

平成30年度
救急業務のあり方に関する検討会
報告書
(案)

平成31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 29 年中の救急自動車による救急出動件数は約 634 万件、救急搬送人員数は約 574 万人となり、過去最多を更新した。このような中、「平成 30 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し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救急業務の円滑な実施と質の向上、②救急車の適正利用等を目標として掲げ検討を行った。

① に関連しては、「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施」及び「救急活動時間延伸の要因分析」について検討した。

② に関連しては、救急需要の増大に対応するために「＃7119（救急安心センター事業）の充実」及び「緊急度判定の実施」について検討した。

このほか、「救急隊の感染防止対策」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、「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施」については、検討部会を、「緊急度判定の実施」及び「救急隊の感染防止対策」については、ワーキンググループを設置して、詳細かつ積極的な検討を行った。

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、各地域において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。

本報告書が有効活用され、救急救命体制の充実・強化の一助となり、我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 31 年 3 月

平成 30 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 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施	12
1 背景・目的	12
2 検討事項	12
3 今後の検討	29
第2章 救急活動時間延伸の要因分析	31
1 背景・目的	31
2 検討事項	32
3 アンケート調査の結果	32
4 救急現場実態調査の結果	34
5 救急活動時間延伸の要因及びの短縮に向けた取組項目	35
6 各地域における先進的な取組事例紹介	38
7 まとめ	41
8 まとめ（今後の方向性）	46
第3章 Ⅶ 1 1 9（救急安心センター事業）充実	49
1 背景	49
2 検討事項	50
3 調査及び検討結果	50
4 まとめ（今後の方向性）	62
第4章 緊急度判定の実施	77
1 背景・目的	77
2 検討事項	78
3 アンケート・ヒアリング調査	78
4 検討結果	85
5 まとめ（今後の展望）	90

第5章 救急隊の感染防止対策	92
1 背景・目的	92
2 検討事項	92
3 感染防止対策に関する現況調査結果	92
4 検討結果	94
5 まとめ（今後の方向性）	98
 第6章 救急業務に関するフォローアップ	 100
1 背景	100
2 アンケート調査及び検討結果	100
3 個別訪問及び検討結果	110
4 まとめ（今後の方向性）	120

目的・検討事項・概要

1 検討会設置の背景と目的

平成 29 年中の救急自動車による救急出動件数は約 634 万件（前年比万件、2.1%増）、搬送人員数は 574 万人（前年比万人、2.0%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 3 回開催した。

平成 30 年度救急業務のあり方検討会 主要検討項目

平成 30 年度 救急業務のあり方に関する検討会 検討事項

高齢化の進展等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、「救急業務の円滑な実施と質の向上」や「救急車の適正利用の推進」等について検討を行う。

救急業務の円滑な実施と質の向上	救急車の適正利用の推進	その他
1. 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施 検討部会（WG）設置 高齢者の救急要請が増加する中、救急隊が傷病者の家族等から心肺蘇生の中止を求められる事案が生じていることから、消防本部等の取組状況の実態調査、課題の整理及び検討を行う。	3. #7119(救急安心センター事業)の充実 #7119（救急安心センター事業）について、共通の統計項目を定め、実施団体の事業効果を測定し、一層の普及につなげるとともに、事業の検証及び改善を促し、効率的・効果的な事業運営を推進する。	5. 救急隊の感染防止対策（WG設置） 近年、感染症の国際的な感染拡大が懸念されていることから、救急隊の感染対策の強化を図るため、救急隊の感染対策マニュアルの作成等について検討を行う。
2. 救急活動時間延伸の要因分析 救急需要の増大を背景として、救急活動時間が延伸傾向にあり、救命率への影響が懸念されることから、救急活動時間延伸の要因分析及び短縮に向けた検討を行う。	4. 緊急度判定の実施（WG設置） 119番通報時・救急現場における緊急度判定の教育体制及び対応マニュアル等の検討を行うとともに、平成31年度の検証に向けた効果の測定方法の検討を行う。	6. 救急業務に関するフォローアップ 全国の消防本部における救急業務の取組状況について、都道府県及び消防本部を個別訪問し、必要な助言を行い、救急業務の円滑な推進に資するための支援を行う。

2 検討事項

本検討会では、以下の6つの項目について検討を行った。

- (1) 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施
 - ・ 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実態調査
 - ・ 救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の現状
- (2) 救急活動時間延伸の要因分析
 - ・ 救急現場実態調査から得られた要因の分析
 - ・ 先進的な取組の把握
- (3) 〓 7 1 1 9 (救急安心センター事業) の充実
 - ・ 〓 7 1 1 9 事業の統計項目の整理
 - ・ 〓 7 1 1 9 普及に関する課題の把握
- (4) 緊急度判定の実施
 - ・ 緊急度判定を行うための教育体制の検討
 - ・ 緊急度判定を運用する上での対応マニュアル(手引き)の作成
 - ・ 平成31年度の検証に向けた効果の測定方法等の検討
- (5) 救急隊の感染防止対策
 - ・ 感染防止対策マニュアルのひな形策定
 - ・ 消防機関における感染防止管理体制
- (6) 救急業務に関するフォローアップ
 - ・ アンケート調査
 - ・ 個別訪問
 - ・ 先進的な取組の把握

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・充実に係る調査」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）	○	○	○
傷病者の搬送及び傷病者の受入に関する基準	○	○	-
転院搬送ガイドライン	○	○	○
緊急度判定について	○	-	○
ICTの活用について	○	-	○
指導救命士について	-	-	○
通信指令員への救急に係る教育・研修について	-	-	○
口頭指導について	-	-	○
応急手当・AED関係について	-	-	○
外国人傷病者への対応	○	-	○
テロ災害等に対する取組について	-	-	○
救急活動時間・救急隊員の労務管理について	-	-	○
PA連携について	-	-	○

対象別「心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関する実態調査」

アンケート項目	都道府県 MC	地域 MC	消防本部
プロトコルの策定について	○	○	○
事後検証の状況	○	○	○
対応方針について	-	-	○
心肺蘇生法を拒否する意思表示を示していた事案	-	-	○
心肺蘇生を拒否する意思表示事案の集計	-	-	○

対象別「平成30年度感染症対策に関する現況調査」調査項目

アンケート項目	消防本部
感染防止対策マニュアルの整備状況	○
感染防止に関する研修の実施状況	○
感染防止に関する責任者の配置状況	○
標準予防策（スタンダードプレコーション）の状況	○
救急資器材の消毒に関する現状	○
針刺し・血液体液暴露に対するマニュアルの策定状況	○

3 各検討事項の概要

(1) 《傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施（第1章）》

近年、救急現場において、心肺停止の傷病者に対応する際に、傷病者の家族等から本人が心肺蘇生を望んでいなかったという意思を示される事案が生じており、一刻を争う差し迫った状況の中、救急隊が心肺蘇生の中止及び救急搬送の判断に苦慮することが課題となっている。

こうした背景を受けて検討部会を設置し、救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の現状をヒアリングするとともに、「心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関する実態調査」を実施し、全国の現状の把握を行った。

(2) 《救急活動時間延伸の要因分析（第2章）》

救急活動時間の延伸要因及び短縮に向けた取組について、「救急活動時間延伸に係わる連絡会」（以下「連絡会」という。）を開催し、全国の消防本部に対するアンケート調査及び救急現場実態調査の結果をもとに、救急活動のフェーズにおける効率化を図るための「救急活動時間の短縮に向けた取組項目」と各地域における先進的な取組事例をとりまとめた。

連絡会に参加した消防本部や活動時間短縮を先進的に取組んでいる消防本部からは、救急隊の活動時間短縮には、救急隊員の意識付けが重要であるとの意見が多く見られた。一方で、安易に時間短縮を押し進めることによる、事故の発生や救急活動の質の低下について懸念されるため、傷病者の病態等を踏まえ、時間短縮のみでは無い、効率的・効果的な救急活動を目指す必要があるとの意見もあった。

今回とりまとめた「救急活動時間の短縮に向けた取組項目」を各地域の課題に応じた取組の参考とし、各地域における延伸要因をそれぞれ把握した上で、活動時間の効率化を図ることが望まれる。

(3) 《＃7119（救急安心センター事業）の充実（第3章）》

平成31年3月1日時点で、全国で14団体が＃7119事業を実施し国民の約42.3%がサービスを受けられる状況となった。

このような中、実施団体から事業の質を図るための統計項目についてばらつきがあり、団体間での事業比較ができないとの指摘を受け、実施団体間の事業実施体制の向上、プロトコルの精度向上及び適切なアドバイスの実施、未実施団体への普及のための資料に資するように統計項目を整理した。

また、全国展開を推進していくうえで、今後の普及に関する課題を、実施団体担当者ヒアリング及び未実施団体への個別訪問を通して聞き取りとりまとめた。今後、全実施団体における共通の統計項目を踏まえた事業の質の維持・向上、更なる普及に向けた課題の解決が望まれる。

(4) 《緊急度判定の実施（第4章）》

119番通報時と救急現場の緊急度判定の取組を進めていくにあたり、平成31年度のモデル地域における119番通報時と救急現場における緊急度判定の実施・検証も視野に入れた、対応マニュアル、教育体制等について検討を行った。

対応マニュアルについては、119番通報時と救急現場それぞれのフェーズにおいて、緊急度判定の意義や、以前から消防庁で示してきた緊急度判定プロトコル等を整理して、消防本部で導入及び運用する上での手引き（案）を作成した。

平成31年度モデル地域において緊急度判定の実施・検証を行う上で、必要と考えられる記録内容や緊急度判定の有用性と精度の評価方法についても検討を行った。モデル地域において、今年度作成した119番通報時・救急現場における緊急度判定の導入及び運用手引き（案）や、検証に必要とされる記録、緊急度判定の有用性及び精度の検証方法を活用しながら実施・検証を行い、その結果等を踏まえて修正を行った上で手引きや緊急度判定の有用性、精度の評価方法等を全国に情報提供していくことが必要である。

また、教育体制については、以前から消防庁で示してきた教育資料等の整理とともに、救急隊員や通信指令員の教育・研修体制の実態調査を実施した。調査結果等からは、各所属や消防学校等さまざまな場面での、救急業務に携わる職員の生涯教育という観点から、教育カリキュラムや教育の到達目標等が必要であると考えられ、今後、緊急度判定を習熟・実践するための効果的な教育体制についての議論が望まれる。

(5) 《救急隊の感染防止対策（第5章）》

平成29年度に消防庁が実施した「感染症対策に関する現況調査」の結果によると、感染防止対策マニュアルの整備や、感染防止に関する研修を実施している消防本部は、全国の約半数という現状が明らかになった。

また、近年、国際的にさまざまな感染症の流行が発生している中、今後大規模な国際的イベントの開催を控えた我が国において、その対策は急務であるため、最新の医学的知見を踏まえた、消防本部が活用できる感染防止対策マニュアルの作成とともに、消防機関における感染防止を実践するための取組について検討を行いとりまとめた。

今後、全国の消防本部においては、感染防止対策マニュアルを参考として、マニュアルの整備や見直しを進めることが望まれる。また、各本部での感染防止体制の構築や、救急隊員自身の感染症に対する安全確保や傷病者等への感染拡大防止を目的とした、実効性のある感染防止対策が行なわれることが期待される。

（６）《救急業務に関するフォローアップ（第６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、昨年度から引き続き救急業務に関するフォローアップを実施しており、平成 30 年度の結果を報告する。

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、○は副座長

浅 利 靖 (北里大学医学部救命救急医学教授)
阿 部 和 彦 (仙台市消防局警防部救急担当部長)
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)
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)
新 海 利 之 (岐阜県危機管理部消防課長)
武 井 裕 之 (埼玉県保健医療部医療整備課長)
田 邊 晴 山 (救急救命東京研修所教授)
長 島 公 之 (公益社団法人 日本医師会常任理事)
樋 口 範 雄 (武蔵野大学法学部特任教授)
松 村 賢 一 (高槻市消防本部警防救急課長)
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 本 保 博 (一般財団法人 救急振興財団会長)
行 岡 哲 男 (一般財団法人 日本救急医療財団理事長)
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)

鈴木 健 彦 (厚生労働省医政局地域医療計画課長)

※平成 30 年 8 月 22 日より

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第 1 回	平成 30 年 7 月 13 日	・今年度の検討の進め方
第 2 回	平成 30 年 12 月 7 日	・検討課題の検討状況 (中間報告)
第 3 回	平成 31 年 2 月 22 日	・救急業務のあり方に関する検討会報告書 (案)

(2) 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会

① 委員名簿

(五十音順) ◎印は部会長、○は副部会長

- 会 田 薫 子 (東京大学大学院人文社会系研究科特任教授)
 荒 木 暁 子 (公益社団法人日本看護協会常任理事)
 岩 田 太 (上智大学法学部教授)
 岡 芹 正 美 (公益社団法人全国老人福祉施設協議会研修委員長)
 久 保 富 嗣 (広島市消防局警防部救急担当部長)
 久保野 恵美子 (東北大学大学院法学研究科教授)
 田 邊 晴 山 (救急救命東京研修所教授)
 西 研 (東京医科大学哲学教室教授)
 橋 爪 隆 (東京大学大学院法学政治学研究科教授)
 ◎樋 口 範 雄 (武蔵野大学法学部特任教授)
 藤 田 吉 仁 (大阪市消防局救急部救急課長)
 紅 谷 浩 之 (オレンジホームケアクリニック理事長)
 松 本 吉 郎 (公益社団法人日本医師会常任理事)
 長 島 公 之 (公益社団法人日本医師会常任理事) ※平成 30 年 7 月 10 日より
 ○行 岡 哲 男 (一般財団法人 日本救急医療財団理事長)

(オブザーバー)

松 岡 輝 昌 (厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長)

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第 1 回	平成 30 年 5 月 30 日	・救急業務の現状と心肺蘇生を望まない傷病者への対応について
第 2 回	平成 30 年 6 月 28 日	・救急業務の現状と心肺蘇生を望まない傷病者への対応について ・実態調査について
第 3 回	平成 30 年 9 月 5 日	・実態調査結果について ・論点 (案) について
第 4 回	平成 30 年 10 月 24 日	・とりまとめの方向性について
第 5 回	平成 30 年 12 月 13 日	・医療政策における在宅医療の位置付け ・とりまとめの方向性 (案)
第 6 回	平成 31 年 2 月 14 日	・全国老人福祉施設協議会とは ・検討部会報告書 (素案) ・その他

(3) 緊急度判定の実施に関する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

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）

伊 藤 重 彦（北九州市立八幡病院院長）

島 田 智 弘（さいたま市消防局警防部救急課長）

瀧 澤 秀 行（東京消防庁救急部副参事）

中 村 和 嗣（倉敷市消防局警防課課長主幹）

西 川 浩 二（横浜市消防局警防部救急課長）

森 村 尚 登（東京大学大学院医学系研究科救急科学教授）

○横 田 順一朗（地方独立行政法人 堺市立病院機構副理事長）

（オブザーバー）

野 口 航 （厚生労働省医政局地域医療計画課救急医療対策専門官）

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第1回	平成30年7月26日	・ 消防本部における緊急度判定の対応マニュアル、教育体制について
第2回	平成30年10月30日	・ 緊急度判定の対応マニュアル（案）について （119番通報時・救急現場） ・ 教育体制について ・ 実態調査結果について
第3回	平成31年1月10日	・ 緊急度判定の対応マニュアル（案）について （119番通報時・救急現場） ・ 教育体制について ・ 平成31年度実施・検証について ・ その他

(4) 救急隊の感染症防止対策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

内 田 美 保（公立小松大学保健医療学部看護学科基礎看護学教授）

忽 那 賢 志（国立国際医療研究センター国際感染症センター国際感染症対策室医長）

進 藤 亜 子（都立駒込病院感染管理認定看護師感染症科病棟看護師長）

豊 岡 正 則（新潟市消防局救急課長）

本 田 隆 志（出雲市消防本部警防課救急救命センター長）

○間 藤 卓（自治医科大学救急医学教室教授）

森 田 正 則（堺市立総合医療センター救命救急センター副センター長）

吉 田 眞紀子（東北大学病院検査部助教）

（オブザーバー）

嶋 田 聡（厚生労働省健康局結核感染症課国際感染症対策室国際感染症研究推進専門官）

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第1回	平成30年8月31日	・感染防止対策マニュアルについて ・感染管理体制について ・感染症対策に関する現況調査について
第2回	平成31年1月15日	・感染防止対策標準マニュアルについて ・感染防止管理体制について ・その他

第 1 章
傷病者の意思に沿った
救急現場における心肺蘇生の実施

第1章 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施

1 背景・目的

近年、高齢者の救急需要が増加する中で、救急現場において、傷病者の家族等から本人の心肺蘇生の中止の意思を示される事案が生じており、一刻を争う差し迫った状況の中、救急隊が対応に苦慮することが課題となっている。

このような事案については、全国救急隊員シンポジウム等で議論されるなど、救急関係者による議論や研究が活発に行われており、また、平成29年3月には日本臨床救急医学会の提言や消防庁消防防災科学技術研究推進制度による「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究」（研究代表者伊藤重彦）がまとめられるなど、議論や研究の成果も出てきている。

こうしたことを背景として、今年度は検討部会を設置し、「心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関する実態調査」を実施し、全国の現状の把握を行うとともに、救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の現状等のヒアリングを実施した。

2 検討事項

(1) 心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関する実態調査

第1回、第2回の検討部会（WG）において、心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関する実態調査について、調査対象及び調査項目の検討を行った。

検討結果を踏まえ、全国の消防本部及び都道府県メディカルコントロール協議会、地域メディカルコントロール協議会を対象とした実態調査を実施した。

<調査概要>

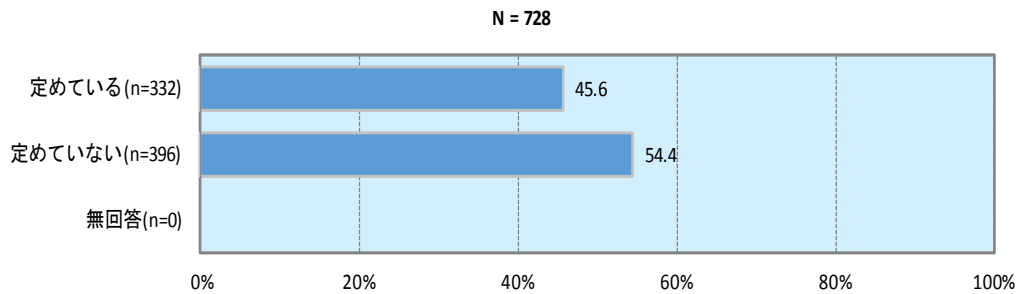
- ・ 調 査 名 心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関する実態調査
- ・ 調 査 対 象 728 消防本部、47 都道府県 MC 協議会、251 地域 MC 協議会
- ・ 調 査 方 法 電子ファイル送付によるアンケート
- ・ 調 査 期 間 平成30年7月17日～8月14日（基準日：平成30年7月1日）
- ・ 回 収 率 100%

① 消防本部

ア 心肺機能停止状態である傷病者の家族等から、傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを伝えられた場合の対応方針について

対応方針の有無は、「定めている」が45.6%（332本部）、「定めていない」が54.4%（396本部）となっている。

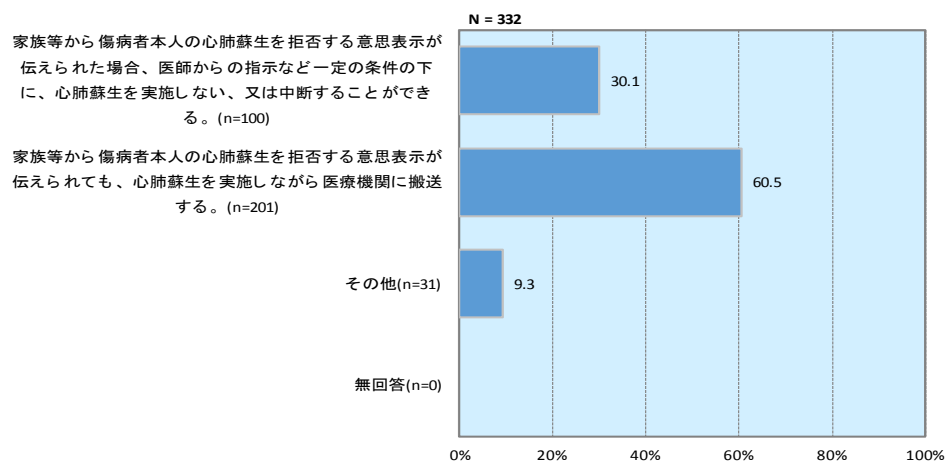
図表 1 対応方針の策定の有無



イ 対応方針を定めていると回答した本部の対応方針の内容について

対応方針の内容は、「家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられても、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する。」が最多で 60.5% (201 本部)、次いで、「家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられた場合、医師からの指示など一定の条件の下に、心肺蘇生を実施しない、又は中断することができる。」が 30.1% (100 本部)、「その他」が 9.3% (31 本部) となっている。

図表 2 対応方針の内容について

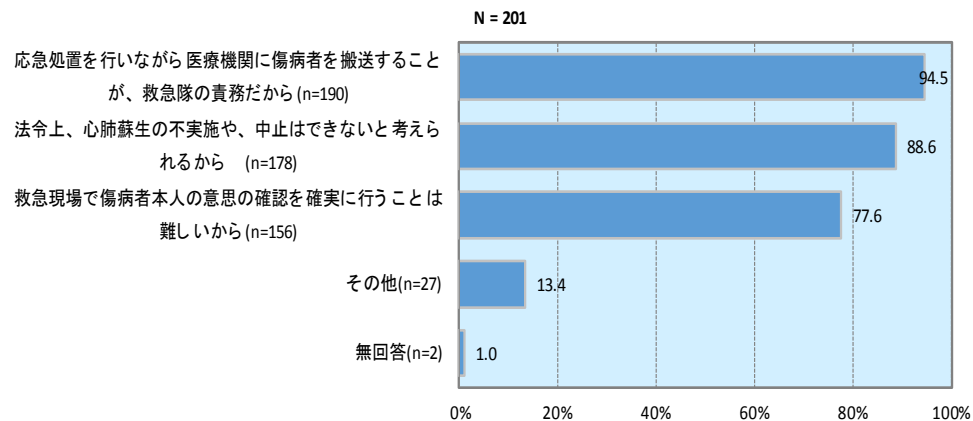


ウ 家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられても、心肺蘇生をしながら医療機関に搬送すると回答した理由について (複数回答)

イで「家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられても、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する。」と回答した理由は、「応急処置を行いながら医療機関に傷病者を搬送することが、救急隊の責務だから」が最

多で 94.5% (190 本部)、次いで、「法令上、心肺蘇生の不実施や、中止はできないと考えられるから」が 88.6% (178 本部)、「救急現場で傷病者本人の意思の確認を確実にすることは難しいから」が 77.6% (156 本部) となっている。

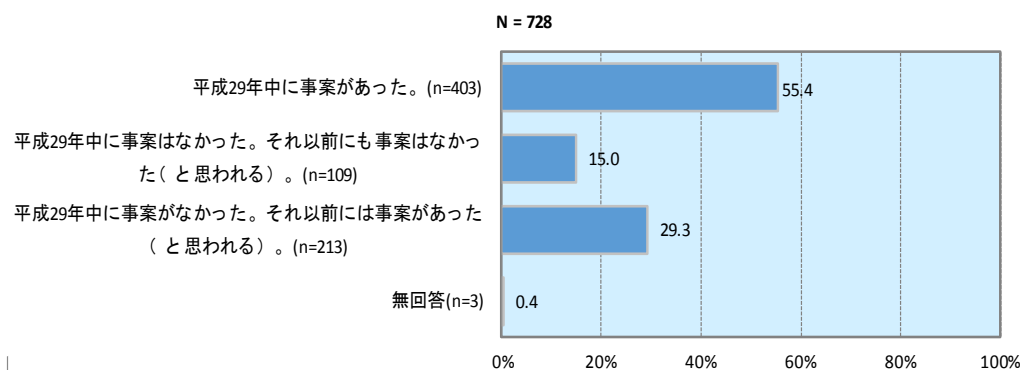
図表 3 家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられても、心肺蘇生をしながら医療機関に搬送すると回答した理由について（複数回答）



エ 心肺機能停止状態である傷病者の家族等から、傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたと伝えられた事案の経験の有無について

傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを、医師や家族等から伝えられた事案の有無は、「平成 29 年中に事案があった。」が最多で 55.4% (403 本部)、次いで、「平成 29 年中に事案がなかった。それ以前には事案があった（と思われる）。」が 29.3% (213 本部)、「平成 29 年中に事案はなかった。それ以前にも事案はなかった（と思われる）。」が 15.0% (109 本部) となっている。

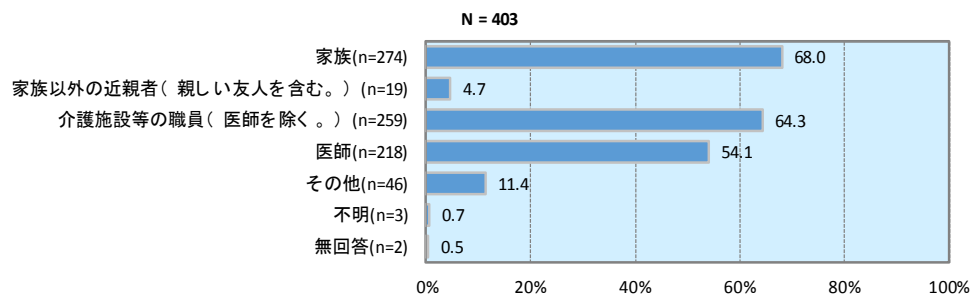
図表 4 傷病者の家族等から傷病者本人は心肺蘇生を望まないと伝えられた事案の有無



オ 心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを誰から伝えられたか（複数回答）

平成 29 年中の事案について、傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを、誰から伝えられたかは、「家族」が最多で 68.0%（274 本部）、次いで、「介護施設等の職員（医師を除く。）」が 64.3%（259 本部）、「医師」が 54.1%（218 本部）となっている。

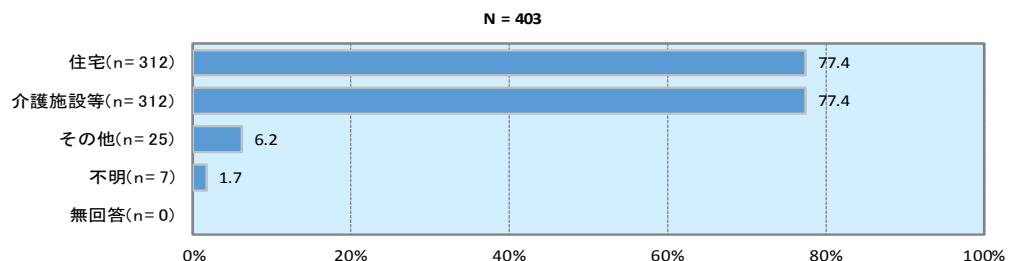
図表 5 心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを誰から伝えられたか（複数回答）



カ 傷病者に接触した場所（複数回答）

平成 29 年中の事案について、「傷病者に接触した場所」は、「住宅」と「介護施設等」が最多で 77.4%（312 本部）、次いで、「その他」が 6.2%（25 本部）となっている。

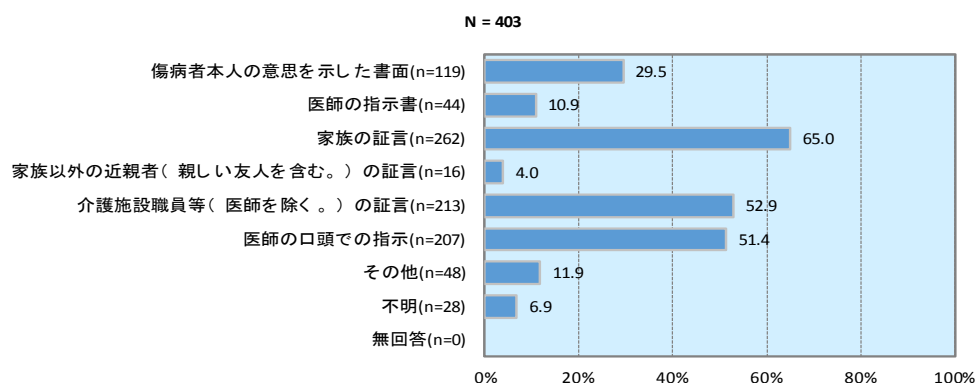
図表 6 傷病者に接触した場所（複数回答）



キ 医師や家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思が伝えられた方法（複数回答）

平成 29 年中の事案について、医師や家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思が伝えられた方法は、「家族の証言」が最多で 65.0%（262 本部）、次いで、「介護施設職員等（医師を除く。）の証言」が 52.9%（213 本部）、「医師の口頭での指示」が 51.4%（207 本部）となっている。

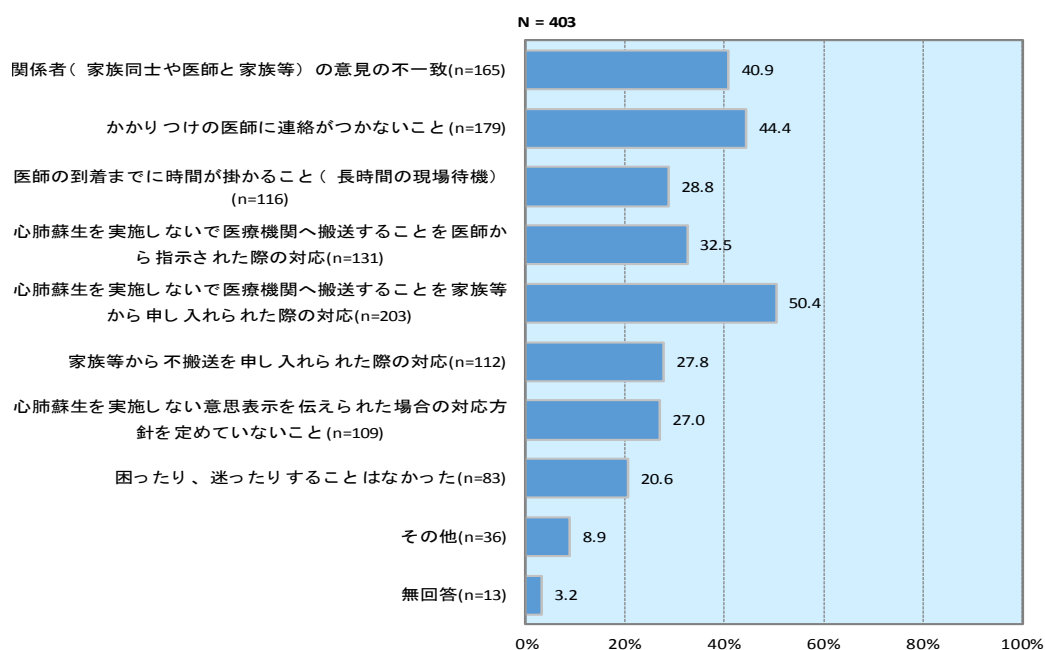
図表 7 医師や家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思が伝えられた方法
(複数回答)



ク 家族等から伝えられた事案について、困ったり、迷ったりしたこと (複数回答)

平成 29 年中の事案について、困ったり、迷ったりしたことは、「心肺蘇生を実施しないで医療機関へ搬送することを家族等から申し入れられた際の対応」が最多で 50.4% (203 本部)、次いで、「かかりつけの医師に連絡がつかないこと」が 44.4% (179 本部)、「関係者(家族同士や医師と家族等)の意見の不一致」が 40.9% (165 本部) となっている。

図表 8 家族等から伝えられた事案について、困ったり、迷ったりしたこと (複数回答)



ケ 家族やそれ以外の方が救急車を要請した理由

- (i) 気が動転した・パニックになった・どうしたらよいかわからない
 - ・ 傷病者本人が意思表示をしていますが、実際に心肺停止になった傷病者を目の当たりにした場合に、施設職員や家族はどうすれば良いのかわからず、とりあえず救急車を要請する。
 - ・ かかりつけ医へ連絡するも夜間で連絡がつかず、具体的な対応方法が分からないため、119 番通報される。
- (ii) 家族間の情報共有不足や意見の不一致
 - ・ 本人及び配偶者と医師のみで話されていたため、同居及び別居の家族が救急要請する。
 - ・ 医師は個人宅での看取りを指示していたが、家族が蘇生を希望した。医師と家族の意見不一致。
- (iii) 医療機関等への搬送のため
 - ・ 心肺蘇生拒否の事実を知っていたが、かかりつけの医療機関に搬送して欲しかった。
 - ・ かかりつけ病院に連絡したら、救急車で連れてこいと指示された。
 - ・ 何も処置をせずに、かかりつけ医療機関に搬送してくれると思っていた。
- (iv) 施設等の情報共有不足
 - ・ 施設入所者の場合、DNARを施設側が把握しておらず救急要請に至り、現場到着後に家族から申し出がある場合がある。
 - ・ 施設内で情報共有できておらず、担当のみが把握していた。
- (v) 施設等のルール等により
 - ・ 施設の方は、施設のマニュアルで救急車を呼ぶことになっている。
 - ・ 常駐の医師が不在であったため、施設職員が救急要請をした。
- (vi) 施設等でルールがないため
 - ・ 介護施設等で、DNARについて特段取決めをしていない。
- (vii) 医師等の指示・死亡診断、死亡確認のため
 - ・ かかりつけ医から、往診できないため救急車を要請してくださいと言われたため要請した。
 - ・ 末期がんでかかりつけの病院に死亡診断を希望するも適当な搬送手段がない。

