

第５回救急業務高度化推進検討会 議事次第

日時：平成２１年　２月　５日（木）
１４時００分～１６時００分
場所：三田共用会議所第３特別会議室

１　報告事項

第４回救急業務高度化推進検討会議事録

２　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

３　閉　会

【配布資料】

- | | |
|-------|--------------------|
| 資 料 １ | 救急業務高度化推進検討会資料 |
| 資 料 ２ | トリアージ作業部会報告資料 |
| 資 料 ３ | 平成２０年中の救急出場件数等（速報） |
| 添付資料 | 第４回救急業務高度化推進検討会議事録 |

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5回救急業務高度化推進検討会資料

平成21年2月5日
総務省消防庁

第4回救急業務高度化推進検討会での主な意見(1)

【搬送・受入ルールについて】

- 「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書」において、重症度・緊急度の判断基準や、搬送選定について示されているが、現状の体制下でこれに従って搬送すると、救命救急センターに負担がかかる等、理想通りには現場で対応できないのが現状。
- 救急搬送と医療機関側の受入システムがマッチングしていない。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を行って欲しい。メディカルコントロール協議会の独立性を担保しつつ、地域医療の実情に応じてきちんとルールを調整していくことができるよう規定すべき。
- 「搬送・受入ルールのイメージ」は、受入ルールについて記載がなく、搬送ルールのみが記載されている。搬送先医療機関の受入ルールについても、併せて対応していくべき。

【法制化の考え方・必要性等】

- 臓器移植については、法制化されたことにより、公平性を保って順序付けが行える等、対応が明確となった。緊急時に傷病者が医療を受けるために、消防機関の救急搬送業務があり、その公平性を確保するため、法整備が必要なのではないか。
- 救急搬送・受入体制については、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から法制化を検討すべき。
- 救急の現場で社会的に問題になっているのは、搬送の問題である。搬送体制も含め、メディカルコントロール協議会について法制化することが必要ではないか。

第4回救急業務高度化推進検討会での主な意見(2)

【現在のメディカルコントロール体制との関係】

- 先進的に取り組んでいるメディカルコントロール体制では拡充された範囲まで既に行っている。
- 消防と医療機関が連携する協議会について、メディカルコントロールの拡充とあるが逆ではないか。メディカルコントロールの一部分である救急業務について法制化するという議論であれば納得できる。
- 消防と医療の連携という問題で、メディカルコントロール協議会の拡大について議論するのは当然ではないか。
- 現在のメディカルコントロール協議会に期待するところは大きい。法制化する際には現在取り組んでいるメディカルコントロール協議会を担保するようにして欲しい。
- メディカルコントロール協議会の議論は、医療の領域にかなり入り込む。また、ある程度、医療の領域にかかわらないとうまくいかない面がある。

【その他】

- 「搬送・受入ルールのイメージ」についての議論も大事だが、ドクターカー、あるいはドクターヘリを要請するためのルールも、この中で議論する必要があるのではないか。
- 患者にすれば、搬送は一つの手段である。きっちりとした医療が受けられるシステムを作って欲しい。
- 言葉の問題で、「連携」というのはいい言葉だと思う。「連携」という言葉で横につながる感じがある。連携は消防機関と医療機関だけではなく、福祉関係機関等、いずれは一般市民までも含めて連携が必要。

地域医療の機能強化に関する関係閣僚会議

【目的等】

○目的

地域医療を取り巻く厳しい状況に鑑み、その機能強化を図るため、政府全体で適切な対策を総合的に推進することを目的として開催。

○構成員

総務大臣、文部科学大臣、厚生労働大臣及び内閣官房長官

○主宰

内閣官房長官

【第1回開催】

平成20年12月26日(金)

【第1回出席者】

麻生内閣総理大臣、鳩山総務大臣、塩谷文部科学大臣、舛添厚生労働大臣、河村内閣官房長官、松本内閣官房副長官、鴻池内閣官房副長官、漆間内閣官房副長官、福田内閣官房副長官補、総務省自治財政局長、文部科学省高等教育局長、厚生労働省医政局長

【第1回内容】

- ・地域医療の問題は厚生労働省だけの問題ではなく、搬送の問題では総務省消防庁、大学病院の関係では文部科学省と、関係省庁が連携していくことが重要
- ・救急搬送における医療機関の受入れ状況については、地域によって差があるのが現状であり、円滑な救急搬送体制を確保するため、消防機関と医療機関が連携した協議の場が必要

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会

【目的等】

○目的

周産期の救急医療体制の強化が図られるよう、周産期医療と救急医療の確保と連携の在り方について検討

○構成員

- ・ 有賀 徹 昭和大学医学部救急医学講座主任教授
- ・ 岡井 崇 昭和大学医学部産婦人科学教室主任教授
- ・ 杉本 壽 大阪大学医学部救急医学教授
- ・ 横田 順一郎 市立堺病院副院長 他

【2月3日懇談会資料 報告書(案)・一部抜粋】

第4 周産期救急医療体制についての提言

4 救急患者搬送体制の整備

(1)母体搬送体制

母体救命救急に対しては、病態に応じた搬送体制の整備が急がれ、以下の対応が求められる。

- ・ 専門家が医学的見地から十分に検討した上で、救急患者の病態に応じた搬送基準を作成する。
- ・ 周産期母子医療センターは、上記の基準に照らして救急患者の病態に応じた受入基準を作成するとともに、対応可能な病態を公表する。
- ・ 周産期母子医療センターは、自院の体制を踏まえ、救急患者の受入れが円滑にできるよう関連診療科と綿密に協議し、連携を図る。
- ・ 脳神経外科等の関連診療科を有しない周産期母子医療センターについては、近隣の救命救急センター等といつでも連携できる体制を整える。
- ・ 都道府県は、周産期医療協議会、救急医療対策協議会やメディカルコントロール協議会といった医療関係者や消防関係者が集まる協議会等を活用し、周産期に関連する救急患者の受入先の選定、調整及び情報提供のあり方等を検討する。消防機関の搬送と病院前救護の質向上のためには、メディカルコントロール体制の確保が重要であり、メディカルコントロール協議会に周産期医療関係者も参画するなど、メディカルコントロール協議会においては周産期医療との連携に十分配慮する。
- ・ 都道府県は、救急患者の搬送及び受入基準の運用にあたり、必要に応じて、重症患者に対応する医療機関を定める等、地域の実情に応じた受入の迅速化、円滑化の方策を検討し、実施するとともに、そのために必要な医療機関に対する支援策を行う。

救急搬送における医療機関の受入状況（重症以上傷病者）

- 医療機関の照会回数4回以上の事案が14,387件（全体の3.9%）あり、現場滞在時間30分以上の事案が15,656件（4.0%）ある。

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

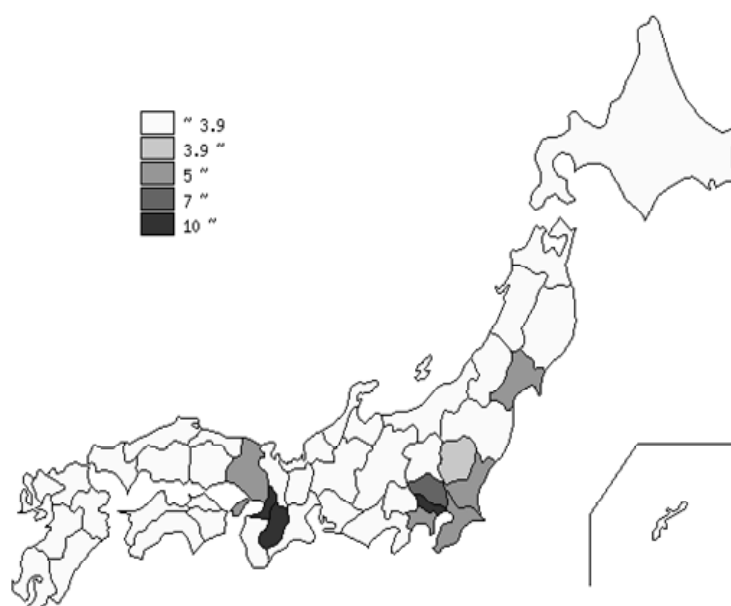
	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回～	計	最大照会回数
件数	309,230	44,609	8,989	4,324	1,074	368,226	50
割合	84.0%	12.1%	2.4%	1.2%	0.3%	100%	

現場滞在時間（現場到着から現場出発までの時間）区分ごとの件数

	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
件数	372,327	13,935	1,316	252	88	65	387,983
割合	96.0%	3.6%	0.3%	0.1%	0.02%	0.02%	100%

- 首都圏、近畿圏等の大都市部において、照会回数の多い事案の比率が高い。

照会回数4回以上の事案の割合が全国平均を上回る団体：重症以上傷病者（平成19年）



都道府県	件数	割合
奈良県	527	12.7%
東京都	4,769	11.2%
大阪府	975	10.1%
埼玉県	1,661	7.8%
千葉県	979	6.3%
宮城県	509	6.2%
神奈川県	1,358	5.7%
兵庫県	641	5.7%
茨城県	459	5.1%
栃木県	281	4.4%
全国	14,387	3.9%

救急搬送における医療機関の受入状況(産科・周産期傷病者)

○ 医療機関の照会回数4回以上の事案が1,084件(全体の4.8%)あり、現場滞在時間30分以上の事案が1,331件(5.7%)ある。

○ 首都圏、近畿圏等の大都市部において、照会回数の多い事案の比率が高い。

○ 照会回数4回以上の事案数は増加している。

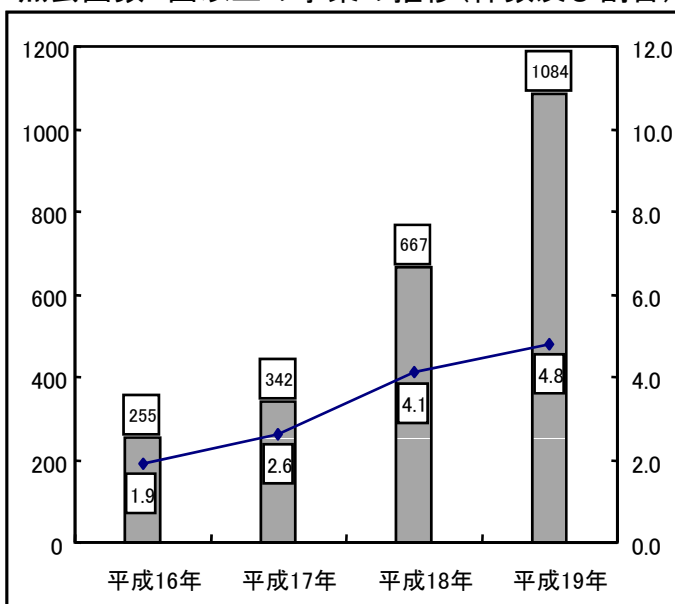
医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回～	計	最大照会回数
件数	18,500	2,944	721	310	53	22,528	43
割合	82.1%	13.1%	3.2%	1.4%	0.2%	100%	

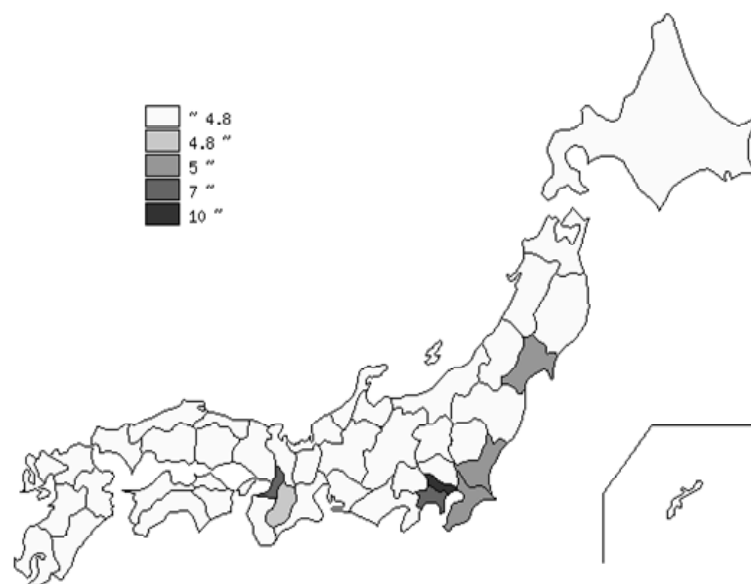
現場滞在時間区分ごとの件数

	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
件数	22,159	1,224	83	16	9	3	23,494
割合	94.3%	5.2%	0.4%	0.1%	0.04%	0.01%	100%

照会回数4回以上の事案の推移(件数及び割合)

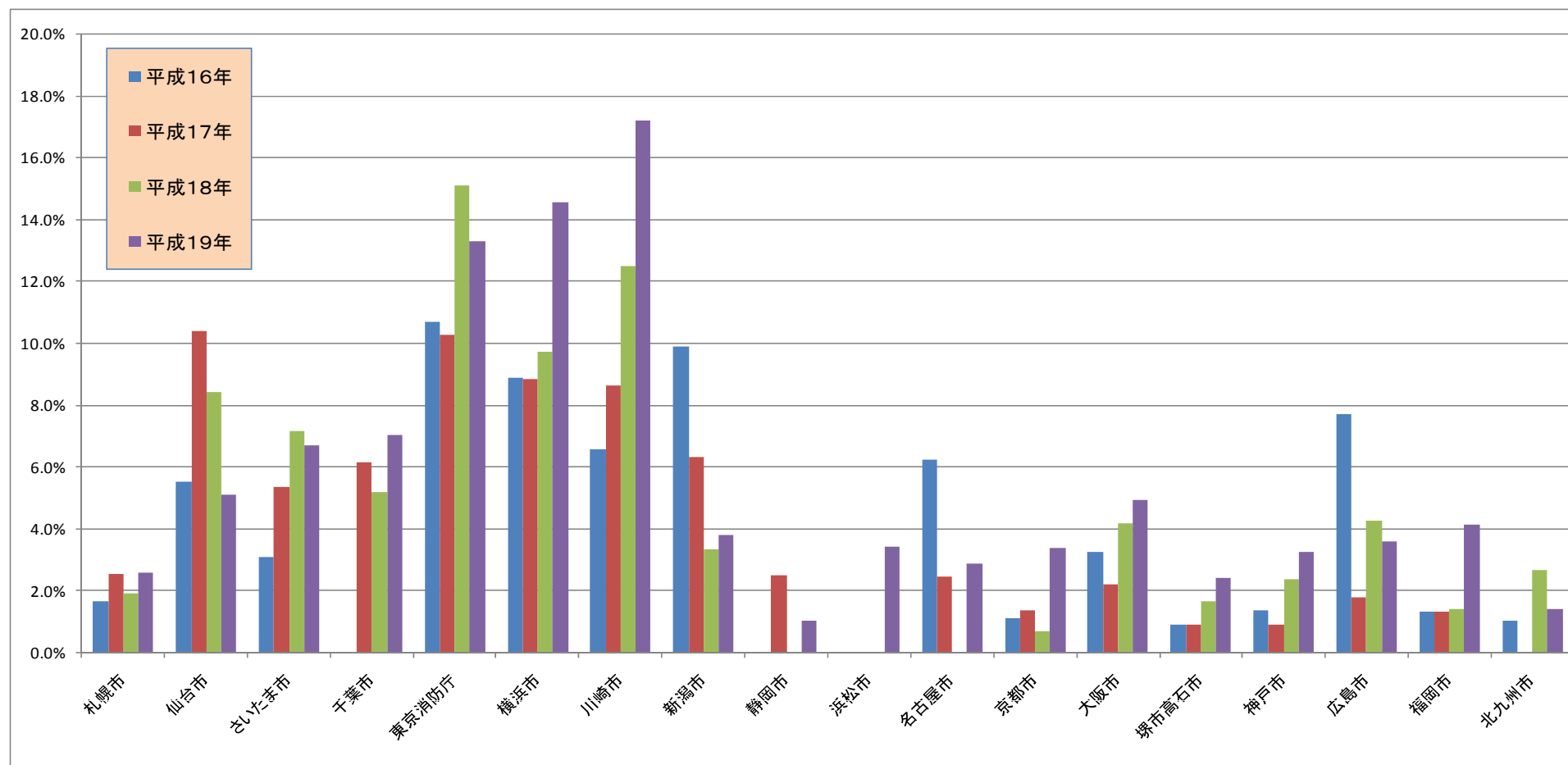


照会回数4回以上の事案の割合が全国平均を上回る団体:産科・周産期傷病者(平成19年)



都道府県	件数	割合
東京都	230	10.2%
神奈川県	187	9.2%
大阪府	288	7.5%
茨城県	35	6.4%
千葉県	58	6.3%
宮城県	15	6.0%
奈良県	19	4.9%
全国	1,084	4.8%

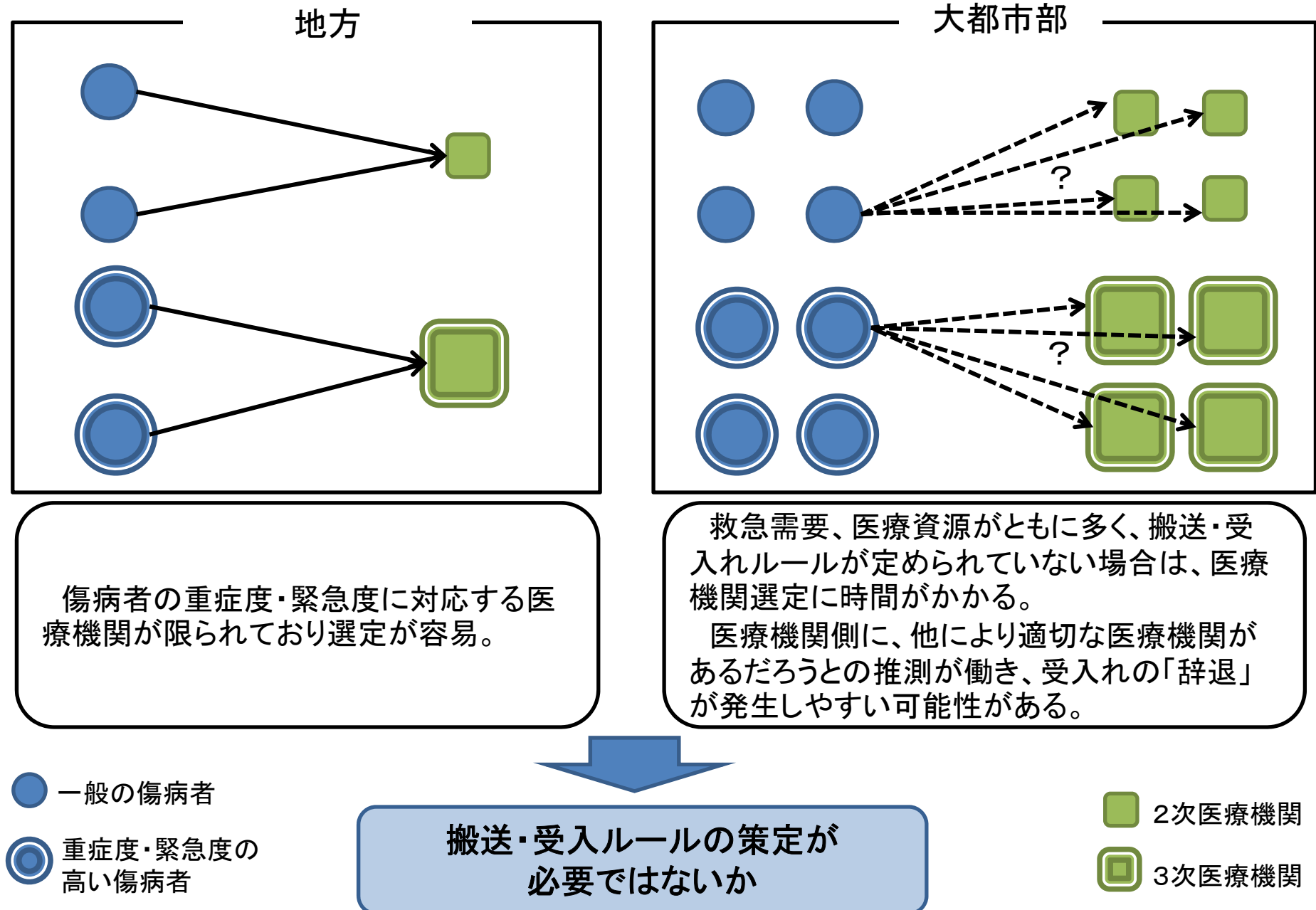
大都市の産科・周産期傷病者搬送事案における現場滞在時間30分以上の事案が占める割合



	札幌市	仙台市	さいたま市	千葉市	東京消防庁	横浜市	川崎市	新潟市	静岡市	浜松市	名古屋市	京都市	大阪市	堺市高石市	神戸市	広島市	福岡市	北九州市	平均
平成16年	1.6%	5.5%	3.1%	—	10.7%	8.9%	6.5%	9.9%	0.0%	0.0%	6.2%	1.1%	3.2%	0.9%	1.3%	7.7%	1.3%	1.0%	5.7%
平成17年	2.5%	10.4%	5.3%	6.1%	10.2%	8.8%	8.6%	6.3%	2.5%	0.0%	2.5%	1.3%	2.2%	0.9%	0.9%	1.8%	1.3%	0.0%	6.2%
平成18年	1.9%	8.4%	7.1%	5.2%	15.1%	9.7%	12.5%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	4.2%	1.6%	2.3%	4.3%	1.4%	2.7%	8.5%
平成19年	2.5%	5.1%	6.7%	7.0%	13.3%	14.5%	17.2%	3.8%	1.0%	3.4%	2.9%	3.4%	4.9%	2.4%	3.2%	3.6%	4.1%	1.4%	8.0%

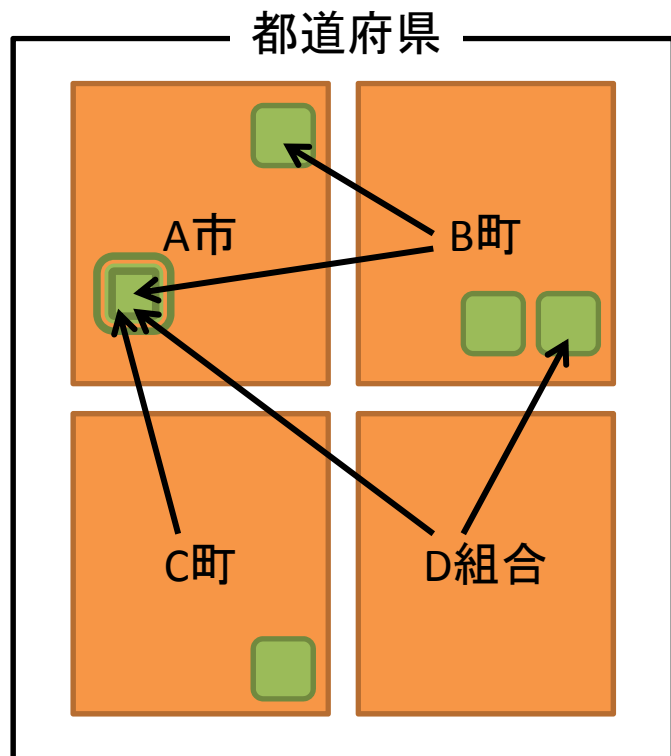
※ 表中背景色の付いている項目は、全国平均の割合を上回るもの。

医療機関選定困難事案の発生の背景



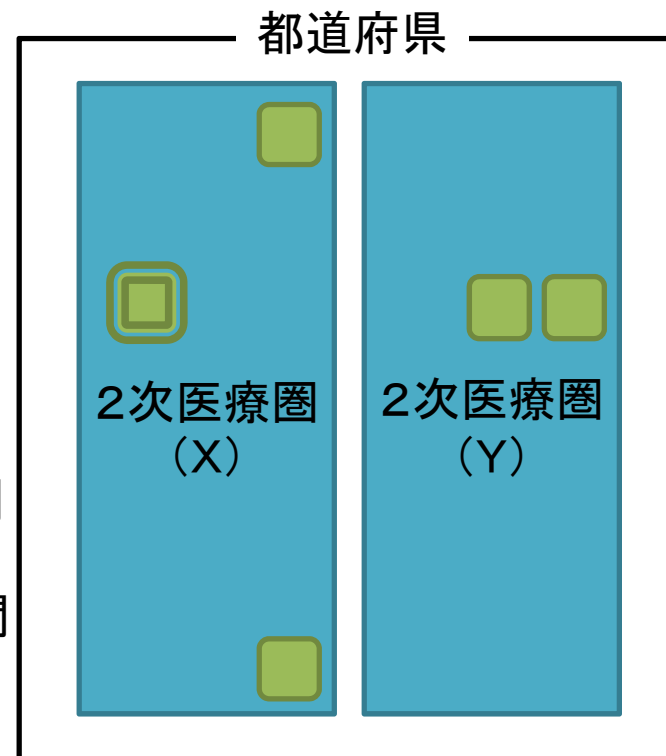
都道府県の役割について

消 防



消防業務は市町村単位で実施され、市町村を越えた救急搬送が日常的に行われている。

医 療

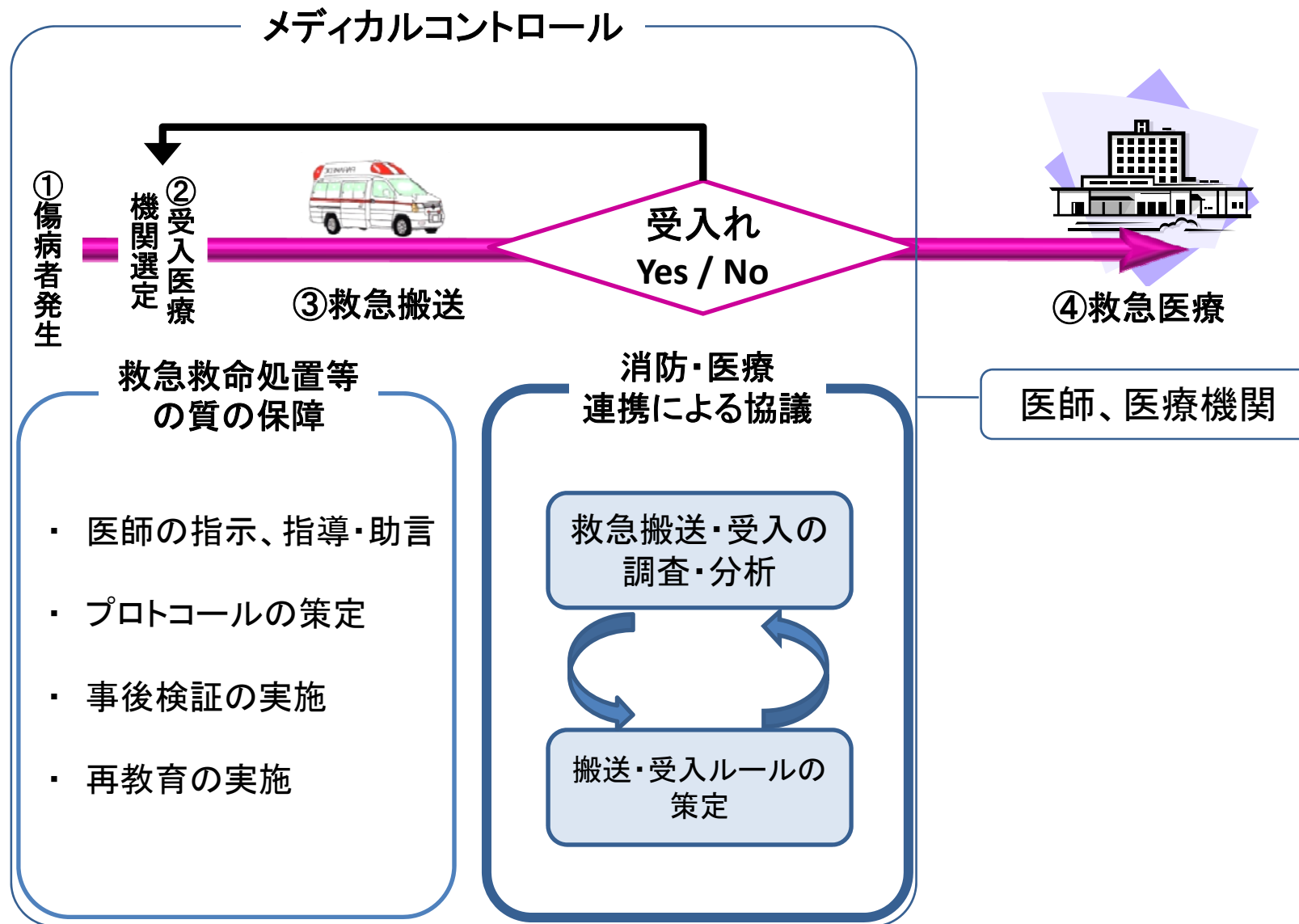


医療提供体制は都道府県が医療計画に基づき医療圏ごとに整備している。



都道府県レベルでのルールの策定が必要ではないか

円滑な搬送・受入を実施するために必要な対策について



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）



都道府県知事

意見具申

- ・ 実施基準
- ・ 搬送・受入れの実施
に関し必要な事項



関係行政機関

協力要請

- ・ 資料提供
- ・ 意見表明

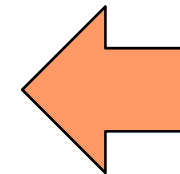
円滑な搬送・受入を確保するためのルールについて

搬送・受入ルール

都道府県が策定・公表

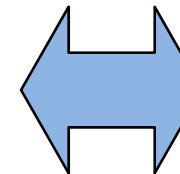
- ① 傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト
 - ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
 - ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
 - ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するためのルール
- 等

