

平成26年度
救急業務のあり方に関する検討会
報告書（案）

平成27年3月
消防庁

目次

第1章 検討会設置の目的・検討事項・概要	1
1. 検討会設置の背景と目的.....	1
2. 検討事項.....	3
3. 各検討事項の概要.....	4
4. 委員名簿、開催経緯.....	5
第2章 消防と医療の連携	11
1. 背景等.....	11
2. 近年の救急業務を取り巻く現状.....	12
3. 今年度の検討事項.....	25
4. 消防と医療の連携に係る実態調査・統計分析.....	26
5. 実施基準の運用に係る調査結果.....	50
6. 地域包括ケアシステムと救急.....	53
7. 6号基準の内容及び運用.....	61
8. まとめ.....	65
第3章 救急業務における ICT の活用の推進	67
1. 背景等.....	67
2. 今年度の検討事項.....	68
3. 救急業務における ICT の活用に関する実態調査結果.....	69
4. ICT の導入・維持における工夫.....	75
5. まとめ.....	78
第4章 予防救急の推進	81
1. 背景等.....	81
2. 今年度の検討事項.....	82
3. 予防救急の取組状況に関する実態調査結果.....	82
4. 呼称と概念.....	87
5. 予防救急に関連する先行事例.....	91
6. まとめ.....	96
第5章 救急業務に携わる職員の教育のあり方	97
第1節 はじめに.....	97
第2節 救急救命士ワーキンググループ.....	99
1. 背景等.....	99
2. 今年度の検討事項.....	101
3. 指導救命士の養成に係るテキストの概要.....	102
4. 今後の展望.....	103
第3節 救急隊員ワーキンググループ.....	104
1. 背景等.....	104

2. 今年度の検討事項	106
3. 教育用動画教材の概要	107
4. 教育用動画の活用例	114
5. まとめ	115
第4節 通信指令員の救急に係る教育ワーキンググループ	117
1. 背景等	117
2. 今年度の検討事項	118
3. まとめ	130
第6章 緊急度判定体系の普及	133
1. 今年度の検討内容（総論）	133
(1) 検討の背景	133
(2) 今年度の検討目的・内容	136
(3) 検討体制、検討手法	137
2. 今年度の検討結果（各論）	140
(1) 緊急度判定の位置づけ	140
(2) メディアを活用した広報と「場」を活用した普及	146
(3) 救急受診ガイドの普及	150
(4) 電話相談事業の普及	159
3. 今後の課題	182
参考資料	184
(1) 経緯	184
(2) 目的	186
(3) 救急受診ガイド調査結果	186
(4) 電話相談調査結果	194
(5) 緊急度判定プロトコルとは	200
第7章 2020年オリンピック・パラリンピック東京大会に向けた課題整理	204
1. 背景等	204
2. 調査の概要	204
3. 外国人対応に関する取組	205
4. 課題の整理と方向性	206
5. まとめ	208

第1章 検討会設置の目的・検討事項・概要

1. 検討会設置の背景と目的

平成25年中における全国の救急業務の実施状況をみると、救急自動車による救急出動件数は590万9,367件（前年比10万6,922件、1.8%増）、搬送人員は534万117人（前年比8万9,826人、1.7%増）となり、出動件数、搬送人員ともに過去最多を更新した。また、出動件数の増加に伴い、現場到着所要時間（119番通報から救急車が現場に到着するまでに要した時間）も年々増加している。過去最長であった平成24年の8.3分から0.2分延伸し、平成25年は8.5分となった。

今後も更なる救急需要の増大が見込まれる中、消防庁では引き続き救急業務を取り巻く諸課題やその対応策を検討し、必要な取組を実施することが求められている。例えば、「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」（以下、「実施基準」という。）の運用による効果をより詳細に分析し、実施基準が現場到着所要時間の延伸防止等にどのような効果を挙げているかを検証し、各地域での更なる取組を促すことが期待されている。また、ICT（情報通信技術）の導入による救急業務の高度化を推進するため、全国のICTの活用状況や各種機能の効果と課題等について検討を行う必要がある。

さらに、平成25年度に「救急業務に携わる職員の教育のあり方に関する作業部会」で検討された指導救命士の養成、救急隊員の教育、通信指令員の教育といった教育のあり方や、「緊急度判定体系に関する検討会」で検討された緊急度判定の概念を普及させる方策など、さらに具体的な検討を要する項目もある。

この他にも、昨今重要性が高まっている「予防救急」（救急搬送に至る傷病を予防する取組）の推進や、2020年オリンピック・パラリンピック東京大会の開催に向けた救急業務の課題整理など、救急業務を取り巻く諸課題を検討するため、「救急業務のあり方に関する検討会」（以下、「検討会」という。）（座長：山本保博 東和病院院長）を設置し、計4回の検討会を開催した。

なお、検討会における検討項目のうち、「救急業務に携わる職員の教育のあり方」と「緊急度普及」については、検討会の下にワーキンググループを設置し、必要な検討を行った。

図表 1-1 平成 26 年度救急業務のあり方に関する検討会 主要検討項目

★消防と医療の連携★

「「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」の運用による効果の更なる検証」

- ・実施基準の運用による効果について、新たに重症、中等症、軽症など傷病の程度や消防本部の管轄人口規模別に分類して検証
- ・救急搬送時間延伸への効果的な対応策を検討

「現場活動時間を短縮させる効果的な取組みの推進」

- ・在宅独居や施設入所の高齢者、酩酊者、精神疾患、薬物中毒など、受入医療機関の選定に当たり現場活動時間が延伸傾向にある傷病者について、奏功事例を調査するとともに、課題を整理
- ・救急搬送の円滑化を図る具体的・効果的なルール作りを推進

★救急業務の高度化の推進★

「ICT導入の推進」

- ・医療資源の多さなど、地域の実情に応じた導入モデルの提示
- ・シンプルなシステムにより、導入、維持コストを低く抑えている奏功事例を調査、効果を検証
- ・既に導入している地域について、ICT活用による効果を検証

★予防救急の推進★

「奏功事例の調査と取組みの推進」

- ・転倒によるケガや熱中症など、傷病に至る前段階での意識的な予防について、救急搬送される傷病者の実態を反映させたり、地域住民、保健福祉部局等と連携している奏功事例を調査

※外国人観光客に対する救急業務の課題を整理

- ・2020年東京オリンピック・パラリンピックの開催を控え、今後増加が予想される外国人観光客に対する救急業務の課題を整理

救急業務に携わる職員の教育のあり方に関するWG

★指導救命士の養成★

- ・指導救命士養成テキストの作成

★救急隊員の教育★

- ・教育用動画教材の作成

★通信指令員の教育★

- ・モデル消防本部による、「通信指令員の救急に係る教育テキスト」及び「緊急度判定プロトコルVer.1「119番通報」」を用いた教育の効果を検証

教材作成

緊急度普及WG

★緊急度判定の普及★

- ・緊急度判定の理念や重要性についての理解を深め、社会全体で共有するための方策を検討

2. 検討事項

本検討会では、以下の4つの項目について検討を行った。

○ 消防と医療の連携
・「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」の運用による効果の更なる検証
・現場活動時間を短縮させる効果的な取組の推進
○ 救急業務の高度化の推進
・ICT導入の推進
○ 予防救急の推進
・奏功事例の調査と取組の推進
○ 2020年オリンピック・パラリンピック東京大会に向けた課題整理
・今後増加が予想される外国人観光客に対する救急業務の課題等を整理

また、各ワーキンググループでは、救急業務に携わる職員の教育のあり方、緊急度判定の普及について検討を行った。

○ 救急救命士ワーキンググループ
・指導救命士養成テキストの作成
○ 救急隊員ワーキンググループ
・救急隊員用動画教材の作成
○ 通信指令員ワーキンググループ
・「通信指令員の救急に係る教育テキスト」及び「緊急度判定プロトコル Ver.1 「119番通報」」を用いた教育効果の検証
○ 緊急度普及ワーキンググループ
・緊急度判定の概念を社会全体で共有するための方策の検討

なお、上記の各項目に係る検討内容を踏まえ、全国の都道府県消防防災主管部局、都道府県衛生主管部局、消防本部に対しアンケートによる実態調査を行った。

図表 1-2 対象別 「救急救命体制の整備・充実に係る調査」調査項目

	消防と医療の連携	救急業務の高度化	予防救急	救急業務に係る教育	緊急度普及	オリンピック・パラリンピック
都道府県 消防防災主管部局	○	○	—	—	○	○
都道府県 衛生主管部局	○	○	○	—	○	—
消防本部	○	○	○	○	○	○

3. 各検討事項の概要

●各章の原稿確定後、執筆予定●

4. 委員名簿、開催経緯

(1) 救急業務のあり方に関する検討会

① 委員名簿

※五十音順、○印は座長

- 浅利 靖 (北里大学医学部救命救急医学教授)
- 阿真 京子 (一般社団法人 知ろう小児医療守ろう子ども達の会)
- 有賀 徹 (昭和大学病院院長)
- 石井 正三 (日本医師会常任理事)
- 大島 光由 (札幌市消防局警防部長)
- 加藤 亮 (山形県環境エネルギー部危機管理・くらし安心局危機管理課消防救急主幹)
- 城戸 秀行 (大阪市消防局救急部長)
- 坂本 哲也 (帝京大学医学部教授)
- 迫田 朋子 (NHK制作局第1制作センター文化・福祉番組部エグゼクティブ・ディレクター)
- 佐藤 雄一郎 (東京学芸大学社会科学講座准教授)
- 島崎 修次 (国士舘大学大学院救急システム研究科長)
- 鈴川 正之 (自治医科大学救急医学講座教授)
- 田邊 晴山 (救急救命東京研修所教授)
- 松川 茂夫 (東京消防庁救急部長)
- 山口 芳裕 (杏林大学医学部救急医学教授)
- 山本 保博 (東和病院院長)
- 横田 順一朗 (市立堺病院副院長)
- 横田 裕行 (日本医科大学大学院医学研究科外科系救急医学分野教授)
- 渡辺 顕一郎 (奈良県医療政策部長)

(オブザーバー)

北波 孝 (厚生労働省医政局地域医療計画課長)

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第1回	平成26年7月16日	・本年度の検討の進め方について ・プレゼンテーション
第2回	平成26年12月9日	・第1回目以降の検討に係る進捗報告について
第3回	平成27年2月19日	・近年の救急業務をとりまく現状について ・第2回目以降の検討に係る進捗報告について
第4回	平成27年3月18日	・各ワーキングからの報告 ・報告書(案)について

(2) 救急救命士ワーキンググループ

① 委員名簿

※五十音順、○印はワーキンググループ長、☆印は監修担当

- 梅 田 智 之 (北九州市消防局警防部救急課救急指導係主任)
- 奥羽場 美 幸 (江津邑智消防組合消防本部川本消防署瑞穂出張所消防第1係長)
- 川 村 英 和 (綾部市消防本部警防課救急救助担当主任)
- ☆ 黒 田 泰 弘 (日本救急医学会)
- 郡 山 一 明 (救急救命九州研修所専任教授)
- 高 橋 浩 (久留米広域消防本部救急防災課救急主幹)
- 高 橋 幸 靖 (岐阜市消防本部岐阜南消防署西分署救急係長)
- 田 邊 晴 山 (救急救命東京研修所教授)
- 鳥 越 昭 宏 (消防大学校助教授)
- 菩提寺 浩 (札幌市消防局警防部救急課長)
- ☆ 溝 端 康 光 (日本臨床救急医学会)
- 矢 島 務 (東京消防庁救急部救急指導課長)
- 山 口 誠 (千葉市消防局警防部救急課課長補佐)
- 山 口 芳 裕 (杏林大学医学部救急医学教授)
- 山 崎 裕 介 (救急救命九州研修所研修部研修課課長補佐)

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第1回	平成26年9月4日	<ul style="list-style-type: none"> 指導救命士テキストの基本的な考え方 指導救命士テキスト内容の検討 作成項目・担当割(案)
第2回	平成26年12月3日	<ul style="list-style-type: none"> 指導救命士テキスト作成体制の報告 作業状況等の報告と検討 今後の予定
第3回	平成27年3月10日	<ul style="list-style-type: none"> 指導救命士テキスト作業状況報告

(3) 救急隊員ワーキンググループ

① 委員名簿

※五十音順、○印はワーキンググループ長

- 浅利 靖 (北里大学医学部救命救急医学教授)
- 上田 肇 (新見市消防本部新見市消防署第1救急救助係長)
- 大竹 聡 (川崎市消防局救急課主任)
- 小野寺 弥 (岩手県消防学校主任消防教官)
- 鴨田 吉浩 (広島県消防学校教務課教諭)
- 木村 光広 (石巻地区広域行政事務組合消防本部警防課主幹兼救急救助係長)
- 黒木 俊輔 (西都市消防本部西都市消防署第3小隊救急班長)
- 佐藤 俊一 (鎌ヶ谷市消防本部警防課課長補佐)
- 杉田 学 (順天堂大学医学部附属練馬病院救急・集中治療科先任准教授)
- 平川 正隆 (東大阪市消防局警防部警備課司令長)
- 村上 宏 (新潟市消防局救急課救急指導係長)

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第1回	平成26年10月7日	・今年度の検討の進め方
第2回	平成26年11月21日	・動画シナリオについて
—	平成26年12月18日～19日	・救急隊員教育用動画の撮影
第3回	平成27年2月6日	・動画の確認 ・報告書骨子案について ・救急隊員の教育について

(4) 通信指令員ワーキンググループ

① 委員名簿

※五十音順、○印はワーキンググループ長

- 相 曾 太 (浜松市消防局副参事兼情報指令課課長補佐)
阿久津 善 夫 (南那須地区広域行政事務組合消防本部警防課課長補佐)
石 坂 正 人 (飯塚地区消防本部警防課指揮指令室消防士長)
太 田 孝 (横浜市消防局警防部司令課長)
鎌 田 正 信 (堺市消防局警防部通信指令課長)
川 崎 貞 男 (独立行政法人国立病院機構南和歌山医療センター教育研修部長)
菊 池 一 夫 (大船渡地区消防組合消防本部消防課通信指令第2係長)
菊 地 正 人 (秋田市消防本部指令課課長補佐)
○ 坂 本 哲 也 (帝京大学医学部教授)
高 久 亮 一 (藤沢市消防局警防室長)
近 嵐 伸 幸 (函館市消防本部救急課長)
仲 井 太 (大野市消防本部通信指令課課長補佐)
西 崎 正 明 (佐世保市消防局指令課長)
左 博 之 (船橋市消防局救急課主幹)
福 岡 浩 治 (豊田市消防本部指令課副課長)
元 座 伸 (伊勢市消防本部通信指令課長)
山 崎 伸 二 (松山市消防局通信指令課長)
山 平 裕 美 (神戸市消防局警防部司令課消防士長・救急担当)

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第1回	平成26年9月25日	・本年度の検討の進め方について ・モデル教育の実施方法 ・教育効果指標の作成
第2回	平成27年2月12日	・モデル教育の結果及び教育の展開方法について ・報告書骨子案について ・先行実施地域について

(5) 緊急度普及ワーキンググループ

① 委員名簿

※五十音順、○印はワーキンググループ長

- 加 藤 光 夫 (西予市消防本部防災課救急係長)
 櫻 井 淳 (日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野准教授)
 中 間 ゆかり (薩摩川内市消防局警防課警防救急係)
 敦 賀 一 郎 (札幌市保健福祉局保健所医療政策課長)
 林 田 純 人 (大阪市消防局救急部救急課救急施策担当課長代理)
 半 澤 正 勝 (仙南地域広域行政事務組合消防本部警防課主幹兼救急係長)
 ○ 松 川 茂 夫 (東京消防庁救急部長)
 溝 田 瑩 貴 (医療市民マイスター協議会代表)
 茂 呂 浩 光 (東京消防庁救急部副参事救急相談担当)

(オブザーバー)

- 小 嶋 響 (札幌市消防局警防部指令一課長)
 菅 原 幸 江 (公益財団法人大阪市救急医療事業団主幹)
 北 條 馨 (東京消防庁救急相談センター)

② 開催経緯

回 数	開 催 日	主 な 議 題
第 1 回	平成 26 年 8 月 22 日	<ul style="list-style-type: none"> ・今年度検討事項について ・プレゼンテーション
第 2 回	平成 26 年 12 月 2 日	<ul style="list-style-type: none"> ・アンケート及びヒアリング調査概要について ・電話相談について ・救急受診ガイドについて ・緊急度普及について ・報告書(案)について
第 3 回	平成 27 年 2 月 27 日	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの振り返り ・具体的検討 ・救急車利用リーフレット(案)について ・報告書(案)について

【参 考】

平成 26 年度救急業務のあり方に関する検討会開催要綱

(開 催)

第 1 条 消防庁救急企画室（以下「救急企画室」という。）は、「救急業務のあり方に関する検討会」（以下「検討会」という。）を開催する。

(目 的)

第 2 条 今後も見込まれる救急需要の増大に対し、救急業務のあり方全般について、必要な研究・検討を行い、救命効果の向上を図ることを目的とする。

(検討会)

第 3 条 検討会は、次項に掲げる委員をもって構成する。

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

(ワーキンググループ)

第 4 条 座長は、必要に応じ検討会にワーキンググループ（以下「WG」という。）を置くことができる。

- 2 WG の委員は、各関係行政機関の職員及び救急業務に関し学識のある者のうちから、座長が指名する。

(委員の任期)

第 5 条 委員の任期は、平成 27 年 3 月 31 日までとするが延長を妨げないものとする。

(運 営)

第 6 条 検討会及び WG の運営は、救急企画室が行う。

(委 任)

第 7 条 この要綱に定めるもののほか、検討会の運営その他 WG に関する必要事項は、座長が定める。

附 則

この要綱は、平成 26 年 7 月 2 日から施行する。

第2章 消防と医療の連携

1. 背景等

(1) 検討の経緯

救急搬送において、傷病者を受け入れる医療機関が迅速に決まらない選定困難事案が多数発生している状況を踏まえ、平成21年、消防庁では厚生労働省と共同で、救急出場要請を受けて現場に向かう救急隊員が傷病者に接触後、傷病の程度等を観察し、観察結果に応じた適切な医療機関を選定して、医師に傷病者の状況を伝達して引き継ぐという一連の流れを円滑かつ迅速に行うため、消防機関と医療機関との間で、あらかじめ救急隊員の対応の流れをマニュアル化したり、医療機関が受入れに当たって守るべき取り決めをルール化したりすることを目的として、都道府県に「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」（以下「実施基準」という。）の策定と、実施基準に関して消防機関や医療機関等の関係者が議論を行うための協議会（以下「法定協議会」という。）の設置の義務づけ等を内容とする消防法の改正を行った。改正消防法に基づき、平成23年3月までには、すべての都道府県において法定協議会を設置した上で、実施基準が策定されたところである。

実施基準は一度策定してしまえばそれで終わりというものではなく、運用実態を踏まえて、より良くするための不断の見直しが期待されるものである。このため、各都道府県には、法定協議会において実施基準の運用状況を定期的に調査・検証した上で、その結果を実施基準のブラッシュアップ等に結び付けていくことが期待されている。消防庁においても、厚生労働省と連携して都道府県に対して「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準について」（平成21年10月27日付け消防庁次長・厚生労働省医政局長通知）の発出を皮切りに必要な情報提供等の支援を行うとともに、実施基準の内容分析とフォローアップを進めてきた。

(2) 課題

昨年度の「救急業務のあり方に関する検討会」においては、「消防と医療の連携」に係る現状と課題について、全都道府県に対するアンケート調査及びヒアリング調査を実施した。この結果、実施基準の運用等に関して、以下の3点について、多くの団体に共通する課題が浮かび上がった。

- ・救急出動件数の増加に伴い、（身体との合併症を含む）精神疾患患者、酔酩者、高齢者施設からの搬送等への対応も求められ、当該事案については、実施基準及びその他の具体的な搬送ルールが設けられていない場合が多く、搬送に苦慮している。

- ・ 6号基準等に基づき、最終受入れや一時受入れが実施された場合であっても、(専門医等の不足を含む)医療資源の不足や偏在により、調整先の受入病院や後方支援病院の体制が十分に整っていないため、三次医療機関等に搬送が集中し、結果として負担増につながっている。

- ・ 法定協議会において、搬送及び受入れについて十分に議論できていない。

2. 近年の救急業務を取り巻く現状

ここではまず分析の前提として、最新の救急業務を取り巻く現状について、平成26年12月に消防庁が公表した「平成26年版 救急・救助の現況」及び平成27年2月に消防庁及び厚生労働省が公表した「平成25年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」を基に説明する。

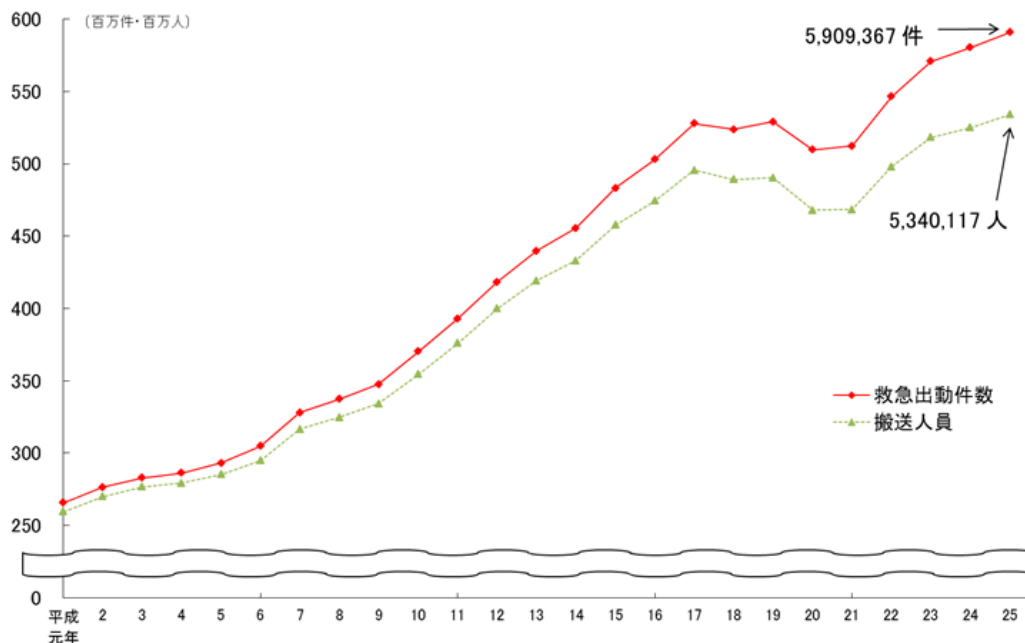
(1) 救急出動件数・搬送人員・病院収容所要時間等の状況

① 救急出動件数・搬送人員の状況

平成25年の救急自動車による救急出動件数は590万9,367件(対前年比10万6,922件増、1.8%増)、搬送人員は534万117人(対前年比8万9,826人増、1.7%増)で救急出動件数、搬送人員ともに過去最多を更新した。

図表 2-1 救急出動件数及び搬送人員の推移

(出典:「平成26年版 救急・救助の現況」)



② 事故種別の状況

平成25年の救急出動件数のうち、最も多い事故種別は急病(372万8,806)

件、63.1%)、続いて一般負傷 (85万673件、14.4%)、交通事故 (53万6,354件、9.1%) の順となっている。過去からの推移をみると、急病、一般負傷の割合は増加している一方で、交通事故の割合は減少していることが分かる。

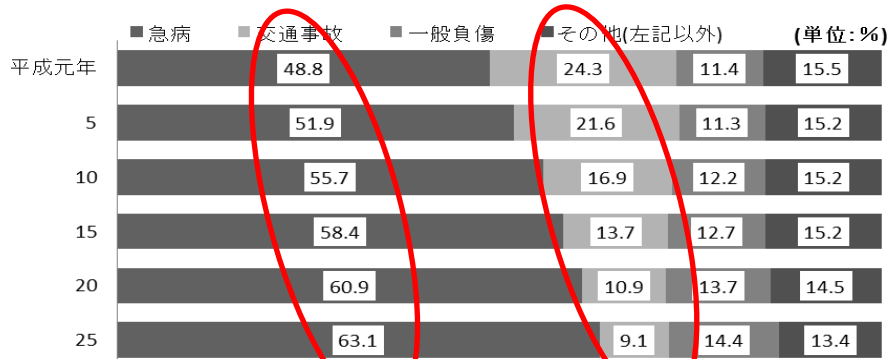
図表 2-2 事故種別出動件数構成の対前年比

(出典：「平成 26 年版 救急・救助の現況」)

事故種別	平成24年中		平成25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	3,648,074	62.9	3,728,806	63.1	80,732	2.2
交通事故	543,218	9.4	536,354	9.1	▲ 6,864	▲ 1.3
一般負傷	829,071	14.3	850,673	14.4	21,602	2.6
加害	39,334	0.7	38,545	0.6	▲ 789	▲ 2.0
自損行為	66,034	1.1	64,622	1.1	▲ 1,412	▲ 2.1
労働災害	48,499	0.8	50,077	0.8	1,578	3.3
運動競技	37,102	0.6	38,505	0.7	1,403	3.8
火災	23,284	0.4	24,487	0.4	1,203	5.2
水難	4,983	0.1	5,118	0.1	135	2.7
自然災害	840	0.0	801	0.0	▲ 39	▲ 4.6
転院搬送	483,697	8.3	490,550	8.3	6,853	1.4
その他 (転院搬送除く)	78,319	1.4	80,829	1.4	2,510	3.2
合計	5,802,455	100.0	5,909,367	100.0	106,912	1.8

図表 2-3 事故種別出動件数構成比の推移

(出典：「平成 26 年版 救急・救助の現況」)



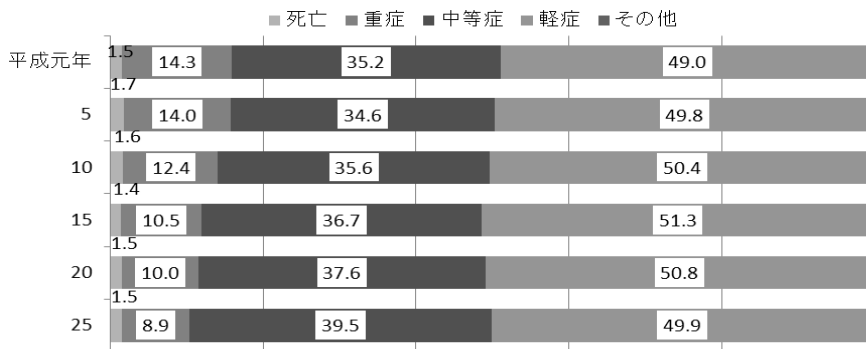
③傷病程度別の状況

救急自動車による救急搬送人員数を傷病程度別に見ると、軽症が 266 万 7,527 人(49.9%) と最も多く、続いて中等症 (210 万 8,748 人、39.5%)、重症 (47 万 4,175 人、8.9%) となっている。過去からの推移を見ると、軽症の割合は約半数のまま横ばいとなっており、中等症は増加し、重症は減少している。

図表 2-4 傷病程度別搬送人員構成比の対前年比
(出典：「平成 26 年版 救急・救助の現況」)

傷病程度	平成24年		平成25年		対前年比	
	搬送人員	構成比(%)	搬送人員	構成比(%)	搬送人員	構成比(%)
死亡	81,134	1.5	78,161	1.5	▲ 2973	0.0
重症	477,454	9.1	474,175	8.9	▲ 3279	▲ 0.2
中等症	2,042,401	38.9	2,108,748	39.5	66347	0.6
軽症	2,644,751	50.4	2,667,527	49.9	22776	▲ 0.5
その他	4,562	0.1	11,506	0.2	6944	0.1
計	5,250,302	100.0	5,340,117	100.0	89815	0.0

図表 2-5 傷病程度別搬送人員構成比の推移
(出典：「平成 26 年版 救急・救助の現況」)



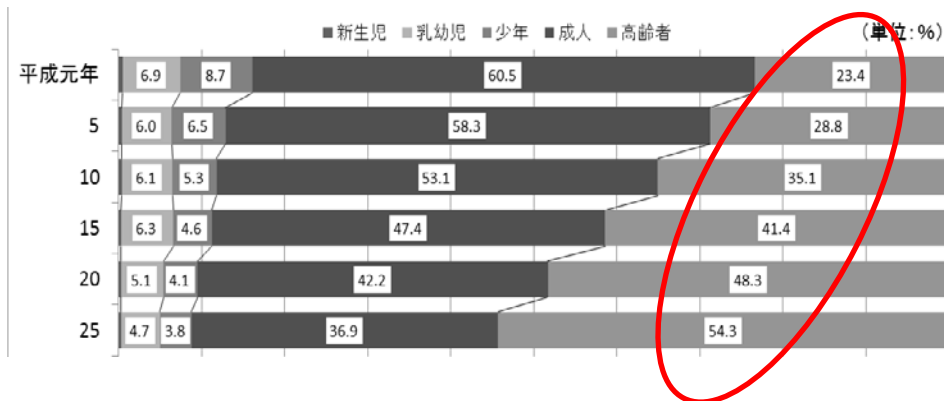
④年齢区分別の状況

次に救急自動車による救急搬送人員数を年齢区分別に見ると、高齢者が 290 万 1,104 人 (54.3%) で最も多く、前年から 11 万 4,498 人増加。続いて成人 (197 万 2,433 人、36.9%)、乳幼児 (25 万 1,606 人、4.7%) となっているが、前年からそれぞれ 2 万 2,105 人、3,426 人減少している。過去からの推移をみると、高齢者の割合は年々増加しており、これは高齢化の進展等によるものと考えられる。

図表 2-6 年齢区分別搬送人員構成比の対前年比
(出典：「平成 26 年版 救急・救助の現況」)

年齢区分	平成24年中		平成25年中		対前年比	
	搬送人員	構成比(%)	搬送人員	構成比(%)	搬送人員	構成比(%)
新生児	13,322	0.3	13,592	0.3	270	0.0
乳幼児	255,032	4.9	251,606	4.7	▲ 3,426	▲ 0.2
少年	200,804	3.8	201,382	3.8	578	0.0
成人	1,994,538	38.0	1,972,433	36.9	▲ 22,105	▲ 1.1
高齢者	2,786,606	53.1	2,901,104	54.3	114,498	1.2
合計	5,250,302	100.0	5,340,117	100.0	89,815	0.0

図表 2-7 年齢区分別搬送人員構成比の推移
 (出典：「平成 26 年版 救急・救助の現況」)

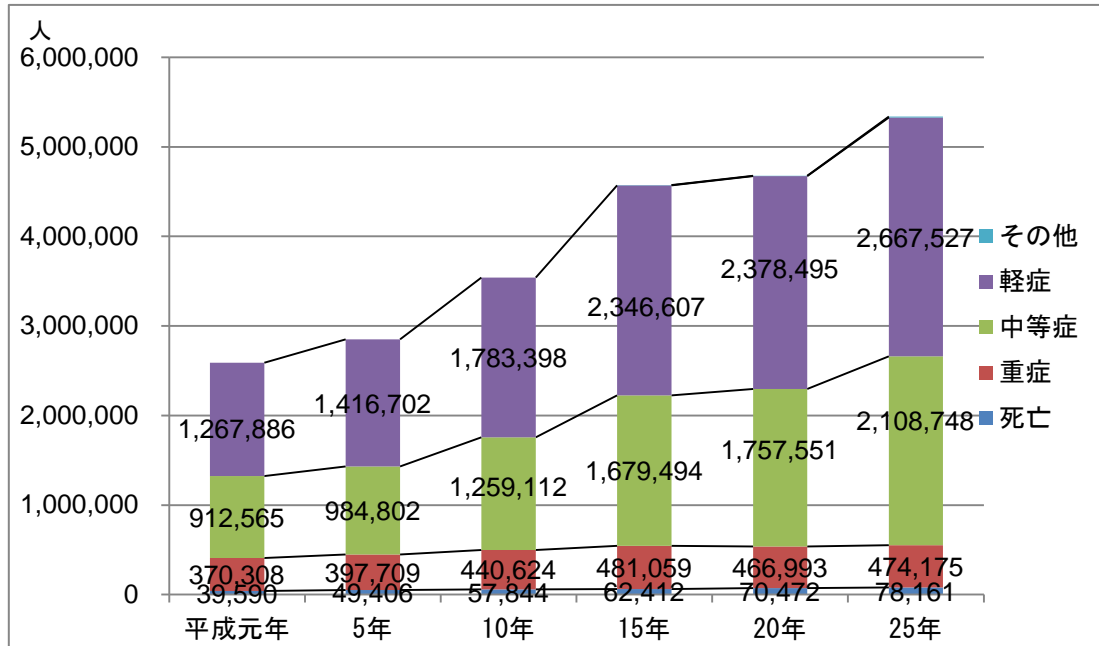


⑤傷病程度別搬送人員実数の推移と割合の推移

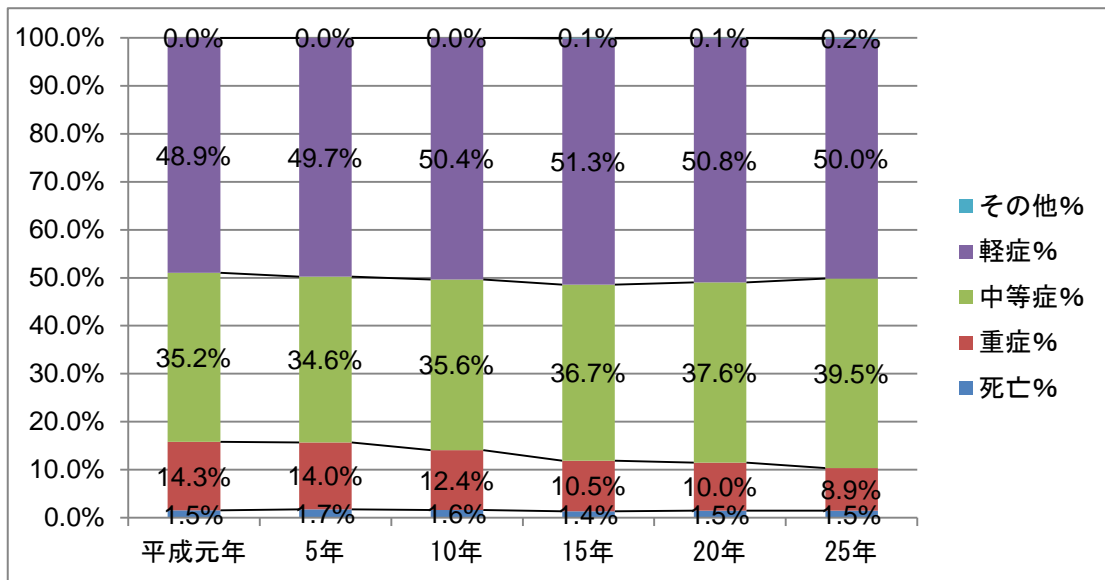
今年度の検討会では、以上の傷病程度別及び年齢区分別の搬送人員について、「救急・救助の現況」においては行ってない追加分析を行った。

以下は、傷病程度別搬送人員実数の推移と割合の推移（再掲）を並べたグラフである。傷病程度別搬送人員の構成比の推移をみると、軽症は約半数のまま横ばい、中等症は増加し、重症は減少していることは前述のとおりであるが、一方で、搬送人員の実数の推移をみると、軽症及び中等症は増加し、重症は横ばいであることが分かる。このような推移をたどっている要因を次に分析する。

図表 2-8 傷病程度別搬送人員実数の推移



図表 2-9 傷病程度別搬送人員構成比の推移（再掲）



⑥年齢区分別傷病程度別搬送人員数の推移

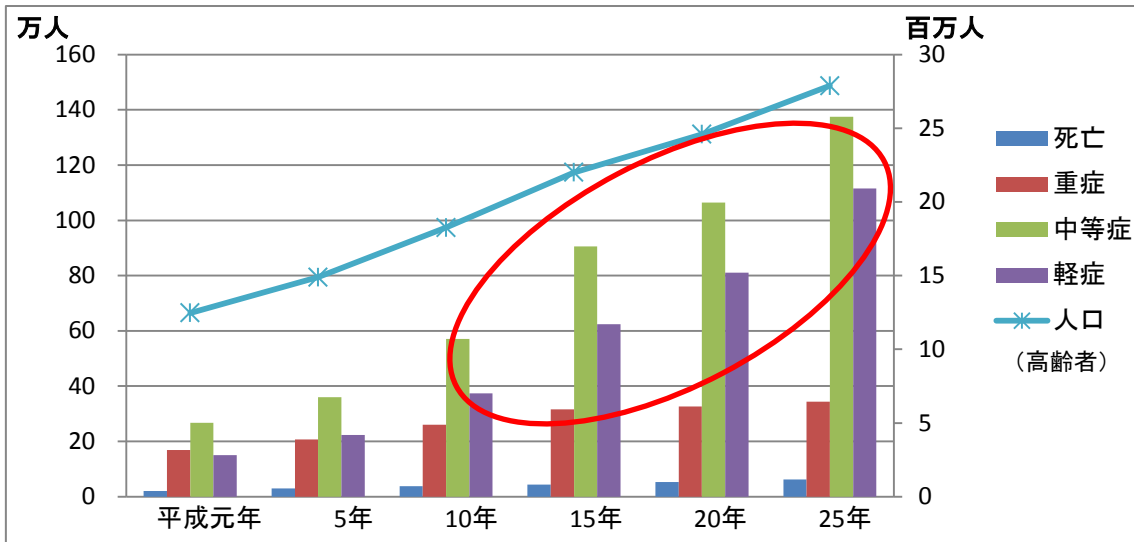
以下は年齢区分毎に傷病程度別の搬送人員数の推移を表したグラフである。これを見ると、高齢者では、中等症及び軽症の増加が顕著である一方で、重症は横ばいとなっている。高齢者以外の年齢区分では、高齢者に比べ、全体的な増加傾向は弱い。これらのことから、**高齢者の中等症及び軽症の増加が、傷病程度別搬送人員構成比の変化をもたらしていると考えられる。**

このことから、救急業務を取り巻く諸課題の解決を目指す際、高齢者の中

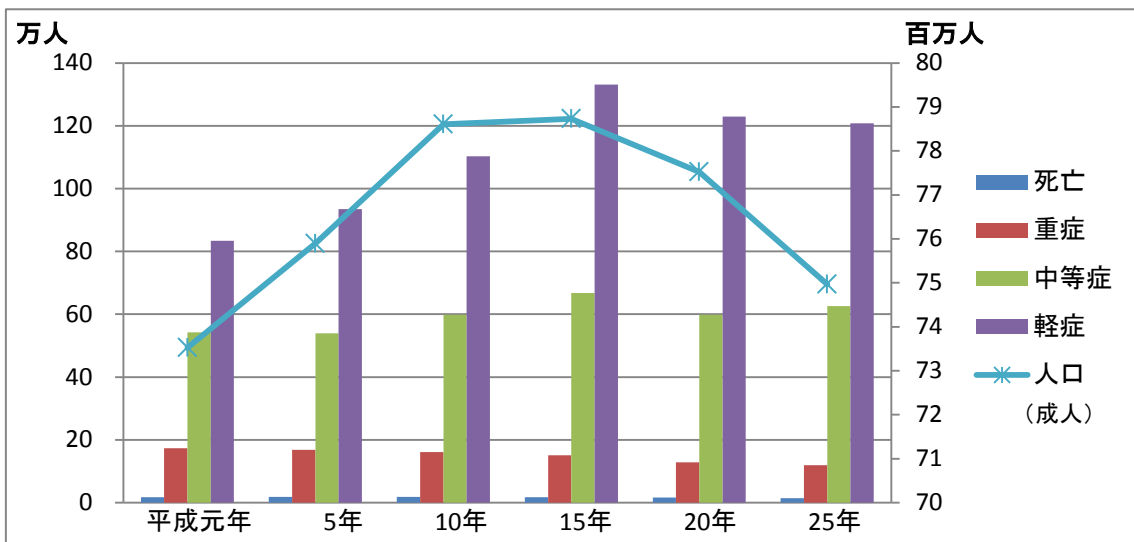
等症及び軽症が施策の対象とすべき類型であることが分かる。後述の「地域包括ケアシステムと救急」においても、施策の対象として主に想定しているのは慢性期の高齢者であり、このことは以上の分析と一致しているところである。

図表 2-10 年齢区分別傷病程度別搬送人員数の推移

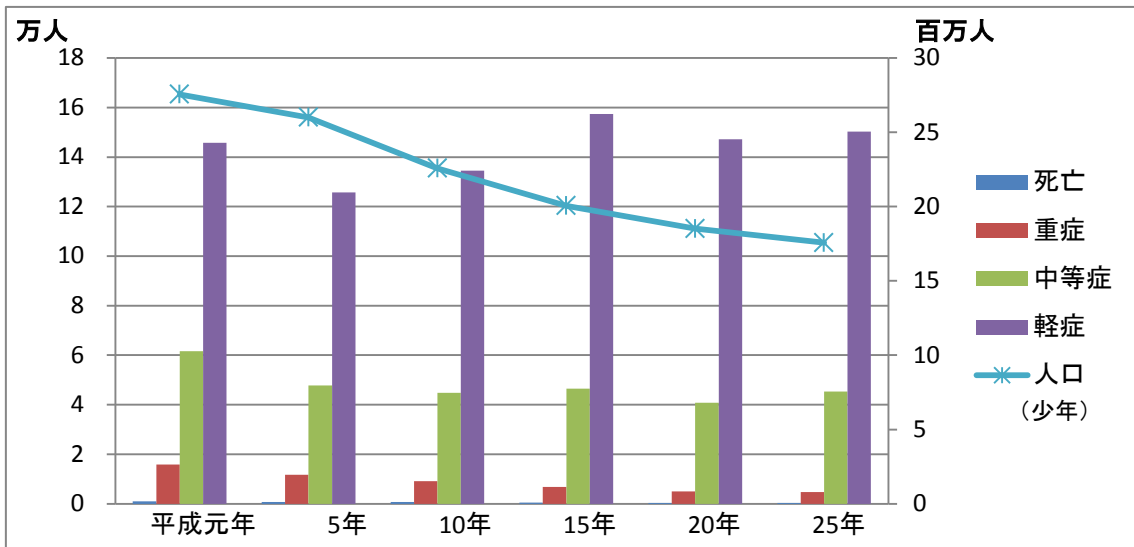
図表 2-10-1 高齢者



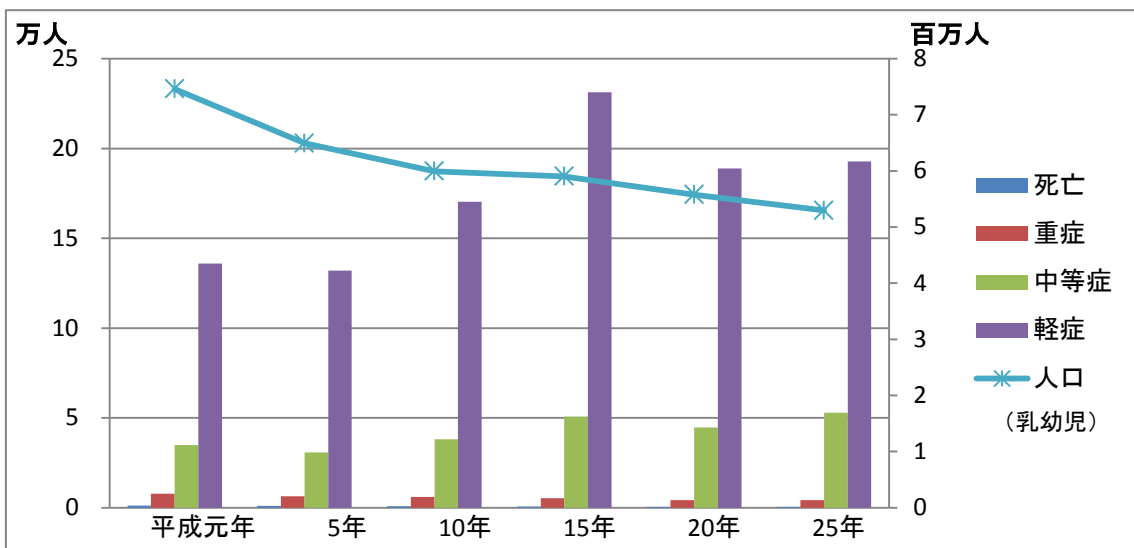
図表 2-10-2 成人



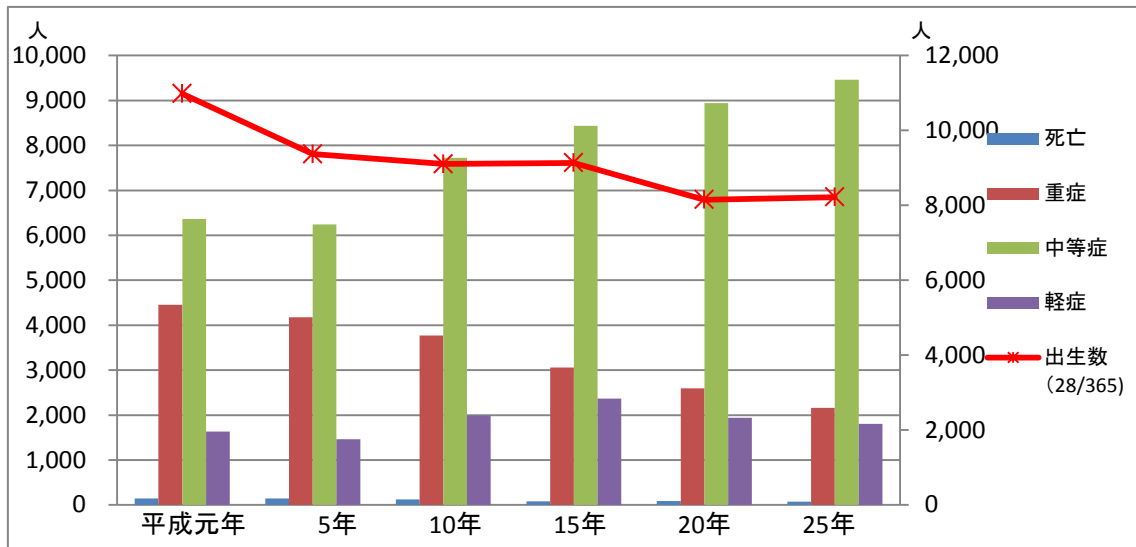
图表 2-10-3 少年



图表 2-10-4 乳幼児



図表 2-10-5 新生児



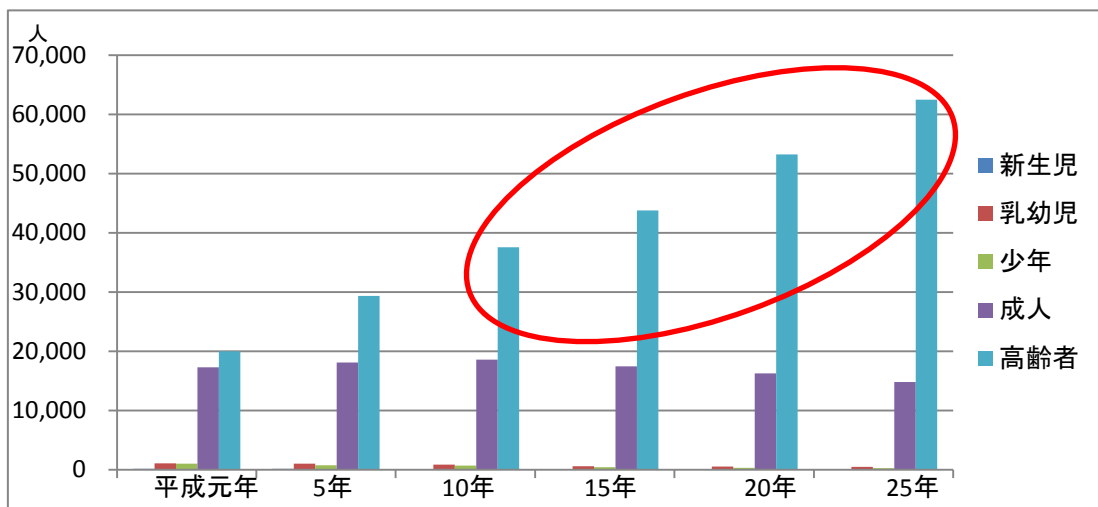
※ 人口は各年における最新の国勢調査人口（調査年：昭和 60 年、平成 2 年、7 年、12 年、17 年、22 年）
 ※ 搬送人員の年齢区分（新生児：生後 28 日未満、乳幼児：生後 28 日以上 7 歳未満、少年：7 歳以上 18 歳未満、成人 18 歳以上 65 歳未満、高齢者 65 歳以上）
 ※ 人口の年齢区分（新生児：各年の出生者数*（出生数*28 日/365 日）、乳幼児：0 歳以上 5 歳未満、少年：5 歳以上 20 才未満、成人：20 歳以上 65 歳未満、高齢者：65 歳以上）
 *厚生労働省「人口動態統計月報年計(概数)」による。

⑦傷病程度別年齢区分別搬送人員数の推移

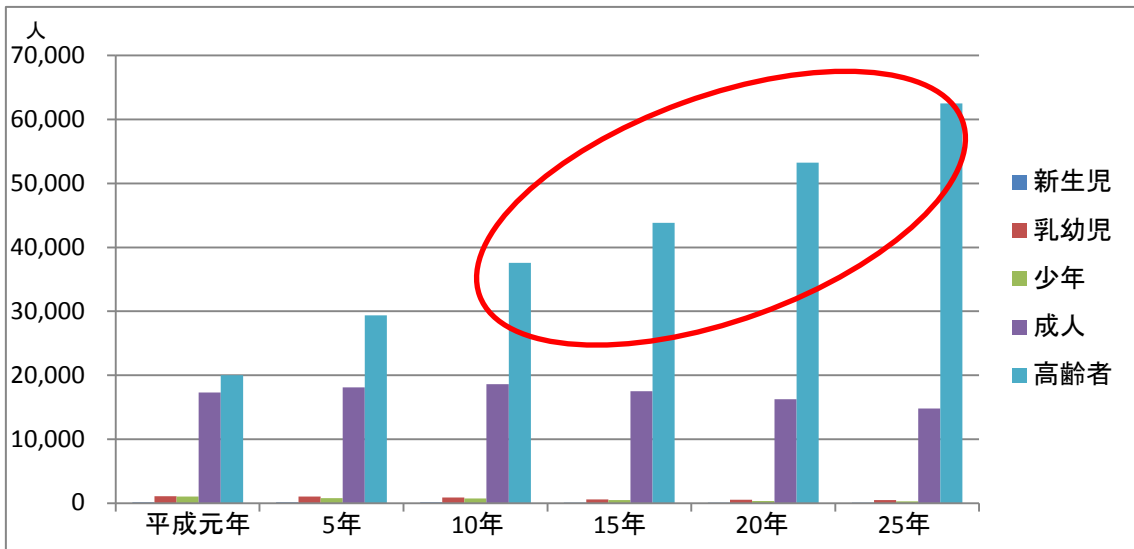
以下は、傷病程度毎に年齢区分別の搬送人員数の推移を表したグラフである。全ての傷病程度において、高齢者の搬送人員数が他の年齢区分に比べて大きく増加していることが分かる。

図表 2-11 傷病程度別年齢区分別搬送人員数の推移

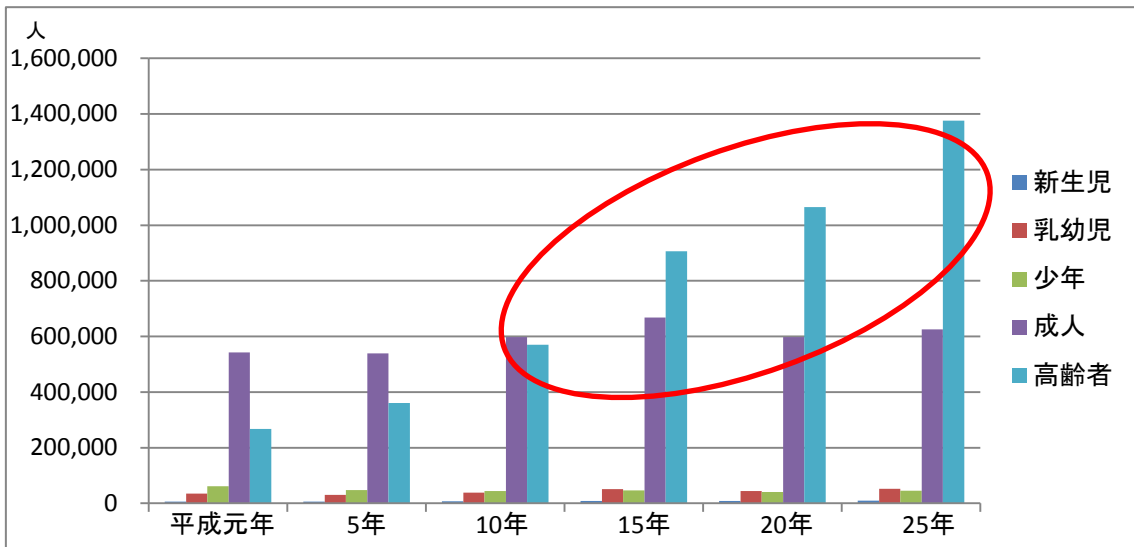
図表 2-11-1 死亡



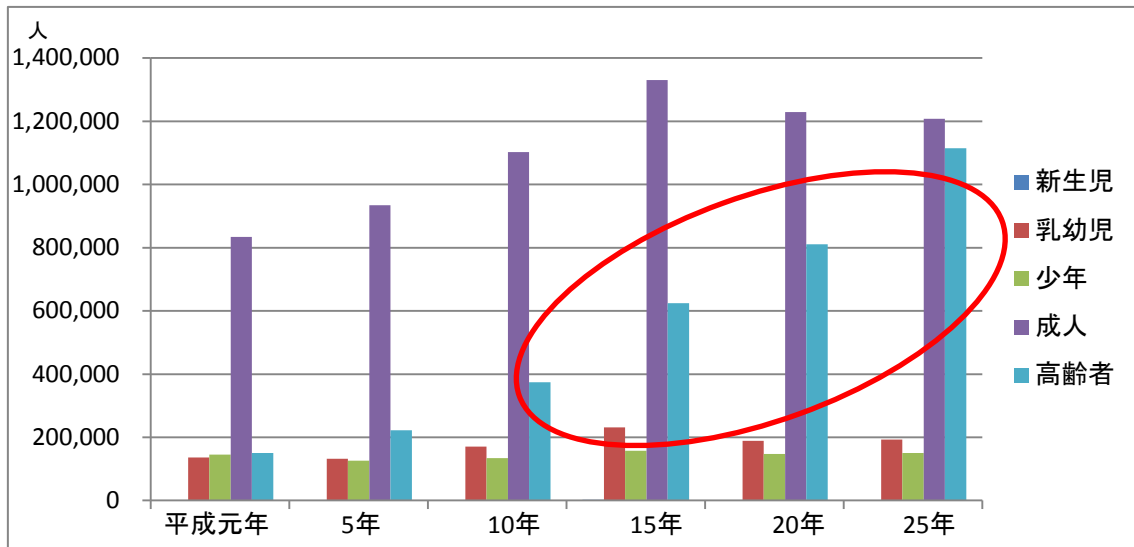
图表 2-11-2 重症



图表 2-11-3 中等症



図表 2-11-4 軽症

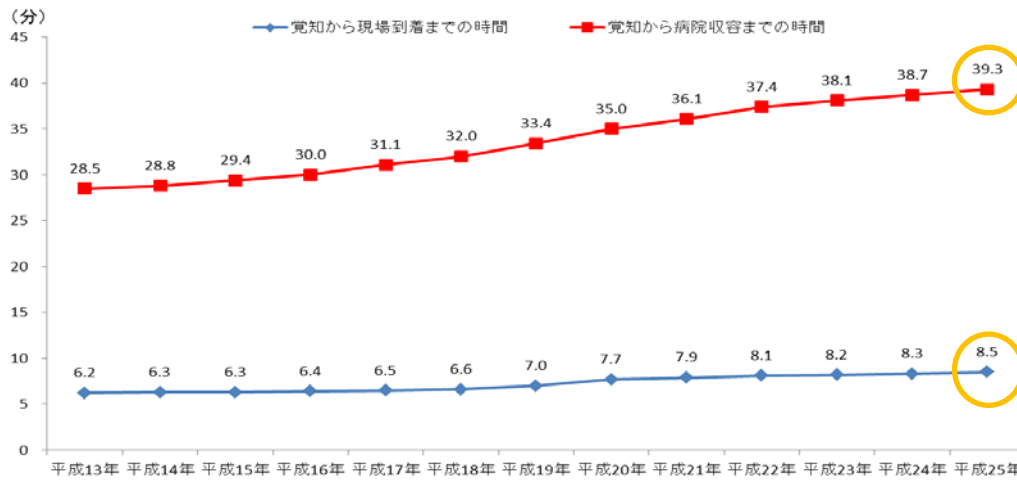


⑧現場到着所要時間及び病院収容所要時間の推移

最後に、現場到着所要時間及び病院収容所要時間の推移についてである。平成 25 年の救急自動車による覚知（119 番通報）から現場到着までの所要時間は、全国平均で 8.5 分となり、前年と比較して 0.2 分延伸している。これは、後述の消防本部に対するアンケート調査等を踏まえると、救急出動件数の増加により、現場直近の署所以外からの出動が多くなっていること等が要因と考えられる。

また、平成 25 年の救急自動車による覚知（119 番通報）から医療機関等収容までの所要時間は、全国平均で 39.3 分となり、前年と比較して 0.6 分延伸している。これは、後述の消防本部に対するアンケート調査等を踏まえると、①現場到着までの所要時間の延伸に加え、②収容所要時間が最も長い一般負傷の搬送人員の増加、③管外搬送人員の増加、④救急隊員（救急救命士を含む）の現場における応急処置に要する時間の増加等が要因と考えられる。

図表 2-12 現場到着時間及び病院収容時間の推移
 (出典：「平成 26 年版 救急・救助の現況」)



(2) 医療機関の照会回数及び現場滞在時間の状況

①全体の状況

「平成 25 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」によると、初診時に重症又は死亡と診断された傷病者のうち、医療機関の照会回数 4 回以上の事案が 15,132 件 (全体の 3.4%) あり、現場滞在時間 30 分以上の事案が 23,950 件 (5.4%) あった。都道府県別に見ると、首都圏、近畿圏等の大都市部において、照会回数が多い、又は現場滞在時間が長い事案の比率が高い。

図表 2-13 医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

(出典：平成 25 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査)

		1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回~	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大照会回数
初診時に重症又は死亡と診断された傷病者	件数	368,154	57,390	10,314	4,196	622	440,676	15,132	4,818	622	50
	割合	83.6%	13.0%	2.3%	1.0%	0.1%	100%	3.4%	1.1%	0.1%	

図表 2-14 医療機関への受入照会回数 4 回以上の事案の推移

(出典：平成 25 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査)

	平成 22 年		平成 23 年		平成 24 年		平成 25 年	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
重症以上傷病者 搬送事案	16,381	3.8%	17,281	3.9%	16,736	3.8%	15,132	3.4%
産科・周産期 傷病者搬送事案	587	3.8%	549	3.7%	530	3.6%	678	4.3%
小児傷病者 搬送事案	10,924	3.2%	11,039	3.1%	10,759	3.0%	9,528	2.7%
救命救急センタ ー搬送事案	20,395	3.8%	24,014	4.0%	25,324	3.9%	27,528	3.9%

図表 2-15 現場滞在時間区分ごとの件数

(出典：平成 25 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査)

