

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
消防庁

目次

検討会設置の目的・検討事項・概要	1
1. 検討会設置の背景と目的	
2. 検討事項	
3. 各検討事項の概要	
4. 委員名簿、開催経緯	
第1章 消防機関以外の救急救命士の活用	19
1. 検討の背景	
2. 今年度の検討事項	
3. 消防機関以外の救急救命士の活用が想定される場面	
4. 消防機関以外の救急救命士を活用するに当たっての留意事項	
第2章 救急車の適正利用の推進	30
1. 検討の背景・目的等	
2. 今年度の検討事項	
3. 課題の整理と方向性	
4. まとめ	
第3章 緊急度判定体系の普及	50
第1節 今年度の検討内容（総論）	
1. 検討の背景、検討経緯	
2. 今年度の検討目的・内容	
3. 検討体制、検討手法	
第2節 今年度の検討結果（各論）	
I. 救急電話相談事業の充実	
1. 背景等	
2. 今年度の検討事項	
3. 調査結果及び検討結果	
4. まとめ（今後の方向性）	
II. 救急受診ガイドの普及	
1. 背景等	
2. 今年度の検討事項	
3. 調査結果及び検討結果	
4. まとめ（今後の方向性）	
III. 緊急度判定体系の概念の普及	
1. 背景等	
2. 今年度の検討事項	

3.	調査結果及び検討結果	
4.	まとめ（今後の方向性）	
第3節	今後の課題、まとめ	
第4節	参考資料	
第4章	個別事案の分析による、搬送時間延伸の要因の解決	101
1.	検討の背景と目的	
2.	今年度の検討事項	
3.	課題の整理と方向性	
4.	まとめ	
第5章	救急業務に携わる職員の教育	109
1.	昨年度までの検討	
2.	今年度の検討事項	
3.	検討結果	
4.	今後の展望	
第6章	救急蘇生ワーキンググループ	115
第1節	JRC 蘇生ガイドライン 2015 の改訂への対応	
1.	検討の背景・目的等	
2.	今年度の検討事項	
3.	「救急蘇生法の指針（市民用）」の改訂に基づいた対応について	
4.	応急手当の普及啓発について	
5.	まとめ	
第2節	地方分権改革閣議決定に伴う救急隊の編成基準の検討	
1.	検討の背景・目的等	
2.	今年度の検討事項	
3.	検討結果とまとめ	
第7章	2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会への対応	138
1.	背景等	
2.	調査の概要	
3.	多言語コミュニケーションを支援するシステムへの取組状況	
4.	大規模イベント等開催時における多数傷病者発生時への備え	
5.	外国人と接する機会の多い市民を対象とした応急手当の普及	
6.	諸外国におけるオリンピック等の大規模イベント時の外国人に対する救急業務の状況	
7.	まとめ	

検討会設置の目的・検討事項・概要

1. 検討会設置の背景と目的

平成 26 年中における全国の救急業務の実施状況をみると、救急自動車による救急出動件数は 598 万 4,921 件（前年比 6 万 9,238 件、1.2%増）、搬送人員は 540 万 5,917 人（前年比 5 万 9,830 人、1.1%増）となり、出動件数、搬送人員ともに過去最多を更新した。また、出動件数の増加に伴い、病院収容所要時間（119 番通報から病院等に収容するのに要した時間）も年々増加している。過去最長であった平成 25 年の 39.3 分から 0.1 分延伸し、平成 26 年は 39.4 分となった。

今後も更なる救急需要の増大が見込まれる中、消防庁では引き続き救急業務を取り巻く諸課題やその対応策を検討し、必要な取組を実施することが求められている。今年度の検討会では、緊急に対応が必要な傷病者が発生した場合、消防機関以外の救急救命士がただちに迅速な救急救命処置を開始し、適切に消防の救急に引き継ぐことで、救命率が向上する等、社会的な利益があると考えられるため、消防機関以外の救急救命士の活用の可能性について検討を行った。また、救急出動件数が増加傾向にある中、限りある搬送資源を緊急性の高い事案に優先して投入するために、救急車の適正利用を更に進めていく必要があるため、転院搬送の適正化や、頻回利用者対策について検討を行うこととした。

さらに、平成 26 年度に「救急業務に携わる職員の教育のあり方に関するワーキンググループ」で検討された指導救命士の養成に係るテキストの作成や「緊急度判定体系の普及ワーキンググループ」で検討された社会全体への緊急度判定体系の普及の促進など、さらに具体的な検討を要する項目もある。

この他にも、個別事案の分析による搬送時間延伸の要因解決や、蘇生ガイドライン改訂への対応・救急隊の編成基準の見直しに伴う応急処置の範囲等の検討、2020 年東京オリンピック・パラリンピック競技大会への対応など、救急業務を取り巻く諸課題を検討するため、「救急業務のあり方に関する検討会」（以下、「検討会」という。）（座長：山本保博 東和病院院長）を設置し、計 4 回の検討会を開催した。

なお、検討会における検討項目のうち、「緊急度判定体系の普及」「救急業務に携わる職員の教育のあり方」「蘇生ガイドライン改訂への対応・救急隊の編成基準の見直しに伴う応急処置の範囲等の検討」については、検討会の下にワーキンググループを設置し、必要な検討を行った。

図表 1 平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会 主要検討項目

- 高齢化の進展等を背景として救急需要が増大し、病院収容時間が延伸する一方、救急隊の増加には限界があり、今後、救急業務を安定的かつ持続的に提供していくためには、
- ① 限りある社会資源を賢く活用し、公正に配分するとともに、
 - ② 救急業務の質の向上を通して適切なサービスを提供し、救命率の向上を図ることが必要。

以上①②の目標を達成するため、以下の事項について検討を行う。

目標① 関連	目標② 関連
<p>➤ 社会資源の有効活用の視点から、消防機関外の資源の活用を推進するとともに、関係機関との連携を強化する。</p> <p>新規 I. 消防機関以外の救急救命士の活用 消防機関に属しない救急救命士が、救急隊に引き継ぐまでの処置等を担う仕組みを検討</p> <p>新規 II. 救急車の適正利用の推進 限りある搬送資源を、緊急性の高い事案に優先して投入するため、救急車の適正利用を推進</p> <p>継続 III. 緊急度判定体系の普及 (WG設置) 社会全体へ緊急度判定体系の普及を促進し、救急医療資源を有効活用することにより、緊急性の高い傷病者を確実に搬送</p>	<p>➤ 消防機関内部で救急業務の質の向上に向けた取組を推進し、適切なサービスを提供する。</p> <p>新規 IV. 個別事案の分析による、搬送時間延伸の要因の解決 精神疾患、独居高齢者の搬送等、現場対応が困難な事例について個別に調査分析</p> <p>継続 V. 救急業務に携わる職員の教育 (WG設置) 指導救命士の養成に係るテキストの完成</p> <p>新規 VI. 蘇生ガイドラインの改訂への対応 (WG設置) 一般市民・救急隊・通信指令員が行う応急処置等に関する各種要領等の改訂</p> <p>継続 VII. 2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会への対応 外国人対応や熱中症対策等に関する課題について詳細な実態調査に着手し、具体的な方策について取りまとめる</p>

2. 検討事項

本検討会では、以下の7つの項目について検討を行った。

- **消防機関以外の救急救命士の活用**
 - ・消防機関に属しない救急救命士が、救急隊に引き継ぐまでの処置等を担う仕組みを検討
- **救急車の適正利用の推進**
 - ・限りある搬送資源を、緊急性の高い事案に優先して投入するため、救急車の適正利用を推進
- **緊急度判定体系の普及（WG設置）**
 - ・社会全体へ緊急度判定体系の普及を促進し、救急医療資源を有効活用することにより、緊急性の高い傷病者を確実に搬送
- **個別事案の分析による、搬送時間延伸の要因の解決**
 - ・精神疾患、独居高齢者の搬送等、現場対応が困難な事例について個別に調査分析
- **救急業務に携わる職員の教育（WG設置）**
 - ・指導救命士の養成に係るテキストの完成
- **蘇生ガイドラインの改訂への対応・
救急隊の編成基準の見直しに伴う応急処置の範囲等の検討（WG設置）**
 - ・一般市民・救急隊・通信指令員が行う応急処置等に関する各種要領等の改訂
 - ・地方分権改革閣議決定に伴う救急隊の編成基準の見直し
- **2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会への対応**
 - ・外国人対応や熱中症対策等に関する課題についての調査・分析

また、各ワーキンググループでは、救急業務に携わる職員の教育のあり方、緊急度判定体系の普及並びに蘇生ガイドラインの改訂への対応について検討を行った。

- **指導救命士ワーキンググループ**
 - ・指導救命士の養成に係るテキストの完成
- **救急蘇生ワーキンググループ**
 - ・「救急蘇生法の指針（市民用）」の改訂に基づいた対応
 - ・地方分権改革閣議決定に伴う救急隊の編成基準の見直しに当たり、消防職員以外の者が行う応急処置の範囲と必要な教育訓練内容の検討
- **緊急度判定体系の普及ワーキンググループ**
 - ・社会全体へ緊急度判定体系の普及の促進等

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

図表 2 対象別 「救急救命体制の整備・充実に関する調査」調査項目

	消防と医療 の連携	消防機関以外 の救命士	蘇生ガイド ライン改訂	救急車の 適正利用	救急業務に 係る教育	個別事案 の分析	緊急度判定 体系の普及	オリンピック パラリンピック
都道府県 消防防災主管部局	○		—	—	—	—	○	
都道府県 衛生主管部局	○		—	—	—	—	○	—
消防本部	○	○	○	○	○	○	○	○

3. 各検討事項の概要

(1) 消防機関以外の救急救命士の活用（第1章）

病院前救急医療の担い手として平成3年の法整備により誕生した救急救命士は、平成27年4月末時点で5万人を超えたが、このうち約35%は消防機関に属していない。救急需要が増大する中、緊急に対応が必要な傷病者が発生した場合、消防機関以外の救急救命士が直ちに迅速な救急救命処置を開始し、適切に消防の救急に引き継ぐことで、救命率が向上する等、社会的な利益があると考えられる。そのため、今年度の検討会では、消防機関以外の救急救命士の活用の可能性について、消防機関と連携する事案が多く発生すると想定される場面を中心に検討を行うとともに、消防機関以外の救急救命士を活用する際に確保すべき条件について検討する中で、救急救命士の活用が期待される場面について、より幅広い観点から議論を行った。

消防機関以外の救急救命士の活用が期待される場面としては、第一に、地域包括ケアシステムを担う多職種連携の中に救急救命士が加わることが考えられ、日常的な見守りや応急手当の普及、救急搬送の支援等が期待される。また、病院救急車等への乗車も考えられる。第二に、大規模施設・大規模イベント等での活用が想定される。救急車が到着してから救急隊が傷病者に接触するまでの間に、大規模施設・大規模イベント会場等の各所に配置された救急救命士が、傷病者の発生後ただちに駆けつけ、迅速に処置を行い救急隊に引き継ぐことで、救急救命処置が迅速に開始できるほか、場合によっては医療機関へ搬送を開始するまでの時間が短縮できる可能性もあると考えられる。第三に、非常備消防地域の市町村において役場職員等が医療機関への搬送を行う、いわゆる「役場救急」において、より適切な搬送サービスを提供するための活用が考えられる。このように、全国的な救命率の向上を図る観点から、専門教育を受け、救急救命処置等について高度な技術を有する消防機関以外の救急救命士の活躍が期待される。

消防機関に対する実態調査からは、消防機関以外の救急救命士の活用により、救命率・社会復帰率の向上や現場滞在時間の短縮に関する効果への期待が高いことが分かった。消防機関以外の救急救命士を活用するに当たっては、地域や活用場面に関わらず、救急救命士の救急救命処置に対する医師のコントロール下での質の担保、消防機関との適切な連携体制の確保、事後検証体制の確保など救急救命士の質の確保、地域MC協議会におけるプロトコルの共有・調整が必要と考えられる。また、在宅療養等の場面を含む様々な場面で消防機関以外の救急救命士を活用する場合に確保すべき条件については、今後、救急救命士の活用により期待される効果に関係者間で幅広く議論する中で、地域ごと、活用場面ごとに確保すべき特有の条件もあわせて検討することが望まれる。

また、消防機関以外の救急救命士の活用に当たっては、既に構築されたMC協議会の枠組を活用して救急救命士の活動を支えることも考えられる。その際には、

MC 協議会の体制の充実も必要となることから、MC 協議会の設置目的等を含む MC 協議会の位置づけ（条例、規則等）の再整理、事後検証体制の一層の確保など救急救命士の質の確保、MC 協議会に従事する医師が MC 協議会に関する業務を集中して行うことができる環境の整備、消防機関以外の救急救命士を雇用する事業主の責任と MC 協議会に対する費用負担のあり方、消防機関以外の救急救命士が活動する際の消防機関との連携のあり方等についても関係者間で議論していくことが期待される。

（２）救急車の適正利用の推進（第２章）

救急出動件数が増加傾向にある中、限りある搬送資源を緊急性の高い事案に確実に投入するために、救急車の適正利用を更に進めていくことが必要である。

今年度は、頻回利用者への対応方策、転院搬送における救急車の適正利用の促進を図る方策、消防機関の救急車以外の搬送資源の活用について検討し、検討の参考とするため、海外事例調査及び消防機関に対する実態調査を行った。

頻回利用者については、消防機関への調査において、特に効果のある対策として、「家族、親族への説明と協力要請」、「保健福祉部局や医師による説得」、「関係機関との対策会議、情報共有」が挙げられた。頻回利用者については、個別の事案ごとに頻回利用に陥る事情は様々であり、事案の性質に応じた対策が必要とされるため、日頃から地域の医療機関や保健福祉部局等、関係者と情報交換を行い、それぞれの事案について効果的な対策を検討しておくなど、きめ細かな取組が必要である。

転院搬送については、全救急出動件数の 1 割弱を占め、全体の救急搬送件数に与える影響が大きく、平成 27 年 6 月に全国消防長会から適正化の要望があった。同年 2 月に全国消防長会が消防本部に対して実施したアンケート調査では、転院搬送に関して、「管轄区域外への転院搬送」、「医師・看護師等の同乗要請に関する協力度度」、「緊急性のない転院搬送（検査目的や下り搬送等）」等が問題意識として挙げられた。

消防庁は、厚生労働省と連携して、救急業務として行う転院搬送について定めたガイドラインの作成を行い、都道府県及び各消防本部に示す必要がある。そのうえで、各地域において、関係者間で十分に議論し、合意形成を行った上で、地域の実情に応じたルール化を行うことなどにより、転院搬送における救急車の適正利用を推進することが期待される。

消防機関の救急車以外の搬送資源については、消防機関が認定する患者等搬送事業者や、医療機関が保有する患者等搬送車（いわゆる病院救急車）が挙げられ、緊急性のない傷病者の移動や転院搬送に活用されることが期待される。また、地域包括ケアシステムを構築していく中で、自治体が患者等搬送事業者と連携し、地域の病院への転院搬送に活用し、在宅療養している市民の医療を可能な限り地域内で完結させるような取組が推進されているため、こうした場面においても患者等搬送事

業者等を積極的に活用していくことが期待される。

救急業務の一部有料化については、消防本部へのアンケートの中で、生活困窮者等が救急要請を躊躇するのではないか、有料・無料の区別・判断が難しい、傷病者とのトラブルが増加するのではないか、料金徴収等に係る事務的負担が増加するのではないかなど、様々な懸念事項が挙げられた。仮に救急業務の一部有料化を導入しようとする際には、料金徴収の対象者の範囲をどうするか、対象者の決定には医師による判断が必要ではないか、料金の額や徴収方法をどうするか等、多くの課題について、国民的な議論の下で検討し、そのコンセンサスを得なければならず、救急業務の一部有料化については、引き続き慎重な議論が必要であり、まずは、救急電話相談事業の普及や転院搬送の適正化などの救急車の適正利用の推進等、直ちに取るべき対策を実施すべきである。また、傷病程度の分類項目名については、現行の分類項目が初診時の診断において必要とされる入院加療の程度を示したものであり、緊急搬送の必要性を判断する「緊急度」の概念とは異なることから、呼称について見直しの検討を行うことが望ましい。

(3) 緊急度判定体系の普及（第3章、WG設置）

救急電話相談事業は全ての医療関係者に効用をもたらし、高齢化社会・人口減少社会における地域包括ケアシステムにとって重要な役割を担う可能性があるが、全国的な展開は十分ではない。立ち上げには一定の期間を要するので、県の衛生主管部局及び消防防災主管部局等は迅速に検討を開始することが期待され、本報告書にある「救急電話相談事業の施策効果事例集」「救急電話相談事業の新規立ち上げ経緯（福岡県）」を参考にすることが望まれる。#7119 事業と#8000 事業との連携については趣旨・体制等の違いに留意しつつ検討を深めることが望まれる。消防庁は、都道府県等に対して導入に向けた検討開始を促すとともに、補助制度や#7119 の使用要件等についても周知することが望まれる。

救急車利用リーフレットを 513 消防本部が活用し、ユニークな取組が展開されていた。「救急車利用リーフレットの活用事例集」としてまとめたので、新たに取り組む際に参考とすることが望ましい。救急受診ガイド 2014 年版の活用は 66 消防本部にとどまっているが、「Web・スマホ版救急受診ガイドの取組事例集」を参考に Web 版等のツールの多様化とともに更なる展開が期待される。救急受診ガイドを普及させていくためには、ライフステージと「場」に最適化した普及啓発資材パッケージの開発が必要であり、消防職員が応急手当講習等で使う普及啓発資材等の開発も望まれる。パッケージの開発等とともに、「救急受診ガイド 2014 年版」を利用者の視点から改定することが望まれる。

緊急度判定体系の普及には、救急電話相談事業及び救急受診ガイドといった具体的な取組が先行していくことになるが、緊急度判定体系の概念の説明を求められることがある。しかし、万人が納得するような概念についてフレーズ等を設定するの

は困難であったため、今後、属性毎のパッケージの開発とともに検討することが望まれる。また、概念の理解には習熟度に応じた説明が重要であり、救急車の適正利用を伝えるのに先立ち「知る」機会を提供しながら、「安心」といったキーワードをもとに自己効力感を育てていくべきである。今後、本報告書に示した普及方策等における基本的な方向性をもとに、消防関係者及び保健医療行政関係者は普及に努めることが期待される。

(4) 個別事案の分析による、搬送時間延伸の要因の解決（第4章）

昨年度は、全国の消防機関へのアンケート調査をもとに統計的な分析を行ったが、今年度は、6号基準の内容の見直しなど実施基準のブラッシュアップを目的に、精神疾患患者、酩酊者、独居高齢者等、救急活動の現場で対応に苦慮する個別の事案について、対応策等を調査・検討し、消防機関が取りうる改善方策と関係機関と連携して構築すべき体制のあり方を提示することとした。

まず、平成26年中の救急搬送事案における要因別の搬送件数として、出場から帰署まで120分以上かかった事案を整理した。このうち、出場から帰署まで120～180分を要した事案のうち分類できたものとしては「在宅独居・施設入所の高齢者」が11,381件、「精神疾患患者」が9,376件、「頻回利用者」が5,740件となった。

次に、個別事案を通じた搬送時間延伸要因の分析として消防本部に聞き取り調査を行い、在宅独居・施設入所の高齢者、精神疾患患者、頻回利用者等について、実際に救急隊や消防本部が講じた対応策を整理した。その結果、搬送時間が延伸する事案については、多くの場合、消防だけではなく、市町村の福祉担当部局による対応や地域包括支援センター等との連携により対応しており、福祉的な対応として地域包括ケアを担う関係機関等との連携の重要性が示唆された。

今後、類似の事案の増加が想定される中、消防機関においては、行政の福祉担当部局や地域包括支援センター、医療機関等との情報交換の場等を通じた「顔の見える関係」の構築、地域ケア会議等での個別事案の検討など、地域の関係機関との連携強化が求められる。その際、消防機関ではメディカルコントロール協議会の事後検証等を待たずとも、必要な場合は迅速に関係機関へ情報提供することが重要であり、消防機関内でも救急隊同士や指令センター等との情報共有を適宜図る体制の構築が望まれる。また、救急に携わる医療機関においても、診察結果や福祉的対応が必要である旨を消防や福祉関係機関に提供するなど、積極的な協力が期待される。厚生労働省においても、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築する上で、消防との連携が効果的であると示しており、各消防機関においては、これらを踏まえ、地域包括支援センター等関係機関と積極的に連携していくことが望まれる。

なお、個人情報の共有に際しては、条例の中で第三者提供が可能な場合を明示する、本人の同意をとるなど、個人情報保護に係る適切な対応に留意する必要がある。

(5) 救急業務に携わる職員の教育（第5章、WG設置）

平成24年度から指導的立場の救急救命士に関する検討を開始し、平成25年度に「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver.1」（以下「指針」という。）において、指導救命士の位置づけ、要件等が取りまとめられた。平成26年度から全国で質の担保された指導救命士の養成体制を構築すべく、「指導救命士の養成に係るテキスト」（以下「テキスト」という。）の作成を開始し、昨年度の検討会報告書において、テキストの骨子版が提示された。

本年度は、平成26年度の検討会報告書において骨子版が示された「指導救命士の養成に係るテキスト」について、編集作業、監修作業等を進め、完成版を作成した。加えて、全消防本部及び全MC協議会を対象としたアンケート調査を実施し、指導救命士の認定、運用状況や、指導救命士に対する期待等を把握するとともに、同調査の結果も踏まえ、指導救命士の今後の認定拡大に向け必要な方策等を検討した。また、指導救命士の役割のひとつである、救急救命士の再教育における指導救命士の活用について検討を行った。

認定の実態については、アンケート調査を行った平成27年8月1日の時点で、指導救命士の認定を行っているのは、6県であり、既に指導救命士を配置しているのは38消防本部、配置人数は合計93名であった。

今後は、まず指導救命士の認定者数拡大に向け、消防本部やMC協議会に対する情報発信や働きかけ等の取組を進める必要があるほか、消防本部における指導救命士の位置づけや果たすべき役割の明確化、都道府県MCにおける指導救命士認定開始に向けた取組の検討を促すことが重要である。

具体的には、とりわけ、テキスト活用を推進するほか、指導救命士を配置している消防本部では、速やかに指導救命士の位置づけを明確化することが必要である。また、今後、指導救命士の認定が開始される地域の消防本部では、指導救命士が果たすべき役割等について、予め検討しておくことが求められる。さらに、既に指導救命士の認定を開始している都道府県MC協議会では、消防学校や都道府県MC圏域等での講師など指導救命士が活躍できる場を提供できるよう都道府県レベルにおける役割を明確化することが求められる。また、今後、指導救命士の認定を開始する都道府県MC協議会では、都道府県レベルでの指導救命士の活躍の場の提供について予め検討しておくことが求められる。

