71	17	4				146
	循環器系	41	110	15	1				167
	脳血管	36	94	22	2				154
	精神・神経系	8	31	8	1				48
	筋骨格系	9	38	8		1			56
	感覚器系	4	14	1					19
	代謝・内分泌系	13	22	5		2			42
	腎・泌尿器系	15	15						30
	生殖・婦人科系		2						2
	妊娠分娩								
	新生児								
	分類不能(内因性)	79	215	35	2		1		332
	開放性骨折		2						2
	非開放性骨折	22	49	21	3	1			96
	創傷・打撲等	71	148	28	6	5			258
	臓器損傷		1						1
	脊髄(椎)損傷		1	1					2
	切断・離断								
	中毒	2	1						3
	熱傷Ⅱ度以下		4	2					6
	熱傷Ⅲ度				1				1
	窒息・異物・誤飲		7						7
	絞首			1					1
	溺水	1	3						4
	自然環境								
	分類不能(外因性)	2	6						8

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数(75～84歳)

受入れに至らなかった理由 (75～84歳)		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	応答な し	他の医 療機関 に決ま った	傷病 者・家 族が 断った	その他	合計
			1 救急専 用ベッ ド	2 集中治 療室等	3 一般病 床	4 その他	1 設備・ 資器材 不足	2 手術ス タッフ 等不足	3 高次医 療機関 での対 応	4 その他								
件数		223	43	5	92	48	25	29	9	83	94	32	4	30	13	5	71	806
割合		27.7%	5.3%	0.6%	11.4%	6.0%	3.1%	3.6%	1.1%	10.3%	11.7%	4.0%	0.5%	3.7%	1.6%	0.6%	8.8%	100%
程度別	死亡	2							3	1		1			1		2	10
	重篤	11	4	1	2	5			1	6							1	31
	重症	11	1		5	16	2			15	4	2		1	3		6	66
	中等症	101	22	4	52	15	14	10	2	33	45	14	3	13	7	1	27	363
	軽症	98	16		33	12	9	19	3	28	45	15	1	16	2	4	35	336
発生場所【老人ホーム等】		15	8	1	7	9		3		14	8	5		1	2		6	79
伝達内容【認知症】		5	5		3	1	1			3	5	3		2			6	34
伝達内容【要介助者】		9	5		1	1	2			3		3					4	28
明確回答【認知症】		5	8							5		5					5	28
明確回答【要介助者】																		
傷病区分	消化器系	21	3		9	2	9	1		13	10	7		2	1		8	86
	呼吸器系	16	10		8	9			1	8	1	4		3	2		10	72
	循環器系	23	3	1	5	5		1		7	6	3		3	2		13	72
	脳血管	28	8	4	14	4	1	1	2	14	9	1		6	1		11	104
	精神・神経系	6	2		4	2		1	1	1	3	1		1		1	1	24
	筋骨格系	17			9	2				5	8	3	1			1		46
	感覚器系	2					1				2							5
	代謝・内分泌系	7			2						4	1		2			1	17
	腎・泌尿器系	2			3		1											6
	生殖・婦人科系										1							1
	妊娠分娩																	
	新生児																	
	分類不能(内因性)	41	7		16	20	9	3	3	12	10	1	1	3	1	1	9	137
	開放性骨折							1										1
	非開放性骨折	14	7		11			10	1	5	12		1		4	1	3	69
	創傷・打撲等	42	3		11	2	4	11	1	16	26	11	1	9	1	1	13	152
	臓器損傷	1																1
	脊髄(椎)損傷													1				1
	切断・離断																	
	中毒																	
	熱傷Ⅱ度以下	3				1					1				1		1	7
	熱傷Ⅲ度																	
	窒息・異物・誤飲									2								2
	絞首										1							1
	溺水																	
	自然環境																	
	分類不能(外因性)					1											1	2

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(85歳～)

回数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	合計	
件数		758	138	67	35	20	10	4	4	3	1	2	1	2			1,045	
割合		72.5%	13.2%	6.4%	3.3%	1.9%	1.0%	0.4%	0.4%	0.3%	0.1%	0.2%	0.1%	0.2%			100%	
程度別	死亡	22	7	2	1	2											34	3.3%
	重篤	27	6	2													35	3.3%
	重症	55	14	5	4	1		2									81	7.8%
	中等症	383	72	40	18	9	7	2	2	1	1	1	1	1			538	51.5%
	軽症	271	39	18	12	8	3		2	2		1		1			357	34.2%
	程度別計	758	138	67	35	20	10	4	4	3	1	2	1	2			1,045	
	程度割合	72.5%	13.2%	6.4%	3.3%	1.9%	1.0%	0.4%	0.4%	0.3%	0.1%	0.2%	0.1%	0.2%			100%	
発生場所【老人ホーム等】		109	21	11	3	3	1	1	2	1		1		1			154	
伝達内容【認知症】		18	7	3		2	1			1		1		1			34	
伝達内容【要介助者】		14	4	2	2	2				1		1		1			27	
明確回答【認知症】			3		4					3							10	
明確回答【要介助者】		1		1	4												6	
疾病区分	消化器系	79	10	6	8	1	3	2		1							110	10.5%
	呼吸器系	108	14	7		4	3		1	1			1	1			140	13.4%
	循環器系	77	12	10	2	1		2									104	10.0%
	脳血管	71	13	7	3	1			1	1							97	9.3%
	精神・神経系	17	1	1													19	1.8%
	筋骨格系	25	4	4	1												34	3.3%
	感覚器系	9	1														10	1.0%
	代謝・内分泌系	15		2		1						1		1			20	1.9%
	腎・泌尿器系	11					1										12	1.1%
	生殖・婦人科系																	
	妊娠分娩																	
	新生児																	
	分類不能(内因性)	152	31	13	6	4	1		1		1						209	20.0%
	開放性骨折					1											1	0.1%
	非開放性骨折	61	23	11	7	3	1					1					107	10.2%
	創傷・打撲等	119	23	6	8	4	1		1								162	15.5%
	臓器損傷																	
	脊髄(椎)損傷		1														1	0.1%
	切断・離断																	
	中毒		1														1	0.1%
	熱傷Ⅱ度以下																	
	熱傷Ⅲ度																	
	窒息・異物・誤飲	6	2														8	0.8%
	絞首	1															1	0.1%
	溺水	1	1														2	0.2%
	自然環境																	
	分類不能(外因性)	6	1														7	0.7%



	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合	最大回数
件数	758	205	55	22	5	1,045	7.8%	2.6%	0.5%	13
割合	72.5%	19.6%	5.3%	2.1%	0.5%	100%				

現場滞在時間区分ごとの件数(85歳～)

滞在時間		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	合計
件数		288	617	108	26	6			1045
割合		27.6%	59.0%	10.3%	2.5%	0.6%			100%
程度別	死亡	12	19	2					33
	重篤	13	22	1					36
	重症	28	49	4					81
	中等症	145	308	65	17	3			538
	軽症	90	219	36	9	3			357
発生場所【老人ホーム等】		56	72	18	6	2			154
伝達内容【認知症】		3	21	6	3	1			34
伝達内容【要介助者】		7	12	4	3	1			27
明確回答【認知症】			6	1	3				10
明確回答【要介助者】			6						6
傷病区分	消化器系	36	56	6	3	1			102
	呼吸器系	41	82	18	5	2			148
	循環器系	34	59	11					104
	脳血管	30	59	6	2				97
	精神・神経系	8	11						19
	筋骨格系	5	24	5					34
	感覚器系	1	9						10
	代謝・内分泌系	5	8	4	2	1			20
	腎・泌尿器系	8	3		1				12
	生殖・婦人科系								
	妊娠分娩								
	新生児								
	分類不能(内因性)	54	126	24	4	1			209
	開放性骨折				1				1
	非開放性骨折	23	67	14	3				107
	創傷・打撲等	38	103	15	5	1			162
	臓器損傷								
	脊髄(椎)損傷		1						1
	切断・離断								
	中毒		1						1
	熱傷Ⅱ度以下								
	熱傷Ⅲ度								
	窒息・異物・誤飲	2	5	1					8
	絞首	1							1
	溺水	1	1						2
	自然環境								
	分類不能(外因性)	1	2	4					7

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数(85歳～)

受入れに至らなかった理由 (85歳～)		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	応答な し	他の医 療機関 に決ま った	傷病 者・家 族が 断った	その他	合計	
			1	2	3	4	1	2	3	4									
			救急専 用ベッ ド	集中治 療室等	一般病 床	その他	設備・ 資機材 不足	手術ス タッフ 等不足	高次医 療機関 での対 応	その他									
件数		159	56	8	100	37	26	22	12	56	83	20	2	19	4	8	48	660	
割合		24.1%	8.5%	1.2%	15.2%	5.6%	3.9%	3.3%	1.8%	8.5%	12.6%	3.0%	0.3%	2.9%	0.6%	1.2%	7.3%	100%	
程度別	死亡	4				2			1	5							6	18	
	重篤	5				2			1	2							2	12	
	重症	20	4	5	5	2		1	3	6	3	1					3	53	
	中等症	87	40	3	60	13	18	14	6	28	48	13	1	8	3	3	22	367	
	軽症	43	12		35	18	8	7	1	15	32	6	1	11	1	5	15	210	
発生場所【老人ホーム等】		29	11	2	18	10	7	4	2	11	14	1	1	1	1	2	5	119	
伝達内容【認知症】		9	5	1	9	8	2	1	4	6	7		1	1		1	2	57	
伝達内容【要介助者】		11	5	1	4	8	3	1	2	6	7		1	1		1	3	54	
明確回答【認知症】		5	7		5	3				7	3							30	
明確回答【要介助者】		4	5		4					4	1							18	
疾病区分	消化器系	13	5			5	5	8	2	1	9	9	1		6			4	68
	呼吸器系	25	22	2	30	3	5	3	3	10	6	3		1		1		7	121
	循環器系	19	4	1	10	1	1		1	5	7	1						5	55
	脳血管	15	9	1	5	4	2	4	1	3	9					1			54
	精神・神経系			1	1							1							3
	筋骨格系	5	1		2			3		2	1				1				15
	感覚器系				1														1
	代謝・内分泌系	6			1	8				4	4	1		1	2	1		5	33
	腎・泌尿器系				5														5
	生殖・婦人科系																		
	妊娠分娩																		
	新生児																		
	分類不能(内因性)	27	5	3	13	11	3	1		3	10	15	1		6		1	17	116
	開放性骨折	1				1					2								4
	非開放性骨折	21	4		19	3	2	7		2	5	18	7		2	1	4	1	96
	創傷・打撲等	25	6		7	2	5	2		1	6	13	4		2		3	8	84
	臓器損傷																		
	脊髄(椎)損傷											1							1
	切断・離断																		
	中毒																		
	熱傷Ⅱ度以下																		
	熱傷Ⅲ度																		
	窒息・異物・誤飲	1											1						2
	絞首																		
	溺水	1																	1
	自然環境																		
	分類不能(外因性)																	1	1

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(傷病者背景あり)(1)

		回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	合計		
		件数	205	107	70	46	38	25	15	16	11	4	7	3	10	1	1	3	1				1				1	1	566	
		割合	36.2%	18.9%	12.4%	8.1%	6.7%	4.4%	2.7%	2.8%	1.9%	0.7%	1.2%	0.5%	1.8%	0.2%	0.2%	0.5%	0.2%				0.2%				0.2%	0.2%	100%	
程度別	死亡	4	2	1		1																						8	1.4%	
	重篤	7	4	2	1																							14	2.5%	
	重症	7	4	1	3	2	2	1																				20	3.5%	
	中等症	75	39	18	9	13	12	5	5	6	1	4	2	6				3					1			1	1	201	35.5%	
	軽症	112	58	48	33	22	11	9	11	5	3	3	1	4	1	1			1									323	57.1%	
	程度別計	205	107	70	46	38	25	15	16	11	4	7	3	10	1	1		3	1				1				1	1	566	
	程度割合	36.2%	18.9%	12.4%	8.1%	6.7%	4.4%	2.7%	2.8%	1.9%	0.7%	1.2%	0.5%	1.8%	0.2%	0.2%	0.5%	0.2%				0.2%				0.2%	0.2%	100%		
疾病区分	消化器系	18	11	5	3	3	4	3	2	3					1		1											54	9.5%	
	呼吸器系	16	10	7	4	1	1	1							2													42	7.4%	
	循環器系	5	7	1	2	3						1		1														20	3.5%	
	脳血管	12	3	1	1	1	1	1	1	1																		22	3.9%	
	精神・神経系	51	28	20	12	11	11	3	7	1	1	2	1		1			1				1						151	26.7%	
	筋骨格系	2	1	1											1												1	6	1.1%	
	感覚器系	1				1																						2	0.4%	
	代謝・内分泌系	3	1	1		1		1							1													8	1.4%	
	腎・泌尿器系	3				1																						4	0.7%	
	生殖・婦人科系	1																										1	0.2%	
	妊娠分娩	2	1	1					1						1													6	1.1%	
	新生児																													
	分類不能(内因性)	26	16	8	4	6	2	2	1				2		1					1						1		70	12.4%	
	開放性骨折	1	1			1				1	1					1													6	1.1%
	非開放性骨折	4	3	4	3	1	1			1			2																19	3.4%
	創傷・打撲等	46	18	15	11	6	3	3	2	2			1		2				1									110	19.4%	
	臓器損傷	1																											1	0.2%
	脊髄(椎)損傷																													
	切断・離断																													
	中毒	7	6	5	5	3	2			2	2	2				1			1										36	6.4%
	熱傷Ⅱ度以下	1		1																									2	0.4%
	熱傷Ⅲ度																													0.0%
	窒息・異物・誤飲	1																											1	0.2%
	絞首																													
	溺水			1																									1	0.2%
	自然環境																													
	分類不能(外因性)	4																											4	0.7%



	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合	最大回数
件数	205	177	84	71	29	566	32.5%	17.7%	5.1%	25
割合	36.2%	31.3%	14.8%	12.5%	5.1%	100%				

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(傷病者背景あり)(2)

受入照会回数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	計		
件数		225	117	85	52	42	30	16	18	17	5	9	3	14	2	1	5	3			1					1	1	647	
割合		34.8%	18.1%	13.1%	8.0%	6.5%	4.6%	2.5%	2.8%	2.6%	0.8%	1.4%	0.5%	2.2%	0.3%	0.2%	0.8%	0.5%			0.2%					0.2%	0.2%	100%	
程度別	死亡	4	3	1		1																					9	1.4%	
	重篤	8	4	2	1																						15	2.3%	
	重症	8	4	1	4	3	2	1																			23	3.6%	
	中等症	85	42	25	11	14	15	5	5	8	2	6	2	7			5				1					1	1	235	36.3%
	軽症	120	64	56	36	24	13	10	13	9	3	3	1	7	2	1		3										365	56.4%
	程度別計	225	117	85	52	42	30	16	18	17	5	9	3	14	2	1	5	3				1					1	1	647
	程度別割合	34.8%	18.1%	13.1%	8.0%	6.5%	4.6%	2.5%	2.8%	2.6%	0.8%	1.4%	0.5%	2.2%	0.3%	0.2%	0.8%	0.5%				0.2%					0.2%	0.2%	100%
傷病者背景	結核	2	1	2			1							1		1											8	1.2%	
	感染症(結核除)	3	4	1	2		1		1									1								1	14	2.2%	
	精神疾患	52	23	24	16	13	8	1	3	5	1	2		3	1		2	1									155	24.0%	
	急性アルコール	39	33	22	15	11	9	6	6	2	2	2	3	1							1						152	23.5%	
	薬物中毒	6	4	5	2	4	2		2	1	2			1			1										30	4.6%	
	定期的受診	4	3																								7	1.1%	
	妊婦																											0.0%	
	全く未受診	1		1				1						1													4	0.6%	
	透析	8	1	2	3		2	2																			18	2.8%	
	認知症	32	12	9	3	3	1			1		1		2			1										65	10.0%	
	要介護者	35	8	4	3	2	2			2		1		2			1									1	61	9.4%	
	過去に問題の	2	6	1	1		1	2	1	1		1			1			1									18	2.8%	
	CPA	7	5	1		1																					14	2.2%	
	吐血	10	3	2	1	4	1		2																		23	3.6%	
	開放骨折	1	1	1		2			2	1				1													9	1.4%	
複数科目	23	13	10	6	2	2	4	1	4		2		2													69	10.7%		

※1人の傷病者で複数の背景がある場合は、それぞれの背景に計上

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(傷病者背景あり)(3)

			1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大回数
全数		件数(a)	6,628	2,003	488	231	60	9,410	779	291	60	25
		割合	70.4%	21.3%	5.2%	2.5%	0.6%	100%	8.3%	3.1%	0.6%	
傷病者背景		件数(b)	225	202	94	86	40	647	220	126	40	25
		割合	34.8%	31.2%	14.5%	13.3%	6.2%	100%	34.0%	19.5%	6.2%	
		b/a	3.4%	10.1%	19.3%	37.2%	66.7%					
結核		件数	2	3		1	2	8	3	3	2	15
		割合	25.0%	37.5%		12.5%	25.0%	100%	37.5%	37.5%	25.0%	
感染症(結核除く)		件数	3	5	2	2	2	14	6	4	2	24
		割合	21.4%	35.7%	14.3%	14.3%	14.3%	100%	42.9%	28.6%	14.3%	
精神疾患		件数	52	47	29	18	9	155	56	27	9	17
		割合	33.5%	30.3%	18.7%	11.6%	5.8%	100%	36.1%	17.4%	5.8%	
急性アルコール中毒		件数	39	55	26	25	7	152	58	32	7	20
		割合	25.7%	36.2%	17.1%	16.4%	4.6%	100%	38.2%	21.1%	4.6%	
薬物中毒		件数	6	9	6	7	2	30	15	9	2	16
		割合	20.0%	30.0%	20.0%	23.3%	6.7%	100%	50.0%	30.0%	6.7%	
妊婦	定期健診	件数	4	3				7				2
		割合	57.1%	42.9%				100%				
	ほとんど未受診	件数										
		割合										
	全く未受診	件数	1	1		1	1	4	2	2	1	13
		割合	25.0%	25.0%		25.0%	25.0%	100%	50.0%	50.0%	25.0%	
透析		件数	8	3	3	4		18	7	4		7
		割合	44.4%	16.7%	16.7%	22.2%		100%	38.9%	22.2%		
認知症		件数	32	21	6	2	4	65	12	6	4	16
		割合	49.2%	32.3%	9.2%	3.1%	6.2%	100%	18.5%	9.2%	6.2%	
要介護者		件数	35	12	5	4	5	61	14	9	5	25
		割合	57.4%	19.7%	8.2%	6.6%	8.2%	100%	23.0%	14.8%	8.2%	
過去に問題の傷病者		件数	2	7	1	5	3	18	9	8	3	17
		割合	11.1%	38.9%	5.6%	27.8%	16.7%	100%	50.0%	44.4%	16.7%	
CPA		件数	7	6	1			14	1			5
		割合	50.0%	42.9%	7.1%			100%	7.1%			
吐血		件数	10	5	5	3		23	8	3		8
		割合	43.5%	21.7%	21.7%	13.0%		100%	34.8%	13.0%		
開放骨折		件数	1	2	2	3	1	9	6	4	1	13
		割合	11.1%	22.2%	22.2%	33.3%	11.1%	100%	66.7%	44.4%	11.1%	
複数科目		件数	23	23	8	11	4	69	23	15	4	13
		割合	33.3%	33.3%	11.6%	15.9%	5.8%	100%	33.3%	21.7%	5.8%	

※1人の傷病者で複数の背景がある場合は、それぞれの背景に計上

現場滞在時間区分ごとの件数(傷病者背景あり)(1)

滞在時間		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	合計
件数		87	266	120	54	27	8	4	566
割合		15.4%	47.0%	21.2%	9.5%	4.8%	1.4%	0.7%	100%
程度別	死亡	2	6						8
	重篤	5	8	1					14
	重症	3	11	6					20
	中等症	31	90	43	18	12	6	1	201
	軽症	46	151	70	36	15	2	3	323
疾病区分	消化器系	8	23	13	6	2	2		54
	呼吸器系	10	18	10	2	1	1		42
	循環器系	4	9	5	1	1			20
	脳血管	4	13	3	2				22
	精神・神経系	22	73	33	14	6	1	2	151
	筋骨格系	1	2	1	1		1		6
	感覚器系		1	1					2
	代謝・内分泌系		2	5		1			8
	腎・泌尿器系		3	1					4
	生殖・婦人科系			1					1
	妊娠分娩	1	3	2					6
	新生児								
	分類不能(内因性)	10	34	15	5	4	2		70
	開放性骨折	2	1	2	1				6
	非開放性骨折	2	8	5	2	1		1	19
	創傷・打撲等	14	62	12	13	8	1		110
	臓器損傷								
	脊髄(椎)損傷	1							1
	切断・離断	4	12	10	6	3		1	36
	中毒			1	1				2
	熱傷Ⅱ度以下								
	熱傷Ⅲ度	1							1
	窒息・異物・誤飲								
	絞首								
	溺水		1						1
	自然環境								
	分類不能(外因性)	3	1						4

現場滞在時間区分ごとの件数(傷病者背景あり)(2)

		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	計	30分以上	60分以上	
全数		件数(a)	3,195	5,068	860	184	87	16	4	9,414	1,151	107
		割合	33.9%	53.8%	9.1%	2.0%	0.9%	0.2%	0.0%	100%	12.2%	1.1%
傷病者背景		件数(b)	93	297	136	68	38	10	5	647	257	53
		割合	14.4%	45.9%	21.0%	10.5%	5.9%	1.5%	0.8%	100%	39.7%	8.2%
結核		件数	1	2	1	3	1			8	5	1
		割合	12.5%	25.0%	12.5%	37.5%	12.5%			100%	62.5%	12.5%
感染症(結核除く)		件数	2	6	2	2	1	1		14	6	2
		割合	14.3%	42.9%	14.3%	14.3%	7.1%	7.1%		100%	42.9%	14.3%
精神疾患		件数	19	64	35	18	14	2	3	155	72	19
		割合	12.3%	41.3%	22.6%	11.6%	9.0%	1.3%	1.9%	100%	46.5%	12.3%
急性アルコール中毒		件数	22	76	32	16	5	1		152	54	6
		割合	14.5%	50.0%	21.1%	10.5%	3.3%	0.7%		100%	35.5%	3.9%
薬物中毒		件数	4	10	7	6	2		1	30	16	3
		割合	13.3%	33.3%	23.3%	20.0%	6.7%		3.3%	100%	53.3%	10.0%
妊婦	定期健診	件数	2	5						7		
		割合	28.6%	71.4%						100%		
	ほとんど未受診	件数										
		割合										
	全く未受診	件数		1	3					4	3	
		割合		25.0%	75.0%					100%	75.0%	
透析		件数	2	10	4	2				18	6	
		割合	11.1%	55.6%	22.2%	11.1%				100%	33.3%	
認知症		件数	7	36	15	5	1	1		65	22	2
		割合	10.8%	55.4%	23.1%	7.7%	1.5%	1.5%		100%	33.8%	3.1%
要介護者		件数	16	27	10	4	2	2		61	18	4
		割合	26.2%	44.3%	16.4%	6.6%	3.3%	3.3%		100%	29.5%	6.6%
過去に問題の傷病者		件数		5	5	3	4	1		18	13	5
		割合		27.8%	27.8%	16.7%	22.2%	5.6%		100%	72.2%	27.8%
CPA		件数	5	8	1					14	1	
		割合	35.7%	57.1%	7.1%					100%	7.1%	
吐血		件数	4	12	6			1		23	7	1
		割合	17.4%	52.2%	26.1%			4.3%		100%	30.4%	4.3%
開放骨折		件数	2	3	2	2				9	4	
		割合	22.2%	33.3%	22.2%	22.2%				100%	44.4%	
複数科目		件数	7	32	13	7	8	1	1	69	30	10
		割合	10.1%	46.4%	18.8%	10.1%	11.6%	1.4%	1.4%	100%	43.5%	14.5%

※1人の傷病者で複数の背景がある場合は、それぞれの背景に計上

受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数(傷病者背景あり)

受入れに 至らなかった理由		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	応答な し	他の医 療機関 に決 まった	傷病 者・家 族が 断った	その他	計
			1	2	3	4	1	2	3	4								
			救急専 用ベッド	集中治 療室等	一般病 床	その他	設備・資 器材不 足	手術ス タッフ等 不足	高次医 療機関 での対 応	その他								
件数		342	88	10	98	81	44	49	28	205	157	37	16	33	14	5	171	1,378
割合		24.8%	6.4%	0.7%	7.1%	5.9%	3.2%	3.6%	2.0%	14.9%	11.4%	2.7%	1.2%	2.4%	1.0%	0.4%	12.4%	100%
程度別	死亡	1						3	2									6
	重篤	5	1		1						1				2			10
	重症	13	1	2	2	2	3	2	2	6	2	1		1	2		1	40
	中等症	117	43	6	56	41	23	23	17	96	44	19	9	17	4	1	74	590
	軽症	206	43	2	39	38	18	21	7	103	110	17	7	15	6	4	96	732
傷病区分	消化器系	36	9	1	7	1	18	8	2	19	16	1	4	9	2	1	21	155
	呼吸器系	15	9	1	9	2	5	1	2	12	7	5		1	2		11	82
	循環器系	14	1	1		3		1		5	7	1		1			6	40
	脳血管	11	3	1	1	1	1	1	1	7	6				1		4	38
	精神・神経系	98	38		28	30	4	7	3	51	33	9	7	8	3	2	44	365
	筋骨格系	8			10	5	1			2	5	1		1			9	42
	感覚器系	1								1	1							3
	代謝・内分泌	3				8				5	3		1		1		4	25
	腎・泌尿器	1									2							3
	生殖・婦人科																	
	妊娠分娩	2			4	3				7							4	20
	新生児																	
	分類不能(内因性)	43	10		14	11	6	9	2	24	22	1	3	3			20	168
	開放性骨折	3	1			1		5		12	5	1					4	32
	非開放性骨折	8	1		10	2	2	1	2	4	9	8		2		1	6	56
	創傷・打撲等	68	13	2	13	7	3	9	2	24	31	10		7	3	1	24	217
	臓器損傷																	
	脊髄(椎)損傷																	
	切断・離断																	
	中毒	28	3	4	2	7	4	7	14	32	10		1	1	2		14	129
	熱傷Ⅱ度以下	2																2
	熱傷Ⅲ度																	
	窒息・異物・誤飲																	
	縊首・絞首																	
	溺水	1																1
	自然環境																	
	分類不能(外因性)																	

傷病者に関する情報

救急隊から医療機関に伝達した情報																計
結核	感染症(結核除く)	精神疾患	急性アルコール中毒	薬物中毒	定期的受診	ほとんど未受診	全く未受診	透析	認知症	要介護者	過去に問題の傷病者	CPA	吐血	開放骨折	複数科目	
8	14	155	152	30	7	0	4	18	65	61	18	14	23	9	69	647

※ 救急隊が把握した背景数であり、1人の傷病者で複数の背景がある場合はそれぞれの背景に計上しているため、事案数(566件)より多くなっている。



救急隊からの情報に医療機関から受入れ困難理由との明確な回答内容																計
結核	感染症(結核除く)	精神疾患	急性アルコール中毒	薬物中毒	定期的受診	ほとんど未受診	全く未受診	透析	認知症	要介護者	過去に問題の傷病者	CPA	吐血	開放骨折	複数科目	
6	7	120	135	29	1	0	0	8	21	9	18	5	14	20	64	457

※ 救急隊が伝達した傷病者背景に対し、医療機関が受入困難理由として明確に回答した件数を計上しており、1事案において多数の医療機関が傷病者背景を受入困難理由として明確に回答した場合は、救急隊が把握した背景数より多くなることがある。(例えば、開放骨折においては、救急隊伝達9件、医療機関回答20件)

急性アルコール中毒について(1)

年代別	受入照会回数														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	20	計
10-19	1	1		2						1					5
20-29	19	15	13	4	4	3		1	1			1	1	1	63
30-39	10	5	4	2	3	5	3	3			2	1			38
40-49	2	2	1	2	1		1	1				1			11
50-59	2	6	2	2											12
60-69	3	3	1	1		1	2	1							12
70-79	1	1	1	1	2				1	1					8
80-89	1			1	1										3
計	39	33	22	15	11	9	6	6	2	2	2	3	1	1	152

程度別	受入照会回数														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	20	計
重篤				1											1
重症	1														1
中等症	11	14	4	3	5	3	2	1	1		1	2	1	1	49
軽症	27	19	18	11	6	6	4	5	1	2	1	1			101
計	39	33	22	15	11	9	6	6	2	2	2	3	1	1	152

急性アルコール中毒について(2)

分類	初診時傷病名	受入照会回数														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	20	計
消化器系	上腹部痛							1								1
	腹痛							1								1
	吐血			1												1
呼吸器系	呼吸困難			1												1
	上気道炎			1												1
循環器系	急性心筋梗塞		1													1
	失神										1					1
	心不全	1														1
	動悸												1			1
精神・神経系	過換気症候群		1			1										2
	急性アルコール中毒等	30	22	16	11	8	8	2	5	1	1	2	1		1	108
筋骨格系	腰痛症												1			1
	左膝痛	1														1
分類不能(内因性)	意識消失		1													1
	意識障害		1			1										2
	脱水症							1								1
創傷・打撲等	顔面挫創		2													2
	顔面打撲		1	1												2
	急性硬膜下血腫				1											1
	左眼瞼挫創			1												1
	左足首裂創	1														1
	前頭部打撲							1								1
	前額部挫創				1											1
	全身打撲				1											1
	多発外傷	1														1
	頭部外傷	2	1						1					1		5
	頭部挫創	1					1									2
	頭部打撲	2	3	1		1				1						8
	急性薬物中毒				1											1
計		39	33	22	15	11	9	6	6	2	2	2	3	1	1	152

精神疾患(1)

年代別	受入照会回数																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計
10-19	5			1	1													7
20-29	9	3	5	5	2	2		2	3				1					32
30-39	11	10	9	2	2	3		1	1	1			1			1		42
40-49	10	3	3	3	3	3			1		2					1	1	30
50-59	7	4	3	2	3									1				20
60-69	4	1	1	1	1		1											9
70-79	2	1	2	1	1								1					8
80-89	4		1	1														6
90-99		1																1
計	52	23	24	16	13	8	1	3	5	1	2		3	1		2	1	155

程度別	受入照会回数																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計
重篤	1	1	1															3
重症	1		1															2
中等症	11	8	6	3	4	3		1	3	1			2			2		44
軽症	39	14	16	13	9	5	1	2	2		2		1	1			1	106
計	52	23	24	16	13	8	1	3	5	1	2		3	1		2	1	155

精神疾患(2)

疾病区分	傷病名	受入照会回数																	計
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
消化器系	胃腸炎				1														1
	胃潰瘍		1																1
	下痢症	1																	1
	急性胃炎			1															1
	急性胃腸炎		1					1											2
	急性感染性胃腸炎			1															1
	急性腹症			1		1													2
	上部消化管出血													1					1
	腸閉塞						1												1
	腹痛		1																1
	便秘	1																	1
	嘔気	1																	1
	嘔吐	1																	1
	裂肛									1									1
呼吸器系	かぜ	1																	1
	咳嗽			1															1
	気管支喘息	1																	1
	呼吸苦		2																2
	上気道炎	1																	1
	心肺停止			1															1
循環器系	急性冠症候群疑				1														1
	狭心症	1																	1
	高血圧・下肢脱力					1													1
	脱水	1																	1
脳血管	一過性脳虚血発作	1																	1
	転倒				1														1
	頭痛	1																	1
精神・神経系	脳梗塞の疑い		1																1
		16	2	7	1	2	3		2	1					1		1		36
筋骨格系	頸椎後縦靱帯硬化症			1															1
感覚器系	左肩関節炎		1																1
	耳閉感					1													1
代謝・内分泌	高アンモニア血症		1																1
	全身関節痛	1																	1
	脱水					1													1
分類不能(内因性)		8	5	4	2	3						1		1				1	25
非開放性骨折	左上腕骨頸部骨折				1														1
	肋骨骨折疑い				1														1
	右肩打撲						1												1
創傷・打撲等	右手首切創		1																1
	右足関節捻挫	1																	1
	右膝打撲						1												1
	下顎挫創	1																	1
	下腿捻挫										1								1
	顔面挫傷	1																	1
	顔面挫創		1																1
	顔面打撲	1		1															2
	頸椎捻挫					1													1
	左手首切創	1																	1
	左前腕切創			1															1
	左前腕部切創			1															1
	左足挫傷疑い		1																1
	切創	1																	1
	前額部挫創				1														1
	打撲					1													1
	転倒	1																	1
	頭部外傷				1														1
	頭部打撲	1			1					1									3
	両手挫創				1														1
中毒	過量服薬				1														1
	急性医薬品中毒	1	1																2
	急性薬物中毒疑い																1		1
	急性薬物中毒	2	2	1	3		1												9
	薬物過量服用		1				1												2
	薬物多量服用	1																	1
	薬物中毒	1	1	2		1	1		1	2	1								10
	過量内服													1					1
熱傷Ⅱ度以下	気道熱傷	1																	1
	熱傷			1															1
窒息・異物・誤飲	異物誤飲	1																	1
分類不能(外因性)		1																	1
計		52	23	24	16	13	8	1	3	5	1	2		3	1		2	1	155

複数科目(1)

年代別	受入照会回数													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	計
0-9	2	1		1										4
10-19	1	1									1			3
20-29	4	4	2	2	1	1	1		1				1	17
30-39	3	2	3		1		2							11
40-49		2	2						2					6
50-59	4													4
60-69	3		1	1										5
70-79	3	1	1	1			1	1	1		1			10
80-89		1	1	1									1	4
90-99	3	1												5
計	23	13	10	6	2	2	4	1	4		2		2	69

程度別	受入照会回数													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	計
重症篤	1													1
中等症	4	3	1	1		1	1		1		2		1	15
軽症	18	10	9	5	2	1	3	1	3				1	53
計	23	13	10	6	2	2	4	1	4		2		2	69

複数科目(2)

疾病区分	傷病名	受入照会回数														計
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
消化器系	裂肛									1					1	
	急性腹症									1					1	
呼吸器系	発熱		1												1	
	喘鳴		1												1	
循環器系	動悸		1												1	
脳血管	意識障害	1	1												2	
	片頭痛			1											1	
精神・神経系	てんかん						1								1	
	急性アルコール中毒							1							1	
感覚器系	興奮状態	1							1						1	
	中耳炎	1													1	
代謝・内分泌	脱水・低体温								1						1	
	低血糖発作	1													1	
腎・泌尿器	血尿	1													1	
	尿管結石				1										1	
分類不能(内因性)		1	2	1	1	1	1					1			8	
非開放性骨折	左手関節骨折		1												1	
	軸椎歯突起骨折									1					1	
	上下顎骨折											1			1	
	仙尾椎骨折疑い			1											1	
創傷・打撲等	右顔面切傷							1							1	
	右手切創			1											1	
	右足首打撲、左足首打撲					1									1	
	顔面挫創		1		1										2	
	顔面打撲	2		1											3	
	交通外傷	1		1											2	
	口唇部裂傷	1													1	
	腰部打撲	1													1	
	左下腿挫創		1							1					2	
	左下腿擦過傷		1												1	
	左下腿打撲	1													1	
	上口唇挫創			1											1	
	全身打撲			1											1	
	頭部外傷	1	1	1	1			1						1	6	
	頭部挫創	1													1	
	頭部全身外傷	1													1	
	頭部打撲	4	2		1					1				1	9	
	背部打撲	1													1	
	腰部挫傷			1											1	
	切創	1													1	
脊髄(椎)損傷	頸椎捻挫	1													1	
中毒	急性薬物中毒				1										1	
分類不能(外因性)		1													1	
計		23	13	10	6	2	2	4	1	4		2		2	69	

処置困難（その他）(1)

受入照会回数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	計
処置困難(その他)	件数	1	78	71	57	45	28	23	16	16	10	7	6	11	3	2	6	3	1	1	1				2	1	389
	割合	0.3%	20.1%	18.3%	14.7%	11.6%	7.2%	5.9%	4.1%	4.1%	2.6%	1.8%	1.5%	2.8%	0.8%	0.5%	1.5%	0.8%	0.3%	0.3%	0.3%				0.5%	0.3%	100%
	傷病者背景なし		74	60	41	37	19	17	7	10	7	4	4	2	2	1	3	2	1	1					1		293
	割合		25.3%	20.5%	14.0%	12.6%	6.5%	5.8%	2.4%	3.4%	2.4%	1.4%	1.4%	0.7%	0.7%	0.3%	1.0%	0.7%	0.3%	0.3%					0.3%		100%
傷病者背景あり	件数	1	4	11	16	8	9	6	9	6	3	3	2	9	1	1	3	1			1				1	1	96
	割合	1.0%	4.2%	11.5%	16.7%	8.3%	9.4%	6.3%	9.4%	6.3%	3.1%	3.1%	2.1%	9.4%	1.0%	1.0%	3.1%	1.0%			1.0%				1.0%	1.0%	100%
傷病者背景内訳（重複計上）	結核			1										1		1											3
	感染症(結核除く)		1		2				1									1							1		6
	精神疾患	1	3	6	4	4	2		2	2		1		3	1		2	1									32
	急性アルコール中毒			4	5	1	4	1	3	1	2		2								1						24
	薬物中毒		1		1		2		2		1			1			1										9
	妊婦	定期的																									
		ほとんど																									
		未受診																									
	全く未受													1													1
	透析				1		1	1																			3
	認知症			1	1	1				1		1		2			1										8
	要介護者				1	1	1			1		1		2			1								1		9
	過去に問題の傷病者			1	1			2		1		1			1			1									8
	CPA																										0
	吐血				1	1			1																		3
	開放骨折					1			1	1				1													4
	複数科目	1		1	3		1	2		1		1		1													11
	計	2	5	14	20	9	11	6	10	8	3	5	2	12	2	1	5	3			1				1	1	121



傷病者背景あり

	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上の割合	6回以上の割合	11回以上の割合	最大回数
件数	1	15	24	33	23	96	83.3%	58.3%	24.0%	25
割合	1.0%	15.6%	25.0%	34.4%	24.0%	100%				

※ 処置困難(その他)に計上されているため、照会回数1回は矛盾するデータである。

処置困難（その他）(2)

		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	計	30分以上	60分以上
全数	件数	3,195	5,068	860	184	87	16	4	9,414	1,151	107
	割合	33.9%	53.8%	9.1%	2.0%	0.9%	0.2%	0.0%	100%	12.2%	1.1%
処置困難（その他）	件数	21	135	123	64	37	7	2	389	233	46
	割合	5.4%	34.7%	31.6%	16.5%	9.5%	1.8%	0.5%	100%	59.9%	11.8%
傷病者背景なし	件数	19	115	95	39	24	1		293	159	25
	割合	4.9%	29.6%	24.4%	10.0%	6.2%	0.3%	0.0%	100%	54.3%	8.5%
傷病者背景あり	件数	2	20	28	25	13	6	2	96	74	21
	割合	0.5%	5.1%	7.2%	6.4%	3.3%	1.5%	0.5%	100%	77.1%	21.9%
傷病者背景内訳（重複計上）	結核	件数		1		1	1		3	3	2
		割合		33.3%		33.3%	33.3%		100%	100.0%	66.7%
	感染症（結核除く）	件数		1	2	1	1		6	5	2
		割合		16.7%	33.3%	16.7%	16.7%		100%	83.3%	33.3%
	精神疾患	件数	1	9	5	8	6	1	32	22	9
		割合	3.1%	28.1%	15.6%	25.0%	18.8%	3.1%	100%	68.8%	28.1%
	急性アルコール中毒	件数		8	5	9	1	1	24	16	2
		割合		33.3%	20.8%	37.5%	4.2%	4.2%	100%	66.7%	8.3%
	薬物中毒	件数	1	1	3	2	1		9	7	2
		割合	11.1%	11.1%	33.3%	22.2%	11.1%	11.1%	100%	77.8%	22.2%
	妊婦	定期健診	件数								
			割合								
		ほとんど未受診	件数								
			割合								
		全く未受診	件数		1				1	1	
			割合		100%				100%	100%	
	透析	件数		1	1	1			3	2	
		割合		33.3%	33.3%	33.3%			100%	66.7%	
	認知症	件数		1	2	3	1	1	8	7	2
		割合		12.5%	25.0%	37.5%	12.5%	12.5%	100%	87.5%	25.0%
	要介護者	件数		1	2	3	1	2	9	8	3
		割合		11.1%	22.2%	33.3%	11.1%	22.2%	100%	88.9%	33.3%
	過去に問題の傷病者	件数			2	1	3	2	8	8	5
		割合			25.0%	12.5%	37.5%	25.0%	100%	100%	62.5%
	CPA	件数									
		割合									
	吐血	件数		1	2				3	2	
		割合		33.3%	66.7%				100%	66.7%	
	開放骨折	件数	1		2	1			4	3	
		割合	25.0%		50.0%	25.0%			100%	75.0%	
	複数科目	件数			5	2	4		11	11	4
		割合			45.5%	18.2%	36.4%		100%	100%	36.4%
	計	件数	3	23	33	31	19	9	121	95	31
		割合	2.5%	19.0%	27.3%	25.6%	15.7%	7.4%	100%	78.5%	25.6%

受入照会回数11回以上の事案(1)

搬送 連絡 回数		手術中・ 患者対応 中	受入医療機関決定までに受入れに至らなかった理由とその件数														救急隊から医療機関に伝達し た情報			
			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	応答なし	他の医療 機関に決 まった	傷病者・ 家族が 断った				その他
			1	2	3	4	1	2	3	4										
			救急専用 ベッド	集中治療 室等	一般病床	その他	設備・資 器材不足	手術ス タッフ等不 足	高次医療 機関での 対応	その他								1	2	3
1	11	1			6			1		2							1			
2	11	2			5	1				1				1						
3	11	5	1					3			3									
4	11	2			1						1	1		2	1		2			
5	11		4														6	精神疾患		
6	11		1								9						1			
7	11	4						1		1		1					3	精神疾患		
8	11		1			1	1	2	2	4							4			
9	11	3				1				3							2			
10	11	1										3						複数科目		
11	11	3									6						1			
12	11	3			4									1			2			
13	11				3												8	急性アルコール中毒		
14	11	3	1		1					1	2						2	過去に問題の傷病者	複数科目	
15	11	2			2	1			1	1	2			1				要介護者	認知症	
16	12	4				1	1				1	2					2			
17	12																			
18	12	4				2				2	2						1			
19	12	2				1		1									7			
20	12	6			1		1				1						4	急性アルコール中毒		
21	12	1	1		1	1				7				1				急性アルコール中毒		
22	12		7							4										
23	12	6				1				1	1						2	急性アルコール中毒		
24	12	1					2			4	1	1					2			
25	12	1	1					2		5				1			1			
26	13	1				5				3			1				2	認知症	要介護者	
27	13	5	1							4	2						2	複数科目		
28	13	2								6		2					1			
29	13					1				10							1	薬物中毒	精神疾患	
30	13		5							2		3					3	認知症	要介護者	
31	13	1	1					4		4	2							開放骨折		
32	13				2	1				7							1	全く未受診		
33	13	2	1				2			6							1	精神疾患		
34	13	3						6		1			1				1	精神疾患		
35	13		2			1		1		3		1	1		1		2			
36	13	1					4			6								結核		
37	13	2	2	2	2	2						2		2			3	急性アルコール中毒	複数科目	

受入照会回数11回以上の事案(2)

	搬送 連絡 回数	受入医療機関決定までに受入れに至らなかった理由とその件数															救急隊から医療機関に伝達し た情報			
		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	応答なし	他の医療 機関に決 まった	傷病者・ 家族が 断った				その他
			1 救急専用 ベッド	2 集中治療 室等	3 一般病床	4 その他	1 設備・資 器材不足	2 手術ス タッフ等不 足	3 高次医療 機関での 対応	4 その他							1	2	3	
38	14	1	2						1	6	1		1				2	精神疾患	過去に問題の傷病者	
39	14	5			3	1			3				1	1						
40	14	5			2					5			1							
41	14	2			1				5				1	2		1				
42	15	5					1		2	3			1			1	結核			
43	15	2				6			4	1						1				
44	16	3	1						5	4			2							
45	16	5	3			1			2	3						1				
46	16																			
47	16	2	6						4									認知症	要介護者	
48	16					3	1		4		1	2						精神疾患		
49	16								12							3				
50	16	6				3	1		4							1	薬物中毒	精神疾患		
51	17	2			1				5							3	過去に問題の傷病者	精神疾患	感染症(結核除く)	
52	17	8							1							7				
53	17				3	1			3	3			1			5				
54	18	1		5		5			1			1	1			6				
55	19	4	1			2		1	7	1	1					1				
56	20	6	3						3				1			5	急性アルコール中毒			
57	21	11				1										8				
58	24	2	2				4	2	3	2			1			5				
59	24	4			6	4	3		3			1	1				感染症(結核除く)			
60	25	2			7	5			2	4	1		1			4	要介護者			
計		147	47	7	51	52	21	24	6	161	65	20	7	22	4	122	28事案			

傷病者背景のあつた23事案において、受入に至らなかった件数82件

傷病者背景のあつた20事案において、受入に至らなかった件数55件

受入照会回数11回以上の事案(3)

現場滞在時間		15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	計	30分以上	60分以上
件数(a)				2	17	32	7	2	60	60	41
割合				3.3%	28.3%	53.3%	11.7%	3.3%	100%	100%	68.3%
程度別	死亡			1					1	1	0
	重篤									0	0
	重症				1				1	1	0
	中等症			1	6	16	7	1	31	31	24
	軽傷				10	16		1	27	27	17
程度別計				2	17	32	7	2	60	60	41
程度別割合				3.3%	28.3%	53.3%	11.7%	3.3%	100%	100%	68.3%
傷病者背景あり(b)				1	7	13	5	2	28	28	20
傷病者背景ありの割合				3.6%	25.0%	46.4%	17.9%	7.1%	100%	100%	71.4%
(b)／(a)				50.0%	41.2%	40.6%	71.4%	100%	46.7%	46.7%	48.8%
傷病者背景内訳 (重複計上)	件数			1	9	20	6	3	39	39	29
	割合			2.6%	23.1%	51.3%	15.4%	7.7%	100%	100%	74.4%
結核	件数				1	1			2	2	1
	割合				50.0%	50.0%			100%	100%	50.0%
感染症(結核除く)	件数					1	1		2	2	2
	割合					50.0%	50.0%		100%	100%	100%
精神疾患	件数				1	6	1	1	9	9	8
	割合				11.1%	66.7%	11.1%	11.1%	100%	100%	88.9%
急性アルコール中毒	件数				2	3	1		6	6	4
	割合				33.3%	50.0%	16.7%		100%	100%	66.7%
薬物中毒	件数					1		1	2	2	2
	割合					50.0%		50.0%	100%	100%	100%
妊婦	定期健診										
	ほとんど未受診										
	全く未受診			1					1	1	
	割合			100%					100%	100%	
透析	件数										
	割合										
認知症	件数				2	1	1		4	4	2
	割合				50.0%	25.0%	25.0%		100%	100%	50.0%
要介護者	件数				2	1	2		5	5	3
	割合				40.0%	20.0%	40.0%		100%	100%	60.0%
過去に問題の傷病者	件数					3			3	3	3
	割合					100%			100%	100%	100%
CPA	件数										
	割合										
吐血	件数										
	割合										
開放骨折	件数				1				1	1	
	割合				100%				100%	100%	
複数科目	件数					3		1	4	4	4
	割合					75.0%		25.0%	100%	100%	100%

調査結果概要(1)

【全体】

- 受入医療機関が決定するまでに行った照会回数が4回以上のものは779件(8.3%)、6回以上のものは291件(3.1%)、11回以上のものは60件(0.6%)であり、3回までに91.7%が決定していた。(P4参照)
- 現場滞在時間が30分未満のものは8,263件(87.7%)、30分以上ものは1,151件(12.3%)、60分以上のものは107件(1.1%)であった。(P5参照)
- 受入医療機関決定までに受入に至らなかった主な理由をみると、「手術中・患者対応中」(31.5%)、「処置困難」(18.8%)「ベッド満床」(18.0%)であった。(P6参照)

【重症以上】

- 初診時程度重症以上であった737事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、4回以上のものは51件(6.9%)、6回以上のものは17件(2.3%)、11回以上のものは2件(0.3%)であった。(P7参照)
- 受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由409件を傷病区分でみると、循環器系が102件(24.9%)と最も多かった。(P9参照)

【産科・周産期】

- 産科・周産期傷病者30事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、4回以上のものは5件(16.7%)、6回以上のものは4件(13.3%)、11回以上のものは2件(6.7%)であった。(P10参照)
- 受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由をみると、ベッド満床のうち集中治療室等(ICU、NICU等)を理由に5件が受入に至っていない。(P12参照)
- 今回の調査における産科・周産期については、事案数が少ないためデータの取扱いには注意が必要である。

【小児】

- 小児傷病者680事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、4回以上のものは24件(3.5%)、6回以上のものは8件(1.2%)、照会回数11回以上の事案はなかった。(P13参照)
- 現場滞在時間をみると、15分未満が432件(63.5%)、15分以上30分未満が230件(33.8%)と円滑な搬送であった。
- 受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由278件を傷病区分でみると、創傷・打撲等が116件(41.7%)と最も多かった。(P15参照)

調査結果概要(2)

【救命救急センター】

- 救命救急センターへ搬送された485事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、4回以上のものは31件(6.4%)、6回以上のものは12件(2.5%)、11回以上のものは3件(0.6%)であった。(P16参照)
- 救命救急センター485事案を程度別にみると、軽症が24件(4.9%)、中等症120件(24.7%)が含まれていた。(P16参照)
- 受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由282件を傷病区分でみると、中毒が44件(15.6%)と多かった。(P18参照)

【平成19年全国調査との比較】

- 平成19年全国調査における東京消防庁分と比較すると、医療機関に受入の照会を行った回数でみると、受入照会回数4回以上、6回以上、11回以上の割合が、「重症以上」、「小児」、「救命救急センター」においては減少し円滑な受入となったが、「産科・周産期」については、受入照会回数4回以上、6回以上、11回以上すべての割合が増加しており、受入が困難な状況となっている。(P19参照)
- 平成19年全国調査における東京消防庁分の現場滞在時間区分ごとの件数と比較すると、30分以上、60分以上の割合が「重症以上」、「小児」、「救命救急センター」においては減少しているが、「産科・周産期」については、30分以上、60分以上の割合が増加している。(P20参照)
- 受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由をみると、4区分において「処置困難」が減少している。特に、「産科・周産期」については減少が顕著(38.4%→17.9%)であるが、反面、「ベッド満床」が大幅に増加している(16.6%→33.9%)。(P21参照)

【65歳以上】

- 65歳以上の事案は3,894件であり、全事案の41.4%を占めている。(P22参照)
- 65歳以上3,894事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、4回以上のものは275件(7.1%)、6回以上のものは98件(2.5%)、11回以上のものは21件(0.5%)であった。(P22参照)
- 受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由2,316件を傷病区分でみると、創傷・打撲等が424件(18.3%)と最も多かった。(P24参照)
- 65歳以上かつ発生場所が老人ホーム等の事案をみると、年代が高くなるにつれ、受入が困難になる傾向がみられた。(P25参照)

調査結果概要(3)

【傷病者背景あり】

- 傷病者背景について、救急隊が把握し医療機関へ伝達したものは566事案であった。(P37参照)
- ひとりの傷病者において、複数の傷病者背景が把握されたものもあり、合計すると647件で、「精神疾患」155件(24.0%)、「急性アルコール中毒」152件(23.5%)、「複数科目」69件(10.7%)、「認知症」65件(10.0%)、「要介護」61件(9.4%)が多かった。(P38参照)
- 受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、4回以上のものは184件(32.5%)、6回以上のものは100件(17.7%)、11回以上のものは29件(5.1%)となっており、全体平均を大きく上回っていた。(P37参照)
- 現場滞在時間をみると、30分以上が39.7%、60分以上が8.2%となっており、全体平均を大きく上回っていた。(P40参照)
- 救急隊が伝達した傷病者背景を受入困難理由として明確に回答したものは457件で、「急性アルコール中毒」135件、「精神疾患」120件、「複数科目」64件などとなっていた。(P43～49参照)

【処置困難(その他)】

- 受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由に「処置困難(その他)」があった389事案の中に、傷病者背景ありの事案が96事案(24.7%)含まれていた。(P50参照)
- 傷病者背景あり96事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数をみると、4回以上のものは80件(83.3%)、6回以上のものは56件(58.3%)、11回以上のものは23件(24.0%)となっており、傷病者背景あり全事案の割合よりもさらに上回っていた。(P50参照)
- 傷病者背景あり96事案の現場滞在時間をみると、30分以上が77.1%、60分以上が21.9%となっており、傷病者背景あり全事案の割合よりもさらに上回っていた。(P51参照)

【受入照会回数11回以上の事案】

- 受入照会回数が11回以上であった事案は60件で、そのうち28件(46.7%)に何らかの傷病者背景があった。(P52・53参照)
- 傷病者背景のある事案では、処置困難(その他)、その他の理由により受入に至らない場合が多かった。(P52・53参照)
- 現場滞在時間をみると、全ての事案が30分以上を要し、60分以上90分未満が32件、90分以上120分未満が7件、120分以上も2件あった。(P54参照)

考 察

- 「ベッド満床」、「処置困難」を細分化したことで、平成19年の全国調査に比べ、受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由が明らかになったと思われる。
- 平成19年の全国調査に比べ、医療機関に受入の照会を行った回数における4回以上、6回以上の件数の割合、現場滞在時間区分ごとの件数における30分以上、60分以上の件数の割合が共に減少していた。
- 傷病者背景がある事案においては、受入照会回数、現場滞在時間ともに全体平均を上回っており、選定困難事案となりやすいと思われた。特に、「精神疾患」、「急性アルコール中毒」、「結核」、「過去に問題のある傷病者」、「全く未受診の妊婦」において、選定が困難な傾向となった。
- 産科・周産期事案については、1週間程度の調査期間では事案数に限りがあり、正確な傾向を把握するには、調査期間を延長する必要があるのではないか。
- 受入照会回数が多数におよぶほど、処置困難(その他)を理由に受入に至らない場合が多いと考えられた。



地域の救急搬送・受入体制の現状を分析・検証し、検証結果に基づく改善策の策定等に有用な調査ではないか。

救急医療機関の運営に 対する支援のあり方

総 務 省 消 防 庁
消防機関と医療機関の連携に関する作業部会

救急医療機関に対する支援のあり方について(検討の背景)

- 昨年度の当作業部会中間報告において、円滑な救急搬送・受入医療体制を確保するため、早急に講じるべき対策として、救急医療情報システムの改善、救急患者受入コーディネーターの配置、救急搬送に関する検証・協議の場の設置等の対策が提言されたところ。
- 一方、「**問題の根本的な解決のためには、救急医療体制の充実・強化、救急医療に携わる医師の勤務条件等の改善**や救急車の適正利用の推進など国民の協力等も必要であり、**今後の検討課題として指摘したい。**」とされたところ。
- また、今年度、当作業部会において、救急搬送における医療機関の受入状況に関する詳細調査を実施する予定であるが、調査結果を今後の対策に活かすツールとしても、救急医療機関に対する財政的な支援のあり方について検討する必要がある。

救急医療機関に対する具体的な支援のあり方について(1)

1 3次救急医療機関(救命救急センター)に対する支援

昨年度実施した「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」において、3次救急医療機関の受入に至らなかった主な理由は、「ベッド満床」や「手術中・患者対応中」であった。

