

平成29年度
救急業務のあり方に関する検討会
報告書
(案)

平成30年3月
消防庁

はじめに

近年、救急出動件数は年々増加している。平成 28 年中の救急出動件数は約 621 万件、救急搬送人員数は約 562 万人となり、過去最多を更新した。このような中、「平成 29 年度救急業務のあり方に関する検討会」では、救急業務全般のあり方について検討を行った。

高齢化を背景として救急需要が増大する一方、救急隊の増隊には限界があるため、いかにして救急業務を安定的かつ持続的に提供するか、救命率の向上を図るかが近年の救急業務に係る主要な課題となっている。こうした課題に対応するため、①救急車の適正利用の推進、②救急業務の円滑な実施と質の向上等为目标として検討を行った。

①に関連しては、救急出動件数の増加を背景に、「#7119（救急安心センター事業）の全国展開」、「緊急度判定の実施」、「救急隊員の労務管理」について検討した。

②に関連しては、救命率の向上を目的とした、応急手当の普及促進策や通信指令員による口頭指導の促進を図るため、「応急手当の普及促進」の検討や救急活動の質の向上とともに、「ラグビーワールドカップ 2019」や「東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会」などの大規模な国際的イベントの開催を控える中、事態対処への対応の充実を図るため、「テロ災害等の対応力向上」について検討した。

このほか、「救急統計の見直し」や「救急業務に関するフォローアップ」について検討した。

このうち、「#7119（救急安心センター事業）の全国展開」、「テロ災害等の対応力向上」及び「救急統計の見直し」については、ワーキンググループ及び小会合を設置して、詳細かつ積極的な検討を行っていただき、#7119 による医療面の定量的な効果や効果的な広報、試行教育を踏まえたテキスト・カリキュラムの策定、救急統計における集計方法や調査項目の整理、救急蘇生統計の改訂の方向性について成果を得た。

本年度も多岐にわたる検討を行い、救急業務のあり方について多くの成果をまとめることができたものと自負しているが、本検討会で提示された検討すべき課題については、救急業務の更なる発展のため、今後、具体化に向けた精力的な議論が行われることが期待される。

本報告書が各地域で有効活用され、救急救命体制の充実・強化の一助となり、わが国の救命率の一層の向上につながることを期待している。

平成 30 年 3 月

平成 29 年度救急業務のあり方に関する検討会

座長 山本 保博

目次

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	2
3. 各検討事項の概要	4
4. 委員名簿、開催経緯	7
第1章 #7119（救急安心センター事業）の全国展開	13
第1節 #7119による医療面の定量的な効果について	13
1. 背景・目的	13
2. 検討事項	14
3. 調査及び検討結果	14
4. まとめ（今後の方向性）	23
第2節 効果的な広報について	42
1. 背景・目的	42
2. 検討事項	42
3. 調査及び検討結果	43
4. まとめ（今後の方向性）	62
第2章 緊急度判定の実施	65
1. 背景・目的	65
2. 検討事項	66
3. 調査及び検討結果	66
4. まとめ（今後の方向性）	90
第3章 救急隊員の労務管理	93
1. 背景・目的	93
2. 検討事項	96
3. 調査及び検討結果	96
4. まとめ（今後の方向性）	110
第4章 応急手当の普及促進	113
1. 背景・目的	113
2. 検討事項	114
3. 調査及び検討結果	114
4. まとめ（今後の方向性）	129

第5章	テロ災害等の対応力向上	133
1.	背景・目的	133
2.	検討事項	133
3.	アンケート調査及び試行教育	134
4.	テロ災害等の対応力向上としての止血に関する教育カリキュラム及びテキスト	141
5.	まとめ（今後の方向性）	144
第6章	救急統計の見直し	147
1.	背景・目的	147
2.	救急統計小会合	149
3.	救急蘇生統計小会合	159
4.	まとめ（今後の方向性）	167
第7章	救急業務に関するフォローアップ	173
1.	背景・目的	173
2.	アンケート調査及び検討結果	173
3.	個別訪問及び検討結果	184
4.	まとめ（今後の方向性）	189

目的・検討事項・概要

1 検討会設置の背景と目的

平成 28 年中の救急自動車による救急出動件数は 620 万 9,964 件（前年比 15 万 5,149 件、2.6% 増）、搬送人員数は 562 万 1,218 人（前年比 14 万 2,848 人、2.6% 増）となり、救急出動件数、搬送人員数ともに過去最多を更新した。また、病院収容所要時間（119 番通報から病院等に収容するまでに要した時間）は、全国平均で 39.3 分となった。

今後も見込まれる救急需要の増大や救急業務のあり方について、必要な研究・検討を行い、救急業務を取り巻く諸課題に対応することを目的として、「救急業務のあり方に関する検討会」（座長：山本保博 一般財団法人 救急振興財団会長）を設置し、計 4 回開催した。

平成 29 年度救急業務のあり方検討会 主要検討項目

平成 29 年度 救急業務のあり方に関する検討会 検討事項	
高齢化の進展を背景とする救急需要の増大に対応し救命率を向上させるため、「救急車の適正利用の推進」や「救急業務の円滑な実施と質の向上」等について検討を行う。	
救急車の適正利用の推進	救急業務の円滑な実施と質の向上
1 救急安心センター事業（#7119）の全国展開（WG設置） 救急安心センター事業（#7119）の全国展開を推進するため、実施団体拡大のための方策や医療サイドの費用対効果の把握方法を検討	4 応急手当の普及促進 救命率を向上させるため、応急手当の普及促進策や通信指令員による口頭指導の促進等を検討
2 緊急度判定の実施 緊急度を的確に判断し、救急車を緊急性の高い事案に優先して投入するために、119番通報時や救急現場における緊急度判定について、先行事例を踏まえ、普及方策を検討	5 テロ災害等の対応力向上（小会合設置） テロ災害などの重症な外傷に対応するための新たな資器材について、消防本部で導入するための救急隊員の教育カリキュラム等を検討
3 救急隊員の労務管理 救急出動件数の増加に伴い、救急隊員の肉体的・精神的負担が増加しているため、救急隊員の労務管理について、効果的な取組を検討	その他
	6 救急統計の見直し（WG設置） ・救急搬送の必要性が低かった件数の集計方法と不搬送理由の定義を検討（前年度継続課題） ・国際基準を踏まえた救急蘇生統計の改定を検討
	7 救急業務に関するフォローアップ ・実施基準に関する状況 ・転院搬送ガイドラインの策定状況 ・訪日外国人への救急活動の円滑化 ・指導救命士の認定状況 ・困難事例への対応（頻回利用、精神科等） 等

2 検討事項

本検討会では、以下の7つの項目について検討を行った。

- (1) #7119（救急安心センター事業）の全国展開
 - ・ #7119による医療面の定量的な効果について
 - ・ 効果的な広報について
- (2) 緊急度判定の実施
 - ・ 119番通報時における緊急度判定の現状と課題の整理
 - ・ 救急現場における緊急度判定の現状と課題の整理
- (3) 救急隊員の労務管理
 - ・ 労務負担軽減の取組方策
 - ・ 女性救急隊員がより活動しやすい方策
- (4) 応急手当の普及促進
 - ・ 応急手当と口頭指導に関する全国の取組状況の調査
 - ・ 応急手当講習受講者数及び口頭指導実施率と応急手当実施率の関係性の検討
 - ・ 応急手当の普及促進に向けた先進事例
- (5) テロ災害等の対応力向上
 - ・ 教育カリキュラム及びテキストの策定
- (6) 救急統計の見直し
 - ・ 救急統計について
 - ・ 救急蘇生統計について
- (7) 救急業務に関するフォローアップ

また、各ワーキンググループ及び小会合では、下記に関する検討を行った。

- 救急安心センター事業（#7119）普及促進ワーキンググループ
 - ・ 医療機関の負担軽減効果の定量的把握や医療費適正化の効果の把握について
 - ・ 効果的な広報について
- テロ災害等の対応力向上小会合
 - ・ テキスト（案）及びカリキュラム（案）に基づく試行教育の実施
 - ・ 上記結果を踏まえた、テキスト及びカリキュラムの策定

○救急統計ワーキンググループ

ー救急統計小会合

- ・ 救急搬送の必要性が低かった件数の集計方法
- ・ 不搬送理由の定義
- ・ 今後新たに集計すべき項目
- ・ 既存調査項目の解釈の標準化

ー救急蘇生統計小会合

- ・ 救急蘇生統計の改定

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及び消防本部に対しアンケートによる実態調査を行った。

対象別「救急救命体制の整備・充実に関する調査」調査項目

アンケート項目	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
救急安心センター事業（#7119）等の全国展開	○	○	○
緊急度判定の実施	○	○	○
救急隊員の労務管理	-	-	○
応急手当の普及促進	-	-	○
テロ災害等の対応力向上	-	-	○
救急統計の見直し	-	-	○

3 各検討事項の概要

(1) ≪ #7119 (救急安心センター事業) の全国展開 (第1章) ≫

① #7119 による医療面の定量的な効果について

医療機関の負担軽減効果や医療費の適正化の効果について、定量的に分析を行った。

医療機関の負担軽減効果については、#7119 の運用開始により、診療時間内の患者の割合が年々増加する一方、診療時間外の患者の割合が年々減少する傾向が得られた。また、短期間の調査ではあったものの、医療機関に直接あった電話相談件数も減少する傾向が得られた。

医療費の適正化の効果については、調査結果に基づく仮定での試算になるが、大きな効果を見いだすことができた。

#7119 は、医療機関の負担軽減や医療費の適正化などにおいても効果の高い事業であると考えられることから、消防庁においては、引き続き、未実施団体への精力的な個別訪問やアドバイザー派遣などにより、#7119 の全国展開を加速させていくことが必要である。

② 効果的な広報について

#7119 実施団体が実施している広報について、種類、キャッチフレーズ、実施場所、費用例、認知度を整理した。

住民の認知度を高める上では、常に人の目に触れるようにすることや、事業内容を理解できる機会を提供していくことが重要である。そのほかにも、必要なときに活用できる広報媒体の制作、他機関との連携、デザインの統一・シンプル化、所属の広報担当課からのノウハウの獲得なども有効と考える。

#7119 の認知度の向上が、利用率の向上につながり、救急車の適正利用とともに、住民の受診行動の適正化につながることから、現在#7119 を実施している団体はもとより、これから#7119 を実施する団体においても、本資料に基づいて効果的な広報を行っていくことが望まれる。

(2) ≪ 緊急度判定の実施 (第2章) ≫

119 番通報時及び救急現場での救急出動・搬送の要否に係る緊急度判定、緊急度判定を実施するに当たっての対応マニュアル、消防職員への教育等についての実態調査を実施した。これらの調査を基に、119 番通報時及び救急現場のいずれの場合においても、救急出動・搬送の要否に係る緊急度判定の取組を進めていくための具体的な方策を検討していく必要がある。

消防庁においては、緊急度に応じた適切な対応を行う上で必要な対応マニュアル（緊急度に応じた対応のあり方、接遇・説明、記録の残し方等）や、消防職員への教育体制について、検討することが望まれる。その際、消防防災科学技術研究における、119 番通報時及び救急現場での緊急度判定支援ツールの開発や、緊急度に応じた搬送先選定と搬送手段のあり方についての検討と連携を図っていくことが望まれる。

また、119 番通報時及び救急現場での緊急度判定の実施には、住民の理解が必要であることから、各消防機関においては、消防庁作成の緊急度判定概念普及コンテンツなどを活用し、あらゆる機会を通じた積極的な周知が望まれる。

さらに、119 番通報時及び救急現場で緊急度判定を進めていくためには、住民が 119 番や救急隊による緊急度判断を受け入れる条件としての「すぐに受診できる病院の紹介」や緊急度判定を実施する救急隊員や救急救命士等の認知度や信頼度を高めることも重要であり、これらについても、今後、検討していくことが考えられる。

あわせて、緊急度判定の結果についての責任問題が、緊急度判定に係る通信指令員や救急隊員の不安やリスクとなっており、これらへの対応も、将来的には検討することも考えられる。

(3) 《救急隊員の労務管理（第3章）》

救急隊員の労務負担の軽減については、全国の消防本部へのアンケート調査のほか、救急需要が多い都市部の消防本部へのヒアリング調査を実施した結果、交替乗務や救急隊の配置転換、救急出動件数が増える日勤帯のみ運用する救急隊など効果的な取組を把握した。把握できた効果的な取組を踏まえ、「救急隊員の適正な労務管理の確保に係わる検討について」（平成 17 年 10 月 7 日付け消防消第 205 号・消防救第 239 号通知）の改正を行い、救急隊員の適正な労務管理についても進めていく必要がある。

女性救急隊員が活動しやすい方策については、女性職員が勤務する消防本部へのアンケート調査や、複数消防本部の女性救急隊員からヒアリング調査を通じて、救急活動の省力化の工夫や長期間救急業務に従事していなかった隊員の復職支援などの取組事例をとりまとめた。今後、女性救急隊員として働きやすい環境整備の方策として周知していく必要がある。

(4) 《応急手当の普及促進（第4章）》

応急手当や通信指令員による口頭指導の普及については、救命体制の充実を図る上で非常に重要であるが、地域によって取組は様々であり、各地域の実情に応じて様々な課題があると推測される。

全国的にみると、応急手当講習受講者数の増加に伴い、応急手当実施率が高まる傾向にあるが、都道府県別の比較では、両者の間に明らかな関係性を見出すことはできなかった。しかし、一部の消防本部の応急手当実施者情報を分析したところ、応急手当講習は、応急手当の質につながっていると推測できた。適切な応急手当を行うことで、大きな救命効果が期待できることから、応急手当講習と通信指令員による口頭指導の普及促進が非常に重要となる。

さらに、全国で実施されている応急手当に係る先進的な事例についても、情報を収集した。本事例などを参考に、各地域において、応急手当の普及に向けた取組が、今後一層盛んになることが期待される。

(5) 《テロ災害等の対応力向上（第5章）》

ラグビーワールドカップ 2019 や東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会などの大規模な国際的イベントの開催を控え、テロ災害等の事態対処についての体制の整備、救急隊員等に対する教育が喫緊の課題となっている。特に爆発が原因の外傷による四肢の切断などで生じる大量出血にはターニケットを用いた止血が効果的とされていることから、テロ災害等の対

応力向上を目的に、ターニケットを用いた止血処置に関する教育カリキュラム及びテキストを、消防隊員・救助隊員等に対する試行教育を踏まえ策定した。

今後は、この教育カリキュラム及びテキストを基に、指導救命士等が中心的な指導者となり、全国の消防本部において広く消防職員に教育することが期待される。また、継続的な教育を実施することで、一層のテロ災害等の対応力向上につながることを期待される。

(6) 《救急統計の見直し（第6章）》

年々変化する救急活動に関する現状を的確に把握するため、救急統計及び救急蘇生統計の見直しを行った。

救急統計に関しては、救急搬送の必要性が低かった事案の集計方法及び不搬送理由の定義について試験調査を行い、フローチャート、新たな不搬送理由及び定義を提示した。また、今後新たに収集すべき項目を、消防本部において既に収集されている走行距離及び医療機関の受入れに関する情報等とした。さらに、既存の調査項目の解釈の標準化については、調査項目の実態を調査し、統一的な解釈となるよう一覧表に取りまとめた。

救急蘇生統計に関しては、心停止の原因について、新たに内因性か外因性かに分けて集計することとし、バイスタンダーによるAEDの実施について、除細動の実施のみだけではなく、バイスタンダーがAEDの使用を試みた件数も収集することとした。また、転帰については、1か月未満で転退院した傷病者の転退院日を入力項目とすることとし、その他任意入力として、搬出開始時刻及び心肺蘇生の希望なしの項目を新たに追加した。救急隊員が日々入力を行う救急蘇生統計は、国際標準に基づいて記録されているため、客観的な比較・検証が可能であり、我が国の救急蘇生統計は、悉皆的なデータが収集されているため世界的な評価が高いものとなっている。

(7) 《救急業務に関するフォローアップ（第7章）》

救急業務に関する取組状況については、地域によって差が生じていることから、今年度、救急業務に関するフォローアップとして、アンケート調査により全国の実態を把握するとともに、都道府県の担当部局とともに消防本部を個別訪問し、現状及び課題の認識の共有並びに必要な助言を行った。

来年度も引き続き、アンケート調査及び個別訪問によるフォローアップを継続することで、救急業務の全国的なレベルアップを図っていく。

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代表)
- 有賀 徹 (独立行政法人 労働者健康安全機構理事長)
- 岩田 太 (上智大学法学部教授)
- 小野 清 (仙台市消防局警防部長)
- 唐橋 竜一 (埼玉県保健医療部医療整備課長)
- 坂口 孝司 (岐阜県危機管理部消防課長)
- 坂本 哲也 (帝京大学医学部救急医学講座主任教授)
- 島崎 修次 (国土舘大学防災・救急救助総合研究所長)
- 田邊 晴山 (救急救命東京研修所教授)
- 田村 圭子 (新潟大学危機管理本部危機管理室教授)
- 松本 吉郎 (日本医師会常任理事)
- 間藤 卓 (自治医科大学救急医学教室教授)
- 森住 敏光 (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)
- 山田 裕之 (横浜市消防局警防部救急担当部長)
- 山本 保博 (一般財団法人 救急振興財団会長)
- 行岡 哲男 (東京医科大学常務理事)
- 横田 順一朗 (地方独立行政法人 堺市立病院機構副理事長)
- 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)
(オブザーバー)
- 佐々木 健 (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29年7月6日	・今年度の検討の進め方
第2回	平成29年10月17日	・検討課題の検討状況について
第3回	平成29年12月7日	・検討課題の検討状況について
第4回	平成30年3月8日	・救急業務のあり方に関する検討会報告書(案)

(2) 救急安心センター事業（#7119）普及促進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

- 稲童丸 将 人（札幌市消防局警防部救急課長）
猪 口 正 孝（公益社団法人 東京都医師会副会長）
唐 橋 竜 一（埼玉県保健医療部医療整備課長）
千 葉 幸太郎（宮城県保健福祉部医療政策課長）
出 水 静 雄（大阪市消防局救急部救急施策担当課長）
中 板 育 美（日本看護協会常任理事）
藤 本 晴 枝（NPO 法人 地域医療を育てる会理事長）
真 角 暁 子（総務省参与、株式会社グッドアングル代表取締役）
三和田 智 子（神戸市保健福祉局地域医療課長）
六 車 崇（横浜市医療局医療政策課救急医療技官）
森 村 尚 登（東京大学大学院医学系研究科救急医学教授）
○横 田 順一朗（地方独立行政法人 堺市立病院機構副理事長）
吉 澤 穰 治（東京慈恵会医科大学外科学講座小児外科診療医長）
（オブザーバー）
細 川 康 二（厚生労働省医政局地域医療計画課
救急・周産期医療等対策室病院前医療対策専門官）

飯 塚 悠 祐（厚生労働省医政局地域医療計画課
救急・周産期医療等対策室病院前医療対策専門官）
※平成 29 年 7 月 1 日より

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第 1 回	平成 29 年 6 月 7 日	・ 検討目的・検討事項等の共有
第 2 回	平成 29 年 10 月 4 日	・ 医療面の定量的な効果について ・ 効果的な広報について
第 3 回	平成 30 年 2 月 15 日	・ 医療面の定量的な効果について ・ 効果的な広報について

(3) テロ災害等の対応力向上小会合

① 委員名簿

※五十音順、○印は小会合長

- 伊 藤 賢 司 (横浜市消防局警防部警防課長)
下 田 新 (藤沢市消防局救急救命課長)
高 柳 正 守 (千葉市消防局警防部救急課長)
藤 岡 高 弘 (公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院副病院長)
茂 呂 浩 光 (東京消防庁救急部救急指導課長)
○山 口 芳 裕 (杏林大学医学部救急医学教授)
山 田 賢 治 (杏林大学保健医学部救急救命学科教授)

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第1回	平成29年8月1日	・今年度の検討の進め方
第2回	平成29年9月27日	・テロ災害等の対応力向上としての止血に関する教育テキスト及びカリキュラム(案)について ・試行教育の進め方について
第3回	平成30年1月24日	・試行教育の結果について ・テロ災害等の対応力向上としての止血に関する教育カリキュラム及びテキスト(案)について

(4) 救急統計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

○坂本 哲也 (帝京大学医学部救急医学講座主任教授)

(救急統計)

浅利 靖 (北里大学医学部救命救急医学教授)
飯原 弘二 (九州大学大学院医学研究院脳神経外科教授)
伊東 弘貴 (札幌市消防局警防部救急課救急需要担当係長)
内山 博孝 (東京消防庁救急部救急管理課救急情報係長)
押尾 昌典 (松戸市消防局救急課課長補佐)
田邊 晴山 (救急救命東京研修所教授)
本田 隆志 (出雲市消防本部警防課救急救命センター長)
安原 誠吾 (奈良市消防局情報救急室救急課主査)

(救急蘇生統計)

伊藤 広明 (浜松市消防局警防課専門監)
石見 拓 (京都大学環境安全保健機構健康管理部門健康科学センター教授)
内田 宏幸 (松江市消防本部警防課救急室救急係長)
片山 祐介 (大阪大学医学部附属病院高度救命救急センター医員)
中原 慎二 (帝京大学医学部救急医学講座准教授)
畑中 哲生 (救急救命九州研修所教授)
平島 賢一 (北九州市消防局警防部救急課長)
松野 亨 (大阪市消防局救急部救急課救急施策担当副課長)

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第1回	平成29年6月5日	・ 検討事項等の共有 ・ スケジュール、成果物について
第2回	平成29年8月9日	(救急統計小会合) ・ 救急搬送の必要性が低かった件数の集計方法について ・ 不搬送理由の定義について ・ 今後新たに集計すべき項目について ・ 既存調査項目の解釈の標準化について (救急蘇生統計小会合) ・ 救急蘇生統計の改定について
第3回	平成29年11月2日	・ 同上
第4回	平成30年1月30日	・ 同上

第1章

#7119（救急安心センター事業）の全国展開

第1章 #7119（救急安心センター事業）の全国展開

第1節 #7119による医療面の定量的な効果について

1 背景・目的

近年、救急出動件数がほぼ一貫して増加し、現場到着時間等が延伸している中、限りある搬送資源を緊急性の高い事案に適切に投入するためには、救急車の適正利用を推進していくことが重要である。

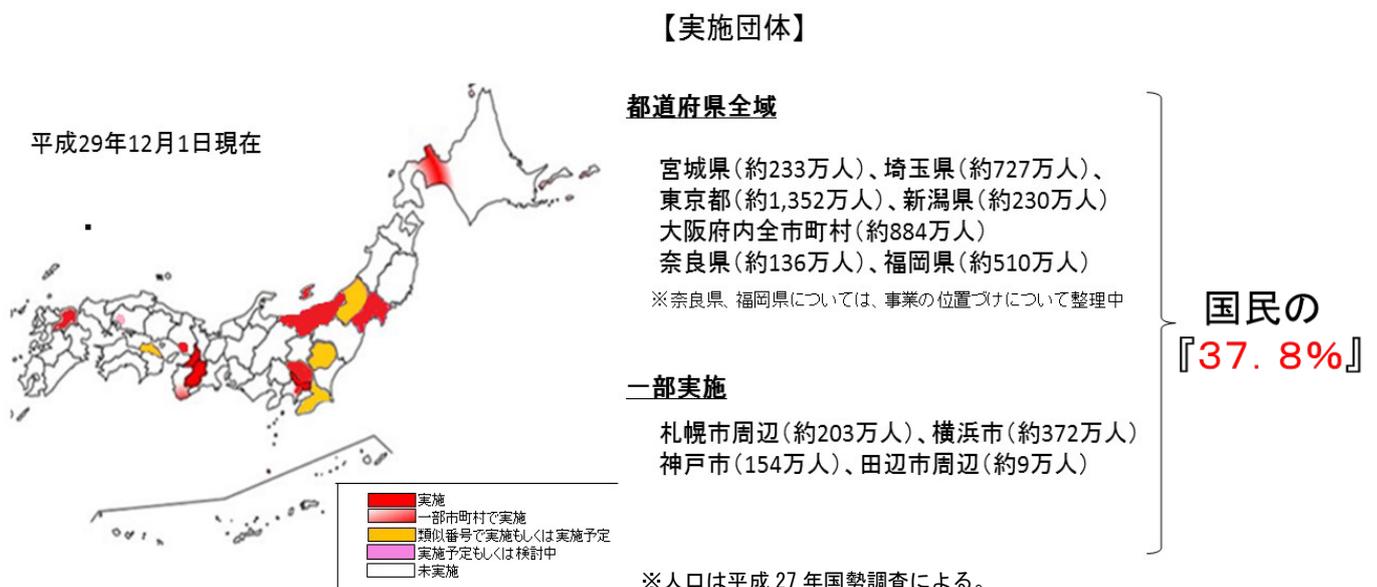
#7119 は、住民が急な病気やけがの際に、専門家が相談に応じる電話相談窓口であり、救急車の適正利用を促すとともに、住民が適切なタイミングで医療機関を受診する上で極めて有効な事業である。このことから、都道府県消防防災主管部局及び衛生主管部局が連携し、#7119 の導入に積極的に取り組むことを促進するために、平成 28 年 3 月に通知を発出した。

消防庁においては、#7119 の普及のため、救急ニーズの高い自治体を中心に、個別訪問など、事業の導入に向けた精力的な働きかけを行うとともに、アンケート調査や、実施団体との連絡会の開催等を行った。個別訪問の結果、平成 29 年度には、宮城県、埼玉県、新潟県及び神戸市が運用を開始し、11 団体が事業を行っている。また、広島市が広島県西部及び山口県東部を対象として平成 30 年度以降の実施を予定している。

すでに実施している団体の運用状況をみると、いずれの団体においても人口の 3%前後が利用しており、都市部に限らず、救急件数の少ない地域においても一定のニーズがあることが分かった。また、潜在する重症者を早期に救護するといった観点においても全国展開は重要である。

昨年度の個別訪問やアンケートから得られた課題として、都道府県消防防災主管部局及び衛生主管部局の両者から費用対効果に対する懸念が挙げられており、特に衛生主管部局からは、医療面のメリットの提示が求められたことから、今年度は、#7119 の普及をより一層推進していくため、医療機関の負担軽減や医療費の適正化など、医療面における効果の定量的な分析について検討する。

図表 1-1-1 救急安心センター事業（#7119）等の実施状況



2 検討事項

(1) 医療機関の負担軽減効果

#7119 の医療相談を通じた緊急度判定を行うことで、スタッフの手薄な夜間や休日の外来患者が平日日中の受診にシフトする効果が期待される。また、医療機関で対応せざるを得なかった医療相談を、#7119 が実施することで、医療機関スタッフの負担軽減につながり、医療機関内での業務に専念できるという効果も期待できる。

このため、#7119 実施前後での①外来患者の受診行動の変化、②救急相談件数の変化について検討する。

(2) 医療費の適正化の効果

#7119 については、住民への安心・安全の提供など、費用的な効果を示すことが困難な部分もあるが、不急な救急出動の抑制や潜在的な重症者の救護など、実施団体の協力により消防面の効果に関する定量的な分析はできている。一方で、医療面の効果は、必ずしも定量的な分析ができていないことから、外来受診患者の受診時間の変化による医療機関の負担軽減や医療費の適正化などの効果を定量的に分析し、費用として算出できる部分について検討する。

3 調査及び検討結果

(1) 医療機関の負担軽減効果

① 効果の把握の考え方

#7119 による医療機関の負担軽減効果を把握するため、以下の2つの項目について、調査を行った。

項目	調査対象	調査手法	調査団体
ア 診療時間内外の外来患者の変化	調査団体内の協力医療機関	#7119 の実施前後における変化を把握	札幌市
イ 医療機関における救急相談の変化	調査団体内の協力医療機関	#7119 の実施前後における変化を把握 ※周知期間を考慮	神戸市(H29年10月事業開始)

② 調査結果

ア 診療時間内外における外来患者の変化

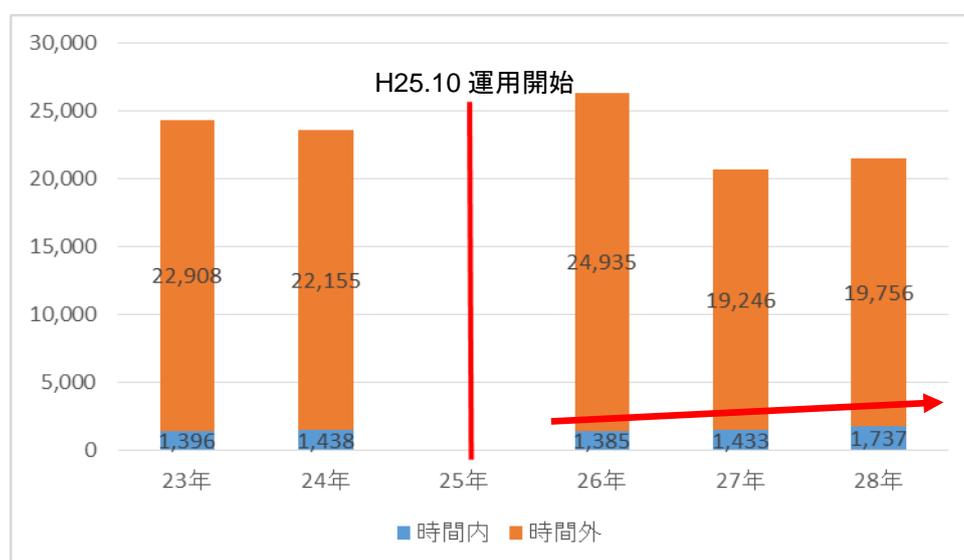
既に#7119 の運用を開始している札幌市の協力を得て、札幌市内の医療機関における#7119 の運用開始前後における外来患者数の変化を調査した。また、調査した外来患者数については、#7119 による効果を把握するという趣旨から、予約なしで病院を受診した者について集計を行った。

図表 1 - 1 - 2 外来患者数の変化（札幌市A病院）

		外来患者数の増減（単位：人）					
		#7119 開始前			#7119 開始後		
		H23 年	H24 年	H25 年	H26 年	H27 年	H28 年
合計 (数)	時間内	1,396	1,438	—	1,385	1,433	1,737
	時間外	22,908	22,155	—	24,935	19,246	19,756
合計 (割合)	時間内	5.7%	6.1%	—	5.3%	6.9%	8.1%
	時間外	94.3%	93.9%	—	94.7%	93.1%	91.9%

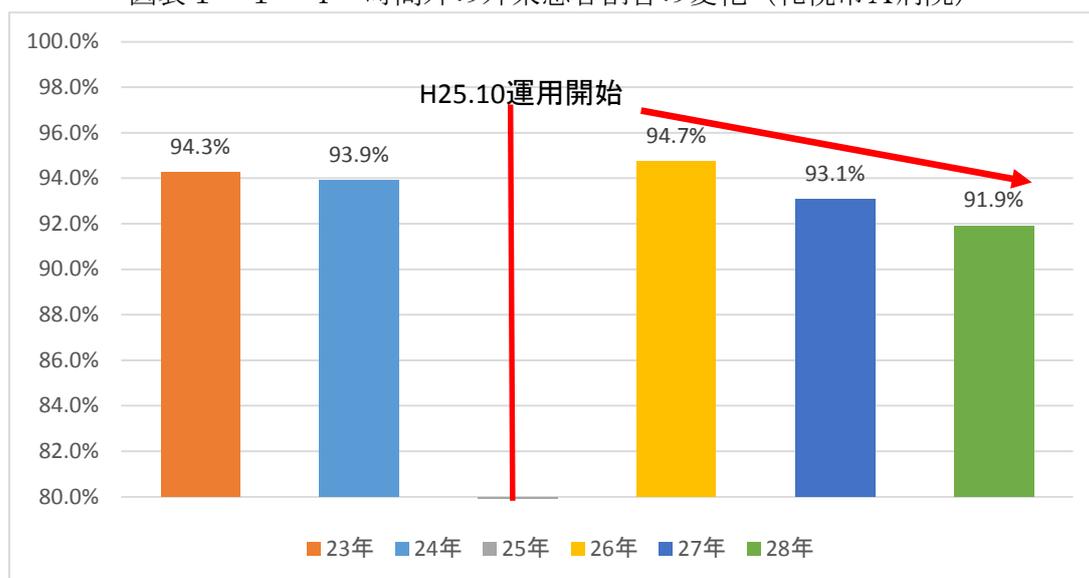
※H25.10 から運用開始のため、H25 年のデータについては、省略している。
 ※予約なしで病院を受診した者に限る。

図表 1 - 1 - 3 外来患者数の変化（総数）（札幌市A病院）



※予約なしで病院を受診した者に限る。

図表 1 - 1 - 4 時間外の外来患者割合の変化（札幌市A病院）



※予約なしで病院を受診した者に限る。

医療機関の診療時間外と診療時間内の患者の割合を比較すると、#7119の運用が開始された平成25年10月の前後の年で、診療時間内の患者の割合が年々増加し、診療時間外の患者の割合が年々減少する傾向がみられる。

イ 医療機関に直接あった電話相談件数の変化

神戸市の協力を得て、神戸市内の医療機関（2次救急病院（48病院）、市民病院群（3病院））について、#7119運用開始前後の救急相談件数を調査した。また、#7119の運用開始後については、相談を受けた医療機関が#7119を紹介した件数も併せて調査を行った。

図表1-1-5 #7119の運用開始前後における医療機関における相談件数

	#7119運用開始前 (H29.9.24~H29.9.30)	#7119運用開始後 (H29.11.12~H29.11.18)	減少率
全相談 件数	1,187	医療機関が相談に対応した件数 903 (相談件数(1,012) - #7119を紹介した件数109)	▲23.9%

※ 神戸市では、H29.10.2より#7119を開始

これらの結果をみると、#7119の運用開始前後で、住民から医療機関に対する相談件数は、1,187から1,012に減少するとともに、#7119の運用開始後は、109件が#7119を紹介していた。病院が、住民から相談に対応した件数については、#7119を紹介した件数を除いて考えると、1,187件から903件となり約24%減少していた。

運用開始前後の1週間の変化の比較であるため確定的なことはいえないものの、医療機関が相談に対応した件数が減少しており、医療機関内の業務に専念できていると推察される。

また、市内の一部の医療機関では、市民からの救急相談について、全て#7119を紹介している事例もあった。

なお、調査の対象期間は、どちらとも、休日や連休、大きなイベントを避けた期間を選定し、調査対象期間において、第二次救急病院協議会（48病院）の会員病院における受診者数が同数となっている。

(2) 医療費の適正化の効果

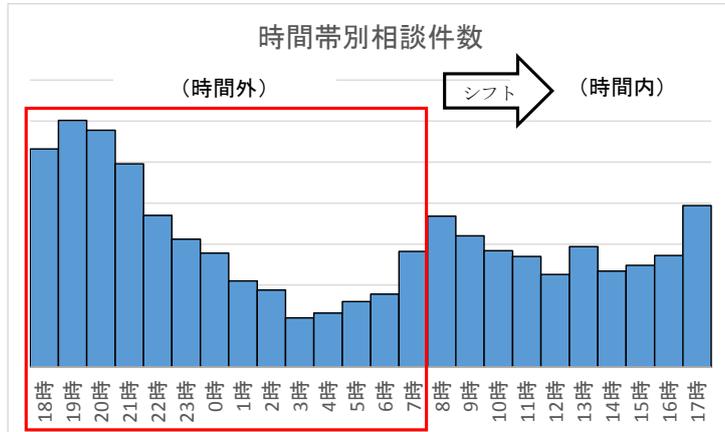
① 算定の考え方

#7119に相談した結果、住民の受診行動が適正化されたことによる「相談前には受診を考えていたが、電話相談の結果、診療時間外に受診せずに済んだ効果」、「相談前には受診を考えていたが、電話相談の結果、受診しなかったことによる効果」、「相談前には救急車を利用しようと考えていたが、電話相談の結果、救急車を利用しなかったことによる効果」について、医療費適正化効果の算出を行った。

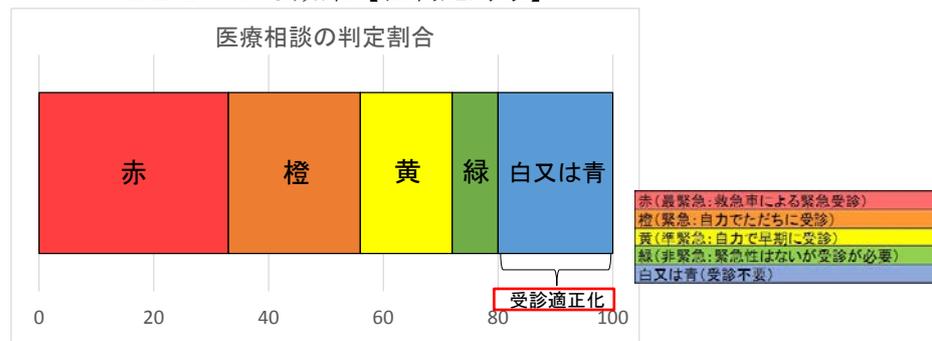
図表 1-1-6 医療費適正化効果の考え方

①受診適正化効果

(1) 相談前には受診を考えていたが、電話相談の結果、診療時間外に受診せずに済んだことによる効果【緑判定対象】



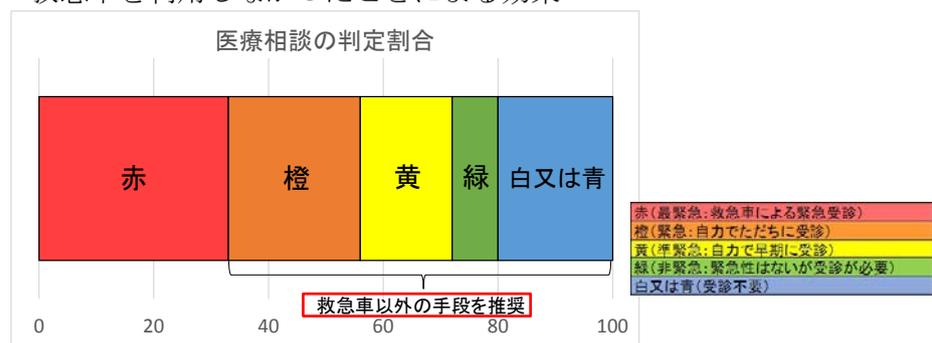
(2) 相談前には受診を考えていたが、電話相談の結果、受診しなかったことによる効果【白判定対象】



医療費適正化効果

②救急要請適正化効果

相談前には救急車を利用しようと考えていたが、電話相談の結果、救急車を利用しなかったことによる効果



図表 1-1-7 医療費適正化効果の算定方法

調査対象	算定の考え方
①(1) 【緑判定】 (図表 1-1-9)	<p>① #7119 を医療相談目的で利用した年間利用者数について、小児医療に該当するか否かを区分するために、年齢（6歳以上・未満）に分類</p> <p>② 診療報酬が時間外に割増（図表 1-1-8）となる点を踏まえ、利用日、利用日時ごとに利用者数を分類</p> <p>③ 割増時間帯の判定結果が「緑判定（直ちに受診する必要なし）」の人数を算出</p> <p>④ ③のうち、相談前は時間外に受診することを考えていた方の人数を算出</p> <p>⑤ 対象者④が時間外に受診していた場合に生じた初診料の割増単価をかけ、「受診適正化効果【緑判定対象】」を算出</p> $\left[\text{時間外（休日・早朝・夜間・深夜）の相談件数} \times \left(\text{緑判定の割合} \right) \times \left(\#7119 \text{ がなかったらただちに受診の割合}^{※} \right) \times \text{初診料の時間外割増単価} \right]$ <p>※電話口調査（神戸市）より 50%を用いた。 電話相談窓口がなければ直ちに受診していた 47.1%（緑判定対象者 はい（16）/いいえ（18））</p>
①(2) 【白判定】 (図表 1-1-10)	<p>① #7119 を医療相談目的で利用した年間利用者数について、小児医療に該当するか否かを区分するために、年齢（6歳以上・未満）に分類</p> <p>② 判定結果が「白判定（受診する必要なし）」の人数を算出</p> <p>③ ②のうち、相談前は受診することを考えていた方の人数を算出</p> <p>④ 対象者③が仮に受診していた場合に生じた「一人あたりの受診単価（受診していた場合、生じていた医療費）^{※1}」をかけ「受診適正化効果【白判定対象】」を算出</p> <p>※1 夜間急病センターの単価</p> $\left[\text{相談件数} \times \left(\text{青又は白判定の割合} \right) \times \left(\#7119 \text{ がなかったらただちに受診の割合}^{※2} \right) \times \text{一人あたりの診療報酬単価} \right]$ <p>※2 電話口調査（神戸市）より 50%を用いた。 電話相談窓口がなければ直ちに受診していた 47.1%（緑判定対象者 はい（16）/いいえ（18）） なお、青又は白判定対象者の調査結果はなかった。</p>
② 【救急要請】	<p>(1)夜間休日救急搬送医学管理料を算定</p> $\left[\text{休日夜間の相談人数（医療機関案内を含む）} \times \left(\text{赤判定を除く割合} \right) \times \left(\text{2次救急搬送割合} \right) \times \left(\#7119 \text{ がなかったら救急車を利用していたと想定される割合}^{※} \right) \times \text{夜間休日救急搬送医学管理料（図表 1-1-11）} \right]$ <p>※ 以下のデータより 50%を用いた。 H28 消防に関する世論調査（東京消防庁） 急な病気やケガをした時に、もし、「#7119」「受診ガイド」がなかったらどのような行動をとりますか ⇒ 119 番通報する 51.9%</p>

図表 1-1-8 初診料の割増料金

06歳以上

		時間																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
平日	初診料	2,820																							
	割増料金	4,800						2,300			-											2,300			4,800
土曜日	初診料	2,820																							
	割増料金	4,800						2,300			-			2,300											4,800
休日	初診料	2,820																							
	割増料金	4,800						2,500																	4,800

06歳未満

		時間																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
平日	初診料	2,820																							
	割増料金	6,950						3,450			-											3,450			6,950
土曜日	初診料	2,820																							
	割増料金	6,950						3,450			-			3,450											6,950
休日	初診料	2,820																							
	割増料金	6,950						3,650																	6,950

図表 1-1-11 夜間休日救急搬送医学管理料（平成 28 年度診療報酬改定（厚生労働省資料））

夜間休日救急搬送医学管理料の評価の充実	
> 夜間休日救急搬送医学管理料の評価を充実するとともに、平日の夜間でも算定可能とする。	
現行	改定後
夜間休日救急搬送医学管理料 200点 [算定要件] 平日の深夜、土曜日の診療時間以外の時間、休日に二次救急医療機関が初診の救急搬送患者を受け入れた際に算定。	夜間休日救急搬送医学管理料 600点 [算定要件] 平日の 夜間 、土曜日の診療時間以外の時間、休日に、二次救急医療機関が初診の救急搬送患者を受け入れた際に算定。

② 試算概要

上記の考え方に基づいて、3つの実施団体における試算を行った。算定の根拠となる主な数値と試算結果を以下に示す（計算の詳細については、25頁の「試算詳細」を参照）。ただし、札幌市については、算定に大きく影響を与える第二次救急医療機関（以下「2次救」という。）への搬送割合のデータが正確には得られないため、参考として示した。

なお、今回、早期受診による症状悪化の予防による効果は算定できていないことや費用には換算できない「住民への安心・安全の提供」という面もあることに留意する必要がある。

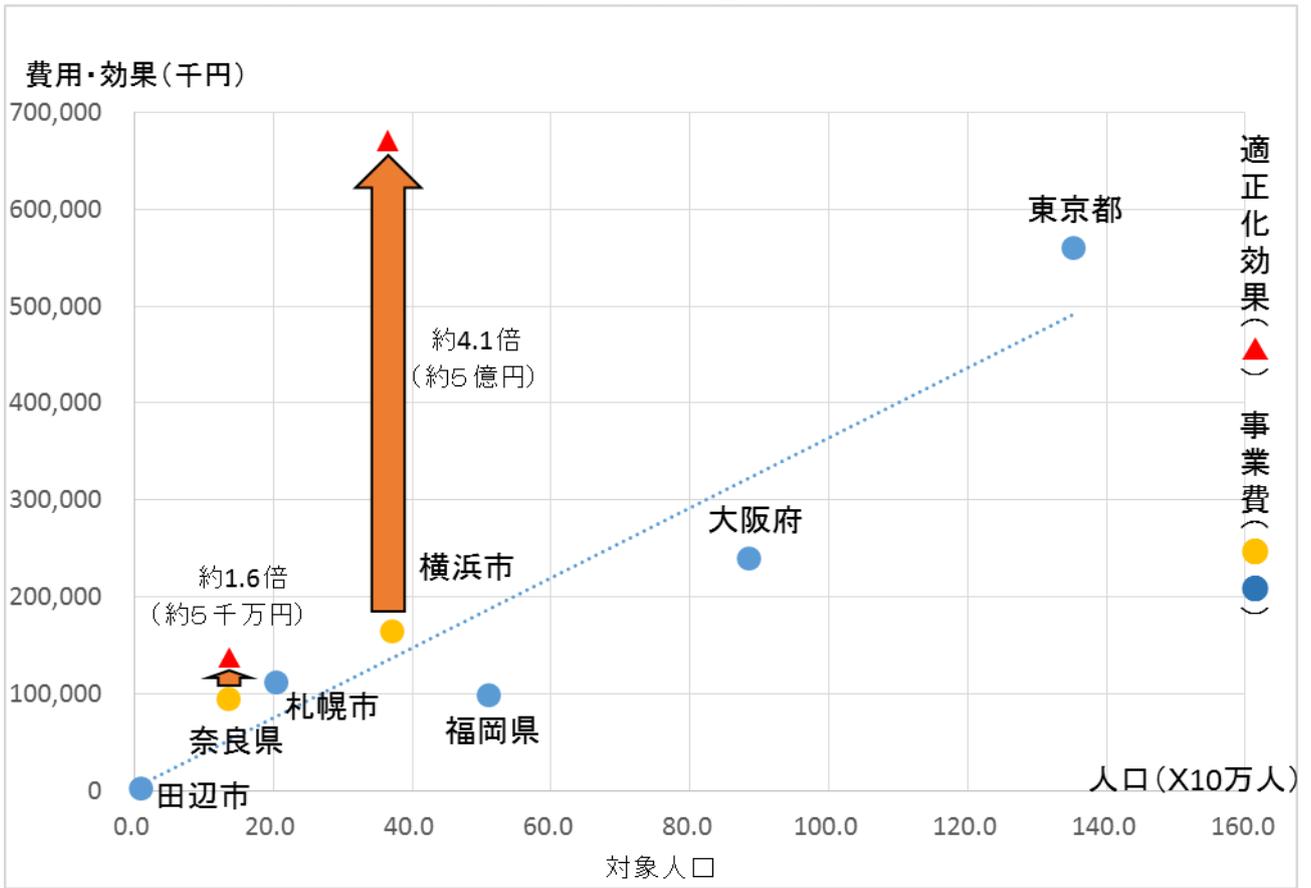
図表 1-1-12 試算に用いた主な数値

団体名	全相談件数(人口に対する割合)		緑判定割合	白判定割合	休日、夜間の相談割合	2次救搬送割合	備考
	うち救急相談件数						
横浜市	281,109 (7.5%)	126,002	15.6%	5.6%	81.1%	94.0%	・年齢は5歳以上と5歳未満で区分している。 ・割増時間帯の割合は、東京消防庁データを用いている。
奈良県	58,463 (4.3%)	13,811	13.7%	29.5%	76.5%	95.9%	
【参考】札幌市	46,106 (2.3%)	27,580	8.2%	19.7%	72.9%	72.1%	・2次救搬送割合については、国公立を除く救急告示病院への搬送割合を用いており、救急告示病院ではない2次救病院の搬送が除かれているため、実際はこの数値より高い。

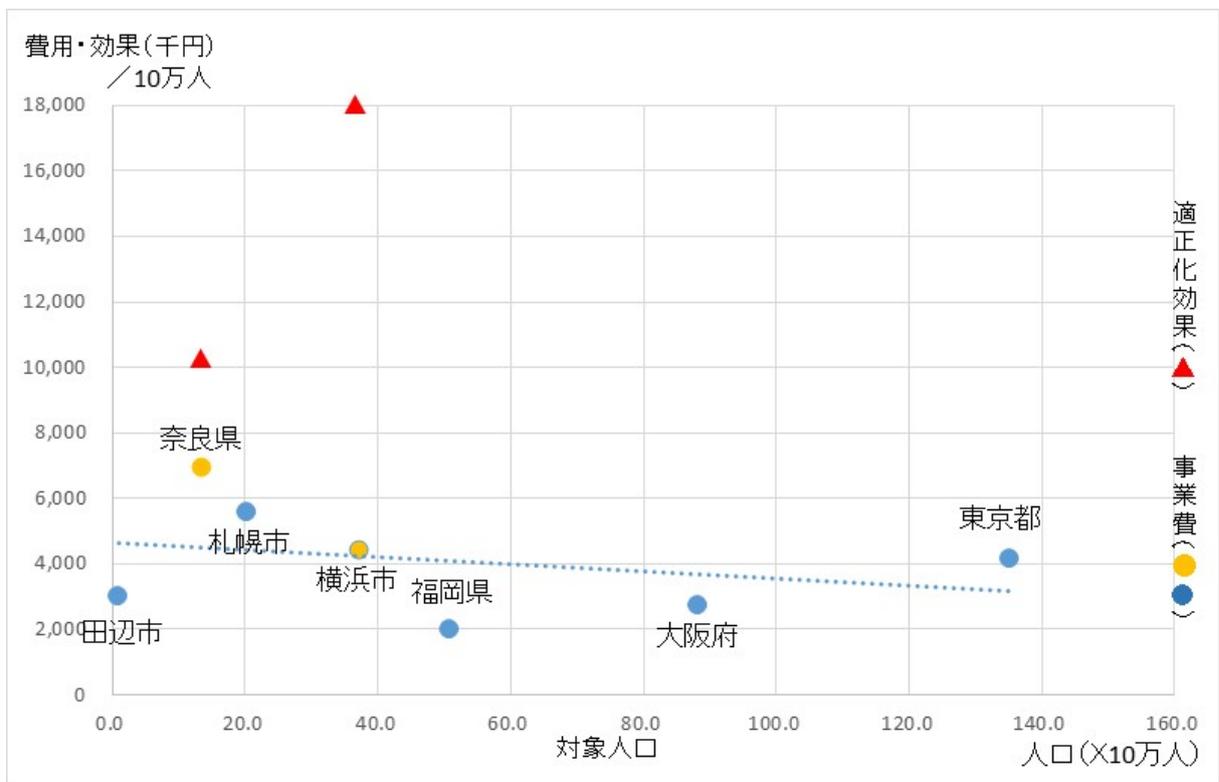
図表 1-1-13 実施団体の試算結果

団体名	人口(人)	事業費(円)	最小限予測された医療費適正化効果(円)	試算詳細
横浜市	3,724,844	約 165,000,000	668,383,179	25 頁～28 頁
奈良県	1,364,316	約 95,000,000	147,741,073	29 頁～32 頁
【参考】札幌市	2,026,964	約 112,188,000	89,908,161	33 頁～36 頁

図表 1-1-14 事業費と医療費の適正化効果（対象人口別）



図表 1-1-15 人口 10 万人あたりの事業費と医療費の適正化効果（対象人口別）



4 まとめ（今後の方向性）

（1）医療機関の負担軽減効果

#7119の運用を開始している札幌市、神戸市の協力を得て、#7119運用開始前後で、医療機関における①外来患者の受診行動の変化、②救急相談件数の変化を調査した。

調査の結果、#7119の運用開始前後で、診療時間内の患者の割合が年々増加する一方、診療時間外の患者の割合が年々減少する傾向がみられた。

また、#7119の運用開始前後で、住民からの電話相談に医療機関が対応した件数は、約24%減少していた。これにより、医療機関内の業務に専念できていると推察される。

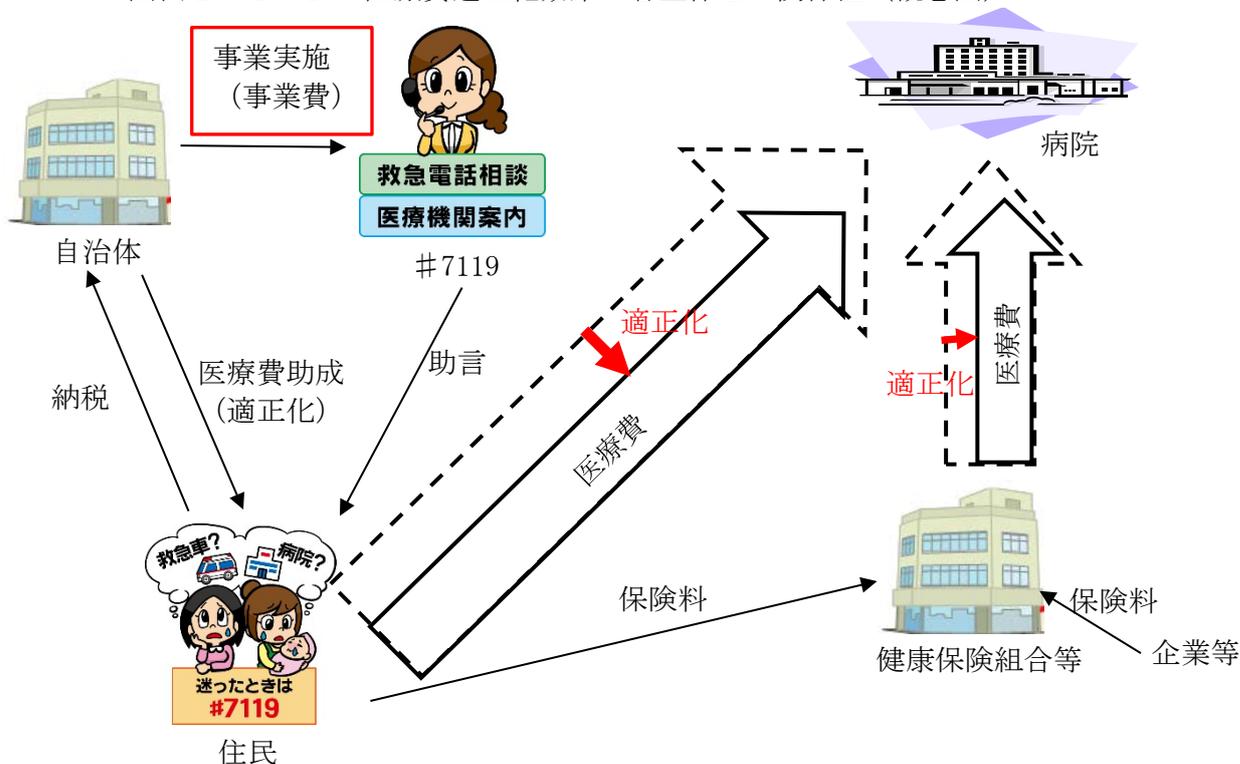
（2）医療費の適正化の効果

調査結果に基づく仮定での試算になるが、医療費の適正化について、大きな効果を見出すことができた。ただし、今回、早期受診による症状悪化の予防による効果は算定できていないことや費用には換算できない「住民への安心・安全の提供」という面もあることに留意する必要がある。

このため、#7119については、自治体として費用対効果の高い事業であると考えられる。

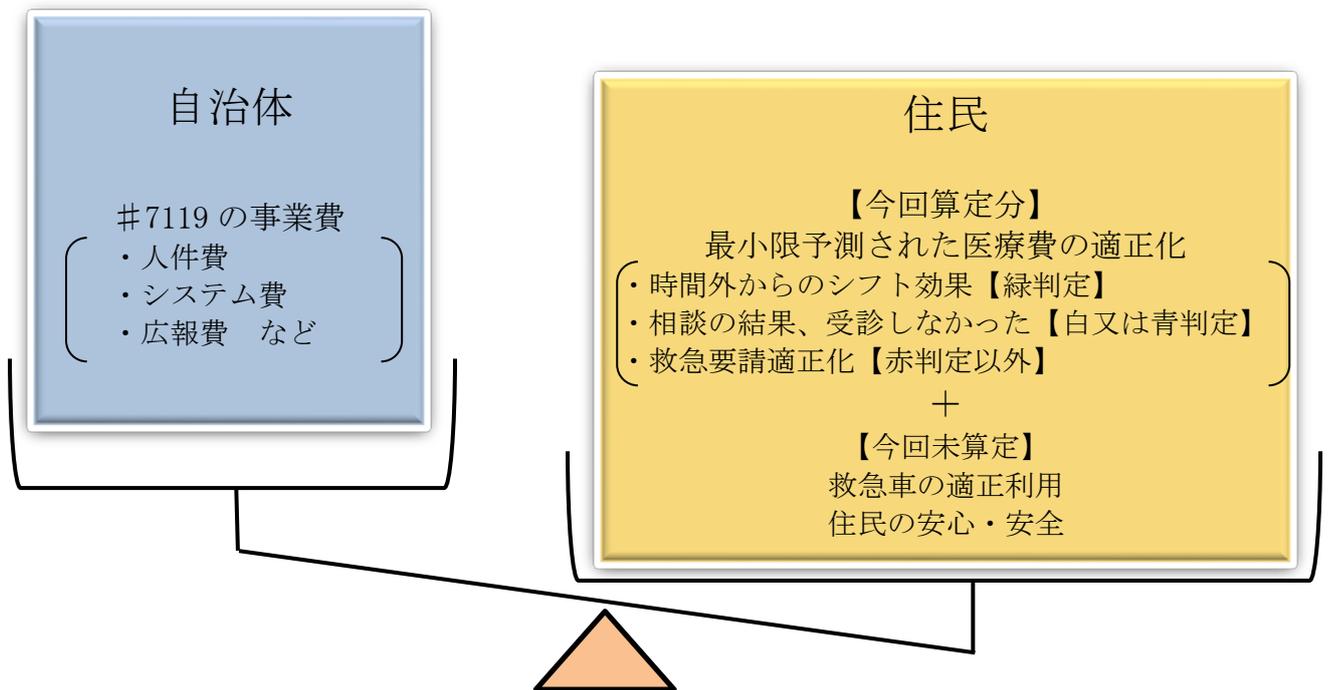
また、事業実施地域の人口規模が大きくなるほど、事業費が抑えられる結果が得られたことから、引き続き、原則、都道府県単位での実施を推進していくべきである。

図表1-1-16 医療費適正化効果の各主体との関係性（概念図）



※赤色部分が今回比較を行った部分

図表 1 - 1 - 17 医療費の適正化効果（イメージ図）



(3) 今後の方向性

消防庁においては、引き続き、未実施団体への精力的な個別訪問やアドバイザー派遣を行っていくとともに、#7119 の必要性や効果等を記載した PR ペーパー（37 頁参照）に、今回得られた調査結果を盛り込み、#7119 の全国展開を加速させていくことが必要である。

また、電話相談プロトコルを適切なものに見直していくことにより、住民に、より適切にアドバイスができるようになるとともに、オーバートリアージが減少し、より高い費用対効果となることが期待される。このため、今後とも、電話相談プロトコルについて見直していくことが重要である。

試算詳細（横浜市）

（１）受診適正化効果【緑判定対象】

算定の考え方に基づき、受診適正化効果【緑判定対象】を算出した結果を以下に示す。

図表 1 - 1 - 18 受診適正化効果【緑判定対象】の算出結果

年齢	利用日時		年間利用者数	うち緑判定		うち相談前受診予定者		適正化効果	
			【 A 】 人数※1	【 B 】 判定割合※2	【 C=A×B 】 人数	【 D 】 割合※3	【 E=C×D 】 人数	【 F 】 適正化単価※4	【 E×F 】 適正化効果
6歳以上	平日	時間内	15,851人	15.6%	2,473人	50.0%	1,236人	—	—
		早朝夜間	16,040人	15.6%	2,502人	50.0%	1,251人	2,300円/人	2,877,576円
		深夜	15,378人	15.6%	2,399人	50.0%	1,199人	4,800円/人	5,757,523円
	土曜	時間内	1,628人	15.6%	254人	50.0%	127人	—	—
		早朝夜間	5,533人	15.6%	863人	50.0%	432人	2,300円/人	992,620円
		深夜	2,649人	15.6%	413人	50.0%	207人	4,800円/人	991,786円
	休日	深夜外	9,548人	15.6%	1,489人	50.0%	745人	2,500円/人	1,861,860円
		深夜	3,531人	15.6%	551人	50.0%	275人	4,800円/人	1,322,006円
	6歳未満	平日	時間内	11,772人	15.6%	1,836人	50.0%	918人	—
早朝夜間			11,913人	15.6%	1,858人	50.0%	929人	2,300円/人	2,137,192円
深夜			11,421人	15.6%	1,782人	50.0%	891人	4,800円/人	4,276,022円
土曜		時間内	1,209人	15.6%	189人	50.0%	94人	—	—
		早朝夜間	4,109人	15.6%	641人	50.0%	321人	2,300円/人	737,155円
		深夜	1,967人	15.6%	307人	50.0%	153人	4,800円/人	736,445円
休日		深夜外	7,091人	15.6%	1,106人	50.0%	553人	2,500円/人	1,382,745円
		深夜	2,623人	15.6%	409人	50.0%	205人	4,800円/人	982,051円
計								24,054,981円	