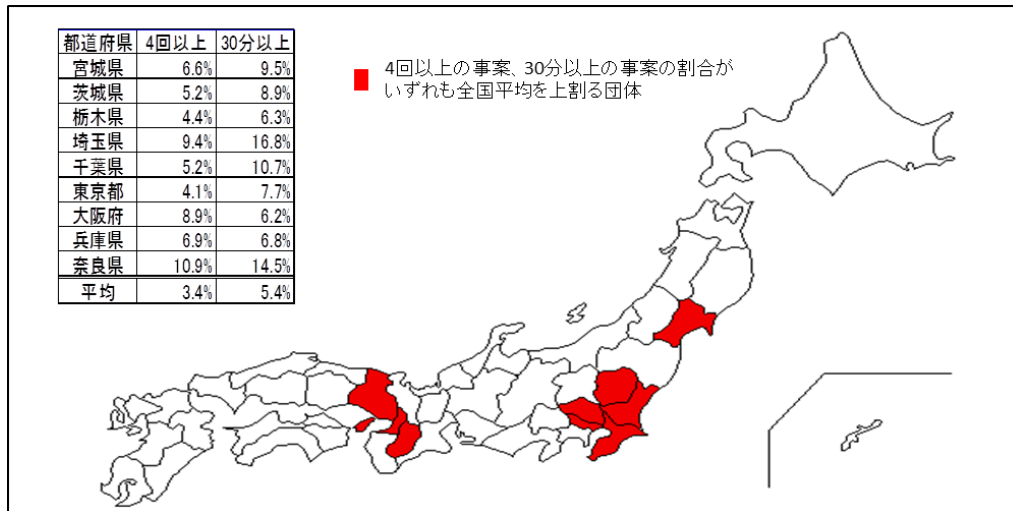
	件数	15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 120分未満	120分以上	計	30分 以上	45分 以上	60分 以上
		初診時に重症又は 死亡と診断され た傷病者	割合	241,917	174,809	17,605	4,028	2,112	205	440,676	23,950
		54.9%	39.7%	4.0%	0.9%	0.5%	0.0%	100%	5.4%	1.4%	0.5%

図表 2-16 現場滞在時間 30 分以上の事案の推移

(出典：平成 25 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査)

	平成 22 年		平成 23 年		平成 24 年		平成 25 年	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
重症以上傷病者 搬送事案	20,849	4.8%	21,794	4.9%	23,033	5.2%	23,950	5.4%
産科・周産期傷病 者搬送事案	1,077	6.9%	1,022	6.8%	1,019	6.9%	1,333	8.4%
小児傷病者搬送 事案	8,618	2.5%	9,600	2.7%	10,431	2.9%	11,986	3.5%
救命救急センタ ー搬送事案	27,322	5.0%	31,451	5.2%	35,445	5.4%	41,777	5.9%

図表 2-17 4 回以上の事案、30 分以上の事案の割合がいずれも全国平均を上回る団体
 (出典：平成 25 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査)



②都道府県別の状況

また、都道府県別に状況を見たとき、以下の各都府県においては、照会回数 4 回以上及び現場滞在時間 30 分以上の事案の割合が減少、又は低い値で推移している。その要因を一概に言うことは難しいが、このような都道府県においては、実施基準の策定等を通じた、傷病者の搬送及び受入れを円滑化するための様々な取組が結果を上げたのではないかと考えられる。

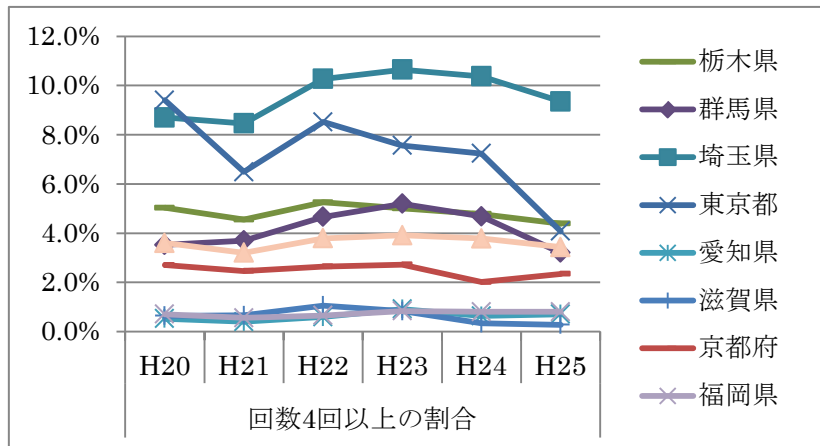
図表 2-18 照会回数 4 回以上又は現場滞在時間 30 分以上の事案の占める割合
 (都道府県別、抜粋)

(出典：平成 25 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査)

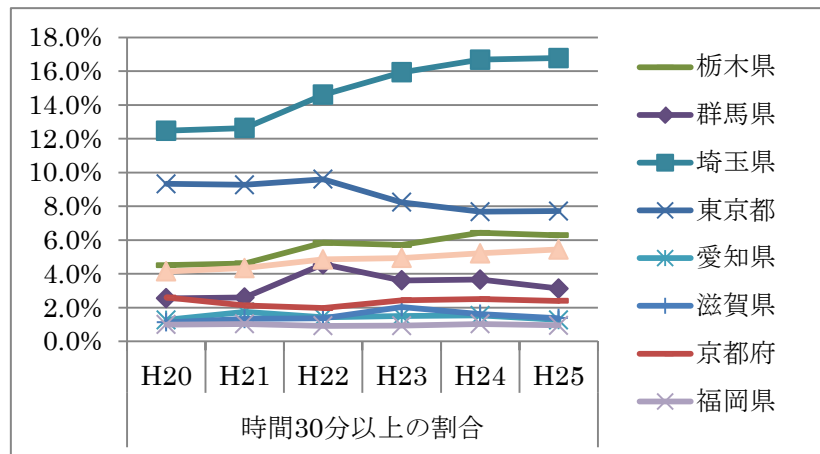
都道府県	重症以上												傷病者の搬送 及び受入れの実 施基準適用開 始年月日	救急業務にお けるICTの導入 年月
	回数4回以上の割合						時間30分以上の割合							
	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H20	H21	H22	H23	H24	H25		
栃木県	5.0%	4.6%	5.3%	5.0%	4.8%	4.4%	4.5%	4.6%	5.8%	5.7%	6.4%	6.3%	H22.8.1	H24.3
群馬県	3.5%	3.7%	4.7%	5.2%	4.7%	3.2%	2.5%	2.6%	4.6%	3.6%	3.7%	3.1%	H23.4.1	H24.12
埼玉県	8.7%	8.5%	10.3%	10.6%	10.4%	9.4%	12.5%	12.6%	14.6%	15.9%	16.7%	16.8%	H23.4.1	H26.4
東京都	9.4%	6.5%	8.5%	7.6%	7.2%	4.1%	9.3%	9.3%	9.6%	8.2%	7.7%	7.7%	H22.3.25	H2.10
愛知県	0.5%	0.4%	0.6%	0.9%	0.6%	0.7%	1.3%	1.7%	1.4%	1.5%	1.5%	1.3%	H24.4.1	
滋賀県	0.6%	0.7%	1.1%	0.8%	0.3%	0.3%	1.1%	1.3%	1.4%	2.0%	1.6%	1.4%	H23.4.1	
京都府	2.7%	2.5%	2.6%	2.7%	2.0%	2.3%	2.6%	2.1%	2.0%	2.4%	2.5%	2.4%	H23.1.1	
福岡県	0.7%	0.6%	0.7%	0.8%	0.8%	0.8%	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%	1.0%	0.9%	H23.6.1	
全国割合	3.6%	3.2%	3.8%	3.9%	3.8%	3.4%	4.1%	4.3%	4.9%	4.9%	5.2%	5.4%		

※網掛け部分は、全国平均を上回るもの。

図表 2-19 回数4回以上の割合の推移



図表 2-20 現場滞在時間30分以上の割合の推移



3. 今年度の検討事項

昨年度の検討会においては、「消防と医療の連携」に係る現状と課題について、全都道府県に対するアンケート調査及びヒアリング調査を実施した。今年度は、延伸を続ける病院到着所要時間の短縮、ひいては救命率の向上を目指して、昨年度の調査検討を通じて浮かび上がった各団体に共通する課題について深掘りを行い、解決策の検討を行った。具体的には、在宅独居や施設入居の高齢者、酩酊者、精神疾患等の搬送に関する奏功事例の調査、6号基準の運用をスムーズに行っている地域の調査分析、法定協議会において搬送及び受入れについて活発な議論が行われている地域の調査分析等を行った。

また、全消防本部に対するアンケート調査及び消防庁が保有している救急統計データを活用し、重症・中等症・軽症等の傷病の程度別に分けた搬送時間の変動の分析や、消防本部の管轄人口規模別の搬送時間の変動の分析を行った。これにより、救急要請（入電）から病院収容に至るまでの救急業務の各段階における時間の延

伸・短縮要因についての分析や、実施基準の効果に関する統計的検証につなげることを目指した。

4. 消防と医療の連携に係る実態調査・統計分析

(1) アンケート調査の概要

救急業務の質の維持・向上を目的として、各都道府県における実施基準の運用状況等、救急救命体制の整備・充実の状況について調査・把握するとともに、救急業務において重要な役割を担うメディカルコントロール（以下「MC」という。）体制について全国の実態を調査・把握するために、アンケート調査を実施した。

➤ 「救急救命体制の整備・充実に関する調査」

- ・調査対象：各都道府県（消防防災主管部局・衛生主管部局）、各消防本部
- ・調査方法：書面によるアンケート調査
- ・調査期間：平成26年10月23日～11月6日
- ・調査項目：高齢者・精神疾患・酩酊者等、搬送に苦慮しやすい類型への対応について

6号基準の運用における課題と解決策について

消防法に基づく法定協議会の議論の活発化について

覚知～現場到着～接触・車内収容～現場出発～病院着～収容までの、救急業務の各段階において、収容所要時間の延伸・短縮に影響を与えている要因として考えられるものについて 等

なお、下線部の調査に関しては、以下のように調査を行っている。覚知～現場到着～接触・車内収容～現場出発～病院着～収容までの、救急業務の段階ごとに、収容所要時間の延伸・短縮に影響を与えている要因として考えられるものを選択肢として設定し、その選択肢の中から各消防本部に対し、実感として当てはまると考える要因を選択してもらった。

それぞれの段階ごとの選択肢は以下のとおりである。

①覚知から現着まで

<延伸要因> 【「その他」を含め3つ以内】

1. 高齢化の進行に伴う、通報時に必要な情報の聞き取り時間の増加
2. 頻回利用者・緊急性が低いと思われる利用者の増加による聞き取り時間の増加
3. 出動件数の増加に伴う、直近の署所以外からの出動の増加
4. 交通事情の変化（混雑や信号化）、事故防止の観点からの行動変容による現場到着時間の延伸
5. 携帯電話通報の増加に伴う、通報場所特定に要する時間の増加
6. その他（具体的に記入）

<短縮要因> 【「その他」を含め3つ以内】

7. 携帯電話の GPS 位置情報の活用による通報場所の特定に要する時間の短縮
8. 救急車の位置情報を GPS で把握することで、通報場所に一番近い場所にある救急車を出動させることによる、現場到着時間の短縮
9. 救急車へのカーナビシステムの導入による現場到着時間の短縮
10. FAST（信号機制御による現場急行支援システム）の導入による現場到着時間の短縮
11. その他（具体的に記入）

②現着から接触・車内収容まで

<延伸要因> 【「その他」を含め3つ以内】

1. 集合住宅等の高層化に伴う、オートロック、エレベーター等の対応による、傷病者と接触するまでの時間の増加
2. 高齢者・精神疾患・酩酊者等の情報収集や収容に困難を要する事案の増加
3. 頻回利用者・緊急性が低いと思われる利用者の増加による現場での観察時間の増加
4. 救急救命士の処置範囲の拡大に伴う、現場での処置時間の増加
5. その他（具体的に記入）

<短縮要因> 【「その他」を含め3つ以内】

6. PA 連携による現場活動時間の短縮
7. ICT の活用により、傷病者情報を指令と救急隊で共有することによる観察時間の短縮
8. ケアマネジャー・民生委員等の福祉との連携により、高齢者等に関する情報があらかじめ集約されていることによる現場活動時間の短縮
9. 医療機関との連携により、高齢者等に関する情報があらかじめ集約されている（例：救急医療情報シート）ことによる現場活動時間の短縮
10. その他（具体的に記入）

③接触・車内収容から現発まで（病院選定の場面）

<延伸要因> 【「その他」を含め5つ以内】

1. 受入医療機関の選定困難類型（高齢者・精神疾患・酩酊者等）の増加による病院選定時間の増加
2. 3次医療機関への搬送集中により最終的な受入先が確保できないことによる病院選定時間の増加
3. 医療機関の受入れ判断の遅延（判断基準が不明瞭、判断まで時間がかかる等）による病院選定時間の増加
4. 応需情報が医療機関によりリアルタイムで入力されないことによる病院への照会時間の増加
5. 医療機関の専門分化により、医療機関が幅広く受入れを行わなくなったことによる病院選定時間の増加
6. 医療資源の減少（医療機関の統廃合等）に伴う、搬送先候補の減少による病院選定時間の増加
7. 医療機関が受入れにあたって必要とする情報量の増加による病院選定時間の増加
8. 頻回利用者の増加による病院選定時間の増加
9. その他（具体的に記入）

<短縮要因> 【「その他」を含め6つ以内】

10. 実施基準のうち、1号基準（分類基準）の策定又は1号基準の運用の工夫による病院選定時間の短縮

- 1 1. 実施基準のうち、2号基準（医療機関リスト）の策定又は2号基準の運用の工夫による病院選定時間の短縮
- 1 2. 実施基準のうち、3号基準（観察基準）の策定又は3号基準の運用の工夫による観察時間の短縮
- 1 3. 実施基準のうち、4号基準（選定基準）の策定又は4号基準の運用の工夫による病院選定時間の短縮
- 1 4. 実施基準のうち、5号基準（伝達基準）の策定又は5号基準の運用の工夫による病院選定時間の短縮
- 1 5. 実施基準のうち、6号基準（確保基準）の策定又は6号基準の運用の工夫による病院選定時間の短縮
- 1 6. ICTの活用による、医療機関情報共有機能（医療機関がシステム等に入力する受入可否情報を救急隊がタブレット端末等で確認すること）の活用による医療機関選定時間の短縮
- 1 7. ICTの活用による、傷病者情報を救急隊と医療機関で共有することによる通話時間の短縮
- 1 8. 医療資源の増加（医療機関の新規開設等）に伴う、地域での受入可能傷病者数の増加
- 1 9. その他（具体的に記入）

④現発から病院着まで

<延伸要因> 【「その他」を含め2つ以内】

1. 実施基準による医療機関選定に伴う、走行距離の増加
2. 医療資源の減少（医療機関の統廃合等）に伴う、走行距離の増加
3. 交通事情の変化（混雑や信号化）、事故防止の観点からの行動変容による走行時間の増加
4. その他（具体的に記入）

<短縮要因> 【「その他」を含め2つ以内】

5. 実施基準による医療機関選定に伴う、走行距離の短縮
6. 医療資源の増加（医療機関の新規開設等）に伴う、走行距離の短縮
7. 救急車へのカーナビシステムの導入による走行時間の短縮
8. FAST（信号機制御による現場急行支援システム）の導入による走行時間の短縮
9. その他（具体的に記入）

⑤病院着から収容まで・収容から帰着まで

<延伸要因> 【「その他」を含め2つ以内】

1. 医師への申し送り事項の増加による引継ぎ時間の増加
2. 搬送の集中による、病院内での順番待ち時間の増加
3. 引継ぎ後に医療機関から待機を要請されることによる待機時間の増加
4. その他（具体的に記入してください）

<短縮要因> 【「その他」を含め2つ以内】

5. 伝達基準の策定に伴う、適切な情報の事前伝達による引継ぎ時間の短縮
6. ICTを活用した傷病者情報の共有（画像伝送等）による引継ぎ時間の短縮
7. 医療機関との連携により、高齢者等に関する情報があらかじめ集約されている（例：救急医療情報シート）ことによる引継ぎ時間の短縮
8. その他（具体的に記入）

(2) 病院収容所要時間の増減要因の分析

全消防本部 (n=751) に対して、覚知～現場到着～接触・車内収容～現場出発～病院着～収容までの、救急業務の各段階において、病院収容所要時間の延伸・短縮に影響を与えている要因として考えられるものを、前述の選択肢として設定した項目の中から選択してもらった。さらに、消防本部を取り巻く状況は、管轄人口の規模によっても相当程度異なるものと想定されることから、消防本部からの回答内容を、消防本部の管轄人口規模別 (10 万人未満 (n=448)、10 万人以上 30 万人未満 (n=217)、30 万人以上 70 万人未満 (n=64)、70 万人以上 (n=22) の 4 区分) に分類し、傾向を分析した。

なお、このアンケート調査の選択肢は、複数の消防本部に対し、収容所要時間の増減要因として考えられるものを聴取し、選択肢として設定したものであり、また、ある選択肢を選んだ消防本部であっても、その選択肢と当該本部が実感している増減要因が完全に一致するとは限らない点に注意が必要である。また、このアンケート調査は、あくまで消防本部の実感を基に回答を得ているものであり、実際にその要因によってどの程度収容所要時間が増減しているかは明らかではない点にも注意が必要である。この点については、現状の救急統計では、覚知～現場到着～接触・車内収容～現場出発～病院着～収容までの、救急業務の各段階に分割して収容所要時間の延伸度合いを見ることはできないが、平成 26 年分の救急統計からは以上の段階ごとの所要時間の統計を取ることとしているため、今後はこのアンケート調査の集計結果を救急統計と結びつけて分析することが可能となると考えられる。

分析の前提として、管轄人口規模別に消防本部を 4 区分に分類したが、その区分ごとの標準的な消防本部の姿は以下のとおりである。

図表 2-21 管轄人口区分ごとの標準的な消防本部の姿

管轄人口規模	10 万人未満	10 万人以上 30 万人未満	30 万人以上 70 万人未満	70 万人以上
本部数 (n)	448	217	64	22
平均管轄人口	約 50,900 人	約 170,800 人	約 420,600 人	約 1,880,700 人
平均管轄面積	約 489 km ²	約 447 km ²	約 547 km ²	約 817 km ²
平均救急隊数	約 3.9 隊	約 7.4 隊	約 12.6 隊	約 40.1 隊
平均救急出動件数	約 2,200 件	約 7,300 件	約 18,400 件	約 96,700 件
1 隊あたり 管轄人口	約 13,100 人	約 23,100 人	約 33,400 人	約 46,900 人
1 隊あたり 救急出動件数	約 560 件	約 990 件	約 1,460 件	約 2,410 件
署所数	約 3.3 箇所	約 6.7 箇所	約 13.1 箇所	約 49.3 箇所
1 署所あたり面積	約 148 km ²	約 67 km ²	約 42 km ²	約 17 km ²
平均救急告示 医療機関数	約 2.1 箇所	約 5.6 箇所	約 18.0 箇所	約 50.5 箇所

※表中の数値は、各消防本部の各年間データについて、管轄人口規模別（10 万人未満、10 万人以上 30 万人未満、30 万人以上 70 万人未満、70 万人以上の 4 区分）に分類して、それぞれ平均値を取ったものである。（全国消防長会編「平成 26 年度版 消防現勢」を参考に作成した粗い試算であり、消防庁が集計している救急統計等と厳密には数値が一致しない部分がある。）

大まかな傾向としては、救急隊 1 隊あたりの管轄人口及び救急出動件数は管轄人口規模が大きくなるほど多くなる。一方で、1 署所あたり面積は管轄人口規模が小さくなるほど大きくなる。平均救急告示医療機関数は、人口規模が大きくなるほど多くなる。

管轄人口 70 万人以上の消防本部では、救急隊が頻繁に出動し、搬送距離はそれほど長くないものの、多数ある救急告示医療機関の中から傷病者の傷病の程度に応じてその都度受入医療機関を選択して搬送している状況が考えられる。

また、管轄人口 10 万人未満の消防本部では、救急隊 1 隊の 1 日あたりの出動件数はわずかで救急告示医療機関も少ないことから、搬送ごとに受入医療機関の選択に迷うことは少ないものの、管轄面積が大きいことに加え、傷病者の傷病の程度によっては管外搬送も想定されることから、搬送距離・搬送時間は長くなる状況が考えられる。

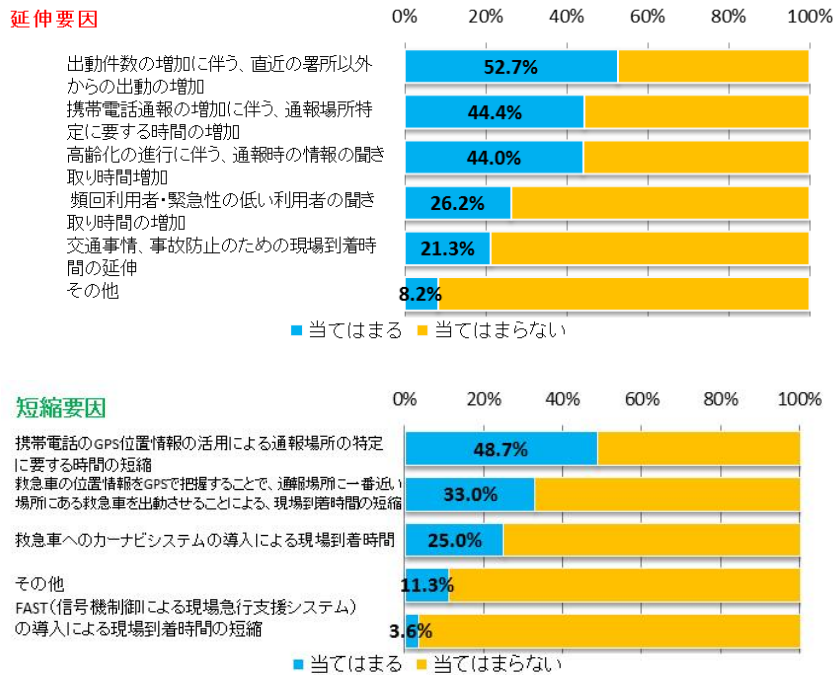
このように、管轄人口規模によって消防本部を取り巻く状況（標準的な姿）は大きく異なっており、以下の分析においてもこのことを考慮に入れる必要が

ある。

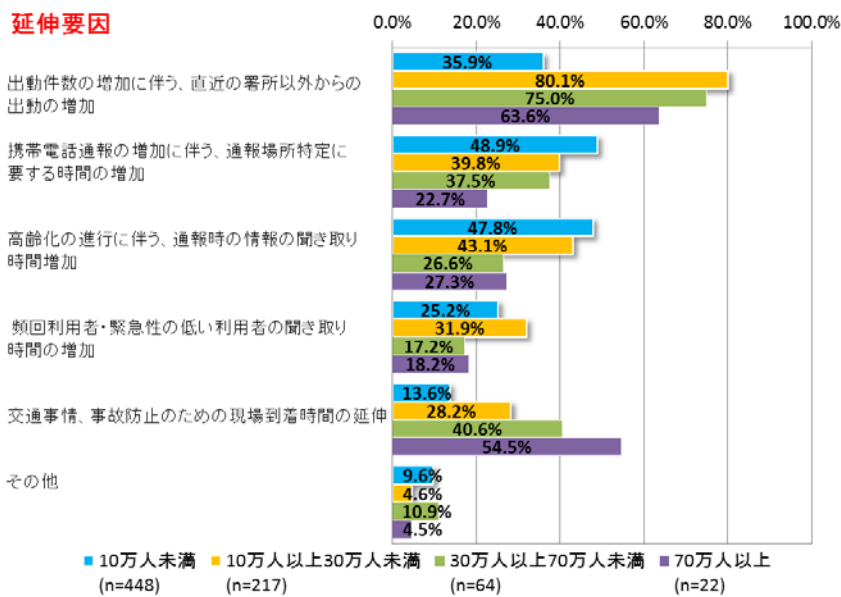
以下、救急業務における各段階別にアンケート調査の結果を分析する。

①覚知から現場到着まで

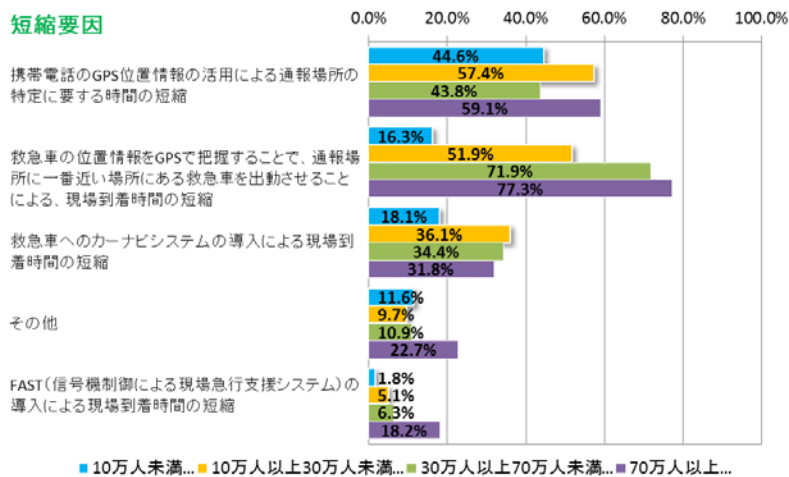
図表 2-22 覚知から現場到着まで（全ての消防本部の合計）



図表 2-23 覚知から現場到着まで（消防本部の人口区分別集計）



短縮要因

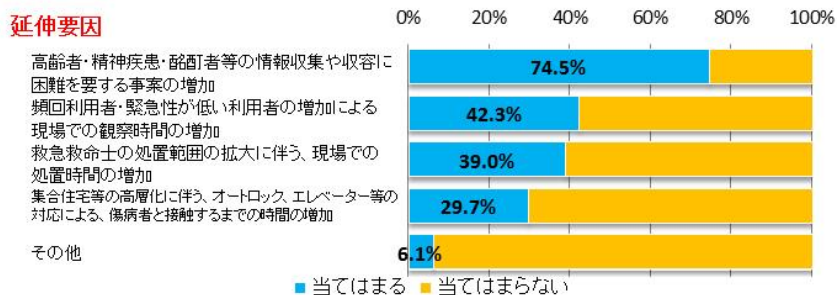


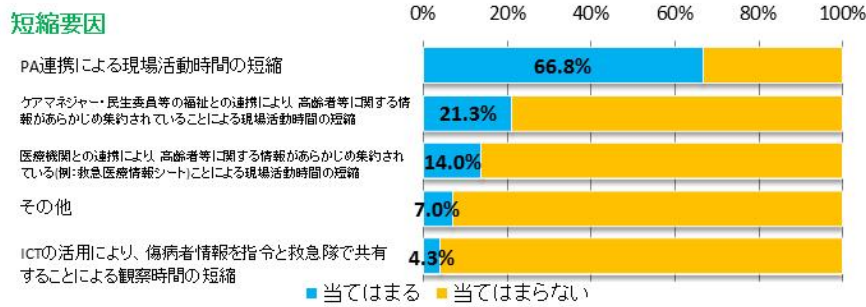
全国的な傾向では、出動件数の増加に伴う、直近の署所以外からの出動の増加が最大の延伸要因と考えられている。また、GPS・カーナビシステムの導入が一定の短縮効果を上げていると実感されている。なお、携帯電話通報の増加と携帯電話GPSの活用は表裏一体となっている。

消防本部の管轄人口規模別にみると、出動件数の増加に伴う、直近の署所以外からの出動の増加を延伸要因と考える本部の割合は、管轄人口10万人以上の本部において大きな影響を与えていると実感されている。また、道路交通に關係する要因については、管轄人口規模が大きくなるほど選択される割合が高くなっている。高齢化の進行は、管轄人口30万人未満の本部において大きな影響を与えていると考えられている。

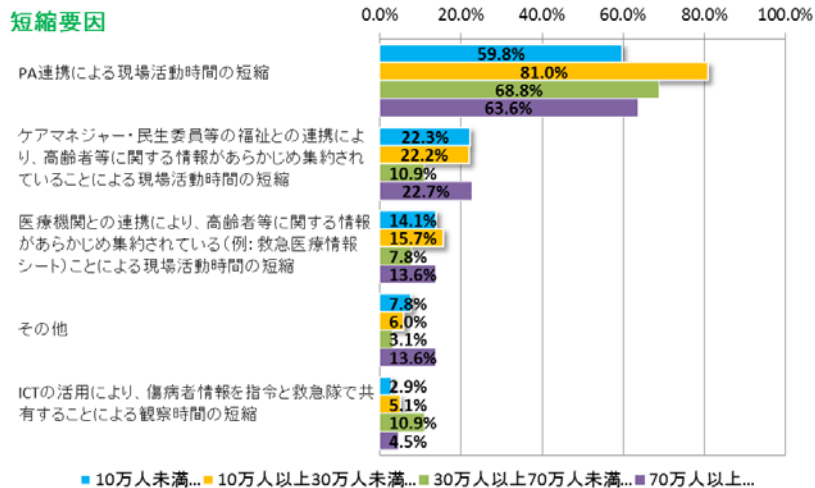
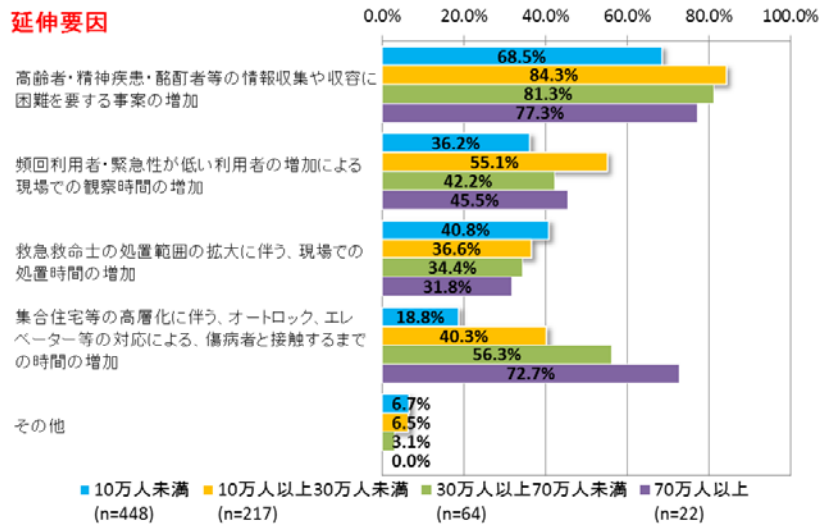
②現場到着から接触・車内収容まで

図表 2-24 現場到着から接触・車内収容まで（全ての消防本部の合計）





図表 2-25 現場到着から接触・車内収容まで（消防本部の人口区分別集計）

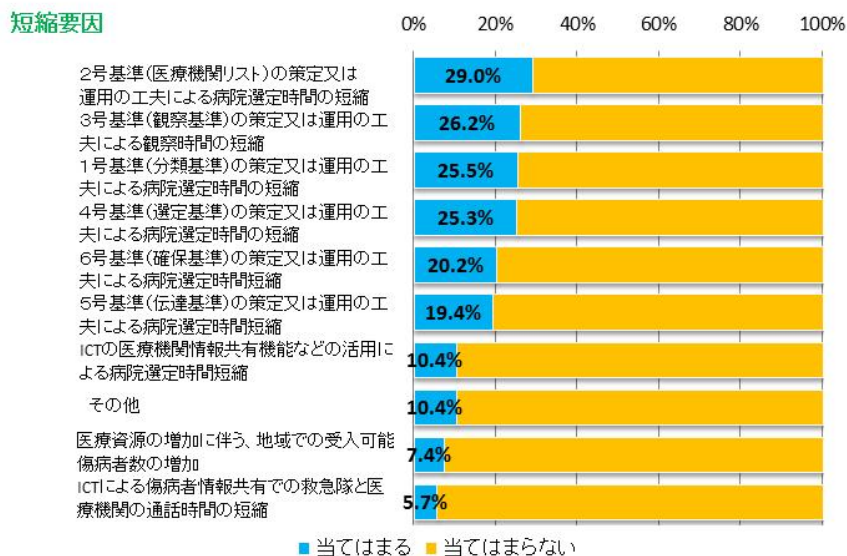
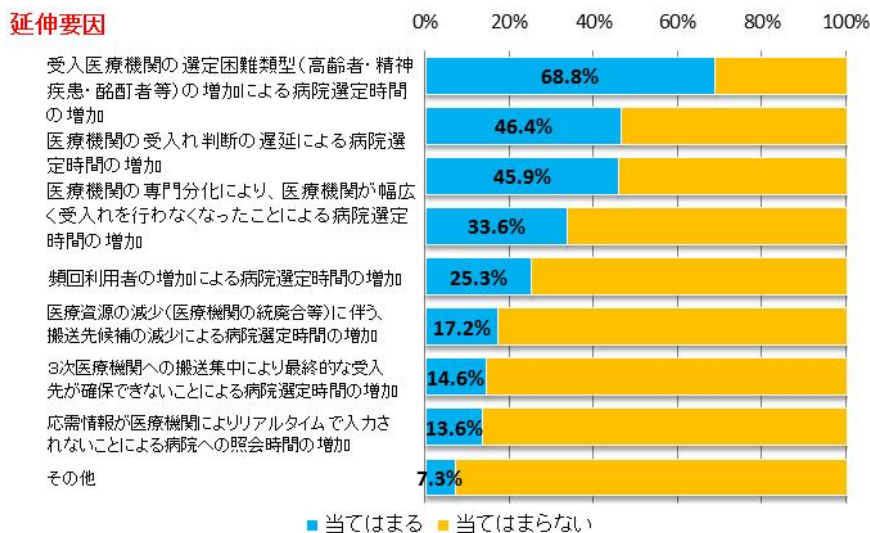


全国的な傾向では、高齢者・精神疾患患者・酩酊者等の情報収集や収容に困難を要する事案の増加が最大の要因と考えられている。なお、救急救命士の処置範囲の拡大に伴う、現場での処置時間の増加も一定数選択されているが、これは救命率の向上にとってプラスに働きうる要因であり、一概に延伸が良くないことであるとは言えないことに注意が必要である。短縮要因としては、PA連携による現場活動時間の短縮が最大の要因と考えられている。

消防本部の管轄人口規模別にみると、PA 連携による現場活動時間短縮の効果は、管轄人口 10 万人以上 30 万人未満の本部で最も実感されている。高齢者・精神疾患患者・酩酊者等の情報収集や収容に困難を要する事案の増加を延伸要因と考える本部の割合は、管轄人口 10 万人以上 70 万人未満の規模において最も大きくなっている。頻回利用者や緊急性が低い利用者の増加を延伸要因と考える本部の割合は、人口 10 万人以上 30 万人未満の規模において最も大きくなっている。また、集合住宅等の高層化については、住宅が密集する都市部ほど延伸要因と考える本部の割合は高まっている。

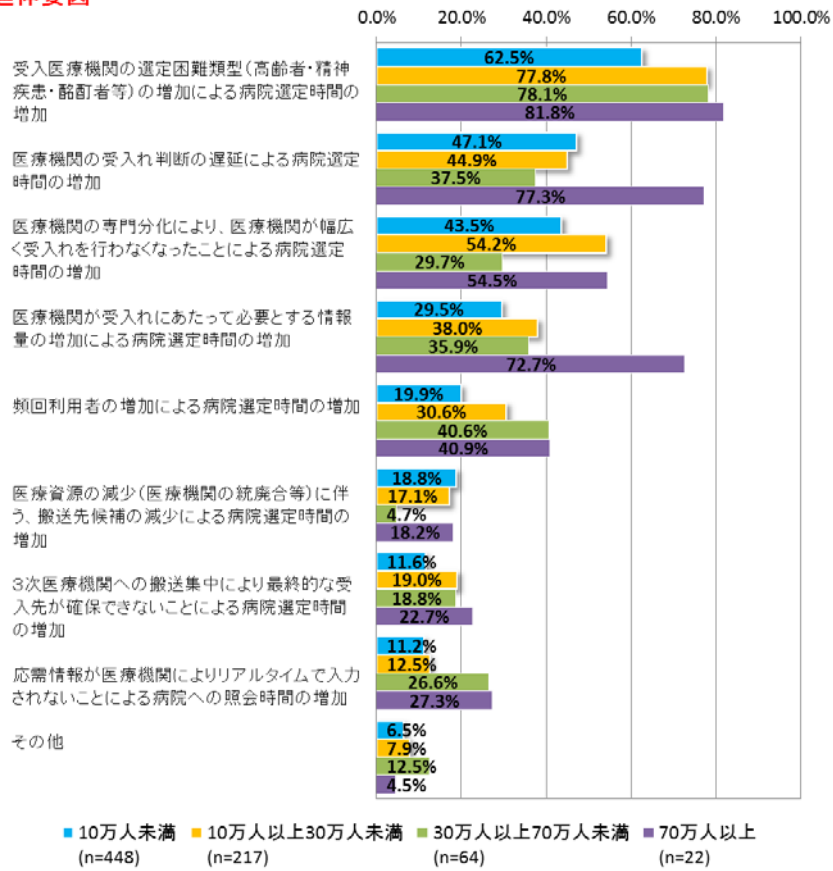
③接触・車内収容から現場出発まで（病院選定の場面）

図表 2-26 接触・車内収容から現場出発まで（全ての消防本部の合計）

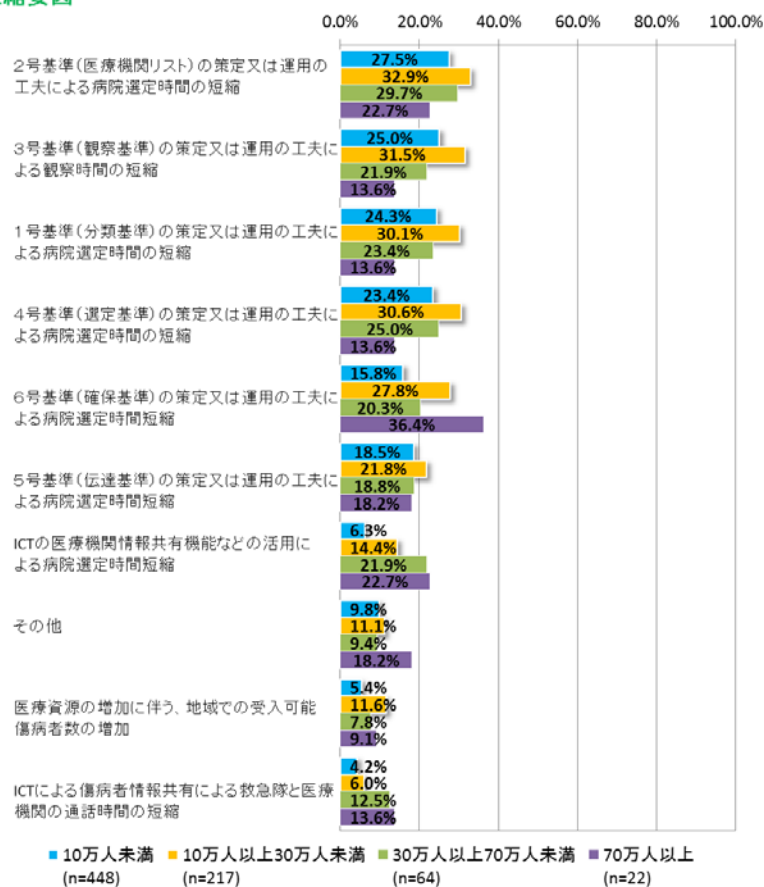


図表 2-27 接触・車内収容から現場出発まで（消防本部の人口区分別集計）

延伸要因



短縮要因

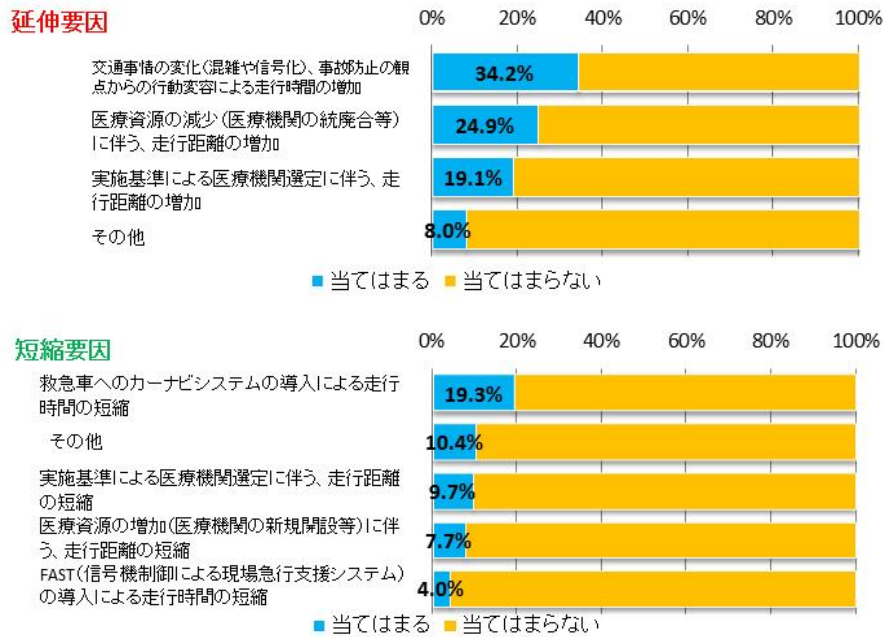


全国的な傾向では、受入医療機関の選定困難類型（高齢者・精神疾患患者・酩酊者等）の増加による病院選定時間の増加が最大の延伸要因と考えられている。医療機関の受入れ判断の遅延や、医療機関の専門分化により幅広く受入れを行わなくなったことも延伸要因として挙げられた。短縮要因として、実施基準の策定又は運用の工夫による効果のいずれか一つでも実感している消防本部は、合わせて 47.2%にのぼる。

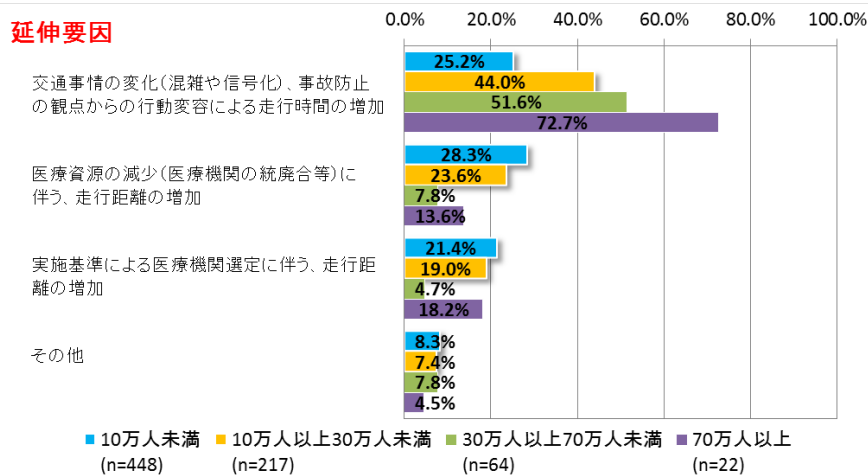
消防本部の管轄人口規模別にみると、選定困難類型の増加は人口規模が大きくなるほど実感され、医療機関に関係する要因は管轄人口 70 万人以上の本部において最も実感されている。また、実施基準の策定又は運用の工夫による時間短縮効果は、管轄人口 10 万人以上 30 万人未満の本部で最も実感されている。ただし、6号基準の策定又は運用による効果は、管轄人口 70 万人以上の本部において最も実感されている。これは、管轄人口 10 万人以上 30 万人未満の地域においては、一定程度の医療資源が存在していることに加え、消防機関と医療機関等、傷病者の搬送及び受入れに携わる関係者の間できめ細かなルール作りが行われやすい一方で、6号基準はさらに豊富な医療資源を有する地域でなければ効果を発揮しづらいからではないかと考えられる。

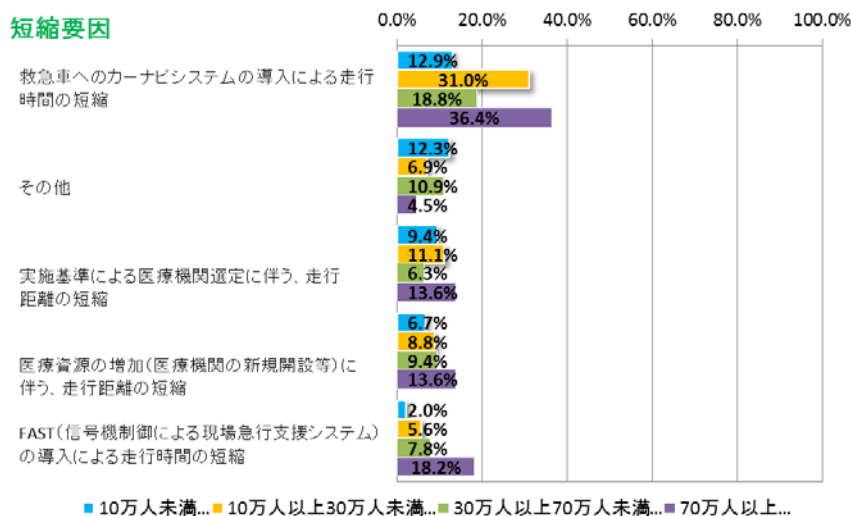
④現場出発から病院着まで

図表 2-28 現場出発から病院着まで（全ての消防本部の合計）



図表 2-29 現場出発から病院着まで（消防本部の人口区分別集計）



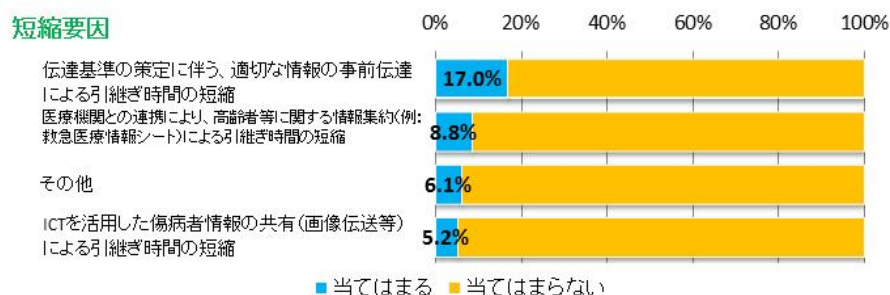
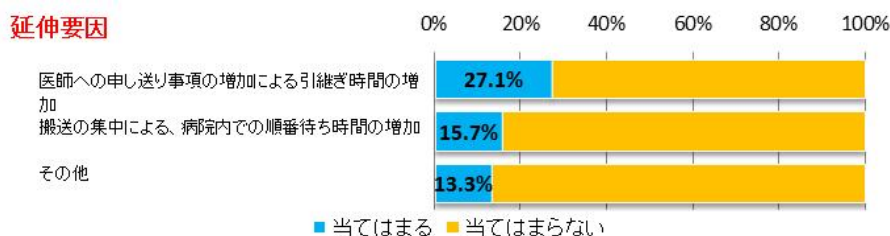


全国的な傾向では、この場面では、大きな延伸・短縮要因は見られなかったが、交通事情の変化を挙げる本部が一定数あった。

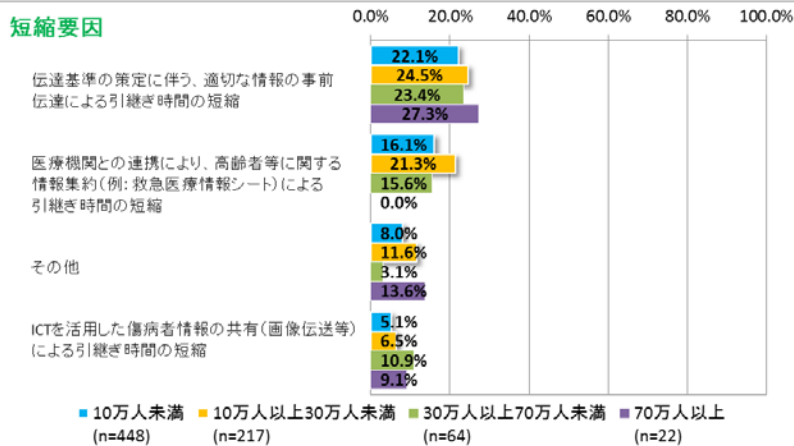
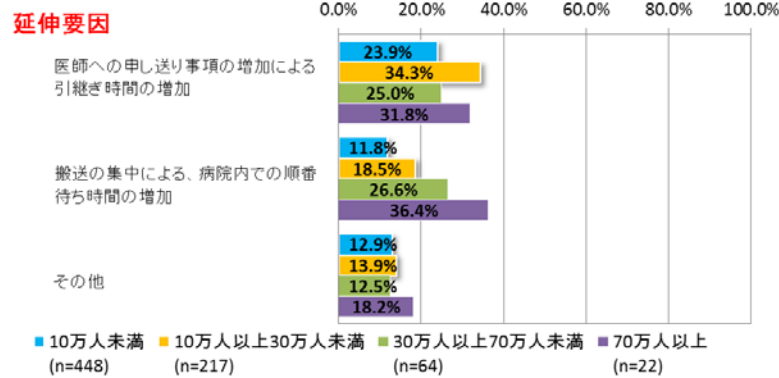
消防本部の管轄人口規模別にみると、道路交通に関係する要因については、管轄人口規模が大きくなるほど選択される割合が高くなっており、医療資源の減少は、管轄人口規模が小さくなるほど影響が大きいと考えられている。

⑤病院着から収容まで

図表 2-30 病院着から収容まで（全ての消防本部の合計）



図表 2-31 病院着から収容まで（消防本部の人口区分別集計）

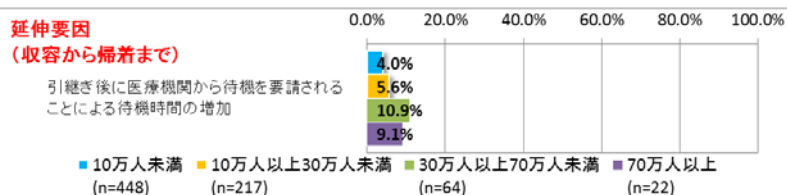


全国的な傾向では、この場面でも大きな延伸・短縮要因は見られなかったが、医師への申し送り事項の増加等、医療機関の理解を得ることで短縮可能な延伸要因が一定数挙げられた。

消防本部の管轄人口規模別にみると、病院内での順番待ち時間の増加は、人口規模 70 万人以上の本部で最も実感されている。

⑥収容から帰着まで

図表 2-32 収容から帰着まで（全ての消防本部の合計・人口区分別集計）



収容から帰着までは救急搬送時間に含まれるものではないが、次の出動要請に備えて迅速に署所へ戻ることも重要である。全国的な傾向では、引継ぎ後に医療機関から待機を要請されることによる待機時間の増加を課題と考えている本部が一定数あった。

⑦主要な要因として挙げられたもの<要因別>

以上の①から⑥の各段階全てを通して、主要な増減要因と考えているものを各消防本部に3項目ずつ選択してもらった。その結果多く選択されたものは、以下のとおりである。

○ 延伸要因

- ・ 出動件数の増加に伴う、直近の署所以外からの出動の増加（20.8%）
⇒管轄人口10万人以上の本部で大きく実感されている。
- ・ 高齢者・精神疾患患者・酩酊者等の情報収集や収容に困難を要する事案の増加（19.2%）
⇒管轄人口10万人以上70万人未満の本部で大きく実感されている。
- ・ 受入医療機関の選定困難類型（高齢者・精神疾患患者・酩酊者等）の増加による病院選定時間の増加（15.7%）
⇒管轄人口規模が大きくなるほど実感されている。

○ 短縮要因

- ・ PA連携による現場活動時間の短縮（20.0%）
※平成23年4月1日現在、PA連携実施消防本部数は全体の82.2%
⇒管轄人口10万人以上30万人未満の本部で最も実感されている。
- ・ 救急車の位置情報をGPSで把握することで、通報場所に一番近い場所にある救急車を出動させることによる、現場到着時間の短縮（11.2%）
⇒管轄人口10万人以上の本部で、規模が大きくなるほど実感されている。
- ・ 実施基準の策定及び運用の工夫による病院選定時間の短縮（9.2%）
- ・ ICTの医療機関情報共有機能などの活用による病院選定時間短縮（当該機能を導入している159本部中、11.9%）
⇒管轄人口30万人以上の本部でより実感されている。

⑦主要な要因として挙げられたもの<消防本部の人口区分別>

○ 管轄人口70万人以上の本部における傾向

医療機関、道路交通に係る要因の影響が大きいと実感されており、集合住宅の高層化も、他規模の本部に比べて大きな要因であると実感されている。

また、6号基準の策定又は運用の工夫による効果は、他規模の本部に比べて最も強く実感されている。

○ 管轄人口 30 万人以上 70 万人未満の本部における傾向

医療機関の受入れ判断の遅延、専門分化に関しては、他の規模の本部に比べ相対的に低い。実施基準の策定又は運用の工夫による効果は、概ね実感されている。

○ 管轄人口 10 万人以上 30 万人未満の本部における傾向

実施基準の策定又は運用の工夫による効果は、最も実感されている。

○ 管轄人口 10 万人未満の本部における傾向

他規模の本部に比べ、高齢化や医療資源の減少による延伸の影響が最も強く実感されている。

以上のとおり、全国的に収容所要時間が延伸しているものの、消防本部の管轄人口規模ごとにその要因には違いが見られることから、消防本部の管轄人口規模ごとに適切な対策を講ずる必要がある。

(3) 病院収容所要時間延伸の統計分析

今年度の検討会においては、消防庁が毎年報告を求めている救急統計データについても、より詳細な分析を試みた。

様々な管轄人口規模の消防本部を管内に抱えていることから、人口区分ごとの分析に有用と考えられる神奈川県を例にとり、前述のアンケート調査の分析と同じく、消防本部の管轄人口規模を「70 万人以上」、「30 万人以上 70 万人未満」「10 万人以上 30 万人未満」、「10 万人未満」に分類し、実施基準が策定される以前の平成 19 年と策定後の平成 24 年の救急統計データを比較して分析を行った。消防庁で集計している覚知（119 番通報入電）から病院収容の時間のうち、消防と医療の連携に焦点を当てるため、現場到着から病院収容までの時間を分析した。ここでの分析は、各区分の平均病院収容時間を比較することで行っている。

なお、神奈川県内の消防本部のうち、平成 19 年と平成 24 年のデータを比較可能な消防本部は以下のとおりであり、以下の分析は当該本部のデータを用いている。

図表 2-33 神奈川県内の管轄人口規模別消防本部一覧（分析に用いた本部のみ）

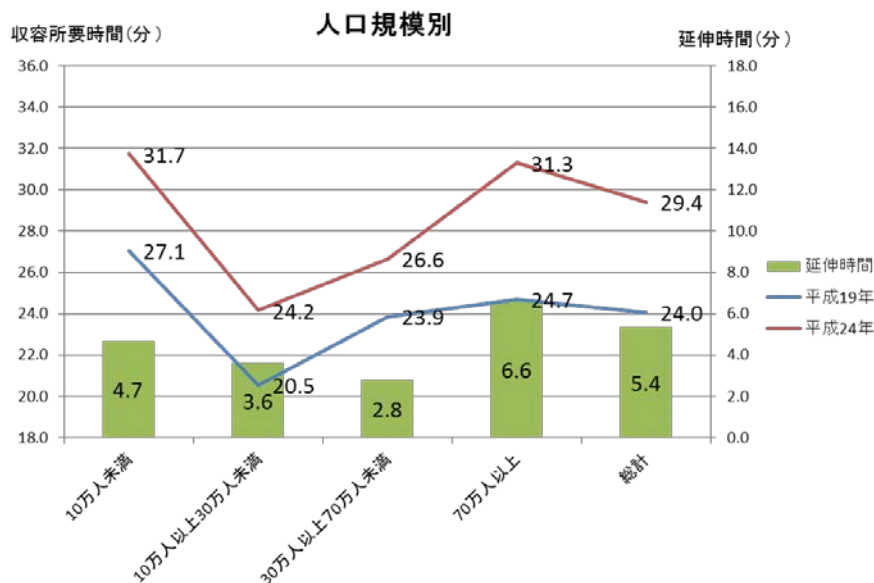
70 万人以上	横浜市消防局
30 万人以上 70 万人未満	藤沢市消防局、小田原市消防本部
10 万人以上 30 万人未満	平塚市消防本部、鎌倉市消防本部、茅ヶ崎市消防本部、伊勢原市消防本部、海老名市消防本部、座間市消防本部
10 万人未満	逗子市消防本部、三浦市消防本部、綾瀬市消防本部、葉山町消防本部、寒川町消防本部、大磯町消防本部、二宮町消防本部、湯河原町消防本部、愛川町消防本部

①消防本部の管轄人口規模別・年齢区分別・傷病程度別分析

○ 管轄人口規模別分析

まず、消防本部の管轄人口規模別に時間の延伸の状況を比較すると以下のとおりとなる。

図表 2-34 管轄人口規模別收容所要時間の延伸の状況



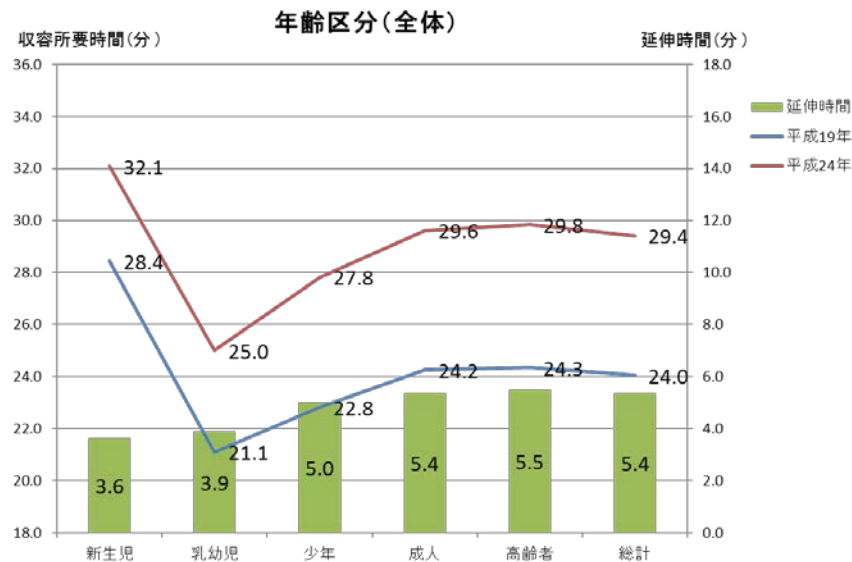
管轄人口 70 万人以上の本部が 6.6 分（24.7 分→31.3 分）と最も延伸しており、次いで管轄人口 10 万人未満の本部、管轄人口 10 万人以上 30 万人未満の本部、管轄人口 30 万人以上 70 万人未満の本部の順に延伸の程度が抑えられている。

