令和２年度
救急業務のあり方に関する検討会
報告書

令和３年３月
消防庁

はじめに

近年、救急出動件数は年々増加している。令和元年中の救急自動車による救急出動件数は約 664 万件、救急搬送人員は約 598 万人となり、過去最多を更新した。このような中、「令和２年度救急業務のあり方に関する検討会」では、救急業務全般のあり方について検討を行った。

高齢化の進展に加え、新型コロナウイルス感染症の世界的な流行や我が国での感染患者の増加、環境や生活様式の変化等を背景として、救急需要は多様化している。これらの状況を踏まえ、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は、救急業務に係る主要な課題と考えられる。こうした課題に対応するため、①救急業務の円滑な実施と質の向上、②救急車の適正利用の推進等を目標として掲げ検討を行った。

① に関連しては、「救急業務におけるメディカルコントロール体制のあり方」、「救急活動における ICT 技術導入」及び「蘇生ガイドライン改訂への対応」について検討した。

② に関連しては、「救急安心センター事業（＃7119）の全国展開に向けた検討」を行った。

このほか、新型コロナウイルス感染症への対応状況等を踏まえ、「救急隊の感染防止対策」を検討するとともに、「救急業務に関するフォローアップ」の取組状況を報告した。

このうち、「救急安心センター事業（＃7119）の全国展開に向けた検討」については、検討部会を、「救急業務におけるメディカルコントロール体制のあり方」及び「救急隊の感染防止対策」については、ワーキンググループを設置して、詳細かつ積極的な検討を行った。

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３年３月

令和２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　救急業務におけるメディカルコントロール体制のあり方 …… 13

1 背景 …… 13

2 目的・方法 …… 15

3 検討結果 …… 15

4 まとめ（今後の方向性） …… 27

第 2 章　救急活動における ICT 技術導入 …… 29

1 背景・目的 …… 29

2 検討事項 …… 30

3 検討結果 …… 32

4 まとめ（今後の方向性） …… 61

資料 1　先進的な技術のカタログ …… 62

資料 2　先進的な技術に関わる事業者等からの情報提供資料 …… 64

第 3 章　蘇生ガイドライン改訂への対応 …… 69

1 背景・目的 …… 69

2 対応方針の整理 …… 70

3 アンケート調査及び集計結果 …… 72

4 まとめ（今後の方向性） …… 77

第 4 章　救急安心センター事業（＃7119）の全国展開に向けた検討 …… 79

1 背景・目的 …… 79

2 検討事項 …… 80

3 検討結果 …… 82

4 検討部会の検討結果等を踏まえた消防庁における＃7119全国展開への取組 …… 88

第 5 章　救急隊の感染防止対策 …… 89

1 背景・目的 …… 89

2 検討結果 …… 89

3 まとめ（今後の方向性） …… 96

第 6 章　救急業務に関するフォローアップ …… 99
1 背景・目的 …… 99
2 アンケート調査結果 …… 100
3 個別訪問 …… 115
4 まとめ（今後の方向性）…… 119

参考資料 …… 121
「＃7119の全国展開に向けた検討部会」報告書 …… 121

＜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

令和元年中の救急自動車による救急出動件数は 663 万 9,767 件（前年比３万 4,554 件増、0.5%増）、救急搬送人員は 597 万 8,008 人（前年比１万 7,713 人増、0.3%増）となり、救急出動件数、救急搬送人員ともに過去最多を更新した。また、病院収容所要時間（119 番通報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 39.5 分（前年比横ばい）となった。

今後も見込まれる救急需要の増大や救急業務のあり方について、必要な研究・検討を行い、救急業務を取り巻く諸課題に対応することを目的として、「救急業務のあり方に関する検討会」（座長：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２年度救急業務のあり方に関する検討会　検討事項

令和２年度　救急業務のあり方に関する検討会　検討事項

高齢化の進展等を背景とする救急需要の増大の対応や救急業務の質の向上を図るため、「救急業務の円滑な実施と質の向上」や「救急車の適正利用の推進」等について検討を行う。

救急業務の円滑な実施と質の向上

１．救急業務におけるメディカルコントロール体制のあり方（WG（その下に小会合を２つ））

救急救命士の行う救急救命処置の質の担保からはじまり、搬送先選定の基準策定など、拡大してきたMC体制について、昨年度検討会における検討結果を踏まえ、求められる役割を十分担えるように、課題の解決及び今後のあり方について、深掘りした検討を行う。

検討に当たっては、MC体制の現状を俯瞰しつつ、今後のあり方全般についての検討を行うWGを設置するとともに、当該WGの下に、昨年度抽出したいわゆる「コア業務」における課題解決に向け、「オンラインMC小会合」及び「再教育小会合」を設置し、検討を深める。

２．救急活動におけるICT技術導入（連絡会）

救急現場での活動時間短縮等を目的に、IoTを活用した傷病者観察情報のデジタルデータ化、RPA等の先進技術を活用した情報の自動入力等スマート化などを検討する連絡会を設置し、消防本部の協力を得て実証実験を行い、成果を掲示し導入を促進する。

３．蘇生ガイドライン改訂への対応（WG）

2020年は、5年に一度、国際的に統一した蘇生ガイドラインが公表される年に当たる。蘇生ガイドライン改訂に伴う諸課題に関する調査・分析を行うとともに、的確な情報収集に努め、改訂に対応する提案を行う。

（なお、令和２年５月28日、日本蘇生協議会（JRC）から、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、国際的な蘇生ガイドライン改訂を受けた日本版蘇生ガイドライン2020の作成を当初の予定から少なくとも半年間延期すると発表があり、ドラフト版作成は令和３年３月の予定とされている。このことから、一般市民・通信指令員・救急隊が行う心肺蘇生法等に係る各要領の改訂作業等については、ドラフト版作成後の令和３年３月以降に速やかに検討を開始する（ドラフト版作成前は改訂のスキームを検討予定）。）

救急車の適正利用の推進

４．救急安心センター事業（＃7119）の全国展開に向けた検討（部会）

救急安心センター事業（＃7119）は、これまでの検討会において事業の普及、広報及び既存団体の質の向上などに取り組んできたが、令和２年10月現在、17地域での実施にとどまっている。住民に対して安心・安全を与えることのできる事業であることから、どこにいても＃7119がつながる体制の実現を目指し、更なる普及を促進するため、部会を設置し、抜本的な検討を行う。

その他

５．救急隊の感染防止対策（WG）

今般の新型コロナウイルス感染症への対応等を踏まえ、救急隊における感染防止対策に資することを目的として「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver.1.0）」の改訂等について検討を行う。

６．その他（報告事項）

救急業務に関するフォローアップとして、全国の都道府県を４年間で訪問する。訪問先都道府県で課題が顕在化している消防本部を個別訪問し、各地域の課題をより深く把握するとともに、救急業務の円滑な推進に資するための必要な助言を行う。あわせて、これまで消防庁から発出した通知に対する取組状況等についても調査を行う（今年度は１年目）。

救急安心センター事業（＃7119）担当者及び普及促進アドバイザーによる現状及び実態を互いに把握するための連絡会を開催する。

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）救急業務におけるメディカルコントロール体制のあり方（検討）
- ・メディカルコントロール体制の役割の中心である「オンライン MC」、「事後検証」及び「再教育」の課題の解決策
- ・今後のメディカルコントロール体制のあり方

（２）救急活動における ICT 技術導入（検討）
- ・救急隊員の作業の簡素化という観点に着目した ICT 等の先進的な技術の導入
- ・救急業務の高度化に向けた先進的な技術等の活用の可能性

（３）蘇生ガイドライン改訂への対応（検討）
- ・対応方針の整理

（４）救急安心センター事業（＃7119）の全国展開に向けた検討（検討）
- ・各地域における救急安心センター事業の必要性について
- ・事業の実施効果の算定について
- ・各地域における実施体制づくりについて

（５）救急隊の感染防止対策（検討）
- ・救急隊の感染防止対策マニュアル（ Ver.2.0 ）の策定

（６）救急業務に関するフォローアップ（消防庁による実施報告）
- ・アンケート調査
- ・個別訪問
- ・先進的な取組の把握

なお、上記の各項目に係る検討内容を踏まえ、全国の都道府県消防防災主管部局、都道府県衛生主管部局、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
傷病者の搬送及び傷病者の受入れ実施に関する基準	○	○	－
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	－	－	○
救急活動時間	－	－	○
救急隊員の労務管理	－	－	○
PA 連携	－	－	○
脳卒中・循環器疾患に対する対応	－	－	○

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に関すること	○	○	○
感染症	○	○	○
テロ災害等に対する取組	○	○	○
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）≪救急業務におけるメディカルコントロール体制のあり方（第１章）≫

メディカルコントロール（以下「MC」という。）体制は、救急救命士に対する指示や救急救命士を含む救急隊員に対する医師の指導・助言、救急活動の事後検証、救急救命士の資格を有する救急隊員への再教育（これら３つの事項を、以下「コア業務」という。）を中心とし、地域におけるプレホスピタル・ケアの一層の充実や救急業務の更なる高度化への期待を受け構築されてきた。体制構築から約 20 年が経過し、令和３年２月現在、全国に 47 の都道府県 MC 協議会、251 の地域 MC 協議会を含む MC 体制が構築されている。

MC 体制のあり方については、「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、MC 体制の役割拡大の経緯と今後の展望を整理するとともに、コア業務における課題の抽出を行った。それを踏まえて今年度は、コア業務の課題解決策の検討を中心に、これらの課題の背景にある MC 体制のあり方についても検討を行い、望ましい MC 体制のあり方や各 MC 協議会の役割等についての考え方を示した。

今年度の検討を踏まえ、次年度以降も、MC 体制の評価指標や、救急救命士等の教育方法等について引き続き検討を行い、MC 体制の更なる充実に資するよう取り組んでいく。

（２）≪救急活動における ICT 技術導入（第２章）≫

救急業務における ICT の活用については、これまでも「救急業務のあり方に関する検討会」で検討を行い、その結果を消防庁からの通知で示すこと等により各地域における導入の促進が図られてきたところであるが、ICT 等の先進的な技術は日々進歩し、新たな技術も次々と生まれていることなどから、各地域における取組には地域差が生じている。このような状況等を踏まえ、令和２年度においては、特に、救急隊員の作業を簡素化するという観点に着目して、ICT 等の先進的な技術の活用に係る検討を行うとともに、救急業務の高度化という視点からの先進的な技術の活用の可能性についての検討を行った。

このうち、前者については、連絡会や実証実験を通じて、先進的な技術の活用に係る効果や留意点、課題への解決策等を取りまとめ、ICT 等の先進的な技術が未導入となっている消防本部に向け、救急業務で活用可能な先進的な技術のカタログ化を行った。

また、後者については、先進的な取組を実施している消防本部や先進的な技術に関わる事業者等からの情報収集及び全国の消防本部へのアンケート調査結果の分析等を通じて、消防本部から望まれる ICT 等の先進的な技術を取りまとめた。

（３）≪蘇生ガイドライン改訂への対応（第３章）≫

これまで、５年ごとに、「心肺蘇生と緊急心血管治療のための科学と治療の推奨に関わるコンセンサス（CoSTR)」及び「JRC 蘇生ガイドライン」が公開されることに合わせて、日本救急医療財団（心肺蘇生法委員会）によって、「救急蘇生法の指針（市民用)」及び「救急蘇生法の指針（医療従事者用)」が改訂され、本検討会においても、これらの改訂に連動する形で、一般市民や救急隊員が行う心肺蘇生法において影響を受ける事項について、検討を行うことを通例としてきた。こうした中、今年度は、今般の新型コロナウイルス感染症の世界的な流行に伴い、日本蘇生協議会（JRC）から、「JRC 蘇生ガイドライン 2020」の公開が当初の予定から少なくとも半年間延期することが公開され、ドラフト版の作成を 2021 年３月、出版を令和３年度とすることが示されたことを受け、本検討会における検討についても、年度当初に想定していたスケジュールを、大きく後ろ倒しすることを余儀なくされた。

しかし、蘇生ガイドライン改訂に伴う、一般市民や救急隊員が行う心肺蘇生法の見直しという命題が、喫緊に取り組むべき課題であることに変わりはない。

これらのことから、今後の状況の変化へ的確に対応しながら、今後は年度内にも、蘇生ガイドライン改訂への対応を検討するワーキンググループを立ち上げ、第１回目のワーキンググループを開催し、今後の速やかな検討につなげていくこととしたい。

（４）≪救急安心センター事業（＃7119）の全国展開に向けた検討（第４章）≫

＃7119 については、全国で実施されることを目指し、「救急業務のあり方に関する検討会」を中心に、これまでも様々な視点から検証・検討を行い、その結果を示すことで、事業の導入を促進してきているところである。しかしながら、令和２年 10 月１日現在、実施地域は全国で 17、その人口カバー率は 46.0％にとどまっていることから、今年度は「全国どこにいても＃7119 番が繋がる体制」すなわち＃7119 の全国展開を目指し、「＃7119 の全国展開に向けた検討部会」を設置し、未実施団体における事業導入に係る課題やその解決策等について検討を行った。

具体的には、未実施団体へのアンケート調査や実施団体・未実施団体へのヒアリング等を通じて、本事業の全国展開に向けた課題を、事業実施の必要性の再整理や事業の実施主体・財政措置のあり方など６項目に整理するとともに、それぞれの課題に対して考えられる解決策について検討を行い、令和３年１月に検討部会報告書として取りまとめた。

また、「＃7119 担当者及び普及促進アドバイザー連絡会」を開催し、検討部会において整理された各課題のうち「事業実施効果の分析・明確化」及び「既実施団体における事業の底上げ」に係る課題について、実施団体の視点を踏まえた議

論の深掘りを行うとともに、前年度の検討結果を踏まえた＃7119 実施団体における事業検証の現状及び今後の取組方針について検討を行った。

今後、消防庁では、検討部会における検討結果等を踏まえ、各地域で＃7119 の導入に向けた取組が促進されるよう、未実施地域への個別の連絡・協議等を継続しつつ、通知等の発出や、事業導入／運用マニュアルの作成など、具体的な取組を進めていくこととしている。

（５）≪救急隊の感染防止対策（第５章）≫

消防庁では、「平成 30 年度救急業務のあり方に関する検討会」において、「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver.1.0)」を作成し、全国の消防本部に周知した。こうした中、令和２年１月以降、国内で新型コロナウイルス感染症が発生し、各消防機関は保健所等からの要請に基づき患者等の移送に協力するなど、必要な対応にあたっている。

このような状況に鑑み、感染防止対策の更なる体制整備・充実を図るため、本検討会のもとに設置したワーキンググループにおいて、最新の医学的知見及び新型コロナウイルス感染症患者への対応の経験を踏まえたマニュアルの改訂を検討し、「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver.2.0)」を作成した。各消防機関においては、救急隊員が安全に活動できるよう、改訂されたマニュアルを最大限活用いただくとともに、消防機関における感染防止管理体制の構築等の取組を更に推進していくことが望まれる。

（６）≪救急業務に関するフォローアップ（第６章）≫

救急業務に関する取組状況については、地域によって差が生じていたことから、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、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を行うとともに、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を得ることで、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を目的として、新たに今年度から４年間をかけて、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、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、６府県 19 消防本部での実施にとどまったが、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　委員名簿、開催経緯

（１）救急業務のあり方に関する検討会

① 委員名簿

（五十音順）◎印は座長

浅　利　　靖　（北里大学医学部救命救急医学主任教授）
◎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）
岡　本　　透　（東京消防庁救急部長）
荻　野　　章　（山形県防災くらし安心部消防救急課長）
坂　本　哲　也（帝京大学医学部救急医学講座主任教授）
島　崎　修　次（国士舘大学防災・救急救助総合研究所長）
嶋　津　岳　士（大阪大学大学院医学系研究科救急医学教授）
髙　橋　正　裕（仙台市消防局警防部救急担当部長）
田　邉　晴　山（救急救命東京研修所教授）
長　島　公　之（日本医師会常任理事）
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）
坂　　行　正　（埼玉県保健医療部医療整備課長）
間　藤　　卓　（自治医科大学救急医学講座教授）
向　井　隆　之（高槻市消防本部救急課長）
山　口　芳　裕（杏林大学医学部救急医学教授）
山　本　保　博（一般財団法人　救急振興財団会長）
行　岡　哲　男（一般財団法人　日本救急医療財団理事）
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・教授）

（オブザーバー）
鈴　木　健　彦（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２年５月 21 日（木）	・今年度の検討の進め方
第２回	令和２年 11 月９日（月）	・検討課題の検討状況（中間報告） ・傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生（出動件数調査結果等の報告）
第３回	令和３年２月 22 日（月）	・救急業務のあり方に関する検討会報告書（案）

（２）救急業務におけるメディカルコントロール体制のあり方に関するワーキンググループ

① 委員名簿

（五十音順）○印はワーキンググループ長

伊　藤　　幹　（札幌市消防局警防部救急課長）
今　井　　寛　（三重大学大学院医学系研究科救急災害医学教授）
大　澤　和　重（奈良県総務部知事公室消防救急課長）
岡　澤　尚　美（一般財団法人 救急振興財団審議役）（令和２年８月５日から）
荻　野　　章　（山形県防災くらし安心部消防救急課長）
甘　田　明　広（高崎市等広域消防局救急課救急管理係課長補佐）
○坂　本　哲　也（帝京大学医学部救急医学講座主任教授）
田　邉　晴　山（救急救命東京研修所教授）
谷　本　裕　幸（神戸市消防局警防部救急課長）
前　田　　透　（東京消防庁救急部副参事）
松　岡　哲　也（地方独立行政法人 りんくう総合医療センター 病院長）
溝　端　康　光（大阪市立大学大学院医学研究科救急医学教授）
村　田　康　裕（久留米広域消防本部救急防災課救急主幹）
山　口　芳　裕（杏林大学医学部救急医学教授）
吉　添　圭　介（一般財団法人 救急振興財団審議役）（令和２年７月 31 日まで）

（オブザーバー）
新　井　悠　介（厚生労働省医政局地域医療計画課病院前医療対策専門官）

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第１回	令和２年７月６日（月）	・メディカルコントロール（以下「MC」という。）体制の現状と課題
第２回	令和２年 10 月 12 日（月）	・小会合における検討の中間報告 ・事後検証と MC 体制第２ステージの質向上 ・MC 体制のあり方
第３回	令和３年１月 25 日（月）	・小会合における検討の最終報告 ・事後検証の活用 ・MC 体制の役割

（３）オンラインメディカルコントロール体制のあり方小会合

① 委員名簿

（五十音順）○印は小会合長

飯　島　康　明（館林地区消防組合消防本部警防課救急管理係長）
大　澤　和　重（奈良県総務部知事公室消防救急課長）
加　藤　正　哉（和歌山県立医科大学救急・集中治療医学講座教授）
甘　田　明　広（高崎市等広域消防局救急課救急管理係課長補佐）
髙　原　昌　哉（尾道市消防局警防課課長補佐兼救急救助係長）
田　邉　晴　山（救急救命東京研修所教授）
塚　田　信　隆（東京消防庁救急部救急管理課課長補佐）
○溝　端　康　光（大阪市立大学大学院医学研究科救急医学教授）

（オブザーバー）
新　井　悠　介（厚生労働省医政局地域医療計画課病院前医療対策専門官）

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第１回	令和２年７月 27 日（月）	・オンライン MC の現状と課題 ・オンライン MC 体制の充実・強化について※
第２回	令和２年９月 10 日（木）	・オンライン MC における常時性、迅速性及び適切性の考え方 ・オンライン MC の目指すべき体制
第３回	令和２年 12 月 22 日（火）	・適切なオンライン MC を実施するための体制 ・オンライン MC の実態調査（中間報告）※

※　一般社団法人日本臨床救急医学会　MC 検討委員会よりご報告

（４）再教育に関する小会合

① 委員名簿

（五十音順）○印は小会合長

淺　香　えみ子（東京医科歯科大学医学部附属病院看護部長）
伊　藤　　幹　（札幌市消防局警防部救急課長）
今　井　　寛　（三重大学大学院医学系研究科救急災害医学教授）
岡　澤　尚　美（一般財団法人 救急振興財団審議役）
茅　野　俊　幸（埼玉県消防学校救急救命士養成課程主任）
松　戸　健　治（四街道市消防本部警防課副主幹）
○山　口　芳　裕（杏林大学医学部救急医学教授）

（オブザーバー）
新　井　悠　介（厚生労働省医政局地域医療計画課病院前医療対策専門官）

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第１回	令和２年８月７日（金）	・再教育の現状と課題 ・看護領域の教育方法
第２回	令和２年９月 23 日（水）	・救急救命士の再教育と救急隊員の生涯教育、双方のレベルアップ
第３回	令和２年 12 月３日（木）	・実践を通じた教育 ・救急救命士の再教育と生涯教育

（５）＃7119 の全国展開に向けた検討部会

① 委員名簿

（五十音順）○印は部会長

柿　本　章　子（主婦連合会 副会長）
角　野　文　彦（滋賀県理事（健康・医療政策担当））
坂　本　哲　也（帝京大学医学部救急医学講座主任教授）
○島　崎　修　次（国士舘大学防災・救急救助総合研究所長）
嶋　津　岳　士（大阪大学大学院医学系研究科救急医学教授）
髙　階　謙一郎（京都第一赤十字病院 救命救急センター長）
蝶　野　正　洋（一般社団法人 ニューワールドアワーズスポーツ救命協会代表理事／公益財団法人 日本消防協会「消防応援団」／プロレスラー）
長　島　公　之（日本医師会常任理事）
七　坂　な　な（漫画家）
仁井谷　興　史（徳島県保健福祉部長）
三　浦　牧　也（弘前地区消防事務組合消防本部警防課長）
道　岡　桃　子（フリーアナウンサー）
六　車　　崇　（横浜市医療局医療政策部医療政策課救急医療技官）
横　田　順一朗（地方独立行政法人 堺市立病院機構副理事長）

（オブザーバー）
鈴　木　健　彦（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２年５月 11 日（月）	・検討項目と検討の進め方
第２回	令和２年６月 17 日（水）	・自治体へのアンケート・ヒアリング実施結果 ・他の短縮ダイヤルの分析、民間事業社ヒアリング、技術上の課題の整理
第３回	令和２年７月 14 日（火）	・事業効果の算定 ・実施体制作りの具体策・解決策（案） ・中間とりまとめ（骨子）
第４回	令和２年８月６日（木）	・検討部会中間報告書（案）
第５回	令和２年 12 月 17 日（木）	・検討部会最終報告書（案） ・全国展開に向けた今後のスケジュール

（６）救急隊の感染防止対策ワーキンググループ

① 委員名簿

（五十音順）○印はワーキンググループ長

大　澤　良　介（亀田総合病院感染症科部長）
清　武　直　志（東京消防庁救急部救急指導課長）
忽　那　賢　志（国立国際医療研究センター国際感染症センター国際感染症対策室医長・国際診療部副部長）
進　藤　亜　子（都立駒込病院感染管理認定看護師感染症科病棟看護師長）
高　橋　府　史（北見地区消防組合消防本部救急企画課長）
瀧　澤　栄史東（新潟市消防局救急課長）
長谷部　宏　光（横浜市消防局救急部救急課担当課長）
○間　藤　　卓　（自治医科大学救急医学講座教授）
森　田　正　則（堺市立総合医療センター救命救急センター副センター長）
吉　田　眞紀子（東北大学病院検査部助教）

（オブザーバー）
竹　下　　望　（厚生労働省健康局結核感染症課新型インフルエンザ対策推進室長）

② 開催経緯

回数	開催日	主な議題
第１回	令和２年 10 月１日（木）	・「救急隊の感染防止対策マニュアル Ver.1.0」の改訂について
第２回	令和２年 11 月 27 日（金）	・「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver.2.0）（案）」について ・今後のマニュアル改訂の考え方について

第１章
救急業務におけるメディカルコントロール体制のあり方

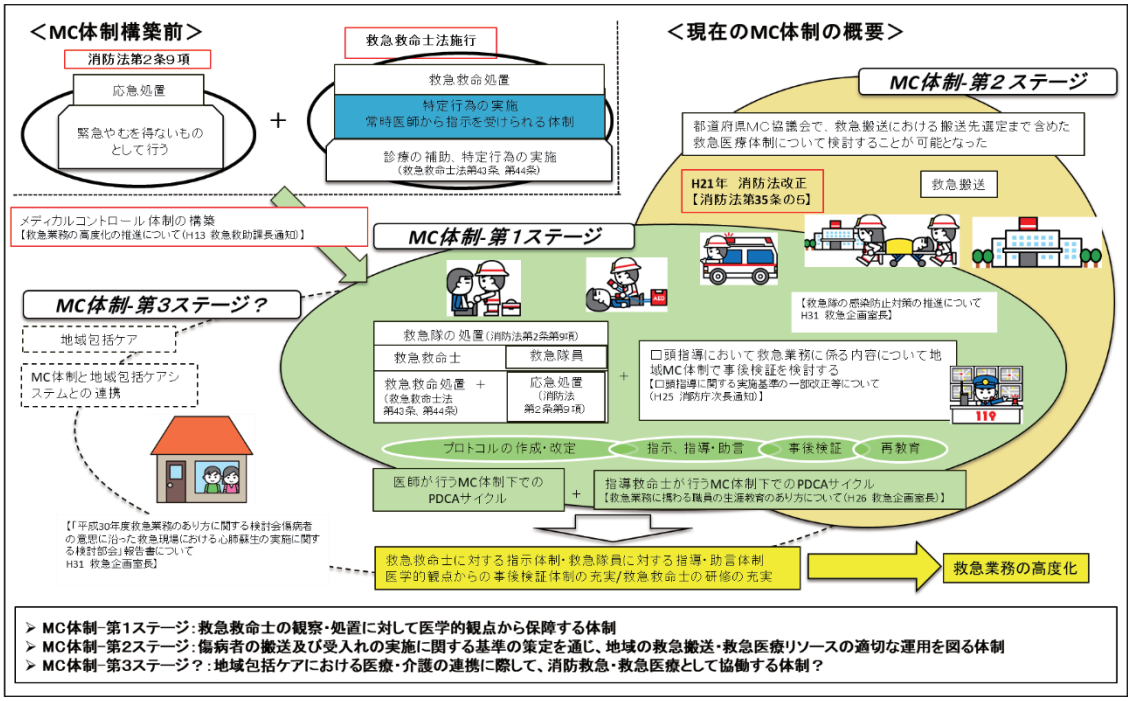
第１章　救急業務におけるメディカルコントロール体制のあり方

１　背景

平成３年に救急救命士法（平成３年法律第 35 号。以下「救急救命士法」という。）が施行され、平成４年から救急救命士の資格を有する救急隊員による救急業務が開始された。その後、地域におけるプレホスピタル・ケアの一層の充実や救急業務の更なる高度化への期待を受け、平成 13 年の救急業務高度化推進委員会での検討及びその報告に基づき、「救急業務の高度化の推進について」（平成 13 年７月４日付け消防救第 204 号消防庁救急救助課長通知。以下「平成 13 年７月４日付け消防庁通知」という。）において、救急救命士に対する指示や救急救命士を含む救急隊員に対する医師の指導・助言（以下「オンライン MC」という。）、救急活動の事後検証（以下「事後検証」という。）、救急救命士の資格を有する救急隊員への再教育（以下「再教育」という。）等のいわゆるメディカルコントロール（以下「MC」という。）体制の構築を積極的に進めることが消防庁から全国に通知された。さらに、平成 15 年には「メディカルコントロール体制の充実強化について」（平成 15 年３月 26 日付け消防救第 73 号消防庁救急救助課長、医政指発第 0326002 号厚生労働省医政局指導課長通知。以下「平成 15 年３月 26 日付け消防庁・厚生労働省通知」という。）により、都道府県 MC 協議会と地域 MC 協議会の適切な運用を図ることが示された。MC 体制の構築を始めてから約 20 年が経過し、令和３年２月現在、全国に 47 の都道府県 MC 協議会、251 の地域 MC 協議会を含む MC 体制が構築されている。

MC 体制のあり方については、「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、体制の基礎であり土台である「救急救命士の観察・処置に対して医学的観点から保障する体制」から、平成 21 年の消防法（昭和 23 年法律第 186 号。以下「消防法」という。）改正による「救急搬送に関する実施基準の策定を通じ、地域の救急搬送・救急医療リソースの適切な運用を図る体制」への拡大、さらに「地域包括ケアにおける医療・介護の連携に際して、消防救急・救急医療として協働する体制」への展望を踏まえ、それぞれ MC 体制の「第１ステージ」、「第２ステージ」、「第３ステージ」と表現した（図表１－１）。

図表１－１　MC 体制の概要



令和元年度の検討では、併せて MC 体制の役割の中心である「オンライン MC」、「事後検証」及び「再教育」の３つの事項（以下「コア業務」という。）等について、全国の消防本部、都道府県 MC 協議会及び地域 MC 協議会に対する実態調査を実施し、その結果から課題の抽出を行った。抽出した課題については、令和２年度以降、MC 体制第１ステージにおいての解決策を講じるとともに、第２ステージ、第３ステージを視野に入れた今後の MC 体制のあり方についても検討を行っていくこととした（図表１－２）。

図表１－２　コア業務の抽出された課題

オンラインMC

オンラインMC に関して今後検討すべき課題としては、「オンラインMC の『常時性』を保ちつつ、同時に『迅速性』も保てるような地域の実情にあったオンラインMC 体制の構築に向けた取組」と、「適切なオンライン指示、指導・助言が行われるよう、オンラインMC 医師に望まれる要件と、その実現のために行うべき消防本部やMC 協議会の取組」であると考える。

事後検証

事後検証に関して今後検討すべき課題としては、事後検証結果のよりよい活用を目標に、各救急隊員へのフィードバックという観点から「『誰』が『どの対象』について検証を行うべきかの整理」と、MC 体制へのフィードバックという観点から「事後検証結果を踏まえたMC体制のPDCA サイクル構築に向けた取組」であると考える。

再教育

再教育に関して今後検討すべき課題としては、適切な再教育におけるPDCA サイクルの構築を目標に、「病院実習」における「定期的な実習の評価や適切なカリキュラムの見直しを行うための取組」、「日常的な教育」における「どういった内容が日常的な教育と考えられるかの整理」、「指導救命士の日常的な教育における適切な役割や活用方法とともに、求められる資質や能力及びその向上策についての検討」等であると考える。

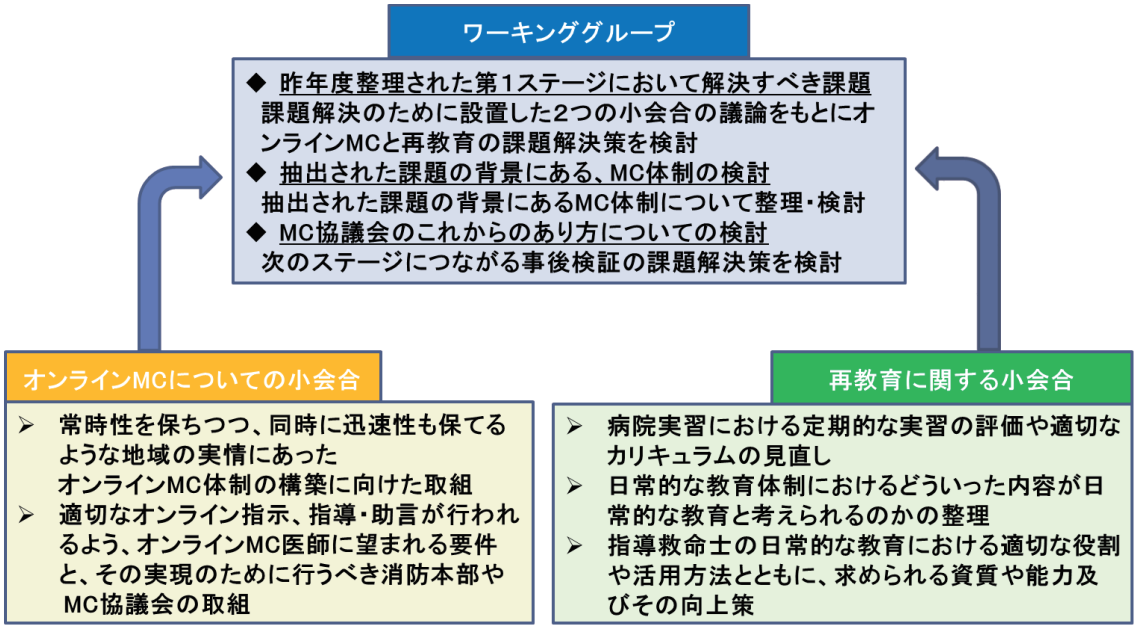
また、再教育（病院実習・日常的な教育）が実施できていない理由として、「他の業務等のため時間確保ができていない」といった理由が多かったことから、今後、「効率的な再教育体制の検討」を行った上で、業務時間内での再教育に当てる時間の確保についての積極的な配慮を、各消防本部に対して促すとともに、「再教育の内容、時間及び考え方についての検討」についても今後の課題として整理することが望ましい。

2　目的・方法

令和元年度の検討を踏まえ、抽出されたコア業務の課題の解決策の検討を中心とし、さらに、これらの課題の背景にある MC 体制についても検討することとした。

検討の方法として、コア業務のうち「オンライン MC」及び「再教育」については、それぞれ小会合を設置して集中的に議論を行い、その結果を踏まえ、「事後検証」を含めたコア業務の課題の解決策の検討や、MC 体制についての検討を、ワーキンググループを設置して行うこととした（図表１－３）。

図表１－３　検討方法のイメージ



3　検討結果

（１）オンライン MC

① 常時性、迅速性、適切性の考え方

課題の解決策を検討するに当たって、常時性、迅速性、適切性の考え方について、改めて以下のとおり整理した。

ア 常時性

オンライン MC の常時性については、これまで、「救急救命士法施行規則第 21 条に定める特定行為（除細動等の高度な応急処置）の実施に必要な具体的な指示を行う医師を 24 時間にわたって確保し、指示を受けられる体制を確立する」（「救急救命士の資格を有する救急隊員による救急業務の開始について」（平成４年５月 19 日付け消防救第 66 号消防庁救急救助課長通知。以下「平成４年５月 19 日付け消防庁通知」という。））や、「救急隊員が救急業務を実施する際の病院選定、応急処置等について医師から、指導・助言を受けられる体制を構築することは、傷病者に対する的確な応急処置等の実施とい

う観点から非常に重要であることから（中略）救急隊員に対する常時かつ迅速な指導・助言体制の構築を推進すること」（平成 13 年７月４日付け消防庁通知）等により必要性が示されてきた。救急隊の指示要請の需要は季節や時間帯によって変化すると考えられ、また、指示要請先が一か所のみの場合、電話の輻輳や医師の対応中等でつながらない時間帯が生じ得ると考えられる。これを踏まえて常時性とは、季節や時間帯による需要の変化も踏まえ、地域における指示、指導・助言の需要を満たす複数の指示要請先が常に確保されており、連絡時に最終的に指示、指導・助言を行う医師（以下「MC 医師」という。）につながることと考えられる。

イ 迅速性

オンライン MC の迅速性については、これまで、「医師（医療機関）と救急救命士（救急隊）との間に（中略）迅速・的確な情報連絡が相互に行えるよう（中略）準備されたいこと」（平成４年５月 19 日付け消防庁通知）や、平成 13 年７月４日付け消防庁通知等により必要性が示されてきた。救急隊の指示要請時には、最初から MC 医師が応答することが望ましいと考えられるが、不測の事態等で MC 医師が応答できず、他職種が応答して MC 医師につなぐ場合も想定される。これを踏まえて、迅速性とは、連絡時に可能な限り速やかに MC 医師につながることと考えられる。

ウ 適切性

オンライン MC の適切性については、これまで、「救急救命士からの指示要請等に適切に応じることができる医師を指示・指導・助言医師（仮称）とすることが望ましい。また、それらの医師と救急救命士を含む救急隊員との間にいわゆる顔の見える関係を構築することが重要」、「救急救命士に対する指示、救急救命士を含む救急隊員に対する指導・助言を行う医師は地域の中核的な救急医療機関の救急専門部門の責任者及びそのスタッフが最も望ましい」（「救急業務高度化推進委員会報告書」（平成 13 年３月総務省消防庁））等により必要性が示されてきた。MC 医師は救急医療に精通した医師であることが望ましいが、地域によってはそのような医師を確保できない場合もあると考えられる。これを踏まえて、適切性とは、救急救命士法等の関係する法令に抵触しないことはもとより、プロトコルを理解した上で、状況に応じ、的確な指示、指導・助言を行うことができ、指示を要請する側と行う側で相互に信頼関係が構築されていることと考えられる。

②オンライン MC 体制

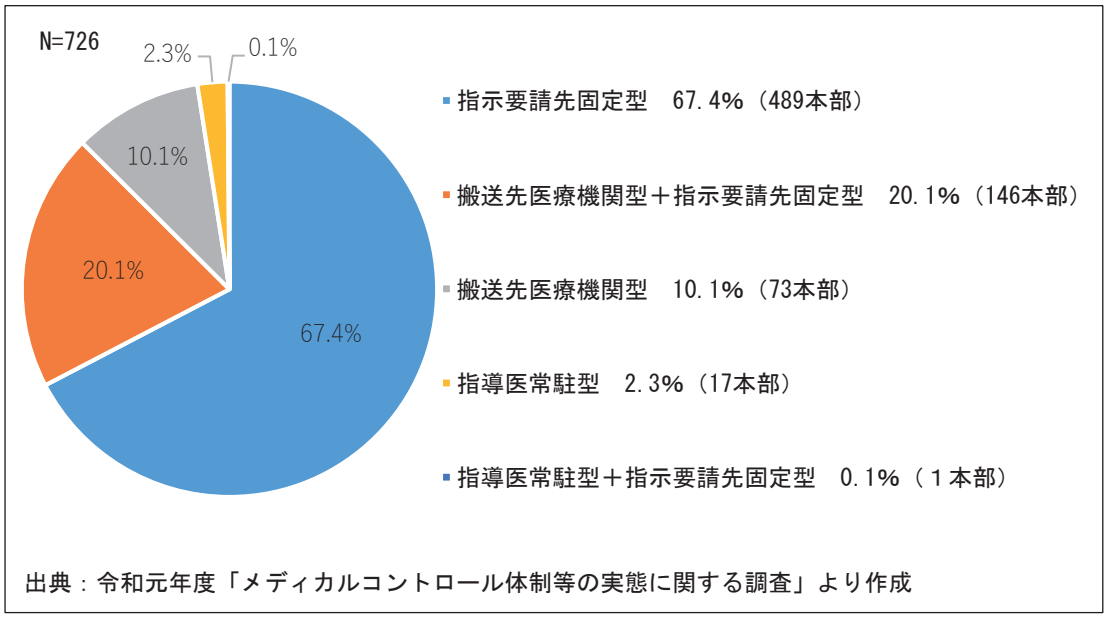
ア 指示要請先の現状と考え方

令和元年度の「メディカルコントロール体制等の実態に関する調査」を用いて全国の 726 の消防本部の指示要請先を分析したところ、指導医常駐型（指

令センター等に医師が常駐している）は 2.3%（17 本部）、指示要請先固定型（指示要請先が搬送先によらずあらかじめ固定されている）は 67.4%（489 本部）、搬送先医療機関型（指示要請先が搬送先の医療機関によって変動する）は 10.1%（73 本部）、搬送先医療機関型を固定の指示要請先で補う体制をとっている本部は 20.1%（146 本部）であった（図表１－４）。

指導医常駐型や指示要請先固定型では、搬送先によらず指示をもらうことができ、また、オンライン MC に精通した医師を確保しやすいと考えられることから、常時性、迅速性、適切性の観点でより理想的な体制と考えられる。

図表１－４　消防本部の指示要請先の分析



出典：令和元年度「メディカルコントロール体制等の実態に関する調査」より作成

イ 常時性、迅速性、適切性を満たす望ましいオンライン MC 体制

これらの考え方に基づき、望ましいオンライン MC 体制の検討を行った。常時性と迅速性については、指示、指導・助言の要請時に、１件目の要請先が別の救急隊への対応中等でつながらない場合であっても、２件目の要請先に速やかにつながればオンライン MC 体制としての常時性及び迅速性は確保されていると考えられることから、両者を一体として確保するための体制を検討すべきである。そのためには、地域における指示、指導・助言の需要の推計（季節や時間帯による需要の変化も考慮）を行い、需要を満たす複数の指示要請先（可能であれば指導医常駐型又は指示要請先固定型を志向する）を確保し、連絡する優先順位を明確化することが必要であり、さらに、MC 医師にできるだけ直接つながる回線等を整備することが望ましい。適切性を満たすためには、地域 MC 協議会の圏域を越えて搬送する場合等に備えてプロトコルはできるだけ都道府県単位で統一することを目指しつつ、地域の状況に合わせて修正することが望ましい。また、指示、指導・助言を行うために必要な知識の教育を行うこと等を通じて、地域ごとの MC 医師の経験や能力の

偏りの是正や、どのような医師がオンライン MC を行っているかの把握、さらに、救急隊と MC 医師の関係性を構築することが望ましい（図表１－５）。

図表１－５　常時性、迅速性、適切性を満たす望ましいオンライン MC 体制

	考え方	望ましい体制
常時性	季節や時間帯による需要の変化も踏まえ、地域における指示、指導・助言の需要を満たす複数の指示要請先が常に確保されており、連絡時に最終的にMC医師につながること	・ 地域における指示、指導・助言の需要の推計（季節や時間帯による需要の変化も考慮） ・ 複数の指示要請先の確保 ・ 連絡する優先順位の明確化 ・ 応答可否の見える化（ICT技術等による） 等
迅速性	（常時性を満たす体制が確保された上で、）可能な限り、MC医師に速やかにつながること	・ MC医師本人にできるだけ直接つながる回線等の確保 ・ 不測の事態等でMC医師が出られない状況をなるべく避けるとともに、そのような場合に速やかにつなぐためのルール整備 等
適切性	救急救命士法等の関係する法令に抵触しないことはもとより、プロトコルを理解した上で、状況に応じた的確な指示、指導・助言を行うことができ、救急隊と医師との間に相互の信頼関係が構築されていること	・ プロトコルを都道府県単位で統一することを目指す（その上で、地域の状況に応じて修正） ・ 指示、指導・助言を行うために必要な知識の教育 （参考：教育に用いることができる資料） －「病院前医療体制における指導医等研修（初級者、上級者）」（厚生労働省の委託事業） －「救急医のためのメディカルコントロールセミナー」（日本救急医学会） －「メディカルコントロールに係わる救急領域を専門としない医師に対するMC基礎知識」（日本救急医学会作成動画） ・ どのような医師がオンラインMCを行っているかを地域MC協議会が把握 ・ 都道府県MC協議会が地域MC協議会ごとのオンラインMCを行う医師の経験や能力の偏りを是正 ・ 救急隊とMC医師の関係性の構築 等

③ 望ましいオンライン MC 体制構築のための MC 協議会の役割

ア 地域 MC 協議会及び都道府県 MC 協議会の役割

オンライン MC 体制の構築については、これまで平成 13 年７月４日付け消防庁通知等において、都道府県 MC 協議会が指示、指導・助言を担当する救急医療機関の選定及び区域割りの調整・決定を行い、地域 MC 協議会が指示、指導・助言体制の構築に係る実質的な調整を行うこととされている。このことを基本としつつ、上記の考え方を踏まえた望ましいオンライン MC 体制の構築のためには、地域 MC 協議会は、複数の指示要請先の確保、地域の状況に合わせたプロトコルの調整、教育機会の設定等について主体的に行う必要があると考えられる。また、都道府県 MC 協議会は、地域 MC 協議会の取組を確認し、活動の質を高められるようなサポートを行うとともに、特にプロトコルの統一等の広域で検討を行う必要がある事項について、主体的に行う必要があると考えられる。

イ 地域 MC 協議会の枠組みの現状と考え方

令和２年度全国 MC 協議会連絡会（第２回）全国 MC 協議会連絡会関連資料等を用いて分析を行い、全国の 251 の地域 MC 協議会の現状の枠組みに応じて各都道府県を５つに分類した。結果を地域 MC 協議会の規模ごとに見ると、地域 MC 協議会が①都道府県規模（都道府県 MC 協議会と地域 MC 協議会が同一の体制）が８都県、②医療圏規模（地域 MC 協議会が三次医療圏又は二次医療圏と同数かつ地理的にもほぼ重なる体制）が 16 道府県、③救命救急センタ

一規模（①及び②を除き、各地域 MC 協議会に救命救急センターが１か所以上ある体制）は 14 県、④消防本部規模（①、②及び③を除き、各地域 MC 協議会が２か所以下の消防本部からなる体制）が４県、⑤その他（①、②、③及び④に該当しない体制）が５県であった。④及び⑤の地域においては、①、②及び③の地域に比べ、地域 MC 協議会の圏域内の二次救急医療機関数が少なかった。前述のとおり、望ましいオンライン MC 体制の構築のためには、複数の指示要請先の確保、地域の状況に合わせたプロトコルの調整、教育機会の設定等について、地域 MC 協議会が主体的な役割を担う必要があり、一定の医療のリソースを必要とすると考えられる。このため、特に都道府県内の二次医療圏と比較して規模が小さく、さらに圏域内に救命救急センターがないような地域 MC 協議会においては、まずは後述するオンライン MC 体制の評価指標等により地域の実情を把握し、その上で既存の地域 MC 協議会の枠組みで必要な役割を果たすことが難しいと考えられる場合は、例えば地域 MC 協議会どうしの連携を深めること等によって、より広域な単位での MC 体制を構築することも考えられる。

一例として、県内の 11 の消防本部ごとに地域 MC 協議会が設置されている群馬県において、過去、オンライン MC を常時受けることができない消防本部があったことを踏まえ、都道府県 MC 協議会が主導的に検討を行い、県内の中心的な医療機関の協力を得て、各消防本部のオンライン MC を補完する体制を構築したという事例を紹介したい。

④ オンライン MC 体制の評価指標

望ましいオンライン MC 体制の構築のためには、客観的な体制の評価指標を用いて地域の実情を把握することが必要である。指標の検討に当たって、一般社団法人日本臨床救急医学会メディカルコントロール検討委員会より、今年度実施されている「オンラインメディカルコントロールの実態調査」の中間報告として、常時性、迅速性、適切性の指標案や、地域 MC 協議会及び都道府県 MC 協議会の指標の活用方法について提案があった。これについては（４）MC 体制で述べる。

（２）再教育

① 実践経験を通じた教育プロセスの検討

令和元年度の検討で抽出された課題が多岐にわたることから、検討は段階的に行うこととし、今年度は日常的な教育体制における教育（実践経験を通じた教育）についての整理を中心とすることとした。

日常的な教育体制の検討に当たって、実践経験を通じた教育体系が確立されている看護領域の教育方法を参考とした。看護領域の教育方法においては、目的を持つあらゆる実践が学習材料とされ、目的を持って日々の実践を行い、それを実践の最中又は実践後に振り返ることで学びを体得するとされている。こ

のような教育プロセスは、能動的かつ主体的なものであるため、座学による講習を受講すること等の受動的な教育方法に比べて、教育を自身のために行うものとして主体的に捉えられるとともに、集合形式ではない教育方法であることから、日常的な教育体制を構築できていない消防本部の解消につながるのではないかと考えられる。また、このような教育方法は、救急救命士のみならず、救急救命士を除く救急隊員の生涯教育においても適用できると考えられる。

救急救命士を含む救急隊員に対してこのような教育方法を実施するために、目的の認識、実践経験、振り返りのプロセスを検討した。

ア 目的の認識

日々の実践において、何を目的として技術を提供しているのかを意識し、それを振り返ることで実践経験が教育となり得るとされるが、そのためには単なる手技の成功・失敗ではなく、より上位に位置する規範に照らした目的の認識が必要である。

「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver. 1」（以下「生涯教育の指針」という。）によれば、救急救命士を含む救急隊員の教育理念は、「救急隊員は、救急業務に従事するのに際し、自らの社会的役割を認識しつつ、傷病者に対して適切に対応できるよう、基本的な能力を身につけること」とされている。さらに基礎的な能力について、技術、知識、教育・指導、連携の別に、救急隊員及び救急救命士の到達目標が示されている。これらを踏まえ、目的の認識においては、当該指針に示される教育理念を上位の規範とし、基礎的な能力の要素（技術、知識、教育・指導、連携）のいずれかの要素が入るように目的を定めることが適切と考えられる（図表１－６）。

図表１－６　生涯教育の指針に示される基礎的な能力

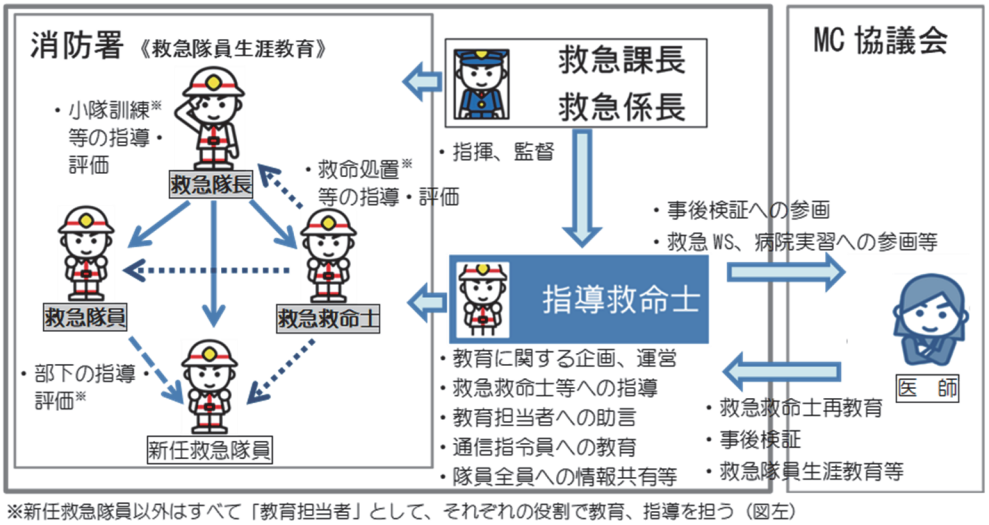
イ 実践経験

「救急救命士の資格を有する救急隊員の再教育について」(平成 20 年 12 月 26 日付け消防救第 262 号消防庁救急企画室長通知。以下「平成 20 年 12 月 26 日付け消防庁通知」という。)において、救急救命士の再教育は、日常的な教育体制と病院実習から構成されている。また、生涯教育の指針において、救急隊員の生涯教育は、知識、手技的教育項目、小隊教育、所属研修により構成されている。救急業務における実践経験とは、救急出動から帰署までの一連の流れを指すと考えられ、この間、傷病者の状況の想定や、観察及び処置等の活動を、隊員間で連携して行う。このことから、実践経験を通じた教育に適した項目として、救急救命士の行う救急救命処置や、救急隊員及び救急救命士に共通する知識、手技、小隊教育、隊長教育の一部が該当すると考えられる。

ウ 振り返り

実践経験を教育とするためには、適切な方法とタイミングで振り返りを行う必要がある。振り返りは自分で行うもの（自省）と、ファシリテーションを受けて行うものがあり、前者は自分のタイミングで適宜行うことができるのに対し、後者は指導者によるファシリテーションを受けて、実践の直後や、しばらく時間をおいて実施するものである。生涯教育の指針によると、救急隊員の教育には指導救命士が中心的な役割を担うとともに、いわゆる屋根瓦方式の教育方法として新任隊員以外は全て教育担当者と位置付けられており、ファシリテーションはこれらの者によってなされることが望ましい。しかしながら、現状、指導救命士等の教育担当者はファシリテーターとしての教育を受けていないことから、指導救命士等の教育担当者にはその役割を担うための教育が必要と考えられる（図表１－７）。

図表１－７　生涯教育の指針に示される指導救命士等の教育担当者による指導体制・役割の例



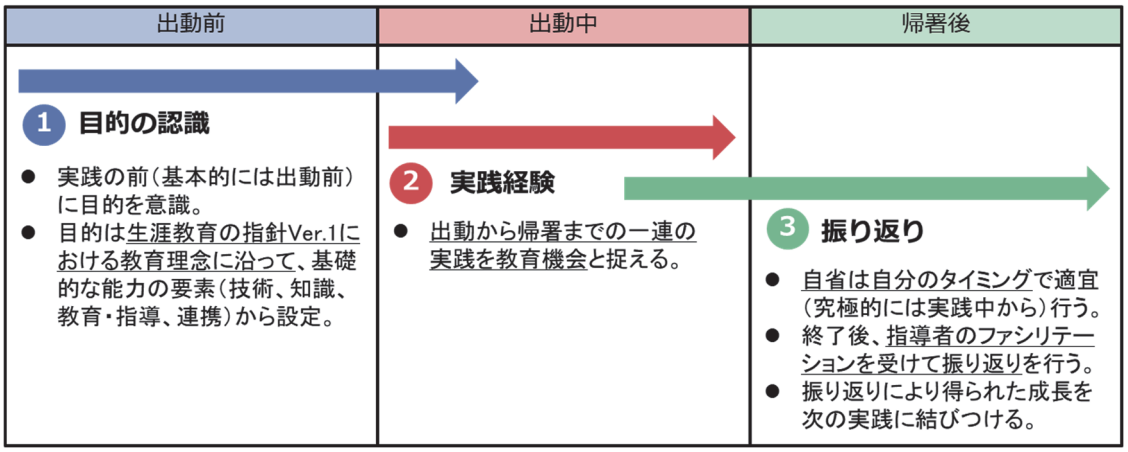
※新任救急隊員以外はすべて「教育担当者」として、それぞれの役割で教育、指導を担う（図左）

エ 一連の教育プロセス

これらを踏まえ、実践経験を通じた教育を実施するためには、目的の認識から振り返りまでの一連のプロセスを、日々の実践で主体的に繰り返し行うことが必要である。また、この教育方法が適切に実施されているかを確認するため、定期的に（例えば、少なくとも年４回程度）振り返りのための所定の様式を用いて、指導者によるチェックを受けることが望ましい。振り返りのための様式については、使いやすくシンプルなものであることはもとより、目的に照らした振り返りを行うことができるものでなければならないが、記録のために救急業務に新たな負担を生じさせることがないよう、引き続き検討する必要がある。

このような教育方法について、令和３年度以降、全国の複数の消防本部において試行的に運用し、その検証を踏まえて、全国的な実施に向けた更なる検討を行っていく（図表１－８）。

図表１－８　救急出動前から帰署までの一連の流れにおける教育手順



② 救急救命士の再教育と生涯教育

救急救命士の再教育については、これまで平成 20 年 12 月 26 日付け消防庁通知において、MC 協議会による体制整備のもと、２年間で 128 時間以上の教育を、日常的な教育体制（80 時間相当）と病院実習（48 時間以上）を組み合わせて実施するものとされている。一方で、生涯教育の指針によると、「救急救命士については、現行の救急救命士に必要な２年で 128 時間以上の再教育を救急救命士生涯教育として位置付ける」とされている。この再教育という言葉については、もともとは国家資格である救急救命士の技能維持を主眼とした教育を表わすものであり、生涯教育とは異なる意味合いの用語であるという意見があった一方で、矯正するための教育という意味に捉えられかねない用語であることから、生涯教育に統一することが望ましいという意見もあった。これらのことを踏まえ、再教育という言葉については、救急救命士の技能維持としての教育を内包した上で、今後は生涯教育という言葉に置き換えていく方向で整理すべ

きである。こうした言葉の概念を整理しつつ、救急救命士の生涯教育としての教育内容や教育サイクルについても改めて検討し、再教育に係る通知や生涯教育の指針の見直しを行っていく必要がある。

（３）事後検証

① 事後検証の現状

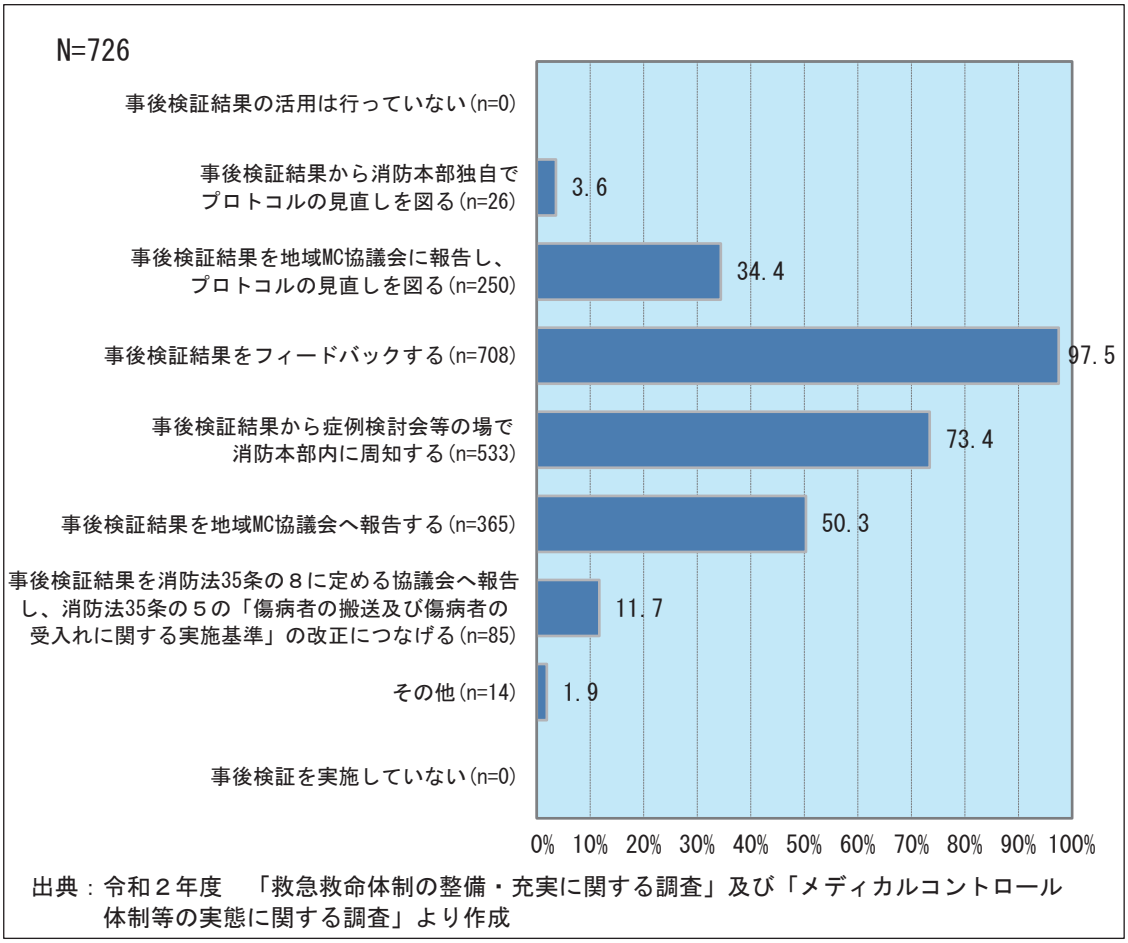
事後検証については、これまで平成 13 年７月４日付け消防庁通知において、「救急隊員の医学的知識・技術を更に充実し、地域における救命効果をさらに向上させるために、救急隊員の行った救急活動の事後検証を実施し、救急隊員の行う応急処置の質を保障する必要がある」ことから、消防本部における事後検証として、「医師による医学的観点からの事後検証を受ける前にすべての事例について、迅速性、協調性、他隊との連携等の観点を含めた救急活動全般に関する検証を実施すること」、また、医学的観点からの事後検証として、「心肺機能停止状態の傷病者を搬送した事例並びに救急事故等報告要領（昭和 39 年５月４日付け自消甲教発第 18 号消防庁長官通知）における死傷者の分類（第二救急報告４）のうち重症及び死者の事例並びに救急隊員が医師に対し指導・助言を要請した事例」を対象として検証することとされている。

また、検証結果の活用については、平成 13 年７月４日付け消防庁通知において、「当該救急隊員の教育、訓練に役立てられるよう、個人単位で記録するよう努めること」として、個々の救急隊員の教育に活用することが示されているほか、平成 15 年３月 26 日付け消防庁・厚生労働省通知において、「メディカルコントロール協議会は、検証結果等の協議内容を踏まえ、業務プロトコル、マニュアル等について適宜、見直しを行うこととするとともに、各消防機関においては協議結果について救急業務の高度化のため活用を図ること」とされており、プロトコル等の見直しを含めた MC 体制第１ステージにおける活用が示されている。さらに、MC 体制第２ステージにおける活用についても、「各都道府県においては、PDCA サイクルに沿って、実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施状況を検証・評価し、その結果を基に実施基準の見直しや運用上の改善を図っていくこと」（「救急搬送における消防機関と医療機関の連携強化について」（平成 25 年３月 29 日付け消防救第 31 号消防庁救急企画室長、医政指発 0329 第３号厚生労働省医政局指導課長通知））等により示されている。

令和２年度の「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」によると、全国の 726 の消防本部すべてで、医師による事後検証が実施されているとの結果であった。また、事後検証結果の活用については、救急隊員へのフィードバックは 97.5％(708 本部)、症例検討会等の場を通じた消防本部内への周知は 73.4％（533 本部）で行われており、個々の症例の事後検証結果は、一定程度、救急業務の高度化のために活用されていた。一方で、事後検証結果を地域 MC 協議会に報告してプロトコルの見直しを図っている消防本部は 34.4％（250 本部）、消防法第 35 条の８に定

める法定協議会へ報告して消防法第 35 条の５に定める「傷病者の搬送及び傷病者の受入れに関する実施基準」の改正につなげている消防本部は 11.7%（85 本部）であり、このような活用は十分にされていなかった（図表１－９）。

