

令和5年度
救急業務のあり方に関する検討会
報告書

令和6年3月
総務省消防庁

はじめに

令和4年中の救急自動車による救急出動件数は約723万件、救急搬送人員は約622万人となり、統計開始以来、過去最多となった。また、現場到着所要時間や病院収容所要時間は対前年比で延伸しており、個々の救急活動における負担は増大している現状がうかがえる。今後も、高齢化の進展等による救急需要の増加や、国民の救急業務に求めるニーズの多様化等により、救急隊の担う役割はより一層大きくなると考えられる。

このような中、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、「令和5年度の救急業務のあり方に関する検討会」では、①「マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討」、②「救急需要の適正化等に関する検討」の2つのテーマについて検討を行った。①では、救急隊が口頭聴取のみならず、マイナンバーカードを活用して、オンライン資格確認等システムから傷病者情報を正確かつ早期に把握することにより、救急活動の迅速化・円滑化を図る取組について、令和4年度の実証実験を踏まえ、救急業務にふさわしいシステムの具体的内容やその運用方針等について検討を行った。また、②では、救急搬送の実態も踏まえ、これまで消防庁が進めてきた緊急度判定体系の検討に引き続き、感染症拡大等による救急ひっ迫時に行う「119番通報時」及び「救急現場」における緊急度判定に焦点を当てて、課題を整理し対応策について検討を行った。

このほか、消防庁が実施した「救急業務に関するフォローアップ」の結果について報告を受け、検討した。

今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。

令和6年3月

令和5年度救急業務のあり方に関する検討会

座長 有賀 徹

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 マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討 | 11 |
| 1 背景・目的 | 11 |
| 2 今年度の検討 | 12 |
| 3 マイナンバーカードを活用した救急業務に関する動向 | 14 |
| 4 システム構築に向けた要件の整理 | 17 |
| 5 事業効果等の検証 | 25 |
| 6 今後の方向性 | 33 |
| 7 まとめ | 38 |
| | |
| 第2章 救急需要の適正化等に関する検討 | 39 |
| 1 背景・目的 | 39 |
| 2 緊急度判定体系の基本知識 | 40 |
| 3 令和5年度の検討方針 | 42 |
| 4 コロナ禍における救急搬送の実情及び課題 | 43 |
| 5 救急隊運用の事例紹介 | 53 |
| 6 今後さらに議論が必要な課題 | 58 |
| 7 まとめ | 62 |
| | |
| 第3章 救急業務に関するフォローアップ | 63 |
| 1 救急隊員の職務環境に関する調査・検討 | 63 |
| (1) 背景・目的等 | 63 |
| (2) 調査・検討の結果 | 67 |
| (3) まとめ（今後の方向性） | 82 |
| 2 救急業務全般に係るフォローアップ | 83 |
| (1) 背景・目的 | 83 |
| (2) アンケート調査結果 | 84 |
| (3) 個別訪問 | 108 |
| (4) 今年度のまとめ | 115 |
| (5) 4年間のまとめ | 115 |

| | |
|---------------------------------|-----|
| 第4章 救急隊における観察・処置 | 117 |
| 1 12誘導心電図の測定プロトコルに係る技術的提案 | 117 |
| (1) 背景・目的 | 117 |
| (2) 検討事項 | 117 |

＜本報告書記載のアンケート結果に関する集計上の留意点＞

- 1) 回答率（割合（％））は、小数点第2位を四捨五入して、小数点第1位までを表記したため、合計が100にならない場合がある。
- 2) 各グラフでは、複数回答形式の設問にのみ、「複数回答」と明記しており、回答形式が明記されていない設問は単数回答形式の設問となる。
- 3) 複数回答方式の設問では、回答率（割合（％））は回答者総数に対する回答数の割合を示しており、回答率の合計は100にならない。同様に回答数の合計は回答者総数とは一致しない。

目的・検討事項・概要

1 検討会設置の背景と目的

令和4年中の救急自動車による救急出動件数は722万9,572件(前年比103万5,991件増、16.7%増)、救急搬送人員は621万7,283人(前年比72万5,539人増、13.2%増)となり、前年と比較して増加した。また、病院収容所要時間(119番通報を受けてから医師に引き継ぐまでに要した時間)は、全国平均で47.2分(前年比4.4分増)となり、10年前と比べ、8.5分延伸している。

高齢化の進展等による救急需要の増加や、国民の救急業務に求めるニーズの多様化等への対応を踏まえ、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:有賀 徹 独立行政法人 労働者健康安全機構理事長)を設置し、計3回開催した。

令和5年度救急業務のあり方に関する検討会 検討事項

| 令和5年度 救急業務のあり方に関する検討会 検討事項 | |
|---|---|
| <p>1. マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討(WG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 救急業務において傷病者の「マイナ保険証」を活用し、救急隊員が「オンライン資格確認等システム」から傷病者の医療情報等を閲覧する仕組みを構築する。 ➢ 傷病者自身の情報伝達にかかる負担を軽減するとともに、救急隊員が正確に傷病者情報を把握することにより、救急業務の迅速化・円滑化を目指す。 ➢ 令和5年度は、令和4年度に行った実証実験に基づく課題等を踏まえ、救急隊が効果的に活用することが出来るよう、システムの具体的な要件や運用方針等について整理した。 <p><主な検討結果> 救急隊員が傷病者の医療情報等を閲覧する仕組みの骨子作成</p> | <p>2. 救急需要の適正化等に関する検討(WG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ コロナ禍において119番通報等が急増し、消防機関・医療機関等において救急搬送体制と受入体制がひっ迫した経験を踏まえ、病院前救護における緊急度判定の強化を見据えた検討が必要と考えられる。 ➢ 令和5年度は、救急搬送の実態も踏まえ、これまで消防庁が進めてきた緊急度判定体系の検討に引き続き、感染症拡大等による救急ひっ迫時に行う「119番通報時」及び「救急現場」における緊急度判定に焦点を当てて、課題を整理した。 ➢ 併せて、コロナ禍の経験を踏まえ、今後の救急需要の適正化等に関する課題についてもWGにおいて議論し、課題を整理した。 <p><主な検討結果> ・コロナ禍における救急搬送の実情及び課題の抽出 ・直ちに取り組める対策として、救急隊の運用事例を紹介 ・今後さらに議論が必要な課題の整理</p> |
| <p>3. 救急業務に関するフォローアップ調査</p> | |
| <p>(1) 救急隊員の職務環境に関する調査・検討(連絡会)</p> <p>救急出動件数が増加し、救急出動1件あたりの活動時間が延伸するなど、救急業務は厳しい状況に置かれている。救急業務の質を維持するため、全国の47消防本部の実務担当者で構成される連絡会を設置し、救急隊員の効果的な労務管理の方策等について調査・検討した。</p> <p><主な調査結果> 消防本部における先進的な取組事例等を取りまとめた。</p> | <p>(2) アンケート調査及び個別訪問(例年実施)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 都道府県及び消防本部、MC協議会を対象に、ICTの導入状況や過去に発出した通知の実施状況等についてアンケート調査を実施した。 ➢ 14府県41消防本部を個別訪問し、課題や先進的な取組についてヒアリングを行った。 <p><主な調査結果> 調査結果及び先進的な取組事例等を取りまとめた。</p> |

2 検討事項

本検討会では、以下の項目について検討及び取りまとめを行い、また消防庁における取組について報告を受けた。

(1) マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討

- ・背景・目的
- ・今年度の検討
- ・マイナンバーカードを活用した救急業務に関する動向
- ・システム構築に向けた要件の整理
- ・事業効果等の検証
- ・今後の方向性
- ・まとめ

(2) 救急需要の適正化等に関する検討

- ・背景・目的
- ・緊急度判定体系の基本知識
- ・令和5年度の検討方針
- ・コロナ禍における救急搬送の実情及び課題
- ・救急隊運用の事例紹介
- ・今後さらに議論が必要な課題
- ・まとめ

(3) 救急業務に関するフォローアップ（実施報告）

①救急隊員の職務環境に関する調査・検討

- ・背景・目的等
- ・調査・検討の結果
- ・まとめ（今後の方向性）

②救急業務全般に係るフォローアップ

- ・背景・目的
- ・アンケート調査結果
- ・個別訪問
- ・まとめ

(4) 救急隊における観察・処置

12 誘導心電図の測定プロトコルに係る技術的提案

- ・背景・目的
- ・検討事項

なお、上記の各項目に係る検討内容を踏まえ、全国の都道府県消防防災主管部局、都道府県衛生主管部局、消防本部、都道府県メディカルコントロール協議会（以下「都道府県 MC 協議会」という。）及び地域メディカルコントロール協議会（以下「地域 MC 協議会」という。）に対しアンケートによる実態調査を行った。

対象別「救急救命体制の整備・充実に関する調査」調査項目

| アンケート項目 | 都道府県 消防防災主管部局 | 都道府県 衛生主管部局 | 消防本部 |
|--------------------------|------------------|----------------|------|
| 救急安心センター事業（#7119）の普及促進 | ○ | ○ | ○ |
| 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準 | ○ | ○ | — |
| 転院搬送ガイドライン | ○ | ○ | — |
| ICT 関連 | ○ | — | ○ |
| 外国人対応関連 | ○ | — | ○ |
| メディカルコントロール体制の構築 | ○ | ○ | — |
| 衛生主管部局との連携 | ○ | — | — |
| 消防防災主管部局との連携 | — | ○ | — |
| 救急ワークステーション | — | — | ○ |
| 口頭指導・口頭指導の事後検証 | — | — | ○ |
| AED 関係 | — | — | ○ |
| 応急手当の普及啓発 | — | — | ○ |
| 緊急度判定体系の普及のための取組 | — | — | ○ |
| 脳卒中・循環器疾患に対する対応 | — | — | ○ |
| 救急資器材 | — | — | ○ |
| 感染症 | — | ○ | ○ |

対象別「メディカルコントロール体制等の実態に関する調査」調査項目

| アンケート項目 | 都道府県 MC 協議会 | 地域 MC 協議会 | 消防本部 |
|---------------------------|----------------|--------------|------|
| メディカルコントロール関係 | ○ | ○ | — |
| 事後検証 | ○ | ○ | — |
| 評価指標を用いた PDCA の取組 | ○ | ○ | — |
| 指導救命士 | ○ | ○ | ○ |
| 救急救命士の再教育 | ○ | ○ | ○ |
| 通信指令員等への救急に係る教育・研修 | — | ○ | ○ |
| 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 | ○ | ○ | ○ |

3 各検討事項の概要

(1) 《マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討（第1章）》

現状の救急活動における傷病者の情報聴取は、主に口頭にて行われているが、医療機関選定に必要な既往歴や受診した医療機関名などの情報を、症状に苦しむ傷病者本人から聴取せざるを得ないことも多い。また、傷病者本人が既往歴や受診した医療機関名等を失念していることや、家族等の関係者が傷病者の情報を把握していないこともあり、救急隊が傷病者の医療情報等を正確かつ早期に把握するにあたり、課題となっている。

一方で、令和3年10月よりマイナンバーカードを健康保険証として利用することを可能とする「オンライン資格確認」の本格運用が開始され、令和5年4月より原則導入が義務化されるなど、全国の医療機関等においては、オンライン資格確認等システムを活用して、レセプト情報に基づく患者の医療情報等を医師等が閲覧できる仕組みが構築されている。

こうした状況を踏まえ、救急現場においても、救急隊が傷病者のマイナンバーカードを活用し、オンライン資格確認等システムから傷病者の医療情報等を正確かつ早期に把握することで、救急業務の迅速化や円滑化に資すると考えられることから、令和4年度においては、消防本部等の協力を得て実証実験を行い、その結果から得られる効果等について検証し、将来的な本格運用を見据えて課題等を整理してきたところである。

このことから、令和5年度は、マイナンバーカードを活用した救急業務のシステム構築に係る課題等の解決に向けた検討を行い、救急隊が救急現場で効果的に活用することができるよう、システムの具体的な要件や運用方針等について整理することとした。

(2) 《救急需要の適正化等に関する検討（第2章）》

高齢化等に伴う救急需要は増大の一途を辿る中、医療機関の受入体制も厳しい状況になり、入院患者の急性期以降の医療提供等を担う施設への転院及び退院（いわゆる医療の「出口問題」）についても解決すべき課題があることが示唆される。

こうした社会背景がある中、総務省消防庁では平成17年度に「救急需要対策に関する検討会」を立ち上げ、救急需要対策について包括的な議論を開始した。新たな視点に立った対策の一つに提言された「緊急度判定体系」は、緊急性の高い傷病者を確実に選定し、直ちに適切な医療機関へ搬送することを目的として構築が進み、適切な社会的サービス等に振り分ける機能も期待されるものである。さらに、救急安心センター事業（#7119）の全国展開、救急車利用マニュアルの作成等により救急車の適時・適切な利用（適正利用）も推進されてきた。

しかし、新型コロナウイルス感染症の流行では、消防機関、医療機関、保健所等の関係機関を含めて業務はひっ迫し、特に、本来は救急以外の社会資源による

対応が望ましい軽症の新型コロナ陽性者や低緊急・非緊急の傷病者による 119 番通報が急増した。低緊急・非緊急まで確実に選定する体制、低緊急・非緊急に対する救急搬送以外の選択肢が不十分であることが全国的な実情として明らかとなるとともに、消防以外の社会資源（電話相談窓口、代替移動手段、関係機関との連携等）も充実させる必要性がこれまで以上に高まっている。

以上の問題意識を踏まえ、救急需要の適正化等に関する検討にあたっては、救急需要の抑制策、搬送手段及び受入医療機関の体制強化、これらを繋ぐ緊急度判定によるトリアージの体制強化、さらには国民理解の促進など社会基盤の整備について、総合的に検討する必要がある。

その足掛かりとして、まずは本年度、新型コロナウイルスの感染拡大による救急ひっ迫時に行われた対応に焦点を当てて検討を行った。

（3）《救急業務に関するフォローアップ（第3章）》

① 救急隊員の職務環境に関する調査・検討

「平成 29 年度救急業務のあり方に関する検討会」において、救急隊員の適正な労務管理方策について検討を行い、「救急隊員の適正な労務管理の推進について（通知）」（平成 30 年 3 月 30 日付け消防救第 56 号消防庁救急企画室長通知）（以下「平成 30 年消防庁通知」という。）を発出した。

救急出動件数が増加し、救急出動 1 件あたりの活動時間が延伸するなど、救急業務は厳しい状況に置かれている。

こうした中、今後も高齢化の進展、気候変動、感染症の流行等により、救急需要の増大及び多様化が懸念されるため、救急業務の質の維持等の観点から、救急隊員の職務環境の一層の整備が重要となっている。

そこで、救急業務に関するフォローアップの一環として、救急隊員の職務環境に関する調査・検討を実施するため、各都道府県から 1 消防本部ずつ（計 47 消防本部）の実務担当者を集めた連絡会を設置し、アンケート調査及び対面会議による意見交換等を行った。

② 救急業務全般に係るフォローアップ

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たことから、平成 29 年度から救急業務に関するフォローアップを開始し、3 年をかけて全国 47 都道府県を一巡した。

その上で、「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会」における提言を踏まえ、更なるステップとして、各地域の課題への対応策について継続したサポートが必要であり、また、各消防本部における課題や先進事例を共有することにより、諸課題を解決するための施策につながるヒントが得られ、全国的な救急業務のより一層のレベルアップを図ることができると思われる。そこで、こ

のことを目的として、令和2年度から4年をかけて、全国47都道府県のフォローアップを実施することとした。

今年度の個別訪問は、14府県41消防本部での実施となり、それぞれ一定の成果をあげることができた。次年度以降も、本事業の目的を達成すべく引き続きフォローアップを実施していく。

(4) ≪救急隊における観察・処置(第4章)≫

令和元年度、日本循環器学会より、救急業務において心臓病が疑われる傷病者に対する身体観察、12誘導心電図を測定することが望ましい対象、メディカルコントロール体制等について提案され、「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会」において検討を行い、全国消防本部へ通知を発出した。

令和4年度、日本循環器学会及び日本臨床救急医学会より、救急業務において既に12誘導心電図の測定ができる場合の、その測定の対象や手順、留意事項等について、従来のもよりも一層、具体的に救急現場の実情に配慮して整理したものとして、消防庁に対して提案がなされた。

令和5年度は、技術的内容について、全国消防本部へ周知するにあたっての検討を行った。

4 委員名簿、開催経緯

(1) 救急業務のあり方に関する検討会

① 委員名簿

(五十音順) ◎印は座長

- 浅 利 靖 (北里大学医学部長)
- ◎有 賀 徹 (独立行政法人 労働者健康安全機構理事長)
- 岩 田 太 (神奈川大学法学部教授)
- 織 田 順 (大阪大学大学院医学系研究科救急医学教授)
- 門 倉 徹 (東京消防庁救急部長)
- 坂 本 哲 也 (公立昭和病院院長)
- 嶋 津 岳 士 (地方独立行政法人 大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター総長)
- 鈴 木 知 基 (高知県危機管理部消防政策課課長)
- 田 邊 晴 山 (救急救命東京研修所教授)
- 津 田 裕 士 (高槻市消防本部救急課長)
- 土 井 研 人 (東京大学大学院医学系研究科救急集中治療医学教授)
- 戸 部 豊 (札幌市消防局警防部救急担当部長)
- 野 村 さちい (一般社団法人「つながる ひろがる 子どもの救急」代表理事)
- 細 川 秀 一 (公益社団法人 日本医師会常任理事)
- 間 藤 卓 (自治医科大学救急医学講座教授)
- 山 口 芳 裕 (杏林大学医学部救急医学教授)
- 山 下 伸 也 (大阪市消防局救急部長)
- 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 (日本体育大学大学院保健医療学研究科長、同教授)

(オブザーバー)

佐々木 孝 治 (厚生労働省医政局地域医療計画課長)

② 開催経緯

| 回数 | 開催日 | 主な議題 |
|-----|--------------|------------------------|
| 第1回 | 令和5年7月3日(月) | ・今年度の検討の進め方 |
| 第2回 | 令和5年12月1日(金) | ・今年度の検討状況(中間報告) |
| 第3回 | 令和6年2月20日(火) | ・救急業務のあり方に関する検討会報告書(案) |

(2) マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討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

- 岩 田 太 (神奈川県大学法学部教授)
大 川 孝 之 (長岡市消防本部警防課長)
織 田 順 (大阪大学大学院医学系研究科救急医学教授)
小 尾 高 史 (国立大学法人東京工業大学科学技術創成研究院准教授)
金 井 彩 子 (大阪市消防局救急部救急課長)
庄 司 隆 広 (札幌市消防局警防部救急課長)
坪 井 忠 美 (埼玉東部消防組合消防局救急課長)
徳 重 雄 一 (都城市消防局警防救急課長)
○間 藤 卓 (自治医科大学救急医学講座教授)
山 口 達 也 (加賀市消防本部警防課長)
横 堀 将 司 (日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野教授)
吉 田 剛 (姫路市消防局救急課長)

(オブザーバー)

- 今 井 秀 紀 (社会保険診療報酬支払基金情報化専門役)
上 田 尚 弘 (デジタル庁国民向けサービスグループ参事官)
久保田 勝 明 (総務省消防庁消防研究センター特殊災害研究室長)
小 牧 兼太郎 (総務省自治行政局住民制度課マイナンバー制度支援室長)
田 中 彰 子 (厚生労働省医政局参事官(特定医薬品開発支援・医療情報担当))
中 園 和 貴 (厚生労働省保険局医療介護連携政策課保険データ企画室長)

② 開催経緯

| 回数 | 開催日 | 主な議題 |
|-----|--------------|---|
| 第1回 | 令和5年7月26日(水) | ・本年度の検討の進め方 ・システムの要件等について |
| 第2回 | 令和6年1月31日(水) | ・本年度の検討結果の報告 ・システムの要件等の整理 ・システム構築に向けた今後の方向性 |

(3) 救急需要の適正化等に関する検討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

- 岩田 太 (神奈川県大学法学部教授)
- 小倉 憲一 (富山県中部厚生センター所長)
- 金井 彩子 (大阪市消防局救急部救急課長)
- 河野 宏紀 (横浜市消防局警防部司令課長)
- 川原 省太 (東京消防庁参事兼救急管理課長)
- 木村 昭夫 (国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院救命救急センター長)
- 小谷 聡司 (国立病院機構本部 DMAT 事務局新興感染症対策課長)
- 坂本 哲也 (公立昭和病院長)
- 庄司 隆広 (札幌市消防局警防部救急課長)
- 鈴木 知基 (高知県危機管理部消防政策課長)
- 土井 研人 (東京大学大学院医学系研究科救急集中治療医学教授)
- 西塚 至 (東京都保健医療局医療改革推進担当部長)
- 細川 秀一 (公益社団法人 日本医師会常任理事)
- 森村 尚登 (帝京大学医学部救急医学講座主任教授)

(オブザーバー)

- 久保田 勝明 (総務省消防庁消防研究センター特殊災害研究室長)
- 森 恩 (厚生労働省医政局地域医療計画課災害等緊急時医療・周産期医療等対策室長)

② 開催経緯

| 回数 | 開催日 | 主な議題 |
|-----|---------------|--|
| 第1回 | 令和5年8月28日(月) | <ul style="list-style-type: none"> 救急需要対策と緊急度判定の検討経緯、検討方針の共有 救急ひっ迫状況等の実態整理 コロナ禍における緊急度判定の実施状況、運用事例の紹介 第8次医療計画の改正概要 |
| 第2回 | 令和5年10月30日(月) | <ul style="list-style-type: none"> 消防本部における実態調査に係る結果 緊急度判定の運用方法の改善、周辺課題等の検討 |
| 第3回 | 令和5年12月25日(月) | <ul style="list-style-type: none"> 消防本部における実態調査に係る結果 緊急度判定の運用方法の改善、周辺課題等の検討 |
| 第4回 | 令和6年1月29日(月) | <ul style="list-style-type: none"> WGの検討のまとめ(運用方法の改善策等や、次年度へ向けた周辺課題の検討方針) |

第1章

マイナンバーカードを活用した救急業務の 全国展開に係る検討

第1章 マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討

1 背景・目的

「令和5年版 救急・救助の現況」によると、令和4年中の救急出動件数は722万9,572件であり、前年と比べ103万5,991件増加し、集計開始以来、過去最多となった。また、病院収容時間は全国平均約47.2分であり、前年と比べ4.4分延伸している。今後も、高齢化の進展等による救急需要の増加や、国民の救急業務に求めるニーズの多様化等により、救急隊の担う役割はより一層大きくなると考えられ、より効率的な救急活動の実施が求められている。

現状の救急活動における傷病者の情報聴取は、主に口頭にて行われているが、医療機関選定に必要な既往歴や受診した医療機関名などの情報を、症状に苦しむ傷病者本人から聴取せざるを得ないことも多い。また、傷病者本人が既往歴や受診した医療機関名等を失念していることや、家族等の関係者が傷病者の情報を把握していないこともあり、救急隊が傷病者の医療情報等を正確かつ早期に把握するにあたり、課題となっている。

一方で、令和3年10月よりマイナンバーカードを健康保険証として利用することを可能とする「オンライン資格確認」の本格運用が開始され、令和5年4月より原則導入が義務化されるなど、全国の医療機関等においては、オンライン資格確認等システムを活用して、レセプト情報に基づく患者の医療情報等を医師等が閲覧できる仕組みが構築されている。

こうした状況を踏まえ、救急現場においても、救急隊が傷病者のマイナンバーカードを活用し、オンライン資格確認等システムから傷病者の医療情報等を正確かつ早期に把握することで、救急業務の迅速化や円滑化に資すると考えられることから、令和4年度においては、消防本部等の協力を得て実証実験を行い、その結果から得られる効果等について検証し、将来的な本格運用を見据えて課題等を整理してきたところである。

このことから、令和5年度は、マイナンバーカードを活用した救急業務のシステム構築に係る課題等の解決に向けた検討を行い、救急隊が救急現場で効果的に活用することができるよう、システムの具体的な要件や運用方針等について整理した。

2 今年度の検討

(1) ワーキンググループの設置

救急業務において救急隊が傷病者のマイナンバーカードを活用し、救急隊の専用端末などを用いて、「オンライン資格確認等システム」から傷病者の医療情報等閲覧することで、より迅速・円滑な救急活動が全国で可能となる環境を整備するため、システム構築に向けた検討を行う必要があることから、令和4年度に引き続き、ワーキンググループを設置することとした。

本ワーキンググループの構成は、主に救急医療、マイナンバー制度、法律分野の学識経験者、令和4年度の実証実験実施消防本部を委員とし、厚生労働省、社会保険診療報酬支払基金、デジタル庁、総務省等の関係機関がオブザーバーとして参加した（図表1-1）。

図表1-1 ワーキンググループの設置

| マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討ワーキンググループ | |
|---------------------------------------|---|
| 開催日時 | 第1回 令和5年7月26日（水） 第2回 令和6年1月31日（水） |
| 検討項目 | ①システム構築に係る要件等の整理 ・システム基盤 ・閲覧権限の付与 ・同意取得 ・ログ管理 ・アカウント管理者の単位 ・救急隊の閲覧用端末 ・カードリーダー ・閲覧プロセスと画面設計 ・閲覧する医療情報等 ②事業効果等の検証について ・アンケート調査（全国の消防本部） ・ヒアリング調査（令和4年度実証実験実施消防本部） ③対応方針（案）について ・セキュリティ対策 ・運用課題等 |

(2) 調査研究の実施

令和4年度の実証実験の結果、救急隊がマイナンバーカードを活用し、傷病者の医療情報等閲覧することは、特に高齢者、聴覚等の障がいのある人、認知症、意思疎通困難者等の情報提供に困難を伴う傷病者への対応において、傷病者の負担軽減、正確な情報取得、傷病者の病態把握などの観点から一定の効果を確認することができた。一方で、マイナンバーカードを活用して情報を確認した事案に

における平均の現場滞在時間が、通常の救急活動における現場滞在時間に比べて延伸しており、運用方法等の改善や機器の改良等を行う必要があること、実証実験では傷病者の同意を得た上で医療情報等を閲覧することとしていたが、情報提供が困難な意識のない傷病者にも、本事業の有用性が高いと考えられるため、傷病者本人の同意を不要とすることができないか検討する必要があることなどの課題が提起された。

以上を踏まえ、これらの諸課題を解決し、早期の全国展開を目指すため、令和5年度はマイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化に向けたシステム構築に係る調査研究を実施することとした。

3 マイナンバーカードを活用した救急業務に関する動向

(1) 政府の方針

骨太の方針 2023 では、デジタル社会のパスポートとしてのマイナンバーカードについて、政府が一丸となって制度の安全と信頼の確保に努めるとともに、ほぼ全国民に行きわたりつつある状況を踏まえ、今後は官民様々な領域での利活用シーンの拡大など、マイナンバーカードの利便性・機能向上、円滑に取得できる環境の整備に取り組むこととされている。また、重点計画等（※）では、「マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化について、令和4年度（2022年度）の実証実験結果を踏まえ、令和6年度（2024年度）末までを目途に全国展開を目指す。」こととしている。

- ※ 「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（令和5年6月9日閣議決定）
- 「統合イノベーション戦略」（令和5年6月9日閣議決定）
- 「医療DXの推進に関する工程表」（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）

(2) マイナンバー情報総点検

政府は、マイナンバーの紐付けに誤りのある事案が複数発生していることを踏まえ、デジタル庁を中心として、関係府省と連携して政府全体で総点検と発生防止を強力に推進するため、令和5年6月21日にマイナンバー情報総点検本部を設置した。令和6年1月16日に第6回が開催され、本人確認作業及び全てのデータの点検が終了したこと、紐付け誤りの主な原因やその再発防止策についての報告がなされた。

(3) マイナンバーカードの普及状況

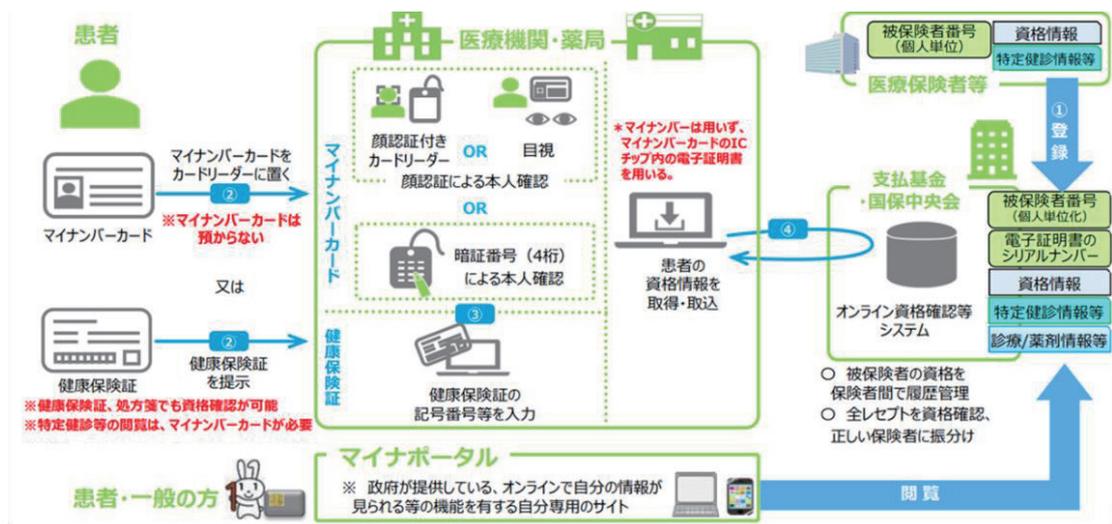
マイナンバーカードの交付枚数は令和6年1月末時点で約9,765万枚、健康保険証としての利用登録数は約7,206万枚となっており、令和4年度実証実験時と比べると交付枚数は約1.5倍、健康保険証としての利用登録数は約2.5倍となっている。

(4) オンライン資格確認等システム

オンライン資格確認等システムとは、マイナンバーカードの IC チップまたは健康保険証の記号番号等により、本人から同意を取得した上で、患者が加入している健康保険の資格情報、診療・薬剤情報、特定健診等情報を医療機関・薬局で確認することが可能なシステムである。通常時において、医療情報を確認するためには、本人がマイナンバーカードによる本人確認を行った上で同意した場合に限られるが、災害時においては、特別措置として、マイナンバーカードによる本人確認ができなくても、医療情報の確認が可能である（マイナンバーカードを持参していない場合でも、氏名、生年月日、性別、住所等で本人確認を行うことで参照可能となる。）。

なお、現状においては、オンライン資格確認及び医療情報等の確認サービス利用者は本サービスの提供を受ける医療機関等に限定されており、消防機関は含まれていない（図表 1-2）。

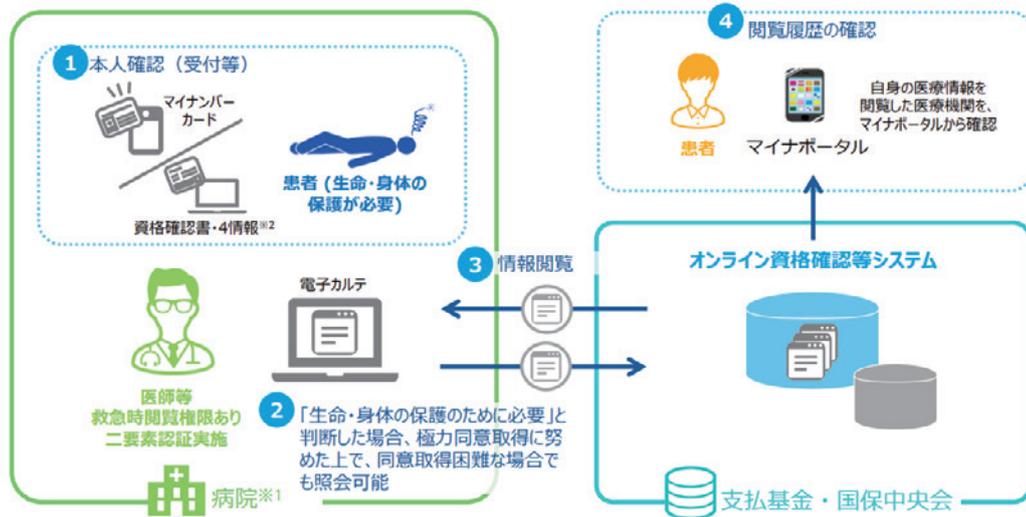
図表 1-2 オンライン資格確認等システムの概要



(5) 厚生労働省の取組 救急時医療情報閲覧

厚生労働省では、病院において、患者の生命・身体の保護のために必要な場合、マイナンバーカード又は4情報（名前、生年月日、性別、住所等）による検索により本人確認を行うことによって、患者の同意取得が困難な場合でも、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧できる救急時医療情報閲覧を検討している。この救急時医療情報閲覧では、現行のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療・薬剤情報等に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された救急用サマリーの閲覧が可能となるため、救急時において、意識障害等の同意取得困難な患者に対しても、薬剤情報や手術情報等のレセプトに基づく医療情報を閲覧し、迅速かつ適切な検査・治療等に活用できるというもので、令和6年10月の運用開始が予定されている（図表1-3、図表1-4）。

図表 1-3 救急時医療情報閲覧



図表 1-4 救急用サマリー

救急時医療情報閲覧機能で閲覧できる情報

既存のオンライン資格確認等システムで閲覧可能

特定健診 診療/薬剤 電子処方箋 **救急用サマリー**

救急用サマリーの項目・期間

| 項目 | 期間 | 参考：通常表示における期間 |
|-------------|----------|---------------|
| 受診歴 | 3か月 | 5年 |
| 電子処方箋情報（※2） | 45日 | 100日 |
| 薬剤情報（※1） | 3か月 | 5年 |
| 手術情報 | 5年 | 5年 |
| 診療情報（※1） | 3か月 | 5年 |
| 透折情報 | 3か月 | 5年 |
| 健診情報（※1） | 健診実施日を表示 | 5年 |

※1：薬剤情報については令和3年9月診療分のレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、診療情報については令和4年6月以降に提出されたレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、特定健診情報については令和2年度以降に実施し順次登録された情報が閲覧可能。
 ※2：電子処方箋情報については、既に電子処方箋管理サービスを導入済みの医療機関等で登録された情報が閲覧可能。（救急用サマリーでは電子処方箋管理サービスに登録された情報のうち薬剤情報のみ閲覧可能）

救急用サマリーの表示イメージ（PDF）

救急用 診療/薬剤情報一覧 作成日：2022年8月26日 1 / 1ページ

氏名: 1914 101 保険者番号: 12345678
 氏名: 伊藤 太郎 被保険者証番号: 1234567
 生年月日: 1962年01月21日 性別: 男 年齢: 60歳 種別: 00

【受診歴】 ※請求は請求日(2000年1月1日～2000年12月31日)までの範囲を表示

【調剤結果情報】 ※請求は請求日(2000年1月1日～2000年12月31日)までの範囲を表示

【レセプトに基づく薬剤実績】 ※請求は請求日(2000年1月1日～2000年12月31日)までの範囲を表示

【注意事項】
 *1 医薬品の承認、入局(承認)取得済みの「医薬品」とは入局及び承認(調剤)以外で調剤された医薬品を指します。
 *2 調剤済みの承認、入局(承認)取得済みの「医薬品」とは入局及び承認(調剤)以外で調剤された医薬品を指します。
 *3 調剤済みの承認、入局(承認)取得済みの「医薬品」とは入局及び承認(調剤)以外で調剤された医薬品を指します。

救急用 ※データ表示期間を限定

4 システム構築に向けた要件の整理

「救急隊員が傷病者の医療情報等を閲覧する仕組みの骨子」

令和5年度は、厚生労働省や社会保険診療報酬支払基金等の関係機関とシステムの要件等について協議を重ねてきた。その結果、一定の要件について方向性が定まったため、「救急隊員が傷病者の医療情報等を閲覧する仕組みの骨子」を作成し、基本的事項について整理した（図表1-5）。なお、各要件の検討経過については後述する。

図表1-5 救急隊員が傷病者の医療情報等を閲覧する仕組みの骨子

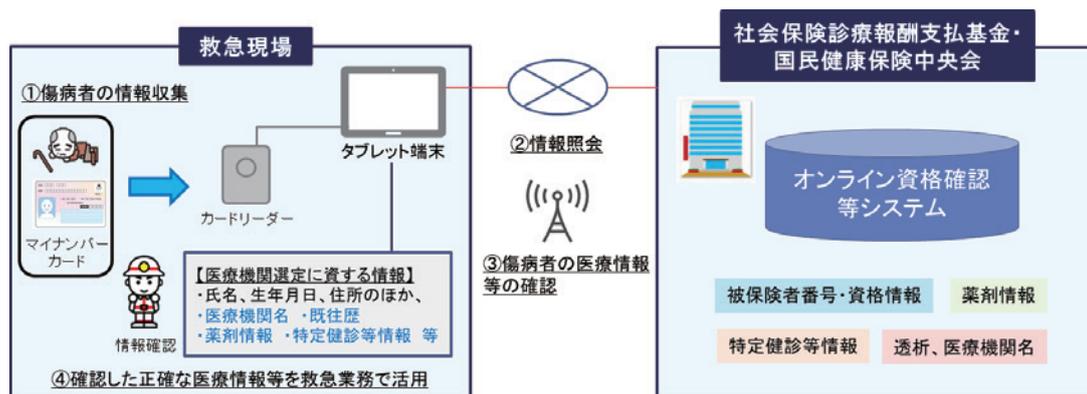
| 「救急隊員が傷病者の医療情報等を閲覧する仕組みの骨子」 | |
|-----------------------------|---|
| 1 背景 | 救急出動件数、救急搬送人員は、一貫して増加傾向にあり、令和2年にコロナウイルス感染症の影響による不要不急の外出の自粛などにより、一旦減少したものの、令和3年以降は再び増加に転じ、令和4年には、約723万件、約622万人と集計開始以来、過去最多となった。 今後も搬送率が高い高齢者の人口が増加する見込みであることに加え、救急需要が多様化していることから、傷病者本人及び救急隊員の負担を極力抑えながら、医療機関との更なる連携強化を図る必要がある。 |
| 2 目的 | このため、救急業務において傷病者の健康保険証利用登録済マイナンバーカード（いわゆる「マイナ保険証」）を活用し、オンライン資格確認等システムから救急隊員が傷病者の医療情報等を閲覧する仕組みを構築することで、傷病者自身の情報伝達にかかる負担を軽減するとともに、救急隊員が正確に傷病者情報を把握することにより搬送先医療機関の選定を行うことで、救急業務の迅速化・円滑化を目指す。 |
| 3 基本的事項 | (1) システム基盤に関する事項 医療機関・薬局で確立されているオンライン資格確認等システムを活用し、救急隊員が傷病者の医療情報等を閲覧する仕組みとする。 (2) 医療情報等閲覧に関する事項 生命・身体の保護のため、緊急に搬送する必要がある傷病者を医療機関に搬送するという救急業務に鑑み、医療機関・薬局における運用と比較しながら、傷病者自身の情報伝達にかかる負担を軽減しつつ、救急隊員が迅速に閲覧できる仕組みとする。 ・閲覧対象者は、マイナ保険証を所持している傷病者とする。 ・閲覧できる者は、予め消防本部によって指定された救急隊員とする。 ・閲覧する情報は、救急時医療情報（救急用サマリー）及び全量版（通常版の全情報）とする。 ・閲覧にあたっては、視認性が高い画面設計とし、画面遷移数を少なくするなど簡易的な手順とする。 ・閲覧にあたっては、傷病者本人からの同意を前提とするが、口頭同意を可能とし、意識不明等のため同意を得ることが困難である場合に限り、本人の同意なしで閲覧する運用とする。 (3) セキュリティに関する事項 救急隊員が要配慮個人情報である医療情報等を閲覧することに鑑み、適切なセキュリティ対策を講じた仕組みとする。 (4) 国民への広報・周知に関する事項 実施にあたっては、マイナ保険証を所持している国民の協力が必要不可欠であることから、救急業務において傷病者のマイナ保険証を活用することについて、その必要性や目的を国民に対してわかりやすい形で広報・周知する。 |

(1) システム基盤

救急業務で医療情報等の閲覧を行う基盤として、既存システムの活用という観点も踏まえ検討を行ったところ、オンライン資格確認等システムの活用と比較して、地域医療情報連携ネットワークや新規基盤を構築する場合は、有用性や利便性が低くなると想定されることから、システム基盤はオンライン資格確認等システムを活用することとした。

オンライン資格確認等システムに接続して、傷病者の資格確認や医療情報等を閲覧するアプリ（以下「オン資（Web画面）」という。）については、社会保険診療報酬支払基金が提供している。救急隊が救急現場でオンライン資格確認等システムに接続する方法としては、当該アプリの機能を改修して、救急隊用の閲覧画面を作成する方針とした（図表1-6）。

図表 1-6 システム基盤



(2) 閲覧権限

① 実施機関

現行のオンライン資格確認等システムの利用規約では、サービス利用者を地方厚生局長又は地方厚生支局長の指定を受けた病院、診療所及び薬局に限定しているため、救急業務でオンライン資格確認等システムを利用するためには、利用規約の記載を見直す必要がある。

