

令和 7 年度 厚生労働省 委託研究事業

ドクターカーの運用事例等に関する 調査研究事業

報告書

日本病院前救急診療医学会
(全国ドクターカー協議会)

令和 8 年 3 月

— 目 次 —

1. 本調査研究事業における遂行体制について 2

- (1) 研究機関の構成
- (2) 組織図
- (3) 調査研究手法の概要
- (4) 調査研究手法の詳細
- (5) 調査研究のスケジュール

2. 調査結果と考察について 12

- (1) 後方視的調査研究：第一段階アンケート
- (2) 後方視的調査研究：第二段階アンケート
- (3) 後方視的研究の考察

3. 研究事業の進捗について 62

- (1) 前方視的データレジストリ研究
(レジストリ作成委員会・レジストリ評価委員会)
- (2) ドクターカー活動基準マニュアル作成
(活動基準作成委員会)
- (3) 調査研究広報
(広報委員会)

4. 資 料 88

1. 本調査研究事業における遂行体制について

本事業は、ドクターカーによる病院間搬送にかかわるデータ収集や、ドクターヘリとのデータの比較、病院前救護や病院間搬送にかかわる議論が必要となることから、関連5学会1団体（日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本病院前救急診療医学会、日本外傷学会、日本航空医療学会、日本救急医療財団）を含む関連団体にも呼びかけ、研究参加協力を募り、研究機関として全国ドクターカー協議会を発足させたうえで意見の収集を行った。

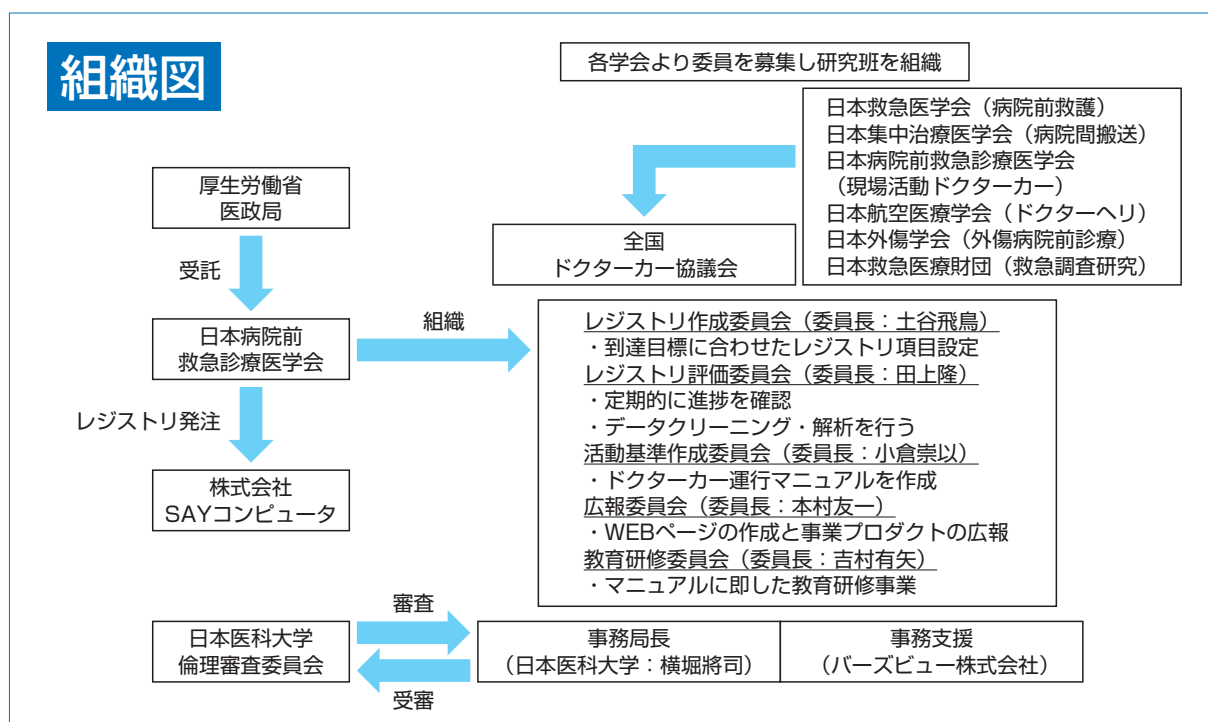
（1）研究機関の構成

全国ドクターカー協議会、理事、幹事、委員長等、構成は以下の通り。

氏 名	役 職	所 属
今 明秀	代表理事	日本病院前救急診療医学会 理事長
坂本 哲也	理 事	日本病院前救急診療医学会 理事
黒田 泰弘	理 事	一般社団法人 日本集中治療医学会 理事長
横田 裕行	理 事	一般財団法人 日本救急医療財団 理事長
大友 康裕	理 事	日本病院前救急診療医学会 理事
溝端 康光	理 事	日本救急医学会 代表理事
宮本 雄気	理 事	日本病院前救急診療医学会 理事
細川 秀一	理 事	日本病院前救急診療医学会理事 / 日本医師会救急医療担当常任理事
橋本 雄太郎	理 事	日本病院前救急診療医学会 理事
林 靖之	理 事	日本病院前救急診療医学会 理事
山崎 早苗	理 事	日本病院前救急診療医学会 理事
清田 和也	理 事	日本病院前救急診療医学会 理事
横堀 将司	理 事	日本病院前救急診療医学会 理事
奥寺 敬	理 事	日本病院前救急診療医学会 理事
渡部 広明	理 事	一般社団法人日本外傷学会 代表理事
高山 隼人	理 事	一般社団法人日本航空医療学会 理事
篠田 伸夫	理 事	認定 NPO 法人 救急ヘリ病院ネットワーク 理事長
猪口 貞樹	監 事	一般社団法人日本航空医療学会 理事長
小濱 啓次	監 事	日本病院前救急診療医学会 監事 / 日本航空医療学会 監事
作山 洋貴	オブザーバー	厚生労働省医政局地域医療計画課 救急・周産期医療等対策室
土谷 飛鳥	委員長	レジストリ作成委員会
田上 隆	委員長	レジストリ評価委員会
小倉 崇以	委員長	活動基準作成委員会
本村 友一	委員長	広報委員会

吉村 有矢	委員長	教育研修委員会
夏井 淳一	事務局代行	バース・ビュー株式会社
大伴 加寿代	事務局	日本医科大学救急医学教室

(2) 組織図



各委員会委員

① レジストリ作成委員会

- 委員長 土谷 飛鳥 (東海大学医学部附属病院高度救命救急センター)
- 副委員長 堤 悠介 (独立行政法人国立病院機構水戸医療センター救急科)
- 担当理事 大友 康裕 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター)
- 小林 誠人 (済生会千里病院千里救命救急センター)
- 五十嵐 豊 (日本医科大学附属病院高度救命救急センター)
- 瀧口 徹 (日本医科大学附属病院高度救命救急センター)
- 伊藤 裕介 (済生会千里病院千里救命救急センター)
- 番匠谷 友紀 (公立豊岡病院但馬救命救急センター)
- 平泉 志保 (済生会滋賀県病院救命救急センター)
- 松岡 由典 (神戸市立医療センター中央市民病院救命救急センター)
- 中島 成隆 (JA 愛知厚生連豊田厚生病院救命救急センター)
- 光銭 大裕 (東京都立多摩総合医療センター救命・集中治療科)
- 間山 泰晃 (敬愛会 中頭病院 救急科)
- 明星 康裕 (石川県立中央病院 救命救急センター)
- 伊藤 文人 (国際医療福祉大学成田病院 救急科)

②レジストリ評価委員会

委員長 田上 隆（東京慈恵会医科大学附属病院救命救急センター）
鳴海 翔悟（佐賀大学医学部附属病院高度救命救急センター）
米盛 輝武（仁愛会 浦添総合病院 救命救急センター）
清水 敬樹（東京都立多摩総合医療センター 救命・集中治療科）
宮崎 敬太（奈良県立医科大学 高度救命救急センター）
山村 英治（会津中央病院 救命救急センター）
丹保 亜希仁（旭川医科大学救急医学講座）
森田 正則（堺市立総合医療センター 救命救急センター）
大邊 寛幸（東京大学）
深田 卓也（日本赤十字社医療センター 救急科）
鈴木 健介（日本体育大学 救急医療学科）

③活動基準作成委員会

委員長 小倉 崇以（済生会宇都宮病院 救急・集中治療科）
担当理事 渡部 広明（島根大学 Acute Care Surgery 講座）
山田 哲久（麻生飯塚病院 救急科）
渥美 生弘（聖隷浜松病院 救命救急センター）
小林 辰輔（会津中央病院 救命救急センター）
増野 智彦（日本医科大学 救急医学）
益子 一樹（日本医科大学千葉北総病院 救命救急センター）
久野 将宗（日本医科大学多摩永山病院 救命救急科）
酒井 智彦（大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター）
中尾 彰太（りんくう総合医療センター 大阪府泉州救命救急センター）
関根 和彦（東京都済生会中央病院 救命救急センター）
光銭 大裕（東京都立多摩総合医療センター 救命・集中治療科）
星野 耕大（福岡大学 救命救急医学）
三輪 槇（東京都立広尾病院 救命救急センター）
藤田 健亮（済生会宇都宮病院 救急・集中治療科）
木村 拓哉（済生会宇都宮病院 救急・集中治療科）
小橋 大輔（原町赤十字病院 高度救命救急センター）
鈴木 健介（日本体育大学 救急医療学科）
浅香 えみ子（東京医科歯科大学）
佐々 智宏（広島大学病院 高度救命救急センター・ECU）
福田 ひろみ（徳島赤十字病院）
大瀧 友紀（聖隷三方原病院）

④広報委員会

委員長 本村 友一（日本医科大学千葉北総病院 救命救急センター）
太田黒 崇伸（長崎大学 高度救命救急センター）
藤塚 健次（前橋赤十字病院 集中治療科・救急科）
燕木 友則（武蔵野赤十字病院 救命救急センター）
有元 秀樹（医誠会病院 救急医療センター）
玉井 文洋（大分三愛メディカルセンター 救急外傷センター）
菅谷 一樹（福島県立医科大学附属病院 高度救命救急センター）
小濱 圭祐（兵庫医科大学 救急医学）
木庭 真由子（佐賀大学医学部附属病院高度救命救急センター）
杉本 貴史（兵庫県立淡路医療センター）

⑤教育研修委員会

委員長 吉村 有矢（八戸市立市民病院）
伊藤 裕介（大阪府済生会千里病院千里救命救急センター）
小橋 大輔（SUBARU 健康保険組合 太田記念病院）
長野 健彦（宮崎大学医学部附属病院）
小林 誠人（大阪府済生会千里病院千里救命救急センター）
堀越 佑一（東京都立多摩総合医療センター）
小林 辰輔（会津中央病院）
山田 哲久（飯塚病院）
山上 雄司（兵庫県立尼崎総合医療センター）
大森 一彦（順天堂大学医学部附属静岡病院）
大山 太（東海大学医学部看護学科）
坂田 久美子（愛知医科大学）
岸田 全人（埼玉医科大学国際医療センター）
中居 剛志（八戸市立市民病院）

（３）調査研究手法の概要

本調査研究事業における趣旨

ドクターカーについては、消防機関に救急要請があった場合に現場に出動するもの、転院搬送の際に医師が同乗するものといったように、地域の実情や考え方に応じて様々な運用が行われている。

都道府県が策定する「医療計画」の作成指針の中で、ドクターカーと並んで患者搬送・診療手段の一つとして位置付けられているドクターヘリについては、症例データ収集調査分析事業により、運用実績等の収集及び分析が行われているが、ドクターカーについては運用方法に関する事例の収集や分析は行われておらず、どのような場合にドクターカーを出動させるべきなのか等のドクターカーの出動基準についても明らかになっていない。

こうした現状を踏まえ、ドクターカーを運用する医療機関に対して、ドクターカーとドクターヘリとの連携方法や、その要請及び運航状況、関係機関との連携等の運用に関するデータと、患者本人の状態や予後等の症例に関するデータを一連のデータとして収集し、各々の型のドクターカーのメリット・デメリットに関する整理、時間帯に応じた運用傾向、自治体の規模、地理環境の特性、気象条件に応じた運用方法、費用負担の状況などについて調査・研究し、効率的・効果的なドクターカー運用を行うための分析を行う。

したがって、本調査研究事業における目的は、ドクターカーの要請及び運用状況、関係機関との連携等の運用に関するデータと、患者本人の状態や予後等の症例に関するデータを一連のデータとして収集し、効率的なドクターカー運用を行うために調査・集計・分析を実施することである。

また、ドクターカー運用における、実症例に関するデータ（例えば、患者の状態や緊急性に関する情報や診断、治療、転帰等）について、ドクターカー運用医療機関から入手し、傾向に関して調査・集計・分析を行う。なお、各ドクターカー運用医療機関が既存で保有している調査データについても活用する。

さらには、本データを元に、ドクターカーの効率的な運用に関して分析を行い、政策的かつ技術的な見地から意見を整理する。

なお、本研究における調査研究事業は以下の5つに分けられる。

- ①後方視的調査研究（事務局担当）
- ②前方視的データレジストリ研究（レジストリ作成委員会・評価委員会）
- ③ドクターカー活動基準作成（マニュアル作成：活動基準作成委員会）
- ④調査研究広報（広報委員会）
- ⑤教育研修事業（教育研修委員会）

（４）調査研究手法の詳細

① 後方視的調査研究事業

後方視的にドクターカー要請及び運用状況にかかわる事例の収集・調査・集計・分析を行った。すなわち、ドクターカーがどのように要請され対応しているか（未出動も含む）についてドクターカー運用医療機関から入手し、傾向に関して調査・集計・分析を実施した。

なお、調査については、全ドクターカー運用医療機関を対象とし 15,000 症例以上の回収を目指すこととし、個人情報を取り扱わないこととした。

また、下記項目は必ず収集することとした。

（i）各ドクターカー運用医療機関における以下に関する件数

- ・ 出動要請件数
- ・ 要請受諾件数
- ・ 受諾件数のうち、現場出動、施設間搬送、ミッション中止の内訳
- ・ 要請不応需件数

- ・要請不応需件数のうち、時間外要請、天候不良、重複要請、車体不具合・点検中、その他の内訳
 - ・診療人数
 - ・当該運用医療機関以外への受入人数
 - ・ドクターヘリとの同時要請の件数
 - ・ドクターカー及びドクターヘリ要請基準
 - ・ドクターカー出動がカバーしている地域の規模
 - ・ドクターカー出動の気象条件
- (ii) 各ドクターカー運用医療機関における費用負担及び補助金活用状況
- ・ドクターカーの購入費の内訳
 - ・ドクターカーに搭載する資機材の購入費の内訳
 - ・ドクターカーの維持費
 - ・ドクターカー運用にかかる経費
 - ・ドクターカー運用にかかる人件費
 - ・ドクターカー運用による診療報酬

なお、質問内容は全国ドクターカー協議会で議論のもと令和5年12月に確定した。また、調査の悉皆性を高めるため、まず厚生労働省 医政局 地域医療計画課 災害等緊急時医療・周産期医療等対策室の協力を得、各都道府県の各消防本部へ通知し、第一段階のアンケート調査とした(資料1)。また、調査結果の回収は電子質問紙を併用した。

第一段階のアンケート内容は以下の通り。

- 問1. 消防本部名
- 問2. 都道府県名
- 問3. 記載者名
- 問4. 連絡先電話番号
- 問5. 消防本部と連携しているドクターカー運用病院の有無
- 問6. 問5で「あり」の場合、貴消防本部と連携している「医療機関名」と「協定の有無」を記載。
(複数回答可)
- 問7. 問5で「なし」の場合、今後、ドクターカー運用病院との連携を予定しているか?
- 問8. ドクターカー活動全般に関してコメントを下記に自由記載
例) 安全管理、連携活動、情報共有、トレーニング等、課題や良い点について。

次に、第一段階でのアンケート調査で明らかになった、各消防本部と実質的な連携を行っている病院への第二段階アンケート調査を行った。

第二段階のアンケート内容は以下の通り。

- 1. 貴医療機関の属性は? (複数選択可)

2. 貴施設のドクターカーのタイプは主として下記のうちどれに該当しますか？（複数選択可：
日本病院前救急診療医学会定義）
3. 貴施設のドクターカーの類型を以下から選択して下さい（複数選択可）
4. ドクターカーを常時（24時間）運行していますか？
5. 令和6年度（2024年4月1日から2025年3月31日まで）のドクターカー出動要請件数
6. 上記5のうち、ドクターカーの要請受諾件数（要請された件数のうち、応需した数）
7. 上記6の要請受諾件数のうち、医師が同乗して傷病発生現場（あるいはランデブーポイント）に出動し、実際に傷病者と接触した件数（現場救急にかかわった件数）
8. 上記6の要請受諾件数のうち、施設間の搬送業務を行った件数
9. 上記6の要請受諾件数のうち、ミッション中止件数（要請キャンセル、途中引き上げ、活動中止など）
10. 出動要請に対して応需しなかった件数
11. 上記10の要請不応需の理由が、「活動時間外の要請」であった件数
12. 上記10の要請不応需の理由が、「天候不良」であった件数
13. 上記10の要請不応需の理由が、「重複要請（他の案件にてドクターカーが出動中）」であった件数。
14. 上記10の要請不応需の理由が、「車体の不具合」であった件数
15. 上記10の要請不応需の理由が、「車体点検中」であった件数
16. 令和6年度中（2024年4月1日から2025年3月31日まで）のドクターカー活動による診療人数（のべ）
17. 上記16のうち、ドクターカー基地病院（貴院）以外への搬送人数
18. ドクターカー要請基準があるか
19. ドクターカー出動がカバーしている地域の人口規模（およそで結構です。地域別統計 | 地域医療情報システム（日本医師会；jmap.jp）をご参考ください。）
20. ドクターカー出動の際の気象条件に制限はありますか？
21. ドクターカーとドクターヘリを両方運用していますか？
22. 上記21で『はい』と答えた施設にお伺いいたします。
令和6年度（2024年4月1日から2025年3月31日まで）ドクターヘリとドクターカーとの同時要請の件数は何件でしたか
23. 上記21で『はい』と答えた施設にお伺いいたします。
ドクターヘリとドクターカーの運用（使い分けの決まり）はどのように決めていますか（複数選択可）
24. 上記23につき具体的な取り決めがあればご記載ください。
（例、半径10km以内ならドクターカー、重症度が高ければドクターヘリ、安静搬送が必要ならドクターカー、等）
25. 国からのドクターカー活動に関わる補助金（医療提供体制推進事業費補助金）については、下記の如く、関連の補助金があります。
・救命救急センター運営事業

- ・救命救急センター設備整備事業
- ・周産期医療施設設備整備事業
- ・基幹災害拠点病院設備整備事業
- ・地域災害拠点病院設備整備事業
- ・NBC 災害・テロ対策設備整備事業
- ・医療機関アクセス支援車整備事業

令和 6 年度（2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日まで）のドクターカー活動においてこれらの補助金を活用しましたか？

26. 上記 25 で『使用しなかった』とお答えいただいた施設にお伺いします。
なぜ使用しなかったか、理由をお答えください。
27. ドクターカー活動に関わる年間総費用を令和 6 年度の概算でお答えください。（2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日まで）
28. 上記 27 の費用のうちの、ドクターカー購入費用
29. 上記 27 の費用のうちの、ドクターカーに搭載する資機材の購入費
30. 上記 27 の費用のうちの、ドクターカー（車）の維持費（自動車税や車検代、ガソリン代、メンテナンス費など）
31. 上記 27 の費用のうちの、ドクターカー運用にかかる経費（事業活動を行う上で必要な費用：人件費除く）
32. 上記 27 の費用のうちの、ドクターカー運用にかかる人件費
33. ドクターカー購入に係る支出に活用した補助金（複数選択可）
34. ドクターカーに搭載する資機材の購入に活用した補助金（複数選択可）
35. ドクターカーの維持費に活用した補助金（複数選択可）
36. ドクターカー運用にかかる経費に活用した補助金（複数選択可）
37. ドクターカー運用にかかわる人件費に活用した補助金（複数選択可）
38. ドクターカー運用により診療報酬を算定しているか
39. 上記 38 で『はい』と答えた施設にお聞きします。診療報酬の具体的な算定は？（複数回答可）
40. 診療報酬で算定した（ドクターカー事業で直接的に得ることができた）医療収入は？令和 6 年度の概算でお答えください。（2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日まで）

②前方視的データレジストリ研究（レジストリ作成委員会・評価委員会）

令和 2 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業（ドクターヘリの適正利用および安全運航に関する研究 研究代表者 猪口貞樹）による、ドクターヘリの有効性の検討において、急性冠症候群と脳卒中のドクターヘリ搬送はおおよそ 300 例／年であったことから、ドクターヘリ活動の比較において、各疾病の対照に見合うドクターカー症例数各々 300 例ほどのデータを収集することを目標とした。またデータ収集には WEB によるデータ収集システムを用いることとした。

なお具体的なデータ収集項目は、以下を想定した。

また、収集項目についてはレジストリ作成委員会を中心として合議が重ねられた。

【要請事案情報】

要請番号、要請内容、要請時状態、要請機関、施設間搬送施設、要請消防本部名、要請時間

【現場活動情報】

医師・看護師人数、傷病者情報（年齢、性別、院内対応表番号）、消防・救急隊時系列情報、活動情報（緯度経度、時間情報、運行時間・距離情報）、救急隊傷病者接触時バイタルサイン、処置情報、接触時バイタルサイン情報、処置・薬剤情報

【入院後情報】

診断名と疾病分類・外傷重症度、既往歴情報、来院後根本的治療情報、転帰情報（外来転帰、入院日、入院病棟、在院日数、入院転帰、退院先）、自由記載（経過など、施設独自項目）、看護情報、COVID-19 対応状況など

また、同時に、レジストリ評価委員会を中心として、クオリティ・インディケーターの設定やデータ使用のルールなどが定められた。

具体的なクオリティ・インディケーターとしては、以下が決定された。

	QIの種類	Quality indicator 案
1	Structure	対応した疾患に対する活動プロトコルの有無
2	Structure	インシデント・アクシデントをレビューするシステムの有無
3	Process	ドクターカーの出動数
4	Process	応需割合
5	Process	要請に対する迅速性
6	Process	デブリーフィングの施行割合
7	Process	重要項目の記録の割合
8	Process	病院前での高度な治療を提供した割合
9	Process	プロトコルの遵守の割合
10	Outcome	重症外傷において患者は生きて病院に到着しましたか？
11	Outcome	目撃あり心停止症例での病院前自己心拍再開率

なお、レジストリ研究は、患者情報を扱うため、日本医科大学中央倫理委員会にて集約的に倫理委員会を受審している。（日本医科大学中央倫理委員会 倫理委員会番号 M-2022-086 ドクターカーの運用事例に関する調査研究）

③ドクターカー活動基準作成（マニュアル作成：活動基準作成委員会）

ドクターカーに関する有識者による会議を開催し、ドクターカーの効率的・効果的な運用方法について検討を行うこととした。会議は複数回行い、地域の実情に応じて効率的・効果的なドクターカーの運用ができるよう、地域の特性を考慮したドクターカーの運行マニュアルを作成した。

なお、素案は令和5年2月までに完成し、ドクターカー協議会理事会でのレビューを得た。

④調査研究広報（広報委員会）

本研究で得られた知見を広く発信すべく、ホームページ作成を行った。これには後方視的研究の結果やデータレジストリ研究の進捗を報告するためのプラットフォームを構築し、本研究の持続性を高めた。

⑤教育研修事業（教育研修委員会）

本協議会が受託した事業で整備された、ドクターカー活動基準（ドクターカー運行マニュアル第2版 令和6年3月 厚生労働省 医政局 地域医療計画課）を用いた教育研修事業を行った。これにより、現場で活用する技能の定着を目指した。

（５）調査研究のスケジュール

研究遂行のスケジュールを以下に記載する。

令和7年度	令和7年9月		令和7年10月		令和7年11月		令和7年12月		令和8年1月		令和8年2月		令和8年3月	
前半・後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半
理事会会議		*					*							*
協議会総会 12/12（金）						*	*							
コアメンバー会議	*		*		*		*		*		*		*	
事業① 後ろ向き研究							消防機 関にアン ケート発 出 ⇒	締め切 り	集計	各施設 にアン ケート 発出	集計	報告書 作成	出版	納入
事業② レジストリ作成委 員会		委員確 定		レジス トリ項 目確定		施設リ クルー ト					解析 研究 テーマ 分析		報告書 提出 入力開 始	厚労省 納入
事業③ レジストリ評価委 員会		委員確 定		データ 使用 ルール 作成					データ 使用	オー サー シッ プ確 認				厚労省 納入
事業④ 活動基準作成委員 会		委員確 定	作業開 始	執筆			委員会 レ ビュー	手直し 委員会 レビュー	理事会 レ ビュー				理事会 承認	厚労省 納入
事業⑤ 広報委員会		委員確 定	デザイ ン素案	HP作成				広報委 員会						プロダ クト発 出
事業⑥ 教育研修委員会	委員確 定	ドク ター カー講 習会						ドク ター カー講 習会			ドク ター カー講 習会			プロダ クト発 出

2. 調査結果と考察について

(1) 後方視的調査研究：第一段階アンケート

回答消防本部 720 消防本部（全国 720 消防本部）

Q1. 連携しているドクターカー運用病院

あり 427 施設（59.3%）

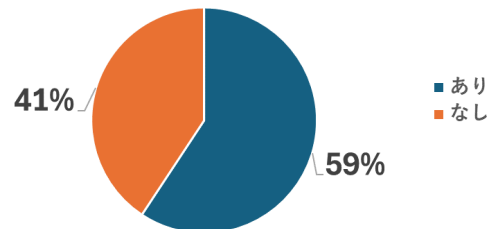
なし 293 施設（40.7%）

（比較：令和 5 年度調査）

あり 400 施設（55.4%）

なし 322 施設（44.6%）

消防本部と連携しているドクターカー運用病院の有無



Q2. なし、の場合今後予定しているか？

は い 8 施設（2.7%）

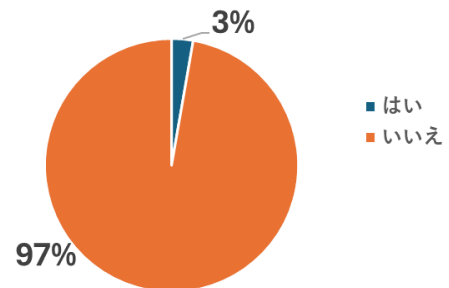
いいえ 285 施設（97.3%）

（比較：令和 5 年度調査）

は い 12 施設（3.7%）

いいえ 310 施設（96.3%）

今後の連携予定の有無

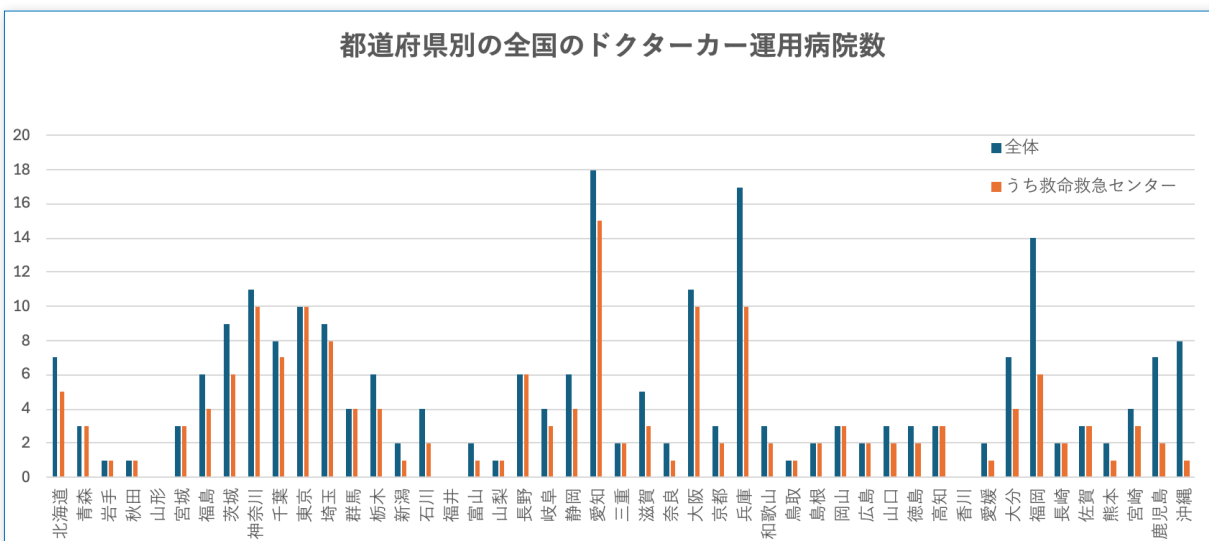


なお、現在の都道府県別の全国ドクターカー運用施設数は以下の通り。

最多：愛知県 18 施設 うち三次救急医療機関（救命救急センター）15 施設

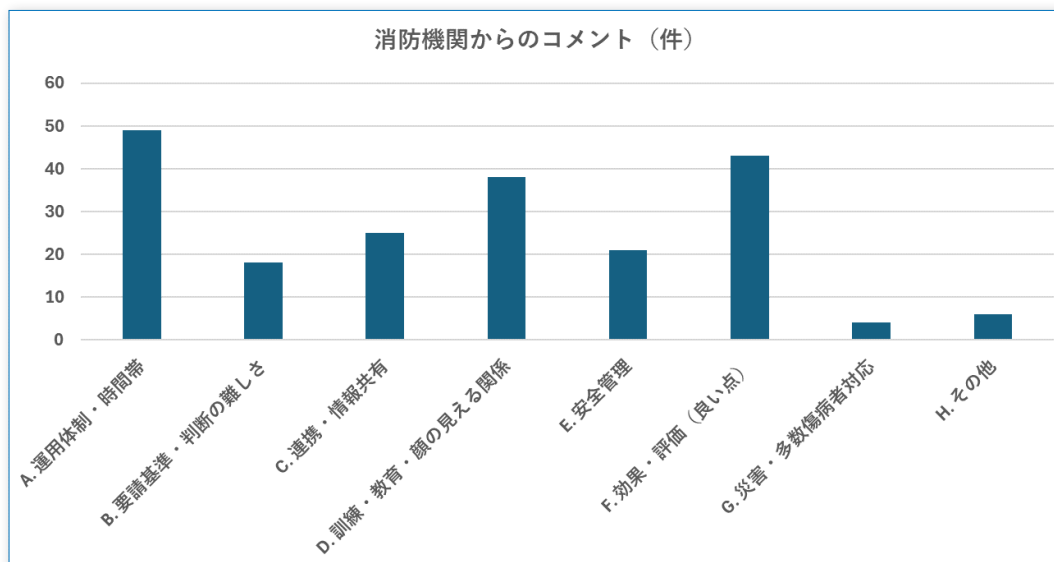
最小：山形県・福井県・香川県 0 施設

都道府県別の全国のドクターカー運用病院数



また、消防機関からの自由意見については、以下のように集約された。

A. 運用体制・時間帯		49
	平日日中のみ／夜間・休日不可	
	24 時間運用への要望	
	医師・看護師・運転手不足	
	支援や補助金などの促進	
B. 要請基準・判断の難しさ		18
	キーワード方式／現場要請	
	敷居が高い・属人的	
	ドクヘリとの使い分けが難しい	
	オーバートリアージ容認の必要性	
C. 連携・情報共有		25
	事前情報共有が不十分	
	電話のみ／無線・AVM 未搭載	
	Join、LINE WORKS 等の ICT 活用	
	位置情報共有の必要性	
D. 訓練・教育・顔の見える関係		38
	合同訓練・症例検討会の効果	
	定期的な意見交換の必要性	
E. 安全管理		21
	緊急走行の安全	
	現場活動の安全性	
	運転手教育の必要性	
	医師・看護師の安全確保	
F. 効果・評価（良い点）		43
	早期医療介入	
	救命率向上	
	患者・家族の安心感	
	救急隊教育効果	
	ドクターカー運用の有用性・強み	
G. 災害・多数傷病者対応		4
	災害時の役割整理不足	
	多数傷病者訓練の必要性	
	広域連携の必要性	
H. その他		6



最も多く挙げられたのは、運用体制とリソースに関する意見であった。

特に消防側から、運用時間の拡大要望があり、多くの病院が「平日日勤帯のみ」の運用であるため、夜間・休日における空白時間の解消や、24時間365日体制への移行、ドクターヘリの運行不能時を補完する活動を強く望む声が目立った。また、上記のような運用拡大のために、スタッフの確保は喫緊の課題であり、医師・看護師不足により出動不能になるケースや、ドクターヘリとの重複時に対応できない体制への懸念が示されていた。

さらに、ドクターカー運転手（機関員）の確保と育成についても重要視されており、専門の運転手がないことによる病院側の負担や、緊急走行における安全教育の必要性が指摘されている。

また、連携活動とコミュニケーションに関する意見においては、現場でのスムーズな活動のための、事前の関係構築が不可欠であるという意見が多くを占めた。これには、ワークステーション方式や病院実習を通じた交流が、現場での信頼関係と円滑な活動に直結しているという肯定的な意見が多く見られた。

さらに、合同訓練の重要性が強調されており、定期的なシミュレーション訓練や症例検討会が、救急隊員のスキルアップと認識の共有に大きく寄与しているとの意見が多かった。一方、要請の心理的障壁は依然存在し、若手救急隊員を中心に「要請の敷居が高い」と感じる傾向があり、さらなる啓発や教育が必要との指摘があったことは興味深い。

情報共有とシステムに関する意見においては、ICTの活用や、リアルタイムな情報伝達に関する意見が多くを占めた。例えば、位置情報の共有は必須であり、AVM（車両動態監視システム）やスマートフォンアプリの導入により利便性が向上した例がある一方で、依然として「電話のみ」の通信連絡体制をとる地域もあり、システム整備が求められている。また、ドッキングポイントの選定も課題の一つとされ、救急車とドクターカーが合流する場所の選定や、施設（コンビニ等）への事前連絡、移動時間の予測の難しさが挙げられた。

また、ドクターヘリとドクターカーで「キーワード方式」の出動基準を標準化し、判断に迷わない仕組み作りを求める声もあった。

安全管理と現場活動に関する意見においては、医療スタッフの安全確保と、現場での統制に関する内容が多くを占めた。特に緊急走行の安全性においては、病院スタッフによる運転の習熟度や、交通事故への懸念が示されており、消防主体での安全教育を実施している地域もあった。現場での装備と統制においては、医師・看護師の装備（PPE）が現場活動に適していない事例や、消防の指揮命令下での活動徹底の重要性が指摘されていた。

効果とメリットに関する意見については、ドクターカーが地域医療にもたらす価値についての肯定的な評価が多くを占めた。

例えば、重症外傷やショック事案において、現場で医師が処置を開始できることによる救命率向上と、搬送時間の「治療時間化」など、早期の医療介入を高く評価している意見が多かった。また、救命士への教育効果として、医師の判断プロセスを間近で学べることや、直接指示下での特定行為実施が、隊員のレベルアップに繋がっているとの意見があった。

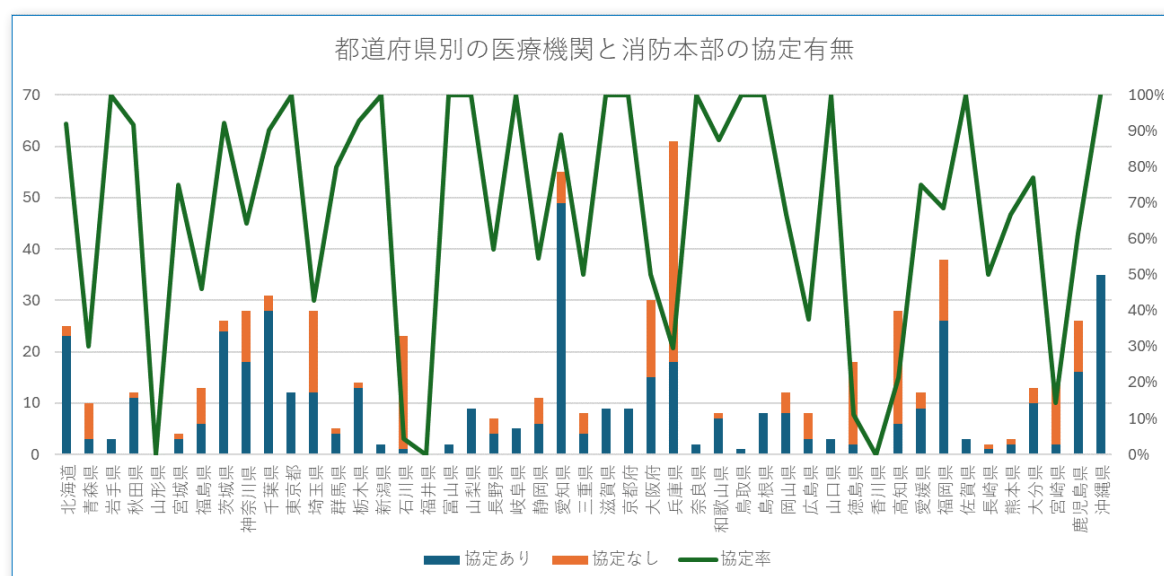
消防側はドクターカーを「住民の命を守る極めて有効な手段」と認識しており、より「いつでも・どこでも・安全に」利用できる体制を望んでいる。

今後は

- 国や自治体による補助金拡充を通じた「24 時間運用」の実現
- 消防無線や共通アプリによるリアルタイムな情報共有体制の構築
- 病院ドクターカースタッフに対する緊急走行トレーニング、現場活動教育の制度化等が大きな課題と捉えられた。

なお、全国 720 の消防本部とドクターカー活動の提携に関して協定を結んでいる病院は、以下の如くであり、全国ドクターカー運用機関の 64.6% に過ぎない。

ドクターカー活動は地域医療計画に資する活動であることから、自治体、消防機関との協定を締結し、安全管理、費用支弁、活動内容等について十分な合意を得た活動であることが望ましい。

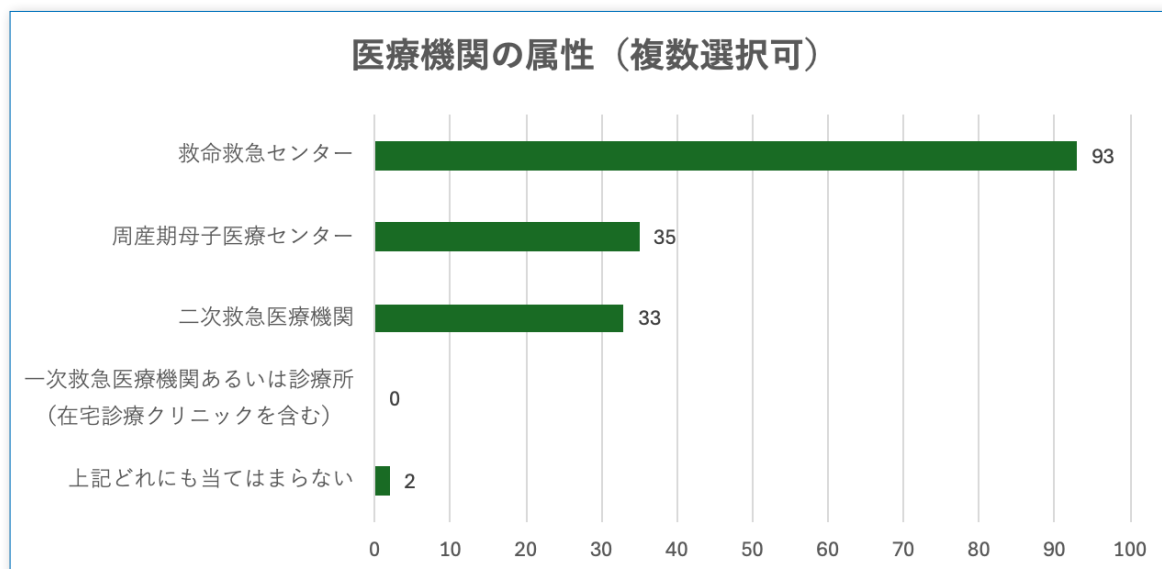


(2) 後方視的調査研究：第二段階アンケート

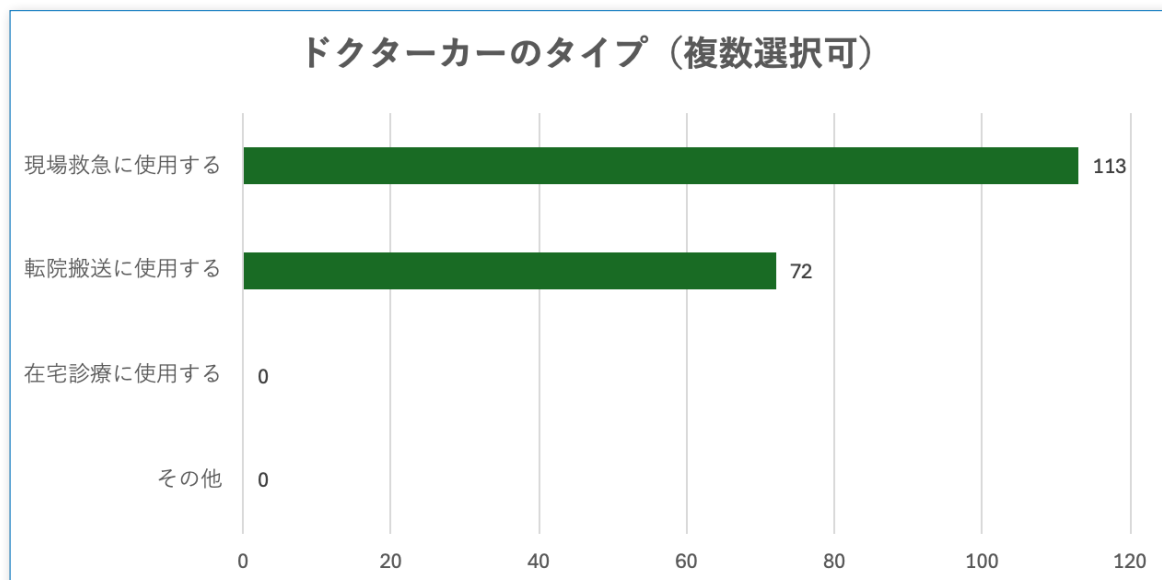
全国 229 施設にアンケート調査を行い、全国 116 医療機関より返答を得た。(回答率 50.7%)

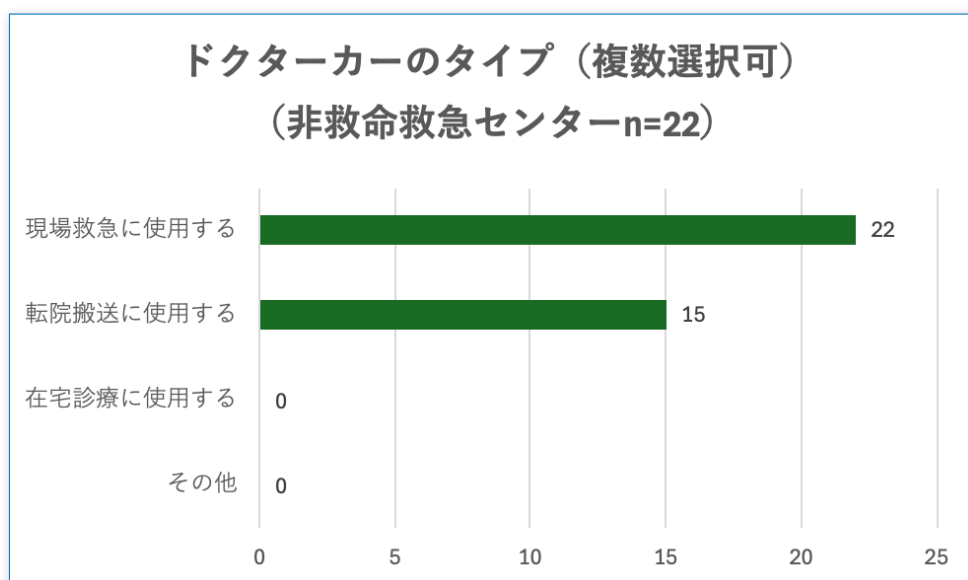
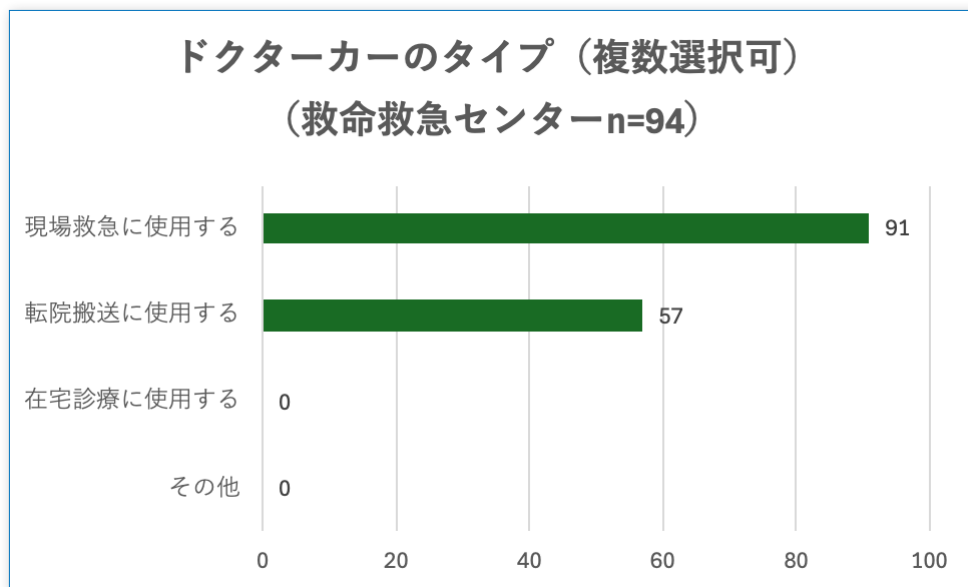
【回答の詳細】