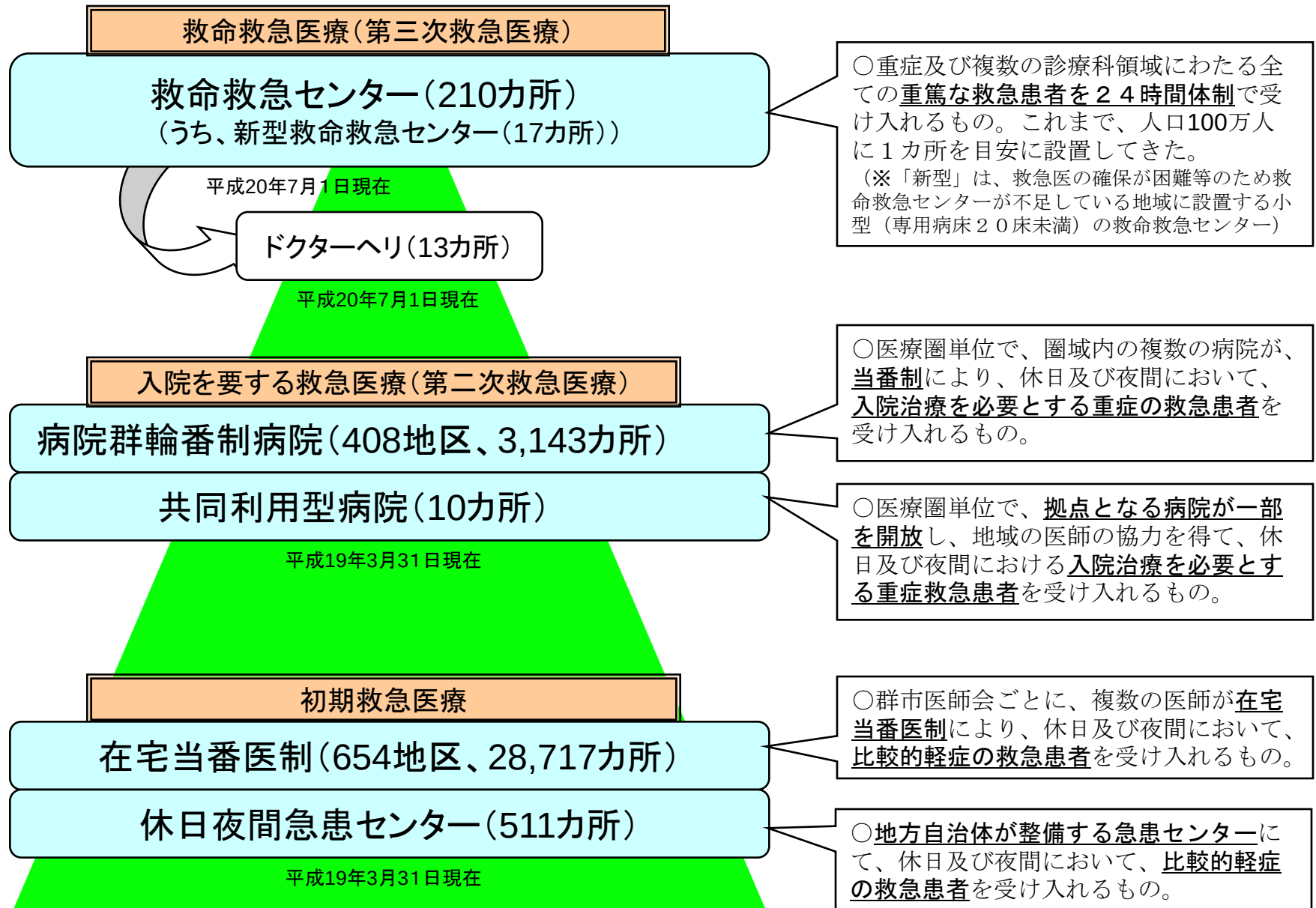
3次救急医療機関においては、救急患者を受け入れるため、ベッドやスタッフを常に一定水準以上確保する必要があり、そのための経費が追加的に必要となる。これらの経費については、診療報酬の算定上できる限り考慮することが望まれるが、一方で3次救急医療機関の実際の収支差額に対応した支援についても考慮することが必要ではないか。

2 2次救急医療機関に対する支援

- (1) 2次救急医療において公立医療機関は大きな役割を担っており、地方公共団体が公立2次救急医療機関について支出している繰出金額の水準に対応した地方財政措置について検討することとしてはどうか。
- (2) 民間の救急医療機関数は公立の救急医療機関数を大きく上回っているが、その役割に応じた支援についてどう考えるべきか。

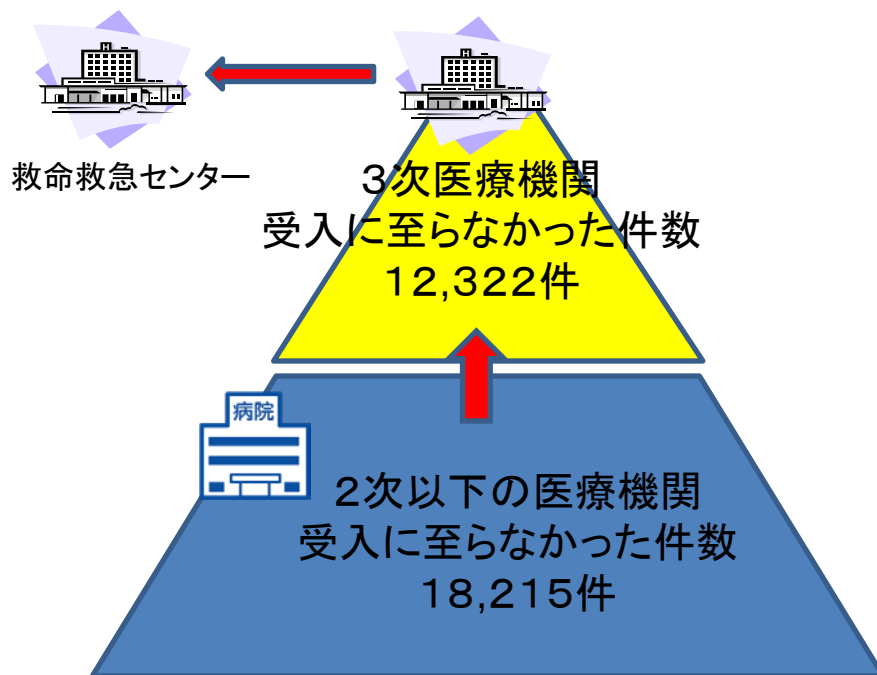
- (3) 2次救急医療機関については、救急患者の受入実績等にかなりのばらつきがあり、公平の観点からも、そうした実績等に応じた支援内容とすることが受入体制の強化につながるという意見もあるが、どう考えるか。

救急医療体系図



救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査

救命救急センター等搬送事案における受入に至らなかった理由



3次医療機関における理由

- ・ベッド満床 37.8%
- ・手術中・患者対応中 34.5%
- ・処置困難 12.7%

2次以下の医療機関における理由

- ・処置困難 39.0%
- ・手術中・患者対応中 16.2%
- ・ベッド満床 15.6%
- ・専門外 10.3%

病院区分等		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)	理由不明及びその他	合計
2次以下	件数	2,947	2,835	7,098	1,868	886	41	2,540	18,215
	割合	16.2%	15.6%	39.0%	10.3%	4.9%	0.2%	13.9%	100%
3次	件数	4,248	4,657	1,564	145	81	1	1,626	12,322
	割合	34.5%	37.8%	12.7%	1.2%	0.7%	0.0%	13.2%	100%
合計	件数	7,195	7,492	8,662	2,013	967	42	4,166	30,537
	割合	23.6%	24.5%	28.4%	6.6%	3.2%	0.1%	13.6%	100%

※集計可能な宮城県、埼玉県、東京都、静岡県、愛知県、広島県、福岡県における数値

開設者別の救急医療機関数

	救急医療体制上の位置付け				救急告示 病院 (再掲)
	三次救急	二次救急	初期救急	総数	
総数	188	3,677	1,583	5,448	4,166
国	24	149	23	196	162
厚生労働省	－	4	－	4	4
その他	24	145	23	192	158
公的医療機関	111	818	236	1,165	1,097
都道府県	41	129	29	199	162
市町村	32	485	174	691	666
その他	38	204	33	275	269
社会保険関係団体	2	98	14	114	104
公益法人	8	213	52	273	197
医療法人	6	2,043	1,065	3,114	2,171
学校法人並びにその他の法人	36	138	48	222	167
会社	1	31	8	40	23
個人	－	187	137	324	245

都道府県	41	129	29	199	162
全体に占める割合	21.8%	3.5%	1.8%	3.7%	3.9%
市町村	32	485	174	691	666
全体に占める割合	17.0%	13.2%	11.0%	12.7%	16.0%
都道府県＋市町村	73	614	203	890	828
全体に占める割合	38.8%	16.7%	12.8%	16.3%	19.9%

注：当該調査における各開設者の定義

国	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他(国の機関)
公的医療機関	都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人
個人	個人
その他	公益法人、学校法人、社会福祉法人などの上記以外の法人

三位一体改革等により一般財源化された救急医療対策関係事業の 国庫補助額(実績)の推移

(単位:百万円)

	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
救命救急センター	5,621	5,715	5,523	5,550	2,993 公立分を一般財源化
病院群輪番制等病院	3,728	3,703	3,699	一般財源化	
在宅当番医	852	867	一般財源化		
計	10,201	10,285	9,222	5,550	2,993

○ 地方公営企業法(抄)

第三章 財務

(経費の負担の原則)

第十七条の二

次に掲げる地方公営企業の経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする。

- 一 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが適当でない経費

○ 地方公営企業法施行令(抄)

(一般会計等において負担する経費)

第八条の五

法第十七条の二第一項第一号に規定する経費で政令で定めるものは、次の各号に掲げる事業の区分に応じ、当該各号に定める経費(当該経費に係る特定の収入がある場合には、当該特定の収入の額をこえる部分)とする。

- 三 病院事業看護師の確保を図るために行う養成事業に要する経費、救急の医療を確保するために要する経費及び集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政として行われる事務に要する経費

公立救急医療機関に対する財政措置(2)

特別交付税措置

○ 救命救急センター

- ・ 都道府県立： 1床当たり1,760千円×病床数(ただし、上限48,600千円)
- ・ 市町村立： 1床当たり2,384千円×病床数(ただし、上限66,400千円)

○ 救急告示病院

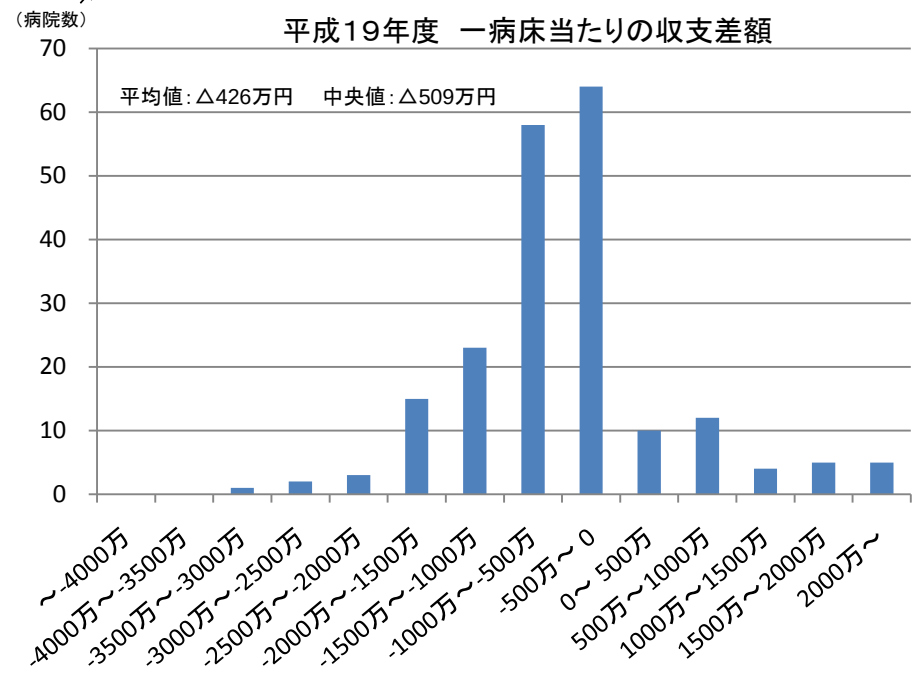
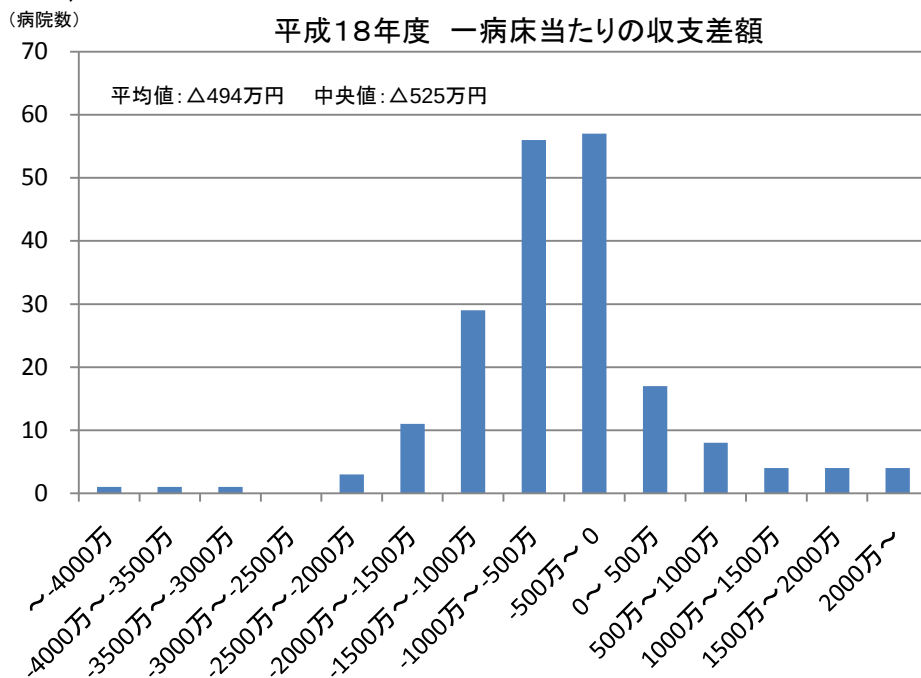
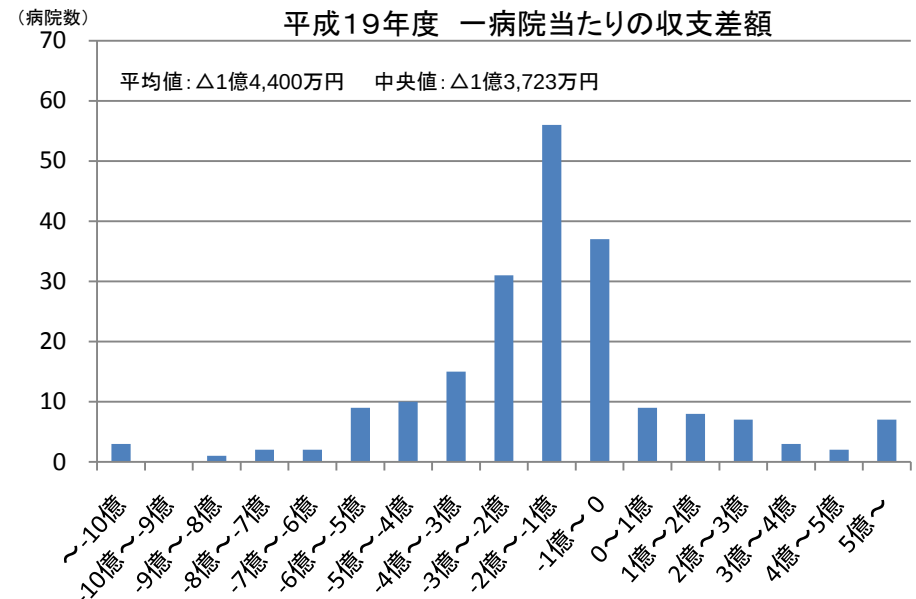
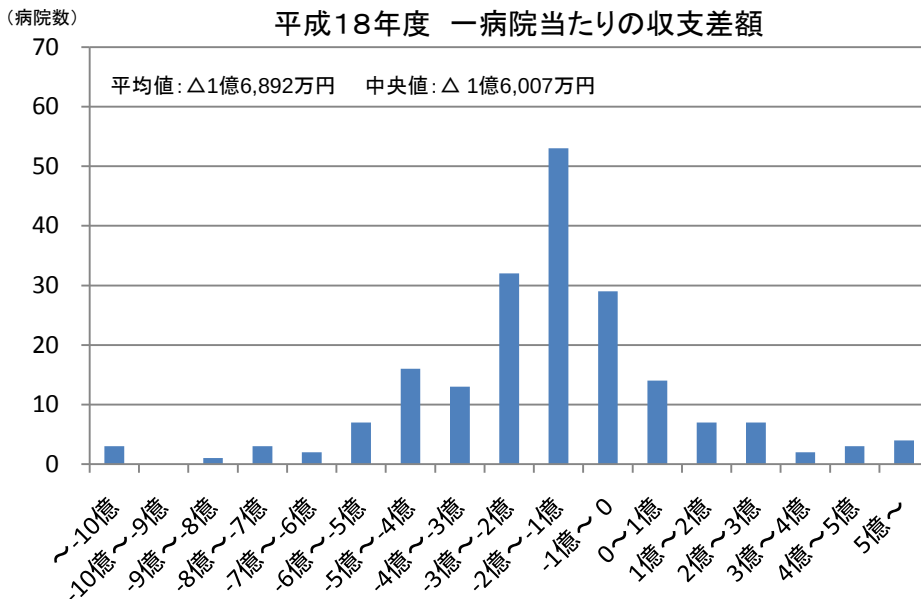
区分1病院当たり金額

	都道府県	市町村
・ Aランク	15,300千円	44,200千円
・ Bランク	8,700千円	25,300千円
・ B'ランク	7,300千円	20,900千円
・ Cランク	6,000千円	17,300千円

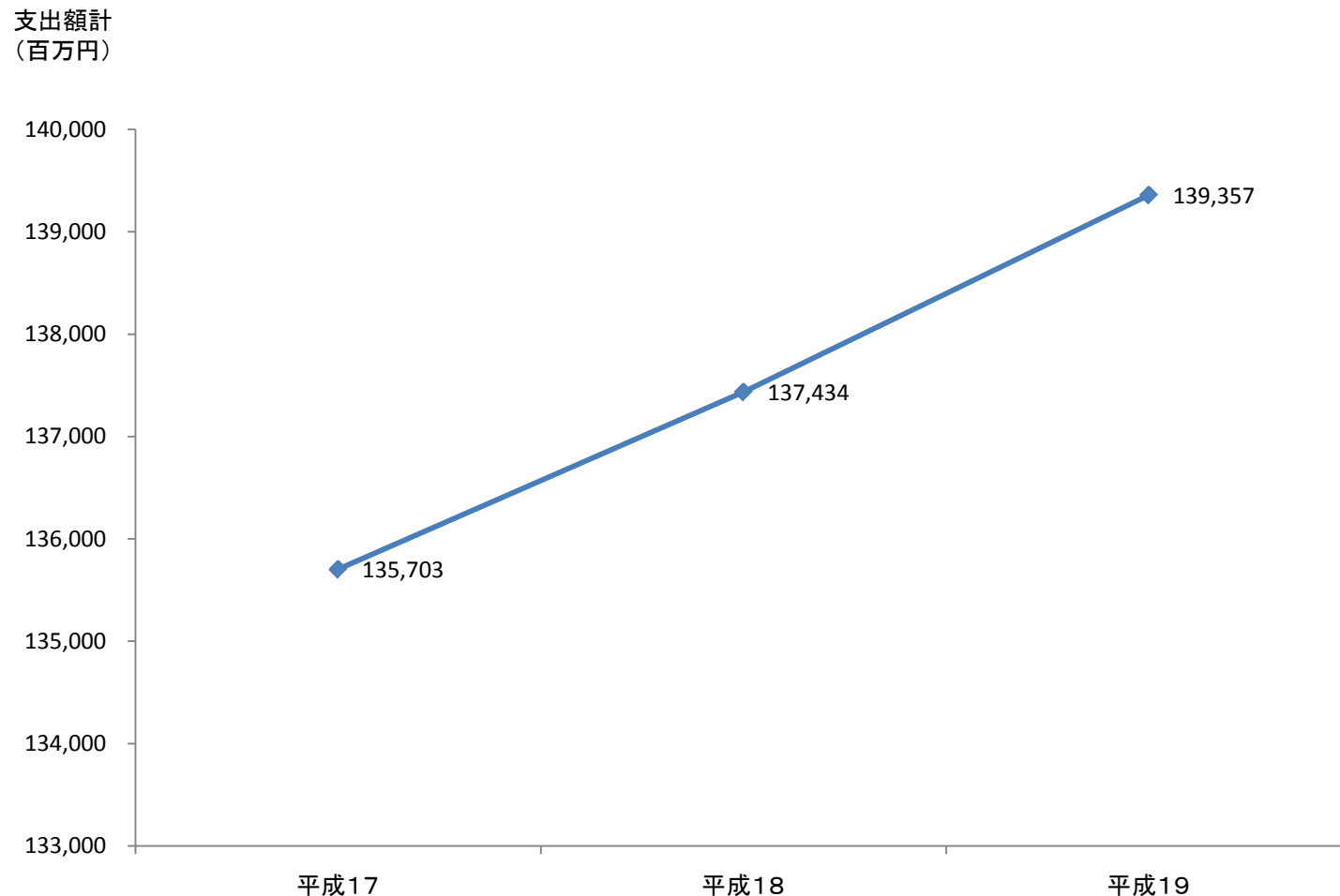
※ 区分については次の3項目の合計点数による(A:11点、B:7-10点、B':6点、C:5点以下)

- 1 専用病床数 7床以上(3点)、4床以上7床未満(2点)、3床以下(1点)
- 2 待機体制 医師看護師が 各2名以上当直(6点)、各1名以上当直(4点)、待機(2点)
有事に出動(1点)
- 3 施設・設備 救急専用入口、救急専用処置室、救急専用手術室、救急専用自動車のうち
2部門以上(2点)、1部門(1点)、なし(0点)

救命救急センターにおける収支差額



地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(1)

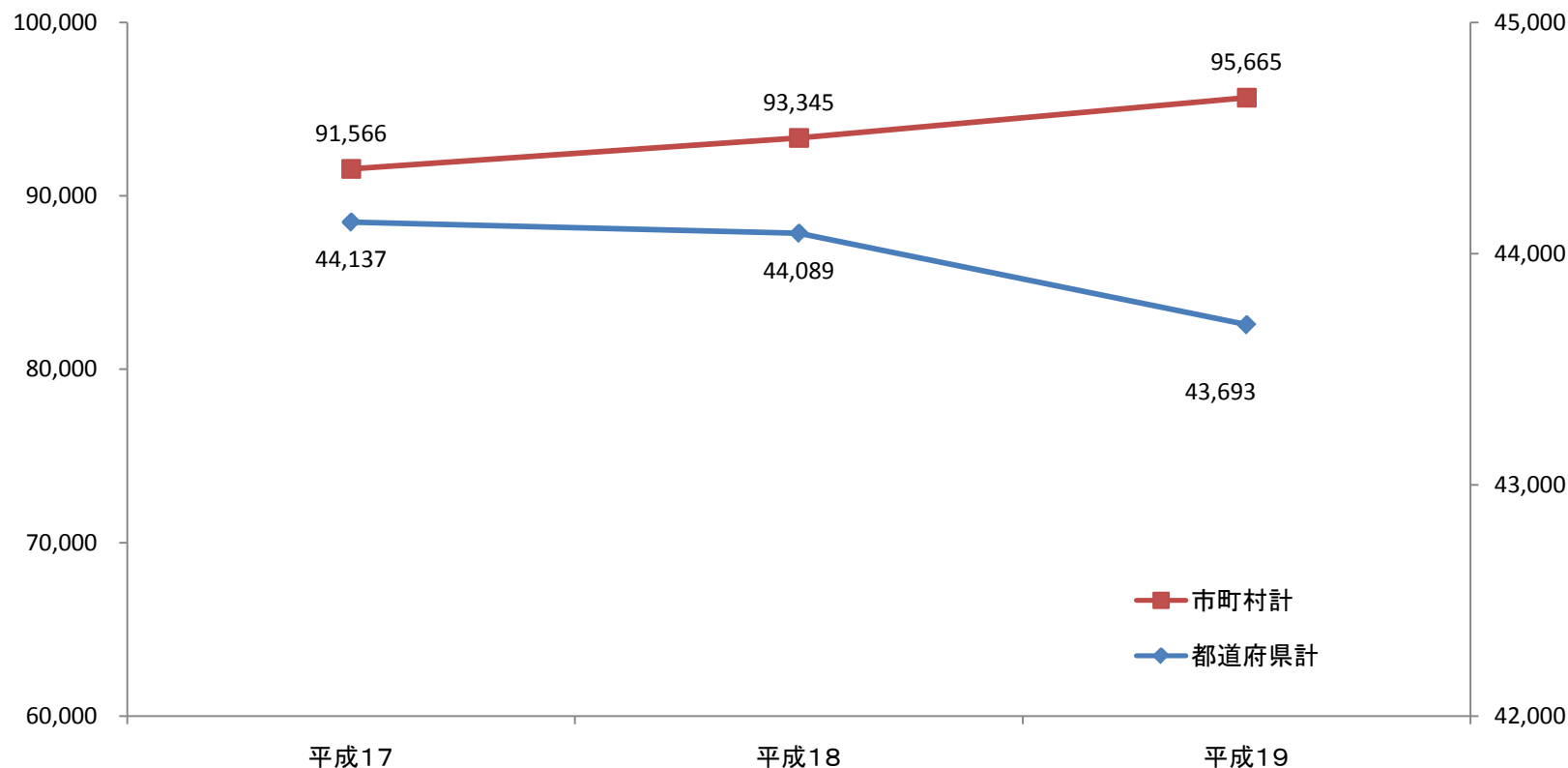


- ・ 地方公共団体(都道府県・市町村合計)の救急医療機関への支出額(公立病院に対する一般会計からの繰出金、民間病院等に対する補助金等の額)は、3年間で約37億円増加している。

地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(2)

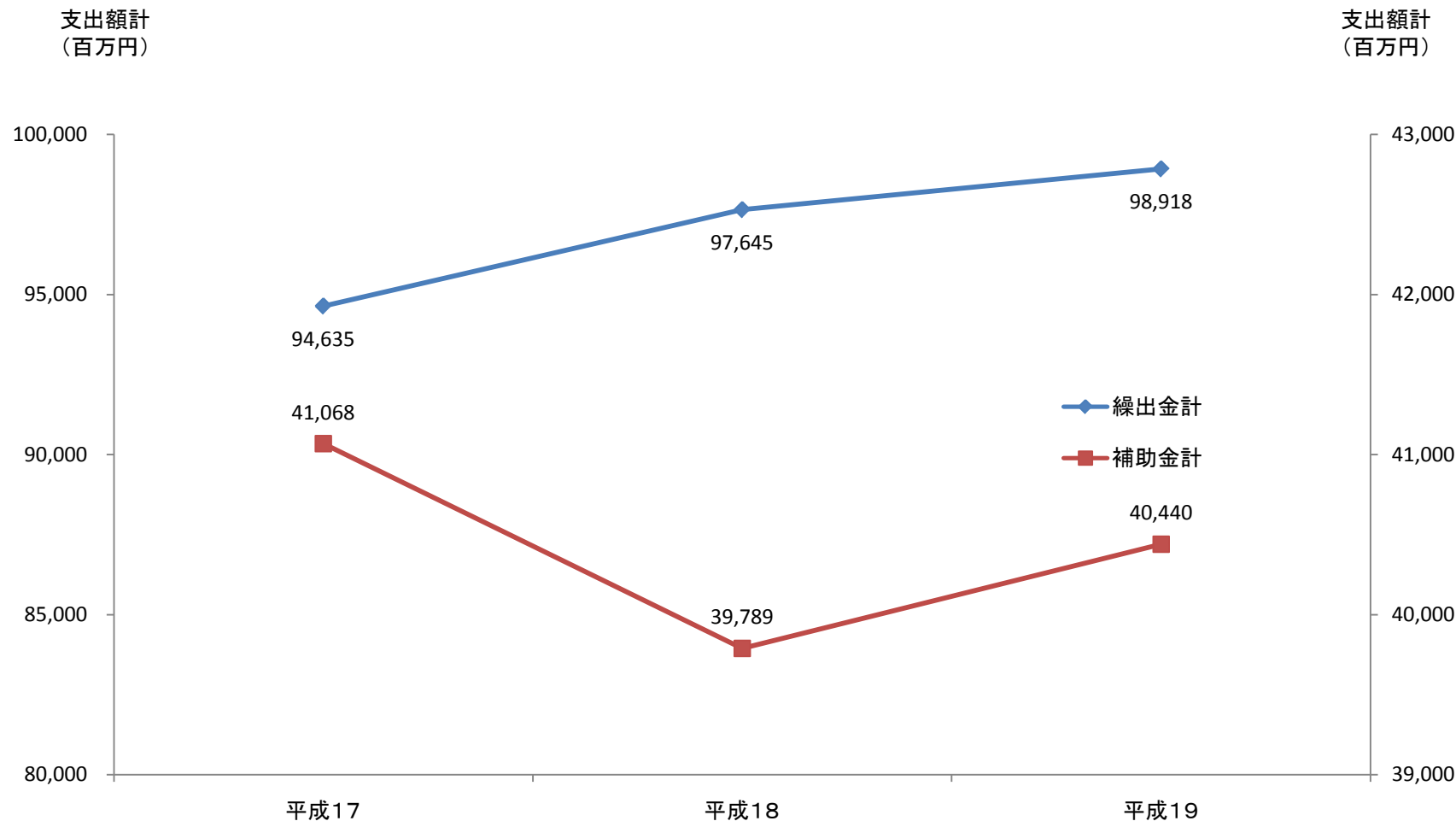
支出額計
(百万円)

支出額計
(百万円)



- 市町村による救急医療機関への支出額は増加傾向にある(約41億円の増)。
- 都道府県による救急医療機関への支出額は、微減である(約4億円の減)

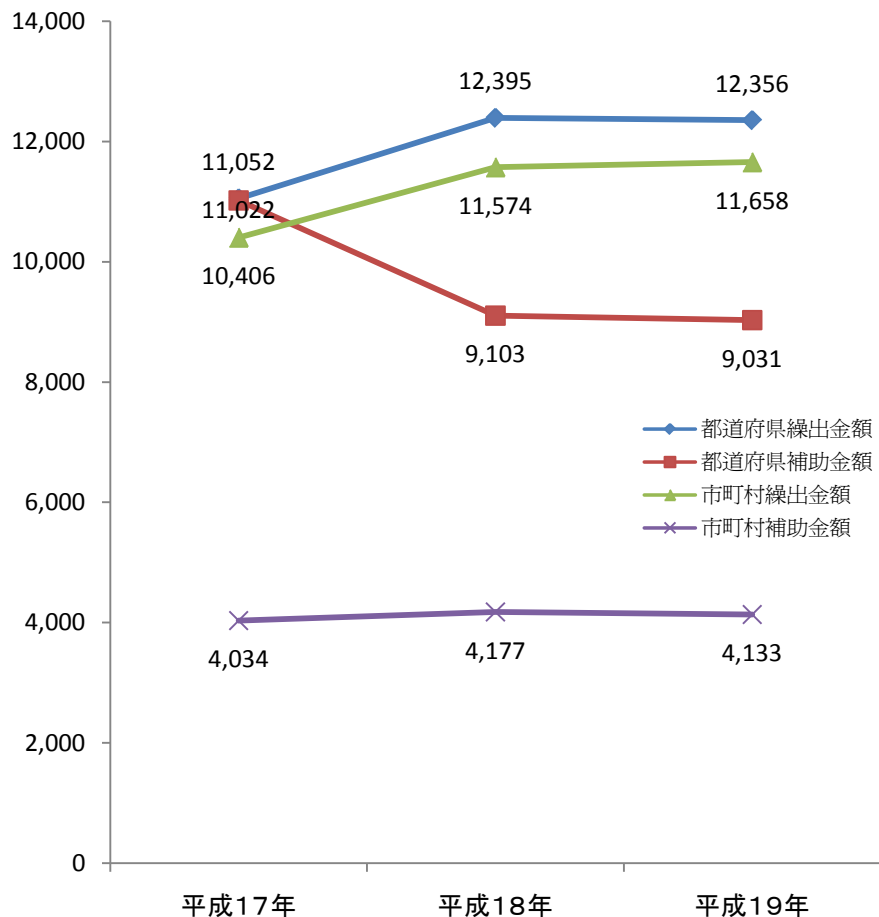
地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(3)



- ・ 公立病院に対する一般会計からの繰出金額は増加傾向にある(約43億円増)。
- ・ 民間病院に対する補助金額は微減である(約6億円減)。

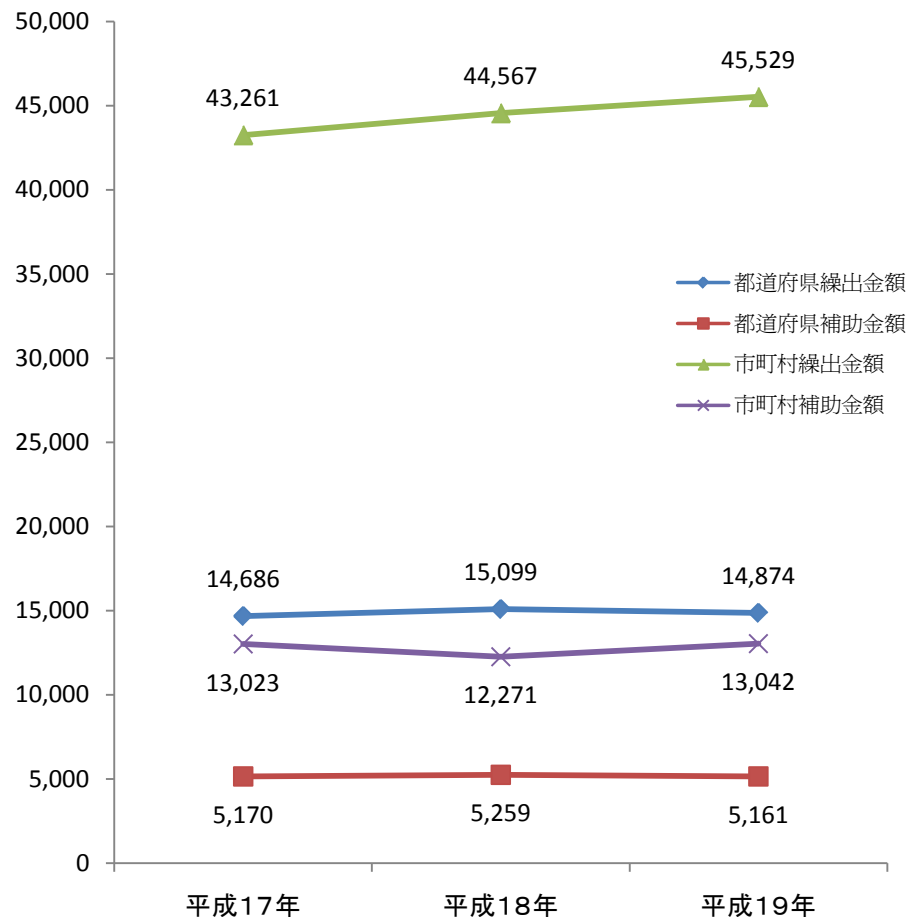
地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(4)

支出額計
(百万円)



三次医療機関に対する支出額

支出額計
(百万円)



二次医療機関に対する支出額

地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(5)

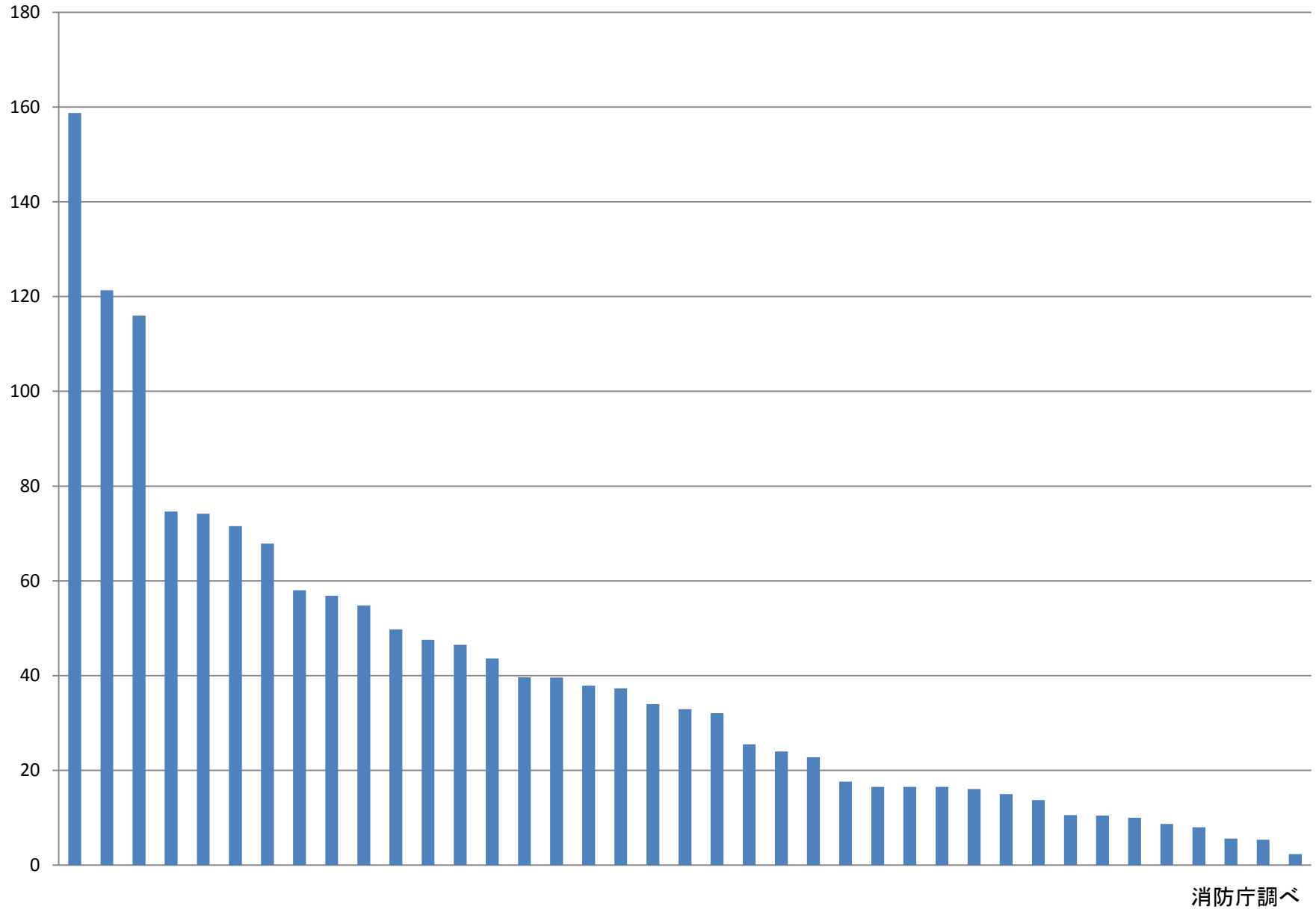
単位:百万円

	都 道 府 県						市 町 村					
	繰出金額			補助金額			繰出金額			補助金額		
	平成17	平成18	平成19	平成17	平成18	平成19	平成17	平成18	平成19	平成17	平成18	平成19
三次	11,052	12,395	12,356	11,022	9,103	9,031	10,406	11,574	11,658	4,034	4,177	4,133
二次	14,686	15,099	14,874	5,170	5,259	5,161	43,261	44,567	45,529	13,023	12,271	13,042
初期	113	193	147	798	827	918	12,727	11,451	11,833	6,688	7,663	7,803
その他	1,296	1,213	1,200	0	0	6	1,094	1,153	1,321	334	491	346
計	27,147	28,900	28,577	16,990	15,189	15,116	67,488	68,745	70,341	24,079	24,602	25,324

注: 滋賀県(県分)、福岡県(市町村分)が未算入。

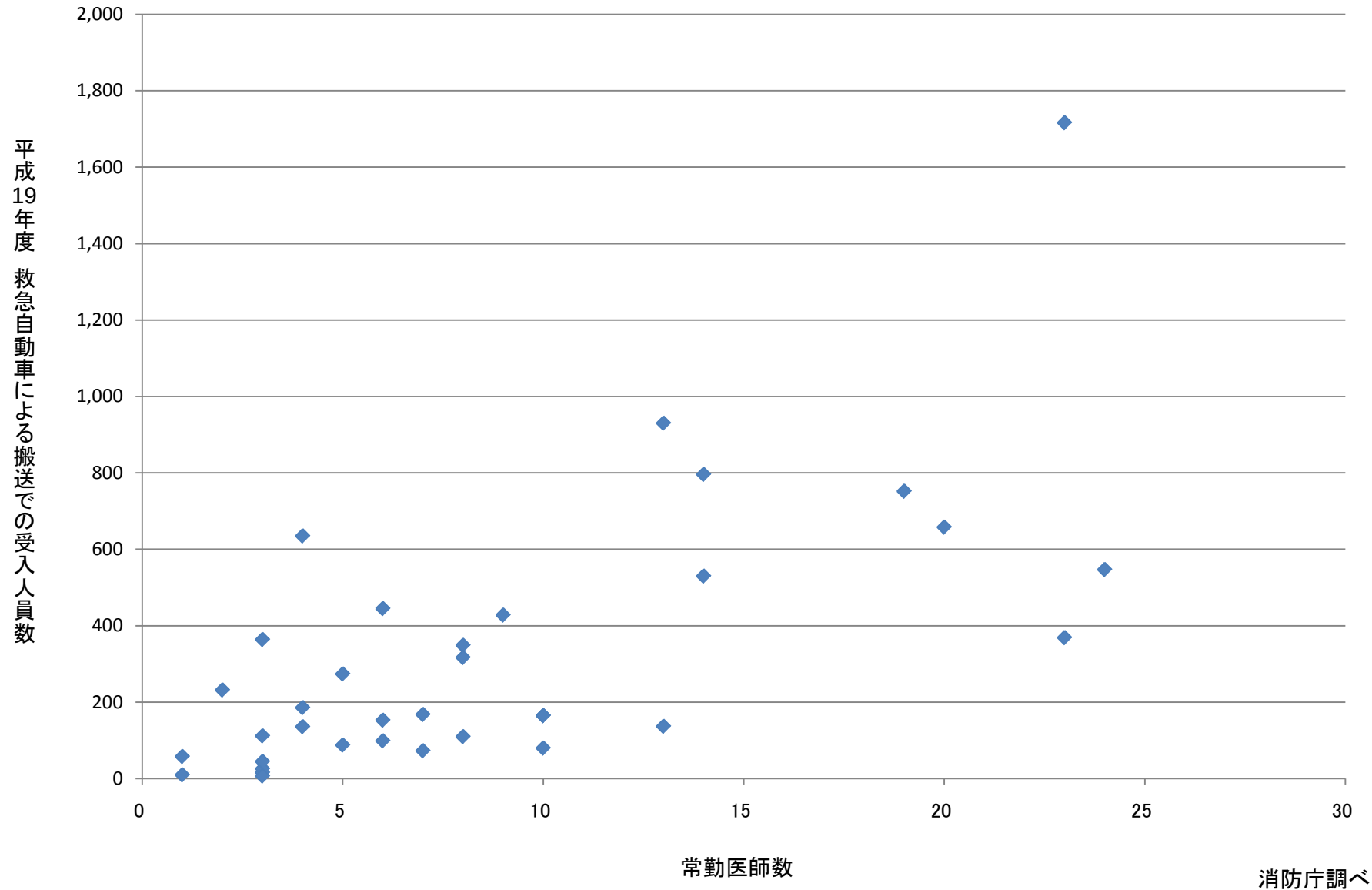
ある都道府県における二次救急の各病院の常勤医師一人当たりの年間救急自動車搬送受入人員

(平成19年度 救急自動車による搬送での受入人員数／常勤医師数)



ある都道府県における二次救急の各病院の常勤医師一人当たりの年間救急自動車搬送受入人員

(平成19年度 救急自動車による搬送での受入人員数／常勤医師数)



救急業務高度化推進検討会
トリアージ作業部会報告書(案)

平成 21 年 3 月
総務省消防庁

目次

はじめに

第1章	検討課題	5
第1節	昨年度までの検討結果.....	5
第2節	今年度の検討課題.....	6
第2章	コール・トリアージ・プロトコルの再検証	7
第1節	平成18年度検証からの変更点.....	7
第1項	コール・トリアージ・プロトコルへの追加項目と判断基準の変更.....	7
第2項	緊急度レベル.....	9
第3項	外傷コール・トリアージ・プロトコル.....	9
第4項	指令員への説明方法.....	14
第2節	検証実施方法.....	15
第1項	実施対象.....	15
第2項	実施期間.....	15
第3項	実施方法.....	15
第4項	検証対象事案.....	15
第3節	検証結果.....	16
第1項	各消防本部の検証件数.....	16
第2項	データ精度.....	16
第3項	結果.....	16
第4節	コール・トリアージ・プロトコルの見直し.....	18
第3章	コール・トリアージ導入に向けた制度設計	24
第1節	制度設計の考え方.....	24
第2節	現場到着の目標時間の設定.....	25
第3節	コール・トリアージを導入した場合の運用可能性の検討.....	26
第1項	検討方法.....	26
第2項	出場～現場到着の時間設定.....	28
第3項	結果.....	29
第4節	コール・トリアージ・プロトコルを実現するための対策.....	32
第4章	トリアージ作業部会における法的検討課題について	33
第1節	はじめに.....	33
第2節	トリアージに関する法的責任.....	33
第3節	トリアージ実施体制の在り方.....	36

第4節	救急業務と相談業務の相互補完の可能性	39
第5節	まとめ	40
第5章	コール・トリアージの効果に関する検討	41
第6章	今後の方向性と課題	44
第1節	今後の方向性	44
第2節	今後の課題	45

はじめに

消防機関の行う救急業務は、昭和 38 年に法制化されて以来その体制が逐次整備され、我が国の社会経済活動の進展に伴い国民にとって必要不可欠な行政サービスとして重要性が高まっている。一方で、救急車による救急出場件数は年々増加し、平成 19 年中には過去最高の 529 万 0236 件と 10 年間で 1.5 倍に増加し、現場到着所要時間は、年々遅延する傾向が続いている。(図 1) また、平成 17 年より全国的にデータ収集が始まったウツタインデータの分析結果より、心肺機能停止の瞬間を目撃した時間から救急隊員が心肺蘇生を開始するまでの時間の 10 分以上の症例の 1 か月後生存率、社会復帰率は急激に低下すること(図 2)、また 10 分以上が全体の 55% (10446 件/18919 件) (2007 年 ウツタインデータ) と多いことが分かっている。現場到着時間が遅延していることを鑑みると今後の 1 か月生存率、社会復帰率を低下させないためには、心肺機能停止の瞬間を目撃した時間から救急隊員が心肺蘇生を開始する時間までの短縮を図ることが必要である。

そこで、本作業部会では、緊急性の高い C P A 事案に対して、現場到着時間の短縮を図る手段として、通報内容から判断される緊急度に応じて、コール・トリアージ・プロトコルの検討を行った。

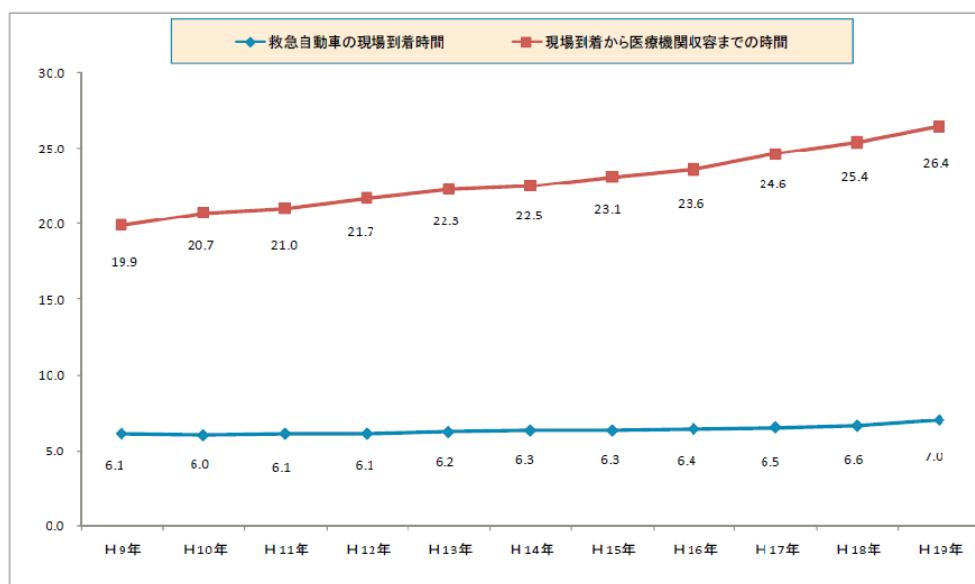


図 1 現場到着時間及び現場到着から医療機関収容までの所要時間の推移

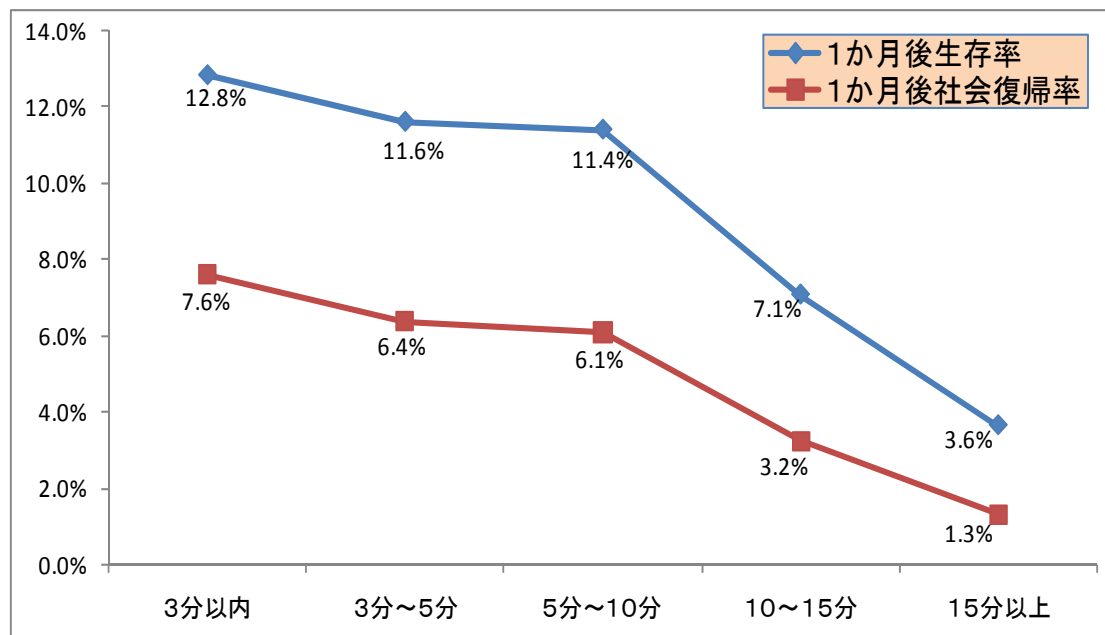


図 2 目撃のあった時刻から救急隊員が心肺蘇生を開始した時点までの時間区分ごとの1か月生存率及び社会復帰率（2005年～2007年の合計）

第 1 章 検討課題

第 1 節 昨年度までの検討結果

救急出場件数が年々増加し、救急需要の増加に対する対策を検討するため、平成 17 年度に「救急需要対策に関する検討会」を開催した。この検討会において、総合的な救急需要対策が示され、コール・トリアージ・プロトコルについては「実用化に向けた試行を重ねることが必要」との提言がなされた。これを受け、平成 18 年度に「救急業務におけるトリアージに関する検討会」を開催し、実際に 4 消防本部における救急要請事案を活用して、コール・トリアージ・プロトコル（案）により要請事案を重症度・緊急度が高い事案から低い事案までの順に「赤」「黄」「緑」の 3 段階に選別し、検証を行うなどの専門的な調査検討を行った。

その結果、以下のトリアージ運用における今後の課題が整理された。

- (1) トリアージ・プロトコルの完成に向けた課題
- (2) 本来救急事案に該当しないもののトリアージへの取込の検討
- (3) 判断時間を短くすることのさらなる検討
- (4) トリアージ・プロトコルの運用にあたっての指令員の能力向上
- (5) トリアージに伴う救急隊の運用にあたっての論点整理
- (6) 住民の合意形成に向けた課題
- (7) トリアージに伴う法的責任に係る論点の整理
- (8) 供給力の増強と受入医療体制の整備

特に、(1) のトリアージ・プロトコルの完成に向けた課題の検討を行うには、平成 18 年度に実証検証して得られたデータが、現在消防機関が医療機関に求めている重症度（医療機関での入院日数の基準）のデータであったため、コール・トリアージ・プロトコルを作成する上で緊急度の予測が行えなかった。

そこで、平成 19 年度に、救急業務高度化推進検討会の「トリアージに関する作業部会」において、「重症度」から「緊急度」への判断基準の見直しの検討を行い、緊急度に関する基準を示した。そして、(1) の実現へ向けた今後の課題として①119 番コール・トリアージ・プロトコルの再検証、②指令室における 119 番受信時トリアージを行った場合の救急隊運用方法が示された。

第2節 今年度の検討課題

コール・トリアージ・プロトコルの検討を行うためには、検証データを用いて分析を行う必要がある。しかし、平成18年に検証データを収集する際、指令員が初めてプロトコルに従い通信内容を聞き取り記録したこと、時間的な制約があったため、指令員に対して十分な説明を行うことができなかったため、コール・トリアージ・プロトコルを作成するための傾向をつかむことはできたものの、全体の約半数に及ぶ項目において記載漏れや記入ミスなどがみられ、このデータのみでは精度の高いコール・トリアージ・プロトコルを作成することが困難であった。

そこで、今年度は本作業部会として、分析に耐えうるデータを収集するために、4消防本部において指令員への詳細な説明を行い、検証を実施した。

また、第1節の課題(5)トリアージに伴う救急隊の運用にあたっての論点整理に関しては、コール・トリアージ・プロトコルと表裏一体の関係にあり、この救急隊の運用方法が決定しない限りコール・トリアージ・プロトコルを作成することが難しい状況にある。

そこで、本作業部会においては、全国の消防本部においても組織体制の変更や勤務体系の変更を行うことなく、運用可能なコール・トリアージに対応した制度設計の検討を行った。

第2章 コール・トリアージ・プロトコルの再検証

第1節 平成18年度検証からの変更点

第1項 コール・トリアージ・プロトコルへの追加項目と判断基準の変更

コール・トリアージ・プロトコル（案）への追加項目、及び変更した判断基準を表2-1に示す。また、変更したコール・トリアージ・プロトコルを図2-1、図2-2に示す。（プロトコル変更箇所は、記録用紙への変更も行う。）

表2-1 コール・トリアージ・プロトコルの追加項目と判断基準の変更

	項目名	理由	プロトコル上の追加場所
追加項目	要請者が目視可能か否か	要請者が正確に患者の状態を把握できるかどうか判断するため	②
	事案発生時間	事案が発生した時間が通報よりどの程度前かにより緊急度が異なるかどうかを判断するため	⑦
	外傷	呼吸状態	C P A事案を予測するため
判断基準	非外傷	脳卒中	緊急性が高い脳卒中予測を判断するため
		キーワード語句	C P A、S A H、脳卒中以外で、緊急性が高いと予測される事案を判断するため

プロトコルによる変更はないが、今後のプロトコル作成の参考とするために以下の項目を記録用紙に追加した（表 2-2）。また、本検証において、全消防本部で統一記録用紙（フォーマット）を用いた。（図 2-3、図 2-4）

表 2-2 記録用紙の追加項目

項目名	内容	理由
主訴コード	要請者による主訴を主訴コード化し記録する。（参照；主訴コード表） ただし、外傷事案の主訴コードは、聴取内容に主訴内容が含まれるので記録の必要なしとする	主訴（例；頭痛、めまいなど）によって、緊急度レベルが異なるかどうかを判断するため
緊急度判断 （非外傷）	[レベル1]または、 それ以外[レベル1以外]	プロトコルによる緊急度レベルと指令員が聴取内容や経験を踏まえ自ら判断した緊急度レベルが異なるかどうかを判断するため
指令員判断	・聴取する時間がなかった ・聴取しづらかった ・明らかに聴取する必要がないと判断した（主訴から判断できる） ・その他	指令員が聴取できない理由を明らかにするため
要請者協力状況	協力的、あまり協力的でない、非協力的、一方的切断	実際の聴取に際し、要請者の協力状況を判断するため

第2項 緊急度レベル

本検証に用いたコール・トリアージ・プロトコルの緊急度レベルとその判断基準を以下に示す。(表 2-3)

表 2-3 緊急度レベル

緊急度レベル	緊急性及び対応内容	予想内容	緊急度レベル(細分類)	判断基準
1	最緊急 (一刻も早い蘇生)	C P A	レベル 1a	主訴に「呼吸なし」、「脈なし」、「水没」、「冷たく」のいずれかを含む
			レベル 1b	意識“異常”、呼吸“異常”
2	緊急 (1時間以内受診必要)	重症以上 A C S 脳卒中 キーワード	レベル 2 重	「意識-異常、呼吸-正常」または、「意識-正常、呼吸-異常」
			レベル 2a	要請者が傷病者を目視不可能
			レベル 2 A C S	胸痛“有り”かつ“40歳以上”“心疾患既往”“冷汗”“動悸”のいずれかに“異常”があり
			レベル 2 脳卒中	“頭痛”“片側麻痺”“構語障害”“起立困難”“脳疾患既往”のいずれかに“異常”があり
3	早期受診 (6時間以内もしくは病院受診)	上記以外	レベル 2b	緊急性が高いと予測される語句“咯血”“吐血”“下血”“ショック”“顔面蒼白”“冷汗”“産科”“尿・便失禁”“人工透析”“薬物中毒”のいずれかを含む
			レベル 2,3	上記以外

第3項 外傷コール・トリアージ・プロトコル

外傷コール・トリアージ・プロトコルにおいては、レベル1までは非外傷と同様のプロトコルであるが、レベル1以外に関しては、今後本検証によるデータで作成を行う予定である。