(viii) 通報時、心肺機能停止ではなかった、又は、心肺機能停止の判断がつかなかった

- ・ 救急隊要請時には呼吸状態が悪く、救急隊到着前にC P Aになった。
- ・ 心肺停止（蘇生の必要性）の判断がつかず。

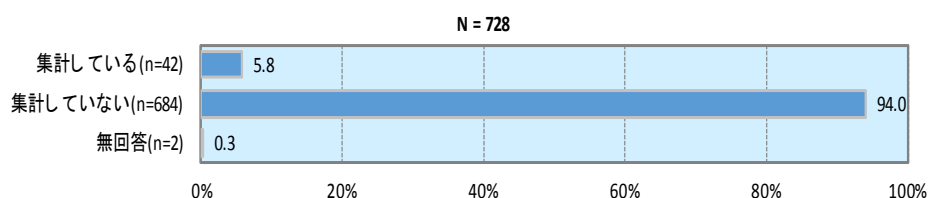
(ix) 警察から、又は警察の指示による救急要請

- ・ 傷病者本人のD N Rがあり、心肺停止状態になったため警察に連絡したところ、警察から消防に救急出場要請があった。

コ 心肺機能停止状態である傷病者の家族等から、傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたと伝えられた事案の集計の実施について

傷病者は心肺機能停止状態であるが、傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを、家族等から伝えられた事案について、消防本部での集計の実施の有無は、「集計している」が5.8%（42本部）、「集計していない」が94.0%（684本部）となっている。

図表9 傷病者の家族等から傷病者本人は心肺蘇生を望まないと伝えられた事案の集計の有無

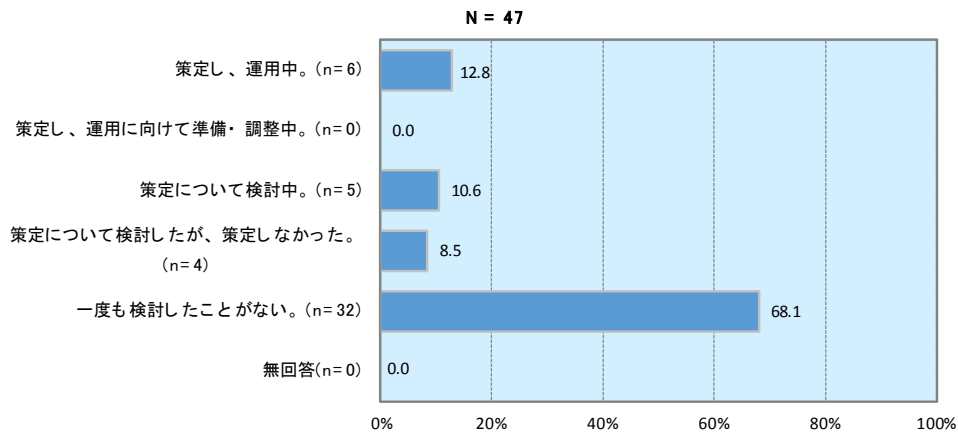


② 都道府県MC協議会

プロトコール等の策定の検討の有無

プロトコール等の策定の検討の有無は、「一度も検討したことがない。」が最多で 68.1% (32 団体)、次いで「策定し、運用中。」が 12.8% (6 団体)、「策定について検討中。」が 10.6% (5 団体) となっている。

図表 10 プロトコール等の策定の検討の有無

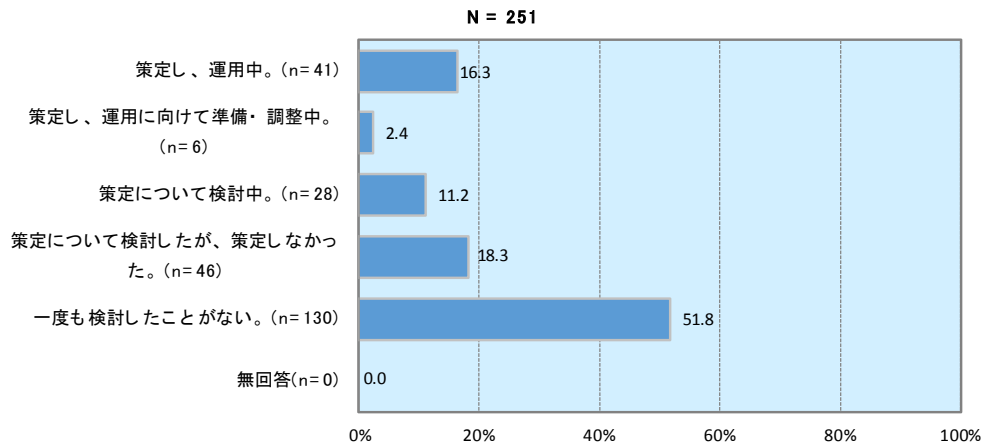


③ 地域MC協議会

プロトコール等の策定の検討の有無

プロトコール等の策定の検討の有無は、「一度も検討したことがない。」が最多で 51.8% (130 団体)、次いで「策定について検討したが、策定しなかった。」が 18.3% (46 団体)、「策定し、運用中。」が 16.3% (41 団体) となっている。

図表 11 プロトコール等の策定の検討の有無



（２）救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の現状

救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応として、心肺蘇生を中止する対応を行っている広島市消防局及び埼玉西部消防局の取組について紹介する。

① 広島市消防局の取組

ア 経緯

平成 13 年、県MC 協議会設立のため、広島県が設置した広島県地域保健対策協議会医療体制専門委員会病院前救護部会において検討が重ねられ、平成 15 年 3 月、報告書「広島県のMC 体制の構築について」がとりまとめられた。この中で救急業務に必要な各種プロトコール（案）が示されたが、従前より、救急隊が心肺停止の傷病者に対して家族等から心肺蘇生を望まないと言われる事案への対応が課題として認識されていたため、心肺蘇生を望まない場合の対応も記載された。この報告書を受けて、平成 15 年 4 月、県MC 協議会が設置され、同報告書に記載のあった、心肺蘇生を望まない場合の対応を含む各種プロトコールが承認された。その後、順次設置されたすべての地域MC 協議会においても県MC 協議会承認のプロトコールが承認され、同プロトコールによる運用が開始された。

運用開始後、広島圏域MC 協議会において、プロトコールをより詳細に定めるべきではないかという意見もあり、主要な三次医療機関のMC 医師等と協議してきたが、救急現場は非常に複雑で詳細を決めきれものではないことから、これまでのところプロトコールの改訂は行われていない。また、これまでに家族等から抗議を受けた事例はない。

イ プロトコールの内容

具体的なプロトコールについては次のとおりである（図表 12）。

図表 12 プロトコール（第 1 章 心肺停止）

プロトコール（第1章 心肺停止）

8 家族等の反応

- (1) 「明らかに死亡している」と判断されるにもかかわらず、家族等が蘇生術の施行および医療機関への搬送を望む場合は、現場の状況や家族等の心情を考慮して、自治体の行政サービスの一環として死亡者の搬送を否定するものではない。
- (2) 蘇生術の適応である（各消防本部における「明らかに死亡している」ことの判断基準を満たさない）場合は、家族が蘇生術の施行を望まなくても、プロトコール通りのCPRを実施する。
- (3) 蘇生術の施行がふさわしくない背景があつて（悪性腫瘍の末期など）、家族が蘇生術の施行を望まない場合も、プロトコール通りのCPRを開始する。

並行して主治医と連絡を取るよう努め、患者のリビングウィル等により主治医から「CPRを行わない」旨の指示が取得されたならば、CPRを中止する。

ウ 運用の概況

平成 27 年 4 月 1 日から平成 28 年 12 月 31 日までの 21 か月間に、救命処置を希望しない意思表示を示した事例は、医療機関へ搬送後に判明した 1 例を除く、36 例となっている（図表 13）。年齢としては 80 代、90 代が多く両年代で約 72%を占めており、既往としては癌の傷病者が 15 例（約 42%）、癌以外の傷病者が 21 例（約 58%）となっている（図表 14、15）。出動した場所について、自宅への出動事例が 16 例、自宅以外が 20 例となっている（図表 16）。

図表 13

救命処置を希望しない意思表示を示した事例 (H27 年 4 月 1 日～H28 年 12 月 31 日まで)	
※ 医療機関へ搬送後に判明した 1 例を除く	
広島市消防局管内 36 例	
(参考) 心肺停止傷病者: 約 80 件/月 DNAR の傷病者: 約 2 件/月	

図表 14

≪ 年齢・性別 ≫			
年 齢	男 性	女 性	計
40 歳代	—	1	1
60 歳代	2	1	3
70 歳代	5	—	5
80 歳代	11	2	13
90 歳代	4	9	13
100 歳代	1	—	1
計	23 (64%)	13 (36%)	36

図表 15

≪ 既 往 ≫			
既往	男性	女性	計
癌	11	4	15 (42%)
癌以外	12	9	21 (58%)
計	23	13	36

図表 16

≪ 出動場所・搬送 ≫			
出動場所 (発生場所)	搬 送	不搬送	計
自 宅	11	5	16
自宅以外	11	9	20
計	22 (61%)	14 (39%)	36

現場で家族や施設関係者からD N A R 情報が得られるが、この調査期間中に書面により提示されたことは一度もなく、全て「口頭」で情報が得られている。D N A R 情報の確認は、現場活動中が 34 例（約 94%）であり、搬送途中が 2 例（約 6%）となっている（図表 17）。

医師への確認と対応について、主治医に連絡が取れた事例は 32 例である。主治医に連絡が取れて搬送した事例は 18 例あり、うち C P R を中止して搬送した事例は 14 例、C P R を継続して搬送した事例は 4 例となっている（図表 18、19）。主治医以外に連絡が取れた 4 例について、すべて C P R を継続しながら搬送している。また、不搬送とした事例は 14 例あり、うち C P R を中止し、主治医が現場に到着するまで救急隊が現場で待機をした事例は 10 例、主治医が到着するまで C P R を継続した事例は 4 例となっている。（図表 18、19、20）

図表 17

《 D N A R 情報確認 》			
D N A R の 情報確認	出動現場	搬送途中	計
口 頭	3 4 (9 4 %)	2 (6 %)	3 6

図表 18

《 医師への確認と対応 》			
医師への確認	搬 送	不搬送	計
主治医	1 8	1 4	3 2
その他の医師	3	—	3
未連絡 (主治医不明)	1	—	1
計	2 2	1 4	3 6

図表 19

《 医療機関へ搬送した事例 》		
区 分	医師からの指示(※)	
主治医	C P R を中止して搬送	1 4
	C P R を継続して搬送	4
その他の医師	C P R 継続して搬送	3
未連絡 (主治医不明)	C P R 継続して搬送	1

※ 全て特定行為なし

図表 20

《 不搬送とした事例 》	
主治医からの指示	
C P R を中止し、主治医が現場に到着するまで救急隊は現場待機	1 0
主治医が到着するまで C P R を継続	4

出動から帰隊までの平均所要時間について、平成 28 年中における急病事案の平均所要時間は C P A 事案については 105 分、C P A 以外の事案については 70 分であった。D N A R 事案については、出動場所が自宅の場合、平均時間は 62 分、自宅以外であれば 75 分であり、平均すると 69 分という結果となっている（図表 21）。なお、心肺停止の情報が入電された場合は、救急隊員の負担の軽減と搬送時間の短縮にも繋げるため、P A 連携による 7 人程度での救急活動を行っている。

D N A R 事案の出動した場所から搬送医療機関までの走行距離について、自宅から医療機関までの走行距離の平均は 3.8km であるが、自宅以外から医療機関までの走行距離の平均は 9.1km である（図表 22）。

図表 21

《 出動から帰隊までの平均所要時間 》			
出動場所 (発生場所)	搬 送	不搬送	平均
自 宅	62分 (1 1)	61分 (5)	62分 (1 6)
自宅以外	76分 (1 1)	74分 (9)	75分 (2 0)
平 均	69分 (2 2)	69分 (1 4)	69分 (3 6)
急病事案の平均所要時間 (H28年中)	C P A		105分
	C P A 以外		70分

図表 22

《 出動場所から搬送先までの走行距離 》	
出動場所 (発生場所)	現場から搬送先医療 機関までの走行距離
自 宅 (1 1)	3 . 8 k m
自宅以外 (1 1)	9 . 1 k m
平 均 (2 2)	6 . 4 k m

② 埼玉西部消防局の取組

ア 経緯

救急隊が出動した現場で、心肺蘇生処置を望まない申出を経験したことを契機に、平成 17 年、地域MC 協議会主催の救急活動事後事例研究会において、心肺蘇生を望まない事例が取り上げられ、具体的な対応について検討が行われた。その中で、心肺蘇生を行わないとする申出があったときは、申し出た家族に心肺蘇生を望まないことを記載してもらい、希望があれば心肺蘇生を行わない対応をすることとなり、家族に記載してもらう書面「救急隊が行う救急救命処置に関する要望書」が定められ、平成 17 年 9 月、地域MC 協議会において承認され、平成 18 年 1 月から運用が開始された。

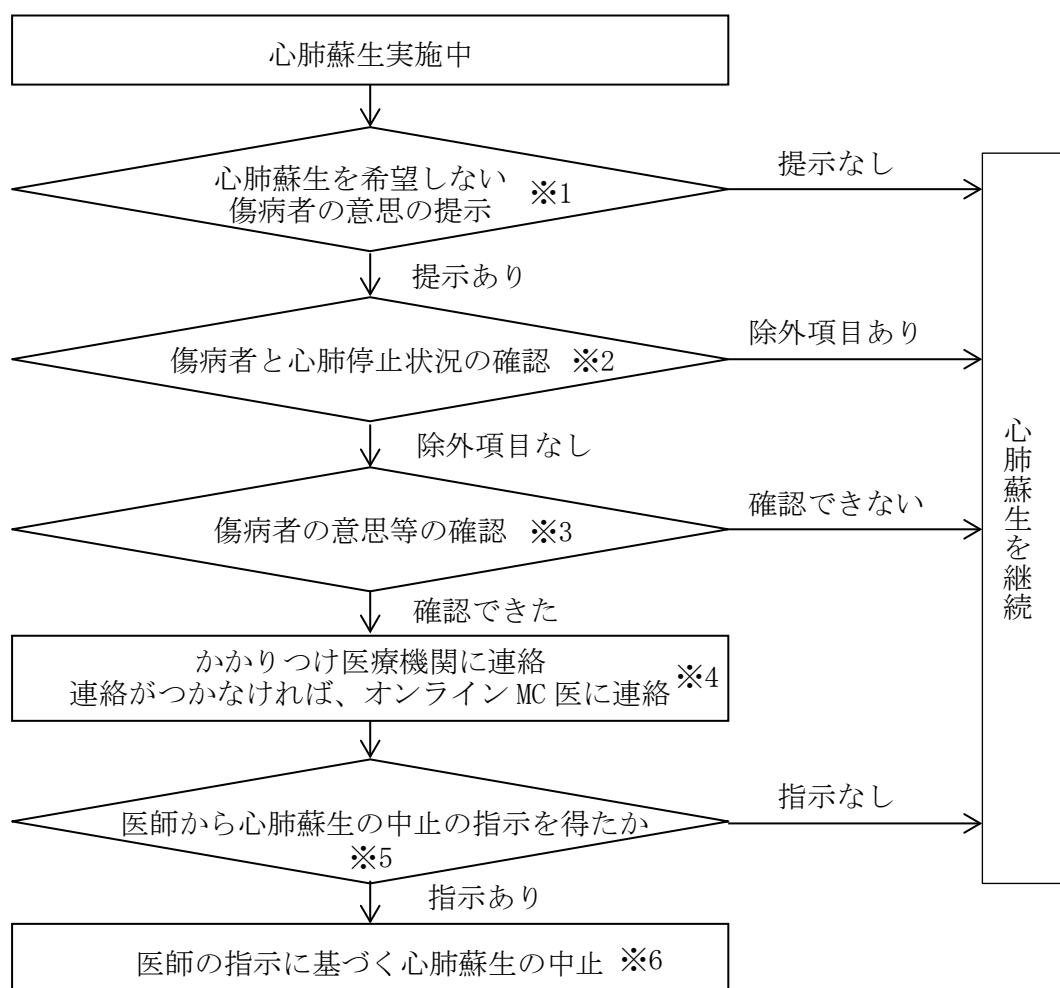
平成 25 年 4 月、消防広域化に伴い地域MC 協議会が改編されたが、編入された消防本部は、心肺停止の事案に関して処置を実施しながら搬送することを前提に活動していたことから、要望書の継続使用について検討するため、平成 28 年 9 月、在宅医療を専門とする医師が加わったDNAR ワーキンググループが設置された。ワーキンググループでは、日本臨床救急医学会の人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言を参考に検討が進められ、平成 29 年 7 月、第 3 回のワーキンググループ会議において具体的対応を取りまとめ、平成 29 年 9 月、地域MC 協議会において「DNAR プロトコール」、「心肺蘇生（胸骨圧迫及び人工呼吸）に関する医師の指示書」、「救急救命処置（心肺蘇生）についての説明と同意書」が承認され、平成 29 年 12 月 1 日、「DNAR プロトコール」として運用が開始された。

このように埼玉西部消防局では、平成 18 年から心肺蘇生処置を望まない要望に対応しているが、これまでのところ、関係者等から対応について問題が提起されたことはない。

イ プロトコールの内容

プロトコールについては次のとおりである（図表 23）。

図表 23 DNAR プロトコル
DNAR プロトコル



○基本的な事項

- ・心肺停止を確認したら、心肺蘇生を希望しない旨の提示の有無にかかわらず、心肺蘇生を開始する
- ・判断に迷うことがあれば心肺蘇生の継続を優先する
- ・心肺蘇生の中止は、「処置の中止」であり、「死亡診断」を意味するものではない

○備考

- ※1・救急隊側から積極的に傷病者の意思等を確認する必要はない
 - ・原則として書面の提示をもって傷病者等の意思の提示とし、口頭で伝えられた場合は書面の有無を尋ねる
- ※2・心肺蘇生を継続しつつ除外項目の有無を確認する
 - 除外項目：①外因性心肺停止を疑う状況（交通事故、自傷、他害等）
 - ②心肺蘇生の継続を強く求める家族等がいる場合
- ※3・「心肺蘇生（胸骨圧迫及び人工呼吸）に関する医師の指示書」又は「救急救命処置についての説明・同意書」による
- ※4・書面等に記載のある「かかりつけ医」に連絡する
 - ・かかりつけ医に連絡がつかない場合は、オンライン MC 医に連絡する
 - ・※2、3 で確認した状況を医師に伝え、判断を求める
- ※5・連絡を受けた医師は、現場からの情報などから心肺蘇生の中止の是非を判断し、指示する
 - ・医師の中止の指示は、死亡診断を意味するものではない
- ※6・心肺蘇生中止後も、医師による死亡診断までは、命ある身体として傷病者に対応する
 - ・心肺蘇生中止後は、傷病者を医療機関（医師又は看護師）に引継ぎ署名を得る

傷病者本人と主治医、家族が事前に意思を確認する書式となるのが「心肺蘇生（胸骨圧迫及び人工呼吸）に関する医師の指示書」であり、救急要請された場合に、到着した救急隊に提示することになる。この指示書はいわゆるひな形として作成されており、同等の内容であれば、多少の変更については各医師会の裁量としている。（図表 24）

図表 24 心肺蘇生（胸骨圧迫及び人工呼吸）に関する医師の指示書

心肺蘇生（胸骨圧迫及び人工呼吸）に関する医師の指示書	
当該患者が心肺停止となった場合、患者（あるいは代諾者）の自発的な意思に基づいて行われた「<u>心肺蘇生を受けない</u>」決定を尊重し、<u>心肺蘇生を実施しないでください</u>^{1,2}。 指示にあたっては、当該時の標準的医療等を考慮しています。	
患者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 連絡先電話番号： _____ 住所： _____ 県 _____ 市	
主病名： _____ 病 状： _____	
医師署名欄： _____ ㊞ 日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関の名称： _____ 所在地： _____ 県 _____ 市 連絡先電話番号： _____ 緊急時電話番号： _____ ☐ 緊急時には責任を持って対応します	
<患者（代諾者）記入欄> 私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で、「心肺蘇生を受けない」決定をしました。心肺蘇生を受けなければ命が失われることを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医等と十分に話し合い、ここに要望し同意いたします。^{3,4} 患者署名欄⁵： _____ （代筆した場合、代筆者の氏名： _____ 患者との関係 _____） 代諾者署名欄⁶： _____ （患者との関係）： _____ 日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
1 心肺蘇生とは、胸骨圧迫及び人工呼吸を行う処置を示す。 2 かかりつけ医等の心肺蘇生の非実施の指示 3 心肺蘇生を希望しない旨について、かかりつけ医等と話し合ったうえで同意するという意思表示。患者が署名する場合、かかりつけ医等は、患者が健やかな精神状態にあり、治療方針に同意する能力があることを確認する。代諾者が署名する場合、代諾者は、患者の事前の意思、信念、価値観などを考慮して署名する。かかりつけ医等は、代諾者による同意が患者の事前の意思や信念等を反映したもので、標準的な医療水準等を考慮した合理的な判断であることを確認し、代諾者の連絡先と合わせて患者のカルテに記録する。 4 かかりつけ医等は、患者もしくは代諾者と指示内容について話し合った日付を患者のカルテに記録する。 5 手が不自由など、患者が自分で署名することができない場合は代筆可。その場合はカッコ内に代筆者の氏名、患者との関係を記載する。 6 患者が自分で判断できない場合は、代諾者（家族等）が署名する。ここで言う代諾とは、患者本人に十分な判断能力が備わっていない場合、患者の代わりに同意・承諾することを指す。	

医師の指示書が提示されなかった場合、「救急救命処置（心肺蘇生）についての説明と同意書」を使用する。書面の左側は、救急救命処置についての説明であり、現在の傷病者の状態と、必要な処置、処置の必要性を記載している。書面の右側は処置への同意書となっており、救急隊から受けた説明を理解し、処置を受けることに同意するのか、同意しないのか選択するものとしている。『同意する』には『続けてください』、『同意しない』には『中止してください』という記述を添えており、緊張する場面でも家族が理解しやすいよう工夫をしている（図表 25）。

図表 25 救急救命処置（心肺蘇生）についての説明と同意書

救急救命処置（心肺蘇生）についての説明 傷病者氏名 _____ 様 年 月 日生 説明の概要 内 容 観察の結果、呼吸および心臓の動きが停止している状態（心肺機能停止状態）です。 必要な処置：心肺蘇生 心肺機能停止状態の傷病者には、胸骨圧迫と人工呼吸すなわち一次救命処置が必要です。また、救急救命士は医師の具体的指示により二次救命処置である、 半自動式除細動器を用いた除細動（電気ショック） 気管挿管もしくは器具を用いた気道確保 末梢静脈路確保と輸液 アドレナリンの静脈内投与 を実施することが可能です。 必要性 心肺停止状態の傷病者に対して心肺蘇生（一次救命処置および二次救命処置）を行わなかった場合は、心肺機能が回復せず死に至ります。	同意の自由 救急救命処置を受けるか受けないかは傷病者又は傷病者の代諾者（傷病者に代わり、本人の意思を決定する者。通常は、配偶者、子、兄弟・姉妹）の意思で決定できます。 傷病者本人の意思が最も尊重されなければなりません、現時点で傷病者は心肺機能停止状態であるため、意思表示することはできません。従って、傷病者の代諾者が処置を希望される場合は、心肺蘇生を実施しながら医療機関へ搬送します。 傷病者本人が心肺蘇生を希望されていないことを傷病者の代諾者が把握している場合や、主治医と傷病者、並びに、家族等が十分に話し合った結果、心肺蘇生を希望しないという意思表示を記した書類があれば見せて下さい。その際は、主治医等あるいは埼玉県西部第一地域メディカルコントロール協議会指導医に連絡して適切な指示を受け、それに従って対応します。 上記について必要な事項を説明しました。 年 月 日 時 分 救急救命士署名 _____ 同意書 埼玉県西部消防組合消防長 様 この度、私は上記の内容説明を受け、かつそれに対する十分な質問の機会を与えられ理解しましたので、心肺蘇生を受けることに ☐ 同意します ☐ 同意しません （続けてください） （中止してください） 理由： 傷病者は心肺機能停止状態であるため代諾者が判断しました。 年 月 日 時 分 代諾者署名（続柄： ） 保護者又は親権者・親族等署名 _____（続柄： ）
---	--

ウ 運用の概況

平成 29 年 1 月 1 日から平成 30 年 5 月 31 日までの 17 か月間に、救命処置を希望しない意思表示を示した事例は 34 例（うち D N A R プロトコール運用開始後は 11 例）となっている。D N A R プロトコール運用開始後の 11 例については、全例、主治医に連絡が取れている。うち 9 例は傷病者を搬送しており、4 例は C P R を中止して搬送、5 例は C P R を継続して搬送した事例である。また、不搬送とした事例は 2 例あり、2 例とも C P R を中止して、主治医が現場に到着するまで救急隊が現場で待機をしている。

現場滞在時間については、平成 29 年中における急病の C P A 事案の平均は 17 分 36 秒であった。11 例の D N A R 案件については、処置を継続した事案の平均は 18 分 34 秒、処置を中止した事案の平均は 28 分 03 秒となっている。処置を中止した事案の現場滞在時間が長くなっているが、これは、現場に医師が到着するのを待っていたことや、家族に対してより丁寧な説明や対応、丁寧な搬送をしていることが影響していると考えられる（図表 26）。

図表 26 プロトコール運用状況

	年齢	医師の指示書	同意書	医師の指示	処置の継続	搬送	発生場所	概要
1	80代	あり	－	囑託医	あり	搬送	老人福祉施設	同等の医師の指示書を提示されたが、家族の強い希望があり、除外項目に該当と判断し処置を継続し搬送。
2	70代	なし	あり	かかりつけ医	中止	不搬送	自宅	
3	100代	あり	－	かかりつけ医	中止	搬送	老人福祉施設	同等の医師の指示書が提示された。
4	90代	なし	あり	かかりつけ医	中止	搬送	老人福祉施設	家族からの申し出による。
5	50代	なし	あり	かかりつけ医	中止	搬送	自宅	
6	70代	なし	あり	かかりつけ医	中止	搬送	自宅	
7	80代	なし	なし	囑託医	あり	搬送	老人福祉施設	施設職員からの申し出による。家族不在。
8	90代	なし	あり	かかりつけ医	あり	搬送	老人福祉施設	家族からの申し出による。掛け付け医師の指示により処置継続。
9	80代	なし	なし	囑託医	あり	搬送	老人福祉施設	施設職員からの申し出による。家族不在。
10	80代	なし (医師署名なし)	なし	囑託医	あり	搬送	老人福祉施設	施設が提示した指示書に医師の署名なし。家族不在。
11	90代	なし	あり	かかりつけ医	中止	不搬送	老人福祉施設	家族からの申し出による。

D N A R 事案については、傷病者の搬送・不搬送に関わらず、全て医師による事後検証を行うとともに、地域 MC 協議会へ運用報告をしている。また、課題抽出のための救急隊員に対する聞き取り調査や、年一回のプロトコール研修会における、D N A R プロトコールに基づいた想定訓練等を実施している。

3 今後の検討

救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望まないと伝えられる事案について、今回、初めての全国の消防本部の実態調査を実施した。また、既に長期間にわたり心肺蘇生を中止する運用を行っている消防本部について、事案の詳細や救急隊の対応状況など対応、取組を調査した。今後、今回の全国調査や取組事例などをもとに、傷病者の家族等から傷病者本人は心肺蘇生を望まないと伝えられる事案について、検討を進めていく。

また、今回の全国実態調査によれば、このような事案について集計している本部は42本部と少なく、まだまだ十分に明らかになったとは言い難い面がある。今後、事案の実態調査を更に進めていくことが望まれる。

第 2 章

救急活動時間延伸の要因分析

第2章 救急活動時間延伸の要因分析

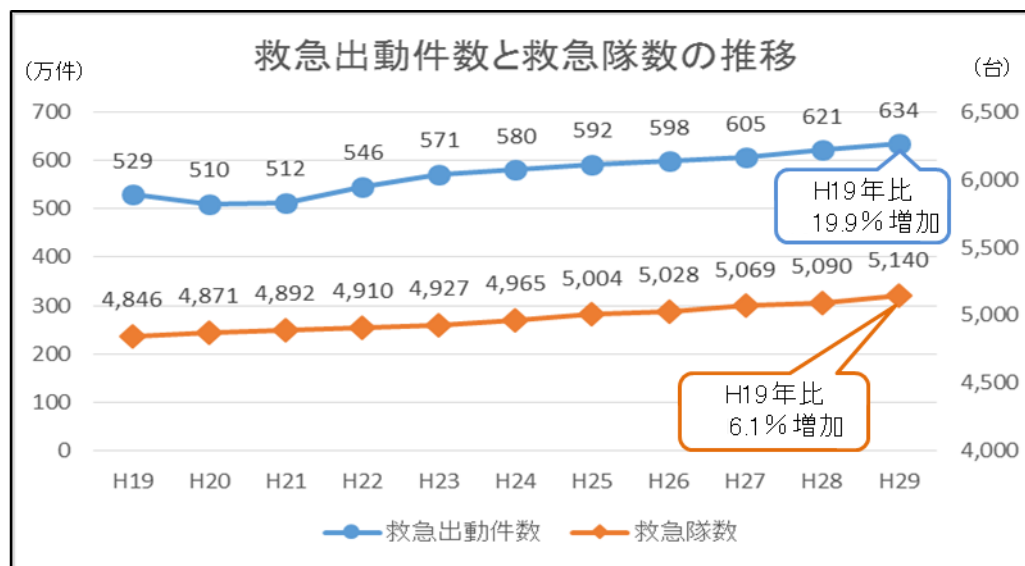
1 背景・目的

救急出動件数は、一貫して増加を続けており、平成29年中の救急自動車による救急出動件数は約634万件と過去最多を更新し、10年前に比べ19.9%増加している。一方で、救急隊数は10年前に比べ6.1%の増加にとどまっている。

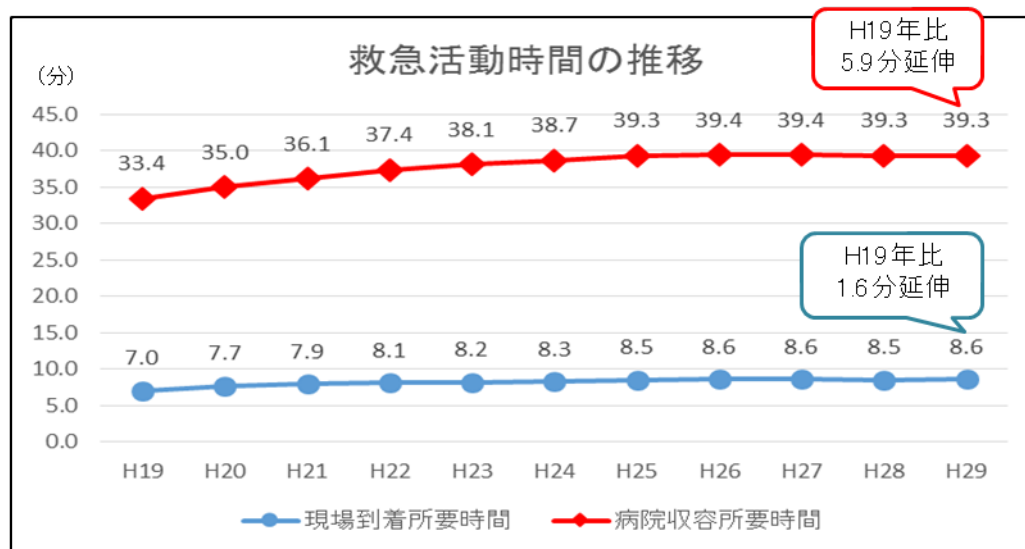
救急自動車による現場到着所要時間は全国平均で8.6分、病院収容所要時間は全国平均で39.3分となり、救急出動件数の増加とともに救急活動時間は延伸傾向にある。

このことから、救急活動時間の延伸の要因について調査するとともに短縮方策について検討を行った。

図表2-1 救急出動件数と救急隊数の推移



図表2-2 救急活動時間の推移



2 検討事項

救急出動件数の増加に伴い延伸傾向にある救急活動時間について、「入電から現場到着」、「現場到着から現場出発」、「現場出発から病院収容」の各フェーズにおける救急活動時間延伸の要因及び短縮に向けた取組について、消防本部へのアンケート調査を行うとともに、複数の消防本部から職員を派遣し相互に救急自動車に同乗する救急現場実態調査等により現状を把握し、救急活動時間の延伸要因についての調査、短縮に向けた取組の検討及び先進的事例の収集を行うこととした。