※1 #7119 年間医療相談曜日別利用数（横浜市データ）に時間帯別相談者数割合（東京消防庁データ）を乗じて算出（図表 1 - 1 - 19）

※2 横浜市データより（図表 1 - 1 - 20）

※3 以下のデータより、50%を用いた。（電話口調査（神戸市）電話窓口相談がなければ直ちに受診していた 47.1%）
 [緑判定者対象者 はい（16） / いいえ（18）]

※4 初診料の割増単価から算出

上記の試算の結果、年間 24,054,981 円の医療費適正化効果が算出された。

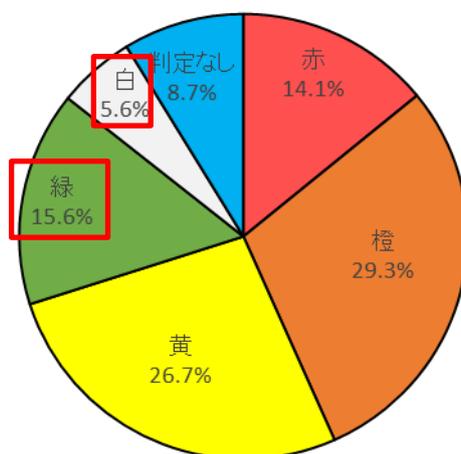
図表 1-1-19 時間帯別相談者数割合

曜日別、時間帯別の相談の割合(東京消防庁)

時間		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
平日	割増料金	32.5%					33.9%		33.5%										左記		左記							
土曜日	割増料金	27.0%					56.4%		16.6%			左記										左記						
休日	割増料金	27.0%					73.0%																				左記	

※横浜市の時間帯別相談者数割合については、東京消防庁データを計算に用いた。

図表 1-1-20 判定割合 (横浜市データ)



※端数処理 (四捨五入) のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

(2) 受診適正化効果【白判定対象】

算定の考え方にに基づき、受診適正化効果【白判定対象】を算出した結果を以下に示す。

図表 1-1-21 受診適正化効果【白判定対象】の算出結果

年齢	利用日時		年間利用者数	うち白判定		うち相談前受診予定者		適正化効果	
			【A】 人数※1	【B】 判定割合※2	【C=A×B】 人数	【D】 割合※3	【E=C×D】 人数	【F】 適正化単価※4	【E×F】 適正化効果
6歳以上	平日	時間内	15,851人	5.6%	888人	50.0%	444人	9,737円/人	4,321,553円
		早朝夜間	16,040人	5.6%	898人	50.0%	449人	12,037円/人	5,406,057円
		深夜	15,378人	5.6%	861人	50.0%	431人	14,537円/人	6,259,400円
	土曜	時間内	1,628人	5.6%	91人	50.0%	46人	9,737円/人	443,851円
		早朝夜間	5,533人	5.6%	310人	50.0%	155人	12,037円/人	1,864,820円
		深夜	2,649人	5.6%	148人	50.0%	74人	14,537円/人	1,078,238円
	休日	深夜外	9,548人	5.6%	535人	50.0%	267人	12,237円/人	3,271,489円
		深夜	3,531人	5.6%	198人	50.0%	99人	14,537円/人	1,437,244円
	6歳未満	平日	時間内	11,772人	5.6%	659人	50.0%	330人	8,540円/人
早朝夜間			11,913人	5.6%	667人	50.0%	334人	11,990円/人	3,999,432円
深夜			11,421人	5.6%	640人	50.0%	320人	15,490円/人	4,953,516円
土曜		時間内	1,209人	5.6%	68人	50.0%	34人	8,540円/人	289,096円
		早朝夜間	4,109人	5.6%	230人	50.0%	115人	11,990円/人	1,379,473円
		深夜	1,967人	5.6%	110人	50.0%	55人	15,490円/人	853,127円
休日		深夜外	7,091人	5.6%	397人	50.0%	199人	12,190円/人	2,420,301円
		深夜	2,623人	5.6%	147人	50.0%	73人	15,490円/人	1,137,647円
計								41,930,167円	

※1 #7119 年間医療相談曜日別利用数(横浜市データ)に時間帯別相談者数割合(東京消防庁データ)を乗じて算出(図表1-1-19)

※2 横浜市データより(図表1-1-20)

※3 以下のデータより、50%を用いた。(電話口調査(神戸市)電話窓口相談がなければ直ちに受診していた 47.1%)
[緑判定者対象者 はい(16)/いいえ(18)]

※4 横浜市における診療単価を踏まえ設定

上記の試算の結果、年間 41,930,167 円の医療費適正化効果が算出された。

(3) 救急要請適正化効果

算定の考え方に基づき、「救急要請適正化効果」を算出した結果を以下に示す。

図表 1 - 1 - 22 救急要請適正化効果の算出結果

【 A 】 休日、夜間、時間外 年間利用者数 ※1	【 B 】 赤判定以外の 割合	【 C 】 #7119がなかったら救急 車を利用していたと想定 される割合※2	【 D 】 2次救急 搬送割合 ※3	【 E 】 夜間休日救急搬送 医学管理料	【 A×B×C ×D×E 】 適正化効果
227,979人	93.7%	50.0%	94.0%	6,000円	602,398,031円
				計	602,398,031円

※1 休日・深夜・時間外の相談人員の割合 (81.1%) を、全相談件数にかけて算出

※2 以下のデータより、50%を用いた。(H28 消防に関する世論調査 (東京消防庁) 急な病気やケガをした時に、もし、「#7119」「受診ガイド」がなかったらどのような行動をとりますか ⇒ 119 番通報する 51.9%)

※3 横浜市消防局データより

上記の試算の結果、最小限予測された医療費適正化として、年間 602,398,031 円の効果が算出された。

<最小限予測された医療費適正化の試算結果合計>

(1) 受診適正化効果【緑判定対象】	24,054,981 円
(2) 受診適正化効果【白判定対象】	41,930,167 円
(3) 救急要請適正化効果	602,398,031 円
Total	668,383,179 円

試算詳細（奈良県）

（１）受診適正化効果【緑判定対象】

算定の考え方に基づき、受診適正化効果【緑判定対象】を算出した結果を以下に示す。

図表 1 - 1 - 23 受診適正化効果【緑判定対象】の算出結果

年齢	利用日時		年間利用者数	うち緑判定		うち相談前受診予定者		適正化効果	
			【 A 】 人数※1	【 B 】 判定割合※2	【 C=A×B 】 人数	【 D 】 割合※3	【 E=C×D 】 人数	【 F 】 適正化単価※4	【 E×F 】 適正化効果
6歳以上	平日	時間内	2,691人	13.7%	369人	50.0%	184人	—	—
		早朝夜間	2,334人	13.7%	320人	50.0%	160人	2,300円/人	367,722円
		深夜	1,702人	13.7%	233人	50.0%	117人	4,800円/人	559,618円
	土曜	時間内	194人	13.7%	27人	50.0%	13人	—	—
		早朝夜間	900人	13.7%	123人	50.0%	62人	2,300円/人	141,795円
		深夜	303人	13.7%	42人	50.0%	21人	4,800円/人	99,626円
	休日	深夜外	1,482人	13.7%	203人	50.0%	102人	2,500円/人	253,793円
深夜		378人	13.7%	52人	50.0%	26人	4,800円/人	124,286円	
6歳未満	平日	時間内	1,032人	13.7%	141人	50.0%	71人	—	—
		早朝夜間	895人	13.7%	123人	50.0%	61人	2,300円/人	141,007円
		深夜	653人	13.7%	89人	50.0%	45人	4,800円/人	214,706円
	土曜	時間内	74人	13.7%	10人	50.0%	5人	—	—
		早朝夜間	345人	13.7%	47人	50.0%	24人	2,300円/人	54,355円
		深夜	116人	13.7%	16人	50.0%	8人	4,800円/人	38,141円
	休日	深夜外	569人	13.7%	78人	50.0%	39人	2,500円/人	97,441円
深夜		145人	13.7%	20人	50.0%	10人	4,800円/人	47,676円	
計									2,140,166円

※1 #7119 年間医療相談曜日別利用数（奈良県データ）に時間帯別相談者数割合（奈良県データ）を乗じて算出（図表 1 - 1 - 24）

※2 奈良県データより（図表 1 - 1 - 25）

※3 以下のデータより、50%を用いた。（電話口調査（神戸市）電話窓口相談がなければ直ちに受診していた 47.1%）

【緑判定者対象者 はい（16） / いいえ（18）】

※4 初診料の割増単価から算出

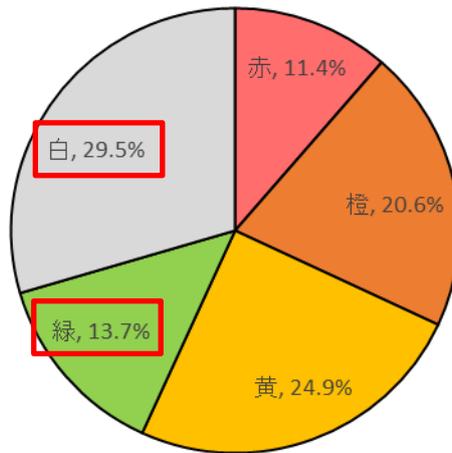
上記の試算の結果、年間 2, 140, 166 円の医療費適正化効果が算出された。

図表 1 - 1 - 24 時間帯別相談者数割合

曜日別、時間帯別の相談の割合(奈良県)

時間		曜日別、時間帯別の相談の割合(奈良県)																									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
平日	割増料金	25.3%					34.7%		40.0%							左記					左記						
土曜日	割増料金	21.7%					64.5%		13.9%			左記										左記					
休日	割増料金	20.3%					79.7%																			左記	

図表 1 - 1 - 25 判定割合 (奈良県データ)



※端数処理 (四捨五入) のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

(2) 受診適正化効果【白判定対象】

算定の考え方に基づき、受診適正化効果【白判定対象】を算出した結果を以下に示す。

図表 1-1-26 受診適正化効果【白判定対象】の算出結果

年齢	利用日時		年間利用者数	うち白判定		うち相談前受診予定者		適正化効果	
			【A】 人数※1	【B】 判定割合※2	【C=A×B】 人数	【D】 割合※3	【E=C×D】 人数	【F】 適正化単価※4	【E×F】 適正化効果
6歳以上	平日	時間内	2,691人	29.5%	794人	50.0%	397人	7,040円/人	2,794,334円
		早朝夜間	2,334人	29.5%	689人	50.0%	344人	9,340円/人	3,215,435円
		深夜	1,702人	29.5%	502人	50.0%	251人	11,840円/人	2,972,373円
	土曜	時間内	194人	29.5%	57人	50.0%	29人	7,040円/人	201,450円
		早朝夜間	900人	29.5%	266人	50.0%	133人	9,340円/人	1,239,885円
		深夜	303人	29.5%	89人	50.0%	45人	11,840円/人	529,159円
	休日	深夜外	1,482人	29.5%	437人	50.0%	219人	9,540円/人	2,085,396円
		深夜	378人	29.5%	112人	50.0%	56人	11,840円/人	660,139円
	6歳未満	平日	時間内	1,032人	29.5%	304人	50.0%	152人	8,540円/人
早朝夜間			895人	29.5%	264人	50.0%	132人	11,990円/人	1,582,830円
深夜			653人	29.5%	193人	50.0%	96人	15,490円/人	1,491,958円
土曜		時間内	74人	29.5%	22人	50.0%	11人	8,540円/人	93,214円
		早朝夜間	345人	29.5%	102人	50.0%	51人	11,990円/人	610,141円
		深夜	116人	29.5%	34人	50.0%	17人	15,490円/人	265,034円
休日		深夜外	569人	29.5%	168人	50.0%	84人	12,190円/人	1,023,076円
		深夜	145人	29.5%	43人	50.0%	21人	15,490円/人	331,292円
計								20,395,677円	

※1 #7119年間医療相談曜日別利用数（奈良県データ）に時間帯別相談者数割合（奈良県データ）を乗じて算出（図表1-1-24）

※2 奈良県データより（図表1-1-25）

※3 以下のデータより、50%を用いた。（電話口調査（神戸市）電話窓口相談がなければ直ちに受診していた 47.1%）
[緑判定者対象者 はい（16）/ いいえ（18）]

※4 奈良県における診療単価を踏まえ設定

上記の試算の結果、年間20,395,677円の医療費適正化効果が算出された。

(3) 救急要請適正化効果

算定の考え方に基づき、「救急要請適正化効果」を算出した結果を以下に示す。

図表 1 - 1 - 27 救急要請適正化効果の算出結果

【 A 】 休日、夜間、時間外 年間利用者数 ※1	【 B 】 赤判定以外の 割合	【 C 】 #7119がなかったら救急 車を利用していたと想定 される割合※2	【 D 】 2次救急 搬送割合 ※3	【 E 】 夜間休日救急搬送 医学管理料	【 A×B×C ×D×E 】 適正化効果
44,727人	97.3%	50.0%	95.9%	6,000円	125,205,230円
計					125,205,230円

※1 以下のデータより、50%を用いた。(H28 消防に関する世論調査(東京消防庁) 急な病気やケガをした時に、もし、「#7119」「受診ガイド」がなかったらどのような行動をとりますか ⇒ 119番通報する 51.9%)

※2 奈良市消防局、生駒市消防本部及び奈良県広域消防組合消防本部データより

上記の試算の結果、最小限予測された医療費適正化として、年間 125,205,230 円の効果が算出された。

<最小限予測された医療費適正化の試算結果合計>

(1) 受診適正化効果【緑判定対象】	2,140,166 円
(2) 受診適正化効果【白判定対象】	20,395,677 円
(3) 救急要請適正化効果	125,205,230 円
Total	147,741,073 円

試算詳細（札幌市）

（１）受診適正化効果【緑判定対象】

算定の考え方にに基づき、受診適正化効果【緑判定対象】を算出した結果を以下に示す。

図表 1 - 1 - 28 受診適正化効果【緑判定対象】の算出結果

年齢	利用日時		年間利用者数	うち緑判定		うち相談前受診予定者		適正化効果	
			【 A 】 人数※1	【 B 】 判定割合※2	【 C=A×B 】 人数	【 D 】 割合※3	【 E=C×D 】 人数	【 F 】 適正化単価※4	【 E×F 】 適正化効果
6歳以上	平日	時間内	4,820人	8.2%	395人	50.0%	198人	—	—
		早朝夜間	4,782人	8.2%	392人	50.0%	196人	2,300円/人	450,943円
		深夜	3,082人	8.2%	253人	50.0%	126人	4,800円/人	606,538円
	土曜	時間内	360人	8.2%	30人	50.0%	15人	—	—
		早朝夜間	1,744人	8.2%	143人	50.0%	72人	2,300円/人	164,459円
		深夜	526人	8.2%	43人	50.0%	22人	4,800円/人	103,517円
	休日	深夜外	2,900人	8.2%	238人	50.0%	119人	2,500円/人	297,250円
		深夜	607人	8.2%	50人	50.0%	25人	4,800円/人	119,458円
	6歳未満	平日	時間内	2,225人	8.2%	182人	50.0%	91人	—
早朝夜間			2,207人	8.2%	181人	50.0%	90人	2,300円/人	208,120円
深夜			1,423人	8.2%	117人	50.0%	58人	4,800円/人	280,046円
土曜		時間内	166人	8.2%	14人	50.0%	7人	—	—
		早朝夜間	805人	8.2%	66人	50.0%	33人	2,300円/人	75,912円
		深夜	243人	8.2%	20人	50.0%	10人	4,800円/人	47,822円
休日		深夜外	1,338人	8.2%	110人	50.0%	55人	2,500円/人	137,145円
		深夜	280人	8.2%	23人	50.0%	11人	4,800円/人	55,104円
計									2,546,314円

※1 #7119 年間医療相談曜日別利用数（札幌市データ）に時間帯別相談者数割合（札幌市データ）を乗じて算出（図表 1 - 1 - 29）

※2 札幌市データより（図表 1 - 1 - 30）

※3 以下のデータより、50%を用いた。（電話口調査（神戸市）電話窓口相談がなければ直ちに受診していた 47.1%）
 [緑判定者対象者 はい（16）/ いいえ（18）]

※4 初診料の割増単価から算出

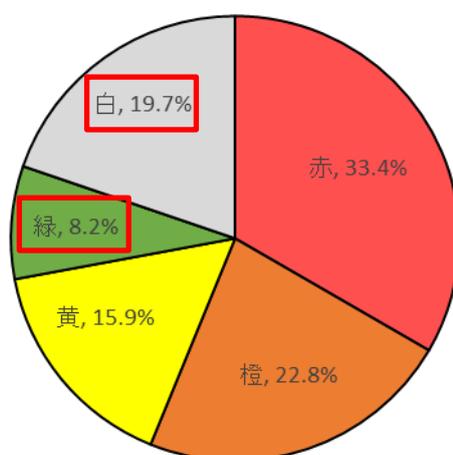
上記の試算の結果、年間 2,546,314 円の医療費適正化効果が算出された。

図表 1 - 1 - 29 時間帯別相談者数割合

曜日別、時間帯別の相談の割合(札幌市)

時間		時間																									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
平日	割増料金	24.3%					37.7%		38.0%								左記				左記						
土曜日	割増料金	20.0%					66.3%		13.7%		左記								左記								
休日	割増料金	17.3%					82.7%																			左記	

図表 1 - 1 - 30 判定割合 (札幌市データ)



※端数処理 (四捨五入) のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

(2) 受診適正化効果【白判定対象】

算定の考え方にに基づき、受診適正化効果【白判定対象】を算出した結果を以下に示す。

図表 1-1-31 受診適正化効果【白判定対象】の算出結果

年齢	利用日時		年間利用者数	うち白判定		うち相談前受診予定者		適正化効果	
			【A】 人数※1	【B】 判定割合※2	【C=A×B】 人数	【D】 割合※3	【E=C×D】 人数	【F】 適正化単価※4	【E×F】 適正化効果
6歳以上	平日	時間内	4,820人	19.7%	950人	50.0%	475人	8,022円/人	3,808,605円
		早朝夜間	4,782人	19.7%	942人	50.0%	471人	10,322円/人	4,861,941円
		深夜	3,082人	19.7%	607人	50.0%	304人	12,822円/人	3,892,464円
	土曜	時間内	360人	19.7%	71人	50.0%	35人	8,022円/人	284,460円
		早朝夜間	1,744人	19.7%	344人	50.0%	172人	10,322円/人	1,773,154円
		深夜	526人	19.7%	104人	50.0%	52人	12,822円/人	664,321円
	休日	深夜外	2,900人	19.7%	571人	50.0%	286人	10,522円/人	3,005,609円
		深夜	607人	19.7%	120人	50.0%	60人	12,822円/人	766,621円
	6歳未満	平日	時間内	2,225人	19.7%	438人	50.0%	219人	8,540円/人
早朝夜間			2,207人	19.7%	435人	50.0%	217人	11,990円/人	2,606,500円
深夜			1,423人	19.7%	280人	50.0%	140人	15,490円/人	2,171,164円
土曜		時間内	166人	19.7%	33人	50.0%	16人	8,540円/人	139,638円
		早朝夜間	805人	19.7%	159人	50.0%	79人	11,990円/人	950,717円
		深夜	243人	19.7%	48人	50.0%	24人	15,490円/人	370,761円
休日		深夜外	1,338人	19.7%	264人	50.0%	132人	12,190円/人	1,606,557円
		深夜	280人	19.7%	55人	50.0%	28人	15,490円/人	427,214円
計									29,201,373円

※1 #7119年間医療相談曜日別利用数（札幌市データ）に時間帯別相談者数割合（札幌市データ）を乗じて算出（図表1-1-29）

※2 札幌市データより（図表1-1-30）

※3 以下のデータより、50%を用いた。（電話口調査（神戸市）電話窓口相談がなければ直ちに受診していた 47.1%）
[緑判定者対象者 はい（16）/ いいえ（18）]

※4 札幌市における診療単価を踏まえ設定

上記の試算の結果、年間 29,201,373 円の医療費適正化効果が算出された。

(3) 救急要請適正化効果

算定の考え方に基づき、「救急要請適正化効果」を算出した結果を以下に示す。

図表 1-1-32 救急要請適正化効果の算出結果

【 A 】 休日、夜間、時間外 年間利用者数 ※1	【 B 】 赤判定以外の 割合	【 C 】 #7119がなかったら救急 車を利用していたと想定 される割合※2	【 D 】 2次救急 搬送割合 ※3	【 E 】 夜間休日救急搬送 医学管理料	【 A×B×C ×D×E 】 適正化効果
33,611人	80.0%	50.0%	72.1%	6,000円	58,160,474円
計					58,160,474円

※1 以下のデータより、50%を用いた。(H28 消防に関する世論調査(東京消防庁) 急な病気やケガをした時に、もし、「#7119」「受診ガイド」がなかったらどのような行動をとりますか ⇒ 119番通報する 51.9%)

※2 札幌市消防局データより

上記の試算の結果、最小限予測された医療費適正化として、年間 58,160,474 円の効果が算出された。

<最小限予測された医療費適正化の試算結果合計>

(1) 受診適正化効果【緑判定対象】	2,546,314円
(2) 受診適正化効果【白判定対象】	29,201,373円
(3) 救急要請適正化効果	58,160,474円
Total	89,908,161円

#7119(救急安心センター事業)の全国展開

1 概要

住民が急な病気やけがをしたときに、救急車を呼んだほうがいいのか、今すぐ病院に行ったほうがいいのかなど迷った際の相談窓口として、専門家から電話でアドバイスを受けることができる。

相談を通じて、病気やけがの症状を把握した上で、以下をアドバイス。

○救急相談

例) 緊急性の有無※1、応急手当の方法、受診手段※2

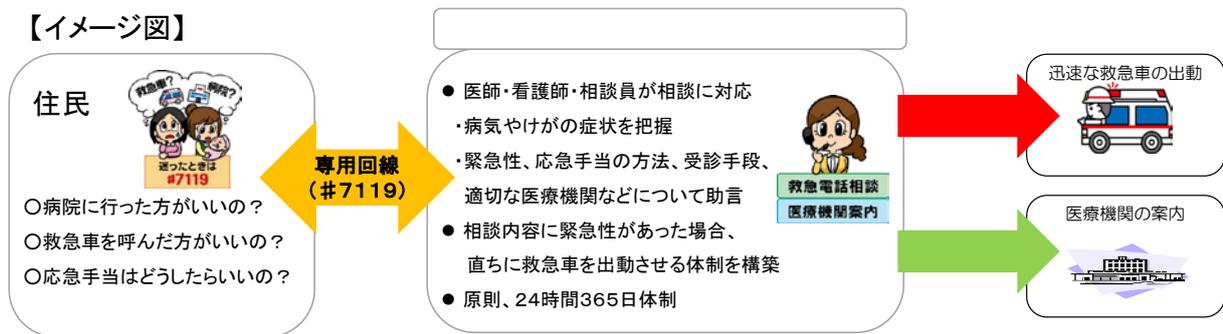
○適切な医療機関を案内※3

※1 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。

※2 救急車を要請するのか、自分で医療機関に行くのか、民間搬送事業者等を案内するのか。

※3 適切な診療科目及び医療機関等の案内を行う。

【イメージ図】



2 背景

現在の状況

- 救急出動件数は年々増加傾向を示している。(H18年から約19%増)
- 救急車の現場到着時間も遅延している。(H18年から約29%増)

救急業務のあり方に関する検討会(H27)

#7119の普及促進について、救急車の適正利用の推進及び緊急度判定体系の普及の観点から、極めて有効

総務大臣の国会答弁(衆・総務委H28.2.23)

救急車の到着ですとか病院への搬送が非常におくれるということによって、救われる命も救われない可能性が出てまいります。これまでも、#7119ですとか、必ずしも急に救急車を呼ばなくても電話で相談をできる、こういう窓口も用意してまいりましたし、また、啓発活動というのも大変重要だと思っております。

通知の発出(H28.3.31)

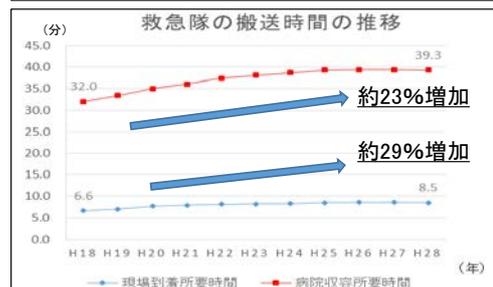
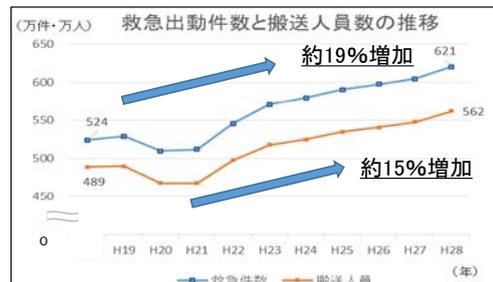
#7119の導入に向け積極的に取り組むよう依頼

総務大臣の国会答弁(参・総務委H28.11.22)

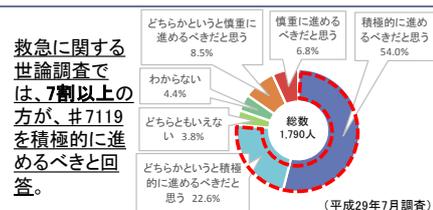
私も、これは全国展開したいと考えて、昨年(消防庁)長官にもですね、相当この働きかけを頼んだところでございます。

日本医師会 平成30年度予算要望書(抜粋)

救急出動の適正化や不要不急の時間外診療の抑制に効果があり、真に救急対応が必要な患者の掘り起こしにつながるなど大きな成果が期待できる#7119の全国への拡大



救急に関する世論調査



3 実施効果

目的

地域の限られた救急車を有効に活用し、緊急性の高い症状の傷病者にできるだけ早く救急車が到着できるようにすることに加え、住民が適切なタイミングで医療機関を受診できるよう支援するためのもの。

① 救急車の適正利用

○潜在的な重症者を発見し救護緊急(救急車)で即受診と判断された件数は、約38万件のうち約48,000件(東京消防庁H28)

○軽症者の割合の減少

H18 60.3% → H29(速報値)54.1%(東京消防庁)

※軽症者の減少割合に相当する人数は、救急医療相談件数(119番転送件数を除く)の約半数

○不急の救急出動の抑制

・窓口の設置後、救急出動件数の増加率が抑制

東京：H18年からH28年(速報値)の増加率12.52%(全国平均より6.04ポイント減)
大阪：H22年からH28年(速報値)の増加率13.25%(全国平均より0.48ポイント減)

・#7119の相談件数約38万件(H28)であり、#7119がなかった場合、約52%である **7万3千件**が119番通報され、現在の救急体制では対応が極めて困難(東京消防庁)

※急な病気やケガをした時に、もし、「#7119」「受診ガイド」がなかったらどのような行動をとりますか
⇒ 119番通報する 51.9% (東京消防庁 消防に関する世論調査 H28)

・管轄面積が広く出動から帰署まで長時間。1台が出動すると他の署所の救急車が遠方から出動することになり、相談窓口を設けて、救急車の適正利用を推進(田辺市)

※救命へと繋がった多数の奏功事例が報告されている。(例)

50代女性 就寝前からの胸痛が続き相談	搬送後 医療機関で緊急カテーテル 予後良好
60代男性 急にろれつがまわらなく家族が相談	搬送後 医療機関でt-PA 後遺症なし

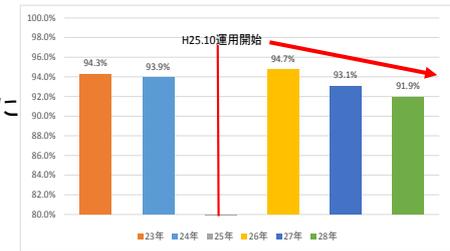


② 救急医療機関の受診の適正化

○医療機関における救急医療相談数の抑制や#7119を紹介し病院業務に専念 (神戸市の調査では、事業開始後病院への相談件数が約24%減少) 2次救急病院(48病院)、市民病院群(3病院)

○医療機関における時間外受付者数が減少

(札幌市A病院：平成26年94.7% 平成27年93.1% 平成28年91.9%)



○横浜市救急相談センターへの相談件数は年間約11万5千件。約73%が救急車以外での受診を勧奨(橙・黄・緑)。

約23%の2万6千件が翌日受診の勧奨・経過観察と判断(緑・白)

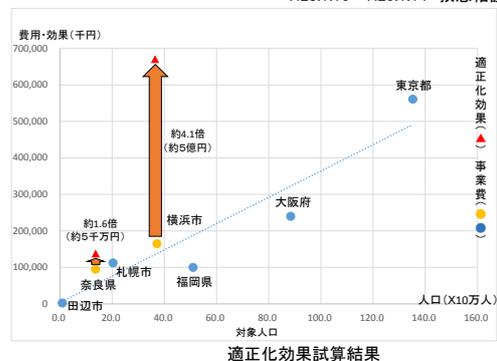
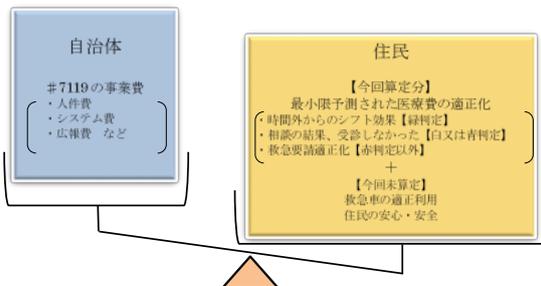
	最終判断	件数	割合
119番へ転送	赤	15,122	13.2%
救急車以外の手段での速やかな受診を勧奨	橙	32,759	28.6%
5時間以内の受診	黄	31,427	27.4%
翌日の日勤帯に受診を勧奨	緑	19,078	16.6%
経過観察	白	7,131	6.2%

H28.1.15~H29.1.14 救急相談データ

○医療費適正化効果として大きな効果が見込まれる。

また、規模が大きくなるほど、大きな効果が期待される。

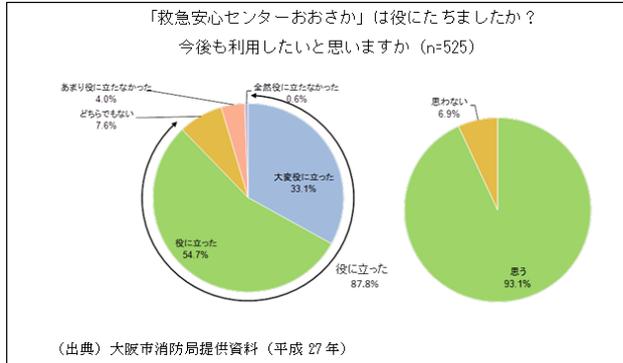
医療費適正化効果イメージ図



③ 不安な住民に安心・安全を提供

○住民の十分な需要（人口の3%～7%の相談件数）

○利用者の約9割が「大変役に立った」、「役に立った」と回答（大阪市消防局）



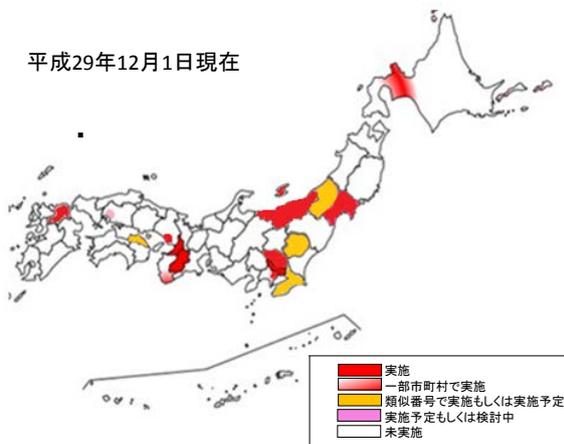
○119番に通報される緊急通報以外の件数が減少

(奈良市 H21⇒H26 約半数に減少)

○大規模災害時には、#7119で住民からの相談の受付も想定される

(4/16熊本地震の本震の際、熊本市では前年の13倍の119番通報)

4 普及状況と人口カバー率



【実施団体】

都道府県全域

宮城県(約233万人)、埼玉県(約727万人)、
東京都(約1,352万人)、新潟県(約230万人)

大阪府内全市町村(約884万人)

奈良県(約136万人)、福岡県(約510万人)

※奈良県、福岡県については、事業の位置づけについて整理中

一部実施

札幌市周辺(約203万人)、横浜市(約372万人)

神戸市(154万人)、田辺市周辺(約9万人)

※人口は平成27年国勢調査による

国民の
『37.8%』

【#7119以外の番号で実施している団体】(県単位の実施)

山形県、栃木県、千葉県、香川県

※24時間体制ではない

【平成30年度以降、実施を検討中の団体】

H30年度以降 広島市周辺

5 実施内容

	東京消防庁 救急相談センター	大阪府内全市町村 救急安心センターおおさか
事業主体	救急相談センター運営協議会 (都医師会、都福祉保健局、救急専門医、東京消防庁)	救急安心センターおおさか運営委員会 (大阪府内全市町村)
設置場所	東京消防庁内	大阪市消防局内
開設日	平成19年6月	平成21年10月
対象エリア	東京都全域(島しょを除く)	大阪府全域
エリア人口	約1,352万人	約884万人
人員体制	・総員96名(救急相談通信員(消防OB)54名、救急相談看護師48名) ・時間あたりの総員13名(通信員8名、看護師7名) ・医師常時1名 ・24時間体制で救急相談監督員3名配置(消防吏員)	・相談員(消防OB):35名(時間平均:日勤帯3~6名、夜勤帯4~5名) ・看護師:25名(時間平均:日勤帯3~5名、夜勤帯2~3名) (※相談員と看護師ともに年末年始などはさらに増員) ・医師:常時1名(交代制)(8:00~18:00/18:00~8:00)
人員確保	医師:都医師会に委託し派遣 看護師:非常勤職員を公募 救急相談通信員:東京消防庁OBを非常勤職員として採用	医師:業務委託している公益財団法人大阪府救急医療事業団にて確保 看護師:医師と同様 受付員:消防OB(非常勤)
相談件数	(27年)375,458件 (28年)378,776件	(27年)261,523件 (28年)256,527件
平成28年 相談の内訳	・医療機関案内:255,879件(59.8%) ・救急相談:152,145件(40.2%) ・その他:752件(0.2%)	・救急病院内来:123,630件(48.2%) ・救急相談:106,530件(41.5%) ・その他:26,367件(10.3%)
平成28年 看護師に対する医師のアドバイス件数	36,892件(救急相談の24.2%)	3,366件(救急相談の3.2%)
平成28年 救急車が必要と判断された件数	48,187件(救急相談の約31.7%)	32,704件(救急相談の30.7%)
平成28年 119へつないだ件数	28,269件(相談後) 救急相談の18.6% 535件(相談前)	5,016件(救急相談の4.7%)
電話回線数	非公開	
費用	・開設以降、需要に応じて設備、人員及びシステム等を毎年度増強 ・平成28年度末に移設増強した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28年度予算概算 総額:5億6100万円(人件費:4億900万円、事業費:1億5200万円)	・初年度(大阪市のみ):1億4,300万円(システム、人件費込み) ・大阪府下拡大:約8,000万 ・年間運営費:約2億4,000万円
医師確保の経費	業務委託しているため不明	
その他	・大阪府:一般財源(2分の1) ・大阪府以外の各消防本部:財政、人口規模により按分(2分の1)	

	札幌市 救急安心センターさっぽろ	横浜市 救急相談センター	和歌山県田辺市
事業主体	市衛生主管部局(札幌市保健福祉局)	市衛生主管部局(横浜市医療局)	田辺市消防本部
設置場所	札幌市消防局内	夜間急病センター内	委託事業者内
開設日	平成25年10月	平成28年1月(※6月から24時間化)	平成24年10月
対象エリア	札幌市・石狩市・新篠津村・栗山町・島牧村	横浜市	田辺市、上富田町
エリア人口	約203万人	約372万人	約9万人
人員体制	・看護師:20名 平日2人 休日2~3人(休日は13~22時に増員) 2交代制(9~18時、18~9時) ・受付員:12名 平日1名 休日1~2名(8時~23時に増員) 2交代制(8~17時、17~8時) ・医師は常時オンコール体制 ・監督員として札幌市消防局指令課職員1名	・現場助言医師:毎日18:00~22:00に1名配置 ・医師は常時オンコール体制 ・看護師:2~10名 ・受付員:2~10名	・医師 1名体制(24時間) ・看護師 40名体制 9時~18時(8~15名) 18時~21時(4~8名) 21時~9時(3~5名) } (24時間)
人員確保	医師:北海道大学、札幌医科大学(大学の救急当直医師がオンコール対応) 看護師:民間事業者に委託 受付員:民間事業者に委託 監督員:札幌市消防局指令課職員	オンコール医師:横浜市立大学附属市民総合医療センターに委託 現場助言医師:民間事業者に委託 看護師:民間事業者に委託 受付員:民間事業者に委託	都内救命センターに委託 看護師 直接雇用
相談件数	(27年度) 43,525件 (28年度) 46,106件	(28.1.15~29.1.14) 264,703件	(27年度) 2,194件 (28年度) 2,262件
相談の内訳	(28年度) ・病院紹介:10,234件(22.2%) ・救急相談:27,586件(59.8%) ・その他:8,292件(18.0%)※エリア外からの電話等、対応不可。	(28.1.15~29.1.14) ・病院紹介:150,099件(56.7%) ・救急相談:114,604件(43.3%)	(28年度) ・病院紹介398件 ・救急相談907件 ・健康相談575件 ・その他 382件
看護師に対する医師のアドバイス件数	(28年度) 70件(救急相談の0.3%)	(28.1.15~29.1.14) 95件(救急相談の0.1%)	(28年度) 31件 ※看護師が医師に相談し看護師が相談相手に答える方法で運用
救急車が必要と判断された件数	(28年度) 9,210件(救急相談の33.4%)	(28.1.15~29.1.14) 15,122件(救急相談の13.2%)	(28年度) 142件(救急相談の15.6%)
119へつないだ件数	(28年度) 3,777件(救急相談の13.7%)	(28.1.15~29.1.14) 6,881件(救急相談の6.0%)	(28年度) 97件(救急相談の10.4%)
電話回線数	8	19(38通話分)	2
費用	・初年度:155,511千円(導入97,330千円、運営58,181千円) ・H26年度:111,800千円 ・H27年度:110,006千円 ・H28年度:112,188千円	開設費:556年度の救急医療情報センター開設以来、段階的に拡大したため、算定困難 運営費:1.6億円(H28年度予算額)	268万円/年
医師確保の経費	委託料 医師約3,000万円/年	民間委託のため不明	民間委託のため不明
その他	・札幌市以外の市町村は運営額、開設時の設備額の減価償却額等を人口比により按分	・#7499(救急医療相談・相談ダイヤル)等の番号を全国統一の#7119に統合(#7499にかければ#7119につながる)	

	奈良県 救急安心センター	福岡県 救急医療情報センター
事業主体	県衛生主管部局（泉地域医療連携課）	県衛生主管部局（県保健医療介護部）
設置場所	奈良県広域消防組合消防本部内	救急医療情報センター内
開設日	平成21年10月	平成28年6月
対象エリア	奈良県全域	福岡県全域
エリア人口	約136万人	約510万人
人員体制	・看護師：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3名 常駐/ その他時間帯は2名常駐 ・医師：オンコール体制（常時）	・看護師： 平日は、常時2名体制 土日祝は、9時から13時まで3名、13時から18時まで4名、18時から22時まで3名、22時から翌9時まで2名が常駐 ※ 大型連休等については、最大6名体制 ・医師：オンコール体制（常時）
人員確保	医師：奈良県広域消防組合に委託し委託先で確保 看護師：奈良県広域消防組合に委託し委託先で確保 受付員：奈良県広域消防組合に委託し委託先で確保	医師：民間事業者に委託 看護師：民間事業者に委託
相談件数	(27年度) 41,464件 (28年度) 58,463件	(H28.6.30～H29.3.31) 22,767件
相談の内訳	(28年度) ・病院紹介：38,149件(65.3%) ・救急相談：13,573件(23.2%) ・その他：6,741件(11.5%)	(H28.6.30～H29.3.31) ・救急相談：19,595件(86.1%) ・その他：3,172件(13.9%)
看護師に対する医師のアドバイス件数	(28年度) 約199件(救急相談の約11.5%)	(H28.6.30～H29.3.31) ・11件(救急相談の0.6%)
救急車が必要と判断された件数	(28年度) 1,567件(救急相談の11.5%)	(H28.6.30～H29.3.31) 6,140件(救急相談の31.3%)
119へつないだ件数	(28年度) 1,256件※119通報を促した件数(救急相談の9.3%)	(28年度) 6,140件※119通報を促した件数(救急相談の31.3%)
電話回線数	6	6
費用	・導入：(救急安心センターモデル事業)H21年10月～H22年3月 70,240千円(導入・人件費等全て) ・運営費：約9,500万(平成29年度予算)	・開設費：1.5億円 ・運営費：1億円
医師確保の経費	業務全体で委託しているため医師確保にかかる経費は不明	民間委託のため不明
その他		医療機関案内に係るものは、別事業のため上記に含まない

6 財政支援

新規立ち上げ時の支援	ランニングコスト(運営費)のための支援
消防防災施設整備費補助金 救急安心センター等整備事業	普通交付税措置
<p>・平成21年から補助金事業を開始</p> <p>・補助基準額(補助率1/3)</p> <p>救急安心センター整備事業 10,286千円</p> <p>救急医療情報収集装置 1,543千円</p> <p>・事業要件</p> <p>(1)住民の救急相談に応える電話相談窓口を消防機関等に設置すること。</p> <p>(2)当該救急電話相談窓口は都道府県域内の住民を対象とすること。ただし、市町村域内の住民を対象とする場合であっても、事業開始後に都道府県内の他の市町村域内の住民も対象とすることを可能とする場合には、この限りでない。</p> <p>(3)当該救急電話相談窓口に、医師、看護師又は相談員を24時間、365日体制で常駐させること。ただし、地域の実情に応じて、常駐していない時間には、医療機関案内へ電話を転送し医療機関を紹介することにより救急相談が受けられることとなるなどの適切な措置を講じる場合には、この限りでない。</p> <p>(4)緊急性がある場合には、直ちに救急車を出動させる体制を構築すること。</p> <p>※救急医療情報収集装置は、情報収集装置、電話回線及び端末装置の全部又は一部をもって構成されるもので端末装置から救急医療情報を検索及び閲覧できるものであること</p> <p>※零細補助基準額(原則、都道府県及び政令市9,500万円、その他950万円)。</p> <p>※本年度から要件を緩和</p>	<p>市町村に対する普通交付税においては、平成21年度から救急安心センターを運営するために必要な人件費や事業費について一定の措置が講じられている。</p> <p>⇒常備消防費の救急業務費の需用費等の中に、「救急安心センター事業(#7119)等」(8,038千円(標準団体=10万人の場合))が措置されている。</p> <p>※本年度から措置額を拡充</p>

第2節 効果的な広報について

1 背景・目的

現在、実施団体において様々な媒体を活用した広報が行われている。実施団体の調査では、#7119を知っている方の3~4割が実際に活用しているとの結果が得られており、認知度を上げ利用率を上げることが、住民への安心・安全の提供につながり、限りある資源である消防・医療の適正な利用に最大限寄与すると考えられる。

広報については、各団体において広報戦略を立て、実施しているところであるが、他の団体の広報活動を共有する場がないことから、本検討会で取り上げることにした。

実施団体においては今以上の認知度向上に繋がる広報戦略の材料にでき、今後事業を開始する団体については、開始当初から効果の高い広報活動の実施に資するように資料をまとめていくことが必要である。

2 検討事項

(1) 広報の現状について

各団体が実施している広報活動について、広報媒体に関するアンケート調査により実態を把握し、効果的な広報についての検討を行う。

(2) #7119の認知度について

各団体が実施した市政モニターアンケート等を活用し、それぞれの地域における性別・年代別の#7119認知度の違いや、性別・年代に応じた効果的な広報媒体について分析・検討を行う。

3 調査及び検討結果

(1) 広報の現状について

① 調査項目

ア 実施されている広報

各団体へのアンケートを行い、平成 26 年度～平成 29 年度の 4 年間に作成した広報媒体について調査した。調査団体及び調査項目については以下のとおり。

(i) 調査団体

札幌市、宮城県、埼玉県、東京消防庁、横浜市、新潟県、大阪市消防局、神戸市、奈良県、田辺市、福岡県

(ii) 調査項目

- ・ 広報媒体の内容
- ・ 広報媒体の画像等
- ・ キャッチフレーズ
- ・ 広報場所
- ・ 費用

イ 他の団体との連携事例

各団体が行う広報における他団体との連携について、下記の項目について調査した。

- ・ 広報実施における連携団体
- ・ 他団体と連携した広報媒体
- ・ 他団体と連携した広報媒体の画像

ウ 特に効果的な取組についての意見

各団体において、特に効果があった広報媒体や方策に関する意見を調査した。

② 調査結果

ア 実施されている広報

#7119 実施団体において行われている広報について、図表 1-2-1 に整理した。

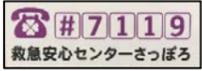
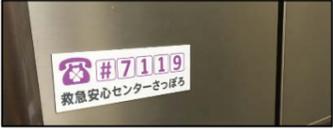
図表1-2-1 各団体の広報媒体（※各団体から提供を受けたもの、また公表しているものについて掲載）

※救急安心センターおおさかの広報媒体については、大阪府内全市町村により共同制作した媒体のみを掲載している。

○印刷物					
広報媒体の内容	実施団体	広報媒体の画像	キャッチフレーズ	広報場所	費用
ポスター	札幌市 宮城県 埼玉県 東京都 横浜市 新潟県 神戸市 奈良県 田辺市 福岡県	<p>札幌市</p>  <p>宮城県</p>  <p>埼玉県</p>  <p>東京都</p>  <p>横浜市</p>  <p>田辺市</p>  <p>神戸市（縦）</p>  <p>神戸市（横）</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・「急な病気やケガで迷ったら！」（札幌市） ・「迷ったら！おとな救急電話相談」（宮城県） ・「お医者さんに行くべきか迷ったら、まず相談！！」（埼玉県） ・「病院へ行く？救急車を呼ぶ？迷ったら・・・」（東京都） ・「電話でも！ネットでも！#7119」（横浜市） ・「急な病気やけがで受診の相談をしたいときは・・・」（田辺市） ・「病院？救急車？迷ったら！#7119」（神戸市） ・「迷ったらまず相談」（神戸市） 	<p>医療機関、公共施設、町会・自治会、消防本部、病院協会、看護協会、保育園、幼稚園、小中学校、駅、金融機関、コンビニ等配付し掲示</p>	<p>14,070,000円 （広報啓発事業として一括で業者委託：ポスターの他にリーフレット、テレビCM、ラジオCM、新聞広告、電車内広告、プロモーションビデオ、懸垂幕） （札幌市）</p> <p>1,174,618円/ポスター（5,500枚）・チラシ（718,000枚） （宮城県）</p> <p>316,000円/9,000枚 （埼玉県）</p> <p>66,150円/1,000枚 ※デザイン料40,000円 （新潟県）</p> <p>177,000円/9,750枚 （神戸市）</p> <p>46,000円/400枚 （奈良県）</p> <p>22,620円/200枚 （奈良県）</p> <p>サイズB2 290,000円/8,200枚 （福岡県）</p> <p>サイズB3 60,000円/2,000枚 （福岡県）</p>
広報誌	札幌市 宮城県 埼玉県 横浜市 新潟県 大阪 神戸市 奈良県 田辺市 福岡県	画像なし		各戸配付	0円 （自治体広報誌等） （全団体）

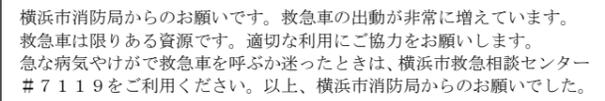
広報媒体の内容	実施団体	広報媒体の画像	キャッチフレーズ	広報場所	費用
啓発カード	札幌市 埼玉県 大阪 奈良県 福岡県	<p>埼玉県（表）</p>  <p>埼玉県（裏）</p>  <p>大阪（表）</p>  <p>大阪（裏）</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 「お医者さんに行くべきか迷ったら、まず相談！！」（埼玉県） 「突然の病気やケガ 病院に行った方がいい？ 救急車を呼んだ方がいい？」（大阪） 医療機関案内、急な病気やけがへの対応の仕方等相談員や看護師（場合により医師）が電話でアドバイスします」（奈良県） 	医療機関、公共施設、イベント会場、消防本部、認可保育園、幼稚園、小中学校、コンビニ等に置き配付	<p>11,991,000円（ホームページ作成業務と一括発注）（札幌市）</p> <p>2,985,000円/212万3,000枚（埼玉県）</p> <p>約2,500,000円/199万500枚（啓発用DVD1枚と一括発注）（大阪）</p> <p>147,000円/35,000枚（奈良県）</p> <p>113,400円/25,000枚（奈良県）</p> <p>2,310,000円/590,300枚（福岡県）</p>
リーフレット	札幌市 東京都 横浜市 神戸市	<p>札幌市</p> <p>（外側）</p>  <p>（内側）</p>  <p>東京都</p>  <p>横浜市消防局</p>  <p>神戸市</p> <p>（表面）</p>  <p>（中面）</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 「こんなときどうしよう？ 救急車？病院？」（札幌市） 「病院へ行く？救急車を呼ぶ？迷ったら・・・」（東京都） 「電話でも！ネットでも！#7119」（東京都） 「急な病気やけがで受診の相談をしたいときは・・・」（横浜市） 「急な病気やケガで病院？救急車？迷ったら！#7119にお電話を」（神戸市） 	医療機関、区役所、公共施設、イベント会場、宿泊施設、民生委員、婦人会で配付 介護関係自治会、65歳以上の高齢者への手渡し等	<p>14,070,000円（ポスター、テレビCM、ラジオCM、新聞広告、電車内広告、プロモーションビデオ、懸垂幕と一括発注）（札幌市）</p> <p>508,000円/226,000枚（神戸市）</p> <p>231,000円/20,000枚（神戸市）</p>

広報媒体の内容	実施団体	広報媒体の画像	キャッチフレーズ	広報場所	費用
チラシ	宮城県 埼玉県 横浜市 新潟県 奈良県 田辺市	埼玉県 横浜市消防局 新潟県 田辺市	<ul style="list-style-type: none"> 「お医者さんに行くべきか迷ったら、まず相談！！」 (埼玉県) 「救急車を呼ぶか迷ったら」(横浜市) 	医療機関、公共施設、消防本部、医師会、病院協会、看護協会、商業施設、金融機関等に置き配付 全戸配付	1,174,618 円/ポスター (5,500 枚)・チラシ (718,000 枚) (宮城県) 363,000 円/65,000 枚 (埼玉県) 195,750 円/50,000 枚 ※デザイン料 40,000 円 (新潟県) 55,500 円/30,000 枚 (奈良県)
ポケットティッシュ	札幌市 神戸市	札幌市 神戸市	<ul style="list-style-type: none"> 「救急車？それとも病院？病気やケガで迷ったら」 (札幌市) 	公共施設、イベント会場で配付	1,836,450 円(ポケットティッシュ、マグネットクリップ、ポスター、チラシと一括発注) (札幌市) 267,000 円/65,000 枚 (神戸市)
広告ハガキ 宅配便宛名伝票	札幌市 横浜市	札幌市 横浜市消防局	<ul style="list-style-type: none"> 「救急車呼んだ方がいいのかな？ 救急医療相談に看護師が 24 時間 365 日対応する電話相談窓口です」(札幌市) 「急な病気やケガで迷ったら」(札幌市) 「救急車を呼ぶか病院へ行くか迷ったときは」 (横浜市) 	ハガキに掲載	0 円
パンフレット	東京都 横浜市	東京都 横浜市消防局		区・市役所窓口、イベント会場で配付 訓練時に配付等	-
ロゴカード	東京都	(表面) (裏面)	<ul style="list-style-type: none"> 「病院へ行く？救急車を呼ぶ？迷ったら・・・」 「電話でも！ネットでも！#7119」 	保健所に置き配付	-
救急講習テキストへの掲載	神戸市	画像なし		定例救急講習会場での説明に使用	0 円
薬袋広告	福岡県	※薬袋の裏面に広報掲載スペースがあり活用 (画像なし)			200,000 円/20,000 袋 (福岡県)

○創作物					
広報媒体の内容	実施団体	広報媒体の画像	キャッチフレーズ	広報場所	費用
プロモーションビデオ	東京都 横浜市 大阪市 神戸市	<p>東京都</p>  <p>神戸市</p> 	・「病院？救急車？ 迷ったら！ #7119」 (神戸市)	医療機関、公共施設、イベント会場、市の動画チャンネル等で放映	1,000,000 円/15 秒・3 分版の 2 種類 (神戸市)
ステッカー	札幌市 神戸市 福岡県	<p>札幌市</p>  <p>神戸市</p>  <p>受話器へ貼付</p>	・「急な病気やケガで迷ったら！」 (札幌市)	医師会、地域婦人会老人クラブ連合会、市町村高齢担当課、商業施設で配付	134,748 円/2 万枚 (札幌市) 2,250,000 円/24 万枚 (福岡県) 260,000 円/2 万枚 (神戸市)
マグネットクリップ	札幌市	画像なし		公共施設、イベント会場で配付	1,836,450 円(ポケットティッシュ、マグネットクリップ、ポスター、チラシと一括発注)(札幌市)
マグネットシート	札幌市	 <p>冷蔵庫等へ貼付</p> 		公共施設、イベント会場で配付	2,835,000 円(マグネットシート、公用車用マグネットシート、のぼり、懸垂幕と一括発注)(札幌市)
パネル	神戸市			消防指令見学室に設置し説明時に使用	30,000 円/1 枚
缶バッジ	神戸市			イベント会場	80,000 円/1,000 個

広報媒体の内容	実施団体	広報媒体の画像	キャッチフレーズ	広報場所	費用
クリアファイル	神戸市			研修会場	251,000 円/6,500 枚 (現在、作成中)
のぼり	札幌市 神戸市	神戸市 		イベント会場等に設置	2,835,000 円(マグネットシート、公用車用マグネットシート、のぼり、懸垂幕と一括発注) (札幌市) 55,000 円/10 本 (神戸市)
懸垂幕・横断幕	札幌市 埼玉県 神戸市	埼玉県  神戸市  	<ul style="list-style-type: none"> ・「お医者さんに行くべきか迷ったら、まず相談!!」 (埼玉県) ・「病院?救急車? 迷ったら! #7119」 (神戸市) 	県庁屋外 (埼玉県) 大型イベント・展示施設 (埼玉県) 百貨店 (神戸市)	86,000 円/1 本 (埼玉県・懸垂幕) 500,000 円/1 本製作費 50,000 円/1 月掲出費用 (埼玉県・横断幕) 526,000 円/2 本 (神戸市)
ラッピングバス ラッピングカー	東京都 神戸市	東京都  神戸市 	<ul style="list-style-type: none"> ・「病院へ行く?救急車を呼ぶ?迷ったら・・・」 ・「電話でも!ネットでも! #7119」 (東京都) ・「病院?救急車? 迷ったら! #7119」 (神戸市) 	都内7路線(1か月間) 東京都内	443,000 円/プリウスα 1 台 (神戸市)
手さげ袋	東京都		<ul style="list-style-type: none"> ・「病院へ行く?救急車を呼ぶ?迷ったら・・・」 ・「電話でも!ネットでも! #7119」 	イベントで配付	-

広報媒体の内容	実施団体	広報媒体の画像	キャッチフレーズ	広報場所	費用
救急車マグネット	埼玉県 横浜市 神戸市	<p>埼玉県</p>  <p>横浜市消防局</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・「お医者さんに行くべきか迷ったら、まず相談！！」 (埼玉県) ・「急な病気やけがで救急車を呼ぶか迷ったときは」 (横浜市) 	救急車の車体に貼付	1,473,000円/640枚 (埼玉県) 52,000円/40枚 (神戸市)
マスクケース	横浜市 大阪 神戸市	<p>横浜市消防局 救急安心センターおおさか運営委員会 神戸市</p>   	<ul style="list-style-type: none"> ・「救急車を呼ぶか迷ったら」(横浜市) ・「突然の病気やケガで困ったら」(大阪) 	イベント会場で配付	約2,500,000円/12万枚 (大阪)
絆創膏	神戸市				
啓発用カード Box	福岡県	<p>画像なし</p> <p>※カード等を差し込み、机の上に置くことのできる土台(窓口等に配置)</p>		市町村窓口に設置	350,000円/470個 (福岡県)
ビニール製クリアケース(保険証サイズ)	奈良県	<p>画像なし</p>		講習会等で配付	
○マスコミ					
新聞	神戸市 福岡県	<p>神戸市</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・「病院？救急車？迷ったら！#7119」 (神戸市) 	新聞に掲載	1,600,000円 (福岡県)
ラジオ	札幌市 宮城県 東京都 新潟県 大阪 神戸市 奈良県 福岡県	<p>画像なし</p>		<p>ラジオ関西、KISS FM(神戸市)</p> <p>ならどっと FM FMハイホー ※毎年年末年始に放送(奈良県)</p>	<p>0円(県広報放送枠内) (新潟県)</p> <p>0円(地方ラジオの無料枠) (大阪府)</p> <p>1,600,000円 (福岡県)</p>

広報媒体の内容	実施団体	広報媒体の画像	キャッチフレーズ	広報場所	費用
テレビ	札幌市 宮城県 東京都 新潟県 奈良県 福岡県	宮城県（地上波デジタル放送のデータ放送） 		テレビ放送	0円（県広報放送枠内） （新潟県） 0円（広報広聴課の委託契約放送枠内） （奈良県） 162,000円/2社分 （宮城県） 5,250,000円 （福岡県）
折り込みチラシ	宮城県 東京都	宮城県 		各世帯に配付（新聞購読世帯に配布） （宮城県）	2,456,805円 （宮城県）
各種取材対応	大阪 神戸市	画像なし		テレビ放送	各団体 0円
○SNS・インターネット					
ホームページ	札幌市 宮城県 埼玉県 東京都 横浜市 新潟県 神戸市 奈良県 田辺市 福岡県	札幌市  東京都  横浜市消防局  新潟県  田辺市  埼玉県 		※各ホームページから抜粋	0円 （横浜市、埼玉県、新潟県、神戸市等） 11,991,000円（啓発カード作成業務と一括発注） （札幌市） 700,000円 （福岡県）
ツイッター	札幌市 東京都 横浜市 奈良県	画像なし		SNS	各団体 0円
フェイスブック	大阪 奈良県	画像なし		SNS	各団体 0円
○その他広報					
イベントでの広報	札幌市 東京都 横浜市 大阪 神戸市 田辺市	東京都  横浜市消防局  医師会イベントにおいてブースを設営し広報 スポーツイベント等でのアナウンス文		日本臨床救急医学会 総会、出初式、福祉施設、 スポーツ会場アナウンス、各署主体の市民フォーラム等	各団体 0円