図表１－９　事後検証結果の活用について



出典：令和２年度　「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」より作成

② 事後検証の今後の更なる活用について

MC 体制第１ステージにおいて、救急隊員の観察・処置を医学的観点から保障するためには、事後検証結果を消防本部内へフィードバックすることのみならず、プロトコル等の見直しに反映する取組が不可欠である。そのためには、これまで平成 15 年３月 26 日付け消防庁・厚生労働省通知において、「事後検証の結果については定期的に地域メディカルコントロール協議会へ報告すること」と示されているように、事後検証結果が確実に地域 MC 協議会に報告され、協議会において検討されなければならない。

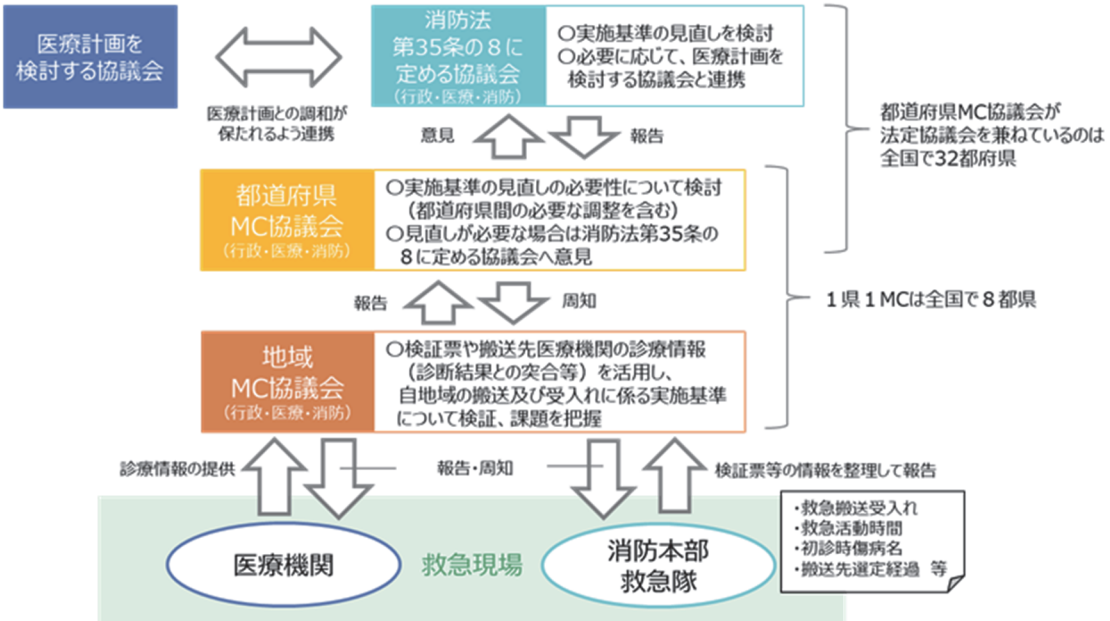
また、MC 体制第２ステージにおいて、地域の救急搬送・救急医療リソースの適切な運用を図るためには、これまで、「実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施状況を検証し、適切に実施基準を見直すことが重要であり、少なくとも一年ごとに、消防機関及び医療機関の双方が有する情報を併せて総合的に調査・分析を行い、必要があるときは実施基準の見直しを行うこと」（「傷病者

の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定について」（平成 21 年 10 月 27 日付け消防救第 248 号消防庁次長、医政発第 1027 第３号厚生労働省医政局長通知)）で示されているとおり、事後検証結果等の報告に基づく定期的な検討を行うことが必要である。

一例として、大阪府の泉州 MC 協議会においては、消防機関の有する「傷病者の観察、処置、病院選定」等の情報と、医療機関の有する「診断名、処置内容、転機」等の情報を突合して検証をすることを、消防機関、医療機関、行政（保健所）の三者が共同で行うことで、「傷病者の搬送及び傷病者の受入れに関する実施基準」に係る情報の共有や見直しを図り、搬送困難症例を減少させている。

今後、事後検証結果の更なる活用の推進のため、各消防本部は事後検証結果を定期的に地域 MC 協議会に報告すること、地域 MC 協議会はプロトコル等の見直しや、実施基準についての検証及び課題の把握と都道府県 MC 協議会への報告を行うこと、都道府県 MC 協議会は消防法第 35 条の８に定める協議会と一体となって、医療計画との調和を保ちながら、実施基準の見直しの必要性を検討することについて、それぞれ適切に取り組むよう改めて促す必要がある（図表１－10)。

図表１－10　第２ステージにおける事後検証の活用に係る各協議会等の連携イメージ



（４）MC 体制

①MC 体制における PDCA の取組と評価指標

救急業務における MC 体制において、行政、医療、消防が連携して地域の病院前救急医療の質を保障するためには、PDCA サイクルを通じた継続的な体制の構築及び改善が図られることが望ましい。そのためには、MC 体制第１ステージ、第２ステージそれぞれにおいて、コア業務を中心に MC 体制が適切な役割を果たしているか、客観的な評価指標を用いてチェックを行う必要がある。どのような指標を用いてチェックを行うかについては、未だ十分なエビデンスが存在するわけではないが、ワーキンググループにおける検討を踏まえ、指標の例を以下に示す（図表１－11）。

図表１－11　MC 体制の評価指標（例）

カテゴリー	指標（例）
第1ステージの指標	【オンラインMC体制の常時性】 所管内で行われた特定行為のオンラインでの指示要請について、連続50回 or 年間の指示要請件数の8%のうち多い方における、1回目の連絡が不通であった件数・割合
	【オンラインMC体制の迅速性】 所管内で行われた特定行為のオンラインでの指示要請について、連続50回 or 年間の指示要請件数の8%のうち多い方における、発信から指示医師につながるまでに1分間以上要した件数・割合
	【オンラインMC体制の適切性】 オンラインでの指示を行う医師に対する教育・研修の年間実施回数
	特定行為（特定行為器具による気道確保、静脈路確保、薬剤投与等）の年間実施件数・割合 （※特定行為の実施件数・割合は、地理的要因（都市部or 地方）や、地域のルール等の影響が大きいことに留意）
	特定行為（特定行為器具による気道確保、静脈路確保、薬剤投与等）の年間成功件数・割合
	事後検証結果を消防本部内にフィードバックしている消防本部割合
	救急救命士に対する再教育（2年間で128時間）を実施できている消防本部割合
第2ステージの指標	初診時傷病程度が重症以上の傷病者について、医療機関に受入れ照会を行った回数ごとの件数 （※地域によっては、初診時傷病程度とともに、救急現場の緊急度判定結果を用いることも考えられる）
	初診時傷病程度が重症以上の傷病者について、現場滞在時間区分ごとの件数 （※地域によっては、初診時傷病程度とともに、救急現場の緊急度判定結果を用いることも考えられる）
	検証結果を定期的に地域MC協議会に報告している消防本部割合
最終的なアウトカム	心肺停止傷病者の1か月後の生存数・生存率
	心肺停止傷病者の1か月後の社会復帰数・社会復帰率

上記の指標はあくまで例示であるが、地域における望ましい MC 体制の構築のためには、こうした指標を用いて地域の状況を把握し、PDCA サイクルを通じた継続的な取組を行うことが重要である。今後の方向性として、いずれは指標の目標値に対する達成度評価を行うこと等も視野に入れるべきだが、まずはこれらの指標の測定結果を用いて自地域の経年比較を行い、状況を把握する等の取組を行うことが望ましい。指標の活用に係る MC 協議会の役割として、例えば、地域 MC 協議会は指標の結果を把握し、都道府県 MC 協議会に年１回以上報告すること、都道府県 MC 協議会は地域 MC 協議会ごとの結果を取りまとめ、年１回以上公表することが考えられる。

指標については、令和３年度以降、活用状況等のフォローアップを行い、活用の効果、より適切な指標、取組の推進方法等について検討を行っていく。

②MC 体制の役割

MC 体制については、これまで平成 13 年７月４日付け消防庁通知や平成 15 年３月 26 日付け消防庁・厚生労働省通知において、その構成員、役割、協議事項等が示されており、現在においてもこの内容を基本として体制を構築すべきと考えられる。その上で、本年度の検討を踏まえ、更に取組を充実させるべき事項について、以下の図表に示す（図表１－12）。

図表１－12　MC 体制の役割

	地域MC体制・協議会	都道府県MC体制・協議会
MC協議会の構成員と役割 （平成15年３月26日 消防庁・厚生労働省 通知等）	（構成員） 都道府県消防主管部局・衛生主管部局、郡市区医師会、救急医療に精通した医師、消防機関 等 （役割） 地域の医療機関と消防機関の連絡調整、業務プロトコル作成、医師の指示、指導・助言の整備、救急活動の事後検証体制の確保、救急救命士等の教育機会確保 等	（構成員） 都道府県消防主管部局・衛生主管部局、都道府県医師会、都道府県内の救命救急センター代表者、都道府県内の消防機関 等 （役割） 地域MC体制の調整、地域MC協議会からの報告に基づき指導・助言を行う 等
本検討会の検討を踏まえ、今後更に取り組むべきこと MC体制第１ステージ	○　望ましいオンラインMC体制構築のため以下について主体的に取り組むこと。 ・地域における指示、指導・助言の需要を満たす複数の支持要請先（可能であれば指導医常駐型又は指示要請先固定型を志向）の確保、連絡の優先順位の明確化、MC医師に速やかにつながる回線等の整備 ・地域の状況に合わせたプロトコルの調整 ・指示、指導・助言を行うために必要な教育機会の設定等 ○　事後検証結果を業務プロトコル等の見直しに活用すること。	○　望ましいオンラインMC体制構築に当たって、地域MC協議会の取組を確認し、活動の質を高められるようなサポートを行うこと。 ※　特に、プロトコルの統一等の広域で検討を行う必要がある事項について、主体的に取り組むこと。
MC体制第２ステージ	○　事後検証において、検証票や搬送先医療機関の診療情報を活用し、実施基準について検証すること。検証で把握された課題については、都道府県MC協議会へ報告すること。	○　地域MC協議会から事後検証結果の報告を受け、実施基準の見直しの必要性について検討すること。 ○　実施基準の見直しが必要な場合は、消防法第35条の８に定める協議会へ意見すること。
評価指標の活用	○　指標の結果を把握し、都道府県MC協議会に年１回以上報告すること。	○　地域MC協議会ごとの結果をとりまとめ、年１回以上公表すること。

このような取組に当たっては、前述の指標等を用いて地域の状況を把握し、それを踏まえた検討を行う必要がある。とりわけ、現在の枠組みで必要な役割を果たすことが難しいと考えられる地域 MC 協議会は、前述のとおり地域 MC 協議会どうしの連携を深めること等によって、より広域な単位での MC 体制を構築することが考えられ、また、都道府県 MC 協議会は、地域 MC 協議会の取組を確認し、活動の質を高められるよう積極的なサポートを行う必要があると考えられる。

４　まとめ（今後の方向性）

今年度の検討では、令和元年度の検討で抽出されたコア業務の課題の解決策の検討を中心に、MC 体制の評価指標を用いた継続的な体制構築及び改善の取組等の MC 体制のあり方についても検討を行い、一定の方向性を示した。これらの検討結果を踏まえ、総務省消防庁から各都道府県に対し、地域 MC 協議会及び都道府県 MC 協議会の更なる取組を促すことが望まれる。

次年度以降も、今年度の検討を踏まえ、MC 体制の評価指標や、救急救命士等の教育方法等について引き続き検討を行い、MC 体制の更なる充実に資するよう取り組んでいく。

第２章
救急活動における ICT 技術導入

第２章　救急活動における ICT 技術導入

１　背景・目的

ここ数年、救急自動車による病院収容所要時間については、横ばいであるものの、救急出動件数及び搬送人員は一貫して増加している。

救急隊は、救急出動ごとに傷病者一人一人の観察や応急処置を実施し、その聴取した情報を記録しているが、救急出動件数や搬送人員の増加にあわせて、救急隊員の現場活動での負担や帰署後の事務処理の負担等も、年々増加傾向にあると推測される。

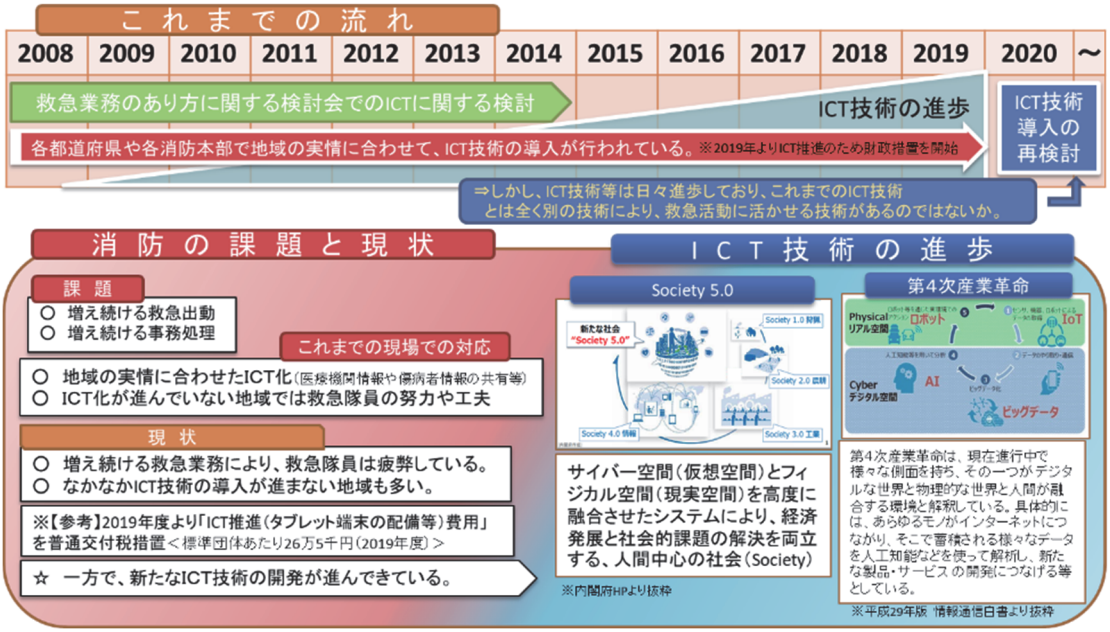
一方で、ICT 等の先進的な技術は日々進歩しており、これまでの技術とは全く別の新たな先進的な技術も次々と生まれており、これらを救急業務に活かすことで、救急業務の抱える多くの課題を解決に導いていくことが期待できると考えられる。

これまで、救急業務における ICT の活用については、平成 20 年度から平成 26 年度までの「救急業務のあり方に関する検討会」で検討を行い、救急業務において活用されるべき ICT の標準的な機能や ICT 導入による効果及び課題等を示してきた。加えて、消防庁からは、「救急業務において活用される ICT（情報通信技術）の標準的な機能について」（平成 25 年９月 13 日付け消防救第 150 号消防庁救急企画室長通知）や「「消防と医療の連携」及び「ICT を活用した救急業務の高度化」について」（平成 25 年 12 月 20 日付け消防救第 213 号消防庁救急企画室長通知）が発出されるなど、各都道府県や地域における ICT の導入に向けた検討が促されてきたところである。

各消防本部においては、地域の実情に合わせて救急業務における ICT の導入がそれぞれ進められているところであるが、一方で、導入の進んでいない地域においては、消防本部、あるいは、救急隊員の個々の努力や工夫によって、それぞれ対応を図っているところであり、これは、取組状況に地域差が生じているという課題とも考えられる。

これらのことを踏まえ、本検討会では、最新の ICT 等の先進的な技術を救急活動に活かし、喫緊の課題解決につなげていくことを目的とし、令和２年度においては、特に、救急隊員の作業を簡素化するという観点に着目して、救急隊員が実施する事務処理を含む救急業務への ICT 等の先進的な技術の活用に係る検討を行うとともに、救急業務の高度化という視点からの先進的な技術の活用の可能性についての検討を行った（図表２－１）。

図表２－１　これまでの検討状況及び背景等



２　検討事項

（１）項目

① 救急隊員の作業の簡素化という観点に着目した ICT 等の先進的な技術の導入

ICT 等の先進的な技術の導入により、救急隊員の作業の簡素化を図ることを目的として、救急業務の「どのフェーズ」に、「どのような技術」を導入することで、救急隊員の労務負担の軽減を図ることができるかを検討する。

主に、ICT 等の先進的な技術の有用性及び実用性の観点から検討を行い、ICT 等の先進的な技術が未導入となっている消防本部に向けた救急業務で活用可能な先進的な技術のカタログ化を行う。

② 救急業務の高度化に向けた先進的な技術等の活用の可能性

先進的な取組を実施している消防本部や ICT 等の先進的な技術に関わる事業者等の取組や事業を把握し、今後望まれる救急業務の高度化に向けた先進的な技術について検討する。

（２）方法

① 連絡会の開催

ICT 等の先進的な技術を救急活動に活かし、課題解決につなげることを目的とした検討を行うために、消防職員や ICT 等の先進的な技術に関する有識者により構成された連絡会を開催し、消防本部の望む又は消防本部から望まれると考えられる先進的な技術や課題を把握し、課題解決の方法について検討した。

開催日時	令和２年７月 17 日（金）／令和２年 11 月 30 日（月）
検討項目	①　救急隊員の作業の簡素化という観点に着目した ICT 等の先進的な技術の導入 ➢　実証実験について ➢　ICT 等の先進的な技術の有用性及び実用性について ➢　未導入消防本部導入に向けたカタログ化について ②　救急業務の高度化に向けた先進的な技術等の活用の可能性 ➢　先進的な技術等の課題や解決策について ・　消防本部における先進的な取組事例の把握 ・　先進的な技術に関わる事業者等からの情報収集 ・　全国 726 本部へのアンケート調査の分析 ③　その他

② 実証実験の実施

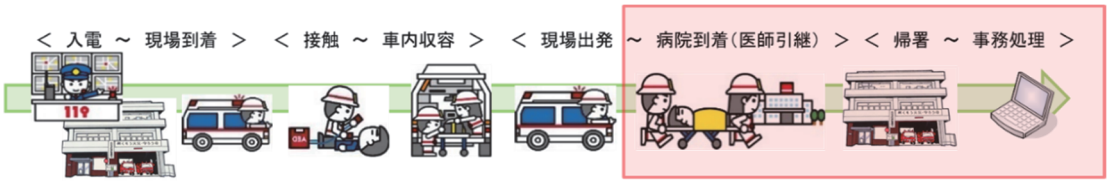
実証実験内容については、連絡会での意見や実証実験に協力いただく消防本部からの意見を基に決定した。

主な意見は以下のとおりである。

・実証実験のフェーズについて

「実証実験として行うのであれば、傷病者と直接接するフェーズでの実施は時期尚早であろう。」、「全フェーズでも実証実験は可能であろうと考えるが、まずはシミュレーション訓練による実施で技術の有用性・実用性の効果を検証したい。」、「病院到着後であれば、実際の救急活動の中でも実証実験は可能である。」などの意見があった（図表２－２）。

図表２－２　実証実験のフェーズ



・実証実験で検証する技術について

「将来的には救急現場で得られる情報を全てデータ化することが望まれるが、できるだけ多くの本部で導入可能な技術という観点を考慮すると、まずは、OCR[*1] によるデータ化や RPA[*2] の活用等が望ましいのではないか。」、「OCR につい

---

*1　OCR（Optical Character Recognition＝光学文字認識）は、手書きや印刷された文字をイメージスキャナやデジタルカメラで読みとり、コンピューターが利用できるデジタルの文字コードに変換する技術

*2　RPA（Robotic Process Automation＝ロボットによる手順の自動化）は、ホワイトカラーのデスクワーク（主に定型作業）を、パソコンの中にあるソフトウェア型のロボットが代行・自動化する概念

ては、理想的な様式を示して、使用感も含めて試していくことで、有効性を確認できるのではないか。しかし、読み取り精度は100%には至らないだろうから、人による確認作業が増える可能性もある。業務フローを整理し、必要に応じた組替えも重要だと思う。」、「紙ではなくデータがあるのであれば、RPA については、打ち込みの作業が減るので、時間短縮にはつながるだろう。」などの意見があった。

これらの意見を踏まえ、ICT 等の先進的な技術の有用性及び実用性を確認することを目的に実証実験を行った。

３　検討結果

（１）救急隊員の作業の簡素化という観点に着目した ICT 等の先進的な技術の導入

① 実証実験

ア 協力消防本部及び実証実験の概要

消防本部名 ＜実施期間＞	概要	
札幌市消防局 ＜令和２年 10 月 20 日(火) ～11 月 9 日(月)＞	実施方法	実際の救急現場
	先進的な技術	OCR
	活用場面	病院到着から帰署後の事務処理
横須賀市消防局 ＜令和２年 10 月５日(月) ～11 月６日(金)＞	実施方法	シミュレーション訓練
	先進的な技術	タブレット端末、OCR、RPA
	活用場面	傷病者接触から病院到着（タブレット）及び病院到着から帰署後の事務処理（OCR 及び RPA）

イ 実施方法

（ⅰ）札幌市消防局

札幌市消防局では、病院到着から帰署後の事務処理までの間を実証実験のフェーズとし、OCR を活用した事務処理について実証実験を実施した。また、主に検証する部分としては、救急業務における通常の事務処理と新たな技術を導入した場合の事務処理の定量的及び定性的データを収集し比較することとした。

札幌市消防局での実証実験の内容		
実証実験の実施方法		実際の救急現場
新たな技術の活用方法		OCR による紙からのテキストデータ化
新たな技術の活用場面		病院到着から帰署後の事務処理
使用する様式		・通常時使用する傷病者引継書 ・OCR 用の傷病者引継書（新規作成） ・OCR 用の救急記録票（新規作成）
アウトプット	定量的データ	・通常の事務処理にかかる時間と OCR でスキャンから確認作業までにかかる時間の比較 ・OCR ソフトの認識率
	定性的データ	アンケート調査による OCR の使用感及び有用性の評価
アウトカム		OCR 技術を活用した事務処理時間の軽減

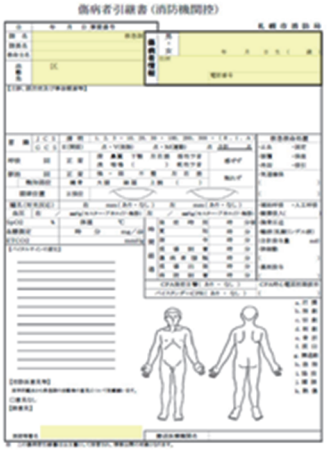
・ 新たな様式の作成

OCR 技術を活かすため、「通常時使用する傷病者引継書」を参考に「OCR 用の傷病者引継書」及び「OCR 用の救急記録票」を作成した（図表２－３）。

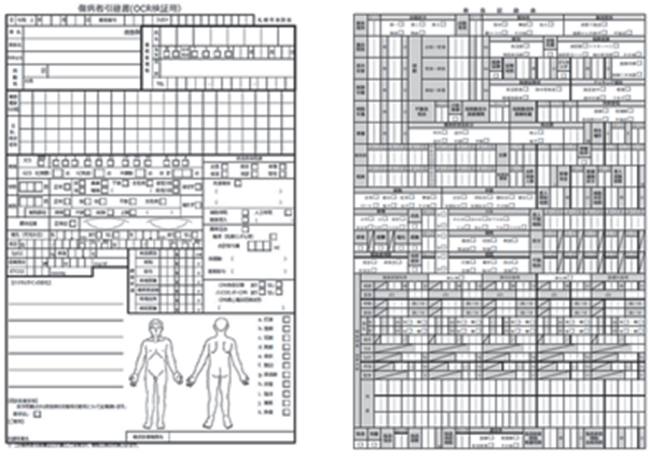
作成に当たっては、文字入力の認識率を高めることを目的にそれぞれの様式に枠を設けるほか、手書きで記載する日本語の文章と比較して数字や記号の認識率の方が高いという有識者からの意見を踏まえ、チェックボックス方式にできる部分への変更や数字で記載できるコード表を作成するなどの工夫を行った。

図表２－３　新規作成した様式

＜通常の傷病者引継書＞



＜OCR 用傷病者引継書と救急記録票＞



なお、「傷病者引継書」は、救急隊が医療機関へ引継ぎを行う際に使用する様式であり、救急活動の報告書等を作成するために必要な情報（いわゆ

る OA システム等に記録しなければならない情報）が限定されていることから、その部分を補足するために「OCR 用の救急記録票」を作成している。

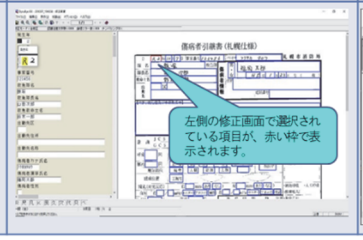
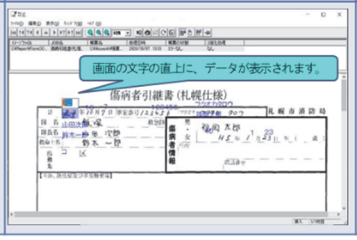
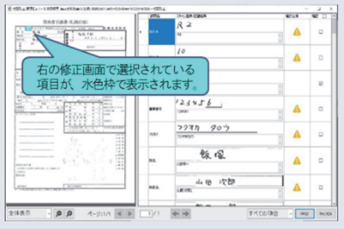
つまり、「OCR 用の傷病者引継書」及び「OCR 用の救急記録票」を用いることにより、いわゆる OA システム等へ手入力する部分を極力減らすための試みである。

・ 事前調査

139 名の救急隊員等に「OCR 用の傷病者引継書」を記入してもらい、今回の実証実験用に用意した３種類の OCR ソフトの認識率を測定した。

また、実証実験で使用する OCR ソフトについては、直接実証実験に参加する救急隊員に３種類のソフトを操作してもらい、使用感を試した結果、「Smart Data Entry」というソフトを選定している。本ソフトを選定した主な理由としては、確認修正を実施する画面が見やすかったことが挙げられた（図表２-４）。

図表２－４　３種類の OCR ソフト

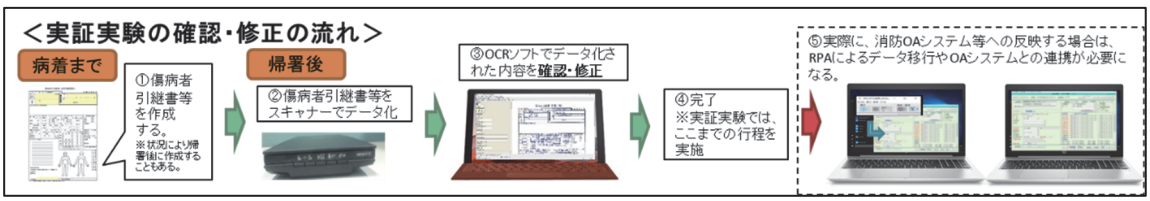
ソフト名	DynaEye 10	FormOCR	Smart Data Entry
開発業者	（株）PFU	（株）NTTデータ NJK	FUJI XEROX（株）
実際の確認画面			

・ 具体的な実証実験の内容

札幌市消防局での実証実験は、実際の救急現場で実施したため、「通常時使用する傷病者引継書」及び「OCR 用の救急記録票」を使用した。

傷病者を医療機関に搬送し、救急隊長による医師引継等が行われている間に、救急車に待機している救急隊員等が、「OCR 用の救急記録票」を記入し、帰署後に「通常時使用する傷病者引継書」及び「OCR 用の救急記録票」をスキャナーと OCR ソフトによりテキストデータ化するという流れで実証実験を実施した（図表２－５）。

図表２－５　実証実験のイメージ



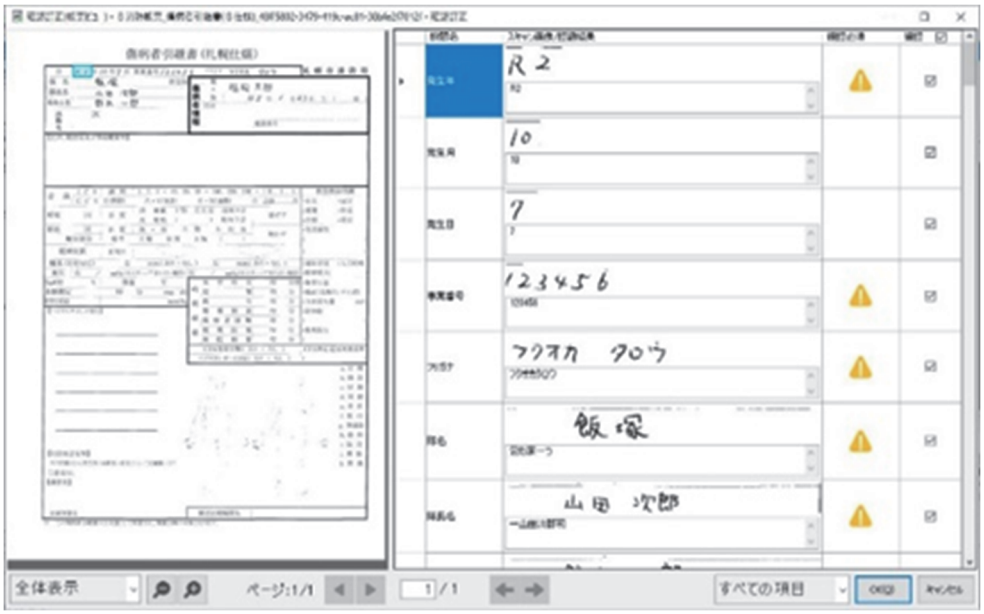
なお、実際の救急現場における実証実験であることから、必要以上に医療機関での待機時間の延伸につながらないよう、帰署後に「OCR 用の救急記録票」を作成することもあった。

また、OCR ソフトでテキストデータ化した際の留意点として、実証実験実施時点では、記載している情報を 100%の精度でテキストデータ化することは困難であり、テキストデータ化した後に、正確に認識されているかを確認する作業が必要となる（図表２－６）。

このことから、傷病者引継書を手入力する必要は無くなるが、確実にデータ化されているかを確認するという新たな事務作業が発生することとなるので、その確認作業にどのくらいの時間を要するかを測定している。

この確認作業を含む一連の作業と平行して、別の救急隊員により通常の事務処理も実施しており、本実証実験でかかる事務処理時間とこれまでの手入力で実施していた事務処理作業の時間を比較することで有用性を検証することとした。

図表２－６　OCR ソフトの確認画面の例



・ アンケート調査

札幌市消防局の実証実験に参加した救急隊員や参加していない救急隊員等の消防職員に対し、それぞれ別のアンケートを実施した。

アンケートの主な内容は、「通常時使用する傷病者引継書」、「OCR 用の傷病者引継書」及び「OCR 用の救急記録票」の見やすさや書きやすさ等の様式の実用性や OCR ソフトの使用感や課題などを調査した。

（ii） 横須賀市消防局

横須賀市消防局では、傷病者接触から帰署後の事務処理までの間を実証実験のフェーズとし、シミュレーション訓練により、タブレットを使用した救急活動のほか、OCR 及び RPA を活用した事務処理について実証実験を実施した。また、主に検証する部分としては、救急業務におけるタブレット端末の使用感や通常の事務処理と新たな技術を導入した場合の事務処理の定量的及び定性的データを収集し比較することとした。

横須賀市消防局での実証実験の内容		
実証実験の実施方法		シミュレーション訓練
新たな技術の活用方法		・タブレット端末によるデータ入力 ・OCR による紙からのテキストデータ化 ・RPA による自動データ移行
新たな技術の活用場面		・傷病者接触から病院到着（タブレット） ・病院到着から帰署後の事務処理（OCR 及び RPA）
使用する様式		通常時使用する搬送確認書
アウトプット	定量的データ	通常時の事務処理時間とタブレット端末を使用した場合の事務処理、若しくは OCR でのスキャンから確認作業を含む事務処理に、RPA を使用した時間を加えた事務処理時間を比較する。
	定性的データ	アンケート調査によるタブレット端末、OCR、RPA の使用感及び有用性の評価
アウトカム		タブレット端末や OCR、若しくは RPA を活用した事務処理時間の軽減

・ 事前調査

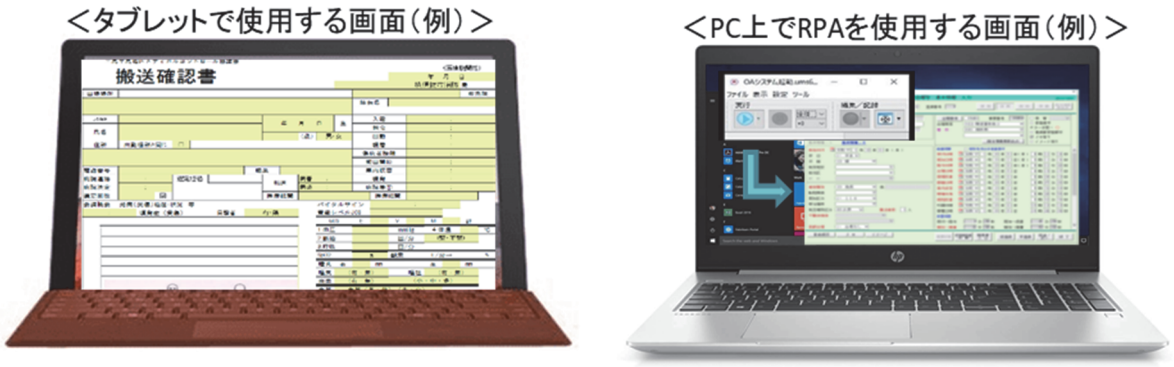
実証実験を開始する前に、横須賀市消防局の救急隊５隊の救急活動後に実施する事務処理にかかる時間を計測した。合計 100 件の事務処理時間を測定した結果、横須賀市消防局で通常時にかかる事務処理時間の平均時間は約 11 分 30 秒であった（CPA 事案や特定行為を実施する事案等の特異的な事案を除く）。また、横須賀市消防局で実施した実証実験では、搬送確認書のみを使用し、救急活動の報告書等を作成するために必要な情報（いわゆる OA システム等に記録しなければならない情報）の全てを OCR ソフトで読み取ることができないことから、搬送確認書に記載されている部分のみの入力にかかる時間も測定しており、その事務処理にかかる平均時間は約６分 42 秒であった。

また、実証実験を実施する際に使用する OCR ソフトについては、直接実証実験に参加する救急隊員に３種類のソフトを操作してもらい、使用感を試した結果、「DynaEye 10」というソフトを選定している。本ソフトを選定した主な理由としては、確認・修正を実施する画面の操作性の良さが挙げられた。

・ 具体的な実証実験の内容

横須賀市消防局での実証実験は、シミュレーション訓練で実施した。シミュレーションの想定は 45 種類用意し、救急車に傷病者を乗車させた状態から開始し、市内を走行しながらタブレット端末の入力及び搬送確認書を記入するという流れで実施した。その後、事務所に移動してタブレット端末に入力したテキストデータをパソコンに移し、「RPA を使用して仮想 OA システムに反映させるという事務処理」及び「搬送確認書をスキャナーと OCR ソフトによりテキストデータ化するという事務処理」の時間をそれぞれ計測した（図表２－７）。

図表２－７　タブレット端末の画面及び RPA 操作画面の例



横須賀市消防局では、事前に通常時に要する事務処理時間を測定していることから、本実証実験で要する事務処理時間と通常時に要する事務処理作業の時間を比較することで有用性を検証することとした。

なお、並行して、タブレット端末、OCR 及び RPA、それぞれの技術の実用性等の比較も行っている。

・ アンケート調査

横須賀市消防局の実証実験に参加した救急隊員と参加していない救急隊員等の消防職員に対し、それぞれ別のアンケートを作成し、タブレット端末の操作性、OCR ソフトや RPA ソフトの使用感、それぞれの技術を比較してどの技術の導入が望ましいかなどの調査を実施した。

ウ 検証結果

（i）札幌市消防局

・ 実証実験で測定した定量的データについて

札幌市消防局で実施した実証実験の結果から、通常の事務処理にかかる時間の平均値は約 13 分６秒であり、OCR スキャンから確認作業にかかった時間の平均値が約８分 36 秒で、確認後のテキストデータを RPA に処理をさせてデータを移行するための時間を 30 秒と仮定すると、OCR を活用した場合の事務処理時間の削減効果は１件あたり４分となり、年間削減効果としては約 6,820 時間が見込まれるという結果となった。

※ 通常入力（13 分６秒）－OCR 確認作業（８分 36 秒）－RPA 操作（30 秒）＝削減効果（４分 00 秒）

※ 年間削減効果については、札幌市消防局の令和元年の救急出場件数 102,309 件で想定

※ 平均確認時間の算出にあたっては、操作機器の習熟状況を踏まえ、実証実験開始から一週間程度経過したあとの確認作業の時間を用いた。

※ 使用した様式ごとの OCR ソフト認識率は、以下のとおりであった。

	認識率		
	文字	数字	チェックボックス
通常の傷病者引継書	18%	60%	94%
OCR 用傷病者引継書	51%	94%	98%
OCR 用救急記録表	－	88%	98%

＜参考＞ OCR ソフトごとの認識率（OCR 用傷病者引継書）

	認識率			
	文字	数字	チェックボックス	全体
DynaEye 10	63%	94%	99%	85%
FormOCR	59%	96%	99%	84%
Smart Data Entry	33%	92%	98%	74%
３ソフト（平均）	51%	94%	98%	81%

OCR 用に作成した様式の特徴は、枠を設けて枠内に文字を記入することやフリー形式での記入を極力減らし数字やチェックボックスでの記入を可能とすることである。これらの方法により、認識率の向上が認められている。さらに、数字やチェックボックスをメインとした様式を作成することが可能であれば、より高い認識精度を期待でき、OCR 特有の確認時間の削減につながる可能性がある。

・ アンケート調査による定性的データについて

OCR については、実際に実証実験に参加した救急隊員５名によるソフトごとの使用感の評価では、「Smart Data Entry」というソフトが最も使用しやすいという結果となった（図表２－８）。

図表２－８　札幌市消防局における OCR ソフトの使用感の評価

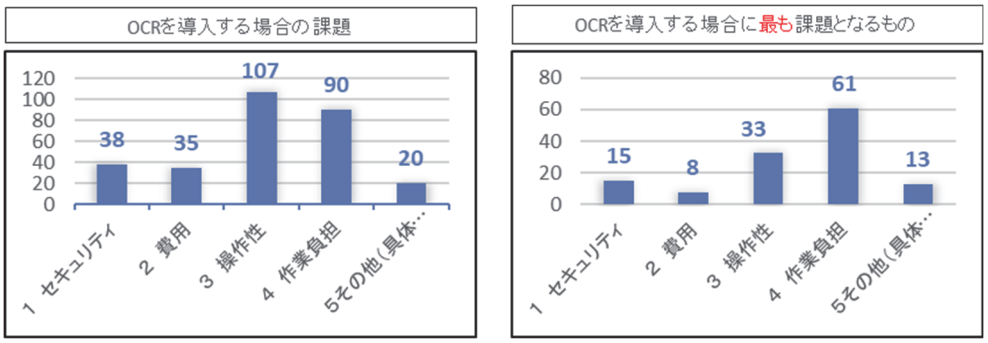
	Smart Data Entry			DynaEye 10			FormOCR		
評価	操作性	見やすさ	文字精度	操作性	見やすさ	文字精度	操作性	見やすさ	文字精度
非常に悪い			2	1		1	3	3	1
悪い	1			1	2		2	1	1
普通			2	2	2	4		1	2
良い	3	4	1	1	1				1
非常に良い	1	1							

なお、導入するソフトによって読み取り方法が違うこと（オンラインかオフラインかなど）や読み込んだデータを確認する画面、操作方法により、使用感が異なることから、ソフトを選定する際にはそれらの点についても留意する必要がある。

また、有用性について、OCR を活用した隊員の意見によると、「読み取り精度が低く、確認作業に時間を要するため、通常の業務と比較すると業務負担は減らないのではないか」という意見もあった。

次に、全救急隊員に対して行った調査項目で OCR を導入すると想定した場合の課題としては、操作性と作業負担が主なものとして挙げられた。具体的に多くあった意見としては、「読み取り精度の正確さが不安」との声が多く、確認・修正作業が負担になることが課題となると考えられる（図表２－９）。

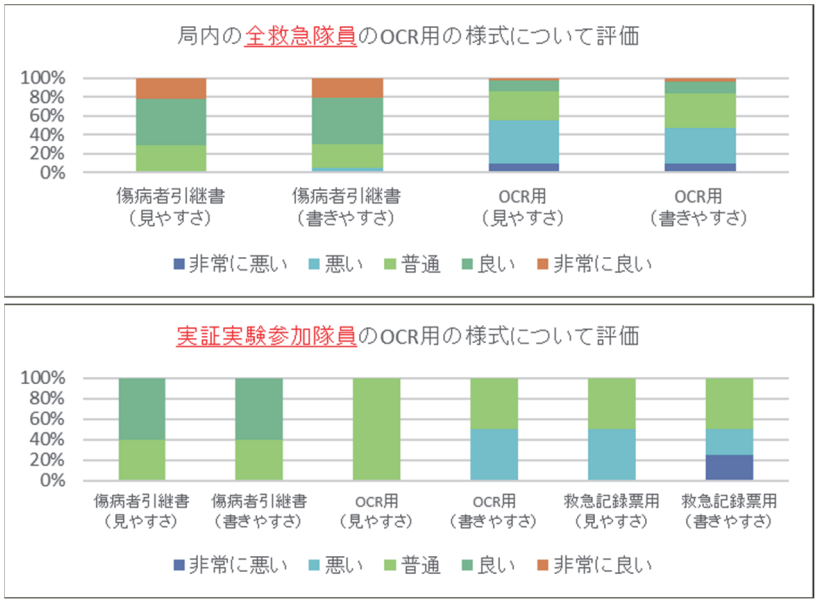
図表２－９　札幌市消防局における OCR 導入における課題



OCR 用に作成した様式の使用感については、OCR の読み取りに関する特徴として、枠があることで読み取りやすくなることが挙げられるが、書き慣れた様式と比較すると、枠があることで書きづらさや見づらさを感じるとの意見が多かった（図表２－10）。

主訴や経緯など情報量が多く、長文で記載する必要がある部分は、枠があることで文字数が限られることにより書きづらさを感じるとの意見があった。しかし、数字やチェックボックスの認識率が高いことを踏まえ、OCR用の様式の構成や記載項目の選定などを工夫し合理化すること等により、OCR ソフトの認識率が向上すれば、業務負担の軽減につながると考えられる。

図表２－10　札幌市消防局における OCR 用の様式についての評価



（ii）　横須賀市消防局

・　実証実験で測定した定量的データについて

横須賀市消防局では、タブレット端末と RPA を使用した場合及び OCR と RPA を使用した場合の２通りの実証実験を実施しており、それぞれの検証結果は以下のとおりである。

【タブレット端末と RPA の場合】

通常の事務処理にかかる時間が６分 36 秒であり、タブレットでのデータ入力は活動中に完了するため、帰署後の事務処理として、タブレット端末からのデータを RPA に処理をさせてデータを移行するための時間を 30 秒と仮定すると、タブレット入力と RPA を活用した場合の事務処理時間の削減効果は、１件あたり６分６秒となり、年間削減効果としては約 2,805 時間が見込まれるという結果となった。

※　通常入力（６分 36 秒）－タブレット入力（０秒）－RPA 操作（30 秒）＝削減効果（６分６秒）

※　年間削減効果については、横須賀市消防局の令和元年の救急出場件数 27,598 件で想定

【OCR と RPA の場合】

通常の事務処理時間が６分 36 秒であることから、OCR でデータ化し確認する際にかかる時間が４分 23 秒であること及び RPA の操作時間が 30 秒かかるとの仮定を踏まえると、OCR と RPA を活用した場合の事務処理時間の削減効果は１件あたり１分 43 秒となり、年間削減効果としては約 789 時間が見込まれるという結果となった。

なお、実際に実証実験に参加した救急隊員からは、「定量的なデータではわからない部分ではあるが、通常の手入力で行う事務処理と OCR で読み取ったデータを確認する作業を比較すると、確認する作業のみであることから同じ時間であっても疲労感が少ない」という意見もあった。

※　通常入力（６分 36 秒）－OCR 確認作業（４分 23 秒）－RPA 操作（30 秒）＝削減効果（１分 43 秒）

※　年間削減効果については、横須賀市消防局の令和元年の救急出場件数 27,598 件で想定

※　平均確認時間の算出にあたっては、操作機器の習熟状況を踏まえ、実証実験開始から一週間程度経過したあとの確認作業の時間を用いた。

・　アンケート調査による定性的データ

OCR については、実際に実証実験に参加した救急隊員３名によるソフトの使用感の評価では、「DynaEye 10」というソフトが最も使用しやすいという結果となった（図表２－11）。

また、有用性については、読み取り精度は当初想定していた精度より良いという印象であった。しかし、OCR の特徴として、読み取る様式に合わせた書き方が必須であり、迅速な対応が求められる救急現場では、文字の大きさを考慮しての活動は負担であるとの意見もあった。

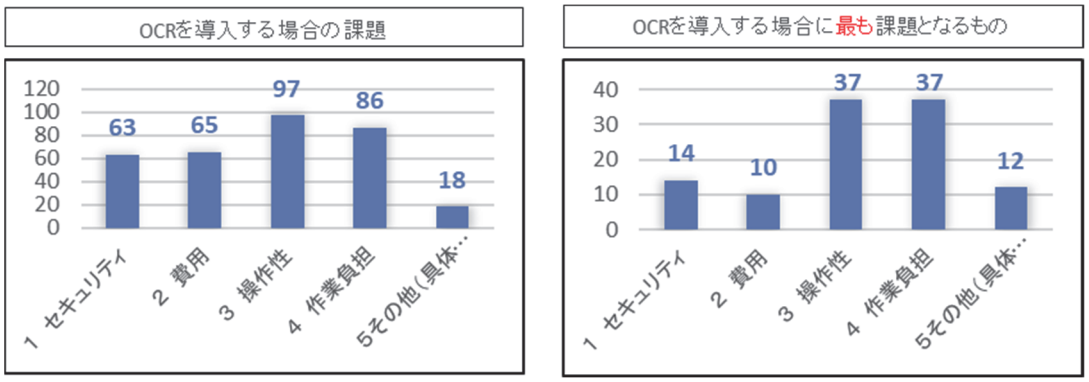
図表２－11　横須賀市消防局における OCR ソフトの使用感の評価

	Smart Data Entry			DynaEye 10			FormOCR		
評価	操作性	見やすさ	文字精度	操作性	見やすさ	文字精度	操作性	見やすさ	文字精度
非常に悪い	2	2	2				1	1	1
悪い							2	2	2
普通	1	1	1	1	1	1			
良い				2	2	2			
非常に良い									

次に、全救急隊員に対して行った調査項目では、OCR を導入すると想定した場合の課題として、操作性と作業負担が主なものとして挙げられ、次いで、費用やセキュリティが課題であるという意見が多かった。

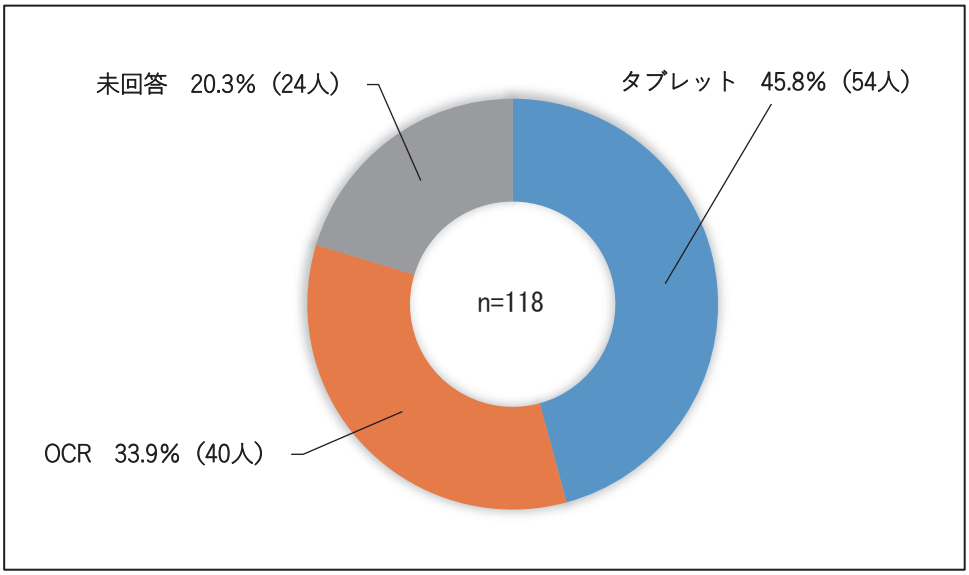
また、具体的に多くあった意見としては、「読み取り精度の正確さが不安」との声が多く、確認・修正作業が負担になることが課題となると考えられる（図表２－12）。

図表２－12　横須賀市消防局における OCR 導入における課題



実証実験に用いたタブレット端末と OCR のどちらの導入を望むかという設問については、タブレット端末の導入を望む意見が多かった（図表２－13）。

図表２－13　横須賀市消防局における導入を望む技術について

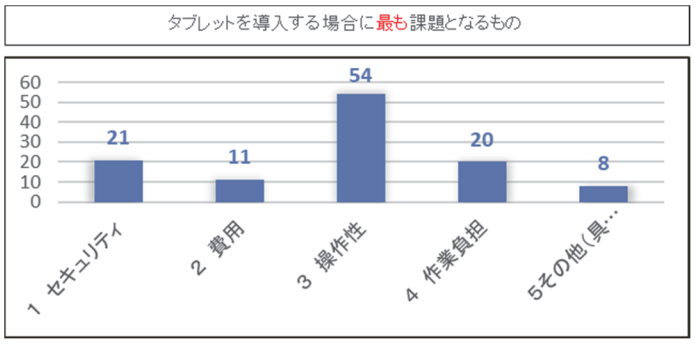


しかし、タブレット端末の導入を望む反面、活用についての課題や要望として、セキュリティや操作性、耐久性についての課題があるとの意見が多く、OCR の導入においては、現場での対応が大きく変わらないことから、課題に対する意見は少なかった（図表２－14）。

また、実際に使用した隊員によると、医療機関までの距離が短い地域では、病院到着までに入力が困難な場合が多いという意見もあり、地域の実

情に合わせて、有効と考えられる先進的な技術をそれぞれ検討することが必要であると考えられる。

図表２－14　横須賀市消防局におけるタブレット導入における課題



② 救急隊の作業の簡素化という観点に着目した ICT 等の先進的な技術の有用性及び実用性について

救急隊員の作業の簡素化に向けた ICT 等の先進的な技術の有用性及び実用性については、実証実験の結果や連絡会での議論を通じて、３つの技術について効果や留意点を確認した。

３つの技術については、「情報をデータ化する技術」として「OCR」及び「タブレット端末への直接入力」があり、「データを他のシステムに反映する技術」として「RPA」をそれぞれ分類し、以下のとおり取りまとめた。

分類	名称	主な効果及び留意点
情報をデータ化する技術	OCR	**＜効果＞** ・一定程度の事務処理時間の削減効果を示すことができた。 （参考） ➢ 札幌市消防局 １件あたりの削減効果：４分 00 秒 年間削減効果：約 6,820 時間（見込み） ➢ 横須賀市消防局 １件あたりの削減効果：１分 43 秒 年間削減効果：約 789 時間（見込み） **＜留意点及び解決策＞** ・紙からテキストデータに変換する際に、確認や修正するための作業が新たに発生する。しかし、一定程度の習熟期間を設けることや研修を充実させることで、作業時間の短縮は可能である。 ・あくまで「OCR」は紙に記載されている情報をテキストデータに変換する技術であるため、RPA 等との併用が必要である。

		・「OCR」については、発展途上の技術であるため、文字や数字の認識率に課題があることが示された。しかし、傷病者引継書等の様式を変更するなどにより、認識率を向上させることが可能となっている。
情報をデータ化する技術	タブレット端末への直接入力	**＜効果＞** ・一般的には帰署後に事務処理を行うところを、救急活動等の間に事務処理を完了することも可能であることから、より多くの事務処理時間の削減効果を示すことができた。 ➢ 横須賀市消防局 １件あたりの削減効果：６分６秒 年間削減効果：約 2,805 時間（見込み） **＜留意点及び解決策＞** ・救急活動時の作業負担の増加や、搬送する病院までの距離が短い時は入力作業が間に合わなくなること、操作に関する習熟度が低い時期には入力する時間を要することが留意点として挙げられるが、一定の習熟期間を設けることや研修を充実させることで対応可能である。 ・指令システム等との連携なども考慮することが多いことから、導入における費用が比較的高価となるが、「RPA」と連携した活用を検討することで、費用負担の軽減の可能性もある。 **＜その他＞** ・タブレット端末については、既に多くの消防本部で導入が進んでいることからも有用性や実用性は高いと考えられる。 ・タブレット端末等の導入経費については、「平成 31 年度の地方財政の見直し・予算編成上の留意事項等について」（平成 31 年１月 25 日付け総務省自治財政局財政課事務連絡）で示しているとおり、タブレット端末の救急自動車への配備に要する経費として、普通交付税措置が講じられていることも参考とされたい。

データを他のシステムに反映する技術	RPA	＜効果＞ ・既にテキストデータがある場合、一般的に事務処理に要していた時間は、ほぼ無くなることが示された。 ＜留意点＞ ・テキストデータがあることが前提となるため、「OCR」や「タブレット端末での入力」、「音声自動入力」などの技術との組合せが必須となる。 ・「RPA」の導入時には、実施させる業務の棚卸しなどを行い、可視化する必要がある。 ＜その他＞ ・RPA の導入経費については、「自治体行政のスマート化の実現のための取組に対する地方財政措置について」（令和２年４月 15 日付け総行情第 60 号自治行政局地域政策課地域情報政策室、総行女第 15 号自治行政局公務員部女性活躍・人材活用推進室、総財調第 11 号自治財政局調整課、総情地第 57 号情報流通行政局地域通信振興課、総情流第 34 号情報流通行政局情報流通振興課情報流通高度化推進室通知）で示しているとおり、特別交付税措置が講じられていることも参考とされたい。

これらのように先進的な技術の活用については、一定程度の有用性や実用性を示すことができた。しかし、それぞれ課題も確認されたところである。

今回、効果を確認した先進的な技術については、主に事務処理などのデータを扱う部分となるが、これらの先進的な技術の活用においては、もともとの業務の分析を行った上で、導入していかなければ、大きな効果を示しづらいという指摘もある。

また、消防本部ごとで事務負担の割合や財政状況などが異なり、求められる課題解決の手段も様々であることから、今年度の検討結果を踏まえ、地域の実情に合わせて課題解決の方法の検討を図っていくことが望まれる。

なお、未導入消防本部に向けた導入及び活用促進のための「OCR」、「タブレット端末への直接入力」及び「RPA」の導入時の着眼点（効果、課題と解決策、ソフト選定の留意点、参考費用、その他）をまとめたカタログを示す（章末の資料１）。

（２）救急業務の高度化に向けた先進的な技術等の活用の可能性

救急業務の高度化という視点で検討を行うため、既に先進的な取組を実施している消防本部への現地調査や先進技術の活用・開発を行っている事業者からの情報収集を実施し、連絡会の中で検討を行った。

① 消防本部における先進的な取組事例について

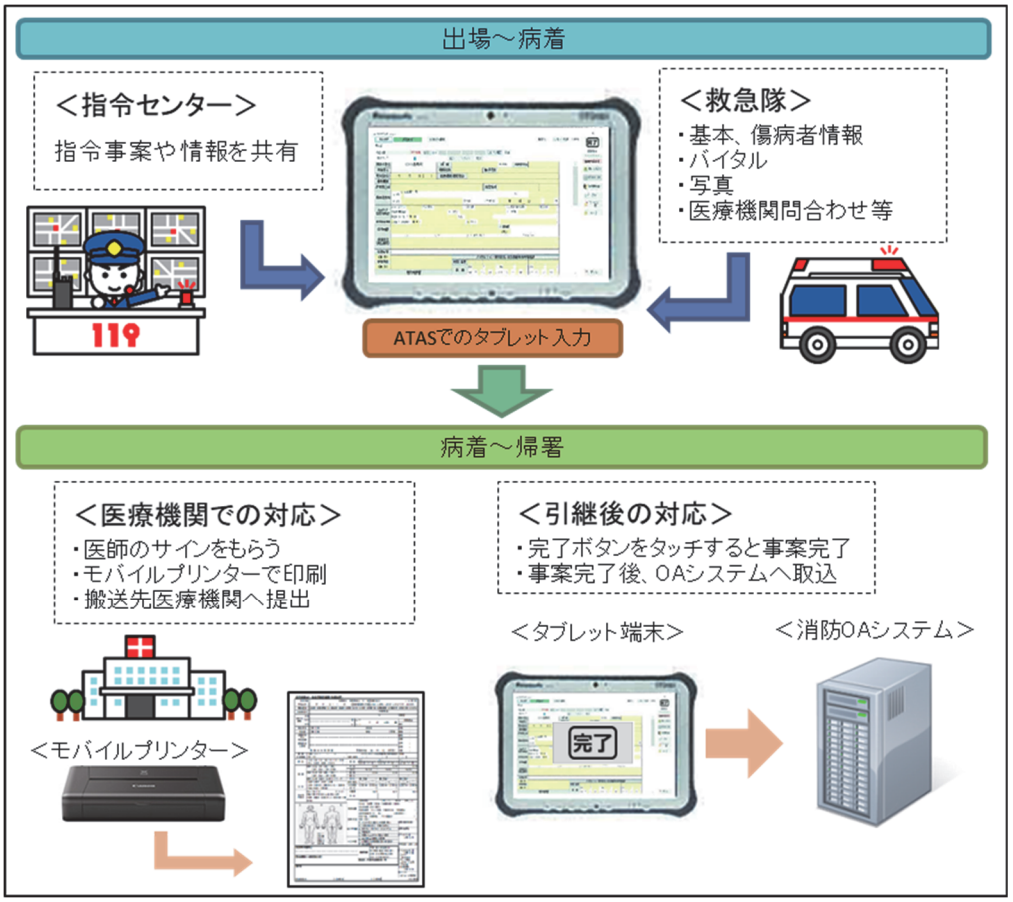
連絡会に参加した有識者や消防本部から聴取した先進的な取組を実施している福岡市消防局及び千葉市消防局から情報提供された取組を紹介する。

ア 福岡市消防局等

福岡市消防局では救急業務総合支援システム（ATAS〔エータス〕：Ambulance service Total Assist System）を導入している。

救急業務総合支援システムは、救急隊が持つタブレット端末と指令システム及び救急活動の報告書等を作成するいわゆる OA システム等を連携させ、救急業務の効率化を図るシステムである（図表２－15）。

図表２－15　イメージ図



特徴としては、救急活動中に聴取した傷病者情報等の必要事項をタブレットに入力し、搬送後に医師のサインもタブレットに記入してもらい、その後、

救急車に車載しているプリンターで救急活動記録票（A票・B票）を印刷し、提出するという運用が可能となっているところである。また、タブレットには指令の受信や救急活動の支援情報の共有等を行う機能も搭載されている。

なお、現時点では、医療機関とのデータ連携はされていない。

（i）運用開始日

平成 29 年 11 月 15 日

（ii）費用

イニシャルコスト	・共同指令センター全面更新整備費用に盛り込まれているため不明
ランニングコスト	・共同指令センターの費用に盛り込まれているため不明

（iii）効果

導入前は帰署後に約 15 分～20 分かけて事務処理を行っていたが、現在は約半分程度となっている。

なお、留意事項として、導入当時、病院到着から病院引揚げまでの時間が延伸したが、現在は徐々に短縮傾向にある。

（iv）導入経緯

共同指令センター全面更新の計画の中で、救急事務の効率化と支援強化についての検討が行われ、全面更新時に救急タブレットを導入することとなった。

（v）備考

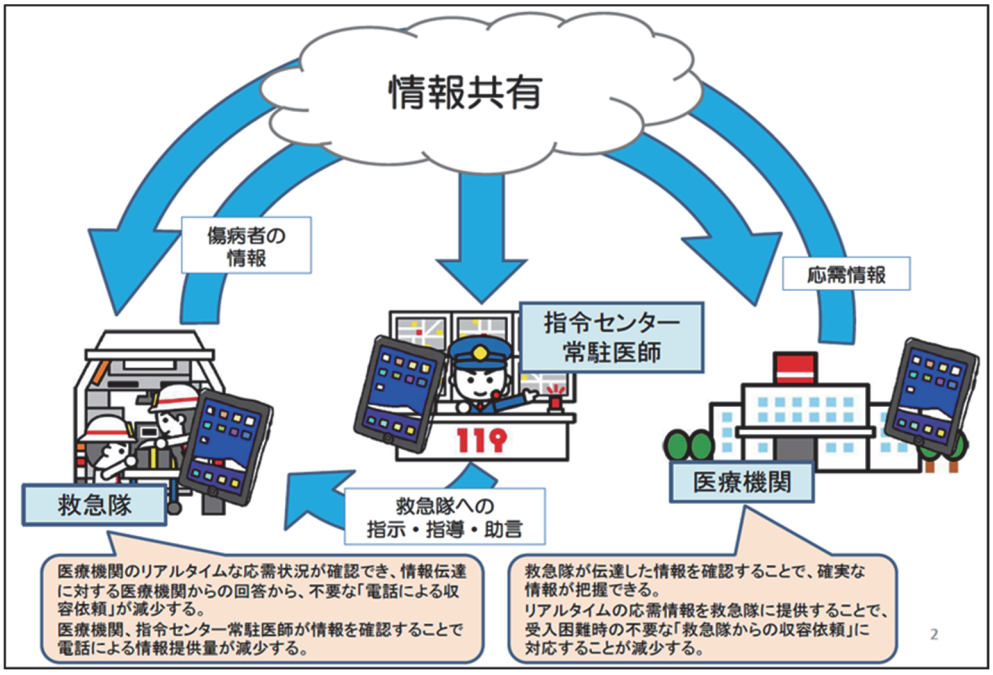
指令システム全面更新に合わせて、指令センターの共同化が行われており、現在は福岡都市圏消防共同指令センターとして、福岡市消防局、春日・大野城・那珂川消防組合消防本部、粕屋南部消防組合消防本部、宗像地区消防本部、粕屋北部消防本部も同様のシステムが導入されている。