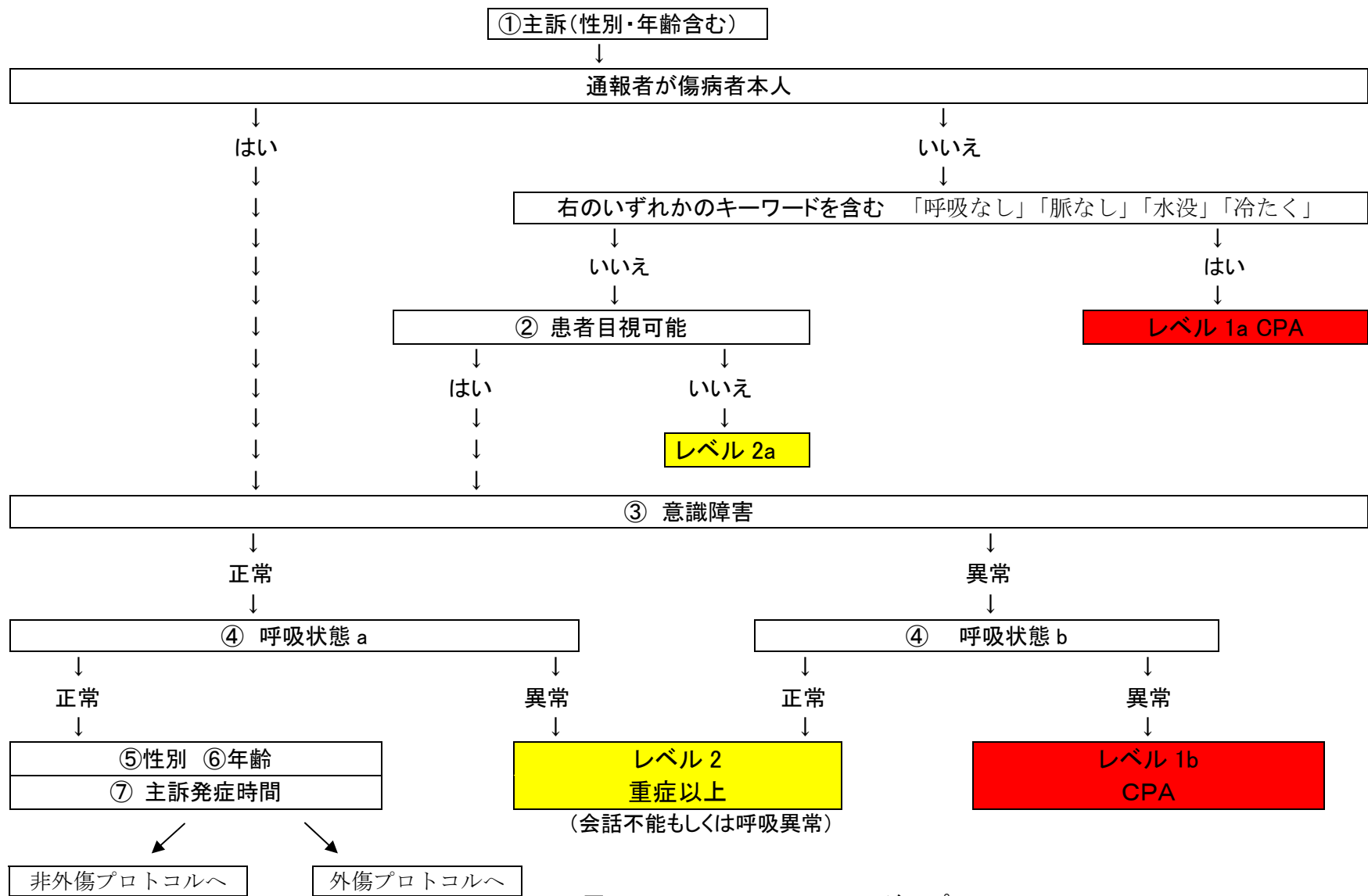


図 2-1 コール・トリアージ・プロトコル

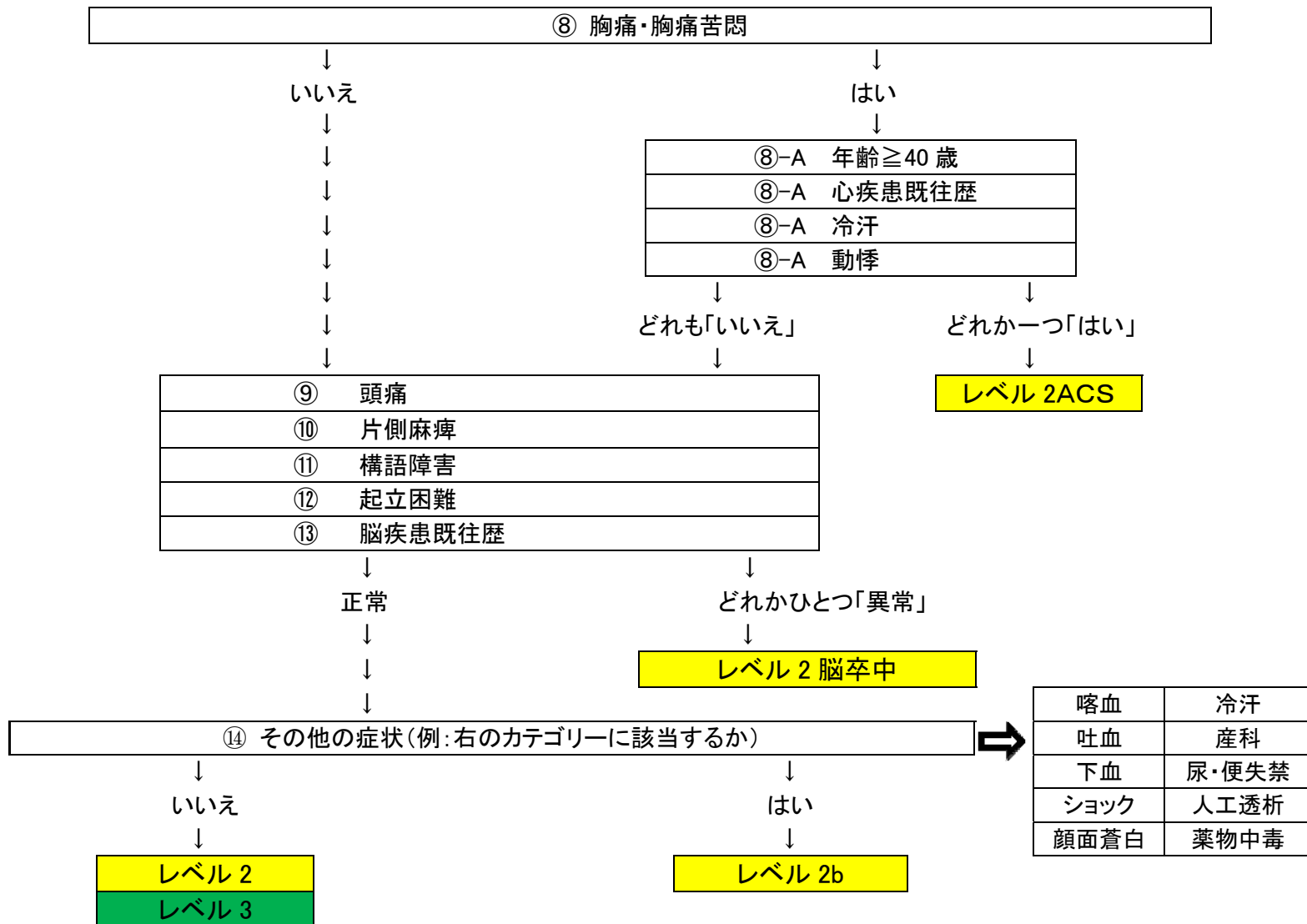


図 2-2 コール・トリアージ・プロトコル（非外傷）

覚知・事案番号 f2		f2.1	月	f2.2	日	f2.3	時	f2.4	分	f2.5	事案番号
① (どなたが、) どうされましたか f3(複)		1呼吸なし 2脈なし 3水没 4冷たく 5キーワードなし CPR 口頭指導 ②									
主訴 (複)											
	主訴コード f4(複)										
通報者 f5	1 本人 本人以外[2 家族 3 警察官 4 通行人 5 不明 6 その他(f5.0)]										
② 今、直接患者を見ることはできますか? c1		1 はい (本人通報を含む) 2 いいえ									
③ 普通に話ができますか? c2		1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)									
④ 呼吸は楽にしていますか? 呼吸は楽そうですか? c3		1 はい 2.0 いいえ (2.1 呼吸なし 2.2 呼吸異常 2.3 いびき 2.4 窒息) 2.5 不明 2.6 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭) ⑤ CPR 口頭指導 CPR 口頭指導 口頭指導 ⑤ (質問③で“いいえ” +死戦期呼吸)									
⑤ 性別	c4	1 男 2 女 3 不明									
⑥ 年齢	c5	f5.1	歳	f5.2	代	f5.3	位	f5.4	不明		
救急車出場メッセージ											
⑦ いつ起こりましたか? c6		1 直前 2 数時間以内(2-3 時間以内) 3 24 時間以内 4 それ以降 5 不明 6 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)									
⑧ 胸や背中が痛いですか? 胸や心臓が苦しいですか? c7		1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭) ⑧-A ⑨ ⑧-A									
⑧ A	40 歳以上に該当	c70	1 該当 2 非該当 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)								
	心疾患既往の有無	c71	1 有り 2 無し 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)								
	冷汗の有無	c72	1 有り 2 無し 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)								
	動悸の有無	c73	1 有り 2 無し 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)								
⑨ 頭痛の有無		c80	1 有り 2 無し 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)								
⑩ 片側麻痺の有無		c81	1 有り 2 無し 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)								
⑪ 構語障害の有無		c82	1 有り 2 無し 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)								
⑫ 起立困難の有無		c83	1 有り 2 無し 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)								
⑬ 脳疾患既往の有無		c84	1 有り 2 無し 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)								
その他 c9(複)	1 喀血 2 吐血 3 下血 4 ショック 5 顔面蒼白 6 冷汗 7 産科 8 尿・便失禁 9 人工透析 10 薬物中毒										
⑬ 通報者の協力状況 x		1 協力的 2 あまり協力的でない 3 非協力的 4 一方的切断(x:1.0 理由)									
緊急度レベル		1 1 2 それ以外(2,3)									

2008.10. 記録用紙 version5.1 (非外傷)

図 2-3 記録用紙 (非外傷)

覚知・事案番号 f2		f2.1	月	f2.2	日	f2.3	時	f2.4	分	f2.5	事案番号	
① (どなたが、) どうされましたか f3(複)		1呼吸なし 2脈なし 3水没 4冷たく 5キーワードなし CPR 口頭指導 ②										
主訴 (複)												
	主訴コード f4(複)											
通報者 f5		1 本人 本人以外 2 家族 3 警察官 4 通行人 5 不明 6 その他(f5.0)										
② 今、直接患者を見ることはできますか? c1		1 はい (本人通報を含む) 2 いいえ										
③ 普通に話ができますか? c2		1 はい 2 いいえ 3 不明 4 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)										
④ 呼吸は楽にしていますか? 呼吸は楽そうですか? c3		1 はい 2.0 いいえ (2.1呼吸なし 2.2呼吸異常 2.3いびき 2.4窒息) 2.5 不明 2.6 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭) ⑤ CPR 口頭指導 CPR 口頭指導 (質問③で “いいえ” +死戦期呼吸) 口頭指導 ⑤										
⑤ 性別 c4		1 男 2 女 3 不明										
⑥ 年齢 c5		f5.1 歳 f5.2 代 f5.3 位 f5.4 不明										
救急車出場メッセージ												
⑦ いつ起こりましたか? c6		1 直前 2 数時間以内(2-3 時間以内) 3 24 時間以内 4 それ以降 5 不明 6 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)										
⑧ 事故の状況を教えてください。または、怪我の原因はなんですか?	分類 m1	1 交通 非交通[2 一般 3 加害 4 労災 5 自損 6 運動 7 その他(m1.0)]										
	交通	傷病者 m11	1 自動車 2 バイク 3 自転車 4 歩行者 5 その他(m11.0) 11 横転 12 車外放出 13 閉じ込め 14 多重 15 エアバック作動(複)									
		相手 m12	1 なし 2 自動車 3 バイク 4 自転車 5 不明 6 その他(m12.0)									
	非交通(複)	転倒 m13	1 階段(m13.0) 段 2 それ以外									
		転落 m14	1 高所(2 階以上) 2 低所(1 階以下) 3 高度不明 4 ベッド・イス									
		熱傷 m15	1 火災 2 爆発 3 薬品 4 電撃 5 熱湯 6 高温接触 7 その他(m15.0)									
		その他 m16	1 殴打蹴 2 刺創 3 切創 4 銃創 5 重量物による圧迫 6 落下物 7 飛来物 8 溺れる 9 機械 10 縊頸(首つり) 11 衝突 12 その他(m16.0) 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)									
	⑨ どこ(どの部位・場所) をけがしていますか? m2(複)		1 頭部 2 顔面 3 頸部 4 肩 5 胸部 6 腹部 7 腎部 8 腰部 9 背部 10 四肢 11 会陰部 12 指・爪 13 全身 14 半身(右・左) 15 その他(m2.0) 16 不明 17 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)									
	⑩ どんな怪我をしていますか? どんな症状ですか? m3(複)		出血(1 中 2 止血済み) 3 打撲 4 擦り傷 5 ねんざ 6 骨折 7 脱臼 8 しびれ 9 切断 10 剥脱創傷(デグロービング) 11 アキレス腱断裂 12 詳細不明負傷 13 痛み程度 強 14 その他(m3.0) 15 不明 16 患者拒否 指令員判断(⑪ ⑫ ⑬ ⑭)									
	ⓧ 通報者の協力状況 x		1 協力的 2 あまり協力的でない 3 非協力的 4 一方的切断(x-1.0 理由)									
指令員判断理由										番号		
聴取する時間がなかった場合										⑪		
聴取しなかった場合										⑫		
明らかに、聴取する必要がないと判断した場合(主訴から回答を判断できる。)										⑬		
その他										⑭		

2008.10. 記録用紙 version5.1 (外傷)

図 2-4 記録用紙 (外傷)

第4項 指令員への説明方法

平成18年度における検証の指令員への説明は、コール・トリアージ・プロトコルの説明のみであった。そこで今回は、聴取項目ひとつずつの説明と判断基準を記載した詳細な通信指令員マニュアルを用い各消防本部において説明を行った。その後、各消防本部において試験的に聴取と記録を実施し、不明な点や問題点の抽出を行った。この不明な点や問題点を含め、全指令員が共通の判断が出来るよう、2度の説明を行った。

第2節 検証実施方法

第1項 実施対象

4 政令指定都市の消防局（A市、B市、C市、D市）

第2項 実施期間

平成20年11月1日～11月30日（1か月間）

第3項 実施方法

指令員がコール・トリアージ・プロトコル（案）に従い119番通報内容を聴取し、その内容を記録用紙に記録した。

第4項 検証対象事案

以下の事案を除くすべての事案を対象とした。

- ・ 転院搬送
- ・ 聴取が困難な事案（複数同時に入電があった場合など）

第3節 検証結果

第1項 各消防本部の検証件数

各消防本部の検証件数を表 2-4 に示す。

表 2-4 各市の事案件数（件）

	非外傷	外傷	計
A市	3002	943	3945
B市	1531	625	2156
C市	2536	891	3427
D市	1595	625	2220
計	8664	3084	11748

第2項 データ精度

平成 18 年度の検証では、半数ほどが欠損値となっている項目があったが、平成 20 年度の検証においては、欠損値が数%以内となり、十分データ分析に耐えるものとなった。

第3項 結果

4 消防本部の感度*¹と陽性的中度*²をまとめたものを図 2-5 に示す。

レベル 1 a の感度は 56.1%～62.3%、陽性的中度は 77.8%～95.3%であった。感度は消防本部により大きな差は無く、陽性的中度に関しては約 20%の差があるが、十分高い値となった。レベル 1 b を加えた[レベル 1]の感度は 76.6%～80.6%となり消防本部による大きな差はなかったが、約 2 割の C P A を予測することができなかった。また陽性的中度は 9.9%～16.2%となり、非常に低い値となった。現在のコール・トリアージ・プロトコルでは、レベル 1 に対する 4 消防本部の合計で見ると感度が 79%であるため約 21%の C P A を予測することが出来ないのと、陽性的中度が 12%前後のため、C P A と予測した中に 88%の C P A ではない事案が含まれている。

感度*¹ : 全 C P A 中の C P A 的中率
陽性的中度*² : C P A と予測した中の C P A 率

119番通報時トリアージ実証検証結果(レベル毎、地域毎)

図1: 感度(斜体)と陽性的中度(下線)

		地域			
レベル		A市	B市	C市	D市
レベル1	1a	<i>62.3%</i>	<i>61.2%</i>	<i>60.0%</i>	<i>56.1%</i>
		<u>80.0%</u>	<u>95.3%</u>	<u>77.8%</u>	<u>84.2%</u>
	レベル1	<i>76.6%</i>	<i>80.6%</i>	<i>80.0%</i>	<i>78.9%</i>
		<u>11.8%</u>	<u>16.2%</u>	<u>9.9%</u>	<u>11.6%</u>

斜体は感度、下線は陽性的中度

1a : 主訴に「呼吸なし」、「脈なし」、「水没」、「冷たく」含む

1b : 意識 無、呼吸 無

2重 : 「意識 無、呼吸 有」または「意識 有、呼吸 無」

2a : 通報者から傷病者の目視不可

感度(1aの場合): [図2 1a] / [図2 合計]

陽性的中度(1aの場合): [図2 1a] / [図3 1a]

図2: CPA件数(死亡による不搬送を除く)

		地域				4市合計	累積件数	累積%
レベル		A市	B市	C市	D市			
	1a	48	41	42	32	163	163	60.1%
レベル1		59	54	56	45	214	214	79.0%
2重		7	6	6	6	25	239	88.2%
2a		9	5	7	6	27	266	98.2%
他		2	2	1	0	5	271	100%
合計		77	67	70	57	271		

図3: 総件数(死亡による不搬送を除く)

		地域				4市合計	累積件数	累積%
レベル		A市	B市	C市	D市			
	1a	60	43	54	38	195	195	1.7%
レベル1		498	334	564	389	1785	1785	15.2%
2重		827	458	689	424	2398	4183	35.6%
2a		586	310	554	408	1858	6041	51.4%
他		2034	1054	1620	999	5707	11748	100%
合計		3945	2156	3427	2220	11748		

図 2-5 4 消防本部の検証結果

第4節 コール・トリアージ・プロトコルの見直し

第3節までの結果より、現在のコール・トリアージ・プロトコルではレベル1に対し、4消防本部の合計で陽性的中度が12.0%と非常に低い値になった（表2-5）。この時の全件数に対するCPA（レベル1）と予測した割合（以下「CPA予測割合」という。）は、15.2%である（表2-6）。仮にレベル1に対する対応をPA連携で行う場合には、PA連携率が15.2%で、このPA連携で出場した中で実際にCPAであったのが12%となり、CPAではない事案に多く出場することになる。

また、レベル1予測の感度は79%であり、21%のCPAを予測できていないため、この感度を上げる必要がある。

そこで、レベル1の予測に対してCPAではない事案への出場を減らすための検討（以下「陽性的中度を上げる検討」という。）とレベル1の感度を上げるための検討を行った。

表 2-5 感度と陽性的中度

		地域				4市合計
緊急度レベル		A市	B市	C市	D市	
レベル1	1a	<i>62.3%</i>	<i>61.2%</i>	<i>60.0%</i>	<i>56.1%</i>	<i>60.1%</i>
		<u>80.0%</u>	<u>95.3%</u>	<u>77.8%</u>	<u>84.2%</u>	<u>83.6%</u>
	レベル1	<i>76.6%</i>	<i>80.6%</i>	<i>80.0%</i>	<i>78.9%</i>	<i>79.0%</i>
		<u>11.8%</u>	<u>16.2%</u>	<u>9.9%</u>	<u>11.6%</u>	<u>12.0%</u>

斜体は感度、下線は陽性的中度

表 2-6 総件数（死亡による不搬送を除く）

		地域				4市合計	累積件数	予測割合
緊急度レベル		A市	B市	C市	D市			
	1a	60	43	54	38	195	195	1.7%
	レベル1	498	334	564	389	1785	1785	15.2%
	2重	827	458	689	424	2398	4183	35.6%
	2a	586	310	554	408	1858	6041	51.4%
	他	2034	1054	1620	999	5707	11748	100%
	合計	3945	2156	3427	2220	11748		

1) 陽性的中度を上げる検討

レベル1の中で1 aの陽性的中度は83.6%と非常に高い値を占めているため、本検討では分析対象を1 bのみとした。1 bの中でデータを収集した項目は、年齢（通報時）、性別、発症時間のみであったため、この項目とCPA事案の関係を分析した。その結果を表2-7～表2-9に示す。

表2-7 年齢毎（1 bのCPA）

年齢区分	A市	B市	C市	D市	合計	累積%
不明	0	1	1	1	3	6.4%
75歳以上	7	7	6	6	26	61.7%
65－75歳	1	1	6	2	10	83.0%
40－65歳	3	1	0	2	6	95.7%
18－40歳	0	1	0	1	2	100.0%
13－18歳	0	0	0	0	0	100.0%
7－13歳	0	0	0	0	0	100.0%
0－7歳	0	0	0	0	0	100.0%
合計	11	11	13	12	47	

表2-8 性別（1 bのCPA）

性別区分	A市	B市	C市	D市	合計	%
男	7	5	7	6	25	53.2%
女	4	5	5	6	20	42.6%
不明	0	1	1	0	2	4.3%
合計	11	11	13	12	47	100.0%

表2-9 発症時間（1 bのCPA）

時間区分	A市	B市	C市	D市	合計	%
直前	6	8	9	10	33	70.2%
数時間以内	0	1	2	0	3	6.4%
24時間以内	0	0	0	0	0	0.0%
それ以降	0	0	0	0	0	0.0%
患者拒否	0	0	0	0	0	0.0%
聴取時間なし	0	0	0	0	0	0.0%
聴取しづらかった	0	0	0	0	0	0.0%
聴取の必要なし	0	0	0	0	0	0.0%
不明	3	1	1	1	6	12.8%
欠損	2	1	1	1	5	10.6%
合計	11	11	13	12	47	100.0%

表 2-7 によれば、年齢においては、1 b の CPA は 40 歳以上で 95.7%、18 歳以上で 100% であった。しかし、1 b とは「意識無し」、「呼吸無し」の項目であり、年齢が 18 歳未満であっても CPA では無いと予測することは難しいと考えられる。表 2-8 の性別において、男女による差は無い。表 2-9 の発症時間別では、「直前、不明、欠損」で計 93.6% を占めているため、意識無し、呼吸無しの事案で「直前」、「不明」、「欠損」以外の「24 時間以前」等を CPA 以外と予測することは、妥当性があると考えられる。

表 2-10 に、平成 19 年度救急業務高度化推進検討会 トリアージ作業部会で検討を行った、バイタルサインによる緊急度判断の指標を用いて 1 b の時案を分析した結果を示す。これにより、1 b の事案の中でバイタルサインが何らかの異常を示すバイタル・レベル 1、-2 の合計の割合が半数以上ある事が判明した。

表 2-10 1 b の緊急度判断 (A 市)

緊急度判断	バイタル レベル	1b のみ		全体	
		件数	%	件数	%
高	-2	148	36.5%	597	19.9%
中	-1	74	18.3%	513	17.1%
低	0	104	25.7%	1357	45.2%
不明		79	19.5%	535	17.8%
合計		405	100.0%	3002	100.0%

以上の検討結果より、年齢、性別に関しては、陽性的中度を上げるための項目として使用することは難しいこと、発症時間に関しては妥当性があることが判明した。しかし、緊急度判断の結果より、バイタルサインが何らかの異常を示す割合が半数以上となっていることが判明した。従って、本検討の当初段階では、レベル 1 との予測の中で CPA ではない事案に PA 連携などの割合が多いことを課題として検討を行ったが、結果としてレベル 1 の半数以上はバイタルサインが異常であった。これら 1 b の中で CPA 以外の事案に関しては、CPA ほど緊急性は高くないが、バイタルサインが異常ということは、可能な限り早期に応急処置等を行うことが望ましいため、PA 連携等 CPA と同様の対応を行うことは、妥当性があると考えられる。

2) レベル 1 の感度を上げる検討

レベル 1 の感度を上げる検討のため、レベル 2 重の CPA の内訳を分析した (表 2-11 ~ 表 2-14)。

その結果、「性別」、「発症時間」、「主訴」に関しては、CPAとの相関関係は見られなかった。年齢に関しては、65歳以上で76%、40歳以上で全体の92%のCPAが含まれており、年齢による相関関係が強いことが判明した。

また、このときの40歳以上、65歳以上の2重の中の全件数に占める割合は、90.0%（40歳以上）、72.2%（65歳以上）であった。

表 2-11 2重のCPA事案の内訳（年齢）

年齢区分	A市	B市	C市	D市	合計	累積%	総件数	累積%
不明	0	0	0	1	1	4.0%	51	2.5%
75歳以上	4	5	1	1	11	48.0%	676	35.4%
65－75歳	2	1	2	2	7	76.0%	318	50.9%
40－65歳	0	0	3	1	4	92.0%	439	72.2%
18－40歳	1	0	0	1	2	100.0%	365	90.0%
13－18歳	0	0	0	0	0	100.0%	27	91.3%
7－13歳	0	0	0	0	0	100.0%	30	92.8%
0－7歳	0	0	0	0	0	100.0%	148	100.0%
合計	7	6	6	6	25		2054	

表 2-12 2重のCPAの内訳（性別）

性別区分	A市	B市	C市	D市	合計	%
男	3	4	5	3	15	60.0%
女	4	2	1	3	10	40.0%
不明	0	0	0	0	0	0.0%
合計	7	6	6	6	25	100.0%

表 2-13 2重のCPAの内訳（発症時間）

時間区分	A市	B市	C市	D市	合計	%
直前	3	4	5	4	16	64.0%
数時間以内 (2-3時間以内)	3	1	1	0	5	20.0%
24時間以内	0	1	0	1	2	8.0%
それ以降	0	0	0	0	0	0.0%
不明	1	0	0	1	2	8.0%
患者拒否	0	0	0	0	0	0.0%
聴取する時間が なかった	0	0	0	0	0	0.0%
聴取しづらかった	0	0	0	0	0	0.0%
明らかに聴取する 必要がない	0	0	0	0	0	0.0%
不明	0	0	0	0	0	0.0%
欠損	0	0	0	0	0	0.0%
合計	7	6	6	6	25	100.0%

表 2-14 2重のCPAの内訳（主訴）

主訴	A市	B市	C市	D市	合計
呼吸異常	2	2	0	0	4
嘔吐	1	0	0	1	2
立てない	0	0	2	0	2
倒れた	1	2	0	2	5
意識障害	2	3	1	3	9
胸部苦悶	1	0	1	0	2
意識朦朧	1	0	1	0	2
合計	8	7	5	6	26

そこで、表 2-15 に、2重の40歳以上、65歳以上の段階も加えたレベル毎の感度、陽性的中度、CPA予測割合を示す。

レベル1のみだと感度は79.0%であったが、レベル1に2重の40歳以上を加えると感度は87.5%までに上昇する。しかし、その時のCPA予測割合は27.8%と高い値を示す。

今後、コール・トリアージを実施していく段階で、より感度の高いレベル1+2重（40歳以上）のラインで設定することが望ましい。しかし、消防本部としてどのレベルに設定するかは、次章で検討を行ったコール・トリアージの制度設計におけるPA連携等に割り当てることが可能な消防力を合わせて検討することとなる。

また、通報者が傷病者を正確に把握できていない事案（レベル2a）の中で、意識無し、呼吸無しと傷病者の状況を聞きとることが可能であった事案も見られる。これらに

ついて、通報者が傷病者の状況を正確に把握していなくても、意識無し、呼吸無しという情報を聞き取ることができたのであれば、レベル1対応とすることにより感度を上げることが可能となる。

表 2-15 トリアージプロトコル運用案

CPAと予測する対象	感度	陽性的中度	CPA予測割合
1 aのみ	60.1%	83.6%	1.7%
レベル1 (1 a + 1 b)	79.0%	12.0%	15.2%
レベル1 + 2重 (65歳以上)	86.0%	8.2%	24.1%
レベル1 + 2重 (40歳以上)	87.5%	7.2%	27.8%

第3章 コール・トリアージ導入に向けた制度設計

第1節 制度設計の考え方

コール・トリアージの目的は、C P A事案に対する迅速な対応を行うことである。そのためには、P A連携におけるポンプ隊などの先着隊の現場到着時間を短縮していく必要がある。現場到着所要時間を短縮する上で、平均的な時間を短縮することはもちろん重要であるが、例えば、先着隊の平均が5分であったとしても、一部の事案に関して15分や20分かかる場合もある。この場合、通報段階でC P Aを予測したとしても、救急隊やポンプ隊の配置により現場到着時間が遅くなることが考えられる。そのため、できるだけ多くの事案に関して現場到着時間をある程度の時間内に到着させる必要がある。

また、P A連携の場合でポンプ隊が5分で到着した場合でも、搬送機能を有する救急隊の到着が30分になる場合もある。そこで、早い段階で救急隊も到着できるようなシステムが望ましい。

そこで、本作業部会では、コール・トリアージを導入するための制度設計として、コール・トリアージに対応した部隊運用が必要であり、その為には、先着隊および救急隊に関して、目撃からC P R開始時間の目標値を設ける方法を提言する。

コール・トリアージ導入に向けた制度設計を検討する上で本作業部会では以下の検討を行った。

- ・目撃からC P R開始の目標時間の設定
- ・目標時間を設定した場合の救急隊運用可能性の検討
- ・実施するための対策

第2節 現場到着の目標時間の設定

ウツタインデータの分析結果より、目撃から救急隊員が心肺蘇生を開始するまでの時間の10分以上の症例における傷病者の1か月後生存率、社会復帰率は急激に下がることが分かっている（図 3-1）。そこで、先着隊に関してはこの10分以内に現場へ到着することを目標値とすることを提言する。

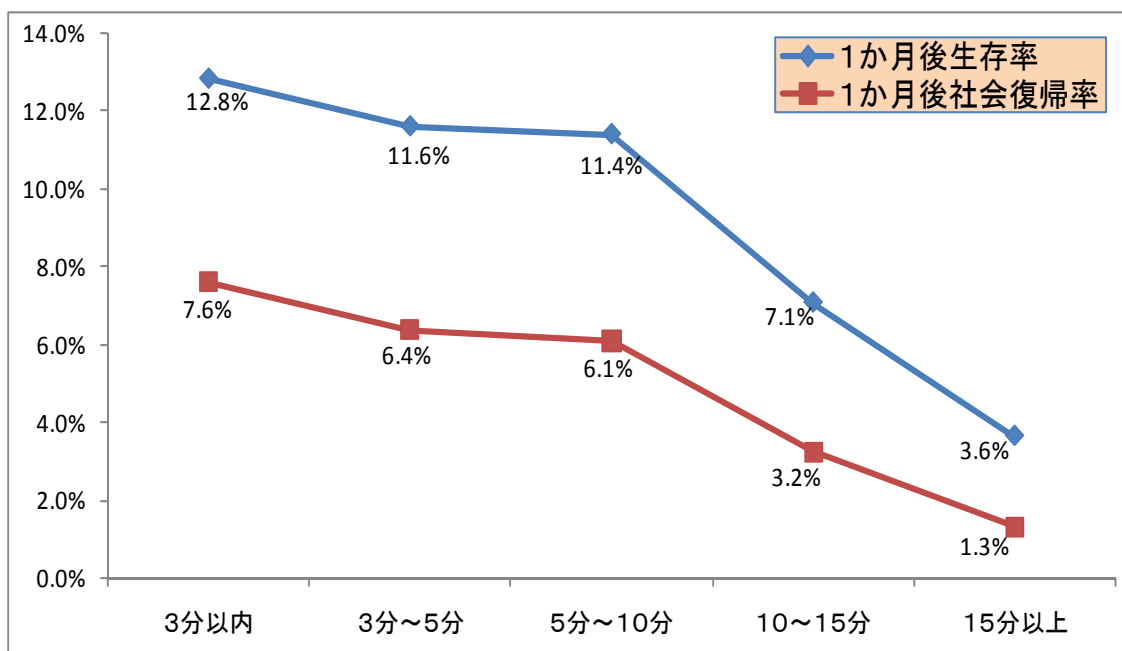


図 3-1 目撃から CPR 開始までの時間毎の1か月生存率及び社会復帰率(2005年～2007年の合計)

また、救急隊に関しては、先着隊が接触してから CPR 5 サイクルを2回行うまでの4分程度の中に救急隊が到着することが妥当ではないかと考え、先着隊が到着してから4分後の14分を救急隊の目標時間として提言する。

第3節 コール・トリアージを導入した場合の運用可能性の検討

第 1 項 検討方法

コール・トリージを行った場合の予備隊の待機状況及び出場状況や、目標現場到着所要時間の達成度などを予測するために、モデル消防本部の地図上（写真 3-1）に救急隊及びポンプ隊を配置し、実際の救急要請内容に応じた部隊運用を模擬的に実施した。

人口 100 万人（B 市消防本部）と 50 万人（E 市消防本部）の 2 つのモデル消防本部において、地図上に救急隊を配置し、年の救急出場件数の平均的な日と最繁忙日の 2 日間を対象として、0 時から 23 時 59 分までの間に、過去のデータで救急隊を出場させて署に戻るというシミュレーションを過去のデータをもとに実施した。

表 3-1 にシミュレーションの条件を示す。シミュレーションは、両都市とも標準日と最繁忙日の 2 日間で行った。標準日というのは、1 年間の平均出場件数と同じ日であり、最繁忙日は、1 年の中で最も出場件数が多かった日である。

レベルごとの運用に関しては、C P Aを疑うレベル 1 に関してはP A連携、レベル 2 は救急隊のみを運用することとする。

レベル1とレベル2の割合は、2:8とした。第2章のコール・トリアージ・プロトコルの検証の結果、全件数の中でレベル1が16%であったので、2割として扱った。



写真 3-1 シミュレーションの様子

表 3-1 シミュレーションの条件

項目	シミュレーション条件	備考
救急隊、消防隊の配備	現状の配備	
シミュレーション実施日	標準日 一日当たりの出場件数が、年間の出場件数/365 日と同じ日 最繁忙日 最も出場件数が多い日	使用データ H19 年中
レベル毎の出場隊の構成及びその割合	レベル 1 救急隊およびポンプ隊 (20%) レベル 2 救急隊 (80%)	出場割合はコール・トリアージ検証結果より算定
出場隊の選定基準	救急事案発生場所の直近	
帰署時間の設定	救急隊 H19 年の出場～帰署までの時間のヒストグラム分布に合わせ、各隊の時間を設定 ポンプ隊 40 分 (H19 年データの分析結果)	

第2項 出場～現場到着の時間設定

目撃からCPR開始までという時間の中には、目撃から通報までの間という消防本部による対応のみでは困難な時間も含まれている。そこで、救急隊の運用を検討するためには先着隊、救急隊とも出場から現場到着を指標とする。そこで、出場から現場到着を何分に設定するのが妥当かの検討を行った。

出場から現場到着以外の時間について、ウツタインデータや平成18年度に行ったトリアージの検証データなどを用い、表3-2に示す時間と設定した。

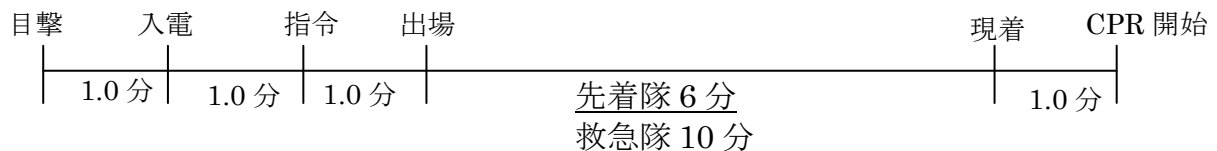
これにより、本検討上では先着隊の出場～現場到着の目標値は6分、救急隊の出場～現場到着の目標値を10分という設定することが妥当だと考えた。

表 3-2 出場～現場到着時間の設定例

時間項目	時間	根拠
目撃～通報(入電)	1.0分	全国ウツタインデータ 19年中 心原性、目撃有 最頻値 (17.2%)
入電～指令	1.0分	18年度トリアージ検証データ CPA事案の場合、場所特定は自動的に判明する場合のみ
指令～出場	1.0分	
現場到着～CPR開始	1.0分	全国ウツタインデータ 19年中 心原性、目撃有 最頻値 (50.9%)

消防本部によりそれぞれの時間項目にかかる時間が異なるため、この例より時間が延びる消防本部の場合は、出場～現場到着の時間が短くなる。

以上より 先着隊の出場～現着の目標値を6分、救急隊の出場～現着の目標値を10分とする。



第3項 結果

1) B市消防本部

表 3-3 にB市のシミュレーション結果を示す。また、表 3-4 にB市の平成 19 年度における平均現場到着などを示す。

標準日の先着隊の平均現場到着時間は 6.8 分、10 分以内に先着隊が着く割合が 95.2% であった。救急隊は、96% が 14 分以内に到着しているが、4 件は 14 分以内に現場到着できていない。通常、標準日に予備隊を待機させることはないが、14 分以内という目標値を設けているため予備隊は一隊あたり 24 時間の中で約 40 分待機する必要がある。また、予備隊の出場は 5 回あった。

最繁忙日の、レベル 1 に関しては平均 7.7 分、10 分以内に関しては 86.0% 現場到着している。救急隊に関しては、平均が 10.1 分で、14 分以内が 89.5% という結果となった。予備隊の合計待機時間は一隊あたり平均で 93 分と標準日よりかなり長くなっている。予備隊の出場は 12 回であった。

14 分以内に現場到着しなかった理由として、救急隊の待機場所の片寄が考えられる。これは一例であるが、図 3-2 の黒い点が救急隊の待機場所で、地図上、網をかけているところは、救急隊の待機場所から現場到着目標時間 10 分のエリアを示したものである。真ん中の白く抜けているところは、現在の救急隊の配置では 10 分では現場到着しないエリアになっている。

このような状況や、管轄内の一方に待機している場所が片寄ることなどにより、現場到着時間の目標を達成できていないと考えられる。

表 3-3 B市(政令指定都市 人口 約 100 万)

対象日	緊急度レベル及び分析対象	出場件数	目撃～接触時間			部隊運用状況 (救急隊 22 隊、 予備隊 7 隊)
			平均	10 分以内 (先着隊)	14 分以内 (救急隊)	
標準日 11 月 28 日 109 件 (99 件*)	1 (先着隊)	21 件	6.8 分	95.2% (20/21)	—	予備隊待機時間 1 隊平均 40 分 予備隊出場 5 回 出場隊の片寄があり 遠方から出場有
	1、2 (救急隊)	99 件	8.6 分	—	96.0% (95/99)	
最繁忙日 8 月 15 日 160 件 (151 件*)	1 (先着隊)	43 件	7.7 分	86.0% (37/43)	—	予備隊待機時間 1 隊平均 92 分 予備隊出場 12 回 出場隊の片寄があり 遠方から出場有
	1、2 (救急隊)	153 件	10.1 分	—	89.5% (137/153)	

周辺部は分析対象外とした (*周辺部除いた件数)

降雪、交通渋滞、発生場所、発生頻度などの条件によりシミュレーション結果と異なる場合あり。

評価する時間軸を目撃～接触時間とした (出場～現場到着時間へ 4 分プラス)

表 3-4 B市 平成 19 年度 (1 年間)

	目撃～CPR 開始		
	平均	10 分	14 分
全体 (36966 件)	8.8 分	78.3%	95.6%

周辺部救急隊除く



図 3-2 救急隊の偏った状況

2) E市消防本部

E市消防本部のシミュレーション結果を表 3-5 に、またにE市の平成 19 年度における平均現場到着などを表 3-6 示す。

標準日の先着隊の平均現場到着時間は 6.7 分であり、10 分以内に先着隊が現場到着する割合は 91.6%であった。

救急隊は、14 分以内に 100%が到着している。予備隊は一隊あたり 24 時間の中で約 75 分待機する必要がある。また、予備隊の出場は 3 回であった。

最繁忙日のレベル 1 に関しては先着隊の平均現場到着時間は 6.3 分、10 分以内に関しては 95.2%の先着隊が現場到着している。救急隊に関しては、平均現場到着時間が 8.6 分で、14 分以内が 96.8%という結果となった。予備隊の合計待機時間は一隊あたり平均で 149 分と標準日よりかなり長くなっている。予備隊の出場は 8 回であった。また、全救急隊が出場した時間帯が 14 分間あった。B市同様、最繁忙日において救急隊配備の偏りなどにより 14 分以内に救急隊が現場到着できなかったエリアが存在した。

表 3-5 E市（人口 約 50 万人）

対象日	緊急度レベル 及び分析対象	出場 件数	目撃～接触時間			部隊運用状況 (救急隊 9 隊、予備隊 2 隊)
			平均	10 分以内 (先着隊)	14 分以内 (救急隊)	
標準日 11 月 6 日 56 件	1 (先着隊)	12 件	6.7 分	91.6% (11/12)	—	予備隊待機時間 1 隊平均 75 分 予備隊出場 3 回
	1、2 (救急隊)	56 件	7.5 分	—	100%	
最繁忙日 7 月 28 日 94 件	1 (先着隊)	21 件	6.3 分	95.2% (20/21)	—	予備隊待機時間 1 隊平均 149 分 予備隊出場 8 回 出場隊の片寄があり遠方から出場有 全救急隊が出場 1 回 (計 14 分間)
	1、2 (救急隊)	94 件	8.6 分	—	96.8% (91/94)	

降雪、交通渋滞、発生場所、発生頻度などの条件によりシミュレーション結果と異なる場合あり。
評価する時間軸を目撃～接触時間とした（出場～現場到着時間へ 4 分プラス）

表 3-6 E市 平成 19 年度（1 年間）

	目撃～接触		
	平均	10 分	14 分
全体 (20,407 件)	7.6 分	86.5%	97.0%

3) まとめ

本シミュレーション結果より、対象とした消防本部において、目標とした先着隊 10 分以内、救急隊の接触時間 14 分以内という目標時間は、対象とした緊急度レベルの件数の 90% 程度で達成可能であることが判明した。

第4節 コール・トリアージ・プロトコルを実現するための対策

検討の結果、コール・トリアージ・プロトコルを導入した場合のポンプ隊や救急隊の運用は可能であることがわかったが、運用を実施するためには以下の項目について検討が必要となる。

- ・ポンプ隊などの出場件数の増加

P A連携によりポンプ隊が救急事案に出場することで、ポンプ隊などの出場件数が増加する。そのため、全出場件数の何割程度までポンプ隊が出場しても通常の警防業務に支障が無いかという検討が必要になる。

- ・予備隊の出場件数増加及び配置換え

救急隊の14分以内の現場到着という基準をクリアするのはかなり厳しい条件であるため、予備隊の出場頻度が現状より増加する可能性がある。また、予備隊の配備が管轄内で偏っている場合には、予備隊の出場件数が増えることも踏まえ、均等となるような配置替えを行うことにより、予備隊の待機時間などを抑えることが可能になると考える。

- ・救急隊の移動配備

図 3-3 の左図は、図 3-2 で説明した管轄内の中心地域において、出場から現場到着までの時間が10分以上かかる地域である。左図の移動前に、救急隊が待機している●の下から2個目、右図の○のところへ移動することが可能であれば、移動前の図の白抜きされた部分が、移動後10分以内に現場到着することが可能なエリアに含まれる。1隊移動するだけで、10分以内に現場到着することが可能なエリアが増えることになるため、予備隊の待機時間を減らすことも可能であると考ええる。

図 3-3 救急隊の移動配備のイメージ

第4章 トリアージ作業部会における法的検討課題について

第1節 はじめに

トリアージを実施するにあたっては、種々の法的問題を解決する必要があり、平成19年度報告書においてその概要が明らかにされたところである。このような前年度の検討を踏まえ、今年度は、トリアージに関する具体的な制度設計の選択肢を考慮に入れつつ、いかなる制度が法的観点から必要とされ、ないしは望ましいものとされるか、という点につき検討を行った。

なお、平成19年度報告書にもある通り、トリアージに関連して問題となりうる法令は多数存在するが、トリアージの判断ミスによる指令員個人の刑事責任や、トリアージ・プロトコルを作成したシステム担当者の刑事責任が問われる事態は、一般的に想定しにくい。そのため以下では、国または地方公共団体が国民の生命や身体に損害を及ぼした場合に発生する国家賠償責任を主として念頭に置いた検討を行い、一部、これに関連して種々の行政法規への適合性の問題を検討する。

第2節 トリアージに関する法的責任

(1) トリアージ実施・不実施の判断

トリアージの実施については、そもそもトリアージを実施すること自体の正当性について、次にどの程度の切迫状況下であれば、トリアージの実施が法的に正当化されるか、の問題がある。

まず、トリアージを行うこと自体の正当性については、高齢化と疾病構造の変化により緊急度の高い患者が発生している状況に対応するには、適切なトリアージを行う必要性があることについては一致した見解があると思われ、平成19年度報告書にある通り、トリアージを実施すること自体がただちに法的問題を発生させるとは言えない。

ただし、トリアージを実施した場合に、各レベルの傷病者にどのような救急対応を行うかは別途検討が必要となる。一般には、トリアージを行うことにより最軽症事例と判断された場合に、通常の救急体制よりも小規模の隊構成となることや、現場到着時間が重症・中等症の傷病者の平均よりも遅くなることがあるが、この差を設けること自体が不当であるとまでとはいえないであろう。しかし、どのような救急対応の違いが許容されるかについてはトリアージの責任体制や地域の実情等をも考慮する必要があるため、その詳細は後述する。

トリアージを行うことが正当化されるとして、次に緊急時のみトリアージを行うという運用方法と平常時からトリアージを行うという運用方法の二つの選択肢のうち、そのいずれを採用することが必要となるかが問題となる。

この点、いずれの選択肢によってもただちに法的な問題が発生するとは言えないが、平常

時からトリアージを行うことで、指令員等のトリアージ能力を日常的に維持・向上させるという教育的な観点から効果的との指摘もなされるところであり、アンダー・トリアージによる責任発生の危険性を低下させるという観点からも、平常時からトリアージを行う方が望ましい。また、緊急時にトリアージを行う状態に切り替わるという運用方法をとった場合には、トリアージを実施するに値する状況であるのか、その切り替えが適切であったかなどにつき難しい判断が必要となることも考えられ、そのような判断につき法的責任が問われる可能性も否定できない。本作業部会においても平常時からトリアージを行うとの運用方針が示されているが、平常時からトリアージを行うことで、つねに緊急度の高い患者の要請に応えられる状況を作っておくことは救急業務が担う社会的責務にも合致すると考えられる。

（２）実施者の法的責任

トリアージを行うとしても、アンダー・トリアージや出動時の判断の遅れなどにより、本来助かるべき患者が死亡した場合の法的責任が問題となる。

今年度、救急搬送時の出動場所に関する勘違いによる搬送の遅れ（平成 21 年 1 月）や、搬送先に関する情報伝達ミスによる患者搬送の遅れ（平成 21 年 1 月）が発生した。いずれも搬送の遅れと患者の死亡との因果関係はないとされているが、これら報道をうけ、トリアージ判断のミスについて法的責任が問われるかは救急現場の一番の懸念であろう。

もとより、人が判断を行うのであれば、一定数の判断ミスや遅れが生じることは免れないのであり、平成 19 年度報告書でも示されたように、通報者の状況が視覚的に確かめられない中、電話対応だけで、的確なトリアージを行い、確実な救急対応を行うことにはさまざまな困難が伴うことも否定できない。仮に、アンダー・トリアージなどにより助かるべき患者が死亡したり、また本来残るはずのない後遺症が発生するようなことがあれば、当然、判断者の過失やシステム全体の法的責任が問われることはあり得ると考えられる。

平成 19 年度報告書にもある通り、トリアージの実施が正当化される根拠は、トリアージにより高度かつ迅速な救急対応を要する傷病者を識別することの有用性がアンダー・トリアージ等の危険性を上回ることに求められる。トリアージを行うこと自体を正当化するためにも、アンダー・トリアージや判断の遅れなどを減らすべく、判断基準の精査や教育訓練を行うことはもちろん、一旦判断ミスが生じたとしても、早期にその修正・回復が図られるような対応を行うことが重要と考えられる。具体的には、以下の通りである。

トリアージ実施においては、重症度によって患者の状態を分けて、救急隊の編成や目標到着時間に差を設けることとなる。このとき、法的に生じる問題としては、重症度の判断において実際の必要度よりも低く見積もられるアンダー・トリアージ、緊急度が高いが重症度は

さほど重要ではない、逆に緊急度はそれほど高くないが重症度が高い事例をどのように評価すべきか、さらに最も軽症と判断された傷病者に対してそもそも救急車を出動させないという対応をとることが許されるか、などが挙げられる。

まず、アンダー・トリアージを回避するには、トリアージに関する種々の実証データを収集・解析することにより安全係数を見積もっていくことや、事例の積み重ねによるプロトコルの精査が必要となる。また、一度アンダー・トリアージが生じた場合であっても、再通報時のトリアージや現場トリアージなどを通じて機動的に判断の修正が図られるような仕組みが予め用意されることが必要と考えられる。

緊急度が高いが救急要請時の重症度はそれほどではない（交通事故などの際の硬膜外血腫、子どものたばこの誤飲など）場合、逆に慢性疾患を有する高齢者の状態悪化のように緊急度は高くないが重症度は高いような場合に、どのような評価を行うべきかについては、救急車の迅速性や代替手段の可能性からすると緊急度を優先したトリアージを行うことがより妥当であると思われる。

また、最も軽症と判断された事例について救急車が出動しないという判断をとった場合には、通報があつたにもかかわらず救急車が出動しなかったことが妥当であつたかの問題が発生することが考えられる。例えば、子どもが異物を飲み込んだ可能性があるとして親から通報があつたが、子どもの状態などから仮に飲み込んだとしても便で排出される程度のものであろうと判断し、救急車が出動しなかったところ、のちに子どもに中毒症状等の問題が発生した場合などである。ごく軽症であると判断した事例で命にかかわるような場合はめったにないと思われるが、当初の指令員の判断や指示が適切なものであつたか、救急車に代わる手段があるかを確認したかなど、救急車が出動し救急隊員が傷病者の状態を目・耳・触感で判断しなかったことが妥当だったか否かを総合的に検討したうえで、適切性が判断されることになる。

最軽症事例について隊編成が小規模で到着時間に時間がかかっても出動する場合には、救急隊員が関わらなかったことについての問題は発生しないが、それでもアンダー・トリアージの問題は残ることになる。救急車を出動させる方針をとる場合も、出動させない方針をとる場合も、千差万別の微妙な事例が多数含まれる中で人の判断にはつねに誤りがありうることから、最軽症事例に対して救急車が出動しさえすれば法的責任は問われないということはない。このことを念頭に、判断の根拠となるデータの蓄積をすすめることなどにより、安全性の確保と指令員個人への業務負担の軽減を図り、さらには社会への説明責任を果たしていく必要があると考えられる。

第3節 トリアージ実施体制の在り方

(1) トリアージ基準の適切さ

トリアージを行うとしても、トリアージの実施基準を策定するにあたり、何を考慮し、何を考慮しないかの判断要素が問題となる。

本来トリアージを行う理由が、医療資源の配分にあり、その実施を平等に行うことが必要であるとすれば、考慮にいれるべき事項は、医学的必要性が中心となる。この医学的必要性とは緊急度・重症度で測られよう。また、医療資源そのものを配分する基準としては、これら医学的必要性に加えて、治療によって得られる効果（延命期間の長さや生活の質の向上の度合い）なども考慮されるべき要素となる。

他方で、医学的必要性以外の要素をトリアージの基準に盛り込み、救急対応を異ならせることは可能だろうか。例えば、傷病が比較的軽度で、患者自身や患者の家族、周辺の手助けによって自力で病院への搬送が可能であれば、周辺病院を紹介することもひとつの手段である。しかしながら、傷病そのものは極めて軽微であっても山間部や夜間などで病院までの交通手段が十分ではなかったり、患者の身の回りに搬送を助けるものがいなければ救急車が出動するということも考えられる。医学的必要性が同等の傷病者であれば、同一の救急対応をとることが本来のあり方であるとの考え方も十分成り立ちうところではあるが、救急業務が行政による地域社会のセーフティーネットの役割を担うことを考慮するならば、医学的必要性などの基準に加えて、高齢者、山間部や過疎地の住民、生活困窮者など傷病以外の患者の特性をも考慮して、救急業務がその手をさしのべるとの判断もありえよう。

ただし、傷病以外の要素が加わることにより搬送を希望する人の割合やその背景については、今後の分析が必要と考えられる。その結果により、場合によっては救急業務以外の行政部門や民間組織に委ねる方が望ましいこともありえ、また社会福祉や地域行政との連携を図っていくことが必要な場合もあるものと予想するため、この点はさらなる検討が必要である。

(2) 救急業務の地域格差について

次に、地域によるトリアージの判断基準の違いがどこまで許されるかも問題となる。これは、医学的必要性以外の社会的要素を考慮してトリアージ基準を策定することが可能であるかという、上記(1)で検討した問題の1つとして理解することができるが、ある地域ではトリアージの基準は緩やかで、ある地域では厳格であるということがあれば、傷病者の生命・身体に具体的不利益は発生していないとしても、その差が生じていること自体に地域住民が不平等を感じることもありうるため、慎重な検討を要するところである。

一般論としては、各地域における医療需要の内容も医療機関の受け入れ態勢等も異なるこ

とが想定されるため、地域ごとの救急対応の差異を全く否定することは現実的でなく、適切とも言いがたい。しかし、トリアージ基準の策定やその運用にあたってはアンダー・トリアージ等の危険性を低減させるためにさまざまな実証データ等をもとに緻密な検討がなされていることを考慮すると、地域の事情を理由に大幅な運用変更を認めることは好ましくないと考えられる。この点は、各地域の実情と救急業務のあり方を総合的に検討した上で、地域ごとに変更できる部分を予め提示するなどの対応が必要となると思われるが、その具体的内容は今後のさらなる検討を要する。

また、トリアージにおいて判断ミスが発生したという場合に関しても、つねにぎりぎりの判断をしなければならない切迫した状況に地域が置かれているのであれば、そのような地域の救急体制こそが問題であるという指摘がなされることも考えられ、トリアージ単独での評価にはならない可能性がある。そのような可能性を踏まえた上で、トリアージの基準策定と運用体制の構築にあたっては、地域の救急体制の全般的なあり方とあわせた総合的検討が望ましいと考えられる。

（３）トリアージ実施に関する責任体制について

トリアージの実施におけるさまざまな判断を行うにあたっては、（２）で述べた通り一定の制約に服するとしても最終的に各地域において決定される必要がある。また、平成 19 年度報告書にもある通り、トリアージを実施する中で発生した具体的な問題を収集・検討し、運用の改善を図ることも要請されることから、これらの決定や運用状況の日常的な監視等を担う組織体制を整備することが、トリアージの運用にあたっては極めて重要である。

この点については、まず地域のメディカルコントロール協議会をはじめとする、医療と救急の専門家を含む合議機関（以下「MC 協議会等」という。メディカルコントロール協議会の機能を拡大すべく現在検討中の新協議会をも含めて「MC 協議会等」の語を用いる）が一定の役割を担うことが考えられる。MC 協議会等においては、地域の医療事情をも踏まえた医療と救急の総合的な体制整備の検討がなされることが期待され、トリアージの運用のあり方に関しても、MC 協議会等での検討が有用となることが想定される。個々の救急業務の内容のみならず、指令員の指導・監督を含む救急体制の全般的な検討に関しても、MC 協議会等において一定の方向性が出されることが重要であろう。もとより、MC 協議会等は協議・検討を行うに過ぎず、直接の責任主体となる機関ではないものの、地域の実情を踏まえた上で専門家を含む合議機関が提言を行うことは行政決定の正当性・妥当性確保の観点から大きな意義があると考えられる。

ただし、トリアージ基準の内容は詳細なデータ解析に基づき厳密な適用を要する形で策定

されていることから、これに関する運用をすべて地域の MC 協議会等に委ねることは必ずしも適切でない可能性がある。少なくとも、トリアージを現場で運用する指令員の指導・監督やトリアージの運用状況に関する情報の収集・分析に関しては、国の積極的関与の下に適切な体制整備を図ることが必要と考えられ、必要に応じて、各消防本部にトリアージの実施状況や有害事象発生に関する情報の国に対する報告義務を課し、さらに国においても重大事故発生時には全国の消防本部に迅速に情報を伝達する体制を整備することなどが重要と考えられる。

以上の通り、トリアージの実施にあたっては MC 協議会等や中央政府の役割も重要であるが、最終的に種々の判断を行うのは各消防本部であることから、消防本部の内部においても日常的に適切な情報の把握・管理や迅速な決定判断が可能となるよう組織体制を整備する必要があることは言うまでもない。行政内部の責任体制の明確化は、指令員等の公務員個人に係る法的責任リスクを軽減する上でも極めて重要であり、各消防本部の体制整備はトリアージ実施の不可欠の条件と言えよう。

（４）民間による救急搬送

以上では、あらゆる救急業務を行政が担うことを前提として述べてきたが、一部の救急業務を民間の担い手に委ねるとの選択肢も検討の余地がある。行政による救急業務が、適切なトリアージに基づき、より重症度・緊急度の高いほうに資源を振り向けていくという判断をしたときには、従来は救急業務がおこなってきた軽症事例の搬送や、自力での搬送を担うべき他のアクターの積極的活用が検討されることとなろう。

民間や地域におけるアクターとして、例えば地域の医師会の協力により、通報者の近くにすむ診療所の医師らに様子を患者の状態を確認してもらったり、搬送に地元ボランティアや民間の搬送車の利用などが考えられる。すでに、民間搬送や医師会による協力を実施している地域も参考にしながら、各地域においてどのようなモデルが可能となるかの検討が今後期待されよう。

