

問6-2「毎日24時間稼働」していない場合には、その理由をお知らせください。

(自由記載) ※所在地等の記載は削除した。

(救命救急センター)

「日中は重症患者が多い」データに基づいて。コスト。

①安全のため②マンパワー

①医師不足②消防職員不足

スタッフが充足していないため

スタッフの都合

スタッフ不足

ドクターヘリの補完目的のため、準夜帯のみ運用

ドライバー、医師数が足りない為

ナース、ドクター数不足のため（ER業務優先）

マンパワー的に24時間稼働が困難なため

マンパワー不足(医師・看護師・救命士)

マンパワー不足のため

ワークステーション運開時に限る為

ワークステーション方式で2病院で運用していることと、消防側の人員確保が困難なため、28年度までに増員予定

安全のため

医師、看護師、運転手確保費用のため

医師・看護師・救命士とも確保困難なため

医師・看護師の不足

医師の負担増を避けるため

医師マンパワー不足のため

医師数が少ないため

医師数の制限

医師数の不足・消防の体制が整わない

医師数の問題で

医師数不足

医師不足のため

運転士不足+医師不足

運転手、医師等のマンパワー不足

運転手と医師数が少ない

運転手の費用がもろだしになるから。

運転手をはじめスタッフの交代勤務が困難(フリーなスタッフを各1名ずつ確保する必要がある)

運転手不在、医師数が少ない

運転手不在、医師数少ない

運転手不在のため

運転手不在のため、夜間医師数が少ないため

救急医不足と運転手不在のため

救急科医師不足のため、原則平日日中のみ

救命士の再教育を目的としており、消防局の求める頻度で運用しているため。

契約上、日勤運用になっている

現在、試行期間であること。また医師数が少ないため。

行政からの米に応じて参画しており、日程は行政主導で決定されている。

時間外は医師が少ないため

週末はスタッフ少、患者多のため

週末は医師数が少ないため

週末は医師数が少ないため。出動は救命センター専従医が行う為、平日日勤以外は行っておりません。

上記要請時に対応可能である場合のみ出動

深夜帯の救急患者数、医師数、運転手の人件費を総合的に勘案

人員の確保が困難

人員不足。医師・ナースに余裕なし

人員不足のため

数時間、運転手が他業務により不在のため。

全てのスタッフが不足、地理的に要請が少ない

対応可能な医師が1名のため

単純にマンパワーの問題

地域救急搬送の90%をカバーする目的。運転手の雇用の問題。

当院のドクターカーは消防の再教育実習で消防士が実習に来ている時間帯でのみ行います。しかも季節限定です。土、日、夜間は医師の人員不足で対応できていません。

日勤帯で、ドクターヘリ要員とは別にドクターカー要員が確保できていない為

平日日勤中は運転手いるため自施設車で対応可能。それ以外は救急隊の救急車でピックアップ方式

夜間・休日は医師を含めたスタッフが限られているため。

夜間・週末は勤務医が少ないため

夜間は運転手不在、平日、病院車、ワークステーション・夜間、週末、ピックアップ

夜間は運転手不在のため

夜間運転手不在。ただしもう1名医師がいれば医師が運転して出動する。

夜間休日はERにおける日直当直スタッフのみとなり、ドクターカー要員まで確保できていない。

夜間走行の危険性を考慮

(救命救急センター以外)

医師等のスタッフ不足・WS方式ですが、派遣方式で平日日勤帯となっているため。

医師1名での運用のため

医師のマンパワー不足

医師の確保(数)が困難なため(少ないため)

医師及び運転手不足のため

医師数不足のため

週末は、医師が当直業務にあたるため、医師が同乗できない。(医師数が少ないため)