イ 千葉市消防局

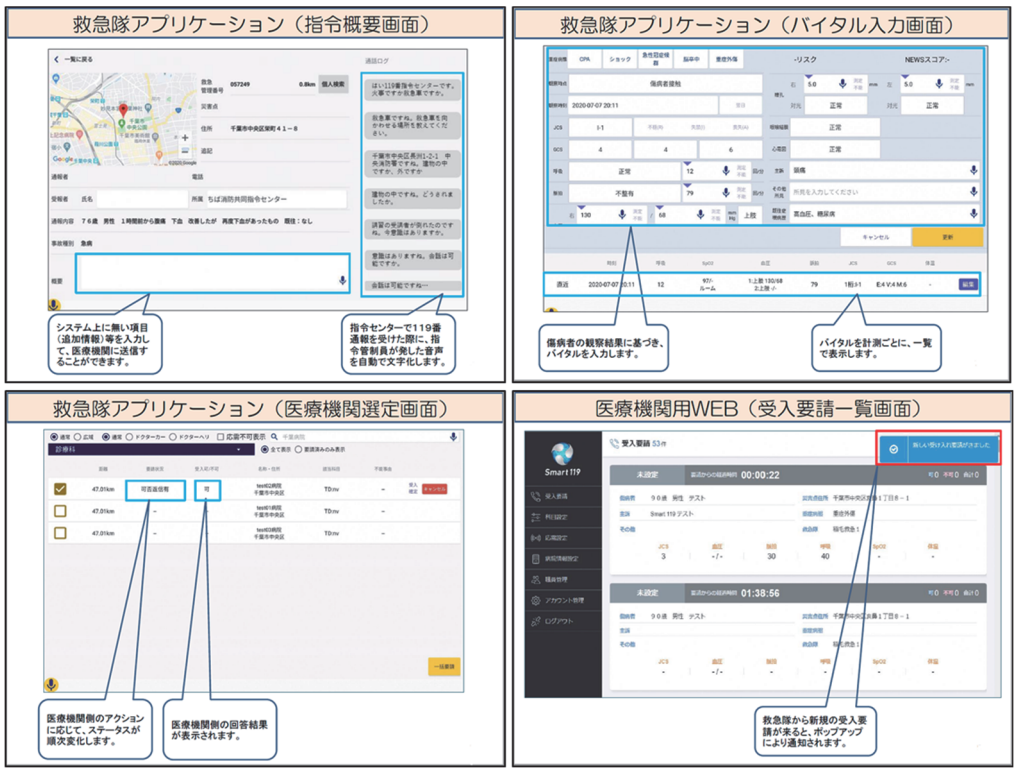
千葉市消防局では救急情報共有システム（Smart119）を導入している。

救急情報共有システムは、救急隊が持つタブレット端末にバイタル等を入力し、クラウドサーバーを介し医療機関に配布しているタブレット端末と傷病者情報を共有し、迅速な医療機関の選定が可能となるシステムである（図表２－16 及び２－17）。

図表２－16　イメージ図



図表２－17　操作画面等



タブレットへのデータ入力については、音声入力も可能である。

なお、現時点では３回目以降の応需確認において、本システムを使用するという運用を行っている。

（i）試行運用開始日

令和２年７月 20 日

（ii）費用

イニシャルコスト	・開発費用（約 1,000 万円）
ランニングコスト	・システム・タブレット使用料（約 2,000 万円） ・通信運搬費（約 50 万円）

（iii）効果

医療機関照会回数の削減、医療機関照会時間の短縮、受入可否判断の短縮化及び正確な情報の伝達が見込まれている。

（iv）導入経緯

千葉大学医学部附属病院発のベンチャー企業の Smart119 社が、AMED（国立研究開発法人日本医療研究開発機構）の補助を受けて４年前から開発が始まり、令和元年に千葉市消防局と共同で千葉市消防局仕様のシステムを開発し、令和２年に試行運用に至った。

（v）備考

現在は、各救急隊の位置情報や救急活動の報告書等を作成するいわゆる OA システムとは連動されていないが、今後、随時システムの更新を続け、より一層救急隊員が使いやすいシステム作りを目指していくとのことであった。

個人情報保護への対応としては、千葉市の担当部局と個別に調整を図り、対応可能な方法を検討し、医師引継後１時間で医療機関側からは傷病者データにアクセスできない（常時接続ではない）仕組みを構築し、課題解決を図っている。

② ICT 等先進的な技術に関わる事業者等からの情報提供について

連絡会の中で、ICT 等の先進的な技術に関わる事業者等から ICT や５Ｇ等の他分野での活用事例等を以下のとおり情報提供いただいた。

具体的な内容は、章末の資料２に示す。

技術の分類	タイトル	概要
ICT	救急連携システム	主に ICT 技術を活用し、医療や介護に関わる専門職が情報共有するための「他職種連携」コミュニケーションプラットホーム
５Ｇ IoT[*3]	５Ｇの活用で実現するインフラ・モビリティ	５Ｇと交通信号機との連携によるトラステッドネットの全国展開
ICT	救急活動における ICT 技術の可能性	チャットアプリによる情報共有（救急隊～救急医～専門医）及び高画質映像（５Ｇ/４Ｇ）のリアルタイム共有
ICT	異分野における ICT 活用事例、病院前救護を担う救急業務高度化の検討	360℃カメラを活用した救急診療での遠隔立ち会いトレーニングや異分野での ICT 活用事例の紹介
音声認識	音声認識を活用したスタンドアローン型文字起こし支援アプリケーション	WEB 会議や商談、会見等、対面・非対面の幅広いシーンで利用できるスタンドアローン型文字起こし支援アプリケーションの紹介

*3 IoT（Internet of Things＝モノのインターネット）とは、様々な「モノ（物）」がインターネットに接続され（単につながるだけではなく、モノがインターネットのようにつながる）、情報交換することにより相互に制御する仕組みである。

③ アンケート調査及び分析結果

ICT 活用について、全国の消防本部に対してアンケートを実施した。

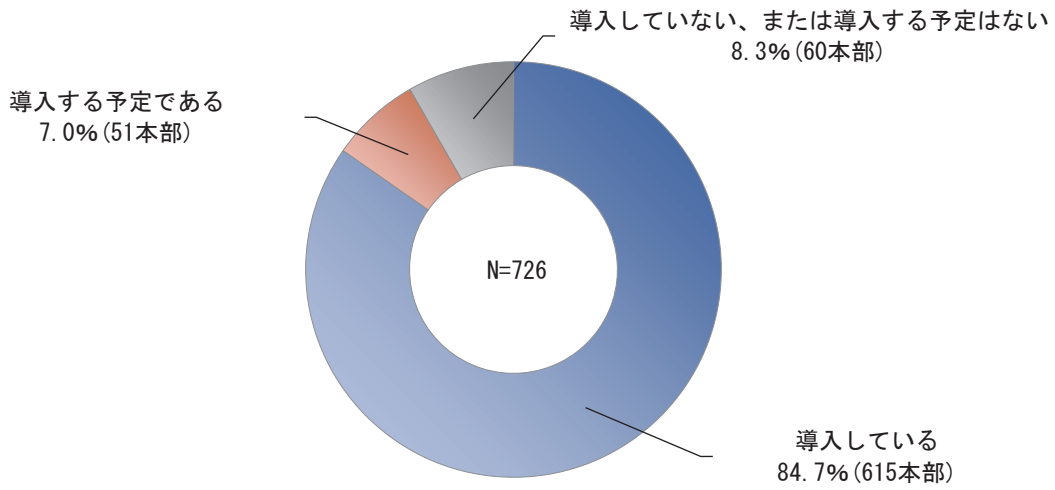
＜調査概要＞
- 調 査 名：「救急救命体制の整備・充実に関する調査」及び「メディカルコントロール体制等の実態に関する調査」
- 調査対象：726 消防本部
- 調査方法：電子ファイル送付によるアンケート
- 調査期間：令和２年８月３日～８月 26 日（基準日：令和２年８月１日）
- 回 収 率：100%

連絡会の中で、「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」の結果を確認するとともに、クロス集計し、タブレット端末等を既に導入している本部、導入予定の本部及び未導入の本部における回答結果を分析した。

ア 救急隊のスマートフォン又はタブレット端末の導入状況

救急隊のスマートフォン又はタブレット端末の導入状況については、「導入している」と回答した本部が 84.7%（615 本部）、「導入する予定である」が 7.0%（51 本部）、「導入していない、または導入する予定はない」が 8.3%（60 本部）であった（図表２－18）。

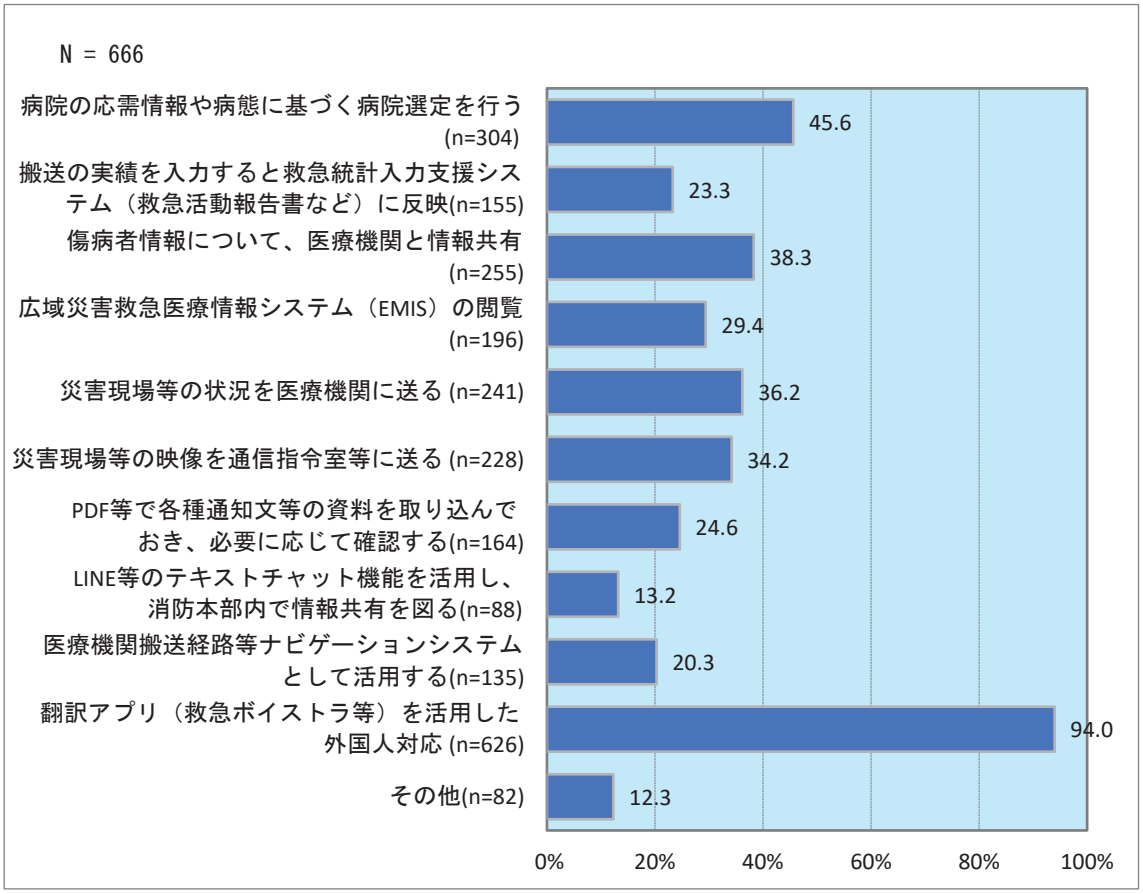
図表２－18　救急隊のスマートフォン又はタブレット端末の導入状況



イ 救急隊のタブレット端末等の活用及び活用予定

救急隊のスマートフォン又はタブレット端末の活用及び活用予定の状況については、「翻訳アプリ（救急ボイストラ等）を活用した外国人対応」と回答した本部が 94.0％（626 本部）、次いで、「病院の応需情報や病態に基づく病院選定を行う」が 45.6％（304 本部）、「傷病者情報について、医療機関と情報共有」が 38.3％（255 本部）であった（図表２－19）。

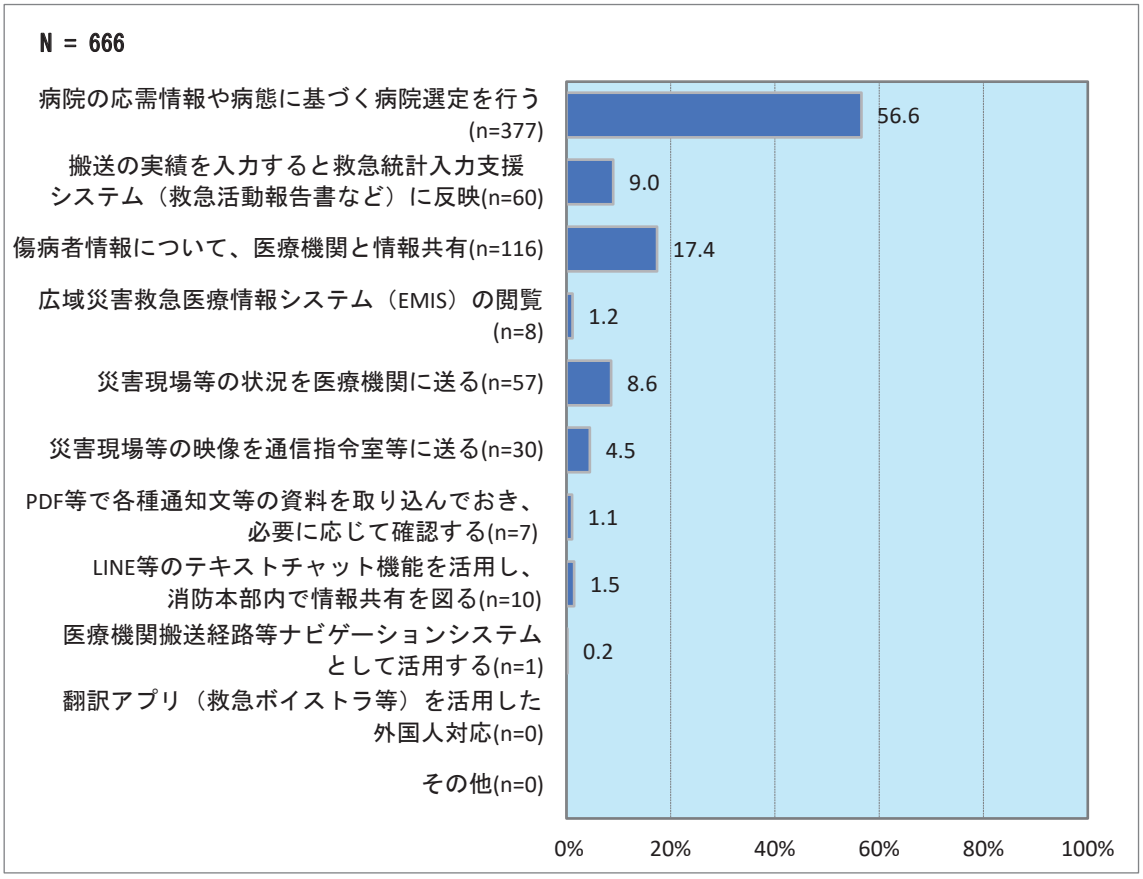
図表２－19　救急隊のタブレット端末等の活用及び活用予定（複数回答）



ウ 救急隊のタブレット端末等の有効な活用方法

救急隊のスマートフォン又はタブレット端末の有効と考えられる活用方法については、「病院の応需情報や病態に基づく病院選定を行う」と回答した本部が 56.6％（377 本部）、次いで、「傷病者情報について、医療機関と情報共有」が 17.4％（116 本部）、「搬送の実績を入力すると救急統計入力支援システム（救急活動報告書など）に反映」が 9.0％（60 本部）であった（図表２－20）。

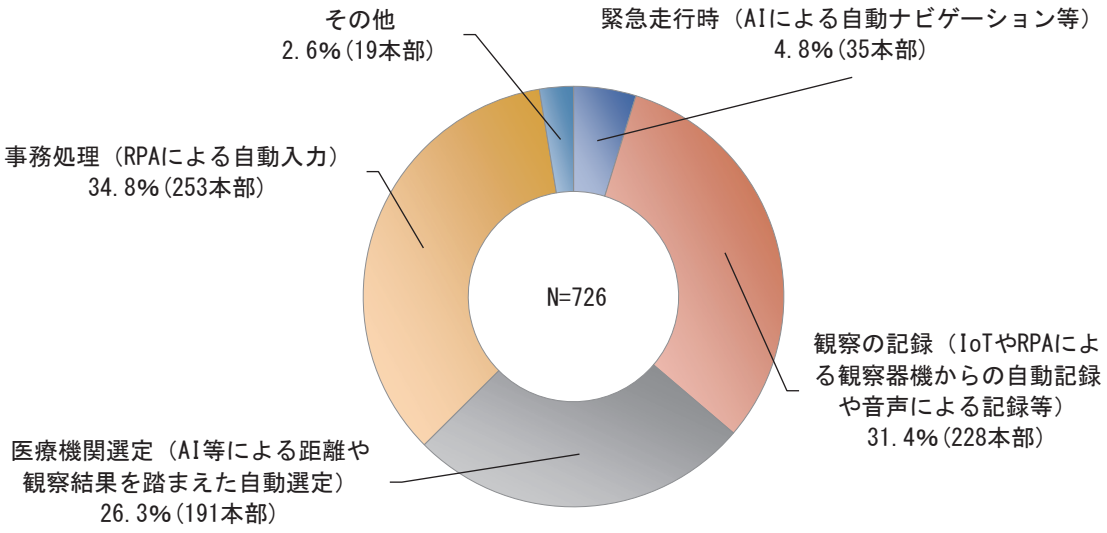
図表２－20　救急隊のタブレット端末等の有効な活用方法（複数回答）



エ 救急業務の中で ICT 等の先進的な技術の導入が求められている場面

救急業務の中で先進的な技術が求められている場面については、「事務処理（RPA による自動入力）」と回答した本部が 34.8％（253 本部）、次いで、「観察の記録（IoT や RPA による観察器機からの自動記録や音声による記録等）」が 31.4％（228 本部）、「医療機関選定（AI[*4] 等による距離や観察結果を踏まえた自動選定）」が 26.3％（191 本部）であった（図表２－21）。

図表２－21　救急業務の中で ICT 等の先進的な技術が求められている場面

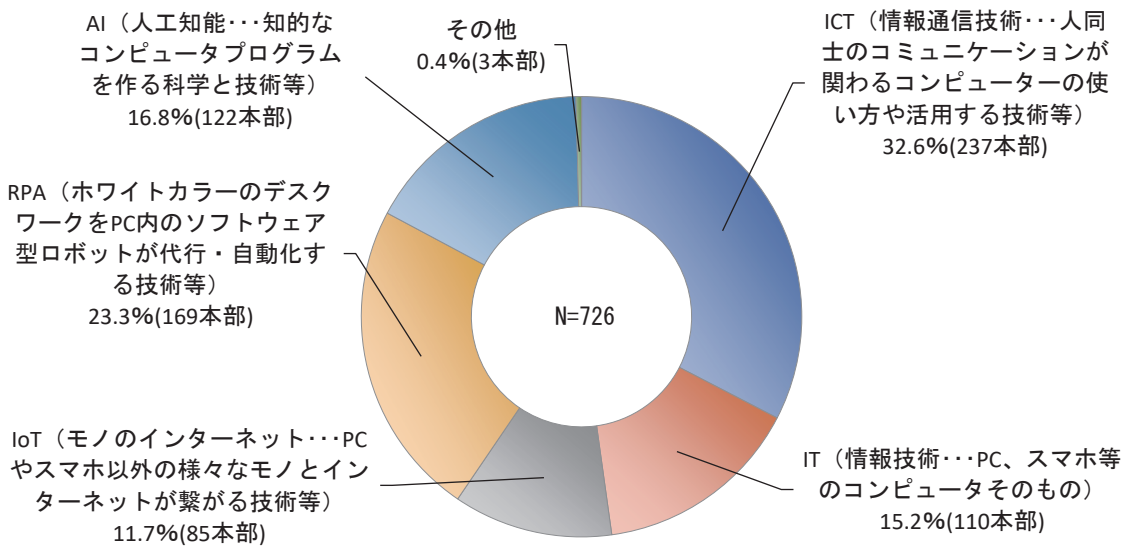


*4　AI（Artificial Intelligence＝人工知能）とは、大まかには「知的な機械、特に、知的なコンピュータプログラムを作る科学と技術」と説明されているものの、その定義は研究者によって異なっている状況にある。

オ 救急業務の中での活用が望まれている ICT 等の先進的な技術

救急業務の中での活用が望まれている ICT 等の先進的な技術については、「ICT（情報通信技術･･･人同士のコミュニケーションが関わるコンピューターの使い方や活用する技術等）」と回答した本部が 32.6％（237 本部）、次いで、「RPA（ホワイトカラーのデスクワークを PC 内のソフトウェア型ロボットが代行・自動化する技術等）」が 23.3％（169 本部）、「AI（人工知能･･･知的なコンピュータプログラムを作る科学と技術等）」が 16.8％（122 本部）であった（図表２－22）。

図表２－22　救急業務の中での活用が望まれている ICT 等の先進的な技術

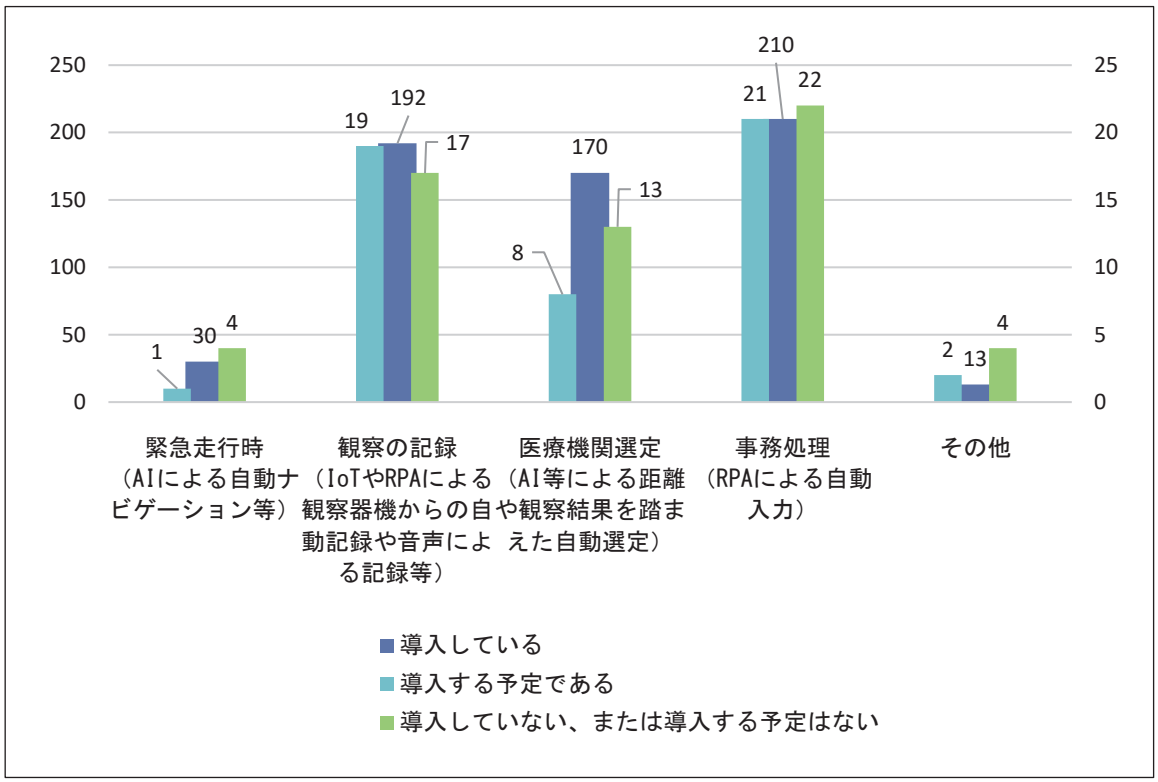


カ タブレット端末等の導入状況別の救急業務の中で ICT 等の先進的な技術の導入が求められている場面

前述の「図表２－18　救急隊のスマートフォン又はタブレット端末の導入状況」と「図表２－21　救急業務の中で ICT 等の先進的な技術が求められている場面」をクロス集計すると、タブレット端末等の導入の有無による有意差は認められず、共通して観察の記録や医療機関選定、事務処理等の場面への導入が求められている（図表２－23）。

このアンケートの結果からも、連絡会での意見と同様に、事務処理や観察の記録等の場面での導入が求められるという傾向が認められた。

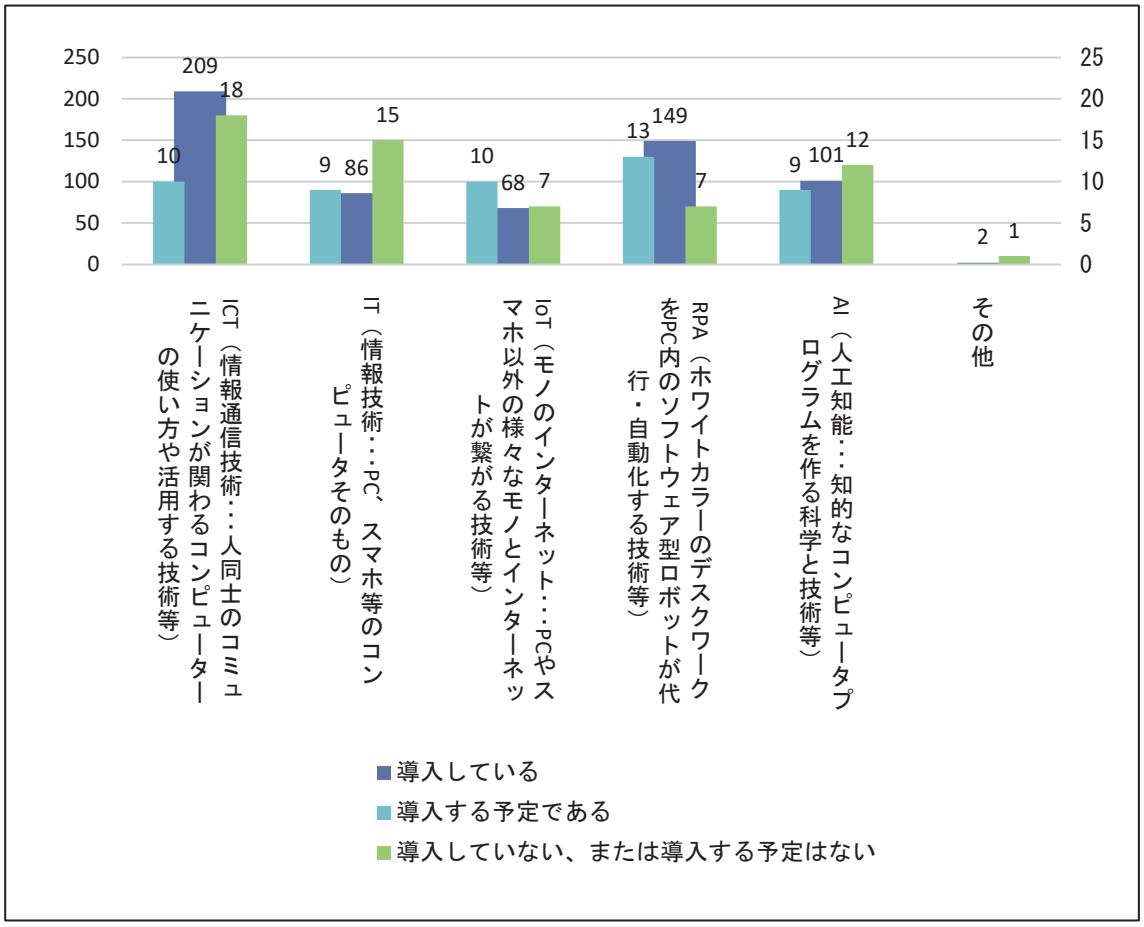
図表２－23　タブレット端末等の導入状況別の救急業務の中で ICT 等の先進的な技術の導入が求められている場面



キ タブレット端末等の導入状況別の救急業務の中での活用が望まれている ICT 等の先進的な技術

前述の「図表２－18　救急隊のスマートフォン又はタブレット端末の導入状況」と「図表２－22　救急業務の中での活用が望まれている ICT 等の先進的な技術」をクロス集計すると、タブレット端末等を導入している本部では ICT や RPA が望まれ、未導入本部では ICT や IT が望まれるという傾向が認められた（図表２－24）。

図表２－24　タブレット端末等の導入状況別の救急業務の中での活用が望まれている ICT 等の先進的な技術



④ 救急業務の高度化という視点において望まれる ICT 等の先進的な技術について

ア 救急活動における各フェーズと先進技術から想定される効果

救急現場における業務は、「記録を取る行為」と「観察をして行動をするという行為」に大別される。それぞれの行為における救急活動の各フェーズと先進技術の組合せから考えられる活用方法と想定される効果を以下に示す（図表２－25）。

図表２－25　救急活動の各フェーズと先進技術の組合せから考えられる活用方法と想定される効果

	フェーズ	技術等	活用方法と想定される効果（例）
①記録を取る行為	(1)入電～現場到着 (2)接触～車内収容 (3)現場出発～病院到着（医師引継） (4)帰署～事務処理	(ア)RPA (イ)IoT (ウ)AI (エ)5G (オ)ICT (カ)ビッグデータ活用 (キ)音声自動入力	(1)＋(キ)＝入電時の聴取内容の自動記録 (2、3)＋(イ)＝観察内容の自動記録 (2、3)＋(キ)＝活動記録の音声により自動入力 (4)＋(ア)＝活動記録の自動反映※今年度実証実験の内容 (4)＋(カ)＝活動記録を用いた救急施策への活用 **★記録を取る行為が簡素化され、事務処理の負担軽減が見込まれる。**
②観察をして行動をするという行為	(1)入電～現場到着 (2)接触～車内収容 (3)現場出発～病院到着（医師引継） (4)帰署～事務処理	(ア)RPA (イ)IoT (ウ)AI (エ)5G (オ)ICT (カ)ビッグデータ活用 (キ)音声自動入力	(2)＋(ウ)＝医療機関の自動選定 **★医療機関への最適ルートなどを考える部分がアウトソーシングできることが見込まれる。** (2、3)＋(イ)＝観察内容の自動記録 (2、3)＋(キ)＝活動記録の音声により自動入力 **★観察や処置中に手がフリーになり作業負担の軽減が見込まれる。** (2、3)＋(エ、オ)＝医療機関との連携の高度化 **★救急隊と医療機関の連携がよりスムーズになることが見込まれる。**

イ 既にスマートフォンやタブレット端末を導入している消防本部の意見を踏まえた考え方

前述のとおり、既にスマートフォンやタブレット端末を導入している消防本部では、「翻訳アプリによる外国人対応」を除くと「病院の応需情報や病院選定」と「傷病者情報の医療機関との情報共有」が最も多く使用されている。また、最も有効な活用方法として、「病院の応需情報や病院選定」が挙げられ、次いで、「傷病者情報の医療機関との情報共有」、「傷病者情報の OA システムへの反映」が多くなっている。

このことから、既にスマートフォンやタブレット端末を導入している消防本部の意見を踏まえると、図表２－25 のうち、「（２、３）接触～病着＋（エ、オ） ５G、ICT＝医療機関との連携の高度化」のような迅速な病院選定や情報共有が可能となる技術が有効な活用方法であると考えられる（図表２－26）。

図表２－26　イメージ図

ウ 全ての消防本部からの意見を踏まえた考え方

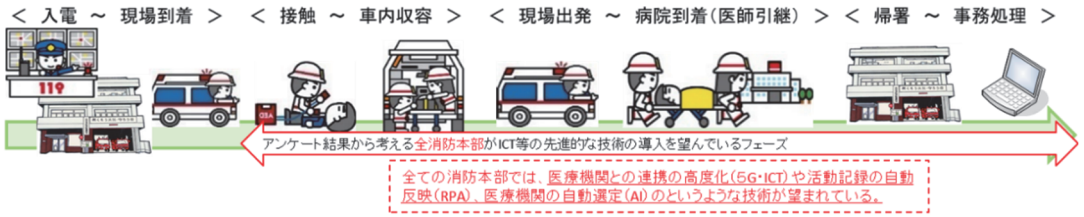
前述のとおり、タブレット端末等の導入・未導入を考えず、全ての消防本部のアンケートの回答結果を踏まえ、救急業務（事務処理も含む）を行う上で、ICT 等の先進的な技術の導入が求められている場面は、「事務処理（RPA）」が最多で、次いで、「観察の記録（IoT や RPA）」、「医療機関選定（AI）」が多くなっている。

また、全ての消防本部で今後活用されることが望まれる先進的な技術は、「ICT」が最多で、次いで、「RPA」、「AI」が多くなっている。

さらに、未導入本部で今後活用されることが望まれる先進的な技術は、「ICT」が最多で、次いで、「IT（機器そのもの）」、「AI」が多くなっている。

このことから、事務処理、観察の記録及び医療機関選定という部分に先進的な技術を導入するならば、以下のような技術が望まれていると考えられる（図表２－27）。

図表２－27　イメージ図



＜望まれている先進的な技術＞

・【（４）帰署～事務処理＋（ア）RPA＝活動記録の自動反映】
・【（２）接触～車内収容＋（ウ）AI＝医療機関の自動選定】
・【（２、３）接触～病着＋（エ、オ）５G、ICT＝医療機関との連携の高度化】

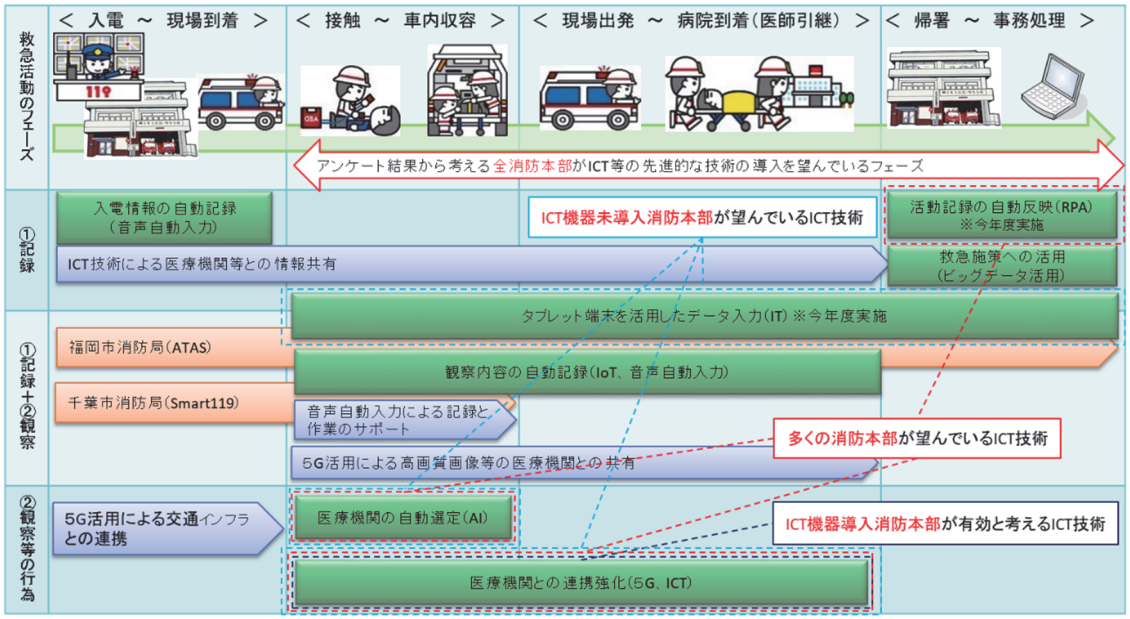
エ 救急業務の高度化という視点において望まれる ICT 等の先進的な技術についてのまとめ

これまでの意見をまとめると、救急業務の高度化という視点において、多くの消防本部が活用を望む場面としては傷病者接触から病院到着までとなっており、特に医療機関との連携強化という部分において、ICT や５Ｇといった先進的な技術の活用を検討していくことが求められていると考えられる（図表２－28）。

しかし、救急業務の高度化という視点で望まれる先進的な技術については、消防本部の規模や財政的な状況や地域の医療機関の状況等、様々な地域の実情があることも考慮し、広い視点を持って検討を進める必要がある。

また、医療機関との連携という部分に関しては、厚生労働省等と連携して検討を進めていく必要があると考えられる。

図表２－28　救急活動の各フェーズと技術の関連図



４　まとめ（今後の方向性）

今年度は、救急隊員の作業の簡素化に向けたICT等の先進的な技術の導入という目標に向け、実証実験を実施した。その中で、RPAやOCRという先進的な技術の活用について、一定程度の有用性や実用性があることが示された。

しかし、先進的な技術は発展途上の部分があることや地域の実情により消防本部のニーズが違うことなど、課題があることも確認された。

このことから、これまでの課題を整理しつつ、先進的な技術の進展を注視しながら、真に求められている課題解決の手段として、先進的な技術の活用の可能性について、具体的な検討を進めていくことが求められていると考えている。

また、我が国が掲げる第５期科学技術基本計画の中では、目指すべき未来社会の姿として、狩猟社会（Society 1.0）、農耕社会（Society 2.0）、工業社会（Society 3.0）、情報社会（Society 4.0）に続く、Society 5.0が新たな社会を指すものとして提唱されている。

Society 5.0で実現したいと考えられている社会は、IoTやAI、第５世代移動通信システム（５Ｇ）など、様々な先進技術により、社会の変革（イノベーション）を通じて、これまでの閉塞感を打破し、希望の持てる社会、世代を超えて互いに尊重し合える社会、一人一人が快適で活躍できる社会と言われている。

これらのことを踏まえ、先進的な技術の進歩の状況を確認しつつ、引き続き、本検討会としても救急業務の諸課題に対するICT等の先進的な技術の活用という視点からの課題解決の方法を検討していきたいと考えている。

技術の名称		OCR（Optical Character Recognition＝光学文字認識）
技術の概要		・手書きや印刷された文字をイメージスキャナやデジタルカメラで読みとり、コンピューターが利用できるデジタルの文字コードに変換する技術 ・救急業務での活用例としては、帰署後事務処理に傷病者引継書等をスキャナーで取込み、OCRソフトでデータ化された内容を確認及び修正することが想定される。。
導入時の着眼点	効果	＜事務処理時間の短縮＞ ・通常時の事務処理時間とOCRを導入した場合の時間を比較する事によって、事務処理時間の削減効果を示すことができる。 ＜例＞ 札幌市消防局の結果を参考として引用した場合 ➢４分×年間救急出動件数＝年間削減効果 ＜留意点＞ ・従来の事務処理と比較しOCRを導入するとスキャンデータの確認・修正作業が新たに発生することを考慮し、効果の算出をする必要がある。 ・導入に向けた効果の算出方法としては、単純な事務処理時間の削減効果のほか、時間外勤務における割合を考慮した算定も有用であると考えられる。
	課題と解決策	＜作業＞ ・OCRを用いた場合、新たに生じる確認・修正作業に時間を要する。 →　一定の習熟期間を設けたり、研修を充実させることにより、事務処理時間の短縮が可能である。 ＜様式＞ ・従来の様式を用いて、そのままOCRで読み込むと認識率が低下する。 ・従来の様式の項目を変更せず、そのままOCR用の様式に変更（枠などを追記する程度）した場合、書きづらく作業効率が落ちる可能性がある。 →　記載する項目の再検討を含めて、従来の様式をOCR用の様式に変更することによって、改善可能である。
	ソフト選定の留意点	ソフト選定にあたり、以下の点を考慮することが必要 ＜認識率＞ ・導入するOCRソフトの種類によって、文字・数字・チェックボックスの認識率が異なるので、活用する様式に適したソフトの選定が必要である。 ＜確認・修正画面＞ ・確認や修正する画面（ユーザーインターフェース）が異なるので、実際に使用して確認や修正しやすいソフトの選定が必要である。また、操作する世代によりスキャンデータ確認作業における文字の大きさや表示画面の見やすさ、使いやすさが異なるので、サイズなどが変更できる仕様のソフトが望ましいという意見がある。 ＜セキュリティ＞ ・救急現場で扱うデータは、重要な個人情報が含まれるので、ソフトによりテキストデータの変換時にオンラインクラウドサービスを使用するものもあることから、各自治体の個人情報保護に関する取り決めについて確認した上で、導入するソフトを選定することが重要である。
	費用（参考）	導入にあたり、以下の費用が生じることをあらかじめ認識する必要がある。 ・ソフト費用（ライセンス買取・ユーザー月額など） ※　処理ページの数により変動するソフトもある。 ・設定費用（様式の種類や項目、レイアウトを変更・修正など） ※　設定費用は、帳票の種類や項目、レイアウト、処理内容により変動する。 ・保守費用（メンテナンス、不具合発生時の対応など） ＜例＞ PCを保有しており、10台の端末で１年間利用する場合 【Smart Data Entry】 ・ソフト費用：約600万円 ・保守費用：約15万円 ・設定費：約300万円 ➢合計：約915万円 【Dyna EYE10】 ・ソフト費用：約850万円 ・保守費用：約120万円 ・設定費：約300万円 ➢合計：約1,270万円
	その他	・OCRは紙から得られる情報をデータ化するものなので、RPA技術との併用が必要である。 ・システムがダウンした場合の手順を定めておくことが必要である。 ・ OCRの活用については、現在の紙で情報伝達を行っている現状を踏まえた過渡期における技術であるとも考えられ、将来の情報のデジタル化やペーパーレス社会を踏まえた将来的な設計も考慮した上での導入検討にも留意する必要がある。

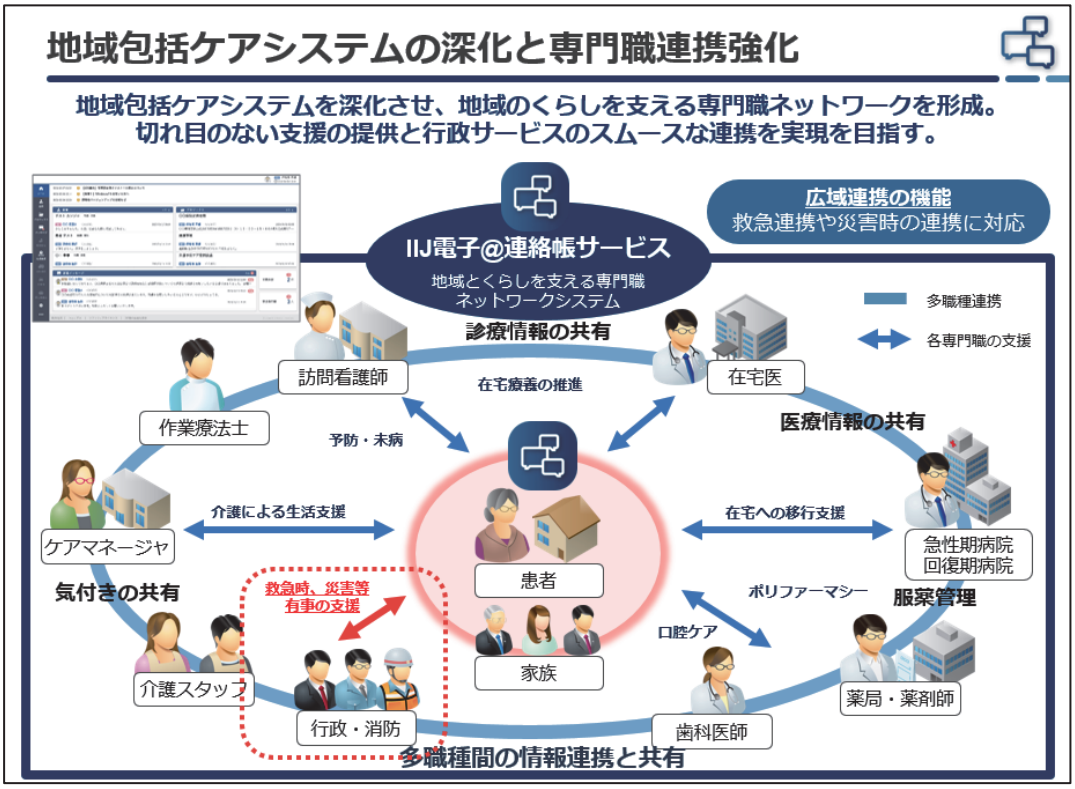
資 料 1

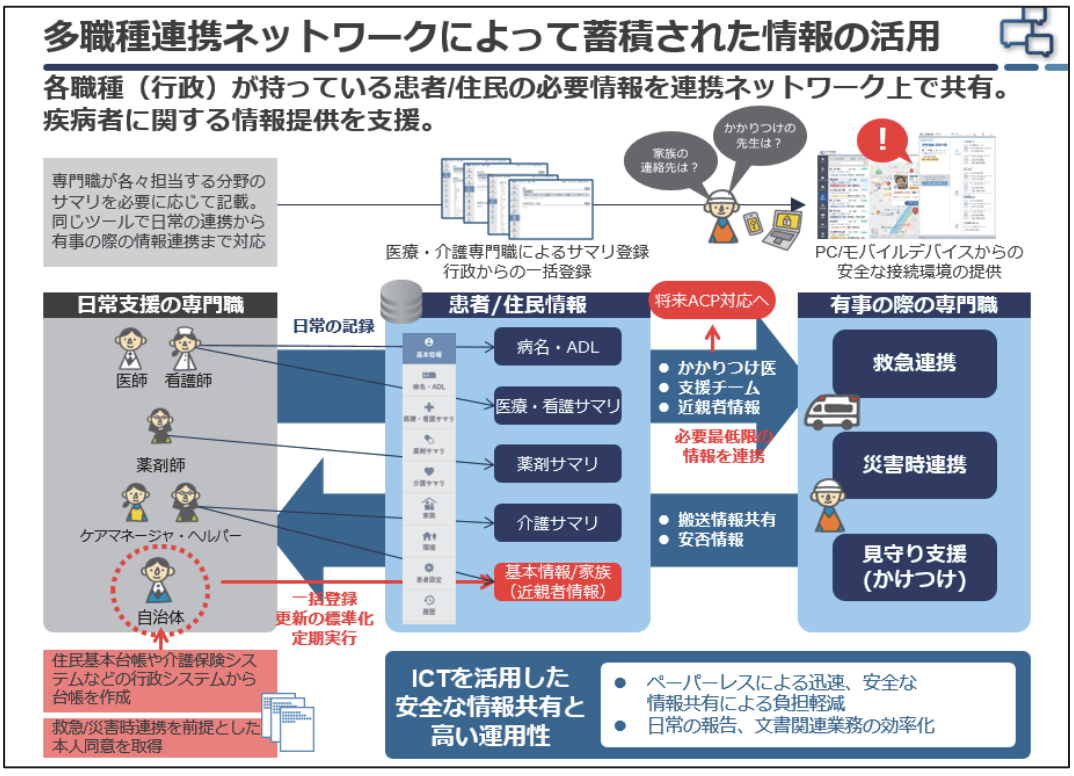
タブレット	RPA（Robotic Process Automation＝ロボットによる手順の自動化）
・パソコンの基礎的な機能を備えたデジタル機器 ・救急業務での活用例としては、傷病者引継書をタブレット内にソフトとして組み込み、救急活動時に直接データ入力することが想定される。 **＜救急活動時、又は搬送後＞** ・基本、傷病者情報、バイタル等の入力 	・ホワイトカラーのデスクワーク（主に定型作業）を、パソコンの中にあるソフトウェア型のロボットが代行・自動化する概念 ・救急業務での活用例としては、帰署後事務処理時にデータ化された情報を他のシステム（OAシステム等）に自動入力することが想定される。 **＜帰署後事務処理＞** ソフト起動を行うだけで、データ化された情報を他のシステム（OAシステム等）に自動入力される。
＜事務処理時間の短縮＞ ・通常時の事務処理時間とタブレット及びRPAを導入した場合の時間を比較する事によって、事務処理時間の削減効果を示すことができる。 ＜その他＞ ・紙を用いた運用が必須ではなくなるので、紙の紛失による個人情報漏洩などのリスク軽減にも繋がる。 ・他の機能活用への汎用性が高い（WEB接続による動態管理や通知・マニュアルなどのデータ管理など）。 ＜例＞ 横須賀市消防局の結果を想定した場合 ➢６分６秒×年間救急出動件数＝年間削減効果	＜事務処理時間の短縮＞ ・データ化された情報がある場合、通常時の事務処理にかかっていた時間はほぼ無くなる。 ・通常時の事務処理時間と別のデータ化する技術とRPAを導入した場合の時間を比較する事によって、事務処理時間の削減効果を示すことができる。 ＜例＞ タブレット端末によりデータ化された情報を活用し、横須賀市消防局での結果を想定した場合 ➢６分６秒×年間救急出動件数＝年間削減効果
＜操作＞ ・傷病者との接触時にも操作することから作業負担が増加する可能性がある。 ・習熟度が低い時期は入力に時間を要する。 →　一定の習熟期間を設けたり、研修を充実させることで、操作能力が向上し、おおむね改善可能である。 ・搬送する病院までの距離が短いときは、到着までに入力が終わらないことがある。 →　状況に応じた使用方法を検討する。 ＜例＞ 納入業者からの事前説明会の実施やフォローアップ研修のほか、操作例を示したDVDなどを用いる。	＜データ化する技術＞ ・RPAを用いるためには、データ化された情報が必須なので、OCRやタブレットでのデータ入力、音声自動入力などの技術と組み合わせる必要がある。 →　データを入力する技術を導入することで解決する。
＜操作画面＞ ユーザーインターフェースは様々なものがあることから、救急活動時をイメージした上で、選定する必要がある。 ＜例＞ ・従来の傷病者引継書をイメージしたソフト ・消防OAシステムの入力項目に沿って構成されているソフト　　など	以下のような視点で、ソフトの選定を考慮 ＜既存のOAシステムとの互換性＞ ・アプリケーションとの接続性が充実しているかが重要で、他の業務への汎用性も検討できる。
導入にあたり、以下の費用が生じることをあらかじめ認識する必要がある。 ・パッケージ費用（ソフトウェアや保守を含めた導入するための費用） ・ハードウェア費用（タブレット端末やサーバー立上げ費用など） ・設定費用（様式の種類や項目、レイアウトを変更・修正など） ＜例＞ PCを保有しており、10台の端末で１年間利用する場合 【タブレット】 ・パッケージ費用：約800万円 ・ハードウェア費用：約700万円 ・設定費：約500万円 ➢合計：約2,000万円 ※上記費用は、利用環境や希望する内容によって変動する。 ※指令システム等との連携には別途費用がかかる。（約2,000万円）	導入にあたり、以下の費用が生じることを考慮する必要がある。 ・ソフト費用（ソフト自体を購入する費用） ・設定費用（シナリオを作成するための費用） ※自身でRPAの操作が可能である場合、設定費用はかからない。 ＜例＞ PCを保有しており、10台の端末で１年間利用する場合 【RPA】 ・ソフト費用：約300万円 ・設定費：約300万円 ➢合計：約600万円
・タブレット端末においてのデータ連携には、指令システム等との連携のほか、RPA技術との連携による活用も可能である。 ・様々な救急現場で使用することを想定することから、落下等による機器の破損の可能性がある。（機器の耐久性の課題） ・システムがダウンした場合の手順を定めておくことが必要である。 ・導入実績は、2020年８月時点で、タブレット端末等を導入又は導入予定の消防本部は666本部あり、搬送実績を入力すると救急統計入力支援システムに反映されるという利用方法を活用又は活用予定の消防本部は155本部ある。 ・タブレット端末等の導入経費については、「平成31年度の地方財政の見直し・予算編成上の留意事項等について」（平成31年１月25日付け総務省自治財政局財政課事務連絡）で示しているとおり、救急自動車への配備に要する経費として、普通交付税措置が講じられていることも参考とされたい。	・RPAの導入には、RPAに実施させる業務を可視化する必要があり、その業務の棚卸しなどの改善を行う必要がある。 ・RPAの設定にエラーが発生した場に備え、知識のある者を確保するか、迅速な保守体制の構築が必要となってくる。 ・システムがダウンした場合の手順を定めておくことが必要である。 ・ RPAの導入経費については、「自治体行政のスマート化の実現のための取組に対する地方財政措置について」（令和２年４月15日付け総行情第60号、総行女第15号、総財調第11号、総情地第57号、総情流第34号通知）で示しているとおり、特別交付税措置が講じられていることも参考とされたい。

資 料 2

1　救急連携システム

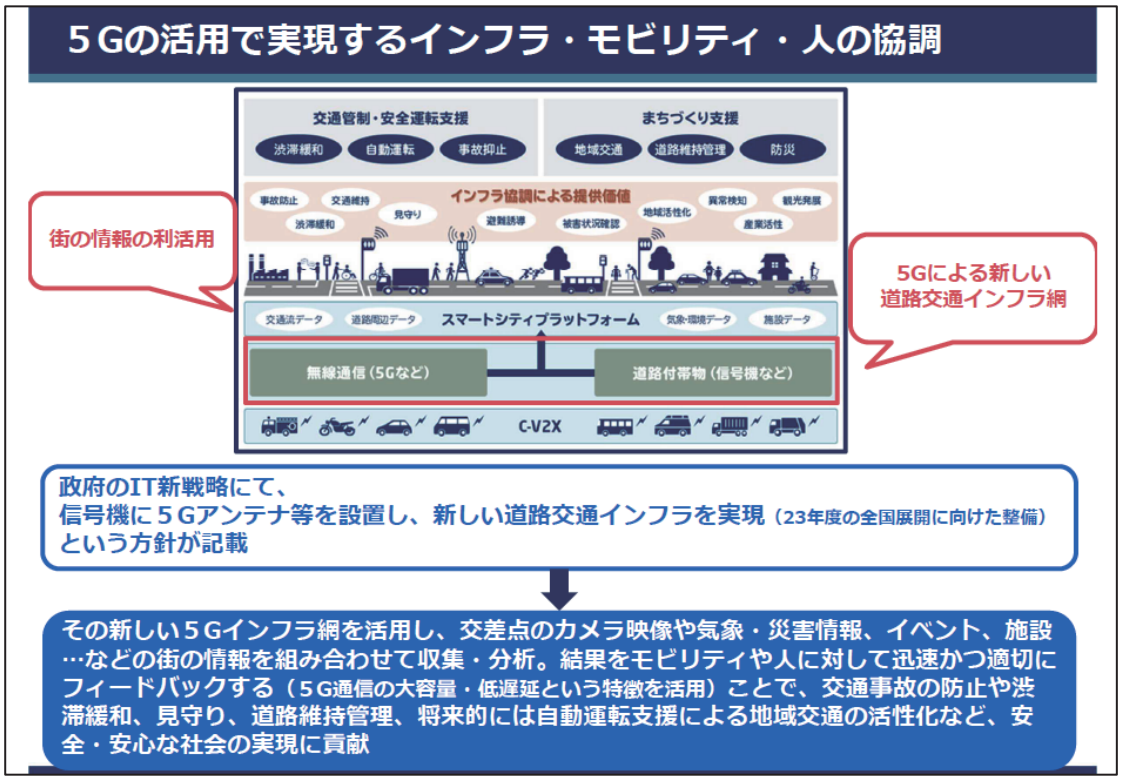
主に ICT 技術を活用し、医療や介護に関わる専門職が「いつでも、どこでも、すぐにでも」情報共有するための「他職種連携」コミュニケーションプラットホームを構築したシステム

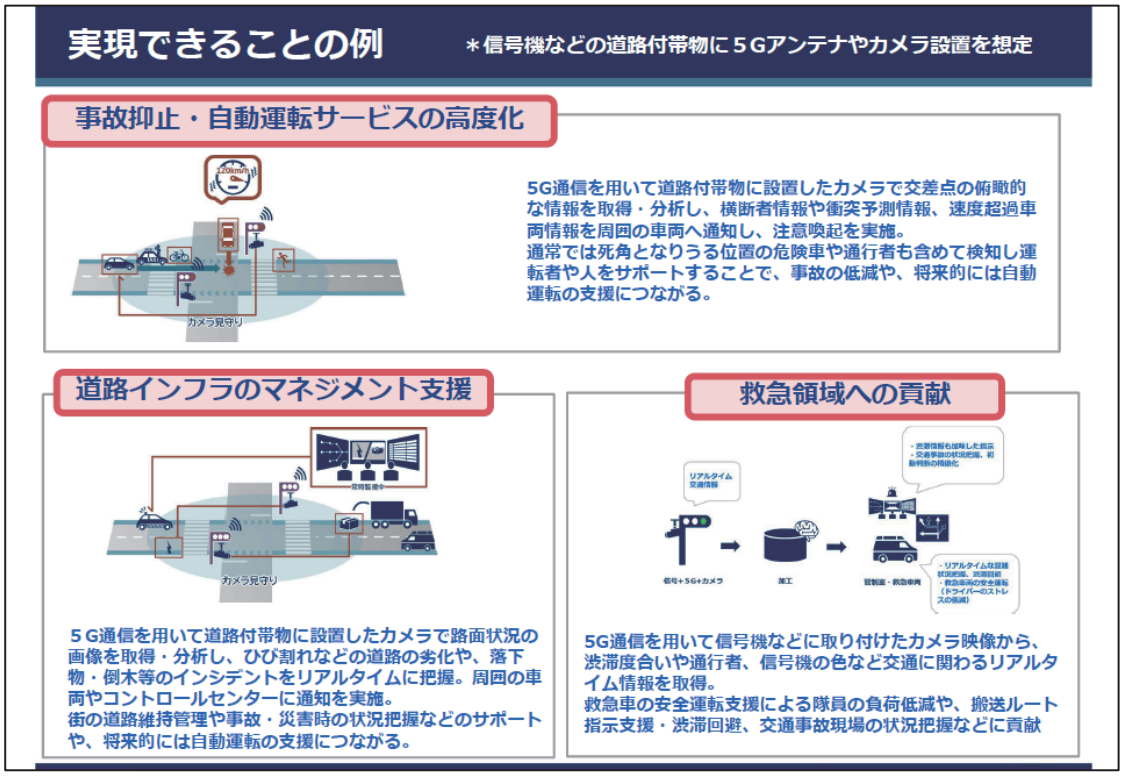




２　５Ｇの活用で実現するインフラ・モビリティ

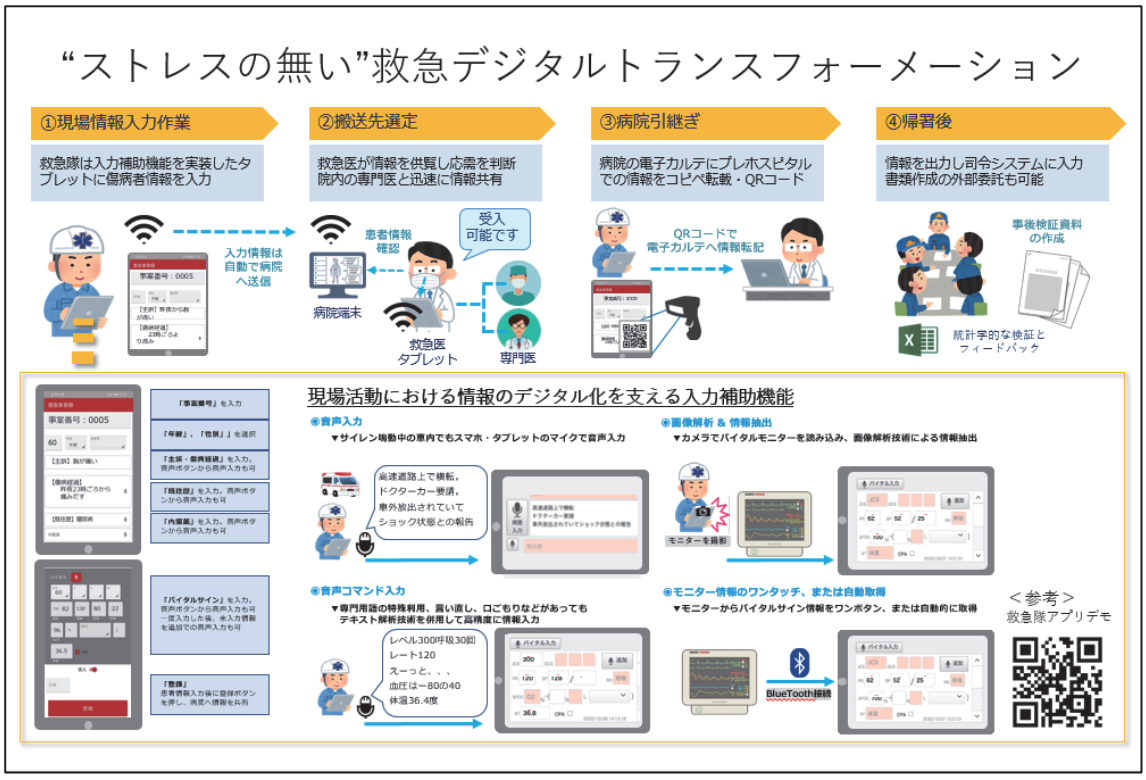
５Ｇと交通信号機との連携によるトラステッドネットの全国展開（交通管制・安全運転支援・スマートシティに貢献可能な提供価値の創造）