医療行為等に活用することを目的として医療情報等を提供しているオンライン資格確認等システムの利用規約に鑑みると、傷病者を適切な医療機関に搬送することを目的として、救急隊が当該システムから傷病者の医療情報等を閲覧することは妥当性があり、消防本部をサービス利用者とするのは、オンライン資格確認等システムの利用目的に反しないと考えられる。

② 利用者

医療情報システムの安全管理に関するガイドラインでは、「医療情報システムの利用に際して、情報の種別、重要性と利用形態に応じて、組織における利用者や利用者グループごとに利用権限を規定する必要があり、ここで重要なことは、付与する利用権限を必要最小限にすること。」とされている。

これに基づき、現行のオンライン資格確認等システムでは、安全に閲覧するための仕組みとして、資格者等による閲覧・取得の規約を設けている。具体的には、医師、歯科医師、薬剤師その他の機関の長によって閲覧権限を付与された者に限定している。令和4年度の実証実験においては、相当の資格職として、利用者を救急救命士に制限して行ったところであるが、実施後のアンケートの結果、消防本部からは「救急救命士を含む救急隊員」に閲覧権限を付与して欲しいとの意見があり、検討を行った。

救急業務に従事する救急隊員については、消防法施行令第44条第5項、消防法施行規則第51条及び第51条の2において、救急業務に関する講習で、総務省令で定めるものの課程（消防学校の救急科250時間以上）を修了した者のほか、修了者と同等以上の学識経験を有する者として、医師、看護師や救急救命

士等に該当する消防吏員と規定されている。また、救急科で行う講習には、救急隊員が行う観察の一部として、既往症等の情報聴取に係る内容が含まれている。つまり、救急隊員についても、「救急業務に関する講習で、総務省令で定めるものの課程を修了した者」という法令に定める一定の条件を満たした者であり、有資格者に閲覧権限を制限し、トラブルの発生を未然に防止する、という趣旨はクリアできるものと考えられる。

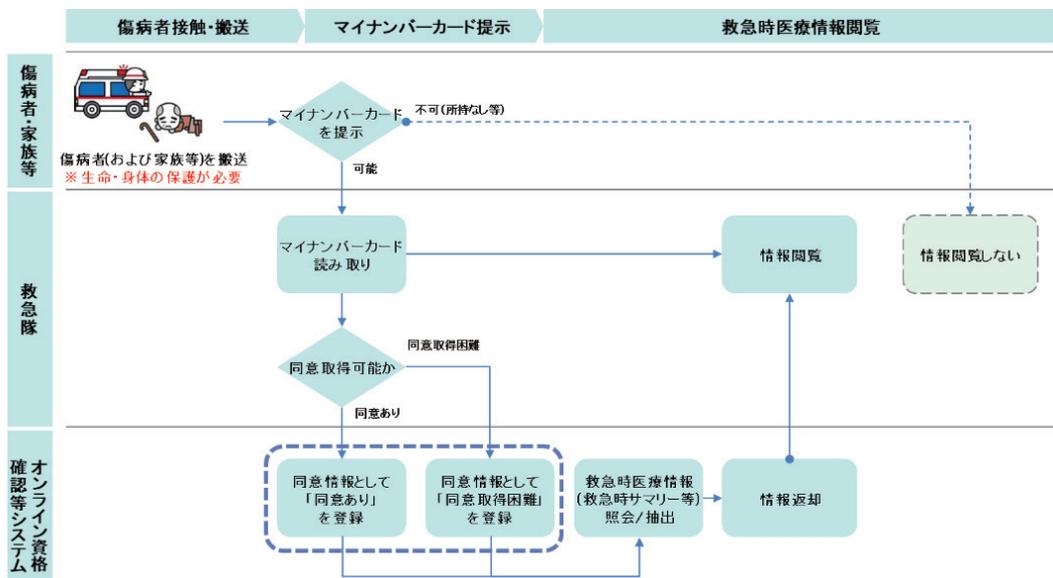
また、救急活動においては救急隊長が中心となり、救急隊員3名が連携して活動しているが、必ずしも救急隊長が救急救命士という訳ではない。傷病者の情報収集についても必ず救急救命士が行う訳ではなく、救急隊員が相互に連携し、傷病者の医療情報等を共有しながら、傷病者の観察、処置、医療機関選定等に対応している。このことから、救急活動においては、救急隊員全員が医療情報等を閲覧できることが望ましく、「救急救命士を含む救急隊員」に閲覧権限を付与する方針とした。

(3) 同意取得

令和4年度の実証実験においては、マイナンバーカードを活用して医療情報等を閲覧する対象は、同意が得られる傷病者に限定していた。しかし、実証実験後の消防本部及び医療機関に対するアンケートにおいて、同意を取得することが困難な意識のない傷病者に対してこそ、本事業の有用性は高いとの意見が多かったため、同意取得が困難な場合の運用について検討を行った。また、同意の取得方法については書面等による同意としていたが、傷病者にとって負担となることから、口頭による同意取得が可能かについても検討を行った。

その結果、救急活動においては、原則として同意が得られた場合に閲覧することとするが、口頭同意を可能とし、意識のない傷病者など、同意取得が困難な場合においても、本人同意なしで閲覧するものとする方針で整理した(図表1-7)。

図表1-7 同意取得に係るフロー



(4) ログ管理

医療情報システムの安全管理に関するガイドラインでは、利用者の識別・認証について、医療情報システムへのアクセスを正当な利用者のみ限定するために、医療情報システムは利用者の識別・認証を行う機能を持たなければならないとされている。

オンライン資格確認等システムは、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠するにあたり、不正アクセス等に対する技術的な安全対策として、利用者の利用状況（利用日時等）のログを管理している。消防本部においても、このシステム側のログ管理に加え、オン資（Web 画面）の管理アカウント機能として搭載されているログ管理機能を活用し、ログ管理を行う方針とした。

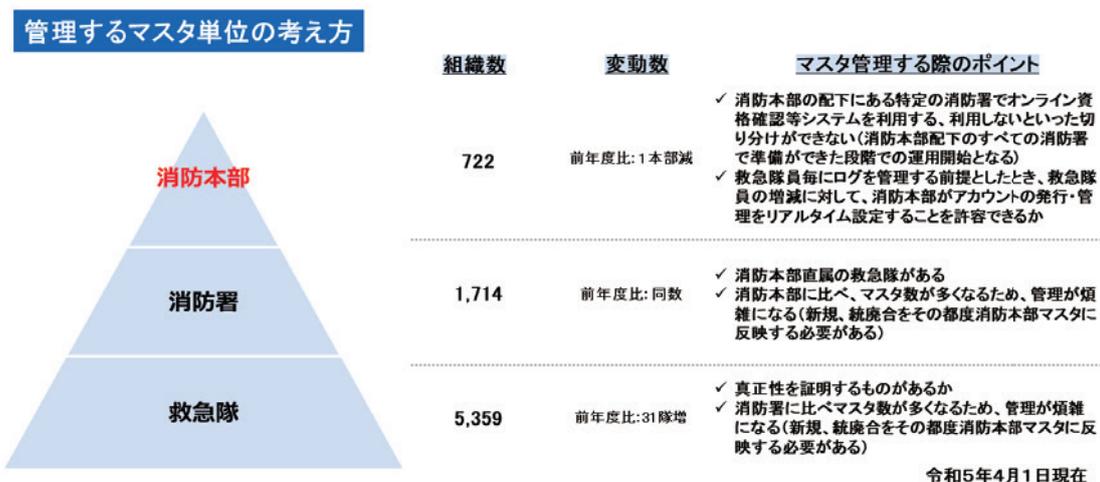
なお、医療情報システムの安全を確保するためには、技術的な対策のみで全ての脅威に対抗することは困難であり、組織的な運用による対策を総合的に組み合わせる必要がある。救急活動においては、各消防本部の規程等に基づく救急活動記録等により、運用的な対策を併せて講じる必要がある。

(5) アカウント管理者の単位

オンライン資格確認等システム利用規約では、アカウント管理について、自らの管理責任により、本システム用マスタアカウント、本システム用アカウント及び本システム用電子証明書を不正使用されないよう管理することとされている。

システムを管理する単位は、有事の制御、調査、責任分界としてガバナンスが効く組織単位での管理が望ましいことから、救急隊員が閲覧するシステムのアカウント管理については、消防本部ごとにマスタアカウントを発行することとし、利用者ごとにアカウントを設定することで、利用者のアクセス状況を管理する方針とした（図表 1－8）。

図表 1－8 アカウント管理者の単位



(6) 救急隊閲覧用端末

オンライン資格確認等システムから傷病者の医療情報等を閲覧するに際し、オン資（Web 画面）を改修して活用する場合、オン資（Web 画面）を利用できる OS が限定的となっているため、各消防本部が本システムを導入するにあたり、新規端末の配備が必要となる。一方で、推奨 OS であればサポート対象となるため、端末のセキュリティパッチの適応や、アプリケーションソフトの更新等は医療保険情報提供等実施機関にて実施されるため、セキュリティ面での利点は大きい。要配慮個人情報である傷病者の医療情報等を扱う本システムにおいては、セキュリティ対策は非常に重要な観点であることから、救急隊閲覧用端末については、オン資（Web 画面）を利用できる OS が搭載されているタブレット端末とする方針とした。

なお、オンライン資格確認等システムを現状利用できる実施機関は医療機関等に限定されていることから、現在の閲覧用端末の仕様はノート PC 及びデスクトップ PC を想定したものとなっている。救急隊がオン資（Web 画面）を活用してオンライン資格確認等システムから傷病者の医療情報等を閲覧するにあたっては、タブレット端末を使用することとなるため、屋外において、タブレット端末で医療情報等を閲覧する場合の課題等は、今後も継続して検討する必要がある。

(7) カードリーダー

令和 4 年度の実証実験は、汎用カードリーダー及び顔認証付カードリーダーを用いて行った。各カードリーダーの本人確認方法等については図表 1-10 のとおりである。実証実験実施後に各消防本部へのヒアリング調査を実施した結果、参加した全ての消防本部において汎用カードリーダーの方が利用しやすいとの意見があった。理由として、顔認証付カードリーダーと違い、電源供給の必要が無いため屋外での使用も可能なこと、救急隊員がマイナンバーカードの券面写真と顔が一致していることを目視で確認するため、傷病者の操作が不要であり、傷病者の負担軽減に繋がることなどであった。

一方で、同意取得に関しては、汎用カードリーダーの場合は、情報閲覧に係る本人同意を書面により取得していたため、傷病者に自筆による署名を求めていたが、顔認証付カードリーダーであれば本人確認から同意取得までの一連の操作をカードリーダー内で電子的に完結することができるため、顔認証付カードリーダーの方が優れていた。

しかし、システム運用後の同意取得については口頭同意とする方針であることから、書面による同意取得は不要となる。また、救急業務では、救急車外における現場での活用が想定されることから、カードリーダーについては、汎用カードリーダーに統一して活用することとした（図表 1-9）。

図表 1-9 カードリーダーの比較

| 機器 | 本人確認方法 | 利点 | 制約/留意点 |
|--|---|--|---|
| 汎用カードリーダー  | <ul style="list-style-type: none"> ・傷病者がマイナンバーカードを汎用カードリーダーに設置し、救急隊員がマイナンバーカードの券面写真と顔が一致していることを目視で確認する。 ・目視確認が出来ない場合は、傷病者がマイナンバーカードをカードリーダーに設置し、テンキー等を用いて暗証番号を入力する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・可搬性に優れている。 ・小型かつ軽量 ・電源供給の必要が無い。 ・目視による認証のため、傷病者の負担が少ない。 ・意識不明者に対応する場合も、目視確認により本人確認が可能 | <ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度実証実験では、同意取得を傷病者から自筆により書面で取得する必要あり。 ※システム運用後の同意取得については口頭同意とする方針であり、書面による同意は不要となる。 ・目視確認のため、本人確認の判断が現場の救急隊員に委ねられる。 |
| 顔認証付カードリーダー  | <ul style="list-style-type: none"> ・傷病者がマイナンバーカードを顔認証付カードリーダーに置き、顔認証をする。 ・顔認証できない場合は、傷病者がマイナンバーカードを顔認証付カードリーダーに置き、画面で暗証番号を入力する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・マイナンバーカードの読み込みに加え、同意取得についてもリーダー内で電子的に行えるため、書面による同意が不要で傷病者の負担が少ない。 ※システム運用後の同意取得については口頭同意とする方針であり、書面による同意は不要となる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・電源供給が必要なため、屋外での活用ができない。 ・顔の背景や、苦悶の表情等により、認証できないことがある。 |

(8) 閲覧プロセスと画面設計

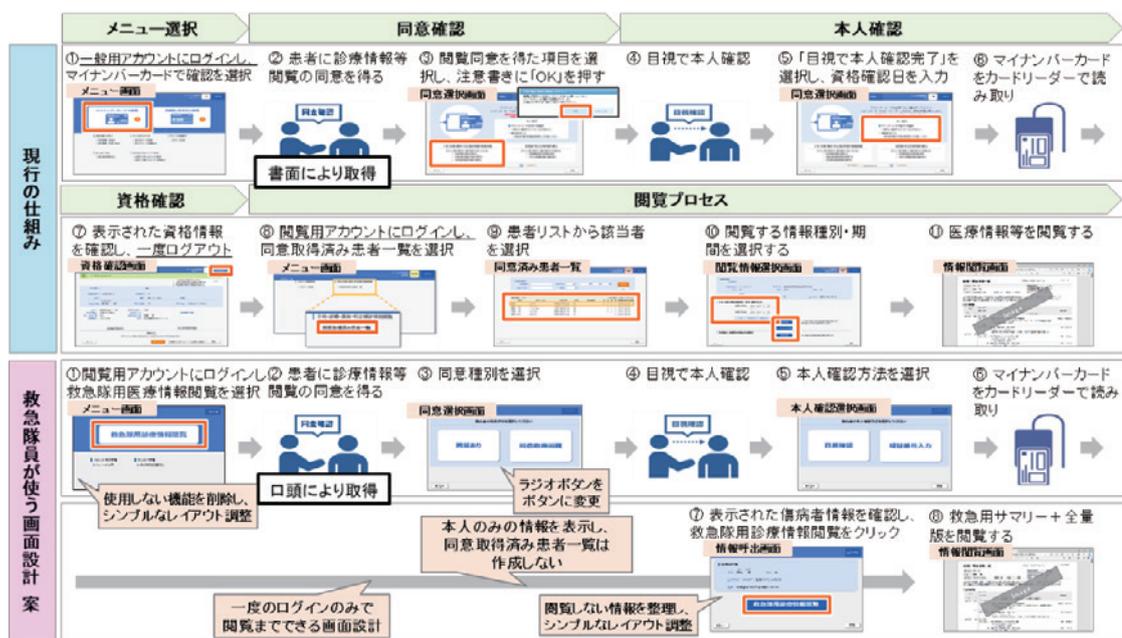
令和4年度実証実験の実施本部に対するヒアリング調査の結果によると、閲覧プロセスの改善を89.8%の救急隊員が希望していた。救急活動では緊急に搬送する必要がある傷病者を医療機関に迅速に搬送する必要があることから、情報閲覧にあっては簡易かつ迅速に閲覧できるよう工夫する必要がある。

現行の医師等がオンライン資格確認等システムから医療情報等を閲覧する仕組みは、医療機関等で活用されているが、これは資格確認端末を用いて受付等で資格確認を行い、医師が診察室でPC等を用いて医療情報等を閲覧するというスキームであるため、それぞれの時期において、パスワード等によるログイン操作を実施する必要がある。医療機関等においては、資格確認を行う者と医療情報を閲覧する者が異なることが想定されるため、このようなスキームになっている。

しかし、救急活動においては、救急隊員が資格確認を行い、そのまま医療情報等を閲覧するため、資格確認を行う者と医療情報を閲覧する者は同一である。従って、救急隊用に改修するオン資（Web画面）の閲覧プロセスにおいては、資格確認から医療情報閲覧までが一連のスキームで実施できるような画面遷移が望ましい。

また、現行の仕組みはデスクトップPC等で使用することを想定された画面設計となっているため、タブレット端末によるタッチ操作にはそぐわない画面設計となっている。このため、オン資（Web画面）における救急隊用の画面については、レイアウトを調整し、ボタンを大きくするなど、救急隊がタブレット端末で操作がしやすいように画面設計を調整する方向で検討を進めている（図表1-10）。

図表 1-10 閲覧プロセスの全体像



(9) 閲覧する医療情報等

閲覧する医療情報等について、令和4年度実証実験のアンケート調査では、消防本部において有益性がある情報は「既往症」、「診療情報」、「薬剤情報」という結果であった。医療機関においては、「既往症」や「薬剤情報」は搬送後の治療に有用性が高いという意見が多かった。また、医療機関が傷病者の受入れ時に感じている課題として、救急隊ごとに伝達される情報量や内容に差があること、情報聴取に時間がかかること、実際の既往症等と聴取した内容が違うことがあることなどが挙げられた。このような課題の解決を図るためには、救急隊からの情報量や内容が過不足なく均一であり、医療機関が把握する情報と統一であることが求められる。これらの意見を踏まえ、救急隊が求める情報をより迅速に確認できるよう、閲覧画面の構成等の検討を進めてきたところである。

厚生労働省において、令和6年10月から、オンライン資格確認等システムで運用が開始予定とされている救急時医療情報閲覧では、現行のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療・薬剤情報等に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された救急用サマリーの閲覧が可能となる。救急時において、救急用サマリーを閲覧することによって、意識障害等の同意取得困難な患者に対して、薬剤情報や手術情報等のレセプトに基づく医療情報を閲覧し、迅速かつ適切な検査・治療等に活用できるようになる（図表1-11）。

この救急用サマリーは、救急時に医師が求める医療情報等が集約されたものであるため、救急隊が同様の情報を閲覧することで、情報量や内容が過不足なく均一で、統一された医療情報等を医師に伝達することが可能となることから、救急用サマリーを閲覧できるようにする方針とすることとした。

図表 1-11 救急用サマリー表示イメージ

救急用
診療／薬剤情報一覧
作成日：2022年8月26日
1 / 1ページ

| | | | |
|------|------------|----------|----------|
| 氏名カナ | ソウダ タロウ | 保険者番号 | 12345678 |
| 氏名 | 診療 太郎 | 被保険者証等記号 | 1234567 |
| 生年月日 | 1962年5月21日 | 性別 | 男 |
| | | 年齢 | 60歳 |
| | | 被保険者証等番号 | 12345 |
| | | 教番 | 00 |

この診療／薬剤情報一覧は、以下期間の 診療行為及び医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。
(処方レセプトや処方箋の場合など、診療行為／医薬品が表示されない場合があります)

■ 受診歴 ※表示日範囲：XXXX年X月～XXXX年X月までの記録を表示

| 診療機関名 | 受診日 |
|---------|-------|
| 東村クリニック | 22年7月 |
| 東村薬局 | 22年6月 |

■ 調剤処方情報 ※表示日範囲：XXXX年X月～XXXX年X月までの記録を表示

| 調剤 | 処方 使用 | 医薬品名 ¹⁾ | 調剤数量 |
|----------|------------------|---|--------|
| 年月日 | 区分 区分 | (成分名) ⁴⁾ | |
| 年月日 | "1" | 【用法】"/< 1回用量>"/ 【用法等の特別指示】 | |
| 22年8月 2日 | オムロン薬局 (ドラッグストア) | フルメチプレドム 1.5mg錠 | 42錠 |
| | 調剤 外用 1 | フルメチプレドム 1.5mg錠 (フルメチプレドムプロピオン酸エステル・フルメチプレドムフルマリン水和物) | 1錠 15分 |
| | | 【1日1回頓夕服用 服用】 | |

■ レセプトに基づく薬剤実績 ※表示日範囲：XXXX年X月～XXXX年X月までの記録を表示

| 調剤 | 処方 使用 | 医薬品名 | 調剤数量 ³⁾ |
|-----------|--------------|----------------------------|--------------------|
| 年月日 | 区分 区分 | (成分名) | |
| 年月日 | "1" | 【用法】"/< 1回用量>"/ 【用法等の特別指示】 | |
| 22年7月 19日 | 東村クリニック | ゲンタマイシン錠 | 10錠 |
| | 調剤 外用 1 | ゲンタマイシン錠 (ゲンタマイシン水和物) | 1錠 15分 |
| 22年6月 18日 | オンライン薬局 (薬局) | ゾルピデム錠 | 1錠 |
| | 調剤 内服 1 | ゾルピデム錠 (ゾルピデム塩化塩) | 1錠 14日分 |
| | | 【1日1回寝前服用】 | |

--- 次頁へ続く ---

■ 患者情報

- ・ 既存と同様のレイアウトで表示
- ・ ヘッダ部分に救急向け表示であることを明記

■ 受診歴

- ・ 通常用と同様のレイアウトで表示
- ・ 直近3か月分の表示のため、注記を追加

■ 電子処方箋の調剤情報

- ・ 既存と同様のレイアウトで表示
- ・ 直近45日分の表示のため、注記を追加

■ 薬剤情報 (レセプトに基づく処方実績)

- ・ 通常用と同様のレイアウトで表示
- ・ 直近3か月分のレセプトに基づく処方情報表示のため、期間の注記を追加

救急用
診療／薬剤情報一覧
作成日：2022年8月26日
2 / 2ページ

| | | | |
|------|------------|----------|----------|
| 氏名カナ | ソウダ タロウ | 保険者番号 | 12345678 |
| 氏名 | 診療 太郎 | 被保険者証等記号 | 1234567 |
| 生年月日 | 1962年5月21日 | 性別 | 男 |
| | | 年齢 | 60歳 |
| | | 被保険者証等番号 | 12345 |
| | | 教番 | 00 |

この診療／薬剤情報一覧は、以下期間の 診療行為及び医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。
(処方レセプトや処方箋の場合など、診療行為／医薬品が表示されない場合があります)

■ レセプトに基づく手術実績 ※表示日範囲：XXXX年X月～XXXX年X月までの記録を表示

| 診療／薬剤 | 入内等 区分 | 診療 調剤 | 診療行為名 | 数量/日数/回数 ³⁾ |
|-----------|-----------|---------|----------------------------|------------------------|
| 年月日 | "1" | "1" | 【用法】"/< 1回用量>"/ 【用法等の特別指示】 | |
| 22年6月 15日 | サンブルクリニック | 調剤 外用 1 | 短平3 (緑内障予防-水晶体再建術用内注用挿入剤) | 1回 |

■ レセプトに基づく診療実績 ※表示日範囲：XXXX年X月～XXXX年X月までの記録を表示

| 診療／薬剤 | 入内等 区分 | 診療 調剤 | 診療行為名/医薬品名 | 数量/日数/回数 ³⁾ |
|-----------|-----------|---------|------------------------------|------------------------|
| 年月日 | "1" | "1" | (成分名) | |
| 年月日 | "1" | "1" | 【用法】"/< 1回用量>"/ 【用法等の特別指示】 | |
| 21年9月 28日 | サンブル病院 | 診療 在宅 1 | 在宅自己調剤提供指導等実施 | 1回 |
| 26日 | サンブル病院 | 診療 在宅 1 | 在宅自己調剤提供指導等実施 | 1回 |
| | | 調剤 外用 2 | 外用調剤追加 | 1回 |
| | | 調剤 外用 3 | 外用調剤追加 | 1回 |
| 5日 | サンブルクリニック | 診療 在宅 1 | 診療情報伝達 (1) | 1回 |
| | | 調剤 外用 2 | CT撮影 (1.6月以上6.4月未満マルチスライス撮影) | 1回 |
| | | 調剤 外用 3 | 造影剤CT撮影追加 | 1回 |
| | | 調剤 外用 4 | コンピューター画像診断 | 1回 |

■ 特定健診情報

実施日 2025/09/21

【注意事項】

¹⁾ 医薬品の場合、入内/外来/院内で分類し、「外用」とは入院及び院内 (薬局) 以外で調剤された医薬品を指します。また、診療行為の場合、入院/外来で分類しています。
²⁾ 処方元が調剤レセプトの場合に表示しています。
³⁾ 調剤時の使用法 (数量、日数、回数等) と一致しない場合があります。

救急用
※データ表示
期間を限定

■ 患者情報

- ・ 2ページ目以降も1ページ目と同様のレイアウトで表示

■ 手術情報

- ・ 手術情報のみ、通常用と同様のレイアウトで表示
- ・ 直近5年分の表示のため、注記を追加

■ 診療情報 (手術も再掲)

- ・ 通常用と同様のレイアウトで表示
- ・ 直近3か月分の表示のため、注記を追加
- ・ 透視関連情報 (通常用同様)
- ・ 画面診断情報 (部位別)

■ 手術情報

- ・ 実施ありの場合、直近記録のある日付を記載。実施無しの場合、実施無しの旨を記載

5 事業効果等の検証

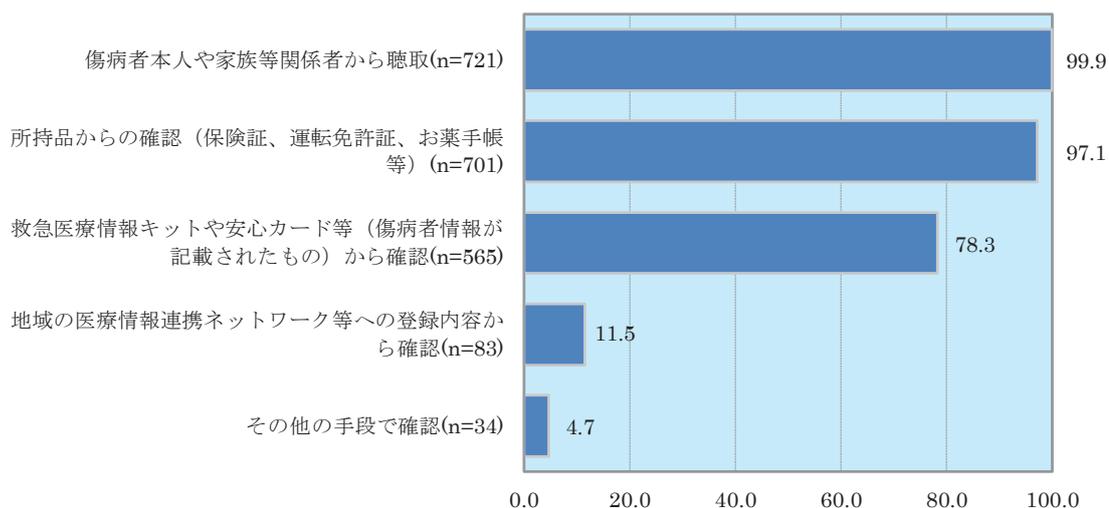
(1) アンケート調査

毎年、総務省消防庁では、全国の消防本部等に対して「救急救命体制の整備・充実に関する調査」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」を行っており、その中で、ICTの活用についても調査を実施した。マイナンバーカードを活用した救急業務に関係する主な意見について、下記に抜粋し報告する。

① 傷病者情報を確認する手段

救急業務において必要な傷病者情報を確認する場合、現在では殆どの事案で傷病者本人や家族等関係者から聴取するか、保険証、免許証及びお薬手帳等の所持品から確認していることが分かった。また、救急医療情報キットなど、傷病者情報が集約されたものがある場合は活用している状況がうかがえた（図表1-12）。

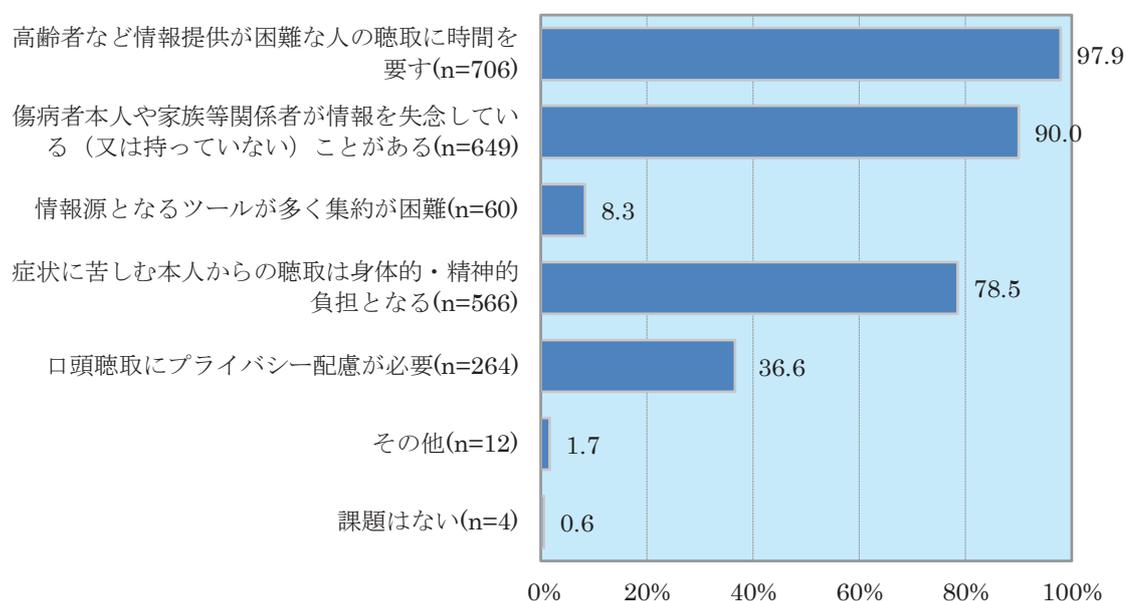
図表 1-12 傷病者情報を確認する手段



② 情報収集の課題

傷病者本人や家族等関係者から聴取をする場合、救急活動における情報収集の課題として、高齢者など情報提供が困難な人の聴取に時間を要することや、傷病者本人や家族等関係者が情報を失念していることが多い。また、症状に苦しむ本人からの聴取は、傷病者本人にとって身体的・精神的にも負担となるとの意見も多かった(図表1-13)。オンライン資格確認等システムから傷病者情報を閲覧することが可能となれば、レセプト情報に基づく正確な情報を取得することで、情報収集に係る課題の解決が図れるほか、傷病者はマイナンバーカードを提示するのみとなることから、傷病者自身の身体的・精神的負担の軽減にもつながるものと考えられる。

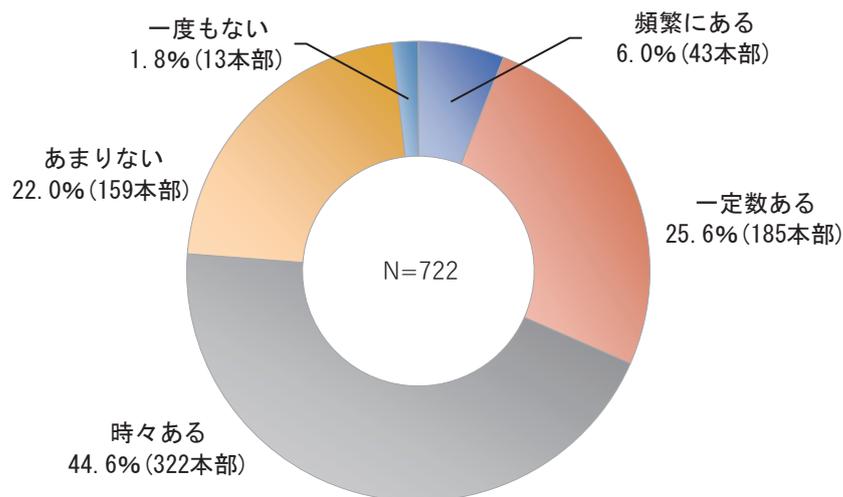
図表 1-13 情報収集の課題



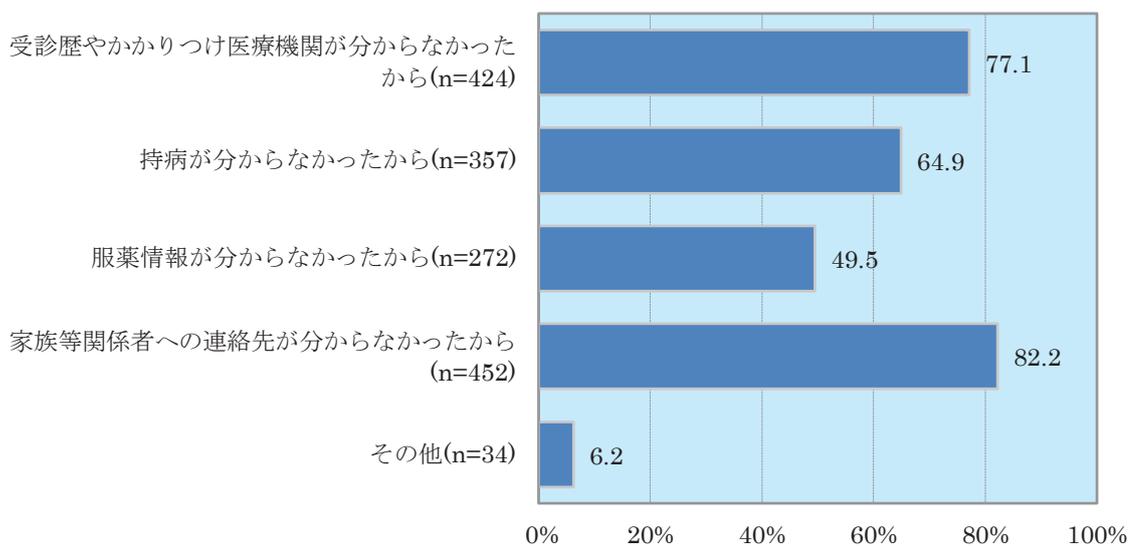
③ 傷病者情報の確認と医療機関選定

傷病者情報が確認できないことで医療機関選定に苦慮することがあると回答した消防本部が多くあった。その理由としては、家族等関係者への連絡先が分からなかったという理由に次いで、受診歴やかかりつけ医療機関、持病、服薬情報が分からなかったからという理由も多かった（図表1-14、図表1-15）。

図表1-14 傷病者情報が確認できないことで医療機関選定に苦慮することがあるか



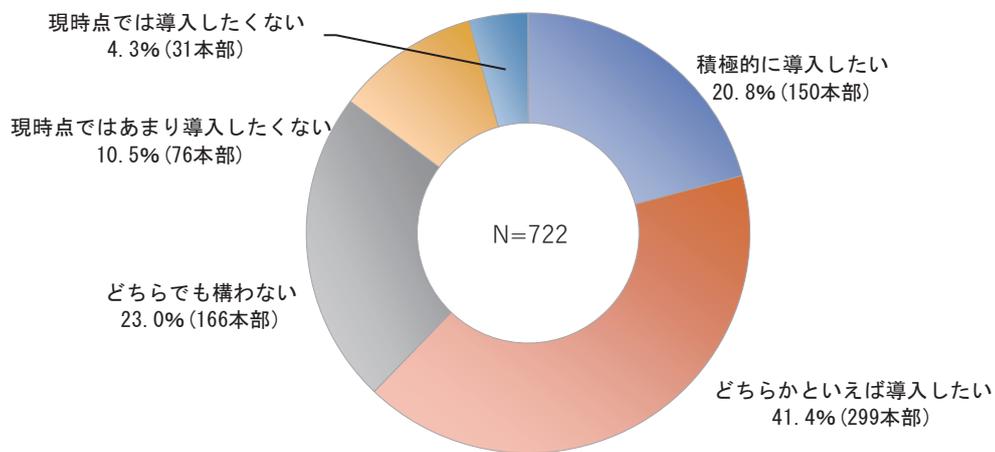
図表1-15 医療機関選定に苦慮した理由



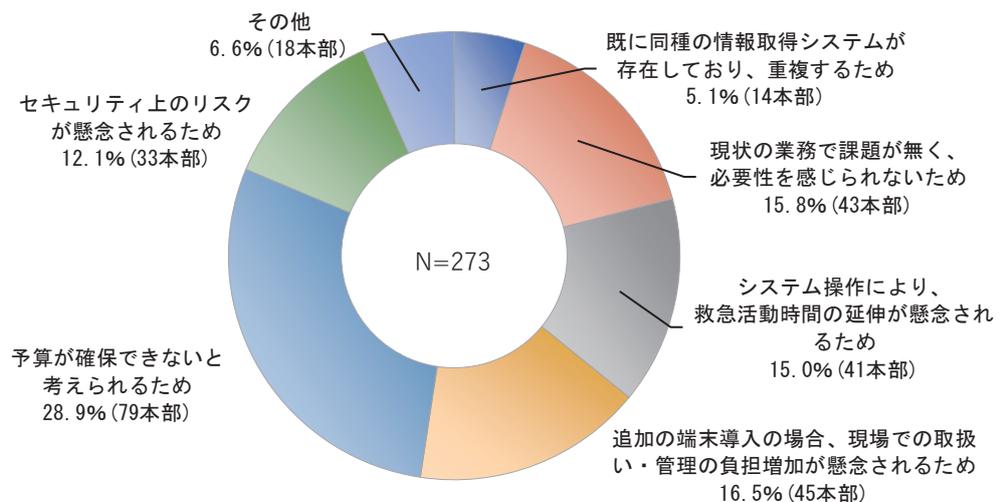
④ 「傷病者の診療情報等が閲覧できる機能」の導入

タブレット端末等による「傷病者の診療情報等が閲覧できる機能」が実装された場合の、導入希望についての調査では、「積極的に導入したい」が20.8%、「どちらかといえば導入したい」が41.4%であった。一方、「どちらでも構わない」、「現時点ではあまり導入したくない」、「現時点では導入したくない」と回答している消防本部も約4割を占めた。導入に消極的な理由としては、予算が確保できない、追加の端末導入による現場の負担の増加、救急活動時間の延伸の懸念、セキュリティ上のリスクの懸念など様々であった（図表1-16、図表1-17）。

図表1-16 「傷病者の診療情報等が閲覧できる機能」の導入



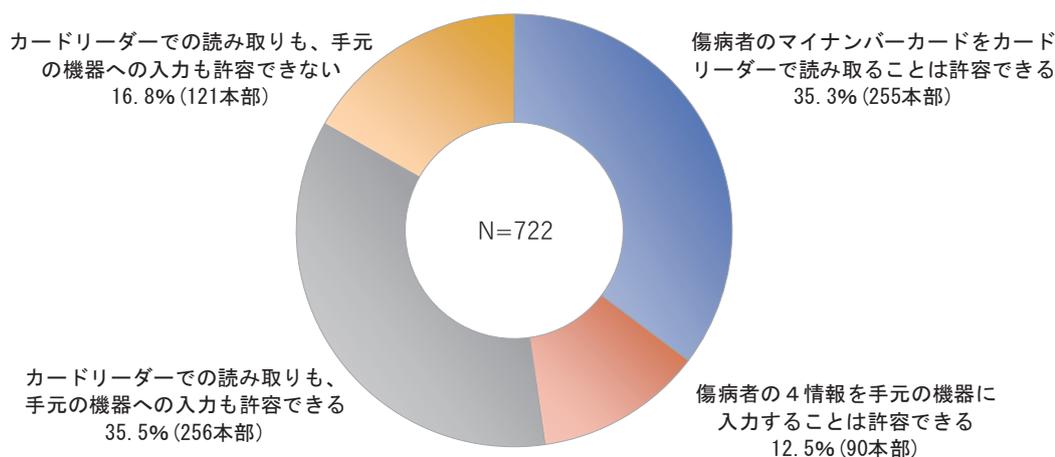
図表1-17 導入したくない理由



⑤ 閲覧手段

オンライン資格確認等システムから傷病者の医療情報等を確認する方法は、傷病者のマイナンバーカードをカードリーダーで読み取る方法と、傷病者の4情報（名前、生年月日、性別、住所）を検索することにより取得する方法がある。救急業務においては、傷病者のマイナンバーカードをカードリーダーで読み取る方法を想定しており、約7割の消防本部が許容できると回答している（図表1-18）。

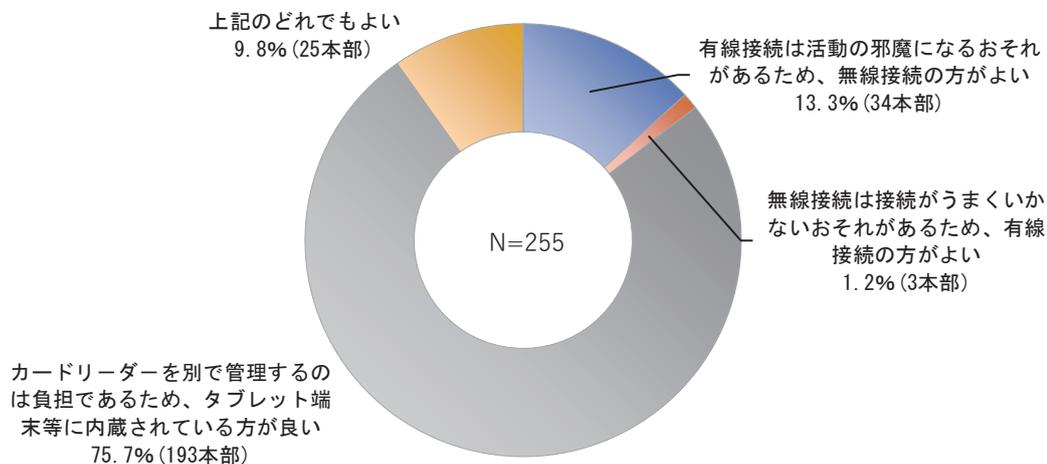
図表1-18 閲覧手段



⑥ カードリーダーの接続方式

傷病者のマイナンバーカードをカードリーダーで読み取ることは許容できると回答した消防本部に対する調査では、ほとんどの消防本部が救急活動に支障のないようにすることを望んでおり、多くの消防本部がタブレット端末に内蔵されている方が良いとの回答であった（図表1-19）。