週末医師数が少ないため！ 夜間も医師数

消防側のマンパワーの問題

夜間の医師看護師の確保が困難なため。

夜間は当直医のみの体制

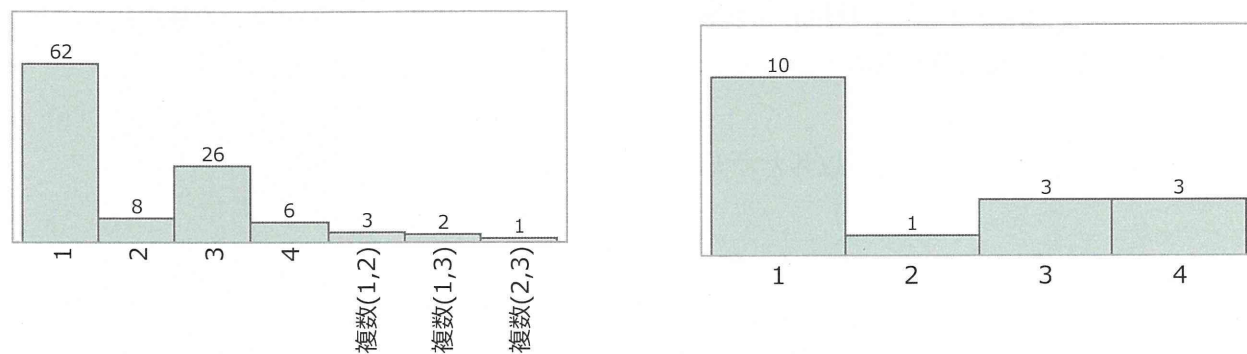
(救命救急センター) (救命救急センター以外)

毎日24時間稼働でない理由として、人員不足を挙げる施設が多い。

問7. ドクターカーの運用経費負担についてお知らせください。

1. 病院負担
2. 行政負担
3. 消防本部（局）負担
4. 混合型（大まかな内わけ： ）

図10 経費負担に関して



経済負担大まかな内訳（救命救急）

病院医師5名の人件費の一部を消防予算で按分。

燃料費の一部を病院予算で按分（詳細な比率は計算困難です）

DMAT,救急車

ドクターヘリの補完的事業として行っているため、県、病院、消防による混合型であると考えられる。

ドライバーの人件費は補助金で

運転手（救命救急士）のみ行政負担でそれ以外は病院負担

車両は消防,人件費等は病院

病院車の場合,ワークステーションの場合

病院車を使う場合,ピックアップの場合

病院負担+行政からの補助金

経済負担大まかな内訳（救命救急以外）

ドクターカーは救命救急科の所有で教室予算で維持

救急車のハード面(メンテナンス・ガソリン・地図更新 etc)：消防本部

救急車内の医療機器の一部・薬剤：病院

市消防のピックアップ時は消防本部負担

(救命救急センター)

「病院負担」単独と「混合型」で病院が主であるものを合計すると 73 施設 (67.6%) が該当した。「行政負担」単独と「混合型」で行政負担が主であるものを合計すると 18 施設 (16.7%) であり、「消防本部 (局) 負担」が 29 施設 (26.9%) であった。ドクターカーの運用経費は病院負担の施設が約半数以上を占めていると言える。

(救命救急センター以外)

「病院負担」単独と「混合型」で病院が主であるものを合計すると 13 施設 (76.4%) が該当した。「行政負担」単独と「混合型」で行政負担が主であるものを合計すると 4 施設 (23.5%) であり、「消防本部 (局) 負担」が 3 施設 (17.6%) であった。ドクターカーの運用経費は病院負担の施設が大部分を占めていると言える。

救命救急センターとそれ以外とで大きな差はなかった。

問 8. ドクターカーとしての年間運用件数についてお知らせください。

1. 出動件数 件/年 (平成 26 年度 ・ 平成 26 年)

図 1 1 年間出動件数



平成 26 年度 / 平成 26 年（救命救急）

	度数
平成 26 年度	39
平成 26 年	32
集計なし	8
平成 27 年度	2
平成 25 年度	1
平成 26 年 6 月～12 月	1
10 月～12 月の 3 ヶ月間	1
2014 年 11 月～2015 年 1 月	1
見込み（約 1 カ月で 20 件弱）	1
平成 26 年（キャンセル 190 件を含む）	1
70（7）合計 77 件。他院との共同運行。（）内は相沢病院。	1
平成 26 年救急車のみ)DMAT は運用開始したばかりで実績はありません。	1
医師同乗数(平成 26 年度：平成 26 年 12 月より試行の為年間の数字はありません。)	1

（救命救急センター）

出動件数の非常に多い施設があるため、平均としては 222.0 回となっている。中央値では 85 回であった。四分位範囲より、回答施設の半数は年間 10～286.5 回出動している。（0 の回答は誤記と思われる。）