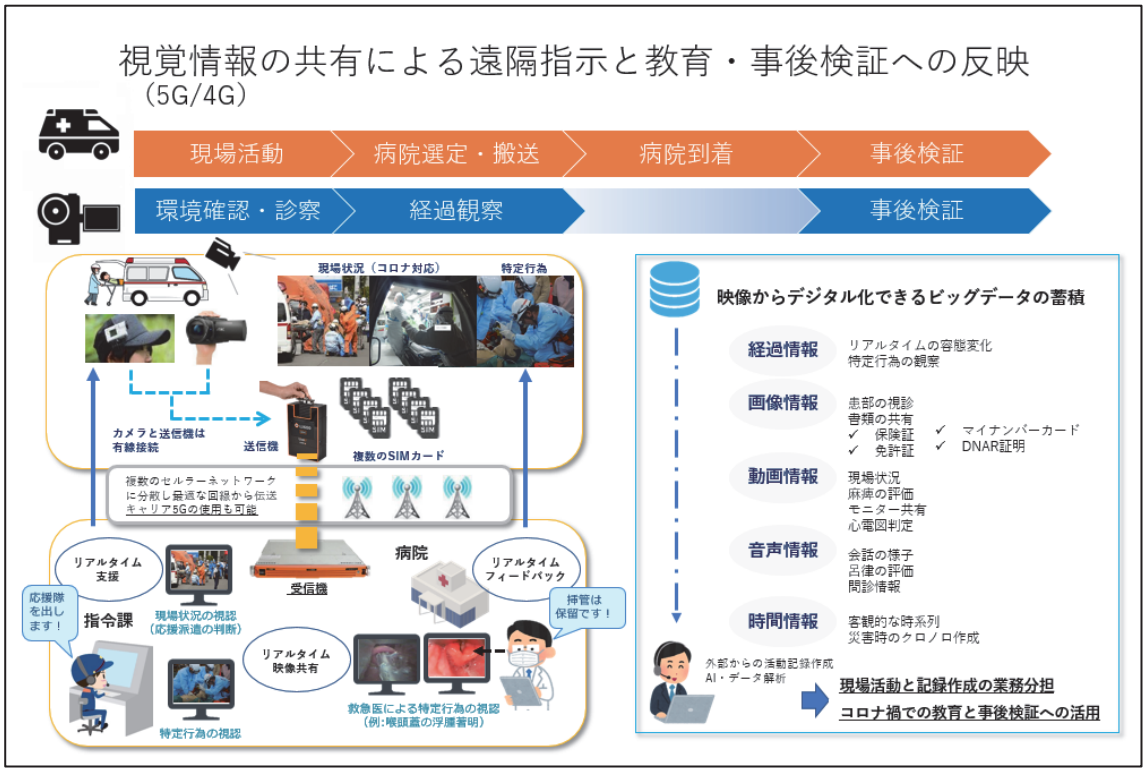




3　救急活動における ICT 技術の可能性

チャットアプリによる情報共有（救急隊～救急医～専門医）及び高画質映像（５G/４G）のリアルタイム共有について





4　異分野における ICT 活用事例、病院前救護を担う救急業務高度化の検討

360℃カメラを活用した救急診療での遠隔立ち会いトレーニングや異分野での ICT 活用事例の紹介

5　AI 音声認識を活用したスタンドアローン型文字起こし支援アプリケーション

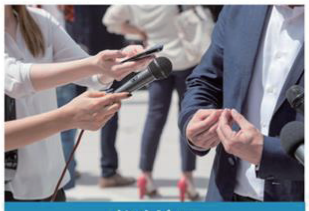
WEB 会議や商談、会見等、対面・非対面の幅広いシーンで利用できるスタンドアローン型文字起こし支援アプリケーションの紹介

AI音声認識を活用したスタンドアローン型文字起こし支援アプリケーション

このアプリケーションは、WEB会議や商談、会見等、対面・非対面の幅広いシーンで利用できるスタンドアローン型文字起こし支援アプリケーションです。
各種オンライン会議システムと併用可能で、議事録作成に役立つ機能を多数搭載しています。リアルタイム・バッチで日本語の音声認識・編集が可能です。

利用シーン

会議・面談


インタビュー

セミナー

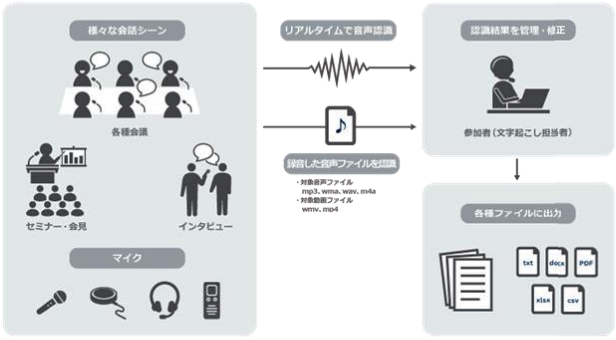
特徴

特徴①
リアルタイム音声認識に加え、録音データを取り込んで文字化するバッチ認識にも対応。テキスト化されたものから順次修正でき、会議進行と同時に文字起こしを行うことも可能です。

特徴②
PC内の音声を収録するため、面倒な開発や設定は不要。専用サーバーなしで各種WEB会議システムと簡単に併用できます。

特徴③
録音からテキストの編集、文字起こし内容の出力まで単一ソフトウェア内で完結。音声の再生や認識結果の修正はキーボードだけで簡単にでき、作業時間を大幅に短縮します。

特徴④
単語を登録することで、専門用語や固有名詞も高精度に認識します。登録内容は即座に反映され、録音中でも追加・編集可能。利用シーンに合わせた単語リストの作成もできます。



機能

機能①　AI話者識別機能
録音中に発言者を選択するだけで、事前に声紋登録することなく、出席者情報からAIが発言者を自動的に識別。

機能②　キーワード設定機能
会議における重要な単語を事前に設定することで、テキスト化された発言内のキーワードをハイライト表示。

機能③　タグ付け機能
認識結果にワンクリックで「決定事項」「ToDo」等のタグを付与可能。テキスト編集中やWordファイル等への出力後に該当箇所を確認しやすくなります。

第３章
蘇生ガイドライン改訂への対応

第３章　蘇生ガイドライン改訂への対応

１　背景・目的

これまで、国際蘇生連絡委員会（以下「ILCOR」という。）は、５年ごとに、「心肺蘇生と緊急心血管治療のための科学と治療の推奨に関わるコンセンサス」（以下「CoSTR」という。）を公開してきた。また、これを踏まえて、我が国においては、日本蘇生協議会（以下「JRC」という。）と日本救急医療財団（心肺蘇生法委員会）で構成されるJRC ガイドライン作成委員会から、心肺蘇生に関する「JRC 蘇生ガイドライン」が公開されるとともに、その後、日本救急医療財団（心肺蘇生法委員会）によって、「救急蘇生法の指針（市民用）」、次いで「救急蘇生法の指針（医療従事者用）」が、それぞれ改訂されるというプロセスが辿られてきた。本検討会においても、これらの改訂に連動する形で、一般市民や救急隊員が行う心肺蘇生法において影響を受ける事項について、検討を行うことを通例としてきたところである。

こうした中、ILCOR による CoSTR の公開は、2017（平成 29）年から、１年ごとに「CoSTR 集」として公開される取扱いに変更された。これに伴って、各国又は各地域が、心肺蘇生に関するガイドラインを１年ごとに改訂するか、従前どおり５年ごとに改訂するかの判断は、それぞれの蘇生協議会に委ねられることとなったが、JRC は従前どおり、心肺蘇生に関するガイドラインを５年ごとに改訂する方針を示し、今年度は、心肺蘇生に関するガイドライン「JRC 蘇生ガイドライン 2020」（以下「ガイドライン 2020」という。）の公開が予定されていた。

そこで、本検討会では今年度、この「ガイドライン 2020」の公開や、日本救急医療財団（心肺蘇生法委員会）による「救急蘇生法の指針（市民用）」及び「救急蘇生法の指針（医療従事者用）」の改訂が想定されていたことを踏まえ、検討テーマの１つに、「蘇生ガイドライン改訂への対応」を掲げ、一般市民や救急隊員が行う心肺蘇生法において影響を受ける事項について、検討を行うこととしていた。

しかしながら、今般の新型コロナウイルス感染症の世界的な流行に伴い、2020（令和２）年５月 28 日、JRC から、「ガイドライン 2020」の公開が当初の予定から少なくとも半年間延期することが公開され、ドラフト版の作成を 2021（令和３）年３月、出版を次年度とすることが示された。

このことから、本検討会における検討についても、当初想定していた検討スケジュールを後ろ倒しすることとした上で、今年度は、JRC による「ガイドライン 2020」の公開後、速やかな検討を開始できるよう、全国の消防本部に対して実施した、応急手当の普及啓発や通信指令員の口頭指導等の対応状況に係るアンケート結果を踏まえながら、今後の対応方針の整理を進めることとした。

２　対応方針の整理

「ガイドライン 2020」の公開を想定し、過去の検討会と同様、本検討会の下に、蘇生ガイドライン改訂への対応を検討するワーキンググループを設置し、必要な検討を行うこととした。なお、日本救急医療財団（心肺蘇生法委員会）による「救急蘇生法の指針（市民用）」及び「救急蘇生法の指針（医療従事者用）」の改訂で影響を受ける事項については、必要な整合を図っていくこととする。

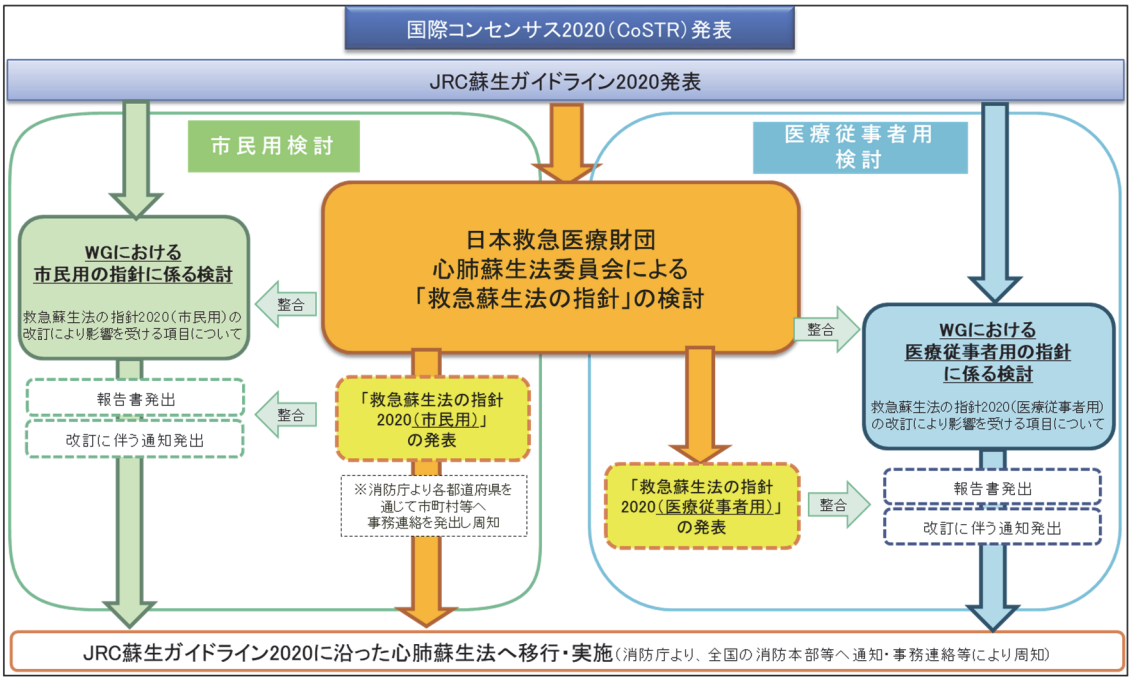
「救急蘇生法の指針（市民用）」の改訂により影響を受ける事項
・「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」（平成 28 年４月 25 日付け消防救第 37 号消防庁次長通知） ・一般市民の行う心肺蘇生法 ・「口頭指導に関する実施基準」（平成 28 年４月 25 日付け消防救第 36 号消防庁次長通知） ・「救急隊員及び准救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領」（平成 29 年 3 月 30 日付け消防救第 40 号消防庁救急企画室長通知）等

「救急蘇生法の指針（医療従事者用）」の改訂により影響を受ける事項
・「救急隊員及び准救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領」（平成 29 年 3 月 30 日付け消防救第 40 号消防庁救急企画室長通知） ・救急活動プロトコル　等

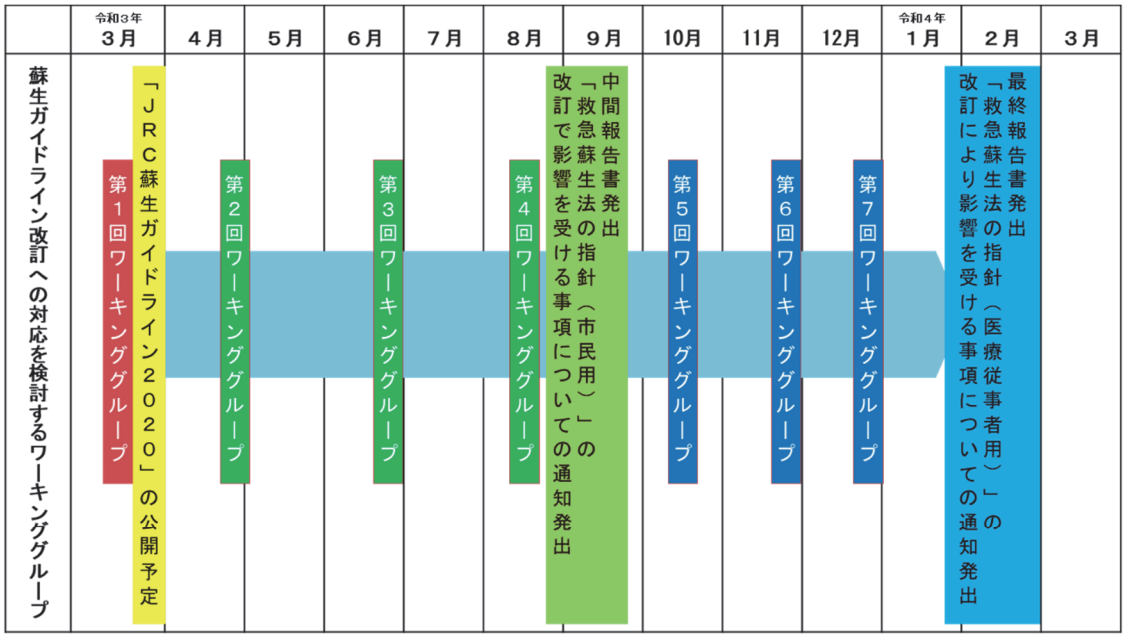
具体的な検討項目は、下記のとおり整理するとともに、改訂作業のイメージ及び想定スケジュールについても、図表３－１及び図表３－２のとおり整理した。

なお、ワーキンググループの構成員については、医師８名、消防職員６名、オブザーバー１名の計 15 名を予定している。

図表３－１　蘇生ガイドライン改訂作業イメージ



図表３－２　想定スケジュール



※第１回目はキックオフ。
※第２回目から第４回目で「救急蘇生法の指針（市民用）」の改訂により、影響を受ける事項の検討を行う。
※第５回目から第７回目で「救急蘇生法の指針（医療従事者用）」の改訂により、影響を受ける事項の検討を行う。
※日本救急医療財団（心肺蘇生法委員会）による、「救急蘇生法の指針（市民用）」、「救急蘇生法の指針（医療従事者用）」の改訂作業に合わせながらワーキンググループを開催するので、開催回数・時期、報告書・通知の発出は時期がずれることがある。

３　アンケート調査及び集計結果

応急手当の普及啓発や通信指令員の口頭指導等の対応状況について、全国の消防本部に対してアンケート調査を実施した。

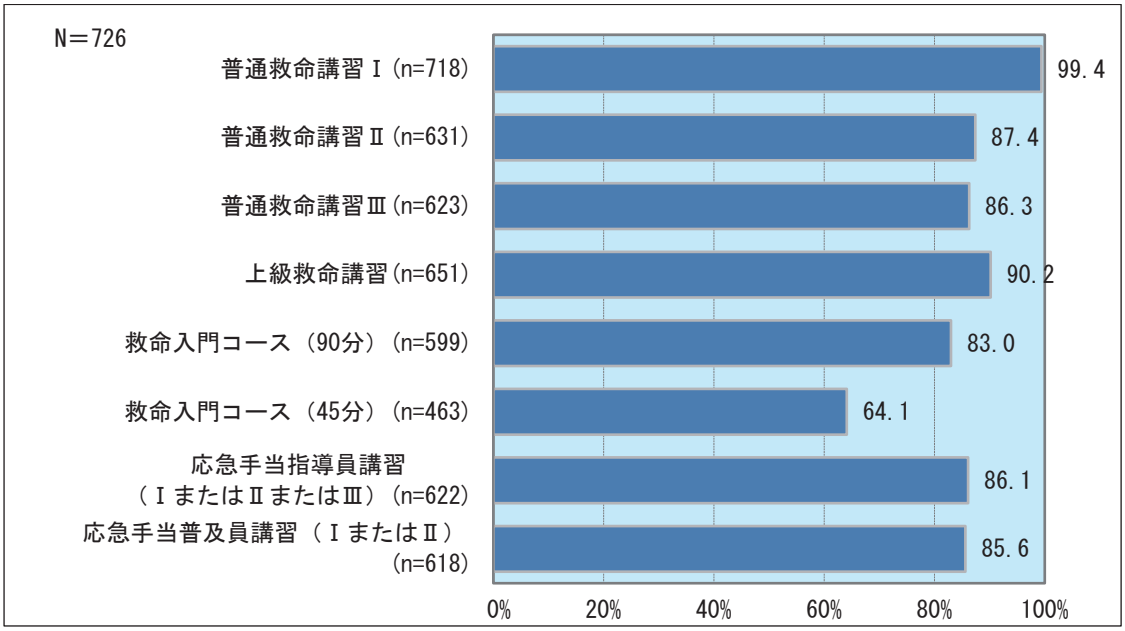
＜調査概要＞
- 調 査 名：「救急救命体制の整備・充実に関する調査」及び「メディカルコントロール体制等の実態に関する調査」
- 調査対象：726 消防本部
- 調査方法：電子ファイル送付によるアンケート
- 調査期間：令和２年８月３日～８月 26 日（基準日：令和２年８月１日）
- 回 収 率：100%

（１）応急手当の普及啓発等について

① 応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱の対応状況

「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」（平成 28 年４月 25 日付け消防救第 37 号消防庁次長通知）に定める講習内容のうち、消防本部の要綱等に定めている内容については、「普通救命講習Ⅰ」が最多で 99.4%（718 本部）、次いで、「上級救命講習」が 90.2%（651 本部）、「普通救命講習Ⅱ」が 87.4%（631 本部）であった（図表３－３）。

図表３－３　応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱の対応状況
（複数回答）

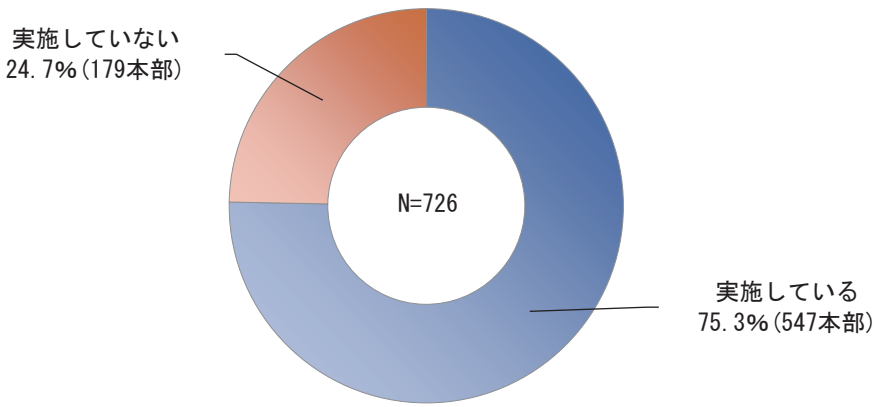


【N=726 のうち「無回答」が 0.6%（４本部）あった。】

② 講習の受講者を増加させるため工夫している取組の実施状況

講習の受講者数を増加させるため工夫している取組の実施状況については、「実施している」が 75.3%（547 本部）、「実施していない」が 24.7%（179 本部）であった（図表３－４）。

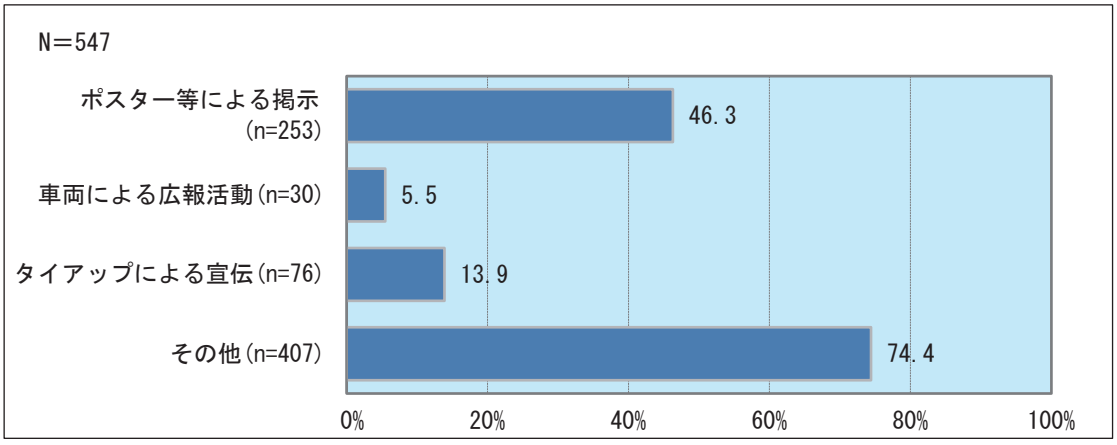
図表３－４　講習の受講者を増加させるため工夫している取組の実施状況



③ 講習の受講者数を増加させる取組

講習の受講者数を増加させる取組を「実施している」と回答した 547 本部の取組は、「その他」が最多で 74.4%（407 本部）、次いで、「ポスター等による掲示」が 46.3%（253 本部）、「タイアップによる宣伝」が 13.9%（76 本部）であった（図表３－５）。

図表３－５　講習の受講者数を増加させる取組

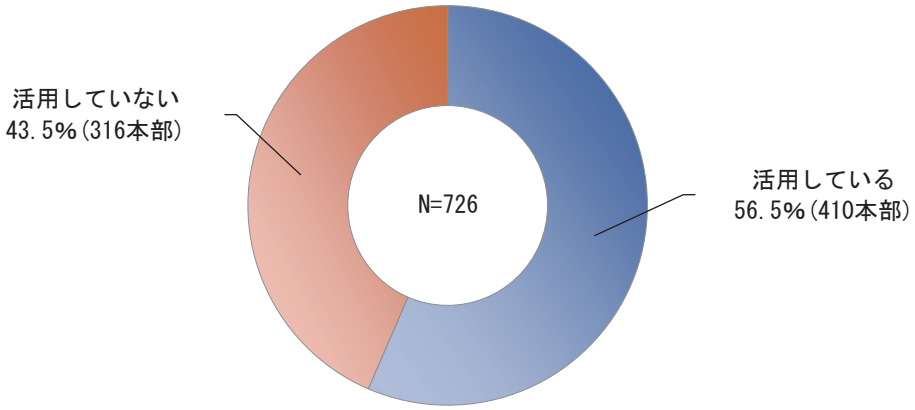


※その他の回答例　・ホームページ（市町村及び消防本部）上での広報　・SNS を利用した広報
・市町村の広報誌による広報　・ケーブルテレビによる広報
・防災無線（ラジオ）による広報
・電話応対時の保留アナウンスを講習の受講を促す内容とした広報

④ 応急手当 WEB 講習（e-ラーニング）の活用状況

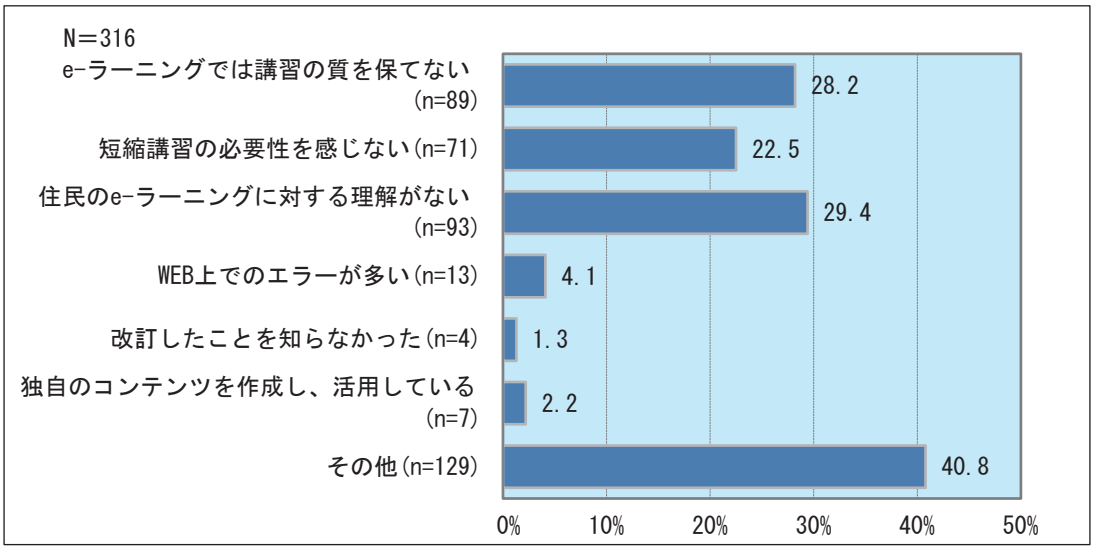
応急手当 WEB 講習（e-ラーニング）の活用については、「活用している」が 56.5%（410 本部）、「活用していない」が 43.5%（316 本部）であった（図表３－６）。

図表３－６　応急手当 WEB 講習（e-ラーニング）の活用状況



応急手当 WEB 講習（e-ラーニング）を「活用していない」と回答した 316 本部の理由は、「その他」が最多で 40.8%（129 本部）、次いで、「住民の e-ラーニングに対する理解がない」が 29.4%（93 本部）、「e-ラーニングでは講習の質を保てない」が 28.2%（89 本部）であった（図表３－７）。

図表３－７　応急手当 WEB 講習（e-ラーニング）を活用していない理由（複数回答）

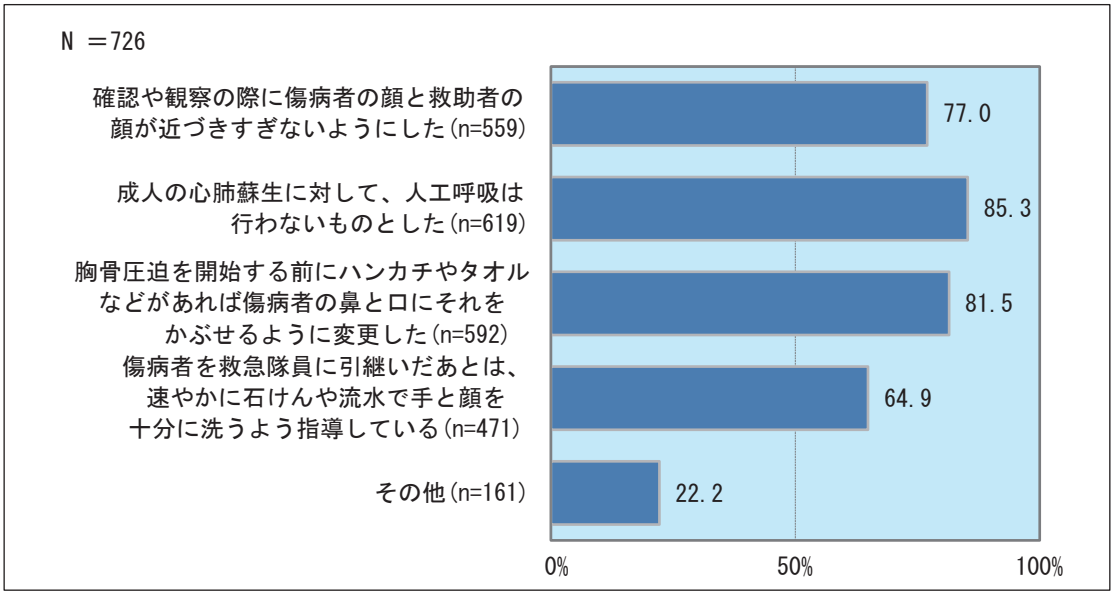


※その他の回答例　・活用を検討中　・今後実施をしていく予定　・現在準備中
・システムの構築に課題がある　・セキュリティ上支障が生じる
・e-ラーニングでの講習実施を検討していない　・ホームページがない

⑤ 「「救急蘇生法の指針 2015（市民用）」の追補への対応について」（令和２年５月 22 日付け消防庁救急企画室事務連絡）発出に伴う市民が行う一次救命処置の講習会への対応の変更内容（複数回答）

「「救急蘇生法の指針 2015（市民用）」の追補への対応について」（令和２年５月 22 日付け消防庁救急企画室事務連絡）発出に伴う市民が行う一次救命処置の各種講習会への対応の変更内容については、「成人の心肺蘇生に対して、人工呼吸は行わないものとした」が最多で 85.3％（619 本部）、次いで、「胸骨圧迫を開始する前にハンカチやタオルなどがあれば傷病者の鼻と口にそれをかぶせるように変更した」が 81.5％（592 本部）、「確認や観察の際に傷病者の顔と救助者の顔が近づきすぎないようにした」が 77.0％（559 本部）であった（図表３－８）。

図表３－８　「「救急蘇生法の指針 2015（市民用）」の追補への対応について」（令和２年５月 22 日付け消防庁救急企画室事務連絡）発出に伴う市民が行う一次救命処置の講習会への対応の変更内容（複数回答）



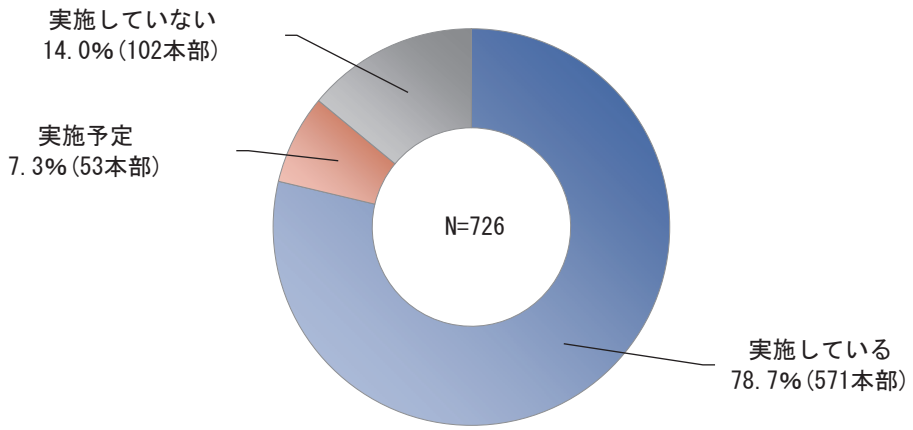
※その他の回答例　・講習の実施を中止、または延期している　・変更内容を口頭で補足して対応
・受講人数を減らし受講者の間隔を保ち実施
・感染防止資器材（ゴーグル・マスク・フェイスシールド・グローブ）を活用して講習を実施
・使用したハンカチ、タオルの処理についての指導

（２）通信指令員に対する救急に係る教育・研修について

① 通信指令員に対する救急に係る教育・研修の実施状況

通信指令員に対する救急に係る教育・研修の実施状況については、「実施している」と回答した本部が最多で 78.7％（571 本部）、次いで、「実施していない」が 14.0％（102 本部）、「実施予定」が 7.3％（53 本部）であった（図表３－９）。

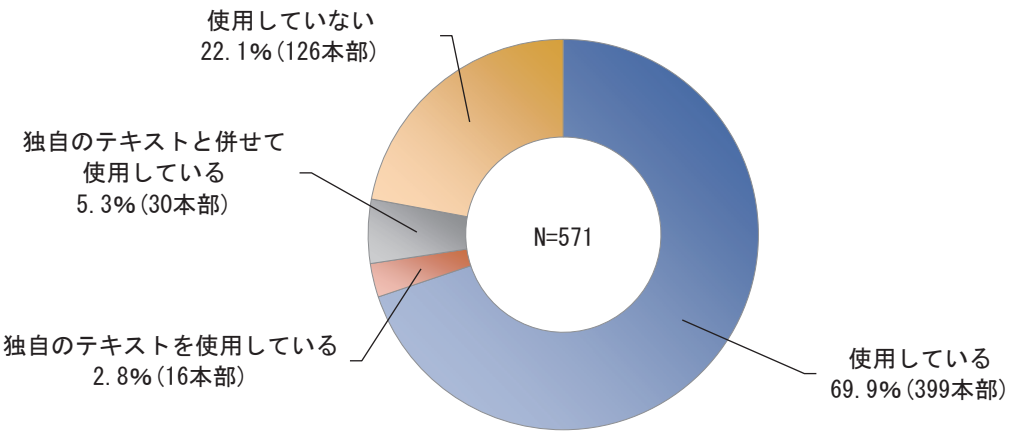
図表３－９　通信指令員に対する救急に係る教育・研修の実施状況



② 通信指令員の救急に係る教育テキスト（追補版を含む。）の使用状況

通信指令員に対する救急に係る教育・研修を、実施していると回答した 571 本部における、消防庁が平成 29 年３月に作成した「通信指令員の救急に係る救急テキスト（追補版を含む。）」の使用状況については、「使用している」が最多で 69.9％（399 本部）、次いで、「使用していない」が 22.1％（126 本部）、「独自のテキストと併せて使用している」が 5.3％（30 本部）、「独自のテキストを使用している」が 2.8％（16 本部）であった（図表３－10）。

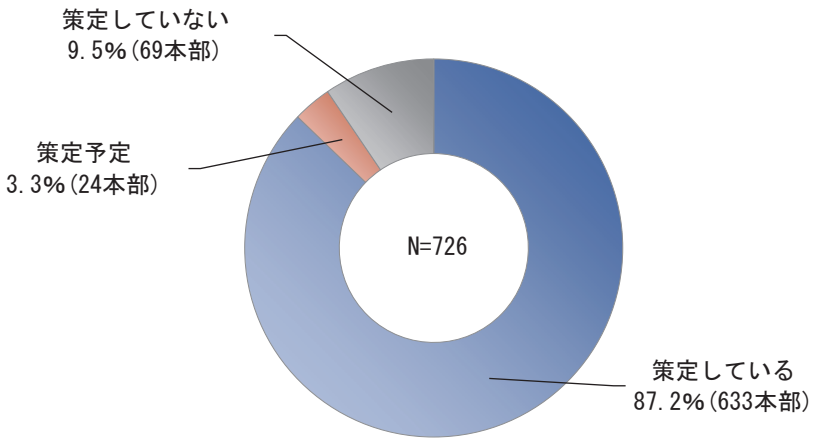
図表３－10　通信指令員の救急に係る教育テキスト（追補版を含む。）の使用状況



（３）口頭指導について（口頭指導プロトコルの策定状況）

口頭指導プロトコルの策定状況については、「策定している」が最多で 87.2%（633 本部）、次いで、「策定していない」が 9.5%（69 本部）、「策定予定」が 3.3%（24 本部）であった（図表３－11）。

図表３－11　口頭指導プロトコルの策定状況



４　まとめ（今後の方向性）

今年度の検討は、新型コロナウイルス感染症の世界的な流行に伴い、年度当初に想定していたスケジュールを、大きく後ろ倒しすることを余儀なくされた。

しかし、蘇生ガイドライン改訂に伴う、一般市民や救急隊員が行う心肺蘇生法の見直しという命題が、喫緊に取り組むべき課題であることに変わりはない。今後の状況の変化へ的確に対応しながら、必要な検討を速やかに進めていくとともに、その際には、上述のアンケート調査を通じて把握された、消防本部の実情や課題についても、十分に踏まえて取り組んでいくことが、必要不可欠であると考える。

今後は年度内にも、蘇生ガイドライン改訂への対応を検討するワーキンググループを立ち上げ、第１回目のワーキンググループを開催し、今後の速やかな検討につなげていくこととしたい。

第４章
救急安心センター事業（＃7119）の全国展開に向けた検討

第４章　救急安心センター事業（＃7119）の全国展開に向けた検討

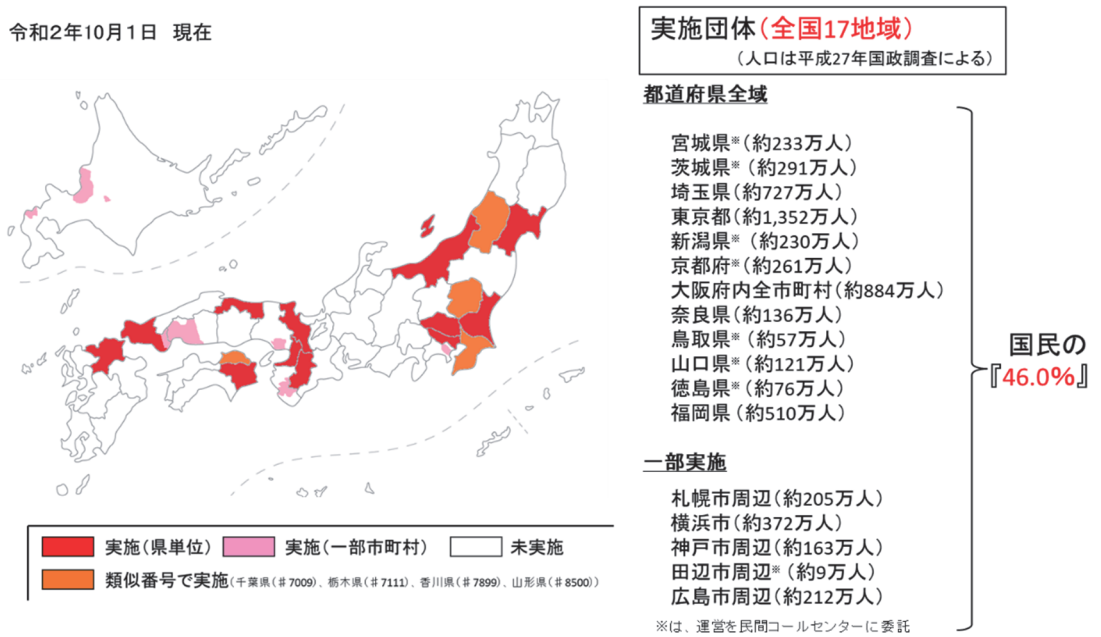
１　背景・目的

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

救急安心センター事業（＃7119）（以下「＃7119」という。）は、住民が急な病気やケガの際に、医師や看護師等の専門家が相談に応じる電話相談事業であり、住民が適時・適切な救急要請や医療機関受診を行う上で極めて有効な事業である。

消防庁では、＃7119 の全国展開を目指し、救急業務に関するフォローアップと連携した未実施団体への個別訪問や普及促進アドバイザーの派遣等を行うとともに、各消防本部や都道府県に対する通知等（「救急安心センター事業（＃7119）の更なる取組の推進について」（平成 28 年３月 31 日付け消防救第 32 号消防庁救急企画室長通知）及び「救急安心センター事業（＃7119）の全国への普及促進について」（平成 31 年３月 29 日付け消防庁救急企画室事務連絡））の発出を行い、未実施団体への事業導入の促進を図ってきた。また、＃7119 を広く国民に周知し利用を促進するため、ラジオ等のメディア媒体への出演による広報活動や企業キャラクターとのコラボレーションなどを通じて、積極的に広報を行っている（図表４－１）。

図表４－１　＃7119 の導入状況



令和２年度には10月から京都府で＃7119が開始され、令和２年10月１日現在、全国 17 地域で実施されており、人口カバー率は 46.0%となっている。

「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会」では、事業の信頼性を担保し確固たるものとするためには、事業効果の提示や事業の検証を重ねることが重要であるという観点から、事業検証について、３つの枠組（事業の運用に関する事

項、組織・体制に関する事項、事業の評価に関する事項）を提示し、検証を行う体制について検討を行った。そして、事業検証で最低限行うべきと考えられる事項を盛り込んだ事業検証体制のモデルを示したほか、これまで示してきた事業効果に加え、定量的な評価が必要であることを示した。

加えて、＃7119 の全国展開を推進するためには、定量的な事業効果として「費用対効果」を示すことや、社会的要因や地域の実情に対応した事業の必要性を改めて検証すること、更には未導入地域における事業実施に向けた体制づくりについても今後の検討課題であると示した。

このことから、今年度は「全国どこにいても＃7119 番が繋がる体制」すなわち＃7119 の全国展開を目指し、＃7119 の必要性の再整理や事業実施効果の算定、未実施団体が事業導入に対して抱える課題の解決策等について具体的な対応方策の検討を行うとともに、前年度の検討結果を踏まえた＃7119 実施団体における事業検証の現状及び今後の取組方針について検討を行うこととした。

２　検討事項

（１）項目

① ＃7119 の全国展開に向けた検討

ア 各地域における救急安心センター事業の必要性について

・＃7119 等（類似の他事業）の実態把握
・＃7119 未実施地域における課題の「見える化」
・＃7119 を全国展開する理由の再整理

イ 事業の実施効果の算定について

・これまでに確認された事業効果の深掘り
・新たな事業効果の洗い出し

ウ 各地域における実施体制づくりについて

・未実施団体において事業を導入する際のメリット・デメリットの整理
・未実施団体における課題に対する解決策の検討
・技術上の課題の整理

② 実施団体における事業検証体制の現状

令和元年度、「救急安心センター事業（＃7119）担当者及び普及促進アドバイザー連絡会（実施団体及び普及促進アドバイザーによる実務会議）（以下、「アドバイザー連絡会」という。）」において、事業の検証（評価）については、各実施団体に一任されている現状があるとの認識から、＃7119 の事業検証体制について検討を行い、事業の運営上、実施する必要があると考えられる「検証体制のモデル」や具体的な対応手順及び事業を外部委託する際に活用可能な「＃7119 利用者等からの意見に対する対応に関する仕様書（例）」等を示した。

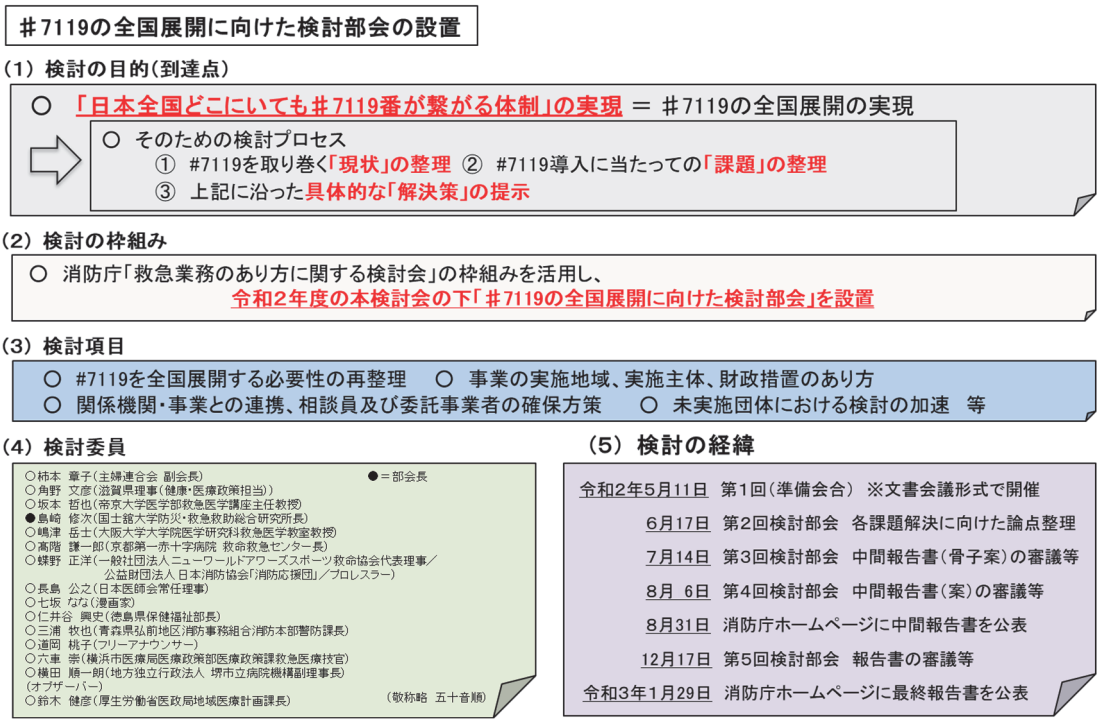
実施団体における事業の運営形態や規模は地域によって様々であることから、これら検証モデル等の活用状況等について現状を把握し、実施団体間で共有するとともに、事業検証に対する考え方や今後の取組の方針などについて検討を行うこととした。

（２）方法

① ＃7119 の全国展開に向けた検討部会の設置

「令和２年度救急業務のあり方に関する検討会」の下に、新たに、救急医療の専門家や地方自治体の代表者、住民目線の有識者などの参加のもと、「＃7119 の全国展開に向けた検討部会」（以下「検討部会」という。）を設置し、＃7119 の全国展開実現を目指して、具体的な対応方策の検討を進めることとした（図表４－２）。

図表４－２　＃7119 の全国展開に向けた検討部会の概要



② ＃7119 担当者及び普及促進アドバイザー連絡会の活用

検討部会において整理された課題のうち、「事業実施効果の分析・明確化」、「既実施団体における事業の底上げ（事業の「質」、「利便性」及び「効率性の向上）」については、アドバイザー連絡会（令和２年 10 月 22 日（木）開催）を活用し、事業実施団体（17 団体）担当者及び普及促進アドバイザーの視点から検討することとした。

３　検討結果

（１）「＃7119 の全国展開に向けた検討部会」における検討結果

① 検討部会の開催状況

回数	日時・開催方法	主な議事
第１回検討部会 （準備会合）	令和２年５月 11 日（月） 書面会議	・検討の背景・目的 ・検討項目と検討の進め方 ・開催スケジュール ・＃7119 に対するご意見・ご質問
第２回検討部会	令和２年６月 17 日（水） WEB 会議	・自治体（都道府県、消防本部へのアンケート実施結果） ・地方自治体（事業実施団体、事業未実施団体）へのヒアリング ・他の短縮ダイヤルの分析、民間事業者ヒアリング、技術上の課題の整理
第３回検討部会	令和２年７月 14 日（火） 対面方式と WEB 方式の併用会議	・事業効果の算定 ・各地域における実施体制づくりの具体策・解決策（案） ・中間とりまとめ（骨子）
第４回検討部会 （中間とりまとめ）	令和２年８月６日（木） 対面方式と WEB 方式の併用会議	・検討部会中間報告書（案）
中間報告書 とりまとめ	令和２年８月 31 日（月）	中間報告書を取りまとめ、中間報告書及び概要を消防庁ホームページに公開
第５回検討部会	令和２年12月17日（木） 対面方式と WEB 方式の併用会議	・検討部会最終報告書（案） ・＃7119 の全国展開に向けた今後のスケジュール
報告書 とりまとめ	令和３年１月 29 日（金）	報告書を取りまとめ、報告書及び概要等を消防庁ホームページに公開

② 救急安心センター事業導入に向けた課題の整理と解決策の提示

ア 検討部会における検討結果

未実施団体（都道府県、代表消防本部等）へのアンケート調査及び実施・未実施団体への意見聴取を行い、検討部会による議論等を踏まえ、救急安心センター事業の全国展開に向けて解決すべき課題を以下の６項目に整理した。

○　事業実施の必要性の再整理（事業実施効果の分析・明確化）
○　事業の実施地域、実施主体、財政措置のあり方
○　関係機関・事業との連携、相談員及び委託事業者の確保方策
○　類似の短縮ダイヤルとの関係、技術的課題への対応
○　事業の普及啓発、認知度向上のための方策
○　未実施団体における検討の加速、既実施団体における事業の底上げ

※下線は後述するアドバイザー連絡会において深掘りした検討項目

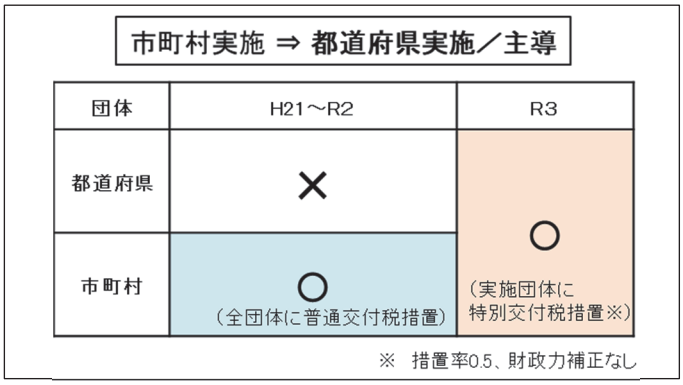
実施団体、未実施団体へのアンケート、ヒアリング調査結果等を基に有識者による議論を重ね、整理した６つの課題について、検討部会における議論や事業実施団体の担当者等による検討を踏まえ、それぞれに対して考えられる解決策を提示した。

令和３年１月に「＃7119 の全国展開に向けた検討部会報告書」を取りまとめた。未実施団体に対するアンケート調査等の結果及び検討結果の詳細については、検討部会報告書を参照されたい（巻末の参考資料）。

【参考】

＃7119 の実施に要する経費については、これまで、市町村に対する普通交付税措置が講じられてきたが、今般の検討部会の議論も踏まえて、令和３年度地方財政措置に係る協議・調整がなされた結果、令和３年度からは、現行の措置を見直し、都道府県又は市町村の財政負担に対して、新たに特別交付税措置が講じられることとなった（図表４－３）。

図表４－３　財政措置に係るイメージ図



イ アドバイザー連絡会における検討結果

検討部会において整理された各課題のうち「事業実施効果の分析・明確化」、事業の「質」、「利便性」及び「効率性」の向上を踏まえた「既実施団体における事業の底上げ」の議論については、中間報告書のとりまとめ（第４回検討部会）において、実施団体の視点を踏まえた更なる議論の深掘りが必要との意見があったことから、アドバイザー連絡会を活用し、事業を運営する実施団体による視点を踏まえ検討することとした。

（ⅰ）事業実施の必要性の再整理（事業実施効果の分析・明確化）

検討部会における議論を通して、＃7119 には従来から示してきた①救急車の適正利用（適時・適切な利用）、②救急医療機関の受診の適正化及び③住民への安心・安全の提供という視点以外にも、「高齢化及び人口減少の進展や社会環境の変化といった、時代の変化への的確な対応」や「今般の新型コロナウイルス感染症を契機とした新しい生活様式の実践」という新たな観点からも効果が期待されていることが確認された。

この５つの事業効果については、実施団体に対するアンケート調査及びアドバイザー連絡会における議論において、実施団体が事業を運営する過程で一定の効果として認識できていることが確認できた。また、実際に事業を進めていく中で、これまで想定していなかった新たな指標や＃7119の活用事例が認識されるようになっていることも明らかとなった。

検討部会では、今後、国として本事業の実施効果の分析・明確化を更に推し進め、結果を分かりやすく整理のうえ、広く普及啓発することが不可欠であり、その際には、単視眼的にではなく、上記の５つの観点を踏まえつつ、実施地域から多種多様なデータを継続的に収集し、地域差や経年変化なども含めて十分に分析・明確化しながら、考えられる効果を広く「合わせ技」で提示・説明していくことが望ましいと結論づけている（図表４－４）。

図表４－４　＃7119 の事業導入効果

種別	効　果	効果を示す事項の例
救急車の適正利用（適時・適切な利用）	潜在的な重症者を発見・救護	● 救急相談の結果救急搬送となり、緊急入院した都民 74,189 人（中等症以上・東京消防庁） 緊急度が高い等、相談前に救急出場させた件数 10,310 件（東京消防庁）
		● ♯7119 から救急搬送と判断され、重症化が防がれた奏功事例
	軽症者の割合の減少効果	● 初診時程度が「軽症」であった割合が減少 東京消防庁　【H18】60.3% ⇒【R1】54.2%（▲6.1 ポイント）
	不搬送件数の削減効果	●救急出場したものの、「緊急性なし」という理由で不搬送になる割合の減少
	不急の救急出動の抑制効果	● 救急出動件数の増加率が抑制 【H18⇒H30】全国：26.1%　　東京：19.1%（▲7.0 ポイント）
		● 管轄面積が広い地域では、１件の出動～帰署に時間を要する。遠方からの出動による到着遅延を防ぎ、より緊急性の高い事案に出動するため、♯7119 により救急車の不急の出動を抑制することを推進
救急医療機関の受診の適正化	医療機関における時間外受付者数の減少効果	● ♯7119 導入後、時間外受付者が 8.1%減少（札幌市 A 病院）
	医療機関における救急医療相談数の抑制効果	● ♯7119 導入後、病院への相談件数が約 24%減少（神戸市）
	医療費の適正化効果	● 相談の結果、時間外受診をせずにすんだ　→　診療報酬の時間外割増分の適正化 ● 相談の結果、受診しなかった　→　受診した場合に生じていた医療費の削減 ● 相談の結果、救急車を利用しなかった　→　夜間休日救急搬送医学管理料の適正化
住民への安心・安全の提供	利用者の満足度	● 実施団体が実施した利用者アンケート（R1年度「救急安心センターおおさか」に関するアンケート） →約９割の利用者が、「役に立った」「大変役に立った」と回答し、「今後も利用しようと思う」と回答。
	医療機関休診時のニーズの受皿の役割	● 医療機関が休診のとき♯7119 入電が多い。 →曜日：日曜日、次いで土曜日に多い　（月：１月、７月、８月、12 月に加え、５月（GW）に多い）
	成人への適切な受療機会の提供	●♯7119 は成人層の利用が多く、そのうち医療機関案内が多い →かかりつけ医をもつきっかけを作る側面も考えられる。
時代の変化への的確な対応	人生 100 年時代に向けたリスクの高い高齢者の増加への対応や、地方の深刻な過疎化への対策	
	地域の救急搬送・救急医療の担い手不足への対応	
新型コロナウイルス感染症対策	感染のリスクとなる不必要な外来受診・外出の抑制による重症化防止	
	新たな感染症への対応なども含め、受け皿としての相談窓口	

（ii）既実施団体における事業の底上げについて

＃7119 自体の魅力や効果が向上することは、未実施団体における導入の誘因になりうると考えられる。アドバイザー連絡会の議論を通して、事業の「質」、「利便性」及び「効率性」の向上についても検討を行った結果、以下の意見がまとめられた。

・「質」の向上

電話相談事業であることから、まずは「つながる」ことを基本とし、その上で、個別検証やオペレーター・相談員の研修等を実施し質の向上を図っている。コールセンター外部との連携や情報共有が今後の課題である。

・「利便性」の向上

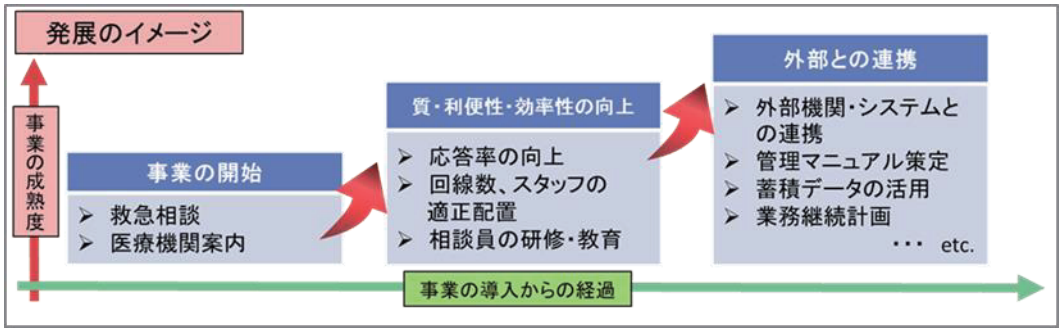
回線数や対応時間を確保しつつ、効果的な広報活動などにより認知率の向上を図っている。医療機関案内以外の窓口との連携や対象者の拡大が課題として認識されている。

・「効率性」の向上

利用実態に応じた相談員の人員配置や回線数の調整を工夫することで対応している。また、自動音声化や対応マニュアル等を作成し、効率化を図っている。外部機関との連携や新たな人材活用が今後の課題である。

検討部会では、今後、消防庁において、これらの論点を幅広く盛り込んだ包括的な仕様書の例や「事業導入・運営の手引き/ガイドライン」の作成が期待されており、今後、更に検討が深められていくことを期待したいと結論づけている（図表４－５）。

図表４－５　＃7119 事業導入からの発展イメージ



（２）実施団体の事業検証体制の現状について

アドバイザー連絡会において、＃7119 における「事業検証体制の現状」について検討を行った。連絡会の開催に先立ち、事業を実施している 16 団体に対してアンケートを実施したところ、以下のような意見がまとめられた（図表４－６）。

図表４－６　事業検証体制の現状に関するアンケート調査結果

項目	調査結果
検証の目的	・ 応答率の向上 ・ 相談員・オペレーターの対応力向上 ・ プロトコルの精度向上 ・ 重大インシデントの発見や課題の抽出　等
事業検証において重視している点	・ 関係者間での情報共有（事業主管者、委託事業者、オペレーター、監督員、医師、看護師　等） ・ 関係機関との連携や情報共有（地域医療機関、医師会） ・ プロトコルの内容検証や事業体制自体の見直しにつなげる　等
検証体制の見直しについて	・ 委託業者との共有が不十分、委託業者任せとなっている。 ・ 現状の契約内容（予算内）では実施が困難 ・ 職員の異動時にも継続的な事業検証体制を確保するための共有事項の書き出しが必要 ・ 事業検証自体が実施できていない。 ・ 検証する事案収集等の作業の負担軽減、オンライン化等の検討　等
フィードバックの方法	・ プロトコルやマニュアル等の改定 ・ 委託事業者を介した相談員・オペレーターへの指導・研修 ・ 事業委託入札の仕様書に反映 ・ 相談員・オペレーター間での情報共有　等

① 実施団体における事業検証体制の現状

各実施団体における事業検証については、事業自体の安全性や質の向上を目的とするなど一定の共通認識のもと実施されている。また、検証を行うメンバーや会議体、検証によって得られた知見のフィードバックの方法についても、様々な工夫が見られた。特に、事業開始からの経過年数が長い先行実施団体において、これまでの事業運営の経験を活かした検証体制が構築されていることが確認された。

その一方、事業検証の必要性は感じているものの、人員や予算の不足を背景として、事業検証体制の構築に至っていない団体も確認された。

また、令和元年度のアドバイザー連絡会において、事業の運営上、実施する必要があると考えられる「検証体制のモデル」、具体的な対応手順及び委託事業者に提示する際の「＃7119 利用者等からの意見に対する対応に関する仕様書（例）」について提示したことから、これらの実際の現場レベルにおける活用状況についても調査を行った。その結果、これらの検証モデル等を実際に「参考としている」と回答したのは16団体中7団体、「参考としていない」と回答したのは16団体中9団体であった。「参考としていない」理由として、「予算的な問題」、「複数年契約中のため年度途中に見直せない」、「従前からの検証体制が確立されている」などの意見が確認された。

② 検証体制確立に向けた取組

今回のアンケート調査や連絡会における検討を通して、＃7119における事業検証の必要性については、実施団体間でおおむね同様の認識であるものの、事業の規模や成熟度に応じて実施方法には差が認められた。消防庁から提起した事業の検証モデルや仕様書（例）については、実施団体の事業検証の導入・実施にあたり一定数参考にされているものの、予算や契約上の理由から具体的な導入に至っていないケースも認められた。また、実施団体によっては従前からの独自の検証体制が確立されているなど、検証体制の現状には地域によって差がみられたことから、検証モデルや仕様書については、今後も動向を把握するとともに、課題を抽出し、連絡会等の場を通じて情報共有しながら、より実用的なものとしていく必要がある。

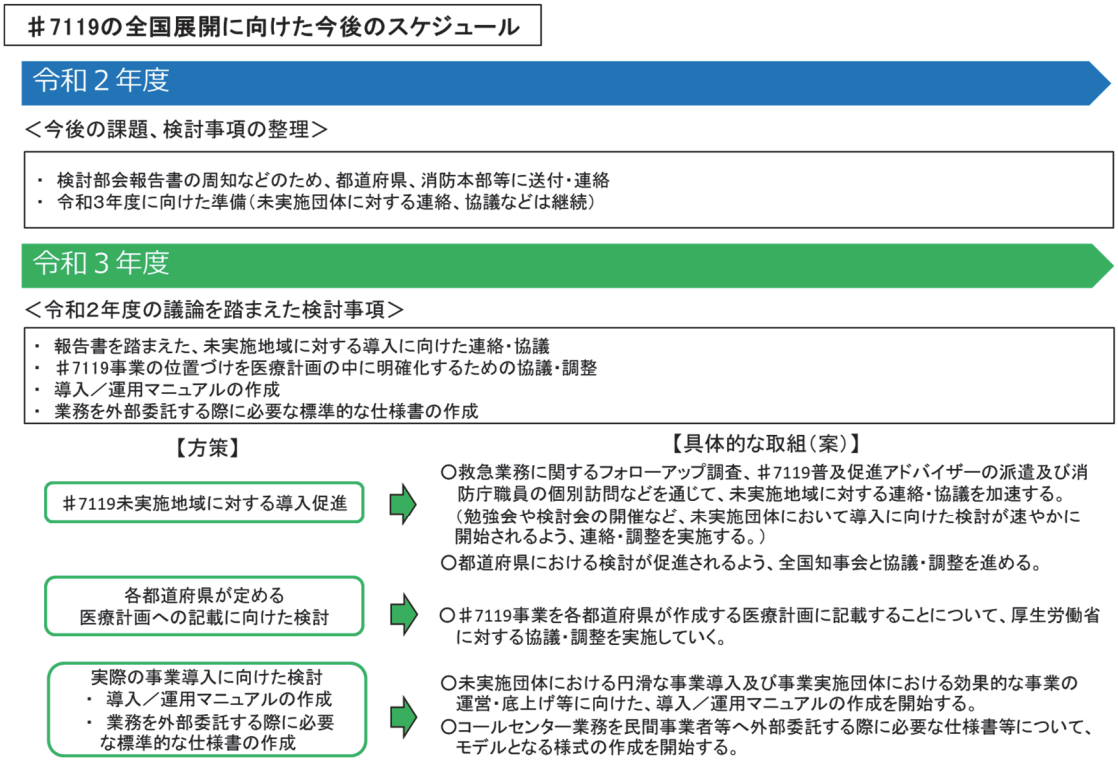
事業検証に基づく安全性の向上は事業の「質の向上」とも関連深いと考えられる。検討部会における議論にもあるように、＃7119を運営する地域の実情は様々であることから、自らの地域がどのレベルの検証体制を目指すのかということを意識し、委託事業者や関係機関等と連携しながら、適切な検証体制を構築することが重要である。