○ 年齢区分別分析

次に、搬送された傷病者を年齢区分別に分析すると以下のとおりとなる。年齢区分別に見ると、新生児（3.6 分延伸）及び乳幼児（3.9 分延伸）と比べ、

少年以上(少年：5.0分延伸、成人：5.4分延伸、高齢者：5.5分延伸)の年齢階層の延伸が相対的に強く見られる。

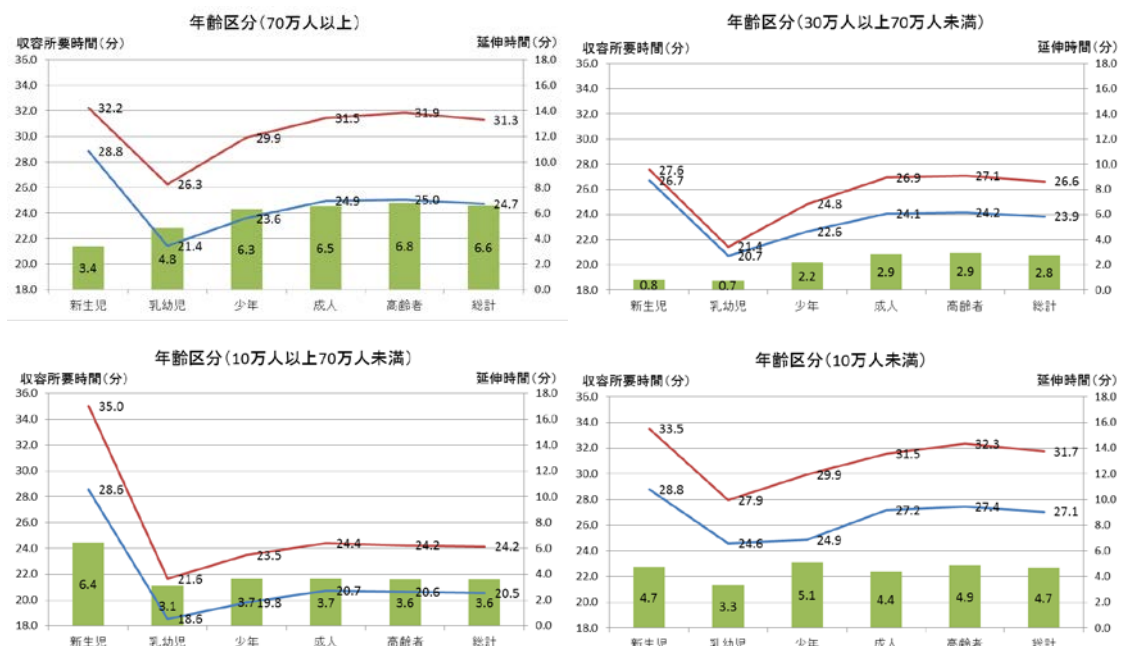
図表 2-35 年齢区分別收容所要時間の延伸の状況



○ 管轄人口規模別年齢区分別收容所要時間の分析

また、年齢区分別の分析を、さらに消防本部の管轄人口規模別に分割すると以下のとおりとなる。全年齢区分で管轄人口 30 万人以上 70 万人未満の本部 (2.8 分延伸) において最も延伸の程度が抑えられている。

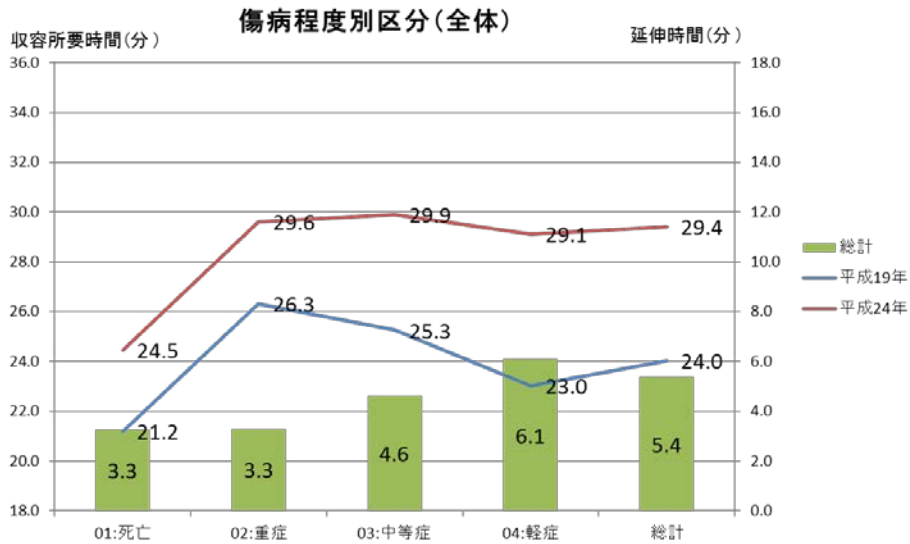
図表 2-36 人口規模別年齢区分別收容所要時間の延伸の状況



○ 傷病程度別分析

次に、搬送された傷病者を傷病程度別に分析すると以下のとおりとなる。傷病程度別にみると、中等症（4.6分延伸）及び軽症（6.1分延伸）に比べ重症（3.3分延伸）の延伸の程度は相対的に抑えられている。

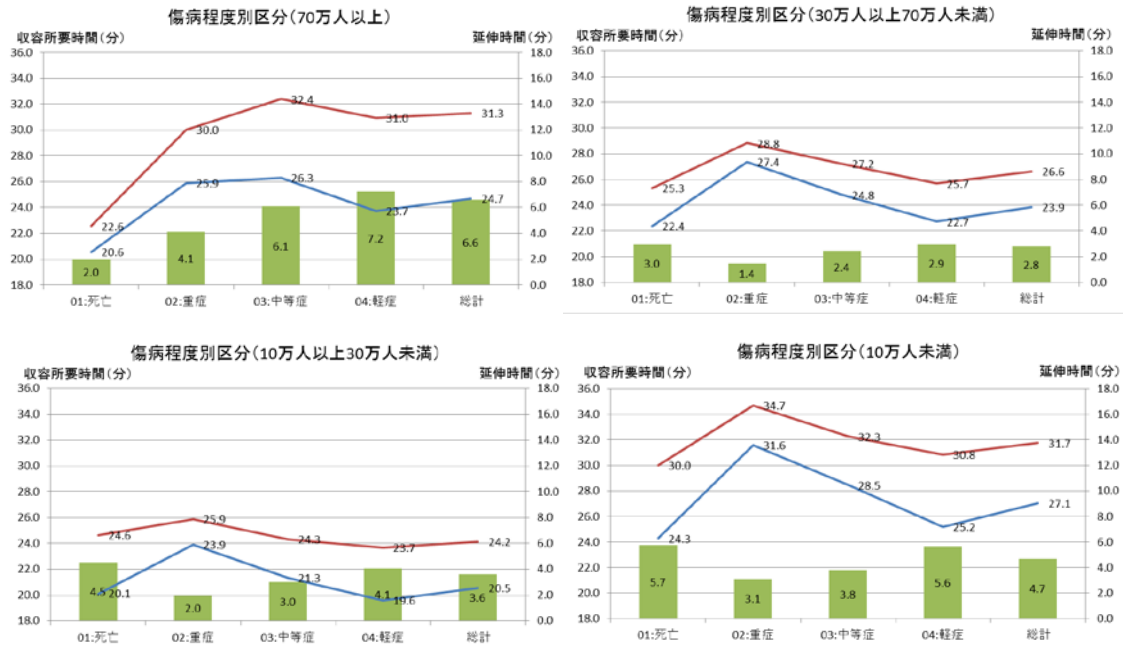
図表 2-37 傷病程度別收容所要時間の延伸の状況



○ 管轄人口規模別傷病程度別收容所要時間の分析

また、傷病程度別の分析を、さらに消防本部の管轄人口規模別に分割すると以下のとおりとなる。延伸の程度については管轄人口 70 万人以上の本部で特に差が顕著に現れているが、管轄人口 10 万人以上 70 万人未満の本部では相対的に抑えられている。

図表 2-38 管轄人口規模別傷病程度別收容所要時間の延伸の状況



②傷病程度別の收容所要時間の分布

以上の分析は、全て收容所要時間の平均値を分析したものだが、一方で收容所要時間の分布の変化も重要である。実施基準の策定前後で分布の仕方の変化を分析することで、実施基準策定の効果を測定できるのではないかと仮説の下で分析を行った。なお、上記と同じく、神奈川県における救急統計データを例にとって分析している。

なお、以下の分析においては統計学の専門用語が出てくるため、あらかじめ簡潔に用語の解説を行う。

検定に関して追加

<用語解説>

まず、「平均値」とは、データの数値の合計をデータの数で割ったものである。一方、「中央値(メジアン)」とは、データを数値の大きさ順に並べたとき、中央の順位に来る値のことである。

例えば、【1・10・100・1,000・10000】の5つの数字が与えられたとすると、平均値は(1+10+100+1,000+10,000)÷5=2,222.2となる。一方、中央値は上から3番目の大きさの100となる。

平均値はデータの分布については描写できておらず、中央値や標準偏差の分析によって初めて、データの分布の形や散らばり具合を表現することができる。

次に、「標準偏差」について説明する。まず、n個のデータが与えられたとき、その平均値と、それぞれの値との差を二乗したものを足し合わせ、それをnで割った数を「分散」と言う。分散は、各値の平均値との差が大きければ大きいほど大きくなることから、データの「散らばり具合」を表した指標であると言える。この分散の正の平方根を「標準偏差」と言い、標準偏差が大きいほどデータの散らばり具合が大きいと言える。

例えば、【5・10・15・20・25】の5つの数字が与えられたとすると、この5つの数字の平均値は15であるから、分散は

$$[(5-15)^2+(10-15)^2+(15-15)^2+(20-15)^2+(25-15)^2] \div 5=50$$

であり、標準偏差は50の正の平方根である約7.07となる。

一方、【7・11・15・19・23】の5つの数字が与えられたとすると、この5つの数字の平均値も15であるが、分散は

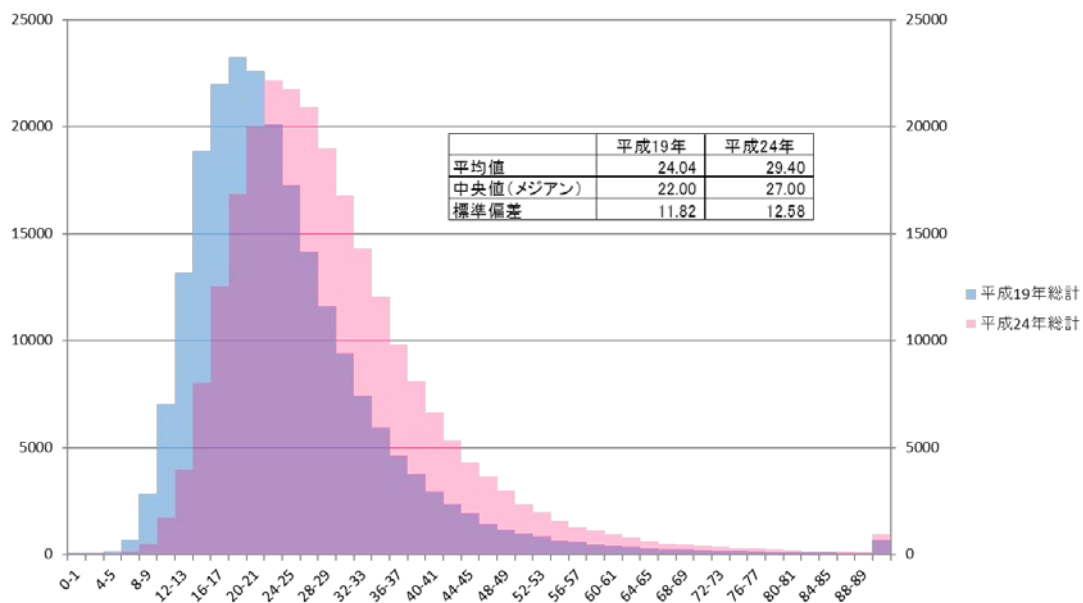
$$[(7-15)^2+(11-15)^2+(15-15)^2+(19-15)^2+(23-15)^2] \div 5=32$$

であり、標準偏差は32の正の平方根である約5.66となる。すなわち、後者のほうがデータの散らばり具合が小さいと言える。

まず、全ての傷病程度を合わせた分布の変化は以下のとおりである。

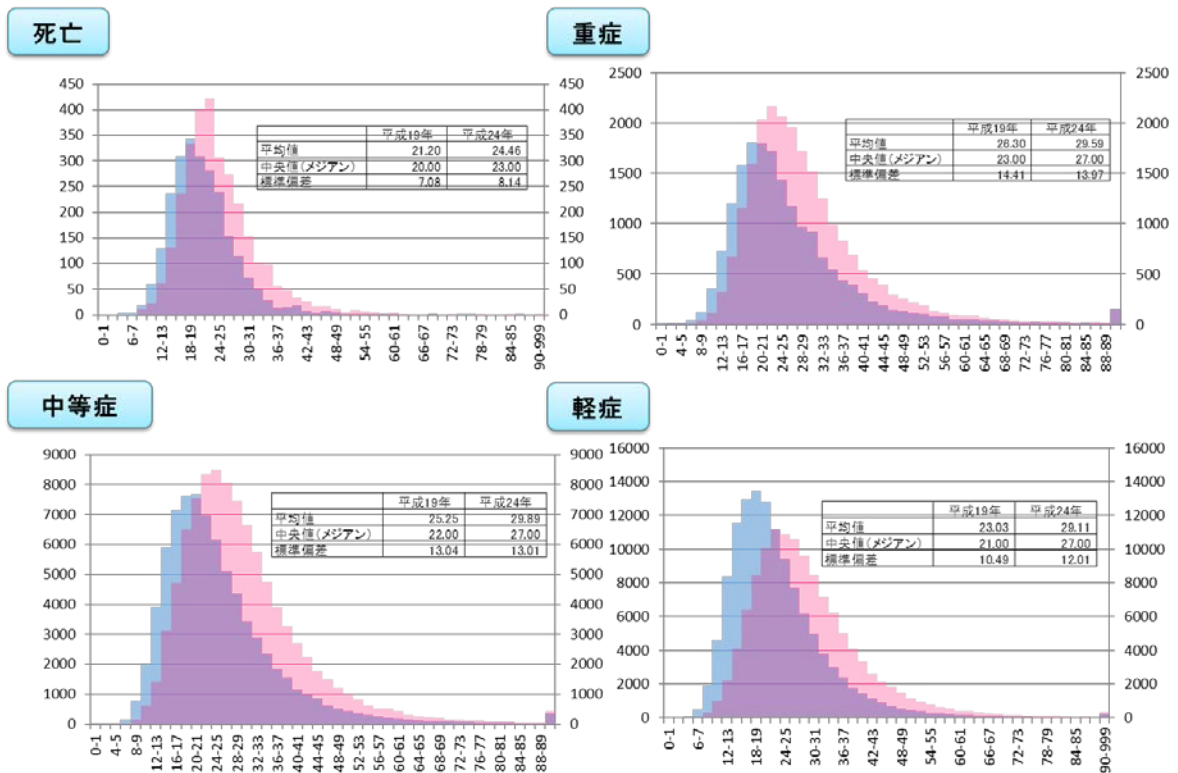
図表 2-39 收容所要時間の分布の変化（総計）

（縦軸：出動件数、横軸：收容所要時間（分））



また、同じ分布を傷病程度別に分割して取ると以下のとおりとなる。

図表 2-40 収容所要時間の分布の変化（傷病程度別）
（縦軸：出動件数、横軸：収容所要時間（分））



以上の分布について分析すると、分布の形は、全ての傷病程度で全体の搬送時間の伸びに合わせて右に移動していることが分かる（平均値・中央値ともに増加している）。一方で、重症及び中等症については、実施基準策定後は標準偏差が横ばい又は縮小しており、搬送時間のばらつきの拡大が抑えられたと言える。

なお、病院収容時間が90分以上かかっている事案が増加しているが、これらの中には、傷病者の救助に時間を要した事案や、精神疾患患者等で、現場活動や病院収容に多大な時間を要した事案などが含まれると考えられる。

③統計分析のまとめ

消防本部へのアンケート調査により、実施基準の策定又は運用の工夫による収容所要時間短縮の効果は、管轄人口10万人以上70万人未満の本部において最も実感されていることが分かった。また、統計分析によっても、同じ管轄人口規模の本部において、実施基準策定前後の収容所要時間の延伸が最も少ないことが分かった。

統計分析で例として取り上げた神奈川県では、実施基準において重症以上の症例を主な射程に入れており、重症の症例では、軽症・中等症に比べて延伸は抑制されている。

以上のように、実施基準の射程にある症例かどうかによって、収容所要時間の延伸の度合いが異なることから、少なくともその射程にある範囲では、実施基準の策定又は運用の工夫は収容所要時間の延伸を抑制する効果があったと言えるのではないか。また、管轄人口 10 万人以上 70 万人未満の本部が、最も実施基準の効果が発揮されやすいのではないかと考えられる。この仮説は、消防本部に対するアンケート調査の結果とも一致していることから補強できるところである。

管轄人口 10 万人以上 70 万人未満の本部において、最も実施基準の効果が発揮されやすいのは、前述の内容とも重複するが、かかる管轄人口規模の地域においては、一定程度の医療資源が存在していることに加え、消防機関と医療機関等、傷病者の搬送及び受入れに携わる関係者の間できめ細かなルール作りが行われやすいからではないかと考えられる。

(4) 収容所要時間の要因分析（アンケート調査）・統計分析を通じたまとめ

実施基準を実効性あるものとするためには、消防機関と医療機関等の関係者がそれぞれ主体的に搬送及び受入れに関するルール作りに参画し、十分な議論を経て実施基準を作り上げることが必要であり、各地域においてそのような議論の場づくりが重要である。

実施基準の内容については、地理的条件や人口分布、医療機関の立地状況等を踏まえて、都道府県全域で統一的に定めるべき基準と地域ごとに定めるべき基準とを各都道府県で判断すべきであると考えられる。なお、実際の実施基準においても、特に 6 号基準については県全域で同じ内容を定めている場合と、二次医療圏等の単位で県内を分割して、それぞれの地域において別の 6 号基準を定めている場合がある。

※二次医療圏とは、一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定されるものである。その際、地理的条件等の自然的条件・日常生活の需要の充足状況・交通事情等を考慮する。一般には複数の市町村が一つの二次医療圏となる。

さらに、統計分析の視座も重要である。救急統計の分析により、重症事例における時間の延伸が比較的抑えられていることが分かったが、その理由としては、実施基準の策定及び運用の工夫によるものと消防庁では解釈している。しかし、さらに統計の解釈を深めていくためには、今後モデル地域での医療機関

の協力を得たデータ収集や、病院前の統計と病院内の統計をつなぐ手段の検討が必要であると考えられる。

また、神奈川県を例にとって行った分析の視点から、各地域において救急統計データを分析することで、実施基準等の施策の効果を客観的に分析することができる。今回の統計分析の試みは、各地域において分析を行うに当たっての視座を提供する目的で行ったものであり、各地域においても、今回の分析の視座を参考にしつつ、更なる統計分析を推進することで、データに基づいた、より有効な施策の立案につなげられることを期待したい。

＜コラム＞福岡市消防局の「顔の見える関係」作りに向けた取組

実施基準が効果を発揮するためには、消防機関と医療機関等、傷病者の搬送及び受入れに携わる関係者の間で「顔の見える関係」作りを行うことが重要であるとの記述を行ってきたが、ここでは「顔の見える関係」作り已成功している事例を紹介したい。

福岡市においては、福岡市内にある39の救急告示病院全てが加入する「福岡市救急病院協会」を組織しており、救急医療に関する能力の向上や救急医療機関相互の協力体制の確立、救急隊をはじめとする関係機関との連携強化等に努めている。

福岡地域救急業務MC協議会では、毎月最終月曜日に16病院で構成された22名の検証医師と7消防本部の検証担当者との間で「事後検証委員会」を開催しており、この委員会の場や委員会終了後の懇親会の場において、消防機関と医療機関との間で症例検討や活発な意見交換が行われ、「顔の見える関係」作りに役立っていることが伺える。

また、福岡市における救急救命士の病院実習は、派遣型ワークステーション研修方式を取り入れており、救急救命士だけでなく全救急隊員が医療機関で研修を行えることもその一因と考えられる。

このように、医療機関と消防機関がお互いの活動を理解する事により、「顔の見える関係」が構築され、その効果もあり、88.6%が1回目の受け入れ照会にて病院選定を行う事ができており、99.3%が3回以内で受け入れ医療機関を決定できている。また、平成25中の平均病院収容時間は26分55秒となっており、全国平均よりも約12.4分短くなっている。

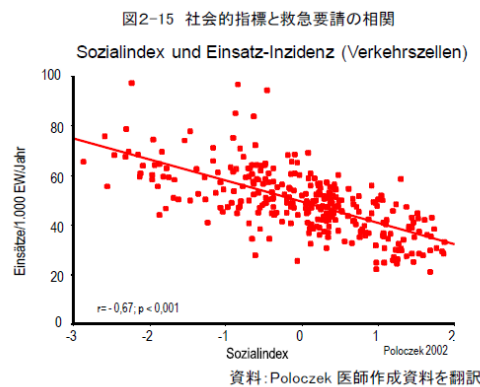
＜コラム＞社会的指標と救急要請との関係

病院収容所要時間が延伸を続ける要因について、以上のように、アンケート調査及び救急統計データを用いて分析してきたが、ここでは海外において、救急要請に影響を与える要因として社会的指標との関係に関する研究が存在するため、参考として取り上げたい。

平成 23 年度の「社会全体で共有するトリアージ体系のあり方検討会」において、イギリス・フランス・ドイツにおける救急業務の概要を調査した。そのうち、ドイツにおいてベルリン市の消防局に所属するメディカルコントロール医師である Stefan Poloczek 氏より、ドイツにおける研究について情報提供があった。当該研究では、収入などを元にした社会指標（Sozialindex）と救急要請の頻度の関係を解説し、反比例することを指摘している。

当該研究は、ミュンヘン市内において社会的弱者、生活保護受給者及び慢性疾患患者の多い地域で救急要請が多いことを示したものである。日本においては、市町村内の地域ごとの社会指標が分かる統計は現状では存在しないため、このような傾向が存在するかは分からない。いずれにせよ、救急要請の多い地域においては、予防救急や緊急度概念の普及等の取組に一層力を入れる必要があると考えられる。

図表 2-41 社会的指標と救急要請の相関



5. 実施基準の運用に係る調査結果

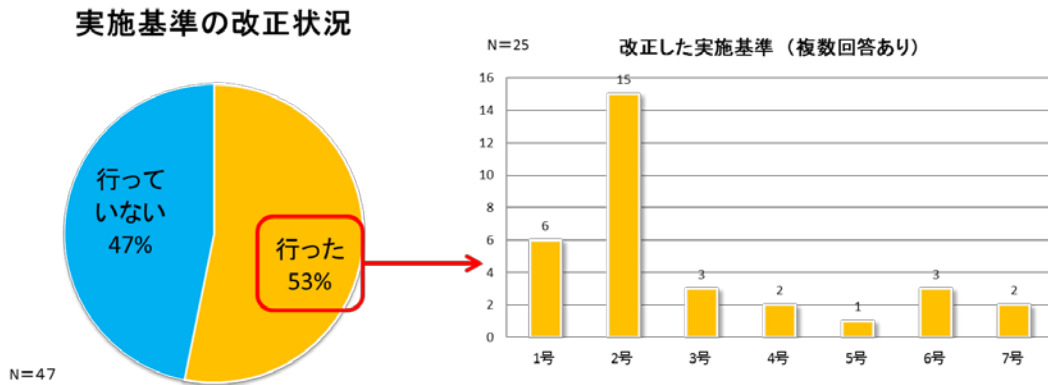
(1) 実施基準の見直し状況

平成 25 年 10 月（昨年度の検討会におけるアンケート調査時点）以降、実施基準の見直しを行った団体は 25 団体あった。

見直しの内容としては、医療機関リストの更新が最も多かった。その他には、脳卒中疑いの判断に新たな観察項目を追加したこと、精神疾患に係る内容を追加したこと、6号基準の受入れ決定手順を追加したこと等が挙げられた。

消防庁としては、引き続き、搬送・受入れの実態に係る地域や県レベルでの事後検証の結果等を、実施基準のブラッシュアップへつなげていくべく、各団体に対する助言を続けていく必要がある。

図表 2-42 実施基準の改正状況



(2) 実施基準の運用上の工夫例

実施基準の運用に当たっての工夫例として、アンケート調査で得られた主な内容は以下のとおりである。今後も運用の工夫に関する先進事例を調査し、各地域における実施基準のブラッシュアップに活かしていくべきと考えている。

・平成 24 年より、救急現場において精神疾患への対応や判断に迷った場合の対応として、山形県精神科救急情報センターに問い合わせ、受入病院の情報や適切な対処法（保健所が対応するか、消防機関が対応するかを含めて）等の情報を入手することを基準に設けている。（山形県）

・法定協議会において医療機関側の理解を得たうえで、今年度より、各医療機関に対し、当該医療機関の搬送件数と受入れに至らなかった件数を示すこととしている（参考値として地域別の受入れ実績も提示）。各医療機関には、この結果を再確認していただき、引き続き搬送受入の改善につなげるよう依頼しており、医療機関からは内部での議論の材料になったとの声が聞かれた。（福島県）

・救急隊と医療機関との間で患者搬送支援の救急コーディネーターを配置し、救急隊と医療機関がコーディネーターの調整に従って搬送及び受入れを行う仕組みを導入している。

（千葉県：平成 21 年から県内 2 医療機関に医師をコーディネーターとして配置するとともに、コーディネーターの事務局において毎日の症状別の応需情報を消防機関と共有することで、円滑な受入れにつなげている。

岐阜県：平成 25 年から 1 医療機関に消防職員 OB をコーディネーターとして配置。コーディネーターによる調整まで至った事例はないが、今後は調整対象及び時間を拡大し、新たに MC 医師による調整の仕組みを導入予定。）

・平成 23 年から、ファーストコールの受入可否は、救急隊から重篤と伝達された場合には、可能な限り迅速に、また重篤以外の場合であっても、原則 3 分以内に回答できるように努めると規定している。（神奈川県）

(3) 法定協議会における議論

昨年度の検討会におけるアンケート調査やヒアリングを通じて、実施基準の運用に係る共通の課題として、法定協議会において搬送及び受入れについて十分に議論できていないという課題が明らかとなっている。今年度のアンケート調査によると、議論が不十分との課題があるとした都道府県は15団体となっている。自由記述では、

- ・現状分析等の検証作業を全く行えていない。(3団体)
- ・精神疾患に関する基準の策定の議論が行えない。(3団体)
- ・受入れに関しては消防防災部局では対応に限界があり、衛生主管部局からの積極的な関与が望まれる。(1団体)

といった現状が回答されている。

このような課題の解決の手法として、

- ・地域MC協議会で地域の実情に応じた議論を行っている。
- ・検証調査結果について県内消防本部ごとにフィードバックし、各地区のMC協議会で検討してもらっている。
- ・地域ごとの課題については、各地域MC協議会において県と同様に実施基準の検討を行っている。

といった回答が得られたところである。

一方で、議論が十分に行われていると感じている都道府県(32団体)においては、その理由として、

- ・MC協議会の専門部会や作業部会で実質的な議論をしている。(13団体)
- ・圏域別に議論がなされており、その結果が法定協議会に報告されている。(1団体)
- ・事務局からの事前の情報提供等で、協議会各委員が課題解決に向けた共同認識を持っている。(1団体)

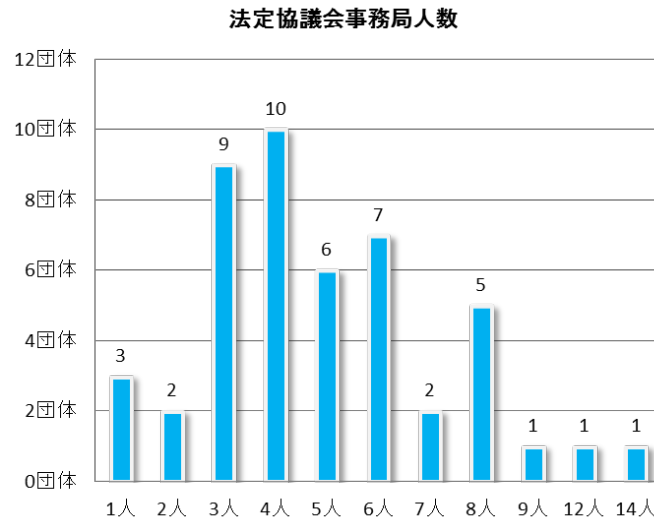
等が挙げられた。また、地域レベルの議論の場における議論が県レベルの議論に反映されている例として、

- ・実施基準について、各地域MC協議会から選出された委員が参加する委員会にて各地域の実情等の意見が集約され、その意見を加味した内容で県の実施基準を作成。
- ・傷病者の搬送・受入れの実施基準を全県版・地域版とも見直し作業中であり、各地域で収集したデータを基に検証した結果などを改定作業の材料としている。
- ・精神科領域の搬送事例の時間延伸等から、精神科領域も実施基準化された。

等の例が得られたところである。

さらに、法定協議会の事務局の体制についてのアンケート調査によると、全都道府県の平均で、消防防災主管部局から3.2人、衛生主管部局から1.8人が事務局職員として参加しており、合計5.0人が平均的な事務局職員の体制となっている。消防防災主管部局に比べて、事務局における衛生主管部局の人員数が少ないことが判明した。

図表 2-43 法定協議会の事務局体制



以上のことから、法定協議会における議論を活性化させるには、地域MC協議会等、地域レベルでの議論の場からの積み上げが重要であると考えられる。さらに、事務局の体制の充実や、実施基準について実質的な議論を行う専門部会の設置などにより、法定協議会における議論を下支えすることも重要であると考えられる。

6. 地域包括ケアシステムと救急

(1) 選定困難類型への対応

昨年度の検討会におけるアンケート調査やヒアリングを通じて、実施基準の運用に係る共通の課題として、「(身体との合併症を含む)精神疾患患者、酩酊者、高齢者施設からの搬送等への対応も求められ、当該事案については、実施基準及びその他の具体的なルールが設けられていない場合が多く、搬送に苦慮している」との課題が浮かび上がってきたところである。

今年度の各消防本部に対するアンケート調査においても、以下のような類型が、選定困難に陥りやすい類型として挙げられたところである。

図表 2-44 選定困難に陥りやすい類型と理由

類型	選定困難に陥りやすい理由
独居・施設入居の高齢者	家族情報や既往歴が得づらいため
精神疾患患者	救急要請は精神疾患以外の理由からなされ、かかりつけ医でも対応できない場合があるため
酩酊者	本人情報が得づらく、かつ病院側が対応に苦慮するため
頻回利用者	病院側が対応に苦慮するため（精神疾患等、上記の困難類型と重複する場合も多い）

これらの選定困難に陥りやすい類型は、地域包括支援センター・ケアマネジャー・民生委員等、地域の福祉職や在宅医療に支えられている方々であることが多い。そこで、消防機関が医療だけでなく、福祉・警察等多職種と連携することで事前の情報共有が図られることにより、選定困難事案の減少につながっていくのではないかと考えられる。そのような類型の中で多くを占める高齢者については、厚生労働省が団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年までに全国的な構築を目指している「地域包括ケアシステム」作りに消防機関としても積極的に関わっていくことが、今後も増大する救急需要に対し、緊急度から判断して救急搬送が必要な傷病者の適切な救急搬送につなげることが期待でき、消防機関にとってメリットになるものと考えられる。高齢者以外の類型についても、地域包括ケアシステムに類似した多職種連携の情報共有により、選定困難に陥ることを防ぐことができると考えられる。

事前の情報共有の具体的手法としては、福祉職と連携して「情報共有シート」「救急医療情報キット」を作成することや、医療機関と連携して、事前に医療機関が必要とする情報を集約したシートを作成すること、頻回利用者や精神疾患の患者等の情報を、「地域ケア会議」の場を利用して福祉職や警察と共有し、共同で対応に当たること等の取組が挙げられる。また、共有しておく有益な情報として、消防本部に対するアンケート調査において主に挙げられたものとしては、既往歴、かかりつけ医療機関、家族・民生委員等の緊急連絡先、服用薬などがあった。

ただし、搬送困難に陥りやすい類型について、いくら情報共有を進めたとしても、最終的に医療機関が受入れを行わないと問題は解決しない。消防機関も含む地域全体でのサポートにより、救急要請に至らないようにする努力を行うことを前提に、医療機関が速やかに受入れを行う具体的なルールを作ることが重要と考えられる。アンケート調査によれば、このような課題が発生していないと回答した消防本部では、受入れにあたっての医療機関の理解が得られているとの回答が多かったところである。

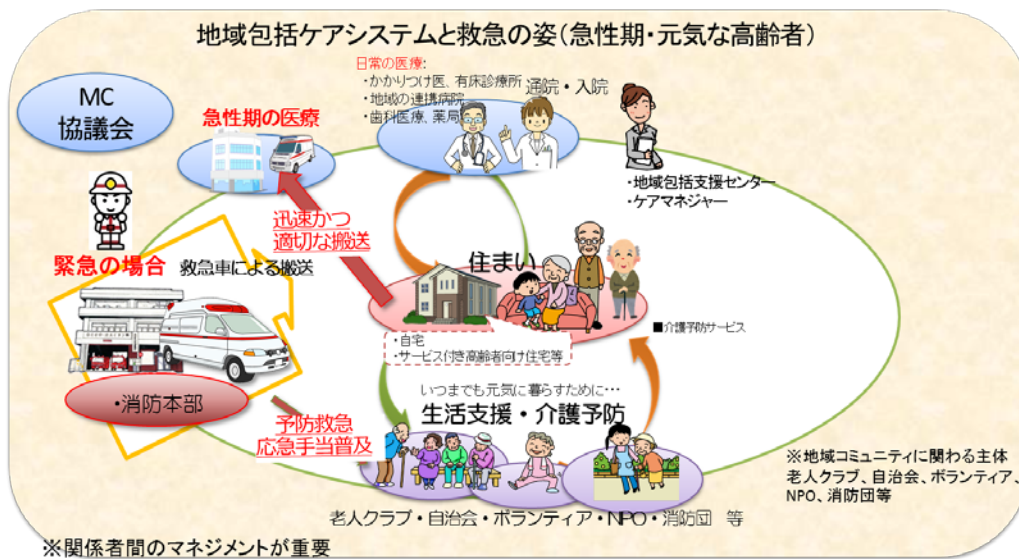
(2) 「地域包括ケアシステムと救急」のイメージ図

ここでは、地域包括ケアシステムに消防機関が関わっていく姿をイメージ図として表すこととしたい。急性期の方への対応と慢性期の方への対応でイメージ図が異なるため、二通りのイメージ図を示すこととした。

①急性期・元気な高齢者

急性期については、緊急度から判断して救急搬送が必要な状態に陥った傷病者を実施基準に基づいて迅速に適切な医療機関に搬送することが、長期の入院防止や介護が必要となる状態に陥ることの防止につながる。また、救急搬送が必要となる事故や疾病を防止する「予防救急」の取組や、救命講習を通じた応急手当の普及を消防が行うことで、介護や入院が必要な方の減少につながることで、消防機関は地域包括ケアシステムにおいて重要な役割を果たす。

図表 2-45 地域包括ケアシステムと救急の姿（急性期・元気な高齢者）
（厚生労働省資料より作成）

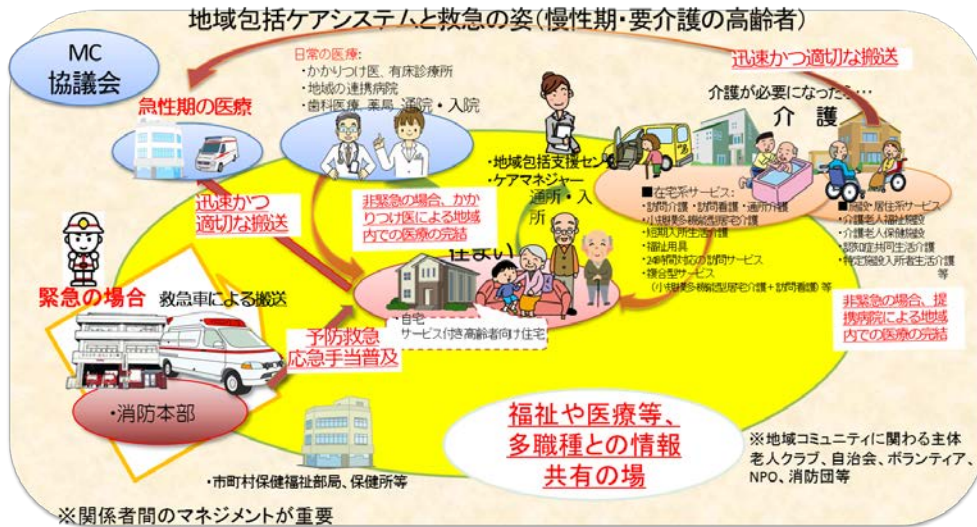


②慢性期・要介護の高齢者

慢性期の方は、日常的に地域包括支援センター・ケアマネージャー・民生委員等、地域の福祉や在宅医療に支えられていることが多く、それらと消防機関が連携して情報共有に取り組むことで、福祉に従事する者に対して救急車をどのような場合に利用すべきかに関する理解を深めてもらい、医師の診療が必要な場合でもできる限り地域のかかりつけ医で完結させることで在宅療養に戻りやすくする。介護施設等に入居している高齢者についても、可能な限り提携病院を含めた地域の中で完結させることが望ましい。これによって緊急度から

判断して救急搬送の必要が生じた場合には迅速な病院選定につながり、消防機関は地域包括ケアシステムにおいて重要な役割を果たす。

図表 2-46 地域包括ケアシステムと救急の姿（慢性期・要介護の高齢者）
（厚生労働省資料より作成）



以上の2種類のイメージ図で示した地域包括ケアシステムと救急との関わりは、「2. 近年の救急業務を取り巻く現状」において、「救急業務を取り巻く諸課題の解決を目指す際、高齢者の中等症及び軽症が施策の対象とすべき類型」であると説明したことと対応している。

(3) 先進事例の紹介

以下、地域包括ケアシステムに消防機関が関わっている先進事例として、消防庁が把握しているものを紹介する。

①千葉県松戸市：多職種連携の会議体

松戸市消防局へのヒアリングを通じて明らかになった松戸市における高齢者の救急搬送にまつわる課題として、受入困難事例の増加（高齢者、独居、認知症、施設入居者等）があった。居住系施設入居者や在宅独居患者の救急搬送に際して適切な情報共有が必要となっていた。

そこで、あおぞら診療所の川越正平医師が中心となり、課題抽出・解決策の議論の場として、消防関係者、医療関係者、介護施設職員等が会する多職種連携の会議体を開催している。この会議体では、多職種で構成される7～8名のグループに分かれて、講演の感想や各自の体験談を語り合いながら、地域における救急搬送を取り巻く現状について課題を抽出した。その会議体における成

果として、専門職が記入する情報シートを作成し、地域での一体運用を目指している。

川越医師には平成 26 年 7 月 16 日に開催した第 1 回検討会において、かかる取り組みについて、「地域包括ケア時代にふさわしい救急連携の在り方」と題した講演を行っていただいた。

②東京都八王子市：八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連）

八王子市における救急搬送にまつわる課題としては、高齢者の救急搬送の割合の増加があった。高齢者の場合、状況を把握することが難しい場合があり、搬送先の病院が決まらない事案が多く発生していた。

そこで、平成 23 年 5 月、消防署・救急病院・療養型病院・精神科病院・高齢者施設及び八王子市が連携して、八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連）を設立した。八高連では、救急搬送先の決定や搬送先の病院での治療の際に適切な対応ができるよう、あらかじめ必要な情報（氏名、生年月日、治療中の病気、服用している薬、かかりつけの医療機関等）を記入する用紙を作成し、高齢者の自宅に備え付けておくとともに、119 番通報があつて救急隊が救急搬送する際には、まずかかりつけ医に連絡して、所要の指示を受けることとした。平成 23 年 12 月～平成 24 年 2 月に高齢者施設で試験運用し、平成 24 年 4 月に運用を開始した。運用後は、用紙がある場合の現場活動時間の短縮等の効果が見られたとのことである。

八高連で作成した情報共有用紙は以下のとおりである（八王子市ホームページより）。

図表 2-47 八高連で作成した情報共有用紙

～記入例～ 救急医療情報

(八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会)

住所	八王子市 元本郷 町 三丁目 24番 1号	
ふりがな	はちおうじ ななお	年齢 70歳
氏名	八王子 七男	(平成24年 8月 10日現在)
生年月日	明治・大正・昭和 17年 1月 1日	
性別	男・女	
連絡先電話番号	042-626-●●●● (自宅)	同居のご家族がいらっしゃる場合 ご記入ください。
	090-●●●●-●●●● (妻の携帯)	

◇医療情報

現在治療中の病気	高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 (血圧 (185/110))
過去に医師から言われた病気	・高脂血症
服用している薬	カルベジロール製剤 10mg フロブコール製剤 10mg
かかりつけの病院	病院名: 八王子消防病院 ※おおむね1年以内に受診歴のある病院 住所: 八王子 市・区 大横町●-● 電話番号:

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい

- できるだけ救命、延命をしてほしい
- 苦痛をやわらげる処置なら希望する
- なるべく自然な状態で見守ってほしい
- その他 ()

伝えたいことがある方は、該当するものを☑するか、その他欄に希望することをご記入ください。

なるべく複数の連絡先をご記入いただき、電話は連絡がつきやすい番号をご記入ください。

◇緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号
八王子 六男	子	八王子市●●●町1-1-1	080-1111-●●●●
日野 五子	子	日野市●●●町1-2-3	090-0000-●●●●

作成日	平成 24年 8月 10日	更新日①	平成 24年 9月 1日
更新日②	平成 年 月 日	更新日③	平成 年 月 日
更新日④	平成 年 月 日	更新日⑤	平成 年 月 日

◇地域包括支援センター

地域包括名称	電話番号
担当者名	

③福島県福島市等：「地域ケア会議」への参加による課題解決

消防本部へのアンケートにより、少数ではあるが、頻回利用者等の搬送困難類型への対応のために、「地域ケア会議」に参加して対応策を協議した事例が存在することが明らかとなった。

福島県の福島市消防本部では、地域包括支援センターが主催し、市保健福祉部局、民生委員、ケアマネージャー等が参加する会議に定期的に参加し、認知症高齢者等、搬送困難事例に関して情報共有を図り、「顔の見える関係」作りに努めている。

群馬県の多野藤岡広域消防本部では、認知症高齢者の頻回要請に関して、市介護高齢課、訪問看護師等と連携して地域ケア会議を開き対応を議論し、解決につなげている。

愛知県の西尾市消防本部では、頻回利用者等への対応に関して、民生委員、介護施設職員等と連携して会議を開き対応を議論し、解決につなげている。

以上のように、定期的な会議参加を行っている場合と、個別事案への対応のために会議に参加した事例に分かれるが、地域ケア会議への参加が搬送困難類型の解決のための重要な鍵となった事例として紹介した。

④兵庫県神戸市等：高齢者福祉施設との情報共有

神戸市消防局においては、高齢者福祉施設からの通報に関して、平成19年に「高齢者福祉施設における救急要請ガイドライン」を作成し、対応を行っているが、依然、応急処置・医療機関の手配（施設医師への連絡含む）・情報提供等に課題があった。そこで、兵庫消防署において、兵庫区内全ての高齢者福祉施設を訪問して実態調査・施設との協議を実施し、施設ごとに「高齢者福祉施設台帳」を作成した。

その結果、高齢者福祉施設の危機管理意識の向上や、施設からの救急要請の増加傾向の抑制・軽傷者の要請の減少といった効果が見られた。

この取り組みについては、神戸市消防局が平成27年1月29～30日に開催された「全国救急隊員シンポジウム」において発表を行っており、他に福岡県の遠賀郡消防本部や岡山市消防局が類似の高齢者施設からの搬送に関する取り組みについて発表を行っている。

⑤東京都葛飾区・町田市等：かかりつけ医による病院救急車整備

在宅療養を受けている患者については、病状が悪化して病院での治療を受ける必要がある状態になる可能性が高いことから、かかりつけ医による診療をすぐに受けられる環境が必要であるとの課題がある。地域外の医療機関に救急搬送された場合、治療後に転院や在宅以降が円滑に行われない場合があるためである。

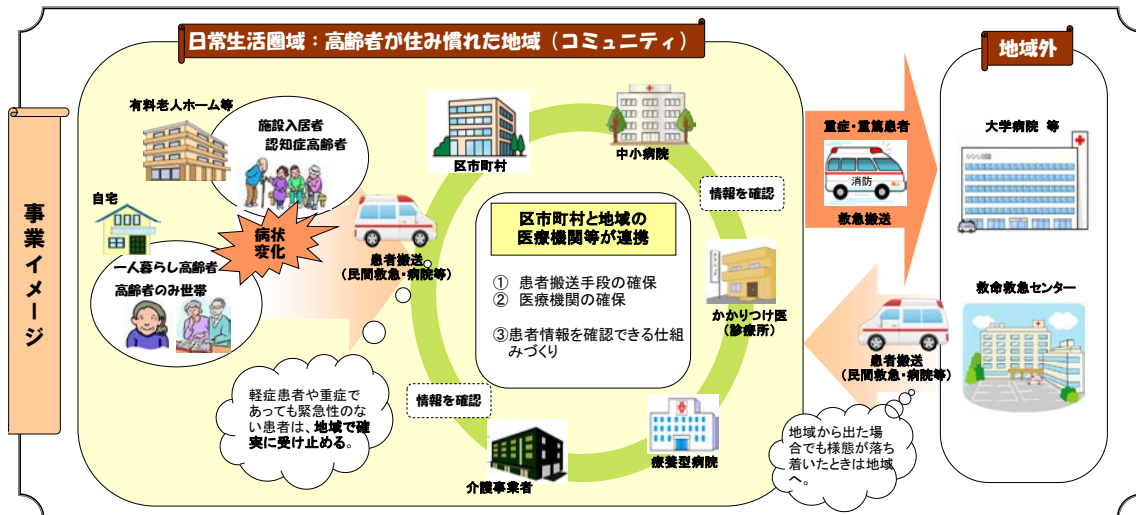
そこで、東京都葛飾区及び町田市（平成26年12月より八王子市でも開始）では、厚生労働省の地域医療再生基金を活用した、東京都の在宅療養移行支援事業の一環として、標記の事業を実施した。

そのうち町田市の事業では、かかりつけ医が決まっており、かかりつけ医から病気について十分な説明を受けている患者を登録し、訪問看護師をはじめとする在宅療養の関わる職種の方が患者の容態変化を感じた場合、かかりつけ医に相談する。かかりつけ医が病院救急車を出動させ、収容希望病院に診療情報

を提供することで、すみやかに必要な治療を実施するという仕組みである。都からは、病院救急車の整備・人件費等が補助されている。

東京都福祉保健局が作成した事業のイメージ図は以下のとおりである。

図表 2-48 事業イメージ（東京都福祉保健局資料より）



（４）まとめ

以上のとおり、地域包括ケアシステムに消防機関が様々な形で関わっている事例を紹介してきた。地域包括ケアに消防が関わっていくことで期待されるメリットとしては、

- ・ 独居や施設入居の高齢者や精神疾患患者等、搬送困難に陥りやすいタイプの傷病者を搬送する際、事前の情報共有により迅速な病院選定につなげることができる。
 - ・ 福祉や医療と協力して予防救急や応急手当啓発に取り組むことで、救急要請に至る事案を効果的に減らし、救急要請に至った場合も重症化を防ぐことができる。
 - ・ 在宅医療を受けている患者について、可能な限り地域内で医療を完結させることで、緊急性のある場合に救急出動を行うことが可能になる。
- 等が挙げられる。

松戸市や八高連の事例のように、福祉や医療と連携した情報共有の取組は、消防庁の実施したアンケート調査によると、751 本部中 362 本部にて何かしらの形で実施されているところである。例えば、福祉部局と連携して「救急医療情報キット」を作成し、高齢者に配布するといった取組である。

このような情報共有の取組は、地域包括ケアシステムに消防機関が関わっていく第一歩として位置付けられるものと考えられる。

さらなる発展形として、消防機関が「地域ケア会議」等の地域における多職種連携の議論の場に参加して、地域ごとの救急搬送をめぐる課題について、医療や福祉関係者と認識を共有して取り組むことも有効と考えられる。福島市消防本部の事例のように、このような取組を行っている消防本部も少数ながら見受けられた。

また、地域包括ケアシステムに消防機関として関わっていく姿を実現していくためには、地域包括ケアシステムに関わるコミュニティの強化を通じた「地域力」の底上げが必要である。そして、地域コミュニティに関わる主体（自治会、ボランティア、NPO、消防団等）が増加していった場合、その多くの関係者の中でマネジメントを行うことが重要となる。メディカルコントロール協議会の機能を強化し、取り組みにおいて主導的立場を果たしてもらうことも採りうる手段の一つであろう。

今年度は、イメージ図の提示及び事例紹介を行ったが、来年度は様々なパターンを持った先進事例を調査することでそのイメージを明確化するとともに、地域包括ケアシステムに消防が関わることの効果をより具体的に明らかにしていきたい。

<コラム>メディカルコントロール体制強化事業（厚生労働省）

平成 26 年度から、厚生労働省において「メディカルコントロール体制強化事業」が開始された。この事業の概要は以下のとおりである。

都道府県が地域の救急医療の実情に精通した若手医師（以下「MC 医師」）をメディカルコントロール協議会に配置することにより救急搬送困難事例の解消等を図り、円滑な救急搬送受入体制を構築するとともに、メディカルコントロールに精通した医師を育成することを目的としている。この事業では、MC 医師の報酬等を対象経費とし、都道府県を補助対象として 1/2 の補助が行われることとなっている。

上記において、地域包括ケアシステムに消防機関として関わっていく姿を実現するための手段の一つとして、メディカルコントロール協議会の機能強化が考えられることを説明したが、このような側面から当該事業を活用することも考えられる。

7. 6号基準の内容及び運用

(1) 6号基準の運用に係る課題

昨年度の検討会におけるアンケート及びヒアリングを通じて、6号基準の運用に係る共通の課題として、6号基準に基づき、最終受入れや一時受入が実施された場合であっても、調整先の受入病院や後方支援病院の体制が十分に整っ

ていないため、救急搬送が三次医療機関に集中し、負担増につながっているとの課題が挙げられたところである。

今年度の都道府県消防防災主管部(局)に対するアンケート調査においても、同様の課題があると考えている都道府県は 28 団体に上っている。この課題解決の方針(又は課題が発生していないと考える理由)として挙げられたものとしては、

- ・二次医療機関の積極的な受入れ
- ・救急医療情報システムによる受入れ状況の共有 (ICT の活用を含む)
- ・二次医療機関での症例検討会等の開催により、二次医療機関へ実施基準を周知

等が挙げられたところである。以上のことから、上記の 6 号基準の運用に係る共通の課題の解決のためには、二次医療機関による積極的な受入れや、三次医療機関へ搬送が集中している現状の認識共有 (ICT の活用による受入情報の共有を含む) が重要であると考えられる。例えば、東京都においては、「地域救急会議」という地域ごとの救急をめぐる課題共有の場を通じて、医療機関同士で現状認識の共有を図り、危機意識の共有や助け合いの機運の醸成ができたと考えられている。さらに、各医療機関に対して応需率(救急隊の受入照会に対して、実際に受け入れられた割合)を地域ごとの平均値とともに示すことで各医療機関の現状認識を促している。

二次医療機関による積極的な受入れに資する施策として、消防庁では私的二次医療機関に対する助成に係る特別交付税措置を講じており、この特別交付税措置の対象となるような助成金を自治体が独自に支出することにより、私的二次医療機関による積極的な患者受け入れを促すような取り組みも期待されるところである。

<コラム>私的二次医療機関に対する助成に係る特別交付税措置

平成 21 年の消防法改正を受け、都道府県が策定することとされた実施基準に基づく救急搬送・受入れの円滑な実施を推進するため、都道府県又は市町村が私的二次救急医療機関へ助成する場合、その助成に係る経費を算定基礎として当該都道府県又は市町村に対して特別交付税措置を講じるものである。

以下の 3 つの要件をすべて満たす医療機関に対し、都道府県又は市町村が独自に助成を行った場合、その助成額の一部に特別交付税措置を講じるものである。

- 二次救急告示医療機関であること
- 私的医療機関(国公立医療機関及び公的医療機関以外の医療機関)であること
- 各都道府県の定める実施基準において、2号基準(医療機関リスト)に掲載された医療機関であること

(2) 6号基準の内容の種類

ひとくちに6号基準と言っても、その内容には様々なバリエーションがあり、主に以下の3つの軸によって内容を類型化することができる。以下では、6号基準が最も重要な役割を果たすと考えられる政令指定都市（及び特別区）を有する都道府県（北海道・宮城県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・新潟県・静岡県・愛知県・京都府・大阪府・兵庫県・岡山県・広島県・福岡県・熊本県）における6号基準の内容について分析している。

【軸（1）：6号基準の適用単位】

- ① 県全域で同じ基準：下記の道県以外
- ② 二次医療圏等の単位ごとに異なる基準：北海道、神奈川県、兵庫県、
広島県

【軸（2）：適用される条件】

- ① 病院選定時間30分以上・照会回数5回などと条件が具体化されている
：東京都、神奈川県、新潟県、静岡県、愛知県、大阪府、兵庫県、
岡山県、広島県
- ② 条件が具体化されていない：上記の都府県以外

【軸（3）：受入れ医療機関の決定方法】

- ① 三次医療機関等の中核的な病院による受入れ（機能別に分類している場合も含む）：神奈川県、愛知県等
- ② 当番病院による受入れ：宮城県、東京都等
- ③ 一時受入れの後転院：静岡県、新潟県等
- ④ コーディネーターや基幹病院による調整：千葉県、東京都、大阪府、
岡山県等
- ⑤ 一斉受入れ要請：愛知県、大阪府、広島県等

各消防本部に対するアンケート調査による、「6号基準の策定による効果を実感するか」との質問項目に対する回答と、以上の6号基準の種類との間には相関関係は見られなかったところであるが、関係者の合意の下で確実に運用できるような6号基準を定めることが必要であり、どの種類の6号基準を採用するかは各地域の判断である。

消防本部に対するアンケート調査によると、管轄人口70万人以上の本部においては、他の管轄人口規模の本部に比べ、最も6号基準の策定又は運用による効果を実感している一方で、受入医療機関の選定困難類型の増加による病院

選定時間の増加の影響を最も実感している。6号基準の適用による受入医療機関の決定は、6号基準の適用自体が選定困難に陥ったとの実感を与えうることから、管轄人口70万人以上の本部においては、受入医療機関の選定困難類型の増加による病院選定時間の増加が病院収容時間の延伸要因として実感されているものの、一方で6号基準の適用により、受入医療機関がいつまでも決定できない事態を防止できていると実感できている本部が多いのではないかと考えられる。

(3) 6号基準の適用に至った事例の分析例

6号基準は、1～5号基準によって受入医療機関の決定に至らなかった事案について受入医療機関を決定する、いわば「最後の砦」であり、実施基準の中でも非常に重要な役割を果たすものである。6号基準適用事案の類型ごとの実数を全国統一的に調査することは、現状の救急統計だけでは難しいものの、6号基準適用に至った事例(≒1～5号基準では受入医療機関の決定に至らなかった事例)においてどのような類型が多いかを、地域ごとに比較したり、時系列的に比較したりすることで、実施基準の内容や運用、更にはその他の搬送及び受入れを円滑化する取組においてどのような改善点があるかを分析することができ、実施基準を中心とした施策のブラッシュアップにつなげることができると考えられる。

例えば、東京消防庁及び東京都福祉保健局では、救急搬送の状況や「東京ルール」運用実績の推移を図表2-49のようにまとめており、「地域救急会議」等の場における分析に活用している。

また、大阪府においても、「まもってNET」(問い合わせ5件以上、現場滞在時間が30分以上なら、携帯端末から大阪府下全医療機関に一斉に受入可否情報をたずねる仕組み)及び三次医療機関コーディネートの適用事例の原因を調査し、実施基準等に関する内部での検討において活用している。

各地域においても、6号基準適用事案の分析を基にした、実施基準を中心とした施策のPDCAサイクルを確立し、より効果的な施策の立案につなげることが望まれる。

図表 2-49 東京ルール運用実績等の推移（※は速報値）

区分		平成23年	平成24年	平成25年	平成26年								
救急医療全般 の状況	救急搬送件数	638,093	649,429	655,925	※ 664,249								
	（救命救急センター搬送数）	29,090	29,069	28,263	※ 28,059								
	救急活動時間（出場～医師引継）	51分41秒	52分01秒	51分44秒	※ 48分56秒								
	平均選定回数	1.673回	1.676回	1.624回	※ 1.496回								
	平均応需率（全時間帯） （1月～9月）	67.2%	66.9%	68.3%	— 72.4%								
救急医療機関	救急告示医療機関数（4月1日）	328	322	323	322								
	救急告示医療機関の一般病床数	68,588	68,407	68,588	68,655								
	指定二次救急医療機関数（4月1日）	252	253	256	257								
東京ルール運用実績	東京ルール事案発生件数	14,459	14,449	14,058	9,991								
	東京ルール事案発生割合	2.27%	2.22%	2.14%	1.50%								
	地域救急医療センター数（4月1日）	70	76	80	85								
	系列数	21	22	24	24								
	東京ルール事案圏域内受入率	81.3%	82.3%	83.4%	83.5%								
	東京ルール事案キーワード別分類	上位4項目	件数	割合	上位4項目	件数	割合	上位4項目	件数	割合	上位4項目	件数	割合
		アルコール	2,465	17.0%	整形外科	2,324	16.1%	整形外科	2,249	16.0%	整形外科	1,596	16.0%
		整形外科	2,316	16.0%	アルコール	2,145	14.8%	アルコール	2,009	14.3%	アルコール	1,458	14.6%
		精神	1,350	9.3%	高齢者	1,507	10.4%	高齢者	1,774	12.6%	高齢者	1,208	12.1%
	高齢者	1,179	8.2%	精神	1,308	9.1%	精神	1,229	8.7%	精神	1,009	10.1%	

8. まとめ

実施基準を実効性あるものとするためには、消防機関と医療機関等の関係者がそれぞれ主体的に搬送及び受入れに関するルール作りにも参画し、十分な議論を経て実施基準を作り上げることが必要であり、各地域においてそのような議論の場づくりが重要と考えられる。そして、そのようなプロセスを経て、関係者間で「顔の見える関係」を形成した上で、関係者の合意の下で確実に運用できるような実施基準（特に6号基準）を定めることが必要である。

実施基準の内容については、地理的条件や人口分布、医療機関の立地状況等を踏まえて、都道府県全域で統一的に定めるべき基準と地域ごとに定めるべき基準とを各都道府県で判断すべきである。そのような検討を進める際、今回分析を行った視座を参考に、各地域における救急統計を分析することで、客観的データに基づいた施策を立案することが可能となる。

また、実施基準だけでは解決できない搬送困難事例に関しては、福祉や医療等多職種の連携による情報共有の取組が重要であり、そのうち特に高齢者に関しては、「地域包括ケアシステム」に消防機関としても関わっていくことで、搬送の円滑化等に資するものと考えられる。

消防庁としては、今後も実施基準を中心とした施策のフォローアップを継続するとともに、「地域包括ケアシステム」に対する消防機関の有効な関わり方について、来年度以降も更なる検討を行っていくこととしている。

第3章 救急業務における ICT の活用の推進

1. 背景等

(1) 検討の経緯

全国の救急自動車による救急出動件数が過去最高を更新し、病院収容所要時間も過去最長を更新する中、救急業務を担う各地域の消防機関においては、傷病者の症状に応じた医療機関の選定や病院への情報伝達時間の短縮等、より効率的で効果的な業務の遂行を目的として、救急業務における ICT（情報通信技術）の活用が期待される。

このような中、消防庁では平成 20 年度より画像伝送システムの実証検証を行い、この中で救急業務における ICT の活用の有用性を示してきた。また、全国における救急業務への ICT の活用状況を把握し、消防庁として各団体における ICT の導入を推進してきた。

図表 3-1 ICT に関するこれまでの検討の経緯

年度	内容
平成 20～22 年度	ICT の活用（画像伝送）の実証検証の実施
平成 23 年度	ICT 技術として、実証基準に対応したシステムを紹介
平成 24 年度	ICT 技術として、傷病者情報と医療機関情報のマッチング、緊急度判定、レポート紹介
平成 25 年度	全都道府県と個別にヒアリングを実施し、救急業務において活用される ICT の標準的な機能と、機能別の導入による効果と導入における課題等について提示

