

## 救急医療に関する消防本部へのアンケート結果 (1/2ページ)

	宇都宮市消防局	足利市消防本部	栃木市消防本部	佐野市消防本部	鹿沼市消防本部	日光市消防本部	
質問 1-1	貴消防本部における救急搬送について、医療機関への患者収容に苦労していると感じるケースにはどのようなものがありますか(疾患、重症度、年齢、時間帯など)。可能な限り具体的なデータとともに教えてください。	(1)行旅病人(類似する者＝無職、所持金なし、家族なし、保険証なし等) (2)救急頻回要請者 (3)特別養護老人ホーム等からの深夜から早朝にかけての時間帯の救急要請 (4)精神科救急(身体合併症あり)	1 市内告示二次病院の収容率が低いため緊急性の低い傷病者に病院選定時間を要する。 ※令和5年収容率 足利赤十字病院69% 今井病院2% 足利第一病院2% 本庄記念病院5% 皆川病院2% その他市内、市外20% 2 重傷外傷、重傷熱傷を三次病院が受け入れ不能である 3 精神科救急の受け入れ先がない 4 市内二次病院は、夜間「検査不能」でほぼ受け入れ不能である	管内の二次医療機関の数が少ないことから、二次救急搬送を管内で完結出来ない為、管外の二次医療機関(佐野、小山方面)への搬送が増加している。また二次医療機関が対応できないとなると、三次医療機関にも照会せざるを得ない。	救急出場件数は増加しているにも関わらず、管内二次医療機関の収容人員数に増加がないため、その増加分を足利赤十字病院や管外医療機関に収容しているような状況。また、頸椎・頸髄損傷の傷病者については、足利赤十字病院は対応困難となっており、高エネルギー外傷をはじめ、交通外傷で手足のしびれ等の所見があるなど、管外救命センターに搬送となっているため、重症外傷の病院収容 までに時間を要している。	①開放性骨折 年齢不問 夜間帯(18:00-翌8:00頃) ②手指損傷 年齢不問 ③疾患や重症度に関わらず、身寄りのない高齢者や、帰りの手段がない高齢者(軽症の場合)	日光市には脳卒中専門病院がなく、(傷病者搬送・受入実施基準ハンドブックに日光医療センターが記載されているが、医師よりt-PAが使用できないのと脳神経外科がないので頭部外傷などで第1選択しないしてほしいと回答あり)市外へ搬送している。高齢者搬送も増加し(搬送人員数R3:3624人うち高齢者2439人69%、R4:3963人うち2662人67%、R5:4338人うち2915人67%、R3からR5で426人増)医療機関への受け入れが難しくなっている。
質問 1-2	そうしたケースが生じる要因として考えられることは何ですか。例えば、医療機関や搬送実施基準など、様々な観点から教えてください。	(1)無断で退院するなど治療費未払いとなるケース 他の患者からの風評被害が広がり、病院側が受け入れに難色を示す。 (2)診療をめぐって医療機関とトラブルをおこし、受入拒否リストに名が載る。また、軽症であるにも関わらず自ら救急要請することが多い。 (3)施設等が提携している医療機関への収容が不能の場合、新規の医療機関を選定するが収容が困難になり、時間を要する。深夜から早朝では囑託医師へ連絡するも不通であり、指示や助言が受けられない	1 二次医療機関の市内輪番制制度が樹立していないため 2 整形対応ができる病院が少ない 3 精神科対応ができる病院が少ない	高齢者の増加・環境因子の悪化による救急出動件数増加により、複数の救急隊から依頼が重なる事。二次医療機関の不足。二次医療機関のスタッフ不足で受入困難件数が増加していると考えられます。	二次医療機関の受け入れ体制が整っていない。搬送困難となる事案も含め、ベッド満床でお断りされていることが多い。	①② 二次医療機関では対応困難であることが多い。また、夜間帯だと働き方改革もあり、さらに受け入れが厳しくなり三次医療機関へ頼らざるを得なくなってしまう。  ③ 医療機関側、行政側ともに、身寄りのない高齢者の対応が難しい。	高齢化社会に基づき増加は致し方ないと思うが、収容先が日光市も川上病院・森病院など二次救急医療機関がフリックに変更になり減少し、他の二次救急医療機関の負担が大きくなった。市外の医療機関に頼る形になるが、どこも厳しい状況だと思う。