（救命救急センター以外）

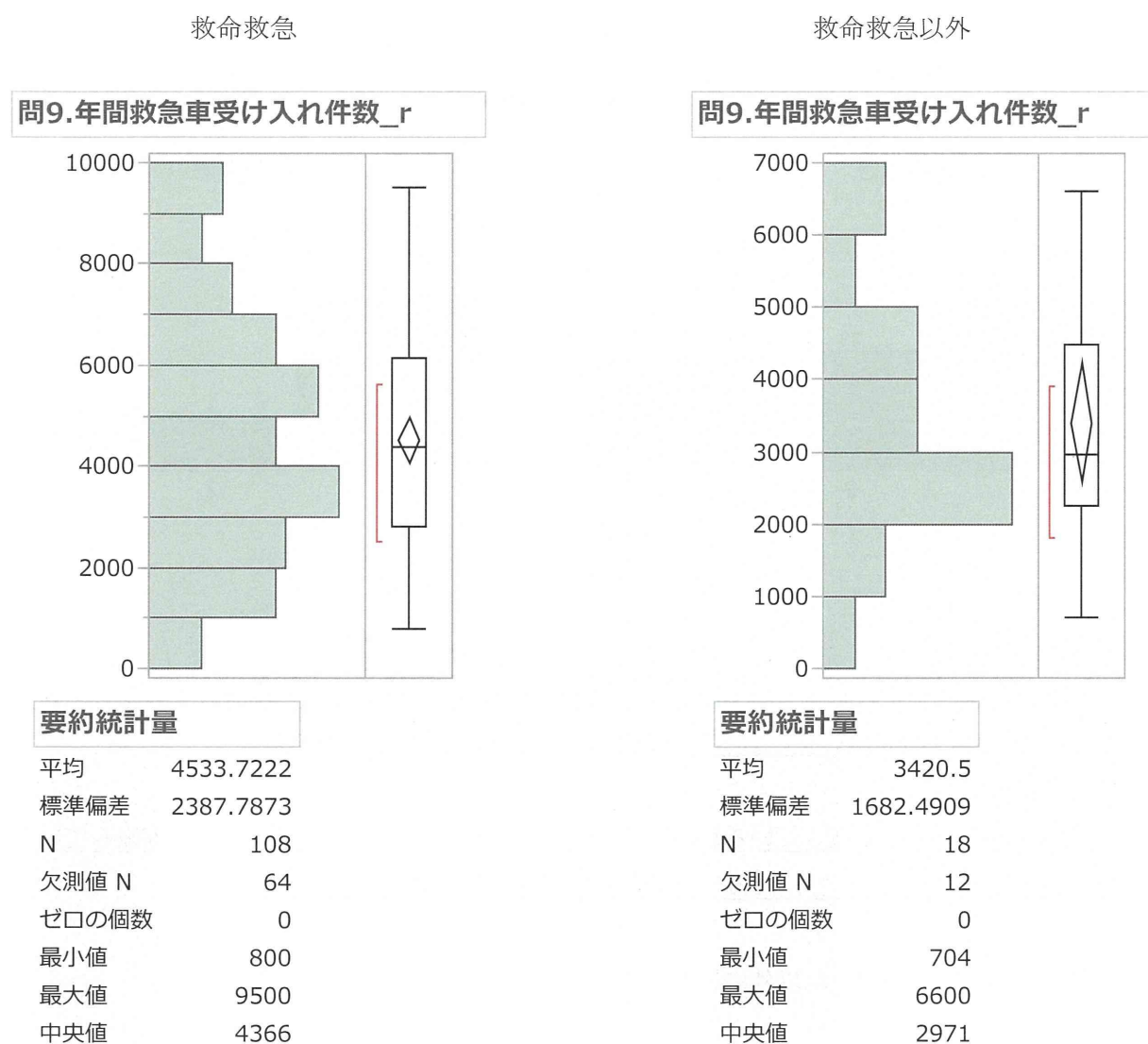
平均としては 133.8 回となっている。中央値では 110 回であった。四分位範囲より、回答施設の半数は年間 14.25～221.5 回出動している。（0 の回答は誤記と思われる。）

救命救急センターの年間出動件数平均はそれ以外に比べて約 90 件多いが、救命救急センターのほうが中央値は大きく、標準的には救命救急センター以外の方が出動件数が多い可能性がある。

問9. 貴センターの年間救急車受け入れ件数についてお知らせください。

救急車の受け入れ件数 件/年

図12 救急車 年間受け入れ数



(救命救急センター)