※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。



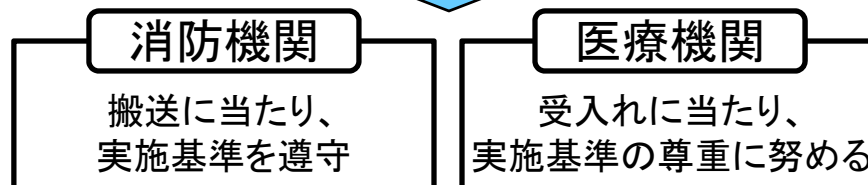
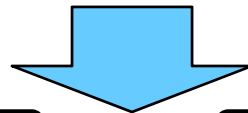
情報提供
等の援助

総務大臣
厚生労働大臣

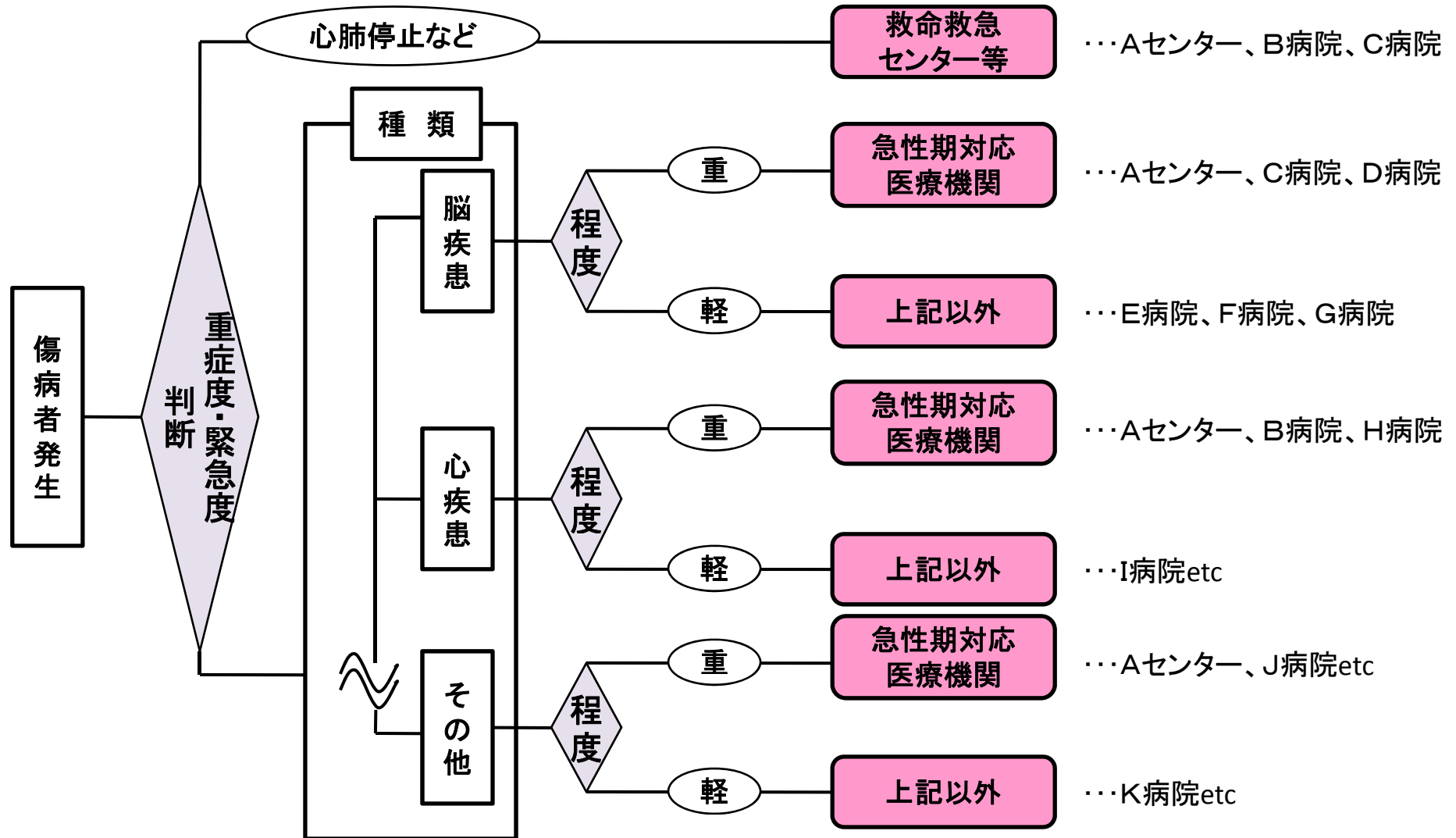


医学的知見を
踏まえる

医療計画との
調和

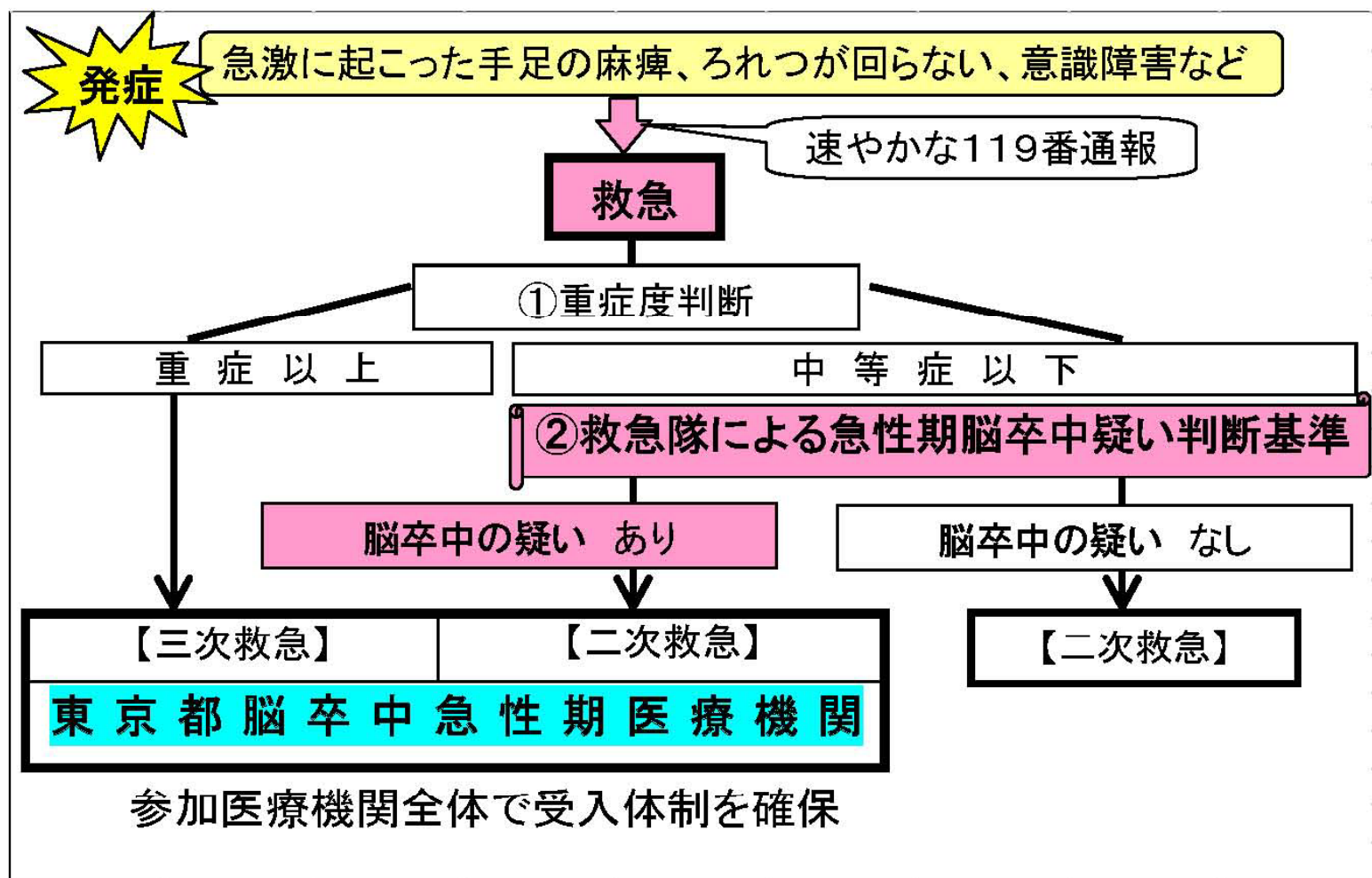


実施基準のイメージ



東京都脳卒中救急搬送体制について

迅速・適切な脳卒中急性期治療の実施で、より一層の救命と後遺症の軽減を図る



円滑な救急搬送を確保するためのルールについて(東京都の事例)

東京都脳卒中急性期医療機関リスト

このリストは、「東京都保健医療計画」における脳卒中急性期医療機能を担う医療機関の一覧です。

平成21年2月1日現在

【注】

◇このリスト掲載の医療機関は、脳卒中急性期患者の受入可能な態勢をとれる日や時間帯があるということです。

また、救急医療現場の状況は、時々刻々と変化するため、受入可能な状態かどうかは常に変化します。

◇「t-PAの実施あり」の欄に「○」のついている医療機関は、t-PA治療(*)実施に必要な態勢をとれる日や時間帯があるということです。

(*) t-PA治療…超急性期の脳梗塞治療で、発症後3時間以内に遺伝子組み換え型t-PA(組織プラスミノゲン・アクチベーター)製剤(薬剤名:アルテプラゼ)の静脈内投与による血栓溶解療法を指す。

◇このリストは、毎月1日付で更新します。

医療機関名	住 所	t-PAの 実施あり
東京通信病院	千代田区富士見2-14-23	○
駿河台日本大学病院	千代田区神田駿河台1-8-13	○
聖路加国際病院	中央区明石町9-1	○
東京都済生会中央病院	港区三田1-4-17	○
せんば東京輪病院	港区高輪3-10-11	○

円滑な救急搬送を確保するためのルールについて(東京都の事例)

救急隊による「脳卒中疑い有無判断基準」

救急隊は、傷病者の全身状態の観察や脈拍や呼吸状態などの確認、家族等からの情報収集等により、重症度・緊急度を判断し、状態に合った救急搬送先医療機関を選定して、速やかに搬送します。

その際の傷病者の観察項目に、脳卒中発症が疑われる主な徴候(*)を見極めるための判断基準を新たに加えました。

これらを総合的に判断して「脳卒中疑い」のある患者を、救急隊は、東京都脳卒中急性期医療機関に搬送します。

***脳卒中発症が疑われる主な徴候(シンシナティ病院前脳卒中スケールの場合)**
次のような徴候が突然現れた場合、脳卒中が疑われます。

☆歯を見せたり笑ってみせたときに、顔のゆがみがある



☆目を閉じて、10秒間両腕を上げているようにしても、片側だけ拳がらない、または拳がり方に差がある



☆話をしても不明瞭な言葉が出たり、あるいは全く話せない

*資料:「脳卒中病院前救護の骨子」(脳卒中病院前救護ガイドライン検討委員会)

円滑な救急搬送を確保するためのルールについて(東京都の事例)

迅速・適切な救急医療体制の確保に向けて

～東京都救急医療対策協議会報告～

別 紙

東京の救急医療の現状

現 状

- 増加する救急搬送患者
平成10年→平成19年
480,139人→623,012人 **29.7%の増**
- 減少する救急医療機関
平成10年4月 → 平成19年4月
411施設 → 335施設 **18.5%の減**
- 医療機関選定困難事案の発生(平成19年度)
全搬送事案 607,850件
選定困難事案 40,385件(6.6%)
〔医療機関の選定開始から決定までに30分以上
又は5医療機関以上に搬送連絡した事案〕

背 景

救急医療を提供する側

- ・医療の専門分化が進み、何でも診られる医師の確保が困難
- ・救急医療機関相互の連携の仕組みが希薄
- ・救急部門と他の診療科の院内連携が不十分 等

救急医療を利用する側

- ・高齢化・核家族化・単身世帯増
(急病等に対する不安の増大)
- ・いわゆるコンビニ受診の増加
- ・専門医による専門的な治療を常に求める患者の増加 等

制度的・構造的な問題

- ・救急医療を担う医師の不足
- ・高い訴訟リスク
- ・救急医療に対する診療報酬が不十分 等

都民・医療機関・消防機関・行政機関が協力・協働して救急医療を守る

「救急医療の東京ルール」を推進

ルールⅠ 救急患者の迅速な受入れ

救急患者を迅速に医療の管理下に置けるようにするため、地域の救急医療機関が相互に協力・連携して救急患者を受け入れる。

地域ネットワークの構築

- 一時受入・転送システムの導入
※一時的な受入医療機関で応急的に医療を提供
※専門的治療などは他医療機関に転送して提供
- 救急患者受入のための地域ネットワークの構築
※救急医療の地域ネットワークを構築する際の要となる救急医療機関として、「東京都地域救急センター(仮称)」を設置
※地域救急センターは地域内での患者受入調整を行い、自らも受入に努力
- コーディネーターの設置
※地域内では受入が困難な場合、地域を超えて、他地域の「地域救急センター」と協力しながら、患者受入調整(東京消防庁指令室に設置)
- 救急医療情報システムの改善
※救急医療機関が相互に診療可否や空床有無などの救急医療情報を共有

ルールⅡ 「トリアージ」の実施

緊急性の高い患者の生命を守るため、救急医療の要否や診療の順番を判断する「トリアージ」を、救急の様々な場面で実施する。

- 「搬送時トリアージ」や、地域救急センター等での「病院内トリアージ」の推進

ルールⅢ 都民の理解と参画

都民は、自らのセーフティネットである救急医療が重要な社会資源であることを認識し、救急医療を守るため、適切な利用を心がける。

- 都民と医療従事者の相互理解を促進するシンポジウム等の開催、救急相談センター(＃7119)等における相談事業の充実

参考：メディカルコントロール体制の現状

【協議会構成員】

- ・ 消防機関
 - ・ 医療機関
 - ・ 行政関係者
 - ・ 学識経験者
- 等

医学的観点から救急活動の質を保障する役割

プロトコルの策定

- ・ 応急処置
- ・ 救急救命処置
- ・ 緊急度・重症度判断

医師の指示、指導・助言体制

- ・ 特定行為の指示
- ・ 処置の指導・助言
- ・ 病院選定への助言

再教育体制の整備

- ・ 病院実習の実施
- ・ 救急救命士の再教育の実施
- ・ マニュアルの策定

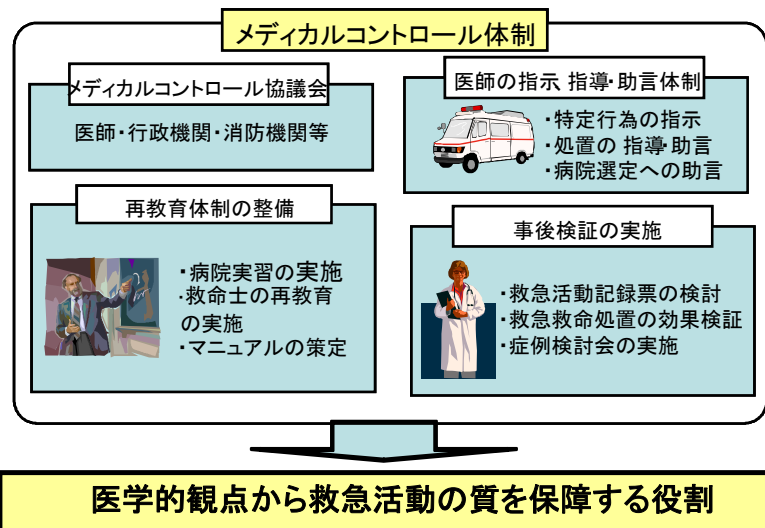
事後検証の実施

- ・ 救急活動記録表の検討
- ・ 救急救命処置の効果検証
- ・ 症例検討会の実施

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

現在のメディカルコントロール体制

救急救命士が実施する救急救命処置について、医師の指示、指導・助言
事後検証、再教育体制を整備し、救急活動の質を保障する体制



追加的な協議事項

- 1 傷病者の症状、傷病程度に応じた適切な病院選定等救急搬送のあり方
(救急搬送のあり方、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活用、に関する検証・協議)
- 2 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する提言

円滑な救急搬送体制を確保するための役割

※ 現在、都道府県単位及び地域単位に287の
メディカルコントロール協議会が設置されている。

両者を含めた救急業務全体の高度化を推進する機能を果たすためには

- MC協議会の所掌事務の拡大
- MC協議会の法的、行政的な位置づけの明確化が必要ではないか。

○ 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

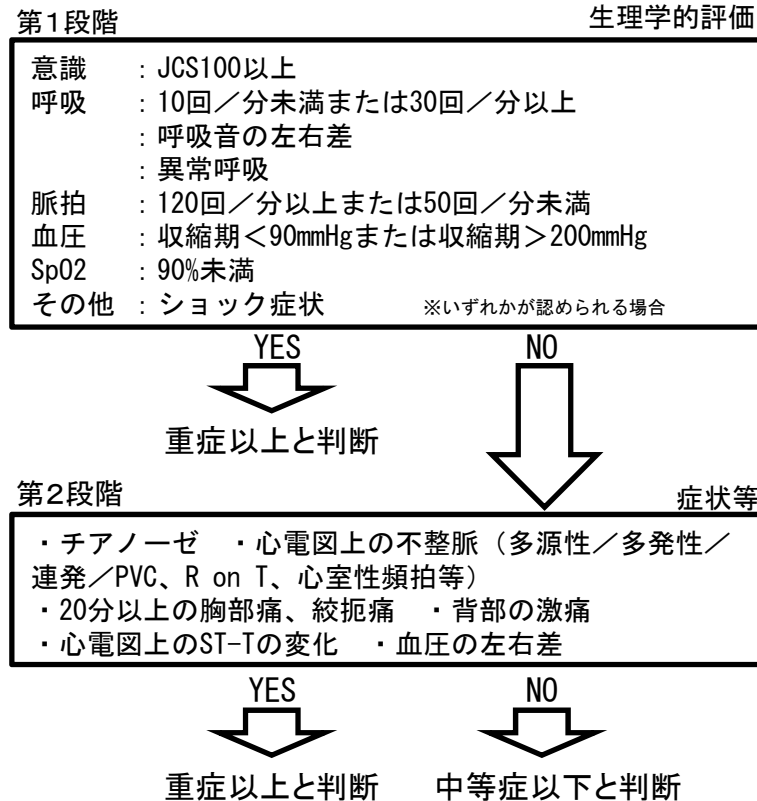
参考：救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書

【目的】 救急隊員の「病院選定の適正化」、「観察判断の資質の向上」、「応急処置の適正化」

【傷病別のプロトコール】

・ 重症度・緊急度判断基準

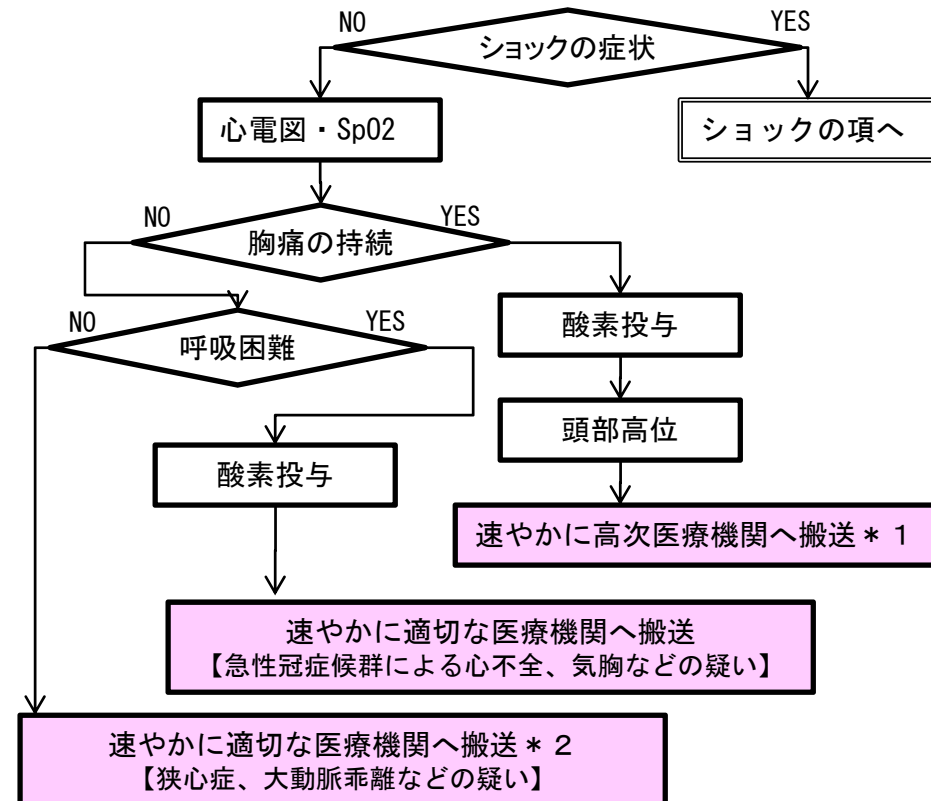
例：胸痛



・重症以上と判断した場合の医療機関選定は、救命救急センター等の三次救急医療機関、あるいはこれに準ずる二次救急医療機関及び地域の機関病院とすること。

・ 処置に関するプロトコール

例：胸痛

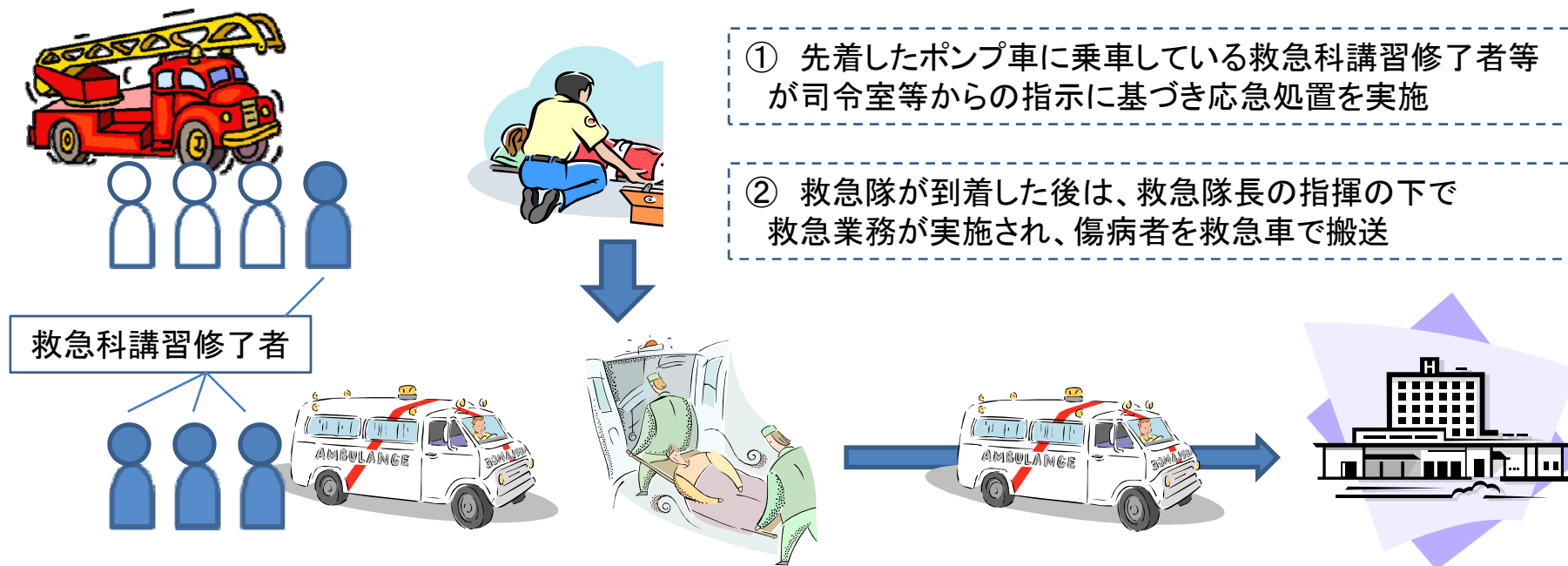


* 1 急性心筋梗塞などによる心原性ショック、大動脈解離、肺血栓塞栓症などを疑い救命救急センターまたは循環器専門医のいる医療機関へ。

* 2 狭心症、大動脈解離などの鑑別可能な医療機関へ搬送。

ファーストレスポnderによる救命率の向上

○ PA連携による救急活動の法的整理



- 救急隊の1人が現場に先着して救急業務を実施しているといえることができ、時間のズレが生じているだけで全体としては救急業務に該当すると解される

参考：消防法第2条第9項

救急業務とは、(中略)医療機関その他の場所へ緊急に搬送する必要があるものを、救急隊によつて、医療機関その他の場所に搬送すること(傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむを得ないものとして、応急の手当を行うことを含む。)をいう。