・医療機関の属性



・施設のドクターカーのタイプ





上記より、救急現場にて活動するタイプが最も多く、転院搬送に使用するタイプがその次に続いた。我が国のドクターカーは、主として現場活動と転院搬送に主に活用されていることが明らかとなった。

- ・ドクターカーの類型
- ・ドクターカーの類型について

日本病院前救急診療医学会のドクターカー類型分類を以下に示す。

表：ドクターカーの類型と名称

類型	名称	車両の 所属	患者 搬送	医師 派遣	主な機能	車両の種類 (道交法区分)
I-①	(搬送機能付)ドクターカー	医療機関	○	○	現場出動 施設間搬送 その他*	高規格救急車 (1-2)
I-②	ラピッド・ドクターカー	医療機関	×	○	現場出動 その他	乗用車** (1-5)
II	在宅ドクターカー	医療機関	×	○	在宅支援	乗用車** (1-6)
III	ワークステーション型ドクターカー***	消防機関	○	○	現場出動 施設間搬送 その他	高規格救急車 (1-2)

* 災害出動、イベント出動など。

** 高規格救急車などを用いてもよい。

*** 医師が主体的に診療を行い、診療録が作成されるもの。ピックアップ方式も含まれる。

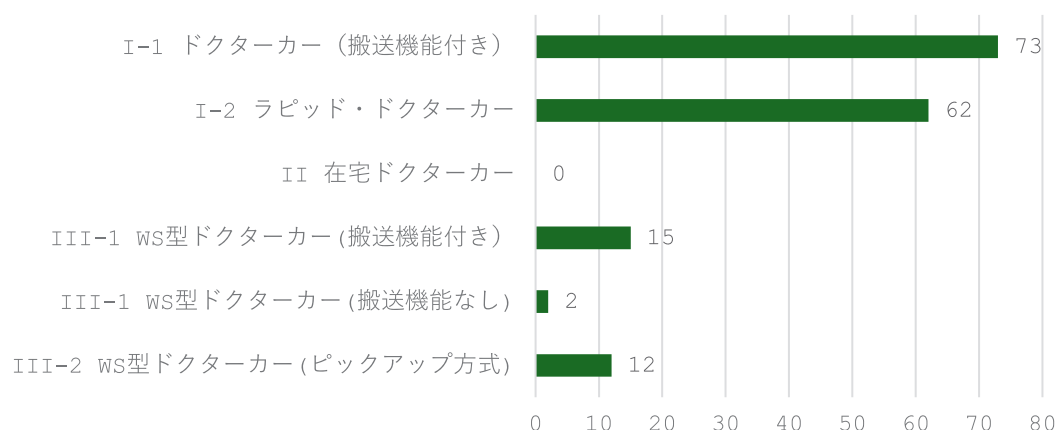
(参考) 道路交通法の区分

「法第三十九条第一項の政令で定める自動車は、次に掲げる自動車で、その自動車を使用する者の申請に基づき公安委員会が指定したもの（第一号又は第一号の二に掲げる自動車についてはその自動車を使用する者が公安委員会に届け出たもの）とする。

1. 消防機関その他の者が消防のための出動に使用する消防用自動車のうち、消防のために必要な特別の構造又は装置を有するもの
- 1-2. 国、都道府県、市町村、関西国際空港株式会社、成田国際空港株式会社又は医療機関が傷病者の緊急搬送のために使用する救急用自動車のうち、傷病者の緊急搬送のために必要な特別の構造又は装置を有するもの
- 1-3. 消防機関が消防のための出動に使用する消防用自動車（第一号に掲げるものを除く。）
- 1-4. 都道府県又は市町村が傷病者の応急手当（当該傷病者が緊急搬送により医師の管理下に置かれるまでの間緊急やむを得ないものとして行われるものに限る。）のための出動に使用する大型自動二輪車又は普通自動二輪車
- 1-5. 医療機関が、傷病者の緊急搬送をしようとする都道府県又は市町村の要請を受けて、当該傷病者が医療機関に緊急搬送をされるまでの間における応急の治療を行う医師を当該傷病者の所在する場所にまで運搬するために使用する自動車
- 1-6. 医療機関（重度の傷病者でその居宅において療養しているものについていつでも必要な往診をすることができる体制を確保しているものとして国家公安委員会が定める基準に該当するものに限る。）が、当該傷病者について必要な緊急の往診を行う医師を当該傷病者の居宅にまで搬送するために使用する自動車

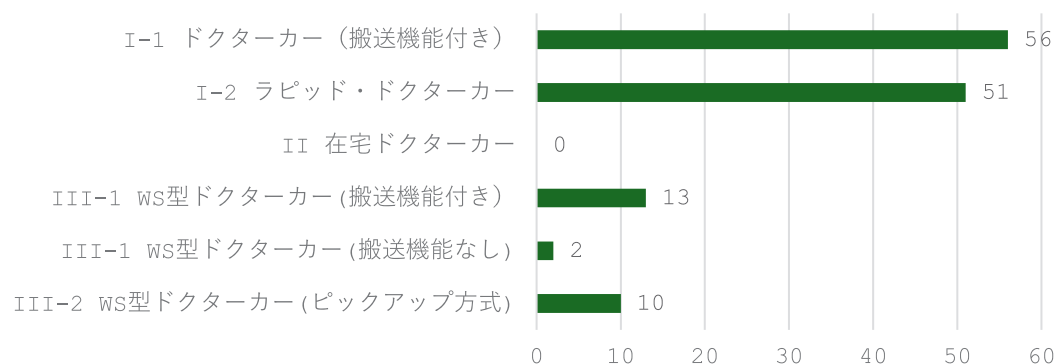
上記を基に、ドクターカーの種類区分について下記の如く回答を得た。

ドクターカーの類型（複数選択可）



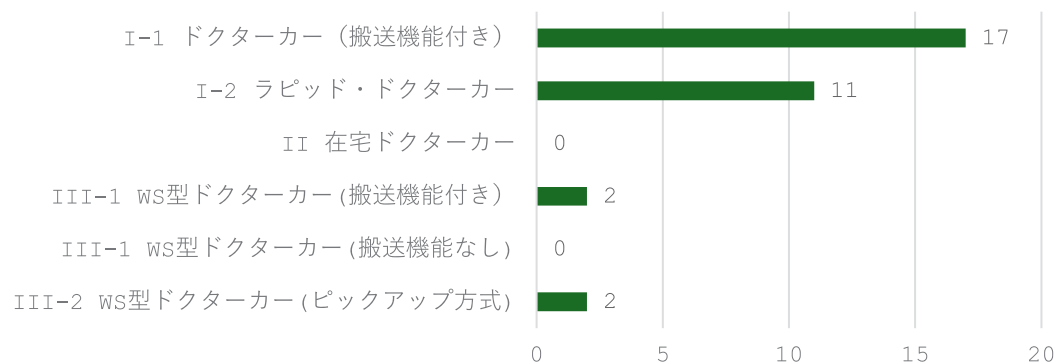
ドクターカーの類型（複数選択可）

（救命救急センター n=94）



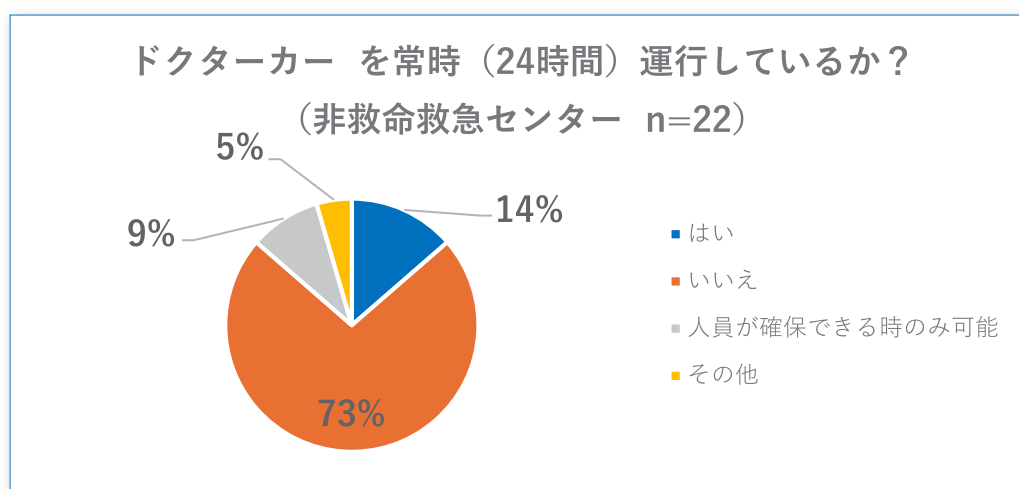
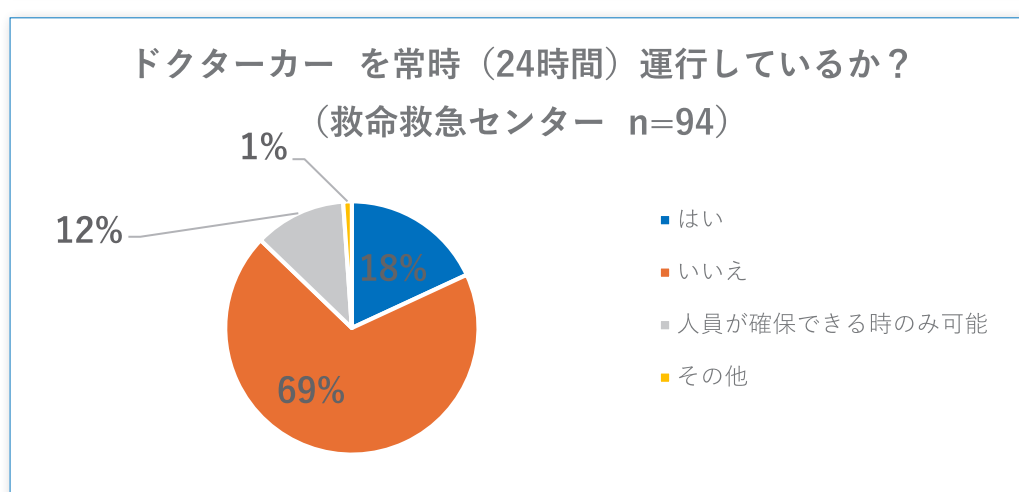
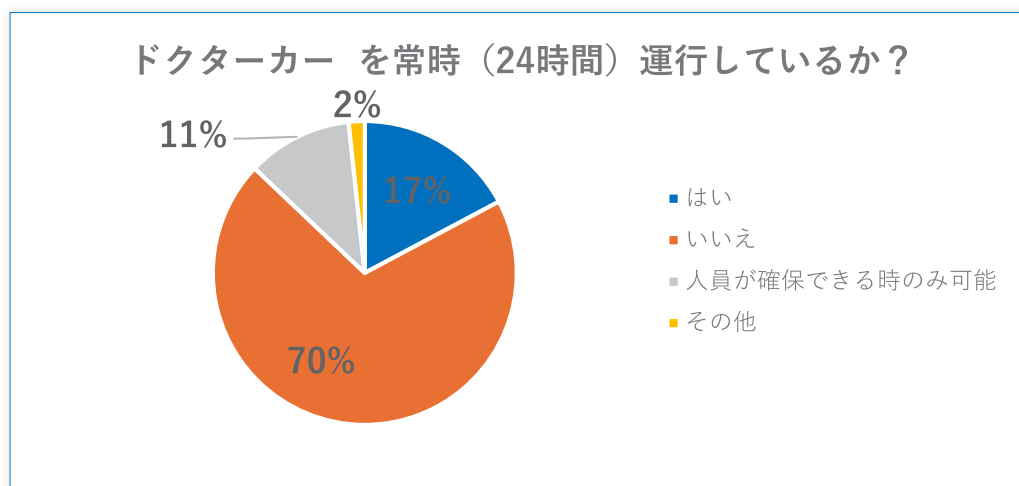
ドクターカーの類型（複数選択可）

（非救命救急センター n=22）



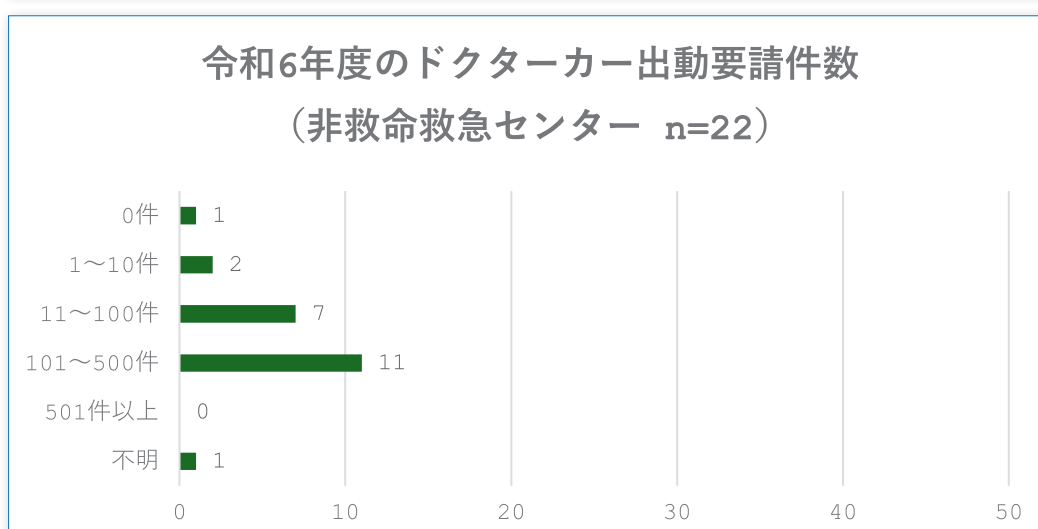
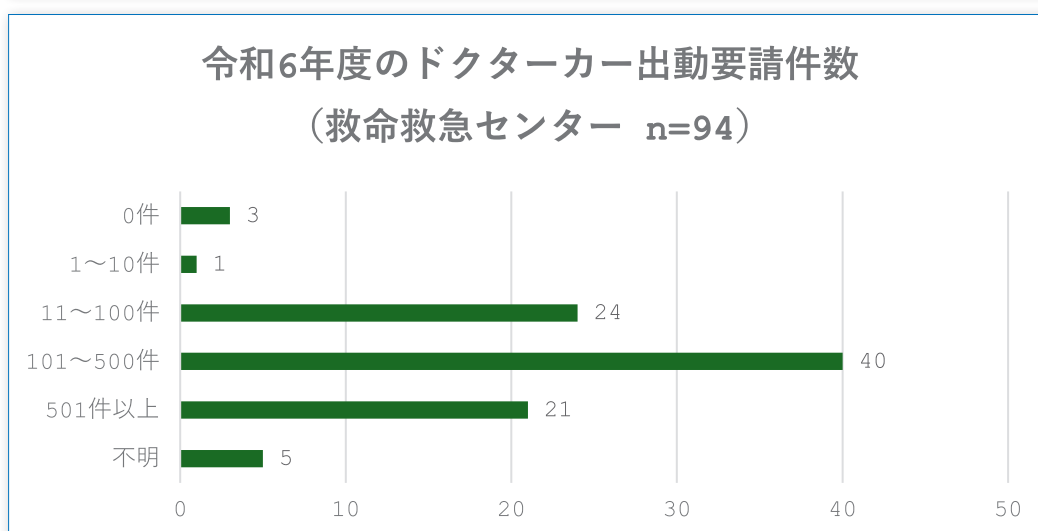
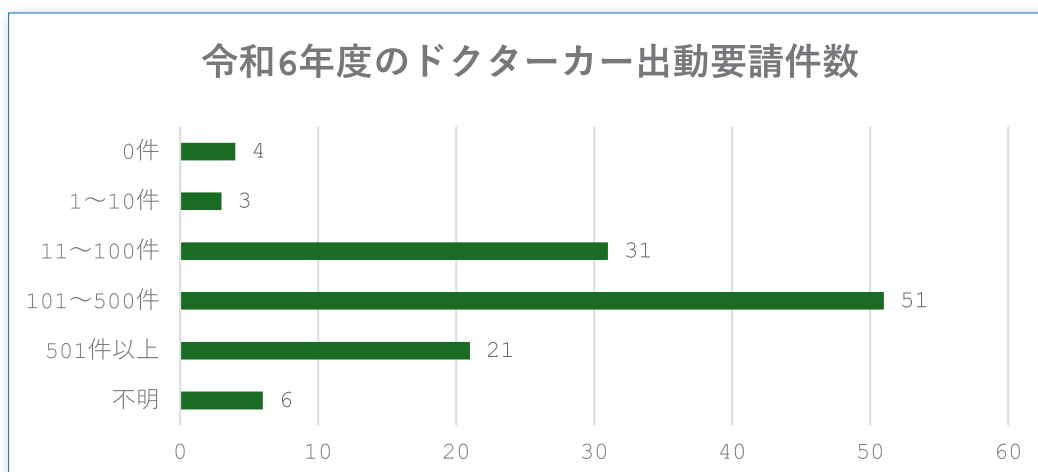
搬送機能を持つドクターカーが最多であり、その次にラピッドカータイプが続いた。これはWS型としても同様であり、より汎用性の高い車両が選択される傾向があった。

・ドクターカー を常時（24 時間）運行しているか（回答数：116 施設）



ドクターカーを24時間運行できている施設は20施設（17.2%）にとどまり、その他の施設が常時ドクターカーを運行できない状況にあった。令和4年度 厚生労働省 委託研究事業ドクターカーの運用事例等に関する調査研究事業報告（以下、令和4年度報告）によると、ドクターカーが常時運用できている施設は21%であったため、さらに終日の活動ができていない施設が増加した結果となった。

- ・令和6年度（2024年4月1日から2025年3月31日まで）のドクターカー出動要請件数
（回答：116施設）

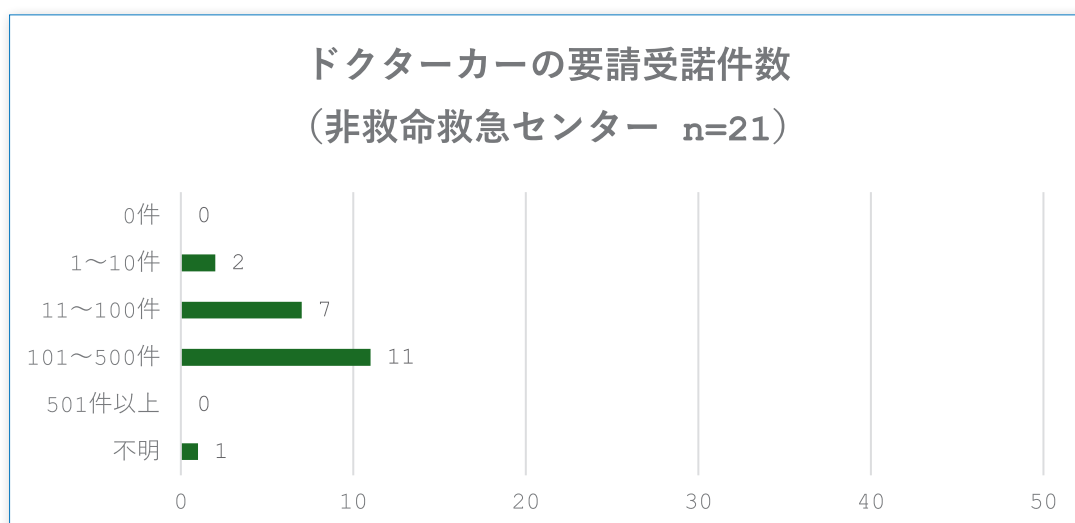
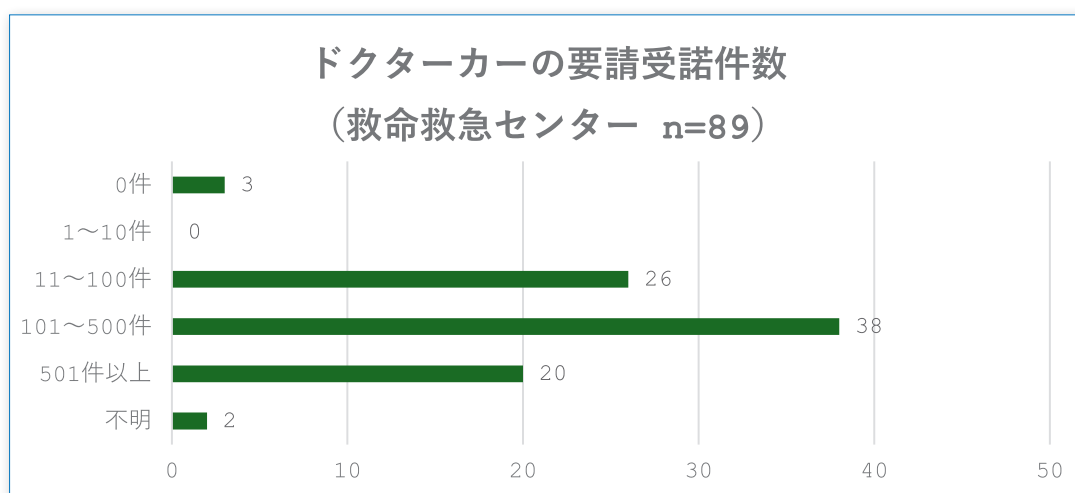
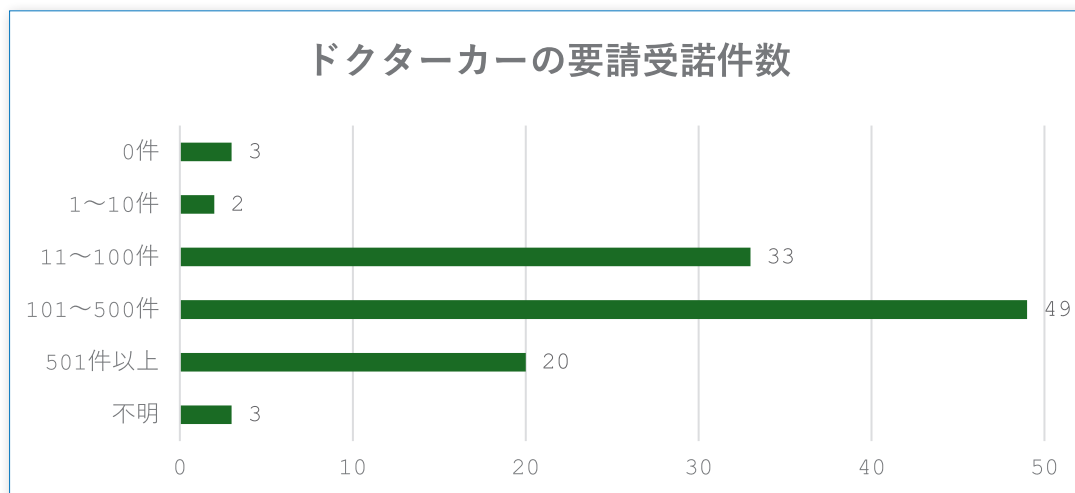


1年間に於いて、101件以上出動依頼のある施設が、72施設（62.1%）に見られた。一方で100件以下（月平均およそ8件以下）である施設が38施設（32.8%）見られた。なお、1年要請件数が0件であった施設も4施設（3.4%）存在していた。施設間で大きな格差が存在することが明らかとなった。これは令和4年度報告の分布とほぼ同等であった。

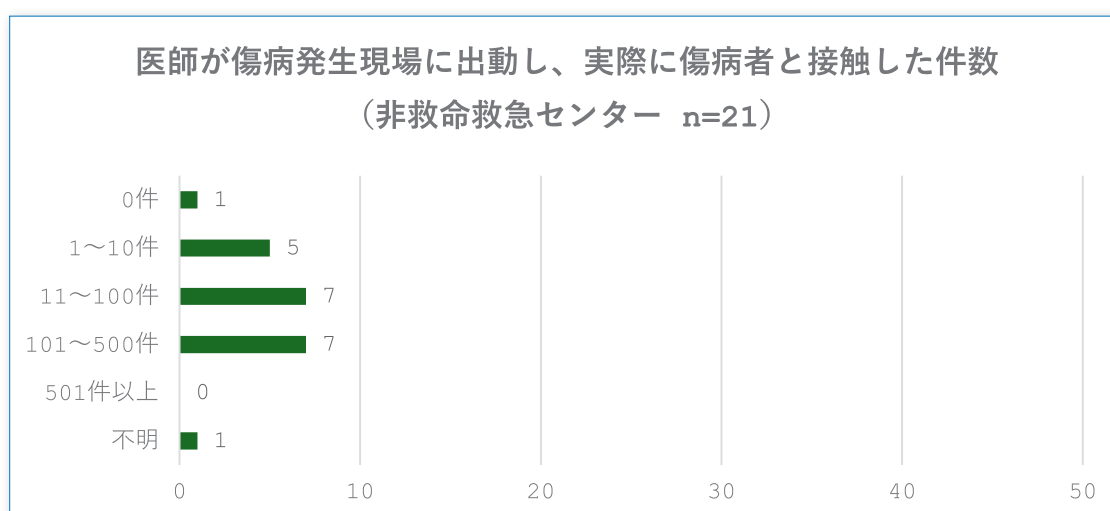
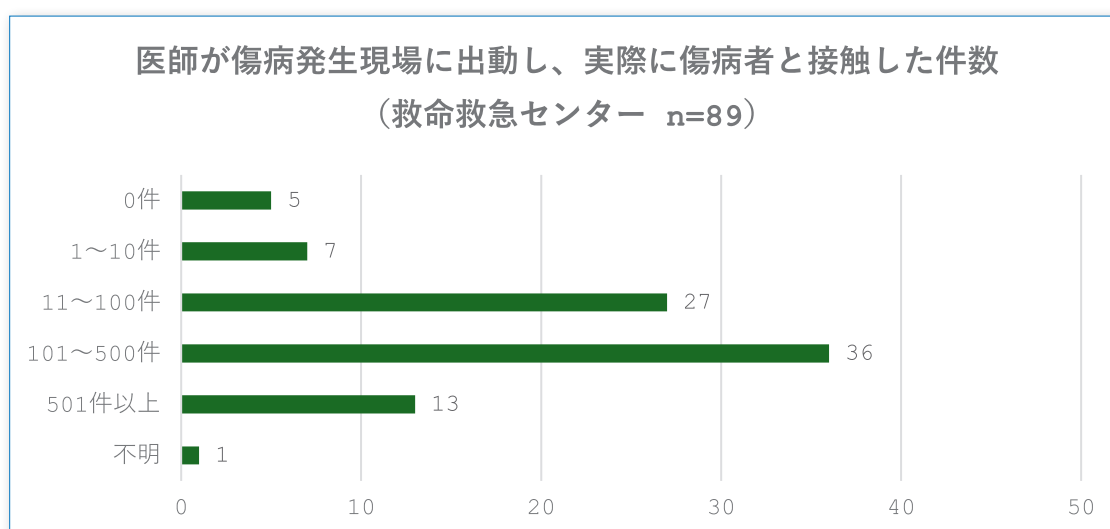
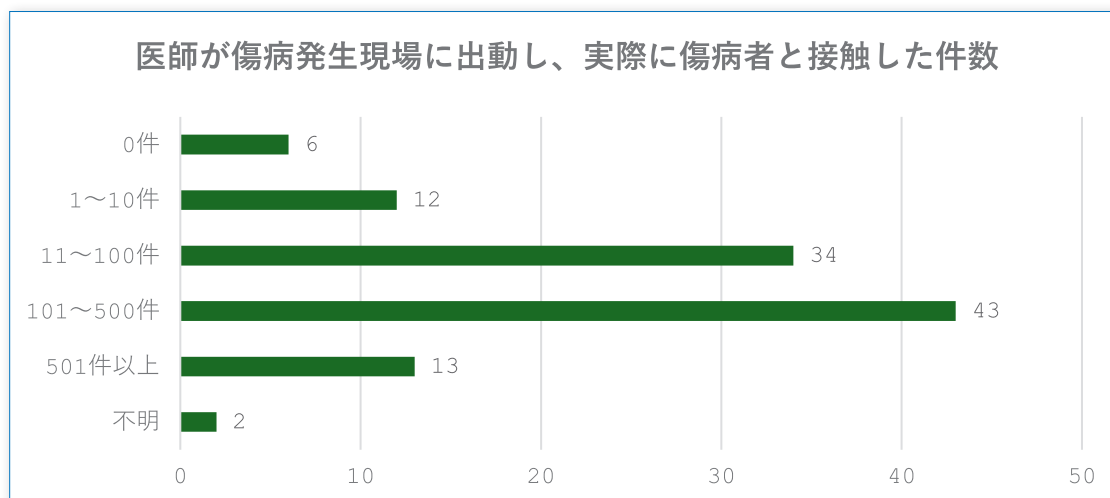
- ・上記のうち、ドクターカーの要請受諾件数（要請された件数のうち、応需した数）（回答：110 施設）

下記に、1年間におけるドクターカー要請受諾件数を示す。

上記とほぼ分布に変化はなく、多くの施設がドクターカー要請に応需することができている。



- ・要請受諾件数のうち、医師が同乗して傷病発生現場（あるいはランデブーポイント）に出動し、実際に傷病者と接触した件数（現場救急にかかわった件数）（回答：110 施設）

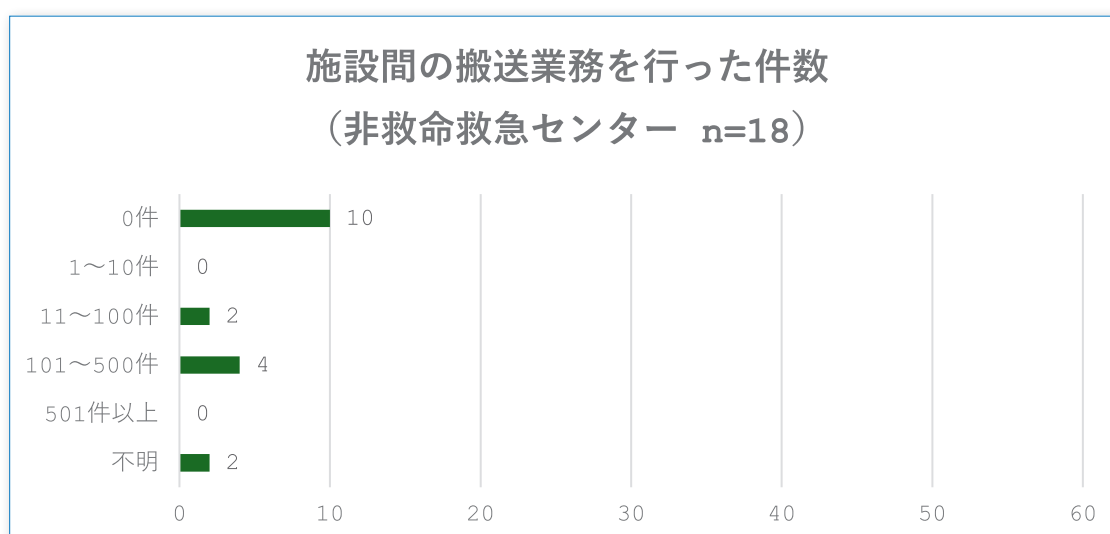
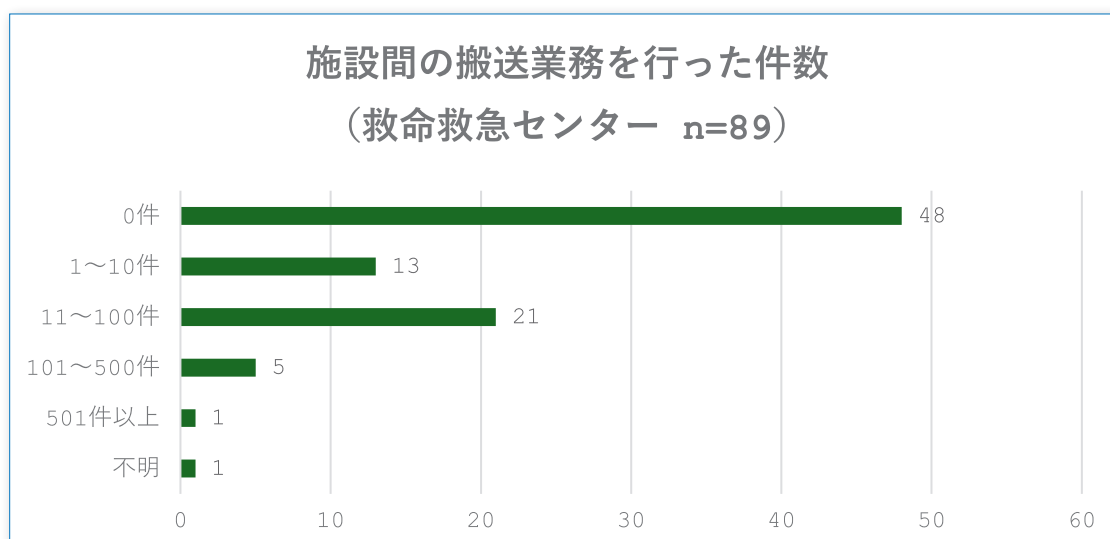
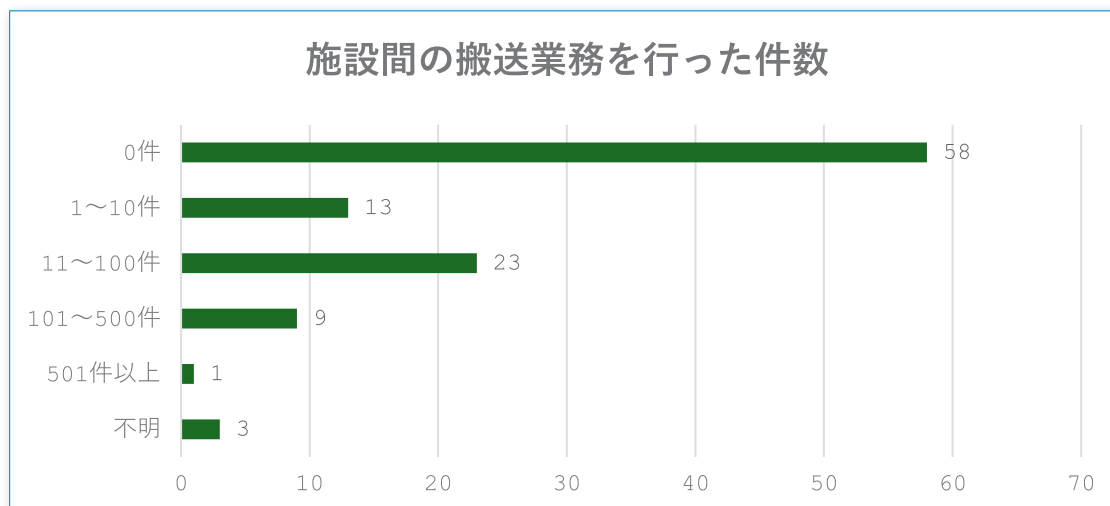


この回答に関しては、受諾件数から途中引き上げの件数などを減じた値が反映されると思われる。100 回以上（月平均およそ 8 件以上）の施設は 56 施設（50.9%）存在していた。一方、1 年のうち、まったく患者診療に至っていない施設も 6 施設（5.5%）存在していた。

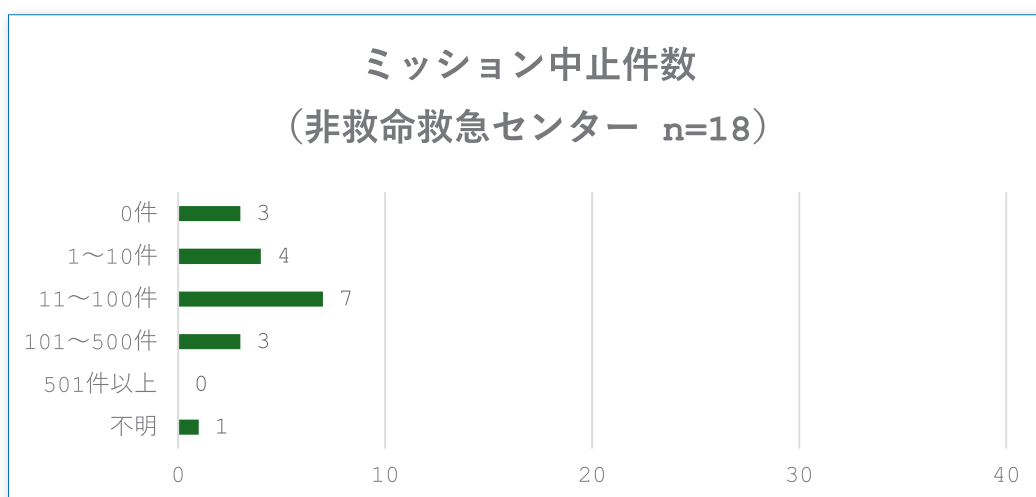
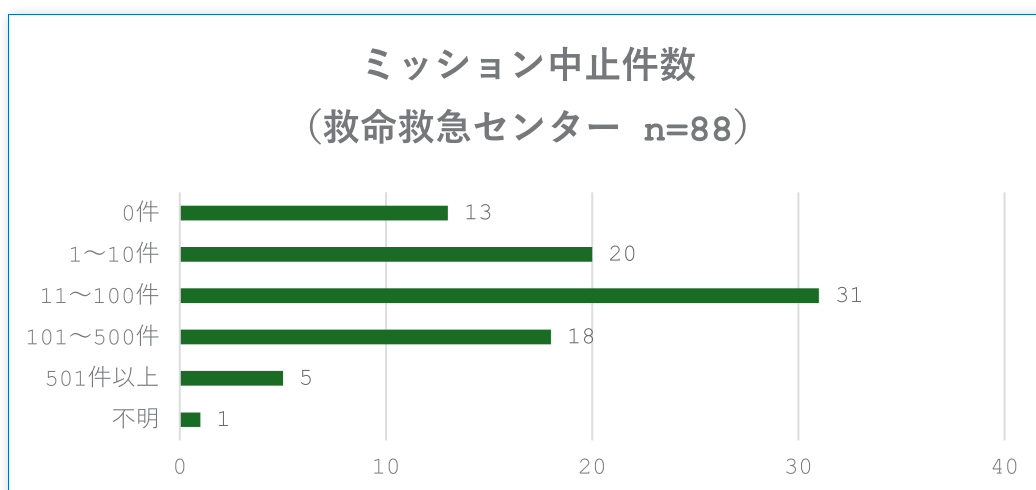
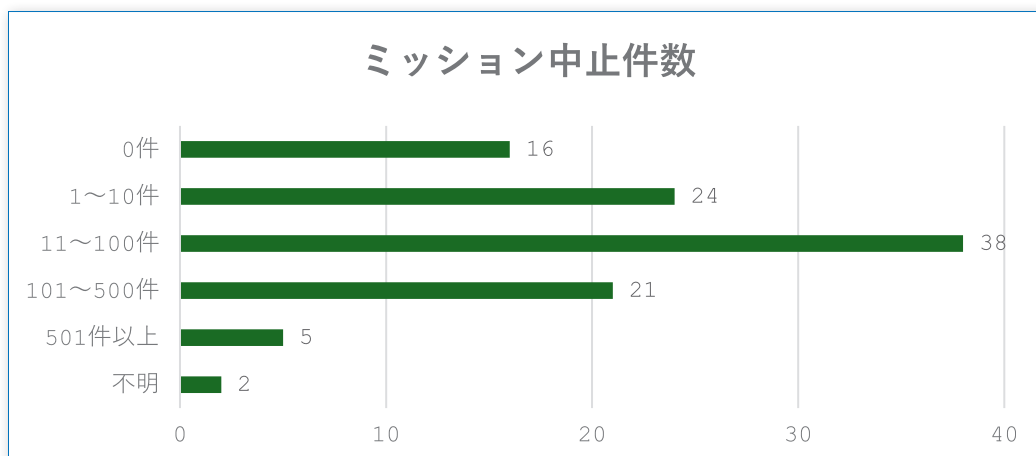
・要請受諾件数のうち、施設間の搬送業務を行った件数

施設間搬送業務を行った件数は0件をのぞき、1年11～100回が最多であった。

非救命センターでは、年間101～500回が多く、非救命センターではドクターカーが搬送に多く使用されていることが明らかになった。



- ・要請受諾件数のうち、ミッション中止件数（要請キャンセル、途中引き上げ、活動中止など）
（回答数：106 施設）

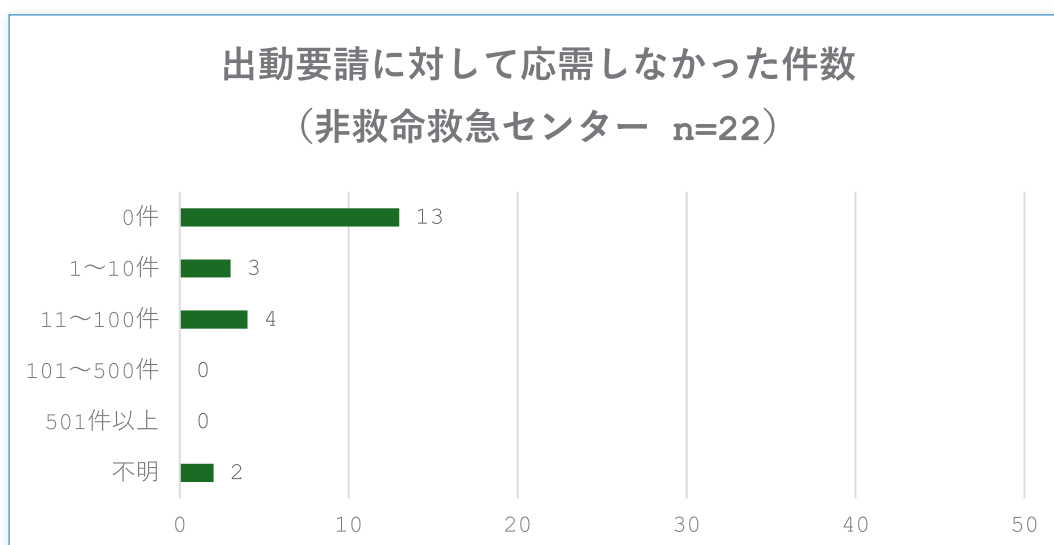
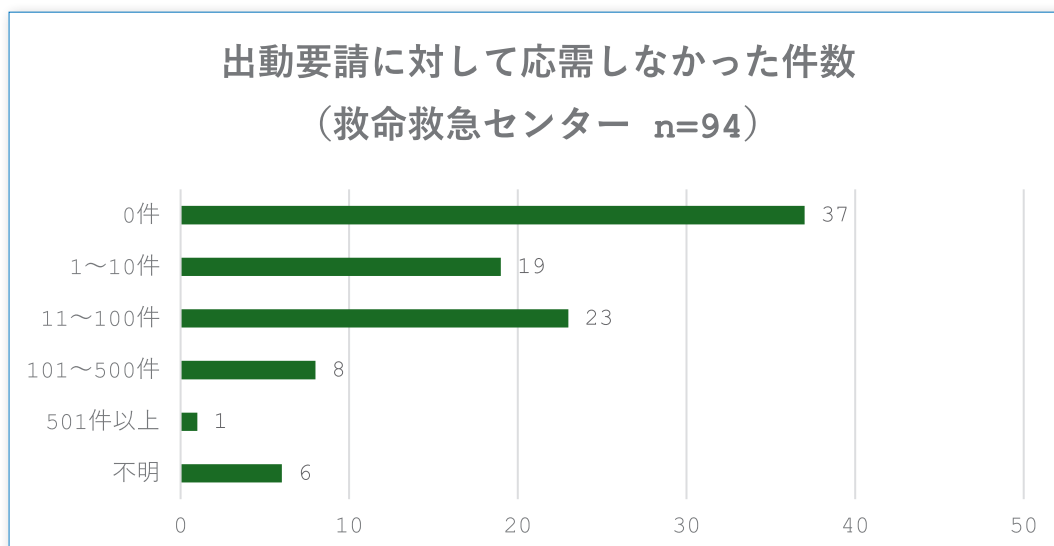
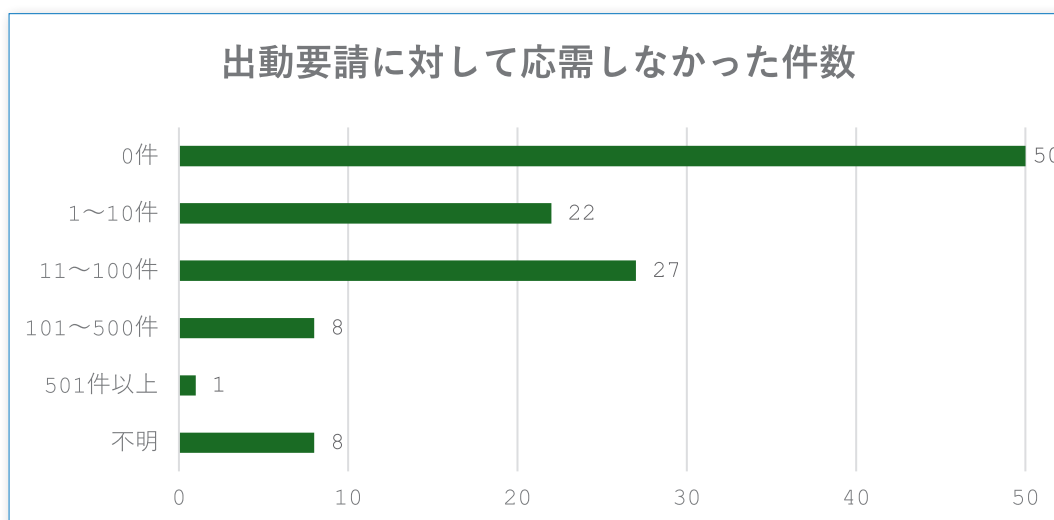