また、指導救命士の役割のひとつとして、救急救命士の再教育（2年間で128時間以上）のうち、病院実習（2年間で48時間程度）を除いた日常的教育（2年間で80時間相当）は、医師による医学的裏付けを確保した上で、指導救命士が行うことができることを消防庁が各MC協議会・消防本部に対して示すことが適当であると考えられる。それを踏まえ、地域MC協議会と消防本部は、80時間相当のうち、指導救命士が実施する時間や範囲について議論し、整理・明確化する必要がある。他方で、中長期的な視点からは、指導救命士のあり方に関する継

継続的な改善や質の向上に向けた検証を進めることが重要である。

(6) 救急蘇生ガイドラインの改訂への対応・救急隊の編成基準の見直しに伴う応急処置の範囲等の検討（第6章、WG設置）

①JRC 蘇生ガイドライン 2015 改訂への対応

2015年10月に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 2015 オンライン版」が公開された。ガイドライン 2015 では、手技について、大きく変更はないものの、心停止の認識、口頭指導の重要性が示され、ファーストエイドについて、新たな記載がされた。これらの内容を踏まえ、救急蘇生ワーキンググループでは、心肺蘇生の変更点について影響を受ける「一般市民が行う心肺蘇生」、「口頭指導」及び「救急隊員が行う心肺蘇生（一般市民が行う心肺蘇生と重なる部分）」について検討を行った。併せて、応急手当の更なる普及に向け、「応急手当普及員の認定（現に教員職にある者に対する養成講習）」、「応急手当普及員等を他地域で取得した者の取扱い」、「講習体系の変更とファーストエイド」、「バイスタンダーの精神的影響」について検討した。

ガイドライン 2015 の改訂では、一般市民が行う心肺蘇生の変更点、救急隊員が行う心肺蘇生について、全国へ周知することが求められる。特に、心停止の認識等について強調されていることから、今後、通信指令員の救急に係る教育を充実することにより、通信指令員の口頭指導によるバイスタンダーの心肺蘇生の実施率が上がり、救命率の向上に繋がることが期待される。

教員に対する応急手当普及員養成講習については、教員が指導技術を持つ専門職であることなどを踏まえると、教員に対する応急手当普及員養成講習の時間を短縮し、実施することも可能と考えられる。

他の地域で応急手当普及員等を取得した者の扱いについては、認定を受けた講習が消防庁の要綱に基づく講習であれば、認定証取得地以外で指導ができないという大きな不利益が生じないように、他地域で認定を受けている者についても当該消防本部が認定したものとみなしても差し支えないと考えられる。

また、講習体系の変更については、訓練用資機材を充実させることで効果的な講習を行う事ができ、講習の質を確保できる場合は、各消防本部の判断により時間短縮を可能とすることが適当と考えられる。ファーストエイドについては、ガイドライン 2015 の記載内容を参考に、特別な資格を持たない市民でも安全に実施できる内容を上級救命講習の指導内容に反映することが求められる。

以上の変更点や対応について、消防庁は「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」を見直すことが適当である。

さらに、バイスタンダーの精神的影響について、一般市民が心肺蘇生を行うことは、誰にも少なからず心的ストレスが生じる可能性があるため、一部の消防本部で取り組まれているバイスタンダーの支援について情報収集し、全国へ紹介すること

が必要である。

②地方分権改革閣議決定に伴う救急隊の編成基準の検討

地方分権改革の提案募集における愛媛県西予市からの提案を受け、過疎地域等において必要な救急体制を確保できるよう、救急業務を3名以上で実施する体制を維持する中で、安全性を確保しつつ、業務の一部を消防職員以外の者に行わせるなどの方策について検討することが閣議決定されたことから、本検討会のワーキンググループにおいて、救急業務の一部を担う消防職員以外の者が実施可能な応急処置等の内容や教育内容について、検討することとなった。

消防職員以外の者が行う応急処置等の内容については、現場において、救急隊3名のうちの1人として役割分担して行う必要がある処置等（担架搬送、CPRの連携等）、現場に先着した場合に、救急車が到着するまでの間に1人で緊急に行う必要がある処置等（CPR等）を行うことができるようにするための教育・訓練を最低限の基準とし、その他救急隊として活動する上で習得しておくことが必要となる事項を選定した。

今後、消防庁においては、本検討会における検討内容を踏まえ、導入する地域の要件や消防職員以外の者に係る身分上の要件等について整理し、必要とされる具体的な制度改正等に速やかに着手することが求められる。

（7）2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会への対応（第7章）

昨年度の検討会では、外国語対応・コミュニケーションの問題（文化・宗教含む）、熱中症対策の強化、多数傷病者発生時の対応、感染症対策等を課題として挙げ、考えうる対応策について、方向性を示した。今年度は、それぞれの課題への対応策について、実態調査等を踏まえて、各消防本部や関係機関において実施可能な具体的方策と、その他関係機関と連携して取り組む課題について検討した。

多言語コミュニケーションへの対応について、各消防本部は多言語コミュニケーションツールや多言語音声翻訳システム、今回新たに作成した訪日外国人のための救急車利用ガイド（英語版）などの取組を参考としつつ、地域の実情にあわせ検討することが期待される。

大規模イベント等開催時における多数傷病者発生時への備えとしては、イベントの計画段階から、イベント主催者や行政の担当部局等に対して熱中症対策を求めていく必要がある。また、感染症など災害発生時に迅速な活動を可能とするために、事前のマニュアル策定、関係機関間での協定締結等を進めていく必要がある。

外国人を含めた多くの方に応急手当講習を受講してもらうには、効果的な普及方策をとる必要があるとあり、市長部局の観光担当部局、スポーツ振興担当部局等と適切に連携することが求められる。

諸外国における大規模イベントでは、医療救護所等の救護施設を設置するなど万

全の医療体制を構築すること等により、消防機関への救急要請が抑制されていることがわかった。また、危機管理対策として救急車の増台や救急隊員の増員などの消防機関側の対策に加え、オリンピック指定病院の指定や競技場周辺の医療救護所の設置など医療機関側の対策も重要である。

今後、上述の対応策を検討するにあたっては、諸外国の事例を参考に対応を検討するとともに、消防と医療の連携をはじめ関係他機関と連携していくことが求められる。

4. 委員名簿、開催経緯

(1) 救急業務のあり方に関する検討会

①委員名簿

※五十音順、○印は座長

- 浅利 靖 (北里大学医学部救命救急医学教授)
- 阿真 京子 (一般社団法人知ろう小児医療守ろう子ども達の会)
- 有賀 徹 (昭和大学病院院長)
- 石井 正三 (公益社団法人日本医師会常任理事)
- 城戸 秀行 (大阪市消防局救急部長)
- 坂本 哲也 (帝京大学医学部教授)
- 迫田 朋子 (NHK制作局第1制作センター文化・福祉番組部エグゼクティブ・ディレクター)
- 佐藤 雄一郎 (東京学芸大学社会科学講座准教授)
- 島崎 修次 (国士舘大学大学院救急システム研究科長)
- 鈴川 正之 (自治医科大学救急医学講座教授)
- 田邊 晴山 (一般財団法人救急振興財団救急救命東京研修所教授)
- 原田 潔 (神奈川県安全防災局安全防災部消防課長)
- 萬年 清隆 (札幌市消防局警防部長)
- 安田 正信 (東京消防庁救急部長)
- 山口 芳裕 (杏林大学医学部救急医学教授)
- 山本 保博 (東和病院院長)
- 横田 順一朗 (堺市立総合医療センター副院長)
- 横田 裕行 (日本医科大学大学院医学研究科外科系救急医学分野教授)
- 渡辺 顕一郎 (奈良県医療政策部長)
- (オブザーバー)
- 北波 孝 (厚生労働省医政局地域医療計画課長)
- 迫井 正深 (厚生労働省医政局地域医療計画課長) ※平成27年10月1日より

②開催経緯

回数	開催日	主な議題
第1回	平成27年 7月17日	・今年度の検討の進め方
第2回	平成27年 11月27日	・救急業務のあり方に関する検討会(第1回)の継続検討 ・各ワーキンググループからの中間報告
第3回	平成28年 2月10日	・近年の救急業務をとりまく現状 ・救急業務のあり方に関する検討会(第2回)の継続検討
第4回	平成28年 3月16日	・救急業務のあり方に関する検討会報告書(案)

(2) 指導救命士ワーキンググループ

①委員名簿

※五十音順、○印はワーキンググループ長、☆印は監修担当

- 上野卓慈 (久留米広域消防本部救急防災課課長補佐兼救急企画主査)
 梅田智之 (北九州市消防局警防部救急課救急指導係主査)
 奥羽場美幸 (江津邑智消防組合消防本部川本消防署瑞穂出張所長)
 川村英和 (綾部市消防本部警防課救急救助第2担当長)
 ☆黒田泰弘 (一般社団法人日本救急医学会)
 郡山一明 (一般財団法人救急振興財団救急救命九州研修所専任教授)
 高橋幸靖 (岐阜市消防本部岐阜南消防署救急係長)
 田邊晴山 (一般財団法人救急振興財団救急救命東京研修所教授)
 鳥越昭宏 (消防庁消防大学校助教授)
 菩提寺浩 (札幌市消防局警防部救急課長)
 ☆溝端康光 (一般社団法人日本臨床救急医学会)
 宮野收 (東京消防庁救急部救急指導課長)
 山口誠 (千葉市消防局緑消防署第1課消防課長)
 ○山口芳裕 (杏林大学医学部救急医学教授)
 山崎裕介 (北九州市消防局小倉北消防署警防課救急担当係長)

②開催経緯

回数	開催日	主な議題
第1回	平成27年8月12日	<ul style="list-style-type: none"> 指導救命士テキスト作成進捗状況報告 指導救命士アンケート項目 テキスト活用方策
第2回	平成27年11月25日	<ul style="list-style-type: none"> 指導救命士の養成に係るテキスト 指導救命士の現況 指導救命士の運用方法 報告書(骨子案)

(3) 救急蘇生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

- 石 見 拓 (京都大学環境安全保健機構健康管理部門長・教授)
- 太 田 邦 雄 (金沢大学医薬保健研究域医学系小児科准教授)
- 太 田 孝 (横浜市消防局警防部救急課長)
- 尾 形 昌 克 (広島市消防局警防部救急担当部長 (救急課長事務取扱))
- 串 間 重 幸 (宮崎市消防局警防課救急救助企画室長)
- 栗 岡 由 樹 (神戸市消防局警防部救急課長)
- 坂 本 哲 也 (帝京大学医学部教授)
- 杉 田 学 (順天堂大学医学部附属練馬病院救急集中治療科先任准教授)
- 内 藤 康 弘 (浜松市消防局警防課専門監)
- 畑 中 哲 生 (一般財団法人救急振興財団救急救命九州研修所専任教授)
- 三田村 秀 雄 (国家公務員共済組合連合会立川病院院長)
- 宮 越 繁 喜 (小樽市消防本部警防課長)
- 宮 野 收 (東京消防庁救急部救急指導課長)
- 牟 禮 里 義 (松山市消防局警防課長)
- (オブザーバー)
- 酒 井 智 彦 (厚生労働省医政局地域医療計画課救急・周産期医療等対策室
病院前医療対策専門官)

②開催経緯

回数	開催日	主な議題
第1回	平成27年10月30日	<ul style="list-style-type: none"> 平成27年度救急業務のあり方に関する検討会 救急蘇生ワーキンググループの背景・目的 JRC 蘇生ガイドライン2015改訂に伴う消防庁の対応 救急蘇生ワーキンググループ検討事項
第2回	平成28年2月23日	<ul style="list-style-type: none"> 「救急蘇生法の指針(市民用)」の改訂に基づいた対応 応急手当の普及啓発 地方分権改革閣議決定に伴う救急隊の編成基準
第3回	平成28年3月10日	<ul style="list-style-type: none"> 救急蘇生ワーキンググループ(第2回)の継続検討 救急蘇生ワーキンググループ報告書(案)

(4) 緊急度判定体系の普及ワーキンググループ

①委員名簿

※五十音順、○印はワーキンググループ長

- 井 口 信 二 (全国学校安全教育研究会会長 東京都葛飾区立こすげ小学校校長)
- 猪 口 正 孝 (公益社団法人東京都医師会副会長)
- 奥 村 尚 三 (全国保育協議会副会長 すこやか諏訪保育園園長)
- 刈 茅 初 支 (福岡県保健医療介護部医療指導課長)
- 黒 岩 大 輔 (横浜市医療局疾病対策部救急・災害医療担当課長)
- 桑 原 正 彦 (医療法人唐淵会桑原医院院長)
- 櫻 井 淳 (日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野准教授)
- 高 原 敏 夫 (社会福祉法人マザアス理事長)
- 中 板 育 美 (公益社団法人日本看護協会常任理事)
- 濱 田 浩 (薩摩川内市消防局警防課警防救急係長)
- 半 澤 正 勝 (仙南地域広域行政事務組合消防本部警防課警防課長補佐兼救急係長)
- 溝 田 瑩 貴 (医療市民マイスター協会代表)
- 茂 呂 浩 光 (東京消防庁救急部副参事救急相談担当)
- 安 田 正 信 (東京消防庁救急部長)
- (オブザーバー)
- 亀 山 大 介 (厚生労働省医政局地域医療計画課救急医療専門官)
- 鳥 枝 浩 彰 (福岡県総務部防災危機管理局消防防災指導課長)

②開催経緯

回数	開催日	主な議題
第1回	平成27年10月29日	<ul style="list-style-type: none"> ・今年度検討事項 ・プレゼンテーション
第2回	平成28年2月9日	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの振り返り ・救急電話相談事業の充実 ・救急受診ガイドの普及 ・緊急度判定体系の概念の普及 ・全体のまとめ

【参 考】

平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会開催要綱

(開 催)

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

(目 的)

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

(検討会)

第 3 条 検討会は、次項に掲げる委員をもって構成する。

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

(ワーキンググループ)

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

- 2 WG の委員は、各関係行政機関の職員及び救急業務に関し学識のある者のうちから、座長が指名する。
- 3 WG には、WG 長を置く。WG 長は、座長が指名する。
- 4 WG には、WG 委員の代理者の出席を認める。

(委員の任期)

第 5 条 委員の任期は、平成 28 年 3 月 31 日までとするが延長を妨げないものとする。

(運 営)

第 6 条 検討会及び WG の運営は、救急企画室が行う。

(委 任)

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

附 則

この要綱は、平成 27 年 6 月 17 日から施行する。

第 1 章 消防機関以外の救急救命士の活用

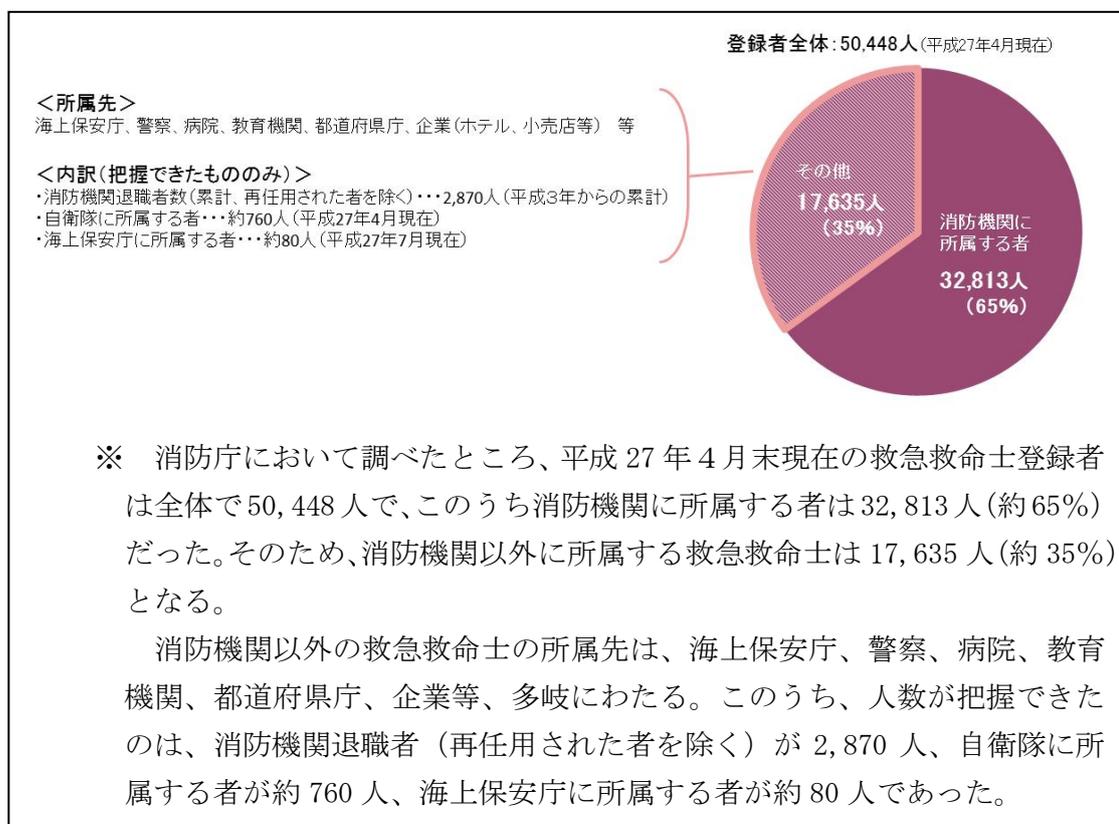
1. 検討の背景

救急救命士は、病院前救急医療の担い手として平成 3 年の法整備により誕生し、平成 27 年 4 月末現在、その登録者数は 50,448 人となっている。しかし、業として救急救命処置を行うことができるのは、原則として救急用自動車の中とされている（救急救命士法第 44 条第 2 項）ため、救急救命士のうち消防機関に属しない者（17,635 人、35%）の中には、救急救命士のスキルを有効に活用できていない者がいる状況にある。

救急救命士は、一人でも多くの命を助けたいという志をもって専門的な教育を受け、国家試験に合格してその資格を取得しており、消防機関以外の救急救命士の有資格者に対して、そのスキルを有効に活用できる場を提供していくことにより、救命率の向上という重要な社会的な要請に応えることができる。

また、消防機関以外の救急救命士数の中で相当数を占め、今後も増加していくことが予測される消防機関 OB である救急救命士についても、蓄積された豊富な経験とスキルを有効に活用していく必要がある。

図表 1-3 救急救命士数、所属先機関



＜救急救命士法（平成 3 年法律第 36 号）＞

○第二条

この法律で「救急救命処置」とは、その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者（以下この項及び第四十四条第二項において「重度傷病者」という。）が病院又は診療所に搬送されるまでの間に、当該重度傷病者に対して行われる気道の確保、心拍の回復その他の処置であって、当該重度傷病者の症状の著しい悪化を防止し、又はその生命の危険を回避するために緊急に必要なものをいう。

2 この法律で「救急救命士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、救急救命士の名称を用いて、医師の指示の下に、救急救命処置を行うことを業とする者をいう。

○第四十四条

救急救命士は、医師の具体的な指示を受けなければ、厚生労働省令で定める救急救命処置を行ってはならない。

2 救急救命士は、救急用自動車その他の重度傷病者を搬送するためのものであって厚生労働省令で定めるもの（以下この項及び第五十三条第二号において「救急用自動車等」という。）以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間に於いて救急救命処置を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。

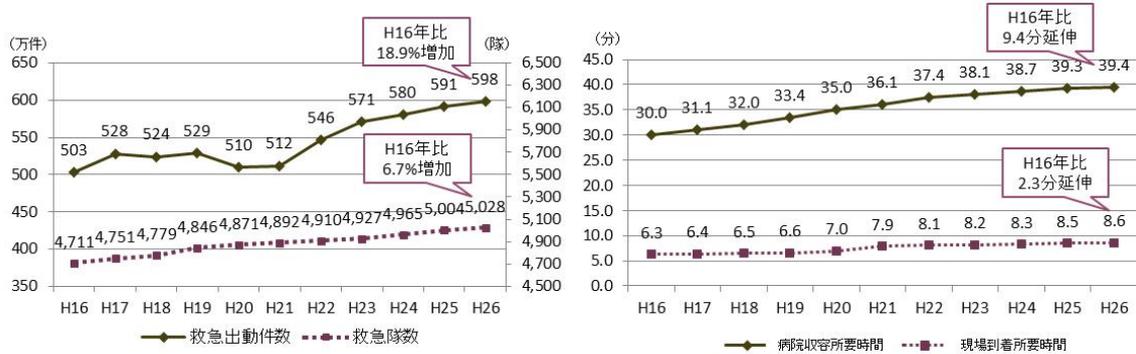
図表 1-4 資格別 実施できる各種処置

医師の包括的な指示(救急救命士のみ該当する)	医師の具体的な指示 (特定行為) 省令で定める救急救命処置
<ul style="list-style-type: none"> ・自動体外式除細動器による除細動(※) ・的手法による気道確保 ・胸骨圧迫 ・呼吸吹込み法による人工呼吸 ・圧迫止血 ・骨折の固定 ・ハイムリック法及び背部叩打法による異物の除去 ・体温・脈拍・呼吸数・意識状態・顔色の観察 ・必要な体位の維持、安静の維持、保温 	<ul style="list-style-type: none"> ・乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液(※) ・食道閉鎖式エアウェイ、ラリンゲアルマスク及び気管内チューブによる気道確保(※) ・エピネフリンを用いた薬剤の投与(※) ・乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液 ・低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与 ※は心肺機能停止状態の患者に対してのみ行うもの
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 一般人でも可能 </div>	
<div style="display: flex; justify-content: center;"> 応急処置(救急隊員) </div>	
<div style="display: flex; justify-content: center;"> 救急救命処置(救急救命士) </div>	

緊急に対応が必要な傷病者が発生した場合に、消防機関以外の救急救命士がただちに迅速な救急救命処置を開始し、適切に消防の救急に引き継ぐことで、救命率が向上する等、社会的な利益があると考えられる。

一方、救急搬送件数は、高齢化の進展等により、近年ほぼ一貫して増加しており、需要の増に救急隊の増加が追いつかず、地域によっては真に必要な傷病者への対応が遅れ、救命率に影響が出かねない状況となっている。

図表 1-5 救急出動件数、救急隊数、病院収容所要時間、現場到着所要時間の推移



(出典) 平成 27 年版 救急・救助の現況

2. 今年度の検討事項

(1) 活用の可能性・場面

消防機関以外の救急救命士の活用を検討するに当たっては、救急救命士法で定められている救急救命士の活動場所の範囲について検討することも考えられるが、消防庁において開催する検討会としては、まず消防機関以外の救急救命士の活用の可能性について、消防機関と連携する事案が多く発生すると想定される場面を中心に検討することとした。