トリアージ作業部会報告資料

平成21年2月5日
総務省消防庁

119番通報時トリアージの制度設計

目的

CPA事案に対する迅速な対応を行う

→ コールトリアージに対応した部隊運用が必要

- 目標現場到着時間(目撃~接触)の設定

- 先着隊

- ウツインデータより蘇生率が急激に下がる目撃~接触 10分以内

- 救急隊接触まで

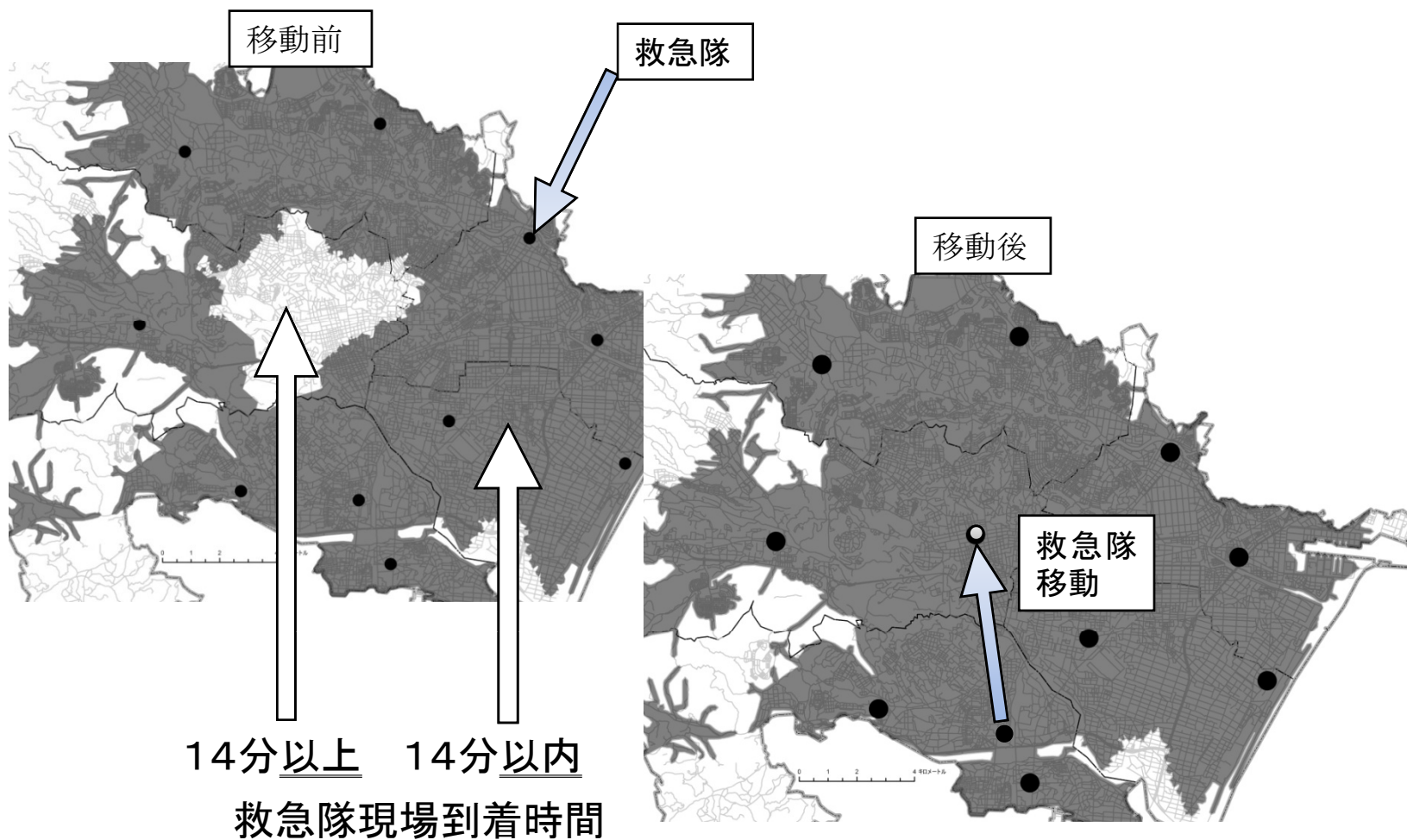
- 先着隊が接触してCPR5サイクルを2セット(4分)を行うまでの 計14分以内

- 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(机上シミュレーション)

- ポンプ隊、予備隊の出場件数は増えるがある程度運用は可能

目標現場到着時間を実現するための対策 → 先着隊、救急予備隊の増隊、移動隊が必要



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)(死亡による不搬送を除く)

	地域								4市合計	
	A市		B市		C市		D市			
レベル	詳細	合計	詳細	合計	詳細	合計	詳細	合計	詳細	合計
1a	62.3%	76.6%	61.2%	80.6%	60.0%	80.0%	56.9%	79.3%	60.3%	79.0%
	41.7%		61.2%		53.2%		49.3%		50.0%	
1b	14.3%	10.6%	19.4%	15.1%	20.0%	9.5%	22.4%	11.0%	18.8%	11.2%
	2.5%		4.5%		2.7%		3.7%		3.2%	

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]

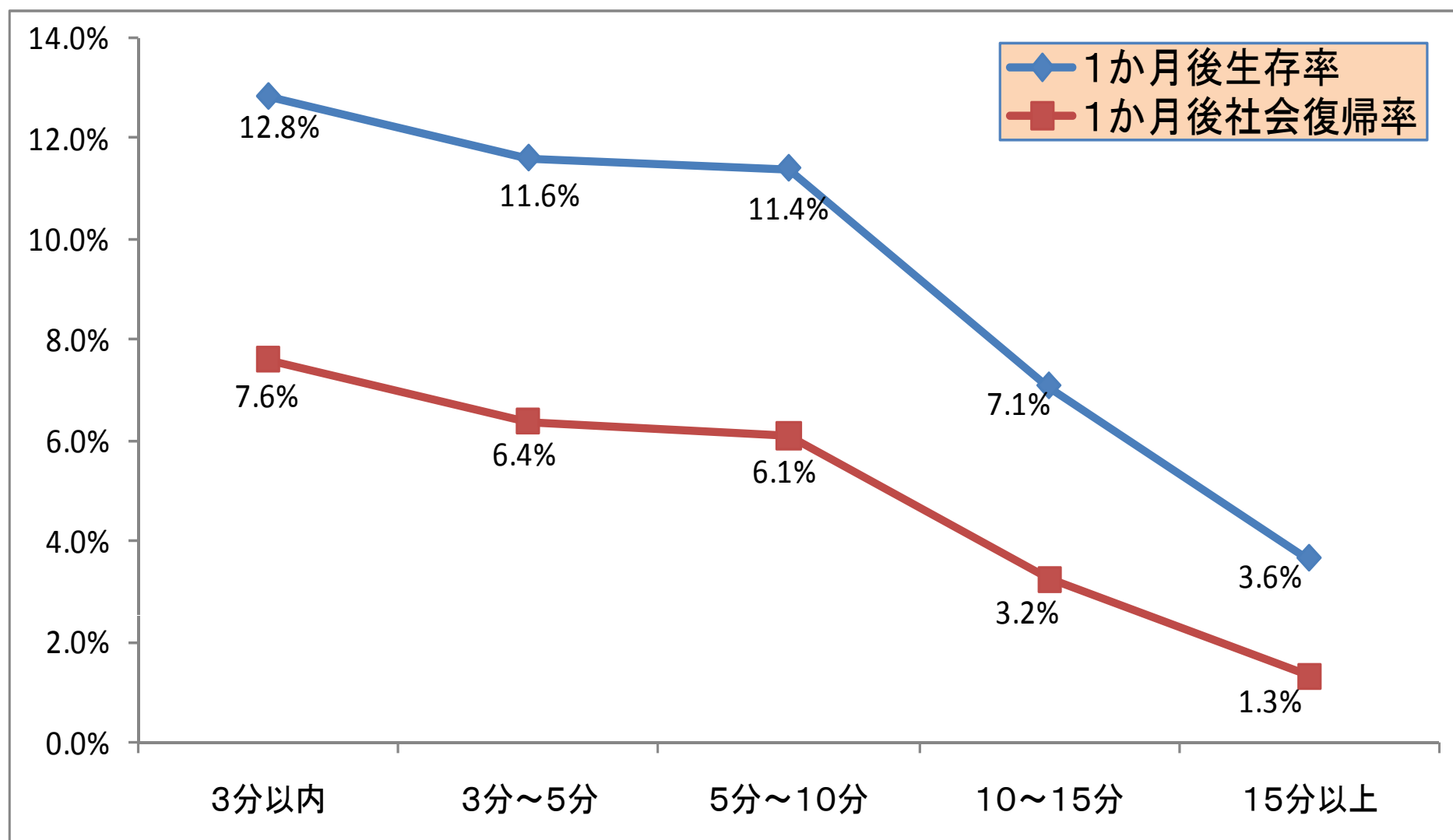
図2: CPA件数(死亡による不搬送を除く)

	地域								4市合計	
	A市		B市		C市		D市			
レベル	詳細	合計	詳細	合計	詳細	合計	詳細	合計	詳細	合計
1a	48	59	41	54	42	56	33	46	164	215
1b	11		13		14		13		51	
2重	7		6		6		6		25	
2a	9		5		7		6		27	
他	2		2		1		0		5	
合計	77		67		70		58		272	

図3: 総件数(死亡による不搬送含む)

	地域								4市合計	
	A市		B市		C市		D市			
レベル	詳細	合計	詳細	合計	詳細	合計	詳細	合計	詳細	合計
1a	115	555	67	358	79	592	67	418	328	1923
1b	440		291		513		351		1595	
2重	827		458		689		423		2397	
2a	596		311		558		410		1875	
他	2034		1054		1620		998		5706	
合計	4012		2181		3459		2249		11901	

目撃のあった時刻から救急隊員が心肺蘇生開始時点までの
時間区分ごとの1か月後生存率及び社会復帰率
(2005年から2007年までの3か年合計)



平成20年中の救急出場件数等(速報)

平成21年2月5日
総務省消防庁

平成20年中の救急出場件数等(全国)

1 救急出場件数及び搬送人員

期 間	出場件数	搬送人員
H20.1.1～H20.12.31	5,100,031 件	4,680,606 人
H19.1.1～H19.12.31	5,290,236 件	4,902,753 人
増減	-190,205 件	-222,147 人
%	-3.6%	-4.5%

平成20年中の出場件数が平成19年中の出場件数と比較して増減した消防本部数について					
増加(a)		減少(b)		増減なし(c)	
163 本部		639 本部		4 本部	
(a)/806	20.2%	(b)/806	79.3%	(c)/806	0.5%

2 事故種別出場件数(件)

事故種別番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
期 間	合計	火災	自然災害	水難	交通	労災	運動	一般	加害	自損	急病	転院	医師搬送	資材搬送	その他
H20.1.1～H20.12.31	5,100,031	25,093	368	4,065	556,615	45,915	34,917	698,293	40,683	72,809	3,104,432	448,034	3,646	1,788	63,373
H19.1.1～H19.12.31	5,290,236	25,466	374	4,264	601,931	49,196	38,292	704,193	44,109	71,866	3,223,990	460,300	2,676	1,502	62,077
増減	-190,205	-373	-6	-199	-45,316	-3,281	-3,375	-5,900	-3,426	943	-119,558	-12,266	970	286	1,296
%	-3.6%	-1.5%	-1.6%	-4.7%	-7.5%	-6.7%	-8.8%	-0.8%	-7.8%	1.3%	-3.7%	-2.7%	36.2%	19.0%	2.1%

3 事故種別搬送人員(人)

事故種別番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
期 間	合計	火災	自然災害	水難	交通	労災	運動	一般	加害	自損	急病			その他
H20.1.1～H20.12.31	4,680,606	7,130	274	2,171	570,793	44,835	35,175	643,639	34,964	52,367	2,837,050			452,208
H19.1.1～H19.12.31	4,902,753	7,580	346	2,259	627,702	48,056	38,812	653,730	38,649	52,871	2,967,725			465,023
増減	-222,147	-450	-72	-88	-56,909	-3,221	-3,637	-10,091	-3,685	-504	-130,675			-12,815
%	-4.5%	-5.9%	-20.8%	-3.9%	-9.1%	-6.7%	-9.4%	-1.5%	-9.5%	-1.0%	-4.4%			-2.8%

4 出場件数増減の要因について(複数回答可)

出場件数全体が「増加」した要因と思われる項目	回答欄合計 (A)	(A)/163本部
① 高齢搬送者の増加	116	71.2%
② 熱中症搬送者の増加	16	9.8%
③ 上記②以外の急病搬送者の増加	64	39.3%
④ 不適正利用者の増加	36	22.1%
⑤ その他(上記以外の要因と思われるもの及び不明)	66	40.5%

出場件数全体が「減少」した要因と思われる項目	回答欄合計 (B)	(B)/639本部
① 一般市民への救急自動車の適正利用等の広報活動	438	68.5%
② 頻回利用者への個別指導と毅然たる対応	124	19.4%
③ 緊急性のない利用者への代替措置情報の提供(民間事業者の活用)	32	5.0%
④ 転院搬送業務への病院救急車の活用	35	5.5%
⑤ その他(上記以外の要因と思われるもの及び不明)	418	65.4%

平成20・19年中の救急出場件数

No1

都道府県名	年	出動件数	火災	自然災害	水難	交通	労働災害	運動競技	一般負傷	加害	自暴行為	急病	転院搬送	医師搬送	資機材搬送	その他
北海道	平成20年	205,452	1,216	7	171	14,260	1,956	1,239	27,531	1,008	4,239	124,002	26,410	433	25	3,967
	平成19年	217,672	1,212	15	218	15,860	2,251	1,234	27,531	1,117	4,358	131,454	27,770	389	13	4,250
	増減	-12,220	4	-8	-47	-1,600	-295	5	-1,012	-109	-119	-7,452	-1,360	44	12	-283
	(%)	-5.6%	0.3%	-53.3%	-21.6%	-10.1%	-13.1%	0.4%	-3.7%	-9.8%	-2.7%	-5.7%	-4.9%	11.3%	92.3%	-6.7%
青森県	平成20年	40,653	291	8	53	3,460	333	242	4,678	201	689	24,457	5,838	33	22	348
	平成19年	41,479	277	14	67	3,720	291	259	4,535	223	682	25,212	5,807	29	27	336
	増減	-826	14	-6	-14	-260	42	-17	143	-22	7	-755	31	4	-5	12
	(%)	-2.0%	5.1%	-42.9%	-20.9%	-7.0%	14.4%	-6.6%	3.2%	-9.9%	1.0%	-3.0%	0.5%	13.8%	-18.5%	3.6%
岩手県	平成20年	42,182	166	27	31	3,577	360	342	4,871	163	740	26,481	5,209	5	0	210
	平成19年	43,414	157	3	37	4,206	415	404	4,816	174	691	26,974	5,320	14	2	201
	増減	-1,232	9	24	-6	-629	-55	-62	55	-11	49	-493	-111	-9	-2	9
	(%)	-2.8%	5.7%	800.0%	-16.2%	-15.0%	-13.3%	-15.3%	1.1%	-6.3%	7.1%	-1.8%	-2.1%	-64.3%	-100.0%	4.5%
宮城県	平成20年	82,445	485	58	66	7,635	571	499	9,059	442	1,464	48,871	11,947	4	31	1,313
	平成19年	86,192	462	1	84	8,415	584	602	9,051	503	1,442	50,830	12,804	3	28	1,383
	増減	-3,747	23	57	-18	-780	-13	-103	8	-61	22	-1,959	-857	1	3	-70
	(%)	-4.3%	5.0%	5700.0%	-21.4%	-9.3%	-2.2%	-17.1%	0.1%	-12.1%	1.5%	-3.9%	-6.7%	33.3%	10.7%	-5.1%
秋田県	平成20年	35,649	178	4	28	2,754	345	225	4,441	116	578	23,739	2,831	2	0	408
	平成19年	36,693	160	4	42	2,979	330	303	4,402	110	535	24,364	3,107	5	1	351
	増減	-1,044	18	0	-14	-225	15	-78	39	6	43	-625	-276	-3	-1	57
	(%)	-2.8%	11.3%	0	-33.3%	-7.6%	4.5%	-25.7%	0.9%	5.5%	8.0%	-2.6%	-8.9%	-60.0%	-100.0%	16.2%
山形県	平成20年	38,257	202	3	25	3,379	321	250	4,717	113	524	24,114	4,340	4	0	265
	平成19年	38,611	211	1	26	3,649	309	269	4,507	109	573	24,522	4,196	1	0	238
	増減	-354	-9	2	-1	-270	12	-19	210	4	-49	-408	144	3	0	27
	(%)	-0.9%	-4.3%	200.0%	-3.8%	-7.4%	3.9%	-7.1%	4.7%	3.7%	-8.6%	-1.7%	3.4%	300.0%	0	11.3%
福島県	平成20年	69,115	265	4	29	7,277	631	572	8,349	318	1,032	43,625	6,233	152	45	583
	平成19年	71,442	240	3	52	7,784	665	651	8,396	299	1,026	45,370	6,214	143	62	537
	増減	-2,327	25	1	-23	-507	-34	-79	-47	19	6	-1,745	19	9	-17	46
	(%)	-3.3%	10.4%	33.3%	-44.2%	-6.5%	-5.1%	-12.1%	-0.6%	6.4%	0.6%	-3.8%	0.3%	6.3%	-27.4%	8.6%
茨城県	平成20年	103,158	508	9	102	14,637	1,202	741	12,301	758	1,489	61,756	8,533	79	2	1,041
	平成19年	106,598	503	5	116	15,653	1,281	871	12,455	769	1,603	63,334	8,799	60	5	1,144
	増減	-3,440	5	4	-14	-1,016	-79	-130	-154	-11	-114	-1,578	-266	19	-3	-103
	(%)	-3.2%	1.0%	80.0%	-12.1%	-6.5%	-6.2%	-14.9%	-1.2%	-1.4%	-7.1%	-2.5%	-3.0%	31.7%	-60.0%	-9.0%
栃木県	平成20年	66,207	286	7	45	9,276	666	376	7,271	395	1,225	38,584	7,402	8	2	664
	平成19年	68,414	336	3	50	9,959	717	446	7,231	433	1,184	39,813	7,558	13	5	666
	増減	-2,207	-50	4	-5	-683	-51	-70	40	-38	41	-1,229	-156	-5	-3	-2
	(%)	-3.2%	-14.9%	133.3%	-10.0%	-6.9%	-7.1%	-15.7%	0.6%	-8.8%	3.5%	-3.1%	-2.1%	-38.5%	-60.0%	-0.3%
群馬県	平成20年	72,861	391	4	30	8,765	753	522	9,437	394	1,019	43,733	7,079	64	11	659
	平成19年	75,168	358	4	35	9,410	856	590	9,251	404	1,016	45,332	7,189	52	1	670
	増減	-2,307	33	0	-5	-645	-103	-68	186	-10	3	-1,599	-110	12	10	-11
	(%)	-3.1%	9.2%	0	-14.3%	-6.9%	-12.0%	-11.5%	2.0%	-2.5%	0.3%	-3.7%	-1.5%	23.1%	100.0%	-1.6%
埼玉県	平成20年	261,366	1,816	11	89	32,999	3,220	2,254	33,585	2,733	4,676	157,792	18,804	32	95	3,260
	平成19年	271,496	1,867	17	105	35,916	3,355	2,398	33,611	2,876	4,532	163,834	19,373	59	105	3,448
	増減	-10,130	-51	-6	-16	-2,917	-135	-144	-26	-143	144	-6,042	-569	-27	-10	-188
	(%)	-3.7%	-2.7%	-35.3%	-15.2%	-8.1%	-4.0%	-6.0%	-0.1%	-5.0%	3.2%	-3.7%	-2.9%	-45.8%	-9.5%	-5.5%
千葉県	平成20年	249,022	1,318	17	178	27,563	2,294	1,411	33,048	2,412	3,591	150,014	20,625	86	38	6,427
	平成19年	258,189	1,362	4	176	29,791	2,495	1,559	33,122	2,570	3,582	155,746	22,054	85	44	5,599
	増減	-9,167	-44	13	2	-2,228	-201	-148	-74	-158	9	-5,732	-1,429	1	-6	828
	(%)	-3.6%	-3.2%	325.0%	1.1%	-7.5%	-8.1%	-9.5%	-0.2%	-6.1%	0.3%	-3.7%	-6.5%	1.2%	-13.6%	14.8%
東京都	平成20年	661,352	3,828	20	578	68,733	4,413	5,078	105,506	7,870	6,329	412,447	35,601	182	488	10,299
	平成19年	699,970	3,899	18	589	75,637	5,074	5,651	108,228	8,575	6,185	438,474	36,667	222	586	10,165
	増減	-38,618	-71	2	-11	-6,904	-661	-573	-2,722	-705	144	-26,027	-1,066	-40	-118	134
	(%)	-5.5%	-1.8%	11.1%	-1.9%	-9.1%	-13.0%	-10.1%	-2.5%	-8.2%	2.2%	-5.9%	-2.9%	-18.0%	-20.1%	1.3%
神奈川県	平成20年	366,650	1,986	46	194	36,803	3,104	2,598	53,751	3,524	5,198	232,586	21,895	40	78	4,847
	平成19年	383,112	2,176	35	245	40,854	3,323	3,010	54,975	3,911	5,142	242,228	22,266	60	86	4,801
	増減	-16,462	-190	11	-51	-4,051	-219	-412	-1,224	-387	56	-9,642	-371	-20	-8	46
	(%)	-4.3%	-8.7%	31.4%	-20.8%	-9.9%	-6.6%	-13.7%	-2.2%	-9.9%	1.1%	-4.0%	-1.7%	-33.3%	-9.3%	1.0%
新潟県	平成20年	83,279	365	17	128	8,185	1,046	587	11,559	368	1,307	48,571	8,879	1,277	3	987
	平成19年	84,729	300	77	101	8,676	1,027	585	11,224	395	1,276	50,750	9,106	267	2	943
	増減	-1,450	65	-60	27	-491	19	2	335	-27	31	-2,179	-227	1,010	1	44
	(%)	-1.7%	21.7%	-77.9%	26.7%	-5.7%	1.9%	0.3%	3.0%	-6.8%	2.4%	-4.3%	-2.5%	378.3%	50.0%	4.7%
富山県	平成20年	34,039	157	7	50	3,769	339	258	4,841	147	551	20,165	3,407	16	44	288
	平成19年	34,294	154	7	54	4,002	355	219	4,662	178	483	20,411	3,445	13	50	261
	増減	-255	3	0	-4	-233	-16	39	179	-31	68	-246	-38	3	-6	27
	(%)	-0.7%	1.9%	0	-7.4%	-5.8%	-4.5%	17.8%	3.8%	-3.8%	14.1%	-1.2%	-1.1%	23.1%	-12.0%	10.3%
石川県	平成20年	35,432	128	6	45	4,049	361	264	5,212	172	497	21,291	3,088	5	3	311
	平成19年	35,444	106	27	44	4,191	404	252	5,040	179	494	21,217	3,169	11	2	308
	増減	-12	22	-21	1	-142	-43	12	172	-7	3	74	-81	-6	1	3
	(%)	0.0%	20.8%	-77.8%	2.3%	-3.4%	-10.6%	4.8%	3.4%	-3.9%	0.6%	0.3%	-2.6%	-54.5%	50.0%	1.0%
福井県	平成20年	23,689	122	6	74	2,905	266	239	3,259	88	382	13,615	2,554	9	9	161
	平成19年	24,024	102	2	48	3,160	271	240	3,308	91	350	13,629	2,655			