4　検討部会の検討結果等を踏まえた消防庁における＃7119 全国展開への取組

検討部会における検討結果等を踏まえ、消防庁では、各地域での取組が促進されるよう、「救急安心センター事業（＃7119）の全国展開について」（令和３年１月 29 日付け消防庁救急企画室事務連絡）を発出するとともに、未実施地域への個別の連絡・協議等を継続しつつ、以下の具体的な取組を進めていくこととしている（図表４－７）。

○ 報告書の検討結果を踏まえた未実施地域に対する導入に向けた連絡・協議
○ ＃7119 事業の位置づけを医療計画の中に明確化するための協議・調整
○ 事業導入／運用マニュアルの作成
○ 業務を外部委託する際に必要な標準的な仕様書の作成

図表４－７　全国展開に向けた今後のスケジュール



第５章
救急隊の感染防止対策

第５章　救急隊の感染防止対策

１　背景・目的

消防庁では、「平成 30 年度救急業務のあり方に関する検討会」において、大規模な国際的イベントの開催を控え、感染防止対策の徹底が急務であったことから、救急隊の感染防止対策の体制整備・充実を図ることを目的として、救急隊の感染防止対策及び消防機関における感染防止管理体制について検討を行い、平成 31 年３月に「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver.1.0)」（以下「旧マニュアル」という。）を示すとともに、消防機関における感染防止管理体制の構築など、必要な感染防止の取組を進めるよう、全国の消防本部に周知した。

こうした中、令和元年 12 月に新型コロナウイルス感染症が発生し、世界的な流行を認め、我が国においても令和２年１月に国内初の感染者が確認されて以降、現在も多数の患者が発生しており、各消防機関においては、地域の搬送体制の確保の観点から、保健所等からの要請に基づき、患者等の移送に協力するなど、必要な対応にあたっている。

このような状況に鑑み、消防庁では、「令和２年度救急業務のあり方に関する検討会」において「救急隊の感染防止対策ワーキンググループ」を設置し、旧マニュアルについて、最新の医学的知見及び新型コロナウイルス感染症患者への対応の経験を踏まえた改訂を検討した。

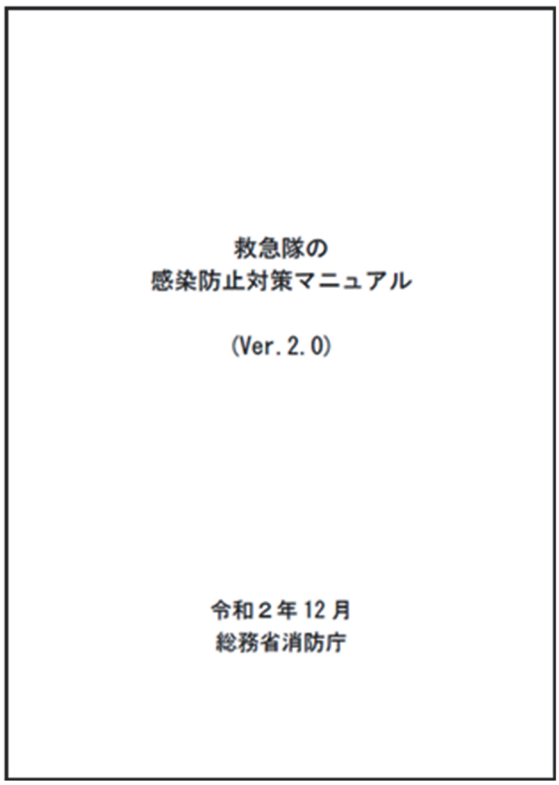
２　検討結果

感染症の専門家である医療関係者や消防本部職員等からなるワーキンググループにおいて検討を行い、その結果を踏まえ、消防庁は、令和２年 12 月 25 日に「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver.2.0)」（以下「改訂版マニュアル」という。）を発出した（図表５－１）。

ワーキンググループにおける主な検討事項は次のとおりである。

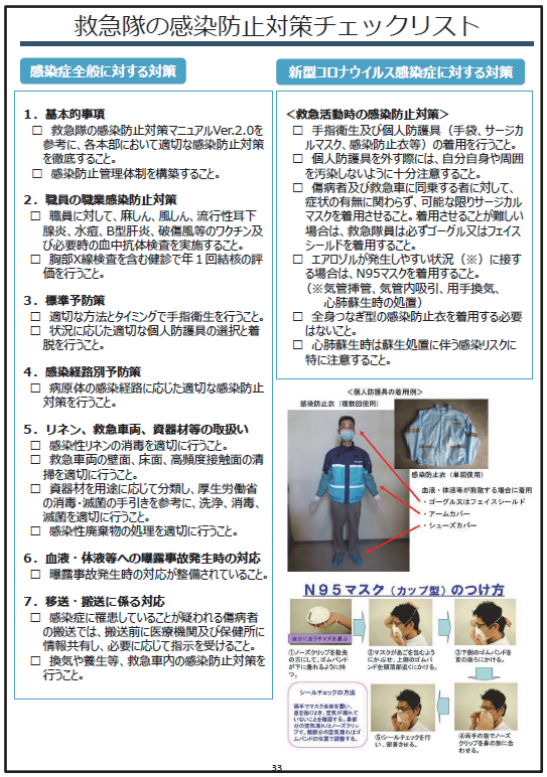
（１）新型コロナウイルス感染症への対応について
（２）N95 マスクの使用について
（３）ゴーグル・フェイスシールドの使用について
（４）感染防止衣の使用について
（５）移送・搬送に係る対応について
（６）ワクチン接種・抗体検査について

図表５－１　救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver. 2. 0）（令和２年 12 月 25 日発出）


救急隊の
感染防止対策マニュアル

(Ver. 2. 0)

令和２年 12 月
総務省消防庁


救急隊の感染防止対策チェックリスト

感染症全般に対する対策

1．基本的事項
□ 救急隊の感染防止対策マニュアルVer.2.0を参考に、各本部において適切な感染防止対策を徹底すること。
□ 感染防止管理体制を構築すること。

2．職員の職業感染防止対策
□ 職員に対して、麻しん、風しん、流行性耳下腺炎、水痘、B型肝炎、破傷風等のワクチン及び必要時の血中抗体検査を実施すること。
□ 胸部X線検査を含む健診で年１回結核の評価を行うこと。

3．標準予防策
□ 適切な方法とタイミングで手指衛生を行うこと。
□ 状況に応じた適切な個人防護具の選択と着脱を行うこと。

4．感染経路別予防策
□ 病原体の感染経路に応じた適切な感染防止対策を行うこと。

5．リネン、救急車両、資器材等の取扱い
□ 感染性リネンの消毒を適切に行うこと。
□ 救急車両の壁面、床面、高頻度接触面の清掃を適切に行うこと。
□ 資器材を用途に応じて分類し、厚生労働省の消毒・滅菌の手引きを参考に、洗浄、消毒、滅菌を適切に行うこと。
□ 感染性廃棄物の処理を適切に行うこと。

6．血液・体液等への曝露事故発生時の対応
□ 曝露事故発生時の対応が整備されていること。

7．移送・搬送に係る対応
□ 感染症に罹患していることが疑われる傷病者の搬送では、搬送前に医療機関及び保健所に情報共有し、必要に応じて指示を受けること。
□ 換気や養生等、救急車内の感染防止対策を行うこと。

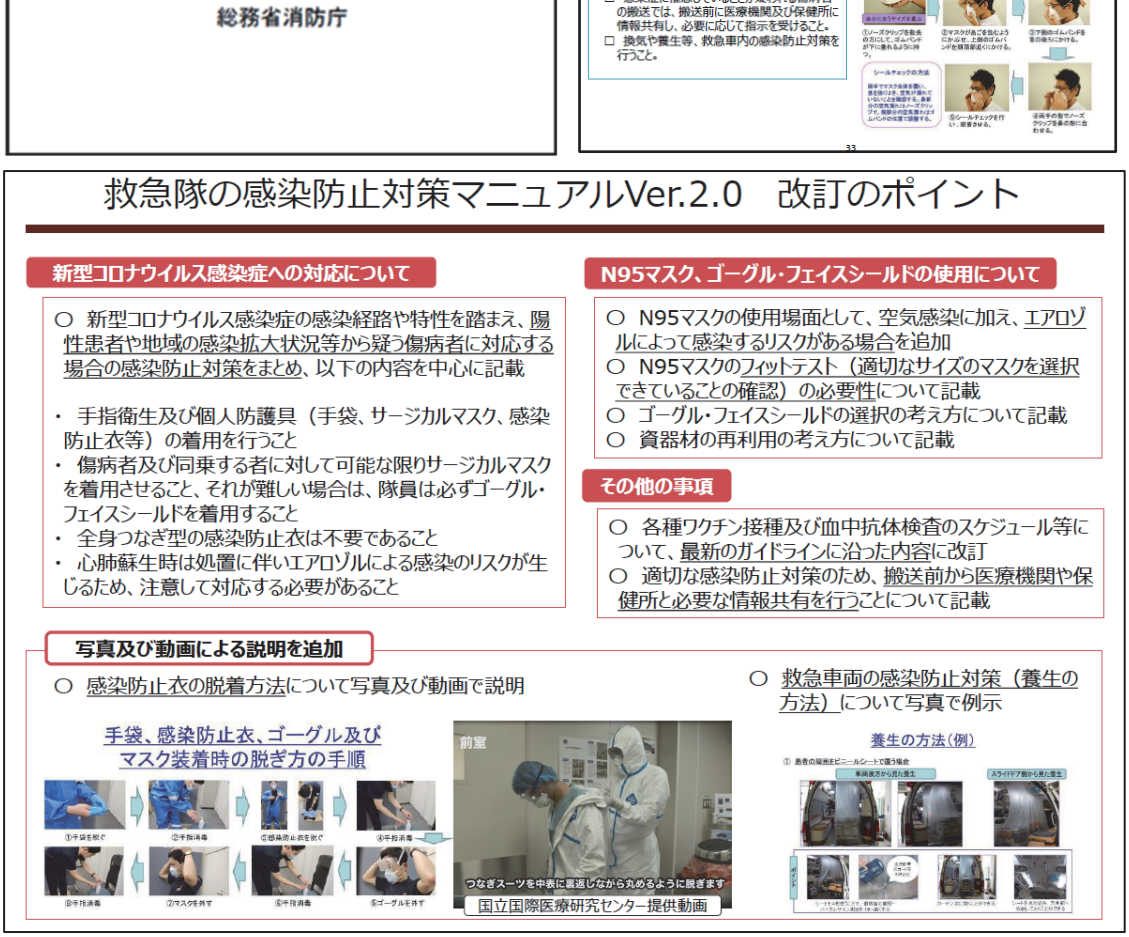
新型コロナウイルス感染症に対する対策

<救急活動時の感染防止対策>
□ 手指衛生及び個人防護具（手袋、サージカルマスク、感染防止衣等）の着用を行うこと。
□ 個人防護具を外す際には、自分自身や周囲を汚染しないように十分注意すること。
□ 傷病者及び救急車に同乗する者に対して、症状の有無に関わらず、可能な限りサージカルマスクを着用させること。着用させることが難しい場合は、救急隊員は必ずゴーグル又はフェイスシールドを着用すること。
□ エアロゾルが発生しやすい状況（※）に接する場合は、N95マスクを着用すること。
（※気管挿管、気管内吸引、用手換気、心肺蘇生時の処置）
□ 全身つなぎ型の感染防止衣を着用する必要はないこと。
□ 心肺蘇生時は蘇生処置に伴う感染リスクに特に注意すること。

<個人防護具の着用例>
感染防止衣（複数回使用）
感染防止衣（単回使用）
血液・体液等が飛散する場合に着用
・ゴーグルまたはフェイスシールド
・アームカバー
・シューズカバー

N９５マスク（カップ型）のつけ方

33


救急隊の感染防止対策マニュアルVer.2.0　改訂のポイント

新型コロナウイルス感染症への対応について

○ 新型コロナウイルス感染症の感染経路や特性を踏まえ、陽性患者や地域の感染拡大状況等から疑う傷病者に対応する場合の感染防止対策をまとめ、以下の内容を中心に記載

・ 手指衛生及び個人防護具（手袋、サージカルマスク、感染防止衣等）の着用を行うこと
・ 傷病者及び同乗する者に対して可能な限りサージカルマスクを着用させること、それが難しい場合は、隊員は必ずゴーグル・フェイスシールドを着用すること
・ 全身つなぎ型の感染防止衣は不要であること
・ 心肺蘇生時は処置に伴いエアロゾルによる感染のリスクが生じるため、注意して対応する必要があること

N95マスク、ゴーグル・フェイスシールドの使用について

○ N95マスクの使用場面として、空気感染に加え、エアロゾルによって感染するリスクがある場合を追加
○ N95マスクのフィットテスト（適切なサイズのマスクを選択できていることの確認）の必要性について記載
○ ゴーグル・フェイスシールドの選択の考え方について記載
○ 資器材の再利用の考え方について記載

その他の事項

○ 各種ワクチン接種及び血中抗体検査のスケジュール等について、最新のガイドラインに沿った内容に改訂
○ 適切な感染防止対策のため、搬送前から医療機関や保健所と必要な情報共有を行うことについて記載

写真及び動画による説明を追加

○ 感染防止衣の脱着方法について写真及び動画で説明

手袋、感染防止衣、ゴーグル及びマスク装着時の脱ぎ方の手順

①手袋を脱ぐ　②手指消毒　③感染防止衣を脱ぐ　④手指消毒
⑤手指消毒　⑥ゴーグルを外す　⑦マスクを外す　⑧手指消毒

前室
つなぎスーツを中表に裏返しながら丸めるように脱ぎます
国立国際医療研究センター提供動画

○ 救急車両の感染防止対策（養生の方法）について写真で例示

養生の方法（例）

（１）新型コロナウイルス感染症への対応について

新型コロナウイルス感染症の主要な感染経路は、飛沫感染、接触感染及びエアロゾルによる感染とされている。また、自覚症状が発生する約２日前から発生直後にかけて、他人への感染性のピークを迎えることが報告されている。これらのことを踏まえ、陽性患者や地域の流行状況等から判断して新型コロナウイルス感染症が疑われる傷病者に対応する場合の感染防止対策及び心肺蘇生時の対応をまとめた。また、常時必要な感染防止対策とそうでない対策についても記載した。

① 感染防止対策

- 標準予防策として、手指衛生及び個人防護具（手袋、サージカルマスク、感染防止衣等）の着用を行う。個人防護具を外す際には、自分自身や周囲を汚染しないよう十分に注意する。
- 傷病者及び救急車に同乗する者に対して、症状の有無に関わらず、可能な限りサージカルマスクを着用させる。サージカルマスクを着用させることが難しい場合は、飛沫等に曝露される可能性があるため、救急隊員は必ずゴーグル又はフェイスシールドを着用する。
- 感染経路別予防策として、エアロゾルが発生しやすい状況に接する場合は、N95 マスクを着用する。なお、全身つなぎ型の感染防止衣を着用する必要はない。

② 心肺蘇生時の対応

心肺蘇生時は処置に伴いエアロゾルによる感染リスクが生じることから、以下の点に注意して対応する必要がある。

- 胸骨圧迫は、BVM で傷病者の口、鼻を覆い密着させた後に開始する。
- BVM 換気は、HEPA フィルターがあれば装着し、マスクを密着させて、エアリークをできるだけ少なくして行う。
- 早期に器具を用いた気道確保を行うことが望ましい。気管内チューブが最もエアリークが少ないが、対応する者の熟練度に応じて、気管内チューブ又は声門上デバイスを選択する。
- 気管挿管は、可能であればビデオ喉頭鏡を使用して行う。挿入時には、傷病者の顔からマスクを外す前に胸骨圧迫を中断し、挿入を確認して BVM を接続した後に再開する。
- 対応する人員を最小限にするために、自動式心マッサージ器を積極的に活用する。

【参考】

心肺蘇生時の対応については、「新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う心肺停止傷病者への対応について（消防機関による対応ガイドライン）」（令和２年４月 27 日付け一般社団法人日本臨床救急医学会）を参照されたい。

（２）N95 マスクの使用について

N95 マスクの使用の考え方について、新型コロナウイルス感染症への対応の観点を含め、救急現場における対応がより明確になるよう検討を行い、主に以下のとおりとした。また、再利用方法についても記載した。

- N95 マスクの使用場面として、空気感染に加え、エアロゾルによって感染する疾患に罹患していることが疑われる傷病者に対応する場合であって、エアロゾルが発生しやすい状況に接する場合を追加した。
- N95 マスクの使用にあたっては、適切なサイズのマスクの選択のため、少なくとも１回は医療機関等においてフィットテストを行うことが望ましい。また、装着時には毎回シールチェックを行う。
- 再利用については、「N95 マスクの例外的取扱いについて」（令和２年４月 10 日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部、医薬・生活衛生局医療機器審査管理課、医薬・生活衛生局医薬安全対策課事務連絡）（マニュアル本体 P27「参考資料②」）を参考とすること。

（３）ゴーグル・フェイスシールドの使用について

N95 マスクと同様に、特に、新型コロナウイルス感染症への対応の観点から、ゴーグル等を着用すべき場面について、現場における対応がより明確になるよう、密着タイプのゴーグル、シールドタイプのゴーグル、フェイスシールドの使い分けについて検討を行い、主に以下のとおりとした（図表５－２）。また、再利用方法についても記載した。

- 血液・体液等が飛散している又は飛散の可能性がある現場では、感染防止衣とあわせて、アームカバー、シューズカバー及びゴーグル又はフェイスシールドを着用する。
- 感染症に罹患していることが確定している傷病者に対応する場合は、ゴーグル又はフェイスシールドは１回使い捨てのものを使用することが望ましいが、消毒を行って再利用してもよい。
- 再利用については、「サージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールドの例外的取扱いについて」（令和２年４月 14 日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）（マニュアル本体 P28「参考資料③」）を参考とすること。

図表５－２　ゴーグル及びフェイスシールドの例（藤沢市消防局提供画像）

（４）感染防止衣の使用について

感染防止衣の脱衣方法についての記載の充実や、全身つなぎ型の感染防止衣の適応等について検討を行い、主に以下のとおりとした。特に、感染防止衣の脱衣方法については、動画を消防庁 HP 上に公開するなど、わかりやすい資料となるよう工夫した。

・　感染防止衣等の脱ぎ方の手順について画像と文章での説明を追加するとともに、特に全身つなぎ型のものについては動画を公開した（図表５－３、図表５－４）。

・　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）に基づく一類感染症等の特定の感染症又は未知の感染症に罹患していることが疑われる傷病者に対応する場合は、全身つなぎ型の感染防止衣を着用する。

図表５－３　手袋、感染防止衣、ゴーグル及びマスク装着時の脱ぎ方の手順

※　全身つなぎ型の感染防止衣の脱ぎ方について、以下のホームページの動画を参照されたい。

https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/prevention/counterplan004.html

動画提供元	ポイント
国立国際医療研究センター 国際感染症センター	・着衣から脱衣までの一連の流れを説明 ・着用した２人がお互いを介助して脱衣する方法
都立駒込病院	・１人で脱衣する方法
新潟市消防局	・着用した者を着用していない者が介助して脱衣する方法

表５－４　国立国際医療研究センター国際感染症センター提供動画

（５）移送・搬送に係る対応について

医療機関内への感染伝播防止等の観点から、救急隊がどのような感染症を疑い、いずれの感染防止対策を講じているかを確実に連絡する等、主に搬送時の事前の情報伝達の必要性について記載した。また、救急車内において、感染経路に応じた感染防止対策を講じることについて記載し、養生の方法を画像と文章で例示した。

① 感染症に罹患していることが疑われる傷病者の搬送

感染症に罹患していることが疑われる傷病者の搬送では、搬送前から医療機関及び所轄保健所と情報共有することが重要である。特に、国内で季節性又は地域性に流行する感染症と、海外から侵入する可能性のある感染症に注意すること。

・　国内で季節性に流行する感染症としては、夏から秋にかけてインフルエンザ流行に先行する小児の RS ウイルス感染、秋から冬にかけて感染性胃腸炎

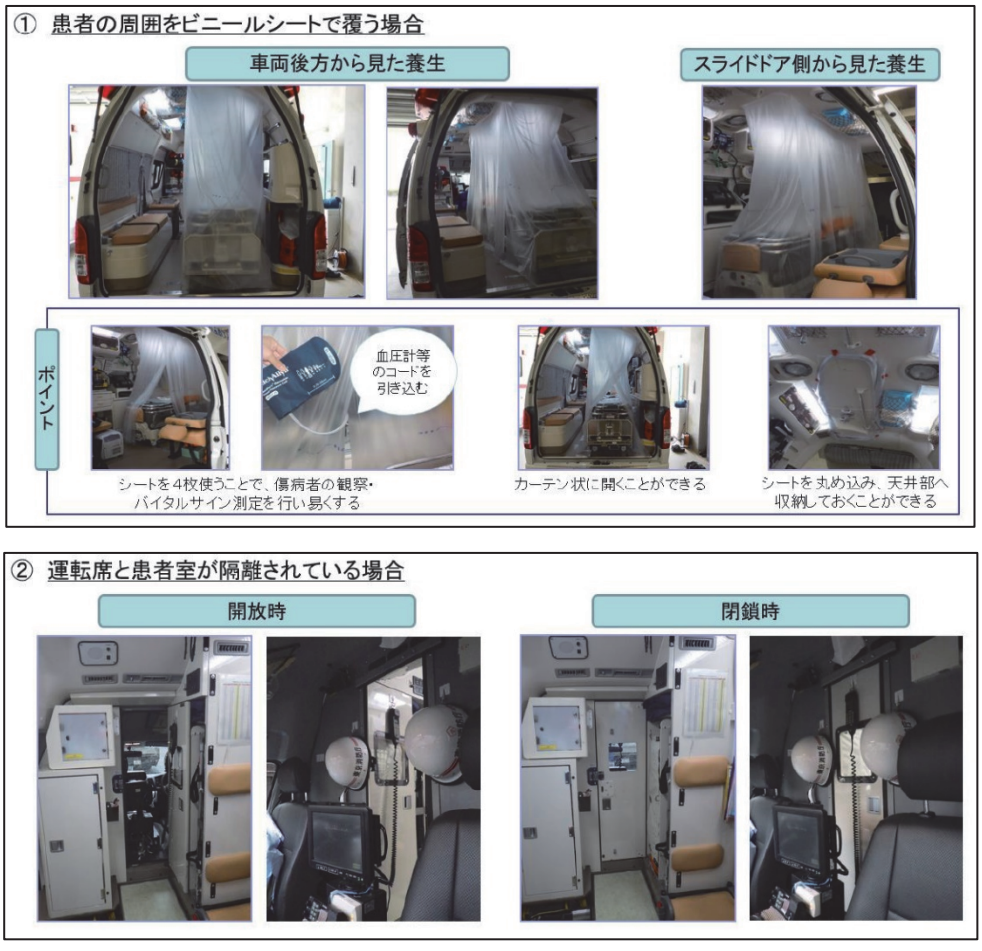
（特にノロウイルス）、冬から春にかけてインフルエンザ等が該当する。感染性胃腸炎とインフルエンザに関しては、標準予防策に感染経路別予防策を講じつつ、搬送先にその情報を確実に伝達すること。また、これらの感染症を含め、地域における感染症の流行状況を把握しておくこと。

・　海外渡航歴又は居住歴のある傷病者と接する場合は、海外から侵入してくる可能性のある感染症についての注意が必要である。病歴聴取時に、傷病者の海外渡航歴又は居住歴に関する情報を得た場合は、海外における感染症の流行状況等を参考に、必要に応じて医療機関及び所轄保健所に連絡を入れ、搬送時の感染防止対策等の指示を受けること。

② 車内の感染防止対策

移送・搬送時は、隊員個人の感染防止対策に加えて、救急車内の感染防止対策も行うこと。具体的には、想定される感染症の感染経路等に応じて、車内の換気や、傷病者と隊員の間の仕切り（養生）又はアイソレーターの使用を検討する。移送・搬送時にどのような感染防止対策を講じるかについては、あらかじめ地域の医療機関又は保健所等から助言を得ておくことが望ましい（図表５－５）。

図表５－５　養生の方法（例）（①新潟市消防局提供画像、②東京消防庁提供画像）



（６）ワクチン接種・抗体検査について

関係学会のガイドラインが更新されたことに伴い、麻しん等のワクチンについては、抗体価を測定せず２回接種となること、破傷風ワクチンについては、ワクチンの接種歴が確認できれば抗体検査の必要がないこと等について検討を行い、主に以下のとおりとした。

- 救急業務に際して、リスクの高い感染症に対する免疫を獲得しておくことは感染防止対策として有効である。従来から広く行われている年１回のインフルエンザワクチンの接種に加え、麻しん、風しん、流行性耳下腺炎、水痘、Ｂ型肝炎、破傷風のワクチン接種及び必要時の血中抗体検査が強く推奨される。
- 麻しん、風しん、流行性耳下腺炎、水痘は１歳以上で２回の予防接種記録が必要である。１歳以上で予防接種記録が１回のみの者や１回も接種していない者は、少なくとも４週間以上あけて総接種回数が２回となるよう接種を受ける。既罹患のため予防接種を受けていない者は、血中抗体検査を行う。
- Ｂ型肝炎は３回（１シリーズ）のワクチン接種ののちに血中抗体検査を行い、免疫獲得とならなかった場合は、もう１シリーズの接種を考慮する。
- 破傷風は３回のワクチン接種ののち、10 年ごとに１回、沈降破傷風トキソイドの追加接種を行う。なお、破傷風ワクチンの追加接種において、１回目は百日咳ワクチン混合のワクチンを接種することが望ましい。

【参考】

ワクチン接種及び血中抗体検査のスケジュール、ワクチンの効果、副反応等については、「医療関係者のためのワクチンガイドライン　第３版」（一般社団法人日本環境感染学会）（P. 25）（マニュアル本体 P. 25「参考資料①」）を参照されたい。

３　まとめ（今後の方向性）

現在も多数の新型コロナウイルス感染症患者が発生している中、各消防機関においては、救急隊員が安全に活動できるよう、改訂版マニュアルを最大限活用いただきたい。

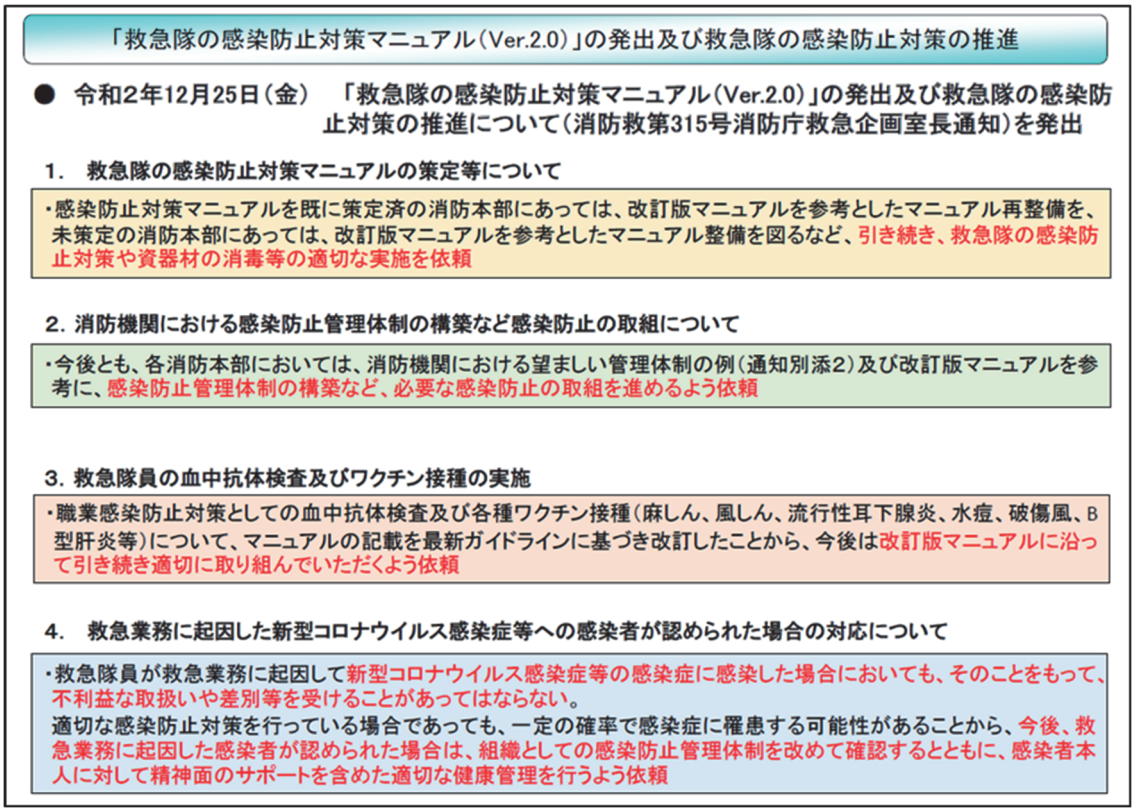
また、万が一、救急隊員が救急業務に起因して新型コロナウイルス感染症等の感染症に感染した場合においても、そのことをもって、不利益な取扱いや差別等を受けることはあってはならない。適切な感染防止対策を行っている場合であっても一定の確率で感染症に罹患する可能性があることから、今後、救急業務に起因した感染者が認められた場合は、組織としての感染防止管理体制を改めて確認するとともに、感染者本人に対して精神面のサポートを含めた適切な健康管理を行うよう努められたい。

感染症への的確な対応は、今後も救急隊の活動における重要な論点である。全国の救急隊員が安全に活動できる体制の構築や、改訂版マニュアルの更なるバージョンアップを含めた必要な情報の発信について引き続き取り組むことが、消防庁としての重要な責務であることを本検討会として指摘する。

【参考】

消防庁は、本報告書に記載したワーキンググループでの検討内容を踏まえ、「「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver.2.0）」の発出及び救急隊の感染防止対策の推進について」（令和２年 12 月 25 日付け消防救第 315 号消防庁救急企画室長通知）を発出した。当該通知においては、改訂版マニュアルを参考として、救急隊の感染防止対策マニュアルの整備等を依頼しているほか、消防機関における感染防止管理体制の構築などの感染防止の取組の推進、救急隊員の血中抗体検査及びワクチン接種の実施、さらに、救急業務に起因した新型コロナウイルス感染症等への感染者が認められた場合の対応についても記載している（図表５－６）。

図表５－６　令和２年 12 月 25 日付け消防救第 315 号消防庁救急企画室長通知の概要



第６章
救急業務に関するフォローアップ

第６章　救急業務に関するフォローアップ

１　背景・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、令和元年度の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、新たに今年度から４年間をかけて、フォローアップを実施することとした。

また、実施に当たり、基本方針として以下のとおり４つの項目を掲げた（図表６－１）。

図表６－１　救急業務に関するフォローアップ今年度の基本方針

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基本方針

○　個別訪問先の対象は、引き続き都道府県及び消防本部とするが、昨年度の検討会での検討事項等を踏まえ、より詳細な分析を行っていく観点から、各都道府県を3年に1回から4年に1回程度に変更し訪問する。

○　訪問先の消防本部については、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の消防本部を都道府県消防防災主管部局が選定して個別訪問を進めていく。

○　個別訪問時のヒアリングについては、令和元年度まで都道府県の果たす役割が大きいと考え、都道府県が主体となり実施したが、令和2年度からは都道府県との連携を継続しつつ、地域における課題の把握や実情を理解するために、消防庁が主体的に行うこととする。

○　昨年度までの調査内容に加え、これまでに消防庁が発出した通知等に関する実施状況を新たに調査し、全国的な救急業務のより一層のレベルアップにつなげる。

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、726 消防本部
- 調査方法：電子ファイル送付によるアンケート
- 調査期間：令和２年８月３日～８月 26 日（基準日：令和２年８月１日）
- 回　収　率：100%

また、今年度の調査項目については、昨年度までの内容に加え、過去に救急企画室が発出した通知等の実施状況等についても調査対象とした（図表６－２）。

図表６－２　フォローアップの調査項目

※赤字は新規項目

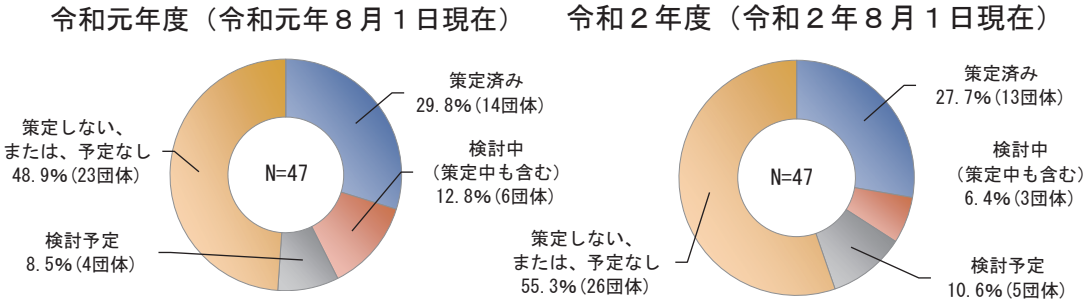
（１）転院搬送ガイドライン策定の有無及び取組状況

「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、令和元年度では 29.8%（14 団体）であったのに対し、令和２年度では 27.7%（13 団体）であった（図表６－３）。

さらに、「策定しない、または予定なし」と回答した団体も令和元年度の 23 団体から、令和２年度には 26 団体と増えていることから、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６－３　転院搬送ガイドライン策定状況（都道府県回答）

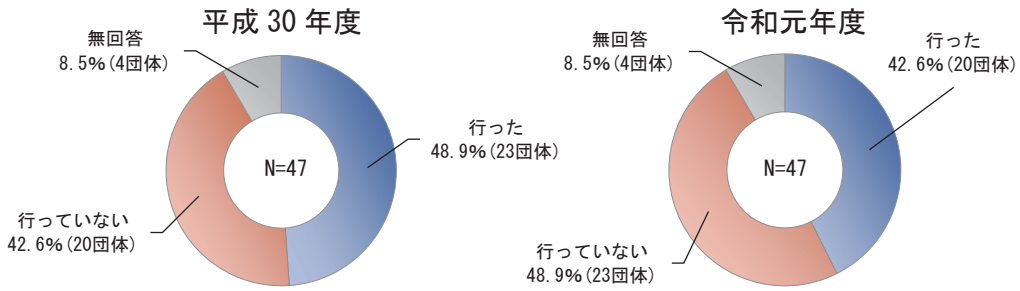


（２）傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準の改正について

令和元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 20 団体であった（図表６－４）。

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たうえで、「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、または見直しがなされることが望まれる。

図表６－４　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の有無（都道府県の回答）



（３）救急救命士の資格を有する救急隊員の推移

全国で、救急救命士の資格を有する救急隊員数は、令和元年度では 29,451 人であったのに対し、令和２年度では 30,255 人に増加した（図表６－５）。

図表６－５　救急救命士の資格を有する救急隊員数の推移

（「令和元年版救急・救助の現況」及び「令和２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	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
北海道	2,441	2,486	47.6%	47.8%	82.7%	88.6%	43.1%	46.9%	30.5%	32.7%	57.4%	68.6%	57.4%	68.6%
青森県	494	521	77.9%	74.1%	91.5%	89.3%	74.7%	71.4%	17.6%	31.7%	90.9%	90.0%	90.9%	90.0%
岩手県	431	449	85.8%	85.7%	92.1%	91.5%	84.7%	84.6%	51.3%	55.0%	91.6%	91.8%	91.6%	91.8%
宮城県	461	466	61.6%	63.9%	92.4%	94.0%	61.6%	63.9%	0.0%	0.0%	88.3%	92.9%	88.3%	92.9%
秋田県	390	395	33.6%	33.4%	92.8%	92.2%	33.6%	33.4%	25.9%	26.3%	91.3%	91.1%	91.3%	91.1%
山形県	299	306	30.8%	31.0%	94.3%	96.1%	30.1%	29.4%	0.0%	0.0%	94.0%	96.1%	94.0%	96.1%
福島県	496	525	46.0%	44.2%	88.9%	89.0%	43.5%	41.1%	3.6%	5.0%	68.3%	85.0%	69.8%	85.0%
茨城県	847	903	63.5%	62.1%	94.7%	93.9%	63.5%	62.0%	0.5%	0.4%	92.1%	92.4%	92.1%	92.4%
栃木県	544	550	52.2%	53.8%	89.7%	90.4%	49.1%	52.4%	3.7%	9.1%	85.7%	89.8%	85.7%	89.8%
群馬県	511	509	24.7%	23.8%	74.4%	75.6%	23.1%	22.2%	12.3%	13.8%	52.1%	69.4%	52.1%	69.4%
埼玉県	1,274	1,332	59.1%	59.0%	93.4%	93.1%	59.1%	59.0%	44.8%	47.2%	88.0%	91.7%	88.0%	91.5%
千葉県	1,144	1,191	55.2%	54.8%	93.1%	92.7%	54.8%	54.7%	11.7%	17.3%	88.4%	91.4%	88.4%	88.2%
東京都	1,879	1,974	26.3%	26.4%	88.8%	90.0%	23.0%	26.2%	4.9%	7.1%	54.1%	66.4%	53.7%	66.4%
神奈川県	1,525	1,576	40.0%	38.8%	90.8%	92.8%	33.6%	38.3%	25.4%	28.6%	89.3%	91.9%	89.3%	91.9%
新潟県	686	687	20.0%	17.8%	97.5%	97.4%	20.0%	17.8%	3.9%	3.6%	97.2%	97.4%	97.2%	97.4%
富山県	284	289	64.8%	64.0%	82.0%	81.3%	61.3%	60.2%	0.0%	0.0%	78.2%	78.9%	78.2%	78.9%
石川県	330	343	45.5%	44.6%	66.4%	68.2%	45.5%	44.6%	0.0%	0.0%	61.8%	67.9%	61.8%	67.9%
福井県	226	237	83.2%	85.2%	94.2%	95.4%	82.7%	85.2%	15.0%	21.9%	94.2%	93.7%	94.2%	93.7%
山梨県	277	286	51.3%	49.3%	90.3%	94.4%	51.3%	49.3%	32.5%	35.7%	89.2%	92.7%	89.2%	92.7%
長野県	692	724	77.9%	77.6%	92.5%	91.6%	73.0%	75.7%	0.0%	0.0%	86.4%	88.1%	86.4%	88.1%
岐阜県	599	614	45.7%	45.6%	86.1%	85.8%	43.7%	43.8%	14.5%	15.6%	52.8%	60.6%	51.9%	61.2%
静岡県	720	730	61.0%	63.0%	94.9%	96.7%	60.6%	62.7%	39.4%	47.1%	66.5%	80.5%	66.5%	80.5%
愛知県	1,438	1,514	28.7%	29.3%	81.4%	82.2%	23.7%	29.3%	0.5%	0.9%	75.2%	75.7%	75.2%	75.7%
三重県	544	549	30.5%	30.8%	94.1%	95.8%	30.5%	30.6%	16.4%	17.5%	91.4%	93.6%	91.4%	93.6%
滋賀県	339	342	44.0%	44.7%	91.7%	92.4%	43.7%	44.4%	0.0%	0.0%	89.1%	89.5%	89.1%	89.5%
京都府	504	515	65.7%	66.8%	89.7%	89.5%	65.7%	66.4%	0.0%	0.6%	86.7%	88.0%	86.7%	88.0%
大阪府	1,473	1,520	70.3%	70.9%	89.2%	91.1%	69.0%	69.5%	44.3%	46.5%	80.6%	86.6%	80.5%	86.4%
兵庫県	1,230	1,247	56.9%	58.8%	82.6%	84.5%	53.6%	58.8%	40.7%	45.1%	74.8%	81.4%	74.8%	81.4%
奈良県	371	321	44.5%	44.5%	94.1%	94.1%	44.5%	44.5%	28.3%	25.9%	94.1%	90.0%	94.1%	90.0%
和歌山県	320	315	80.6%	83.5%	80.3%	82.9%	75.6%	78.4%	2.5%	0.0%	80.0%	82.9%	80.0%	82.9%
鳥取県	183	194	84.2%	83.5%	94.0%	93.3%	84.2%	83.5%	0.0%	0.0%	92.9%	92.8%	92.9%	92.8%
島根県	273	280	51.6%	51.1%	94.1%	93.9%	51.6%	51.1%	41.8%	42.9%	86.1%	87.1%	87.2%	87.1%
岡山県	495	500	74.1%	76.2%	91.7%	94.2%	73.7%	75.6%	35.8%	42.2%	84.6%	87.4%	84.6%	87.4%
広島県	666	683	34.2%	35.1%	90.7%	91.9%	34.2%	35.0%	25.5%	26.5%	82.6%	88.3%	80.9%	88.4%
山口県	376	386	56.9%	57.0%	93.1%	92.0%	53.4%	56.7%	0.8%	0.0%	92.6%	91.2%	92.6%	91.2%
徳島県	205	217	83.4%	83.9%	91.2%	92.2%	83.4%	74.7%	56.6%	60.8%	89.8%	90.3%	88.8%	90.3%
香川県	246	258	84.6%	81.4%	84.6%	86.0%	74.0%	76.7%	58.9%	60.5%	75.6%	78.7%	75.6%	79.8%
愛媛県	387	380	79.3%	80.5%	91.7%	95.5%	73.8%	80.5%	46.8%	63.2%	85.3%	93.4%	85.3%	93.4%
高知県	295	305	93.6%	93.8%	93.2%	96.1%	90.5%	93.1%	0.0%	0.0%	93.6%	95.4%	93.2%	95.1%
福岡県	829	850	40.0%	39.5%	82.9%	80.4%	33.0%	38.5%	0.5%	0.2%	63.8%	74.4%	63.8%	74.4%
佐賀県	226	230	23.5%	25.2%	91.6%	91.7%	23.0%	25.2%	0.0%	0.9%	55.8%	68.7%	55.8%	68.7%
長崎県	359	365	64.1%	66.0%	86.4%	88.2%	60.7%	62.2%	0.8%	1.1%	74.9%	86.3%	74.9%	86.3%
熊本県	439	455	52.8%	52.3%	95.4%	95.2%	52.4%	52.3%	0.0%	0.0%	75.2%	89.7%	75.2%	89.5%
大分県	328	347	40.2%	39.2%	96.6%	92.8%	39.6%	38.6%	22.9%	26.2%	88.4%	85.9%	88.4%	87.6%
宮崎県	265	268	46.4%	50.4%	92.1%	92.9%	45.7%	49.6%	0.0%	0.0%	85.7%	88.8%	85.7%	88.4%
鹿児島県	601	606	63.2%	64.5%	90.7%	92.2%	62.6%	64.4%	23.8%	31.7%	71.4%	85.0%	68.7%	85.0%
沖縄県	509	515	45.6%	45.0%	94.1%	96.3%	45.4%	44.3%	4.1%	7.4%	78.8%	86.0%	78.8%	86.0%
合　計	29,451	30,255	51.4%	51.6%	89.1%	90.2%	50.3%	50.7%	18.6%	21.0%	77.8%	83.5%	77.7%	83.4%

（＊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。

（４）指導救命士の認定状況について

指導救命士を認定している都道府県 MC 協議会は、令和元年度及び令和２年度では、45 都道府県 MC 協議会（95.7%）であった。また、指導救命士数の合計は令和元年度では 2,230 人であったのに対し、令和２年度では 2,480 人に増加した（図表６－６）。

図表６－６　指導救命士認定者数（都道府県 MC 協議会の回答）

No.	都道府県名	令和元年８月１日現在 指導救命士 認定者数(人)	令和2年８月１日現在 指導救命士 認定者数(人)
1	北　海　道	21	21
2	青　森　県	41	42
3	岩　手　県	34	34
4	宮　城　県	33	35
5	秋　田　県	33	41
6	山　形　県	33	33
7	福　島　県	43	47
8	茨　城　県	93	93
9	栃　木　県	55	57
10	群　馬　県	60	60
11	埼　玉　県	115	133
12	千　葉　県	100	114
13	東　京　都	3	3
14	神 奈 川 県	63	89
15	新　潟　県	44	54
16	富　山　県	0	0
17	石　川　県	36	57
18	福　井　県	21	28
19	山　梨　県	29	33
20	長　野　県	36	43
21	岐　阜　県	107	0
22	静　岡　県	44	52
23	愛　知　県	0	107
24	三　重　県	77	77
25	滋　賀　県	27	34
26	京　都　府	38	42
27	大　阪　府	160	172
28	兵　庫　県	72	95
29	奈　良　県	32	34
30	和 歌 山 県	46	51
31	鳥　取　県	29	30
32	島　根　県	30	31
33	岡　山　県	26	32
34	広　島　県	42	50
35	山　口　県	57	60
36	徳　島　県	16	21
37	香　川　県	21	23
38	愛　媛　県	61	61
39	高　知　県	26	39
40	福　岡　県	109	111
41	佐　賀　県	34	35
42	長　崎　県	30	31
43	熊　本　県	101	101
44	大　分　県	38	42
45	宮　崎　県	8	17
46	鹿 児 島 県	52	56
47	沖　縄　県	54	59
合計		45都道府県　2,230人	45都道府県　2,480人

※指導救命士認定者数については、令和元年度及び令和２年度の「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」に基づく都道府県 MC 協議会回答票に基づく報告数である。
※令和元年における指導救命士認定者数については、都道府県独自の認定基準も含む。

（５）感染症に関する保健所等との協定等締結状況

（今般の新型コロナウイルス感染症に関わる移送搬送体制も含む）

①「保健所との協定締結状況（エボラ出血熱）」について

保健所等から「エボラ出血熱の患者の移送については消防機関の協力が不要」とされた消防本部は、令和元年度では 15.4%（112 本部）であったのに対し、令和２年度では 18.1%（132 本部）となった。

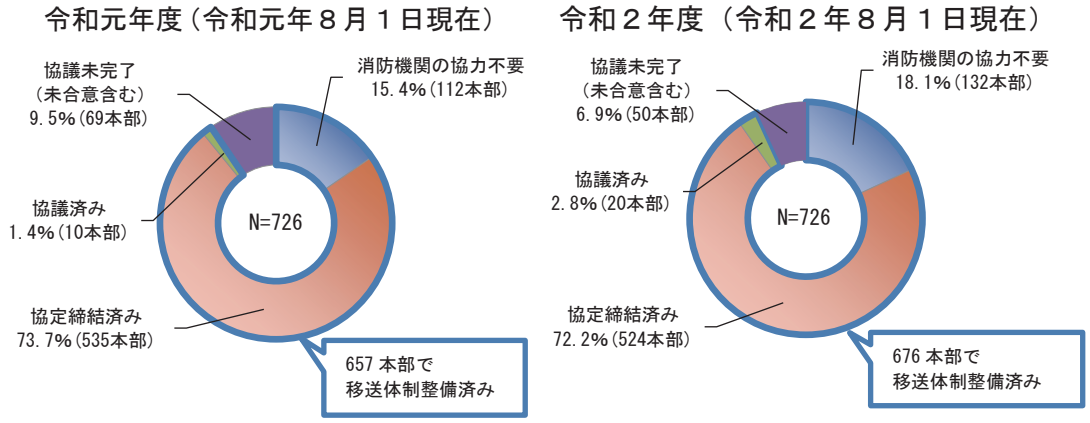
「エボラ出血熱の患者の移送について保健所等との協定等締結済み」の消防本部は、令和元年度では 73.7%（535 本部）であったのに対し、令和２年度では 72.2%（524 本部）となった。

「保健所等と消防機関において協議し合意したが協定等未締結」の消防本部は、令和元年度では 1.4%（10 本部）であったのに対し、令和２年度では 2.8%（20 本部）となった。

「保健所等と消防機関において協議未完了（協議中、未合意含む）」の消防本部は、令和元年度では 9.5%（69 本部）であったのに対し、令和元年度では 6.9%（50 本部）となった。

以上のことから、エボラ出血熱の患者の移送について、移送体制が整備された地域の消防本部は、令和元年度は 90.5%（657 本部）であったが、令和２年度では 93.1%（676 本部）に増加した（図表６－７）。

図表６－７　「保健所との協定締結状況（エボラ出血熱）」について（消防本部回答）

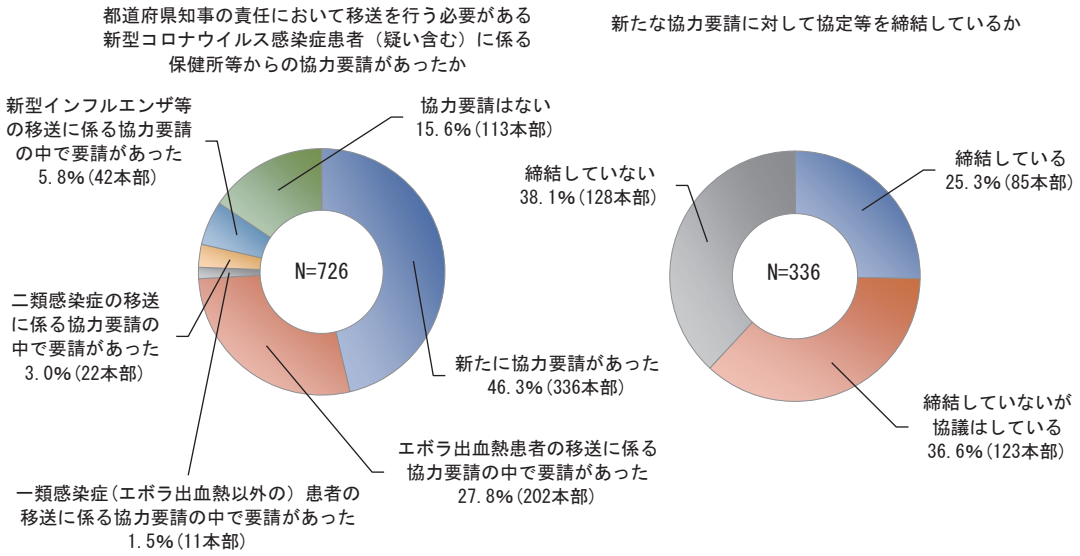


②「保健所との協定締結状況（新型コロナウイルス感染症に関して事前の協議を含める）」について

都道府県知事の責任において移送を行う必要がある新型コロナウイルス感染者（疑いを含む）に係る保健所等からの協力要請について「新たに協力要請があった」と回答した消防本部が 46.3%（336 本部）、「エボラ出血熱患者の移送に係る協力要請の中で要請があった」と回答した消防本部が 27.8%（202 本部）、「一類感染症（エボラ出血熱以外の）患者の移送に係る協力要請の中で要請があった」と回答した消防本部が 1.5%（11 本部）、「二類感染症の移送に係る協力要請の中で要請があった」と回答した消防本部が、3.0%（22 本部）、「新型インフルエンザ等の移送に係る協力要請の中で要請があった」と回答した消防本部が 5.8%（42 本部）であった。

「新たに協力要請があった」と回答した 336 本部のうち、協定等を「締結している」と回答した消防本部が 25.3%（85 本部）、「締結していないが協議はしている」と回答した消防本部が 36.6%（123 本部）、「締結していない」と回答した消防本部が 38.1%（128 本部）であった（図表６－８）。

図表６－８　「保健所との協定締結状況（新型コロナウイルス感染症に関して事前の協議を含める）」について（消防本部回答）
令和２年度（令和２年８月１日現在）



（６）ICT の導入状況について（AI や RPA の活用状況、救急ボイストラの導入状況）

① AI や RPA の活用状況及びスマートフォン・タブレット端末の導入状況について

救急隊のスマートフォン又はタブレット端末の導入状況については、平成 30 年８月１日時点で「導入している」と回答した消防本部が 60.4%（440 本部）であったのに対し、令和２年８月１日時点では、84.7%（615 本部）に増加した（「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」及び本報告書第２章図表２－18 参照）。スマートフォンやタブレット端末の導入は、救急業務の高度化等に不可欠な課題であることから、令和元年度からその配備のための経費が普通交付税で措置されているところであり、未導入消防本部においては、早期の導入が望まれる。

また、AI や RPA 等の先進的な技術について、今回のフォローアップの中では、救急業務の中での活用を確認することはできなかったが、先進的な技術の導入に向けた検討を本報告書の第２章に記載しているので、参考とされたい。

② 消防本部の救急ボイストラの導入状況について

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。令和元年 10 月１日時点では、476 本部（65.6%）の導入であったのに対し、令和２年６月１日現在、567 本部（78.1%）の導入に増加した（図表６－９）。

図表６－９　救急ボイストラの導入状況

令和元年度（10 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	42	58	滋　賀	3	7
青　森	9	11	京　都	5	15
岩　手	10	12	大　阪	27	27
宮　城	7	11	兵　庫	20	24
秋　田	10	13	奈　良	3	3
山　形	7	12	和歌山	10	17
福　島	7	12	鳥　取	3	3
茨　城	22	24	島　根	5	9
栃　木	11	12	岡　山	8	14
群　馬	11	11	広　島	11	13
埼　玉	27	27	山　口	5	12
千　葉	18	31	徳　島	4	13
東　京	4	5	香　川	9	9
神奈川	13	24	愛　媛	6	14
新　潟	11	19	高　知	2	15
富　山	2	8	福　岡	7	24
石　川	6	11	佐　賀	5	5
福　井	4	9	長　崎	4	10
山　梨	4	10	熊　本	2	12
長　野	8	13	大　分	11	14
岐　阜	20	20	宮　崎	8	10
静　岡	9	16	鹿児島	11	20
愛　知	19	34	沖　縄	15	18
三　重	11	15	**合　計**	**476**	**726**

令和２年度（６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	51	58	滋　賀	3	7
青　森	11	11	京　都	8	15
岩　手	11	12	大　阪	27	27
宮　城	10	11	兵　庫	23	24
秋　田	11	13	奈　良	3	3
山　形	8	12	和歌山	13	17
福　島	7	12	鳥　取	3	3
茨　城	24	24	島　根	6	9
栃　木	11	12	岡　山	12	14
群　馬	11	11	広　島	13	13
埼　玉	27	27	山　口	7	12
千　葉	24	31	徳　島	9	13
東　京	4	5	香　川	9	9
神奈川	19	24	愛　媛	6	14
新　潟	14	19	高　知	10	15
富　山	6	8	福　岡	10	24
石　川	9	11	佐　賀	5	5
福　井	6	9	長　崎	6	10
山　梨	4	10	熊　本	4	12
長　野	9	13	大　分	12	14
岐　阜	20	20	宮　崎	8	10
静　岡	12	16	鹿児島	12	20
愛　知	21	34	沖　縄	16	18
三　重	12	15	**合　計**	**567**	**726**

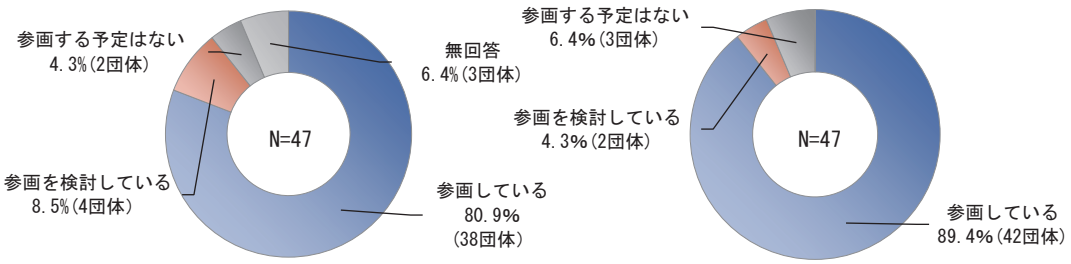
（７）搬送困難事例への対応

「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。

① 精神科救急医療体制連絡調整委員会等への参画状況

都道府県に設けられている「精神科救急医療体制連絡調整委員会等（医療圏域毎の検討部会を含む。）」に、消防機関が参画している都道府県は、令和元年度では 80.9%（38 団体）であったのに対し、令和２年度では 89.4%（42 団体）に増加した（図表６－10）。

図表６－10　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）

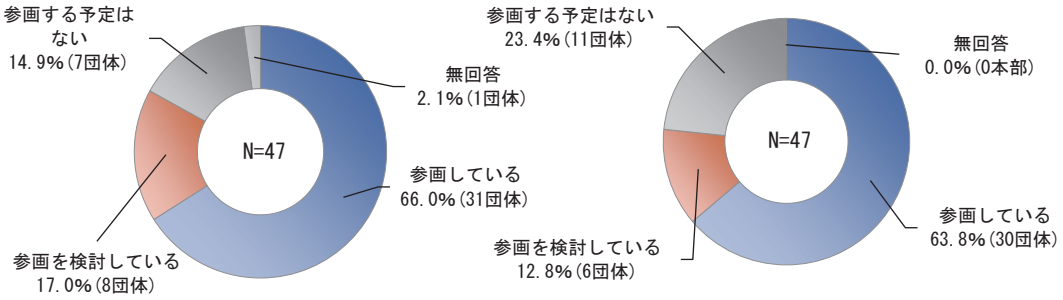


防災主管部局と衛生主管部局との回答が異なっていた場合、より積極的な回答を集計

② 精神科医の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、63.8%（30 団体）であった（図表６－11）。

図表６－11　精神科医の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参画状況（都道府県回答）



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

（８）過去に救急企画室が発出した通知等の実施状況について

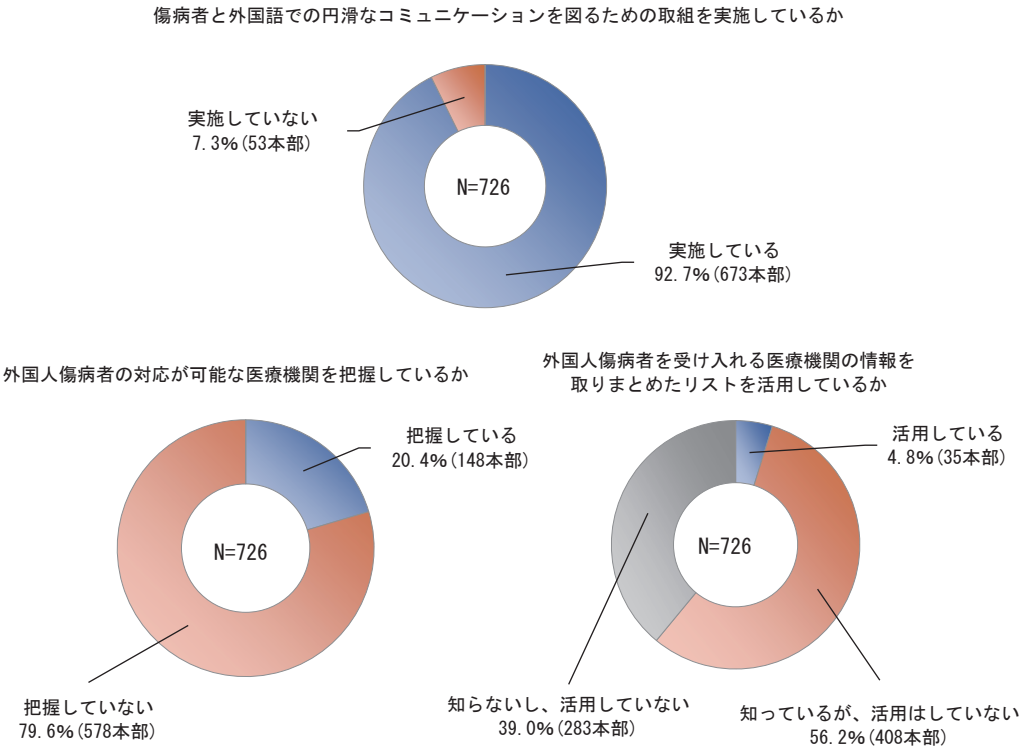
① 外国人傷病者に円滑に対応するための消防機関における取組の推進について

「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を「実施している」と回答した消防本部は、92.7%（673 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、「把握している」と回答した消防本部は、20.4%（148 本部）であった。外国人傷病者を受け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は、4.8%（35 本部）であった。

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、搬送先の医療機関における外国人への対応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６－12）。