このような民間による救急業務の代替が実現できる場合には、トリアージの運用に関する法的諸問題の検討に際しても種々の差異が生ずる可能性がある。具体的には、トリアージによって最軽症者と判断された傷病者の取り扱いにつき、民間救急の活用が可能な状況であれば、行政においては救急車を出動させないという判断が正当化される余地は広がることもありえよう。民間救急の法的位置づけやそのあり方に関しては未だ課題も多いものの、将来的な検討の意味と必要性はあるものと考えられる。

第4節 救急業務と相談業務の相互補完の可能性

救急業務実施基準第13条では、搬送を拒んだ者の取扱いとして「隊員は、救急業務の実施に際し、傷病者又はその関係者が搬送を拒んだ場合は、これを搬送しないものとする。」と定めている。そこで、救急要請の電話をかけてきた傷病者等から傷病の状態を聴取した指令員が、軽症で自力での医療機関受診が可能である旨を伝え、行き先となる医療機関の紹介を行うことなどにより、傷病者またはその関係者が救急車は必要ないと判断した場合には、救急車は出動しないということが可能である。

それでは、指令員が救急搬送は必要ないと判断できる場合に、傷病者等があくまで救急車の出動を希望した場合には、その出動を拒むことはできるのだろうか。また、最軽症者につき救急車の到着を遅らせるという運用を行った場合に、傷病者等が重症者と同様の即時の出動を希望したとしてもなお到着の遅延が許容されうるのだろうか。ここには、救急搬送において通報者の意図をどこまで尊重すべきかという問題が伏在しており、救急業務の在り方全般に関連する法的課題として一般的な検討を要するところである。前掲実施基準13条がこの問題につき何らかの方向性を示すものか否かを含め、慎重な検討が必要であると考えられるが、トリアージの実施にあたっては、少なくともトリアージの実施に関連する傷病者等の意思の取り扱いにつきルールが明確にされる必要があろう。

この問題から派生する具体的な問題場面と考えられるのが、119番通報を行った軽症者につき、その電話を相談業務の相談員に転送することが許されるかという問題である。通報者が救急搬送の意図があり通報しているにも関わらず、それを相談業務に回すことも、傷病者側の救急搬送の意思を無視するものであろうか。東京では、通常の119番のほかに、相談業務として#7119番があり、通報者の意図は比較的分かりやすい。このとき、相談業務の途中で救急搬送が必要であるということになれば、現在では119番に回すことがある。一方で、逆に、119番から相談業務に電話を回すことはないようである。しかし、#7119番の知名度が119番に比べて低く、119番通報の中には相談を希望するものも一定数含まれている可能性を踏まえるならば、トリアージによって明らかに救急搬送の必要がないという判断がなされた場合のひとつの対応として、119番から相談業務へと電話を回すことも検討されて良いように思われる。

救急制度の歴史は、火災現場における傷病者の救出・搬送を起点としており、救急搬送の緊急度が極めて高い場合を想定していたと考えられる。しかし、現在では搬送事例の約半数が軽症事例であり、また交通事情や道路事情の変化などにより救急搬送業務を救急車自体が行わなければならないという意味での救急業務への依存度は従来よりもかなり薄まってきたと思われる。救急患者の状態は通報だけでは正確に確認できない場合もあり、傷病者等の搬送希望は端的に搬送の必要性を示唆する最も重要な情報であることはいままでもない。しか

し、これまでの通報者意図による原則は守るとしても、多くのトリアージ事例を積み重ねていく過程で、自力搬送や相談業務のほうがより適切である割合やその状況を指令員が確実に判断できることが明らかになるのであれば、それらの積極的な活用ないし連携も視野に入れることは検討されて良い。その際には、軽症者を識別するトリアージの具体的基準いかにに加え、相談業務で判断をまかされる者の教育や訓練などの人材養成がもっとも大きな鍵になるろう。

第5節 まとめ

以上、トリアージの実施に向けた種々の法的検討課題につき、一定の解決の方向性を示した。トリアージの制度設計を行う場面で、ある制度を導入することが法的に不可欠であるとか、ある制度を導入すれば法的問題は完全に回避されるということではなく、いかなる制度を導入する場合にも継続的な情報収集・監視の下にアンダー・トリアージの危険性等を低下させるような運用体制を構築し、維持する必要があると言える。より安全性・有用性の高い制度を目指した改善の試みを継続することが、同時に法的問題への解決ともなることを踏まえ、今後も種々の制度設計につき慎重な検討が加えられることが望ましい。

なお、トリアージの実施体制の整備を中心に、以上で検討した問題の一部は、救急業務全般に関する責任体制の在り方とも強い関連性を有するため、メディカルコントロール協議会を改組した新協議会を中心とする新たな体制との整合性等も検討する必要があるだろう。次年度以降、改正消防法の下での体制整備に関して一般的な検討が行われる中で、トリアージの実施体制についても十分な検討がなされることが期待されるところである。

第5章 コール・トリアージの効果に関する検討

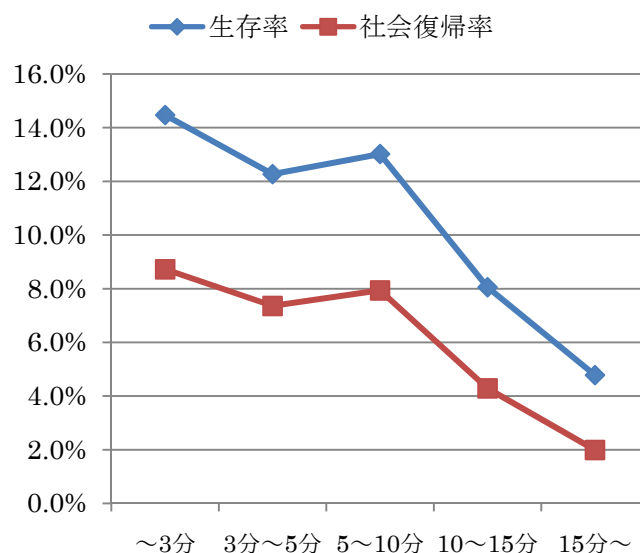
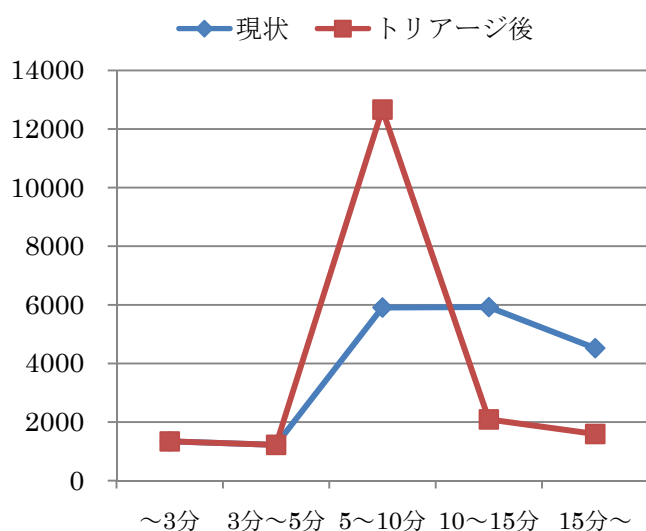
今後コール・トリアージ導入していく上での効果の指標の一つとして一般住民等に対して分かりやすい指標として、救命率の指標である1カ月後生存率、1カ月後社会復帰率を試算した。

全国版のウツタインデータを用い、コール・トリアージを行った場合の心肺機能停止の瞬間を目撃した時間から救急隊員が心肺蘇生を開始するまでの時間が10分以内の件数を計算し、その件数に現状の1カ月後生存率、1カ月後社会復帰率が緊急度レベル毎に差が無いと仮定して、これを掛けて計算した。計算方法を図5-1に、その結果を

表5-1に示す。

現状と比較して、1aのみでも1カ月後生存率は1.8%増、1ヶ月後社会復帰率は1.3%増となり、それぞれ全国レベルで見ると、1カ月後生存者数328名増(1.18倍)、1カ月後社会復帰者数239名増(1.23倍)となることが分かった。

また、レベル1+2重(40歳以上)とすると、1カ月後生存率2.6%増、1カ月後社会復帰



率が1.8%増となり、それぞれ全国レベルで見ると、1カ月後生存者数478名増(1.26倍)、1カ月後社会復帰者数348名(1.34倍)となることが分かった。

図 5-1 1 か月後生存率、1 か月社会復帰率の計算方法

表 5-1 トリアージ後の 1 か月生存率、社会復帰率等予測結果（全国）

	感 度	陽 性 的 中 度	C P A 予 測 割 合	生 存 率 一 か 月 後	社 会 復 帰 率 一 か 月 後	生 存 者 数 一 か 月 後	社 会 復 帰 者 数 一 か 月 後
現状				9.5%	5.4%	1806	1020
1 a のみ	60.1%	83.6%	1.7%	11.3% (1.8%)	6.7% (1.3%)	2134 (328)	1259 (239)
レベル 1 (1 a + 1 b)	79.0%	12.0%	15.2%	11.8% (2.3%)	7.1% (1.7%)	2237 (431)	1334 (314)
レベル 1 + 2 重 (65 歳以上)	86.0%	8.2%	24.1%	12.0% (2.5%)	7.2% (1.8%)	2275 (469)	1362 (342)
レベル 1 + 2 重 (40 歳以上)	87.5%	7.2%	27.8%	12.1% (2.6%)	7.2% (1.8%)	2284 (478)	1368 (348)

() : 現状からの増加率または増加数

今後、コール・トリアージを導入していく上で、緊急度レベルの設定は感度が高く、社会復帰者数が多いレベルに設定することが望ましいが、一方で感度を高く設定しすぎることにより、C P A 予測割合（全件数に対する C P A と予測した割合）が増加するため、P A 連携に伴い消防隊の出動が増加するなど、救急業務以外の消防業務への影響を考慮する必要がある。

そこで、図 5-2(

表 5-1 より抜粋)におけるレベル毎の 1 か月後社会復帰者数の増加数、感度、C P A 予測割合をみると、レベル 1a のみとレベル 1 までは感度が大きく上昇する傾向がみられるが、レベル 1 からレベル 1+2 重 (65 歳以上)、さらにレベル 1+2 重 (40 歳以上) では、レベル 1 a からレベル 1 の上昇より上昇率は小さくなっている。また、C P A 予測割合は、レベル 1 で 15.2%であるが、レベル 1+2 重 (65 歳以上) で 24.1%と、全体の約 4 分の 1 となっているため、出場件数の増加によって、救急事案以外への負担が大きくなる可能性がある。

また、レベル 1 からレベル 1 a を除いたレベル 1 b に関しては、バイタルサインの異常が半数以上あるため、これらの事案に関しては可能な限り早期に応急処置等を行うことが望ましい（第 2 章第 4 節参照）。

以上より、緊急度レベルの設定としては、今後可能な限り救える命を救うという観点と、救急以外の事案に対して大きな影響を与えない最低限のレベルとして、「レベル 1」とすることが適切なラインと考えられる。

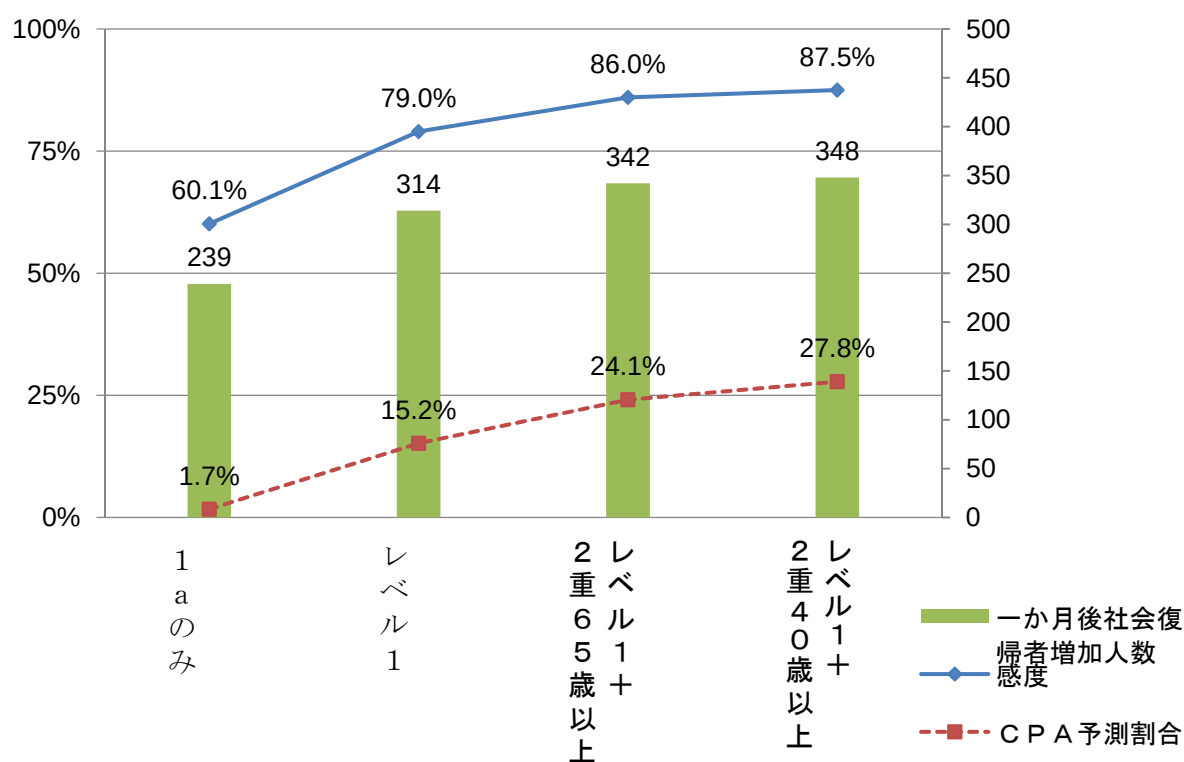


図 5-2 レベル毎の一か月後社会復帰者数の増加数、感度、CPA予測割合

第6章 今後の方向性と課題

第1節 今後の方向性

本作業部会においては、コール・トリアージ・プロトコルの再検討とコール・トリアージ導入に向けた制度設計を行い、この結果を用いて、コール・トリアージの効果について検討を行った。

そこで、本作業部会としては、トリアージの実施に際しては、以下の提言を目標とする救急体制を地域で構築していくことを望むものである。

提言

- ① 「レベル1」までをCPAと予測するコール・トリアージを実施する。
- ② ①の90%について、目撃～CPR開始とAED到着までの時間を「10分以内」とする。
- ③ ①の90%について、目撃～救急隊接触までの時間を「14分以内」とする。

また、今後は本報告書をもとにいくつかのモデル地区を設定して、コール・トリアージの導入試行の実証検証を行う必要がある。

第2節 今後の課題

1) 提言①の実現について

提言①の実施のためには、呼吸異常や意識異常などの聞き取り能力の向上のために、救急救命士など救急業務に精通した指令員を配置することや、適切な聴取および判断が求められる指令員への教育訓練を行っていくことが必要である。

2) 提言②の実現について

提言②を実現するためには、現状の体制では困難であることから、救急隊と比較すると部隊数の多い消防隊等の活用が必要である。消防隊等に所属する救急隊員の有資格者は、資機材等の条件が整えば救急隊員が行う応急処置が可能と解されている^{注)}。従って、消防隊等との連携により早期の応急処置が可能となり、CPA 以外の事案に関しても、予後の改善が期待される。

しかし、山間地や離島において、ポンプ隊などの消防隊の配備状況が市 地より少なく、ポンプ隊と救急隊の乗り換え運用を行っている地域等では、消防機関のみの対応でこの目標を達成することは難しい状況である。また、市 地においても、救急要請が集中した場合や、多数傷病者が発生した事故などの場合にも、この目標値を達成することが困難な場合がある。

そこで、地域の実情に応じ、消防団員や学校教員、災害ボランティア等をファーストレスポonderとして計画的に養成し、さらにはAEDの設置など民間企業や他の行政機関などとの連携を図る必要がある。

また、同時に目撃から通報、入電から出場、現場到着からCPR開始までの時間に関しても、短縮を図るための対策を行っていく必要がある。

注)

消防法第2条第9項における応急処置の解釈として、PA連携によるポンプ隊員が実施する応急処置は、救急隊が到着した後に救急隊長の指揮の下で救急業務が実施され、傷病者を救急車で搬送するという条件の下、救急隊員が現場に先着して救急業務を実施していると見ることができ、全体として救急業務に含まれると解される。そして、PA連携出場体制を確立するには、ポンプ車に必要な救急資器材等を積載するほか、救急隊との連携や応急処置に関する継続的な訓練・教育等が望まれる。

3) 提言③の実現について

救急隊に求められる14分という基準を満たすのは厳しい条件であるため、これを補完するため予備隊の出場件数が増加する可能性がある。また、予備隊の配備が管轄内で偏った配備の場合には、均等な配置への配置替えを行うことにより、救急隊の効率的な運用や予備隊の編成時間などを抑えることが可能になる。さらに、特定の地域において偏った救急出場が発生した場合などは、救急隊に余裕がある地域からの移動配備を行うことにより、この基準の達成が可能になると考えられる。

4) コール・トリアージ・プロトコルの改良

本作業部会においては、レベル1に対する陽性的中度を上げる検討や、レベル1の感度を上げる検討を行った。

しかし、現状では時間的な制約もありCPAについての検討にとどまっていること、得られたデータ項目も少ないことから、今後は、ACS（急性 症候）、脳卒中や緊急性の高い外傷への対応に関するコール・トリアージ・プロトコルの改良を行い、さらに必要な項目を追加等の検討を重ねる必要がある。

5) レベル3への対応

管轄内の多くの救急隊が出場している繁忙時間帯において、緊急性の低いレベル3の要請があった場合には、次に発生する可能性があるレベル1の事案に備え、レベル3の要請に対して出動可能な救急隊数に余裕が出るまで救急隊を即座に出場させず、待たせることも視野に入れた議論を行った。

しかし、コール・トリアージ・プロトコルを作成しても、通報内容だけで確実に傷病者の状態を把握・選別するのは困難であることから、今年度の議論の中では、レベル1、レベル2を予測するコール・トリアージが確実に実現可能となるように、指令員の聞き取り能力の向上や、精度の高い検証データに基づくコール・トリアージ・プロトコルの改訂などを行う必要があるという結論に至った。

また、レベル3の検討を行う段階では、緊急度が高い事案をレベル3と判断してしまうアンダー・トリアージの問題が発生する懸念がある。今後レベル3を検討する段階では、このアンダー・トリアージを極小化するためのさらなるプロトコルの改定が必要である。

6) 住民合意の必要性

コール・トリアージ・プロトコルを導入する場合には、住民合意が不可欠である。この場合、本来の目的は救命率を向上させることであり、軽症者の不搬送といったサービス切り捨

てではないことや、現状の課題を踏まえ、トリアージによってどの程度救急業務について改善が見込まれるかの提示を行うことが必要である。また、同時に救急車の適正利用に関する広報も行い、軽傷事案に関する適切な利用を周知することが重要である。この議論には、地方議会における十分な審議が望ましく、地域メディカルコントロール協議会等の協力が効果的であろう。また、市町村の広報 等を通じたコール・トリアージ・プロトコルの周知や、応急手当講 の一環としてトリアージに準拠した 119 番通報の方法を 得てもらうことなどが考えられる。

7) 供給力の増強と受入医療体制の整備

いまだ都市部を中心に救急隊の配置基準を満たさない本部も存在するため、住民の幅広い理解を求めながら、救急体制についての行財政上の増強を講じていくことが望まれる。

一方で、地域医療体制が十分でないことなどから、周産期、小児、精神疾患などの事案において搬送先医療機関が即座に決まらず、選定に時間を要する受入困難事例がある。また、在宅医療の患者からの救急要請の増加も指摘されている。今後、適切な対応に向けて、地域メディカルコントロール協議会等とも連携し、搬送先医療機関を迅速に選定することができる体制等を整備することも重要な課題である。

トリアージ作業部会

(1) 作業部会の構成員

- 小 野 清 (仙台市消防局 救急課長)
- 久保田 勝 明 (消防研究センター 主任研究官)
- 坂 本 哲 也 (帝京大学医学部 救命救急センター教授)
- 鈴 川 正 之 (自治医科大学 教授)
- 関 政 彦 (東京消防庁 参事・救急部救急管理課長)
- 谷 川 攻 一 (広島大学大学院 救命救急医学教授)
- 畑 中 綾 子 (東京大学公共政策大学院 特任研究員)
- 林 久 人 (横浜市安全管理局 司令課担当課長)
- 吉 田 広 治 (川口市消防本部 次長兼警防課長)
- 米 村 滋 人 (東北大学大学院 法学研究科准教授)
- (五十音順・敬称略 ○は作業部会座長)

(2) 検討経緯

■第1回検討事項

平成20年度検討項目について

- ①トリアージの導入に向けた制度設計について
- ②トリアージに関する法的問題について
- ③トリアージプロトコルの制度向上のための実証研究について

・日 時 平成20年 7月28日(月) 10:00～12:00

・場 所 三番町共用会議所 第1会議室

■第2回検討事項

トリアージに伴う制度設計について

トリアージプロトコルの精度向上のための実証研究について

トリアージに関する法的問題について

・日 時 平成20年 8月20日（水） 14：00～16：00

・場 所 三田共用会議所 A・B会議室

■第3回検討事項

よこはま救急改革特区について

トリアージの導入に向けた制度設計について

トリアージプロトコルの精度向上のための実証研究について

・日 時 平成20年10月20日（月） 10：00～12：00

・場 所 三番町共用会議所 大会議室

■第4回検討事項

トリアージプロトコルの精度向上のための実証検証について

トリアージの導入に向けた制度設計について

・日 時 平成21年 1月20日（火） 14：00～16：00

・場 所 三田共用会議所 大会議室

■第5回検討事項

トリアージプロトコルの見直しについて

トリアージ作業部会における法的検討課題について

トリアージ作業部会報告書（案）について

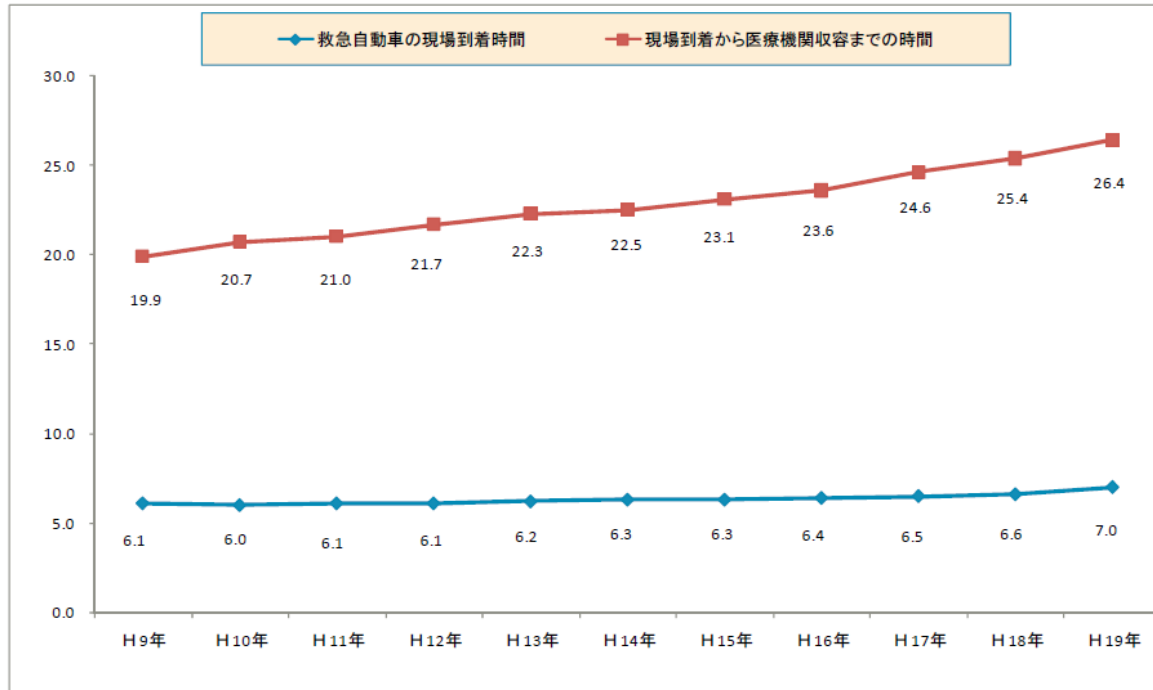
・日 時 平成21年 3月 2日（月） 14：00～16：00

・場 所 三番町共用会議所 大会議室

トリアージ作業部会報告書(案) 補足資料

平成21年3月23日
総務省消防庁

背景



現場到着所要時間の遅延

→短縮を図る必要あり



コール・トリージの導入の検討

今年度の課題

コール・トリアージの導入に向けた

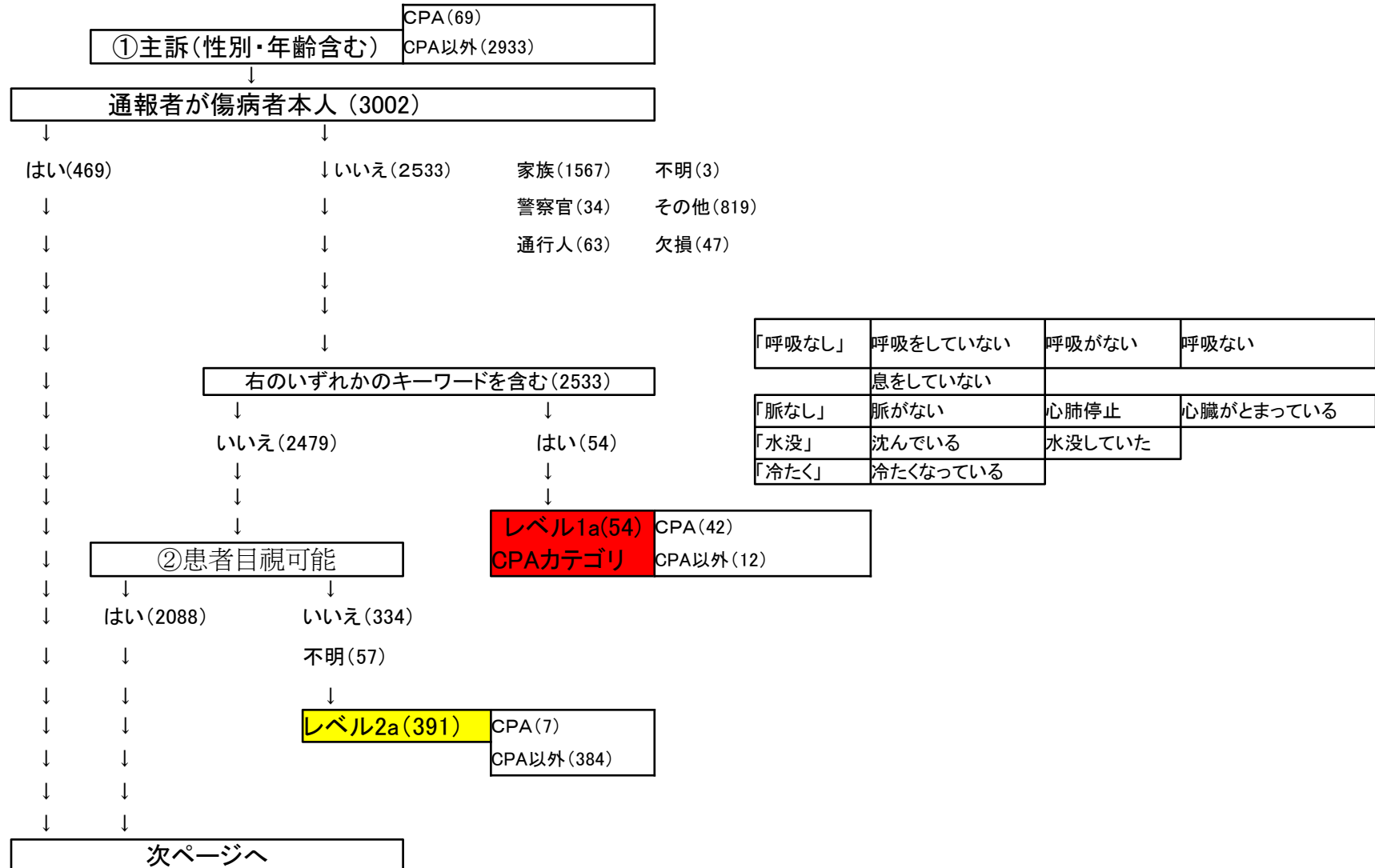
➤コール・トリアージ・プロトコルの再検証

➤制度設計

トライアージ・プロトコルの再検証

コール・トリアージ・プロトコルの再検証

コール・トリアージ検証結果 A市 非外傷(死亡による不搬送除く)



検証結果(約1.2万件 4消防本部 1か月間)

欠損値 半数→数%

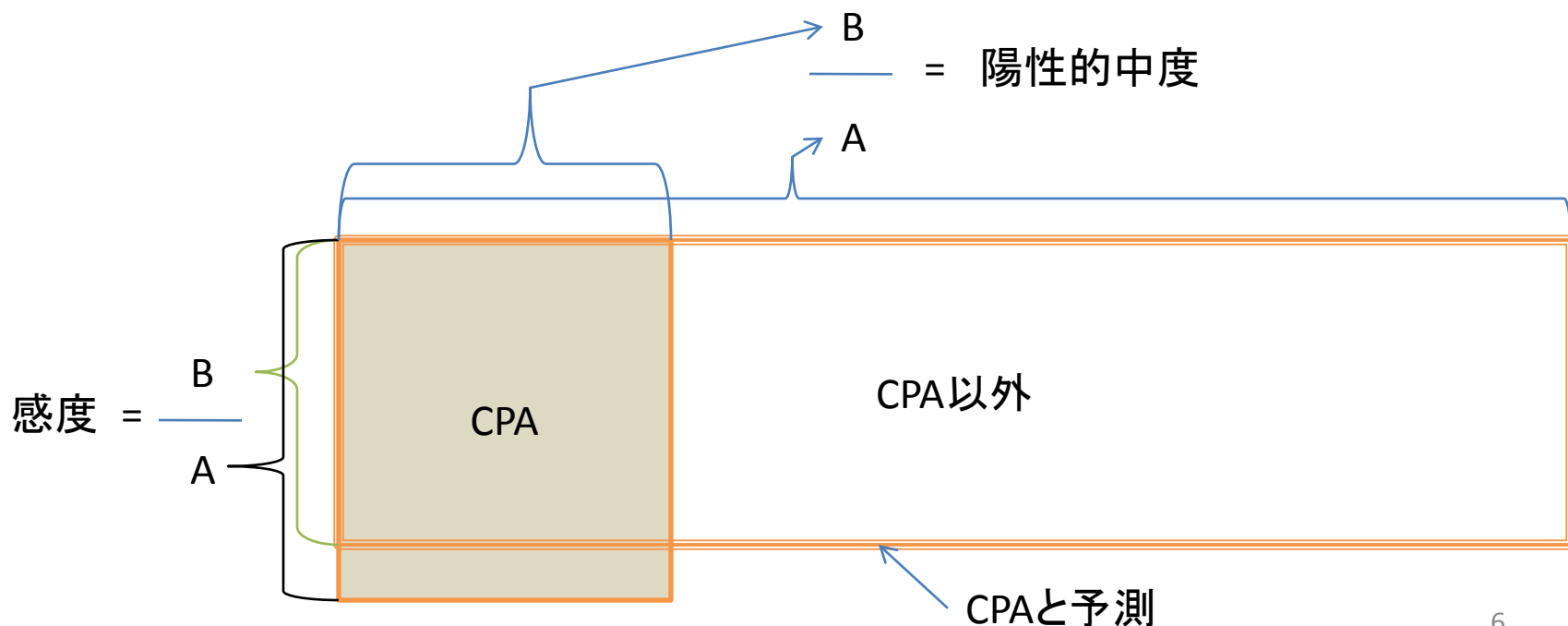


図1：感度(斜体)と陽性的中度(下線)

		地域				4市合計
レベル		A市	B市	C市	D市	
レベル1	1a	<i>62.3%</i>	<i>61.2%</i>	<i>60.0%</i>	<i>56.1%</i>	<i>60.1%</i>
		<u>80.0%</u>	<u>95.3%</u>	<u>77.8%</u>	<u>84.2%</u>	<u>83.6%</u>
		<i>76.6%</i>	<i>80.6%</i>	<i>80.0%</i>	<i>78.9%</i>	<i>79.0%</i>
		<u>11.8%</u>	<u>16.2%</u>	<u>9.9%</u>	<u>11.6%</u>	<u>12.0%</u>

斜体は感度、下
線は陽性的中度

1a : 主訴に「呼吸なし」、「脈なし」、「水没」、「冷たく」含む

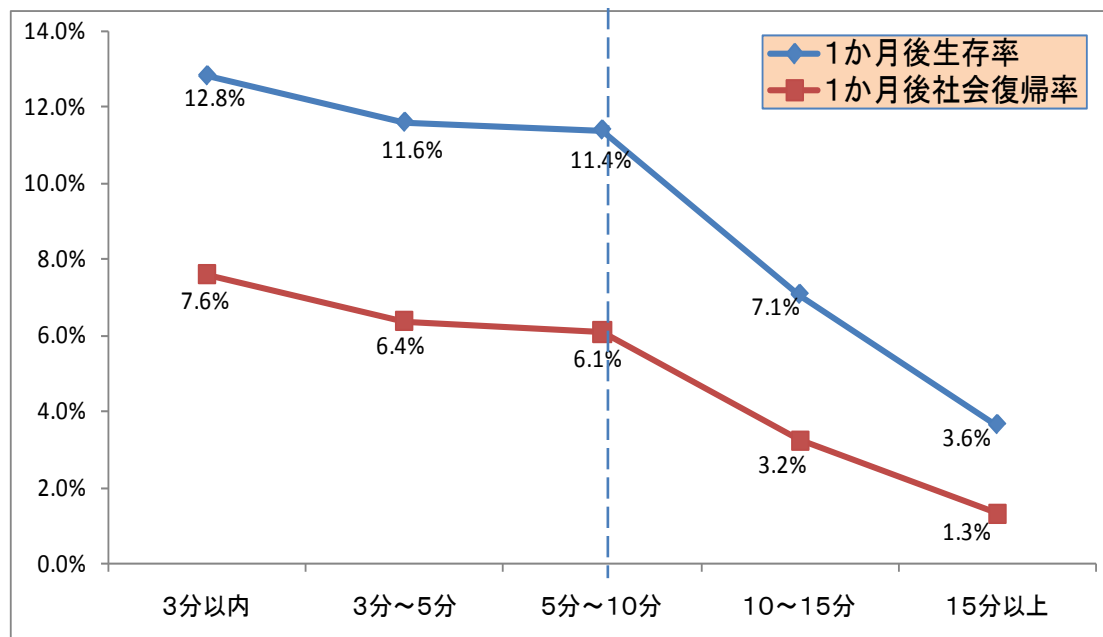
1b : 意識 異常、呼吸 異常

2重 : 「意識 無、呼吸 有」または「意識 有、呼吸 無」

2a : 通報者から傷病者の目視不可

制度設計

目撃から心肺蘇生開始までの時間



目撃のあった時刻から救急隊員が心肺蘇生を開始した時点までの時間区分ごとの1か月生存率及び社会復帰率(2005年~2007年の合計)

目標現場到着時間（目撃～接触）

➤ 先着隊

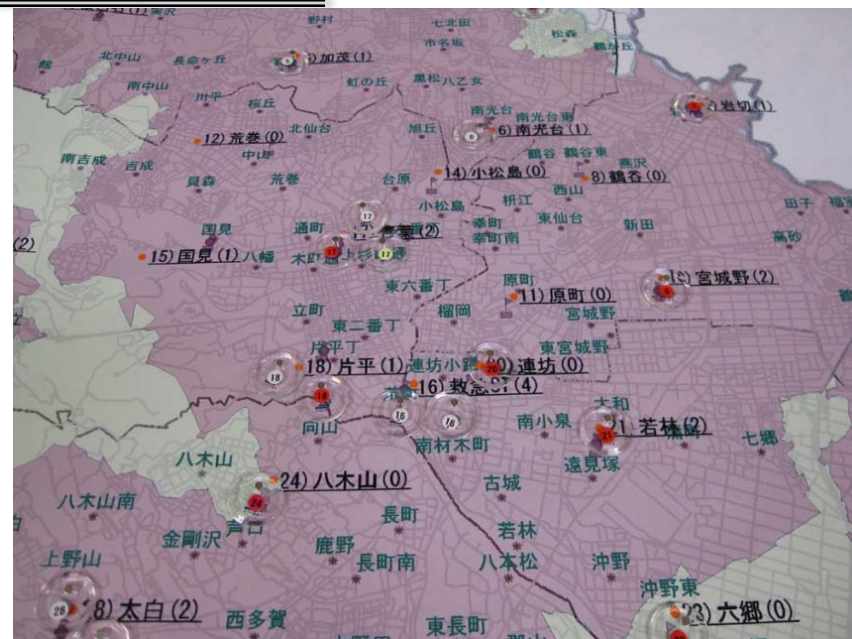
生存率、社会復帰率が急激に下がる前の
目撃から接触まで 10分以内

➤ 救急隊接触まで

先着隊が接触してCPR5サイクルを2セット(4分)を行うまで
計14分以内

目標現場到着時間を設定した救急隊 の運用可否の検討

・モデル都市で検討



項目	シミュレーション条件	備考
救急隊、消防隊の配備	現状の配備	
シミュレーション実施日	標準日 一日当たりの出場件数が、年間の出場件数/365日と同じ日 最繁忙日 最も出場件数が多い日	使用データ H19年中
レベル毎の出場隊の構成及びその割合	レベル1 救急隊およびポンプ隊（20%） レベル2 救急隊（80%）	出場割合はコール・トリージ検証結果より算定
出場隊の選定基準	救急事案発生場所の直近	
帰署時間の設定	救急隊 H19年の出場～帰署までの時間のヒストグラム分布に合わせ、各隊の時間を設定 ポンプ隊 40分（H19年データの分析結果）	

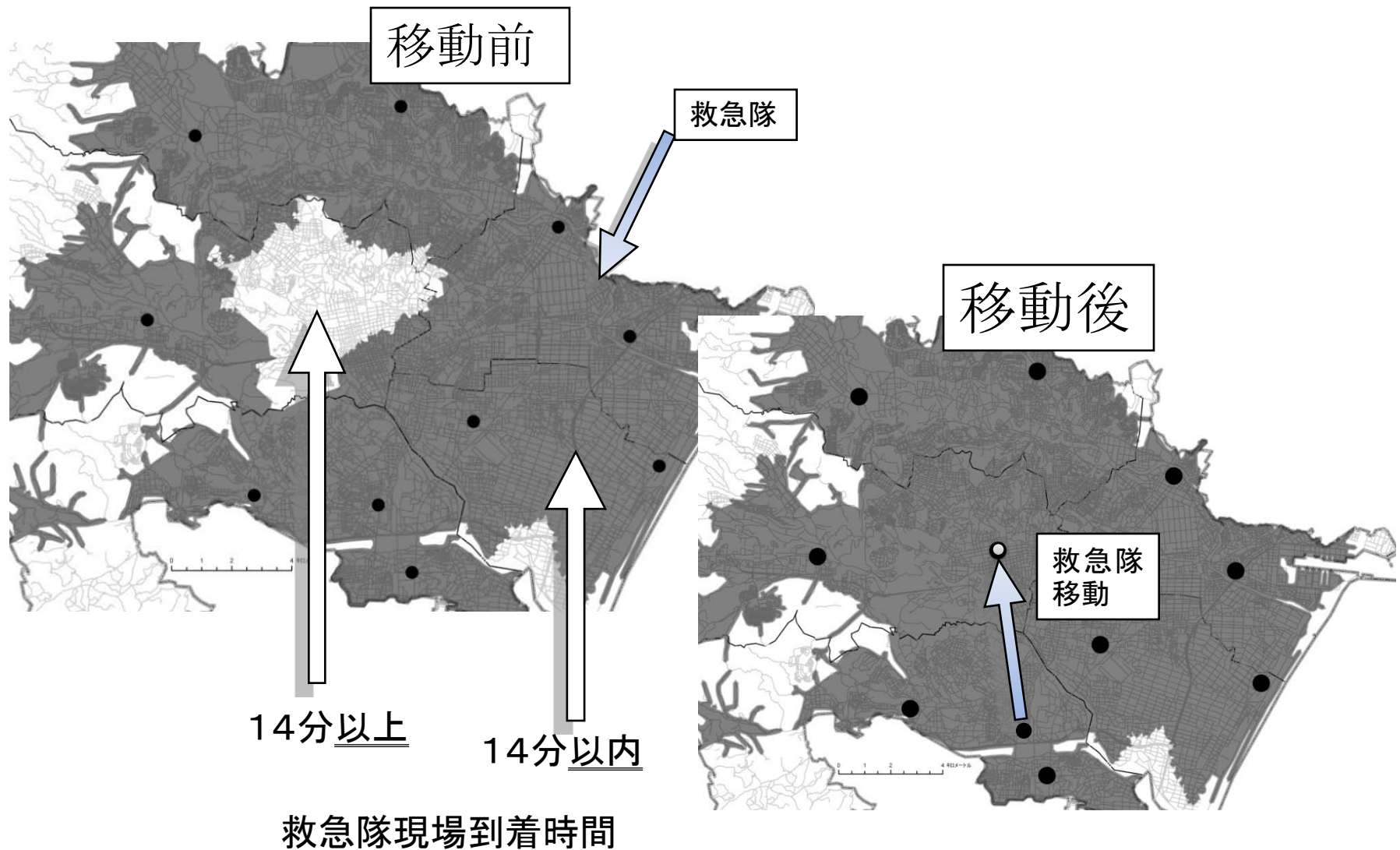
シミュレーション結果

		現状	トリアージ導入後	
			標準日	最繁忙日
B市 (政令指定都市:100万人)	先着隊10分以内	78.3%	95.2% (20/21)	86.0% (37/43)
	救急隊接触 14分以内	95.6%	96.0% (95/99)	89.5% (137/153)
E市 (50万人)	先着隊10分以内	86.5%	91.6% (11/12)	95.2% (20/21)
	救急隊接触 14分以内	97.0%	100% (56/56)	96.8% (91/94)

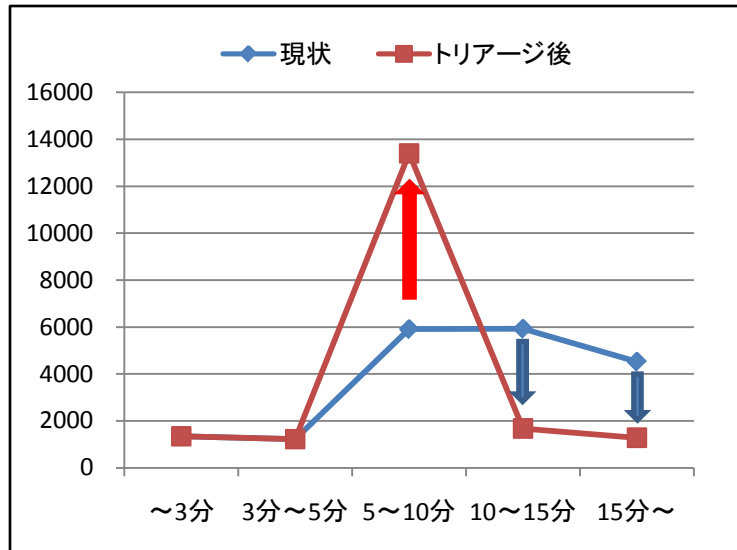


90%程度可能
(ポンプ隊、予備隊の出場件数は増える)

移動配備の考え方

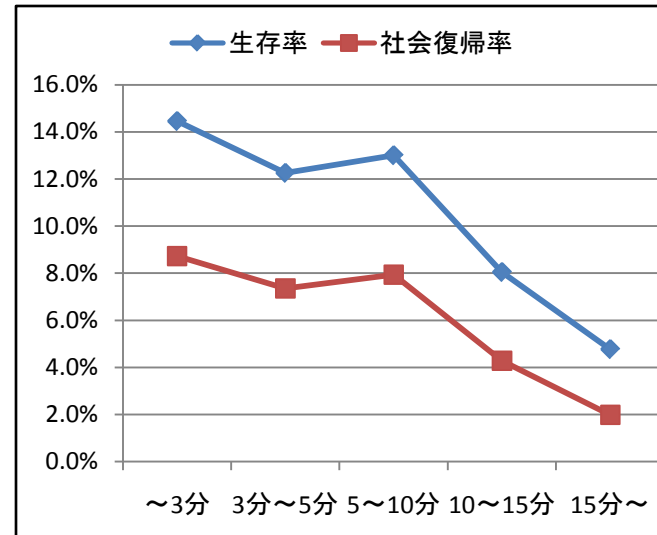


トリアージ後の1か月生存率、社会復帰率の予測



目撃～CPR開始時間毎の人数
(感度: 60.1～87.5%)

×



目撃～CPR開始時間毎の
1か月後生存率、1か月後社会復帰率

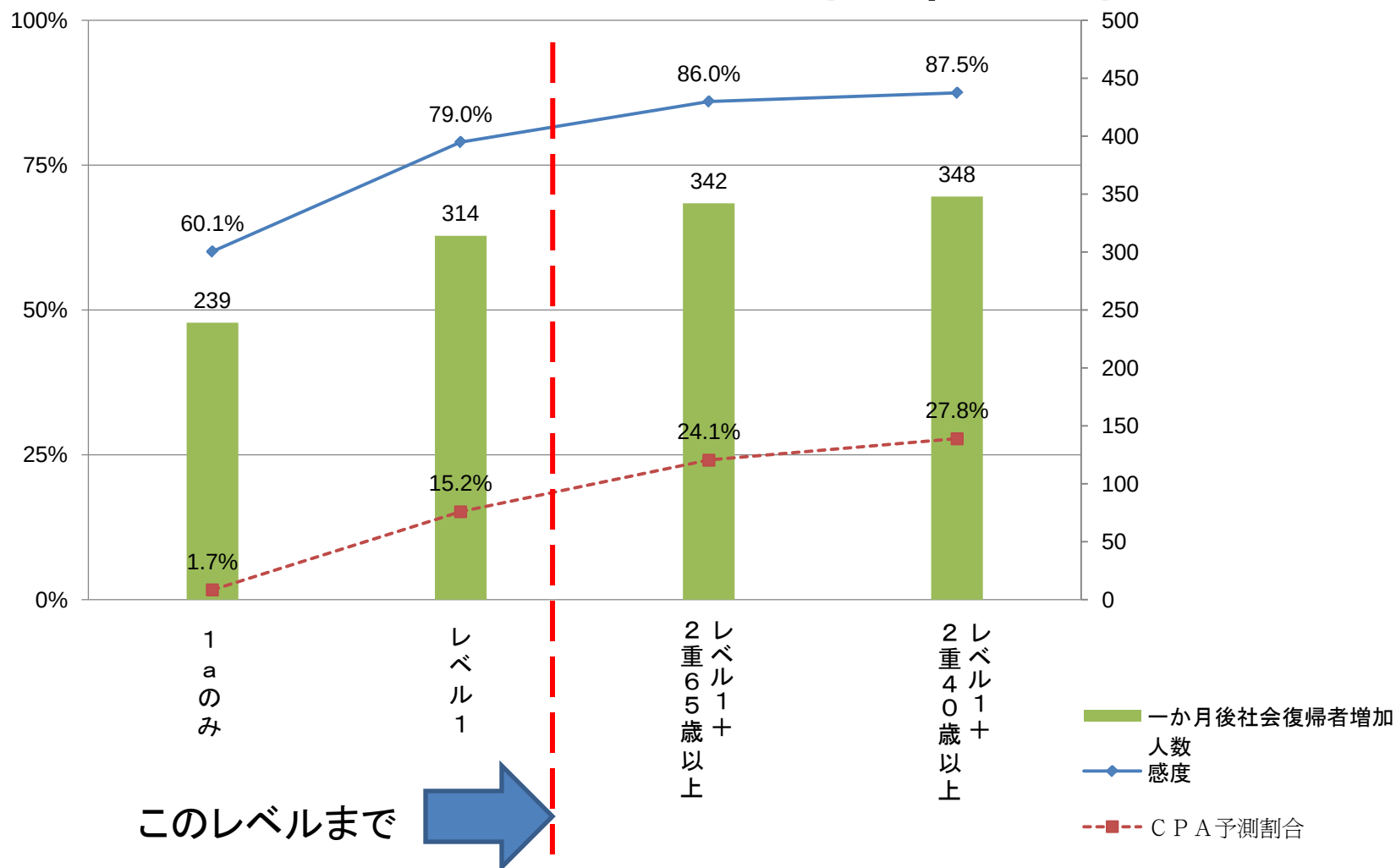
= 1か月後
生存者数
社会復帰者数

使用データ: 全国ウツタインデータ(2007年)
心肺蘇生が実施されなかった症例、時間不明の症例を除く
心原性かつ目撃有(計18919件)

生存率、社会復帰率
緊急度レベル毎に差がないと仮定

トリアージの想定条件
目撃～CPR開始時間: 10分以内 90%

トリアージ後の1か月生存率、社会復帰率 CPA予測割合 予測結果(全国)



今後の方向性

提言

- ① 「レベル1」までをCPAと予測するコール・トリアージを実施する。
- ② ①の90%について、目撃からCPR開始までとAED到着までの時間を「10分以内」とする。
- ③ ①の90%について、目撃から救急隊接触までの時間を「14分以内」とする。

課題

提言①

「レベル1」までをCPAと予測するコール・トリアージを実施する。



救急業務に精通した指令員の配備や指令員の救急教育

提言②

①の90%について、目撃からCPR開始までとAED到着までの時間を「10分以内」とする。



内部 PA連携の促進など

外部 消防団、警察官、学校教員、災害ボランティア等との連携

課題

提言③

①の90%について、目撃から救急隊接触までの時間を「14分以内」とする。



救急隊や予備隊の移動配備など

- コール・トリアージ・プロトコル改良
- レベル3への対応
- 住民合意の必要性
- 供給力の増強と受け入れ医療体制の整備

救急業務高度化推進検討会 報告書（案）

はじめに

近年、医療の進歩とともに、傷病の発生初期に実施すると効果的な医療技術が発達し、救急搬送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円滑に実施することが、傷病者の救命率の向上及び予後の改善等の観点から、これまで以上に重要な課題となってきた。

しかしながら、このような中、救急搬送において受入医療機関の選定が困難である事案（選定困難事案）が社会問題化しているのが現状であり、救急搬送に長時間を要した事案が発生している。救急医療に携わる医師が十分ではなく、その確保が困難であるといった、構造的な問題についての解決が重要であることはもちろんであるが、消防機関と医療機関が連携し、地域の実情に即した改善策を検討し実施することが、国民の安心・安全に関わる消防関係者、医療関係者そして行政関係者の責務であり、喫緊の課題である。

平成20年度救急業務高度化推進検討会では、こうした課題に対応していくため、メディカルコントロール作業部会、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会、トリアージ作業部会の3つの作業部会を設置し、各作業部会からの報告を踏まえ、救急業務の高度化に関する検討を行い、報告書を取りまとめた。

本報告書が有効活用され、より適切な救急搬送・受入医療体制の構築の一助となり、ひいては、傷病者の救命率の一層の向上につながることを期待する。

平成21年3月

救急業務高度化推進検討会

座長 山本 保博

目 次

はじめに	・ ・ ・ ・ ・
第 1 章 作業部会での検討について	・ ・ ・ ・ ・
1 メディカルコントロール作業部会報告書	・ ・ ・ ・ ・
2 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会報告書	・ ・ ・ ・ ・
3 トリアージ作業部会報告書	・ ・ ・ ・ ・
第 2 章 救急業務高度化推進検討会報告書	・ ・ ・ ・ ・
検討会の開催状況	・ ・ ・ ・ ・
救急業務高度化推進検討会 構成員	・ ・ ・ ・ ・
救急業務高度化推進検討会 開催要項	・ ・ ・ ・ ・
参考資料	
消防法改正法案・関連資料	・ ・ ・ ・ ・

第1章 作業部会での検討について

1 メディカルコントロール作業部会

昨年度の救急業務高度化推進検討会において、メディカルコントロール協議会のあり方については、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会より、円滑な救急搬送・受入医療体制を確保する観点から、救急搬送について検証・協議する場としてのメディカルコントロール協議会の活用が提言されたところである。また、メディカルコントロール作業部会においても、再教育プログラムを検討する過程において、メディカルコントロール協議会の果たすべき役割、その法的位置付けなどについて議論が行われたところである。

メディカルコントロール協議会は、これまで「救急救命士を含む救急隊員により実施される救急救命処置の医学的な観点からの質の保障」を主な役割として活動してきたが、地域の救急搬送・受入医療体制の検証・協議等を行う場としての役割も期待されており、そうした役割について検討・整理する必要がある。

そのため、本検討会では、メディカルコントロール作業部会を設置し

- ・ メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大
- ・ メディカルコントロール協議会の法的、行政的な位置付けのあり方
- ・ 救急業務の法的位置付けの見直し
- ・ 救急業務をめぐる法的リスクの問題（メディカルコントロール協議会が策定したプロトコルに従った救急救命処置により損害が発生した場合の責任、救急搬送における医療機関選定の妥当性を問われた場合の責任等）

等について検討・整理し、問題解決に向けた提言を行うこととした。

2 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会

救急業務を高度化するためには、救急搬送時における救急救命士や救急隊員による質の高い救急救命処置等を担保するとともに、傷病者の症状に適合した医療機関を選定し迅速に搬送することが必要であり、受入医療体制の充実強化は、円滑な搬送体制を確保する上で必要不可欠である。

救急医療体制の整備は、都道府県知事が策定する都道府県医療計画に基づきなされ

るが、厚生労働省によって示された医療計画策定指針においては、計画を策定するに当たって把握すべきプロセス指標として、「救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から、例えば30分以上、あるいは5医療機関以上に要請を行った、一定期間における件数とその原因分析、全搬送件数に占める割合」や「救命救急センターにおいて、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合（救急搬送応需率）」が掲げられている。

円滑な救急搬送体制を確保するためには、医療計画によって整備された医療提供体制を、こうした実際の状況に照らして検証し、関係者間で協議し、いかに有効に活用していくかという運用の部分が重要であるといえる。

そのため、本検討会では、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会を設置し、消防機関と医療機関の連携のあり方について検討するとともに、

- ・ 救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査
- ・ 救急医療機関の運営に対する支援のあり方

についても検討・整理し、問題解決に向けた提言を行うこととした。

3 トリアージ作業部会

昨年度の検討において、現状のトリアージ・プロトコルにおけるアンダートリアージの可能性について検討を行い、その極小化に向けた一定の方向性は確認出来た。しかし、オンタイム時のプロトコルに基づいた救急隊の配置、編成等については、検証を踏まえた検討を継続して行う必要があり、また、各消防本部で緊急度・重症度が高い要請に対してより迅速に対応できるよう地域の実情に応じたプロトコルを策定し、住民の同意を得ながら指令員の教育及びプロトコルに係るデータを蓄積することで、随時、プロトコルの改訂を行う必要があると考えられた。

そのため、本検討会では、トリアージ作業部会を設置し、トリアージの導入に向けた課題として

- ・ トリアージ導入の制度設計（日常的に発生し得る救急要請集中時において導入、極めて例外的にしか発生しない救急要請集中時において導入）
- ・ トリアージ導入時のオンピーク時における救急隊の配置・編成
- ・ トリアージに関する法的問題

について検討・整理し、問題解決に向けた提言を行うこととした。また、本作業部会に於いてトリアージプロトコルの精度向上のための実証研究についても、実施することとした。

第2章 救急業務高度化推進検討会報告書

I はじめに

平成19年度における検討において、メディカルコントロール協議会は、これまで「救急救命士を含む救急隊員により実施される救急救命処置の医学的な観点からの質の保障」を主な役割として活動してきたところであるが、地域の救急搬送・受入医療体制の検証・協議等を行う場としての役割も期待されるところであり、今後、メディカルコントロール協議会の役割の明確化や法的な位置づけについて検討を行うことが必要とされたところである。本年度は、メディカルコントロール作業部会より提出された、以下の事項を踏まえ、消防機関と医療機関の連携による、円滑な救急搬送・受入医療体制の構築について検討を行った。

メディカルコントロール作業部会での検討概要

1 救急業務に関する基準等の策定

- ・ 応急処置については、メディカルコントロール体制によって医学的観点から質が保障されているが、重症度や傷病内容に応じたより適切な救急搬送を行うため、救急搬送についても、基準等を策定することが必要ではないか。

2 基準等の策定主体と役割

- ・ 基準等については、国レベルで最低基準を定め、都道府県レベルでは最低基準を遵守しながら、地域の医療資源等を勘案して地域に適用される基準等を策定することとしてはどうか。
- ・ 市町村レベルでの基準等の策定については、都道府県単位や二次医療圏単位で基準等を策定することが望ましいとする意見と、市町村の地域事情を考慮して柔軟に対応できるようにすることが望ましいとする意見があった。
- ・ 地域の独自性を認める場合にも、許容される範囲を明示する必要があるのではないか。