都道府県名	年	出動件数	火災	自然災害	水難	交通	労働災害	運動競技	一般負傷	加害	自損行為	急病	転院搬送	医師搬送	資機材搬送	その他
滋賀県	平成20年	51,114	260	1	59	6,902	740	435	6,823	284	725	31,480	3,083	1	5	316
	平成19年	51,991	240	3	37	7,471	745	487	6,586	293	640	32,159	3,024	0	0	306
	増減	-877	20	-2	22	-569	-5	-52	237	-9	85	-679	59	1	5	10
	(%)	-1.7%	8.3%	-66.7%	59.5%	-7.6%	-0.7%	-10.7%	3.6%	-3.1%	13.3%	-2.1%	2.0%	0	0	3.3%
京都府	平成20年	112,632	519	5	68	15,262	836	670	15,426	900	1,569	70,447	5,505	10	2	1,413
	平成19年	117,695	499	3	76	17,045	904	777	15,689	994	1,595	72,671	5,876	5	2	1,559
	増減	-5,063	20	2	-8	-1,783	-68	-107	-263	-94	-26	-2,224	-371	5	0	-146
	(%)	-4.3%	4.0%	66.7%	-10.5%	-10.5%	-7.5%	-13.8%	-1.7%	-9.5%	-1.6%	-3.1%	-6.3%	100.0%	0	-9.4%
大阪府	平成20年	470,424	2,805	14	139	52,087	3,801	2,476	67,505	6,194	6,774	299,418	25,777	13	3	3,418
	平成19年	498,277	2,952	10	139	56,360	4,078	2,773	68,727	6,854	6,821	318,992	27,192	5	5	3,369
	増減	-27,853	-147	4	0	-4,273	-277	-297	-1,222	-660	-47	-19,574	-1,415	8	-2	49
	(%)	-5.6%	-5.0%	40.0%	0	-7.6%	-6.8%	-10.7%	-1.8%	-9.6%	-0.7%	-6.2%	-5.2%	160.0%	-40.0%	1.5%
兵庫県	平成20年	215,885	1,045	10	110	24,078	1,901	1,290	31,828	1,808	3,270	128,724	17,994	116	5	3,706
	平成19年	226,215	1,014	4	141	25,412	2,023	1,357	32,155	2,054	3,392	136,941	18,058	128	5	3,531
	増減	-10,330	31	6	-31	-1,334	-122	-67	-327	-246	-122	-8,217	-64	-12	0	175
	(%)	-4.6%	3.1%	150.0%	-22.0%	-5.2%	-6.0%	-4.9%	-1.0%	-12.0%	-3.6%	-6.0%	-0.4%	-9.4%	0	5.0%
奈良県	平成20年	54,958	202	0	17	6,443	592	354	7,933	294	809	32,601	5,531	3	0	179
	平成19年	56,890	197	7	28	6,768	609	376	8,130	326	703	34,008	5,578	4	1	155
	増減	-1,932	5	-7	-11	-325	-17	-22	-197	-32	106	-1,407	-47	-1	-1	24
	(%)	-3.4%	2.5%	-100.0%	-39.3%	-4.8%	-2.8%	-5.9%	-2.4%	-9.8%	15.1%	-4.1%	-0.8%	-25.0%	-100.0%	15.5%
和歌山県	平成20年	44,441	73	0	61	5,771	384	200	6,155	251	683	26,760	3,800	5	1	297
	平成19年	46,669	103	4	62	5,951	460	239	6,485	289	662	28,180	3,907	6	5	316
	増減	-2,228	-30	-4	-1	-180	-76	-39	-330	-38	21	-1,420	-107	-1	-4	-19
	(%)	-4.8%	-29.1%	-100.0%	-1.6%	-3.0%	-16.5%	-16.3%	-5.1%	-13.1%	3.2%	-5.0%	-2.7%	-16.7%	-80.0%	-6.0%
鳥取県	平成20年	21,041	147	2	52	1,987	179	190	2,698	82	279	13,035	2,270	30	1	89
	平成19年	21,424	141	2	34	2,154	168	203	2,641	79	277	13,172	2,409	51	5	88
	増減	-383	6	0	18	-167	11	-13	57	3	2	-137	-139	-21	-4	1
	(%)	-1.8%	4.3%	0	52.9%	-7.8%	6.5%	-6.4%	2.2%	3.8%	0.7%	-1.0%	-5.8%	-41.2%	-80.0%	1.1%
島根県	平成20年	25,574	47	0	51	2,396	212	214	3,574	65	391	15,694	2,731	22	3	174
	平成19年	26,103	32	0	36	2,689	267	266	3,584	87	381	15,603	2,958	77	4	119
	増減	-529	15	0	15	-293	-55	-52	-10	-22	10	91	-227	-55	-1	55
	(%)	-2.0%	46.9%	0	41.7%	-10.9%	-20.6%	-19.5%	-0.3%	-25.3%	2.6%	0.6%	-7.7%	-71.4%	-25.0%	46.2%
岡山県	平成20年	72,962	293	1	56	9,712	663	389	9,579	392	843	42,347	7,882	67	38	700
	平成19年	73,766	281	5	61	10,215	761	408	9,509	406	848	42,605	8,345	53	33	736
	増減	-804	12	-4	-5	-503	-98	-19	70	-14	-5	-258	-463	14	5	464
	(%)	-1.1%	4.3%	-80.0%	-8.2%	-4.9%	-12.9%	-4.7%	0.7%	-3.4%	-0.6%	-0.6%	-5.5%	26.4%	15.2%	196.6%
広島県	平成20年	111,472	332	2	106	13,601	979	757	15,823	605	1,472	62,266	14,086	97	3	1,343
	平成19年	114,646	369	5	113	14,545	1,099	899	15,471	695	1,398	64,279	14,409	104	17	1,243
	増減	-3,174	-37	-3	-7	-944	-120	-142	352	-90	74	2,013	-323	-7	-14	100
	(%)	-2.8%	-10.0%	-60.0%	-6.2%	-6.5%	-10.9%	-15.8%	2.3%	-12.9%	5.3%	-3.1%	-2.2%	-6.7%	-82.4%	8.0%
山口県	平成20年	60,368	250	3	43	5,946	526	458	8,510	263	805	35,342	7,414	96	17	695
	平成19年	62,185	307	3	55	6,300	542	476	8,679	282	786	36,488	7,517	92	14	644
	増減	-1,817	-57	0	-12	-354	-16	-18	-169	-19	19	-1,146	-103	4	3	51
	(%)	-2.9%	-18.6%	0	-21.8%	-5.6%	-3.0%	-3.8%	-1.9%	-6.7%	2.4%	-3.1%	-1.4%	4.3%	21.4%	7.9%
徳島県	平成20年	27,789	33	1	37	3,819	273	224	3,605	153	341	15,557	3,544	3	9	190
	平成19年	28,528	30	0	34	4,050	272	234	3,522	127	315	15,588	3,792	8	2	154
	増減	-739	3	1	3	-231	1	-10	83	26	26	-431	-248	-5	7	36
	(%)	-2.6%	10.0%	0	8.8%	-5.7%	0.4%	-4.3%	2.4%	20.5%	8.3%	-2.7%	-6.5%	-62.5%	350.0%	23.4%
香川県	平成20年	41,422	239	3	42	5,607	378	308	5,503	223	474	23,062	5,297	53	25	208
	平成19年	42,089	270	0	43	5,900	394	336	5,538	252	490	23,207	5,320	41	20	278
	増減	-667	-31	3	-1	-293	-16	-28	-35	-29	-16	-145	-23	12	5	-70
	(%)	-1.6%	-11.5%	0	-2.3%	-5.0%	-4.1%	-8.3%	-0.6%	-11.5%	-3.3%	-0.6%	-0.4%	29.3%	25.0%	-25.2%
愛媛県	平成20年	56,570	187	0	34	6,806	546	341	7,708	360	853	32,916	6,533	3	0	283
	平成19年	57,171	202	1	56	7,383	554	378	7,701	365	810	32,857	6,569	10	0	285
	増減	-601	-15	-1	-22	-577	-8	-37	7	-5	43	59	-36	-7	0	-2
	(%)	-1.1%	-7.4%	-100.0%	-39.3%	-7.8%	-1.4%	-9.8%	0.1%	-2.2%	5.3%	0.2%	-0.5%	-70.0%	0	-0.7%
高知県	平成20年	34,415	121	2	43	3,501	312	203	5,344	222	431	19,888	4,196	9	2	141
	平成19年	36,031	104	0	43	3,836	327	244	5,371	237	475	20,971	4,288	3	2	120
	増減	-1,616	17	2	0	-335	-25	-41	-27	-15	-44	-1,083	-92	6	0	21
	(%)	-4.5%	16.3%	0	0.0%	-8.7%	-7.4%	-16.8%	-0.5%	-6.3%	-9.3%	-5.2%	-2.1%	200.0%	0	17.5%
福岡県	平成20年	203,277	576	6	200	20,101	1,480	1,260	28,856	1,315	3,387	123,117	21,360	27	4	3,588
	平成19年	207,706	643	6	206	22,021	1,568	1,370	28,591	1,579	3,336	124,708	21,828	20	4	3,836
	増減	-4,429	-67	0	-6	-1,920	-78	-110	265	-264	51	-1,591	-468	7	0	-248
	(%)	-2.1%	-10.4%	0	-2.9%	-8.7%	-5.0%	-8.0%	1.5%	-16.7%	1.5%	-1.3%	-2.1%	35.0%	0	-6.5%
佐賀県	平成20年	30,523	123	2	52	3,613	279	235	3,758	114	367	16,095	5,462	40	0	383
	平成19年	30,544	125	2	36	3,741	247	258	3,729	154	376	15,902	5,589	54	0	331
	増減	-21	-2	0	16	-128	32	-23	29	-40	-9	193	-127	-14	0	52
	(%)	-0.1%	-1.6%	0	44.4%	-3.4%	13.0%	-8.9%	0.8%	-26.0%	-2.4%	1.2%	-2.3%	-25.9%	0	0
長崎県	平成20年	52,560	68	0	63	4,026	276	354	7,076	207	695	30,309	8,512	16	14	944
	平成19年	52,572	58	0	68	4,245	283	385	6,955	212	646	30,495	8,338	20	31	836
	増減	-12	10	0	-5	-219	-7	-31	121	-5	49	-186	174	-4	-17	108
	(%)	0.0%	17.2%	0	-7.4%	-5.2%	-2.5%	-8.1%	1.7%	-2.4%	7.6%	-0.6%	2.1%	-20.0%	-54.8%	12.9%
熊本県	平成20年	71,885	359	7	70	8,224	584	695	9,233	337	1,245	41,921				

平成20・19年中の救急搬送人員

No1

都道府県名	年	出動件数	火災	自然災害	水難	交通	労働災害	運動競技	一般負傷	加害	自損行為	急病	その他
北海道	平成20年	189,836	340	6	94	15,341	1,918	1,239	24,974	850	3,017	115,446	26,611
	平成19年	203,505	342	15	108	17,492	2,015	1,434	26,100	975	3,255	123,512	28,257
	増減	-13,669	-2	-9	-14	-2,151	-97	-195	-1,126	-125	-238	-8,066	-1,646
	(%)	-6.7%	-0.6%	-60.0%	-13.0%	-12.3%	-4.8%	-13.6%	-4.3%	-12.8%	-7.3%	-6.5%	-5.8%
青森県	平成20年	37,800	93	8	39	3,726	327	239	4,385	180	393	22,576	5,834
	平成19年	38,822	99	12	36	4,128	283	262	4,285	193	407	23,297	5,820
	増減	-1,022	-6	-4	3	-402	44	-23	100	-13	-14	-721	14
	(%)	-2.6%	-6.1%	-33.3%	8.3%	-9.7%	15.5%	-8.8%	2.3%	-6.7%	-3.4%	-3.1%	0.2%
岩手県	平成20年	39,697	88	30	14	3,853	352	347	4,602	139	501	24,538	5,233
	平成19年	41,143	78	1	17	4,688	409	405	4,544	149	460	25,061	5,331
	増減	-1,446	10	29	-3	-835	-57	-58	58	-10	41	-523	-98
	(%)	-3.5%	12.8%	2900.0%	-17.6%	-17.8%	-13.9%	-14.3%	1.3%	-6.7%	8.9%	-2.1%	-1.8%
宮城県	平成20年	75,660	153	43	25	7,883	545	499	8,266	400	1,002	44,905	11,939
	平成19年	79,832	128	1	33	8,911	564	615	8,380	452	1,014	46,908	12,826
	増減	-4,172	25	42	-8	-1,028	-19	-116	-114	-52	-12	-2,003	-887
	(%)	-5.2%	19.5%	4200.0%	-24.2%	-11.5%	-3.4%	-18.9%	-1.4%	-11.5%	-1.2%	-4.3%	-6.9%
秋田県	平成20年	33,131	59	4	16	2,946	335	227	4,166	113	375	22,034	2,856
	平成19年	34,324	62	4	20	3,296	315	308	4,094	102	355	22,654	3,114
	増減	-1,193	-3	0	-4	-350	20	-81	72	11	20	-620	-258
	(%)	-3.5%	-4.8%	0.0%	-20.0%	-10.6%	6.3%	-26.3%	1.8%	10.8%	5.6%	-2.7%	-8.3%
山形県	平成20年	36,438	68	2	20	3,784	316	250	4,517	97	333	22,695	4,356
	平成19年	36,962	88	2	15	4,194	310	276	4,288	103	410	23,068	4,208
	増減	-524	-20	0	5	-410	6	-26	229	-6	-77	-373	148
	(%)	-1.4%	-22.7%	0	33.3%	-9.8%	1.9%	-9.4%	5.3%	-5.8%	-18.8%	-1.6%	3.5%
福島県	平成20年	64,967	89	3	18	7,770	615	593	7,911	290	689	40,704	6,285
	平成19年	67,983	114	4	31	8,624	637	664	7,979	272	710	42,643	6,305
	増減	-3,016	-25	-1	-13	-854	-22	-71	-68	18	-21	-1,939	-20
	(%)	-4.4%	-21.9%	-25.0%	-41.9%	-9.9%	-3.5%	-10.7%	-0.9%	6.6%	-3.0%	-4.5%	-0.3%
茨城県	平成20年	96,810	167	3	42	15,750	1,182	754	11,558	660	1,064	57,064	8,566
	平成19年	100,671	152	4	68	17,099	1,270	879	11,801	660	1,111	58,784	8,843
	増減	-3,861	15	-1	-26	-1,349	-88	-125	-243	0	-47	-1,720	-277
	(%)	-3.8%	9.9%	-25.0%	-38.2%	-7.9%	-6.9%	-14.2%	-2.1%	0.0%	-4.2%	-2.9%	-3.1%
栃木県	平成20年	60,974	81	4	13	9,729	648	382	6,743	328	829	34,836	7,381
	平成19年	63,953	96	7	27	10,843	702	454	6,720	363	796	36,342	7,603
	増減	-2,979	-15	-3	-14	-1,114	-54	-72	23	-35	33	-1,506	-222
	(%)	-4.7%	-15.6%	-42.9%	-51.9%	-10.3%	-7.7%	-15.9%	0.3%	-9.6%	4.1%	-4.1%	-2.9%
群馬県	平成20年	68,668	102	3	14	9,381	740	532	8,955	357	747	40,701	7,136
	平成19年	71,468	117	0	12	10,199	842	598	8,842	393	748	42,458	7,259
	増減	-2,800	-15	3	2	-818	-102	-66	113	-36	-1	-1,757	-123
	(%)	-3.9%	-12.8%	0	16.7%	-8.0%	-12.1%	-11.0%	1.3%	-9.2%	-0.1%	-4.1%	-1.7%
埼玉県	平成20年	235,504	365	5	25	33,083	3,139	2,262	30,606	2,260	3,240	141,546	18,973
	平成19年	247,925	449	11	31	36,628	3,288	2,436	31,059	2,422	3,241	148,869	19,491
	増減	-12,421	-84	-6	-6	-3,545	-149	-174	-453	-162	-1	-7,323	-518
	(%)	-5.0%	-18.7%	-54.5%	-19.4%	-9.7%	-4.5%	-7.1%	-1.5%	-6.7%	0.0%	-4.9%	-2.7%
千葉県	平成20年	227,710	389	14	82	28,693	2,250	1,427	30,663	2,117	2,543	137,420	22,112
	平成19年	237,839	390	1	87	31,595	2,448	1,570	30,824	2,246	2,633	143,278	22,767
	増減	-10,129	-1	13	-5	-2,902	-198	-143	-161	-129	-90	-5,858	-655
	(%)	-4.3%	-0.3%	1300.0%	-5.7%	-9.2%	-8.1%	-9.1%	-0.5%	-5.7%	-3.4%	-4.1%	-2.9%
東京都	平成20年	590,393	1,079	10	336	67,136	4,298	5,060	95,275	6,760	4,925	370,355	35,159
	平成19年	630,785	1,181	11	315	75,350	5,009	5,649	98,737	7,518	4,788	396,038	36,189
	増減	-40,392	-102	-1	21	-8,214	-711	-589	-3,462	-758	137	-25,683	-1,030
	(%)	-6.4%	-8.6%	-9.1%	6.7%	-10.9%	-14.2%	-10.4%	-3.5%	-10.1%	2.9%	-6.5%	-2.8%
神奈川県	平成20年	334,426	436	39	74	36,572	3,052	2,608	49,769	3,011	4,043	212,564	22,258
	平成19年	351,813	511	32	97	41,246	3,284	3,029	51,022	3,406	4,126	222,460	22,600
	増減	-17,387	-75	7	-23	-4,674	-232	-421	-1,253	-395	-83	-9,896	-342
	(%)	-4.9%	-14.7%	21.9%	-23.7%	-11.3%	-7.1%	-13.9%	-2.5%	-11.6%	-2.0%	-4.4%	-1.5%
新潟県	平成20年	77,013	133	18	73	8,851	1,030	598	10,875	320	923	45,261	8,931
	平成19年	79,828	121	81	51	9,447	1,010	596	10,629	357	921	47,429	9,186
	増減	-2,815	12	-63	22	-596	20	2	246	-37	2	-2,168	-255
	(%)	-3.5%	9.9%	-77.8%	43.1%	-6.3%	2.0%	0.3%	2.3%	-10.4%	0.2%	-4.6%	-2.8%
富山県	平成20年	32,429	46	8	23	4,137	333	267	4,641	140	385	18,999	3,450
	平成19年	32,956	40	7	25	4,488	353	224	4,488	158	367	19,347	3,479
	増減	-527	6	1	-2	-331	-20	43	153	-18	18	-348	-29
	(%)	-1.6%	15.0%	14.3%	-8.0%	-7.4%	-5.7%	19.2%	3.4%	-11.4%	4.9%	-1.8%	-0.8%
石川県	平成20年	33,450	38	1	24	4,241	350	270	4,941	151	344	20,004	3,086
	平成19年	33,963	36	27	26	4,609	400	258	4,803	161	361	20,083	3,199
	増減	-513	2	-26	-2	-368	-50	12	138	-10	-17	-79	-113
	(%)	-1.5%	5.6%	-96.3%	-7.7%	-8.0%	-12.5%	4.7%	2.9%	-6.2%	-4.7%	-0.4%	-3.5%
福井県	平成20年	22,926	43	9	43	3,490	257	246	3,139	75	261	12,798	2,565
	平成19年	23,448	44	1	35	3,800	261	253	3,186	87	241	12,880	2,660
	増減	-522	-1	8	8	-310	-4	-7	-47	-12	20	-82	-95
	(%)	-2.2%	-2.3%	800.0%	22.9%	-8.2%	-1.5%	-2.8%	-1.5%	-13.8%	8.3%	-0.6%	-3.6%
山梨県	平成20年	30,696	46	1	9	4,509	318	375	4,492	157	390	17,707	2,692
	平成19年	31,952	63	4	10	4,947	331	376	3,954	131	394	18,476	3,266
	増減	-1,256	-17	-3	-1	-438	-13	-1	538	26	-4	-769	-574
	(%)	-3.9%	-27.0%	-75.0%	-10.0%	-8.9%	-3.9%	-0.3%	13.6%	19.8%	-1.0%	-4.2%	-17.6%
長野県	平成20年	74,246	96	4	30	8,365	777	685	10,983	301	655	44,008	8,342
	平成19年	77,062	121	4	26	9,285	827	697	11,269	295	645	45,812	8,081
	増減	-2,816	-25	0	4	-920	-50	-12	-286	6	10	-1,804	261
	(%)	-3.7%	-20.7%	0	15.4%	-9.9%	-6.0%	-1.7%	-2.5%	2.0%	1.6%	-3.9%	3.2%
岐阜県	平成20年	68,424	118	0	35	10,823	925	518	9,015	315	637	40,179	5,859
	平成19年	71,260	101	3	35	11,886	919	554	9,070	326	675	41,644	6,047
	増減	-2,836	17	-3	0	-1,063	6	-36	-55	-11	-38	-1,465	-188
	(%)	-4.0%	16.8%	0	0.0%	-8.9%	0.7%	-6.5%	-0.6%	-3.4%	-5.6%	-3.5%	-3.1%
静岡県	平成20年	130,071	201	6	95	16,633	1,618	949	16,425	643	1,378	76,997	15,126
	平成19年	132,389	214	7	95	17,720	1,775	1,091	16,845	725	1,276	77,827	14,814
	増減	-2,318	-13	-1	0	-1,087	-157	-142	-420	-82	102	-830	312
	(%)	-1.8%	-6.1%	-14.3%	0.0%	-6.1%	-8.8%	-13.0%	-2.5%	-11.3%	8.0%	-1.1%	2.1%
愛知県	平成20年	248,790	367	8	76	32,309	2,746	1,585	30,037	1,750	2,717	156,964	20,231
	平成19年	261,887	394	2	80	35,705	3,003	1,698	31,098	1,890	2,		