質問 1-3	その要因を解消するためにどのようなことが必要と考えますか。理由とともに教えてください。	(1)抜本的な解決策は難題であり、本人の意識改革が必要。現状は医療機関の善意に期待しているところである。 (2)施設の囑託医師が往診し、医療機関への紹介状等を準備して頂けることで、スムーズな活動が期待できると考える。囑託医師からの指示や助言が活動する上での担保となり、負担軽減になると考えられる。	1 医師会から各二次病院へ救急搬送の現状を伝え少しでも改善するように検討してもらう 2 救急問題研修会を医師会、告示病院、消防で行っているが問題が解決しない 3 県から二次病院へ救急搬送の受け入れ(夜間を含む)を直接指導を行い連携強化を図る	医療機関が少ないと、救急搬送が集中してしまう為、救急搬送を分散する為に二次救急に対応できる医療機関の増設及び受入強化。	二次医療機関の収容率向上。転院搬送については、民間救急や医療機関の車両を使用するなど。	受入に時間を要する場合や、救急隊が苦慮する場合などに、高確率で収容していただけるような拠点医療機関があると、問題解消に近づくとおもいます。	搬送・受入実施基準も整備されているが、行き場のない患者を必ず受け入れていただける拠点医療機関が県内にあるといいと思う。
質問 2-1	【前提1】高齢化等に伴う救急搬送人員数の増加は、高齢者人口が増加する2040年頃まで続く見込まれる中、増加する救急搬送患者への対応例として、救急医療提供体制の強化のほか、不要な救急要請や救急搬送の抑制が考えられます。  増加が見込まれる救急搬送に対して、貴消防本部として取り組んでいる(取り組もうとしている)施策があれば教えてください。	・「救急車適正利用について」リーフレットの自治体会覧 ・SNS、HPを使用した広報	1 救急車適正利用の呼びかけを実施している(ホームページ、広報誌、救急車にステッカー貼付)	自動救急隊の運用を検討しているが、職員不足や勤務形態の課題があり、実施は難しい状況。	特にありません。	救急車適正利用に関する普及活動に取り組んでいます。 ⇒ 市公式SNS・市ホームページからの情報発信 救急車適正利用のリーフレット配布 応急手当講習会時に救急車適正利用に関する話をするなど	救急車適正利用のポスターを配布して、掲示を依頼している。
質問 2-2	増加が見込まれる救急搬送に対して、消防本部以外の行政機関や医療機関等での必要な取組みについて、御提案があれば教えてください。	コロナ禍では、本市に限らず多くの市町で搬送困難事案となる救急事案が発生したが、その際に緊急開設された県央南臨時医療施設の対応、受入体制は非常に効果があったと認識している。 今後も高齢化の進展等により救急件数増加は予想されることから、搬送困難事案を収容できる仕組みについて、それぞれの市町が独自に作るのではなく、県としての仕組みを考へていただきたい。 仮に県が運営する臨時医療施設のような医療機関を開設した場合であっても、傷病者を収容できる機能は有限であることから、臨時医療施設が受入困難となった場合に県が搬送先の選定・調整を行えるバックアップ策の作成や、医師の判断、トリアージにより不搬送とすることが出来る仕組みを作ることによって、消防の救急出動体制と医療機関側の受入体制を維持することができる。と考える。	1 頻回利用者に対し医療機関、消防以外の市部局が連携し対応する(以前解決例あり) 2 医療機関から救急車の適正利用を呼びかけてもらう 3 施設等の訪問医師から要請の際、搬送先が決まっていないことが多々あるため搬送先決定後に要請をお願いしたい	医療機関のスタッフ不足の改善。	・救急車受け入れ体制の拡大 ・県立病院の救急部門(もしくは、救急車が受け入れられるような体制)の構築 ・搬送困難事例に対する搬送先選定の調整(県でのトリアージ等)	栃木県が主体となり、搬送困難症例に対応できる取組みを考へていただきたいです。  不搬送判断などのトリアージ機能や、搬送困難症例で病院が決まらないうちに、県が主体となり、市町の枠を越えて搬送先の調整等を行っていただけるような取組みが必要だと思えます。	増加が見込まれる中で、市内医療機関も働き方改革などでスタッフへの負担が大きくなり、市行政機関でも医療機関にお願いする部分も多く対応が難しい。できれば栃木県主体の救急応需体制を構築して県立病院などで対応できればいいと思う。