また、消防機関以外の救急救命士を活用する際に確保すべき条件について検討する中で、救急救命士の活用が期待される場面について、より幅広い観点から議論を行った。

(2) 活用に当たっての留意点

今後、消防機関以外の救急救命士の活用を検討するに当たり、どのような課題や留意点が想定されるかを整理した。

具体的には、消防機関に対する実態調査結果等を踏まえ、メディカルコントロール体制の整備や消防機関との連携の観点から、消防機関以外の救急救命士の活用体制に関する意見や想定される課題を整理した。

3. 消防機関以外の救急救命士の活用が想定される場面

緊急に対応が必要な傷病者は、社会の様々な場面で発生することが想定される。病院前救急の充実に大きな役割を果たす救急救命士がそのスキルを有効に生かし、救命率の向上に貢献することのできる場面としては、以下のような例が挙げられる。

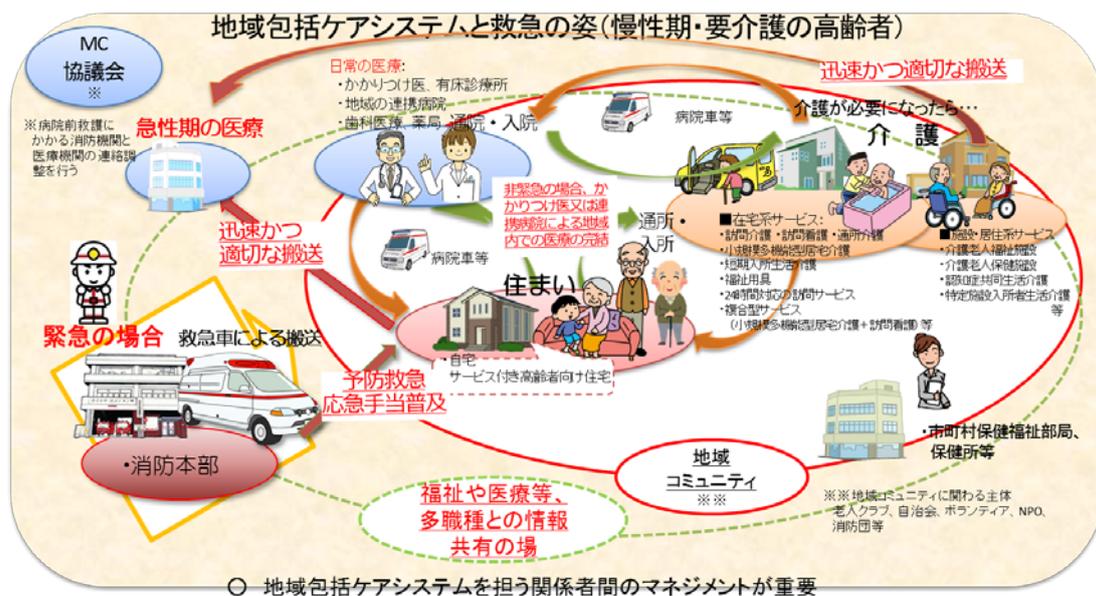
(1) 地域包括ケアシステムの中での活用

昨年度の検討会において、特に搬送に時間を要する独居高齢者等の事案への対応として、消防機関と行政の福祉担当部局等の地域包括ケアを担う他職種との連携の重要性が指摘された。

地域包括ケアシステムを担う多職種連携の中に救急救命士が加わることで、日常的には地域の高齢者の見守りや応急手当の普及に努めつつ、救急搬送が必要だと判断される場合には迅速かつ適切な搬送がなされるよう支援し、福祉や医療等による対応が適切な場合には該当する専門職種につなぐ役割を積極的に果たすことが期待される。

また、病院救急車等に乗車し、在宅療養の高齢者等が地域のかかりつけ医等への搬送が必要となった際に、医療機関まで搬送する役割を担うことも考えられる。

図表 1-6 地域包括ケアシステムと救急の姿（慢性期・要介護の高齢者）



(出典)「平成 26 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」

(2) 大規模施設・大規模イベント等での活用

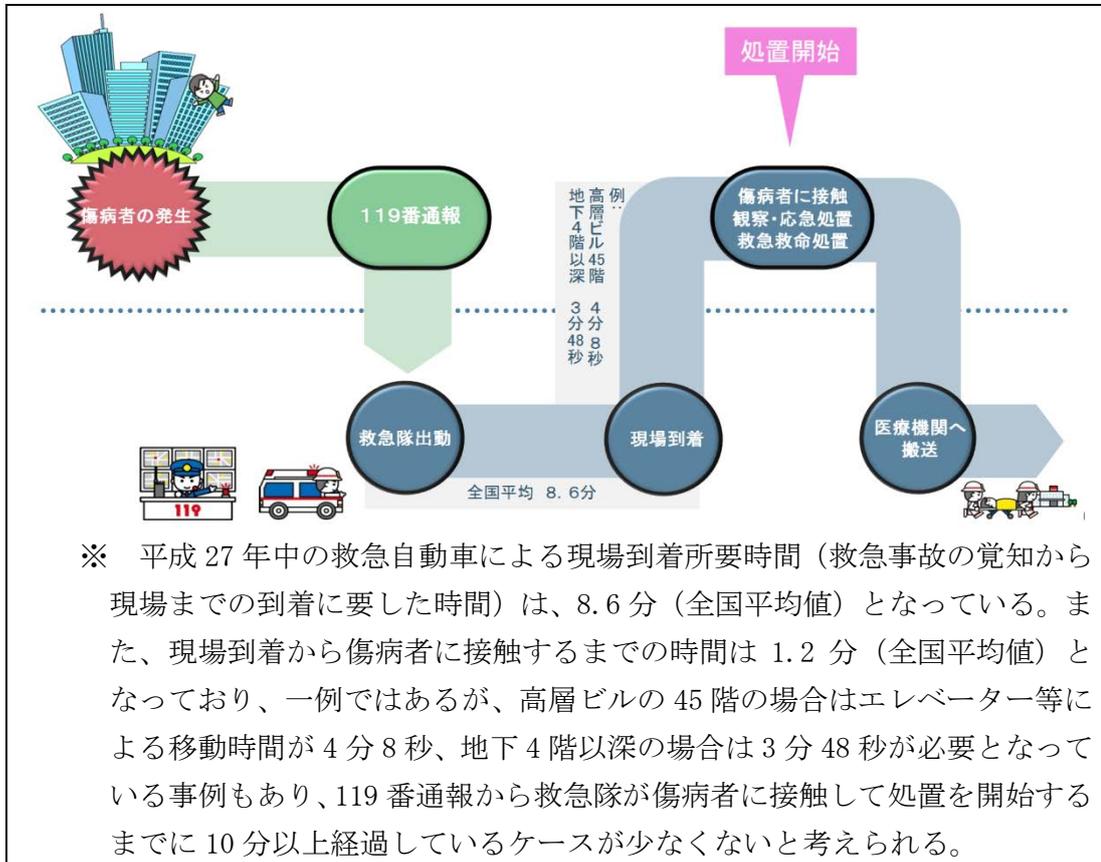
大規模商業施設や地下街等の大規模施設等、あるいはマラソン大会等のイベント等において、救急車が到着してから救急隊が傷病者に接触するまでかなりの時間を要する場合があります、搬送時間延伸の要因の一つになっているという状況がある。

このため、傷病者の発生後、大規模施設や大規模イベント会場で各所に配置された救急救命士が、傷病者の発生後ただちに駆けつけ、救急隊到着までの間に迅速に処置を行い救急隊に引き継ぐことが期待される。

このことにより、傷病者を引き継いだ救急隊にとっては、救急救命処置が迅速に

開始できるほか、場合によっては医療機関へ搬送を開始するまでの時間が短縮できる可能性もあると考えられる。

図表 1-7 救急隊の出動から処置開始までに要する時間



(3) 役場救急等における活用

非常備消防地域の市町村においては、役場職員等が医療機関への搬送を行う、いわゆる「役場救急」が行われている。こうした地域においても、より適切な搬送サービスを提供するため、救急救命士の活用が想定される。

< 役場救急等における活用事例 >

○非常備消防地域の役場救急における救急救命士の活用例

宮崎県美郷町の一部地域では、民間企業と業務委託契約を締結し、役場職員等に加えて、2名の救急救命士が乗務する形態により役場救急を実施し、24時間対応を行っている。

○常備消防地域の一部地域における活用例

常備化された市町村においても、離島や山間地等の一部の地域では、消防署・出張所が存在しない、または遠距離にあるといった理由から、役場救急等を実施している地域がある（例：答志島（鳥羽市）、花脊地区（京都市））。こうした場合にも、消防機関以外の救急救命士の活用が想定できる。

全国的な救命率の向上を図る観点からは、特に専門教育を受け、救急救命処置等について高度な技術を有する消防機関以外の救急救命士については、各般においての活躍が期待される。

(4) 活用体制のあり方

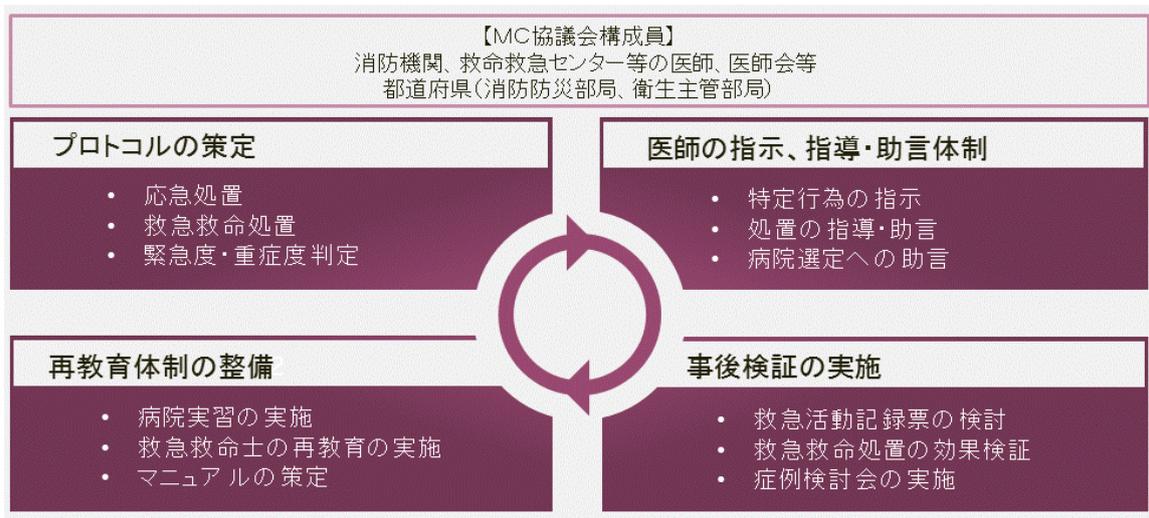
消防機関に所属する消防機関以外の救急救命士の活用に当たっては、消防機関以外の救急救命士が行う救急救命処置の質の確保のため、MC 体制整備のあり方や、消防機関との連携のあり方等、様々な条件について検討しておくことが必要である。本検討会では、消防機関以外の救急救命士の活用体制のあり方について、各消防本部に対するアンケート調査結果も踏まえつつ、以下のとおり検討を行った。

①メディカルコントロール体制

救急救命士が行う救急救命処置については、医学的見地から質の確保を図るため、メディカルコントロール体制（以下「MC 体制」という。）を整備することとされている。平成 27 年 10 月 1 日現在、各地域単位のメディカルコントロール協議会（以下「MC 協議会」という。）は 251 となっている。

MC 協議会は、消防機関、救命救急センター等の医師、医師会等、都道府県（消防防災部局、衛生主管部局）から構成され、地域の救急の関係者の参画のもと運営されている。MC 協議会で実施する内容は主に、プロトコルの策定、医師の指示、指導・助言体制、事後検証の実施、救急救命士の再教育体制の整備とされている。

図表 1-8 MC 体制、MC 協議会の実施内容



図表 1-9 地域 MC の活動状況（1 地域 MC あたりの平均値）

地域MCの活動回数と経費 (平成26年度)				地域MC協議会開催回数 (平成26年度)	
		件(人)数	1件(人)当たり費用		件数
病院実習費	就業前研修	3.5人	62千円	親会開催回数	1.6回
	再教育	32.5人	18千円	部会開催回数	4.3回
	気管挿管	3.1人	237千円		
	薬剤投与	1.3人	21千円		
	ビデオ喉頭鏡	1.9人	33千円		
	その他	2.3人	44千円		
事後検証費		202.8件	4千円		
特定行為指示料		106.9件	6千円		

地域MC協議会の構成員	
	人数
消防機関関係者	3.7人
医療関係者	11.8人
都道府県関係者	1.4人
その他	3.3人

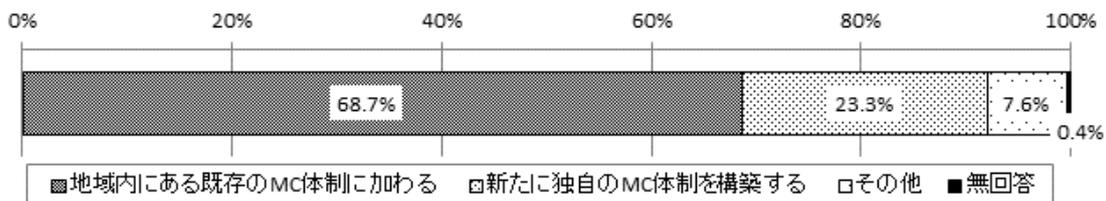
②全国の消防本部の意見（実態調査結果）

前項の前提を踏まえ、全国の消防本部では、消防機関以外の救急救命士の活用に当たっての MC 体制の確保方策や課題、活用する場合の効果や課題についてどのような意見を持っているかを、アンケート調査を通じて把握した。

- 調査名 : 救急救命体制の整備・充実に関するアンケート調査
- 調査対象 : 全国 750 消防本部（悉皆）
- 調査方法 : 都道府県消防防災担当部局を通じ、回答用電子ファイルを発信・回収
- 調査時期 : 平成 27 年 8 月 26 日～9 月 25 日
- 基準日 : 平成 27 年 8 月 1 日
- 回答率 : 100.0%

まず、消防機関以外の機関・団体に所属する救急救命士を活用とした場合、MC 体制をどのように確保すべきかを尋ねたところ、約 7 割（68.7%）の消防本部が「地域内にある既存の MC 体制加わる」ことが望ましいと回答した。

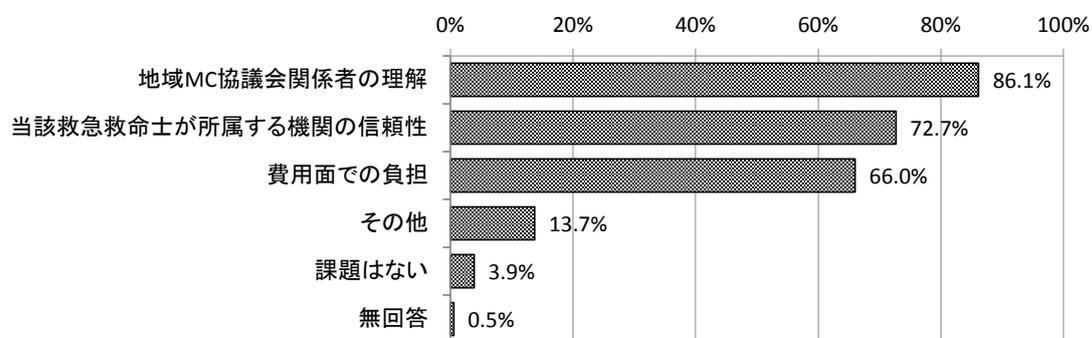
図表 1-10 消防機関以外の救急救命士への MC 体制の確保方策（n=750）



併せて、消防機関以外の救急救命士が既存の MC 協議会に参加する場合に、想定される課題について消防本部に尋ねた。

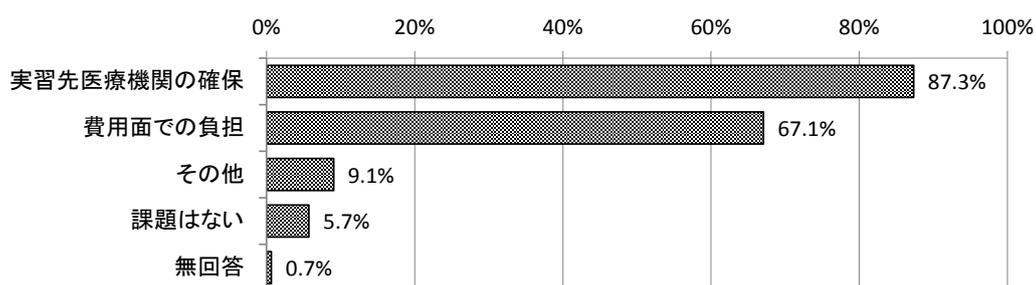
まず、地域内にある MC 体制に参加する場合の課題としては、「地域 MC 協議会関係者の理解」が 86.1%、「当該救急救命士が所属する機関の信頼性」が 72.7%、「費用面での負担」が 66.0%だった。地域内にある MC 協議会の設置目的が、消防機関による救急業務の適切な実施や救急隊員の資質向上とされている場合には、MC 協議会の位置づけを再整理したうえで、要綱や条例の改正が必要となる可能性があることにも留意が必要である。

図表 1-11 MC 体制に加わる場合の課題①：地域 MC 協議会への参画 (n=750、複数回答)



病院実習に関する課題としては、「実習先医療機関の確保」が 87.3%、「費用面での負担」が 67.1%だった。

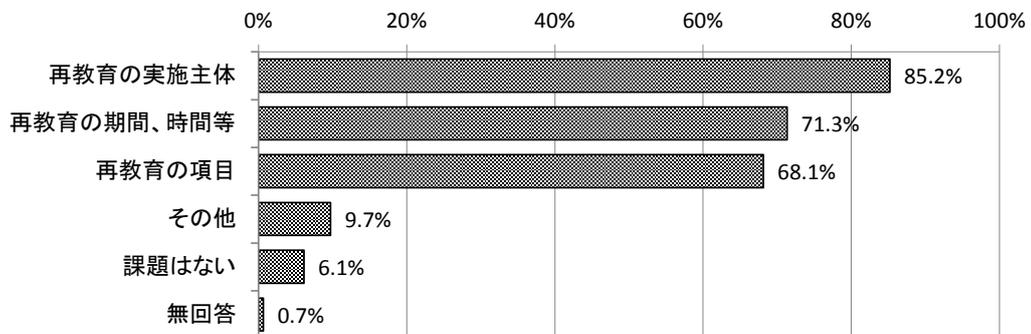
図表 1-12 MC 体制に加わる場合の課題②：病院実習 (n=750、複数回答)



病院実習以外の再教育の課題としては、「再教育の実施主体」が 85.2%、「再教育の期間、時間等」が 71.3%、「再教育の項目」が 68.1%だった。救急隊員たる救急救命士の再教育については、「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 日消防救 262 号)において、各 MC 協議会は、2 年間に 128 時間 (病院実習 48 時間、日常的な教育体制 80 時間) 以上を確保できるよう体

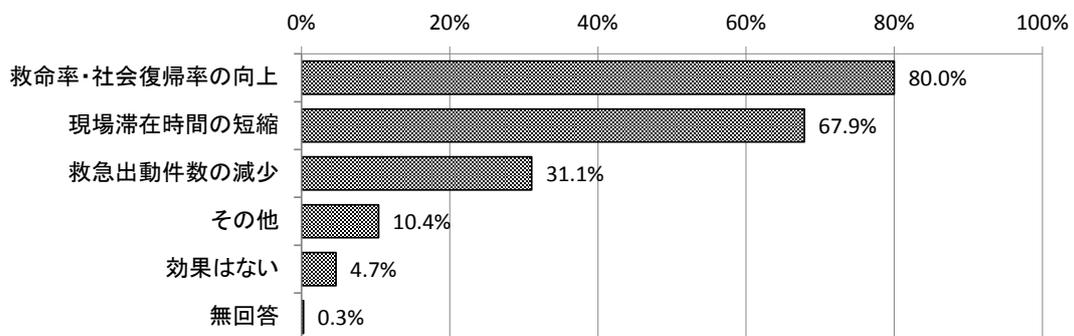
制整備を図らなければならないとされているが、調査結果からは、消防機関以外の救急救命士の再教育について、再教育の実施主体、再教育の期間、時間等の課題があるとする回答が多かった。

図表 1-13 MC 体制に加わる場合の課題③：病院実習以外の再教育（n=750、複数回答）



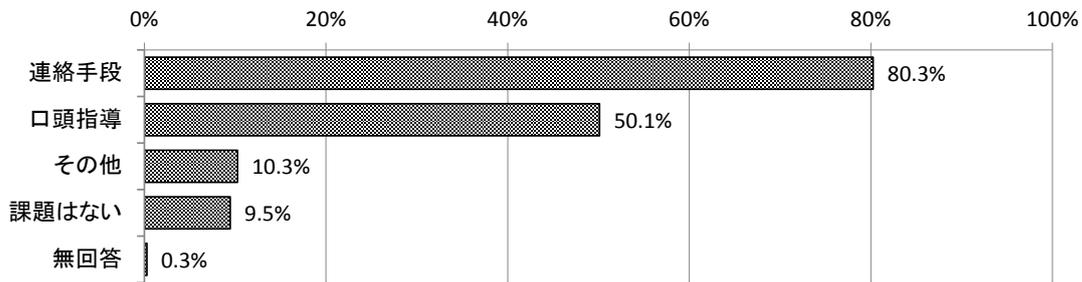
次に、消防機関以外の救急救命士が大規模施設や大規模イベント等の救急搬送において連携した場合に想定される効果を尋ねたところ、「救命率・社会復帰率の向上」が80.0%、「現場滞在時間の短縮」が67.9%などだった。「効果はない」との回答は4.7%にとどまり、多くの消防本部では何らかの効果を期待していることが分かった。

図表 1-14 連携する場合に想定される効果（n=750、複数回答）



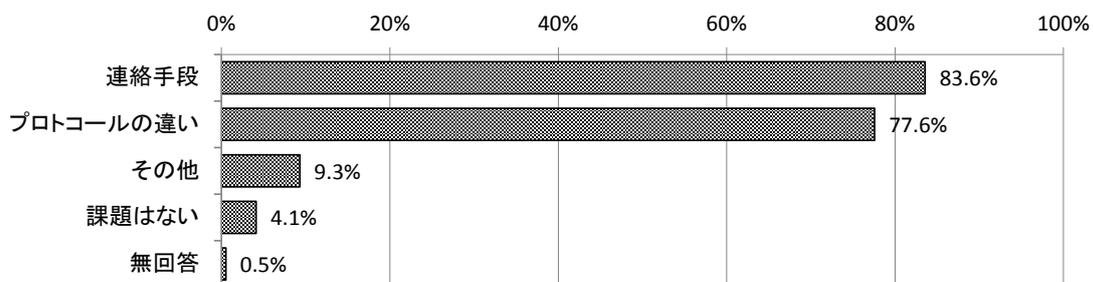
一方で、連携した場合の課題として、通報時の連携については「連絡手段（携帯電話、無線機等）」との回答が最も多く、80.3%だった。