3 救急業務協議会（メディカルコントロール協議会）の役割

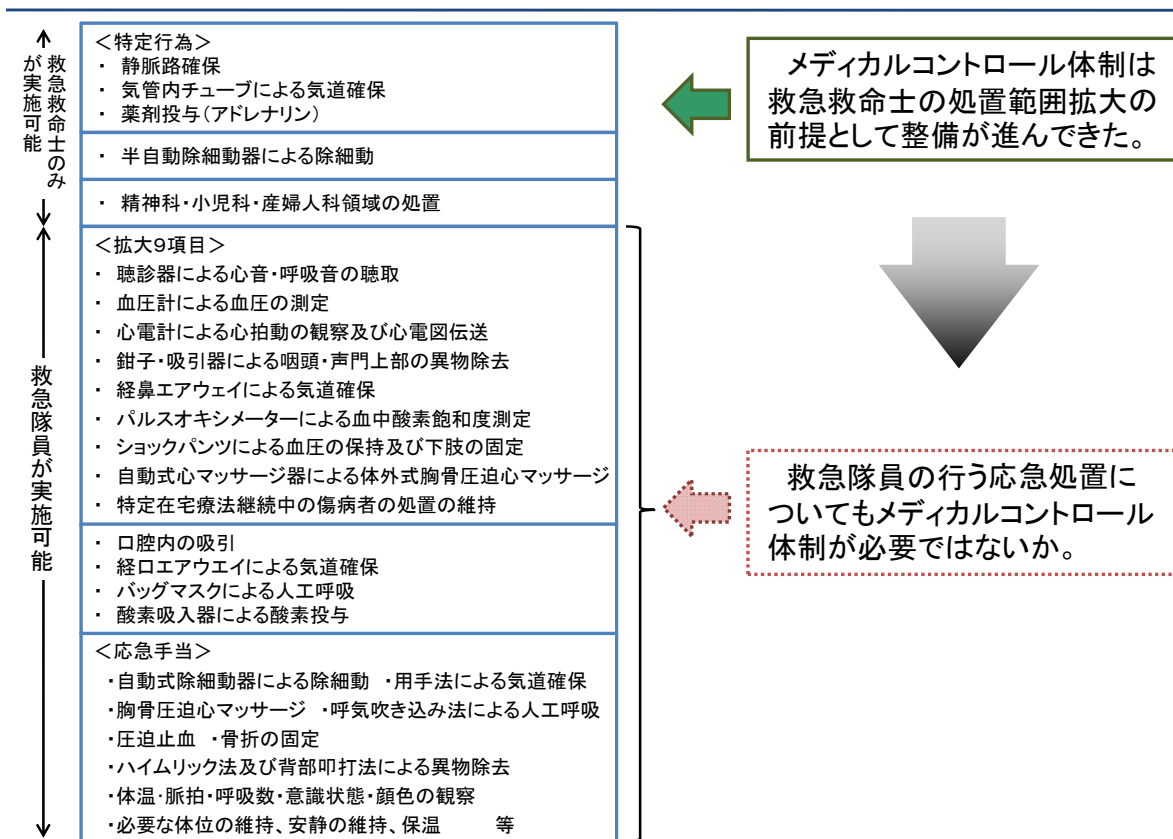
- ・ 救急業務に関する基準等の策定について、諮問機関として意見を述べることはどうか。
- ・ 実際に行われた応急処置・救急搬送について事後検証を行い、その結果を公表することとしてはどうか。
- ・ 救急搬送・受入医療体制に関する問題点について検討を行い、改善策の提案等を行ってはどうか。

Ⅱ 救急搬送・受入医療体制について

1 救急業務に関する基準等の策定について

メディカルコントロール体制については、救急救命士の処置範囲の拡大の前提として整備が図られてきた背景があることから、救急救命士の行う応急処置に関する事項が、メディカルコントロール協議会が対応する中心的な事業となっているのが現状である。

メディカルコントロール協議会が対応している範囲について(1)



そのため、搬送についてはそうした医学的見地から質を保障する体制整備が進んでいない。一方、近年、医療の進歩とともに、傷病の発生初期に実施すると効果的な医療技術が発達し、救急搬送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円滑に実施することが、傷病者の救命率の向上及び予後の改善等の観点から、これまで以上に重要な課題となってきている。重症度や傷病内容に応じたより適切な救急搬送を行うべく、医学的見地に基づいた基準等を策定し、医学的見地から質が保障された救急搬送体制の構築に向けて早急に取り組むべきである。

メディカルコントロール協議会が対応している範囲について(2)

	救急隊員	救急救命士
応急処置		現在、メディカルコントロール体制が実質的にカバーできている部分
救急搬送		

今後、メディカルコントロール体制の整備が必要と考えられる部分

救急業務全体に、医学的な観点から、質の保障及び質の向上が求められることから、メディカルコントロール体制の拡充を図ってはどうか。

なお、こうした考え方については、メディカルコントロール協議会の設立当初から、その協議事項として盛り込まれていた内容の一つであり、改めて、体制の整備が必要となったといえる。

「救急業務の高度化の推進について」(平成13年7月救急救助課長通知)

○ メディカルコントロール協議会の役割

メディカルコントロール協議会の担当範囲内の救急業務の高度化が図られるよう、救急救命士に対する指示体制や救急隊員に対する指導・助言体制の調整、救急活動の事後検証に必要な措置に関する調整、研修等に関する調整等いわゆるメディカルコントロール体制の構築に係る実質的な調整を行うこと。

○ メディカルコントロール協議会の協議事項

- ・ 救急救命士に対する指示体制、救急隊員に対する指導・助言体制の調整
- ・ 救急隊員の病院実習等の調整
- ・ 地域における救命効果など地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証
- ・ 救急活動の事後検証に用いる救急活動記録様式の項目又は検証票様式の項目の策定
- ・ 救急業務の実施に必要な各種プロトコルの策定
- ・ 傷病者受け入れに係る連絡体制の調整等救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整
- ・ その他地域のプレホスピタル・ケアの向上

また、このような医学的な見地からの搬送先の選定方法については、既に平成16年に、救急振興財団の報告書（座長：島崎修次杏林大学教授）においてガイドラインが取り纏められている。しかしながら、こうした知見をそのまま十分に活かせるほど、医療資源の余裕がないというのが現状であり、実際に搬送を行う消防機関と、受入れを行う医療機関とが密に連携し、地域の実情に応じた、実効性の高い搬送基準を定めていく必要がある。

具体的には、消防機関と医療機関が、円滑な救急搬送・受入れについて実施基準等（ルール）を定めるのであれば、以下のような内容の基準を策定していくことが想定される。

搬送・受入の実施基準等（ルール）

- ① 傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するためのルール

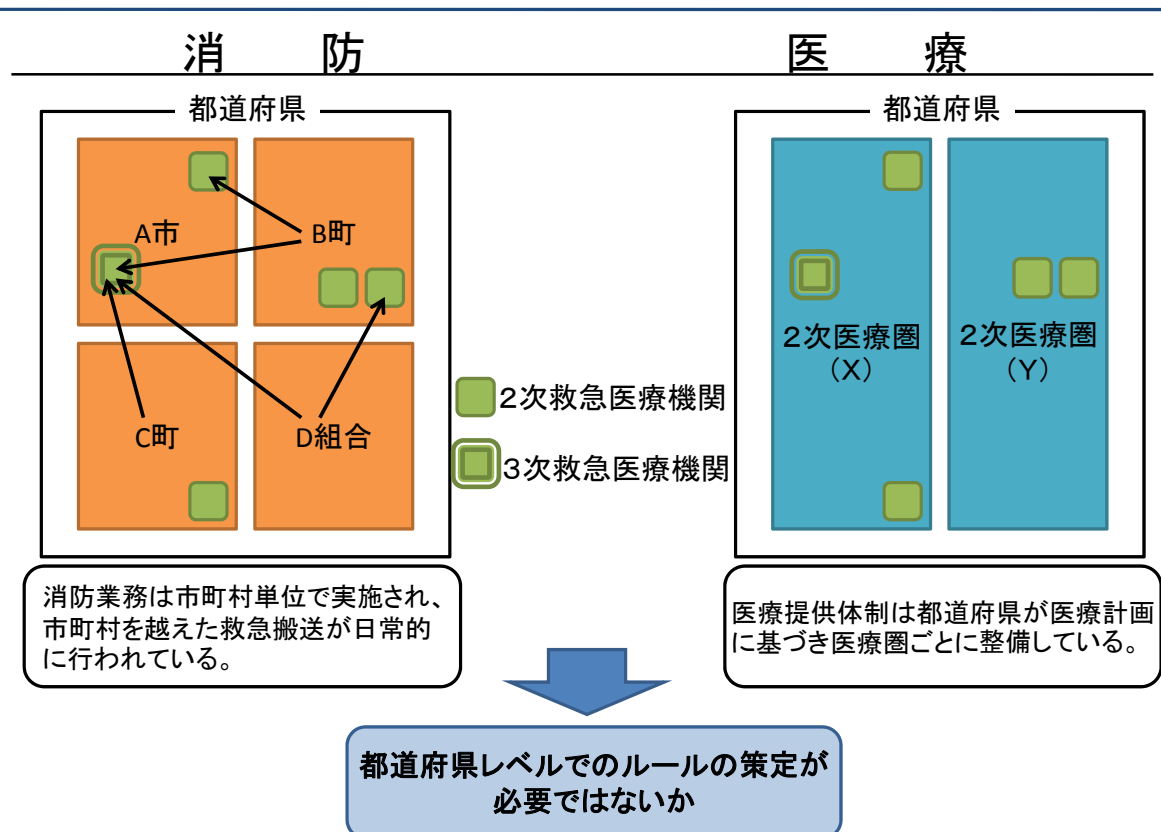
等

(2) 基準等の策定主体と役割

地域の実情に応じて、救急搬送・受入れのルールを決定していくことを考えると、医療提供体制については都道府県で対応していること、また、消防業務については市町村単位で実施されているが、市町村を越えた救急搬送が、日常的に行われていることから、都道府県がルールの策定主体となることが妥当であると考えられる。なお、ルールの策定に当たっては、医学的な知見等が必須と考えられることから、消防機関と医療機関の協議によることや、医学的知見等について国が適切に情報提供等の支援を行うことが必要である。

さらに、ルールの実効性を高めるためには、消防機関と医療機関が、協議によって定めたルールについて遵守ないし尊重するように努めることが必要と考えられる。

都道府県の役割について



円滑な搬送・受入を確保するためのルールについて

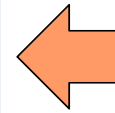
搬送・受入ルール

都道府県が策定・公表

- ① 傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するためのルール

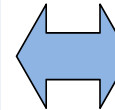
等

※都道府県の全区域又は医療提供体制の状況を考慮した区域ごとに定める。



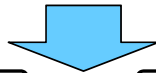
総務大臣
厚生労働大臣

情報提供
等の援助



医学的知見を
踏まえる

医療計画との
調和



消防機関

搬送に当たり、
実施基準を遵守

医療機関

受入に当たり、
実施基準の尊重に努める

(3) メディカルコントロール協議会の役割

消防・医療連携による協議会について

消防・医療連携による協議会

都道府県に設置

○ 構成メンバー

- ・ 消防機関の職員
- ・ 医療機関の管理者又はその指定する医師（救命救急センター長など）
- ・ 診療に関する学識経験者の団体の推薦する者
- ・ 都道府県の職員
- ・ 学識経験者等（都道府県が必要と認める者）

○ 役割

- ・ 傷病者の搬送及び受入れの実施基準に関する協議
- ・ 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する連絡調整（調査・分析の実施など）



意見具申

- ・ 実施基準
- ・ 搬送・受入れの実施
に関し必要な事項



協力要請

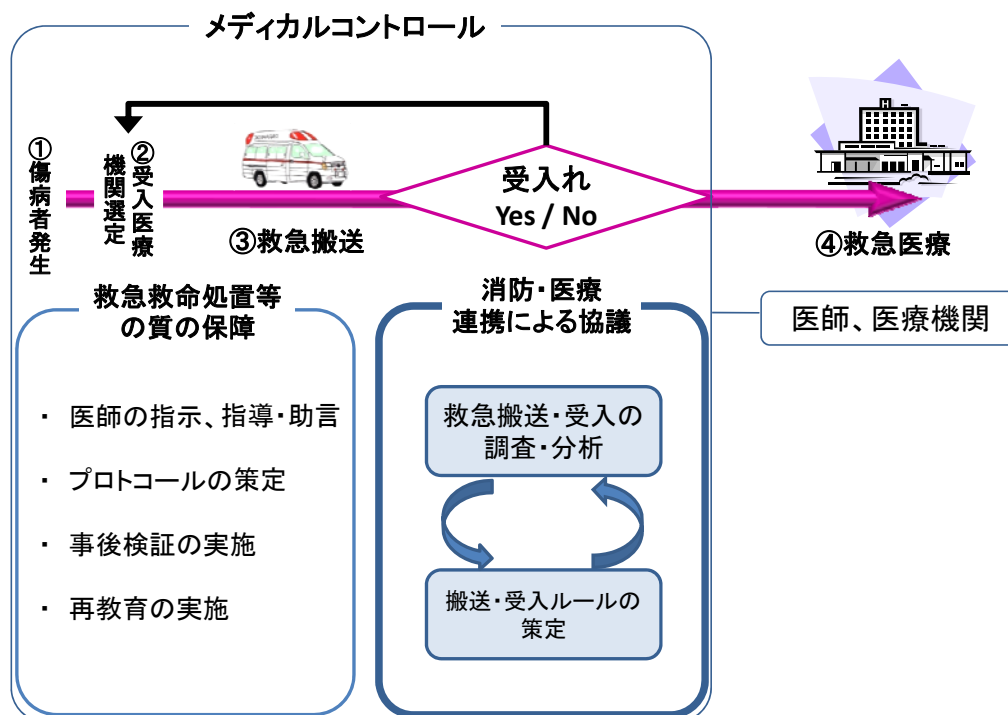
- ・ 資料提供
- ・ 意見表明

上記のような、救急業務に関する基準等を策定する際には、消防機関と医療機関と、双方の事情に精通した関係者が参加しているメディカルコントロール協議会の活用が考えられる。

メディカルコントロール協議会が、応急処置だけではなく、救急搬送・受入医療体制に関する問題点について、医学的見地からの検討を行い、改善策の提案等を行っていくことは、救急搬送という一連の業務の中で、両者が関連する内容であることから、極めて妥当である。

そうした役割をメディカルコントロール協議会が担っていく場合には、より実効性のある提案等を行っていくために、実際に行われた応急処置・救急搬送について事後検証を行い、その結果を公表することも、メディカルコントロール協議会の担うべき重要な役割になってくるものと考えられる。

円滑な搬送・受入を実施するために必要な対策について



IV 結語

以上のことから、当検討会としては、消防機関と医療機関が連携し、円滑な救急搬送・受入体制を実現するための方策として、各都道府県において、救急搬送・受入れの実施に関する基準を策定すること及び救急搬送・受入れに関する協議組織を設置することについて、制度改正等を早急に行い、救急業務を医学的観点から高度化する必要があることを提言したい。また、制度改正や策定された基準については、地域の実情に応じた体制を確保するため、その実施状況等を検証し、必要な見直しを随時行うことを望むものである。（なお、消防庁においては、当検討会での議論を踏まえ、関係機関との連携のもと消防法の改正作業に着手し、平成21年3月3日に政府から消防法の一部改正法案が国会に提出されたところである。）

救急業務高度化推進検討会の開催状況

■第1回検討事項

平成20年度救急業務高度化推進検討会検討項目について

- ・ 日 時 平成20年 5月23日（金） 13：30～15：30
- ・ 場 所 三番町共用会議所 大会議室

■第2回検討事項

メディカルコントロール作業部会からの報告及び検討

トリアージ作業部会からの報告及び検討

消防機関と医療機関の連携に関する作業部会からの報告及び検討

- ・ 日 時 平成20年 9月19日（金） 14：00～16：00
- ・ 場 所 三番町共用会議所 大会議室

■第3回検討事項

メディカルコントロール作業部会からの報告及び検討

トリアージ作業部会からの報告及び検討

消防機関と医療機関の連携に関する作業部会からの報告及び検討

- ・ 日 時 平成20年10月23日（木） 10：00～12：00
- ・ 場 所 三番町共用会議所 大会議室

■第4回検討事項

メディカルコントロール作業部会関連事項

- ・ 日 時 平成20年11月28日（金） 10：00～12：00
- ・ 場 所 三田共用会議所 大会議室

■第5回検討事項

救急業務高度化関連事項

トリアージ作業部会からの報告事項

- ・ 日 時 平成21年 2月 5日 (木) 14:00～16:00
- ・ 場 所 三田共用会議所 第3特別会議室

■第6回検討事項

メディカルコントロール作業部会からの報告及び検討

トリアージ作業部会からの報告及び検討

消防機関と医療機関の連携に関する作業部会からの報告及び検討

平成20年度救急業務高度化推進検討会報告書について

- ・ 日 時 平成21年 3月23日 (月) 16:00～18:00
- ・ 場 所 中央合同庁舎第7号館西館903会議室

平成20年度救急業務高度化推進検討会 構成員

(五十音順・敬称略)

- 石 井 正 三 (日本医師会常任理事)
- 川 手 晃 (救急振興財団副理事長)
- 小 出 茂 樹 (愛知県防災局長)
- 坂 本 哲 也 (帝京大学医学部救命救急センター教授)
- 島 崎 修 次 (杏林大学医学部救急医学教授)
- 中 川 和 之 (時事通信社編集委員)
- 野 口 英 一 (東京消防庁救急部長)
- 樋 口 範 雄 (東京大学大学院法学政治学研究科教授)
- 平 島 昭 (大阪市消防局救急・情報通信担当部長)
- 前 田 實 (札幌市消防局警防部長)
- 南 砂 (読売新聞東京本社編集委員)
- 山 口 やちゑ (茨城県保健福祉部長)
- 山 本 保 博 (東京臨海病院院長)
- 米 村 滋 人 (東北大学大学院法学研究科准教授)

オブザーバー

- 三 浦 公 嗣 (厚生労働省医政局指導課長)

救急業務高度化推進検討会開催要綱

（開催）

第1条 消防庁救急企画室（以下「救急企画室」という。）は、「救急業務高度化推進検討会」（以下「検討会」という。）を開催する。

（目的）

第2条 救急救命士等による新たな救急業務の運用等救急業務の高度化の推進に伴い、対応が必要な諸問題についての研究・検討を行い、救命効果の向上を目的とする。

（検討会）

第3条 検討会は、次項に掲げる構成員をもって構成する。

- 2 構成員は、関係各行政機関の職員及び救急業務に関し学識のある者のうちから、消防庁長官が委嘱する。
- 3 検討会には、座長を置く。座長は、構成員の互選によって選出する。
- 4 座長は検討会を代表し、会務を総括する。
- 5 座長に事故ある時は、座長が指定した構成員がその職務を代行する。
- 6 検討会には、構成員の代理者の出席を認める。

（作業部会）

第4条 座長は、必要に応じ検討会に作業部会を置くことができる。

- 2 作業部会の構成員は、関係各行政機関の職員及び救急業務に関し学識のある者のうちから、座長が指名する。

（構成員の任期）

第5条 構成員の任期は、平成21年3月までとするが延長を妨げないものとする。

（庶務）

第6条 検討会に係る庶務は、救急企画室が行う。

（委任）

第7条 この要綱に定めるもののほか、検討会の運営その他作業部会に関し必要事項は、座長が定める。

附則

この要綱は、平成20年5月 1日から施行する。

第 5 回救急業務高度化推進検討会議事録

- I 日 時** 平成 21 年 2 月 5 日 (木) 14 時 00 分～16 時 00 分
- II 場 所** 三田共用会議所 第 3 特別会議室
- III 出席者** 石井委員、福浦氏 (川手委員代理)、金田氏 (小出委員代理)、坂本委員、中川委員、野口委員、樋口委員、平島委員、前田委員、南委員、染谷氏 (山口委員代理) 山本委員、米村委員
横田氏 (メディカルコントロール作業部会代表)
有賀氏 (消防機関と医療機関の連携に関する作業部会代表)

IV 次 第

- 1 開会
- 2 報告事項 第 4 回救急業務高度化推進検討会議事録
- 3 議題
 - (1) 救急業務高度化関連事項
 - (2) トリアージ作業部会からの報告事項
 - (3) その他
- 4 閉会

V 会議経過

- 事務局 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第 5 回救急業務高度化推進検討会を開催いたします。
- 議事進行を座長にお願いしたいと思います。よろしくお願い申し上げます。
- 座 長 ありがとうございます。それでは、早速でございますので議事に入っていきたいと思います。まず、事務局から資料の確認をお願いしたいと思います。
- 事務局 それでは、資料の確認をさせていただきたいと思います。お手元の資料をごらんいただきたいと思います。
- まず、本日の議事次第でございます。裏面に本日の名簿も添付されております。これが 1 枚物でございます。次に本日の席次表でございます。次に資料 1 でございます。表紙が 1 枚ありまして、資料編が 22 ページとなっております。続きまして、資料 2 でございます。表紙 1 枚に 3 ページからなっております。続きまして、資料 3 でございます。表紙 1 枚に 10 ページからなっております。次に添付資料でございます。第 4 回の議事録といたしまして、31 ページからなっており

ます。次に、資料番号を打っておりませんが、公立病院に関する財政措置の改正要綱ということでございまして、表紙1枚にポイントが1枚、それから、要綱が4ページという形になっております。

それと、お手元に参考資料といたしまして報道資料とありまして、心肺機能停止傷病者の救命率の状況というものと、それから、平成20年版救急救助の現況という冊子をご用意させていただいております。もし欠落等がございましたら事務局までご指示いただきたいと思います。

以上でございます。

座 長 よろしゅうございますか。

それでは、まず事務局から説明をいただき、そして議論をスタートさせていただきたいと思います。どうぞ事務局から説明を願いたいと思います。

事務局 きょうのご審議は資料1に基づきまして行っていただきたいと思います。資料1の1ページでございますが、これは前回の第4回検討会での主な意見を事務局でまとめたものでございます。まず、搬送・受入ルールにつきまして重症度・緊急度の判断基準作成委員会報告書等で重症度・緊急度の判断であるとか、搬送の選定についての理想の姿は示されているけれども、現行体制下でこのとおりやると救命センターの負担がかかるなどなかなかできないというのが現状というふうなお話がございました。そういったことを受けまして、現場サイドとしてはスムーズに病院への収容ができるルールづくりが必要であるというふうなご意見があったかと思えます。

前回の事務局の資料で、搬送・受入ルールのイメージというのをお示いたしましたけれども、消防サイドの観点から書いたということもございまして、搬送のルールというふうな意味合いが強かったわけですが、医療機関側の受け入れのルールについてもきっちりと位置づけるということが必要なのではないかというふうなご意見があったかと思えます。

法制化、制度化についての関係のご意見ということにつきまして、3点、主なご意見をまとめております。1番目ですけれども、臓器移植の例を挙げまして法制化の意義ということで、法制化されたことによって公平性等が担保されたのではないかというふうな観点から、こういった法律的な仕組みの整備というものも必要なのではないかというふうなご意見があったかと思えます。

2番目でございますけれども、法制化を検討するに当たっても、こういった医学的コントロールができるのかという議論がベースにあるというふうなご意見があったかと思えます。

3番目でございますけれども、今、社会的に問題になっているのは搬送の問題である。搬送体制を含めたメディカルコントロール協議会についての法制化が必要なのではないかというふうなご意見があったかと思えます。

2 ページ目でございますけれども、現在のメディカルコントロール体制との関連づけにつきまして、種々ご議論があったかと思えます。これはメディカルコントロール体制、あるいは協議会が所掌する範囲が、現在やっているものとあるべき姿と両方混在したような、資料の上でも両方ありましたので、委員の方々にちょっと混乱をさせてしまったかと思えますけれども、その関係につきまして1 番目の○では先進的な地域では既に搬送も含めた、拡充された範囲まで行っているというようなご意見がありました。今回の協議会につきましても、メディカルコントロールの拡充ということで、現在のコア事業からの拡充というような説明を事務局のほうからさせていただきましたけれども、そこが逆ではないかというようなご意見があったかと思えます。

一方で、消防と医療の連携を進めるという観点から、現行のMC 協議会の拡大について議論するのは当然であるというようなご意見。4 番目でございますけれども、仮に法制化する際にも、現在、非常に有意義な活動を行っているMC 協議会の活動が保証されるような配慮が必要ではないかというようなご趣旨の意見があったかと思えます。また、MC の話というのはかなり医療の分野に踏み込んでいく部分である。そこをしっかりと位置づけを踏まえながら考える必要があるのではないかというようなご意見があったかと思えます。

その他のご意見として、搬送・受入ルールのイメージについて、当然、議論を深めるということが必要であるけれども、ドクターカーであるとか、ドクターヘリといった通常の搬送以外の搬送手段についても位置づける必要があるというようなご意見があったかと思えます。

また、2 番目ですけれども、患者からすれば、きっちりとした医療の提供が受けられるということが目的なので、そういった観点から議論を進めていただきたいというようなご意見だったかと思えます。連携につきまして、今後進めていくことは非常に重要で、いい言葉である。行く行くは福祉関係であるとか、バイスタンダーの一般市民まで含めた連携という議論が必要ではないかというようなご意見があったかと思えます。主な意見、2 ページにわたりましてまとめさせていただきました。

3 ページでございますけれども、前回の委員会後の動きがございました。そのうち2 つをご紹介します。政府といたしまして、地域医療の機能強化に関する関係閣僚会議というのが1 2 月2 6 日に第1 回の会合が開催されたということでございます。メンバーは内閣官房長官の主催のもと、総務大臣、文部科学大臣、厚生労働大臣というメンバーでございます。第1 回目は総理も出席されたということでございます。

内容は、ごく簡単に2 点ございますが、地域医療の問題は厚生労働省だけの問題ではなくて、搬送については消防庁、大学病院であるとか、医師の養成につい

でも入ると思いますけれども、文部科学省と関係省庁が連携していくことが重要であるという点と、救急搬送における搬送・受入の問題については、消防機関と医療機関が連携した協議のシステムが必要ではないかというような意見交換が交わされて、今後、こういった点について政府全体を挙げて取り組んでいくということが確認されました。

4ページでございますけれども、東京において発生しました妊婦の搬送事案を受けまして、周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会が厚生労働省のほうに設置されまして、先般、議論がまとめられたということかと思います。メディカルコントロール作業部会、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の両座長も委員としてご参加されているということでございます。一部だけ抜粋をさせていただきますが、母体搬送につきまして1ポツでございますけれども、専門家が医学的見地を十分検討した上で患者の病態に応じた搬送基準を作成するということが必要ではないか。周産期母子医療センターは上記の基準に照らした受入基準を作成し、対応可能な病態を公表するということが必要であるというようなご意見がまとめられたということでございます。

あと、下の2つのポツが当検討会にも関係があるということでございますけれども、都道府県は医療関係者、消防関係者が集まる協議会等を活用して周産期に関する救急患者受入先の選定、調整及び情報提供のあり方を検討するということ。あと、メディカルコントロール体制の確保が重要だということで、MC協議会に周産期の関係者も参加するなど連携に十分配慮するということが必要だということがまとめられております。

最後のポツでございますけれども、都道府県は救急患者の搬送及び受入基準の運用に当たって、必要に応じて重症患者に対応する医療機関を定める等、受入の迅速化、円滑化の方策を検討して実施するということが必要である。そのための支援を行うということが必要だということが報告の中で議論としてまとめられたということになるかと思えます。

以上、2点、前回以降の動きについてご紹介させていただきました。

以下、5ページ以降は前回のおさらいのような形でございますけれども、平成19年におきます救急搬送における医療機関の受入状況ということで、5ページは重症以上の患者さんの受入の状況ということで、日本地図がございまして、大都市圏の照会回数で見ました場合の困難事案の比率が高いということ。

6ページが産科・周産期の傷病者について同様の分類ということで、同じような傾向が見られるということですが、大都市におきましても、これも前回、お渡しした資料ですけれども、7ページの統計は現場滞在時間が30分以上の事案が、全搬送に占める割合ということで、各都市においていろいろ数値的には事情が異なるということでございまして、一定の搬送・受入に当たってのルールづく

りが必要ではないかというようなことで議論が進められたわけでございます。

8 ページが医療機関選定困難事案の発生の背景ということで、ごく簡単な図でございますけれども、地方の状況と大都市の状況、救急需要、あるいは医療機関の体制が違うということで、特に大都市部の場合に選定のチャンスが多いゆえに搬送・受入についてのルール化が必要ではないかというようなことを示した図ということでございます。

9 ページでございますけれども、現在の消防の体制と医療の体制の行政機関としての所掌のずれということでございまして、左が消防ということで市町村、組合を含め、市町村単位で行っているということに対しまして、医療については都道府県の医療計画に基づいて医療圏ごとの整備というようなことがなされておりました、もし搬送・受入のルールをつくるということになりますと、やはり県レベルでの調整が必要ではないかというようなことを示した図ということでございます。

10 ページが今回ご審議いただく概念の一番大事な図ということになると思いますが、従前、私ども用意した資料では左に消防があって、右に医療と書きまして、その間に真ん中に線が入っていたり、点線だったり、いろいろご議論があったかと思います。今回は、その線はなしに患者さんを主体に考えますと、傷病者の発生、①から搬送、医療機関における救急医療の提供、一連の流れの④までの中で、搬送と受入の接点の部分、真ん中にひし形がございまして、ここが円滑に行われて初めて円滑な救急搬送・受入が行われるということでございまして、この部分についてのルールの策定、実態に応じたルールの策定が必要ではないか。そのための消防・医療が連携した協議組織をしっかりと位置づける必要があるのではないかということで、太線に真ん中の分がなっております。

メディカルコントロール体制、あるいはメディカルコントロール協議会との関係については、いろいろなご意見がございましたが、あるべきといいますか、本来、メディカルコントロール、病院前救護の分野におきまして処置も搬送も含めて全体を医学的な質の保証を図っていくという考え方であるとするならば、これは全体にメディカルコントロールというのがかかっているであろうと。本来あるべきメディカルコントロールの範囲というのは、この線で全体を囲ったような部分ではないか。その中で今回、私どもとして制度化をしっかりとすることになると、この真ん中の、その中の搬送・受入のいわゆる受け渡しの接点の部分、ここについて、太線で囲った部分について位置づけを行っていくということになるかと思っております。

従前のいわゆるコア事業と言われております救急救命処置等の質の保証、これは医師の指示、指導・助言体制、プロトコール、事後検証、再教育とございますけれども、こちらについては引き続き当然行っていく必要があるということでご

ざいますけれども、今回の制度化の部分というものは真ん中の太線の部分という概念整理で整理すれば、考え方が整理されるのではないかとということで図にしたものでございます。

これをもとに真ん中の太線の部分につきまして、11ページにございます消防・医療連携による協議会、こういった協議組織をしっかりと各都道府県に設置するということが必要ではないかということでございます。構成メンバーは従前のMC協議会に入っているメンバーと同じということでございまして、消防機関、医療機関の関係者、医師会、診療に関する学識経験者の団体の推薦する者、事務局的に都道府県の職員その他の者が構成メンバーとして考えられるのではないかと。

協議会の役割といたしますと、一番重要な搬送・受入に関する、ここに実施基準と書いておりますけれども、前のページで言うところのルールづくりの協議を行うということが必要ではないか。その他、通常いろいろ搬送・受入を行っておりますと、いろいろな課題であるとか、問題点等もあると思いますので、そういったものの調査・分析、そういった連絡調整業務もこの役割として含まれるべきではないかということでございます。

右のほうに意見具申と上の矢印でございしますが、この協議会から県知事に意見具申とある中で、2番目のポツに「搬送・受入の実施に関して必要な事項」という部分がございします。これは協議会でいろいろ現場の議論をされていく中で、ルールに反映される部分はもちろんルールの改定とかということにつながっていくわけですが、特定の医療機能であるとか、医師の医療機関の体制等について、もう少しこういった改善が必要ではないかという話も当然出てくるかと思っておりますので、そういったものについて知事にいろいろな提言的な意見具申ができるということも必要ではないかということで、機能として位置づけるということを考えております。

このルールでございしますけれども、12ページに搬送・受入のルールのイメージ、概要ということでございしますが、これは都道府県が策定し、公表するということでございます。4つございします。1番目が傷病者の状況、重傷度・緊急度であるとか、病態に応じた適切な医療が提供できる搬送先となる医療機関の具体的なリストといたしますか、名称が示される、受け入れの体制について示される必要があるのではないかとということで、そういったものを最初に明示するということが①でございします。

②でございしますけれども、救急隊が傷病者の状況を観察するわけですが、状況を確認し、このリストの中から搬送先の医療機関を適切に選定するためのルールが必要ではないか。これは基本的に幾つか複数の医療機関がありましたら、距離でありますとか、かかりつけの有無を考慮して選定するということにな

ると思いますけれども、その基本的なルールを定める必要があるのではないかと。

③につきましては、患者さんの状態を医療機関に適切、的確に伝達するポイントを示すというようなルールづくりが必要ではないかということでございます。

④でございますけれども、そういった選定を行ってもなかなか決まらないという場合において、最終的に傷病者を受け入れる医療機関を速やかに確保しなければいけないということのあらかじめの確保をするために消防・医療が合意をするような基本的な取り決め、事前のルールというものも必要ではないかということで4つ挙げてございます。「等」ということで、その他のバリエーションの細かい部分、出てこようかと思いますが、基本的な柱、一連の流れの中で重要な点はこの4点で例示させていただいているということでございます。

※でございますが、これは都道府県策定ということで、基本的には全域でつくっていただいてもいいわけですが、医療提供体制の状況、2次医療圏等の問題、区分があったり、政令市等の大きな区域があると思いますので、そのエリア分けを実情に応じて分けるということが可能な仕組みが必要ではないかということで※がついてございます。

このルールの効果、法的な効果ということでございますが、消防機関については公共団体が実施するわけですので、この基準、ルールについては遵守といいますか、それに従って業務を行うということが必要であろうかと思われませんが、医療機関につきましては私立の病院等も含めてということでございますので、この基準、ルールの尊重に努めるというような効果というものになるのかなということで考えておまして、そういった表現にしております。

あと、これは都道府県が主体的に医療計画と調和を図りながら策定するということでございますけれども、当然、いろいろな国レベルの知見、医学的な知見等、情報提供が必要になる。他地域でこういうことをやっているということも含めて必要になるということで、総務大臣、厚生労働大臣が適切な情報提供等の援助を行うということも仕組みの中に位置づける必要があるのではないかと考えてございます。

これがルールのイメージでございますけれども、具体的には今の①の部分についての概念図ということでございますけれども、13ページにございます。この実施基準のイメージということでございますが、患者さんが発生いたしまして、まず重症度・緊急度の判断ということがあろうかと思います。重症度・緊急度が高いということになりますと、3次のセンターに搬送するというような流れになってこようかと思います。

それ以外の場合に、ここでは疾患別に分けてございますが、症状別に分けるであるとか、いろいろな分け方が今後議論を深めていかなければならないかと思っておりますけれども、例えば脳疾患ということに分けた場合の症状の程度別に救急隊が

判断することによりまして適切な医療を提供する医療機関というものが分類されるということになろうかと思えますけれども、一番右に具体的なAセンターであるとか、B病院というような名称が記載されておりますけれども、患者さんの症状に応じた、状況に応じた適切な医療機関ということの具体的な医療機関の名称も含めたこういったリストがあることによりまして、スムーズな搬送・受入ができるのではないかとということで13ページの概念図をつくらせていただいております。

各地でいろいろな取り組みがございます。ここでは東京の例を14ページに脳卒中の救急搬送体制ということで引用させていただいております。脳卒中の患者さんの救急要請があった場合にフローチャートで救急隊が重症度の判断をし、脳卒中の疑いについての判断を行っていくというフローの流れが書いてございます。

15ページでございますけれども、その脳卒中の急性期に対応した医療を提供できる医療機関のリストということで具体的な医療機関名が表になってございますけれども、中にはt-PAの治療ができる、可能かどうかということについての「○」という記載がございまして、t-PAの治療が必要だと判断された場合には、その○のついた医療機関から病院選定を行っていくというようなことになろうかと思えますけれども、具体的なリストが示されているというのが15ページの例でございます。

16ページは救急隊による病状の判断の基準ということでございまして、主な兆候から脳卒中の疑いを適切に判断するためのルール、基準というものも決められているということのようでございます。

これが脳卒中の関係のルールの具体例ということでございますが、17ページには救急搬送の東京ルールということで示されております。特にその中のルールIという部分がございまして。私どもの資料の12ページのところの④で、医療機関が速やかに決定しない場合のあらかじめのルールということで、確保ルールということでご説明したものの関係では、この迅速な受け入れということで4つほど●がルールIの中にございますけれども、一番上の一時受入・転送システムにおいて、一時的に受入医療機関で応急的な医療提供をして、専門的治療については転送して提供するというようなルールを考えているということと、コーディネーターの設置ということで、受け入れ困難な場合には地域を超えた他地域、他のエリアとの調整を図りながら受入調整ということをするためのコーディネーターということでございますけれども、コーディネーターを設置してこの円滑な搬送につなげるというようなことをまとめておられるということでございますけれども、今回、私どもが考えているルールの先取りといえますか、1つの例として、東京都の例を紹介させていただきました。

以上が実質的な資料のご説明でございます。１８ページ以降は参考ということで、前回、ご討議いただきました資料を再掲しておりますが、いわゆる１８ページがコア事業と言われるものの図ということでございます。

１９ページが、当初、事務局のほうで所掌の拡大というようなことでご説明申し上げてまいりましたが、これはもう先進的な地域では右側の部分もやっているということでございますし、本来のメディカルコントロール体制の中にはこちらにも入ってくる、搬送の右の部分も入ってくるということで、先ほどの図では広い概念で表現させていただいております。

このことは２０ページのもともとのこのメディカルコントロール体制の構築を通知しました消防庁の課長通知の中でもアンダーラインを引いておりますけれども、救急医療体制、救急搬送体制だとか医療体制についての調整も機能の中に含まれるということでございまして、本来の姿に戻ったというような考え方もできるかと思っております。

以上が搬送・受入のルール of の仕組みづくりのことでございます。

もう１点、従前ご議論いただいております、いわゆるＰＡ連携の関係のファーストレスポンスによる救命率の向上を行うに当たってのいわゆるポンプ隊における救急隊員資格者による応急処置の法的な位置づけということでございます。これについても当初、法的な手当が必要ではないかということで検討事項として提示させていただきましたが、委員からも、これは当然、現行の法体系の中で全体解釈として読めるのではないかとというご意見をいただいたところですが、私ども政府の中で法令の解釈等を担当しております内閣法制局とも相談いたしまして、これは現行の消防法の救急業務の中で読めるのではないかと考えております。

理屈は救急隊がということで、法律が、救急隊が救急搬送を行うというように書いてございますが、先着して処置を行っている消防職員についても後着して医療機関に患者さんを搬送するわけですので、その救急隊の活動の中の先着部隊として業務を行っているというみなし方もできるということであろうということで、現行の法制を特段変えずとも、これは読み得るのではないかとということでございまして、私ども若干、現場に疑義があるところですので、解釈について国としての考え方を示そうと思っておりますけれども、こちらのほうは、そういった対処でできるということでご報告をさせていただきたいと思っております。

事務局のほうからの資料の説明は以上でございます。

座長 ありがとうございます。

委員の先生方、いかがでございましょうか。第４回のときに法制化の問題が出てまいりまして、その後の流れをお話いただいたわけでございますけれども、具体的なところは、具体的というのか、一番のコアのところは先ほどお話に出た

12ページのルールのところ、搬送・受入のルールのこの①から④というところが、1つ1つがキーになってくるところではないのかなと思いますけれども、全体をお話しいただきました。いかがでございましょうか。どこからでも結構でございしますが、ご質問、あるいはご意見をいただきたいと思います。どこからでも結構でございします。

ただ、私、先に少し座長から質問をさせていただきたいのは、最後に東京の脳卒中の救急搬送の事例が出ましたけれども、これはその具体的なルールづくりを東京はしておりますよという例をいただいたわけで、これを持ってくるという意味ではないということによろしゅうございますね。

事務局 はい。そうでございます。座長のおっしゃるとおりでして、1つわかりやすい例として、こういったルールが決まっているというご紹介で、これを全国にすぐ実施していただきたいということではありません。

座長 こういう具体的なところは、これから作業部会なり何なりでもんでもらうということになると思いますが、1つの事例として挙げていただいたということにさせていただきたいと思いますが、どうぞ、どこからでも結構でございします。先生、どうぞ。

委員 まず、全体としては大分集約されてきたなと感じています。それで、今の座長のご指摘に関連する部分なのですが、この実施基準のイメージといいますか、これはもう既に医療計画の中で、一般救急を含む4疾病5事業、つまり周産期医療、小児医療、それから、資料にある脳卒中、循環器疾患（急性心筋梗塞）を含めて、構築していきましょうということが書き込まれていますので、では、それをどういうイメージであらわすかというのが、これは結構、一生懸命考えないといけないことだと思います。ここで、全部決めてしまいたいという形ではなくて、今、座長がおっしゃったように、これは先駆的な事例を検討しながら追いかけていくというような方向が望ましいのではないかと思います。それをできるような先生方もいらっしゃるわけですから、ぜひそういう作業を追ってやっていくということをお願いできればと思うのですが、いかがでしょうか。

座長 事務局、どうぞ。

事務局 座長のお話と今の委員のお話、共通する部分があると思います。実際にこの搬送・受入ルール実施基準を定めていくということが一番のコアな重要な事項ということでございますので、これは厚生労働省と私ども密に連絡をとって、このあたりはじっくりご意見をいただきながら一歩ずつ進んでいくということが必要かと思っております。

座長 ありがとうございます。

いかがでございましょうか。どうぞ、どこからでも結構です。委員、どうぞ。

委員 私もMC協議会の現場を別に知っているわけではなくて、聞いているところで

申し上げるわけですが、MC協議会は必ずしも都道府県の範囲でなく医療圏とか地域ごとにつくられて、そのエリアごとに特徴のある活動をやられていると私は理解しています。ここでいう協議会は、あくまでも都道府県に1つつくればよいということなのでしょうか。この図の「メディカルコントロール」とされる中の1つの役割として入るならば、協議会自体が県に1つしかなくて、メディカルコントロール協議会は、それぞれエリアごとにあるというのも違和感があるのですが搬送・受入のルールに関して、地域ごとの特徴に応じて考えていけばいいのはもっともなことです。そのルールをつくる場である協議会も、県で一つだけではなく各地に別々にあったほうがいいと思いますが、どのようにお考えなのか。

座 長 どうぞ、事務局、お願いいたします。

事務局 搬送・受入ルールは、受入医療体制と非常に連動している部分ですので、医療計画、県でつくられていると思いますけれども、全体は都道府県単位で調整する必要があるのではないかとということで、10ページのこの太線の部分の協議会の機能は都道府県単位に設けていくのが基本かと思います。現在、MC協議会の中の県MCと呼ばれているものがこれに当たるのかなということでございます。

ただ、具体的な全体の調整は当然、県全体の協議会で行っていくということになるとは思いますけれども、12ページのところで個別具体的なルール内容をどう決めるかということについては、医療提供体制が県ごとにいろいろ景色が違いうということもあると思いますので、必ずこの全県1本で決めなければいけないということではない事情も地域によってはあるのではないかと。その場合には、県の区域を幾つかに分割したようなもので決めていくという必要もあろうということ、そういった柔軟性を持たせたいと思っています。

その地域ごとのルールを決めるのはどうやって決めるのかということになると、各県の協議会の運営の考え方だと思いますけれども、例えば部会なりというものを設けて、地域部会のようなものを設けていただいて、そこでその地域のルールについて議論するということも考えられるかと思いますが、そのイメージでいくと、今の地域MCがそういった分野に近いのではないかと思いますけれども、そのあたりの地域特性も反映できるような仕組みにしたいと思っています。

座 長 ありがとうございます。よろしゅうございますか。この協議会というのは、地域の都道府県なのかというところで、大きいところは都道府県だという流れが、そして地域特性のあるところは地域のMCでという流れでそのとおりだと思いますね。委員、それでよろしゅうございますね、そのところは。

委 員 はい。

座 長 ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。どうぞ。

委員 前回なのですけれども、前回は、この10ページの絵なのですけれども、全体のメディカルコントロールと書いてあるところが消防・医療連携による協議会というようなことで言っていたのですけれども、今回、メディカルコントロールの中に入るというような筋書きになっているのですけれども、我々としてはやはり法制化するのであれば、これでいきますとメディカルコントロールというのが省かれるような形になってしまうのではないかなと。

この消防・医療連携による協議会というのがルールづくりができて、あとこのメディカルコントロールのほうは、この法制、いわゆるルールといいますか、法的に何の位置づけもないというような形になってしまうのではないかな。前の例でいきますと、消防機関と医療機関が連携する協議会の中に当然、メディカルコントロールというのも入っておりまして、入ったものというようなことでイメージしていたのですけれども、今回、変わったということでしょうか。

座長 今のお話は11ページのところの前回、第4回のときにはメディカルコントロールが細い線でこういうようになっているのではなく、もう少しこの受入の下の方にあつた協議会というのか、何も書いていない協議会、その協議会のイメージを委員はお話ししているのでございましょうか。

委員 はい。

座長 少し意味が変わったのか、あるいはこれだと少しメディカルコントロールそのものがあやふやというのか、ぼやけるのではないでしょうかと。

事務局 そこがメディカルコントロールの概念、とらえ方について、お話になる人によって違ってくるのだと思いますけれども、私どもの理解ではメディカルコントロール、今、通知に基づいて本来あるべきメディカルコントロール体制というのは病院前の部分について全体を包括するメディカルコントロールと今書いてある、この外枠の線の部分ではないかと思っています。現実にも今、MC協議会で執り行われているというのは左下の部分の処置の部分のコア事業の部分が中心ということになると思いますけれども、本来のあるべきMC体制ということになりますと、特に搬送についてのこの太線の部分、ここもカバーするべきものであらうということになろうと思います。

要するにこのMC体制全体について法律に位置づける、法制化することになりますと、私どもそこも検討した経緯があるのですけれども、左の部分、救急隊員の処置の質の向上ということの部分については、現行の消防組織法なり消防法の中で対処できるという位置づけが既に講じられているという中で国の消防庁の通知の中で医療機関のご協力をいただいて、質の向上を図っていくという体制が整備されてきたと。いわば現行の法体系の中で、通知の中で対処できることだと。今回、受け渡しの部分については、まさに消防機関と医療機関の搬送・受入の接点の部分ということでして、ここについての制度づくりをするというこ

とになると、実は法的な手当を講じてやる必要があるのではないかということでございまして、この太線の部分について法律の位置づけ、法的な整備が必要ではないかということで、今回、ここの部分の協議会、協議ルールというものをご提案させていただいたということになります。

しからば、では、従前のMCと言っていた左の部分はどうか、それはやめてしまうのか。太線の部分だけでということになりますと、それはそういうことではありませんで、これは法律で位置づけられた組織が、それはまた別に2つやるということは不合理だと思いますので、同じ組織でやっていただいていると思いますけれども、その中で法律のイメージに書いてある部分は右側の太線の部分、左の部分については、これは今後法制の検討をする中で、協議会の所掌事務をはっきり書いておく部分と、その他の連絡調整とか、調整機能についても位置づけるというやり方がありますけれども、そういったものに位置づけることになろうかと思いますが、具体的な中身についてはまだ書いていかないというような整理で考えているのですけれども、説明がまどろっこしくなって恐縮ですが、全体のメディカルコントロール体制については引き続き従前どおり質を高めつつ、今回の法制度の整備によって、より一層この搬送・受入の接点の部分については強化していくというような位置づけになると思います。

委員長 ありがとうございます。

座長 どうぞ。

委員長 今までこの委員会に携わっておりましたのでイメージ的にはわかるのですけれども、メディカルコントロールの体制も前から消防のいわゆる搬送を受け入れる部分、あるわけですね。そうしましたら、特に今回、そういうように分ける必要があるのか。考え方によってはメンバーも一緒ですし、あえて分ける必要があるのかなというような気はするのですけれどもね。

事務局 そこのところの組織とか運営のことをおっしゃっていると思うのですけれども、ここは2つ分けてやるということは現実的ではないですし、メンバーは同じになると思います。11ページで示しているメンバー、消防、医療、医師会等の代表の方、これは当然重なるわけですので、協議会自体は同じ組織で当然やっていただいていることになると思いますけれども、その厳密に言うと、協議会で行う事務の中で法律にはっきり所掌として位置づけられた部分と、通知等で細則を補っていく部分と仕事は何か2種類あるけれども、やるべき組織は1つの協議会で両方やっていただいているということになるかと思いますが。

委員長 わかりました。

座長 よろしゅうございますか。どうぞ。

委員、どうぞ。

委員 今、お話しになったのは、各消防本部では非常に関心事なことだと思うのです

ね。10ページの絵を説明するときに、もともとメディカルコントロールというのは事務局がおっしゃったように、左のほうの医師の指示だとか、プロトコルだとか、事後検証というのはコアの事業だというのはまさにおっしゃるとおりで、これらが発展すると右のほうの消防・医療の連携による協議というのが必然的に出てくるという説明が一番いいわけで、何を言いたかったかという、メディカルコントロールという機能を考えれば、必然的に右に発展していくのだということだと思うのですね。

今おっしゃった中で、ぜひ各消防本部に通知か何かで理解させていただきたいのは、今回の法律改正というのは決してメディカルコントロールという箱物をつくるための法律ではなくて、そういう機能のある一部を法律化したのだと。したがって、例えば私などの理解は、例えば東京の中のMCというのは、右のこういうような機能をやりつつ、必然的にコアの事業をやっているという団体になったのだと。こういうふうに言わないとなかなかわからないのではないかと思います。それが1つですね。

それから、東京の場合は、例えばこういった右のほうの協議会を設けるとすると、既に救急医療対策協議会というのがあって、ここは既に機能しているのですね。先ほど説明していただいたt-P Aの関係だとか、こういった東京ルールをつくるのも、この東京都の救急医療対策協議会の中でやっているわけですし、こういった既存の組織も当然のごとく、この法律からするならば機能を持っているというように私は認めざるを得ないと思うし、それを例えばMCがあるから、今年からそれでやるかということはずなないと思うのですね。そうすると、そこでもやっぱり機能というのを説明すると、つまり、12ページの中にある都道府県が策定、公表するというこれからの搬送・受入ルールの中には、抽象的な言い方ですけれども、救対協でやっっているが、実は今、既存の東京のMCの中でやっっていることが幾らでもあるのですね。

例えばほかのページでもありましたように、こういうルールの前提というのは発生した患者さんの重症度とか、緊急度とかという判断があって、その判断を1つの指標としながら、どこの病院に選定をするのだとか、こういったもののリンクが必ずあるのですね。そうなってくると、機能というものを強調することによって、それぞれの都道府県の違いの中で、例えば一例を挙げれば東京が今考えようとしているのは、救対協という既存の組織と、それから、法律上、位置づけられるであろうMCの持っている機能というのが2つ合わせて1つというものがあるのではないかなというようにも考えている。だから、こういったことをぜひ何かこれから出す、多分、各消防本部に発出される通知の中に、その機能という中で、今持っている既存の組織だとか、または通知で位置づけられているMCというものをきちんと活用していきなさいというようなことを示していただく

と、多分、誤解が少ないのではないかなと、このように思います。

以上です。

座 長 ありがとうございます。

事務局、何か。いかがでしょうか。

事務局 まさにおっしゃるように、組織ありきでつくっていくという話ではないので、あるべきものはその中の機能ということですので、今のご意見を踏まえまして、わかりやすいような見解なりを示していきたい、説明していきたいと思います。

座 長 ありがとうございます。

よろしゅうございますか。どうぞ、ほかに。

委 員 すみません、代理で来ておりまして、見当違いな意見になるかもしれませんが、今、お2人の方のご発言と同じような意見、感想ということになるかもしれませんが、今年度の1回目の会議のときにこのMC協議会の法的な位置づけということも今回の議題にしていこうというようなお話があったように伺っております。その前提として平成13年の通知に基づいて各県にMC協議会をつくって、今、大変重要な活動をしていただいている。救急搬送、消防の救急業務については非常に重要な部分を担っていただいていると思うのですけれども、そういう協議会をリスクの問題も議論があったと思いますが、そういう協議会を確かな仕組みの中で継続的にきちっとやっていくという仕組みを法的に位置づけたほうがいいのか、そんな議論があったように思うのですけれども、この10ページのご説明ですと、そういった協議会全体のことではなくて、この搬送ルールについて今回は法制化しよう。左側のコアの事業については、引き続き今までの仕組みの中でやっていくのだ、それは法的には整理されている問題だと、そんな説明だったように今お伺いしたわけですが、思いは、県の立場で申し上げますと、最初に申し上げたように、協議会そのものを法的な位置づけをきちんとするということがやっぱり必要ではないか。それは非常に重要な事業、重要な役割を担っていただいているわけですので、そういう組織をきちんとしたものにして継続的に確かなよりどころを持った組織にしていくということがいいのではないかなというようなことを思います。

最初の事務局の説明で引き続きの検討ということを少しおっしゃったので、最初に私が申し上げたようなことも引き続き検討課題ということで、今回は搬送部門について法制化を考えるというようなことかなというように、私、実は最初に思ったのですけれども、その引き続きの検討ということの中には、私が申し上げたようなことはないということなのではないでしょうか。

座 長 どうぞ、事務局、お願いいたします。

事務局 10ページの部分の法的に位置づける機能及びその協議の仕組み、ルールというのが太線の真ん中の部分ということになると思います。そこの今のMC協議会

でやっている事実上の協議会というものが、当然、メンバーとか一緒になりますので、今回、法的に位置づけられる協議会の中でやっていかれるということでもありますので、組織の永続性とか、運営の安定性というか、そういったものは同じ受け皿でやっていくと思いますので、確保されるのではないかと思います。

ただ、応急処置の質の向上等について、今やっている部分、左の部分については既存の体系の中でも処理できるという問題と、あと救急救命士の場合には救急救命士法との調整という問題も当然あるわけですし、そこを取り込んで協議会の事務全体を法律に位置づけるということになりますと、その調整の規定の整理とか、かなり大作業になっていくのではないかと思います。私ども、そこもいろいろ議論はしてきたところですが、今回、全体を取り組んで法的に位置づけるというのはかなり難しい問題だと思います。

ただ、その部分もしっかり法律に位置づけるということ自体は、必要性があれば当然検討していくテーマだと思いますので、今回はこの真ん中の接点の部分について法令に位置づけるということにしたとしても、その辺の部分が、将来的にそれはもう要らないのだということではなくて、そこは順次拡大なりということには必要性に応じて、当然、検討していかなければいけないと思っておりますけれども、今このメディカルコントロールの体制全体を同時に位置づけるということではなくて、できるところからと言ってはあれですが、緊急性が高く、今、現行の法体系の中でカバーされていない、抜けている部分といいますか、ちょうど接点になっている部分についてしっかりルール化していきたいという考え方ということでございます。

座長 よろしゅうございますか。

委員 はい。

座長 どうぞ。

報告者 その今の話の延長線上ですけれども、メディカルコントロールという体制と現実存在するいくつかの協議会との関係を私に振られたときになかなか説明しにくい感じがします。というイメージが1つあるので、実は話を始めたいと思いますのは、具体的には消防・医療機関連携による協議会が行う具体的な中身を考えた場合、12ページのところの①の、搬送先となる医療機関のリストづくりが上げられます。具体的にこれを例えば地域ごとでやりなさいということにした場合に、どのようなイメージがわいてくるかというと、病院のリストをつくりましょうというときに、今の現実ですと消防機関には、2次、3次救急医療機関のような表面的なリストが出てくる可能性がありますね。

おそらくそのリストをくださいよということになると、それは医療主管部局がまとめることになると考えられます。リストの作成後は、どのように搬送先を決定していくか、ルールをここで決めなさいということをおそらくこの図で

書いてあるところだと思うのですね。実際細かなルールを決めてやってもなかなか受入先が決まらないということになったときに、また調整をしてルールづくりのサイクルに乗せなさいということだろうと想像します。現実には医療主管部局――あ、もう帰られる？

オブザーバー

肝心なときに申し訳ありません。他の会議にも出席しなければなりませんので、失礼いたします。

MC 報告者

地方自治体の中で医療主管部局がどれだけきめ細かなリストをつくったり、あるいは病院としての分類の定義を明確にして開示できるかというところが、1点目の課題だと思います。2番目の課題は、そういう問題が毎日起こるよねといったときに、責任はだれがとるのだという点です。

要するに、これはあくまでも箱物ではないよねという話もありましたけれども、では、運用上の規約をつくりますけれども、PDCAサイクルを回してルールづくりの仕直しをやって、また現実に調査をして、やっぱり30分以上かかって収容できないよねという場合もありえます。そのときに、この法律に決められた消防サイドの責任なのだよということで、法制化すれば結構強い重みになると見えるようですが、一番大事な点は、接点の向こう側にある医療機関のあり方に課題が残ります。要するに病院の情報の開示や、病院の協力がないと必ずしも改善しないのではないかなという気はします。

だから、少し危惧しているのは、そういうところの責任体制を含めた法整備になっているのかという点です。その責任の位置づけが消防法で規定されても、問題が、実はやはり医療側にあるのだから、この協議会で解決できるのはやはりここまでののだよとならないでしょうか。その辺が私にはわからないので質問させていただきました。