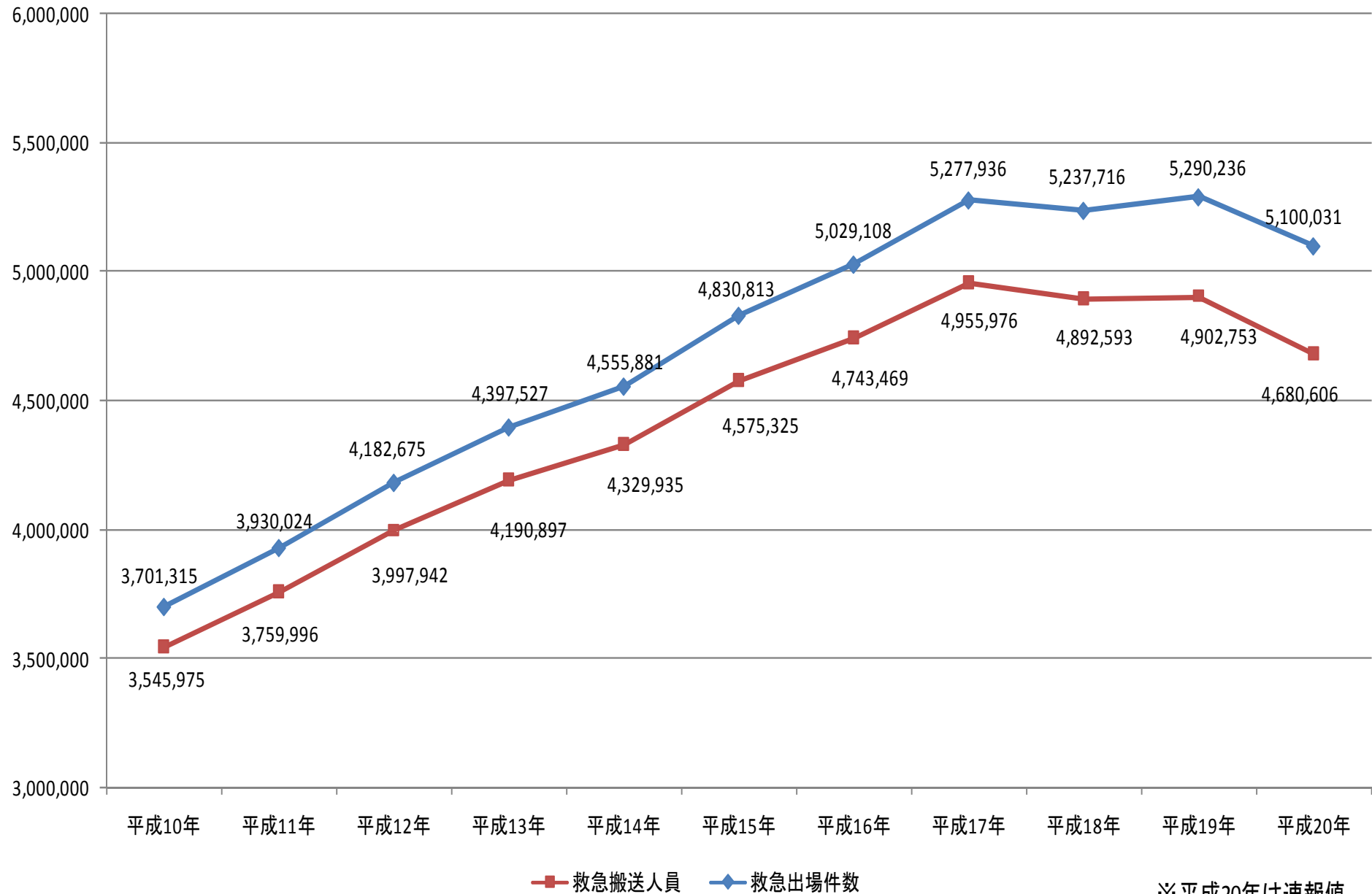
平成20・19年中の救急搬送人員

No2

都道府県名	年	出動件数	火災	自然災害	水難	交通	労働災害	運動競技	一般負傷	加害	自損行為	急病	その他
滋賀県	平成20年	48,593	71	3	30	7,499	717	441	6,481	256	520	29,472	3,103
	平成19年	49,854	57	1	21	8,300	726	490	6,226	273	498	30,206	3,056
	増減	-1,261	14	2	9	-801	-9	-49	255	-17	22	-24	47
京都府	(%)	-2.5%	24.6%	0	42.9%	-9.7%	-1.2%	-10.0%	4.1%	-6.2%	4.4%	-2.4%	1.5%
	平成20年	104,429	168	7	37	15,695	826	687	14,549	824	1,196	64,826	5,614
	平成19年	109,696	133	3	28	17,579	890	806	14,898	944	1,213	67,251	5,951
大阪府	増減	-5,267	35	4	9	-1,884	-64	-119	-349	-120	-17	-2,425	-337
	(%)	-4.8%	26.3%	133.3%	32.1%	-10.7%	-7.2%	-14.8%	-2.3%	-1.2%	-1.4%	-3.6%	-5.7%
兵庫県	平成20年	415,079	551	1	58	51,213	3,765	2,474	58,179	5,156	4,764	283,006	25,912
	平成19年	446,684	648	16	57	56,507	4,009	2,774	60,190	5,856	4,863	284,405	27,359
	増減	-31,605	-97	-15	1	-5,294	-244	-300	-2,011	-700	-99	-21,399	-1,447
兵庫県	(%)	-7.1%	-15.0%	-93.8%	1.8%	-9.4%	-6.1%	-10.8%	-3.3%	-12.0%	-2.0%	-7.5%	-5.3%
	平成20年	194,278	270	6	61	24,042	1,848	1,277	28,525	1,559	2,344	116,221	18,125
	平成19年	206,797	324	4	69	25,997	1,954	1,347	29,209	1,805	2,474	125,401	18,213
奈良県	増減	-12,519	-54	2	-8	-1,955	-106	-70	-684	-246	-130	-9,180	-88
	(%)	-6.1%	-16.7%	100.0%	-11.6%	-7.5%	-5.4%	-5.2%	-2.3%	-13.6%	-5.3%	-7.3%	-0.5%
和歌山県	平成20年	51,621	82	0	9	6,684	575	364	7,502	257	582	30,010	5,556
	平成19年	53,924	66	8	20	7,104	590	394	7,723	296	523	31,601	5,599
	増減	-2,303	16	-8	-11	-420	-15	-30	-221	-39	59	-1,591	-43
鳥取県	(%)	-4.3%	24.2%	-100.0%	-55.0%	-5.9%	-2.5%	-7.6%	-2.9%	-13.2%	11.3%	-5.0%	-0.8%
	平成20年	42,267	49	0	48	6,105	383	204	5,802	234	511	25,089	3,842
	平成19年	44,476	59	4	35	6,337	451	251	6,141	269	514	26,473	3,942
徳島県	増減	-2,209	-10	-4	13	-232	-68	-47	-339	-35	-3	-1,384	-100
	(%)	-5.0%	-16.9%	-100.0%	37.1%	-3.7%	-15.1%	-18.7%	-5.5%	-13.0%	-0.6%	-5.2%	-2.5%
香川県	平成20年	19,984	32	1	35	2,205	177	193	2,559	72	203	12,223	2,284
	平成19年	20,393	30	1	18	2,386	168	207	2,550	70	183	12,385	2,425
	増減	-409	2	0	17	-181	9	-14	39	2	20	-162	-141
高知県	(%)	-2.0%	6.7%	0	94.4%	-7.6%	5.4%	-6.8%	1.5%	2.9%	10.9%	-1.3%	-5.8%
	平成20年	24,228	44	0	26	2,560	207	215	3,409	56	255	14,741	2,715
	平成19年	25,079	28	0	22	2,915	263	268	3,452	83	257	14,831	2,960
愛媛県	増減	-851	16	0	4	-355	-56	-53	-43	-27	-2	-90	-245
	(%)	-3.4%	57.1%	0	18.2%	-12.2%	-21.3%	-19.8%	-1.2%	-32.5%	-0.8%	-0.6%	-8.3%
福岡県	平成20年	69,363	139	0	31	10,056	646	399	9,101	351	619	39,661	8,360
	平成19年	70,538	123	5	41	10,766	741	408	9,110	366	652	39,957	8,369
	増減	-1,175	16	-5	-10	-710	-95	-9	-9	-15	-33	-296	-9
山口県	(%)	-1.7%	13.0%	-100.0%	-24.4%	-6.6%	-12.8%	-2.2%	-0.1%	-4.1%	-5.1%	-0.7%	-0.1%
	平成20年	102,419	178	0	34	13,448	912	750	14,626	477	1,061	57,041	13,892
	平成19年	106,523	150	3	62	14,625	1,086	903	14,509	589	1,044	59,350	14,232
徳島県	増減	-4,104	28	-3	-28	-1,177	-144	-153	117	-112	17	-2,309	-340
	(%)	-3.9%	18.7%	0	-45.2%	-8.0%	-13.6%	-16.9%	0.8%	-19.0%	1.6%	-3.9%	-2.4%
香川県	平成20年	56,333	66	3	33	6,102	511	477	8,013	238	570	32,865	7,455
	平成19年	58,507	86	3	38	6,561	532	484	8,283	246	559	34,182	7,563
	増減	-2,174	-20	0	-5	-459	-21	-7	-240	-8	11	-1,317	-108
愛媛県	(%)	-3.7%	-23.3%	0.0%	-13.2%	-7.0%	-3.9%	-1.4%	-2.9%	-3.3%	2.0%	-3.9%	-1.4%
	平成20年	26,694	27	1	17	4,182	265	234	3,416	139	260	14,569	3,584
	平成19年	27,722	23	0	22	4,477	288	245	3,356	109	240	15,156	3,826
高知県	増減	-1,028	4	1	-5	-295	-3	-11	60	30	20	-587	-242
	(%)	-3.7%	17.4%	0	-22.7%	-6.6%	-1.1%	-4.5%	1.8%	27.5%	8.3%	-3.9%	-6.3%
福岡県	平成20年	39,383	52	3	29	5,896	370	326	5,250	199	348	21,600	5,310
	平成19年	40,181	44	0	34	6,179	391	354	5,312	229	372	21,936	5,330
	増減	-798	8	3	-5	-283	-21	-28	-62	-30	-24	-336	-20
佐賀県	(%)	-2.0%	18.2%	0	-14.7%	-4.6%	-5.4%	-7.9%	-1.2%	-13.1%	-6.5%	-1.5%	-0.4%
	平成20年	53,659	80	0	21	7,150	527	346	7,305	342	658	30,647	6,583
	平成19年	54,811	63	1	31	7,790	558	392	7,385	343	617	30,988	6,663
長崎県	増減	-1,152	17	-1	-10	-640	-11	-46	-80	-1	41	-341	-80
	(%)	-2.1%	27.0%	0	-32.3%	-8.2%	-2.0%	-11.7%	-1.1%	-0.3%	6.6%	-1.1%	-1.2%
熊本県	平成20年	32,273	45	1	22	3,513	295	206	5,027	197	337	18,417	4,213
	平成19年	34,110	34	0	33	3,931	322	253	5,071	214	351	19,595	4,306
	増減	-1,837	11	1	-11	-418	-27	-47	-44	-14	-14	-1,178	-93
大分県	(%)	-5.4%	32.4%	0	-33.3%	-10.6%	-8.4%	-18.6%	-0.9%	-7.9%	-4.0%	-6.0%	-2.2%
	平成20年	186,665	205	8	101	19,756	1,435	1,254	24,847	1,088	2,498	113,618	21,855
	平成19年	191,181	235	9	112	21,809	1,519	1,365	24,612	1,365	2,527	115,332	22,296
佐賀県	増減	-4,516	-30	-1	-11	-2,053	-84	-111	235	-277	-29	-1,714	-441
	(%)	-2.4%	-12.8%	-11.1%	-9.8%	-9.4%	-5.5%	-8.1%	1.0%	-20.3%	-1.1%	-1.5%	-2.0%
長崎県	平成20年	28,864	31	1	36	3,831	279	239	3,541	112	269	15,014	5,511
	平成19年	29,125	31	1	20	3,997	245	262	3,549	145	278	14,971	5,626
	増減	-261	0	0	16	-166	34	-23	-8	-33	-9	43	-115
宮崎県	(%)	-0.9%	0.0%	0	80.0%	-4.2%	13.9%	-8.8%	-0.2%	-22.8%	-3.2%	0.3%	-2.0%
	平成20年	48,753	60	0	39	4,077	266	362	6,672	169	433	27,887	8,788
	平成19年	49,236	58	0	42	4,377	279	385	6,630	183	419	28,232	8,631
熊本県	増減	-483	2	0	-3	-300	-13	-23	42	-14	14	-345	157
	(%)	-1.0%	3.4%	0	-7.1%	-6.9%	-4.7%	-6.0%	0.6%	-7.7%	3.3%	-1.2%	1.8%
大分県	平成20年	64,764	70	1	33	7,980	553	693	8,507	287	738	37,656	8,266
	平成19年	66,971	93	7	26	8,547	535	760	8,529	317	740	38,775	8,642
	増減	-2,207	-23	-6	7	-567	18	-67	-22	-30	-2	-1,119	-376
宮崎県	(%)	-3.3%	-24.7%	0	26.9%	-6.9%	3.4%	-8.8%	-0.3%	-9.5%	-0.3%	-2.9%	-4.4%
	平成20年	42,263	50	0	28	4,644	330	391	5,544	184	353	22,572	8,167
	平成19年	42,668	63	2	30	4,759	351	399	5,421	174	372	22,483	8,614
鹿児島県	増減	-405	-13	-2	-2	-115	-21	-8	123	10	-19	89	-447
	(%)	-0.9%	-20.6%	0	-6.7%	-2.4%	-6.0%	-2.0%	2.3%	5.7%	-5.1%	0.4%	-5.2%
沖縄県	平成20年	33,837	41	0	29	3,867	267	276	3,836	147	493	18,815	6,066
	平成19年	33,794	34	7	31	4,129	264	284	3,889	162	467	18,409	6,118
	増減	43	7	-7	-2	-262	3	-8	-53	-15	26	406	-52
合計	(%)	0.1%	20.6%	0	-6.5%	-6.3%	1.1%	-2.8%	-1.4%	-9.3%	5.6%	2.2%	-0.8%
	平成20年	62,073	72	5	42	6,591	479	505	7,691	293	661	34,389	11,345
	平成19年	63,812	83	7	51	7,257	514	550	7,671	295	681	35,258	11,445
合計	増減	-1,739	-11	-2	-9	-666	-35	-45	20	-2	-20	-869	-100
	(%)	-2.7%	-13.3%	-28.6%	-17.6%	-9.2%	-6.8%	-8.2%	0.3%	-0.7%	-2.9%	-2.5%	-0.9%
	平成20年	53,217	69	4	92	5,249	298	483	7,201	544	713	33,978	4,586
合計	平成19年	53,986	68	15	100	5,025	327	416	6,978	496	721	34,211	5,629
	増減	-769	1	-11	-8	224	-29	67	223	48	-8	-233	-1,043
	(%)	-1.4%	1.5%	0	-8.0%	4.5%	-8.9%	16.1%	3.2%	9.7%	-1.1%	-0.7%	-18.5%
合計	平成20年	4,680,606	71,30	274	2,171	570,793	44,835	35,175	643,639	34,964	52,367	2,837,050	452,208
	平成19年	4,902,763	7,800	346	2,259	627,702	48,056	38,812	653,730	38,649	52,871	2,967,725	4,652,023
	増減	-222,147	-450	-72	-88	-56,909	-3,221	-3,637	-10,091	-3,685	-504	-130,675	-12,815
	(%)	-4.5%	-5.9%	-20.8%	-3.9%	-9.1%	-6.7%	-9.4%	-1.5%	-9.5%	-1.0%	-4.4%	-2.8%

救急出場件数及び救急搬送人員の推移

(件・人)

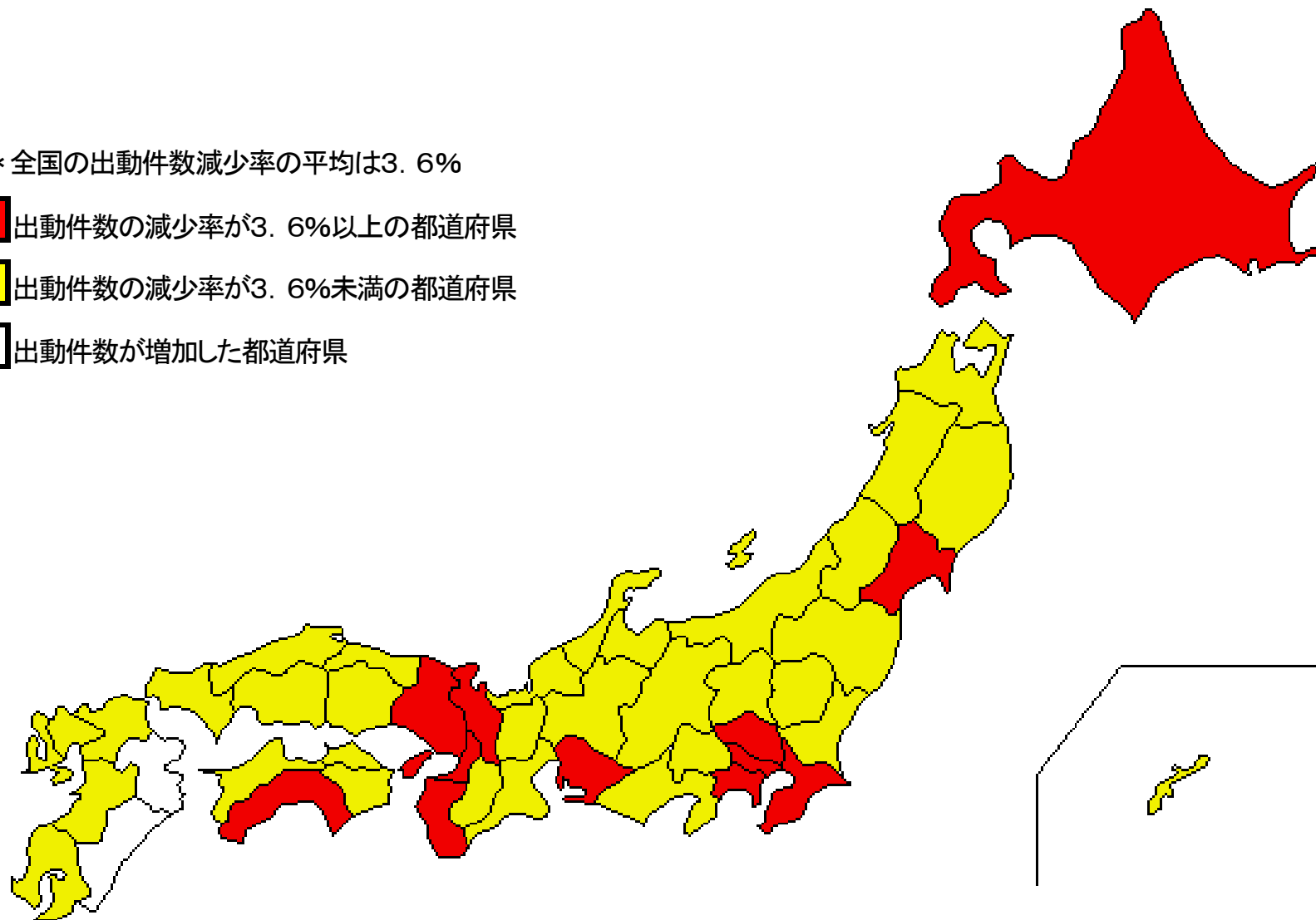


* 全国の出動件数減少率の平均は3.6%

出動件数の減少率が3.6%以上の都道府県

■ 出動件数の減少率が3.6%未満の都道府県

出動件数が増加した都道府県



平成20年中の救急出場件数等(大都市)

1 救急出場件数及び搬送人員

期 間	出場件数	搬送人員
H20,1,1～H20,12,31	1,757,175 件	1,556,719 人
H19,1,1～H19,12,31	1,845,266 件	1,652,518 人
増減	-88,091 件	-95,799 人
%	-4.8%	-5.8%

平成20年中の出場件数が平成19年中の出場件数と比較して増減した消防本部数について					
増加		減少		増減なし	
2	本部	16	本部	0	本部
(a)/18	11.1%	(b)/18	88.9%	(b)/18	0.0%

2 事故種別出場件数(件)

事故種別番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
期 間	合計	火災	自然災害	水難	交通	労災	運動	一般	加害	自損	急病	転院	医師搬送	資材搬送	その他
H20,1,1～H20,12,31	1,757,175	10,020	68	983	178,767	12,475	11,337	256,850	19,194	23,605	1,099,432	112,417	2,028	881	29,118
H19,1,1～H19,12,31	1,845,266	10,328	44	1,027	196,481	13,857	12,411	262,612	21,254	23,014	1,157,516	116,177	1,014	675	28,856
増減	-88,091	-308	24	-44	-17,714	-1,382	-1,074	-5,762	-2,060	591	-58,084	-3,760	1,014	206	262
%	-4.8%	-3.0%	54.5%	-4.3%	-9.0%	-10.0%	-8.7%	-2.2%	-9.7%	2.6%	-5.0%	-3.2%	100.0%	30.5%	0.9%

3 事故種別搬送人員(人)

事故種別番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				14
期 間	合計	火災	自然災害	水難	交通	労災	運動	一般	加害	自損	急病				その他
H20,1,1～H20,12,31	1,556,719	2,565	38	480	173,046	12,180	11,308	229,184	16,062	17,780	980,848				113,228
H19,1,1～H19,12,31	1,652,518	2,661	38	495	193,152	13,415	12,595	236,544	18,302	17,748	1,040,750				116,818
増減	-95,799	-96	0	-15	-20,106	-1,235	-1,287	-7,360	-2,240	32	-59,902				-3,590
%	-5.8%	-3.6%	0.0%	-3.0%	-10.4%	-9.2%	-10.2%	-3.1%	-12.2%	0.2%	-5.8%				-3.1%

4 出場件数増減の要因について(複数回答可)

出場件数全体が「増加」した要因と思われる項目	回答欄合計 (A)	(A)/2 本部
① 高齢搬送者の増加	1	50.0%
② 熱中症搬送者の増加	0	0.0%
③ 上記②以外の急病搬送者の増加	1	50.0%
④ 不適正利用者の増加	0	0.0%
⑤ その他(上記以外の要因と思われるもの及び不明)	2	100.0%

出場件数全体が「減少」した要因と思われる項目	回答欄合計 (B)	(B)/16 本部
① 一般市民への救急自動車の適正利用等の広報活動	12	75.0%
② 頻回利用者への個別指導と毅然たる対応	5	31.3%
③ 緊急性のない利用者への代替措置情報の提供(民間事業者の活用)	6	37.5%
④ 転院搬送業務への病院救急車の活用	4	25.0%
⑤ その他(上記以外の要因と思われるもの及び不明)	14	87.5%

※ 政令指定都市及び東京消防庁管内における数値である。

平成20・19年中の救急出場件数(大都市)

消防本部名	年	出動件数	火災	自然災害	水難	交通	労働災害	運動競技	一般負傷	加害	自損行為	急病	転院搬送	医師搬送	救傷材搬送	その他
札幌市消防局	平成20年	69,875	452	0	7	4,806	521	380	9,455	464	1,757	42,511	7,243	387	0	1,892
	平成19年	75,179	505	1	11	5,337	734	245	9,881	573	1,867	45,671	7,963	338	0	2,053
	増減	-5,304	-53	-1	-4	-531	-213	135	-426	-109	-110	-3,160	-720	49	0	-161
	(%)	-7.1%	-10.5%	-100.0%	-36.4%	-9.9%	-29.0%	55.1%	-4.3%	-19.0%	-5.9%	-6.9%	-9.0%	14.5%	0	-7.8%
仙台市消防局	平成20年	37,512	272	8	20	3,790	239	219	4,377	238	826	21,692	4,856	1	20	954
	平成19年	39,464	242	0	22	4,022	226	215	4,357	272	826	22,844	5,417	1	14	1,006
	増減	-1,952	30	8	-2	-232	13	4	20	-34	0	-1,152	-561	0	6	-52
	(%)	-4.9%	12.4%	0	-9.1%	-5.8%	5.8%	1.9%	0.5%	-12.5%	0	-5.0%	-10.4%	0	42.8%	-5.2%
さいたま市消防局	平成20年	48,174	408	4	6	5,747	463	432	6,492	523	959	29,794	3,113	5	1	827
	平成19年	50,429	440	4	11	6,279	479	485	6,529	535	801	30,973	3,010	12	3	868
	増減	-1,655	-32	0	-5	-532	-16	-53	-37	-12	158	-1,179	103	-7	-2	-41
	(%)	-3.3%	-7.3%	0.0%	-45.5%	-8.5%	-3.3%	-10.9%	-0.6%	-2.2%	19.7%	-3.8%	3.4%	-58.3%	-66.7%	-4.7%
千葉市消防局	平成20年	44,943	216	2	8	4,617	338	366	5,664	463	579	24,868	5,259	63	34	2,466
	平成19年	46,649	199	0	9	4,984	377	354	5,881	489	519	25,988	5,344	60	42	2,403
	増減	-1,706	17	2	-1	-367	-39	12	-217	-26	60	-1,120	-85	3	-8	63
	(%)	-3.7%	8.5%	0	-11.1%	-7.4%	-10.3%	3.4%	-3.7%	-5.3%	11.6%	-4.3%	-1.6%	5.0%	-19.0%	2.6%
東京消防庁	平成20年	653,299	3,800	20	566	67,796	4,355	4,990	104,298	7,795	6,192	407,558	35,142	177	468	10,142
	平成19年	691,549	3,869	18	574	74,653	5,005	5,559	107,147	8,508	6,024	433,268	36,145	214	586	9,979
	増減	-38,250	-69	2	-8	-6,857	-650	-569	-2,849	-713	168	-25,710	-1,003	-37	-118	163
	(%)	-5.5%	-1.8%	11.1%	-1.4%	-9.2%	-13.0%	-10.2%	-2.7%	-8.4%	2.8%	-5.9%	-2.8%	-17.3%	-20.1%	1.6%
横浜市公安局	平成20年	146,145	819	0	34	13,701	1,147	1,121	23,079	1,470	1,879	95,198	7,442	9	6	240
	平成19年	152,811	875	0	37	15,447	1,287	1,307	23,823	1,643	1,848	99,241	7,122	13	11	157
	増減	-6,666	-56	0	-3	-1,746	-140	-186	-744	-173	31	-4,043	320	-4	-5	83
	(%)	-4.4%	-6.4%	0	-8.1%	-11.3%	-10.9%	-14.2%	-3.1%	-10.5%	1.7%	-4.1%	4.5%	-30.8%	-45.5%	52.9%
川崎市消防局	平成20年	55,332	266	11	16	5,028	458	220	7,545	609	853	35,047	2,854	4	3	2,418
	平成19年	58,631	262	9	23	5,605	454	246	7,819	702	854	37,097	3,130	1	5	2,424
	増減	-3,299	4	2	-7	-577	4	-26	-274	-93	-1	-2,050	-276	3	-2	-6
	(%)	-5.6%	1.5%	22.2%	-30.4%	-10.3%	0.9%	-10.6%	-3.5%	-13.2%	-0.1%	-5.5%	-8.8%	0	-40.0%	-0.2%
新潟市消防局	平成20年	29,002	138	0	37	2,999	291	219	3,838	154	474	16,410	2,732	1,275	0	435
	平成19年	26,048	133	2	30	3,130	281	206	3,649	188	489	17,335	2,712	260	0	423
	増減	164	5	-2	7	-131	10	13	189	-34	-15	-925	20	1015	0	12
	(%)	0.6%	3.8%	-100.0%	23.3%	-4.2%	3.6%	6.3%	5.2%	-18.1%	-3.1%	-5.3%	0.7%	390.4%	0	2.8%
静岡市消防防災局	平成20年	26,268	54	0	11	3,135	231	223	3,290	135	329	16,868	1,817	0	2	173
	平成19年	26,048	37	0	6	3,251	286	230	3,297	129	312	16,554	1,757	2	1	186
	増減	220	17	0	5	-116	-55	-7	-7	6	17	314	60	-2	1	-13
	(%)	0.8%	45.9%	0	83.3%	-3.6%	-19.2%	-3.0%	-0.2%	4.7%	5.4%	1.9%	3.4%	0	0	-7.0%
浜松市消防本部	平成20年	29,620	156	4	17	3,562	329	187	3,525	162	374	18,038	2,654	12	1	599
	平成19年	30,107	168	0	20	3,580	364	191	3,390	171	338	18,361	2,857	9	0	658
	増減	-487	-12	4	-3	-18	-35	-4	135	-9	36	-323	-203	3	1	-59
	(%)	-1.6%	-7.1%	0	-15.0%	-0.5%	-9.6%	-2.1%	4.0%	-5.3%	10.7%	-1.8%	-7.1%	33.3%	0	-9.0%
名古屋市中区消防局	平成20年	96,099	660	2	40	9,710	684	402	11,395	917	1,385	62,806	6,758	9	341	990
	平成19年	100,275	639	2	30	11,537	717	454	11,595	942	1,266	65,170	7,035	1	2	885
	増減	-4,176	21	0	10	-1,827	-33	-52	-200	-25	119	-2,364	-277	8	339	105
	(%)	-4.2%	3.3%	0	33.3%	-15.8%	-4.6%	-11.5%	-1.7%	-2.7%	9.4%	-3.6%	-3.9%	800.0%	16950.0%	11.9%
京都市消防局	平成20年	69,187	358	2	8	9,243	375	265	9,195	640	997	43,917	3,173	2	1	1,011
	平成19年	72,720	374	2	14	10,462	427	296	9,503	738	1,013	45,260	3,440	3	2	1,186
	増減	-3,533	-16	0	-6	-1,219	-52	-31	-308	-98	-16	-1,343	-267	-1	-1	-175
	(%)	-4.9%	-4.3%	0	-42.9%	-11.7%	-12.2%	-10.5%	-3.2%	-13.3%	-1.6%	-3.0%	-7.8%	-33.3%	-50.0%	-14.8%
大阪市消防局	平成20年	193,368	1,272	2	56	17,455	1,228	780	28,204	3,326	2,610	127,909	9,359	11	2	1,254
	平成19年	204,373	1,365	0	33	19,035	1,327	933	28,933	3,796	2,554	135,589	9,715	4	3	1,086
	増減	-11,005	-93	2	23	-1,580	-99	-153	-729	-470	56	-7,780	-356	7	-1	168
	(%)	-5.4%	-6.8%	0	69.7%	-8.3%	-7.5%	-16.4%	-2.5%	-12.4%	2.2%	-5.7%	-3.7%	175.0%	-33.3%	15.5%
堺市消防局	平成20年	44,294	313	3	12	5,388	368	199	6,411	482	599	27,799	2,562	0	0	158
	平成19年	46,824	309	0	22	5,642	363	207	6,610	525	606	29,698	2,814	0	0	28
	増減	-2,530	4	3	-10	-254	5	-8	-199	-43	-7	-1,899	-252	0	0	130
	(%)	-5.4%	1.3%	0	-45.5%	-4.5%	1.4%	-3.9%	-3.0%	-8.2%	-1.2%	-6.4%	-9.0%	0	0	464.3%
神戸市消防局	平成20年	63,232	356	8	17	5,971	440	317	9,617	681	1,112	38,713	3,930	7	2	2,061
	平成19年	67,292	361	1	33	6,263	429	328	9,951	728	1,199	41,980	3,934	15	1	2,049
	増減	-4,060	-5	7	-16	-312	11	-11	-334	-47	-87	-3,267	-4	-8	1	12
	(%)	-6.0%	-1.4%	700.0%	-48.5%	-5.0%	2.6%	-3.4%	-3.4%	-6.5%	-7.3%	-7.8%	-0.1%	-53.3%	100.0%	0.6%
広島市消防局	平成20年	48,043	195	0	46	6,155	367	373	6,720	345	741	27,249	4,706	52	0	1,094
	平成19年	50,288	221	1	38	6,738	433	439	6,738	389	711	28,698	4,884	67	5	926
	増減	-2,245	-26	-1	8	-583	-66	-66	-18	-44	30	-1,449	-178	-15	-5	168
	(%)	-4.5%	-11.8%	-100.0%	21.1%	-8.7%	-15.2%	-15.0%	-0.3%	-11.3%	4.2%	-5.0%	-3.6%	-22.4%	-100.0%	18.1%
福岡市消防局	平成20年	56,934	236	1	55	6,178	386	419	7,331	517	1,307	34,167	4,875	13	0	1,449
	平成19年	57,749	229	2	65	6,613	407	456	7,169	557	1,226	34,617	4,855	14	0	1,539
	増減	-815	7	-1	-10	-435	-21	-37	162	-40	81	-450	20	-1	0	-90
	(%)	-1.4%	3.1%	-50.0%	-15.4%	-6.6%	-5.2%	-8.1%	2.3%	-7.2%	6.6%	-1.3%	0.4%	-7.1%	0	-5.8%
北九州市消防局	平成20年	45,248	49	1	27	3,486	255	225	6,414	273	632	28,988	3,942	1	0	955
	平成19年	46,040	100	2	49	3,863	261	260	6,340	369	561	29,172	4,043	0	0	1,000
	増減	-792	-51	-1	-22	-387	-6	-35	74	-96	71	-184	-101	1	0	-45
	(%)	-1.7%	-51.0%	-50.0%	-44.9%	-10.2%	-2.3%	-13.5%	1.2%	-26.0%	12.7%	-0.6%	-2.5%	0	0	-4.5%
合計	平成20年	1,157,175	10,020	68	983	178,767	12,475	11,337	256,850	19,194	23,605	1,099,432	112,417	2,028	881	29,118
	平成19年	1,845,266	10,328	44	1,027	196,481	13,857	12,411	262,612	21,254	23,014	1,157,516	116,177	1,014	675	28,856
	増減	-88,091	-308	24	-44	-17,714	-1,382	-1,074	-5,762	-2,060	591	-58,084	-3,760	1,014	206	262
	(%)	-4.8%	-3.0%	54.5%	-4.3%	-9.0%	-10.0%	-8.7%	-2.2%	-9.7%	2.6%	-5.0%	-3.2%	100.0%	30.5%	0.9%