ミッション中止の件数は11～100回が最多であり、16施設において、途中引き上げなどは見られなかった。一方、引き上げの頻度が高い施設も存在し、101回以上の引き上げ回数の見られる施設もあった。これはキーワード方式による出動の場合など、119番通報時に想定された重症度よりも実際は重症度が低い状態であり、途中引き上げ等になった可能性も考えられる。出動基準の最適化が引き続き求められるところである。

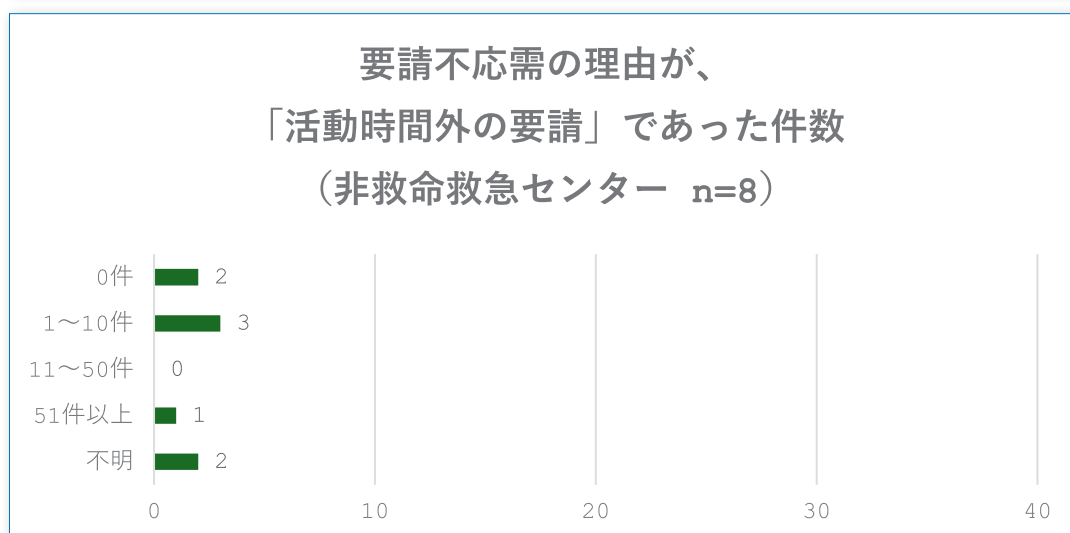
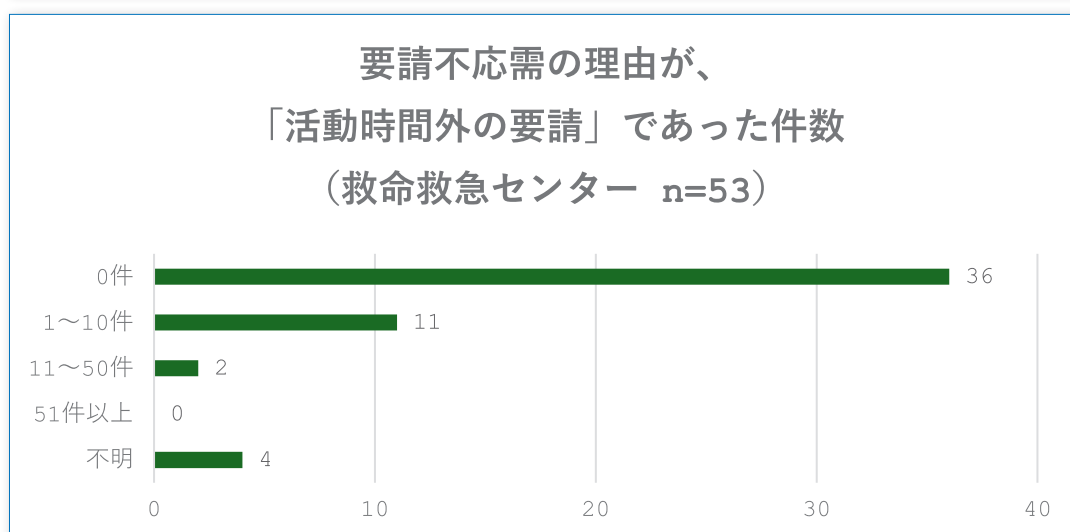
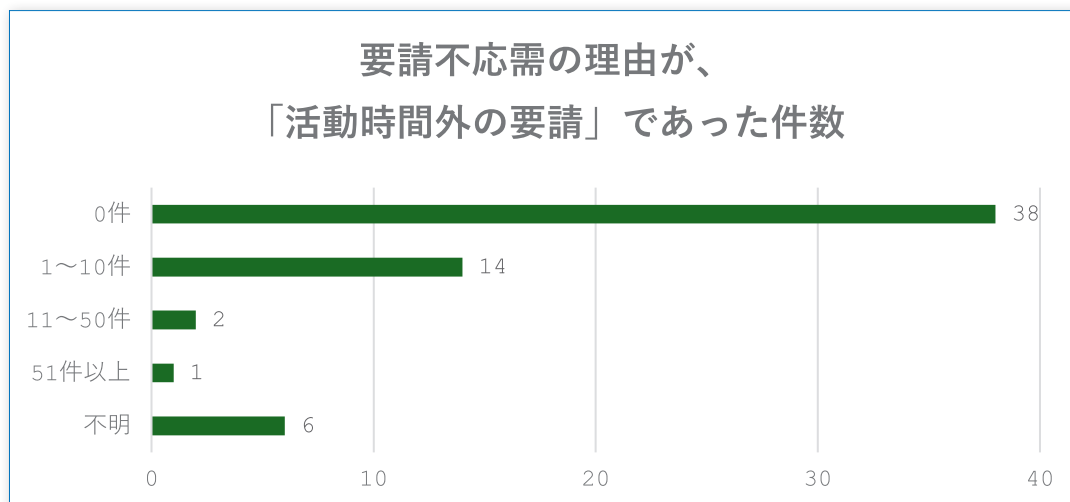
・ 出動要請に対して応需しなかった件数（回答：116 施設）

116 施設において、不応需がない施設が半数近くを占めた（50 施設：43.1%）。

一方、不応需件数の多い施設は回数ごとに減少していくことが見て取れた。

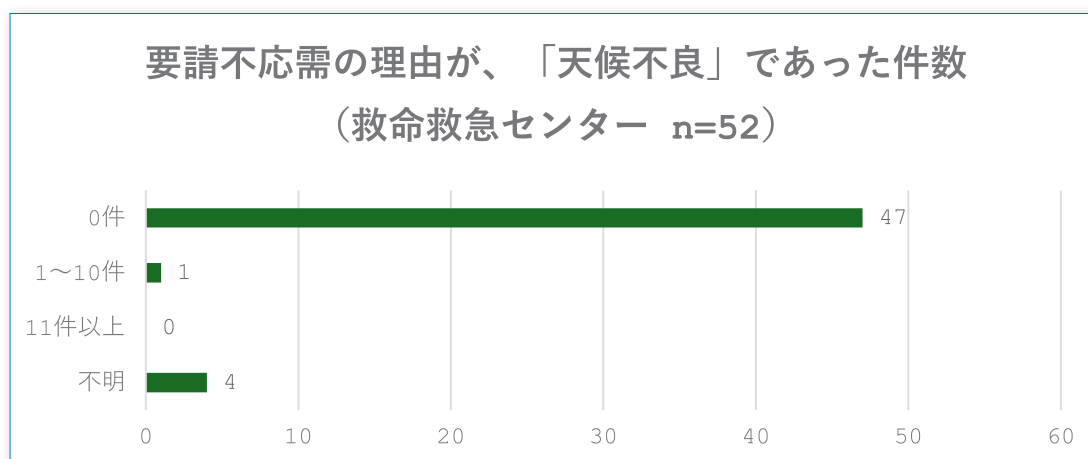
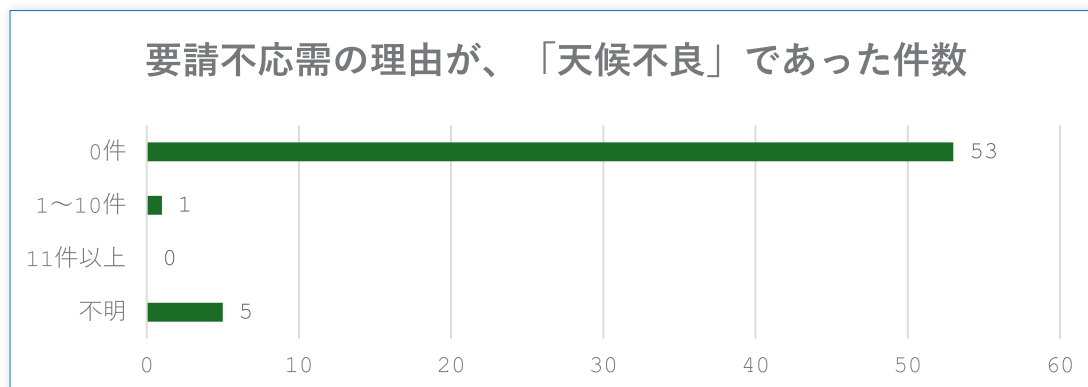


- ・要請不応需の理由が、「活動時間外の要請」であった件数（回答：61 施設）



活動時間外で応需できない経験のあった施設は17施設（27.8％）で見られた。令和4年度の報告では16.8％であったため、時間外要請における不応需が増加していることが明らかになった。これは、24時間ドクターカー活動を行うことができる施設が減少していることも影響していると思われる。

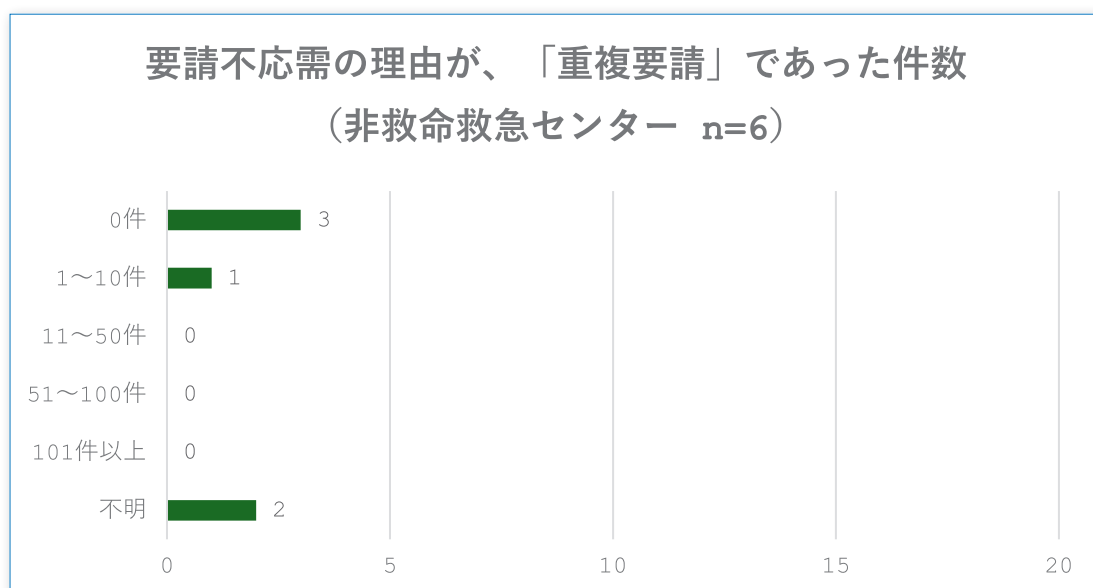
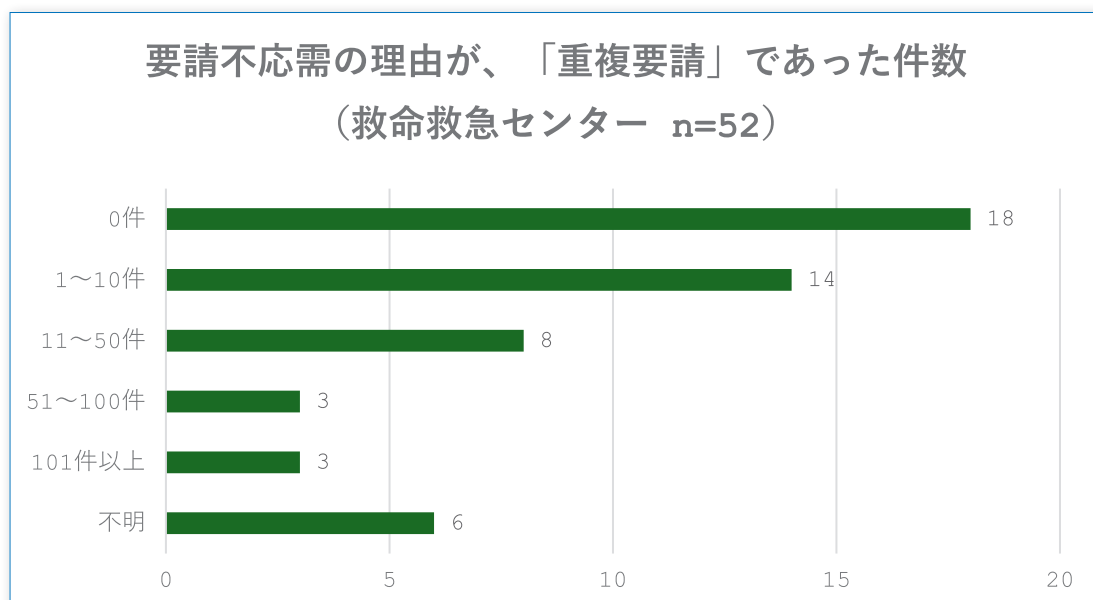
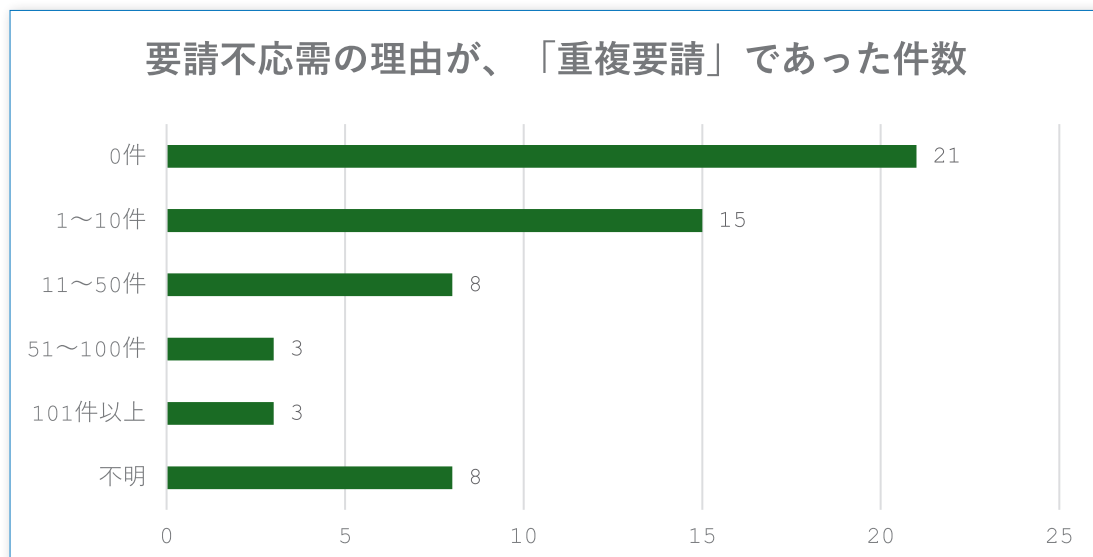
・要請不応需の理由が、「天候不良」であった件数（回答：59 施設）



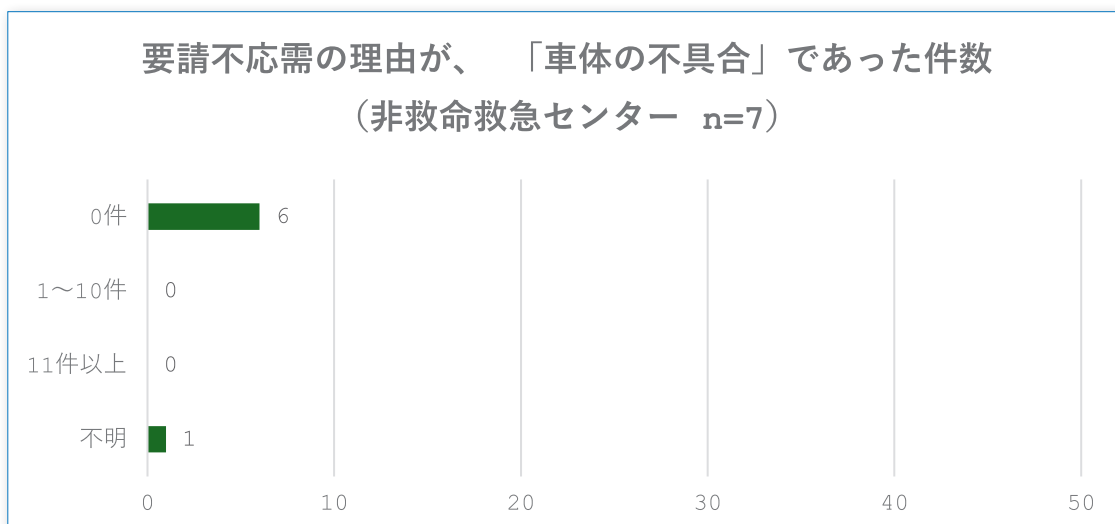
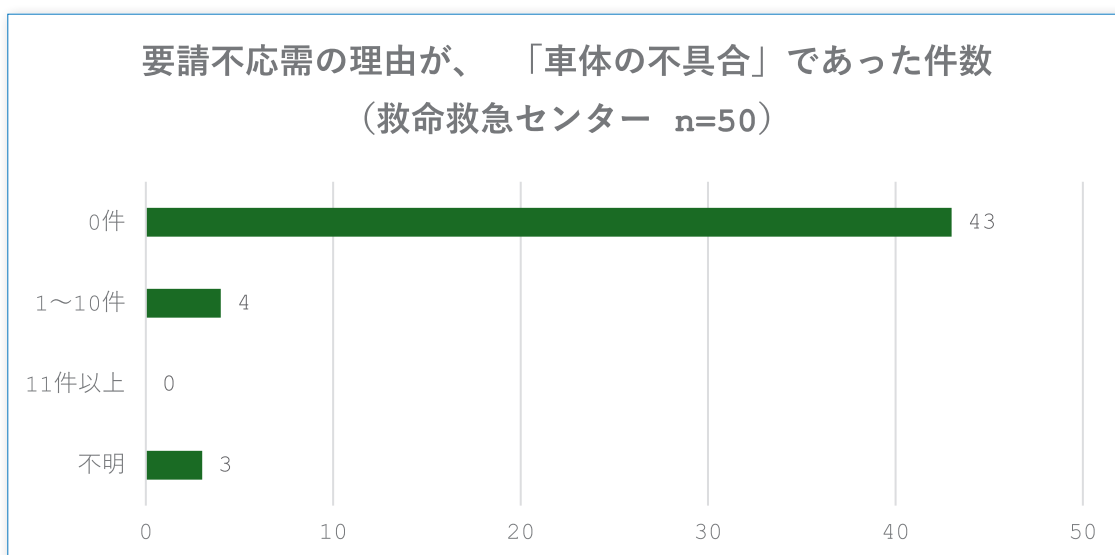
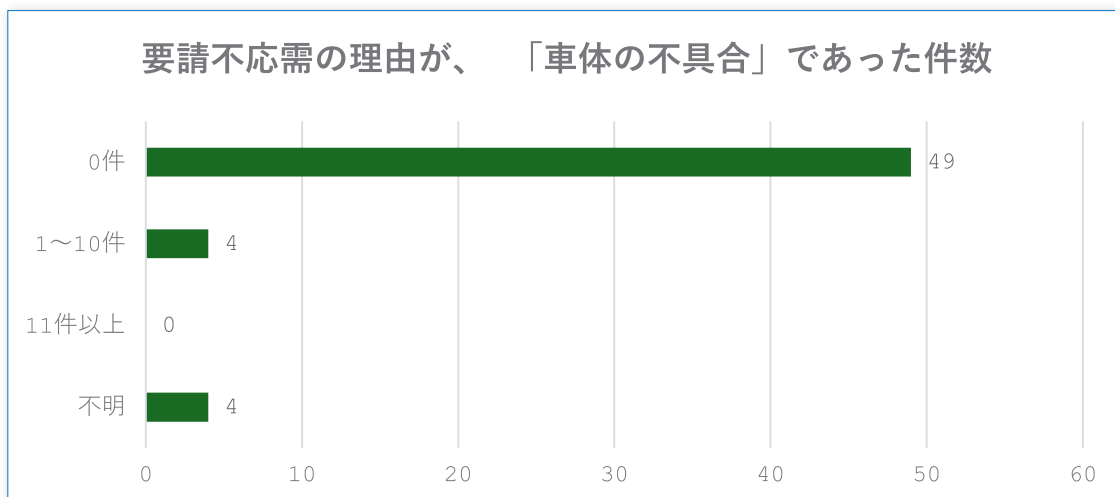
上記の如く、要請不応需の原因が天候不良であったものはほとんど見られなかった。ドクターカーは天候に左右されず、活動が可能であることがドクターヘリと比してのメリットであると考えられる。

・要請不応需の理由が、「重複要請（他の案件にてドクターカーが出動中）」であった件数（回答：58 施設）

重複要請が原因での不応需を経験している施設は 29 施設（50.0%）に見られた。令和 4 年度と比較すると、令和 4 年の 34 施設（32.0%）よりも減少したものの、割合としては増加しており、ニーズの高まりに対応しきれない施設の増加が懸念された。

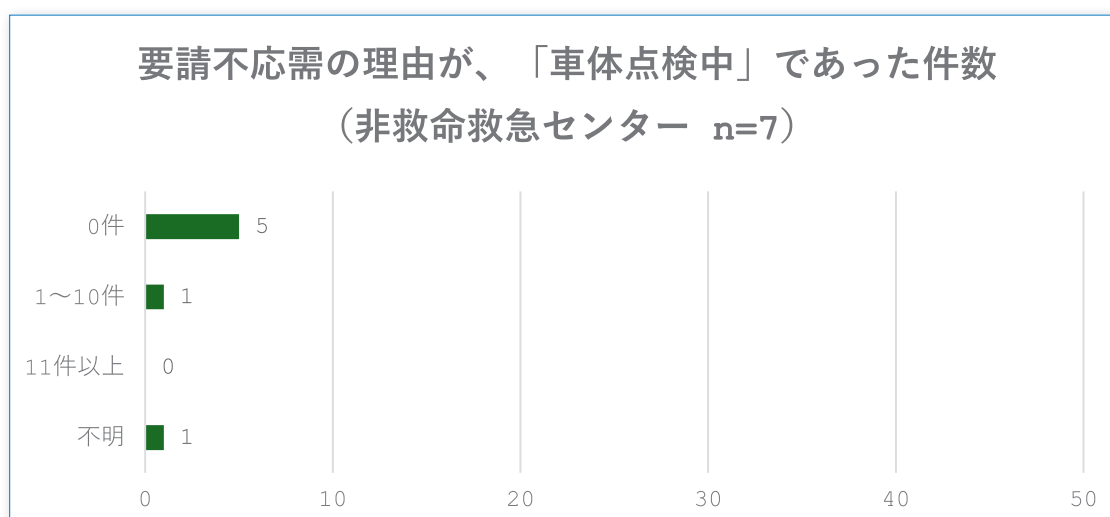
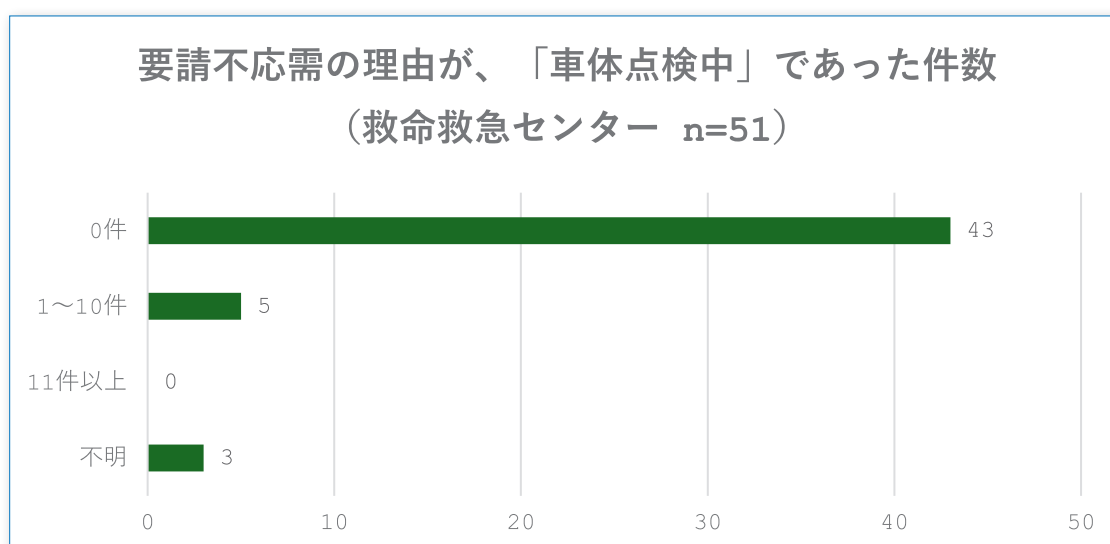
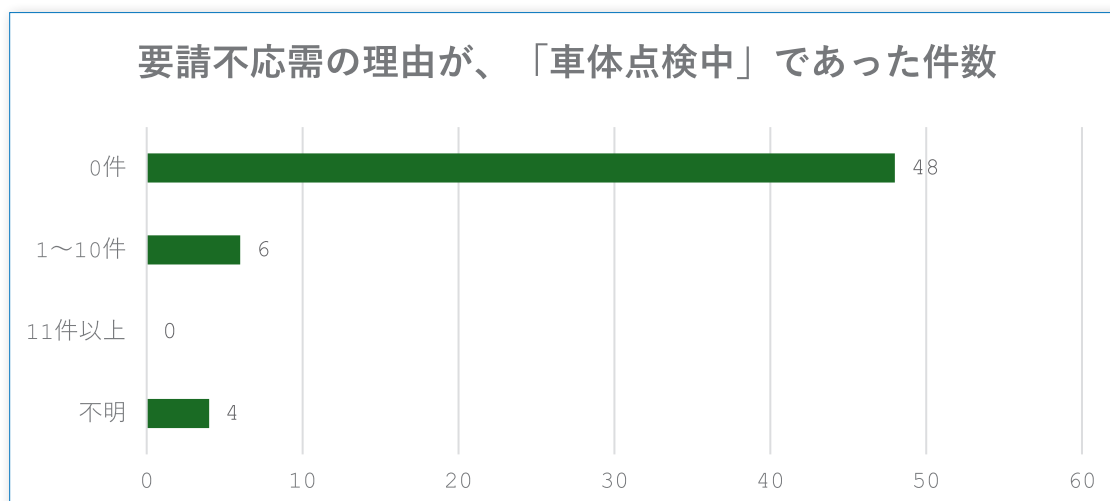


・要請不應需の理由が、「車体の不具合」であった件数（回答：57 施設）



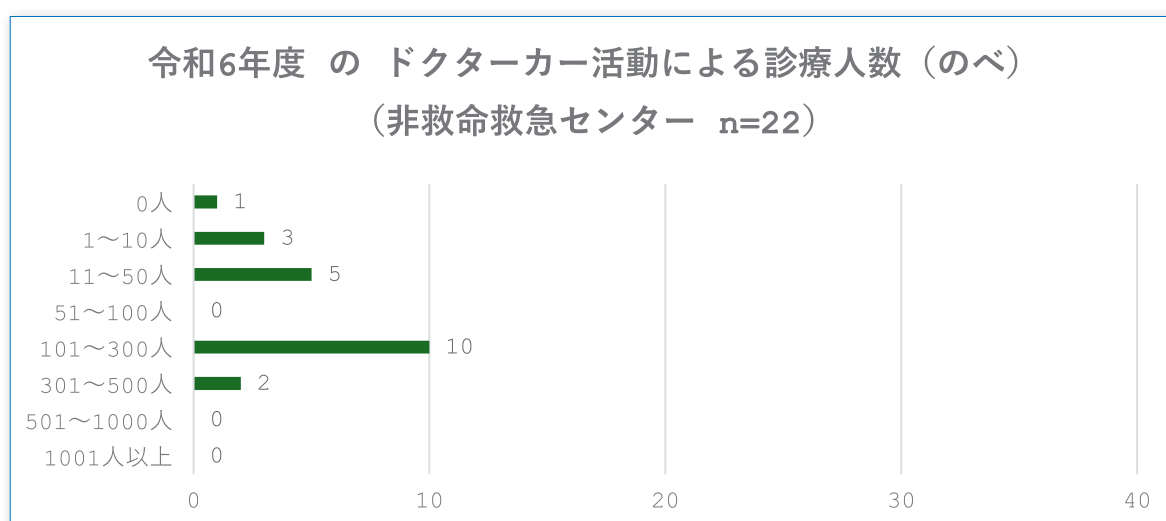
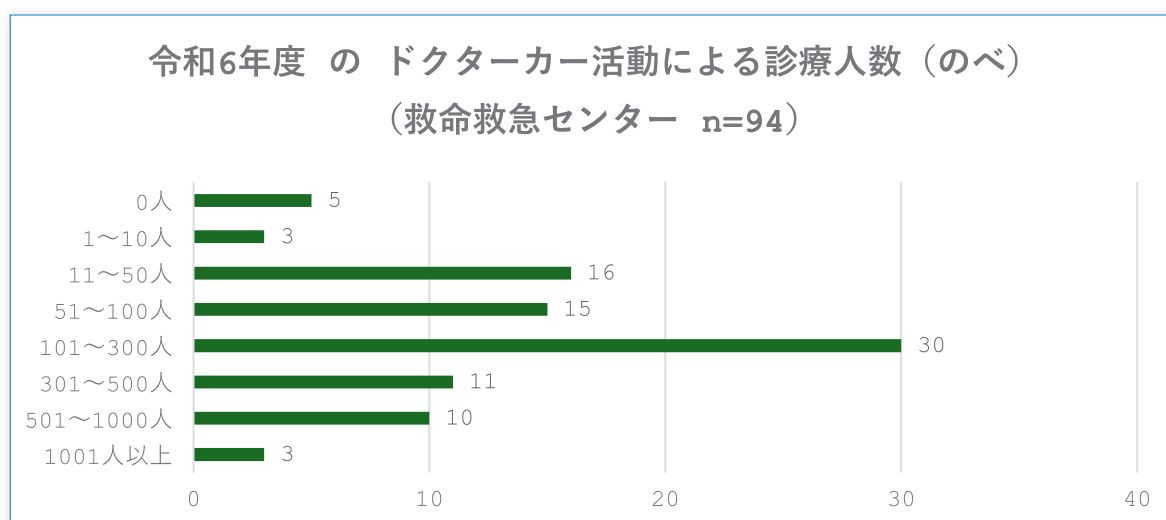
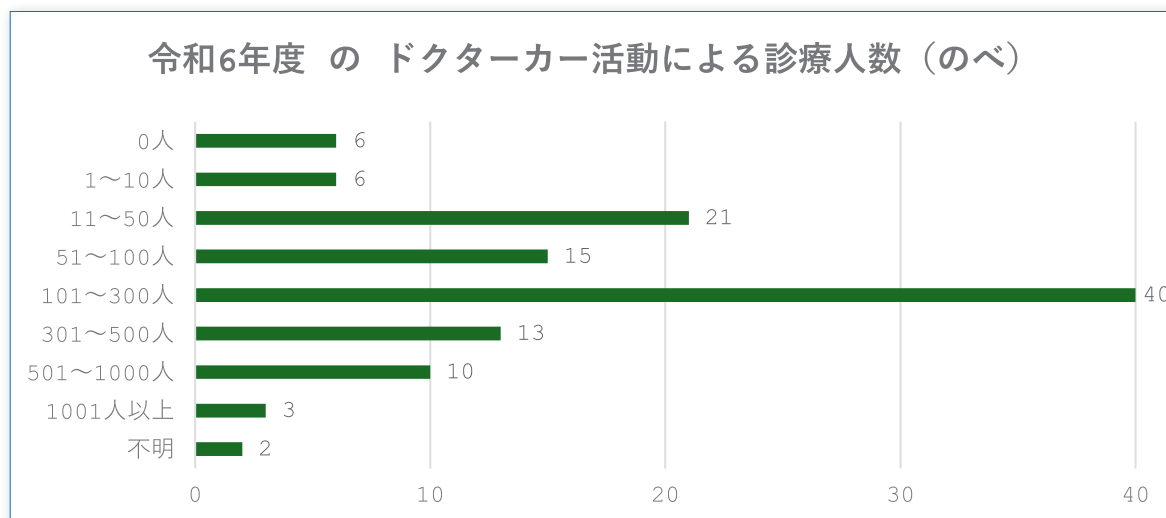
車体の不具合による不應需を経験した施設はほぼ見られず、4 施設（7.0%）のみにとどまっていた。ドクターカーは車両設備のトラブルによる不應需が少ないことが明らかになった。

- ・要請不応需の理由が、「車体点検中」であった件数（回答：58 施設）



上記の如く、車体点検中により不応需を経験した施設は6施設にとどまった。ドクターカーはドクターヘリと異なり車体点検や整備に時間を要さず、即応性が高いと思われた。

- ・ 2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日までのドクターカー活動による診療人数（のべ）
（回答：116 施設）

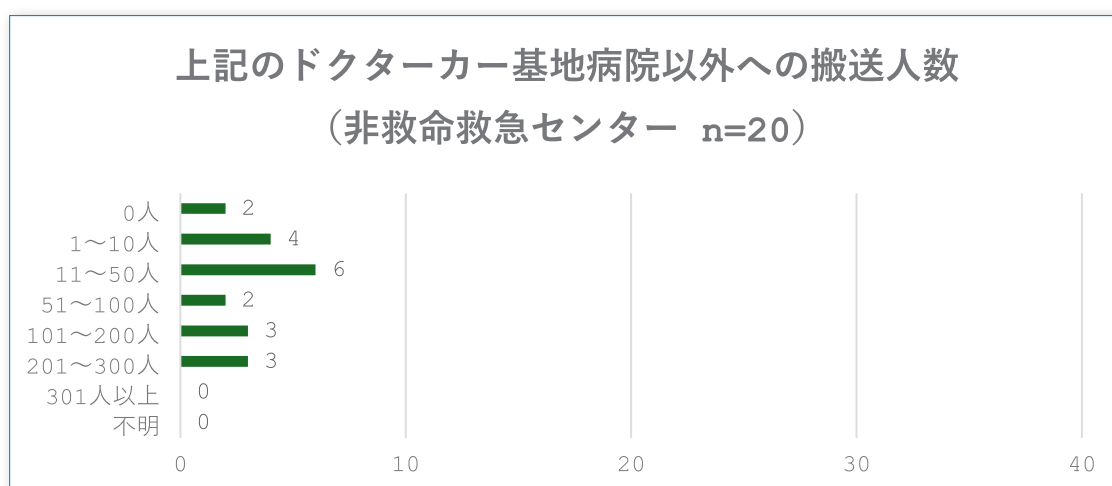
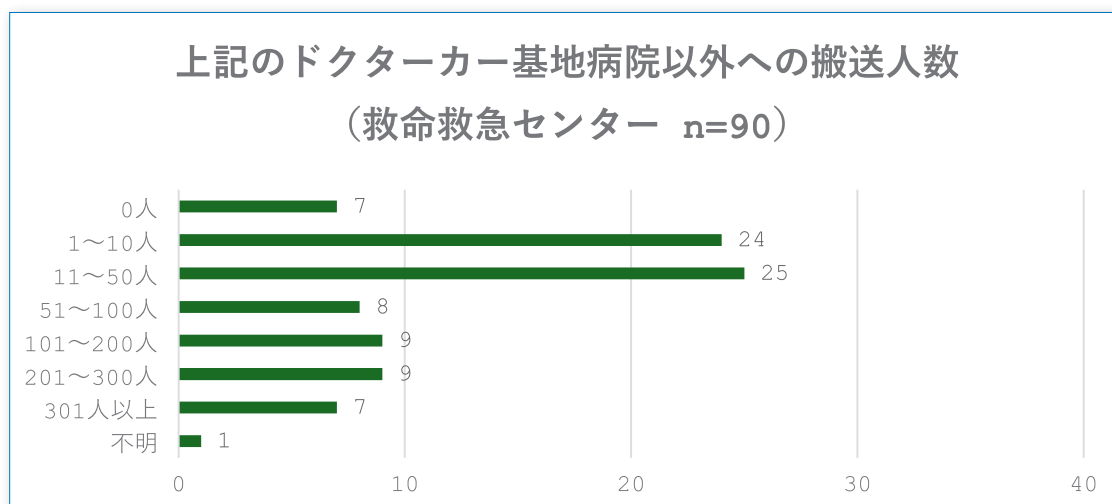
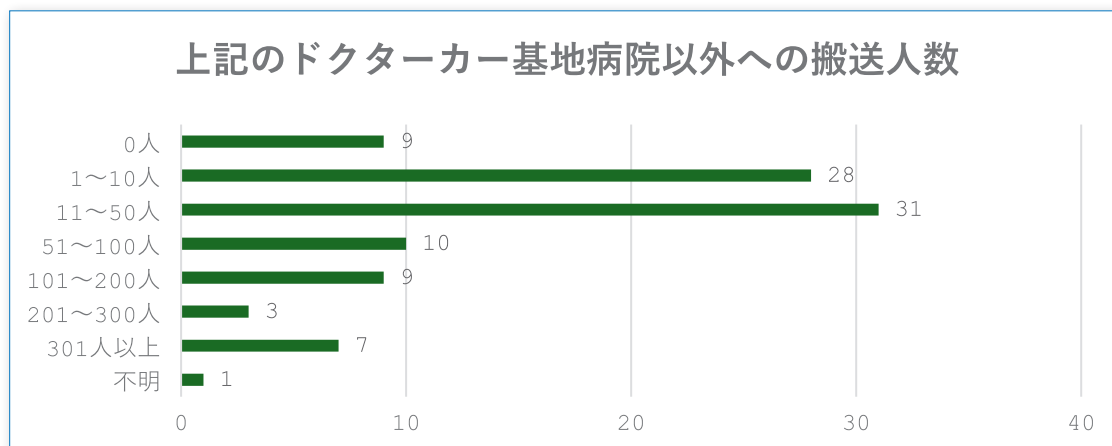


全国で1年間（2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日まで）の総患者数は 23,502 人であった。これは、1 施設当たり、202.6 人 / 年と概算され、令和 4 年度の 175 人 / 年と比較すると、ドクターカーがカバーしている患者数は増加していることが推測された。

さらに 67 施設（57.8%）が年間 100 人以上の救急患者診療を行っていた。

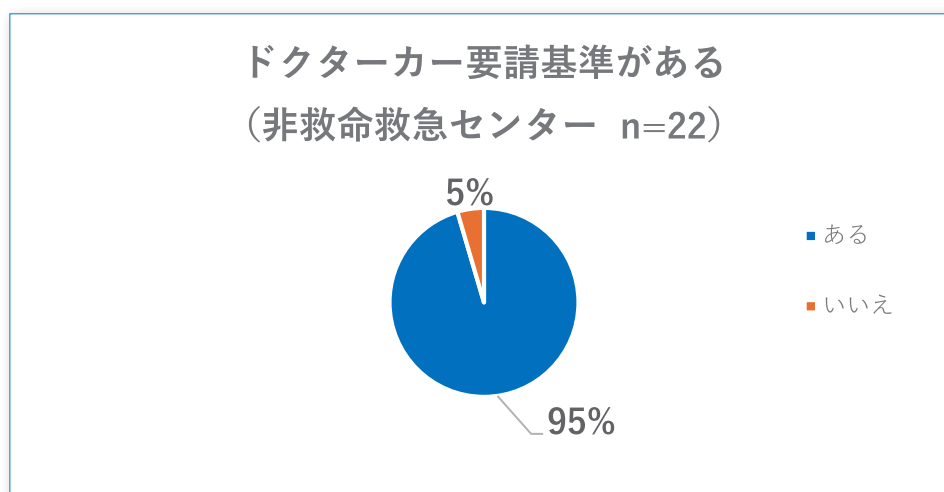
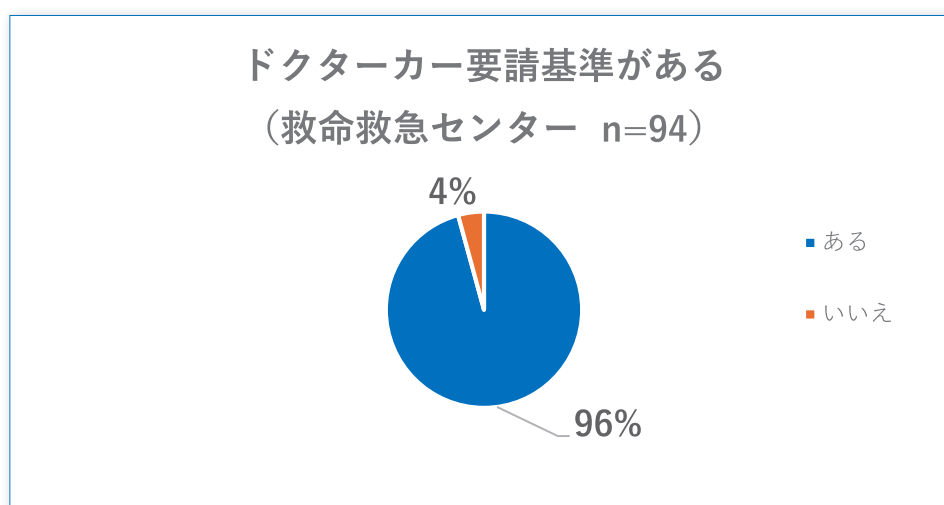
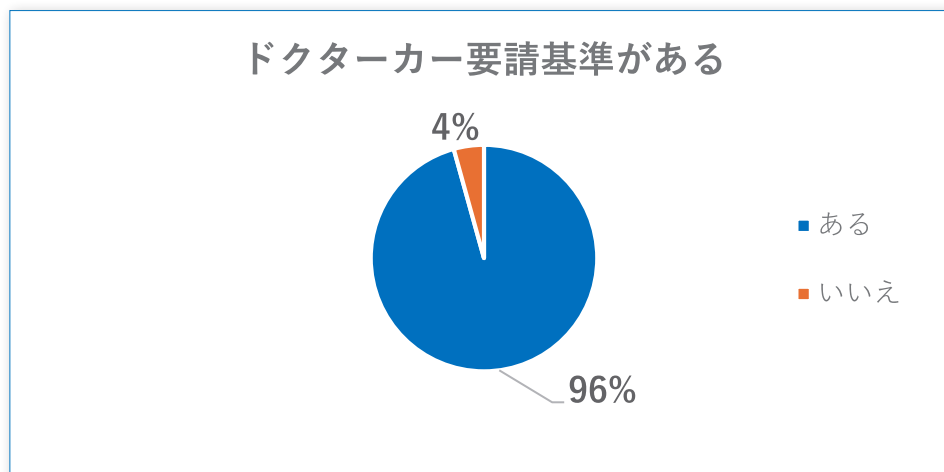
なお、最多人数は 1,184 名 / 年であった（八戸市立市民病院）。

・ドクターカー基地病院以外への搬送人数（回答：110 施設）



自院以外への患者搬送を行っていない施設は 9 施設（8.2%）にとどまった。すなわち、多くのドクターカー施設が自院以外の施設に搬送される患者を扱っており、ドクターカー活動は施設の収益につながりにくい構造になっていることがわかる。