図表 1-15 連携する場合に想定される課題①：通報時の連携（n=750、複数回答）



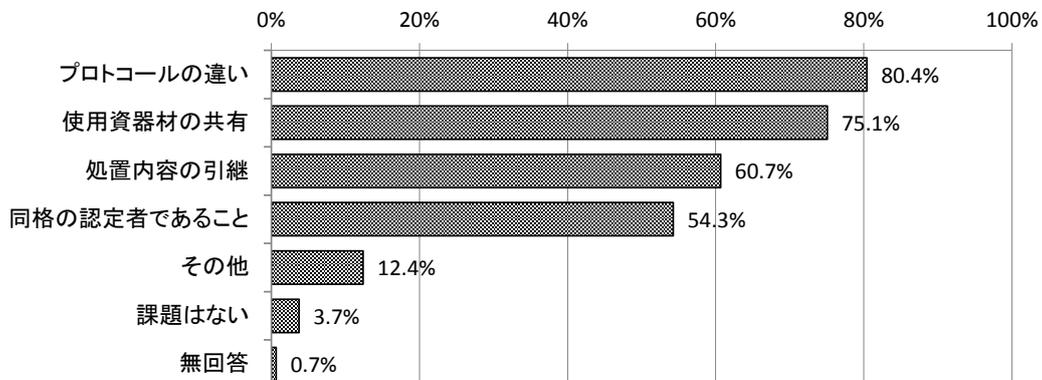
また、救急隊出動途上における連携の課題としては、「連絡手段（携帯電話、無線機等）」が 83.6%、「プロトコルの違い（異なる MC 体制に加わっている場合等）」が 77.6%だった。

図表 1-16 連携する場合に想定される課題②：救急隊出動途上の連携（n=750、複数回答）



現場引継時の連携についての課題としては、「プロトコルの違い（異なる MC 体制に加わっている場合等）」が 80.4%で最も多く、次いで「使用資器材の共有」が 75.1%などとなった。

図表 1-17 連携する場合に想定される課題③：現場引継時の連携（n=750、複数回答）



4. 消防機関以外の救急救命士を活用するに当たっての留意事項

今年度の本検討会においては、消防機関と連携する事案が多く発生すると想定される場面を中心に、消防機関以外の救急救命士を活用する際に確保すべき条件について検討してきたところであるが、消防機関以外の救急救命士を活用するに当たっては、地域や活用場面に関わらず、少なくとも以下のような条件が確保されることが必要と考えられる。

<消防機関以外の救急救命士を活用する際に確保すべき条件>

- ・救急救命士の救急救命処置に対する医師のコントロール下での質の担保
- ・消防機関との適切な連携体制の確保
- ・事後検証体制の確保など救急救命士の質の確保・地域 MC 協議会におけるプロトコルの共有、調整

また、「3. 消防機関以外の救急救命士の活用が想定される場面」に掲げるように、在宅療養等の場面を含む様々な場面で消防機関以外の救急救命士を活用する場合に確保すべき条件については、今後、救急救命士の活用により期待される効果に関係者間で幅広に議論する中で、地域ごと、活用場面ごとに確保すべき特有の条件もあわせて検討することが望まれる（例：独居高齢者や介護サービス利用者などの心身状態についての消防機関や関係行政機関等との共有、大規模商業施設や地下街等の施設の形態に応じた消防機関との連携方策）。

併せて、消防機関以外の救急救命士の活用にあたっては、既に構築された MC 協議会の枠組を活用して救急救命士の活動を支えることも考えられる。その際には、MC 協議会の体制の充実も必要となることから、関係者間で以下のような論点について議論していくことが期待される。

- ・ MC 協議会の設置目的等を含む MC 協議会の位置づけ（条例、規則等）の再整理
- ・ 事後検証体制の一層の確保など救急救命士の質の確保
- ・ MC 協議会に従事する医師が MC 協議会に関する業務を集中して行うことができる環境の整備
- ・ 消防機関以外の救急救命士を雇用する事業主の責任と MC 協議会に対する費用負担のあり方
- ・ 消防機関以外の救急救命士が活動する際の消防機関との連携のあり方 / 等

第2章 救急車の適正利用の推進

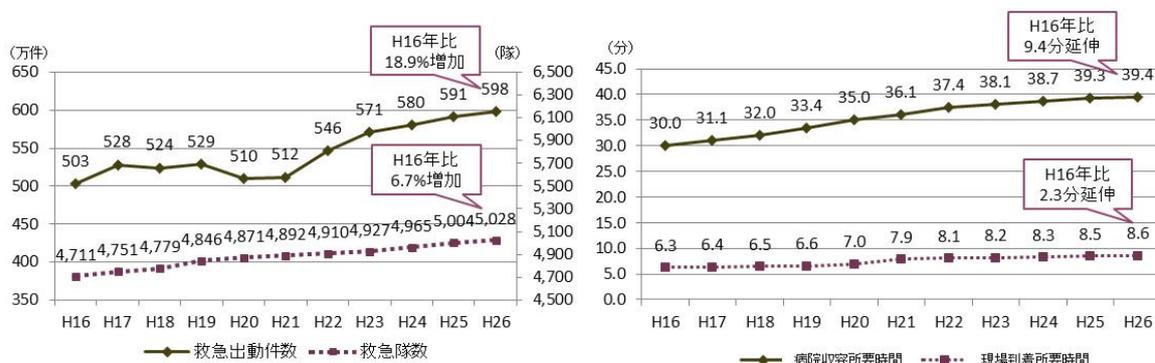
1. 検討の背景・目的等

(1) 背景・目的

平成26年の救急出動件数は約598万件で、近年ほぼ一貫して増加傾向にある。救急隊の現場到着時間、病院収容時間も延伸傾向にあり、平成26年にはそれぞれ8.6分、39.4分となっている。また、年齢階層別の搬送人員では、高齢者の割合が年々増えており、現在は半数を超えている。

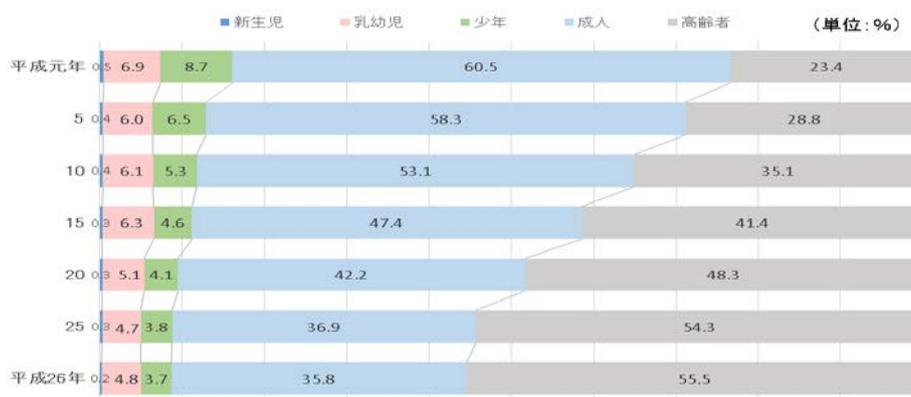
このような状況の中、限りある搬送資源を緊急性の高い事案に確実に投入するために、救急車の適正利用を更に進めていくことが必要である。

図表2-18 救急出動件数、救急隊数、病院収容所要時間、現場到着所要時間の推移（再掲）



(出典) 平成27年版 救急・救助の現況

図表2-19 年齢区分別搬送人員構成比率の推移



救急車の適正利用を推進するためには、まず、救急車の頻回利用など、不適正な利用について実態を把握し、抑制していくことが必要である。

また、全搬送件数の約1割を占める転院搬送（平成26年中の出場件数：約50万件）についても、全国消防長会から適正化について要望があったところであり、検討の必要がある。

更に、病院救急車や、民間の患者等搬送事業者の活用など、消防機関の救急車以外の地域の搬送資源を有効に活用していくための方策についても検討する必要がある。

<全国消防長会からの要望（平成 27 年 6 月 15 日）より抜粋>

- 1 全国の医療機関に対して、転送搬送について、緊急性の乏しい患者の利用を避ける等救急車を適正利用する事を徹底させること。
- 2 全国の地域医療支援病院に対して、「救急用又は患者輸送用自動車」を有効活用する事を徹底させること。

（２）これまでの消防庁の取組

救急車の適正利用推進のために、消防庁では、これまでもいくつかの取組を行ってきた。

例えば、平成 22 年度には市民向けの「救急車利用マニュアル」を作成し、救急車の適切な利用を呼びかけるとともに、平成 25 年度には、傷病者自身の自覚症状をもとに救急車を呼ぶべきかどうかを判断するためのツールとして、「救急受診ガイド」を作成した。

また、119 番通報するかどうかを迷う市民に対しては、住民の救急相談に応じる窓口（短縮ダイヤル#7119）の設置の促進などの対策を実施してきた。

更に、患者等搬送事業者（医療機関への入退院や通院、転院、社会福祉施設への送迎など、緊急性のない患者等の搬送を行う事業者）の認定制度を設け、緊急性のない患者等の搬送に関する民間事業者の活用を促進してきた。

2. 今年度の検討事項

これらの状況を踏まえ、今年度は、（１）頻回利用者への対応方策、（２）転院搬送における救急車の適正利用の促進を図る方策の検討、（３）消防機関の救急車以外の搬送資源の活用について検討した。

また、これらの検討の参考にするため、（４）救急車の適正利用の推進にかかる海外事例の調査を実施するとともに、消防本部に対するアンケート調査（以下「消防本部調査」という。）を実施し、各消防本部における救急車の適正利用に向けた取組の現状把握や救急業務の一部有料化に対する意見聴取を行った。

○頻回利用者への対応方策の検討

○転院搬送における救急車の適正利用の促進を図る方策の検討

転院搬送の要件の明確化、医療機関が有する「病院救急車」等や民間の患者等搬送事業者等の活用等

○消防機関の救急車以外の搬送資源の活用

地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ医等による地域内での医療の完結を図るため、医療機関が有する「病院救急車」等や民間の患者等搬送事業者等を活用

○救急車の適正利用の推進にかかる海外事例の調査

- ・電話相談窓口の仕組み
- ・広報（緊急度・重症度の判定方法や普及策、不適正利用の抑制方策）
- ・料金徴収の有無とその仕組み

○適正利用に関する消防本部へのアンケート調査

3. 課題の整理と方向性

(1) 頻回利用者への対応方策の検討

①頻回利用者の現状

消防本部調査において、平成 26 年中の救急要請実績について尋ねたところ、年 10 回以上要請した者は計 2,796 人、延べ要請回数は計 52,799 回であった。

図表 2-20 平成 26 年中の救急要請実績

	人数	延べ回数
年 10～19 回要請した者	1,979 人	24,072 回
年 20～29 回要請した者	340 人	7,916 回
年 30～39 回要請した者	166 人	5,529 回
年 40～49 回要請した者	80 人	3,502 回
年 50 回以上要請した者	231 人	11,780 回
計	2,796 人	52,799 回

(出典) 平成 27 年度「救急救命体制の整備・充実に係るアンケート調査」

②頻回利用者対策

消防本部調査では、救急要請の回数によって「頻回利用」と定義している本部は少なかったが、各消防本部は、個別の頻回利用事案に対し、それぞれのケースに応じた対策を講じていることが明らかになった。

<頻回利用対策で特に効果のあった事例>

家族、親族等への説明と協力要請

- 関係部局との会議を行い、近親者を探し出し、その方に説明を行ったところ救急要請がなくなった。
- 精神疾患既往の頻回利用者に対して、家族と協議した結果、本人から 119 番通報があった場合、消防本部から家族へ連絡し、家族と協議してから救急対応することで出場回数が減少した。ただし、家族と連絡が取れない場合は救急出場し対応することとしている。

保健福祉部局や医師による説得

- 頻回利用者が生活保護受給者であったため、ケースワーカーを通じた説得及び

説明を実施した。

- 頻回利用者より 119 番通報があった場合、状況を聴取しながら、頻回利用者
在住場所の所管行政福祉担当者に連絡をとり、状況に応じて福祉担当者が頻回利
用者宅を訪問し対応する。その際には通報状況等の情報提供を行う。

関係機関との対策会議、情報共有

- 地域医療機関及び福祉部局と連携し、頻回利用者について見守り及び情報の共
有を行った。担当医師による診察を重ねていく中で本人の意識も改善され、要請
が激減した。
- 不定愁訴の頻回利用者で、アルコール依存及び生活保護、重篤な持病を抱えて
おり、消防による説得には限界があった。また、医療機関からの受入れ制限も生
じたことから、消防、医療機関、警察機関、福祉部局や社会福祉事務所等との意
見交換会を開催し、対策を協議した。

在住する自治体の担当課職員が毎日訪問することにより、生活改善から取り組
んだ結果、徐々に救急要請が減少した。

特に効果のある対策としては、「家族、親族への説明と協力要請」、「保健福祉部
局や医師による説得」、「関係機関との対策会議、情報共有」が挙げられた。例えば、
同居をしている家族その他親族がいる場合、その家族等に事情を伝え、協力を要請
している事例が多く、効果をあげている事例がみられた。また、消防本部から直接
本人に対して、救急搬送の現状の説明等を行うことによって理解を求める、もしくは
消防本部以外の保健福祉部局等から説明をするといった事例もみられた。消防以
外の福祉との連携が必要な事情・状況がある頻回利用者については、保健福祉部局、
医療機関等、様々な機関と情報共有や対策会議を行い、対応している事例もあった。

頻回利用者については、個別の事案ごとに頻回利用に陥る事情は様々であり、事
案の性質に応じた対策が重要である。そのため、日頃から地域の医療機関や保健福
祉部局等、関係者と情報交換を行い、それぞれの事案について効果的な対策を検討
しておくなど、きめ細かな取組が必要である。

また、消防庁としては、救急車の適正利用に向けた一般市民向けの広報を継続す
るとともに、救急受診ガイドや救急電話相談事業の普及促進に、より一層取り組ん
でいく必要がある。

(2) 転院搬送における救急車の適正利用の促進を図る方策の検討

① 転院搬送の現状

救急業務は、消防法第 2 条第 9 項により、傷病者のうち、医療機関その他の場所
へ緊急に搬送する必要があるものを、救急隊によって、医療機関その他の場所に搬
送することとされている。

これを踏まえた上で、転院搬送については、昭和 49 年 12 月 13 日付け消防安第

131号において、入院患者については、現に何らかの治療が施されており、救急隊によって入院患者を他の医療機関へ転院搬送することは、一般的には消防法第2条第9項の救急業務に該当しないとされているが、当該医療機関において治療能力を欠き、かつ、他の専門病院に緊急に搬送する必要がある、他に適当な搬送手段がない場合は、救急業務の対象になると解釈されている。

平成25年中の転院搬送出場件数は約50万件、全体の出場件数に対する割合は8.3%となっているが、出場件数に対する割合を都道府県別にみると、京都府の5.2%から佐賀県の16.3%まで、地域差が顕著な状況であり、今後、転院搬送の内容について、地域別に分析していくことも必要と考えられる。

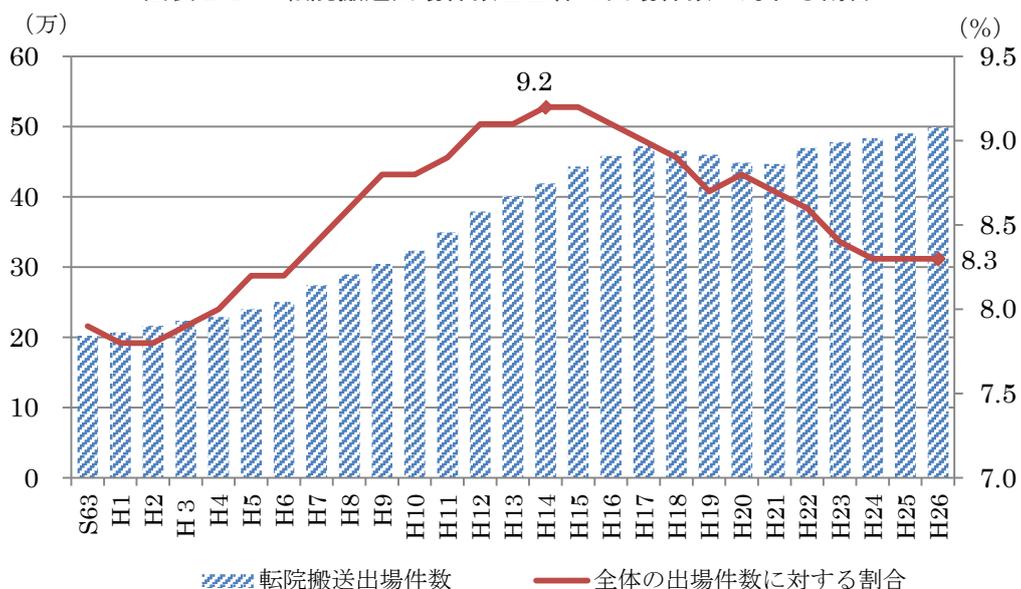
※ 例えば佐賀県では、消防法に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施基準において以下のような定めがあり、転院搬送の対応については、地域ごとに異なる事情があることに留意が必要である。

第6号 受入医療機関確保基準

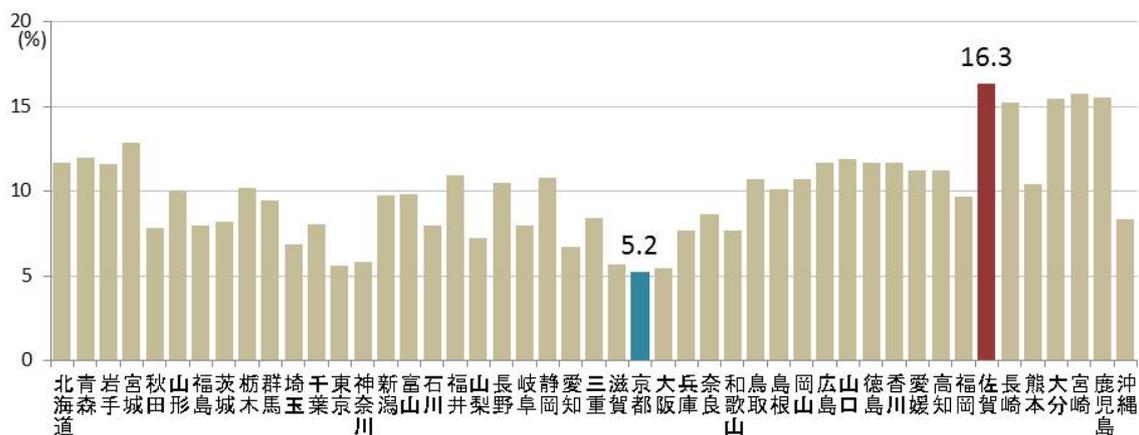
(2) その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項 より要約

三次救急医療機関において受け入れた傷病者がオーバートリアージ（二次救急医療機関でも十分に対応可能な症状・病態等）であり、より緊急度・重症度の高い傷病者に対応するために病床確保等が必要と判断される場合、（中略）消防機関は、初期診療後の当該傷病者の転院搬送又は転送への協力を求められた場合は、救急搬送業務に支障のない範囲で協力するよう努める。

図表 2-21 転院搬送出場件数と全体の出場件数に対する割合



図表 3-22 転院搬送出場件数と全体の出場件数に対する割合



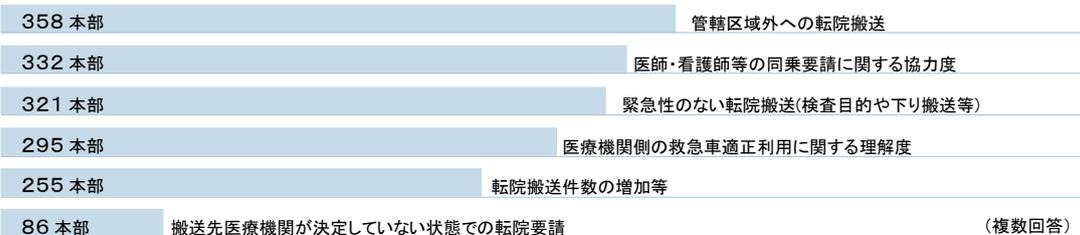
(注) 全国平均 : 8.3%

これらの現状を踏まえ、平成 27 年 2 月、全国消防長会が消防本部に対して実施したアンケート調査では、転院搬送に関して問題があると答えた消防本部が 751 本部中 586 本部 (78.0%) と多数を占めた。問題意識の内容としては、「管轄区域外への転院搬送」が最も多く (358 本部)、次いで「医師・看護師等の同乗要請に関する協力度」(332 本部)、「緊急性のない転院搬送 (検査目的や下り搬送等)」(321 本部) であった。

図表 2-23 転院搬送に関する問題の有無

転院搬送に関する問題あり...586 本部 / 751 本部 (平成27年2月実施 全国消防長会実施アンケートより)

問題意識の内容:



(出典) 平成 27 年 2 月「全国消防長会アンケート」

また、全国の地域医療支援病院 (平成 26 年 8 月 31 日現在、492 病院) は、「救急用又は患者輸送用自動車」を 1 台以上備えることが承認基準となっており、現在 673 台の「救急用又は患者輸送用自動車」が備えられているが、その活用状況については把握できていない状態である。