平成20・19年中の救急搬送人員(大都市)

消防本部名	年	出動件数	火災	自然災害	水難	交通	労働災害	運動競技	一般負傷	加害	自損行為	急病	その他
札幌市 消防局	平成20年	62,789	107	0	2	4,816	516	377	8,781	393	1,355	39,161	7,281
	平成19年	68,108	116	1	1	5,391	529	435	9,223	475	1,534	42,401	8,002
	増減 (%)	-5,319	-9	-1	1	-575	-13	-58	-442	-82	-179	-3,240	-721
仙台市 消防局	平成20年	33,414	99	6	5	3,660	222	219	3,958	202	593	19,598	4,852
	平成19年	35,548	59	0	6	4,007	211	220	3,975	243	613	20,792	5,422
	増減 (%)	-2,134	40	6	-1	-347	11	-1	-17	-41	-20	-1,194	-570
さいたま市 消防局	平成20年	42,991	61	3	2	5,667	456	431	5,887	439	634	26,284	3,127
	平成19年	44,995	57	6	3	6,215	470	489	6,007	449	564	27,714	3,021
	増減 (%)	-2,004	4	-3	-1	-548	-14	-58	-120	-10	70	-1,430	106
千葉市 消防局	平成20年	40,776	56	2	5	4,671	329	370	5,238	413	457	23,353	5,882
	平成19年	42,727	45	0	6	5,190	379	361	5,512	425	433	24,525	5,851
	増減 (%)	-1,951	11	2	-1	-519	-50	9	-274	-12	24	-1,172	31
東京 消防庁	平成20年	583,067	24,400	0	16,700	10,000	13,200	2,500	5,000	2,800	5,500	4,800	0.5%
	平成19年	623,012	1,169	11	306	74,364	4,943	5,557	97,722	7,459	4,674	391,170	35,637
	増減 (%)	-39,945	-94	-1	19	-8,179	-703	-587	-3,552	-757	147	-25,294	-944
横浜市区 全管理局	平成20年	131,282	174	0	8	13,220	1,133	1,123	21,082	1,200	1,459	84,461	7,422
	平成19年	138,488	210	0	13	15,231	1,269	1,303	21,800	1,397	1,509	88,665	7,091
	増減 (%)	-7,206	-36	0	-5	-2,011	-136	-180	-718	-197	-50	-4,204	331
川崎市 消防局	平成20年	48,530	69	9	1	4,794	445	221	6,763	525	685	31,987	3,031
	平成19年	51,814	71	8	4	5,333	447	249	6,978	590	701	34,118	3,315
	増減 (%)	-3,284	-2	1	-3	-539	-2	-28	-215	-65	-16	-2,131	-284
新潟市 消防局	平成20年	25,504	42	0	20	3,053	287	223	3,547	125	356	15,086	2,765
	平成19年	26,370	34	2	13	3,233	275	210	3,385	165	369	15,918	2,766
	増減 (%)	-866	8	-2	7	-180	12	13	162	-40	-13	-832	-1
静岡市 消防局	平成20年	24,708	29	0	5	3,169	225	230	3,103	116	264	15,700	1,867
	平成19年	24,752	21	0	4	3,399	281	238	3,141	121	248	15,486	1,813
	増減 (%)	-44	8	0	1	-230	-56	-8	-38	-5	16	214	54
浜松市 消防本部	平成20年	27,992	56	3	10	3,700	328	184	3,396	149	323	17,125	2,718
	平成19年	28,721	42	0	14	3,880	361	190	3,276	163	295	17,582	2,918
	増減 (%)	-729	14	3	-4	-180	-33	-6	120	-14	28	-457	-200
名古屋市 消防局	平成20年	82,983	144	0	9	9,034	654	402	10,191	748	1,047	53,932	8,822
	平成19年	87,352	154	2	14	10,091	687	443	10,463	773	1,007	56,630	7,078
	増減 (%)	-4,369	-10	-2	-5	-1,057	-43	-41	-272	-25	40	-2,698	-256
京都市 消防局	平成20年	62,761	98	1	3	9,150	375	272	8,554	568	790	39,722	3,228
	平成19年	66,490	87	2	5	10,546	426	312	8,911	706	810	41,205	3,480
	増減 (%)	-3,729	11	-1	-2	-1,396	-51	-40	-357	-138	-20	-1,483	-252
大阪市 消防局	平成20年	161,251	230	0	24	16,272	1,203	775	21,853	2,610	1,823	107,097	9,364
	平成19年	173,923	265	0	12	18,103	1,302	919	22,968	3,152	1,798	115,685	9,719
	増減 (%)	-12,672	-35	0	12	-1,831	-99	-144	-1,115	-542	25	-8,588	-355
堺市 消防局	平成20年	40,808	49	0	4	5,508	384	197	5,906	402	425	25,378	2,555
	平成19年	43,703	46	0	8	5,870	355	211	6,156	461	407	27,376	2,813
	増減 (%)	-2,895	3	0	-4	-362	29	-14	-250	-59	18	-1,998	-258
神戸市 消防局	平成20年	53,411	78	3	9	5,443	422	309	8,070	554	787	33,794	3,942
	平成19年	57,780	93	1	15	5,966	404	317	8,502	620	881	37,023	3,958
	増減 (%)	-4,369	-15	2	-6	-523	18	-8	-432	-66	-94	-3,229	-16
広島市 消防局	平成20年	42,744	86	0	4	5,760	348	370	6,103	266	539	24,593	4,675
	平成19年	45,490	75	0	12	6,396	413	436	6,198	314	547	26,230	4,869
	増減 (%)	-2,746	11	0	-8	-636	-65	-66	-95	-48	-8	-1,637	-194
福岡市 消防局	平成20年	49,836	64	0	26	5,536	362	409	6,578	421	962	30,595	4,883
	平成19年	50,620	59	3	30	6,070	391	440	6,416	462	932	30,951	4,866
	増減 (%)	-784	5	-3	-4	-534	-29	-31	162	-41	30	-356	17
北九州市 消防局	平成20年	41,872	48	1	18	3,408	251	226	6,004	229	460	27,106	4,121
	平成19年	42,625	58	2	29	3,867	262	265	5,911	327	426	27,279	4,199
	増減 (%)	-753	-10	-1	-11	-459	-11	-39	93	-98	34	-173	-78
合計	平成20年	1,556,719	2,565	38	480	173,046	12,180	11,308	229,184	16,062	17,780	980,848	113,228
	平成19年	1,652,518	2,661	38	495	193,152	13,415	12,595	236,544	18,302	17,748	1,040,760	116,818
	増減 (%)	-95,799	-96	0	-15	-20,106	-1,235	-1,287	-2,240	32	-59,902	-3,590	-3,590

第4回救急業務高度化推進検討会議事録

I 日 時 平成20年11月28日(金) 10時00分～12時00分

II 場 所 三田共用会議所 大会議室

III 出席者 石井委員、川手委員、坂本委員、島崎委員、中川委員、
樋口委員、平島委員、前田委員、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 第3回救急業務高度化推進検討会議事録

3 議題

(1) メディカルコントロール作業部会関連事項

(2) その他

4 閉会

V 会議経過

事務局 ただいまから、第4回救急業務高度化推進検討会を開催いたします。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。本日も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。

早速、議事のほうに移っていききたいと思います。まず資料の確認を事務局からお願いします。

事務局 議事次第を含め6部の構成になっております。議事次第、構成員名簿そして、席次表でございます。次に、資料でございますが、資料1は、救急業務高度化推進検討会資料、そして参考資料と添付資料がございます。1つは、公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書でございます。もう一つの資料は第3回救急業務高度化推進検討会の議事録になっております。

以上、6部の構成になっております。資料の欠損がございましたら、事務局までお申しつけいただければと思います。よろしいでしょうか。

それでは座長、よろしくお願いいたします。

座 長 ありがとうございます。資料の確認が終わりました。

前回、いろいろ議論がなされました。まだ決着のついてないところも多々あったと思います。それらを含めて、今日、もう少し議論を深めていただきたいということでもあります。

まず、事務局から説明をいただき、議論をしていきたいと思います。事務局お願いいたします。

事務局 それでは、資料のご説明をさせていただきたいと思います。お手元の資料1をお開きいただければと思います。

1ページでございますけれども、前回の第3回検討会での主な意見ということで、2枚にまとめさせていただいております。非常に多岐にわたるご意見をいただいたわけですが、大きく4つにテーマが分かれるのではないかとということで、事務局のほうで整理させていただき、項目に分けて記載させていただいております。

1点目は、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ということでございます。

従来、メディカルコントロール体制、いわゆるコア事業と言われております救命士を中心とした救急隊員の活動の医学的な検証、質の保障ということでやってきたわけですが、その点については、より広く所掌事務を拡大して、搬送の面についても取り上げることが必要ではないかというご意見がございました。救急搬送における緊急度、重症度の判断や、病院選定のあり方等についても救急業務の質の向上に資するものであるので、そういった分野も取り入れたらどうかということだと思います。

2番目につきましては、地域の救急医療における搬送をどうするかを踏まえて救急活動全体を考えていく必要がある。そのために、搬送基準を定めることや、救急医療の問題を地域で議論することが必要ではないかというご意見があったと思います。

3番目は、やはり救急隊の搬送基準を応急手当の基準等と並べてとらえるべきではないか。消防法の救急業務というのは、そういった要素で成り立っているというご意見があったかと思います。

2つ目の論点ですが、メディカルコントロール協議会の法制化につきましては、両面のご意見があったと思います。

1番目には、メディカルコントロール協議会の活動内容について、地域にかなりの差があることを踏まえて、組織の継続性、財政支援等にもつながるのであれば意義があるのではないかというご意見がございました。

2番目でございますけれども、協議会が決める基準と組織のあり方の関係について、法制化という話の中で言われているのは、一つ一つの基準の内容を法的に位置づけるということではなくて、協議会という受け皿を中心に、各地域におい

て、各都道府県で基準を作成するという仕組みの法制化と考えるべきではないかということで、そうであれば、従来、通知によりMC協議会で基準を策定するようにという、国として求めてきた流れに合致するのではないかというご意見がございました。

組織の法制化と活動の中身につきまして、協議会が法的に位置づけられたとしても、ただちに行政の下部組織になるということではないのではないかと、独立した協議会ですので、活動の質の向上、情報提供については独立した形でできるのではないかと、そうすべきではないかというご意見があったと思います。

あと、メディカルコントロール協議会と、前回、私どもが救急業務協議会という名称で申し上げましたので、その概念がちょっとよくわからないと。将来的に、救急業務協議会にメディカルコントロール協議会が含まれることになるのか、別のものなのかというご意見があったと思います。

さらに、救急行政、行政体制を整備すれば中身がうまくいくというのは幻想ではないか、地域ごとに何が問題かを議論する現状の協議会のあり方がむしろ望ましいのではないかと、というようなご意見もあったかと思えます。

2枚目、3つ目の論点ですが、消防は市町村単位で行っているということとの関連でご意見があったかと思えます。

1番目でございますけれども、消防の業務は市町村単位で行うのは適している。火災であるとか、救助であるとか、そういった側面がありますが、救急業務については、広域的な搬送が日常化しているということで、市町村の枠におさまりに切らない面がある。枠組みと合致しない部分が出てきたので、今、やっておりますMC協議会を通じた、市町村と医療機関の橋渡しといいますか、都道府県のレベルで、接点として調整することについてはメリットがあるのではないかと、うお考えがあったかと思えます。

2番目、法制化についても、MC全体をどうするかということとは別に、今、市町村単位でばらばらに実施されていることを、現実問題としてどう対処するかというベーシックな問題を、まず念頭に置いて考えるべきではないかというご意見があったかと思えます。

あと、今、消防の広域化が進んでおりますので、単位も大きくなっていくわけですが、かなり姿が違ってくという、広域化とのかかわりが見える形での説明が必要ではないかというご意見もあったかと思えます。

最後でございますが、4つ目の論点として、消防と医療は別途の法体系で業務がなされておりますけれども、両者の関係について整理する必要があるのではないかと、うご意見があったかと思えます。

1番目のご意見でございますけれども、救命士、隊員の行為であっても、医療の質を保障するという意味では、今、救急業務、医療業務と区切りがあるところ

が邪魔ではないかということで、そこをある程度明確にするためにも、行政的位置づけ、法的位置づけが必要ではないかというご意見があったかと思います。

メディカルコントロール協議会の法制化等の議論になりますと、現行、医療法の体系になるかと思いますが、救急対策協議会、救対協と言われていると思いますが、そちらとの役割分担がどうなのかというところを明確にする必要があるのではないかというご意見があったかと思います。

3番目、4番目は、前回資料に、医療と消防の間に点々が入った図がございましたけれども、そういった垣根は将来的には一つになるべきだと。名称についても、よりそういった方向性が出る名称にするべきではないかというご意見があったかと思います。

最後、5番目でございますけれども、医療サイドの救対協がどのような機能を果たしているかを議論しないで、メディカルコントロール協議会の法制化だけを考えるというのは単純ではないかというようなご意見があったかと思います。

以上、4つの論点のご意見を紹介させていただきましたが、これに沿いまして事務局のほうで資料を作成しておりますので、引き続きご説明させていただきたいと思います。

3ページと4ページは前回資料の図と同じでございます。3ページは救命士の処置範囲の拡大の条件として、前提としてMC体制が整備されてきたことを、隊員の応急処置にも広げる必要があるのではないかという図でございました。4ページについては、隊員の部分に応急処置を広げるということと、救急搬送の問題も取り上げるべきではないかということで、緑の部分をピンクに拡大していくべきではないかということでございます。前回、この点については、おおむねそういう方向のご議論があったかと思いますが、3ページ、4ページはその関係の図でございます。

5ページ、6ページは前回抜けておりまして、この図があったらもう少し概念がわかりやすいというご指摘をいただきました図でございます。5ページは、現在のメディカルコントロール体制、いわゆるコア事業の流れということでございます。6ページは、昨年度の本検討会でご提言、問題提起がされたもの、左に現在のMC体制の図がありまして、それに追加するということで、症状の判断、あるいは傷病程度に応じた病院選定等、搬送についてもMCで協議することにしたかどうかということで、右に矢印がございます。これらを果たすためには、所掌事務の拡大と位置づけの明確化が必要ではないかということが提起されたわけですが、それについての図をつけているということでございます。

事務局のほうで考えておりますMC協議会の、より広い救急業務に対する質の確保を図るための拡充の流れの一部になると思いますが、7ページは、現在、救急搬送における医療機関の選定が非常に困難な状況にある中、この問題につい

て、どう考えるかを図示したものでございます。

ここで改めて、消防に属する救急隊が医療機関に傷病者を運ぶまでの流れを図示したものでございますが、左の①、患者さんが発生しまして、救急車が119番で駆けつける。その次に観察を行いまして、医療機関の選定ということになるわけですが、消防と医療との間に菱形で「搬送 Yes/No」とございますが、救急車は医療機関に傷病者の情報を伝えまして、受け入れの承諾をいただいて走り出すということで、その Yes/No の部分がないと救急車が動かないということになっております。承諾をいただきまして、医療機関に搬送する、医師に引き継ぐということでございます。

搬送についていろいろな困難な状況がありますれば、搬送・受け入れのルールといいますか、一定の取り決めを、現在の医療体制の中で、医療体制の増強自体は別途議論されているわけでございますけれども、現在の体制の中でどういった工夫が必要かというルールの策定、現在の事案の調査でありますとか、分析でありますとか、統計的な数字の分析が中心になると思いますけれども、実態を踏まえて取り決め、ルールをつくっていくことが必要ではないか、そのための協議組織を法的に位置づけたらどうかということをご提案させていただいているわけでございますけれども、それを図示したものでございます。

真ん中に協議会と2つありまして、枠で囲ってあるところが、事務局の考えでは消防と医療が連携した協議組織ということでございますが、この枠の中については、後ほど補足させていただきたいと思います。

8ページは、前回のご議論で、市町村消防と医療の所管、管轄範囲のずれがあるというご意見がございました。消防におきましては、救急については市町村の枠を越えているということでございます。これは簡単な図でございますけれども、左が消防ということで市町村単位に消防本部がございまして、管外に搬送することが、日常的に行われているという状況を示したものでございます。医療提供体制につきましては、医療計画に基づいて県が定めているということでございます。ここの両者が連携して業務を遂行しなければいけないわけですが、市町村単位で個別の医療機関と調整することは現実的ではないのではないかということで、両者の間の調整、あるいはルールの策定等については、県レベルで統一することが必要ではないかというご指摘もございましたが、事務局としてもそういった考え方であり、それを図にしたものでございます。

9ページでございますけれども、先ほどの真ん中の協議組織、協議会でございますが、ここの協議会と、新たに法的に位置づける協議会、前回、私どもの説明で救急医療協議会と申し上げた部分ですが、その協議会と従来のMC協議会、それと救対協等の医療法に基づく協議会組織、ここの関係を整理する必要があるのではないかというご意見をいただいたところでございます。

事務局の考え方としますと、現在のメディカルコントロール協議会、先ほどの図が左下にございまして、この所掌が狭まって救急業務協議会になるという、そんな印象を受けるというご意見もございましたが、そうではなくて、現在のメディカルコントロール協議会の業務の拡大、拡充ということで、新たな協議会が位置づけられるという整理をし、図にしたものがございます。拡充の中身は、一般の救急隊員の質の保障と、搬送に関する医学的質の保障ということでございます。

もう一つは、地域医療対策協議会や医療審議会、医療体系の中の協議組織との関係でございますが、ここについては従来のMC協議会の拡充という形で、新しく法律的に位置づけられる協議会が発展していくという形でもいいと思います。一方で、地域によっては救対協、地域医療対策協議会や地域医療審議会が消防と医療の接点のルールづくりについても取り組む地域があろうかと思います。そういった地域の実情に応じて、既存の協議会等の組織を活用することも可能にするような、幅を持った柔軟な運用が必要ではないかということでございますが、法的な位置づけをする場合にも、どっちがどっちということではない、実情に応じた対応が可能な仕組みにする必要があるのではないかとということで、図にしたものが9ページということでございます。

先ほどの、取り決めるをする中の搬送・受け入れルールのイメージということでございます。10ページでございます。これは、従来の救急隊が行う活動の手順に従って、こういった取り決めですればより円滑な搬送につながっていくのではないかとということで、1番目が傷病者の観察、症状（緊急度、重症度）を判断するためのルール、判断基準のようなものになると思います。

その判断に従って、2番目でございますけれども、緊急度、重症度に応じた適切な搬送先、医療機関があるわけですが、その選定のためのルールでございます。

3番目は、選定が行われた後、個々の医療機関に対して傷病者の症状を伝達するためのルールでございます。

最後でございますが、医療機関が決まらない、いろいろな事情がある場合において、救急車の中に患者さんがいるのではなくて、いずれかの医療機関に速やかな医療的な手当てをいただくためのルールもあらかじめ決めておくことができれば、現在の状況は改善されるのではないかとということでございます。例えば、輪番の病院体制をとっている場合は、一たん、いずれかの輪番の病院、あるいは基幹的な病院に収容して、その後の搬送先を選定するというところでありますとか、コーディネーターの取り組みも地域で進んでおりますけれども、一定の状況に達しましたらコーディネーターの調整にゆだねる等のルールを、あらかじめ策定するというようなことが必要ではないかということでございます。

現段階での搬送・受け入れルールのイメージということで整理させていただいたものが、10ページでございます。

資料については、サブスタンスがあるものは以上でございまして、前回もおつけした資料がございしますが、参考資料として11ページ以降に、制度改正の状況、通知でありますとか、MCの活動状況等についての資料を添付してございます。

この資料の中で、20ページをお開きいただければと思います。先般も、周産期の搬送につきまして、東京都におきまして困難事案があったということでございますが、参考といたしまして、消防機関が運んでおります産科、周産期の患者さんの搬送状況についての平成19年データでございます。490万人いる中の約1%の4万6,000人を救急車で運んでいるということでございますが、ごらんいただきますと、転院搬送の割合が、全搬送でいきますと1割程度ですけれども、産科・周産期傷病者に関しては約半数が転院搬送ということで、病院間の転送が多いということでございます。この引き算いたしました2万4,000人ほどが、一般の家庭から救急要請があつて、救急隊が独自に病院を選定するという事例でございます。その2万4,000人を母体にした調査ということになります。

照会回数等は既に報道発表したものでございますので、21・22ページはご覧いただければと思います。

前回の分析の中でも、選定困難事案は大都市に多いという状況がございまして、今回事務局で、23ページでございますけれども、18大都市、政令市と東京消防庁管内についてグラフにしたものでございます。これは、現場滞在時間30分以上の事案が占める割合ということで並べたものでございまして、周産期も含めて救急全体で首都圏、関西圏が高い状況になっていますが、産科・周産期につきましては、黄色をつけたところが平均以上ということでございますけれども、時間的に見ると東京、横浜、川崎あたりの比率が高いという状況になっているということでございます。

24ページが医療機関に受入れの照会を行った回数でございますが、回数で見ますと、関西もそれなりに高い数字が、全体にばらける形でございますけれども、時間的な要素で見ますと23ページのような状況になるということでございます。

25ページですが、受け入れに至らなかった理由について、背景がわかればもう少し姿が見えてくるということでございますけれども、5、6、7のところを見ますと、東京消防庁におきましては処置困難が一番高い比率になっております。横浜、川崎につきましては、手術中、患者対応中が多いということでございます。これは、救急医療情報システムの整備の状況も違いますし、その他のいろいろな地域要因があると思いますけれども、この検討会のもとに設けられております消防機関と医療機関の連携に関する作業部会において、この背景がもう少しわかるような調査を別途進めておりまして、まだ調整中でございますけれども、そういったものからもう少し姿が見えてくればということで考えている資料で

ございます。

事務局の説明は以上でございます。よろしくお願いします。

座 長

ありがとうございます。

各作業部会の一つ一つをまとめていただいたということになります。まず、全体でのディスカッションの前に、各作業部会長から、今の事務局の説明にコメント等がありましたらいただき、そして全体のディスカッションに入っていきたいと思います。まず、メディカルコントロール作業部会長からお願いします。

報告者

(メディカルコントロール作業部会)以下

MC 報告者

座 長

前回の検討会の後、作業部会は開いておりません。メディカルコントロール体制のあり方を議論する作業部会なのですが、この高度化推進検討会のほうで少し方針を出していただかないと、どういう方向に進めていいのかわからないというのが実態でございまして、前回から今回にかけては開催しておりません。先ほど事務局から今までの議論を整理していただいて、少し議論の想定がわかりやすくなったのかなというところが正直なところでございます。

以上です。

ありがとうございました。

前回もメディカルコントロール作業部会長から、これ以上先に進むには、検討会で何か方向性を出していただきたいという話が出ておりましたけれども、相当明確に出てきたのではないかと思いますので、後からのディスカッションに供してください。ありがとうございます。

それでは、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会長、いかがでございましょうか。何か追加はありませんでしょうか。

報告者

(消防機関と医療機関の連携に関する作業部会)以下、消防医報告者

今、事務局がお話になった最後のところで、ベッド満床とか、処置困難というページがございます。これについては地域の病院の側から見ると、ブラックリストに載っていて、絶対にお金を払わない患者さんもいるわけです。またその人が来るといったときに、どういうパフォーマンスをするのかという話も、かなり深刻な問題としてあるわけです。それはお金の問題だけではなくて、訴えてやると言いながら救急車をおりてくるような患者さんもいるわけですから、病院側から見れば、ベッド満床とか処置困難という問題もあるのですけれども、もう少し深く現状の認識を客観的にできるような統計をとっていききたいという議論が実はございます。

その議論のために、一気に全国でそういう、ちょっと言葉は選ばないといけません、社会の吹きだまりのような状況が救急医療の現場において展開するわけですので、その部分が、病院側から見てかなりつらいということもわかるような統計をぜひとりたい。そういう状況で大変苦しい救急病院、特に2次救急医療に当たっている、いわゆる救急病院ですが、そういう苦しい局面を知っていただいた上で、救急隊との円滑な連携を構築していかななくてはなりません。しかし、そ

のような統計を全国的に展開するには少し難しい面があるかもしれないということで、今のところ、東京消防庁に一肌脱いでいただいて、東京都ではおそらく1週間か2週間で1万件ぐらいのデータが得られる可能性がある。それでうまくデータが得られるのであれば、それを使って全国的な統計をとることに進みたいと思っています。

この間、墨東病院のような事件もございましたので、産科に関して言えば、きちんと母子手帳というか、フォローアップを受けている患者さんもいますし、引っ越しとか、仕事の関係でそれがままならないという人もいるでしょうし、それとは全く無関係にというか、気がついたら産む瞬間だったみたいな妊婦さんもいるわけですから、ベッド満床とかを調べるときにそういうことも一緒にやっていこうということで、今、進めています。できれば年内にはと思いますが、年が明けてからかもしれません。今、そういう状況で進んでおります。