図表1-19 カードリーダーの接続方式



(2) ヒアリング調査

マイナンバーカードを活用した救急業務のシステム構築にあたり、救急隊が活用しやすい業務スキームや、オンライン資格確認等システムから取得できる医療情報等の有用性について調査するとともに、潜在的なニーズを深掘りするため、令和4年度実証実験実施消防本部のうち、4消防本部に対する現地調査（ヒアリング調査）を実施した（図表1-20）。主な意見については以下のとおり。

図表1-20 ヒアリング項目

| 分類 | 項目 |
|-----------|---------------------------------------|
| 基本情報 | 業務の把握（一日の出動件数） |
| | システムの把握（救急業務に係るシステムの利用状況、タブレット端末導入状況） |
| 導入後の業務の流れ | システムのログイン方法 |
| | 情報閲覧に係る同意確認 |
| | 本人確認（目視確認） |
| | 本人確認（暗証番号） |
| | 情報照会（マイナンバーカード） |
| | 情報照会（4情報入力） |
| | 情報照会（取得できる各種情報の有用性） |
| | システムの操作性 |
| 本事業に係るニーズ | 機器の操作性 |
| | 情報閲覧による効果 |
| | 既存業務システムとの連携の要望 |
| | 医療機関との連携の要望 |
| | 今後の拡張性の要望 |

① 医療情報等閲覧について

- ・ 正確な受診歴の把握は搬送先医療時間の短縮につながる。
- ・ 傷病者が高齢者の場合、正確な情報が把握できないケースが多いため、正確な医療情報等が把握できることは、病態鑑別や搬送先医療機関の選定にかかる時間の短縮につながる。
- ・ どのような経過をたどって今に至っているかが分かることで、傷病者の病態把握につながり、搬送先医療機関への連絡がスムーズになる。
- ・ 類似した医療機関名がいくつもある場合、口頭による聴取では正しい情報が得られないこともあるため、正しい医療機関名がわかることは非常に重要である。
- ・ 救急用サマリーとして医療情報等が集約されていることは、医療機関選定において重要である。
- ・ 傷病者本人、家族等関係者から正確な情報が聴取できる場合は、現行のお薬手帳等による運用の方が早い。
- ・ より多くの情報が取得できることによって、搬送連絡時に医療機関側が必要な情報を超える範囲で情報を求めてきた場合、現場滞在時間が延伸する懸念がある。
- ・ 特定健診情報はあまり参考にしなかった。

② 導入後の業務の流れについて

- ・ 目視確認を主な確認手段とすることは支障ない。
- ・ 汎用カードリーダーの方が使いやすかった。
- ・ 顔認証カードリーダーは業務フローが煩雑であり、背景により認証率が悪く、情報閲覧を諦めるケースがあった。
- ・ 暗証番号入力機能は手段としてあった方がよい。
- ・ 操作手順が多い。また、ボタンが小さく操作しにくい。
- ・ 指令センターで同意確認を行うなど、同意確認を最初に行う方が業務フローに合っている。
- ・ 同意に際して、福祉施設等職員も代理人の範囲に含められるのであれば、運用を行いやすい。
- ・ 認知症患者などの場合も同意取得不要にできると運用を行いやすい。

③ その他のニーズ

- ・ 救急隊が収集した情報を全て医療機関とシステム上で連携できると、搬送時間の短縮につながる。
- ・ 医療情報等閲覧と既存業務システムは、同時に操作することもあり、タブレットは分けた方が運用しやすい場合もある。
- ・ 家族の連絡先を取得したい。無いことによって、受入が拒否される場合もある。

(3) 総括

アンケート調査及びヒアリング調査では、救急業務における医療情報等のデジタル化による救急隊員への事業効果として、正確な情報の取得、救急活動の円滑化・省力化、医療機関選定等の判断など、令和4年度実証実験の結果から想定していた事業効果が改めて確認できた。一方で、特定健診情報の有用性については確認できなかった（図表1-21）。

また、集約された正確な医療情報等を把握できることで、情報聴取時間の短縮につながるとの意見があるものの、操作手順の多さや機器の操作性が悪いこと等により、結果として現場滞在時間の短縮にはつながらなかった。

今年度検討してきたシステム要件等の整理により、システム実装時には操作性に係る課題は解決されることから、救急活動時間の短縮効果も期待できると考える。しかし、現在検討している内容以外にも、現場の救急隊が求める要望は様々であり、令和6年度に全国的に実施する実証事業の結果も踏まえつつ、今後も救急隊が活用しやすいシステムの構築に向けて、消防本部の意見も伺いながら検討を進めていく必要がある。

図表1-21 想定される効果

| | |
|--------------|--|
| 正確な情報の取得 | ✓ 傷病者の氏名・性別・生年月日など正確な本人確認が可能となり、医療機関への情報共有に活用できるほか、正確な救急活動記録票の作成にも役立つ。 |
| 救急活動の円滑化・省力化 | ✓ 傷病者の観察実施者と、電子的に情報収集実施者を役割分担することで、情報聴取時間が短縮し、円滑な救急活動に繋がる。 |
| 医療機関選定等の判断 | ✓ 傷病者の観察結果・症状(現病歴)とマイナンバーカードを活用して得られた情報(既往歴・薬剤情報・医療機関名等)から総合的に判断し、傷病者に適応する搬送先医療機関の選定等に一定の効果が期待できる。 |

| ○ 特定健診情報(「特定健診の結果」や「既往歴」)から得られる効果 | ○ 薬剤情報(「医薬品名」)から得られる効果 |
|--|--|
| ① 傷病者の観察結果と特定健診の結果を照らし合わせることで、傷病者の病態把握に役立つ。 >【病態把握】 (例) 傷病者の血圧と普段の血圧の比較(脳血管障害・心疾患を予測) ② 傷病者の観察結果と既往歴を照らし合わせることで、傷病者の重症度・緊急度の判断や応急処置等の判断に役立つ。 >【重症度・緊急度の判断】 (例) 呼吸苦や胸痛症状と心疾患の既往歴がある場合は、重症度・緊急度が高いものとして三次医療機関を選定 >【応急処置等の判断】 (例) 既往歴に慢性閉塞性肺疾患がある場合の酸素投与は低流量から行う | 処方された最新の「医薬品名」から既往歴を推測することで傷病者の病態把握に繋がる。 >【既往歴の推測】 (例) 医薬品名から推測される既往歴 ラシックス、ノルバックス、ニトロペン、ワーファリン、ハイアスピリン → 心疾患、脳疾患 ダオニール、オイグルコン、アマリール、グルファスト → 糖尿病 テバケン → てんかん等 |

6 今後の方向性

(1) 実証事業

令和6年度は、救急隊が傷病者のマイナンバーカードを活用し、オンライン資格確認等システムを介して医療情報等を閲覧できるシステムの構築に向け、全国の幅広い消防本部の参画を得て、令和4年度の実証実験で明らかになった効果や課題を反映した実証を行う。

令和4年度の実証実験においては、心肺停止などの緊急度が高く一刻を争うような事案では、早期に医療機関へ搬送することを最優先とする必要があり、医療機関へ搬送する途中に情報閲覧を行う方が傷病者にとっては有益な活動であるとの意見があった。また、前述したヒアリング調査においては、マイナンバーカードの有無と本人同意の取得については、指令センターで通報受付時に確認した方がよいとの意見もあった。このことから、令和6年度に行う実証事業においては、各消防本部が本システムを最大限効果的に活用できるよう運用要領を示すため、ユースケースを抽出し、活動フロー図を作成するなど、運用の細部について検討を進めていく。

また、令和5年度に検討したシステムの要件等を踏まえ、システム実装後を想定したシミュレーション訓練を行い、情報聴取に係る時間の短縮や、システムの有用性等について検証を行う。

なお、実証事業参加消防本部は公募し、提出された応募用紙及び地域特性などを総合的に勘案した上で決定する。

① 実施期間

令和6年5月中旬から各消防本部あたり2ヶ月程度で実施予定

② 実施消防本部

47消防本部程度（500隊程度）

③ 実施手順

令和4年度の実証実験の手順を基本とするが、システムの利用者については救急救命士から救急隊員に拡充して実施する。また、煩雑であった同意の取得方法については書面等によらず口頭同意とし、意識がない傷病者など、同意取得が困難な場合においても、本人の同意なしで医療情報等を閲覧可能とするなど、現時点において可能な範囲で実施手順の見直しを図ることとした。

まず、現場到着後、救急隊長は実証事業の実施可否を判断する。傷病者の状態等を確認した結果、実施が困難であると判断した場合は、オンライン資格確認等システムにアクセスすることなく、通常どおりの方法で選定を行う。

次に、救急隊長が実施可能と判断した場合、傷病者等にマイナンバーカードの所持及び健康保険証利用登録の有無を確認する。その上で、汎用カードリー

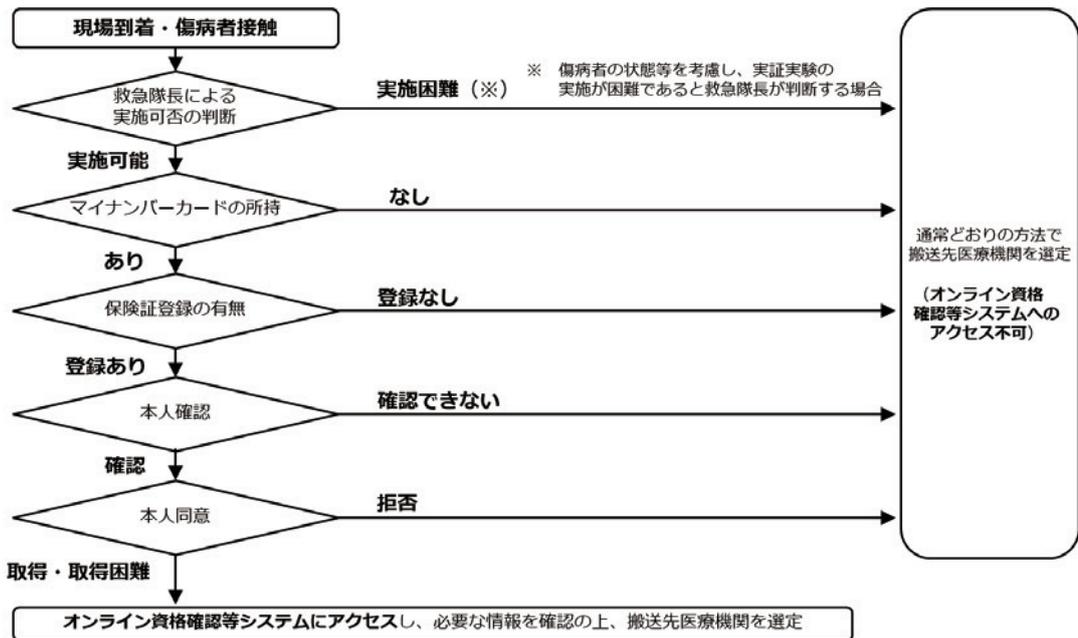
ダーにより目視による本人確認を行い、口頭説明により傷病者本人に医療情報等の閲覧について同意を得る。

最終的に傷病者の本人同意まで得られた場合、又は意識がない傷病者など、同意取得が困難な場合に、実施救急隊はタブレット端末からオンライン資格確認等システムにアクセスし、傷病者の医療情報等を閲覧する（図表1-22、図表1-23）。

図表1-22 実証事業の活動イメージ



図表1-23 救急隊の活動フローチャート（イメージ）



④ 閲覧画面

救急隊が閲覧する画面は、令和4年度の実証実験と同様に、オンライン資格確認等システムから取得したレセプト情報に基づく医療情報等となる（図1-24）。

図表1-24 医療情報等確認画面イメージ

| 診療／薬剤情報一覧 | | | | 作成日：2022年8月26日 | 1 / 2ページ |
|--|---------------------|----------|--|----------------|----------|
| 氏名カナ | シノヰ 太郎 | | 保険者番号 | 12345678 | |
| 氏名 | 診療 太郎 | | 被保険者証等記号 | 1234567 | |
| 生年月日 | 1962年5月21日 | 性別 | 男 | 年齢 | 60歳 |
| | | 枝番 | 00 | | |
| この診療／薬剤情報一覧は、2022年7月までの診療行為及び医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。 (処方レセプトや包括の場合など、診療行為／医薬品が表示されない場合があります) | | | | | |
| 受診歴 | | | | | |
| 医療機関名 | | | 受診歴 | | |
| 資格クリニック | | | 22年7月 | | |
| 資格医院 | | | 22年6月 | | |
| 診療／薬剤実績 | | | | | |
| 診療／薬剤 年月 日 | 入外 等 区分 *1 | 診療 種別 | 診療行為名／医薬品名 (成分名) | 数量／日数／回数*3 | |
| 22年7月 19日 資格クリニック | | | | | |
| 外来 | 医学 管理 | 1. | 薬剤情報提供料 | 1回 | |
| 外用 | | 2. | ゲンタマイシン硫酸塩軟膏0.1%「イワキ」 1mg | 10g | 1処方分 |
| | 検査 病理 | 3. | T-M (組織切片) | 1器 | 1回 |
| | | 4. | 病理診断料 | 1回 | |
| 22年6月 18日 資格医院 | | | | | |
| 外来 | 医学 管理 | 1. | 特定疾患療養管理料 (診療所) | 1回 | |
| | 画像 診断 | 2. | 電子画像管理加算 (単純撮影) | 1回 | |
| | | 3. | 単純撮影 (イ) の写真診断 | 1枚 | 1回 |
| | | 4. | CT撮影 (16列以上64列未満マルチスライス型機器) | 1回 | |
| | | 5. | コンピューター断層診断 | 1回 | |
| | | 6. | 単純撮影 (デジタル撮影) | 1枚 | 1回 |
| | | 7. | 電子画像管理加算 (コンピューター断層診断料) | 1回 | |
| オンライン薬局 (資格医院) | | | | | |
| 院外 | 内服 | 1. | 向) マイスリー錠5mg (ゾルピデム酒石酸塩) 【1日1回就寝前服用】 | 1錠 | 14日分 |
| | | 2. | クラビット錠250mg (レボフロキサシンとして) (レボフロキサシン水和物) 【1日2回朝夕食後服用】 | 2錠 | 7日分 |
| 屯服 | | 3. | 向) リーゼ錠5mg (クロチアゼパム) 【1回用量：1錠】 / [不安時] | 10錠 | 1処方分 |
| 8日 オンライン薬局 (資格医院) | | | | | |
| 院外 | 内服 | 1. | ノルバスク錠5mg (アムロジピンベシル酸塩) 【1日1回夕食後服用】 | 1錠 | 28日分 |
| --- 次頁へ続く --- | | | | | |

⑤ シミュレーション訓練の実施

本実証事業は、システム構築前に実施するものであり、実際のシステム構築後とは異なるスキームで実施することとなる。そのため、今後のシステム運用開始に向けて、システム運用開始直後から円滑な医療情報閲覧が実施できるよう、今年度整理したシステム要件等の整理に基づき、救急隊用の閲覧画面のモックアップを作成し、傷病者本人の同意の取得は口頭で実施するなど、想定される実施手順によるシミュレーション訓練を行う予定である。

(2) 機能・非機能要件の整理

実証事業の結果を踏まえ、機能・非機能要件を整理し、システムの基本設計を確定させるため、来年度も引き続き検討を行っていく。

(3) セキュリティ対策

セキュリティ対策について、令和5年度は、脅威の洗い出しを行ったところである。今後、医療情報等の暴露のリスク、医療情報等のねつ造のリスク、Webアプリの利用不能時のリスクなど、システムを安全、安定的に運用するため、必要な対策を検討していく（図表1-25）。なお、技術的な対策のみで全ての脅威に対抗できる保証はないため、運用管理による対策との併用が重要である。

図表1-25 セキュリティリスクの洗い出し

| 時期 | リスク |
|------------|---|
| システム改修時 | ・改修ベンダーの不正アクセス、端末・個人情報の差し替え、盗聴経路の確立等 |
| システム導入時 | ・導入ベンダーの不正アクセス、端末・個人情報の差し替え、盗聴経路の確立、暗号アルゴリズムの強度不足、電子証明書発送方式の強度不足 |
| システム導入後 | ・内部関係者による不正アクセス、異動・雇用終了者による不正アクセス |
| タブレット端末利用時 | ・救急隊による持ち運び時の端末の破壊、操作できる状態での端末放置、不要なアプリのインストール ・第三者等による覗き見、内部ネットワーク及び閲覧端末への不正アクセス、端末の物理的な改ざん ・山間部等でのネットワークの不通 |
| タブレット端末利用後 | ・第三者等による端末の破壊、内部ネットワーク及び閲覧端末への不正アクセス、端末の持ち出し、盗聴経路の確立、電磁波解析、不正プログラムの挿入 |
| タブレット端末の保守 | ・システム更新や設定変更による不正プログラムの挿入 ・保守ベンダーによる不正アクセス、端末の持ち出し、盗聴経路の確立 |

(4) 導入手順書

消防本部の意見を伺いながら、各消防本部が円滑に導入できるようにするため、システムの導入手順及び実際の救急活動での活用手順等をまとめた導入手順書を作成する必要がある。

(5) 継続して検討が必要な課題

今年度は「救急隊員が傷病者の医療情報等を閲覧する仕組みの骨子」を作成した。実際のシステム構築から運用に向けては、更に下記のような課題について詳

細な検討を行い、救急隊が救急現場で活用しやすいシステムとなるよう検討を進めていく必要がある（図表 1－26）。

図表 1－26 検討が必要な課題

| 継続して検討が必要な課題 | 検討状況 |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 昨年度の実証実験で現場滞在時間が延伸した課題をどのように解決していくのか。 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 救急隊向けに閲覧画面を作成し、手順を簡略化する方向で検討している。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 医療機関側が細やかな情報まで欲しがる可能性があるため、救急隊と医療機関での申し合わせや同じ画面を閲覧出来るようなシステムを検討していただきたい。 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 厚生労働省で検討されている救急用サマリーを閲覧することで、正確かつ均一で統一された情報を取得する方向で検討している。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 意識不明者がマイナンバーカードを所持していても、探せずに情報が閲覧出来ないといったケースがないようにしたい。 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 個人情報の取扱について、関係法令の確認や関係機関と協議を進めている。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 意識不明者の同意取得については、災害時のルールの特長延長線という考え方ができないか。 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 意識不明者等で同意取得が困難で、救急隊が搬送する必要があると判断した場合は、「生命、身体の保護」が必要ある者として、同意不要で医療情報等を閲覧する方向で検討している。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 資格確認回線のIp-sec+IKEが安全で、通信が安定して繋がるかという点も重要。医療機関では閲覧ができない事例が生じている。 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 通信回線が安定に繋がるかについては、今後実施する実証事業を通じて確認していく予定。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 事前の周知や、国民への啓発が非常に大事であり、一方的なお知らせだけで国民への周知、啓発を行っていくことは非常に難しい。現在の救急要請の約 6 割が高齢者であることから、受診時やかかりつけ医を活用するときに啓発していくことが必要。 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 令和 5 年度は、システム構築に係る検討を中心に進めてきたところであり、国民への啓発については、来年度も引き続き検討していきたい。 |

7 まとめ

今後も、総人口に占める高齢者割合は更に増加し、情報収集が困難な傷病者が増えることが予想され、病院前救護を担う救急隊の役割はより一層重要になるものと考えられる。このような状況下において、医療DXをはじめとする先進的な技術を取り入れることによって、救急活動の質の向上を図り、傷病者がより適切な医療を受けられる環境を整備していくことは極めて重要である。

令和5年度は、救急業務のあり方に関する検討会やマイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化に向けた調査研究を通じて、「救急隊員が傷病者の医療情報等を閲覧する仕組みの骨子」を作成し、目指すべき方向性を示した。令和6年度は、この仕組みを救急隊が実際の救急業務で活用できるよう、各消防本部の参画を得て全国規模で実証的に事業を展開し、システム構築に向けた検討を進めていくこととする。

また、令和5年度は、システム構築に係る要件等を中心に議論を進めてきたところであるが、運用に向けては、システムの機能・非機能要件の確定、セキュリティ対策の確立、システム導入手順書の作成など、具体的なシステム要件及び運用の細部について検討する必要があることから、令和6年度も救急業務のあり方に関する検討委員会において議論を継続する予定である。

第2章

救急需要の適正化等に関する検討

第2章 救急需要の適正化等に関する検討

1 背景・目的

高齢化等に伴う救急需要は増大の一途を辿り、令和4年の救急出動件数は約723万件となり、過去最多を更新した。さらに、現場到着所要時間は約10.3分（前年約9.4分）、病院到着所要時間は約47.2分（前年約42.8分）と延伸を続けている。また、救急搬送困難事案の増加については、119番通報の契機となる救急需要の増大に加えて、医療機関の受入体制も厳しい状況にあるとともに、入院患者の急性期以降の医療提供等を担う施設への転院及び退院（いわゆる医療の「出口問題」）についても解決すべき課題があることが示唆される。

こうした社会背景がある中、総務省消防庁では平成17年度に「救急需要対策に関する検討会」を立ち上げ、救急需要対策について包括的な議論を開始した。新たな視点に立った対策の一つに提言された「緊急度判定体系」は、緊急性の高い傷病者を確実に選定し、直ちに適切な医療機関へ搬送することを目的として構築が進み、適切な社会的サービス等に振り分ける機能も期待されるものである。さらに、救急安心センター事業（#7119）の全国展開、救急車利用マニュアル・救急受診ガイド、普及啓発コンテンツの作成等により救急車の適時・適切な利用（適正利用）も推進されてきた。

しかし、新型コロナウイルス感染症の流行では、「救急ひっ迫」により救えるはずの命が救えない事態が懸念された。あらゆる社会システムに未曾有の影響を与えたコロナ禍において、消防機関、医療機関、保健所等の関係機関を含めて業務はひっ迫し、あらゆる119番通報に応じて社会のセーフティネットとして機能を果たしてきた救急資源に過大な負荷がかかったと言わざるを得ない。特に、本来は救急以外の社会資源による対応が望ましい軽症の新型コロナ陽性者や低緊急・非緊急の傷病者による119番通報が急増し、大きな負担であったとの現場からの指摘もあった。従来、消防機関は119番通報を受電すれば救急搬送を行うことを原則に活動しており、低緊急・非緊急まで確実に選定する体制、低緊急・非緊急に対する救急搬送以外の選択肢が不十分であることが全国的な実情として明らかになるとともに、消防以外の社会資源（電話相談窓口、代替移動手段、関係機関との連携等）も充実させる必要性がこれまで以上に高まっている。

以上の問題意識を踏まえ、救急需要の適正化等に関する検討にあたっては、救急需要の抑制策、搬送手段及び受入医療機関の体制強化、これらを繋ぐ緊急度判定によるトリアージの体制強化、さらには国民理解の促進など社会基盤の整備について、総合的に検討する必要がある。

その足掛かりとして、まずは本年度、新型コロナウイルスの感染拡大による救急ひっ迫時に行われた対応に焦点を当てて検討する。

2 緊急度判定体系の基本知識

令和5年度の救急需要の適正化等に関する検討の前提として、緊急度判定体系の検討経緯等について確認する。

(1) これまでの検討経緯

総務省消防庁では平成17年度に「救急需要対策に関する検討会」を立ち上げ、救急需要対策について包括的な議論を開始した。新たな視点に立った対策の1つに提案された「119番受信時等における緊急度・重症度の選別(トリアージ)」は、平成18年度に「救急業務におけるトリアージに関する検討会」で具体的な検討が始まり、平成21年度までの間、「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を行った。

平成22年度には、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、住民に対する緊急度判定体系の概念の普及を推進した。

さらに、平成25年度以降、「緊急度判定プロトコル Ver.1」を策定したほか、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年度から令和元年度は、全消防本部に対する緊急度判定の実施状況の実態調査、モデル地域における実施・検証により、緊急度判定の導入及び運用手引書及び緊急度判定PRペーパーを作成し、普及を図ってきた。

(2) 目的、緊急度の類型、及び全体像

緊急度判定体系は、救急需要と供給の不均衡が生じる状況でも、救急医療を必要とする人が、「順番」のために遅れることなく、緊急性の高い傷病者を確実に選定し、直ちに適切な医療機関へ搬送することを目的としており、適切な社会的サービス等に振り分ける機能も期待されるものである。

「緊急度」は、3段階に色分けして類型化され、緊急性が高い順から「赤(緊急)→黄(準緊急)→緑(低緊急)」、医療を必要としない状態は「白(非緊急)」を基本とし、各段階の定義は、緊急度判定の基本的な指針である「緊急度判定プロトコル」において医学的観点に基づき具体化されている(図表2-1)。

なお、「救急業務」の要件にある「緊急性」の指標として活用されているが、その定義に厳密な時間的基準までは含まれていない。

図表 2-1 緊急度とその定義

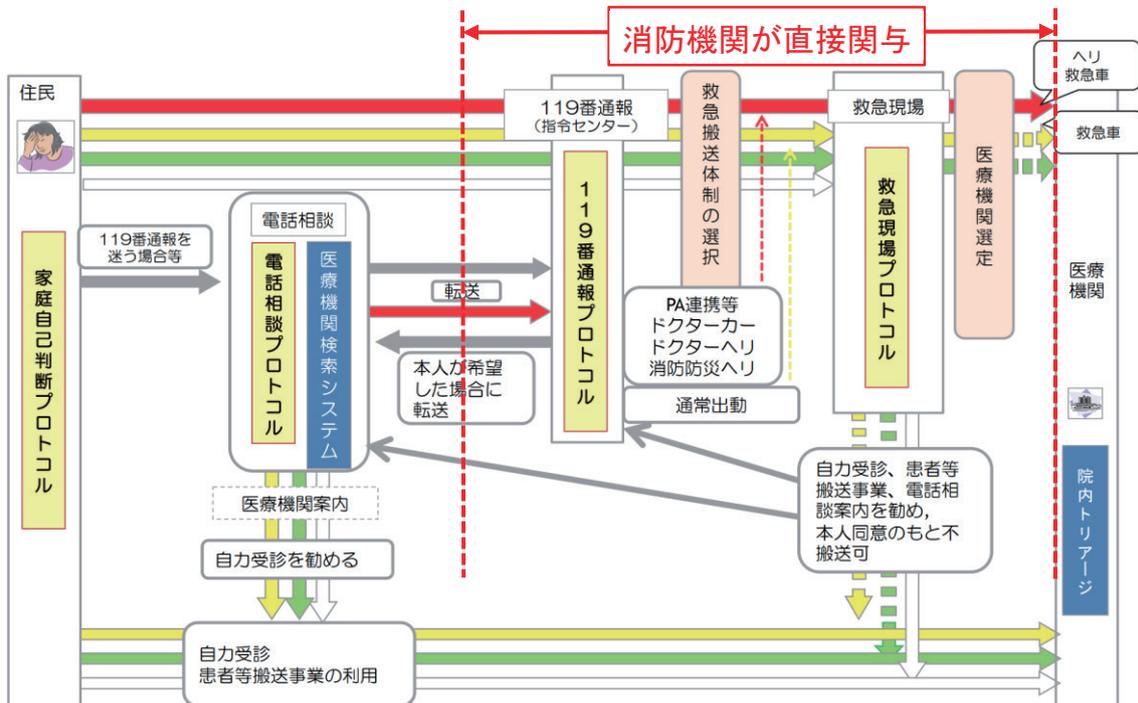
| 緊急度 | 定義 |
|------------|--|
| 緊急 (赤) | 既に生理学的に生命危機に瀕している状態 増悪傾向あるいは急変する可能性のある病態 |
| 準緊急 (黄) | 時間経過が生命予後・機能予後に影響を及ぼす病態 |
| 低緊急 (緑) | 緊急ではないが、医療機関の受診を勧める病態 (夜間の場合、翌日の受診でも構わない) |
| 非緊急 (白) | 上記に該当せず、医療を必要としない状態 |

(注1) 緊急度判定プロトコル Ver.3「救急現場」より引用。低緊急は「家庭自己判断」の表記に基づく。
 (注2) 段階によって、緊急度の詳細なサブカテゴリー、色分けが若干異なっている。

傷病者が医療機関へ救急搬送されるまでの間、緊急度判定のうち2段階（119番通報、救急現場）は消防機関が直接関与しており、これまで各段階ごとに開発されたプロトコルは最新版 Ver.3 を消防庁から提供している。

緊急度判定後の運用としては、高緊急に対する救急搬送体制（PA連携、ドクターカー要請等）等の選択、低緊急・非緊急に対する救急搬送以外（電話相談、患者等搬送事業者の案内等）の選択があり、これまでに高緊急に対する運用が重点的に強化されてきた（図表2-2）。

図表 2-2 緊急度判定体系の全体像



※平成 28 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書より抜粋改変(当初想定図)

3 令和5年度の検討方針

前述のとおり、増加する救急需要への対応策を検討するにあたっては、救急需要対策、搬送・受入体制の強化、これらを繋ぐ緊急度判定によるトリアージの体制強化、さらには国民理解など社会基盤の整備について総合的に検討する必要がある。

このうち、緊急度判定によるトリアージについて、現状においては、高緊急に対する運用が重点的に強化されてきたところである。しかしながら、新型コロナウイルスの感染拡大時においては、消防機関・医療機関等において救急搬送体制と受入体制がひっ迫する中、緊急度判定の結果に基づき出動指令を出さずに留めておく出動保留が行われた消防本部もあったが、多くの課題が指摘された。

こうしたことを踏まえ、本年度は、救急需要の適正化等に関する検討ワーキンググループを設置し、まずは、コロナ禍における現場の実情に焦点を当てた検討を行った（「4 コロナ禍における救急搬送の実情及び課題」）。

さらに、コロナ禍の経験を踏まえ、直ちに取り組める対策を紹介した。（「5 救急隊運用の事例紹介」）併せて、救急需要の増加への対応策に関する今後の総合的な検討に向け、幅広く課題を議論し、整理した（「6 今後さらに議論が必要な課題」）（図表2-3、図表2-4）。

図表2-3 令和5年度の実行方針

- コロナ禍において119番通報等が急増し、消防機関・医療機関等において救急搬送体制と受入体制がひっ迫した経験を踏まえ、病院前救護における緊急度判定の強化を見据えた検討が必要と考えられる。
- 令和5年度は、救急搬送の実態も踏まえ、これまで消防庁が進めてきた緊急度判定体系の検討に引き続き、感染症拡大等による救急ひっ迫時に行う「119番通報時」及び「救急現場」における緊急度判定に焦点を当て、課題を整理し対応策を検討する。
- 併せて、コロナ禍の経験を踏まえ、今後の救急需要の適正化等に関する課題についてもWGにおいて議論し、課題を整理する。

図表2-4 令和5年度の検討事項

検討事項

- I. コロナ禍における救急搬送の実態及び課題について
今後の対応策を検討するにあたり基本的な情報であるため、現状認識について更なる整理を進める。
- II. 緊急度判定について
感染症拡大等による救急ひっ迫時に行う「119番通報時」及び「救急現場」における緊急度判定に焦点を当て、これまでの関係機関の取組みを補完するため、主に以下の点から課題を整理し対応策を検討する。
【主な論点(案)】
 - i) 緊急度判定プロトコルによる判定後の運用
 - ・ 消防機関以外の代替的な社会資源の活用
例：電話相談窓口等の連携・強化、代替移動手段の確保、かかりつけ医・保健所等との連携 等
 - ・ 救急隊の運用方法
 - ・ 緊急度判定体系の普及促進のあり方
 - ii) 緊急度判定プロトコルの策定理念・判定精度、及び消防機関での運用に関する課題
- III. 今後の救急需要の適正化等に関する課題について
さらに、今後に向けて検討すべき課題の有無について、幅広い視点から検討する。

4 コロナ禍における救急搬送の実情及び課題

(1) コロナ禍における消防機関の対応 ～平時との比較～

消防庁において、平時とコロナ禍における消防機関の緊急度判定の実施状況について、「119番通報時」と「救急現場」に分けて聞き取りを行った（図表2-5、図表2-6）。

「119番通報時」における指令センターによる緊急度判定について、平時においては、緊急度判定の結果は、最適な救急搬送体制（PA連携、ドクターカー要請等）の選択に活用され、通信指令員の判断による出動優先順位付け等を行われないケースが多い。一方、コロナ禍においては、緊急度判定の結果に基づき、出動指令を出さずに留めておく出動保留が行われた消防本部があった。

「救急現場」における救急隊による緊急度判定について、平時においては、緊急度に応じた救急活動（観察・処置、医療機関選定、部隊補強等）に活用され、救急隊の判断による不搬送等を行われないケースが多い。一方、コロナ禍においては、新型コロナウイルス感染症が疑われる傷病者は、救急隊から保健所に対応を引き継いで自宅療養等が行われ、結果として不搬送となる場合があった。

この結果を考察するに、各消防本部の救急隊は、迅速な出動、搬送を基本的に活動していることから、「119番通報時」に緊急度が低いと判断された事案であっても不出動の判断をすることは難しいが、コロナ禍により救急需要が極端に増加し、処理能力を大幅に上回った場合には、出動保留、出動順位付け等を実施したものと考えられる。

また、「救急現場」において、救急隊が、代替移動手段の案内、自力受診の促し等を行ったとしても納得されない場合も多く、不搬送とすることは極めて難しい。しかしながら、コロナ禍においては、保健所や都道府県入院調整本部等と救急隊が連携することで、救急要請したコロナ陽性者を不搬送とすることが可能であったと考えられる。

なお、「119番通報時」の緊急度判定は、低緊急まで高精度な判定を行うと通信指令員の労務負荷が大きいため、平時より実施しているものの、コロナ禍において119番通報が急激に増加したことにより、むしろ高緊急の判定に限定するなど運用を縮小する場合もあった。このことから、迅速な対応が行える簡素な仕組みを検討することも必要と考えられる。

(参考1) 消防機関の具体的な意見一覧

図表2-5 「119番通報時」に関する意見

【119番通報時のひっ迫】

- 管轄の救急隊の出動率が高まり、高緊急の119番通報に対して 出動指令及び現場到着に時間を要する事案があった。
- 低緊急と思われる方(稀にコロナ陽性者もあり。)からも119番通報が多数入電し、回線数上限に達するまで電話対応していた。
- 指令センターの人手不足により職員の応援が必要だった。

【緊急度判定の縮小】

- 出動優先順位付けは原則として行わず、やむを得ず出動指令待機や出動保留が発生しても必ず出動することを前提としている。
- 現場到着の遅延を避けるため、簡易に判定可能な高緊急に限定して縮小運用した。また、低緊急まで高精度な判定を行うと労務負荷が大きく、運用自体を縮小する場合もあった。

【低緊急・非緊急への対応】

- ひっ迫状況を説明し、電話相談、代替移動手段の案内等を行うが、納得されない場合が多く、間違い要請を除いて殆ど救急出動した。
- 低緊急の場合に、自治体の電話相談、オンライン診療センターと相互連携する体制を整えて、一定の効果があったと感じた。

図表2-6 「救急現場」に関する意見

【救急現場のひっ迫】

- 医療機関の救急外来がひっ迫し、搬送先決定と病院到着までに時間を要し、救急搬送困難事案が増加した。
- 救急隊の人員・車両を増強して稼働率を上げて出動したが、低緊急の傷病者は搬送先が見つからず苦慮する場合があった。

【保健所への移送協力、関係機関との連携】

- コロナ疑い事案は、救急隊から保健所に対応を引継ぎ、感染症法に基づく自宅療養等の判断が行われる場合があった。
- 現場到着後に傷病者一人の観察・処置を行えるため、低緊急の場合も含めて緊急度判定の実施自体は比較的余裕があった。
- 保健所のひっ迫時は、受入医療機関が予め指定されていれば、救急隊が緊急度も考慮して迅速な搬送先調整が可能であった。

【低緊急・非緊急への対応】

- ひっ迫状況を説明し、自力受診、代替移動手段の案内等を行うが、納得されない場合が多く、搬送拒否等を除いて受入照会を続けた。
- 非緊急の場合も、保健所等の医師による説明・判断があると助かった。

(参考2) 「119番通報時」、「救急現場」の対応の比較

緊急度判定は、各段階とも共通の目的があるが、対象者、関係機関の連携等相違点がある。「119番通報時」は消防機関による対応が基本であるが、特に「救急現場」においては関係機関と連携した搬送先選定も重要である(図表2-7)。

図表2-7 「119番通報時」、「救急現場」における対応の比較

| | 119番通報時 | 救急現場 |
|-------------|---|------------------|
| 基本的な目的 | 救急医療を必要とする傷病者に対し、緊急性を適切に判断し、迅速な医療機関への搬送に資すること。 | |
| 対象者 | 管轄区域で救急要請を行う多数傷病者 | 救急現場で接触した傷病者 |
| 関係機関の連携 | 消防機関による対応が基本 | 医療機関・保健所等との調整が重要 |
| 優先順位付け | 理論的には可能 | 局地的な自然災害時等を除き不可能 |
| 高緊急への対応 | 部隊運用の強化、又は医療リソースの迅速な要請 | 観察・処置及び搬送先選定 |
| 低緊急・非緊急への対応 | 本WGの主な検討対象 自力受診、電話相談、患者等搬送事業者の案内等 (通信指令員、救急隊のみの判断による不出動・不搬送は原則行わない。) | 観察・処置及び搬送先選定 |

(救急隊の基本的活動の流れ)



(2) コロナ禍における関係機関との連携 ～保健所等との比較～

保健所等の関係機関や感染症対策に係る専門知識を持つ医師・看護師等は、都道府県入院調整本部等の枠組みの中で連携してコロナ対応を行った。特に「救急現場」では消防機関も連携しながらコロナ陽性者の救急搬送を実施したが、保健所の対応の基礎となる制度、考え方、実情について、救急隊との比較等により検討した。

① 役割とシステム

救命率や社会復帰率の向上を最終目標とし、それぞれ相互に関連する「重症度」、「緊急度」の考え方を基本に活動するため、特にコロナ対応では密な連携が重要であった(図表2-8)。

図表 2-8 保健所の入院調整、救急隊の搬送先調整の比較

| | 保健所(都道府県) 「重症度」を主に評価 | 救急隊 「緊急度」を主に評価 |
|----------|--|--|
| 根拠法 | 地域保健法/感染症法第21条 等 | 消防組織法/消防法第2条第9項/救急業務実施基準 等 |
| 基本理念 | 公衆衛生の向上及び増進 (感染症の発生予防、まん延防止/地域住民の健康の保持、増進) | 安寧秩序の保持、社会公共の福祉の増進 (火災・災害等から国民の生命、身体及び財産の保護等) |
| 主な役割(※1) | 感染者の療養先への決定、医療機関への移送・入院調整(※2) | 緊急に必要な傷病者の医療機関等への救急搬送 |
| 対象者 | 感染症法に既定される病原体保有者 | 災害・事故等により発生した傷病者 |
| 覚知方法 | 消防機関・医療機関等からの連絡、発熱相談センター 等 | 通信指令センターへの119番通報 |
| 調整者(※2) | 保健所、都道府県調整本部の職員(公衆衛生医師・臨床医、看護師、保険師、救急災害コーディネーター 等) | 消防機関の救急隊員 |
| 判断基準 | 状況に応じて各地域で合意形成された医学的基準 | 傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する基準(消防法第35条) |
| 個別要素 | <ul style="list-style-type: none"> 患者の病態(「重症度」の医学的評価) 医療提供体制(医療機関の専門性、空床状況、連携体制等) 軽症者に対する在宅療養・介護サービス等の案内可否 その他(日常生活活動度、人生の最終段階の医療の希望等) | <ul style="list-style-type: none"> 傷病者の観察結果(「緊急度」の判定) 搬送先医療機関の適切性(距離、専門性、空床状況等) 低緊急・非緊急に対する他の社会資源への案内可否 医師等からの助言(救急医・MC医・DMAT・かかりつけ医等) |
| 結果評価 | 集計・公表なし | 総務省消防庁より救急搬送困難事案数を集計・公表 |

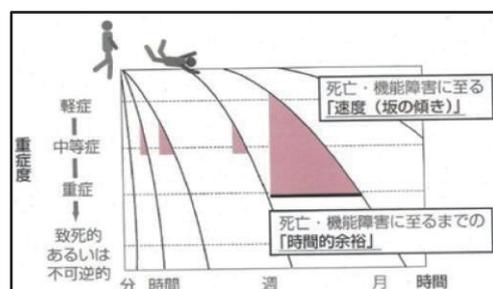
※1 コロナ陽性者の保健所による移送に関して、感染拡大時には消防機関が移送協力を行った。
 ※2 平時には稀な業務であり、コロナ禍において入院基準、療養先・入院先の決定方法は、都道府県及び各地域で十分な議論を経て運用された。