図表 2-24 都道府県別 地域医療支援病院数及び「救急用又は患者輸送用自動車」の台数

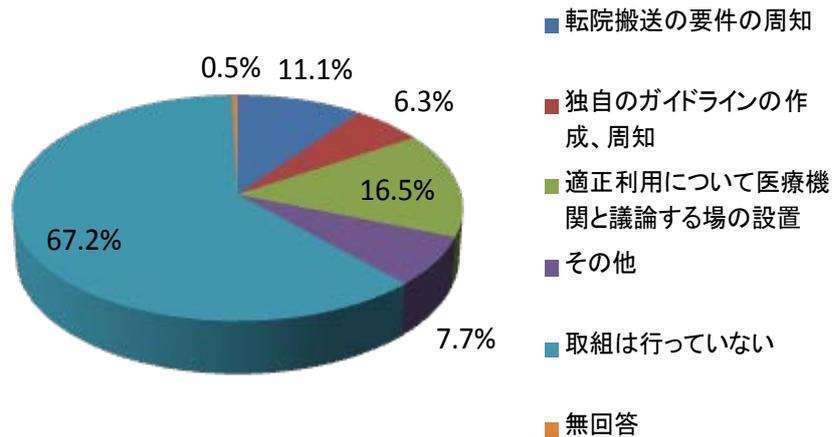
	病院数	台数		病院数	台数		病院数	台数
北海道	9	13	石川県	3	4	岡山県	10	21
青森県	4	5	福井県	4	5	広島県	18	22
岩手県	3	3	山梨県	0	0	山口県	7	7
宮城県	11	14	長野県	8	14	徳島県	7	10
秋田県	3	3	岐阜県	8	11	香川県	6	8
山形県	4	4	静岡県	7	8	愛媛県	3	6
福島県	9	16	愛知県	16	22	高知県	3	8
茨城県	11	13	三重県	11	12	福岡県	36	77
栃木県	8	11	滋賀県	6	16	佐賀県	5	6
群馬県	13	17	京都府	11	18	長崎県	10	13
埼玉県	13	25	大阪府	32	43	熊本県	14	30
千葉県	12	19	兵庫県	22	27	大分県	11	21
東京都	21	31	奈良県	2	2	宮崎県	7	15
神奈川県	7	7	和歌山県	5	8	鹿児島県	13	20
新潟県	7	10	鳥取県	4	5	沖縄県	10	13
富山県	4	4	島根県	4	6	合計	442	673

(平成24、25年度業務報告書)

② 転院搬送の適正化のための対策

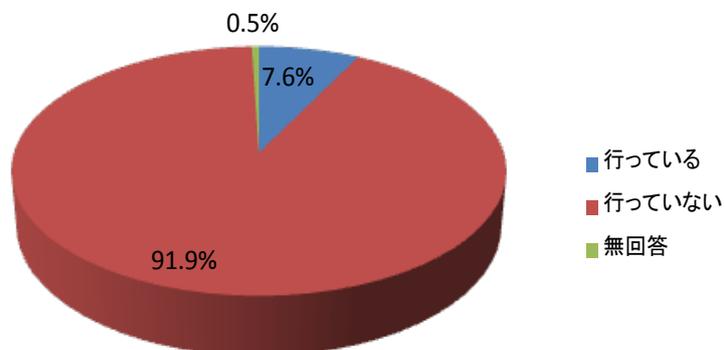
消防本部調査において、転院搬送の適正化のための取組の有無を尋ねたところ、「取組は行っていない」と答えた本部が半数を超えていた（67.2%）。また、民間搬送事業者の活用を促す取組についても「行っていない」本部がほとんどであり（91.9%）、対策が進んでいない現状がみられた。

図表 2-25 転院搬送の適正化のための取組の有無



（出典）平成 27 年度「救急救命体制の整備・充実にに関するアンケート調査」

図表 2-26 民間搬送事業者の活用を促す取組の有無



（資料）平成 27 年度「救急救命体制の整備・充実にに関するアンケート調査」

しかしながら、「適正利用について医療機関と議論する場の設置」（16.5%）、「転院搬送要件の周知」（11.1%）、「独自のガイドラインの作成、周知」（6.3%）等に取り組む本部もみられた。具体的には、適正利用に関する医療機関への協力要請や、転院搬送ができる場合のガイドライン等を送付する、転院搬送依頼書の提出を依頼するなどの取組がみられた。

協力要請やガイドラインの例

- あらかじめ転院先医療機関を決定していること
- 原則として、医師又は看護師が同乗すること
- 医師又は看護師が同乗しない場合は、救急隊のみで搬送することについて、要請元医療機関が患者及び家族等に説明し、了承を得ること
- 転院搬送完了後、救急隊は再出場に備える必要があるため、同乗した医師又は看護師が救急車に同乗して要請元医療機関へ戻ることは原則として認められないことに同意すること

依頼書の例

- 転院の理由
- 救急に搬送を依頼する理由
- 担当医師名
- 患者の状態や処置内容

また、「他に適当な搬送手段がない場合」の判断については、転院搬送においても消防の救急車を使わざるを得ない場合もあり、検討が必要である。

○A 医療機関の例：

通常は民間の搬送事業者を活用している。

緊急に搬送する必要がある患者で、民間の搬送事業者が出動中で対応不可の場合のみ、消防の救急車を要請している。

○B 消防本部の例：

転院搬送の実施基準を定めており、特に遠距離搬送において、実施基準等から搬送することが妥当ではないと判断した場合には、民間搬送事業者、病院救急車、公共交通機関等その他の搬送手段により代替できないかの確認を行ったうえで搬送している。

< B 消防本部の転院搬送実施基準 >

(1) 二次医療圏内の転院搬送	(2) 遠距離搬送に係る転院搬送
<p>① 傷病者 傷病者の症状や既往歴等から要請医療機関での治療が困難であって、かつ、要請医療機関が指定する医療機関（以下「指定医療機関」という。）における治療等を緊急に必要とする次のいずれかに該当する傷病者</p> <ul style="list-style-type: none">ア 高度医療が必要な傷病者イ 特殊疾患等の専門医療が必要な傷病者ウ 緊急に手術又は検査が必要な傷病者	<p>① 傷病者 傷病者の症状や既往歴等から二次医療圏内での治療が困難であって、かつ、指定医療機関における緊急な治療を必要とする次のいずれかに該当する傷病者</p> <ul style="list-style-type: none">ア 高度医療が必要な傷病者イ 特殊疾患等の専門医療が必要な傷病者ウ 緊急に手術が必要な傷病者
<p>② 医師の同乗 救急車内の患者の管理は要請医療機関の責任において行われる必要があることから、関係する医師が救急車に同乗するものであること。ただし、要請医療機関の医師が搬送中の容態変化等について責任をもつことの同意がある場合は、この限りではない。</p>	<p>② 医師の同乗 救急車内の患者の管理は、要請医療機関の責任において行われる必要があり、搬送に相応の時間を要することから、必ず医師が同乗するものであること。</p>
	<p>③ 搬送の範囲 要請医療機関から指定医療機関までの搬送時間は、救急車で概ね2時間を超えない範囲であること。 なお、ヘリコプターによる搬送は対応可能な範囲でこれを行うことができる。</p>

消防庁としては、今後、転院搬送の適正化のため、これまでに示した要件も含め、厚生労働省と連携しつつ、以下のようなガイドラインを作成するべきである。

<ガイドラインの例>

- 緊急に搬送する必要があること
- 高度医療が必要な傷病者、特殊疾患等の専門医療が必要な傷病者又は緊急に手術もしくは検査が必要な傷病者であること
- 患者等搬送事業者、医療機関が所有する救急用自動車等、他の搬送手段の利用が不可能であること
- 要請元医療機関が、あらかじめ転院先医療機関を決定し受け入れの了解を得ておくこと
- 要請元医療機関が、その管理と責任の下で搬送を行うため、原則として、医師又は看護師が同乗すること

以上の要件を医師が確認した上で、転院搬送依頼書を提出してもらおう。 /等

なお、傷病者の迅速な受け入れのために消防機関と医療機関との間で一定のルールを設定している場合や、医療機能の分化・連携の進展の状況など、地域の事情も考慮する必要がある。

当該ガイドラインを参考に、各都道府県においては、医師会、消防機関並びに都道府県消防防災主管部局及び衛生主管部局等、関係者間で十分な議論を行った上で、各地域メディカルコントロール協議会等に対し、転院搬送における救急車の適正利用のための合意形成について、支援を行うことが求められる。

また、各地域においては、都道府県の助言を受けつつ、地域メディカルコントロール協議会等の枠組みを活用し、転院搬送における救急車の適正利用の推進のため、救急業務として転院搬送を行う場合についてのルール化に向けて、関係者間で合意形成を行う必要がある。

(3) 消防機関の救急車以外の搬送資源の活用

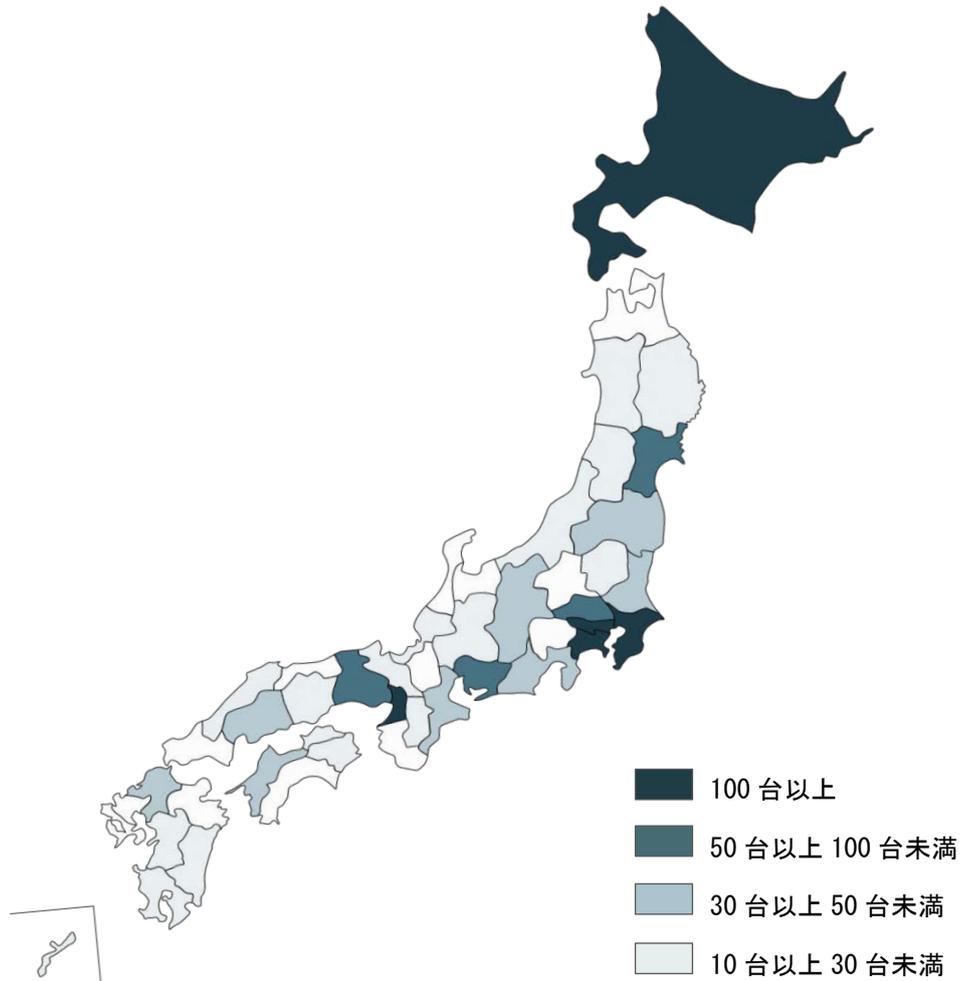
①消防機関の救急車以外の搬送資源の活用の現状

民間の患者等搬送サービスを行う事業者のうち、車両や資器材、人員等について消防庁が示した条件を満たした事業者については、各消防本部が患者等搬送事業者として認定を行っている。患者等搬送事業者は、自力での移動が難しい高齢者や身体障がい者、傷病者等の医療機関への入退院、通院及び転院並びに社会福祉施設への送迎等、緊急性のない傷病者等の搬送を担っている。そのため、救急搬送の対象とはならない傷病者等の移動、搬送ニーズの受け皿として期待されており、転院搬送においても活用されている。

平成 27 年 4 月 1 日現在、全国で 1,174 の事業所があり、1,757 台が認定を受け

ている。都道府県別にみると、東京都の340台が最も多く、最も少ない滋賀県では1台と地域差がみられる。

図表 2-27 都道府県別 患者等搬送事業者の認定車両台数



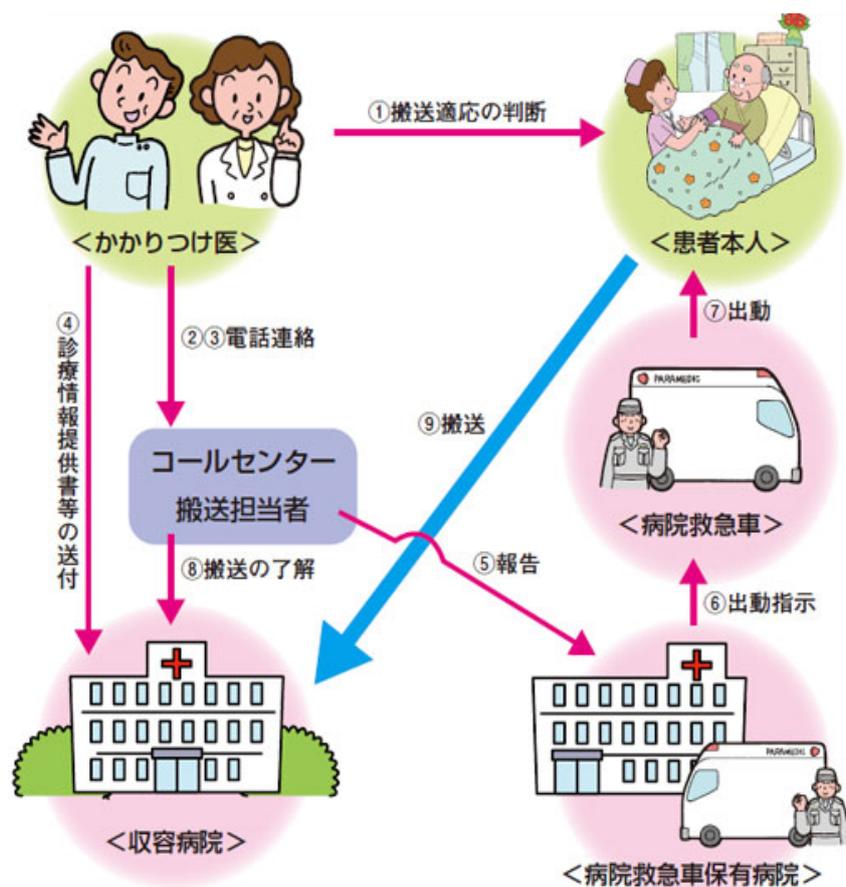
②消防機関の救急車以外の搬送資源の活用方策

一部の自治体では、市内の医療機関の連携強化の取組の中で、病院が保有する救急車を活用している事例がみられた。

例えば、葛飾区では、かかりつけ医が決まっており、かかりつけ医から病気に関する十分な説明を受けている患者を予め登録し、訪問看護師など在宅療養に関わる専門職が患者の容体変化を感じた場合、かかりつけ医に連絡することになっている。かかりつけ医は「病院救急車」を出動させ、収容希望病院に診療情報を提供することで、速やかに必要な治療を実施する。このことにより、在宅療養をしている市民の医療を市内で完結させ、在宅へ戻ることを支援し、区内医療機関の連携強化を図っている。

現在、全国各地において、「地域包括ケアシステム」の構築が進められている。こうした取組に消防機関が関わり、情報交換や話し合いを進めることによって、消防機関の救急車の適正利用について地域の理解を得て消防機関以外の地域の資源についても有効活用していくことが望まれる。

図表 2-28 病院救急車の活用の事例（葛飾区）



(出典) 葛飾区医師会ホームページ

(4) 救急車の適正利用の推進にかかる海外事例の調査等

①救急車の適正利用の推進にかかる海外事例の調査

救急車の適正利用の推進について、以下のとおり調査を行った。

○調査対象国、地域

アメリカ（ニューヨーク）

フランス（パリ）

ドイツ（ミュンヘン）

イギリス（ロンドン）

シンガポール

○調査内容

1. 救急業務概要

救急業務実施主体

搬送件数

搬送件数抑制のための取組

2. 料金徴収の有無とその仕組み

料金算出方法

料金徴収の対象

徴収の仕組み、保険制度

3. 電話相談事業の有無と緊急度判定方法等の普及

電話相談事業実施主体

電話相談事業実施時間帯

電話相談事業実施内容（応急手当、病院案内、救急案内、等）

緊急度・重症度の判定方法の普及策

4. 転院搬送

実施主体

料金徴収の有無等

図表 2-29 救急車の適正利用の推進に係る海外事例

<救急業務概要①>

	① 救急業務実施主体	② 患者搬送事業者等との住み分け等
ニューヨーク	ニューヨーク市消防局・ニューヨーク市消防局と協定を締結した民間病院・民間救急会社及びボランティア団体	ニューヨーク市消防局：救急搬送及び患者搬送の一部 民間病院：救急搬送及び患者搬送の一部（2010年時点で、25の民間病院がニューヨーク市消防と緊急搬送サービスの提供に関する協定を締結。） 民間救急会社及びボランティア団体：患者搬送
ロンドン	ロンドン救急サービス(London Ambulance Service、NHS(National Health Service)所管)病院、タクシー等	999(救急電話)はLASが受け、病状、緊急度に応じて救急車を配送。LASは予約による病院間患者搬送も対応可能。その他、病院の患者搬送車や症状の軽い場合はタクシー等を利用。
ミュンヘン	ミュンヘン市の救助本部(Rettungszweckverband, RZV)が慈善団体(ボランティア団体、Hilfsdienst、赤十字含む5団体)及び民間企業(3社)に委託。	救助本部(Rettungszweckverband, RZV)が統合司令センター(ILS)を設け、すべての救急連絡を受付。救急内容・救急依頼場所から、最適な対応先(最適な車両を有し、適切な対応のできる最寄りの機関)を選択。
パリ	SMUR(救急機動組織 Services mobiles d'urgence et de réanimation) BSPP(パリ消防隊 Brigade des sapeurs-pompiers de Paris) 民間救急車(2011年には118の民間医療輸送会社がある) 社会保険と契約を結んでいるタクシー	医療緊急度の高さに応じて、SMURを利用するか、BSPPを利用するか、又は民間救急車等を利用するかといった、救助の手段や方法が調整されている。 パリのSAMU(緊急医療援助組織 Service d'aide médicale d'urgence)のCRRRA(通報受信調整センター Centre de réception et de régulation des appels)とBSPPのCTA(通報処理センター Centre de traitement de l'alerte)のコンピューター及び無線は相互接続されている。 SAMUはパリ市(人口2,240,621人/2012年)を管轄、BSPPはパリ市と周辺の3県(オー・ド・セーヌ県、サン・ドニ県、ヴァル・ド・マルヌ県)(人口6,707,612人/2012年)を管轄している。
シンガポール	シンガポール市民防衛庁(Singapore Civil Defense Force 以下「SCDF」) 民間搬送会社	SCDF：救急搬送及び患者搬送の一部 民間搬送会社：患者搬送

<救急業務概要②>

	③ 搬送件数 (Emergency)	人口10万人あたり (2014)	④ 搬送件数 (Non-Emergency)	人口10万人あたり (2014)	⑤ 搬送件数抑制のための取組
ニューヨーク	2014年：約90万件	約1万人	把握していない	—	いくつかの取組（詳細は不明）がなされてきたが、大きな成果を挙げるに至っていない。
ロンドン	2004年度：207,106件 2009年度：328,616件 2014年度：551,831件	約6,500人	2004年度：620,309件 2009年度：696,750件 2014年度：535,258件	約6,300人	LASは'Use us wisely'キャンペーンを展開、ロンドン内の50以上の新聞（週刊誌）に掲載。2008年には地下鉄駅で、6月上旬の2週間展開した。また、BBCのロンドンニュース（TV）を通じた広報も行った（2010年）。内容は、真に急を要する救急搬送にできる限り早く対応するため、不要不急の救急電話を減らすことを呼びかけるもの。 また、ツイッターでも折に触れて呼びかけを行っている。
ミュンヘン	2014年 10,433 救急車出動件数（専門医師乗車） 26,656 救急対応車出動件数 2,031 集中治療患者搬送件数	約2,000人	2014年 59,764 患者搬送件数	約3,300人	救急搬送件数抑制のための特別な取り組みは見当たらなかった。
	2014年 166,817 救急電話件数 1,028 「パトロール救急車」（医師乗車で巡回している車両）による対応件数				
パリ	SMUR 搬送件数 2004：28,883 2009：31,410 2014：13,755			約600人 (人口は2012年)	・通信センターであるCRRA及びCTAにおいて、患者の状態に応じて、民間救急車等による搬送措置をとる。 ・公共施設や市庁舎における掲示、パンフレットの配布、屋外パネルなどを通じて緊急番号の乱用に対する防止活動を実施。
	BSPP 搬送件数 2004：280,815 2008：342,546 2013：387,289			約5,800人 (人口は2012年)	
シンガポール	(SCDFのみ) 2004：73,915人 2009：113,284人 2014：148,546人	約2,700人	(SCDFのみ) 2004：6,233人 2009：2,316人 2014：4,406人	約80人	SCDFは展示会の開催、ポスターやリーフレットの配布などにより啓発活動を行っている。例えば市民イベントでは、どのような場合が救急搬送であるかなど、パネルを使用して説明したり、総合病院や病院の緊急医療担当課などにポスターやリーフレットを設置してもらうなどの対応を行っている。

<料金徴収の有無とその仕組み>

	① 料金徴収の有無	② 料金形態	③ 徴収対象者と徴収先
ニューヨーク	有	<p>【ニューヨーク消防局による搬送の場合】</p> <p>患者搬送（救命士（パラメディック）無し）84,000円 救急搬送①（救命士乗車）143,000円 救急搬送②（救命士乗車）155,000円 ※ 救急入電時に判断（コールトリアージ） 追加料金 病院までの搬送距離 約1,000円/km 酸素投与 約7,000円</p> <p>【民間医療機関による搬送の場合】</p> <p>患者搬送・救急搬送費：24,000円以上 （1ドル=120円で計算）</p>	搬送した全ての人 直接請求・民間保険中心 （低所得者・高齢者は公的保険あり）
ロンドン	無	—	—
ミュンヘン	有	医師の指示による緊急の場合は病院搬送費用はかからない。医師処方のある場合、通常は搬送費用の10%負担、最低5ユーロ、上限10ユーロ。医師の処方のない場合、搬送内容（車両、治療方法など）により異なるが、おおむね100～600ユーロ	搬送された患者への直接徴収はなく、個人保険会社または公的保険会社から徴収される。
パリ	有	2012年のパリのSMURの料金は、30分で335ユーロとなっている。 パリのSMURの料金については、イル・ド・フランスのARS（地域保健機関 Agence régionale de santé）が決定している。 （BSPPによる搬送は無料）	SMURが搬送した人全てから、社会保険及び任意保険で支払い SMURの支払額の65%は社会保険から支払われるため、患者は残りの35%を支払う必要がある。ただし、任意保険加入者は任意保険から支払われるため、負担は発生しない。一方、任意保険非加入者であっても、患者の状態（重病、妊婦など）により、もしくは救急搬送された後に入院し、かつ120ユーロを超える医療行為を受けた場合には社会保険が残りの35%も支払う。
シンガポール	有	救急搬送 無料 患者搬送(SCDF) 約25,000円 患者搬送(民間) 約4,500円～約13,500円（ケースによって異なる） （シンガポールドル 1ドル=90円で計算）	緊急と判断された場合は無料、そうでない場合は有料 ※緊急性の有無の最終的な判断は、搬送先医療機関の医師の評価に基づいて行われる。