質問 3-1	【前提2】高齢者の救急搬送が増加する中、医療現場からは、「高齢者施設の職員の判断で救急要請が行われ、積極的治療を望まない高齢者等が救急搬送されてしまい、結果として患者が望まない治療をされるケースが発生している」との意見もあります。  貴消防本部において、【前提2】のような課題を認識していますか。	認識している	認識している	認識している	認識している	認識している	
質問 3-2	不要な救急要請や救急搬送の抑制のために必要な取組(※)について、貴消防本部として取り組んでいる(取り組もうとしている)施策があれば教えてください。  ※「不要な救急要請や救急搬送の抑制のために必要な取組」とは、例えば、【前提2】のような救急搬送を望まない高齢者への具体的な対応、明らかに救急搬送の適応ではない軽症者への対応等が該当します。	119番通報のあった救急要請については、全て緊急性のあるものと認識しているが、医療機関の傷病者を収容できる機能は有限であることから、救急隊が医療機関へ収容依頼を行った際に医師の判断、トリアージにより不搬送とすることができる仕組みを作ることによって、消防の救急出動体制と医療機関側の受入体制を維持することができる。と考える。	1 医師会及び足利赤十字病院から各施設に配布している医療情報提供書をもとにDNARや搬送先医療機関選定に役立てている	DNARに関しては、救急要請があれば、救急隊が全例出動し、搬送している現状であり、具体的な施策はない。不要な救急要請や救急搬送の抑制は、救急車の適正利用啓発の市民講座を行っている。	消防本部通信指令課に相談電話を設け、受診可能医療機関の案内等を行っている。	救急車適正利用に関する普及活動に取り組んでいます。 ⇒ 市公式SNS・市ホームページからの情報発信 救急車適正利用のリーフレット配布 応急手当講習会時に救急車適正利用に関する話をするなど	特になし
質問 3-3	不要な救急要請や救急搬送の抑制のために必要な取組について、御提案があれば教えてください。	特になし	特になし	積極的治療を望まない高齢者・家族と、施設スタッフ間の急変時対応について認識を共有する事。介護タクシーや民間救急車の利用を促進。	コロナ禍で行っていた県主体のトリアージシステム体制の常時稼働(救急隊が搬送に困ったときなどに相談できる窓口)	救急に関する現状や、救急車適正利用について、より多くの方に理解していただけるような取組みが必要だと思えます。	他県のように、救急車の適正利用が目的で緊急性がないのに救急車を利用した患者から「選定医療費」として7,700円以上を徴収するなどもあるかと思いますが、現場救急隊の患者対応が難しくなると思う。
質問4	その他、「救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会」における議論に関して、御意見や御提案等があれば教えてください。	新型コロナウイルス感染症パンデミックでは、コロナ病棟・救急病棟の不足と救急医療・感染症診療に従事する人材不足が顕著に見られた。 医療の需要が一瞬で急増とされる2040年まで市内の救急医療の需要は増大するとみられているが、救急の救急医療提供体制ではその運営が滞ることが懸念されることから、感染症パンデミック等、救急需要が増大する健康危機や災害に備え、平時から県主体の救急応需体制を構築できる県立病院の設立と救急部門の設置と共に、以下の点についての実現を期待する。 ①県が主体的に救急を収容する危機管理体制の構築 (令和4年に県が開設した県央南臨時医療施設の対応。受入体制は非常に効果があったと認識している。今後の危機管理体制の構築を考案する際の参考となるものであると考える。) ②救急搬送困難事案が発生した際に、搬送先の決定、不搬送判断を行える県主体のM/C体制 (令和4年に県の感染症対策本部にて実施されたDMATトリアージシステムは、非常に効果的な取り組みであったと認識している。本県の危機管理体制の構築を考案する際の参考となるものであると考える。)	1 二次病院受け入れ基準を策定し受け入れ状況を毎月県報告し現状を把握しその後の対応を県と市町の医師会で対応してもらおう 2 県外の近隣市町及び消防、病院との連携強化を図りたい	平時における二次救急医療体制の充実。