② 保健所等と連携したコロナ陽性者への対応

「緊急度」は、時間経過が生命の危険性を左右する程度のことをいい、「重症度」と異なり時間の経過による症状の変化の度合いに着目した概念である(図表2-9)。

保健所は、感染症法に基づく対応を行い、健康観察の実施を前提に、コロナ陽性者の自宅療養等が行われた。救急隊は、時間的制約の大きい高緊急への重点的な対応を行い、救急要請に対する速やかな救急出動を原則とするが、結果として不搬送となる場合があった(図表2-10)。

図表 2-9 「緊急度」の概念



出典:
日本臨床救急医学会雑誌
委員会報告

図表 2-10 「重症度」、「緊急度」に応じた対応の比較表

| | 重症・中等症 | 軽症 | 健常 |
|-----------|---|--|-----|
| 保健所(都道府県) | <ul style="list-style-type: none"> 感染者毎に療養先・入院先を調整 患者の病態、医療提供体制等を踏まえ、医療職が最適な施設等を決定。 感染症指定医療機関が主に対応し(5類移行前)、適切な診療を行えることを重視。 <p>※人生の最終段階の医療の希望等によっては、重症・中等症であっても積極的治療を行わない場合がある。</p> | <ul style="list-style-type: none"> 感染者毎に自宅療養+健康観察等を調整 医療職による電話相談・病院前診療で納得し、救急要請が回避される場合がある。 救急要請で覚知した感染者は、まずは消防救急が対応する。 <p>○救急ひっ迫状況により不搬送となる場合がある</p> <ul style="list-style-type: none"> 病状の悪化に備えて健康観察が行われる。 | |
| | ↓ ↑ 基本的な対応を遵守しつつ、「重症度」「緊急性」に応じて密に連携する。 | | |
| | 高緊急・準緊急 | 低緊急 | 非緊急 |
| 救急隊 | <ul style="list-style-type: none"> 緊急性のある病態を呈する傷病者を救急搬送 傷病者の観察結果、医療機関の専門性等を踏まえ、搬送先医療機関リストより受入照会を実施。 2次、3次救急医療機関が主に応需し、傷病者の病態評価に加えて最短時間で搬送することを重視。 | <ul style="list-style-type: none"> 高緊急・準緊急と同様に受入照会を実施 自力受診、電話相談の案内等を行う場合があるが、同意がある場合又は搬送拒否のみ不搬送となる。 医療機関への搬送が原則であり、不搬送は行わないことが大半と推測される。 医療機関の治療優先順位・応需率が相対的に低く、搬送困難となり易い可能性がある。 | 同左 |

③ 地域における調整ルール的重要性

新型コロナウイルスは、変異株の出現により感染性・病原性等が大きく変化し、重症化リスクの判断基準、入院基準も頻繁な変更が必要であった。

感染者の療養種別の判断と入院調整は、地域・時期に応じて都道府県入院調整本部、保健所、医療機関等の主体によって柔軟に対応された。病状のリスク等に係る医学的観点に加えて、地域の医療提供体制も含めた総合的判断が必要であり、感染症法に基づく保健所の権限と、臨床現場の医師・看護師等の技量に基づく判断を行うには、各地域で十分な議論を経て策定された調整ルールが重要であった。

同様に、救急隊の搬送先調整においても、平時から分野が異なる他機関と連携するため、あらかじめ地域の実情に応じて定めたプロトコル等のルールに基づく意思決定が重要である。

④ 関係機関との情報連携の重要性

コロナ禍において、都道府県等は、都道府県入院調整本部等において医療機関の空床状況の情報集約等を行った。一方で、患者ごとの病状把握及びトリアージ、入院適応の判断は、平時には基本的に医療機関が行うものである。消防機関は、メディカルコントロール体制に基づき救急活動を行うが、救急ひっ迫時に救急搬送困難事案が増加したことで、G-MIS 等を活用して医療機関の空床情報を把握し、円滑な救急活動に努める地域もあった。

このように平時から果たす役割に違いがある関係機関が、特にコロナ禍において円滑な連携及び入院調整を行うには、迅速かつ的確な情報連携が重要であった。救急隊の搬送先調整においても、平時から同様のことが言える。

(3) 参考となる関連情報

この項の最後に、コロナ禍における救急搬送の実情及び課題を検討するにあたり、参考となる関連情報を掲載する。

① 各消防本部における緊急度判定後の運用状況（全国アンケート）

全国 722 消防本部における緊急度判定の実施状況、特に低緊急・非緊急に対する判定後の運用を把握するためアンケート調査を実施した。

<調査概要>

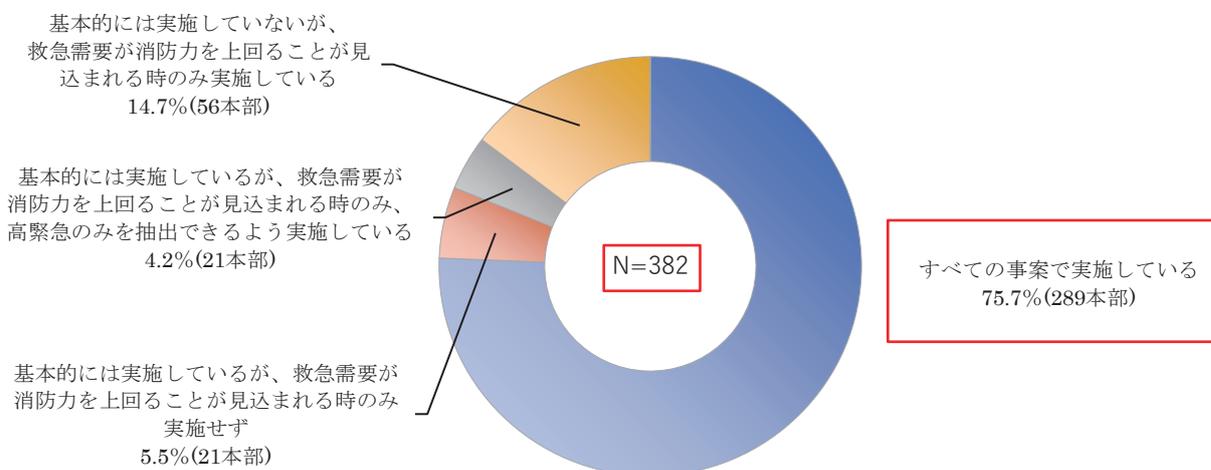
- ・ 調査名：「救急救命体制の整備・充実にに関する調査」及び「メディカルコントロール体制等の実態に関する調査」
- ・ 調査対象：722 消防本部
- ・ 調査方法：Web アンケート
- ・ 調査期間：令和 5 年 8 月 15 日～9 月 8 日（基準日：令和 5 年 8 月 1 日）
- ・ 回収率：100%

〔119番通報時〕

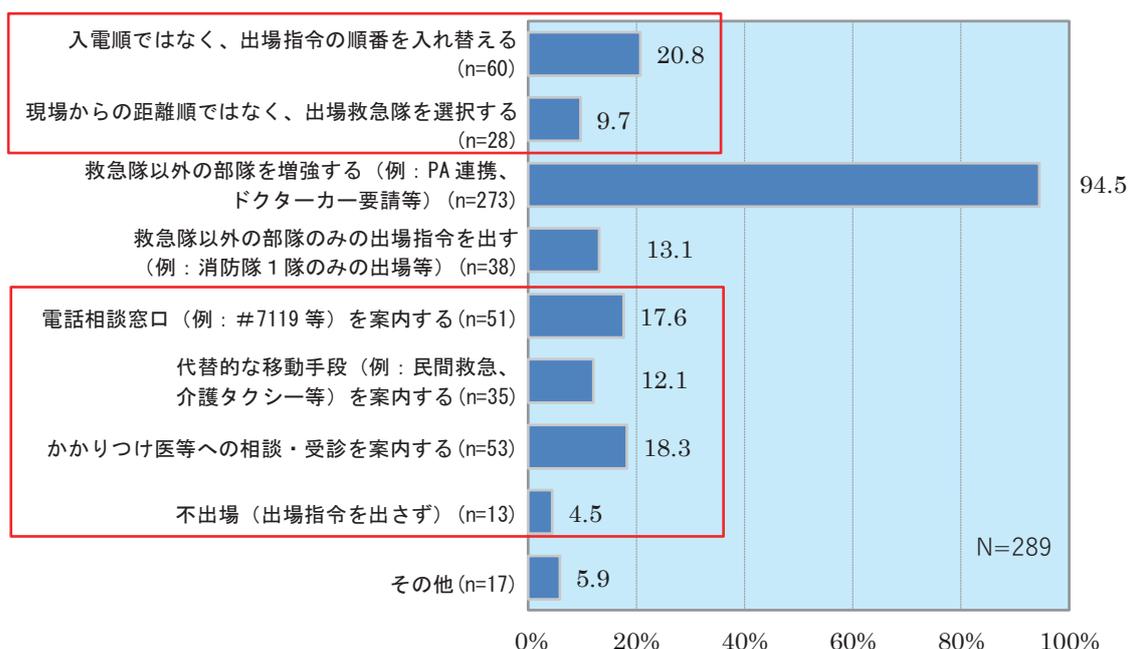
「119番通報時」の緊急度判定は全国で約5割の消防本部で実施されていた。緊急度判定後の運用として、「入電順ではなく、出場指令の順番を入れ替える」、「現場からの距離順ではなく、出場救急隊を選択する」を実施している本部は少なかった。

なお、「電話相談窓口を案内する」、「代替的な移動手段を案内する」、「かかりつけ医等への相談・受診を案内する」、「不出場」等を実施する少数の本部に追加調査を行ったが、通報者・傷病者等の希望・同意、低緊急であることの確認が実施する前提であり、運用実績は限定的であった（図表2-11、図表2-12）。

図表2-11 119番通報時の緊急度判定を実施している場合の実施状況



図表2-12 「すべての事案で実施している」場合の、119番通報時での緊急度判定後の運用

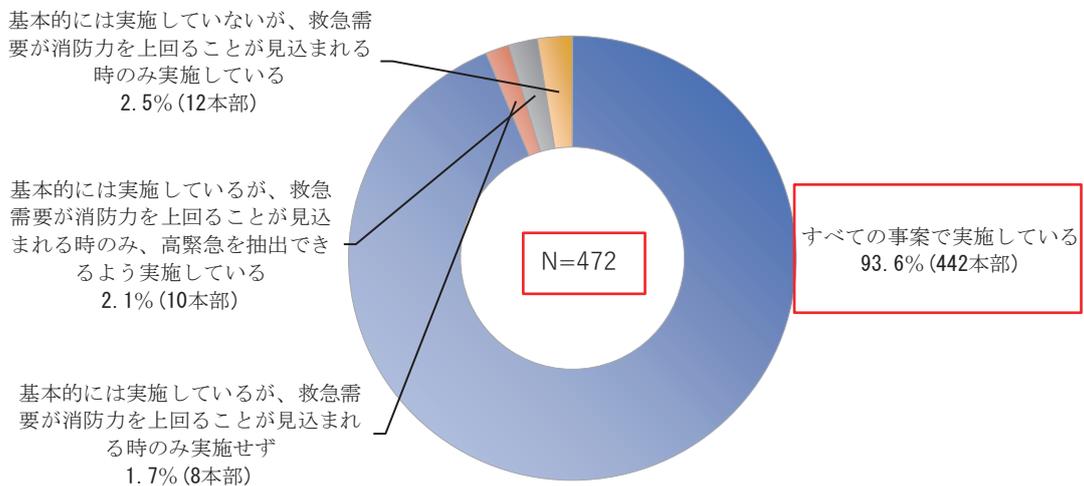


〔救急現場〕

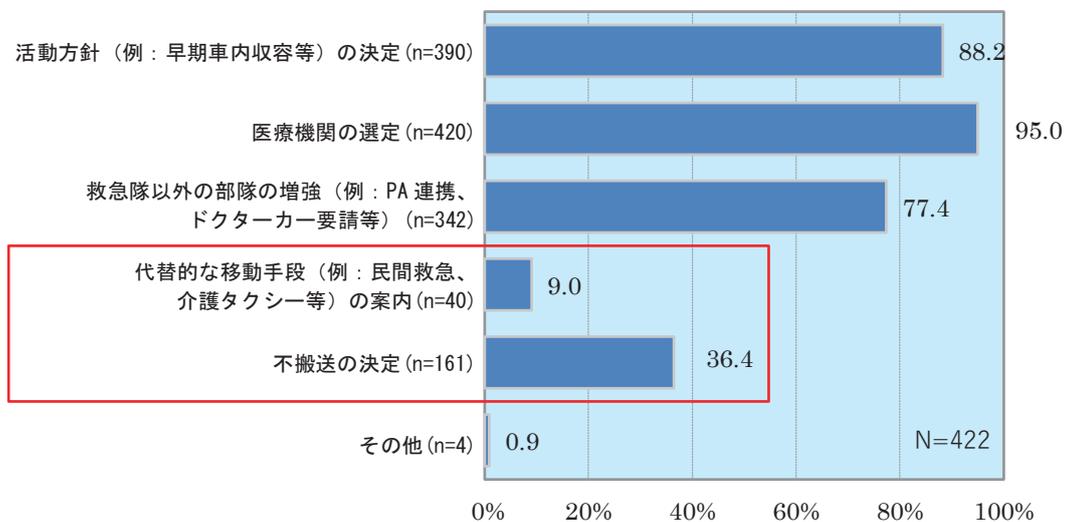
「救急現場」の緊急度判定は、全国で約7割の消防本部で実施されていた。緊急度判定後の運用として、「代替的な移動手段を案内する」、「不搬送の決定」を実施する本部は少なかった。「チェックシートにより基準に則って実施する」本部もあったが、特に搬送先医療機関が決まらない状況で、自力受診の希望が示され、緊急性の判断を踏まえて救急搬送以外の選択肢を案内した上で、希望・同意を最終確認した場合に実施されており、運用実績は限定的であった（図表2-13、図表2-14）。

不搬送を行わない理由としては、基準により年齢・既往症等で一律除外される、説明に時間がかかり現場滞在時間の短縮に繋がらない、救急搬送の希望者からはそもそも同意を得るのが困難等が挙げられた。

図表2-13 救急現場での緊急度判定を実施している場合の実施状況



図表2-14 「すべての事案で実施している」場合の、救急現場での緊急度判定後の運用



② 緊急度判定の実施状況（大規模消防本部ヒアリング）

大規模消防本部の協力を得て個別ヒアリングを実施し、「119番通報時」及び「救急現場」のコロナ禍に救急ひっ迫時における緊急度判定の実施状況について精査した。なお、平時から共通する課題が多く含まれていた。

〔119番通報時〕

「119番通報時」の緊急度判定は、消防本部ごとに運用基準や実施状況は異なる。判定後の運用はおおむね共通しており、低緊急・非緊急についても通信指令員のための判断による不出動は原則行われていなかった。

コロナ禍の救急ひっ迫時に通信指令員による出動優先順位付けが行われた場合もあったが、高緊急以外の判定には聴取時間が延伸すること、高緊急の判定に限定するなどの縮小運用により低緊急の判定を行わない場合は出動指令を出さずに留めておく出動保留の選択が困難であること、出動保留に対する通信指令員の心的ストレスが大きいこと等の平時から共通する課題が挙げられた（図表2-15）。

図表2-15 消防本部ごとの比較表

| | A本部 | B本部 | C本部 | D本部 | E本部 |
|---|---|--|--|-----------------|-----------------------------------|
| <平時> | | | | | |
| 運用基準(※1) | あり | — | — | あり(運用実績なし)(※2) | — |
| 出動保留(対象) | — | — | — | あり(準緊急、低緊急) | — |
| <コロナ禍の救急ひっ迫時> ※感染者は、119番通報時から関係機関と連携する場合もある。 | | | | | |
| 運用基準(※1) | あり | あり | あり | — | — |
| 出動保留(対象) | — | あり(状況に応じて段階的に実施) | あり(全事業を一括して精査) | — | — |
| 発動条件 | 常時実施(出動可能な救急隊数が20%以下で、高緊急のみ判定。) | 出動可能な救急隊数が減少 | 出動可能な救急隊数が0台 | — | — |
| <共通> | | | | | |
| 高緊急への対応 | 部隊運用の強化、又は医療リソースの迅速な要請 | | | | |
| 低緊急・非緊急への対応 | (通信指令員のための判断による不出動は原則行わない) | | | | |
| 操作方法 | 指令システム上 | 紙のフローチャート | 紙のフローチャート | 指令システム上 | — |
| 条例の有無 | あり | — | — | — | — |
| 課題 | <ul style="list-style-type: none"> ●高緊急以外は聴取時間が延伸する。 ●救急ひっ迫時は縮小運用せざるを得ず、低緊急・非緊急の判定をしないため出動保留の選択が不可能。 ●全事業出動するため、高緊急でも出動指令待ちとなる事業の増加が懸念。(容態悪化時は再通報を指示。) ●市民に対して緊急度判定の周知を図り、一層の理解を得る必要あり。 | <ul style="list-style-type: none"> ●低緊急で出動保留とした事業でも、容態悪化するケースがある。(気温等の環境因子も考慮して、容態悪化時は再通報を指示。) ●出動保留とした事業に対し、通信指令員の心的ストレスが大きい。(状況説明、苦情対応、不安等) ●第三者による119番通報は、項目聴取が困難で、円滑に判定不能だった。 | <ul style="list-style-type: none"> ●緊急度判定により聴取時間が延伸する。さらに、優先順位付けをする負担も大きい。 ●紙のチェックシートへの記入漏れ。 ●発動すると、解除のタイミングが難しい。 | — (運用実績がない為) | — (緊急度判定プロトコルを用いた体系的な運用基準がない為) |

※1 高緊急に限らず低緊急まで緊急度判定を実施し、その後の対応まで消防本部で定めている場合について、運用基準ありとする。
 ※2 発動条件は、震度6弱以上の地震等で多数の着信があり、被害の拡大が予測される場合。

〔救急現場〕

「救急現場」の緊急度判定は、平時の運用基準、判定後の運用はおおむね共通している。低緊急・非緊急に対して代替移動手段の案内や自力受診の促しが行われている場合などもあるが、救急隊員のみ判断による不搬送は原則行われていなかった。

特にコロナ禍の救急ひっ迫時は、各地域で定められた搬送ルールが感染者の円滑な搬送先選定の一助となっていた（図表2-16）。

図表2-16 消防本部ごとの比較表

| | A本部 | B本部 | C本部 | D本部 | E本部 |
|--|--|-----|-----|-----|--------------------|
| <平時> ※ヒアリング等に基づき消防庁作成 | | | | | |
| 運用基準(※1) | あり | — | — | — | —（一部実施） |
| 搬送先選定 | 全事案：搬送ルールあり（傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準に準ずる） | | | | |
| 搬送順位付け | 全事案：—（局地的な自然災害時等を除く） | | | | |
| 高緊急への対応 | 搬送先医療機関リストより受入照会を実施 | | | | |
| 低緊急・非緊急への対応 | 傷病者接触後は、高緊急と同様に搬送先決定まで受入照会を継続（救急隊員のみ判断による不搬送は原則行わない。） | | | | 同左（但し、自力受診の促しが制度化） |
| <コロナ禍の救急ひっ迫時（感染者への対応）> ※消防庁調べ ※移送調整の法的責務は保健所（都道府県）が負う。その他疾患への対応は、平時と同様。 | | | | | |
| 運用基準(※1) | 平時と同様（保健所への連絡基準は、別途あり） | | | | |
| 搬送先選定 | 搬送ルールあり（各地域で合意された療養先・入院先の考え方、発動条件に準ずる） | | | | |
| 搬送順位付け | 保健所が重症度に応じて調整（感染症法に基づく不搬送の判断が行われる場合あり） | | | | |
| 高緊急への対応 | 保健所との役割分担・協定等に基づき、事案に応じて救急隊が搬送先選定を行う場合あり | | | | |
| 低緊急・非緊急への対応 | まずは、保健所に連絡し指示を仰ぐ | | | | |
| 課題 | <ul style="list-style-type: none"> ●救急隊がコロナ陽性者等の搬送先選定・移送協力を行う場合、傷病者の状態等を医療機関と迅速・正確に共有し対応可能だが、救急隊の負担が増える。 ●救急隊と保健所の緊急度に関する判断基準に差異がある。 ●低緊急・非緊急の場合も、引き継げる社会資源が確立されていない。 ●非緊急の場合も、救急ひっ迫状況や疾患に関わらず、救急隊の判断による不搬送はリスクを負えない。 ●救急隊は、搬送先決定まで受入照会を継続するため容態悪化のリスクにも対応しづらいが、救急ひっ迫時は搬送困難事案が発生し、救急搬送体制の維持に苦慮する。 | | | | |

※1 高緊急に限らず低緊急まで緊急度判定を実施し、その後の対応まで消防本部で定めている場合について、運用基準ありとする。

③ コロナ禍における救急搬送困難事案の傾向分析

コロナ禍において増加した救急搬送困難事案について、一つの消防本部から匿名の協力を得て、平成31年1月～令和4年6月の事案について傾向分析を行った。

各月の救急搬送困難事案について、年齢区分別・傷病程度別の集計を行い、コロナ前の期間（平成31年1月～令和元年12月）、コロナ禍の期間（オミクロン株の流行前 令和2年1月～令和4年3月、オミクロン株の流行後 令和4年4月～令和5年6月）に分けてクロス集計を行った。

その結果、救急搬送困難事案のうち、高齢者ほど中等症・重症、若年層ほど軽症が占める割合が大きく、新型コロナ流行のピーク時は軽症者数が約4～5倍に急増した。

この結果を考察するに、全体として救急搬送困難事案件数の多い高齢者への対応の検討はもとより、ピーク時に増加量の大きい軽症者には、低緊急・非緊急の傷病者も多く含まれることが推察され、緊急度に応じた対応を行うことの重要性が改めて認識された。なお、救急搬送困難事案の発生は地域ごとに事情が異なることは留意が必要である。

④ 円滑な搬送先調整に繋げた取組

特に「救急現場」においては関係機関と連携した搬送先選定が重要であり、ワーキンググループでは、コロナ禍における保健所の入院調整の方法、軽症者、受診に困難を伴う者等に対応する医療体制の整備を含めて取組事例について意見があった。

取組事例（例）

- ・高緊急のコロナ感染者は保健所の指示を待たずに、医師の指示の下、救急隊が搬送するプロトコルを作成した。
- ・医療職が配置された入院調整本部による医療提供の観点を踏まえた一元的な入院調整を行った。
- ・入院適応外となった方へのフォロー体制として、健康観察を行う宿泊療養施設等を救急隊の搬送先候補に組み入れた。
- ・民間事業者と自治体が連携して、発熱相談センターや通信指令センターからオンライン診療、訪問診療による緊急往診に繋げる取組も行った。
- ・複数のコロナ陽性者が発生した高齢者施設等に対する訪問診療の体制を強化した。

（４）コロナ禍の教訓を踏まえた今後の対策に向けて

コロナ禍においては、救急ひっ迫時の対応に様々な課題があったが、平時を見据えた示唆も得られた。

保健所等は、公衆衛生の維持の観点から感染症法に基づきコロナ陽性者の入院調整を行い、特に「救急現場」で、平時には救急隊が行っている搬送先調整を一部代替する役割も果たした。新たな感染症流行という特殊な状況下での対応について、その枠組みをそのまま平時に適応することは難しいが、地域において円滑な搬送先調整、情報連携を行い、軽症者等に対応する医療へ繋げる取組を進める重要性が改めて認識された。

また、保健所は重症者へ優先的に対応したが、同様の考え方に基づく消防機関でも「119番通報時」に応用可能な「重症事案対応隊の確保」の取組があり、次項で紹介する。

5 救急隊運用の事例紹介

コロナ禍においては、119 番通報が多数入電して救急隊の出動率が高まり、高緊急の 119 番通報に対して、出動指令及び現場到着に時間を要する事案が発生した。こうした厳しい状況の中でも、各消防本部においては苦慮しながらも救急ひっ迫に対応し、一部では高緊急の 119 番通報に迅速に出動するための取組も実施された。

全国においても直ちに取り組める対策として、また、平時の救急需要増加時にも応用できる事例として紹介する。

(1) 重症事案対応隊の確保

(概要)

重症事案対応の専用救急隊を確保して、「119 番通報時」の緊急度判定に基づき、高緊急（CPA 等）に出動させる取組である。

地域の実情及び各消防本部の考え方により、その運用方法は異なり、以下に比較表を示す。運用開始基準は出動率 70～90% で、運用開始・解除の判断主体の多くは指令課となっている。重症事案対応隊の割合は全救急隊数の約 5%、出動基準は高緊急や重症事案としている本部が多かった（図表 2-17）。

図表 2-17 重症事案対応隊の確保

| 重症事案対応隊の確保 | A本部 | B本部 | C本部 | D本部 |
|--------------|--------------------|----------------------------|---------------|--|
| 運用の開始基準 | 出動率80%を目安 | 出動率70%を目安 | 出動率90%を目安 | 基準なし ^{※1} (救急ひっ迫時) |
| 運用の解除基準 | 基準なし ^{※1} | 基準なし ^{※1} | 出動率70%未満を目安 | 基準なし ^{※1} |
| 運用開始・解除の判断主体 | 指令課 | 指令課 | 指令課 | 救急課 |
| 重症事案対応隊の指定方法 | 既存隊から別枠指定(2隊) | 既存隊から別枠指定(5隊) | 既存隊から別枠指定(2隊) | 増隊して新たに指定(1隊) |
| 重症事案対応隊の出動基準 | 基準なし ^{※1} | 平時と同じPA連携の基準 ^{※2} | 重症事案 | 基準なし ^{※1} (事案毎に指令課と救急課が協議) |

※1 状況を総合的に加味して判断主体の権限で指示
 ※2 生理学的基準による高緊急のPA連携に限る

(目的・効果)

救急ひっ迫時に新たに発生した高緊急の 119 番通報に対して、一定時間内に現場到着する体制確保が主な目的である。

高緊急への対応を優先することは、救急出動全体として、自ずと準緊急から非緊急の優先順位付けがなされることも、二次的な効果として期待される。

さらに、緊急度判定も高緊急のみで行うことによる省力化、組織的運用による責任分散、通信指令員の心理的負担の軽減等の効果も期待でき、高緊急の救急出動件数の割合は少ないため、重症事案対応隊の待機時間を労務管理上の配慮として運用することも考えられる。

(課題)

重症事案対応隊の運用方法は、さらに知見を蓄積する必要があり、例えば、以下のような課題があると考えられる。

まず、組織的運用の開始には、運用開始・解除基準あるいは自治体内で意思決定を行う判断主体を決める必要がある。

部隊配置の方法を検討する際には、面積、人口密度、高齢者率などを条件として考慮する消防本部が多いと考えられるが、カバー範囲の拡大、密な対応の実施には確保隊数を増やす必要があり、消防本部としてどこまでマンパワーを割けるのかという観点から、運用拡大の可能性や現場目標時間の設定とも関連する事項である。また、指定時間を定めて指定隊を交代させるなど、柔軟な運用も考えられる。

さらに、運用開始や拡大を図る場合には、住民に対して高緊急に重点的に対応していることを、分かりやすく説明する必要がある（図表 2-18）。

図表 2-18 重症事案対応隊の運用時の課題（例）

| 運用時の課題（例） | 内容 |
|-----------|---|
| 組織的運用の開始 | 開始基準・解除基準、自治体内の意思決定、関係部署間のコミュニケーション |
| 部隊配置の方法 | （条件①）面積・人口密度・年齢構成、（条件②）カバー範囲と確保隊数 |
| 運用拡大の可能性 | 高緊急（CPA等）から出動基準の拡大、 カバー範囲と確保隊数の拡大、及び通常救急隊の運用への影響 |
| 現着目標時間の設定 | 救急ひっ迫時に通常救急隊と比較して相対的に早い現着目標、あるいは一定の目標時間の設定 |
| 市民の理解促進 | 重症事案対応隊に限った現着時間の記録・評価、高緊急に重点的に対応していることの説明 |
| その他 | 低緊急・非緊急を含めた「緊急度判定プロトコル」と「運用要領」の策定による有用性向上 |

〔横浜市消防局〕

令和4年度から「指定救急隊」として重症事案対応隊の運用を開始し、通年で運用している。

運用開始は、救急隊稼働率がおおむね80%（67隊）以上が一定時間続くと予想される場合を基準としているが、運用解除には明確な基準は設けておらず、開始・解除ともに司令課で判断している。

重症事案対応隊は、市内を6方面に分け、各方面の稼働救急隊から1隊を指定（合計6隊）し、1部隊の指定時間は1時間を原則とし、各方面内の当事署間で調整の上、各署警防課長の指示を受けた部隊の交代を可能としている。

また、出動基準に該当する事案は、緊急度・重症度判定によりA+判定（生命の危険が切迫している可能性が極めて高いもの）となった事案や、その他、司令課長が必要と認めた事案である（図表2-19）。

図表2-19 横浜市消防局（通知）【抜粋】

| | |
|---|----------------------------|
| 消 防 署 長 | 消 救 第 8 9 9 号 令和5年12月4日 |
| | 救 急 部 長 警 防 部 長 |
| 令和5年度冬季の増強救急隊の編成について（通知） | |
| <p>年末年始の休庁期間中における部隊編成については、「年末年始消防特別警戒の実施について」（令和5年12月1日消警第1269号）により警防体制の強化をお願いしたところです。</p> <p>例年冬季は、感染症の拡大や、休庁期間中及び休庁期間前後は医療機関の休診等の影響により、さらに救急要請の増加が予想されることから、より効率的・効果的な救急搬送体制を確保するため、次のとおり増強救急隊を編成することとします。</p> | |
| 1 実施期間 （略） | |
| 2 救急特別配備体制の発令基準 （略） (2) 救急特別配備体制2号（運用開始） 救急隊稼働率が概ね80%（67隊）以上が一定時間以上続くと予想される場合に発令 | |
| 3 増強救急隊の編成要領 （略） | |
| 4 指定救急隊の運用 緊急度・重症度の高い救急事案での現場到着時間の延伸を抑制するため、救急特別配備体制が発令されている時間帯に救急隊6隊を指定します。 なお、緊急度・重症度の高い救急事案とは、緊急度・重症度判定によりA+判定となったもの又は司令課長が必要と認めた事案とします。 指定救急隊の編成要領は以下のとおりとします。 (1) 指定する時間帯は、 救急特別配備体制2号発令時から司令課長が解除するまでの間 とします。 (2) 指定救急隊の選定は、消防活動波の方面単位で行うこととします。 (3) 指定時間は、1部隊1回あたり1時間を原則とします。 (4) 各方面内の当事署間で調整の上、各署警防課長の指示を受けた部隊が直接指令台に連絡し、以降の交代についても同様とします。 （略） | |

〔名古屋市消防局〕

救急隊の稼働率上昇を抑えるため、稼働率にあわせた警防本部運用を行っており、救急隊の稼働率 90%以上で運用される二次運用開始時に指定する救急隊として重症事案対応隊の運用を開始し、通年で運用している。

運用開始は、救急隊稼働率がおおむね 90%以上となった二次運用開始時を基準としているが、運用解除には明確な基準は設けておらず、開始・解除ともに防災指令センターで判断している。

二次運用の体制移行時には臨時救急隊の編成による増隊を行った上で、常設の本部救急隊 6 隊のうち重症事案対応隊 2 隊を指定しているが、もし常設の本部救急隊 6 隊で重症事案対応隊を指定できない場合は、一時的に所属の救急隊を指定している。

また、出動基準に該当する事案は、緊急度・重症度の高い事案である（図表 2-20）。

図表 2-20 名古屋市消防局（通知）【抜粋】

| | |
|---|-------|
| 4 消 救 第 8 4 号 令和 4 年 7 月 2 8 日 | |
| 各 消 防 署 長 様 | 消 防 長 |
| 救急隊高稼働率時における緊急度・重症度の高い救急事案に対する 出動体制の確保について | |
| <p>臨時救急隊の運用については、「非常用救急車運用要領の改正について」（平成 31 年 3 月 25 日付け 30 消救第 221 号。以下「221 号通知」という。）に基づき運用しており、今夏においては、臨時救急隊編成に係る人員確保並びに猛暑期における先手を打った救急隊の運用を行うなど、稼働率の上昇を抑える対策を講じているところである。しかしながら、連日の救急出動件数の増加に加え新型コロナウイルスの感染急拡大による救急搬送困難事案の増加も懸念され、本市の救急体制についても逼迫が想定されることから、当面の間、下記のとおり本部救急隊を運用することとしたので各職員に対し周知を図りたい。</p> | |
| 記 | |
| 1 目的 | |
| 出動等により救急隊が高稼働率で推移し、出動可能な救急車がない状況下（救急隊稼働率 100%）で発生した緊急度・重症度の高い救急事案に対し、救急車を 119 番通報から遅滞なく救急現場に出動させることで、速やかな医療機関への搬送を行うことができるよう体制をとるもの。 | |
| 2 実施方法 | |
| 非常用救急車の警防本部運用が「二次運用」になった時点において、本部救急隊 4 隊を確保（不能設定）し、防災指令センターの判断により出動させる。 なお、本運用の解除については「二次運用」の解除と同一とする。 | |
| 変更箇所（「84 号通知」） | |
| 2 実施方法 | |
| 非常用救急車の警防本部運用が「二次運用」になった時点において、 <u>本部救急隊 4 隊を確保（不能設定）することとしていたものを、本部救急隊のいずれか 2 隊を確保（出×設定）することに変更する。</u> なお、警防本部運用が「二次運用」になった時点において、 <u>全ての本部救急隊が出動等により確保できない場合は、警防本部の判断により、本部救急隊以外の所属の救急隊を、本部救急隊 2 隊が確保できるまでの間、一時的に確保（出×設定）することを追加する。</u> | |

(2) 救急隊員の労務管理

救急隊員の適正な労務管理については、「救急隊員の適正な労務管理の徹底について（通知）」（令和5年1月25日付け消防救第25号消防庁救急企画室長通知）によりこれまでも周知してきたが、救急隊が一定基準を超えて連続出動した場合に一定時間出動不能として、休憩時間を確保する取組が複数の本部で実施されている。こうした取組は、コロナ禍において出動件数が大幅に増加する中で、救急搬送体制を確保するため、特に重要となった。なお、いずれの本部においても、直近の重症事案発生時には出動可能な体制確保に努めていた。

労務管理上の基準は、「出動時間」、「出動件数」、「運転距離」に設定している本部が多く、基準を超えた場合に「休憩時間確保」、「機関員の交代」の対応を定めている本部が多くあった。

労務管理の方法（例）

① 基準

ア 出動時間

- ・連続3時間以上の救急活動
- ・22時～翌5時の間に連続2時間以上の救急活動
- ・法定の休憩時刻を超えた場合

イ 出動件数

- ・連続4件以上の救急出動
- ・22時から翌5時59分の間での3件以上の救急出動

ウ 運転距離

- ・機関員の運転距離が累積100kmに達した場合

② 対応

ア 休憩時間確保

- ・病院引揚げから帰署までの間及び帰署後1時間
- ・出動状況に応じて30分～60分間

イ 機関員の交代

6 今後さらに議論が必要な課題

令和5年度は、救急需要の適正化等に関する検討ワーキンググループにおいて、新型コロナウイルスの感染拡大による救急ひっ迫時に行われた対応に焦点を当てた検討を行ったが、その他にも、増加する救急需要への対応策について、多岐にわたる論点について議論を行った。

これらの論点についても本項において整理してとりまとめ、今後さらに議論を深めていくこととしたい。

(1) 救急安心センター事業（＃7119）

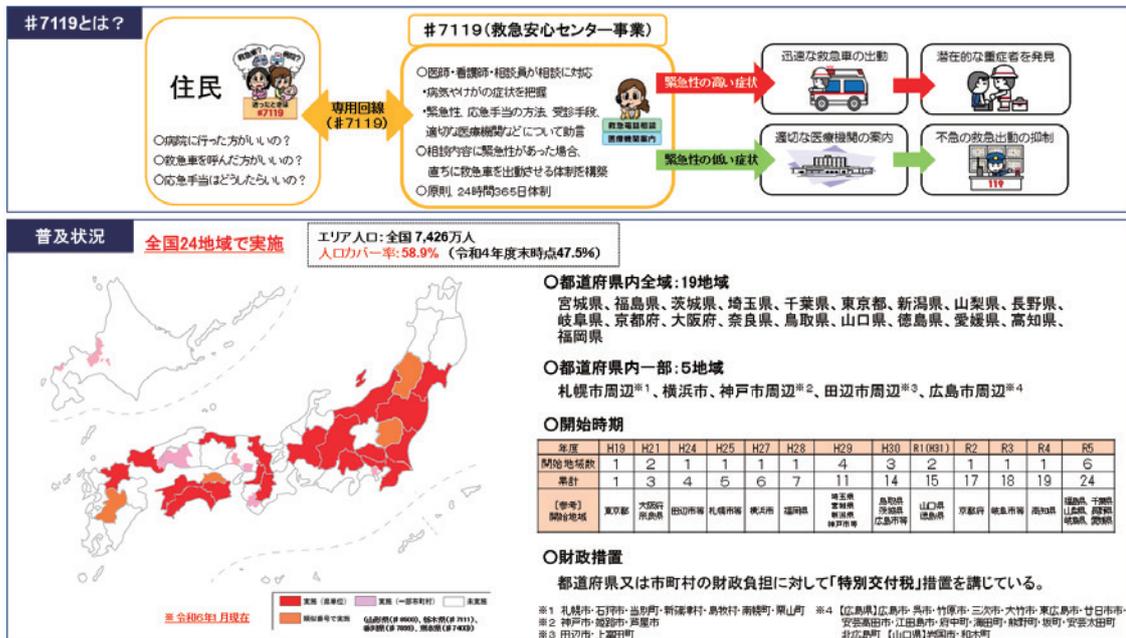
各地域の救急ひっ迫回避のため、消防庁は救急安心センター事業（＃7119）の全国展開をこれまで推進し、都道府県・市町村一丸となった取組を推進してきた（図表2-21）。

実施地域はコロナ禍を経て更に拡大してきたところであるが、引き続き利用促進を図るとともに、より一層有効活用するための方策も積極的に検討する必要がある。

例えば、＃7119の相談者割合は若年層が高く、119番通報の前段階で＃7119の利用を考慮いただくため、年齢層ごとの普及促進、認知度向上のあり方について検討することで、救急需要の抑制に繋がるのではないかと。

また、119番通報時点で、低緊急・非緊急と判断された方に対し電話相談窓口（＃7119等）を案内する仕組みも考えられるが、指令センターから＃7119へ繋ぐ仕組み等の有用性、実現性等から検討することも考えられる。

図表2-21 救急安心センター事業（＃7119）の概要



(2) 救急隊による搬送以外の対応

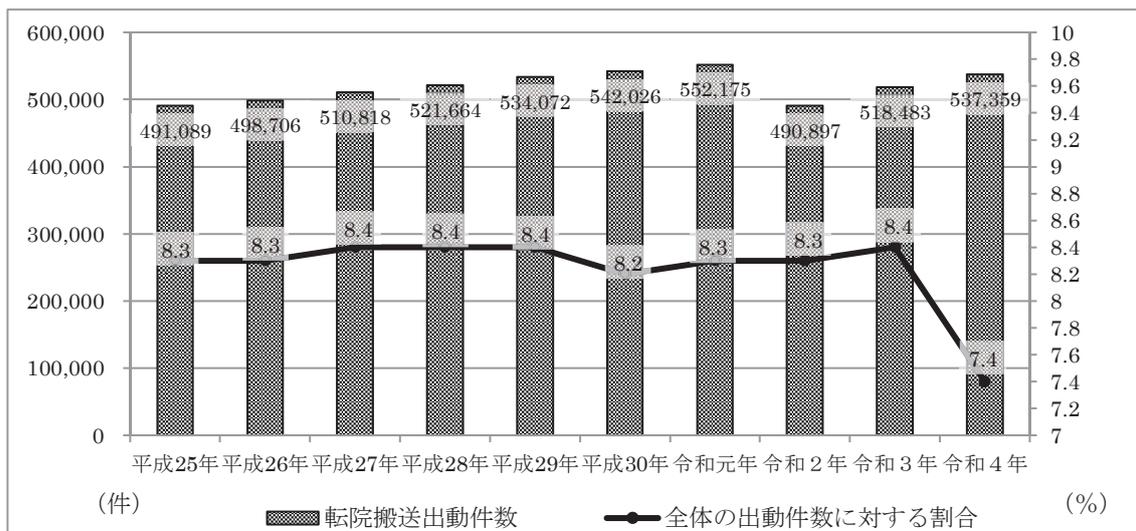
救急ひっ迫時にも高緊急の119番通報に迅速・確実に対応できるように、平時から緊急度に応じた社会資源を活用する体制が整備されることが望まれる。