このうち平成 25 年度には、「救急業務において活用される ICT（情報通信技術）の標準的な機能について」（平成 25 年 9 月 13 日付け消防救第 150 号救急企画室長通知）により、救急業務において活用される ICT の標準的な機能を示すとともに、「消防と医療の連携」及び「ICT を活用した救急業務の高度化」について」（平成 25 年 12 月 20 日付け消防救第 213 号消防庁救急企画室長通知）により、ICT の導入状況や導入による効果及び課題等を示してきた。

救急業務における ICT の活用に関し、地方公共団体における今後の取組の方向性として、先の通知及び「平成 25 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」では下記の 3 点が挙げられている。

- 各都道府県や地域においては、先進事例の効果や課題等を踏まえつつ、ICT の導入や機能の追加に向けて更なる検討を図られたい。
- ICT に盛り込む機能の内容やその操作性については、搬送を担う消防機関と受入れ

を担う医療機関の意見を十分に踏まえ、必須入力項目の最小化による救急活動中の迅速な情報入力を可能にする等、救急活動上の負担を考慮したシステムの構築を検討されたい。

- ICT の運用に当たっては、蓄積された搬送実績や応需実績について、定期的に消防機関と医療機関の間で情報の共有を行うことにより、情報入力に係る相互の意識の向上を図られたい。

(2) 課題

救急業務における ICT の活用を推進する上で、「平成 25 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」では、導入におけるコスト面の問題があること、医療資源が限られた地域では選定先も限られるため導入の効果が現れにくいと考えられている傾向にあること、医療機関によるリアルタイムでの応需情報の入力が困難な地域があることが指摘されている。

今後、より多くの地域で ICT の導入が進み、より効果的に救急業務が遂行されるためには、これらの課題の解決を図る必要がある。

2. 今年度の検討事項

(1) ICT の活用の効果

救急業務において活用されている ICT の標準的機能は、平成 25 年 9 月 13 日通知に示されているとおり、医療機関情報共有機能、搬送実績情報共有機能、傷病者情報共有機能（画像伝送等を含む）、緊急度判定支援機能、情報出力対応機能（レポーティングシステム等）、活動記録分析機能に分類されており、それぞれの機能に応じて導入による効果も異なるものとされている。

ただし、医療資源の多寡や搬送時間の長短といった地域の特性に応じて、必要とされる ICT の機能は異なることから、同一の機能であっても地域ごとに実感される効果は異なると考えられる。一例として、医療資源が限られた地域では、病院選定に関する ICT 活用の効果は現れにくい場合があるが、画像伝送等の傷病者情報共有機能によって医療機関側の迅速な受入体制構築が可能になる、といった効果が生じるものと想定される。

そのため、まずは各都道府県における ICT の導入状況を把握するとともに、既に導入している地域については、地域特性を踏まえた上で、救急業務における ICT の活用による効果を検証することとした。

(2) ICT を導入する際のポイント

救急業務における ICT の導入を推進する上では、導入におけるコスト面の問題と、地域によっては導入の効果が現れにくいと考えられている問題の解消が望まれる。導入の効果が現れにくいと考えられている大きな要因の一つとして、医療機関

によるリアルタイムでの応需情報の入力負荷が大きいため、情報の更新頻度が低下してしまうことがあるとの指摘がある。

以上を踏まえ、導入・維持コストを低く抑えている奏功事例を調査し、ICTを導入した地域での効果を明らかにするとともに、消防庁としてICTを導入する際のポイントを示すこととした。

3. 救急業務におけるICTの活用に関する実態調査結果

(1) 調査の概要

全国の都道府県や消防本部等の救急救命体制の整備・充実の状況のうち、救急業務におけるICTの導入や活用の状況について調査・把握した。

➤ 「救急救命体制の整備・充実に関する調査」

- 調査対象：各都道府県（消防防災主管部局・衛生主管部局）・各消防本部
- 調査方法：書面によるアンケート調査
- 調査期間：10月23日（木）～11月6日（木）
- 調査項目：ICTの導入状況について
 - ICTの導入による定量的効果について
 - ICTによりリアルタイムで情報共有が図られることによる医療機関側のメリットについて
 - ICTの導入・維持にかかるコストについて 等

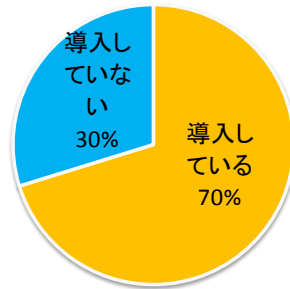
(2) 調査結果

① ICTの導入状況

全国の都道府県消防防災主管部局に対するアンケート調査の中で、救急隊が専用のタブレット型情報通信端末等を用いて「医療機関情報共有機能」や「搬送実績情報共有機能」、「傷病者情報共有機能」を活用している（都道府県の一部の地域で導入している場合も含む。）状態が確認された団体を、「ICTを導入している」ものとして集計した。

調査の結果、平成26年10月1日時点で「救急業務においてICTを導入している」と回答したのは33団体だった。

図表 3-2 ICT の導入状況（平成 26 年 10 月 1 日時点）（n=47）



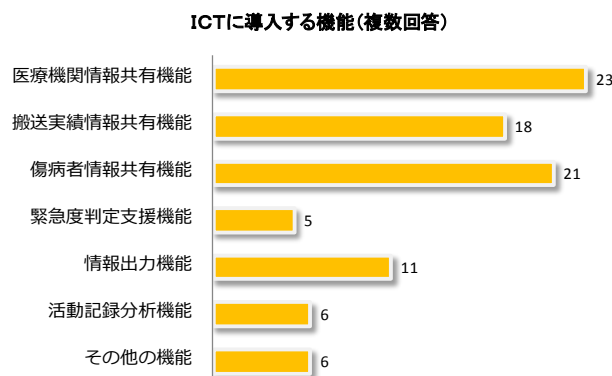
このうち、平成 25 年までに既に ICT を導入した団体は 25 団体、平成 26 年度以降に ICT を導入した団体は 7 団体であり、着実に増加を続けている。

図表 3-3 導入範囲別・導入時期別 ICT の導入状況

	平成 25 年までに導入した団体	平成 26 年以降に導入した団体
全圏域	8 団体（茨城県、栃木県、群馬県、岐阜県、大阪府、奈良県、香川県、佐賀県）	2 団体（埼玉県、広島県）
一部地域	18 団体（北海道、宮城県、福島県、千葉県、東京都、石川県、静岡県、愛知県、滋賀県、京都府、兵庫県、和歌山県、徳島県、愛媛県、高知県、福岡県、大分県、宮崎県）	5 団体（秋田県、神奈川県、新潟県、富山県、長崎県）

また、「ICT を導入している」と回答した 33 団体に導入している機能を尋ねたところ、「医療機関情報共有機能」が 23 団体、「傷病者情報共有機能」が 21 団体、「搬送実績情報共有機能」が 18 団体だった。

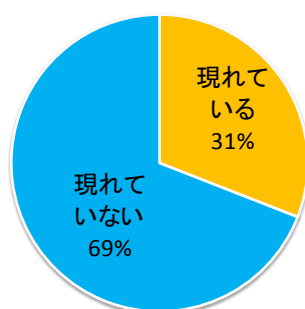
図表 3-4 ICT に導入している機能（複数回答）（n=33）



② 定量的効果

ICTを導入している194消防本部に、ICTの活用により搬送及び受入れにおいて搬送時間等の短縮・病院照会回数の減少等の定量的効果が現れているかどうかを尋ねたところ、定量的効果が「現れている」と回答したのは31%（60消防本部）だった。

図表 3-5 ICTによる定量的効果（n=194）



定量的効果が「現れている」と回答した団体からは、具体的な内容として、平均収容時間の短縮、病院照会回数の減少等が挙げられた。

図表 3-6 ICTの導入による定量的効果の具体例

平均病院収容時間の短縮が図られた事例	高崎市等 広域消防局	平成24年：36.6分→平成25年：36.2分 →平成26年：35.3分（大雪により甚大な交通障害が発生した2月15日から18日の4日間を除く。除かない場合は36.2分）
	蕨市消防本部	平成25年4-9月：40.1分→平成26年4-9月：39.0分
	佐世保市消防局	平成25年：34.08分→平成26年：33.88分
病院照会回数の減少が見られた事例	蕨市消防本部	平成25年4-9月：1.84回→平成26年4-9月：1.82回
	戸田市消防本部	平成25年4-9月：1.41回→平成26年4-9月：1.15回
	佐世保市消防局	（照会回数4回以上の割合） 平成25年：1.93%→平成26年：1.69%

また、以上の効果以外の効果として、帰署後の報告書作成時間の短縮効果（飯塚市消防本部）や、医療機関側の受入れに関する意識の変化（多野藤岡広域消防本部、埼玉県中央広域消防本部）等が挙げられた。

一方、定量的効果が「現れていない」と回答した団体からは、その背景として「他の施策等の効果と混ざっており、一概にICT導入の効果であるとは言えない」、「受入れ医療機関が限られ、電話で照会したほうが早い」、「応

需情報の入力リアルタイムでない」等の意見があった。

③ 医療機関側のメリット

救急業務における ICT の活用による医療機関側のメリットとして、都道府県衛生主管部局に対するアンケート調査からは、主に「医療機関情報共有機能・搬送実績共有機能によるメリット」、「傷病者情報共有機能（画像伝送等を含む）によるメリット」、「活動記録分析機能によるメリット」が挙げられた。

図表 3-7 ICT の活用による医療機関側のメリット

医療機関情報共有機能・搬送実績共有機能によるメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関同士が搬送情報を共有することで、現場に助け合いの機運が生まれ、例えば三次救急への搬送の集中を避ける手助けになる ・救急隊から医療機関に受入可否についての照会がなくなることで、医療機関が照会電話に対応する必要がなくなり、本来の業務に集中できる
傷病者情報共有機能（画像伝送等を含む）によるメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・早期に患者情報が伝達されることで、適切な処置開始までの時間が短縮される ・音声のみでは伝わらない情報を画像で伝えることにより、救急隊の活動状況、患者の状態把握が行えるようになった
活動記録分析機能によるメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送症例の正確なデータ蓄積により、詳細な検証が可能となる

④ 応需情報のリアルタイムでの入力のための工夫

医療機関側が応需情報をリアルタイムで入力しやすくするために工夫を行っている例としては、昨年度の報告書において取り上げた、入力項目の簡素化や操作回数の削減、医療機関に対する応需率の提示、入力回数等に応じた報奨金の支給等の工夫のほか、今年度の都道府県に対するアンケート調査では、

- ・救急隊や通信指令員による代行入力を可能としている
(埼玉県、栃木県、岐阜県等)
- ・県医師会に運営を委託している救急医療情報センターから、応需情報の更新をしない医療機関に督促をしている (愛知県)

等の工夫が見られたところである。

⑤ 導入・維持にかかるコスト

ICT を救急業務に活用している都道府県に対するアンケート調査からは、医療情報システムの導入や更新に数千万円～1億円程度の費用を要している事例が多いことが把握できた。

なお、以下に示している経費は、各団体によりシステム等の前提が異なるため、団体同士を単純比較して導入費用の高低を判断できない点に注意が必要である。また、消防本部単位で ICT を導入している事例については、「開発経費」として、当該本部が属する県での直近の救急医療情報システム更新費を記載しているが、そのシステム更新は救急業務における ICT の導入のためだけに行われたものではない点にも注意が必要である。

	県全域で導入している場合(例)										消防本部単位で導入している場合(例)		
	栃木県	群馬県	埼玉県	岐阜県	大阪府	奈良県	広島県	香川県	佐賀県	秋田市 消防本部	名古屋市 消防局	横須賀市 消防局	
管轄人口(単位:千人) (平成22年国勢調査)	2,008	2,008	7,195	2,081	8,865	1,401	2,861	996	850	324	2,264	419	
(端末配備台数)	75台 ※救急車:117台、 病院:7台	124台 ※救急車:117台、 病院:7台	283台 ※救急車:134台、 病院:11台、 保健所等:15台	160台 ※救急車:134台、 病院:11台、 保健所等:15台	510台 ※救急車:257台、 病院:253台	244台 ※救急車:81台、 消防本部:47台、 病院:116台	169台 ※救急車:163台、 病院:6台	133台 ※救急車:55台、 病院:80台	95台 ※救急車:50台、 病院:45台	9台 ※救急車:12台、 病院:7台	38台 ※救急車:12台、 病院:7台	19台 ※救急車:12台、 病院:7台	
導入経費	運用経費に含む 755万円	運用経費に含む 755万円	2,362万円	1,088万円	運用経費に含む	なし(リース)	4,016万円		490万円	なし	なし	なし	
開発経費	運用経費に含む 5,223万円	運用経費に含む 5,223万円	5,544万円	約1億700万円(システム 改修全体) の内数	運用経費に含む	約1億9,900万円(システム 構築経費全体) の内数	9,505万円	4,536万円	9,770万円	1億65万円(県医 療情報システム更新 新費)の内数	5,126万円(救急搬送 情報共有システムの 整備費用)の内数	なし	
ソフトウェア使用料	3,033万円	796万円	2,298万円	2,976万円(システム 人使用料全体) の内数	5,934万円	4,995万円 (端末のリース料 を含む)	4,815万円	1,925万円	2,150万円	なし	なし	なし	
通信費	把握していない (各消防本部負担)	427万円	945万円	928万円	4,049万円		820万円	323万円	560万円	50万円	280万円	208万円	
導入初年度 総経費 (上記の単 純合計)	3,033万円	7,201万円	1億1,610万円	約1億5,692万円 の内数	9,983万円		1億9,256万円	6,784万円	1億3,034万円	1億115万円 の内数	5,406万円 の内数	208万円	
2年目以降の 1年間	3,033万円	1,223万円	3,246万円	3,904万円 の内数	9,983万円		5,735万円	2,248万円	2,779万円	50万円	280万円	208万円	
医療機関情報共有 機能(又は搬送 実績情報共有機 能)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
傷病者情報共有 機能	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
その他の機能		画像伝送機能 活動記録入力機能 一斉要請機能情報	情報出力機能	緊急度判定支援機能 情報出力機能 活動記録分析機能	緊急度判定支援機能 情報出力機能 活動記録分析機能	緊急度判定支援機能 情報出力機能 活動記録分析機能	活動記録分析機能			翻訳機能		救急単位連携共有 機能	

図表 3-8 ICT の導入・維持に要する経費

4. ICT の導入・維持における工夫

(1) 都道府県単位で導入している事例

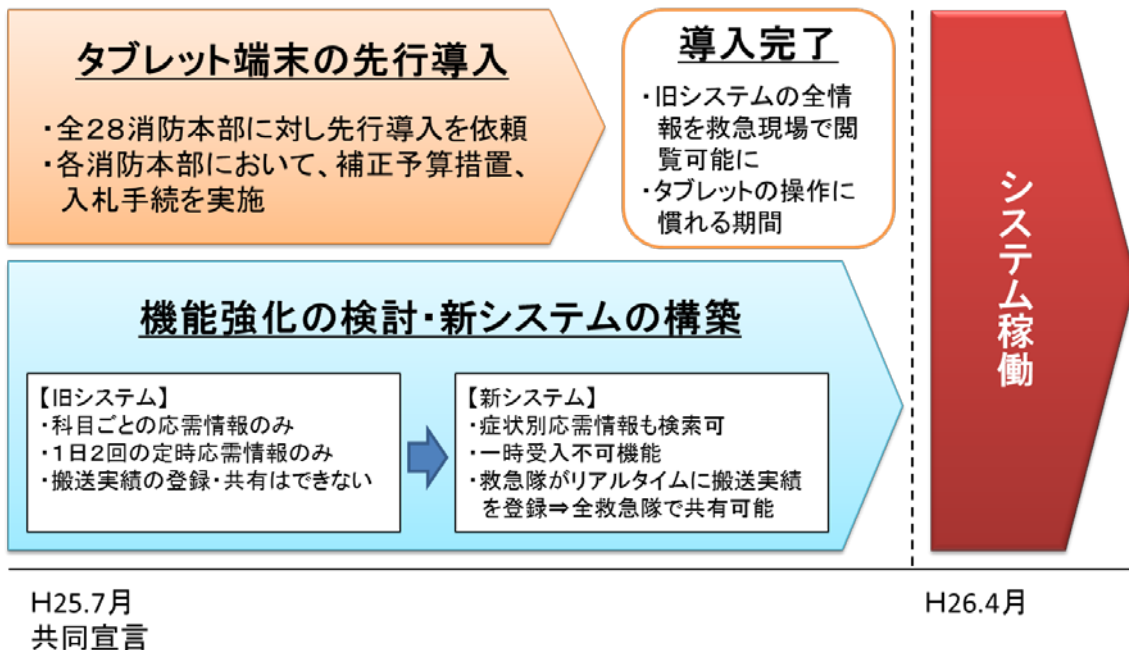
都道府県単位で救急業務における ICT を導入している事例のうち、ここでは導入における各種の工夫により管下の消防本部の多くが効果を実感している「埼玉県救急医療情報システム」を取り上げる。

① 導入時の工夫

埼玉県では、平成 25 年 1 月に久喜市内で発生した救急搬送困難事案を受けて、救急搬送の迅速・円滑化のため、救急隊が救急現場でタブレット端末を利用してシステムにアクセスし、県内すべての救急医療機関の応需情報を閲覧できる環境の整備が急務となっていた。

その際、タブレット端末の導入と並行してシステム開発を行うこととし、有識者会議（システム検討委員会及び作業部会）で開発に向けた検討を行いながら、救急現場で実際にタブレットを利用することとなる消防本部に対しアンケート調査や意見聴取を行うことで、救急隊員にとって使い勝手のよいシステムの構築に努めた。

図表 3-9 埼玉県救急医療情報システムの導入手順



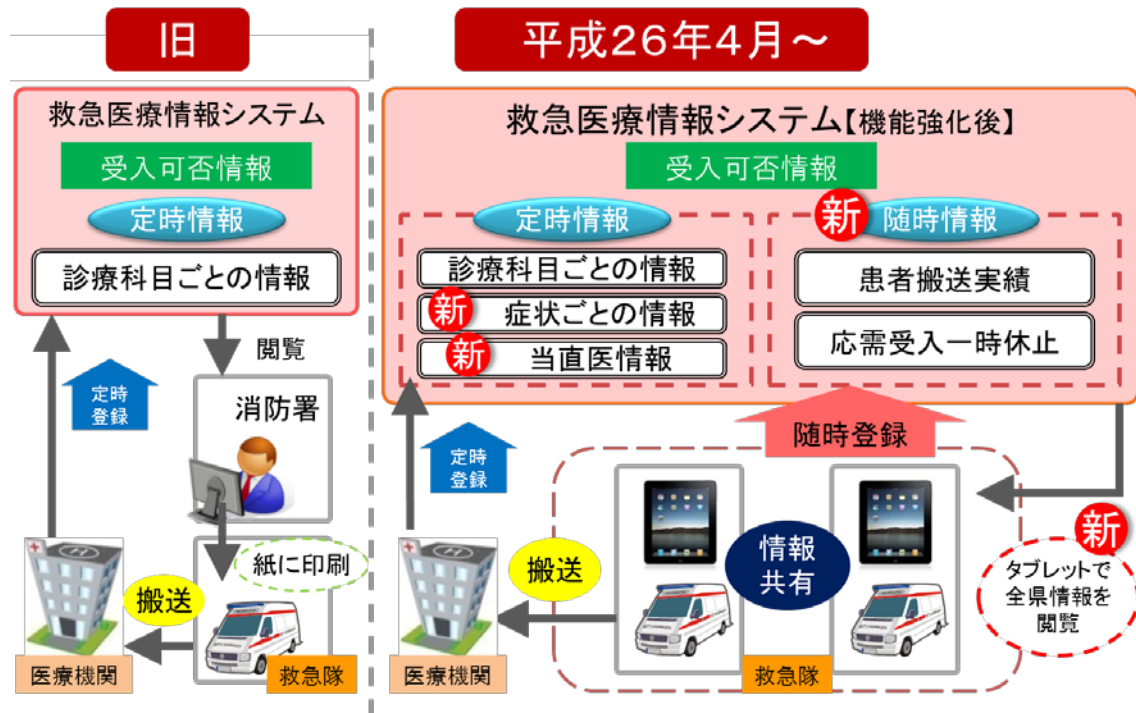
(出典) 第1回検討会における埼玉県講演資料

② システム上の工夫

埼玉県では、これまで受入可否情報が診療科目ごとの定時情報のみであ

り、これを紙に印刷し情報を救急車に持ち込んで閲覧していた。平成 26 年 4 月に導入したシステムでは、定時情報に症状ごとの情報や当直医情報が加わり、また随時情報として患者搬送実績や応需受入一時休止に関する情報が加えられた。さらに、これらの情報は救急隊がタブレット端末を利用し救急現場で閲覧することができ、リアルタイムでの情報共有が可能になった。

図表 3-10 埼玉県救急医療情報システムの概要



(出典) 第1回検討会における埼玉県講演資料

同システムの主な特徴として、救急隊が傷病者を搬送する際に照会を行った医療機関の受入可否結果を登録し、その情報を県内すべての救急隊が一覧的に確認できる「搬送実績モニター」の画面が設定されている。この画面では、医療機関ごとに24時間以内の受入数と受入不可数が表示され、その詳細についても表示できる。

これにより、各救急隊が搬送先医療機関の選定を行うにあたって、どの医療機関が受入可能かを具体的に検討することが可能となっている。

図表 3-11 搬送実績モニターのサンプル画面



(出典) 第1回検討会における埼玉県講演資料

③ 導入による効果

システムを導入した効果として、消防機関からは「夜間に耳鼻科を探すケースで、以前なら何回も電話が必要だったが、タブレットのおかげですぐに見つかった」、「普段のエリア外の情報もすぐに確認できる」、「ケースによっては搬送までの時間がこれまでの半分ぐらいに短縮できる」、「これまで救急隊は大きな病院から順番に電話するしかなかったが、システムで無駄が減った」等、利便性の向上に関するコメントが寄せられている。

また、医療機関からも「受入状況の見える化により病院相互の情報共有が進み、傷病者の受入に対する意識が高まった」と評価されている。

消防庁が実施したアンケート調査でも、埼玉県内のいくつかの消防本部において、ICTの導入によるものと考えられる定量的効果が見られているところである(図表3-6参照)。

(2) 消防本部単位で導入している事例

ここでは、アンケート調査の中で、消防本部単位でICTを導入していると回答のあった消防本部の中から、特に消防本部における導入・維持コストを低く抑えるための工夫がみられた消防本部を取り上げる。なお、導入・維持コストを低く抑えていると言っても、導入の前提として、都道府県の救急医療情報システムの更新や維持に関するコストを都道府県が負担していることには注意が必要である。

① 秋田市消防本部

今年度から、全救急隊と消防本部にタブレット合計 9 台を配備して、応需情報を救急車内から閲覧している。平成 24 年に県救急医療情報システムが更新され、タブレットから応需情報を確認可能となったことが背景となっている。また、外国人対応の一環として、指さしによる SOS カードも活用している。導入の初期費用は通信会社のポイントを活用して無料となっており、年間維持経費は約 50 万円となっている。

② 名古屋市消防局

平成 25 年 7 月から、全救急隊にタブレット合計 38 台を配備している。県救急医療情報システムにログインして応需情報を閲覧するとともに、リアルタイム性を補完するために救急隊も受入状況を入力可能となっている。また、一部の症例について画像伝送の仕組みも導入している。タブレット端末購入費用は通信費の中に入っている形となっており、年間維持経費は約 280 万円となっている。

③ 横須賀市消防局

全救急隊及び医療機関にタブレット合計 19 台を配備している。車載のカメラで撮影した画像を医療機関に提供している。平成 25 年 10 月から試験運用を開始し、今年度より本稼働している。また、研究所の実証実験に協力し、救急車の位置情報を医療機関と共有するシステムを運用している。導入の初期費用は無料となっており、年間維持経費は約 208 万円となっている。

5. まとめ

(1) ICT の導入による効果

ICT を導入した団体のうち、特に直近の 1 年間に ICT を導入した地域において、医療機関選定における時間短縮や照会回数の減少といった定量的効果が見られる団体があった。効果が現れた団体の中には、搬送先選定の照会状況を細かく登録できたり、救急隊自身が受入状況を入力できたりするなど、リアルタイムでシステムに入力するための工夫がみられた。

また、搬送受入状況が医療機関の間で見える化されることにより、医療機関側の搬送受入れに対する意識の改善が見られる効果があるとの意見も挙げられた。

(2) 地域の特性に応じた ICT の導入

アンケート調査により、医療資源の少ない地域においては、医療機関情

報共有機能や搬送実績情報共有機能の有効性が表れにくいと考えられている場合があることが分かった。ただし、医療資源の多寡や人口規模等、地域特性に応じて有用と感じられる ICT の機能について、統計的に有意な差は見られなかった。しかし少なくとも、画一的な ICT の導入ではなく、地域特性に応じ、費用対効果に見合った機能を持つ ICT の活用の導入を促進すべきと考えられる。

その際、他県の事例について情報収集し、各地域において必要な ICT の機能や設計等について検討するとともに、県衛生主管部局や財政部局の理解を事前に得ておくことが重要となる。各都道府県消防防災主管部局や各消防本部は、県衛生主管部局と密接に連携し、医療情報システム更新と合わせて消防機関が利用しやすいシステムとするよう検討することが望まれる。

(3) 導入以降の経費低減の工夫

医療情報システムをいったん整備してからは、救急業務における ICT の維持・運用自体にかかる経費は、主にシステム改修、ソフトウェア使用料、通信費となる。アンケート調査の結果、消防本部単位で導入している場合には、工夫次第でこれらの費用を年間数百万円に収めることができているケースもあった。

消防本部側の維持・運用コストを低く抑えるポイントとして、第一に、既存の医療機関情報システムをそのまま利用し、衛生主管部局のシステム改修のタイミングに合わせ、消防本部にとって使いやすいシステムとすることが挙げられる。また、第二に、通信会社との契約により、初期の端末購入コストをほぼゼロとしている消防本部もあったことから、通信費の契約形態についても工夫の余地があるものと思われる。

(4) 今後の一層の普及に向けて

ICT の導入による効果が実感されづらい大きな理由の一つとして、医療機関による応需情報の入力リアルタイムでないことが挙げられた。医療機関にとっては応需情報が更新されることによる様々なメリットがあることも確認できたが、医療機関による応需情報の入力リアルタイムでなされづらいことは、多くの地域で ICT の導入に対する障害や、効果を発揮しづらい要因となっている。

この点については、消防機関と医療機関がそれぞれ主体的に ICT の運用に係る仕組み作りに参加し、双方のメリットと役割を明確にすることで、医療機関が主体的に取り組みやすくなるのではないかと考えられる。一方で、医療機関による応需情報のリアルタイムでの入力に対する何らかの財政的な支援策の検討も必要であると考えられる。

ICT の導入が救急業務の円滑化に対して効果を発揮するためには、単に ICT という「箱」を導入するだけでは不足であり、医療機関と消防機関がともに主体的にシステムの構築や運営に参画し、双方にとって有効なシステムとなるよう運用していくことが不可欠である。この点は、実施基準が各地域において有効に機能するためのポイントとも共通しており、実施基準と ICT はともに、消防機関と医療機関等の関係者がそれぞれ主体的に運用のルール作りに参画することによって、初めて有効に機能すると言えよう。また、ICT を導入した上で、受入状況の共有やリアルタイムでの更新を促進し、医療機関同士で状況の見える化を進めることで、医療機関側の傷病者の受入れに対する意識を高める効果があることが示されている。

第4章 予防救急の推進

1. 背景等

(1) 検討の経緯

これまで消防庁では、各消防機関による地域住民への応急手当の普及促進をテーマとして取り上げ、推進を図ってきた。平成23年度には「JRC 蘇生ガイドライン2010」とともに改正された「救急蘇生法の指針2010」において、救命の連鎖の中に心停止の予防も位置づけられるなど、地域住民が担う役割の重要性が指摘された。また、「平成25年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」では学校教育における子ども達への効果的な応急手当の普及策（学校と消防の連携方策等）を中心に検討するなど、幅広い世代に対する普及促進の取組を推し進めた。このような応急手当の普及促進の取組は、地域住民の応急手当の実施率の向上という形で効果が示されている。

ただし、救急搬送に至る傷病の中でも、転倒による怪我や熱中症など、傷病の種類によっては意識的な取組により予防が可能である。応急手当をはじめとする傷病者発生後の適切な対応と同様に、傷病に至る前の予防の取組や、取組を実施するための統計分析も重要であるとの指摘がなされている。

図表 4-1 予防救急の推進に関するこれまでの検討の経緯

年度	内容
平成5年度	「応急手当普及啓発のあり方検討委員会」により、応急手当を学ぶことは不慮の事故を疑似体験することであり、常日頃の注意を喚起し、不慮の事故の発生予防に寄与するものであるとの報告
平成20年度	「ウツタイン統計活用検討会」報告書において、ウツタイン統計データの活用方策として発生場所ごとの蘇生率を予防救急に活用することを提案
平成23年度	「救急蘇生法の指針2010」において救命の連鎖に心停止の予防が加わる ※予防救急とは別

(2) 課題

各地域の消防本部では、既に様々な予防の取組を行っている保健福祉部局や医師会との連携のもと、取組が行われている。このように、予防の取組は消防本部による単独での実施を想定するのではなく、既に多様な取組を行っている自治体の保健福祉部局や医師会等との緊密な連携のもと、取組を進めることが重要である。

しかしながら、予防の取組は地域や消防本部によって様々であり、どのような効果が挙げられるかについての統一的な見解はなく、かつ地域や消防本部で効果を検証している事例も少ないのが実情である。また、このように効果が不明確であることから、効果的な取組に関する情報が乏しく、現状では各地域や消防本部におい

て手探りで取組が進められている。

2. 今年度の検討事項

(1) 予防救急に関する取組の実態

救急搬送に至る傷病を予防する取組は、これまでのところ効果が不明確であることから、効果的な予防のあり方や取組の改善方策に関する情報が乏しく、現状では各地域や消防本部において手探りで取組が進められているものと考えられる。また、全国的にみてどの程度取組が普及しているかについても、十分に把握されていない。

そのため、保健福祉部局や医師会が実施している生活習慣病予防や予防医学とは別に、救急搬送に至る傷病を予防する取組を、仮に「予防救急」と称した上で、予防救急に対する考え方や実施状況等、予防救急に関する取組の実態を把握するための調査を実施した。

(2) 予防救急の呼称・概念

本年度の検討においては、救急搬送に至る傷病を予防する取組を仮に「予防救急」と称することとしたが、消防庁として推進していく場合には、「予防救急」という表現の適切性を十分に吟味する必要がある。

「予防救急」という言葉は、既に先行して取組を実施している地域や消防本部、一部の文献等でも用いられているが、明確な言葉の定義が存在しないことから、言葉が意味する概念も異なっている可能性がある。また、そのために類似の概念との違いも不明瞭になっており、混同した用法で誤解を生じる懸念も指摘されている。

本検討では、可能な限り幅広く「予防救急」に関する情報や類似する概念を把握し、「予防救急」の呼称・概念に関する検討を深めることとした。

(3) 先行事例の実施実態

地域や消防本部による予防の取組がもたらす効果について、我が国で効果検証がなされている事例は僅少であるが、このうち大阪市消防局では取組の効果について定量的な分析も行われている。

また、海外に目を向けると、米国では災害や事故等に関する情報提供のウェブサイトが構築されており、ソーシャルメディアや刊行物等を用いた積極的な情報発信が行われている。

ここでは、これらの先行事例に着目し、救急搬送に至る傷病の予防を目的とした取組の実施実態を調査した。

3. 予防救急の取組状況に関する実態調査結果

(1) 調査の概要

全国の都道府県や消防本部等における「予防救急」の概念に対する考え、取組の実施状況、取組を実施している場合にはその内容について把握するため、各都道府県の衛生主管部局と全国の消防本部を対象とした実態調査を実施した。

○調査名

救急救命体制の整備・充実に関するアンケート調査

○調査対象

各消防本部、各都道府県衛生主管部局

○調査方法

書面によるアンケート調査

○調査時期

10月23日（木）～11月6日（木）

○主な調査項目

- ・「予防救急」という呼称に対する考え
- ・「予防救急」の取組の推進に対する考え
- ・「予防救急」の実施状況
- ・「予防救急」の取組内容
- ・「予防救急」を実施する上での連携先

なお、「予防救急」という言葉が一般的とは言えない状況にあることを踏まえ、実態調査における言葉の定義として、下記の内容を調査票に記載した。

ここでいう「予防救急」とは、救急搬送につながる事故等（転倒による怪我や熱中症など）に関して、予防する方策を住民に普及啓発することを指すものとします。

これまで、応急手当の普及啓発がなされ、効果についても認められてきましたが、今般、さらに傷病に至る前の取組が重要と考えられています。とりわけ転倒による怪我や熱中症など、傷病の種類によっては意識的な取組により予防が可能と考えられています。

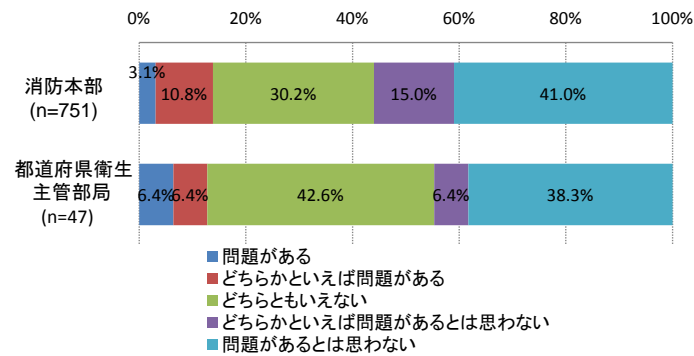
これらの取組は、一部の消防本部において進められています。こうした背景のもとに、消防庁では、①既に生活習慣病をはじめ様々な予防に取組む保健福祉部局や地域の医師会等の地域の関係機関と連携するのが有効ではないか、②傷病者の実態を踏まえ、普及啓発対象となる住民（例：高齢者、小児）の特性をとらえた普及啓発策が有効ではないか、との仮説を立てて、議論を進めています。

（２）調査結果

① 呼称に対する考え

消防本部と都道府県衛生主管部局それぞれに対し、「予防救急」と呼称することについて、問題があると考えるか尋ねたところ、「問題がある」と「どちらかといえば問題がある」とする回答の合計は、消防本部では 13.9%、都道府県衛生主管部局では 12.8%となった。

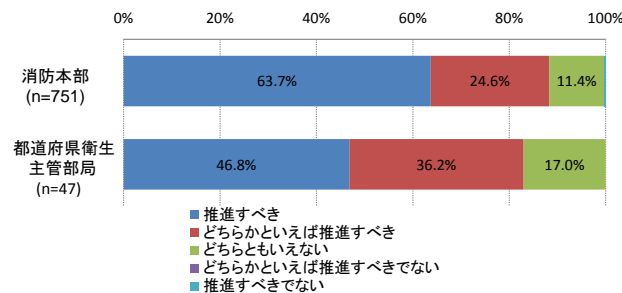
図表 4-2 「予防救急」という呼称に対する考え



② 取組の推進に対する考え

消防本部と都道府県衛生主管部局それぞれに対し、「予防救急」を積極的に推進していくべきかを尋ねたところ、「推進すべき」と「どちらかといえば推進すべき」とする回答の合計は、消防本部では 88.3%、都道府県衛生主管部局では 83.0%と、いずれでも多数を占めた。

図表 4-3 「予防救急」の取組の推進に対する考え

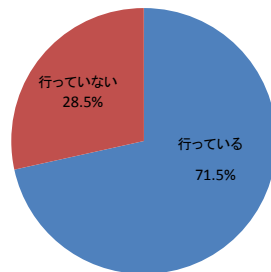


③ 予防救急の実施状況

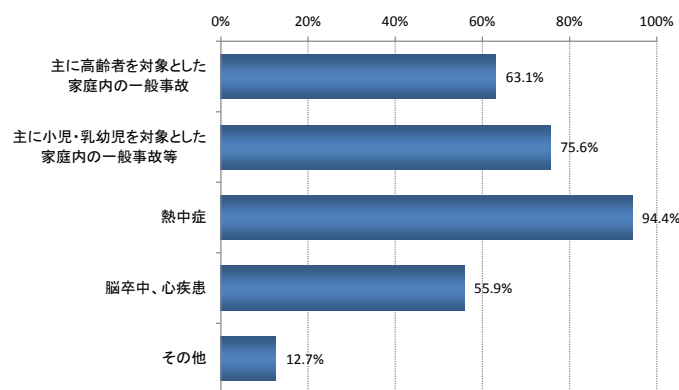
本調査により、調査内で定義する「予防救急」の取組を行っている消防本部は、全国の 71.5% (538 本部) に上ることが分かった。また、取組を「行っている」とした消防本部に、取組の対象としている傷病を尋ねたところ、回答した消防本部の中では「熱中症」が 94.4%、「主に小児・乳幼児等を対象とした家庭内の一般事故や不慮の事故」が 75.6%、「主に高齢者を対象とした家庭内の一般事故（転倒、溺水、窒息、熱傷、転落等）」が 63.1%、「脳

卒中、心疾患（「蘇生ガイドライン 2010」の成人の心停止予防に係る疾患）」が 55.9%と、幅広い事故や疾病を対象とした取組が行われていた。

図表 4-4 「予防救急」の実施状況 (n=751)



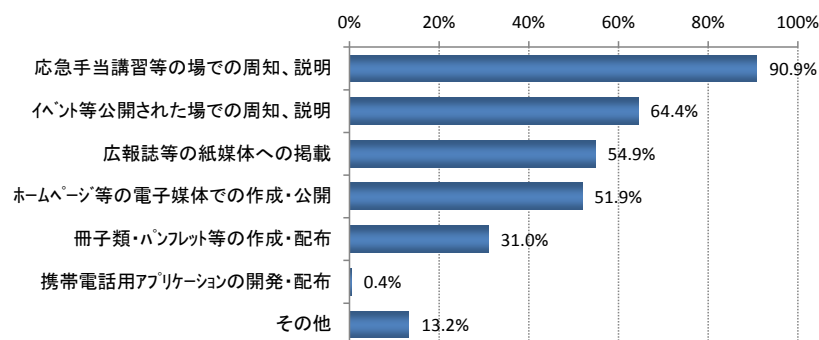
図表 4-5 「予防救急」で対象としている傷病 (n=538)



④ 予防救急の普及・啓発方法

取組を「行っている」とした消防本部が行っている普及・啓発活動としては、「応急手当講習等の参加者を限定した場を使っての周知、説明（冊子等の配布等）」が 90.9%、「救急の日のイベントなど公開された場での周知、説明」が 64.4%だった。

図表 4-6 「予防救急」の取組内容 (n=538)



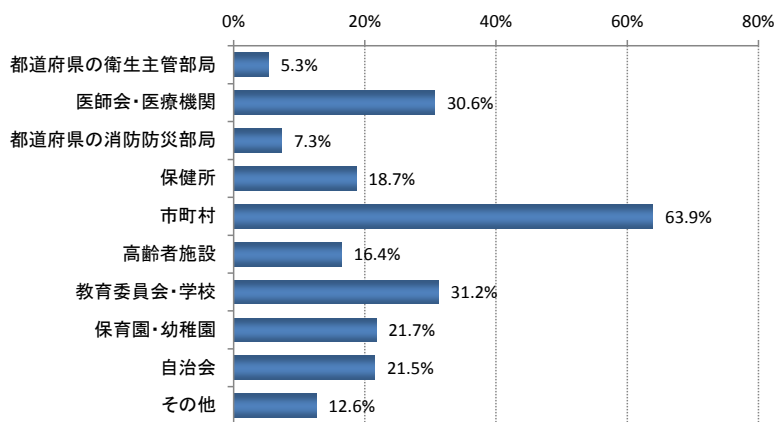
なお、具体的な取組内容としては、下記のように地域の特性や課題に応じた普及・啓発方法や、地域や行政内の他部局との連携による取組があった。

- ・高齢化率および高齢者の単身世帯率が高いため、自治会の集まり等の場で、高齢者の怪我や疾病に対する注意喚起や地域での助け合いについての講習・講話等を実施している。
- ・海に囲まれた地震多発地域であることから、市防災担当、地方気象台、高校と連携した防災教育を実施しており、その中で学校教育の枠組みで行われる普通救命講習会の場を利用して行っている。
- ・医師や有識者の意見を踏まえながら、域内の一般負傷による救急要請の状況に関する救急統計を分析し、事例と予防対策を掲載した冊子を作成した上で、件数が多い地域を重点的に冊子を医療機関や市役所などに置いてもらうなどの予防対策を行っている。
- ・在宅医療介護課との事業で、介護者向けの講習を実施し、高齢者への事故予防対策を普及させている。
- ・家庭内の不慮の溺死・溺水が多いため、保健所と消防本部が共同で入浴事故実態調査を実施し、調査結果はウェブサイトへの掲載のほか、入浴事故予防のリーフレットを配布している。

⑤ 予防救急の連携先

消防本部に、取組を行う上での連携先を尋ねたところ、「市町村」が63.9%、「教育委員会・学校」が31.2%、「医師会・医療機関」が30.6%だった。

図表 4-7 「予防救急」を実施する上での連携先



4. 呼称と概念

(1) 関連する概念

① 先行文献

平成 9 年に予防救急思想普及啓発の推進と発展を目的とした「予防救急研究会」が発行した「予防救急思想の普及啓発について－国民の救急事故予防に向けた 21 世紀の消防機関の課題－」（平成 14 年 12 月）の中では、平成 5 年頃に救急事故が増加する中、火災予防と同様に、救急に関しても「救急事故を予防するための言葉と概念」があってもよいのではないかとする提案が出された。

翌平成 6 年には、全国消防協会への応募論文「予防救急思想の普及啓発について」の中で初めて、「火災予防」と対比した造語である「予防救急」という言葉を用いたとされている。その際、「救急予防」と言葉も検討されたが、音声にした場合に語呂が悪いため「予防救急」とされたものである。

なお、同研究会による「予防救急」の定義は、「救急事故を未然に予防すること、又は予防するための方法、あるいは予防法を普及啓発すること」とされている。

② 類似概念と呼称のあり方

本年度の実態調査では、全国の消防本部の 7 割以上が救急搬送に至る傷病を予防する取組を行っていたことが明らかになった。同調査における「予防救急」の定義のポイントは、以下の通りである。

<実態調査における「予防救急」の定義のポイント>

- ・救急事故を未然に予防するために、事故の事例を分析し、予防するための方策を市民に広く普及啓発すること。
- ・救急事故等を未然に防ぐための対策を市民に広く普及啓発すること。
- ・危険を予知し事故を事前に防止すること。

他方、「予防救急」に類似すると考えられる概念のうち、保健福祉部局や地域の医師会等で推進されていることが多い「生活習慣病予防」の定義は以下の通りである。

<「生活習慣病予防」の定義のポイント>

- ・生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患を予防すること。
 - －適度な運動の推進
 - －バランスの取れた食事の推進

- －たばこ対策
- －アルコール対策
- －メタボリックシンドローム対策など

また、他の類似概念として、「予防医学」の定義は以下の通りである。

＜「予防医学」の定義のポイント＞

- ・疾病の発生・経過・分布・消長とそれに影響をおよぼす原因を研究し、疾病の予防を行うことや、病気になりにくい心身の健康増進を図るための学問

そもそも、「予防」とは「想定される悪化に対して事前に備えておくこと」であり、「救急」とは「急病・けが・事故などの急場の難儀を救うこと」であることから、予測可能性の観点で相反する意味を含んでいると言える。この点について、実態調査の結果では、救急搬送に至る傷病を予防する取組を普及することについては、8割を超える機関が理解を示している一方、「予防救急」という呼称については課題を指摘する意見もあった。

以上のように、現在のところ、「予防救急」という統一した呼称を普及させることには課題があり、次の（２）諸外国の救急搬送に繋がる事故を予防するための取組調査結果にあるように、諸外国でも同様の取組を総称する呼称を把握できなかったことを踏まえると、各関係機関の取組にふさわしい呼称を各関係機関の判断に基づいて使うことが望ましいと考えられる。また、概念については、「救急搬送に至る傷病を予防する取組を普及すること」で関係機関と概ね共通認識を共有していることがわかった。

（２）諸外国の救急搬送に繋がる事故を予防するための取組調査

① 調査の概要

我が国で救急搬送に至る傷病を予防する取組の呼称を検討する際の参考として、諸外国において同様の概念で行われている取組があれば、その呼称と具体的実施内容を把握することを目的として、海外事務所を有する国際交流機関に調査を依頼した。

○調査対象国

アメリカ合衆国・イギリス・ドイツ・スウェーデン・フランス・韓国

○調査時期

1月5日（月）～1月30日（金）

○調査依頼内容

消防機関または衛生主管部局等で行われている「救急事故等（家庭内一般事故や熱中症等）を予防する取組とその取組に対する呼称」についての資料（リーフレットや冊子、インターネット上にあれば掲載場所等）の提供

○調査方法

自治体国際化協会（Council of Local Authorities for International Relations：CLAIR）の各海外事務所に下記要領にて調査を依頼

- ・現地スタッフの日常生活上で地元消防機関が行っている救急事故予防の取組を既に把握されている場合は、予防施策の内容、及び総称する呼称を回答の上、資料があれば提供を依頼
- ・地元消防機関が行っている救急事故予防についての取組を把握していない場合は、地元消防機関に問い合わせの上、可能な範囲で聴取するよう依頼
- ・地元消防機関が取組を特に行っていない場合は、当該国の消防白書等の公的な統計資料で取り上げられているかを確認の上、記載がある場合には、その消防機関の情報を取得し回答を依頼
（記載がない場合には、当該国では取組は行われていないと判断）

② 調査結果

調査対象とした各国とも、救急搬送に繋がる事故を予防するための取組が行われていたことが把握できた。アメリカ、イギリス、ドイツ、スウェーデンではキャンペーン用語を活用した取組を進めていたほか、イギリス、フランス、韓国では具体的な傷病の対策に関する情報発信が行われていた。

しかしながら、各国で行われている取組内容は多様であり、また総称する呼称は把握することができなかった。

図表 4-8 諸外国における予防救急と類似の取組

国名	原語	和訳	内容
アメリカ (ニューヨーク市消防局)	Save 911 for real emergencies!	本当の緊急時に 911 を	救急事故を未然に防止し、911 のコール数を抑制することを目的のキャンペーン用語。特段の効果が見られないため現在は実施されていない。
イギリス (国民保健サービス)	Home Safety and Accident Prevention	家庭内安全と事故予防	NHS (国民保健サービス) の WEB 上で、家庭内における子供の事故、転倒・転落事故 (主に 65 才以上)、応急手当について掲載している。
イギリス (国民保健サービス)	A&E won't kiss it better ... we only	救急はおまじないをかけるところで	NHS (国民保健サービス) が行っている最も大きなキャンペーンで、緊急時

ービス)	with real emergencies	はない。私たちは本当に緊急時のためだけにある。	以外は、救急サービスの安易な利用を控えさせることを目的としている。
イギリス (国民保健サービス)	NHS choices	選択	NHS では、「NHS choices」というウェブサイトを通じて健康に関する一般的な情報を発信している。糖尿病やアルコール、体重制限、喫煙などのテーマごとに様々なアドバイスを提供している。閲覧者が自分の症状を確認し必要な措置を自身で行う事によって、医師にかかったり救急サービスを利用したりする頻度を減らすことを目的としている。
イギリス (英国保健医療省)	Catch it, bin it, kill it	捕まえて、捨てて、やっつけて	英国保健医療省がインフルエンザ感染拡大防止を目的に始めたキャンペーン用語。ティッシュで咳やくしゃみを覆い、使ったティッシュはゴミ箱に廃棄し、手指はきれいに洗ってウィルスをやっつけてしまおうとの意味。
ドイツ (ドイツ法定災害保険)	Risiko Raus (Risk Out)	リスクをなくせ	ドイツ法定災害保険が 2010 年から 2011 年に実施した職場における安全や交通安全に関するキャンペーン用語。
ドイツ (健康促進に関する連邦政府戦略)	IN FORM	健康的	inform (健康的な食事や運動などを人々に知らせる) と in form (「快適」や「健康的」という意味) を込み合わせたキャッチコピー。 子供がより健康的に育ち、大人がより健康的な生活を営むことで、皆がより質の高い生活を享受し、生産性が向上することを目指している。
スウェーデン (スウェーデン議会)	Vision Zero	ビジョン0	交通事故キャンペーン用語。より安全な運転を促すための基盤となるもの焦点をあてている。
フランス (消防局ホームページ)	Prevention des Risques	リスク予防	市民にとってのリスク (危険) を予防あるいは管理するために、想定される様々な危険性とその対処法について

			種類別に紹介。 危機管理（全般）、洪水、酷暑、厳冬、 天候（特に雪とそれに伴う凍結、嵐）、 テロ、大気汚染、駅の過密（事故等による）、デモ、暴動、爆発、病気（伝染病など）
韓国	特になし		国民安全処が示す「国民行動要領」の中では、「自然災害」（台風・洪水等）、「人的災害」（火災等）と並び、「生活安全」について規定。「生活安全」に関する項目は、水遊び、電気（感電）／ガス、エレベーター、水難／釣り、山歩き／落雷、公演／イベント、遊戯施設、新型インフルエンザ

5. 予防救急に関連する先行事例

（1）大阪市消防局の取組

年間7万件以上の高齢者の救急搬送事案がある大阪市消防局では、平成20年度から23年度にかけて消防庁の研究助成である消防防災科学技術推進制度を活用し、京都大学、大阪大学、近畿大学、及び消防科学総合センターと共同で、救命率の向上を目的として、救急隊の救急活動記録と蘇生統計（ウツタイン統計）を結合し、高齢者等の家庭内での事故を分析してきた。

この分析結果から把握できた家庭内事故の要因を基に、地域住民への広報活動として、平成22年度より「予防救急」というキーワードでポスターやチラシの配布を開始した。

図表 4-9 大阪市消防局が配布した広報用ポスター



(出典) 大阪市消防局

また、平成 24 年度から消防局内に予防救急係を新設し、専任の職員を 3 名配置することで、本格的に予防救急の取組を推進するようになった。平成 24 年に消防庁で実施した応急手当短時間講習普及促進研究事業の中では、ボーイスカウト大阪連盟と協力し、インターネット上で応急手当等の知識をまとめた救命ノートを作成して青少年への普及を図った。

また、同年度から、大阪市消防局の予防救急におけるマスコット犬「ボジョレー」を用いた各種の普及啓発を開始した。予防救急と応急手当をアニメーションで分かりやすく解説するウェブサイトや、冊子やカレンダー等の掲示物を作成し、地域住民に広く配布している。

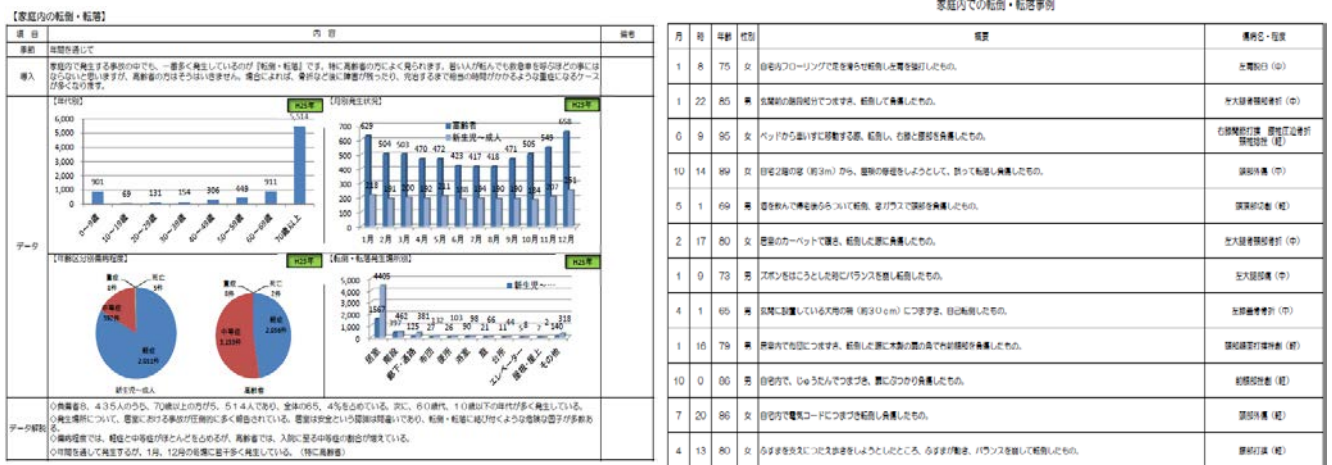
図表 4-10 マスコット犬「ボジョレー」を用いた情報発信の一例



(出典) 大阪市消防局予防救急ウェブサイト (<http://www.119aed.jp/index.html>)

さらに、予防救急係では、消防局内の全職員が市民に対して統一した知識に基づく予防救急啓発が行えるよう、「予防救急広報ガイド」を作成している。同ガイドの中では、管内における事故状況の統計分析結果を掲載しているほか、管内で発生した事例の概要を記録し、事例ごとに指導のポイントや予防方法を消防局内で検討した上で「救急隊から見た感想」として掲載し、地域住民への情報提供の際に活用している。

図表 4-11 家庭内の転倒・転落の統計分析及び事例概要



(出典) 大阪市消防局

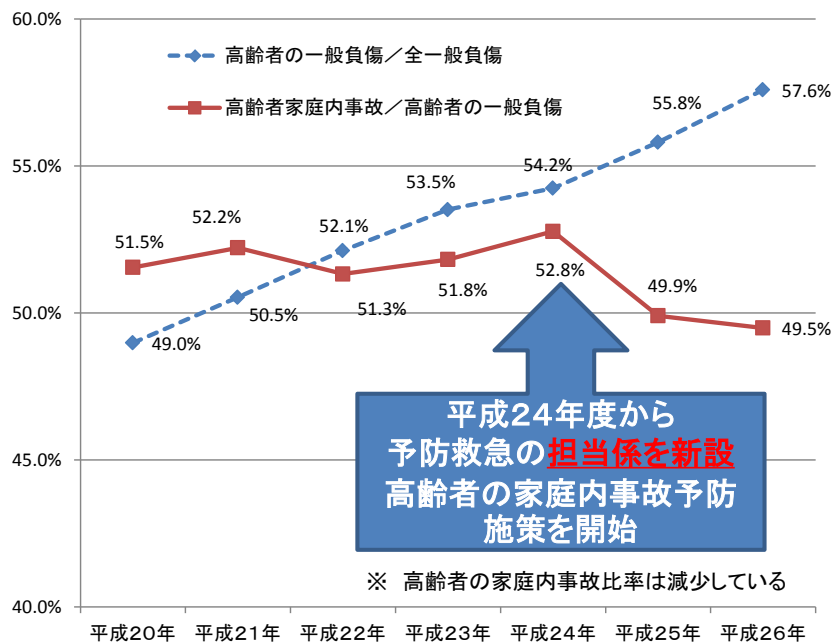
これらの取組の結果、高齢者の一般事故件数は高齢者人口の増加とともに増加しているものの、予防救急の担当係を新設し、局内の職員に対して予防救急普及活動方針を示した平成24年度以降、高齢者の一般事故件数に占める家庭内事故件数の割合は減少傾向にあるなど、予防救急による定量的効果も現れつつある。

図表 4-12 年度別傷病者搬送件数及び現場処置件数

傷病者搬送及び現場処置		平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
全件	救急対象者	23,916	24,450	25,875	27,175	27,743	28,437	29,148
	うち家庭内事故(住宅)	11,070	11,625	12,043	12,816	13,344	12,889	13,087
65歳以上	高齢者の一般負傷(搬送及び現場処置)	11,715	12,356	13,487	14,543	15,049	15,870	16,787
	家庭内事故	6,039	6,452	6,922	7,536	7,942	7,920	8,308
	軽症	2,653	2,856	3,004	3,331	3,576	3,598	3,705
	中等症	2,982	3,042	3,273	3,508	3,595	3,646	3,943
	重症・死亡	121	117	118	89	121	117	128
	現場処置	283	437	527	608	650	559	532

(出典) 大阪市消防局

図表 4-13 年度別 高齢者の一般負傷に占める高齢者の家庭内事故の割合



(出典) 大阪市消防局

(2) 米国における災害・事故対策の取組

① CDC Emergency

米国保健福祉省が所管している疾病対策予防センター (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) では、緊急事態への準備と対応方策 (Emergency Preparedness and Response) を国民に向けて情報提供するためのウェブサイト (<http://emergency.cdc.gov/>) を構築している。

同ウェブサイトでは、自然災害、バイオテロリズム、化学災害、パンデミック感染症、小児虐待、放射線障害といった緊急事態に対してどのように備え、対処するかに関する情報を集約している。また、これらの情報はソーシャルメディアやRSS (ウェブサイトの更新情報を知らせるためのフォーマット) で発信しており、災害発生時だけでなく、日常的な啓発活動としても活用されている。

図表 4-14 CDC Emergency のウェブサイトの一例



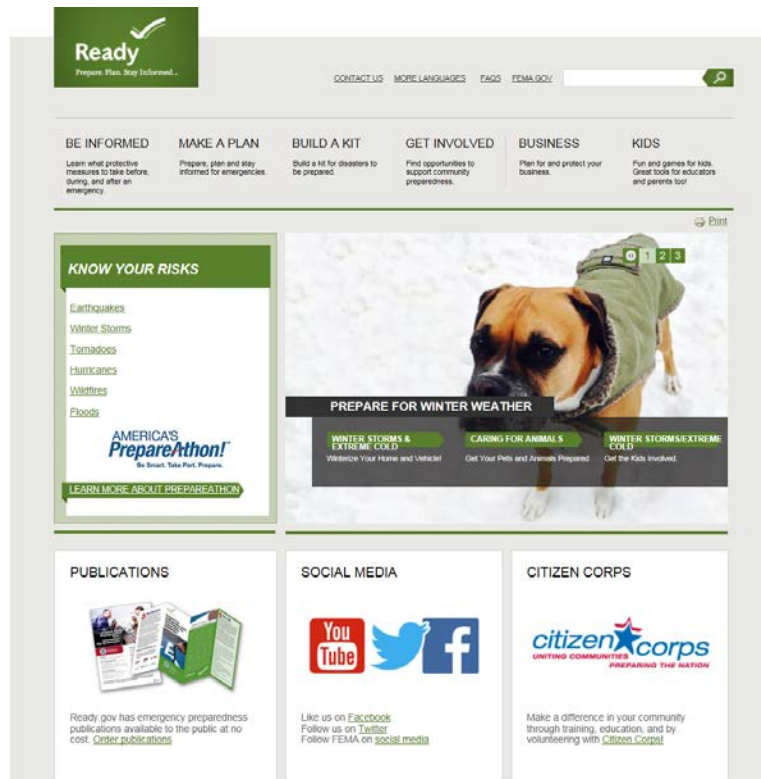
(出典) CDC ウェブサイト (<http://emergency.cdc.gov/>)

② Ready ✓

米国連邦緊急事態管理庁 (Federal Emergency Management Agency: FEMA) のウェブサイト「Ready ✓」(<http://www.ready.gov/>) では、「準備・計画・周知 (Prepare. Plan. Stay Informed.)」というキャッチコピーのもと、災害や事故等の情報提供、予防のための計画策定支援、災害時における必需品に関する解説、コミュニティで行われている参加型イベント等の紹介を行っている。

Ready ✓ の情報発信手段としては、ウェブサイトによる情報提供のほか、個人や団体が対策を進める上でのツールを電子ファイルまたは刊行物で提供したり、ソーシャルメディアによる情報発信を行ったり、コミュニティ内のボランティア等を育成する「Citizen Corp」というプログラムを実施している。

図表 4-15 CDC Emergency のウェブサイトの一例



(出典) Ready✓ウェブサイト (<http://www.ready.gov/>)