<電話相談事業と緊急度判定方法等の普及>

	① 電話相談事業の有無	② 事業主体	③ 相談可能日時	④ 相談可能な内容	⑤ 救急車を呼ぶべきか判断する普及策
ニューヨーク	有	ニューヨーク市が行う311電話システム (非緊急の電話通報、行政情報の提供等)	24時間、年中無休	開いている病院、受診すべき病院の案内	
ロンドン	有	NHS (111番)	24時間、年中無休	急病や怪我の際の応急手当の方法 救急車を利用すべきか否かの相談 利用できる救急搬送サービスの案内	新聞 テレビ インターネット
ミュンヘン	有	病院(各病院へ連絡)、 薬局(ドイツ国内全土を対象とする総合相談電話先あり)	24時間対応の病院あり 薬局については、所定のウェブサイトから最寄りの薬局を検索可能、電話対応可の時間帯は不明	急病や怪我の際の応急手当の方法 開いている病院、受診すべき病院の案内(電話対応受付の病院) 救急車を利用すべきか否かの相談 利用できる救急搬送サービスの案内(統合司令センター(I L S)(通常の救急車要請連絡))	
パリ	有	SAMU、当直医、主治医	365日24時間体制でSAMU、 当直医が対応する	急病や怪我の際の応急手当の方法 開いている病院、受診すべき病院の案内 救急車を利用すべきか否かの相談	
シンガポール	未回答	未回答	未回答	未回答	リーフレット インターネット 市民イベント等でのパネル展示

< 転院搬送 >

	① 実施主体	② 料金徴収の有無	③ 算出方法	④ 徴収先
ニューヨーク	民間事業者	有	不明	当該患者、その他（保険会社、メディケア／メディケイド）
ロンドン	LAS、各医療機関（病院）、タクシー等	無（LASの場合）病院、タクシー等利用の場合は有料。搬送主体により料金は異なる		
ミュンヘン	ミュンヘン市の救助本部（Rettungszweckverband, RZV）と契約している各救急搬送機関が患者搬送サービスを提供する。利用者は通常の救急車要請連絡（電話：19222、RZV対応）を行い病院間や自宅等への搬送を依頼できる。	有 患者保険により対応。	各件別に算出	個人保険または公的医療保険で賄い、保険会社から支払い。
パリ	<ul style="list-style-type: none"> 目を離すことができない人を移送する場合は SMUR 民間救急車 契約タクシー 	有	SMUR については救急業務と同じ 民間救急車及び契約タクシーについては契約に基づく	医療機関、当該患者 <ul style="list-style-type: none"> 48 時間以内に当該医療機関へ戻る場合には左記医療機関が負担する。 48 時間を越える場合については、患者が負担することになるが、その場合は社会保険が 100%カバーしている。
シンガポール	未回答	未回答	未回答	未回答

②救急業務の一部有料化に対する消防本部の主な意見

救急業務の一部有料化について、自由記述方式で消防本部の意見を聴取した。その結果、生活困窮者等が救急要請を躊躇するのではないか、有料・無料の区別・判断が難しい、傷病者とのトラブルが増加するのではないか、料金徴収等に係る事務的負担が増加するのではないかなど、多くの本部から、一部有料化を導入した場合の様々な懸念事項が挙げられた。

<救急業務の一部有料化に対する消防本部の主な意見>

生活困窮者等が救急要請を躊躇するのではないか

- ・生活困難者が料金の徴収を恐れ緊急時でも要請を行わないことが危惧される。
- ・要請側の生活環境や経済状態により、要請を躊躇することが考えられ、傷病者の重症化が懸念される。
- ・有料化により重症患者が要請を躊躇する事が懸念される。
- ・一部有料化(軽症の場合)により、本来救急車が必要な市民が要請を躊躇することも考えられるため、結果として市民サービスの低下につながる可能性がある。

有料・無料の区別・判断が難しい

- ・救急隊が軽症の線引きを行うことは難しい。
- ・軽症の定義について、医師が判断しなければ消防独自の判断は難しいと思う。
- ・傷病者本人及び家族が軽症と判断するのは難しく、また救急隊の判断では納得されない可能性もある。
- ・軽症者の中でも緊急性の高い傷病者も含まれており、救急車の要請について判断が難しい場合もある。

傷病者とのトラブルが増加するのではないか

- ・有料化した故に、お金を支払えばどんなに軽症でも搬送してくれるという考えが発生してしまうのではないかと懸念がある。
- ・有料にすることにより住民から処置への期待値があがり訴訟等へ発展することへの懸念がある。
- ・有料化することで搬送に係る傷病者及び関係者とのトラブル発生(「早く搬送しろ」「希望の病院ではない」等)の可能性が高くなることが想定される。

料金徴収等に係る事務的負担が増加するのではないか

- ・どの段階で料金を徴収するのか。救急隊で行うことはトラブルの増加、次の出場への遅延が考えられる。
- ・料金の徴収については、医療機関で判断し、請求してもらわなければトラブルの元になる。
- ・第三者が救急要請し、傷病者本人、家族等が料金の支払いを拒否した場合、料金は誰が負担するのか、問題が生じる恐れがある。

(出典) 平成 27 年度「救急救命体制の整備・充実に関するアンケート調査」

仮に救急業務の一部有料化を導入しようとする際には、料金徴収の対象者の範囲をどうするか、対象者の決定には医師による判断が必要ではないか、料金の額や徴収方法をどうするか等、多くの課題について、国民的な議論の下で検討し、そのコンセンサスを得なければならない。

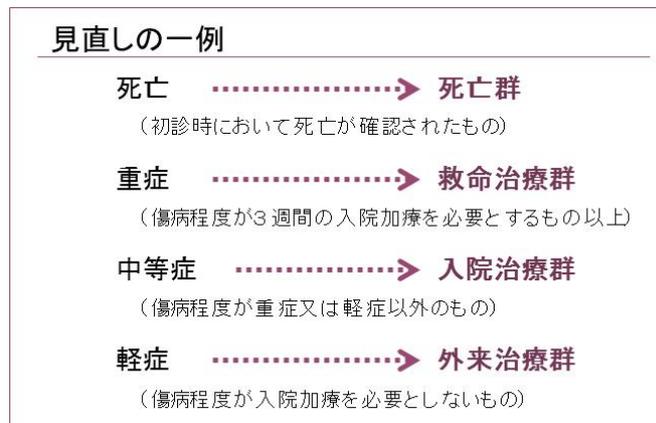
また、上述のように、消防本部へのアンケートにおいても様々な懸念が示されていることも踏まえ、救急業務の一部有料化については、引き続き慎重な議論が必要である。

③傷病程度の分類項目名

救急業務の一部有料化の議論がされる前提として、救急搬送人員の約半数を占める「軽症」と分類された傷病者については、そもそも救急搬送の必要がないのではないかとの指摘がされることがある。しかしながら、結果的に「軽症」と分類された事案の中には、骨折等のため緊急に搬送を行い直ちに治療を行うことが必要であるが、一旦、搬送先の医療機関において適切な治療を行えば、後は通院による治療で足り、入院は不要と判断された例等も含まれており、「軽症」に分類される傷病者でも救急搬送が必要となる場合がある。このように、「重症、中等症、軽症」という分類は、あくまで初診時の診断において必要とされる入院加療の程度を示したものであり、救急車による緊急搬送の必要性を判断する基準となる「緊急度」の概念とは異なることから、この点を明確化するため、呼称の変更について検討する必要があると考えられる。

なお、現行の分類手法を変更することについては、医療機関・救急隊双方の負担が大きく、統計の連続性の観点にも留意する必要があるため、現行の分類手法は変更せず、現行の分類項目が入院加療の程度を示す指標であることを明確化するために、その呼称について見直しの検討を行うことが望ましい。

図表 2-30 傷病程度の分類項目名の見直し案（一例）



4. まとめ

救急車の適正利用を推進するためには、様々な取組を組み合わせながら実施していく必要がある。

頻回利用者については、個別の事案に応じて対策を講じるため、日頃から地域の医療機関や保健福祉部局等、関係者と情報交換を行い、それぞれの事案について効果的な対策を検討しておくなど、きめ細かな取組が必要である。

消防庁は、厚生労働省と連携して、救急業務として行う転院搬送について定めたガイドラインの作成を行い、都道府県及び各消防本部に示す必要がある。そのうえで、各地域において、関係者間で十分に議論し、合意形成を行った上で、地域の実情に応じたルール化を行うことなどにより、転院搬送における救急車の適正利用を推進することが期

待される。

消防機関の救急車以外の搬送資源については、緊急性のない傷病者の移動や転院搬送に活用されることが期待される。また、地域包括ケアシステムを構築していく中で、自治体が患者等搬送事業者と連携し、地域の病院への転院搬送に活用し、在宅療養している市民の医療を可能な限り地域内で完結させるような取組が推進されているため、こうした場面においても患者等搬送事業者等を積極的に活用していくことが期待される。

救急業務の一部有料化等については、導入の際に多くの課題があることや、各消防本部から様々な懸念が示されていることなどを踏まえ、引き続き慎重な議論が必要であり、まずは、救急電話相談事業の普及や転院搬送の適正化などの救急車の適正利用の推進等、直ちに取り組むべき対策を実施すべきである。傷病程度の分類項目名については、現行の分類項目が初診時の診断において必要とされる入院加療の程度を示したものであり、緊急搬送の必要性を判断する「緊急度」の概念とは異なることから、呼称について見直しの検討を行うことが望ましい。

第3章 緊急度判定体系の普及

第1節 今年度の検討内容（総論）

1. 検討の背景、検討経緯

救急出動件数は、年々増加傾向にあり、高齢化の進行等により今後も当分増加することが見込まれている。また、出動件数の増加率は救急隊数の増加率を上回っており、救急出動件数の増加等の需要に救急隊数の供給が追いつかない状況であり、今後もこの状況が続くことが懸念されている。

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

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

平成23年度以降、これらの課題について検討がなされ、①平成25年度に技術的課題については一定の成果を得たが、緊急度判定体系の概念の普及及び救急受診ガイドや電話相談事業等の緊急度判定体系の考え方に基づいた取組の普及も進んでおらず②普及啓発やコンセンサスの課題については不十分であるとされた。これをうけて平成26年度は検討対象を緊急度判定体系の普及啓発に絞り、緊急度判定体系の基本的な概念の整理、救急受診ガイドのわかりやすい普及啓発資材としての「救急車利用リーフレット」の作成、電話相談事業実施団体事例集の作成、関係省庁による横断的な検討の必要性の整理をしたところである。（経緯については図表3-31を参照）

¹ 平成17年度救急需要対策に関する検討会報告書

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

³ 平成22年度救急業務高度化推進検討会報告書

図表 3-31 これまでの検討経緯

	①技術的な課題 (緊急度判定体系の基準の標準化)	②普及啓発・コンセンサス
平成 22 年度	<ul style="list-style-type: none"> 各段階における緊急度判定のカテゴリーとその対応の案や、緊急度判定の検証に当たって基準となるべきものは、医師の確定診断であるとの考え方を示した 「家庭で使用できる救急車利用マニュアル」を作成 	<ul style="list-style-type: none"> 「トリアージ」という言葉は誤解を与えるおそれがあり、慎重に用いるべきである。 緊急度判定体系の基準を社会全体で共有することの効果や具体的なメリットについて検討し、緊急度の判定基準を社会全体で共有することに関して国民のコンセンサスを得ていく必要がある。
平成 23 年度	<ul style="list-style-type: none"> 国内、諸外国の緊急度判定プロトコルを参考に、緊急度判定プロトコル Ver. 0 を策定した 	<ul style="list-style-type: none"> トリアージに関する市民教育・コンセンサスの形成について海外事例調査 「家庭自己判断」、「電話相談」、「119 番通報」、「救急現場」の各段階に共通した緊急度判定を導入することの意義を伝えることが重要である。 「緊急度判定」や「プロトコル」等の専門用語は、平易な表現への変換や解説が必要である。市民への説明機会の提供や効率的な広報を検討し、社会への普及促進の具体的方法を計画する必要がある。アンダートリアージ（緊急度を低く判定すること）等の対応を含め、地域の関係機関が十分議論し、問題発生時の対応も含めた合意形成を図ることが重要である。
平成 24 年度	<ul style="list-style-type: none"> 実証検証事業として、平成 23 年度に策定した緊急度判定プロトコル Ver. 0 を試行的に運用し、家庭、電話相談、消防機関（119 番通報、救急現場）のデータ収集だけでなく、医療機関における傷病者の最終的な転帰を横断的に分析し、緊急度判定プロトコル Ver. 0 の精度向上に向けた課題を抽出 	<ul style="list-style-type: none"> 救急受診ガイドの普及を促進するためには、長期的に広報し、正しい活用方法について周知していく必要がある、市民のみならず、市民が受診する医療機関への広報周知についても実施していく必要がある 各自自治体において救急電話相談の導入が推進されることを期待するが、導入費用や医師・看護師の確保等多くの課題があり、導入へのハードルは高い。市単独ではなく、地域 MC レベル、都道府県レベルなど比較的大きなコミュニティにおいて、導入を検討されることが望まれる。
平成 25 年度	<ul style="list-style-type: none"> 前年度の実証検証の結果を受け、緊急度判定プロトコル Ver. 0 の医学的精度を高めるようなプロトコルの改良と症候数の増設を行い、緊急度判定プロトコル Ver. 1 を策定した。また、緊急度判定導入及び実運用に向けた課題と改善策を検討した。 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急度判定プロトコルを有効に活用するためには、利用者に正しく使われる必要があること、そのためには、利用者に対する周知あるいは教育を実施していくことを、今後の課題として挙げている。一方、救急受診ガイドや電話相談等の緊急度判定体系の考え方に基づいた取組は、緊急度判定体系という概念を社会に普及させるに十分なほどには普及が進んでいない。
平成 26 年度	<ul style="list-style-type: none"> (検討の対象とせず。緊急度判定体系の検証に係る技術的な検討については臨床救急医学会に依頼) 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急度判定体系の基本的な説明概念について、一般市民の立場、関係者の立場、地域社会全体それぞれの観点から整理した。 より分かりやすい普及啓発資料として救急車利用リーフレットを作成。電話相談事業を実施している行政機関の財源や経緯、施策の効果等の電話相談事業実施団体事例集を作成した。

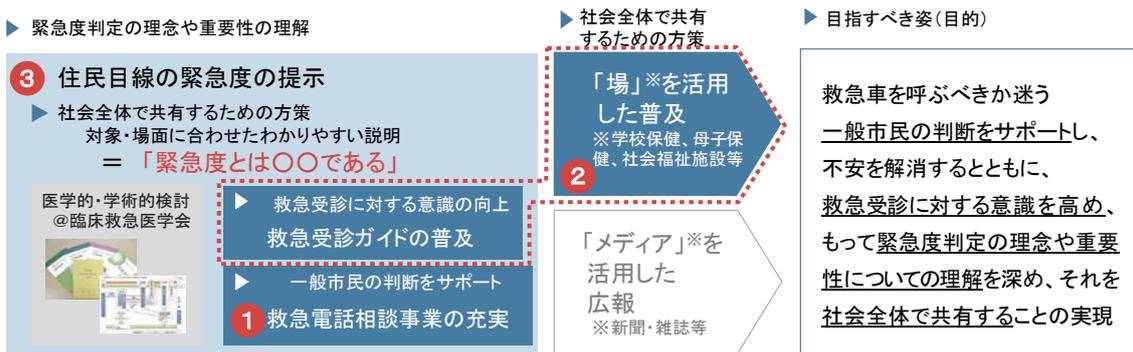
2. 今年度の検討目的・内容

平成 26 年度の検討において、緊急度判定体系の位置づけの明確化、対象者の属性に最適化した救急受診ガイドのパッケージ化の検討が必要とされていることに加えて、救急電話相談事業の更なる充実が求められていることから、平成 27 年度においても検討対象を緊急度判定体系の普及啓発とし、次に掲げる検討目的についても継続することにした。

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

検討項目については、普及啓発による行動変容の流れを踏まえつつ、住民にとって具体的なサービスである救急電話相談事業及び救急受診ガイドの普及を前面に出して以下の3つに整理した。

図表 3-32 検討項目の体系図



<①救急電話相談事業の充実>

都道府県等が救急電話相談事業に取り組む上で直面している問題意識をもとに課題解決に向けて、先進事例や新規立上事例の調査、医療関係者等の関係者にとっての利点及び地方公共団体への支援策のあり方について検討した。

<②救急受診ガイドの普及>

救急受診ガイドの普及に向けて、対象者の属性に応じた救急受診ガイドのあり方、それぞれの場への普及を進めるための方策を検討した。また、救急受診ガイド 2014 年版について、改訂すべき事項を整理した。あわせて Web 版、スマートフォン版、アプリ版等の普及ツールの多様化について、先行事例を収集し、普及ツールの多様化について検討した。

<③緊急度判定体系の概念の普及>

昨年度検討した緊急度判定体系の説明概念についてのマーケティング調査を実施した上で、緊急度判定体系の概念の普及方策のあり方を検討した。

3. 検討体制、検討手法

(1) 検討体制（ワーキンググループ）及び開催経緯

平成 26 年度に引き続き、救急業務のあり方に関する検討会のワーキンググループの一つとして緊急度判定体系の普及ワーキンググループを設置した。対象者の属性に応じた救急受診ガイドのあり方、それぞれの場への普及を進めるための方策を検討するために、消防職員、医師、住民団体のみならず地域医療及び小児医療（#8000 事業）、都道府県衛生主管部局、保健及び看護、介護福祉施設、保育、学校といった多様な関係者を加え、さらに厚生労働省をオブザーバーとして委員を構成した。会合は次のように計 2 回、開催した。

図表 3-33 開催経緯

	開催日時	検討内容
第 1 回	平成 27 年 10 月 29 日	(1)今年度の検討事項について (2)プレゼンテーション (3)その他
第 2 回	平成 28 年 2 月 9 日	(1)緊急度判定体系の普及について (2)今年度の総括と来年度に向けた課題について (3)その他

(2) 実施した調査

検討に資する情報を得るために市民 Web アンケート調査および自治体アンケート調査、委員ヒアリング調査を実施した。それぞれの調査と具体的な検討項目の関係は次の通りである。

図表 3-34 調査方法と検討項目

	市民 Web アンケート	自治体アンケート	委員ヒアリング
救急電話相談事業の充実	・救急要請時に不安、困った経験	・救急電話相談事業の現状、問題意識、課題等	・医療関係者における認知度向上の方策等
救急受診ガイドの普及	・救急電話相談事業が有効と考える場面、メリット等	・「消防庁救急受診ガイド 2014 年版」の活用状況、課題等	・対象者の属性に応じた救急受診ガイドのあり方 ・専門職を仲介した普及方策
緊急度判定体系の概念の普及		・緊急度判定体系の認知状況、得られるメリット等	・緊急度判定体系の基本的な位置づけ

①市民 Web アンケート

今年度、新たに一般市民を対象とした Web アンケート調査を実施し、救急要請時や病院受診時等で判断に困った経験、救急受診ガイドの認知・利用状況、緊急度判定体系の認知、緊急度判定体系の考え方の認知、普及のメリット、緊急度判定体系の基本的な説明概念に関する評価を把握、分析した。アンケート調査の概要は次の通りである。調査結果については後述する。

<市民 Web アンケート調査概要>

- ・調査対象：一般市民 420 名
- ・調査方法：Web アンケート調査
- ・調査期間：平成 27 年 10 月 16 日

②自治体アンケート

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

<自治体アンケート調査概要>

- ・調査対象：都道府県（消防防災主管部局、衛生主管部局）、消防本部
- ・調査方法：電子ファイル送付によるアンケート調査
- ・調査期間：平成 27 年 8 月 26 日～9 月 25 日
- ・基準日：平成 27 年 8 月 1 日

なお、回答者によって「救急受診ガイド」と「電話相談事業」の捉え方に差があることが想定されることから、調査票に以下のような前提条件と説明を加えた上で実施した。

<アンケート調査における救急受診ガイドの定義>

「住民による緊急度判定」とは、住民自身や周囲の方々が具合が悪くなった場合に、「救急受診ガイド」を利用して、自ら一定の確信をもって緊急性を考慮し、受診行動（経過観察、自己受診もしくは 119 番通報等）を選択することを指すものとする。

(1)「救急受診ガイド」とは次の 2 つの機能を有する冊子類や電子媒体を指す。

- ①具合が悪くなった方の属性（年齢や持病）に加え、症状の種類や程度から、緊急度判定を支援する。
- ②緊急度判定をもとに、救急要請や医療機関受診といった推奨される受診行動を提示する。

- (2)「電話相談事業」とは、次の4つの機能を有することを指すものとする。
- ① 具合が悪くなった方の属性（年齢や持病）に加え、症状の種類や程度から、緊急度判定を支援する。
 - ② 緊急度をもとに、救急要請や医療機関受診といった推奨される受診行動を提示する。
 - ③ 専用の電話番号を持ち、相談員が対応する。
 - ④ 小児救急電話相談事業（#8000）は本調査では除く。

③委員ヒアリング

平成26年度の検討において、電話相談事業の充実には医療関係者における認知度の向上が重要とされており、救急受診ガイドの普及には対象者の属性に最適化された普及啓発資機材についての調査等の検討が必要とされている。そのため、地域医療及び小児医療（#8000事業）、保健及び看護、介護福祉施設、保育、学校関係者を対象としたヒアリング調査を実施した。概要は次の通りである。

<ヒアリング調査概要>

- ・ 調査対象：医師、看護関係者、福祉施設関係者、保育関係者、学校関係者
- ・ 調査方法：対面式の聞き取り調査
- ・ 調査期間：平成28年1月13日～1月25日

第2節 今年度の検討結果（各論）

I. 救急電話相談事業の充実

1. 背景等

（1）検討の経緯

救急電話相談は住民が病気や怪我をしたときに活用できるものであり、救急隊の要請はためらうが、症状が強くなっている等の心配が増したときには、教育を受けたオペレーターから助言を受けることができるものである。電話相談を通じて、①受診手段（救急車を要請するのか、自分で医療機関に行くのか、民間搬送事業者等を利用するのか）、②受診までの時間（直ちに医療機関を受診すべきか、2時間以内に受診すべきか、24時間以内か、明日でも良いか等）、③受診先（適切な診療科目及び医療機関等）を適切に選択することが可能となる。