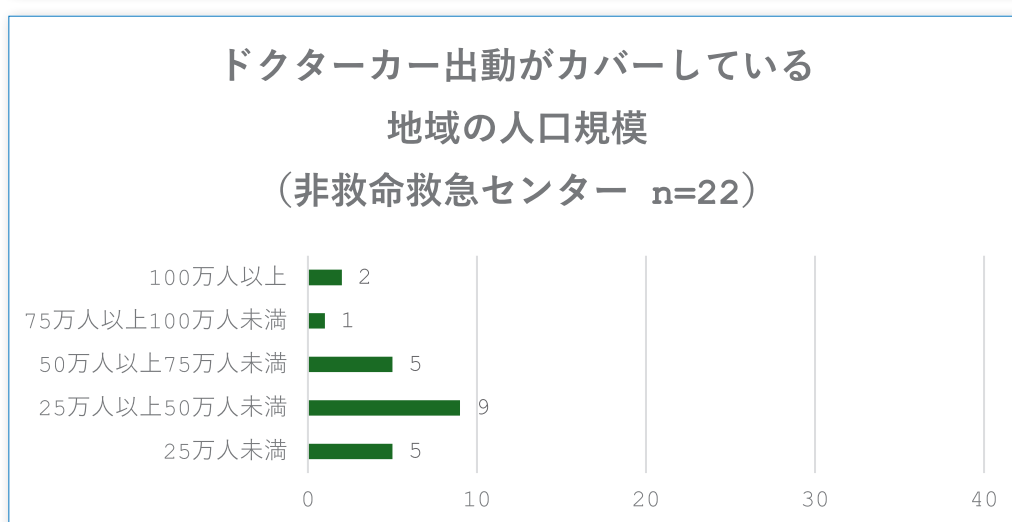
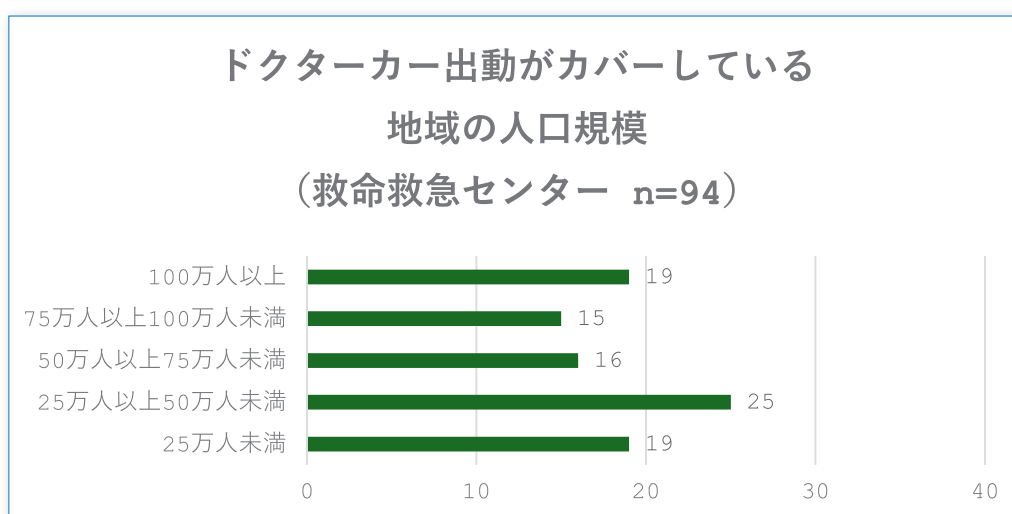
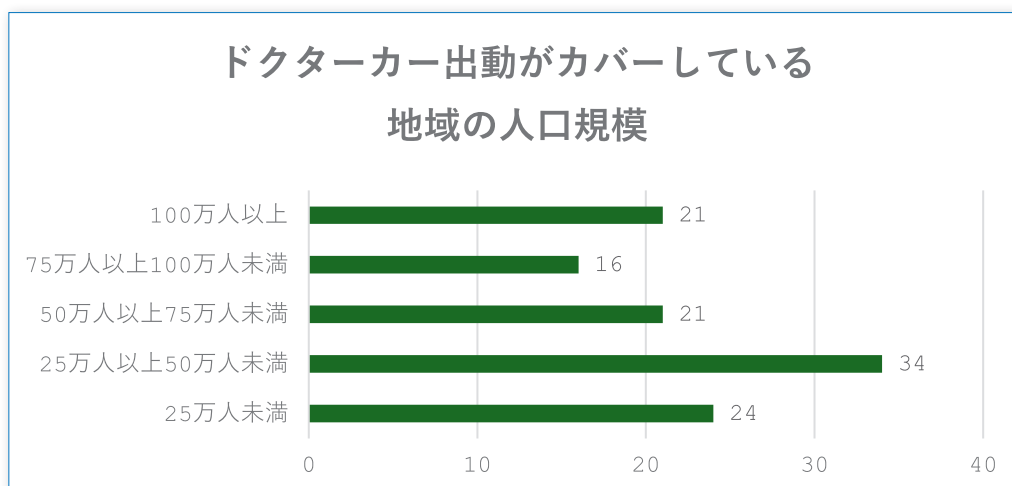
・ドクターカー要請基準があるか（回答：116 施設）



111 施設（95.7％）の施設が出動基準を設定している、と回答している。

令和4年度では出動基準を設定している施設は83%であったため、割合が増加しており、わずかながらではあるが、ドクターカーの出動基準に関わる事前の取り決めが推進されていることが明らかとなった。これには、令和4年度より厚生労働省が策定した、ドクターカー運行マニュアルの制定と普及が大きく関与している可能性がある。

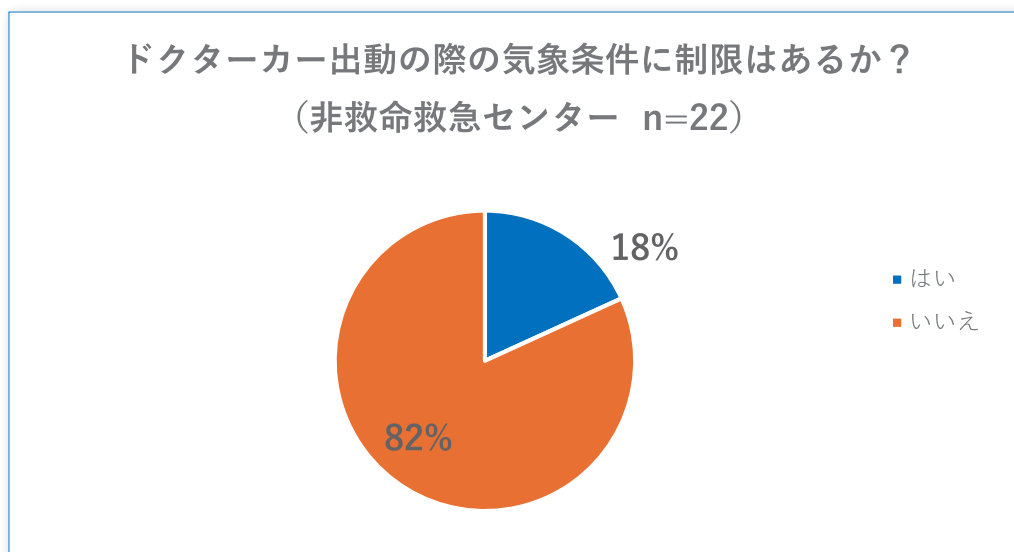
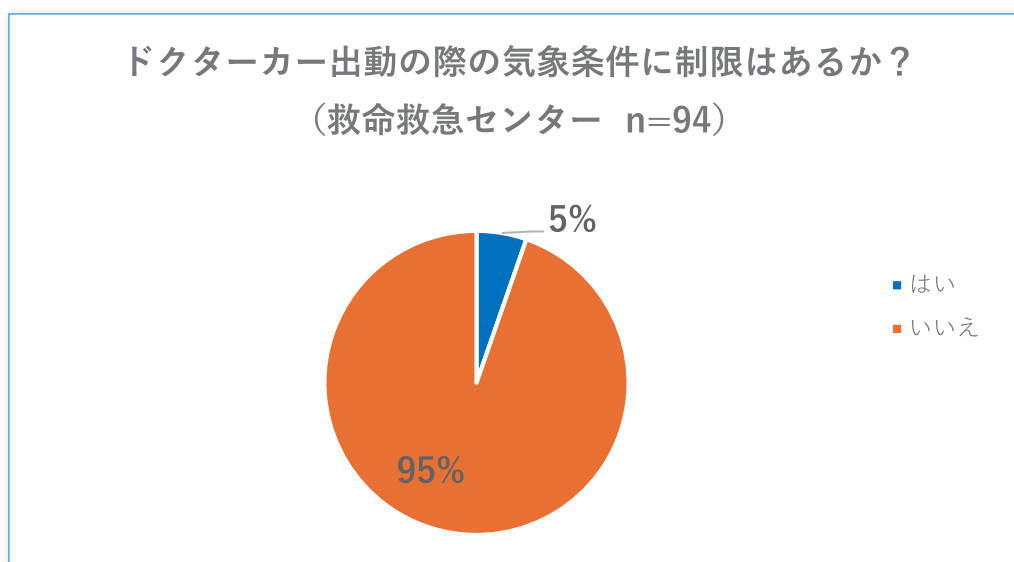
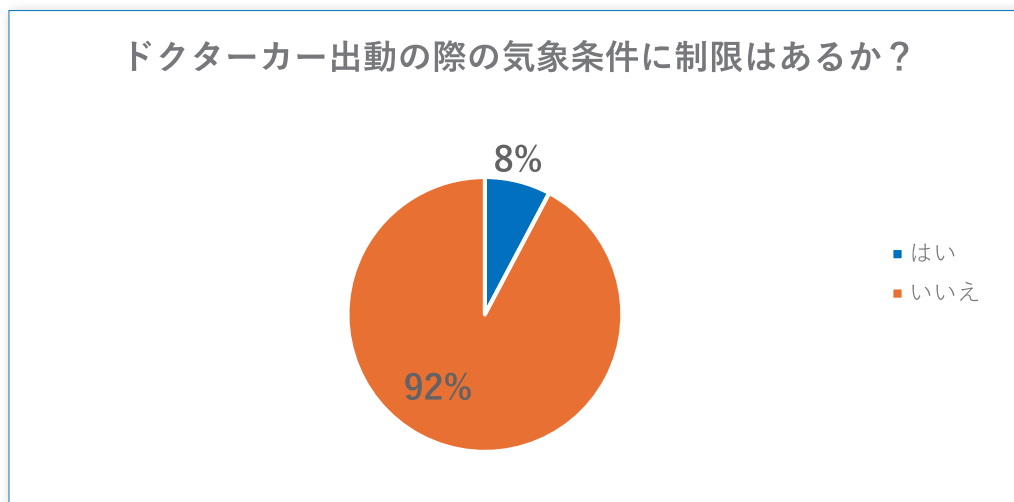
・ドクターカー出動がカバーしている地域のおおよその人口規模（回答：116 施設）



116 施設からの回答によると、25 万～50 万人の人口をカバーしている運用が最多（34 施設：29.3%）であった。一方、100 万人以上をカバーする施設も 21 施設（18.1%）存在した。

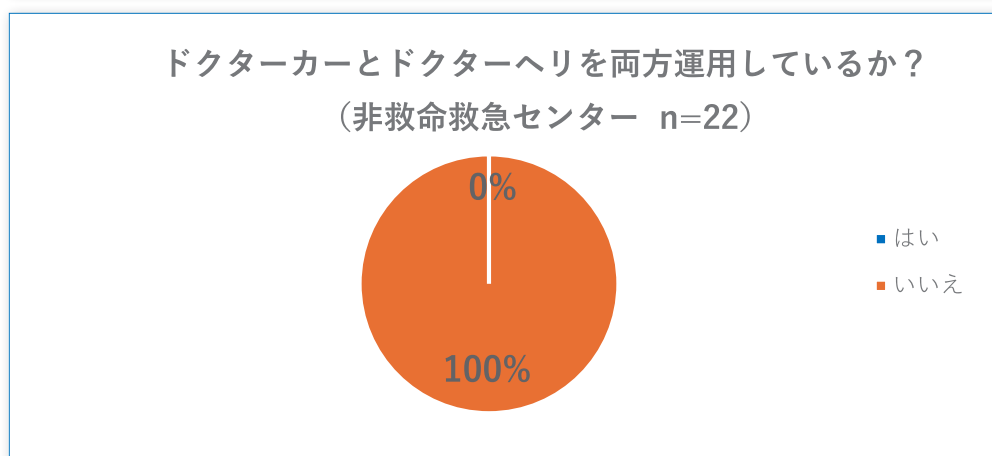
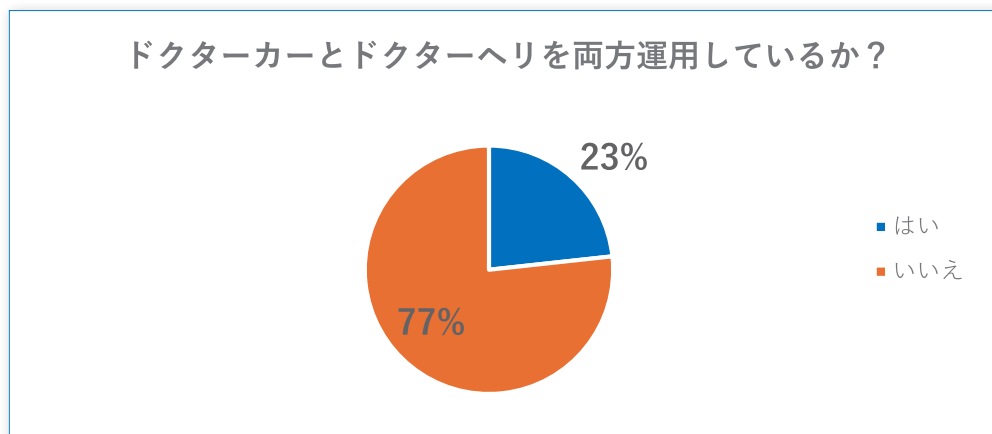
全国における救命救急センターのカバーする人口規模も 50 万人程度であり、救命救急センター毎にドクターカーを整備することはニーズにも叶う可能性があることが示唆された。なお施設の平均は 764,947 人であった。

・ドクターカー出動の際の気象条件に制限はあるか（回答：116 施設）



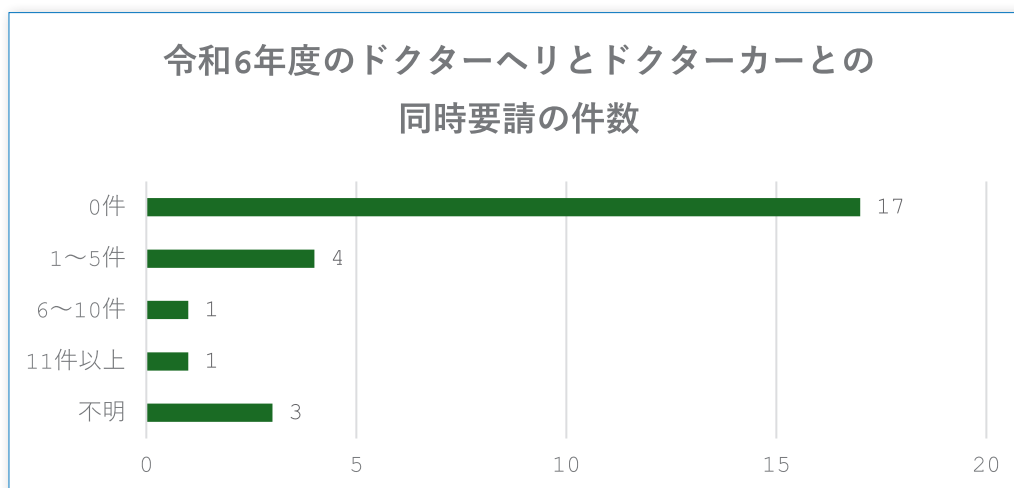
107 施設（92.2%）において、ドクターカー出動の際の気象条件の制限はなく、ドクターヘリと異なり、活動の制限が少ないことが明らかとなった。

- ・ドクターカーとドクターヘリの両方を運用しているか（回答：116 施設）



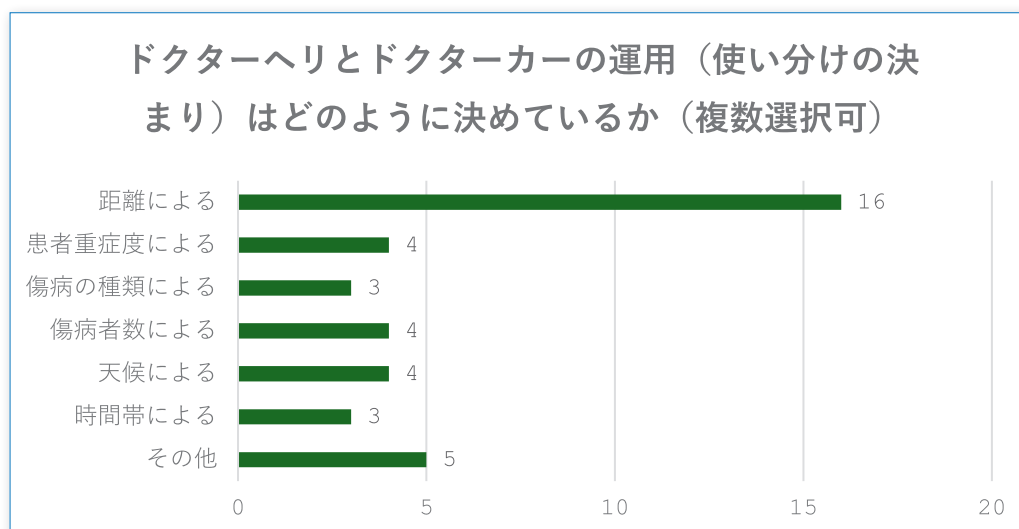
全国 27 施設がドクターカーとドクターヘリの両方を運用していることが明らかとなった。現在、全国のドクターヘリ基地病院は 57 あり、(<https://hemnet.jp/know-base>)、単純計算では、およそ 52.6% の施設がドクターヘリの補完のためにドクターカーを使用していない状況が明らかになった。

- ・（上記で『はい』と回答した施設への質問）令和 6 年度（2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日まで）ドクターヘリとドクターカーとの同時要請の件数は何件か？（回答：26 施設）



9 施設（34.6%）が同時要請を経験していた。

- ・（ドクターカーとドクターヘリの両方を運用している施設に対して）ドクターヘリとドクターカーの運用（使い分けの決まり）はどのように決めているか（複数選択可）（回答：24 施設）



これによるとドクターカーとドクターヘリの運用は距離により判断されていることが多かった。また、その他の回答として、天候、時間帯、運営体制による使い分けがなされていた。

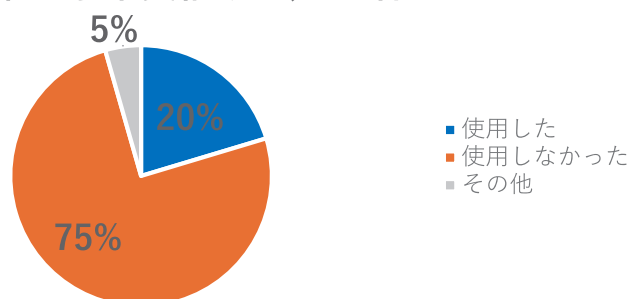
分 類	判 断 基 準 の 詳 細	度 数	備 考
距離基準	10km 圏内（ドクターカー）	4	最も多い距離指標
	12km 圏内（ドクターカー）	2	
	15km 圏内（ドクターカー）	1	
時間基準	医師接触・介入が早い方を選択	3	効率性を最重視
	15 分圏外はヘリ	1	
	30 分以上かかる場合はヘリ	1	
環境・状況	天候不良時（ヘリ不能時）はカー	3	代替手段としての運用
	時間帯（日勤／準夜／日没後）	3	夜間等の運用制限
	現場環境（市街地、現場状況）	2	
	複数傷病者事案	1	特殊事案での併用
運営体制	特定曜日のみ（平日、月・金など）	3	運用日の限定
	要請・判断（消防要請、医師判断）	2	

- ・（補助金の活用状況）令和 6 年度（2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日まで）のドクターカー活動においてこれらの補助金を活用したか？（回答：107 施設）

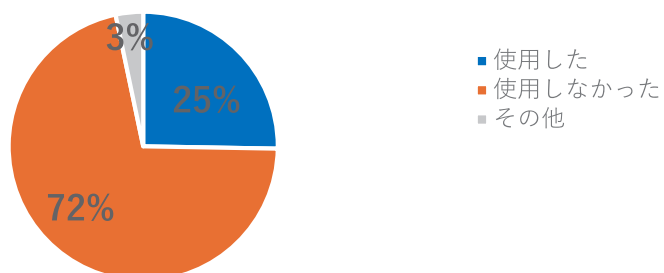
- ・救命救急センター運営事業
- ・救命救急センター設備整備事業
- ・周産期医療施設設備整備事業
- ・基幹災害拠点病院設備整備事業
- ・地域災害拠点病院設備整備事業

- ・NBC 災害・テロ対策設備整備事業
- ・医療機関アクセス支援車整備事業

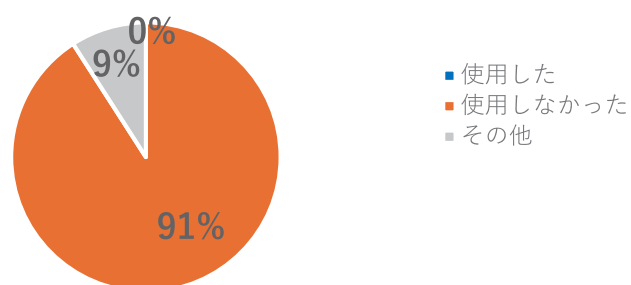
国からのドクターカー活動に関わる補助金（医療提供体制推進事業費補助金）の活用



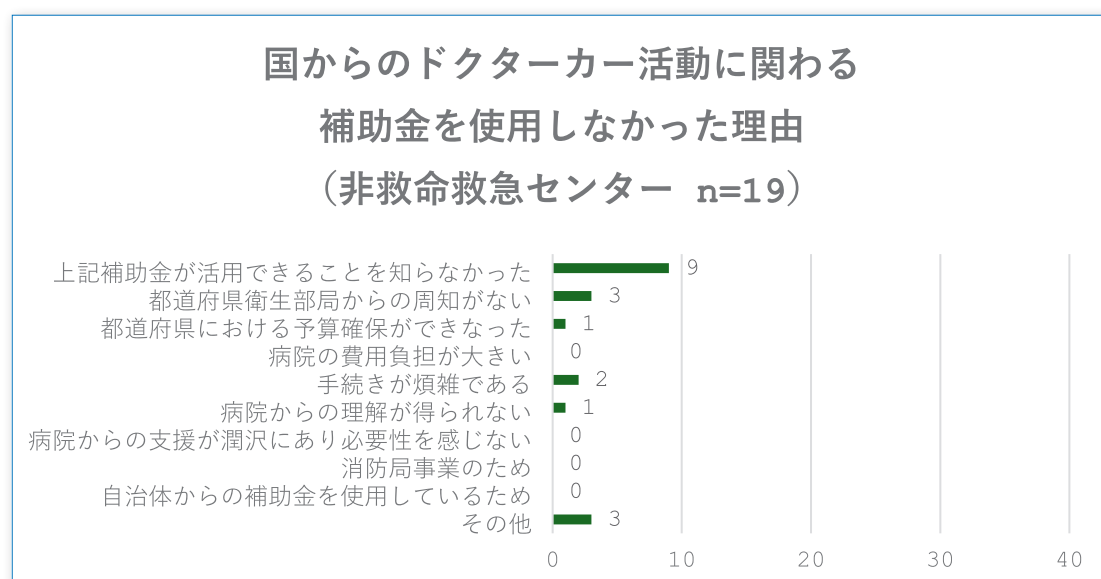
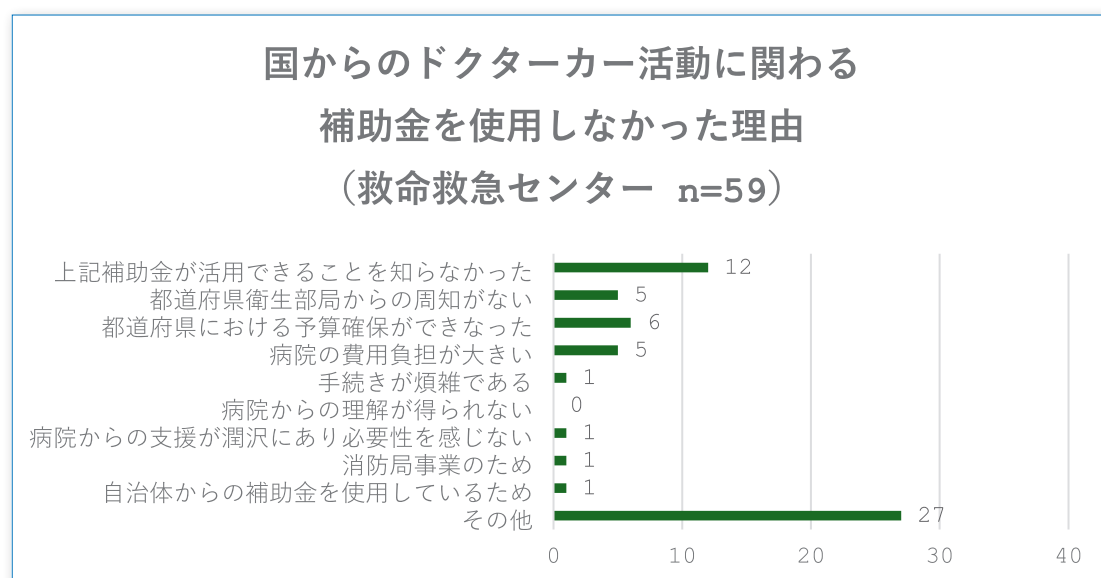
国からのドクターカー活動に関わる補助金（医療提供体制推進事業費補助金）の活用 （救命救急センター n=87）



国からのドクターカー活動に関わる補助金（医療提供体制推進事業費補助金）の活用 （非救命救急センター n=20）



・（上記で使用しなかった施設への質問）補助金を使用しなかった理由

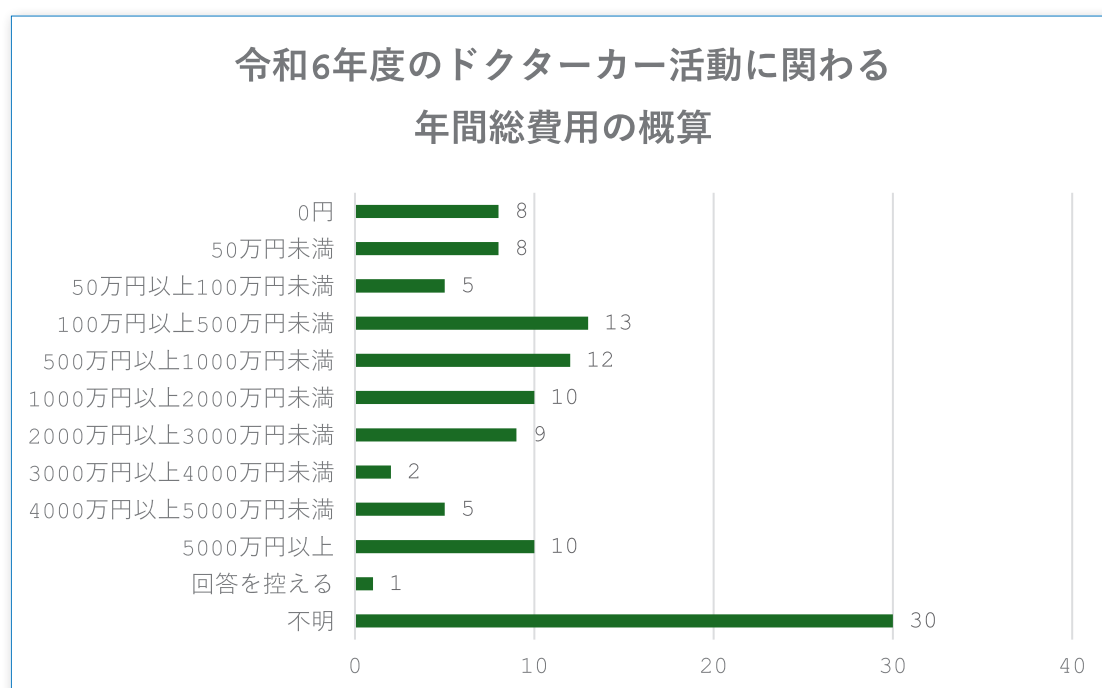


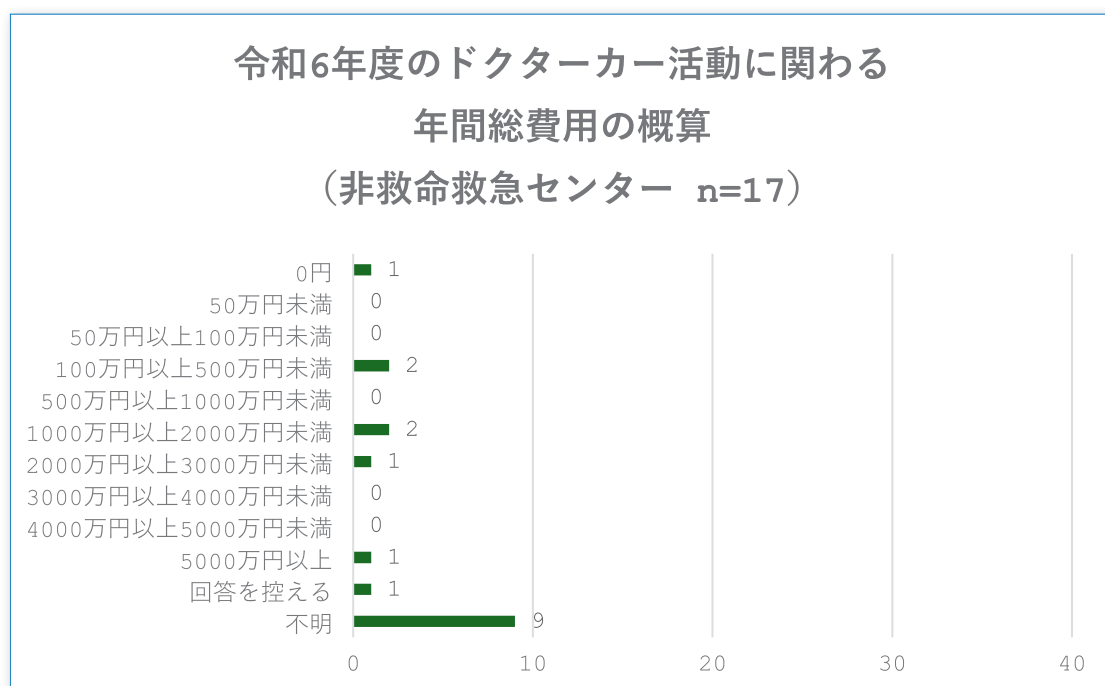
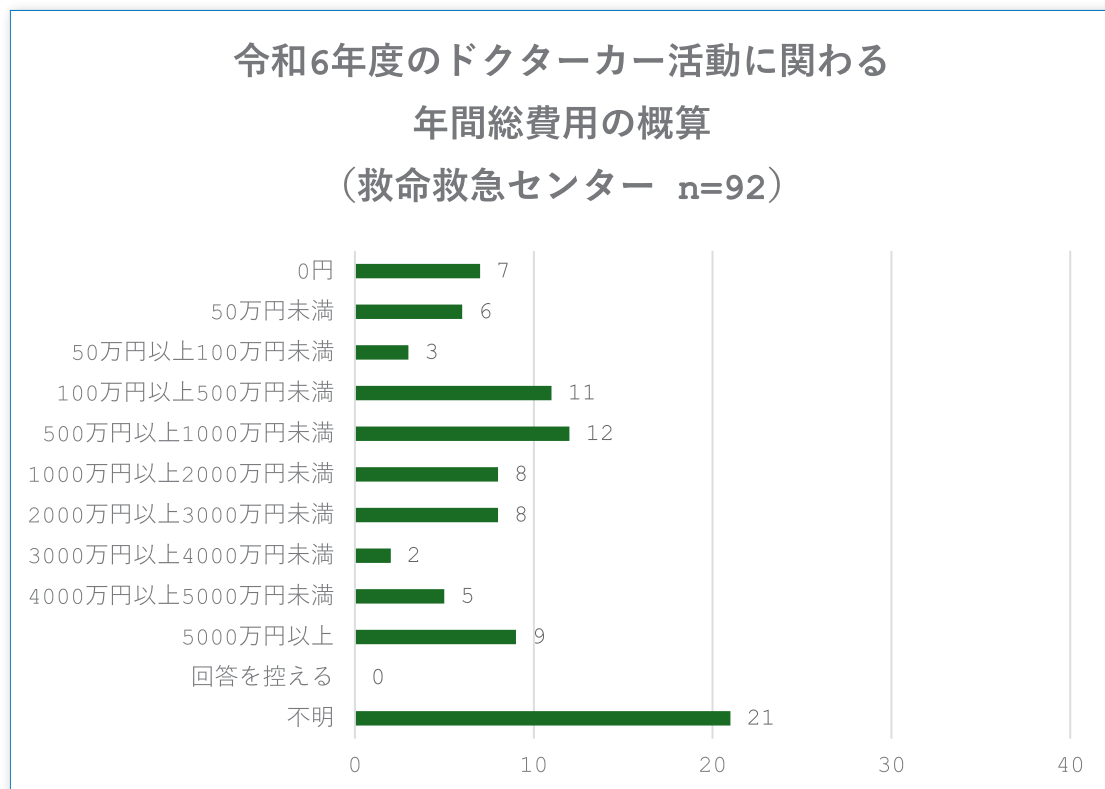
アンケートによると補助金が使用できることを知り得なかった施設が最多であり、より周知を行う必要があることが分かった。

また、自由意見として、補助金事業に該当しない、補助金の該当事業者でないなどの意見があった。特に公的病院、自治体病院は上記の補助金を使用できないことも影響していると考えられた。

分 類	主な内容（キーワード）	度数	傾向と分析
制度対象外 （病院種別）	非救命救急センター、対象病院ではない、国立・公立・自治体病院のため	8	救命センター限定などの「病院の格」や経営形態による制限が最大の要因。
要件・ 条件不一致	要件に該当しない、適用がない、活用できるメニューがない	7	制度自体はあるものの、個別の事業内容や条件が合致しないケース。
独自財源・ 他予算	市町村の負担金、施設整備費（別枠）、連携中枢都市圏での負担	4	県の補助金ではなく、地元自治体が直接予算化しているパターン。
事務的・ 運用上の制約	申請期限（前年 6 月）、指定管理の制約、収支仕分け困難	4	計画策定の難しさや、事務手続き上のハードル。
必要性の 欠如・未実施	整備を行っていない、必要を感じなかった、タイミングではない	4	そもそも事業を実施していない、または自費で足りているケース。
自治体側の 制度不備	補助金制度自体がない（大阪府の例）、案内がなかった	2	窓口となる自治体に制度が整備されていない。
その他	認可されず、院内判断、他事業を優先	3	個別の事情や優先順位によるもの。

・ 令和 6 年度におけるドクターカー活動に関わる年間総費用について（回答：109 施設）

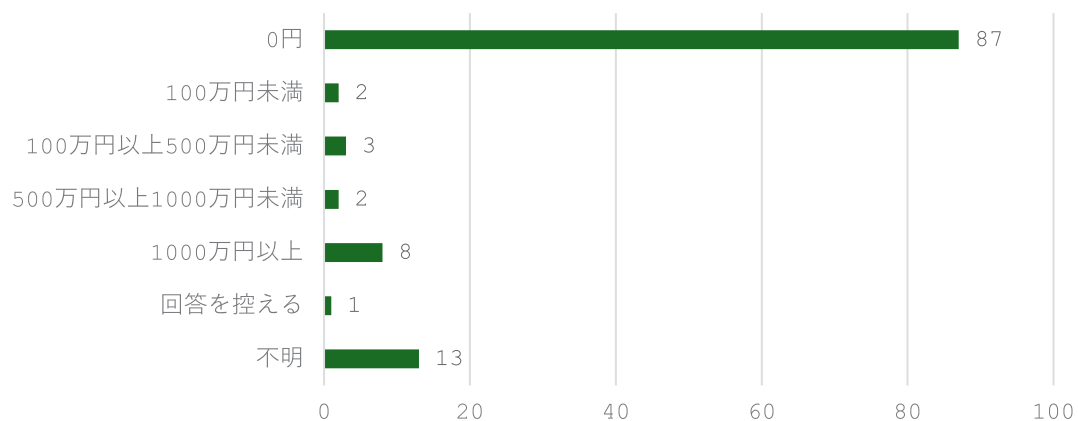




年間500万円を超える施設が48施設(44.0%)見られた。これは、令和4年次のデータ(35.6%)よりも多かった。これには、車体購入や人件費の確保等の、近年の物価の高騰も相まっている可能性が考えられる。なお、平均は2659万円であり、令和4年のデータ約1982万円よりも677万円上昇している。

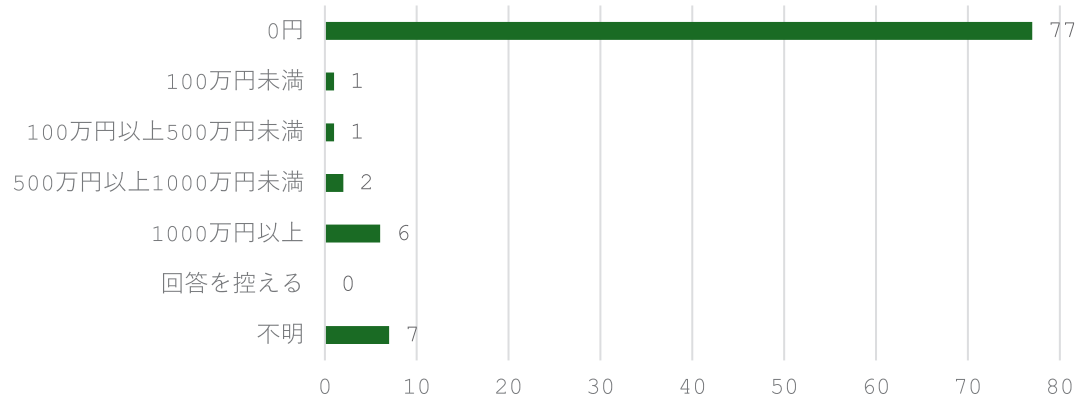
なお、ドクターカー購入費用は下記のような分布となっており(回答:116施設。0円は購入なしと考えられる)、1000万円前後の支出が最多であることが明らかとなった。

上記費用のうちの、ドクターカー購入費用



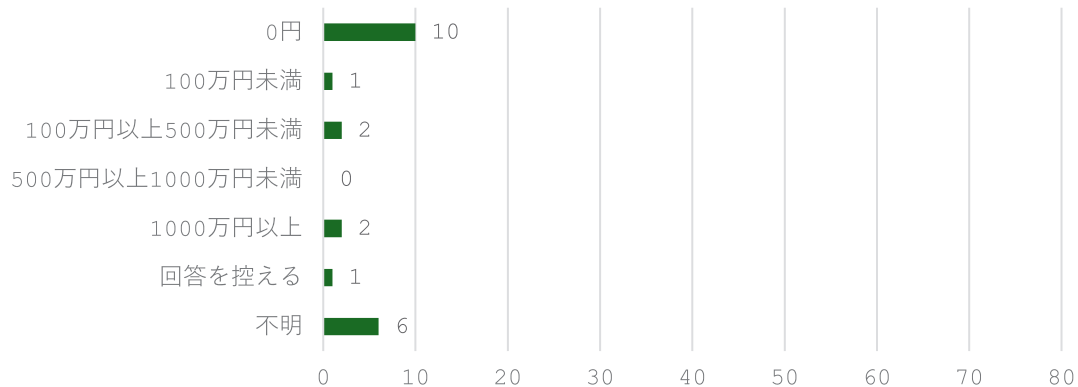
上記費用のうちの、ドクターカー購入費用

(救命救急センター n=94)

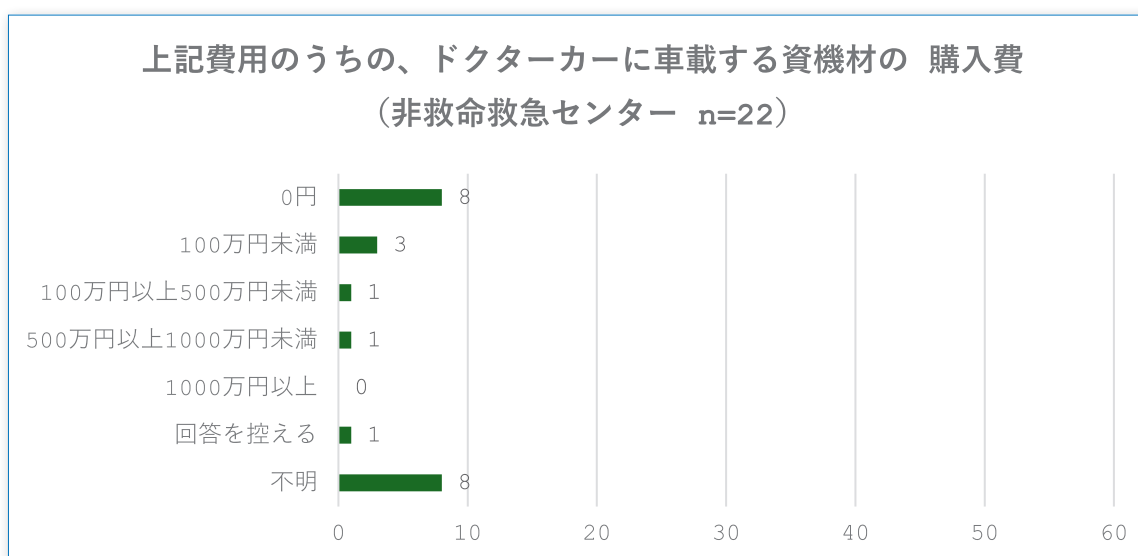
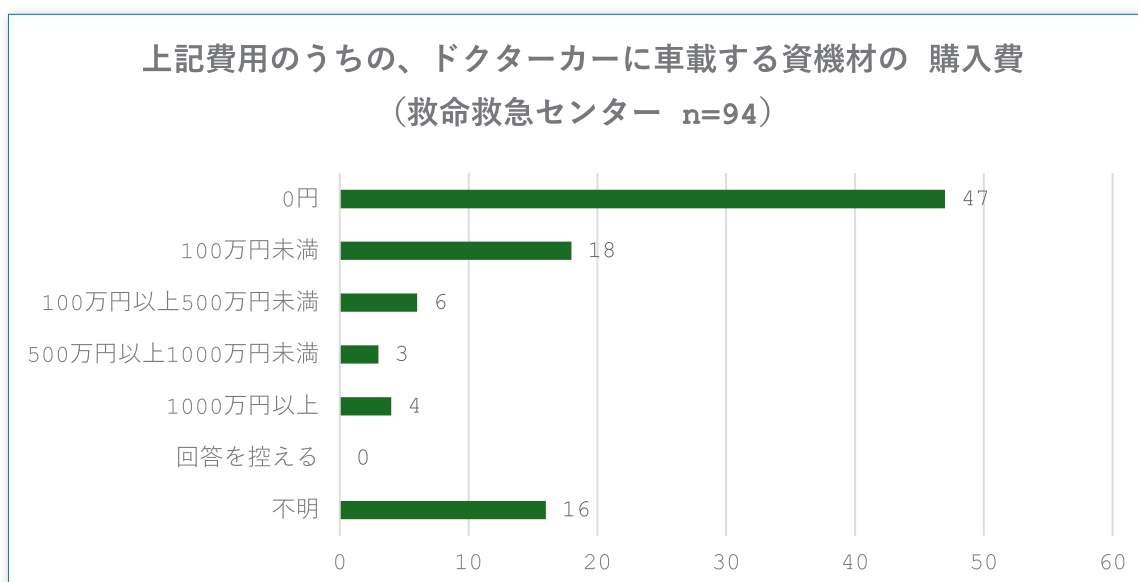
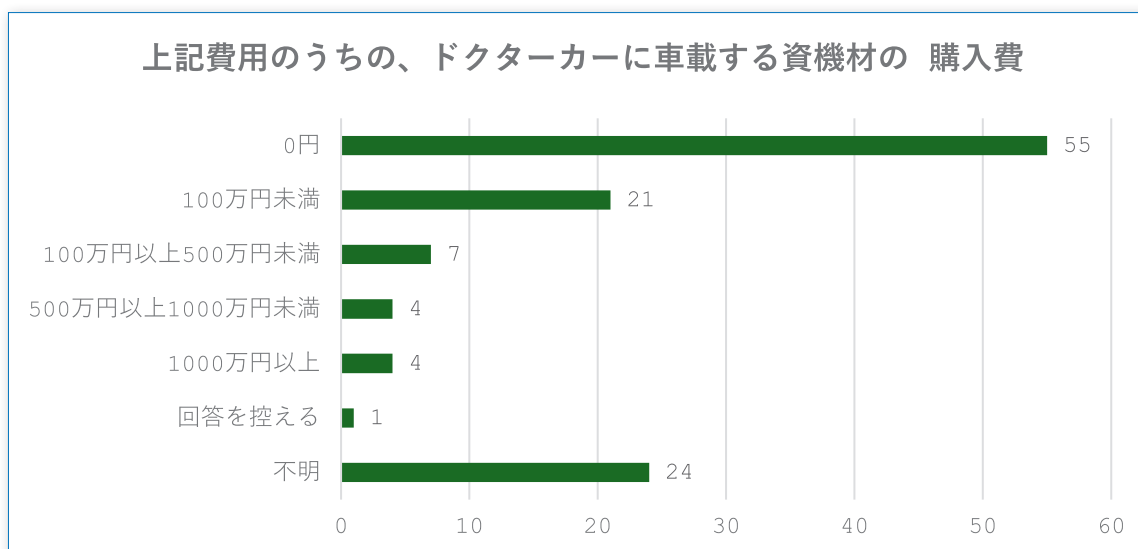


上記費用のうちの、ドクターカー購入費用

(非救命救急センター n=22)