6. まとめ

本年度、消防庁にて初めて救急搬送に至る傷病を予防する取組に関する全国的な実態調査を実施したが、既に多くの消防本部が何らかの取組を実施していること、取組の中では地域内の多様な機関と連携していることが明らかになった。実態調査の中で用いた「予防救急」という呼称についての是非はあるものの、同様の概念での取組に対して推進すべきとする意見が多数を占めており、消防庁としては「予防救急」という呼称は別として、各地域の救命率の向上等に資するよう、効果的な取組を全国に情報発信していくことが望まれる。

また、既に実施されている取組の中でも、先進的な事例として取り上げた大阪市消防局の取組では、統計分析により定量的効果も示されていることから、各消防本部においてもこれを参考として、より一層積極的に効果検証や予防の取組を推進することが望まれる。

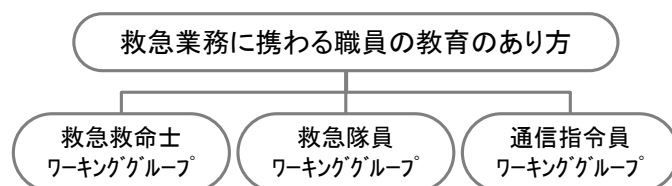
第5章 救急業務に携わる職員の教育のあり方

第1節 はじめに

「平成 25 年度救急業務のあり方に関する検討会」では、「救急業務に携わる職員の教育のあり方に関する作業部会」を設置し、さらに救急救命士、救急隊員、通信指令員と職員の職種に応じた検討班を置くことで、前年度に引き続いて集中的な検討がなされた。各検討班における議論の結果、指導救命士の要件や養成カリキュラム等、役割別に必要な救急隊員の教育項目、「通信指令員の救急に係る教育テキスト」を作成するとともに、救急隊員の生涯教育の全体像を体系的に示した「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver. 1」を策定した。

今年度の検討会では、平成 25 年度までの議論を基にしつつ、さらに踏み込んだ検討を行うために「救急救命士ワーキンググループ」、「救急隊員ワーキンググループ」、「通信指令員ワーキンググループ」を設置した。

図表 4-1 救急業務に携わる職員の教育のあり方 平成 26 年度の検討体制



救急救命士ワーキンググループでは、消防本部の規模に拘わらず指導救命士を養成する体制を構築するため、全国統一の基準となる指導教材として「指導救命士の養成に係るテキスト」の作成を進めた。同テキストは平成 27 年 3 月末現在、編集委員や監修委員によって草案の確認・修正が進められており、本報告書の巻末では概要版を掲載している。

救急隊員ワーキンググループでは、救急隊員の教育の全国展開、及び一定の質が担保された教育の実施を目的として、日常かつ比較的容易に学習を行えるよう「救急隊員教育用動画教材」を作成した。同教材は本報告書の別添として動画形式で提供しており、救急隊員の教育に活用されることが望まれる。

通信指令員ワーキンググループでは、平成 25 年度に作成した通信指令員の救急に係る教育テキスト」を用いた計 7 時間 45 分の教育を 12 のモデル地域で実施し、同テキストの活用が通信指令員の救急に係る教育方法として効果的であることを実証した。今後、同ワーキンググループで示された通信指令員の救急に係る教育モデルが、より多くの地域で実施されることが期待される。

本章は 3 節からなり、ワーキンググループごとに検討内容を取りまとめている。

○第5章：救急業務に携わる職員の教育のあり方

- ・第1節：救急救命士ワーキンググループ
- ・第2節：救急隊員ワーキンググループ
- ・第3節：通信指令員ワーキンググループ

○別添

- ・指導救命士の養成に係るテキスト 概要版
- ・救急隊員教育用動画教材

消防機関においては、各ワーキンググループでの検討結果や別添資料を参考にしながら、救急業務に携わる各職種の職員に充実した教育の機会を提供し、さらに質の高い救急業務を遂行できるよう、より一層の教育体制の整備を図られたい。

なお、今年度は消防機関に属する職員を対象にした教育体制の整備について検討を進めたが、質の高い救急業務の遂行という観点からは消防機関の外にいる人材の活用も論点となる。

救急救命士の資格が創設されてから20年以上が経過し、現在、消防機関に属さない、又は退職した救急救命士有資格者の人数が増加しており、その数は平成26年4月1日現在で約18,000人となっている。

救急需要が増大を続ける一方で消防機関の人員には限りがある中、こうした有資格者を有効に活用することができれば、救命率の向上と一般市民の安全・安心の確保に、一層資する救急業務の体制を構築できる。

そのため、今後、消防機関に属さない救急救命士有資格者と消防機関の連携方策について検討を進めるとともに、消防機関において連携の担い手となる人材の再教育のあり方を検討する必要があると考えられる。

第2節 救急救命士ワーキンググループ

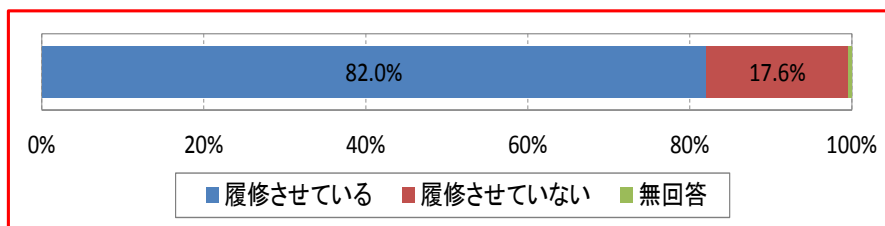
1. 背景等

(1) 検討の経緯

救急救命士制度創設から20年以上が経過し、豊富な経験を有するベテランの救急救命士が育ってきたことで、「救急救命士が救急救命士を指導する」といった人材の育成が図られ、平成26年度の実態調査においては219消防本部で指導的立場の救急救命士の運用が進められていることが明らかになっている。

救急業務は、予期せぬ事態が生じ混乱している現場で、搬送を見据えつつ、限られた時間で実施しなければならず、医療機関内とは異なる特殊な環境で行われる。医療に関する知識や技術を学ぶことは当然としてもそれだけでは不十分であり、知識や技術をどう救急現場に適合させるか等、現場での経験を持つ者同士で話し合うことでより効果的に学習を進められる事項が多くある。そのため、医療関係者に加えて、救急業務の特性を十分に理解している経験豊富な救急救命士が救急隊員の教育や救急救命士の育成に参加することは、救急業務の質の向上と国民の信頼の確保につながる。運用救命士の再教育においても、経験豊富な救急救命士に期待される役割は大きい。職員数200名未満の消防本部を中心に2割弱の消防本部が運用救命士の再教育の実施に困難を抱えている。その理由の1つには現場で再教育を実施できる人材がおらず、2年間で80時間以上の日常的な教育の担保が難しいことがある。この点、経験豊富な救急救命士に指導者としての位置づけを付与することで、確実な再教育の履修に寄与できると考えられる。

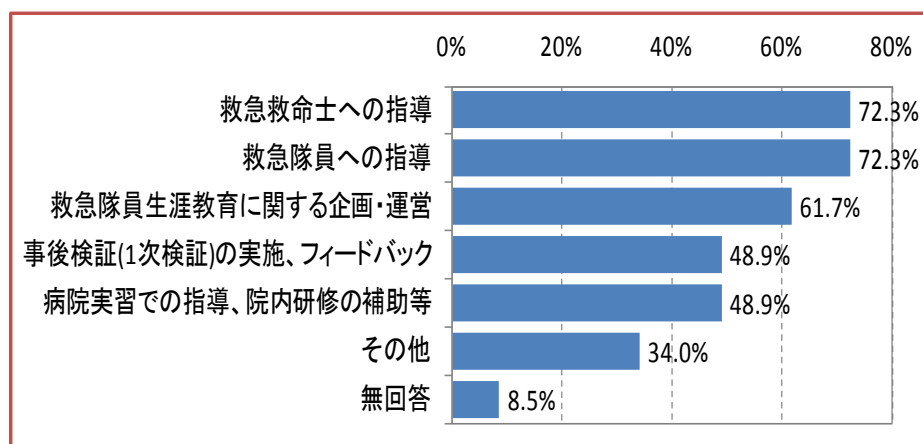
図表 4-2 運用救命士の再教育(2年間で128時間以上)の履修状況(消防本部 n=751)



再教育における病院実習についても、経験豊富な救急救命士が医療機関等との調整を担うことで、教育環境の質が向上できると考えられる。例えば、経験や技量に応じた実りある実習を実現するためには、受入医療機関との調整がきわめて重要である。経験豊富な救急救命士が運用救命士の評価や受入医療機関との実習内容の調整に関与することで、効果的な実習計画の策定が期待できるとともに、連絡体制の明確化により受入医療機関の負担を軽減できる可能性がある。

実際、指導救命士制定後、都道府県メディカルコントロール協議会を対象に行われたアンケートでは指導救命士に期待する役割として、救急救命士や救急隊員への指導が多くあげられている。

図表 4-3 指導救命士に期待する役割（都道府県 MC n=47 複数回答）



こうした背景のもと「平成 24 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」では、指導的立場の救急救命士に関して、必要性、求められる役割、求められる指導的立場の救急救命士像が示された。

また、平成 24 年度の検討を受け、「平成 25 年度救急業務のあり方に関する検討会 報告書」では、名称、要件、養成カリキュラム等が示された。

図表 4-4 指導救命士に関するこれまでの検討の経緯

年度	内容
平成 24 年度	指導的立場の救急救命士の必要性、求められる役割、求められる指導的立場の救急救命士像
平成 25 年度	名称、要件、養成カリキュラム、インセンティブ、活躍の場（役割）、生涯教育の指針

これらを踏まえ「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver. 1」内では、指導救命士について、その位置づけ、要件等が取りまとめられるとともに、各消防本部における指導救命士を中心とした教育体制の構築の必要性が示された。

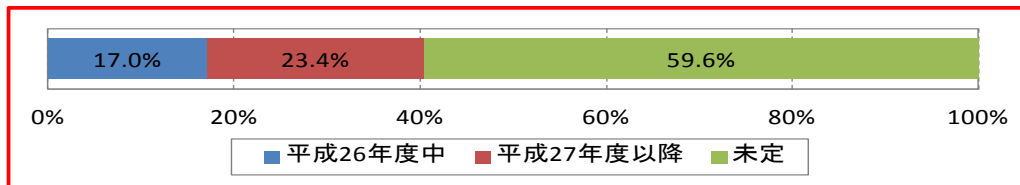
また、消防庁は「救急業務に携わる職員の生涯教育のあり方について」（平成 26 年 5 月 23 日付消防救第 103 号救急企画室長通知）を発出することで、全国で積極的に指針に基づく指導救命士を中心とした教育体制が実現されるよう周知を図ってきた。

（2）課題

「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver. 1」や「救急業務に携わる職員の生涯教育のあり方について」を受け、都道府県メディカルコントロール協議会では

認定に向けた検討が進んでおり、認定の開始時期が予定されている都道府県 MC 協議会が全体の約 4 割を占めている。

図表 4-5 指導救命士の認定の予定（都道府県 MC n=47）



他方で、認定の対象となる指導救命士の養成体制に目を向けると、消防大学校や救急救命九州研修所といった先進的な教育機関では指導救命士の養成に向けたコースが開始されているものの、多くの教育機関ではまだ十分な対応ができていない。また、全国の約 7 割の消防本部においては指導的立場の救急救命士の運用がなされていない現況に鑑みると、多くの消防本部において指導救命士の養成は新規に検討を開始する事項であり、今後の課題となると考えられる。

上記のとおり認定に向けた検討は進んでいる一方で養成が十分に進んでいない状況の中で、指導救命士の養成体制の構築は急務である。構築に当たっては、全国で質の担保された救急業務が行われることを目的として、消防本部の規模に拘わらず指導救命士が配置できるような体制を目指すべきである。そのため、カリキュラムをより具体的な教育内容へと展開した全国統一の基準となるテキスト等の指導教材を進める必要がある。また、都道府県単位での集合研修の担い手である全国の消防学校からも、指導救命士の養成に係るテキストの作成が求められている。

2. 今年度の検討事項

(1) 検討内容

指導救命士の養成の全国展開と指導救命士の全国運用に向けて「指導救命士の養成に係るテキスト」（以下、「テキスト」という。）の作成を進めた。

「平成 25 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」で示されたカリキュラムに従い、指導救命士として必要なスキルである「知識」「技術」「指導」「連携」の 4 つについて、具体的な教育項目毎に学習の必要な事項について検討した。

現在は、執筆者である 8 名の救急救命士、編集委員、監修委員による確認・修正が進められている。作業の途中段階であるが、骨子版を巻末に示した。

(3) 今年度の検討体制

主な読者として想定される救急救命士にとって分かりやすく、また、現場の実情を十分に反映したテキストを作成するべく、これまでの救急業務に係る多くのテキストと異なり、現場で活動する救急救命士自らがテキストを作成し、それを有識

者や医療関係者が確認する形式をとった。

テキスト案は8人の経験豊富な救急救命士が中心となって作成した。執筆者は4名の指導的立場の救急救命士と4名の管理的立場の救急救命士から構成され、指導救命士と救急救命士が組となり、各スキルを担当し、教育項目を執筆した。

その上で、医療関係者による編集体制を構築した。編集体制は、当初は、医師及び指導救命士養成機関による編集を想定していたが、検討を進める中で、より良く、また、幅広い関係者が利用できるテキストを作成するために医学的見地から多角的に確認することが望ましいため、日本救急医学会及び日本臨床救急医学会の医師による監修を加え、体制の充実を図った。

3. 指導救命士の養成に係るテキストの概要

(1) 特徴

指導救命士の養成に係るテキストの作成に当たっては、全国での統一した水準を確保する必要がある点に加えて、救急救命士の生涯教育に資するものでありたいとの考えから、下記のような特徴を持つテキストの作成を目指した。

図表 4-6 指導救命士の養成に係るテキストの特徴

- ・受講者と指導者が共に活用できるテキストであること。
- ・全国で質の担保された、一定の教育ができるようにすること。
- ・内容は、指導救命士の養成のためだけではなく、生涯教育を展開する中で参考書として活用できるものとする
- ・項目毎に、到達目標が示されていること。
- ・ノウハウ・コツなどが記載されていること。

(2) テキストの構成

テキストは指導救命士養成カリキュラムの100時限を踏まえ、基本となる考え方や方法について記載している。養成の現場においては、本テキストをそのまま活用するのではなく、本テキストに示した考え方を参考に各地域の実情に沿った研修計画を作成することを想定している。

作成中のテキストの目次構成は以下のとおりである。4つのスキル別に各教育項目について内容が整理されている。

図表 4-7 指導救命士の養成に係るテキストの目次構成

- I 知識
 - ・医学と教育：救急隊員のための医学概論
 - ・消防行政：救急業務と関係法令
 - ・救急実務：消防組織とメディカルコントロール
 - ・救急実務：救急隊長実務

- ・救急業務の研究：救急業務と統計学

II 技術

- ・現場活動総論：救急活動技術
- ・救急活動各論：基本手技の確認
- ・救急活動各論：安全管理・観察・処置
- ・救急活動各論：接遇要領
- ・救急活動各論：救急現場学（経験的知識・技能・対応）の構築

III 指導

- ・教育概論：成人教育法
- ・教育技法：評価技法
- ・教育技法：コミュニケーション技法
- ・教育技法：プレゼンテーション技法
- ・教育技法：事例提示技法

IV 連携

- ・救急救命士の再教育：症例検討会の計画と運営
- ・救急救命士の再教育：対象者の習熟度に合わせて病院実習カリキュラムの作成
- ・救急救命士の再教育：実践技能コースの計画と連携
- ・救急救命士の再教育：集中講義の計画と連携
- ・救急活動事後検証：救急活動事後検証のあり方（検証結果とフィードバック）

各教育項目において、カリキュラムで提示された「到達目標」にたどり着くための「ポイント」やその項目を学習する「ねらい」を整理している。また、効果確認や総合シミュレーションについては、細かく確認方法を記載するのではなく、生涯学習に資するテキストとして活用してほしいとの考えから、更なる学習に向けた論点や救急隊員間での活用イメージ等を整理しようとしている。

詳細については、骨子版を参考資料として本報告書末尾に掲載している。

なお、指導救命士は、メディカルコントロール体制の中で医師と連携して救急業務を指導する者であることから、教育の内容は、地域におけるメディカルコントロール協議会や救急医療体制の状況を踏まえたものであるべきであり、教育計画の検討に当たっては、メディカルコントロール協議会と協議・調整し進めることを想定している。

4. 今後の展望

平成 27 年度以降については、指導救命士を養成する体制の確立に向け、まずは本年度の検討を継続し、引き続きテキストの確認作業を進め、監修を含めた内容の精査を行い、全体版を完成させることが必要である。その上で、テキストを基に各消防本部において、地域特有の事情を反映した教育が実施できるように、テキスト

の活用方法や地域事情の反映方法について検討するとともに、各消防本部へ情報提供を行うことも考えられる。

他方で、指導救命士の認定について目を向けると、検討は進んでいるものの、平成 26 年度中の開始を予定している協議会は全体の 2 割に届かず、また全体の半数以上の協議会が認定時期は未定である。そのため、少しでも早い全国での認定開始の実現に向け、各協議会の実態を把握した上で、必要に応じ支援を行う等の対応をとることが望ましい。また、指導救命士制度の普及、認定者数の増大に向け、都道府県メディカルコントロール協議会に限らず地域メディカルコントロール協議会や消防本部についても、救急救命士が位置づけられてから 1 年が経過する中で、まずは実態を把握する必要がある。そのため、各消防本部やメディカルコントロール協議会へのアンケートやヒアリングを通じ、指針への対応実態、指導救命士配置の効果、実施上の課題や論点等を把握するとともに、必要に応じ、対応方策を検討する。

こうした養成体制の確立や全国への普及に向けた取り組み等を通じ、将来的には、指導救命士が規模に拘わらず全国の各消防本部に配置され、救急隊員の教育において核となる役割を果たしている状況の実現を目指す。指導救命士が救急救命士や救急隊員それぞれの能力向上に、また、医療機関をはじめとする関係者との連携促進に貢献することで、今よりも更に質の高い救急業務を市民に対して提供することができる。

第 3 節 救急隊員ワーキンググループ

1. 背景等

(1) 検討の経緯

救急隊員の資格を有する職員の教育のあり方について、これまで消防庁では、旧救急Ⅱ課程や救急科、救急隊員による応急処置の実施可能範囲の拡大等のトピックスに合わせて、各消防本部において救急隊員への教育訓練の充実を求める通知等を発出することでその必要性を示してきたところである。

しかしながら、教育に係る時間やプログラム等、具体的な内容については地域によって様々であり、全国で一定の質が担保された教育が実施されているとは言い難い状況にある。例えば、運用救急救命士についてはこれまで再教育に必要な時間数やプログラム等が具体的に策定されてきたが、救急隊員については教育の必要性やその充実強化のあり方等が示されてきたものの、実際には各消防本部に任されている状況にある。

このような中、消防庁では「平成 22 年度救急業務高度化推進検討会報告書」の中で、「全国で質が担保された救急活動を行うため、救急隊員に必要な知識・技術

の水準を示した標準的カリキュラムの策定が必要である」ことを提言し、平成 24 年度には「救急業務に携わる職員の教育のあり方に関する作業部会」を設置して、救急隊員の教育管理、教育内容、教育時間数、具体的なカリキュラム等を提示した。さらに、平成 25 年度にも同作業部会を継続して設置するとともに、救急隊員に必要な教育内容を役割別（新任、兼任、現任、隊長）に整理し、それぞれに必要な教育内容、関係様式を策定した。これらは「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver.1」（以下、生涯教育指針という。）として取りまとめられ、また、「救急業務に携わる職員の生涯教育のあり方について」（平成 26 年 5 月 23 日付消防救第 103 号救急企画室長通知）を発出することで、全国で積極的に指針を活用した教育が実施されるよう周知を図ってきた。

図表 4-8 救急隊員の教育に関するこれまでの検討の経緯

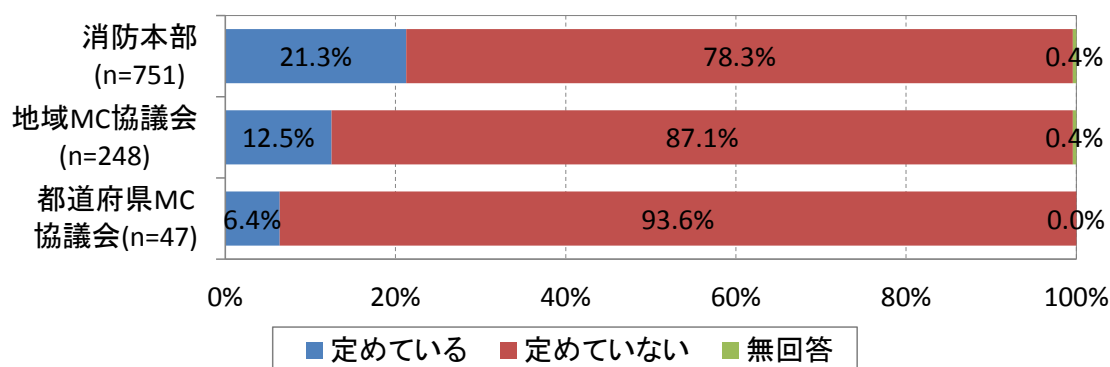
年度	内容
平成 22 年度	「全国で質が担保された救急活動を行うため、救急隊員に必要な知識・技術の水準を示した標準的カリキュラムの策定が必要である」と報告書で提言
平成 24 年度	教育管理、教育内容、教育時間数、具体的なカリキュラムの提示
平成 25 年度	各役割別（新任、兼任、現任、隊長）に必要な教育内容、関係様式の策定、指針の発出

（２）課題

上記のように、消防庁では全国で一定の質が担保された教育が実施されるよう検討及び周知を図ってきたが、救急隊員の教育に係る年間計画（教育時間数を含む）の策定状況を見ると、教育の実施率としては決して高い割合とは言えないのが実情である。

本年度実施した「救急救命体制の整備・充実に関するアンケート調査」では、救急隊員に関する年間計画（教育時間数を含む）を「定めている」と回答した消防本部は 21.3%、地域メディカルコントロール協議会は 12.5%、都道府県メディカルコントロール協議会は 6.4%だった。救急隊員の教育については、消防本部単位での実施が主となっているが、その割合は過半数を大きく下回っている。

図表 4-2 救急隊員の教育に関する年間計画の策定状況



このように、多くの地域で年間計画の策定が進んでいないことに対し、「平成 25 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」では、救急隊員が受講したい時にいつでも受講でき、人的・財政的制約が少なく繰り返し受講が可能な教材である e ラーニングに着目し、優れたコンテンツを全国の消防本部に共有することを提言している。同報告書の中では、全国で 145 消防本部が何らかの形で e ラーニングを活用していることが明らかになった。

ただし、地域間で救急業務プロトコルが異なっていること、救急救命士を対象とした教材（特定行為の手技等）が充実している一方で救急隊員を対象とした教材が不足していること等の指摘もあった。

2. 今年度の検討事項

(1) 教育用動画の作成

全国で救急隊員を対象として一定の質が担保された教育が行われるためには、全国で活用が可能な教材を作成し、消防本部の地域性や規模の大小に関わらず、日常かつ比較的容易に学習を行える環境を整備する必要がある。この点で、e ラーニングのコンテンツは救急隊単位であっても消防署所等の各現場で活用でき、受講者自身のペースで反復的に受講可能なことから、全国で活用する教材として最適である。

そのため、消防庁では、教育用動画教材を作成して全国に配布し、各現場において教材が活用されることにより、救急隊員の教育の全国展開、及び一定の質が担保された教育の実施を目指すこととした。

なお、本ワーキンググループで実際に作成した「救急隊教育用動画教材」については、別添を参照されたい。

(2) 教育用動画の活用方法

前述のように、一部の消防本部では、教育の一環として教育用動画教材を活用していることが明らかになっている。ただし、その中で救急隊員を対象とした教材

があるかどうか、またある場合にはどのような教材が作成され、どのような方法で所属救急隊に共有され、またどのように各救急隊員が活用しているかについては明らかになっていない。

本ワーキンググループで作成する教育用動画教材が効果的に全国で活用されるためには、コンテンツの作成だけでなく、各消防本部が教材を活用する際の参考となるような奏功事例を示すことも重要である。このため、救急隊員を対象とした教育用動画教材を作成し、生涯教育の一環として活用している消防本部の事例を把握し、教材の活用のポイントを整理した。

3. 教育用動画教材の概要

(1) 教材の作成にあたって

① 作成方針

本ワーキンググループでは、救急救命士以外の救急隊員への教育用動画教材を作成することを目的としている。生涯教育指針では、救急隊員の役割別（新任、兼任、現任、隊長）に必要な教育項目が示されているが、教育用動画教材として全国に配布することを踏まえ、新任隊員の早い段階での教育が求められる項目や、救急救命士との連携や隊の中での連携を要する項目の教育用動画教材を作成することが望まれる。

具体的には、生涯教育指針の教育項目の中から、以下の4つの基準に基づき教育用動画教材を作成する項目を選択した。

- ・ 頻繁には遭遇しないが重要なもの
- ・ 救急救命士が介助を要するもの
- ・ 処置範囲拡大の対応に関するもの
- ・ 消防本部において研修が難しいもの

なお、「緊急度判定プロトコル Ver.1」のうち「救急現場」を活用し、救急現場での緊急度・重症度判断要素を含むものについても教育用動画作成の必要性が高いとされ、緊急度判定プロトコル内に記載がある症状等についての動画を収集し、緊急度の見落としをなくすスキルを身につけるための教育に資する教材を作成すべきとの意見もあった。しかしながら、医療機関の協力を得て該当する症状等の動画の収集を試みたが、患者の個人情報保護等の観点から、教材の作成に使用できる動画が入手できなかったため、教材の作成は見送ることとした。今後、救急隊員への教育において、患者の個人情報等の課題を解決し、医療機関内で撮影される動画を使用できる体制が整えば、救急隊員の教育の一層の充実を図ることができる可能性が高いものと思われる。

② 教材の構成

教育用動画教材は、大きく 4 つのチャプター（章）で構成される。このうち、チャプター4は4-1と4-2の2種類に分けられる。

図表 4-3 教育用動画教材の構成

チャプター名	タイトル	時間
チャプター1	喉頭展開・異物除去	〇分〇秒
チャプター2	気管挿管	〇分〇秒
チャプター3	心肺停止前の静脈路確保及びブドウ糖溶液投与	〇分〇秒
チャプター4-1	接遇（講義編）	〇分〇秒
チャプター4-2	接遇（シナリオ編）	〇分〇秒

チャプター4-1以外のチャプターは想定シナリオに基づいたストーリー形式で進行し、救急隊による傷病者の観察、本人や家族へのインフォームドコンセント、応急手当や特定行為等の手技と連携等を撮影している。特に救急隊員にとってポイントとなる部分には、字幕を表示したり解説を付記したりすることで強調するとともに、各チャプターの末尾にふり返しとして再度掲載している。

また、チャプター4-1は講義スライドに基づくナレーション形式で進行し、接遇の必要性や基本、留意点等を解説している。また、講義スライドの中にはケーススタディを取り入れており、教材を一時停止することで、救急隊員同士でケースに関するディスカッションを行いながら学習できる構成となっている。

③ 体制

本ワーキンググループでは、ワーキンググループ長及び総括として救急科の専門医に参画を依頼し、医学的見地からの監修を受けた。

また、各チャプターの想定シナリオの作成担当者及び演者として、日常的に現場で救急隊員の指導にあっている指導救命士や救急救命士、消防学校の教官に参画を依頼した。その際、地域間で救急業務プロトコルが異なることに留意し、地域や消防本部の規模のバランスにも配慮した。

(2) 各チャプターの概要

① 喉頭展開・異物除去（チャプター1）

喉頭展開とそれに引き続く異物除去の応急処置は、救急隊員にとって日常の救急業務の中で頻繁に遭遇する事案ではないが、迅速かつ的確な対応が

必要とされる重要な処置の1つである。もし救急隊員が不確実な処置を行ってしまった場合は、傷病者への合併症のおそれがあるため、救急隊員は日頃から十分に手技を習熟しておくことが求められる。

今回作成した教育用動画教材では、気道異物症例に対する喉頭展開及び異物除去における、喉頭鏡、マギール鉗子の使用、救急隊員間での連携要領などを中心に学習できるよう、想定シナリオを作成した。

＜チャプター1のポイント＞

- ①家族へのインフォームドコンセント
→傷病者の状態や処置の内容と効果を簡潔・的確に伝えるため。
- ②喉頭鏡のブレード確認、照射確認、渡し方及び正しい使用方法
→喉頭鏡は左手で根元近くを持ち口腔内に挿入後、絶対にこね回してはならない。歯牙や口腔内損傷の原因となる。
隊長の手を保持し（支点をとることで渡しても手がぶれない）喉頭鏡を渡す。
- ③マギール鉗子の使用方法及び渡し方
→マギール鉗子は右手の拇指と環指を入れ示指を視点にし、異物を確認したら、視線を外すことなく補助者からマギール鉗子を受取る。
マギール鉗子の先端は、目標物に達するまで閉じておく。この際、補助者が右口角を手前に引くとマギール鉗子を挿入しやすい。
隊長の手を保持し（支点をとることで渡しても手がぶれない）渡し方は隊長の指に鉗子を入れたり、隊長の手の平に鉗子をパチンと当て、隊長自らが指を入れる等、やり方は様々。
- ④吸引器の準備
→マギール鉗子で除去できない異物もあるため、必ず吸引器を準備しておく。
- ⑤胸骨圧迫の中断
→原則として口腔内にブレードが挿入されている間も胸骨圧迫は継続するが、安全に操作できない場合は胸骨圧迫を中断する。
- ⑥次に使用するのに備え、常に資器材は清潔に保つ

図表 4-4 チャプター1の映像例



② 気管挿管（チャプター２）

心肺停止の事案は、資器材の準備を含めて、救急隊の業務の中でも特に迅速な対応が必要な処置である。このうち、気管挿管は救急救命士が手技を実施するものだが、同時に救急隊員による補助を要するものでもあり、補助にあたる救急隊員には迅速な資器材の準備と適切な補助の実施が求められる。

本教材の中では、救急救命士による気管挿管の一連の手技を紹介しながら、その中で救急隊員が対応すべき気管チューブの受け渡し、確認要領、補助の要点を学習することを意図した。

<チャプター２のポイント>

①気管挿管に必要な器具と準備

→気管挿管を適切に迅速に実施するため。

スタイレット、気管チューブ、専用固定器具、喉頭鏡、シリンジ(10mL)、潤滑ゼリー、滅菌ガーゼ、聴診器、呼気二酸化炭素モニター、食道挿管検知器、イージーキャップⅡ、吸引器、口腔内吸引カテーテル、気管吸引カテーテルの確認と準備。

②気管挿管の介助

→気管挿管の手順を理解し処置の補助を行うため。

喉頭鏡を渡すときはハンドルが足側、ブレードが下に向くように渡す。

気管チューブを渡すときは気管チューブの上部を持ち、実施者が中央付近をパイロットバルーンと一緒に持てるように渡す。補助者は右口角を引くと実施者の視野が広がる。

気管チューブ挿入時は隊長の合図で胸骨圧迫を中断する。

スタイレットを抜去するとき、補助者は片手で気管チューブを保持し、反対の手でスタイレットを保持し抜去する。

抜去された喉頭鏡は再使用の可能性があるため、不潔にならないように保管する。

③気管挿管後の確認方法を理解する

→安全で確実な処置を行うため。補助者はタイミングを合わせて、チェストピースを聴診する部位に当てる。

補助者はエアウェイチェッカーを隊長に渡してバックバルブを外す。

補助者は、カプノメータのサンプリングチューブまたはセンサーを準備し、呼吸回路に接続する。

イージーキャップをバックバルブに接続する。実施者がエアウェイチェッカー離脱後にバックバルブに接続したイージーキャップをチューブに接続する。

補助者はタイミングを合わせて、チェストピースを聴診する部位に当てる。

補助者は専用固定器具で気管チューブを固定する。

補助者は枕を外した後、固定器具のベルトを再度締め直す。

図表 4-5 チャプター 2 の映像例



③ 心肺停止前の静脈路確保及びブドウ糖溶液投与（チャプター 3）

平成 26 年 4 月の救急救命士の行う救命処置の範囲拡大により、救急救命士はメディカルコントロール医師の具体的指示のもと、心肺停止前において

も静脈路確保を行うことができるものとされた。これにより、静脈路確保及びブドウ糖投与の手技を実施する機会が増えると考えられることから、救急隊員にとっても救急救命士の手技実施中における補助に関し一層習熟することが求められている。

また、心肺停止前の静脈路確保に先立って行う血糖測定の手技は、救急隊にとってこれまでにない新たな手技であり、適用となる症例の理解や留意すべき点も十分に理解する必要性が高い。

そのため、本教材では血糖測定、静脈路確保、ブドウ糖溶液投与の各手技を解説するとともに、留置針の取扱いや傷病者の逃避行動など、安全管理面での理解の向上にも資する想定シナリオを作成し、救急隊員としての補助について総合的に学習できるよう工夫を行った。

<チャプター3のポイント>

◇血糖測定

①血糖測定とブドウ糖溶液の投与の適応を示す

→救急隊員でも、それぞれの適応を理解することで、次に何が必要となるか理解できる。

②穿刺時の腕の逃避反応には十分注意する

→逃避反応による傷病者及び隊員の負傷防止のため。

◇特定行為指示要請、静脈路確保及びブドウ糖溶液投与

①資器材準備から静脈路確保・ブドウ糖溶液投与完了まで必要な清潔操作を心掛ける。

→無菌の体内へ留置針や薬剤を投与するため。

②針刺し事故防止の徹底

→心肺機能停止前の傷病者であるため、体動などにより針刺し事故の危険性が高まるため。

対策として 1) 標準予防策、2) 穿刺を行う際の隊員への周知、3) 針刺し防止機能付き留置針の使用、4) 適切で速やかな留置針の廃棄、5) 日頃の訓練、6) 上肢（四肢）の保持。

③ブドウ糖溶液投与後の意識回復時に、不穏状態となり体動が激しくなる場合があるので注意する。

→体動による傷病者及び隊員の負傷防止並びに輸液ラインの抜け防止のため。

④針刺し事故発生時の対応を説明。

→針刺し事故発生時の直後の対応は、全ての救急隊員が理解しておくべき重要事項であるため。

⑤資器材撤収時の確認の徹底

→留置針など事故に繋がる危険な資器材を現場に放置（置き忘れ）しないようにするため。

図表 4-2 チャプター3の映像例

④ 接遇（チャプター4-1及びチャプター4-2）

本教材の中で、特定の手技や介助の方法ではなく、救急隊の行動の指針ともなる「接遇」を取り上げた背景としては、救急活動が人と人との関わりの中で行われるものである、という理由による。救急隊がたとえ傷病者に適正な処置をしたとしても、接遇面で不適切な対応があった場合は、救急活動の円滑な遂行に支障をきたし、結果としてマイナスとなる可能性がある。

このように、「接遇」は救急隊員として基本かつ重要なスキルであるとの認識はなされているが、各消防本部における研修の実施は難しいとの意見が挙げられている。そのため、本ワーキンググループでは、講義形式によりポイントを整理した教材をチャプター4-1、主な接遇のポイントを想定シナリオに取り入れたストーリー形式の教材をチャプター4-2として、全国の救急隊員に救急現場での接遇を学んでもらえるようにした。

＜チャプター4のポイント＞

◇チャプター4-1（講義編）

- ①接遇に関する基本事項を確認
- ②救急活動ならではのポイントを認識
- ③活動場面ごとの留意事項
- ④ケーススタディによるイメージトレーニング

◇チャプター4-2（シナリオ編）

- ①話し方、節度ある動作、身だしなみ
- ②傷病者及び関係者の心情を理解し、思いやりのある言動
- ③説明と同意のタイミング
- ④傷病者及び関係者に安心や信頼を与えるような言動
- ⑤安全に配慮することも接遇のひとつ

図表 4-9 チャプター4-1の映像例

図表 4-10 チャプター4-2の映像例

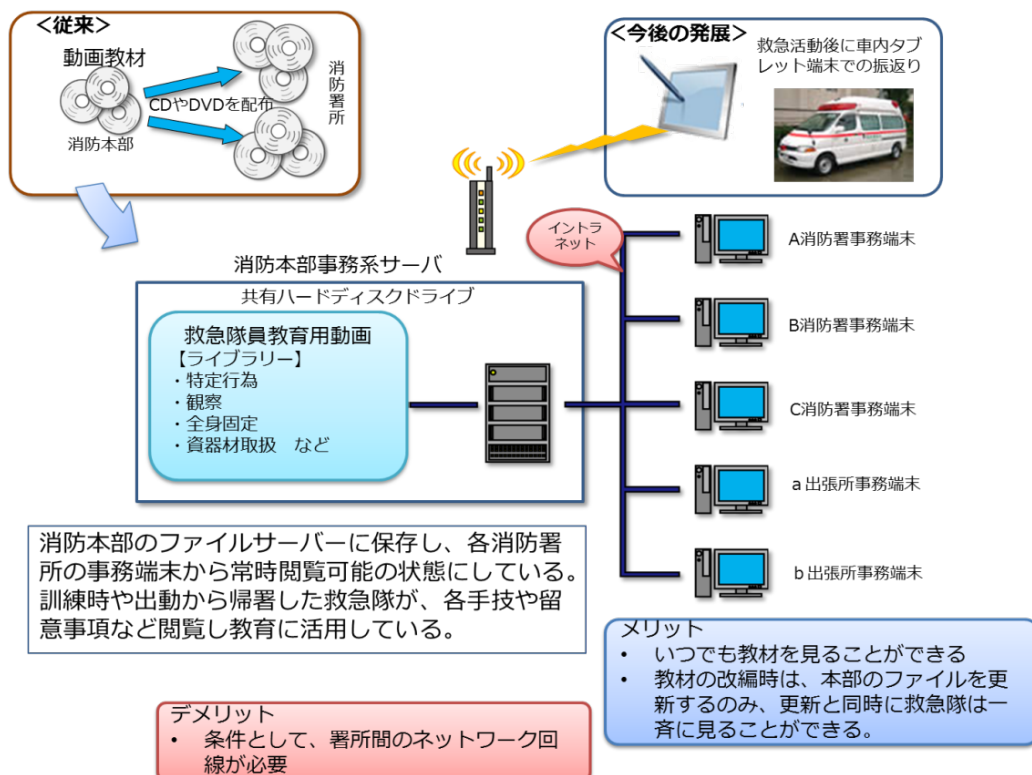
4. 教育用動画の活用例

(1) 消防本部内のネットワークを利用した活用例

東大阪市消防局では、平成 26 年 4 月の救急救命士処置拡大や隊員間の連携で重要となる処置などに関し救急隊教育用に独自に動画を作成している。作成した動画データは、消防本部のファイルサーバーに保管しており、各消防署所に配置されている既存のパソコン端末から、各救急隊員がいつでも閲覧可能な環境としている。

この方法では、プロトコールの改正などで動画ファイルを更新した場合でも消防本部のファイルサーバーに保管した動画データを更新するだけで、救急隊全体に一斉に共有が図られ、従来のように DVD をコピーして配布するより効率が良いと考えられる。また、利用する側の救急隊もすぐに新しい内容を確認できるメリットや業務の空いた時間に容易に見ることができるなどメリットがある。さらに、ネットワーク上のファイル共有では、そのシステム構成によっては、医療機関情報収集用に救急車内に積載したタブレット型情報端末などでの閲覧も可能であり、医療機関収容後、救急活動を終えてすぐにその活動を振り返っての教育にも活用が期待される場所である。

図表 4-6



(2) 地域メディカルコントロールにおける活用例

栃木県メディカルコントロール協議会小山・芳賀地域分科会では、ホームページを設置し、各種プロトコルや再教育の資料を掲示して、各救急隊員に情報共有を図っている。その一部に、独自に作成した教育用動画ファイルを配置し閲覧可能としており、インターネットを介して救急隊員の教育に活用されている。



5. まとめ

本ワーキンググループでは、生涯教育指針における救急隊員の教育項目の中で、救急現場では頻繁には遭遇しないが特に重要性の高い症例、隊の中での連携や救急救命士への補助を要する手技等を取り上げ、救急救命士以外の救急隊員（救急科修了者（旧標準課程及び旧Ⅱ課程修了者含む。））の新任隊員や現任隊員に向けた教育用動画教材を作成した。

今回作成したように、生涯教育指針における救急隊員の教育項目をすべて網羅し、動画教材がライブラリー化されて全国で共有されることが望ましいが、各地域におけるプロトコルの違いなどから、教育項目全てを標準化して全国共通の動画教材とすることは難しいと考える。このこと踏まえると、地域のメディカルコントロール協議会の中で消防本部が共同するなどして動画教材を作成することや医師等による各種研修会や講習会の映像を動画教材として取り扱うことでより地域において教育教材が充実していくものと考えられる。消防庁としては、今回作成した動画教材を消防庁の「e-カレッジ」で活用するなどして共有を図り、消防本部での利便性を高めていく必要があると考える。各消防本部においては、生涯教育指針のチェックシートを参考に、年間計画を策定するとともに、動画教材などを活用して一

層の救急隊員の教育を推進することが望まれる。

今後も消防庁では、全国において一定の質が担保された救急隊員の教育が実施され、救急隊員の能力向上と質の高い救急活動に繋がるよう、救急隊員の教育に関する全国の実態を把握しつつ、最新の課題を見極めていく必要があると考える。

第4節 通信指令員の救急に係る教育ワーキンググループ

1. 背景等

(1) 救急に係る通信指令の現状

119番通報は消防本部庁舎などに設置されている指令管制室（通信指令センター）で通信指令員（以下、「指令員」という。）が受信する。指令員は災害地点や災害状況の聞き取り、必要部隊への出動指令、無線交信等の役割を担うが、その多くが救急に関する通報に対応している。

救急出動件数に関しては、様々な要因を背景に、その需要は今後とも増加するものと予測されており、今後、指令員についても救急に関する対応が増加することが見込まれる。

また、指令員は、救急隊が現場に到着するよりも早く、119番通報の電話により市民に対して応急手当の指示を行うことができ（「口頭指導」の実施）傷病者の心臓と呼吸が止まってしまった場合では、119番通報から救急車が到着するまでの間、市民による応急手当の実施の有無が救命率に大きな影響を与えることは実証されており、救急現場に居合わせた市民に口頭指導を行う指令員の役割は非常に重要なものとなっている。

一方で、指令員は、消防本部の規模により勤務形態やその資格も様々であることから、指令員に対する救急に係る教育は十分に実施されているとは言い難く、全ての指令員が一定の救急に関する知識や技能を備えておくことが求められている。

(2) これまでの検討経過

これらのことを背景として、「平成24年度救急業務のあり方に関する検討会「救急業務に携わる職員の教育作業部会」」において、医学的根拠に基づく知識や技能を習得するための教育の必要性や具体的な講習項目について検討した。

また、平成25年度には、同作業部会において、平成24年度に策定された「通信指令員に対する救急に関する講習項目」に基づき、救急業務における指令員の役割、救急業務の現状、救急医療体制と病院前救護、消防法改正による消防と医療の連携、救急隊等の現場活動等について説明した総論的内容と、指令員に必要な医学的知識、救急指令の実際、救急指令の質の管理等について述べている各論的内容を盛り込んだ「通信指令員の救急に係る教育テキスト（以下、「テキスト」という。）」を作成し全国の消防本部へ配布したところである。

これまでの検討の経過

平成 24 年度	救急に係る通信指令員の教育の必要性について検討、教育項目の策定、口頭指導の実施基準を改正
平成 25 年度	教育項目毎の具体的内容の検討、「通信指令員の救急に係るテキスト」の策定

2. 今年度の検討事項

(1) 通信指令員テキスト等を用いた教育の展開

昨年度までの議論の中で、通信指令員には医学的根拠に基づく知識や技能が必要とされており、消防本部は教育の必要性への理解を深める必要がある。

今年度は、昨年度に策定したテキストによる教育をモデル地区において実施し、指令員に対する教育効果を評価するとともに、消防本部や地域において教育を導入するための展開方法について検討を行った。

さらに、「平成 25 年度緊急度判定体系に関する検討会」において策定された「緊急度判定プロトコル Ver.1 「119 番通報」」を教材として、119 番通報の段階で行う緊急度・重症度の識別、通報者から聞き取るキーワードから想定すべき病態等を講習項目に含み、指令員からみた「緊急度判定」の必要性についても教育を行った。

①モデル地域の選定

消防本部の規模や指令員の救急に係る資格取得状況等により、教育の展開方法に工夫が必要とされている。

このことから、消防本部の人口規模、勤務形態及び救急資格取得状況の異なる 12 の消防本部をモデル消防本部とした。

	消防本部名	通信指令員の救急資格	人口規模	勤務形態
1	函館市消防本部	応急手当指導員が中心	10 万人以上 30 万人未満	2 部制(2 当 1 休)
2	大船渡地区消防組合 消防本部	応急手当指導員が中心	10 万人未満	2 部制(2 当 1 休)
3	秋田市消防本部	救急科修了職員が中心	30 万人以上 50 万人未満	2 部制(3 当 1 休)
4	南那須地区広域行政 事務組合消防本部	救急科修了職員が中心	10 万人未満	2 部制(3 当 1 休)
5	船橋市消防局	応急手当指導員が中心	50 万人以上	3 部制
6	浜松市消防局	応急手当指導員が中心	政令市	3 部制
7	豊田市消防本部	救急科修了職員が中心	30 万人以上 50 万人未満	2 部制(3 当 1 休)

8	堺市消防局	応急手当指導員が中心	政令市	2部制(2当1休)
9	神戸市消防局	救急科修了職員が中心	政令市	3部制
10	松山市消防局	救急科修了職員が中心	50万人以上	3部制
11	飯塚地区消防本部	救急科修了職員が中心	10万人以上 30万人未満	2部制(3当1休)
12	佐世保市消防局	応急手当指導員が中心	30万人以上 50万人未満	2部制(3当1休)

②教育方法

通信指令業務における救急に関する教育の必要性に対し、消防本部で理解を深めることは必要であるが、各消防本部独自の取組ではなく、テキストの活用による、全国で統一した教育の推進が必要とされている。

このことから、具体的な教育目標、教育内容及び項目ごとの教育時間、指導者、教材を定めた「教育モデル」を策定し教育を実施した。

・目標

モデル消防本部における教育目標は、平成24年、25年の検討内容を踏まえ、情報聴取、緊急度判定、口頭指導に必要な知識及び技術について、シミュレーションを積極的に導入し、学習で得た知識を技能として現場で活かせることとして設定した。

教育目標

- 救急活動に必要な情報を的確に聴取するための知識・技能
- 傷病者の緊急度・重症度判断のための知識・技能
- 通報者等に対する口頭指導実施のための知識・技能
⇒上記について、シミュレーションを積極的に導入し、学習で得た知識を技能として現場で活かせる教育とする。

・内容

教育内容は、テキストの項目のうち、教育目標の内容に即した必要最小限の教育を抜粋し実施することとし、医学基礎教育は座学を中心に、救急指令管制実務教育はシミュレーションを中心として実施することとした。

	具体的項目	到達目標(具体的内容)
救急指令管制実務教育	救急業務における通信指令員の役割	通報から救急隊の到着までの対応の重要性「救命の連鎖」
	救急業務の現状	救急搬送件数の推移と将来推計、ワツタイン統計
	救急現場活動	指令課から医療機関到着までの救急現場活動、救急救命士が行う処置の範囲、救急隊員が行う処置の範囲
	メディカルコントロール体制	オンラインMCとオフラインMC
	救急医療体制	救命救急センター、その他の救急医療機関、改正消防法(搬送と受入れの実施基準)に係る地域での運用状況
	緊急度・重症度識別	ドクターカー・ドクターヘリの要請、PA連携の早期要請のための識別
	救急隊への情報伝達	救急隊への適切な情報伝達要領
	口頭指導要領	模擬トレーニング(シミュレーション訓練)
	救急車同乗実習	任意
医学基礎教育	解剖・生理	生命維持のメカニズム
	心停止に至る病態	心筋梗塞、脳血管障害、呼吸器疾患、高エネルギー外傷、アレルギー、窒息(死戦期呼吸、心停止直後のけいれん)
	心肺蘇生法	胸骨圧迫の重要性、人工呼吸の定義など
	AED	電気ショック適応・不適応の心電図
	その他の口頭指導対象病態	気道異物、出血、熱傷、指趾切断など

・教育時間及び時間割

教育を行うための時間の確保については、新たに勤務時間を教育の為に確保するのは難しい現実があることから、2部制の消防本部は当直日、3部制の消防本部は日勤日が活用されること考慮し、モデル消防本部の教育受講職員の負担を考慮したうえで、2部制の消防本部を基準に、1当直に1時間程度の教育を行い、16当直で履修することができる15時間30分を総時間とした。

また、教育項目に対する時間割を作成し、座学とシミュレーション等の実技教育を均等に受講できるものとした。

教育時間（座学）

	具体的項目	教育時間
知識確認	プレテスト	60分
	ポストテスト	90分
救急指令管制実務教育	救急業務における通信指令員の役割	45分
	緊急度・重症度識別	45分
	口頭指導要領	45分
医学基礎教育	解剖・生理	45分
	心停止に至る病態	45分
	心肺蘇生法	30分

	AED	30分
	その他の口頭指導対象病態	30分
合 計		7時間 45分

教育時間（シミュレーション）

	具体的項目	教育時間
実務教育	緊急度・重症度識別（医学基礎教育を含む）	1時間 30分
	口頭指導要領（医学基礎教育を含む）	1時間 30分
	総合教育（準備等含む）	4時間 45分
合 計		7時間 45分

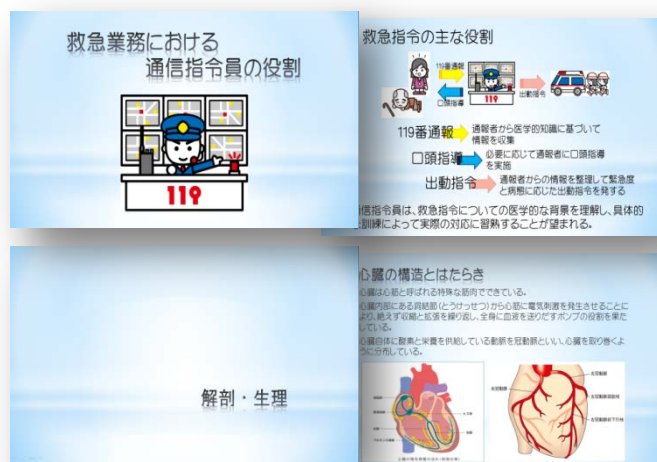
・指導者

教育モデルの指導者は、救急救命士が望ましいとして、救急救命士の配置部署や、経験等については言及していない。

・教育コンテンツ

教育モデルでは、テキスト及び「緊急度判定プロトコル Ver. 1 「119番通報」」を中心に教育を行うことにしたが、消防本部によっては、集合教育等を予定していることを受け、補助教材として、テキストの内容を抜粋したスライド資料を作成した。

スライド資料（一部）



③教育効果

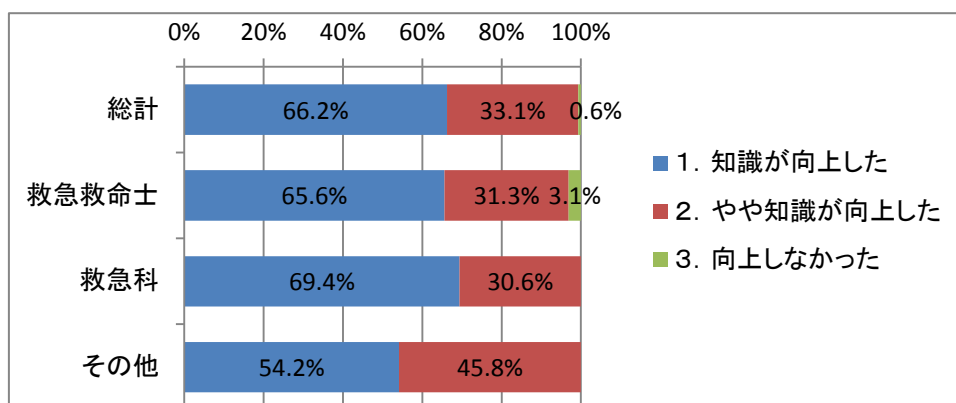
モデル消防本部において実施した教育モデルによる教育効果を客観的に評価するため、評価視点を反応、学習、行動、結果の点から評価することとした。

ア) 反応（教育後のアンケートによる受講者の満足度評価）

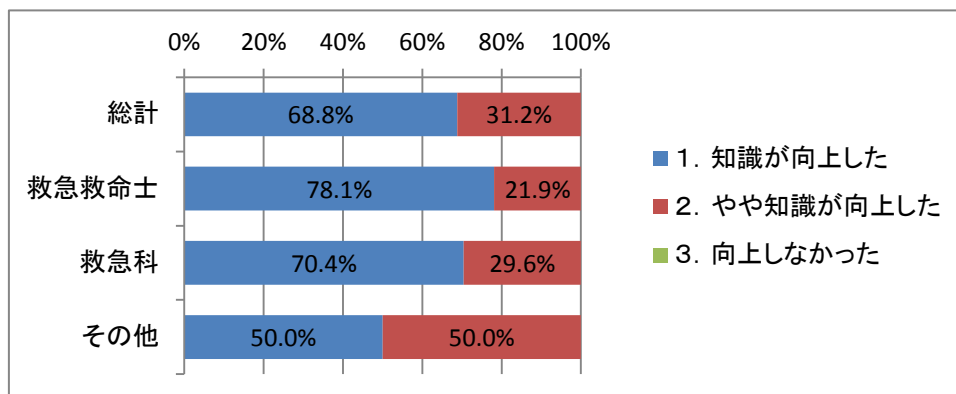
モデル消防本部における教育モデル履修後に、受講者に対しアンケート調査を実施した。アンケートの内容は、受講者の自己効力感や理解度等の接点評価、教育の実施方法のプロセス評価及び教育意義や目的の習得の観点から総合評価に資するものとした。

この結果、傷病者の緊急度・重症度判定のための知識の向上に係る設問では、全体の99.3%の受講者が向上したと回答した。また、通報者等に対する口頭指導実施のための知識の向上に係る設問では、全ての受講者が向上したと回答した。

設問1 「緊急度・重症度判定のための知識の向上」

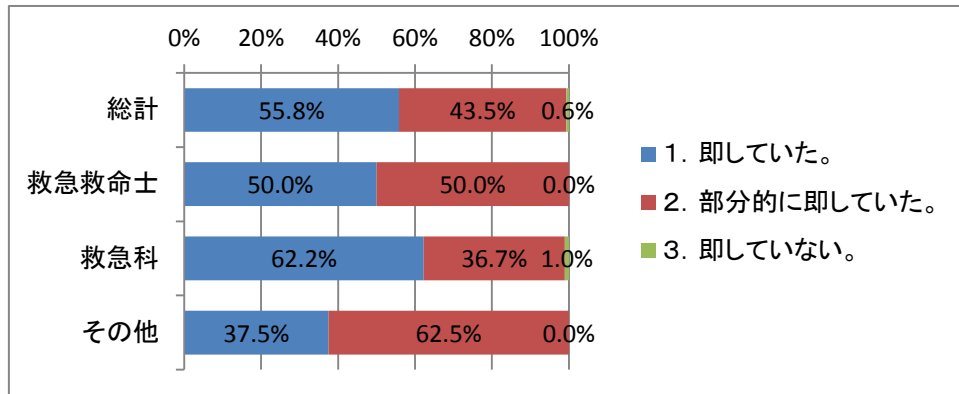


設問2 「口頭指導のための知識の向上」



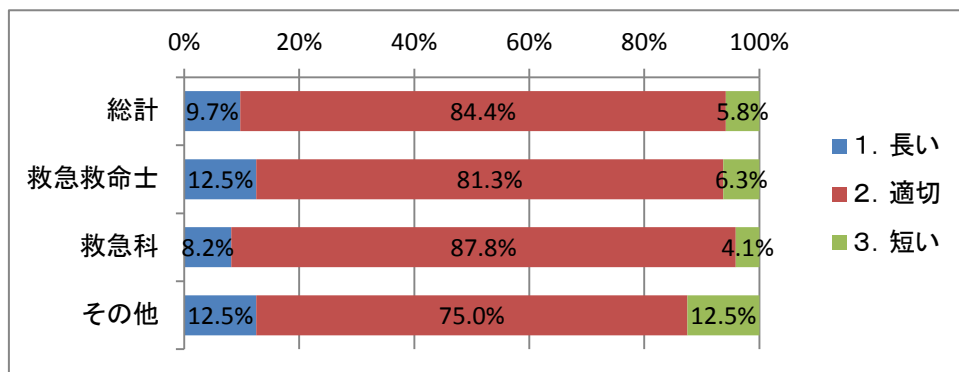
また、教育内容の実践性に係る設問では、全体の99.3%の受講者が「実践に即していた。」若しくは「部分的に即していた。」したと回答した。

設問3「教育内容の実践性」

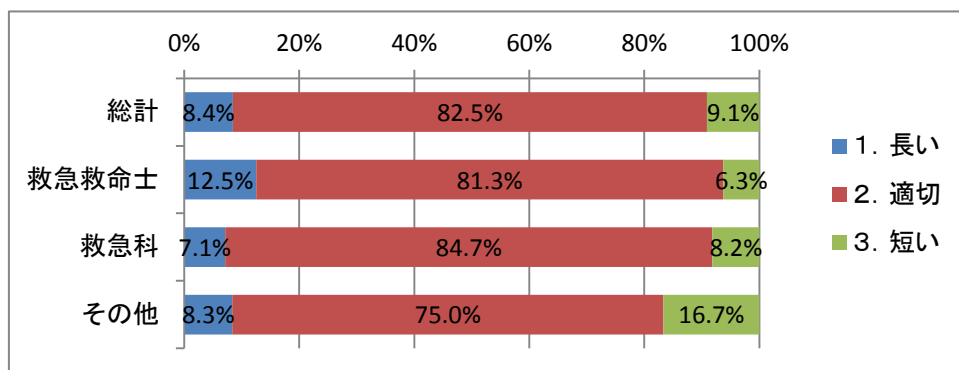


一方で座学及びシミュレーションの教育時間に係る設問では、座学の教育時間については、概ね適切であるものの（全体の84.4%）、長い（9.7%）、短い（5.8%）との意見が散見された。