新型コロナウイルス流行時の県の救急搬送・受入体制の充実。集団災害発生時の受け入れ体制の充実。	救急隊判断で二次対応であっても、二次医療機関で収容不能が相次ぎ、結果的に救命センターへ搬送にする事案などもあるため、二次救急の搬送困難事案を受け入れる体制の構築や県立病院などで受け入れるなどの対応が必要かと考えます。また、コロナ以外にも、感染症が流行した際の対応として、感染症の受け入れ体制も準備をしていただければ良いのではないかと思います。	増加する救急需要の対策について、今後、さらに救急が逼迫すると考えられることから、消防・各医療機関・各関係機関がこれまで以上に協力し、対応していく必要があると思えます。栃木県が主体となり、メディカルコントロール体制や救急医療体制を整備していただくことで、より効率的に対応ができると思えます。また、県、県の県央南臨時医療施設の機能や対応はとも兼併しつつ平時医療(特に救急・感染症分野)として運用することができればより良い体制が構築できると考えます。	栃木県が主体となるメディカルコントロール(搬送先の決定・不搬送の判断など)を行う体制が必要かと思う。

		小山市消防本部	石橋地区消防組合消防本部	芳賀地区広域行政事務組合消防本部	南那須地区広域行政事務組合消防本部	塩谷広域行政組合消防本部	那須地区消防本部
質問 1-1	貴消防本部における救急搬送について、医療機関への患者収容に苦労していると感じるケースにはどのようなものがありますか(疾患、重症度、年齢、時間帯など)。可能な限り具体的なデータとともに教えてください。	精神科救急事案	高齢者の肺炎や心不全、自己受診可能な軽症者、頻回利用者、医師の引継ぎの時間帯	外傷事案において、四肢、体幹以外に頭部に何らかの負傷がある場合で、管内基幹2次医療機関(脳神経外科標榜)が収容不能となった場合、他の医療機関での受け入れが難しくなっている。特に、整形外科のみを標榜している医療機関では、この傾向が強いと感じる。	①人工透析をしている傷病者、整形外科対応事案における、休日夜間帯の現場滞在時間の延伸と病院照会数の増加。 ②収容依頼時、応需可否までの回答遅延。	精神疾患患者の身体疾患を併発している症例は、受け入れを拒否されるケースがあり、現場に長時間滞在するケースがある。	那須地区消防本部管内令和6年1月1日から8月14日現在までのデータ(搬送困難症例・現場滞在30分以上かつ病院問い合わせ回数4回以上)を集計(合計420件)し以下に記載する。 年齢区分 高齢269件 成人138件 小児8件 乳幼児5件 新生児0件 重症度 死亡7件 重傷31件 中等症193件 軽症191件 その他(確認中含む)4件 時間帯 夜間214件 昼間206件 事故種別 急病281件 一般負傷88件 交通30件 左記以外21件
質問 1-2	そうしたケースが生じる要因として考えられることは何ですか。例えば、医療機関や搬送実施基準など、様々な観点から教えてください。	医療機関側の認識と、搬送実施基準に齟齬があるのではないか。	かかりつけ医を優先する、救急隊の求める対応が伝わらないなど	受け入れる医療機関側(医師)の考えにより、頭部に打撲程度の比較的軽い負傷がある場合でも、収容を断られてしまうケースが多い。	①休日夜間帯の人工透析、整形外科対応可能医療機関の不足と専門医不足。 ②事務員や看護師が電話対応後、医師に確認するケースにより回答遅延となると考える。	搬送実施基準の精神疾患併症観察基準(23ページ)によるごとの軽度の外傷がある場合に原則として2次救急医療機関となっているが、ここが受け入れてくれないケースが多い。	搬送実施基準が守られていないことが要因と考える。なぜ、搬送実施基準が守られていないかという救急告示病院側が搬送実施基準を理解していないからだと考え。救急隊は搬送実施基準通りに活動しているが、結局は搬送実施基準を理解していない受入病院側の意向に従わざるを得ないのが現状である。