広報媒体の内容	実施団体	広報媒体の画像	キャッチフレーズ	広報場所	費用
電車内広告・車内放送	東京都 横浜市 大阪市 神戸市 福岡県	堺市消防局 	・「病院？救急車？ 迷ったら！ #7119」(神戸市)	JR、市営地下鉄、 神戸新交通、泉北高速 鉄道等	745,000 円/3 カ月 (神戸市) 8,986,000 円 (福岡県)
ホームドアステッカー	神戸市	画像なし	・「病院？救急車？ 迷ったら！ #7119」(神戸市)	神戸新交通	621,000 円/3 カ月 (電 車内扉横ポスター掲示 と一括発注) (神戸市)
トレインチャンネル	東京都			都内 1 路線 (2 週間)	-
市バス座席ポスター	神戸市	画像なし	・「病院？救急車？ 迷ったら！ #7119」(神戸市)	市バス	1,080,000 円/1 年 31 台 (神戸市)
母子健康手帳	大阪 札幌市	大阪 		市他部署との連携	0 円(同市の他部局との 連携) (大阪)
母子保健副読本	大阪			市他部署との連携	0 円(同市の他部局との 連携)
医療証通知書	大阪	画像なし ※郵送時にチラシを同封		医療証通知郵送時	0 円
タウンページ	大阪	画像なし ※ページ内に記載		府内 329 万部配付	0 円
フリーペーパー	埼玉県	画像なし		世帯配布	0 円
生活協同組合機関誌	埼玉県	画像なし		世帯配布	0 円
医療情報マガジン	埼玉県	画像なし		本屋で販売	0 円
講習会 (小児救急医 療普及啓発事業)	奈良県	画像なし		-	5,300 円/1 時間 (講師 謝金 ※別途交通費)
説明会	神戸市	画像なし		保健福祉局内の会議、 婦人懇話会等	0 円
デジタルサイネージ	横浜市 埼玉県 神戸市	横浜市消防局 埼玉県 神戸市 	・「救急車を呼ぶか迷ったら」 (横浜市) ・「埼玉県救急電話相談 #7119」 (埼玉県)	区役所、駅、スタジア ム等	529,000 円/1 カ月 (神戸市)

広報媒体の内容	実施団体	広報媒体の画像	キャッチフレーズ	広報場所	費用
地下鉄ステーション ジャック	神戸市	 <p data-bbox="807 321 1457 386">※駅全体（壁面、床など）に広報媒体を集中的に掲示した (1 か月間)</p>	<p data-bbox="1736 163 2190 268">・「病院？救急車？ 迷ったら！ #7119」 (神戸市)</p>	<p data-bbox="2220 130 2249 151">駅</p>	<p data-bbox="2487 130 2754 226">3,535,000円/1か月(製作費込)(ステーションジャック)</p> <p data-bbox="2487 256 2754 319">1,544,000円/3か月(製作費込)(ホーム柱巻)</p>

イ 他の団体との連携事例

現在、実施団体における広報において、他の団体との連携事例について調査した結果をまとめると、以下のとおり。

図表 1-2-2 連携団体及び制作した広報媒体

実施団体名	広報実施における連携団体	制作した広報媒体	広報媒体の画像
札幌市	郵便局	かもメール、宛て名伝票に掲載	-
	民間企業(スーパー・コンビニ)	トイレへのステッカー貼付を依頼	
埼玉県	県医師会、県看護協会	ポスター掲示、チラシ配布	 ポスター チラシ
	病院、救急診療所	ポスター掲示、チラシ、PRカード配布	
	小・中学校、幼稚園、認可保育園	ポスター掲示、PRカード配布 ※今後、民間企業と連携して、県内全ての幼稚園、保育園に試供品とともにPRカードを配布する予定	 PRカード
	県内主要駅、金融機関、ショッピングセンター	ポスター掲示、チラシ配布	 試供品
東京都	東京都医師会	イベント時にブースを設営し広報	-
	日本臨床救急医学会総会	イベント時にブースを設営し広報	
	広報課	イベント、プロモーションビデオ、折り込みチラシ、トレインチャンネル	
	フジテレビ	35秒間の広告(H29.6.2に放送)	-
	ラジオ日経	ラジオ(H29.2.15に放送)	-
横浜市	市医師会	ポスター掲示、リーフレット (来院者に持ち帰っていただけるよう、置かせてもらった)	-
	市病院協会	ポスター掲示、リーフレット(同上) 広報よこはま、チラシ(同上) プロモーションビデオ放映	-
新潟県	医師会	ポスター掲示、チラシ配布(今後診療所にも配布予定)	
	医療機関		
大阪	大阪市こども青少年局	母子健康手帳内の各種相談窓口等を掲載しているページに掲載	-
	大阪市福祉局	通知書郵送時に、チラシを同封	-
	NTT西日本	タウンページ内に掲載	-

実施団体名	広報実施における連携団体	制作した広報媒体	広報媒体の画像
神戸市	医師会	ポスター掲示、リーフレット配布	
	第二次救急病院協議会		
	市民病院		
	婦人会		
	交通局	ラッピングカー、ステーションジャック、ホーム柱巻、デジタルサイネージ	
	神戸新交通	座席前ポケット広告、扉横ポスター掲示、ホームドアステッカー	-
	市バス	運転席後部座席ポスター	-
奈良県	スーパーマーケット	ポスター掲示 (県内大手スーパーに掲示)	-
	コンビニエンスストア	啓発カード (買い物客に持ち帰っていただけるよう、置かせてもらった)	-
	奈良テレビ	県政スポットCM (1日2回放送)	-
	ならどっとFM	ラジオ (毎年年末年始に放送)	-
	FMハイホー	ラジオ (毎年年末年始に放送)	-
田辺市	福祉施設	避難訓練や救命講習等のイベント時にア ナウンスとチラシ配布	 配付チラシ (表)
	小中高校		
福岡県	医師会	ポスター掲示、啓発カード、ステッカー配 布 (各医療機関で掲示・配布してもらうよ う医師会を通じて配布した)	-
	地域婦人会	啓発カード、ステッカー配付 (会議等の参 加者に配布してもらうよう配布した)	-
	老人クラブ連合会		-
	市町村高齢者担当課	啓発カード、ステッカー配付 (敬老会など の高齢者イベント等で配布してもらうよ う配布した)	-

ウ 特に効果的な取組についての意見

実施団体から、効果のあった広報について意見まとめると、以下のとおり。

図表 1-2-3 特に効果があった広報媒体等に関する各団体の意見

実施団体名	広報媒体の種類数	特に効果があった広報媒体や方策に関する各団体のコメント
札幌市	13	<ul style="list-style-type: none"> ・どの成果物や方策が効果的であったかは不明だが、<u>リーフレットは他のものと比べて需要が多かった。</u> ・リーフレットは各区役所、市有施設等で配架しているほか、希望する病院、薬局等へも送付している。これらの場所でリーフレットを手にした高齢者から、所属する老人クラブ等で配布したいとして、数十部単位で希望されるケースが複数例あった。
埼玉県	10	<ul style="list-style-type: none"> ・特に救急電話相談のPRのため、PRカードを公共施設・医療機関のほか、認可保育園・幼稚園・小中学校の園児や児童生徒を通じて家庭に配布して、認知度の向上を図った。 ・平成29年11月に行った県政サポーターアンケートの結果では、救急電話相談を知ったきっかけは、<u>県・市町村の広報紙が最も多かった。</u>
東京都	17	<ul style="list-style-type: none"> ・28年度消防の世論調査より、「知っていて、利用したことがある」と回答した方は、30代女性が多く、<u>子供向けイベント等における母親世代への媒体配布が効果があった</u>と思われる。 ・<u>ロゴカードについては、保健所において母子手帳と一緒に配布してもらうことにより、母親世代への認知度が向上した</u>と思われる。 ・<u>視覚的効果の高いプロモーションビデオを作成し、各種イベントや事業所において放映し、広報ターゲットの地域を選定したラッピングバスの走行等により各年代へ印象づけることができた</u>と思われる。
横浜市	10	<ul style="list-style-type: none"> ・本市においては、市内全域をカバーする本市発行の広報紙や広報媒体によって、市民全体を対象とした広報を軸に交通広告やイベントでの広報などを行っている。 ・広報の効果については、非常に把握が困難だが、中でも <u>患者やその家族など医療を必要とする方に対する広報が、効果的ではないか</u>と考えている。
新潟県	6	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村・消防本部等にも広報を依頼しており、広報誌、ホームページ、チラシ等を活用して県民に対して周知を行っている。 ・特に、診療の待ち時間に見てもらえるよう、全病院・全診療所にチラシとポスターを配布した。
大阪	11	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>母子健康手帳等への掲載により、いわゆる母親世代への認知度の向上に寄与</u>した。
神戸市	27	<ul style="list-style-type: none"> ・広報課が実施する戦略的広報支援事業に選定され、市クリエイティブディレクターや広報課等、<u>専門的なノウハウを活用</u>できたことは効果大であった。例えば、市民の記憶に残るよう、「#7119」のロゴやキービジュアル、イメージカラーを作成し、広報展開の基礎を作るとともに、それらを用いた <u>統一的なデザイン</u>による広報を実施した。 ・消防局、保健福祉局で連携し、全市をあげて広報展開した。中でも、<u>子供から大人まで幅広く人気を誇るガチャピン・ムックを活用</u>した動画の制作は、認知率向上に寄与したと思われる。 ・テレビや新聞、インターネット等のメディアを通じた広域的な広報と並行して、街中での広報として、特に市営地下鉄三宮駅のフロア、エスカレーター側壁、柱巻きなど、<u>駅全体を使った広告「ステーションジャック」</u>を開設から1ヵ月間実施したところ、<u>非常に反響が大きかった。</u> ・市内医療機関や薬局等のポスター掲示やリーフレット配布等、<u>市民の目に留まるきめ細やかな広報</u>を実施した。
奈良県	12	<ul style="list-style-type: none"> ・当県が実施する県民webアンケートによると、「奈良県救急安心センター相談ダイヤル（#7119）を知っていた」との回答割合は、平成26年度は33%（回答数67 / 総回答数204）であったが、平成28年度は47.4%（回答数90 / 総回答数190）となっており、認知度は上がっている。 ・そのうち、#7119を何で知ったのかについては、平成26年度～平成28年度にかけて、<u>「自治体広報誌」との回答割合が約70%（H26回答数：46 / H28回答数：61）</u>となっており、<u>自治体広報誌による広報は一定の効果がある</u>と思われる。

(2) #7119 の認知度について

① 調査項目

ア 先行実施団体における認知度

各団体が実施している市政モニター調査や世論調査等から、最新の認知度について取りまとめた。

イ 認知度の経年推移

東京都、大阪及び奈良県における認知度の経年変化を取りまとめた。

ウ 性別・年代別の認知度について

札幌市、大阪市及び田辺市において、性別・年代別認知度と広報媒体別認知方法について取りまとめた。

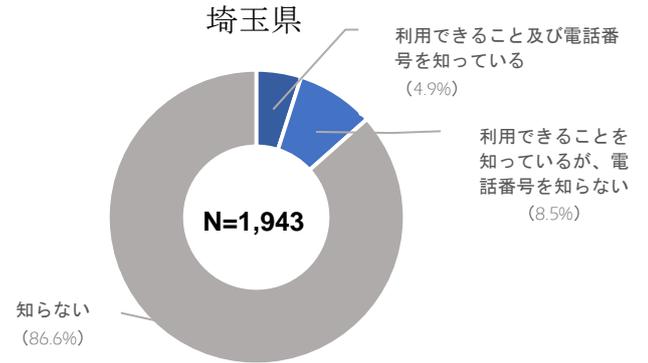
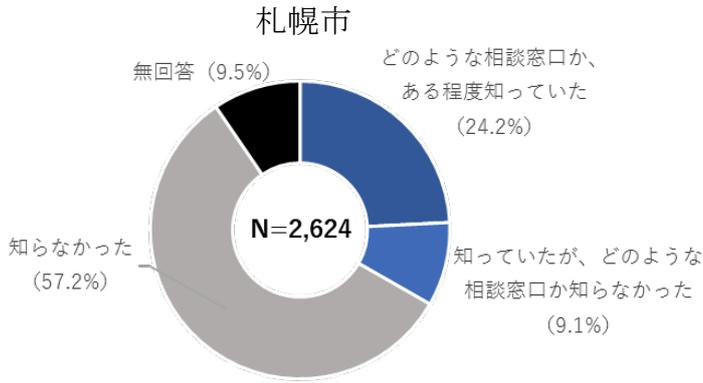
② 調査結果

ア 先行実施団体における認知度

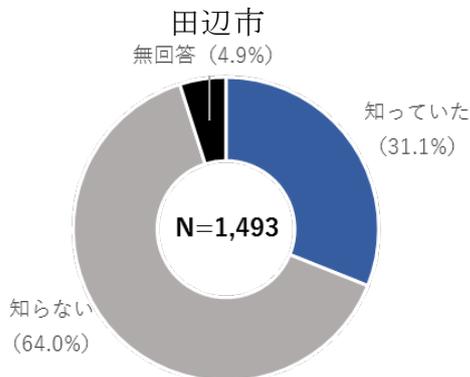
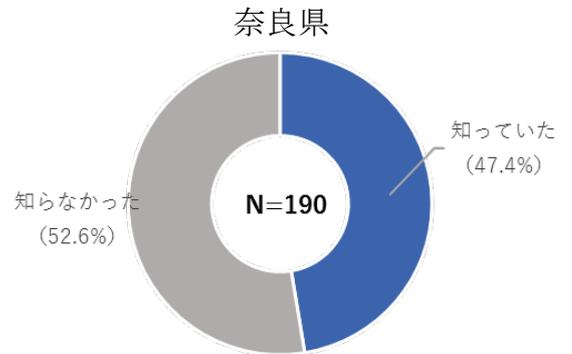
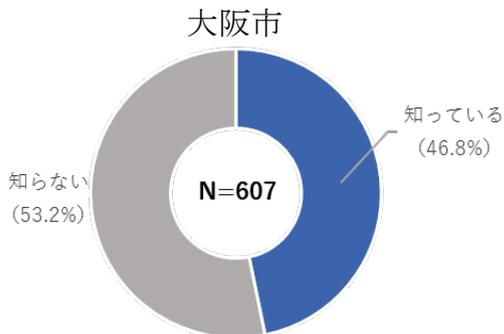
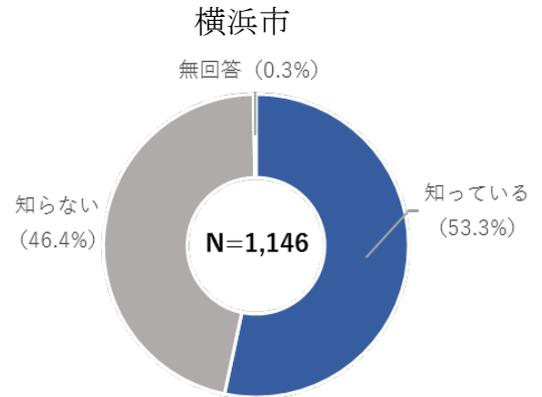
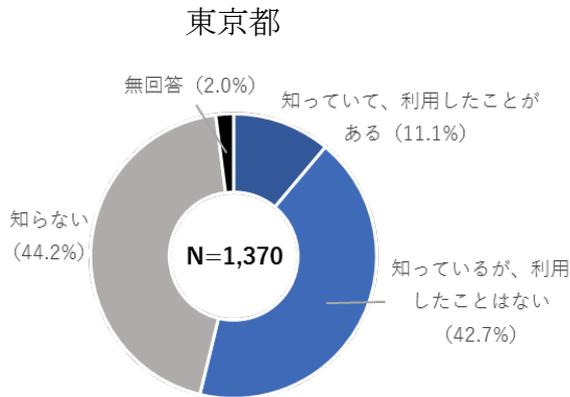
救急安心センター事業（#7119）の認知度についてまとめた。

実施団体	開設	認知度	出典	調査年
救急安心センター さっぽろ	平成 25 年 10 月	33.3%	平成 28 年度 第 1 回 市民意識調査	平成 28 年度
埼玉県救急電話相談	平成 29 年 10 月	13.4% ※従前使用していた#7000 については、29.4%	平成 29 年 11 月 県 政サポーターアンケート	平成 29 年度
東京消防庁救急相談 センター	平成 19 年 6 月	53.8%	平成 28 年「消防に関する世論調査」	平成 28 年度
横浜市救急相談 センター	平成 28 年 1 月 ※上記以前から別番号で相談事業を実施	53.3%	第 13 回 横浜 e アンケート	平成 28 年度
救急安心センター おおさか	平成 21 年 10 月	46.8%	平成 29 年 2 月 市政 モニターアンケート	平成 28 年度
奈良県救急安心 センター	平成 21 年 10 月	47.4%	平成 28 年「県民 Web アンケート」	平成 28 年度
田辺市救急安心 センター	平成 24 年 10 月	31.1%	田辺市健康づくり計 画市民アンケート	平成 29 年度

図表 1 - 2 - 4 先行実施団体における#7119の認知度



※埼玉県における、平成 29 年 10 月以前から導入している大人の救急相談（#7000）の認知度については、29.4%（電話番号を知っている（9.4%）、存在のみ知っている（20.0%））となっている。

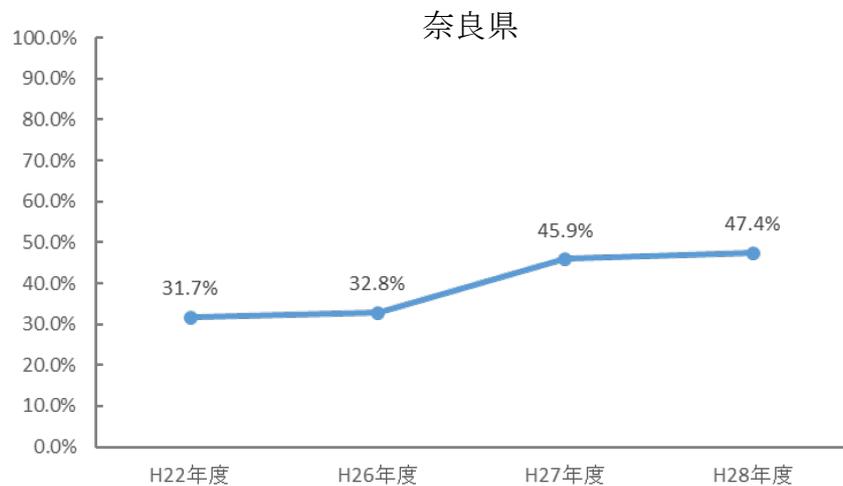
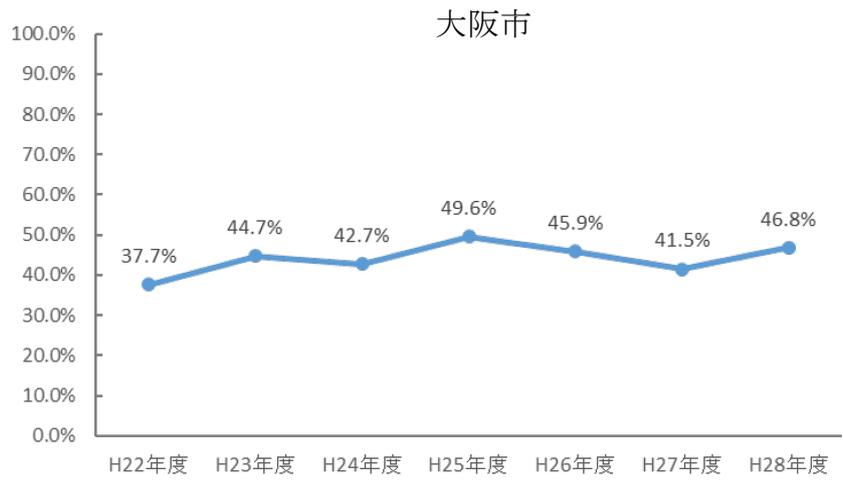
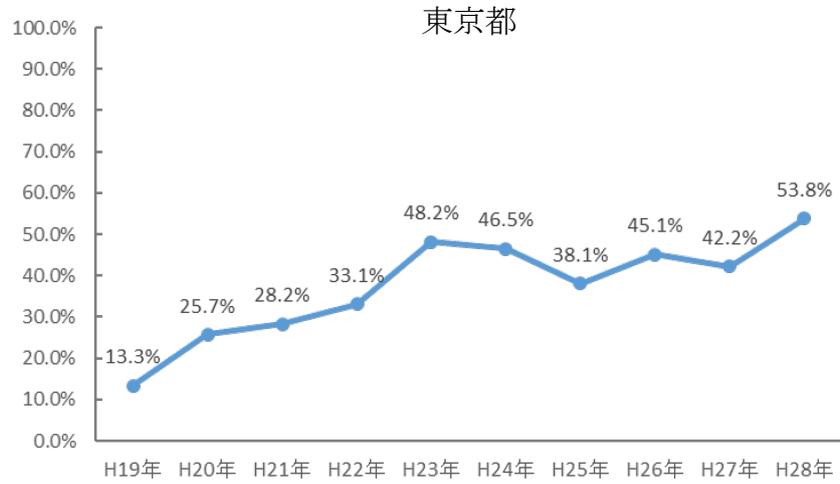


※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

イ 認知度の経年推移

先行実施3団体（東京都・大阪・奈良県）における認知度の経年推移については以下のとおり。

図表1-2-5 先行実施3団体における認知度の経年推移

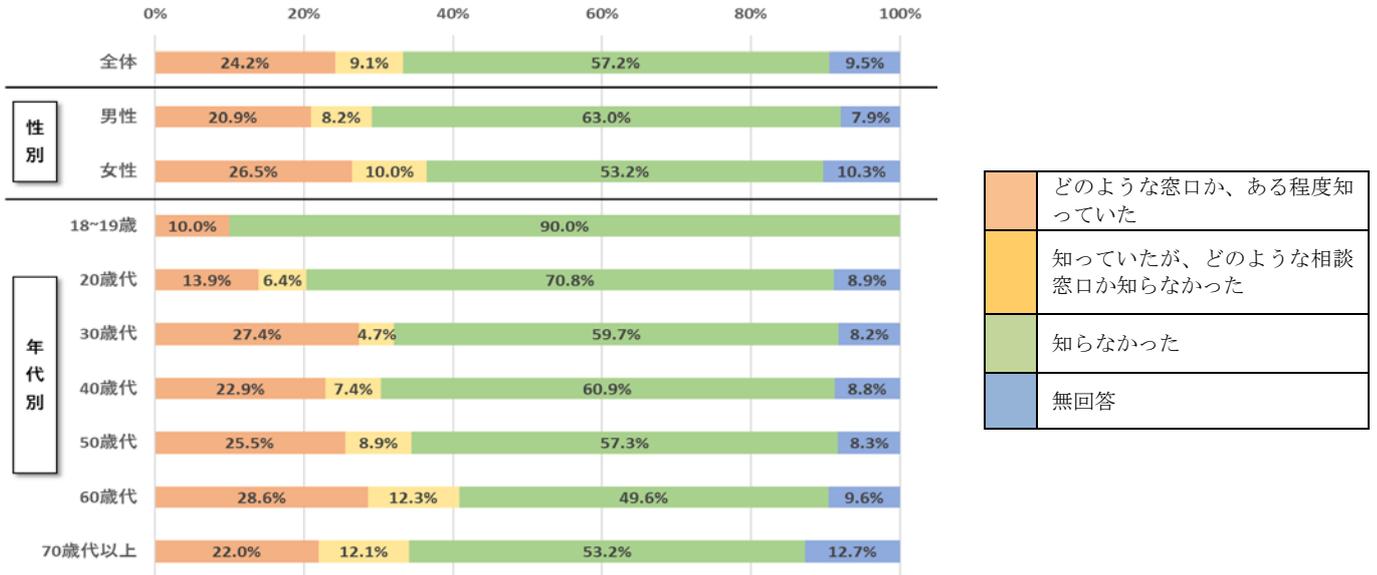


ウ 性別・年代別の認知度について

(i) 札幌市の調査結果

性別・年代別の認知度について以下に示す。

図表 1-2-6 札幌市における#7119の認知度（平成28年度第1回市民意識調査報告書）
（性別・年代別）



性別・年代別の認知方法を、広報媒体別で以下に示す。

図表 1-2-7 札幌市における#7119の認知方法（平成28年度第1回市民意識調査報告書）
（性別・年代別）

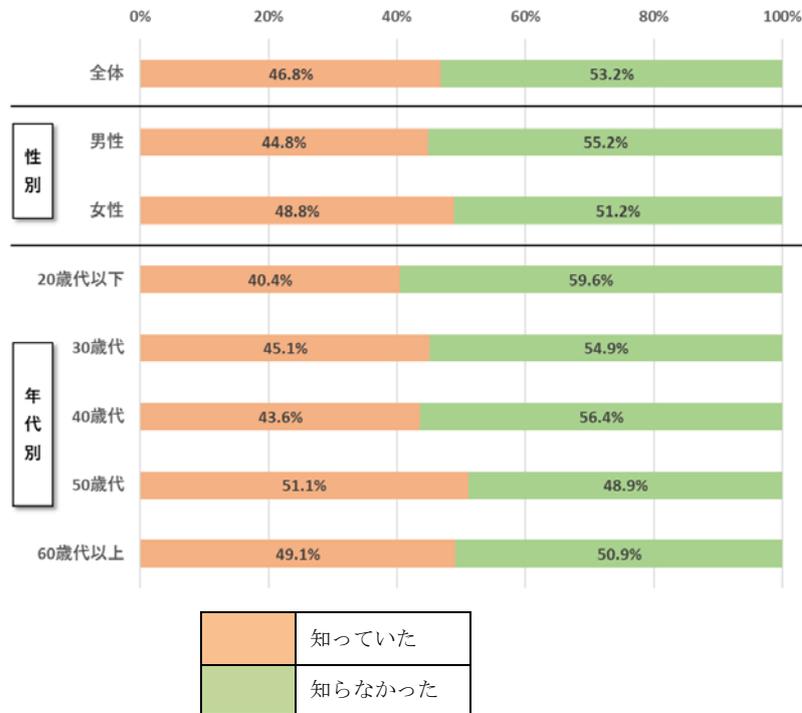
	回答者数	広報さつぽる	テレビ・ラジオ	新聞	テレビ・ラジオ	公共施設や医療機関	家族や知人からの口コミ	札幌市や発行しているパンフレット	その他	ド・各区分市民ガイド	さつぽるセンター・子育て支援	市内各自治会の回覧	札幌市公式ホームページ	本や雑誌などの書籍	SNS	札幌市公式以外のインターネット	された窓口などで紹介	札幌市の出前講座	無回答
全体	857	39.0%	38.4%	22.6%	19.2%	8.6%	8.4%	7.3%	6.7%	5.5%	5.4%	4.6%	2.6%	2.1%	0.9%	0.7%	1.3%		
男性	301	47.8%	31.2%	22.9%	22.6%	9.3%	10.0%	8.0%	9.0%	2.7%	6.3%	7.0%	2.7%	2.3%	1.0%	0.7%	1.7%		
女性	556	34.2%	42.8%	22.5%	17.4%	8.3%	7.0%	7.0%	5.6%	7.0%	4.7%	3.2%	2.5%	2.0%	0.9%	0.7%	1.1%		
年齢別	18~19歳	3	-	66.7%	-	33.3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	20歳代	41	7.3%	31.7%	4.9%	29.3%	9.8%	2.4%	14.6%	-	9.8%	2.4%	4.9%	4.9%	12.2%	-	-	-	
	30歳代	102	25.5%	19.6%	8.8%	29.4%	10.8%	7.8%	13.7%	4.9%	24.5%	1.0%	7.8%	3.9%	2.9%	-	-	2.0%	
	40歳代	135	36.3%	25.9%	15.6%	20.7%	8.9%	9.8%	7.4%	4.4%	7.4%	3.7%	5.2%	0.7%	5.2%	3.7%	0.7%	0.7%	
	50歳代	158	34.2%	46.2%	27.8%	23.4%	7.6%	3.8%	6.3%	3.2%	3.2%	1.9%	5.7%	1.3%	-	1.3%	0.6%	1.3%	
	60歳代	243	44.9%	49.4%	26.7%	14.4%	7.8%	8.2%	4.9%	11.9%	0.8%	6.2%	3.3%	2.9%	0.4%	-	0.8%	1.6%	
	70歳代以上	175	53.1%	38.9%	30.3%	13.1%	9.1%	12.0%	6.3%	7.4%	0.8%	11.4%	2.9%	3.4%	1.1%	0.6%	1.1%	1.1%	

※全体の数値と比較し、10%ポイント高いものを黄色、10ポイント以上低いものを青色で表示

(ii) 大阪市の調査結果

性別・年代別の認知度について以下に示す。

図表 1-2-8 大阪市における#7119の認知度（平成28年度市政モニターアンケート）
（性別・年代別）



性別・年代別の認知方法を、広報媒体別で以下に示す。

図表 1-2-9 大阪市における#7119の認知方法（平成28年度市政モニターアンケート）
（性別・年代別）

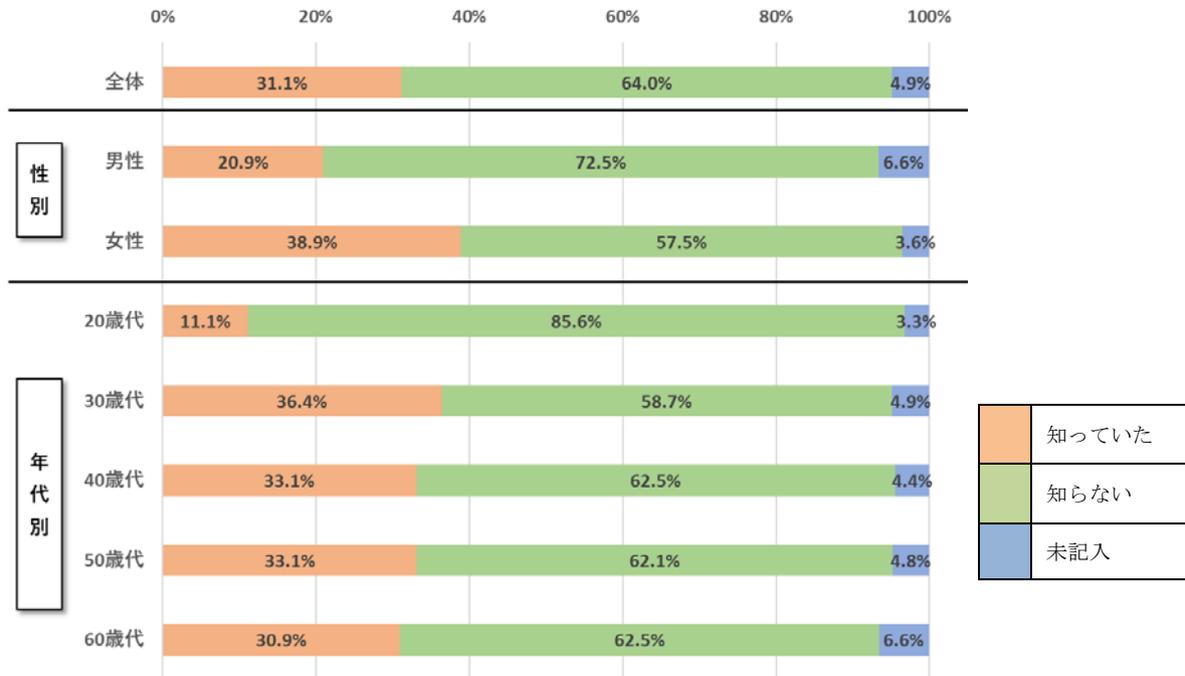
	回答者数	区の広報誌	ポスタ等・パンフ	インターネット	イベント等	T V・ラジオ・新聞	家族・知人・友人	その他	
全体	284	50.7%	39.1%	19.7%	13.0%	13.0%	12.3%	7.0%	
男性	137	53.3%	42.3%	21.9%	11.7%	13.9%	11.7%	5.8%	
女性	147	48.3%	36.1%	17.7%	14.3%	12.2%	12.9%	8.2%	
年齢別	20歳代以下	21	19.0%	57.1%	9.5%	9.5%	14.3%	19.0%	14.3%
	30歳代	55	52.7%	36.4%	27.3%	12.7%	5.5%	12.7%	7.3%
	40歳代	58	46.6%	36.2%	19.0%	10.3%	6.9%	13.8%	3.4%
	50歳代	72	48.6%	43.1%	12.5%	13.9%	8.3%	11.1%	12.5%
	60歳代	78	62.8%	34.6%	24.4%	15.4%	26.9%	10.3%	2.6%

※全体の数値と比較し、10ポイント以上高いものを黄色、10ポイント以上低いものを青色で表示。

(iii) 田辺市の調査結果

性別・年代別の認知度について以下に示す。

図表 1-2-10 田辺市における#7119の認知度（田辺市健康づくり計画市民アンケート）
（性別・年代別）



性別・年代別の認知方法を、広報媒体別で以下に示す。

図表 1-2-11 田辺市における#7119の認知方法（田辺市健康づくり計画市民アンケート）
（性別・年代別）

		回答者数	広報誌	消防職員からの説明	ポスター	パンフレット	田辺市ホームページ	その他
全体		464	44.4%	20.0%	15.3%	15.1%	5.0%	12.9%
男性		136	49.3%	22.1%	15.4%	11.8%	8.1%	7.4%
女性		328	42.4%	19.2%	15.2%	16.5%	3.7%	15.2%
年齢別	20歳代	17	41.2%	17.6%	23.5%	5.9%	5.9%	11.8%
	30歳代	104	31.7%	22.1%	25.0%	14.4%	4.8%	14.4%
	40歳代	119	44.5%	18.5%	16.0%	22.7%	3.4%	12.6%
	50歳代	144	50.0%	20.8%	9.0%	9.7%	6.3%	13.2%
	60歳代	80	51.3%	18.8%	11.3%	16.3%	5.0%	11.3%

※全体の数値と比較し、10ポイント以上低いものを青色で表示

(iv) 認知度に関する分析

- ・認知度について、概ね 20%を超えているものは、広報誌、マスメディア、ポスター、インターネット、新聞、消防職員を通じた説明などであった。
- ・自治体の広報誌は、全年齢について認知度が高く、他の年代に比べ 60 代以上の認知度が高い一方、若年層の認知度が比較的低い結果となった。
- ・テレビ・ラジオでの広報は、全年齢について認知度が高く、他の世代に比べ 30 代・40 代の認知度が低い。
- ・ポスターでの広報は、全年齢について認知度が高い傾向があり、他の世代に比べ 20 代前後の認知度が高い。
- ・子育て支援センターでの案内や母子健康手帳による広報での、30 代の子育て世代の認知度が高いなど、ターゲットを絞った広報について、その効果がみられた。
- ・SNS による広報は、他の世代に比べ 20 代に対する認知度が高かった。

4 まとめ（今後の方向性）

＃7119 実施団体における広報について、現状、実施されているものについて、種類、キャッチフレーズ、実施場所、費用例、認知度を整理した。

住民の認知度を高める上では、駅や交通機関、病院でのポスターの掲示やチラシの配布など常に人の目に触れるようにすることが重要であり、あわせて、事業の内容について理解をしてもらうために、講習会などで説明の機会を確保していくことも重要である。

また、必要な時に活用できることを目的とした電話機へのシール貼付や冷蔵庫へのマグネットステッカーの貼付、マスメディアや医師会及び病院などとの連携、記憶に残りやすくすることを目的としたデザインの統一やシンプル化なども有効と考える。

戦略的な広報を行っていく上では、年齢などの区分に応じた認知度を把握し、医師会や病院、マスメディアとの連携、子育て世代を対象とした母子手帳の活用などターゲットに応じた広報を行っていくことも効果的である。また、各団体の広報担当部署と連携を密にしノウハウを活かすことで、さらに戦略的かつ効果的な広報が可能となる。

＃7119 の認知度の向上が、利用率の向上につながり、救急車の適正利用とともに、住民の受診行動の適正化につながることから、現在＃7119 を実施している団体はもとより、これから＃7119 を実施する団体においても、今回の調査結果を参考に、効果的な広報を行っていくことが望まれる。

第2章 緊急度判定の実施

第2章 緊急度判定の実施

1 背景・目的

緊急性の高い症状の傷病者にできるだけ早く救急車が到着できるようにするため、また、住民が適切なタイミングで医療機関を受診できるよう支援するため、各場面（家庭自己判断、電話相談、119番通報、救急現場）における緊急度判定を実施することが重要である。

緊急度判定については、平成17年度に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り、平成21年度まで、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行われた。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が開始された。

平成22年度以降、図表2-1のような検討が行われた。平成28年度には、緊急度判定の概念を普及させるため、紙芝居や動画等の対象に応じたコンテンツを作成し、コンテンツの使用方法についても示した。また、住民が緊急度判定を行えるように、全国版救急受診アプリ「Q助」や「救急情報シート」等の支援ツールを作成した。

そして、今後、119番通報時及び救急現場での救急出動・搬送の要否に係る緊急度判定をしていくための検討内容が示された。

図表2-1 検討経緯

	技術的な課題 (緊急度判定体系の基準の標準化)	普及啓発・コンセンサス
平成22年度	<ul style="list-style-type: none"> 各段階における緊急度判定の Kategorii とその対応の案や、緊急度判定の検証に当たって基準となるべきものは、医師の確定診断であるとの考え方を示した。 「家庭で使用できる救急車利用マニュアル」を作成 	<ul style="list-style-type: none"> 「トリアージ」という言葉は誤解を与えるおそれがあり、慎重に用いるべきである。 緊急度判定体系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取得していく必要がある。
平成23年度	<ul style="list-style-type: none"> 国内、諸外国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。 	<ul style="list-style-type: none"> トリアージに関する市民教育・コンセンサスの形成について海外事例調査 「家庭自己判断」、「電話相談」、「119番通報」、「救急現場」の各段階に共通した緊急度判定を導入することの意義を伝えることが重要である。 「緊急度判定」や「プロトコル」等の専門用語は、平易な表現への変換や解説が必要である。市民への説明機会の提供や効率的な広報を検討し、社会への普及促進の具体的な方法を計画する必要がある。アンダートリアージ（緊急度を低く判定すること）等の対応を含め、地域の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ることが重要である。
平成24年度	<ul style="list-style-type: none"> 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を抽出 	<ul style="list-style-type: none"> 救急受診ガイドの普及を促進するためには、長期的に広報し、正しい活用方法について周知していく必要があり、市民のみならず、市民が受診する医療機関への広報周知についても実施していく必要がある。 各自治体において救急電話相談の導入が推進されることを期待するが、導入費用や医師・看護師の確保等多くの課題があり、導入へのハードルは高い。市単独ではなく、地域MCレベル、都道府県レベルなど比較的大きなコミュニティにおいて、導入を検討されることが望まれる。
平成25年度	<ul style="list-style-type: none"> 前年度の実証検証の結果を受け、緊急度判定プロトコル Ver.0 の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を検討した。 	<ul style="list-style-type: none"> 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、今後の議論として挙げている。一方、救急受診ガイドや電話相談等の緊急度判定体系の考え方に基いた取組は、緊急度判定体系という概念を社会に普及させるに十分なものには普及が進んでいない。
平成26年度	<ul style="list-style-type: none"> (検討の対象とせず、緊急度判定体系の検証に係る技術的な検討については臨床救急医学会に依頼) 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急度判定体系の基本的な説明概念について、一般市民の立場、関係者の立場、地域社会全体それぞれの観点から整理した。 より分かりやすい普及啓発資料として救急車利用リーフレットを作成。電話相談事業を実施している行政機関の財源や経緯、施策の効果等の電話相談事業実施団体事例集を作成した。
平成27年度	<ul style="list-style-type: none"> 同上 	<ul style="list-style-type: none"> 救急電話相談事業に関する先進事例や新規立上事例の調査、医療関係者等の関係者にとっての利点及び地方公共団体への支援策のあり方について検討した。 救急受診ガイドの普及に向けて、対象者の属性に応じた救急受診ガイドのあり方、普及推進方策を検討した。また、救急受診ガイド2014年版について、改訂すべき事項を整理した。あわせてWeb版等の普及ツールの多様化について検討した。 昨年度検討した緊急度判定体系の説明概念についてのマーケティング調査を実施した上で、緊急度判定体系の概念の普及方策のあり方を検討した。
平成28年度	<ul style="list-style-type: none"> 消防防災科学研究推進制度において、緊急度判定プロトコル Ver.1 の医学的観点からの改定を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急度判定体系の概念、重要性等をわかりやすく伝えるため、対象に応じたコンテンツを作成した。 概念の普及において「緊急度」という言葉が医療に特化した言葉ではなく、普及の妨げになっている可能性があることとの考えから、「緊急度」という言葉の妥当性について検討した。 住民が自ら行う緊急度判定を支援するツールとして、緊急度判定支援アプリ、高齢者版救急車利用リーフレット、及び救急情報シートを作成した。 作成したコンテンツ及びツールの効果的な情報発信方法を具体的に検討した。

これを受け平成 29 年度以降は、図表 2-2 のように検討することとした。

図表 2-2 スケジュール

項目	平成29年度	平成30年度	平成31年度
(1) 消防本部に対する実態調査	実態調査・課題抽出	課題解決策の検討	モデル地域において 実施・検証
(2)① 実運用可能な緊急度判定 支援ツールの開発 ※消防防災科学技術研究において実施	119番通報時・救急現場 における緊急度判定支援 ツールの開発	モデル地域での 試行・検証	
(2)② 対応マニュアル (接遇・説明、不搬送時の アフターケア、記録の残し方 等)の策定	実態調査	対応マニュアル策定	
(2)③ 消防職員への教育	実態調査	教育体制の構築	
(2)④ 救急車以外の医療機関 への受診手段のあり方 ※消防防災科学技術研究において実施	緊急度に応じた搬送先 選定と搬送手段のあり方の 検討	ガイドライン策定	

2 検討事項

今年度は、119番通報時及び救急現場での救急出動・搬送の要否に係る緊急度判定についての実施状況、緊急度判定を実施するに当たっての対応マニュアル、消防職員への教育等についての実態調査を実施し、課題を抽出した。

3 調査及び検討結果

都道府県（消防防災主管部局・衛生主管部局）及び消防本部を対象としたアンケート調査を実施し、119番通報時及び救急現場での緊急度判定の実施状況等について調査し、分析した。調査概要は次のとおり。

<調査概要>

- ・調査名：救急救命体制の整備・充実に関する調査について
- ・調査対象：47都道府県（消防防災主管部局、衛生主管部局）及び732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29年8月14日～9月6日（基準日：平成29年8月1日）
- ・回収率：100%

また、119番通報時及び救急現場での緊急度判定を実施している消防本部を対象として、非緊急と判断した場合の対応についての追加調査を行い、分析を行った。

＜調査概要＞

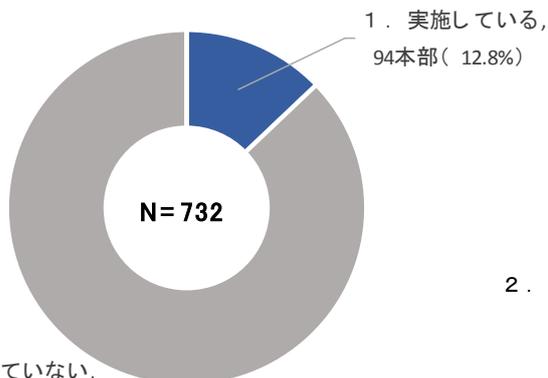
- ・調査名：救急救命体制の整備・充実に関する追加調査について
- ・調査対象：119番通報時：94消防本部、救急現場：279消防本部
- ・調査方法：統計調査系システムにおける緊急オンライン調査によるアンケート調査
- ・調査期間：平成30年1月10日～1月17日（基準日：平成29年8月1日）
- ・回収率：100%

（1）119番通報時の緊急度判定の現状

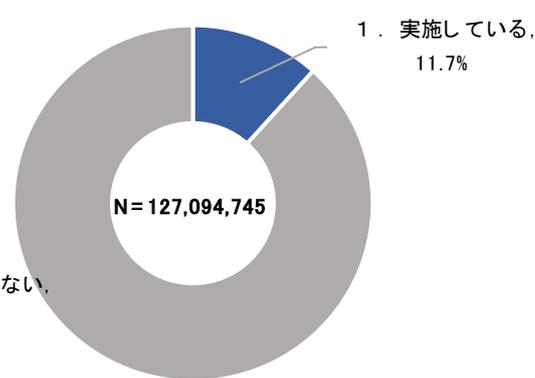
① 119番通報時の緊急度判定の実施状況

119番通報時の緊急度判定を実施している本部は約1割であり、人口割合でも約1割であった。

図表2-3
119番通報時の緊急度判定（消防本部数）



図表2-4
119番通報時の緊急度判定（人口割合）



N：平成27年の国勢調査の人口数値

※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

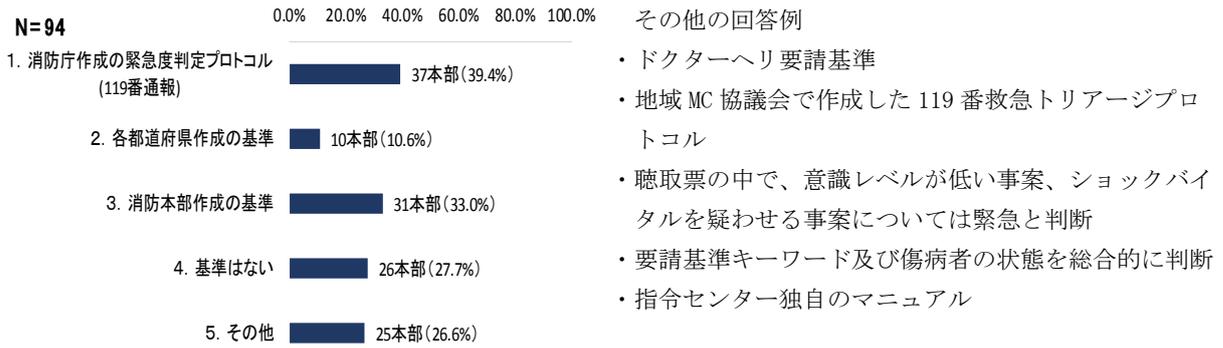
94本部への追加調査の結果、救急出動の要否の判断のための緊急度判定を実施している本部が26本部、緊急度の高い症例を速やかに判断し、出動させる消防力を強化するための緊急度判定を実施している本部が40本部であった。

② 119番通報時の緊急度判定実施消防本部の対応

ア 緊急度を判定するに当たり、基にしている基準

119番通報時の緊急度判定を実施している94本部のうち、どういった基準で実施しているか、との質問に対し、消防庁作成の緊急度判定プロトコル（119番通報）を利用していると回答した本部は約4割であった。

図表 2 - 5 緊急度判定時の基準（複数回答）

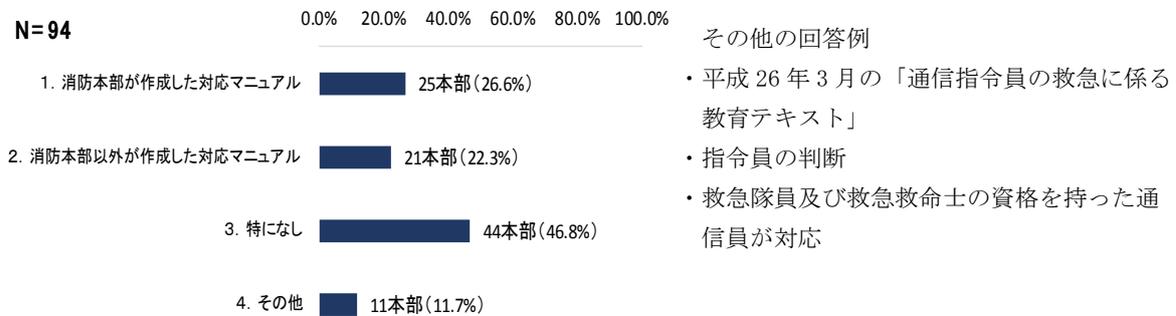


94 本部への追加調査の結果、119 番通報時に緊急度判定を実施する上で、出動の可否を判断するための基準について、「県 MC 作成の基準」と回答した本部が 5 本部、「消防庁作成の緊急度判定プロトコル（119 番通報）」と回答した本部が 3 本部、「地域 MC 作成の基準」と回答した本部が 1 本部であった。

イ 緊急度を判定するにあたり、使用している対応マニュアル

119 番通報時の緊急度判定を実施している 94 本部のうち、緊急度を判定するにあたり、何か対応マニュアルを使用しているか、との質問に対し、「特になし」と回答した本部が約 5 割、「消防本部が作成した対応マニュアル」と回答した本部が約 3 割であった。

図表 2 - 6 緊急度判定時に使用するマニュアル（複数回答）

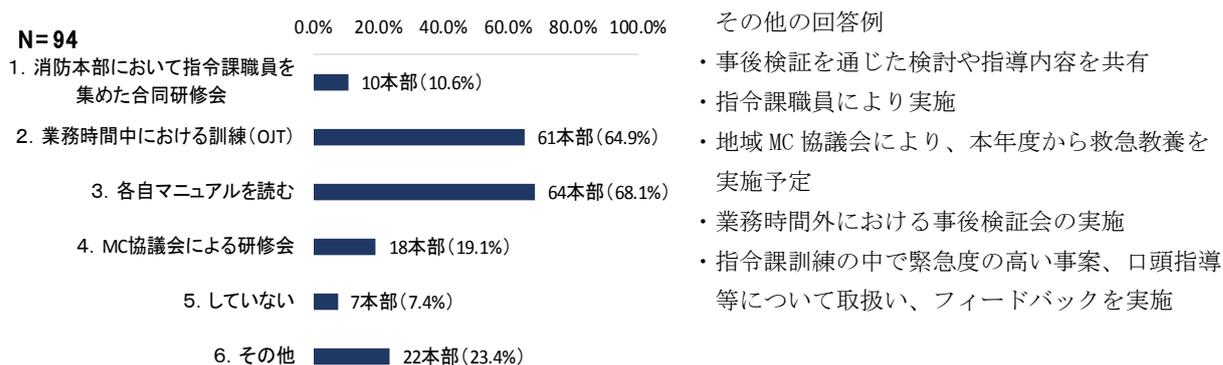


119 番通報時に緊急度判定を行い、非緊急と判定した場合、救急出動しないと回答した 7 本部への追加調査の結果、救急出動しない場合の対応については、マニュアルや内規等の取決めを使用している本部はなかった。

ウ 職員に対する教育について

119 番通報時の緊急度判定を実施している 94 本部のうち、職員に対する教育をどのようにしているか、との質問に対し、「各自マニュアルを読む」と回答した本部が約 7 割、「業務時間中における訓練（OJT）」と回答した本部が約 6 割であった。

図表 2 - 7 職員に対する教育（複数回答）



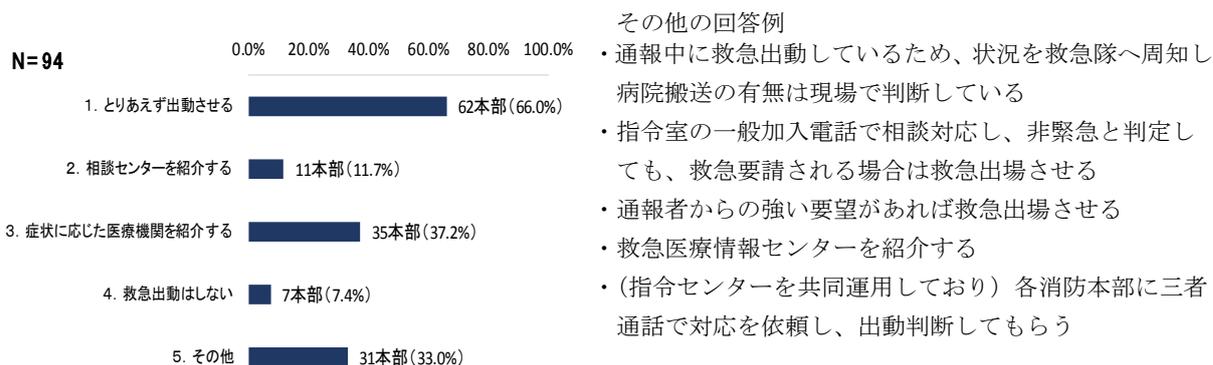
教育をしていない理由としては、「通信員（救急の出動隊員が交互に通信業務に就く）、出動隊全員が救急隊員有資格者であるため」という回答があった。

94 本部への追加調査の結果、非緊急と判断し、救急出動しない場合の対応を適切に行うための教育について、「先輩職員からの OJT」、「各署所の判断で実施」、「緊急度判定プロトコル Ver. 1（119 番通報）」及び「通信指令員の教育に関する教育テキスト」を参考とし、各担当に配置された救急救命士が教育担当者となり、年間を通し随時教育を実施している」と回答した本部があった。

エ 119 番通報時に緊急度判定を行った結果、非緊急と判断した場合の対応

119 番通報時の緊急度判定を実施している 94 本部のうち、119 番通報時に緊急度判定の結果、非緊急と判断した場合には、どのような対応をとっているか、との質問に対し、「とりあえず出動させる」と回答した本部が約 7 割であった。

図表 2 - 8 非緊急と判断した場合の対応（複数回答）



非緊急時に出動しないとした事例

(119番通報時に緊急度判定を実施していると回答した94本部に対し調査)

119番通報

非緊急と判断し出動しなかった事例

内因性

① 腹痛や頭痛といった症状での救急要請

→状況を聴取したところ、痛みの性状が強くなく、救急車は必要がない、我慢ができるとのことであったので、待てるのであれば、翌日医療機関へ受診するように説明し、本人同意の上出動させなかった。

② 高血圧の既往歴があり、以前から血圧が高く、気分が悪い、便が3日間出ていないとの救急要請

→本人にバイタル測定を依頼したところ、数値は安定していたので、自宅で様子を見るように説明し、本人同意の上出動させなかった。その後、再度、救急要請があり、出動し搬送した。

③ 足が痛いとの救急要請

→症状の程度を確認した上で、救急車が出払った状況を説明したところ、自分で医療機関を受診するとの回答で出動させなかった。

外因性・外傷

① 指先を少し切ったとの救急要請

→受診可能な医療機関を紹介し、本人同意の上出動させなかった。

※通報時点から救急要請ではなく相談があった場合を含む

② 日中に歯科の治療を行った箇所から出血があり、気持ちが悪いとの救急要請

→緊急性について説明したところ、自分で二次病院へ行くとの回答で出動させなかった。

③ ムカデに足をかまれたとの救急要請

→受診可能な医療機関を紹介し、本人同意の上出動させなかった。

その他

① 頻回救急利用者による、同日の何度も同じ症状での救急要請があったもの

→救急出動し医療機関へ搬送するが、その後の救急要請については、役場の福祉担当者に連絡し、対応を依頼した。

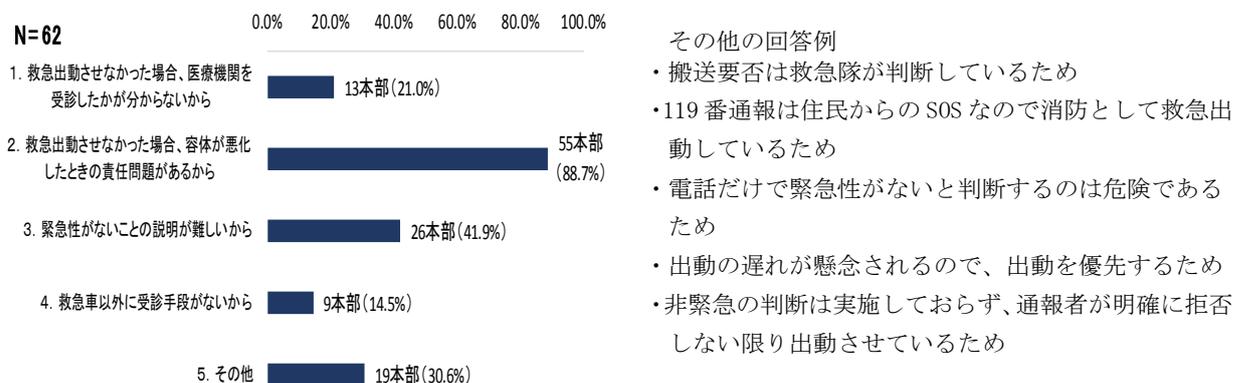
② 睡眠薬を服用しても眠れないとの救急要請

→状況を聴取していたところ、症状が改善したことから、緊急性がない旨を説明し、本人同意の上出動させなかった。

オ 119 番通報時に緊急度判定を行った結果、非緊急と判断し「とりあえず出動させる」と回答した場合の理由

119 番通報時の緊急度判定を実施している 94 本部について、エで「とりあえず出動させる」と回答した 62 本部のうち、その理由について、「容体が悪化したときの責任問題があるから」と回答した本部が、約 9 割であった。

図表 2-9 非緊急でもとりあえず出動させる理由（複数回答）



③ 119 番通報時の緊急度判定の実施効果と問題点

119 番通報時に緊急度判定を実施している 94 本部について、緊急度判定を実施したことによる効果と、問題点について質問したところ、以下の回答があった。

ア 実施効果

- ・救急出動件数の減少につながった。
- ・口頭指導の精度が向上した。
- ・病院紹介で済むものもあり、救急隊への負担が軽減された
- ・専門的医療機関の収容依頼及びドクターヘリ要請が迅速になった。
- ・効果的な PA 連携を確立することができた。
- ・入電が重複した際、緊急度の高い方に救急車を出動させることが可能になった。
- ・重症度が高い症例には、救命士 2 名同乗での出動と CPA 疑い症例には、救急隊 4 名出動で対応しており、現場活動の的確迅速化を図ることができた。

イ 問題点

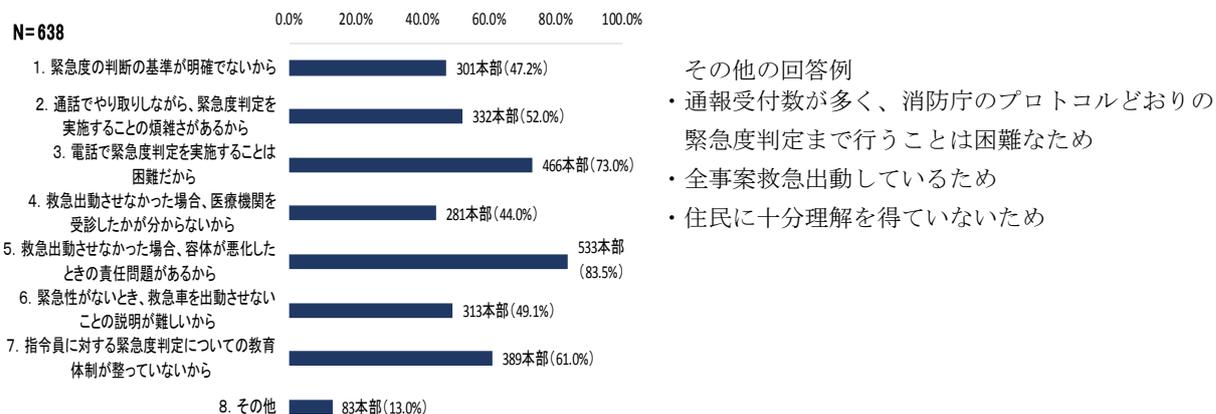
- ・通報、受信情報の正確性を欠いてオーバーリアージに偏ることがある。
- ・電話での緊急度判定には限界があり、現場でのフィールドリアージに比べてアンダーリアージになることもある。
- ・119 番通報の聴取時間が長くなり救急車の出動が遅れることがある。
- ・聴取内容が多く苦情を言われたことがある。

④ 119番通報時の緊急度判定の未実施消防本部

ア 未実施の理由

119番通報時の緊急度判定を実施していない638本部のうち、119番通報時の緊急度判定を実施しない理由について、「容体が悪化したときの責任問題がある」と回答した本部が約8割、「電話で緊急度判定を実施することは困難」と回答した本部が約7割であった。

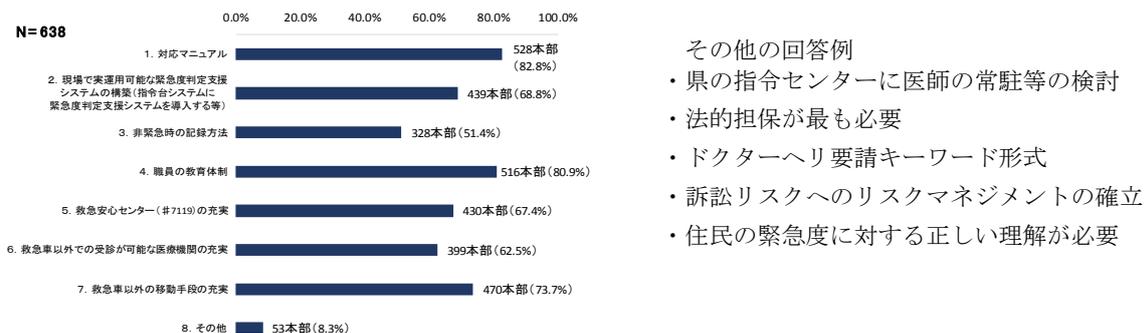
図表2-10 緊急度判定未実施の理由（複数回答）



イ 今後、実施するに当たり必要なこと

119番通報時の緊急度判定を実施していない638本部のうち、今後、119番通報で緊急度判定を実施するに当たりどのようなことが必要か、との質問に対し、「対応マニュアル」、「職員の教育体制」と回答した本部が約8割であった。

図表2-11 緊急度判定実施に必要な要素（複数回答）



⑤ 取組事例紹介

ア 山口市消防本部

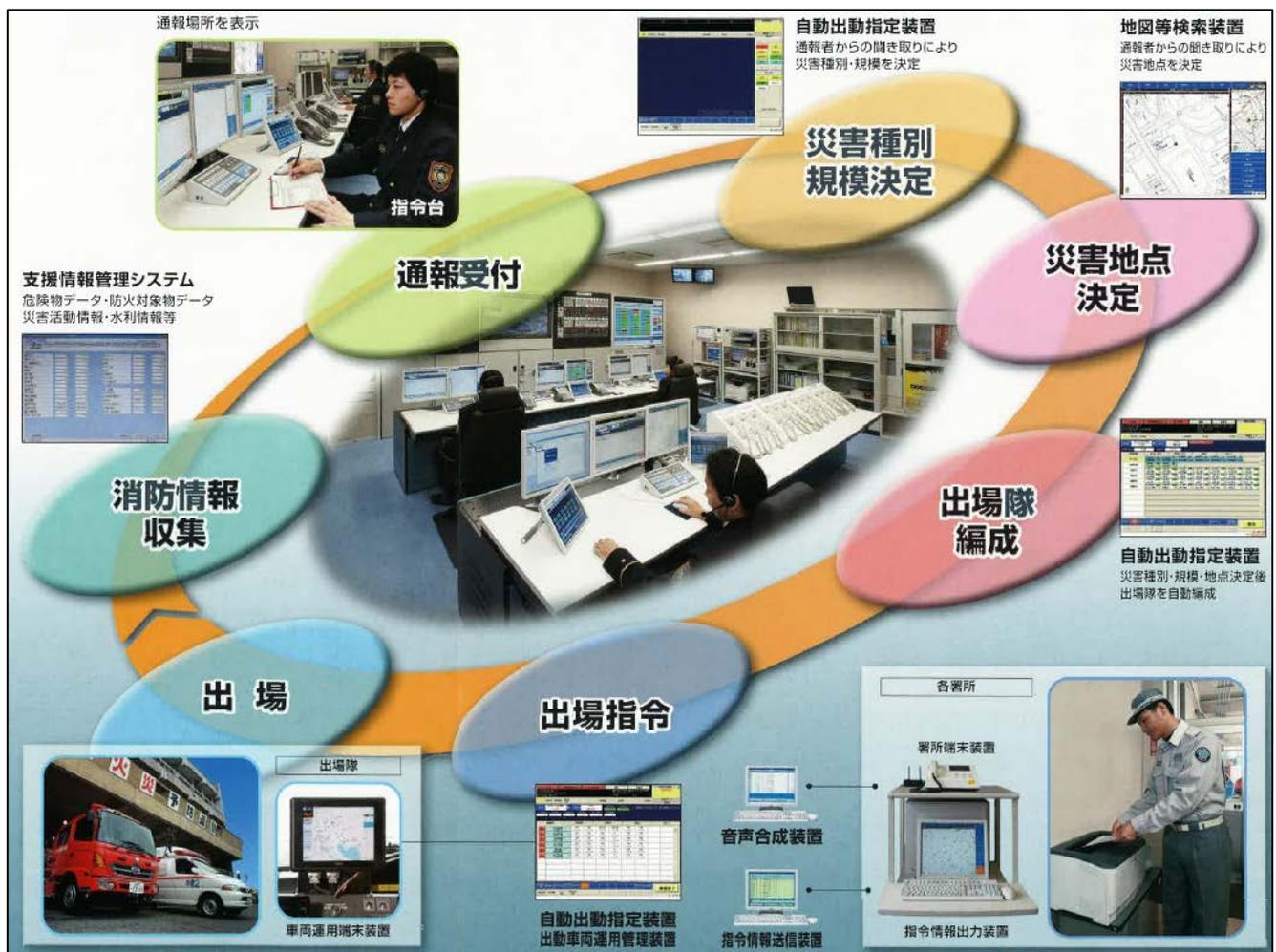
平成 26 年度から、119 番通報時に、緊急度に応じて適切な対応を行うことを目的とした緊急度判定を実施している。

消防本部に設置されている高機能指令センターでは、119 番通報時に消防庁が作成した「緊急度判定プロトコル Ver. 2 (119 番通報)」に基づいて緊急度を判定している。

119 番通報時に緊急度判定を行った結果、緑と判定された事案については、消防本部が作成した対応マニュアルに従い、受診可能な医療機関を案内するか、自宅で安静にし、症状が悪化するようであれば再度救急要請をする旨説明し、本人が同意した場合は救急車を出動させないという緊急性に応じた対応を行っている。

また、救急相談を受ける「救急相談電話」を消防本部内に開設し、24 時間 365 日、指令課員が対応している。

図表 2-12 高機能指令センター



イ 横浜市消防局

(i) 指令台への緊急性を判断するシステムの導入

平成 20 年度から、指令台に緊急性の判断を行うチェックボックス式のシステムを取り入れている。聴取内容から該当する項目にチェックを行い、識別を実施すると、緊急性に応じた識別カテゴリー（A+、A、B、C+、C、識別不可）が表示され、そのカテゴリーに応じた出動体制の強化を行っている。

図表 2-13 緊急性判断システム

The screenshot shows a software interface for emergency response. It features several sections for data entry:

- 通報者の様子 (Reporter's Condition):** Includes age (4 years and under to 70+), gender (male/female/unknown), and reporter type (family, neighbor, etc.).
- 生命識別 (Vital Signs):** Checks for consciousness (conscious/unconscious), breathing (normal/abnormal), and pulse (present/absent).
- 内因性訴え (Internal Complaints):** Lists symptoms like chest pain, digestive issues, neurological symptoms, and heatstroke.
- 外因性訴え (External Complaints):** Lists injuries such as falls, traffic accidents, and other external causes.
- 既往歴 (Medical History):** Checks for conditions like hypertension, diabetes, and heart disease.
- 生命危険率 (Life Danger Rate):** A visual gauge showing 0% and a category 'A'.