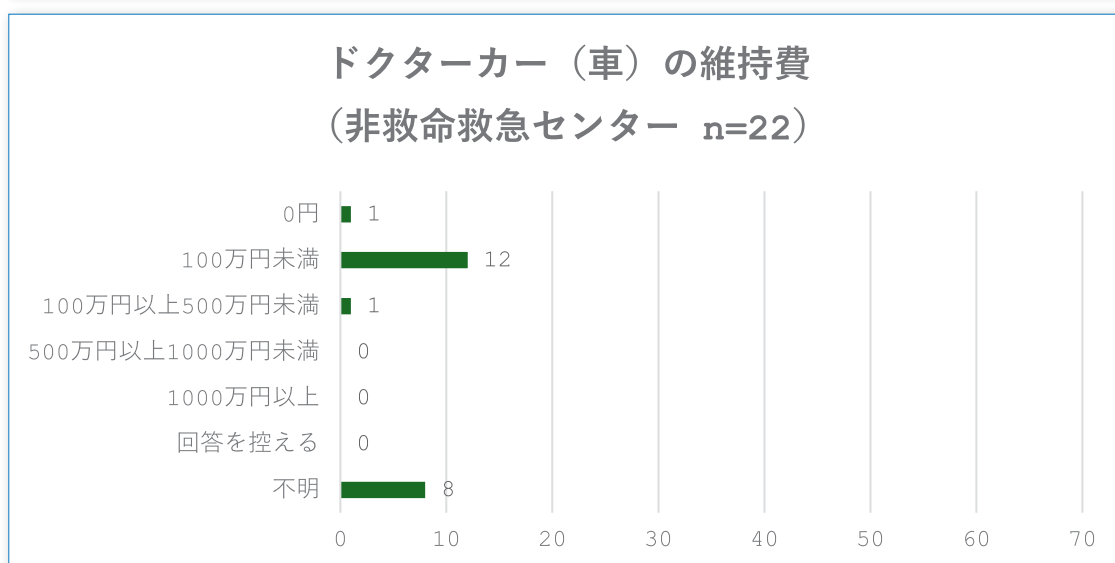
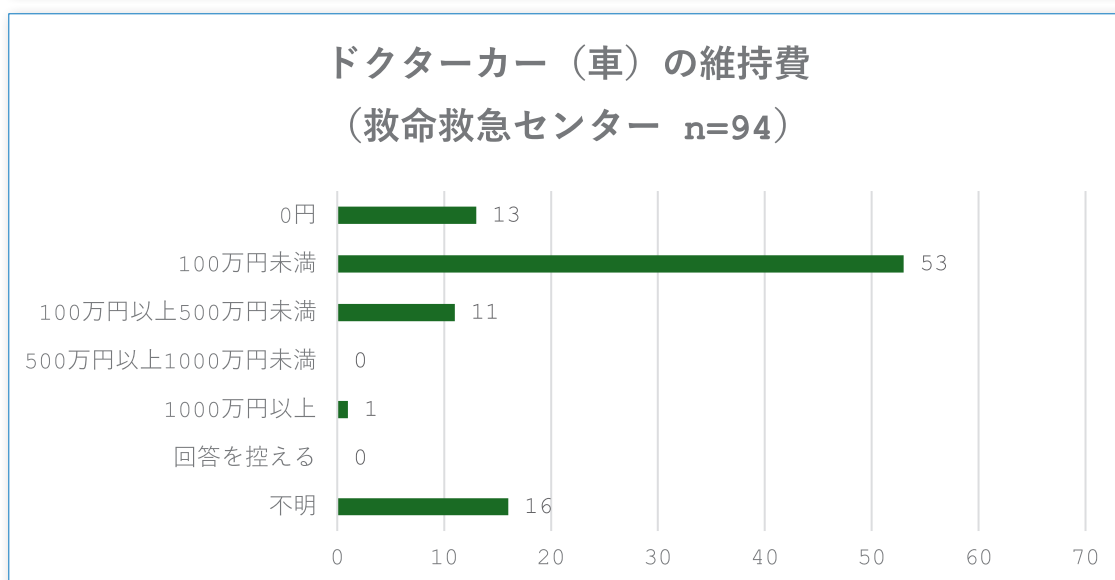
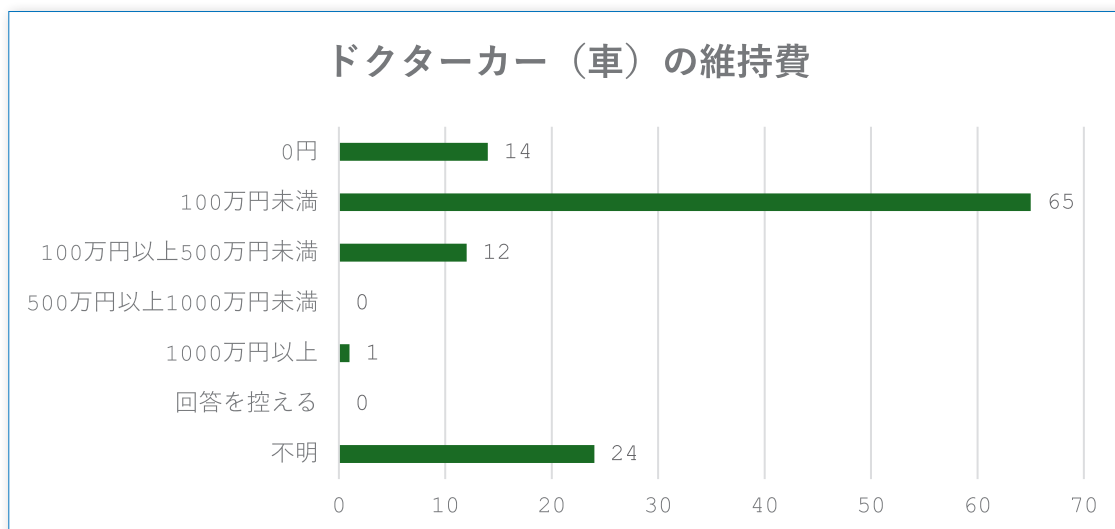


・年間費用のうちのドクターカーに搭載する資機材の購入費（回答：116 施設）



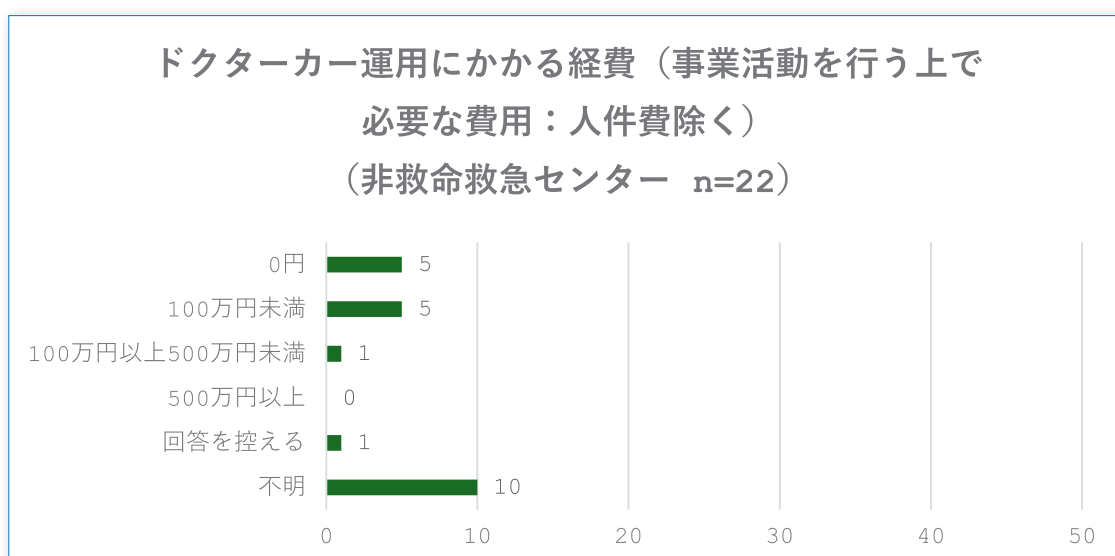
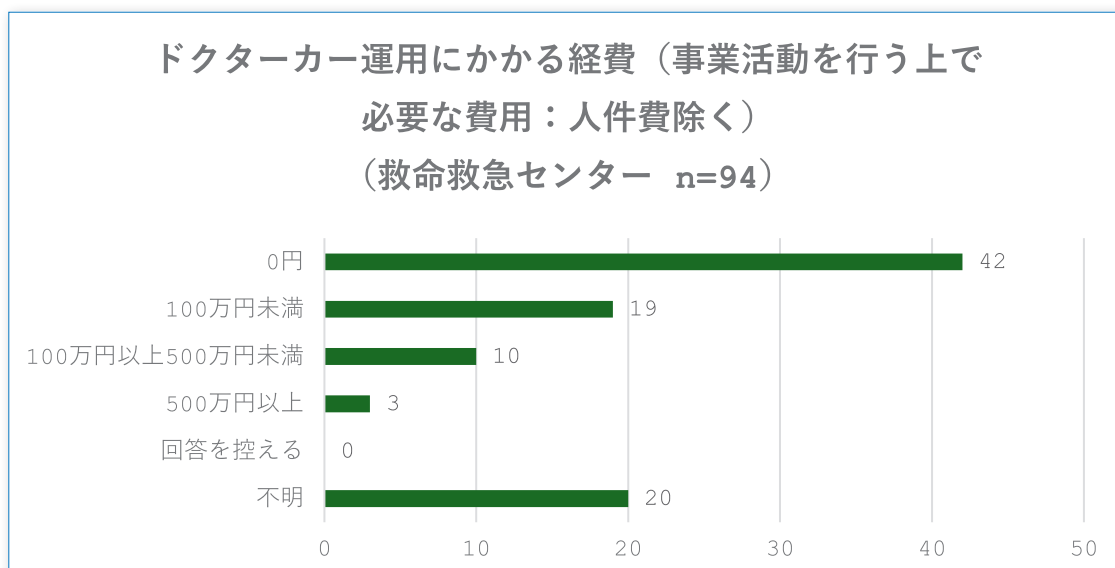
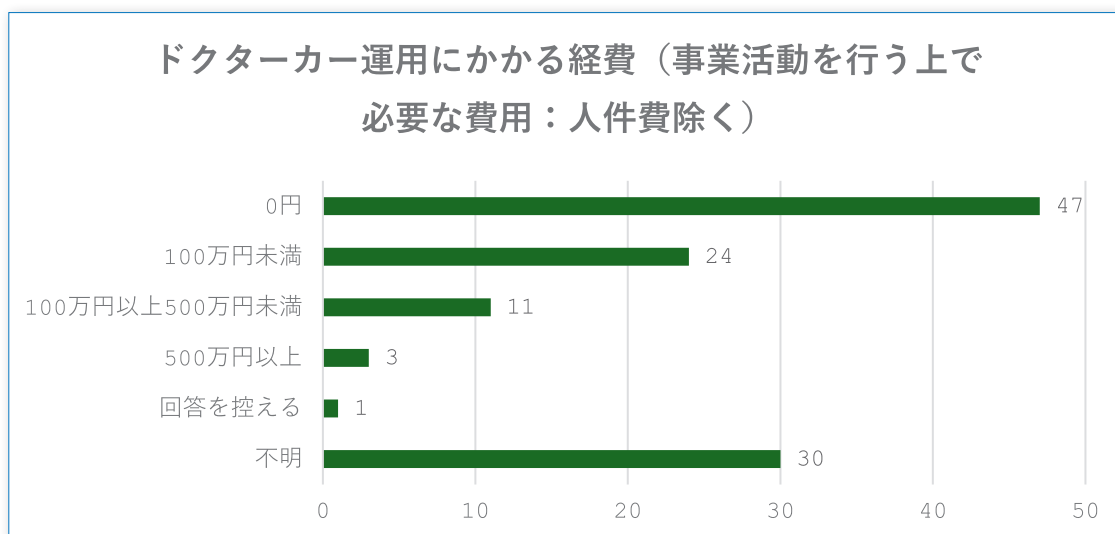
資機材の購入費用は 100 万円未満である施設が最多であった。

- ・自動車税や車検代、ガソリン代、メンテナンス費などのドクターカー（車）の維持費（回答：116 施設）



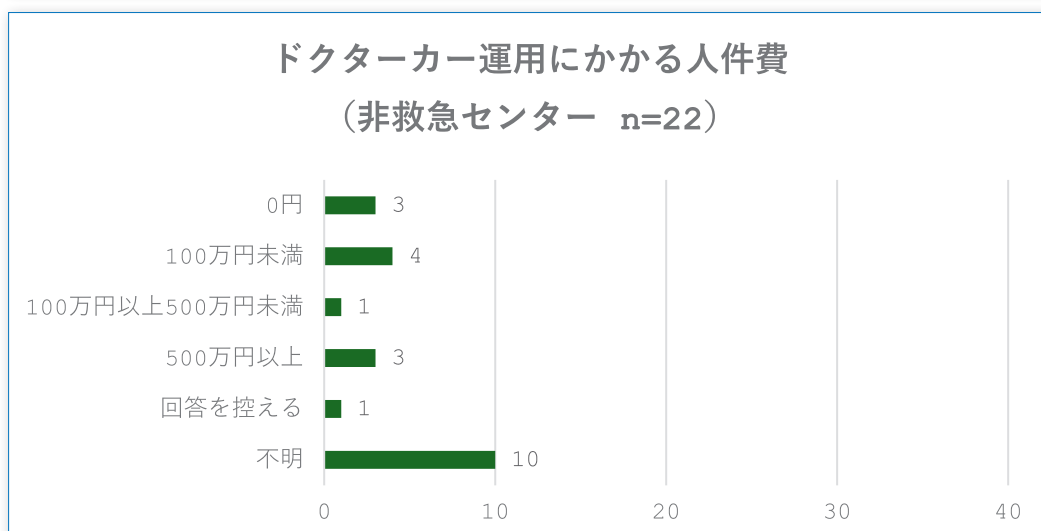
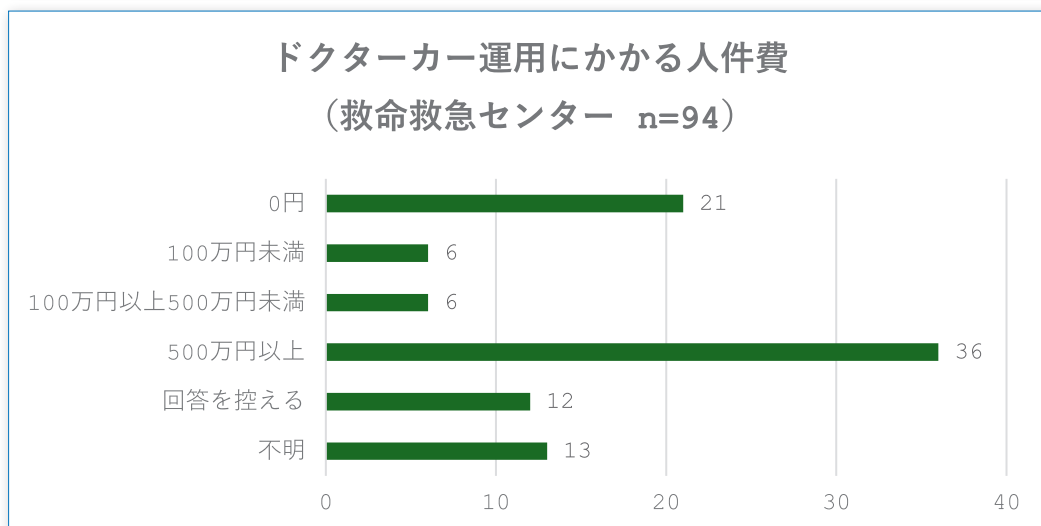
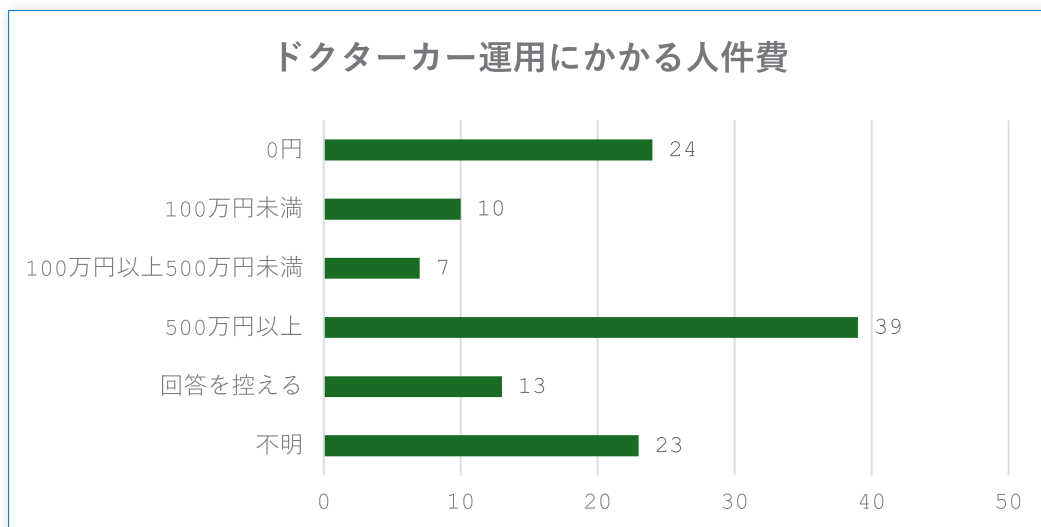
ドクターカーの維持費用は 100 万円未満の施設が最多であった。

・ドクターカー運用にかかる経費（事業活動を行う上で必要な費用：人件費除く）（回答：116 施設）



その他諸経費は100万円未満が支出している施設では最多であった。

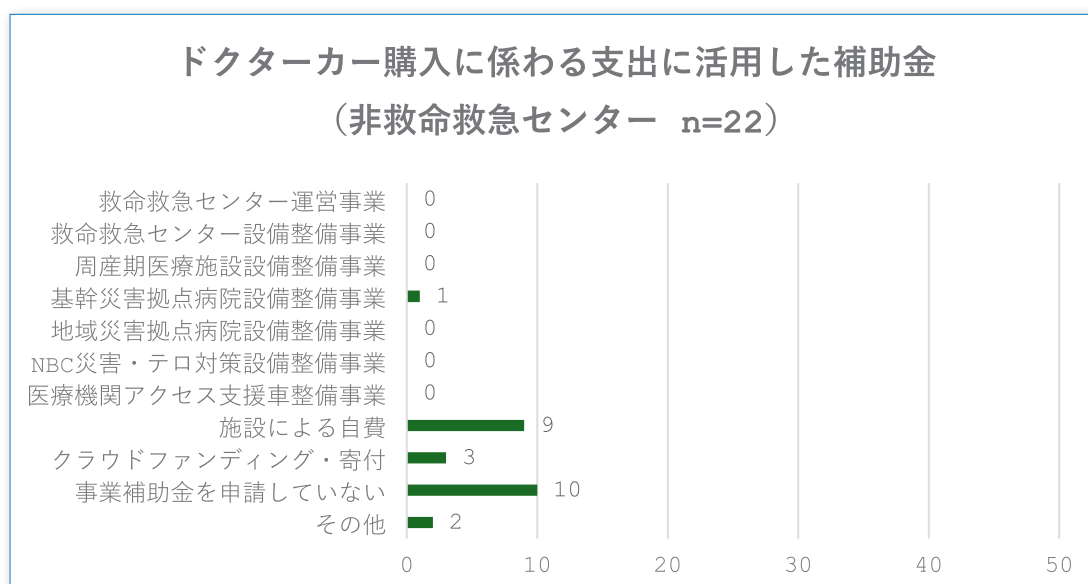
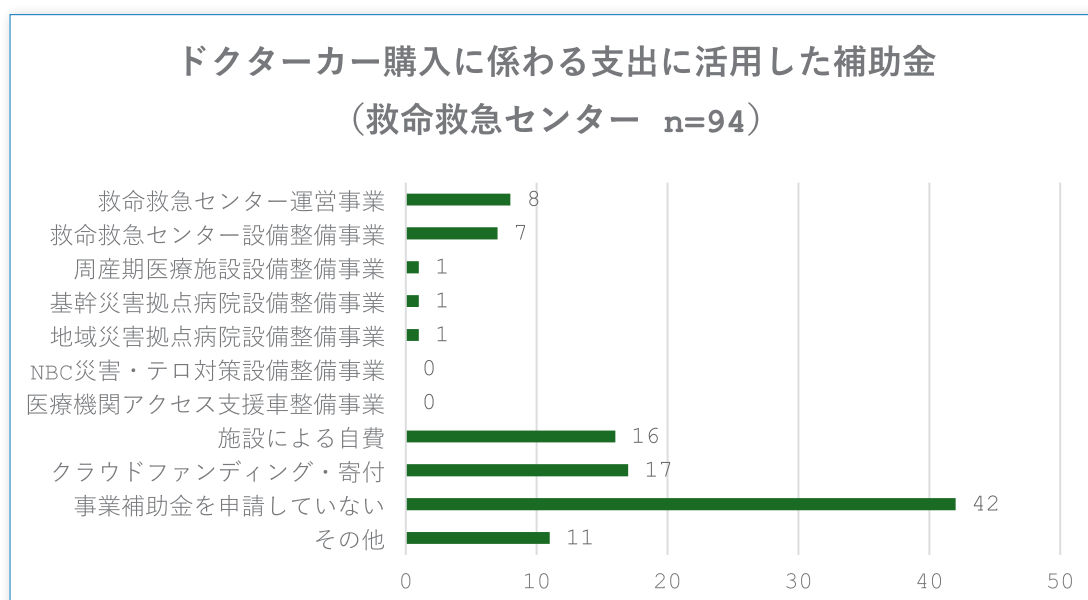
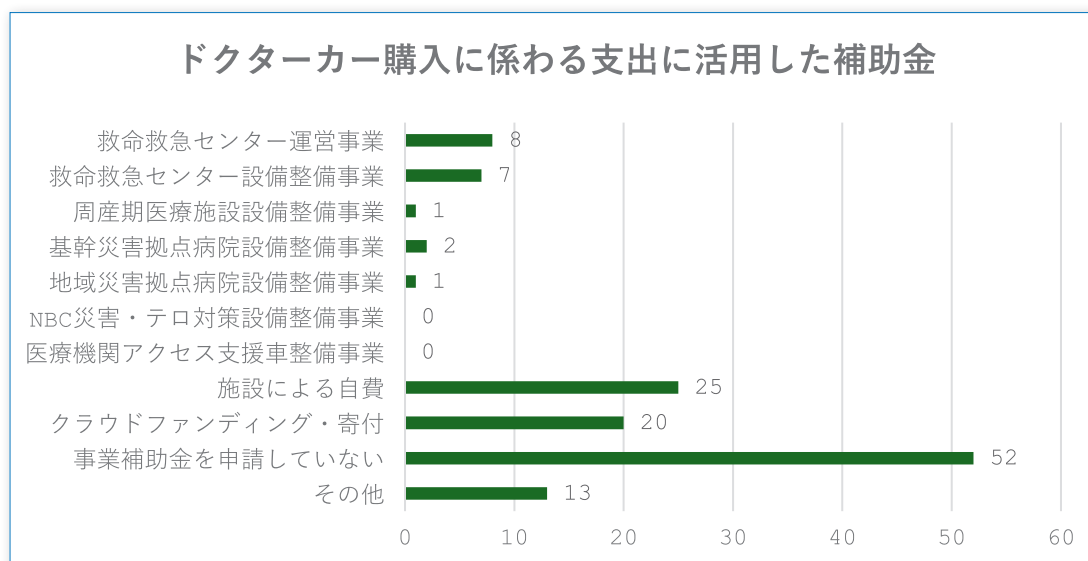
・ドクターカー運用に関わる人件費（回答：116 施設）



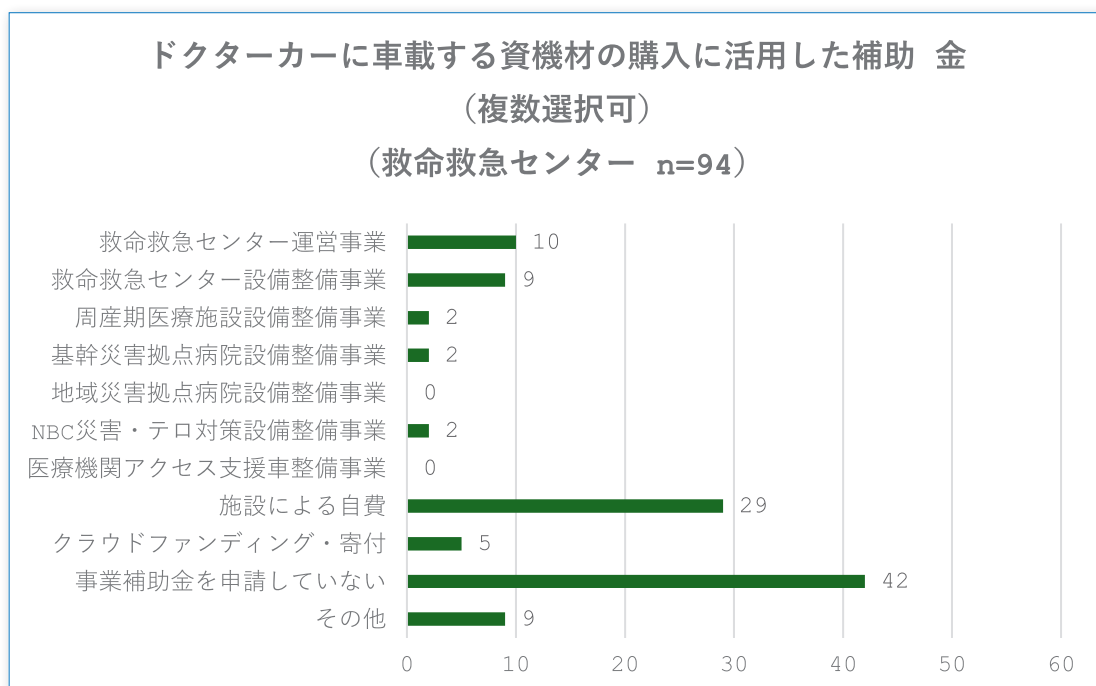
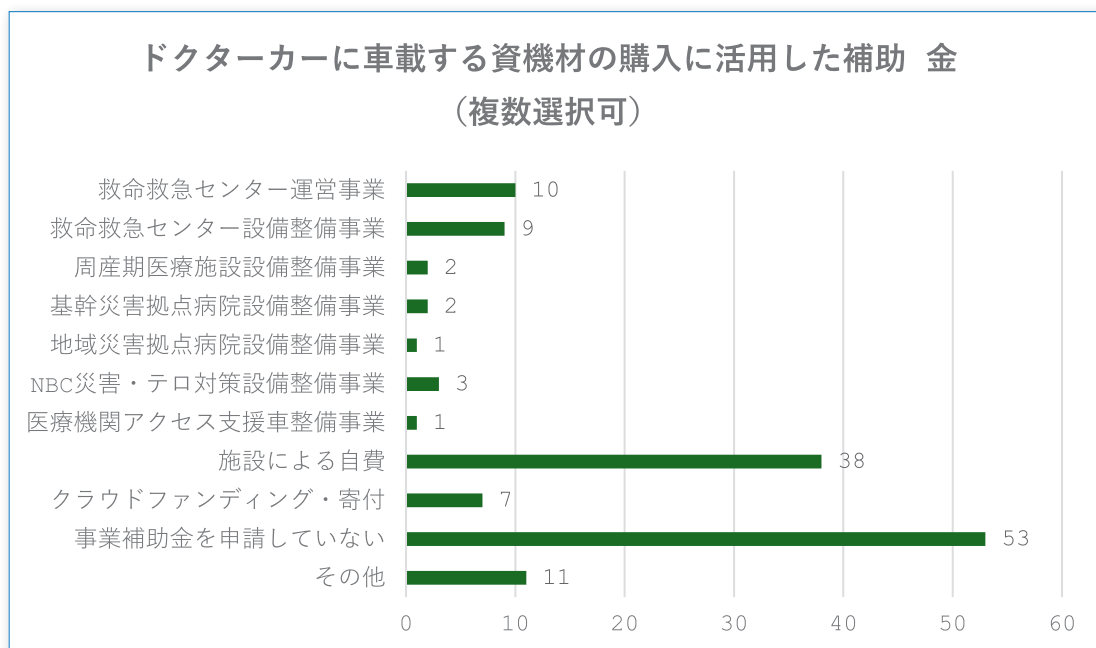
ドクターカー活動に関わる人件費を算定しているところにおいては、500 万円以上が最多であった。

以上より、ドクターカー活動に関わる主な支出は、車両購入と人件費であることが明らかとなった。

・ドクターカー購入に係わる支出に活用した補助金（複数選択可）（回答：116 施設）



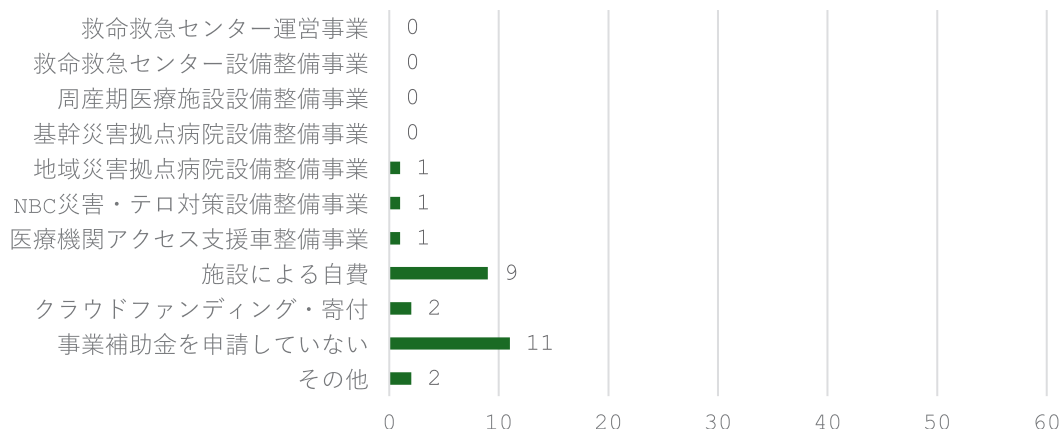
ドクターカー購入に関わる補助金を活用している施設は19施設に過ぎなかった。また、車体購入の多くが、施設による自費、あるいはクラウドファンディングに依存していることが分かった。これは、資機材の購入に活用した補助金、人件費などの諸経費についても同様の傾向が見られた。



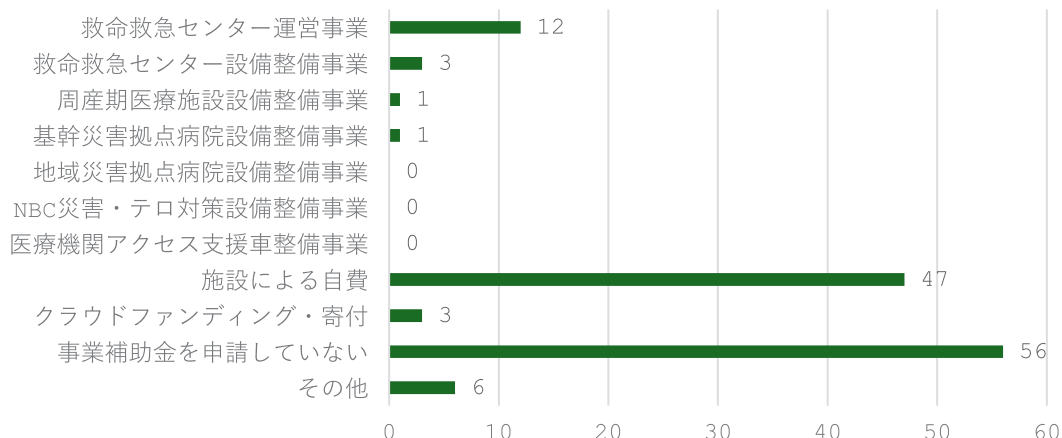
ドクターカーに搭載する資機材の購入に活用した補助金

(複数選択可)

(非救命救急センター n=22)

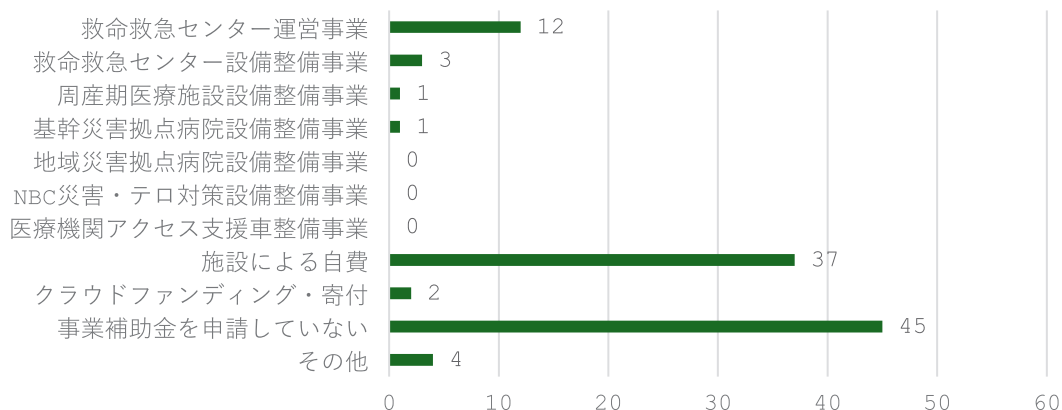


ドクターカーの維持費に活用した補助金 (複数選択可)



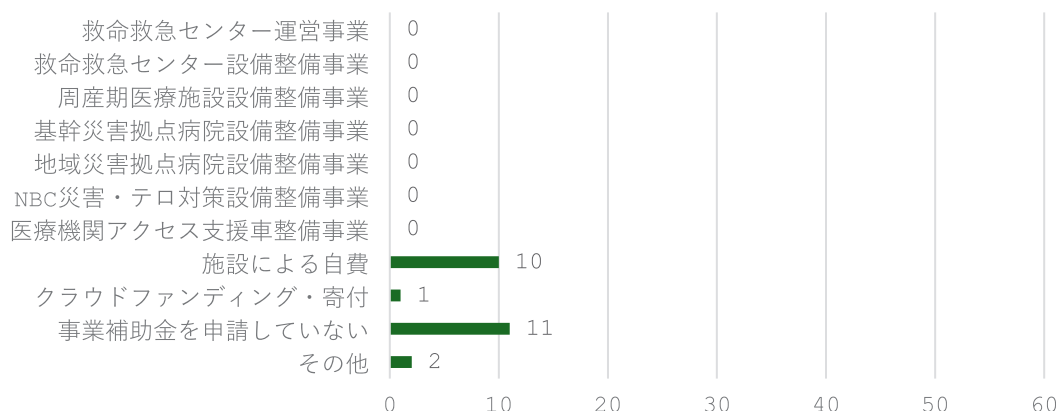
ドクターカーの維持費に活用した補助金 (複数選択可)

(救命救急センター n=94)



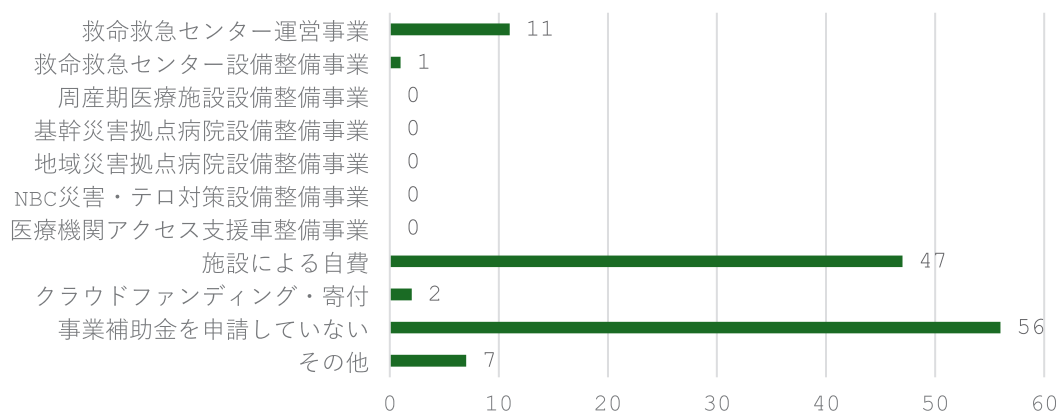
ドクターカーの維持費に活用した補助金（複数選択可）

（非救命救急センター n=22）



ドクターカー運用にかかる経費に活用した補助金

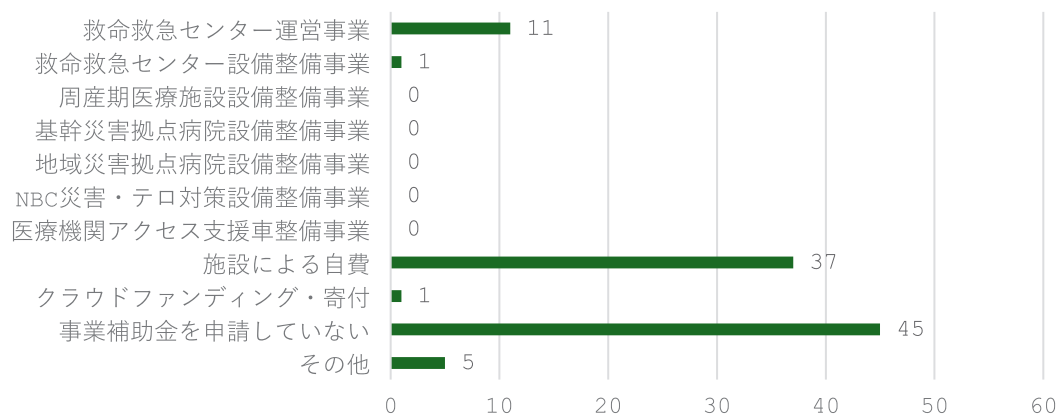
（複数選択可）



ドクターカー運用にかかる経費に活用した補助金

（複数選択可）

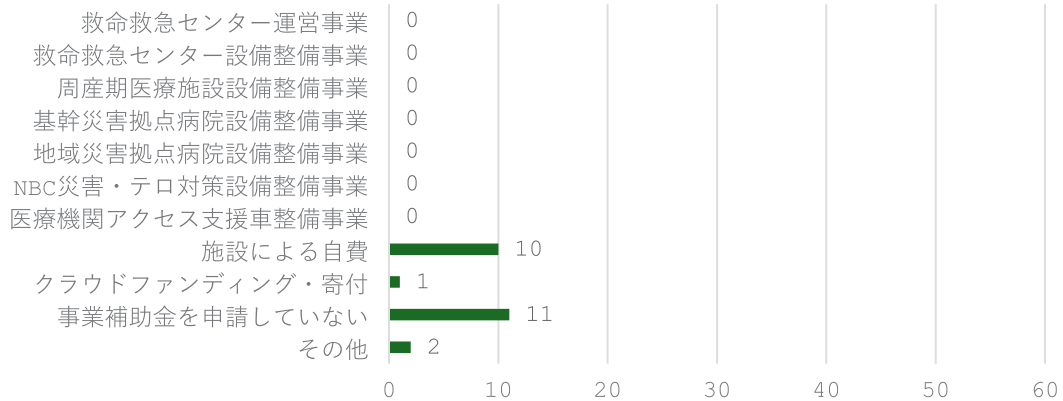
（救命救急センター n=94）



ドクターカー運用にかかる経費に活用した補助金

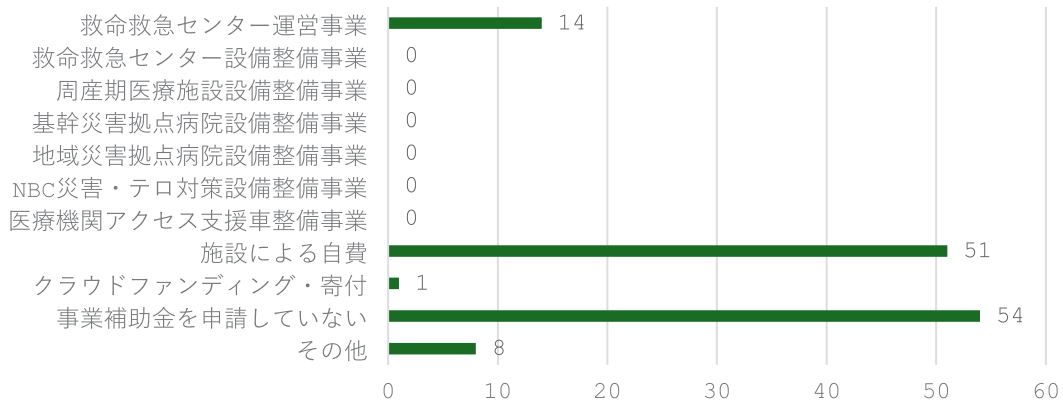
(複数選択可)

(非救命救急センター n=22)



ドクターカー運用にかかわる人件費に活用した補助金

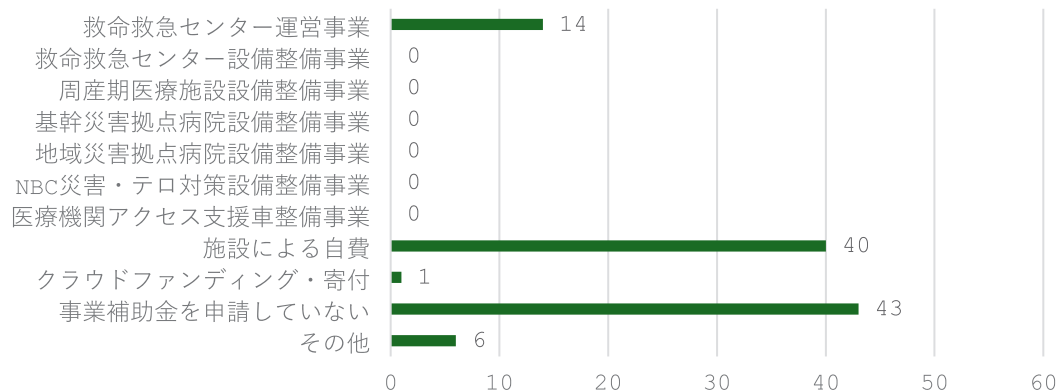
(複数選択可)



ドクターカー運用にかかわる人件費に活用した補助金

(複数選択可)

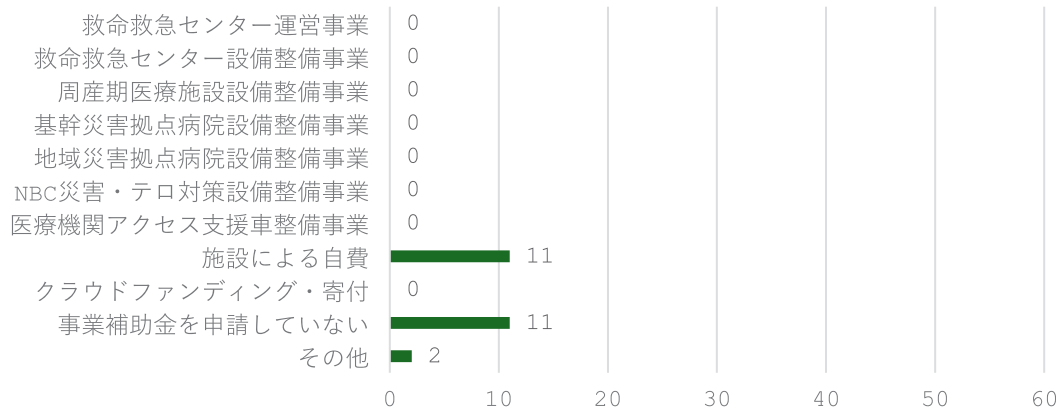
(救命救急センター n=94)



ドクターカー運用にかかわる人件費に活用した補助金

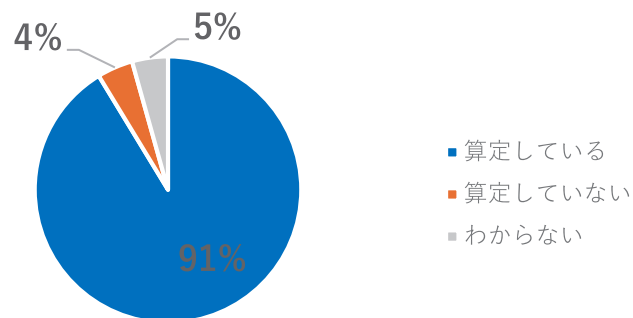
(複数選択可)

(非救命救急センター n=22)



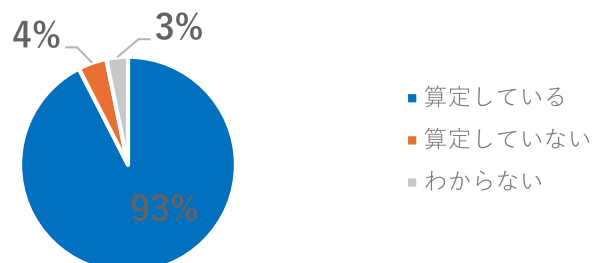
・ドクターカー運用により診療報酬を算定しているか (回答：116 施設)

ドクターカー運用により診療報酬を算定しているか

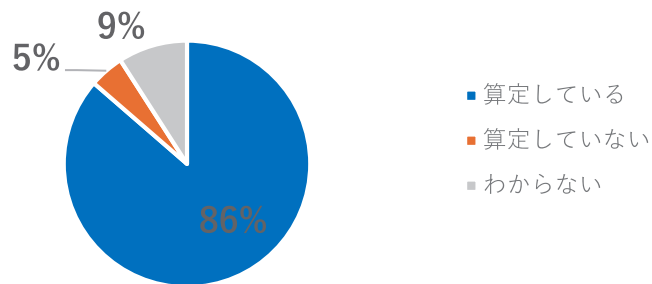


ドクターカー運用により診療報酬を算定しているか

(救命救急センター n=94)