救急車の受け入れは、平均 4533.7 台（最少 800 から最大 9500）であった。中央値は 4300 台であった。

(救命救急センター以外)

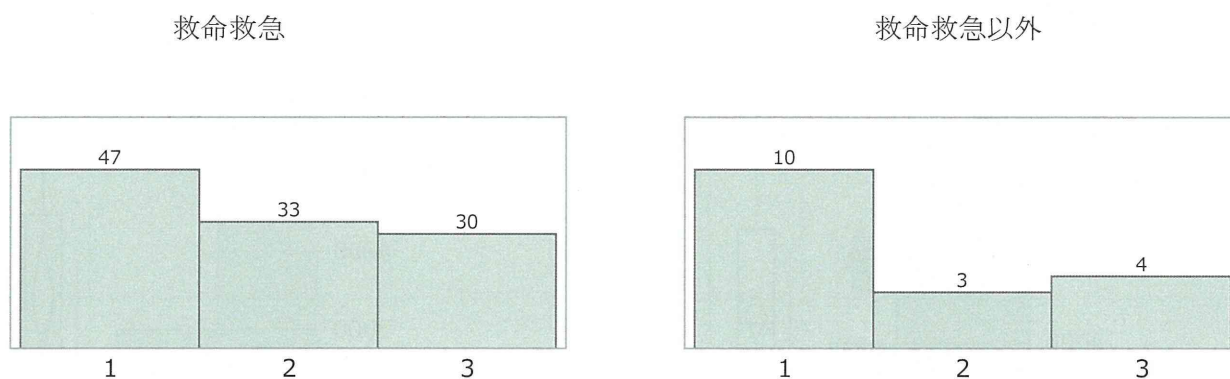
救急車の受け入れは、平均 3420.5 台（最少 704 から最大 6600）であった。中央値は 2900 台であった。

救命救急センターはそれ以外に比べて 1000 台ほど多かった。

問10. 院内のドクターカー症例検討会についてお知らせください。

1. 院内検討会あり
2. 院内検討会はないが、MC 関連の検討会等で実施
3. 院内検討会、MC 関連の検討会等ともに実施していない

図13 症例検討会



(救命救急センター)

院内症例検討会を実施している施設は 47 施設 (42.7%)、MC による検討会を実施している施設が 33 施設 (30.0%) で、72.7%の施設で症例検討会が行われていた。

(救命救急センター以外)

院内症例検討会を実施している施設は 10 施設 (71.4%)、MC による検討会を実施している施設が 3 施設 (17.6%) で、89.0%の施設で症例検討会が行われていた。

救命救急センターはそれ以外に比べて症例検討会の実施が 2 割ほど少なかった。

問 1 1. 「ドクターカーに利用される車両」の運用状況についてお知らせください。

救命救急センター

(年間件数)	平均	最小値	最大値	中央値
現場駆けつけ 医師同乗あり	212.9	0	2151	44
現場駆けつけ 医師同乗なし	105.6	0	2400	0
患者転送 医師同乗あり	41.6	0	606	5
患者転送 医師同乗なし	14.1	0	228	0
その他 医師同乗あり	1.8	0	40	0
その他 医師同乗なし	0.2	0	10	0

救命救急センター以外

(年間件数)	平均	最小値	最大値	中央値
現場駆けつけ 医師同乗あり	119.8	0	650	25
現場駆けつけ 医師同乗なし	2.5	0	35	0
患者転送 医師同乗あり	7.9	0	52	0
患者転送 医師同乗なし	6.2	0	63	0
その他 医師同乗あり	0.3	0	4	0
その他 医師同乗なし	0.0	0	0	0

本設問は、ドクターカーに利用される車両が他の目的と兼用される割合を尋ねたものである。

(救命救急センター)

現場駆けつけ型かつ医師同乗あり(=ドクターカーとしての運用)が最多であるが、ドクターカーとしての出動の半数程度の回数は現場駆けつけ型(医師同乗なし)としても用いられている。具体的な運用については本設問で尋ねていないものの、救急車両に救急救命士等が乗務して現場へ向かう形式が多いものと考えられる。患者転送車両としての運用も、ドクターカー出動の1/4程度認められた。

(救命救急センター以外)

現場駆けつけ型かつ医師同乗あり(=ドクターカーとしての運用)が最多であり、それ以外での運用はほとんど認められなかった。

救命救急センターとそれ以外において、ドクターカー車両の運用形態に大きな違いが認められる。

(資料)