識別カテゴリーの定義及び出動隊の選別

識別カテゴリー	緊急度・重症度	ディスパッチレベル	出場隊の選別
A+	生命の危険が切迫している可能性が極めて高いもの	レベル 1	P A 又は PMA
A	生命の危険が切迫している可能性があるもの	レベル 2	A 3 又は MA
B	生命の危険性があるもの		
C+	生命の危険性はないが、搬送に困難が伴うと思われるもの	レベル 3	A 3
C	生命の危険はなく、搬送に困難が伴う可能性が低いもの	レベル 4	A 2 又は A 3
識別不可	通報からの情報不足により、識別が不可能なもの		
識別不能	転院搬送、災害事案、覚知通報等、識別を実施しないもの	レベル 3	A 3

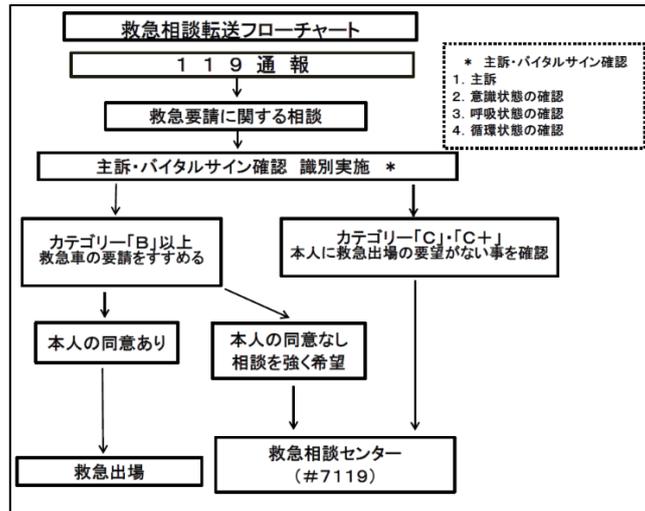
※ 部隊標記 A：救急隊、M：救命指定ミニ消防隊、P：消防隊等
 * 出場隊選別の特例：傷病者接触及び搬送開始を迅速化するための対応
 識別結果がカテゴリー「A」又は「B」で、司令課により出場隊の到着が遅れると予想した事案には、救急資格者のいる消防隊にも指令する。

(ii) 指令システムから救急安心センター事業（#7119）への転送システム

119 番通報時に、救急車の要請を迷っているなどの救急要請に関する相談と判明した場合に、消防局が作成したフローチャートに従い、救急相談センター（#7119）に転送している。また、救急相談センター（#7119）で緊急度判定を行った結果、赤判定（緊急）と

なった場合は、再度 119 番指令台へ再転送するシステムも運用し、緊急性の高い傷病者に対しては出動している。

図表 2-14 救急相談センター転送システム



(iii) 教育体制

職員の教育として、司令課に初めて配属された職員を対象としたベーシックコース、ベーシックコース認定者が、指令業務において更に高度な聴取技術や知識を習得するためのブラッシュアップコース、ベーシックコース及びブラッシュアップコースの指導を行う指導員を養成するためのインストラクターコース、指令業務における過去のインシデント事例を基に、危機管理対策の教養を行うヒューマンエラー対策コースを定期的で開催している。

図表 2-15 教育コースの概要

指令管制員教育コース	
ベーシックコース	指令管制員(ディスパッチャー)養成教育 ・司令課への新配置職員が受講 ・指令管制(基礎・実務)、医学基礎教育等 ・計140時間の教育(6か月)
ブラッシュアップコース	指令管制員(アドバンスディスパッチャー) 養成教育 ・司令課での実務経験1年以上で配置偶数年のディスパッチャーが受講 ・緊急度・重症度識別に係るより高度な聴取技術、医学知識等を習得を目的に計8時間の教育
インストラクターコース	指令管制員(アドバンスディスパッチャー) 養成教育 ・救急救命士の資格を有するアドバンスディスパッチャーが受講 ・医学基礎教育指導者として必要な教育技術を養うことを目的に計16時間の教育
ヒューマンエラー対策コース	・全指令管制員が受講 ・指令管制業務におけるヒューマンエラーを未然に防ぐために必要な知識等を養うために行う特別教育 ※対策チームを編成し、4か月に一度、研修を実施

図表 2-16 教育コースのスライド (一例)

・医学的な知識に基づいて聴取する技能
・緊急度・重症度識別を判断する技能
(ディスパッチャーのスキル)

119番通報から、緊急度の高いキーワードを聞き取り、緊急度・重症度を判断し、救急隊等を出場させる。

<緊急度の高いキーワード>

- ・死戦期呼吸、いびき呼吸などの呼吸異常
- ・激しい頭痛、嘔吐
- ・胸痛、既往症に心疾患

横浜市消防局 43

(iv) 検証体制

また、119番通報時の緊急度判定を検証する体制も整えている。

119番通報時に緊急性の判断を行った結果、識別カテゴリー「C+」で搬送先の医療機関において初診時における傷病程度が重篤以上、及び識別カテゴリー「C」で搬送先の医療機関において初診時における傷病程度が重症以上とした場合に、地域メディカルコントロール協議会において、緊急度判定についての検証並びに課題、及び対策の検討を行っている。

ウ 松阪地区広域消防組合

(i) 指令台から救急相談サービスへ転送するシステム

平成 21 年度からフリーダイヤルの救急相談サービス「救急ダイヤル 24」を実施している。119 番通報時に、救急相談等通報内容から明らかに救急車が必要でないと判断される場合、通報者の同意を得た上で、「救急ダイヤル 24」を案内している。

なお、指令台から救急相談サービスに転送することも可能になっている。

図表 2 -17 救急ダイヤル 24 概要

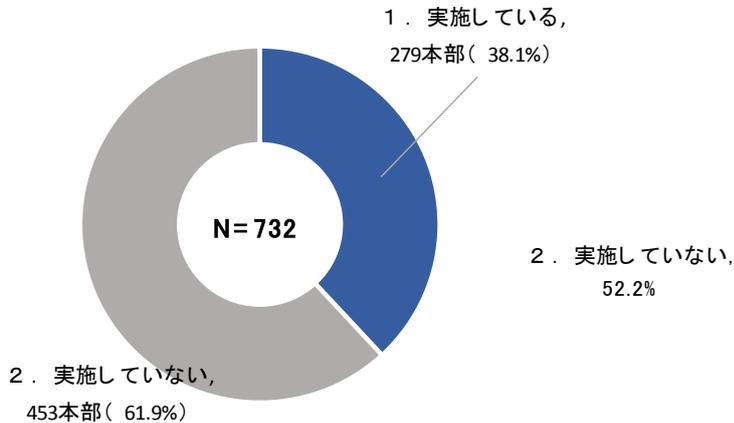


(2) 救急現場における緊急度判定の現状

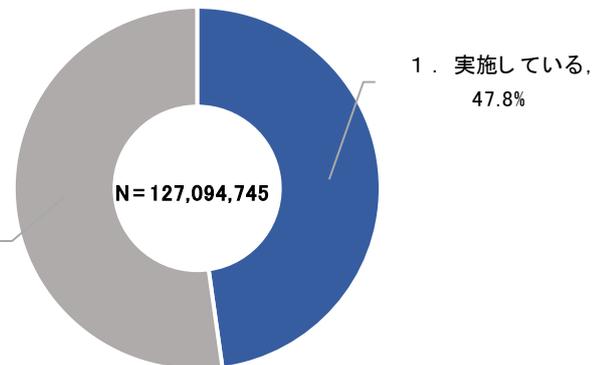
① 救急現場における緊急度判定の実施有無

救急現場での緊急度判定を実施している本部は、約4割であり、人口割合では、約5割であった。

図表 2-18
救急現場における緊急度判定（消防本部数）



図表 2-19
救急現場における緊急度判定（人口割合）



N：平成27年の国勢調査の人口数値

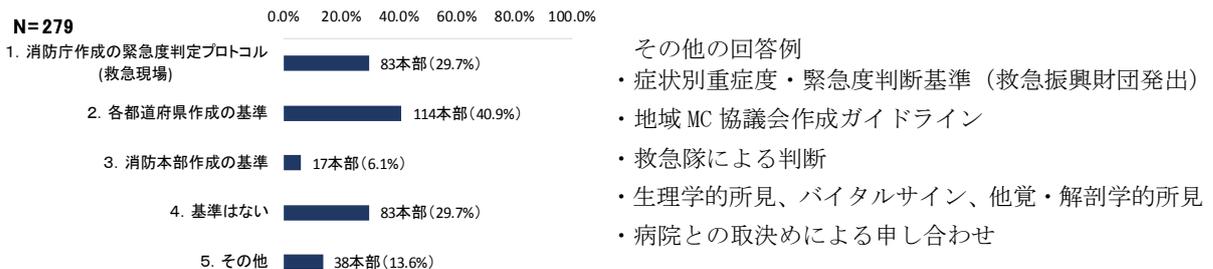
※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

② 救急現場での緊急度判定実施消防本部の対応

ア 緊急度を判定するに当たり、基にしている基準

救急現場における緊急度判定を実施している279本部のうち、どのような基準で実施しているか、との質問に対し、「各都道府県作成の基準」と回答した本部が約4割であった。

図表 2-20 緊急度判定時の基準（複数回答）

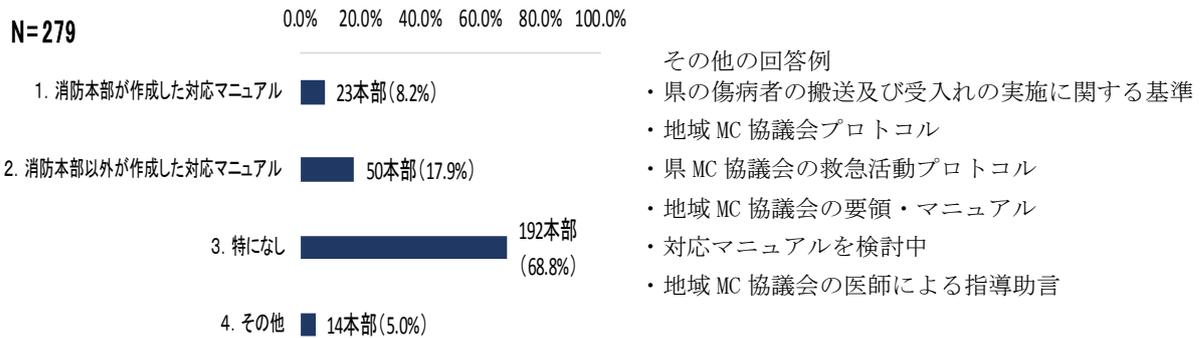


279本部への追加調査の結果、救急現場での緊急度判定を実施する上で、搬送の可否を判断するための基準について、「消防庁作成の緊急度判定プロトコル（救急現場）」と回答した本部が6本部、「消防本部作成の基準」と回答した本部が5本部、「都道府県 MC 作成の基準」と回答した本部が4本部、「「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書（平成15年度救急振興財団）」に記載の症例」が4本部であった。

イ 緊急度を判定するに当たり、使用している対応マニュアル（記載要領・接遇など）

救急現場における緊急度判定を実施している 279 本部のうち、救急現場での緊急度判定を実施するに当たり、記載要領や接遇などの対応マニュアルはどういったものを使用しているか、との質問に対し、「特になし」と回答した本部が約 7 割、「消防本部以外が作成した対応マニュアル」と回答した本部が約 2 割であった。

図表 2-21 緊急度判定時のマニュアル（複数回答）

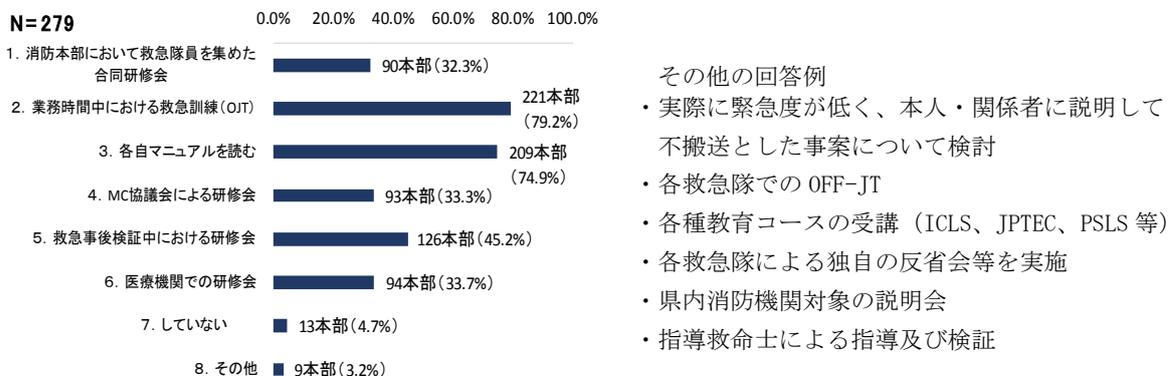


救急現場で緊急度判定を行い、非緊急と判定した場合、不搬送とすると回答した 106 本部への追加調査において、救急現場で緊急度判定を実施した結果、非緊急と判断し、不搬送とする場合の対応のマニュアルや内規等の取決めについて、「消防本部作成のマニュアル」と回答した本部が 5 本部、「地域 MC 作成のマニュアル」と回答した本部が 1 本部であった。

ウ 職員に対する教育について

救急現場における緊急度判定を実施している 279 本部のうち、救急隊員に対する教育はどのようにしているか、との質問に対し、「業務時間中における救急訓練 (OJT)」と回答した本部が約 8 割で、「各自マニュアルを読む」と回答した本部が約 7 割であった。

図表 2-22 職員に対する教育（複数回答）



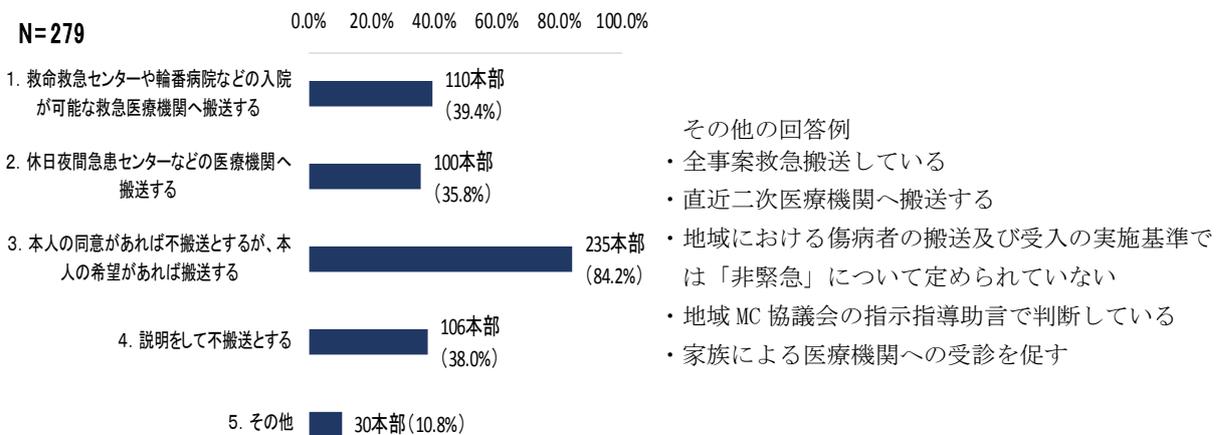
教育をしていない理由としては、「マニュアル、基準が作成されていないため」や、「救急救命士の判断に任せているから」という回答があった。

279 本部への追加調査の結果、非緊急と判断し救急搬送しない場合の対応を適切に行うための教育について、「本部で対応」と回答した本部が 21 本部、「署所で対応」と回答した本部が 13 本部、「OJT」と回答した本部が 11 本部であった。

エ 救急現場で非緊急と判断した場合の対応

救急現場における緊急度判定を実施している 279 本部のうち、非緊急と判断した場合の対応はどのような対応をとっているか、との質問に対し、「本人の同意があれば不搬送とするが、本人の希望があれば搬送する」と回答した本部が、約 8 割であった。

図表 2-23 非緊急と判断した場合の対応（複数回答）



非緊急時に不搬送とした事例

(救急現場での緊急度判定を実施していると回答した 279 本部に対し調査)

救急現場

非緊急と判断し不搬送とした事例

内因性

- ① 過換気症候群による頻呼吸、上肢の痺れ、以前にも度々同じ症状があるとの救急要請
→家族に緊急性のない旨の説明を行い、同意を得た上で、不搬送とした。
- ② 便が出ないとの救急要請、以前から病院で便秘と診断されている。
→バイタル数値は安定していたことから、医療機関へ相談したところ、緊急性がないため、処方薬で様子を見るよう指示があり、その旨を本人に説明し納得したため不搬送とした。
- ③ 精神疾患傷病者で胸苦しさでの救急要請
→普段息を止める癖があり、かかりつけ医に相談し、対処法及び処方された薬を飲むよう指導し、本人及び家族が納得したため不搬送とした。
- ④ 感冒症状、気分不良での救急要請
→バイタル数値は安定していたことから、自力受診を促し、本人の同意の上で不搬送とした。
- ⑤ 前日に治療中の慢性アルコール中毒に対する抗酒薬を服用し、次の日に飲酒したところ、気分不良と動悸が起こったとの救急要請
→かかりつけ医に確認し、抗酒薬を服用後に飲酒すると動悸などの症状が起こる、といった内容を本人に説明し、納得したため不搬送とした。

外因性・外傷

- ① 左手の指先を包丁で切ったとの救急要請。
→観察の結果、約 5mm の切創で、すでに血は止まっており、バイタル数値も安定していたことから、緊急性がないことを説明し、本人の同意の上で不搬送とした。
- ② 子どもと車の接触事故、家族からの救急要請
→症状はなく、歩行可能であったことから、受診可能な医療機関を案内し、家族の同意の上で不搬送とした。
- ③ 擦り傷による救急要請
→被覆処置を実施後、受診可能な医療機関を案内し、本人の同意の上で不搬送とした。

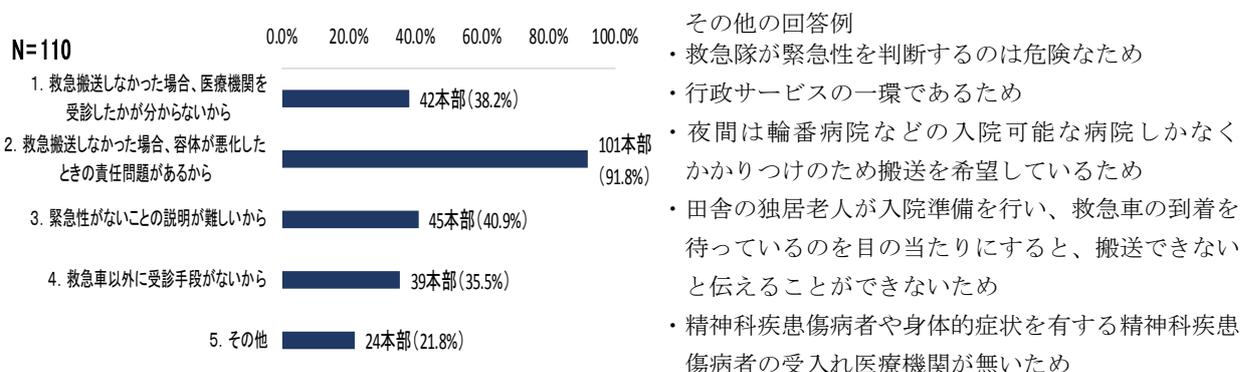
その他

- ① 酩酊者で他者から通報があったもの
→症状はなく、バイタル数値は安定していたことから、警察に保護を依頼し不搬送とした。
- ② 頻回救急要請者で、同じ症状で一日に何度も救急要請があったもの
→非緊急と判断し、役場福祉課に対応を依頼し、不搬送とした。

オ 救急現場で非緊急と判断し、「救命救急センターや輪番病院などの入院が可能な救急医療機関へ搬送する」と回答した場合の理由

救急現場における緊急度判定を実施し、エで「救命救急センターや輪番病院などの入院が可能な救急医療機関へ搬送する」と回答した 110 本部のうち、その理由として、「容体が悪化したときの責任問題があるから」と回答した本部が、約 9 割であった。

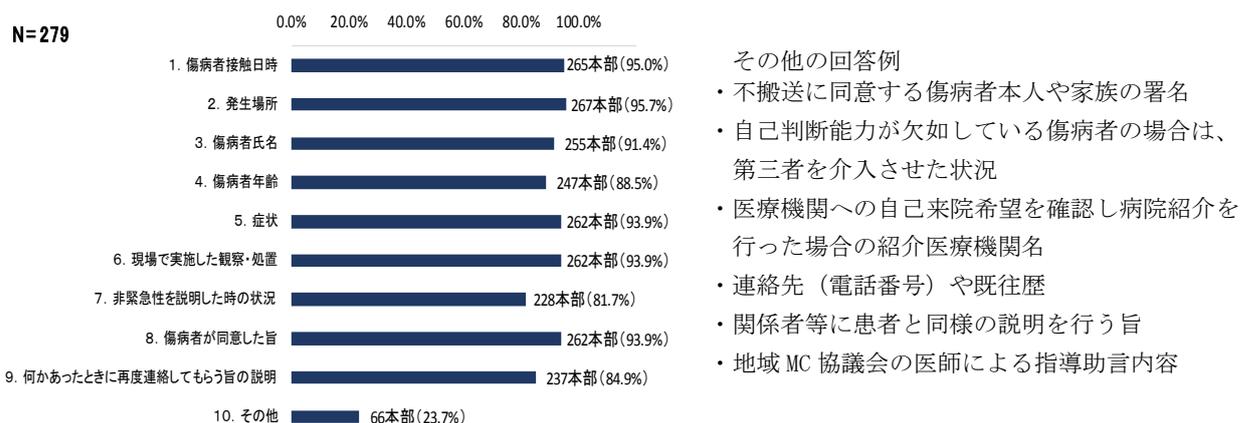
図表 2-24 入院可能な救急医療機関に搬送する理由（複数回答）



カ 救急現場で緊急度判定を行った結果、非緊急と判断し、不搬送とした場合の記録

救急現場における緊急度判定を実施している 279 本部のうち、非緊急と判断した結果、不搬送とした場合どのようなことを記録に残しているか、との質問に対し、「発生場所」、「傷病者接触時日時」、「症状」、「現場で実施した観察・処置」、「傷病者が同意した旨」、「傷病者氏名」と回答した本部が 9 割以上であった。

図表 2-25 不搬送とした場合に記録する項目（複数回答）



③ 救急現場での緊急度判定実施消防本部の実施効果と問題点

救急現場での緊急度判定を実施している 279 本部について、救急現場での緊急度判定を実施したことによる効果と問題点について質問したところ、以下の回答があった。

ア 実施効果

- ・救急活動時間の短縮、救急隊の負担軽減につながった。
- ・病院選定の基準がある程度明確になった。
- ・傷病者に適した医療機関を選定した結果、救命につながった。
- ・オーバートリアージ、アンダートリアージの振り返りができた。
- ・経験の浅い救急隊長であっても適切な医療機関へ搬送が可能になった。
- ・軽症を判別するよりも、重症傷病者の判別が早くなり対応が早くなった。
- ・ドクターヘリとの連携強化につながった。

イ 問題点

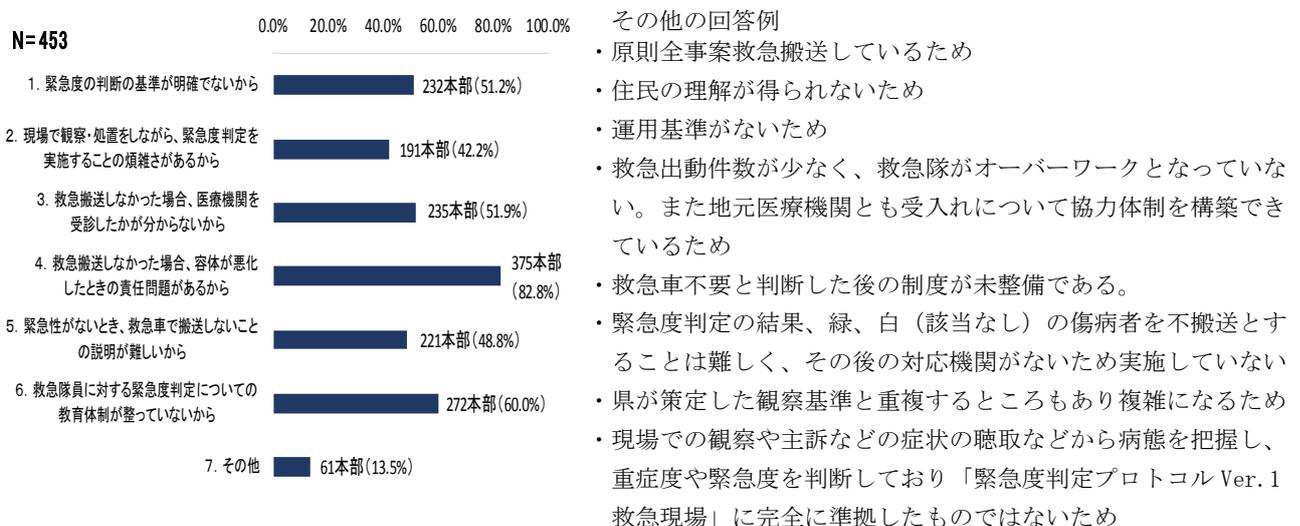
- ・傷病者本人、家族、関係者など全員を納得させるように説明をする必要があり時間を要する。
- ・緊急度と重症度の違いが理解されておらずクレームが生じることがある。
- ・一定の医療機関で受入れが混雑してしまい受入れ困難が出てきてしまうことがある。
- ・事務量の増大、判定にかかるチェックシートの現場記載による現場の負担が増す。
- ・傷病者の家族が、傷病程度が軽症でもかかりつけの三次医療機関病院を希望している場合、納得しない場合がある。

④ 救急現場での緊急度判定の未実施消防本部について

ア 未実施の理由

救急現場で緊急度判定を実施していない 453 本部のうち、緊急度判定を実施しない理由として、「容体が悪化したときの責任問題があるから」と回答した本部が約 8 割、「救急隊員に対する緊急度判定についての教育体制が整っていないから」と回答した本部が 6 割であった。

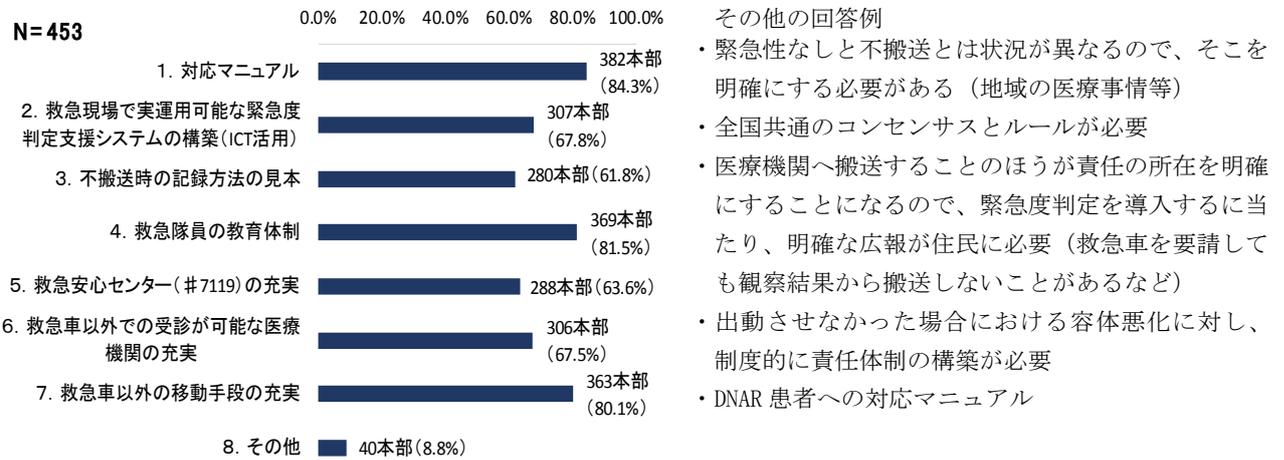
図表 2-26 緊急度判定未実施の理由（複数回答）



イ 今後、実施するにあたり必要なこと

救急現場で緊急度判定を実施していない453本部のうち、今後、救急現場で緊急度判定を実施するに当たりどのようなことが必要か、との質問に対し、「対応マニュアル」、「救急隊員の教育体制」、「救急車以外の移動手段の充実」と回答した消防本部が8割以上であった。

図表2-27 緊急度判定実施に必要な要素（複数回答）



⑤ 取組事例紹介

ア 東京消防庁

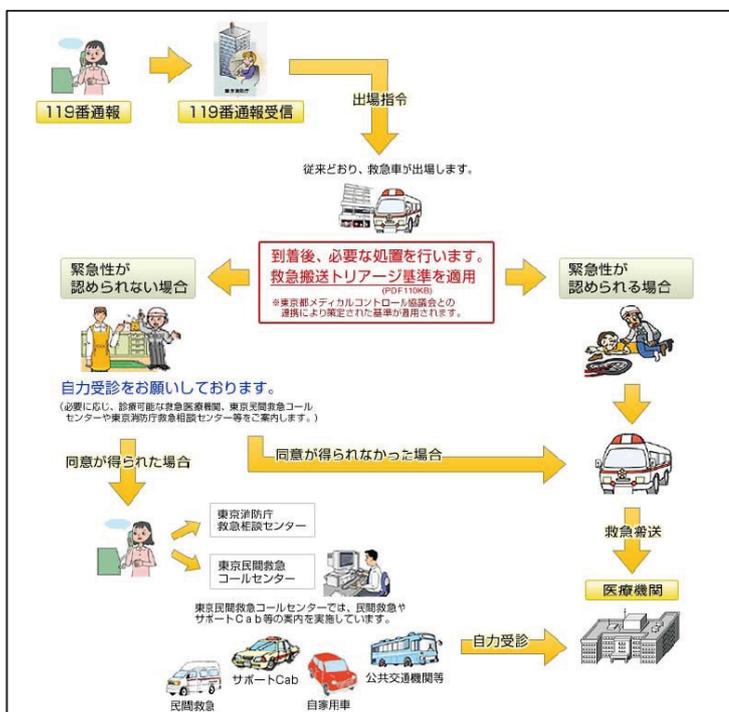
平成 21 年度から東京都メディカルコントロール協議会との連携により、救急現場で緊急性に応じて適切な対応を行うことを目的とした緊急性判定を実施している。

救急現場で緊急性を判断する際は、救急搬送トリアージシートを使用している。

救急搬送トリアージシートで「対象症例」のいずれかに該当し、かつ「一般項目」及び「バイタルサイン等」の黒枠のチェック項目の全てに該当した場合は、非緊急と判断し、傷病者に対して非緊急である旨の説明を行い、受診可能な医療機関を紹介するか、若しくは救急安心センター（#7119）、移動手段である東京民間救急コールセンターを案内している。

図表 2-28 対応フローチャート

図表 2-29 救急搬送トリアージシート（基準）



(東京消防庁ホームページより)

別記様式

救急搬送トリアージシート

対象症例	最も強い主訴・主症状	小項目	対象該当
	1 四肢の開放創 (上肢 □ ・ 下肢 □)	<input type="checkbox"/> 肩関節、股関節部に創傷はない。 <input type="checkbox"/> 指趾等の離断はない。 <input type="checkbox"/> 受傷部末梢の知覚麻痺はない。	<input type="checkbox"/>
2 前腕（肘関節を含む）・下腿 (膝関節を含む)の挫傷等 (前腕 □ ・ 下腿 □)	<input type="checkbox"/> 上腕、大腿に挫傷等はない。	<input type="checkbox"/>	
3 四肢の熱傷 (上肢 □ ・ 下肢 □)	<input type="checkbox"/> 肩関節、股関節部に熱傷はない。 <input type="checkbox"/> III度熱傷ではない。 <input type="checkbox"/> 化学損傷ではない。 <input type="checkbox"/> 熱傷範囲は1%以下である。	<input type="checkbox"/>	
4 耳鼻異物 (耳 □ ・ 鼻 □)	<input type="checkbox"/> 異物は片側のみである。	<input type="checkbox"/>	
5 鼻出血	<input type="checkbox"/> 頭部、四肢等に他の外傷はない。 <input type="checkbox"/> 全身症状ではない。 <input type="checkbox"/> 挿管感、疼痛以外の身体症状 (呼吸苦等)の訴えはない。	<input type="checkbox"/>	
6 限局的な皮膚症状(発赤等)	<input type="checkbox"/> 合併する身体症状 (動悸、頭痛等)の訴えはない。	<input type="checkbox"/>	
7 不眠、不安、孤独感等		<input type="checkbox"/>	

対象症例に該当なら以下を記載

一般項目	記載事項	はい	いいえ
1	15歳以上64歳以下である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	重症と判断すべき受傷機転等に該当しない。 (救急活動基準(救急行動要領)第3章重症度・緊急性判断要領による。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	受傷部位は1か所である。(対象症例1~3) (創傷が複数の場合右 upper 肢、左 lower 肢など同一部位に局限しているか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	現在治療中の以下の疾患等はない。 (1)心疾患 (2)呼吸器疾患 (3)高血圧 (4)透析患者 (5)糖尿 (6)薬物中毒 (7)肝硬変 (8)出血性疾患(紫斑病・血小板等) (9)悪性腫瘍 (10)抗凝固薬服用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	自損行為による事故ではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	十分な意思疎通が可能である。 (著しい動揺、興奮等はないか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	対象症例の悪化を予見させる不安要素がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

バイタルサイン等	項目	はい	いいえ
1	意識は清明である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	呼吸数は12回/分~24回/分で、性状に異常はない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	脈拍数は60回/分~96回/分で、不整はない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	血圧は110mmHg~160mmHg(収縮期)の範囲である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	SpO ₂ は95%以上である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	出血はない(止血状態)、又は少量(滲出性)である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	受傷部関節の可動域に障害はない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	自力受診のための移動が可能である。 (自力歩行、東京民間救急コールセンターの利用等による受診が可能か。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※救急搬送トリアージとは、救急搬送トリアージの基準を表したものです。傷病者の最も強い主訴又は主症状が「対象症例」のいずれかに該当し、かつ「一般項目」及び「バイタルサイン等」の黒太枠内すべての項目に該当したものが、救急搬送トリアージ該当事案となります。

イ 出雲市消防本部

平成20年度に出雲地区救急業務連絡協議会で作成された病院前救護プロトコルの中の「4. 病院選定のためのガイドライン」に基づき、原則、病院選定のための緊急度判定を行っている。

救急現場において、病院前救護プロトコル「4. 病院選定のためのガイドライン」の判定基準（3項目）に該当しなければ、不搬送を考慮した活動を実施している。

その際、傷病者若しくは家族に対して、緊急性がない旨を説明し、自家用車等によって医療機関への受診を促すか、受診可能な医療機関を紹介するなどして、傷病者の同意を得た場合、不搬送としている。

また、緊急度判定の結果、不搬送とした場合の対応については、病院前救護プロトコル「5. 搬送を拒否する傷病者」の（2）不搬送時の対応に基づいている。

図表2-30 出雲地区病院前救護プロトコル
4. 病院選定のためのガイドライン（抜粋）

4. 病院選定のためのガイドライン	
(1) 病院選定	
①次に挙げる内容を総合判定の判定基準とする。	
Ⅰ三次対応（重篤な傷病者）	直ちに的確な緊急処置を行わなければ、数分から数時間以内に死亡する危険性があると判断できる状態。
【例】	CPA、各種ショック、L&G対象外傷患者、気道異物、頸椎損傷、全身熱傷、気道熱傷、偶発性低体温、意識消失を伴う熱中症、意識消失を伴う脳疾患、心筋梗塞など重症心・循環不全、喘息重積状態、重度呼吸不全、痙攣重積状態、各種中毒（ショックを伴う急性アルコール中毒を含む）、その他上記と同等と判断できるもの。
Ⅱ二次対応（入院加療の必要と判断する傷病者）	生命に危険は少ないが、機能的あるいは整容的に障害を残すと判断できる状態。
【例】	単純な骨折、脱臼、中程度の熱傷、広範囲な皮膚の損傷（多発外傷以外）、意識消失がない脳疾患、軽度の心疾患、吐血・下血（ショックを伴わない）、重度の精神疾患、その他上記と同等と判断できるもの。
Ⅲ一次対応（比較的軽症と判断する傷病者）	生命に危険はなく、機能的あるいは整容的に問題が少ないと判断できる状態。
【例】	軽微な皮膚の損傷、単純な打撲、捻挫、軽度の精神疾患、痙攣（治まっている状態）、急性アルコール中毒（ショックを伴うものは除く）、その他上記と同等と判断できるもの。

図表2-31 出雲地区病院前救護プロトコル
5. 搬送を拒否する傷病者
（2）不搬送時の対応（抜粋）

5. 搬送を拒否する傷病者	
(1) 不搬送の可否の判断	
①	医療機関への搬送の必要性を認める傷病者等が搬送を拒否した場合は、十分に説明と説得を行う。必要と認めれば、on-line MC も考慮する。
②	本人が精神的に安定していて、正常な判断能力が備わっていると判断できる場合には、本人の意思を尊重し搬送しなくてもよい。
③	正常な判断能力のもとにおいても判断に苦慮する場合には説得して搬送する。
④	精神的に不安定な者、泥酔者及び小児などは搬送する。
⑤	自殺企図者は、搬送を拒否したとしてもその言動に関わらず搬送する。場合によっては、警察及び管轄区域保健所と協議する。
⑥	18歳以下の傷病者が治療や搬送を拒む場合には、傷病者の保護者又は法的に保護する者に引継ぐことができる場合のみ不搬送にすることができる。
(2) 不搬送時の対応	
①	傷病者又は関係者に対し、容態が変化したときには再度救急要請するよう、又は医療機関を受診するよう指導を行う。
②	救急活動記録に観察内容、拒否・辞退の理由、説明・説得の内容、時刻、相手方の反応、医療機関の受診を指導したこと、指導した人の氏名等を詳細に記載する。

事例：歩行者と車の接触事故で、左足を負傷したとの救急要請

傷病者接触時、傷病者は現場で座った状態。症状は両膝痛を訴えるも、以前からある痛み。歩行状態は良好。後から到着した家族に状況を説明し、今後、気分不快等の症状が出れば救急要請を行うか、病院受診を行うよう説明し、傷病者本人の同意を得て不搬送とする。

ウ 新潟市消防局

新潟市消防局では、新潟県の傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準、消防庁が作成した緊急度判定プロトコル（救急現場）及び救急救命士標準テキスト等に基づき、救急現場において緊急性に応じて適切な対応を行うことを目的とした緊急度判定を実施している。

緊急度判定の結果、非緊急と判断し、傷病者及び家族等と協議の結果、不搬送とした場合は、新潟市消防局が作成した救急活動基準の「11 不搬送事案の対応」のうち、「不搬送事案の救急活動記録票に記載する内容」、「酩酊者や精神疾患患者の場合の取扱い」等を準用し対応している。

図表 2-32 新潟市消防局救急活動基準の「11 不搬送事案の対応」（抜粋）

11 不搬送事案の対応
傷病者等が搬送を拒否した場合は、救急業務規程第18条に基づく搬送を拒んだ場合の取扱いによるほか、以下に留意する。
(1) 観察は、搬送拒否があったことから安易に考えることなく、先入観にとらわれず確実に実施する。
(2) 観察結果から異常が疑われる場合又は受傷機転等により、時間経過とともに容態変化が推測できる場合は、医療機関での診療の必要性を十分に説明する。
(3) 不搬送事案の救急活動記録票に記載する内容
ア 傷病者の住所・氏名等
イ 観察結果
ウ 不搬送の取扱いをした理由
エ 説明・説得の内容と経過時間
オ 容態変化後の対応についての説明の内容
カ 説明等を行った救急隊員の氏名及び説明等を受けた関係者（傷病者本人の場合は除く。）の住所・氏名等
キ 説明に対する了解の有無
(4) 酩酊者や精神疾患患者の場合の取扱い
酩酊者や精神疾患患者の場合、家族や関係者、警察機関等と十分に協議し、救急隊の一方的な判断で不搬送としない。

エ 佐世保市消防局

佐世保市消防局では、消防本部が作成した救急活動における重症度・緊急度判断基準の第4章救急現場活動「第4節 重症度及び緊急度判断要領」を根拠として、長崎県の傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準、バイタルサイン、傷病者の症状、受傷機転等を緊急度判定の基準として、救急現場で緊急性に応じて適切な対応を行うことを目的とした緊急度判定を実施している。

緊急度判定の結果、非緊急と判断し、傷病者及び家族等と協議の結果、不搬送とした場合は、佐世保市消防局が作成した救急活動における行動基準第3章救急活動の基本「第9節 不搬送への対応」で対応している。

この中には、不搬送時の注意点や不搬送時の記録等が記されている

図表 2-33 救急活動における行動基準

第4章 救急現場活動

「第4節 重症度及び緊急度判断要領」(抜粋)

<p>第4節 重症度及び緊急度判断要領</p> <p>第1 要点</p> <p>傷病者の重症度及び緊急度の判断は判断基準及び実施基準に基づくトリアージシート等を活用し、客観的な観察結果、バイタルサイン、傷病者の症状、受傷機転を的確に捉えて行う。</p> <p>第2 基本的事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 観察に基づく傷病者の状態から、救急処置、重症度、緊急度、搬送可否及び応援要請の有無を判断する。 2 観察結果に基づき、実施基準に基づく第2号医療機関リストを活用し、診療科目あるいは機能別に応じた医療機関の選定を判断する。 3 病体、症状に応じた使用資器材や救急処置の方法、内容を判断する。 <p>第3 留意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 各判断は、周囲の状況及び傷病者の状態の変化に応じ迅速に行う。 2 観察の結果、重症度、緊急度、救急処置等の判断が困難な場合は、医師等に助言を求める。 3 外見上の症状だけで安易に重症度を判断するのではなく、受傷形態等から重要臓器への損傷の可能性をも予見する。 4 判断に基づく救急処置の内容が適切であるかどうかをチェックし、必要ならば修正する。
--

図表 2-34 救急活動における行動基準

第3章 救急活動の基本

「第9節 不搬送への対応」(抜粋)

<p>第9節 不搬送への対応</p> <p>第1 要点</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 小隊長等は、傷病者を医療機関へ搬送する必要性を認め、その旨を傷病者又は保護者に説明したにもかかわらず、搬送することを拒否された場合は、搬送しないことができる。 ただし、傷病者をそのまま放置しておくことが、その生命や身体に重大な影響を及ぼすと認められる場合は、この限りでない。 2 救急隊は、傷病者や家族等関係者の言動に惑わされたり、的確な容態観察を行わないで不搬送処理としないよう、傷病者の立場に立った適切な救急活動を行う。 3 種々の問題点を引き起こす場合もあるので、傷病者等への対応や事後処理を確実に行うとともに、現場での事実関係を記録しておく。 <p>第2 基本的事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 不搬送とする場合は、傷病者（未成年者等で明確な意思表示ができない場合は、保護者又は責任者等）からの的確な搬送拒否の意思表示を確認し、救急報告書に署名をもらう。 2 現場での対応要領 <ol style="list-style-type: none"> (1) 搬送を拒否された場合でも、その間の状況を聴取し、医療機関への搬送を念頭において対応する。 (2) 不搬送となった場合は、その理由、経過等を指令課に報告し、引き揚げる。 (3) 傷病者を搬送しなかった場合は、救急報告書にその理由、観察結果及び立会い者等を記録しておく。
--

(3) 内閣府による「救急に関する世論調査」

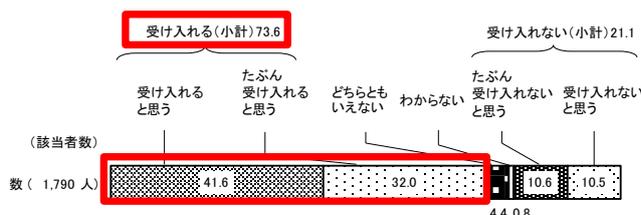
<調査概要>

- ・調査名：救急に関する世論調査
- ・調査対象：全国の日本国籍を有する18歳以上の者3,000人
- ・調査方法：調査員による個別面接聴取
- ・調査期間：平成29年7月13日～7月23日
- ・回収率：59.7%

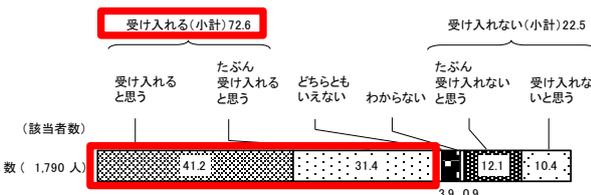
内閣府による「救急に関する世論調査」の結果について、緊急度判定の部分を示す。119番による緊急性判断、及び救急隊による緊急性判断を受け入れると回答した住民はそれぞれ73.6%、72.6%であった。また、緊急性判断を受け入れる条件としては、いずれの場合においても、「すぐに受診できる病院の紹介」と回答した住民が最も多かった。

図表2-35 世論調査の結果

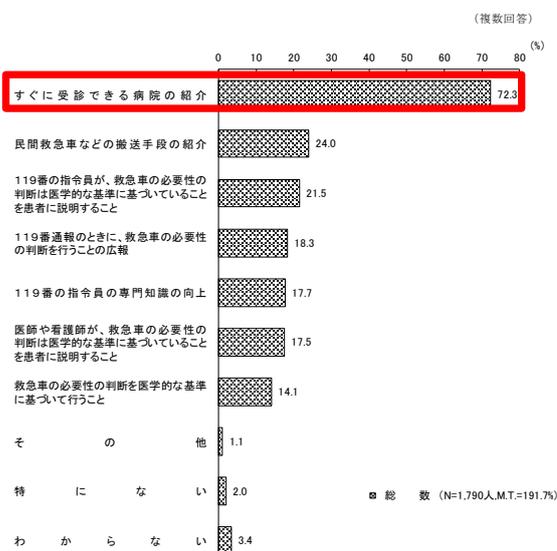
119番による緊急性判断を受け入れるか



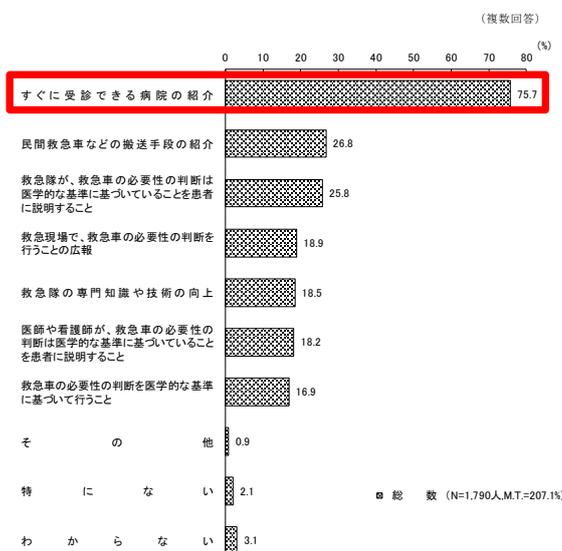
救急隊による緊急性判断を受け入れるか



119番による緊急性判断の条件



救急隊による緊急性判断の条件



(4) 課題の整理

① 119 番通報

119 番通報時の緊急度判定は、緊急性の高い事案を速やかに判断し出動させる消防力の強化と、緊急性の低い事案に、受診可能な病院の紹介や、救急安心センター（＃7119）に相談を促すなどし、不要不急の救急車利用を減らす効果が期待できる。

一方で、緊急度判定を行う基準や対応マニュアルがない消防本部が大半で、指令課員の判断で対応するため、結果としてオーバートリアージやアンダートリアージいずれにもなりうる課題がある。

また、119 番通報時の緊急度判定を実施していない消防本部では、未実施の理由として、「容体が悪化したときの責任問題があるから」、「電話で緊急度判定を実施することは困難」と回答した本部が多く、緊急度判定の結果に対する責任や、緊急度判定の実施自体に不安を抱えていることも課題として挙げられる。

その上で、緊急度判定の実施に向けて必要なこととして、「対応マニュアル」、「職員の教育体制」と回答した本部が多かった。

内閣府による「救急に関する世論調査」では、119 番による緊急性判断を受け入れると回答した住民が多かったが、緊急性判断を受け入れる条件として「すぐに受診できる病院の紹介」との回答が多く、緊急度判定の取組をすすめる上で課題となると考えられる。

以上を踏まえて、119 番通報時に緊急度に応じた適切な対応をとるためには、指令台にプロトコルを組込むといったシステムの構築等のハード面の充実と、消防職員に対する対応マニュアル（緊急度に応じた対応のあり方、接遇・説明、記録の残し方等）の整備や、消防職員への教育等のソフト面の充実が、今後の緊急度判定の検討すべき課題であると考えられる。

② 救急現場

救急現場での緊急度判定は、緊急性の高い事案を速やかに判断し、緊急度に応じた適切な医療機関の選定を行うことができ、結果、救急活動時間の短縮につながることや、緊急性がない事案については、受診可能な医療機関の紹介や自宅で安静にするように説明し、本人の同意の上で不搬送とすることで、不要不急の救急搬送を減らす効果が期待できる。

一方で、「傷病者本人や、家族、関係者など全員を納得させるような説明をすることから時間を要する」、「緊急度と重症度の違いが理解されずクレームを受ける」など住民に緊急度判定について十分に理解されていないことが、救急現場での緊急度判定を行う際の課題と考えられる。

また、救急現場での緊急度判定を実施していない消防本部では、未実施の理由として、「容体が悪化したときの責任問題があるから」、「救急隊員に対する緊急度判定についての教育体制が整っていないから」と回答した本部が多く、119 番通報時の緊急度判定と同様、救急隊員の教育体制の不備が、救急現場での緊急度判定の実施の課題となっている。

その上で、緊急度判定の実施に向けて必要なこととして、「対応マニュアル」、「救急隊員の教育体制」、「救急車以外の移動手手段の充実」と回答している消防本部が多かった。

内閣府による「救急に関する世論調査」では、救急隊による緊急性判断を受け入れると回答した住民が多かったが、緊急性判断を受け入れる条件として「すぐに受診できる病院の紹介」との回答が多く、緊急度判定の取組をすすめる上で課題となると考えられる。

以上を踏まえて、救急現場で緊急度に応じて適切な判断を行うためには、緊急度判定プロトコルをタブレットやスマートフォンに導入するなど ICT を活用したシステム構築等のハード面の充実と、対応マニュアルの整備や、消防職員への教育等のソフト面の充実が、今後の緊急度判定の実施に向け、検討すべき課題と考えられる。

4 まとめ（今後の方向性）

今年度の実態調査を基に、119 番通報時及び救急現場いずれの場合においても、救急出動・搬送の可否に係る緊急度判定を実施していくための具体的な方策を検討していく必要がある。

消防庁においては、緊急度に応じた適切な対応を行う上で必要な対応マニュアルや、消防職員への教育体制について、検討することが望まれる。

その際、消防防災科学技術研究において、119 番通報時及び救急現場での緊急度判定支援ツールの開発や、緊急度に応じた搬送先選定と搬送手段のあり方について検討が進められていることから、連携を図っていくことが望まれる。

また、119 番通報時及び救急現場での緊急度判定の実施には、住民の理解が必要であり、緊急度判定体系の概念の普及が求められる。消防機関においては、消防庁が作成した緊急度判定の概念普及コンテンツなどを活用し、救命講習や、出前講座などの地域住民と接する機会を活かし、引き続きあらゆる機会を通じて積極的に周知していくことが望まれる。

さらに、119 番通報時及び救急現場で緊急度判定を進めていくためには、住民が 119 番や救急隊による緊急度判断を受け入れる条件としての「すぐに受診できる病院の紹介」や緊急度判定を実施する救急隊員や救急救命士等の認知度や信頼度を高めることも重要であり、これらについても、今後、検討していくことが考えられる。

あわせて、緊急度判定の結果についての責任問題が、緊急度判定に係る通信指令員や救急隊員の不安やリスクとなっている。このような不安やリスクへの対応も、緊急度判定を普及させる上での課題であり、将来的には検討することも考えられる。

第3章

救急隊員の労務管理

第3章 救急隊員の労務管理

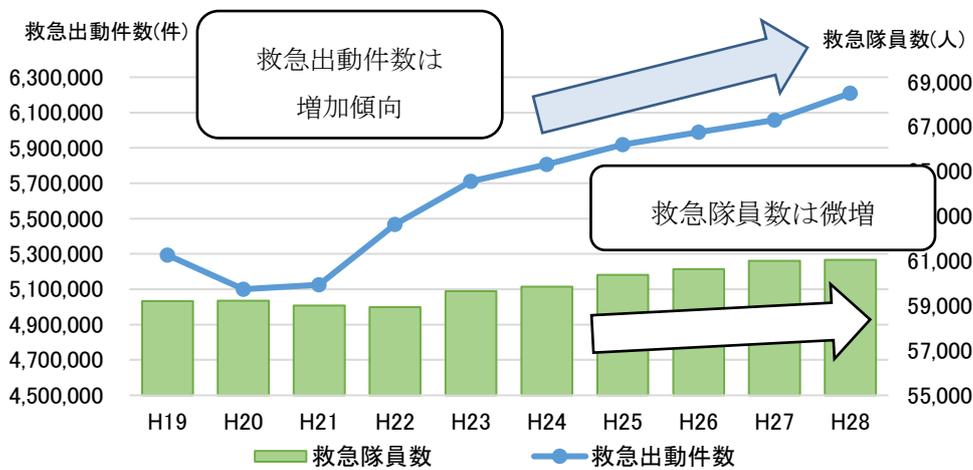
1 背景・目的

救急出動件数の増加に伴う救急隊員にかかる労務負担の増加を端緒に、消防庁では、平成17年に救急隊員の適正な労務管理について検討を行い、具体的な方策を示した。（「救急隊員の適正な労務管理の確保に係わる検討について」(平成17年10月7日付け消防消第205号・消防救第239号)）