図表６－12　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）
令和２年度（令和２年８月１日現在）



② 救急隊における観察・処置等について

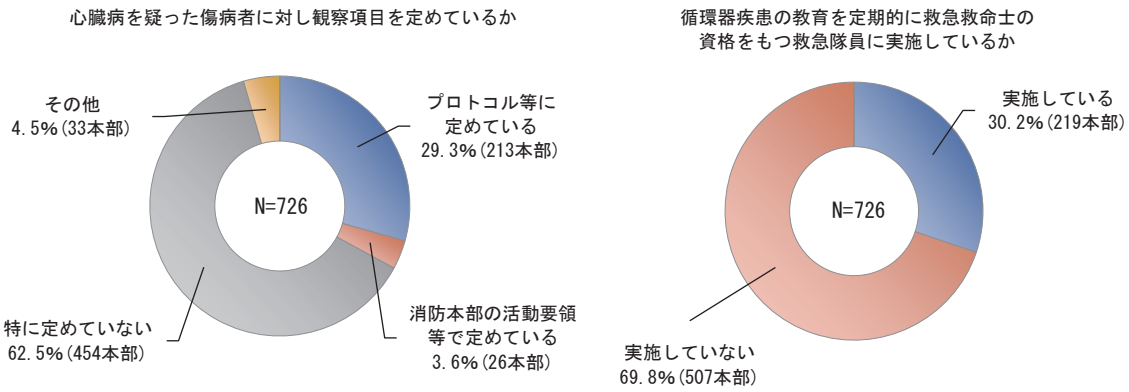
健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成 30 年法律第 105 号）の施行等を背景に、関係学会から消防庁に対して提言がなされたことを受け、「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会」の中で、救急隊における観察・処置について検討し、その結果を踏まえて、「救急隊における観察・処置等について」（令和２年３月 27 日付け消防救第 83 号消防庁救急企画室長通知。以下「令和２年３月 27 日通知」という。）を発出した。

心臓病を疑った傷病者に対する観察項目について「特に定めていない」と回答した消防本部は、62.5%（454 本部）で、「プロトコル等に定めている」と回答した消防本部は、29.3%（213 本部）、「消防本部の活動要領に定めている」と回答した消防本部は、3.6%（26 本部）であった。

循環器疾患の教育を定期的に救急救命士の資格を持つ救急隊員に「実施していない」と回答した消防本部は、69.8%（507 本部）、「実施している」は、30.2%（219 本部）であった（図表６－13）。

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６－13　心臓病に関する観察・処置等について（消防本部回答）
令和２年度（令和２年８月１日現在）

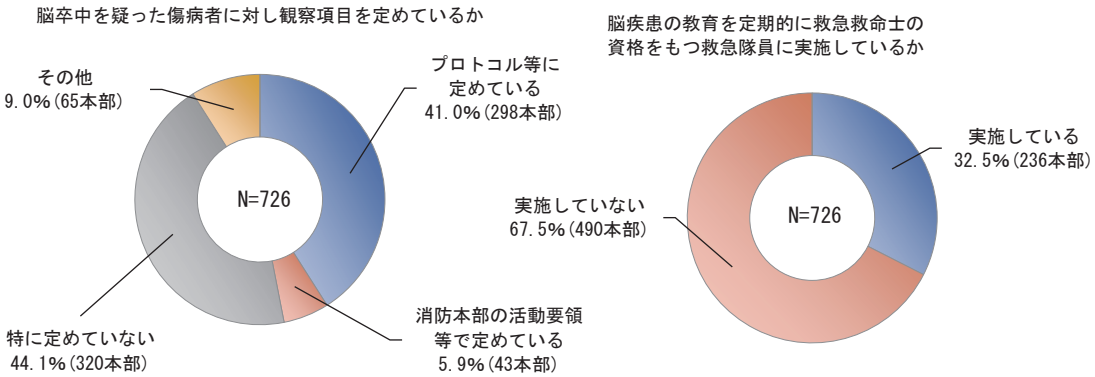


脳卒中を疑った傷病者に対する観察項目について「特に定めていない」と回答した消防本部は、44.1%（320 本部）、「プロトコル等に定めている」と回答した消防本部は、41.0%（298 本部）、「消防本部の活動要領で定めている」と回答した消防本部は、5.9%（43 本部）であった。脳疾患の教育を定期的に救急救命士の資格をもつ救急隊員に「実施していない」と回答した消防本部は、67.5%（490 本部）、「実施している」と回答した消防本部は、32.5%（236 本部）であった（図表６－14）。

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６－14　脳卒中に関する観察・処置等について（消防本部回答）

令和２年度（令和２年８月１日現在）



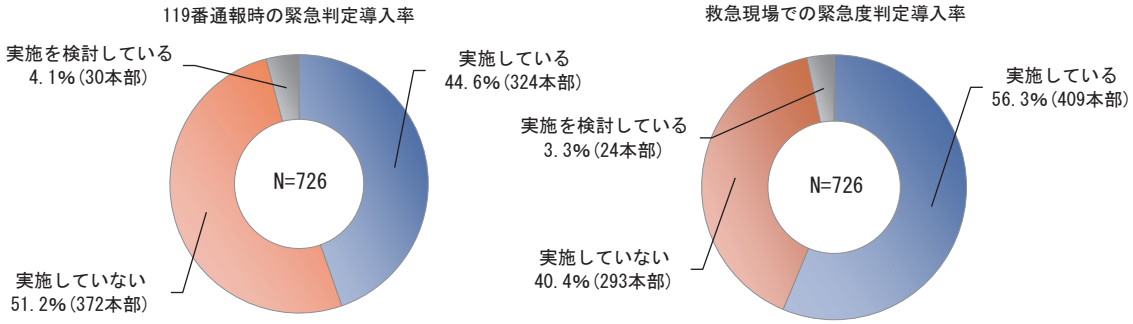
③ 119 番通報時及び救急現場における緊急度判定の導入の推進について

「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。

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、44.6%（324 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 56.3%（409 本部）であった（図表６－15)。

119 番通報時では約 50%、救急現場では約 40%の消防本部において緊急度判定が導入されていないことから、昨年度、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６－15　119 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）
令和２年度（令和２年８月１日現在）



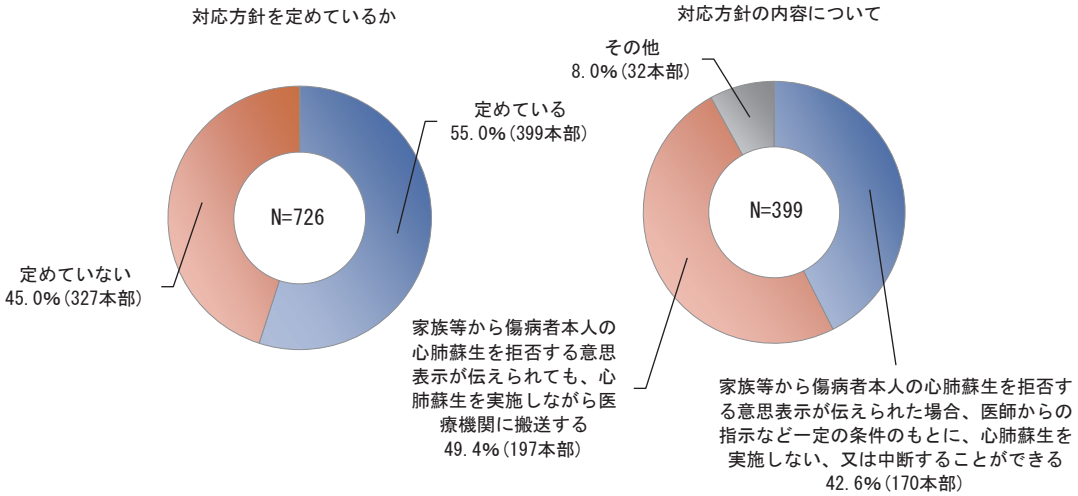
④ 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施について

「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 55.0%（399 本部）、「定めていない」と回答した消防本部が 45.0%（327 本部）であった。「定めている」と回答した 399 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 42.6%（170 本部）であった（図表６－16）。

これらの結果から、昨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６－16　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）
令和２年度（令和２年８月１日現在）



⑤ 救急隊の感染防止対策の推進について

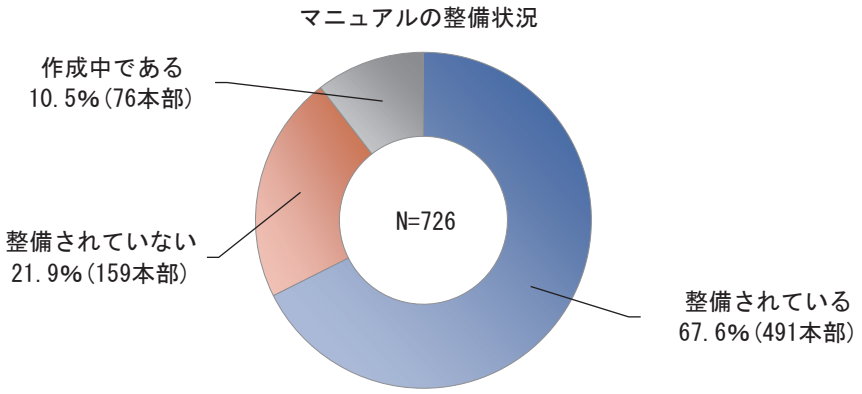
「平成 30 年度救急業務のあり方に関する検討会」の中で、感染防止対策マニュアルの作成や、消防機関における望ましい感染防止管理体制について検討し、その結果を踏まえて、「救急隊の感染防止対策の推進について」（平成 31 年３月 28 日付け消防救第 49 号消防庁救急企画室長通知）を発出した。

感染防止対策マニュアルの整備状況について「整備されている」と回答した消防本部が 67.6%（491 本部）、「整備されていない」と回答した消防本部が 21.9%（159 本部）、「作成中である」と回答した消防本部が 10.5%（76 本部）であった（図表６－17）。

マニュアルが整備されていない消防本部においては、今般改訂された「救急隊の感染防止マニュアル Ver.2.0」（詳細は、本報告書の第５章を参照）を参考としてマニュアルの整備を図るなど、引き続き救急隊の感染防止対策等を適切に実施することが望まれる。

図表６－17　感染防止対策マニュアルの整備について（消防本部回答）

令和２年度（令和２年８月１日現在）

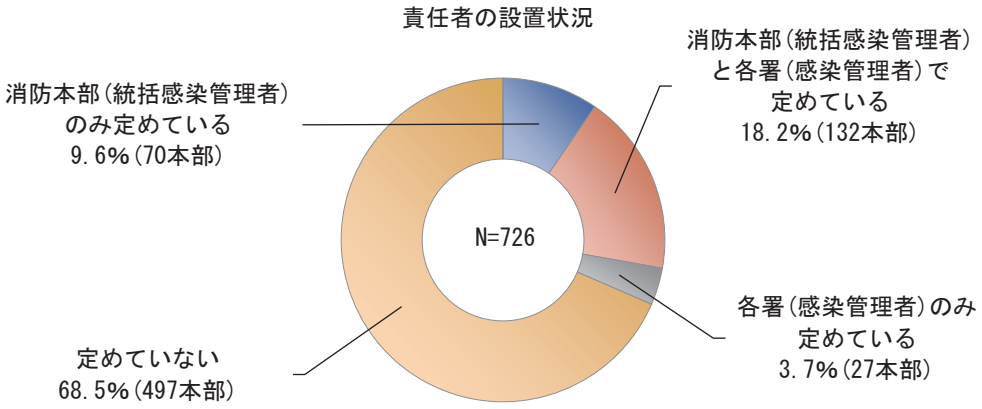


感染防止に関する責任者については、「定めていない」と回答した消防本部が68.5%（497本部）、「消防本部（総括感染管理者）と各署（感染管理者）で定めている」と回答した消防本部が18.2%（132本部）、「消防本部（統括感染管理者）のみ定めている」と回答した消防本部が9.6%（70本部）、「各署（感染管理者）のみ定めている」と回答した消防本部が3.7%（27本部）であった（図表６－18）。

消防庁から発出された「救急隊の感染防止対策の推進について」（令和２年12月25日付け消防救第315号消防庁救急企画室長通知）においても、引き続き感染防止管理体制の重要性を指摘していることから、責任者を定めていない消防本部においては、早急に必要な取組を進めることが求められる。

図表６－18　感染防止に関する責任者について（消防本部回答）

令和２年度（令和２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、個別訪問前調査表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６−19）。

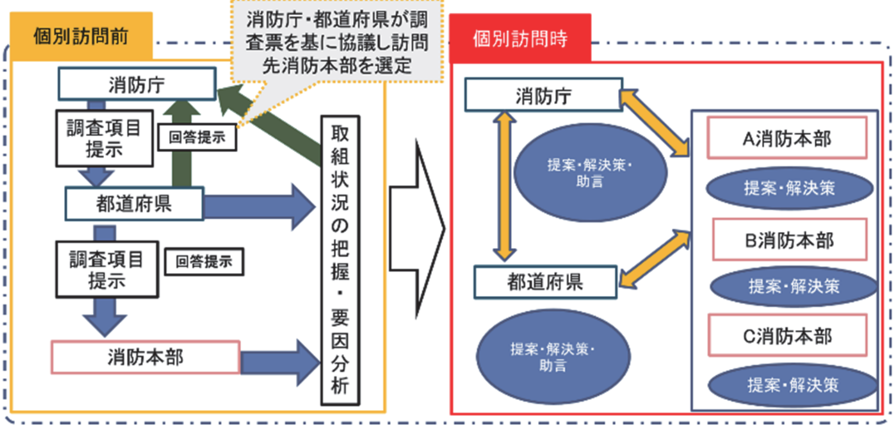
図表６－19　個別訪問前調査票（一部抜粋）

			全　国 （令和元年度調査結果及び令和元年救急救助の現況数値）	県 令和元年度調査結果又は令和元年救急救助の現況に用いた数値	●●消防本部 ※1 平成31年中 ※2 令和2年4月1日	●●消防本部
《時点》 ※1　平成30年中 ※2　平成31年4月1日 最新の情報があれば更新可能（平成31年4月1日以外の場合、時点を記入）						
人口（消防本部は管轄人口）			127,094,745人 （平成27年国勢調査）	7483128	2,321,727	374765
1	＃7119実施状況		16地域（34%）	無		
2 （一部☆）	感染症	保健所との協定締結状況の有無（エボラ出血熱）	締結済　535本部（73.7%）、協議済　10本部（1.4%）、協議未完了　69本部（9.5%）、協力不要　112本部（15.4%）	無	無	有
		保健所との協定締結状況の有無（新型コロナウイルス感染症に関して事前の協議を含める）		無	無	有
		新型コロナウイルス感染症に関して、救急業務において何らかの課題があるか。		有	有	有
		新型コロナウイルス感染症に関して、疑われる傷病者をまず受入れる医療機関（協力医療機関）であったり、搬送ルールが都道府県調整本部やMCで策定され共有されているか。		有	無	有
3	ICTの導入状況	AI、RPAの導入状況	スマートフォン・タブレット導入状況521本部（71.8%）	52.90%	未導入	未導入
		救急ボイストラの導入状況	476本部 （65.6%）	47.10%	導入済み	導入済み
4	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		
		転院搬送割合※1	8.2%	6.80%	6.4	7.7
5	救急救命士運用状況※2	救急隊数	5,215	235	45	8
		救命士運用隊	5,178	235	45	8
			99.3%	100%	100%	100%
		常時運用隊	4,782	234	45	8
			91.7%	99.60%	100%	100%
	認定救命士資格保有状況※2	救命士総数	29,451	1429	412	67
		※各資格者の割合は、救急隊員のうちの有資格者数を分母とし計算している。　気管挿管	15,137	402	109	18
			51.4%	28.1%	38.9%	26.9%
		ビデオ喉頭鏡	5,480	4	9	0
			18.6%	0.3%	3.2%	0.0%
		アドレナリン投与	26,230	1152	230	52
			89.1%	80.6%	82.1%	77.6%
		ブドウ糖投与 CPA前静脈確保	ブドウ糖22,924	1064	207	48
			77.8%	74.5%	73.9%	71.6%
			CPA前22,891	1064	207	48
			77.7%	74.5%	73.9%	71.6%

・　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表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６－20）。

図表６－20　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した。令和２年度は、６府県 19 消防本部を訪問した（図表６－21）。

図表６－21　令和２年度個別訪問先一覧

No.	都道府県	訪問日	訪問消防本部
1	茨城県	10/15	水戸市消防本部 稲敷広域消防本部
2	埼玉県	10/26～27	さいたま市消防局 春日部市消防本部 吉川松伏消防組合消防本部 草加八潮消防局
3	福島県	11/11～12	福島市消防本部 いわき市消防本部 郡山地方広域消防組合消防本部
4	山梨県	11/18～19	甲府地区広域行政事務組合消防本部 笛吹市消防本部 峡南広域行政組合消防本部 上野原市消防本部
5	大阪府	12/21～22	大阪市消防局 岸和田市消防本部 吹田市消防本部
6	奈良県	12/22～23	奈良市消防局 生駒市消防本部 奈良県広域消防組合消防本部

※新型コロナウイルス感染拡大の影響で、上記以外の５地域が調査延期
※愛知県は、個別訪問前調査のみ実施し、個別訪問調査は延期

（３）先進事例について

① 新型コロナウイルス感染症に対する取組（福島県）

ア 取組概要

福島県では、新型コロナウイルス感染症拡大に備え、発熱外来を県内各地域に設置し、PCR 検査が陽性となった患者を、重症、中等症、軽症・無症状、回復・無症状と 4 段階に分け、保健所及び搬送コーディネーターの調整のもと、症状ごとに指定された病院に移送する医療管理体制を構築した。

新型コロナウイルス感染症患者（疑似症患者を含む）の移送は、保健所による移送が原則だが、管轄保健所が移送対応困難な場合、地元消防本部が協力することとした。

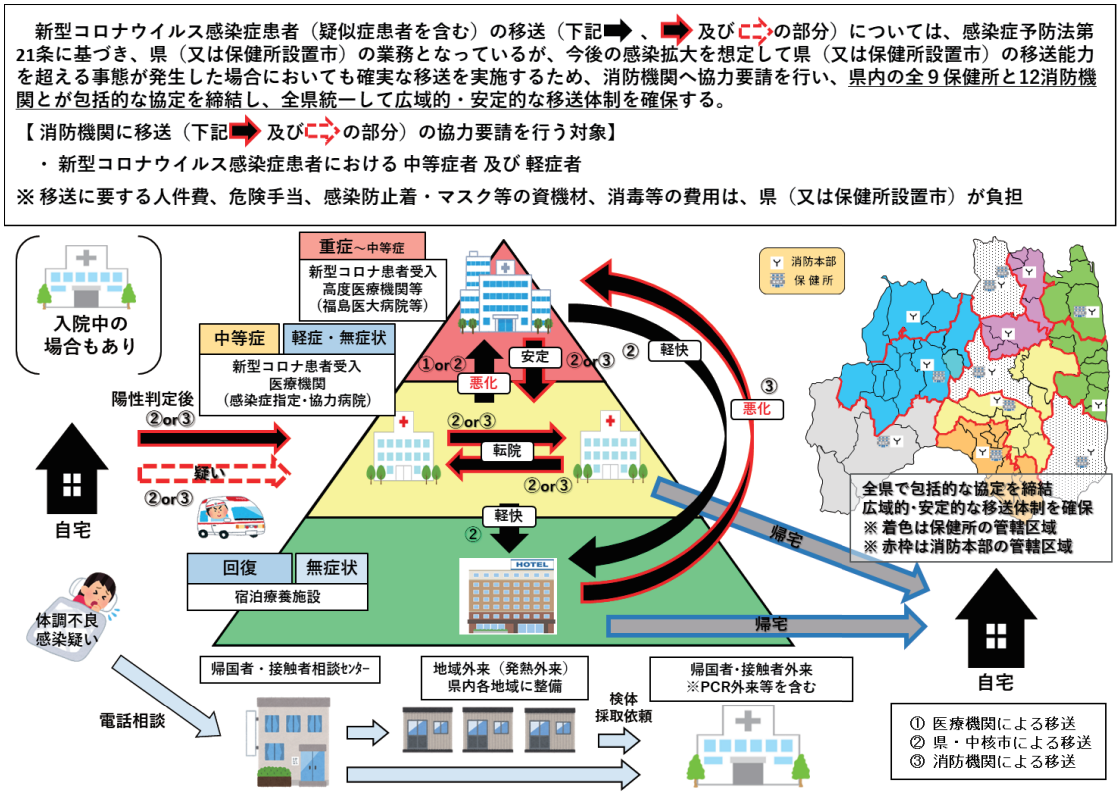
また、感染拡大時には、県内の 12 消防本部とも移送に協力するような包括的な協定を締結することによって、地元消防本部の移送能力が限界となった場合は、県内近隣の消防本部が移送に協力できる全県統一した広域的・安定的な移送体制を確保した。

なお、移送時は、原則医師等を同乗させることにより、患者及び移送に当たる職員を医学的管理下に置き移送を行っている（図表６―22）。

イ 取組の効果

クラスターが発生するなど、地元消防本部の移送能力を超える数の移送協力の要請が生じたケースで、協定に基づき管外の消防本部も移送に協力したことにより、短時間で移送の対応を完了することができた。

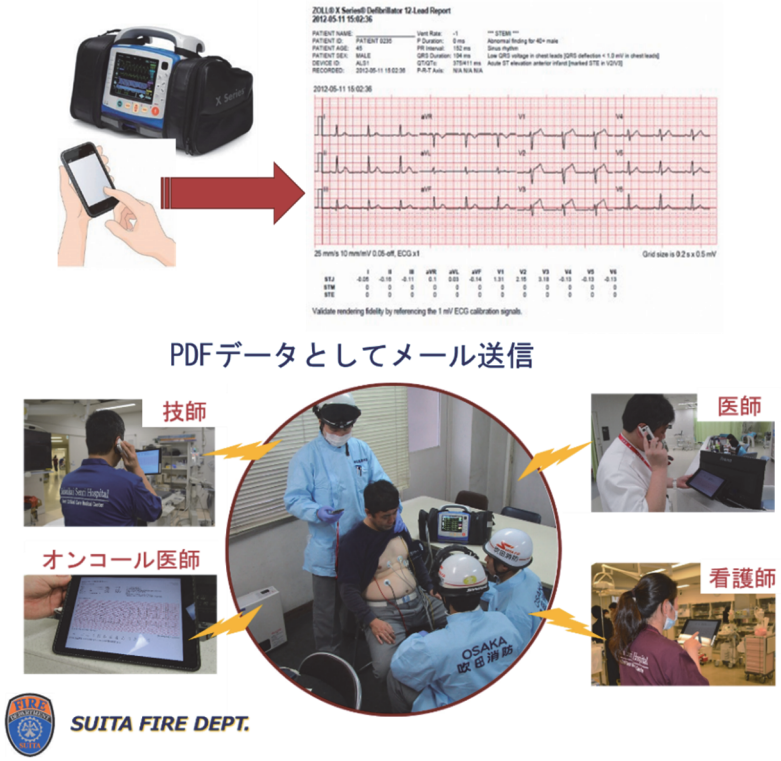
図表６－22　福島県における新型コロナウイルス感染症患者の移送体制



② スマートフォンを活用した 12 誘導心電図伝送システム
（大阪府吹田市消防本部）
ア 取組概要

吹田市消防本部では、平成 20 年から国立循環器病研究センターとの共同研究により、12 誘導心電図の伝送を運用開始した。平成 29 年からモニター付除細動器からスマートフォンを介して心電図を PDF 化しメールにて伝送できるシステムへ変更し、全救急車からの心電図伝送を開始した。必要な機器は、携帯可能なスマートフォン及びモニター付除細動器のみであるため、救急現場（傷病者宅）からも 12 誘導心電図の伝送が可能で、メールは、伝送可能な医療機関の医師、看護師、放射線技師等に送信され、いつでも、どこでも早期に心電図の確認をすることができる（図表６－23）。

図表６－23　システムの概要



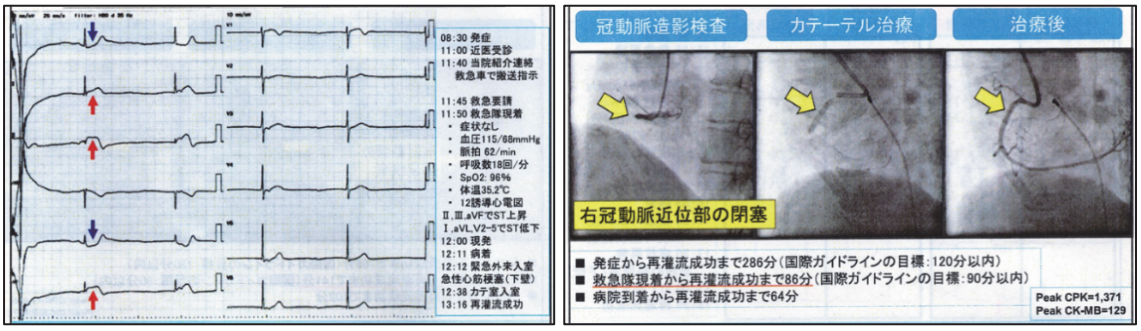
イ 期待できる効果

- 医療側のスタッフ招集や PCI 早期準備等治療開始までの時間短縮を図ることができ、また、救命率及び社会復帰率の向上を図ることができる。
- 伝送可能な医療機関を増やすことで発生場所による不均等が改善し、全市民に対する医療の均等化を図ることができる。
- 救急隊が現場で心電図結果の判断に迷う際に、PCI の除外診断として救急医から指示、助言を得ることが可能で、適切な医療機関への搬送につながる。
- 救急現場と医療現場で緊急度、重症度の共通認識を持つことができる。

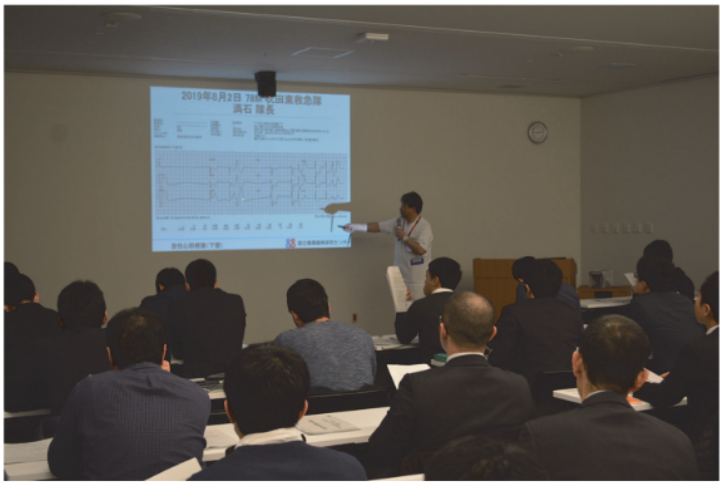
ウ その他

伝送システムを活用した救急活動後は、メールや症例検討会でフィードバックを受け、救急隊員のスキルの向上やモチベーションアップにつながっている（図表６－24 及び６－25）。

図表６－24　医師からのメールによるフィードバック



図表６－25　症例検討会の様子



４　まとめ（今後の方向性）

今年度の個別訪問は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、６府県 19 消防本部での実施にとどまったが、各地域における、新型コロナウイルス感染症への対応をはじめとした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。

次年度以降も、各地域が抱える課題等について常にアンテナを高く張りつつ、都道府県及び消防本部と連携することにより、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。

参考資料

「＃7119の全国展開に向けた検討部会」報告書

令和２年度救急業務のあり方に関する検討会「＃7119の全国展開に向けた検討部会」報告書　概要

令和３年１月

第１章　検討部会設置の背景・目的

⇒ これまでの取組や現状の実施状況、検討部会の構成等について整理

第２章　救急安心センター事業導入に向けた課題の整理

⇒ 全国展開に向け解決すべき課題を、以下の６項目に整理

（１）事業実施の必要性の再整理（事業実施効果の分析・明確化）
（２）事業の実施地域、実施主体、財政措置のあり方
（３）関係機関・事業との連携、相談員及び委託事業者の確保方策
（４）類似の短縮ダイヤルとの関係、技術的課題への対応
（５）事業の普及啓発・認知度向上のための方策
（６）未実施団体における検討の加速、既実施団体における事業の底上げ

第３章　各課題への解決策の提示

１．事業実施の必要性の再整理（事業実施効果の分析・明確化）

○ 従来からの①～③という３つの観点に加えて、以下の④・⑤の観点からも、寄せられる期待や重要性がますます増していることを確認。

① 救急車の適正利用
② 救急医療機関の受診の適正化
③ 住民への安心・安全の提供
④ 高齢化及び人口減少の進展や社会環境の変化といった、時代の変化への的確な対応
⑤ 今般の新型コロナウイルス感染症を契機とした新しい生活様式の実践

○ 今後は、国として本事業の実施効果の分析・明確化をさらに押し進め、結果を分かりやすく整理のうえ、広く普及啓発することが不可欠。

○ なお、その際には、単視眼的にではなく、上記の５つの観点を踏まえつつ、実施地域から多種多様なデータを継続的に収集し、地域差や経年変化なども含めて十分に分析・明確化しながら、考えられる効果を広く「合わせ技」で提示・説明していくことが望ましい。

○ なお、こうした作業の前提として、事業効果そのものの定義や、評価の基準・指標などについて、さらに共通認識を固めていくことが必要。

○ 今後、さらに検討が深められていくことを期待したい。

２．事業の実施地域、実施主体、財政措置のあり方

【（１）これまでの消防庁の考え方の整理】

○ 消防庁では従来、本事業は消防行政（市町村行政）との建て付けを基本に、以下のとおり制度を運用してきた。

☑ 実施地域の単位 ＝ 「原則、都道府県単位」とする。
☑ 実施主体 ＝ 「原則、市町村が実施主体」であることを標準形とする。
☑ 財政措置 ＝ 運営費は普通交付税市町村分（消防費）で措置。

【（２）実施地域における実施主体、財政負担の現況】

○ 令和２年10月現在、事業実施地域は、全国で１７地域。

☑ 市町村が実施主体　：　6地域
都道府県が実施主体：11地域

☑ 消防防災主管部局（消防本部）が主導：　2地域
衛生主管部局や運営協議会等が主導：15地域

【（３）＃7119事業という行政サービスの法的性質】

○ 救急業務は、原則として市町村によって果たされる消防の業務の一環であるとともに、その後に控える医療とのシームレスな連携も求められる。

○ 関係法令の規定に基づき整理すると、本事業は、市町村及び都道府県の双方が、実施主体として整理され得る事業であると位置づけられると考える。

２．事業の実施地域、実施主体、財政措置のあり方（続き）

【（４）課題に対して考えられる解決策の検討】

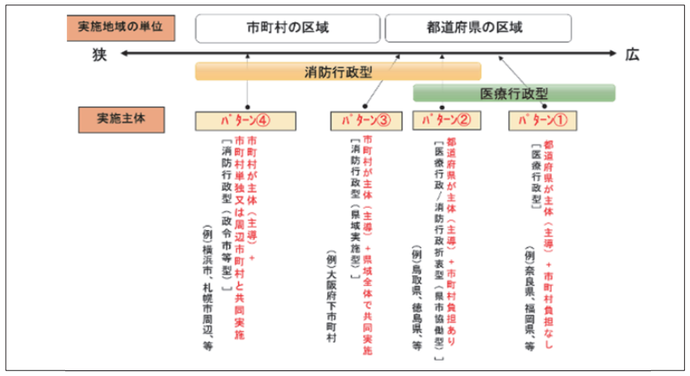
①「実施主体」のあり方

○ 消防庁が従来、標準形としてきた「原則、市町村が実施主体」という一義的な整理には、やや無理が生じており、実施主体のあり方については、一義的・画一的に定めるべきものではなく、原則、各地域の実情に任せて委ねるということではないか、との結論に至った。

○ また、その際には、事業実施のパターン分け（※下表参照）に関して、以下の共通認識に至った。

☑ 都道府県が実施主体となる（実施を主導する）パターン①やパターン②が、今後の典型的な事業実施モデルとなっていくのではないか。
☑ 中でも、都道府県と市町村とが負担を分かち合い、共同して実施する、「医療行政/消防行政折衷型、県市協働型」と整理できるパターン②が、敢えて言えば「推奨モデル」と位置づけられるのではないか。
☑ 一方で、国としては全国一律なモデルを当てはめようとすべきではなく、状況や地域によっては、パターン③やパターン④も含め、多様で柔軟な実施主体の選択を認め、それに応じた財政措置のあり方や必要な方策を考えていくべき。

本事業の実施主体のあり方に関するパターン分けの例の可視化イメージ



②「財政措置」のあり方

○ 従来、国の財政支援措置については、基本的に「原則、市町村が実施主体」との整理に基づいて講じられてきた。

○ 今後はさらに速やかな全国展開に繋げられるよう、上記①で述べた整理に基づき各地域でそれぞれの実情に応じて選択された実施主体に生ずる財政負担に対して、実効性ある適切な財政措置の実現を強く期待する。

３．関係機関・事業との連携、相談員及び委託事業者の確保方策

【（１）関係機関・事業との連携】

○ 行政機関どうしはもとより、本事業の関係者間で、顔の見える関係の構築や、利用者側の視点を踏まえた主体的・有機的な連携協力が不可欠。

○ 関係者ごとの立場・役割の「見える化」、定期的な連絡調整の場の設定及び必要な取組の協議など、実効性ある連携協力体制の構築が望まれる。

○ 地域の関係者との強固なネットワークを有する全国的な関係機関（全国規模の消防関係団体や日本医師会等の医療関係団体、地方自治法に規定される全国的連合組織等）との間でも、さらなる連携を期待。

【（２）相談員の確保方策】

○ 事業の質を担保するためにも、救急病院での勤務経験者や救急救命士業務経験者といった適切な人材を選定することが望ましい。人材確保に困難がある場合は、顔の見える関係が構築されている地域の医師会・看護師会などの関係機関への協力依頼といった方策が考えられる。

３．関係機関・事業との連携、相談員及び委託事業者の確保方策（続き）

【（３）委託事業者の確保方策】

○ 課題への解決策としては、①先行実施団体における委託事例の整理、②事業実施に当たっての「モデル仕様書」の改善、③地域の実情に即した選択肢ごとのメリット・デメリットの冷静な比較衡量、等が考えられる。

○ ノウハウの共有など、国からの引き続きの支援も望まれるほか、従来は取組事例が乏しい都道府県境を超えた広域的な取組についても、さらなる進展を期待。

４．類似の短縮ダイヤルとの関係、技術的課題への対応

○ ＃7119事業には、「子ども医療電話相談事業（＃8000）」との共通性も見られるが、両者は提供サービス等に本質的な性質の違いなども見て取れることから、将来的な一本化の方向性には留意しながらも、まずは＃7119事業の速やかな全国展開の実現が先決。当面は、利用者目線に立った必要な役割分担・区別化と、事業効果分析や質の向上等における適切な相互連携が望ましい。

５．事業の普及啓発・認知度向上のための方策

○ これまでも、国レベル・実施団体レベルで様々な活動を展開してきたが、現状では、番号自体の認知度の低さや、利用に際する心理的ハードルの高さなど、課題があるため、以下のような、繰り返し、かつ、あらゆる角度からの具体的なアプローチを粘り強く実施していくことが不可欠。

☑ 効果的利用の実例集/体験集の作成及び活用
☑ ターゲットとなる対象者のニーズや特性等を十分に考慮した取組の実施
☑ SNSやLINE、YouTubeといった新しいICTツールも含めたあらゆる手段/ツールの活用
☑ 訴求力の高い創意工夫ある取組の検討　等

６．未実施団体における検討の加速、既実施団体における事業の底上げ

【（１）未実施団体における検討の加速】

○ 未実施団体における検討のきっかけとしては、何よりもまず「地域住民からの声」などが考えられ、「事業導入・運営の手引き／ガイドライン」のようなものの掲示など、ノウハウ共有に係る国からの適切な支援についても、期待される。そのほか、検討を具体的に促す枠組みとしては、例えば以下のような取組が挙げられる。未実施地域においては、これも参考に検討を加速頂くとともに、国の制度的な後押しについても検討が望まれる。

☑ メディカルコントロール（ＭＣ）協議会等の活用についての検討
☑ 都道府県が作成する地域医療計画における位置づけについての検討
☑ 創意工夫ある実施方式（スモールスタート等）の活用についての検討

【（２）既実施団体における事業の底上げ】

○ 既実施団体において、事業の「質」「利便性」及び「効率性」の向上といった事業の底上げを図ることは、本事業自体の魅力や効果を高め、未実施団体における導入の誘因ともなり得る。それらの論点を幅広く盛り込んだ包括的な仕様書の例を作成する等の対応が望まれる。

○ 今後、さらに検討が深められていくことを期待したい。

第４章　まとめ

○ 本事業の全国展開に向け解決すべき課題を６項目に整理した上で、それぞれに対して考えられる解決策を検討した。

○ 「事業実施の必要性の再整理」、「事業の実施地域、実施主体、財政措置のあり方」など、整理した課題それぞれについて、一定の結論を見出すことができ、特に、財政措置のあり方に関しては、検討部会での結論を踏まえ、協議・調整がなされた結果、令和３年度からは現行の措置を見直し、都道府県又は市町村における本事業実施に係る財政負担に対し、新たに特別交付税措置が講じられることとなった。このことは、未実施団体における本事業の早期導入に向けて、非常に大きな追い風となるものと考えており、評価したい。

○ 今後も＃7119の全国展開の実現に向け、未実施団体における事業の導入が一層進んでいくことを強く祈念する。

令和２年度　救急業務のあり方に関する検討会

「＃7119 の全国展開に向けた検討部会」
報告書

令和３年１月

目次

第１章　検討部会設置の背景・目的 …… 1

１．救急安心センター事業（＃7119）の普及に向けたこれまでの取組 …… 1

⑴ これまでの検討経緯 …… 1

⑵ 事業の普及に向けた通知等の発出 …… 1

⑶ 未実施地域への導入促進 …… 2

⑷ 実施団体間の連携 …… 3

２．救急安心センター事業の実施状況 …… 4

⑴ 事業の実施状況 …… 4

⑵ 財政負担の状況 …… 4

３．検討部会の設置 …… 5

⑴ 検討部会の設置 …… 5

⑵ 検討項目 …… 5

⑶ 検討部会委員 …… 5

⑷ 検討部会の開催状況 …… 6

第２章　救急安心センター事業導入に向けた課題の整理 …… 7

１．未実施団体（都道府県、代表消防本部等）へのアンケートの実施 …… 7

⑴ 実施概要 …… 7

⑵ 実施結果 …… 7

２．未実施団体への意見聴取 …… 14

⑴ 弘前地区消防事務組合消防本部 …… 14

⑵ 滋賀県 …… 14

３．実施団体への意見聴取 …… 15

⑴ 横浜市救急相談センター …… 15

⑵ 徳島県 …… 16

４．課題の整理 …… 17

第３章　各課題への解決策の提示 …… 18

１．事業実施の必要性の再整理（事業実施効果の分析・明確化） …… 18
⑴ これまでの取組 …… 18
⑵ 事業実施団体における認識 …… 19
⑶ コンサルティング会社と連携した分析 …… 20
⑷ 課題に対して考えられる解決策の検討 …… 22

２．事業の実施地域、実施主体、財政措置のあり方 …… 26
⑴ これまでの消防庁の考え方の整理 …… 26
⑵ 実施地域における実施主体、財政負担の現況 …… 30
⑶ ＃7119 事業という行政サービスの法的性質 …… 31
⑷ 課題に対して考えられる解決策の検討 …… 32

３．関係機関・事業との連携、相談員及び委託事業者の確保方策 …… 38
⑴ 関係機関・事業との連携 …… 38
⑵ 相談員の確保方策 …… 40
⑶ 委託事業者の確保方策 …… 41

４．類似の短縮ダイヤルとの関係、技術的課題への対応 …… 44
⑴ 類似の短縮ダイヤルとの関係 …… 44
⑵ 技術的課題への対応 …… 46

５．事業の普及啓発・認知度向上のための方策 …… 49
⑴ 消防庁のこれまでの取組 …… 49
⑵ 実施団体における取組 …… 49
⑶ 課題に対して考えられる解決策の検討 …… 50

６．未実施団体における検討の加速、既実施団体における事業の底上げ …… 53
⑴ 未実施団体における検討の加速 …… 53
⑵ 既実施団体における事業の底上げ …… 56

第４章　まとめ …… 59

第１章　検討部会設置の背景・目的

１．救急安心センター事業（＃7119）の普及に向けたこれまでの取組

（１）これまでの検討経緯

消防庁では、救急安心センター事業が全国で実施されることを目指し、平成 21 年度に実施した「モデル事業」を皮切りに、「救急業務のあり方に関する検討会」を中心に、これまで様々な視点から検証・検討を行ってきている。

年度	検討項目	内容（概要）
モデル事業の実施及び普及に向けた検討		
平成21年度	救急安心センターの全国的な展開	救急相談事業の効果的な仕組みを構築するため、愛知県、奈良県及び大阪市の３地域でモデル事業を実施した。
平成22年度	モデル事業の効果分析	モデル事業の有効性を検証。一定の効果から、住民の安心感、救急行政に対する信頼感の醸成につながる有効な事業であることが明らかにされた。
平成23年度	救急安心センター	救急安心センターの普及・啓発を図るための講演会を札幌で開催。救急安心センターが広く住民に周知され、より効果的な救急搬送・医療体制の構築に寄与することを期待する意見があった。
全国展開に向けた検討の開始		
平成26年度	緊急度判定体系の普及	緊急度判定体系の考え方に基づいた電話相談事業の充実に向け、未実施地域に対しては、都道府県消防防災主管部局が衛生主管部局等に働きかけ、地域のニーズについて検討することを促し、導入済の地域に対しては、事業のブラッシュアップを行い情報発信していくことを促す必要があるとされた。
平成27年度	救急電話相談事業の充実	消防防災主管部局と衛生主管部局が連携しながら、救急電話相談のニーズを把握しながら積極的に検討すべきであり、事業立ち上げまでには関係者の合意形成に数年の時間を要する可能性があることから、まず検討を開始することが望まれるとされた。また、都道府県衛生主管部局が主体的に救急電話相談事業の意義を理解したうえで、医療関係者や関係機関への浸透が望まれるとされた。
平成28年度	救急安心センター事業（#7119）等の普及	救急ニーズが高い自治体を中心に職員を派遣（22道府県27市町村）するなど、戸別訪問を行い実施に向け精力的に働きかけるとともに、実施団体が一同に会した意見交換会を開催。 本事業の効果等を示したPRペーパーを用いて働きかけを行っていくことが必要であり、各自治体の規模に応じた実施方法の周知、費用対効果の定量的分析、幅広なアドバイスができる体制の構築、連絡会の定期開催などの必要性が示された。
平成29年度	#7119（救急安心センター事業）の全国展開	医療費の負担軽減効果及び医療費の適正化効果を算定。仮定の試算ではあるが医療費の適正化効果を見いだす。 効果的な広報について検討を行い、戦略的な広報を行っていく上では、年齢などの区分による認知度を把握し、ターゲットに応じた広報を行うことが効果的であるとされた。　※救急安心センター事業（＃7119）普及促進アドバイザー制度を新設
平成30年度	#7119（救急安心センター事業）の充実	実施団体の基本情報及び相談ごとに取得する情報を整理した。さらに、全国展開に係る情報の整理として、ヒアリング時の意見、事業主体に係る考え方、事業費の考え方などを整理した。
令和元年度	救急安心センター事業（#7119）の事業検証体制	事業の検証（評価）体制のあり方の検討及び統計項目を用いた事業効果の算定を実施した。

（２）事業の普及に向けた通知等の発出

消防庁では、救急業務のあり方に関する検討会での検討結果を報告書としてとりまとめ、各消防本部や都道府県に送付しているほか、次のような通知等を発出し、各地域における＃7119 事業導入の促進を図っている。

○「救急安心センター事業（＃7119）の更なる取組の推進について」（平成 28 年３月 31 日付け消防救第 32 号消防庁救急企画室長通知、以下「平成 28 年通知」という。）

・「＃7119」の使用要件、地方公共団体への財政的支援、先進事例の施策効果をとりまとめたものを周知

・管内の消防本部の意向も踏まえつつ、都道府県衛生主管部局及び医療関係者等との合意形成を図るなど、導入に向けた積極的な取組を依頼

○「救急安心センター事業（＃7119）の全国への普及促進について」（平成 31 年３月 29 日付け消防庁救急企画室事務連絡）

・「医療機関の負担軽減や医療費の適正化など、事業が医療に及ぼす効果が見出されたこと」

・「医療面の効果が確認されたことから、市町村だけでなく、都道府県も一定の財政負担をすることが適当であること」　等を明記

（３）未実施地域への導入促進

消防庁では、全国展開に向けて、これまで以下のような、必要な環境整備を実施してきた。

① 電話相談時に使用する相談手順（プロトコール）の作成、改訂

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

消防庁では、「電話救急医療相談プロトコール」（監修：日本救急医学会、編集：東京都医師会救急委員会、救急相談センタープロトコール作成部会）を参考に検討を行い、電話相談プロトコル Ver.0 を平成 23 年に策定、平成 24 年度に行った横浜市、堺市、田辺市での実証検証を踏まえ、平成 25 年に電話相談プロトコル Ver.1 を策定した。最新のものとしては、平成 29 年に電話相談プロトコル Ver.2 が策定されている。

電話相談プロトコル Ver.2 では、赤（最緊急・救急車）、橙（緊急・非救急車）、黄（準緊急）、緑（非緊急）、白（受診不要）の５段階の緊急度を判定する。

最終的な緊急度判断は、プロトコルが示す結果のみに頼らず、適宜担当した看護師の経験・知識及び医師の助言、通報者の社会的事情などによって総合的に判断すべきである。判断後の対応は、119 番転送による救急車要請、地域医療機関情報に基づく受診科目・医療機関情報、他の電話サービス（中毒センターやメンタルヘルス対応など）、及び病態に応じた受診時期と救急処置を中心とした口頭指導などがある。

なお、電話相談プロトコルは、消防庁が提供している四種類の緊急度判定プロトコルの一つであり、他の緊急度判定プロトコルとして、「家庭自己判断」、「119 番通報」、「救急現場」がある。「家庭自己判断」は、住民の方々が、自ら又は他者が緊急性を感じる事態に遭遇した際、その緊急度を判定し、その後に取るべき対応を判断しやすくすることを目的として作成されており、実際、家庭での緊急度を判定するツールとして、「救急受診ガイド（平成 26 年～）」、「全国版救急受診アプリ（愛称「Q助」、平成 29 年～）」がある。

緊急度	定義
赤（最緊急・救急車）	・すでに生理学的に生命危機に瀕している病態 ・増悪傾向あるいは急変する可能性がある病態 ※気道・呼吸・循環・意識の異常、ひどい痛み、増悪傾向、急変の可能性から総合的に判定する
橙（緊急・非救急車）	・時間経過により症状が悪化する可能性があるため、直ちに受診が必要な病態
黄（準緊急）	・時間経過により症状が悪化する可能性があるため、受診が必要な病態
緑（非緊急）	・上記には該当しないが、受診が必要な病態
白（受診不要）	・医療を必要としない状態

緊急度とその定義

緊急度判定の流れ

② 個別訪問の実施

消防庁では、平成 28 年度から、消防庁職員を事業未導入の道府県や市町村等に派遣し、訪問先において＃7119 の概要説明や、導入に向けた協議・調整を行うなどの取組を行っている。

③ 救急安心センター事業（＃7119）普及促進アドバイザー制度の創設（平成 29 年５月）

消防庁では、平成 29 年５月、未実施地域への事業普及方策の提示と幅の広いアドバイス、研修支援を行うことを目的に、救急安心センター事業（＃7119）普及促進アドバイザー制度を創設した。アドバイザーは実際に運営に携わっている自治体職員、医師及び看護師によって構成されており、令和２年 11 月末までに延べ 16 地域、37 名を派遣した。

＃7119 普及促進アドバイザー制度

発　足	平成29年5月
目　的	主に未実施地域への事業普及方策と 幅の広いアドバイス、研修支援など
構　成	自治体職員（消防防災主管部局、衛生主管部局） 医師、看護師
登録人数	25名 （令和2年9月現在）
派遣実績	平成29年度　11回、平成30年度　2回、 平成31年度/令和元年度　3回

制度の概要

年度	派遣都道府県	派遣日	派遣団体名 派遣人数	依頼内容
H30	福島県	11月12日	宮城県　1名 大阪市消防局　1名	(1)事業範囲の拡大 （県内一部→全域）に関すること (2)事業の導入効果に関すること
	沖縄県	1月17日	東京消防庁　1名 大阪市消防局　1名 田辺市消防本部　1名	(1)事業の運営に関すること (2)事業の費用に関すること (3)事業の導入効果に関すること
H31・R1	広島市	7月9日	東京都救急相談センター1名(うち医師1名)	(1)事業の検証体制に関すること (2)事業の検証項目に関すること
	京都府	7月18日	茨城県　1名	事業委託による＃8000との 連携に関すること
	広島市	12月26日	東京都救急相談センター1名(うち医師1名)	(1)事業の検証体制に関すること (2)事業の検証項目に関すること

派遣実績（H30/H31/R1）

（４）実施団体間の連携

平成 29 年度から、「救急業務のあり方に関する検討会」の連絡会として、救急安心センター事業（＃7119）担当者及び普及促進アドバイザー連絡会を開催し、医療機関の負担軽減効果や相談ごとに取得する情報の整理、事業の検証体制及び事業効果の算定等を検討するとともに、実施団体間の連携を深めている。

	検討事項	検討方法	検討結果
平成29年度	➢ 医療機関の負担軽減効果 ➢ 医療費の適正化効果	・地域の医療機関の協力を得て、＃7119事業導入前後における住民の受診行動の変化、電話相談数の変化等を調査 ・＃7119電話相談の結果、時間外診療や救急車を利用しなかったことによる効果を算出	○＃7119運用開始に伴い、医療機関への電話相談が減少（医療機関の負担軽減） ○調査地域において、医療費の適正化効果及び業務費との比較により一定の費用対効果を確認
平成30年度	➢ 基礎的情報の整理 ➢ 相談ごとに取得する情報の整理 ➢ 全国展開に向けた情報整理	・基礎的情報について実施地域からの意見を聴取 ・相対的評価が可能となる取得情報の把握 ・得られた情報の活用方法の検討 ・個別訪問によるヒアリングを実施	○各団体の実施状況に関する基本的な情報を「基礎的情報」として、とりまとめを実施 ○「相談ごとに取得する統計項目」を提示し、プロトコールの精度向上や評価指標として活用 ○事業主体や事業費負担について整理
令和元年度	➢ 事業検証（評価）体制の検討 ➢ 新たな事業効果の算定	・事業検証を「3つの枠組」に分類し、事業の「運営」に関し、検証実行のための手順を検討 ・事業評価を行う指標として「応答率」を提示し、回線数、オペレーター数の充足度を算出 ・新たに「住民への安心・安全の提供」という側面からの事業効果の算定を検討	○事業検証体制モデルの手順 ○検証体制実行のための仕様書（例） ○応答率に関する評価を行うための仕様書（例） ○新たな事業効果を提示
令和2年度	➢「＃7119の全国展開に向けた検討部会」において整理された課題 ➢ 事業検証体制の現状	・事業実施団体にアンケート調査を行い、「実施団体が認識する事業効果」、「事業の質・利便性・効率性の向上」、「実施主体のあり方」について意見を聴取 ・令和元年度に消防庁から提示した事業検証モデルや委託事業者に示す仕様書（例）の活用状況等から事業検証体制の現状について調査	○「時代の変化への的確な対応」や「新型コロナウイルス感染症対策」といった新たな事業効果の指標についての認識 ○事業の質、利便性、効率性の向上策から、事業発展のモデルをイメージ化

連絡会での検討事項

２．救急安心センター事業の実施状況

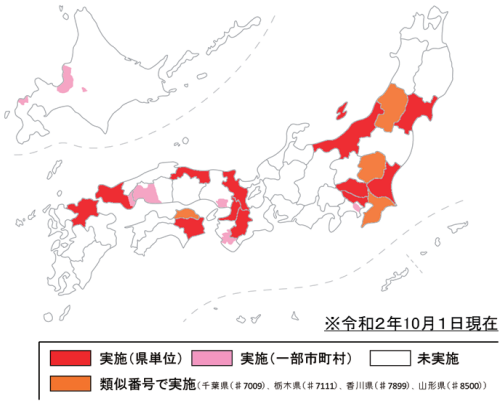
（１）事業の実施状況

救急安心センター事業は、令和２年 10 月現在、全国 17 地域で実施され、その人口カバー率は 46.0％（5,841 万人）となっている。

（1）実施地域　全国17地域

○県内全域：12地域
宮城県、茨城県、埼玉県、東京都、新潟県、京都府、
大阪府内全市町村、奈良県、鳥取県、山口県、徳島県、福岡県

○県内一部：5地域
札幌市(周辺含む。)、横浜市、神戸市(周辺含む。)
田辺市(周辺含む。)、広島市(周辺含む。)



（2）エリア人口

○全国5,841万人(カバー率46.0%)
うち 最小 約9万人(田辺市等)～ 最大 約1,351万人(東京都)

（3）開始時期

年度	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1(H31)	R2
開始地域数	1		2			1	1		1	1	4	3	2	1
累計	1		3			4	5		6	7	11	14	16	17
[参考] 開始地域	東京都		大阪府 奈良県			田辺市等	札幌市等		横浜市	福岡県	埼玉県 宮城県★ 新潟県★ 神戸市等	鳥取県★ 茨城県 広島市等	山口県★ 徳島県★	京都府★

※下線は都道府県が主体となって実施している地域(10地域)、うち★印は管内市町村から分担金を取って運営している地域(6地域)

（２）財政負担の状況

実施団体における費用負担の状況は、都道府県のみで負担しているのは５地域、都道府県・市町村共同で負担しているのは６地域、市町村のみで負担しているのは６地域となっている。

年度	財政負担している 都道府県(負担率)	財政負担している 市町村(負担率)	財政負担している 市町村数累計	カバーしている 市町村数の総計
H19	東京都(100%)			40※1
H20				
H21		大阪府内全市町村(100%)	43	83
	奈良県(100%)			122
H22				
H23				
H24		田辺市周辺(100%)	45	124
H25		札幌市周辺(100%)※2	52	131
H26				
H27		横浜市(100%)	53	132
H28	福岡県(100%)			192
H29	埼玉県(100%)			255
	宮城県(50%)	仙台市(50%)	54	290
	新潟県(67%)	新潟市(33%)	55	320
		神戸市周辺(100%)※3	57	322
H30	鳥取県(50%)	鳥取県内全市町村(50%)	76	341
	茨城県(100%)			385
		広島市周辺(100%)	91	400
R1(H31)	山口県(30%)	山口県内15市町(70%)	106	415
	徳島県(50%)	徳島県内全市町村(50%)	130	439
R2	京都府(定額負担)	京都府内全市町村(府負担分以外を人口按分)	156	465

※1　東京都特別区は１市としてカウントしている。
※2　札幌市に負担金を支払っている６市町村のうち当別町は H30 年、南幌町は R2 年からの参画だが、札幌市が事業開始した H25 年度の欄に合算して記載している。
※3　神戸市に負担金を支払っている芦屋市は H31 年からの参画だが、神戸市が事業を開始した H29 年度の欄に合算して記載している。

３．検討部会の設置

（１）検討部会の設置

救急安心センター事業（＃7119）のさらなる普及を進め、「日本全国どこにいても＃7119 番が繋がる体制」、すなわち＃7119 事業の全国展開の実現を目指し、「救急業務のあり方に関する検討会」の下に、新たに、救急医療の専門家や地方自治体の代表者、住民目線の有識者などの参画のもと、「＃7119 の全国展開に向けた検討部会」を設置し、具体的な対応方策の検討を進めることとした。

（２）検討項目

① 各地域における救急安心センター事業の必要性について

・＃７１１９等（類似の他事業）の実態把握
・＃７１１９未実施地域における課題の「見える化」
・＃７１１９を全国展開する理由の再整理

② 事業の実施効果の算定について

・これまでに確認された事業効果の深掘り
・新たな事業効果の洗い出し

③ 各地域における実施体制づくりについて

・未実施団体において事業を導入する際のメリット・デメリットの整理
・未実施団体における課題に対する解決策の検討
・技術上の課題の整理

（３）検討部会委員

救急業務のあり方に関する検討会委員、日本医師会関係者、地方自治体の代表者（実施団体及び未実施団体）、地域医療の関係者、利用者目線の有識者等により構成（委員名は敬称略、五十音順）

○柿本　章子（主婦連合会　副会長）
○角野　文彦（滋賀県理事（健康・医療政策担当））
○坂本　哲也（帝京大学医学部救急医学講座主任教授）
○島崎　修次（国士舘大学防災・救急救助総合研究所長）　※部会長
○嶋津　岳士（大阪大学大学院医学研究科救急医学教室教授）
○髙階　謙一郎（京都第一赤十字病院　救命救急センター長）
○蝶野　正洋（一般社団法人 ニューワールドアワーズスポーツ救命協会代表理事／公益財団法人 日本消防協会「消防応援団」／プロレスラー）
○長島　公之（日本医師会常任理事）
○七坂　なな（漫画家）
○仁井谷　興史（徳島県保健福祉部長）
○三浦　牧也（青森県弘前地区消防事務組合消防本部警防課長）
○道岡　桃子（フリーアナウンサー）
○六車　崇（横浜市医療局医療政策部医療政策課救急医療技官）
○横田　順一朗（地方独立行政法人　堺市立病院機構副理事長）
（オブザーバー）
○鈴木　健彦（厚生労働省医政局地域医療計画課長）

（４）検討部会の開催状況

① 第１回検討部会（準備会合）

令和２年５月 11 日（月）　※書面会議により開催

主な議事

・検討の背景・目的

・検討項目と検討の進め方

・開催スケジュール

・＃７１１９に対するご意見・ご質問

② 第２回検討部会

令和２年６月 17 日（水）　※web 会議形式で開催

主な議事

・自治体（都道府県、消防本部）へのアンケート実施結果

・地方自治体（事業実施団体、事業未実施団体）へのヒアリング

・他の短縮ダイヤルの分析、民間事業社ヒアリング、技術上の課題の整理

③ 第３回検討部会

令和２年７月 14 日（火）　※web 会議併用形式で開催

主な議事

・事業効果の算定

・各地域における実施体制作りの具体策・解決策（案）

・中間とりまとめ（骨子）

④ 第４回検討部会（中間とりまとめ）

令和２年８月６日（木）　※web 会議併用形式で開催

主な議事

・検討部会中間報告書（案）

⑤ 第５回検討部会

令和２年 12 月 17 日（木）　※web 会議併用形式で開催

主な議事

・検討部会最終報告書（案）

・＃７１１９の全国展開に向けた今後のスケジュール

第２章　救急安心センター事業導入に向けた課題の整理

１．未実施団体（都道府県、代表消防本部等）へのアンケートの実施

（１）実施概要

未実施団体における＃7119 事業導入に係る検討状況を確認するため、次の通りアンケートを行った。

〇調査対象

・都道府県単位で＃7119 事業を実施していない都道府県（31 都道府県）の消防防災主管部局

・政令指定都市を管轄する消防本部及び各都道府県の代表消防本部（52 本部）のうち、当該団体が属する都道府県、管轄する市町村及び当該団体において＃7119 事業を実施していない消防本部（33 本部）

〇調査期間

令和２年５月７日から同年６月１日まで

（２）実施結果

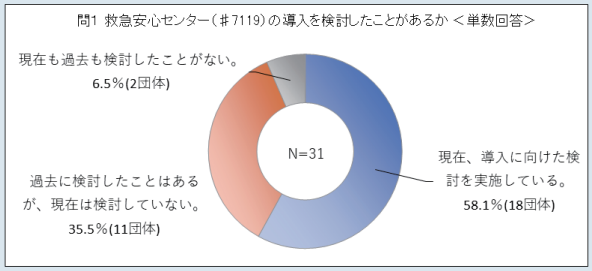
① 救急安心センター事業（＃7119）の導入についての検討状況

「現在、導入に向けた検討を実施している。」又は「過去には検討をしたことはあるが、現在は検討をしていない。」と回答している団体が、都道府県では約９割（93.6%）となっているのに対し、消防本部では約６割（63.7%）となっている。

都道府県票

問1 救急安心センター（＃7119）の導入を検討したことがあるか ＜単数回答＞

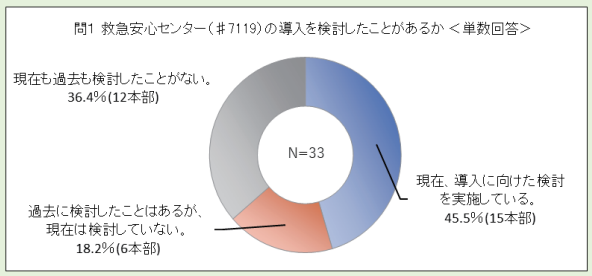
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	現在、導入に向けた検討を実施している	18	58.1
2	過去に検討したことはあるが、現在は検討していない	11	35.5
3	現在も過去も検討したことがない	2	6.5
	N （%ﾍﾞｰｽ）	31	N=31 (100%)



消防本部票

問1 救急安心センター（＃7119）の導入を検討したことがあるか ＜単数回答＞

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	現在、導入に向けた検討を実施している	15	45.5
2	過去に検討したことはあるが、現在は検討していない	6	18.2
3	現在も過去も検討したことがない	12	36.4
	N （%ﾍﾞｰｽ）	33	N=33 (100%)



② 救急安心センター事業（＃7119）を実施していない理由

「事業を進める財源がない」と回答した団体が、都道府県及び消防本部とも約４割（都道府県：41.9%、消防本部 36.4%）であった。

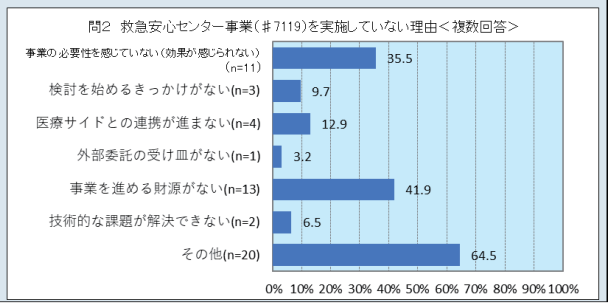
「事業の必要性を感じていない（効果が感じられない）」と回答している団体が、都道府県では約４割（35.5%）となっているのに対し、消防本部では約１割未満（6.1%）となっている。

「その他（費用対効果が見えない、（県の回答として）市町村が主体となるべき、（消防本部の回答として）県が実施主体となるべきなど」の回答は、都道府県及び消防本部とも多く見られた（都道府県 64.5%、消防本部 69.7%）。