救急電話相談に係る取組として、消防庁は平成21年度から「救急安心センターモデル事業」を実施しつつ、普通交付税において職員の配置等の経費を措置し、全国に取組を促してきた。その後、技術的な支援として標準的なプロトコルを策定しながら、全国における取組状況の把握及び導入地域事例集の提示等を通じて各団体における導入を推進してきた。

図表 3-35 救急電話相談事業に関するこれまでの検討及び施策の経緯

年度	内容	参考：#7119 事業実施団体
平成19年度		東京消防庁が事業開始
平成21年度	救急安心センターモデル事業開始 （平成22年の「行政事業レビュー」にて地方自治体に委ねるべきだとして廃止） 普通交付税において、職員の配置等の経費を措置 補助事業の開始（消防防災施設整備費補助金 救急安心センター等整備事業）	大阪市、奈良県、愛知県 （平成23年度以降、大阪市は大阪府全域に拡大、愛知県は廃止）
平成22年度	救急安心センターモデル事業の効果分析等	
平成23年度～平成25年度	緊急度判定プロトコル Ver.1 を策定 全国における取組状況を把握（平成25年度）	田辺市（平成24年度から） 札幌市（平成25年度から）
平成26年度	全国における取組状況を把握 導入地域事例集の提示	
平成27年度	（検討会を開催）	横浜市（平成28年1月から開始）

(2) 課題

救急電話相談の充実に関し、今後の取組の方向性として「平成 26 年度救急業務のあり方検討会報告書」では次の点が挙げられている。

- 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、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。小規模の市町村では専門職を確保することが困難。
- 緊急度判定を行う電話相談事業を実施している地域は少数であり、都道府県の消防防災主管部局と衛生主管部局との間等に認識や姿勢に差があることから、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に促していくことが望まれる。
- 地域医療再生基金及び医療提供体制推進事業補助金を用いているケースもある。普通交付税措置がなされていることも踏まえ、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。
- 救急医療情報センター、小児救急電話相談事業（#8000）等の既存の事業経験を活かしたり、拡張したりすることが考えられる。
- プロトコルは受入側の医療体制にあわせた最適化が必要であり、地域の医療関係者を含めた合意形成が必要。事業実施後も住民だけではなく、医療関係者への周知が重要。

今後、救急電話相談が充実し全国に展開していくためには、全国の普及状況を把握しながら、こうした方向性に沿って課題の解決を図る必要がある。

2. 今年度の検討事項

(1) 普及および取組状況の実態調査

平成 26 年度の調査にて、自治体にとって、技術的及び財源的な課題及び関係機関との連携等が課題となっていることが明らかになった。こうした課題について全国的な傾向及び経年変化を把握するために調査及び分析を行った。

(2) 財政的支援及び#7119 番号の使用要件のあり方

前向きに検討している団体において依然、「予算確保」が課題に挙げられていることから財政的支援のあり方について検討した。また、独自の電話番号を使用して救急電話相談事業を実施している団体がある中、住民にとってわかりやすいと考えられる#7119 番号の使用要件についても検討を深めることにした。

(3) #7119 と#8000 の連携についての課題整理

関係団体の要望を踏まえ、住民からのわかりやすさや行政の効率性に係る指摘から、両者の連携について課題を整理した。

(4) 医療関係者における理解醸成・認知度向上のあり方

事業構築及び運用において医療関係者の理解の重要性が指摘されていることから、WG委員へのアンケートやヒアリング調査を実施し、医療関係者にとってのメリットを整理するとともに周知の方策等について検討した。

(5) 先行事例の事例収集（施策効果の明確化・立ち上げ事例の収集）

取り組む予定が無い団体の多くは施策効果に疑義を持っていることから、先行地域から施策効果を示す情報を収集し整理した。また、今後の立ち上げを支援するために、事業開始に向けて準備を進めている福岡県の事例を収集した。

3. 調査結果及び検討結果

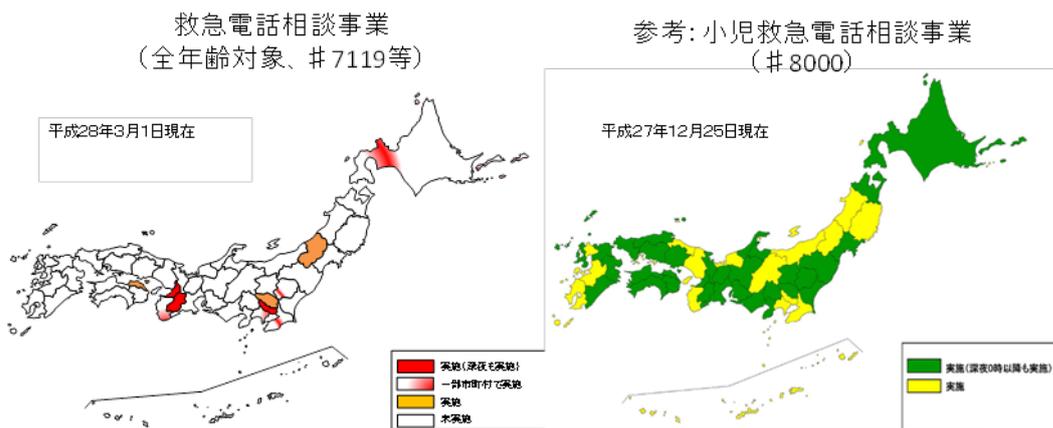
(1) 普及状況及び取組状況に係る実態調査

① アンケート調査結果

調査実施時点で、#7119 事業は昨年度と同様に東京都、大阪府、奈良県、田辺市、札幌市の5都府県市で実施されていた⁴。

#8000 小児救急電話相談事業を除く救急電話相談事業全体でみると、都道府県が実施主体となっているのが4県であり、奈良県は#7119 番号を、山形県・埼玉県・香川県は独自の番号を用いた事業を実施しており、いずれも衛生主管部局が実施していた。消防本部が実施主体となっているのは35本部であり、東京消防庁、田辺市消防本部、大阪府内の消防本部（28本部）が#7119 番号を用いていた。

図表 3-36 #7119 事業等の普及情報（参考：#8000 の状況）

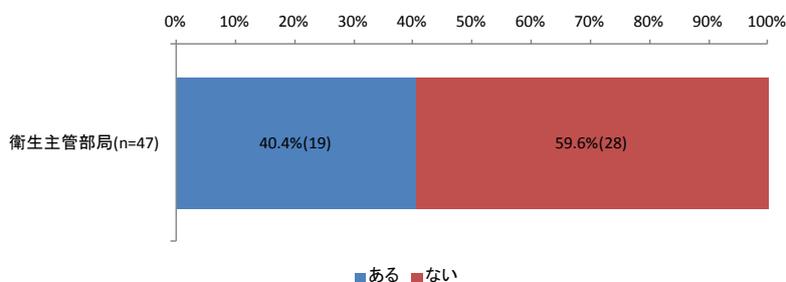


⁴ 横浜市が平成28年1月から#7119 番号の事業を開始しており、福岡県は平成28年度から開始予定。

救急電話相談事業を未実施の団体のうち、今後、取り組む予定があると回答したのは、都道府県衛生主管部局は4カ所、消防防災主管部局は2カ所、消防本部では88カ所であった。そのうち課題があると回答した都道府県衛生主管部局は4カ所、消防防災主管部局は2カ所、消防本部は66カ所であり、「予算の確保」及び「24時間365日の対応」「消防機関への転送体制の構築」が主たる課題として認識されていた。

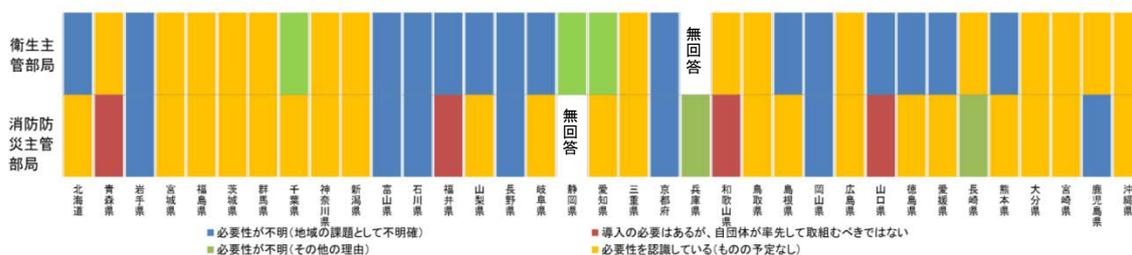
小児を対象とした電話相談事業（#8000事業）を実施している衛生主管部局に、成人を対象とした救急電話相談事業の必要性を認識しているかどうかを尋ねたところ、40.4%（19団体）が必要性を認識していた。そのうち、必要性を認識する対象をさらに尋ねたところ、17団体が「一般成人」、15団体が「高齢者」を対象とすべきと考えていた。

図表 3-37 成人の電話相談の必要性の認識



救急電話相談事業について、現在のところ取組予定がない道府県に対して、衛生主管部局と消防防災主管部局の両者に必要性と主体意識の認識を聞いたところ、「必要性あり」と認識が一致していた県が平成26年度では少数にとどまっていたが、今年度調査では12県で一致していた。一方、消防防災主管部局は必要性を認識しても、衛生主管部局において必要性を認識していない道県が9県であった。

図表 3-38 救急電話相談事業の必要性に関する消防防災主管部局と衛生主管部局による状況認識の相違



今後とも、地方公共団体は救急電話相談に係るニーズについて把握すべきであり、平成26年度の救急業務のあり方に関する検討会報告書にあるように都道府県担当

部局内での連携が重要となるため、都道府県の衛生主管部局が主体意識を持つとともに、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することを促していく必要がある。

②追加のアンケート調査結果

ア. 消防本部の追加分析

平成 26 年度調査では、救急電話相談事業に「取組予定あり」と回答したものの、今年度調査では「取組予定なし」と回答した消防本部が 27 本部あった。理由を調査したところ、30 万人程度の消防本部では導入・運営する費用と相談件数が見合わないといった「スケールメリットの問題」等が挙げられた。

平成 26 年度報告書において「都道府県単位の取組は、①地域特性への最適化、②関係者の合意形成、③均てん性の観点からみると、スケールメリットを得るとともに、地域の実情に応じた取組ができることから、最も望ましい取組の規模である。（参考：人口一人当たりの費用では、札幌市は 1 人あたり約 77 円、東京都は約 40 円）また、小規模の市町村では、専門職を確保することが困難であることから、広域的に取り組むメリットがある」としたところであるが、引き続き、広域的な取組を推進していく必要がある。また、一定以上の規模であれば消防本部が主導して取り組むことも可能と考えられるが、その場合には、民間委託や市の健康相談窓口との連携のほか、消防本部に窓口を設置して救急救命士（OB・OG を含めて）などを活用することが考えられる。

イ. 県衛生主管部局の追加分析

成人を対象とした電話相談事業の必要性は認識しているものの、取組予定のない 12 の県衛生主管部局を対象に理由を調査した。夜間休日の医療機関の負担軽減策等として必要性を認識しているものの、施策効果の明確化及び小児救急電話相談及び市町村で既に実施している事業との調整等を課題として認識していることがわかった。また、消防庁に対しては、先行事例の費用対効果等の情報収集と提供、関係者が集まる協議会等での必要性の説明・周知、運営費の補助、#7119 番号の使用要件の緩和等についての期待が寄せられた。

今後、厚生労働省等との関係機関と連携し、こうした問題意識について丁寧に説明・周知して行くことが求められる。

(2) 財政的支援及び#7119 番号の使用要件のあり方

①財政的支援のあり方

平成 26 年度に作成した事例集によれば地域医療再生基金及び医療提供体制推進事業補助金を活用しているケースがあるが、地方公共団体への支援策として次のような補助金及び普通交付税措置がある。

図表 3-39 救急電話相談事業に関連する補助事業及び普通交付税措置

<新規立ち上げ時の支援>	
○消防防災施設整備費補助金 救急安心センター等整備事業	
・平成 21 年から補助金事業を開始	
・補助基準額（補助率 1/3）	
救急安心センター整備事業	10,286 千円
救急医療情報収集装置	1,543 千円
・事業要件	
①都道府県域内を対象とする住民の救急相談に応える窓口を消防機関に設置	
②救急相談窓口で対応する医師、看護師又は相談員が 24 時間、365 日体制で常駐	
③緊急性がある場合には、直ちに救急車を出場させる体制を構築すること。	
※救急医療情報収集装置は、情報収集装置、電話回線及び端末装置の全部又は一部をもって構成されるもので端末装置から救急医療情報を検索及び閲覧できるものであること	
<ランニングコスト（運営費）のための支援>	
○普通交付税措置	
市町村に対する普通交付税においては、平成 21 年度から救急安心センターを維持するために必要な人件費や事業費について一定の措置が講じられている。	
⇒常備消防費の救急業務費の需用費などの中に、救急相談事業費等（7,533 千円（標準団体=10 万人の場合））が措置されている。	

平成 26 年度の検討で、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の必要性を示したところであるが、これまでに消防防災施設整備費補助金（救急安心センター等整備事業）が活用された実績がないことから、消防庁においては、補助金が活用されるよう各地方自治体に対し補助制度の周知を行うとともに、将来的には補助基準額の増額、事業要件の緩和等についても検討することが求められる。あわせて市町村に対する普通交付税において、救急安心センターを維持するために必要な人件費や事業費について、一定の措置が講じられていることを周知することが必要である。

②#7119 番号のあり方

#7119 番号は、自治体の申請をうけて消防庁が一括して事務手続きをしており、現状では救急安心センターモデル事業の実施地域要件を#7119 番号の使用要件として運用している。

図表 3-40 救急安心センターモデル事業の実施地域要件

<p>1 事業内容が、以下の要件を満たすこと。</p> <ul style="list-style-type: none">① 原則として、都道府県単位でモデル事業を実施すること。ただし、政令市が所属する団体、面積が広大な団体、将来的に都道府県下全域に地域拡大することを検討している団体など、都道府県単位による実施が困難な場合は別途相談すること。なお、既に救急安心センターモデル事業を実施している団体で、地域拡大する場合においても別途相談すること。② 救急相談窓口を 24 時間 365 日体制で実施すること。ただし、医師確保が困難である等の理由により実施が困難な場合は別途相談すること。③ 相談内容に緊急性がある場合には、直ちに救急車を出動させる体制を構築すること。④ 救急相談窓口には、医師、看護師、相談員を配置すること。 <p>2 設置場所については、消防機関の指令センターとすること。ただし、地域において、既に医療相談事業等を実施しており、当該事業の実施場所をモデル事業の設置場所とすることが適当である等の事由がある場合は別途相談すること。</p>

独自番号（#7119 以外）で、成人の救急電話相談事業を実施している団体に聞き取り調査をしたところ、24 時間 365 日体制で人材を確保することの困難さ、相談窓口から消防機関への転送設備等を懸念していることわかった。

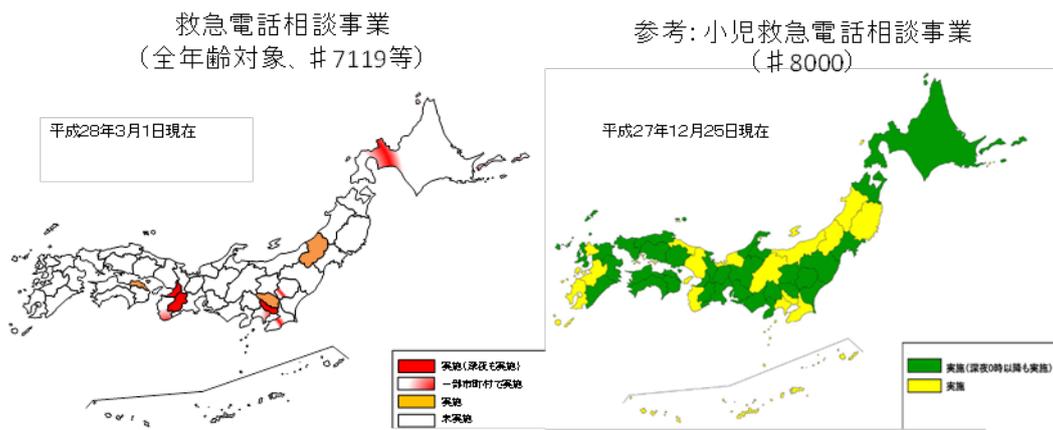
こうした懸念を踏まえて、#7119 番号を使用した救急電話相談事業の普及が進むよう、消防庁は#7119 番号の使用要件について検討し、その結果について地方自治体に周知することが求められる。

検討にあたっては横浜市のように、市単位で実施する場合であっても、将来的に県内他市町村が事業に参加する場合を見通して、他の市町村が新規参入しやすくなるような工夫をしている場合や、相談窓口開設時間が 24 時間でなくても、将来的には 24 時間対応を行う見込みであり、それまでの間は地域の医療機関と連携する等の工夫により実質的に 24 時間対応を行っている場合も参考とすべきである。また、緊急時に直ちに救急車を出動させる体制については、福岡県（平成 28 年度実施予定）のように、設備としての転送体制が無い場合でも、あらかじめ緊急性があった場合の対応について消防機関と協議し、緊急時には傷病者の電話番号等を消防本部に提供することとするなど、適切な連携体制を構築している場合も参考とすべきである。

(3) #7119 事業と#8000 事業の連携についての課題整理

#7119 事業は全年齢を対象としているが、小児及びその家族が一定の割合を占めるとされており、例えば東京消防庁救急相談センターでは相談件数の42.8%が小児（14歳以下）で占めている。他方、小児のみを対象とした小児救急電話相談事業（#8000 事業）は全国に展開されており、24時間対応しているところはないが、近年は運営時間の延長が進んでいるところである。

図表 3-41 #7119 事業等の普及情報（参考：#8000 の状況）



#7119 事業と#8000 事業が連携することは、対象者の拡大とともに人材確保等の運営上のメリットが期待され、既に地域によっては「#7119 への電話相談のうち育児相談・虐待等の案件の場合、緊急性が低ければ#8000 に引き継ぐ」「#8000 電話相談のうち緊急性が高く救急車が必要になりそうな事例は#7119 に引き継ぐ」といった連携例もみられている。

今後、両者の趣旨・体制等の相違点に留意しつつ、地域の連携例及び課題等の実態の把握を進め、同時に厚生労働省等の関係者と検討を深めることが望まれる。

図表 3-42 #7119 と#8000 との趣旨・体制等

	#7119	#8000
趣旨	<ul style="list-style-type: none"> 潜在的急病患者の早期受診 軽症患者等に対し、必要な助言を行うことで、救急医療利用の適正化推進 	<ul style="list-style-type: none"> 小児科医師等による電話相談 地域の小児救急医療体制の補強 医療機関の機能分化推進 全国どこでも症状に応じて適切な医療の提供
実施状況	<ul style="list-style-type: none"> 6団体会実施(H28.3.1現在) 	<ul style="list-style-type: none"> 47都道府県で実施
体制	<ul style="list-style-type: none"> 原則、24時間365日体制で対応 相談員は、医師・看護師など 緊急性がある場合には、直ちに救急車を出場させる 	<ul style="list-style-type: none"> 全都道府県365日、概ね準夜帯(19:00～23:00)をカバー 相談員は、小児科医師、看護師
財源	<ul style="list-style-type: none"> 消防防災施設整備費補助金(救急安心せよ等整備事業) 普通交付税措置 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療介護総合確保基金(平成26年度～)
質の担保	<ul style="list-style-type: none"> プロトコルの策定、事後検証等のPDCA 相談員に医師及び看護師が関与 	<ul style="list-style-type: none"> 相談員の研修事業(年1回開催) 電子マニュアル作成、配布 相談員専用の対応困難事例コンサルト用ホームページ
現状の課題	<ul style="list-style-type: none"> 全国展開 	<ul style="list-style-type: none"> #8000の認知度は20～40代男女の17%であり、更なる向上の余地がある(平成26年度内閣府調査) 不応需時間帯や応需不応率の改善 事後検証等

(4) 医療関係者の理解醸成・認知度向上

① アンケート及びヒアリング調査結果

医療関係者に救急電話相談事業のメリットについてアンケート調査を実施したところ次のようなものが挙げられた。このことから、救急電話相談事業は救急医療との関与が薄い医療関係者を含めて、あらゆる医療関係者にとってメリットがあると考えられる。

図表 3-43 救急電話相談のメリット

	メリット
救急病院の立場から	<ul style="list-style-type: none">・電話での受診相談を集約でき労力を省くことができる。・重症患者を優先できる。見逃さない医療が可能になる。・医療機関の機能分担ができる。
一般医療機関(救急病院以外)の立場から	<ul style="list-style-type: none">・夜間休日帯に診療していない医療機関(クリニック等)にとって、相談の受け止め先になる。・救急病院に集中しがちな患者を適切に振り分けられる・「かかりつけ医制度」の確立に寄与する。・「地域包括ケア」の一翼を担うことができる。
救急医療との関与に乏しい医療者の立場から	<ul style="list-style-type: none">・患者からの受診相談を外部委託することになり、当直時間帯の業務の軽減につながる・不慣れな救急患者からの相談の受け止め先になる

② 医療関係者における理解の重要性及び周知の方向性

救急電話相談事業の体制確保(とりわけ相談員の確保)の観点から医療関係者の理解が重要であるのはいうまでもないが、救急電話相談の助言に従い医療機関を受診した場合に「このような軽症は受診しなくてよい」「緊急性が低く受診すべきでないとして選定療養費を徴収された」「勝手に診断すべきでない」といった対応がなされると救急電話相談事業が地域住民に信頼されなくなるため、地域全体の医療関係者の理解が重要となる。一方、全ての医師(医療関係者)はこの仕組みを理解すべきであるが、医療関係者にとっては、一見、救急電話相談事業の効用を実感しづらいうえに、「相談の結果を踏まえて受診したことが医師に伝わっておらず行き違いがおきる」といった経験をすることがあり、救急電話相談事業への理解が深まらないという意見があった。

こうしたことを踏まえると、医療関係者の理解を広く得るためには、事業実施前から事業の仕組みに理解を得る必要があり、同時に「オーバートリアージの容認」「緊急度と重症度(傷病程度)の違い」「診断行為と緊急度判断の違い」についても理解を得る必要がある。周知に際しては、効用が見えづらいが現場の負担軽減に資するといったメリットについて丁寧に周知することが必要である。周知の対象は地域の病院や全ての医療関係者とすべきであり、地域包括ケアの推進を踏まえて医師会等と連携しながら広報誌等を活用し周知することが望まれる。