そういう議論をすればするほど、消防と医療側の連携という問題で、先ほどMC協議会が拡大と言っていましたけれども、あれは拡大という問題ではなくて、当然の帰結としてあのことを議論するのは当たり前であって、その当たりの延長線上に厚生行政に関連する病院の問題があって、それらはお互いにシームレスに議論し合わないといけない。なぜかという、運ばれているのは患者さんだからということです。

以上です。

座 長

ありがとうございます。

特に大都市での処置困難という中には、まだまだ深い、いろいろな理由がある。それをもう少し考えていかないと、ほんとうの意味が明らかになってこないだろうというところで、パイロットプロジェクトを設けてという話が出ておりました。ありがとうございます。

それでは、トリアージ作業部会長、追加発言することがありましたら、どうぞお願いいたします。

報告者

(トリアージ作業部会)以下、トリアージ報告者

今回、トリアージのことが直接のテーマではないので、前回どおりで結構だと思います。

あと、前回の議論でこれが出たかなと思ったのは、一つは、PA連携、救急業務というものを整理していく中で、ポンプ隊が行う、現場での応急処置のみ、搬送を伴わない業務の位置づけ、あるいはそれに対するMCも少し考えなければいけないのではないかという論点の一つあったと思います。

あと、搬送・受け入れルールのイメージのところ、これはあまり今まで議論されていなかったことですが、トリアージの中で出ていた議論では、現場での重症度、緊急度の判断というときに、それをもとに搬送先を選定するルールというのは非常に大事ですが、もう一つ、医師の委任状を求めるためのル

ール、つまりドクターカー、あるいはドクターヘリコプターを要請するためのルールも、この中に入っているのではないかと思います。

座 長 なるほど。ありがとうございます。P A連携の問題、搬送・受け入れのルールも中に入れ、ディスカッションに供していきたいと思います。
事務局、どうぞ。

事務局 P A連携の話は、今回、資料に入っておりません。大変申しわけございません。事務局の考えといたしますと、前回の議論の中で、委員からご指摘いただいたと思いますけれども、今、救急隊ということになっていますが、ポンプ車に乗っていても、必要な処置をする場合はそういうものではないかということで、もう話にもならないというご指摘をいただいたと思いますけれども、事務局も全くそのとおりだと思っています。現在、ポンプで駆けつけた消防隊も応急処置等を行っていますので、そこは救急隊というがちがちの言葉ではなくて、救急隊員であるとか、資格を持った者がやるということについても位置づけするように、別途、検討を進めているところでございますが、今回の資料に入っておりませんので、お答えしておきたいと思います。

座 長 ありがとうございます。

これから先は、フリーディスカッションでいきたいと思いますが、いかがでございましょうか。委員、どうぞ。

委 員 この土日、マニラに行って参りまして、アジア太平洋の医師会の方々と情報交換してきました。メインテーマは「気象変動と健康」だったのですが、その中でいろいろな情報交換をしますと、最後の統計資料にありますように、都市部の問題と都市部のインフラストラクチャーの問題は、どうも日本だけの問題ではないみたいです。ご承知のとおり、今、世界中で都市への人口集中が進んでいまして、集中した都市に何が起こるかという、インフラがもたなくなった瞬間からスラム化が起きる。それで、医療、健康の問題が非常にサポートしにくくなっている。そうすると、今度、治安が崩れていくわけです。そういう状況は、どうも今、同時進行のように見えます。

ドクターも都市に集中している、国民もそうです。両方集中して、ドクターが集中したから東京だけはいいだろうと思うと、そうならない、しからば、地方はどうなのかという、日本全体でドクターがいなくなって限界集落化が進行している。これは、どうもこの国だけの問題ではないようです。まず、その文脈から始まらないと、「日本は特殊で、ここに大きな問題があつて」という話をしても、がちが明かない、何か大きな事象があると感じて帰ってきました。

具体的な話に入りますと、今回、資料をまとめていただいて、大分明瞭化したと感じますのは特に9ページです。消防と医療機関が連携する協議会はメディカルコントロールのアップバージョンだと書いてありますが、どうも見るところ、

これは逆ではないか。つまり、MCの働きの中の一部、救急業務に関するパーツを何とかしたい。法制化もその議論であると置きかえますと、そうかもしれないと納得できるのですが、発展解消だと言われると、ひっくり返っているのではないかということが非常によく見えた、というのが私の印象です。

1 ページ前に、都道府県の役割ということ、これも前回に申し上げましたが、都道府県の行政区で区切っても既に困るような状況というのは、委員ご指摘のとおり、ドクターカーとかドクターヘリとか搬送手段がマルチになる、それから4 疾病5 事業をこの上に重ねる、その瞬間にもものすごい複雑系になりまして、こんな単純なスキームにはならないと思います。それをこれからどうやって解決するかというのが、我々の目の前の問題だろうと思っています。

ですから、搬送業務というのは、非常に大きな問題として我々の前にあると思いますが、もう一度戻りますけれども、9 ページの概念は逆ではないかと思います。そういうことを含めまして、例えば日本医師会が共催という形で入っています全国メディカルコントロール協議会連絡会は、厚生労働省と総務省と三者でサポートするという形をとっているわけですが、特に医師会とは何か、いろいろな言い方はありますけれども、地域医療を守りたい、コミュニティーヘルスをどうやってプロモートするかということにずっとかかわってきたのは医師会なのです。そういう意味で入れていただいていると思うのですが、そういうバージョンと9 ページを見ますと、消防のパーツは別途というか、その中でもっと集中化しましょうというならMCの中に置く、ワンパーツとして入っていただく。それならという印象を持ったということです。

座 長 ありがとうございます。

その議論の延長線上で、今、9 ページで委員はお話をしておりましたが、7 ページをご覧いただきたいと思います。前回、消防と医療の間に点々が入っていたのがなくなりました。そして、協議会と、地域医療対策、救対協等々がブルーに入っています。そうすると、この協議会の中に、MCがメインに出てきていいだろうと考えてもよろしゅうございますか。この協議会というところがですね。

委 員 今現在、そうなのではないでしょうか。

座 長 これがメインだから、ここにMCを入れて、そのままで、下部組織に例えば救急業務協議会、あるいは他のものが出てくるのでという流れのようにお聞きしましたけれども、これは事務局、いかがでございましょうか。

事務局 最初に、9 ページのMCの拡充というところですけども、事務局の考えでは、現在のコア事業としてやっている位置づけのMC協議会ということで、通知も後ろのほうにつけてございますけれども、救命士の処置範囲の拡大に対応した協議組織ということで、総務省、厚生労働省でそれぞれやってきたものをベースにして書いているのですが、あるべきMCといえますか、今、地域によってはもっと

広いこともやっているわけですので、委員がお触れになったイメージのMCは後者のことかと、感じましたが。

座 長 コア事業のMC協議会というものと、少し拡大した、我々が通常言っているその他の、もうちょっと拡大したMCと多少違っています。事務局のMCというのは、コア事業の4つだけを言っているということですよね。

事務局 そうです。通知に基づいたというか、今、がっちりと事務としてあると。

座 長 そういうことですね。

消医報告者 僕が最後に言ったのも、そういうことです。MCを一生懸命やっているところは、そういう意味では拡大している。

座 長 もう拡大になってしまっているのですね。

消医報告者 拡大と書くから拡大なのですが、真ん中を一生懸命やればこうなります。これは拡大と書いてありますけれども、そういう意味では充実ですよ。委員がおっしゃるのは、当然の帰結としてそうなっているのが協議会だ、だからMCはそうだという話なので、そういう意味では、結論は一気に委員が言ってくださっているわけですよ。

委 員 いきなりそう言われても。

事務局 事務局は、そういう整理で書いております。ドクヘリについても協議の場がありますが、それをMCでやるということもあると思いますし、あるべきといひますか、拡大した、「本来の」と言ったらちょっと語弊があるかもしれませんが、MCについてはもっと広いと私どもは考えております。

7ページの図でいうと、MC協議会はどちらなのかということになりますが、事務局のイメージは、オレンジと青がかぶさった、外枠のところが広い意味のMCかと思ひますけれども、オレンジの部分は救急業務だけに特化するという考えではありませんので、これが本来のMCの位置づけであるとすれば、より広い概念ということにとらえるべきだろうと思ひます。

座 長 なるほど。

委 員 よろしいですか。

座 長 委員、どうぞ。

委 員 今のお話、委員のお話もよくわかります。結局、9ページの図の消防機関と医療機関が連携する協議会というのは、今、消防と医療の連携作業部長もおっしゃったように、普通にMCをやっていれば、今のメディカルコントロール協議会は大いほうの、拡充された枠の範囲内でやっているというのは当然ですけども、要するにネーミングの問題で、メディカルコントロールとは何ぞやという、日本語にできないものをいつまでも協議会の名前で引っ張るのか、そこをもうちょっと明確に日本語化することなのか。メディカルコントロールという言葉は、救急救命士の特定行為に関する部分に限定して使う、今までの通知と整合

するのかという問題なのではないかと思うのですが。

座 長 なるほど。言っていることは皆さん同じですね。

消医報告者 前回と同じですね。

座 長 ありがとうございます。

 委員、どうぞ。

委 員 すいません、ちょっと岡目八目的なところで物を言います。前回から比べると、確かにわかりやすくなりました。直感的な物言いですけれども、前はどこに法制化しなくてはいけない問題点があるのかよくわからなかったのですが、何をしなければいけないかは何となくわかったような気がします。

 9ページの図のところで説明されたように、地域の実情に応じた対応もいろいろ可能な形にしたいとおっしゃっていただいたのが、実際に法律的文言でどう書けるのかというのはちょっと気になっているところです。1ページのメディカルコントロール法制化についての○の3つ目のところで、行政の下部組織ではなく書いてあります。多分、今のMCがある意味でそうでないからこそ、進んだMCは広いところまで行っていますよという話でしょう。もう一つ広いところまで行こうとすると、プレホスピタルだけではなくて、ポストホスピタルまで考えていこうという議論さえ出ていると私は理解していますので。そこまで実情に応じた対応も可能となると、直感的に法制化でいいのではないかという気がします。

 「今、地域でMCをやっていれば、当然、進んだところはここに行っているよ」という方向性を担保するよう、今後もポストホスピタルとか、医療全体とどうつながっていくかなどのいろんな課題がある中で、当然、今のMC協議会に期待される役割りはすごくありますので、できればそういうところまでルールを引いてほしいと思います。

 そうすると、医療の領域にかなり入り込んでしまうので、そこをどうしたらいいか、私もこの場でできるのかわからないのですが、MCの独立性を担保しつつ、ポストホスピタルの状況など地域の実情に応じて協議していくのであらうと思います。ある程度、医療の領域にかかわらないとうまくいかないだろうと思います。そこが実際に法律の文言に書けそうなのかどうか、私は法律用語の専門家ではないのでわからないのですが、もし書けるとしたら、法制化も可能ではないかなという感じがしてまいりました。そんな印象でございます。

 それともう一つ、今、委員がおっしゃった言葉の問題で、「コントロール」と、「連携」という言葉の感じを申しあげますと、最近の言葉づかいのイメージからは、「連携」というのはいい言葉だなという感じがします。「連携」という言葉で横につながる感じがありますし、連携は消防機関と医療機関だけではなく、福祉関係機関とか、いずれは患者・傷病者となりえる一般市民までも含めた連携をねらってほしいと思います。先ほど委員がおっしゃった社会資源の問題を考えたと

きに、一人一人も当事者だということも含めて見えてくると、救命士、医療機関の方も含めて、社会の問題に向き合っていけるのかなと考えます。そうなってくると、先ほどおっしゃった、過激なクレーマーに対しても、社会がもっと毅然と向かい合っていけるような気がいたしました。

ちょっと感想めいた話で失礼しました。

座 長 貴重な意見、ありがとうございます。

今日、オブザーバーとして、厚生労働省から来ていただいておりますので、何かございましたら、どうぞお話をいただきたいと思います。どうぞ。

オブザーバー ありがとうございます。ご指摘ございましたように、医療と救急の連携は必要であることは言うまでもないと思います。私ども医療行政を担当する者として、その体制が十分整っていないと患者さんの受け入れに困難を来すことがありますので、そういう意味では、いわば後方を固める役割として、搬送の問題にも当然かかわってくると考えております。

座 長 ありがとうございます。

委 員 よろしいですか。

座 長 委員、どうぞ。

委 員 そうすると、今ここで議論されていた中身を念頭に置いた場合に、ちょっと確認したいのですが、9ページの、既にあります地域医療対策協議会、あるいは医療審議会の役割、その辺はどういうふうに理解していけばいいのでしょうか。

座 長 事務局、どうぞ。

事務局 先ほどの委員のご指摘とも関連しますが、この協議会は救対協でもできるという法制的な仕組みについては、もっと詰めなければいけないのですけれども、7ページの図でござんいただきました、法律的な側面での必須事項というのは、我々とする、消防と医療が連携した協議会の設置とルール策定というところになると思いますけれども、これは患者さんに救急車に乗っていただきまして、お運びするところの、搬送と受け入れというのは全く接点になるところでして、真ん中にあるのですけれども、患者さんが救急車にいる救急業務遂行中の連携ルールということですので、今、考えているのは、消防法の中にそういった協議会の位置づけの規定を設けることを前提に考えています。

その場合、例えば前回みたいに救急業務協議会と名称まで限定しますと、非常に幅が限られてきます。一方、地方分権の関係もあって、県に法律でそういうものを設置することを求めることになりますけれども、名称まで限定というのはどうか。別の受け皿があれば、別のものも活用していいという側面もあります。したがって、その協議会も機能、やる仕事の内容と、権限といいますか所掌事務については法定化しないといけないと思いますけれども、名称とか、どこでやりなさいということについては、がちがちに書かない。そういった機能を持った

組織であれば、地域の実情に応じて救対協、医療法に基づく組織で動かしたほうがやりやすいということであれば、既存の組織を使っていただいてもいい。ただ、やる内容は、消防法で求める所掌事務の仕事をしていただかなくてはならないわけですが、受け皿は柔軟に考えたらいいいのではないかとというのが1点です。

あと、いろいろな医療提供体制の話、医師の確保であるとか病床の確保とかあると思いますが、それはもうまさに医療法の体系の中で、医療行政として進められているということでございますので、消防法の協議組織が所管するということは理屈としておかしいと思いますので、今回そこまでやるという考えではございませんが、協議する中で、いろいろな提案というか、より改善につながるような話があればお伝えするという形になると思いますけれども、そこで何か決めるということはございません。ただ、県の場合であれば、国と違って県知事というのは全体を統括していますので、その中でうまく処理していくということになると思いますけれども、そういった役割分担を踏まえつつも、組織については柔軟にということで今のところ考えております。

座 長 ありがとうございます。

今、委員のご質問に対してのお答えをいただきましたけれども、実際のところ、9ページの拡大したMCと、医療審議会なり地域医療対策協議会が一緒になった協議会の設置、その一緒になったものが、7ページの青い「地域医療対策協議会もしくは医療審議会」と、オレンジの「協議会」が合体した協議会的なものをつくったらいいいのではないかと、そういう流れの話でよろしいのでしょうか。

委 員 あえて違う話を言いますけれども、結局、国民が何を求めているかといいますと、いい救急車に乗りたいとか、いい搬送条件に入りたいとか、それはあくまで経過の話であって、最終的にその次に来るべき医療を含めて質を担保してほしい、また時間も即時的に対応してほしい、これが国民の願いだと思います。ですから、先ほど合意というような話があったのであえて言いますけれども、10ページの搬送・受け入れのルールを、消防機関が主導するとされていますが、これはひっくり返っていると思うのです。私は、これは反対です。例えば、情報システムを整備しようとか、いろいろな議論がありますが、主体は国民であるべきです。医療は、もともとそういうふうにつくり上げられているものですから、国民、患者さんが望まないものは、ここで別の行政主導のシステムがあって、これが動いているからいいだろうというのは質の向上には結びつかないと思います。ですから、そういう意味では……。

座 長 10ページというのは、ペーシャント・オリエンテッドになってないということですね。

委 員 なってないです。ですから、話は戻りますけれども、9ページで概念で、僕が

先ほど、メディカルコントロールの総体の中にサブディビジョンとして消防と医療に係わるようなパーツが何か整備される、それならいいのではないのでしょうかと申し上げたのであって、メディカルコントロールは医療が全体を見なければいけないにもかかわらず、医療という傘を取ってみることに僕は全く合意できません。メディカルであるべきです。それは、ヒューマン・オリエントです。そうでなければ、コンピューターがマッチングをしたからどうだとか、そういう議論に置きかえるのはやはり間違っていると思います。コンピューターはただの電子そろばんですし、救急は国民の願いに応えるために一生懸命やる場であり、医療はその総体をどうやってやるか。その傘は必要なものであって、それはこの通知、12ページ、13ページを見れば、特に13ページ、包括指示下の除細動の早期実現というときにメディカルコントロール体制の整備を図ること、この趣旨は生きているのではないか。その中でどうするか、搬送業務はどうするか。これはオーケーだと思うのです。メディカルコントロールの上に搬送業務があるという概念づくりは、僕は全く賛成できません。

座 長 委員が言っていることと、皆さんが言っていることとそんなに違いはないので、9ページで、委員は、搬送業務もMCに加えていいという流れの中には、MCの充実というのか、拡充というものがあって、オレンジの枠のところまではこういう形になっていいわけですね。そうすると、こうなるとMCという言葉がわからないので、なかなか言いづらいのですけれども、これは救急連携になるのかわかりませんけれども、もう少し言葉を変えて、MCと同じ意味をするとところを皆さんディスカッションしているのではないか。私は、聞いていてそう思ったわけです。

委 員 ちょっと追加しますが、言葉を変えることも反対です。今、ここまで組み上がってきた日本の文化としてのメディカルコントロール、それからまた、それを実現するための場である協議会、こういうものを概念として今、変える必要は全くないと思います。

座 長 そうすると、私、質問させていただきますが、このMCのコア事業の4本柱、いわゆるMCと、もう少し大きくなってきたMCというのは、言葉としてどういうふうに分けたらよろしいですか。

委 員 結局、地域における救急業務なり、急性期医療の病院も含めて包括するのがメディカルコントロール体制というものですから、それをそのまま残していただくのが一番いいと思います。

座 長 そうすると、いわゆる3本柱、4本柱との整合性はどういうふうに。

委 員 もともとこれは、全部メディカルコントロールでやっているわけですから。

座 長 全部として考えていい。そうすると、これ、みんな同じになってしまうのですよね。

委 員 　だから、名前を変える必要はない。ただし、連携の部分をもうちょっと明瞭化しようとか、そういうのは別に。

座 長 　上の大きいものをメディカルコントロールと言って、この３本柱をMCと言ったらいいのかもしれませんがね。ああ、同じか。

委 員 　もう一点、いいですか。

座 長 　ちょっとごめんなさい。事務局、どうぞ。

事務局 　私も大分整理されてきたような感じがするのですがけれども、やはりMCというのは、言葉の問題はちょっとありますけれども、概念とすると広いものだと思いますので、委員がおっしゃられるとおりでと思います。その中に、消防と医療の接点の問題が別途ありますので、そこは中ということになると思いますけれども、位置づけるということもご示唆いただいたところですので、ただ、法制化と、通知とか行政の取り決めというところと手法は違うと思いますけれども、やはり広いものは広いという、MC自体は広いということで理解しておりますので、事務局はそのような考えで進めていきたいと思います。

座 長 　委員、ごめんなさい、どうぞ。

委 員 　一般的に世の中は大体これで動いているだろうと言えますけれども、座長はもうとっくにご存じのとおり、例えば養生はどうなっていますか。こうではないわけです。そういうことを含めてメディカルコントロールという概念があるのは、座長、ご存じのとおりのとおりです。消防業務だからこうだとか、そういうものではなくて、全体をひっくるめた概念でしょう、と思うのです。

座 長 　そのとおりです。

委 員 　委員、どうぞ。

委 員 　今の事務局から、消防法改正の範疇でというところにかかなりの限界があって、これはおそらく１１ページにある、昭和３８年の消防法改正のときからずっと引きずっている問題で、消防法が先に昭和３８年にできて、救急車の搬送業務が法制化されて、たしか昭和３９年に、それに対して厚生労働省が救急告知医療機関ということで、受け入れ側のほうを後づけで決めてきたというような歴史がある中で、１０ページに立ち返ってみると、結局、消防法という範疇だから、先ほど委員がおっしゃったように、主語が常に「消防機関が」なんですね。

　例えば、２つ目の項目で、「消防機関が搬送先医療機関を選定するためのルール」とありますが、僕としては、その前に医療機関が消防機関からの搬送を受け入れるためのルールを医療機関がきちんと作って、こういうルールで医療機関は受け取りますから、消防機関はそれに従ってこういうルールで患者さんを選んで運んでください、３次医療機関、救命救急センターではこういう患者さんを診るのが社会のためになります、脳卒中の施設ではこういう患者さんがためになります、そのためにこういうふうを選んでくださいと医療側が先にきちんとした態度

を示して、それを消防に提示しないとできないことが、常に消防が先に、現場がある消防が先に進んでいるので、消防機関がということになっているので、そこにちょっとそごが出ていますと思います。

ちょっといいですか。

東京の先生方は知っておられますように、t P Aが保険で使用可能になった後の東京都では、東京都脳卒中医療連携協議会が作られたが、それで何の風の吹き回しか、僕、その会長をさせられています。そして、実はMC協議会の処置基準委員会の委員長もやっています。ですから、ここで議論されている中で、特に脳卒中に関する病院前救護と受け手の医療機関に密に関与しています。後者の協議会の中に、基本的に地域の医療という意味で医師会の先生方もいっぱいおられます。それらの議論をしていると、先ほどお話しがあったように、当然、急性期医療の次のリハビリの話が瞬間的に出るわけです。治療は流れていきますから、救急隊が患者を運ぶという話は、その後も流れていないと流れになりませんから、当たり前の話としてそうなります。

ただ、今、先生がおっしゃられるように医療機関がと言いながら、t P Aでもやはり先に患者と抱き合いになっている救急隊の方から話が出ているのです。これはしょうがない事です。医療機関側としては、ドクターヘリとか、ドクターカーのように現場に出ていく、DMA Tのように出ていくことがあれば、相当程度この手の話に、時間的な経過から見てもより早くに関わる話です。けれども、t P Aの議論も、論理的には医者たちは皆わかっているのですけれども、具体的に患者を引き受けてしまった東京消防庁の救急隊の方が、やはりこれは何とかしないといけないという話になります。患者は何処に運ばれるかという話が先に来ます。その後、衛生局もその気になったという経緯があります。基本的に国民が中心にいるということはもう当たり前で、もし議論がおかしくなったらそのことをもう一回思い出さなければなりません。

10ページも、議論が別におかしくなっているわけではないのです。これは、どこが主語であれ、基本的には国民のためにやろうとしているわけです。手練手管的にこうなっているだけの話です。もっと言えば、消防を所管してきた官庁が、結局、患者さんのために一番いいことをやろうと思ったら、MCを拡充させて、前回の会議で、その拡充させたMCは基本的に財政的にも連続性を保ちながらとありましたね。つまり、普遍的に連続性を保ちながら、財政的にきちんとした形で国民のためにやろうという話ですから、そういう意味では、法制化の話が消防法の延長線上であったとしても、後はその人たちに任せるという話でいいのではないかと思うのです。委員が言われるみたいに、地域に行けば行くほど現場に住んでいる人たちの話になりますから、医師会の先生が突然知らないうちに、知事の下でゴリゴリゴリと頭をやられて、働けという話にはならないと僕は思いま

す。そのところだけです。

座 長 ありがとうございました。委員、どうぞ。

委 員 いろいろ議論を聞いていますと、そのとおりだと思います。ただ、この問題は、委員が提起されたように基本中の基本だと思いますので、あらゆる場面で、MC といふのか、メディカルコントロールといふのかわかりませんが、きちんと認識を押さえた上でいろいろ議論を進めていくことが大切なのではないかと思います。

座 長 ありがとうございます。そのとおりです。委員の情報の共有化がないと少しずつずれていく危険性がありますので、委員、ありがとうございます。

 委員、どうぞ。

委 員 10 ページの搬送・受け入れのイメージ、委員がおっしゃったこと、ちょっと僕も同じように思っていたのですが、これは受け入れルールが入ってなくて、搬送ルールが書かれています。まさに搬送先医療機関がこういうルールで充実させたいから、それにあわせてやっていただきたい。

 というのは、患者サイドにしても、搬送というのは一つの手段で、充実した医療機関できっちりした医療が受けられるシステムをつくっていただければ、我々としては名前を含めてどうでもいいわけです。6 ページ、現行のメディカルコントロール協議会が左上に黄色で書かれていて、右側の追加的な協議事項の 2 番目に、「円滑な救急医療体制を確保するための」と書いてあることが少し問題だと思います。受け入れ医療体制の整備をきっちりとやっていただければ、MC の中にこれを足すのか、あるいは厚生労働省が 2 番目をきっちりとやるのか、あるいは新しい名前のもとでやるのか。それは、患者、あるいは受け入れる医療機関側にとっては継続性、あるいは財政的な問題を含めて、どちらでもいい、きっちりとやっていただきたいということだけです。今、ここで消防のほうで、そこまで私たちがやりますということであれば、我々は、そうやっていただけるならぜひともやってほしい。厚生労働省が、いや、私たちがやりますというのであれば、文句だけを言うのではなしに、ちゃんとそういうことをきっちりできるシステムを提示してほしい。

座 長 まあ、そうですね。よくわかります。

 どうぞ。

MC 報告者 結局、作業部会でも出てきた内容と同じような議論がなされているようですから、もう一度整理をします。一番わかりやすいのは、7 ページの図を見ながらお話をさせていただきますと、メディカルコントロール作業部会の中で、本来は救急隊員の質、個人の質を医学的に保障するための業務を中心にやってきた。そういう業務の中で、重症度とか傷病者の傷病が何であるかということで、今度は病院選定という問題が関連して出てくるわけですが、日常業務の中では、やはり選

定の問題、最終的に収容先の決定というところで、具体的な問題が生じているわけですから、医師が医学的に、こういう患者さんはこういう病院に連れていきなさいといくら指導、助言をしても、現実的なところ、うまく歯車が回らないことをまず知っていただきたいのです。

そういう議論を積み重ねていくと、救対協であるとか、あるいは医療対策審議会等の中で、初期、2次、3次の救急医療施設はこういう仕組みになっていますといくら言ってみても、現実とは合わない部分があります。それを調整する役割をMCが担っていく必要があるのではないかというのが作業部会の結論です。ちょっと比喻がよろしくないかもしれませんが、例えば旅館業をやられている旅館がたくさんあって、観光地へ行って、どのホテルに泊まりたいかと思うときに、今はネットで個々に探しますけれども、多くは旅行代理店の人が非常にうまくマネジメントをして、適切なところへ、満足する旅館に入れてもらうということがあります。