例えば、各消防本部の認定を受けた民間の患者等搬送事業者は、認定数、搬送件数は増加傾向にあるが、搬送先を決めてから呼ばないと引き受けてもらえない、経済的に個人負担の有償サービスには誘導されにくい、高緊急の傷病者は消防救急への適切な引継ぎが必要といった意見も出たところである。これらに対応する具体的な取組事例として、転院搬送ガイドラインの見直しによる転院搬送での活用促進、事業者案内のワンストップ窓口となるコールセンター設置、搬送資器材の取扱いや急変時対応の研修会の開催などが取り組まれている。

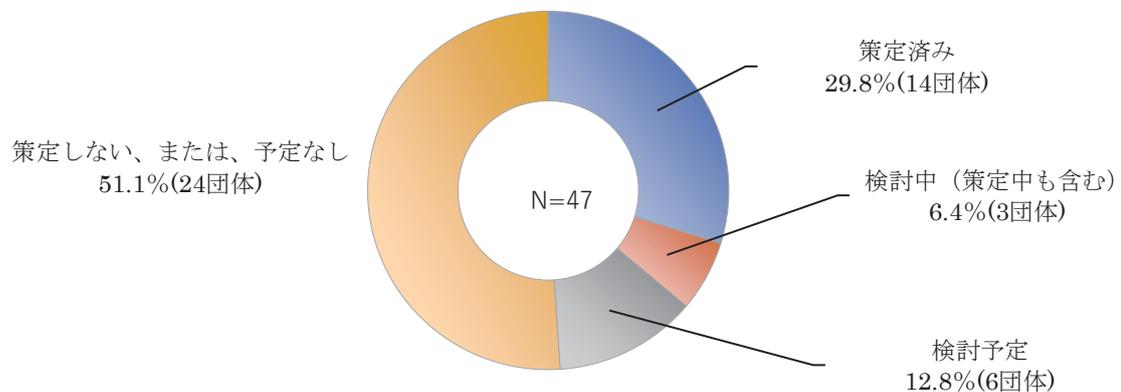
また、医療機関が保有する搬送用車両（病院救急車）は、厚生労働省において地域における効率的な活用が検討されており、ガイドライン等を策定して特に緊急性の低い転院搬送等で活用することが考えられる（図表2-22、図表2-23）。

<参考>

図表2-22 転院搬送の救急出動件数と構成比の推移



図表2-23 転院搬送におけるガイドラインの策定状況



(3) 「救急ひっ迫時」に行うべき対応

救急需要の増減幅は平時から大きいのが、救急需要が搬送力・受入体制を超過すると需給バランスの不均衡が生じて救急ひっ迫が顕在化する。熱中症、新型コロナ、NBC・テロ、自然災害等の平時、有事の状況が考えられるが、どのような状況が「救急ひっ迫時」と言えるのか、その際にどのような救急対応が望まれるのか、さらに個々の措置を発動する際の基準等については、今後検討が必要である。

(4) 「救急業務」と「緊急性」の関係性

消防法第2条第9項の「救急業務」の対象は、緊急に搬送する必要がある（＝「緊急性」がある）傷病者であり、「緊急性」は緊急度判定プロトコルにおいて医学的観点から生理学的に具体化され、「緊急性」の指標として「緊急度」が活用されている。特に救急ひっ迫時は、低緊急・非緊急の搬送優先度は相対的に低下することが考えられるが、確率論に基づく現在の医学的水準でも緊急度判定プロトコルによるアンダートリージの完全排除は困難であり、傷病者対応に万全を期すため、従来、消防機関は119番通報を受電すれば救急搬送を行うことを原則に活動してきた。

このような背景がある中、新型コロナウイルス感染症の流行では、救急現場の懸命な努力にも関わらず「救急ひっ迫」により救えるはずの命が救えない事態が懸念された。

「緊急性」は、地域の社会資源、医療介入の必要度、標準的な医療水準等により変化し得ること、傷病者の容態等も経時的に変化することから、「救急業務」の該当性は、消防法体系や緊急度判定プロトコルを指針として、最終的には通信指令員や救急隊員が事案ごとの判断を行っている。しかし、これまでに訴訟が提起された事例もあり、平時にまたがる課題として、消防機関、医師、行政官までも含めた法的な保護・免責の必要性等について意見があった。

「救急業務」の要件である「緊急性」について更に議論を深めて、まずは、消防法体系や緊急度判定プロトコルにおいてどのように考え方を明確化して示すか、さらに緊急度判定後の受療手段の選択、適切な行政サービスへの振り分け等を地域ごとにどのように定めるか（※）、引き続き検討が必要である。

※受療区分マトリックス（例）

後述する広義の緊急度（急ぎ指数）を用いて、地域ごとにどのようにルール化するか研究班においてイメージ図が提案されている（図表2-24）。

図表2-24 受療区分マトリックス

| 受療先 → 受療手段 ↓ | 電話対応 | かかりつけ 医・初期救 急医療機関 | 二次救急医 療機関 | 三次救急医 療機関 |
|-----------------|-------|-------------------------|--------------|--------------|
| 救急車 | | | | 急ぎ指数A |
| 民間救急車 | | 急ぎ指数C | 急ぎ指数B | |
| 自力受診 | | 急ぎ指数C | | |
| 自宅 | 急ぎ指数D | | | |

大都市A市(救急需給不均衡が著明な地域)

| 受療先 → 受療手段 ↓ | 電話対応 | かかりつけ 医・初期救 急医療機関 | 二次救急医 療機関 | 三次救急医 療機関 |
|-----------------|-------|-------------------------|--------------|--------------|
| 救急車 | | 急ぎ指数C | 急ぎ指数B | 急ぎ指数A |
| 民間救急車 | | | | |
| 自力受診 | | | | |
| 自宅 | 急ぎ指数D | | | |

B県(救急需給不均衡がさほどない地域)

消防庁研究班(森村班(平成29年度～令和元年度)資料より引用)

(5) 広義の緊急度判定の考え方

高齢化の進展等も踏まえ、消防庁研究班(森村班(平成29年度～令和元年度))により、生理学的基準に基づく現行の緊急度判定体系に加えて、傷病者の基礎疾患・社会背景等を踏まえた「本人の意思に基づく治療介入の程度」や「現場や地域のリソース」等の複合的要素を付加した「広義の緊急度判定（急ぎ指数）」が提案された。

「緊急性」に対する考え方は前述のとおりだが、特にコロナ禍における保健所の入院調整では、高齢者救急、地域包括ケア等の医療・介護領域にまたがる課題が指摘され、これまでの報告(※)にもあったように、平時から潜在する背景がある。現在も、訪問診療等を行うかかりつけ医の到着を待ってから傷病者の意思に沿った救急対応が行われる場合もあるが、消防機関によるトリアージから適切な医療・ケアに繋ぐため、「広義の緊急度判定（急ぎ指数）」をどのように具体化できるか継続的な研究が必要である。

なお、搬送人員及び救急搬送困難事案のうち中等症・重症は、コロナ禍以前から恒常的に一定割合を占めるが、病態として軽症又は低緊急であっても緊急入院となる事案も指摘されるところである。消防庁救急統計における「傷病程度」は初診時の入院加療の必要程度に基づく分類であり、かつ「緊急度」とは必ずしも合致しておらず、統計調査のあり方についても課題提起がなされた。

※厚生労働省老人保健健康増進等事業「自宅や介護保険施設等における要介護高齢者の急変時対応の負担軽減および円滑化するための調査研究事業報告書（令和5年3月）」 <https://www.mhlw.go.jp/content/001103268.pdf>

7 まとめ

増加する救急需要への対策は、119番通報の契機となる救急需要に加えて、医療機関の受入体制、入院患者の転院及び退院（いわゆる医療の「出口問題」）に至るまで、消防機関の外部を取り巻く幅広い社会環境の影響を受けるものであり、これまでに述べた論点の他にも非常に多岐にわたる着眼点があり、背景となる制度設計、財源、組織等も含めて検討が必要なものが含まれている。

例えば、救急需要は国民の年齢・疾病構造、救急医療への理解度、費用負担、医療水準等によっても変動すると考えられる。令和6年度からは各都道府県が策定する第8次医療計画も開始されるが、厚生労働省で検討が進められてきた地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策、さらにかかりつけ医機能の強化にも救急体制は大きな影響を受けるだろう。また、軽症者等に対応するオンライン診療、在宅医療等へ繋げる取組も重要である。さらに、医療の「出口問題」は、救命後の医療として高齢者救急と関連して議論されているが、高齢者福祉施策の充実、療養環境の整備、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及といった動向とも関連するだろう。

わが国において、歴史的に災害・事故等のセーフティネットの一つとして119番通報を消防機関が一手に担ってきた経緯があり、傷病者の搬送から医療機関の受入れ、入院・退院に至るまでの過程の一部を構成している。このため、コロナ禍において、保健所にとって地域のルールが重要であったことと同様、緊急度判定体系において、緊急度に応じた傷病者の適切な搬送先・サービス等が整備され、適切な連携体制と振り分け機能が構築されることは、消防機関にとって重要な意味を持っている。

緊急度判定体系は、救急需要の発生から医療機関の受入れまでを繋いでおり、救急需要に対応する基盤は平時を見据えて国全体として同時並行で整備すべきものである。根本的な対策を進めるには、引き続き、適切な作業・連携体制に基づき、救急ひっ迫時のみならず平時を見据えて、救急需要対策の視点から全体像をもって体系的に議論を行うことが肝要である。

今後とも救急分野に閉じることなく視点を高くもって関係機関や社会全体で問題意識を共有し、わが国の社会保障政策の枠組みの中で救急のあるべき姿が議論され、社会環境の変化を踏まえた救急体制が構築されることが強く望まれる。

第3章

救急業務に関するフォローアップ

第3章 救急業務に関するフォローアップ

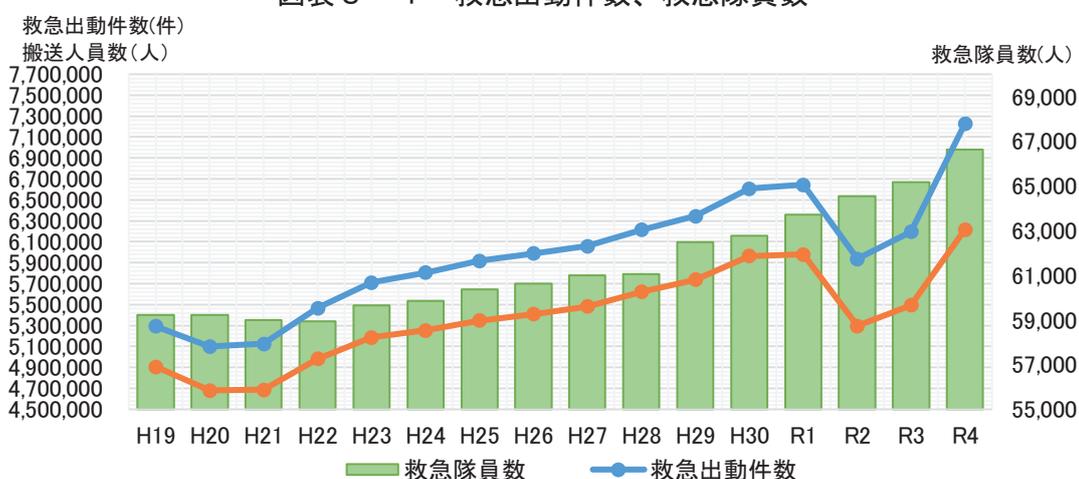
1 救急隊員の職務環境に関する調査・検討

(1) 背景・目的

「平成 29 年度救急業務のあり方に関する検討会」において、救急隊員の適正な労務管理方策について検討を行い、「救急隊員の適正な労務管理の推進について（通知）」（平成 30 年 3 月 30 日付け消防救第 56 号消防庁救急企画室長通知）（以下「平成 30 年消防庁通知」という。）を発出した。

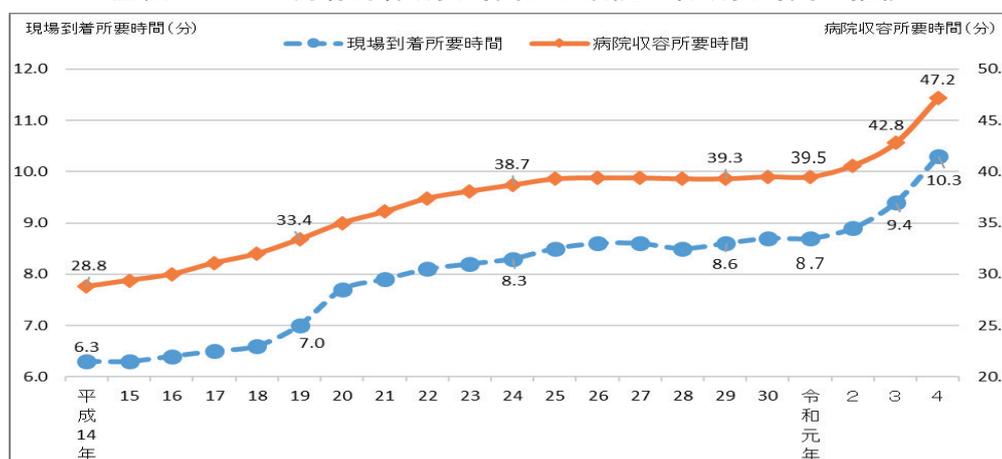
新型コロナウイルス感染症の感染拡大や高齢化等の影響により、令和 4 年中の救急自動車による救急出動件数は、約 723 万件（対前年比約 17%増）と増加し、集計以来最多となった（図表 3-1）。

図表 3-1 救急出動件数、救急隊員数

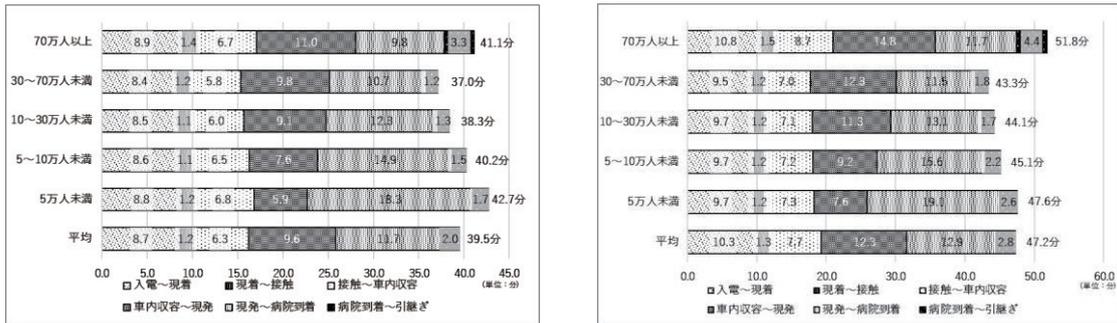


令和 4 年中の救急自動車による現場到着所要時間は、全国平均で約 10.3 分（新型コロナウイルス流行前の令和元年比約 1.6 分増）となっており、病院収容所要時間は全国平均で約 47.2 分（令和元年比約 7.7 分増）となった（図表 3-2）。また、令和 4 年と令和元年を比較すると、消防本部規模の大小に関わらず、病院収容所要時間は延伸となった（図表 3-3）。

図表 3-2 現場到着所要時間及び病院収容所要時間の推移



図表 3-3 消防本部規模別による平均所要時間

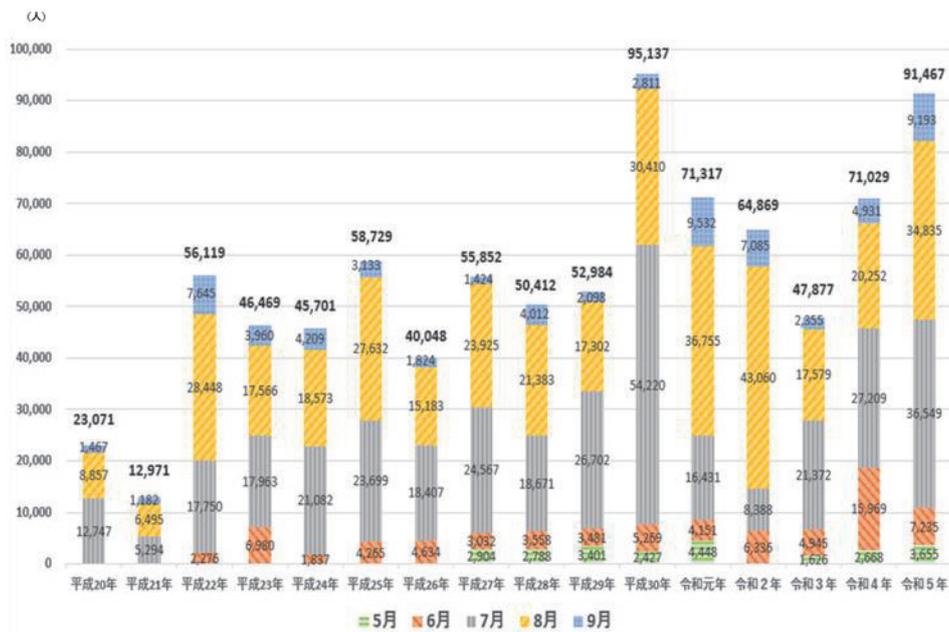


<令和元年>

<令和4年>

令和5年の熱中症による救急搬送人員は91,467人で、過去最多となった平成30年に次いで統計開始以降2番目に多くなった。令和5年は非常に厳しい暑さが長期間にわたって続き、5月から7月及び9月がそれぞれの月で過去2番目、8月が過去3番目に多い搬送人員となった(図表3-4)。

図表 3-4 平成20年～令和5年の熱中症による救急搬送人員の推移



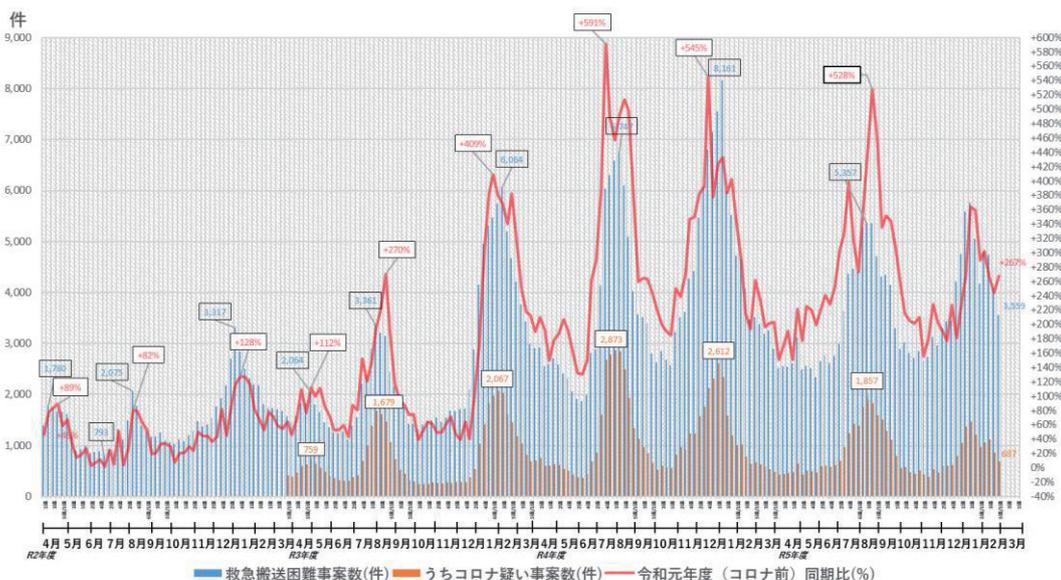
ここ数年の月ごとの救急出動件数を見ると、夏と冬が多くなっている。また、平成31年1月から令和3年12月の間では、平成31年1月の643,780件が最多であったが、令和4年の夏と冬はそれ以上の件数となった（図表3-5）。

図表3-5 令和元年（平成31年）～令和4年の全国の月別救急出動件数の推移



救急搬送困難事案（全国の主な52消防本部の週単位の件数）については、新型コロナウイルスの感染が拡大した、令和5年1月の第2週には、過去最多の8,161件となり、その後は減少したものの、新型コロナウイルスの流行前（令和元年）と比べると、なお高水準である（図表3-6）。

図表3-6 救急搬送困難事案の推移



※1 本調査における「救急搬送困難事案」とは、救急隊による「医療機関への受入れ照会回数4回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」の事案として、各消防本部から総務省消防庁へ報告があったもの。なお、これらのうち、医療機関への搬送ができなかった事案はない。
 ※2 調査対象本部＝政令市消防本部・東京消防庁及び各都道府県の代表消防本部 計52本部
 ※3 コロナ疑い事案＝新型コロナウイルス感染症疑いの症状（体温37度以上の発熱、呼吸困難等）を認めた傷病者に係る事案（5類移行により、保健所等による医療機関への受入れ照会が行われず、消防機関において照会を行った新型コロナウイルス陽性者に係る事案を含む）
 ※4 医療機関の受入れ体制確保に向け、厚生労働省及び都道府県等と状況は共有。
 ※5 この数値は速報値である。
 ※6 本調査には保健所等により医療機関への受入れ照会が行われたものは含まれない。

こうした中、今後も高齢化の進展、気候変動、感染症の流行等により、救急需要の増大及び多様化が懸念されるため、救急業務の質の維持等の観点から、救急隊員の職務環境の一層の整備が重要となっている。

そこで、救急業務に関するフォローアップの一環として、救急隊員の職務環境に関する調査・検討を実施するため、各都道府県から1消防本部ずつ（計47消防本部）の実務担当者を集めた連絡会を設置し、アンケート調査及び対面会議による意見交換等を行った。

主な調査・検討項目は、以下のとおりである。

- ①救急隊員の効果的な労務管理の方策
- ②救急車の交通事故の防止対策
- ③女性救急隊員の職務環境の整備促進
- ④救急業務におけるDXの推進

(2) 調査・検討の結果

① 救急隊員の効果的な労務管理の方策

ア 概要

平成 30 年消防庁通知で示した方策等について、消防本部の取組を調べ、先進的な取組事例をとりまとめた。

イ 連絡会における主な意見

- (i) 救急隊を 4 名配置にして、1 名を交替要員にする取組は有効と感じている。
- (ii) 救急業務の補助等を担当するアシスタント職（会計年度任用職員）を各消防署に配置している。
- (iii) 事務負担軽減の取組において、高齢期職員の活用や DX の導入を検討する必要がある。
- (iv) 22 時から翌日 5 時の間に指令される出動について、連続 2 時間以上の対応をした場合、病院引揚げから帰署までの間及び帰署後 1 時間休憩時間を確保している。（ただし、救急要請輻輳時及び直近重症事案が発生した場合を除く）

ウ 先進的な事例

【事例 1】各救急救命士の疲労度を偏差値で見える化し乗車調整

相対的な指標として、出動件数・距離・活動時間の各項目の合計により疲労度の偏差値を出し、救急救命士の労務負担軽減に役立てている。単に、出動件数・距離・活動時間だけの偏差値ではなく、そこに「重み」を加え偏差値を出している。

「重み」とは、単純に数値だけを評価するのではなく、例えば、活動時間が長いのは負担ではないが、件数が多いのは負担であるという人もいれば、逆の受け止め方の人もある。そのことから、アンケートを行い、それぞれの救急救命士がどこに負担を感じているのかを数値化し、それを「重み」として各項目に組み込む方法で行っている。

このアンケートでは、基準値（出動件数（1 件）・距離（15km）・活動時間（60 分））を設定し、どこに負担を感じているかを調査した結果、出動件数を 1 とした場合、距離が 0.1、活動時間が 0.3 の負担となることが分かった。

その数字を係数として偏差値に組み込み、偏差値が、40～60 の範囲になるよう、勤務等を調整している。

【成果】 疲労度偏差値の均一化（平準化）することができた例

令和2年度

| 救命士 | 疲労度偏差値 | 出動件数 | 距離 | 時間 |
|-----|--------|------|--------|-------|
| A | 59 | 522 | 6215.9 | 27936 |
| B | 71 | 734 | 7640.1 | 33101 |
| C | 42 | 228 | 5582.1 | 16229 |
| D | 65 | 615 | 6549.6 | 32640 |
| E | 58 | 500 | 5004.5 | 26773 |



令和3年度

| 救命士 | 疲労度偏差値 | 出動件数 | 距離 | 時間 |
|-----|--------|------|--------|-------|
| A | 61 | 565 | 5589.9 | 25861 |
| B | 54 | 446 | 4649 | 25013 |
| C | 53 | 413 | 4757.3 | 24787 |
| D | 56 | 477 | 5132.6 | 27890 |
| E | 54 | 441 | 4958.1 | 25194 |

【事例2】 転院搬送専用の救急隊を運用し、他の救急隊への負担を軽減
 転院搬送依頼とあらかじめ把握できている事案については、日勤業務の職員又は再任用職員で構成する臨時救急隊が対応する。

【事例3】 救急隊の運用方法の工夫

- 一定の頻度で救急隊以外の業務を割り当てる取組
 3回の当直勤務（24時間）のうち1回は、救急隊以外の業務（消防隊、指揮隊等）を行うこととし、隊員の負担の軽減を図る。
- 勤務終了時間となった救急隊には、出動指令をかけない取組
 帰署時や病院収容時に勤務終了時間となった場合、その救急隊を出動不能に設定する、又は、交替要員を病院に向かわせることで、隊員の負担の軽減を図る。
- 現場滞在が長時間となった際に別の隊に交替させる取組
 出動指令後、救急隊の活動時間が一定時間（例：1時間）を超過する場合、消火隊を追加出動（PA連携）し、隊員間のローテーションを行うことで、隊員の負担の軽減を図る。

【事例4】 救急隊の戦略的な増隊

市町村は、これまで、消防力の整備指針（平成12年消防庁告示第1号）に基づいて人員・施設の整備に努めており、同指針が、市町村の消防力の充実強化に大きな役割を果たしてきたところである。平成26年、同指針が改正され、救急自動車の配置基準について、勘案要素として「高齢化の状況」が明記されるとともに、救急隊の隊員の配置基準について、地域の実情に応じて、救急隊の隊員の代替要員を確保することとした（図表3-7）。

図表 3-7 消防力の整備指針の改正の概要

消防力の整備指針（平成26年改正時の救急に関する主な内容①） FDMA

○ 平成26年改正時の救急に関する主な内容

【救急自動車（第13条第1項関係^{※1}）】 平成26年10月31日付け消防消第205号消防庁次長通知から抜粋
 救急自動車の配置基準について、人口に基づく配置基準を見直し、人口10万以下の市町村にあってはおおむね人口2万ごとに1台、人口10万を超える市町村にあっては5台に人口10万を超える人口についておおむね5万ごとに1台を加算した台数を基準とするともに、勘案要素として「高齢化の状況」を明記したこと。これは、救急自動車の現状の整備数や救急出動件数の将来推計等を踏まえて、救急自動車を増強配備しようとするものである。また、高齢化が進むほど救急出動ニーズが高まることが想定されることから「1世帯当たりの人口」に替えて、「高齢化の状況」を勘案することとしたものである。

| ※1 | 平成26年の改正後 | 改正前 |
|----|---|---|
| | 第十三条 消防本部又は署所に配置する救急自動車の数は、人口十以下の消防本部又は署所にあってはおおむね人口二万ごとに一台を基準とし、人口十を超える消防本部又は署所にあっては五台に人口十を超える人口についておおむね人口五万ごとに一台を加算した台数を基準として、当該市町村の昼間人口、高齢化の状況、救急業務に係る出動の状況等を勘案した数とする。 | 第十五条 市町村に配置する救急自動車の数は、人口十五以下の市町村にあってはおおむね人口三万ごとに一台を基準とし、人口十五を超える市町村にあっては五台に人口十五を超える人口についておおむね人口六万ごとに一台を加算した台数を基準として、当該市町村の昼間人口及び一世帯当たりの人口、救急業務に係る出動の状況等を勘案した数とする。 |

【救急隊の隊員（第28条第2項関係^{※2}）】 平成26年10月31日付け消防消第205号消防庁次長通知から抜粋
 救急隊の隊員の配置基準について、救急業務の対象となる事案が特に多い地域においては、地域の実情に応じて救急自動車に搭乗する救急隊の隊員の代替要員を確保することとしたこと。近年の救急需要の増大に伴い、地域によっては救急隊1隊あたりの出動件数が増加するなど、救急隊員を取り巻く環境は厳しくなっていることを踏まえ、救急事案が特に多い地域においては、様々な事態を想定し、救急自動車に搭乗する隊の代替要員を地域の実情に応じて確保することを明記したものである。

| ※2 | 平成26年の改正後 | 改正前 |
|----|---|-----------|
| | 第二十八条 2 救急業務の対象となる事案が特に多い地域においては、地域の実情に応じて前二項の規定による救急自動車に搭乗する救急隊の隊員の代替要員を確保するものとする。 | 第三十条 (新設) |

消防力の整備指針（平成26年改正時の救急に関する主な内容②） FDMA

○ 平成26年改正時の関係する質疑応答

(平成26年12月26日付け消防庁消防・救急課事務連絡から抜粋)

【救急自動車（第13条関係）】
 問2 今回の改正の趣旨は、「現状の整備数や救急出動件数の将来推計等を踏まえたもの」であるが、新たに必要となる台数は、今現在の必要台数という認識で正しいか。又は、将来推計等を鑑みて救急出動件数がピークを迎える平成35～36年頃に必要となる台数など、目標達成時期を想定しているのか。
 答2 基本的には、今現在必要と思われる台数とするものであるが、将来的な整備も踏まえた目標にするかどうかを含め、常に高齢化の状況等を踏まえ地域の実情に応じた見直しを行う必要がある。
 問3 「高齢化の状況」に関して、具体的な考え方をご教示願いたい。
 答3 年齢階層別人口の救急搬送率の状況、管内人口分布等を踏まえた救急ニーズを勘案されたい。

【救急隊の隊員（第28条関係）】
 問23 地域の実情に応じて代替要員を確保する際の指標として出動件数・時間外勤務時間・走行距離等を示すことができないか。勤務体制や稼働台数、人口による出動件数等の違いもあるが、ガイドライン等があれば運用上スムーズに対応できると思われる。
 答23 各消防本部により実態が異なるため、全国一律の基準を示すことは考えていない。
 問25 救急隊の代替要員については、同じ消防庁舎で勤務する消防隊員等を充てることで差し支えないか。
 答25 お見込みのとおり。なお、代替要員にあっては同一庁舎内に勤務する者に限るものではなく、消防隊員が救急隊員と交替する際には、消防法施行令(昭和36年政令第37号)第44条第3項各号に定める消防職員をもって充てなければならないことに留意されたい。

この消防力の整備指針を活用し、救急隊の増隊につなげている消防本部の取組は次のとおり。

【A本部】高齡化等に伴う救急出動の状況を勘案し、救急隊の増隊に繋げた取組

救急隊の整備指針については、消防力の整備指針（以下「国指針」という。）に基づく総人口を基準に算定した指標に、「高齡化の状況」を勘案した指標を加算し算定していたが、人口減の中においても、高齡化の進展によって増加することが予測される救急需要に適切に対応していかなければならない課題があった。

そこで、救急出動データを分析し、確認された年齢ごとに異なる救急車の利用率を将来推計人口で推計された人口に補正するなどにより、将来の救急需要人口（仮想人口）を算出し、当該救急需要人口を国指針に基づく人口基準による算定方法により算出して得られた指標を救急隊の整備指針とするなど、管轄市町村の将来推計人口から予測される救急需要を予測し、必要な救急体制を構築することができる、より戦略的な考え方に改めた。これに基づき市長部局と調整し、救急隊の増隊につながった（図表3-8）。

図表3-8 A本部の取組の詳細

【国指標による算定方法を基準に、独自の整備指標を用いた考え方】

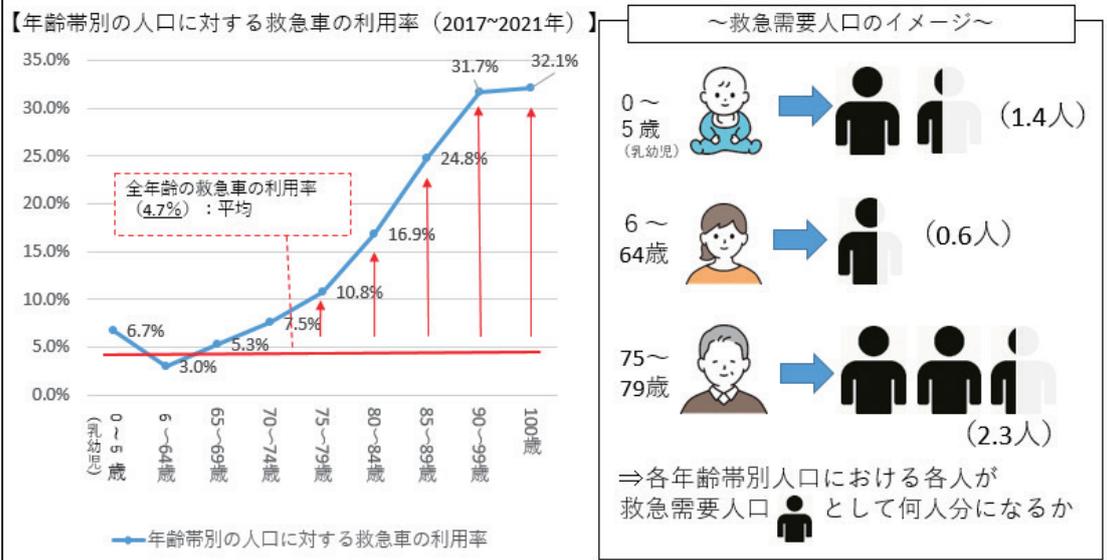
救急出動データの分析結果を基に、年齢を9区分（※1）にした上で、全年齢の救急車の利用率（平均値（%））と各年齢帯の救急車の利用率を比較して得られた倍率を係数とし、その係数を各年齢帯の将来推計人口に乗じて算出した人口（救急需要人口※2）に基づき、救急自動車の整備指標を算定。

（※1：年齢区分イメージ）

- ① 5歳以下 ② 6歳～64歳 ③ 65歳～69歳 ④ 70歳～74歳 ⑤ 75歳～79歳
- ⑥ 80歳～84歳 ⑦ 85歳～89歳 ⑧ 90歳～99歳 ⑨ 100歳以上

（算定イメージ）

- ・※2：救急需要人口
- = 管轄市町村の将来推計人口に基づく人口 × 各年齢帯の救急需要（係数）…①
- ・国指標を基本に、独自の整備指標を用いた算定
- = (① - 100,000人) ÷ 50,000人 + 5台



【B 本部】現場到着時間や活動時間等の状況を勘案し、救急隊の増隊に繋げた取組

消防力の整備指針における救急自動車の配置基準のうち、高齢化の状況と救急業務の出動の状況について、データを解析し、計画的に救急隊を増隊することとしたものである。

一般的に、心肺停止後5分を超えると、救命率が相当低くなると言われているため、救急隊の出動から現場到着までの時間（以下「現場到着時間」という。）が遅延することがないように、救急車を配備してきた。しかし、令和3年は、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、救急隊の現場活動時間が延伸したことに伴い、現場到着時間の遅延傾向が認められた。加えて、救急隊1隊あたりの出動件数が多く、救急隊員の労務管理の点でも大きな課題となっていた。

そこで、令和4年から、救急出動した1件1件の活動時間も考慮した指標を用い、併せて市の人口の将来予測、年齢層ごとの救急要請率等を分析し、今後必要とされる救急隊数を算出し、実際に増隊につながった（図表3-9）。

なお、救急隊の増隊に加えて、消火隊を一時的に救急隊として運用し、救急活動体制の強化を図る取組も進めている。

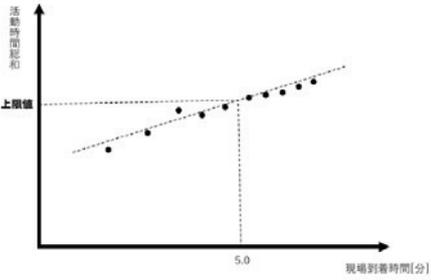
図表3-9 B 本部の取組の詳細

＜手順1＞ 増隊の必要性を踏まえた指標の設定

- 現場到着時間の延伸を踏まえ「現場到着時間5分」を指標とする。
- 救急隊の活動時間の延伸を踏まえ「活動時間総和（救急出動件数×救急隊の活動時間）」を指標とする。

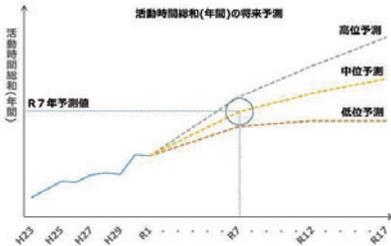
＜手順2＞ 救急隊1隊あたりの活動時間総和の上限値の算出

過去10年の各年の「救急隊1隊あたりの活動時間総和（平均値）」を縦軸に、「現場到着時間（平均値）」を横軸にプロットした図から近似曲線を作成し、現場到着時間が5分となる位置から近似曲線に交わる位置を活動時間総和の上限値とする。



＜手順3＞ 救急隊1隊あたりの活動時間総和の予測値の算出

市の人口の将来予測、年齢層ごとの救急要請率の推移（3段階）、救急隊の活動時間（実績）から、将来（例えば令和7年）の活動時間総和の予測値を算出する。



＜手順4＞ 救急隊の必要隊数の算出

手順3で算出した救急隊1隊あたりの活動時間総和の予測値（例えば令和7年中位）を、手順2で算出した救急隊1隊あたりの活動時間総和の上限値で割ることで、救急隊の必要隊数を算出する。

② 救急車の交通事故の防止対策

ア 概要

救急出動件数の増加等により機関員（運転員）の負担が増加している。機関員の休憩の確保や交替に係る消防本部の取組を調べ、先進的な事例をとりまとめるとともに、救急車の交通事故の防止対策についても同様に先進的な事例をとりまとめた。

イ 連絡会における主な意見

- (i) 事故防止に対する集合教育でドライブレコーダーの映像を使用している。そのことから、隊員同士が同じ危機意識を持って事故防止に努めることができている。
- (ii) 車両を単独（1人）で動かさないルールにしている（後退時には、誘導する職員を配置している）。
- (iii) カメラを設置して、機関員のハンドル操作やブレーキのタイミングなどの検証を行う、コメンタリー研修を、外部委託により実施している。
- (iv) 車両更新時、車両周囲の障害物との距離を検出する機能や、運転者が死角を把握できるモニターを搭載し、事故防止に役立てている。

ウ 機関員の休憩の確保、又は、機関員を交替する取組の例

平成17年10月7日付け消防消第205号・消防救第239号通知の記2では、客観的な基準に基づく交替として、出場件数：1当務10件、時間外勤務時間：連続4時間、走行距離：100kmという基準を設けている消防本部があった旨を記載した。

今回の調査検討により得られた消防本部の取組は次のとおり。

【事例1】救急出動件数で基準を定めている消防本部があった。

救急出動件数で機関員を交替させる基準値



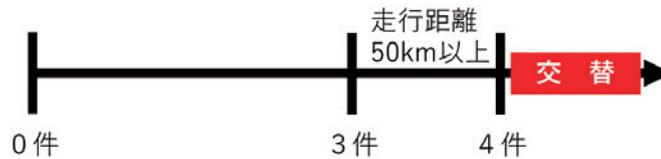
【事例2】時間と救急出動件数で基準を定めている消防本部があった。

救急出動件数で救急隊員を消防隊員と交替させる基準値



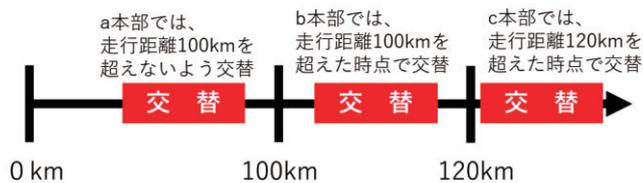
【事例3】救急出動件数と走行距離で基準を定めている消防本部があった。

救急出動件数が3～4件と走行距離50km以上
を目安として機関員を交替させる基準値



【事例4】走行距離で基準を定めている消防本部があった。

走行距離を目安として機関員を交替させる基準値



【事例5】累積出動時間で基準を定めている消防本部があった。

累積出動時間を目安として機関員を交替させる基準値



【事例6】定められた時間で基準を定めている消防本部があった。

定められた時間で機関員を交替させる基準値

15時から23時59分の間には必ず機関員を交替する。

※この取組を行う上で、機関員が不足するため
交替を司令補階級まで緩和している。



【事例7】深夜時間帯の出動で基準を定めている消防本部があった。

○深夜時間帯は、出動ごとに機関員を交替させる。

○仮眠時間帯に連続出場が3時間を超えた場合に休憩時間を確保させる。

エ 機関員を休憩又は交替させるために工夫している取組の例

【事例1】兼務隊員（1名～2名）をあらかじめ交替要員として指定して交替要員を確保している。

【事例2】階級が高い者も機関員として活動できるよう要件を緩和している。

【事例3】救急隊を1当務4名配置としてローテーションで出動している。

【事例4】消防隊に救急の有資格者を配置し、可能な範囲で交替しやすい環境を作っている。

オ 救急車の交通事故防止に係る先進的な事例

【事例1】車両更新時、車両周囲の障害物との距離を検出する機能や、運転者が死角を把握できるモニターを搭載する。

救急出動時における道路狭隘地域や車両の後退時に発生する事故を防止するため、目視では死角となる箇所の確認を車両の安全装置で確認する。

【事例2】機関員のハンドル操作等の検証を外部委託により実施

機関員の運転特性を車両に設置したカメラで、目線や足下（ブレーキ操作）、計器等を撮影し、個人では評価しにくい特性を把握する。

【事例3】CRM教育の実施

CRMとは、「Crew Resource Management：クルー・リソース・マネジメント」で、安全かつ効率的な運航のために全ての利用可能な人員、資機材及び情報を効果的に活用する措置で航空業界の運航概念の一つである。