3 アンケート調査の結果

救急活動時間延伸に係わる事項について、全国 728 本部に対してアンケートを実施した。

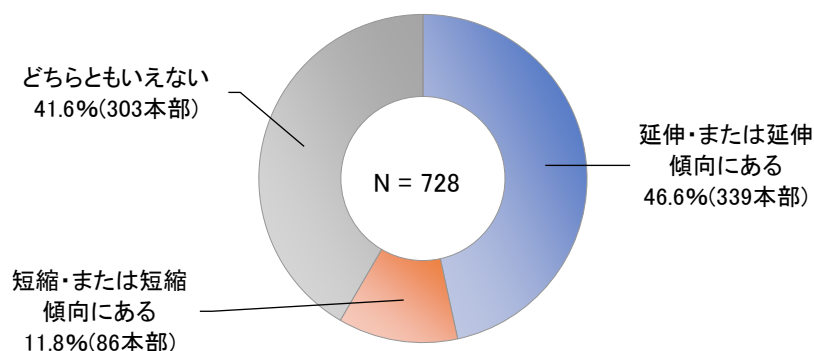
< 調査概要 >

- ・ 調 査 名: 救急救命体制の整備・充実にに関する調査
- ・ 調査対象: 728 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 30 年 8 月 8 日～9 月 25 日（基準日: 平成 30 年 8 月 1 日）
- ・ 回 収 率: 100%

(1) 救急活動時間の状況について

全国 728 本部に対して「救急活動時間が延伸または短縮しているか」尋ねたところ、4 割以上の消防本部から延伸または延伸傾向にある旨の回答があった。

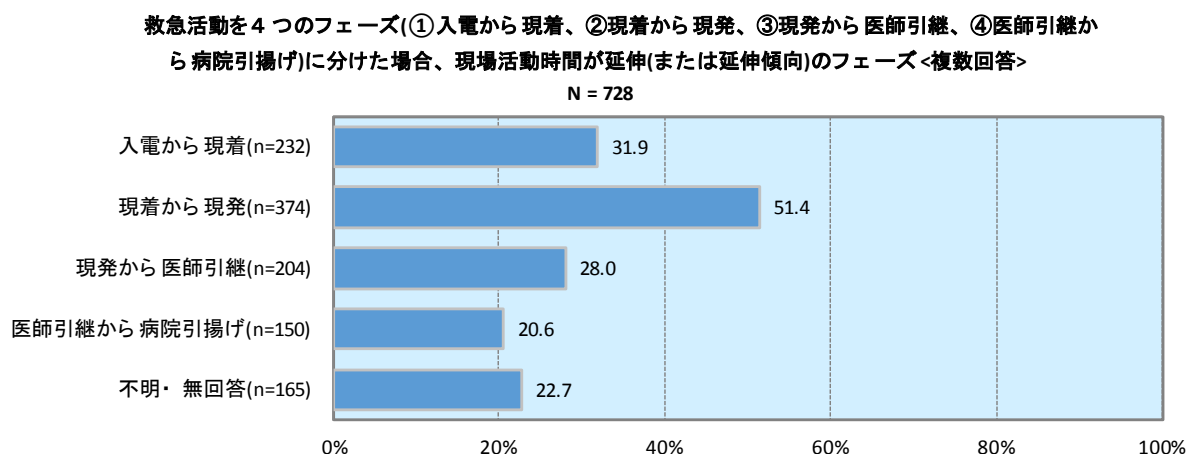
図表 2－3 救急活動時間の状況について



(2) 救急活動時間が延伸または延伸傾向にあるフェーズ

現場活動時間が延伸または延伸傾向にあるフェーズについて尋ねたところ、5割以上の消防本部が「現着から現発」と回答した。

図表 2－4 救急活動時間が延伸または延伸傾向にあるフェーズの状況



なお、救急活動時間の延伸要因についての消防本部の主な意見は以下のとおり。

(入電から現場到着)

- ・救急要請の増加・輻輳による直近救急隊による対応不可
- ・道路渋滞の発生に伴う現場到着時間の遅延

(現場到着から現場出発)

- ・救急救命処置の拡大に伴う現場活動時間の延伸
- ・傷病者等からのニーズの多様化による医療機関選定に伴う連絡回数及び連絡時間の増加
- ・医療機関応需確認時に医療機関側から求められる情報量の多さや、高齢者独居世帯等における情報収集にかかる時間の延伸

(現場出発から病院収容)

- ・道路渋滞の発生に伴う病院到着時間の遅延
- ・隊員、機関員の若年化（経験不足）
- ・転院搬送や専門医への受診希望など、管外医療機関搬送の増加

（３）救急活動時間の短縮に向けた主な取組

消防本部における、救急活動時間の短縮に向けた主な取組は、以下のとおり。

（入電から現場到着）

- ・救急要請が多い署に救急隊を複数隊配置
- ・入電から出動指令までの時間の目標設定
- ・優先聴取項目（住所氏名、意識の有無、主訴）を定めることによる、出動指令時間までの時間短縮

（現場到着から現場出発）

- ・通信指令員や救急隊員による、現場到着前からの医療機関への早期情報伝達
- ・車載携帯電話を複数台配置し、複数並行しての医療機関選定
- ・CPA や緊急度が高い傷病者対応時における通信指令員による医療機関選定
- ・現場活動時間の目標設定
- ・PA 連携の積極的な運用
- ・管内医療機関との会議や意見交換会等を通じ、スムーズな傷病者受入れ体制を目的に顔の見える関係を構築
- ・隊別の活動時間を消防本部内で共有し、現場滞在時間が延伸している隊について検証を実施
- ・現場滞在時間の短縮を重点目標とした訓練を実施

4 救急現場実態調査の結果

一昨年から実施している「救急活動時間延伸に係わる連絡会」（以下「連絡会」という。）において、複数の消防本部から職員を派遣し相互に救急車に同乗する「救急現場実態調査」の結果をとりまとめた。

（１）各フェーズの活動時間延伸につながると思われる要因

（入電から現場到着）

- ・指令書の出力に時間を要している
- ・出動経路を地図で確認後、救急車に乗車し出動

（現場到着から現場出発）

- ・全ての救急資器材を常時携行
- ・傷病者の観察や情報聴取を全て現場で実施
- ・車内収容後に医療機関選定及び応需確認を実施
- ・医療機関応需確認時に傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（伝達基準）に記載のない事項の聴取

（現場出発から病院収容）

- ・道路渋滞の発生に伴う病院到着時間の遅延

(2) 現場活動時間短縮につながると思われる取組

(入電から現場到着)

- ・入電から出動指令までの時間の目標設定
- ・出動経路を車載の車両動態管理システムで確認しながら出動
- ・時間帯で変動する救急需要に応じて救急隊を配置転換

(現場到着から現場出発)

- ・現場到着前に携帯電話等で情報聴取
- ・傷病者の病態に応じた携行資器材の選択
- ・傷病者の車内収容と並行した医療機関選定及び応需確認
- ・通信指令員による医療機関選定
- ・活動時間の目標設定
- ・医療機関における、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準(伝達基準)の尊重

5 救急活動時間延伸の要因及びの短縮に向けた取組項目

(1) 救急活動時間延伸の要因

アンケート調査及び救急現場実態調査から、フェーズにおける救急活動時間延伸の要因として、「入電から現場到着」では、救急要請の増加による直近隊の不在、道路渋滞に伴う現場到着の遅延等があげられた。また、「現場到着から現場出発」では、救急救命処置の拡大に伴う現場活動時間の延伸、傷病者等からのニーズの多様化による医療機関選定に伴う連絡回数及び連絡時間の増加並びに医療機関側から求められる情報量の増加等の要因があげられた。

(2) 救急活動時間の短縮に向けた取組項目

アンケート調査及び救急現場実態調査から、フェーズにおける救急活動時間短縮の取組を以下にとりまとめたので参考とされたい。

救急活動時間の短縮に向けた取組項目

入電～出動
・入電から出動指令までの目標時間を設定（速やかな出動指令） 救急事案を入電してから出動指令までの時間について、消防本部が組織として目標時間を設定し、速やかな出動指令を心掛ける。
・予告指令システムによる出動指令 救急事案を入電してから場所が特定された時点で、救急現場を管轄する署所又は直近の救急隊が待機する署所に、救急要請が入電している旨を知らせるための予告指令を行う。
・入電時、CPA 事案（疑いを含む）の場合、通信指令員が直近の医療機関を選定 入電時、CPA（疑いを含む）または重症が疑われる際に、通信指令員が現場直近の受入れ医療機関を選定、応需可否の確認及び救急救命士による特定行為の指示要請がある旨を事前に連絡する。
・目標物を確認し早期出動し、詳細の災害地点は走行中に AVM 画面や無線等で確認 出動指令後、現場の方向や付近の目標物の確認のみで速やかに出動し、詳細な道順を、隊長や隊員が選定しナビゲーションを行う。 ただし、救急現場の誤認を防止するためのチェック体制を整えることに留意する必要がある。
・事務所・仮眠室から車両までの動線の短縮 署所の事務所や仮眠室を、車両までの動線を考慮した配置とする。既存の庁舎では対応できない場合は、庁舎の建替え時に事務室や仮眠室の配置に加え、車庫内の救急車の配置についても配慮する。
出動～現場到着
・運転技術の向上訓練や管内の地理、交通状況の把握 安全で確実な運転技術が、迅速な災害対応を可能とすることから、安全運転訓練の教育や車両の操作技術を向上させるための訓練などを実施する。また、最適な道路選定を行うために、普段から管内の地理の把握や交通状況に精通する。
・配置転換、救急隊の追加編成等 時間帯によって増加する救急需要に対応するため、需要が増加する地域を管轄する署所への一時的な救急車の配置転換、日勤救急隊や非常用救急車を活用した救急隊の編成など、救急需要に合わせた柔軟な救急隊の運用の運用を行う。

現場到着～接触
・救急隊長等が先行して傷病者に接触することによる情報収集時間の短縮 資器材を搬送する者と早期に傷病者に接触する者の役割分担を行い、傷病者情報や観察情報を効率的に行う。ただし、全ての救急事案に該当する訳でなく、現場の状況（活動危険やオートロックの状態など）、傷病者の状態（不穏など）等、事前の情報収集に配慮する必要がある。
接触～現場出発
・傷病者の状態に合わせた観察の実施 傷病者の病態に応じて、現場では必要最小限の観察及び情報収集にとどめ、事故概要や傷病者の状態が把握できた時点で迅速な病院選定を実施し、活動の効率化を図る。
・現場到着前に関係者等から情報収集を行うことによる現場活動の効率化 出動途上に、傷病者又は関係者等に事前に連絡をとり、傷病者の状態や現場の状況等を聴取することで、現場到着後の情報収集に係る時間の短縮につなげ、現場活動の効率化につなげる。
・PA 連携の早期指令（救急隊と消防隊の同時指令） 入電時に CPA（疑いを含む）又は重症が疑われる際に、救急出動指令と同時に PA 連携出動等を指令し、早期段階で現場でのマンパワーを充実させる。
・ICT を活用した病院選定 救急隊と指令課が救急事案の病院照会状況をリアルタイムに共有し、他隊の照会結果を参考にし、受入れ要請の輻輳を防ぐことで、効率的な病院選定を実施する。
・救急車内収容を待たずに病院選定を実施 救急車内への収容を待つことなく、現場での観察情報や傷病者等から得た情報をもとに病院選定を開始し応需確認を実施する。ただし、傷病者の安全な搬送に十分留意する必要がある。
・病院への傷病者受入れの協力依頼 病院との勉強会や、円滑な救急業務の実施に向けた意見交換やヒアリングを通して顔の見える関係を構築し、円滑な傷病者の受入れについて協力を依頼する。
全てに共通する項目
・救急隊員の意識の向上 救急隊別の救急活動時間を隊員間で共有して意識の向上を図ることや、県の消防担当部局が救急活動時間の延伸化に問題意識を持ち、県内消防本部に対し救急活動時間の短縮に向けた対応策の検討を促すなどの協力を依頼している。

6 各地域における先進的な取組事例紹介

(1) 救急隊員の意識の向上の主な取組

① 救急活動時間効率化 5ヵ年プロジェクト（奈良市消防局）

救急出動件数が増加する一方で救急隊の増隊は見込めず、さらに基幹病院が移転することとなり、病院収容時間の延伸が予測されたことから、限られた搬送資源を有効に活用するため、四半期ごとに救急隊の活動時間を各隊に公開することとした。共有した活動時間の時系列は、入電から帰署までを15のイベントに分割して提示した。

活動時間の共有は、部隊間の活動の相違が確認でき、活動及び訓練方針の共有化、これに伴う隊員の意識改革と集団競争心理を間接的に活用し効果を得た。

職員間で活動時間を共有してから5年が経過し、救急出動件数と相反して活動時間について約7分の効率化が図れた。今後、組織的に無理のない目標を設定し、安全管理と並行した時間効率化を目指している。

共有から5年後の実施結果は、以下のとおり。

	活動時間公開前の平均時間	活動時間公開後の平均時間	短縮効果
入電ー現場到着時間	9.3分	8.5分	ー0.8分
現場滞在時間	22.2分	17.6分	ー4.7分
入電から帰署	72.8分	65.0分	ー7.8分

※端数処理（四捨五入）のため、数値が一致しない場合がある。

また、活動時間効率化が著しく現れた救急隊に、効率化のために取り組んだ事項を確認し、今後の救急活動に参考となるようとりまとめた。

救急活動時間効率化のための参考資料

はじめに

救急活動時間（レスポンスタイム）公表開始から5年が経過し、救急隊員の研究および努力により、救急件数の増加と相反して救急活動時間が5年間で7分以上の効率化が図られたこととなりました。

平成30年5月には、約4000件を収容している基幹病院の移転に伴い、病院収容時間が延伸することが予測され、また救急出動件数は増加の一途をたどることから、活動時間効率化を図り、限られた救急車を有効に活用すべく、職員皆様の理解協力を得て、この局面を乗り越えられればと考えています。

活動時間効率化が著しく現れた救急隊に、効率化のために取り組んだ事項を聞き取り、集約しましたので、今後の救急活動に参考として頂けるよう提示します。

ここに記載している内容のみならず、救急隊員間で共有すべき事項がありましたら、追記していただきたいと思えます。よろしくお願ひします。

1. 指令内容からの予測と組み立て

署内指令画面を確認しながら現場までの経路を想定し、乗車後迅速に出動が行えるようにする。これを行うために署待機時間を活用し地理把握に努める。なお、地理把握については道路のみならず、渋滞時間帯なども含み、出動経路を複数パターン組み立ててできるよう努める。

無線第一報からの大まかな活動方針の共有。+αの観察項目(痙攣所見等) 必要資器材準備(出血等によるストレッチャー汚染防止、シューズカバー等) メモ用紙や搬送票等に事前に書き込める項目を記入。救急携帯電話にて第一候補にあれば病院交渉先の電話番号のリストアップ。気になる点、不安な点は現場到着前に極力無くす。先手の活動。

2. プレアライバルコールの実施

現場における情報収集や資器材準備を効率的に行うために、出場途上にプレアライバルコールとして、現着前情報収集を行う。情報収集の効率化のみならず、口頭指導や家族や関係者に事前準備して欲しい事項も併せて伝えることができる。

3. 同時並行活動

隊員一人一人が、役割分担にとらわれず、何か一つの事だけをするのではなく、視野を広げ複数の活動を実施し、現場で必要な活動が終了するまでの時間を最短でこなすようにする(バイタル測定時には隊長が病院交渉を開始できるように努める)

4. 動作を早くする

ひとつひとつの動作を早くし短縮する。現場到着後のストレッチャーの移動も早く行う(傷病者乗乗後は安全面及び傷病者の恐怖心を配慮したうえで、出来る限り早く移動)

5. 活動しやすい環境作り

自宅等に出場の際、玄関で靴を脱ぐ位置を、左から機関員、隊長、隊員と決めて置いておき、布担架を持つ位置の教示の迷いを無くす。

活動に支障をきたす障害物は予め排除しておく。

6. 情報の共有

隊員一人一人が得た情報は惜しみ無く共有する。聞き耳を立てておく。階級等関係は隊間の質問は臆せず行う。

7. 救急隊以外のマンパワーを得る

隊長が病院交渉等で、傷病者の移乗に手が回らない際は、安全を考慮したうえで家族等の救急隊以外のマンパワー協力を得る。

住宅内等が狭隘、ゴミ等が散乱している等で活動スペースに支障がある場合は、隊員は処置観察に専念させ、家族等に活動スペースの確保をさせる。

搬送開始までのレスポンスタイム向上の為、どんな軽症者でも、家族等に緊急を要する為救急車を要請した事を自覚させ、事故概要の聴取や持参物の準備を早く行わせる。家族が救急隊に協力したいと思われるような良好な接遇を行い、味方につける。

8. 病院交渉術

各病院の特色(〇〇病院は交渉時に細かい傷病者情報をいつも必要とする、□□病院は少ない傷病者情報でも受け入れ可能対応をしてくれる、△△病院は外傷患者を受け入れてくれやすい等)を知り、臨機応変に情報聴取及び病院交渉を行う。

交渉時、結論や、受傷状況のキーワードから話し、病院側に早期に受け入れ可能か不可の判断をさせる(長々と事故概要を話しした後、結論を話し、結局受け入れを断られる事が多い為)

活動内容により左右されるが、車内収容時には受入照会が終了しているよう努める。これは、停車車内滞在時間は傷病者・家族のストレスにもつながるため、できることなら移乗開始までに受入照会を行えるよう活動を組み立てる。

特に高層マンションなどの車両までに移乗時間がある現場においては、移乗時間も受入照会の時間に充当させる。

病院の医師、看護師、受付員等との良好な関係作りに努める。

9. セカンドコール、サードコールの実施

病院受入照会時に伝え切れていない事項などがあれば、病院側に支障がない程度で病着前コールをいれ、病院収容後の引継ぎ簡略化や病院滞在時間の短縮を図る。

10. 病院滞在時間への対策

医師引継ぎと同時に傷病者情報を報告するよう努める。搬送票に医師サインをもらう必要があることから、搬送票は医師引継ぎまでに完成させておき、時系列やバイタル等の必要情報も搬送票余白等に記載しておくことで、引継ぎの簡素化を図る。

11. 日頃からの良好なコミュニケーション

レスポンスタイム向上にはチームワークが必要不可欠であり、その為にも日頃から隊間でのコミュニケーションを取り、なんでも臆さず会話が出来る関係を作る。

12. 隊全体の意識向上

日頃から勉学や外部講習に積極的に参加し、知識、手技向上に努める。

② 県内消防本部救急担当者会議（宮城県）

1 経緯

宮城県の救急出動件数は年々増加し、救急搬送に要する時間は、都道府県の中でも下位に低迷していたため、平成 28 年から消防本部に対して状況を改善させるため、以下の取組を行った。

2 取組内容

（1）県内消防本部救急担当者会議

消防本部の救急担当者を招集し、都道府県別の現場到着時間及び病院収容時間をランキングで提示するとともに、県内消防本部別の救急活動時間の現状を説明し、救急活動時間短縮に向けた取組について検討を依頼した。

（2）県及び消防本部が実施した主な取組

- ・ #7119 の導入や病院照会サポートシステムの拡充等を行った。
- ・ 救急搬送実施基準を継続して見直した。
- ・ 広報誌、救急講習会、FM ラジオ等を通して、県内の救急活動時間が延伸している状況や救急車の適正利用の広報を行った。
- ・ 救急活動時間の短縮の取組の検討について、消防本部内で周知徹底した。
- ・ 地域の医療協議会や地域 MC 協議会の中で救急活動時間の延伸について現状を伝え、救急患者の受入れの協力依頼を実施した。

3 結果

上記の取組の結果、平成 29 年の宮城県の統計データでは、「入電から病院収容」までの時間が平成 27 年と比べ 1.8 分の短縮が認められた。

宮城県内における救急搬送時間の推移

○入電～病院収容

（単位：分）

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
A消防	32.1	33.3	33.5	34.2	34.6	36.2	37.2	37.2	38.8	41.0	41.1	40.7	38.6	37.9
B消防	34.6	34.5	35.8	39.7	41.8	43.6	45.1	46.2	47.3	48.1	47.7	49.5	50.2	49.1
C消防	29.9	31.5	32.6	33.1	34.0	38.2	41.8	39.7	40.9	40.6	41.0	39.0	41.0	42.0
D消防	36.8	37.2	37.7	37.5	39.7	40.1	39.8	41.3	40.5	41.4	42.6	43.5	44.0	43.4
E消防	37.8	39.1	39.2	42.7	44.0	44.9	47.5	47.8	48.5	50.4	51.1	51.6	49.7	48.5
F消防	39.7	38.0	37.0	37.5	39.0	39.5	40.4	42.1	42.8	42.4	43.4	43.8	42.5	41.6
G消防	31.2	31.5	32.5	35.7	35.0	35.3	36.2	38.8	36.4	37.1	37.2	36.4	35.6	35.9
H消防	30.2	32.0	32.6	34.2	34.7	37.0	38.2	38.9	40.6	41.8	42.3	39.7	38.9	39.1
I消防	37.7	39.9	42.8	42.8	43.2	48.1	51.3	49.8	51.7	54.5	56.4	55.0	54.1	54.5
J消防	35.5	35.6	36.4	37.7	38.9	39.5	40.2	42.0	43.4	44.4	44.4	43.6	43.0	42.2
K消防	35.6	36.2	36.7	37.5	37.2	38.4	40.4	42.3	43.0	44.5	45.8	46.2	45.7	45.8
L消防	35.1	35.7	36.3	35.6	37.9	42.0	42.9	47.8	47.7	48.0	48.4	50.8	49.6	50.0
県平均	33.4	34.3	34.7	35.8	37.0	37.9	39.1	40.1	40.9	42.4	42.8	42.5	41.1	40.7
全国平均	30.0	31.1	32.0	33.4	35.0	36.1	37.4	38.1	38.7	39.3	39.4	39.4	39.3	39.3
順位	46	46	43	40	41	40	41	40	42	42	41	40	39	38

（※1）平成20年から、時間計測の始点を119番入電時刻に統一したため、見かけ上の時間が延びている。

（※2）統計調査システムにデータが残されていないため、平成17年以前の各消防本部の搬送時間は参考値。（手持ちデータにより集計）

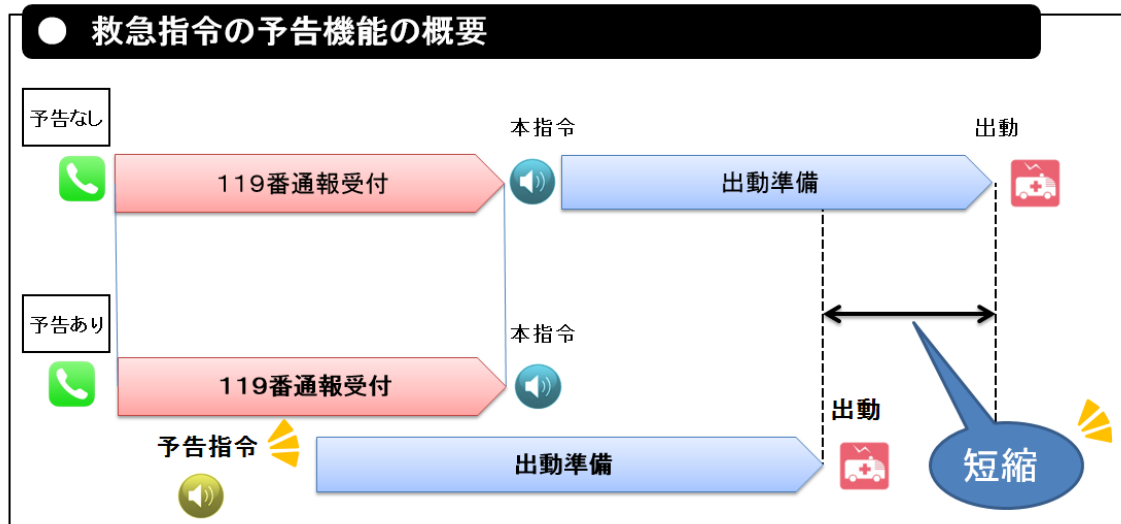
(2) 早期出動指令の主な取組

① 救急指令の予告機能の導入（名古屋市消防局）

救急需要の増加に伴い、救急現場への到着時間が延伸傾向であったため、傷病者の社会復帰率の低下が懸念されていた。そこで、他都市の先進的な取組の調査研究や全救急隊員からの意見聴取を行い、救急隊の増隊をはじめ、非常用救急車の各消防署への配置・運用など現場到着時間の短縮に向けた様々な取組を実施してきた。

その取組の一つとして、平成 28 年 7 月から救急指令の予告機能を導入した結果、指令から現場到着までの時間で平均 0.2 分以上の短縮効果が得られた。

【救急指令の予告機能のイメージ】



② 指令時間短縮の取組（仙台市消防局）

1 指令時間短縮の重要性

近年、119 番通報はその要請内容が多様化し、指令時間が延伸しやすい状況にある。仙台市消防局では、指令時間の延伸は指令業務の質の低下を表すものと捉えており、さらに、救急隊現場到着時間延伸の一因ともなることから、指令時間の短縮は非常に重要であると考えている。

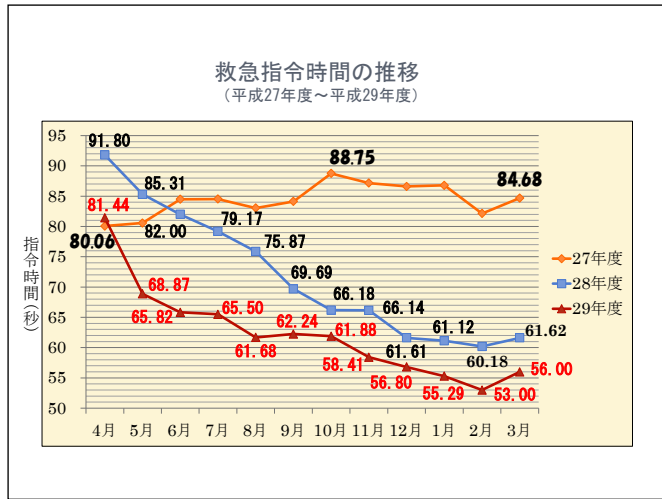
2 指令時間短縮に向けた取り組み

迅速な救急隊への出場指令には、通報者から短時間で効率的に聴取を進める必要がある。そのためには指令員の知識と技術の向上が必須であることから、平成 28 年度より、救急要請を受け、場所を決定し、適切な救急隊等へ出場指令を出したり、通報者へ必要な口頭指導を行うための訓練等を実施し、指令時間の短縮を図ることとしている。

こうした訓練等の結果、指令員ひとり一人の知識と技術が大きく向上し、平成 27 年度と平成 29 年度の平均救急指令時間を比較すると、約 22 秒短縮した。

3 まとめ

指令課員の最大の任務は、通報を受信し、救急隊等へ迅速・適切に指令を出すことにある。119 番通報を受け、通報者から必要項目を適切に聴取するには一定の時間を要するため、過度な指令時間の短縮は必要とされるものではないが、今後も指令課員のレベル向上に努め、適切な指令時間の維持を継続させる必要があると考えている。



《平均救急指令時間》

年度	指令時間 (秒)
平成 27 年度	84. 41
平成 28 年度	71. 72
平成 29 年度	62. 24

(3) 通信指令員による医療機関選定の主な取組

○ 救命コール（仙台市消防局）

119 番通報受信時に、通信指令員が通報内容から緊急度・重症度を判断し、救急隊の出場と同時に協力医療機関に収容を依頼する取組を実施している。

1 通信指令員は、通報内容が「救命コール判断基準」に該当[※]し、緊急度・重症度が高いと判断される場合は、下記の対応を行う。

(1) 救急出場指令と並行して、診療科目など適応する直近の救命コール協力医療機関に収容を依頼し、応対した医療機関の担当者に、「救命コール」の旨を明確に伝える。

(2) 出場した救急隊に、「救命コール」を実施している旨を伝え、また、搬送先医療機関が決定した際には、複数の職員で確認するなどし、救急隊に確実に伝える。

※CPA（疑い含む）、脳卒中疑い、ACS、アナフィラキシーの疑い等の症例をいう。

2 救急隊は、通信指令員より「救命コール」を実施している旨を伝えられた場合、下記の対応を行う。

(1) 現場到着後、傷病者の観察結果など傷病者に関する二次情報を速やかに決定医療機関に伝え、必要な応急処置を確実にを行い、傷病者を迅速に搬送する。

(2) 現場到着後、傷病者を観察した結果、傷病者情報が「救命コール」事案に該当しないと判断した場合は、消防情報センター及び決定医療機関に対し「救命コール」の取消しを連絡し、傷病者情報（明らかに死亡と判断した場合も含む。）に応じて、決定医療機関に改めて収容可否の判断を求めるか、又は救急隊による通常選定に切り替える等の対応を行う。

救命コール イメージ図



【平成 29 年傷病程度別現場滞在時間（平均）】

【傷病程度】	【全搬送事案】	【救命コール実施時】	【短縮効果】
・重症	15 分 02 秒	10 分 51 秒	4 分 11 秒
・中等症	17 分 41 秒	12 分 55 秒	4 分 46 秒
・軽症	20 分 14 秒	17 分 42 秒	2 分 32 秒

※ 119 通報受信時、緊急度・重症度が高いと判断したものを対象としているため、重症・中等症の救急事案での短縮効果が高い。

(4) 現場到着前の情報収集の主な取組

○ 出場途上の情報収集の積極的運用(さいたま市消防局)

さいたま市消防局では、消防庁が開催した救急現場実態調査に参加し、福岡市消防局の「プレ・アライバルコール」を参考にして、平成 29 年度から試行運用を実施した。その結果、活動時間の短縮が見られたため、「救急活動基準」にプレ・アライバルコールの内容を追記し、現場活動時間の効率化に取り組んだ。

救急活動基準（抜粋：平成 30 年 4 月 1 日改正）

第 2 章 救急活動の基本

第 2 節 着手計画

第 1 要 点

1 救急隊員は、出場指令内容及び出場途上に行う、携帯電話等を活用した情報収集（以下、「プレ・アライバルコール」という。）、更には現場の情報収集に基づき、行動の手順について一定の計画（以下「着手計画」という。）を樹立し、その計画に基づいて行動する。

第 2 着手計画の樹立の手順

1 観察、情報収集

救急現場の状況を把握することは、救急活動を実施するうえで最も重要である。したがって、救急隊長は、現場に到着するまでの間において、出場指令内容及びプレ・アライバルコール内容等から傷病者の状態や損傷部位を推測し、必要資器材を準備するとともに、現場においては次の内容を把握する。

- (1) 傷病者の置かれている状態、症状、主訴
- (2) 損傷の部位、受傷内容、発病後の経過
- (3) 生命の緊急度及び重症度
- (4) 現場にいる群衆の動静
- (5) 二次災害の発生危険等

(以下、省略)

3 救急資器材の選定等

傷病者の観察、応急処置を行うためには、傷病者に最も適応する救急資器材を常に手元に準備しておく必要があり、次により救急資器材の選定等に配慮する。

(1) 出場指令内容及びプレ・アライバルコール内容等から、必要と推測される救急資器材を準備する。

(以下、省略)

第 3 章 救急現場活動

第 1 節 出場指令受信から現場到着までの措置

第 1 要 点

1 救急活動は、出場指令時から始まることを認識し、出場指令内容及びプレ・アライバルコール内容に基づき活動手順を組み立てる。

(以下、省略)

第 4 出場途上の措置

1 出場指令内容及びプレ・アライバルコールにより必要な情報を収集して、任務分担を再確認するとともに、救急活動に反映させる。

(以下、省略)

（５）消防機関等と医療機関との連携の主な取組

○ 救急医療実施状況等に関するヒアリング（横浜市消防局・医療局）

平成 23 年度から横浜市医療局は医療機関の救急医療体制の実施状況等を把握することを目的に、ヒアリングを開始し、平成 25 年度からは 同市消防局も参加し共同で実施 している。

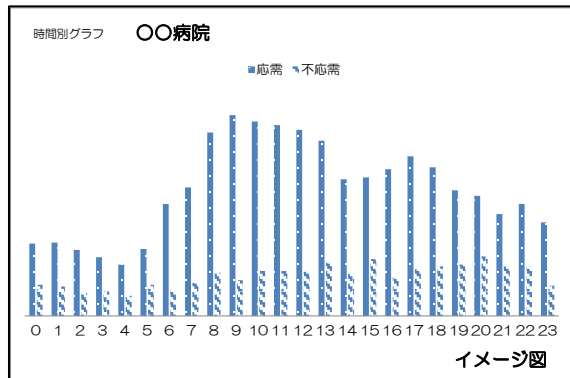
ヒアリングでは、救急行政の課題共有や各医療機関の救急隊の受入れに関することなど、様々な情報提供を行っており、平成 30 年度は市内 45 医療機関に対して実施している。