質問 1-3	その要因を解消するためにどのようなことが必要と考えますか。理由とともに教えてください。	精神疾患併症観察基準の、さらなる普及(特に2次医療機関)及び、定期的な基準の見直し。	救急車の適正利用の推進、搬送実施基準の遵守、かかりつけ医療機関の受け入れ体制の拡充	傷病者を受け入れ、必要に応じて転院させる。頭部外傷のある傷病者への観察を適切に実施する。重症頭部外傷を整形外科病院に搬送することは無い。	①クリニックや医院で人工透析を行っている場合には、事前に救急告示医療機関との連携(情報共有し有事の際は受入対応の承諾を取っておく。)、また、栃木県が主体となつての救急応需体制の構築(県立病院における救急部門の設置など)。 ②医師が常時直接対応する。救急統計(国報告)で現場滞在時間等を計上している旨を伝え協力してもらう。救急隊側のアウトプット能力向上。	上記症例を必ず受け入れてくれる医療機関が必要。フローチャートの2次医療機関から精神科がスムーズに受け入れてくれるなら、救急車からの2次医療機関もスムーズに受け入れてくれるのではないだろうか。	各地域MCからMC管内救急告示病院へ搬送実施基準のうち収容時間に係る部分についてのアナウンスを行う。
質問 2-1	【前提1】高齢化等に伴う救急搬送人員数の増加は、高齢者人口が増加する2040年頃まで続く見込まれる中、増加する救急搬送患者への対応例として、救急医療提供体制の強化のほか、不要な救急要請や救急搬送の抑制が考えられます。 増加が見込まれる救急搬送に対して、貴消防本部として取り組んでいる(取り組もうとしている)施策があれば教えてください。	救急車の適正利用を、小山市ホームページ、地方ラジオ・テレビで広報する。	救急車適正利用の推進、※現状として消防本部単位では難しいと考えます。	管内のうち最も出動件数の多い署について、消防隊が、予備車を活用した救急車換運用を実施している。今後、同様の運用を、別の署においても実施する計画である。	①当消防本部SNSにて救急車適正利用について広報。 ②各救急隊長が救急搬送を要しないと判断した際には、現場で救急車適正利用について説明。	救急車が不足する場合は、非番職員等を招集して予備の救急車を運用する。	現時点において取り組んでいる施策はない。
質問 2-2	増加が見込まれる救急搬送に対して、消防本部以外の行政機関や医療機関等での必要な取組みについて、御提案があれば教えてください。	救急件数の増加に伴い、地域MC(医療機関、消防)のみでの対応では解決できない問題が多々発生している。行政が主体となり、不搬送判断のトリアージ機能や、搬送困難事例を収容できる仕組み、搬送困難事例を県が受け入れ出来ない場合の搬送先の選定方法を定めてもらいたい。	栃木県で搬送困難事例を収容できる仕組みを構築できないでしょうか。救急搬送の増加に対して受け皿となる医療機関の救急医療体制が追いついていないように感じます。	救急需要が増加すれば、現行の医療体制では搬送困難件数が増加することは避けられない。それを防ぐため、行政が主導となって、この問題を解決していく必要があると考える。例えば3件収容不能の場合、それを理由に必ず受け入れてもらえる体制を確保しておくなど、問題が生じた際には県が主体となったMC体制を構築することが必要。	①増加に対してコロナ時期同様に救急告示医療機関が受入困難・不可となる可能性があるため、栃木県が主体となり搬送困難症例に対する救急応需体制の構築(搬送先決定や不搬送判断等を行える体制)。 ②とちまる救急安心電話相談のポスターだけでは気にかけて見る人は少ないのではないかと。カードを作成し、病院・薬局等に配布し利用者に直接配布しては。	1回あたりの活動時間を短縮したいと考えます。 1、管内の医療機関での収容率を向上 2、救急車の応需率の向上	救急要請常習者(必要がない場合でも繰り返し救急要請を行う者)に定めて、消防・行政(担当部署)・かかりつけ病院(担当者)の3者が連携して対応(3者が同時に救急要請常習者と面会し今後の対応を指導等)する。
質問 3-1	【前提2】高齢者の救急搬送が増加する中、医療現場からは、「高齢者施設の職員の判断で救急要請が行われ、積極的治療を望まない高齢者等が救急搬送されてしまい、結果として患者が望まない治療をされるケースが発生している」との意見もあります。 貴消防本部において、【前提2】のような課題を認識していますか。	認識している	認識している	認識している	認識している	認識している	認識している