人間は、「エラーから逃れられない」というのがCRMの基本的な考え方であるが、組織・チームのリソース（資源）を有効活用することで、エラー発生の可能性を下げることや、影響を小さくすることができる。

そのためには、隊長に限らず、隊員の「意見を発することを躊躇しない」心理的安全性が高い環境づくりが必要となり、業務に関わる全ての「仲間」を「資源」として「活用」し、エラーが事故に結びつかないようにすることで、より高度な市民サービスを実現することを目指し、A〳消防本部ではCRM実施要領を策定している。このCRMは、消防のあらゆる業務の推進に活用できるものとして、現在、現場誤認防止対策訓練にも役立てている。

(例) 災害現場誤認防止対策 CRM 訓練

○運行前ブリーフィング（基本の確認）

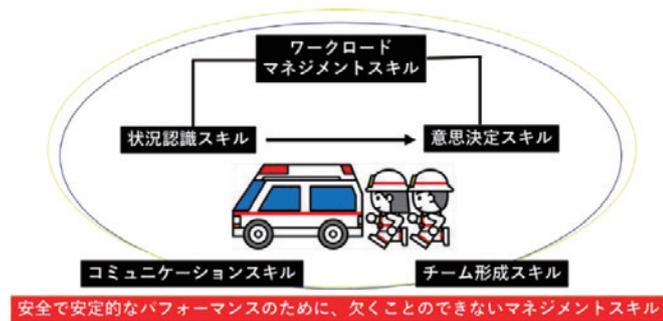
災害現場誤認防止に有効となる部隊内コミュニケーションスキルの向上及び習慣化を目的として、毎当直実施している。

○誤認防止ディスカッション

災害出動時における部隊内コミュニケーションの事例や実際の災害出動時の映像を基に、自分や相手の立場になって『良好なところ』や『どうすれば良かったか』を話し合い、その中でも重要となったポイントを話し合い考察している。

○振り返り

災害出動時の機会を活用し、災害出動中の部隊内コミュニケーション等について、振り返りを実施する。振り返りは、定期的なミーティングなど時間をかけて実施することも大切だが、帰署途上や帰署後の休憩を利用するなど簡単に実施するものでも十分効果が得られる。



③ 女性救急隊員の職務環境の整備促進

ア 概要

育児等で救急隊を一定期間離れていた職員の救急隊復帰を支援する取組や、女性消防吏員が救急隊員として活動しやすい環境整備に係る消防本部の取組を調べ、先進的な取組事例をとりまとめた。

イ 連絡会における主な意見

- (i) 女性救急隊員の活躍推進を図るため、日勤救急隊の整備、電動ストレッチャーの導入、救急資器材の軽量化のほか、勤務環境を整備するために施設の改修を行っている。
- (ii) 女性の考えを反映できるように、人事課に女性職員を配置している。
- (iii) 女性の救急隊員が配置されている救急車に電動ストレッチャーを配備することで、女性職員の採用活動時にアピールできるかもしれない。
- (iv) 早期退職や若いうちに離職する職員が出ている。特に経験を積んで高い能力を有する救命士が離職したときはショックだった。

ウ 先進的な事例

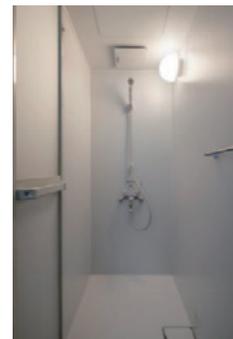
【事例1】電動ストレッチャーの導入、救急資器材の軽量化

傷病者搬送用ストレッチャーの昇降や車内収容等の動作を自動で行うことができる「電動ストレッチャー」を導入している。また、救急隊が携行し現場で活用する酸素ボンベは2Lのものが標準であるが、資器材の軽量化の観点から1.1Lのものを導入している。

【事例2】女性職員が活用できる施設の積極的な導入

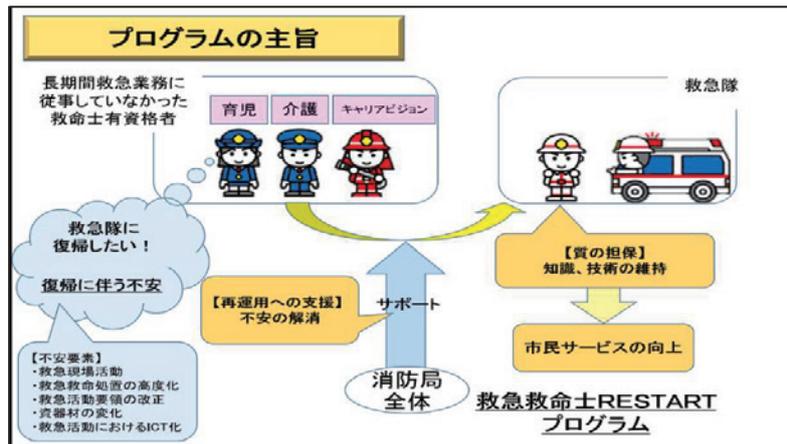
有利な地方債等の国の財政措置を活用して、庁舎（消防本部・消防署・消防出張所）の整備を行い、全ての庁舎で女性消防吏員が隔日勤務を行うことができるようになってきている。

実際の仮眠室等の様子(写真)



【事例3】リスタートプログラムの積極的な導入

育児や日勤業務により、長期間救急業務に従事していなかった救急救命士有資格者が、救急隊に復帰する際に、プロトコルの再確認や救急救命処置の手技確認など現場復帰に伴う不安を解消するため、消防本部等が全面的にサポートしている。連絡会参加消防本部(47本部)のうち8本部が同様の取組を実施しており、その中には、令和5年度総務省消防庁の「消防本部における女性消防吏員活躍推進モデル事業」を活用し、知見を有する民間企業と連携し、各種研修を行っている消防本部もあった。



【事例4】相談体制の確立（人事課への女性職員の配置、個別面談）

- 女性の視点や意見を職場環境等に反映するため、人事担当に女性職員を配置している。
- 随時、育児や介護のための勤務形態の変更、各種制度を希望するなどを、ワークライフバランスシートを活用し報告することで、必要な措置を講じている。
- 出産・育休を経験後に現場復帰を希望した職員に対しヒアリングを行い、日勤を経てから段階的に隔日勤務へ配置するなど、その都度ヒアリングを行い職員の希望を反映している。

④ 救急業務における DX の推進

ア 概要

救急業務の各場面（出動指令時の指令センターと救急隊の情報共有、受入医療機関の選定、活動報告書等の入力等）における DX の導入事例を調べ、先進的な取組事例をとりまとめた。

イ 連絡会における主な意見

- (i) 救急出動報告書の作成事務量を従来の4分の1程度になるようなシステムを導入する予定。
- (ii) 傷病者の観察情報や車内の画像を医療機関に送ることができれば、傷病者の受入交渉で、口頭で伝達することが減り、エラーが少なくなると思う。効率的に短時間で搬送先が決まっていく可能性があり、検討している。
- (iii) 月に1回、医療機関と消防本部で定例会を開催し、関係するシステムの使用状況等を確認している。
- (iv) 複数病院への一斉受入照会時の回答、診療科目ごとの収容可能状況等、医療機関側が入力する情報について、リアルタイムの入力や更新がされていないケースもある。
- (v) 導入したDXツールを消防OAシステムと接続するには、ベンダーが異なり高額な費用がかかるため、DXでデータ化したものを消防OAに自動的に反映させることが難しい。

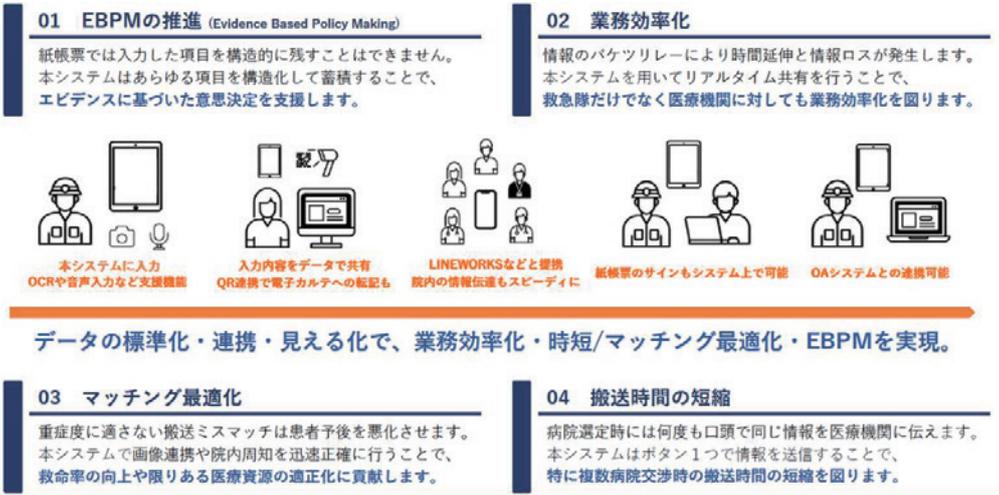
ウ 先進的な事例

【事例1】救急搬送の迅速化及び救急業務の効率化を図るシステムの導入
119番通報情報及び救急隊からの傷病者情報について、アプリを通じて即時に医療機関へ共有し、迅速な受入体制の確保に繋げるとともに、救急現場で入力した情報を活動報告書に反映できるシステムを導入した。これにより、病院への受入交渉回数の削減、救急隊の現場滞在時間及び病院滞在時間の短縮、救急隊の事務処理負担の軽減を図っている。

X 消防本部が導入したシステムの概要



Y 消防本部が導入したシステムの概要



【事例2】受入医療機関とリアルタイムで情報を共有するツールの導入
 救急隊と医師がアプリを通じて、リアルタイムの傷病者情報（現場状況、保険証等）を共有し、救急現場と医療現場の連携を行うツールを導入した。これにより、救急隊の現場滞在時間の短縮、病院への受入交渉時の伝達情報の正確化、救急活動の事後検証の早期化（医師から救急隊への傷病者の予後状況の素早い共有）を図っている。

医療関係者間コミュニケーションアプリ

スマートフォンなどのモバイルデバイスを用いて医療関係者間のコミュニケーションができるアプリ



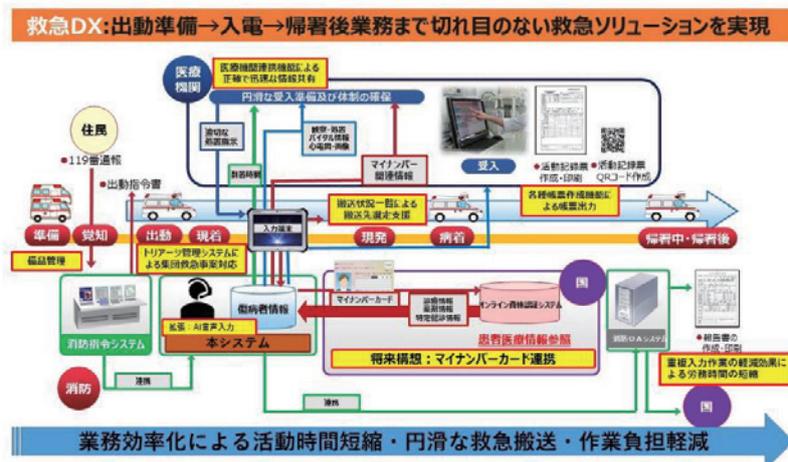
【事例3】救急業務の効率化を図るシステムの導入検討

救急現場で得た情報をタブレットや携帯電話等の端末で入力すると、救急隊の活動報告書に自動的に反映され、これまでは消防署でしか作成・印刷ができなかった活動報告書や受入病院への提出資料を、救急の活動現場等でも作成・印刷することができる。指令システムや消防OAシステム、心電図モニターとのインターフェースによるデータ連携を実現し、活動時間短縮と業務負担軽減を支援する仕組み(システム)の導入を検討している。



※参考：本システムのお機能

- 搬送先選定時の医療機関受入・搬送状況を救急隊員全体で共有
受入医療機関の状況を搬送した隊員がタブレットへ入力し状況を共有できる。
- 医療機関と搬送情報の共有
入力した傷病者情報や画像を医療機関とリアルタイムに情報共有することができるため、円滑な受入れ準備、体制の確保を可能とする。
- 集団救急・大規模災害
障害状況を入力しトリアージ判定の支援ができ、医療機関の受入・搬送状況の見える化ができる。
- 備品管理
消耗品や各種備品を管理する機能により、棚卸等の在庫管理業務の負担を軽減できる。



(3) まとめ（今後の方向性）

救急出動件数が増加し、救急出動1件あたりの活動時間が延伸するなど、救急業務は厳しい状況に置かれている。救急業務の質を維持し、災害等による傷病者の搬送を適切に行うためには、救急隊員の職務環境の一層の整備が重要となっている。

全国の47消防本部の実務担当者で構成される連絡会を設置し、アンケート調査及び対面会議による意見交換を実施することで、救急隊員の効果的な労務管理の方策等について、消防本部における先進的な取組事例等を取りまとめた。

当該事例等を全国の消防本部に速やかに共有し、現場で懸命に活動している救急隊員の負担軽減、救急業務の効率化を促すことで、救急隊員の職務環境等の整備を加速化させる必要がある。

なお、救急隊員が属する消防職員全体の職場環境の整備という視点でも、ストレスチェックやハラスメント対応等の必要な取組について、引き続き推進することが重要である。

2 救急業務全般に係るフォローアップ

(1) 背景・目的

救急業務に関する取組状況については、地域によって差が生じており、「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。このことから、平成29年度から消防本部をはじめとした関係機関に向けたアンケート調査による実態把握のほか、全国の都道府県及び消防本部を対象として訪問によるフォローアップ調査を開始し、3年をかけて全国47都道府県を一巡した。

その上で、令和元年度と同検討会における提言を踏まえ、更なるステップとして各地域の課題への対応策について継続したサポートが必要であり、また、各消防本部における課題や先進事例を共有することにより、諸課題を解決するための施策につながるヒントが得られ、全国的な救急業務のより一層のレベルアップに資することを目的として、令和2年度から4年をかけて、全国47都道府県のフォローアップを実施することとした。

今年度の実施に当たり、取組内容として以下の項目を掲げた（図表3-10）。

図表3-10 救急業務に関するフォローアップの今年度の取組内容

救急業務に関するフォローアップ

今年度のフォローアップの取組内容

- アンケート調査
 - ・47都道府県(消防防災主管部局、衛生主管部局)、消防本部及びMC協議会を対象に「救急救命体制の整備・充実に関するアンケート調査」等を実施する。
- 個別訪問
 - ・各都道府県(消防防災主管部局、衛生主管部局)及び、課題がある、あるいは先進的な取組を実施している2又は3の消防本部を個別訪問する。
 - ・訪問先では、これまで消防庁が発出している通知等に対する取組状況や各地域の課題、先進的な取組についての調査を行う。

(2) 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）及び消防本部等を対象としたアンケート調査を実施した。

< 調査概要 >

- ・調査名：「救急救命体制の整備・充実に関する調査」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・250 地域 MC 協議会・722 消防本部
- ・調査方法：WEB アンケート
- ・調査期間：令和 5 年 8 月 15 日～9 月 8 日（基準日：令和 5 年 8 月 1 日）
- ・回収率：100%

また、今年度は昨年度から感染症に係る調査項目を一部変更し実施した（図表 3-11）。

図表 3-11 アンケート項目

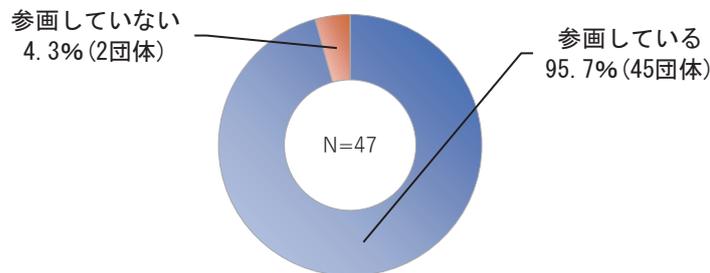
| 救急業務に関するフォローアップ | |
|---|-----------|
| 主なアンケート項目 | |
| 令和5年度 | |
| > 感染症に関する都道府県連携協議会への参画状況 | → 本章①を参照 |
| > 救急隊へのICTの導入状況(AIやRPAの活用状況 救急ホイストラの導入状況) | → 本章②を参照 |
| > 転院搬送ガイドライン策定の有無及び取組状況 | → 本章③を参照 |
| > 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準の改正状況 | → 本章④を参照 |
| > 救急救命士の資格を有する救急隊員数の推移 | → 本章⑤を参照 |
| > 指導救命士の認定状況 | → 本章⑥を参照 |
| > 搬送困難事例への対応 | → 本章⑦を参照 |
| > 過去に救急企画室が発出した通知等の実施状況 | |
| ■ 消防機関における新型インフルエンザ対策のための業務継続計画の策定について(平成20年12月22日発出) | → 本章⑧アを参照 |
| ■ 外国人傷病者に円滑に対応するための消防機関における取組の推進について(令和2年3月27日発出) | → 本章⑧イを参照 |
| ■ 救急隊における観察・処置等について(令和2年3月27日発出) | → 本章⑧ウを参照 |
| ■ 119番通報時及び救急現場における緊急度判定の導入の推進について(令和2年3月27日発出) | → 本章⑧エを参照 |
| ■ 「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会 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」報告書について(令和元年11月8日発出) | → 本章⑧オを参照 |
| ■ 救急業務におけるメディカルコントロール体制の更なる充実強化について(令和3年3月26日発出) | → 本章⑧カを参照 |
| ■ 救急安心センター事業(#7119)の全国展開に向けた取組について(令和3年3月26日発出) | → 本章⑧キを参照 |

① 感染症に関する都道府県連携協議会への参画状況

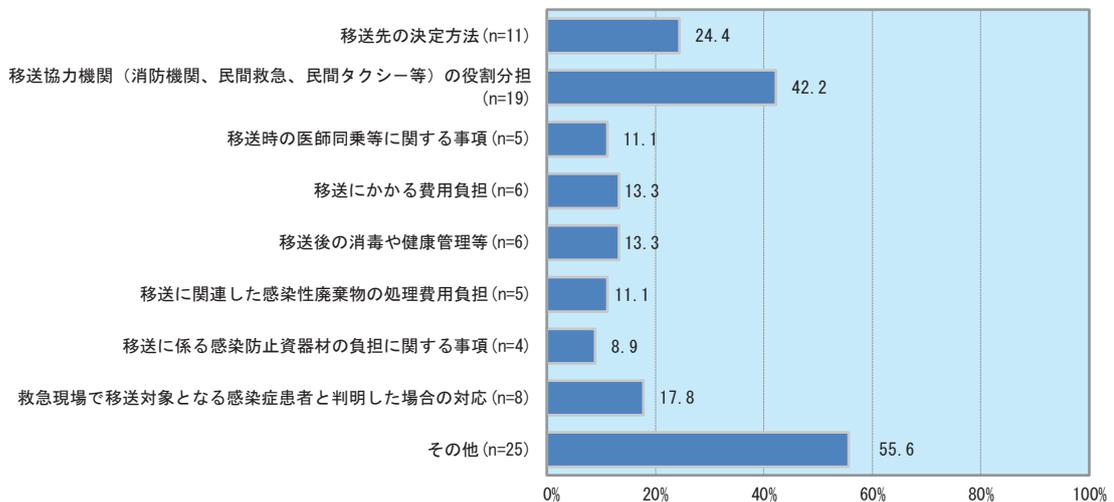
都道府県連携協議会に消防本部が「参画している」と回答した都道府県は95.7%（45 団体）であった。このうち、協議事項の内容について、「移送先の決定方法」と回答したのは24.4%（11 団体）、「移送協力機関（消防機関、民間救急、民間タクシー等）の役割分担」と回答したのは42.2%（19 団体）、「移送時の医師同乗に関する事項」と回答したのは11.1%（5 団体）、「移送にかかる費用負担」と回答したのは13.3%（6 団体）、「移送後の消毒や健康管理等」と回答したのは13.3%（6 団体）、「移送に関連した感染性廃棄物の処理費用負担」と回答したのは11.1%（5 団体）、「移送に係る感染防止資器材の負担に関する事項」と回答したのは8.9%（4 団体）、「救急現場で移送対象となる感染症患者と判明した場合の対応」と回答したのは17.8%（8 団体）であった（図表3-12）。

ほぼ全ての都道府県において、消防本部が都道府県連携協議会に参画し、感染症患者等の移送に関する協議が行われている。引き続き、関係機関と消防本部が連携し、移送に係る消防機関の協力等について、必要な協議を行うことが望まれる。

図表3-12 都道府県連携協議会について消防本部の参画状況（衛生主管部局回答）



協議事項はどのような内容のものか（複数回答可）



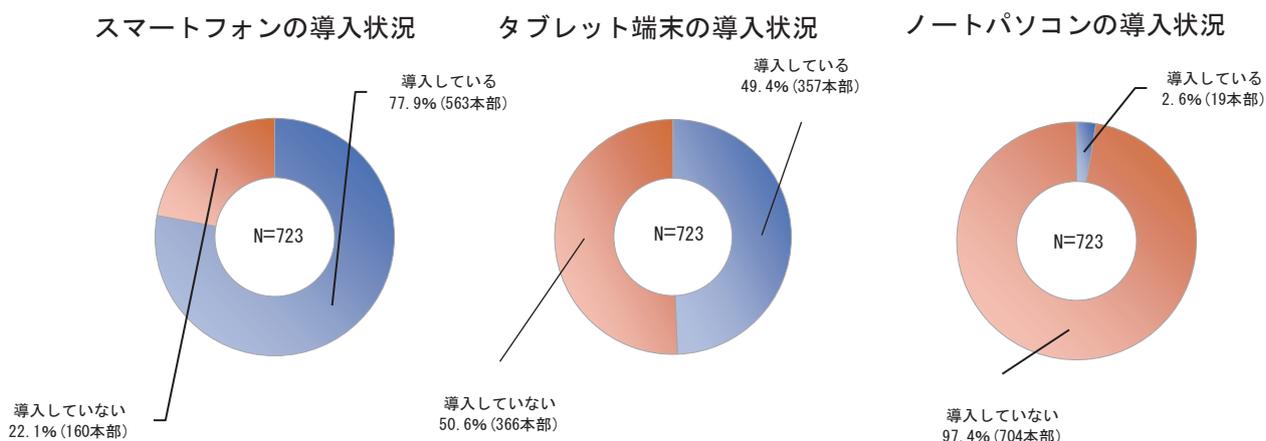
② 救急隊への ICT の導入状況

ア スマートフォン・タブレット端末・ノートパソコンの導入状況について

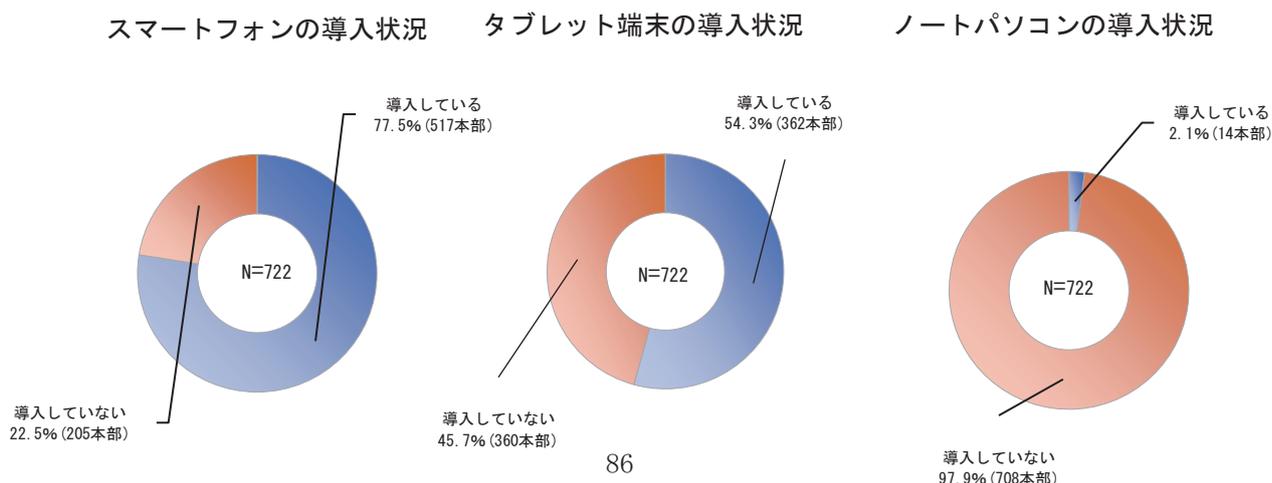
スマートフォン・タブレット端末・ノートパソコンの導入状況について、令和4年度はそれぞれ、「スマートフォンを導入している」と回答した消防本部は77.9%（563本部）、「タブレット端末を導入している」と回答した消防本部は49.4%（357本部）、「ノートパソコンを導入している」と回答した消防本部は2.6%（19本部）であったのに対し、令和5年度は「スマートフォンを導入している」と回答した消防本部は77.5%（517本部）、「タブレット端末を導入している」と回答した消防本部は54.3%（362本部）、「ノートパソコンを導入している」と回答した消防本部は2.1%（14本部）であった（図表3-13）。

図表3-13 スマートフォン・タブレット端末・ノートパソコンの導入状況
（消防本部回答）

令和4年度（令和4年8月1日現在）



令和5年度（令和5年8月1日現在）



イ 消防本部の救急ボイストラの導入状況

救急ボイストラについては、平成 29 年 4 月から各消防本部への提供を開始し、平成 30 年 1 月からは Android 版に加え、iOS 版も提供を開始している。令和 4 年 1 月 1 日時点では 92.3%（671 本部）の導入であったのに対し、令和 5 年 1 月 1 日時点では 94.5%（683 本部）に増加した（図表 3-14）。

図表 3-14 救急ボイストラの導入状況

令和 4 年（令和 4 年 1 月 1 日現在）

令和 5 年（令和 5 年 1 月 1 日現在）

| 都道府県 | 導入本部数 | 全消防本部数 | 都道府県 | 導入本部数 | 全消防本部数 |
|------|-------|--------|------|-------|--------|
| 北海道 | 55 | 58 | 滋賀 | 7 | 7 |
| 青森 | 11 | 11 | 京都 | 15 | 15 |
| 岩手 | 12 | 12 | 大阪 | 26 | 26 |
| 宮城 | 11 | 11 | 兵庫 | 24 | 24 |
| 秋田 | 13 | 13 | 奈良 | 3 | 3 |
| 山形 | 12 | 12 | 和歌山 | 15 | 17 |
| 福島 | 10 | 12 | 鳥取 | 3 | 3 |
| 茨城 | 24 | 24 | 島根 | 9 | 9 |
| 栃木 | 12 | 12 | 岡山 | 13 | 14 |
| 群馬 | 11 | 11 | 広島 | 13 | 13 |
| 埼玉 | 27 | 27 | 山口 | 10 | 12 |
| 千葉 | 30 | 31 | 徳島 | 12 | 13 |
| 東京 | 5 | 5 | 香川 | 9 | 9 |
| 神奈川 | 22 | 24 | 愛媛 | 13 | 14 |
| 新潟 | 15 | 19 | 高知 | 12 | 15 |
| 富山 | 6 | 7 | 福岡 | 17 | 24 |
| 石川 | 9 | 11 | 佐賀 | 5 | 5 |
| 福井 | 6 | 9 | 長崎 | 9 | 10 |
| 山梨 | 6 | 10 | 熊本 | 8 | 12 |
| 長野 | 12 | 13 | 大分 | 13 | 14 |
| 岐阜 | 20 | 20 | 宮崎 | 10 | 10 |
| 静岡 | 14 | 16 | 鹿児島 | 19 | 20 |
| 愛知 | 30 | 34 | 沖縄 | 18 | 18 |
| 三重 | 15 | 15 | 合計 | 671 | 724 |

| 都道府県 | 導入本部数 | 全消防本部数 | 都道府県 | 導入本部数 | 全消防本部数 |
|------|-------|--------|------|-------|--------|
| 北海道 | 56 | 58 | 滋賀 | 7 | 7 |
| 青森 | 11 | 11 | 京都 | 15 | 15 |
| 岩手 | 12 | 12 | 大阪 | 26 | 26 |
| 宮城 | 11 | 11 | 兵庫 | 24 | 24 |
| 秋田 | 13 | 13 | 奈良 | 3 | 3 |
| 山形 | 12 | 12 | 和歌山 | 16 | 17 |
| 福島 | 11 | 12 | 鳥取 | 3 | 3 |
| 茨城 | 24 | 24 | 島根 | 9 | 9 |
| 栃木 | 12 | 12 | 岡山 | 13 | 14 |
| 群馬 | 11 | 11 | 広島 | 13 | 13 |
| 埼玉 | 27 | 27 | 山口 | 11 | 12 |
| 千葉 | 30 | 31 | 徳島 | 13 | 13 |
| 東京 | 5 | 5 | 香川 | 9 | 9 |
| 神奈川 | 22 | 23 | 愛媛 | 13 | 14 |
| 新潟 | 16 | 19 | 高知 | 12 | 15 |
| 富山 | 6 | 7 | 福岡 | 21 | 24 |
| 石川 | 9 | 11 | 佐賀 | 5 | 5 |
| 福井 | 6 | 9 | 長崎 | 9 | 10 |
| 山梨 | 6 | 10 | 熊本 | 8 | 12 |
| 長野 | 13 | 13 | 大分 | 12 | 14 |
| 岐阜 | 20 | 20 | 宮崎 | 10 | 10 |
| 静岡 | 15 | 16 | 鹿児島 | 20 | 20 |
| 愛知 | 30 | 34 | 沖縄 | 18 | 18 |
| 三重 | 15 | 15 | 合計 | 683 | 723 |

③ 転院搬送ガイドライン策定の有無及び取組状況

「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」（平成 28 年 3 月 31 日付け消防救第 34 号消防庁次長、医政発 0331 第 48 号厚生労働省医政局長通知）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を促した。

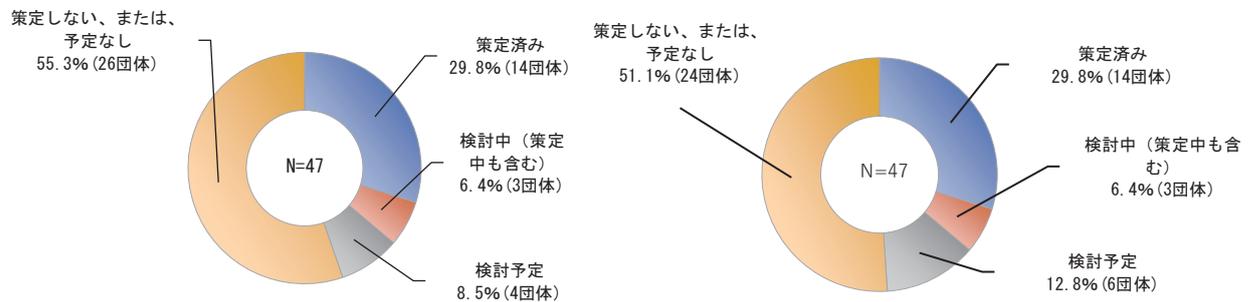
転院搬送ガイドラインを策定済みの都道府県は、令和 4 年度と変わらず 29.8%（14 団体）であった（図表 3-15）。

また、「策定しない、または予定なし」と回答した団体は令和 4 年度は 55.3%（26 団体）であったのに対し、令和 5 年度は 51.1%（24 団体）となっており、地域の実情をよく聞き取りながら、引き続き転院搬送ガイドラインの策定を働きかけていく必要がある。

図表 3-15 転院搬送ガイドライン策定状況（都道府県回答）

令和 4 年度（令和 4 年 8 月 1 日現在）

令和 5 年度（令和 5 年 8 月 1 日現在）

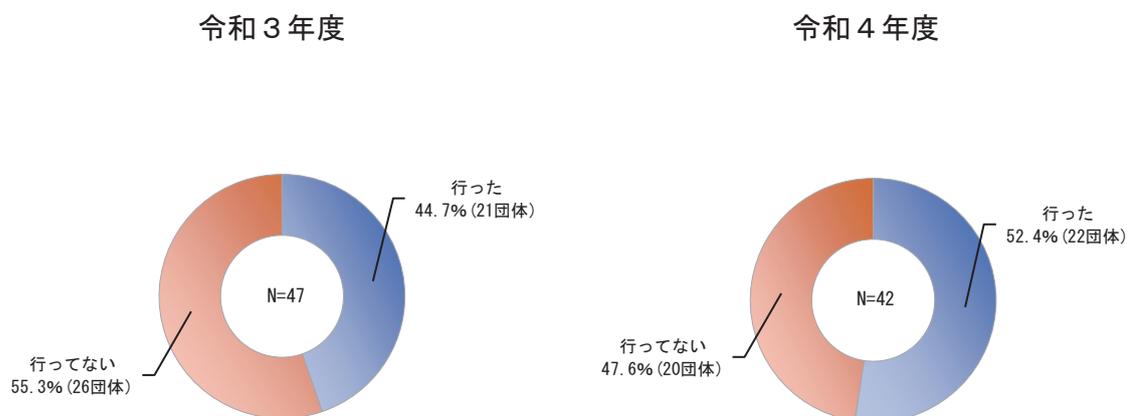


④ 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準の改正状況

令和3年度中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の改正を行ったのは44.7%（21団体）であったのに対し、令和4年度中に改正を行ったのは52.4%（22団体）であった（図表3-16）。

各地域 MC 協議会において把握した事後検証結果及び協議結果を踏まえ、**「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」**について、適宜改正、又は見直しが行なわれることが望まれる。

図表3-16 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準の改正の有無
（都道府県回答）



⑤ 救急救命士の資格を有する救急隊員数の推移

全国で、救急救命士の資格を有する救急隊員数は、令和4年度では31,762人であったのに対し、令和5年度では32,767人に増加した（図表3-17）。

図表3-17 救急救命士の資格を有する救急隊員数の推移

（「令和4年版救急・救助の現況」及び「令和5年版救急・救助の現況」より抜粋）

| 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 | |
|------|-----------------------|--------|------------------|-------|----------------------------------|-------|------------------|-------|------------------------|-------|------------------------|-------|---------------------------|-------|
| | R4 | R5 | R4 | R5 | R4 | R5 | R4 | R5 | R4 | R5 | R4 | R5 | R4 | R5 |
| | 北海道 | 2,597 | 2,673 | 46.6% | 48.4% | 88.8% | 90.0% | 46.1% | 47.7% | 34.8% | 37.4% | 74.2% | 79.6% | 74.4% |
| 青森県 | 534 | 552 | 76.6% | 77.2% | 92.1% | 91.3% | 74.2% | 75.5% | 41.8% | 48.4% | 92.7% | 91.1% | 86.5% | 91.1% |
| 岩手県 | 457 | 468 | 84.7% | 85.0% | 93.0% | 93.8% | 84.0% | 84.8% | 61.5% | 63.5% | 92.6% | 92.7% | 92.6% | 92.9% |
| 宮城県 | 493 | 516 | 62.3% | 59.7% | 93.1% | 94.0% | 62.3% | 59.7% | 10.3% | 21.9% | 93.1% | 93.2% | 93.1% | 93.2% |
| 秋田県 | 431 | 438 | 34.1% | 32.4% | 91.9% | 91.1% | 34.1% | 32.4% | 27.6% | 27.4% | 92.6% | 92.2% | 92.6% | 92.2% |
| 山形県 | 333 | 344 | 27.6% | 27.3% | 92.2% | 92.4% | 27.6% | 27.3% | 0.0% | 0.0% | 92.2% | 92.4% | 92.2% | 92.4% |
| 福島県 | 567 | 582 | 42.3% | 41.8% | 93.3% | 95.4% | 41.4% | 40.9% | 6.7% | 7.2% | 88.9% | 93.1% | 88.9% | 92.6% |
| 茨城県 | 1,072 | 1,085 | 59.9% | 61.7% | 91.9% | 94.4% | 59.5% | 61.4% | 0.0% | 0.0% | 90.4% | 93.0% | 90.4% | 93.0% |
| 栃木県 | 570 | 589 | 51.9% | 52.0% | 89.5% | 89.6% | 50.7% | 51.1% | 13.2% | 15.3% | 88.9% | 88.6% | 88.9% | 83.9% |
| 群馬県 | 518 | 521 | 22.4% | 22.1% | 77.6% | 80.6% | 21.2% | 21.3% | 13.3% | 14.4% | 74.7% | 78.5% | 74.7% | 78.5% |
| 埼玉県 | 1,333 | 1,406 | 57.8% | 57.6% | 93.3% | 93.0% | 57.8% | 57.6% | 49.4% | 49.8% | 92.9% | 92.9% | 92.9% | 92.9% |
| 千葉県 | 1,246 | 1,315 | 53.1% | 51.6% | 93.0% | 94.1% | 52.9% | 50.4% | 21.0% | 23.0% | 92.5% | 93.4% | 92.6% | 93.4% |
| 東京都 | 2,142 | 2,180 | 25.6% | 25.8% | 90.6% | 92.5% | 25.4% | 25.6% | 10.8% | 9.2% | 76.0% | 84.2% | 76.0% | 84.2% |
| 神奈川県 | 1,638 | 1,699 | 38.6% | 37.7% | 93.5% | 93.5% | 37.2% | 37.3% | 30.5% | 33.5% | 93.3% | 93.1% | 93.2% | 93.1% |
| 新潟県 | 721 | 764 | 15.3% | 13.6% | 96.1% | 96.1% | 15.3% | 13.6% | 2.8% | 2.6% | 97.1% | 96.1% | 97.1% | 93.1% |
| 富山県 | 269 | 274 | 66.2% | 66.1% | 87.0% | 90.1% | 65.1% | 65.0% | 0.0% | 0.0% | 85.9% | 88.7% | 85.9% | 88.7% |
| 石川県 | 357 | 362 | 41.2% | 35.4% | 74.2% | 76.5% | 41.2% | 35.4% | 0.0% | 0.0% | 74.2% | 76.5% | 74.2% | 76.5% |
| 福井県 | 254 | 257 | 81.5% | 73.9% | 98.0% | 98.1% | 81.5% | 73.9% | 24.8% | 25.7% | 98.0% | 98.4% | 98.0% | 98.4% |
| 山梨県 | 288 | 291 | 48.6% | 46.0% | 94.4% | 90.4% | 48.6% | 46.0% | 35.8% | 33.7% | 92.4% | 90.4% | 94.4% | 90.4% |
| 長野県 | 711 | 749 | 77.9% | 73.0% | 93.0% | 95.2% | 76.4% | 72.9% | 15.0% | 25.0% | 92.4% | 92.3% | 92.4% | 92.3% |
| 岐阜県 | 667 | 677 | 44.8% | 45.1% | 85.2% | 86.9% | 43.6% | 43.9% | 19.2% | 21.0% | 65.7% | 68.8% | 65.7% | 68.8% |
| 静岡県 | 796 | 815 | 62.8% | 61.1% | 94.2% | 94.7% | 62.1% | 60.4% | 50.1% | 50.3% | 89.3% | 89.1% | 89.3% | 89.1% |
| 愛知県 | 1,632 | 1,648 | 25.9% | 26.8% | 81.6% | 82.5% | 25.9% | 26.8% | 1.5% | 1.7% | 75.5% | 76.4% | 75.5% | 74.9% |
| 三重県 | 592 | 604 | 30.2% | 31.0% | 92.6% | 91.7% | 29.9% | 31.0% | 18.1% | 19.0% | 92.1% | 93.2% | 92.1% | 93.2% |
| 滋賀県 | 364 | 367 | 40.4% | 40.6% | 89.8% | 92.9% | 40.1% | 40.6% | 0.0% | 0.0% | 87.4% | 89.4% | 87.4% | 89.4% |
| 京都府 | 539 | 570 | 65.3% | 61.4% | 93.7% | 92.1% | 65.3% | 61.4% | 3.0% | 11.2% | 93.1% | 91.6% | 93.1% | 91.6% |
| 大阪府 | 1,615 | 1,776 | 71.0% | 64.3% | 91.4% | 85.3% | 70.2% | 63.9% | 51.1% | 49.9% | 87.9% | 82.7% | 87.9% | 84.2% |
| 兵庫県 | 1,303 | 1,334 | 58.4% | 58.1% | 86.7% | 86.7% | 58.0% | 58.1% | 47.4% | 49.6% | 86.2% | 85.9% | 86.2% | 85.9% |
| 奈良県 | 328 | 333 | 37.8% | 40.8% | 93.3% | 93.7% | 37.8% | 40.8% | 20.7% | 21.9% | 92.7% | 93.7% | 92.7% | 93.7% |
| 和歌山県 | 343 | 340 | 82.5% | 79.1% | 82.5% | 81.5% | 77.6% | 75.3% | 0.0% | 0.0% | 81.6% | 81.2% | 82.2% | 81.2% |
| 鳥取県 | 197 | 210 | 84.8% | 81.9% | 95.4% | 93.3% | 84.8% | 81.9% | 7.1% | 15.2% | 95.4% | 93.3% | 95.4% | 93.3% |
| 島根県 | 271 | 276 | 55.4% | 54.7% | 96.7% | 96.4% | 55.4% | 54.7% | 51.3% | 50.7% | 94.8% | 94.6% | 94.8% | 94.6% |
| 岡山県 | 516 | 534 | 70.9% | 72.1% | 92.8% | 92.9% | 70.7% | 72.1% | 43.6% | 46.4% | 89.1% | 88.6% | 89.1% | 88.6% |
| 広島県 | 743 | 746 | 33.0% | 33.0% | 88.8% | 90.3% | 33.0% | 32.8% | 27.5% | 28.2% | 88.7% | 89.9% | 88.8% | 89.9% |
| 山口県 | 398 | 409 | 59.0% | 59.4% | 97.0% | 94.9% | 58.8% | 59.4% | 8.5% | 21.8% | 95.2% | 93.6% | 95.2% | 93.6% |
| 徳島県 | 235 | 240 | 80.0% | 77.1% | 94.9% | 95.0% | 80.0% | 77.1% | 60.4% | 62.9% | 95.7% | 95.0% | 95.7% | 95.0% |
| 香川県 | 286 | 285 | 78.7% | 78.9% | 87.8% | 90.5% | 73.4% | 58.9% | 61.9% | 63.2% | 82.9% | 85.6% | 82.9% | 85.6% |
| 愛媛県 | 389 | 401 | 78.1% | 77.6% | 93.8% | 94.5% | 77.9% | 76.6% | 67.6% | 71.3% | 92.8% | 94.3% | 92.8% | 94.3% |
| 高知県 | 320 | 336 | 90.9% | 91.4% | 97.2% | 97.9% | 90.3% | 91.4% | 4.7% | 4.8% | 97.2% | 97.9% | 97.2% | 97.9% |
| 福岡県 | 851 | 854 | 41.4% | 42.9% | 88.5% | 91.5% | 36.8% | 39.3% | 1.3% | 0.0% | 85.0% | 86.7% | 85.0% | 86.7% |
| 佐賀県 | 232 | 235 | 28.0% | 29.4% | 93.1% | 94.9% | 28.0% | 29.4% | 6.9% | 7.7% | 89.7% | 86.4% | 89.7% | 86.4% |
| 長崎県 | 372 | 369 | 63.2% | 64.2% | 89.2% | 92.4% | 60.5% | 63.1% | 0.8% | 0.0% | 87.9% | 91.6% | 87.9% | 92.1% |
| 熊本県 | 468 | 482 | 50.9% | 54.6% | 93.6% | 94.2% | 48.5% | 54.1% | 0.0% | 0.0% | 91.7% | 92.9% | 91.7% | 92.9% |
| 大分県 | 356 | 378 | 44.7% | 46.6% | 95.2% | 94.4% | 43.8% | 43.4% | 36.2% | 40.7% | 94.9% | 93.7% | 94.9% | 93.7% |
| 宮崎県 | 259 | 262 | 50.2% | 48.5% | 95.0% | 96.6% | 48.6% | 48.5% | 0.0% | 0.0% | 91.1% | 93.5% | 91.1% | 93.5% |
| 鹿児島県 | 640 | 644 | 60.2% | 61.3% | 92.7% | 94.7% | 60.2% | 61.3% | 40.2% | 45.0% | 91.1% | 94.3% | 91.1% | 94.3% |
| 沖縄県 | 519 | 577 | 44.7% | 46.4% | 96.5% | 94.6% | 44.5% | 41.6% | 10.4% | 12.1% | 90.4% | 89.1% | 90.4% | 89.1% |
| 合計 | 31,762 | 32,767 | 50.3% | 49.9% | 90.8% | 91.2% | 49.6% | 49.1% | 23.8% | 25.7% | 86.8% | 88.0% | 86.7% | 87.9% |