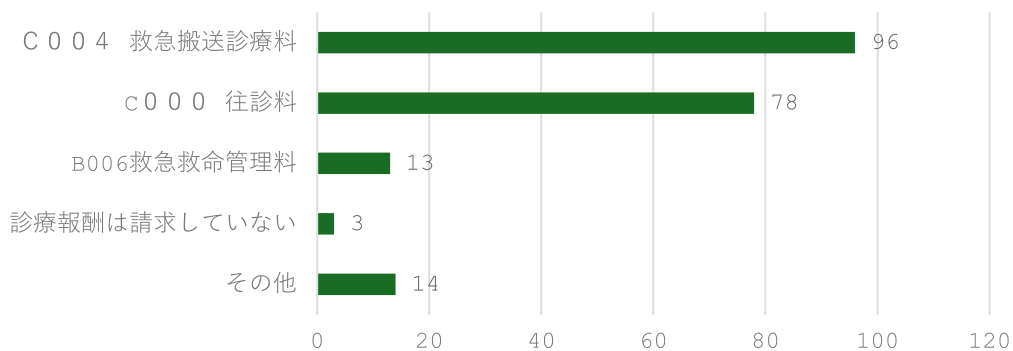


ドクターカー運用により診療報酬を算定しているか
(非救命救急センター n=22)



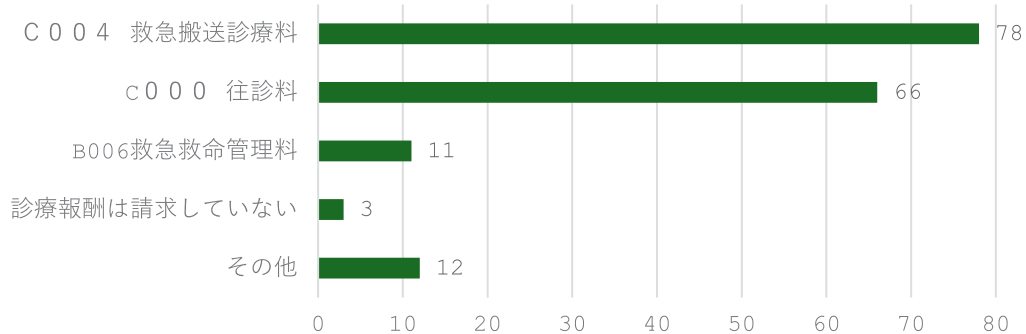
回答 116 施設のうち、診療報酬を算定している施設は 105 施設 (90.5%) に見られた。また、診療報酬の具体的な算定としては下記のように救急搬送診療料 (96 施設) が最多であり、往診料 (78 施設) がこれに続いた。

診療報酬の具体的な算定は？ (複数回答可)



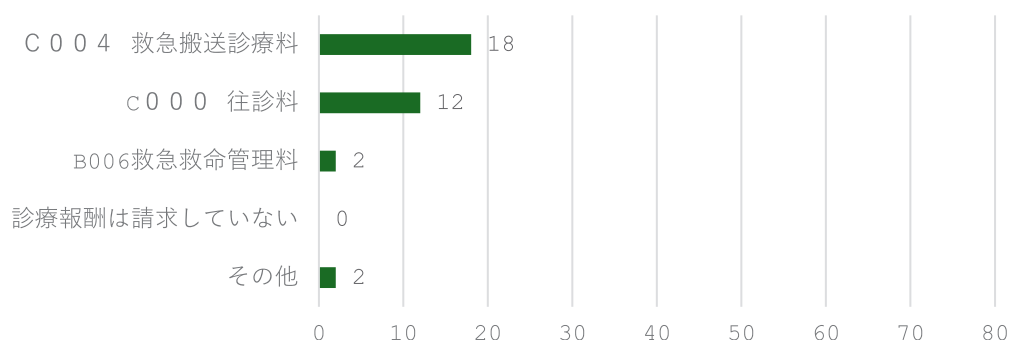
診療報酬の具体的な算定は？ (複数回答可)

(救命救急センター n=94)



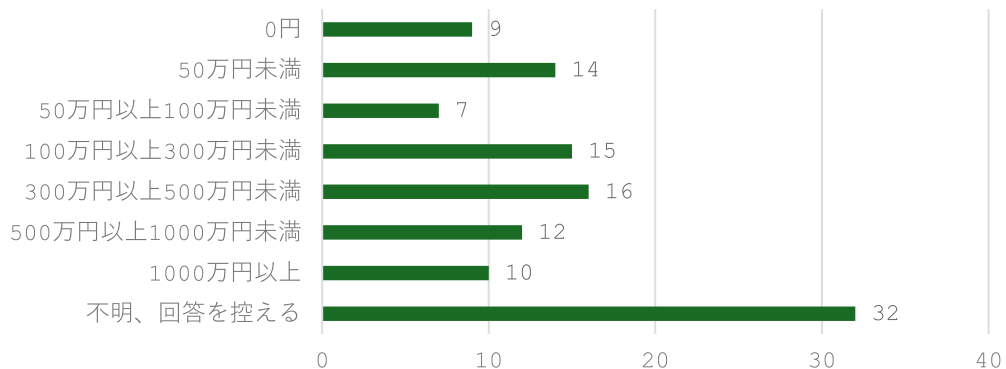
診療報酬の具体的な算定は？（複数回答可）

（非救命救急センター n=22）



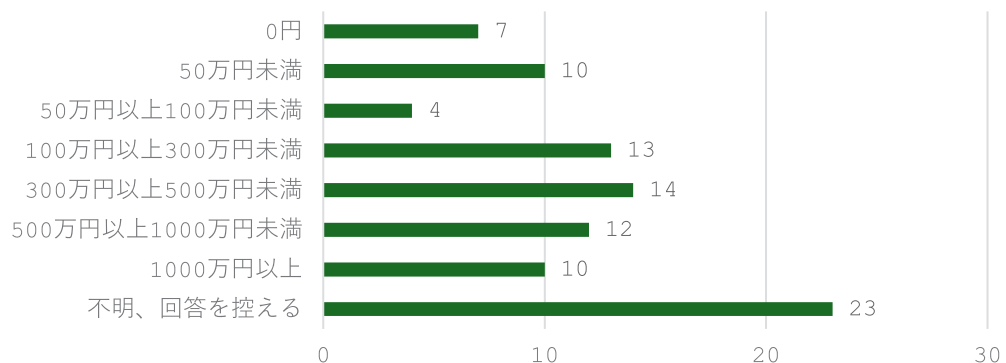
また、実際に算定することができた1年間の診療報酬金額については（回答：116施設）下記の如く、年間500万円未満の施設が最多であった。なお、平均は一施設当たり981万円であった。

診療報酬で算定した（ドクターカー事業で直接的に得ることができた）医療収入は？

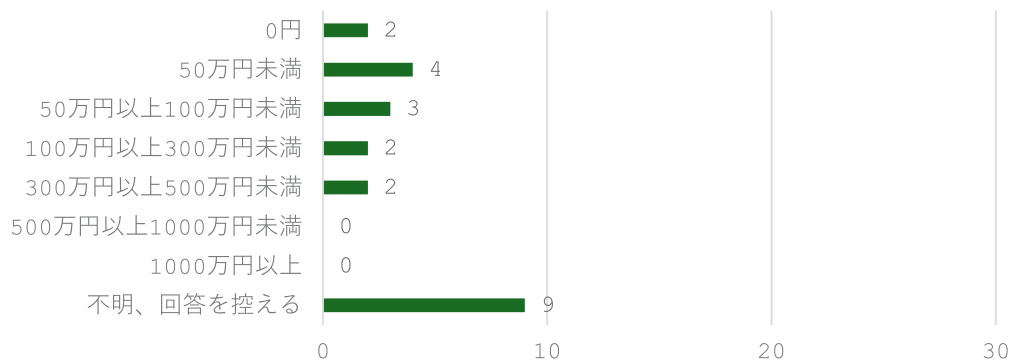


診療報酬で算定した（ドクターカー事業で直接的に得ることができた）医療収入は？

（救命救急センター n=94）



診療報酬で算定した（ドクターカー事業で直接的
に得ることができた）医療収入は？
（非救命救急センター n=22）



前述の如くドクターカー活動における年間の支出平均は2659万円であるが、ドクターカーで得られる収入の平均は1000万円に満たず、ドクターカー活動の収支のバランスが十分に取れていないことが明らかになった。

要因の一つとして、自院に搬送される患者であれば算定可能であるが、他院に搬送される場合は徴収が難しい場合があり、患者搬送病院の選定や徴収方法に大きく左右される可能性があると思われた。

(3) 後方視的研究の考察

今回の後ろ向き研究において、全国 720 消防本部の協力によるドクターカー運用病院数や実際の病院名等を明らかにすることができた。これによると全国の消防本部の半数以上、427 消防本部（59.0%）がドクターカーと連携した医療救護活動を行っており、ドクターヘリでカバーしきれない病院前救急診療活動の手段として広く普及していることが明らかになった。これは、令和 5 年度の調査の 55% よりも増加しており、我が国においてドクターカー活動が年々普及していることが明らかとなった。一方、今後ドクターカー施設との連携を予定している消防本部は 8 消防本部にとどまり、依然 285 消防本部はドクターカーと連携した活動を考慮していない。

ドクターカーの有効性を明確にし、さらに全国の消防機関に働きかけを行いドクターカー活動のカバー率を上げることが今後の課題と考えられた。

第二段階のアンケートにおいては、ドクターカーを活用し、消防機関と連携している病院は全国で 229 施設存在することも明らかとなった。高度救命救急センターと地域救命救急センターを含む、全国の救命救急センターは 312 か所存在するが（2025 年 4 月 1 日、厚生労働省調べ）、今回の検討では、そのうちの 167 施設（53.5%）がドクターカーを運用していることが明示された。また、今回の調査においては活動件数 23,502 例に及ぶ 116 施設からの、ドクターカーにかかわる基礎的情報を得ることができた。

まず、全国 720 消防本部からの第一段階調査では、消防機関もドクターカー活動の患者救命への有効性を実感し、24 時間運用を含む運用体制の改善を求めていることが明らかとなった。また救命士の再教育や直接指導（Direct MC）にも大きな効果を発揮するという意見が多く見られた。多くの消防機関が夜間のドクターカー出動も希望している一方、医師や救命士、看護師、ドライバーの人員不足等による、夜間休日のドクターカー運行が制限されている実態が明らかになった。また、安全管理や無線管理、車両動態システム（AVM）によるドクターカーの動態管理の必要性や、消防側と医療側の連携訓練の重要性についても多くの意見があった。

ドクターヘリについては、厚生労働科学研究「ドクターヘリの適正配置・利用に関する研究」（主任研究者：猪口 貞樹）においても「ドクターヘリの安全な運用・運航のための基準」が示され、フライトドクターやフライトナースの基準が示され、またその中で、安全管理、消防機関との連携についても明記されている。

また、厚生労働省事業の一環としてドクターヘリ事業従事者研修も定期的に開催されており、我が国における病院前救護活動の質の担保に繋がっている。

ドクターカーに従事する者への全国的な教育コースはいままで開催されていなかったが、現在では、日本病院前救急診療医学会が、厚生労働省後援の元、ドクターカー講習会を年間 4 回行っている。2025 年度は医師、看護師、救急救命士等、200 人がすでに下記プログラムを受講している。

時 間	セッション名	内 容 の 概 要
09:00 - 09:45	1. ドクターカーシステム	日本における歴史、現在の全国的な運用状況、システムの総論
09:45 - 10:30	2. ドクターカー医師の活動と病院前診療	医師の役割、外傷診療を中心とした病院前活動の実際
10:30 - 10:45	休憩	(15 分間)
10:45 - 11:30	3. グラウンドナースの活動	看護師の役割、外傷診療における診療補助や活動の実際
11:30 - 12:15	4. 機関員・救命士の役割と消防連携	運転手や病院所属救命士の役割、消防機関とのスムーズな連携
12:15 - 13:15	昼休憩	(60 分間)
13:15 - 14:00	5. 安全管理、設備と装備	病院外特有の環境における安全管理、車両の設備・装備の解説
14:00 - 14:45	6. 施設間搬送	重症患者搬送の役割、搬送中管理、施設間・ドクターヘリとの連携
14:45 - 15:00	休憩	(15 分間)
15:00 - 15:45	7. ドクターカーの運行事例①	全国基地病院の代表的事例紹介と、双方向での議論。
15:45 - 16:30	8. ドクターカーの運行事例②	運行事例の紹介とディスカッション（続き）。
16:30 - 17:00	9. 質疑応答とまとめ	各病院の課題検討、講師との意見交換、アンケート実施。

また、厚生労働省の発出した第8次医療計画の作成指針においても、救命医療としてのドクターカーの有効活用、さらには地域メディカルコントロール協議会においてもドクターカー活用の適否について、地域において定期的に検討することが謳われており、地域メディカルコントロール協議会がドクターカー活動を評価し、ドクターカー活動の質を維持する必要があると思われる。

今後もドクターカーが普及している現状を鑑み、速やかに活動の安全と消防機関との連携を強化する教育コースのさらなる整備が望ましい。

ドクターカー活動を行っている医療機関へのアンケートにおいては、救急搬送、転院搬送ともに使用する施設が多く、ゆえに搬送機能を持つ救急車型（日本病院前救急診療医学会定義のⅠ－Ⅰ）

の運用が最多であった。道路交通法上では、緊急走行が可能な車両として、いわゆる在宅ドクターカーも容認されているが（道路交通法施行令 13 条 1－6 に該当）、令和 4 年度の調査（令和 4 年度厚生労働委託事業報告）同様、依然運用が少ないことが分かった。

今回のアンケート結果においては、消防機関側から集約した病院データをもとに第二段階のアンケートを実施したことから、在宅診療を主に扱うクリニックからの回答は少ないことも要因の一つと考えられるが、引き続き実態の把握に努める必要がある。これについては、各都道府県公安委員会における在宅ドクターカーの認可要件についても今後調査が必要と思われる。

ドクターカーを 24 時間、フルタイムで運行できている施設は 20 施設（17.2%）にとどまった。これは令和 4 年度よりも 3 ポイント減少している。これには 2024 年から医師の働き方改革が推進され、労働時間が制限されたことも影響している可能性があり、引き続き経年的に評価を行っていく必要があると思われた。

またドクターヘリを運用できない夜間において、その代替的医療をドクターカーで補填する意味があるならば、改善すべき大きな課題であると思われた。

ドクターカーの購入に関わる費用、資機材の購入費、ドクターカーの維持費、経費、人件費のすべてにおいて、その費用の多くは、各病院の自己負担、あるいはクラウドファンディングや寄付などを財源としていることが明らかになった。このように活動費用、人件費などの経費が病院の持ち出しであり、活動を支持する経済的支援が脆弱であることも、医療スタッフや運転手のマンパワー不足に関与する一因とも考えられた。また、国からの補助金に関わる周知も十分になされていないとの理由が多く占めていることは例年同様、特記すべき事項であり、都道府県衛生部局から各医療機関への周知を強化する必要がある。

なお、実際に救命救急センター運営事業費、救命救急センター設備整備事業費など、都道府県からの公的事业費を活用している施設も見られたが、これら事業費は、都道府県が定める支出予定額と総事業費から収入額を差し引いた額と比較し、少ない方の額に補助率を乗じて得た額を交付額とする、とされており、ドクターカー事業を多く行い、保険算定をすれば病院が得ることができる支援額は減ることとなり、出動数が多いドクターカー基地病院が財政的に得られる支援は少なくなってしまう。また、自治体等が運営する公的病院はこれらの補助が受けられない制度も問題になっている。

一方、令和 7 年度より、救急現場に出動するドクターカー活用促進事業（救命救急センター運営・設備整備事業）として、従来の国からの補助率が 1/3 から 1/2 に増額となり、負担割合も国 1/3、都道府県 1/3、医療機関 1/3 の均等按分であったものが、国 1/2、都道府県または医療機関が 1/2 となっている。

また、ドクターカー（ラピッドカーは対象外）に係る経費が特別交付税で措置されている。なお令和 5 年度では、対象経費約 540,000 千円、市町村の財政力で補正されるため交付税の算定額約 280,000 千円となっており、対象経費は、特別交付税に関する省令 5 条 3 号の表 4 に「医師を搭乗させた救急自動車の運営に要する経費があること。」とし、「当該年度において、当該市町村が医師を搭乗させた救急自動車を運営するために要する経費に 0.8 を乗じて得た額とする。」とさ

れている。

今回の調査においては、年間の総費用の平均が2659万円におよび、令和4年度の報告よりも800万円ほど上昇している結果となった。一方、救急診療搬送料や往診料など、実際に算定することができた一年間の診療報酬金額については年間500万円未満の施設が最多であり、一施設当たりの平均が981万円であった。ドクターカー事業はドクターヘリ事業と同様に公益性の高い医療救護活動であるがゆえ、保険算定額を増額する、あるいは、都道府県と病院の間での補助率の按分を調整する方策の検討が必要である。ドクターカー1施設が我が国の人口の76万人をカバーする現状において、多くの市民の安全を守るべくドクターカーの活動を継続するためには、さらなる、継続した公的な活動支援が必須であろう。

ドクターカーは、一般の自動車をベースにした車両を用いていることからドクターヘリに比して整備点検も容易であり、車体の不具合や点検中による不応需は少数にとどまった。出動要請に対する応需率も高く、救急医療のニーズに対する即応性の高さは特筆すべきである。年間2万人にも及ぶドクターカー事案数の多さが、救急搬送事案のニーズ増加に対する支援の方策となっていることを明示している。

今回の調査において、転院業務に関してもドクターカーが関与している施設が多いことも明らかになった。

消防庁「令和7年版 救急救助の現況」によると（下表参照）、救急医療機関の転院搬送業務は救急出動件数の7.5%に及ぶというデータがある。これは救急車出動における3番目に多い事由であり、交通事故の出動割合よりも多い。年々救急出動件数が増加している中で、ドクターカーを用いた転院搬送を医療機関が代行して行うことで、自治体消防による救急業務を支援し、救急救助活動の逼迫を軽減させる方策となる可能性がある。

第13表 事故種別の救急出動件数対前年比 （単位：件）

区分 事故種別	令和6年中		令和5年中		対前年比	
	出動件数	構成比(%)	出動件数	構成比(%)	増減数	増減率(%)
急病	5,195,867	67.3	5,174,494	67.7	21,373	0.4
交通事故	393,941	5.1	399,577	5.2	▲ 5,636	▲ 1.4
一般負傷	1,224,778	15.9	1,185,397	15.5	39,381	3.3
加害	27,234	0.4	27,126	0.4	108	0.4
自損行為	61,731	0.8	64,146	0.8	▲ 2,415	▲ 3.8
労働災害	62,279	0.8	60,576	0.8	1,703	2.8
運動競技	43,261	0.6	41,900	0.5	1,361	3.2
火災	24,059	0.3	24,029	0.3	30	0.1
水難	4,787	0.1	4,662	0.1	125	2.7
自然災害	770	0.0	653	0.0	117	17.9
転院搬送	581,928	7.5	556,367	7.3	25,561	4.6
その他 (上記以外)	97,745	1.3	99,631	1.3	▲ 1,886	▲ 1.9
合計	7,718,380	100	7,638,558	100	79,822	1.0

（注）割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。

一方、転院業務にかかわる保険算定については救急搬送診療料（1,300 点）が大部分であるが、ドクターカー活動には人件費や車両整備費、燃料代など多くのコストがかかることから、上述のデータからもこの保険点数算定のみでは決して十分とはいえない。これについては令和 6 年度診療報酬改定より、いわゆる下り搬送に対して救急患者連携搬送料が新設され、活用されていることから、今後のドクターカーによる病院間搬送の件数増加と適正使用についても引き続きの評価が必要である。

ドクターカー活動に関わる人件費、維持費用はそのほとんどが基地病院の自費による運用であり、公的事業費による運用の割合を上回ったことは特筆すべき事実である。地域医療を包括的に支援するドクターカー活動を下支えする財政的基盤の確立が急務であり、そのためにはドクターカーの有効性を明確にする必要がある。これについては、現在進行している前向き研究からのさらなるデータ集積とアウトカム分析が求められる。

3. 研究事業の進捗について

(1) 前方視的データレジストリ研究（レジストリ作成委員会・レジストリ評価委員会）

【目的】本研究の目的は、全国のドクターカー（DC）による活動記録「2025 ドクターカーレジストリ」のデータを用いて、(1) DC 搬送の全出動状況・運用実態・時系列分析を行い、各症例の状態を、転帰も含めて記述的に検証すること、(2) 全データの分析を通して DC の運用実態（現場介入や施設間搬送の特徴、医療処置の実態）を明らかにすることである。

【方法】2025 年 1 月 1 日～2025 年 12 月 31 日に DC 要請となった全症例 (N=28,749) を対象として、i) DC の全出動状況・運用実態分析、ii) DC 介入に伴う各症例の状態分析、iii) 病院前検査・処置・薬剤投与分析、iv) 診断名分析、v) 重症度・緊急度・転帰分析を記述的に行った。転帰については主に自施設搬送症例を対象に記述した。

【結果】期間内に 28,749 件の要請があり、応需は 26,010 件 (90.5%)、不応需は 2,739 件 (9.5%)、ミッション中止は 9,073 件 (31.6%) であり、実際に患者と接触した継続症例は 16,937 件 (58.9%) であった。ミッションの 97.6% が現場搬送要請であった。現場搬送では、実際の搬送手段として救急車が 74.3% を占めた。疾患分類では循環器系疾患 (31.7%) と損傷・中毒 (28.2%) が多くを占めた。DC 接触患者に対しては、エコー検査 (44.7%)、静脈路確保 (66.8%)、薬剤投与 (28.2%) など高度な医療介入が高頻度で行われていた。対象患者の緊急度は「蘇生・緊急」が約 40% を占め、自施設へ搬送され入院となった患者の約 7 割が救命救急センターや ICU 等の高次治療病棟へ収容された。

【考察】DC の運用は、主に救急車を搬送手段として用い、医療スタッフを現場や合流地点に早期投入する形態（ランデブー方式）が主流である。循環器疾患や重症外傷といった一刻を争う病態に対し、病院前で早期に医師による診断・治療（エコー、気管挿管、薬剤投与等）を提供しており、地域の重症救急医療体制において極めて重要な役割を果たしていることが確認された。

A. 研究目的

本研究の目的は、ドクターカー（DC）の運用実態を記録した「2025 ドクターカーレジストリ」のデータセットを用いて、2025 年（令和 7 年）の記述分析を行うことで、ドクターカー事業全体の実態を把握し、実施手法等に関する提案をすることである。具体的な内容は、i) DC の全出動状況・運用実態分析、ii) 介入に伴う患者状態分析、iii) 介入（検査・処置・薬剤投与）分析、iv) 診断名分析、v) 重症度・緊急度・転帰分析である。また、ドクターカーに特異的な分析を追加した。

(倫理面への配慮)

本レジストリの分析は、連結不可能・匿名化されたデータを用いた。本研究は特定の個人を対象とした研究ではなく、倫理的問題を生じる可能性は少ないと考えられたが、情報管理等や人権擁護等には細心の注意を払った。

B. 研究方法

(対象)

【選択基準】

【1,2】 2025/1/1 ～ 2025/12/31 にドクターカー要請となった全症例（N=28,749）

【除外基準】

なし（アウトカムにより集計母数を変更）

（方法）

【主たるアウトカム】

【1】 2025 年度の記述分析

- i) DC の全出動状況・運用実態分析；全ミッション内訳（要請数、応需数、中止数、患者接触数など）。
不応需および中止理由。現場搬送・施設間搬送の特徴。
- ii) DC 介入に伴う各症例の状態分析；バイタルサインの時系列変化。
- iii) DC 介入（病院前検査・処置・薬剤投与）分析；DC スタッフおよび救急隊による処置内容と割合。
- iv) 診断名分析；ICD10 コード分類に沿った疾患構成。
- v) 重症度・緊急度・転帰分析；PCTAS 緊急度、NACA スコア、AIS/ISS（外傷）、および自施設搬送例における転帰。

【2】 ドクターカー特異的記述分析

【解析方法】

【1】 2025 年度の記述分析

カテゴリカル変数は数とパーセントを、連続変数は中央値と四分位範囲を記載した。転帰の分析に関しては、原則として経過が追跡可能な自施設搬送症例を中心に記述した。

C．研究結果

【1】 2025 年度の記述分析

i) DC の全出動状況・運用実態分析

対象期間中の全要請数は 28,749 件であった。応需は 26,010 件(90.5%)、不応需は 2,739 件(9.5%)であった。応需したものの患者接触前にミッション中止となった症例が 9,073 件（全体の 31.6%）あり、最終的に患者接触（継続）に至ったのは 16,937 件（58.9%）であった。要請の 97.6% が現場搬送であり、施設間搬送は 2.4% であった。要請方式は「覚知（現着前）」での要請が 83.0% と大半を占め、現着後は 14.6% であった。また、前任務からの連続出動等も 6.1% みられた。乗車スタッフは「医師 1 名体制」が 81.2% と主流であり、看護師同乗なしが 53.1%、救命士等同乗なしが 51.6% であった（表 1）。

不応需（N=2,739）の主な理由は「ドクター判断」が 38.5%、「前事案任務中（重複要請）」が 26.4% であり、天候不良によるものは 0 件、時間外は 2.3% であった。不応需後の代替対応は「救急車」が 66.3% であった（表 2）。ミッション中止（N=9,073）の理由は「消防・救急隊判断（キャンセル）」が 77.6% と大半を占め、次いで「ドクター判断」が 19.0% であった。中止後も 82.2% は救急車で対応され、ドクターヘリ等への切り替えは 1% 強にとどまった（表 3）。

現場搬送（患者接触 N=15,646）（表 4）において、対象の年齢中央値は 72 歳（成人 92.4%、小児 4.3%）、男性 60.3% であった。実際の搬送手段は救急車が 74.3% を占め、DC 車両による搬送

は16.8%にとどまった。DC以外の搬送手段（表5 N=11,744）の内訳をみても99.0%が救急車であった。傷病者接触形態は「現場」が73.7%、「合流地点」が26.3%であり、DC先着割合は合流地点で61.2%に上る一方、現場では7.9%であった。搬送先の63.6%は自施設であった（表4）。現場接触患者の不搬送（1,269件、8.1%）の理由は、接触後死亡確認が39.4%、ドクター判断が34.4%のほか、軽傷終了13.3%、拒否7.7%であった（表6）。

施設間搬送（N=591）（表7）においては、全例（100%）が搬送され、不搬送やキャンセルは0件であった。年齢中央値は72歳だが小児が8.6%含まれた。現場搬送と異なりDC車両の使用割合が76.3%と高く（代替は救急車が97.9%）、医師の付き添いは85.8%、看護師の付き添いは72.6%で実施された。搬送先は自施設が32.7%であり、他施設への転院が過半数を占めた。

ii) DC介入に伴う各症例の状態分析

患者接触時における意識レベルは、現場搬送においてGCS中央値14（四分位範囲7-15）、施設間搬送で15（13-15）であった。バイタルサイン（血圧、心拍数など）は救急隊接触時からDC最終時にかけて大きな破綻なく推移していた。詳細に見ると、現場搬送のDC接触時ではCPA症例が18.2%を占め、瞳孔の両側散大が7.4%みられるなど重篤な層が含まれたが、重症意識障害（JCS3桁）の割合は接触時22.7%から最終時9.7%へと低下した。酸素投与は現場搬送の最終時点で27.3%に実施されていた。一方、施設間搬送のCPAは0.8%と低く、安定した状態で搬送されていた（表10）。

iii) DC介入（病院前検査・処置・薬剤投与）分析

DCスタッフによる病院前検査として、エコーが44.7%（うちFAST陽性5.5%、気胸疑い1.9%）、血糖測定が23.6%、12誘導心電図が14.1%（うち所見あり24.0%）で施行されていた。処置に関しては、静脈路確保が66.8%と高頻度で実施されていた。呼吸介入（17.3%）のうち経口気管挿管は10.5%であった。循環介入として機械的胸部圧迫装置（3.1%）や骨髄輸液（2.0%）も使用された。DCによる薬剤投与は28.2%の症例で行われ、主に昇圧薬（8.3%）、制吐薬（2.7%）、鎮痛薬（2.2%）、トラネキサム酸（2.1%）が使用された（表11）。

iv) 診断名分析

疾患分類（N=15,512）では、I00-I99循環器系疾患が31.7%（4,917例）と最も多く、次いでS00-T98損傷・中毒が28.2%（4,367例）、R00-R99症状・徴候・異常検査所見が16.2%（2,512例）であった。その他、呼吸器系（5.8%）、神経系（4.6%）が続く、COVID-19単独は0.3%であった（表12）。

v) 重症度・緊急度・転帰分析

外傷患者（N=857）（表13）のISS中央値は5（四分位範囲1-17）であった。体表の軽傷（AIS1）が29.9%を占める一方で、頭頸部の重症（AIS3以上）が18.8%、胸部の重症が12.8%含まれた。救急隊およびDC接触時のRTS中央値はともに7.84であった。緊急度（PCTAS）については（表14）、蘇生（青）14.1%、緊急（赤）25.8%、準緊急（黄）27.8%であり、直ちに生命の危機にある状態（青・赤）が約40%を占めた（施設間搬送では赤が36.5%）。重症度（NACA Score）でも、中等度から蘇生（スコア4～7）の病態が大半（71.2%）を占め、非緊急やごく軽微な層は少なかった。

自施設に搬送された症例（N=10,151）の転帰として、44.6%（4,527例）が入院となり、その

うち 71.6% (3,241 例) が救命救急センター・ICU・HCU 等へ収容された（施設間搬送からの自施設入院率は 77.2%）。自施設搬送における全死亡率は 17.9% (1,816 例) であった。全体の在院日数中央値は 10 日であり、生存して退院した患者のうち、自宅退院が 35.2%、他医療機関への転院が 17.5% であった（表 15-2）。

【2】ドクターカー特異的記述分析：疾患・運用形態別の詳細集計

■ 1. 疾患分類集計（ミッションタイプ別）

疾患分類をミッションタイプ別に集計した結果、以下の特徴が認められた。全体では外因性 17.8%、内因性 57.3%、心大血管疾患 11.7%、脳血管障害 6.8% の構成であった。外傷は全体の 11.8%（交通事故 6.2%、その他 5.3%）を占めた。施設間搬送では心大血管疾患が 22.3% と高い割合を示し、転院搬送における循環器系疾患の優先度が高いことが示唆された（表 17）。

■ 2. 心肺停止症例の特徴

CPA 症例は 3,185 例（19.6%）であった。初期波形の内訳は、Asystole 64.8%、PEA 23.7%、VF/VT 8.3% であった。目撃ありは 45.3%、BystanderCPR は 42.7%、AED 使用は 4.7% であった。心拍再開は 28.5% で達成され、病院到着時の ROSC は 23.6% であった。心停止合計時間の中央値は 24 分であった（表 18）。

■ 3. 施設ごとのドクターカー運用形態

全 116 施設におけるドクターカーの運用形態は、I-1 搬送機能付きが 69 施設、I-2 ラピッド型が 47 施設、III-1 Workstation 型（搬送機能なし）が 4 施設、III-1 Workstation 型（搬送機能付き）が 13 施設、III-2 Workstation 型ピックアップが 12 施設であった（表 19）。

■ 4. ミッションタイプごとのドクターカー運用形態

ミッションタイプ別の運用形態では、I-2 ラピッド DC が全体の 50.2% で最多であり、I-1 搬送機能付きが 30.9% であった。施設間搬送では I-1 が 86.8% と圧倒的に多く、搬送機能の重要性が強調された（表 20）。

■ 5. 現場搬送における時間経過と走行距離

現場搬送において、消防覚知からドクターカー傷病者接触までの時間の中央値は 18 分であった。消防覚知からドクターカー受け入れ病院到着までは中央値 37 分であった。ドクターカー走行距離の中央値は 11km であり、ドクターカー活動時間の中央値は 22 分であった。ACS PCI 例における消防覚知から PCI 到着までの時間は中央値 72 分であった（表 21）。

■ 6. 施設間搬送における時間経過と走行距離

施設間搬送において、ドクターカー出動要請からドクターカー受け入れ病院到着までの時間の中央値は 39 分であった。ドクターカー走行距離の中央値は 14km であり、ドクターカー活動時間の中央値は 45 分であった（表 22）。

D. 考察

【1】2025 年度の記述分析

i) DC の運行状況・運用実態分析

年間 3 万件に迫る要請数は、DC に対するプレホスピタル・ケアの需要が極めて高いことを示している。要請の 83% が覚知同時要請であることは、消防との連携による早期介入の積極的な姿

勢の現れである。不応需や中止の理由を見ると、ドクターによる医学的判断（トリアージ）や、救急隊の到着後評価によるキャンセルが一定程度機能している。天候不良や時間外による制限が少なく稼働が安定している点もヘリにはない強みである。限られた医療資源を真に重症な患者へ適正配分しつつ、オーバートリアージによる「空振り」を許容し、バックアップの救急車を活用するシステムが作動していると考えられる。

現場搬送における搬送手段の7割以上が救急車である点は、DCが「患者搬送」そのものよりも「早期の医療スタッフ投入（デリバリー）」を主目的とするランデブー方式で運用されている実態を強く裏付けている。合流地点におけるDC先着割合が6割を超える点は、このドッキングシステムの有効性を示している。また、現場不搬送の約4割が接触後死亡確認であり、さらに軽傷や拒否を含め、不必要な病院搬送を防ぐ「現場での看取り・活動打ち切り」の判断を医師が適切に担っている。

施設間搬送においては要請後のキャンセルや不搬送が皆無であり、小児を含む重症患者に対し、自施設のみならず他施設への転院を支援する地域セーフティネットとしての役割を果たしている。

ii) および iii) 介入に伴う状態分析・処置分析

DC接触時にCPAが約18%を占め、重症意識障害や瞳孔異常を伴う過酷な現場環境において、救急隊のみでは実施不可能なエコー検査（約45%）や静脈路確保（約67%）、昇圧薬や鎮痛薬の投与が現場で高頻度に提供されている。エコーによるFAST陽性や気胸の的確な検出、心電図の異常把握に基づき、胸部圧迫装置や骨髄輸液などの高度な手技が駆使されている。特に循環器系疾患が多いことから、虚血性心疾患や致死性不整脈等の早期診断と静脈路からの薬剤投与が病態安定化に寄与している可能性が高い。また気管挿管などの確実な気道確保が病院前で実施されていることは、救命率向上と神経学的予後の改善に寄与する可能性がある。介入を通じてJCSが改善傾向を示しているデータは、根本的治療の開始時間を前倒した医学的成果である。

iv) 診断名分析

ドクターヘリ（DH）では外傷が過半数を占める傾向にあるが、DCでは循環器系疾患が外傷を上回って最多（31.7%）であった。これは、都市部や住宅密集地における心肺停止・急性心筋梗塞・脳卒中など「時間依存性の高い内因性急病」に対する早期対応ツールとして、DCが極めて重要な社会インフラとなっていることを示唆している。外傷においても、頭頸部や胸部の重篤な損傷例が一定数含まれる中、生理学的指標（RTS）が低下しきる前に接触できている点がDCの機動力の証左である。

v) 重症度・緊急度・転帰分析

緊急度「蘇生・緊急」が約40%を占め、NACAスコアでもごく軽微な事案が除外されていることから、DCが適切な重症患者に対して出動していることが評価できる。自施設搬送症例の全死亡率が約18%と高い数値を示しているが、これはDOAやCPA症例が多数含まれるプレホスピタル医療の特性を反映したものであり、対象患者群の重篤度が高いことの証左である。一方で、入院患者の7割以上がICU等へ収容されており、DCから高次医療機関へのシームレスな集中治療の接続が実現している。そして、重篤な病態を乗り越えて生存した患者の35%以上が自宅退院を果たしている事実は、早期の医療介入が社会復帰という最終アウトカムに大きく貢献していることを強く物語っている。

【2】ドクターカー特異的記述分析：疾患・運用形態別の詳細集計

ドクターカーの運用実態として以下の点が明らかになった。第一に、疾患構成は内因性疾患が中心であり、特に施設間搬送では心大血管疾患の割合が高い。第二に、CPA 症例が約 2 割を占め、ROSC 率 28.5% という成績はドクターカーによる早期医師介入の意義を示唆する。第三に、ドクターカーの運用形態は施設により多様であるが、現場搬送ではラピッド型が主流、施設間搬送では搬送機能付き型が必須という棲み分けが明確である。第四に、時間経過データからはドクターカータイプによる治療開始時間への影響が示されており、今後のエビデンスに基づいた運用形態の最適化が期待される。

E. まとめ

2025 年のレジストリ分析により、DC 事業は内因性疾患（特に循環器系疾患）および重症外傷を中心とした高度緊急患者に対し、極めて効果的な病院前医療を提供していることが確認された。救急車を利用したランデブー方式により、現場でエコー診断や高度な気道確保、薬剤投与が行われ、患者は速やかに高次治療病棟へ収容されている。

今後も需要の増加が予測される中、重複要請による不応需への対応や、救急隊・基地病院間の適正なトリアージ基準の精緻化を継続し、限られた医療資源をより有効に活用する体制整備が望まれる。

結果；表一覧

表1.ドクターカーミッション内訳					
		全体	継続（傷病者接触）	中止	不応需
		N=28,749 (%)	N=16,937(%)	N=9,073 (%)	N=2,739 (%)
要請	応需	26,010 (90.5%)	16,937 (100.0%)	9,073 (100.0%)	0 (0.0%)
	不応需	2,739 (9.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2,739 (100.0%)
ミッション	継続（傷病者接触）	16,937 (58.9%)	16,937 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	中止	9,073 (31.6%)	0 (0.0%)	9,073 (100.0%)	0 (0.0%)
	不応需	2,739 (9.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2,739 (100.0%)
搬送	現場搬送	28,064 (97.6%)	16,261 (96.0%)	9,065 (99.9%)	2,738 (100.0%)
	施設間搬送	685 (2.4%)	676 (4.0%)	8 (0.1%)	1 (0.0%)
要請方式	覚知（現着前）	23,871 (83.0%)	13,437 (79.3%)	8,165 (90.0%)	2,269 (82.8%)
	現着後	4,193 (14.6%)	2,824 (16.7%)	900 (9.9%)	469 (17.1%)
要請時：前任務の継続 or 帰還中	なし	26,990 (93.9%)	16,075 (94.9%)	8,570 (94.5%)	2,345 (85.6%)
	あり	1,759 (6.1%)	862 (5.1%)	503 (5.5%)	394 (14.4%)
乗車医師人数	1	23,338 (81.2%)	13,096 (77.3%)	7,640 (84.2%)	2,602 (95.0%)
	2	5,092 (17.7%)	3,603 (21.3%)	1,362 (15.0%)	127 (4.6%)
	3	319 (1.1%)	238 (1.4%)	71 (0.8%)	10 (0.4%)
乗車看護師人数	0	15,276 (53.1%)	8,823 (52.1%)	4,507 (49.7%)	1,946 (71.0%)
	1	12,259 (42.6%)	7,358 (43.4%)	4,169 (45.9%)	732 (26.7%)
	2	1,175 (4.1%)	731 (4.3%)	384 (4.2%)	60 (2.2%)
	3	39 (0.1%)	25 (0.1%)	13 (0.1%)	1 (0.0%)
乗車救命士（他）人	0	14,825 (51.6%)	6,801 (40.2%)	6,038 (66.5%)	1,986 (72.5%)
	1	5,502 (19.1%)	4,134 (24.4%)	1,012 (11.2%)	356 (13.0%)
	2	6,787 (23.6%)	4,871 (28.8%)	1,605 (17.7%)	311 (11.4%)
	3	1,635 (5.7%)	1,131 (6.7%)	418 (4.6%)	86 (3.1%)
傷病者数	0	12,695 (44.2%)	883 (5.2%)	9,073 (100.0%)	2,739 (100.0%)
	1	15,930 (55.4%)	15,930 (94.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	2	93 (0.3%)	93 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	3	17 (0.1%)	17 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	4	9 (0.0%)	9 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	5	3 (0.0%)	3 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	6	1 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	13	1 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
注：2025/1/1～2025/12/31のデータ（すべての表に共通）					

表2. 不応需理由とその後の対応		全体
		N=2,739 (%)
不応需理由	天候不良	0 (0.0%)
	前事案任務中	722 (26.4%)
	運航時間外	62 (2.3%)
	ドクターカー準備中	15 (0.5%)
	車体点検中	5 (0.2%)
	車体不具合	2 (0.1%)
	ドクター判断	1,055 (38.5%)
	基地病院対応不可	69 (2.5%)
	その他	864 (31.5%)
	欠測	80 (2.9%)
不応需後の対応	救急車	1,815 (66.3%)
	ドクターカー（自施設以外）	4 (0.1%)
	ドクターヘリ	13 (0.5%)
	消防防災ヘリコプター	1 (0.0%)
	その他のヘリコプター	0 (0.0%)
	その他	39 (1.4%)
	不明	867 (31.7%)
注：不応需理由は複数選択可		

表3. 中止理由とその後の対応		全体
		N=9,073(%)
中止理由	天候不良	5 (0.1%)
	重複要請（途中別事案対応）	45 (0.5%)
	消防・救急隊判断（キャンセル）	7,043 (77.6%)
	ドクター判断	1,728 (19.0%)
	車体理由	0 (0.0%)
	要請元病院 / 受け入れ病院判断（転院搬送キャンセル）	20 (0.2%)
	その他	453 (5.0%)
中止後の対応	欠測	261 (2.9%)
	救急車	7,462 (82.2%)
	ドクターカー（自施設以外）	33 (0.4%)
	ドクターヘリ	95 (1.0%)
	消防防災ヘリコプター	7 (0.1%)
	その他のヘリコプター	7 (0.1%)
	その他	647 (7.1%)
	不明	822 (9.1%)
注：中止理由は複数選択可		

表4. 現場搬送の特徴				
		全体	傷病者搬送あり	傷病者搬送なし
		N=15,646 (%)	N=14,377 (%)	N=1,269 (%)
搬送状況	傷病者搬送あり	14,377 (91.9%)	14,377 (100.0%)	0 (0.0%)
	傷病者搬送なし	1,269 (8.1%)	0 (0.0%)	1,269 (100.0%)
年齢		72 (50-83)	71 (49-83)	77 (57-86)
月齢		6 (1-9)	6 (1-9)	8 (7-10)
年齢区分	小児（15歳以下）	678 (4.3%)	651 (4.5%)	27 (2.1%)
	成人	14,451 (92.4%)	13,327 (92.7%)	1,124 (88.6%)
	不明	517 (3.3%)	399 (2.8%)	118 (9.3%)
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
性別	男	9,440 (60.3%)	8,652 (60.2%)	788 (62.1%)
	女	5,972 (38.2%)	5,532 (38.5%)	440 (34.7%)
	不明	234 (1.5%)	193 (1.3%)	41 (3.2%)
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
傷病者接触形態	合流地点（ドッキングポイント）	4,119 (26.3%)	4,070 (28.3%)	49 (3.9%)
	現場	11,527 (73.7%)	10,307 (71.7%)	1,220 (96.1%)
	医療施設	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
搬送手段・転院手段	DC使用車両	2,633 (16.8%)	2,633 (18.3%)	0 (0.0%)
	救急車	11,631 (74.3%)	11,631 (80.9%)	0 (0.0%)
	他施設DC	4 (0.0%)	4 (0.0%)	0 (0.0%)
	DH	26 (0.2%)	26 (0.2%)	0 (0.0%)
	その他	83 (0.5%)	83 (0.6%)	0 (0.0%)
	欠測	1,269 (8.1%)	0 (0.0%)	1,269 (100.0%)
医師の付き添い	なし	1,875 (12.0%)	1,875 (13.0%)	0 (0.0%)
	あり	12,502 (79.9%)	12,502 (87.0%)	0 (0.0%)
	欠測	1,269 (8.1%)	0 (0.0%)	1,269 (100.0%)
看護師の付き添い（全体）	なし	6,526 (41.7%)	6,526 (45.4%)	0 (0.0%)
	あり	7,851 (50.2%)	7,851 (54.6%)	0 (0.0%)
	欠測	1,269 (8.1%)	0 (0.0%)	1,269 (100.0%)
看護師の付き添い（乗車看護師人数1以上）*	なし	1,300 (16.8%)	1,300 (17.4%)	0 (0.0%)
	あり	6,178 (79.9%)	6,178 (82.6%)	0 (0.0%)
	欠測	259 (3.3%)	0 (0.0%)	259 (100.0%)
自施設搬送	なし	4,419 (28.2%)	4,419 (30.7%)	0 (0.0%)
	あり	9,958 (63.6%)	9,958 (69.3%)	0 (0.0%)
	欠測	1,269 (8.1%)	0 (0.0%)	1,269 (100.0%)
帰還前次要請対応	なし	14,990 (95.8%)	13,792 (95.9%)	1,198 (94.4%)
	あり	656 (4.2%)	585 (4.1%)	71 (5.6%)
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
DC先着（傷病者接触形態: 合流地点）**	なし	1,108 (26.9%)	1,096 (26.9%)	12 (24.5%)
	あり	2,521 (61.2%)	2,512 (61.7%)	9 (18.4%)
	欠測	490 (11.9%)	462 (11.4%)	28 (57.1%)
DC先着（傷病者接触形態: 現場）***	なし	8,746 (75.9%)	7,860 (76.3%)	886 (72.6%)
	あり	908 (7.9%)	807 (7.8%)	101 (8.3%)
	欠測	1,873 (16.2%)	1,640 (15.9%)	233 (19.1%)
* 分母は現場搬送症例において乗車看護師人数が1人以上の場合（N=7,737）				
** 分母は現場搬送症例において傷病者接触形態が合流地点の場合（N=4,119）				
*** 分母は現場搬送症例において傷病者接触形態が現場の場合（N=11,527）				
注：％のついていないものは中央値（四分位範囲）で表記				