質問 3-2	不要な救急要請や救急搬送の抑制のために必要な取組(※)について、貴消防本部として取り組んでいる(取り組もうとしている)施策があれば教えてください。 ※「不要な救急要請や救急搬送の抑制のために必要な取組」とは、例えば、【前提2】のような救急搬送を望まない高齢者への具体的な対応、明らかに救急搬送の適応ではない軽症者への対応等が該当します。	特になし	高齢者施設との話し合い、連携を行っていきたいが具体的な内容は未定	特に取り組みや施策は無く、救急要請があった場合には、すべて出動し搬送することとしている。	救急車頻回利用者に対し、市(健康福祉課)・包括支援センター・社会福祉協議会・ヘルパーと会議を設けた。(情報共有、今後の対応について)	基本的には救急要請があると出動し活動しなければならない。明らかに救急搬送の対象外(軽症)の場合は本人家族と相談の上、搬送しないこともあります。	現在、取り組んでいる施策はない。
質問 3-3	不要な救急要請や救急搬送の抑制のために必要な取組について、御提案があれば教えてください。	軽症者の有料化 救急相談電話の普及啓発	民間救急車の利用推進、抑制を強めると本当に必要な救急要請をも除外してしまうデメリットが出そうなので、今のところ地道に適正利用を広めるのが最良	転院搬送の出動件数が多く、当消防本部では総出動件数の10%を占めている。中には歩行可能な患者もいる。転院させることにより受け入れ態勢を確保することは重要だと思うが、救急車以外の手段を選択してもらうことで、出動件数の抑制につながるかと考える。	高齢者施設内で救急事案が発生した際に、利用者や家族が積極的な救命処置を望むのか、緊急時の対応は嘱託医が対応するのが不明な事が多い。事前に話し合い施設内で情報共有するよう周知する。	三重県松坂市で6月から開始された軽症者の有料化も一つの事例だと考えられる。事実一定の効果を得られているとのこと。 栃木県内においては、かかりつけ医への連絡が困難であるため、東京消防庁と同様の対応は難しいと考える。	東京消防庁救急隊のように「直接」又は「訪問看護師等を経由して」かかりつけ医に連絡し傷病者の意思が確認できた場合、未処置にてかかりつけ医または家族等に引継ぎ救急隊は引き揚げるという対応が理想だと思う。 栃木県内においては、かかりつけ医への連絡が困難であるため、東京消防庁と同様の対応は難しいと考える。
質問4	その他、「救急医療提供体制のあり方に関する検討委員会」における議論に関して、御意見や御提案等があれば教えてください。	コロナ禍の県立南臨時医療施設の対応は、非常に有効であったと思います。このような良き前例を継続させ、県を主体とする、救急医療体制を平時から構築するために、県立病院に救急部や感染症病棟、ひいては高度救命センターの設置を要望します。	コロナ禍の臨時医療施設の対応は、多くの救急隊の救いになったことから、県内の通常医療に対しても運用されていると良いのではないだろうか。県立病院として相談窓口、救急患者の受け入れ又はトリアージポスト的な位置づけになる救急部を作って欲しいと考えます。また、発熱患者の受け入れができる感染症病棟を作って欲しいと思います。	新型コロナウイルス感染症が蔓延し、それを理由に受け入れできないという事態が発生した際に、県が開設した県立南臨時医療施設で受け入れていただいたことにより、円滑な業務対応ができた。また、救急隊では実施できない不搬送の判断について、県感染対策本部で実施されたDMAT医師による搬送トリアージは非常に有益であった。他の医療機関が受け入れできない場合に調整する役割、不搬送決定などを行うことができる役割を持つ、県が主体となった救急応需体制の構築を要望する。	パンデミック時、県立南臨時医療施設やDMATによるトリアージ等は現場救急隊から好印象であった。救急増加に対し危機管理体制の構築を考察する際に参考にすべきである。	コロナ禍における救急医療を振り返ると、救急隊が受け入れ先の医療機関を選定するのに苦労し、現場に感染防止用のタイバックをきたまま長時間滞在せざるを得ない状況があった。その中で、県が臨時医療機関を運営してくれた。さらにはDMAT隊によるトリアージシステムを行うなど大変ありがたかった。県が主体となって、常設の救急応需体制の構築をお願いしたい。	特になし。