座 長

ありがとうございます。

ごめんなさい、先生方、手が挙がっていますが、今の質問というのは12ページの①、13ページのAセンターとか、B病院とか、C病院というのがありますね。このAセンター、B病院、C病院と書いてある、この名前を書いたのが①なんだろうと思いますが、これはだれが責任体制を持っていて、だれが最終的にはキーになっていくのだというところで、そう簡単にはいかないのではないのかということのようなところだと思いますけれども、関連質問の先生方、どうぞ。

委 員

いや、質問というよりはコメントなのですが、今のお話は、要するに救急医療はだれの責任なのだという全体のお話に1回引き取れば、これは政策医療ですから、政策医療というのは医療提供体制なり、搬送業務なり、全部が力を合わせて120%の力でやるわけですが、それがうまくいくようにする政策をつくる人に一番の責任があるのではないかなと思います。

今、全国で救急医療が非常に困難であったり、それから、地域医療そのものの

存立が非常に危ない状況になっているということは政策に問題があるからではないか。そういう論点はやっぱり必要なもので、それは別に法律に書くか書かないかとか、そういうことをここで議論するよりは、むしろしっかり情報発信をして、政策の多少問題があるところは直していただいて、そしてそれに我々が全面的に協力をして地域医療を守る、救急医療を守る、こういう理念だったと思います。ですから、今回のこのお話が理念の法律なのか、それとも機能なのかというお話で僕は先ほど委員のお話は全くそのとおりだなと思って聞いていたのです。

理念は追求しなければいけませんから、この絵で非常に賢いなと思ったのは、10ページの絵でメディカルコントロールという理念になっているわけですね。それは賢いのではないかなと。これ、いずれは法律に規定するなり何なりきちんと書き込む必要があるだろうというご指摘はそのとおりだと思うのですが、それは先週の熊本の全国メディカルコントロール協議会連絡会の発表を見ても、各地域でいろいろな考え方、いろいろなアクションがあって、消防の人が突出して動いたことによってよかったという地域の発表もありましたし、行政マンが頑張ったことによってこうなったという発表もありましたし、救急の専門の方がここまでやって、このゾーンは全部責任を持ってこういうようにパフォーマンスがよくなっていますという発表もありました。

あれはそれぞれ非常に意味があると思うので、今、これを全部書き込んで、だれの責任だとか、そういう話に落としていくと、それはだんだん、みんな連携ではなくて、また最初みたいに線にくっついたような話になってしまうのではないのでしょうかね。今はそうでない方向を目指すべきではないかなという意味で、先ほど方向としてはいいのではないかと。ただ、理念を捨てるわけではなくて、理念は全く最初からそのとおりだと思っていますので、ご一緒にその理念についてどうやって高めていくかという議論は引き続きやっていければと思っていますが。すみません、長くなりました。

座 長 ありがとうございました。

では、どうぞ。

事務局 どこまでの確にお答えできるかということなのですけれども、法案を今回ご了解いただきましたらば、法の準備をする側の人間として、こういうように考えられないかということを申し上げたいと思うのですけれども、今回の考え方といいますのは、本来、今、起きております救急搬送、救急医療において問題になっておりますものを、こういう言い方をすると問題かもしれませんが、必ずしも根本的にこれで解決できますという案というよりも、現状で医療、あるいは消防で持っております力を発揮いたしますと、相当程度、現状よりもよくなるのではないかという考え方に立って、何ができるであろうかということをつくったと思っています。

もちろん、政策でございますので立案してご説明をする場合には、必ず今よりもよくなるということでご説明をして、ご了解をいただくということです、うまくいかない部分については、その限りでは立案をする側としての責任というのがあると思うのですけれども、どこまでよくなるか、これは求められる側のご要望の水準ということもあるいはあるのではないかと。もちろん100%の救命といいたいまいしょうか、それを求めていくという立場は崩せませんし、崩しておらないのですけれども、すべて必ず助けるということはなかなか難しい面があろうかと思っておりますので、どの程度の部分までをもってよしとするのかというところが非常にあろうかと思っております。

その中には例えば今の全体的な医療水準として、この日本の人口でこれぐらいのドクターの数でよろしいのかとか、医療の方法として非常にアクセスがよろしいけれども、専門性については少し難しいのではないかと、そういうようなことも含めてのご議論というものがあって、そこは中長期的に、広い意味では少し逃げになりますけれども、国として責任を、議論を深めていって方向性を定める。こういうことではないかと思っております。

当然、これをやっていきますと、それでもなおよくない場合といいたいまいしょうか、時間がかかってしまったとかということで、いろいろ、なお議論は起こると思うのですけれども、個別、個別で、ここまではできる。それを超えて求めるとすれば、根本的に病院の体制を変えていくとか、そういう議論にこの場でも、こういう協議会の場でも発展していくというようなことではなかろうかと思うのです。

座 長 いや、ありがとうございます。私、非常に賛成ですね。そういう流れというのは、今できるところからということで、根本的なところはまだ今そう簡単にはいかないよというのはそのとおりだと思います。ありがとうございます。

どうぞ。

報告者 (トリアージ作業部会)以下、トリアージ報告者 今のお話にも少し近いかもしれないのですが、先ほどから事務局の説明としては従来のいわゆるメディカルコントロールのコア部分、指示だとか、検証とかということに関しては現行法でカバーできている、現行法下で問題ないから、この新しい部分、10ページの右側だけはとりあえず法整備というようなことのご説明ではありましたが、現場としてはこの従来のコアの部分に関しても、その法的なことについてのまだ問題が非常にあるのではないかと。

ただ、ここに関してはおそらくかなり医療に深くかかわる部分ですので、現時点でこれを医療全体から切り離して法制化することには非常に困難が伴うので、これは現状のいろいろな解釈の中でやっていくということで当面やっていって、より新しいこの右側の部分に関しては比較的明快な部分なので、ここを法整備する。将来的にはこれを両方統合して考えていくというような形にしてい

かないと、その左側の部分、従来のコアの部分は法的にはこれで問題ないのだという見解になってしまっただけは、現場はきっと、いや、そんなことはないのではないかなという声がいっぱい出るのではないかと思います。

座 長 もっともな意見でございますが、事務局、いかがでしょうか。

事務局 おっしゃるとおりでして、今、委員がおっしゃったこととおりの答えになるわけですが、左側の部分についても、全然、処理済みということにはなりません。1つは、法律も規定上はしっかりと左側の部分に、今回出ないわけですが、ただ、真ん中の部分と左側の部分というのは、やっているメンバーとか体制というのは同じなわけですが、今、MCの地域の濃淡という中に問題があるのは、組織体制であるとか、非常に活発な地域とそうでない地域というものがあるわけですので、今回の太線の部分の位置づけがなされることによって、その部分はかなり行政的にしっかりした位置づけができますので、協議会自体の体制というのは強化されていきますので、当然、今までのコア事業でやってきた部分にも好影響が出ると思いますので、そういったプラスの面はあると思いますけれども、引き続き今の救急救命士に対する医師の指示との関係とか、現場で幾つか提起されている問題についても、よりいい方向に引き続きそこは考えていくということで対処したいと思います。

座 長 ありがとうございます。

きょう、委員、声が少ないですけども、どうぞ。

報告者 委員が発言されたことは、ある意味、確かに理屈はギリギリ言うとそのとおり
(消防機関 ですよね。ただ、私たちが既に東京でやっているように、多分、ほかの地域でも
と医療機 先般の救急隊シンポジウムであったように、委員が言われたみたいに、結局のと
関の連携 ころ、実際、社会の状況においては、まさに法制化の対象たらしめる部分につ
に関する いてのことが既に、普段、僕らが使う言葉で言えば、実効支配的にはあるわけ
作業部会) すね。

以下、消 ですから、そういう意味でその実効支配に至るプロセスがじわじわと行ったの
医報告者 か、それともある日、あるときスクランブル発進によって米軍がどこかを占拠す
るように起こったのか、これはどちらであったにせよ、少なくともその実効支配
があつて、そしてそれが社会に一定の水準で効能を発揮しているという話になっ
て、その部分を法的な対象にしようという話であったとすれば、それは今言った
スクランブル発進であったにしても何にしても、全体としてそうなっているとい
うようなことを法体系上は多分追認しているというように、僕は法律の言葉はよく
知りませんが、そういうようになっているのではないかなと思います。

ですから、そこら辺で一定の水準で全国一律に階段を昇るとすれば、その階段
を昇った状況において、階段の下のほうでウロウロしているところがその階段の
ところに乗ってくるというように考えて、この手の話を推進していくのがいいの

ではないか。さっき言っただれの責任かという話になれば、これは時々言いますが、でも、総務省がピッチャーで、厚生労働省がキャッチャーだとすると、やっぱりキャッチャーの体力がなければ、その責任は厚生労働省だろうし、ピッチャーのほうの体力がなければ、それは多分、総務省だろうし、だけど、投げる球というか、球そのものは患者さんですから、どちらも体力がなければいけないわけで、そういうことが全体になるわけです。

でも、例えば東京に関してのみ言えば、厚生労働省の大臣と都知事がけんかしたみたいなの、ああいうばかな話はないわけで、結局的には私たちの救対協でやっていることやメディカルコントロール協議会でやっていることに関しては、やはり直近的に言えば都民のことを面倒見ているのは都知事なので、私の認識では都知事の責任だろう。今言ったピッチャーの体力やキャッチャーの体力そのものが国のプロセスによってああでもない、こうでもないということになるのであれば、それは総理大臣なのだろうと。まあ、よくわかりませんが、多分、そんな、単純過ぎるかどうか知りませんが、了解の範囲として私はこのように思っています。

以上です。

座 長 ありがとうございます。

どうぞ。

事務局 厚生労働省側の分も含めてお話しさせていただきますと、12ページのルールの中に①、②とある、一番スタートの①の部分ですね。ここは我々消防サイドの検討会で種々ご議論いただいてきたわけですが、ここの部分は、まさに接点というか、どちらかというと医療サイドに近い部分ですね。医療計画に基づいて4疾病5事業が示されておりますけれども、受入医療体制の中のしっかりした土台があって、その中からキャッチャーの部分が出てくるという部分ですので、ここのルールをつくらうと思いますと、当然、キャッチャーの側の衛生行政のほうのご協力があって初めてできてくるということですので、ここは厚生労働省とも私どもよく相談させていただきまして、むしろ実質的にここの①の部分をつくっていく作業は厚生行政、衛生行政の部分ということですので、そこは一緒にやりましょうということになっておりまして、そこは自治体で言うと全く知事のもとで一本でやっている部分ですが、国においてもここは両省連携してやっというところですので、そこはひとつ説明させていただきたいと思います。

座 長 ありがとうございます。両省でという流れが、お話がありました。

どうぞ。

MC 報告者 今、事務局の説明がありましたように、私が一番現実的なところとしてお尋ねしたかったのは、この1の厚生労働省の立場というか、都道府県単位でいきます

と、いわゆる衛生主管部局がどの程度関与するか、この程度によって形が変わってくるのかなということです。といいますのも、実はもう一度、私は病院におりますので、例えば10ページの図を見ていただいて、実は急病とか、けがをされた人というのは、一番左のこの枠の外に発症しているのですね。救急車に乗るといこととになった場合はこの図柄でよろしゅうございます。だけれども、多くの方は、まず病院に行こうか、行こまいかというところからスタートする。あるいはどこへ行こうかということからスタートします。多くの人はこれをショートカットして流れて、私たち病院ではこの図に載っていない道筋の患者を診察しています。そうしたときに、先ほど消防・医療の連携の協議会における病院側の情報の提供というのは、実はこういったショートカットして病院に来られる方にも重要なのです。

そこを少し食い込んだ形にならないのかなというのが私の意見です。メディカルコントロール作業部会では真ん中の点線をどけろとかの議論も出ましたが、そのあたりの点について、聞きたかったのですね。その根拠が実は先ほどの①の病院側のリストはどういうように出てくるのか。出てきたら消防側と医療機関とのリストと共有するということになります。医療機関の責任をやっている者から言えば、一般市民に対しても出さないといけないということになります。その辺の作業を進めようとするれば、これはまことに失礼な話、病院の話なのですね。あるいは病院を監督するところの話になってしまいます。

座 長 そうすると、先生の考え方だと、①など要らないので、例えば④がありますね。速やかに決定しない場合において受け入れる医療機関を確保するためのルール、この辺の医療機関のルールというのを先に持っていったらどうなのだという意味ですか。それともまた違うのですか。

MC 報告者 ④も極めて重要ですし、具体的にはどうしても受けられないときに、いわゆる最後の詰めをどうするのだというのはルール上決めておくことはいいと思うのですね。1番が最初に出ますと……。

座 長 異質な感じがするのですな。

MC 報告者 医療機関のリストづくりから始まるとすれば、法的に決められた枠の中で、わかりました、やりましょう。医療機関からリストをくださいというところからスタートしてしまうと思うのですね。それはおそらく今回の法整備の中からは、外の枠、それは委員が先ほど来言っている、それは社会保障全体から見ればみんなどこか1つ1つ頑張ればいいのかよと言いますけれども、けれど、今回、せっかくこんな話が出たということをきっかけに考えれば、厚生労働省側はもう少し踏み込んだ上に乗っかり方がないのかなというのが正直なところですよという話です。

座 長 わかります。わかりますが、事務局のほうの、私、想像でいきますが、厚生労

働省等の話の中で出てきた結論というのものもあるのではないのかなと、そういう感じが多少においますけれども——先生、ごめんなさい、事務局からいって、それから先生にいきましょう。

事務局 私の理解が的確な答えになっているかどうか、その厚生労働省サイドにもっと踏み込むというのは、まさに医療法に基づく医療計画というのがあって、地域の医療提供体制を示しているわけですね。その中に救急医療も当然入っているということで、その医療法の体系に基づく医療提供体制というのは1つの体系としてありまして、これは病院、医療のサイドでやっている部分と、今回の救急患者が発生して、救急車でということですから、消防の救急業務として搬送するに当たって、どこへ運んだらいいかということをもうあらかじめどういった患者の病態に応じた医療機関が適切なのかということをおあらかじめ頭に入れておかないと救急隊は活動できませんので、そこの部分の運ぶべき適切な医療機関をどこかということをお①で示していただきたいという部分なのですね。

そこで、まさにウォークインで入られる患者さんのもっといっぱいいて、もっと広いと思います。キャッチャーとしての身構える構えとしてはもっと大きいはずだと思いますけれども、ただ、国民の安全ということを考えたときに、いざ救急車というときのルールをまず決めて、そこは公表することにもなりますので、一般市民の方にもどういった病院がどういう機能を持っているかということもわかるので、そこでセーフティーネット的なこともできるので、ほんとうにセットでバーンといくやり方もあると思いますけれども、私どもはその最低のところの安心をもたらす仕組みづくりということで今回のものを考えているというようなことでございます。

MC 報告者 きっかけとしては、私は決して反対しているわけではございませんで、ただ、1つおそらく……。

座 長 難しいのではないのかと。

MC 報告者 もし医療機関側が怠けるとどういうことが起こるかということ、また消防に、119番かけたら必ずこのルールがあるのでそのほうが早いよ、いわゆる消防需要、救急需要が増えてしまわないかという懸念は逆にあります。消防、しっかりしたよね。119番かければ早いよということで、歩いていったって、うちはこうだこうだということになってしまうという懸念はあるのかなと、個人的な想像ではありますけれども。

座 長 ありがとうございます。

関連でございますか。

消医報告者 もちろん。消防と医療機関との話し合いのプロセスで、くだんの脳卒中の搬送体制ができた。これは14ページにありますよね。今、委員がおっしゃったように、病院側ではどういような情報を出すのか、これも実は一緒に議論している

のです。その議論そのものはMC体制側からの議論というよりも、むしろMC体制側での搬送のルールづくりに呼応した形で、脳卒中の医療機関がどんな形でキャッチャーとして身構えていくか、相対的にその中で議論があつて、病院側としては消防機関にこんなように情報を出しましょうねと。その情報を出すけれども、一般の都民に対してはこんなように出しましょうねという議論をしているのですね、同時進行で。

なぜかという、救急隊は相当程度にリアルタイムに、つまり、患者を背負ってしまってから出発しますから、119番通報という、患者さんと接点があったそのときから仕事が始まりますので、そういう意味では相当程度リアルな情報が知りたい。だから、土曜日のお昼からどこどこ病院はt-P Aが使えるとか使えないとか。だけど、一般の市民にとって確かに、病院が隣組であるとすれば大事な情報かもしれないけれども、市民から見ればやはり15ページにある程度に、東京だと「ひまわり」というアクセスするツールがありますけれども、それにアクセスすると自分の周辺の医療機関ではこんなようなことができそうだとということがわかる。だから、自分で行こうと思えばそこへ電話をして、これから行こうと思うのだけれどもということを多分、慎重な人はやるのでしょう。

今、委員がおっしゃったみたいに、確かに救急車に乗ったほうがうまくいくだろうと思えば、多分、救急車を使うと思います。現に東京では救急車を使って入院する患者さんとほぼ同じぐらいの患者さんがウォークインで時間外に入院していますから、緊急だということで。だから、そういう患者さんにこそ救急車を使ってほしいという話になりますので、逆に救急車を使えと。そのかわり救急隊はそうではない、緊急性を要さない患者さんについては遠慮してほしいと、こういうような話がありますので、病院側は今、委員がおっしゃったような形で情報を出す。それから、救急隊は救急隊でその水準をアップさせる。

だけれども、利用する人たちについてはどこかで遠慮してもらうとか、どこかで相談してもらうとか、または救急隊が電話、119番を聞いたときに横浜でやっているみたいに、ああ、これだったらサイレンもなしで行ってもいいのではないかというような松竹梅コースを決めておくというようなことを重層的にやっていくというようなことになりますので、委員が言われたようなことは、多分、大阪は大阪での議論の中で僕は昇華していくのではないかなと強く思います。関連です。

座 長 ありがとうございました。

どうぞ。それから、あるいは法的なところの先生方、すみません、次、お話をいただけたらと思います。

委 員 委員のご指摘というのは、ある意味正しいというのは、僕、それと同じ意見を先生が座長を務めておられる「救急患者の医療機関への受け入れを支援する情報

活用等に関する研究会」で、これは厚生労働省と経済産業省が共同でやっている研究会なのですが、そちらで申し上げました。あまりそちらだけ整備する、国民に対する視点がなくて改めて救急車に対するアクセスが集中化する。そうするとおかしくなるのではないですかと。国民にどう説明するかって、もちろん大事だと思います。

この12ページの医療機関のリストという項目なのですが、実はこれは救急医療情報システムというのがもう既に存在してしまっていて、更新が遅いとかいろいろありますが、都道府県によって医師会に委託したり、いろいろな形で整備されている事例のほうがむしろ多いのです。ですから、もうリストはあるのです。

それからもう一つは、電話相談やさまざまな事業があって、患者や保護者が救急の周辺で悩んだり、不安だったりするものにどうやってこたえていくかというのも、いろいろな姿が立ち上がっているわけです。そういうものを全体でブラッシュアップしていかないと、ここだけ見事に整備しましたとやりますと、かえっておかしくなるということもあるのです。しかも、主体は国民ですから、国民の皆保険でフリーアクセスという前提のもとで言えば、国民が自分で選択して行っていくのが一番いいわけです。何も全部救急車を使わなければいけないとは僕は思いません。

それからもう一つは、今急いでいるのは、どちらかというと都市型の救急が詰まってきたということだと思いますので、それについて早急な対応をするという文脈なのではないかなと思いますが、そうは言っても、地方も今いろいろな問題を抱えていますから、これはまた後で出てくると思いますが、この総務省がかかわっているのは、公的医療が危なくなることによって地方の救急医療が危なくなっている。地方行政を所管する観点からまた、救急医療を強化していかなければいけないという文脈があると思います。

長くなって恐縮です。ですから、その中で言えば、このリストがきちんとあるかって、あります。それから、それプラス休日・夜間診療所なり何なり、いろいろな在宅当番なり、そういう制度もあります。こういうのは全部オープンになることができるものですから、また、している地域もありますから、その辺はあまり心配されないほうがいいのではないかなと思います。

座 長 なるほど。ありがとうございます。

いかがでございましょうか。委員、何かご意見ありましたら。

委 員 私、一言、きょう1つ質問しようと思ってやってきたのですが、ほんとうはその他のところのほうがいいかと思っていたのですけれども、今、仕組みづくりのほうでずっと話が進んでいますので、それでいいのかとは思っているのですが、せっかく機会をいただいたので発言します。まず、仕組みづくりについて言えば、今、委員がおっしゃったのは少しフライングだと私は思います。救急のところに

一般国民よりも救急に関する情報が集まっていて、それを頼ろうとすると救急にアクセスが増えてきて困るのではないかというのは、やっぱりどう考えても本末転倒という話なので、そうやって救急車派遣の依頼が来たものをどうやって振り分けるかという話に進んでいかないといけないという委員その他の御意見に賛成します。しかし、まあ、でも、そんなことは委員だって十分ご存じのことで、ほんとうに現場を知っておられるからさっきのようなお話が出てきたのだと思うのですが。

それで、この仕組みづくりも今回の話でどれだけレベルアップができるのかというと、それはほんとうはやってみないとわからないのかもしれないのだけれども、一応、方向性としてはここにあるように消防と医療の関係者がとにかく連携による協議、その場というのですか、それを充実させる。だから、全国的に1つずつレベルをアップしましょうよという励ましみたいなもので、励まされてきちんとやるかどうかというのは、これはまた人間のことだから何ともいえない可能性もあるけれども、やっぱりそういう方向で話を持っていくのは悪くはないというか、いいことなので、よろしいのではないかと私などは単純に思っているということです。

その上できょうのような抽象論というか、抽象かどうかはちょっとわからないのですが、仕組みのところの話だけではなくて、ほんとうはこの場でいいのかどうかもよく判断がつかないのだけれども、私がこの会に出ると、私だけではないのですけれども、この場が設定されている日時が偶然でしょうが救急に関する大きな事件が起きた次の日とか、その次の次の日とか、あの都内の病院の事件も、その次の日にこの会議が設定されていたり。それで、きょうもそのような話です。私、朝、ニュースを見ていました。それで、長くなるといけませんが、とにかくきょうの話は賛成だと、まず、もう1回繰り返しますね。それから、これから申し上げることは兵庫県の事件の話ですけれども、それについて私がよく事実について知っているわけでもないし、担当者を責めるためにこれから話を申し上げるわけでもない。

もう一つ私がこれから申し上げる背景としては、私、別に厚生労働省の関係で、医療機関で事故が起きたときに、どうやって真相究明して再発防止につなげていくかに関する検討会に関係していることがあります。事故を教訓にして再発防止につなげていくというのがなかなか、それこそ制度づくりが難しくてというところに関与——関与というか、責任があるのですけれども、それと同じような話がありました。今回のきょうの朝、私がニュースとワイドショーで聞いた範囲のことなので、ここにおられる方は情報をそれこそもっと持っておられる可能性がたくさんあると思いますけれども、とにかく何らかの、自転車と何とかの事故でしたか。兵庫県で交通事故が起き、それで、片方は明らかな重症だということでパッ

と3次救急病院に運ばれた。もう1人は見たところは大丈夫だったのでしょうか。とにかく後に回されて、それで14病院で拒否されて、最後に受け入れてくれたときには1時間以上たっていて、結局、その方は死亡されてしまった。これをどう見るかという話ですよね。

きょうの朝の私が聞いた話では、まず、途中でですが、こういう長い時間の中で、1時間以上の中で、3次救急病院、一番初めに運んだ病院が実はもう1人受け入れられるという連絡が来た。しかし、3次救急なものだから、これは重症者でないと運べないというので運ばなかったというのが1つあるのですね。それから、30分以上、とにかく運べない状態になった場合にはこの1市だけなのか、県全体なのか、あるいは全国なのかかわからないですけれども、重症者について30分以上運べない場合は通信指令室に救急隊のほうで連絡をして何とかしてくれ、我々も努力するけれどもという話にするのだけれども、これは重症者ではないという判断をしたものだから連絡をしていないのですね。

それで、テレビ報道によれば、今後はルールを変更して、通信指令室のほうで軽症であれ、何であれ、30分以上搬送の連絡が来ないという場合には独自に通信指令室のほうでも動くようにしますというようなルール変更の話までしている。すぐ明日からなのか、それともどうなのかということも私にはわかりません。まずこれだけの、ここの基礎的な私が理解した話というのが、すべての事実がどうかとも問題ですが、一応これらの情報を前提にして3点指摘したいことがあります。

まず1つは、これは今の話だけ聞くと、現場トリアージの失敗のように聞こえる。しかし、ここでは個別の事件について、それがどうだったのかというのを議論するような場でないと思いますから、これはまたこれで別の話でいいと思うのですけれども、そこで2点目としては、それが何であれ、検証していただきたいですよね。

そうすると、この10ページのところで記されている点でいうと、この救急搬送・受入とか、調査というのに多分、事後調査も入るのだろうし、左のほうでは処置等の事後検証の実施というのもずっと行われているし、どこかでやっていたのだろうということなのですが、そこで、きょう聞いたような重症者については30分以上たっても——いや、30分以上、とにかく運べない場合には現場から通信指令室へとにかく連絡をして、重症者なのに運ばませんということをやるというルールがあったのを変更した、あるいはこれから変更するというのは、まさにこのような、このメディカルコントロール協議会に乗せて変更するような話なのだろうか。これは具体例になるので、それこそ私もほんとと素人なので、ここが一体どういう役割を果たすかということですからけれども、それともそういう話はちょっとまた別で、メディカルコントロール協議会のレベルではなくて、も

っと下というのか、上というのか、別のところでやるような話ですよということなのかどうか。これが第2点ですね。

第1点については、さっき申しましたように、現場トリアージがどうであれというのは省略してもらって結構なのですが、3つ目として考えたのは、これは兵庫県、きょうの資料でも兵庫県はなかなか大都市圏ですから、表の中にありますよね。地図の中に、すぐには運べないような地域としてデータもきちんと出ていますよということを裏付けているような事例なのかもしれませんけれども、しかし、そういったってこのような事例が起きるのは兵庫県だけの話ではない。そうすると、そこで何らかの検証がなされたときに、兵庫県だけで何らかのルール変更とか、いろいろなことだけではなくて、それはどこかでそういうシステムがあるのだと思うのですけれども、全国の消防隊、あるいは救急隊のところへこの話が持っていかれて、お医者さんと救急隊と一緒にまさに連携による協議で検証した結果が生かされるような仕組みというのがさらにきちんとあるのでしょうかというのが第3点です。具体的な話を交えているので、かえって話がわかりにくくなって申しわけなかったかもしれないですが。

座長 事務局、いかがでしょうか、お話できるところだけでも。

事務局 この事案については、今、私どもと厚生労働省のほうで地元で状況の報告をいただいている段階なので、現段階では正確なことは申し上げられませんが。

委員 ええ。事実関係については特に気にしないでください。

事務局 今まで兵庫県については搬送困難事案が幾つか生じていたということを踏まえて、平成19年12月ですけれども、県のほうから各消防のほうに搬送困難な場合の対処ということで通知が出されていて、その中で1つは医療機関への交渉開始から30分経過した場合で、かつ患者さんがプレショック状態であった場合には県内の3次救命センター、特定機能病院に連絡、了承の上、直接搬送するというルールが決められています。それと、30分以上経過した場合で、今言ったような状況以外の場合であっても指令室と連携して病院を選定するということが県のほうで取り決めて通達がされています。

プレショック状態と判断する場合の具体的バイタル基準については、呼吸で言うと1分間に30回以上、または10回以下、脈拍1分間に120以上、血圧値が90以下、その他不整脈等、CPAに陥る危険性があると判断した場合というもの示されているのですけれども、その基準に従って先ほどの特別ルールが適用されるということを通知されています。今回の患者さんについては、そのバイタルの状況がその条件に合っていなかった。合っていなかったというのか、そういったプレショック状態ではないということで救急隊が判断したということのようです。その事実についてはですね。

今後、そういった事案を受けて、当然、県のほうで善後策を対応することになると思いますが、私どもが搬送ルールと言っている中に、救急隊が重症度・緊急度を的確に判断するルールもやはり必要、こういった事案があるので必要ですので、そういったルールの見直し事案に該当する——今回、該当すると思いますけれども、そういった事案も踏まえてルールをさらに改定していただくということも、今後、こういう仕組みができればやっていただくことになると思いますし、全国のそういった県の取り組みについてどうするかということですが、当然、そういった経験は他の地域でも生かすべきということだと思いますので、ちょうど12ページに国としての情報提供等の責務というものも仕組みに位置づけたいなと思っていますけれども、そういった地域の経験を生かして、国としても全国的に必要なものについては情報提供するというような対応も必要かと思っていますので、そういった仕組みも位置づけたいと思っています。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

それから、このような事例に関して事後検証等はどこでやっているのですかという質問に関しては、いかがでしょうか。当然、県でもやりますよね。そのほかに全国的なところというのは、全国MC協議会連絡会というのがありますけれども、いかがでしょうか。

事務局 地域MCでやるかどうかまだ決まっていないようですけれども、地域のそういった事案については、全国MC連絡会がありますので、そこでのご報告というようなことで他地域で参考にすることもあると思いますし、これはそういうもの、全国MCを使わずとも国としても情報提供が必要なものはしなければいけませんので、私どもと厚生労働省で、今、今回の事案についても調査しておりますので、その中で出てきたもの、必要な情報については国としてもそういった場で提供するということをしなければいけないと思います。

座 長 そのぐらいのところではよろしゅうございますか。全国MC協議会の連絡会では、いろいろな事例についても報告があります。例えば秋葉原のあの事例もMC協議会の連絡会で報告をしているわけですので、何かそういう教訓的なところはやれたらよろしいのではないのかなとは思っております。

委 員 先ほどからこの話なのですが、メディカルコントロールのいわゆるコアの部分、質の保証、これはルール化しなければいけないというのは、まさにそこにあると思うのですね。今回、これがどうなるかといいますと、まず遺族の方から、救急活動記録を書いてありますね。当然、それは開示しないといけないのですけれども、こういう状態でしたというのを開示しますよね。次に、遺族から見て、その判断が正しかったかどうか、これが問題になってきますよね。それはどういう規定で何に基づいてやっているのですか、これをどうやって検証している

のですか。「いや、検証、何もしていません」、そんなことではいかんですよね。だから、これからやはりきちっとした検証もやって、きちっとした判断基準、もちろんあるのですけれども、これも法的にルール化して、そして検証結果については遺族の方に開示するということまで救急がやらんといかんと私は思いますけどね。

座 長 ありがとうございました。

少しまだきょうお話をいただいております委員の皆様、何かありましたらどうぞ。

委 員 私は発言しました。

座 長 では、委員、どうですか。よろしいですか。

委 員 いえ、特には。

座 長 よろしいですか。委員、どうぞ。

委 員 ちょっと戻ってしまいますけれども、仕組みづくりのところの話についてお話し致します。きょうのご議論を伺って、私、基本的には事務局のお考えには賛成でございまして、まずはできるところから対処していこうということで進めばプラスになることはおそらく間違いないであろうと私も期待いたしますので、その方向で進められればと思っております。ただ、この問題をこういう形で切り出して解決するということが果たして最適の選択であるかということになるとやはり問題が出てくる可能性があるのではないかという気がしているところです。

委員のお話は、おそらくその1つのあらわれを指摘されたのだろうと思っておりますけれども、マスコミでしばしば取り上げられる搬送のおくれの事案というのは、消防機関が確知した傷病者を搬送しようとして搬送できないというのも1つなのですが、診療所なり病院が他院に搬送しようとしてできないというのも、最近しばしば問題があると言われるところで、こういった場合に、このルールは機能しないということが私には気になるのです。

一般市民はそこまで情報を持っていない可能性はあるかもしれませんが、こういう仕組みができたということは、おそらく医療機関にはすぐに広まることだろうと思っておりますので、診療所の医師が転院搬送させようとして見つからないというときに、もうこれは消防に回してしまおうというように判断するという可能性は十分あり得るのではないかという気がしております。これは、消防と医療の連携の問題ではなく、医療機関同士の連携の問題であると言えます。最近、医療機関も、病診連携や病病連携といった形で他の診療所や病院などとの連携を少しずつやってきている部分はありますけれども、もともと医療機関というのは消防であれ、他の医療機関であれ、よそと連携するというのは大変不得手な組織でありまして、それが今までずっと続いてきた。それがおそらく問題の背景としてあるのではないかという気がしております。

ここで消防との間の連携をするというのは、これはこれで1つの解決ではあると思うのですけれども、消防は行政組織であり一体ですので、連携した結果は消防にはダイレクトに反映されると思います。ところが、医療機関側が一枚岩ではないのですね。そういったことで、事務局のほうからも努力義務しか課すことができないというお話がありましたけれども、こういった部分も含めてやはり医療機関サイドの連携のあり方というのを本来は考える必要がある。それを踏まえてではないと、この問題は全般的な解決ができないだろうと思うのです。ところが、それは厚生労働省の問題であって、総務省がタッチできることではないということとここでこういう切り分け方になっているのだろうと推測しております。

おそらく、ほんとうにメディカルコントロールの理念を実現するためには、本来の道筋としては医療法と消防法の枠組みを全部見直して「救急医療」という形で切り出すとか、そういった転院搬送などの場面も含めて複数の機関同士の患者のやりとりに関する問題をまとめるとか、これは医療と消防の両方にまたがることとなりますが、そのような形ですべて一元的な法制化という形で解決を考えるというようにせざるを得なくなってくるのではないかという気がしております。それがほんとうに可能なかどうかというのは、私は我が国の現状を踏まえますとあまり期待していないのですけれども、しかし、その辺をどこまでお考えなのかということをぜひ事務局のほうからお聞きしたいと思っております。

座 長 ごめんなさい。この答えは厚生労働省のほうからの答えのほうがいいのではないのかなと思いますが。

委 員 今の問題に関してコメントを加えてよろしいですか。受け入れ側のルールの問題というのは、ここで示されているのは消防から来る受け入れのルールですが、委員が指摘された救急医療全体の話でいくと、ウォークインなどの受け入れも含めたルールを考えることができないかということなのですよ。この10ページの図で言いますと、3の救急搬送から4の救急医療の「受け入れ Yes/No」は「メディカルコントロール」の枠の中で終わっていますけれども、ほんとうはこの枠の外側にもウォークインの受け入れがあって、消防組織と救急医療だけでなく、そこには市民もかかわっていくので社会合意が要る。そんなことが将来像でしょうが、まずこの枠の中から動くことによって、この外側の受け入れの問題も見えてくるのでしょうか。

市民に対する理解、協力、各病院の連携などがありますが、まずは消防と一緒にのところを最初に一緒にやって、そこの中からじわっと外側にはみ出してくるようなものが目指すべきところなのかなと思います。ウォークインの受け入れを、例えば院内トリアージとして病院でやっているところはあるそうですが、例えば地域の大きなMCの中で、消防と連携の中でどうあるべきなどという話を議論していければ、次のステージが見えてくるのでしょうか。

今の段階で直ちに仕組み化をするのはかなり難しいのだろうけれども、目指している大きな意味でのMCが、あり得べく方向だろうし、そうなってくると、この枠の外側にいる市民もつながってくるのだろうというイメージを持っているのですけれども、どうなのでしょう。

座 長 いや、全くそのとおりだと思いますよ。ただ、この10ページのメディカルコントロールで覆われているこれは、救急車が現着して、そこから始まる流れだけなのです。もちろん、この外にはウォークインの皆さん、あるいはその他の皆さん、いろいろながあるので、これはそこだけを見ているというようにご了解いただきたいと思いますが——どうぞ。

委 員 厚生労働省では全くないので、念のため最初に念を押しますが、ただ、一応、地域医療ということで関連していろいろお話はさせていただいていますので、一部かわるかなと思う場所をお話ししますが、例えばこの都会型のマッチングに時間がかかるという話と全然違う文脈で話をすれば、医療資源が非常に乏しい同土でどうやるかといった場合には地域連携を医療機関の枠を超えてやる事例というのは、いろいろなところにあるのです。

それは例えば開業医である医師会員が公的病院の外来診療の場に座ってさばきをやるとか、いろいろなことをやっています。それから、電話相談事業も同じです。小児救急の場合に練達の小児科のドクターが自分のクリニックに座って患者を待つよりは、電話の前か、そのそばにいてもらって振り分けをやってもらったほうが非常に取り回しがいい。しかも、難渋した場合にはそのドクターがじかにそちらの病院に電話をして、おれがこう考えるのだから何とかしてくれないかというやり方をすると、それで通るという話もありまして、全く連携がなくなると言われると、それはそうではないのではないかなと。

あともう1点は、災害医療ということで考えれば、これは座長がお話したほうがいいのかもしれませんけれども、災害のときにはそういう地域の垣根は取っ払って、地元の医療のリソースと、それから、駆けつけた医療チームが相乗しながらやるという姿は大分日本でもこなれてきていると思います。ただ、何の課題があるかという、1つはやっぱり官民の身分の違いという問題がどこで解決できるかということがあるのです。例えば公的医療機関では、ドクターに多少余裕があるが、近隣地区の民間の医療機関ではリソースが足りなくなった。しからばこの時間帯とか、この科だけ何とか助けてくれないかという、それはなかなかそうはなりません。その逆も同じなのです。行政の長がこう言っているとか、議会がこうであるとか、そういう話になってきますと押し問答になったり、なかなか思うようにいかなかったりということも僕も経験もあります。

ですから、これは今が非常事態だ。災害に準じる大変な状態だと。経済も今そんな状態ですが、医療の現場だって、政策誘導がよくなかったために、今、救急

医療に非常に大きなしわ寄せが来ているということは現実だと思うのです。昔、「たらい回し」と言っていた言葉が今また復活して、もう使わないでいただきたいと何回も言っているのですが、ああいう言葉が復活している現状とは何かというと、その間にそういうのがあんまり問題にならない時期があったわけですよ。それなのに何だという思いが皆さんあって、それは非常にエモーショナルな反応になっていると思いますが、それはやっぱり医療のリソースが、ここまで減らしても大丈夫だろうと、医療費の抑制策が進められてきたのです。

1兆1,000億、5年間で減らせば世の中、非常によくなるのだという政策目標を立てた内閣、それを粛々と実行してきた政府があるわけですから、今になって、さあ、ドクターの数も減らした、減らしたのは医師が賛成したからだとおっしゃった総理大臣がいらっしゃいますが、しかれば、最初に政策を決めたときに、国会で座り込みをやったほうがよかったのだろうかとか、それはいろいろあります。だから、いろいろな場所でいろいろなことを常に話さなければいけないとは思っているのです。

でも、今、救急医療は危機的状況にある。この認識で何ができるかというのはやっぱり地方のレベルで十二分な話し合いをもう1回しなければいけないと思っています。公務員だからとか、ここは公的機関だから助けに来て困るという例が、実際に阪神・淡路大震災のときにあったという話を聞いていますから、その後、それは反省されてそういうことも言わないようにしようと施策が進められています。

座 長 ありがとうございます。

委 員 すみません、長くなりました。

座 長 ありがとうございました。いや、今の発言が委員の答えかどうか少し怪しいところはありますけれども、医師会、厚生労働省を代表してお答えいただきました。ありがとうございました。

委 員 違うって言っています。

座 長 そろそろ時間でございますが、いかがでございましょうか。この総論のところは委員の先生方、そのとおりだということで、総論については賛成をいただいたということにさせていただきたいと思いますが、いかがでございましょうか。ありがとうございます。

そして、その具体的なところ、実施の具体的なものに関しては、まだまだ詰めなければいけないところがありますので、ぜひ作業部会のほうにお願いして実施要綱、実施基準、あるいは具体的なルールづくりをまずしていただいて、それをこの委員会で検討していただくという流れをつくっていきたいと思いますので、それから先のところは少しお時間をいただきたいと思います。

それでは、もう一つ、実は報告事項があります。それは資料2でございすけ

事務局 けれども、資料2をお開きいただき、事務局から説明を願いたいと思います。

座長 資料2でございますけれども、トリアージ作業部会が開催されまして、これについてはトリアージ作業部会長のほうからお願いできればと思います。よろしくお願いします。

トリアージ報告者 よろしく申し上げます。

では、時間も少ないので簡単にご説明したいと思います。トリアージ作業部会では2つのポイントについて検討してまいりました。1つは、後から追加で配付していただいた「119番通報時のトリアージの実証検証の結果」でございます。これは4つの消防本部におきまして昨年、一昨年とやってきたことをより精度を高めるということで、特に心停止をきちっと早期に見つけて口頭指導、あるいはPA連携等を行うため、実際、どのくらいの精度が出るのかというようなことの検討を行ってまいりました。

結論的に言いますと、通報の第一報で明らかに心停止と思われるものについては、この半ペラの中の1aという部分ですけれども、それから、そのほかに通報の向こうから意識があるかどうか、あるいは呼吸をしているかどうかということ聞き出して心停止の判断ができるものが1bというものになります。大体80%ぐらいのものはここで拾えてくるということ。そして、大体その的中率というのが10%台であるということがわかってまいりました。これが今後、次に述べる制度設計を考えるとどのくらいの率でこのPA連携を出さなければいけないのかというようなことの基礎的な数字になってくると思います。

もう一つ、制度設計のほうに関しましては、現在、結局、今一番、時間が少しでもおくれる、救急隊の到着がおくれると救命の可能性が少なくなるというものについては、この心肺停止になるような傷病者であるということは間違いがないわけですけれども、この資料2のもとと組んであるほうの最後のページ、これが1月21日に総務省から発表いただいた過去3年間のウツタインのデータなのですけれども、このデータを見ますと、心停止の発生と思われる時間から心肺蘇生を救急隊員が開始するまでが10分までのところが何とか社会復帰率がいいわけです。6%以上あるわけですけれども、10分を超えると非常に悪くなる。逆に言うと、この10分を超えるような地域というのを極力減らしていけば具体的な獲得目標として今の社会復帰率をもっと上げられるのではないかと。そのためにはどうしたらいいかというようなことで制度設計を1つ考えました。

2枚目をめくっていただくと、これはある市におきまして、ある消防本部におきまして具体的にその中の人口の分布、それから、救急隊の分布、そしてある実際の日に発生した救急事例をもとにして見ていきますと、このように真ん中に14分以上かかるという空白地帯が存在する。こういうようなところで起きたものがやはり予後が悪くなるだろうということで、これをその救急の件数が多い時間

帯に救急隊を移動していく、これはそこにある消防署で対応するのか、あるいはそこに遊撃隊員が行くのか、そういうようなことによって、少なくともPA連携のポンプ車は必ず10分以内にAEDを持って駆けつけることができる。

そして、そこから4分後、つまり、CPRを2サイクルするまでには救急救命士が到着できるような、それを1つの目標としてきちっとしたトライージを行い、そしてそれを行っていけば、この救命率の向上がかなり期待できるのではないかとということで、実際にこのような患者の発生状況から見た、この運用というもの在今后向きにやっていくというのが、事によって実際救命率を上げる、アウトカムを出すということが非常に重要ではないかということがトライージ部会では検討されました。

以上です。

座 長 ありがとうございます。非常にきれいなデータをいただきまして、ありがとうございます。

何かご質問がありましたらお願いしたいと思いますが、よろしゅうございますか。ありがとうございます。それでは、トライージ作業部会のほうもまたよろしくお願いしたいと思います。

以上で本日の議事はすべて終わりましたけれども、資料3、あるいは添付資料がありますけれども、事務局、これはどのようにいたしますか。

事務局 では、ごく簡単にご説明させていただきます。資料3でございますけれども、これは平成19年中の出場件数については、先般、確定値ということで発表させていただきましたけれども、平成20年についてはかなりの地域で救急出場が減少しているのではないかというお話を我々が各本部とお話ししてお聞きしております。今般、例年やっておりませんですけども、速報値ということで20年中の出場件数、搬送人員につきましてご報告をいただきました。

1ページでございます。数字が細かくて恐縮ですが、全国で言いますと、左上ですけれども、出場件数は3.6%のマイナス、搬送人員が4.5%のマイナスということになっております。ごくアンケート的にお聞きしたので、これが理由なのかということとは正確ではありませんけれども、特に減っている団体が多かったもので、右下になりますけれども、出場件数が減少した本部におきます減少した要因と思われる項目ということで回答いただきましたところ、比率的にはやはり救急車の適正利用等の広報活動を広げてきたことのご理解がかなり浸透しているのではないかというようなことを感じている本部が多かったということでございます。

以下、県別のものがずっと続いてございまして、この資料の6ページに過去の推移ということでございます。平成17年に一度ピークがありまして、18年に減少いたしました、19年が出場件数について見ますと過去最高ということで

529万件ございました。今回の20年の速報値で言いますと、510万件ということで、出場、搬送ともにマイナスということでございますが、これがどのように定着していくのかということは、今後推移を見なければわからないということだと思います。

7ページが全国平均の減少率を上回っているところを赤に示しております。ちょうど大都市部において政令市があるような地域の減少率が高いという数値になっております。そういったことがありまして、8ページですけれども、大都市、政令市及び東京消防庁管内の数字を見ますと、出場件数が4.8%のマイナス、搬送人員が5.8%のマイナスということになっております。

資料3は以上でございます。

もう一つ、資料番号がない縦紙の公立病院に関する財政措置の改正要綱という資料が一連の資料の一番下に入っていると思いますけれども、表紙が今の表題になってございます。これについては委員にも総務省の財政局の検討会にもご参画いただきまして、ご指導いただいたわけですが、私ども同じ総務省の中で、自治財政局の中で公立病院に対する財政措置について検討を行ってまいりました。昨年暮れに発表したものでございますけれども、公立病院の中の特に過疎地、産科、小児科、救急医療には重点的に財政措置を充実するという方向で対策を打ち出しております。

上から2行目にあります交付税で申しますと、昨年の2,900億の措置額を700億円ほど増額いたしまして3,600億円程度にするということでございますが、これは税収減の中で来年度交付税総額が非常に減少する見込みの中で総理の指示がありまして、1兆円上乗せということがあったわけですが、その結果、交付税全体としては4,000億円ほど来年増えるわけですが、そのうちの700億円は公立病院の財政に充てるということで、かなり重点的な措置を行ったということでございます。

具体的には細かいのですが、1枚目ですと2.のところに周産期、小児、救急について、それぞれ単価を四、五割増すというような形で大幅な単価改定のプラスを行っているということでございます。

それと、3.に経営形態多様化を踏まえた財政措置ということでございますが、後ろに細かい資料、補足のあれがありまして、その3ページというのをを開きいただきますとありがたいのですが、3ページの3.の(1)の①ということで、従来、財政措置の対象にしていたのが、いわゆる自治体病院以外に公的医療機関ということで日赤、済生会、厚生連等が入っていたわけですが、今回、地域において公的機能を同等に果たしている病院ということで、民法法人、社団法人、財団法人等についても対象とするということで、対象の拡大が行われているということでございますけれども、これらを含めて公立病院等に対する財政、

救急医療等の充実を図ったということでございまして、これについてはご報告ということでございます。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

いかがでございましょうか。もう時間が少し過ぎてしまっておりますので、ご質問がなければこれにて終了させていただいておきたいと思いますが、よろしゅうございますか。ありがとうございました。

それでは、これにてすべての議事を終了させていただきたいと思います。マイクを事務局のほうにお返しいたします。

事務局 長時間にわたりまして活発なご審議、ご意見、ありがとうございました。次回、第6回目の検討会につきましては、また皆様方の予定をお聞きしながらご連絡差し上げたいと思います。よろしくお願い申し上げます。

以上で第5回救急業務高度化推進検討会を終了させていただきます。ありがとうございました。

座 長 ありがとうございました。

— 了 —

平成 21 年 3 月 12 日
総務省消防庁救急企画室

救急医療情報システム利用状況等に関する調査概要

1 調査目的

消防機関における救急医療情報システムの利用状況等の現状を把握し、今後の救急搬送・受入医療体制改善の資料とするため調査を実施したもの（平成 21 年 1 月 19 日付消防救第 17 号「救急医療情報システム利用状況等に関する調査について（依頼）」）。

2 調査対象

都道府県及び消防本部

3 調査項目

- (1) 救急医療情報システム利用状況
- (2) (1) の回答において、「ほとんど利用していない」又は「全く利用していない」についての主な理由
- (3) 管轄内救急医療機関数（救急告示医療機関、救急告示以外の 2 次、3 次救急医療機関）
- (4) (3) において、救急医療情報システムに参画している医療機関数
- (5) (4) において、救急医療情報システムの更新頻度

4 報告基準日

- (1) 医療機関については平成 21 年 1 月 1 日現在
- (2) (1) 以外の事項については回答時点
（平成 21 年 1 月 19 日から 2 月 6 日までの間）

救急医療情報システムの利用状況

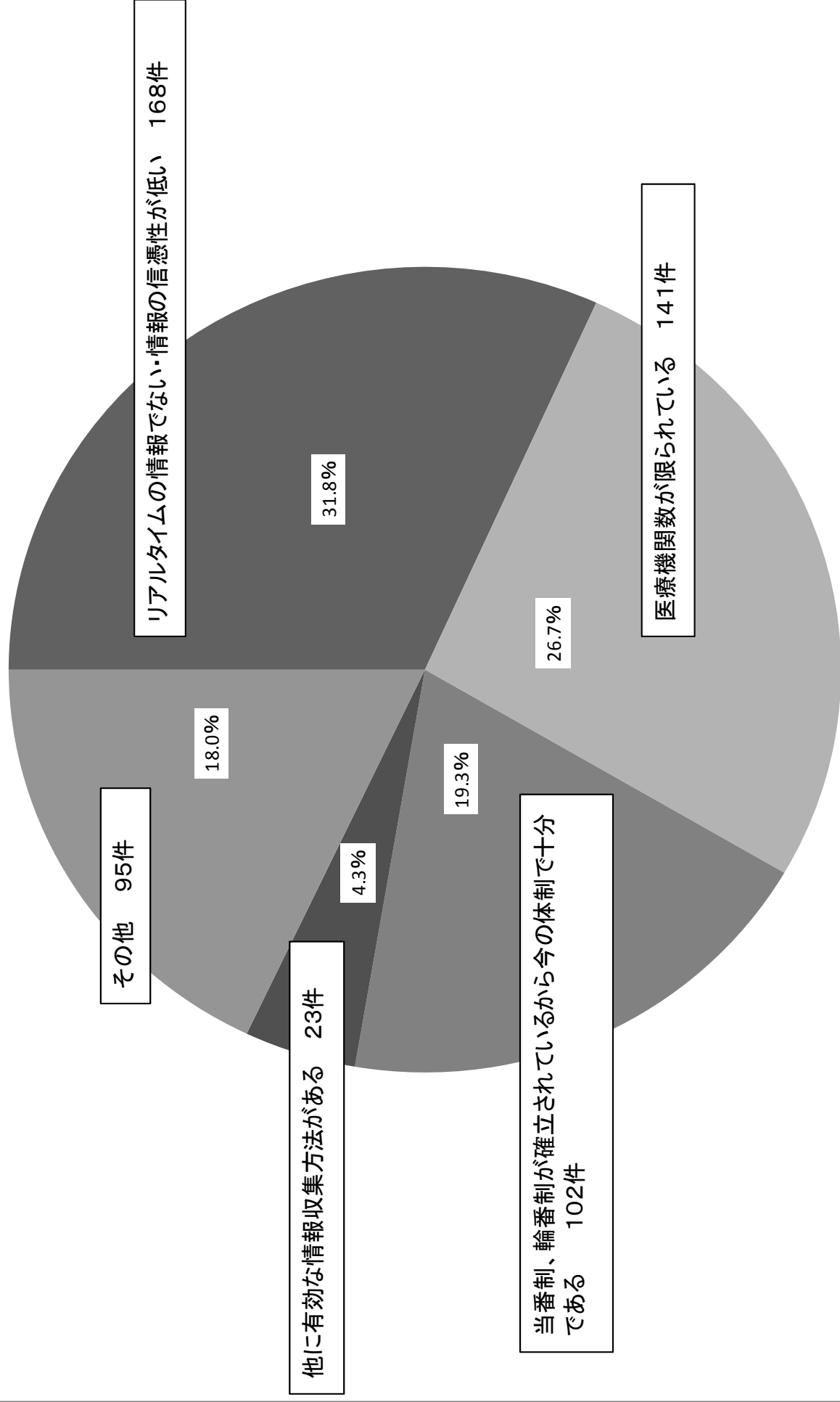
	都道府県	救急医療情報システムの利用状況					備考
		(A) 主たる照会手段として利用	(B) 補完的照会手段として利用	(C) ほとんど利用していない	(D) 全く利用していない	合計	
1	北海道	0	9	21	38	68	
2	青森県	3	1	7	3	14	
3	岩手県	1	2	4	5	12	
4	宮城県	0	2	7	3	12	
5	秋田県	0	4	6	3	13	
6	※山形県	0	0	0	0	0	救急医療情報システム未整備
7	福島県	7	4	1	0	12	
8	茨城県	9	14	3	0	26	
9	栃木県	1	4	5	3	13	
10	群馬県	1	6	4	0	11	
11	埼玉県	14	14	6	2	36	
12	千葉県	5	9	13	4	31	
13	東京都	3	0	0	3	6	
14	神奈川県	3	9	8	6	26	
15	新潟県	2	5	7	5	19	
16	富山県	0	1	8	4	13	
17	石川県	0	1	7	3	11	
18	福井県	0	2	5	2	9	
19	山梨県	2	3	4	1	10	
20	長野県	0	4	4	6	14	
21	岐阜県	9	5	6	2	22	
22	静岡県	0	6	15	5	26	
23	愛知県	3	6	20	8	37	
24	三重県	7	2	4	2	15	
25	滋賀県	5	3	0	0	8	
26	京都府	6	6	3	0	15	
27	大阪府	10	21	2	0	33	
28	兵庫県	10	14	5	1	30	
29	奈良県	9	4	0	0	13	
30	和歌山県	5	8	2	2	17	
31	鳥取県	2	1	0	0	3	
32	※島根県	0	0	0	0	0	救急医療情報システム未整備
33	岡山県	2	4	5	3	14	
34	広島県	0	4	10	0	14	
35	山口県	1	5	5	2	13	
36	徳島県	4	2	5	1	12	
37	香川県	1	4	4	0	9	
38	愛媛県	1	2	7	4	14	
39	高知県	0	6	4	5	15	
40	福岡県	0	9	9	8	26	
41	佐賀県	0	3	3	1	7	
42	長崎県	0	1	5	4	10	
43	熊本県	0	2	3	8	13	
44	大分県	0	2	6	6	14	
45	※宮崎県	0	0	0	0	0	救急医療情報システム未整備
46	鹿児島県	0	3	8	8	19	
47	※沖縄県	0	0	0	0	0	救急医療情報システム未整備
合 計		126	217	251	161	755	
比 率		16.7%	28.7%	33.2%	21.3%	100.0%	

※山形県・島根県・宮崎県・沖縄県の4県はシステム運用をしていない

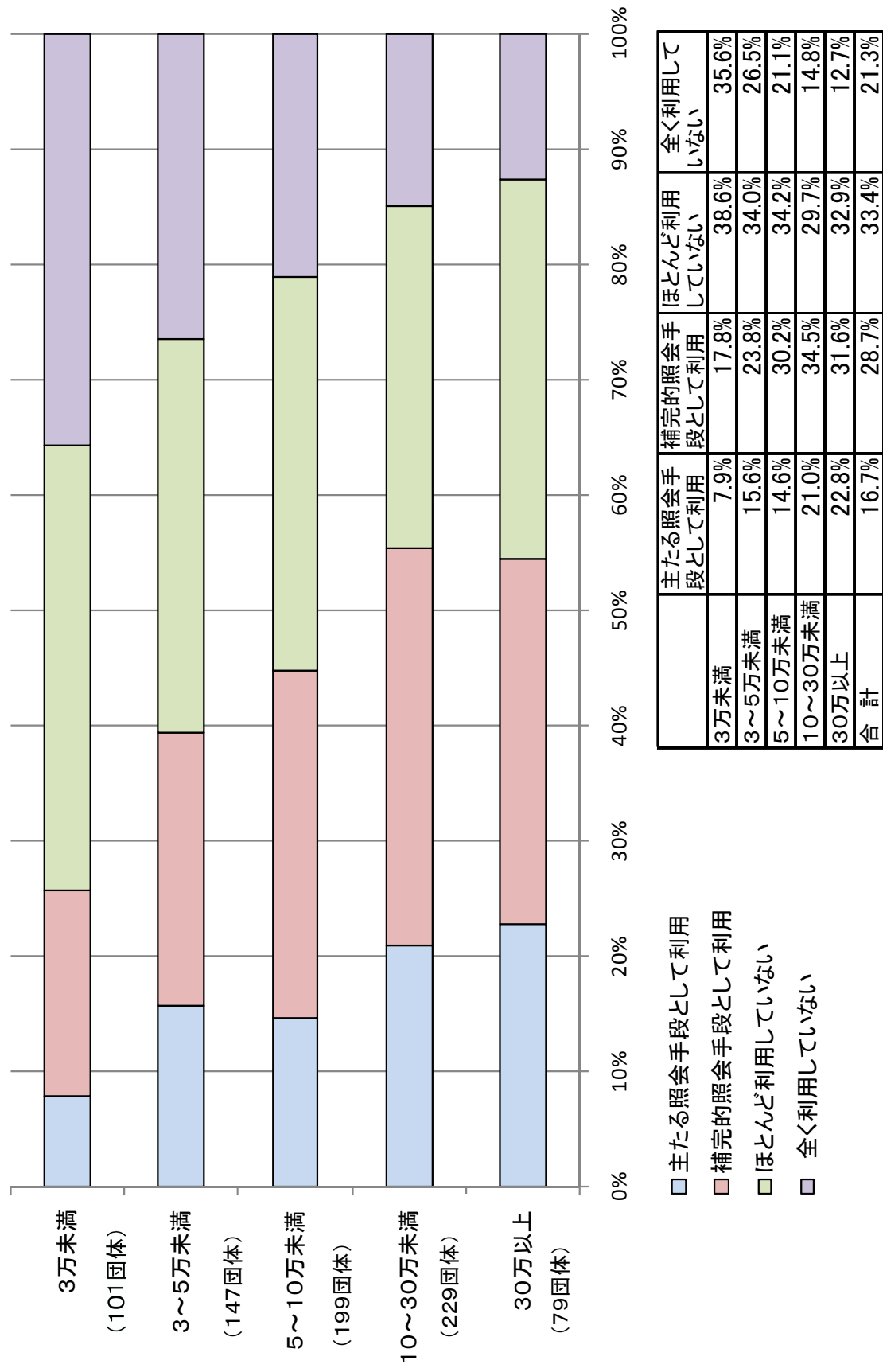
【参考】平成19年度調査結果

	救急医療情報システムの利用状況				
	(A) 主たる照会手段として利用	(B) 補完的照会手段として利用	(C) ほとんど利用していない	(D) 全く利用していない	合計
合 計	112	242	222	181	757
比 率	14.8%	32.0%	29.3%	23.9%	100.0%