都道府県票

問2 救急安心センター事業（＃7119）を実施していない理由＜複数回答＞

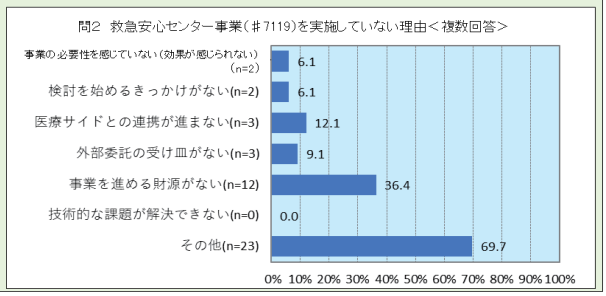
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	事業の必要性を感じていない（効果が感じられない）	11	35.5
2	検討を始めるきっかけがない	3	9.7
3	医療サイドとの連携が進まない	4	12.9
4	外部委託の受け皿がない	1	3.2
5	事業を進める財源がない	13	41.9
6	技術的な課題が解決できない	2	6.5
7	その他 （費用対効果が見えない、市町村が主体となるべき など）	20	64.5
	N （%ﾍﾞｰｽ）	31	(N=31) 100%



消防本部票

問2 救急安心センター事業（＃7119）を実施していない理由＜複数回答＞

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	事業の必要性を感じていない（効果が感じられない）	2	6.1
2	検討を始めるきっかけがない	2	6.1
3	医療サイドとの連携が進まない	4	12.1
4	外部委託の受け皿がない	3	9.1
5	事業を進める財源がない	12	36.4
6	技術的な課題が解決できない	0	0.0
7	その他 （県と協議中である、県が実施主体であると考えているため など）	23	69.7
	N （%ﾍﾞｰｽ）	33	(N=33) 100%



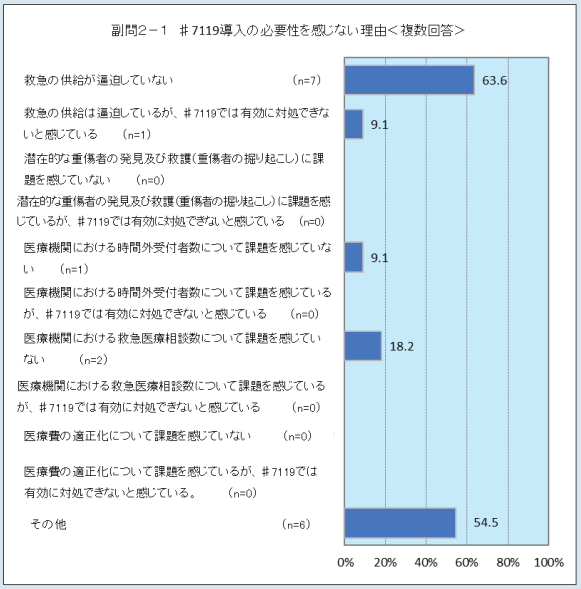
③ 救急安心センター事業（＃7119）導入の必要性を感じない理由

前の問に対し「事業の必要性を感じない」と回答した団体に対し、その理由を確認したところ、次のような回答が得られた。

都道府県票　※問2で「1.事業の必要性を感じていない（効果を感じない）」に回答（11団体）

副問2－1 ＃7119導入の必要性を感じない理由 ＜複数回答＞

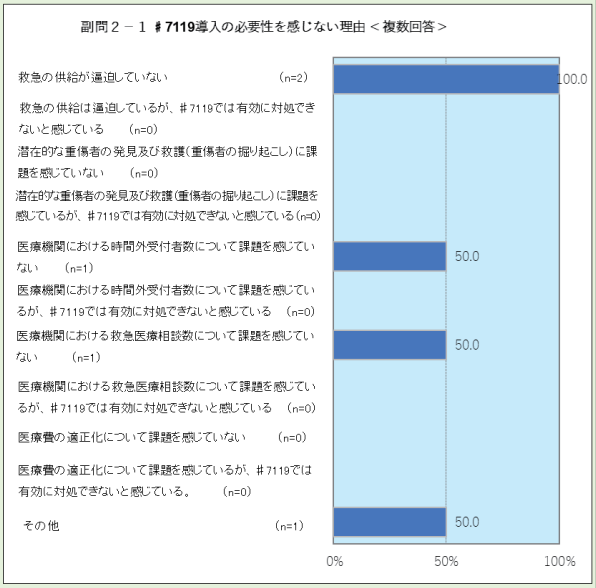
No.	カテゴリ	件数	（全体）%
1	救急の供給が逼迫していない	7	63.6
2	救急の供給は逼迫しているが、＃7119では有効に対処できないと感じている	1	9.1
3	潜在的な重症者の発見及び救護（重症者の掘り起こし）に課題を感じていない	0	0.0
4	潜在的な重症者の発見及び救護（重症者の掘り起こし）に課題を感じているが、＃7119では有効に対処できないと感じている	0	0.0
5	医療機関における時間外受付者数について課題を感じていない	1	9.1
6	医療機関における時間外受付者数について課題を感じているが、＃7119では有効に対処できないと感じている	0	0.0
7	医療機関における救急医療相談数について課題を感じていない	2	18.2
8	医療機関における救急医療相談数について課題を感じているが、＃7119では有効に対処できないと感じている	0	0.0
9	医療費の適正化について課題を感じていない	0	0.0
10	医療費の適正化について課題を感じているが、#7119では有効に対処できないと感じている	0	0.0
11	その他（＃8000や既存の他手段（医療機関案内）以外の必要性を感じないなど）	6	54.5
	N（%ﾍﾞｰｽ）	11	（N=11）100%



消防本部票　※問2で「1.事業の必要性を感じていない（効果を感じない）」に回答（2団体）

副問2－1 ＃7119導入の必要性を感じない理由 ＜複数回答＞

No.	カテゴリ	件数	（全体）%
1	救急の供給が逼迫していない	2	100.0
2	救急の供給は逼迫しているが、＃7119では有効に対処できないと感じている	0	0.0
3	潜在的な重症者の発見及び救護（重症者の掘り起こし）に課題を感じていない	0	0.0
4	潜在的な重症者の発見及び救護（重症者の掘り起こし）に課題を感じているが、＃7119では有効に対処できないと感じている	0	0.0
5	医療機関における時間外受付者数について課題を感じていない	1	50.0
6	医療機関における時間外受付者数について課題を感じているが、＃7119では有効に対処できないと感じている	0	0.0
7	医療機関における救急医療相談数について課題を感じていない	1	50.0
8	医療機関における救急医療相談数について課題を感じているが、＃7119では有効に対処できないと感じている	0	0.0
9	医療費の適正化について課題を感じていない	0	0.0
10	医療費の適正化について課題を感じているが、＃7119では有効に対処できないと感じている	0	0.0
11	その他	1	50.0
	N（%ﾍﾞｰｽ）	2	（N=2）100%



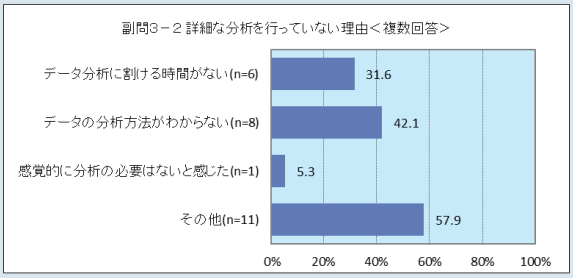
④ データを活用した詳細分析を実施していない理由

データを活用した救急需要等に関する詳細分析を実施しているかという問いに対して、都道府県では約６割（61.3%）、消防本部では約４割（39.4%）が「分析を行ったことはない」と回答していることから、「分析を行ったことはない」と回答した団体に対し、その理由を確認したところ、都道府県及び消防本部とも「データ分析に割ける時間がない（都道府県 31.6%、消防本部 46.2%）」及び「データの分析方法がわからない（都道府県 42.1%、消防本部 38.5%）」との回答が多かった。

都道府県票　※問3で「5 分析を行ったことはない」に回答（19団体）

副問3－2 詳細な分析を行っていない理由＜複数回答＞

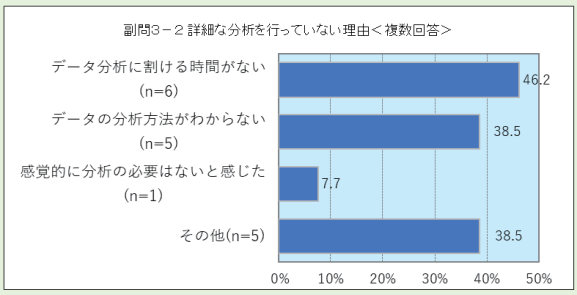
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	データ分析に割ける時間がない	6	31.6
2	データの分析方法がわからない	8	42.1
3	感覚的に分析の必要はないと感じた	1	5.3
4	その他（消防本部との連携が必要、事業効果が見えないため分析までに至らない など）	11	57.9
	N （%ﾍﾞｰｽ）	19	(N=19) 100%



消防本部票　※問3で「5 分析を行ったことはない」に回答（13団体）

副問3－2 詳細な分析を行っていない理由＜複数回答＞

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	データ分析に割ける時間がない	6	46.2
2	データの分析方法がわからない	5	38.5
3	感覚的に分析の必要はないと感じた	1	7.7
4	その他（今後実施していく、年報で傾向がつかめる など）	5	38.5
	N （%ﾍﾞｰｽ）	13	(N=13) 100%



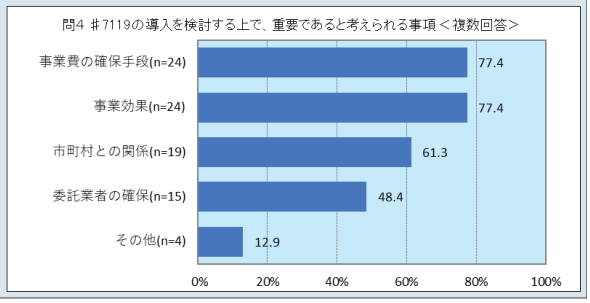
⑤ ＃7119 事業の導入を検討する上で重要な事項

都道府県及び消防本部とも「事業費の確保手段（都道府県 77.4%、消防本部 69.7%）」及び「事業効果（都道府県 77.4%、消防本部 60.6%）」との回答が多かった。

都道府県票

問4 ＃7119の導入を検討する上で、重要であると考えられる事項＜複数回答＞

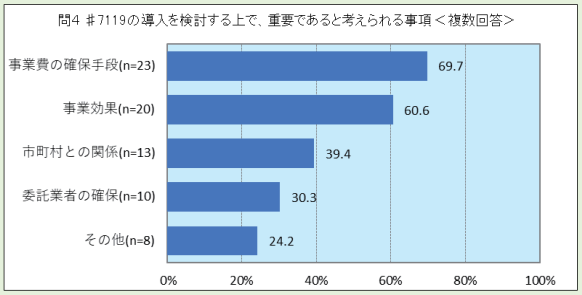
No.	カテゴリ	件数	（全体）%
1	事業費の確保手段	24	77.4
2	事業効果	24	77.4
3	市町村との関係	19	61.3
4	委託業者の確保	15	48.4
5	その他	4	12.9
	不明	1	3.2
	N （%ﾍﾞｰｽ）	31	（N=31）100



消防本部票

問4 ＃7119の導入を検討する上で、重要であると考えられる事項＜複数回答＞

No.	カテゴリ	件数	（全体）%
1	事業費の確保手段	23	69.7
2	事業効果	20	60.6
3	市町村との関係	13	39.4
4	委託業者の確保	10	30.3
5	その他（サービス内容の充実 など）	8	24.2
	不明	6	18.2
	N （%ﾍﾞｰｽ）	33	（N=33）100



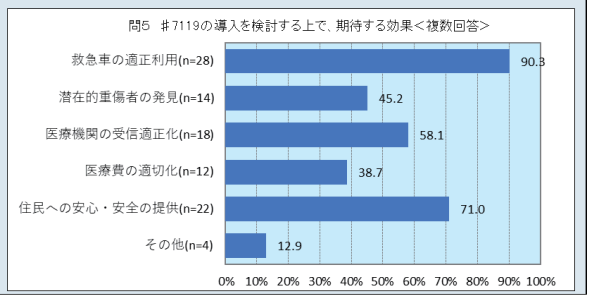
⑥ ＃7119 事業の導入を検討する上で、期待する効果

都道府県及び消防本部とも「救急車の適正利用（都道府県 90.3%、消防本部 75.8%）」及び「住民への安心・安全の提供（都道府県 71.0%、消防本部 75.8%）」との回答が多かった。「医療機関の受診適正化」と回答したのは、都道府県で約６割（58.1%）となっているのに対し、消防本部は約４割（39.4%）となっている。

都道府県票

問5 ＃7119の導入を検討する上で、期待する効果＜複数回答＞

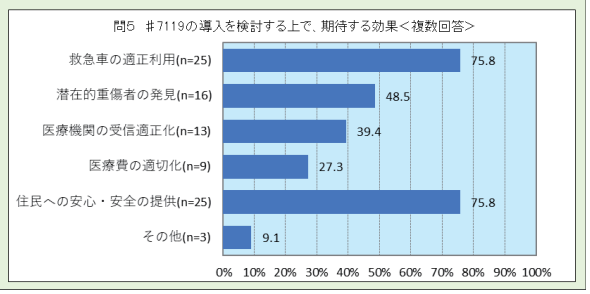
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	救急車の適正利用	28	90.3
2	潜在的重傷者の発見	14	45.2
3	医療機関の受診適正化	18	58.1
4	医療費の適正化	12	38.7
5	住民への安心・安全の提供	22	71.0
6	その他	4	12.9
	不明	1	3.2
	N (%ﾍﾞｰｽ)	31	(N=31) 100



消防本部票

問5 ＃7119の導入を検討する上で、期待する効果＜複数回答＞

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	救急車の適正利用	25	75.8
2	潜在的重傷者の発見	16	48.5
3	医療機関の受診適正化	13	39.4
4	医療費の適正化	9	27.3
5	住民への安心・安全の提供	25	75.8
6	その他	3	9.1
	不明	7	21.2
	N (%ﾍﾞｰｽ)	33	(N=33) 100



⑦ ＃7119 事業の実施主体として望ましいと考えられる部局

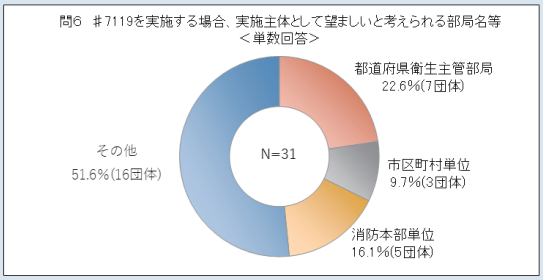
都道府県及び消防本部とも「自組織」と回答したところはなく、いずれも他の部局が実施主体として望ましいという回答であった。

具体的には、都道府県（消防防災部局）は、「都道府県衛生主管部局（22.6%）」、「その他（衛生主管部局と消防本部の共同実施など）（51.6%）」との回答が、消防本部は、「都道府県消防防災主管部局（36.4%）」、「都道府県衛生主管部局（45.5%）」との回答が多かった。

都道府県票

問6　＃7119を実施する場合、実施主体として望ましいと考えられる部局名等＜単数回答＞

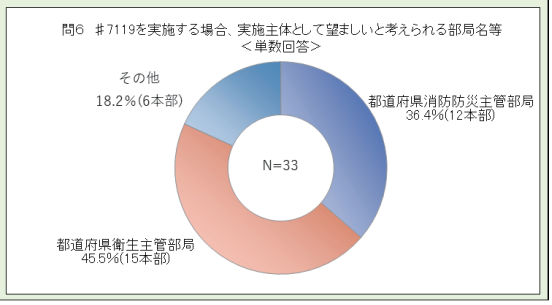
No.	カテゴリ	件数	（全体）%
1	都道府県消防防災主管部局	0	0.0
2	都道府県衛生主管部局	7	22.6
3	市区町村単位	3	9.7
4	消防本部単位	5	16.1
5	その他（より広域的な主体、衛生主管部局と消防本部の共同実施　など）	16	51.6
	N　（%ﾍﾞｰｽ）	31	（N=31）100%



消防本部票

問6　＃7119を実施する場合、実施主体として望ましいと考えられる部局名等＜単数回答＞

No.	カテゴリ	件数	（全体）%
1	都道府県消防防災主管部局	12	36.4
2	都道府県衛生主管部局	15	45.5
3	市区町村単位	0	0.0
4	消防本部単位	0	0.0
5	その他（地域医療を所管する行政機関、協議会など）	6	18.2
	N　（%ﾍﾞｰｽ）	33	（N=33）100%



２．未実施団体への意見聴取

（１）弘前地区消防事務組合消防本部

① 県単位での検討が必要

・青森県内の救急出場件数は、平成 24 年をピークに横ばい状態となっており、今後も同様の水準で推移すると考えられている。

・弘前地区消防事務組合消防本部における救急出動件数は、平成 27 年から令和元年までの５年間で見ると、平成 30 年までは緩やかに増加したが、平成 30 年からはほぼ横ばい状態となっている。

・政令市などの大都市と異なり、中小規模の自治体では救急需要が逼迫しておらず、＃7119 事業を各消防本部（市町村）単位で実施しても、その導入に対する費用効果が小さいことから、県単位での検討が必要である。

② 財政的な問題

・①で示したように＃7119 事業導入にあたっては県単位での検討が必要であるが、県に対する財政措置が行われていないことから、県としての導入の意義及び市町村との経費負担についての整理が必要である。

・事業導入の意義については、既に事業を実施している団体における導入までのプロセス等を参考にしていきたい。

・事業実施にかかる費用負担は、施設整備に係る固定費については国の補助金を活用するとともに、人件費・維持費については、普通交付税として市町村に措置されているものを活用して市町村が人口割で負担する方法が考えられる。ただし、施設整備に対する補助は、これまで以上の措置が望まれる。

③ 事業費の抑制への取組

事業実施に係る経費を抑制する方策として、「医師は常駐するのではなく、救急救命センターと委託契約する等してオンコールで対応できる体制を構築する。」ことや「看護師派遣に伴う費用負担を軽減するために、退職した救急救命士を再任用という形で活用する。」こと等が考えられる。

（２）滋賀県

① 都道府県への財政措置

・県として＃7119 事業を実施するとした場合、財政当局に対して、市町村に普通交付税措置されている事業を県で行うことの説明が困難である。

・補助事業ではなく普通交付税措置されている事業である以上、現状では、措置されている市町村が主体的に検討すべきものである。

② 子ども医療電話相談事業（＃8000）との連携

・子ども医療電話相談事業（＃8000）と＃7119 事業は、事業創設の経緯や目的は異なるものの、事業の効果（狙い）は重複する部分も多く、利用者（国民）目

線から見れば、両事業とも救急医療相談事業という位置づけになることから、分けて事業を実施する理由が見当たらない。

・全都道府県において既に導入されている＃8000 ですら、それほど認知度が高くないのに、＃7119 事業まで新たに導入するとなると、両事業が国民全体に浸透するか疑問である。また、広報の面でも両事業を一本化した方が効果的だと考えられる。

③ 人材確保

過去「共通ダイヤルによる救急医療センターの導入と課題」について、健康医療福祉部と防災危機管理局で検討した際に、財源・＃8000 との連携に加え、専門員（特に医師）の確保が課題に挙げられたが、解決策は見い出せていない。

３．実施団体への意見聴取

（１）横浜市救急相談センター

① 事業開始までの経緯・目的

・当市では、救急医療情報センターによる医療機関案内事業が 1981 年から、また、小児救急相談事業が 2006 年から開始されていたが、救急相談事業の対象を成年まで拡大した上で、両事業を統合した形で 2016 年から救急相談センターを行っている。

・事業導入の主な目的は、「全市民への安心・安全を提供すること」及び「潜在的な重症患者へ受診を促すことで重症化を抑制すること」で、「救急車の適正利用」や「医療機関の時間外受診の抑制」という視点は確認できなかった。

② 事業導入の効果

・多くの市民が利用

直近３年間の平均利用者が約 17 万人／年で、毎年市民の約 4.5%が利用

・高い利用者の満足度

利用者向けの調査では９割以上の者が、「役立った」又は「どちらかと言えば役立った」と回答

③ 事業導入後の課題及びその解決策

・運用上の課題としては、「応答率（応答数／入電数）」、「プロトコルの制度」及び「運用の適切性」と考えており、最もコストに関係するのは、「応答率」である。

・「プロトコルの精度」については、検討やプロトコル改訂により改善を図り、また、「運用の適切性」については、委託事業者の変更や、事業の実施内容の検証、相談員に対する研修や指導を行うことにより対応している。

・「応答率」については、事業開始後入電数が順調に伸びるのに対し低下傾向が見られ、利用者から「電話が繋がらない」との苦情が多く寄せられていた。

・「応答率」低下への対策として、実際の入電実績を曜日毎・時間帯毎に集計した上で、相談員の配置数について、従前の均等配置から、曜日毎に一時間単位に変更する方式に見直す（入電数が多い時間帯については相談員の増加を、入電数が少ない時間帯については相談員の減少を行う）ことにより、結果として 97～98％の応答率が維持できるようになった。

（２）徳島県

① 検討の経緯

・平成 29 年２月の県議会において「他県で行われている＃7119 事業について、当県でも検討したらどうか」と質問されたことが検討開始の大きなきっかけであった。

・検討に当たっては、県のメディカルコントロール協議会を活用し、コアメンバーによる WG において約１年間議論を行った結果、協議会から県に対し「＃7119 事業の導入を薦める」意見書が提出された。

・意見書を踏まえ、県において「救急安心センター事業導入検討委員会」を設置。必要な予算を確保した上で事業開始に至った。

② 費用負担の課題

・県内全ての消防本部にアンケートを実施したところ、ほとんどの消防本部において「＃7119 事業の必要性」について理解されていたものの、実施に向けた課題として「費用負担が最大の懸念事項」という回答であった。

・具体的には、市町村における課題は、「特に小規模な自治体では財政上の余力が無く、多額の費用負担は困難」、都道府県における課題は、「消防業務は本来市町村が実施するものであり、交付税も市町村に交付されていることを考慮すると、県が費用負担するには、その理由を整理する必要がある。」というものであった。

③ スモールスタートの採用

・事業費全体を抑えるため、関係機関とも連携のうえ、
  ・直営方式よりコスト面で優位な（外部委託方式）を採用
  ・平日・土曜の日中を対象外（夜間、日曜・休日のみ実施）とする
  ・回線数を１のみとする
  という、いわゆる「スモールスタート方式」を採用した。

・市町村の費用負担については、均等割にするのではなく、単純に「人口割」と、人口が多いところが過度な負担にならないようにする一方で、人口は少ないが管轄面積が大きい小さな町村が過度な負担にならないよう「消防費の財政基準額割」を考慮した方式の両方を採用することで、各市町村の負担可能な範囲に抑えた。

・県が費用負担を行う理由としては、消防としての役割に加え、県立病院が担っている救急医療機関における受診の適正化を見込む、県医療行政の観点からも効果が見込めると整理した。

④ 事業導入の効果

・事業開始後４ヶ月間での相談件数 1,202 件のうち、すぐに 119 番要請が必要だったものは 55 件であり、救急車の適正利用に繋がった。

・事業実施前と比較して救急出動件数が 3.6%（423 件）減少した。
（H30 年 12 月～H31 年 3 月:11,861 件　⇒　R1 年 12 月～R2 年 3 月:11,438 件）

４．課題の整理

本検討部会では、１～３により抽出された課題に基づき議論を重ね、救急安心センター事業の全国展開に向け解決すべき課題について、次のように整理した。

（１）事業実施の必要性の再整理（事業実施効果の分析・明確化）
（２）事業の実施地域、実施主体、財政措置のあり方
（３）関係機関・事業との連携、相談員及び委託事業者の確保方策
（４）類似の短縮ダイヤルとの関係、技術的課題への対応
（５）事業の普及啓発、認知度向上のための方策
（６）未実施団体における検討の加速、既実施団体における事業の底上げ

次章では、上記で整理したそれぞれの課題に対して考えられる解決策を、順次、具体的に提示していきたい。

第３章　各課題への解決策の提示

１．事業実施の必要性の再整理（事業実施効果の分析・明確化）

（１）これまでの取組

各地域において＃7119 事業を導入するにあたっては、まずは、地域住民をはじめとする関係者に事業の実施効果を十分ご理解いただき、事業実施の必要性を共通認識いただくことが重要である。

本事業の実施効果の分析や明確化を図るため、「救急業務のあり方に関する検討会」においても過去から継続的に検討を行ってきており、例えば、昨年度の「救急業務のあり方に関する検討会報告書」においては、「①救急車の適正利用」、「②救急医療機関の受診の適正化」及び「③住民への安心・安全の提供」という３つの観点から、以下の通り事業効果を示したところである。

令和元年度救急業務のあり方に関する検討会報告書より抜粋

種別	効　果	効果を示す事項	事業効果の定量的(財政的)な評価のために想定される要素
救急車の適正利用	潜在的な重症者を発見・救護	● 救急相談件数のうち、緊急（救急車）で即受診と判断された件数は30,003 件（14.9%）（H30 東京消防庁）	★重症化した際に想定される治療に要する医療費 ★急性疾患により介護を要することとなった場合の介護費
		● ♯7119 から救急車搬送と判断され、重症化が防がれた奏功事例	
	軽症者の割合の減少効果	● 初診時程度が「軽症」であった割合が減少 東京消防庁　【H18】60.3% ⇒【H30】54.5%（▲5.8%）	
	不急の救急出動の抑制効果	● 救急出動件数の増加率が抑制 【H18⇒H30】全国：26.1%増　　東京：19.1%（▲7.0%）	★救急出動増加に対する救急隊増隊費用と♯7119 導入費用の比較
		● 管轄面積が広い地域では、１件の出動～帰所に時間を要する。 遠方からの出動による到着遅延を防ぎ、より緊急性の高い事案に出動するため、♯7119 により救急車の不急の出動を抑制することを推進	
救急医療機関の受診の適正化	医療機関における時間外受付者数の減少効果	● ♯7119 導入後、時間外受付者が 8.1%減少（札幌市 A 病院）	
	医療機関における救急医療相談数の抑制効果	● ♯7119 導入後、病院への相談件数が約 24%減少（神戸市）	
	医療費の適正化効果	● 相談の結果、時間外受診をせずにすんだ →診療報酬の時間外割増分の適正化 ● 相談の結果、受診しなかった →受診した場合に生じていた医療費の削減 ● 相談の結果、救急車を利用しなかった →夜間休日救急搬送医学管理料の適正化	※横浜市（試算） 約５億円の効果 （医療費適正化効果－事業費）
住民への安心・安全の提供	利用者の満足度	● 実施団体が実施した利用者アンケート（H30 年度「救急安心センターおおさか」に関するアンケート） →約９割の利用者が「役に立った」と回答	
	医療機関休診時のニーズの受皿の役割	● 医療機関が休診のとき♯7119 入電が多い。 →曜日：日曜日、次いで土曜日に多い 月：１月、７月、８月、12 月に加え、５月（GW）に多い	
	成人への適切な受療機会の提供	●♯7119 は成人層の利用が多く、そのうち医療機関案内が多い →かかりつけ医をもつきっかけを作る側面も考えられる。	★診療科間違いによる複数科受診による医療費

※は既に示されている定量的（財政的）効果

（２）事業実施団体における認識

こうした知見の蓄積を基礎としつつ、本検討部会ではさらに、救急安心センター事業等の実施自治体からいただいたプレゼンテーションや資料提供等を通じて、それぞれの自治体が現在、事業の実施効果をどのように認識し、地域住民に対して説明しているのかを確認した。その概要は以下の通りである。

実施団体	実施事業	事業効果
新潟県	＃7119 事業	○相談件数の増加 一日当たり：H29 年度 9.7 件→平成 30 年度 12.9 件（+3.2 件） ○潜在的重症者の発見・救護 電話相談があったもののうち緊急度の高いもの：45%
東京都	＃7119 事業	○急な病気やケガをして不安な都民へ安心を提供 平成 19 年から令和元年までの合計 4,260,248 人 ○潜在的重症者の発見・救護（平成 19 年から令和元年まで） 相談の結果、 ・救急搬送となり、緊急入院した都民 74,189 人（中等症以上） ・緊急度が高い等、相談前に救急出場させた件数 10,310 件 （※受付段階での「呼吸なし」や「水没」等のキーワードから 119 転送） ○救急搬送人員に占める軽症者の割合の低減 平成 18 年 60.3%→令和元年 54.2%（▲6.1 ポイント）
大阪市	＃7119 事業	○潜在的重症者の発見・救護（令和元年度） 相談の結果、119 番へ転送し救急車が出場した件数 2,556 件のうち、緊急入院となった傷病者は 642 人 ○不要の救急出場の抑制（平成 30 年度） 平成 21 年を 100 とした救急出場件数増加率は 122.9 と、政令市平均（131.0）と比較して 8.1 ポイント低い。 ○不安な住民へ安心・安全の提供 利用者へのアンケート調査（令和２年２月実施） ・「大変役に立った」・「ある程度役に立った」との回答：89.1% ・「今後も利用しようと思う」と回答：93.1% ○救急医療機関の受診の適正化 令和元年中の相談件数 133,233 件のうち ・救急車以外での受診勧奨：61.6% ・翌日以降の受診勧奨・経過観察：14.4%
神戸市	＃7119 事業	○潜在的重症者の発見・救護 相談の結果、救急車が出場した事案のうち、重症・重篤であったもの 平成 30 年：31 件、令和元年：34 件 ○救急需要対策効果 ・軽症者割合の減少：平成 28 年 58.3%→令和元年 58.2%（▲0.1 ポイント） ・救急出動件数の増加率改善：平成 29 年から令和元年までの救急出動増加率は、全国と比較して 0.4%ポイント低い
奈良県	＃7119 事業、 ＃8000 事業	○各事業への認知度の向上 ・＃7119 事業：平成 26 年度 33%→平成 30 年度 52%（+19%） ・＃8000 事業：平成 29 年度 30%→平成 30 年度 35%（+5%） ○利用者からの高い評価 ・＃7119 事業：平成 26 年度から平成 30 年度に＃7119 を利用した方へのアンケート調査では、70%以上の方が「アドバイスや案内を適切だったと思う」と回答。 ・＃8000 事業：平成 29 年度及び平成 30 年度に＃8000 を利用した方へのアンケート調査では、80%以上の方が「アドバイスや案内を適切だったと思う」と回答
群馬県	＃8000 事業	○休日・夜間の小児救急患者数の減少傾向 平成 20 年 2,214 人→平成 30 年 2,080 人（▲134 人）
沖縄県	＃8000 事業	○緊急性の低い受診者の減少 翌日どのような対応を取ったかを尋ねる調査（平成 26 年実施） ・７割以上が「受診しなかった」、「翌日９時以降に受診した」と回答

（3）コンサルティング会社と連携した分析

また、コンサルティング会社と連携し、以下の視点での分析を行った。

①＃7119 事業の実施団体と未実施団体における「医療機関に救急搬送した者のうち、重症者の割合（重症率）」の差
②＃7119 事業の実施団体と未実施団体における「要請を受けて現場に救急隊が到着した後、緊急性が低く不搬送になる割合（不搬送率）」の差

【上記①についての分析結果概要】

＃7119 事業の実施効果の１つとして、潜在的な重症者からの救急相談を掬い上げ、救急搬送等を通じた医療機関での適切な処置に繋げるという「潜在的重症者の発見・救護」効果が期待される。

そこで、今回の分析ではまず、救急車で搬送された傷病者の重症率を、事故種別が急病の事案において、全国平均、実施団体及び未実施団体に分類して経年で比較した。その結果、年齢別区分の「成人」と「老人」では、全国平均及び未実施団体で見ると、重症率が年々低下傾向にある一方で、実施団体で見ると、重症率が近年増加傾向にあることを確認した。

次に、実施団体のうち、個別団体ごとに、＃7119 事業を導入しなかった場合の 2018 年度の予測値と実測値を比較した。その結果、年齢区分別の「老人」においては特に、ほぼ全ての実施団体で重症率の実測値が予測値よりも上がっており、実施団体共通の傾向（効果）があることが確認された。

これらのことは、＃7119 事業が、潜在的重症者を発見し、救護する効果を有することを裏付けるデータであると考えられる。

【上記②についての分析結果概要】

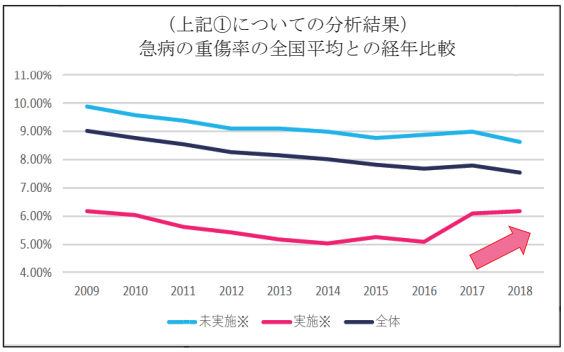
＃7119 事業の実施効果の１つとして、救急搬送の必要の無い者については、予め適切な救急相談を行うことで、救急車ではなく独力での医療機関受診等に繋げるという「不急の救急出動の抑制効果」が期待される。

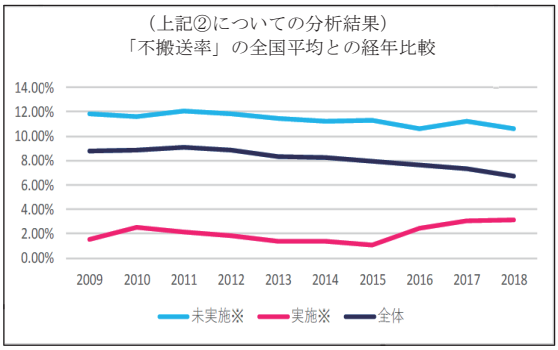
そこで、今回の分析では、要請を受けて現場に救急隊が到着した後、緊急性が低く不搬送になる割合（不搬送率）について、全国平均、実施団体及び未実施団体に分類して経年で比較した。

その結果、不搬送率は、実施団体の方が、全国平均及び未実施団体よりも低く推移しており、統計的な有意差があることが認められた。

このことは、＃7119 事業が、適切な救急相談を通じて、不急の救急出動を抑制する効果を有することを裏付けるデータであると考えられる。

ただし、実施団体のうち、個別団体ごとに見た場合の効果や、特定の属性との関係等は明らかにならなかったことから、今後の各実施団体における＃7119 導入年数の経過や、統計データの蓄積が望まれる。





※未実施・実施の区分は、各年ごとの#7119 事業を開始している実施団体に属する消防本部の集計値

さらに、消防庁では、総務省行政評価局と連携し、これまでＥＢＰＭ（エビデンスに基づく政策立案、Evidence-based Policy Making）の考え方を用いて＃7119 事業の導入効果について検討してきたところであるが、今後は、例えば以下の調査等を行うことを予定している。

・＃7119 が効果を上げているメカニズムを明らかにし、＃7119 導入の必要性を感じていない都道府県及び消防本部に対して、潜在的ニーズが存在し得ることを示すため、一般国民向けアンケート調査を実施。
・消防庁が保有している救急搬送に係るデータや各種政府統計データの中から、救急需要を増減させる可能性のあるデータを選定。
・それらの数値データを＃7119 事業を導入している／していない地域間で比較・分析し、その導入効果を検証。

なお、ＥＢＰＭとは、以下の通りである。

〇政策目的を明確化させ、
〇その目的のため本当に効果が上がる行政手段は何かなど、当該政策の拠って立つ論理を明確にし、これに即してデータ等のエビデンスを可能な限り求め、「政策の基本的な枠組み」を明確にする取組。

（第４回ＥＢＰＭ推進委員会（令和元年９月９日）における資料１「ＥＢＰＭの推進について」（内閣官房行政改革推進本部事務局）より）

（４）課題に対して考えられる解決策の検討

本検討部会や救急安心センター事業（＃7119）担当者及び普及促進アドバイザー連絡会などにおける議論や分析を通じて、＃7119 事業は、従来から整理してきた「①救急車の適正利用（適時・適切な利用）」、「②救急医療機関の受診の適正化」及び「③住民への安心・安全の提供」という３つの観点はもとより、高齢化及び人口減少の進展や社会環境の変化といった「④時代の変化への的確な対応」の観点、あるいは、今般の「⑤新型コロナウイルス感染症を契機とした新しい生活様式の実践」などの観点からも、寄せられる期待や重要性がますます増していることを確認した（下図参照）。

種別	効　果	効果を示す事項の例
救急車の適正利用（適時・適切な利用）	潜在的な重症者を発見・救護	● 救急相談の結果救急搬送となり、緊急入院した都民 74,189 人（中等症以上・東京消防庁） 緊急度が高い等、相談前に救急出場させた件数 10,310 件（東京消防庁）
		● ＃7119 から救急搬送と判断され、重症化が防がれた奏功事例
	軽症者の割合の減少効果	● 初診時程度が「軽症」であった割合が減少 東京消防庁　【H18】60.3% ⇒【R1】54.2%（▲6.1 ポイント）
	不搬送件数の削減効果	●救急出場したものの、「緊急性なし」という理由で不搬送になる割合の減少
	不急の救急出動の抑制効果	● 救急出動件数の増加率が抑制 【H18⇒H30】全国：26.1%　　東京：19.1%（▲7.0 ポイント）
		● 管轄面積が広い地域では、１件の出動～帰署に時間を要する。遠方からの出動による到着遅延を防ぎ、より緊急性の高い事案に出動するため、＃7119 により救急車の不急の出動を抑制することを推進
救急医療機関の受診の適正化	医療機関における時間外受付者数の減少効果	● ＃7119 導入後、時間外受付者が 8.1%減少（札幌市 A 病院）
	医療機関における救急医療相談数の抑制効果	● ＃7119 導入後、病院への相談件数が約 24%減少（神戸市）
	医療費の適正化効果	● 相談の結果、時間外受診をせずにすんだ　→　診療報酬の時間外割増分の適正化 ● 相談の結果、受診しなかった　→　受診した場合に生じていた医療費の削減 ● 相談の結果、救急車を利用しなかった　→　夜間休日救急搬送医学管理料の適正化
住民への安心・安全の提供	利用者の満足度	● 実施団体が実施した利用者アンケート（R１年度「救急安心センターおおさか」に関するアンケート） →約９割の利用者が、「役に立った」「大変役に立った」と回答し、「今後も利用しようと思う」と回答。
	医療機関休診時のニーズの受皿の役割	● 医療機関が休診のとき＃7119 入電が多い。 →曜日：日曜日、次いで土曜日に多い　（月：１月、７月、８月、12 月に加え、５月（GW）に多い）
	成人への適切な受療機会の提供	●＃7119 は成人層の利用が多く、そのうち医療機関案内が多い →かかりつけ医をもつきっかけを作る側面も考えられる。
時代の変化への的確な対応	人生 100 年時代に向けたリスクの高い高齢者の増加への対応や、地方の深刻な過疎化への対策	
	地域の救急搬送・救急医療の担い手不足への対応	
新型コロナウイルス感染症対策	感染のリスクとなる不必要な外来受診・外出の抑制による重症化防止	
	新たな感染症への対応なども含め、受け皿としての相談窓口	

また、本検討部会や連絡会における議論では、例えば、「本事業を実施・運用することで、救急医療全体に関わる問題が見えてくるという面がある」、あるいは「119 番に入った連絡を一部、＃7119 に転送することで、救急出動の適正化の効果を挙げている」といった、事業の実施効果にまつわる現場ならではの気づきや工夫についても指摘があった。

一方で、「未実施団体へのアンケート」（第２章参照）からは、本事業の未実施団体における未実施理由として、財政的な課題と並んで、「事業の必要性や効果が感じられない」という点が、大きな障壁となっていることが改めて浮き彫りになった。また、その背景には、単独の自治体では、管内の救急需要や医療体制に係るデータ分析のための時間やノウハウが不十分な状況にあることも、一因として垣間見られた。

本事業の全国展開に向け、今後、未実施団体を事業実施に導いていくためには、財政的な課題の解決もさることながら、国として、本事業の実施効果の分析・明確化を

さらに押し進めるとともに、現場ならではの気づきや工夫についても収集し、結果を分かりやすく整理のうえ、広く普及啓発することで、全国各地の関係者に事業実施の必要性を強く実感いただくことが、不可欠である。

その際には、地域の実情や各関係者の置かれた立場は様々であることから、単視眼的にではなく、上記①～⑤に示した観点を踏まえつつ、実施地域から多種多様なデータを継続的に収集し、地域差や経年変化なども含めて十分に分析・明確化しながら、考え得る効果を広く「合わせ技」で提示・説明していくことが望ましい。

なお、こうした作業の前提としては、事業効果そのものの定義や、評価の基準・指標などについて、さらに共通認識を固めていく必要があると考える。

今後、上記で示した解決策の具体化を少しでも図れるよう、後述する事業の「質」や「利便性」、「効率性」の向上といった論点と併せて、さらに検討が深められていくことを期待したい。

事業実施の必要性の再整理（事業実施効果の分析・明確化）に関する主な意見

［全般］

・自治体も財政的に助かる、医療機関も助かる、救急隊員の過重労働も減るというデータが示せると非常に良い。

・単発でメリットや解決策を示すことは困難であろうから、様々な面で実施地域からのデータを収集し、各導入課題に対する解決策を「合わせ技」で未実施の地域に提示し、メリットを説明すると良いのではないか。

・コストは大きな問題だが、救急車の利用抑制以外の導入メリットも併せてアピールすることに意味があると考える。

・フルサービス（24 時間 365 日）を行っている団体と、アラカルト（例えば平日夜間のみ）で行っている団体を分けて分析し、後者でも一定の効果があることを示し、初期の算入のハードルを下げつつ、段階的に拡大の道筋を示す等の工夫をしてはどうか。

・事業効果についてさらに進めた検討を行うためには、その定義が必要になると思う。

・事業効果については、評価の基準あるいは目安がないことがそもそも問題ではないか。

・評価の指標については、医療機関の質評価と同様に、「Structure（構造）」「Process（過程）」「Outcome（結果）」に分類して議論すると理解しやすいのではないか。

・住民の意識調査を実施できると良いのではないか。特に、実施団体周辺の未実施地域の住民への意識調査が良い。

［救急出動の適正化］

・救急需要の逼迫のある政令市など大都市地域では、これに対応する救急隊を増隊するよりも、＃7119 事業を実施する方が、費用対効果は高いと思われる。しかし、救急出場件数の伸びが低い地方部の消防においては状況が異なるため、本事業の導入に向けた議論がなかなか進まないという面がある。

・本県では、県庁所在地では、適正利用や救急搬送件数の抑制という問題の解決、それ以外の地域では、病院に行かず我慢している者の拾い上げに繋がると考えており、事業のニーズはそれぞれで異なっている。

・全国的に見て、救急出動件数に対する搬送人員の割合は年々低下しているが、これが無駄な出動（空振りに終わる出動）の増加を意味しているのであれば、＃7119 を普及させる必要性を説明する根拠となる。

・新型コロナウイルス感染症の影響で救急出動件数が減少しているが、この要因が救急搬送の必要が無い軽症者であったという分析結果が出てくれば、そういう人達が＃7119 を使うことで、救急出動件数がかなり抑制され得ると説明できるかもしれない。

・本市では 119 番に入った連絡を一部、＃7119 に転送することで、救急出動の適正化の効果を挙げている。このような柔軟な対応を他地域にも勧められないだろうか。

［医療側からの視点］

・当県では、救急患者の受入れも県立病院が担っており、救急車の適正利用の問題が直接的に県の医療費にも繋がることが、県でも財政負担をする理由付けにもなった。

・救急需要が逼迫していない地域では救急車の利用抑制という視点でのニーズは無いが、たとえ救急車でなくても、夜中にウオークインで病院に行けば、患者にとっても医療機関にとっても負担は大きくなるので、その必要性の判断を仰ぐことができるシステムである＃7119 事業は救急医療体制から見て重要である。

・電話相談の結果、時間外診療が減ったということであるが、それ以上に医師をはじめとする医療従事者の負担軽減、働き方改革に繋がることが非常に大きい。

・現状として、病院内の電話相談についても、スタッフの時間が取られており、負担が大きいので、タスクシフトの考え方から、医療機関が電話対応せずに済むようになることは非常にメリットがあると考える。

・＃7119 への相談件数や内容を分析することで、地域での感染症の流行や災害の発生を適時・的確に把握する「サーベイランス」としても活用することができ、必要な体制強化に繋げられるという観点からも、＃7119 は有用と感じている。

・救急医療全体に関わる問題が、＃7119 を運用する中で見えてくるという面がある。

［住民への安心・安全の提供］

・当市における＃7119 事業導入のための検討の中では、基本的には、住民への安心の提供と重症化の抑制という観点から議論が進んだ。

・直接的な効果だけではなく、救急医療における救急車を呼ぶ前の段階での不安を解消することが必要であると思う。

・市民としては、自己受診する際の相談にも活用でき、非常に有効な事業だと思う。

・救急需要の適正化や医療機関の時間外負担の軽減といった提供側のメリットではなく、住民の安心・安全に対する満足度といったことが最終的に行政を動かすのではないか。

［時代の変化への的確な対応］

・人生 100 年時代に向けたリスクが高い高齢者の増加への対応や、地方の過疎化の深刻化への対策としても、＃7119 事業は効果があると思う。

・消防機関職員を含む地域の救急搬送・救急医療の担い手不足への対応という意味もある。

［新型コロナウイルス感染症対策］

・感染のリスクとなる不必要な外来受診・外出の抑制という観点からの重要性がより強く認識される状況にあると思う。

・新型コロナウイルス感染症の拡大によって、本来は、＃7119 に電話する、あるいは救急外来を受診すべき方がある意味自粛してしまって、潜在化させてしまい、その結果、早期発見・早期治療が阻害されて重症化している危険性が十分ある。そういう意味でも、この電話相談の重要性、また全国展開というのがますます必要になっていると考える。

・新型コロナウイルス感染症への対応が終息しても、新たな感染症への対応なども含め、受け皿としての相談窓口が残っていけば良いだろう。

・新型コロナウイルス感染症、熱中症、自然災害含め、幅広く救急相談ができるようなシステムになっていけば良いのかなという気がする。

２．事業の実施地域、実施主体、財政措置のあり方

（１）これまでの消防庁の考え方の整理

「救急安心センター」事業の推進に向けては、平成 21 年度のモデル事業実施に始まり、これまで「救急業務のあり方に関する検討会」を中心に継続的に議論を行ってきた。これらを通じて、検討開始当初より整理が進んでいる項目もあることから、今般改めて、消防庁がこれまでの検討会報告書等で示してきた考え方を総括し、「実施地域の単位」、「実施主体」、「事業実施効果」及び「財政措置・財政負担」の４つの項目に分類して、以下に整理する。

① 実施地域の単位

実施地域の単位については、これまで、「原則として、都道府県単位で実施する」として整理してきている。

なお、区域内に政令指定都市が存在する都道府県、面積が広大な都道府県など、都道府県単位による実施が困難な場合は、区域内の一部の市町村において実施することも可能である旨を示しているが、その際には留意事項として、最終的には都道府県単位での事業実施に繋がる対応がとられるよう促している。

これまでの検討会報告書等で示してきた主な考え方

[平成 26 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（平成 27 年３月）より]

・事業実施単位として、①地域特性への最適化、②関係者の合意形成、③均てん性の観点からみると、都道府県単位での取組が最も地域の実情に応じた取組が出来る上、スケールメリットの点からも最も望ましいと考えられる。小規模の市町村では専門職を確保することは困難であることからも、広域的に取り組むメリットがある。（P173、P177）

[平成 29 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（平成 30 年３月）より]

・事業実施地域の人口規模が大きくなるほど、事業費が抑えられるという効果が得られたことから、引き続き、原則、都道府県単位での実施を推進していくべきである。（P21）

[「救急安心センター事業（＃7119）の更なる取組の推進について」（平成 28 年３月 31 日付け消防救第 32 号救急企画室長通知）]

・都道府県の区域内の一部の市町村が先行して事業実施する場合は、共同実施や事業の受託などにより事業開始後に県内の他の市町村が事業参入することができる対応をとるものとし、最終的に都道府県単位で事業を実施することが可能となるよう、当該対応がとられていることを確認した上で、「＃7119」番号の使用を認めることとする。（通知別紙）

② 実施主体

実施主体については、これまで、「原則として、市町村が実施主体である」として整理してきている。

ただし、前述①の通り、実施地域の単位については「原則として、都道府県単位」と示していることから、事業実施に当たっては、単独市町村による実施ではなく、都道府県内の市町村が県域単位で共同して実施する姿を想定している。

なお、都道府県の役割については、検討開始当初は、本事業が主として救急需要対策の一環として位置づけられていたこともあり、都道府県の消防防災主管部局が関係者間の連携を促し、主導的な役割を担うよう求めるにとどまっていた。

しかし、検討が進んでいく中で、医療関係者等への浸透の観点や、医療費の適正化等の医療面から見た事業効果の観点（後述③参照）などについても着目が進み、改めて、都道府県の消防防災主管部局のみならず、衛生主管部局も主導的な役割を果たし得ると整理した上で、両部局がそれぞれ役割を果たしつつ、連携しながら、都道府県として主体的・積極的に関与し、市町村相互間の連絡協調を図るとともに、地域医師会等地域の関係団体との連絡調整等を行うことが重要であると示すに至っている。

これまでの検討会報告書等で示してきた主な考え方

[平成 21 年度救急業務高度化推進検討会報告書（平成 22 年３月）より]

・（消防機関における）救急需要対策の一環として、医師や看護師と連携した医学的に質の高い救急相談体制の構築が求められている。(P149)

・救急安心センターは、原則として消防機関に設置することとしており、相談業務と各消防本部の指令センターの指令業務と連携を図ることとしている。(P150)

[財政措置について]

・救急相談事業を含む救急需要対策に係る経費として、市町村分の普通交付税において措置が行われている（平成 21 年度から継続)。

[平成 26 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（平成 27 年３月）より]

・消防防災主管部局が関係者間の連携を促し、地域を動かすために主導的な役割を担うことが有効であると考えられる。(P176)

[平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（平成 28 年３月）より]

・都道府県の消防防災主管部局が衛生主管部局等に働きかけ、消防本部における実施に向けた意向の把握及び実施に向けて検討を促していく必要がある。(P63)

[平成 30 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（平成 31 年３月）より]

・＃7119 の導入については、各自治体の消防防災主管部局と衛生主管部局とが連携して検討することが必要である。また、＃7119 を円滑に実施するためには、都道府県において、都道府県内の救急業務に係る実態把握や、市町村相互間の連絡協調を図るとともに、地域医師会等地域の関係団体との連絡調整を行うことが重要である。＃7119 の導入・運用については、以上を踏まえて、都道府県が主体的に関与することが効果的と考える。なお、各都道府県の状況に応じて、消防防災主管部局又は衛生主管部局のいずれも主導的な役割を果たし得るが、円滑な導入・運用を進めるためには、両部局がそれぞれ必要な役割を果たしつつ、連携して取り組むことが必要である。(P59)

③ 事業実施効果

本事業の開始の契機は、救急件数が増加し、緊急性がある傷病者に適切に対処できない事態が懸念されたことや、潜在的な重症者の救護など、主として消防面の効果に着目したものであったことから、その効果も消防行政面を中心に検討を行ってきた。しかしその後、事業効果についての検証を進める中で、「医療費の適正化」や「医療機関側の負担軽減」といった医療面での効果も、今や大きく顕在化するに至っている。

※具体的な事業効果については、「１．事業実施の必要性の再整理（事業実施効果の分析・明確化）」を参照。

これまでの検討会報告書等で示してきた主な考え方

［平成 26 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（平成 27 年３月）より］

・効果としては、救急車の適正利用への寄与、救急利用者に占める軽症割合の低減、潜在的重症者の救護、医療機関案内を目的とした 119 番通報の減少があげられた。（P167）

［平成 29 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（平成 30 年３月）より］

・調査結果に基づく仮定での試算になるが、医療費の適正化について、大きな効果を見いだすことができた。（P21）

［平成 30 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（平成 31 年３月）より］

・＃7119 は、救急搬送の適正化と同時に、医療の適切な提供にも寄与する事業である。（P59）

④ 財政措置・財政負担

＃7119 事業の導入に際して課題となる財政的な支援の現状については、事業立ち上げ時の基盤整備に係る支援措置として以下のア及びイが、その後の運営費（ランニングコスト）に係る支援措置として以下のウが、それぞれ措置されている。

ア．消防防災施設整備費補助金（補助率１／３）

※平成 29 年度より、電話相談窓口を消防機関以外に設置する場合も補助対象に追加。

※令和２年度より、都道府県単位の運用のために整備する場合は、特別に考慮して配分

イ．防災対策事業債（消防防災施設整備事業）（充当率 75%、交付税算入率 30%）

ウ．普通交付税市町村分（消防費）

その上で、財政負担のあり方についてはこれまで、「地域ごとにふさわしい財源確保の方策について、検討することが望ましい」、「市町村だけでなく、都道府県も一定の負担をすることが適当」と示し、＃7119 事業の実施に際しては、市町村及び都道府県が、ぞれぞれで活用可能な財源を用いて実施するよう求めている。

これまでの検討会報告書等で示してきた主な考え方

[平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（平成 28 年３月）より]

・地域ごとにふさわしい財源確保の方策について、検討することが望ましい。(P70)

[平成 30 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（平成 31 年３月）より]

・＃7119 は、救急搬送の適正化と同時に、医療の適切な提供にも寄与する事業である。このことから、事業費負担において、市町村だけでなく、都道府県も一定の負担をすることが適当である。(P59)

（２）実施地域における実施主体、財政負担の現況

消防庁ではこれまで、上記（１）で述べた経緯や考え方に基づきながら、＃7119事業の普及促進を図ってきており、令和２年 10 月現在、全国 17 の地域で事業が実施されている。その実施主体及び財政負担の状況は次表のとおりである。

実施主体を、市町村／都道府県の別に着目して分類すると、市町村が実施主体の地域は６地域、都道府県が実施主体の地域は 11 地域となっている。

また、事業実施に当たって主導的な役割を果たしている部局に着目して分類すると、消防防災主管部局（消防本部）が主導的な役割を果たしている地域は２地域、衛生主管部局や運営協議会といった消防防災主管部局以外の組織が主導的な役割を果たしている地域は 15 地域となっている。

次に、財政負担の状況について見ると、都道府県が実施主体の地域の中には、県域内の市町村には全く負担を求めない運用を行っている地域や、県域内の市町村のうち政令指定都市にのみ負担を求める運用を行っている地域もあることから、財政負担の生じている市町村は、事業実施エリア内の総市町村数 465 団体中、156 団体に留まっている。

実施地域（17 地域）における実施主体、財政負担の状況（令和２年 10 月現在）

	実施地域数	実施地域名	（ ）書き合計
(1)市町村主体	６		７０
①うち単独実施	１	横浜市(1)	１
②うち共同実施	５	大阪府内全市町村(43)、田辺市周辺(2)、札幌市周辺(7)、神戸市周辺(2)、広島市周辺(15)	６９
(2)都道府県主体	１１		８６
①うち市町村負担なし	５	東京都、奈良県、福岡県、埼玉県、茨城県	－
②うち市町村負担あり	６	宮城県(1=仙台市)、新潟県(1=新潟市)、京都府(26)鳥取県内(19)、山口県内(15)、徳島県内(24)	８６
合　　計	１７		１５６

※１　（　）書きは、財政負担をしている市町村数

※２　□囲みは、消防防災部局/消防本部が主導的な役割を果たしている地域
下線は、運営協議会/運営委員会が主導的な役割を果たしている地域
それ以外は、衛生主管部局/保健衛生部局が主導的な役割を果たしている地域

（３）＃7119 事業という行政サービスの法的性質

ここで、＃7119 事業という行政サービスの法的性質について、消防救急及び救急医療の双方の切り口から、実施者たるべき主体に着目して改めて概観してみたい。

救急業務は、原則として市町村によって果たされる消防の業務の一環であるとともに、その後に控える医療とのシームレスな連携も求められるものである。

市町村は、消防組織法（昭和 22 年法律第 226 号）第６条に規定されるとおり、消防の実施主体であることから、＃7119 事業の実施を通じた救急相談への対応についても、消防業務の延長として位置づければ、市町村が取り組むべきものとして捉えることができる。

一方で、都道府県は、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 に規定されるとおり、厚生労働大臣が定める「医療提供体制の確保に関する基本方針」に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとされており、医療計画の中では、救急医療の確保に必要な事業に関する事項も定めるものとされている。加えて、都道府県における医療体制の構築に係る指針として厚生労働省が示している「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」の中では、「救急の医療体制に求められる医療機能」として「電話による相談システムを用いて、適切な医療機関の受診、適切な救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること」が示されているところである。従って、＃7119 事業の実施を通じた救急相談への対応についても、救急の医療体制に求められる医療機能の１つとして位置づければ、都道府県が取り組むべきものとして捉えることができる。

このように、＃7119 事業という行政サービスの法的性質について、消防救急及び救急医療に関わる関係法令の規定に基づき、実施者たるべき主体に着目して整理すると、本事業は、市町村及び都道府県の双方が、実施主体として整理され得る事業であると位置づけられると考える。

（４）課題に対して考えられる解決策の検討

①　「実施主体」のあり方

「未実施団体へのアンケート」（第２章参照）においては、＃7119 事業の実施主体として望ましいと考えられる部局について、都道府県及び消防本部とも「自組織」と回答したところはなく、いずれも他の部局が実施主体として望ましいとの回答であった。このことからも分かるように、＃7119 事業の全国展開に向けては、まずは、各地域で実施主体のあり方についての議論を行っていただき、本事業に関わる関係者の主体的な共通認識を醸成した上で、事業の必要性や目指すべき姿、具体的な導入方法等についての検討に入っていただくことが重要である。

この点、消防庁では従来、＃7119 事業について、（１）で述べたとおり、

・「実施地域の単位」については「原則、都道府県単位」との考え方を示す一方、
・「実施主体」については、「原則、市町村が実施主体」であることを標準形と位置づけた上で、
・両者を整合させるために、単独市町村による実施ではなく、「都道府県内の市町村が県域単位で共同して実施する姿」を想定しつつ、
・都道府県が主体的・積極的に関与し、市町村相互間の連絡協調や、地域医師会等の関係団体との連絡調整をすること、を促してきた。

これらの考え方は、＃7119 事業の出発点が、主として「救急需要対策の一環」であったため、本事業は消防行政、すなわち市町村行政との建て付けを基本に、制度を運用してきたことによるものと考えられる。

しかし、本検討部会における今回の議論を通じて、

・＃7119 事業においては、医療行政、すなわち都道府県行政の観点から捉えるべき事業実施効果についても、今や大きな柱の１つと認知されていること、
・＃7119 事業という行政サービスの法的性質からは、一義的に消防行政、すなわち市町村行政との整理が導かれるものではなく、市町村及び都道府県の双方が、実施主体として整理され得る事業であると考えられること、
・＃7119 事業をとりまく環境は、地域の特性・実情に応じてかなり異なっており、地域ごとに適切な実施主体を選択せざるを得ないのが実態であること、
・実際に、本事業の現在の実施地域の状況を見ると、市町村ではなく、都道府県が実施主体となっているケースが多くなっていること、

などから、消防庁が従来、本事業実施に当たっての標準形として位置づけてきた「原則、市町村が実施主体」という一義的な整理には、やや無理が生じているのではないかとの結論に至った。

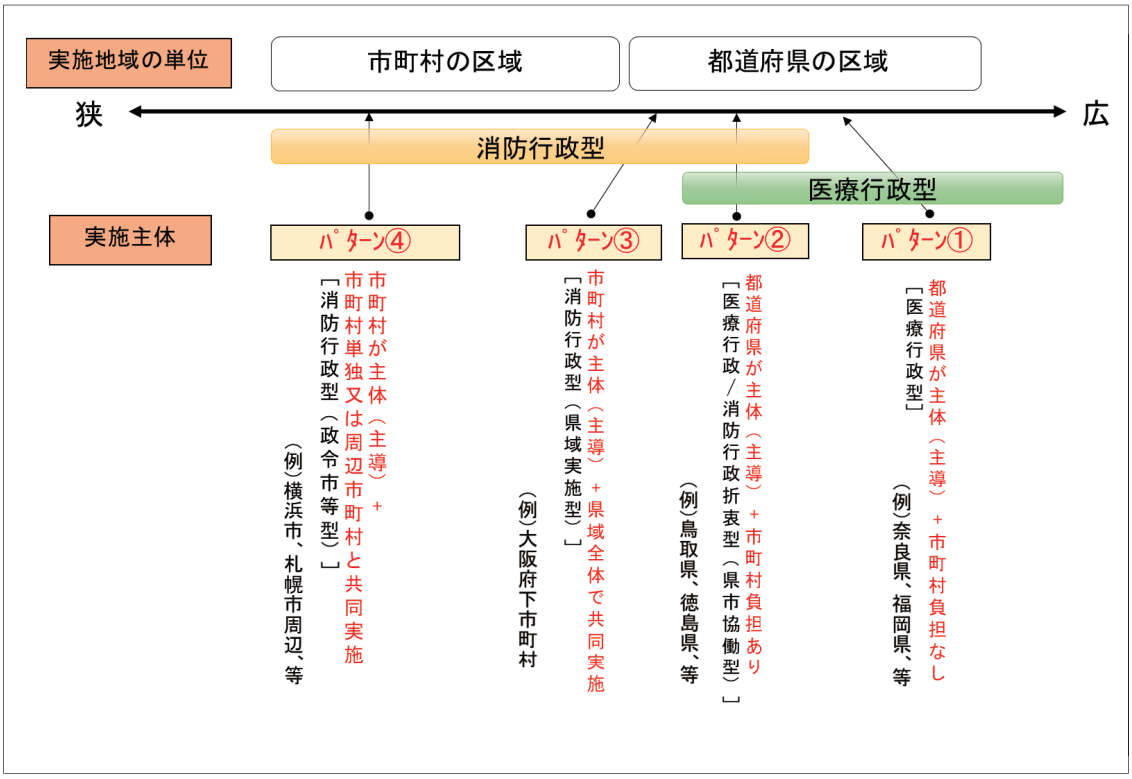
そこで、本検討部会では、本事業の実施主体のあり方に関する新たな整理を検討するにあたって、まずは、（２）で示した実施地域（16 地域）における実施主体及び財政負担の状況を踏まえて、以下の４種類のパターン分けを試みた。