その後も、救急出動件数はほぼ一貫して増加し、平成28年中の救急自動車による救急出動件数は620万9,964件（対前年比2.6%増）となり、過去最多を更新した。

また、救急出動件数が10年前に比べ18.5%増加しているにもかかわらず、救急隊員数は10年前に比べ6.5%しか増加していない。

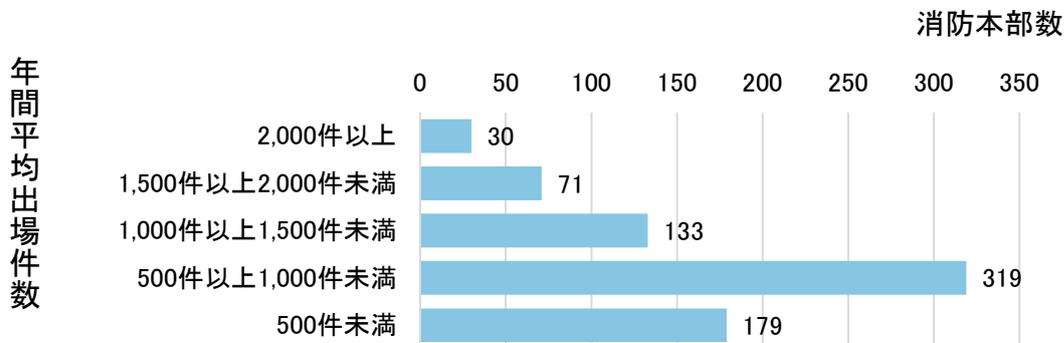
図表3-1 救急出動件数、救急隊員数の推移



出典：「平成29年版消防白書」（総務省消防庁）

さらに、全国732消防本部のうち、救急隊1隊当たりの年間平均救急出動件数が2,000件を超える30消防本部（4%）に所属している救急隊は818隊（16%）となっている。

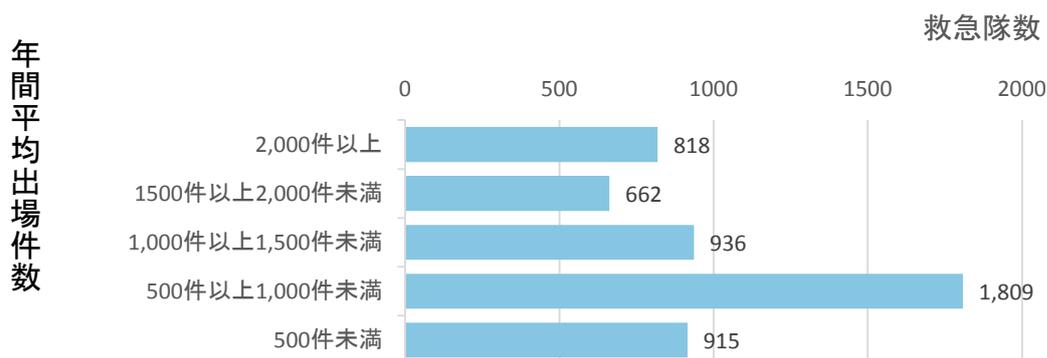
図表3-2 年間平均出動件数別で見た消防本部数



※消防本部数、救急隊数：平成29年4月現在

※出動件数：平成28年中

図表 3 - 3 年間平均救急出動件数別で見た救急隊数



※年間平均出動件数別で見た消防本部が保有する救急隊数

都市部以外の救急出動件数が比較的少ない地域でも、遠方の医療機関への搬送等、長時間活動となるケースがあるほか、救急出動以外に、応急手当の普及啓発、救急隊や消防隊への教育、地域防災指導など多岐にわたっている。

今後も高齢化の進展等に伴い、救急需要の増加が予想される中、救急隊員の心身の疲労回復、疲労に伴う救急業務の質の低下の防止、各種事故防止等の観点から、これまで以上に適正な労務管理が求められている。

また、これまでも女性職員の採用や仕事、家庭の両立支援など、女性消防職員全般の更なる活躍に向けた取組の推進については、検討会報告書がまとめられ、その取組を推進しているところであるが（「消防本部における女性消防吏員の活躍に向けた取組の推進について」（平成 27 年 7 月 29 日付け消防消第 149 号通知）、救急隊員として活躍する女性職員の割合が、他の職務と比較して高いことから、消防における女性職員の更なる活躍の観点からも、女性救急隊員がより活動しやすい方策についても求められている。

図表 3 - 4 救急隊に求められる業務（救急出動以外）



消防本部における女性職員の更なる活躍に向けた検討会報告書 概要

参考

～女性職員の活躍推進による消防・防災力の向上を目指して～

1 はじめに

- 女性の活躍推進は、国の成長戦略の重要な柱
- 一方、消防本部における女性吏員の割合は、約2.4%(H27.4)で、警察、自衛隊、海上保安庁と比較しても最も低水準
- 消防組織における女性吏員の活躍推進のため、必要な取組の強化に速やかに着手すべき。

2 女性消防吏員を増加させることの意義

女性が半分を占める地域社会とともに、消防(公助)においても、より多くの女性が参画、活躍することで、消防・防災体制の向上に寄与

➢ 住民サービスの向上

女性を含めた多様な経験を有する職員が住民サービスを提供することで、子どもや高齢者、災害時の要支援者など、多様な住民への対応力が向上

➢ 消防組織の強化

女性消防吏員を増加させ、女性の活躍を推進することによって、
・多様な視点でものごとを捉える組織風土
・育児・介護などそれぞれ異なる事情を組織や同僚が理解し支援する組織風土が醸成され、多様なニーズに対応できる柔軟性が消防組織に備わる。

3 女性活躍推進の考え方

- 部隊の活動レベル確保に留意しつつ、女性の就労に関する法令の規制(重量物の取扱い及び有毒ガスに関する制限)にかからない限り、性別による警防活動の従事制限の是正を含め、消防においても意欲と能力に応じた人事配置を。
- それぞれの規模の本部の状況に応じて、女性消防吏員を計画的に増加させる取組を積極的に実施
- 女性活躍推進に向け、消防長等消防本部の幹部の意識改革が不可欠
- ライフステージに応じた人事上の様々な配慮が必要

4 現状と課題

女性消防吏員向けアンケート、消防本部向け調査等の結果から、現状と課題を分析

- 女性消防吏員がいない本部が、288本部(約4割)
- 全消防吏員に占める女性の割合、管理職に占める女性消防吏員の割合に関して独自に数値目標を設定している本部はほとんどない。
- 女性採用を増加させる独自の取組を行っている消防本部は少数。また、女性が増えない要因は、女性が働く職場であるというイメージが希薄。
- 仕事と家庭の両立支援策の充実や、周囲の職員の理解を求める回答多数
- 庁舎における女性用施設の整備が不十分で、施設に不満を感じる女性消防吏員の割合は4割超

5 具体的な取り組み

○数値目標の設定による計画的な女性消防吏員の増員

全国の消防吏員に占める女性消防吏員比率を平成38年度当初までに5%に引き上げる。

そのためには、

- 各消防本部において10年で女性吏員比率を倍増
- ＋ 中核的な消防本部など一定規模以上の本部では少なくとも5%水準まで増加
- ＋ 女性消防吏員がゼロの本部を早期に解消し、可能な限り速やかに複数の女性消防吏員を確保

を目安として、消防本部が数値目標を設定

※ 平成29年度の採用段階から少なくともこれまでの2倍～2.5倍程度以上の女性吏員採用を確保・継続

○女性の採用拡大を促進

現状の低い受験者数を増加させるには、まずは、消防吏員を目指す女性の大幅な増加が必要。そのためには、これから社会人になる年齢層の女性に対し、消防の仕事の魅力についてより積極的にPR。女性をターゲットにした就職ガイダンス等を複数本部が共同実施

○女性消防吏員の増加を踏まえた円滑な人事管理等の検討

各消防本部は、市町村長等の理解を得ながら、消防業務の特殊性を前提とした人事管理(代替職員の確保等)を行えるよう環境整備

○職域拡大の推進

各消防本部は、固定的な見方にとらわれず、女性消防吏員の職域拡大を推進

○仕事と家庭の両立支援策の検討

各消防本部は、大規模災害時等における子どもの預け先確保や緊急参集の免除等を含めた柔軟な対応を実施

○キャリアパスイメージやロールモデルの提示

消防庁において、女性消防吏員のキャリアパスイメージやロールモデルを紹介することにより、全国の女性消防吏員のキャリア形成、職域拡大を促進

○女性消防吏員が消防職務を継続していくための支援策の提示

各消防本部は、女性消防吏員が仕事をしていく上で適切な援助や助言を得ることができるメンター制度の導入や相談窓口を設置

○「ポジティブ・アクション」としての研修機会の拡大

各消防本部や消防学校において、女性消防吏員が更にキャリア拡大できるよう研修を積極的に実施
消防大学校は、研修を受けやすくなる工夫を行い、女性消防吏員の研修機会を拡大

○消防本部のトップや幹部の意識改革

消防長の意識改革を進めるために、消防庁として、研修の機会を確保。消防大学校が行う幹部教育や新任消防長の教育等においても、女性の活躍推進を反映した教育内容を充実

○施設・装備の改善

女性専用のトイレ、浴室、仮眠室などの整備により、女性が配置される施設の増加を強力に推進

○女性の活躍情報の「見える化」を推進等

各消防本部と消防庁は、女性活躍推進に向けた取組状況や先進的な取組事例について、ホームページに掲載するなど共有化、「見える化」を推進

2 検討事項

(1) 救急隊員の労務負担の軽減

救急出動件数の増加や連続出動による救急活動時間の延伸により、食事時間や十分な休憩時間が取れないケースがある。

また、救急隊員が行う業務は救急出動以外にも多岐にわたることから、高齢化の進展に伴う救急需要の増大が予想される中、救急隊員の心身の疲労回復、疲労に伴う救急業務の質の低下の防止、事故防止等の観点から、適正な労務管理方策について検討する。

(2) 女性救急隊員が活動しやすい方策

全国の消防本部では、救急隊員として活躍する女性職員の割合が、他の職務と比較して高いことから、消防における女性職員の更なる活躍の観点から、女性救急隊員がより活動しやすい方策について検討する。

3 調査及び検討結果

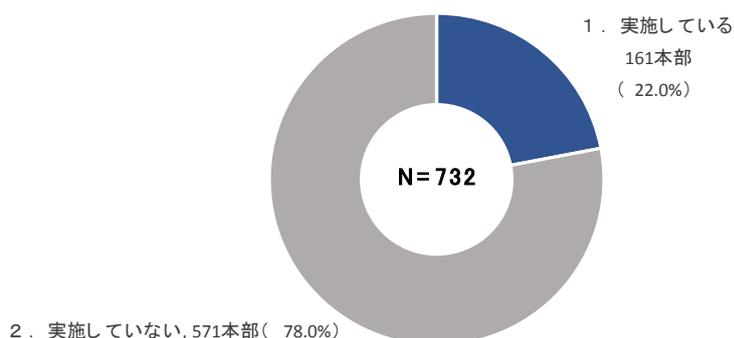
全国の消防本部における救急隊員の労務管理方策や、女性消防職員が活動しやすい方策への取組状況を把握するため、アンケートを実施した。

(1) 救急隊員の労務管理について

① 救急隊員の労務負担に対する取組の実施状況

全国 732 消防本部に対して「救急隊員の労務負担に対する取組を実施しているか」尋ねたところ、救急出場件数の多い消防本部を中心に、2割以上の消防本部から労務負担の軽減に取り組んでいる旨の回答があった。

図表 3 - 5 救急隊員の労務負担に対する取組の実施状況



※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

② 救急隊員の交替乗務の取組

救急隊員の労務負担の軽減に取り組んでいると回答した 161 消防本部に対し、「救急隊員の交替乗務(ローテーション)など、どのような工夫をしているか」尋ねたところ、137 消防本部から回答があり、うち 14 消防本部については要綱等を定めているとの回答があった。

【救急隊員の交替勤務(ローテーション)の主な取組】

【事例1】

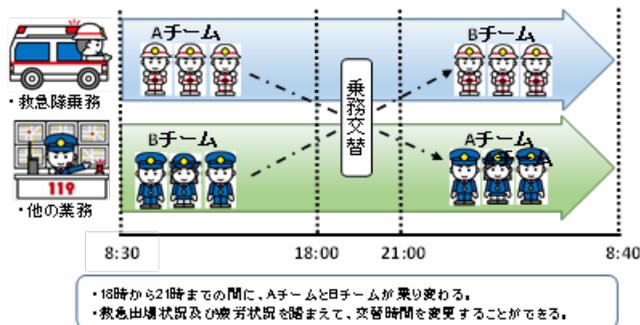
○東京消防庁(東京都)

4名配置制による交替乗務の取組や救急隊1隊(救急車1台)に対し、2つのチームを指定し、交替時間を定めてチームを交替する取組、自己所属において出動件数の多い救急隊と比較的少ない救急隊の配置を相互に入れ替える取組など、救急隊員の労務負担の軽減のための対応策を実施している。

実施隊	交替乗務方策
4名配置制による交替乗務	・年間の出動件数、活動時間等を踏まえて実施隊を指定 ・配置された4名のうち3名で編成し、1名は他隊に編成することなく、救急事務処理等に従事する。
基準時間 ^{※1} 以上の本署救急隊	・本署2チーム制(例) ・本署2チーム制に準じた救急隊とポンプ隊による交替
基準時間 ^{※1} 以上の出張所の救急隊	・兼務隊員を活用したローテーションによる交替 ・本署2チーム体制に準じた救急隊とポンプ隊による交替

※1 前年の1日の平均救急活動時間が15時間30分

本署2チーム制による交替例(勤務時間8:30~翌8:40)



【事例2】

○横浜市消防局(神奈川県)

- ① ジョブローテーション(消防隊との乗換等)
労務負担が多い職員を、比較的労務負担の少ないポジションに計画的に変更することにより、負担の平準化を図る。
- ② 救急隊4名運用
当直中の救急隊編成人員を4名とし、ローテーションで1名を残署させ事務処理等を実施する。
- ③ 救急隊5名配置
救急隊の配置人員を5名とし、救急隊乗務回数や業務の分担を図る。

【事例3】点数により救急隊員を交替

○久慈広域連合消防本部(岩手県)

救急出場及び走行距離ごとに隊員に対し点数を付与し、1当務内で点数の合計が一定水準に達した場合に救急隊員を交替

(基準) 点数が1当務中5点に至った場合、当直勤務者の中で救急隊員の交替を行う。

内容	点数
1回の救急	1点
50kmの運転	1点

③ 救急隊 1 隊あたりの活動時間の平準化方策の取組

救急隊員の労務負担に対する取組を実施している 161 消防本部に対して、「救急隊 1 隊あたりの活動時間の平準化など、実施しているか」尋ねたところ、16 消防本部から救急隊 1 隊あたりの活動時間の平準化にむけた取組を実施しているとの回答があった。

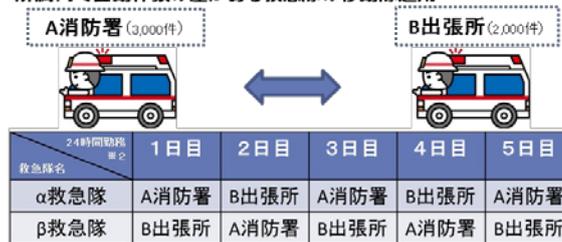
【活動時間の平準化の主な取組】

【事例1】同一所属内で出場件数に差がある救急隊を相互に入れ替える方策

○東京消防庁(東京都)

実施隊	交替乗務方策
所属内で出勤件数の差がある救急隊	・移動隊運用(例)

(例) 所属内で出勤件数の差がある救急隊の移動隊運用



※2 1日(24時間勤務)単位等で交替

【事例2】出勤件数による優先出動隊の交替

○高山市消防本部(岐阜県)

本署に救急隊が2隊配置されており、出勤件数(3件)によって優先出動させる救急隊を交替させる。

(例) 第1救急隊が3件優先出場した後、第2救急隊と入れ替わり、3件優先出動したら、再び、第1救急隊と入れ替わる。

【事例3】時間帯による優先出動隊の交替

○千歳市消防本部(北海道)

本署に救急隊が2隊配置されている場合において、時間帯によって優先出動させる隊を交替させる。

(例) 8時45分から20時まではA救急隊が優先出動、20時から翌8時45分までは、B救急隊が優先出動

④ 救急需要に応じた弾力的な救急隊の運用

救急需要に応じた弾力的な救急隊の運用を行っている消防本部ヒアリングを行ったところ、主な取組としては、以下のとおりであった。

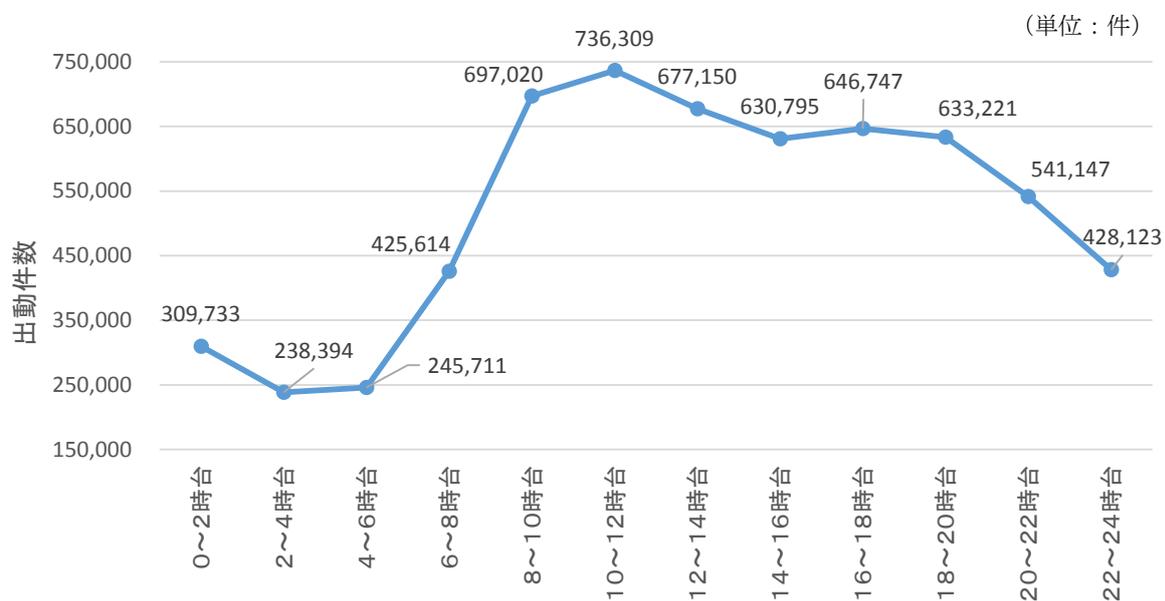
【事例】日勤帯の救急隊の運用

○福岡市消防局(福岡県)

特定の消防署で、9時から17時までの時間帯のみ運用する救急隊を再任用職員で構成し、毎日運用している。

なお、救急需要の日内変動をみると、午前8時頃から急激に救急要請が増加し10時から12時までをピークに緩やかな減少に転じるが、20時頃までは救急要請が多い状況である。

図表3-6 平成28年中 覚知時間別救急出動の状況



⑤ 事務負担軽減の取組

【事例】SPD 導入による救急隊員の労務負担軽減

SPD(Supply Processing and Distribution):

病院等が使用消費する物品の調達・購入・使用・補充などの物品の流れを一元管理し、コスト削減、原価管理を行なうシステムである。業務の効率化・医療の安全性の向上が期待できることから、導入している病院は増加している。

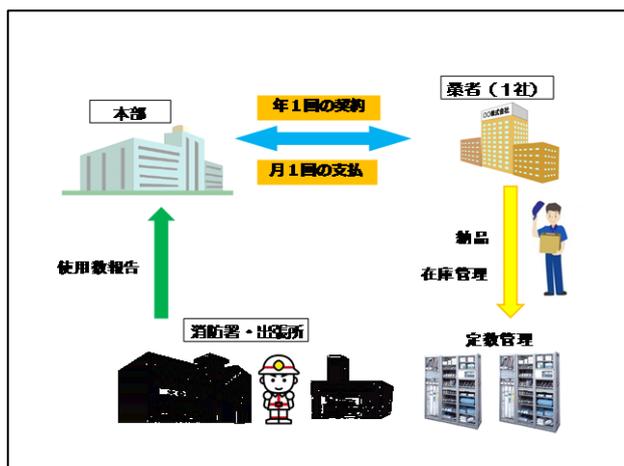
○SPD 導入による物品の流れ

納品については、契約業者が月に2回、各本署へ巡回し、使用した分の消耗品を補充することや、使用期限切れの消耗品を入れ替えるなど在庫管理を行う。

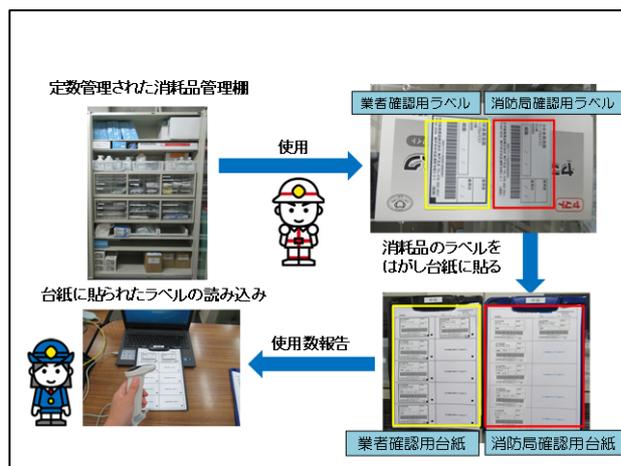
使用の流れについては以下のとおり。

- ① 各署の棚から定数管理された必要消耗品を取り出し、消耗品に貼られているバーコード付きのラベルを専用の台紙に貼る。
- ② 業者は月に2回、台紙に貼られたバーコードを回収するため各署を巡回し、業者用台紙を持ち帰り、バーコードの読み込みを行う。消防局確認用台紙は本部へ集約される。
- ③ 集約された消防局確認用台紙を本部職員が読み取り、業者から報告のあった使用数量と照らし合わせる。
- ④ 業者は巡回時に読み込んだバーコードをもとに次回の巡回時に消耗品の補充を行う。

<SPD 導入による物品の流れ>



<消耗品使用の流れ>



○神戸市消防局(兵庫県): SPD 導入後の効果

- ・ 在庫管理の業務負担が大幅に軽減された。
- ・ 消耗品の死蔵、過剰在庫が解消された。
- ・ 大規模災害、感染症大流行等の緊急的な需要に対応できた。

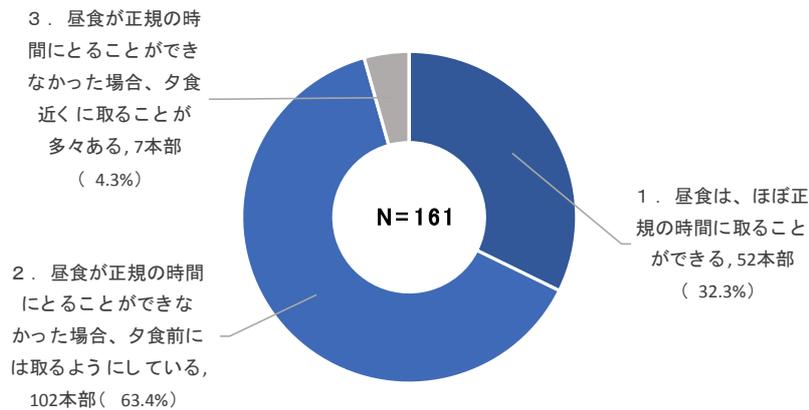
○横浜市消防局(神奈川県): SPD 導入後の効果

- ・ 導入後は、使用実績に基づく納品となるため、使用期限切れ廃棄を大幅に抑えられている。
- ・ 救急課で購入、配付している資器材、各消防署で購入している資器材を業者が直接納品するので、その分の事務が軽減できている。
- ・ 業者が月に2度、各消防署を回るため、在庫量を圧縮できている。

⑥ 食事時間や休憩時間の取組

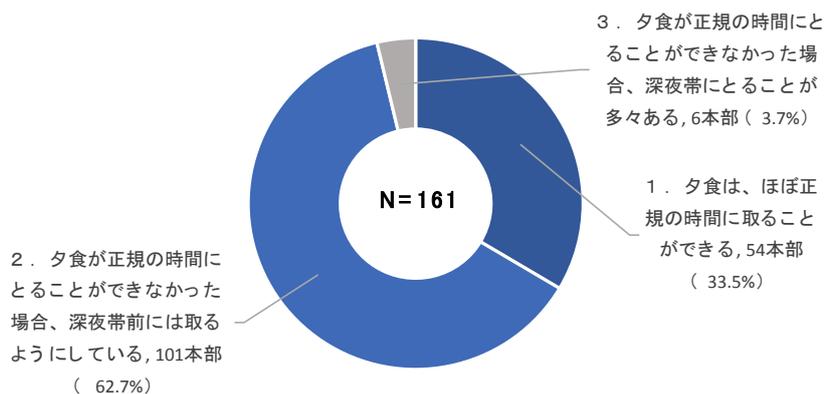
救急隊員の労務負担に対する取組を実施している 161 消防本部に対して、「救急隊が救急活動等で、正規の時間に食事時間が確保できているか」尋ねたところ、約 6 割の消防本部が昼食、夕食ともに正規の休憩時間帯にとることができていないことが分かった。また、「救急隊が救急活動等で、正規の時間に食事時間や休憩時間について確保できなかった場合に、対策をとっているか」尋ねたところ、「救急隊員と他の隊員との乗り換え運用を行っている」が約 6 割超の回答で最も多く、次いで「連続した救急出動時に対策を講じている」が約 6 割弱の回答となっている。

図表 3-7 食事時間の確保状況（昼食）



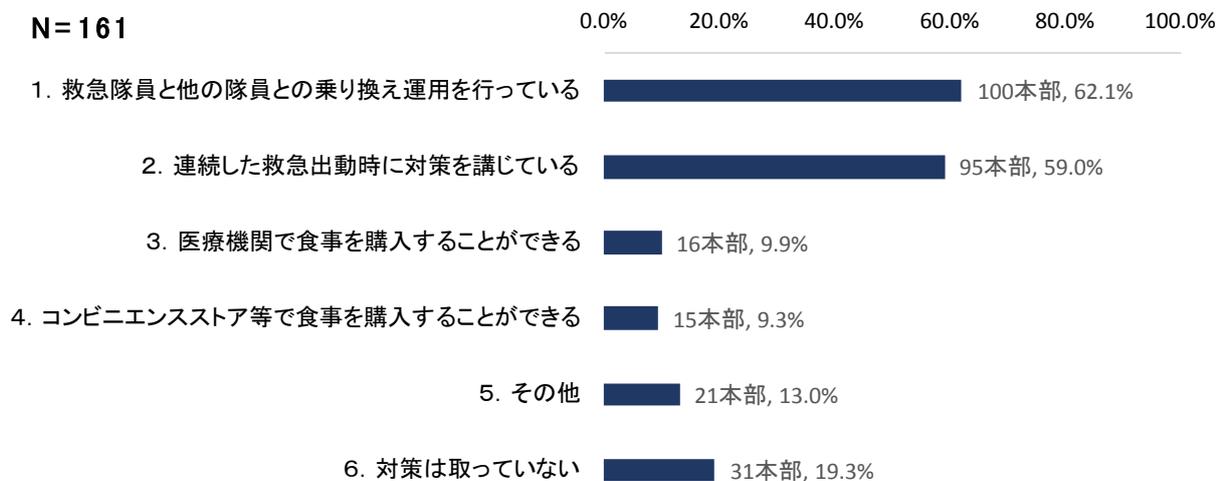
※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

図表 3-8 食事時間の確保状況（夕食）



※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

図表 3-9 救急活動等で正規の時間に食事時間や休憩時間について確保できなかった場合の取組
(複数回答)



食事及び休憩時間の取得に関する各取組を以下に紹介する。

【連続した救急出場時の対策】

【事例】連続した救急出場時に休憩時間を確保

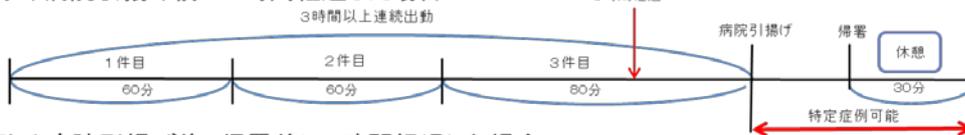
○札幌市消防局(北海道)

連続出動による長時間の緊張状態を緩和するとともに、事務処理、食事等を行う時間を確保する目的として、出動時間が3時間以上となった場合、帰署後30分の間は特定の症例のみ出動可能と設定することができる取組を始めている。

＜特定症例可能設定の条件(例)＞

- (1) 出動時間が3時間以上となった場合、帰署後30分の間まで設定可能
- (2) 消防指令管制センターに確認後、車両動態設定を「特定症例可能※」に設定する(救急事案多発時を除く)。

(例1) 病院引揚げ前に3時間経過した場合



(例2) 病院引揚げ後、帰署前に3時間経過した場合



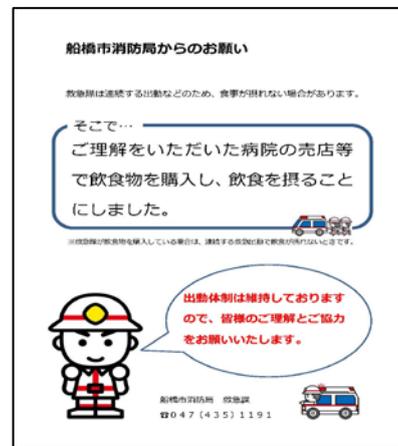
※特定の症例とは、医師要請に該当するような症例

【医療機関での食事】

【事例】医療機関での食事に関する市民及び医療機関への理解促進

○船橋市消防局(千葉県)

【船橋市消防局から病院への依頼 平成28年6月3日付け消防局長通知】
 飲食物の購入等について(依頼)
 平素から、本市消防行政の運営に関しましては、格段のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
 さて、本市消防局における平成27年の救急出動件数は31,367件(前年比+1,100件)と過去最高を記録しました。このため救急隊員は連続する救急出動などで食事の時間帯が大幅に遅延し、適正な時間に食事が摂れない場合があります。この状況を改善するため、病院に救急搬送した後に売店等で飲食物を購入し、飲食を摂ることで対応したいと考えております。
 つきましては、誠に恐縮に存じますが下記事項についてご理解とご協力をお願い申し上げます。



【主な内容】

- 1 飲食物の購入について
貴病院の売店や自動販売機で購入することがあります。
- 2 飲食場所の提供について
貴病院の職員が使用していない時間帯の職員用食堂等の借用をお願いいたします。 なお、売店等で購入したものを飲食できればと思いますので、食堂以外でも結構ですのでお願いいたします。
- 3 「船橋市消防局からのお願い」の掲示について
 貴病院の廊下等に掲示をお願いいたします。

【コンビニエンスストア等での食事】

【事例】コンビニエンスストア等での食事等の購入

○東京消防庁(東京都)

東京消防庁においても、連続出場などにより、食事時間を経過した救急隊については、帰署(所)途上にコンビニエンスストア等を利用し食事を取ることができることとしている。(レストタイム)

【実施要領】「救急隊員の食事等の対応について」

- 1 コンビニエンスストア等で食事等を行う場合は、感染防止衣、救急帽及び保安帽を着用しないこととします。
- 2 食事場所は、出場指令に対応できる次の場所とします。
 - (1) 帰署(所)途上の他所属の消防署
 - (2) 医療機関内に設置されている救急隊員の控え室
 - (3) コンビニエンスストア等の駐車可能な場所
 - (4) ファーストフード店内
- 3 食事等の時間について、勤務上の処理は休憩時間とし、帰署(所)後署隊本部に報告してください。

(2) 女性救急隊員が働きやすい職場環境づくりについて

① 女性職員の救急隊員の乗務状況

全国の消防本部で勤務する女性職員のうち、日勤業務を除くと、救急隊に乗務している女性職員の比率が高い。

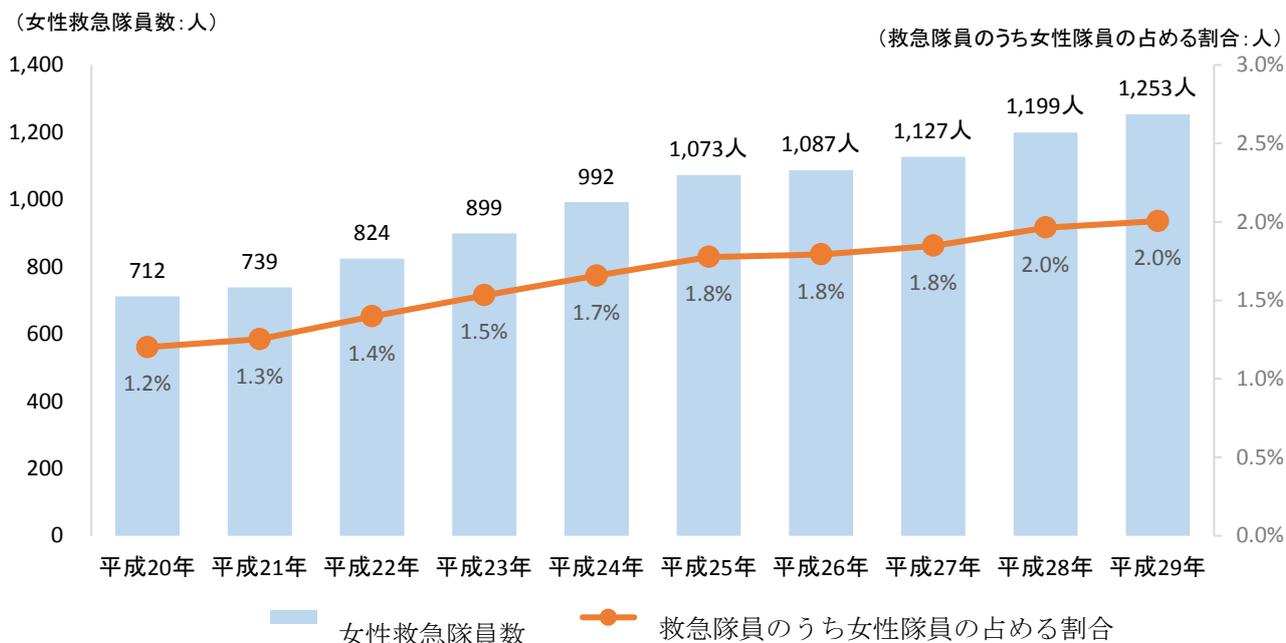
図表 3-10 全国の消防吏員数に占める女性比率割合 (H29. 4. 1)

勤務別(人) \ 性別	全数	うち女性	比率
全数	162,068	4,236	2.6%
日勤者	34,151	2,247	6.6%
消防隊	70,805	665	0.9%
救急隊	29,363	967	3.3%
救助隊	13,679	4	0.0%
指揮隊	6,573	151	2.3%
その他	7,497	202	2.7%

注: 兼務している職員は、主に従事している部隊で回答しており、他の調査と数字が合わない場合がある。
(平成29年4月24日「女性消防吏員の現況等に関する調査」の調査結果)

女性救急隊員数は年々増加し、平成20年の712人から平成29年には1,253人となり10年間で約1.8倍増加している。また、女性救急隊員の割合についても、平成20年の1.2%から平成29年には2.0%となり10年間で約1.7倍増加している。

図表 3-11 女性救急隊員総数の推移

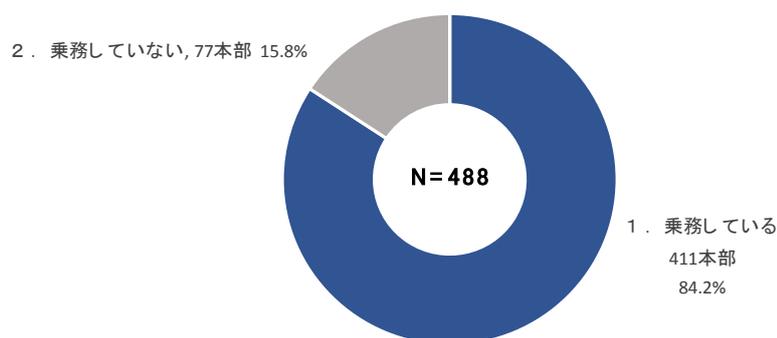


※ 図表 3-10 に示す人数については、主に従事している部隊の人数を示しているため、図表 3-11 に示す女性救急隊員総数と一致しない。

全国 732 消防本部に対しアンケート調査を実施したところ、女性職員が勤務している消防本部は 488 消防本部あり、そのうち、411 消防本部から女性職員が救急隊に勤務しているという回答があった。

平成 29 年 4 月 1 日現在、全国の女性消防吏員のうち、救急資格を有する女性消防職員は 2,775 名で、うち、何らかの理由で救急隊員として勤務していない女性消防職員は 1,522 名存在している（「平成 29 年版救急・救助の現況」より）。

図表 3-12 女性職員の救急隊員の勤務状況（平成 29 年 4 月 1 日現在）



※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

② 女性救急隊員が働きやすい職場環境づくりに対するヒアリングの結果

女性救急隊員が働きやすい職場環境づくりについて、第26回全国救急隊員シンポジウムの場を活用し、複数の消防本部職員に対しヒアリング調査を実施したところ、女性救急隊員に接した傷病者に与える印象や、救急業務を行う上で抱える不安など、現場の声を直接聞くことができた。

傷病者に与える印象

女性隊員の印象や口調

- 女性救急隊員の印象や口調によって、傷病者に対して安心感を与えている。

女性に対する観察や処置

- 女性救急隊員が女性に対する特有の症状等の聴取や分娩介助を実施することで、傷病者に対する観察や処置において安心感を与えている。

※搬送人員の約半数は女性（A消防本部データ）

小児に対する観察や処置

- 女性救急隊員が観察処置を実施することで、傷病者に対する観察や処置において安心感を与えている。

救急業務に関する不安感

体力等の不安

- 体格の大きい傷病者搬送時の困難性
- 加害事案や酩酊事案の対応

ライフイベント

- 現場からの長期離脱後、職場復帰の不安
- 子ども託児の問題

人事面

- 人事ローテーションにおける将来の不安
- 救急隊員を経験した女性管理職が少ない

情報不足による不安

- 女性救急隊員として、どのようなキャリアアップが可能なのかが不明確
- 所属に、ライフイベントを経験している女性職員が少ないため、今後の課題や対応に不安
- 女性救急隊員として、退職まで現場活動している例を見聞きしたことが無いため、自らがどれくらいの年齢まで活躍できるかが不安
- 仕事と家庭の両立

③ 女性救急隊員として働きやすい環境整備方策の紹介

②のヒアリング結果や、女性隊員が乗務している 410 消防本部に対して行ったアンケートを基に、課題項目ごとの取組を以下のとおり紹介する。

図表 3-13 課題項目ごとの取組

項目	具体的な不安	取組
体力等の不安	体格が大きい、重体重傷病者対応	救急資器材の取扱い要領や、救急資器材以外の機材の活用など様々な取組を実施（事例 1） ・ストレッチャーの昇降時に段階的に上げる工夫 ・介護用スライディングシートの活用の工夫 ・布担架による搬送時の工夫
	加害事案や暴言暴行を行う危険性のある傷病者対応	救急隊長会議を実施し、性別によらず、救急活動における活動危険要因であることを組織として明確に認識
ライフイベント	出産・育児等による救急業務からの長期離脱後、職場復帰時の不安	長期離脱した職員が復帰する際の不安を軽減し復帰の後押しとなる体制を整備（事例 2、事例 3）
人事面	人事ローテーションにおける将来の不安	「消防本部における女性職員の更なる活躍に向けた検討会報告書」や「女性消防士の WORK+LIFE ガイドブック（総務省消防庁）」などの参照
	女性救急隊員経験者から管理職への登用	
情報不足による不安	女性救急隊員として何を目指したキャリアアップが可能なかが不明確	
	出産や育児後の救急隊員復帰への不安	
	女性救急隊員としてどれくらいの年齢まで活躍できるのか不安	
	救急隊員と家庭を両立できるか不安	

【事例1】

救急資器材の取扱いの工夫等



(ストレッチャーの昇降の工夫)



(介護用スライディングシートの活用の工夫)



(布担架による搬送時の工夫)

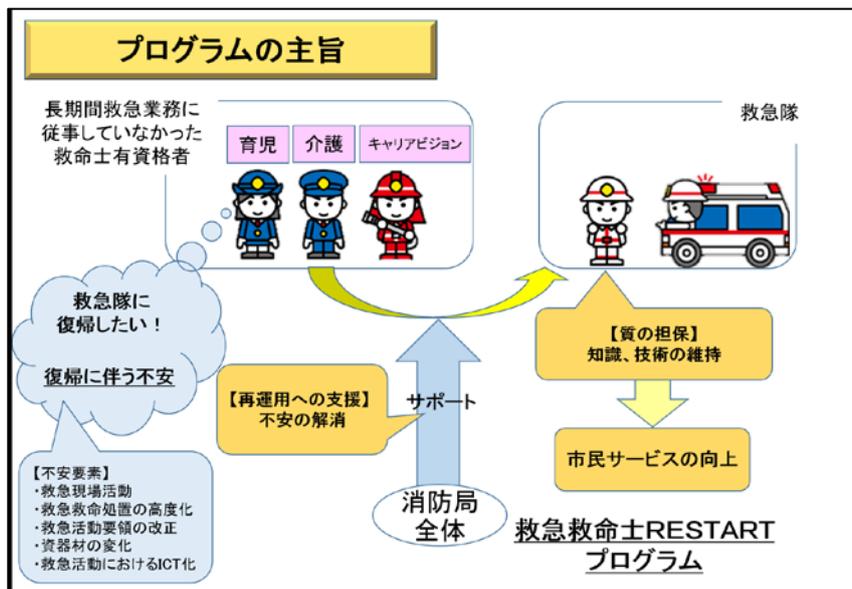


【事例2】

長期間救急隊業務に従事していない救急救命士を再び運用するためのプログラム(リスタートプログラム)

○横浜市消防局(神奈川県)

育児や日勤業務により、長期間救急業務に従事していなかった救急救命士有資格者が、救急隊に復帰する際に、プロトコルの再確認や救急救命処置の手技確認など現場復帰に伴う不安を解消するため、消防局が全面的にサポートするプログラムとなっている。



【事例3】長期間救急活動に従事していない救急技術認定者に対する技能管理の推進

○東京消防庁(東京都)

育児休業期間を終了し職場復帰した職員など、長期間救急活動に従事していない救急隊員に対し、必要に応じて新たに救急技術の資格を取得した職員と同様の教養を受けることが要綱で示されている。

東京消防庁救急業務等に関する規定事務処理要綱（抜粋）

第12 補充教養

1 (1)、(2)省略

(3) 救急技術の認定を受けた者のうち長期間救急活動に従事していない者に対する補充教養

ア 対象者

- (ア) おおむね2年以上救急隊員として救急活動に従事していない者
- (イ) 育児休業等の期間を終了し、救急活動に従事できるようになった者
- (ウ) その他所属長が必要と認める者

イ 訓練内容等

おおむね1月の間で所属長が必要と認める期間、別表第6の項目について訓練を行うものとする。

4 まとめ（今後の方向性）

救急隊員の労務負担の軽減については、全国の消防本部へのアンケート調査のほか、救急需要が多い都市部の消防本部へのヒアリング調査を実施した結果、交替乗務や救急隊の配置転換、救急出動件数が増える日勤帯のみ運用する救急隊など効果的な取組を把握した。把握できた効果的な取組を踏まえ、通知の改正を行い、救急隊員の適正な労務管理についても進めていく必要がある。

女性救急隊員が活動しやすい方策については、女性職員が勤務する消防本部へのアンケート調査に加え、複数消防本部の女性救急隊員からヒアリング調査を行った結果、男性救急隊員にも共通する事項であるが、救急活動の省力化の工夫や長期間救急業務に従事していなかった隊員の復職支援などの取組を把握した。今後、女性救急隊員として働きやすい環境整備の方策として周知していく必要がある。

また、女性救急隊員からのヒアリングにおいて、体力等に関する不安のほか、ライフイベントによる生活環境の変化への不安、女性救急隊員として活躍していくための将来への不安など、情報不足による多くの不安を抱えていることが分かったが、これらの不安は、女性救急隊員に限定されたものではなく、女性消防職員全般に共通するものが多いことから、消防本部における女性消防吏員の活躍に向けた取組を一層促進していく。

第4章

応急手当の普及促進

第4章 応急手当の普及促進

1 背景・目的

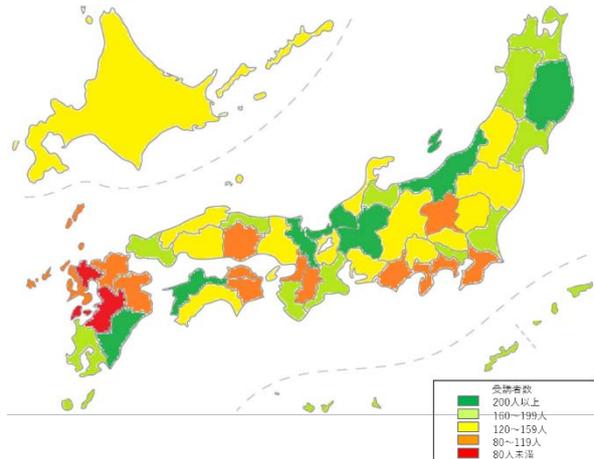
傷病者が発生した際に、救急隊が救急現場に到着するまでに空白の時間が存在する。救命率の向上には、心肺機能停止等の緊急性の高い傷病者に対して、心肺蘇生やAEDによる除細動を始めとした応急手当が速やかに行われることが重要であり、救急現場に居合わせた人（以下「バイスタンダー」という。）が応急手当を適切に行うことで、大きな救命効果が期待される。

また、傷病者に一番早く関わることができる消防職員は、通報を受ける通信指令員であり、通信指令員による的確な口頭指導の実施は、バイスタンダーが適切に応急手当を行う上で、非常に重要であると考えられる。

しかし、応急手当や通信指令員による口頭指導の普及については、地域によって様々（図表4-1～4-3）であり、全国の救命体制の一層の充実を図るため、実態の把握、分析及び検討を行う必要がある。

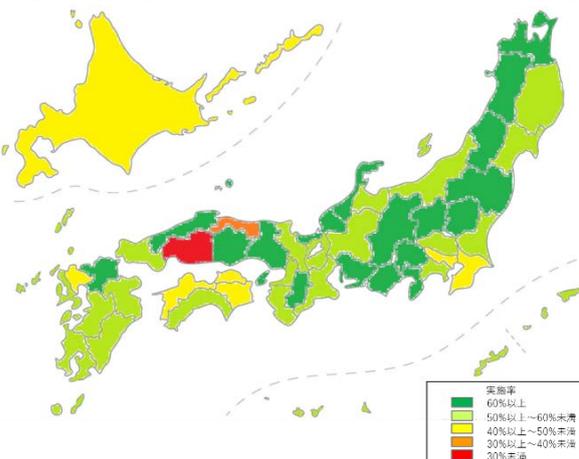
図表4-1 応急手当講習受講者数

※消防機関が行う普通・上級救命講習・救命入門コースの人口1万人あたりの受講者数



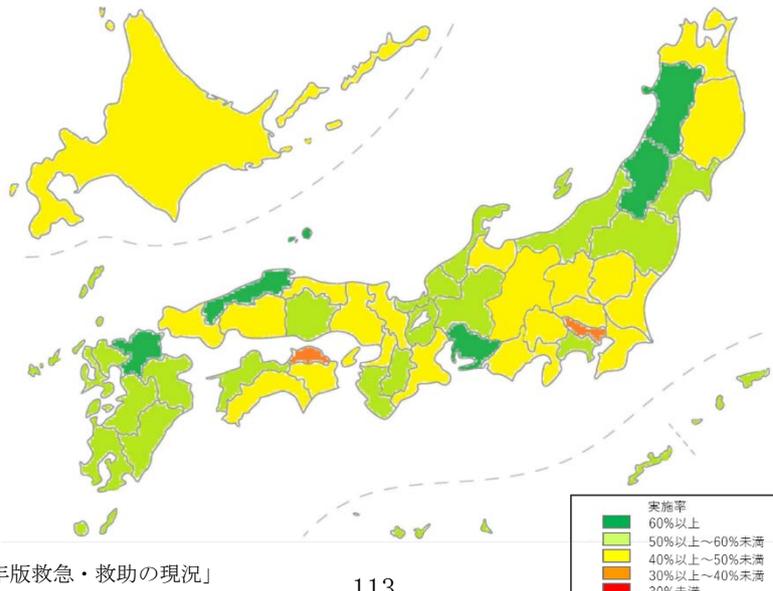
図表4-2 口頭指導実施率

※救急隊が搬送した全ての心肺機能停止者のうち、通信指令員が口頭指導を実施した割合



図表4-3 応急手当実施率

※救急隊が搬送した全ての心肺機能停止者のうち、一般市民が応急手当を実施した割合



2 検討事項

(1) 応急手当と口頭指導に関する全国の実施状況の調査

応急手当や通信指令員による口頭指導への実施状況は、地域によって様々であることから、実態を把握するため、全国の消防本部や地域MC協議会へのアンケート調査を行った。

(2) 応急手当講習受講者数及び口頭指導実施率と応急手当実施率の関係性の検討

応急手当講習受講者数及び口頭指導実施率と応急手当実施率の関係性について、実態を把握するため、様々なデータの分析・検討を行った。

(3) 応急手当の普及促進に向けた先進事例

地域の実情によって、応急手当の普及には課題があると推測する。応急手当の普及促進のため、応急手当や通信指令員の教育等について、消防機関等における先進的な実施事例を収集した。

3 調査及び検討結果

(1) 応急手当と口頭指導に関する全国の実施状況の調査

応急手当と口頭指導に関する各項目の実施状況について、全国の実施状況の調査を行い、結果を以下に示す。

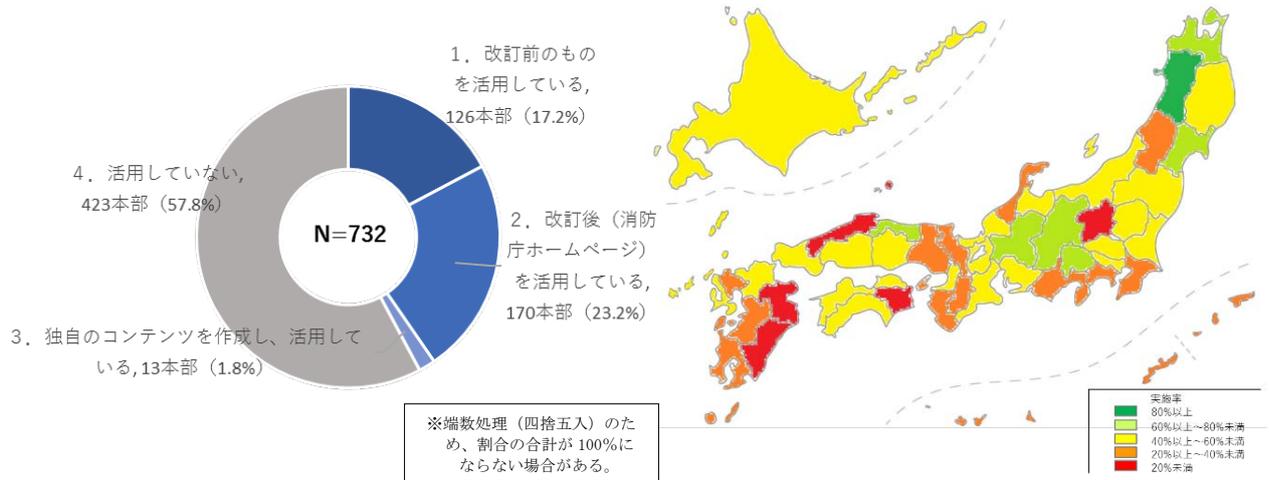
<調査概要>

- ・調査名:救急救命体制の整備・充実に係る調査について
- ・調査対象:732 消防本部及び 251 地域MC協議会
- ・調査方法:電子ファイル送付によるアンケート
- ・調査期間:平成 29 年 8 月 14 日～9 月 6 日 (基準日:平成 29 年 8 月 1 日)
- ・回収率:100%

① 応急手当 WEB 講習「e-ラーニング」の活用状況

「改定前のものを活用している」、「改定後（消防庁ホームページ）を活用している」、「独自のコンテンツを作成し、活用している」と回答した消防本部は、合わせて 309 消防本部（42.2%）あり、昨年度の 266 消防本部（36.3%）から増加している。

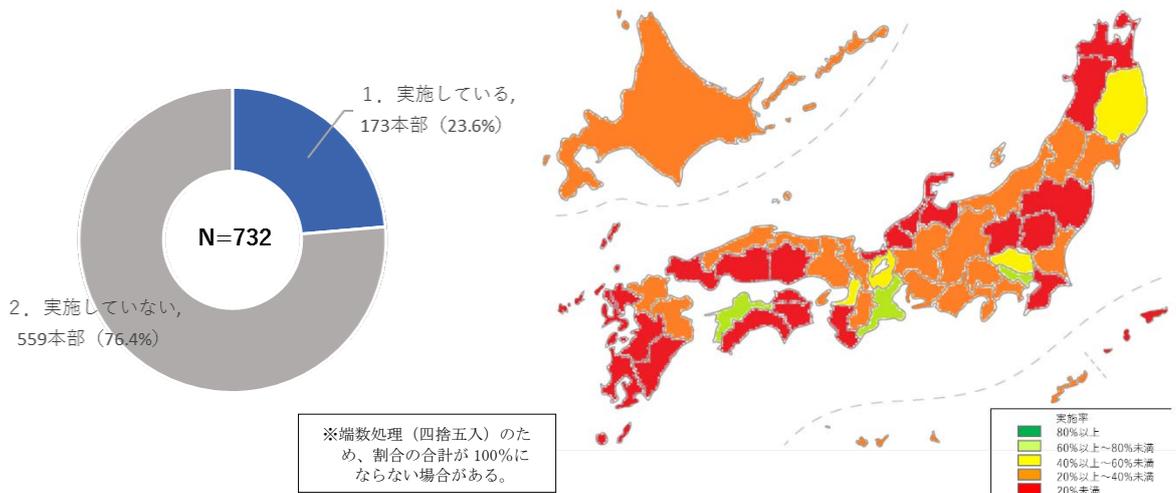
図表 4-4 e-ラーニングの活用の有無【消防本部回答】



② 教職員に対する応急手当普及員養成講習の実施状況

732 消防本部のうち、173 消防本部 (23.6%) が「実施している」と回答しており、昨年度の 177 消防本部 (24.1%) に比べ、わずかに減少している。

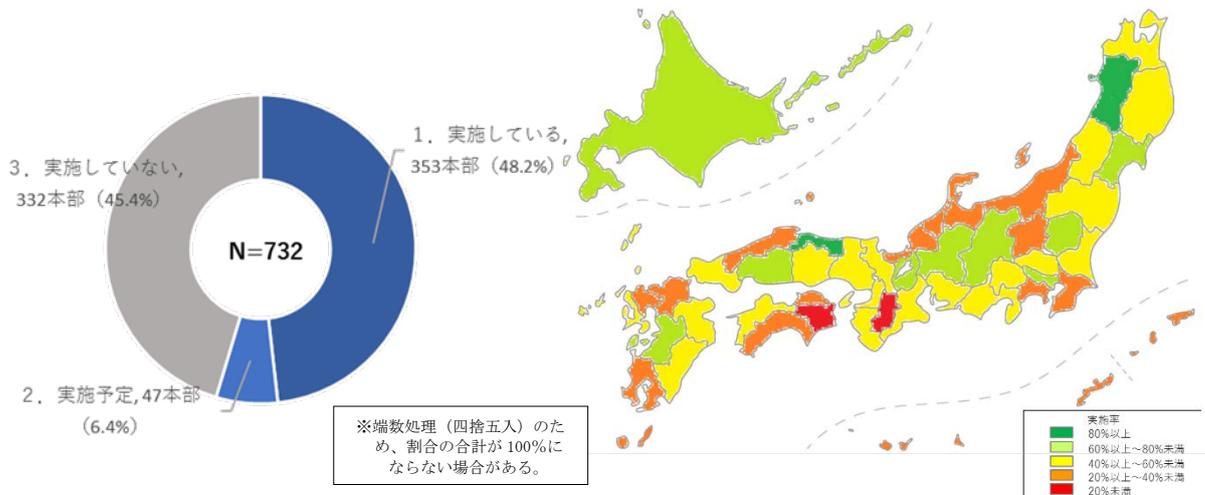
図表 4-5 教職員に対する応急手当普及員養成講習の実施の有無【消防本部回答】



③ 消防本部における救命入門コース(45分)の実施状況

732 消防本部のうち、353 消防本部 (48.2%) が「実施している」と回答しており、昨年度の 239 消防本部 (32.6%) に比べ、大きく増加している。

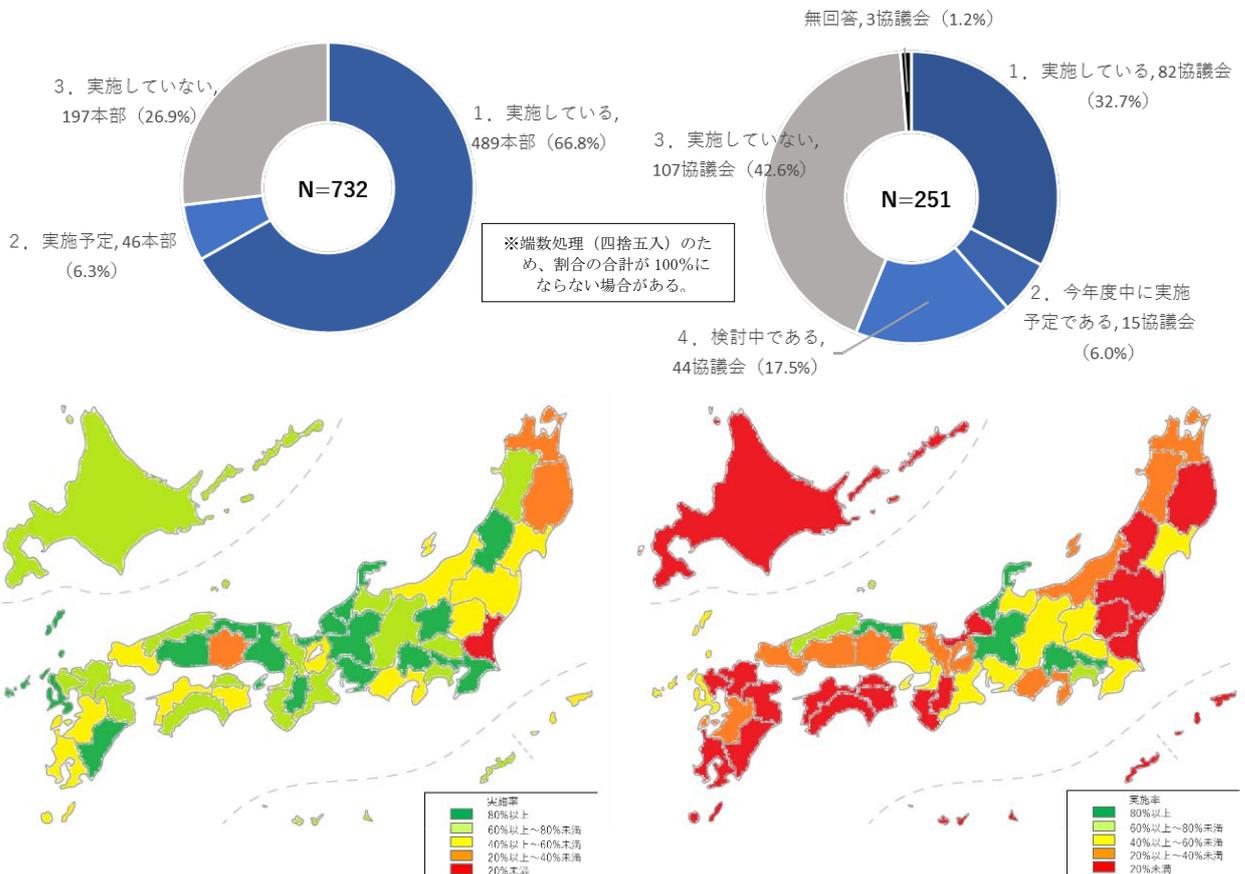
図表 4-6 救命入門コース（45分）の実施の有無【消防本部回答】



④ 通信指令員に対する救急に係る教育・研修の実施状況

732 消防本部のうち、489 消防本部（66.8%）が「実施している」と回答しており、昨年度の 445 消防本部（60.7%）に比べ、増加している。一方、地域 MC 協議会への同様の設問では、「実施している」と回答したのは、251 協議会のうち、82 協議会（32.7%）であり、こちらも昨年度の 72 協議会（28.7%）に比べ、増加している。