救急出場の状況については、市内の救急出場件数の推移、現場到着時間や現場滞在時間の増加要因などを説明し、救急行政の課題共有を図っている。

救急隊の応需に関することについては、該当医療機関の応需・不応需の件数をグラフで可視化し、医療機関の担当者に現状を把握してもらった上で、「傷病者情報の伝達基準」を説明し、現場滞在時間の短縮に向けての協力を求めている。

転院搬送ガイドラインについては、市内の転院搬送の件数や該当医療機関の転院搬送の件数を示した上で、転院搬送ガイドラインの再周知を図り、適正な転院搬送への協力を求めている。

（図 1）医療機関 応需及び不応需の状況（時間別）



医師、看護師や地域医療連携室の職員を交え受入れに関する状況など共有を図ることにより、円滑な傷病者の受入れを依頼している。

【主なヒアリング項目】

- 1 救急出場の状況について
 - (1) 救急出場件数及び搬送件数の推移
 - (2) 平均活動時間の推移
- 2 救急隊応需に関することについて
 - (1) 応需及び不応需の状況 （図 1）
 - (2) 搬送医療機関への伝達基準 （図 2）
- 3 転院搬送ガイドラインについて
 - (1) 転院搬送の件数
 - (2) 転院搬送ガイドライン

（図 2） 傷病者情報の伝達基準
（関係法令：消防法第 35 条の 5 第 2 項）

傷病者情報の伝達基準

根拠法令：消防法第 35 条の 5 第 2 項
具体的な内容に関しては「救急隊による観察基準・搬送先医療機関選定基準・搬送先医療機関への伝達基準（横浜市）」より抜粋 ※運用開始：平成 23 年 4 月 30 日

1 受入確認時

① 病院名の確認
② 救急隊名
③ 連絡者名
④ 年齢・性別
⑤ 症状：主訴・受傷機転
⑥ バイタルサイン等
⑦ 行っている処置
⑧ 既往歴・現病歴
⑨ 傷病程度・医療機関選定理由※
⑩ その他必要な事項

2 受入決定後詳細事項

⑪ 傷病者氏名、生年月日
⑫ アレルギー・内服薬の有無
⑬ 付き添いの有無
⑭ 病院到着予定時刻
⑮ その他必要な事項

※ 傷病程度

院長判断	伝達時
重傷、重症	1（赤）
中等症	2（黄）
軽症	3（緑）

※ 医療機関選定理由

選定コード	内容	実際の運用
A	基本とする選定医療機関で直近	医療機関選定の原則（概ね 3 医療機関程度）
B	基本とする選定医療機関で選定できない場合で直近	A の場合で、満床・処置困難等の理由により概ね 3 医療機関程度、断られた場合。
C	かかりつけ医	かかりつけ医が明確に判明した場合。
D	傷病者等の希望	傷病者等に救急隊長が説明したが、理解を得られなかった場合。
E	その他	A から D 以外の場合（救急隊長等が総合的に判断して選定）

救急隊は、医療機関への傷病者の受入れ確認の際に、「1 受入確認時」の 10 項目を伝達し、受入れが可能な場合に「2 受入決定後の詳細事項」の 5 項目を伝えている。

(6) ICTを活用した新しい取組

① フェニックスネット（長岡市消防本部）

1 はじめに

長岡市では、医療と介護関係者が連携して高齢者を支えるため、長岡市医師会と協力し、平成 27 年 10 月に医療介護連携システム（通称：フェニックスネット）を立ち上げた。

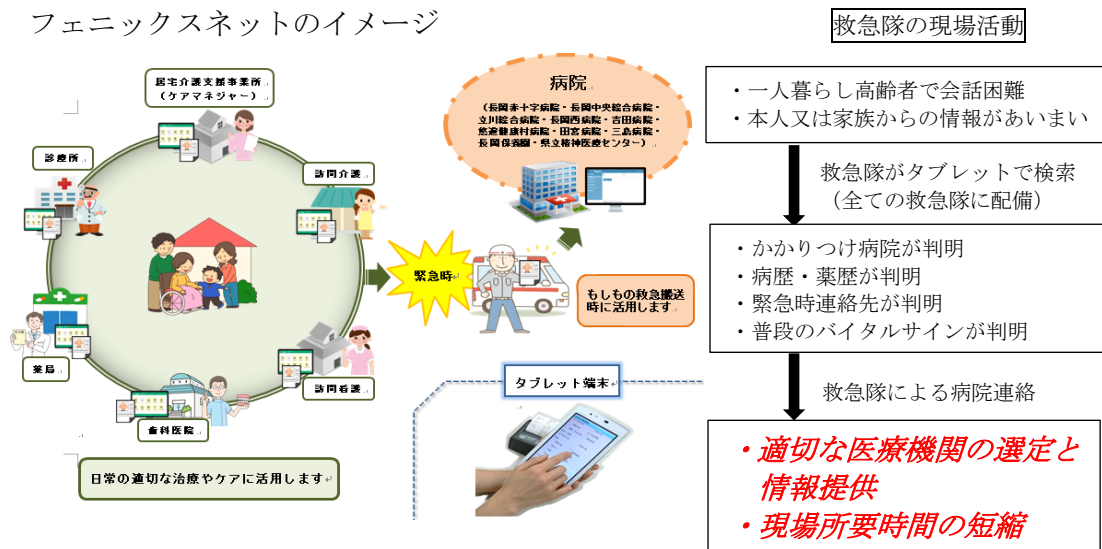
当消防本部も平成 28 年 11 月から、本システムに加入し 2 年が経ち、救急活動における現場滞在時間の短縮に効果を上げている。

2 フェニックスネットとは

登録者（傷病者）の情報を、病院、診療所、歯科診療所、薬局、看護・介護事業所等の関係機関が共有することで、安心・適切かつ効果的な医療・介護環境を構築するシステム。

平成 30 年 7 月からは、登録対象者を医療や介護サービスを受けている人から全市民に拡大し、募集を行っている。

3 フェニックスネットのイメージ



4 フェニックスネット加入による効果

- (1) 救急隊は、フェニックスネットに登録されている傷病者の情報（かかりつけ病院、病歴及び緊急時連絡先等）を容易に収集できるようになり、未登録者と比較すると、現場滞在平均時間が**約 3 分半短縮**した。

使用件数 88 件	フェニックスネット登録あり	47 件	現場滞在平均時間	14 分 14 秒
	フェニックスネット登録なし	41 件		17 分 34 秒

使用実績 (H28. 11～H30. 12)

- (2) 痛みや苦しみがある傷病者から、無理に聞き出す必要がなく、傷病者の負担が減った。

5 フェニックスネット加入の背景と現在の評価

この効果を生み出した背景として、市内基幹 3 病院による休日夜間救急当番制を土台とし、平成 18 年から隔月で開催している救急懇談会で、医療機関、高齢者施設、医師会、市関係、保健所、弁護士、警察、消防及び報道機関等が集まって期間中の問題例のケーススタディを行っており、顔の見える関係を築いてきたことが大きい。

救急隊がフェニックスネットを活用することで現場滞在時間が短縮し、結果的に病院収容時間短縮にも繋がっていることから、長岡市消防本部では市民の安全・安心を守る有効なシステムと考えている。

② 緊急車両存在通知（救急車の進行方向や距離が車同士の通信により分かる技術）

ドライバーから直接見えない周辺車両の情報を、車両同士や道路と車両が直接通信しドライバーに知らせる安全運転を支援する ITS（Intelligent Transport Systems：高度道路交通システム）の技術を活用して、救急車と自動車が接近した時に、自動車内でブザー音が鳴り救急車の方向及び距離が車内モニターに表示され、緊急車両の存在を知らせる仕組み（図 1 参照）で、一般車両が救急車の接近をいち早く察知し進路を譲ることで、救急車の走行路を確保することが可能となる。

この技術を活用することにより救急活動時間の短縮の効果が得られることが期待されることから、実証実験を名古屋市、豊田市で行った。その結果交差点や道路において自動車から直接救急車が見えなくても自動車が早めに停止したため、救急車がスムーズに走行できる状況となり（図 2 参照）、救急車が走行する主要道の交差点間（計 16 区間）において、救急車の走行時間が平均 7.7% 短縮した。

今後、救急活動時間の短縮に向けた取組として、このような技術の活用も期待される。

図 1 技術搭載の自動車内モニター表示

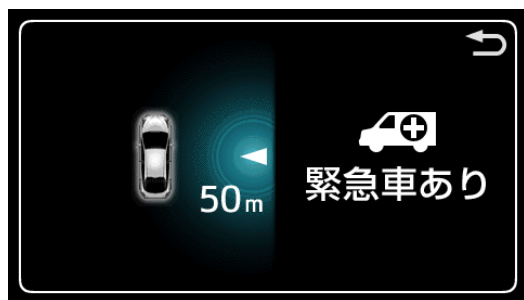


図 2 実証実験状況



7 まとめ（今後の方向性）

平成 28 年度から実施している「救急活動時間延伸に係わる連絡会」を本年度も開催し、救急活動時間の延伸要因及び短縮に向けた取組について、全国の消防本部に対するアンケート調査及び救急現場実態調査の結果をもとに意見交換を行い、救急活動のフェーズごとに延伸要因と短縮に向けた取組をとりまとめた。

救急活動時間延伸の要因としては、救急要請の増加による直近隊の不在、傷病者からのニーズの多様化による医療機関選定、またそれに伴う連絡回数及び連絡時間の増加や医療機関側から求められる情報量の増加等様々な要因があげられた。

また、各消防本部における救急活動時間短縮に向けた取組として、通信指令課における迅速な出動指令や事前情報に基づく医療機関選定等の通信指令との連携、携行資器材の選択や傷病者の状態に合わせた観察などの救急活動の工夫、医療機関との会議や意見交換会の開催により顔の見える関係の構築など、様々な取組を把握することができた。

連絡会に参加した消防本部や、先進的に取り組んでいる消防本部からは、救急隊の活動時間短縮には、救急隊員の意識付けが重要であるとの意見が多く見られた一方で、安易に時間短縮を推し進めることによる、事故の発生や救急活動の質の低下について懸念する声も聞かれた。

救急出動件数が増加し、救急活動時間が延伸傾向にある中、救急活動時間の短縮は取り組むべき重要な課題であるが、救急活動時間の短縮のみを目的とした救急活動は、傷病者に不利益を生じさせる可能性があることに留意する必要がある、傷病者の病態等を踏まえ、時間短縮のみでは無い、効率的・効果的な救急活動を目指す必要がある。

以上の点を踏まえ、救急活動の各フェーズにおける効率化を図るための「救急活動時間の短縮に向けた取組項目」をとりまとめた。

今後も救急需要の増加が見込まれており、救急活動時間の延伸も危惧されることから、各消防本部において、各地域における延伸要因をそれぞれ把握し、活動時間の効率化を図ることが望まれる。

第3章

#7119（救急安心センター事業）の充実

第3章 #7119（救急安心センター事業）充実

1 背景

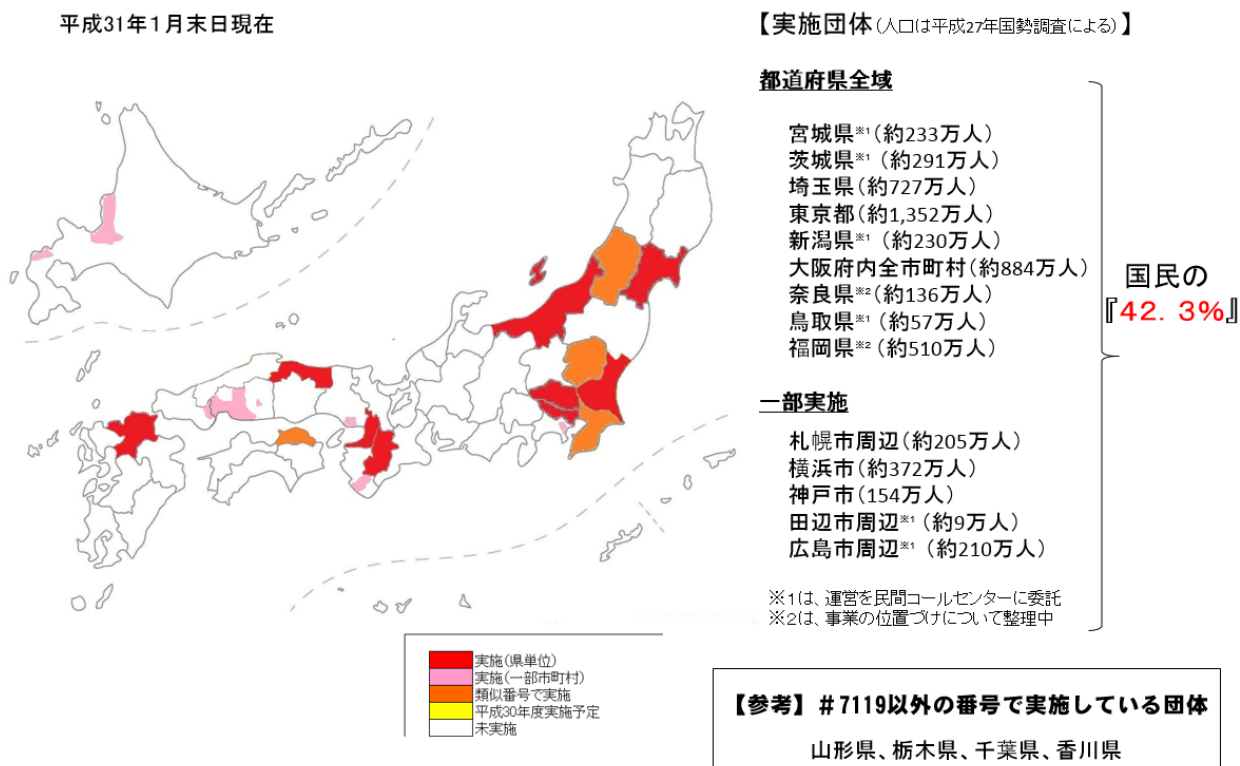
近年、救急出動件数がほぼ一貫して増加し、現場到着時間等が延伸している中、限りある搬送資源を緊急性の高い事案に適切に投入するためには、救急車の適正利用を推進していくことが重要である。

#7119（救急安心センター事業）は、住民が急な病気やケガの際に、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。平成31年1月末現在、全国14地域で事業が実施されており、国民の約42.3%がカバーされている。

昨年度の本検討会では、「医療面の定量的効果」と「効果的な広報」について検討し、結果をとりまとめた。

今後も引き続き、全国への事業展開を促すこととしているが、現実実施団体から、各実施団体が収集している事業の統計項目にばらつきがあるため、団体間の事業比較ができないとの指摘を受けた。このため、事業の質の維持・向上及び未実施団体が事業実施に向けて検討を行うための情報提供を目的に、今年度は#7119の統計項目の整理を行うこととした。

図表 3-1 #7119（救急安心センター事業）等の実施状況



2 検討事項

(1) 項目

① 実施団体の基本情報の整理

事業実施に係る体制全般に関する情報について定義を統一し、団体間の相対的評価、事業の効率的な運用を図る資料として活用する。

② 相談ごとに取得する情報の整理

相談ごとに取得する情報について定義を統一し、団体間の相対的評価、事業効果の定量的な算定、救急相談後の判定結果の評価等に活用する。

③ その他

事業実施体制について課題を把握し、整理を行う。

(2) 方法

平成 29 年度から実施している救急安心センター事業（＃ 7 1 1 9）担当者及び普及促進アドバイザー連絡会（実施団体による実務会議）を活用し、検討することとした。

開催日時	平成 30 年 8 月 28 日（火） / 平成 30 年 12 月 12 日（水）
構成団体	＃ 7 1 1 9 事業実施団体 （14 団体）
検討項目	① ＃ 7 1 1 9 の統計項目について ② 統計の試行取得について ③ その他 ・ ＃ 7 1 1 9 普及に係る検討 ・ ＃ 7 1 1 9 事業の位置付けについて ・ ＃ 7 1 1 9 に係る諸課題について

そのほか、フォローアップ調査等の機会を通じ、＃ 7 1 1 9 未実施団体に対して、＃ 7 1 1 9 を実施しない理由等をヒアリングした。

3 調査及び検討結果

(1) 実施団体の基本情報について

① 取得の目的

事業実施に係る体制全般（医師・看護師等の確保状況、受付時間、相談件数等）について、相対的評価が可能となる情報を把握。

② 基本情報の項目

基本情報の項目は、以下の内容が考えられる。なお、項目については必要に応じ今後も見直しを行うこととする。

図表 3-2 ㊦ 7 1 1 9 基本情報一覽表

	項目		内容
基礎情報	実施主体		実施主体名
	対象エリア		サービス提供エリアの都道府県または市町村名称
	エリア人口		サービス提供エリアの人口 (最新の国勢調査値を記載)
	相談件数 (年度)	総数	＃ 7 1 1 9 に入電した総件数
		救急相談	緊急度判定を行った件数
		医療機関案内	医療機関案内のみ実施した件数
		その他	上記に分類できない件数
	開始年月日		事業開始年月日
	民間コールセンターへの委託		民間が運営するコールセンターに事業委託している 団体は選択
	人員確保	医師	医師の人員確保についての概要を記入
		相談看護師	看護師の人員確保についての概要を記入
		受付員/オペレーター	受付員/オペレーターの人員確保についての概要を 記入
		その他	その他の人員確保についての概要を記入
	コールセンター設置地域		コールセンターの設置地域（〇〇県・市内、県外）
	認知度（調査実施団体）		各団体が実施した認知度調査結果
利用比		相談件数（総数）/エリア人口	
コスト（運営費）		事業実施に係る年間のランニングコスト ※基本的には運営に係る費用とする。 別費用（広報費等）の切り分けが出来ない団体は 注釈で明示する。	
費用負担の状況		費用負担の状況を記載	
体制	医師	体制	常駐（一部常駐）又はオンコールから選択
		出務時間	医師の出務時間を記載
	職員人数 (民間コールセンター 活用団体以外)	相談看護師	相談看護師の総数
		受付員/オペレーター	オペレーターの総数
		その他（監督員等）	その他従事者の総数
	配置人数 (民間コールセンター 活用団体以外)	相談看護師	相談看護師の一日あたりの配置人数
		受付員/オペレーター	受付員/オペレーターの一日あたりの配置人数
その他		その他従事者の一日あたりの配置人数	

	勤務形態 (民間コールセンター活用団体以外)	救急相談	2 交代・3 交代・変則から選択
		医療機関案内	2 交代・3 交代・変則から選択
運用	受付の方法		受付員対応・音声ガイダンスから選択
	医療機関案内方法		オペレーター・音声ガイダンスから選択
	119 通報の形態		専用転送回線・転送回線なしから選択
	使用プロトコール（ベース）		緊急度判定のベースプロトコール名称
	ブース数（設備） (民間コールセンター活用団体以外)	救急相談	救急相談に係るブース数
		医療機関案内	医療機関案内に係るブース数
	応答率（取得可能団体のみ）		応答率（％）＝対応数（本）÷入電数（本）×100
検証・研修体制	検証体制	検証内容	事業に係る検証の実施対象
		検証方法	検証の実施方法
		メンバー	検証を実施するメンバー
		頻度	検証の実施頻度
	検証を実施する 会議体	実施主体	事業の検証に係る会議体名称
		メンバー	上記団体の構成メンバー
		頻度	上記団体の会議の頻度
	研修体制	対象者	事業に係る研修受益対象者
		実施者	事業に係る研修実施者
		頻度	研修の実施頻度

③ 基本情報の把握及び活用の方法

ア 基本情報の調査時点

原則として、毎年４月１日時点の各実施団体の基本情報を取りまとめる。

イ 活用の方法

(i) 未実施団体への普及のための PR 資料に反映

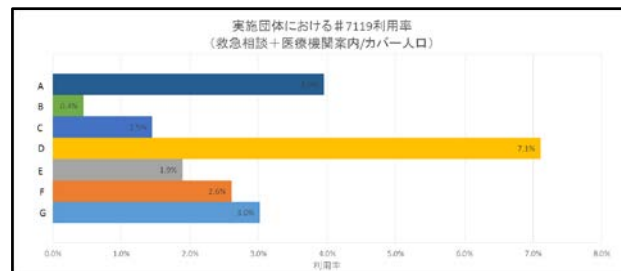
未実施団体が事業実施を検討するために必要な情報である事業規模、予算、民間コールセンターの活用状況、実施体制（人員確保等）、住民ニーズ、運用（研修・研修体制含む）等について整理し、提示する。

(ii) 実施団体の事業実施体制の向上

実施団体間において、項目を相互に比較し、改善に努めることにより、より効率的・効果的な事業実施を目指す。

<活用事例>

実施団体における人口 1 万人あたりの利用比についても大きな差がみられる。他団体との比較可能な項目について整理することで、事業運営の改善を促進する。



(2) 相談ごとに取得する情報

① 取得の目的

相談者の属性（年齢・性別等）、相談日時、相談に用いたプロトコール、判定結果などの統一的な把握。

② 相談ごとに取得する統計項目

＃7119に入電した全ての相談について、以下のような内容の情報を取得することが考えられる。

図表 3-3 相談ごとに取得する統計項目一覧表

項目	内容
対応開始日時	通話を開始した日時
対応時間	通話開始から切断までの時間
曜日	電話を受信した曜日
相談分類	救急相談・医療機関案内・その他から選択 (定義は基本情報参照)
相談者	電話をかけてきた者と、相談対象者との続柄
対象者の年齢	相談対象者の年齢
対象者の性別	相談対象者の性別
相談前救急要請	症候別プロトコル適応前に 119 番転送 (119 番通報の指示) を行ったもの
選択 (使用) プロトコル	症候別プロトコルのタイトル
プロトコル判定	プロトコル判定結果
最終判定	上記の結果に、ランク変更等のルール(*)を適応した後の結果
対応内容	最終判定を受けた対応内容 (下記から選択) a: 最緊急であるため、119 番転送又は 119 番通報を勧めた・・・赤 b: 救急車を拒否:『いますぐ』受診を勧めた・・・赤 c: 『いますぐ』の受診を勧めた (119 番・救急車以外)・・・橙 d: 『これから (数時間以内)』の受診を勧めた・・・黄 e: 通常の受付時間内の受診を勧めた・・・緑 f: 様子をみて変化があれば受診するよう勧めた・・・緑 g: 受診不要であることを伝えた・・・白 h: 助言指導のみ i: 他機関・他サービスの案内 j: 切電による中断 K: その他 (業務範囲外の入電など)
救急搬送初診時程度 (取得可能団体のみ)	＃7119 からの 119 転送等により救急車で搬送された相談対象者の初診時程度
医療機関案内科目	医療機関案内として紹介した診療科目
他機関・他サービス案内	対応内容として、他機関・他サービスの案内先
医師の助言	医師への助言要請の有無 (対応内容に医師の助言が含まれた場合も含む)

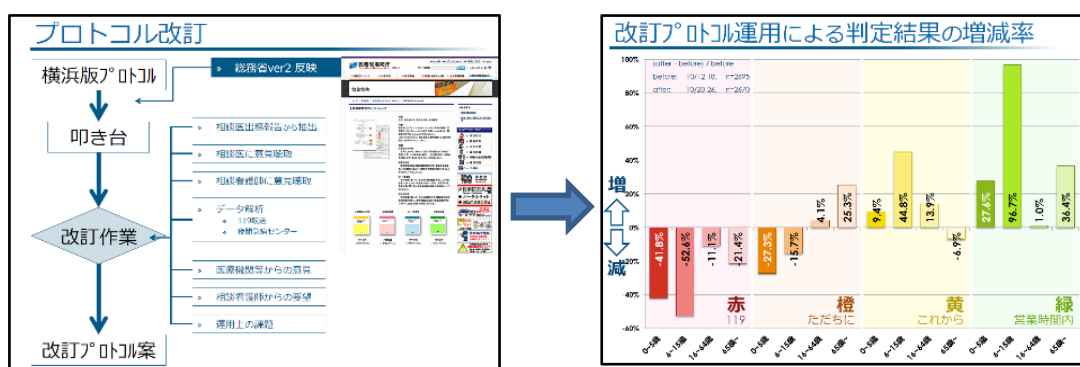
(*) ルールとは、対象者の年齢や妊娠の有無、歩行の可否、地域の医療事情を加味したのちの結果を指す。

ア 情報の把握方法

イ 活用の方法

現在、実施団体の多くは消防庁が公表している緊急度判定プロトコール（電話相談）を基に地域の実情にあわせて改変したプロトコールを用いて運用している。今後の、プロトコール判定結果の精度向上に資するよう、プロトコールの判定の状況を各団体共通の項目を用いて把握する。

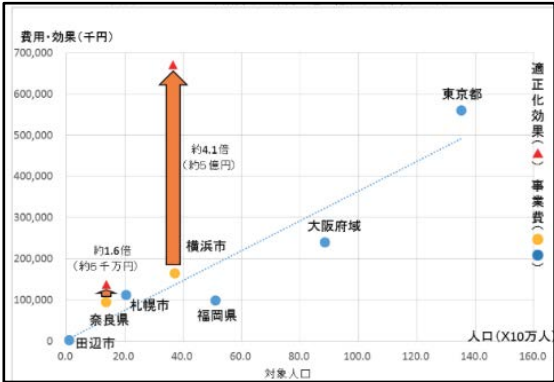
＜プロトコール改訂の流れと改訂プロトコールの運用結果＞

[illegible]

(ii) 医療面の適正化効果の試算

昨年度の本検討会での医療面の適正化効果の試算では、統計項目の違いや、定義の違いから試算に必要な情報の取得ができない団体があった。統計項目を整理することで、全ての団体で効果の試算が可能となる。

<医療面の適正化効果（平成29年度救急業務のあり方に関する検討会）>



<各団体がとりまとめる集計表>

各団体にご記入いただく表

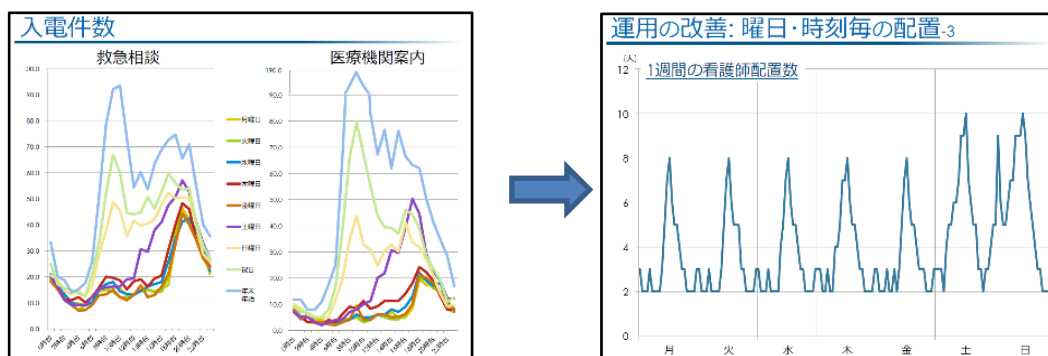
年齢	利用日時 *1		年間利用者数	うち緑判定		うち白判定		うち相談前受診予定者 *2		適正化効果	
			[A]	[B] 判定割合	[C=A× B] 人数	[B] 判定割合	[C=A× B] 人数	[D] 割合 *2	[E=C×D] 人数	[F] 適正化単価	[E×F] 適正化効果
6歳以上	平日	時間内			0人		0人		0人		
		早朝夜間			0人		0人		0人		
		深夜			0人		0人		0人		
	土曜	時間内			0人		0人		0人		
		早朝夜間			0人		0人		0人		
		深夜			0人		0人		0人		
	休日	深夜外			0人		0人		0人		
		深夜			0人		0人		0人		
		深夜			0人		0人		0人		
6歳未満	平日	時間内			0人		0人		0人		
		早朝夜間			0人		0人		0人		
		深夜			0人		0人		0人		
	土曜	時間内			0人		0人		0人		
		早朝夜間			0人		0人		0人		
		深夜			0人		0人		0人		
	休日	深夜外			0人		0人		0人		
		深夜			0人		0人		0人		
		深夜			0人		0人		0人		

*1 利用時間について
(割増料金による区分)
(平日) 時間内: 8時～18時、早朝夜間: 18時～22時及6時～8時、深夜22時～6時
(土曜) 時間内: 8時～12時、早朝夜間: 12時～22時及6時～8時、深夜22時～6時
(休日) 深夜外: 6時～22時、深夜22時～6時

*2 平成29年度神戸市における電話口調査(電話窓口相談がなければ直ちに受診していた)の数値を用いる
*判定割合はデータから算出

時間別・曜日別の入電件数と、相談看護師等の人員配置を分析することで、相談員の適正配置等業務の効率化が進むことが期待される。

横浜市では、入電件数に応じた対応者を時間別に配置し、対応能力（応答率）の向上等がみられた。



図表 3-4 相談ごとに収集する統計項目とりまとめ個表

[illegible]

④ 統計情報の取得に係る課題

統計情報の取得に関して、既に一定の項目については、団体毎に定義を定めシステム化して取得している場合や、民間コールセンターに委託運用している場合など、実施団体によっては全ての項目について取得することが難しい場合がある。

こうした団体では、今後、システム改修や委託事業の仕様書の内容の変更等を通じて、情報を取得できるようにすることが望ましい。

また、今後事業を開始する団体についても本統計項目に係る情報を取得できるようにすることが望ましい。

(3) その他

① 事業の検証等に係る仕組みの必要性について

平成30年3月に厚生労働省が公表した「オンライン診療の適切な実施に関する指針」では、#7119について、オンライン受診勧奨には該当しない「遠隔健康相談事業」として位置づけており、必ずしも指針の遵守を要しないとされている。一方、事業実施団体からは、#7119の運用上のリスクについて、同指針を参考として、対策を検討する必要性が指摘された。

併せて、重大インシデントやプロトコルの運用についての検証体制や、実施団体間で情報共有できる仕組みについても、事業実施団体から必要性の指摘があった。

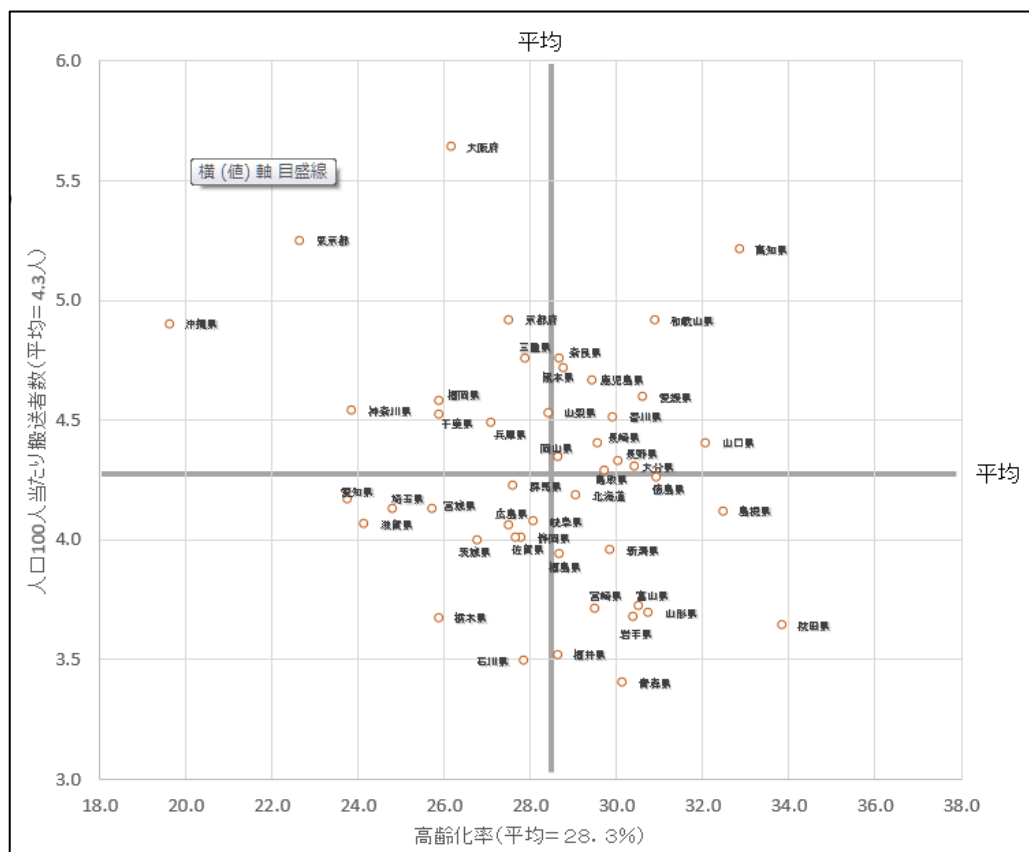
今後、これらの課題について整理を進める必要がある。

ア ヒアリングにおける意見等

- ・ #7119は、救急需要の適正化のための事業として全国展開に着手されたが、地域によっては、救急需要の適正化の観点だけではなく、医療の適切な提供に係る観点から#7119にも注目している。全国展開に向け、都道府県としての関与のあり方について国が整理することが必要ではないか。