(※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。

⑥ 指導救命士の認定状況

指導救命士を認定している又は擁している都道府県 MC 協議会は、令和4年度からは100%（47都道府県 MC 協議会）となっている。

また、指導救命士認定者等の数の合計は、令和4年度では2,955人であったのに対し、令和5年度では3,301人に増加した（図表3-18）。

図表3-18 指導救命士認定者等の数^{※1}（都道府県 MC 協議会回答）

| No. | 都道府県名 | 令和4年8月1日現在 | 令和5年8月1日現在 |
|-----|-------|--------------------|--------------------|
| | | 指導救命士 認定者等の数(人) | 指導救命士 認定者等の数(人) |
| 1 | 北海道 | 33 | 52 |
| 2 | 青森県 | 50 | 58 |
| 3 | 岩手県 | 38 | 50 |
| 4 | 宮城県 | 33 | 46 |
| 5 | 秋田県 | 40 | 49 |
| 6 | 山形県 | 36 | 38 |
| 7 | 福島県 | 55 | 66 |
| 8 | 茨城県 | 121 | 147 |
| 9 | 栃木県 | 59 | 61 |
| 10 | 群馬県 | 57 | 67 |
| 11 | 埼玉県 | 176 | 219 |
| 12 | 千葉県 | 133 | 155 |
| 13 | 東京都 | 3 | 3 |
| 14 | 神奈川県 | 132 | 140 |
| 15 | 新潟県 | 45 | 57 |
| 16 | 富山県 | 8 | 14 |
| 17 | 石川県 | 40 | 49 |
| 18 | 福井県 | 33 | 42 |
| 19 | 山梨県 | 42 | 45 |
| 20 | 長野県 | 54 | 61 |
| 21 | 岐阜県 | 75 | 92 |
| 22 | 静岡県 | 60 | 70 |
| 23 | 愛知県 | 119 | 100 |
| 24 | 三重県 | 87 | 104 |
| 25 | 滋賀県 | 39 | 41 |
| 26 | 京都府 | 55 | 63 |
| 27 | 大阪府 | 150 | 160 |
| 28 | 兵庫県 | 127 | 132 |
| 29 | 奈良県 | 37 | 38 |
| 30 | 和歌山県 | 60 | 59 |
| 31 | 鳥取県 | 31 | 34 |
| 32 | 島根県 | 39 | 44 |
| 33 | 岡山県 | 39 | 45 |
| 34 | 広島県 | 76 | 60 |
| 35 | 山口県 | 68 | 77 |
| 36 | 徳島県 | 23 | 27 |
| 37 | 香川県 | 29 | 35 |
| 38 | 愛媛県 | 71 | 75 |
| 39 | 高知県 | 42 | 48 |
| 40 | 福岡県 | 140 | 141 |
| 41 | 佐賀県 | 42 | 44 |
| 42 | 長崎県 | 34 | 42 |
| 43 | 熊本県 | 116 | 124 |
| 44 | 大分県 | 59 | 63 |
| 45 | 宮崎県 | 17 | 21 |
| 46 | 鹿児島県 | 60 | 63 |
| 47 | 沖縄県 | 72 | 80 |
| 合計 | | 47都道府県 2,955人 | 47都道府県 3,301人 |

※2

※1 指導救命士認定者等の数（愛知県を除く）については、令和4年度及び令和5年度の「救急救命体制の整備・充実に係る調査」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」における都道府県 MC 協議会回答票に基づいている。

※2 愛知県については、認定方法又は名称等が異なるが、指導救命士と同様の役割を果たしている救命士の数（各年4月1日現在の現在員数）を別途調査し、計上している。

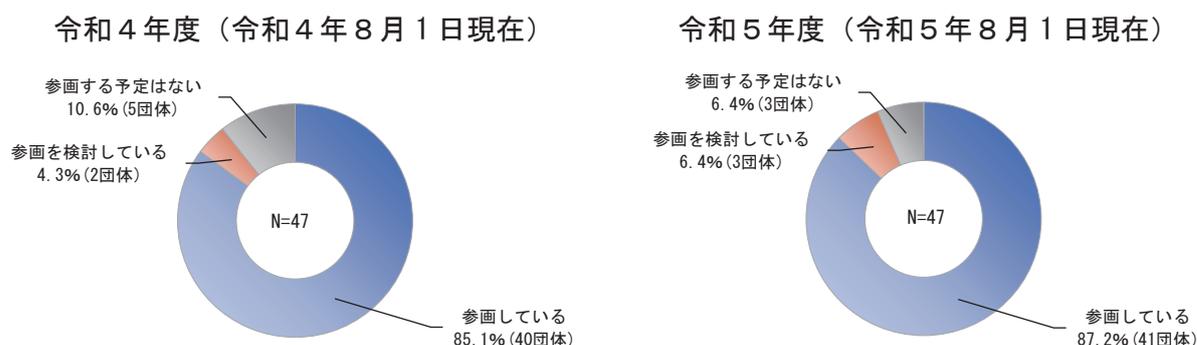
⑦ 搬送困難事例への対応

「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 号消防庁救急企画室長通知）を各都道府県宛に発出した。

ア 精神科救急医療体制連絡調整委員会等への消防機関の参画状況

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、令和 4 年度は 85.1%（40 団体）であったのに対し、令和 5 年度は 87.2%（41 団体）であった（図表 3-19）。

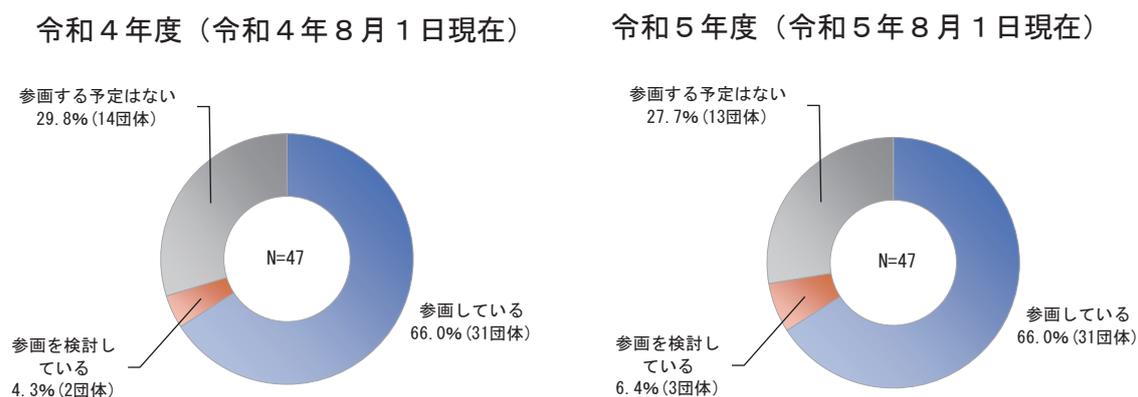
図表 3-19 精神科救急医療体制連絡調整委員会等への消防機関の参画状況
（都道府県回答）



イ 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準策定への精神科医の参画状況

傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準策定に際し、精神科医が参画している団体は、令和4年度と変わらず66.0%（31団体）であった（図表3-20）。

図表3-20 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準策定への精神科医の参画状況（都道府県回答）



⑧ 過去に救急企画室が発出した通知等の実施状況

ア 消防機関における新型インフルエンザ対策のための業務継続計画の策定について

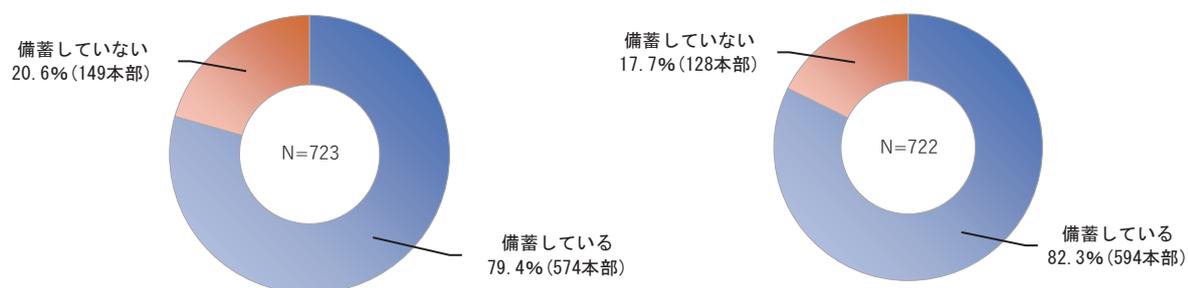
「消防機関における新型インフルエンザ対策のための業務継続計画の策定について」（平成20年12月22日付け消防救第257号消防庁救急企画室長通知）を発出し、感染症拡大時に対応するための感染防止対策用資器材の確保を促しているが、備蓄状況について「備蓄している」と回答した消防本部が令和4年度は79.4%（574本部）であったのに対し、令和5年度は82.3%（594本部）であった（図表3-21）。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大等に伴い、救急需要が増加し、感染防止資器材の使用量が増加したため、感染防止資器材の確保に支障が生ずる消防機関も発生したことから、必要な資器材を確保できるよう、あらかじめ備蓄状況を把握し、適切に実施することが望まれる。

図表3-21 感染防止資器材の備蓄について（消防本部回答）

令和4年度（令和4年8月1日現在）

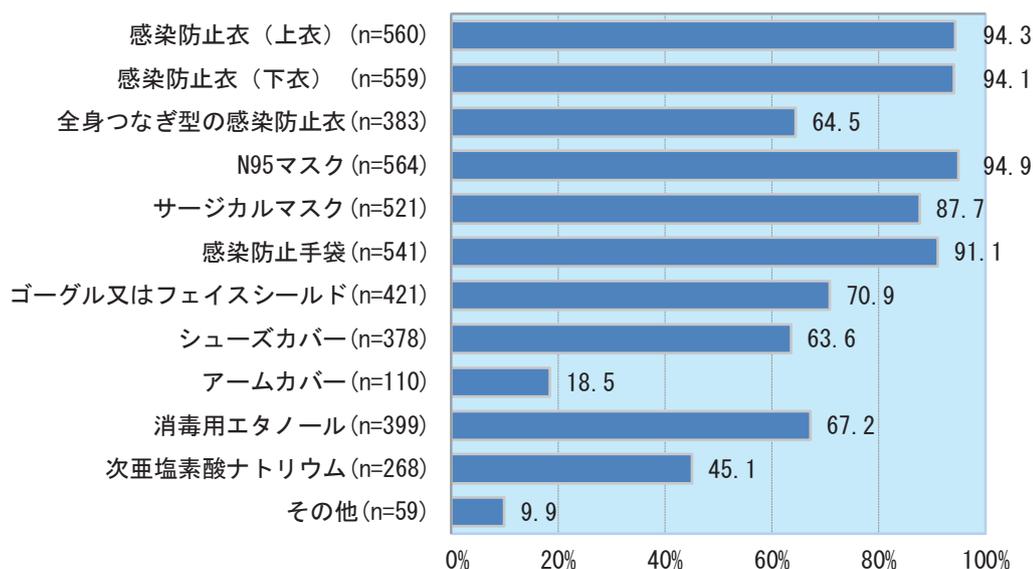
令和5年度（令和5年8月1日現在）



感染防止資器材の備蓄について、令和5年度では「感染防止衣（上衣）」と回答した消防本部が94.3%（560本部）、「感染防止衣（下衣）」と回答した消防本部が94.1%（559本部）、「全身つなぎ型の感染防止衣」と回答した消防本部が64.5%（383本部）、「N95マスク」と回答した消防本部が94.9%（564本部）、「サージカルマスク」と回答した消防本部が87.7%（521本部）、「感染防止手袋」と回答した消防本部が91.1%（541本部）、「ゴーグル又はフェイスシールド」と回答した消防本部が70.9%（421本部）、「シューズカバー」と回答した消防本部が63.6%（378本部）、「アームカバー」と回答した消防本部が18.5%（110本部）、「消毒用エタノール」と回答した消防本部が67.2%（399本部）、「次亜塩素酸ナトリウム」と回答した消防本部が45.1%（268本部）であった（図表3-22）。

図表3-22 備蓄している資器材について（消防本部回答）

令和5年度（令和5年8月1日現在）



イ 外国人傷病者に円滑に対応するための消防機関における取組の推進について

「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会」の中で、外国人傷病者対応について検討し、その結果を踏まえて、「外国人傷病者に円滑に対応するための消防機関における取組の推進について」（令和2年3月27日付け消防救第82号消防庁救急企画室長通知）を発出し、各消防本部における取組を推進している。

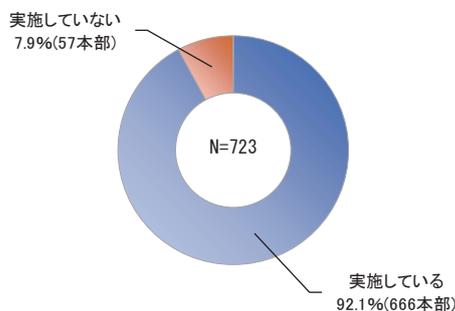
傷病者と外国語での円滑なコミュニケーションを図るための取組について「実施している」と回答した消防本部が令和4年度は92.1%（666本部）であったのに対し、令和5年度は95.2%（687本部）であった。外国人傷病者の対応が可能な医療機関については、「把握している」と回答した消防本部が令和4年度は23.5%（170本部）であったのに対し、令和5年度は23.4%（169本部）であった。外国人傷病者を受入れる医療機関の情報を取りまとめたリストについては「活用している」と回答した消防本部が令和4年度は5.8%（42本部）であったのに対し、令和5年度は6.1%（44本部）であった（図表3-23）。

外国人傷病者との円滑なコミュニケーションを図るための取組はほとんどの消防本部で行われているが、外国人傷病者の対応が可能な医療機関等の把握状況については十分と言えないことが確認されたことから、地域の実情を十分踏まえながら、必要な取組を行うことが望まれる。

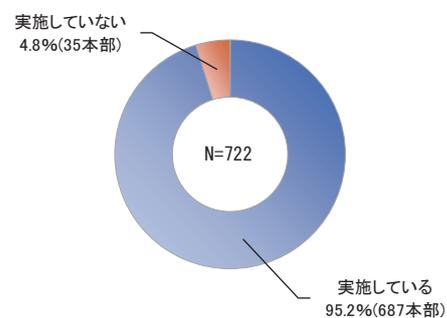
図表3-23 外国人傷病者に円滑に対応するための取組について（消防本部回答）

傷病者と外国語での円滑なコミュニケーションを図るための取組を実施しているか

令和4年度（令和4年8月1日現在）

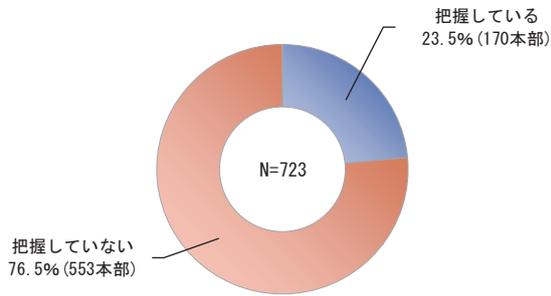


令和5年度（令和5年8月1日現在）

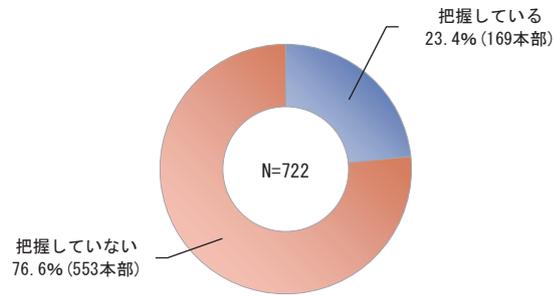


外国人傷病者の対応が可能な医療機関を把握しているか

令和4年度（令和4年8月1日現在）

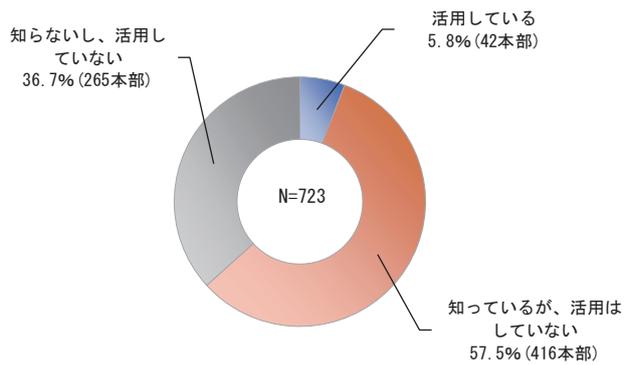


令和5年度（令和5年8月1日現在）

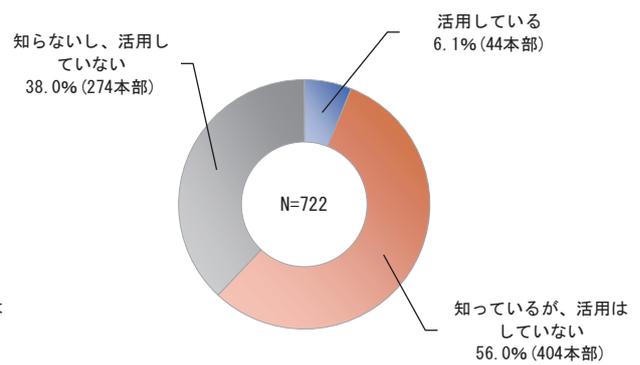


外国人傷病者を受入れる医療機関の情報を取りまとめたリストを活用しているか

令和4年度（令和4年8月1日現在）



令和5年度（令和5年8月1日現在）



ウ 救急隊における観察・処置等について

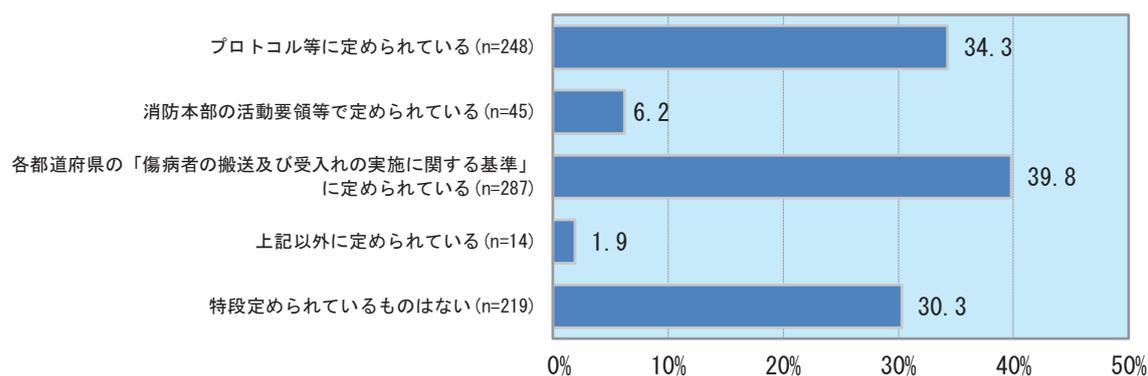
「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（平成 30 年法律第 105 号）の施行等を背景に、関係学会から消防庁に対して提言がなされたことを受け、「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会」の中で、救急隊における観察・処置について検討し、その結果を踏まえて、「救急隊における観察・処置等について」（令和 2 年 3 月 27 日付け消防救第 83 号消防庁救急企画室長通知）（以下「令和 2 年 3 月 27 日通知」という。）を発出した。

令和 5 年度は、心臓病を疑った傷病者に対する観察項目について、「プロトコル等に定められている」と回答した消防本部が 34.3%（248 本部）、「消防本部の活動要領等で定められている」と回答した消防本部が 6.2%（45 本部）、「各都道府県の「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に定められている」と回答した本部が 39.8%（287 本部）、「上記以外に定められている」と回答した消防本部が 1.9%（14 本部）、「特に定められているものはない」と回答した消防本部が 30.3%（219 本部）であった。

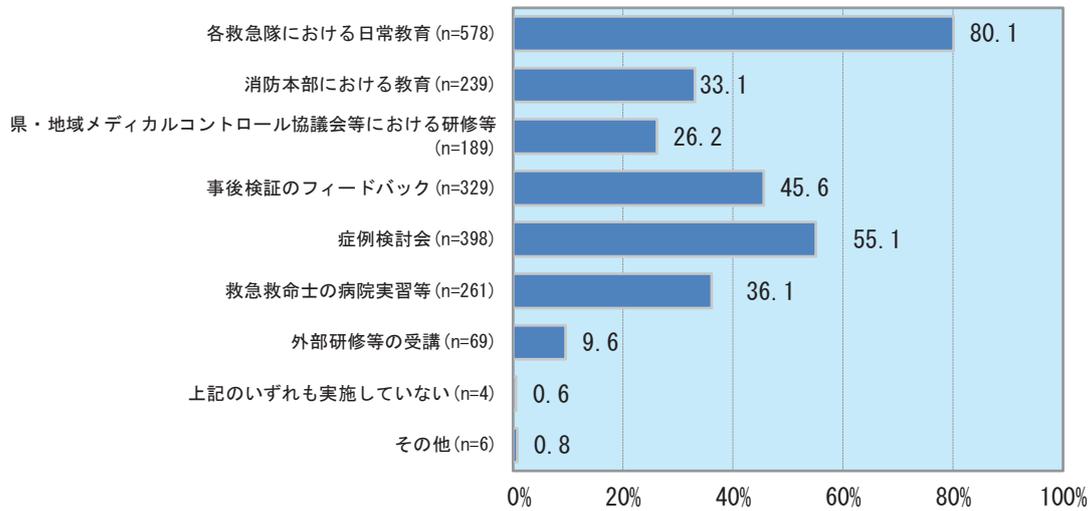
また、救急隊員への循環器疾患の観察・処置に関する教育の機会について、「各救急隊における日常教育」と回答した消防本部が 80.1%（578 本部）、「消防本部における教育」と回答した消防本部が 33.1%（239 本部）、「県・地域メディカルコントロール協議会等における研修等」と回答した消防本部が 26.2%（189 本部）、「事後検証のフィードバック」と回答した消防本部が 45.6%（329 本部）、「症例検討会」と回答した消防本部が 55.1%（398 本部）、「救急救命士の病院実習等」と回答した消防本部が 36.1%（261 本部）、「外部研修等の受講」と回答した消防本部が 9.6%（69 本部）、「上記のいずれも実施してない」と回答した消防本部が 0.6%（4 本部）であった（図表 3-24）。

これらの結果から、心臓病が疑われる傷病者に対する身体観察等について、消防庁から発出された令和 2 年 3 月 27 日通知を参考に、より多くの消防本部で取り組むことが望まれる。

図表 3-24 心臓病に関する観察・処置等について（消防本部回答）
心臓病を疑った傷病者に対し観察項目を定めているか（複数回答可）



救急隊員への循環器疾患の観察・処置に関する教育について、どのような機会を通じて実施しているか（3つまで複数回答可）

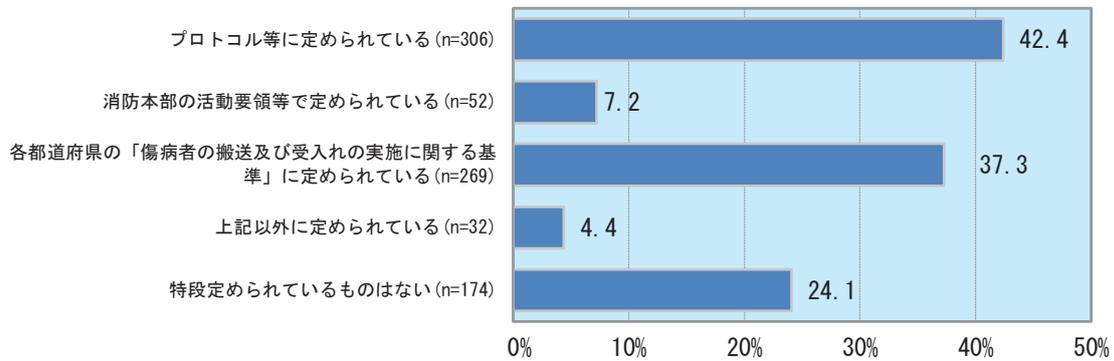


脳卒中を疑った傷病者に対する観察項目について、「プロトコル等に定められている」と回答した消防本部が 42.4% (306 本部)、「消防本部の活動要領等で定められている」と回答した消防本部が 7.2% (52 本部)、「各都道府県の「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に定められている」と回答した消防本部が 37.3% (269 本部)、「上記以外に定められている」と回答した消防本部が 4.4% (32 本部)、「特段定められているものはない」と回答した消防本部が 24.1% (174 本部) であった。

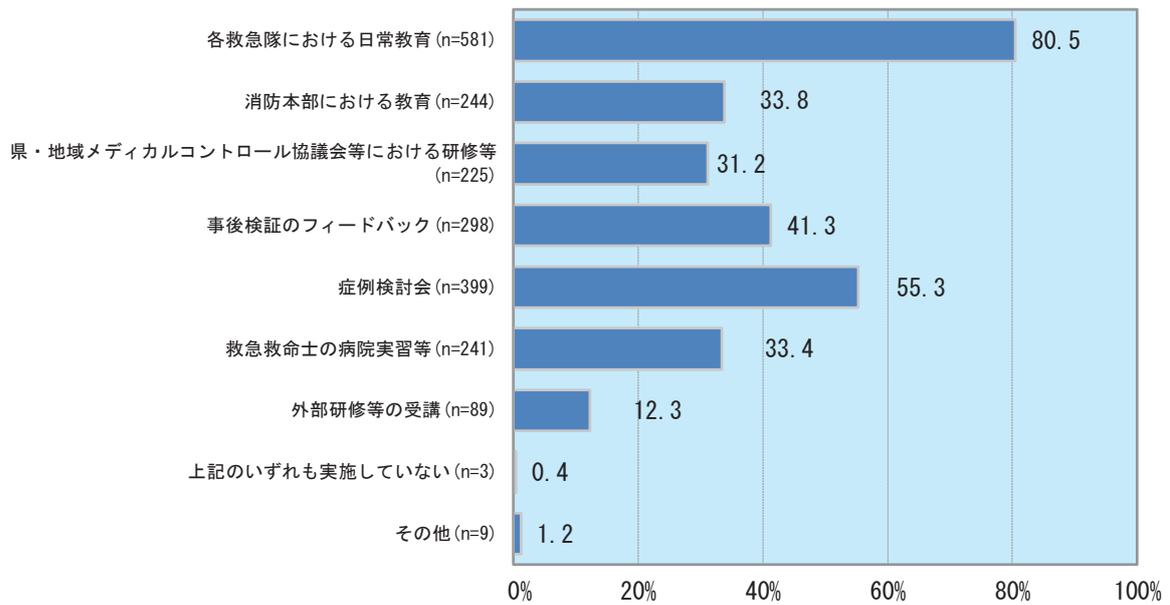
また、救急隊員への脳疾患の観察・処置に関する教育の機会について、「各救急隊における日常教育」と回答した消防本部が 80.5% (581 本部)、「消防本部における教育」と回答した消防本部が 33.8% (244 本部)、「県・地域メディカルコントロール協議会等における研修等」と回答した消防本部が 31.2% (225 本部)、「事後検証のフィードバック」と回答した消防本部が 41.3% (298 本部)、「症例検討会」と回答した消防本部が 55.3% (399 本部)、「救急救命士の病院実習等」と回答した消防本部が 33.4% (241 本部)、「外部研修等の受講」と回答した消防本部が 12.3% (89 本部)、「上記のいずれも実施していない」と回答した消防本部が 0.4% (3 本部) であった (図表 3-25)。

これらの結果から、脳卒中が疑われる傷病者に対する身体観察等について、消防庁から発出された令和 2 年 3 月 27 日通知を参考に、より多くの消防本部で取り組むことが望まれる。

図表 3-25 脳卒中に関する観察・処置等について（消防本部回答）
 脳卒中を疑った傷病者に対し観察項目を定めているか（複数回答可）



救急隊員への脳疾患の観察・処置に関する教育について、どのような機会を通じて実施しているか（3つまで複数回答可）



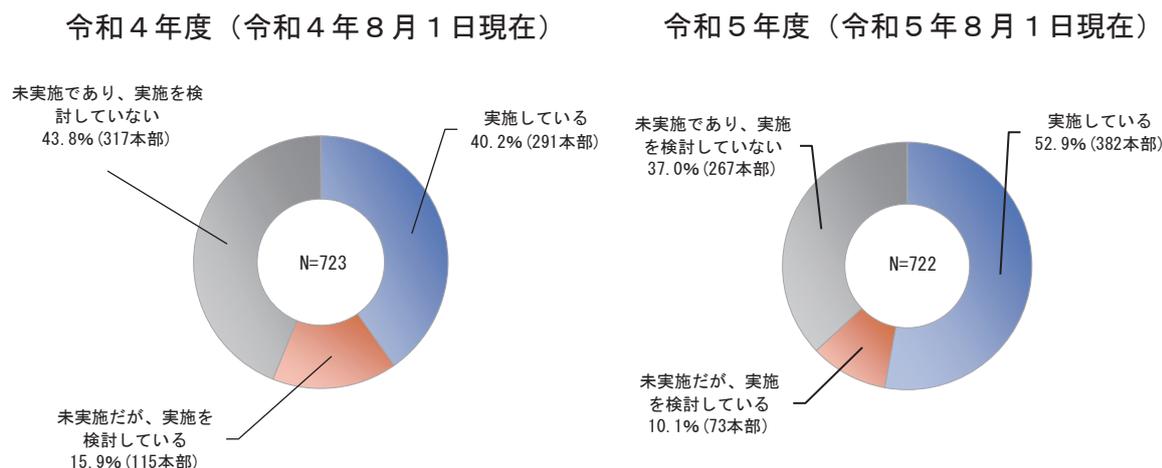
エ 119 番通報時及び救急現場における緊急度判定の導入の推進について

「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会」の中で、緊急度判定の導入の推進を目的として、モデル地域における実施・検証の上、「緊急度判定の導入及び運用手引書」の作成等を行った。その上で、この手引書を有効に活用しながら、緊急度判定の導入の推進に努めるよう、「119番通報時及び救急現場における緊急度判定の導入の推進について」（令和2年3月27日付け消防救第84号消防庁救急企画室長通知）を発出した。

令和4年度は、119番通報時に緊急度判定を「実施している」と回答した消防本部は40.2%（291本部）であったのに対し、令和5年度は52.9%（382本部）、「未実施だが、実施を検討している」と回答した消防本部が令和4年度は15.9%（115本部）であったのに対し、令和5年度は10.1%（73本部）、「未実施であり、実施を検討していない」と回答した消防本部が令和4年度は43.8%（317本部）であったのに対し、令和5年度は37.0%（267本部）であった。また、救急現場で緊急度判定を「実施している」と回答した消防本部は65.4%（472本部）であった（図表3-26）。

緊急度判定を実施している消防本部は、119番通報時では約53%、救急現場では約65%にとどまっていることから、消防庁から発出された「緊急度判定の導入及び運用手引書」も有効に活用し、より多くの消防本部で導入が進むことが望まれる。

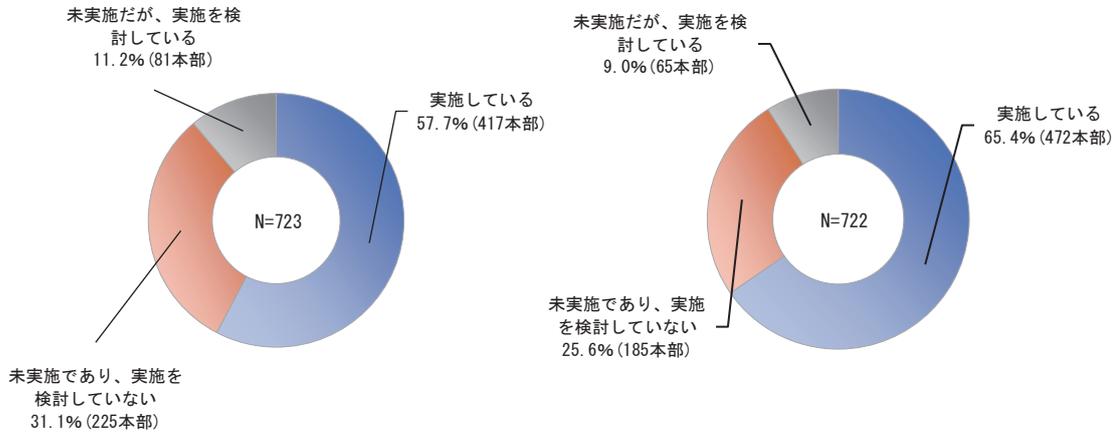
図表3-26 119番通報時及び救急現場での緊急度判定の導入について（消防本部回答）
119番通報時の緊急度判定導入率



救急現場での緊急度判定導入率

令和4年度（令和4年8月1日現在）

令和5年度（令和5年8月1日現在）



オ 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

「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会」の中で、高齢者から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について検討し、その結果を踏まえて、「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会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」報告書について」（令和元年11月8日付け消防救第205号消防庁救急企画室長通知）を発出した。

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取組について、傷病者は心肺停止状態であるが、家族等の関係者から傷病者本人が心肺蘇生を望んでいないとの意思を示された場合について、何らかの対応方針を「定めている」と回答した消防本部が令和4年度は70.1%（507本部）であったのに対し、令和5年度は69.8%（504本部）であった。

令和5年度に「定めている」と回答した504本部のうち、定めている内容として「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もとに、心肺蘇生を実施しない、又は中断することができる」と回答した消防本部が58.1%（293本部）であった（図表3-27）。

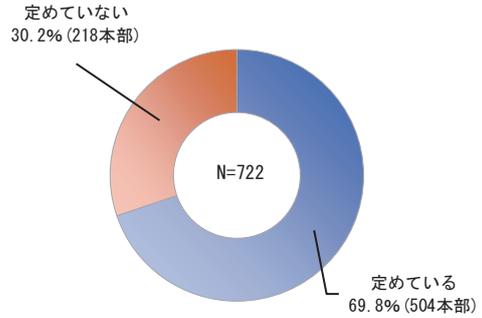
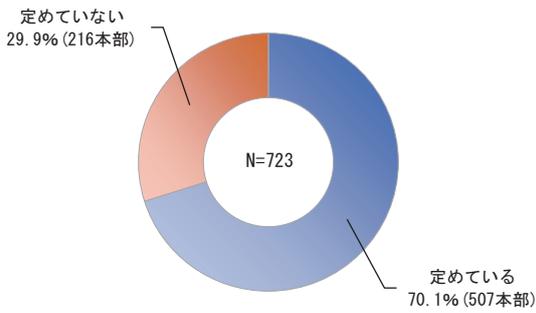
これらの結果から、令和元年度の検討部会の報告書等を参考として、各地域における議論が一層進むことが望まれる。また、消防庁には、各地域の取組状況を踏まえつつ、引き続き事案の集積や知見の蓄積を進めていくことが望まれる。

図表 3-27 心肺蘇生を望んでいないとの意思を示された場合に何らかの対応方針を定めているか及び定めていればその内容について（消防本部回答）

対応方針を定めているか

令和 4 年度（令和 4 年 8 月 1 日現在）

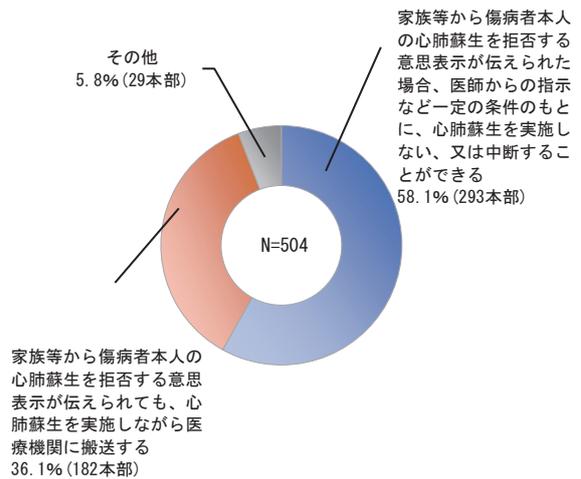
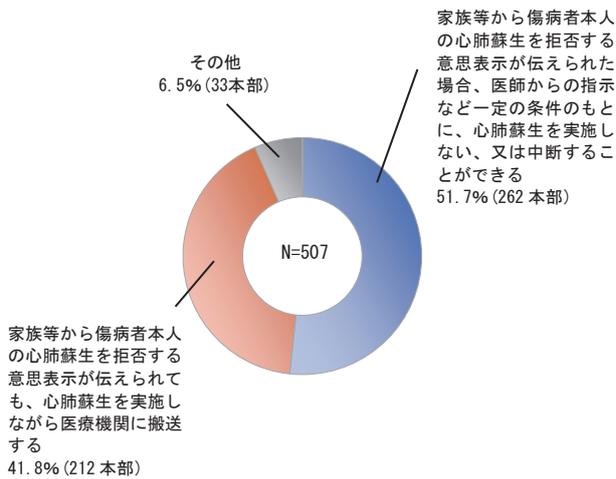
令和 5 年度（令和 5 年 8 月 1 日現在）