図表 4-7 通信指令員に対する救急に係る教育・研修の実施の有無【消防本部回答】



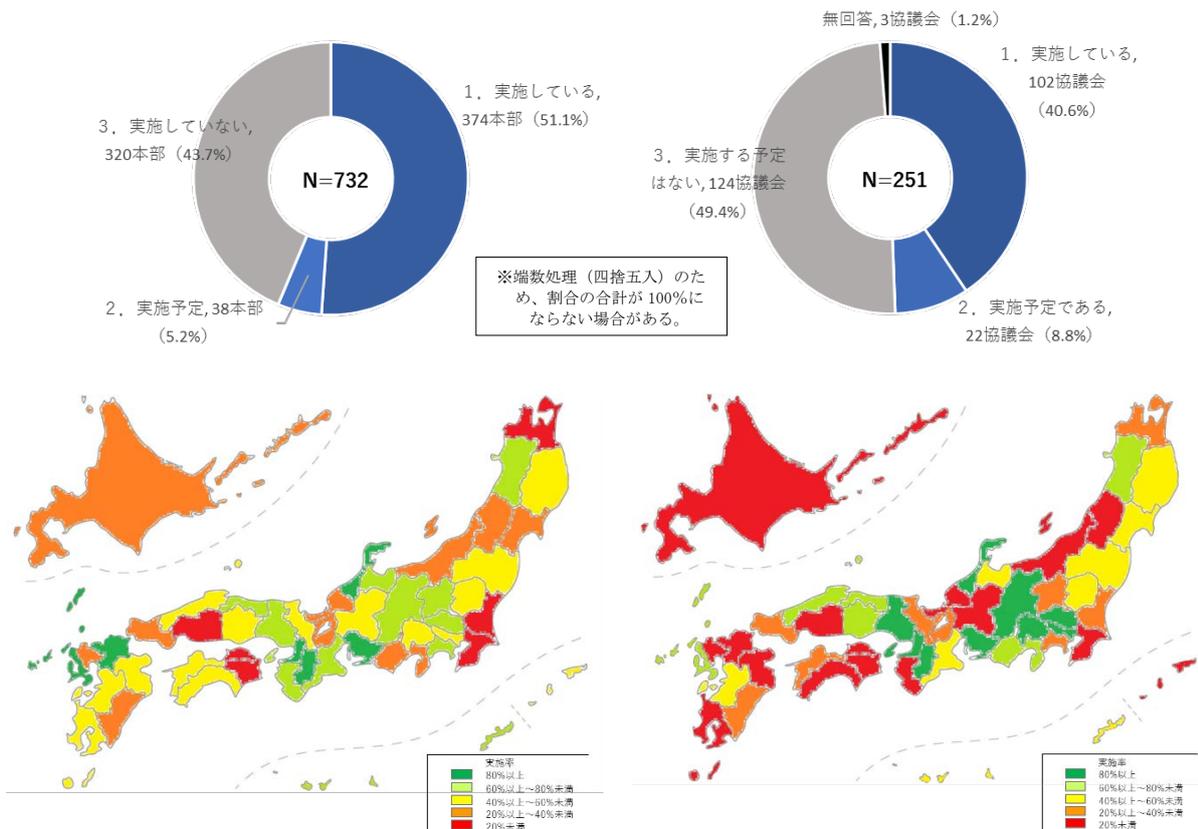
⑤ 口頭指導の事後検証の実施状況

732 消防本部のうち、374 消防本部（51.1%）が「実施している」と回答しており、昨年度の 337 消防本部（46.0%）に比べ、増加している。一方、地域 MC 協議会への同様の設問では、「実施している」と回答したのは、251 協議会のうち、102 協議会（40.6%）であり、昨年度の 90 協議会（35.9%）に比べ、こちらも増加している。

図表 4-8 口頭指導の事後検証の実施の有無

【消防本部回答】

【地域 MC 協議会回答】



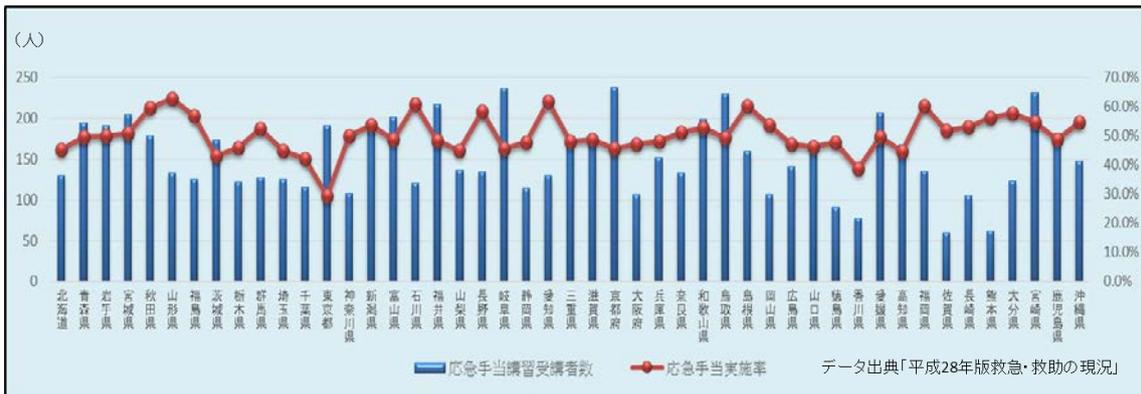
⑥ 調査結果

応急手当や通信指令員による口頭指導の取組（図表 4-4～4-8）には、地域差があり、その結果、応急手当講習受講者数、口頭指導実施率及び応急手当実施率の地域差（図表 4-1～4-3）に影響を与えているものと考えられる。

(2) 応急手当講習受講者数及び口頭指導実施率と応急手当実施率との関係性の検討

応急手当実施率を高めていくためには、応急手当講習による受講者数の拡大と、応急手当を促すための口頭指導の促進が必要であると考え、それぞれには地域差がある（図表4-9・4-10）。

図表4-9 H27年中の応急手当講習受講者数と応急手当実施率
(消防本部のみ)



応急手当講習受講者数 消防機関が行う普通・上級救命講習・救命入門コースの人口1万人あたりの受講者数

応急手当実施率 救急隊が搬送した全ての心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が応急手当を実施した割合

図表4-10 H27年中の口頭指導実施率と応急手当実施率（消防本部のみ）



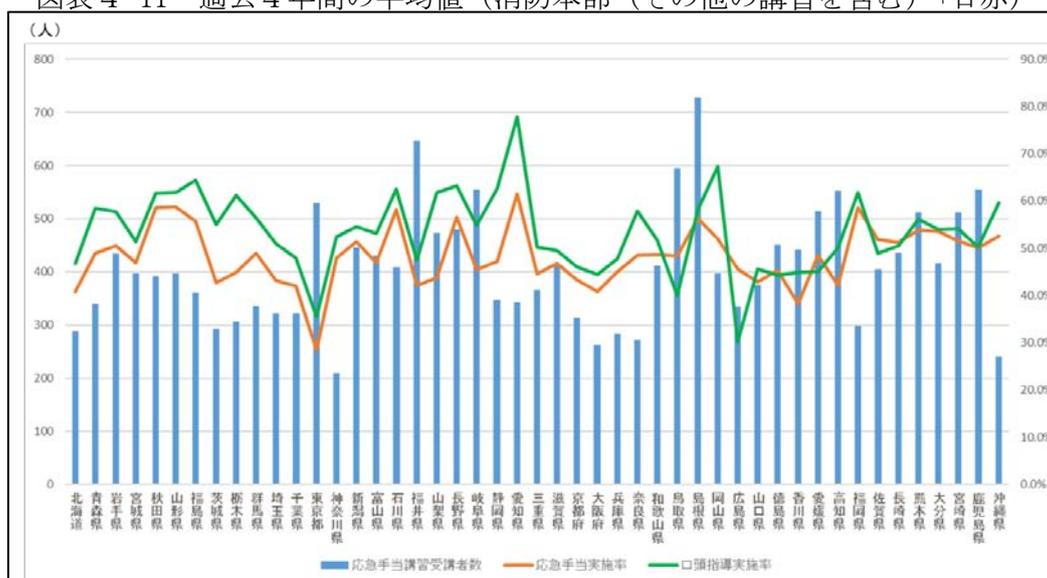
データ出典「平成28年版救急・救助の現況」及び「ウツタイン様式」に基づく救急蘇生統

口頭指導実施率 救急隊が搬送した全ての心肺機能停止傷病者のうち、通信指令員が口頭指導を実施した割合

① 日本赤十字社が扱う応急手当講習受講者数や、消防本部が扱うその他の講習受講者数を含む、過去4年間の平均値の検討

応急手当講習受講者数と応急手当実施率との関係性は、都道府県別にみると、必ずしも明確ではないところもある。応急手当実施率の更なる向上には、これらの実態を把握する必要がある、今回、関係性について、日本赤十字社が扱う応急手当講習受講者数や、消防本部が扱うその他の講習受講者数を含む、過去4年間の平均から検討を行った（図表4-11）。

図表4-11 過去4年間の平均値（消防本部（その他の講習を含む）+日赤）



データ出典「平成25・26・27・28年版救急・救助の現況」及び「ウツタイン様式」に基づく救急蘇生統計
※日本赤十字社より、平成24・25・26・27年度（年度統計）のデータ提供

この他に、平成24・25・26・27年中のそれぞれの年ごとに、データを抽出し、消防本部と日本赤十字社のデータの組合せや、消防本部とその他の講習の組合せなど、様々な検討を行ったが、検討には限界があった。そこで今回、新たに違う視点で検討することとし、応急手当を実施したバイスタンダー（以下「応急手当実施者」という。）について検討を行った。

② 応急手当実施者に関する検討

現在、消防庁の統計では、応急手当実施の有無の情報のみ収集しており、応急手当実施者の情報を把握していないことから、既に、応急手当実施者の情報を収集している消防本部のデータを基に、応急手当実施者と応急手当実施率の関係性を検討する。

ア 消防本部が収集している応急手当実施者情報の調査

応急手当実施者情報の収集状況に関する全国の実態についてアンケート調査を行った。

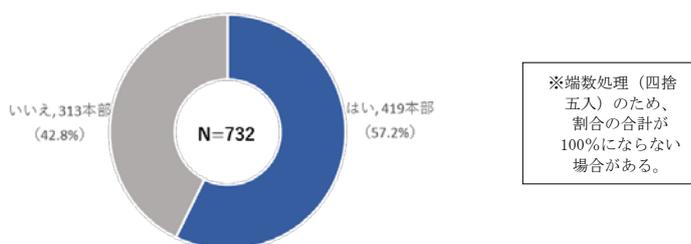
< 調査概要 >

- ・ 調査名: 救急救命体制の整備・充実に関する追加調査について
- ・ 調査対象: 732 消防本部
- ・ 調査方法: 電子ファイル送付によるアンケート
- ・ 調査期間: 平成 29 年 10 月 10 日～10 月 17 日
- ・ 回収率: 100%

(i) 応急手当講習受講の有無

「応急手当実施者の応急手当講習受講の有無を、記録として残していますか。」の質問に対し、732 消防本部のうち、419 消防本部 (57.2%) が「はい」と回答しており、313 消防本部 (42.8%) が「いいえ」と回答した。

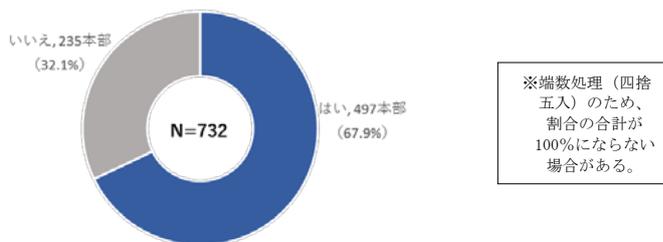
図表 4-12 「応急手当実施者の応急手当講習受講の有無を、記録として残していますか。」に対する回答結果



(ii) CPRの有効性

「バイスタンダーCPRの有効性（救急隊の主観）を、記録として残していますか。」の質問に対し、732 消防本部のうち、497 消防本部 (67.9%) が「はい」と回答しており、235 消防本部 (32.1%) が「いいえ」と回答した。

図表 4-13 「バイスタンダーCPRの有効性（救急隊の主観）を、記録として残していますか。」に対する回答結果



イ 消防本部が収集している応急手当実施者情報の分析

アの調査結果から、応急手当実施者の情報を収集している5つの消防本部のデータを分析した結果、バイスタンダーCPRを救急隊が「有効」と判断したケースでは、応急手当講習受講歴のある場合が多いことが分かった。一方、「有効でない」と判断されたケースでは、講習未受講者が多く、講習の実施は、応急手当の「質」に大きく影響を与えると推測できる(図表4-14)。

図表4-14 応急手当実施者の情報を収集している消防本部の分析結果

	A本部	B本部	C本部	D本部	E本部
全CPA	385人	371人	797人	378人	598人
バイスタンダーCPR有	176人	188人	400人	167人	261人
口頭指導有	148人	172人	235人	150人	218人
受講有り	40人	47人	46人	28人	101人
CPR有効	15人 (37.5%)	29人 (61.7%)	36人 (78.3%)	14人 (50.0%)	45人 (44.6%)
CPR有効でない	3人 (7.5%)	4人 (8.5%)	4人 (8.7%)	1人 (3.6%)	56人 (55.4%)
不明	22人 (55.0%)	14人 (29.8%)	6人 (13.0%)	13人 (46.4%)	0人 (0.0%)
受講無し	43人	49人	47人	37人	93人
CPR有効	7人 (16.3%)	25人 (51.0%)	22人 (46.8%)	7人 (18.9%)	20人 (21.5%)
CPR有効でない	10人 (23.3%)	10人 (20.4%)	12人 (25.5%)	13人 (35.1%)	73人 (78.5%)
不明	26人 (60.5%)	14人 (28.6%)	13人 (27.7%)	17人 (45.9%)	0人 (0.0%)

※1 青枠内は「口頭指導有・受講有り」の総数に対する割合

※2 赤枠内は「口頭指導有・受講無し」の総数に対する割合

※3 端数処理(四捨五入)のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

- 消防本部については、全国的な地域性を考慮し、かつ多くのデータ数を確保する必要があったため、東北地方・関東地方・中部地方の人口30万人から80万人規模の、5つの消防本部のデータを用いた(平成27年中(一部平成28年中))。
- バイスタンダーCPRの有効性については、あくまで現場到着した救急隊の主観(胸骨圧迫の部位・深さ・速さ・傷病者の背面が固い床であるなど)により判断されている。
- 受講の有無が不明なデータについては、集計対象から除いている。

③ 検討結果

今回の検討では、応急手当講習受講者数と応急手当実施率との関係について、関係性を明らかにすることはできなかった。関係性を明らかにするためには、応急手当講習受講者や応急手当実施者の実態などの検討材料を用いて、様々な要素から検討を行う必要があると考える。

一方で、バイスタンダーCPRの有効性を分析することによって、応急手当講習の受講が、応急手当の質に影響を与えることが推測できた(図表4-14)。

通信指令員による口頭指導については、応急手当実施率の向上に寄与すると考えられるが、通信指令員による口頭指導がなされている場合であっても、有効でないCPRが行われている事例がある(図表4-14)ことから、今後、口頭指導の手法について、検討することが考えられる。

(3) 応急手当の普及促進に向けた先進事例

① 応急手当講習の受講促進のための取組

ア 救命ナビ（宮城県仙台市消防局）

「救命ナビ」は、応急手当について時間や場所を限定せずに気軽に学ぶことができ、いざという時には「119番通報」と「心肺蘇生法」の一連の流れをわかりやすく案内（ナビゲート）してくれるアプリである。また、急な病気やケガの症状から「救急車を呼んだ方がいいか?」、「病院を受診した方がいいか?」など、判断に迷った際に自ら判定することができる「救急受診ガイド」も新たに追加され、機能の充実が図られている。

さらに、いざという時に、AEDを探したい場合、仙台市が実施している「杜の都ハートエイド」（応急手当協力事業者表示制度）に協力いただいているAED設置事業者の所在地を確認できるほか、全国のAED設置場所が検索できる（一般財団法人日本救急医療財団HPへリンク）機能が付与されている。

図表 4-15 「救命ナビ」アプリの実際の画面

The screenshot shows the main menu of the '救命ナビ' app. The menu items are: ① 救命ナビ, ② 応急手当を学ぶ, ③ 救急受診ガイド, and ④ 仙台市内や、その他の地域のAED設置場所を検索可能. Below the menu is a character mascot and copyright information.

Callout ①: 音声ガイド付 救命ナビゲート機. This points to the '救命ナビ' menu item.

Callout ②: いつでもどこでも気軽に 応急手当を学べる. This points to the '応急手当を学ぶ' menu item.

Callout ③: 症状に応じて緊急度が判断できる. This points to the '救急受診ガイド' menu item.

Callout ④: 仙台市内や、その他の地域のAED設置場所を検索可能. This points to the 'AEDマップ' menu item.

Additional callouts include: 'AEDが届いたら、胸の真ん中を確認してください' (When the AED arrives, please check the center of the chest) pointing to an illustration of a person's chest; '救命蘇生法一覧' (List of life-saving methods) pointing to a list of topics like '119番通報とAED手配'; and '救急受診ガイド' (Emergency care guide) pointing to a screen with symptoms like '発熱' (fever) and '主な症状' (main symptoms).

イ 応急手当ジュニアインストラクター制度（千葉県千葉市消防局）

「応急手当ジュニアインストラクター制度」とは、必要な救命講習を受講した子供が、子供に応急手当を教える取組である。平成 26 年度に千葉市こども未来局と消防局が連携したランチミーティング開催時に、参加した子供達から提案があり、平成 27 年度に実現した。

平成 29 年度末までに、ジュニアインストラクターの累計登録者数は 184 名を予定しており、年々増加している。

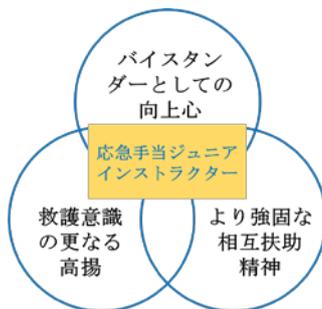
現在、小学校内や子ども交流館等で実施される「こども救命講習」や、「救急フェア」などの各種イベントが、ジュニアインストラクターの主な活動の場となっている。その際、指導対象者は子供のみだが、同席する保護者等の大人に対しても、応急手当の普及効果があると、消防本部において実感を得ている。

図表 4-16 応急手当ジュニアインストラクター制度の概要



資格取得対象者：小学 4 年生から 6 年生まで（指導できるのは中学 3 年生まで※）

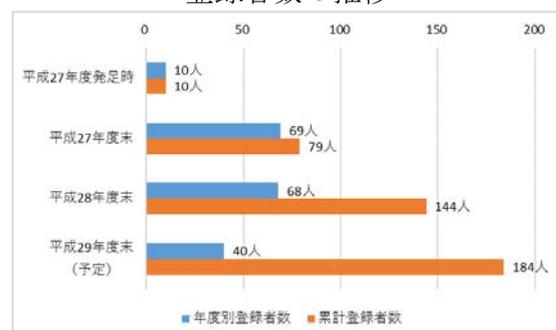
※中学生以降は、応急手当普及員や応急手当インストラクター（大人の指導員）へのステップアップが可能
その際は、経験を踏まえて短縮講習が適応される



提案内容：大人の応急手当インストラクター
みたいに応急手当を広めたい！

図表 4-17

応急手当ジュニアインストラクター
登録者数の推移



② 通信指令員への教育についての取組

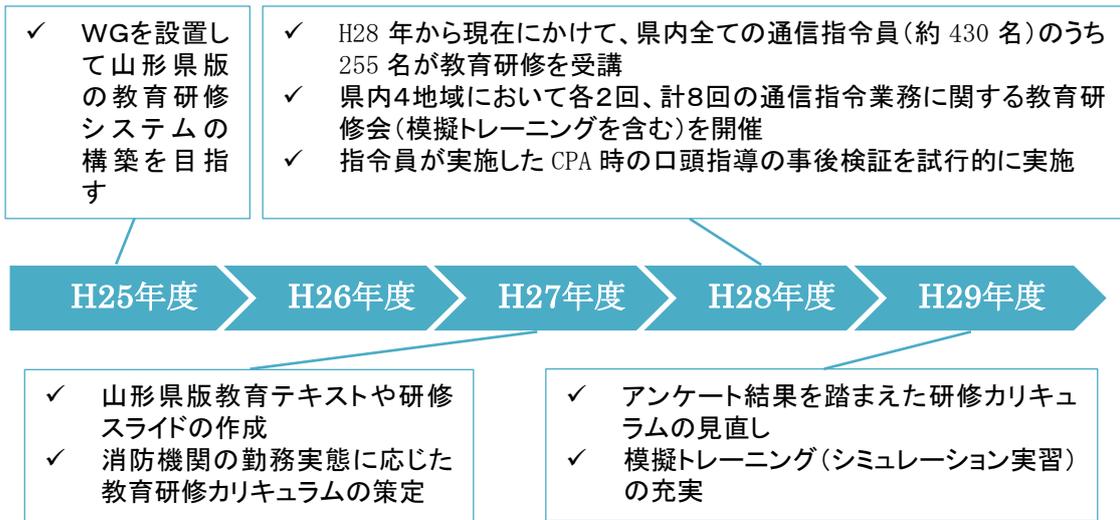
ア 県内統一の教育研修（山形県救急業務高度化推進協議会）

山形県では、通信指令員の技術向上と消防本部間の教育格差を解消し、最終的に救命率の向上につなげるために、県内統一の教育研修プログラムを策定している。

今年度の研修は、講義編と実習編に分けて実施し、講義編では、医学の基礎に関する導入講義の後、解剖・生理、心停止に至る病態等について、医師及び指導救命士が講義を行った。実習編では、グループワーク形式でコミュニケーション向上トレーニングを行った後、受講者全員がランダムに出される口頭指導の模擬トレーニングを実施した。なお、模擬トレーニングでは、傷病者ブースと通信指令ブースを隔離し、完全ブラインド形式で口頭指導のシミュレーションを行った後、ビデオカメラで撮影した傷病者ブースの映像を見ながら、全員で振り返りを行っている。

受講者へのアンケート結果では、「他の消防本部の口頭指導や通信指令のやり取りを聞くことができ、大変有意義であった」との声があった。

図表 4-18 県内統一の教育研修のこれまでの流れ



図表 4-19 通信指令業務に関する教育研修会の様子



(講義編：導入講義)



(実習編：模擬トレーニング)

イ 県内統一の消防学校教育（岐阜県消防学校）

岐阜県では、救急現場におけるバイスタンダーに対して適切な指導ができるよう、119番を受信する通信指令員に対して、県内統一の消防学校教育を実施している。

平成27年度から、県MCを主体としたワーキンググループを設置し、平成28年度に消防学校での第1期通信指令研修が実現した。研修は、2日間のカリキュラムとなっており、基礎知識や医学的知識に関する座学に加え、現場特定訓練やシミュレーション総合訓練の実技により、通信指令員のスキルアップを図った。

平成29年度は、3日間の第2期通信指令研修を実施した。これは、前回の研修内容やアンケート結果を踏まえ、既存の研修内容の充実と、支援情報訓練及び検証訓練を新たに加えたことによる。

平成30年度には、さらに研修内容が検討された上で、第3期通信指令研修が実施される予定となっている。

第1期アンケートによると、研修の満足度は非常に高く、講習全体を通して「非常に参考になった」若しくは「参考になった」と回答した受講生の割合は、9割以上であった。

図表4-20 通信指令員研修の概要

研修実績	研修内容
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 第1期 H29年3月 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 通信指令員の業務に必要な事項に関する座学 ✓ 医学的知識に関する座学(H29年度に充実)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 第2期 H29年12月 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 通報時の現場特定訓練や、各本部の創意工夫の共有(H29年度に充実)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 第3期 H30年度実施 予定 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 演者(通報者役・傷病者役)を用いたシミュレーション総合訓練 ✓ 支援情報訓練(H29年度追加) ✓ 検証訓練(H29年度追加)

図表4-21 通信指令研修（第1期）の様子



(座学)



(実技)

③ バイスタンダーCPR促進のための取組

ア にいがた救命サポーター制度（新潟県新潟市消防局）

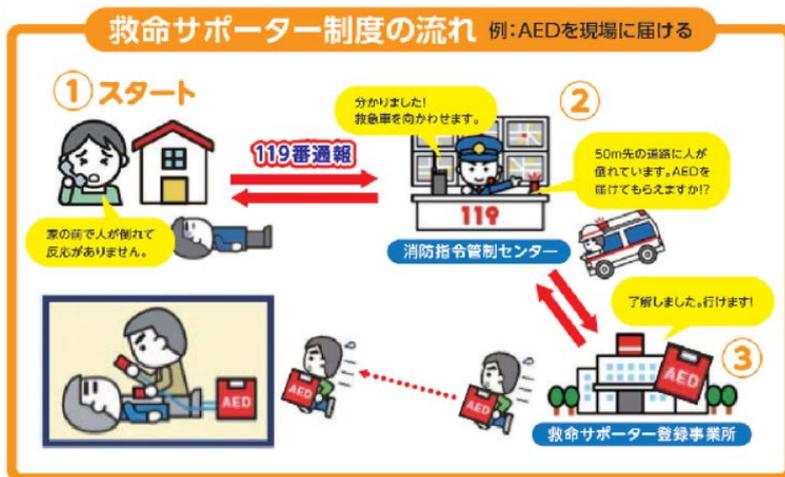
「にいがた救命サポーター制度」とは、協力いただける事業所のAED設置場所などの情報を消防指令管制センターに登録し、一刻も早くAEDが使用できる環境を作り、一人でも多くの命を助けようとする取組である。具体的には、心肺停止が疑われる119番通報時に、消防指令管制センターの指導で、通報現場近くの登録事業者の方からAEDを現場に届けてもらう、又は借りに来た人にAEDを貸出してもらい、救急隊到着前に早期除細動を実施することを目的としている。

登録事業者には、応急手当講習の受講を定期的に促しており、AEDの取扱について周知している。

また、ボランティア等公益的な市民活動中のケガや事故を対象とした保険制度である「新潟市市民活動保険」も準備されている。

なお、平成28年度中の登録事業者への運用件数は23件であった。現場に登録事業者のAEDが持ち込まれ、パッドが装着された件数は9件、そのうち5名に除細動が実施され、全員が社会復帰されており、早期除細動の救命効果が得られている。他の4件については、除細動適応外や非心肺停止事案であった。

図表4-22 「にいがた救命サポーター制度」の概要



(登録事業者用ステッカー)

(救命サポーター制度の流れ 例：AEDを現場に届ける)

図表4-23 「にいがた救命サポーター制度」の運用実績

区別登録状況と運用数(平成28年度中)

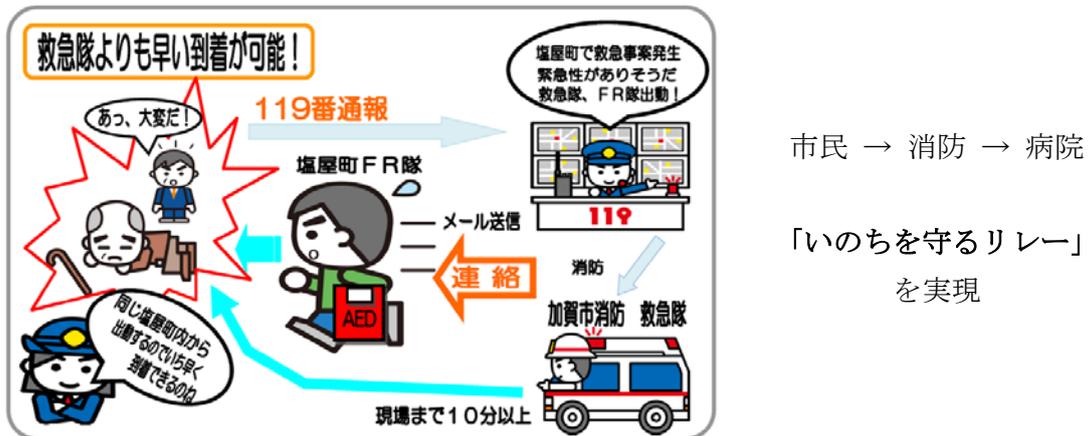
	北区	東区	中央区	江南区	秋葉区	南区	西区	西蒲区	計
協力事業所数	140	159	382	128	134	102	207	137	1389
運用数	2	2	8	3	2	2	2	2	23

イ ファーストレスポonder制度（石川県加賀市消防本部など）

「ファーストレスポonder制度」とは、傷病者が発生した際に、救急隊よりも早く現場に駆けつける住民団体（FR 隊）を組織し、住民による速やかな応急手当を実現するものである。救急隊が到着した際は、応急手当を引き継ぎ、実施した手当の内容（AEDの使用回数等）を救急隊に伝え、必要に応じ、救急隊の指示で救急活動を支援する場合もある。

全国で初めて本制度が導入された石川県加賀市塩屋町では、FR 隊への加入条件が20歳以上とされており、必要な講習を受講した住民で構成されている。なお、塩屋町においては、FR 隊員の「出動中の事故によるケガ」、「出動中に他人にケガをさせたり、他人のものを壊してしまった場合の損害賠償責任」、「出動中の携行品の盗難や、破損により生じた損害」を補償する保険が用意されている。さらに、FR 隊活動に伴うストレスに対するケアについての研修会も実施しており、様々な面からその活動を支えている。

図表 4-24 ファーストレスポonder制度の概要



図表 4-25 ファーストレスポonder訓練（FR 隊から救急隊への引継）の様子



④ 早期心肺停止の判断のための聞き取り方法

口頭指導支援ツール（石川県能美市消防本部）

口頭指導支援ツール(アプリ)は、現場から通報を受けた通信指令員に対して、傷病者が心肺停止の状態であるか、又はそれに移行するリスクがあるかの判断に個人差が生じないように工夫され、救急隊到着前救護の質向上を目指した取組である。

さらにバイスタンダーが複数いる場合に、処置実施者以外の蘇生協力者を介して実施されている胸骨圧迫の質を確認し、評価、修正することでバイスタンダー胸骨圧迫の質向上を目指している。

現在、効果の証明に必要なデータ数を蓄積している段階ではあるが、消防本部においては「死戦期呼吸の見逃しや知識量の差による判断差が大幅に是正されている」との実感を得られている。

図表 4-26 口頭指導支援ツールの詳細

項目	詳細
適切な用語の選定	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 通報者への質問は、理解しやすく、誤解を招かない用語を選定(例:意識状態の確認時は「患者さんは今、お話しは出来ていますか?」という聞き方に統一)
死戦期呼吸の判断	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 顔色異常の有無、口の動きの異常、普段と異なるいびきの有無等を確認し、聴取した異常の組合せにより、死戦期呼吸の可能性を判断 ✓ 呼吸回数の測定機能を付与(通報者からの合図で、画面のボタンをクリックし、測定)
心肺停止移行リスクの判断	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 意識や呼吸の状態、主訴や発症状況のキーワードにより、心肺停止移行リスクを判断
バイスタンダー胸骨圧迫の質改善	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 傷病者の年齢、蘇生協力者数(単数か複数か)、通報者が心肺蘇生法を知っているか否かの3つの組み合わせにより、8通りの中から最適な胸骨圧迫指導画面を選択
その他	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 異物除去、止血、分娩等の口頭指導も可能 ✓ 容態情報及び、時系列情報を秒単位で自動記録 ✓ リスクに応じて画面の背景色を変化(グリーン、イエロー、ピンクとトリアージタグと同色に変化)

図表 4-27 口頭指導支援ツールの画面



(傷病者情報を聴取する最初の画面)

(カテゴリーが心停止疑いに決定した画面)

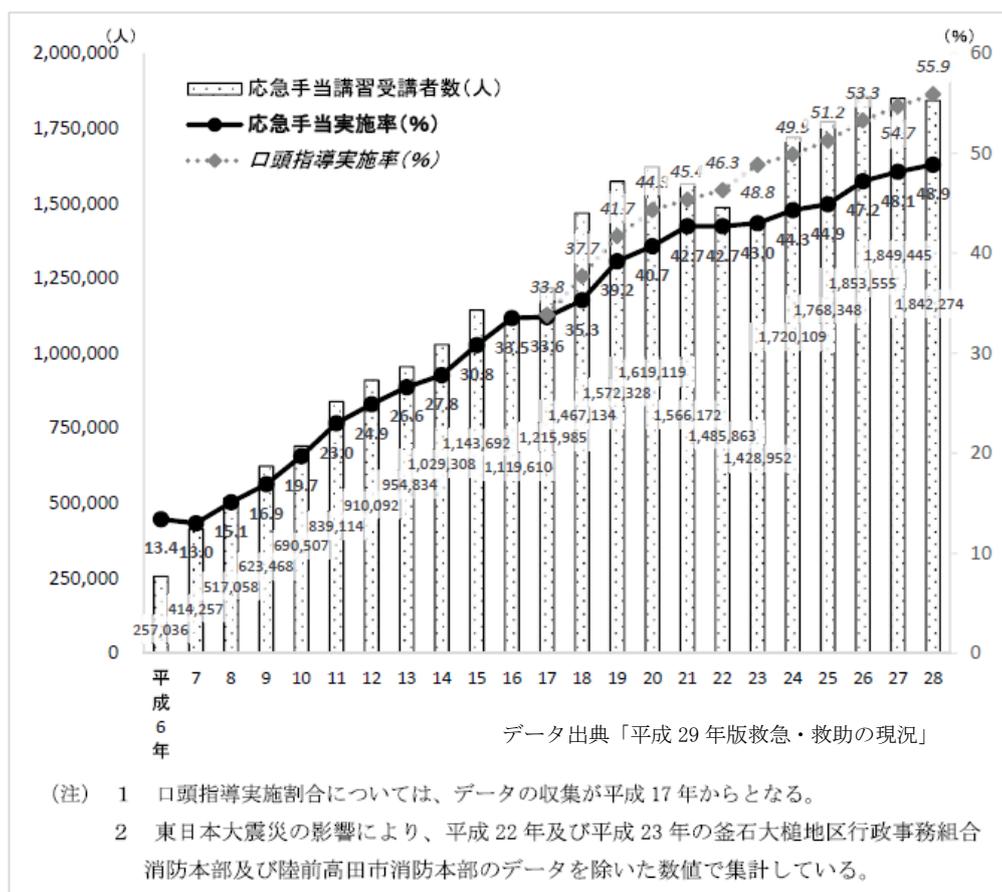
4 まとめ（今後の方向性）

応急手当や通信指令員による口頭指導の普及は、救命体制の充実を図る上で非常に重要であるが、各地域の実情によって様々な課題があり、取組状況に地域差が生じていることから、他の消防本部等の取組状況を共有することで、更なる救命体制の充実強化が期待される。

また、全国的にみると応急手当講習受講者数の増加に伴い、応急手当実施率が高まる傾向にある（図表4-28）が、都道府県別の比較では、応急手当講習受講者数と応急手当実施率との関係性を見出すことはできなかった。実態を明らかにするためには、応急手当講習受講者と応急手当実施者の分析などが必要であると推測されることから、これらの収集、分析について、消防本部の救急活動や事務負担への影響も踏まえて、検討することが考えられる。

また、一部の消防本部の応急手当実施者情報の分析を行うことで、応急手当講習は、応急手当の質につながるものと推測できた。適切な応急手当を行うことで、大きな救命効果が期待できることから、応急手当講習と通信指令員による口頭指導の普及促進が非常に重要となる。各地域における先進事例などを参考に、より一層の応急手当の普及に取り組むことが期待される。

<参考>図表4-28 応急手当講習受講者数と心肺機能停止傷病者への
応急手当実施率及び通報者への口頭指導実施率の推移



第5章

テロ災害等の対応力向上

第5章 テロ災害等の対応力向上

1 背景・目的

(1) 事態対処医療 (Tactical Emergency Medical Support) とは

「事態対処医療」は、テロ等の不測の事態が発生した際の救急救護・医療をさすものとして、用いられ始めている。

戦場やテロ現場において、隊員や人質等の生命を守るための医療として発展し、米国では、緊急性の高い災害やテロ事案で活動する機関の隊員等の危機管理関係者に広く認知されている領域である。

我が国においても、ラグビーワールドカップ 2019 や東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会などの大規模な国際的イベントの開催を控え、事態対処医療についての体制の整備、救急隊員に対する教育等が喫緊の課題となっており、必須となる新たな領域とされている。

(2) 昨年度までの検討

昨年度の救急業務のあり方に関する検討会報告書において、「事態対処医療では、爆傷のメカニズム、新たな救急資器材（例：救命止血帯（ターニケット））等の使用方法などの医学的に裏打ちされた項目について、救急隊員が知識及び技術を習得していくことが期待される。」と紹介し、消防学校初任科、指導救命士養成研修などそれぞれの立場に応じた教育等の実施について記載した。

図表 5 - 1 新たな止血帯の一例



(実施状況)

- ①消防学校教科書(初任科教育)への掲載(平成 29 年 3 月消防教科書『救急』改訂済)
- ②救急隊員標準テキストの改訂(改訂中)
- ③消防大学校救急科の講義(平成 29 年度から実施)
- ④指導救命士養成研修(救急救命九州研修所において平成 29 年度から実施)

2 検討事項

(1) 今年度の検討事項

昨年度の結果を踏まえ、事態対処医療の中でも、特に爆発物による外傷等に対する止血効果が高いとされるターニケットを用いた止血法に関する教育は重要であることから、その使用方法等について、救急隊員をはじめとした消防職員への教育カリ

キュラム及びテキストの策定を検討するとともに、各消防本部で導入するための試行教育を実施し、育成のための方策について検討することとした。

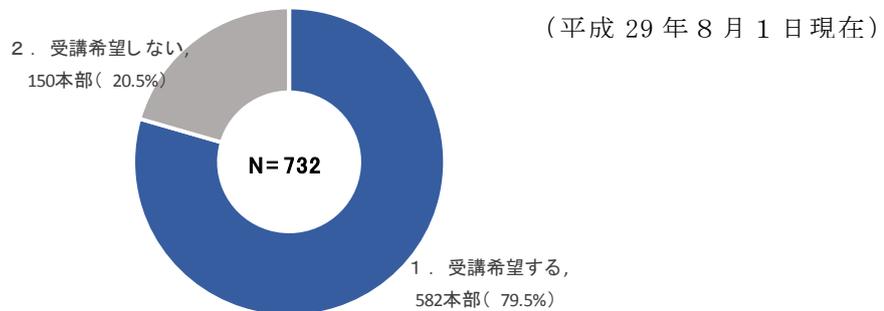
3 アンケート調査及び試行教育

(1) アンケート調査結果

① テロ災害等を想定した救急資器材（ターニケット等）の使用方法を含めた教育について

全国 732 消防本部のうち、約 8 割の消防本部が、テロ災害等を想定した救急資器材（ターニケット等）の使用方法を含めた研修の受講を希望しており、関心の高さがうかがえた。

図表 5-2 テロ災害等を想定した救急資器材（ターニケット等）の使用方法等の研修について



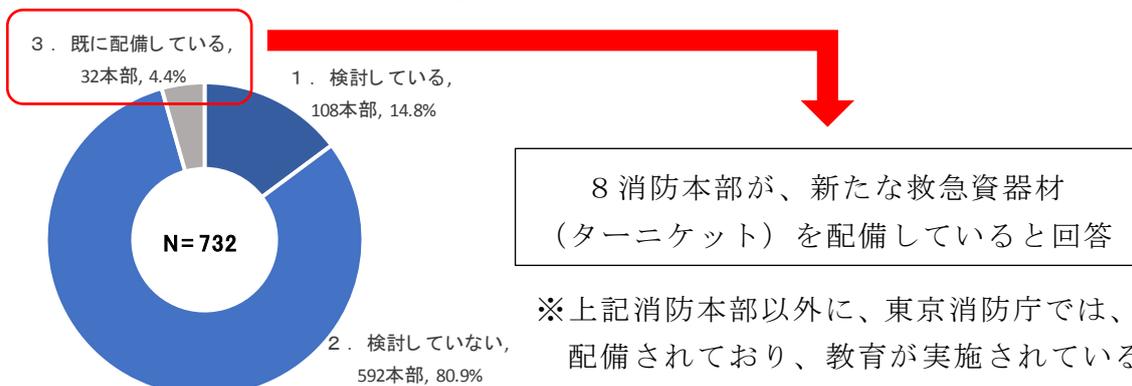
※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

② テロ災害等を想定した救急資器材（ターニケット等）の配備の状況について

全国 732 消防本部のうち、108 消防本部（約 15%）が救急資器材（ターニケット等）の配備を検討していると回答した。また、32 消防本部（約 4%）が「既に配備している」と回答した。

「既に配備している」と回答した 32 消防本部について聞き取りを行い、精査したところ、8 消防本部が新たな救急資器材（ターニケット）を配備していた。

図表 5-3 テロ災害等を想定した救急資器材（ターニケット等）の配備の検討について



※上記消防本部以外に、東京消防庁では、既に配備されており、教育が実施されている。

(平成 29 年 8 月 1 日現在)

※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

また、新たな救急資器材（ターニケット）を配備している消防本部では、使用実績は少ないものの、血液透析用シャント部からの出血、農機具への巻き込みによる前腕からの大量出血に対し使用した事例があった。

図表 5 - 4 新たな救急資器材（ターニケット）の一例



さらに、新たな救急資器材（ターニケット）に関する救急隊員等への教育については、統一的な教育カリキュラム・テキストはないが、JPTEC（Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care：外傷病院前救護ガイドライン）を受講した者等により、実施されているケースが多く、中には地域メディカルコントロール協議会の承認を得て、実施している消防本部もあり、その1例が図表5-5のとおりである。

図表 5 - 5 消防本部によるターニケットの使用についての教育の一例

実施消防本部 倉敷市消防局
 対象者 岡山県内の救急救命士(任意受講)
 講習時間 2時間
 講習項目 出血と止血法
 止血資器材の取扱い(実技)

(講習会時間割)

(主な実習部分の内容)

時系列(所要分)	項目	内容	直接圧迫止血	二人一組 救助者役と傷病者役 負傷部位は前腕部
13:30 - 13:35 (5分)	開会	講習会の流れについて説明	止血点圧迫止血	二人一組 救助者役と傷病者役 負傷部位は前腕部 三角巾をガーゼと仮定
13:35 - 14:20 (45分)	(座学) 出血と止血法	基礎知識の再確認 オリンピックに向けた国の動向	止血帯止血	三角巾と棒を準備 代用止血帯を想定 二人一組 救助者役と傷病者役 傷病者は脈の確認役兼務 橈骨近位端離断を想定 指導救命士巡回指導
14:20 - 14:30 (10分)	休憩			
14:30 - 14:50 (20分)	(実技) 止血資器材	代用止血帯による止血法	専用止血帯使用	二人一組 救助者役と傷病者役 傷病者は脈の確認役兼務 対人 対自身(立位) 対自身(伏臥位) 橈骨近位端離断を想定 指導救命士巡回指導
14:50 - 15:15 (25分)		専用止血帯による止血法 及び止血用ハンテージによる 圧迫止血		
15:15 - 15:25 (10分)	まとめ	到達目標に合致したまとめ		
15:25 - 15:30 (5分)	アンケート記入 閉会			

図表 5 - 6 講習会の様子



(2) テロ災害等の対応力向上としての止血に関する試行教育

テロ災害等が発生した場合、救急隊員、救助隊員、消防隊員全てが、要救助者の救出や適切な傷病者管理に関わることになるかと推察される。特に爆発物による外傷（鋭的外傷）等に対して止血効果が高いとされるターニケットを用いた止血に関する教育をこれらの隊員に実施することは、テロ災害等への対応力向上の観点から、きわめて重要である。

また、全国で一定水準の教育内容を確保する必要があることから、カリキュラム及びテキストを作成し、提案することとした。

カリキュラム等を作成するにあたり、試行教育を実施した。

① 試行教育を行う消防本部の選定

試行教育は、東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会開催予定地を管轄する3消防本部（藤沢市消防局、千葉市消防局、横浜市消防局）とした。

② 教育方法

ア 対象

テロ災害等の活動では、救急隊員、救助隊員、消防隊員全てが、要救助者の救出や適切な傷病者管理に関わることになるかと推察されることから、救急救命士に限定せず救急隊員、救助隊員、消防隊員を対象とした。

※救助隊員・消防隊員は、救急業務に関する講習を受けていない者も含む。

イ カリキュラム（案）

試行教育は、図表 5－7 のカリキュラムのとおり実施した。

図表 5－7 止血に関する教育の研修項目と到達目標について（案）

研修項目	到達目標	時間
①出血の病態と止血の理論※	<ul style="list-style-type: none"> ● 出血の病態を十分理解する。（解剖も含む） ● 止血できる出血とできない出血（四肢、接合部、体幹部）を十分理解する。 ● 止血の機序を理解する。 ● 止血方法について理解する。 	40分
②止血帯の原理と使用法	<ul style="list-style-type: none"> ● ターニケットの原理について理解する。 ● ターニケットの適応とその使用法をしっかりと学習し、その有用性を理解する。 ● 使用法を習得する。（実技） 	90分
③テロ災害等の対応力向上	<ul style="list-style-type: none"> ● 止血帯の教育が検討されることになった経緯について（事例を含む） ● テロ災害等による外傷の特徴について十分理解する。 ● テロ災害等による外傷に対する止血の重要性を理解する。 	50分
計		180分

※救急救命士を対象とした研修では、①を省略するなど柔軟な対応が可能

ウ テキスト（案）

テキストの構成（案）は、図表 5－8 のとおり、Ⅰ．出血の病態と止血の理論、Ⅱ．止血帯の原理と使用法、Ⅲ．テロ災害等の対応力向上の 3 つの項目からなる構成とした。

図表 5－8 テキスト（案）

Ⅰ．出血の病態と止血の理論	Ⅲ．テロ災害等の対応力向上
1．出血と生体反応	1．事態対処医療
2．出血性ショックと重症度	2．Hartford Consensus
3．止血の種類と理論	3．ボストンマラソン爆発テロ事件における止血帯の使用
Ⅱ．止血帯の原理と使用法	
1．止血帯の種類と構造	図譜－1 上肢の血管
2．止血帯の適応	図譜－2 下肢の血管
3．止血帯の合併症	
4．止血帯の使用法	
5．留意点	

エ 試行教育

試行教育は、今年度の救急業務のあり方に関する検討会テロ災害等対応力向上小会合委員である山口委員、山田委員により、実施された。

図表 5 - 9 試行教育の様子



千葉県消防局



藤沢市消防局



横浜市消防局

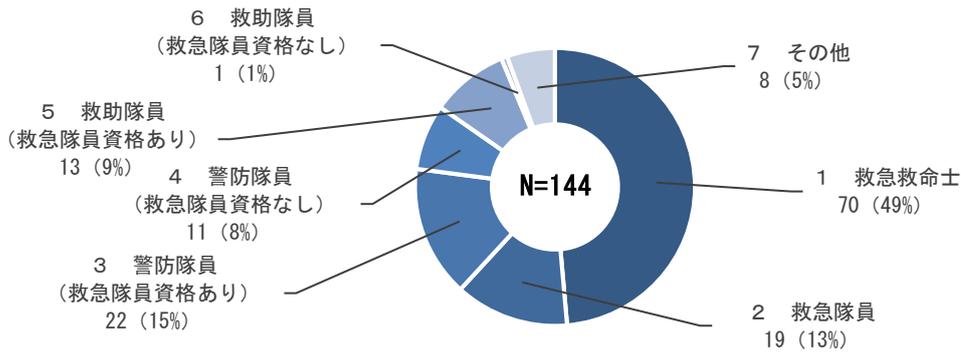
③ 試行教育後のアンケート結果

試行教育を実施後にアンケートを実施し、受講者資格、教育時間、実技時間、グループの人数、テキストの内容といった項目について、アンケート結果を教育カリキュラム及びテキストに反映するため、意見を求めた。

ア 試行教育への参加者資格状況

参加者の総数は 144 名で、資格状況は、図表 5 - 10 のとおりであった。その他には、通信指令員、学校教官が含まれていた。

図表 5-10 試行教育参加者の資格状況

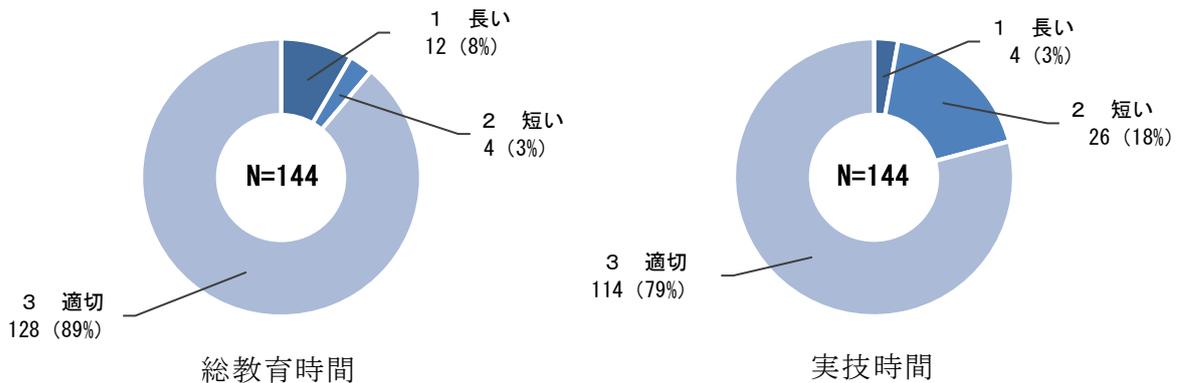


※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

イ 教育時間について

総教育時間については約 9 割が、実技時間については約 8 割が、「適切」と回答した。また、教育内容である①出血の病態と止血の理論、②止血帯の原理と使用法、③テロ災害等の対応力向上それぞれの時間配分についても、「適切」と答えた参加者が約 9 割であった。

図表 5-11 総教育時間と実技時間について



※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

ウ 実技について

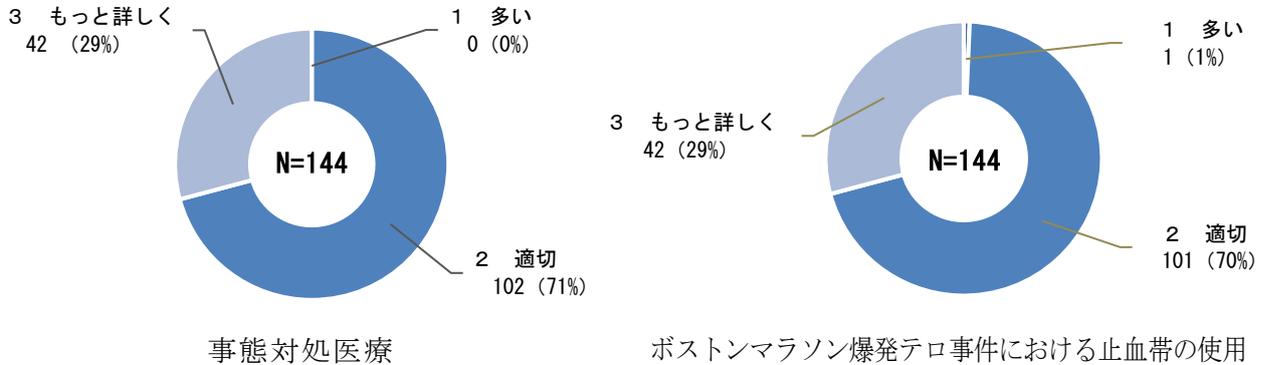
試行教育においては、ターニケット 1 個あたりの参加者人数が 2～5 人と幅があったが、いずれの消防本部のアンケートにおいても、1 個あたりの人数は「人程度が適切」と約 8 割の参加者が答えた。

エ テキストについて

試行教育に使用したテキスト（案）では、Ⅰ．出血の病態と止血の理論、Ⅱ．止血帯の原理と使用法については、約 8 割の参加者がその分量について「適切」と回答したが、Ⅲ．テロ災害等の対応力向上については、「もっと詳しく記載してほしい」という回答が約 3 割にみられ、テロ災害の対応の実例等について、複数の事例の記

載があれば、より現実的なイメージを持つことができるという意見もあり、関心の高さがうかがえた。

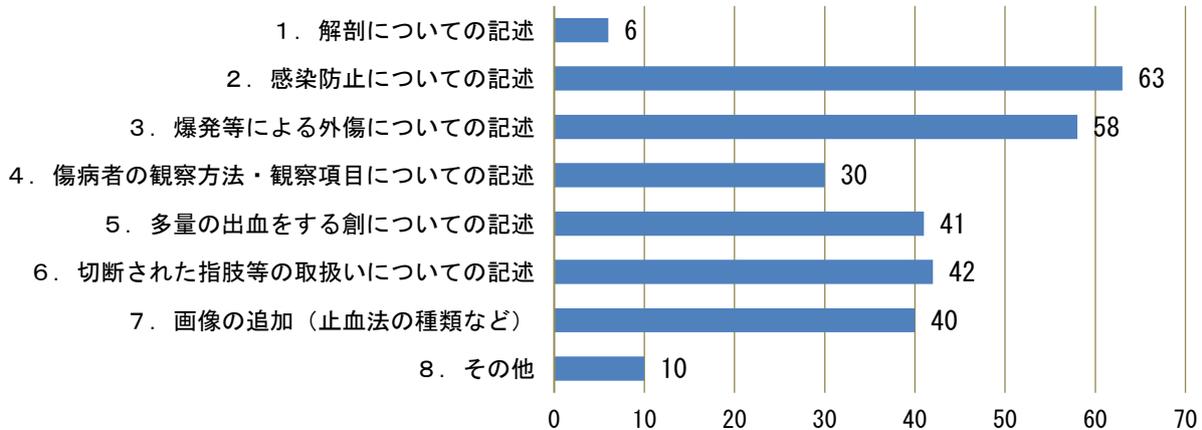
図表 5-12 「テロ災害等の対応力向上」の記載について



※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

また、「テキストに追加してほしい記載内容」については、「感染防止についての記述」、「爆発等による外傷についての記述」の順に多かった。

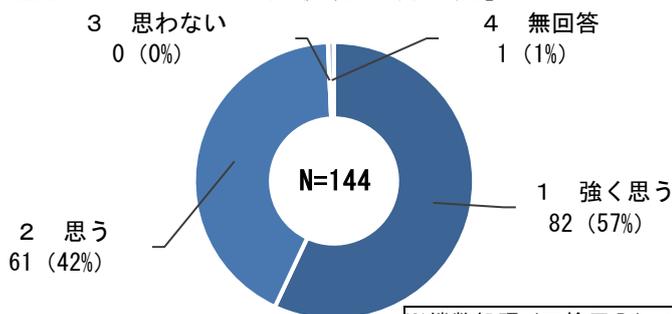
図表 5-13 「テキストに追加してほしい記載内容」について（複数回答）



オ 満足度について

この試行教育が「今後の活動に役立つと感じるか」の問に対し、99%の参加者が「強く思う」又は「思う」と回答している。

図表 5-14 「試行教育の満足度」について



※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

カ その他

自由記述での主な意見としては、下記のような意見が挙げられた。

- ・止血帯の必要性及び重要性が詳細に理解できた。
- ・救急隊員として、基本的なことは理解していたつもりではあったが改めて出血の病態や止血について再認識することができた。
- ・実技の際、救急隊員と消防隊員のペアにすると教育効果が上がるのではないか。
- ・消防職員として、テロ災害等での鋭的外傷（爆弾、銃、ナイフ）に対応する止血に関する知識と技術の習得は必須ではないか。
- ・医療機関の関係者にも研修が必要ではないか。
- ・テロ災害等が起こった現地において対応に苦慮した点など、今後に生かせる情報の共有や現場での活動についてのグループディスカッションを行うことの必要性を感じた。

4 テロ災害等の対応力向上としての止血に関する教育カリキュラム及びテキスト

3 消防本部で行った試行教育でのアンケート結果を参考に、カリキュラム及びテキストについて検討し、以下のとおりとりまとめた。

(1) カリキュラム

講習については、図表 5-15 のとおりとする。

対象は、全ての消防職員とし、講習時間は、合計 3 時間程度とする。

講習内容は、導入、出血の病態と止血の理論、ターニケットの目的と使用法、テロ災害等の対応力向上とし、実技はグループ（1 グループ 5 名程度）に分かれ、ターニケットの使用方法を学習することとする。

このうち、「出血の病態と止血の理論」については、救急救命士及び救急業務に関する講習（消防法施行規則第 51 条）若しくは救急業務に関する基礎的な講習（同規則第 51 条の 2 の 2）を修了した者を対象とする場合は、省略することも可能とした。

図表 5-15 テロ災害等の対応力向上としての止血に関する講習（案）

【一般目標】

- 1 救命における止血の重要性を理解する。
- 2 基本的な止血方法を習得する。
- 3 安全にターニケットを使用する。

【講習内容】

大項目	小項目	到達目標
導入 (10分)	講習の概要	
1. 出血の病態と止血の理論 (40分)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 出血と生体反応 ・ ショック ・ 止血法の種類と理論 直接圧迫止血法 止血点圧迫止血法 止血帯法（緊縛法） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 出血について理解する。 ・ ショックについて理解する。 ・ 止血の機序について理解する。 ・ 止血方法について理解する。
(休憩)		
2. ターニケットの目的と使用法 (80分)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ターニケットの使用目的 ・ ターニケットの種類と構造 ・ ターニケットの使用法（実技を含む） ・ ターニケットの合併症 ・ 感染防止について ・ 質疑応答 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ターニケットの目的について理解する。 ・ ターニケットの種類・構造について理解する。 ・ ターニケットの使用法について理解する。 ・ ターニケットの合併症について理解する。
(休憩)		
3. テロ災害等の対応力向上 (20分)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事態対処医療 ・ Hartford Consensus ・ ボストンマラソン爆発テロ事件における止血帯の使用 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事態対処医療の概略について理解する。 ・ 海外でのターニケットの普及に至った経緯について理解する。
まとめ (10分)		

○講習対象は、全ての消防職員とする。

○講習時間は、合計3時間程度とする。

○救急救命士又は救急業務に関する講習若しくは救急業務に関する基礎的な講習を修了した者（救急隊員、准救急隊員）は、上記講習のうち1を省略するなどの柔軟な対応ができる。

○実技のグループ編成については、救急救命士又は救急業務に関する講習若しくは救急業務に関する基礎的な講習を修了した者と未修了の者を1つのグループにすることなども考慮する。

○定期的な再講習が望ましい。（日常の研修の中で、実施することも可。）

【準備物品】

○5人程度を1グループとし、1グループに1個のトレーニング用のターニケットを準備する。

○実技訓練の際に、止血効果を確認するため、パルスオキシメーターを準備しておくことが望ましい。

(2) テキスト

テキストは、カリキュラムに沿った内容とし、試行教育の際に出た受講者からの質問に対する回答を取り入れ、救急業務に関する講習の未修了者に対しても分かりやすくなるよう作成した。

また、消防本部等において指導救命士などが講習を行う際に活用できるよう、指導の際のポイント等を掲載した指導者用のテキストも作成した。

図表 5-16 テロ災害等の対応力向上としての止血に関する教育テキスト（案）

(受講者用)

<p>平成29年度救急業務のあり方に関する検討会 テロ災害等の対応力向上委員会</p> <p>テロ災害等の対応力向上としての 止血に関する教育テキスト（受講者用） （案）</p> <p>消防庁 平成30年3月</p>	<p>2. ターニケットの目的と使用法</p> <p>【目的】 ○ターニケットの目的について理解する。 ○ターニケットの種類・用途について理解する。 ○ターニケットによる合併症について理解する。</p> <p>1. ターニケットの使用目的</p> <p>【目的】 傷の止血によって制御できない出血を止めること ※急激的な大量出血は、数分で致命状態に陥るため、ターニケットの使用が重要である。</p> <p>【部位】 四肢 直接止血法では、止血効果が十分でない場合は、直接止血法に優先して、継続してターニケットを使用する。 また、断頭等の出血に対して直接止血法が一定の効果を示した場合でも、断頭に長時間を要する場合は使用を考慮する。長時間にわたり、直接止血法で出血を適切に管理し続けることは困難だからである。出血源から遠くとして、止血帯・中圧帯に使用する。傷や骨折の固定は効果が十分にならないので、使用を避ける。</p> <p>2. ターニケットの種類と構造</p> <p>ターニケットにはさまざまな種類があるが、米国で開発されているものに、CAT(Combat Application Tourniquet)とSOTT(Special Operation Force Tactical Tourniquet)などがある。</p>  <p>図表 5-1-1 止血帯の一例</p> <p>【名称】 1. パックル 2. 巻き上げバンド 3. ロッドストラップ 4. タイムストラップ 5. バンド</p>  <p>図表 5-2 ターニケットの部品名</p>	<p>3. ターニケットの使用法</p> <p>ターニケットの使用法の一例を示す。</p>  <p>図表 5-3 ターニケットの使用法の1例</p> <p>① 出血源から5～8cm・中圧帯にバンドを巻く。傷に直接巻くのが理想だが、困難な場合には、衣服との間に綿花類がないことを確認の上、衣服の上から巻く。</p> <p>② バンドをしらめと引き、ベルトで固定する。バンドと足の間に隙が生まれ、止血しにくいようにしめると絞める。締め具合には、もう一度確認する。</p> <p>③ 出血が止まるまで巻き上げバンドを回す。</p> <p>④ ロッドストラップでロックする。出血が持続する場合は、さらにバンドを強く絞める。それでも出血が持続する場合には、2本目の止血帯を1本よりさらに中間部に当てて巻く。</p> <p>⑤ 巻き上げバンドとバンドをタイムストラップで固定し、装着した時間を記録する。</p> <p>4. ターニケットの合併症</p> <p>【装着中】 圧迫に伴う疼痛（ターニケットポイント）、末梢部位の麻痺</p> <p>【解除後】 内臓圧による不整脈、神経障害、深部静脈血栓症、筋力低下</p>
--	--	---