設問4「教育時間（座学）」

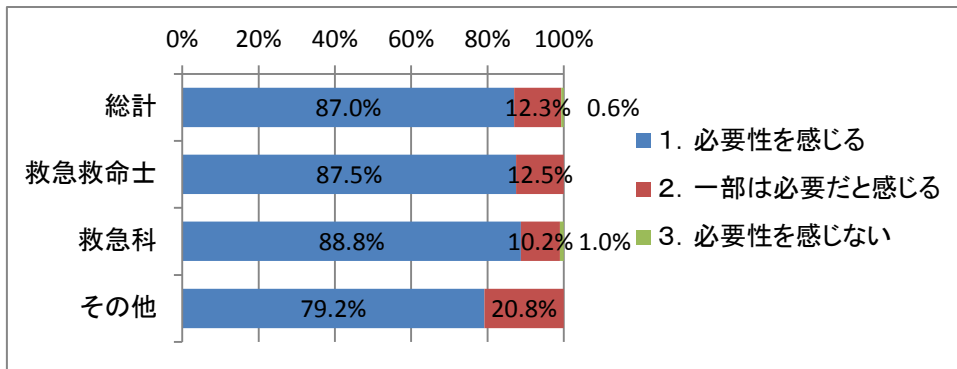


設問5「教育時間（シミュレーション）」

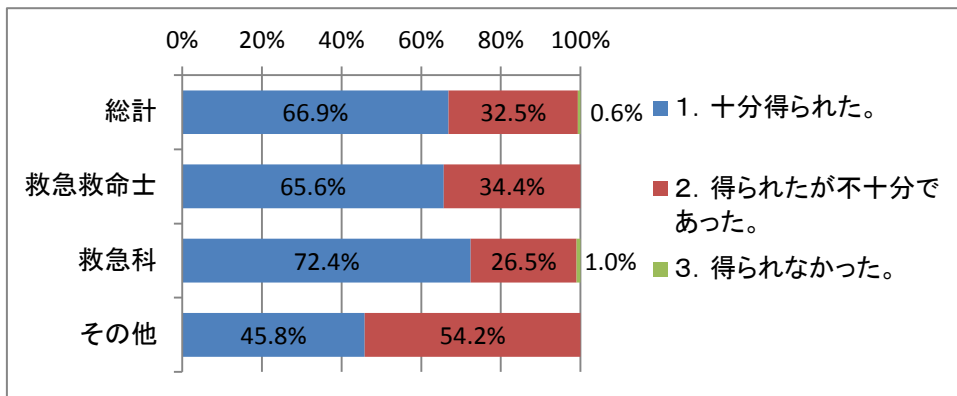


指令員の救急に係る教育の必要性や教育の効果に係る設問では、多くの指令員が救急に係る教育の必要性を感じており、今回のモデル消防本部における教育において、期待していた効果が十分に得られたとの回答であった。

設問 6 「通信指令員教育の必要性」



設問 7 「教育の効果結果」

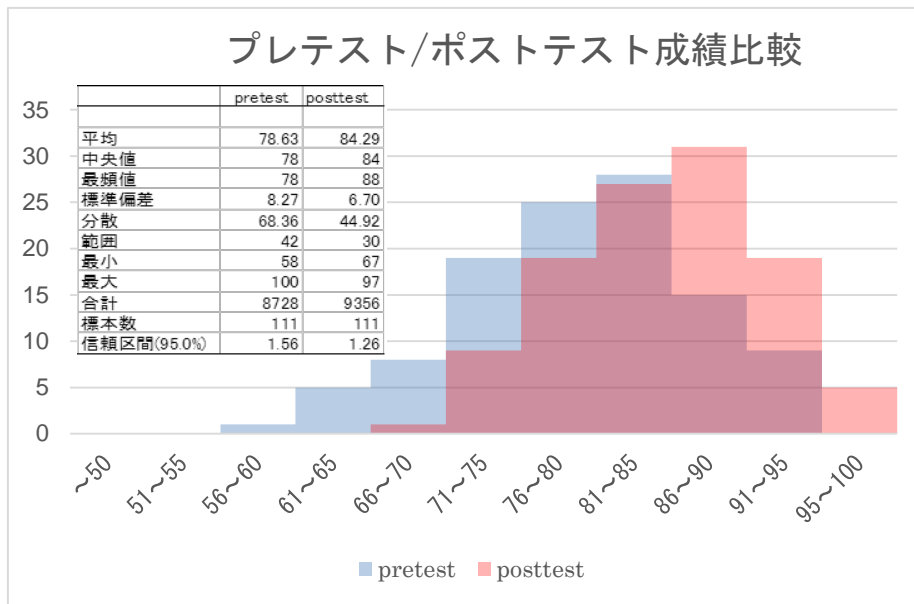


イ) 学習 (筆記試験による受講者の知識理解度や学習到達度の評価)

教育の学習効果を評価するため、受講者に対し、教育前に 50 問のプレテストを、教育後に 100 問のポストテストをそれぞれ実施し、教育前後の学習効果を評価した。

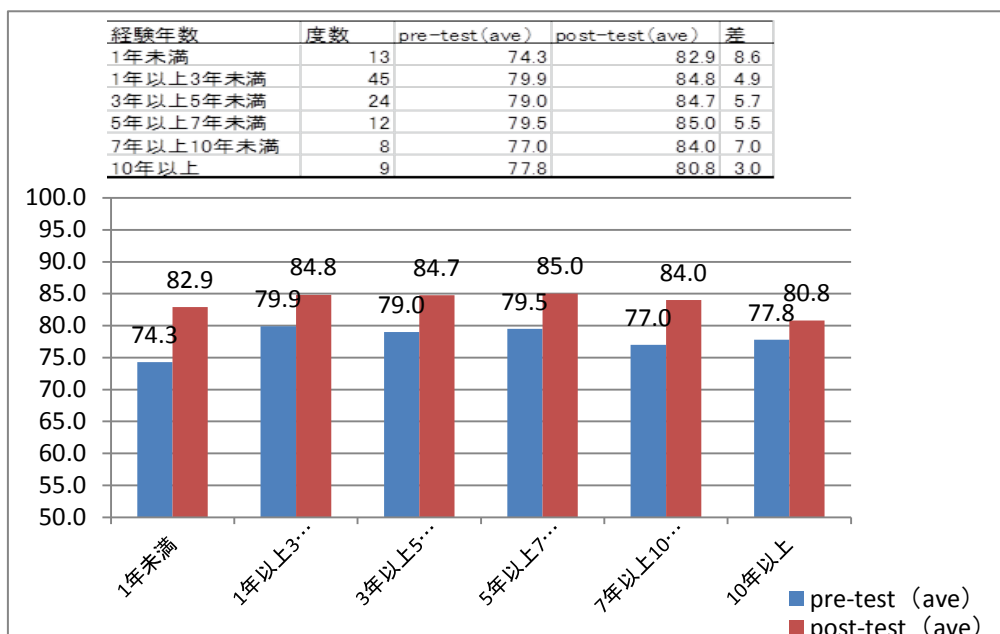
全体では、プレテストの平均点 78.6 点に対し、ポストテストの平均点は 84.3 点と取得点数が向上しているとともに、プレテストの標準偏差 8.27 に対し、ポストテストの標準偏差 6.70 と受講生の取得点数のばらつきが少なくなっていた。

学習効果（プレテスト/ポストテスト成績比較）



指令業務の経験年数別にみると、経験年数による優位な差は見られず、経験年数に関わらず学習効果が得られたことが分かる。

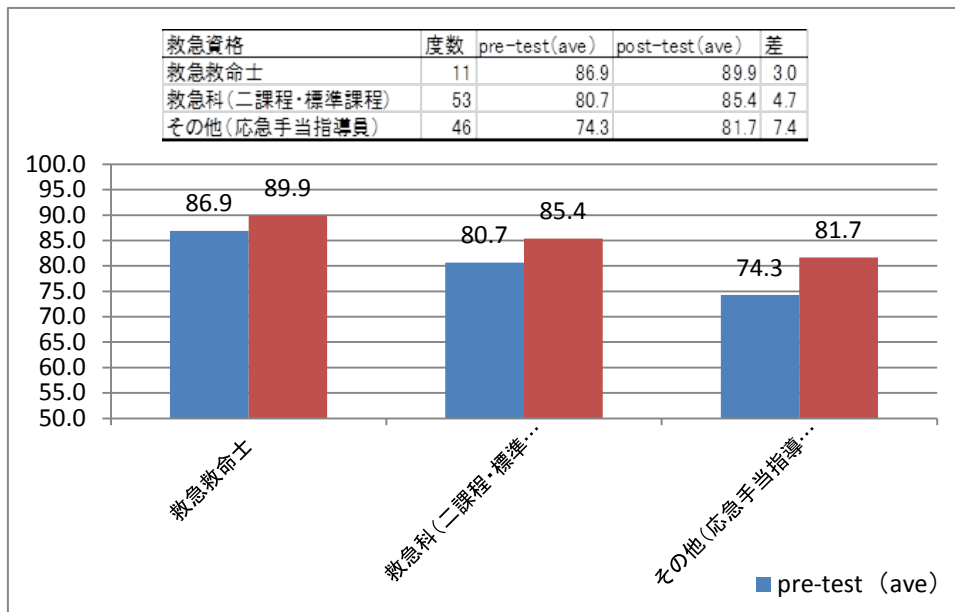
通信指令業務経験年数別学習効果



また、救急に係る資格背景別に見ると、救急隊員資格を有さない指令員の平均点数が最も増加しており、次いで、救急科（二課程、標準課程修了者を

含む)、救急救命士の順で、増加している。

救急資格背景別学習効果



ウ) 行動(客観的評価による行動変容の評価)

指令員教育の実践性を指令員の行動変容から評価するため、教育前後それぞれ1ヶ月間の救急要請に係る口頭指導実施状況調査を行い、119番通報の聞き取り内容から傷病者の状況を推測し、口頭指導や緊急度判定につながった件数等を調査した。

教育前では、通報者からの119番通報の内容から心肺停止と判断した症例についてみると、教育前は心肺停止症例180例中157件、87.2%であり、教育後は心肺停止症例217例中186件、85.7%と優位差は認められなかった。

また、通信指令員が心肺停止と判断した症例に対する口頭指導を実施した件数をみてみると、教育前は157件中133件、84.7%であるのに対し、教育後は217件中168件、90.0%となった。

救急隊が救急現場において、バイスタンダーによる胸骨圧迫が適切に行われていたかどうかをみると、教育前は、心肺停止症例180例のうち適切に実施されていたのは39件、21.7%であったが、教育後では217例中83件、38.2%となった。

一方で、緊急度・重症度判定の視点でみると、119番の通報内容から指令員の判断でPA連携やドクターカー、ドクターヘリとの連携を実施している症例は、教育前では総件数569例中292件、51.3%であり、そのうち通信指令員が通報段階で連携の必要性を判断したものは、278件で全ての連携出動のうち95.2%であった。教育後では総件数689例中347件、50.4%であり、

そのうち通信指令員が通報段階で連携の必要性を判断したものは、327 件で全ての連携出動のうち 94.2%であった。

エ) 結果（教育実施による業務への影響度に対する評価）

教育を実施する上で課題となる点について評価するため、モデル消防本部の教育担当者に対し、教育の実施形態及び教育に要した時間、教育指導者及び教育コンテンツの使い勝手、教育を行ううえで生じた課題、教育全体の振り返りなどについて聞き取り調査を実施した。

教育の実施形態について、3 部制の消防本部は日勤日を活用して座学及びシミュレーションをそれぞれ 1 日（7 時間 45 分）に一括で行い、延べ 2 日間で教育を終えており、2 部制の消防本部では、主に当務日を使い教育項目毎に分割して実施していた。

また、2 部制の消防本部の中には、当務日に教育時間の確保ができずに、非番日に教育を実施している消防本部もあった。

教育指導者については、通信指令課所属の救急救命士、消防本部（毎日勤務）の救急救命士、現場の救急救命士等多岐に渡っており、シミュレーションに関しては、救急救命士の資格を有さないベテランの指令員を指導者として充て、119 番通報の聴取に際し、ベテラン指令員としての経験則を重要としている消防本部も見られた。

更に、指令員の教育に地域メディカルコントロールに携わる医師が参画した消防本部においては、医学的な観点からのフィードバックが得られ、指令員教育に大きく寄与した例が挙げられた。

教育コンテンツは、テキスト及び 119 番通報プロトコルの補助教材として活用し、全てのモデル消防本部において有用であるとされたが、文章や言葉では分かりにくい死戦期呼吸やチアノーゼ等の映像コンテンツの充実を求める声やテキストの内容を踏襲しつつも指導者により地域的要素等を改変して使用することが有用であるとの意見が挙げられた。

また、教育を行ううえでの課題として、教育時間の確保を課題とする意見が多く挙げられた。

教育時間の確保について、3 部制の消防本部では、主に日勤日を教育時間として充てているが、年に数回の日勤日は他の業務等に割り当てられていることが多く、指令員教育として年度当初から年次計画に盛り込む必要があるとされた。

また、2 部制の消防本部では、分割して教育を行うことから指導者の確保や受講職員個々の講習進捗管理に工夫が必要であるとの意見や通信指令業務を専任していない消防本部では、指令勤務を行う可能性がある職員全員に教育を行う必要があり、教育時間及び指導者の確保が課題とされている。

これらのことから、通信指令員の救急に係る教育は、今までに教育の機会がなかった指令員に対し救急に係る知識理解度を向上させ、実践能力を高めるとともに、指令員のモチベーションの向上についても優位に作用すると考えられる。

一方で、教育を実施する上での課題となる教育時間の確保や指導者の確保等について、解決するために種々の工夫が必要となることから、消防本部の規模や勤務形態に応じた教育の導入の具体的方策を示す必要がある。

(2) 通信指令員の救急に係る教育モデル

今年度、モデル消防本部において実施し、教育評価により効果が得られた教育モデルを次に示す。

・教育目標

通信指令員教育の教育目標として、学習で得た知識を技能として現場において実践できることを前提として、次に掲げる項目について学習する。

教育目標

- 救急活動に必要な情報を的確に聴取するための知識・技能
- 傷病者の緊急度・重症度判断のための知識・技能
- 通報者等に対する口頭指導実施のための知識・技能
- 適切な病院選定に必要な知識・技能の習得

・教育内容

教育目標を達成するための教育内容として、医学基礎教育をはじめ、救急業務における通信指令員の役割、緊急度・重症度識別、口頭指導要領を必要最低限実施すべき教育とし、その他の教育項目については、地域における通信指令員の役割に応じて実施する。

また、知識取得のための座学教育に併せ、技術取得のためのシミュレーション教育を積極的に取り入れる。

モデル教育の教育内容

	具体的項目	到達目標（具体的内容）
救急指令管制実務教育	救急業務における通信指令員の役割	通報から救急隊の到着までの対応の重要性「救命の連鎖」
	救急業務の現状	救急搬送件数の推移と将来推計、ウツタイン統計
	救急現場活動	指令課から医療機関到着までの救急現場活動、救急救命士が行う処置の範囲、救急隊員が行う処置の範囲
	メディカルコントロール体制	オンライン MC とオフライン MC
	救急医療体制	救命救急センター、その他の救急医療機関、改正消防法（搬送と受入れの実施基準）に係る地域での運用状況
	緊急度・重症度識別	ドクターカー・ドクターヘリへの要請、PA 連携の早期要請のための識別
	救急隊への情報伝達	救急隊への適切な情報伝達要領
	口頭指導要領	模擬トレーニング（シミュレーション訓練）
	救急車同乗実習	任意
医学基礎教育	解剖・生理	生命維持のメカニズム
	心停止に至る病態	心筋梗塞、脳血管障害、呼吸器疾患、高エネルギー外傷、アレルギー、窒息 (死戦期呼吸、心停止直後のけいれん)
	心肺蘇生法	胸骨圧迫の重要性、人工呼吸の定義など
	AED	電気ショック適応・不適応の心電図
	その他の口頭指導対象病態	気道異物、出血、熱傷、指趾切断など

・教育時間及び時間割

座学教育は、消防本部の教育実施形態を考慮し、項目ごとに分割して実施できるように教育時間を 30 分から 90 分程度とた。また、日勤日に一括して実施できるように最低限実施すべき教育を総じて、7 時間 45 分程度とした。

モデル教育の時間割（座学教育）

	具体的項目	教育時間
知識確認	プレテスト	60 分
	ポストテスト	90 分
救急指令管制実務教育	救急業務における通信指令員の役割	45 分
	緊急度・重症度識別	45 分
	口頭指導要領	45 分

医学基礎教育	解剖・生理	45分
	心停止に至る病態	45分
	心肺蘇生法	30分
	AED	30分
	その他の口頭指導対象病態	30分

一方、実技教育としてのシミュレーションでは、緊急度・重症度識別及び口頭指導について、それぞれテーマごとに聴取内容や口頭指導内容について理解を深める必要があることから、教育時間を分割した。

更に、模擬通報者からの様々な通報への対応トレーニングとして、緊急度・重症度識別並びに口頭指導を必要とするシナリオを盛り込んだ総合教育を実施することとした。

モデル教育の時間割（シミュレーション）

	具体的項目	教育時間
救急指令管制実務教育	緊急度・重症度識別	1時間30分
	口頭指導要領	1時間30分
	総合教育	4時間45分

・指導者

指導者に求められる資質

- ・教育に必要な救急に係る知識を有している。
- ・教育に必要な通信指令に係る知識を有している。
- ・豊富な経験を有している。
- ・適切な指導技能を有している。

3. まとめ

通信指令員には、救急業務に必要となる情報の正確な聴取や、傷病者の緊急度判断のために、医学的根拠に基づく知識や技能が求められている。しかしながら、これまでは通信指令員に対する救急に係る教育が十分に実施されているとは言い難

い状況にあった。

上記のような状況の中、本年度は平成 25 年度に策定された「通信指令員の救急に係るテキスト」および「緊急度判定プロトコル Ver. 1 「119 番通報」」を教材として、12 の消防本部をモデル地域としてモデル教育を実施するとともに、教育の実施前後でアンケートを用いた知識等を確認し、モデル教育の教育効果を検証した。

モデル教育の実施にあたっては、各消防本部独自の取組ではなく全国で統一した教育とするために、具体的な教育目標、教育内容および項目ごとの教育時間、指導者、教材を定めた「教育モデル」を策定した。またモデル教育を通じて、教育モデルは概ね適切であるとの評価を得ることができた。

反応、学習、行動、結果の観点からモデル教育の評価、検証を行ったところ、いずれにおいても効果が認められ、通信指令員の救急に係る教育は、指令員の救急に係る知識理解度、実践能力、モチベーションの向上について有意に作用するものと考えることができた。そのため、来年度以降、全国の消防本部に展開していくことが期待される。

全国の消防本部への導入に向けては、通信指令員の教育の展開方法について消防本部の規模別等に検討する必要がある。例えば、消防本部の規模および勤務体系によって適切な教育の実施形態が異なること等がモデル教育を通じて明らかとなった。またシミュレーション訓練を実施するには、ある程度の人数が必要となることから、特に小規模の消防本部では、地域の MC 協議会単位、指令センターの共同運用単位等、広域で合同して取り組むことが有効であるものと考えられる。その他、地域メディカルコントロールに携わる医師が教育に関わることで、通信指令員の意識変革や、医師側の指令員に対する理解向上等の効果が得られるとの指摘もあり、地域メディカルコントロール協議会への働きかけなど、連携に向けた取組を進めていくことも重要である。

教育に活用するテキストについても継続的に必要な見直しを行っていくことが望まれる。モデル教育においても、死戦期呼吸やチアノーゼなど、実際に映像等で見なければ理解が進まないものがあるとの指摘があった。これら映像資料の活用等も含め、引き続き検討を進めていくことが必要である。

第6章 緊急度判定体系の普及

1. 今年度の検討内容（総論）

（1） 検討の背景

救急出動件数は、年々増加傾向にあり、高齢化、核家族化の進行等により今後も当分増加することが見込まれている。また、出動件数の増加率は救急隊数の増加率を上回っており、需給ギャップは今後も加速度的に拡大することが懸念されている。

こうした問題意識のもと平成17年度¹に、救急需要対策のひとつとして「119番受信時等における緊急度・重症度の選別（トリアージ）」が提示され、緊急度に応じた救急対応を選択する「緊急度判定体系」の検討が始まった。以来、平成21年度までは消防機関での活動である「119番通報受信時」及び「救急現場」における緊急度・重症度の選別についての検討がなされた。また、救急車を呼ぶべきか迷う市民からの電話相談に応じるため、「救急安心センターモデル事業²」が開始された。

平成22年度³には、消防機関での活動においてのみ傷病者の緊急度を判断するだけでなく、「家庭での自己判断ツール」「電話相談」によって、社会全体（地域住民）で緊急度の概念の共有を進めることにした。このとき、「トリアージ」と「緊急度判定」という用語についての整理もなされた。同時に、技術的な課題として「わが国の緊急度判定の基準は、各段階で標準化されていない」とともに普及啓発・コンセンサスの課題として「緊急度を判定することについて社会全体での十分なコンセンサスが得られていない」という2つの課題があるとされた。

平成23年度以降、それぞれの課題について検討がなされ（表6-1）、次のような報告がされている。技術的検討は着実に進み一定の成果を得ているものの、普及啓発・コンセンサスの形成については十分でないのが現状である。平成25年度においても、「利用者に対する周知あるいは教育を実施していくことが今後の課題である。一方、救急受診ガイドや電話相談等の緊急度判定の考え方に基づいた取組みは、緊急度判定という概念を社会に普及させるに十分なほどには普及が進んでいない。」とされているところである。

¹ 平成17年度救急需要対策に関する検討会報告書

² 平成22年の「行政事業レビュー」にて国ではなく地方自治体に委ねるべきだとして廃止

³ 平成22年度救急業務高度化推進検討会報告書

表 6-1 これまでの検討経緯

	緊急度判定の基準の標準化	普及啓発・コンセンサス
平成 22 年度		緊急度判定の基準を社会全体で共有することの効果や具体的なメリットについて検討し、緊急度の判定基準を社会全体で共有することに関して国民のコンセンサスを得ていく必要がある
平成 23 年度	国内、諸外国の既存の緊急度判定プロトコルを参考に、緊急度判定プロトコル Ver. 0 を策定した。	市民に対し、「家庭自己判断」、「電話相談」、「119 番通報」、「現場搬送」のいずれの段階にも共通した緊急度判定（トリアージ）を導入することの意義を伝えることは、本事業の最も重要な取組の 1 つといえる。「緊急度判定」や「プロトコル」、「アルゴリズム」等の専門用語については、子どもから高齢者まで、あらゆる世代に理解ができるように、平易な表現への変換や用語の解説が必要である。そのうえで、市民への十分な説明の機会の提供、効率的な広報について検討し、社会への普及促進のための具体的方法を計画しておく必要がある。また、アンダートリアージ（緊急度を低く判定すること）が発生した場合等の対応について、検討をしておく必要があるが、緊急度判定プロトコル導入と運用にあたっては、当該地域において関係機関が十分議論し、問題発生時の対応も含めた合意形成を図っておくことが重要である。
平成 24 年度	平成 24 年度は、実証検証事業として、平成 23 年度に策定した緊急度判定プロトコル Ver. 0 を試行的に運用し、家庭、電話相談、消防機関（119 番通報、救急現場）のデータ収集だけでなく、医療機関における傷病者の最終的な転帰を横断的に分析し、緊急度判定プロトコル Ver. 0 の精度向上に向けた課題の抽出等を行った。	

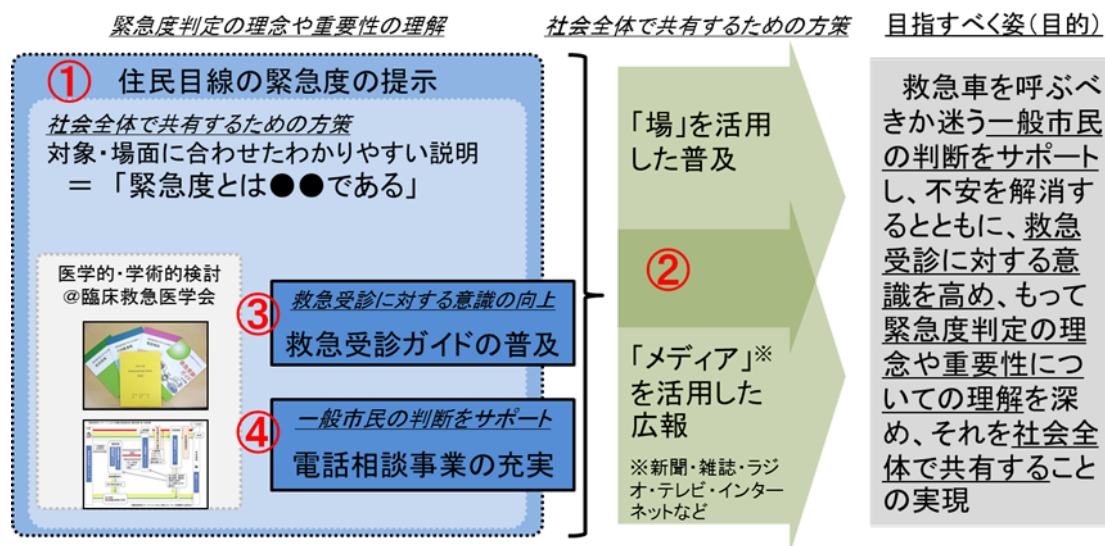
平成 25 年度	平成 25 年度は、平成 24 年度の実証検証の結果を受け、平成 23 年度に策定した緊急度判定プロトコル Ver. 0 を各段階（電話相談、119 番通報、救急現場）において医学的精度を高めるようなプロトコルの改良と症候数の増設を行い、緊急度判定プロトコル Ver. 1 を策定した。また、緊急度判定導入及び実運用に向けた課題と改善策の検討を行った。	平成 25 年度緊急度判定体系に関する検討会でも、緊急度判定プロトコルを有効に活用するためには、利用者に正しく使われる必要があること、そのためには、利用者に対する周知あるいは教育を実施していくことを、今後の課題として挙げている。一方、救急受診ガイドや電話相談等の緊急度判定の考え方に基づいた取組みは、緊急度判定という概念を社会に普及させるに十分なほどには普及が進んでいない。
----------------	--	---

(2) 今年度の検討目的・内容

これまでの緊急度判定についての周知が不十分であること、一方、救急受診ガイドや電話相談等の緊急度判定の考え方に基づいた取組の普及も進んでいないという議論の結果を踏まえて、平成26年度は、緊急度判定プロトコルの改良や検証に係る技術・学術的な検討ではなく、普及啓発を検討課題とし、次のことを検討の目的とした。

「救急車を呼ぶべきか迷う一般市民の判断をサポートし、不安を解消するとともに、救急受診に対する意識を高め、もって緊急度判定の理念や重要性についての理解を深め、それを社会全体で共有するための方策について検討する」こと

この目的によって得られる普及啓発による行動変容の流れを踏まえて次の4つを具体的な検討項目とした。



①住民目線の緊急度の提示

「救急受診ガイド」、「電話相談」を普及するには、「緊急度判定とは何か」という説明が必要となる。これまでは「いつでもどこでも誰でも最善の医療を受けられるという救急医療の原則を、限られた救急搬送対応力や医療資源の範囲内で最大限実現するもの」や「増大する救急需要に対し、救急医療資源を有効活用し、緊急性の高い傷病者を優先して搬送することにより救命率の向上を図り、「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という考え方」、「緊急性の高い傷病者を確実に選定し、直ちに適切な医療機関へ搬送することを可能にするもの」といった説明がなされており、技術的な観点もしくは行政サービスや医療提供者の観点からの説明にとどまっていた。今年度の検討では「個人、社会にとって緊急度判定とは何か」という「位置づけ」についても検討を行った。

②「メディア」を活用した広報と「場」を活用した普及

専門性が高く馴染みのない概念や言葉を普及していく必要があるため、個人や社会にとっての緊急度判定の位置づけを検討するとともに、あらためて普及の手法についても検討した。

③救急受信ガイドの普及、④電話相談事業の充実

「緊急度」および「緊急度判定」の理念や重要性は概念的であり、地域住民に直接的に普及するのは難しく、具体的な「救急受診ガイド」、「電話相談」を広げることが結果的に緊急度の普及が進むことにつながる。そこで、具体的な営みである「救急受診ガイドの市民への普及」「電話相談事業の行政への普及」を大きな検討の柱とした。

(3) 検討体制、検討手法

① 検討体制（ワーキンググループ）

平成26年度の検討は、救急業務のあり方に関する検討会のワーキンググループの一つとして緊急度普及ワーキンググループを設置し、検討を行った。緊急度普及ワーキンググループは、救急受診ガイドの市民への普及、電話相談事業の行政への普及を主たる検討課題としたため、消防本部消防職員、電話相談のコールセンター職員を中心に、医師及び住民代表者を加えて構成した。

次のようにワーキンググループ会合を計3回開催し検討した。

	開催日時	検討内容
第1回	平成26年8月22日	(1) 今年度検討事項について (2) プレゼンテーション (3) その他
第2回	平成26年9月19日	(1) アンケート及びヒアリング調査概要について (2) 電話相談について (3) 救急受診ガイドについて (4) 緊急度普及について (5) 報告書（案）について (6) その他
第3回	平成27年2月27日	(1) 今年度の総括と来年度に向けた課題について (2) その他

② 実施した調査

ワーキンググループの検討に資する情報を得るためにアンケート調査およびヒアリング調査を実施した。それぞれの調査と具体的検討項目の関係は次の通りである。

調査方法と検討項目

検討項目 位置付	アンケート	ヒアリング
緊急度判定体系 普及の方策		<ul style="list-style-type: none"> ・緊急度判定体系の認知状況、イメージ ・普及するためのツールや普及方法のあり方
救急受診ガイド の市民への普及	<ul style="list-style-type: none"> ・救急受診ガイド 2014 年版の活用状況、課題等 ・普及に向けて解決すべき課題 	
電話相談事業の 行政への普及	<ul style="list-style-type: none"> ・電話相談事業の現状、問題意識、課題等 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話相談事業先行実施地域の取組内容

都道府県（消防防災主管部局、衛生主管部局）、消防本部を対象としたアンケート調査を実施し、救急受診ガイド及び電話相談事業の導入状況、導入に向けた意識、導入に向けた課題を把握、分析した。アンケート調査の概要は次の通りである。調査結果については後述する。

アンケート調査概要

<ul style="list-style-type: none"> ・調査対象：都道府県（消防防災主管部局、衛生主管部局）、消防本部 ・調査方法：電子ファイル送付によるアンケート調査 ・調査期間：平成 26 年 10 月 23 日～平成 26 年 11 月 6 日 <p>なお、回答者によって「救急受診ガイド」と「電話相談」の捉え方に差があることが想定されることから、調査票に以下のような前提条件と説明を加えた上で実施した。</p>
--

アンケート調査における救急受診ガイドの定義

<p>「住民による緊急度判定」とは、住民自身や周囲の方々が具合が悪くなった場合に、「救急受診ガイド」を利用して、自ら一定の確信をもって緊急性を考慮し、受療行動（経過観察、自己受診もしくは 119 番通報等）を選択することを指すものとする。</p> <p>(1) 「救急受診ガイド」とは次の 2 つの機能を有する冊子類や電子媒体を指す。</p> <p>① 具合が悪くなった方の属性（年齢や持病）に加え、症状の種類や程度から、緊急度判定を支援する。</p> <p>② 緊急度をもとに、救急要請や医療機関受診といった推奨される受療行動を提示する。</p> <p>(2) 「電話相談」とは、次の 4 つの機能を有することを指すものとする。</p> <p>① 具合が悪くなった方の属性（年齢や持病）に加え、症状の種類や程度から、</p>

緊急度判定を支援する。

- ②緊急度をもとに、救急要請や医療機関受診といった推奨される受療行動を提示する。
- ③専用の電話番号を持ち、相談員が対応する。
- ④小児救急電話相談事業（#8000）は本調査では除く。

緊急度判定の理念や重要性について住民の理解を深めるために、住民目線の緊急度の提示を行うことが目的の1つであるため、住民代表、メディア、医師を対象に、緊急度判定体系について、一般の人の認知状況やイメージ、また、考えられる効用および普及するためのツールや普及方法について、検討の基礎データとするためのヒアリング調査を行った。

ヒアリング調査概要

- ・調査対象：住民代表、マスコミ関係者、医師
- ・調査方法：対面式の聞き取り調査
- ・調査期間：平成26年10月23日～平成26年11月6日

2. 今年度の検討結果（各論）

（1）緊急度判定の位置づけ

①位置づけの必要性、キーメッセージ

これまで、緊急度判定体系は下の囲みのような説明をしてきた。一般市民に関する記載としては「緊急性が高い場合に最短の時間で救急医療機関に到着できる」、「緊急性が低い事案について、不搬送にすることを一義的な目的としたものではないことに留意が必要である。現段階においては、緊急性が高い傷病者について、より優先的に搬送資源を投入し、医療機関へ直ちに搬送することを目的としている」などとある。

今後、救急受診ガイドや電話相談を使って普及を進めていくにあたり、住民目線の「緊急度判定は〇〇である」という説明が必要となる。そこで、住民目線での説明し納得感を得ることのできる「緊急度判定の位置づけ」について検討した。

緊急度判定体系の概要

増大する救急需要に対し、限られた救急医療資源を有効活用し、緊急性が高い傷病者を優先して搬送することにより、救命率の向上を図る。このため、家庭、電話救急相談、119番通報、救急搬送など各段階で「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という共通の考え方にに基づき、緊急度判定体系は構築されている。

緊急度判定の「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という社会規範を社会全体で共有することにより、以下のような効果が得られることが平成25年度緊急度判定体系に関する検討会で指摘されている。

図表 緊急度判定体系の考え方を社会全体で共有することによる効果

「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という社会規範を社会全体で共有する

- **医療機関**
救急患者が緊急度に応じて医療機関を受診するようになる
- **消防機関**
緊急度が高いと考えられる傷病者が救急車を利用するようになる
- **行政**
現在-将来を通じて、持続可能な救急医療提供体制（セーフティネットを含む）を構築する
- **一般市民**
緊急性が高い場合に最短の時間で救急医療機関に到着できる

各段階のアウトプット

家庭自己判断 電話相談	119番通報	救急現場	医療機関
<ul style="list-style-type: none"> • 受診手段 • 受診までの時間 • 受診する診療科目 	<ul style="list-style-type: none"> • 救急車到着の時間（直近隊か否か） • 電話相談窓口への転送 • 他のリソースへの分配（民間救急） • 救急現場へ投入する資源の質と量 	<ul style="list-style-type: none"> • 搬送先（地域MCにより策定された緊急度定義に合致した医療機関） • 受診までの時間 • 搬送の可否 	<ul style="list-style-type: none"> • 受入可能病態（主訴と緊急度）の標榜 • 来院後の医師診察開始までの時間
<ul style="list-style-type: none"> • 消防と医療機関の情報共有の円滑化 			

（出典）平成25年度緊急度判定体系に関する検討会報告書

但し、緊急度判定体系は、緊急性が低い事案について、不搬送にすることを一義的な目的としたものではないことに留意が必要である。現段階においては、緊急性が高い傷病者について、より優先的に搬送資源を投入し、医療機関へ直ちに搬送することを目的としている。

これまでの「緊急度判定体系の目的は緊急性が高い傷病者について、より優先的に搬送資源を投入し、医療機関へ直ちに搬送すること」という考え方を踏まえ、住民や家族に対するメッセージを、「緊急度判定とはあなたを守るために赤（緊急度の高い方）を見逃さないようにするためのものです」とした。そして、セーフティネットとしての緊急度判定という概念が普及し、結果として救急サービスが真に緊急性の高いものを優先するという社会通念を形成することにした。すなわち、社会規範ありきではなく、「あなたやわたしを守るため」に緊急度判定に基づくサービスや資材の体系があり、これらが普及することで社会通念を形成していくことにした。

②一般市民と関係者、地域社会にとっての「緊急度とは」

ヒアリング調査によって「緊急度判定の理念や重要性の理解」に関係する項目について、一般市民と関係者（消防、医療関係者、行政関係者）では大きく認識が異なることがわかった。

ヒアリング調査結果

	ヒア項目	認知	イメージ	効用等	理想のツール
	(質問内容例)	緊急度判定を知っているか	どのようなイメージか	役立つ事を知っているか	どのようなツールが必要
一般市民	コメント概要	知らない	難しい	助けになる	シンプルなもの
	コメント例	<ul style="list-style-type: none"> 馴染みがない 健康な時には興味がない 学校などでも学ぶ機会はない 自分の判断で病院を受診するか、しないかを決めることが「緊急度判定」になることを認識していない 	<ul style="list-style-type: none"> どこで入手できるのか 信頼性を担保してほしい国が作成したのであれば信頼できる。 ガイドは説明がないと難しい プロトコルは数居が高い いざという時に使うものだが、緊急時に見ている余裕はない(このガイドはゆっくり見る物) 	<ul style="list-style-type: none"> 電話相談には「様子を見ていれば大丈夫」という答えを期待しても、最終的に受診を勧められる。しかし、救急受診ガイドは「様子を見ていれば大丈夫」と確認が出来るため、安心感を得られる。 ガイドがあったから救急車を呼ばずにすんだ 受診時に医師とのコミュニケーションに使える 	<ul style="list-style-type: none"> 赤の表現を強調 救急車が必須の場合が直観的にわかるもの 緊急時に使うのでシンプルなもの 赤だけの資料「救急車の上手な使い方」を利用しては それぞれの場の使い手が使いやすいものに織り込む 教育現場にすでにある物などにパッケージ化する。
関係者 <small>・消防 ・医療 ・行政</small>	コメント概要	なんとなく知っている	使い方が難しい	赤を救うことに繋がる	立場に合わせたもの
	コメント例	<ul style="list-style-type: none"> 救急車を呼ぶか呼ばないかという概念 同じ概念を共有するのは医師であっても難しい 	<ul style="list-style-type: none"> 虚弱や認知障害のあるハイリスク群ではセルフチェック自体が困難 その時点での参考値(症状は変化するもの) 	<ul style="list-style-type: none"> 自分の症状が今日病院に行くべきか、明日で大丈夫かと考えられる 件数を減らすより、赤を見落とさないことが重要 	<ul style="list-style-type: none"> 子供と大人用を分ける 高齢者には冊子はむずかしい。 教材として使うなら事例を入れるなど読み物として興味をひく形に変える その立場まで落としとしたツールであるべき

ヒアリング調査結果を踏まえ、一般市民と関係者によって「緊急度判定の基本的位置づけ」は使用側と提供側という立場によって、異なるものという認識が得られた。従って、一般市民と関係者の位置付けを次のようにすることにした。

一般市民
「わたしもあなたも命を守ることができる。緊急度判定体系とはその備えでありセーフティネット」

関係者
「緊急度判定体系は専門職としてのスキルであり共通言語患者や住民のみならず仲間、そして地域資源を守るためのものです」

ヒアリング調査結果

	現状の認識	説明＝「緊急度とは●●である」
一般市民	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 現状ではよくわからない。 ➢ ただ、救急車をすぐに呼ぶべきかどうかという判断をサポートしてくれるもので、信頼感がありわかりやすく、使ってみると安心感を得ることが出来るものだとい。 ➢ ただ、なかなか普段から興味を持つのは難しいか 	<p>✓ わたしもあなたも命を守ることができる。緊急度判定体系はその備えでありセーフティネット</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自分や大事な人が具合が悪くなったときの備えであり、いざというときに一定の自信のもと行動(受診も含む)できるようになる。 ● 赤なら救急車を、迷ったら電話を ● 不安がある場合に支えとなり、孤独にならず寄り添われている実感をもつことができる ● 医師等専門職とのコミュニケーションの助けになる
関係者 <small>消防 医療 行政</small>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ なんとなく知っているが、認識がずれているかもしれない。 ➢ 便利なものかもしれないが、使う者の力量や対象によって使い分けるものだろう。 ➢ シンプルさも重要だが裏にあるエビデンスや理屈も知っておきたい。 ➢ 患者や利用者への説明に使えるのみならず、専門職間の認識合わせに活用し組織間連携に役立つ 	<p>✓ 専門職としてのスキルであり共通言語。患者や住民のみならず仲間、そして地域資源を守るためのもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 受療行動をアドバイスするときに、経験のみに頼らずに医学的な根拠に基づくプロフェッショナルな対応を実現し、専門職としての不安の助けになる ● 専門職間(保健・医療・福祉内、間を含む)のコミュニケーションの助けになる ● 住民を守るためにも地域資源を守るのに役立つ

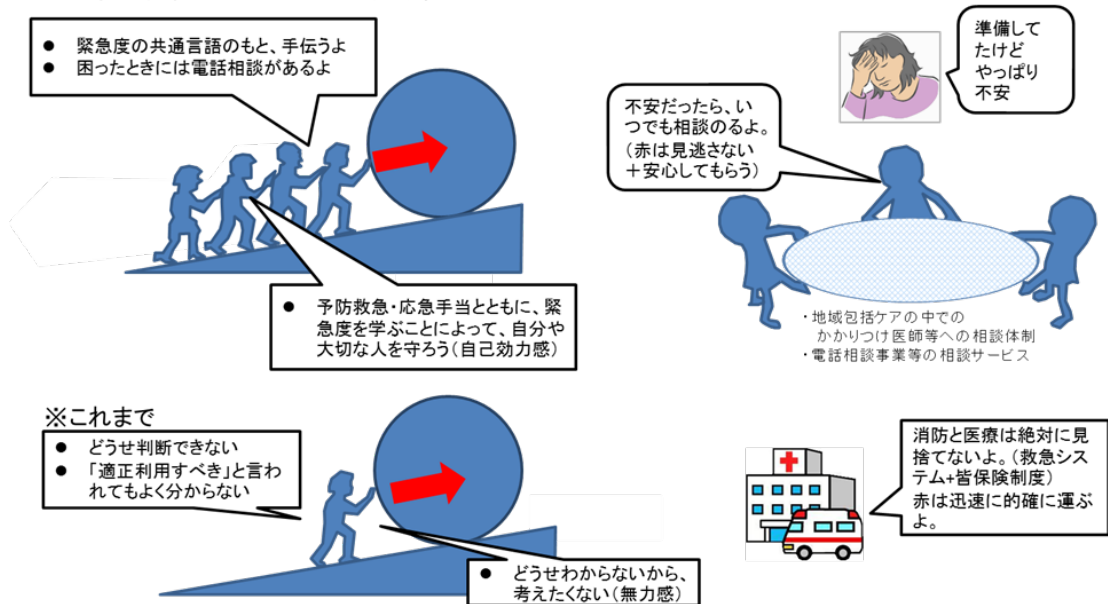
また、一般市民と関係者を含む地域社会全体における位置づけについては、平成22年度の報告書にある「いつでもどこでも誰でも最善の医療を受けられるという救急医療の原則を、限られた救急搬送対応力や医療資源の範囲内で最大限実現する」というこれまでの考えを踏まえつつ、今回のヒアリング調査を受けて次のようにすることにした。

地域社会全体における位置づけ

地域包括ケア時代にあらゆる人が安心感と自信をもって医療に関する選択を適切に行うための助け。平時には「自分や大切な人を守るための生命・健康・安全の備え」であり、緊急時には「不安も含めた救急ニーズの受け止めとセーフティネット」である。

こうした議論は始まったばかりであり、今後も引き続き議論し、丁寧な合意形成が必要である。関係者と連携しマーケティング調査等更なる調査を実施しつつ、関係者間での合意形成に係る営みを継続して位置づけを明確にしていくべきである。

<基本的位置づけのイメージ図(案)>

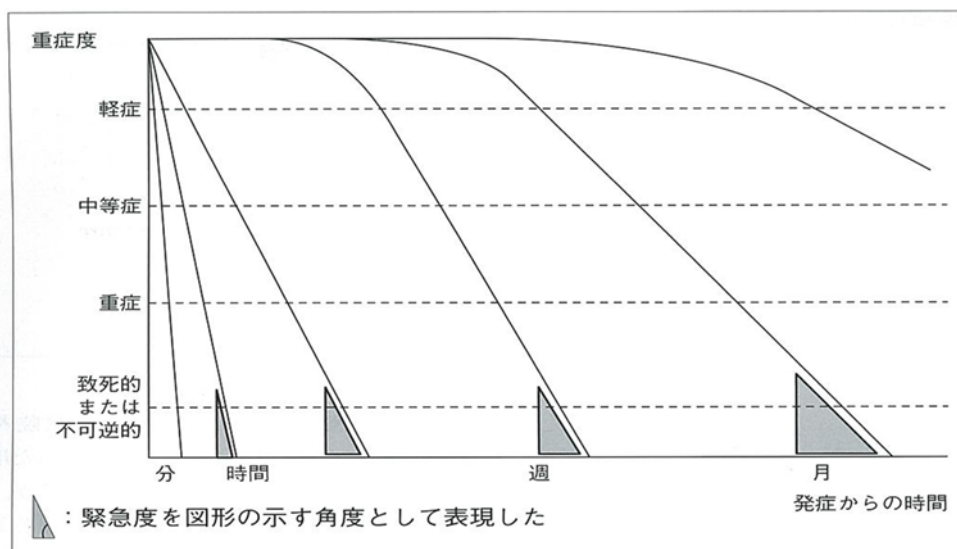


③その他の留意点

緊急度判定の位置づけを検討する過程において、「緊急度判定体系の普及」の際に留意すべきことを抽出した。今後、こうした点に留意して普及啓発活動をしていくことが望まれる。

ア. 医学的観点からの緊急度の検討

臨床救急医学会「緊急度判定体系のあり方に関する検討委員会」と密に連携し、医学的な検討結果を反映させ、緊急度判定プロトコルを改訂させていく。また、同時に「普及可能な施策につながり、概念や仕組みが社会全体に普及する」観点から、働きかけていく



緊急度の概念図

イ. トリアージとの違い

救急業務における「緊急度判定」について、専門家の間では「トリアージ」という言葉も頻繁に用いられている。しかしながら、一般に「トリアージ」という言葉は大規模災害時の印象が強く、国民に誤解を与えるおそれがある。また、わかりやすい日本語を用いたほうが国民の理解を得やすいことから、慎重に用いるべきとの意見が平成 22 年度救急業務高度化推進検討会報告書において提言されている。従って、本報告書においては、「緊急度判定」という言葉を用いることとした。

トリアージと緊急度判定の考え方の違い

	活用場面	実施者	アプローチ法	心停止の場合
トリアージ	多数傷病者が発生時（需要<供給）	医療関係者 救急隊員	トップダウン的	優先度が低い場合がある
緊急度判定	急な体調不良、けが等によって不安なとき	個人	ボトムアップ的	最優先

ウ. 緊急度判定体系の構築と救急需要抑制対策の関係性

緊急度判定体系の議論が本格的に開始されたのは、平成 17 年度に開催された救急需要対策に関する検討会にて救急需要対策のひとつとして「119 番受診時等における緊急度・重症度の選別（トリアージ）」が提示されたことにある。その後、緊急度に応じた救急対応を選択する「緊急度判定体系」の検討が始まった。緊急度判定体系の本質的な目的、また、救急業務の本質的な目的は、「救命率の向上」であることから、緊急度判定体系の構築は重症度の高い傷病者を確実に選定し、

直ちに医療機関へ搬送することのために行っていると整理すべきである。

緊急度判定体系の構築と救急受診に対する意識の高まり・緊急度判定の理念や重要性についての理解が両輪となり、結果的に救急車の適正利用や救急需要抑制対策につながるのである。

エ. 医療法改正等の時宜をとらえて

「緊急度判定による最大の効果を目指すためには、全体の体系を実現していくことが重要であり、そのためには、消防機関だけではなく、地域のメディカルコントロール協議会や衛生部局等、地域の救急医療に携わる関係者の理解と協力のもと、協働して推進していく必要がある」とあるように、これまでも緊急度判定体系の普及には保健医療分野が重要であるとされてきた。しかし、厚生労働省施策の中に「緊急度判定体系の普及」に係る事項はほとんど存在しない。したがって、今後、保健・医療分野への織り込みが必要となり、次のような一案が考えられる。特に医療法改正は国民に対して「医療の適切な選択」を提言するものであり、施策が具現化してくることが考えられるため連携をする好機である。

【地域保健対策の推進に関する基本的な指針】

すでに「市町村は、保健と介護及び福祉を一体的に提供できる体制整備に努め、都道府県及び保健所は、管内の現状を踏まえ、医療、介護等のサービスの連携体制の強化に努めること。」とある。緊急度判定体系は救急の場面における保健・医療・福祉の連携ツールであるのだから、地域保健の観点からの織り込みをすべき。

【地域包括ケア】

特に慢性期の方は、日常的に地域包括支援センター・ケアマネージャー・民生委員等、地域の福祉や在宅医療に支えられていることが多く、それらと消防機関が連携して情報共有に取り組むことで、福祉に従事する者に対して救急車をどのような場合に利用すべきかに関する理解を深めてもらい、医師の診療が必要な場合でも、できる限り地域のかかりつけ医で完結させることで在宅療養に戻りやすくする。また、介護施設等に入居している高齢者は、医療の必要性が高い方も多いため、医療が必要となった場合に備えて搬送体制について検討しておく必要がある。緊急度から判断して救急搬送の必要が生じた場合には迅速な病院選定につながることから、地域包括ケアシステムに消防機関が一躍担うことを織り込むべきである。

【医療法改正】

改正された医療法6条2項には「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない」とある。救急の場面における「適切な選択」「適切な医療を受けること」ということは緊急度判定体系の理念そのものである。

るのだから、医療法や関連する医療計画、医療計画作成指針に織り込むべきである。

④今後の方向性

「緊急度」の位置づけをユーザー側と提供側、さらに地域におけるものを整理し、住民や家族に対しては、「あなたを守るために赤を見逃さないようにするためです」というメッセージを最前面に打ち出し、基本的な位置づけを「知識を持つことで命を守ることができるという備えかつセーフティネット」とした。また、「地域」に対しては「あらゆる人が安心感と自信をもって医療に関する選択を適切に行うための助け」として位置づけた。

「行政職員や専門職」に対しては「専門職としてのスキルであり共通言語」「患者や住民のみならず仲間、そして地域資源を守るためのもの」と位置づけた。今後、関係者と連携し更なる調査（マーケティング調査等）を実施しつつ、関係者間の合意形成を継続して、位置づけを明確化していく（こうすることによって普及に向けた打ち手がより効果的になる）。具体的な表現については、緊急度判定の主たる利用者となることが想定される高齢者等も含め誰にでも理解しやすく誤解を生じないような、わかりやすい表現となるよう引き続き検討を行う。

(2) メディアを活用した広報と「場」を活用した普及

緊急度判定という概念を社会全体で共有するための方策として「場」と「マスメディア」を活用した普及について、アンケートやヒアリング結果を元に場を活用した普及とマスによる普及について検討した。

①マスメディアを活用した普及

ヒアリングの結果、伝え方のコンセンサスがとられておらず、伝えるための方針が必要であるという概念に対する意見や、キャンペーンなどをきっかけにマスコミが取り上げることで認知率の底上げを狙うことが出来るということであった。また、単発の周知ではなく継続的に応急手当の場による直接対話形式の普及や、母子手帳などの医療系広報資材を活用するが有効であるということであった。

メディア関係者へのヒアリング結果

	イメージ	普及方法	
		メディア	プロモーション
コメント概要	提供側の言葉に違和感があり伝え方の方針が必要	様々なメディアを組み合わせる	マスコミへの働きかけを
コメント例	<ul style="list-style-type: none"> 医療系の言葉は難しく馴染みがない。 判定するという言葉は診る側の言葉では？判定という言葉がしっくりこない 「命を救うために救急車を呼ぶ」ことを前面に 緊急度という言葉をどのように伝えたいのかという方針・意思が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 冊子等の紙媒体だけでなく、Web版を組みあわせると有効 Web やアプリ等があれば広く浸透するのでは 単発の周知だけでなく、応急手当講習など直接対話形式を組み合わせる。 入り口の多様性を確保する。(母子手帳お薬手帳、ポスター、消防系広報誌、医療系広報誌、 	<ul style="list-style-type: none"> 解説委員にコラム、リーフレットなど 国からも住民に伝えていくことが必要 マスコミにとりあげられる工夫が必要(トリアージという言葉が認知されているのは、災害などをきっかけにマスコミなどで取り上げられたから) ニュースに取り上げてもらう(宣伝ではなく、広報として) わかりやすいマークを作る

②場を活用した普及

ヒアリングの結果、応急手当講習や市民団体等が主催するイベントなどの「場」による普及を望んでおり、制服を着た消防職員（医師など）が話すことに意義があるとの意見もあった。また、より明確な普及対象としては、保育園、企業の社員研修、地域包括支援センター、クリニック等かかりつけ医による指導など、それぞれ生活の中の身近な「場」が挙げられていた。

一方関係者については、「場」を活用した普及を目指して、他部局の関係者と検討をしながら普及啓発資材の開発等を進めていくことが望まれる。特に医療機関や医師会は重要な地位を占めているため、具体的な連携や施策を検討する。

これらの地域での取り組みを進めるためには、消防および医療機関に係る行政機関が「緊急度判定の普及の重要性、効用」を理解することが重要である。都道府県消防防災主管部局は都道府県衛生主管部局を中心に行政機関に働きかけていく必要がある。

ヒアリング対象の立場別にまとめた普及の場

対象	市民全般	より明確な対象			
		こども・家族	成人	高齢者	患者
場	<ul style="list-style-type: none"> • 応急手当講習 • 市民団体主催する講習 	<ul style="list-style-type: none"> • 母子保健(母子手帳、パパママ教室等) • 育児サークル • 保育園、学校 	<ul style="list-style-type: none"> • 運転免許講習 • 企業の社員研修 • 婚姻届申請時 	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者施設 • 地域包括支援センター(例: 認知カフェ) 	<ul style="list-style-type: none"> • クリニック等の診療
プロバイダー	<ul style="list-style-type: none"> • 消防職員 • 医療者(医師会、日赤、保健所等) 	<ul style="list-style-type: none"> • 先生 	<ul style="list-style-type: none"> • 職場の労働衛生担当者、上司 • 役所窓口職員 	<ul style="list-style-type: none"> • 保健師、行政職員、ホームヘルパーなど 	<ul style="list-style-type: none"> • 医師等の医療従事者
留意点	<ul style="list-style-type: none"> • 制服を着ているプロの言葉は説得力がある • 応急手当講習にパッケージ化 	<ul style="list-style-type: none"> • 家族に話すことを狙う 	<ul style="list-style-type: none"> • 興味をもたない人へ手法として有力 • 企業へのインセンティブも説明可能 	<ul style="list-style-type: none"> • 地域包括ケアにおける地域作りの一環に織り込む 	<ul style="list-style-type: none"> • 医師会との連携重要。医療機関にとってもメリットあり(#7119に誘導等)診療室等のポスターが有効
<ul style="list-style-type: none"> • 行政寄りには医療資源への適正利用についての現状等についても触れ、受療行動についての理解を深めさせる。 					

③今後の方向性

普及に向けては、多数の者を対象にした「メディア」による広報（新聞やテレビ、キャンペーン等）と住民を取り巻く人々（以下、関係者）の「場」を活用した普及の両面からアプローチする。緊急度のイメージを伝えていく上では、前述した「緊急度」の位置づけの明確化が求められる。対象者に応じて、どのように伝えたいのか方針や考え方を整理する必要がある。

ア. メディアを使った多数の者を対象とした広報

普及資材としては、冊子等の紙媒体に、Web版を組み合わせるなど複数のメディアや、「メディアによる広報」と「場を活用した普及」とを組み合わせることが効果的である。さらに、母子手帳やお薬手帳、ポスター、消防系広報誌、医療系広報誌等、より情報を必要としている人々や興味がある人々に身近な場所で広報し、入り口の多様性を確保していくことが重要である。

行政から住民に伝えていくことが重要であり、政府レベルでの取組について厚生労働等関係者との検討を深めていくことが必要である。単発の周知だけではなく、様々なイベント（救急医療週間等）において、応急手当のみならず予防救急等とともにコンテンツに緊急度に係るものを織り込むことで、メディアからの価値を高め、メディアに取り上げられるといった工夫を図ることを検討する。

イ. 場を活用した普及 (消防を中心とした取組)

住民向けの普及啓発資材としてシンプルなものが必要であり、第一歩として「緊急度にかかるリーフレット」を作成する。今後、消防が実施する応急手当講習の中に「緊急度にかかるリーフレット」を活用した説明を織り込むように促し、心肺蘇生ガイドライン改訂に伴い応急手当講習の見直しが見込まれる見込みであり、このような検討の場を通じて、緊急度の普及の機会を組み込むことを図る。

ウ. 関係者への働きかけ

関係者として、消防職員の他、医師（かかりつけ診療の場）、教育関係者、高齢者福祉関係者、保健師（母子保健）、産業保健関係者等が考えられ、それぞれに最適化された普及啓発資材の開発が必要であることから、場を活用した普及をめざして、関係者と検討をしながら普及啓発資材の開発等を進めていく。特に医療機関や医師会は重要な地位を占めており、具体的な連携や施策について今後検討していく。また、医療法改正を踏まえて政府レベルでの取り組みとして、厚生労働省等関係者との検討を深めていくことも重要である。

地域での取り組みを進めるには、消防および医療に係る行政機関が「緊急度判定の普及の重要性、効用」を理解することが重要である。後述するように都道府県消

防防災主管部局は都道府県衛生主管部局を中心に行政機関に働きかけていく必要がある。

(3) 救急受診ガイドの普及

①救急受診ガイドの概要

ア. 概要

救急受診ガイドは、急な体調不良や怪我について、救急車を呼ぶべきか、医療機関を受診すべきか等、判断に迷った時に活用できるツールであり、Web上や冊子等の媒体により閲覧し、119番通報、電話相談もしくは（自力）受診するか否か等に関する自己判断の支援を行うものである。普段から閲覧しておくことで、異変時に冷静に対応できる知識や感性を養うなど、あらかじめ準備を整えるという市民教育の側面もある。

救急受診ガイドの手順を示す家庭自己判断プロトコルのアルゴリズムは、平成23年度社会全体で共有する緊急度判定（トリアージ）体系のあり方検討会で、日本救急医学会監修のプロトコルを基に検討を行い、Ver.0が作成された。さらに平成24年度の緊急度判定体系実証検証事業の結果を踏まえて、平成25年度緊急度判定体系に関する検討会でVer.1に改定され、消防庁「救急受診ガイド2014年版」として公表されている。

救急受診ガイドに示された質問項目に答えることにより、緊急度が判定され、判定された緊急度に従って、救急車を呼んだら良いか、すぐに医療機関を受診したら良いか、緊急ではないが医療機関を受診した方が良いかの自己判断に役立てることができる。

イ. 救急受診ガイドの判定フロー

救急受診ガイドでは、はじめに呼吸、循環、意識の致命的な異常やCPA（心肺機能停止状態）を疑うような状態の有無を確認し、該当すれば「赤」と判定する。該当しない場合には、自覚症状に該当する症状の欄に該当する質問項目に答えることにより、「赤」「黄」「緑」の判定が行われる。質問項目の全ての項目に該当しない場合には、継続的に様子を見て、症状の悪化や継続、他の症状の出現があった場合には、医療機関の受診を考慮するよう経過観察について注意喚起する。

ウ. 救急受診ガイドの課題

平成25年度緊急度判定体系に関する検討会では、救急受診ガイドの課題として、以下を挙げている。

- ▶ 受診が必要な場合に「外科系」、「内科系」といった診療科の例を加えたが、地域による際を考慮し、引き続き検討する必要がある。

- 市民が自ら緊急度の判断に使用するとともに、普段から手に取ることで、応急手当等の補助教材としても利用が可能であるため、住民への普及と周知を図るための方策を検討する必要がある。

②行政機関における救急受診ガイドの活用の現況（アンケート調査結果）と課題

救急受診ガイドの活用状況等について把握するため、アンケート調査を行った。アンケート調査をもとに都道府県（消防防災主管部局、衛生主管部局）、消防本部による、救急受診ガイドの活用の現況について次のような課題が抽出された。

ア．活用状況

消防庁「救急受診ガイド 2014 年版」は、まだ十分に活用されているとは言えない状況である。救急受診ガイド 2014 を直接配布した消防本部においても約 2%（17 本部）の活用にとどまっている。また、独自のプロトコルを用いている団体が、消防本部で 16 本部、衛生主管部局 11 部局、消防防災主管部局 5 部局あった。衛生主管部局のうち 9 つは小児を対象とした取組みである。

イ．普及方法

救急受診ガイドについて、消防本部では応急手当講習等や救急の日等のイベントの機会に普及を図っている状況がわかった。一方、都道府県の消防防災主管部局、衛生主管部局は、ホームページや広報誌、冊子類・パンフレット等のメディアを使って普及をしている。消防本部は直接の住民を通じた普及、都道府県はメディアを使った普及にそれぞれ強みを有していることが分かった。

ウ．今後の取組予定と取り組む上での課題

今後、救急受診ガイドに取り組む予定があると回答した本部は 172 本部であった。一方で、救急受診ガイドに取り組む上での課題、取り組むことができない理由として、「予算の確保が困難」「取り組み方法が不明確」が多く挙げられた。

今後実施する予定がないと回答したものを分析したところ、「必要性の認識はあるが課題あり（予算確保等）」「地域の課題が明確でない（から必要ない）」「自組織でやるべきでない（から必要ない）」等に分類することができた。都道府県の中でも消防防災主管部局と衛生主管部局に意識のギャップが地域によってはあること。また、都道府県の意向と各消防本部の問題意識にもズレがあることがわかった。

エ．救急受診ガイドの形態

救急受診ガイドに取り組む上での課題、取り組むことができない理由についての自由記入において、高齢者には判断が難しい、急病時には読めないといった指

摘があり、現在の救急受診ガイドでは、使われる場面や対象者等によっては必ずしも適切な形態にはなっていない可能性がある。

オ. 予算確保、取組方法等の情報の不足

救急受診ガイドの必要性は認識していても、「予算の確保が困難」「取組方法がわからない」といった課題を解消するための知見や情報が不足しているために、取組みが進んでいない可能性がある。

カ. 消防防災主管部局と衛生主管部局との意識のギャップ

消防防災主管部局と衛生主管部局のギャップや、都道府県と市町村とのギャップにより、必要性があると認識されていても、隙間に落ちてしまっているケースがあるものと考えられる。地域における推進の核となる役割を担う部局等が明確でなく、他部局や地域医師会等との連携を図りにくい状況があるものと考えられる。

③救急受診ガイド運用事例

救急受診ガイドの活用方法としては、消防本部や衛生主管部局において、消防庁ウェブサイトの救急受診ガイドへのリンクを貼り付けている例があり、このリンクがあることを、応急手当講習やイベントを活用して、広報していた。また、救急受診ガイドを抜粋して、独自のリーフレットを作成し、救命講習等の機会に配付する例もあった。

さらに進んだ活用法としては、ウェブ等により、救急受診ガイドを運営している団体がでてきている。三団体(横浜市消防局、東京消防庁、田辺市消防本部)に実態を聴取したので、ここで報告する。いずれの団体も、市または消防庁・消防本部のホームページにアクセスすることで、救急受診ガイドを市民がいつでも使用可能な状況としている。画面に出てくる質問に回答していくことで、緊急度判定の結果が表示されるものである。

この結果、東京消防庁では、救急車の適正利用に寄与し、潜在的重症者の救護、救急利用者軽症割合の低減、さらに、救急医療体制の円滑化といった効果が挙げられた。

【ウェブ等による救急受診ガイド運営団体】

名称	東京版救急受診ガイド	横浜市救急受診ガイド	救急受信ガイド
事業主体	東京消防庁	横浜市消防局	田辺市消防本部
協力機関	東京都医師会、東京都福祉保健局、救急医学の専門医及び東京消防庁で構成される「東京消防庁救急相談センター運営協議会」（東京消防庁救急相談センター同様）		
対象地域	都内全域	横浜市	田辺市、上富田町
財源	東京都一般財源	横浜市一般財源	田辺市一般財源
契機	救急相談センター開設以来、「取り切れない電話」や「掛けなおし依頼（電話がつながっても相談に応ずる看護師がすべて対応中で掛けなおしてもらおうよう依頼すること）」が多く発生。職員及び設備の増強（スペース及び予算措置）に限界があったため、症状の緊急性（救急車が必要か否か、医療が必要か否か、いつ医療機関に受診すべき	救急出場件数の増加により、緊急性がある傷病者に適切に対処できない事態が懸念され、横浜市として緊急度判定体系を整備する必要があるため。	救急件数増加、人口減少等により、現体制維持ができなくなると恐れが懸念されてきたため。（H24 実証検証事業参加）

	<p>か) について、都民自らが判断できるようにWEB版「東京版救急受診ガイド」を作成。また、高齢者も対応できるように冊子版も作成。</p>		
経緯等	<p>救急相談センターにて使用しているプロトコールは医療従事者が使用することを想定して作成したため、改めて住民が使用するためのプロトコールを作成した。プロトコールの作成には東京消防庁救急相談センター運用部会の構成メンバーである東京都医師会に設置されている救急委員会における救急相談センター運用部会が日本救急医学会の監修により作成した。なお、当該プロトコールは、救急相談センターで使用しているプロトコールのうち、緊急性の高い傷病と相談の多い傷病についてのみ作成した。作成したプロトコールは、東京消防庁が確保した予算により</p>	<p>緊急度判定体系を構築し、医療資源の効果的な活用により救命率の向上を図るため。</p>	<p>H24 実証検証事業参加の中で救急受信ガイドの運用を開始し、それ以降、田辺市として継続して取り組んでいる。</p>

	WEB版とともに冊子も作成した。		
取組方法 (運営)	WEB版は東京消防庁のホームページにアップ、冊子版は毎年印刷し主に各消防署を通じて地域のイベント等において配布	ウェブ上で横浜市救急受診ガイドを運用しています。市民がパソコンやスマートフォンでアクセスして、いつでも使用が可能です。	WEB版は田辺市消防本部のホームページにアップ 民間に業務委託
効果	救急車の適正利用に寄与（急な病気やケガをして救急車を呼ぼうか迷う方に対し、救急車が必要か否かについてアドバイスしている） 救急利用軽症割合低減 潜在的重症者の救護 救急医療体制の円滑化	効果の検証方法については検討中。（ウェブページへのアクセス数の解析は可能であるが、実際に救急受診ガイドを使用して救急車の要請をしたか、医療機関を受診したか、自宅で様子を見たかなど、現状では検証困難と思われる。）	救急車適正利用意識の醸成の寄与 潜在的重症者の救護

④今後の方向性

ア. 効果的な普及方法

以上の検討を踏まえて、救急受診ガイドの普及に向けての方法について、検討した。

【救急受診ガイドの活用未実施地域について】

消防本部に救急受診ガイドを配布したものの、活用されていた割合は現状約2%（17本部）の活用にとどまり、今後取り組む予定ありと回答した本部は172本部であった。引き続き、促すように働きかけていくことが重要であると考えられた。

地域における活用の広がりをもつためには、使う年齢や対象、場に最適化した普及啓発資材の開発が必要である。「項目が多すぎる」「高齢者には判断が難しい」「急病時に読めない」という意見を踏まえ、より分かりやすいリーフレットを作成することとした。作成したリーフレットは幅広く配付、活用してもらうことを目指す。さらに、年齢や対象、場に最適化された普及啓発資材のあり方についての調査、検討を継続して行うことが必要である。

なお、消防防災主管部局が関係者間の連携を促し、地域を動かすためのハブの役割を担うことが有効であると考えられる。

【救急受診ガイドの導入済みの地域において】

既に導入している地域においては、応急手当講習の場における周知項目のパッケージ化（救急受診ガイド、予防救急等）が有効であると考えられた。

消防本部が実施する応急手当講習といった直接的な住民サービス場と都道府県衛生主管部局が関わる広報誌やHPといった媒体を用いる手法を組み合わせるのが有効である。

イ. 住民目線の緊急度について

【救急車利用リーフレットの作成】

救急受診ガイド2014年版についてヒアリングにおいて、頁が多くいざというときに見ることが出来ないといった意見やもっとシンプルなものがよいといった意見が多く得られた。また、緊急度判定という概念が普及していない状況の中で、緊急から非緊急までを説明することは、救急車の需要抑制と捉えられることも考えられるため、緊急（赤）に該当する症状を見おとさないためのツールを作成することとされた。

リーフレットには、平成23年に発行の「救急車を上手に使いましょう」リーフレットをリバイスするかたちで、表面におとなと子どもについて緊急度判定で赤となる症候のうち一般市民にも知っていて欲しい症候を掲載した。また裏面には、救急車の呼び方や救急車が来るまでに用意する物など、最低限の必要なことを記載し

た。

こんな症状を「見た・聞いた」とときにはすぐに119番!! 重大な病気やけがの可能性がります!