表5. ドクターカー搬送以外の場合の搬送手段（現場搬送）	
	全体 N=11,744 (%)
救急車	11,631 (99.0%)
他施設ドクターカー	4 (0.0%)
ドクターヘリ	26 (0.2%)
他	83 (0.7%)

表6. 傷病者不搬送理由（現場搬送）	
	全体 N=1,269 (%)
軽傷のため終了	169 (13.3%)
接触後死亡確認	500 (39.4%)
傷病者拒否	98 (7.7%)
ドクター判断	437 (34.4%)
要請元病院/受け入れ病院判断	0 (0.0%)
その他	65 (5.1%)

表7. 施設間搬送の特徴				
		全体 N=591 (%)	傷病者搬送あり N=591 (%)	傷病者搬送なし N=0 (%)
搬送状況	傷病者搬送あり	591 (100.0%)	591 (100.0%)	-
	傷病者搬送なし	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
年齢		72 (53-82)	72 (53-82)	-
月齢		0 (0-2)	0 (0-2)	-
年齢区分	小児（15歳以下）	51 (8.6%)	51 (8.6%)	-
	成人	532 (90.0%)	532 (90.0%)	-
	不明	8 (1.4%)	8 (1.4%)	-
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
性別	男	336 (56.9%)	336 (56.9%)	-
	女	254 (43.0%)	254 (43.0%)	-
	不明	1 (0.2%)	1 (0.2%)	-
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
施設間搬送傷病者状況	外来傷病者搬送	218 (36.9%)	218 (36.9%)	-
	入院傷病者搬送	176 (29.8%)	176 (29.8%)	-
	欠測	197 (33.3%)	197 (33.3%)	-
傷病者接触形態	合流地点（ドッキングポイント）	60 (10.2%)	60 (10.2%)	-
	現場	10 (1.7%)	10 (1.7%)	-
	医療施設	521 (88.2%)	521 (88.2%)	-
搬送手段・転院手段	DC使用車両	451 (76.3%)	451 (76.3%)	-
	救急車	137 (23.2%)	137 (23.2%)	-
	他施設DC	3 (0.5%)	3 (0.5%)	-
	DH	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
	その他	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
ドクターデリバリー	なし	566 (95.8%)	566 (95.8%)	-
	あり	23 (3.9%)	23 (3.9%)	-
	欠測	2 (0.3%)	2 (0.3%)	-
医師の付き添い	なし	84 (14.2%)	84 (14.2%)	-
	あり	507 (85.8%)	507 (85.8%)	-
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
看護師の付き添い（全体）	なし	162 (27.4%)	162 (27.4%)	-
	あり	429 (72.6%)	429 (72.6%)	-
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
看護師の付き添い（乗車看護師人数1以上）*	なし	1 (0.3%)	1 (0.3%)	-
	あり	288 (99.7%)	288 (99.7%)	-
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
自施設搬送	なし	398 (67.3%)	398 (67.3%)	-
	あり	193 (32.7%)	193 (32.7%)	-
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
帰還前次要請対応	なし	584 (98.8%)	584 (98.8%)	-
	あり	7 (1.2%)	7 (1.2%)	-
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
* 分母は施設間搬送症例において乗車看護師人数が1人以上の場合（N=289）				
注：%のついていないものは中央値（四分位範囲）で表記				

表8. ドクターカー搬送以外の場合の搬送手段（転院搬送）	
	全体 N=140 (%)
救急車	137 (97.9%)
他施設ドクターカー	3 (2.1%)
ドクターヘリ	0 (0.0%)
他	0 (0.0%)

表9. 傷病者不搬送理由（施設間搬送）	
	全体 N=0
ドクター判断	-
注：該当症例なし	

表10. バイタルサイン時系列		現場搬送			施設間搬送		
		救急隊接触時 N=15,646 (%)	DC医師接触時	DC最終時	救急隊接触時 N=591 (%)	DC医師接触時	DC最終時
心拍数		85 (63-108)	90 (73-110)	89 (74-109)	84 (70-101)	86 (72-102)	88 (74-102)
収縮期血圧		127 (100-154)	132 (110-157)	130 (110-152)	126 (108-149)	121 (101-143)	120 (103-140)
拡張期血圧		78 (60-93)	80 (66-95)	79 (65-93)	75 (64-86)	70 (57-83)	70 (60-84)
呼吸回数		20 (18-24)	20 (18-24)	20 (18-24)	20 (18-24)	20 (17-24)	20 (16-25)
血中酸素飽和濃度 (SpO2)		97 (94-99)	98 (96-99)	98 (96-99)	98 (95-99)	97 (95-99)	98 (96-99)
酸素投与有無	あり	4,390 (28.1%)	4,328 (27.7%)	4,270 (27.3%)	57 (9.6%)	151 (25.5%)	92 (15.6%)
	なし	4,715 (30.1%)	4,301 (27.5%)	3,650 (23.3%)	60 (10.2%)	161 (27.2%)	94 (15.9%)
	不明/未記載	2,736 (17.5%)	4,141 (26.5%)	4,304 (27.5%)	189 (32.0%)	109 (18.4%)	166 (28.1%)
意識レベル (JCS)	欠測	3,805 (24.3%)	2,876 (18.4%)	3,422 (21.9%)	285 (48.2%)	170 (28.8%)	239 (40.4%)
	0	2,527 (16.2%)	2,685 (17.2%)	2,348 (15.0%)	79 (13.4%)	157 (26.6%)	97 (16.4%)
	1桁	2,755 (17.6%)	2,787 (17.8%)	2,195 (14.0%)	24 (4.1%)	53 (9.0%)	35 (5.9%)
	2桁	982 (6.3%)	1,050 (6.7%)	855 (5.5%)	12 (2.0%)	15 (2.5%)	10 (1.7%)
	3桁	3,547 (22.7%)	1,603 (10.2%)	1,519 (9.7%)	12 (2.0%)	25 (4.2%)	20 (3.4%)
	欠測	5,835 (37.3%)	7,521 (48.1%)	8,729 (55.8%)	464 (78.5%)	341 (57.7%)	429 (72.6%)
意識レベル (GCS)		13 (3-15)	14 (7-15)	14 (6-15)	15 (12.50,15)	15 (13-15)	15 (11.75,15)
意識レベル (GCS-E)	4: 自発的	3,839 (24.5%)	5,267 (33.7%)	4,344 (27.8%)	56 (9.5%)	195 (33.0%)	119 (20.1%)
	3: 言葉により	658 (4.2%)	1,283 (8.2%)	1,047 (6.7%)	6 (1.0%)	22 (3.7%)	14 (2.4%)
	2: 痛み刺激により	127 (0.8%)	244 (1.6%)	186 (1.2%)	2 (0.3%)	5 (0.8%)	0 (0.0%)
	1: なし	2,571 (16.4%)	1,486 (9.5%)	1,460 (9.3%)	11 (1.9%)	20 (3.4%)	19 (3.2%)
	欠測	8,451 (54.0%)	7,366 (47.1%)	8,609 (55.0%)	516 (87.3%)	349 (59.1%)	439 (74.3%)
意識レベル (GCS-V)	5: 見当識あり	2,788 (17.8%)	3,977 (25.4%)	3,295 (21.1%)	49 (8.3%)	168 (28.4%)	99 (16.8%)
	4: 錯乱状態	820 (5.2%)	1,434 (9.2%)	1,219 (7.8%)	10 (1.7%)	25 (4.2%)	15 (2.5%)
	3: 不適当な言葉	218 (1.4%)	334 (2.1%)	270 (1.7%)	2 (0.3%)	4 (0.7%)	2 (0.3%)
	2: 理解できない言葉	359 (2.3%)	513 (3.3%)	389 (2.5%)	2 (0.3%)	5 (0.8%)	2 (0.3%)
	1: 発語なし or T: 挿管	3,029 (19.4%)	2,023 (12.9%)	1,860 (11.9%)	15 (2.5%)	41 (6.9%)	34 (5.8%)
	欠測	8,432 (53.9%)	7,365 (47.1%)	8,613 (55.0%)	513 (86.8%)	348 (58.9%)	439 (74.3%)
意識レベル (GCS-M)	6: 従命あり	3,802 (24.3%)	5,660 (36.2%)	4,715 (30.1%)	60 (10.2%)	202 (34.2%)	118 (20.0%)
	5: 痛み部位に手足、四肢屈曲	516 (3.3%)	843 (5.4%)	661 (4.2%)	5 (0.8%)	11 (1.9%)	8 (1.4%)
	4: 逃避	427 (2.7%)	568 (3.6%)	380 (2.4%)	2 (0.3%)	5 (0.8%)	5 (0.8%)
	3: 異常屈曲	54 (0.3%)	112 (0.7%)	96 (0.6%)	0 (0.0%)	2 (0.3%)	3 (0.5%)
	2: 異常伸展	75 (0.5%)	100 (0.6%)	80 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	1: なし	2,324 (14.9%)	981 (6.3%)	1,104 (7.1%)	10 (1.7%)	22 (3.7%)	21 (3.6%)
	欠測	8,448 (54.0%)	7,382 (47.2%)	8,610 (55.0%)	514 (87.0%)	349 (59.1%)	436 (73.8%)
体温		37 (36-37)	37 (36-37)	37 (36-37)	37 (36-37)	37 (37-37)	37 (36-37)
共同偏視（眼球運動障害）	なし	3,711 (23.7%)	4,599 (29.4%)	3,997 (25.5%)	33 (5.6%)	80 (13.5%)	58 (9.8%)
	右	172 (1.1%)	237 (1.5%)	130 (0.8%)	1 (0.2%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)
	左	157 (1.0%)	163 (1.0%)	92 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)
	下（内下方）	13 (0.1%)	7 (0.0%)	7 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	上	67 (0.4%)	26 (0.2%)	22 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	他の異常	45 (0.3%)	21 (0.1%)	16 (0.1%)	2 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	欠測	11,481 (73.4%)	10,593 (67.7%)	11,382 (72.7%)	555 (93.9%)	509 (86.1%)	533 (90.2%)
瞳孔所見	正常	4,354 (27.8%)	5,150 (32.9%)	3,687 (23.6%)	45 (7.6%)	79 (13.4%)	52 (8.8%)
	瞳孔不同	179 (1.1%)	182 (1.2%)	137 (0.9%)	1 (0.2%)	3 (0.5%)	0 (0.0%)
	両側散大	1,165 (7.4%)	301 (1.9%)	304 (1.9%)	3 (0.5%)	5 (0.8%)	1 (0.2%)
	縮瞳	199 (1.3%)	202 (1.3%)	155 (1.0%)	1 (0.2%)	7 (1.2%)	2 (0.3%)
	欠測	9,749 (62.3%)	9,811 (62.7%)	11,363 (72.6%)	541 (91.5%)	497 (84.1%)	536 (90.7%)
対光反射	迅速	3,583 (22.9%)	4,641 (29.7%)	3,254 (20.8%)	38 (6.4%)	78 (13.2%)	49 (8.3%)
	鈍い	431 (2.8%)	408 (2.6%)	244 (1.6%)	2 (0.3%)	3 (0.5%)	4 (0.7%)
	固定	1,325 (8.5%)	345 (2.2%)	341 (2.2%)	3 (0.5%)	6 (1.0%)	2 (0.3%)
	不明/未記載	6,152 (39.3%)	7,225 (46.2%)	8,194 (52.4%)	264 (44.7%)	302 (51.1%)	306 (51.8%)
	欠測	4,155 (26.6%)	3,027 (19.3%)	3,613 (23.1%)	284 (48.1%)	202 (34.2%)	230 (38.9%)
運動麻痺	なし	4,208 (26.9%)	5,195 (33.2%)	3,774 (24.1%)	68 (11.5%)	150 (25.4%)	71 (12.0%)
	あり	415 (2.7%)	595 (3.8%)	439 (2.8%)	4 (0.7%)	7 (1.2%)	3 (0.5%)
	欠測	11,023 (70.5%)	9,856 (63.0%)	11,433 (73.1%)	519 (87.8%)	434 (73.4%)	517 (87.5%)
CPA有無	なし	-	10,661 (68.1%)	10,718 (68.5%)	-	524 (88.7%)	499 (84.4%)
	あり	-	2,844 (18.2%)	2,426 (15.5%)	-	5 (0.8%)	9 (1.5%)
	欠測	-	2,141 (13.7%)	2,502 (16.0%)	-	62 (10.5%)	83 (14.0%)
注1：ミッション継続の場合のみを抽出							
注2：%のついていないものは中央値（四分位範囲）で表記							

表11. 検査・処置・薬剤投与			
	全体	現場搬送	施設間搬送
	N=16,237 (%)	N=15,646 (%)	N=591 (%)
救急隊処置	7,353 (45.3%)	7,306 (46.7%)	47 (8.0%)
酸素吸入	5,157 (31.8%)	5,116 (32.7%)	41 (6.9%)
手動的気道確保	1,702 (10.5%)	1,697 (10.8%)	5 (0.8%)
BVMによる人工呼吸	2,396 (14.8%)	2,389 (15.3%)	7 (1.2%)
ラリンジアルマスク or エアウェイ挿入	640 (3.9%)	640 (4.1%)	0 (0.0%)
気管挿管	370 (2.3%)	367 (2.3%)	3 (0.5%)
胸骨圧迫	2,196 (13.5%)	2,191 (14.0%)	5 (0.8%)
静脈路確保・輸液投与	1,661 (10.2%)	1,649 (10.5%)	12 (2.0%)
アドレナリン投与	847 (5.2%)	845 (5.4%)	2 (0.3%)
ブドウ糖投与	38 (0.2%)	38 (0.2%)	0 (0.0%)
患者所持エピペン（自己注射型エピネフリン製剤）の使用	4 (0.0%)	4 (0.0%)	0 (0.0%)
アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内注射（実証実験）	10 (0.1%)	10 (0.1%)	0 (0.0%)
頸椎カラー	1,062 (6.5%)	1,060 (6.8%)	2 (0.3%)
脊柱固定具（バックボード、スクープなど）	1,281 (7.9%)	1,278 (8.2%)	3 (0.5%)
副子	5 (0.0%)	5 (0.0%)	0 (0.0%)
ターニケット	13 (0.1%)	13 (0.1%)	0 (0.0%)
ペルピック・バインダー	25 (0.2%)	25 (0.2%)	0 (0.0%)
その他	1,278 (7.9%)	1,271 (8.1%)	7 (1.2%)
DC救命士処置	2,568 (15.8%)	2,549 (16.3%)	19 (3.2%)
BVMによる人工呼吸	732 (4.5%)	731 (4.7%)	1 (0.2%)
ラリンジアルマスク or エアウェイ挿入	170 (1.0%)	169 (1.1%)	1 (0.2%)
気管挿管	199 (1.2%)	199 (1.3%)	0 (0.0%)
静脈路確保・輸液投与	2,080 (12.8%)	2,063 (13.2%)	17 (2.9%)
アドレナリン投与	585 (3.6%)	585 (3.7%)	0 (0.0%)
ブドウ糖投与	42 (0.3%)	42 (0.3%)	0 (0.0%)
アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内注射（実証実験）	10 (0.1%)	10 (0.1%)	0 (0.0%)
ターニケット	2 (0.0%)	2 (0.0%)	0 (0.0%)
ペルピック・バインダー	2 (0.0%)	2 (0.0%)	0 (0.0%)
DC検査			
エコー	7,253 (44.7%)	7,186 (45.9%)	67 (11.3%)
12誘導心電図	2,287 (14.1%)	2,278 (14.6%)	9 (1.5%)
血糖測定	3,824 (23.6%)	3,803 (24.3%)	21 (3.6%)
乳酸値測定	1,418 (8.7%)	1,408 (9.0%)	10 (1.7%)
その他検査	508 (3.1%)	500 (3.2%)	8 (1.4%)
血糖値（mg/dL）	135 (107-177)	135 (107-177)	165 (135-305)
乳酸値	4 (2-9)	4 (2-9)	3 (2-9)
DC検査所見			
エコー所見（FAST陽性=腹腔内出血疑い）*	401 (5.5%)	399 (5.6%)	2 (3.0%)
エコー所見（気胸疑い）*	141 (1.9%)	141 (2.0%)	0 (0.0%)
12誘導心電図所見**	549 (24.0%)	547 (24.0%)	2 (22.2%)

表11. 検査・処置・薬剤投与			
	全体	現場搬送	施設間搬送
	N=16,237 (%)	N=15,646 (%)	N=591 (%)
DC呼吸介入有無	2,813 (17.3%)	2,775 (17.7%)	38 (6.4%)
補助呼吸 (BVM・ジャクソンリース)	1,324 (8.2%)	1,306 (8.3%)	18 (3.0%)
経口気管挿管	1,704 (10.5%)	1,698 (10.9%)	6 (1.0%)
脱気 (ドレナージ or 針 or 開胸)	46 (0.3%)	45 (0.3%)	1 (0.2%)
人工呼吸器	271 (1.7%)	253 (1.6%)	18 (3.0%)
外科的気道確保 (輪状甲状靱帯穿刺または切開)	37 (0.2%)	36 (0.2%)	1 (0.2%)
経鼻気管挿管	19 (0.1%)	19 (0.1%)	0 (0.0%)
声門上デバイス	128 (0.8%)	128 (0.8%)	0 (0.0%)
気道異物除去	65 (0.4%)	65 (0.4%)	0 (0.0%)
その他	430 (2.6%)	428 (2.7%)	2 (0.3%)
DC静脈路確保	10,844 (66.8%)	10,538 (67.4%)	306 (51.8%)
DC循環介入有無	1,328 (8.2%)	1,322 (8.4%)	6 (1.0%)
骨髓輸液	320 (2.0%)	319 (2.0%)	1 (0.2%)
中心静脈ルート確保	145 (0.9%)	145 (0.9%)	0 (0.0%)
閉胸心臓マッサージ	430 (2.6%)	428 (2.7%)	2 (0.3%)
機械的胸部圧迫装置 (LUCAS, Auto Pulseなど)	497 (3.1%)	496 (3.2%)	1 (0.2%)
開胸心臓マッサージ	64 (0.4%)	64 (0.4%)	0 (0.0%)
開胸大動脈遮断	45 (0.3%)	45 (0.3%)	0 (0.0%)
REBOA-IABO	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
心嚢穿刺	15 (0.1%)	15 (0.1%)	0 (0.0%)
心膜開窓	28 (0.2%)	28 (0.2%)	0 (0.0%)
ターニケット装着	8 (0.0%)	8 (0.1%)	0 (0.0%)
ペルビック・バインダー装着 (シーツラッピング、サムスリング、T-ポットなど)	28 (0.2%)	28 (0.2%)	0 (0.0%)
経皮ペースティング	1 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)
除細動	92 (0.6%)	92 (0.6%)	0 (0.0%)
開腹 (ガーゼパッキング)	1 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)
後腹膜パッキング	1 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)
VA-ECMO	6 (0.0%)	4 (0.0%)	2 (0.3%)
VV-ECMO	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
開腹もしくは後腹膜パッキング等病院前手術	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
その他	26 (0.2%)	25 (0.2%)	1 (0.2%)
DC薬剤投与	4,577 (28.2%)	4,501 (28.8%)	76 (12.9%)
鎮痛薬 (含む麻薬)	360 (2.2%)	348 (2.2%)	12 (2.0%)
鎮静剤	280 (1.7%)	272 (1.7%)	8 (1.4%)
筋弛緩薬	148 (0.9%)	147 (0.9%)	1 (0.2%)
昇圧薬	1,341 (8.3%)	1,327 (8.5%)	14 (2.4%)
降圧薬	261 (1.6%)	242 (1.5%)	19 (3.2%)
制吐薬	433 (2.7%)	422 (2.7%)	11 (1.9%)
TXA (トラネキサム酸)	334 (2.1%)	332 (2.1%)	2 (0.3%)
抗痙攣薬	299 (1.8%)	298 (1.9%)	1 (0.2%)
ブドウ糖	241 (1.5%)	235 (1.5%)	6 (1.0%)
抗不整脈薬	156 (1.0%)	152 (1.0%)	4 (0.7%)
硝酸薬	184 (1.1%)	181 (1.2%)	3 (0.5%)
抗アレルギー薬 (含むステロイド)	89 (0.5%)	87 (0.6%)	2 (0.3%)
Ca製剤	21 (0.1%)	19 (0.1%)	2 (0.3%)
Mg製剤	16 (0.1%)	14 (0.1%)	2 (0.3%)
脳圧降下薬	4 (0.0%)	4 (0.0%)	0 (0.0%)
血栓溶解薬	1 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)
輸血RBC	8 (0.0%)	7 (0.0%)	1 (0.2%)
輸血FFP	1 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)
輸血PLT	1 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)
アルブミン製剤	5 (0.0%)	5 (0.0%)	0 (0.0%)
血液凝固因子製剤	12 (0.1%)	12 (0.1%)	0 (0.0%)
麻薬製剤	160 (1.0%)	149 (1.0%)	11 (1.9%)
その他	976 (6.0%)	970 (6.2%)	6 (1.0%)
DC総輸液量(mL%)	100 (30-250)	100 (30-250)	0 (0-50)
* 分母はドクターカーにてエコー検査を実施した患者 (N=7,253)			
* 分母はドクターカーにて12誘導心電図検査を実施した患者 (N=2,287)			
注1: ミッション継続の場合のみを抽出			
注2: %のついていないものは中央値 (四分位範囲) で表記			

表12. 疾患一覧 (ICD10分類)				
		全体	現場搬送	施設間搬送
		N=15,512 (%)	N=14,883 (%)	N=629 (%)
A00-B99	感染症・寄生虫症	201 (1.3%)	173 (1.2%)	28 (4.5%)
C00-D48	新生物<腫瘍>	129 (0.8%)	109 (0.7%)	20 (3.2%)
D50-D89	血液・免疫機構障害	37 (0.2%)	28 (0.2%)	9 (1.4%)
E00-E99	内分泌・栄養・代謝疾患	529 (3.4%)	511 (3.4%)	18 (2.9%)
F00-F99	精神・行動の障害	272 (1.8%)	254 (1.7%)	18 (2.9%)
G00-G99	神経系疾患	707 (4.6%)	689 (4.6%)	18 (2.9%)
H00-H59	眼疾患	8 (0.1%)	8 (0.1%)	0 (0.0%)
H60-H95	耳疾患	12 (0.1%)	11 (0.1%)	1 (0.2%)
I00-I99	循環器系疾患	4,917 (31.7%)	4,707 (31.6%)	210 (33.4%)
J00-J99	呼吸器系疾患	892 (5.8%)	830 (5.6%)	62 (9.9%)
K00-K93	消化器系疾患	429 (2.8%)	383 (2.6%)	46 (7.3%)
L00-L99	皮膚疾患	44 (0.3%)	40 (0.3%)	4 (0.6%)
M00-M99	筋骨格系疾患	97 (0.6%)	94 (0.6%)	3 (0.5%)
N00-N99	尿路性器系疾患	220 (1.4%)	200 (1.3%)	20 (3.2%)
O00-O99	妊娠・分娩・産褥	32 (0.2%)	26 (0.2%)	6 (1.0%)
P00-P96	周産期に発生した病態	27 (0.2%)	13 (0.1%)	14 (2.2%)
Q00-Q99	先天奇形・染色体異常	7 (0.0%)	7 (0.0%)	0 (0.0%)
R00-R99	症状・徴候・異常検査所見	2,512 (16.2%)	2,482 (16.7%)	30 (4.8%)
S00-T98	損傷・中毒	4,367 (28.2%)	4,249 (28.5%)	118 (18.8%)
Z00-Z99	健康状態に影響を及ぼす要因と保健サービスの利用	3 (0.0%)	1 (0.0%)	2 (0.3%)
その他Xコードなど	自殺など	27 (0.2%)	27 (0.2%)	0 (0.0%)
COVID-19	COVID-19	43 (0.3%)	41 (0.3%)	2 (0.3%)
欠測		0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

表13. 外傷患者重症度（手動入力）				
		全体	現場搬送	施設間搬送
		N=857 (%)	N=851 (%)	N=6 (%)
AIS（手動）－頭部および頸部 MAX-AIS	1	119 (13.9%)	118 (13.9%)	1 (16.7%)
	2	78 (9.1%)	78 (9.2%)	0 (0.0%)
	3	63 (7.4%)	63 (7.4%)	0 (0.0%)
	4	50 (5.8%)	50 (5.9%)	0 (0.0%)
	5	40 (4.7%)	39 (4.6%)	1 (16.7%)
	6	8 (0.9%)	8 (0.9%)	0 (0.0%)
	欠測	499 (58.2%)	495 (58.2%)	4 (66.7%)
AIS（手動）－顔面 MAX-AIS	1	93 (10.9%)	93 (10.9%)	0 (0.0%)
	2	42 (4.9%)	42 (4.9%)	0 (0.0%)
	3	10 (1.2%)	10 (1.2%)	0 (0.0%)
	4	2 (0.2%)	2 (0.2%)	0 (0.0%)
	5	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	6	1 (0.1%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)
	欠測	709 (82.7%)	703 (82.6%)	6 (100.0%)
AIS（手動）－胸部 MAX-AIS	1	66 (7.7%)	66 (7.8%)	0 (0.0%)
	2	67 (7.8%)	67 (7.9%)	0 (0.0%)
	3	110 (12.8%)	110 (12.9%)	0 (0.0%)
	4	38 (4.4%)	38 (4.5%)	0 (0.0%)
	5	14 (1.6%)	14 (1.6%)	0 (0.0%)
	6	12 (1.4%)	12 (1.4%)	0 (0.0%)
	欠測	550 (64.2%)	544 (63.9%)	6 (100.0%)
AIS（手動）－腹部および骨盤内 臓器 MAX-AIS	1	70 (8.2%)	70 (8.2%)	0 (0.0%)
	2	53 (6.2%)	53 (6.2%)	0 (0.0%)
	3	49 (5.7%)	49 (5.8%)	0 (0.0%)
	4	14 (1.6%)	13 (1.5%)	1 (16.7%)
	5	5 (0.6%)	5 (0.6%)	0 (0.0%)
	6	3 (0.4%)	3 (0.4%)	0 (0.0%)
	欠測	663 (77.4%)	658 (77.3%)	5 (83.3%)
AIS（手動）－四肢および骨盤 MAX-AIS	1	97 (11.3%)	95 (11.2%)	2 (33.3%)
	2	120 (14.0%)	120 (14.1%)	0 (0.0%)
	3	80 (9.3%)	80 (9.4%)	0 (0.0%)
	4	31 (3.6%)	31 (3.6%)	0 (0.0%)
	5	11 (1.3%)	11 (1.3%)	0 (0.0%)
	6	1 (0.1%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)
	欠測	517 (60.3%)	513 (60.3%)	4 (66.7%)
AIS（手動）－体表 MAX-AIS	1	256 (29.9%)	255 (30.0%)	1 (16.7%)
	2	12 (1.4%)	12 (1.4%)	0 (0.0%)
	3	7 (0.8%)	7 (0.8%)	0 (0.0%)
	4	2 (0.2%)	2 (0.2%)	0 (0.0%)
	5	1 (0.1%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)
	6	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	欠測	579 (67.6%)	574 (67.5%)	5 (83.3%)
ISS		5 (1-17)	5 (1-17)	2 (1-13)
RTS救急隊		7.84 (7.55-7.84)	7.84 (7.55-7.84)	NA
RTSドクターカー		7.84 (7.55-7.84)	7.84 (7.55-7.84)	7.84 (7.84-7.84)
PS救急隊		0.99 (0.97-1.00)	0.99 (0.97-1.00)	NA
PSドクターカー		0.99 (0.97-1.00)	0.99 (0.97-1.00)	0.99 (0.99-0.99)
注1：疾患分類が外傷の場合のみを抽出				
注2：%のついていないものは中央値（四分位範囲）で表記				

表14. 緊急度・重症度一覧				
		全体	現場搬送	施設間搬送
		N=16,237 (%)	N=15,646 (%)	N=591 (%)
緊急度 (PCTAS)	蘇生 (青)	2,292 (14.1%)	2,283 (14.6%)	9 (1.5%)
	緊急 (赤)	4,191 (25.8%)	3,975 (25.4%)	216 (36.5%)
	準緊急 (黄)	4,508 (27.8%)	4,316 (27.6%)	192 (32.5%)
	低緊急 (緑)	1,554 (9.6%)	1,524 (9.7%)	30 (5.1%)
	非緊急 (白)	567 (3.5%)	502 (3.2%)	65 (11.0%)
	欠測	3,125 (19.2%)	3,046 (19.5%)	79 (13.4%)
重症度 (NACA Score)	損傷/疾病がない。非常に軽い	303 (1.9%)	248 (1.6%)	55 (9.3%)
	損傷/疾病に対して救急医のケアを必要としない。ごく軽微	392 (2.4%)	390 (2.5%)	2 (0.3%)
	損傷/疾病に対して医師の検査・治療を必要とするが入院を必要としない。軽微から中等度未満	2,301 (14.2%)	2,290 (14.6%)	11 (1.9%)
	損傷/疾病に対して生命に関わらないが入院を必要とする。中等度から重症	3,226 (19.9%)	3,057 (19.5%)	169 (28.6%)
	損傷/疾病がバイタルサインの悪化に繋がる可能性があり、重症で急速に生命に関わる状態に移行することを否定できない	2,279 (14.0%)	2,149 (13.7%)	130 (22.0%)
	損傷/疾病が緊急で生命に関わる危険な状態	1,900 (11.7%)	1,765 (11.3%)	135 (22.8%)
	損傷/疾病に対して蘇生を行った。呼吸停止、および/もしくは、心停止	1,786 (11.0%)	1,778 (11.4%)	8 (1.4%)
	致命的な損傷/疾病。蘇生行為を行ったとしても致命的	916 (5.6%)	915 (5.8%)	1 (0.2%)
	欠測	3,134 (19.3%)	3,054 (19.5%)	80 (13.5%)
注：ミッション継続の場合のみを抽出				

表15-1. 転帰 (全体)				
		全体	現場搬送	施設間搬送
		N=16,237 (%)	N=15,646 (%)	N=591 (%)
外来転帰	入院	4,539 (28.0%)	4,390 (28.1%)	149 (25.2%)
	転院	331 (2.0%)	325 (2.1%)	6 (1.0%)
	帰宅	1,855 (11.4%)	1,844 (11.8%)	11 (1.9%)
	死亡	1,428 (8.8%)	1,421 (9.1%)	7 (1.2%)
	欠測	8,084 (49.8%)	7,666 (49.0%)	418 (70.7%)
入院病棟*	救命救急センター・ICU・HCU等	3,247 (71.5%)	3,151 (71.8%)	96 (64.4%)
	一般病棟入院	1,282 (28.2%)	1,230 (28.0%)	52 (34.9%)
	不明	10 (0.2%)	9 (0.2%)	1 (0.7%)
最終 (退院時) 転帰*	生存	3,052 (67.2%)	2,953 (67.3%)	99 (66.4%)
	死亡	595 (13.1%)	582 (13.3%)	13 (8.7%)
	欠測	892 (19.7%)	855 (19.5%)	37 (24.8%)
在院日数, 中央値 (四分位範囲)		10 (2-25)	10 (2-24)	15 (8-28)
全死亡	生存	5,238 (32.3%)	5,122 (32.7%)	116 (19.6%)
	死亡	2,023 (12.5%)	2,003 (12.8%)	20 (3.4%)
	欠測	8,976 (55.3%)	8,521 (54.5%)	455 (77.0%)
退院先**	自宅	1,811 (34.6%)	1,764 (34.4%)	47 (40.5%)
	他医療機関	902 (17.2%)	860 (16.8%)	42 (36.2%)
	施設/ホーム	168 (3.2%)	164 (3.2%)	4 (3.4%)
	その他	33 (0.6%)	29 (0.6%)	4 (3.4%)
	欠測	2,324 (44.4%)	2,305 (45.0%)	19 (16.4%)
* 分母は入院患者 (N=4,539)				
** 分母は生存患者 (N=5,238)				
注：ミッション継続の場合のみを抽出				

表15-2. 転帰（自施設搬送）				
		全体	現場搬送	施設間搬送
		N=10,151 (%)	N=9,958 (%)	N=193 (%)
	救命救急センター・ICU・HCU等	3,241 (71.6%)	3,145 (71.8%)	96 (64.4%)
	一般病棟入院	1,276 (28.2%)	1,224 (28.0%)	52 (34.9%)
	不明	10 (0.2%)	9 (0.2%)	1 (0.7%)
最終（退院時）転帰*				
	生存	3,045 (67.3%)	2,946 (67.3%)	99 (66.4%)
	死亡	594 (13.1%)	581 (13.3%)	13 (8.7%)
	欠測	888 (19.6%)	851 (19.4%)	37 (24.8%)
在院日数, 中央値（四分位範		10 (2-25)	10 (2-24)	15 (8-28)
全死亡				
	生存	5,135 (50.6%)	5,019 (50.4%)	116 (60.1%)
	死亡	1,816 (17.9%)	1,796 (18.0%)	20 (10.4%)
	欠測	3,200 (31.5%)	3,143 (31.6%)	57 (29.5%)
退院先**				
	自宅	1,806 (35.2%)	1,759 (35.0%)	47 (40.5%)
	他医療機関	901 (17.5%)	859 (17.1%)	42 (36.2%)
	施設/ホーム	167 (3.3%)	163 (3.2%)	4 (3.4%)
	その他	33 (0.6%)	29 (0.6%)	4 (3.4%)
	欠測	2,228 (43.4%)	2,209 (44.0%)	19 (16.4%)
* 分母は入院患者（N=4,527）				
** 分母は生存患者（N=5,135）				

表16. Quality Indicator (QI)					
		全体 N=28,749 (%)	継続 N=16,937 (%)	中止 N=9,073 (%)	不応需 N=2,739 (%)
デブリーフィングを行ったか					
	はい	10,949 (38.1%)	8,507 (50.2%)	2,205 (24.3%)	237 (8.7%)
	いいえ	9,856 (34.3%)	4,572 (27.0%)	3,877 (42.7%)	1,407 (51.4%)
	欠測	7,944 (27.6%)	3,858 (22.8%)	2,991 (33.0%)	1,095 (40.0%)
インシデント/アクシデント事例発生有無					
	はい	169 (0.6%)	125 (0.7%)	43 (0.5%)	1 (0.0%)
	いいえ	20,612 (71.7%)	12,932 (76.4%)	6,038 (66.5%)	1,642 (59.9%)
	欠測	7,968 (27.7%)	3,880 (22.9%)	2,992 (33.0%)	1,096 (40.0%)
発生したインシデント/アクシデントは、所属機関に 遅滞なく報告を行い、再発防止のための検証を行っ					
	はい	103 (0.4%)	83 (0.5%)	19 (0.2%)	1 (0.0%)
	いいえ	12 (0.0%)	9 (0.1%)	3 (0.0%)	0 (0.0%)
	その他	4 (0.0%)	4 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	欠測	28,630 (99.6%)	16,841 (99.4%)	9,051 (99.8%)	2,738 (100.0%)
ドクターカーは施設の活動指針・基準に従った活動 であったか					
	はい	12,736 (44.3%)	12,736 (75.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	いいえ	127 (0.4%)	127 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	欠測	15,886 (55.3%)	4,074 (24.1%)	9,073 (100.0%)	2,739 (100.0%)
ドクターカーの出動は施設のドクターヘリの要請基 準に従った派遣であったか					
	はい	12,714 (44.2%)	12,714 (75.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	いいえ	129 (0.4%)	129 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	欠測	15,906 (55.3%)	4,094 (24.2%)	9,073 (100.0%)	2,739 (100.0%)
不応需理由は適正な判断であったか（特に医学的					
	はい	1,426 (5.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1,426 (52.1%)
	いいえ	140 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	140 (5.1%)
	欠測	27,183 (94.6%)	16,937 (100.0%)	9,073 (100.0%)	1,173 (42.8%)
得られた情報から判断すると、出動要請は、ドク ターカーが対応すべきものであったか					
	はい	13,732 (47.8%)	11,704 (69.1%)	2,028 (22.4%)	0 (0.0%)
	いいえ	1,841 (6.4%)	202 (1.2%)	1,639 (18.1%)	0 (0.0%)
	判定不能	2,389 (8.3%)	303 (1.8%)	2,086 (23.0%)	0 (0.0%)
	欠測	10,787 (37.5%)	4,728 (27.9%)	3,320 (36.6%)	2,739 (100.0%)
ドクターカーは、既存の代替手段よりも傷病者によ り時間的に優れたサービス（早期介入もしくは早期 医療施設搬送）を提供したか？（主観的判断）					
	提供できた	9,320 (32.4%)	9,320 (55.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	どちらかと言うと提供でき	1,803 (6.3%)	1,803 (10.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	どちらとも言えない	619 (2.2%)	619 (3.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	どちらかと言うと提供でき				
	なかった	19 (0.1%)	19 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	提供できなかった	21 (0.1%)	21 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	該当なし or 判定不能（不搬 送、現場死亡、他）	364 (1.3%)	364 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	欠測	16,603 (57.8%)	4,791 (28.3%)	9,073 (100.0%)	2,739 (100.0%)
ドクターカーは、既存の代替手段よりも傷病者によ り医学的に優れたサービス（医学的な介入効果）を 提供したか？（主観的判断）					
	提供できた	9,261 (32.2%)	9,261 (54.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	どちらかと言うと提供でき	1,831 (6.4%)	1,831 (10.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	どちらとも言えない	602 (2.1%)	602 (3.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	どちらかと言うと提供でき				
	なかった	13 (0.0%)	13 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	提供できなかった	12 (0.0%)	12 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	該当なし or 判定不能（不搬 送、現場死亡、他）	364 (1.3%)	364 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	欠測	16,666 (58.0%)	4,854 (28.7%)	9,073 (100.0%)	2,739 (100.0%)
傷病者・家族の視点に立って、傷病者・家族の Needsに答えられたと思うか？（主観的判断）					
	応えられた	9,190 (32.0%)	9,190 (54.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	どちらかと言うと応えられ	1,836 (6.4%)	1,836 (10.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	どちらとも言えない	594 (2.1%)	594 (3.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	どちらかと言うと応えられ				
	なかった	11 (0.0%)	11 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	応えられなかった	4 (0.0%)	4 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	該当なし or 判定不能（不搬 送、現場死亡、他）	377 (1.3%)	377 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	欠測	16,737 (58.2%)	4,925 (29.1%)	9,073 (100.0%)	2,739 (100.0%)

表17. 疾患分類集計（ミッションタイプ）			
	全体	現場搬送	施設間搬送
	N=16,237 (%)	N=15,646 (%)	N=591 (%)
外因性	2,891 (17.8%)	2,806 (17.9%)	85 (14.4%)
外傷	1,916 (11.8%)	1,852 (11.8%)	64 (10.8%)
交通事故	1,007 (6.2%)	999 (6.4%)	8 (1.4%)
その他の外傷	855 (5.3%)	806 (5.2%)	49 (8.3%)
外傷小分類欠測	49 (0.3%)	42 (0.3%)	7 (1.2%)
その他の外因性疾患	919 (5.7%)	901 (5.8%)	18 (3.0%)
外傷中分類欠測	37 (0.2%)	34 (0.2%)	3 (0.5%)
内因性	9,306 (57.3%)	8,903 (56.9%)	403 (68.2%)
心大血管疾患	1,903 (11.7%)	1,771 (11.3%)	132 (22.3%)
急性冠症候群	708 (4.4%)	671 (4.3%)	37 (6.3%)
大動脈瘤・解離	314 (1.9%)	263 (1.7%)	51 (8.6%)
心大血管疾患その他	769 (4.7%)	736 (4.7%)	33 (5.6%)
心大血管小分類欠測	110 (0.7%)	99 (0.6%)	11 (1.9%)
脳血管障害	1,112 (6.8%)	1,083 (6.9%)	29 (4.9%)
脳梗塞	357 (2.2%)	348 (2.2%)	9 (1.5%)
くも膜下出血	124 (0.8%)	114 (0.7%)	10 (1.7%)
脳出血	265 (1.6%)	262 (1.7%)	3 (0.5%)
脳血管障害その他	269 (1.7%)	265 (1.7%)	4 (0.7%)
脳血管障害小分類欠測	97 (0.6%)	94 (0.6%)	3 (0.5%)
その他の内科疾患	6,064 (37.3%)	5,823 (37.2%)	241 (40.8%)
内科疾患中分類欠測	227 (1.4%)	226 (1.4%)	1 (0.2%)
疾病大分類欠測	4,040 (24.9%)	3,937 (25.2%)	103 (17.4%)
母子・周産期	53 (0.3%)	49 (0.3%)	4 (0.7%)
母子・周産期欠測	3,001 (18.5%)	2,950 (18.9%)	51 (8.6%)
鈍的鋭的			
鈍的	739 (4.6%)	734 (4.7%)	5 (0.8%)
鋭的	37 (0.2%)	37 (0.2%)	0 (0.0%)
鈍的鋭的欠測	15,461 (95.2%)	14,875 (95.1%)	586 (99.2%)
注：ミッション継続の場合のみを抽出			

表18. CPA症例の特徴					
		全体	自施設搬送	他施設搬送	搬送先不明
		N=16,237 (%)	N=10,151 (%)	N=4,817 (%)	N=1,269 (%)
心肺停止の有無	なし	10,728 (66.1%)	7,197 (70.9%)	3,289 (68.3%)	242 (19.1%)
	あり	3,185 (19.6%)	1,905 (18.8%)	768 (15.9%)	512 (40.3%)
	欠測	2,324 (14.3%)	1,049 (10.3%)	760 (15.8%)	515 (40.6%)
ドクターカー心肺停止有無*	なし	508 (15.9%)	372 (19.5%)	109 (14.2%)	27 (5.3%)
	あり	2,552 (80.1%)	1,472 (77.3%)	635 (82.7%)	445 (86.9%)
	欠測	125 (3.9%)	61 (3.2%)	24 (3.1%)	40 (7.8%)
ドクターカー最終心肺停止有無*	なし	792 (24.9%)	553 (29.0%)	196 (25.5%)	43 (8.4%)
	あり	2,149 (67.5%)	1,253 (65.8%)	533 (69.4%)	363 (70.9%)
	欠測	244 (7.7%)	99 (5.2%)	39 (5.1%)	106 (20.7%)
心肺停止目撃者の有無*	なし	1,741 (54.7%)	946 (49.7%)	318 (41.4%)	477 (93.2%)
	あり	1,444 (45.3%)	959 (50.3%)	450 (58.6%)	35 (6.8%)
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
BystanderCPRの有無*	なし	1,825 (57.3%)	1,008 (52.9%)	364 (47.4%)	453 (88.5%)
	あり	1,360 (42.7%)	897 (47.1%)	404 (52.6%)	59 (11.5%)
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
一般市民のAED使用の有無*	なし	3,034 (95.3%)	1,805 (94.8%)	722 (94.0%)	507 (99.0%)
	あり	151 (4.7%)	100 (5.2%)	46 (6.0%)	5 (1.0%)
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
初期波形*	Asystole	2,063 (64.8%)	1,097 (57.6%)	468 (60.9%)	498 (97.3%)
	PEA	756 (23.7%)	536 (28.1%)	212 (27.6%)	8 (1.6%)
	VF/VT	265 (8.3%)	202 (10.6%)	58 (7.6%)	5 (1.0%)
	脈あり	101 (3.2%)	70 (3.7%)	30 (3.9%)	1 (0.2%)
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
DC隊傷病者接触時波形*	Asystole	2,005 (63.0%)	1,049 (55.1%)	456 (59.4%)	500 (97.7%)
	PEA	720 (22.6%)	515 (27.0%)	199 (25.9%)	6 (1.2%)
	VF/VT	184 (5.8%)	141 (7.4%)	38 (4.9%)	5 (1.0%)
	脈あり	276 (8.7%)	200 (10.5%)	75 (9.8%)	1 (0.2%)
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
病院到着時の心電図波形*	Asystole	1,694 (53.2%)	838 (44.0%)	363 (47.3%)	493 (96.3%)
	PEA	620 (19.5%)	439 (23.0%)	179 (23.3%)	2 (0.4%)
	VF/VT	118 (3.7%)	94 (4.9%)	22 (2.9%)	2 (0.4%)
	ROSC	753 (23.6%)	534 (28.0%)	204 (26.6%)	15 (2.9%)
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
心拍再開有無*	なし	2,277 (71.5%)	1,248 (65.5%)	540 (70.3%)	489 (95.5%)
	あり	908 (28.5%)	657 (34.5%)	228 (29.7%)	23 (4.5%)
	欠測	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
心肺停止時刻区分*	消防覚知前CPA	644 (20.2%)	409 (21.5%)	201 (26.2%)	34 (6.6%)
	消防覚知～傷病者接触CPA	496 (15.6%)	296 (15.5%)	174 (22.7%)	26 (5.1%)
	傷病者接触～病院到着CPA	396 (12.4%)	279 (14.6%)	111 (14.5%)	6 (1.2%)
	受け入れ病院到着後CPA	27 (0.8%)	17 (0.9%)	4 (0.5%)	6 (1.2%)
	CPA時刻区分不明	79 (2.5%)	48 (2.5%)	19 (2.5%)	12 (2.3%)
	欠測	1,543 (48.4%)	856 (44.9%)	259 (33.7%)	428 (83.6%)