(指導者用)

<p>平成29年度救急業務のあり方に関する検討会 テロ災害等の対応力向上委員会</p> <p>テロ災害等の対応力向上としての 止血に関する教育テキスト（指導者用） （案）</p> <p>消防庁 平成30年3月</p>	<p>2. ターニケットの目的と使用法</p> <p>【目的】 ○ターニケットの目的について理解する。 ○ターニケットの種類・用途について理解する。 ○ターニケットによる合併症について理解する。</p> <p>1. ターニケットの使用目的</p> <p>【目的】 傷の止血によって制御できない出血を止めること ※急激的な大量出血は、数分で致命状態に陥るため、ターニケットの使用が重要である。</p> <p>【部位】 四肢 直接止血法では、止血効果が十分でない場合は、直接止血法に優先して、継続してターニケットを使用する。 また、断頭等の出血に対して直接止血法が一定の効果を示した場合でも、断頭に長時間を要する場合は使用を考慮する。長時間にわたり、直接止血法で出血を適切に管理し続けることは困難だからである。出血源から遠くとして、止血帯・中圧帯に使用する。傷や骨折の固定は効果が十分にならないので、使用を避ける。</p> <p>2. ターニケットの種類と構造</p> <p>ターニケットにはさまざまな種類があるが、米国で開発されているものに、CAT(Combat Application Tourniquet)とSOTT(Special Operation Force Tactical Tourniquet)などがある。</p>  <p>図表 5-1-1 止血帯の一例</p> <p>【名称】 1. パックル 2. 巻き上げバンド 3. ロッドストラップ 4. タイムストラップ 5. バンド</p>  <p>図表 5-2 ターニケットの部品名</p> <p>【指導のポイント!】 ○傷源部は止血。 ○締め具合は、締め具合、締め具合、締め具合の出血には、使用できない。 ○締め具合は、締め具合に絞めることが必要である。 ○ターニケットは、四肢の出血に使用できる。 ○止血帯は、四肢の出血に使用できる。 ○止血帯は、四肢の出血に使用できる。 ○止血帯は、四肢の出血に使用できる。</p>	<p>3. ターニケットの使用法</p> <p>ターニケットの使用法の一例を示す。</p>  <p>図表 5-3 ターニケットの使用法の1例</p> <p>① 出血源から5～8cm・中圧帯にバンドを巻く。傷に直接巻くのが理想だが、困難な場合には、衣服との間に綿花類がないことを確認の上、衣服の上から巻く。</p> <p>② バンドをしらめと引き、ベルトで固定する。バンドと足の間に隙が生まれ、止血しにくいようにしめると絞める。締め具合には、もう一度確認する。</p> <p>③ 出血が止まるまで巻き上げバンドを回す。</p> <p>④ ロッドストラップでロックする。出血が持続する場合は、さらにバンドを強く絞める。それでも出血が持続する場合は、2本目の止血帯を1本よりさらに中間部に当てて巻く。</p> <p>⑤ 巻き上げバンドとバンドをタイムストラップで固定し、装着した時間を記録する。</p> <p>【指導のポイント!】 ○圧迫との間の腫瘍の有無を確認する。 ○止血帯の締めは、出血が止まっているか、疼痛、感覚障害の増加、パルスオキシメーターで低下しない。 ○疼痛を軽減することによりターニケットが緩む場合、トリージングテープなどで装着していることを必ず確認する。 ○四肢の疼痛（圧迫）の止血の効果を継続的に確認する。</p> <p>4. ターニケットの合併症</p> <p>【装着中】 圧迫に伴う疼痛（ターニケットポイント）、末梢部位の麻痺</p> <p>【解除後】 内臓圧による不整脈、神経障害、深部静脈血栓症、筋力低下</p> <p>【指導のポイント!】 ○ターニケットポイントは、痛みの大きな原因になることに注意する。 ○合併症が発生する可能性があるため、正しい使用法を学習する必要がある。</p>
--	---	---

5 まとめ（今後の方向性）

ラグビーワールドカップ 2019 や東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会 などの大規模な国際的イベントの開催を控え、テロ災害等の事態対処についての体制の整備、救急隊員等に対する教育が喫緊の課題となっている。特に爆発物による外傷は、四肢の切断などによる大量出血が考えられ、止血効果が高いとされるターニケットを用いた止血に関する教育はきわめて重要である。

また、テロ災害では多数の傷病者が発生することが想定され、多数の傷病者に対し速やかな止血が必要であり、ターニケットを用いた簡潔・確実な止血法が有効であるため、救命の観点から、イベント会場等で警戒に当たる消防隊員・救助隊員・救急隊員による一刻も早いターニケットを用いた止血処置を行うことが必要である。

そのため、テロ災害等の対応力向上に資するよう、ターニケットを用いた止血処置に関する教育カリキュラム及びテキストを消防本部における消防隊員や救助隊員等に対する試行教育を踏まえ策定した。

今後は、この教育カリキュラム及びテキストを基に、指導救命士等が中心的な指導者となり、全国の消防本部において広く消防職員に教育することが期待される。また、継続的な教育を実施することで、一層のテロ災害等の対応力向上につながることが期待される。

【参考】医師法第 17 条の解釈について

ターニケットを含む止血帯を用いた止血は医行為であると解される場所、救急救命士は、救急救命処置の範囲として、救急隊員及び准救急隊員は、応急処置として行うことが認められている。

一方、テロ災害等の対応力向上として、消防隊員や救助隊員などの非医療従事者である消防職員（救急隊員及び准救急隊員を除く。）についても、テロ災害等が発生し、多数の傷病者が生じた場合等には、救命の観点から速やかな止血を行うことが求められる。

このため、以下のとおり、医師法第 17 条の解釈について消防庁から厚生労働省に照会したところ、貴見のとおり、との回答があった。

テロ災害等の対応力向上として、多数傷病者が発生している場面等、医療従事者の速やかな対応が得られない状況下で、非医療従事者である消防職員（救急隊員及び准救急隊員を除く。）が、重度の四肢の大出血に対し、ターニケットを含む止血帯による圧迫止血を行うことは、緊急やむない措置として行われるものであり、次の 2 つの条件を満たす場合には、医師法違反とはならないと解してよいか。

- ① 傷病者を医療機関その他の場所に収容し、又は医師等が到着し、傷病者が医師等の管理下に置かれるまでの間において、傷病者の状態その他の条件から応急処置を施さなければその生命が危険であり、又はその症状が悪化するおそれがあると認められること。
- ② 使用者が、以下の内容を含む講習を受けていること。
 - ・出血に関連する解剖、生理及び病態生理について
 - ・止血法の種類と止血の理論について
 - ・ターニケットの使用方法及び起こりうる合併症について

なお、消防職員（救急隊員及び准救急隊員を除く。）が行うターニケットを含む止血帯による圧迫止血の実施状況については、必要に応じてメディカルコントロール協議会において事後検証を行うことを申し添える。

第6章

救急統計の見直し

第6章 救急統計の見直し

1 背景・目的

消防庁では、消防組織法第40条の規定に基づき、消防本部から救急活動の実施状況について救急事故等報告要領を基に報告を受けている。「救急・救助の現況」は、これらの報告された数値データ等を体系的に整理した統計資料集であり、救急活動に関する現状を的確に把握する上で重要な基礎資料として毎年発行している。

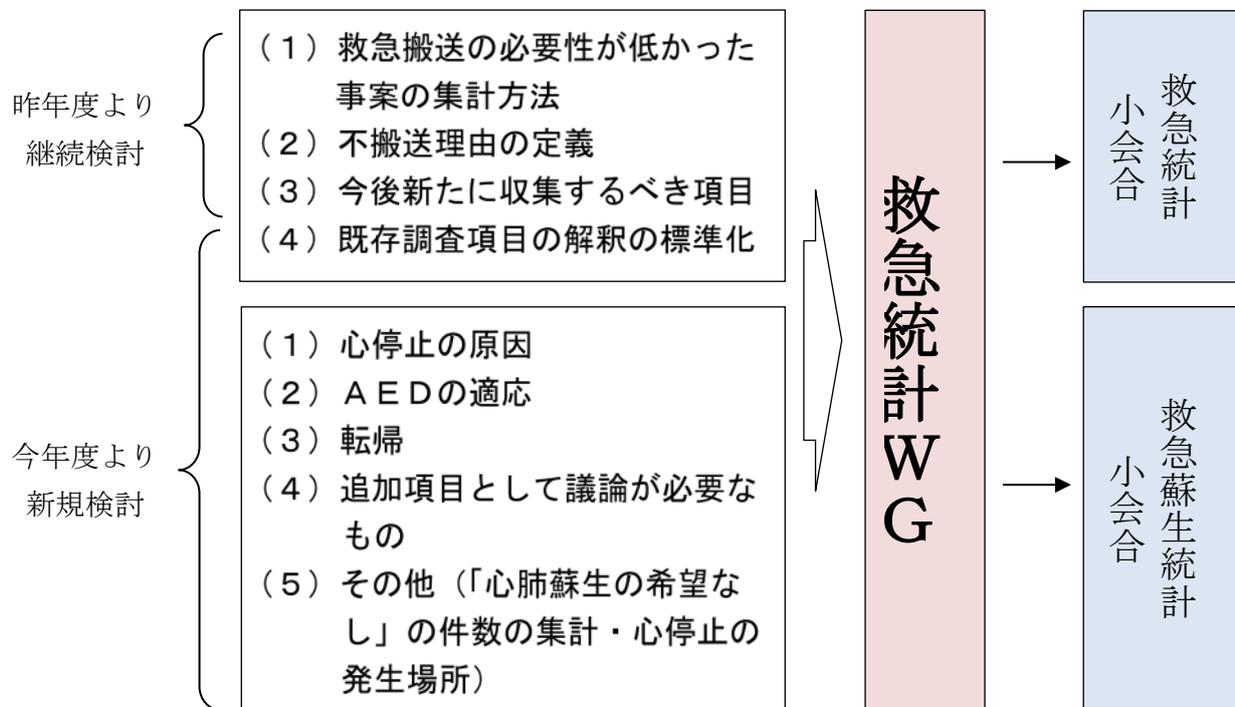
調査項目は、過去に開催した検討会の報告書等に基づき適宜改正しており、直近の改正は平成25年に行なわれている。しかし、収集しているデータの中には、「救急・救助の現況」に掲載されておらず、活用されていないデータも存在する。

本章では、昨年度から引き続き、年々変化する救急活動に関する現状を的確に把握するため、調査項目の見直し、活用されていないデータの活用方法及び今後新たに収集する項目について検討することとした。

検討に当たっては、より専門的な見地から意見を募るため、消防本部の統計業務責任者及び医師から構成される「救急統計ワーキンググループ」を開催した。さらにワーキンググループを「救急統計小会合」及び「救急蘇生統計小会合」の2つの作業部会に分け、今年度の検討項目の課題について協議した。

※消防庁ホームページ 救急救助の現況 http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList9_3.html

図表6-1 検討項目と救急統計WG及び小会合の構成



図表 6 - 2 各検討項目と課題一覧

検討項目		課題
救急統計小会合	(1) 救急搬送の必要性が低かった事案の集計方法	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車の適正利用を推進するターゲットを明確にする。 ・入院がなかった軽症(外来診療)者の中に救急搬送の必要性が低かった事案(搬送者)が混在している。 →救急車以外の利用が望ましかった事案の集計を目指す。
	(2) 不搬送理由の定義	<ul style="list-style-type: none"> ・本部ごとに不搬送理由の内訳が大きく異なる。 ・現場の活動に即しておらず、選択が難しい。 →既存8項目の枠組みの中で、新たな項目及び定義について検討する。
	(3) 今後新たに収集すべき項目	<ul style="list-style-type: none"> ・救急現場に関する現状を把握するため、定期的に新たに調査する項目を検討する。 →各本部の入力要領や事務局から、将来性を加味して今後収集すべき項目を提案し、新規調査項目について検討する。
	(4) 既存調査項目の解釈の標準化	<ul style="list-style-type: none"> ・詳細な定義の記載がないため、解釈が統一されていない。 ・定義は定まっているが、実態上守られていない。 →実態を調査し通知を行うことで解釈の標準化を図る。
救急蘇生統計小会合	(1) 心停止の原因	<ul style="list-style-type: none"> ・「除外診断による心原性」を除いた純粋な「心原性」心停止の生存率を検証する必要がある。 ・国際的なウツタイン様式の改定において、「内因性」と「外因性」との分類が推奨されるようになった。 →心停止の理由を「内因性」「外因性」に分けて集計することを検討。
	(2) AEDの適応	<ul style="list-style-type: none"> ・応急手当の普及状況を把握するため、除細動の適応がなかったが、AEDを現場に持ってきた件数やAEDのパッドを装着した件数も集計する必要がある。 →バイスタンダーがAEDの使用を試みた件数の集計について検討。
	(3) 転帰	<ul style="list-style-type: none"> ・転帰の調査時点について、「退院時」又は「1か月後」といったように統一されていない。 →調査時点の統一や、退(転)院後の追跡調査の可否について検討。
	(4) 追加項目として議論が必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> ・「通信指令員が心停止を確認した時刻」、「搬出開始時刻」、「体温管理療法」、「再灌流療法」について議論を要する。 →調査の必要性及び救急隊員の負担を考慮し、項目の名称及び収集の可否について検討。
	(5) その他	<ul style="list-style-type: none"> 「心肺蘇生の希望なし」の件数の集計 <ul style="list-style-type: none"> ・救急現場で心肺蘇生等を希望しない事例が出始めている。 →「心肺蘇生の希望なし」の件数を集計することの可否について検討。 心停止の発生場所 <ul style="list-style-type: none"> ・平成25年から新たに収集している「心停止の発生場所」が「救急・救助の現況」において集計対象となっていない。 →心停止の発生場所を集計することの可否について検討。

2 救急統計小会合

(1) 救急搬送の必要性が低かった事案の集計方法

① 検討事項

救急車の適正利用を推進する上で、「不要・不急な救急要請」の割合（件数）を把握する必要がある。救急出動した事案の中には、傷病者を搬送した事案と搬送しなかった事案（不搬送事案）があり、それぞれの中に「不要・不急な救急要請」が混在していると考えられる。本項では、救急出動の約9割を占める傷病者を搬送した事案の中から「救急搬送の必要性が低かった件数」を抽出するための方策について検討を行った。

本項は昨年度からの継続検討項目となっており、フローチャートを用いて分類する案、判断例に基づいて分類する案の2案を検討していた。判断例に基づいて分類するものについては、網羅性といった観点で欠点があるため、フローチャートを用いて分類する案を中心に検討を行った。

検討にあたっては、該当する事案の実態を把握するため、複数の消防本部を対象とする試験調査を実施した。試験調査の結果を分析し、フローチャートの精緻化と現場の負担軽減を目的とした簡素化を行った。

② 調査及び検討結果

ア 試験調査概要

調査は、救急統計小会合委員が所属する本部を中心に、救急出動件数で2万件未満、2万件以上～4万件未満、4万件以上に区分し、各区分2本部ずつにおいて実施した。調査の概要を下表にまとめる。

図表6-3 調査概要

項目	調査概要
調査名	平成29年度救急統計小会合 試験調査
調査期間	9月19日(火)0:00～10月16日(月)23:59 (期間内に覚知した事案)
調査対象	救急搬送した事案のなかで、傷病程度が「軽症(外来診療)」であった事案 ※1事案に複数の傷病者が登録されている場合、主たる1名を選択する。
調査方法	調査票はエクセル、システム、紙のうちから、当該本部が実施しやすい方法で実施した。ただし、調査項目は方法によらず共通とした。

図表6-4 調査票回収状況

消防本部名	出動件数 (期間中)	軽症 (外来診療)
札幌市消防局	7,132	2,212
北九州市消防局	3,969	989
松戸市消防局	1,897	770
藤沢市消防局	1,648	536
奈良市消防局	1,378	487
出雲市消防本部	514	213
合計	16,538	5,207
「図表6-5 調査票 問1全て該当」		460(8.8%)

※回答に空欄があるなど一部の調査票は誤回答として無効処理した。

図表 6 - 5 調査票

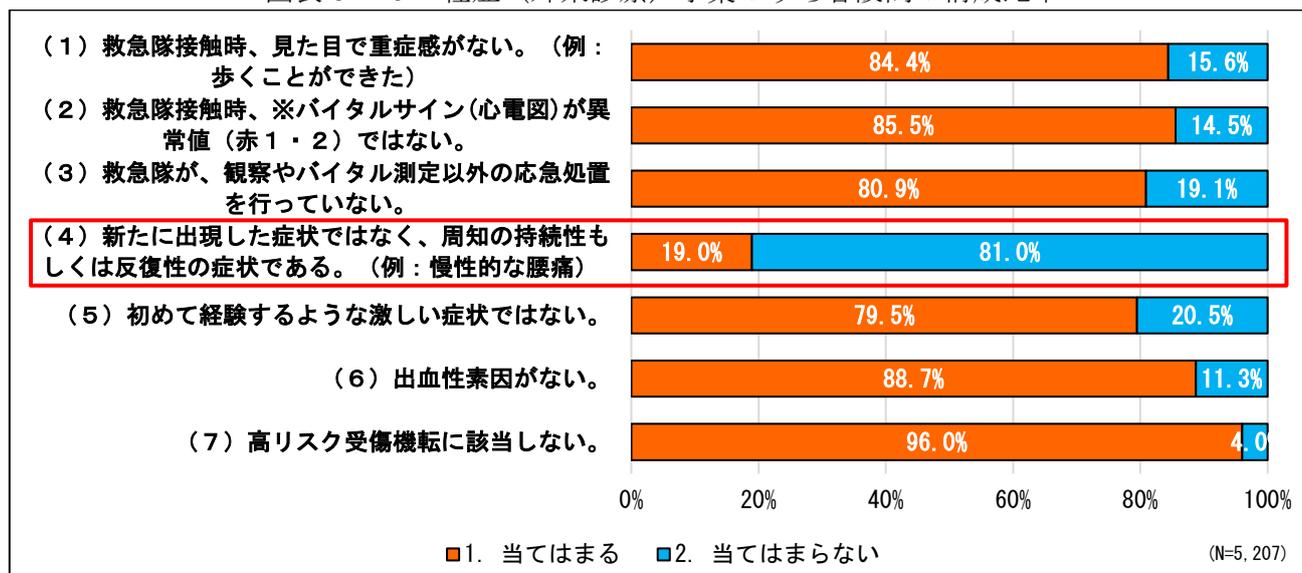
平成29年度救急統計小会合 試験調査 調査票																			
注意：本調査は、ア)「軽症」事案 および イ)「不搬送」事案のみ対象となっております。 「中等症」以上の事案は対象外です。																			
事案番号を、正確に記入してください。(半角数字7桁。例：1234567)																			
覚知時刻を入力してください。(半角数字12桁。例：2017年8月30日8時40分→201708300840)																			
ア)「軽症」事案の場合のみ、問1～問2に回答してください。																			
問1 以下(1)～(7)に当てはまる場合は「1.当てはまる」を当てはまらない場合は「2.当てはまらない」をお選びください。																			
(1) 救急隊接触時、見た目で重症感がない。(例：歩くことができた)																			
(2) 救急隊接触時、※バイタルサイン(心電図)が異常値(赤1・2)ではない。 <small>※バイタルサインの基準は緊急度判定プロトコルによる</small>																			
(3) 救急隊は、応急処置を行っていない。(観察・バイタル測定・保温を除く。)。 <small>応急処置とは、止血、被覆、固定、酸素吸入、人工呼吸、胸骨圧迫、心肺蘇生、在宅療法継続、ショックパンツ、気道確保、除細動、静脈路確保、薬剤投与、ブドウ糖使用、エビベン使用とする。(ただし、観察・バイタル測定・保温は、応急処置に含めない。)</small>																			
(4) 新たに出現した症状ではなく、周知の持続性もしくは反復性の症状である。(例：慢性的な腰痛) <small>※慢性的な症状でも、増悪・悪化した場合は除く</small>																			
(5) 初めて経験するような激しい症状ではない。																			
(6) 出血性素因がない。 <small>※確認出来なかった、していない場合は、「1. はい」を選択すること</small>																			
(7) 高リスク受傷機転に該当しない。																			
問2 (1)～(7)にすべて「1. 当てはまる」で回答した場合、事案の概略を記入してください。(100字以内)	←問2へ進む 残り 100字																		
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 500px;"></div> <small>※傷病者の性別、年齢、場所、時間、症状、経緯等を明記し、問1の7項目以外の特徴を記入してください。</small>																			
イ)「不搬送」事案の場合のみ、問3～問4に回答してください。																			
問3 当該事案の不搬送理由を、以下より1つだけ選択してください。																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">不搬送理由</th> <th>定義</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 辞退</td> <td>本人等が搬送を辞退・拒否し、救急隊員も搬送の必要性はないと判断したもの</td> </tr> <tr> <td>2. 拒否</td> <td>本人等が搬送を辞退・拒否したが、救急隊員は搬送の必要性があると判断したものの</td> </tr> <tr> <td>3. 明らかな死亡</td> <td>救急隊到着時、傷病者が明らかに死亡しており、搬送しなかったもの</td> </tr> <tr> <td>4. 他車(隊)搬送</td> <td>他車(隊)により、傷病者が医療機関等に搬送されたもの</td> </tr> <tr> <td>5. 傷病者なし</td> <td>事故等の事実があり、傷病者が発生しなかったもの</td> </tr> <tr> <td>6. 立ち去り</td> <td>救急隊到着前に立ち去っていたことが確認できたもの</td> </tr> <tr> <td>7. 誤報・悪戯</td> <td>事故等の事実がなく、悪戯や誤報を確認できたもの</td> </tr> <tr> <td>8. その他</td> <td>上記以外のもの</td> </tr> </tbody> </table>	不搬送理由	定義	1. 辞退	本人等が搬送を辞退・拒否し、救急隊員も搬送の必要性はないと判断したもの	2. 拒否	本人等が搬送を辞退・拒否したが、救急隊員は搬送の必要性があると判断したものの	3. 明らかな死亡	救急隊到着時、傷病者が明らかに死亡しており、搬送しなかったもの	4. 他車(隊)搬送	他車(隊)により、傷病者が医療機関等に搬送されたもの	5. 傷病者なし	事故等の事実があり、傷病者が発生しなかったもの	6. 立ち去り	救急隊到着前に立ち去っていたことが確認できたもの	7. 誤報・悪戯	事故等の事実がなく、悪戯や誤報を確認できたもの	8. その他	上記以外のもの	
不搬送理由	定義																		
1. 辞退	本人等が搬送を辞退・拒否し、救急隊員も搬送の必要性はないと判断したもの																		
2. 拒否	本人等が搬送を辞退・拒否したが、救急隊員は搬送の必要性があると判断したものの																		
3. 明らかな死亡	救急隊到着時、傷病者が明らかに死亡しており、搬送しなかったもの																		
4. 他車(隊)搬送	他車(隊)により、傷病者が医療機関等に搬送されたもの																		
5. 傷病者なし	事故等の事実があり、傷病者が発生しなかったもの																		
6. 立ち去り	救急隊到着前に立ち去っていたことが確認できたもの																		
7. 誤報・悪戯	事故等の事実がなく、悪戯や誤報を確認できたもの																		
8. その他	上記以外のもの																		
問4 「8. その他」を選んだ場合は、事案の概略を記入してください。(100字以内)	←問4へ進む 残り 100字																		
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 500px;"></div> <small>※問3における1～7の不搬送理由との違いが分かるよう、事故や傷病者との接触の有無等、事案の特徴を記入してください。</small>																			
アンケートは以上になります。																			
今後の救急統計の調査項目の検討に活用させていただきます。ご協力、誠にありがとうございました。																			

※調査票はエクセル、システム、紙のうちから、当該本部が実施しやすい方法で実施した。ただし、調査項目は方法によらず共通とした。

イ 試験調査結果

全体における各設問の構成比率をみると、ア)問1(4)「新たに出現した症状ではなく、周知の持続性若しくは反復性の症状である。」の設問に「当てはまる」と回答した事案が著しく低い結果となった。これにより設問全てに「当てはまる」と回答した事案数を押し下げる結果となった。この結果を受け、救急統計小会合の委員から、設問数を限定することで該当する事案となる間口を広げるべきとの意見が寄せられた。

図表6-6 軽症（外来診療）事案のうち各設問の構成比率



ウ 試験調査からの主な変更点

以上の試験調査結果を受け、救急統計小会合においてフローチャートの精緻化を行った。上述のとおり当初、想定した7項目から効果的なフローチャートとなるよう採用する調査項目の見直しを行った。ここでは救急統計小会合の委員から寄せられた意見を受け、修正した点を以下のとおりまとめた。

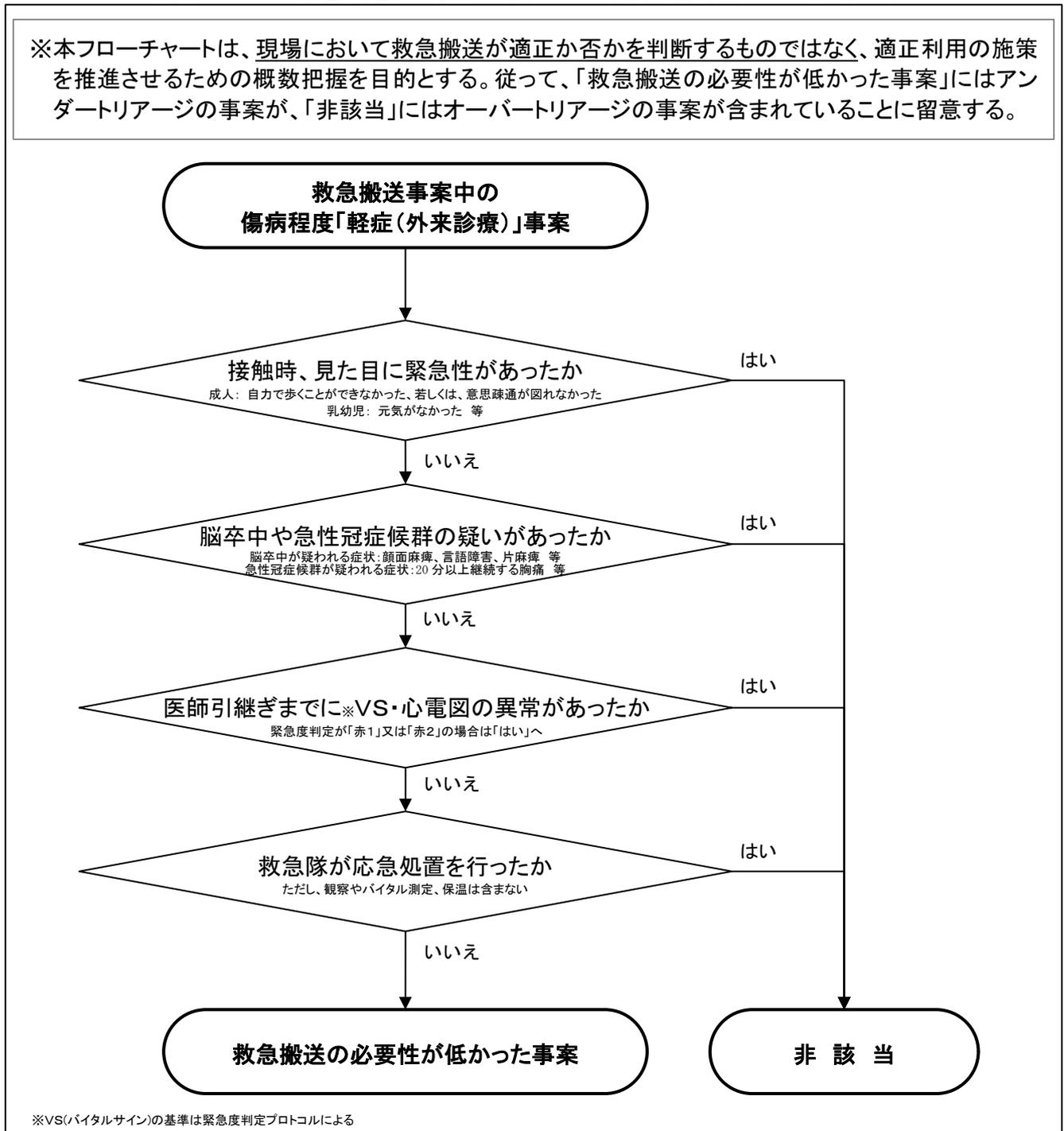
図表6-7 フローチャートの主な修正点

分類	主な修正点
目的	アンダートリアージとオーバートリアージが含まれる旨を記載した。
全般	選択肢を「はい」と「いいえ」へ変更した。
フロー順序変更	実際の現場活動を意識し、フローの順序を変更した。
潜在的な危険因子の抽出	killer disease である脳卒中及び急性冠症候群を抽出できるようフローに追加した。
時間要素の追加	フローの順序の変更により対応した。新たに出現した症状であっても緊急性が低い事案が含まれていたため、はじめに緊急性を問うフローを配置した。
重症感の例示	成人：自力で歩けなかった、意思疎通が図れなかった。
	小児：元気がなかった という例示を追加した。
負担軽減	脳卒中及び急性冠症候群の判断例を追加した。
	「今まで経験したことがない激しい症状」のフローは試験調査の結果、他の4つの選択肢のいずれかに該当すると考えられ、削除した。

エ 検討結果

以上を踏まえた、「救急搬送の必要性が低かった事案の集計用フローチャート」について最終案を以下に示す。このフローチャートから抽出される数値はあくまでも概数であるため、オーバーリアージ及びアンダートリアージとなった事案が含まれていることを留意しなければならない。

図表6-8 救急搬送の必要性が低かった事案の集計用フローチャート



(2) 不搬送理由の定義

① 検討事項

消防庁では、不搬送理由の定義を8項目に定めて報告を受けているが、各消防本部が集計し報告する不搬送理由の内訳はさまざまとなっている。そこで、その要因について、いくつかの消防本部に聞き取りを行ったところ、不搬送理由の定義が現場の救急活動の実態に即しておらず、選択し難い場合があるなどの意見があった。これを踏まえ、不搬送理由の定義について見直しを行った。

検討に当たっては「(1) 救急搬送の必要性が低かった事案の集計方法」と同様に、不搬送事案の実態を把握するため複数の消防本部を対象とする試験調査を実施した。

② 調査及び検討結果

ア 試験調査概要

調査は、救急統計小会合委員が所属する本部を中心に、救急出動件数で2万件未満、2万件以上～4万件未満、4万件以上に区分し、各区分2本部ずつにおいて実施した。調査の概要を下表にまとめる。(図表6-5 調査票参照)

図表6-9 調査概要

項目	調査概要
調査名	平成29年度救急統計小会合 試験調査
調査期間	9月19日(火)0:00～10月16日(月)23:59 (期間内に覚知した事案)
調査対象	不搬送事案 ※1事案に複数の傷病者が登録されている場合、主たる1名を選択する。
調査方法	調査票はエクセル、システム、紙のうちから、当該本部が実施しやすい方法で実施した。ただし、調査項目は方法によらず共通とした。

図表6-10 調査票回収状況

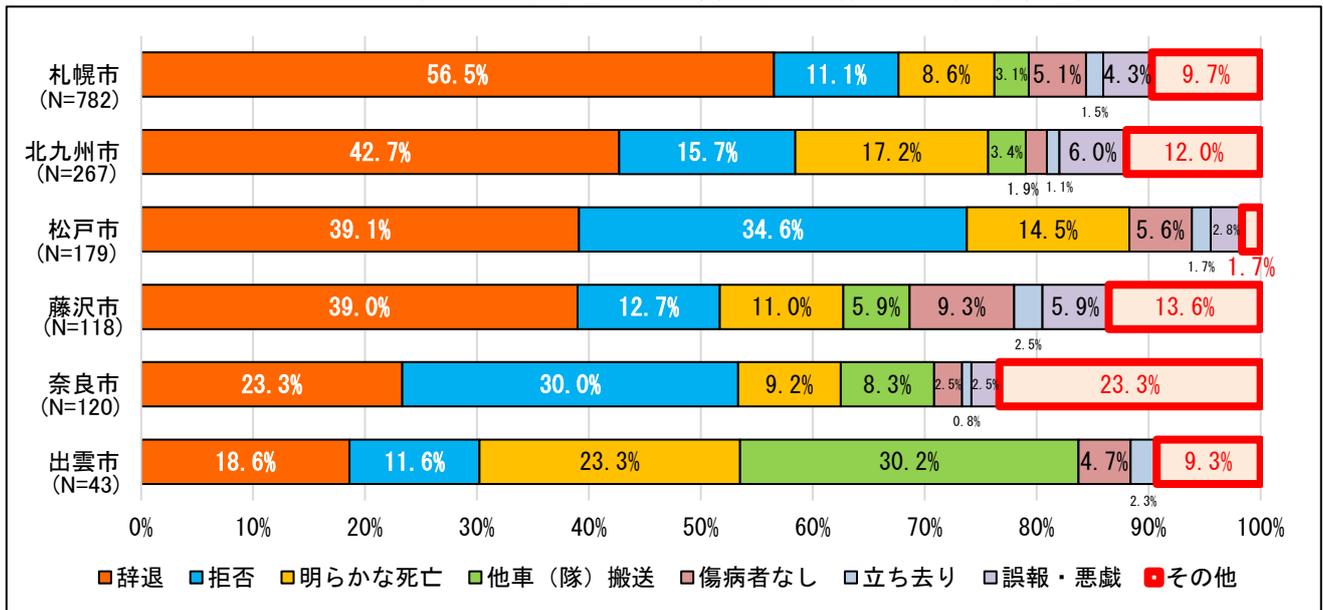
消防本部名	出動件数 (期間中)	不搬送
札幌市消防局	7,132	782
北九州市消防局	3,969	267
松戸市消防局	1,897	179
藤沢市消防局	1,648	118
奈良市消防局	1,378	120
出雲市消防本部	514	43
合計	16,538	1,509
不搬送理由「その他」	→	159(10.5%)

※回答に空欄があるなど一部の調査票は誤回答として無効処理した。

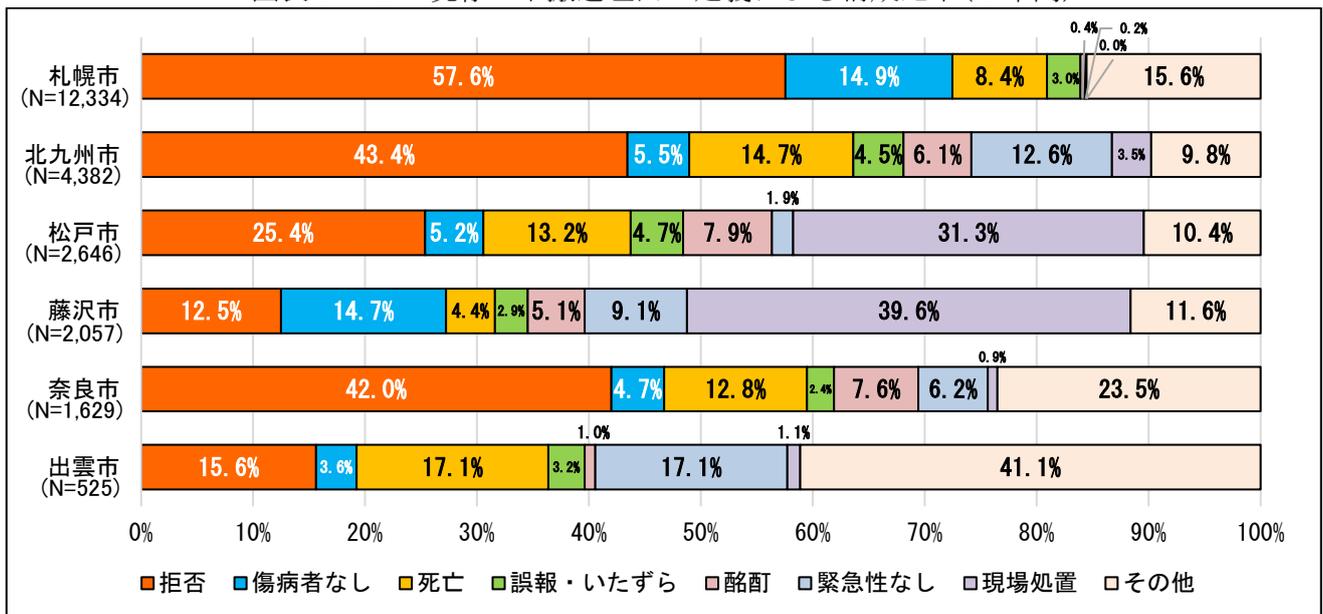
イ 調査結果

今回の調査結果(図表6-11)と、既存の不搬送理由による結果(図表6-12)を比べると、「その他」の構成比率について消防本部間の差が縮小した。また、活動の実態に即した項目を選ぶことが可能になり、不搬送理由には本部ごとの特色が出てくること明らかとなった。例えば、傷病者への説明と搬送意思の確認を積極的に行なうことによる「辞退」の増加、他隊との連携を重視することによる「他者(隊)搬送」の増加などがその例である。また、ここから更に「その他」の精査、検証を行ない、統一的な分類がなされるよう具体例を記載した。

図表6-11 新たな不搬送理由の定義による構成比率(試験調査)



図表6-12 既存の不搬送理由の定義による構成比率(1年間)



ウ 検討結果

調査結果を踏まえ、救急統計小会合で委員から意見を募り、不搬送理由の定義について最終案を取りまとめた。主な観点としては、不搬送理由「その他」のうち、途中引揚げの理由を精査すると、出動途上における、本人等の要請辞退が多く含まれていたことが挙げられる。これらを分類可能とするため、具体例を付し、新たに「辞退(到着前)」を追加した。これにより、現場到着前に本人等が要請を取り下げている事案を「辞退(到着前)」、現場到着後に搬送希望を取り下げている事案を「辞退(到着後)」と時系列で分類可能にした。

図表 6-13 不搬送理由の定義

不搬送理由	定義
辞退 (到着前)	現場到着前に本人等(意思決定者や警察等を含む)から要請の取り下げがあり、途中引揚げしたもの
辞退 (到着後)	現場到着後に本人等が搬送希望を取り下げ、救急隊も搬送の必要性はないと判断したもの
拒否	救急隊は搬送の必要性があると判断したが、本人等が搬送を拒否したもの 例：第3者通報により出動したが、本人はもとより搬送の希望がなかった場合
明らかな 死亡	救急隊到着時、傷病者が明らかに死亡しており、搬送しなかったもの
他車(隊) 搬送	消防機関の他車(隊)により、傷病者が医療機関等に搬送されたもの 例：他の救急隊が搬送し、途中引揚げとなった場合
傷病者なし	事故等の事実はあるが、傷病者が発生しなかったもの
誤報・悪戯	事故等の事実がなく、救急隊が誤報や悪戯と判断したもの
その他	上記以外のもの 例：本人等から要請の取り下げがあったか不明であった場合 出動したが、傷病者が自家用車等により自力受診した場合 傷病者は乗せずに、資器材、血液、切断指(肢)等を搬送した場合 傷病者を乗せずに、医師搬送のみを行った場合

(3) 今後新たに収集すべき項目

① 検討事項

本項では、救急活動に関する現状を把握するため、新たに調査すべき項目を検討した。

② 検討結果

各消防本部が使用する入力要領を参考に、定点観測データと活動事案ごとデータに分け、検討した結果を以下に示す。

図表 6-14 今後新たに収集すべき項目 (最終案)

分類	項目名	定義	選択肢	
定点観測データ	准救急隊員	報告年の4月1日現在の准救急隊員数を計上する。	人数(数値)	
	救急艇、 軽救急車	報告年の4月1日現在の各設備保有数を計上する。	保有数(数値)	
	救急ワーク ステーション	報告年の4月1日現在の業務実施形態(病院派遣型、施設設置型)別に数を計上する。(定点報告)	施設数(数値)	
活動事案ごとデータ	出動情報	複数傷病者発生事案	1つの事案において2台以上の救急車で傷病者を搬送した際に入力する。 例：高速道路上の多重衝突事故	チェック方式
		大規模イベント	1,000人以上が集まる大規模イベントの際に入力する。 例：コンサートでの熱中症発生	チェック方式
		距離情報	出動場所～現場、現場～医療機関、出動場所～帰署までの走行距離を入力する。	距離(数値)
		救急隊資格保有状況	活動した救急隊ごとに資格保有状況を入力する。 例：救急救命士1名、救急隊員1名、准救急隊員1名による活動を入力	チェック方式 人数(数値)
	傷病者情報	外国人	邦人以外の傷病者について、国籍が確認できた場合に入力する。	選択方式
		熱中症	熱中症(疑いを含む)の傷病者を搬送した場合に入力する。	チェック方式
		傷病名(急病以外のけが)	救急隊が傷病者を医師に引き継いだ際(初診時)に出される診断を基に、入力する。 例：挫創、刺創、切創	傷病名マスター一覧 大項目のみ必須
		事故原因器物	事故に影響を与えた器物名称を分類コードから選択して入力する。 例：暖房器具、食品、文房具	原因器物マスター一覧 大項目のみ必須
		医療機関受入れ困難理由	医療機関への受入れを照会したが、受入れに至らなかった理由を照会したごとに入力する。 例：照会回数2回 =1回目 医師不在、2回目 受入れ	選択方式
		選定所要時間	医療機関に受入照会を開始した時刻から受入先が決定するまでに要した時間を入力する。	時間(数値)
		介護情報(65歳以上対象)	日常的に介助を必要とするか、「はい」「いいえ」「不明」で入力する。	チェック方式

(4) 既存調査項目の解釈の標準化

① 検討事項

既存の調査項目においては、詳細な定義の記載がないため、解釈が統一されていないものや、定義は定まっているが、実態上守られていないものが含まれている。本項では、これらの実態把握を通じ、解釈の標準化を図ることを目的としている。

② 調査及び検討結果

ア アンケート調査概要

全国の消防本部に対して行ったアンケート調査の概要を下表にまとめる。

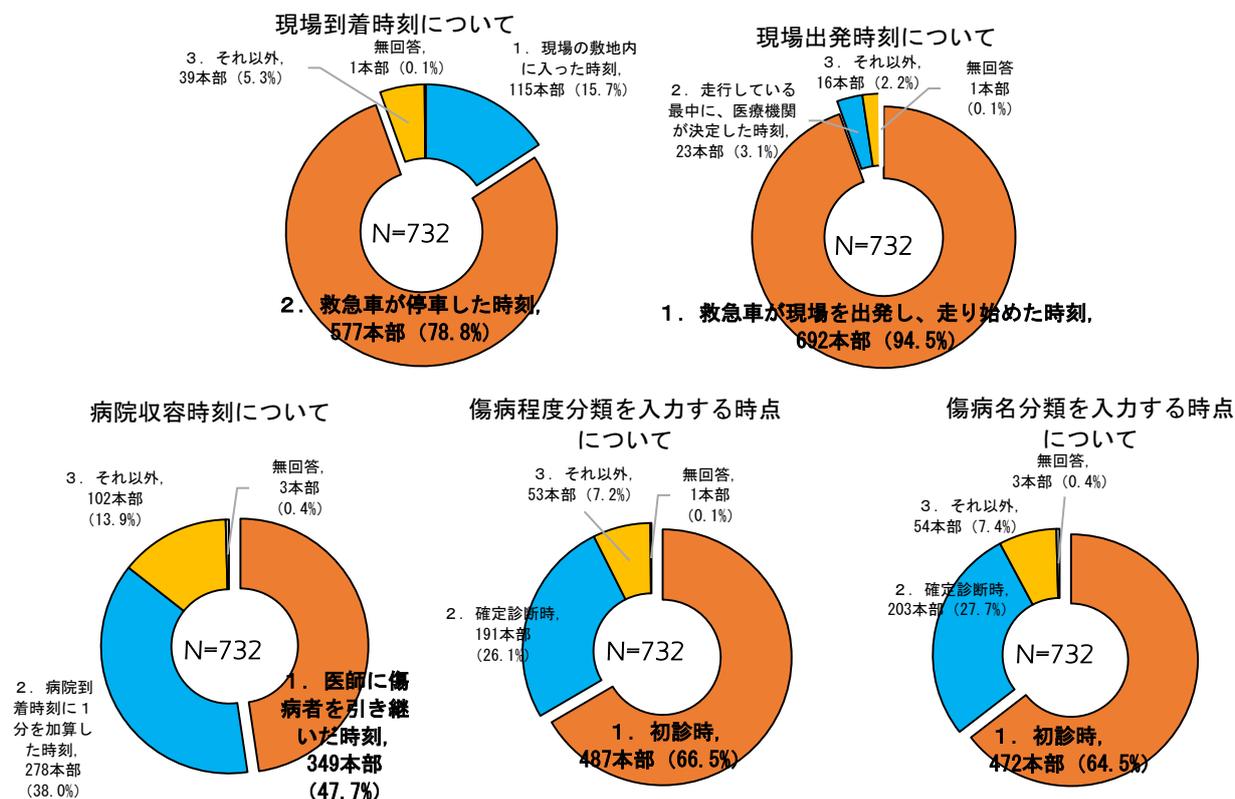
図表 6-15 調査概要

項目	調査概要
調査名	救急救命体制の整備・充実に関する調査について
期間	平成 29 年 8 月 14 日 ～ 平成 29 年 9 月 6 日 (基準日：平成 29 年 8 月 1 日)
方法	電子ファイル送付によるアンケート
対象	732 消防本部
回収率	100%

イ アンケート調査結果

全国の消防本部に対して行ったアンケート調査結果を以下に示す。

図表 6-16 アンケート結果一覧 (5 項目)



※端数処理 (四捨五入) のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

ウ 検討結果

アンケート結果を参考に、救急統計小会合において検討した結果を以下に示す。

図表6-17 既存調査項目の解釈一覧

調査項目	解釈一覧
現場到着時刻	敷地の規模によらず、活動時間の検証・比較を可能にするため、現場到着時刻は「 <u>救急車が停車した時刻</u> 」とする。
現場出発時刻	医療機関が決定した時刻とは切り離し、現場出発時刻は、「 <u>救急車が現場を出発し、走り始めた時刻</u> 」に統一する。
病院収容時刻	病院収容時刻は、「 <u>医師に傷病者を引き継いだ時刻</u> 」に統一する。医師引継ぎについては、医師と傷病者が接触した時点で医師の管理下に入り処置等が開始されることから、医療機関においては「 <u>医師と傷病者が接触した時点</u> 」とする。また、医師の指示を受けている看護師が医療機関のプロトコルに基づきトリアージを行った時点、医師から具体的な指示を受けている看護師に引き継いだ時点においても病院収容とみなす ^{※1} こととしている。 ドクターカーやドクターヘリにより傷病者を搬送した場合は、ドクターカーやドクターヘリを病院と拡大解釈し、傷病者を車両（機体）に収容した時刻を病院収容時刻とする。
傷病程度分類	救急活動は医師に傷病者を引き継いだ時点で一旦終了となることから、傷病程度分類は「 <u>初診時</u> 」における医師の診断に基づき入力するよう統一する。しかし、初診時における判断が難しい場合、確定診断でも差し支えないこととする。 また、確定診断時点の情報収集については、今後議論を行うこととする。
病名分類	「傷病程度分類」と同様の理由により、病名分類は、「 <u>初診時</u> 」における医師の判断に基づき入力するよう統一する。しかし、初診時における判断が難しい場合、確定診断でも差し支えないこととする。

※1 「救急年報報告における時間項目の取扱いについて」（平成21年3月2日付け消防救第11号通知）

3 救急蘇生統計小会合

(1) 心停止の原因

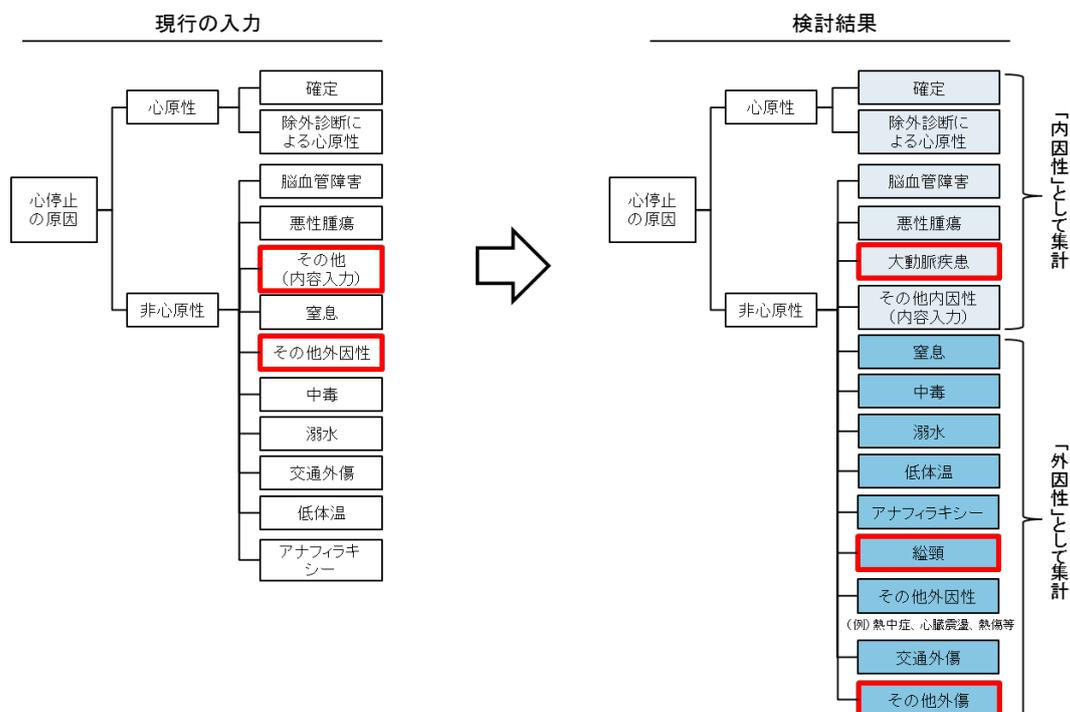
① 検討事項

国際的なウツタイン様式の改定において、心停止の原因について「内因性」、「外因性」に分類して集計することが国際的に推奨されているため、現行の入力にこれらの分類を加えることを検討した。さらに、収集項目の細分化により、現行より精度（信頼度）の高い集計を実現することについても併せて検討した。

② 検討結果

検討結果として、「心原性」、「非心原性」に分けて引き続き集計を行うとともに、「内因性」、「外因性」という分類を追加することとする。また、「その他（内容入力）」から「大動脈疾患」を、「その他外因性」から「縊頸」、「その他外傷」を切り離し、新たな項目として追加する。

図表 6-18 心停止の原因の入力に関する検討結果



○新たに追加する入力項目の定義について

「大動脈疾患」の定義について、現行の「ウツタイン様式オンライン入力要領」（以下、「入力要領」という。）の中では、「大血管系」を「大動脈解離・破裂、肺動脈血栓塞栓症等」としているが、このうち「大動脈解離・破裂等」を「大動脈疾患」とする。

また、「縊頸」、「その他外傷」を「その他外因性」から切り離して、集計に加えることとした。「その他外傷」の定義は、「交通事故以外の全ての外力による損傷」とし、具体的には、墜落、転落、刺創等が考えられる。「その他外因性」には、熱中症、心臓震盪、熱傷等が該当すると考えられ、入力要領に具体例を記載することとする。

(2) AEDの適応

① 検討事項

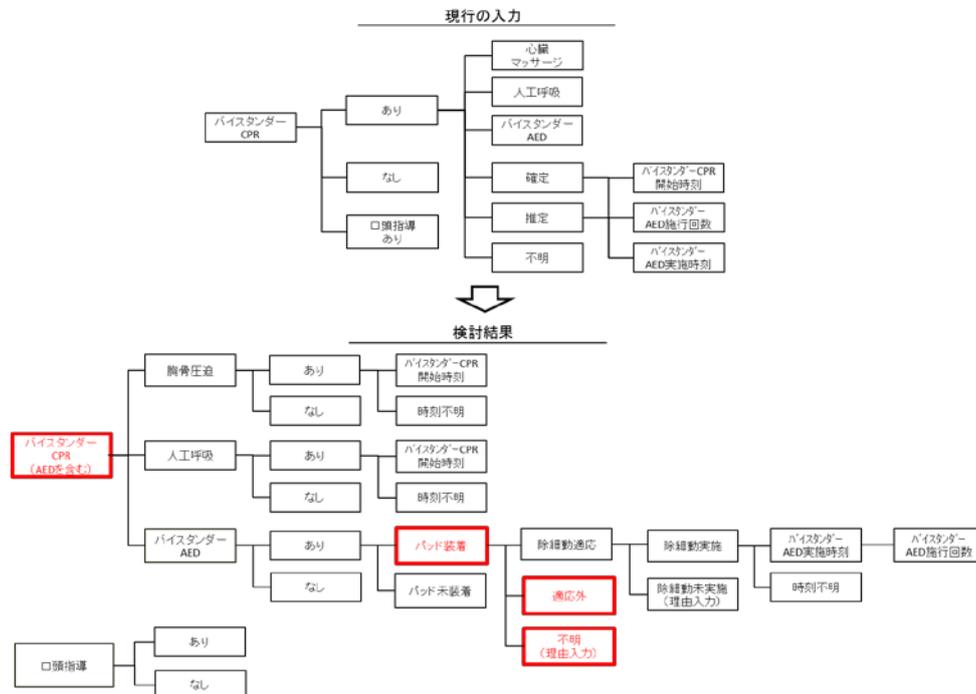
現在、バイスタンダーが除細動を実施した場合（除細動実施の証言があった場合）のみを集計しているが、国際的なウツタイン様式の改定において、AEDのパッドを装着したが除細動の適応がなかった場合も集計することが、国際的に推奨されている。バイスタンダーがAEDを取り扱ったとする件数の集計は、応急手当普及において重要であると考えられることから、収集方法の変更について検討した。

② 検討結果

検討結果として、単にAEDが現場にあった・持ってきた場合も収集することとし、さらに、パッド装着の有無、除細動の適応（「不明」の場合は、理由を入力）、除細動の実施の有無（「未実施」の場合は、理由を入力）についても収集できるよう、以下の図表のとおり入力項目を変更した。

なお、「バイスタンダーAED」の定義は、AEDが現場にあった場合に「あり」と入力することとし、応急手当実施の定義については、日本版救急蘇生ガイドラインの定義に合わせ、従来どおり「胸骨圧迫」、「人工呼吸」、「除細動の実施」のいずれかが行われた場合に、「応急手当の実施」として、収集を行っていく。

図表 6-19 AEDの適応の入力に関する検討結果



○バイスタンダーの情報

「応急手当講習受講者数」と「応急手当実施率」の相関関係を分析するために、「応急手当の実施者の年齢層」や「受講歴」を収集することを検討した。しかし、全国の消防本部へ集計の可否についてアンケートを行ったところ、現場への負担が大きいという回答結果が多く、現実的には難しいと判断し、今回の救急統計の見直しでは収集しないこととした。

(3) 転帰

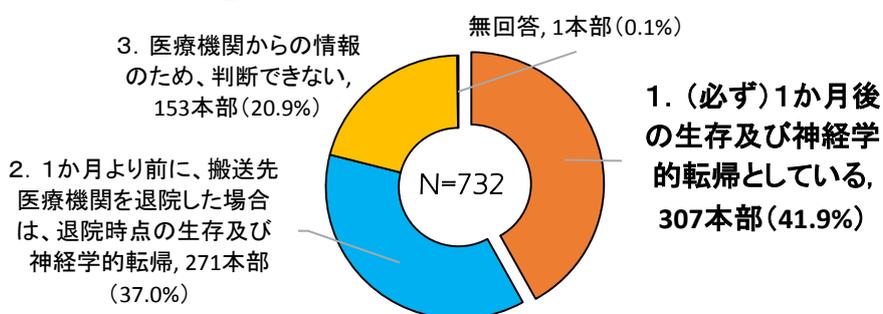
① 検討事項

主たる転帰である「脳機能評価・全身機能評価」の調査時点について、「退院時」又は「1か月後時点」とされているが、「退院時」の定義が曖昧であり、時期、地域によって異なるという問題があり、より明確な1か月生存時点での評価に向けて改善方法について検討した。

② 調査及び検討結果

まず、全国の消防本部に対して、転帰の報告状況に関して調査した結果、「(必ず)1か月後の生存及び神経学的転帰としている」と回答した本部は約4割、「1か月より前に、搬送先医療機関を退院した場合は、退院時点の生存及び神経学的転帰」と回答した本部は4割弱であった。また、「医療機関からの情報のため、判断できない」と回答した本部は約2割であった。

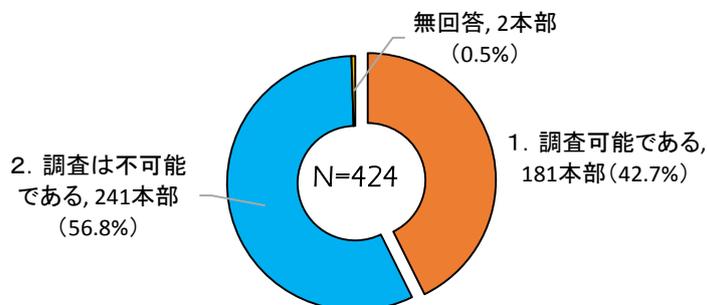
図表6-20 救急蘇生統計の転帰（1か月予後）の報告状況について



※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

さらに、「1か月より前に、搬送先医療機関を退院した場合は、退院時点の生存及び神経学的転帰」、又は「医療機関からの情報のため、判断できない」と回答した424本部に対して、「今後、1か月後（必須）の生存及び神経学的転帰を調査すること」の可否を調査した結果、「可能」と回答した本部が約4割であった。一方、「調査は不可能」と回答した本部が5割以上にのぼった。

図表6-21 今後、1か月後（必須）の生存及び神経学的転帰を調査することの可否について



※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

上記調査を踏まえた検討結果として、転帰は、基本的に1か月時点の状態の調査を行うこととし、1か月未満で転退院した場合は、現行と同じく、追跡調査は必要なく、転退院した時点の予後とする。

なお、1か月未満で転退院した場合、「転退院日」を調査し、入力する。その際、「転退院日」には、「転退院した日付」を入力することとする。また、脳機能（CPC）及び全身機能（OPC）カテゴリーが5の場合であっても、「死亡退院」としてデータを入力する。

(4) 追加項目として議論が必要なもの

① 検討事項

より精度（信頼度）の高いデータを集計し、救急医療体制の改善につなげるために、新たなデータ項目について、集計する必要性が示唆されている。追加項目として議論が必要なものとして、「通信指令員が心停止を確認した時刻」、「搬出開始時刻」、「体温管理療法」、「再灌流療法」の4項目について検討した。

② 調査及び検討結果

ア 通信指令員が心停止を確認した時刻

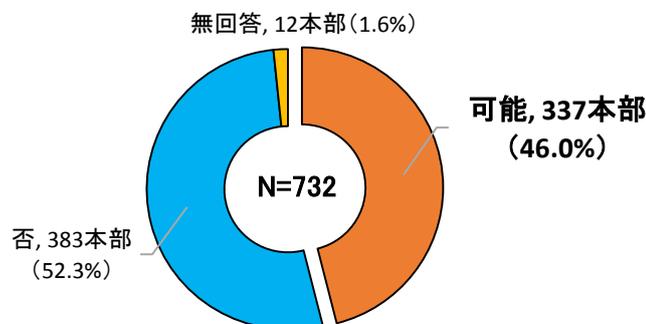
通信指令の「質」を客観的に評価するためには、「通信指令員が心停止を確認した時刻」を記録することが必要であり、項目の追加について検討した。しかし、実際に秒単位で当該データを取得することはシステム上困難であるため、現時点での追加は行わず、長期的な検討課題とする。