特に、救急車を呼びにくい事情がり、高齢化にかかわらず救急需要が少ない地域においては、相談事業を充実することによって、潜在化している緊急性の高い傷病者を適切な医療に結びつけることができ、健康寿命を増進することにつながるのではないかと。

図表 3-5 搬送者数と高齢化率の関係



イ 事業主体に係る考え方

(i) 事業費負担及び事業主体の状況

＃ 7 1 1 9 の事業実施において、消防防災主管部局が主体となっている地域は 3 地域あり、他の 11 地域は衛生主管部局であった。

事業に係る支出については、都道府県全域を対象として事業を実施している 9 地域のうち、大阪府を除く 8 地域では都県が事業費の一部又は全部を負担している。大阪府では、府内市町村の費用負担により事業を実施しており、府の費用負担はない。なお、下表に実施地域別の実施主体（契約事務等を主に実施している者）を整理して示す。

実施主体 実施地域	都道府県	市町村	計
都道府県全域	8	1	9
一部市町村	—	5	5
計	8	6	14

(ii) 医療行政における状況

医療提供体制は、各都道府県が医療計画を策定・整備しており、医療計画における記載事項として五疾病五事業の医療連携体制及び住民への情報提供の推進がなされている。救急医療については五事業の 1 つとして位置付けられ、救急医療資源に限りがある中で、需要に対応しつつ、より質の高い救急医療を提供するため、たとえば、住民等に対して、「日頃からかかりつけ医を持つこと、また、電話による相談システムを用いて、適切な医療機関の受診、適切な救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること」などの対応が求められている。

また、厚生労働省では、地域における医療の適切な提供のため、国民が「上手な医療のかかり方」ができるよう、施策を推進している。＃ 7 1 1 9 は、救急車の適正利用を促すことで、救急業務に対する効果だけではなく、搬送先である救急病院における医療の適切な提供にも資するものであるため、「上手な医療のかかり方」を促すための施策としての側面を持ちあわせている。

(iii) 都道府県の業務における＃ 7 1 1 9 の位置付け

救急搬送の適正化や、医療の適切な提供、健康寿命の増進については、全国的に共通の課題であり、そのための有効な施策の一つである＃ 7 1 1 9 の

導入については、各都道府県の消防防災主管部局と衛生主管部局とが連携して検討することが必要である。

また、＃７１１９を円滑に実施するためには、都道府県において、都道府県内の救急業務に係る実態把握や、各市町村相互間の連絡調整を行うとともに、地域医師会等地域の関係団体との連絡調整を行うことが重要である。

＃７１１９の導入・運用については、以上を踏まえて、都道府県が主体的に関与することが効果的と考える。なお、各都道府県の状況に応じて、消防防災主管部局又は衛生主管部局のいずれも主導的な役割を果たし得るが、円滑な導入・運用を進めるためには、両部局がそれぞれ必要な役割を果たしつつ、連携して取り組むことが必要である。

ウ 事業費の考え方

(i) 都道府県と市町村の負担のあり方

＃７１１９は、救急搬送の適正化と同時に、医療の適切な提供にも寄与する事業である。

このことから、事業費負担において、市町村だけでなく、都道府県も一定の負担をすることが適当である。

(ii) 他事業と連携した効率的取組の事例

実施団体の中には、＃７１１９と＃８０００事業（子ども医療電話相談事業）との連携により、事業の効率化を図っている団体がみられる。

例えば、＃７１１９と＃８０００事業をそれぞれ異なる事業者に委託する一方で、＃７１１９と＃８０００が、相互に転送可能な仕組みとすることで事業を効率化している団体や、＃７１１９と＃８０００事業とを一体的に入札・委託する形で効率的に事業を行っている団体がみられた。

その他、＃７１１９と＃８０００を併せて広報し、相乗効果を図っている団体も複数みられた。

③ 受付時間について

＃７１１９は、原則として、２４時間・３６５日の相談受付を行うこととされている。ただし、地域の実情に応じた適切な体制の整備により、実質的に２４時間・３６５日の受付体制がある場合は受付時間を限定できるとされている。

新潟県では、平日日中は各病院において救急医療の相談に対応し、休日及び平日夜間の＃７１１９と組み合わせることで、実質的な２４時間・３６５日の受付体制を確保している。

また、茨城県では、平日日中は各病院で救急医療相談を行うとともに「救急コントロールセンター」で医療機関案内を行い、休日及び平日夜間の＃７１１９と組み合わせることで、実質的な２４時間・３６５日の受付体制を確保している。

なお、上記２県では、今後、＃７１１９の事業実施効果の検証結果によって、24時間・365日対応を検討することとしている。

当初＃７１１９を休日及び平日夜間のみに受け付けていた横浜市では、＃７１１９の実施効果を検証した結果、事業開始から半年後に24時間・365日対応に移行している。

④ SNSの活用に係る留意点について

SNS上での緊急度相談は、現段階では、個人情報管理やなりすまし対策などについて課題整理が十分になされておらず、映像等を用いる場合の判定の精度などが不確かであることから、慎重に考えるべきとの意見があった。

なお、広報媒体としてSNSの活用をすることも考えられるが、その場合は、事業実施地域外にも広報され得ることに留意が必要である。

4 まとめ（今後の方向性）

今年度、＃７１１９の統計項目について整理を行った。

団体の基本情報については、事業展開のための資料として活用するとともに、相談ごとに収集した項目を加え各実施団体で共有し、事業の更なる効率化を目指すことが期待される。また、プロトコル改定に係る項目や、事業の効果の把握については、今後とも消防庁が積極的に関与することが望ましい。

その他、実施団体からは検証体制の必要性の指摘があったほか、本事業への都道府県の関与のあり方、SNSの活用などについて意見交換がなされた。

＃７１１９を、「いつでも、どこでも、同一番号で相談が行えるもの」とするため、今後は、これまで導入が進んでいない人口集積地以外の地域での一層の普及を図る必要があり、こうした地域における課題を整理し導入したときの効果を検討することが有効であると考えられる。

また、＃７１１９を適切に実施していくためには、効果の検証や関係機関（行政間・医師会等）の連携のあり方に等について検討を続けることも重要であると考えられる。

#7119(救急安心センター事業)の全国展開

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

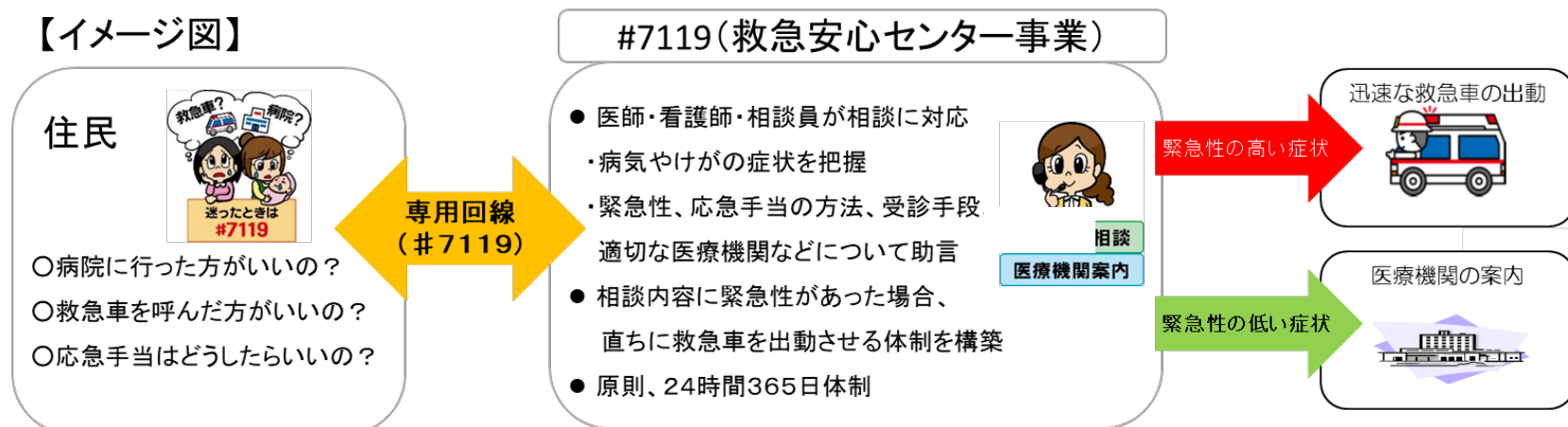
○適切な医療機関を案内※³

※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】



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)

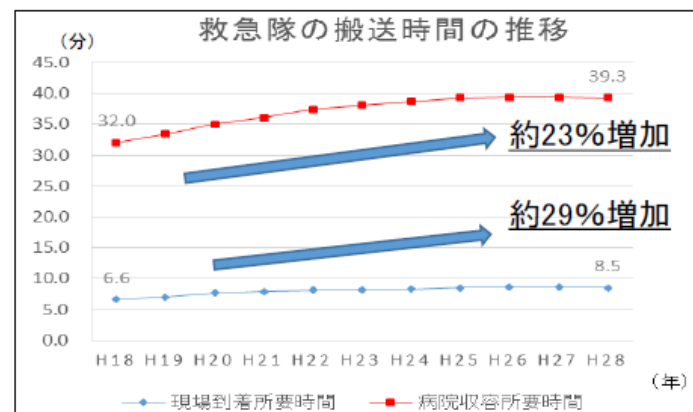
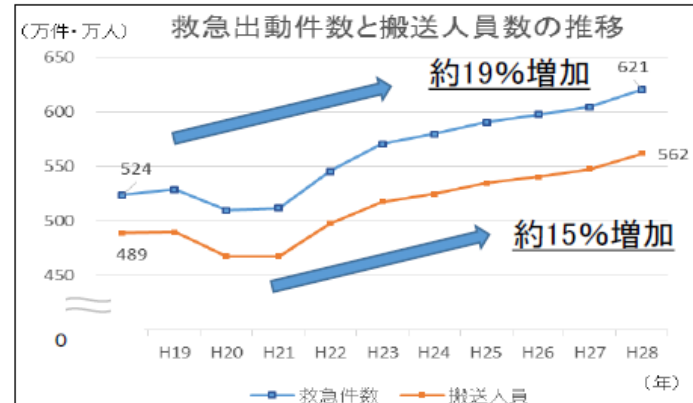
#7119の導入に向け積極的に取り組むよう依頼

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まして、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。

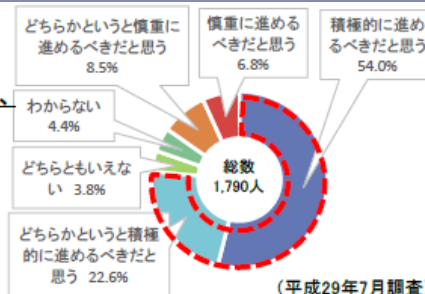
日本医師会 平成30年度予算要望書(抜粋)

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

救急に関する世論調査では、**7割以上の方が、#7119を積極的に進めるべきと回答。**



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)

※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

○軽症者の割合の減少

H18 60.3% → H29(速報値)54.1%(東京消防庁)

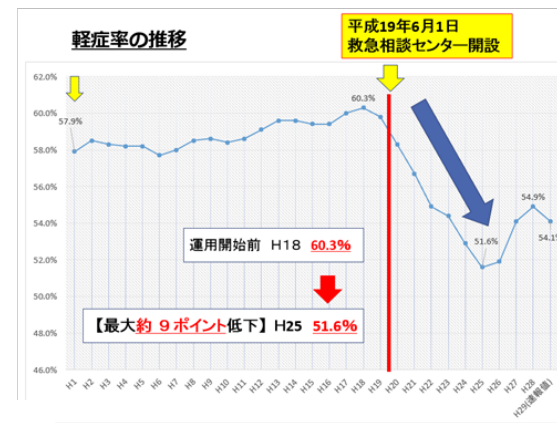
※軽症者の減少割合に相当する人数は、救急医療相談件数(119番転送件数を除く)の約半数

○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

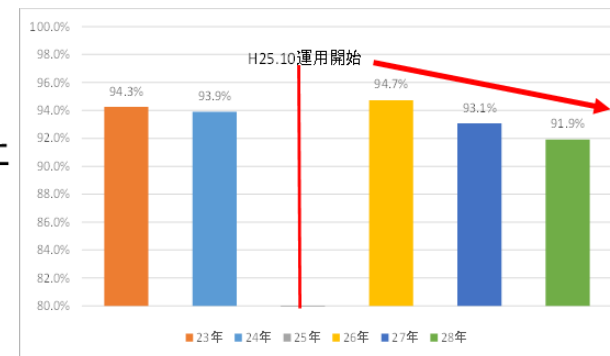
⇒ 119番通報する 51.9% (東京消防庁 消防に関する世論調査 H28)

- ・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)

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%）



時間外受付者数の変化

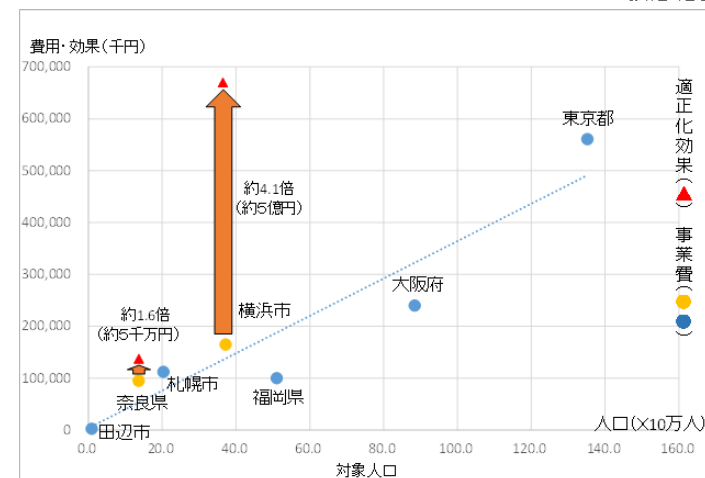
○横浜市救急相談センターへの相談件数は年間約11万5千件。
約73%が救急車以外での受診を勧奨（橙・黄・緑）。
約23%の2万6千件が翌日受診の勧奨・経過観察と判断（緑・白）

	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%
6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

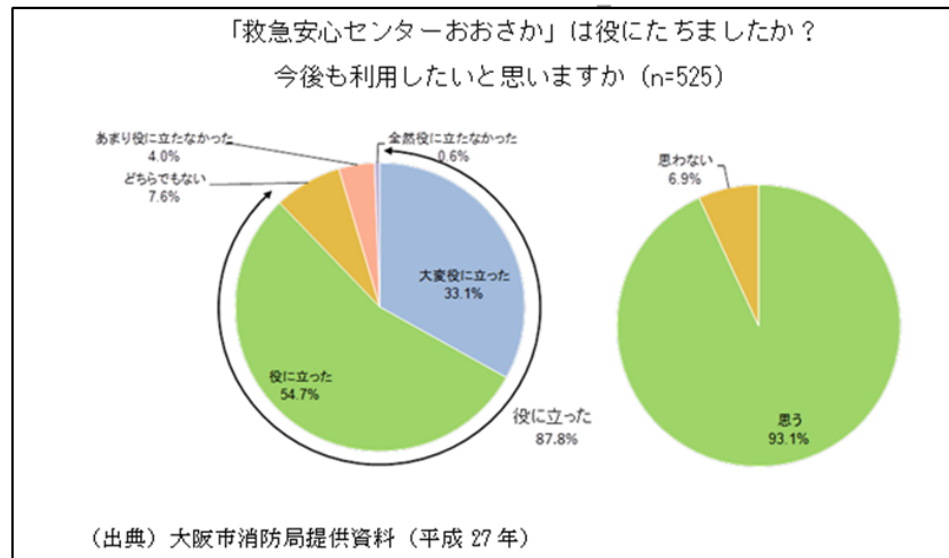


適正化効果試算結果

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）

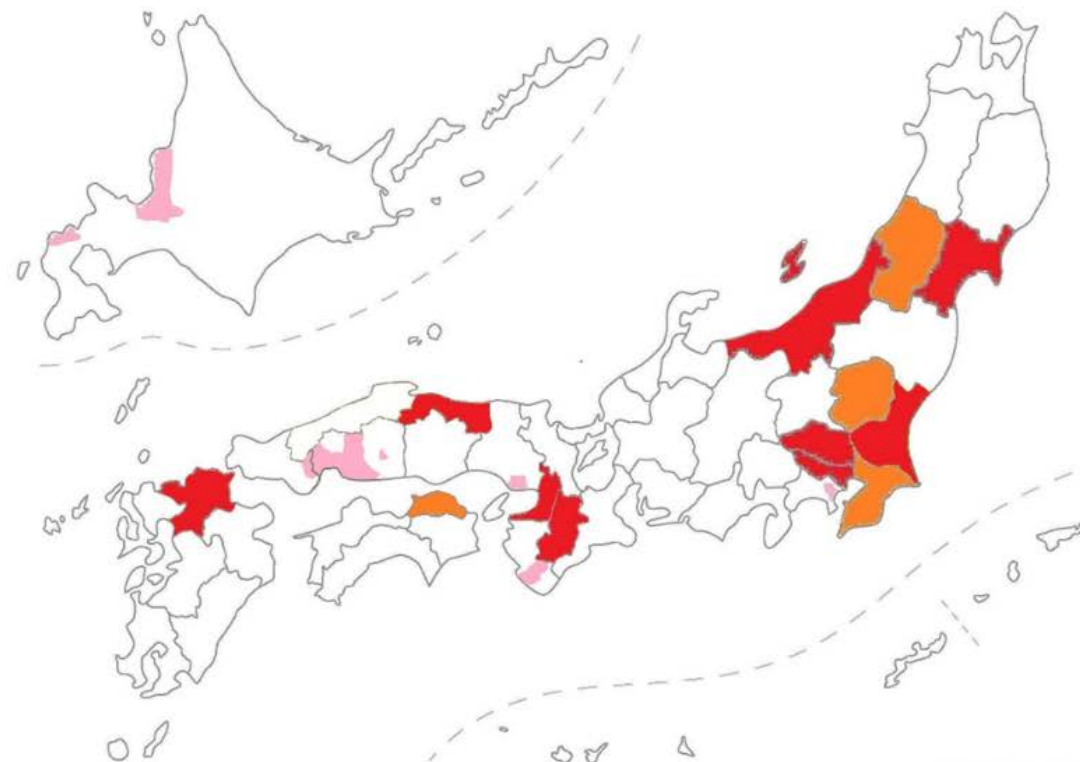


○119番に通報される緊急通報以外の件数が減少
（奈良市 H21⇒H26 約半数に減少）

○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）

普及状況と人口カバー率

平成31年1月末日現在



■ 実施(県単位)
 ■ 実施(一部市町村)
 ■ 類似番号で実施
 ■ 平成30年度実施予定
 ■ 未実施

【実施団体(人口は平成27年国勢調査による)】

都道府県全域

宮城県※¹(約233万人)
 茨城県※¹(約291万人)
 埼玉県(約727万人)
 東京都(約1,352万人)
 新潟県※¹(約230万人)
 大阪府内全市町村(約884万人)
 奈良県※²(約136万人)
 鳥取県※¹(約57万人)
 福岡県※²(約510万人)

一部実施

札幌市周辺(約205万人)
 横浜市(約372万人)
 神戸市(154万人)
 田辺市周辺※¹(約9万人)
 広島市周辺※¹(約210万人)

※¹は、運営を民間コールセンターに委託
 ※²は、事業の位置づけについて整理中

国民の
『42.3%』

【参考】 # 7119以外の番号で実施している団体

山形県、栃木県、千葉県、香川県

各団体の実施状況＜基礎情報（１）＞

	項目		札幌市	宮城県・仙台市	茨城県	埼玉県
基礎情報	実施主体(所管部局)		札幌市 (札幌市保健福祉局)	宮城県(宮城県保健福祉部)	茨城県(保健福祉部医療局)	埼玉県(保健医療部)
	対象エリア		札幌市(平成25年10月～) 石狩市・新篠津村(平成26年度～) 栗山町(平成27年度～) 島牧村(平成28年度～) 当別町(平成30年度～)	県内全域	県内全域	県内全域
	エリア人口 (平成27年国勢調査)		約202万人	約233万人	約292万人	約730万人
	相談件数	総数	52,005件 (29年度)	6,613件 (平成29年10月～平成30年1月)	6,613件 (平成29年10月～平成30年3月)	96,945件 (平成29年10月～平成30年3月)
		救急相談	30,897 (59.4) %	7,534 (重複計上) — %	2,029 (32.9) %	45,002 — %
		医療機関案内	10,778 (20.7) %	1,989 (重複計上) — %	4,107 (66.6) %	51,943 — %
		その他	10,330 (19.9) %	498 (重複計上) — %	30 (0.5) %	— — %
	開始年月日		平成25年10月	平成29年10月	平成30年10月	平成29年10月
	民間コールセンターへの委託(該当団体は■)		—	■	■	—
	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)	委託先コールセンター勤務医	委託先コールセンター勤務医	県医師会及び民間事業者 (県医師会から委託)に委託
		看護師	民間事業者に委託	委託先コールセンターで確保	委託先コールセンターで確保	民間事業者(県医師会から委託)に委託
		受付員	民間事業者に委託			—
		その他	監督員として札幌市消防局指令課職員を配置	監督員として委託先コールセンター社員を配置	監督員として委託先コールセンター社員を配置	—
	設置場所または地域		札幌市内	県外コールセンター	県外コールセンター	埼玉県内
	認知度		51.1%(平成30年調査)	—	—	「#7119」を知っているが1割強(13.4%)
	利用比		2.57%	—	—	—
	コスト(※は広報費等の諸経費を含む)		112,135千円	32,109千円	23,033千円	226,598千円(※)
			(平成30年度予算額)	(平成30年度予算額)	(平成30年度予算額)	平成30年度予算額
	各団体における費用負担の状況		構成団体で人口按分	宮城県(1/2)・仙台市(1/2)	茨城県負担	埼玉県負担

各団体の実施状況＜基礎情報（２）＞

	項目		東京都	横浜市	新潟県	大阪
基礎情報	実施主体(所管部局)		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)	横浜市(横浜市医療局)	新潟県(福祉保健部)	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)
	対象エリア		都内全域(島しょを除く)	横浜市	県内全域	府内全域
	エリア人口 (平成27年国勢調査)		約1,351万人	約373万人	約225万人	約884万人
	相談件数	総数	369,018件 (29年)	341,790件 (29年)	1,173件(29年度)	253,252件 (29年)
		救急相談	172,551 (46.8) %	164,464 (48.1) %	698 (51.6) %	108,311 (42.8) %
		医療機関案内	195,707 (53.0) %	177,326 (51.9) %	— — %	120,672 (47.6) %
		その他	760 (0.2) %	— — %	— — %	24,269 (9.6) %
	開始年月日		平成19年6月	平成28年1月	平成29年12月	平成21年10月
	民間コールセンターへの委託(該当団体は■)		—	—	■	—
	人員確保	医師	都医師会に委託し派遣	出務:横浜市大救急医学教室医師に委託 オンコール:横浜市大付属病院に委託	委託先コールセンター勤務医	業務委託している公益財団法人大阪市医療事業団にて確保
		看護師	一般職非常勤職員を公募	民間事業者に委託	委託先コールセンターで確保	同上
		受付員	東京消防庁OBを一般職非常勤職員として採用	民間事業者に委託		消防OB(非常勤)
		その他	監督員として東京消防庁職員を配置	統括責任者	委託先コールセンター社員	消防局指令管制員
	設置場所または地域		東京都内	横浜市内	県外コールセンター	大阪市内
	認知度		52%(平成29年度調査)	64.2% (平成30年3月ヨコハマeアンケート)	—	51.6%
	利用率			(相談)4.4%(案内)4.8%	0.1%	2.87%
コスト(※は広報費等の諸経費を含む)		597,200千円(※)	237,000千円	19,513千円	240,299千円(※)	
		平成30年度予算額	指定管理料(H30年度協定額)	平成30年度予算額	(H30年度予算額)	
各団体における費用負担の状況		東京消防庁負担	横浜市負担	新潟県(2/3)・新潟市(1/3)	大阪府内全市町村で按分	

各団体の実施状況＜基礎情報（3）＞

	項目	神戸市	奈良県	田辺市	鳥取県	広島市周辺	福岡県	
基礎情報	実施主体(所管部局)	神戸市(保健福祉局)	奈良県(福祉医療部)	田辺市(消防本部)	鳥取県 (福祉保健部 健康医療局)	広島市(健康福祉局)	福岡県(保健医療介護部)	
	対象エリア	神戸市	県内全域	田辺市・上富田町	県内全域	広島広域都市圏構成市町の一部 ＜広島県＞ 広島市、廿日市市、熊野町、呉市、安芸高田市、坂町、竹原市、江田島市、安芸大田市、大竹市、府中町、東広島市、海田町 ＜山口県＞ 岩国市、和木町	県内全域	
	エリア人口 (平成27年国勢調査)	約153万人	約137万人	約9万人	約57万人	約201万人	約510万人	
	相談件数	総数	95,673 (30年)	65,317件 (29年度)	2,618件 (29年度)	316件 (平成30年9月～平成30年12月)	—	35,118件 (29年度)
		救急相談	24,729 (25.8) %	14,391 (22.0) %	1,009 (38.0) %	250 (79.1) %	— — %	27,925 (79.5) %
		医療機関案内	54,490 (57.1) %	40,126 (61.4) %	763 (29.0) %	62 (19.6) %	— — %	別事業として運用 — %
		その他	16,454 (17.2) %	10,800 (16.5) %	909 (34.0) %	4 (1.3) %	— — %	7,193 (20.5) %
	開始年月日	平成29年10月	平成21年10月	平成25年4月	平成30年9月	平成31年1月	平成28年6月	
	民間コールセンターへの委託(該当団体は■)	—	—	■	■	—	—	
	人員確保	医師	神戸市立医療センター中央市民病院救急部に委託	奈良県広域消防組合に委託し委託先で確保	委託先コールセンター勤務医	委託先コールセンター勤務医	民間事業者に委託	民間事業者に委託
		看護師	民間事業者に委託	奈良県広域消防組合に委託し委託先で確保	委託先コールセンターで確保	委託先コールセンターで確保	民間事業者に委託	民間事業者に委託
		受付員	民間事業者に委託	奈良県広域消防組合に委託し委託先で確保			民間事業者に委託	—
		その他	市再任用職員(消防)	管理者:契約社員 監督者:消防吏員	委託先コールセンター社員	委託先コールセンター社員	—	—
	設置場所または地域	神戸市内	奈良県内	県外コールセンター	県外コールセンター	広島市内	福岡県内	
	認知度	42.3%	43.3%	32.5%	—	—	—	
	利用比	5.9% 6.3%	4.86%	2.79%	—	—	救急相談 0.69%	
	コスト(※は広報費等の諸経費を含む)	100,059千円	98,267千円(※)	2,678千円	2,070千円	約16,000千円	96,000千円(※)	
(H30年度予算額)		(H30年度予算額)	(H30年度契約額)	(1年分の委託料)	平成30年度(1月28日～3月31日) (参考予定)1年間運営費:94,000千円	(H29年度実績額)		
各団体における費用負担の状況	神戸市負担	奈良県負担	田辺市消防本負担	鳥取県(1/2)・残り1/2を市町村で人口按分	広島市7割、残り3割を市町で人口按分	福岡県負担		

各団体の実施状況＜体制、運用、検証・研修（１）＞

体制	項目		札幌市	宮城県・仙台市	茨城県	埼玉県
	医師	体制	常時オンコール体制			常時オンコール体制
		出務時間	—			—
	雇用人数	相談看護師（救急相談）	22			約70名
		オペレーター（医療機関案内）	12			約20名
		その他	6（監督員）			—
	配置人数	相談看護師（救急相談）	2～3			—
		オペレーター（医療機関案内）	1～3			—
		その他	1（監督員）			—
	勤務形態	救急相談	2交替			その他
		医療機関案内	2交替			その他
運用	受付の方法		受付員対応	受付員対応	受付員対応	音声ガイダンス
	医療機関の案内方法		オペレーター	オペレーター	オペレーター 県の医療機関検索システム活用	音声ガイダンス
	119通報の形態		専用転送	転送なし	転送なし	転送なし
	使用プロトコル（ベース）		その他 （電話救急医療相談プロトコル〔監修：日本救急医学会〕）	消防庁プロトコルVar.2	消防庁プロトコル	消防庁プロトコル
	ブース数（設備）	救急相談	最大のブース数			—
		医療機関案内	最大のブース数			—
検証・研修	応答率		92.9%	80%～90%	約90%（見込）	取得困難
	検証体制	検証内容	プロトコル、応答状況等	対応に困難が生じた案件	茨城県 7119の対応音声	—
		検証方法	担当者によるデータ分析	会議での意見聴取	指導者によるランダムヒアリング	—
		頻度	都度	年1回	月に一人2本	—
	検証を実施する会議体	実施主体	①救急安心センターさっぽろ運営会議 ②プロトコル専門委員会	おとな救急電話相談運営検討会議	管理者ミーティング （委託事業者が実施）	大人の救急電話相談事業運営協議会
		構成メンバー	①参加自治体、消防、医師会 ②医師（救急科・小児科）、看護師	医師、仙台市消防局、仙台市	マネージャーとサブマネージャー	埼玉県医師会役員等
		頻度	①②ともに年1回	年1回	月2回	年に1回程度
	研修体制	対象者	受付員・看護師（救急医療相談員）	入社時・フォローアップ研修等	対応する可能性のある相談員	オペレーター
		実施者	運営業務の受託者が実施	運営業務の受託者が実施	運営業務の委託者が下記を実施 ①茨城県のマニュアル、プロトコルの講義 ②独自テーマでの勉強会	集合形式
		頻度	新規採用時	入社時・3ヶ月後・月1回	①事業開始時 ②毎月	年に2～3回程度

各団体の実施状況＜体制、運用、検証・研修（２）＞

体制	項目			東京都	横浜市	新潟県	大阪	
	医師	体制		医師常駐体制	下記時間以外はオンコール体制	医師常駐体制	医師常駐体制	
		出務時間		24時間	毎日18時～22時	24時間	24時間	
	雇用人数	相談看護師(救急相談)		48	約50名		17	
		オペレーター(医療機関案内)		54	約50名		34	
		その他		17(東京消防庁職員)	6名(管理グループ 事務員)		0	
	配置人数	相談看護師(救急相談)		8	2～13		2～8	
		オペレーター(医療機関案内)		9	1～17		3～8	
		その他		12(監督員)	1～5(日中～準夜帯のみ)		0	
	勤務形態	救急相談		2交替	変則		2交代	
医療機関案内		2交替	変則	2交代				
運用	受付の方法			音声ガイダンス	音声ガイダンス		音声ガイダンス	受付員対応
	医療機関の案内方法			音声ガイダンス オペレーター	オペレーター		オペレーター	オペレーター
	119通報の形態			専用転送	専用転送	転送なし	専用転送	
	使用プロトコル (ベース)			その他	消防庁プロトコルVer.2	消防庁プロトコルVer.2	消防庁プロトコルVer.2	
	ブース数 (設備)	救急相談	最大のブース数	15	17		8	
		医療機関案内	最大のブース数		18		8	
	応答率			93.6%(平成29年)	97.6%(平成30年4月)	80%～90%	取得困難	
検証・研修	検証体制	検証内容	全救急相談	①毎週定期的にデータ報告 ②問題事例は個別検証	対応に困難が生じた案件	必要に応じて実施		
		検証方法	医師・看護師	定例会及び運用部会にて検証	会議での意見聴取	検証会議		
		頻度	毎日	①実務者会議定例会(週1回) 運用部会(月1回) ②問題発生時に随時検証	年1回	不定期		
	検証を実施する会議体	実施主体	運営協議会・実務委員会	①横浜市救急相談業務運営協議会 ②横浜市救急相談業務運用部会 ③実務者会議定例会	—	救急安心センターおおさか運営委員会		
		構成メンバー	救急専門医、東京都医師会、東京都福祉保健局、東京消防庁	①横浜市医師会、横浜市病院協会、横浜市立大学、横浜市(医療局、消防局) ②横浜市医師会、横浜市立大学、横浜市(医療局、消防局)、委託事業者 ③横浜市医師会、横浜市医療局、委託事業者	—	7本部の消防長(うち3本部は常任)		
		頻度	合計年6回程度	①年1回～2回 ②月1回 ③週1回	—	不定期(実績年1回)		
	研修体制	対象者	全看護師	●新規採用者全員 － 導入研修(1回4時間、計11回)－講義・シミュレーション・実地 ●現任従事者全員 － 定期研修(月1回)－講義・録音記録レビュー － 外部研修(年2回)－講義 ●現任従事者のうち業務に問題のある者 － 個別研修－録音記録レビュー・シミュレーション・実地	入社時・フォローアップ研修等	相談員・看護師		
		実施者	医師直接講義		運営業務の受託者が実施	全体研修または個別研修		
		頻度	年4回程度		入社時・3ヶ月後・月1回	不定期		