表18. CPA症例の特徴					
		全体 N=16,237 (%)	自施設搬送 N=10,151 (%)	他施設搬送 N=4,817 (%)	搬送先不明 N=1,269 (%)
心拍再開あり（CPA時刻区分別）**					
	消防覚知前CPA	258 (40.1%)	177 (43.3%)	75 (37.3%)	6 (17.6%)
	消防覚知～傷病者接触CPA	199 (40.1%)	142 (48%)	56 (32.2%)	1 (3.8%)
	傷病者接触～病院到着CPA	159 (40.2%)	118 (42.3%)	40 (36%)	1 (16.7%)
	受け入れ病院到着後CPA	9 (33.3%)	4 (23.5%)	2 (50%)	3 (50%)
	CPA時刻区分不明	34 (43%)	27 (56.2%)	7 (36.8%)	0 (0%)
心拍再開時刻区分*	消防覚知前ROSC	258 (8.1%)	177 (9.3%)	75 (9.8%)	6 (1.2%)
	ROSC	199 (6.2%)	142 (7.5%)	56 (7.3%)	1 (0.2%)
	ROSC	159 (5.0%)	118 (6.2%)	40 (5.2%)	1 (0.2%)
	受け入れ病院到着後ROSC	9 (0.3%)	4 (0.2%)	2 (0.3%)	3 (0.6%)
	ROSC時刻区分不明	34 (1.1%)	27 (1.4%)	7 (0.9%)	0 (0.0%)
	欠測	2,526 (79.3%)	1,437 (75.4%)	588 (76.6%)	501 (97.9%)
心停止合計時間（分）					
	消防覚知前CPA	24 (13-35)	23 (14-35)	27 (13-37)	20 (16-33)
	消防覚知～傷病者接触CPA	31 (23-40)	31 (22-39)	32 (26-45)	33 (28-37)
	消防覚知～傷病者接触CPA	24 (16-34)	23 (17-32)	27 (11-38)	NA
	傷病者接触～病院到着CPA	14 (6-22)	14 (6-22)	15 (8-22)	19 (19-19)
	受け入れ病院到着後CPA	15 (4-22)	10 (2-27)	29 (29-29)	12 (8-16)
	消防覚知前ROSC	22 (13-35)	20 (5-22)	35 (30-40)	NA
	ROSC	7 (4-11)	10 (4-13)	5 (4-8)	NA
	ROSC	24 (14-34)	23 (14-32)	26 (14-35)	NA
	受け入れ病院到着後ROSC	35 (25-45)	35 (23-39)	44 (29-50)	12 (4-20)
	消防覚知前CPA かつ 消防 覚知前ROSC	22 (13-35)	20 (5-22)	35 (30-40)	NA
	消防覚知前CPA かつ 消防 覚知～傷病者接触ROSC	9 (5-10)	10 (5-12)	5 (4-8)	NA
	消防覚知前CPA かつ 傷病 者接触～病院到着ROSC	31 (24-39)	31 (23-39)	33 (26-42)	30 (27-37)
	消防覚知前CPA かつ 受け 入れ病院到着後ROSC	38 (33-50)	36 (33-44)	46 (34-50)	36 (36-36)
	消防覚知～傷病者接触CPA かつ 消防覚知～傷病者接 触ROSC	5 (3-13)	4 (2-15)	5 (4-8)	NA
	消防覚知～傷病者接触CPA かつ 傷病者接触～病院到 着ROSC	24 (18-33)	24 (18-32)	29 (13-36)	NA
	消防覚知～傷病者接触CPA かつ 受け入れ病院到着後 ROSC	31 (26-37)	28 (22-36)	36 (27-46)	NA
	傷病者接触～病院到着CPA かつ 傷病者接触～病院到 着ROSC	13 (6-20)	12 (5-20)	13 (6-19)	19 (19-19)
	傷病者接触～病院到着CPA かつ 受け入れ病院到着後 ROSC	28 (20-47)	28 (19-45)	49 (37-62)	NA
	受け入れ病院到着後CPA かつ 受け入れ病院到着後 ROSC	15 (4-22)	10 (2-27)	29 (29-29)	12 (8-16)
* 分母は心肺停止患者（N=3,185）					
** 分母は心肺停止時刻区分の各値					
注：ミッション継続の場合のみを抽出					

表19. 施設ごとのドクターカー運用形態						
	タイプ数	I-1ドクターカー (搬送機能付き)	I-2ラビッドドクターカー	III-1WS型ドクターカー (搬送機能なし)	III-1WS型ドクターカー (搬送機能付き)	III-2WS型ドクターカー (ピックアップ方)
		N=69	N=47	N=4	N=13	N=12
旭川医科大学病院	1	1	0	0	0	0
市立室蘭総合病院	2	1	1	0	0	0
八戸市立市民病院	2	1	1	0	0	0
岩手医科大学附属病院	1	1	0	0	0	0
仙台市立病院	2	1	1	0	0	0
公立大学法人福島県立医科大学附属病院	3	1	0	0	1	1
会津中央病院	2	1	1	0	0	0
一般財団法人 脳神経疾患研究所附属総合南東北病院	3	1	0	0	1	1
一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	1	1	0	0	0	0
公益財団法人 筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院	2	1	1	0	0	0
独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	2	1	0	1	0	0
総合病院土浦協同病院	2	1	1	0	0	0
自治医科大学附属病院	1	0	1	0	0	0
済生会宇都宮病院	2	1	1	0	0	0
前橋赤十字病院	4	1	0	1	1	1
国立大学法人群馬大学医学部附属病院	3	1	0	0	1	1
独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター	1	1	0	0	0	0
さいたま赤十字病院	2	1	1	0	0	0
川口市立医療センター	2	1	0	0	1	0
埼玉医科大学国際医療センター	2	1	1	0	0	0
松戸市立総合医療センター	2	1	1	0	0	0
船橋市立医療センター	3	1	1	0	0	1
日本医科大学千葉北総病院	1	0	1	0	0	0
東京都済生会中央病院	2	1	1	0	0	0
日本医科大学付属病院	2	1	1	0	0	0
日本赤十字社医療センター	1	0	1	0	0	0
武蔵野赤十字病院	2	1	1	0	0	0
日本医科大学多摩永山病院	2	1	1	0	0	0
地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立広尾病院	2	1	1	0	0	0
独立行政法人 国立病院機構 災害医療センター	2	1	1	0	0	0
東京医科歯科大学病院	2	1	1	0	0	0
地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター	2	1	1	0	0	0
公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター	1	1	0	0	0	0
東海大学医学部付属病院	2	1	0	0	1	0
日本医科大学武蔵小杉病院	1	0	1	0	0	0
横須賀市立総合医療センター	1	1	0	0	0	0
独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター	2	1	1	0	0	0
山梨県立中央病院	3	1	1	1	0	0
総合大雄会病院	2	1	1	0	0	0
藤田医科大学病院	2	1	1	0	0	0
さくら総合病院	2	1	0	0	1	0
医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院	2	1	1	0	0	0
小牧市民病院	2	1	1	0	0	0
名古屋掖済会病院	1	0	1	0	0	0
三重県厚生農業協同組合連合会松阪中央総合病院	2	1	1	0	0	0
社会福祉法人恩賜財団 済生会滋賀県病院	2	1	1	0	0	0
社会福祉法人恩賜財団済生会支部 大阪府済生会千里病院	1	1	0	0	0	0
ベルランド総合病院	2	1	1	0	0	0
堺市立総合医療センター	1	0	0	0	1	0
独立行政法人労働者健康安全機構関西労災病院	2	1	1	0	0	0
神戸市立医療センター中央市民病院	1	1	0	0	0	0
兵庫県立尼崎総合医療センター	1	1	0	0	0	0
公立豊岡病院組合立豊岡病院	2	1	1	0	0	0
兵庫県立はりま姫路総合医療センター	2	1	1	0	0	0
兵庫県災害医療センター	1	1	0	0	0	0
独立行政法人国立病院機構姫路医療センター	1	1	0	0	0	0
奈良県立医科大学附属病院	3	1	0	1	1	0
島根大学医学部附属病院	1	1	0	0	0	0
公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院	2	1	1	0	0	0
川崎医科大学附属病院	1	0	0	0	0	1
岡山大学病院	2	1	0	0	0	1
山口大学医学部附属病院	1	0	0	0	1	0
高知県・高知市病院企業団立高知医療センター	2	1	1	0	0	0
社会医療法人 近森会 近森病院	1	1	0	0	0	0
福岡大学病院	1	0	1	0	0	0
聖マリア病院	1	0	0	0	1	0
飯塚病院	1	0	1	0	0	0
北九州市立八幡病院	2	1	0	0	0	1
佐賀県医療センター好生館	1	1	0	0	0	0
独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター	3	1	1	0	0	1
長崎大学病院	2	1	1	0	0	0
大分三愛メディカルセンター	2	1	0	0	0	1
大分市医師会立アルメイダ病院	4	1	1	0	1	1
宮崎大学医学部附属病院	2	1	1	0	0	0
県立延岡病院	1	1	0	0	0	0
都城市郡医師会病院	2	1	1	0	0	0
小林市立病院	2	1	0	0	0	1
鹿児島市立病院	2	1	0	0	1	0
天陽会中央病院	1	1	0	0	0	0
社会医療法人 敬愛会 中頭病院	2	1	1	0	0	0
沖縄協同病院	1	0	1	0	0	0

注：ドクターカー台数ではなくドクターカー有無（0:なし, 1:あり）を集計

表20. ミッションタイプごとのドクターカー運用形態

	全体	現場搬送	施設間搬送
	N=16,937 (%)	N=16,261 (%)	N=676 (%)
I-1 ドクターカー（搬送機能付き）	5,231 (30.9%)	4,644 (28.6%)	587 (86.8%)
I-2 ラピッドドクターカー	8,499 (50.2%)	8,410 (51.7%)	89 (13.2%)
III-1WS型ドクターカー（搬送機能なし）	65 (0.4%)	65 (0.4%)	0 (0.0%)
III-1WS型ドクターカー（搬送機能付き）	2,192 (12.9%)	2,192 (13.5%)	0 (0.0%)
III-2WS型ドクターカー（ピックアップ方式）	950 (5.6%)	950 (5.8%)	0 (0.0%)

注：ミッション継続の場合のみを抽出

表21. ドクターカータイプごとの現場搬送における時間経過と走行距離	搬送方法別搬送時間と走行距離										
全体	I-1 ドクターカー (搬送機能付き)	I-2 ラピッドドク ターカー	III-1WS型ドクター カー（搬送機能なし）	III-1WS型ドクター カー（搬送機能付き）	III-2WS型ドクター カー（ピックアップ 方式）	I-1 ドクターカー (搬送機能付き)	I-2 ラピッドドク ターカー	III-1WS型ドクター カー（搬送機能なし）	III-1WS型ドクター カー（搬送機能付き）	III-2WS型ドクター カー（ピックアップ 方式）	備考
消防署～救急隊出動	N=15,646 (%)	N=4,327 (%)	N=7,417 (%)	N=64 (%)	N=2,181 (%)	N=388 (%)	N=228 (%)	N=490 (%)	N=0 (%)	N=524 (%)	
消防署～救急隊出動	2 (1-2)	2 (1-2)	2 (1-2)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	0 (0-1)	2 (1-2)	-	4 (0-0)	
救急隊出動～救急隊現場着	6 (4-9)	6 (4-9)	6 (4-9)	8 (6-11)	6 (4-8)	7 (5-10)	0 (0-4)	6 (4-9)	-	8 (5-9)	0 (0-0)
救急隊現場着～救急隊現場待機	1 (0-1)	1 (0-1)	1 (0-1)	1 (0-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	0 (0-1)	1 (1-1)	-	1 (1-1)	0 (0-0)
救急隊現場待機～救急隊現場着	11 (7-16)	11 (7-16)	11 (7-16)	11 (6-19)	13 (8-21)	15 (7-25)	0 (0-4)	14 (0-28)	-	11 (8-16)	0 (0-0)
救急隊現場着～救急隊現場待機	3 (0-9)	6 (4-10)	3 (0-10)	6 (6-10)	5 (3-8)	6 (0-13)	0 (0-0)	0 (0-0)	-	6 (3-8)	0 (0-0)
救急隊現場待機～救急隊現場着	1 (0-2)	4 (1-7)	1 (0-2)	6 (2-12)	6 (2-12)	6 (2-12)	0 (0-0)	0 (0-0)	-	0 (0-0)	0 (0-0)
救急隊現場着～救急隊現場待機	10 (5-16)	10 (6-14)	11 (7-18)	14 (9-20)	11 (7-16)	12 (6-18)	0 (0-0)	8 (0-15)	-	10 (8-11)	0 (0-0)
救急隊現場待機～救急隊現場着	8 (5-12)	8 (6-11)	9 (6-12)	9 (7-15)	9 (6-14)	10 (7-15)	0 (0-4)	8 (0-15)	-	10 (8-11)	0 (0-0)
救急隊現場着～救急隊現場待機	9 (7-12)	9 (6-11)	10 (8-13)	11 (9-14)	10 (8-12)	11 (8-14)	0 (0-8)	10 (8-13)	-	14 (11-16)	0 (0-0)
救急隊現場待機～救急隊現場着	25 (17-33)	26 (20-34)	26 (19-34)	27 (22-36)	26 (21-35)	28 (20-40)	0 (0-0)	0 (0-13)	-	2 (0-12)	0 (0-0)
救急隊現場着～救急隊現場待機	26 (18-36)	28 (22-39)	27 (20-36)	36 (27-44)	34 (26-45)	33 (23-52)	0 (0-0)	0 (0-13)	-	2 (0-12)	0 (0-0)
救急隊現場待機～救急隊現場着	35 (26-47)	31 (23-39)	37 (29-49)	42 (32-57)	38 (29-51)	43 (31-60)	0 (0-0)	36 (0-58)	-	30 (2-40)	0 (0-0)
救急隊現場着～救急隊現場待機	0 (0-0)	NA	NA	NA	NA	0 (0-2)	NA	NA	-	NA	0 (0-0)
ピックアップ～救急隊現場着	0 (0-0)	NA	NA	NA	NA	1 (0-3)	NA	NA	-	NA	0 (0-0)
救急隊現場着～ピックアップ	3 (1-4)	2 (1-3)	3 (1-4)	2 (0-4)	5 (2-9)	2 (0-5)	1 (0-2)	2 (0-3)	-	4 (3-8)	0 (0-0)
救急隊現場待機～救急隊現場着	9 (6-13)	9 (6-12)	9 (6-14)	12 (9-16)	10 (7-14)	11 (8-15)	7 (0-10)	8 (6-10)	-	6 (4-9)	0 (0-0)
救急隊現場着～救急隊現場待機	1 (1-2)	1 (0-2)	1 (1-2)	1 (0-1)	1 (0-1)	1 (1-2)	1 (1-1)	1 (1-2)	-	1 (1-2)	14 (5-18)
救急隊現場待機～救急隊現場着	6 (2-12)	7 (4-11)	7 (5-11)	7 (3-12)	8 (4-13)	10 (4-15)	0 (0-4)	11 (7-16)	-	0 (0-10)	6 (1-14)
救急隊現場着～救急隊現場待機	10 (6-14)	10 (7-14)	10 (7-15)	13 (8-23)	12 (8-19)	13 (8-23)	0 (0-0)	10 (7-16)	-	0 (0-0)	9 (0-14)
救急隊現場待機～救急隊現場着	17 (10-26)	10 (6-21)	12 (7-18)	2 (0-5)	7 (2-15)	7 (0-30)	0 (0-0)	0 (0-0)	-	0 (0-0)	4 (0-14)
救急隊現場着～救急隊現場待機	10 (5-18)	20 (12-30)	14 (8-19)	21 (0-28)	20 (11-28)	0 (0-15)	39 (30-58)	16 (1-40)	-	59 (40-69)	5 (0-18)
救急隊現場待機～救急隊現場着	3 (1-7)	4 (2-7)	6 (3-11)	0 (0-2)	2 (0-5)	2 (0-5)	0 (0-2)	1 (0-3)	-	0 (0-2)	0 (0-0)
救急隊現場着～救急隊現場待機	6 (4-9)	7 (4-10)	6 (5-14)	6 (3-10)	6 (3-10)	3 (2-6)	2 (0-4)	3 (2-6)	-	6 (5-8)	0 (0-0)
救急隊現場待機～救急隊現場着	15 (12-21)	17 (12-26)	20 (16-27)	17 (12-23)	17 (12-23)	18 (14-25)	10 (0-14)	11 (8-15)	-	12 (11-16)	0 (0-0)
救急隊現場着～救急隊現場待機	18 (13-25)	17 (13-23)	22 (17-29)	22 (17-29)	19 (14-25)	18 (14-24)	13 (10-17)	18 (14-24)	-	13 (13-23)	16 (14-19)
救急隊現場待機～救急隊現場着	26 (20-34)	27 (21-35)	31 (24-41)	26 (20-37)	28 (22-35)	36 (29-45)	0 (0-2)	28 (15-42)	-	29 (0-44)	0 (0-0)
救急隊現場着～救急隊現場待機	36 (30-45)	39 (30-49)	41 (32-51)	4 (4-62)	38 (27-51)	36 (29-45)	0 (0-2)	28 (15-42)	-	29 (0-44)	0 (0-0)
救急隊現場待機～救急隊現場着	12 (8-17)	13 (9-18)	13 (10-19)	13 (9-18)	15 (10-22)	14 (11-18)	8 (0-12)	9 (7-13)	-	11 (8-13)	0 (0-0)
救急隊現場着～救急隊現場待機	14 (10-19)	14 (10-20)	17 (12-24)	14 (12-20)	17 (12-24)	16 (12-20)	11 (8-15)	11 (9-15)	-	11 (11-22)	16 (13-19)
救急隊現場待機～救急隊現場着	22 (16-28)	21 (17-26)	25 (18-32)	25 (18-32)	25 (18-36)	25 (19-31)	16 (0-25)	23 (18-29)	-	0 (0-35)	17 (0-26)
救急隊現場着～救急隊現場待機	31 (25-39)	34 (26-42)	42 (0-55)	36 (26-50)	34 (27-43)	34 (27-43)	0 (0-8)	26 (12-38)	-	0 (0-9)	29 (0-44)
救急隊現場待機～救急隊現場着	11 (8-16)	11 (8-16)	13 (9-18)	12 (8-16)	13 (9-17)	10 (7-14)	9 (7-12)	9 (7-12)	-	8 (6-11)	16 (13-18)
救急隊現場着～救急隊現場待機	19 (14-24)	18 (13-25)	21 (15-27)	20 (15-28)	20 (15-28)	21 (16-27)	17 (13-27)	21 (16-27)	-	31 (16-33)	16 (0-26)
救急隊現場待機～救急隊現場着	29 (23-36)	30 (23-39)	34 (0-54)	33 (24-46)	29 (23-40)	29 (23-40)	12 (0-28)	23 (12-35)	-	18 (9-26)	29 (0-44)
救急隊現場着～救急隊現場待機	12 (7-18)	11 (6-20)	17 (10-25)	17 (10-25)	17 (7-19)	11 (7-16)	8 (6-12)	7 (4-11)	-	6 (5-15)	10 (7-13)
救急隊現場待機～救急隊現場着	22 (15-36)	20 (14-31)	22 (16-31)	23 (15-43)	21 (13-31)	21 (13-33)	21 (13-33)	21 (15-28)	-	8 (6-29)	16 (12-19)
救急隊現場着～救急隊現場待機	189 (105-258)	144 (78-251)	117 (117-117)	125 (83-183)	125 (83-183)	257 (240-328)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	155 (83-254)	138 (105-214)	171 (102-264)	103 (103-103)	109 (84-155)	111 (110-151)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	61 (47-94)	61 (47-94)	82 (64-118)	103 (103-103)	82 (64-118)	59 (53-82)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	109 (84-129)	135 (106-171)	107 (93-129)	NA	77 (77-77)	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	110 (92-129)	126 (93-147)	108 (89-114)	NA	NA	110 (110-110)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	103 (52-203)	97 (80-221)	99 (50-202)	72 (72-72)	97 (52-145)	302 (244-360)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	96 (55-170)	134 (112-200)	108 (79-226)	65 (65-65)	101 (72-145)	6 (5-11)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	44 (24-74)	37 (19-72)	45 (28-74)	65 (65-65)	65 (65-65)	6 (5-11)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	63 (50-75)	69 (49-96)	69 (49-96)	NA	51 (51-51)	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	63 (57-80)	85 (74-97)	63 (53-74)	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	141 (77-243)	190 (107-255)	135 (73-247)	107 (107-107)	118 (73-173)	238 (232-278)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	134 (106-193)	134 (106-193)	151 (95-247)	NA	79 (62-117)	105 (105-142)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	69 (46-96)	83 (62-89)	83 (62-89)	92 (92-92)	83 (60-149)	78 (66-89)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	130 (101-167)	99 (86-125)	99 (86-125)	NA	77 (77-77)	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	103 (91-126)	118 (91-143)	102 (88-110)	NA	NA	110 (110-110)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	124 (40-198)	121 (30-184)	124 (40-198)	NA	137 (110-164)	206 (112-238)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	99 (66-161)	115 (72-166)	99 (66-161)	NA	66 (62-102)	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	25 (15-62)	345 (195-494)	NA	NA	41 (33-53)	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	148 (132-163)	930 (930-930)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	85 (72-127)	NA	NA	NA	NA	78 (78-78)	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	82 (72-119)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場待機～救急隊現場着	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	NA	NA
救急隊現場着～救急隊現場待機	NA	NA	NA	NA	NA	NA</					

表22.ドクターカータイプごとの施設間搬送における時間経過と走行距離			
	全体	傷病者搬送あり	
		I-1ドクターカー（搬送機能付き）	I-2ラピッドドクターカー
	N=591 (%)	N=503 (%)	N=88 (%)
DC出動要請～DC出発	7 (0-26)	11 (0-31)	3 (1-4)
DC出発～DC現着	13 (7-24)	15 (9.50,24)	9 (5-23)
DC現着～DC傷病者接触	1 (1-3)	2 (1-5)	1 (1-1)
DC傷病者接触～DC傷病者搬送開始	6 (3-9)	7 (5-11)	3 (1-8)
DC傷病者搬送開始～DC受け入れ病院到着	14 (8-24)	15 (9-24)	10 (7-22)
DC受け入れ病院到着～DC受け入れ病院出発	13 (8-19)	13 (8-19)	NA
DC受け入れ病院出発～DC基地病院帰還	20 (13-33)	20 (13-33)	NA
DC出動要請～DC現着	18 (10-33)	22 (13-43)	12 (8-28)
DC出動要請～DC傷病者接触	21 (12-38)	26 (16-47)	14 (9-29)
DC出動要請～DC傷病者搬送開始	21 (8-39)	20 (3-44)	21 (13-32)
DC出動要請～DC受け入れ病院到着	39 (21-65)	40 (21-67)	32 (22-58)
DC出発～DC傷病者接触	16 (9-29)	19 (13-32)	11 (6-26)
DC出発～DC傷病者搬送開始	0 (0-17)	0 (0-0)	20 (11-29)
DC出発～DC受け入れ病院到着	19 (11-34)	17 (10-31)	29 (20-54)
DC走行距離(km)	14 (9-32)	14 (9-30)	12 (6-46)
DC活動時間	45 (31-67)	47 (34-69)	29 (20-54)
DC出動要請～緊急手術	230 (182-240)	211 (197-226)	230 (183-317)
DC出動要請～緊急IVR	174 (124-252)	NA	174 (124-252)
DC出動要請～ACS PCI	89 (77-100)	112 (112-112)	65 (65-65)
DC出動要請～脳梗塞 rt-PA投与	-	-	-
DC出動要請～脳梗塞 血栓回収療法	-	-	-
DC受け入れ病院到着～緊急手術	158 (150-218)	154 (152-156)	218 (155-291)
DC受け入れ病院到着～緊急IVR	96 (76-137)	NA	96 (76-137)
DC受け入れ病院到着～ACS PCI	44 (33-55)	66 (66-66)	22 (22-22)
DC受け入れ病院到着～脳梗塞 rt-PA投与	-	-	-
DC受け入れ病院到着～脳梗塞 血栓回収療法	-	-	-
注1：時間経過で負の値になったものは欠測として集計			
注2：時間経過が1,440分以上のものは欠測として集計			
注3：時間経過の単位はすべて分			
注4：搬送形態には様々なバリエーションがあるが、時間経過はまとめて集計			
注5：%のついていないものは中央値（四分位範囲）で表記			
注6：各値の解析対象数は次表を参照			

(2) ドクターカー活動基準マニュアル作成（活動基準作成委員会）

ドクターカー活動基準マニュアルは改訂第二版が完成した。これは97ページに及ぶものであり、下記の項目を含んでいる。ドクターカーの活動基準においては依然エビデンスが多くはないが、全国のドクターカー運用組織よりマニュアルを収集し、エキスパートコンセンサスとして集約した。今後は構築されたデータベースの活用および解析を通し、我が国から発出したエビデンスに基づくドクターカーマニュアルの整備へと繋げていく方向である。

【目次】

3. 病院前救護とドクターカー（ドクターカーの種類、ドクターカーの目的）

4. 安全管理について

- 4-1. 公道での活動における安全管理
- 4-2. ドクターカー走行中の安全管理
- 4-3. 医療者に対する安全管理と教育（個人装備、感染対策、針刺し等）
- 4-4. インシデント・アクシデントの対応、報告について

5. ドクターカーの日常整備：運行前チェックリスト

6. ドクターカーの装備：チェックリスト

7. ドクターカー出動の流れ

- 7-1. 消防からの要請
- 7-2. 転院搬送支援について
- 7-3. 出動のキャンセルへの対応
- 7-4. 応援要請の手順（SBAR）
- 7-5. 在宅医療との連携
- 7-6. ドクターヘリとの連携
- 7-7. モバイル ICU との連携

8. 職種別業務と活動手順の詳細

- 8-1. 医師
- 8-2. 看護師
- 8-3. 救急救命士
- 8-4. 運転者（機関員）
- 8-5. 各職種に求められる資格

9. 災害時運用について：DMAT・救助活動との棲み分け

10. その他

- 10-1. 活動記録に必要な項目
- 10-2. 教育
- 10-3. コスト
- 10-4. 通信ツール
- 10-5. 記録媒体
- 10-6. 持ち出す薬剤（劇薬、麻薬、輸血の扱い）

10-7. 持ち出す資機材

11. ドクターカーのエビデンス

(3) 調査研究広報（広報委員会）

上記プロダクトを広く社会に発信すべく、ウェブサイトを作成し、公表した。

この中では、下記の如く、本事業の実施団体である全国ドクターカー協議会の説明や、ドクターカーの定義についての内容、D-Call Netに関する内容、また、マスコミ・メディアや学生の方および子供向けの内容をまとめ、ドクターカー活動に関わる内容について、広く社会への啓発活動を行っている。また、このウェブサイトへ研究報告書などの掲載を行っている。

具体的な達成状況は以下の通り

- ①ホームページ作成：全国ドクターカー協議会のホームページを作成し公開した。
- ②研究結果の掲載：令和4年度厚生労働省委託研究事業「ドクターカーの運用事例等に関する調査研究事業 報告書」（令和5年3月）のホームページへの掲載を行った。
- ③レジストリ連携（登録方法、Q&A）：ホームページからドクターカー出動事案のレジストリへの連携とレジストリ登録に関するQ & A等の掲載を行った。
- ④ホームページ内容記事作成：ホームページの内容（全国ドクターカー協議会について、協議会の構成と協力施設、ドクターカーについて、D-Call Netについて、マスコミの方へ、学生の方・お子さまへ、お問い合わせ、レジストリ、プロモーション動画）記事を委員で分担して作成した。
- ⑤全国ドクターカー紹介：全国のドクターカーの紹介記事を作成し、#1～25まで公開した。
- ⑥ドクターカー講習会のお知らせ（開催通知など詳細）を掲載した。
- ⑦ドクターカー運行マニュアル（第2版）を掲載した。
- ⑧高校生のドクターカー研究への協力についての記事を掲載した。
- ⑨SNS展開（X、FB、Instagram）：SNSにもアカウントを作成し最新記事を共有した。

①ホームページ作成



②研究結果の掲載



令和4年度
厚生労働省 委託研究事業

ドクターカーの運用事例等に関する
調査研究事業

報告書

日本航空医療学会
(全国ドクターカー協議会)

令和5年3月

③レジストリー連携（登録方法、Q&A）



お問い合わせ

プロモーション

レジストリー登録

全国ドクターカー協議会について | 協議会の構成と協力施設 | ドクターカーについて | マスコミの方へ | お子さまへ



4. 資 料

資料1：後方視的調査研究事業における都道府県衛生主管部局への依頼状

消防本部（局） 御中

2025 年 12 月 吉日

厚生労働省医政局 地域医療計画課
救急・周産期医療等対策室

「ドクターカーの運用事例等に関する調査研究事業」協力依頼

平素から厚生労働行政の推進並びに救急医療体制の構築に格別のご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、厚生労働省において『令和7年度ドクターカーの運用事例等に関する研究調査事業』を進めており、消防救急隊とともに活動を行っているドクターカー*を有する医療機関の実態調査を行うこととしています。

（*ドクターカー：医師を救急現場へ派遣するための緊急走行が可能な車両）

全国ドクターカー協議会（本研究調査事業受託団体）からの依頼を添付いたしますので、貴消防本部におかれましては、管下において連携しているドクターカー基地病院名及び協定締結状況について情報共有をお願いいたします。

今後、貴消防地域で活動しているドクターカー運用施設に対し、ドクターカー要請及び運用状況に係る事例の収集・調査・集計・分析事業を行う目的で、引き続きのアンケート調査を行う予定としています。

全国におけるドクターカーの実態調査にご協力をお願いいたします。

以上

【問い合わせ先】

厚生労働省 医政局 地域医療計画課
救急・周産期医療等対策室
救急医療係 主査 作山洋貴
係員 阪内佑太郎
代表：03-5253-1111（内線 2550）
E-mail：kyukyu@mhlw.go.jp

2026 年 1 月 15 日(木)までに下記 Google フォームから回答いただくか、FAX にてお送りください

■Google フォーム : <https://forms.gle/gzC6VVmHdTUks67E9>



■FAX 返信先 : 全国ドクターカー協議会事務局

FAX : 03-6801-5251

消防救急業務と連携しているドクターカー運用病院について

1. 消防本部名 (都道府県名) : _____ ()

2. 記載者名 : _____

3. 連絡先電話番号 : _____

4. 貴消防本部と連携しているドクターカー運用病院

☐ あり・なし

※なしの場合、今後予定しているか はい・いいえ

以下に病院名を記載してください

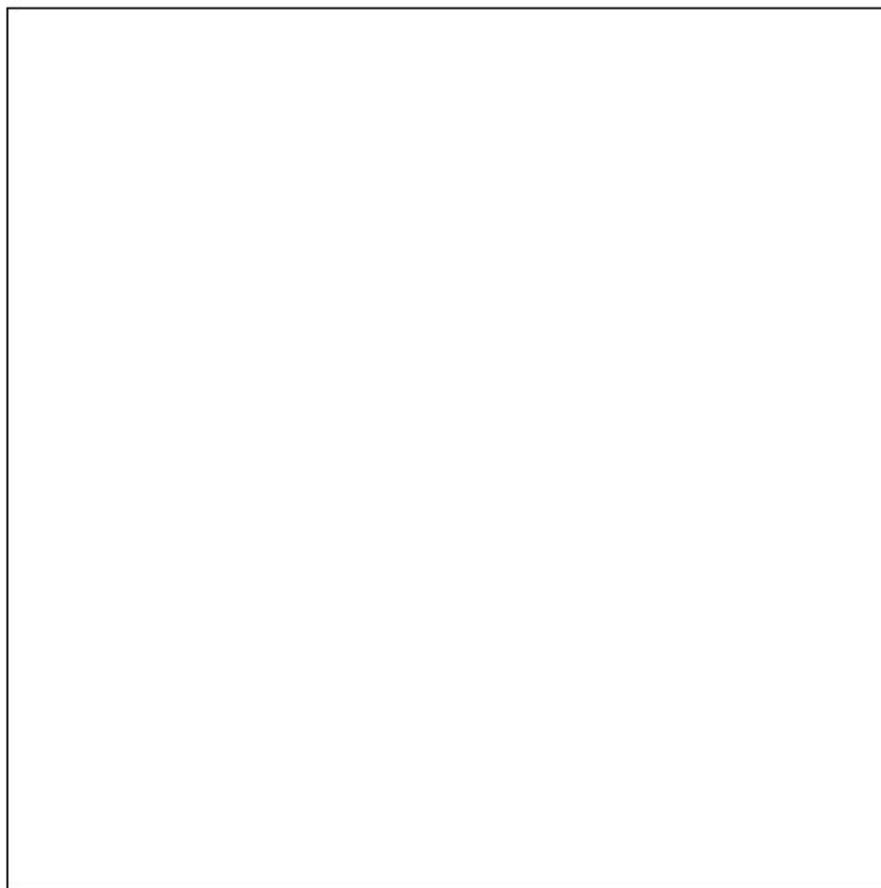
医療機関名	協定の有無
	有・無
	有・無
	有・無
	有・無
	有・無
	有・無

枠が足りない場合、追記してお送りください。

5. ドクターカー活動全般に関して、消防からのコメントがありましたら、下記に自由記載ください。

例) 安全管理、連携活動、情報共有、トレーニング等、課題や良い点について。

※本コメントは全国のドクターカー運用に当たり、運用上どのような課題があるの参考にさせていただく為のものであり、貴消防管下の医療機関へ知らせるものではありません。



【本調査に関するお問い合わせ】

全国ドクターカー協議会事務局

東京都文京区本郷4丁目5-10 サンファミリー本郷3階

パーズ・ビュー株式会社 内 担当：藤網

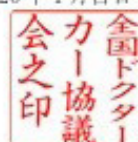
Tel: 03-6801-5620 Fax: 03-6801-5251 Mail: j-gems@birdsvie.jp

資料2：後方視的調査研究事業の医療機関向け調査依頼状

救急医療機関 御中

2026年1月吉日

全国ドクターカー協議会
代表理事 今 明秀



「ドクターカーの運用事例等に関する調査研究事業」 ご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、本協議会では、厚生労働省事業「ドクターカーの運用事例等に関する研究調査事業」の委託を受け、全国各地におけるドクターカーの運用状況に関する調査を実施して参りました。

本調査は、ドクターカー診療に関わる医療機関が共通のデータベースを作成し、ドクターカー運用のマニュアルを整備する等、効率的なドクターカー活動のための調査研究事業となります。

本協議会では継続してドクターカーの要請及び運用状況に係る事例の収集・調査・集計・分析を行うこととなりました。つきましては、貴院におけるドクターカーの運用状況、費用負担及び補助金活用状況についてご教示賜りたく、お願い申し上げます。

お手数をおかけいたしますが、下記の Google フォームにてご回答いただきますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、回答期限は令和8年2月28日(出)までとさせていただきます。

ご多忙の折、大変恐縮ではございますが、何卒ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

■Google フォーム URL

<https://forms.gle/UL3FEH2LjwNVx6qb7>

■Google フォーム QR コード



以上

【本調査に関するお問い合わせ】

全国ドクターカー協議会事務局

東京都文京区本郷4丁目5-10 サンファミリー本郷3階

(パーズ・ビュー株式会社 内 担当：藤綱)

Tel: 03-6801-5620 Fax: 03-6801-5251

メールアドレス: j-gems@birdsvie.jp

資料3：後方視的調査研究 参加施設

JA 愛知厚生連 江南厚生病院
JA 愛知厚生連 海南病院
JA 長野厚生連 佐久総合病院佐久医療センター
JCHO 中京病院
さいたま市立病院
さいたま赤十字病院
トヨタ記念病院
ハートライフ病院
はりま姫路総合医療センター
りんくう総合医療センター
愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院
旭川医科大学病院
医療法人医仁会 さくら総合病院
医療法人青仁会 池田病院
医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院
医療法人徳洲会 南部徳洲会病院
医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院
横須賀市立総合医療センター
横浜市立大学附属市民総合医療センター
岡崎市民病院
岡山大学病院
沖縄協同病院
会津中央病院
掛川市・袋井市病院企業団立 中東遠総合医療センター
関西医科大学附属病院
関西労災病院 救命救急科
久留米大学病院
宮崎県立延岡病院
宮崎県立宮崎病院
宮崎大学医学部附属病院
京都岡本記念病院
金沢医科大学病院
金沢大学附属病院
熊本赤十字病院
群馬大学医学部附属病院
健和会大手町病院
公立豊岡病院

厚生連高岡病院
高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
国家公務員共済組合連合会新別府病院
国立病院機構災害医療センター
佐賀大学
済生会宇都宮病院
済生会横浜市東部病院
済生会滋賀県病院
埼玉医科大学国際医療センター
笹生病院
札幌美しが丘脳神経外科病院
山梨県立中央病院
鹿児島市立病院
社会医療法人近森会 近森病院
社会医療法人三愛会 大分三愛メディカルセンター
社会医療法人仁愛会 浦添総合病院
社会医療法人生長会 ベルランド総合病院
手稲溪仁会病院
秋田大学医学部附属病院
松阪中央総合病院
松波総合病院
神戸大学医学部附属病院
西知多医療厚生組合 公立西知多総合病院
青森県立中央病院
石巻赤十字病院
石川県立中央病院
雪の聖母会 聖マリア病院
仙台市立病院
千葉ろうさい病院
前橋赤十字病院
総合南東北病院
足利赤十字病院
多摩総合医療センター
太田記念病院
大阪医科薬科大学病院
大阪公立大学医学部附属病院
大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター
大阪府立中河内救命救急センター

大同病院
大分大学医学部附属病院
地方独立行政法人加古川市民病院機構 加古川中央市民病院
筑波メディカルセンター病院
中頭病院
長崎医療センター
長崎大学病院
長野赤十字病院
津山中央病院
都城市郡医師会病院
都立広尾病院
島根大学
東海大学医学部附属病院
東京医科大学八王子医療センター
東京科学大学病院
東京都済生会中央病院
藤沢市民病院
藤田医科大学病院
徳島赤十字病院
独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター
奈良県立医科大学附属病院 高度救命救急センター
日本医科大学千葉北総病院
日本医科大学多摩永山病院
日本医科大学付属病院
日本医科大学武蔵小杉病院
日本赤十字社医療センター
八戸市立市民病院
飯塚病院
武蔵野赤十字病院
福島県立医科大学附属病院
兵庫県災害医療センター
兵庫県立加古川医療センター
兵庫県立西宮病院
兵庫県立淡路医療センター
兵庫県立尼崎総合医療センター
平塚市民病院
米盛病院
宝塚市立病院

豊橋市民病院

豊川市民病院

名古屋市立大学病院

名古屋掖済会病院

資料4：前方視的データレジストリ 参加施設

(日本医科大学中央倫理審査委員会 認定施設)

研究機関名	研究責任者
日本医科大学付属病院	横堀将司
日本医科大学多摩永山病院	久野将宗
日本医科大学千葉北総病院	原義明
日本医科大学武蔵小杉病院	井上潤一
医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院	鱈口清満
松戸市立総合医療センター	村田希吉
仙台市立病院	山内聡
総合大雄会病院	井上保介
徳島県立中央病院	川下陽一郎
日本赤十字社医療センター	林宗博
富山大学附属病院	測上貴正
社会医療法人敬愛会 中頭病院	間山泰晃
旭川医科大学	岡田基
横浜市立大学附属病院市民総合医療センター	竹内一郎
会津中央病院	小林辰輔
岩手医科大学	眞瀬智彦
岐阜大学医学部附属病院	鈴木浩大
宮崎大学医学部附属病院	落合秀信
群馬大学医学部附属病院	大嶋清宏
山口大学医学部附属病院	鶴田良介
自治医科大学附属病院	新庄貴文
社会福祉法人恩賜財団 済生会滋賀県病院	平泉志保
社会福祉法人恩賜財団済生会支部 神奈川県済生会横浜市東部病院	清水正幸
信州大学医学部附属病院	高山浩史
東京都立広尾病院	三輪槇
兵庫県立西宮病院	中川雄公
川崎医科大学	椎野泰和
船橋市立医療センター	角地祐幸
倉敷中央病院	池上徹則
地方独立行政法人静岡県立病院機構 静岡県立総合病院	三宅章公
筑波メディカルセンター病院	栩木愛登
長崎医療センター	日宇宏之

鳥取県立中央病院	小林誠人
東海大学医学部付属病院	守田誠司
東京科学大学病院	森下幸治
東京都済生会中央病院	関根和彦
八戸工業大学	浅川拓克
八戸市立市民病院	吉村有矢
武蔵野赤十字病院	原田尚重
福山市民病院	柏谷信博
福島県立医科大学	菅谷一樹
地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター 東千葉メディカルセンター	橋田知明
長崎大学病院	太田黒崇伸
鳥取大学医学部附属病院	本間正人
さいたま市立病院	中野公介
鹿児島市立病院	吉原秀明
医療法人医仁会 さくら総合病院	小林豊
社会医療法人生長会 ベルランド総合病院	北岸英樹
宮崎県立延岡病院	金丸勝弘
関西労災病院	高松純平
高知医療センター	齋坂雄一
国立病院機構災害医療センター	関聡志
社会医療法人三愛会大分三愛メディカルセンター	玉井文洋
大分市医師会立アルメイダ病院	稲垣伸洋
島根大学医学部附属病院	渡部広明
藤田医科大学病院	船曳知弘
厚生連高岡病院	菊川哲英
総合南東北病院	梶原宏太
大阪府済生会千里病院	伊藤裕介
奈良県立医科大学	福島英賢
福岡大学病院	仲村佳彦
川口市立医療センター	鈴木剛
東北大学病院	大邊寛幸
堺市立総合医療センター	森田正則
高崎総合医療センター	町田浩志
国立病院機構水戸医療センター	堤悠介
佐賀大学	木庭真由子
前橋赤十字病院	金畑圭太

兵庫県立尼崎総合医療センター	山上雄司
兵庫県立加古川医療センター	佐野秀
兵庫県立はりま姫路総合医療センター	水田宜良
社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院	井上智博
神戸市立医療センター中央市民病院	松岡由典
埼玉医科大学国際医療センター	加地正人
佐賀県医療センター好生館	松本康
公立豊岡病院	永嶋太
さいたま赤十字病院	田口茂正
横須賀市立総合医療センター	本多英喜
岡山大学病院	中尾篤典
医療法人豊田会刈谷豊田総合病院	安藤雅樹
済生会宇都宮病院	小倉崇以
山梨県立中央病院	岩瀬史明
市立室蘭総合病院	大山浩史
JA 三重厚生連松阪中央総合病院	星野有
多摩総合医療センター	光銭大裕
天陽会中央病院	厚地伸彦
都城市郡医師会病院	名越秀樹
飯塚病院	山田哲久
兵庫県災害医療センター	松山重成
社会医療法人近森会 近森病院	根岸正敏
総合病院 土浦協同病院	遠藤彰
北九州市立八幡病院	木戸川秀生
愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院	谷内仁
茨城西南医療センター病院	藤原明
小牧市民病院	井上卓也
大曲厚生医療センター	前野恭平
独立行政法人国立病院機構横浜医療センター	古谷良輔
大分県立病院	加島健司
長野赤十字病院	岩下具美
陽明会 小波瀬病院	宮川大輝
小林市立病院	遠藤穰治
大垣市民病院	木村拓哉
愛媛県立中央病院	馬越健介
太田西ノ内病院	松本亮
沖縄協同病院	伊良波禎

独立行政法人国立病院機構姫路医療センター	礪部尚志
新別府病院	中島竜太
健和会大手町病院	馬庭幸詩
福岡みつき病院	大和輝拓
虎の門病院	島完
医療法人青仁会 池田病院	田中誠
藤枝市立総合病院	三木靖雄
SUBARU 健康保険組合太田記念病院	秋枝一基
独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院	大須賀章倫
名古屋掖済会病院	後藤縁
大阪公立大学医学部附属病院	佐尾山裕生
東京医科大学八王子医療センター	弦切純也

以上 117 施設

資料5：倫理審査承認書

西暦2023年03月14日

審査結果通知書

日本医科大学付属病院
救命救急科
大学院教授・横堀 将司 殿

日本医科大学中央倫理委員会
委員長 白田 実男

審査依頼のあった件についての審査結果を下記のとおり通知いたします。

記

受付番号	M-2022-086
研究課題名	ドクターカーの運用事例に関する調査研究
審査事項 (審査資料)	■研究の実施の適否 (審査申請書 (西暦2023年03月02日付)) □研究の継続の適否 □継続審査 (□経過報告書 (西暦 年 月 日付)) □変更申請書 (□変更申請書 (西暦 年 月 日付)) □重篤な有害事象等 (□重篤な有害事象等に関する報告書 (西暦 年 月 日付)) □その他 (西暦 年 月 日付)
審査区分	□委員会審査 (審 査 日: 西暦 年 月 日) ■迅速審査 (審査終了日: 西暦2023年03月04日)
審査結果	■承認 □継続審査 □再審査 □不承認
「承認」以外の 場合の理由等	
備 考	一括審査実施

委員会で承認された研究を開始する際には「実施許可書」が必要です。

令和 7 年度
厚生労働省 委託研究事業

**ドクターカーの運用事例等に関する
調査研究事業**

報 告 書

発 行 令和 8 年 3 月 31 日
発行者 日本病院前救急診療医学会
(全国ドクターカー協議会)