おとな

顔

- 顔半分が動きにくい、または、しびれる
- ニッコリ笑うと口や顔の片方がゆがむ
- ろれつがまわりにくく、うまく話せない
- 見える範囲が狭くなる
- 突然、物が二重に見える
- 顔色が明らかに悪い

頭

- 突然の激しい頭痛
- 突然のめまい
- 支えなしで立てない
- ぐらいうるらつ

胸や背中

- 突然の胸痛
- 息が吸えず、呼吸困難
- 胸の中央が締め付けられるような、または圧迫されるような痛みが2~3分続く
- 痛み場所が移動する

おなか

- 突然の激しい腹痛
- 持続する激しい腹痛
- 血を吐く
- 便に血が混ざるまたは、真っ黒い便が出る

手・足

- 突然のしびれ
- 突然、片方の腕や足に力が入らなくなる

こども (15歳以下)

顔

- くちびるの色が紫色
- 顔色が明らかに悪い

頭

- 顔を偏って、けいれんがある
- 顔を強くぶつけて、出血がとまらぬ、腫れがぬい、けいれんがある

胸

- 激しい咳やせーせーして呼吸が苦しそう
- 呼吸が強い

おなか

- 激しい下痢や嘔吐で水分が足りず食欲がなく腫れがはきりしない
- 激しいおなかの痛みで苦しがる
- 嘔吐が止まらぬ
- 便に血がまじった

手・足

- 手足が硬直している

意識の障害

- 意識がぬい (返事がぬい) 又はおかしい (もうろうとしてい)
- くったりしてい

吐き気

- 冷や汗を痒うような嘔吐吐き気

けいれん

- けいれんが止まらぬ
- けいれんが止まっても、腫れがぬい

飲み込み

- 物をのどにつまらせて、呼吸が苦しい、腫れがぬい

事故

- 交通事故にあつた (強い衝撃を受けた)
- 水におぼれたい
- 高いところから落ちた

けが・やけど

- 大量の出血を痒うけが
- 広範囲のやけど

じんましん

- 虫に刺されて全身にじんましんがでて、顔色が悪くなった

やけど

- 痛みのひどいやけど
- 広範囲のやけど

飲み込み

- 物をのどにつまらせて、呼吸が苦しい、腫れがぬい

生まれて3カ月未満の乳児

- 乳児の様子がおかしい

その他、お母さんやお父さんから見て、いつもと違う場合、様子がおかしい場合

救急車を呼ぶときは、指令員の案内にしたがってください。

救急車を呼ぶときは「119番」!!

119番通報したらこんなことを聞かれます。

住所 _____

電話番号 _____

目印になる建物 (近くの公共施設やお店などの名前) _____

～ 具合が悪い方についてのご質問 ～

- 誰が、どうしたのか (病気、けが、交通事故など)
- 年齢、性別
- 一緒にいるか? (頼まれて通報しているか?)
- 呼吸は楽にしているか? (普段どおりの呼吸か?)
- 冷や汗をかいていないか?
- 顔色は悪くないか?
- 普通に話ができるか?
- 症状を詳しく _____ など

① 「お名前をお知らせします」

② 「今すぐにお電話を切ります」

③ 「お名前をお知らせします」

緊急連絡先

名前	
連絡先	
続柄	

消防庁

FDMA



緊急連絡先119番通報

救急車が来るまでに、用意しておく便利なもの。

- 保険証や診察券
- お金
- 靴
- 普段飲んでいる薬 (おくすり手帳)

乳幼児の場合はさらに

- 母子健康手帳
- 紙おむつ
- ほ乳瓶
- タオル

救急車が来たら、こんなことを伝えて下さい。

- 事故の状況や体調が悪くなってから救急隊が到着するまでの様子やその変化
- おこなつた応急手当の内容
- 具合の悪い方の情報 (持病、かかりつけの病院やクリニック、普段飲んでいる薬、医師の指示など)
- 持病、かかりつけの病院やクリニックなどは、日頃からメモにまとめておくとう便利です。

持病は●●●

かかりつけ病院は ▲▲▲病院

普段飲んでいる薬は ■■■■

ウ. 救急受診ガイド 2014 の次の展開

【救急受診ガイドの継続的な見直し】

救急受診ガイドは、電話相談向けに作成したものがベースとなっており、緊急度を大枠で理解するのには役立つが、一般市民がこれだけで判断することは難しいのではないかとの指摘があった。臨床救急医学会と連携しながら、医学的観点からの見直し、改訂について引き続き検討を進めていく。

一般市民が読んだときに、判断の理由や根拠の解説がなされていれば、納得感を得たり、自己効力感を高めることが期待できる。こうした観点からの見直し、改訂に向けた検討を進めていくことが必要である。

【住民目線の救急受診ガイド】

現在の救急受診ガイドは、緊急時に活用するには分量が多すぎるなどといった指摘があった。従って当分は、緊急度の概念を普及するための導入教材として、救急受診ガイド 2014 年版から一般市民に知っていて欲しい症候、症状を抜粋した「救急車利用リーフレット」を普及教材とし、あわせて、救急受診ガイド 2014 年版の改訂について検討を行う。また、紙媒体での提供だけではなく、Web 版やスマホ版など、多様なメディアを活用した提供のあり方についても引き続き検討する。

地域における活用の広がりをもつためには、使う年齢や対象、場に最適化した普及啓発資材の開発が必要である。年齢や対象、場に最適化された普及啓発資材のあり方についての調査、検討を継続する。

【未導入の地域への救急受診ガイドの普及に向けた取組】

アンケート調査を精査したところ、緊急度を含む電話相談事業について、都道府県内の意向と、各消防本部の問題意識にもズレがあることがわかった。引き続き、各組織の問題意識についてアンケート調査をするなどのフォローをしていく。また、救急受診ガイドの普及に向けては、消防防災主管部局が連携を促し、地域を動かすためのハブの役割を担うことが有効であると考えられ、普及に向けた消防防災主管部局へ働きかけを進める。その際、消防防災主管部局は消防本部の以降を踏まえて衛生主管部局とすりあわせる必要がある。その際、救急受診ガイドの取組にあたり、衛生主管部局は小児領域で培った経験を活用できる可能性があり、衛生主管部局との連携を図りながら、取組みを進めていくことが有効である。

【導入済みの地域での救急受診ガイドの一層の普及に向けた取組】

応急手当講習の場において、応急手当のみならず予防救急、救急受診ガイド等の周知を図ることが必要であり、周知項目のパッケージ化が有効であると考えられる。消防本部が実施する応急手当講習といった直接的な住民サービスの場と、衛生主管部局が関わる広報誌や HP といった媒体を用いる手法を組み合わせることで普及を図る

ていくことが有効である。

(4) 電話相談事業の普及

①電話相談事業の概要

ア. 概要

電話相談は住民が病気や怪我をしたときに活用できるものであり、救急隊の要請はためらうが、症状が強くなっている等の心配が増したときには教育を受けたオペレータからのアドバイスを受けることができるものである。電話相談を通じて、①受診手段（救急車を要請するのか、自分で医療機関に行くのか、民間救急車を利用するのか）、②受診までの時間（直ちに医療機関を受診すべきか、2時間以内に受診すべきか、24時間以内か、明日でも良いか等）、③受診先（適切な診療科目）を適切に選択することが可能となる。従来から一部の消防機関において、診療可能な医療機関の情報提供や応急手当方法の指導等が行われていたが、高齢化や核家族化の進行に伴い救急需要が増加する中で、これらの相談サービスに加えて、医師や看護師、消防機関が連携した医学的に質の高い救急相談体制を構築することが求められてきた。

このような背景のもと、東京消防庁が平成19年6月に医師、看護師、消防の他職種連携体制による東京消防庁救急相談センターを開設し、救急相談センター事業を開始した。怪我や病気等で救急車を呼ぶべきか迷った時に、短縮ダイヤル#7119に電話することによって、救急相談を受けられるものである。

消防庁としては、救急相談体制の全国的な展開に向けて、平成21年度に住民の安心・安全を担う消防機関と医療機関とが連携して「救急要請すべきかどうか」、「病院へ行くべきか否か」などの救急相談に応じる救急安心センターモデル事業を実施している。モデル事業の実施地域は、愛知県、奈良県及び大阪市である。モデル事業では、消防機関と医療機関とが連携し、住民が救急車を呼ぶべきかどうか迷った場合の不安に応える救急相談窓口（救急安心センター）を設置し、住民の救急相談に対応する体制を構築した。救急安心センターへの電話番号は、共通の短縮ダイヤル#7119とし、モデル事業実施地域では、固定電話及び携帯電話から#7119により救急安心センターにつなぎ、救急相談を行えるものである。

イ. 電話相談プロトコル

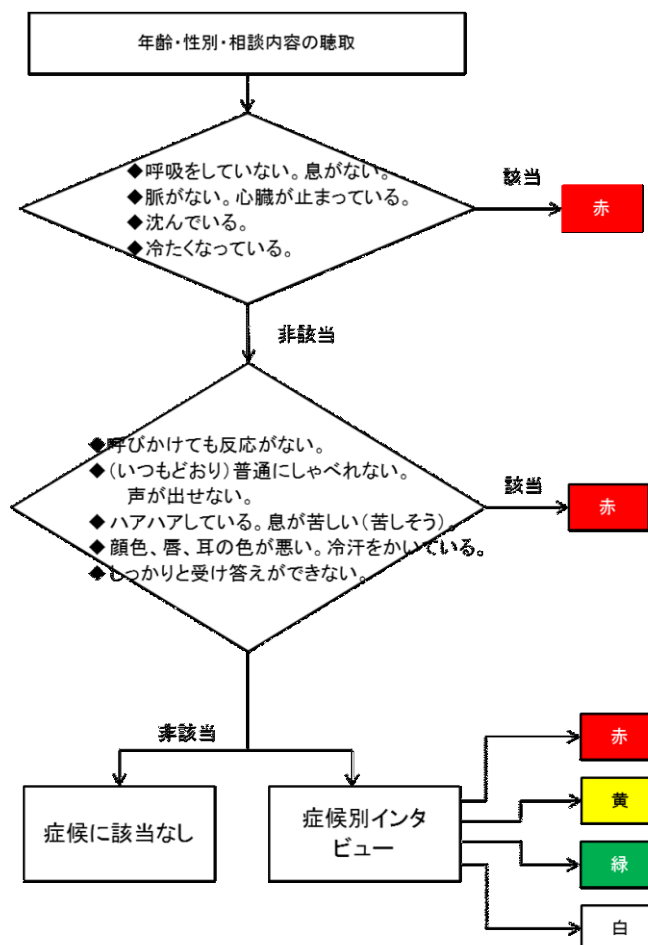
電話相談では、心肺停止などのような緊急度が高く資源を要する事案を確実に判定できること、緊急度が高い症例を低く見積もることを可能な限り避けること、医学的根拠に基づく判断を行うこと、応対者によって判定結果にばらつきが生じないこと等が求められる。そこで、医療従事者が電話を介して判断する傷病の緊急度やそれに基づいて提供する情報の標準化を目指した指示書として、電話相談プロトコルが作成されている。

消防庁では、「電話救急医療相談プロトコール」（監修：日本救急医学会、編集：東京都医師会救急委員会、救急相談センタープロトコール作成部会）を参考に検討を行い電話相談プロトコール Ver. 0 を平成 23 年度に策定、平成 24 年度に行った横浜市、堺市、田辺市での実証検証を踏まえ、平成 25 年度に電話相談プロトコール Ver. 1 を策定した。

電話相談プロトコールでは、赤（緊急）、黄（準緊急）、緑（低緊急）、白（非緊急）の 4 段階の緊急度を判定する。なお、最終的な緊急度判定は、プロトコールが示す結果のみに頼らず、担当した看護師の経験・知識および医師の助言、通報者の社会的事情などによって総合的に判断すべきとされている。

電話相談プロトコールでは、まず、対象者の年齢、性別、相談内容を聴取した後、CPA を疑う状態の有無を確認する。このような状態でなければ、「呼吸」、「循環」、「意識」の有無を確認し、該当していれば赤（緊急）と判定する。これらに異常がなかった場合には、相談対象者の訴えに基づき該当する症候のプロトコールに従った質問項目を確認し、緊急度を判定する。

図表 電話相談プロトコールアルゴリズム



図表 電話相談プロトコール例

1 呼吸困難（成人）	A
-------------------	----------

「息が苦しい」「呼吸が苦しい」「息苦しい」「息が荒い」「肩で息をしている」「息ができない」など

想定疾患
急性冠症候群、肺血栓塞栓症、心不全、異物、呼吸器疾患（肺炎など）、気胸、外傷、感冒、心因性など

Q7 主訴に関わる項目の確認（いつから、どの程度の期間、強さ）
--

Q8 以下の項目に該当するか	はい	選定科の例	想定疾患等
1.急に息苦しくなりましたか？			
2.胸の痛みがありますか？			➡ 8胸痛
3.泡状のピンク色の痰[または]白い痰がたくさん出ますか？			
4.しばらく(数時間程度)その状態が続いていますか？			
5.以前に肺梗塞(エコノミークラス/ロングフライト症候群、深部静脈血栓症、下肢静脈血栓症などと説明してもよい)[または]気胸[または]自然気胸[または]慢性呼吸不全と言われたことがありますか？			
6.喘息と言われたことがありますか、喘息の薬が効かなかったことはありますか？			➡ 3喘息
7.何か変なものを吸い込みましたか？[または]息苦しさは吐いた後からですか？[または]むせた後から症状が出ましたか？			
8.横になると息苦しいですか？[または](苦しくて)座らないと息ができませんか？			

Q9 以下の項目に該当するか	はい	選定科の例	想定疾患等
1.深呼吸をすることができませんか？		内科	
2.最近、けが(外傷)をした[または]手術を受けたことがありますか？		内科	
3.(女性のみ)最近、出産の経験がありますか？[または]妊娠の可能性がありますか？[または]妊娠中ですか？		内科	
4.アレルギーはありますか？		内科	
5.咳[または]黄色～緑色の痰が出ていますか？		内科(呼吸器内科)	
6.発熱はありますか？		内科	[参照]14発熱

Q10 以下の項目に該当するか	はい	選定科の例	想定疾患等
1.指や顔がしびれたり、ビリビリしたりしますか？		内科・かかりつけ医	
2.最近ストレスが多いですか？		内科・かかりつけ医	
3.風邪のような症状(発熱・悪寒・頭痛・咳・鼻汁など)はありますか？		内科	

Q11 以下の項目を再確認する	はい	
1.高齢者(65歳以上)か？		→ 選択した緊急度をさらに上げることを考慮する。または医師に助言を求める。
2.歩行不能か？		

上記のすべての項目に該当しない場合（適宜医師に助言を求める）
現時点では緊急性はありません。ただし症状が悪化した場合や変わらず続く場合には、診療所や病院への受診をお勧めします。

口頭指導
<ul style="list-style-type: none"> ・可能な限り楽な体位をとるよう指導する。 ・いつもの薬を適宜使用する。 (ただし医師から処方指示された以外の使用方法については回答できない) ・タバコ、スモッグ、庭仕事、化学物質、動物などの刺激物質や症状悪化の可能性がある刺激物への暴露を避ける。

ウ．電話相談プロトコルの課題

平成 25 年度緊急度判定体系に関する検討会では、電話相談プロトコルの課題として、以下を挙げている。

- プロトコルの継続的な改善が必要である。
- 市民への広報活動の実施を含め地域への普及を促進するための方策を検討していくことが望まれる。
- 電話相談事業では、住民への周知、予算的制約を克服するために、効果的、効率的に実施するための工夫や方策などについて、継続的に調査し検討していくことが求められる。

②行政機関における電話相談事業に関する取組みの現況と課題

電話相談事業に関する取組みの状況等について把握するため、アンケート調査を行った。ここでは、アンケート調査をもとに都道府県（消防防災主管部局、衛生主管部局）、消防本部による、電話相談事業に関する取組みの現況についてとりまとめる。

ア．活用の現況

（活用状況）

緊急度に関する電話相談事業を行っている団体はまだ限られている。電話相談事業を行っている団体の中でも「電話相談プロトコル Ver. 1」を活用しているのは 7 消防本部、1 衛生主管部局にとどまっている。

（普及方法）

救急受診ガイドと同様、消防本部は応急手当講習等及びイベントの機会に普及を図っている。また、都道府県（消防防災主管部局、衛生主管部局）はホームページや広報誌等のメディアを使って普及を図っている。その他にも、テレビ CM を活用している事例もある。消防本部は直接の住民を通じた普及、都道府県はメディアを使った普及にそれぞれ強みを有していることが分かった。

（今後の取組予定と取り組む上での課題）

未実施の団体の内、今後も取組む予定がないところが約 9 割を占めている。救急受診ガイドと同様、取り組む上での課題、取り組むことができない理由として、「予算の確保が困難」「取組方法が不明確」が多く挙げられている。

今後実施する予定がないと回答したものを分析したところ「必要性の認識はあるが課題あり（予算確保等）」「地域の課題が明確でない（から必要ない）」「自組織でやるべきではない（から必要ない）」等に分類することができた。都道府県の中でも衛生主管部局と消防防災主管部局との間に意識のギャップがあることが少なくないことがわかった。また、都道府県の意向と各消防本部の問題意識にもズレがあることがわかった。

イ. 課題

(予算確保、取組方法等の情報の不足)

電話相談事業の必要性は認識しつつも、「予算の確保が困難」「取組方法がわからない」といった課題を解消するための知見や情報が不足しているために、取組みが進んでいない可能性がある。

(消防防災主管部局と衛生主管部局との意識のギャップ)

消防防災主管部局と衛生主管部局のギャップや、都道府県と市町村とのギャップにより、必要性があると認識されていても、隙間に落ちてしまっているケースがあるものと考えられる。

地域における推進の核となる役割を担う部局等が明確でなく、他部局や地域医師会等との連携を図りにくい状況があるものと考えられる。

③先進事例の集積と抽出された課題

電話相談事業を実施している行政機関に対して、財源や経緯、運営方法、効果等を聴取したので、事例としてとりまとめた。ここで取り上げた電話相談事業は、「#7119」の電話番号を活用している「救急安心センター事業」と、その他で救急度判定を行っている電話相談事業である。

ア. 救急安心センター事業

救急安心センター事業は現在、5団体が取り組んでいる。契機は、救急件数が増加し、緊急性がある傷病者に適切に対処できない事態が懸念されたこと、あるいは、潜在的重症者の救護のためであった。実施主体は消防本部の場合と、衛生主管部局が主体となる場合がある。対象地域は、東京都や大阪府、奈良県は都府県全域の比較的広域で取り組まれている。田辺市については1市1町と比較的小規模である。

財源については一般財源の場合と、厚生労働省の補助金（医療再生基金）を活用している場合があった。

運営については、東京都、大阪府、札幌市の場合は、指令室・センター内に相談窓口を設置していた。田辺市では業務を民間委託している。札幌市では、医療相談員や受付員について民間業者に委託している。

効果としては、救急者の適正利用に寄与、救急利用軽症割合低減、潜在的重症者の救護、救急医療体制の円滑化、119番への病院照会の減少があった。

イ. 緊急度判定を行う電話相談（救急安心センター以外）

アで整理した救急安心センター以外で、緊急度判定が活用されている電話相談事業もあった。契機は、重症者の円滑な搬送のため、潜在的重症者の救護のため、救急車の適正利用等、救急安心センター事業同様のものが挙げられたが、健康の保持促進や生活習慣の相談等、一次予防も合わせて目的としている団体もあった。

財源は、一般財源や、地域医療再生基金の活用がある。

効果としては、救急者の適正利用に寄与、救急利用軽症割合低減、潜在的重症者の救護、救急医療体制の円滑化、119番への病院照会の減少があった。

ウ. 考察

事例集に掲載している自治体について、実施形態別に次のようにまとめた。

➤ 実施形態

都道府県や複数市町村によって実施されるパターンである。都道府県の事業で実施し、市町村の負担額がないケースと参加市町村の人口規模等により、按分するケースがある。単独の市町村では実施困難であっても、広域化することで導入に対する敷居は低くなる。

➤ 財政形態

財源については、一般財源を用いる自治体や補助金を活用する自治体などがある。厚生労働省の地域医療再生基金を活用するため、福祉保健部局が主体となり消防本部が協力しているケースもある。

➤ 運営形態

電話相談においてもっとも重要なのはコールセンターである。自治体単独で医師や看護師が常時相談に対応することができるコールセンターを設置しているのは、東京都や政令市である。その方法としては消防の指令センター内にコールセンターを設置したり、医師会等に委託して実施している。独自に実施することで、地域の実状に応じた対応が出来るが、人件費等のコストが多大である。一方、その他の実施方法としては民間事業者に委託するケースである。民間の専門業者に委託することで、大幅に経費を抑え、緊急度判定を行う電話相談を実施することが出来る。

【救急安心センター事業】

名称	東京消防庁救急相談センター	救急安心センターおおさか	救急安心センターさっぽろ	奈良県救急安心センター	救急安心センター
事業主体	東京消防庁	大阪市消防局	札幌市福祉保健局	奈良県衛生主管部局	田辺市消防本部
協力機関	東京都医師会、東京都福祉保健局、救急医学専門医	救急安心センターおおさか運営委員会	札幌市保健福祉局	県内消防機関	
対象地域	東京都全域	大阪府内全市町村	札幌市、石狩市、新篠津村	奈良県全域	田辺市、上富田町
管轄人口 (平成 22 年国勢調査による)	13,159,388	8,865,245	1,995,275	1,400,728	93,926
財源	・一般財源	・大阪市：一般財源（2分の1） ・大阪市以外の各消防本部：財政、人口規模により按分（2分の1） ・按分の基準消防は消防ヘリコプターの負担と同様	・一般財源（H26～） ・厚生労働省補助金：地域医療再生基金（H23～25、補助率：全額） ・石狩市、新篠津村は運営額、開設時の設備額の減価償却額等を人口比により按分	・厚生労働省補助金：地域医療再生基金、医療提供体制推進事業費補助金の救急医療情報センター運営事業（補助率3分の1） ・一般財源なし	・一般財源 ・国勢調査人口割合で按分
金額	・初年度コスト：既存の施	・初年度（大阪市のみ）：1	・初年度：155,511千円（導	・導入：（救急安心センター	・H26年度経費

	<p>設を使ってスタートしたこと。規模も現在と比べて極めて小さかったことから設備費用はほとんどかかっていない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2年目以降：平成19年の開設以降、設備、人員及びシステム等を毎年度増強 ・平成26年度末に移設増強してスタートする新救急相談センター内の設備費概算額：5億3700万円 (新相談センターと職員仮眠室の間仕切り、空調、消防用設備等の工事費用については含まれず) ・平成27年度予算概算 総額：5億2500万円 (人件費：4億900万円、事業費：1億1600万円) 	<p>億4,300万円(システム、人件費込み)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大阪府下拡大：約8,000万円 ・年間運営費：約2億4,000万円 	<p>入97,330千円、運営58,181千円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H26年度：111,800千円 	<p>モデル事業) H21年10月～H22年3月70,240千円(導入・人件費等全て)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H26:事業費94,115千円(地域医療再生基金88,976千円 国庫補助5,139千円) ・国庫補助:厚生労働省の「医療提供体制推進事業費補助金」の「救急医療情報センター運営事業」(補助率は1/3) ・市町村負担：なし 	<p>電話回線使用料 約660千円 電話相談業務委託料 約2,678千円</p>
契機	<ul style="list-style-type: none"> ・救急件数増加、現着時間延伸、軽症増加等により、 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診すべき診療科等について悩んでいる市民が多い。ま 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化による救急医療の需要増加などに対応するため、 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急件数増加等により、緊急性がある傷病者に適切に 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急件数増加、人口減少等により、現体制維持が可能な

	緊急性がある傷病者に適切に対処できなくなる恐れが懸念されたため。	た潜在的重症者の救護のため。	救急医療に関する相談機能の充実を図る必要があったため。	対処できない事態が懸念されたため。(H21 モデル事業参加)	くなく恐れが懸念されてきたため。(H24 実証検証事業参加)
経緯等	<ul style="list-style-type: none"> 当該事業の実施主体について福祉保健局と協議し、救急搬送に繋がることや24時間体制で実施することなどから消防側で実施し、福祉局が協力をするということになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 事業開始時は国の補助金を利用。当初、大阪市だけで実施したが、付近自治体からの入電が多いことから、翌年は周辺14市、さらに翌年には大阪府内全域に拡張 他都市からの着信も多く、当事業を当時の市長が市長会等で宣伝し、マスコミ等にも大きく取り上げられた。 各自治体予算の関係から周辺市そして府下全域に広がった。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健部局では救急医療機関の負担を軽減するため、また、消防局では救急車の適正利用を進めるため、それぞれが相談窓口の設置を検討していたことから、協力して実施することとした。 	<ul style="list-style-type: none"> 当初(H21年度)は県・医療関係者・消防関係者からなる協議会が受け皿となり、消防庁のモデル事業として実施(H22年度以降は県が実施主体) 	<ul style="list-style-type: none"> H24 実証検証事業参加の中で電話相談事業が行われ、それ以降、田辺市として継続して取り組んでいる。
取組方法(運営)	<ul style="list-style-type: none"> 指令センター内に相談室を設け、救急相談員(看護師に常駐医師が適宜アドバイス)が対応 	<ul style="list-style-type: none"> 大阪市消防局指令情報センター内に相談センターを設置し、相談員・看護師が医師の支援のもと相談に応じる。 大阪市健康局外郭団体に看護師・医師の派遣を委託 	<ul style="list-style-type: none"> 指令室内に保健福祉部局が相談窓口を設置。 指令課員が相談内容を傍聴し、救急車等の出動可否を判断。 民間事業者に医療相談員、 	<ul style="list-style-type: none"> 衛生主管部局より県医師会に委託し相談窓口を設置。 	<ul style="list-style-type: none"> 民間事業者に業務委託

			受付員を委託。		
対応人数	<ul style="list-style-type: none"> ・総員 96 名（救急相談通信員（消防 OB）54 名、救急相談看護師 42 名） ・医師常時 1 名 ・時間あたりの総員 11 名（通信員 6 名、看護師 5 名） 	<ul style="list-style-type: none"> ・相談員（消防 OB）：35 名 ・時間平均：日勤帯 3～6 名、夜勤帯 4～5 名 なお、年末年始などはさらに増員 ・看護師：25 名・時間平均：日勤帯 3～5 名、夜勤帯 2～3 名・医師：常時 1 名（2 交代制）（8：00～18：00/18：00～8：00） なお、年末年始などはさらに増員 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師：22 名（時間当たり平日 2 人、休日 2～3 人）の 2 交代制 ・受付員：9 名（時間当たり平日 1 人、休日 1～2 人）の 2 交代制 ・医師は常時オンコール体制 ・監督員として指令員 1 名 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師：1 名常駐 ・消防 OB：1 名常駐 ・相談員：平日 17 時～23 時及び土日祝 8 時 30 分～23 時は 2 名 常駐/ その他時間帯は 1 名常駐 ・医師：オンコール体制 	
開設時間	・24 時間 365 日	・24 時間 365 日	・24 時間 365 日	・24 時間 365 日	・24 時間 365 日
効果	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車の適正利用に寄与（急な病気やケガをして救急車を呼ぼうか迷う方に対し、救急車が必要か否かについてアドバイスしている） ・救急利用軽症割合低減・潜在的重症者の救護・救急医療体制の円滑化 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車適正利用意識の醸成に寄与 ・潜在的重症者の救護・救急医療体制の円滑化 	<ul style="list-style-type: none"> ・急病などでどうしたらいいか分からなくて 119 番にかけていた方の対応窓口となった。 ・重症化する前に適切な医療機関へと案内できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送に関して直接的な効果は見られないものの、相談件数は増加傾向にあり、県民からのニーズは高い 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車適正利用意識の醸成の寄与 ・潜在的重症者の救護

<p>契機</p>	<p>・救急件数増加、現着時間延伸、軽症増加等により、緊急性がある傷病者に適切に対処できなくなる恐れが懸念されたため。</p>	<p>・受診すべき診療科等について悩んでいる市民が多い。また潜在的重症者の救護のため。</p>	<p>・高齢化による救急医療の需要増加などに対応するため、救急医療に関する相談機能の充実を図る必要があったため。</p>	<p>・救急件数増加等により、緊急性がある傷病者に適切に対処できない事態が懸念されたため。(H21 モデル事業参加)</p>	<p>・救急件数増加、人口減少等により、現体制維持ができなくなり恐れが懸念されてきたため。(H24 実証検証事業参加)</p>
<p>経緯等</p>	<p>・当該事業の実施主体について福祉保健局と協議し、救急搬送に繋がることや24 時間体制で実施することなどから消防側で実施し、福祉局が協力をするとということになった。</p>	<p>・事業開始時は国の補助金を利用。当初、大阪市だけで実施したが、付近自治体からの入電が多いことから、翌年は周辺14市、さらに翌年には大阪府内全域に拡張</p> <p>・他都市からの着信も多く、当事業を当時の市長が市長会等で宣伝し、マスコミ等にも大きく取り上げられた。</p> <p>・各自治体予算の関係から周辺市そして府下全域に広がった。</p>	<p>・保健部局では救急医療機関の負担を軽減するため、また、消防局では救急車の適正利用を進めるため、それぞれが相談窓口の設置を検討していたことから、協力して実施することとした。</p>	<p>・当初(H21 年度)は県・医療関係者・消防関係者からなる協議会が受け皿となり、消防庁のモデル事業として実施(H22 年度以降は県が実施主体)</p>	<p>・H24 実証検証事業参加の中で電話相談事業が行われ、それ以降、田辺市として継続して取り組んでいる。</p>

【緊急度判定を行う電話相談実施 ①】

名称	長万部健康ダイヤル24	西入間広域消防組合消防署救急相談ダイヤル	24時間電話健康医療相談業務	ちとせ健康・医療相談ダイヤル24
事業主体	長万部町	西入間広域消防組合	夷隅郡市広域市町村圏事務組合	千歳市保健福祉部
協力機関		埼玉医科大学病院・埼玉医科大学国際医療センター		
対象地域	長万部全域	毛呂山町・鳩山町・越生町	夷隅郡市広域市町村圏（いすみ市・勝浦市・大多喜町・御宿町）	千歳市
管轄人口 （平成22年国勢調査による）	6,386	66,896	80,159	93,604
財源	<ul style="list-style-type: none"> ・一般財源：696千円 ・道補助金：自殺対策補助金（上限1,000千円） 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般財源：常備消防費※常備消防予算：3町の年度ごとの普通地方交付税の算定に係る消防事務に要する基準財政需要額の割合で按分 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般財源（いすみ市・勝浦市・大多喜町・御宿町）※按分条件：均等割3%、人口割97% ・千葉県地域医療再生基金：初期・2次救急体制強化事業補助金交付要綱（補助率2分の1） 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般財源（H26：約74%、約8,022千円、約34,000世帯） ・国民健康保険特別会計（H26：約26%、約2,820千円、約12,000世帯、国保加入世帯とその他世帯割合により按分） ・H26：約10,837千円（46,600世帯）

金額	・平成 26 年度：1,696 千円	・初年度：増設したダイヤルイン番号の基本工事費用 1,080 円、月額利用料金 866 円・通話料は発信者負担	・初年度：約 5,800 千円（6 月～3 月） ・平成 25 年度：6,400 千円”	
契機	・夜間休日の急な症状に対して、受診のタイミングや、診療科、当番医などが分からずに困るといったことが増えてきた。	・管内住民の安心と安全のため更なる住民サービスの強化及び救急件数増加による救急車適正利用啓発活動の一環	・軽傷患者の救急利用を減少させ、重症者の円滑な搬送につなげるため・健康の保持促進や生活習慣の相談等、一次予防支援のため”	・平成 21 年 4 月から、休日夜間救急（初期救急）の外来診療時間が短縮となり、市民の不安を解消することを目的に、全ての市民を対象に拡大。（平成 11 年度「千歳市国保電話健康相談」として国民健康保険加入者を対象に実施）
経緯等	・町内に医療機関が 1 カ所しかなく、診療科が内科・外科のみである。そのため病院受診のタイミングや応急処置についての 24 時間相談可能な窓口を設置した。	・管内には 2 次及び 3 次医療機関があり医療機関には恵まれている。そのため、さらに連携を強化することで、更なる住民サービスの向上及び救急車適正利用の啓発に繋がると考え実施	・H23 から地域医療再生の取り組みにおいて、救急医療機関の負担を軽減するため、医療の相談窓口として医師会と協議のうえ導入することとした。	・救急件数が増加する中で、医師不足などにより、現体制の維持が困難となってきたことから、市民に与える不安は大きいと判断し、いつでも電話相談できる体制について検討した。
取組方法 (運営)	・民間事業所に業務委託	・救急救命士が対応 ・判断に苦慮する場合は協力機関の医師に指示を要請”	・民間事業者による業務委託	・民間事業所に業務委託

対応人数		・月～金 17:00～8:30/土日祝: 消防署勤務救急救命士3名		
開設時間	・24時間365日	・24時間365日		・24時間365日対応
効果	<ul style="list-style-type: none"> ・相談件数の4割は小児科 ・急な症状や気になる症状について、専門家に相談することにより、不要な受診や救急車の出動抑制に効果がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車適正利用への意識向上 ・軽症患者搬送の減少 ・医療機関紹介及び住民が救急要請の判断に迷う場合の対応窓口 ・急病等に対する子供への応急処置についての助言 	<ul style="list-style-type: none"> ・相談件数は徐々に増加傾向にあり住民からのニーズは高くなってきている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車適正利用の意識醸成に寄与 ・市民の気になる体の症状や健康に対する不安解消に寄与 ・平成25年度相談件数10,764件(1日あたり29.5件) ・小児科に関する相談は、全体の40.48%

【緊急度判定を行う電話相談実施 ②】

名称	A市救急相談ダイヤル24	救急情報テレホンサービス	B市健康・医療相談ダイヤル24	津市救急・健康相談ダイヤル24
事業主体	A市衛生主管部	佐野市消防本部	B市	津市健康福祉部
協力機関			B市 衛生主管部	
対象地域	A市内	佐野市	B市	津市域内
管轄人口(平成22年国勢)	約97,000	139,490	約218,000	285,746

調査による)				
財源	一般財源	一般財源	一般財源	一般財源
金額	・開設初年度：6,220 千円・平成 26 年度：5,180 千円”・H26.06～H27.03：月額 490 千円（約 55,000 世帯）	23,079 円（啓発用チラシ）	・H23.09～H24.03：約 6,500 千円（約 55,000 世帯）	
契機	・救急需要の増加や医師不足等による 2 次医療機関の負担軽減をするため。	・119 番への診療可能病院の問い合わせや救急要請をする必要があるかとの相談などが多くあり、他の消防本部の導入状況などを考慮し、導入するにいたった。	・医師、看護師不足（特に小児、産科の医師不足）の実情があり、現在ある医療資源の疲弊を防止するため・救急車の適正利用	・救急搬送件数の約半数を占める軽症患者の軽減
経緯等	・県内他市での取り組みを参考に、市衛生主管部と消防本部の協議により、市衛生主管部での実施となった。	同上	・市内病院の小児科医が退職したことで、B 域で小児患者の入院ができなくなり、地域の一次救急を担う応急診療所において、小児医療のバックアップ病院がなくなり、平日夜間の診療を休診せざるを得なく、小児医療について危機的な状況となった。そのようなことから安易な小児救急医療の利用抑制、保護者の医療機関の利用の判断のため、また、医	・救急搬送における患者の半数以上が軽症患者であることから、不要不急の軽症患者を軽減することで、2 次救急医療機関の負担を軽減し、救急医療体制の充実を図ることを目的として設置した。

			師の疲弊を防ぐため、小児医療体制を補完する一つ的手段として設置した。	
取組方法（運営）	・民間事業者に委託	・救急出動の必要性を判断・指令課員が相談内容を聴取し、医療機関の照会を行う。	・民間事業者に業務委託	・民間事業者に業務委託
対応人数				
開設時間	・24時間365日	・24時間365日	・24時間365日	・24時間365日
効果	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車適性利用意識の醸成に寄与。 ・潜在的重症者の救護。 ・2次医療機関への集中抑制。 	<ul style="list-style-type: none"> ・119番への救急相談（病院照会等）が減少した。 ・救急出動の減少。（救急車の適正利用）” 	<ul style="list-style-type: none"> ・安易な休日、時間外の救急受診と救急利用の自粛につながると期待されるが、現在のところ、救急出場件数は微増若しくは横ばい。 ・子育てをする親の不安解消 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車適正利用意識の醸成に寄与 ・救急搬送件数に占める軽症患者割合の軽減 ・救急医療体制の円滑化 ・乳幼児に関する相談、身体の症状や治療内容に関する相談が多い。 ・市民の不安解消、安全・安心には一定の効果がある。”

都道府県が実施している電話相談事業

名称	大人の救急電話相談	一般向け救急電話相談
事業主体	山形県衛生主管部局	C 県衛生主管部局
協力機関		
対象地域	山形県全域	C 県全域
管轄人口(平成 22 年国勢調査による)	1,168,924	約 996,000
財源	・厚生労働省補助金：地域医療再生基金（～H27、補助率：全額）・県事業のため、市町村負担なし	・厚生労働省補助金：地域医療再生基金 ※県事業のため、補助率としての回答は不相当と考え、県事業と記載 ・自治体負担・なし
金額	・平成 26 年度：10,516 千円（県事務費除く、委託料予算額）	・開設時：18,354 千円（導入・運営含む） ・H26：8,272 千円
契機	・2 次、3 次医療機関に軽症患者が多数受診しており、適正受診の促進が課題となっていたため	・救急搬送件数および軽症受信者数の増加等により、緊急性のある傷病者へ対処できなくなる恐れが懸念

		<p>されたため。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急車の適正利用の促進や、受診すべきか悩んでいる県民の不安解消を図るため。
経緯等	<p>医療サイドの事業として実施しており、既存事業であった小児救急電話相談事業（#8000）の対象者を拡大した事業である。消防サイドとの連携については今後の検討課題となっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業開始時は単年契約であったが、平成26年度以降は複数年契約を締結している。
取組方法（運営）	<ul style="list-style-type: none"> ・山形県医師会に業務委託（電話相談員として看護師が対応し、症状に応じて医師からの助言を受ける体制） 	<ul style="list-style-type: none"> ・民間事業所に業務委託
対応人数	<ul style="list-style-type: none"> ・総員：医師約100名、看護師4名 	
開設時間	<ul style="list-style-type: none"> ・19時～22時 	<ul style="list-style-type: none"> ・19:00～翌8:00
効果	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関を受診するか迷う場合の不安解消 ・適正受診への誘導を行うことにより、休日夜間診療所の適切な利用促進 ・機能分担を図り、2次・3次救急医療機関の負担軽減 	<p>救急車適正利用意識の醸成に寄与・潜在的重傷者の救護・救急医療体制の円滑化・救急医療体制の円滑化</p>

※適正受診の促進を主な目的としている電話相談事業（利用者からの相談への対応の過程で緊急度判定をしている）

名称	愛知県救急医療情報センター	埼玉県大人の救急電話相談
事業主体	愛知県（健康福祉部）	埼玉県
協力機関	愛知県医師会	埼玉県医師会、埼玉県看護協会、埼玉県内医療機関
対象地域	県内全域	埼玉県全域
管轄人口（平成 22 年国勢調査による）	7,410,719	7,194,556
財源	・一般財源・国庫補助金	・一般財源：30,257 千円 ・医療提供体制推進事業費補助金：7,554 千円 ・市町負担：なし
金額	・医療提供体制推進事業費補助金：7,554 千円 ・市町負担：なし”愛知県広域災害 ・救急医療情報システム全体の中で電話相談窓口を運営しているため、算出困難。	・初年度：（導入、運用、人件費含む）37,811 千円 ”
契機	・救急時に県民が受診可能な医療機関を自ら探す不都合を解消するため。（昭和 54 年から事業実施）・「電話相談で緊急度判定を行うこと」を目的	・県民の夜間の急病等に対する不安を解消するとともに、軽症患者の集中による救急医療機関の負担軽減を図るため。

	としている事業ではない。	・「電話相談で緊急度判定を行うこと」を目的としている事業ではない。”
経緯等	・昭和 53 年に愛知県救急医療対策協議会において整備案が決定され、昭和 54 年に県内一部でサービスを開始し、昭和 56 年から県内全域にサービスを拡大した。	・県内の医療、消防関係者で構成する検討委員会を設置し、事業の枠組みについて検討を行い、医師会、看護協会、医療機関の協力により事業を実施することとなった。
取組方法（運営）	・県医師会に運営を委託。	・県医師会等の協力を得て、相談窓口を設置 ・看護師が対応し、困難事例の時は医師に相談する体制
対応人数	・総員 28 名 3 交代制 ・時間当たりの平均人員 ・平日 4～6 名、土日祝 4～8 名”	・平日：3 人体制 ・土曜日：4 人体制 ・日曜、祝日、年末年始：5 人体制 ・相談員（看護師）50 人（ローテーション）
開設時間	・24 時間 365 日	18 時 30 分～22 時 30 分
効果	・救急車の適正利用意識の醸成。 ・軽症者の 2 次、3 次医療機関への受診抑制。	・平成 26 年 10 月の運用開始以降、1 日平均 60 件程度の相談に対応し、県民の不安解消を図っている。

④今後の方向性：電話相談事業の充実に向けて

ア．未実施の地域

先進地域へ聴き取りをして「奏功事例集」の原案を作成した。都道府県が実施している事例から、市町村単位で実施している事例まで、人口規模、財政、取り組み形態など様々なケースについて取り上げた。

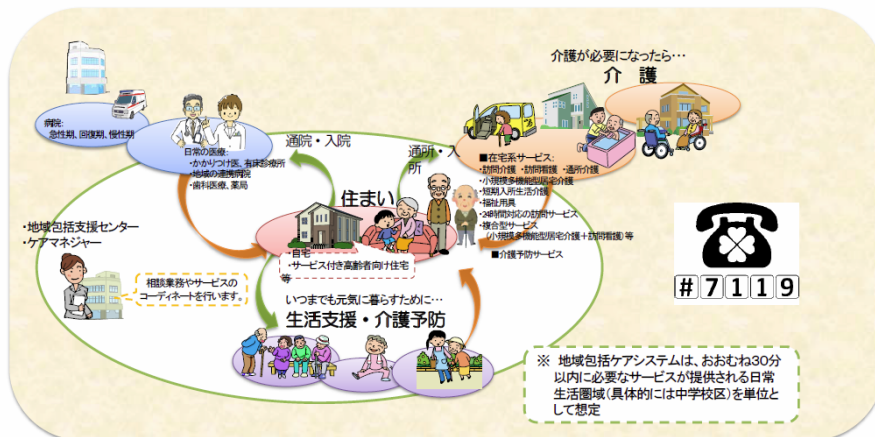
実施については、次の理由から都道府県単位での広域的な取り組みが望ましい。広域的な取り組みは、①地域特性への最適化、②関係者の合意形成、③均てん性の観点からみると、広域的に取り組むことでスケールメリットを得ることができる（例：*札幌市では1人あたり77円、東京都は1人あたり50円*第2回WG議事録から抜粋）。また、小規模の市町村では専門職を確保することは困難であることから、広域的に取り組むメリットがある。さらに、緊急度判定を含む電話相談事業を推進するにあたり、救急医療情報センター、小児救急電話相談事業（#8000）、精神医療相談窓口および精神科救急情報センター等の既存の事業経験を活かしたり、拡張したりすることも考えられる。

医療機関案内は地域の医療資源の状況等地域特性に応じた最適化が求められる。緊急度判定では、プロトコル自体は統一的であるものの相談事業を担う者の力量や受入側の医療体制にあわせた最適化が必要である。また、地域の医療関係者を含めた合意形成が必要になる。医療機関案内と緊急度判定において、望ましい地域の単位が異なる可能性もあり、両者の実施主体を分離することも考えられる。

今後、都道府県防災消防主管部局が衛生主幹部局等に働きかけ、地域のニーズについて検討することを促していく。また、実施する際には奏功事例集を活用し、各地域によって実施可能な形態を選択していただきたい。また、今後は先進地域において、「救急件数」「満足度」といった指標に加えて、①費用対効果等について施策実施のPDCAサイクルの観点 ②判断妥当性等について医学的検討の観点の2つの観点から、さらにブラッシュアップを促し情報発信することで、今後立ち上げを検討する地域への、事業の必要性の根拠として後進への助けとしていく。

イ．導入済みの地域

住民への周知に課題があることが分かった。住民の周知方法として、応急手当講習といった直接的な住民サービスと都道府県衛生主管部局が関わる広報誌やHPといった様々な媒体を用いる手法を組み合わせるのが有効である。加えて、住民だけではなく、医師会や医療機関に対して周知を図ることも有効である。



- 地域包括ケア時代の1つのリソースとして電話相談事業が有効である。

⑤ 先進地域による導入後の現状

ア. 東京消防庁 救急相談センター

① 救急車の適正利用意識の醸成に寄与

「緊急度の判断できなかったから救急車を要請した都民」の割合

→開設前年から約5ポイント低減

(H19:18.3% → H25:13.2%)

② 救急搬送人員に占める軽症者割合を低減

→開設前年から8.7ポイント低減

(H18:60.3% → H25:51.6%)

③ 潜在的重症者を救護

相談の結果救急搬送となり、緊急入院した都民

→年間 4,894人(H25)

緊急度が高く、相談前に救急出場させた

→年間 101件(H25)

④ 急な病気やケガをして不安な都民に安心を提供

→年間 314,737人(H25)

→開設以来 約199万人(H18~H25)

(緊急度普及WG第1回 東京消防庁茂呂委員ご提供資料から抜粋)

イ. 救急安心センター おおさか

Q7 「救急安心センターおおさか」にどのような相談をされましたか。(いくつでも)

	n	%
全体	500	100.0
1. 病院へ行くべきか、様子を見るべきか、送っているので教えてほしい	235	47.0
2. 救急車を呼ぶべきか送っているので教えてほしい	127	25.4
3. 診察してくれる救急病院を教えてください	295	59.0
4. 応急手当ての方法を教えてください	34	6.8
5. その他(具体的に：)	3	0.6

Q8 「救急安心センターおおさか」へ相談された結果、どうされましたか。(いくつでも)

	n	%
全体	500	100.0
1. 家で様子を見た	141	28.2
2. 教えられた病院にご自身で行った	312	62.4
3. 教えられた病院以外の病院へご自身で行った	45	9.0
4. 救急車を呼んで病院へ行った	75	15.0
5. その他(具体的に：)	11	2.2

Q9 「救急安心センターおおさか」がなかったら、その時どうしていたと思われますか。(いくつでも)

	n	%
全体	500	100.0
1. 病院を探して自分で病院へ行った	273	54.6
2. 119番通報し救急車を呼んでいた	181	36.2
3. 家族、友人、知人に助けを求めていた	52	10.4
4. どうしていいかわからない	53	10.6
5. 病院へは行かずに我慢していた	36	7.2
6. その他(具体的に：)	15	3.0

(緊急度普及WG第3回 大阪市消防局林田委員ご提供資料から抜粋)

ウ. 救急あんしんセンターさっぽろ

救急あんしんセンターさっぽろの認知度

【問1】急な病気やけがで、救急車を呼ぶべきか、病院に行くべきか迷った時に、看護師が電話で対応する救急医療相談窓口「救急安心センターさっぽろ(#7119)」を知っていますか。

救急安心センターさっぽろの認知度は、「知っている」が43.0%。

【問1-1】「救急安心センターさっぽろ」の情報を見たことがありますか。

救急安心センターさっぽろの情報を見た経験は、「広報さっぽろ」が50.5%。

ロゴマークによる普及



#7119

救急安心センターさっぽろ

(緊急度普及WG第2回札幌市消防局小嶋オブザーバーご提供資料から抜粋)

3. 今後の課題

緊急度判定体系の検討は、前述したように、救急出動件数と救急隊数の需給ギャップに係る問題意識がきっかけとなった。これまで検討と具体的な施策を積み重ねてきたが、いわゆる2025年問題を控え、需給ギャップは加速度的に拡大することが懸念されている。

同様の課題は救急医療機関のみならず保健医療福祉全体にあてはまることから、医療法改正がなされ、地域包括ケアといった概念が構築されつつあり、「消防と医療の連携」の章において地域包括ケア時代の救急のあり方について検討をすすめ、今後とも継続していく予定である。また、その他に活用可能な資源についての更なる検討も望まれる。

こうした緊急度判定体系の普及はあらゆる立場の方々に救急及び医療資源が有限であることを認識しより賢く効率的に利用するために役立つものでもあり、また、関係者全員の共通言語となり得るものであるということを踏まえた普及が必要である。

具体的な普及の手法として、「緊急度」の位置づけをユーザー側と提供側、さらに地域におけるものに整理した。住民や家族に対しては、「あなたを守るために赤を見逃さないようにするためです」というメッセージを最前面に打ち出し、基本的な位置づけを「知識を持つことで命を守ることができるという備えかつセーフティネット」とした。また行政職員や専門職に対しては「専門職としてのスキルであり共通言語患者や住民のみならず仲間、そして地域資源を守るためのもの」と位置づけた。今後、関係者と連携し更なる調査（マーケティング調査等）を実施しつつ、関係者間の合意形成を継続して、位置づけを明確化していく。

普及に向けては、多数の者を対象にしたメディアによる広報と住民と取り巻く人々の場を活用した普及の両面からアプローチする

①消防を中心とした取組

住民向けの普及啓発資材としてシンプルなものが必要であり、第一歩として消防庁リーフレットを作成する。今後、消防が実施する応急手当講習の中に「緊急度にかかるリーフレット」を活用した説明を織り込むように促していく。また、様々なイベント（救急医療週間等）において、応急手当のみならず予防救急等とともにコンテンツに緊急度に係るものを織り込んだうえで、メディアからの価値が高まるようにしていく

②関係者への働きかけ

場を活用した普及をめざして、関係者と検討をしながら普及啓発資材の開発等を進めていく。とくに医療機関や医師会は重要な地位をしめており具体的な連携や施策を検討する。また医療法改正*を踏まえて政府レベルでの取り組みについて厚生労働省等関係者との検討を深めていく。

地域での取り組みを進めるには、消防および医療に係る行政機関が「緊急度判定の普及の重要性、効用」を理解することが重要である。都道府県消防防災主管部局

は都道府県衛生主管部局を中心に行政機関に働きかけていく必要がある。

※6条2項 国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

参考資料

(1) 経緯

①背景（緊急度判定に関する検討をはじめたきっかけ）

救急搬送の需要が今後さらに増大し、緊急性の高い傷病者において、現場到着までの時間が延伸すれば、以前は救えたはずの人の命が失われてしまう事態も招きかねない。そのため、近い将来を含め救急出動が増加する現状において、救急医療を必要とする傷病者に対し、迅速に搬送するための方策を示すことが喫緊の課題となっている。

これらのことから消防庁では、平成 17 年度から緊急度に応じた救急対応を選択する「緊急度判定体系」の検討を進めてきた。

②これまでの検討経緯（年度ごとの検討経緯のまとめ）

平成 17 年度は、119 番通報受信時及び救急現場における緊急度・重症度の選別についての検討を行い、平成 18 年度は 119 番通報受信時における「CPA」、「外因性」、「内因性」を対象とした緊急度判定プロトコル（案）を策定した。平成 19 年度から平成 21 年度にかけて、平成 18 年度に策定した 119 番通報受信時における緊急度判定プロトコル（案）の検証及び精度向上に関する検討を行った。

平成 22 年度は、緊急度判定のあり方として、消防機関での活動においてのみ傷病者の緊急度を判断するだけでなく、さらに範囲を広げ、家庭で自己判断ツールを活用したり電話相談を行ったりすることにより、社会全体（地域住民全員）で緊急度の概念の共有を進めることは、非常に有意義であるとされた。しかし、わが国の緊急度判定の基準は、各段階で標準化されていないだけでなく、緊急度を判定することについても社会全体での十分なコンセンサスが得られていないのが現状である。今後、緊急度判定の基準を社会全体で共有することの効果や具体的なメリットについて検討し、緊急度の判定基準を社会全体で共有することに関して国民のコンセンサスを得ていく必要があるとした。