各団体の実施状況＜体制、運用、検証・研修（３）＞

項目			神戸市	奈良県	田辺市	鳥取県	広島市周辺	福岡県
体制	医師	体制	常時オンコール体制	常時オンコール体制	常駐	常駐	常時オンコール体制	常時オンコール体制
		出務時間	—	—	24時間	24時間	24時間	24時間
	雇用人数	相談看護師(救急相談)	23	22	/	/	約20	—
		オペレーター(医療機関案内)	12	33			約10	別事業として運用
		その他	3	1			—	
	配置人数	相談看護師(救急相談)	2	1			2～4	2～4
		オペレーター(医療機関案内)	2	2～3			1～2	別事業
		その他	1	1			—	—
	勤務形態	救急相談	2交代	その他			—	変則
		医療機関案内	2交代	その他			—	別事業
運用	受付の方法		受付員対応	受付員対応	受付員対応	受付員対応	受付員対応	音声ガイダンス
	医療機関の案内方法		オペレーター	オペレーター	オペレーター	オペレーター	オペレーター	その他
	119通報の形態		専用転送	転送なし	専用転送	転送なし	専用転送	転送なし
	使用プロトコル(ベース)		その他(日本救急医学会監修「救急電話相談プロトコル」)	消防庁プロトコルVar.1	消防庁プロトコルVar.2	消防庁プロトコル	消防庁プロトコルVar.2	消防庁プロトコルVar.2
	ブース数(設備)	救急相談	4	1	/	/	6	6
		医療機関案内	3	1				別事業
検証・研修	応答率		97.6%(平成30年)	取得困難	取得困難	約90%	—	取得困難
	検証体制	検証内容	119転送し救急搬送された傷病者	判断困難事例	全相談員(無作為のモニタリング)	鳥取県#7119の対応音声	検討中	①事業の実施体制や内容、判定プロトコルの検討 ②個別の症例
		検証方法	消防局からデータ受領	会議	録音を確認	指導者によるランダムヒアリング	検討中	①運営協議会での協議 ②定例会(相談員の意見交換会)
		頻度	毎月報告	年2回	4半期に1回	月に一人2本	検討中	①必要に応じて ②毎月
	検証を実施する会議体	実施主体	救急安心センター連絡調整会議	奈良県救急安心センター事業検証会	ナースミーティング(委託事業者が実施)	管理者ミーティング(委託事業者が実施)	検討中	福岡県救急電話相談事業運営協議会
		構成メンバー	神戸市消防局、神戸市保健福祉局、神戸市立医療センター中央市民病院救急部、神戸こども初期急病センター、受託事業者	医師、各関係機関	正社員・契約社員他	マネージャーとサブマネージャー	検討中	救命救急センター、地域代表消防、県担当部局、メディカルセンター、医師会等
		頻度	月1回	年2回	1回/月	月2回	検討中	不定期
	研修体制	対象者	相談員・受付員	全員	全相談員	対応の可能性がある相談員	受付員・相談員	新任相談員
		実施者	研修会	講習会、視察	講義形式(座学)他	①鳥取県マニュアル、プロトコルの講義 ②独自のテーマで勉強会	運営業務受託者が実施	委託先による導入研修及びOJT
		頻度	1回/2ヵ月	随時	1～2回/月	①事業開始時 ②毎月	月1回	必要に応じて

財政支援

整備に係る支援

※①は国庫補助事業、②は地方単独事業のため両者の併用は不可

①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 (平成21年～)

・補助基準額(補助率1/3)

救急安心センター整備事業 10,286千円(3,428千円)
救急医療情報収集装置 1,543千円(514千円)

・事業要件(抜粋)

- (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。
 - (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。
 - (3) 当該救急電話相談窓口は、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。
 - (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。
- ※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
- ※当該年度の消防防災施設整備費補助金全体で零細補助基準額(原則、都道府県及び政令市9,500万円、その他950万円)を越えること。

②防災対策事業(防災基盤整備事業) ～救急安心センター事業関係～

・消防防災施設整備事業

防災・減災に資する消防防災施設の整備に関する事業で地域防災計画と整合性を図りつつ行う事業であり、具体的には、次の事業を対象とする。

a～m(略)

n 消防防災情報通信施設

o(略)

※消防防災通信施設とは、消防救急無線、防災行政無線、全国瞬時警報システム(J-ALERT)、高機能消防指令センター、防災情報システム、要援護者緊急通報システム、震度計・自動震度警報装置、災害時オペレーションシステム等をいい、**救急安心センター事業に用いる施設を含む。**

防災対策事業債 75%	一般財源 25%
(交付税算入率 30%)	

※ 交付税措置率 22.5% [75%(充当率)×30%(交付税算入率)]

ランニングコスト(運営費)のための支援

・市町村に対する普通交付税として、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(平成21年度～)。

⇒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。

第 4 章

緊急度判定の実施

第4章 緊急度判定の実施

1 背景・目的

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、119番通報時及び救急現場における緊急度・重症度の選別について検討が行われた。平成22年度は、家庭での自己判断ツールとして救急車利用マニュアルを作成し、住民に対しても緊急度判定体系の概念の普及を推進した。平成25年度以降、緊急度判定プロトコル Ver.1 を策定し、緊急度判定体系の普及啓発に関するコンテンツの作成や、住民が緊急度判定を行えるような支援ツールの作成等を行ってきた。

平成29年度救急業務のあり方に関する検討会（以下「あり方検討会」という。）では、緊急度判定の実施状況についての実態調査の結果を踏まえ、119番通報時及び救急現場のいずれにおいても、救急出動・搬送の可否に係る緊急度判定を実施していく具体的な方策として、緊急度判定を行う上での対応マニュアル（緊急度に応じた対応のあり方、接遇・説明、記録の残し方）の作成や教育体制のあり方についての検討の必要性が検討結果とされた。

今年度は昨年度の検討結果を踏まえて、対応マニュアルの策定及び教育体制のあり方について検討し、さらにその成果を用いた、平成31年度のモデル地域における実施・検証に向けた準備を行う。緊急度判定の導入及び運用方法と有用性等について、次年度の実施・検証の結果を含めて全国の消防本部へ示すことで、緊急度判定の導入を促す（なお、平成29年度以降3カ年は、図表4-1のように検討することとしている。）。

図表 4-1 平成29年度からの3年間のスケジュール

項目	平成29年度	平成30年度	平成31年度
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
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及び実施・検証準備		
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	
消防職員への教育	実態調査	教育体制の構築	
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

(1) 緊急度判定を導入及び運用する上での対応マニュアルの作成

- ・緊急度判定を導入及び運用する上での対応マニュアル（119 番通報時・救急現場）（手引き）について検討し、作成した。

(2) 平成 31 年度の実施・検証に向けた効果の測定方法等の検討

- ・緊急度判定の有用性と精度の評価方法について検討し、併せて記録すべき項目についても検討した。
- ・平成 31 年度の実施・検証に向けた実施団体候補を選定した。

(3) 緊急度判定を行うための教育体制の検討

- ・緊急度判定の教育に関する制度の現状や教育資料について整理するとともに、実態についてのアンケート調査を全国の消防本部に対して実施した。
- ・救急科における緊急度判定に関する教育の現状を把握するため、緊急度判定を実施している本部が含まれる地域の消防学校と未実施地域の消防学校の教育担当者に対し、教育についてヒアリング調査を実施した。
- ・通信指令員、救急隊員が緊急度判定について、その概念や意義を含めて十分に理解し、活動の中で実践できることを目標に、教育体制について検討した。

3 アンケート・ヒアリング調査

(1) アンケート調査結果

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・教育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・充実に関するアンケート調査について
- ・調査対象:728 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 30 年 8 月 8 日～9 月 25 日（基準日:平成 30 年 8 月 1 日）
- ・回収率:100%

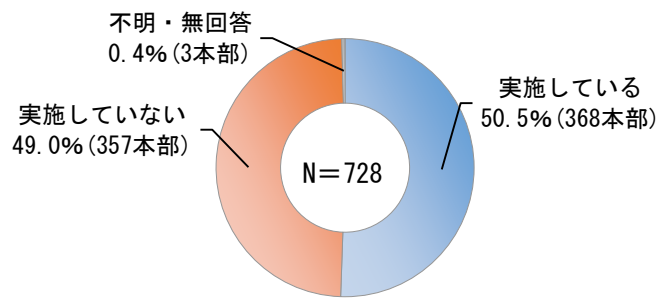
① 119 番通報時の緊急度判定の現状

ア 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消防本部は 368 本部（50.5%）であった。

※緊急度判定とは、緊急性の判断（PA 連携の増強、ドクターカー要請等も含む）又は非緊急性の判断（緊急性のない傷病者を判定すること等）を行うことをいう（要綱要領等に定めていない場合も含む）。

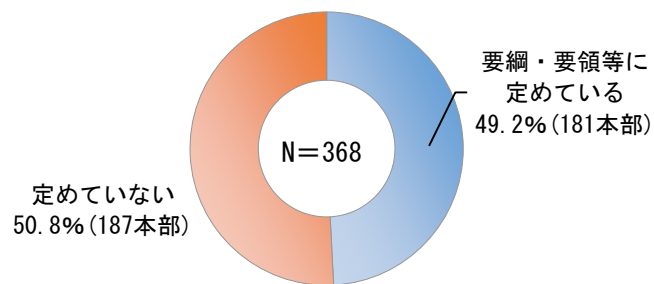
図表 4-2 119 番通報時の緊急度判定の実施状況



イ 119 番通報時の緊急度判定の要綱・要領の作成状況

119 番通報時の緊急度判定を実施している 368 本部のうち、要綱・要領等に定めている本部は 181 本部（49.2%）であった。

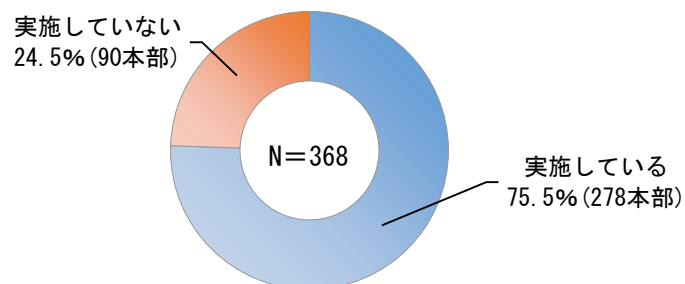
図表 4-3 119 番通報時の緊急度判定の要綱・要領の作成状況



ウ 119 番通報時の緊急度判定の教育実施状況

119 番通報時の緊急度判定を実施している 368 本部のうち、緊急度判定についての教育を実施している本部は 278 本部（75.5%）であった。

図表 4-4 119 番通報時の緊急度判定の教育実施状況

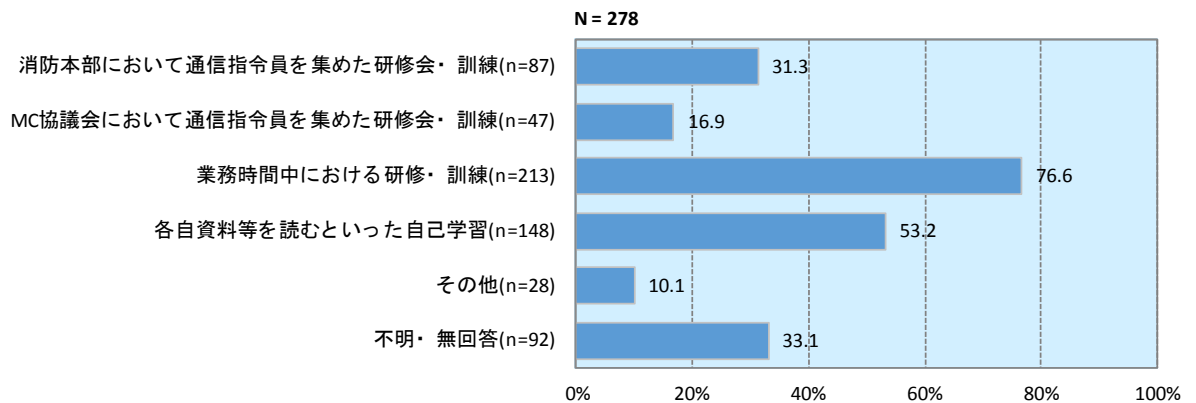


エ 職員に対する教育方法（119番通報時）

緊急度判定についての教育を実施している278本部のうち、「業務時間中における研修・訓練」と回答した本部が76.6%、「各自資料等を読むといった自己学習」と回答した本部が53.2%であった。

※業務時間中における研修・訓練とは、各隊や所属単位で行う職場教育（OJT）をいう。

図表 4-5 職員に対する教育方法（119番通報時）

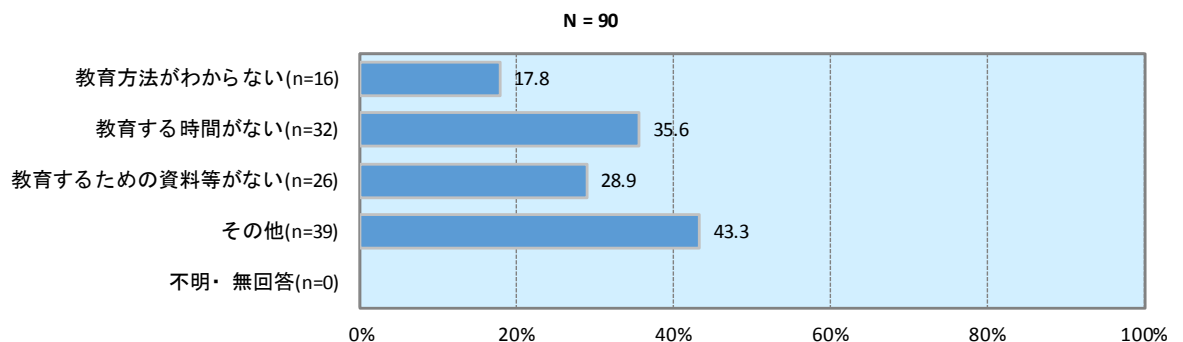


オ 教育を実施していない理由（119番通報時）

緊急度判定についての教育を実施していない90本部のうち、その理由として、「教育する時間がない」と回答した本部が35.6%、「教育するための資料等がない」と回答した本部が28.9%であった。

「その他」の回答として、「キーワード方式等による緊急度判定を行っているため、教育の必要性を感じていない」、「救急隊員等の有資格者を配置しているため教育を行う予定はない」という回答があった。

図表 4-6 教育を実施していない理由（119番通報時）



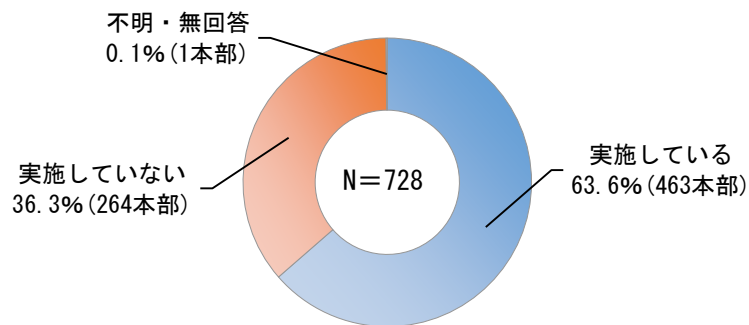
① 救急現場の緊急度判定の現状

ア 救急現場の緊急度判定の実施状況

救急現場の緊急度判定を実施している消防本部は 463 本部（63.6%）であった。

※緊急度判定とは、傷病者の観察の結果から緊急性の判断又は非緊急性の判断を行うことをいう（要領要綱等に定めていない場合も含む）。

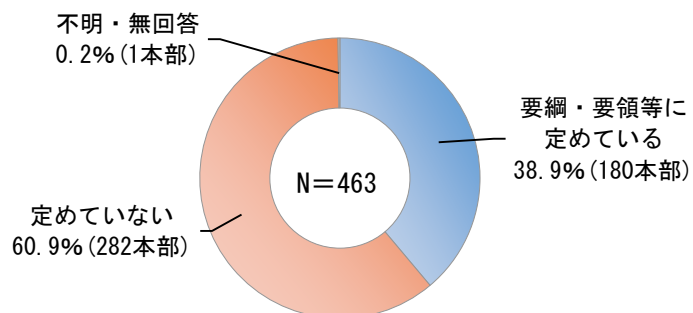
図表 4-7 救急現場の緊急度判定の実施状況



イ 救急現場の緊急度判定の要綱・要領の作成状況

救急現場の緊急度判定を実施している 463 本部のうち、要綱・要領等に定めている本部は 180 本部（38.9%）であった。

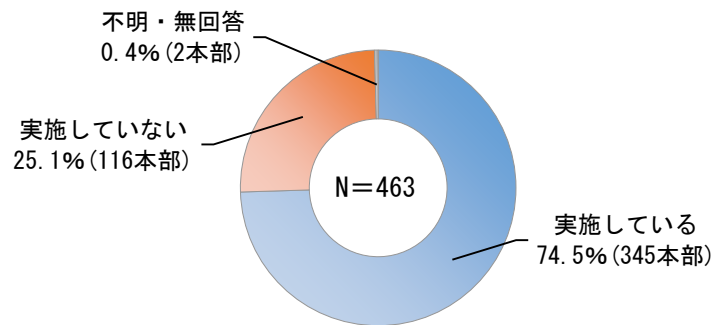
図表 4-8 救急現場の緊急度判定の要綱・要領の作成状況



ウ 救急現場の緊急度判定の教育実施状況

救急現場の緊急度判定を実施している 463 本部のうち、緊急度判定についての教育を実施している本部は 345 本部（74.5%）であった。

図表 4-9 救急現場の教育実施状況

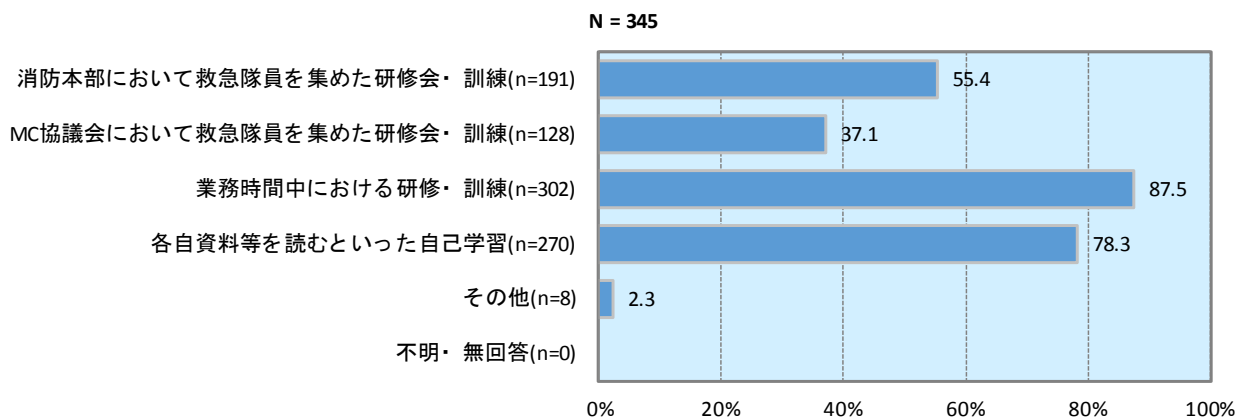


エ 職員に対する教育方法（救急現場）

緊急度判定についての教育を実施している 345 本部のうち、「業務時間中における研修・訓練」と回答した本部が 87.5%、「各自資料等を読むといった自己学習」と回答した本部が 78.3%であった。

※業務時間中における研修・訓練とは、各隊や所属単位で行う職場教育（OJT）をいう。

図表 4-10 職員に対する教育方法（救急現場）

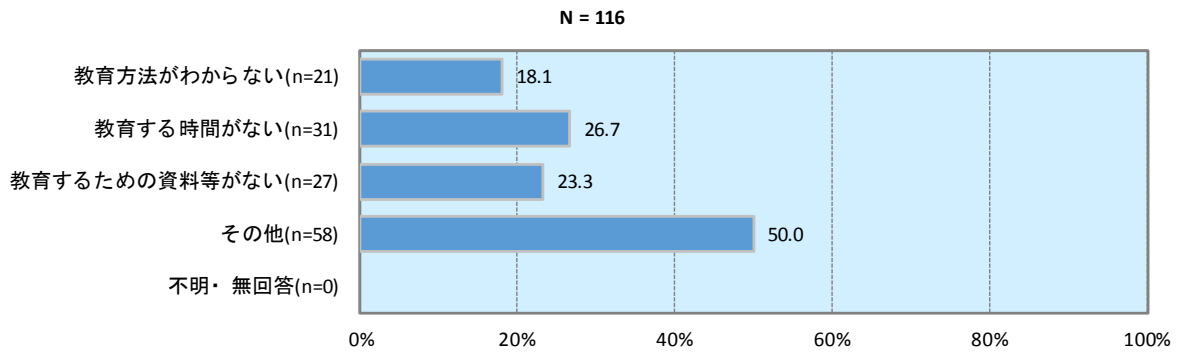


オ 教育を実施していない理由（救急現場）

緊急度判定についての教育を実施していない 116 本部のうち、その理由として、「教育する時間がない」と回答した本部が 26.7%、「教育するための資料等がない」と回答した本部が 23.3%であった。

「その他」の回答として、「緊急度判定のみの教育は行っておらず、通常の教育で実施している」、「各隊での検証や隊のミーティング等で指導している」という回答もあった。

図表 4-11 教育を実施していない理由（救急現場）



（２）ヒアリング調査結果

緊急度判定を実施している本部が含まれる地域（以下「実施地域」という。）から２校と実施している本部がない未実施地域から２校の計４校（東北・関東・関西地方の４消防学校）を選定し、消防学校の教育担当者に対し緊急度判定に関する教育の実施状況等についてヒアリングを実施した。

＜調査概要＞

- ・調査名：緊急度判定の教育に関する消防学校ヒアリング
- ・調査対象：４校（東北・関東・関西地方の消防学校）
- ・調査方法：教育担当者に対しヒアリング調査
- ・調査期間：平成 30 年 12 月 11 日～12 月 19 日

① 緊急度判定の教育の実施状況について

いずれの地域でも、救急科の教育の中で、緊急度判定についての基本概念や、判定の意義等に関する教育は特別に行っていなかった。ただし、講義の中で病態別に緊急度・重症度の高い疾患について学ぶことや、シミュレーション教育で緊急性が高い症例の場合の活動についての教育は行っていた。

＜ヒアリング結果＞

- ・緊急度判定に関して特別なカリキュラムを組んでの教育は実施していない。
- ・緊急度判定の重要性については理解しているが、より基本的な観察・処置の手技の指導を優先しているため、緊急度判定に関する教育はできていない。
- ・職場に戻ってから、緊急度に関する教育を行っていると認識している。
- ・テキストや講義資料で講義を行い、その中で疾患の緊急性について触れている。シミュレーション教育として、緊急性の高い症例の教育を行っている。
- ・カリキュラムが過密なため、緊急性の高い症例への対応が、シミュレーション教育の際も中心となっている。

② 救急科における教育の到達目標

いずれの地域でも、救急科は救急隊としての基礎を学ぶ課程という位置づけで、救急活動全般の理解や資器材の取扱い、傷病者の観察・処置の基本手技ができることを到達目標として指導を行っていた。傷病者の緊急性の評価、緊急性等に応じた医療機関の選定等については到達目標とされていなかった。

<ヒアリング結果>

- ・現場の経験が少ない者もあり、傷病者の観察・処置の基本手技がしっかりとできるようになるところに主眼を置いている。
- ・緊急性に関する教育については、職場でカリキュラムを組み指導を行っているため、救急科の時期には指導していない。
- ・現場ではほとんどの救急隊に救急救命士が乗車しているため、救急隊員が単独で判断することを目標とした教育ではなく、救急救命士の活動を補助できることを教育の到達目標としている。

③ 救急科における通信指令員の教育

救急科のカリキュラムの中に、通信指令員の行う口頭指導等の救急業務に関する内容を盛り込んでいる消防学校は、今回ヒアリング調査を行った中で1校であり、口頭指導、業務内容等の説明にとどめていた。

<ヒアリング結果>

- ・救急科では教育を実施せず、通信指令員の専科教育を別に設けている。ただし専科教育の教育内容についても、部隊運用や指令管制業務に特化したもので、救急に関する教育は口頭指導にとどめている。
- ・口頭指導についての講義や、実際の指令管制の見学などを行っているのみ。

④ 実施地域における教育の特徴

一部の消防本部では、救急科修了後、救急業務に従事する部署に配属された際には、職場教育（OJT）の中で所属として統一した教育カリキュラムや到達目標を設け、継続的に教育を実施する体制をとっていた。

<ヒアリング結果>

- ・緊急性判定における教育は職場教育（OJT）として行っている。消防学校の救急科等では緊急性判定を紹介する程度の教育にとどめており、詳細な説明は行っていない。職場で継続的に教育できる体制をとっている。

4 検討結果

(1) 緊急度判定を導入及び運用する上での手引き（案）

緊急度判定を導入及び運用する上での手引き（案）を作成した。掲載内容については、緊急度判定を行う意義や、これまでに消防庁が示してきた緊急度判定プロトコル等を活用し適宜、過去の資料のリファレンスも示した。また、各消防本部で取組んでいる事例を収集し、緊急度判定の運用例として掲載した。

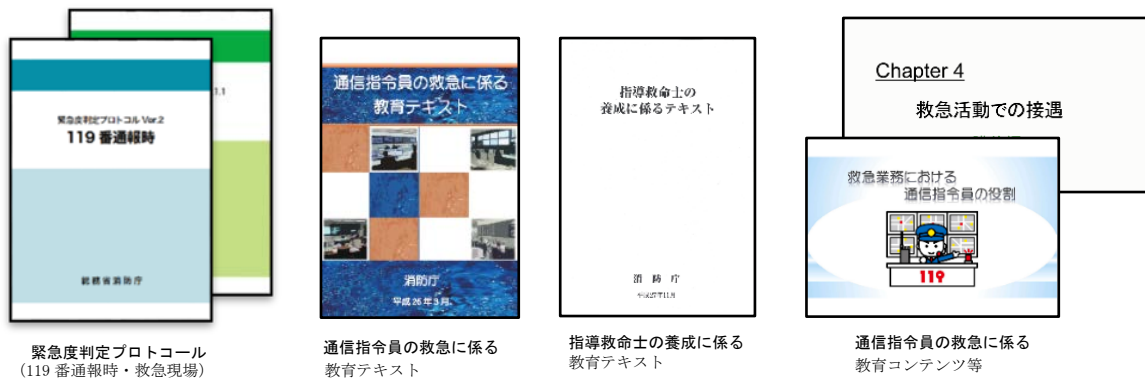
図表 4-12 119 番通報時 緊急度判定の導入及び運用手引き（案）

119 番通報時 緊急度判定の導入及び運用 手引き (案) 平成 年 月 消防庁	目次 第1章 緊急度判定を行う意義 第2章 緊急度に関する定義 第3章 緊急度判定の実施 第1節 通信指令員の活動の基本 第2節 緊急度に応じた運用 第3節 実施手順 第4節 記録 第5節 接遇
--	--

図表 4-13 救急現場 緊急度判定の導入及び運用手引き（案）

救急現場 緊急度判定の導入及び運用 手引き (案) 平成 年 月 消防庁	目次 第1章 緊急度判定を行う意義 第2章 緊急度に関する定義 第3章 緊急度判定の実施 第1節 救急隊員の活動の基本 第2節 緊急度に応じた運用 第3節 実施手順 第4節 記録 第5節 接遇
--	---

図表 4-14 過去作成しているリファレンス資料（参考）



（２）平成 31 年度の実施・検証に向けた効果の測定方法等の検討

平成 31 年度のモデル地域における緊急度判定の実施・検証を行う上で必要と考えられる、119 番通報時や救急現場における記録内容や緊急度判定の有用性と精度の評価方法について検討した。

① 119 番通報時における記録、救急現場における記録

緊急度判定の検証を行うために必要な記録項目について、一般的に記録されていることが多い記録項目も踏まえて、現場への過度な負担とならないよう記録項目を整理した。

図表 4-15 119 番通報時・救急現場における記録項目

119 番通報時における記録	
○年齢・性別・住所	○通報概要（症候）
○＃7119 への転送記録（＃7119 からの再転送かどうかも含む）	
○心停止判定のキーワードの聴取内容	○呼吸状態の聴取内容
○循環状態の聴取内容	○意識状態の聴取内容
○症候に応じた聴取内容	○緊急度判定結果
○出動させた部隊	○口頭指導実施記録
救急現場における記録	
○覚知・現着・現発・病着時刻（指令時の緊急度判定結果）	
○傷病者の年齢・性別・主訴（外傷であれば受傷機転）	
○バイタルサイン	○疼痛の有無・性状
○実施した応急処置等	○緊急度判定結果
○現場から P A 連携、ドクターヘリ等の要請を行った時刻	
○非緊急の傷病者事案における引き揚げ時刻	
○搬送先医療機関（搬送先医療機関における緊急度判定結果）	

②緊急度判定の有用性と精度の評価方法

緊急度判定の有用性の評価については、119番通報時及び救急現場における緊急度判定の実施が、緊急性の高い傷病者に対して、消防・救急、医療資源の適切な活用に寄与しているかを評価する方法を検討し、「ドクターヘリ、ドクターカー等による医療介入までの時間の短縮」や、「覚知から傷病者接触までの時間の短縮」、「現場到着から病院到着までの時間の短縮」等を経験方法として整理した。

また、緊急度判定の精度の評価として、「119番通報時及び救急現場の緊急度判定結果と搬送先医療機関での転帰等の比較」を経験方法として整理した。

図表 4-16 119番通報時における緊急度判定の有用性と精度の評価方法

119番通報時における評価方法
○有用性の評価 ・ドクターヘリ、ドクターカーの要請基準による医療介入までの時間（覚知からドクターカー・ドクターヘリの要請、現場到着までの時間） ・PA連携を含めた現場到着時間や傷病者接触までの時間の短縮効果 ○精度の評価 ・119番通報時の緊急度判定結果と、救急現場の緊急度判定結果、医療機関の緊急度判定結果等を比較

図表 4-17 救急現場における緊急度判定の有用性と精度の評価方法

救急現場における評価方法
○有用性の評価 ・緊急度判定導入前と導入後で、現場到着から病院到着までの所要時間の短縮があるか評価 ・現場到着から病院到着までの時間について、特に「高緊急の傷病者」において評価 ○精度の評価 ・救急現場での緊急度判定結果と搬送先医療機関での転帰（帰宅、一般病棟、ICU）を比較 ・救急現場での緊急度判定結果と搬送先医療機関での初診医重症度評価結果等を比較

③ 平成 31 年度の実施・検証に向けたモデル地域の選定について

平成 31 年度の実施・検証に向けたモデル地域の選定については、消防・救急、医療資源の活用が可能かつ、消防機関及び医療機関が十分に連携し、協力が得られる地域を候補として選定していく必要がある。

(3) 緊急度判定を行うための教育体制について

緊急度判定を行うための教育体制に関する制度や過去の資料についての整理と、職場内での教育の現状に関するアンケート調査及び消防学校の救急科における教育状況のヒアリングを行った。

緊急度判定に関する教育について、消防庁は通信指令員、救急隊員のいずれに対しても「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver. 1」をカリキュラムとして提示しており、救急業務に携わる職員の生涯教育の一環として習熟することとしている（「救急業務に携わる職員の生涯教育のあり方について」（平成 26 年 5 月 23 日付け消防救第 103 号）、「救急業務に携わる職員を対象とした教育研修の推進について」（平成 27 年 6 月 22 日付け消防救第 89 号））。

また、教育を行う際の資料としても、通信指令員に対しては「通信指令員の教育に係る教育テキスト」「緊急度判定プロトコール Ver. 2（119 番通報時）」「通信指令員教育補助的教材」などが既に示されており、救急隊員に対しても「緊急度判定プロトコール Ver1.1（救急現場）」「救急隊員教育用動画教材」等が示されている。

しかし、本年度実施した現状のアンケート調査の結果からは、緊急度判定を実施していながらも職員に教育を実施できていない理由として、119 番通報時、救急現場のいずれも 40%程度の消防本部が「教育方法が分からない」「教育するための資料が無い」といった回答が得られたことから、本報告書等を通じて改めて教育方法や教育資料について周知していく必要がある。

消防学校のヒアリング結果からは、多くの救急隊員や通信指令員が救急に関する教育を受ける救急科においては、緊急度判定の意義や判定方法についての特別なカリキュラムは組まれておらず、緊急性の高い症例のみに対するシミュレーション教育や、緊急度・重症度の高い疾患についての講義で扱うにとどまり、職場に戻ってからの職場教育（OJT）等で対応している実態が把握できた。

以上の結果を踏まえ、救急業務に携わる職員の生涯教育の観点からも、各所属や消防学校等さまざまな場面で、教育カリキュラムや教育の到達目標、目標到達の評価方法の設定等が必要であると考えられる。

＜教育の為の資料＞

●緊急度判定プロトコール Ver. 2 119 番通報時
(消防庁 平成 29 年 4 月改訂)

http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/filedList9_6/kinkyu_hantei.html