ドクターカーの運用実態に関するアンケート

本調査で言う「ドクターカー」とは、医師が(1)救急隊からの要請に基づき、(2)車両（一般車両、救急車等）に乗車して、(3)傷病発生現場または搬送途上のランデブー（ドッキング）・ポイントへ向かい、(4)診療を行うものです。一般的な往診や患者転院搬送は、救急隊からの出動要請がない場合、本調査における「ドクターカー」ではありません。（なお、ドクターカーを運用していない施設におかれましても、ご回答をお願いいたします。）

病 院 名 :

記入担当者名 :

*上記は、回答に関する問合せにのみ利用いたします。

問 1. 貴施設ではドクターカーを運用していますか。

1. 運用なし（医師が救急隊の要請で車両出動することはない） → 問 1 3（最終ページ）へ
2. 運用あり（医師が救急隊の要請で車両出動することがある）



問 2. ドクターカーの運営方式についてお知らせください。（複数回答可）

1. 病院車運用方式（自施設の車両に医師が乗車）
2. ワークステーション方式（自施設内に救急隊の救急車が待機）
3. ピックアップ方式（救急隊の救急車が医師をピックアップ）医師が自院以外あるいは救急隊のワークステーションで待機し、消防の救急車で現場出動する

【複数解答時】 主たる運用をひとつお選びください→（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ）

問 3. 運用車種についてお知らせください。（複数回答可）

1. 傷病者の収容が可能な車両（救急車）
2. 医療従事者の搬送のみ可能な車両（Rapid Response Car）
3. その他（ ）

【複数解答時】 主たる車種をひとつお選びください→（ 1 ・ 2 ・ 3 ）

問 4. 通常、ドクターカーで出動する医療スタッフについてお知らせください。

医師（ 名）・看護師（ 名）・救命士（ 名）・
その他（職種 ・ 名）

問 5. ドクターカーの運転手についてお知らせください。

1. ドクターカー専属運転手
2. 院内職員が兼務している
3. 救急隊員が兼務している
4. その他 ()

問 6. ドクターカーの稼働曜日と稼働時間帯についてお知らせください。

【稼働曜日】 1. 毎日 2. 平日のみ 3. その他 ()

【稼働時間帯】 1. 24 時間 2. 日勤帯のみ 3. その他 ()

問 6-2 「毎日 24 時間稼働」していない場合には、その理由をお知らせください。

(例：夜間は運転手不在のため、週末は医師数が少ないため)

問 7. ドクターカーの運用経費負担についてお知らせください。

1. 病院負担
2. 行政負担
3. 消防本部 (局) 負担
4. 混合型 (大まかな内わけ：)

問 8. ドクターカーとしての年間運用件数についてお知らせください。

1. 出動件数 件/年 (平成 26 年度 ・ 平成 26 年)
2. ドクターカー以外の用途と混合的に運用しており、特化した件数は集計していない。

問 9. 貴センターの年間救急車受け入れ件数についてお知らせください。

救急車の受け入れ件数 件/年

問 10. 院内のドクターカー症例検討会についてお知らせください。

1. 院内検討会あり
2. 院内検討会はないが、MC 関連の検討会等で実施
3. 院内検討会、MC 関連の検討会等ともに実施していない

ドクターカー車両は、ドクターカー以外の診療関連行為（救急隊からの要請がない病院間患者搬送や、医師の同乗しない病院間患者搬送など。）と混合的に運用されることがあります。

その現状を把握するため、以下の問11. では、ドクターカーとしての出場ではなく、「ドクターカーに使われる車両」の運用状況についてお答えください。

問11. 「ドクターカーに利用される車両」の運用状況についてお知らせください。

どちらかの形式でご記入ください

運用状況		年間件数	割合（全体を10）
現場等への駆けつけ	医師同乗あり		
現場等への駆けつけ	医師同乗なし		
病院間患者転送	医師同乗あり		
病院間患者転送	医師同乗なし		
その他（ ）	医師同乗あり		
その他（ ）	医師同乗なし		
※ 運用がない形態については0を記入			10（割合合計）
年間の全運用件数（概数も可）→			