平成 23 年度は、国内、諸外国の既存の緊急度判定プロトコルを参考に、緊急度判定プロトコル Ver.0 を策定した。

平成 24 年度は、実証検証事業として、平成 23 年度に策定した緊急度判定プロトコル Ver.0 を試行的に運用し、家庭、電話相談、消防機関（119 番通報、救急現場）のデータ収集だけでなく、医療機関における傷病者の最終的な転帰を横断的に分析し、緊急度判定プロトコル Ver.0 の精度向上に向けた課題の抽出等を行った。

平成 25 年度は、平成 24 年度の実証検証の結果を受け、平成 23 年度に策定した緊急度判定プロトコル Ver.0 を各段階（電話相談、119 番通報、救急現場）において医学的精度を高めるようなプロトコルの改良と症候数の増設を行い、緊急度判定プロトコル Ver.1 を策定した。また、緊急度判定導入及び実運用に向けた課題と改善策の検討を行った。

図表 救急度判定に係る過去の検討経過

年度・検討会	主な検討内容
平成 17 年度 救急需要対策に関する検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 119 番通報受信時・救急現場における緊急度・重症度の選別について ・ 上記場面における緊急度判定プロトコルの試作等
平成 18 年度 救急業務におけるトリアージに関する検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 119 番通報受信時における緊急度判定プロトコル（案）の策定 ・ 上記プロトコルの検証と分析、課題等の抽出等
平成 19 年度 救急業務高度化推進検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記プロトコルにおけるアンダートリアージの極小化及び法的責任等 ・ 119 番通報時における緊急度判定プロトコル（改訂版）の策定
平成 20 年度 救急業務高度化推進検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記プロトコルの再検証（4 消防本部での指令員による実地検証） ・ 119 番通報時の緊急度判定プロトコルにおける救急隊の部隊運用等
平成 21 年度 救急業務高度化推進検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 119 番通報時における緊急度判定プロトコルの精度向上に関する検討 ・ 「救急安心センターモデル事業」の全国的な展開に向けた検討等
平成 22 年度 救急業務高度化推進検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 119 番通報、救急現場、家庭、医療機関等各段階における緊急度判定の役割分析 ・ 「救急安心センターモデル事業」の効果分析等
平成 23 年度 社会全体で共有する緊急度判定（トリアージ）体系のあり方検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会全体で病状の緊急性に関する認識を共有するための、家庭、電話相談、119 番通報、現場搬送における緊急度判定のあり方と課題等
平成 24 年度 緊急度判定体系実証検証事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家庭、電話相談、119 番通報、救急現場の各段階のプロトコル（Ver. 0）を用いた緊急度判定を公募地域で実証検証 ・ 検証結果より、Ver. 1 改編への提言
平成 25 年度 緊急度判定体系に関する検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 電話相談、119 番通報、救急現場の各段階のプロトコルの改良と症候数の増設し、緊急度判定プロトコルを Ver. 1 に改訂 ・ 救急受診ガイド 2014 年版の策定

(2) 目的

家庭自己判断（救急受診ガイド）、電話相談、119番通報、救急現場のそれぞれの段階の緊急度判定プロトコルを活用することによって一定の効果を望むことができるが、緊急度判定による最大の効果を目指すためには、全体の体系として実現することが重要である。そのためには一般市民、行政、医療機関等、社会を構成する全ての人に緊急度判定の考え方が浸透し、「急ぐべきは急ぐべく」救急車が出動できるよう、「救急資源は適正に利用すべきもの」との認識を含めて社会全体に浸透することが重要である。

平成25年度緊急度判定体系に関する検討会でも、緊急度判定プロトコルを有効に活用するためには、利用者に正しく使われる必要があること、そのためには、利用者に対する周知あるいは教育を実施していくことを、今後の課題として挙げている。一方、救急受診ガイドや電話相談等の緊急度判定の考え方に基づいた取組みは、緊急度判定という概念を社会に普及させるに十分なほどには普及が進んでいない。

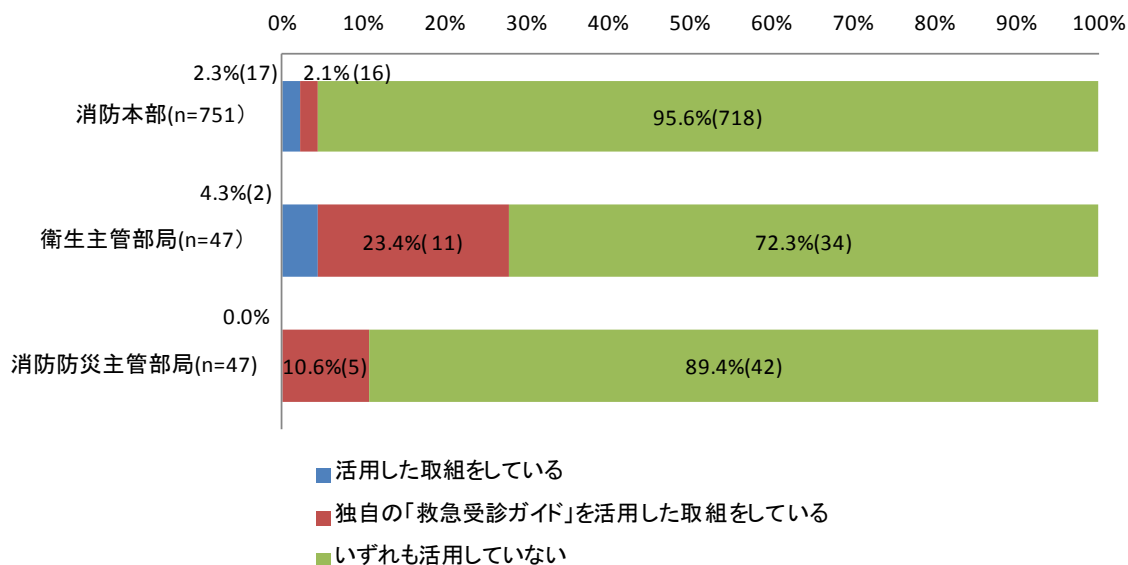
そのため、平成26年度は、緊急度判定プロトコルの改良や検証に係る技術・学術的な検討ではなく、救急受診ガイドの市民への普及、電話相談事業の行政への普及を主たる検討項目とし、「救急車を呼ぶべきか迷う一般市民の判断をサポートし、不安を解消するとともに、救急受診に対する意識を高め、もって緊急度判定の理念や重要性についての理解を深め、それを社会全体で共有するための方策について検討する」ことを目的とした。

(3) 救急受診ガイド調査結果

①救急受診ガイドの活用状況

消防庁「救急受診ガイド2014年版」の活用状況は、消防本部2.3%、都道府県衛生主管部局（以下、衛生主管部局とする）4.3%、都道府県消防防災主管部局（以下、消防防災主管部局とする）0.0%であった。「救急受診ガイド2014年版」の活用を行う衛生主管部局が2県認められた。

図表 救急受診ガイドの活用状況



(備考) %表記の後の()内の数値は、回答した団体数(以降の図表においても同じ)

図表 「救急受診ガイド2014年版」の活用例

<p>【消防本部】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・消防本部のウェブサイトに消防庁ウェブサイトの救急受診ガイドへのリンクを貼り付け ・応急手当講習やイベント時に消防本部のホームページに救急受診ガイドのリンクがあることを広報 ・救急受診ガイドを抜粋し、独自のリーフレットを作成し、救命講習等の機会に配布 ・一般市民からの救急に関する問い合わせ時に使用 <p>【衛生主管部局】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県のウェブサイトに消防庁ウェブサイトの救急受診ガイドへのリンクを貼り付け
--

救急受診ガイド2014年版とは異なる独自の「救急受診ガイド」の活用状況は、消防本部2.1%(16本部)、衛生主管部局23.4%(11部局)、消防防災主管部局10.6%(5部局)である。衛生主管部局のうち9つは小児を対象としたものとなっている。

図表 独自の救急受診ガイドの例

<p>青森県「知って安心!こども救急ガイドブック」</p> <p>山形県「山形県子どもの病気・けがガイドブック」</p> <p>栃木県「こども救急ガイドブック」群馬県「子どもの救急ってどんなとき？」</p> <p>東京都「東京版救急受診ガイド」</p> <p>富山県「救急受診ハンドブック」、「小児救急医療ガイドブック」</p>
--

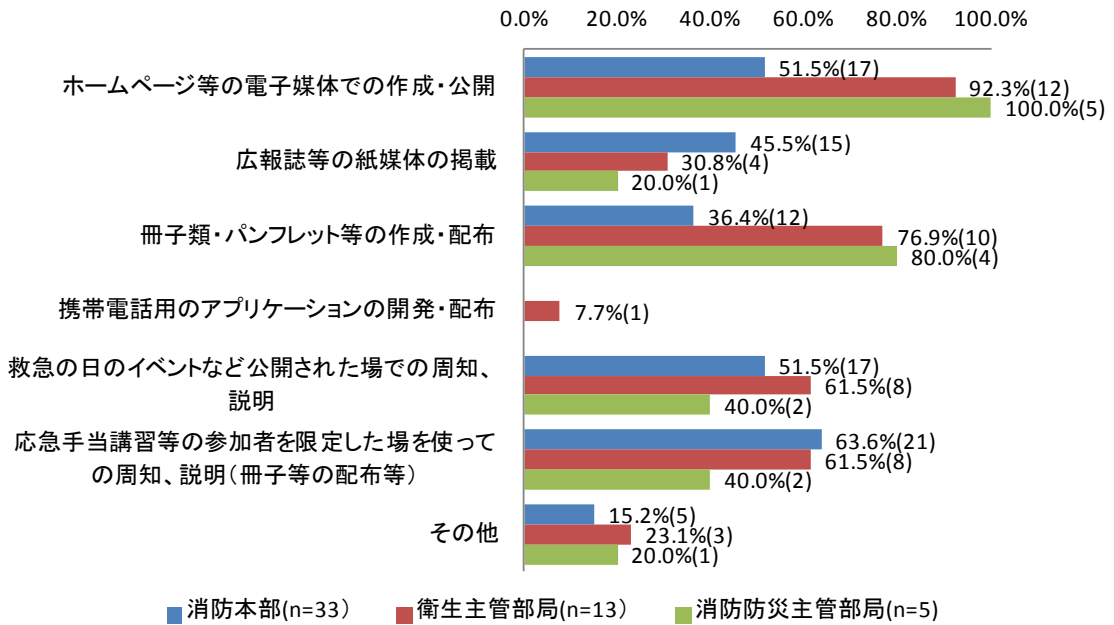
石川県「子どもの救急」
山梨県「こども救急ガイドブック（上手なお医者さんのかかり方）」
奈良県「こどもの救急」
徳島県「お子さんの急病対応ガイドブック」
熊本県「こどものケガ・急病について」

②救急受診ガイドの普及方法

「救急受診ガイド 2014 年版」又は独自の「救急受診ガイド」を活用している団体に、普及方法について聞いた。

消防本部では、応急手当講習等や救急の日等のイベントの機会に周知、説明を行っているところが多く、それぞれ 63.6%、51.5%となっている。都道府県の消防防災主管部局、衛生主管部局は、いずれもホームページや冊子類などを使って普及を図っていることが多い。

図表 救急受診ガイドの普及方法（複数回答）

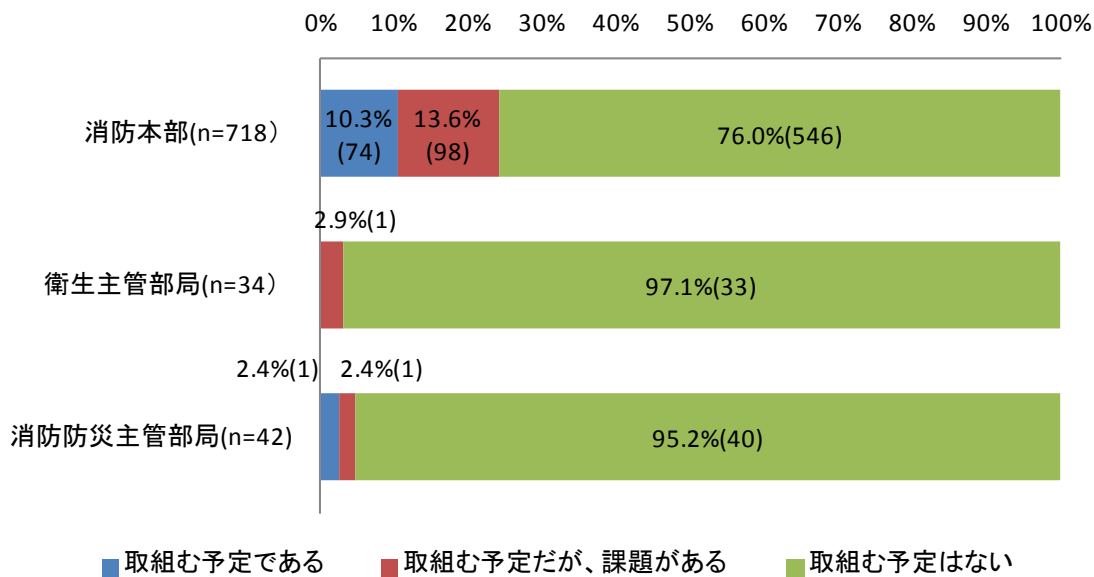


③救急受診ガイドを未活用の場合の今後の予定と課題

救急受診ガイドの活用を行っていない消防本部の内の24.0% (172本部) は今後取組む予定をしている。その内の57.0% (98本部) は課題を有している。

消防防災主管部局、衛生主管部局における取組予定は少なく衛生主管部局で1団体、消防防災主管部局で2団体である。

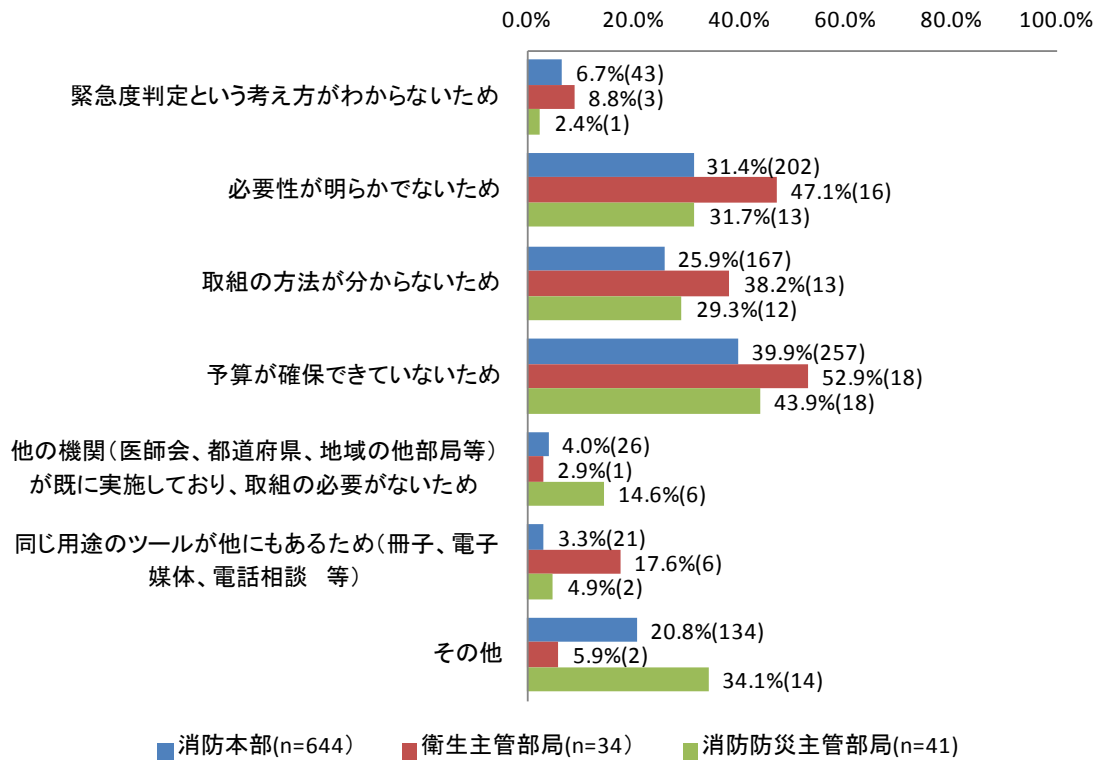
図表 (未実施の場合) 救急受診ガイドの今後の取組予定



④取り組むにあたっての課題、取り組むことが困難な理由

救急受診ガイドの活用を行っていない団体の内、今後取組む予定だが課題を有している団体、取組む予定がない団体に、課題、取り組むことが困難な理由を聞いたところ、「予算の確保」「必要性が明らかでない」「取組方法が分からない」が3～5割を占めている。

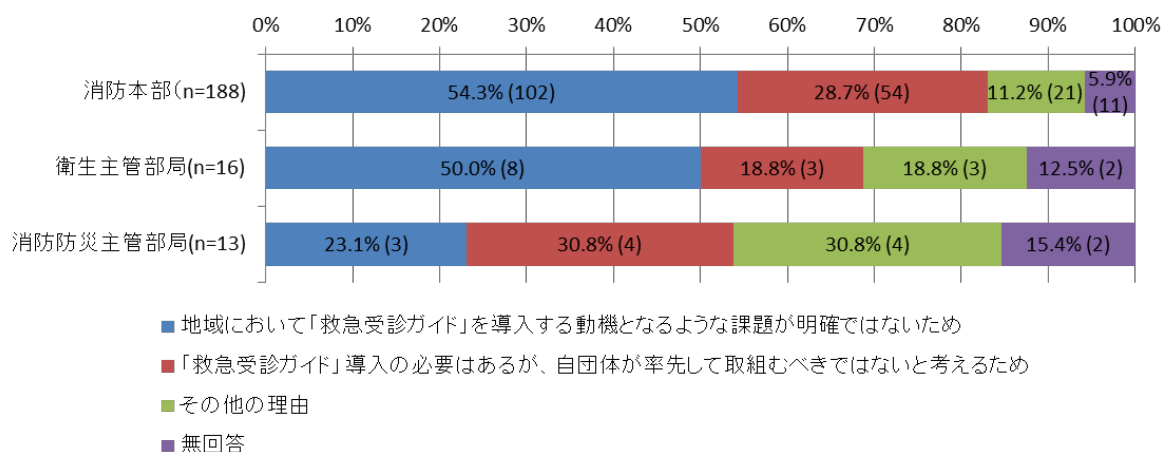
図表 (未実施の場合) 立ち上げの課題、取り組むことが困難な理由 (複数回答)



今後取組む予定がなく、取り組むことが困難な理由として「必要性が明らかでない」と回答した団体に対して追加アンケート調査を行い、その理由を聞いた。

消防本部、衛生主管部局の5～6割、衛生主管部局の2割が、「地域にとって導入する動機となる課題が明確ではない」と考えている。

消防本部、衛生主管部局の3割、消防防災主管部局の2割が「地域にとって導入する必要があるが、自団体が率先して取り組むべきものではない」と考えている。

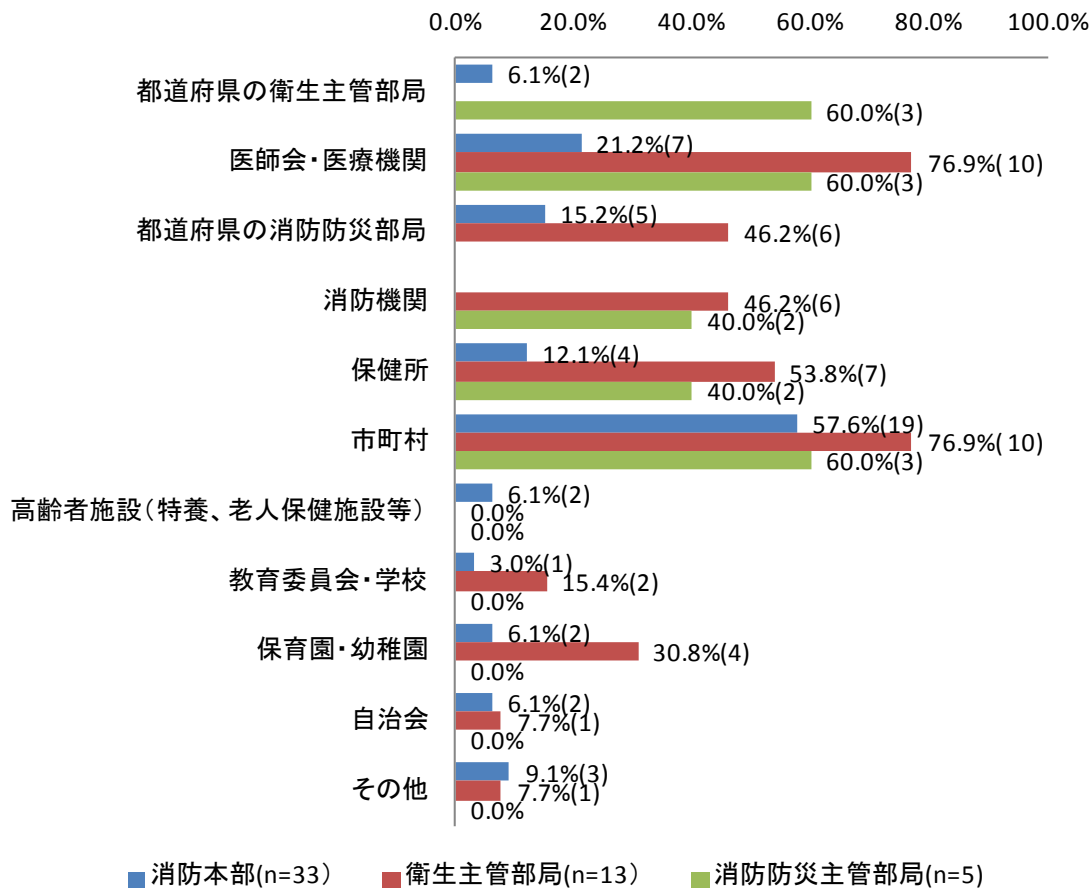


この回答のうち、地域において導入する動機となるような課題が明確ではないためと、導入の必要はあるが、自団体が率先して取り組むべきではないと回答した都道府県の消防防災主管部局と衛生主管部局に回答のギャップが見えた地域も複数あった。

⑤救急受診ガイドの取組において連携している機関

救急受診ガイドを活用している場合の他機関との連携状況をみると、消防本部では市町村（57.6%）、医師会・医療機関（21.2%）等となっている。衛生主管部局の取組は小児を対象としているものが多いが、医師会・医療機関、消防機関、保健所、市町村等幅広く連携している。

図表 (実施の場合) 他機関との連携状況 (複数回答)

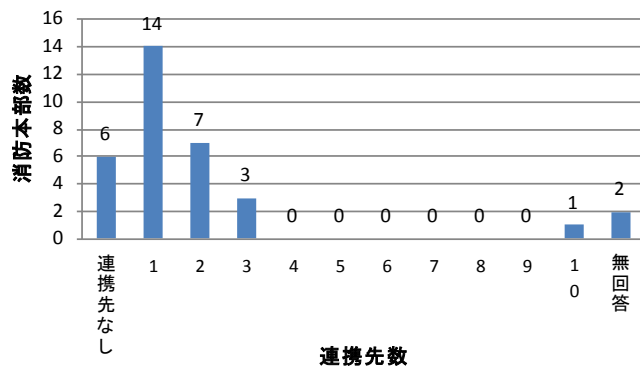


⑥取組を行う上で連携している他機関数

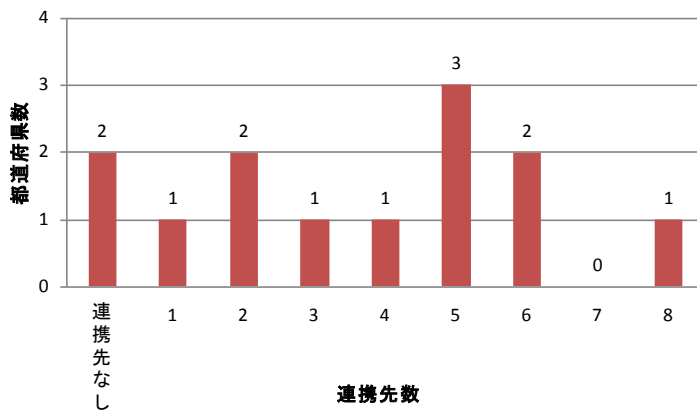
救急受診ガイドの取組を行う上で連携している他の機関の数(種別の数)についてみると、消防本部では1種類の機関が14本部(42.4%)と多く、連携先なしも6本部(18.2%)となっている。

衛生主管部局の連携先機関数は多様である。5種類の機関と連携しているのが3団体と最も多くなっている。連携先なしも2団体ある。

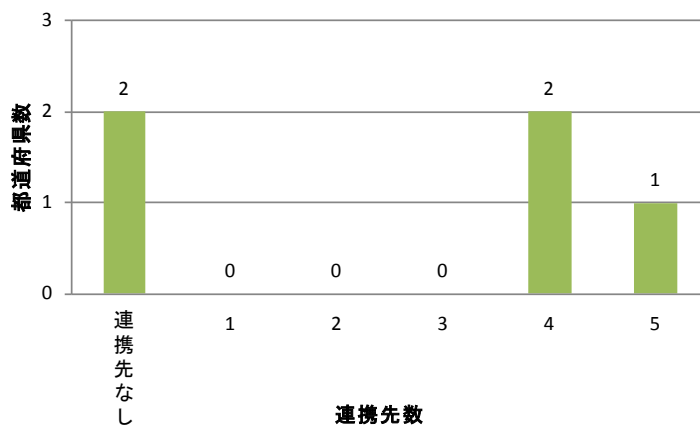
取組を行う上で連携している他の機関数（消防本部）（n=33）



取組を行う上で連携している他の機関数（衛生主管部局）（n=13）



取組を行う上で連携している他の機関数（消防防災主管部局）（n=5）



(4) 電話相談調査結果

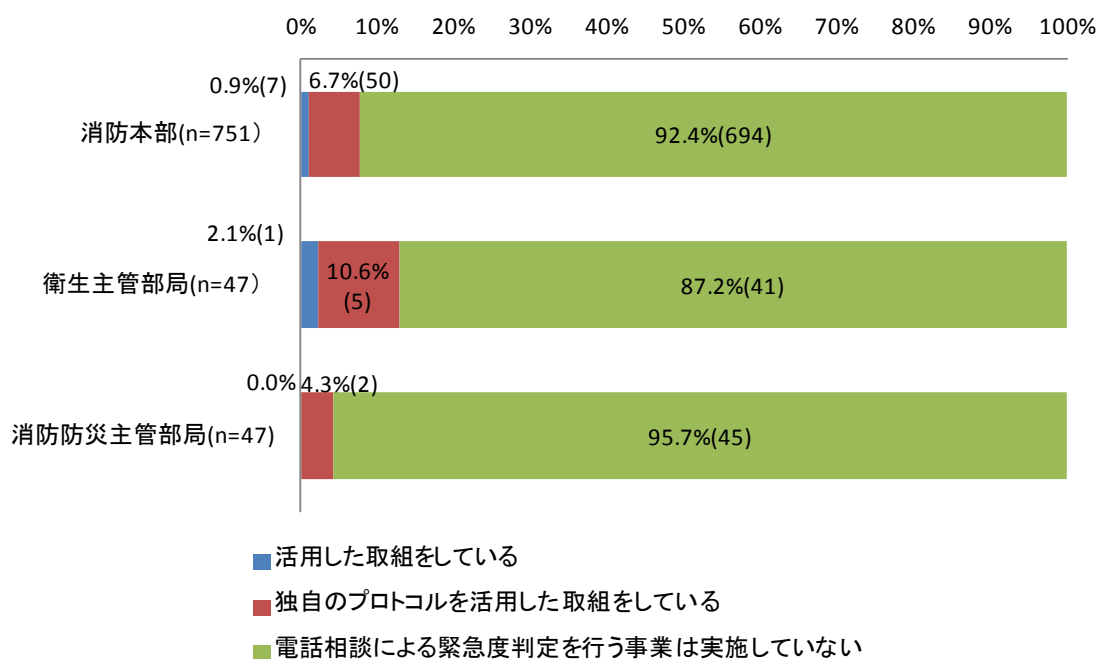
①電話相談事業の導入状況

電話相談事業を行っている団体は消防本部の 7.6% (57 本部)、都道府県衛生主管部局 (以下「衛生主管部局」とする) の 12.8% (6 部局)、都道府県消防防災主管部局 (以下「消防防災主管部局」とする) の 4.3% (2 部局) である。

実施している団体の中でも消防庁が平成 25 年度に作成した「電話相談プロトコル Ver. 1」を活用しているのは、7 消防本部、1 衛生主管部局であった。

独自の緊急度が判定できるプロトコルを活用していると回答した 50 消防本部の中には民間の電話相談事業や#7119 (大阪府) を活用する本部が見られた。

図表 「電話相談プロトコル Ver. 1」を活用した電話相談事業の取組状況

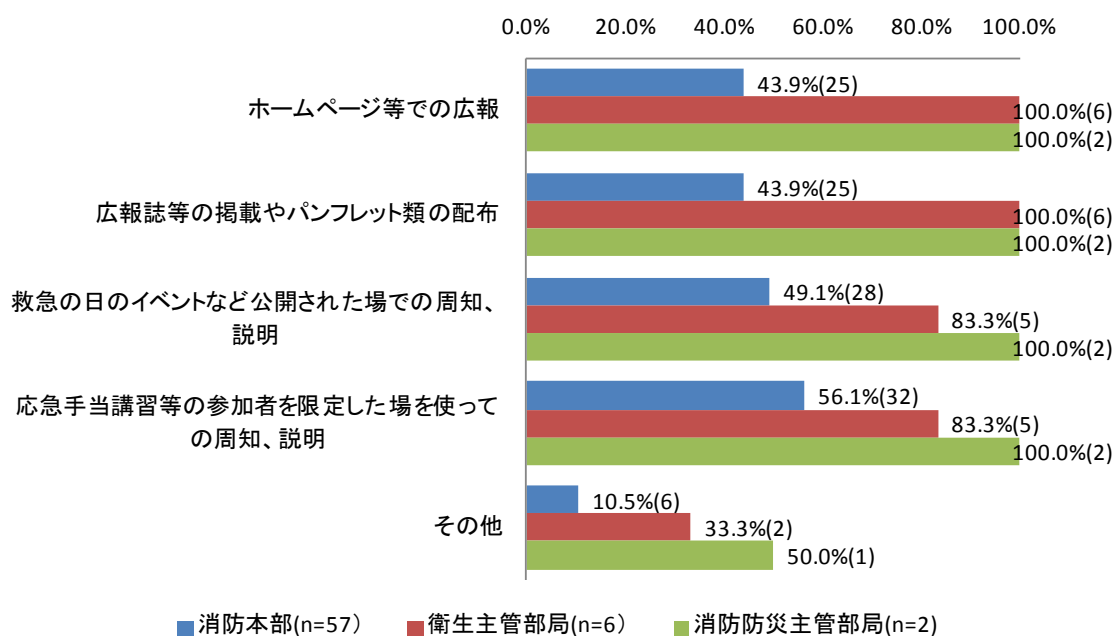


②電話相談事業の普及方法

「電話相談プロトコル Ver. 1」又は独自の緊急度が判定できるプロトコルを活用した電話相談事業の取り組んでいる団体に、普及方法について聞いた。

消防本部では、救急受診ガイドと同様、応急手当講習等や救急の日等のイベントの機会に周知、説明を行っているところが多く、それぞれ 56.1%、49.1%となっている。消防防災主管部局、衛生主管部局は、いずれもホームページや広報誌・パンフレット類などを使って普及を図っている。

図表 電話相談事業の普及方法（複数回答）

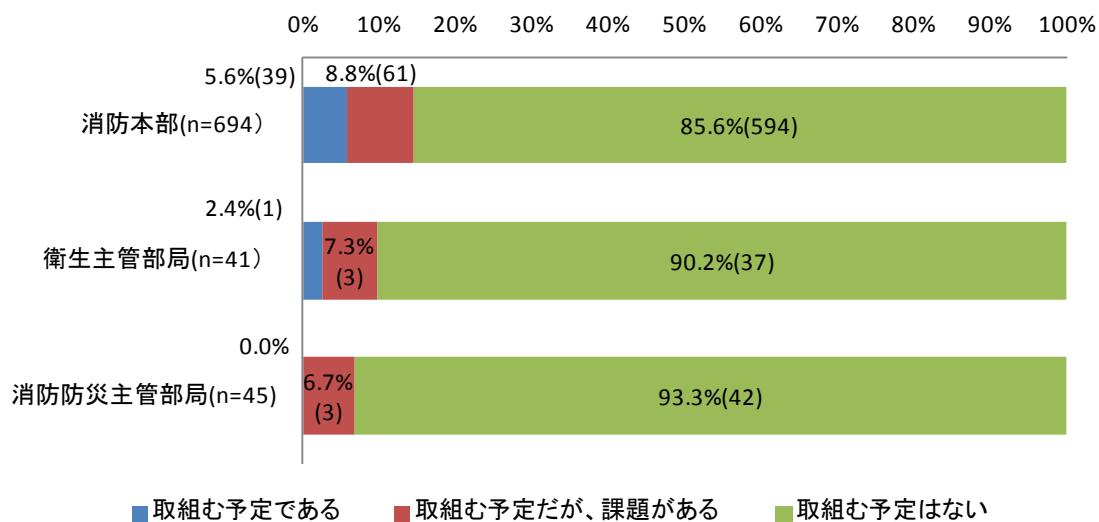


③電話相談を未実施の場合の今後の予定と課題

電話相談事業を実施していない消防本部の内の 14.4% (100 本部) は今後取組む予定をしている。その内の 61.0% (61 本部) は課題を有している。

消防防災主管部局、衛生主管部局における取組予定は少なく衛生主管部局で 4 団体、消防防災主管部局で 3 団体である。

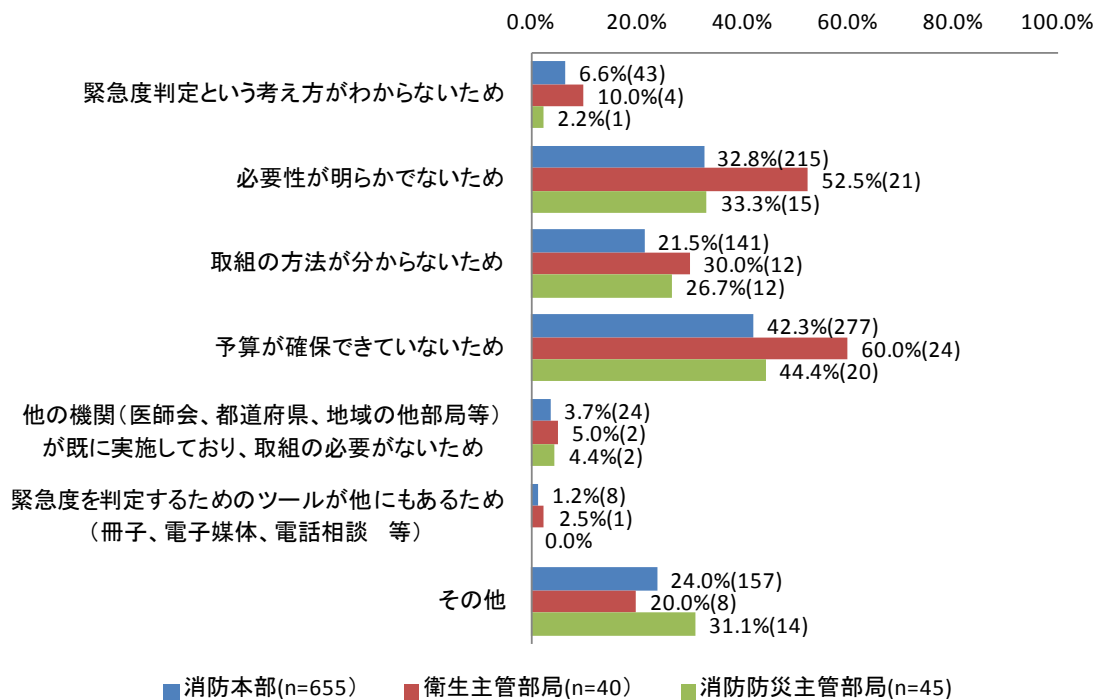
図表 (未実施の場合) 電話相談事業の今後の取組予定



④取り組むにあたっての課題、取り組むことが困難な理由

電話相談事業を実施していない団体の内、今後取り組む予定だが課題を有している団体、取り組む予定がない団体に、課題、取り組むことが困難な理由を聞いたところ、「予算の確保」「必要性が明らかでない」「取組方法が分からない」が約3～5割を占めている。

図表 (未実施の場合) 立ち上げの課題、取り組むことが困難な理由 (複数回答)

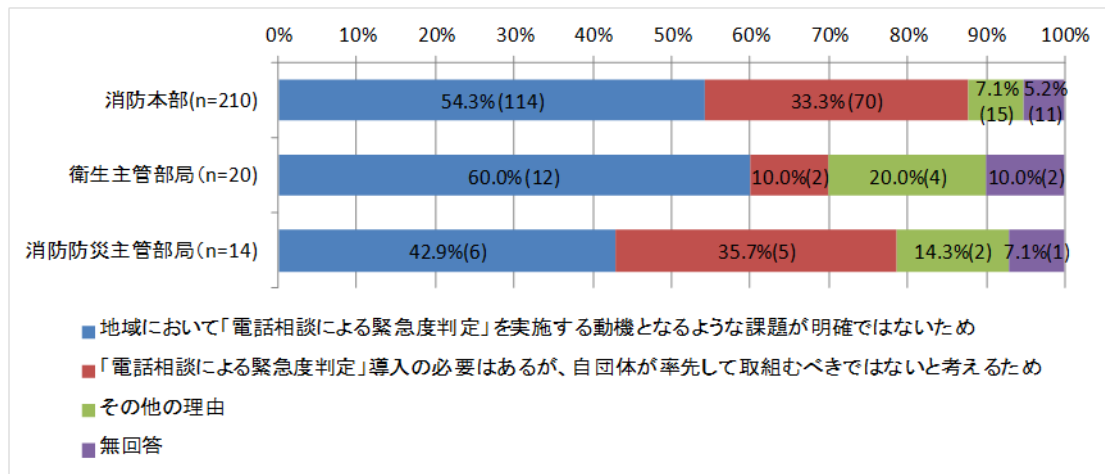


今後取り組む予定がなく、取り組むことが困難な理由として「必要性が明らかでない」と回答した団体に対して追加アンケート調査を行い、その理由を聞いた。

消防本部の約5割、衛生主管部局の約6割、消防防災主管部局の約4割が「地域にとって導入する動機となる課題が明確ではない」と考えている。

消防本部の約3割、消防防災主管部局の約4割、衛生主管部局の約1割が「地域にとって導入する必要があるが、自団体が率先して取り組むべきものではない」と考えている。

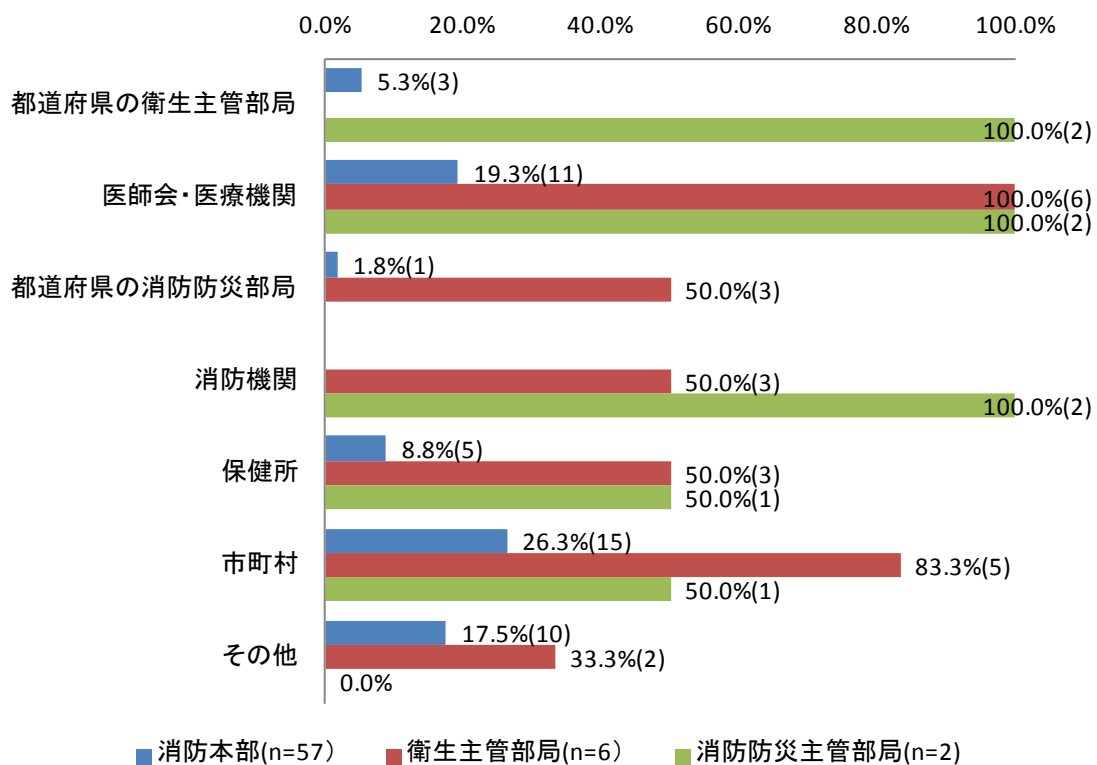
図表 取り組むことが困難理由として「必要性が明らかでない」と回答した理由



⑤電話相談事業の実施において連携している機関

電話相談事業を実施している場合の他機関との連携状況をみると、消防本部は幅広く多様な機関と連携している。消防防災主管部局は、衛生主管部局、医師会・医療機関、消防機関との連携が100%（2部局）となっている。衛生主管部局は、医師会・医療機関との連携が100%（6部局）となっているが、消防機関、消防防災主管部局との連携は5割となっている。

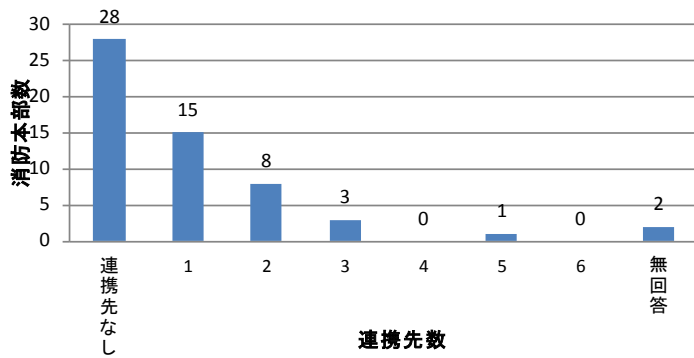
図表 （実施の場合）他機関との連携状況（複数回答）



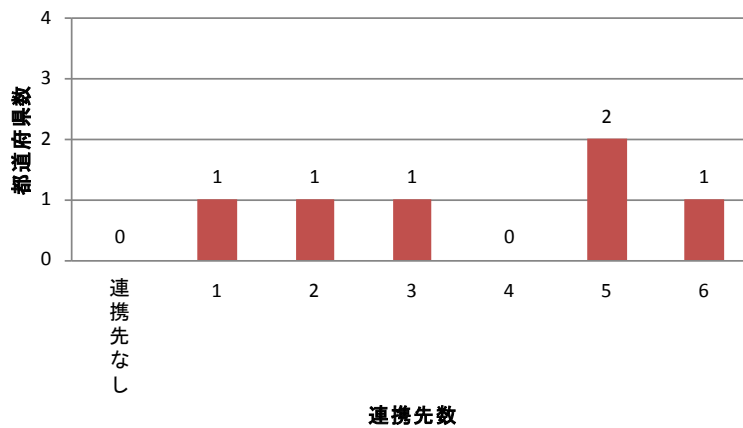
⑥取組を行う上で連携している他機関数

電話相談事業を実施する上で連携している他の機関の数（種別の数）についてみると、消防本部では1種類の機関が15本部(26.3%)と多い。連携先なしが28本部(49.1%)と約半数を占めている。消防防災主管部局の連携している他の機関の数は、3種類、5種類となっている。

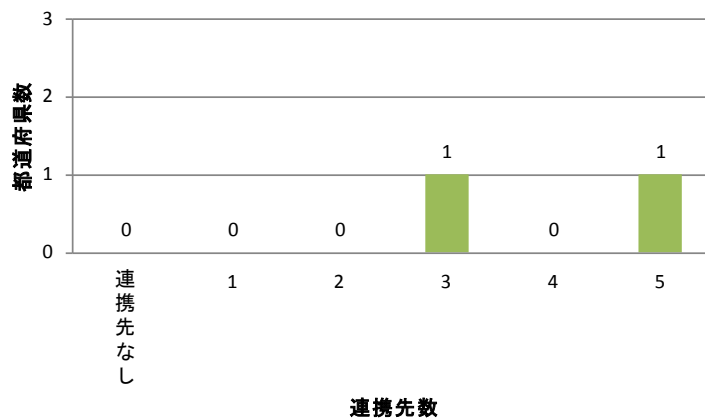
取組を行う上で連携している他の機関数（消防本部）（n=57）



取組を行う上で連携している他の機関数（衛生主管部局）（n=6）



取組を行う上で連携している他の機関数（消防防災主管部局）（n=5）



（5）緊急度判定プロトコルとは

①緊急度判定体系の概要

増大する救急需要に対し、限られた救急医療資源を有効活用し、緊急性が高い傷病者を優先して搬送することにより、救命率の向上を図る。このため、家庭、電話救急相談、119番通報、救急搬送など各段階で「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という共通の考え方にに基づき、緊急度判定体系は構築されている。

緊急度判定の「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という社会規範を社会全体で共有することにより、以下のような効果が得られることが平成25年度緊急度判定体系に関する検討会で指摘されている。

図表 緊急度判定体系の考え方を社会全体で共有することによる効果

「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という社会規範を社会全体で共有する

- **医療機関**
救急患者が緊急度に応じて医療機関を受診ようになる
- **消防機関**
緊急度が高いと考えられる傷病者が救急車を利用ようになる
- **行政**
現在-将来を通じて、持続可能な救急医療提供体制（セーフティネットを含む）を構築する
- **一般市民**
緊急性が高い場合に最短の時間で救急医療機関に到着できる

各段階のアウトプット

家庭自己判断 電話相談	119番通報	救急現場	医療機関
<ul style="list-style-type: none"> • 受診手段 • 受診までの時間 • 受診する診療科目 	<ul style="list-style-type: none"> • 救急車到着の時間（直近隊か否か） • 電話相談窓口への転送 • 他のリソースへの分配（民間救急） • 救急現場へ投入する資源の質と量 	<ul style="list-style-type: none"> • 搬送先（地域MCにより策定された緊急度定義に合致した医療機関） • 受診までの時間 • 搬送の可否 	<ul style="list-style-type: none"> • 受入可能病態（主訴と緊急度）の標榜 • 来院後の医師診察開始までの時間
		<ul style="list-style-type: none"> • 消防と医療機関の情報共有の円滑化 	

（出典）平成 25 年度緊急度判定体系に関する検討会報告書

但し、緊急度判定体系は、緊急性が低い事案について、不搬送にすることを一義的な目的としたものではないことに留意が必要である。現段階においては、緊急性が高い傷病者について、より優先的に搬送資源を投入し、医療機関へ直ちに搬送することを目的としている。

②緊急度の段階

緊急度判定は、家庭自己判断、電話相談、119番通報、救急現場の4段階で行われる。

図表 緊急度判定における各段階

段階	概要
家庭自己判断	一般市民自身が、ウェブページやパンフレットで配布されているプロトコルに自分の症状をあてはめ、119番通報、電話相談もしくは(自力)受診するか否か等を判断する
電話相談	看護師等が、一般市民からかかってきた電話相談に対し、プロトコルを確認しつつ、どの程度緊急に医療機関に受診すべきか等を助言する
119番通報	通信指令員が、消防指令センター内で通報者からの情報をもとに緊急度を判定する
救急現場	救急隊員等が、観察結果等に基づき傷病者を直接観察し緊急度を判定し、どの程度迅速にどのような医療機関に搬送すべきか等を判断する

(出典) 平成25年度緊急度判定体系に関する検討会報告書

③緊急度の定義

緊急度として「緊急(赤)」、「準緊急(黄)」、「低緊急(緑)」、「非緊急(白)」の4類型を定義している。

「緊急(赤)」は、すでに生理学的に生命危機に瀕している病態、急激な悪化・急変が予測される病態と定義している。具体的には、くも膜下出血を疑わせる突然の激しい頭痛等が該当する。

「準緊急(黄)」は、概ね2時間の時間経過が、生命予後、機能予後に影響を及ぼす病態としている。併せて痛み等のがまんできない訴え・病状も考慮することとした。具体的には、胆石陥頓の胆のう炎を疑わせる腰痛等が該当する。

「低緊急(緑)」は、「緊急(赤)」、「準緊急(黄)」には該当しないが、診察が必要な病態としている。今すぐ受診する必要はないが、翌日の平常の診察時間帯に受診をすればよい等を指し、具体的には、容態の安定している感冒様症状等が該当する。

「非緊急(白)」は、「緊急(赤)」、「準緊急(黄)」、「低緊急(緑)」に該当せず、医療を必要としない状態としている。具体的には、出血等を伴わない深爪等が該当する。

図表 緊急度の定義と救急受診ガイドでの指示

類型 (緊急度)	定義	救急受診ガイドでの記述
赤 (緊急)	<p>◆ すでに生理学的に生命危機に瀕している病態。</p> <p>◆ 病態が増悪傾向にあり、急激に悪化、急変する可能性のある病態。</p> <p>※痛み等のがまんできない訴え、症状についても考慮。</p> <p>バイタルサイン異常、ひどい痛み、病態の増悪傾向、急変の可能性を総合的に考える。</p>	<p>「救急車を呼びましょう」</p> <p>緊急度が高いと思われます。今すぐに 119 番に電話しましょう。</p>
黄 (準緊急)	<p>◆ 2 時間を目安とした時間経過が生命予後・機能予後に影響を及ぼす病態。</p> <p>※痛み等のがまんできない訴え、症状についても考慮</p>	<p>「今すぐに医療機関を受診しましょう」</p> <p>2 時間以内をめやすに病院に行かれた方が良いでしょう。</p>
緑 (低緊急)	<p>◆ 上記には該当しないが、診察が必要な病態。</p>	<p>「医療機関を受診しましょう」</p> <p>緊急ではありませんが、受診した方が良いでしょう。夜間でしたら、翌日の診察でも構いません。</p>
白 (非緊急)	<p>◆ 上記には該当せず、医療を必要としない状態。</p>	<p>継続的に様子を見て、症状が悪化した場合、変わらずに続く場合、他の症状が出現した場合は、医療機関の受診を考慮してください。</p>

第7章 2020年オリンピック・パラリンピック東京大会に向けた課題整理

1. 背景等

2013年9月7日、2020年オリンピック・パラリンピック東京大会の開催が決定されたことを受け、2014年4月22日に、2020年オリンピック・パラリンピック東京大会等に関する閣僚会議（第1回）が開催された。総務省及び消防庁でも、関係閣僚会議の開催を受け、準備本部が設置され、「テロ・サイバーセキュリティ・防災対策などに万全の対応をとること」等を内容とした総務大臣指示を踏まえ、今後様々な施策を取っていくこととされている。

救急業務も、国民の安全・安心に資する点で、重要な役割を果たすことは言うまでもない。今年度はまず、2020年オリンピック・パラリンピック東京大会に向けた救急業務の課題及びその対応の方向性を、各都道府県及び消防本部に対するアンケート調査を通じて整理することとした。

2. 調査の概要

(1) 調査実施の概要

➤ 「救急救命体制の整備・充実にに関する調査」

- 調査対象：各都道府県（消防防災主管部局）・各消防本部
- 調査方法：書面によるアンケート調査
- 調査期間：10月23日（木）～11月6日（木）
- 調査内容：オリンピックに向け、救急業務に関する課題として考えられること
それらの課題解決に向けて、消防庁に期待する役割
(いずれも自由記述)

(2) 調査結果の概要

①オリンピックに向け、救急業務に関する課題として考えられることとして多く挙げられたもの

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 外国語対応・コミュニケーションの問題（文化・宗教含む）○ 熱中症対策の強化○ 多数傷病者発生時の対応○ 感染症対策 |
|--|

②それらの課題解決に向けて、消防庁に期待する役割として多く挙げられたもの

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ コミュニケーションシートやアプリの作成○ 外国人対応のマニュアルの作成 |
|--|

- 電話等による通訳サービスの整備
- 救急業務における ICT 導入への財政支援
- モデルケース・海外での対応事例の紹介
- 外国語版の熱中症予防啓発リーフレット等の作成、配布
- 外国人に対する日本の救急システムの PR
- 感染症対策資器材配備への財政支援
- 厚生労働省と連携した、医療機関の受入体制強化（外国人及び多数傷病者発生時）

3. 外国人対応に関する取組

アンケートにおいて挙げられた上記の諸課題のうち、特に重要なのは外国語対応の問題である。政府全体として外国人観光客の誘致に取り組んでいる中、開催地だけではなく全国的に外国人来訪者の増加が予想され、外国人来訪者が、いざというときに安心して救急医療サービスを受けられる環境を整備することが、観光振興の観点からも重要と考えられる。

以下、このような観点からの外国語対応に関する取組を2つ紹介する。

(1) 英語対応救急隊（東京消防庁）

東京消防庁では、アジアヘッドクォーター特区における外国企業の進出等を踏まえ、外国人が安心して救急車を利用できるよう、救急活動に必要な英語能力を有し、外国の生活習慣等に応じた接遇にも配慮できる救急隊を整備している。英語対応救急隊は外国人が多く勤務・居住する地域に優先的に配備されており、平成26年4月1日までに13隊が整備されている。東京消防庁では、平成28年4月1日までに36隊に拡充することを目標としている。

英語対応救急隊員は、英語の素養のある救急資格者から優先して選抜された者に3週間程度の国内研修（救急活動に特化した専門研修）を受講した救急隊員から構成されている。また、英語能力が高い者を選抜して米国の消防局等における実務研修（2週間程度）を受講させ、英語対応救急隊の指導者として育成を図っている。

(2) 多言語音声翻訳システム（総務省）

総務省では、独立行政法人情報通信研究機構（NICT）が開発した多言語音声翻訳システムの精度を高め、病院、ショッピングセンター、観光地等に社会実装することにより、世界の「言葉の壁」をなくしグローバルで自由な交流を実現することを目標とした「グローバルコミュニケーション計画」を平成26年4月に発表した。

多言語音声翻訳システムは、現状では日英中韓の4言語間の旅行会話を比

較的精度よく翻訳することが可能であるが、オリンピック・パラリンピック東京大会が開催される 2020 年までには、対象言語や対応分野を拡大し、医療や防災・減災分野でも活用できるよう高度化を進めており、救急隊員と外国人間の円滑なコミュニケーションの支援も視野に入れた研究開発等を推進している。

4. 課題の整理と方向性

(1) 外国語対応

上記 3. で言及したとおり、外国語対応の問題は非常に重要である。考え得る対応策としては、東京消防庁のような救急隊員への外国語教育（英語対応救急隊の養成）、コミュニケーションシートやボードの普及、救急車等への多言語音声翻訳システム等の導入、等が考えられる。

外国語対応救急隊は、外国の生活習慣等に応じた接遇にも配慮できる点が大きな特長だが、一方で海外研修等、養成にかかるコストの大きさが、東京消防庁以外の地域で導入する場合の障害となることが想定される。

コミュニケーションシートやボードは、すでに東京消防庁等で活用されており、比較的簡易にコミュニケーションが取れることが特長である。多言語音声翻訳システム等の導入については、今後のシステムの技術向上や、システム導入に当たって既存の救急車内の ICT を活用することができるか（アプリのような形で既存の機器に取り込んで使えるか）、また、翻訳端末やシステムなどをどのようにすれば救急業務で使いやすいシステムにできるか、等が今後の課題となるであろう。

いずれにせよ、どのような方式で外国語対応を進めていくかについて、来年度以降の検討会において更に詳細な実態調査を行った上で検討を深め、救急業務における外国語対応を推進していく必要がある。

(2) 熱中症対策の強化

日本の気候に慣れていない外国人来訪者の増加、また、夏期の屋外での大規模イベントの開催が多数に上ることから、外国人来訪者及び開催地周辺を中心とした一般市民に対する熱中症予防啓発の強化が必要となると考えられる。

消防庁としては、啓発手段（ツイッター・リーフレット）の外国語版の作成・配布や、応急手当講習を通じた熱中症予防法や熱中症患者への応急手当法の啓発等の手法が考えられるが、熱中症の予防啓発は消防庁や各消防機関が単独で行うだけでは限界があり、多くの関係機関が連携して行うことが有効な啓発には不可欠である。政府では、「熱中症関係省庁連絡会議」を開催しており、この連絡会議を中心として、各省庁が連携したより戦略的な啓発が

求められるであろう。

この点についても、来年度以降、有効かつ戦略的な啓発手法について検討を進めていく必要がある。

(3) 多数傷病者発生時の対応

大会期間中は救急需要の増加が見込まれ、また、テロや熱中症等による多数傷病者の発生が危惧されることから、開催地以外の消防本部からの応援の要否を含めた救急体制の検討が必要となると考えられる。

この点については、大会の会場等に関する詳細な計画が固まっていないことから、現時点では具体的な計画を作ることは難しい。応援については、地域によってメディカルコントロール体制や活動基準が異なることから、簡単に行うことはできない点も注意すべきである。多数傷病者発生時の対応に関する検討が必要なのは救急分野に限られないことから、消防庁内の各課室との連携を深めて検討を進めていく必要がある。

(4) 感染症対策の強化

海外との人の交流の活発化に伴い、新たな感染症の発生のリスクが高まることから、感染症対策の強化を求める回答が一定数見られた。

消防庁では、感染症予防法上移送する義務のある保健所で対応しきれない事態に備え、消防機関が新型インフルエンザ等対策資器材を整備するための費用について地方財政措置を継続的に行っているところである。また、エボラ出血熱の海外での流行を受けて、消防機関が保健所等の行う患者の移送に協力するに当たっての基本的なあり方を定めた通知を発出した。(平成 26 年 11 月 28 日付け消防救第 198 号「エボラ出血熱患者の移送に係る保健所等に対する消防機関の協力について」)。今後もこれらの施策を継続し、感染症対策に万全を期する必要がある。

(5) その他

アンケート調査により浮かび上がった課題のほかにも、オリンピック・パラリンピック東京大会に向けた救急業務に関する課題として、以下に例示したような幅広いテーマについて検討を進める必要がある。

オリンピックのような大規模イベント時における安心・安全を確保するためには、消防機関だけによる取組ではなく、消防機関に属しない救急救命士有資格者の活用を含めた多様な主体との連携が必要となってくると考えられ、この点について検討を深めていく必要がある。

また、外国人への対応について、言語の問題のほかに、旅行者用の保険等に加入していない外国人旅行者の医療費未払いが課題として浮かび上がって

おり、救急搬送の場面において、支払い能力の有無によって受入医療機関確保に影響が出ないようにするための方策についても、今後の課題として検討する必要がある。

5. まとめ

2020年オリンピック・パラリンピック東京大会に向けた救急業務に関する施策については、来年度以降の検討会において本格的な検討を開始する方針である。本年度は一定の課題整理を行ったが、来年度以降、更に詳細な実態調査を行い、より具体的な検討を進めることで、オリンピック・パラリンピック東京大会に向けた救急業務に関する施策を推進していく必要がある。