●通信指令員の救急に係る教育テキスト (追補版)
(消防庁 平成 29 年 3 月)

http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h28/kyukyu_arikata/index.html



●通信指令員の救急に係る教育コンテンツ
(消防庁 平成 26 年 3 月)

http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h26/kyukyu_arikata/tushinshirei/tushinshirei.html



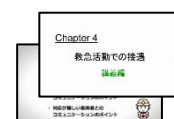
●緊急度判定プロトコール Ver. 1.1 救急現場
(消防庁 平成 29 年 4 月改訂)

http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/filedList9_6/kinkyu_hantei.html

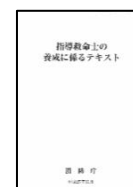


●救急隊員用教育動画 e カレッジ
(消防庁 平成 26 年 3 月)

http://open.fdma.go.jp/e-college/syoubou/kyukyu_dvd/index.html



●指導救命士の養成に係るテキスト
(消防庁 平成 27 年 11 月)



5 まとめ（今後の展望）

次年度のモデル地域において、今年度作成した 119 番通報時・救急現場における緊急度判定の導入及び運用手引き（案）や、検証に必要とされる記録、緊急度判定の有用性及び精度の検証方法を活用しながら実施・検証を行い、その結果等を踏まえて修正を行った上で手引きや緊急度判定の有用性、精度の評価方法等を全国に情報提供していくことが必要である。

また、教育体制については、以前から消防庁で示してきた教育資料等の整理とともに、救急隊員や通信指令員の教育・研修体制の実態調査を実施した。調査結果等からは、各所属や消防学校等のさまざまな場面での、救急業務に携わる職員の生涯教育という観点から、教育カリキュラムや教育の到達目標等が必要であると考えられ、今後、救急業務に携わる職員が、緊急度判定を習熟・実践するための効果的な教育体制についての議論が望まれる。

第 5 章

救急隊の感染防止対策

第5章 救急隊の感染防止対策

1 背景・目的

感染防止対策マニュアルの整備や感染防止に関する研修を実施している消防本部は、全国の約半数であるなど、消防機関における感染防止対策は必ずしも十分とは言えない状況が示されている。

また、近年、急性重症呼吸器症候群（SARS）（平成 17 年）、新型インフルエンザ（平成 21 年）、エボラ出血熱（平成 26 年）、中東呼吸器症候群（MERS）（平成 27 年）等の感染症の国際的な流行が発生している中、今後、ラグビーワールドカップ 2019、2020 年東京オリンピック・パラリンピック競技大会等の大規模な国際的イベントの開催を控えた我が国において、感染防止対策は急務である。

こうしたことから、救急隊の感染防止対策の体制整備・充実を図ることを目的として検討を行った。

2 検討事項

次の事項について感染症の専門家、消防本部等を含めたワーキンググループを設置し、検討を行った。

- （1）感染防止対策マニュアルのひな形（感染曝露時の対応含む。）
- （2）消防機関における感染防止管理体制

また、昨年度に引き続き、感染防止対策に関する全国の消防本部の現況調査を実施。

3 感染防止対策に関する現況調査結果

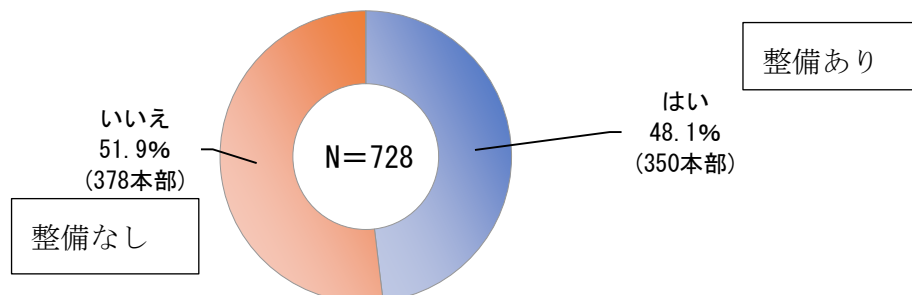
< 調査概要 >

- ・ 調 査 名：平成 30 年度感染防止対策に関する現況調査
- ・ 調査対象：728 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 30 年 10 月 11 日～10 月 31 日（基準日：平成 30 年 10 月 1 日）
- ・ 回 収 率：100%

(1) 感染防止対策マニュアルの整備状況

感染防止対策マニュアルが整備されている消防本部は、350 本部（48.1%）で、全体の約半数という結果であった。

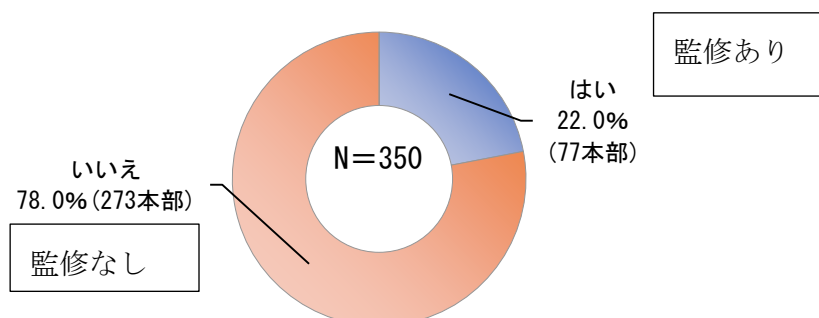
図表 5-1 感染防止対策マニュアルの整備の有無



(2) 感染防止対策マニュアルの医療関係者の監修状況

整備されている感染防止対策マニュアルが医師等の医療関係者の監修を受けている消防本部は 350 本部のうち 77 本部（22.0%）で、全体の約4分の1であり、全 728 消防本部のうちの 10.6%という結果であった。

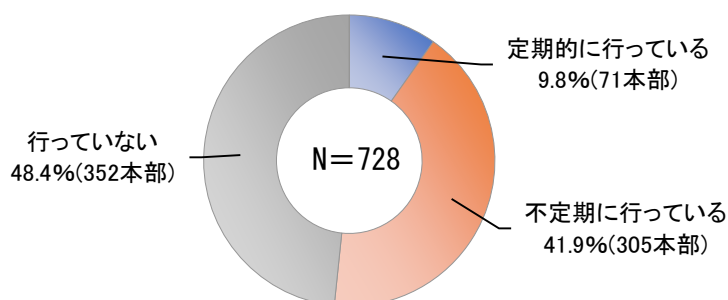
図表 5-2 感染防止対策マニュアルの医療関係者の監修の有無



(3) 感染防止に関する職員の研修状況

感染防止に関する研修を定期的又は不定期に職員に行っている消防本部は 376 本部（51.6%）で、全体の約半数という結果であった。

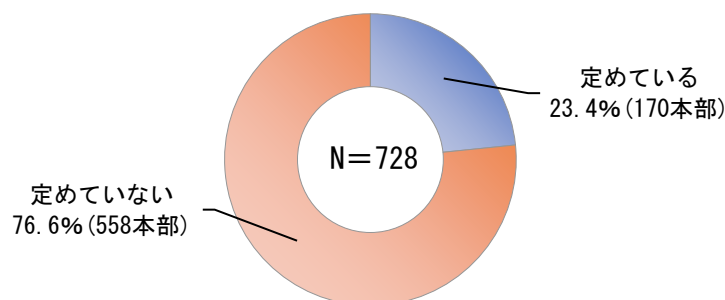
図表 5-3 感染防止に関する職員の研修の有無



（４）職員の感染防止に関する責任者の状況

職員の感染防止に関する責任者を定めている消防本部は 170 本部 (23.4%) で、全体の約 4 分の 1 という結果であった。

図表 5-4 職員の感染防止に関する責任者の有無



4 検討結果

（１）感染防止対策マニュアルの作成（感染曝露時の対応含む。）

① 作成の方針

既存の消防本部のマニュアルに共通した記載項目等を基本として、最新の医学的知見を踏まえた血液・体液等への曝露時の対処方法や資器材の消毒方法等を集約し、救急活動に際して実効性のある感染防止対策マニュアルを作成した。

なお、全国の消防本部がそのまま活用することができるよう、ひな形ではなく、“標準的”なマニュアルとすることを目指した。

② マニュアルの構成

目次

1. 感染防止対策の基本

- （１）はじめに
- （２）感染防止対策の基本的な考え方

2. 職員の職業感染防止対策

3. 標準予防策

- （１）手指衛生
- （２）个人防护具（PPE : Personal Protective Equipment）の選択と着脱
 - （２）－１ PPE 使用時の一般的な注意事項
 - （２）－２ 手袋の着脱及び交換
 - （２）－３ マスクの着用
 - （２）－４ 感染防止衣、アームカバー、シューズカバー、ゴーグルの着用

4. 感染経路別予防策

- （１）空気感染防止対策
- （２）飛沫感染防止対策
- （３）接触感染防止対策

(2) 一類感染症患者、二類感染症及び新型インフルエンザ等の患者（疑似症患者及び無症状病原体保有者等を含む。）又は新感染症患者等を疑うことなく搬送し搬送後に判明した場合

(2) 消防機関における感染防止管理体制

① 消防機関における感染防止管理体制の例

救急業務に携わる職員に対する、感染防止の観点からの安全確保を目的として、各本部において感染防止対策の総括的な管理者の役割を担う者と、より現場に密接した各署・各分署における感染防止対策の管理者の役割を担う者を軸とした、消防機関における救急業務に関しての感染防止管理体制の構築が重要であると考えられる。

また、感染防止管理については、対策の継続的な周知と最新の医学的な知見の獲得が重要なため、少なくとも年1回は感染防止対策に関する研修を実施することが望ましい。

公益社団法人日本看護協会認定看護師規程や国公立大学附属病院感染対策協議会「病院感染対策ガイドライン 2018 年版」を参考として、具体的な役割や活動を以下のとおり例示する。

ア 消防本部における総括感染管理者の設置

総括感染管理者は当該消防本部全体の救急隊等の感染防止の総括的な管理者として、体制の構築・維持、職員の知識等の向上の役割を担い、その具体的な活動として

(i) 感染防止対策マニュアルの整備

必要に応じて感染管理者等やアドバイザー（医師・看護師等）の意見も参考に感染防止対策マニュアルの作成、改訂を行う。

(ii) 感染防止対策に関する研修の実施

各本部の感染防止対策に関する研修について、少なくとも年1回は研修を企画・実施する。

また、研修では、少なくとも以下に挙げる項目を扱うことが望ましい。

- ・標準予防策、感染経路別予防策
- ・リネン、救急車両の取扱い
- ・感染性廃棄物の処理
- ・再利用器具の洗浄、消毒、滅菌の方法
- ・血液・体液等への曝露事故発生時の対応
- ・ワクチン管理の重要性

(iii) 職員の職業感染防止対策

職員の抗体検査（麻しん・風しん・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎・破傷風等）を推進し、抗体値を職員自らが把握するよう努める。また、ワクチン接種の実施を推進し、職業感染防止対策の一層の充実を図る。

イ 消防本部の各署・各分署単位での感染管理者の設置

感染管理者は、当該消防署・分署全体の救急隊等の感染防止の管理者として、感染防止対策の周知・徹底及び監督の役割を担い、その具体的な活動として、

(i) 感染防止対策マニュアル等の周知

感染防止対策マニュアルや感染防止対策に関する研修について周知し、感染防止対策について率先して実施する。

(ii) 感染防止対策の指導・相談

感染防止対策の実施について指導を行い、又は相談を受け、必要に応じて指導・相談内容を総括感染管理者へ報告する。

(iii) 救急用資器材等の使用・消毒等の管理の徹底

リネン、救急車両、資器材等の使用・消毒等について、適切な管理の徹底を図る。

② 消防機関における感染防止管理に係る医学的な質の保障についての例

感染防止対策については、医学的な質の保障や最新の知見に基づいた定期的なアップデートが求められるため、医療関係者との協力体制を構築することが重要であると考えられる。

具体的には、

- ・消防機関と平時から連携がとれていること
- ・全国的な体制整備が行われていること 等

の観点から、都道府県又は地域のメディカルコントロール体制の中で、消防機関の救急業務に関しての感染防止についての医学的な質を保障することが、ひとつの方法である。ただし、当該メディカルコントロール体制における中核的医療機関等が感染防止対策について、十分な医学的専門性を持っていない可能性があるとの指摘もあることから、地域の保健所等と連携することも考えられる。

メディカルコントロール体制によって、消防機関における救急業務に関しての感染防止管理体制の、医学的な質の保障を行なう際の例としては、

○消防本部と連携を図る都道府県又は地域メディカルコントロール協議会等は感染防止対策における医学的な質の保障のため、適切なアドバイザー（医師、看護師等）を推薦する。

○推薦を受けたアドバイザーは平時から消防本部における下記の事項について助言等を行なう。

- ・感染防止対策マニュアルの作成・改訂に関すること
- ・定期的な研修会の実施に関すること
- ・感染症発生時の対応に関すること
- ・血液・体液等への曝露事故発生時の対応に関すること

○消防本部と連携を図る都道府県又は地域メディカルコントロール協議会等は、当該消防本部やアドバイザーからの要請等を受け、必要時には適切な事後検証の実施や対策について協議する。

といったものが考えられる。

③ 具体的事例：保健所との連携体制（新潟市消防局）

平成9年頃から新潟市保健所の協力を得て、救急隊員の感染防止対策についての座学研修を行っている。平成15、16年に発生した重症急性呼吸器症候群（SARS）の世界的流行をきっかけに、消防局として感染症患者の移送について保健所と協定を締結し、以前よりも深い保健所との連携体制となった。

保健所とは感染防止対策の手引きの監修、感染防止対策についての意見交換、結核患者接触後検診などに加えて、エボラ出血熱、中東呼吸器症候群（MERS）等の感染症患者対応についても、保健所から感染症患者の搬送について協力依頼があった場合を想定した対応手順の作成、感染防護服の着脱訓練、感染症患者の移送訓練の実施なども積極的に行い、保健所担当者と顔の見える関係を構築し、密な連携体制による救急隊員の感染防止対策に取り組んでいる。

図表5－6 座学研修



図表5－7 感染防護服の着脱訓練



5 まとめ（今後の方向性）

今後、全国の消防本部においては、本検討会において作成された感染防止対策マニュアルを参考として、マニュアルの整備や見直しを進めることが望まれる。

また、マニュアルの整備だけではなく、各本部での感染防止体制構築や、研修等による感染防止に対する意識付け等によって、救急隊員自身の感染症に対する安全確保や、傷病者等への感染拡大防止を目的とした、実効性のある感染防止対策が行われることが期待される。

第6章

救急業務に関するフォローアップ

第6章 救急業務に関するフォローアップ

1 背景

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おり、平成28年度救急業務のあり方に関する検討会において、各地域のフォローアップを行い、救急業務のレベルアップにつなげる必要があるとの提言を受けた。

このことをうけ、昨年度から救急業務に関するフォローアップとして、消防本部をはじめとした関係団体に向けたアンケート調査による実態把握のほか、都道府県の消防防災主管部局が主体となって消防本部への個別訪問を行い、救急業務への取組の現状把握、課題の共有及び必要な助言を実施している。

また、各地域を訪問することで得られた先進的事例について水平展開することとしている。

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）、メディカルコントロール協議会（以下、「MC協議会」という。）、消防本部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」及び「メディカルコントロール体制等の実態に関する調査」
- ・調査対象： 47 都道府県（消防防災主管部局、衛生主管部局）
47 都道府県 MC 協議会、251 地域 MC 協議会
728 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30年8月8日～9月25日（基準日：平成30年8月1日）
- ・回収率： 100%

（1）＃7119の検討状況について

平成31年1月末現在、＃7119を実施している地域は、14地域である（具体的な実施地域の詳細については第3章参照）。

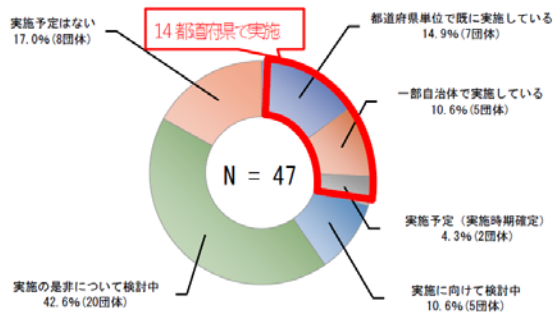
＃7119を実施していない府県の検討状況については、消防防災主管部局と衛生主管部局の間で回答に相違がみられた。

特に、「実施予定はない」の回答については、防災主管部局が8団体（17.0%）であるのに対し、衛生主管部局は18団体（38.3%）であり大きな開きがあった。

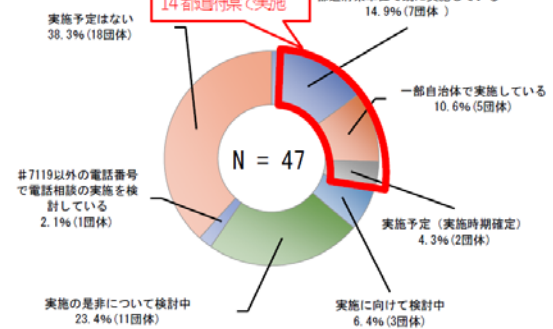
図表 6－1 Ⅱ 7 1 1 9 の実施及び検討状況

(平成 30 年 8 月 1 日時点)

(都道府県消防防災主管部局の回答)



(都道府県衛生主管部局の回答)

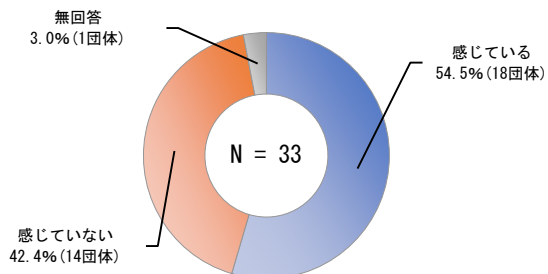


また、「一部自治体で実施している」、「実施の是非について検討中」、「Ⅱ 7 1 1 9 以外の番号で電話相談の実施を検討している」、「実施予定はない」と回答した団体に対し、Ⅱ 7 1 1 9 の必要性についての確認したところ、両部局で考え方に相違がみられた。

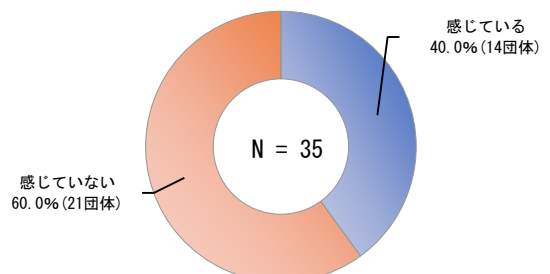
図表 6－2 Ⅱ 7 1 1 9 の必要性

平成 30 年 (平成 30 年 8 月 1 日時点)

(都道府県消防防災主管部局の回答)



(都道府県衛生主管部局の回答)



Ⅱ 7 1 1 9 の実施に際しては、各都道府県の防災主管部局と衛生主管部局の連携が必要であることから、事業実施における県の役割を明確にし、消防庁として両部局に対し更なる粘り強い働きかけを行うことが必要である。

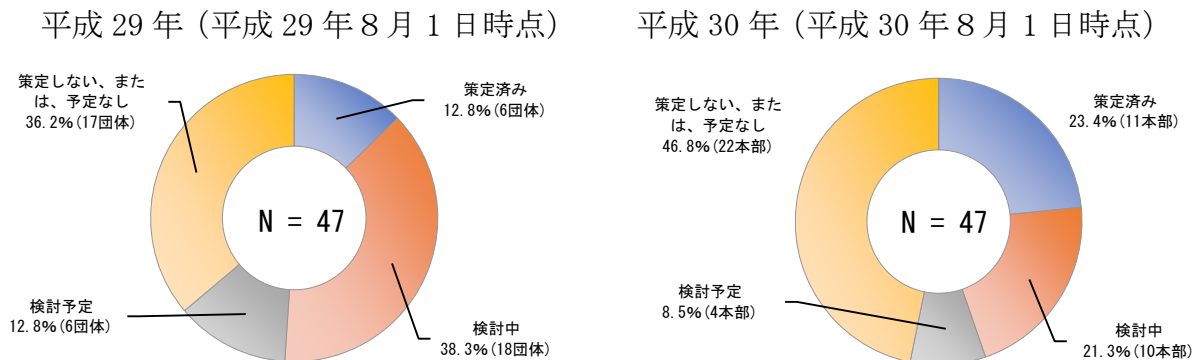
（２）転院搬送ガイドラインの策定状況について

平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会の中で、救急車の適正利用に向けた取組について議論が行われ、重要な論点の一つとして転院搬送における救急車の適正利用について検討がなされ、この結果を受けて、「転院搬送における救急車の適正利用の推進について（通知）」（平成 28 年 3 月 31 日付け消防救第 34 号）を発出し、各都道府県の支援のもと各地域において、実情に応じたルール化に向けた合意形成のための取組を促した。

① 転院搬送ガイドライン策定状況

転院搬送ガイドラインを策定済みの都道府県は、平成 29 年は 6 団体（12.8%）であったが、平成 30 年には 11 団体（23.4%）に増加した。

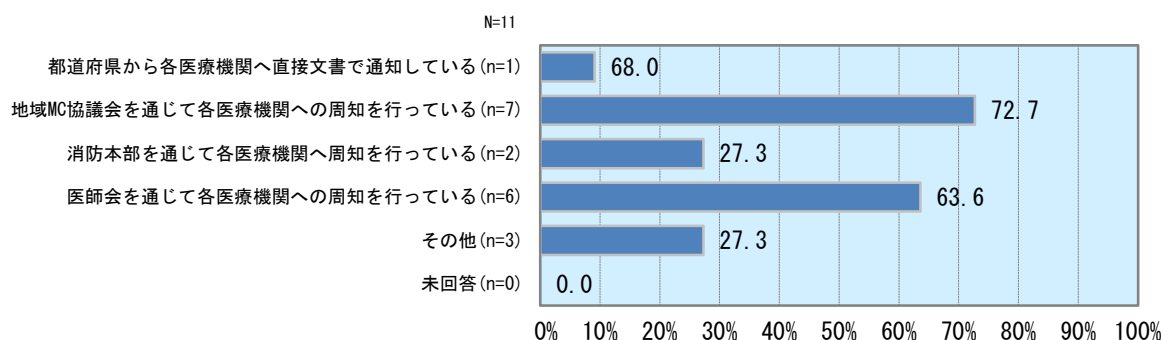
図表 6－3 転院搬送ガイドライン策定の有無
（都道府県の回答）



② 転院搬送ガイドラインの周知方法

転院搬送ガイドラインの周知方法で、最も多いのは「地域 MC 協議会を通じて各医療機関への周知を行う」というものであり、次いで「医師会を通じて各医療機関への周知を行う」団体が多かった。

図表 6－4 転院搬送ガイドラインの周知方法（複数回答）
（都道府県の回答）

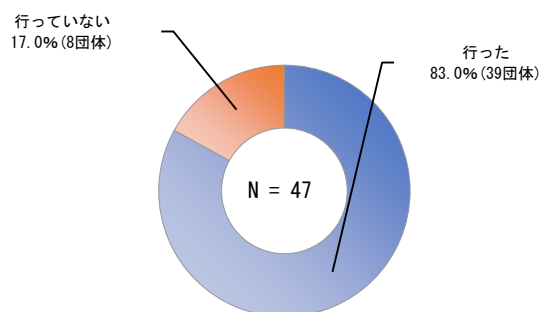


(3) 傷病者の搬送及び受入れ実施基準（以下、「実施基準」という。）に関する状況について

① 実施基準の改正の有無

これまでに、実施基準の改正を行った団体は 39 団体（83.0％）で、平成 29 年度内に実施基準の改正を行ったのは 30 団体であった。

図表 6－5 傷病者の搬送及び受入れ実施基準改正の有無
（都道府県の回答）

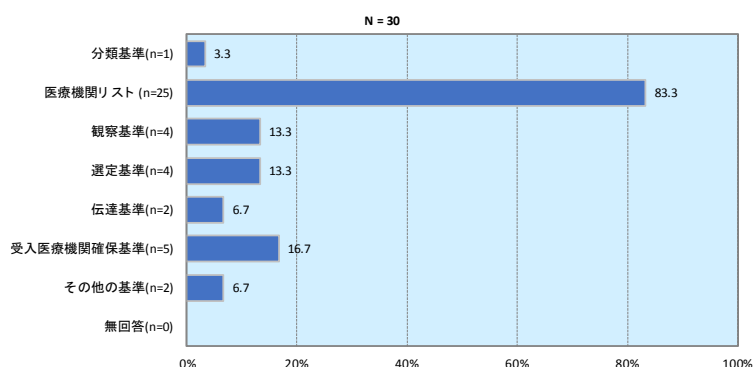


※上記のうち、平成 29 年度内に改正を行ったのは 30 団体

② 実施基準の改正内容

平成 29 年度内に実施基準の改正を行った 30 団体のうち、「医療機関リスト」を改正したのが 25 団体（83.3％）と最も多かった。

図表 6－6 傷病者の搬送及び受入れ実施基準の改正内容（複数回答）
（都道府県の回答）



③ 各団体の実施基準における先進的な取組

小児・妊産婦・精神疾患について実施基準内で個別の基準を設け運用している団体や、疾患毎に照会回数や現場滞在時間を定めたり、受入体制の確保を行っている団体もあった。また、転院搬送ガイドラインを実施基準に盛り込み運用している団体もみられた。

(4) 救急救命士の資格を有する救急隊員等の推移について

全国で、救急救命士の資格を有する救急隊員数は、平成 29 年の 27,717 人から、平成 30 年の 28,482 人（前年より 765 人増）に増加している。

図表 6－7 救急救命士の資格を有する救急隊員数の推移

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(アドレナリン) 投与(B) 認定割合		(A)、(B)両認定割合		ビデオ喉頭鏡(*1) 認定割合		ブドウ糖投与(*2) 認定割合		CPA前静脈路確保 (*3) 認定割合	
	H29	H30	H29	H30	H29	H30	H29	H30	H29	H30	H29	H30	H29	H30
北海道	2396	2358	42.4%	47.7%	80.2%	84.9%	41.1%	45.4%	22.5%	28.4%	35.5%	47.2%	35.6%	47.5%
青森県	447	462	80.8%	80.1%	91.5%	92.6%	74.9%	75.5%	0.0%	4.3%	90.2%	92.0%	90.2%	92.0%
岩手県	439	432	85.4%	84.0%	90.2%	91.2%	81.3%	81.9%	40.3%	48.8%	80.2%	89.1%	80.9%	89.1%
宮城県	429	447	58.5%	59.5%	92.8%	92.6%	57.8%	59.3%	0.0%	0.0%	65.0%	81.2%	65.0%	81.2%
秋田県	347	371	32.3%	32.6%	91.4%	92.5%	32.3%	32.6%	19.0%	22.4%	89.6%	91.1%	89.6%	91.1%
山形県	271	293	32.8%	32.4%	97.8%	96.6%	32.1%	31.7%	0.0%	0.0%	96.7%	96.2%	96.7%	96.2%
福島県	463	481	45.6%	47.2%	87.7%	91.5%	41.7%	43.0%	1.9%	3.1%	25.7%	44.1%	25.7%	44.1%
茨城県	786	802	61.5%	64.8%	92.2%	95.1%	60.8%	64.3%	0.6%	0.5%	68.4%	88.0%	68.4%	88.0%
栃木県	489	533	51.3%	51.8%	81.8%	82.9%	47.4%	48.4%	0.0%	0.0%	45.6%	73.4%	45.6%	73.4%
群馬県	467	483	22.1%	24.6%	69.0%	69.6%	20.6%	22.2%	7.7%	10.1%	22.7%	30.2%	22.7%	30.2%
埼玉県	1209	1272	58.0%	58.0%	95.2%	93.6%	58.0%	58.0%	35.2%	41.4%	59.2%	75.9%	59.2%	75.9%
千葉県	1119	1175	55.1%	54.5%	90.1%	90.0%	54.1%	53.4%	5.2%	6.4%	65.4%	75.5%	65.4%	75.6%
東京都	1737	1801	25.8%	25.5%	83.9%	86.0%	25.3%	25.1%	0.0%	2.7%	29.5%	41.1%	29.3%	40.9%
神奈川県	1305	1445	43.0%	39.2%	92.3%	89.5%	39.9%	37.5%	20.2%	22.9%	73.7%	83.0%	73.7%	83.0%
新潟県	650	665	21.7%	20.6%	96.9%	97.0%	21.7%	20.6%	4.9%	4.5%	96.3%	96.7%	96.3%	96.7%
富山県	252	258	69.8%	69.4%	79.8%	82.9%	62.3%	64.3%	0.0%	0.0%	41.3%	71.7%	40.9%	71.7%
石川県	297	305	67.3%	54.1%	75.4%	73.1%	66.7%	54.1%	0.0%	0.0%	74.1%	69.8%	74.1%	69.8%
福井県	204	219	83.8%	87.7%	92.2%	98.2%	82.8%	87.2%	1.5%	6.8%	91.7%	98.2%	91.7%	98.2%
山梨県	264	272	52.3%	51.8%	89.8%	90.8%	51.9%	51.5%	37.9%	34.6%	89.0%	89.3%	89.0%	89.3%
長野県	670	682	71.5%	74.8%	85.7%	88.9%	65.8%	69.5%	0.0%	0.0%	74.9%	82.6%	74.9%	82.6%
岐阜県	570	582	43.9%	44.8%	82.1%	83.3%	40.9%	42.8%	10.4%	12.5%	31.9%	41.4%	31.9%	41.4%
静岡県	697	685	57.8%	61.9%	93.8%	96.6%	56.1%	61.0%	24.5%	31.8%	31.6%	53.9%	31.6%	58.4%
愛知県	1295	1338	26.7%	28.4%	78.5%	82.4%	26.7%	28.1%	0.3%	0.3%	73.6%	76.2%	73.6%	76.2%
三重県	518	530	28.4%	30.0%	91.7%	93.2%	28.0%	29.4%	12.0%	14.3%	86.5%	86.2%	86.5%	86.2%
滋賀県	306	331	41.5%	40.8%	90.8%	88.2%	41.2%	40.5%	0.0%	0.0%	87.3%	84.9%	87.3%	84.9%
京都府	457	480	66.1%	66.5%	90.4%	90.6%	66.1%	66.5%	0.0%	0.0%	84.7%	86.3%	84.7%	86.3%
大阪府	1555	1431	63.4%	70.0%	81.9%	88.7%	61.7%	68.4%	31.6%	41.0%	46.6%	70.7%	46.6%	70.7%
兵庫県	1172	1209	53.7%	54.3%	80.2%	81.6%	53.7%	54.3%	33.7%	37.0%	50.5%	63.8%	50.5%	63.8%
奈良県	366	370	40.2%	41.6%	92.1%	94.3%	39.9%	41.6%	22.1%	25.7%	70.5%	88.4%	70.5%	88.4%
和歌山県	312	321	79.8%	79.1%	79.2%	77.9%	72.8%	73.2%	2.2%	2.2%	78.8%	77.3%	78.8%	77.3%
鳥取県	188	194	85.6%	85.6%	98.4%	94.3%	84.6%	85.6%	0.0%	0.0%	91.0%	90.7%	91.0%	90.7%
島根県	259	269	50.6%	52.8%	92.7%	92.9%	50.6%	52.8%	37.1%	37.9%	37.5%	69.5%	37.5%	69.5%
岡山県	463	475	74.9%	74.3%	93.5%	89.5%	74.5%	73.9%	33.9%	36.0%	60.5%	85.1%	60.5%	78.3%
広島県	656	671	35.2%	35.8%	86.1%	85.7%	34.5%	34.7%	22.1%	23.8%	65.4%	77.0%	65.4%	77.0%
山口県	358	365	53.4%	56.2%	93.9%	93.4%	52.2%	54.8%	0.0%	0.0%	79.3%	92.3%	79.3%	92.3%
徳島県	203	202	86.2%	82.7%	92.6%	91.6%	84.7%	81.2%	47.3%	48.5%	79.8%	89.6%	79.8%	89.6%
香川県	170	212	86.5%	86.3%	88.2%	89.2%	77.6%	80.2%	60.6%	61.8%	74.1%	80.2%	74.1%	80.2%
愛媛県	352	378	81.0%	79.1%	94.9%	92.9%	80.4%	78.6%	6.3%	32.0%	44.9%	65.3%	44.9%	65.3%
高知県	257	277	94.9%	93.5%	96.1%	93.9%	93.4%	91.3%	0.0%	0.0%	93.8%	92.8%	93.8%	92.8%
福岡県	820	810	39.4%	40.2%	78.8%	81.6%	32.9%	27.7%	0.1%	1.5%	38.0%	45.9%	37.4%	47.9%
佐賀県	209	219	21.1%	22.4%	92.8%	91.8%	21.1%	22.4%	0.0%	0.0%	0.0%	38.4%	0.0%	38.4%
長崎県	323	332	66.6%	66.0%	84.8%	88.3%	60.4%	63.0%	0.0%	0.6%	41.5%	60.8%	41.5%	60.8%
熊本県	401	427	51.6%	50.8%	89.5%	93.7%	51.4%	50.8%	0.0%	0.0%	45.9%	64.4%	45.9%	64.4%
大分県	310	306	38.4%	40.5%	90.6%	94.8%	37.4%	39.5%	0.0%	0.0%	53.9%	75.8%	53.9%	76.5%
宮崎県	238	250	43.7%	44.8%	89.1%	88.8%	42.0%	43.6%	0.0%	0.0%	59.2%	70.8%	60.1%	70.8%
鹿児島県	532	565	63.2%	65.1%	89.5%	91.5%	60.7%	63.5%	0.0%	17.0%	32.9%	56.3%	32.9%	54.0%
沖縄県	489	497	43.6%	45.7%	92.4%	94.2%	43.1%	45.7%	1.8%	2.4%	26.6%	60.6%	26.6%	60.6%
合計・平均	27717	28482	50.3%	51.3%	87.0%	88.6%	48.6%	49.6%	13.0%	16.1%	56.7%	69.5%	56.7%	69.5%