問12. ドクターカー運用にあたってお困りの点についてお知らせください。（複数回答可）

1. 特に問題点はない
2. 同乗する医師の確保
3. 同乗する看護師の確保
4. 運転手の確保
5. 人件費
6. 運行経費
7. その他（自由記載）

問13. その他、ご意見や補足がございましたらご記入ください。

【ご回答、誠にありがとうございました。】

調査票は同封の切手つき封筒にてご返送ください
（茶封筒の調査票は同封しないでください）

資料2 ドクターヘリ広域連携調査 結果詳細

問1. 回答病院の所在都道府県

都道府県名
愛知県
岡山県
沖縄県
岩手県
熊本県
群馬県
高知県
埼玉県
三重県
山口県
滋賀県
鹿児島県
青森県
静岡県
千葉県
大阪府
長崎県
長野県
島根県
富山県
福岡県
福島県
兵庫県
北海道
和歌山県

問2. ドクターヘリの1年間の出動件数について

平均	550.7
標準偏差	300.0
N	32.0
欠測値 N	0.0
ゼロの個数	0.0
最小値	142.0
最大値	1570.0
中央値	454.5

問 3. 他県への出動経験

ある	27
ない	5

問 4. 他県への一年間の出動件数について

平均	32.8
標準偏差	73.4
N	32.0
欠測値 N	0.0
ゼロの個数	6.0
最小値	0.0
最大値	336.0
中央値	6.0

問 5. 他県組織との広域連携の協定（取り決め）について

ある	21
関西広域連合	1
現在、和歌山県、奈良県と協議中	1
今まで協定を結んだことはない	8
東部地区については協定あり、西部地	1
合計	32

問 6. 他県への出動の内、広域連携の協定（取り決め）のある県への年間出動件数について

平均	27.5
標準偏差	73.3
N	32.0
欠測値 N	0.0
ゼロの個数	11.0
最小値	0.0
最大値	336.0
中央値	4.0

問 7. 他県への出勤の内、広域連携の協定（取り決め）のない県への年間出勤件数について

平均	5.3
標準偏差	17.0
N	32.0
欠測値 N	0.0
ゼロの個数	22.0
最小値	0.0
最大値	92.0
中央値	0.0

問 8. 他県との広域連携の協定数について

1	17
2	4
3	2

問 9. 協定に係る都道府県数（自身を含む）について

1	1
2	17
3	10
4	1
5	1
7	1

問 10. 要請方法に関する取り決めについて

ある	29
ない	2

問 11. 出勤経費に関する取り決めについて

ある	31
----	----

問 12. 経費負担について

事前に取り決めた基準により按分する	6
出勤する側の負担	1
先方(他県)が全額負担	8
当方が全額負担	14
無料	1
相互応援なので相殺	1

問 13. 参考資料としての協定書提供の可否

はい	23
協定書はない	9

問 14. 補足及び意見

関西広域連合における事業内容です。当事業は当初から3府県運航になります。

京滋ドクターヘリは関西広域連合の中で京都府南部地域と滋賀県をカバーしており、滋賀県が単独で行っているわけではない。したがって、京都府への出勤を他県への出勤と位置付けることは妥当ではないかもしれません。

協定書については県の許可が下りればOKと思います。

協定書の提供については、関西広域連合及び大阪府に対して提供の可否の確認が必要となります。

協定書は交わしていませんが、協力の取り決め(金銭)はあります

現在協定の協定書は和歌山県庁に問い合わせただけであれば、入手可能。私も保有しているものもありますが、県間の協定文書ですので、県庁に問い合わせないと提供の可否の最終的なお返事はできません。よろしくお願いします。和歌山県立医科大学は2003年の運航開始から奈良県・三重県と県間の正式な協定を締結し、共同運用しております。また2009年からは要請重複に対応するため、大阪府、徳島県と個別に相互応援協定を締結しております。現在この相互応援はその後形成された関西広域連合との相互応援協定となりました。