対応方針の内容について

令和 4 年度（令和 4 年 8 月 1 日現在）

令和 5 年度（令和 5 年 8 月 1 日現在）



カ 救急業務におけるメディカルコントロール体制の更なる充実強化について

「令和2年度救急業務のあり方に関する検討会」の中で、オンラインメディカルコントロール、事後検証及び生涯教育に関する現状の課題と解決策並びにメディカルコントロール体制に係る PDCA の取組等を検討し、その結果を踏まえて、「救急業務におけるメディカルコントロール体制の更なる充実強化について」（令和3年3月26日付け消防救第97号消防庁救急企画室長通知）（以下「令和3年3月26日通知」という。）を発出した。

令和4年度は、令和3年3月26日通知において示したように、メディカルコントロール体制のPDCAのための評価指標を「設定している」と回答した地域MC協議会は5.6%（14団体）、「指標は設定していないが、救急活動に関する統計等の情報集約や分析は行っている」と回答した地域MC協議会は55.2%（138団体）、「指標は設定しておらず、救急活動に関する統計等の情報集約や分析も行っていない」と回答した地域MC協議会は39.2%（98団体）であったのに対し、令和5年度は、メディカルコントロール体制のPDCAのための評価指標を「設定している」と回答した地域MC協議会は6.0%（15団体）、「指標は設定していないが、救急活動に関する統計等の情報集約や分析は行っている」と回答した地域MC協議会は56.0%（140団体）、「指標は設定しておらず、救急活動に関する統計等の情報集約や分析も行っていない」と回答した地域MC協議会は38.0%（95団体）であった。

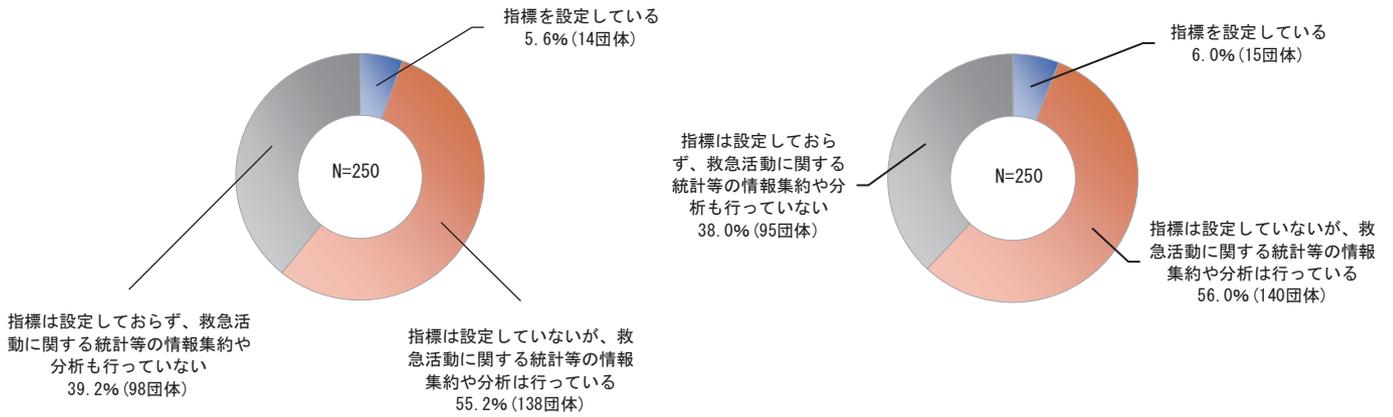
令和4年度、事後検証結果に基づき必要に応じて救急活動プロトコルの「見直しを行っている」と回答した地域MC協議会は60.8%（152団体）、「見直しは行っていない」と回答した地域MC協議会は39.2%（98団体）であったのに対し、令和5年度は、「見直しを行っている」と回答した地域MC協議会は66.0%（165団体）、「見直しは行っていない」と回答した地域MC協議会は34.0%（85団体）であった（図表3-28）。

図表 3-28 救急業務におけるメディカルコントロール体制の更なる充実強化について（地域 MC 協議会回答）

令和 3 年 3 月 26 日通知において示したように、メディカルコントロール体制の PDCA のための評価指標を設定しているか

令和 4 年度（令和 4 年 8 月 1 日現在）

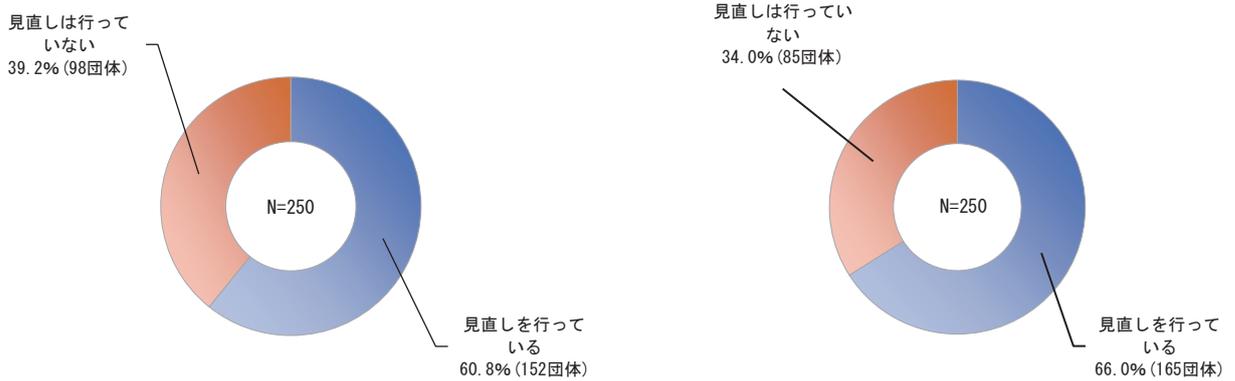
令和 5 年度（令和 5 年 8 月 1 日現在）



事後検証結果に基づき必要に応じて救急活動プロトコルの見直しを行っているか

令和 4 年度（令和 4 年 8 月 1 日現在）

令和 5 年度（令和 5 年 8 月 1 日現在）



キ 救急安心センター事業（#7119）の全国展開に向けた取組について

令和2年度に開催した、「#7119の全国展開に向けた検討部会」及び「令和2年度救急業務のあり方に関する検討会」の検討結果を踏まえ、「救急安心センター事業（#7119）の全国展開に向けた取組について」（令和3年3月26日付け消防救第94号消防庁救急企画室長通知）を発出した。

#7119を実施している地域は、フォローアップ実施前の平成28年の11団体から11団体増加し、令和5年8月1日時点で22地域である。

令和5年度は、「都道府県単位で実施している」と回答した団体は、都道府県消防防災主管部局及び衛生主管部局ともに31.9%（15団体）、「一部自治体で実施している」と回答した団体は14.9%（7団体）で令和4年度と比較し、いずれも増加している。これらの団体によってカバーされる人口は、全国民（約1億2,614万人）の内、50.1%（約6,321万人）となる（令和2年国勢調査を元に算出）。

「実施予定はない」と回答した団体は、都道府県消防防災主管部局が4.3%（2団体）、都道府県衛生主管部局が10.6%（5団体）であった（図表3-29）。

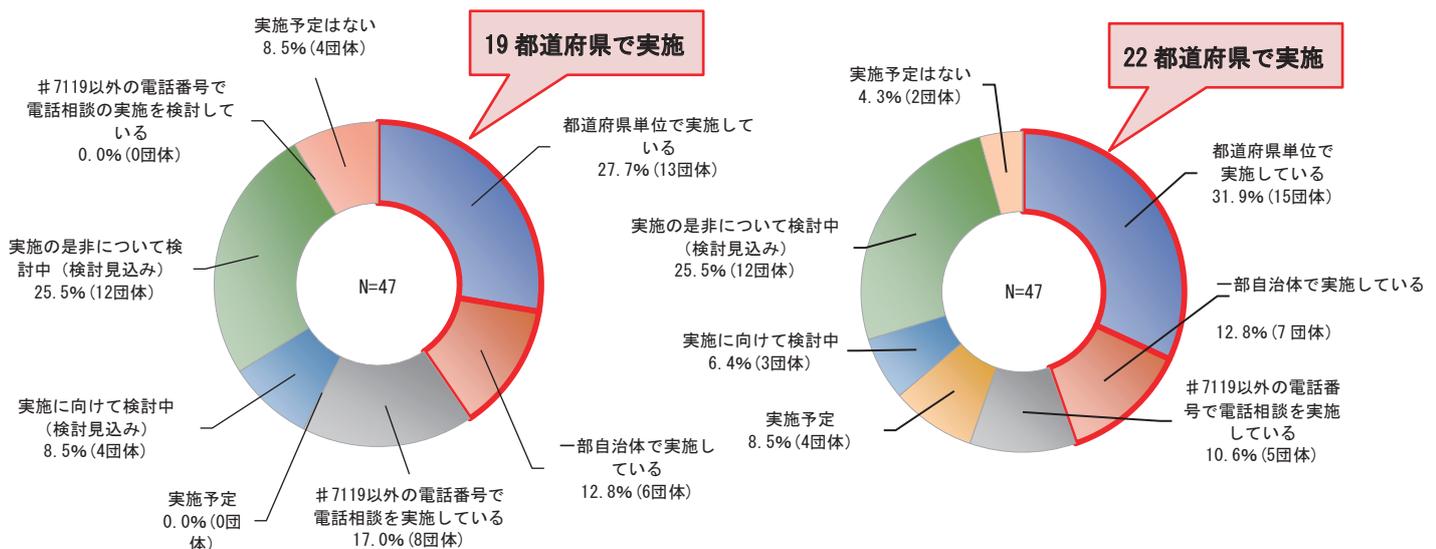
#7119の全国展開を目指すためには、管内に未実施地域を有する都道府県を中心に引き続き働きかけを行い、#7119の更なる推進に取り組む必要がある。

図表3-29 #7119の検討状況（都道府県回答）

消防防災主管部局回答

令和4年度（令和4年8月1日現在）

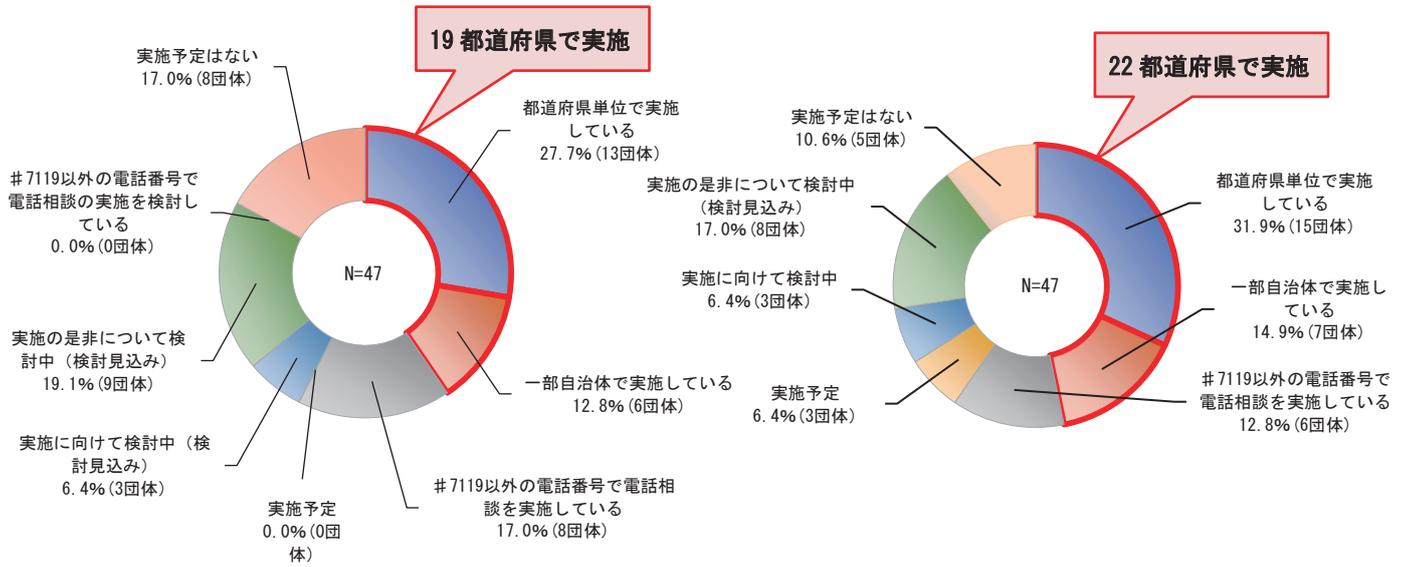
令和5年度（令和5年8月1日現在）



衛生主管部局回答

令和4年度（令和4年8月1日現在）

令和5年度（令和5年8月1日現在）



(3) 個別訪問

① 個別訪問の進め方

個別訪問は以下の進め方で行った。

- ・消防庁と都道府県で連携し、各消防本部における救急業務の取組状況を把握する。
- ・把握する方法として、個別訪問前調査票の作成を各訪問先消防本部へ依頼し、回答結果を得ることにより状況を把握する（図表3-30）。

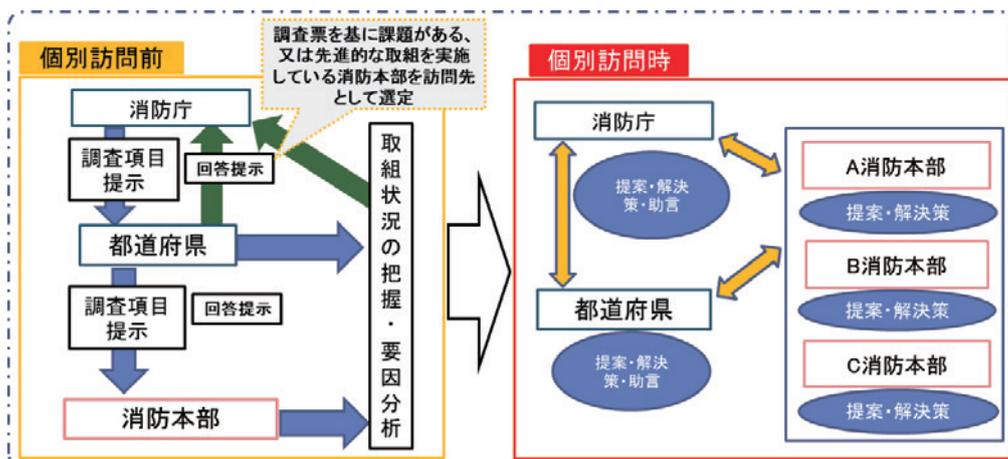
図表3-30 個別訪問前調査票（一部抜粋）

| 【時点】 ※1 令和9年中 ※2 令和4年4月1日 最新の情報があれば更新可能(令和4年4月1日以外の場合、時点を記入) | | | 全 国 | 〇〇県 | 消防本部名 | 消防本部名 | 消防本部名 |
|---|-----------------------|--|--|----------------------------------|--------|--------|--------|
| 人口(消防本部は管轄人口を入力して下さい。) | | | 令和4年度調査結果及び 令和4年救急救助の現況数値 123,214,261人 (令和2年国勢調査) | 令和4年度調査結果又は令和4年 救急救助の現況に用いた数値 | 〇〇消防局 | △△消防本部 | □□消防本部 |
| 1 (一部☆) | 感染症 | 都道府県連携協議会を通じ、移送体制・救急搬送体制の役割分担について協議をしているか。 | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | | 協議をしている場合、協定を締結しているか。 | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | | 新型コロナウイルス感染症の5類以降に関して、救急業務において何らかの課題があるか。 | | ○ | × | ○ | ○ |
| | | 新型コロナウイルス感染症の5類移行後に、通常時やひっ迫時等に受入れる医療機関(協力医療機関)であったり、都道府県の入院調整本部やMC等で搬送支援が策定され共有されているか。 | | ○ | ○ | ○ | × |
| 2 | ICTの 導入状況 | スマートフォン・タブレット導入状況 | スマートフォン導入状況563本部 (77.9%) タブレット導入状況977本部(49.4%) | 導入済み | 導入済み | 導入済み | 導入済み |
| | | ICTを活用した救急業務を行っているか | | ○ | ○ | ○ | × |
| | | ICT未導入の場合、導入予定はあるか | | — | — | — | ○ |
| 3 | 転院搬送 関連 | 転院搬送ガイドライン策定 | 14団体(29.8%) | 未策定 | 策定済み | 未策定 | 未策定 |
| | | 転院搬送割合※1 | 8.4% | 11.0% | 10.0% | 12.0% | 14.0% |
| 4 | 救急救命士 運用状況 ※2 | 救急隊数 | 5,328 | 50 | 20 | 15 | 10 |
| | | 救命士運用隊 | 5,301 | 47 | 19 | 14 | 10 |
| | | 99.5% | 94.0% | 95.0% | 93.3% | 100.0% | |
| | 常時運用隊 | 4,984 | 48 | 19 | 14 | 10 | |
| | 93.2% | 96.0% | 95.0% | 93.3% | 100.0% | | |
| | 救急救命士 資格認定状況 ※2 | 救命士総数 | 31,762 | 300 | 140 | 70 | 60 |
| | | 気管挿管 | 15,977 | 160 | 70 | 40 | 35 |
| | | 50.3% | 53.3% | 50.0% | 57.1% | 58.3% | |
| | | ビデオ喉頭鏡 | 7,875 | 80 | 60 | 10 | 7 |
| | | 23.8% | 26.7% | 42.9% | 14.3% | 11.7% | |
| アドレナリン投与 | | 28,827 | 270 | 130 | 65 | 50 | |
| 90.8% | | 90.0% | 92.9% | 92.9% | 83.3% | | |
| ブドウ糖投与 | 27,554 | 250 | 120 | 60 | 50 | | |
| 86.8% | 83.3% | 85.7% | 85.7% | 83.3% | | | |
| | C P A 前 静 脈 確 保 | 27,535 | 260 | 125 | 55 | 55 | |
| | 86.7% | 86.7% | 89.3% | 78.6% | 91.7% | | |
| 5 | 指導救命士 認定状況 ※2 | M C 別 認 定 数 | 47都道府県 2,955人 | 20 | 12 | 4 | 3 |
| | | 研 修 修 了 者 | | 25 | 13 | 5 | 3 |
| | | 認 定 者 | | 25 | 13 | 5 | 3 |

- ・前回(平成29年度～令和元年度)実施した当該都道府県フォローアップ時との比較や個別訪問前調査票の結果から分かる取組状況、要因分析した結果(課題及びその対応策)を検討した上で、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する。

なお、都道府県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3-31)。

図表 3-31 フォローアップ調査の進め方 イメージ図



② 個別訪問

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後、消防庁が主体となって消防本部を訪問。令和5年度は、14府県41消防本部を訪問（図表3-32）。

図表 3-32 令和5年度個別訪問先一覧

| No. | 都道府県 | 訪問日 | 訪問消防本部 | No. | 都道府県 | 訪問日 | 訪問消防本部 |
|-----|------|-------------|------------------|-----|------|------------|---------------|
| 1 | 山形県 | 9月21日～22日 | 山形市消防本部 | 8 | 福井県 | 12月6日～7日 | 福井市消防局 |
| | | | 東根市消防本部 | | | | 勝山市消防局 |
| | | | 最上広域市町村圏事務組合消防本部 | | | | 鯖江・丹生消防組合消防本部 |
| 2 | 高知県 | 10月18日～19日 | 高知市消防局 | 9 | 群馬県 | 12月13日～14日 | 利根沼田広域消防本部 |
| | | | 香南市消防本部 | | | | 太田市消防本部 |
| | | | 高幡消防組合消防本部 | | | | 伊勢崎市消防本部 |
| 3 | 山口県 | 10月23日～24日 | 岩国地区消防組合消防本部 | 10 | 大分県 | 12月19日～20日 | 大分市消防局 |
| | | | 周南市消防本部 | | | | 中津市消防本部 |
| | | | 宇部・山陽小野田消防局 | | | | 豊後高田市消防本部 |
| 4 | 滋賀県 | 11月8日～9日 | 東近江行政組合消防本部 | 11 | 鹿児島県 | 1月11日～12日 | 始良市消防本部 |
| | | | 彦根市消防本部 | | | | 霧島市消防局 |
| 5 | 秋田県 | 11月9日～10日 | 秋田市消防本部 | 12 | 福岡県 | 1月16日～17日 | 福岡市消防局 |
| | | | 湖東地区消防本部 | | | | 久留米広域消防本部 |
| | | | 能代山本広域市町村圏組合消防本部 | | | | 宗像地区消防本部 |
| 6 | 広島県 | 11月13日～14日 | 呉市消防局 | 13 | 神奈川県 | 3月6日、18日 | 箱根町消防本部 |
| | | | 広島市消防局 | | | | 横須賀市消防局 |
| | | | 福山地区消防組合消防局 | | | | 川崎市消防局 |
| 7 | 島根県 | 11月27日～128日 | 松江市消防本部 | 14 | 京都府 | 3月 | 相楽中部消防組合 |
| | | | 安来市消防本部 | | | | 宮津与謝消防組合 |
| | | | 出雲市消防本部 | | | | 福知山市消防本部 |

③ 救急業務に関する取組事例について

ア WEB 会議システムを利用した応急手当講習（実技）の実施（福岡県宗像地区消防本部）

福岡県宗像地区消防本部では、新型コロナウイルス感染拡大により応急手当講習の開催が制限され、応急手当の普及啓発活動が十分に実施できない状況となった。

その解決策として、WEB 会議システムによる講習を実施し、講習の開催方式及び有効性について検証した（図表 3-33）。

また、WEB 会議システムによる講習を受けた受講者に対して、講習の有効性についてアンケートを行うとともに、消防職員の負担軽減についても検証を行った（図表 3-34）。

【実施要領】

- ・講習内容は、心肺蘇生法を主として指導し、講習時間は1時間程度。
また、受講者が要望する応急手当があれば、合わせて指導を行う。
- ・講習会場は、受講者の希望する場所とし、複数会場での同時開催も可能とする（最大100回線使用可能）。

【講習実績】

- ・講習12回（受講者192名）※令和4年3月～令和5年1月の実績
小学校職員、中学校職員、保育園職員、有料老人ホーム職員

【講習方法】

- ・講師は1名。
- ・受講者は500mlの空ペットボトルを準備し、それを使用して胸骨圧迫の実技を行った。
- ・講習修了後にアンケート調査を実施し、受講者の満足度調査を行った。
- ・修了証の発行はなし（救命入門コースと同等の取扱で、普通救命講習への足がかりとして開催）。

図表 3-33 WEB 会議システムでの指導の様子



【事業効果】

- ・指導者側と受講者側が分かれて講習を実施するため、多人数が集まる必要性がなく双方において感染拡大させるリスクが少なくなる。
- ・消防職員が受講会場に行かないため、駐車場及び大きな会場の確保の必要性がなく、また、受講者側は複数場所からオンライン参加が可能であり受講が容易になった（異なる学校職員が同時に受講可能）。
- ・出向に要する時間及び会場準備に要する時間が少ないため、講習自体の時間が抑えられ、効率的に講習が実施できた。
- ・ペットボトルでの胸骨圧迫は、準備が容易であり、また、従来の訓練人形に比べ、安価・軽量・コンパクトでありながら、人体に類似した圧迫の体感が得られ、十分活用可能であった。

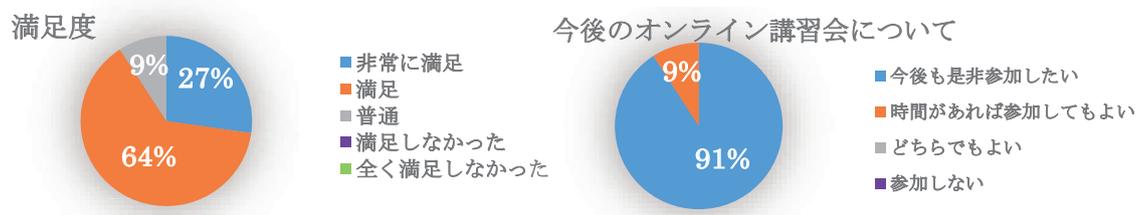
【課題】

- ・画面を通して行う講習では、対面での講習に比べると、胸骨圧迫の評価や指導が難しくなる。
- ・PCのマイクを使用すると、受講者から音声が小さいと指摘される場合があるため、音声を伝える及び音声を聞く両方を明瞭化するため骨伝導イヤホンの導入を検討。

【結果】

- ・WEB会議システムでの指導は、胸骨圧迫の評価が難しい所はあるが、アンケートから「91%が満足で、今後も参加したい」と結果が出ており、受講者の満足度が高いことから、バイスタンダーCPRへの動機付けは有効であったと考える。
- ・受講方法の多様化につながった。
- ・指導員1名で対応可能であり、出向や訓練人形等の準備が不要のため、講習にかかる準備時間が短縮され、職員の労務負担の軽減につながる。

図表3-34 受講者に対するアンケート結果



【総合評価】

- ・WEB会議システムによる講習は、開催方式に有効性があり、職員の労務負担の軽減にもつながったことから、今後も有効に活用できる講習であると考えられる。

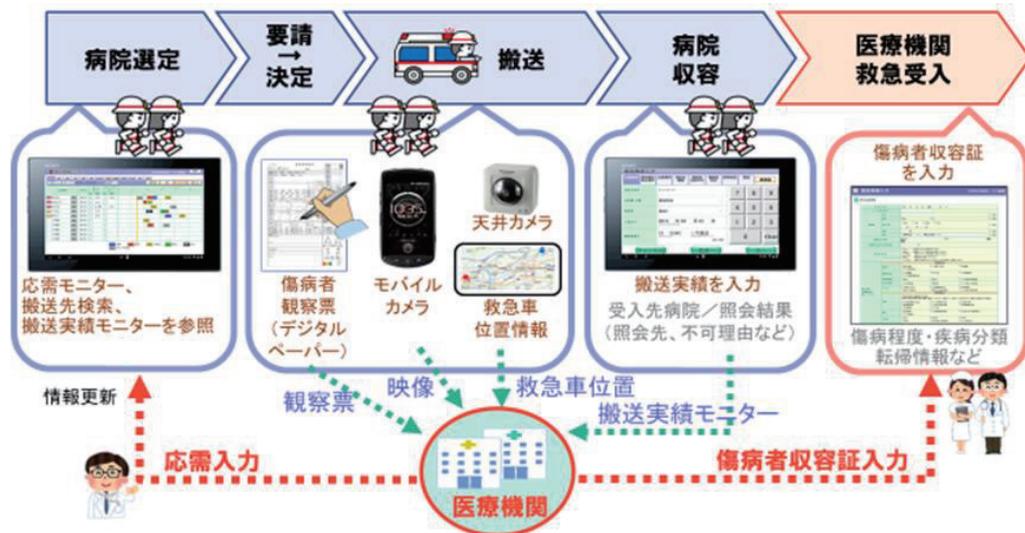
イ 消防本部と医療機関との情報共有の高度化に向けた県の取組事例

(i) こうち医療ネット（高知県）

高知県では、救急搬送の増加に伴って病院受入照会件数が増加し、スムーズな患者搬送に支障をもたらしていること、また、医師不足等による郡部の2次救急医療機関の機能低下により、高知市への救急搬送が集中するなど消防本部管轄外への長時間搬送の増加等の課題があった。

これらを解決するため、高知県は県内全ての救急車と2次・3次救急医療機関とがリアルタイムで相互連携できるよう「こうち医療ネット」を改修し、平成27年4月から下記、連携機能の運用を開始している（図表3-35）。

図表3-35 こうち医療ネットを活用した救急搬送

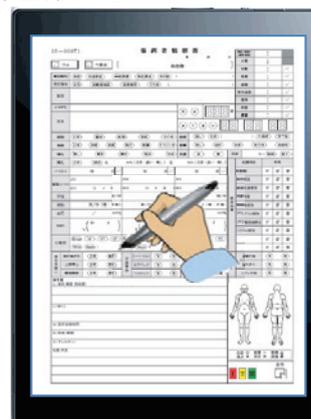


【病院選定】

- ・医療機関は、応需情報(空き状況や受入可能な診療科目等)を定期的に入力しており、応需モニターで受入状況をリアルタイムで把握可能。
- ・これにより、救急隊から4回以上収容要請に要した割合が、システム導入前の3.6% (H26) から0.8% (H29) へ減少した。
- ・また、デジタルペーパーを利用して、データ化した傷病者情報を病院へ提供することで、搬送先決定までの時間短縮にもつながっている。

The screenshot shows a table with columns for hospital names and various status indicators (red and green dots) representing availability and demand.

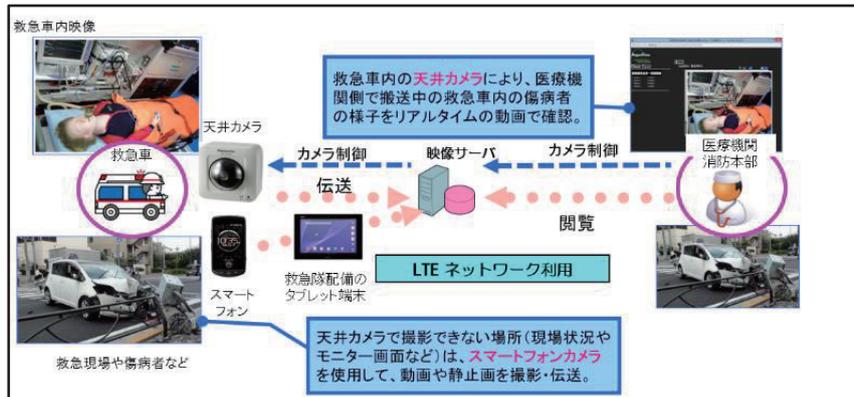
(応需モニター)



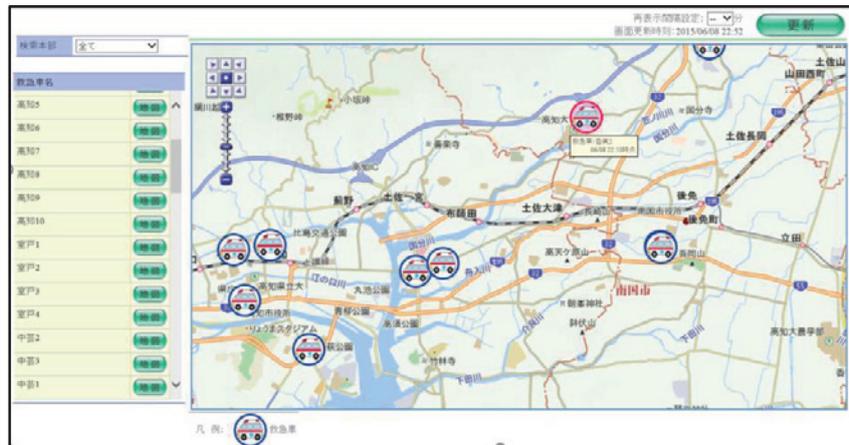
(デジタルペーパー)

【搬送中】

- ・救急車内の天井カメラやスマートフォンのカメラを活用することで、傷病者の様子がリアルタイムで医療機関と共有可能になり、医療機関における症状や怪我の程度の把握につながった。
- ・また、救急車の位置情報も共有可能となったことで、医療機関が処置の準備を行う上で重要となる、病院到着時間の予測精度が上がった。



(動画・静止画の共有)



(救急車位置情報の共有)

【搬送後】

- ・受入医療機関において、傷病程度や疾病分類などを入力することで、救急隊の病院滞在時間の短縮や業務の効率化につながっている。

(ii) クラウド統合型救急支援システム（大分県）

大分県では平成 25 年から搬送中の傷病者の画像等を参加医療機関へ送信する遠隔画像システムを導入していた。また、平成 28 年以降には計測情報を搬送先の病院に伝送できる 12 誘導心電図伝送システムを導入するなど、救急隊と医療機関での情報共有の高度化・効率化を図ってきたが、現状では以下のような課題があった。

- ・救急現場等で患者対応中の医師の位置が正確に把握できないため、ドクターヘリ等への引き渡しなど、連携に手間取る。
- ・救急隊と搬送先の候補となる医療機関との間においては、電話による 1 対 1 の通信が一般的で、多数の関係者間がリアルタイムに情報共有する手段がないため、搬送先選定の場面で手間取る。

この課題を踏まえて、これまでのシステムに、救急車に搭載された GPS で各救急車の位置情報等が把握できる高精細動態監視システムを統合してクラウドベースに移行するとともに、令和 4 年度に GPS 付モバイル IP 無線機を参加医療機関に配備し、双方に位置等の情報を共有できる体制を強化した（図表 3-36）。

図表 3-36 クラウド統合型救急支援システムの仕組み



【GPS 付モバイル IP 無線機配備による効果】

- ・GPS 機能により、救急隊、現場の医師及びドクターヘリ間で、速やかな患者の引き渡しが可能になり、搬送の効率化を図ることができる。
- ・救急現場から発信される患者の容体や、搬送先の候補となる医療機関の受入状況等が関係者間でリアルタイムに共有できるようになったため、適切な搬送先の選定ができる。
- ・医師から救急隊へ適切な処置の指示が可能になる。
- ・救急車の正確な位置情報により病院側が患者到着前に受入体制を確立できる。

※本項では、個別訪問先において、県が主体となって取り組んでいる消防本部と医療機関との情報共有の高度化に向けた取組を記載し、消防本部の実務担当者を集めた連絡会等を取りまとめた、消防本部が主体となって取り組む「救急業務における DX の推進」については、P. 77 に記載している。

(4) 今年度のまとめ

救急業務の全国的なレベルアップには、事業の実施を通知で促すことにとどまらず、実際に各地域を訪問し、救急に関する取組の現状把握、課題の共有及び必要な助言を行うことが必要であると考え、都道府県及び消防本部を個別訪問し、ヒアリングを実施している。

今年度は、14 府県 41 消防本部に個別訪問調査を実施し（予定含む）、各地域における、救急需要増加対策や労務負担軽減に向けた取組など、様々な課題に対する取組状況等について把握するとともに、各地域の課題への対応策について消防庁が助言等を行いサポートすることにより、全国的な救急業務のより一層のレベルアップを図ることができた。

(5) 4年間のまとめ

救急業務に関するフォローアップは、令和2年度から4年かけて二巡目の個別訪問を行ってきたが、コロナ禍や高齢化の進展等による救急需要の増加により様々な課題が顕在化する中で、消防庁が都道府県及び消防本部との間で救急業務の現状を共有することは、地域における課題や問題を解決していく一つの契機になったと考えている。

引き続き、各地域の問題意識を踏まえた上で、課題や問題を共有していく必要があると考えており、令和6年度以降も、継続して4年間で全ての都道府県を訪問することとしたい。

第4章

救急隊における観察・処置

第4章 救急隊における観察・処置

1 12誘導心電図の測定プロトコルに係る技術的提案

(1) 背景・目的

令和元年度、日本循環器学会より、救急業務において心臓病が疑われる傷病者に対する身体観察、12誘導心電図を測定することが望ましい対象、メディカルコントロール体制等について提案され、「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会」において検討を行い、全国消防本部へ通知を発出した（図表4-1）。

令和4年度、日本循環器学会及び日本臨床救急医学会より、救急業務において既に12誘導心電図の測定ができる場合の、その測定の対象や手順、留意事項等について、従来のものよりも一層、具体的に救急現場の実情に配慮して整理したものとして、消防庁に対して提案がなされた。

技術的内容について、全国消防本部へ周知するにあたり本年度検討会の議題の一つとして議論を行った。

図表4-1 「救急隊における観察・処置等について」

「救急隊における観察・処置等について」(令和2年3月27日付け消防救第83号消防庁救急企画室長通知)(抄)

- 検討会において、12誘導心電図については、モニター心電図よりも高い感度・特異度で心電図の異常を検出することができ、また12誘導心電図を測定することが望ましい対象が示された。
- 12誘導心電図の測定及び測定結果の伝達・伝送を導入するに当たって、以下の論点について、十分な検討を行うことが重要であるとされた。
 - ①モニター心電図よりも高い感度、特異度を持つ12誘導心電図を測定することにより、適切な傷病者に対して、迅速・的確に状態を把握するとともに、当該把握した情報に基づき、適切な医療機関を選定できること
 - ②搬送先医療機関に対して、12誘導心電図の測定結果の伝達・伝送により、適切な傷病者情報の提供を行えること
 - ③12誘導心電図の測定、伝達、伝送により、当該地域において心筋梗塞の発症から冠動脈の閉塞部位の再灌流までの時間の短縮効果が期待できること
- 上記の論点に加え、救急隊が12誘導心電図の測定に要する時間と救急現場から搬送先医療機関までの距離・搬送所要時間、地域における心臓病治療・受入れ体制の整備状況、12誘導心電計及び伝送装置の導入に係るコスト等とのバランスを勘案し、地域の実情に応じた検討を依頼。

(2) 検討事項

令和元年度、日本循環器学会より、救急業務において心臓病が疑われる傷病者に対する身体観察、12誘導心電図を測定することが望ましい対象、メディカルコントロール体制等について提案され、「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会」において検討を行い、全国消防本部へ通知を発出した。

① 検討方法

救急業務のあり方に関する検討会で2回（第2回（12月1日）、第3回（2月20日））議題として取上げた。

② 検討結果

ア 12誘導心電図の測定プロトコル

これまで運用を行ってきた救急現場からの課題について、日本循環器学会及び日本臨床救急医学会の合同委員会において整理され、今回、対象者に該当する者の具体化、プロトコルの流れが新たに示されている（図表4-2）。

救急隊員が傷病者に対して適時適切な活動を行うための医学的観点を踏まえた技術的変更であり、地域の実情に応じてプロトコル改定等を検討されたい。

なお、令和元年度通知のとおり、救急業務への導入は、救急隊が12誘導心電図の測定に要する時間と救急現場から搬送先医療機関までの距離・搬送所要時間、地域における心臓病治療・受入れ体制の整備状況、12誘導心電計及び伝送装置の導入に係るコスト等とのバランスを勘案して検討すべきである。

イ 基本的な留意事項等

救急活動を行う際の基本的な留意事項（応急処置の原則、メディカルコントロール体制等）については、これまでの検討会報告書等における記載のとおり引き続き留意願いたい。

図表4-2 12誘導心電図の測定プロトコル

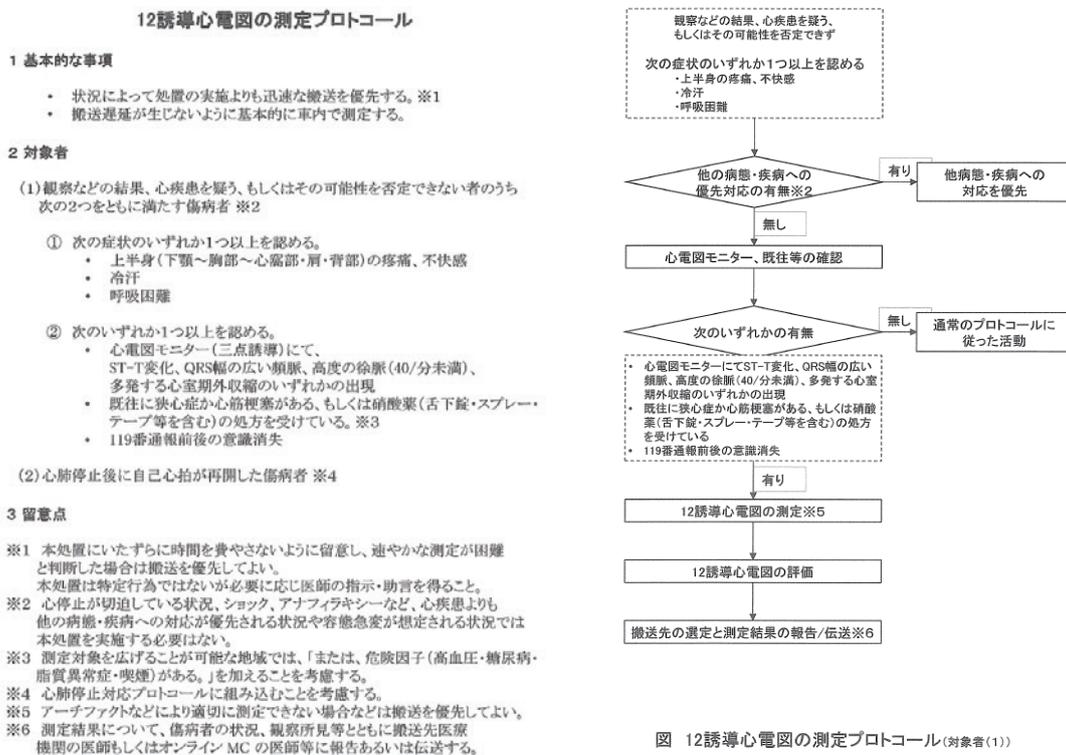


図 12誘導心電図の測定プロトコル(対象者(1))

令和5年度 救急業務のあり方に関する検討会報告書

令和6年3月

総務省消防庁

〒100-0013 東京都千代田区霞が関2丁目1-2