本事業の実施主体のあり方に関するパターン分けの例

［パターン①］都道府県が主体（主導）＋市町村負担なし（例：奈良県、福岡県、等）
…　いわば「医療行政型」
［パターン②］都道府県が主体（主導）＋市町村負担あり（例：鳥取県、徳島県、等）
…　いわば「医療行政/消防行政折衷型（県市協働型）」
［パターン③］市町村が主体（主導）＋県域全体で共同実施（例：大阪府下市町村）
…　いわば「消防行政型（県域実施型）」
［パターン④］市町村が主体（主導）＋市町村単独又は周辺市町村と共同実施（例：横浜市、札幌市周辺、等）
…　いわば「消防行政型（政令市等型）」

これを可視化すると、次の通りとなる。

本事業の実施主体のあり方に関するパターン分けの例の可視化イメージ



本検討部会では、上記パターン分けに基づく議論を通じて、＃7119 事業をとりまく環境は、地域の特性・実情に応じてかなり異なっており、このパターン分けに見られるように、地域ごとに適切な実施主体を選択せざるを得ないのが実態であることから、実施主体のあり方については、一義的・画一的に定めるべきものではなく、原則、各地域の実情に任せて委ねるということではないかとの結論に至った。

その際には、

・市町村が実施主体となった場合に生ずる複数市町村間の調整に要する課題や、「実施地域の単位」は引き続き「原則、都道府県単位」と整理すべきと考えられることとの整合性、本事業が内在する医療面との繋がりの強さなどを踏まえ

れば、都道府県が実施主体となる、あるいは実施を主導するパターン①やパターン②が、今後の典型的な事業実施モデルとなっていくのではないか、

・その中でも、本事業は「消防行政」と「医療行政」の両側面を有する事業と認められることから、都道府県と市町村とが負担を分かち合い、共同して実施する、いわば「医療行政/消防行政折衷型、県市協働型」と整理できるパターン②が、敢えて言えば「推奨モデル」と位置づけられるのではないか、

・その一方で、国としては全国一律なモデルを当てはめようとすべきではなく、状況や地域によっては、パターン③やパターン④も含め、多様で柔軟な実施主体の選択を認め、それに応じた財政措置のあり方や必要な方策を考えていくべきである、

との共通認識に至ったところである。

その上で、実施主体の選択如何にかかわらず、都道府県と市町村、消防行政側（消防防災主管部局/消防本部等）と医療行政側（衛生主管部局/保健衛生部局）とが適切な連携を図るべきであることはもとより、地域の医師会や病院等の医療関係者、日常的な事業運営にあたる委託事業者といった本事業に関わる関係者（※次節３で詳述）も含めて、それぞれがお互いに顔の見える関係を幅広く築き、主体的・有機的に連携協力していくことが強く求められる。

なお、過去の検討会報告書においては、本事業の構成要素である「救急相談・緊急度判定」機能と「医療機関案内」機能について、

・医療機関案内は地域の医療資源の状況等地域特性に応じた最適化が求められる、

・緊急度判定では、プロトコル自体は統一的であるものの相談事業を担う者の力量や受入側の医療体制にあわせた最適化が必要である。また、地域の医療関係者を含めた合意形成が必要になる、

旨を指摘するとともに、両者について、「望ましい地域の単位が異なる可能性もあり、両者の実施主体を分離することも考えられる」との指摘がなされている（「平成 26 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」P73)。

今回の検討部会でも、とりわけ「救急相談・緊急度判定」機能については、条件が整えば、都道府県域を超えたより広域な単位での相談センターのような形に集約できるかもしれないといった指摘があったが、その一方で、それぞれの判定結果に対して講ずべき具体的対応や医療事情は地域毎に異なっていることや、「医療機関案内」機能に不可欠な地域の医療情報の広域的共有が実現されていないことなどから、現状では実効的ではないといった意見もあり、一意的な結論には至らなかった。

この点については、３．（３）「委託事者の確保方策」で後述する「都道府県境を超えた広域的な取組」のさらなる進展への期待の論点とも関連させながら、引き続き留意すべきものと考える。

②「財政措置」のあり方

「未実施団体へのアンケート」（第２章参照）では、都道府県及び消防本部とも、本事業の未実施団体における未実施理由として、「事業を進める財源がない」と回答した団体が最も多く、導入を検討する上で重要な事項についても、「事業費の確保手段」と回答した団体が最も多いとの結果が得られたところであり、現在、本事業を巡る財政的な課題は、今後の全国展開に向けて、大きな障壁となっている。

本事業に係る財政負担のあり方については、過去からの検討を通じて、「地域ごとにふさわしい財源確保の方策について、検討することが望ましい」、「市町村だけでなく、都道府県も一定の負担をすることが適当」との整理を示しつつ、国の財政支援措置については、基本的に「原則、市町村が実施主体」との整理に基づいて講じられてきたところである。

今後はさらに、未実施地域が＃7119 事業を円滑に導入し、速やかな全国展開に繋げていくことができるよう、本検討部会で議論のあった事項（※次頁参照）に十分留意しながら、①で述べた整理に基づき各地域でそれぞれの実情に応じて選択された実施主体に生ずる次のような財政負担に対して、実効性ある適切な財政措置の実現を強く期待する[1]。

［参考］事業実施に当たって必要となる経費の例

○　未実施団体における＃7119 実施に向けた検討に要する経費
- ☑ 管内の救急業務に係る実態把握に要する経費
- ☑ 市町村相互間の連絡協調を図るために要する経費
- ☑ 地域医師会等の関係団体との連絡調整を行うための経費
  - 地元医師会、病院協会など地域の医療との連絡調整（医療機関案内において紹介が可能な当該地域の医療機関の確保・把握など）
  - 相談プロトコルの適切な作成（相談に応じる看護師等への教育体制を含む）
  - 事前調整のために、都道府県内の各二次医療圏への出張、調整に要する経費

○　実施団体における経常的な運営に要する経費
- ☑ 救急に関する相談サービス運営に要する経費
  - 医師・看護師・相談員の確保に要する経費
  - 啓発パンフレット作成・配付等の広報に要する経費
  - 電話料、消耗品費
- ☑ 管内の救急業務に係る実態把握（＃7119 実施による効果測定等）に要する経費
- ☑ 市町村相互間の連絡協調を行うために要する経費
- ☑ 地域医師会等の関係団体との連絡調整を行うための経費
  - 地元医師会、病院協会など地域の医療との連絡調整（医療機関案内において紹介が可能な当該地域の医療機関の確保・把握など）
  - 相談プロトコルの適切な運用についての監督（相談に応じる看護師等へのアドバイスやフォローなどを含む）
  - 質の向上を図るための検証体制の確保（事例の抽出や資料の作成など）
  - 事後検証等のために、都道府県内の各二次医療圏への出張、調整に要する経費
- ☑ 運営協議会・検証を実施する会議体の運営に要する経費
  - 困難事例や奏功事例の共有と検証、相談プロトコルの妥当性についての検証に要する経費

[1] ＃7119 事業の実施に要する経費については、これまで、市町村に対する普通交付税措置が講じられてきたが、今般の本検討部会の議論も踏まえて、令和３年度地方財政措置に係る協議・調整がなされた結果、令和３年度からは、現行の措置を見直し、都道府県又は市町村の財政負担に対して、新たに特別交付税措置が講じられることとなった。

事業の実施地域、実施主体、財政措置のあり方に関する主な意見

［全般］

・国民の安心・安全を担保するインフラであり、国として全ての国民に提供すべきである。

・対応として、全国共通のものと地域の特性・実情に応じたものの２つに分けて考えることが重要。全国共通のものに関しては、国として標準化、統一化することによって、効率化や有効性・安全性の担保が可能になると考える。一方、地域の特性・実情は、それぞれ異なる。各地域がそれぞれ対応できるようなものを考えるということが重要。

［実施地域・実施主体・運営形態］

・都市ごとにかなり事情が異なるというのが事実であり、地域ごとに実施主体を選択せざるをえないと考える。どちらがやるべきかというのは、各地域の事情に任せてやるのが適切かと考える。

・実施地域としては、都道府県全体というのがベストだと思う。その際、各市町村それぞれが実施主体になったのでは、調整でなかなかまとまりづらいところもあるので、やはり県が実施主体となって行うのが一番スムーズに事が進むのかなと思う。

・これから新しく導入するところに関しては、医療行政型で行うのが現実的に最も効果的だろうと思う。救急と医療は一体として行わない限りは現実的には難しく、広い意味で医療そのものだと考えられるし、各市町村の判断に任せてしまうと現状になってしまうので、やはり都道府県でしっかり判断していただくのが良いと考えている。

・実施主体は、原則、都道府県と考えるが、地域の特殊性などを考えながら進めてほしい。

・＃7119 の電話救急相談対応における緊急度判定の標準化や、そのための相談員の育成ということを考えると、都道府県単位で実施したほうが合理的であると思う。

・今後の展開を考えると、一つのモデルとして推奨すべきは都道府県と考えることには異論はないが、都道府県が実施主体である、と強く言われた場合、県が動きを止めてしまうと、市町村が検討に入れなくなるということがある。従って、今後のモデルとしても、状況や地域によっては、政令指定都市を主体とするなど、柔軟性という側面は残してほしいと考える。

・住民からの電話を切らずに緊急の場合は救急車の出場につなげられるよう、ホットラインを各消防本部とつないでいる。消防が実施主体で行うというメリットがここにあるのかなと考えている。

・実施団体へもアンケートを実施の上、地域特性に応じた実施モデルを構築するべきではないか。

・地方など様々な状況では、救急需要が逼迫していないという地域もあるようなので、全国一律の展開ではなく、今回示されたようなそれぞれの類型ないしは、その組み合わせのパターンというのが良いのではないか。

・「消防行政」と「医療行政」の両輪というのは、事実と思う。実施主体がどうであれ、事業への参加全自治体の医療行政と消防行政・地域の医師会・病院関係者・＃7119 委託事業者などによる会議体を設置し、運営を監督・支援することが望ましいと考える。

・県を超えたより広域な単位での相談センターのような議論はこれまで出ていないのだろうか。医療機関に関することは県内で対応するとして、相談事業に係る医学的な対応はもっと集約しても良いのかもしれないが。
・緊急度判定というのは全国統一で標準化しても良い内容であるが、それぞれの判定に対して取る対応は都市部と地方で異なってくるのではないか。都道府県、市町村単位でも医療事情は異なっている。
・広域化の件について。緊急度判定のアルゴリズムは共通であろう。地域の医療情報を共有できれば、シームレスな対応は可能だろう。ただ、現状は実効性として困難であり、本事業の有用性を十分に実感できないことがネックなのだろう。
・プロトコルは全国共通の利用が可能である。地域にコールセンターを作って、プロトコルと地域の医療情報を統合して、MCと連携した運営も考えられる。今のやり方でうまくいかなかった場合、トップダウン的なアプローチもあるのではないか。

［財源・財政措置］

・市が実施主体であっても県が実施主体であっても、財政措置はやっているところに欲しいというのがどこの自治体も考えることだと思う。
・本県における実施に向けた課題はやはり費用負担である。小規模の自治体、市町村では財政上の余力がなく、また、県としては、市町村に交付税措置が行われているという構造となっているのに対し、県が費用負担する理由について整理する必要があった。
・＃7119 に関して普通交付税が措置されているが、それを使って実際に市町村でやらなければいけないという義務はないのか。確実に使っていただくためには、色が付くような形にしないと難しいということか。
・今後、実施団体には普通交付税ではなく、紐付きのお金として財政措置してもらえると助かる。実際に、現在、普通交付税措置が講じられていることが認識されないまま、議論している自治体もある。
・県に対しても、財源がないというところと、救急需要が逼迫していないというところもあるので、強力なバックアップをしてもらいたい。
・本県では、県費投入の理由の整理として、救急医療機関における受診適正化を図るという、県の医療行政の観点もあるだろうということで、２分の１を県費での負担とすることとした。
・財政措置に関して、市町村に個別の判断を任せてしまうと難しいので、やはり都道府県に財政措置ができるような形に持っていくのが望ましい。
・県が主体となるときには、紐付きの交付税や時限的な財源を作ることも一つの方法かもしれない。
・実際に事業を実施する自治体への直接の補助（支援）を希望する。ただし、補助（支援）の対象は都道府県であるとか消防部局であるとか限定されると、地域によっては導入が困難になることも想定される。既実施地域においても、たとえば国からの補助（支援）が実現した際に、県市間で事業の移管を行わないとそれが受けられないなどとなると、その移管など極めて複雑な手続きや作業が入ることが想定され、現在使用中の市民に不利益を与えるほか、かえって全国展開が遠のくことになるのではと懸念する。

３．関係機関・事業との連携、相談員及び委託事業者の確保方策

（１）関係機関・事業との連携

２．（４）①で前述のとおり、地域における本事業の実施にあたっては、実施主体の選択如何にかかわらず、行政側において、都道府県と市町村、消防行政側（消防防災主管部局/消防本部等）と医療行政側（衛生主管部局/保健衛生部局等）とが適切な連携を図ることはもとより、電話による救急相談及び医療機関案内サービスの提供に関わる幅広い関係者との連携協力が欠かせない。

具体的な関係者としては、まず、本事業の運営に直接的に関わる者として、地域の医師会や病院等の医療関係者、日常的な事業運営にあたる委託事業者などが挙げられる。さらには、電話相談後のフォローや、急変時のセーフティネットの構築等の観点から、例えば、地域の社会福祉協議会や在宅介護関係者、相談事業運営者、施設事業者、民間搬送事業者、NPO 関係者、地域の自治会など、保健、医療、介護、福祉、搬送機関、地域住民といった切り口からの様々な関係機関が想定される。また、それぞれが実施する多様な事業どうしの相互関連性もあるだろう。

これら関係者においては、お互いに顔の見える関係を築き、常に利用者側の視点を踏まえて、主体的・有機的に連携協力していくことが強く求められる。

一方で、「未実施団体へのアンケート」（第２章参照）において、＃7119 事業を実施していない理由として、「医療サイドとの連携が進まない」と回答した団体が、都道府県及び消防本部とも一定数見られたことも事実である。

こうした状況を打破するためには、例えば、本事業の導入・運用に際して、本事業に関わる関係者ごとの立場や果たすべき役割を適切に「見える化」するとともに、定期的な連絡調整の場を設けて、本事業を取り巻く現状や課題を広く共有し、必要な取組を協議するなど、実効性ある連携協力体制を構築することが望まれる。

なお、国レベルにおいては、消防救急及び救急医療の観点から、消防庁と厚生労働省とが引き続き、緊密な連携を図るべきであることは言うまでもない。加えて、全国的な規模を有する消防関係団体や日本医師会等の医療関係団体、あるいは地方自治法に規定される全国的連合組織など、地域における関係者との強固なネットワークを有する全国的な関係機関との間でも、さらなる連携を期待したい。

関係機関・事業との連携に関する主な意見

［行政機関における連携］

・＃7119 においては、地域の救急医療体制との連携が重要であるので、国においては、消防庁と厚生労働省の省庁横断的連携が、都道府県においては、都道府県医師会との連携が必要である。

・受け手である自治体側のセクションが、相談内容によって分かれていることが問題であれば、そこを考慮すべきではないか。

・都道府県での実施に当たっては、予算措置がされている部門と、実施に関わる部門とが異なり、温度差も大きいことがある。

・事業実施までに多くの労力を要するので、迅速な展開が実現できるような工夫が必要である。

・本当に救急車が必要な方以外、例えば病院に行くための手段として考えている方には、他の事業者を活用することも考慮してはどうか。そのためには全省庁にまたがるので、例えば、防災と救命をセットにして考えてみてはどうか。

［関係機関/関係事業との幅広い連携］

・電話相談後のフォローや急変時のセーフティネットの構築が不可欠であることから、関係団体との連携を構築する必要がある。例えば、悩み相談中心であれば心のケア、生活支援等への繋ぎ、医療介護の関連性がありそうなら、ケアマネージャー、在宅介護、民間救急（病院搬送車を含む。）等への繋ぎなど、様々なケースが想定される。

・八高連（八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会）のように、地域医師会を中心とした保健、医療、介護、福祉、搬送機関、自治体、行政等の幅広い関係者による協議会の創設と実効性のある連携の推進が必要。

・住民と行政と医療者の有機的な繋がりは非常に重要だと感じた。元々必要な情報が市民に伝わっていれば、非常時に慌てずに行動することができる。

・今後ますます重要視される救急医療と在宅医療との連携方策の一つとして、＃7119 からの電話回線上の連携も模索する必要がある。

・データの利活用という点では、相談、救急搬送、治療、退院後のデータを連携することで、事業効果の把握や、事業の質の向上に向けた取組などにおいて、極めて役に立つだろう。

［救急需要対策に資する他の取組との連携・役割分担］

・救急安心センターへの相談内容の 50%が小児に関するものであったことから、「小児アプリ」を開発した。アプリで順次質問に答えていき、重症であれば 119 番につながり、軽症であれば、自己受診可能な病院のリストが表示されるものである。

・ウイズコロナの時代になり、救急にかかりたいけど、病院に行くのが嫌だとか遠慮して行かない人がいるので、その人達に対し、＃7119 や＃8000 という、いわゆるマイオンラインでの相談がシステム化されていれば、もう少し救急医療がうまくいくと思う。

（２）相談員の確保方策

救急安心センター事業を実施するに当たっては、具体的な入電に対応できる看護師や相談員を相談窓口に配置した上で、オンコール体制も含めて医師から適切な指示を受けられる体制を構築する必要がある。その際には、事業の質を担保するためにも、単に資格保有者を漫然と配置するのではなく、例えば、救急病院での勤務経験を有する者や、同種の対人サービス・相談業務の経験者など、本事業の実施に適切な人材を選定することが望ましい。

しかし、本事業を新たに導入しようとする団体にとっては、事業の立ち上げ準備に当たって、そのことを困難に感じる場合も想定される。

その解決に向けては、例えば、①日頃から、メディカルコントロール協議会等を通じて顔の見える関係が構築されている地域の医師会・看護師会など関係機関への協力依頼や、②既に他自治体から電話相談事業の委託を受けている事業者の活用、③専門的知識を有するスタッフの確保が可能な人材派遣会社の活用、といった方策が考えられる。

なお、民間事業者の活用により人材確保を図る際には、事業者選定にあたって一般競争入札に拠るのではなく、先行実施団体で見られるように、プロポーザル入札を行うことで人件費や研修費を下支えし、専門性や的確な対応力を有した相談員の確保に繋げるといった工夫も参考となる。

相談員の確保方策に関する主な意見

［相談員の確保方策］

・本県では、事業導入にあたっては、専門の相談員、特に医師の確保という人材確保の課題をはじめ、課題が多いと認識してきた。

・人件費の抑制は、人員確保を困難にする。一般競争入札ではなく、プロポーザル入札を行うことで、人件費を下支えすることは、「専門性が高い業種を含む相談員の確保の問題」の解消にも繋がる（医療や看護の１分野として認知されうるような状況を作っていくことも、各地域での展開に必須であろうと考える。）。

・本市では、夜間救急の看護師と同額程度の額を相談看護師の給与としたことで、人材確保には難渋しなくなり、質も改善した。また、病棟等で働くことができない事情のある潜在看護師の活躍の場ともなっている。

（３）委託事業者の確保方策

① 民間事業者へのヒアリング調査の実施

＃7119 事業を実施している団体には、その業務の一部又は大部分を民間事業者に委託しているケースが多いことから、今般の検討に当たってはまず、実際に受託実績のある民間事業者に対してヒアリングを行い、民間事業者側から見た本事業の運営上の課題などを調査するとともに、＃7119 事業の未実施地域が今後、事業導入の検討を行う上で、参考となり得る情報を聴取した。

② ヒアリング対象事業者

現在、＃7119 事業の運営、人材確保、コールセンターの設置などについて、実施団体から事業の委託を受けている民間事業者（３社）。

③ ヒアリング内容

・＃7119 事業受託に当たっての課題（事業開始前に行う実施団体との調整内容、未実施団体から新たに事業委託を受けた場合の課題等）
・＃7119 事業を運営する上での課題（受託事業者から見た運営上の課題、コールセンター運営者として見た他の電話相談事業との比較、＃7119 事業のあり方等）

④ ヒアリング結果

ヒアリング結果としては、主なものとして、以下のような意見があった。
・これまでの事業の受託及び運営に際して、大きな問題は生じていない。
・今後、仮に、未実施団体から新たな事務委託の要請が数多く寄せられても、必要な環境整備を行うことで、対応できると思う。
・「医療機関案内」のニーズの多寡や内容については、地域差があるとの印象。
・「救急相談（緊急度判定）」については、プロトコルが統一されており、地域差は無いという印象。

民間事業者へのヒアリング調査の実施結果

［民間事業者Ａ（受託実績＝①＃7119：３地域、②＃8000：４地域、③類似事業：５地域）］
・仕様書や事業形態が確定してから事業委託が行われるので、事業導入時の調整に苦労は無かった。
・スタッフが確保できれば、新たに事業を受託するための制約は無い。
・特性の異なる複数の地域から事業を受託しているが、明確な特色はないとの印象。
・全体的に、「救急相談」より「医療機関案内」が多い印象。
・事業運営上の問題点としては、「不適切な利用が負担となっていること」がある。
・事業者としても、本事業はニーズの高い公共事業であるとの認識を持っている。

［民間事業者Ｂ（受託実績＝①＃7119：１地域、②＃8000：９地域、③類似事業：３地域）］

・関係機関との調整を一本化していたことで、スムーズに事業導入ができた。
・回線数が確保できれば、新たに事業を受託することは可能である。
・地域によっては、医療機関案内に「ローカルルール」があるので、地元の専任スタッフが担当した方が、利用者の満足度も向上し、雇用の促進にも繋がるのではないか。
・「救急相談」は、プロトコルが統一されており、地域差は無いという印象。

［民間事業者Ｃ（受託実績＝①＃7119：３地域、②＃8000：９地域、③類似事業：２地域）］

・事業を実施する県の担当者が、地域医療を担当する部署の職員だと、医療機関の情報などの話がスムーズに進む。
・＃8000 と＃7119 の両方を実施している地域では、＃7119 に小児の相談が入ることもあり、両事業のすみ分けが難しいと感じている。
・人口の多い都市圏では「医療機関案内」が多く、人口が少ない地方部では「救急相談」が多い印象。
・本事業は社会貢献度の高い事業だと認識しており、スタッフのモチベーションも高い。

⑤ 課題に対して考えられる解決策の検討

「未実施団体へのアンケート」（第２章参照）においては、＃7119 事業を実施していない理由として、「外部委託の受け皿がない」と回答した団体が、都道府県及び消防本部とも一定数見られたほか、＃7119 事業の導入を検討する上で重要な事項として、「委託業者の確保」と回答した団体が、都道府県で約５割、消防本部で約３割も見られるなど、委託事業者の確保方策は、本事業の全国展開に向けて、避けて通れない課題の１つである。

未実施地域における問題意識の詳細についてはさらなる分析を期待したいが、典型的には、①事業委託に当たって必要となる財政負担への懸念、②委託先の選択肢となり得る民間事業者に関わる情報不足、③実際の事業委託に際する具体的なノウハウ不足、といった課題が考えられる。

このうち①については、４．（２）②「「財政措置」のあり方」で前述した論点と関連するほか、②及び③については、６．（２）「既実施団体における事業の底上げ」で後述する本事業の「質」等の向上の論点とも関連する。課題解決に向けては、例えば、先行実施団体における民間事業者への委託事例を具体的に整理したり、事業実施に当たっての「モデル仕様書」を改善したりして、未実施地域に広く提示していくことが、一助となろう。

いずれにせよ、各実施主体が委託事業者の活用及び確保を検討するに当たっては、まずは、必要となる情報を正確に把握するとともに、「基本的には直営方式で実施」、「一部を外部委託方式で実施」又は「大部分を外部委託方式で実施」といった考えられる選択肢ごとに、地域の実情に即したメリット・デメリットを冷静に比較衡量のうえ、適切な方策を見出すことが求められよう。ノウハウの共有など、国からの引き続きの支援も望まれる。

なお、民間事業者への事業委託にあたっては、複数の実施団体が共同して一つの事業者に委託をすれば、業務の質を確保できる上に、それぞれ単独で委託する場合よりもノウハウの共有化・標準化や効率的な実施に繋がりうる。また、基本的には直営方式で実施する場合にあっても、共同実施を図れば同様の効果が得られよう。主として同一都道府県域内における都道府県・市町村間での共同実施や、近隣市町村どうしでの共同実施については、既に取組事例が複数見られるが、本事業の全国展開の速やかな実現に向けては、従来は取組事例が乏しい都道府県境を越えた広域的な取組についても、さらなる進展を期待したい。

委託事業者の確保方策に関する主な意見

［委託事業者の確保方策］

・すでに取り組んでいる自治体におけるこの事業の成果及び費用対効果、運営形態などを示すことにより、この事業が広がるものと考える。

・各自治体がそれぞれでマンパワーを使って実施するよりも、ある程度まとまって事業委託する方が割安になるだろうか。

・事業者の選定などについては、国の仕様書ひな型を定期的にブラッシュアップしつつ、さらに実施自治体に対しては、プロポーザル入札を勧奨することが望ましいと考える。

・本市では、遠隔型の委託事業者（＝数地域の数種類の事業を１センターで請け負っている事業者）からの提案金額（県域への拡大に伴って議論されたもの）は、本市が現地型で実施している状況での予算額と比較すると極めて高価だった。つまり、必ずしも遠隔型のコールセンターが安価であるとばかりも言えない。

・現地型は、論点となりがちな初期投資に関しても、既存の別事業のコールセンターなどの一部分を使用することなどを想定すれば、あまり問題にならないだろうし、業務実態の把握や、業務内容の改善など、自治体側がハンドリングしやすい側面もある。地域の潜在看護師の活用にも繋がる。こういった運営形態についても、より広めの選択肢を自治体に提示していくことが、未実施自治体への導入を促していくうえでは有効なのではないかと考える。

・業者に外注して委託する場合、その地域の、その日の医療情報をしっかり把握するため、地域の医療部門としっかり連携して医療体制情報を委託先に提供し共有していくことが重要である。

・必ずしも県境が医療圏と同一ではないことから共同実施の例があるのだろうが、少し踏み込んで「業務の効率化」「標準化による質の向上」を考えても、そのような連携があっても良いのではないかと思う。

４．類似の短縮ダイヤルとの関係、技術的課題への対応

（１）類似の短縮ダイヤルとの関係

＃7119 事業のように短縮ダイヤルを用いて相談事業を実施しているものには、「子ども医療電話相談事業（＃8000）」、「警察相談専用電話（＃9110）」、「道路緊急ダイヤル（＃9910）」、「消費者ホットライン（１８８）」、「児童相談所虐待対応ダイヤル（１８９）」などがある。

この中では特に、「子ども医療電話相談事業（＃8000）」が、「電話相談事業の開始に伴い、短縮ダイヤルを整備したこと」や「相談事業の運営主体が地方公共団体である」などの面で、＃7119 事業との共通性が見られる。両事業の概要を対比的に整理すると下表の通りである。

項目名	＃7119「救急安心センター事業」	＃8000「子ども医療電話相談事業」
相談事業 運営主体	**地方公共団体（市町村・都道府県）**	**地方公共団体（都道府県）**
所管省庁	総務省消防庁	厚生労働省
事業概要/運営形態	○住民が急な病気やけがをしたときに、救急車を呼んだほうがいいのか、今すぐ病院に行った方がいいのかなど迷った際の相談窓口として、専門家から電話でアドバイスを受けることができる。（①救急相談機能＋②医療機関案内機能）	○休日・夜間の子どもの症状に対する保護者等の不安に、小児科医師、看護師等が電話で助言 ○管轄の都道府県の相談窓口に自動転送され、相談窓口の小児科医師・看護師等が電話で助言
実施部局	○実施主体 ・消防防災部局／消防本部が実施主体の地域＝2地域 ・衛生主管部局／衛生部局が実施主体の地域＝13地域 ・運営協議会／運営委員会が実施主体の地域＝2地域	○実施主体 各都道府県衛生主管部局
国による財源措置	運営費に関わる市町村への普通交付税措置あり（常備消防費の救急需用費の需用費）8,062千円（標準団体＝10万人の場合・令和2年度）	各都道府県の予算で実施。地域医療介護総合確保基金（補助率2/3）も活用可能。県負担分については普通交付税措置（1/3）
受付時間	原則24時間365日【13地域】※平日夜間+土日祝3地域 ※毎日夜間1地域	平日は夜間帯（例：18:00から翌朝8:00まで）における実施が多く、休日は都道府県によって異なる。
実施地域	全国17地域	全都道府県

本検討部会では、両者の類似性に着目し、効率性や利便性等の観点から、一本化した方が良いのではないかとの議論もあった。しかし、両事業の内容を詳細に確認すると、一定の共通性は有するものの、例えば以下のように、単に対象とする年齢層の違いだけにとどまらない、本質的な性質の違いなども見て取れる。

・対応内容については、＃8000 が子どもを持つ保護者等の不安に対する助言が中心となっているのに対し、＃7119 事業では、救急相談において緊急度が高いケースについては 119 番への転送等も行うほか、必要な医療機関の案内も実施していること

・受付時間については、＃8000 は平日夜間帯における実施が多いことに対し、＃7119 事業は原則 24 時間 365 日対応となっていること

・実施地域については、＃8000 は既に全国展開しているのに対し、＃7119 事業の全国展開は未だ道半ばであること

従って、将来的な一本化の方向性には留意しながらも、まずは、＃7119 事業の速やかな全国展開を実現することが先決であると考える。その上で、当面は、こうした両事業の性質の違いや役割分担について明確化し、分かりやすく発信することで、それぞれの利便性をさらに高めていくとともに、事業効果の分析や質の向上の面で、両者が連携した取組を図るなど、利用者目線に立った必要な区別化と併せて、適切な相互連携を図っていくことが望ましい。

類似の短縮ダイヤルとの関係に関する主な意見

［類似の短縮ダイヤルとの関係、＃8000 との関係（相互連携、区別化・棲み分け、一本化）］

・＃7119 と 119 や＃8000 との関係について、どう相互連携しているかが分かりやすいと、より理解が進むのではないか。

・＃8000 との共存、並立が前提なら、区別化の明記と連携のあり方を検討事項とした方が良い。

・相談者は様々な情報を求めてくるだろう。それぞれの情報を縦割りにしてしまうと、利便性が悪く、普及していかないのではないか。行政側には大変だが、間口を広げて受け入れることができるようになれば良い。

・＃7119 と＃8000 は、単純に対象年齢層の違いだけでなく、性質が異なる事業であるため、個々の事業の併存のあり方を各自治体の事情に合わせて選択できるよう、様々なモデルを提示できると良いのではないか。

・＃8000 ですら認知度が高いわけではないので、＃7119 を導入するのであれば、両事業を一本化した上で行った方が、広報的な面でも効果的ではないか。

・一般的に考えれば、＃7119 と＃8000 が１つであれば、最終的には、費用対効果もあり、利用者にとっても良い。すぐには無理でも、そういった方向性も見ておいた方が良いのではないか。

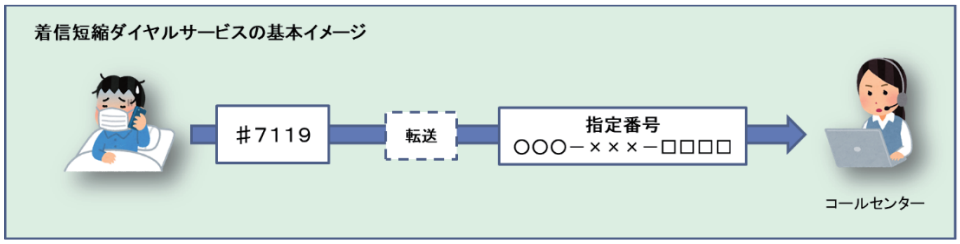
（２）技術的課題への対応

① 着信短縮ダイヤル回線の仕組み

「着信短縮ダイヤル」は、＃と４桁の数字からなる番号（着信短縮ダイヤル番号）を予め交換機に登録することにより、以降、利用者が加入電話から着信短縮ダイヤル番号をダイヤルするだけで指定する固定回線番号へ接続できるサービスのことである。

＃7119 事業の場合、実施地域においてコールセンターに繋がる固定回線番号を設定しておき、その地域内で利用者が「＃7119」をダイヤルすれば、コールセンターに繋がる仕組みとなっている。

着信短縮ダイヤルのイメージ



② ブロック内利用型番号

＃短縮ダイヤル番号は、＃7000 番台の「ブロック内利用型サービス番号」と＃8000 番台及び＃9000 番台の全国利用型サービス番号がある。

＃短縮ダイヤル番号	内容
ブロック内利用型サービス番号 （＃7000番台）	全国を10ブロックに分割した中から、1ブロックだけを＃ダイヤル提供地域として指定することが可能
全国利用型サービス （＃8000番台、＃9000番台）	全国どこでも＃ダイヤル提供地域として指定することが可能

＃7119 事業で用いている＃7000 番台の番号は、各ブロック内で利用可能な番号が定められており、それによると＃7119 の番号が使用できないブロックもあったが、平成 21 年度にモデル事業を実施した際に、＃7119 については全国（全てのブロック）で利用が可能なものと整理された。

〔平成 21 年度救急業務高度化推進検討会報告書（平成 22 年３月）より〕

・＃7000 番台は全国 10 ブロックの個別ブロック内で利用されてきた経緯があるが、東京消防庁と異なる番号を利用すると、番号の認知度向上に支障が生じることから、＃7119 については全国で利用することを可能なものとした。

③ 市外局番

ア 課題

＃短縮ダイヤルサービスは、単位料金区域※を単位として実施されており、地域によっては、単位料金区域が都道府県や市町村の境界と一致していない場所が存在していることから、このような地域において＃7119 に架電した際、次のような問題が発生する。

※単位料金区域（MA：Message Area）とは、市内通話料金（昼間 3 分 8.5 円）で通話できる区域のことであり、同一の市外局番を用いている区域のことを指す。

（例１）

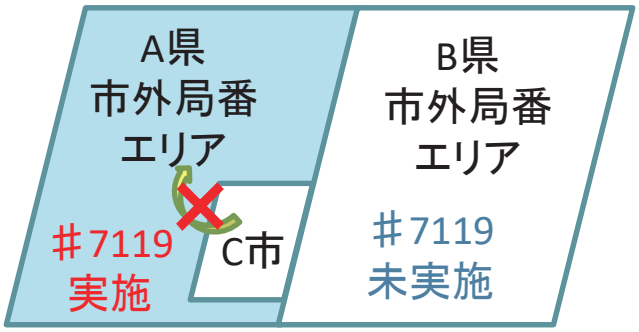
・A 県及び B 県において、電話相談サービス（＃7119）を実施

・A 県の市外局番エリア（単位料金区域）と B 県 C 市の市外局番が同一の場合、B 県 C 市において＃7119 を架電すると、B 県ではなく A 県の＃7119 実施事業所に入電してしまう。

（例２）

・A 県においてのみ、電話相談サービス（＃7119）を実施

・B 県の市外局番エリア（単位料金区域）と A 県 C 市の市外局番が同一の場合、A 県 C 市において＃7119 を架電すると、A 県では＃7119 事業が実施されているにも関わらず、＃7119 実施事業所に電話がつながらないこととなる。



イ 解決策

この問題を解決する方策としては次のようなものが考えられるが、それぞれデメリットもあるため、各地域が実情を踏まえ選択すべきものである。

（ⅰ）解決策１

＃7119 架電時に、自動で居住地の＃7119 実施事業所に転送する。

（デメリット）

技術的には可能ではあるが、市外局番以下の番号への紐付けが必要なことから、システムの改修に相当の費用が必要となる。

（ⅱ）解決策２

＃7119 を受電した事業所の職員が、＃7119 実施事業所に転送する。

（デメリット）

ナンバーディスプレイ上の発信元が、転送をした実施事業所の番号となることから、利用者の番号がわからず位置情報の特定もできない。

（ⅲ）解決策３

対象となる地域の方々に対し、当該地域では＃7119 の番号が使えないことを説明するとともに、例１のケースにおいて他の自治体が実施している事業所に入電があった場合は、指定の番号を伝え、かけ直しを依頼する。

（デメリット）

対象となる地域の利用者全員への事前周知が難しい。

④ その他

一の市外局番エリアでは一の事業者（一の指定番号）しか＃7119 事業を実施できないことから、平成 28 年の通知（「救急安心センター事業（＃7119）の更なる取組の推進について」（平成 28 年３月 31 日付け消防救第 32 号救急企画室長通知））の別紙においては、都道府県の区域内の一部の市町村において＃7119 事業を実施する場合の留意事項として、「都道府県の区域内の一部の市町村が先行して事業実施する場合は、共同実施や事業の受託などにより事業開始後に県内の他の市町村が事業参入することができる対応をとるものとし、最終的に都道府県単位で事業を実施することが可能となるよう」な対応を促している。

技術的課題への対応に関する主な意見

［技術的課題への対応］

・全国展開するにあたり＃7119 ということが重要。地域によって番号が異なるのは避けたい。

・この＃7119 という番号にこだわったほうがいいのではないかと、私は思っている。観光客などよそから来た人でも分かるような、統一した番号ということで、この番号を使うメリット・デメリットというものを、しっかり伝えていく必要があるのではないか。

５．事業の普及啓発・認知度向上のための方策

（１）消防庁のこれまでの取組

事業の内容を幅広く国民に周知し、未実施団体における検討を促進するためには、国レベルでの広報活動も重要である。最近の取組を見ると、消防庁では、首相官邸メメールマガジン・LINE や消防庁 HP に新設した特設サイト等を活用した分かりやすいネット広報、広報誌への掲載やラジオ番組での紹介、さらには子供たちに訴求力の高い人気キャラクターと連携した制度 PR の実施など、多様な広報活動を展開し、未実施団体に対する丁寧な働きかけ等との相乗効果を図りながら、本事業のさらなる全国展開を推進している。また、厚生労働省と連携して、「地域における適切な医療の提供に資する事業（厚生労働省平成３０年度「いのちをまもり、医療をまもる国民プロジェクト宣言」）」として位置づけ、事業の周知も行ったところである。

（２）実施団体における取組

事業の認知度を上げることは、住民への安心・安全の提供に繋がることから、各実施団体において広報戦略が立てられ、様々な媒体・ツールを用いた広報活動が行われている。

なお、各実施団体において行われる広報活動については、平成 29 年度の「救急業務のあり方に関する検討会」において調査が行われ、その結果が報告書にまとめられている。

（実施団体において行われている広報活動の例）

（３）課題に対して考えられる解決策の検討

（１）や（２）の取組が一定進んでいるにもかかわらず、本検討部会の議論では、現状では、＃7119 事業の実施エリアであっても、住民にとって、番号そのものに対する認知度の低さや、利用に際する心理的なハードルの高さがあり、一段と的確な対応が求められるとの厳しい指摘が相次いだ。

＃7119 事業の実施エリアを中心に、住民に対して本事業の内容を幅広く周知し、認知度の向上や正しい理解の醸成を図ることができれば、本事業を真に必要とする者による効果的な利用を呼び、本事業の目指す効果が的確かつ大きく発現されることに繋がり得る。さらには、地域の各所で「＃7119 があって良かった、使って良かった」との評判が口コミで広まっていけば、認知度がますます高まるという好循環が生まれ、本事業自体の価値や魅力の向上にも繋がっていく。それは、ひいては、未実施団体における事業実施の大きな誘因ともなり、本事業の全国展開の実現に向けた具体的な解決策の１つになり得る。

そのためにも、例えば、①効果的利用の実例集/体験集の作成及び活用、②ターゲットとなる対象者のニーズや特性等を十分に考慮した取組の実施、③従来形の啓発手段はもとより、SNS や LINE、YouTube といった新しい ICT ツールも含めたあらゆる手段/ツールの活用、④訴求力の高い創意工夫ある取組の検討など、繰り返し、かつ、あらゆる角度からの具体的なアプローチを粘り強く実施していくことが不可欠であると考える。

今後、消防庁、実施団体の双方において、さらなる実効性ある普及啓発・認知度向上の取組が進んでいくことを強く期待したい。

事業の普及啓発・認知度向上に関する主な意見

［内容］

・＃7119 のカバーエリアに住んでいるが、知人・友人、さらには医者にも知られていないことに驚いた。まずは番号をもっと知ってもらうことが必要ではないか。

・特に若い人は、番号をプッシュして電話をかける経験が少なくなっていて、「119」や「110」の認知からして低くなっているように感じる。番号を覚えてもらう工夫についても、必要ではないか。

・全国共通の番号として認識してもらうことが重要だ。未実施地域があることは、税金を納めているのに不公平感がある。かけたことがなくても相談事業が存在しているだけで住民は安心するのではないか。

・番号を知っていても、かけることにハードルがあるので、「伝え方に失敗しても大丈夫だよ」とか、身近な番号であることをもっと周知して欲しい。

・＃7119 の普及啓発に際しては、必ずしも単体で行うだけではなく、例えば、地域防災や救急救命の啓発など、関連する取組と一緒に連携して行うと、より効果的だと思う。

・＃7119 があって良かった、使って良かったといった実例集・体験集があると良い。

・時代状況の変化に関する啓発と連動する形で、住民への周知の徹底を図っていくべき。

［対象者］

・本事業への相談者は若い方が多いことから、特に高齢者やそのご家族に対する認知度向上の必要性を感じている。

・一般市民の目線からすると、今まで 119 番をかけたことがない人というのは沢山いて、その人たちにイメージを持っていただくというのが、結構難しいと思っている。

・未実施団体にパワーを与えるのは市民が知るということだろう。広報については、伝え方を上手にしてもらえば急速に広がるものである。市民まで浸透する広報のやり方を考えて欲しい。

・AED 普及の１つの契機として、小・中・高も含めた PTA を介することで普及活動が進んだのと同じように、今後、学校関係を対象として焦点を当てるのも手かなと思う。

・一般の方へ広く伝える必要はそんなに無いのかもしれない。むしろ、それを必要としている者、例えば学校の先生、病院の先生、クリニック等に来る患者さんなどへの啓発を行うことに集中しても良いのかもしれない。

・ニーズが高い方というのは、医療機関や訪問看護を受けている方、高齢者施設など、既にリスクをもっている方で、そこに関わっているのは、まさに医師だったりする。そこを中核に、口コミ的に広がっていくというのが理想的な展開ではないか。

［手段、ツール］

・啓発は、繰り返し伝えることが必要で、なおかつ具体的なアプローチが大切である。世代によって情報の取り方は違ってくるので、宣伝方法は新聞、雑誌、ビラ、YouTube 等あらゆる角度でトライしてみるべき。

・認知する機会を増やすことが大切。とりわけ、生活の中でずっと覚えているのは難しいので、適切な場面で「思い出してもらう」工夫が必要かと思う。

・行政は普通にコマーシャルするだけでおざなりで県民の方々に響きにくい。事業開始当初にメディアを活用し、集中的に広報しないときちんと認識されないだろう。

・ICT、インフルエンサーによる SNS、LINE との連携（＃7119 スタンプ、アンケートなど）、有名なタレント（ブログ）の協力、全国誌における著名人を起用した啓発、テレビ CM、育児用冊子、高齢者や子供向けの教室、認知度・理解度アップのためのイベント開催、分かりやすいポスター、等

［その他］

・＃7119 の存在や使い方の認知度について、現状でどのような方がどのくらい知っているのかということが分かると、やはり良いのではないかと思う。

・未実施地域がそのままになる場合も、市民への周知は全国に向けたものになるかと思うので、相反する点が気になった。

６．未実施団体における検討の加速、既実施団体における事業の底上げ

（１）未実施団体における検討の加速

「未実施団体へのアンケート」（第２章参照）においては、＃7119 事業を実施していない理由として、「検討を始めるきっかけがない」と回答している団体が、都道府県及び消防本部とも一定数見られたところである。

未実施団体における検討のきっかけとして、何よりも大きな効果を持つものは、まずは、本事業の利用者となる「地域住民からの声」だと考える。「５．事業の普及啓発・認知度向上のための方策」でも前述したとおり、あらゆる創意工夫によって、本事業に対する認知度向上や正しい理解の醸成を図っていくことが、未実施エリアの住民からの事業実施への期待にもつながり、行政側をはじめとする関係者の検討を強く後押しすることとなろう。併せて、検討を行う側としても、「１．事業実施の必要性の再整理（事業実施効果の分析・明確化）」で前述した本事業実施の必要性や効果・メリットを「我が事」として実感できれば、相乗効果により検討が加速するものと考えられる。また、その際には、普及促進アドバイザー等による人的支援や、事務を進める上での参考となる「事業導入・運営の手引き/ガイドライン」のようなものの提示など、ノウハウ共有に係る国からの適切な支援についても、期待される。加えて、実施団体における具体的な成果や課題等についても、国が定期的にとりまとめ、広く全国に発信するといった取組が進めば、未実施団体はもとより、既実施団体も含めて、広く有益なものとなろう。

その上で、本検討部会では、未実施団体における検討を具体的に促す枠組みとして、例えば、以下のような取組について議論を行ったところである。未実施地域においては、これも参考にして検討を加速頂きたい。併せて、こうした動きが円滑に進むよう、制度的な後押しについても、検討が望まれる。

① メディカルコントロール（ＭＣ）協議会等の活用についての検討

消防機関と医療機関との連携によって、医学的観点から、救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質を保障する仕組みとして、都道府県及び地域ごとに、都道府県・市町村の消防関係者・衛生部局関係者や、医師会・救命救急センター等の救急医療の関係者等で構成される「メディカルコントロール（ＭＣ）協議会」が設置されている。また、消防法（昭和 23 年法律第 186 号）第 35 条の 5 では、消防機関と医療機関の連携を推進するための仕組み及び救急搬送・受入れの円滑な実施を図るためのルールとして、各都道府県は、「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」を定めなければならないとされており、その策定や円滑な運用・改善を行うための協議の場として、このメディカルコントロール協議会を活用している団体も多い。

救急安心センター事業が担っている「救急相談・緊急度判定」や「医療機関案内」という役割は、消防機関及び医療機関をはじめとする関係者が有機的に連携して取り組むべき課題である。また、「医療機関案内」については特に、上記の「傷病

者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」において定めることとされている「医療機関リスト」も、有効活用することができよう。

したがって、救急安心センター事業との関わり合いの深い関係者により構成され、取り扱われる事項についても親和性が高い県のメディカルコントロール協議会等を、本事業導入の検討を行う場として活用しても良いのではないか。

② 都道府県が作成する地域医療計画における位置づけについての検討

国が定める都道府県の地域医療構想・医療計画として、厚生労働省が示している「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」の中では、「救急の医療体制に求められる医療機能」として、「電話による相談システムを用いて、適切な医療機関の受診、適切な救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断することと」されていることを踏まえ、各都道府県が作成する医療計画の中で＃7119 事業の位置づけを明確にすることを検討しても良いのではないか。

〔（参考）兵庫県保健医療計画（平成 30 年改訂）より抜粋〕

○救急医療相談（＃7119）の推進

現在、神戸市内を対象として神戸市が実施している救急医療電話相談について、神戸市と協力して対象地域の県内全域化を目指す。また、既存の電話相談事業の効果的な連携役割分担について検討を行う（県、市町、関係団体）。

③ 創意工夫ある実施方式（スモールスタート等）の活用についての検討

消防庁が発出した平成 28 年通知においては、＃7119 事業の相談窓口について、

①原則として 24 時間 365 日、相談を受け付けることができること。

②ただし、同一の窓口において 24 時間 365 日体制を実施できない場合においては、地域の医療機関等との連携、民間事業者への委託等、地域の実情に応じた適切な体制の整備により、実質的に 24 時間 365 日、相談を受け付けることができる体制を整えていること

を求めている。

こうした中、令和元年 12 月に＃7119 事業を開始した徳島県においては、上記②の考え方を敷衍しつつ、関係機関とも連携のうえ、

・「実施方式」については、コスト面で優位な外部委託方式を採用する、

・「対応時間」については、平日と土曜の日中は対象外とし、平日夜間と日曜・祝日のみの対応とする、

・「回線数」については、まずは一回線のみとする、

という、いわば「スモールスタート」の発想に立って本事業を船出させている。

他の未実施団体においても、上記①を制度運用の理想型としつつも、まずは、こうした「スモールスタート」方式も参考としながら、必要となる事業の「質」の確保を前提に、地域の実情に応じた柔軟な発想による導入方策を検討しても良いのではないか。

未実施団体における検討の加速に関する主な意見

［未実施団体における検討の加速］

・関心があるのは認知度の問題である。実施団体の市民がすべからく認知し、活用できているところから様々な課題や効果が見えてきて、それが未実施団体への話につながっていくだろう。

・実施団体から事業の状況を発信してもらいたい。事業を実施して有用だったということがわかれば、未実施団体にも紹介でき、その住民にも広がっていくだろう。その意見を受けて、行政サイドも動けるようになるのではないか。

・住民の安心・安全に対する満足度といったことが最終的に行政を動かすのではないか。「安心」は相談事業の名称の通りであるが、「安全」については、適切な活動につながり、病院に行くことを迷っている人の受け皿となり、住民の健康保持につながっていることが明確にメッセージとして届けば、住民からも要望が出てくるのではないか。

・懸念＝ハードルについては、それを払拭するような実施自治体向けの導入と運営の手引き・ガイドのようなものを提示してあげられると良いのだろうと思った。加えて、できればハードルを超えるメリットが分かるように、行政側が得るもの（地域の医療需要の把握・119 からの転送等）なども含めて記載できると良いのではないか。

・本県では、救急医療の病院の関係者や消防関係者、保健所関係者等で構成され、救命効果向上に向けた協議を日頃から行ってきた「県メディカルコントロール協議会」を検討の受け皿として、導入の可否を検討してきた。

・消防法第 35 条の 5 に規定される「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」は、救急車により傷病者を適正な医療機関に搬送するために、予め受入れ医療機関をカテゴライズしておくことが本旨の１つだと思うが、さらに＃7119 を導入することにより、医療機関案内という形でも成果を享受できるとのメリットがあると考えられる。このことは、未実施団体の導入にむけた動機付けにも結びつくのではないか。

・各都道府県で＃7119 を含めた救急医療搬送に対して、消防側と医療行政側、あるいはそこに地域の医療者ということであれば、地域の医師会が加わって、そこで会議する。少なくとも話し合うという場を、ぜひ早急に１回つくってもらって、そこで話し合ってもらうというのが極めて有効かと思う。

・これは、電話相談だけの問題ではなく、地域の救急体制、医療提供体制の問題でもある。本来は、都道府県の地域医療構想・医療計画の中でしっかり検討すること。まずは、都道府県全体の医療計画の中に位置づけて、どのようにすべきなのか考えるべき。

・本県では、費用負担の課題に対する解決策として、「スモールスタート」の採用が、大きな答えであった。すなわち、「実施方式」については、直営方式よりもコスト面で優位な外部委託方式を採用するとともに、「対応時間」についても、平日と土曜の日中は対象外とし、平日夜間と日曜・祝日をこの＃7119 で対応するということで、対象を限定した。また、「回線数」もまずは１回線から始めようではないかということで、これらを通じて運営コストを抑える方式を取った。

・本市における入電件数に応じた運用であったり、配置数の調整であったりという経験からしても、一律的な 365 日・24 時間の平たんな運用とせずに行うということは、コスト面だけではなく、市民に届くサービスを展開する上でも有用ではないかと考える。

（２）既実施団体における事業の底上げ

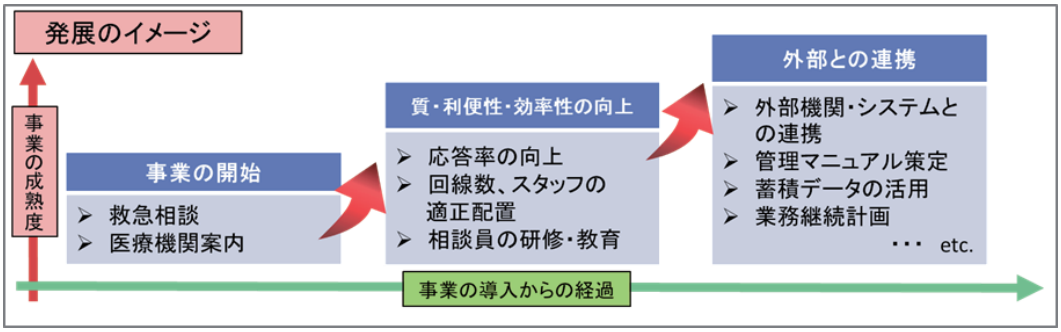
本検討部会は、未実施地域における導入に向けた課題の抽出及びその解決方策を中心に検討を行ってきたが、単に事業を実施するだけでなく、事業の「質」、「利便性」及び「効率性」の向上についても、多くの意見が出された。既実施団体においてこのような事業の底上げを図ることは、本事業自体の魅力や効果を高めることに繋がり、ひいては、未実施団体における導入の誘因ともなり得ると考える。

この点について、救急安心センター事業（＃7119）担当者及び普及促進アドバイザー連絡会を通じて深掘り議論をいただいたところ、「いかに効率よく教育・研修体制を確立していくかが課題である」、「相談対応者に求められる最低限必要なレベルがどこなのか、個別のコールセンター毎にではなく、実施団体間で共有することも重要ではないか」といった示唆があり、実施団体においては、相談対応者に対する「教育・研修体制のモデル化」が大きな課題となっていることなどが確認された。

消防庁では昨年度、＃7119 事業を外部委託する際に活用可能な「＃7119 利用者等からの意見に対する対応」や「応答率の評価を行うための対応」に関する仕様書の例を作成し、実施団体に示しているが、今後はさらに、相談対応者に対する適切な教育・研修体制の構築をはじめとして、本事業の「質」、「利便性」及び「効率性」を向上させるための論点を幅広く盛り込んだ包括的な仕様書の例を作成する等の対応が望まれる。

加えて、連絡会では、「各実施団体が置かれている状況はそれぞれ異なることから、現在自らがどの実施段階にあるのか的確に把握した上で、その段階で目指すべき姿をしっかりイメージしながら、必要な方策を検討することが重要ではないか」との示唆もあった。消防庁において６．（１）で述べた「事業導入・運営の手引き/ガイドライン」のようなものを作成する際には、この点にも留意することが必要である。

今後、前述した「事業実施効果の分析・明確化」の論点と併せて、さらに検討が深められていくことを期待したい。



＃7119 事業導入からの発展イメージ

既実施団体における事業の底上げに関する主な意見

［事業の「質」の向上］

・「つながりやすさ」や、医師の助言体制・相談員の研修体制・相談内容の検証体制など「質」の向上に向けた取組も必要。

・当市の導入後の課題として、ポイントは「応答率」、すなわち、まずつながるのかどうかというところ。そして、「プロトコルの精度」「運用の適切性」という、この３点を重要だと考えている。

・＃7119 事業への住民の信頼は、相談対応者の資質によるところが大きいので、対応者向けの研修を実施する必要があるのではないか。

・実施団体においては事業の検証を定期的に行っており、それを踏まえ、プロトコルの改訂やスタッフの教育・研修等に活かして、さらに安全性を高めることをやっている。

・当市では、実際の相談対応をする看護師等にはマニュアルの利用、研修、教育体制について事前に取り決めを交わしている。事業の安全性は非常に重要な問題で、事業者との契約における仕様書においても事業検証のことを記載しておく必要があるだろう。

・国が＃7119 事業の品質管理のあり方を定め、未実施団体がその検討に費やす労力を最小化することも、未実施団体が導入を前向きに検討する上で重要なのではないか。

・電話相談事業は、音声のみで判断し、切電後にフォローすることも叶わないため、より安全を意識した質管理が必須と考える。安全管理のあり方も、モデル提示してプロポーザル入札を勧奨したりするなど、仕組みで誘導してあげることが良いのではないか。

・質の維持は必須であるし、プロトコルの改訂も定期的に必要になるであろうと考える。全国のデータをとりまとめて 「Process」について評価し、プロトコルの改善や看護師の教材作成などに活用していく枠組みが今後必要になると思う。

［事業の「利便性」の向上］

・住民にとって使いやすいサービスとするためには、「存在を知っていること」、「使い方を知っていること」等に加え、「サービスが充実していること」が重要なのではないか。

・ビデオ通話ができるようなシステムは可能か。

・アクセスのしやすさは対象年齢により大きく異なるので、あらゆる年齢に対応できるような複数のデバイスを用意する必要がある。

［事業の「効率性」の向上］

・本県における費用負担の課題に対する解決策の大きな答えが「スモールスタート」であった。

・365 日・24 時間の平たんな運用とせず、入電件数に応じた運用をしたり、配置数の調整をしたりすることは、市民に届くサービスを展開する上でも有用ではないか。

・「スモールスタート」のあり方については、財政的な面や地域の医療需給の面で時間帯を絞った効率的な運営はとても良いと思うが、質のところは固めておく必要があるだろうと思う。

・AI を活用したガイダンスを間に組み込みこむ方法もあるのではないか。銀行や給付金も、Q&A を AI にしている。コールセンターで全てを聞くのは大変なので、その手前を機械化してしまう方法もあるのでは。

・財政上最も負担となる、人件費の中の相談員を看護師だけでなく、救急救命士（特に再任用の救命士）を活用することで圧縮が図られると考えられる。

・実施地域の取り組みは参考となるが、高度なものも多いことから、全国展開を進めるためには、内容のハードルを少し下げ、シンプルに整理した方が、未導入団体としては進めやすくなると思う。

第４章　まとめ

本検討部会では、救急安心センター事業の普及に向けたこれまでの取組を振り返るとともに、未実施団体（都道府県、代表消防本部等）へのアンケート調査や、実施団体及び未実施団体を代表した４自治体へのヒアリング等を通じて、本事業の全国展開に向け解決すべき課題を６項目に整理した上で、それぞれに対して考えられる解決策を検討してきた。

まず、「事業実施の必要性の再整理（事業実施効果の分析・明確化）」に関しては、従来からの「救急車の適正利用（適時・適切な利用）」、「救急医療機関の受診の適正化」及び「住民への安心・安全の提供」という３つの観点に加え、高齢化及び人口減少の進展や社会環境の変化といった「時代の変化への対応」及び「新型コロナウイルス感染症を契機とした新しい生活様式の実施」という２つの観点からも、本事業に寄せられる期待や重要性の高まりを確認することができた。本事業の全国展開に向けては、実施効果の分析・明確化をさらに押し進めるとともに、現場ならではの気づきや工夫についても収集し、結果を分かりやすく整理のうえ、広く普及啓発することが不可欠であり、今後も継続的な検討を期待したい。

次に、「事業の実施地域、実施主体、財政措置のあり方」に関しては、消防庁のこれまでの考え方を改めて整理した上で、実施地域における実際の実施主体や財政負担の現況、消防救急及び救急医療に関わる関係法令の規定などを踏まえ、精力的な議論を重ねてきた。この結果、実施主体のあり方については、一義的・画一的に定めるべきものではなく、原則、各地域の実情に任せて委ねるということではないかとの結論に至った。その上で、財政措置のあり方については、今後、各地域でそれぞれの実情に応じて選択された実施主体に生ずる必要な財政負担に対して、「実効性ある適切な財政措置の実現を強く期待する」との本検討部会の議論も踏まえて、令和３年度地方財政措置に係る協議・調整がなされた結果、令和３年度からは、現行の措置を見直し、都道府県又は市町村の財政負担に対して、新たに特別交付税措置が講じられることとなった。このことは、未実施団体における本事業の早期導入に向けて、非常に大きな追い風となるものと考えており、評価したい。

また、「関係機関・事業との連携、相談員及び委託事業者の確保方策」、「類似の短縮ダイヤルとの関係、技術的課題への対応」及び「事業の普及啓発・認知度向上のための方策」に関しても、それぞれ充実した議論を進め、一定の整理を行うことができた。複数の委員からは、本検討部会の検討状況等について、SNS を通じた積極的な情報発信もリアルタイムで図られたところであり、ここに紹介したい。

最後に、「未実施団体における検討の加速、既実施団体における事業の底上げ」に関しては、先行実施団体の取組を参考に、検討を始めるきっかけづくりとなる選択肢を複数示すことができた。また、本事業の導入自体がゴールではなく、導入後においても「質」、「利便性」及び「効率性」の向上といった観点から事業の底上げを図ることは、利用者側の視点から極めて重要であるほか、魅力や効果の面で本事業にさらなる光が差し、未実施団体における導入の誘因ともなり得ると考える。今後、さらに検討が深められていくことを期待したい。

以上のとおり、今回、本報告書のとりまとめという形で、本検討部会として一定の結論を見出すことができたが、本検討部会の検討の進展に呼応するような形で、複数の未実施団体において、事業導入に向けた具体的検討の動きが進み出していることが確認されている。

今後もこの流れが途切れることなく、本検討部会の目的である「日本全国どこにいても＃7119 番が繋がる体制」、すなわち＃7119 事業の全国展開の実現に向けた関係者の努力が花開き、未実施団体における＃7119 事業の導入が一層進んでいくことを強く祈念する。

令和２年度 救急業務のあり方に関する検討会報告書

令和３年３月

消防庁

〒 100 － 0013 東京都千代田区霞が関２丁目１―２