現在締結済みの協定は、和歌山→三重の一方的出勤のみ。協議中の協定は和歌山→三重の相互応援協定、三重県→奈良県の一方的出勤の協定です。

静岡県は、協定の範囲で東部地区と西部地区で異なります。ご配慮願います。

平成28年度には、共同運航協定から相互協定に変更予定です。

和歌山・奈良・三重の協定を元に回答しました。

厚生労働科学研究費補助金

(地域医療基盤開発推進研究事業) 研究報告書

救急医療体制の推進に関する研究

平成 27 年度 総括・分担研究報告書

発行 平成 28 年 3 月 31 日

研究代表者 山本 保博

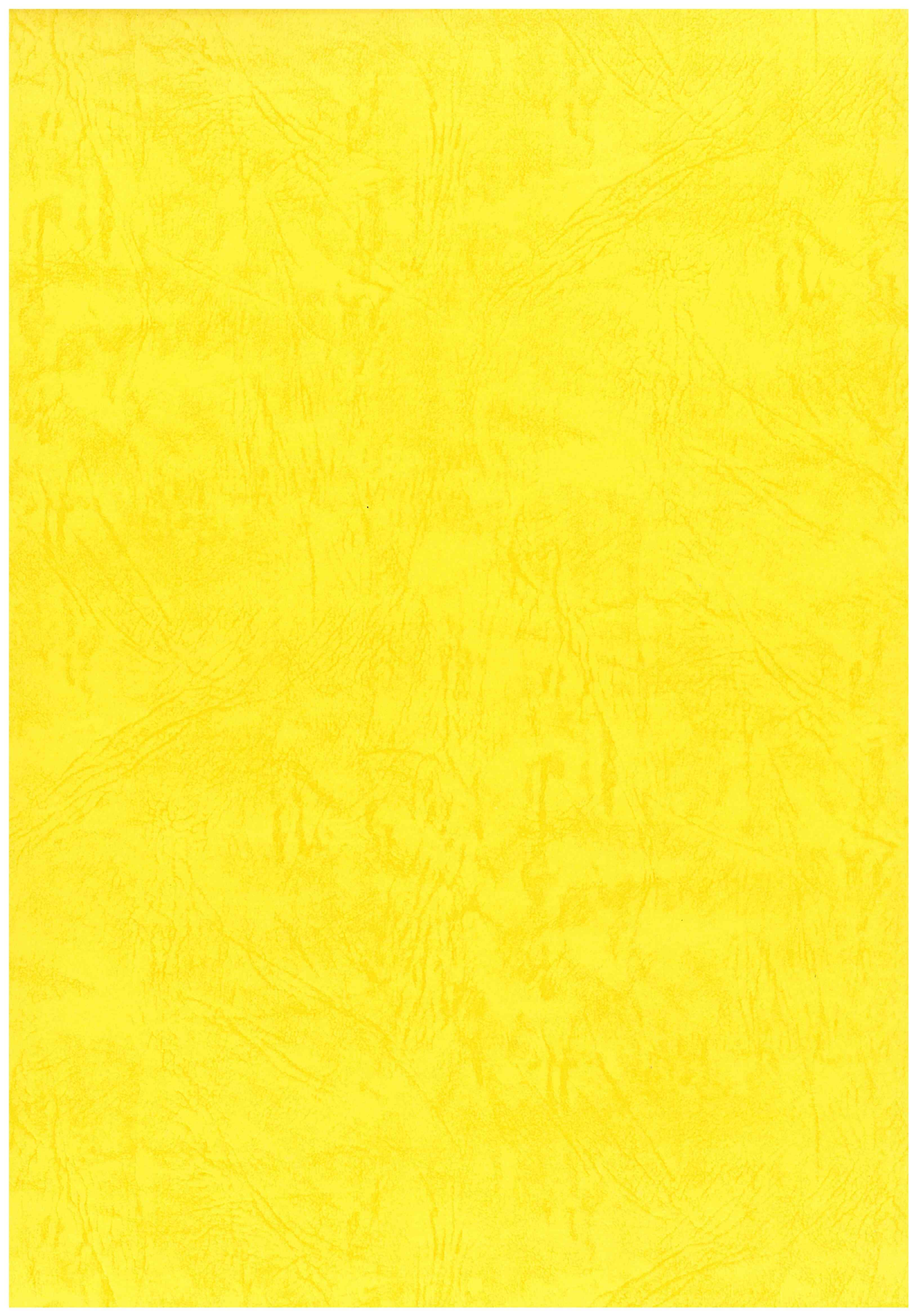
一般財団法人 救急振興財団事務局 会長

〒192-0364 東京都八王子市南大沢 4 丁目 6 番 TEL 042-675-9931

制作 株式会社へるす出版

〒164-0001 東京都中野区中野 2-2-3 TEL 03-3384-8155

印刷・製本 株式会社メイク 〒162-0801 東京都新宿区山吹町 350



201520028A・B (資料)

平成27年

救命救急センターの現況

厚生労働科学研究 救急医療体制の推進に関する研究