イ 搬出開始時刻

現場活動の客観的な評価、最適な搬出開始タイミングの検討のため、「搬出開始時刻（救急車に向かって、傷病者の搬出を開始した時刻）」の収集について検討した。

まず、全国の消防本部に対して、「搬出開始時刻の集計可否」に関して調査した結果、「可能」と回答した本部は4割以上であった。一方、「否」と回答した本部は約5割であった。

図表 6-22 搬出開始時刻の集計可否



※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

あわせて、既に「搬出開始時刻」を集計している本部に対して、「使用している呼称」に関して調査した結果、「現場離脱」に近い呼称を用いている消防本部が64本部、「搬出開始」に近い呼称が62本部であった。

上記調査を踏まえた検討結果として、今後、救急蘇生統計の中で、搬出開始時刻を、新たに「任意項目」として追加する。ただし、救急隊の現場活動の客観的な評価・質の向上、最適な搬出開始タイミングの分析によるプロトコル改善等において、当該時刻を収集することは非常に有用であることから、今後、集計可能となる消防本部が増えた段階、及び救急統計システムの見直しのタイミングで「必須項目」とする。

なお、名称については、既に集計している「現場出発」との混同を避けるため、「現場離脱」という名称は使用せず、「搬出開始時刻」とし、定義を「救急車に向かって、傷病者の搬出を開始した時刻」とする。

ウ 体温管理療法

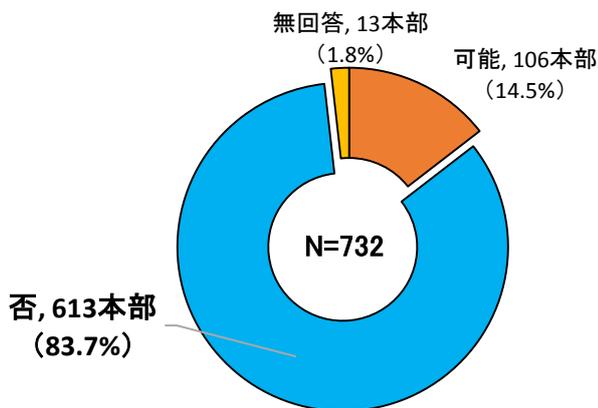
エ 再灌流療法

適切な搬送先の選定基準の策定や、治療効果の測定等の目的により、医療機関における「体温管理療法」、「再灌流療法」の実施の有無についての収集を検討した。

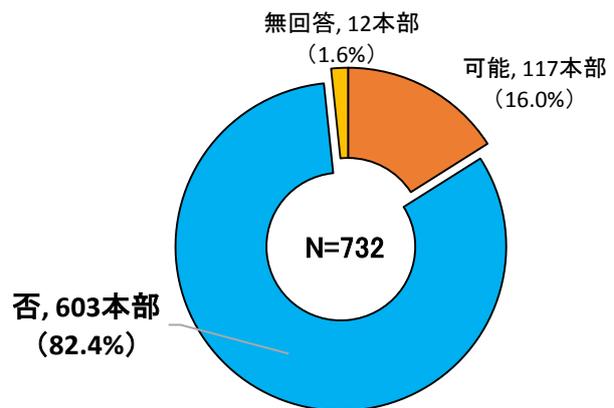
まず、全国の消防本部に対して、「医療機関での体温管理療法の有無の集計可否」に関して調査した結果、「可能」と回答した本部は1割強であった。一方、「否」と回答した本部は8割以上にも及んだ。

さらに、同じく全国の消防本部に対して、「医療機関での冠動脈再灌流療法の有無の集計可否」に関して調査した結果、「可能」と回答した本部は1割強であった。一方、「否」と回答した本部は8割以上にも及んだ。

図表 6-23 医療機関での体温管理療法の有無の集計可否



図表 6-24 医療機関での冠動脈再灌流療法の有無の集計可否



※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

上記調査を踏まえた検討結果として、「体温管理療法」、「再灌流療法」の収集については、今年度中の結論には結び付けず、長期的な検討とする。理由としては、消防機関のみでは解決できる問題ではなく、調査を行うには、医療機関含め関係機関の協力・理解を求めが必要があり、また、患者の治療内容といった個人情報の取り扱いに関する整理も必要となるためである。

現在、患者情報取得に際して、消防・医療機関の双方が、多大な労力を費やしていることから、今後、適正な疾患管理を目指した、救急搬送情報と医療情報の連結による、相互の患者情報の連携が期待される。

(5) その他

① 検討事項

高齢化の進展等に伴い、現場で心肺蘇生等を希望していない旨を伝えられるケースも見られる。救急システムを適正に評価する指標として生存率及び社会復帰率を活用する場合、このようなケースは除外して算出することが適切であり、「心肺蘇生の希望なし」の件数を集計することを検討した。

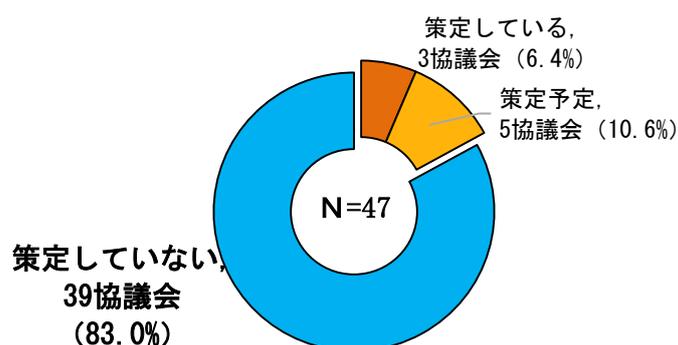
また、ウツタイン様式の改定において、心停止の発生場所について、集計することが国際的に推奨されている。当該発生場所は、現在必須の入力項目となっている一方、「救急・救助の現況」において、集計対象外となっている。この点の改善方法について検討した。

② 調査及び検討結果

ア 「心肺蘇生の希望なし」の件数の集計について

まず、全国の都道府県 MC 協議会に対して、「心肺蘇生の希望なし」に関する救急活動プロトコルの策定状況について調査した結果、「策定していない」と回答した協議会が約 8 割であった。

図表 6-25 「心肺蘇生の希望なし」に関する救急活動プロトコルの策定状況



※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

上記調査を踏まえた検討結果として、「心肺蘇生の希望なし」の項目をシステム上整備するが、収集は行わないこととする。「心肺蘇生の希望なし」に関するプロトコルが定着していない現在、消防庁が当該件数の収集をすることは困難であるが、今後の社会情勢の変化により、プロトコル等が定着した際に対応できるよう、システム上の環境は整備しておくこととする。

イ 心停止の発生場所

検討結果として、心停止の発生場所について、今後集計を行い、「平成 30 年版救急・救助の現況」から結果を公表することとする。

(6) 救急蘇生統計データの有用性について

救急蘇生統計は、救急隊が搬送した全ての心肺機能停止傷病者のデータを、国際ガイドラインに準じて収集し、客観的な比較検討を可能とする統計である。このデータから多くのエビデンスが発信され、病院前救急医療の評価・改善に寄与している。

日本の救急蘇生統計のデータは、救急活動を行っている救急隊員による一つ一つの事案の入力により、年間13万件という規模で蓄積され、100万件を超える世界でも類を見ない規模のビッグデータとなった。蓄積されたデータは、客観的な指標に基づく病院前救急医療体制の改善に役立つとともに、国内外の研究者により様々な角度から解析がなされ、2015年の国際ガイドラインの改訂に対しても大きな影響力を与えた。

今後は、本統計データの果たす役割、意義を現場の救急隊員、社会に広く還元し、更に活用を進めていく必要がある。

4 まとめ（今後の方向性）

（1）まとめ

年々変化する救急活動に関する現状を的確に把握するため、救急統計及び救急蘇生統計の見直しを行った。

救急統計に関しては、救急搬送の必要性が低かった事案の集計方法及び不搬送理由の定義について試験調査を行い、フローチャート、新たな不搬送理由及び定義を提示した。また、今後新たに収集すべき項目を、消防本部において既に収集されている走行距離及び医療機関の受入れに関する情報等とした。さらに、既存の調査項目の解釈の標準化については、調査項目の実態を調査し、統一的な解釈となるよう一覧表に取りまとめた。

救急蘇生統計に関しては、心停止の原因について、新たに内因性か外因性かに分けて集計することとし、バイスタンダーによるAEDの実施について、除細動の実施のみだけではなく、バイスタンダーがAEDの使用を試みた件数も収集することとした。また、転帰については、1か月未満で転退院した傷病者の転退院日を入力項目とすることとし、その他任意入力として、搬出開始時刻及び心肺蘇生の希望なしの項目を新たに追加した。救急隊員が日々入力を行う救急蘇生統計は、国際標準に基づいて記録されているため、客観的な比較・検証が可能であり、我が国の救急蘇生統計は、悉皆的なデータが収集されているため世界的な評価が高いものとなっている。

（2）全体スケジュール

検討項目については、第4回検討会において最終報告した内容を、システム改修仕様書・入力要領へ反映を行う。

図表6-26 全体スケジュール

検討項目		6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
救急統計	継続	(1) 救急搬送の必要性が低かった事案の集計方法	第1回	第1回	第2回	第2回	第3回	第3回	第4回	第4回	第4回
		(2) 不搬送理由の定義	第1回	第1回	第2回	第2回	第3回	第3回	第4回	第4回	第4回
	(3) 今後新たに収集すべき項目	第1回	第1回	第2回	第2回	第3回	第3回	第4回	第4回	第4回	第4回
	(4) 既存調査項目の解釈の標準化	第1回	第1回	第2回	第2回	第3回	第3回	第4回	第4回	第4回	第4回
新規											
救急蘇生統計	(1)心停止の原因 (2)AEDの適応 (3)転帰 (4)追加項目として議論が必要なもの (5)その他(「心肺蘇生の希望なし」の件数の集計+心停止の発生場所)	第1回	第1回	第2回	第2回	第3回	第3回	第4回	第4回	第4回	第4回

(3) システム改修からデータ集計までのスケジュール

今年度中に仕様書作成が完了した場合は、下表のとおりスケジュールとなり、新規調査項目が実際に集計可能となるまで 5年以上の年月がかかることが想定される。システム改修に当たっては、消防本部におけるシステム改修費用を軽減するため、「救急統計」と「救急蘇生統計」の 同時期の改修を目指す。また、図表6-28に「救急統計」及び「救急蘇生統計」の検討項目ごとの今後の対応、システム改修の必要性及び入力等開始時期をまとめた。

図表6-27 システム改修からデータ集計までのスケジュール

	平成29年 (2017年)	平成30年 (2018年)	平成31年 (2019年)	平成32年 (2020年)	平成33年 (2021年)	平成34年 (2022年)
消防庁	改修内容の 検討	仕様書 作成	予算 要求	システム 改修	報告要領 改定	平成 33年 (2021年) データ集計
消防本部		予算要求		システム 改修	平成33年 (2021年) データ入力	

図表6-28 各検討項目の今後の対応等

検討項目		今後の対応	システム改修の必要性	入力等開始時期
救急統計小会合	(1) 救急搬送の必要性が低かった事案の集計方法	<ul style="list-style-type: none"> 今年度末に通知 代替的にシステム上の「救急隊判断緊急度」の「非緊急」を使用し集計 システム改修時に「救急搬送の必要性が低かった」項目を設置 	必要 (直近は代替して集計)	平成31年(2019年)中の救急事案から入力を開始し、平成32年(2020年)に全国集計 その後、システム改修を行い、平成33年(2021年)中の救急事案から新項目で入力を開始 次年度、一部地域で先行的に施行予定
	(2) 不搬送理由の定義	今年度末に通知	必要	システム改修を行い、平成33年(2021年)中の救急事案から入力を開始、平成34年(2022年)に全国集計
	(3) 今後新たに収集すべき項目			
	(4) 既存調査項目の解釈の標準化		不要	通知後から
救急蘇生統計小会合	(1) 心停止の原因	今年度末に通知	必要	システム改修を行い、平成33年(2021年)中の救急事案から入力を開始、平成34年(2022年)に全国集計
	(2) AEDの適応			
	(3) 転帰			
	(4) 追加項目として議論が必要なもの			
	(5) 「心肺蘇生の希望なし」の件数の集計	すでに必須入力項目となっているため、対応不要	不要	平成29年(2017年)中の救急事案を全国的に集計
その他 心停止の発生場所				

【参考】個人情報保護法の改正について

平成 27 年に個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）（以下「個人情報保護法」という。）が改正され、平成 29 年 5 月 30 日に全面施行された。

改正内容は、個人情報保護委員会の新設、個人情報に該当するかどうかの判断が困難なグレーゾーン解消を目的とした個人情報の定義の明確化、個人情報の有用性を確保することを目的とした匿名加工情報の利活用の規定の新設などである。救急年報報告データと個人情報保護法との関わりについては、民間の医療機関から各消防本部に提供される傷病者に関する情報について、同法の適用があると考えられるが、今回の改正による情報提供行為への影響は特段ないと解される。（行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 58 号）及び独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 59 号）も個人情報保護法と同趣旨の改正がされたが、同様に情報提供行為への影響は特段ないと解される。）

なお、救急年報報告における一連の情報提供行為と個人情報保護法制との関係は「医療機関に搬送した傷病者に関する情報について」（平成 17 年 3 月 31 日付け消防救第 95 号通知）及び「救急・救助統計のオンライン化について」（平成 18 年 3 月 13 日付け消防救第 38 号通知）に示されているところであり、概要は以下のとおりである。

（1）医療機関から消防機関へ提供される傷病者に関する情報について

消防機関が消防組織法第 40 条に基づき、消防庁長官に救急年報及びウツタイン様式等の報告並びにこれらの報告に資する活動記録票の作成をするため、医療機関に対して搬送した傷病者に関する情報の提供を求める場合は、当該情報は個人情報であるが、個人情報提供の法令上の例外規定に該当する。

（2）消防機関から消防庁へ提供される傷病者に関する情報について

当該情報は、「個人情報」であるため、個人情報保護条例の適用を受ける。個人情報保護条例は通常、個人情報保護法と同様の規定が定められているところ、当該提供は、条例上の「法令等に定めがあるとき」に該当するため、あらかじめ本人の同意を得ずに第三者へ提供することが可能である。

（3）消防庁から外部機関へ提供される傷病者に関する情報について

当該情報は、「個人情報」ではないため、行政機関個人情報保護法の適用を受けない。

第7章

救急業務に関するフォローアップ

第7章 救急業務に関するフォローアップ

1 背景・目的

救急業務に関する取組状況については、地域によって差が生じている。このことから、平成28年度救急業務のあり方に関する検討会報告書において、アンケート調査により実態を把握していくとともに、消防庁が都道府県の担当部局とともに消防本部を個別訪問し、現状及び課題の認識の共有並びに必要な助言を行うことにより、救急業務の全国的なレベルアップを図っていくことが必要であると提言された。

これを受け、今年度、救急業務に関するフォローアップとして、アンケート調査及び個別訪問を行った。

2 アンケート調査及び検討結果

都道府県（消防防災主管部局・衛生主管部局）、消防本部及び地域MC協議会を対象としたアンケート調査を実施した。

<調査概要>

- ・調査名：救急救命体制の整備・充実に係る調査について
- ・調査対象：47都道府県（消防防災主管部局、衛生主管部局）、732消防本部及び251地域MC協議会
- ・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29年8月14日～9月6日（基準日：平成29年8月1日）
- ・回収率：100%

(1) #7119の検討状況について

平成29年12月1日現在、#7119を県内全域で実施しているのは7都府県（東京都、宮城県、埼玉県、新潟県、大阪府、奈良県、福岡県）、一部地域で実施しているのは3道県（北海道、神奈川県、和歌山県）、別番号で実施しているのは4県（山形県、栃木県、千葉県、香川県）であった。

#7119を実施していない府県について、「実施に前向き」「必要性を感じている」「必要性を感じていない」に再集計した。

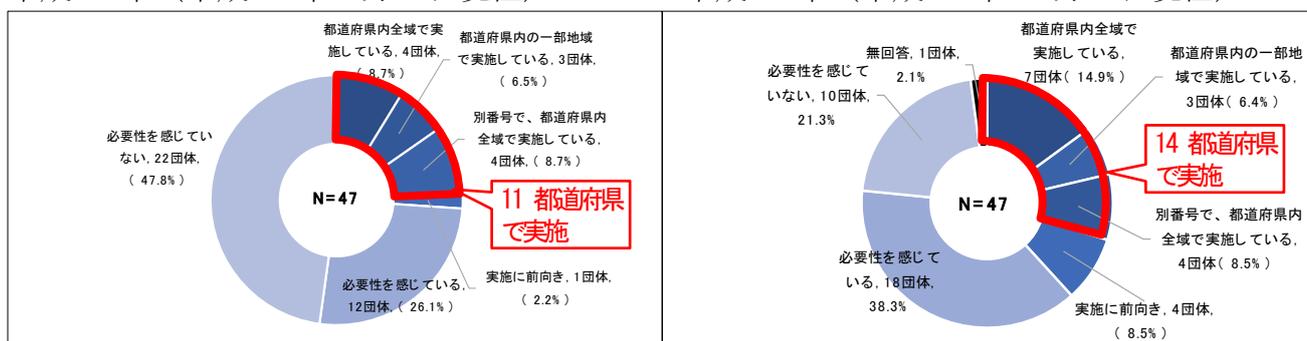
その結果、防災主管部局については、平成28年は「実施に前向き」な団体は1団体であったが、平成29年には4団体に増加した。また、#7119の必要性を感じているのは、平成28年は12団体（25.5%）であったが、平成29年には18団体（38.3%）に増加した。

図表 7-1 #7119 の実施状況と必要性

(都道府県消防防災主管部局の回答)

平成 28 年 (平成 28 年 9 月 1 日現在)

平成 29 年 (平成 29 年 12 月 1 日現在)



※ 1 端数処理 (四捨五入) のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

※ 2 以下の場合、「実施に前向き」として再集計

H28 「実施する予定」、

H29 「実施予定 (実施時期は確定している)」「実施予定 (実施時期は未定)」「実施に向けて検討中」

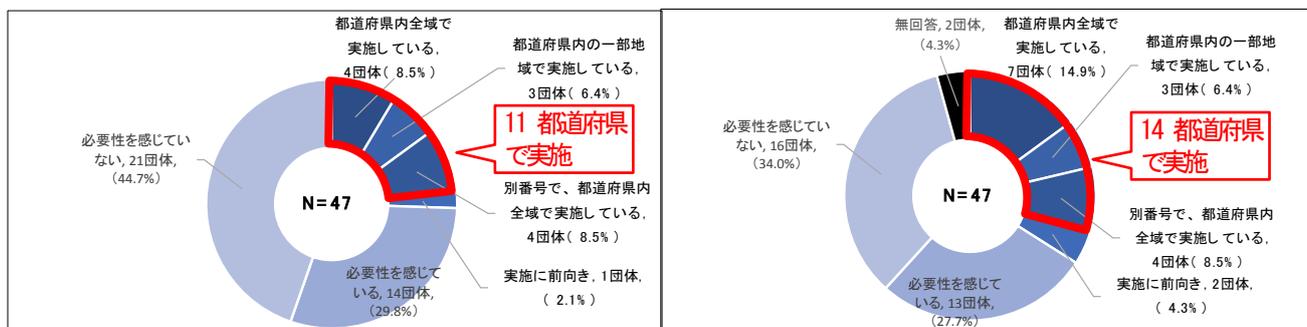
衛生主管部局については、平成 28 年は「実施に前向き」な団体は 1 団体であったが、平成 29 年には 4 団体に増加した一方で、「実施に前向きでない」衛生主管部局のうち、#7119 の必要性を感じているのは、平成 28 年は 14 団体 (29.8%) であったが、平成 29 年には 13 団体 (27.7%) に減少した。

図表 7-2 #7119 の実施状況と必要性

(都道府県衛生主管部局の回答)

平成 28 年 (平成 28 年 9 月 1 日現在)

平成 29 年 (平成 29 年 12 月 1 日現在)



※ 1 端数処理 (四捨五入) のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

※ 2 以下の場合、「実施に前向き」として再集計

H28 「実施する予定」、

H29 「実施予定 (実施時期は確定している)」「実施予定 (実施時期は未定)」「実施に向けて検討中」

以上の結果から、防災主管部局と比較して、衛生主管部局は、平成 28 年から継続して #7119 の実施に前向きでないだけでなく、必要性も感じていないことが分かった。今後は、都道府県防災主幹部局だけでなく衛生主幹部局に対しても、医療面での効果を踏まえ (「第 1 章第 1 節医療面の定量的な効果について」を参照。)、#7119 の実施を積極的に働きかけていく必要がある。

(2) 転院搬送ガイドラインの策定状況について

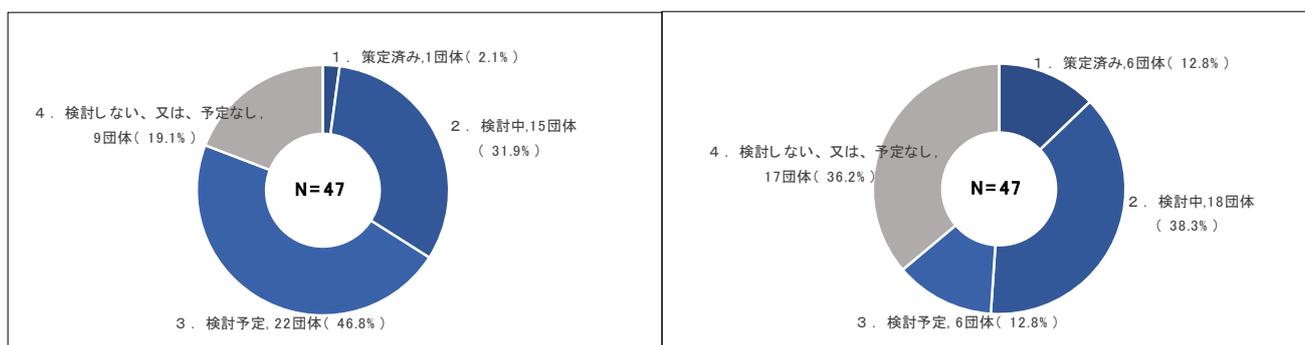
転院搬送ガイドラインを策定済みの都道府県は、平成 28 年は 1 団体 (2.1%) であったが、平成 29 年には 6 団体 (12.8%) に増加した。また、「検討中」の都道府県も平成 28 年から平成 29 年にかけて増加した。

一方、「検討しない、又は予定なし」と回答した団体も存在することから、引き続き転院搬送ガイドラインの策定を働きかけていく必要がある。

図表 7-3 転院搬送ガイドライン策定の有無
(都道府県の回答)

平成 28 年 (平成 28 年 9 月 1 日現在)

平成 29 年 (平成 29 年 8 月 1 日現在)



※ 1 端数処理 (四捨五入) のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

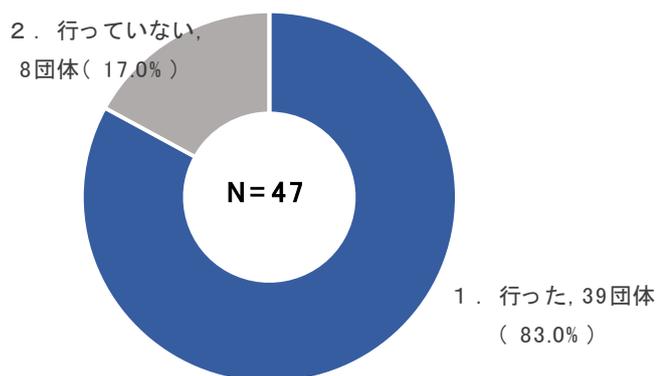
※ 2 選択肢 2～4 については、消防防災主幹部局と衛生主幹部局との回答が異なっていた場合、より積極的な回答を集計

(3) 傷病者の搬送及び受入れ実施基準に関する状況について

① 傷病者の搬送及び受入れ実施基準の改正の有無

「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」を、実施基準策定当初から 28 年度末までに改正、あるいは運用上の改善や工夫を行った都道府県は、39 団体 (83.0%) であった。

図表 7-4 実施基準の変更の有無
(都道府県の回答)

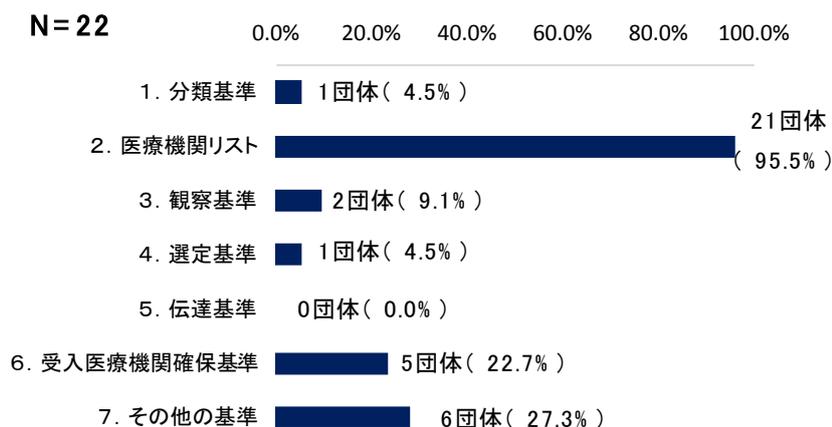


※端数処理 (四捨五入) のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

② 傷病者の搬送及び受入れ実施基準の改正内容

平成 28 年度内に実施基準の改正を行った 22 団体のうち、「医療機関リスト」を改正したのが 21 団体 (95.5%) と最も多かった。「伝達基準」を改正したのは 0 団体であった。

図表 7-5 平成 28 年度内の実施基準改正の対象 (複数回答)
(都道府県の回答)



(4) 救急救命士の資格を有する救急隊員数等の推移について

全国の救急救命士の資格を有する救急隊員数は、平成28年は26,659人であったが、平成29年には27,717人（前年より1,058人増）に増加した。

また、気管挿管、薬剤（エピネフリン）投与、気管挿管及び薬剤（エピネフリン）投与、ビデオ喉頭鏡、ブドウ糖投与、並びにCPA前静脈路確保のいずれについても、認定割合の全国平均が増加した。

図表7-6 救急救命士の資格を有する救急隊員数等の推移

都道府県	救急救命士 有資格者数 (人)		気管挿管(A) 認定割合		薬剤(エピネフリン) 投与(B) 認定割合		(A)、(B)両認定 割合		ビデオ喉頭鏡 認定割合		ブドウ糖投与 認定割合		CPA前 静脈路確保 認定割合	
	H28	H29	H28	H29	H28	H29	H28	H29	H28	H29	H28	H29	H28	H29
北海道	2,163	2,396	45.6%	42.4%	83.7%	80.2%	43.2%	41.1%	17.2%	22.5%	28.2%	35.5%	28.2%	35.6%
青森	422	447	78.7%	80.8%	88.4%	91.5%	73.7%	74.9%	0.0%	0.0%	85.5%	90.2%	85.5%	90.2%
岩手	432	439	83.1%	85.4%	88.0%	90.2%	78.5%	81.3%	27.5%	40.3%	54.4%	80.2%	54.4%	80.9%
宮城	409	429	57.2%	58.5%	91.7%	92.8%	56.5%	57.8%	15.6%	0.0%	46.9%	65.0%	44.3%	65.0%
秋田	345	347	33.3%	32.3%	93.3%	91.4%	32.5%	32.3%	18.0%	19.0%	90.4%	89.6%	90.7%	89.6%
山形	259	271	35.9%	32.8%	96.1%	97.8%	34.7%	32.1%	0.0%	0.0%	95.4%	96.7%	95.0%	96.7%
福島	433	463	46.0%	45.6%	85.0%	87.7%	40.4%	41.7%	1.2%	1.9%	12.2%	25.7%	12.5%	25.7%
茨城	748	786	59.1%	61.5%	93.6%	92.2%	57.8%	60.8%	7.6%	0.6%	52.1%	68.4%	47.6%	68.4%
栃木	472	489	54.0%	51.3%	81.8%	81.8%	49.4%	47.4%	0.0%	0.0%	26.1%	45.6%	26.1%	45.6%
群馬	458	467	21.6%	22.1%	68.3%	69.0%	20.1%	20.6%	3.9%	7.7%	13.5%	22.7%	13.5%	22.7%
埼玉	1,188	1,209	55.2%	58.0%	94.1%	95.2%	55.1%	58.0%	31.1%	35.2%	32.2%	59.2%	32.2%	59.2%
千葉	1,092	1,119	52.8%	55.1%	85.5%	90.1%	51.6%	54.1%	4.6%	5.2%	52.1%	65.4%	52.1%	65.4%
東京	1,652	1,737	24.2%	25.8%	81.7%	83.9%	23.8%	25.3%	0.0%	0.0%	15.9%	29.5%	15.8%	29.3%
神奈川	1,290	1,305	42.3%	43.0%	90.6%	92.3%	40.4%	39.9%	10.9%	20.2%	49.1%	73.7%	49.1%	73.7%
新潟	619	650	23.6%	21.7%	96.3%	96.9%	23.1%	21.7%	4.7%	4.9%	92.7%	96.3%	92.7%	96.3%
富山	251	252	72.5%	69.8%	76.9%	79.8%	63.3%	62.3%	0.0%	0.0%	23.1%	41.3%	23.1%	40.9%
石川	268	297	76.9%	67.3%	76.5%	75.4%	74.3%	66.7%	0.0%	0.0%	63.1%	74.1%	63.1%	74.1%
福井	190	204	81.6%	83.8%	91.1%	92.2%	78.4%	82.8%	0.0%	1.5%	90.5%	91.7%	90.5%	91.7%
山梨	248	264	52.0%	52.3%	87.9%	89.8%	51.6%	51.9%	43.1%	37.9%	85.9%	89.0%	85.9%	89.0%
長野	662	670	68.4%	71.5%	83.2%	85.7%	63.1%	65.8%	11.0%	0.0%	44.4%	74.9%	44.4%	74.9%
岐阜	550	570	41.1%	43.9%	78.7%	82.1%	36.7%	40.9%	7.8%	10.4%	19.8%	31.9%	19.8%	31.9%
静岡	683	697	56.5%	57.8%	90.8%	93.8%	55.3%	56.1%	14.5%	24.5%	14.3%	31.6%	14.3%	31.6%
愛知	1,266	1,295	25.3%	26.7%	72.0%	78.5%	25.3%	26.7%	0.0%	0.3%	69.5%	73.6%	69.5%	73.6%
三重	514	518	25.5%	28.4%	88.3%	91.7%	24.7%	28.0%	8.2%	12.0%	69.6%	86.5%	69.6%	86.5%
滋賀	296	306	41.9%	41.5%	92.9%	90.8%	40.9%	41.2%	0.0%	0.0%	81.4%	87.3%	81.4%	87.3%
京都	459	457	62.5%	66.1%	88.5%	90.4%	62.3%	66.1%	0.0%	0.0%	80.8%	84.7%	80.8%	84.7%
大阪	1,563	1,555	60.4%	63.4%	77.3%	81.9%	58.5%	61.7%	27.6%	31.6%	34.4%	46.6%	34.4%	46.6%
兵庫	1,144	1,172	50.5%	53.7%	79.0%	80.2%	50.4%	53.7%	25.3%	33.7%	29.9%	50.5%	29.8%	50.5%
奈良	333	366	40.5%	40.2%	93.7%	92.1%	40.5%	39.9%	21.0%	22.1%	46.2%	70.5%	46.2%	70.5%
和歌山	305	312	82.0%	79.8%	77.7%	79.2%	73.4%	72.8%	0.3%	2.2%	74.4%	78.8%	76.7%	78.8%
鳥取	186	188	83.3%	85.6%	88.2%	98.4%	83.3%	84.6%	0.0%	0.0%	89.2%	91.0%	88.7%	91.0%
島根	243	259	46.5%	50.6%	93.4%	92.7%	46.5%	50.6%	17.7%	37.1%	0.4%	37.5%	8.6%	37.5%
岡山	436	463	76.1%	74.9%	96.3%	93.5%	75.9%	74.5%	30.5%	33.9%	27.5%	60.5%	27.5%	60.5%
広島	619	656	34.2%	35.2%	87.7%	86.1%	33.8%	34.5%	17.9%	22.1%	40.4%	65.4%	40.1%	65.4%
山口	352	358	54.0%	53.4%	93.2%	93.9%	53.4%	52.2%	0.0%	0.0%	51.7%	79.3%	51.7%	79.3%
徳島	202	203	81.7%	86.2%	90.6%	92.6%	79.2%	84.7%	26.2%	47.3%	65.3%	79.8%	59.4%	79.8%
香川	171	170	87.1%	86.5%	84.8%	88.2%	78.4%	77.6%	45.6%	60.6%	42.7%	74.1%	42.7%	74.1%
愛媛	345	352	80.3%	81.0%	93.3%	94.9%	79.7%	80.4%	0.0%	6.3%	6.1%	44.9%	6.1%	44.9%
高知	248	257	94.8%	94.9%	92.3%	96.1%	91.1%	93.4%	0.0%	0.0%	69.8%	93.8%	59.7%	93.8%
福岡	747	820	38.0%	39.4%	79.1%	78.8%	32.3%	32.9%	0.1%	0.1%	10.2%	38.0%	10.2%	37.4%
佐賀	219	209	18.7%	21.1%	91.3%	92.8%	18.3%	21.1%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.5%	0.0%
長崎	337	323	61.1%	66.6%	79.8%	84.8%	55.8%	60.4%	0.0%	0.0%	16.3%	41.5%	16.0%	41.5%
熊本	385	401	50.9%	51.6%	95.1%	89.5%	50.4%	51.4%	0.0%	0.0%	29.9%	45.9%	29.9%	45.9%
大分	299	310	37.1%	38.4%	92.3%	90.6%	36.8%	37.4%	0.0%	0.0%	22.7%	53.9%	22.7%	53.9%
宮崎	229	238	40.2%	43.7%	85.2%	89.1%	39.3%	42.0%	2.6%	0.0%	42.8%	59.2%	42.8%	60.1%
鹿児島	484	532	61.8%	63.2%	91.9%	89.5%	60.3%	60.7%	0.0%	0.0%	8.3%	32.9%	7.6%	32.9%
沖縄	443	489	41.1%	43.6%	89.2%	92.4%	40.0%	43.1%	2.7%	1.8%	11.1%	26.6%	11.1%	26.6%
合計・平均	26,659	27,717	49.5%	50.3%	85.7%	87.0%	47.6%	48.6%	10.8%	13.0%	40.7%	56.7%	40.5%	56.7%

※データ出典 「平成28年版救急・救助の現況」及び「平成29年版救急・救助の現況」

(5) 指導救命士の認定状況について

指導救命士を認定している都道府県 MC 協議会は、平成 28 年は 28 団体 (59.6%) であったが、平成 29 年には 36 団体 (74.5%) に増加した。

指導救命士数の累計は、平成 28 年は 455 人であったが、平成 29 年には 841 人 (前年より 386 人増) に増加した。

図表 7-7 指導救命士認定者数
(都道府県 MC 協議会の回答)

平成28年12月15日時点 平成29年8月1日時点

No.	都道府県名	指導救命士 認定者数(人)	指導救命士 認定者数(人)
1	北海道	9	12
2	青森県	5	12
3	岩手県	0	9
4	宮城県	0	0
5	秋田県	19	18
6	山形県	0	12
7	福島県	0	0
8	茨城県	0	0
9	栃木県	見込 30	29
10	群馬県	0	30
11	埼玉県	0	28
12	千葉県	0	0
13	東京都	0	0
14	神奈川県	11/1 制度開始	30
15	新潟県	13	21
16	富山県	0	0
17	石川県	28	29
18	福井県	9	13
19	山梨県	11	11
20	長野県	見込 17	16
21	岐阜県	29	52
22	静岡県	9	18
23	愛知県	0	0
24	三重県	35	61
25	滋賀県	0	9
26	京都府	0	0
27	大阪府	0	39
28	兵庫県	18	29
29	奈良県	16	20
30	和歌山県	24	32
31	鳥取県	16	19
32	島根県	10	15
33	岡山県	2	10
34	広島県	0	0
35	山口県	23	37
36	徳島県	0	1
37	香川県	3	7
38	愛媛県	28	34
39	高知県	0	12
40	福岡県	7	40
41	佐賀県	0	0
42	長崎県	15	22
43	熊本県	51	62
44	大分県	2	14
45	宮崎県	0	0
46	鹿児島県	14	14
47	沖縄県	12	24
合計		28道県 455人	36道府県 841人

(6) 応急手当の普及状況

第4章を参照。

(7) 感染症に関する保健所等との協定等締結状況

保健所等から「エボラ出血熱の患者の移送については消防機関の協力は不要」とされた消防本部は、平成28年は114本部(15.6%)であったが、平成29年には133本部(18.2%)に増加した。

「エボラ出血熱の患者の移送について保健所等との協定等締結済み」の消防本部は、平成28年は412本部(56.2%)であったが、平成29年には456本部(62.3%)に増加した。(協議済みの消防本部も、協定等を締結することが望ましい。)

「保健所等と消防機関において協議し合意したが協定等未締結」の消防本部は、平成28年は41本部(5.6%)であったが、平成29年には19本部(2.6%)に減少した。

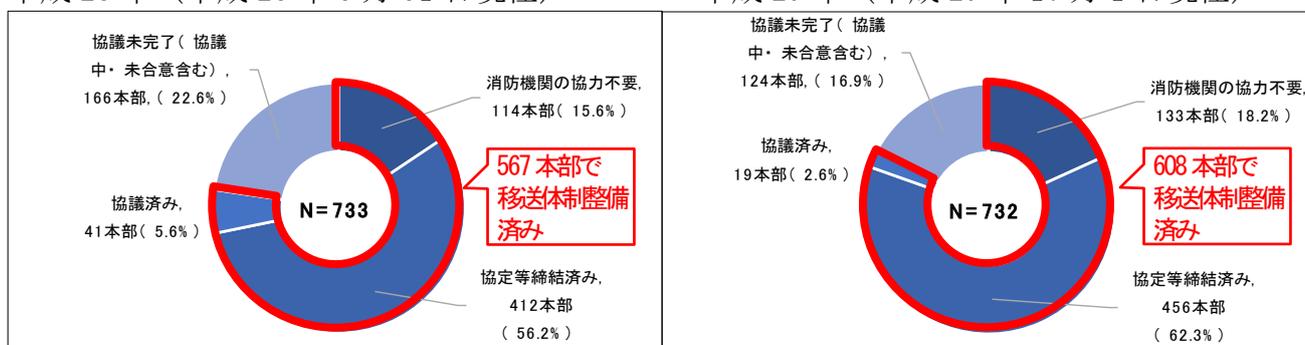
「保健所等と消防機関において協議未完了(協議中、未合意含む)」の消防本部は、平成28年は166本部(22.6%)であったが、平成29年には124本部(16.9%)に減少した。

以上のことから、エボラ出血熱の患者の移送について、移送体制が整備されている消防本部は、平成28年は567本部(77.4%)であったが、平成29年には608本部(83.1%)に増加したことが分かった。

図表7-8 感染症に関する保健所等との協定等締結状況
(消防本部の回答)

平成28年(平成28年8月31日現在)

平成29年(平成29年10月1日現在)



※1 端数処理(四捨五入)のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

※2 データ出典 平成28年及び平成29年の「感染症対策に係る他機関との連携等に関する調査」結果

(8) ICT（救急ボイストラ、病院情報を閲覧できる端末等）の導入状況について

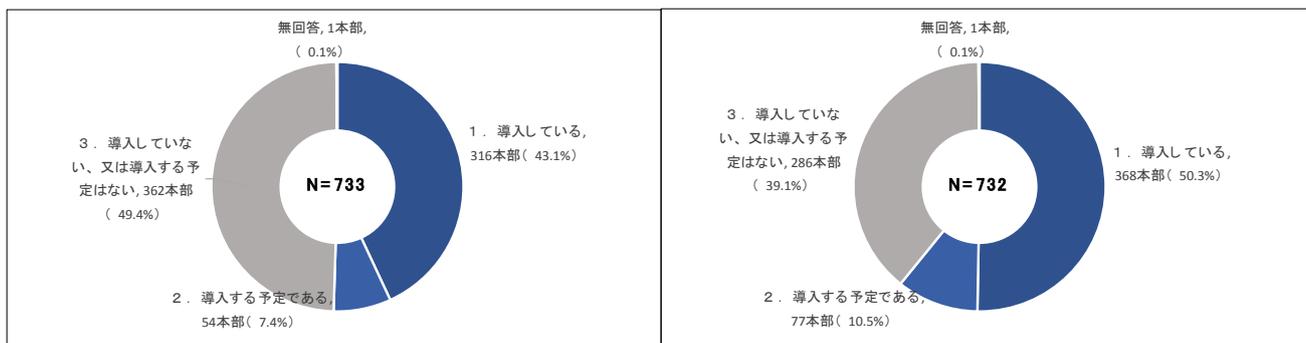
① 消防本部のスマートフォン・タブレット端末の導入状況

スマートフォン・タブレット端末を導入している消防本部は、平成28年は316本部(43.1%)であったが、平成29年には368本部(50.3%)に増加した。

図表7-9 スマートフォン・タブレット端末導入状況
(消防本部の回答)

平成28年（平成28年9月1日現在）

平成29年（平成29年8月1日現在）

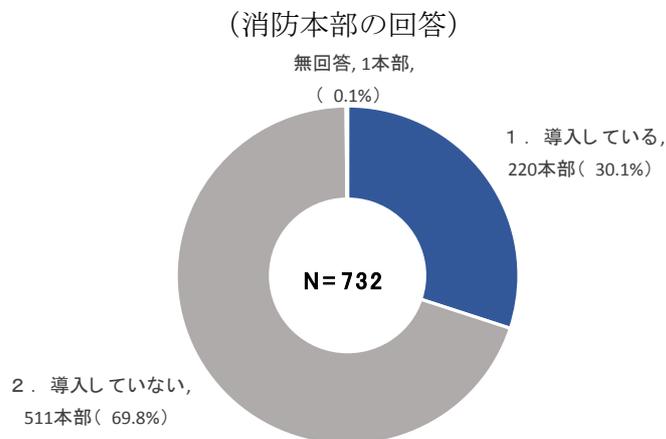


※端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が100%にならない場合がある。

② 消防本部の救急ボイストラの導入状況

平成 29 年 4 月から救急ボイストラの提供を開始し、平成 30 年 1 月からは Android 版に加え、iOS 版も提供を開始した。平成 30 年 2 月 1 日現在、235 消防本部が導入している。

図表 7-10 救急ボイストラの導入状況（平成 30 年 2 月 1 日現在）



都道府県	使用開始 本部数	(参考) 消防本部数	都道府県	使用開始 本部数	(参考) 消防本部数
北海道	18	58	滋賀	0	7
青森	4	11	京都府	4	15
岩手	6	12	大阪府	25	27
宮城	3	12	兵庫	6	24
秋田	5	13	奈良	0	3
山形	1	12	和歌山	6	17
福島	0	12	鳥取	2	3
茨城	6	24	島根	3	9
栃木	6	12	岡山	6	14
群馬	9	11	広島	1	13
埼玉	25	27	山口	5	12
千葉	7	31	徳島	1	13
東京都	2	5	香川	0	9
神奈川	6	24	愛媛	2	14
新潟	2	19	高知	0	15
富山	0	8	福岡	0	25
石川	2	11	佐賀	2	5
福井	2	9	長崎	2	10
山梨	0	10	熊本	1	12
長野	5	13	大分	1	14
岐阜	22	22	宮崎	4	10
静岡	4	16	鹿児島	5	20
愛知	11	36	沖縄	11	18
三重	2	15	合計	235	732

※1 端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

※2 使用開始消防本部ありの都道府県は橙色背景

※3 データ出典 消防研究センター（平成 30 年）「救急ボイストラ導入状況調査」結果

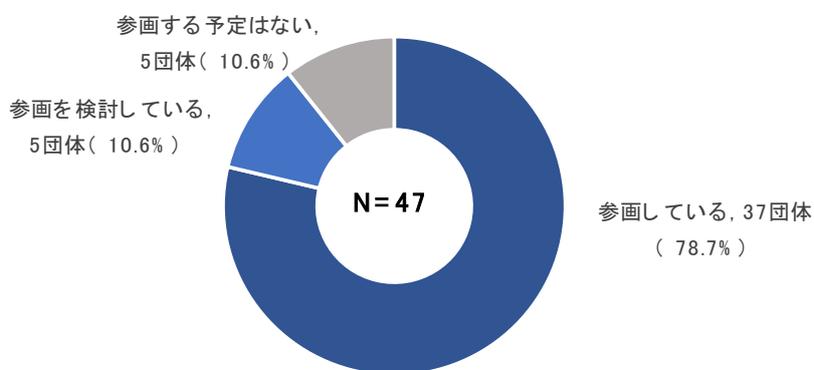
(9) 搬送困難事例への対応（頻回利用、精神科等）について

平成 28 年度救急業務のあり方検討会の中で、搬送困難事例（精神疾患関係）に対する効果的な取組について検討し、その結果を踏まえて、「精神科救急における消防機関と関係他機関の連携について」（平成 28 年 12 月 26 日付け消防救第 189 号）を各都道府県宛に発出した。

① 精神科救急医療体制連絡調整委員会等への参画状況

平成 29 年 8 月 1 日現在、都道府県に設けられている「精神科救急医療体制連絡調整委員会等(医療圏域ごとの検討部会を含む。)」に、消防機関が参画している都道府県は 37 団体(78.7%)、参画を検討している都道府県は 5 団体(10.6%)であった。

図表 7-11 精神科救急医療体制連絡調整委員会等への参画状況
(都道府県の回答)



※1 端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

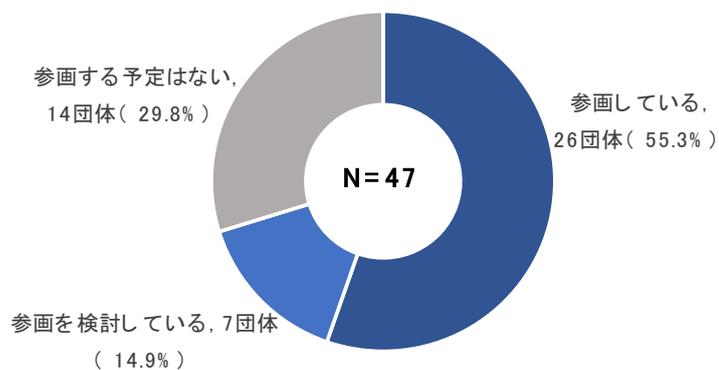
※2 消防防災主幹部局と衛生主幹部局との回答が異なっていた場合、より積極的な回答を集計

※3 「もともと参画している」「通知を受け参画した」と回答した場合、「参画している」に再集計

② 救急搬送の実施基準への精神科医の参画状況

平成 29 年 8 月 1 日現在、救急搬送の実施基準（消防法第 35 条の 5）策定に、精神科医が参画している都道府県は 26 団体（55.3%）、参画を検討中の都道府県は 7 団体（14.9%）であった。

図表 7-12 救急搬送の実施基準への精神科医の参画状況
（都道府県の回答）



※ 1 端数処理（四捨五入）のため、割合の合計が 100%にならない場合がある。

※ 2 消防防災主幹部局と衛生主幹部局との回答が異なっていた場合、より積極的な回答を集計

3 個別訪問及び検討結果

(1) 平成 29 年度個別訪問団体

都道府県消防担当部局及び衛生担当部局の担当者から、重点課題等に関する取組状況を聴取するとともに、各消防本部に対するフォローアップ方針を確認したのち、都道府県の消防担当部局とともに消防本部を訪問した。フォローアップにおいて把握できた、特に効果の高いと思われる先進事例を紹介する。

図表 7-13 平成 29 年度個別訪問団体一覧（平成 30 年 3 月 8 日現在）

No.	日程	都道府県	消防本部
1	6 月 15 日・21 日	埼玉県	児玉郡市広域消防本部 上尾市消防本部 越谷市消防本部
2	6 月 20 日	東京都	三宅村消防本部
3	7 月 20 日・21 日	愛媛県	上島町消防本部 松山市消防局 西予市消防本部
4	8 月 28 日	三重県	津市消防本部 伊勢市消防本部 松阪地区広域消防組合 桑名市消防本部
5	9 月 6 日・7 日	鳥取県	鳥取県東部消防局 鳥取県中部消防局 鳥取県西部消防局
6	9 月 11 日・13 日	茨城県	水戸市消防本部 大洗町消防本部 鹿行広域事務組合消防本部
7	10 月 18 日・19 日	広島県	江田島市消防本部 北広島町消防本部 三原市消防本部
8	12 月 19 日・20 日	長野県	長野市消防局 上田地域広域連合消防本部 木曾広域消防本部
9	12 月 13 日・14 日	山形県	山形市消防本部 東根市消防本部 最上広域市町村圏事務組合消防本部
10	1 月 29 日・30 日	佐賀県	唐津市消防本部 伊万里・有田消防本部 鳥栖・三養基地区消防事務組合消防本部
11	2 月 6 日・7 日	奈良県	奈良市消防局 生駒市消防本部 奈良県広域消防組合消防本部
12	2 月 7 日・8 日	新潟県	見附市消防本部 五泉市消防本部 阿賀野市消防本部
13	3 月 15 日・16 日 (予定)	石川県	金沢市消防局 かほく市消防本部 奥能登広域圏事務組合消防本部
14	3 月 19 日・20 日 (予定)	岐阜県	岐阜市消防本部 養老町消防本部 多治見市消防本部

(2) 先進事例について

① 救急統計オンラインシステム入力に関する取組（埼玉県）

ア 取組の概要

埼玉県危機管理防災部消防防災課では、救急事故等報告要領に基づく年報報告用に消防本部がマニュアルとして利用できるよう、報告要領を作成している。

あわせて、埼玉県内の全消防本部（27 消防本部）を対象に年度始めに検収会を実施（約 1 週間）することにより、データの精査を行っている。

図表 7-14 各消防本部に配付している報告要領

イ 取組のねらい

データの精査と事務の効率化

ウ 取組の効果

- ・精度の高いデータを得られるようになった。
- ・報告要領には、質問が多く寄せられる事項や間違いやすい箇所について、分かりやすく詳細に記載した。これにより、県に対する電話照会や軽微な誤りが減り、事務の効率化に寄与した。
- ・検収会においては、消防本部の担当者から直接内容を聴取することから、顔の見える関係を構築することにつながったほか、当該報告の意義や目的などについて、担当者の意識啓発を促すことができた。

エ 埼玉県各消防本部からの声

- ・煩雑な調査であり、毎年作成に大変苦勞していたが、報告要領ができてからは、スムーズに作成ができるようになり、事務の効率化につながった。
- ・電話では質問しにくい疑問点についても、検収会で直接県の担当者に内容を確認し、すぐに修正ができるため、報告に伴う作業時間が短縮した。
- ・検収会を通じて、県の職員と顔の見える関係が構築できたため、別の調査等においても、気軽に疑問点を照会できるようになった。

② 救急活動時間の測定及び比較（上尾市消防本部・伊勢市消防本部・奈良市消防局）

ア 取組の概要

救急活動時間の各比較表を隊別に測定したものを、各隊に公表する取組

イ 取組のねらい

各隊が、他隊の活動時間を知ること、自隊の活動時間について自己検証を行い、迅速な活動認識を持たせることを目的とする。

- ・上尾市消防本部：署別、救急救命士別の年別で以下の項目を隊員に公開（図表7-15）
- ・伊勢市消防本部：隊別の月別で以下の項目を隊員に公開（図表7-16）
- ・奈良市消防局：隊別、四半期ごとに以下の項目を隊員に公開（図表7-17）

ウ 取組の効果

各隊員の任務分担の検証を行った結果、傷病者に対する観察力の向上や、各場面での業務の明確化が図られたとともに、隊員間の連携向上にも繋がったことで、調査の実施前と比較し、概ね各隊の各救急活動時間の短縮に繋がった。

図表7-15 上尾市消防本部の表

2016												
回数	回数	回数	回数	回数	回数	回数	回数	回数	回数	回数	回数	回数
全体	I 消防署	II 分署	III 分署	V 分署	VI 分署	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG
9420	1737	1365	1148	1519	1553	413	292	288	303	257	188	148
16.66	16.78	16.51	15.91	16.35	16.88	16.54	17.27	12.78	18.26	21.03	16.89	16.89
18	15	15	14	16	15	15	14	11	16	19	15	14
16.74	15.91	15.89	15.91	17.14	17.55	15.87	15.5	16.85	17.87	20.19	16.04	16.04
38.65	34.88	35.9	34.6	36.2	38.89	38.46	32.86	32.76	38.27	43.64	36.39	36.39
35	32	34	32	33	36	36	30	31	33	41	34	34
33.57	34.07	32.21	34.02	35.12	35.08	31.13	29.07	40.02	38.32	34	37.08	37.08
26	26	27	32	31	28	28	26	32	31	31	31	31
8.58	8.33	8.19	9.59	10.08	8.08	8.08	9.21	9.18	9.17	11.13	8.08	8.08
8	7	7	9	9	7	7	8	8	8	9	7	7
4.69	4.86	5.05	4.75	4.94	4.82	4.82	4.06	4.84	5.34	5.52	4.82	4.82
4	4	5	4	5	4	4	3.5	4	5	5	5	5
13.4	17.4	15.15	15.2	14.14	15.15	14.14	18.11	15.2	19.92	18.9	15.15	15.15

- ※上尾市消防本部の調査項目
- ・回数（除く転院・不搬送）
 - ・現場滞在時間
 - ・救急現場滞在時間
 - ・覚知～病院収容
 - ・病院収容～引き揚げ
 - ・病院連絡時間
 - ・複数回要請率

図表7-16 伊勢市消防本部の表

平成29年度 救急所要時間（月別）
（上段：1係 下段：2係）

消防署	H28年度平均	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	H29年度平均
		覚知～収容												
覚知～出動														
覚知～現着														
現着～出発														
現発～到着														

A分署	H28年度平均	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	H29年度平均
		覚知～収容												
覚知～出動														
覚知～現着														
現着～出発														
現発～到着														

- ※伊勢市消防本部の調査項目
- ・覚知～収容
 - ・覚知～出動
 - ・覚知～現着
 - ・現着～出発
 - ・現発～到着
- (注) 現着＝現場到着
到着＝病院到着

図表7-17 奈良市消防局の表

所属小隊別 レスポンスタイム 平成29年1月から3月（救護事案）（平成28年度体制）

第四四半期

市	入電・指令	入電・出動	入電・現着	入電・車収	入電・搬開	入電・病着	入電・医引	入電・掃引	指令・出動	出動・現着	現着・車収	現着・搬開	接触・車収	車収・搬開	接触・搬開
市															
第1小隊															
第2小隊															
第3小隊															
分署															
第1小隊															
第2小隊															
第3小隊															
分署															
第1小隊															
第2小隊															
第3小隊															

- ※奈良市消防局の調査項目
- ・入電～指令
 - ・入電～出動
 - ・入電～現着
 - ・入電～車収
 - ・入電～搬開
 - ・入電～病着
 - ・入電～医引
 - ・入電～掃引
 - ・指令～出動
 - ・出動～現着
 - ・現着～車収
 - ・現着～搬開
 - ・接触～車収
 - ・車収～搬開
 - ・接触～搬開
 - ・車収～掃引
 - ・接触～搬開
- (注) 車収＝車内収容
搬開＝搬送開始
医引＝医師引き継ぎ

③ 軽救急車の導入（広島県江田島市消防本部）

ア 取組の概要

高規格救急車の進入できない道路狭隘地域に救急出動した際に、軽救急車も同時出動し、可能な限り現場付近に部署し傷病者の早期接触を図る取組。

管内全ての道路狭隘地域を調査し、当該地域に存在する対象物が一目で分かるように指令台の地図に色分けをしている。色分けした対象物からの救急要請があった場合に、高規格救急車と軽救急車を同時に出動させている。

図表 7-18 軽救急車の道路狭隘地域での活用



(道路狭隘地域を走行する軽救急車)



(指令台の地図に示されている道路狭隘地域に存在する対象物)

イ 取組のねらい

江田島町消防本部の管轄する地勢は島しょ部で、山地や丘陵地が主であるため、急な坂や狭隘道路が多いことから、高規格救急車では現場に直近部署できず、主要道路に高規格救急車を部署して、徒歩で現場に向かっていた。そのため、傷病者との接触までに時間を要することとなり、医療機関への収容も延伸することで、搬送中に傷病者の容体が変化することが懸念されていた。また、導入前は道路狭隘地域の現場から主要道路に部署している救急車まで、長距離をストレッチャーや他の搬送用具を使用して車内収容しなければならなかったが、軽救急車を導入することで、傷病者の負担や救急隊員の負担についても、上記懸念事項と共に払拭するねらいがある。

ウ 取組の効果

- ・道路狭隘地域における傷病者接触時間の短縮
傷病者接触時間：平均 3.6 分短縮、最大 10 分短縮
※医療機関収容時間は測定していないが、短縮したと思われる。
- ・車内収容まで長い距離をストレッチャー搬送することによる振動等の不快感の軽減
- ・傷病者の容体悪化の防止
- ・救急隊員の疲労軽減

④ 普通救命講習時に口頭指導による心肺蘇生を取り入れた取組（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）

ア 取組の概要

普通救命講習の際に、受講者が119番通報（訓練通報）を行い、通信指令員の口頭指導に従った心肺蘇生を実施し、適切に心肺蘇生が実施できているか判定員が口頭指導チェックシートを用い、評価するもの。

図表7-19 普通救命講習時の口頭指導による心肺蘇生実施・評価



(訓練風景)

口頭指導チェックシート				
平成 年 月 日	実施場所 (団体名)	指令員 氏名	※指令員記入	
性別	年齢	講習歴	計 回	最終受講 年月日
通報開始から応答開始までの時間		秒		
搬送位置は適切か?	適切	適切ではない 上側 下側 違い (その他)		
手の組み方は適切か?	適切	適切ではない 状態 ()		
圧迫部位は適切か?	適切	適切ではない 上側 下側 手前 奥側		
圧迫する角度は適切か?	適切	適切ではない 浅い (その他		
圧迫する深さは適切か?	適切	適切ではない 浅い 深い 不揃い		
圧迫継続時、深さは保たれているか?	適切	適切ではない 浅くなった 深くなった 浅いまま 深いまま		
圧迫するリズムは適切か?	適切	適切ではない 早い 遅い		
圧迫継続時、リズムは保たれているか?	適切	適切ではない 早くなった 遅くなった 早いまま 遅いまま		
口頭指導内容 ※指令員記入				
備考 (気がついたこと 通報者の感想 わかりづらい言葉等 ……)				

講習終了後に指令課へFAXお願いします。

(口頭指導チェックシート)

イ 取組のねらい

JRC蘇生ガイドライン 2015 では、通信指令員が通報内容から早期に心停止を認識し、口頭指導を行うことの重要性が強調されており、通信指令員の口頭指導によりバイスタンダーの心肺蘇生の実施率が上がり、救命効果の向上につながることを期待されている。

救命講習の際に受講者に実際の口頭指導に従い、心肺蘇生を実施してもらい、適切に実施できているかを評価することで、受講者の心肺蘇生の質だけでなく、口頭指導の質を評価し、口頭指導技術の向上を図ることができる。

ウ 取組の効果

- ・通信指令員は、実際の口頭指導によりバイスタンダーによる心肺蘇生がどの程度できているかを把握できる。
- ・通信指令員は、受講者のアンケートによる口頭指導の改善点を把握でき、技術の向上につながる。

4 まとめ（今後の方向性）

救急業務に関する取組状況については、地域によって差が生じていることから、今年度、救急業務に関するフォローアップとして、アンケート調査により全国の実態を把握するとともに、都道府県の担当部局とともに消防本部を個別訪問し、現状及び課題の認識の共有並びに必要な助言を行った。

来年度も引き続き、アンケート調査及び個別訪問によるフォローアップを継続することで、救急業務の全国的なレベルアップを図っていく。

平成 30 年 3 月

消防庁

〒100-0013 東京都千代田区霞が関 2 丁目 1 - 2