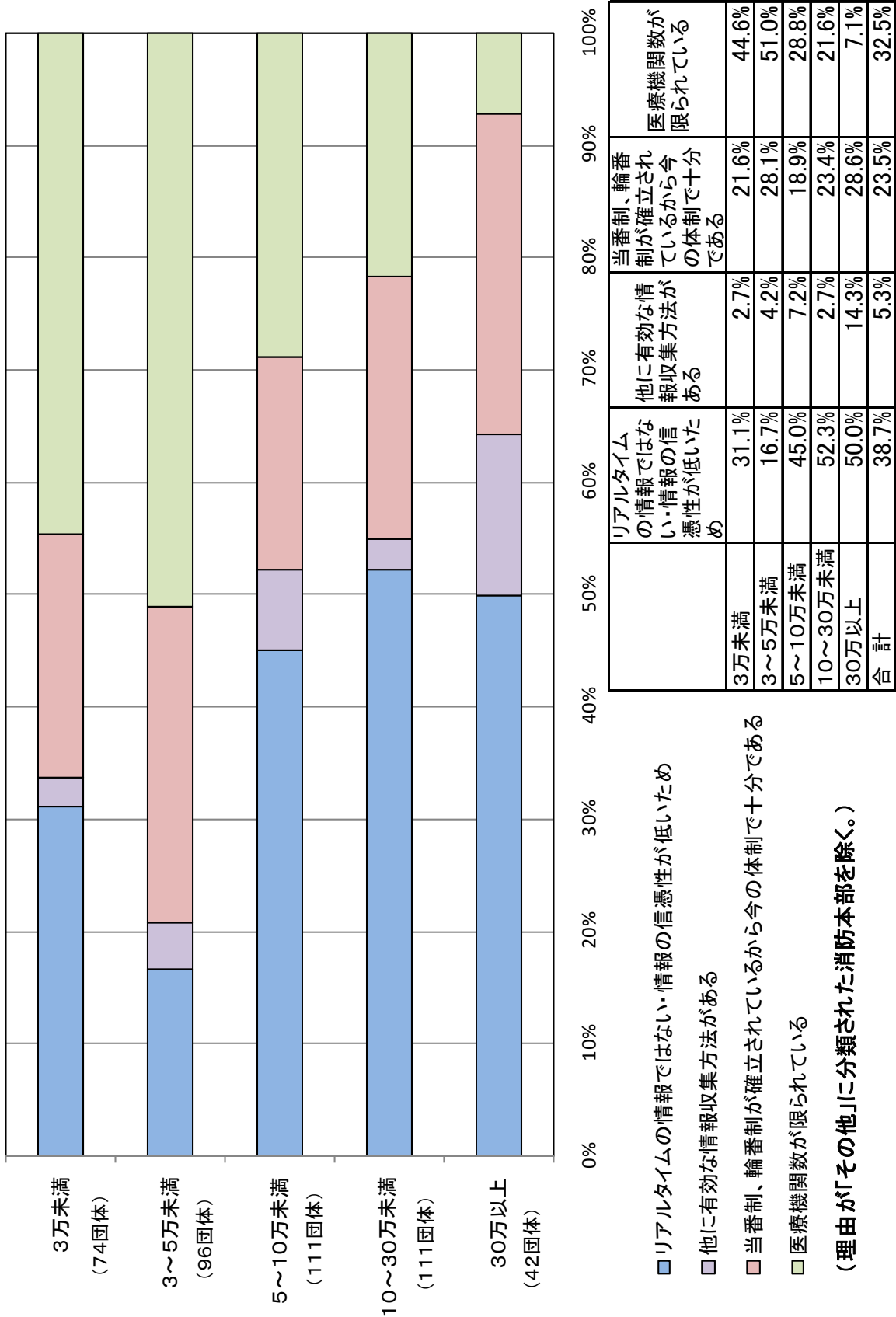
救急医療情報システムを利用していない理由（項目別集計値）



救急医療情報システム利用状況(人口規模別)

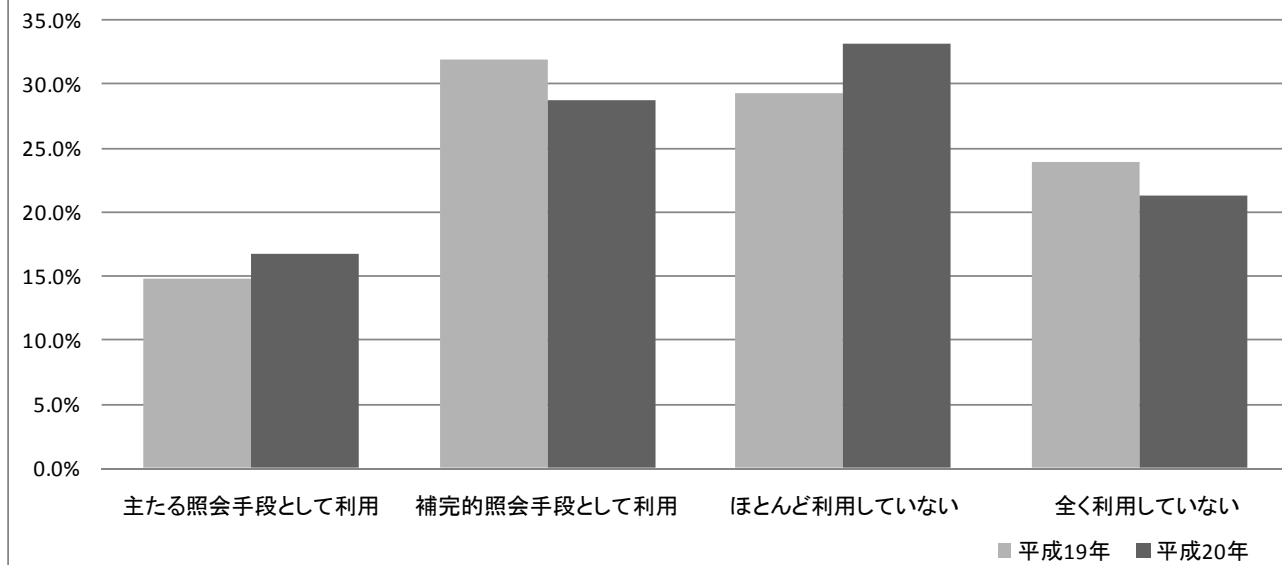


救急医療情報システムを利用していない理由（人口規模別）



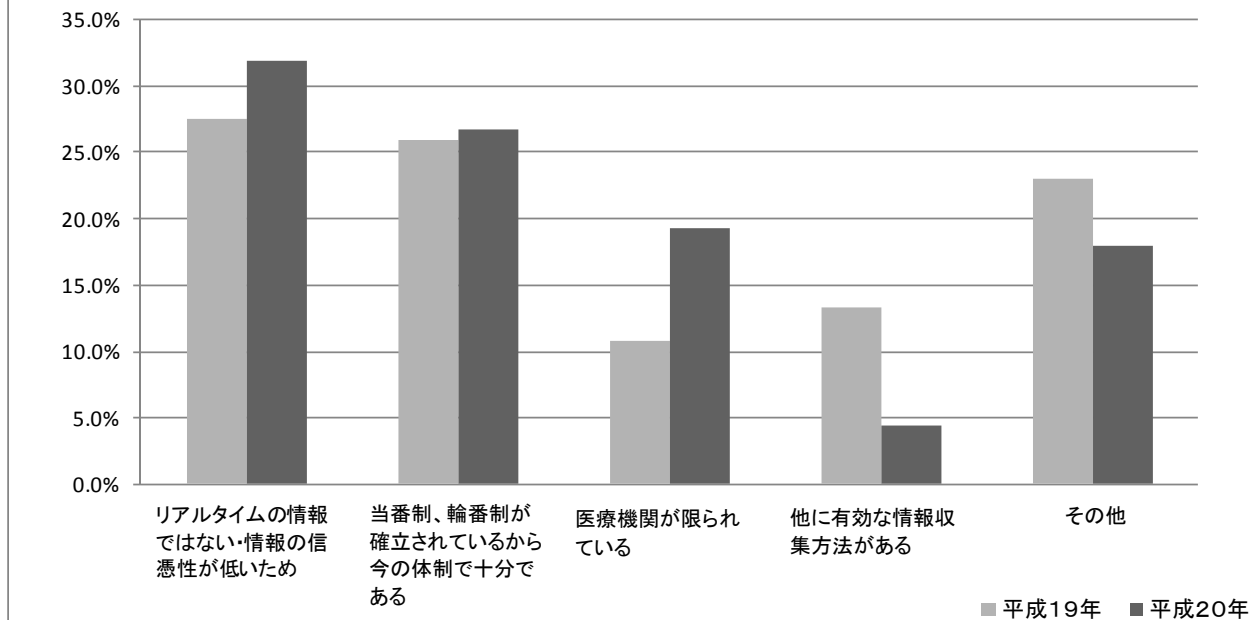
■リアルタイムの情報ではない・情報の信憑性が低いため
■他に有効な情報収集方法がある
■当番制、輪番制が確立されているから今の体制で十分である
■医療機関数が限られている
(理由が「その他」に分類された消防本部を除く。)

救急医療情報システム利用状況等(比較)



	主たる照会手段として利	補完的照会手段として利	ほとんど利用していない	全く利用していない
平成19年	14.8%	32.0%	29.3%	23.9%
平成20年	16.7%	28.7%	33.2%	21.3%

救急医療情報システムを利用していない理由(比較)



	リアルタイムの情報ではない・情報の信憑性が低い	当番制、輪番制が確立されているから今の体制で十分である	医療機関数が限られている	他に有効な情報収集方法がある	その他
平成19年	27.4%	25.8%	10.8%	13.2%	22.9%
平成20年	31.8%	26.7%	19.3%	4.3%	18.0%

救急医療情報システムへの医療機関情報提供状況(総括表)

	都道府県	救急医療機関 (a)	救急医療情報システム 参画医療機関(b)	b/a(%)	救急医療情報システム更新頻度						
					リアルタイム	定時に1日 3回以上	定時に1日 2回	定時に1日 1回	1日1回 未満	その他	合計
1	北海道	306	277	90.5%	8	0	24	73	89	83	277
2	青森県	56	50	89.3%	1	0	7	16	16	10	50
3	岩手県	58	54	93.1%	0	0	25	16	11	2	54
4	宮城県	86	71	82.6%	0	0	66	0	2	3	71
5	秋田県	44	44	100.0%	0	0	16	15	6	7	44
6	※山形県	37	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0
7	福島県	85	82	96.5%	0	1	76	4	1	0	82
8	茨城県	104	102	98.1%	0	9	48	14	12	12	95
9	栃木県	82	72	87.8%	0	0	9	28	15	20	72
10	群馬県	103	103	100.0%	0	8	32	39	22	2	103
11	埼玉県	201	195	97.0%	3	3	97	51	33	8	195
12	千葉県	208	160	76.9%	1	3	47	47	53	9	160
13	東京都	339	337	99.4%	335	0	2	0	0	0	337
14	神奈川県	305	213	69.8%	0	6	71	39	15	2	133
15	新潟県	71	69	97.2%	1	14	37	11	0	5	68
16	富山県	51	39	76.5%	3	0	19	9	7	1	39
17	石川県	65	47	72.3%	0	0	5	39	0	3	47
18	福井県	63	55	87.3%	2	0	21	28	4	0	55
19	山梨県	60	43	71.7%	0	0	8	28	3	4	43
20	長野県	98	96	98.0%	1	0	25	26	7	37	96
21	岐阜県	74	73	98.6%	4	9	18	23	18	1	73
22	静岡県	116	95	81.9%	0	2	11	45	8	29	95
23	愛知県	215	163	75.8%	13	1	33	78	31	7	163
24	三重県	72	71	98.6%	19	6	12	10	20	4	71
25	滋賀県	33	33	100.0%	14	0	19	0	0	0	33
26	京都府	109	104	95.4%	5	4	80	8	1	6	104
27	大阪府	264	235	89.0%	13	23	199	0	0	0	235
28	兵庫県	328	226	68.9%	65	7	144	6	2	2	226
29	奈良県	62	55	88.7%	2	2	29	6	0	0	39
30	和歌山県	76	71	93.4%	6	3	31	16	6	10	72
31	鳥取県	26	25	96.2%	0	0	0	8	9	8	25
32	※島根県	25	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0
33	岡山県	103	101	98.1%	2	6	31	22	20	20	101
34	広島県	152	128	84.2%	2	2	102	13	5	4	128
35	山口県	67	41	61.2%	0	0	10	18	11	2	41
36	徳島県	37	37	100.0%	0	0	0	0	0	37	37
37	香川県	78	69	88.5%	2	0	1	29	4	33	69
38	愛媛県	60	60	100.0%	0	0	14	21	14	11	60
39	高知県	41	38	92.7%	0	0	14	9	2	9	34
40	福岡県	243	204	84.0%	12	3	9	110	49	21	204
41	佐賀県	71	66	93.0%	0	0	24	22	10	10	66
42	長崎県	72	65	90.3%	3	0	0	41	16	5	65
43	熊本県	81	76	93.8%	0	0	0	2	0	74	76
44	大分県	57	39	68.4%	0	0	17	18	0	4	39
45	※宮崎県	59	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0
46	鹿児島県	113	73	64.6%	0	0	1	34	30	8	73
47	※沖縄県	28	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0
合 計		5084	4257	83.7%	517	112	1434	1022	552	513	4150
		比 率			12.5%	2.7%	34.6%	24.6%	13.3%	12.4%	100.0%

※山形県・島根県・宮崎県・沖縄県の4県はシステムを運用していない

平成20年1月1日現在

【参考】平成19年度調査結果

	救急医療機関 (a)	救急医療情報システム 参画医療機関(b)	b/a(%)	救急医療情報システム更新頻度						
				リアルタイム	定時に1日 3回以上	定時に1日 2回	定時に1日 1回	1日1回 未満	その他	合計
合 計	4879	4359	89.3%	484	162	1344	1260	-	1105	4355
		比率(%)		11.1%	3.7%	30.9%	28.9%	-	25.4%	100.0%

救急医療情報システムへの医療機関情報提供状況(救急告示医療機関分)

	都道府県	救急告示 医療機関 (a)	救急医療情 報システム 参画医療機 関(b)	b/a(%)	救急医療情報システム更新頻度						
					リアルタイム	定時に1日 3回以上	定時に1日 2回	定時に1日 1回	1日1回 未満	その他	合計
1	北海道	274	265	96.7%	8	0	21	68	89	79	265
2	青森県	56	50	89.3%	1	0	7	16	16	10	50
3	岩手県	56	54	96.4%	0	0	25	16	11	2	54
4	宮城県	71	62	87.3%	0	0	57	0	2	3	62
5	秋田県	30	30	100.0%	0	0	16	11	1	2	30
6	※山形県	37	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0
7	福島県	58	57	98.3%	0	1	52	3	1	0	57
8	茨城県	102	100	98.0%	0	9	46	14	12	12	93
9	栃木県	75	72	96.0%	0	0	9	28	15	20	72
10	群馬県	98	98	100.0%	0	8	32	37	19	2	98
11	埼玉県	194	193	99.5%	3	3	95	51	33	8	193
12	千葉県	146	131	89.7%	1	3	41	37	42	7	131
13	東京都	338	336	99.4%	334	0	2	0	0	0	336
14	神奈川県	182	159	87.4%	0	6	62	25	11	2	106
15	新潟県	68	66	97.1%	1	13	36	11	0	5	66
16	富山県	51	39	76.5%	3	0	19	9	7	1	39
17	石川県	64	46	71.9%	0	0	5	38	0	3	46
18	福井県	63	55	87.3%	2	0	21	28	4	0	55
19	山梨県	44	42	95.5%	0	0	8	27	3	4	42
20	長野県	90	88	97.8%	1	0	25	26	6	30	88
21	岐阜県	74	73	98.6%	4	9	18	23	18	1	73
22	静岡県	106	87	82.1%	0	2	10	38	8	29	87
23	愛知県	195	145	74.4%	11	1	29	67	31	6	145
24	三重県	69	68	98.6%	19	6	12	10	17	4	68
25	滋賀県	33	33	100.0%	14	0	19	0	0	0	33
26	京都府	93	93	100.0%	5	4	71	7	0	6	93
27	大阪府	264	235	89.0%	13	23	199	0	0	0	235
28	兵庫県	184	173	94.0%	57	6	105	3	1	1	173
29	奈良県	40	40	100.0%	1	1	24	1	0	0	27
30	和歌山県	64	64	100.0%	5	2	31	15	6	5	64
31	鳥取県	22	21	95.5%	0	0	0	8	9	4	21
32	※島根県	24	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0
33	岡山県	91	90	98.9%	2	6	27	19	19	17	90
34	広島県	151	127	84.1%	2	2	101	13	5	4	127
35	山口県	67	41	61.2%	0	0	10	18	11	2	41
36	徳島県	37	37	100.0%	0	0	0	0	0	37	37
37	香川県	68	61	89.7%	2	0	1	28	4	26	61
38	愛媛県	60	60	100.0%	0	0	14	21	14	11	60
39	高知県	39	36	92.3%	0	0	14	9	2	7	32
40	福岡県	139	139	100.0%	12	3	6	92	19	7	139
41	佐賀県	52	52	100.0%	0	0	20	17	7	8	52
42	長崎県	64	58	90.6%	3	0	0	35	15	5	58
43	熊本県	76	71	93.4%	0	0	0	1	0	70	71
44	大分県	50	32	64.0%	0	0	17	13	0	2	32
45	※宮崎県	59	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0
46	鹿児島県	96	64	66.7%	0	0	1	30	28	5	64
47	※沖縄県	25	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0
合 計		4339	3843	88.6%	504	108	1308	913	486	447	3766
		比 率			13.4%	2.9%	34.7%	24.2%	12.9%	11.9%	100.0%

※山形県・島根県・宮崎県・沖縄県の4県はシステムを運用していない

平成21年1月1日現在

【参考】平成19年度調査結果

	救急医療 機関 (a)	救急医療情 報システム 参画医療機 関(b)	b/a(%)	救急医療情報システム更新頻度						
				リアルタイム	定時に1日 3回以上	定時に1日 2回	定時に1日 1回	1日1回 未満	その他	合計
合 計	4387	3987	90.9%	473	157	1231	1150	-	972	3983
		比 率		11.9%	3.9%	30.9%	28.9%	-	24.4%	100.0%

救急医療情報システムへの医療機関情報提供状況(救急告示以外の第2次、第3次救急医療機関分)

	都道府県	その他救急告示医療機関以外(a)	救急医療情報システム参画医療機関(b)	b/a(%)	救急医療情報システム更新頻度						
					リアルタイム	定時に1日3回以上	定時に1日2回	定時に1日1回	1日1回未満	その他	合計
1	北海道	32	12	37.5%	0	0	3	5	0	4	12
2	青森県	0	0		0	0	0	0	0	0	0
3	岩手県	2	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0
4	宮城県	15	9	60.0%	0	0	9	0	0	0	9
5	秋田県	14	14	100.0%	0	0	0	4	5	5	14
6	※山形県	0	0		0	0	0	0	0	0	0
7	福島県	27	25	92.6%	0	0	24	1	0	0	25
8	茨城県	2	2	100.0%	0	0	2	0	0	0	2
9	栃木県	7	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0
10	群馬県	5	5	100.0%	0	0	0	2	3	0	5
11	埼玉県	7	2	28.6%	0	0	2	0	0	0	2
12	千葉県	62	29	46.8%	0	0	6	10	11	2	29
13	東京都	1	1	100.0%	1	0	0	0	0	0	1
14	神奈川県	123	54	43.9%	0	0	9	14	4	0	27
15	新潟県	3	3	100.0%	0	1	1	0	0	0	2
16	富山県	0	0		0	0	0	0	0	0	0
17	石川県	1	1	100.0%	0	0	0	1	0	0	1
18	福井県	0	0		0	0	0	0	0	0	0
19	山梨県	16	1	6.3%	0	0	0	1	0	0	1
20	長野県	8	8	100.0%	0	0	0	0	1	7	8
21	岐阜県	0	0		0	0	0	0	0	0	0
22	静岡県	10	8	80.0%	0	0	1	7	0	0	8
23	愛知県	20	18	90.0%	2	0	4	11	0	1	18
24	三重県	3	3	100.0%	0	0	0	0	3	0	3
25	滋賀県	0	0		0	0	0	0	0	0	0
26	京都府	16	11	68.8%	0	0	9	1	1	0	11
27	大阪府	0	0		0	0	0	0	0	0	0
28	兵庫県	144	53	36.8%	8	1	39	3	1	1	53
29	奈良県	22	15	68.2%	1	1	5	5	0	0	12
30	和歌山県	12	7	58.3%	1	1	0	1	0	5	8
31	鳥取県	4	4	100.0%	0	0	0	0	0	4	4
32	※島根県	1	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0
33	岡山県	12	11		0	0	4	3	1	3	11
34	広島県	1	1	100.0%	0	0	1	0	0	0	1
35	山口県	0	0		0	0	0	0	0	0	0
36	徳島県	0	0		0	0	0	0	0	0	0
37	香川県	10	8	80.0%	0	0	0	1	0	7	8
38	愛媛県	0	0		0	0	0	0	0	0	0
39	高知県	2	2	100.0%	0	0	0	0	0	2	2
40	福岡県	104	65	62.5%	0	0	3	18	30	14	65
41	佐賀県	19	14	73.7%	0	0	4	5	3	2	14
42	長崎県	8	7	87.5%	0	0	0	6	1	0	7
43	熊本県	5	5	100.0%	0	0	0	1	0	4	5
44	大分県	7	7	100.0%	0	0	0	5	0	2	7
45	※宮崎県	0	0		0	0	0	0	0	0	0
46	鹿児島県	17	9	52.9%	0	0	0	4	2	3	9
47	※沖縄県	3	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0
合 計		745	414	55.6%	13	4	126	109	66	66	384
		比 率			3.4%	1.0%	32.8%	28.4%	17.2%	17.2%	100.0%

※山形県・島根県・宮崎県・沖縄県の4県はシステムを運用していない

平成21年1月1日現在

【参考】平成19年度調査結果

	救急医療機関(a)	救急医療情報システム参画医療機関(b)	b/a(%)	救急医療情報システム更新頻度						
				リアルタイム	定時に1日3回以上	定時に1日2回	定時に1日1回	1日1回未満	その他	合計
合 計	492	372	75.6%	11	5	113	110	-	133	372
		比 率		3.0%	1.3%	30.4%	29.6%	-	35.8%	100.0%

第6回救急業務高度化推進検討会議事録

- I 日 時 平成21年3月23日(月) 16時00分～18時00分
- II 場 所 金融庁中央合同庁舎第7号館西館9階903会議室
- III 出席者 福浦氏(川手委員代理)、岩佐氏(小出委員代理)、坂本委員、
島崎委員、野口委員、樋口委員、佐々木氏(前田委員代理)、
南委員、山口委員、山本委員、米村委員
横田氏(メディカルコントロール作業部会代表)
有賀氏(消防機関と医療機関の連携に関する作業部会代表)

IV 次 第

- 1 開会
- 2 報告事項
救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査結果について
- 3 議題
 - (1) メディカルコントロール作業部会報告書(案)について
 - (2) 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会報告書(案)について
 - (3) トリアージ作業部会報告書(案)について
 - (4) 平成20年度救急業務高度化推進検討会報告書(案)について
- 4 その他
- 5 消防庁次長挨拶
- 6 閉会

V 会議経過

- 事務局 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第6回救急業務高度化推進検討会を開催いたします。
- 本日司会は、救急企画室救急専門官溝口で務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。
- それでは、議事進行を座長にお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。
- 座 長 ありがとうございます。年度末でお忙しい中、大勢お集まりいただきまして、ありがとうございます。今回、第6回救急業務高度化推進検討会でございますが、これが本年度の最後の検討会となります。ぜひよろしくお願いいたします。

事務局 それでは、まず事務局から資料の確認を願いたいと思います。
お手元に資料ご準備いただければと思います。大変分厚いものになっております。配布資料の確認をさせていただきたいと思います。

1 枚目、次第の内容の一番下に配布資料とございますが、そこに沿って確認をお願いしたいと思います。1 枚目、検討会の次第というような形で1 枚入っております。そのあと座席表と、そして構成員の表が1 枚ございます。そのあと資料1 になりますが、資料1 につきましては補足説明資料もついておりまして、資料1 のものは縦書きのものと横書きのものと2 つのセットで資料1 ということになります。資料2、こちらがメディカルコントロール作業部会報告書（案）ということになります。資料3、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の報告書（案）でございます。こちらについては、別添1 と別添2 という形で別添資料が2 冊つく形になっており、資料3 は3 部構成という形になっております。資料4 でございますが、資料4－1 といたしまして、トリアージ作業部会の報告書（案）、そして資料4－2 といたしましてその補足資料になっております。さらにもう1 つついておりまして、法的検討課題というものが別冊の形で（報告書案）という形でついております。ここまでが資料4、トリアージ作業部会関連ということになります。そして資料5 でございます。資料5 が救急業務高度化推進検討会報告書（案）ということでの資料になります。このあとは、添付資料1 といたしまして第5 回救急業務高度化推進検討会の議事録、そして添付資料2 といたしまして救急医療情報システム利用状況等に関する調査概要という構成になっております。この時点で資料の不足がございましたら、事務局にお申しつけいただければと思います。また、資料が大変多くなってございますので、会議の途中でも資料の不足ということに気づいた場合には、事務局までお申しつけいただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

座 長 ありがとうございます。

それでは、まず議事次第をごらんいただきたいと思いますけれども、第2 の報告事項のところでございます。事務局から報告事項について説明を願いたいと思います。

事務局 ご報告をさせていただきます。お手元に資料1 をご準備いただければと思います。資料1 とその補足説明資料という後ろについております横書きのものと2 つセットでごらんいただければと思います。

資料1 でございますが、平成2 0 年中の救急搬送における医療機関の受入状況と実態調査という形で、今回厚生労働省とともに実態調査を行いました。この発表を3 月1 9 日に消防庁として行っております。この内容についてご報告をさせていただきます。

当調査は平成2 0 年中の救急搬送について調べた調査でございます。平成2 0

年中の救急自動車による総搬送人員が約467万ございます。ポイントのところに1、2、3、4と4区分書いておりますが、それぞれの区分に該当するものについてということで調査を行っておりまして、例えば重症以上の傷病者ということであれば、約53万人という形で調査を行っております。なお、この重症以上、産科・周産期、小児傷病者、そして救命救急センター等搬送事案というそれぞれは、重複を認めているといいますか重複も含めた調査になっておりまして、1から3まで重症以上、産科・周産期、小児傷病者ということで重複を除いた合計数ということになりますと92万ということで、467万の総計の大体2割ぐらいをとらまえた調査ということになります。

この結果について大きく3点、今回の状況についてご報告をしたいと思えます。この1ページ目の全体の状況という下3分の1のところをごらんいただければと思いますが、1つ目といたしまして、照会回数4回以上の事案の推移といいますものを、平成19年と平成20年で比べましたけれども、この4回以上の事案ということで見てみますと、例えば平成19年重症以上傷病者搬送事案が、割合としては3.9%ございました。これが平成20年では3.6%ということになっておりまして、若干これを改善したと見るかどうかということはありませんが、この程度の数ということになりますので、おおむね同一水準での推移ということになろうかと思えます。依然として件数としては、逆に言いますと1万4,000を超えるぐらいの数はあるということになるというのが現状でございます。

おめくりいただきまして2ページ目でございます。ご報告をしたい点の2点目でございますが、では、現場滞在時間が30分以上の事案がどうだったかということで見てまいりますと、30分以上の割合、重症以上で見てみますと、例えば平成19年ですと、同じく1万5,000を超えてきまして4.0%ということになりまして、平成20年でいきますと4.1%ということで1万7,000近い数になっておりますが、こちらパーセンテージという割合という形でいきますと、こちらについてもそれほど大きな、推移上は同一水準での推移だったのだろうという分析結果でございます。ただ、件数といたしましては、いずれにいたしましても相当数あるということで、だからいいという話ではないのですけれども、同一水準での推移だったということになっております。

そして3点目でございますが、お手元に配付しております補足説明資料をごらんいただければと思います。補足説明資料の8ページ目をごらんいただければと思います。資料が前後して申しわけありませんが、補足説明資料の8ページ、そして本体資料の38ページ目をごらんいただければと思います。先ほど同一水準ということで申し上げましたが、補足説明資料の8ページ、そして本体資料の38ページ目をごらんいただければと思いますけれども、若干状況が推移している地区があるというのも、状況としてわかった次第でございます。補足説明資料の

奈良県のところをごらんいただければと思いますが、奈良県については、平成19年時点で産科・周産期という区分につきましては、照会数4回以上、あるいは現場滞在時間30分以上いずれも全国平均を上回るあたりとなっておりましたが、平成20年については、逆に照会回数4回以上の割合、現場滞在時間30分以上の割合が、産科・周産期で全国を下回る結果という形で改善しております。このあたり、奈良県に問い合わせましたところ、消防機関と医療機関とで、どういった搬送体系がいいかということについていろいろ議論を重ねてきたということがあるので、そういったことの反映ということではないかと、そういったことが一因ではないかということで回答を得ているところでございます。

同様に、ほかにも改善した地域というのがございまして、例えば大阪府南東部、重症以上という形で見ていきますと、資料の8の下方になりますけれども、平成19年と平成20年でそれぞれ照会回数4回以上、現場滞在時間30分以上ということで比べますと、減少率が約3割ということで改善しております。この改善について大阪府全体と比べてみた場合ですが、もともとの値がどうかということもありますが、非常にこの大阪府の南東部については、搬送困難事案があったということもあるのだと思いますが、改善しているということでございます。こちらについても、関係者間でどういった搬送がいいか、特に搬送困難事案についてどういった搬送体制とするかということを経験していると、それでそういったことを実施に向けて調整をしている段階ということで、そういった調整をしているということが重要だったのだらうということで、大阪府からはコメントをいただいております。

9ページをお願いいたします。東京都の状況でございますが、東京都、重症以上というところで見ただけでございますけれども、特に東京都で特徴的なところといたしましては、照会回数が非常に多くなっている事案、すなわち照会回数が11回以上あるいは照会回数21回以上というところで件数として非常に減少しております。ですので、照会回数4回以上ということでは、依然相当数の数があるわけでございますけれども、非常に回数が多い、11回以上、21回以上といったところでは改善傾向が認められるのではないかと、このあたりも東京都のほうでは、いろいろな機会を通して東京ルールといったようなこともまとめられていると伺っておりますので、そういったことでの反映ではないかと思えます。

以上、資料といたしましては、全体の本文の話がございまして、そして補足説明資料といたしましては、それぞれ各都市における状況と、あるいは本文のポイントといったような形でまとめさせていただいております。簡単ではございますが、以上、事務局より受入状況と実態調査の報告をさせていただきました。こういった各地域での取り組みによる改善というところが地域によっては認められたということが、1つのポイントになるかと思えます。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

平成20年中の搬送の受入実態調査を報告いただきました。いかがでございますでしょうか、これにつきまして、これが報告書の1つのデータになってくるわけですが、ご質問、あるいはご意見等がありましたら、どうぞ遠慮なくお願いしたいと思いますが、東京都の状況について、よろしゅうございますか。

委 員 それでは1つ。これはほんとうに我々消防の仲間の話の中で、この本体の報道資料の1ページ目の照会回数をちょっと見ていただきたいのですけれども、重症以上傷病者搬送事案というのが、平成19年での割合が3.9%と、平成20年が3.6%とこのように載っておりますけれども、このパーセンテージからすれば4回以上要した事案というのが減っていると読めるのですが、実は各消防本部と話してみますと、今のいろいろな状況を踏まえて、従前はある消防本部では救急隊が単独で出て行って、その傷病者の重い、軽いにかかわらず、救急隊が病院を探すというのが基本原則だったのですけれども、多くの本部でなるべく早く病院を見つけようということで、救急隊だけではなくて、本部自体がかかわって一緒に病院を探すということが、かなり徹底しているような気がするんですね。そういう中で、この照会回数というのがパーセンテージ的にも減ってきているというのは、逆に言うと、私なんかは回数自体が増えているのではないかと思っていたのです。しかしながら減っているということは、やっぱりこれだけこういった公表を通して、今度は消防側だけではなくて、医療機関の方たちにも何らかの地域ごとに、先ほど事務局から東京ルールという話もしていただきましたけれども、やっぱりその地域は地域としていろいろなこういった救急に対する受け入れというのが、ある意味では何らかの形で話し合いが行われて、進んでいる少しの証拠もあるのではないのかなとも感じました。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

東京の場合は、回数というのは、指令室のほうで一緒に探すということで、コンピューターで同時にドーンとはじいておりますので、このように照会回数は非常に多くなるというところもあるようだというところでよろしゅうございますね。

委 員 はい。

座 長 どうぞ。委員。

報告者 あまり本質的な質問ではないのですけれども、テレビなどでますます悪くなったみたいな報道があって、僕自身はまじめにそれを見ていませんのでよくわからない。確かに数は増えているかもしれないけれども、パーセンテージはきつとよくなっているのではないか。全体の数が増えたからきつと何かの数が増えたのだろうみたい、尋ねられても中途半端な答えしか言えなかったのですけれども、

(消防機関と医療機関の連携に関する作業部)

会)以下、消
医報告者
座 長
事務局

事務局これはどの部分をマスメディアは悪くなったと言って報道しているのですか、そこだけちょっと教えてください。

事務局、どうぞ。

どの部分をとるかということについては、例えば地方においては、先ほどの平成19年、20年と比較して悪くなったといったような話をするとところもあるかと思ひますし、例えば本体のほうの2ページ目でございますが、結局同程度での水準での推移ということにはなろうかと思ひますけれども、30分以上の事案の推移ということで単純に割合だけを見ても、重症以上、産科・周産期、小児、いずれについても割合自体は若干伸びているということにはなります。ただ、これを伸びていると見るのか、同水準と見るのかということはあると思いますけれども、少なくとも割合のパーセンテージとしては、ポイントは上がっているということはあると。

消医報告者

これは世の中に喧伝されているのですか、ここの2ページの上の部分が。いや、まじめにテレビを見ていないので、多分事務局でフォローされていると思うので。

事務局

むしろ、この同水準ということをもって、例えば窮状が改善されずといったような形で新聞紙面等では出ております。悪くなったというよりも、窮状が改善されていないというような形での報道はあったということになったと思ひます。

消医報告者

ありがとうございます。

座 長

ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。どうぞ。

委 員

よろしいですか。

消防庁が発表する前に、3月5日に市議会の予算特別委員会の中で答弁がありまして、その中で小児の13回というものがあつたものですから、それを取り上げられて、地元紙に書かれたような状況があります。我々としましては、やはり病院がうまく見つからない状況ですと、指令課だとか救急隊だとか結構人手をかけてさまざまなところに一遍に連絡をするというようなところがありまして、最終的に覚知から病院到着まで67分ぐらいの事案ではあつたのですけれども、そういうような状況があつて回数が増えてしまったというようなところがありました。ですから、確かに回数が増えると時間はかかるのですけれども、時間といひますか回数だけがすべてではないかなというような感覚もいたしておりますが、もちろん少ない回数で時間をかけずに連絡がとれば一番いいのかなとは思ひうのですけれども、札幌市の平成19年、20年の状況を見ても、救急現場での活動時間が、0.1分ほどですけれども平均的に延びていまして、さらに1回で決まる率というのが、若干ですが下がってきているというような状況がござひます。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

 それは質問としてではなくて、コメントとして、ということでよろしゅうございますか。

委 員 はい、結構です。

座 長 ありがとうございます。

 委員、どうぞ。

委 員 私も2点だけ申し上げますけれども、今、委員もおっしゃったように、例えば私が今見ているのは、本体部分の資料1の38ページというところをさっき見てみるようにと言われたので、これで各県別のこういう統計がそのまま出ていますね。これだけの表でも、私のような素人が見てもおもしろいのですが、私みたいな素人が、あるいはメディアは素人と言っただけではいかなののでしょうか、そういう人がこういうものを見て何を読み取るかというのはやっぱり重要なことなので、これは、だから、そういうように読む方は読んでくれないかもしれないのだけれども、やっぱり消防庁のほうでこういうように読んでくださいという注意書きも付けて、それを含めておっしゃってくださったほうがいいのかなという感じがするのですね。だから今札幌の方もおっしゃいましたが、回数だけの問題だけでなく、ほんとうはある意味で非常にこれを単純化しているわけですね。かつ、こうやって都道府県を並べていると、この前の学力テストではないけれども、何かそれで競ってもしようがないような話が一方であって、しかしそうなりがちでもありますね。だから、これは一応の目安で、都道府県ごとに今こういう状況、趨勢があって、こういう問題点もあるのだけれども、とりあえずここではこういう数字になってあらわれていますというような注意書きが1つずつあると、あまり誤解されないという話も出てくるかもしれません。しかし、これは数字ですから、逆にごまかしのきかないような印象も与えるので怖いわけですね、どういうように読み解かれるのか。ですから、こういうものの丁寧な読み方というのですか、専門家から見ての読み方、消防庁だけではなくて、各県のほうで報告されるときに、こういう数字が出ているのはこういうことだと考えるというようなこともつけていただいたほうが、どんどん資料を厚くしろと意味ではないのですけれども、そういう配慮も必要なのかなと考えました。これが1点です。

2つ目はその上でなんですけれども、その単純な私のような人を見ると、例えばですが、今日茨城県の人もしらるので、小児のところを茨城県で見ていただくと、4回以上の割合ですが今度は前に比べて何倍もの4.2%、それで時間30分以上も1.5から2.3%というので、ちょっと突出した数字が出てきていて、これは何かあったのか、それとも何もなくただ単に偶然こういうことなの

か、ああやっぱり興味を持ったり——興味を持つという言い方はいけないのかも
しれないのですが、どうなのだろうかと思ったりもするのですね。そうするとや
っぱりここへ括弧して、ここになくてもいいのですけれども、茨城県ではこうい
う事情があったというような話があれば、それはそれで問題点なら問題点として
指摘してあれば、非常にいいのではないだろうかなと考えました。もし時間があ
るようでしたら、今の点でご発言もいただければありがたいと思いますけれど
も。

座 長 わかりました。委員、何かコメントありますか。

委 員 うちの県は10万人当たりのお医者さんの数が全国で下から2位というこ
とで、本当に周産期にしても小児科にしても困っている地域ではあるのですけれど
も、特に何か平成19年と平成20年を比較してこういうことが明らかに違った
ということは特にないと認識しております。ですから、今私もこれを見て困った
なと思っていたのですけれども、何か特別なことがこの2年間の間にあったかと
いうと、そういうことはなくて、どれぐらいの母数かも今把握していませんけれ
ども、何らかの要因でパーセントだけではこういうように跳ね上がったのかなと
思います。

座 長 ありがとうございます。

事務局、何か4.2%まで跳ね上がったところ、あるいは1.5から2.3%、こ
の辺のところを説明ができる理由というのは何かあるのですか。

事務局 そのポイントについては、こちらとしてもきちんとした要因というのは、考え
られる一因といったものは把握しておりません。

座 長 ありがとうございます。

事務局 今、各委員からいろいろいただいた点は、私ども発表するに当たって非常に
悩んだ点でもありまして、前回19年に発表したときはほとんど回数しかやって
いませんで、照会回数がもうこれだけ多かったということで報告させていただ
いたのですけれども、たしかこの委員会でも委員のほうから、回数だけではなくて
やはり時間も大事だということで、今回ほとんどフラットに照会回数4回以上と
30分以上ということで、両方の指標で見たというところにはちょっと気を使っ
てみて、先ほどお話があったように何病院も同時に照会するという指令センタ
ーの取り組みもありますので、それでやったということと、あと、個別の県の状況
と全体の状況で、消防庁と厚生労働省とで共同でやっているわけですので、国と
してどう見るかというところのサマリーは、実は非常に難しいまとめでして、私
ども、全体の状況ということで、4回以上と30分以上のそれぞれのカテゴリー
ごとの平成19、20年の比較というのが、全体の報告書の1ページ、2ページ
にあるわけですが、ここで見ると、全体的に言うと報道では悪くなったと
いう言い方はなかったと思いますが、改善が見られるというような部分もあった

と思いますけれども、そう大きく総数として動いている状況ではないのではないかとすることは、ひとつメッセージとしてお伝えしたいと思っておりました。

地域ごとの状況、我々も特に38ページを見て、ちょっと高いところ、数値的にはよくなったところ、低くなったところにいろいろ気がつきましたので、気がついたところには県にお聞きしてみたのですが、大方のところは、ちょっと今原因がどうだということがコメントできる状況にないという県がかなり多くて、ただ、先ほど事務局のほうから補足説明で説明させていただいた地域は、この問題がいろいろ議論される最初になった奈良県の妊婦の状況であるとか、富田林市の事案もありましたけれども大阪府の南東部、それと東京都でも妊婦の事案がありましたけれども、ここがどういう状況かということはっきり押さえないということで、いずれも幸いにして、といいますか、数値的にはいい数字になっておりましたのでお聞きしましたら、いろいろな地域で、大阪府の場合だと搬送ルールを地域で議論して、本格的にはこの4月から運用するとか、奈良県においても初期の産科の救急体制をとったというようなことがありましたので、こういったことは非常にお伝えする価値があることですので、また別途地域を切り離してご報告したわけですが、中には悪くなっていると思われる地域もあるので、私もこれから各地域の状況についてはきっちり調べて、お伝えすべきことは国からもお伝えいたしますし、また各県でこのデータはそれぞれ把握されていますので、これ以外にも救命センターの状況とかも、かなり県のアウトプットとしての差が出ているところがありますので、県でも地域の分析をしていただきたいと思いますけれども、そういった情報提供を我々も気をつけていかなければいけないと思っていますので、今後もそういうことに意を用いていきたいと思っています。

以上です。

座 長 ありがとうございます。

「今この表はこういうように読んでもらいたいのだ」というようなレジェンド的なものを、後ろにちょっとポイントで書いていただいたらどうなのだという委員の最初のコメントでありますので、補足説明であるよというのはわかりますけれども、補足説明だけでは十分ではないと思いますので、これも多少考慮を願いたいと思います。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

報告者 少し質問をさせていただきます。先ほど来意見が出ていますけれども、受け入れられない理由という中で、重症例を対象にした場合と、全く軽症であり救急車の安易な利用で受け入れができなかった場合とは、事情が全然違うと思います。医学的には重症例がどういう理由で受け入れることが困難なのかという問題と、実は数の上では時間が延びたり照会回数が多いですよねという中に、軽症なりあ

会)以下 MC 報告者	るいは救急事案と思わしくないような症例が混じっている場合が多々あるわけです。それが数値の上で一緒になって解析されているものですから、少し判断が難しいような気がします。
	抽出されているのは、重症以上あるいは産科・周産期、小児科、救命救急センター事例ですけれども、それぞれにせつかく「軽症、その他」というところ17%程度、あるいは小児ですと71.3%ございますけれども、こういった傷病者に対する受け入れの困難な理由というのは、例えば10ページの上を書いてあるような区分けの中では表現されない理由があって、言いかえますと、いわゆる救急車の適正利用というような意味においての方向性が、なかなかこれだけでは出てこないと思うので、将来的にはその辺を考慮した統計のとり方も少し配慮していただきたいと思います。
	以上です。
座 長	ありがとうございました。非常に大事なポイントだと思います。
	手が挙がっていますので、事務局どうぞ。
事務局	重要なお指摘かと思えます。消防機関と医療機関の連携に関する作業部会報告書にも出てまいりますので、そこでの詳細調査なども関連する事項かと思えます。
	以上でございます。
座 長	ありがとうございます。
	いかがでございましょうか。このぐらいでよろしゅうございますか。ありがとうございます。
	それでは、またもちろんバックしても結構ですので、報告事項に対する質問はこのぐらいにさせていただきまして、我々の検討会の中には3つの作業部会があります。これからその作業部会の報告をいただいて、その作業部会からの抽出物を報告書の中に入れていくという形をとったわけでございますので、まずいかがでございましょうか、メディカルコントロール作業部会について、お話をいただきたいと思えます。
MC 報告者	メディカルコントロール作業部会長でございます。
	資料2を説明させていただきたいと思えます。まず1ページ目ですけれども、平成19年度の救急業務高度化推進検討会では、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会からの報告において、メディカルコントロール協議会の活用の問題について提言されました。また、メディカルコントロール作業部会においても、再教育プログラムを検討する過程において、メディカルコントロール協議会の果たすべき役割、特にその法的位置づけなどの議論がなされました。こういったことを受けて、メディカルコントロール協議会のあり方は今後検討すべき重要な課題であろうということで、救急業務高度化推進検討会のほうから、次年度の活動指針として、メディカルコントロール作業部会のほうでそのことについて検討す

るよう作業の使命を承りました。特にメディカルコントロール協議会について言いますと、これまでは下の図に示しますように、救急救命士を含む救急隊員により実施される救急救命処置の医学的な観点から質の保障をするというようなことが活動の中心でありました。しかしながら、並行してメディカルコントロールの検証等を行っておりますと、傷病者の病態に応じて病院を選定し、受け入れを確保するというような搬送と受け入れの問題においても検証していく、タッチセざるを得ないということになりまして、そういう役割も整理検討していく必要があらうということになりました。

そういうことで、その図の本来左側がメディカルコントロール体制のコア部分であったわけですが、本作業部会においては追加的な事項として、1つ目、傷病者の症状、傷病程度に応じた適切な病院選定と救急搬送のあり方という問題を検討する必要があるだろうということになりました。2番目に、円滑な救急搬送体制を確保するための受入医療体制の整備に対しても必要なのではないかとということで、協議を重ねました。

次のページですけれども、そこで翻って救急業務とはという根本的なところに一度立ち返りまして、救急業務については、消防法の規定によると、1つは傷病者を救急隊によって医療機関に搬送するということと、もう一つはその過程において応急手当を行うというこの2つの内容が含まれていると規定されています。ということで、この2点について検討を加えました。その真ん中の図に示しますように、救急業務のうち救急隊員が行う応急処置等の基準につきましては、既に昭和53年の応急処置等の基準で示されておりまして、一定の基準のもとに運用されているということが言えると思います。また、ここでは書かれておりませんが、救急救命士法で規定される救急救命士に対しては、プロトコルの作成あるいは医師の指示、それから指導・助言の確保、事後検証の実施、さらには再教育の体制といったことが確実に構築されております。ひいては救急隊員全体に対しても、応急処置については、メディカルコントロール体制の中でその医学的質を保障していこうという動きが確立されております。しかしながら、あわせて考えなければならない救急搬送につきましては、特に基準が定められていないという現状がございます。

ということで4ページのほうへ進んでいただきまして、その救急搬送については、その基準の策定について制度的に求められていないことから、地域によって対応に大きな差があるのが現状であります。しかしながら、近年医療の進歩とともに傷病の発生初期に実施すると効果的な医療技術が発達していることから、救急搬送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、一連の行為を円滑に実施することが傷病者の救命率の向上及び予後の改善、医学的観点から極めて重要な課題となっているということはあると思います。

例として下に示しますように、例えば脳卒中に関する病院前救護の最近の考え方としては、脳梗塞に対してはt-P A 静注療法を発症後3時間以内に行うのが効果が上がるということになっておりますので、搬送ということについては、少なくとも発症時間のロスタイムを1時間差し引いて、あるいは医療機関で診察を開始してから薬を投与するまでのやはり1時間を差し引きますと、搬送時間に費やされる時間は1時間以上を超えないのが望ましいといことが言われております。これは例でありますけれども、それ以外の傷病においても、急性期に適切で短時間のうちに治療を開始すれば予後がよくなるというのは当然のことです。したがって、地域の医療資源等の実状に応じて、こういった搬送に関しても、医学的観点から質を保障する体制の整備が必要であるといことが、この作業部会のほうでおおむね結論となりました。

それで5ページですけれども、それに対して現状のメディカルコントロール協議会はどうなっているかといいますと、先ほどの本日の報告事項の1番にもありましたけれども、各地域でのメディカルコントロール体制への取り組みというのは、各種報告書あるいは調査、全国メディカルコントロール協議会の報告などを見ましても、地域格差が大変大きいといわれております。したがって、救急搬送を含めた消防機関と医療機関との協議の場としてメディカルコントロール協議会を機能させていくためには、この協議会を法的に位置づける等何らかの体制強化が望ましいと我々は考えました。

そういったことで、最終的な結論を出す前に、ご存知のようにこの高度化推進検討会のほうに先般ある程度の方向性を出していただくようにお伺いを立てて、最終的に先月23日に作業部会を開き、最終的な報告書をまとめました。それを6ページに書かせていただきました。ということで、メディカルコントロール作業部会は上記のような課題を検討してきて、さらに検討を深める事項として、下記のとおり、救急業務高度化推進検討会に報告させていただくことにいたしました。

1番目ですが、救急業務に関する基準等の策定。応急処置については、メディカルコントロール体制によって医学的観点から質が保障されていますが、重症度や傷病内容に応じたより適切な救急搬送を行うため、救急搬送についても、基準等を策定することが必要ではないでしょうかということ。

それから2番目ですが、基準等の策定主体と役割についてという点については、基準等については、国レベルで最低基準を定め、都道府県レベルでは最低基準を遵守しながら、地域の医療資源等を勘案して、地域に適用される基準等を策定することとしてはどうかということです。さらに、市町村レベルの基準等の策定については、都道府県単位や2次医療圏単位での基準等を策定することが望ましいとする意見と、一方、市町村の地域事情を考慮して柔軟に対応できるように

することが望ましいとする意見もございました。地域の独自性を認める場合にあっては、許容できる範囲というものを明示しておく必要があるのではないかという意見もございました。

3つ目です。救急業務協議会の役割。現状メディカルコントロール協議会というように想定しての役割ですけれども、救急業務に関する基準等の策定について、諮問機関として意見を述べることにしてはどうか、実際に行われた応急処置・救急搬送について、事後検証を行い、その結果を公表することとしてはどうか、救急搬送・受入医療体制に関する問題について検討を行い、改善策の提案等を行ってはどうかというような検討内容の結果をまとめて、この会議のほうに提言案として報告させていただきたいと思います。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

いかがでございましょうか。メディカルコントロール作業部会の報告書の案としてご提示をいただきました。特に6ページの検討概要を1、2、3に的確にまとめていただきまして、いかがでございましょうか。委員の先生方からのご質問あるいはご提案等々をお受けしたいと思いますが。

部会長、私、今6ページの概要の3番を見ておりますけれども、これ、救急業務協議会というようになって、あるいはメディカルコントロール協議会の役割と括弧書きでなっておりますけれども、これが途中で出てきておりました協議会という名前であり言葉を、その先はいろいろ地域であるだろうというようなところで、協議会ということが今こういうように具体的なところになってきたということではよろしゅうございますか。

MC 報告者 そういように解釈していただいていいと思います。本来メディカルコントロール協議会そのもののあり方を検討していく過程で、現実的なところの話ということになると、既存の各種存在する協議会の活用とか、あるいはオーバーラップといいますかそういったことも考えられるということで、イコールではないですけれどもこういう形で表現させていただいたということではございます。

座 長 ありがとうございます。

いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。非常に的確に報告書をまとめていただいておりますが、いかがでしょうか。

それでは、質問もないようでございますので、このメディカルコントロール作業部会の報告書についてはこのぐらいにさせていただきます、その先に移っていきたいと思います。その次は消防機関と医療機関の連携に関する作業部会でございます。よろしゅうございますか。

消医報告者 では、資料3というのは医療機関との連携に関する作業部会の報告書の案です。付録は別添1と別添2ということになります。

報告書案をめくっていただきますと、最初の1ページ目に「はじめに」というのがあります。それから真ん中辺に「実態に関する詳細調査について」というのがあって、それをぱらぱらめくっていきまると、最後の6ページに「救急医療機関の運営に関する支援のあり方について」とあります。つまりところ報告書の案は、「はじめに」というのと、それから1ページのⅡという詳細調査についてというのと、それから最後の6ページのⅢの支援のあり方についてという3部立てとなります。3部立てですけれども、「はじめに」のところは、何が書いてあるかというようなことが書いてあるだけの話であって、そこにありますように平成20年度において云々というのがありますが、Ⅱ実態に関する詳細調査についてのことと、それからⅢ支援のあり方についてという2つのことが以下に並んでいますよと書いてございます。

Ⅱのところの、この報告の前の年に、全国の消防本部を対象に救急搬送における医療機関の受入状況などの実態調査を行ったけれども、いろいろな理由の中で、例えばベッド満床とした場合、それからそれが救急専用ベッドなのか集中治療室なのかなどと、要するにその背景がよくわからないというその背景は、単に医学的な背景やそれからストラクチャーに関する背景だけではなくて、多分なかなか難しい。時々私たちが言う、救急医療は社会の、言葉としては適切かどうかわかりませんけれども、ある意味吹きだまりのようなどころもありますし、社会的弱者の方たちがどうしてもはみ出てしまうというようなことを否めないことがありますので、そういうようなことも含めて東京消防庁に一肌脱いでもらいまして、1ページのところにありますように12月16日から22日までに、次の2ページにありますような形で調査をしたというようなことになります。

たくさん書いてはございますが、別添の1を、ちょっと分厚いのを手にとっていただいて、その最後58ページが全体のまとめということになりますので、あと事務局にフォローしてはいただきますけれども、その前の55ページからが調査結果概要が載っております。55ページは全体のことがあり、重症以上、産科・周産期のこと、小児科のこと、救命救急センターのこと、平成19年度の比較のこと、それからお年を召した方があって、57ページの傷病者背景の2つ目の○にありますように、複数の傷病者背景が把握されたものもあり、合計するとこれこれで、精神疾患、急性アルコール中毒、複数科目、認知症、要介護が多かったとか、処置困難なところにありますように、処置困難があった389事案の中に、傷病者の背景ありとの事案が25%あったとか、それからその次の○に、傷病者背景あり96事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数を見ると、44回以上のものが80%、6回以上のものが58%、10回以上のものがこれこれとなっており、傷病者背景ありの全事案の割合よりもさらに上回っていると。要するに、社会的背景についてやはりそれなりのことを考えないと、ど

うも単に連携がいいとか悪いとかという問題だけではなさそうだということになるわけであります。

58ページのところの真ん中の○にありますように、傷病者背景がある事案においては、受入照会回数それから滞在時間ともに全国平均を上回っているのだと、それらが選定困難事案となりやすいと。特に精神疾患、急性アルコール中毒、結核、過去に問題のある傷病者、これはいわゆる地域ではもうクレーマーとしてリスティングされていて、いわゆるブラックリストを師長さんたちが、「院長先生、その患者さん絶対とらないで」という、過去に問題がある傷病者、それから全く未受診の妊婦において選定が困難な傾向となったと。産科については1週間ぐらいなので、ちょっと正確な傾向は難しいと。というようなことで、今回はこのようなことが東京消防庁でやられたということになります。後からこちら辺について、事務局からもうちょっと具体的に説明をいただきたいとは思いますが。

そのことプラス先ほどお話しした6ページに救急医療機関の運営に関する支援のあり方。これは、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会、これはたまたまこの直近の年度についての議論を今ここで報告申し上げているのですが、最初の最初の最初のときには、まさにこの救急医療機関そのものが、ふだんの診療もままならないという苦しい経済的な状況に立ち至っているときに、救急医療の話だけするのはけしからんということが結構ございまして、背景についての状況をみんなで共有しようではないかということをしたことがありましたが、そういう意味で救急医療機関の運営に関する支援というものが少し浮かび上がったのだとは思いますが。ここの最後のパラグラフにありますように、地方公共団体への救急医療対策関係に対する財政支援のあり方を検討するために調査を行ったというようなことになります。これら大きいIの「はじめに」以外の2つのことについてご報告を、今作業部会長として報告させていただきました。

別添2は支援のあり方についての資料ですが、これらも含めて事務局によりしくお願い申し上げます。

座 長 いかがでしょうか、事務局、報告を。

事務局 それでは、詳細調査について、事務局のほうから補足の説明をさせていただきます。別添1 救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果というのをご用意ください。