言いかえると、おそらくメディカルコントロールをやっている協議会の仕組みは、たくさんの傷病者を実態として運んでいるのを調整しているような役割があるわけです。だから、医療機関側が、私のところは2次救急ですよ、脳外科の医者もいますといくら看板を上げて、患者さんが救急車に乗ってから収容までのマッチングで非常にまずいことが起こっているの、その調整をわかりやすくするための法整備、あるいは、行政的な整理をしていただきたいというのが作業部会の結論です。

もう一つ比喻で言えば、例えば臓器移植法案などのように、脳死患者が生まれて臓器がありますというときに、法案がなければ、おそらく個別のルートで臓器を要る側に提供したと思うのですけれども、法案ができたことで、公平性を保って、順序づけをしてやりましょうというのがわかりやすくなったはずです。その法律の中身はとやかく言いませんけれども、ああいったような位置づけで、消防、医療と言っていますが、実は医療を提供する側の一つ資源があって、救急車に乗って医療を受けたいと思う人たちの仲介をしているのが消防機関になっているわけですから、そこをもう少しわかりやすい法整備なり、行政的な言葉でしっかりと、通知の形にしてもらうなり、それが必要なのではないかと思います。

その辺に戻って、もう一度、検討会のほうでこうした方がいいのではないかとという方向性を出していただき、作業部会でその方向性で検討しろということであれば、汗をかくことを厭いません。

以上です。

座長 MC作業部会長は、MCのコア業務、そして、もう少し大きくなった拡充、その辺をある程度示して下さいとのことでした。そして、救対協でもいいですし、

医療対策協議会との連携も、ある程度我々の中でどういうふうになるのかということワーキンググループでディスカッションしてくれという流れを作らなければ、作業部会はまだ動かないというところまで来ている、というところだったと思います。

委員、どうぞ。

委員 今、7ページを改めて見返しますと、これは間違っています。消防と医療が完全に真ん中で分かれて、右側、医療は医師の管理下と書いてありますが、左には何もない。そうではなくて、これ全体がメディカルコントロールでしょう。だから、言葉が、名前がという話がありますが、ドクターズコマンドとか、ドクターズコントロールではなくて、メディカルコントロールと言っているのは、もっと広い意味で、医療連携の中に消防が組み込まれているという概念があるからではないですか。それが12ページ、13ページの連名の通知の中にもあるわけで、だから、この図は正確に言うと間違っていると指摘したほうがいいと思います。

もう一点は、MC作業部会長が指摘されたコーディネーター機能というのは、厚生労働省のほうでも、今回、予算化していただきましたし、今日、持ってこなかったのが残念ですが、日本医師会としてのレポートをまとめましたので、水曜日にプレス発表いたしました。帰ったらお手元に届けるように手配しますが、地域の中でどうするかというような文言を書きましたので、お読みいただければと思います。

座長 よくわかりました。消防の中の救急業務とかいうところにも、搬送とかいうところにもメディカルコントロールというのが、傘があるというのは全くそのとおりだと思います。

MC 報告者 ちょっと追加させていただきます。

座長 どうぞ。

MC 報告者 今、委員がおっしゃられたのはまさにそのとおりでして、我々もメディカルコントロールというのは、病院を離れたところで既に救護から医療が始まっていますという意味において、医師が救急隊員、あるいは救急救命士に指導や助言をやっているというのがそもそもの姿と言えます。医療の開始というのはどこなのか。お家でも開始できますよね、あるいは救急車の中でもできますということになります。法的な意味で、今、枠組みがはっきりしているのは、医療法は病院、診療所という枠の中を規定してわかりやすくなっていますけれども、病院を出て、医師がそこへ行っていないのですが、救急救命士からスタートしたとき、そもそもそこから始まっていることになります。そこへどういう医学的コントロールができるのかというところの法整備がありません。

その辺の議論をここでやっていただかないと、法規上どうもいつも狭間になってしまいます。厚生労働省は、例えば遠隔医療において対面診察義務に反しない

ように医師法を解釈されるように、外で医療行為をやるときに様々な形で法律を解釈されますけれども、消防に対して医療的な助言をしたり、指導したり、場合によっては、やったことに対して私たちが検証したりという作業をすると、法規上、その辺が不明瞭なため、そこをしっかりと検討会のほうで議論していただきたいと思います。

座 長 委員、どうぞ。

委 員 私、前回、業務のために欠席をさせていただきました関係で、なかなか議論についていくのが難しく、今日、先ほどからの先生方のご議論を伺って、ようやくついていけているという感じを抱いております。そのような中で、私だけ違う雰囲気気の発言をさせていただくような格好になると大変申しわけないような気がしておりますが、お話を伺っていて、どうしても気になる点がございます。

確かに、社会事象として救急と医療がつながっているというのは、まさしくおっしゃるとおりでございます。両方をきちんと見通した上での検討、整理が必要であるというのは私も全く異論はございません。ただ、もし消防法ないし医療法を全面改正して、単独の法律をつくってやりましょうという検討をしている中でのご議論であれば、非常にすっきりといきますが、消防法も医療法もそのままにして、MC協議会をどうするかという議論でこれが出てくるとなると、制度が軌道に乗った段階で現状のMC實際上、難しい判断を迫られる場面が増えてくるのではないかと懸念しております。

中身は同じなのですけれども、具体例になるかどうかわかりませんが、2つほど指摘をさせていただきたいのは、1つは中央と地方の関係、もう1つは法律と下位の機関の決定の関係ということについてです。

MC協議会は地方ごとにできることになりますので、中央で決めるべきことと地方で決められることの切り分けをどうするのかという問題が、まず出てくるだろうと思います。これをやはりしっかりとっておかないと、地方でそれぞれがこうしたいと思っても、それをほんとうにできるのですかという問題が出てくる可能性があるのではないかと。法制化をしないといけないというのは、おそらくそういうことも含んでのご見解だろうと思うのですが、それをしっかりと決めておかないと、なかなか大変なことではないかという気がしております。

それから、法律とそれ以外との話の切り分けがどうなるのか。救急隊員の範囲が何なのかという問題が前回の検討会でも議論になったと伺っておりますけれども、例えばある地域で、PA連携のような格好で独自の試みをしたい、より拡充した試みをしたい、あるいは地域ボランティアを活用した救急業務を行いたいと考えたとして、それをすべて消防法上の救急隊員に含めるという決定を地方のMC協議会でほんとうに合法的にできるようになるのかというのは、かなり難しい問題ではないかと思っております。

やはりそういったいろいろな、ある種外在的な制約という部分はあるのかもしれないですけども、現在の法体制なり、行政システムの中でこれを組み込むことになったときに、具体的にどういう形でMC協議会を機能させていったらいいのか。その具体的なところを考えていったときに、いろいろ難しい問題が出てきそうな気がしております。確かに、所掌事項として広くやったほうがいいというのは私も全く同感ですけども、この所掌事項の中をどういうふうに検討するのか。そこが重要なのではないかという気がしております。

座 長 ありがとうございます。

事務局、何か発言ありますか。どうぞ。

事務局 今の点は全くおっしゃるとおりでして、例えば、現在、応急処置の基準は消防庁の告示で出ています。それは厚生労働省と調整して出ているわけですけども、搬送に比べますと、処置の関係はやはりナショナルスタンダードといいますか、国として所管する要素が強いということになると思います。それは、現在の消防組織法の中の救急業務に関する基準という項目が消防庁の所掌事務になっているわけですけども、それを根拠にやっているという面と、搬送の面については、地域の医療資源の状況が違うので地域の決めるべき要素が強い。その切り分けは私どもきっちりしていかなくتهはいけないと思っておりますので、そこは整理したいと思います。

ただ、1点、委員からございましたように、一度に全部一括してやるということになりますと大変なことになりますので、私どもは、その中で特に緊急性もあり、明確な接点の部分について、今回考えておりますけれども、全体の整理を示した中で挙げていかなくتهはいけないというのはご指摘のとおりだと思います。

座 長 ありがとうございます。

特に消防というのは、自治体消防というところで中央と地方との温度差とか、いろいろなものが出てくる危険性があるというところも、ぜひテイクノートしてください。ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

委 員 13ページ、要するに業務拡大した平成15年にメディカルコントロール体制を整備する、下にもありますが、その整備を前提に救急業務の拡大をしているわけですから、先ほどのMC作業部会長の発言だと、法整備がないから、ないままやっているという言い方にしてしまうと、我々は今、アウトローの世界をやっているのかという話になりますが、それはちょっと違うのではないかということだけは指摘させてください。

MC 報告者 コア業務になっているところは通知としてきっちり出ていますので、これは明確です。だから、その先にあるものに踏み込まざるを得ない。先ほどから消防機関と医療機関の連携に関する作業部会長もおっしゃっているように、そういう業

務活動の中では、傷病者の観察をしたら病院の選定というところもあって、そういう業務は、当然、メディカルコントロール協議会はやっています。そうしますと、先ほど来何度も出てきますけれども、何回病院にお願いしても受け取ってもらえなかった、あるいはこちらへ運んだというようなことが、いろいろな問題が出てくるときにどうやって解決するのか。従来の救対協を動かして、もし地域の医療機関の整備をやりましょうといっても、組織的には別ですから、何ともならない地域もあるということが実態なのです。

委 員 もう一点いいですか。

座 長 どうぞ。

委 員 先ほど、予算の話と法制の話がありましたけれども、僕は、これは別のものではないかと思うのです。というのは、メディカルコントロール体制はあって、そのための協議会があって、全国連絡会が去年から立ち上がって、実際行われているわけです。そして、今、救急の現場が、いろいろなものがショートしていますけれども、メディカルリソースの一つとして予算がショートしていることはもう明瞭なわけですから、今、次年度予算を組む年末までの作業の中で、やはり総務省、消防庁のほうも出せるものはできるだけ出していただければと。そして、医療現場、あるいは医療を支えるシステムを別途考えていただかないと、法制化ができないから1円も出せませんという議論だけでは、あまりにしゃくし定規ではないか。国民は、今、それを求めていると思います。そこだけは分かれた議論として考えていただいて、法制化されたらもっと出すのは当たり前ではないかと思います。

座 長 本日は、事務局に消防庁次長もおられますので、いかがでしょうか。どうぞ。

事務局 予算と法律は、もちろん国の組織ですので、両方を常ににらんで仕事はやっております。ただ、別段、法律等できなければ予算がないというわけではなくて、というよりも、ご案内だと思いますけれども、消防自体は自治体が中心でございますので、経費的な側面も基本的には自治体でそれぞれ予算化をしております。

せっかくご指名いただきましたので、ついでに少しだけ申し上げたいのですけれども、私どもこれまでもずっと救急、といいましても中心は救急搬送でございますけれども、いろいろな問題があるということで、こちら、あるいは小委員会も、多くの先生方に貴重な時間を割いていただいてご指導をちょうだいしております。委員のお話もありましたけれども、日本だけの問題ではなくて、特に救急というのは都市型のインフラの中で非常な危機に陥っているだろうと思います。そういう意味では、消防の行政の中でも、すぐに手だてを可能な限り打つべきものだろうと思ってございます。

これまでのご議論にもございましたけれども、そういう意味で言えば、消防側の発想がちょっと強過ぎるとあるいはお受けとめになっておられるかもしれま

せんけれども、消防・医療の連携というよりももっとトータルなものとしてやっていくというのは、将来的には私どももそういう方向になるべきではないかと思うのですが、他方で現状を考えますと、法的なもの、行政でございますので改正は提案をしていくわけでございますけれども、これまでの長い仕切りの中で、それぞれ分かれた法律があつて、その中でどうやって連携をしていけるのかということでご議論をお願いしていると思っております。

役所ですので、もちろん若干縄張り争いの的なところはありますけれども、それを本旨でやっているわけではなくて、国民、患者さんのためにどうやったらというのが、特に消防職員の場合は現場にありますので、非常に気持ち強いということがありまして、最近、やや個別の案件が非常にクローズアップされて、もちろんそれはそれで大変なことでございますし、私どもも国会でいろいろご質問もちょうだいし、お答えをしておりますけれども、早急に何かできるか。せつかくここまでいろいろご議論を積み重ねていただいておりますので、そういう観点からぜひ事務局として、公平中立な先生方のご意見をちょうだいして、多少私どもも考えた案を出すというのと、消防職員側の気持ち、両方ありますけれども、さらに言えば国民としての、私自身も、もしうまくいかなかったらどうしようというのは多少ありますけれども、いずれにしてもそういう気持ちで事務局はやらせていただいているということを、ぜひこの場をおかりしてお話し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。

今日、まだお話が出ておりません委員にお願いしたいと思います。委員からどうぞ。

委 員 私は法学部に属しているので、法律家の一人だと思っているのですが、同時に私、ずっと患者もやっています、法律家というよりは患者の一人として今日のような議論をどう見るか少しお話しします。

7ページのところに、これはきれいな図だと思いますが、とにかく救急の搬送というか、受け入れというか、そのシステムが示されています。実際にそれに問題があるかといえば、いうまでもなく、この前の墨東病院の事件であれ何であれ、やはり問題があります。日本全国、すべてが危機的状态に陥っているようなメディアの報道の仕方があるとするとそれは、私は基本的にはよくないと思うのです。大騒ぎして不安をあおるだけではしょうがないのだけれども、しかし地域によっていろいろ危機的なところがあつて、何とかしないといけないということも確かです。「何とかしてくれ」というのが患者からの声ですよね。そこで、消防庁であれ、救急に関係している人が何らかのことをやろうということで、今日のような議論も行われている。例えば、MC協議会というものが行われているけれども、やはり地域によって動き方が違ってたりもします。今回のような事例に

については、7ページの下のところですが、どうしてこんなことが起きたのだろうと、担当者、責任者に分析してもらわないといけないです。それで、何らかの改善をすることができるようなら、それを考えてもらいたいと常に思うわけです。

そこで、一般の患者とすると、私なんかも含めてですけども、救急の人たちと医療者との関係、それから役所間で、片方は総務省で片方は厚生労働省だという区別すら本当はわからないわけです。患者としては、緊急の時にとにかく早く医療の厄介になりたい、お世話になりたい。先ほど委員がおっしゃいましたけれども、救急の初めから全部医療ですよ。とにかく医療のところへつないでもらって、自分の今の窮状を何とかしていただきたい。

そのときに、今回出ているのは、今あるMC協議会は地域により活動はさまざまであり、今後一層、つまり地域によっては、こういう医療への搬送における連携のところまで問題にしないところがあるかもしれない。協議会の協議の対象に、アジェンダに含まれていると思ってないところもあるかもしれないけれども、ちゃんとやっていいのですよという確認をし、さらにそれを明確にしてあげようという話です。先ほど来消防機関と医療機関の連携に関する作業部会長のお話であれ何であれ、実はすでにやっているところはいっぱいあってという話ですが、他方でそれをあまねくやっているわけでもないから、こういう必要があるのでしたら、そういう協議会を通して医療と救急隊の連携を図る。つまり、患者の立場からすれば、はっきり言えば、とにかく両者仲よくやってくれということです。委員の言い方と同じですけども、ほんとうに仲よくやってくれということなのです。とにかく患者のためになるようなことをやってくれということです。

そのときに、こうやってMC協議会を使ってやっているところもすでにあるし、それをアジェンダとしてできるということを中央で確認してあげて、背中を押してあげるというのですか、大丈夫ですよと言ってあげるということです。こういう協議会で、地方それぞれで事情は違うかもしれないけれども、それを使って何らかの改善策を考えるような、まさに連携、仲よくやって、改善を図ることを考えることはできますと確認することに意味があるのであればやったらいいと、私なんかは単純に思うのです。

ただ、そこでいろいろな協議をしても、最後は医療の提供体制のそれぞれの地域における事情のところへ返ってきて、問題が浮き彫りになるだけかもしれない。しかし、それだっていいことです。それぞれの地域において、どういう問題が出てきているのかということがこういう協議会の場、それはMCと呼ぼうが何であろうが、それこそ患者にとっては何でもいい、はっきり言うと「仲よし協議会」でもいいのです。そういうところに出てきて、ある地域では意外にうまくいっているねという話が出てきたら、ほかの地域でうまくいっていないところがその

まねをするというのですか、あるいは、そこから教訓を学ぶような話が出てくると本当にいいわけですね。

だから、こういうこともできますと確認し、10ページ目の搬送・受け入れルール、こういうようなことも相談していきましょうねと言ってくれるだけで、急に救急の何とかが全部解決するというほど楽観的な患者はいないと思うのですが、そのための一歩として、やろうというのだったら邪魔をする必要はなくて、やっていただきたい。これは全部が医療の話だということは、もちろん言うまでもないことなのです。

だから、委員に言葉を申し上げるのも出過ぎたことかもしれませんが、しかし、申しわけないけれども、あえて一言だけ申し上げますと、例えば10ページの2つ目の○で、あるいはその項の全部がそうなのかもしれませんが、「消防機関が選定」というような言葉遣いにまでかみつくというのは、ちょっと患者サイドからすると、もしかしたら医師会の姿勢に疑問を抱かせるようなことになりかねない。それは委員の本意でもないでしょう。ほんとうに余計なことでしたが、お時間を取って申しわけありません。

座 長 ありがとうございます。

委員、どうぞ。

委 員 現場を預かる消防の立場から申し上げますと、先ほど委員がおっしゃったように、我々はやはり消防における救急業務をどうしたらいいかと考えておりますので、消防における救急業務をもっと医療という中で考えていかないといけないのかもしれませんが、我々としては実際に少しでも早く患者さんを搬送する、これはもう命題でございます。もう一つは、もちろん応急手当てというのがありますが、今、消防の現場でも、救急の現場でも、社会的にも問題になっているのは、やはり搬送の問題が大きくなっていると思うのです。

もともと、法の欠陥かどうかわからないのですけれども、消防としては基本的に患者さんを断ることはできない、どこかの医療機関にお願いしないといけないという現状がございます。例えば、妊婦さんが医療機関に間に合わなく出産されるケースがありますが、受け入れ医療機関が見つからなくて救急車内で出産されるというケースはやはりなくしていかなくてははいけません。そのために、やはり搬送体制も含めて、それがメディカルコントロールの中に入るのか、それとも大きな協議会の中でやるのかわかりませんが、そういうところをきっちりと法制化していただくことが必要だと思っております。

お話を聞いていまして大分理解も進んでまいりましたので、基本的には市民の皆さん、国民の皆さんに定着している救急として活躍していきたいという思いがございますので、ぜひとも搬送の適正化について協議する場をつくっていただきたいと思っております。

- 座 長 ありがとうございます。どうぞ、委員。
- 委 員 現場のほうからしますと、消防の救急は患者さんを運ぶところから始まっています、それが徐々に法制化なり、色々な部分から、病院前の救護が加わり、さらには救命士が出てきて、今のメディカルコントロール体制ができて、法的にもどんどん高度化になってきて、これは私どもが単純に病院に運ぶ業務から、そこでの行為から、市民に対して大きな安心を預けるための形がもっと厚くなってきたのだと思います。
- いろいろ議論を伺ってしまして、特にMC協議会の中で議論をしていくと、結局は搬送の部分もきちんとしていかないと、ここが高くなっていかないといけないということになってくるものですから、このような議論をしていくと、やはり10ページにあるようなルールづくりが必要なのではないかと思います。現場において、これからさらに市民のために何ができるかというときには、やはりこの部分を厚くして、スムーズな病院への収容ができるルールづくりをやっていたのであれば、非常にありがたいと思っております。
- 座 長 ありがとうございました。
- そろそろまとめていかなければいけないのですが、今日、まとめるとか、趣意書を全てつけるという意味ではありません。ただ、MC作業部会になんらかの方向性を示さないといけないというところがありますので、1つは、9ページ、我々のメディカルコントロールというのはコアの部分だけではなく、少し拡充されたものが今の状態であるというところが1点だと思います。
- それから、7ページ目の下のところ、オレンジの協議会と書いてあるのと、青い医療のほう、救対協なり地域医療対策協議会、あるいは審議会のところは、もう少し一緒に何かできる、協議会でも何でもいいのですが、これはMCでもいいのではないかという委員の意見もあるわけでございます。言葉はわかりませんが、仲よくした連携、消防と医療の連携の協議会というものはやはり必要だということです。それは、仲よし会でも何でも、私も全くわかりません。そういうようなことでまとめていくことが救急医療、あるいはプレホスピタルケアの業務拡大に対して、非常に効果的になってくるのではないかというディスカッションのシリーズではなかったのかと思いますが、これでいかがでございましょうか。
- 委 員 ちょっといいですか。
- 座 長 どうぞ。
- 委 員 今の議論にあわせて、今回で終わるわけではありませんので、次回にまた議論を深めていただくために、一つは、法制化という議論が出ましたので、できればもうちょっと具体的なイメージを次回に出していただければというのが一つ。
- 座 長 法制化のですね。
- 委 員 もう一つは、受け入れ・搬送体制のイメージ、10ページにありましたけれど

も、大事な議論なものですから、もう少し具体的な、イメージ的なものでもいいですけども、議論を深めるために何かそういう資料を出していただければ非常に助かるのですが。

座 長 今のところ、救急業務というのは、通知、告示、消防組織法で行っているわけでございます。搬送というのは消防法で行っているわけでございますけれども、そのこのところをどういうふうにこれからまとめていくのかというのも、業務拡大の中で一つの流れにあるのかなとも思います。今の委員のお話は、連携のところも法制化という意味を含めておっしゃっておられるようですね。その辺はまだ議論しているところではないので、事務局としていかがでしょうか。

事務局 詳細な制度設計のところまでここでご議論いただくというのは、かなりヘビーなかなという感じはいたしますが、10ページのルールイメージについては、いろいろ取り組んでおられる地域等がありますので、そういった事例を紹介する形で議論を深めていただくことは可能だと思いますので、そういったことをやらせていただきたいと思います。ただ、この検討会でやるのか、作業部会のほうでやっていくのかという、かなり細かい話にもなると思いますので、そこは座長と作業部会長とご相談させていただければと思います。

座 長 ありがとうございます。

委 員 最後によろしいでしょうか。

座 長 委員、どうぞ。

委 員 もし法制化に向けてという話になるようであれば、今の10ページも同じことですけども、6ページの追加協議事項の2の受け入れ医療体制の整備をどういう形でその中に組み込むのかということを、ぜひ検討していただきたいと思います。本来の救急医療のあるべき姿みたいなものを考えましたら、完成度から見たら、我々からすると搬送システムにかかわるところの完成度というのは、比較的な話ですけども、結構高いと思います。一方、受け入れ側の医療機関の完成度というのは、2次、3次を含めて、救急の専門医が1人しかいないとか、あるいは1人もいないという救命センターが半分ぐらいあります。今、救急車の中に少なくとも救急救命士が1人乗っているような搬送システムがある一方で、もう一方の受け入れ側がそういう体制であるというのは、非常にアンバランスだと思います。我々はそれを言っているのです。そこをきっちりやっていただかないと、いくら高速道路をきれいにして駅に着いても、駅から電車は出ないというシステムが今、続いているので、そこを何とかやってほしいということで先ほどのような発言をしたわけです。よろしくお願いいたします。

座 長 ありがとうございます。

委 員 委員、どうぞ。

委 員 今の委員のお話の続きで、17ページを開いていただきたいと思いますけれども、

既に救急振興財団で、重症度、緊急度をどう決めるかとか、搬送先をどう選定するかということはかなり議論の上で決まってきた、ただ、何でこれが絵にかいたもちのままであるかという、最終的にこれに従って運ぶ先が、このとおり運んだらとんでもないことになるからです。つまり、救命救急センターに異常に負担がかかってしまうとか、運ぶ先がないとか、ここで言っている2次医療機関は、どういう病院が本当にいいのかという具体的な提示がないということで、結局、現場で十分生かせていないという状況がボトルネックになっていると思いますので、今、委員がおっしゃったように、やはり受け入れ側のこともきちんと議論に入れる形で、搬送のことを考えていただければと思います。

座 長 ありがとうございます。どうぞ。

消医報告者 その辺についての展望や、お考えを、オブザーバーからきちんとお聞きしたいと、私は思いますが。

座 長 わかりました。何かご意見がありましたら、お願いします。

オブザーバー ご指摘のように、医療体制の整備は私ども厚生労働省として責任を持って進めなければいけない分野だと思っています。現在、先般生じた東京都内における妊婦の死亡事案などに関係して懇談会が行われておりますが、その場でも受け入れ体制の整備と、それに当たっての実際の搬送・受け入れ体制をどうやって組んでいくのかという議論が具体的に進んでおります。私どもとしては、そういう懇談会の議論を踏まえて、例えば制度的な充実や予算面での支援など、多方面の体制の整備を努力していきたいと考えております。

座 長 ありがとうございます。

消医報告者 今のお話は、一般救急も含まれるんですね。

オブザーバー 今回の東京都の事案は妊産婦に係る事案ではございますけれども、それは広くとらえれば救急医療全体の議論であると考えておりまして、そういう意味で、地域医療の観点から、救急医療体制の充実に向けた視点が欠かせないと考えています。

座 長 ありがとうございました。

委員、どうぞ。

委 員 確認だけさせていただきたいのですが、そうしますと今回の結論としては、今後、新しくできる協議会が、医療法上の医療計画とか、そちらのほうにもタッチできるような仕組みを法制度として考えていくと。それは事務局にお願いするのか、作業部会にお願いするのかは、私、よくわかりませんが、一応その方向性できょうは結論が出たという理解でよろしいのでしょうか。

座 長 そこまではディスカッションしていなかったと思います。

消医報告者 でも、東京都の脳卒中の話でも、のめり込んで必死に仕事をしていますと、あなるのですよ。

座 長 今日のディスカッションの結論とはちょっと違う。

消医報告者 結論はまだ先かもしれませんが、あなるということだけは確認したい。

座 長 今からこれについてディスカッションしていただきたいということでありま
す。ご了承いただきたいと思います。

それでは、そろそろ時間でございますので、これにて議論を終了させていただ
きまして、事務局にお返しさせていただきます。ありがとうございました。

事務局 皆様、本日も活発なご意見、ご議論、ご審議をいただきまして、本当にありが
とうございました。今後の対応につきましては、座長、各部会長とご相談した上
で進めさせていただきたいと思います。その上で、またご連絡をさせていただ
きたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

以上で、第4回救急業務高度化推進検討会を終了いたします。本日もありが
とうございました。

— 了 —