(※1) ビデオ喉頭鏡とは、「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡」を指す。

(※2) ブドウ糖投与とは、「低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」を指す。

(※3) CPA前静脈路確保とは、「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」を指す。

※データの出典 「平成 29 年版救急・救助の現況」及び「平成 30 年版救急・救助の現況」

(5) 指導救命士の認定状況等について

① 指導救命士の認定状況

指導救命士を認定している都道府県 MC 協議会は、平成 29 年では、36 都道府県 MC 協議会（76.6%）であったが、平成 30 年では、41 都道府県 MC 協議会（85.1%）となった。また、指導救命士数の合計は平成 29 年の 841 人から、平成 30 年にかけて 1,391 人となり 550 人増加している。

図表 6－8 指導救命士認定者数
(都道府県 MC 協議会の回答)

		平成 29 年 8 月 1 日現在	平成 30 年 8 月 1 日現在
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	12	15
2	青 森 県	12	28
3	岩 手 県	9	23
4	宮 城 県	0	0
5	秋 田 県	18	26
6	山 形 県	12	21
7	福 島 県	0	0
8	茨 城 県	0	72
9	栃 木 県	29	41
10	群 馬 県	30	40
11	埼 玉 県	28	74
12	千 葉 県	0	39
13	東 京 都	0	1
14	神 奈 川 県	30	41
15	新 潟 県	21	33
16	富 山 県	0	0
17	石 川 県	29	34
18	福 井 県	13	21
19	山 梨 県	11	22
20	長 野 県	16	32
21	岐 阜 県	52	0
22	静 岡 県	18	37
23	愛 知 県	0	0
24	三 重 県	61	61
25	滋 賀 県	9	24
26	京 都 府	0	17
27	大 阪 府	39	92
28	兵 庫 県	29	47
29	奈 良 県	20	28
30	和 歌 山 県	32	38
31	鳥 取 県	19	25
32	島 根 県	15	20
33	岡 山 県	10	17
34	広 島 県	0	6
35	山 口 県	37	46
36	徳 島 県	1	8
37	香 川 県	7	10
38	愛 媛 県	34	47
39	高 知 県	12	22
40	福 岡 県	40	71
41	佐 賀 県	0	24
42	長 崎 県	22	24
43	熊 本 県	62	83
44	大 分 県	14	0
45	宮 崎 県	0	5
46	鹿 児 島 県	14	34
47	沖 縄 県	24	42
合 計		36道府県 841人	41都道府県 1,391人

② 指導救命士の活用状況

指導救命士は、多くの団体で救急救命士や救急隊員への指導、生涯教育に関する企画・運営、事後検証や病院実習での補助等で活用が進められていた。

その他、消防学校での講師、各団体の MC 協議会との連絡調整、MC 協議会において指導救命士の組織化を図り運用している団体もみられた。

（６）保健所等と消防本部の協定締結状況について

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が不要」とされた消防本部は、平成 29 年では、133 本部（18.2%）であったのに対し、平成 30 年では、128 本部（17.6%）となった。

「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 29 年では、456 本部（62.3%）であったのに対し、平成 30 年では、510 本部（70.1%）となった。

「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 29 年では、19 本部（2.6%）であったのに対し、平成 30 年では、9 本部（1.2%）となった。

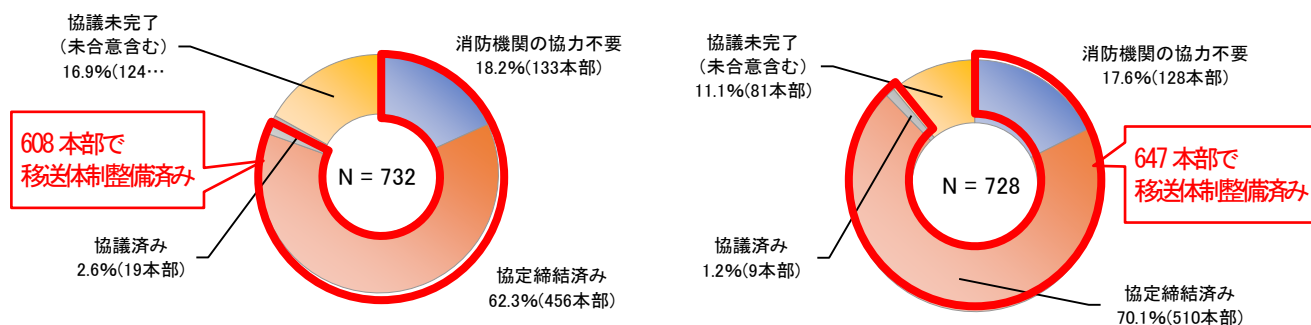
「保健所等と消防機関において協議未完了（協議中、未合意含む）」の消防本部は、平成 29 年では、124 本部（16.9%）であったのに対し、平成 30 年では、81 本部（11.1%）となった。

以上のことから、エボラ出血熱の患者の移送について、移送体制が整理された地域の消防本部は、平成 29 年では 608 本部（83.1%）であったが、平成 30 年では 647 本部（89.1%）に増加していることがわかった。

図表 6－9 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 29 年（平成 29 年 10 月 1 日時点）

平成 30 年（平成 30 年 10 月 1 日時点）



(注) 平成 29 年及び平成 30 年の「感染症対策に係る他機関との連携等に関する調査」結果をもとに作成

(7) ICT（スマートフォン・タブレット端末等）の導入状況

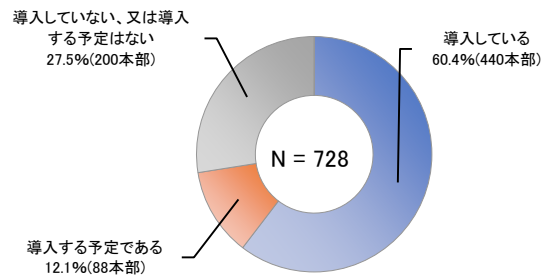
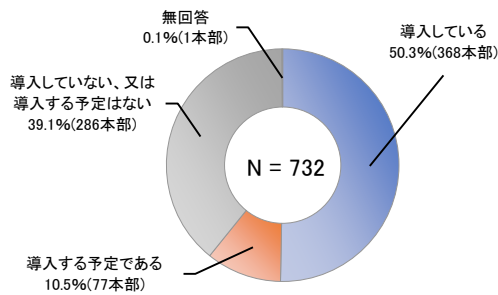
① 消防本部のスマートフォン・タブレット端末の導入状況

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 29 年では、368 本部（50.3%）であったが、平成 30 年では、440 本部（60.4%）となり年々増加している。

図表 6-10 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 29 年（平成 29 年 8 月 1 日時点）

平成 30 年（平成 30 年 8 月 1 日時点）



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 31 年 12 月 31 日現在、376 本部が導入している。

図表 6-11 救急ボイストラの導入状況
(消防本部の回答)

(平成 30 年 2 月 1 日現在)

(平成 30 年 12 月 31 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
神奈川県	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

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	37	58	滋賀	1	7
青森	8	11	京都	5	15
岩手	9	12	大阪	26	27
宮城	6	12	兵庫	18	24
秋田	8	13	奈良	3	3
山形	4	12	和歌山	7	17
福島	2	12	鳥取	2	3
茨城	9	24	島根	5	9
栃木	10	12	岡山	8	14
群馬	10	11	広島	4	13
埼玉	27	27	山口	5	12
千葉	13	31	徳島	4	13
東京	4	5	香川	9	9
神奈川	11	24	愛媛	3	14
新潟	6	19	高知	1	15
富山	0	8	福岡	2	25
石川	4	11	佐賀	5	5
福井	4	9	長崎	2	10
山梨	3	10	熊本	1	12
長野	8	13	大分	6	14
岐阜	20	20	宮崎	6	10
静岡	8	16	鹿児島	7	20
愛知	14	34	沖縄	14	18
三重	7	15	合計	376	728

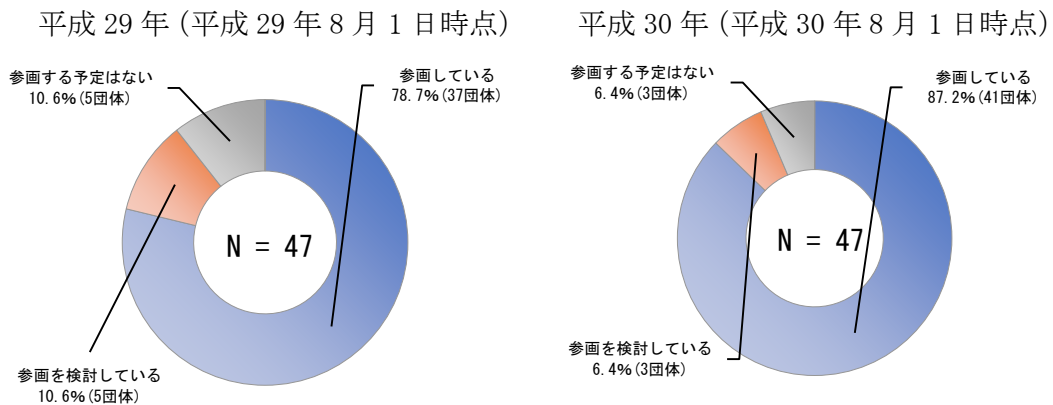
(8) 搬送困難事例への対応

平成 28 年度救急業務のあり方に関する検討会の中で、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

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（医療圏域毎の検討部会を含む。）」に、消防機関が参画している都道府県は、平成 29 年では 37 団体（78.7%）、であったが、平成 30 年では 41 団体（87.2%）に増加している。

図表 6－12 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)

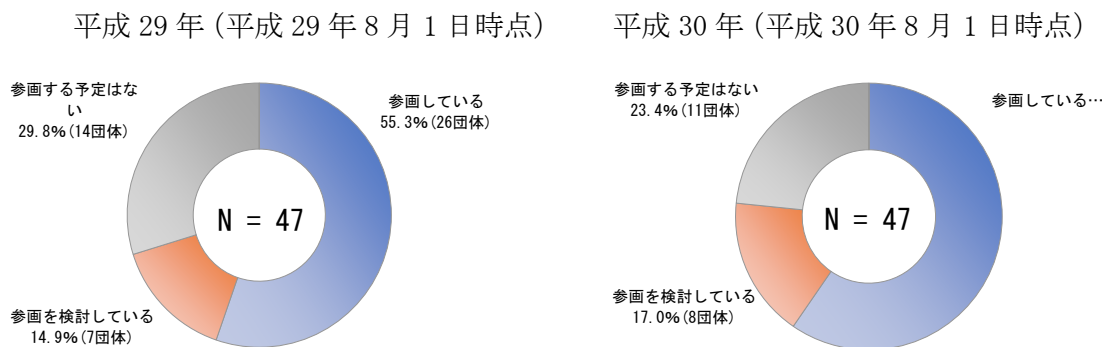


※ 防災主管部局と衛生主管部局との回答が異なっていた場合、より積極的な回答を集計

② 精神科医の実施基準策定への参画状況

実施基準策定に際し精神科医が参画している団体は、平成 29 年年では 26 団体（55.3%）、であったが、平成 30 年では 28 団体（59.6%）に増加している。

図表 6－13 精神科救急医療体制連絡調整委員会等への参画状況



※ 防災主管部局と衛生主管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 効果

精神科救急医療体制連絡調整委員会等については、精神科救急の現場での状況の理解が進み、双方の意見交換の場として有効である等の意見があげられた。

また、実施基準策定への精神科医の参画については、実施基準の検証時に精神科医の意見を取り入れることで効果的な検証が実施できる、医療機関リストの変更につながったなどの意見が出た。

さらに、照会回数の減少や、現場滞在時間の減少につながるなど、具体的な改善事例もみられたことから、引き続き連携を図ることが望まれる。

3 個別訪問及び検討結果

(1) 平成 30 年度個別訪問団体

都道府県消防防災主管部局及び衛生主管部局の担当者から、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、都道府県と消防防災主管部局が主体となって消防本部を訪問した。

図表 6－14 平成 30 年度個別訪問団体一覧（予定を含む）
（平成 31 年 1 月末日現在）

No.	日程	都道府県	消防本部名
1	5 月 23 日（水） 5 月 24 日（木） 5 月 25 日（金）	香川県	高松市消防局 三観広域行政組合消防本部 丸亀市消防本部
2	8 月 27 日（月） 8 月 28 日（火）	熊本県	熊本市消防局 阿蘇広域行政事務組合消防本部 有明広域行政事務組合消防本部
3	9 月 20 日（木） 9 月 21 日（金）	静岡県	静岡市消防局 浜松市消防局 駿東伊豆消防本部
4	10 月 16 日（火） 10 月 17 日（水） 10 月 18 日（木）	福岡県	北九州市消防局 筑後市消防本部 甘木・朝倉消防本部 粕屋南部消防組合消防本部
5	11 月 1 日（木） 11 月 2 日（金）	山口県	下関市消防局 萩市消防本部 美祢市消防本部
6	11 月 7 日（水） 11 月 8 日（木）	富山県	富山市消防局 高岡市消防本部 砺波地域消防組合消防本部
7	11 月 13 日（火） 11 月 14 日（水）	沖縄県	那覇市消防局 石垣市消防本部 中城北中城消防本部
8	11 月 21 日（水）	山梨県	甲府地区広域行政事務組合消防本部 富士五湖広域行政事務組合富士五湖消防本部
9	12 月 11 日（火） 12 月 12 日（水）	大阪府	大阪市消防局 豊中市消防局 富田林市消防本部

10	12月17日(月) 12月18日(火) 12月19日(水)	長崎県	平戸市消防本部 県央消防組合消防本部 五島市消防本部
11	12月19日(水) 12月20日(木)	岩手県	盛岡市消防本部 宮古地区広域行政組合消防本部
12	1月22日(火) 1月23日(水)	高知県	高知市消防局 嶺北広域行政事務組合消防本部
13	1月22日(火) 1月23日(水)	徳島県	徳島市消防局 板野東部消防組合消防本部 海部消防組合消防本部
14	2月25日(月) 2月26日(火) (予定)	北海道	とにかち広域消防事務組合 釧路市消防本部
15	2月28日(木) 3月1日(金) (予定)	福島県	福島市消防本部 郡山地方広域消防組合消防本部 須賀川地方広域消防本部 白河地方広域市町村圏消防本部
16	3月13日(水) (予定)	千葉県	木更津市消防本部 市原市消防局

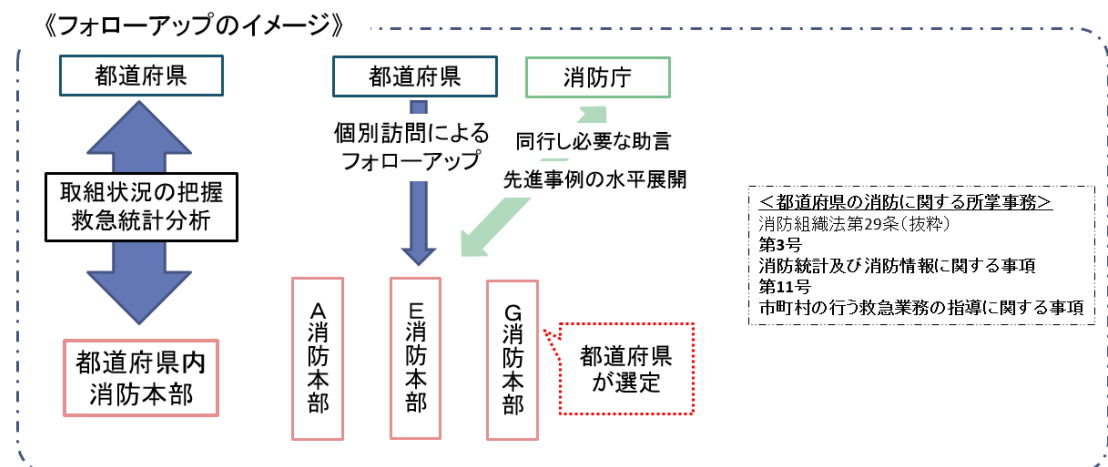
(2) 個別訪問の進め方

個別訪問は以下の進め方で行った。

- ① 都道府県が主体となり、各消防本部における救急業務の取組状況を把握。
- ② 救急統計を基に、都道府県消防防災主管部局が各地域における救急需要や救急活動時間の変化等について分析。
- ③ 把握した取組状況や分析結果を基に、都道府県消防防災主管部局と消防庁が共同で消防本部を訪問。

なお、都道府県の衛生主管部局の職員にも同行を依頼し、医療との連携が必要な課題の共有を図る。

図表6-15 フォローアップ調査進め方イメージ図



(3) 先進事例について

① デジタルペンとスマートフォンを用いた救急医療情報システム（香川県）

ア 取組の背景と概要

香川県では、救急活動時間のうち「覚知～病院収容」について、全国平均よりも短時間で推移しているものの、年々延伸しており課題となっていた。

従来から運用していた香川県の救急医療情報システムは、医療機関側が定期的に受け入れ可否などの情報を入力する、応需情報主体のシステムであったが、医療機関のスタッフ不足等の理由で十分な活用がなされていなかった。

このことから、下記の目的に資するようにシステムを更新し運用を行った。（平成 24 年 4 月から）。

(i) 受入照会に係る時間短縮を目的としたシステム更新

各救急隊が、スマートフォンを活用し受入先医療機関を登録することで、受入状況がシステムに反映される仕組みを構築。

(ii) 治療・受入体制の円滑化を目的としたシステム更新

救急隊がデジタルペンで手書きしている「傷病者観察メモ」を瞬時に電子データとしてシステムに登録することにより、受入医療機関において救急車が病院に到着する前に患者情報を確認することが可能な仕組みを構築。

図表 6-16 システムの全体像



ウ 取組みの成果

高齢化に伴う患者の重症化や事案の多様化、救急救命士による現場での特定行為の実施の増加等、複合的な要因から救急活動時間の短縮は必ずしも進んでいないものの、県下消防機関の9割から受入先選定にあたって、スマートフォンの医療機関検索（救急車受入状況）は有用であるとの回答（県内全本部及び二次・三次医療機関を対象とした「香川県広域災害・救急・周産期医療情報システムに関するアンケート」結果）。また、医療機関サイドからは、救急隊とスムーズな情報連携ができるため、早期の治療準備が行えるとの回答があった。

エ その他

香川県では平成30年4月からのシステムの更改にあたり、医療・消防関係者を集め、アンケート及び4回の会議を開催し、現場に必要な以下の機能を追加した。

（i）救急車内の心電図モニター画像の医療機関への伝送機能

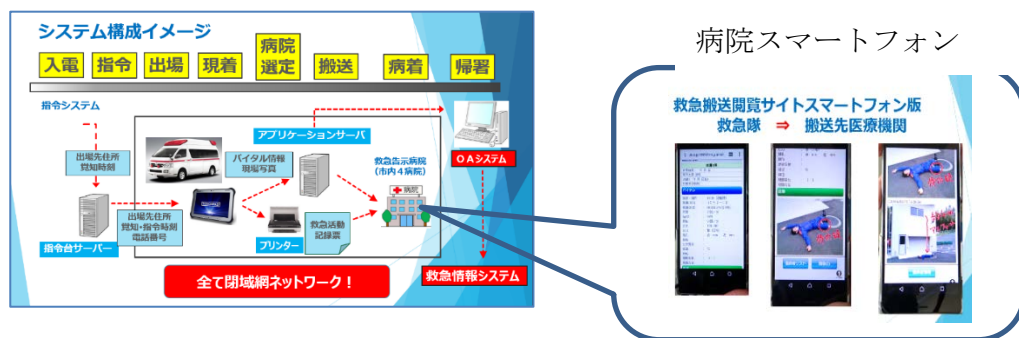
（ii）多数傷病者事案が発生したことを現場から関係者（医療機関・消防機関・医師会・行政機関（県・市・町）・保健所）に即座に通知する機能

今後も、必要に応じて関係者間で意見交換を行い、現場に有用な機能強化を図ることとしている。

ア 取組概要

具体的には、指令システムと連動し、救急隊員が携帯するタブレット端末で指令情報を受信すると共に、出場現場で入力した傷病者情報をデータ化し、その情報を救急活動の報告書等を作成するために入力するシステム（以下、「消防 0A システム」という。）と連携しデータ管理を可能とするもの。

図表 6-17 システムの全体像



イ 取組のねらい

また、スマートフォンを活用して患者情報を閲覧できるシステムを構築し、医療機関連絡時の確実な情報伝達を行う。

図表 6-18 活用状況



ウ 取組の効果

(i) 隊員の負担軽減

搬送時、又は帰署途上での入力が可能となり、帰署後の消防 OA システムへのデータ入力時間が大幅に短縮され、隊員の負担軽減が図られた。

(データ入力時間については、導入後 1 年目の統計で 1 件あたり約 13 分から約 5 分に短縮され、職員の負担軽減に繋がっている。)

(ii) 確実な情報伝達

通常の、電話(口答)での連絡に加え、画像を用いた患者情報(基本情報・心電図等)の伝達が可能となった。また、カメラ機能を活用し、現場画像を医療機関と共有することが可能となった。救急隊と医療スタッフが同時に情報を確認することが出来ることにより、確実な情報伝達の実現に繋がった。

エ その他

平戸市では、平成 13 年から年 6 回「救急医療懇話会」を開催し、医療機関スタッフと救急隊員の顔の見える関係を構築している。上記のシステム導入においては、地元医療機関との連携が不可欠であり、本システムの導入から運用においてこうした地道な積み重ねが、大きな礎となったため、今後も継続し医療機関との連携を深め救急活動の質を高めていくこととしている。

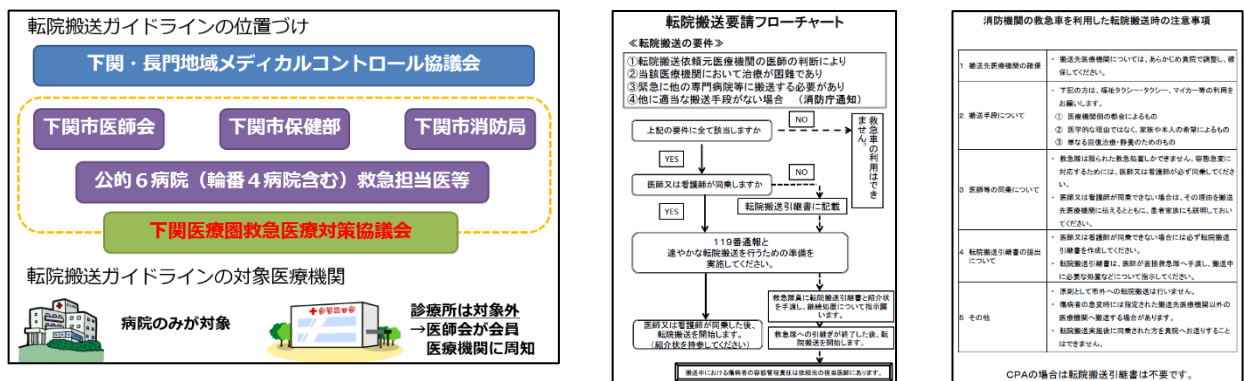
③ 中核市で取り組んだ転院搬送ガイドライン(下関市)

ア 取組概要

下関市においては、高齢化の進展に伴う救急出動件数の増加、現場到着時間の延伸がみられた事から、救急医療の適正化に向けた取組を行ってきた。

その一つとして、下関市の全出動件数の 14.8%を占める「転院搬送」(全国平均 8.3%)について、救急車の適正利用及び救急出動の円滑化の観点から検討を行い、「転院搬送における救急要請について(転院搬送ガイドライン)」を作成し、平成 29 年 6 月から運用を開始した。

図表 6-19 ガイドラインの位置づけとガイドラインの内容



イ 取組の内容

ガイドラインでは、転院搬送要請のフローチャート及び注意事項を示し、転院搬送引継書を策定し運用を行った。本ガイドラインは病院（病床数 20 床以上）のみが対象で、診療所（病床数 19 床以下の有床診療所含む）は対象外としたが、医師会を通じて本ガイドラインを周知した。（診療所医師も転院搬送引継書の活用は可能）

平成 30 年 7 月には、担当学会議を実施し、医療側と消防側からそれぞれ転院搬送に係る意見交換を行い、下関医療圏救急医療対策協議会の下部に「転院搬送ガイドライン見直し WG」を設置した。

WG では主に転院搬送引継書の改定について協議し、地域 MC の承認を得た後、平成 31 年 1 月から改訂版を運用している。

このように、本ガイドラインについては、当事者間の意見を取り入れながら、必要とする情報の見直し、申し送り時の負担軽減、スムーズな連携に繋がるかどうか等の観点から定期的に検証を行い、運用することとしている。

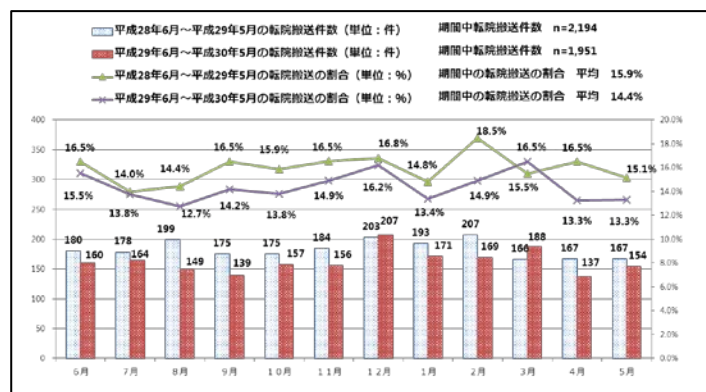
図表 6-20 転院搬送引継書

転院搬送引継書		記載日： 年 月 日
依頼元 医療機関	医療機関名： _____	
依頼医師 氏名	依頼医師名： _____	
搬送理由 (複数選択可)	☐ 搬送が重篤・不安定 ☐ 本人・家族による移送手段がない ☐ 搬送スケジュール等が利用できない ☐ 搬送先病院からの指示 ☐ その他 ()	
同乗者 (医師又は看護士が同乗できない理由)	☐ 医師 ☐ 看護士 ☐ 家族 ☐ その他 () ☐ なし ☐ 搬送先病院からの指示等による搬送が必要ない ☐ その他 ()	
搬送先医療機関名	☐ 搬送先医療機関 ☐ 搬送先医療機関 ☐ 下関市立市民病院 ☐ 下関医療センター ☐ その他 ()	
診療科及び 受入れ医師名	☐ 救急科 ☐ その他 () (科) ☐ 搬送 () (医師) ☐ 未定	
傷病者情報		
フリガナ	生年月日	年 月 日 生
氏 名	☐ M ☐ F ☐ S ☐ H	年齢 歳
住 所		
主病名又は 主 症 状		
なされて いる 医療処置	☐ 輸液 (輸液ポンプ ☐ 有 ☐ 無 ☐ 無 ☐ 酸素吸入 (☐ 分) ☐ 気管挿入 ☐ 気管切開 ☐ 尿道カテーテル留置 ☐ 留置 ☐ 留置 ☐ その他 () ☐ 特になし	
バイタル サイン	体温: JCS () 体温: °C 血圧: mmHg 脈拍: 回/分 呼吸: 回/分 SpO2: %	
備 考	命懸けする項目をチェックして、必要事項を記載してください。	

ウ 取組の効果と新たな課題

- (i) 転院搬送件数が減少し、救急出動件数に占める転院搬送割合も低下した。

図表 6-21 ガイドライン運用前と運用後の転院搬送件数及び割合



- (ii) 転院搬送引継書について、主観的な負担感が減ったとの意見が多くあげられた。

＜意見の一例＞

- ・ 転院搬送引継書は市のホームページから簡単にダウンロードできた。
- ・ これまで救急隊に口頭で申し送りをしていたが、転院搬送引継書を渡すことで申し送り時間が短くなった。
(立ち止まって話をするのがなくなった。)
- ・ 転院搬送引継書は、119 番通報して救急車が来るまでの間にかける簡単な内容のため、これを書くことに手を取られている感じはない。

(iii) 課題

- ・ 転院搬送引継書については、救急活動の更なる円滑化の観点から継続的見直しを続ける必要がある。
- ・ 圧倒的に上り搬送が多いが、他市に比べて高い転院搬送割合の妥当性については検証を深める必要がある。
- ・ 現在、市内の病院のみを対象としているが、運用の対象に診療所も含めることについて引き続き協議を行う。

エ その他

本事例は、第 27 回全国救急隊員シンポジウムでも報告した。その際、アドバイザー等から、本ガイドライン運用に関してスムーズな運用のためには、更なる関係機関の連携が必要であるとの指摘を受けた。本事例は、下関保健所が主体となっているが、消防局からの出向者が関わり、運用を行っている。今後、関係機関との更なる人事交流等を通じ、救急行政全般の質を向上する必要がある。

救急救命活動時のインシデント・アクシデントへの対応（指導救命士の活用）（甲府地区広域行政事務組合）

ア 取組概要

甲府地区広域行政事務組合では、救急隊員生涯教育として、平成 27 年に運用を開始した「救急技術指導者（指導救命士を含む。）」の運用を通じて、様々な観点から自立性、専門性、倫理性の高い救急隊員を育成するための取組を行っている。その一環として、平成 30 年度から以下の取組を開始した。

救急現場には、多くの落とし穴が潜んでいる。それを適時的確に察知し、その対応を進めていく中で、安全で安心して活動できる環境を確立することは各隊員を始め組織を守るためにも重要なものである。

重大な事案とは至らないヒヤリ・ハットは、重大な事故や障害を起こしていたかもしれないインシデント、実際に傷病者に損害を与えてしまったトラブルであるアクシデントについて、幅広く症例情報を収集・分析し、救急活動における事故の実態調査を行うとともに、今後の防止策を実行することにより類似事故を予防することが可能となるため、平成 30 年度から事例を収集し指導救命士を中心に研修会を通じ対策を講じることとした。

図表 6-22 インシデント・アクシデント記入用紙

[illegible]

イ 取組のねらい

- (i) 救急現場活動に必要な安全管理、観察、処置技術に関する評価方法を身に付けることを目的として実施し、以下の３点をポイントとして掲げている。
- ・危険予知能力を身に付ける
 - ・現場の安全管理について、事例に基づいた対応や指導ができる
 - ・観察と処置の評価ポイントについて指導できる

(ii) 具体例

- ・各種マニュアル（プロトコル・要領・ガイドライン等）の意義

水準の担保、適切な業務実施といった観点から「想定内」への適切な対処方法を定めたマニュアルは重要である。他方で、マニュアル化の限界を認識し、問題意識を持ち、「想定外」の数を極限まで減らすことも重要である。

- ・トラブル症例の分析方法

当消防本部の各救急隊員が経験した事象を様々な視点から分析し、結果から見出された対処方法を活用することにより、救急活動を中断することなく対応できるようになる。

- ・トラブル発生時の心理状況

想定外の事象に対応できるように、様々な取り組みにより、パニック等の心理状況に陥った際のリカバリー方法について、事前教育を行う必要がある。

- ・サマリー（活動要約）を用いた処置観察要領

的確な環境把握、観察、病態把握と、それに基づいた処置等の判断を日常的に行えるトレーニングの手法の一つとしてサマリーがある。

（iii）インシデント・アクシデント集計

署内の救急救命士に図表 6-22 に基づき事例を収集したところ、57 件の事例報告があった。（今年度は開始年度であるため、期間を定めず過去の事例を全般的に収集した）

図表 6-23 インシデント・アクシデント集計結果

気道管理	17 件
薬剤投与	4 件
静脈路確保	18 件
処置拡大	3 件
機器使用トラブル	7 件
危険予知不足	2 件
環境要因	2 件
その他	4 件
合計	57 件

ウ 取組の効果

平成 30 年 2 月、集約した事象に対し、指導救命士中心となり、研修会を実施し、多くの救急隊員が参加した。また、次年度からは定期的に事例を収集し、事故防止対策を図ることとしている。

図表 6-24 研修会の様子



4 まとめ（今後の方向性）

救急業務に関するフォローアップ調査として、今年度はアンケート調査及び 15 道府県（実施予定含む）に対し現地訪問を行った。

本調査は 3 カ年計画で実施しているため、来年度もこれまで実施していない団体についてフォローアップを継続していく。