まず3ページ目をお開きください。コード表となっております。今回の調査では、東京消防庁と東京都医師会、あとは東京都福祉保健局の協力をいただいて実施したわけですが、3ページの上半分、受入医療機関決定までに受け入れに至らなかった理由というところで、今まで救急隊から病院へ連絡して、そのやりとりの中で判断したわけですが、今回は例えば手術中・患者対応中であればアルファベットのA、ベッド満床の救急専用ベッドであればB-1とかこういうコード表

を救急隊と医療機関が双方で持って、共通の認識のもとに調査を行ったというのが1つの大きな特徴になります。

それで下半分なのですが、傷病者に関する情報と、傷病者背景というところになるのですが、結核、感染症、精神疾患等14項目につきまして、救急隊が現場で把握したものを病院へ伝達し、病院がそれをこの背景をもとに断ったものなどを集計いたしました。この傷病者背景につきましてもアルファベットでコード表をつくりまして、救急隊、医療機関双方で共通の認識のもとに調査を行ったということになります。

それで結果なのですが、39ページをお開きください。傷病者背景ありということで、下のほうに結核、感染症、精神疾患、急性アルコール中毒等ありますが、今回多かった精神疾患、急性アルコール中毒等を見ますと、精神疾患ですと4回以上の照会回数が36.1%、6回以上ですと17.4%、急性アルコール中毒ですと4回以上が38.2%、6回以上が21.1%というような状況になっております。4ページ目に戻っていただきたいのですが、4ページ目は今回の調査全体を示したのですが、全体を見ますと4回上の割合は8.3%、6回以上は3.1%と、傷病者背景のあった場合は受入困難になりやすいというような状況が、この調査で明らかになりました。あとほか重症以上、小児、救命センター、65歳以上の傷病者等事細かに調査しておりますので、その点につきましては後ほどごらんいただければと思います。

以上です。

座 長 ありがとうございます。

委員。いかがでございましょうか、補足がありましたらどうぞ。

委 員 今、救対協の中で東京ルールというのを具体化するために、いろいろ関係機関が集まって議論しておりますが、この詳細調査というのがある面ではベースになって、これから東京では、一時的にでも医療圏ごとに受け入れる病院をコーディネートしてやっていこうと、そうした場合、では、どういう患者がそこに発生するのかというようなことのデータにするとか、そういったことにもこれを使っております。

それで今回は12月という時期の中で、今度は東京消防庁としてのコメントですけれども、1週間ということで非常にいろいろな調整が国のほうで積極的にやっていたかしまして、場合によってはもうちょっと11月ごろというのがよかったのかもしれませんが、暮れに差しかかる、かなり救急としては過密になる時期の中でこういったことをやったわけでありまして、私としては、ふだんの風景が、特に先ほど事務局のほうからご説明しましたように、いわゆる病院がなぜ患者さんをお断りするのかといったことについての、ある面では分析というのが一歩進んだという感じがいたします。

それで、今後これを続けていくとなれば、先ほどMC作業部会長もお話したと思うのですけれども、受け入れるかどうかという判断は、はっきり申しまして結果的にはこれは病院側の問題なのです。我々が間接的に聞けるというのは、つまるところ処置困難だからとか、またはベッドが満床だからということでお聞きしているわけでありまして、今回はそれを一歩お互いが意思一致した中でやって、これだけのことを得たということなのですね。ただ、今後こういったデータをさらに活用していくということを考えた場合に、では病院として主体的にこういう調査をどう取り組んでいくかということもやはり考えないと、限界が出てくるのではないかと思います。

以上です。

座 長

ありがとうございました。

作業部会長、これでよろしゅうございますか。

消医報告者

報告は報告でよろしいのですけれども、今委員が図らずも言及してくださいましたように、病院側が例えば39ページにありますような、例えば全く未受診だとかの妊婦はまだ今回少なかったのですけれども、そういう負荷に耐えなければいけない。アルコール中毒だって、急性アルコールではない人と、アルコール中毒でも医療行為としては似たようなことをやっても、とても負荷が違うわけですよ。ですから、そういう意味で今回はいろいろな理由で、いわゆるホームレスについてはここには入ってはいないのですけれども、入れようと思えば入れなければいけないだろうと。今のお話のように、たまたま救急隊がそういう患者さんにめぐり合っただけでこういう状況になっているという話なのであって、その人は前からホームレスですし、前から過去に問題がある傷病者ですし、前から認知症があり、前から酔っぱらっては粗暴な言動があるわけですね。ですから平たく言えば、そういうような救急隊員に直接的に責任のない状況ですよ。救急病院側も、実は医療という広い意味においては責任がないということはないのですが、やはり正味の医療を展開することプラスアルファの部分についての負荷があるということになります。ですから、この負荷に対する、何と申しましょうか何らかの対価というようなことを考えていかないといけない。社会的に面倒を見損なっていた部分を、ある日あるとき救急隊とそれから救急病院が面倒を見ているというような景色を、社会全体としてどういうようにして困らなくするかと。ところで、ぜひこの手の話を続けていきたい。少なくとも運ぶことに関してのみ言えば、委員が今言われたみたいにコーディネーターをつけて、それで東京ルールの一部にこれを入れ込んで、そして上手にやっ払いこうではないかということでもいいのですけれども、やはりそこには、しばし病院側としてはそれで頑張ると思うのですけれども。しかし、もともと社会が取りこぼしている部分に関して救急医療がこういうようなことをやっているということからすると、それなりの負

荷に対してどう考えていくのかという大所高所からの意見、見地というんでしょうか見解というか、そんなようなことをぜひこの場においても、私は議論していただきたいとは思いますが。

座 長 なるほど。その辺のところと、救急業務というところとの兼ね合いに多少難しさがあるのかなとも思って、私聞いておりましたけれども、そのところも議論したほうがいいのではないかと思います。

どうぞ。

MC 報告者 先ほどメディカルコントロール作業部会の検討概要のところでもちょっと触れましたけれども、3つ目のところに応急処置・救急搬送についていわゆる検証を行い、その結果を公表したらどうかという提言の、文章化されてしまいますと非常に「えっ、そんなことするの」ということになりますけれども、この本質的なところを少し言いますと、やはり傷病者が病態に応じて治療に適切な医療機関に選ばれて搬送されたかどうかということを、やはりきちっと見ていかない限りにおいては、単に数値の上で時間が長かったり、あるいは回数が多かったからまずいですねということにはならないと思うのです。そのことの1つの問題は、今作業部長がおっしゃった、非常に背景因子といったことが1つ出てくようと思うのです。ただ、純医学的に考えた場合は、やはり患者さんのアウトカムといえますか、重症度とそれに応じた転帰とがある程度データとして結びついていないと、将来メディカルコントロール協議会等に係る医師が、搬送先が適正かどうかということをチェックしなさいと言われても、まことに失礼な言い方ですけども、こういうこの程度のデータでチェックしろと言われても、なかなかきつことがあります。そういう意味においては、個々の症例のもう少し質といいますか内容が見えるような体制づくりが必要なのだろうと。それで私が個人的にこの場をかりて、厚生労働省のほうからも来られていますので、お願いなのは、例えばがんの成績はどうかといえば、がん登録ということをやっていきましょうというのがあるのと同様に、それをいわゆる急性期疾患についてもある程度のデータの集積をシステム化するというか、それは本来は地域単位できちんとすべきなのでしょうけれども、最初のステップであれば、2次の救急医療施設や救命救急センターにあっては、急性期疾患のそのデータをあるところまでわかるようなデータをプレホスピタル、いわゆる救急患者搬送のデータと結びつけた登録制度、あるいはそれをどこがどうするかということはまた今後の課題だと思いますけれども、そういったデータがないと、病院前救護や救急医療に係る医師に何らかの評価をしろというのは大変難しい問題なのです。

すぐにはいかないにしても、そういう方向性をぜひ、ここは消防庁の土俵の場ですけれども、厚生労働の行政としてやはりそこは接点を、どう活用するかということについてちょっと考えておいていただけたらなというのがお願いでござ

います。

以上です。

座 長 今外傷ではトラウマレジストリーが非常にはやって、我々でもどんどんやっているところでございますけれども、それを例えば救命センターの患者レジストリーとか、あるいは蘇生が成功したもののレジストリーとか、蘇生患者のレジストリーとかいろいろなものが出ると思いますが、そういう方向性もいかなものだろうかと、それで相当データ的にははっきりした、選定困難にもつなげられるのではないのかということで、それもまたもつともな話だと思いますけれども、オブザーバーから何かご意見がありましたらと思いますが。

オブザーバー この会はもともと救急と医療の連携というのを非常に大きな課題にされていると思ってまして、こういう受入困難事例というのは、救急隊員によって起きてそこに責があるということでもないし、また今部会長がご説明いただいたように、病院側にその責があるのかといえ、それだけでは解決できない社会全体の問題があるということのご指摘だろうと思います。そういう意味で、この問題というのはどちらがどっちということではなくて、総合的に救急と医療がどのように連携していくかということでしょうから、そういう方向性の上でよく消防とも私ども話をしていきたいと思っております。

座 長 ありがとうございます。

そこで1つだけ、私、作業部会長に、患者背景というような言葉を使いますと、一般的に臨床の現場の先生方は、その選定困難事例の患者背景というようなところには気が及ばないで、例えば既往歴とか現病歴とか薬とか、あるいはそのような一般的な患者背景のほうにふと考えて及んでしまいますので、この患者背景というのは、選定困難事案に対する患者背景というようなところが、ちょっとコメントで出たほうがいいのかないのかなという気が、私していましたが、事務局、いかがでしょうか。

事務局 患者背景の中のいわゆる選定するに当たって一般的になかなか難しいというところ、今回入っていませんけれども住所不定も含めてそういった部分と、今回の調査では一応医学的にも意味のある既往の情報も一部入っていますので、そこはしっかり使い分けて分析する必要があると思っています。

あと、先ほどMC作業部会長からお話があった、こういった評価をしっかりとするためには予後も含めた全体の中でということで、今回平成20年の搬送実態調査の中には、回数とか時間とかそれを消防本部のほうから今回報告をいただいたのですけれども、その調査様式の中にも、今後医療機関に入った後の予後についても追加の調査があり得るということでお願いしてございまして、具体的には今厚生労働省とやり方について詰めているところですが、そこまで含めて分析なり押さえなければいけないということは認識として持っておりますので、そこ

もししっかりやっていきたいと思います。

座 長 ありがとうございます。

 どうぞ、手が挙がっています。部会長どうぞ。次に委員にお願いしましょう。

消医報告者 座長がおっしゃったことがちょっと理解できないので、4ページにありますのは全体の結果で、一発回答が7割と、いいですね。それで、2～3回がというようなことでつながっているわけですね。39ページは、こういうような背景の場合に、例えば結核に関しては一発が2件で、2～3回が3件でとかという1週間のデータが並んでいると。だから、結核だとかアルコール中毒だとか妊婦だとか透析だとかという、だからこれはしたがって社会的な背景でもあるし、医学的な背景でもあるしと。だから僕は漠然とこういうような患者さんは多分つらいので、いろいろな理由をつけてちょっとどこか別の病院が診てくれるといいなと、だから例えば愛隣地区——今何て言うのですかね、いいのだよね、愛隣地区で、山谷のあたり……。

委 員 山谷ですね。

座 長 愛隣というのは、西のほうです。

消医報告者 何かごちゃごちゃになってごめんなさい。失礼しました。

 先生、たしかあそこにM病院ってありましたね。あそこの院長先生が、そういうような患者さんを嫌がらずに一生懸命やっておられて、僕も卒業してしばらくお手伝いをしたことがあるのですが、今2代目の院長先生ですね。ああいうところの院長先生みたいな人がいないと、こういう患者さんはなかなか行けないというのが、もう身にしみて知っているわけですよ。それがたまたまデータとして出たということなので、これは患者背景というのは、照会を行った回数が増えてしまう人はこういうような背景があるということが、ある程度は僕らは体では知っていたのですね。

座 長 ええ、全くよくわかるのです、そのとおりなのです。けども、一般的な患者背景というと、いろいろな既往歴とかいろいろな……。

消医報告者 家族歴とか……。

座 長 アンプルというあの流れが出てきてしまうのではないのでしょうかということ、不可患者背景というか、選定困難の患者背景というのと、多少言葉として違うのではないかと……。

消医報告者 結果としてこれらが搬送困難の事例だということが、数字上よくわかるようになったというのが今回の結果なのですね。

座 長 そうですね。

消医報告者 だから最初からそういうような背景は困難だということを定量的に。定性的には思っていましたけれども、定量的には出てこなかったと。

座 長 そのとおりですね。

消医報告者

だからそういうように使わないと、この患者背景ありきみたいな話になっちゃうので、またちょっと数字が勝手に歩くといけないので。

座 長

そうですね。ありがとうございます。

委員から手が挙がっています。どうぞ。

委 員

ちょっと私もこれから申し上げることは、どうも発言しにくいような感じを自分で持って申し上げるのですけれども、こういうデータが出てきて、これは現実的な話ですからこのとおりなのだろうと思うのですけれども、私は自分の属している大学で医事法という授業を始めまして、それでこの前試験問題の1つに次のようなものを出しました。これは医師法の基本問題であり、だから厚生労働省にも少し言及してもらってもいいのですけれども、そのほうがいいのかもしいのですが、「医師法上の応召義務が問題になる場面、現代において問題になる場面」というのを2つ挙げて、それについて法的な観点から論じてください」という、なかなか設問をつくるほうは簡単なのですが、どう答えたらいいかというのがなかなか大変な問題ですが、それとの関連で、例えばこの別添1の39ページでもいいのですが43ページのところに、傷病者に関する情報として、救急隊から医療機関に伝達した情報、それでさっきから問題になっているものと関連した論点が浮かび上がります。一番わかりやすいのは、たとえば「過去に問題の傷病者」とある、これはその病院にとって非常に迷惑だった患者だということに私は理解しますが、例えばAさんがかつて入院していたときにとんでもないやつで、とにかくそれで「またAさんが救急でそちらの病院へと言っているのだけれど」と言って病院が断っているのは、これはだからちょっと現場の感覚と、それから医師法というか法律的な議論だけでこういうのがほんとうに議論できるのかどうかわからないのだけれども、さっき委員がおっしゃったように、医学的な背景があってこれはどうしても引き受けられない、うちではこういう専門家がいなかったとか、今お医者さんが、その専門の人がそもそもほかの患者に当たっているのだという、それはもうもったもな「受けられないよ」という話なのですが、こういう社会的な背景でほんとうに断ることができるのだろうかという点をあえて指摘しておかなければならないと感じた次第です。ただし、何が何でも応召義務というのがあるから、それでそんなのはみんなだめに決まっているではないかというところまでちょっと私は割り切れないような法律学者なので、だから一番初めに言ったように、こういう問題をどういう形で提示するのがいいのかというのがわからなくて発言もしているので、だからほんとうは発言すべき状況にはないのかもしれないですが、やっぱりこれ、認知症だからとか、どうして受け入れられなかったという理由に社会的な背景も入って、単に医学的な話だけではないという状況が現実にあると思いますけれども、それでほんとうにどうしたらいいのかというのは、さっきの委員がおっしゃったような、そういう問題がこの救

急のところだけにかかってくるのはおかしいではないかということに結局帰ってくるのだらうと思いますけれども。

座 長 いや、よくわかるのです。だから私も、さっきの患者背景といってこれがずっと出てしまうと、やっぱりちょっと一般的に言っている患者背景とは違う負荷がかかる患者背景、あるいは選定困難の要因になりやすい患者背景なわけですよ。だから、ほんとうはこういうところで我々は、何と受入困難にはなるようなものではないというところも当然あるわけなのですが、これについてお答えいただける委員、おられますか。

消医報告者 もう救急の病院の、これはマジョリティが2次救急医療機関ですが、その現場の景色をそのまま申し上げれば、委員も多分理解していただけると思うのです。結局救急患者を診るという話は、入院患者の責任を持っている当直医がその患者さんに対応すると。ですから、全くフリーハンドで小説を読みながら患者を待っているわけではないのですよね。ですから、あるドクターが自宅の診療所の電話が鳴って、「こういうわけで先生診てください」と言ったときに、「酔っぱらって診られない」とか「勘弁してくれ」と言って断るとかというのは少し景色が違って、実際問題としては仕事をしながらその患者に当たると。そのときに、この仕事をやめてその患者を診ようとなったときには、そういう意味ではいつでも実は処置中であつたり、いつでもベッド満床であつたりという状況があつて、で、なおかつ救急隊からすれば、「こういう患者さんなのだけれども、先生、何とかありませんか」という話なのです。これはなぜかという、「そんなことも言わないで連れてきた」のかという話が可能であれば、その救急隊長はその病院からブラックリストで「あいつはうそを言う」という話になるわけですね。ですから、そういうような状況で救急隊長が病院に電話したときに、院長の医師が何をしているかという、患者を診ていると。で、向こうから「吐血です」と、「いや、吐血というのは、純粋医学的背景だけれども今面倒を見るスタッフがいないし、おれもちょっとこれから手術だから勘弁だよな」とかなると、実はそれは一発回答は43%だけれども、急性アルコール中毒はその半分ぐらいの20%ぐらいになったと、こういうようなことで、吐血に比べれば急性アルコール中毒で外来で嘔吐する人のほうがちょっと厳しいと。それは今言ったみたいに、ぎりぎり言えば応召の義務とか何とかと言っていますけれども、そんな応召義務も何もなく、今現在働きながら面倒を見ているという状況で理解しなければいけないというところに、単純に言えばこの話の難しさが実はあるということなのです。だから、今先生が学生さんにお出しになった問題をつくったそのときのイメージと、それから救急病院のこういう患者さんを一生懸命診ている病院の景色とは違うということです。

委 員 ちょっとよろしいですか。

座 長 よろしゅうございますか。どうぞ。

委 員 一応私も法律家の端くれでありつつ、救急病院の当直業務なども臨床医として行っている関係で、大変悩ましいのはこの応召義務とこの救急患者の受け入れの問題です。おそらく消防機関と医療機関の連携に関する作業部会でお調べいただいたのは、まさに生の現実であるわけですが、法的にどうかということは、それを踏まえた上で議論すべきことで、これをもってすぐに何か現状に対する評価を下そうというのは、おそらくあまり好ましくないことなのだろうという気がしているところです。しかし、法的に言えば、おそらく今作業部会長がご指摘になったような事例でも、応召義務違反となるケースというのはたくさんあることになると思います。要するに、医師法では正当事由がない限りは診療を拒んではならないということになっており、その正当事由というのは非常に厳しく解釈されるというのが通常の医師法の解釈です。そうしますと、よほどに状況が厳しくて、受け入れてもその患者さんの診療がそもそもできないというような状況であればともかく、そうでない限りは応召義務がかかるというのが少なくとも普通の医師法の解釈であろうと思われまして、どういう患者背景であれそれは変わらないわけでありまして、ところが、現実にはそれでは動かないというのがまさにこの問題であると思います。例えが悪いかもしれませんが、要するに道路交通法の規定を守っている車がどれだけあるのかということと似たり寄つたりの状況になりつつあるということなのですね。そういうことで果たしてよいのかどうかというのがまさにここで問題になることであります。それには2つのアプローチがあって、現場が法律を守るようにするというのが一般にしばしば考えられるアプローチなわけですが、そうではなくて法律を変えるということも十分あり得るわけです。何でもかんでも厳しくすればいいというのは、全くもって単純な発想でありまして、やはり社会の中で起こっている問題というのはそれぞれ背景があって起こってきているわけで、法の前提と社会の実態の齟齬というのは、それはそれとしてきちっと受けとめた上で考えなければいけないものだろうと思います。

ですので、こういったデータを読んだ人から、「これは違法だから話にならん」と、「救急病院は一体どういう法認識でいるの」か、あるいは「そもそも法令遵守なんていうことがわかっていないのではないか」というようなことが言われる可能性はもちろんあるわけですが、おそらくそういうような発想でこのデータを読んではいけないのだろうと思っております。どういう事例で実際問題病院に対して負荷がかかっていて、それは何に原因があるのか、ということを考えるのが重要だろうと思います。私個人の意見を一言だけ申し上げますと、まさに先ほど作業部会長がおっしゃったとおり、病院がすべての社会的弱者の面倒を見るというような格好にならざるを得なくなってしまうという、それだけではないかもしれませんが、幾つかある問題の1つはそこだろうと思います。そういう場

合に、ではどのような形で病院からほかの福祉なり社会保障のシステムに流していくのかというところが本来は問題になることであって、ホームレスであったり高齢者であったりといった人々をいつまでも病院に置いておくわけにはいかないというときに、すぐに引き受けてもらえるような社会システムができていないと、病院の中に滞留する人が増えると、そうすると新しく受け入れる人も当然減る、出口が確保されなければ入り口を幾ら整備してもだめだということは、私は常々思っているところでございます。そういう意味で消防機関と医療機関との連携というのも、これは前回のこの会でお話ししたことですが、大変結構だと思うのですけれども、ただ要するに医療機関同士、ないしは医療機関からほかの社会システムへの連携がとれていないと、病院の満床状態がいつまでも続くということでは、入り口のほうを整備してもあまり意味がないということにもなりかねないわけです。そういうことを含めて、やはり法的な立場で、医師法の改正だけではなくて、もっともっと広い視点で考える必要があるのではないかと考えているところでございます。

座 長 ありがとうございます。

このぐらいにさせていただきまして、先に進んでいきたいと思います。時間も制限がありますので、また戻ってきても、時間がありませんらどうぞ。

次でございすけれども、トリアージ作業部会からでございます。作業部会長から説明をお願いしたいと思います。

報告者 トリアージ作業部会は、5回の作業部会を開きまして、資料4-1のちょっと分厚い報告書案を用意してございます。時間もございすので、ちょっとこれに全部目を通すのは大変なので、その中の骨子の部分に関しまして、資料4-2ということで抜き書きをして補足資料をつくってございすので、資料4-2についてご説明をさせていただき、そして法的検討課題についてという部分に関しての報告書案、これは縦書きのとじたものですけれども、これについての概略をご説明させていただきたいと思います。

資料4-2を開いていただきまして、最初のページにありますのは救急車の現場到着時間が年々遅延しているということで、これの短縮を図る必要があると。ただ有限の資源ですべてを短縮するということはできないので、やはり緊急性の高いものに早く行けるようにしなければいけないというのが、まず言えることでございす。

3ページで今年度何をしたかということですが、2つのことを今年度は検討いたしました。1つは平成18年に一度このコール・トリアージ・プロトコルにつきましては、1回実地検証を行ったわけですが、これの再検証ということで、内容を少し詰め、そして検討を行いました。それからもう一つは、トリアージを行った後にどのような運用を行うかということがないと、これはトリ

アージをただけでは何も変わりませんので、その運用の案ということで、制度設計の1つのシミュレーションを行わせていただきました。

資料4ページからが実際のコール・トリアージの再検証ということで、具体的には資料5ページにあるような形で、この後は詳細に細かいところは続くのですが、それはまた資料4-1で見ていただいて、従来のやり方をより簡便にわかりやすくしたものをつくりました。そして6ページにございますけれども、実際には4消防本部にご協力をいただいて、1カ月間のデータの収集を行いました。この間の4消防本部の救急搬送件数が約1万2,000件ですので、1万2,000件についての検証を行うことができました。平成18年に同様な検証をしたときには、実は指令員が全部聞けていないと、聞き漏らしていることが非常に多くて、すべてのデータがそろっているデータが約半数だったのですが、今回は指令員に事前にこちらから出向いて、聞く内容等を細かく説明させていただいた疑義照会等も行って、九十数%でデータがすべて入っているというようなデータが得られました。したがって、少し評価にたえるデータが出たと思います。例えば心停止に関しては、心停止のうちの何%を見つけることができたかという感度と、それから心停止と判断して、実際に心停止だった陽性的中度という2つを主として検討していきました。

7ページを見ていただきまして、これが今回の検証の心停止に関する結果でございます。1aというのは、最初の主訴がもう呼吸がない、あるいは脈がない、あるいは水没している、冷たくなっているというような主訴のもので、これに関しては最終的に感度が60.1%でございました。A市、B市、C市、D市と7ページにありますけれども、それぞれ規模も大きさも違う市なのですが、それほど大きな違いはなく、どこの市でも大体60%前後ということで、これはかなり普遍的な数字、つまり電話の第1報で即傷病者の訴えから心停止というものが疑われるというのは、心停止のうちの6割ぐらいを占めているということがわかります。そして、このような訴えがあったときには、83.6%というこれが陽性的中度、下線が引いてあるものですが、実際に5人のうち4人はほんとうに心停止であると、これもA市、B市、C市、D市、77.8～95.3%まで多少ばらつきはありますが、おおむね8割は心停止であるということがわかります。

しかし、これだけでは4割程度の取りこぼしがあるということで、通信指令員のほうから、呼んで反応があるかどうかということ、それから呼吸はふだんどおりしているかどうかというこの2点について確実に聞いていただいて、両方に異常がある、つまり呼んでも反応がないと、そして呼吸がふだんどおりでないという両方を満たしているものをさらに1bとして、この1aと1bと足したものをすべて心停止の疑いと考えると、レベル1と書いてあるところになりますけれども

も、全体の79%の心停止が拾えることになります。つまり残りのうちの約半分がここで抽出できます。ただし、実際に患者家族からの、通報者からの情報が意識も呼吸もおかしいということがあっても、実際に心停止である的中率というのが12%ということで、大体8人に1人程度であって、8人に7人ぐらいは実際には心停止ではないというようなことがわかりました。

実際前向きで検討しても、この通信段階での心停止に関する的中率というのがこのような数字であることがわかりました。あと報告書のほうでは、これをさらに陽性的中度を上げるために高齢者のみを対象にするとか、あるいはより広く拾うために、呼吸もしくは意識のどちらかに異常があつて、より高齢であればすべて心停止の疑いがあるとした場合にはどうなるかといういろいろなシミュレーションをしましたけれども、実際にはなかなかこれを大きく上回ることは、現時点での聴取能力では難しいということがわかりました。ここまでが実地の検証の部分でございます。

それからその次のページで制度設計に行きまして、今の心停止にまず話を絞って、これがそれでは、実際に現場でどのような搬送時間と予後の関係であるかということが、今回の総務省消防庁のウツタインのデータをもとに検討させていただきました。これは総務省消防庁から1月に発表されたデータで、10分のところにかかなり大きな閾値がありまして、心停止の目撃から救急隊員が心肺蘇生を開始するまで10分以内の場合には、1カ月生存が11.4%、1カ月後の社会復帰率が6.1%であるのに対して、10分を超えて10～15分になると、これがそれぞれ7.1%、3.2%とかなり低下してしまうと。しかし、実際にこの10分以内にこれが始められているものというのは全体の半数以下であると、つまり過半数の事例では実際には10分以上かかって、この社会復帰率3.2%以下のほうに過半数の事例が入っているということが実態であるということがわかりました。

したがって、今現在の現状認識としては、実際心停止に対してでもできるだけ多くの方が10分以内に心肺蘇生が救急隊員によって始められれば、より社会復帰率が上がるはずであるのに、これが実際に過半数の症例でそれが満たされていないということがわかりましたので、10ページに行きまして、1つの目標時間というものを設定させていただきました。これは今のウツタインのデータをもとに考えて、目撃から救急隊員が接触するまでを10分以内にする、そしてこれは先着隊というのは少なくともAEDを持って心肺蘇生がきちっとできれば、これはPA連携のポンプ隊、消防隊でも構わないと。それから、主に救急救命士を念頭に置いて、薬剤投与や気道確保等AEDを行った後に高度な処置をする、これは大体当初2サイクル（4分間）の蘇生を行ってからその手の高度救命処置を行いますので、そこからさらに4分遅れて14分以内に到着するということ

が、全体のその地域の事例の今は半分以下なのですけれども、これを一定の割合以上に上げることが可能かどうかということをシミュレーションで行いました。

11ページで具体的なこれはある都市を例に挙げまして、ここの都市の実際の年間のある1日の平均的な活動件数の日と、それから1年間の中で最も繁忙であった日の件数、出場の実態を出しまして、その中で実際に先ほどのコール・トリアージ・プロトコルでいきますとレベル1というのが全体の約20%、つまり心停止の可能性があるというのが全体の2割、心停止の可能性が低いというのが全体の8割なので、全体の2割はPA連携をすると、そして残りの8割は心停止の可能性は低いので通常の救急隊のみの活動をすると、そして、そのときの感度それから陽性的中率が先ほどのデータであるということを仮定して計算をしてみました。

12ページにそのシミュレーションの結果がございます。B市とE市と2つの市のデータをいただきまして、そこで実際に計算をしました。実際には救急隊の配置の中で空白地帯のような場所があるので、忙しい時間帯にはそこに救急隊を移動する、あるいは忙しい時間帯には予備隊を移動するということを次の13ページにあるような形で行った場合に、どの程度いけるかということを図ってみました。B市においては、現状では10分以内に先着隊が着くのが78.3%、そして救急隊到着が14分以内なのが95.6%であったわけですが、このような形でトリアージをした上で行っていきますと、全体の90%以上で10分以内、あるいは14分以内ということが満たされるということがシミュレーション上わかりました。

同様にE市においても90%以上、そして救急隊接触以内に救急救命士隊が14分以内に来るというところに関しては95%が、標準的な日ではほぼ100%が可能であるということで、ポンプ隊や予備隊の出場件数が増えてある程度負荷を増せば、現実的な獲得目標として、このようなB市、E市という比較的人口密度の高い地域では90%以上の事例でトリアージを行って、心停止の可能性のあるものに対してはすべて10分以内にそのAEDを持った隊が着くと、そして14分以内に救命士隊が着くということが可能であるということが、一応シミュレーションとしては出てまいりました。

その結果どういようなことが起こるかということ、14ページで書いてございますけれども、今のような形で配置の変更、予備隊の活用等を行いますと、10分以上であったところの症例数、事例数が減って、それが5～10分のところに山が移動するという、これは非常に大ざっぱな計算で、元データからの計算ではないのでこのような計算なのですけれども、これにそれぞれ5～10分、あるいは10～15分、15分以上のときの社会復帰率を掛けますと、今のシミュレーションの結果どのぐらい心停止の生存率が、あるいは社会復帰率が向上するかと

ということが計算できました。それが15ページにございます。

これは現在と比べまして、もしレベル1aのみ、つまり通信指令の内容が心停止の可能性が高いというものに対してすべてPA連携等を行って、90%の事例を何とか10分以内に到着することができれば、CPAの社会復帰率が上昇して年間239例の助かる方が増えるということがわかります。さらに、通信指令員が呼吸及び意識の異常をとらえて、それを心停止とみなして、これに対してPA連携等の活動を行うと、年間の救命できる数は314人増えると。年間今病院が心停止の救命数が千数百ですから、実際にはかなりの、20~30%、病院が心停止の方の救命率を上げられる可能性があるということが、トリアージをすることによって得られる、トリアージを行い、さらにそのための制度設計をすれば行えるのではないかとということが、シミュレーションとしてわかりました。

このような結果を踏まえて、16ページですけれども、レベル1までをCPAと予測するトリアージを、やはりコール・トリアージでは最低限したほうがいいだろうと。つまり、きちっと意識及び呼吸についてお聞きして、それがともに異常あれば心停止と予測して、それなりの対応をとると、そしてその場合に何とかその90%について10分以内にAEDを持った隊がCPRを開始に行ける、そして救急救命士隊が14分以内に行けるというようなことが行えれば、日本で年間200~300人助けられる人が増えるのではないということをもって、トリアージをしていくということを市民啓発の1つの理由にしていくということは重要ではないかということを考えました。

そのために何が必要かということ、17ページにございますけれども、まずはやはり今の指令員、そうはいいまして聴取する言葉の精度が不十分であります。今回も予想したよりもやはり陽性的中度も感度も低い。これは先行して既に現場でかなり経験を積んでいる横浜市消防などはこれよりかなりいい数値を出しておりますので、これはやはりより訓練を積むことによって精度を上げていくことができるだろうということ。それから、全体の90%以上で何とかAED到着を目指したいということに関しては、もちろん都市部においてはPA連携の活用というようなこともあるわけですが、ただ、消防だけでこれは解決できる問題ではなくて、例えば消防団の活用であるとか、あるいは警察機関、警察官、あるいは学校教員や災害ボランティア等、要するに社会資源として心肺蘇生がきちっとできてAEDを使える人ということをやはりより活用していかないと、消防だけでこの90%を満たすのは、特に非都市部では難しいということで、この辺はやはり地域ごとに応じた解決を持ちながら、やはり全体としてはこの90%を目標に努力すべきだろうということ。

そして18ページに行きまして、救急救命士隊がさらにトリアージをされたものに対して14分以内に行くということに関しては、今の24時間同じ救急隊の隊

員数あるいは配置場所ということではなくて、やはりそのときの、今実際やられているところもございますけれども、繁忙期に予備隊をもう事前に十分出す準備をする、あるいは空白地帯が生じたら、そこを埋めるような形で救急隊を移動するというような形で埋めていくということが必要であろうというようなことを考えました。

最終的な課題としては、コール・トリアージ・プロトコルをさらに年々改良していく必要がございますし、レベル3というのは、軽症患者をどうやって見つけるかということに関しては、やはり依然として軽症患者さんを把握したときにどうするかという対応に関しての問題がございます。それから、今のような助けられる人が増えるのだという数値を示した上で、トリアージを行うことの住民合意というものが必要であるだろうということ。それからやはり最終的には足りないところには受入医療機関あるいは消防機関も、減らすことだけではなくて、必要なところには配置するというを考えていく必要があるだろうということを、一応課題とさせていただきます。

続いて法的検討課題につきまして、概略をご紹介させていただきたいと思えます。よろしくお願いします。

委員 法的検討課題のご説明をさせていただきますが、時間の関係もございますので、お配りした別添資料に沿って全体の概要につき手短にお話をさせていただこうと存じます。

まず「はじめに」の部分におきまして、今回の検討課題について概略をご説明させていただきました。基本的には平成19年度のトリアージ作業部会の報告書におきまして、トリアージを行うに当たっての法的な課題といたしまして、いかにアンダートリアージを少なくするか、そのためにどういったトリアージ・プロトコルが必要であるか、あるいはどういった制度設計が必要であるかということが、今後詰めるべき検討課題ということで挙げられておりましたので、今年度は具体的な制度設計のあり方を踏まえながら、種々のことを検討させていただいたということになります。

具体的なところは2、3、4というところで書いてあるところでございまして、1ページの後半が2ということになります。3ページの一番下のほうから「3. トリアージの実施体制の在り方」、それから6ページの後半に4という部分がございます、順にお話をさせていただこうと存じます。

まず2の「トリアージに関する法的責任」ということでございますが、これはトリアージをすることによって、あるいは不適切な方法ですることによって、公務員個人ないしは国、地方公共団体に法的責任、特に国家賠償責任が中心でございまして、そういった責任が発生しないようにする必要があるということで、そのためにどうすればよいかということの検討でございます。基本的にはトリアー

ジ、アンダートリアージがなるべく少なくなるような制度設計を組まなければいけないということが全般には言えるということになるわけでございます。その中では、基本的にはトリアージ・プロトコルの組み方というのももちろん重要なわけですが、その後のトリアージ・プロトコルの運用の際にさまざまな人的なエラーが起り得るわけですので、そういうようなエラーを少なくするためにはどうすればよいか、あるいはエラーがたまたま起こってしまった場合に、後でどう判断を修正していくのかということの仕組みづくりが重要であろうといったことを書かせていただいたということになります。

それと、今トリアージ作業部会長のほうからも今後の検討課題ということで挙げていただきましたが、最軽症のレベル3の事例に対してどのような対応をとっていったらいいのかということがもう一つの課題として挙げられるわけでございます。これについては、救急隊を出すか出さないかと、どちらが必要なのかということが若干問題になる部分があったのですが、それについては、出すにしても必要なことはしなければいけないし、出さないとしてもほかの手当があるようであれば、それはそれでも構わない可能性がある。いずれの選択肢をとらなければいけないということが法的に一義的に言えるというわけではないのだけれども、全体として総合的に医学的な不利益が発生しないような制度にするということが求められるということを書かせていただいたということでございます。

それから3の「トリアージ実施体制の在り方」に入らせていただきますが、アンダートリアージを防ぐためにやはり必要なのは、こういった実施体制の整備ということになろうかと存じます。こちらに関しましては、少なくとも今般の制度設計にとって最も重要なのは、地域ごとにどの程度の運用の違いが認められるかという問題です。地域、地域でいろいろ事情が異なりますので、そういった事情に合わせてトリアージの運用を変えていくということもある程度は認める必要があるわけです。しかし、トリアージ・プロトコル自体は、先ほどもトリアージ作業部会長からご報告いただきましたような詳細なデータをもとにつくられておりますので、それ自体を大きくいじるというようなことは好ましくはなからうと、どの程度までであれば地方で変えてもよいかということを、やはり決めるほうが望ましいのではないかとあるということでございます。

それから重要なのがもう一つ、メディカルコントロール協議会ないしはそれを発展させた新協議会の役割ということでございます。そういった地域、地域の実情に則して運用を変えていくということが必要でもあり、極めて有用だということがあるわけでございますが、それを検討するに当たっては、やはり地域の救急医療の現場におられる先生方を含めた、消防と医療の専門家を含めた協議会といったところできちんと検討した上で決めていくことが重要であろうということでございます。

4の「救急業務と相談業務の相互補完の可能性」は、比較的将来にわたっての検討課題ということで問題提起をさせていただいたということでございますが、トライージをするに当たって、救急業務だけですべてを対応していくということは、必ずしも必要ないかもしれないということでございます。例えば、相談を希望する人が、相談電話窓口を知らないがために119番通報するといったような場面があり得るわけですが、現在のところそういった119番通報に対して、相談業務のほうに電話を転送するといったようなことは実際なされていないということになるようでございます。そういった運用が果たしてできないのかどうかということが、ここで書かせていただいた問題でございます。幾つか行政内部の実施基準の問題等々が絡んでおりまして、一義的な答えはなかなか難しいわけですが、トライージを行うに当たっては、そういった格好で救急業務以外で引き受けられるものは、そちらのほうで面倒を見ていただくということをお願いするということもできる必要があるのではないかとということ、書かせていただいたということでございます。

基本的には詳細な中身は省かせていただきましたが、以上が法的検討課題ということで書かせていただいた内容でございます。以上でございます。

座 長

ありがとうございました。

いかがでございましょうか。トライージ作業部会の説明をいただきましたけれども、ご質問を受けたいと思いますが、いかがでございましょうか。

まず私から質問させていただきたいのは、部会長に、この10分以内、14分以内というのは、とてもデータ的によくわかるわけですが、そうではなくて、我々はもう少し違うウィットネスがあり、バイスタンダーCPRがあつて、5分以内に現場ではバイスタンダーのCPRが開始されるというような流れが、今までできていたのではないのかと思います。それからAEDも、1分遅くなると7～10%ぐらいは救命率が下がるよと、だからなるべく早くAEDも、それはその中に今5分というのがあったのだろーと思いますけれども、そういう流れと、今回はバイスタンダーあるいはバイスタンダーによるAED等々がないようになった形になっておりますけれども、その辺ちょっと補足をいただければと思います。

トリ報告者

今回消防という観点からいきましたので、そのもととなっているのは、やはり消防のウツタインのデータで、10分のところでかなりのギャップがあるということですから、やはり、もちろん現場でバイスタンダーCPRがあること、それから現場でAEDをかけることは大事なのですが、もう一つ大事なこととしては、やはり救急隊、プロフェッショナルの蘇生をする人間が10分以内に行つて蘇生とAEDを行うということが確実に効果があるということは、実際のウツタインのデータから出てきたわけですね。ただ、すべての地域で、では救

急隊員が10分以内に到着できるかというところ、これは先ほどの制度設計のところでも言いましたけれども、ある程度人口密集地であればいろいろな工夫をすることによってそれは可能になってくるわけですが、もうそもそもそういうような工夫では無理な地域もございますので、そういうところではそれに準ずるような、いわゆるバイスタンダーというたまたま現場に居合わせた人がということよりは、救急隊のかわりに救急隊と同じ質でやっていただけるような心肺蘇生やAEDがもし10分以内に得られれば、かなりよくなるのではないかと。もちろんそれに加えて現場にいる善意の第三者が、そういう専門家が来るまでバイスタンダーCPRをしたりAEDを使うことは、その中にプラスアルファとしては当然含まれております。

座 長 なるほど。ぜひそのところもプラスアルファで書き加えていただくということの重要性もあるのではないのかなと私は思いましたので。

ほかにいかがでございましょうか。ありがとうございます。

もうちょっと時間が追っております、最後でありますけれども、また戻っていただいても結構でございますが、資料5のほうで、これが報告書の案になりますので、事務局からこの報告書の案に対するご説明を願いたいと思います。

事務局 資料5をお手元にご準備ください。今年度の救急業務高度化推進検討会報告書（案）と銘打っておりますが、全体の報告書をどのように形づくっていくかということでの報告でございます。

「はじめに」の部分で座長からのコメントをいただきまして、めくりまして目次をごらんいただければと思います。目次でございます。「はじめに」以降、大きくは3つの構成を考えておりまして、第1章という形で作業部会での検討について、第2章という形で救急業務高度化推進検討会報告書、そして参考資料といたしまして、消防法改正関係の関係資料というのをつけるというような、大きくは3つの構成を考えております。消防法改正関係の資料は、今からお手元のほうに改めてお配りさせていただきたいと思います。そして第1章でございますが、これまで各作業部会長からご報告いただきました作業部会の報告が第1章の一番後ろに入るというような形で、お手元の資料、第2章書かれております救急業務高度化推進検討会報告書と、ページ数が真ん中あたりのほうから1ページという形で載っているところからごらんいただければと思います。

救急業務高度化推進検討会報告書といたしましては、特に親会の中では、先ほどMC作業部会長からもご説明いただきましたメディカルコントロール作業部会での検討概要というものを受けまして、この内容をベースに非常に活発なご議論をいただいたと理解しております。そして2ページ目でございますが、メディカルコントロール体制については、救急救命士の処置範囲拡大の前提として、歴史的には整備が進んできたということがございました。3ページ目でございます

が、応急処置ということだけではなく、救急搬送についても当然ながら医学的知見に基づいて検討が進められるべきであると、もうこの辺まですべて網羅されているところもあるということでもございましたが、その点についてはもちろんできていない地域もあるということでも進めるべきだというご意見を賜ったと理解しております。4ページ目でございますが、立ち返って見てみますと、もともとメディカルコントロール協議会、メディカルコントロール体制という中にはそういった役割も期待されていたということでもございまして、4ページ目の一番下には、そういった搬送について、これまでも構築されていたということですが、やはりそれを十分に生かせるほど医療資源の余裕がないというのが現状でございますので、そこをいかに効率性といいますか実効性の高い基準としていくかということが、ご意見としていただいたということでもございます。

5ページ目でございますが、では実際にどういったルールになるかという話になりますと4点、医療機関側がどういう形で受けるのかというような話を整えて、そういった①のリストに基づいて、消防機関側がどうやって医療機関を、運ぶ先を選んでいくかと。そして3つ目でございますが、その運ぶ際に伝達というプロセスがございますので、そのときにきちんとした情報伝達が、持っているものが伝わるようにというところ。そして最後ですけれども、速やかに決定しない場合にも、どういったルールが必要かといったような議論がなされたところでございます。

6ページ目でございますが、そういったルールについての主体ということになりますと、医療提供体制は都道府県が、そして消防業務については市町村単位で実施されているわけですが、市町村を越えた救急搬送というのも日常的に行われておりますので、都道府県が主体としては妥当であろうということが議論されたところでございます。

7ページ目でございますが、先ほどのルールを都道府県が策定・公表するということで全体的なものを考えていきますと、総務大臣、厚生労働大臣からの情報提供等の援助を受けてそういったルールを整えて、ただしルールをつくるに当たっては、医学的知見ですとか医療計画との調和を図ると、そして消防機関、医療機関がそれを守っていくという形での構成になるだろうと。

8ページ目でございますけれども、メディカルコントロール協議会というのがその受け皿としては1つあるということでもございまして、その役割ということでは実施基準に関する協議と、そして調査・分析というのがあると、そういったものをもとに都道府県知事に対する意見具申ですとか、医療行政機関に関する協力要請というものがあるだろうということで、9ページ目の最終的な図になります。こういった話も医学的知見を踏まえるということで、メディカルコントロールの1つの大きな枠の中だということでの議論がなされたと。

「結語」という形で、そういった内容をまとめて提言として望まれる事項であるということを受けまして、最後の括弧書きでございますが、消防庁においては、当検討会での議論を踏まえ、関係機関との連携のもと、改正作業に着手したという一連の流れを記録としてとどめるというような形で報告書の構成となっております。この後に参考資料が入るという構成になっております。なおこの構成全体、そして各作業部会の報告書につきましては、改めて委員の皆様方にご連絡をさせていただきまして、意見を取りまとめた上で、おおむね今週いっぱいぐらいに意見をいただきまして、座長と相談して取りまとめたいと考えているところでございます。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

もうこれで最後になってくるわけでございますので、ぜひ先生方のご意見を、もちろん作業部会のご意見でも、報告書のご意見でも結構でございますが、今週いっぱいに事務局のほうに、意見がありましたら、あるいは質問がありましたらお話をいただくということ、そして最終的には事務局と座長に一任を願えればありがたいと思うわけであります。それを含めていかがでございましょうか。この流れで報告書をつくっていったらよろしいかどうか、あるいはもう少しこういう方向性もというご意見等がありましたらお願いしたいと思いますが。どうぞ、委員から、どうぞ。

委 員 報告書の件ではありませんが、時間がないところ恐縮ですが1つだけ訂正させてください。先ほどの報道資料の資料1の38ページで、茨城県の平成19年度の小児のところの4回以上が0.04ということで100倍もの違いがありまして、あまりにも不自然な数字だったものですから確認いたしましたところ、消防サイドのほうからの報告に誤りがございまして、実際は3.8%ということでございましたので、おわびして訂正いたします。

つけ加えましてお願いなのですが、この平成19年、20年という例えば2年間の比較でこれが公表されますと、上がるか下がるかしかないわけで、もう少し幅広にとっていただかないと、いろいろな意味で今回のような、特に大きく上がったようなところでは厳しい状況に置かれますので、その辺のところのご配慮をお願いしたいということと、あと先ほど委員がおっしゃったようなことも、何かここからこういうようなことが読み取れるというようなことも少しつけ加えていただけるとありがたいと思います。そうでなくても今医療は大変な状況で、私どものほうでも総務省からいただいております、公的病院の再編のネットワークでも、ネットワーク化構想を出した途端にいろいろと議論が沸き起こりまして、資料の出し方というところは、少しご配慮願えればありがたいと思っております。

- お時間のないところ、申しわけございませんでした。
- 座 長 いやいや、表の読み方も、こういうように読んでいただきたいというようなレジェンドをつけていただくように少し考えたいと思いますので、委員、ありがとうございます。
- ほかにいかがでございましょう。どうぞ。
- 消医報告者 これはトリアージ作業部会の報告書の中に入るのだと思うのですが、僕自身は、立場上は第1章の2のところだけ関与していればいいのかもかもしれませんが、ただこのトリアージ作業部会での法的検討課題というのは、結構奥が深いのだと僕は思うのですよね。パッと目に見て、これだけのたくさんの字面を一気に理解するというのはとてもではないが無理なのでわからないのですけれども、例えば3ページの軽症なところってあるではないですか、最軽症事例についてというところも、これはじっくり読んでみると結構大変——大変というのも変ですが、横浜でもたしか100件の119番のうち1件は相談業務へ回しているというのですよね。だから現実問題としてはそういうようなことは起こっている。それは横浜の方たちのお書きになったものを見ると「同意を得て」と書いてあるのですよね。電話で同意を得て、そのまま電話を回しているということになるのでしょうか。だからそういう意味では、わくわくするようなデータもおもしろいのですけれども、この法的検討課題については、これは底流をなす非常に重要なテーマなのですよ。これをこのままここへ入れ込むのかどうか知りませんが、もうちょっと素人にわかりやすくかみ砕いていただくと、法律の勉強をされている方なので、結構難しい言い回しでつらいのですよね。これ、いつも法律の先生に僕は言うのですけれども、易しい言葉にしてくださいって。だから、ぜひこれは上手にトリアージ作業部会長に入れ込んでいただくようお願いしたいと思っています。
- 座 長 場所的にはトリアージのところに入れざるを得ないなという気はいたしますけれども、それはそれでよろしゅうございますね。ありがとうございます。ほかに。
- 委 員 よろしいですか。
- 座 長 どうぞ。
- 委 員 この中に、先ほどからの話で受入状況の実態調査のデータって、どうこの中に、直接はかかわってこないのかどうかわかりませんが、先ほどの話で傷病者背景とかあるいは社会的背景とか、あるいは受入医療機関に負荷がかかる患者の何らかの今後のそれにかかわる支援とかがないと、やはり幾らこれをやっても、最終的にそれが足を引っ張るような状況に必ずなってくると思うのですよ。どこかに今後それを、何か受入医療機関側と支援を含めて考えるということは、ぜひとも入れておいていただきたいと思うのですけれども。

座 長 なるほど。事務局、いかがでしょうか。

委 員 ここへそぐわなければ、厚生労働省のほうの何かでもいいのですけれども。どこでもいいから、やっぱりそれが一番律速段階というか足を引っ張る大きな原因になっていると思うので。

座 長 2次病院に負荷がかかる背景ですね。そのところを文言だけではなくて、少しデータも入れてみたらどうだと。

事務局 親会のほうの取りまとめは、法改正というかそちらにつながる重い仕組みのことを書いていますが、消防・医療の連携作業部会、資料3のところの中に、2つ部会長からのご報告があったように詳細、深掘り調査と財政の調査というのをした部分がありますけれども、その中に例えば7ページのところの、本作業部会においてはということで、調査を受けていろいろな未収金に対する補助だとかいろいろな病院の支援のことも意見が出されたわけですが、今後の課題としてはというところで、ここでは救急患者の受入実績に応じた支援とか、これからの財政のあり方についてお話があったので、作業部会としての見識を示しているわけですが、そこに委員がおっしゃったような、もう少し円滑に傷病者背景の中のいわゆる社会的背景も踏まえたあり方についてもということをご意見として入れるという方向で、もしよろしければ、ここの部分を作業部会長ともご相談して、修正させていただきたいなと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

座 長 よろしゅうございますか、委員の先生方。

（「はい」の声あり）

ありがとうございます。ではそういう形をとらせていただきたいと思います。ほかにいかがでしょうか。ちょっともう時間が残り少なくなっておりますが、申しわけない。どうぞ。

消医報告者 セっかくお集まりになった各方面の方々に、こういう言い回しをしているということだけちょっとご説明します。東京では時々僕が言っているので東京の方は知っていると思いますが、救命救急センターは、この今言った社会的背景がある患者さんに関して、最終的なやはり地域での受け手になるわけですね。ですから、救命救急センターは医学的にクリティカルな患者はオーケーなのです、これは第一ですね。それからもう一つは災害医療みたいによくわからない、とにかく受けなければいかんということがどうやら起こっている、これはサリンだとかもそうなのですね。もう一つ、3つ目が地域の安寧と秩序と僕は言っています。「先生、何でこんな患者さん来るの？」って研修医が聞きます。そうすると、「これはもう社会が、この患者さんを私たちが診ないとどうにもならない、だから受けているのだよ」と言っていますので、もう救命救急センターが受けているというのは、それはそれでいいのかもしれませんが、おそらく2次救急に関しいうと、救命救急センターへ行く前にとりあえず頑張ってくれている施設に、

委員がおっしゃるような形で社会の安寧と秩序のために頑張っていると。それから、僕らが一旦受けてメディカルなことは解決した後にも、やはり社会的背景は背負ったまま地域にまた患者さんは戻ります。そういうようなときにも、ぜひそういう病院がその患者を受けるといことがないと3次救急を受けられませんから。もちろん病院の中にももちろん回しますが、病院の中に入っていったってまた地域へ戻るわけですから。だからそういうときにそういう意味での負荷を背負い込む、そういう病院をぜひ助けるような仕組みをつくっていただきたいと思います。今言った3つのことの3つ目です。ちょっと余計なことを言いましたが、わかりやすいので、よろしく。

座 長 いやいや、負荷に対する対価ということをだれかが言ったと思いますが、私も全くそのとおりで、この対価というのも非常に大事なのではないかなと思っておりまして……。

消医報告者 社会が払わなければいけないのですよ、結局は。

座 長 確かにどこかが払わないといけないだろうからね。ありがとうございます。

消医報告者 僕はみんなで払う税金だと思いますけれどもね。だから、5%で足りなかったら10とか15%でもいいのですよという議論を、昔僕らの部会ではしました。

委 員 ちょっとよろしいですか。

座 長 どうぞ。

委 員 今回の補足の話なのですけれども、先ほどの例のデータを思い起こしていただきたいのですけれども、今回東京消防庁含めた東京都医師会なんかで行ったときに、実はもっともっと社会的背景ってあったのですよ。ところが、やっぱり病院の先生方から言われると、そのデータを例えば詳細にすればするほど「東京というのはそういう人に冷たいのか」と言われてしまうと、やっぱりこういう病院側の評判というのは非常にきつい話があるのですね。だから何を言いたいかというと、我々消防側からすれば、結局受け入れてくれないのは病院のせいなのだと、病院はこういうことで受け入れてくれないのだと言えは言うほど、我々としてはもしかしたら正義の味方になるのかもしれないのですよ。ただ、それを繰り返したって何の意味もないので、では、これをどうするのかというところの中でぎりぎり考えていくと、はっきり言って今、実は明日座長にうちの事後検証をやっていただきますが、今老人の問題というのはものすごく大きいのですよ。こういった問題なんかは、今おっしゃったようにはっきり言えばもう「みとり」に近いのです。要するに、もうご家族は呼吸が止まっているのはわかっているのだけれども、やっぱり何を頼るかといえば救急車なのですよ。で、行ってどこに運ぶかという問題を考えるならば、今度はそれを受ける病院の問題になってくる。こういった問題を解決しない限り東京は解決しないというような話もありましたので、補足させていただきます。

そして、あのデータの中で出ていないのは、実は救命センターなのです。これはもう完全に重症度というところで受けていただいている最後の砦になっている。しかしながら、結果的にその中で今日いらしていただいている先生方はすべてほとんど救命センターですから、それをどう処理していただいているのかということについては、かなりやっぱり苦勞されているのだらうと、このように思う次第であります。ぜひとも今の議論については、やっぱりこの消防の救急の環境を解決するためには、その辺の医療との問題を解決しない限りは、私は絶対に解決できないとこのように思っています。

座 長 ありがとうございます。

この法律が、新しいところの法律の案文が出ておりますが、後からごらんをいただきたいと思います。そしてこれを見てわかるとおり、消防庁と厚生労働省の共管になっている法律であります。そのことはぜひ、ぜひご了解をいただきながら報告書をつくっていただきたいと思いますし、多々厚生労働省と議論をしなければいけないところがあつたとも思います。

そんなようなことで、今日これで今年度の第6回の検討会でございますが、これにて今年度は終了させていただきたいと思うわけでございます。今後は事務局のほうからのお話をお聞きしたいと思いますが、1年間6回になります。そして作業部会をあわせると何回やったかわからないほどの気の入れ方だったのではないのかなと思います。これにて今年度は終了させていただきたいと思いますが、法の改正まで進んだということは、この検討会の1つのアウトプットとしてよかったのではないのかなと思います。ぜひ、ぜひこれからもよろしくお願いしたいと思います。

これにて事務局のほうにバトンをお返しさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

最後に、今日次長が参っておりますので、次長から最後のごあいさつをいただきたいと思います。

次 長 大変長時間にわたりまして、ご熱心なご議論をありがとうございました。毎回大変委員の皆様方には熱心にご議論をちょうだいしております。

問題が非常に、今日も出ておりましたけれども、消防あるいは医療というだけではない非常に広範囲の問題であるがゆえ、また委員の先生方がそれを少しでもよくしなければいけないという熱いお気持ちがあつたればこそと思っております。とりわけ座長におかれましては、的確に私どもをご指導いただきまして、何とか本日ここまで来られたと事務局として感謝申し上げている次第でございます。

座長のお話にありましたように、3月3日に今回のご議論の成果、すべてはございませんけれども、一部ということで消防法の改正法案、消防庁それから厚生

労働省共管でださせていただいております。あとは国会の審議ということでございますので、どうなるかというのは国会の先生方のお考えによるところでございますけれども、今回の法案は、予算に関連する法案のその次に、今ウェーティングサークルにしているという状態でございます。国会の先生方にお話、ご説明を申し上げている限りにおきましては、もちろんこれだけですべてが解決するということではないということだとは思いますが、一歩前進ということでご認識をいただいているのではないかと。ぜひともこれが一刻も早く審議をいただいて、成立をお願いしたいと思っておりますし、それに向けてもちろん法案の審議の準備をするのは当然なのですが、成立しました後に厚生労働大臣、総務大臣がそれぞれの知識を生かしまして、都道府県に対しまして必要な情報の提供あるいは助言をすると、そのための準備も、着々というか鋭意やっているところでございます。それも含めまして、消防の中の救急というのが今一番大きな問題を抱えていると思っておりますし、来年度においても、引き続きいろいろな形でお集まりの委員の先生方のご指導を受けるというように思っております。引き続きぜひよろしくをお願いしたいと思います。ほんとうにありがとうございました。

座 長 ありがとうございました。

事務局 それでは、ただいまをもちまして、第6回救急業務高度化推進検討会を終了いたしたいと思っております。この1年、ほんとうに活発なご議論、ありがとうございました。御礼申し上げます。ありがとうございました。

座 長 ありがとうございます。

— 了 —