また、住民に対しての周知も重要であり、救急電話相談の結果を踏まえて受診をする場合には、その旨を医師に伝えることで医師との間での行き違いを防止できる

ことなどを伝えていく必要がある。

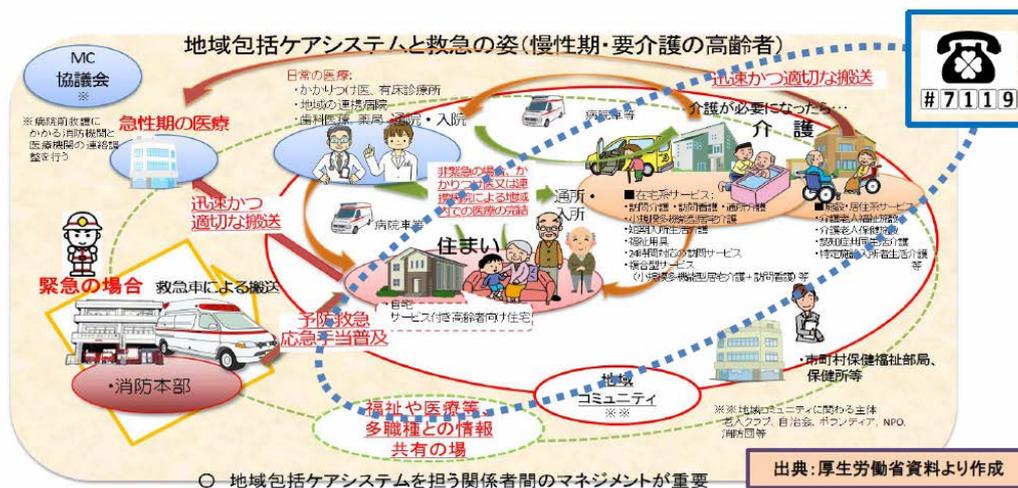
③地域包括ケアシステムにおける救急電話相談の役割

平成 26 年度救急業務のあり方に関する検討会において、地域包括ケアに消防が関与する重要性を述べ、さらに「地域包括ケアシステムに消防機関が関わっていく際には、地域に緊急度判定体系の考え方が普及していることが重要と考えられる」としたところである。今年度の検討においても、「在宅医療や介護が増えるとともに小規模施設も増加する」「今後、高齢化及び人口減少が進展すると過疎地域の医療機関が減少することになり、不安の受け止め先がなくなることになる」「救急電話相談によって不安の受け止めと救急医療へのアクセスを確保することが必要」という意見があった。

今後、地域包括ケアシステム構築が進む中で、救急電話相談事業は重要な役割を担う可能性があり、全ての立場の者に対して効用があると考えられるためこの認識を広げていくことが期待される。

- ・ 住民にとっては、住み慣れた地域で暮らしていく安心に繋がる。
- ・ 介護・福祉関係者にとっては、救急車を呼ぶか否か迷ったときの支援を受けることができるようになる。また、結果として救急搬送しない場合でも、地域の医療関係者との連携の円滑化につなげていくことができる。
- ・ 地域の医療関係者（在宅看護師、かかりつけ医、救急医療関係者）にとっては、住民が医療機関の機能に応じた受診行動をするようになり、地域の医療機関の機能分担及び業務連携につながる。

図表 3-44 地域包括ケアシステムと救急の姿



保健医療福祉関係者に認識を広げるためには、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地域の医療関係者に伝えていくことが望まれる。同時に医師会、看護協会等との連携が引き続き重要となる。

なお、今後、訪問看護師及びかかりつけ医等が電話相談を受ける機会が増加することが想定され、救急電話相談事業で蓄積した知見（プロトコル等の質の確保に係る知見）がこうした専門職教育に資する可能性もあることから、関係学会との連携も重要である。

（５）先行事例の実施実態（施策効果の明確化・立ち上げ事例の収集）

①先行事例の施策効果

平成 26 年度の検討では、既実施地域において「救急出動件数」「満足度」といった指標に加えて、①費用対効果等について施策実施の PDCA サイクルの観点、②判断妥当性等についての医学的な検証の観点の 2 つの観点から、さらに事業をブラッシュアップし情報発信していくことを促す必要があるとされたところである。また、都道府県衛生主管部局からも成人対象の救急電話相談事業の効果（費用対効果、軽症者割合の改善等）の明確化をすべきという指摘がある。

今回の検討において先行事例を収集したところ、全国で実施されている救急電話相談事業は着実に施策効果をあげていることがわかった。今年度の調査を踏まえて収集した事例を、①住民の不安（膨大なニーズ）の受け止め、②利用者の高い満足度 ③救急車の適正利用意識の醸成への寄与 ④潜在的重症者の救護及び早期受診 ⑤適切な受診行動の推進・救急医療提供の適正化 ⑥救急車の適正利用の推進（救急搬送人員に占める軽症者割合を低減）という項目ごとに整理をしたので地域ごとに検討する際に参考とすることが望まれる。

また、今回の調査結果を全国に周知するとともに、今後とも費用対効果及び判断妥当性に係る観点も含めて継続的に事例収集をしていくことが必要である。

⇒「第 4 節 参考資料」の救急電話相談事業の施策効果事例集

②救急電話相談事業の新規立ち上げ経緯（福岡県）

福岡県において平成 28 年 6 月の救急電話相談事業開始に向けて取組が進められている。福岡県における施策の企画立案から実現に至るまでの過程を以下に紹介する。未実施の道府県等において事業実施を検討する際に参考とすることが望まれる。

また、この事例からは、事業立ち上げまでに 2 年以上の時間を要しており、行政関係者、消防機関等の関係者のみならず多様な医療関係者（医師会、看護協会、救急医療機関等）及び住民との合意形成が重要であり、検討開始から導入まで時間がかかることがわかる。したがって、救急電話相談事業未実施の各道府県においては、まず事業実施のニーズの有無や導入した場合に想定される効果等について、先行事例を参考にしながら検討を開始することが望まれる。その際には、平成 26 年度救急業務のあり方検討会報告書にもあるように都道府県消防防災主管部局と衛生主管部局が連携することが重要である。

⇒「第 4 節 参考資料」の救急電話相談事業の新規立ち上げ経緯（福岡県）

4. まとめ（今後の方向性）

救急電話相談事業の展開については#7119 事業が6都府県市にとどまり全国的には未だ不十分であるが、都道府県の消防防災主管部局と衛生主管部局及び消防本部の問題意識の齟齬が解消されつつあり、福岡県や横浜市のように新たに開始する事例もみられるようになっている。

今後とも、地方公共団体は消防防災主管部局と衛生主管部局等が連携しながら、救急電話相談のニーズを把握しながら積極的に導入について検討すべきである。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。その際には、平成26年度救急業務のあり方に関する検討会報告書にまとめた「電話相談事業実施団体の事例集」に加えて、本報告書にある「救急電話相談事業の施策効果事例集」「救急電話相談事業の新規立ち上げ経緯（福岡県）」を参考にすることが望まれる。消防庁は都道府県等において導入に向けた検討を開始するよう促すとともに、引き続き全国の普及および取組状況を把握し、事例を紹介することが望ましい。

導入に際して課題となる財政的支援については、事業立ち上げ時の支援として補助制度があり、運営費についても普通交付税措置がなされている。また、地域医療再生基金や地域医療介護総合確保基金、医療提供体制推進事業補助金を活用しているケースもあることから、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。消防庁は自治体における取組をさらに促進するために、補助制度及び普通交付税措置について周知するとともに、将来的には補助基準額の増額、事業要件の緩和等について検討することが期待される。また、あわせて#7119 番号の使用要件の運用状況についても周知することが求められる。

#7119 事業と#8000 事業との連携については両者の趣旨・体制等の相違点に留意しつつ、地域の連携例及び課題等の実態を把握しながら検討を深めることが望まれる。医療関係者の理解醸成・認知度向上については、救急電話相談事業はあらゆる医療関係者にとってメリットがあり、高齢化社会・人口減社会の中で構築を進めている地域包括ケアシステムにおいても重要な役割を担う可能性があることを踏まえて、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。こうした課題について厚生労働省と連携した横断的な取組が期待される。

Ⅱ. 救急受診ガイドの普及

1. 背景等

(1) 検討の経緯

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

救急受診ガイドに係る取組として、消防庁は平成22年度に「家庭で使用できる救急車利用マニュアル」を作成し公表した。その後、平成23年度「社会全体で共有する緊急度判定（トリアージ）体系のあり方検討会」で、日本救急医学会監修のプロトコルを基に検討を行い家庭自己判断プロトコル Ver.0 が作成された。平成25年度「緊急度判定体系に関する検討会」で Ver.1 に改訂され、「消防庁救急受診ガイド2014年版」として公表している。その後、平成26年度「救急業務のあり方に関する検討会」では、全国における取組状況を把握するとともに、救急受診ガイドに比べてシンプルな普及啓発資材として「救急車利用リーフレット」を作成し公表することによって救急受診ガイドの普及を推進してきた。

図表 3-45 救急受診ガイドに関するこれまでの検討及び施策の経緯

年度	内容
平成22年度	「家庭で使用できる救急車利用マニュアル」を作成し公表
平成23年度 ～平成25年度	緊急度判定プロトコル Ver.1 を策定し、「消防庁救急受診ガイド2014年版」を作成
平成26年度	救急受診ガイドに係る全国における取組状況を把握 「救急車利用リーフレット」を作成し公表

(2) 課題

救急受診ガイドの普及に関し、今後の取組の方向性として「平成26年度救急業務のあり方検討会報告書」では次の点が挙げられている。

- 「消防庁救急受診ガイド2014年版」の活用はあまり進んでいなかった。活用に向けた取組について、消防防災主管部局と衛生主管部局との間等に認識や姿勢の差があることから、各組織の問題意識についてフォローをしていく必要がある。
- 緊急度判定体系の概念を普及するための導入教材として、シンプルな「救急車利用リーフレット」を活用すべきである。また、紙媒体での提供だけでなく、Web版やスマホ版など、多様なメディアを活用した提供のあり方についても引き続き検討することが必要。

- 地域における活用の広がりを促すためには、使う年齢や対象、場に最適化した普及啓発資料の開発が必要である。年齢や対象、場に最適化された普及啓発資料のあり方についての調査や検討を継続することが必要である。
- 応急手当講習の中に「緊急度判定体系」に関する説明を盛り込むよう促すなどの取組を進める必要がある。救急受診ガイドを活用した緊急度判定体系普及の(救急受診ガイド、予防救急等を含めた)パッケージ化について検討を継続することが必要である。
- 普及には都道府県衛生主管部局が関わる広報誌やHPといった間接的な普及手段を組み合わせるのが有効である。
- 「消防庁救急受診ガイド 2014 年版」は電話相談事業向けに作成したものがベースとなっており、日本臨床救急医学会と連携しながら、医学的観点からの見直し、改訂について引き続き検討を進めていくことが必要である。
- 一般市民が読んだときに、判断の理由や根拠の解説がなされていれば、納得感を得たり、自己効力感を高めたりすることが期待できる。こうした観点からの見直しや改訂に向けた検討を進めていくことが必要である。

今後、救急受診ガイドを全国に普及していくためには、全国の普及状況を把握しながら、こうした方向性に沿って課題の解決を図る必要がある。

2. 今年度の検討事項

(1) 普及および取組状況の実態調査

消防庁は「消防庁救急受診ガイド 2014 年版」を平成 26 年 3 月に公表しており、「救急車利用リーフレット」を平成 27 年 3 月に公表している。これらの普及啓発資機材の活用状況について消防本部等の取組状況を把握するために調査及び分析を行った。

(2) 救急受診ガイドのツールの多様化

Web 版やスマホ版など、多様なメディアを活用した提供のあり方を検討するために、先行事例の取組を収集し整理した。

(3) 対象者の属性に応じた救急受診ガイドのあり方

平成 26 年度救急業務のあり方検討会報告書において、地域における活用の広がりを促すためには、使う年齢や対象、場に最適化した普及啓発資料の開発が必要であり、年齢や対象、場に最適化された普及啓発資料のあり方についての調査や検討を継続することが必要とされていることを受けて、属性に応じたパッケージ化のあり方等について検討した。

3. 調査結果及び検討結果

(1) 普及および取組状況の実態調査

① 「救急受診ガイド 2014年版」を活用した取組

「消防庁救急受診ガイド 2014年版」を活用した取組を行う消防本部は、昨年度の17本部から66本部へと増加している。

しかし、平成26年3月に公表してから十分に活用が進んでいるとはいえ、
「取組の方法がわからない」を課題としてあげる団体もあることから、引き続き、
取組状況を把握しながら先行事例を周知して活用を促していくことが期待される。

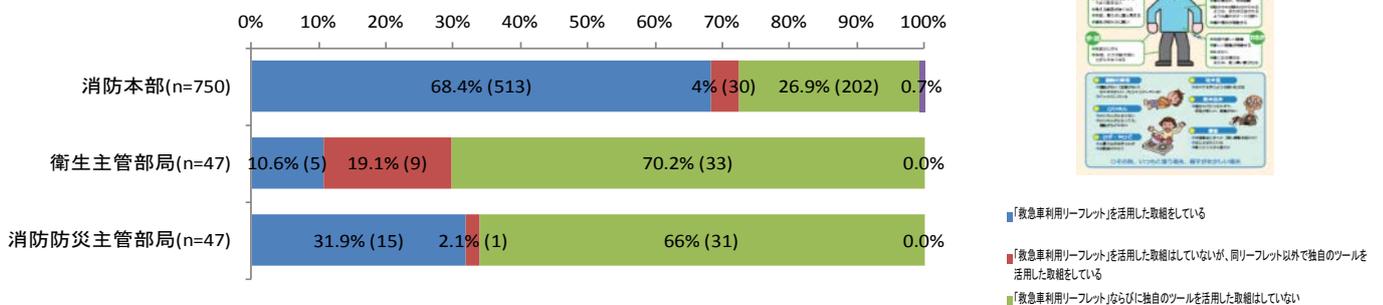
図表 3-46 救急受診ガイド 2014年版を活用した取組の状況



② 「救急車利用リーフレット」を活用した取組

約7割(513)の消防本部が「救急車利用リーフレット」を活用している。都道府県においても15都道府県の消防防災主管部局、5都道府県の衛生主管部局で活用されている。

図表 3-47 救急車利用リーフレットを活用した取組の状況



救急車利用リーフレットについては平成 27 年 3 月に公表後、全国の消防本部に配布し、要望に応じて改変可能な媒体を提供していることもあり、一部の消防本部では地域関係者と連携しながら、オリジナルのリーフレット及びポスター等を作成し、応急手当講習やイベントでの配布、広報などに取り組んでいる。

柏崎市、札幌市、徳島中央広域連合消防本部の取組を「救急車利用リーフレットの活用事例集」としてまとめたので、消防本部等はこうした例を参考に地域の実情に応じて取り組むことが求められる。先進的な地域においては普及啓発の施策効果について、消防防災科学技術研究「緊急度判定体系の市民への普及・利用促進ツールの開発」（主任研究者 横浜市立大学 森村尚登）等と連携し、定量的な評価をしながら全国的に発信していくことが望ましい。消防庁は、今後ともこうした事例を収集し紹介するとともに、地域に密着した取組が促進されるように支援していくことが期待される。

⇒「第 4 節 参考資料」の救急車利用リーフレットの活用事例集

(2) Web・スマホ版救急受診ガイドの取組事例

9つの消防本部が救急受診ガイドの Web 版やスマートフォン版、スマートフォン用のアプリ版など多様な形態で提供している。

これらの取組について経緯や目的、開発方法、開発費用・運用費用、利用状況、効果、開発・運用に係る問題点等について事例集としてまとめた。事例集を参考としながら、Web 版・スマホ版・アプリ版の救急受診ガイドへの取組について検討を進めることが期待される。消防庁においては引き続き、Web 版やスマートフォン版といった取組を収集するとともに、奈良県などのデータ放送による応急手当の情報提供の取組など、他の先進的な取組を注視することが必要である。また、消防本部が容易に導入できるように、救急受診ガイド 2014 年版を改訂するタイミングで改変可能な救急受診ガイド Web・スマホ版等の標準モデルを作成し、導入の手順書とともに配布することも一案である。

⇒「第 4 節 参考資料」の Web・スマホ版救急受診ガイドの取組事例集

なお、事例集に掲載した内容を概説すると次のとおりである。

➤ 開発費用

Web 版・スマホ版の提供にあたって開発費用負担への懸念がされるものと考えられるが、先行事例では自所属で制作したため開発費用がかかっていないところもある。また、業者委託で導入している自治体もあるが比較的安価に導入できている。

➤ 運用費用

自治体のホームページに掲載しているといったこともあり運用費用がかかっていない自治体もみられる。

(3) 対象者の属性に応じた救急受診ガイドのあり方

① ライフステージに沿った包括的方策・パッケージ化

WG委員へのヒアリング調査を通じて、施設類型ごとに「救急受診ガイド 2014年版」が役立ちそうな場面、不足している情報等について調査した。その結果、各施設の専門職による緊急度判定を支援するためには、既存の普及啓発資材に対象者に応じた情報及び施設特性に応じた配慮（例：「管理者」「他人を預かる立場」）などを情報として加える必要があり、さらに単一の普及資機材だけではなく、複数の資機材を組み合わせた『パッケージ化』が必要であることがわかった。

そこで、対象者のライフステージ別に「こども・親子」「成人」「高齢者」に分けて、関連する「場」、関心事項、想定される普及啓発資材パッケージについて、次のように整理した。「子ども・親子」では、「母子保健」「学校等安全・保健」「小児周産期医療」といった「場」が関係する。「成人」はスポーツイベントや企業研修等の機会が想定される。「高齢者」に対しては「地域コミュニティ」「在宅療養・在宅介護」「施設・居住系の介護等」の関わりがある。

図表 3-48 ライフステージ別の関連する「場」、関心事項、普及啓発資材パッケージ等

ライフステージ	こども・親子	成人	高齢者
場	<p>母子保健</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 健診及び訪問の機会 ・ 母子保健協議会 ★保健師、小児科医 <p>学校等安全・保健</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保育園及び幼稚園 ・ 学校保健委員会 ・ PTA講演会 ★保育士、養護教諭、体育教員、学校医 <p>小児周産期医療 ★患者会、看護師、小児科医会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 健診及び訪問の機会 ・ 子育て支援団体 ・ 社会福祉協議会 	<ul style="list-style-type: none"> ● スポーツイベント ● 企業研修 ● その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ 免許講習、婚姻届申請時等 ★労働衛生担当者、産業医、産業保健師、イベント管理者 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域コミュニティ <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センター、地域ケア会議 ・ 民生委員の会、自治会、町内会 ● 在宅療養・在宅介護 <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院時指導、訪問看護 ● 施設・居住系の介護等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 老人福祉施設、老人保健福祉施設等 ・ 社会福祉協議会
応急手当講習(予防救急及び救急受診)・在宅追加、防災教育、施設訪問 ★消防(消防団会等)・保健師・医師会			
関心事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 不慮の事故、運動中のケガ、頭部打撲 ● けいれん、失神 ● アレルギー、アナフィラキシー 	<ul style="list-style-type: none"> ● 突然死 ● 育児、介護 	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症
留意点	<ul style="list-style-type: none"> ● 管理者の立場への配慮 ● 医学的根拠・エビデンス(医療職による説明時) 	<ul style="list-style-type: none"> ● イベントのブランディング・危機管理 ● 企業側のメリット・説明責任 	<ul style="list-style-type: none"> ● 管理者の立場への配慮 ● 訪問看護師の視点(介護と医療のつなぎ)
想定される普及啓発資材パッケージ	<ul style="list-style-type: none"> ● シンプルな冊子(戸別訪問、外来診療時に活用) ● 職員研修会教材(保育園等の研修会) ● 専門職用の説明要領(利用者へ説明時) ● 施設の危機管理マニュアル型資料 ● 張り出し用ポスター、カード、リーフレット 	<ul style="list-style-type: none"> ● シンプルな冊子 ● 健康管理パンフレット型資料 ● 施設の危機管理マニュアル型資料 	<ul style="list-style-type: none"> ● シンプルな冊子(高齢者の可読性を配慮) ● 専門職用の説明要領(在宅看護師等が活用するときの留意点集等) ● 福祉関係者研修会教材(地域ケアセンターでの研修等)

専門職（表★部分）のうち福祉職等の医療職ではない職種にとって、精度の高い緊急度判定を担うことは職能や業務の範囲から困難と考えられるが、平時の業務の中で類似の判断を求められることがあり、これについて支援することが必要である。さらに、平時の業務を通じて救急受診ガイド等の普及啓発資機材を利用者の生活の場に持ち込んでもらうことが有効だと考えられる。

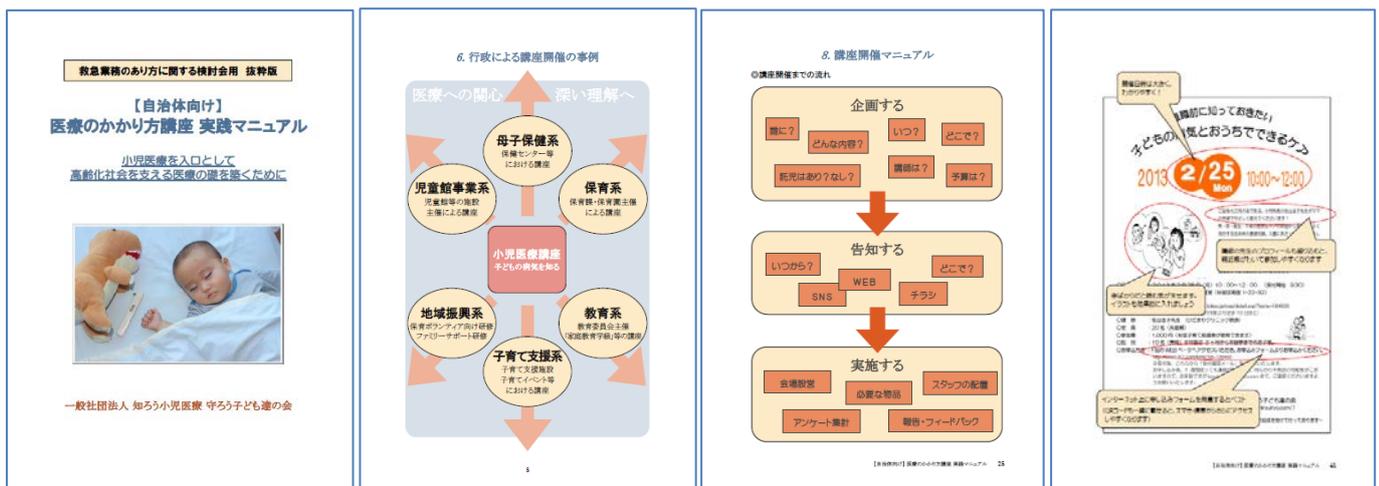
こうしたことから、今後、ライフステージと「場」に最適化された普及啓発資材パッケージを作成することが有効であると考えられる。パッケージに含むべき普及啓発資材の種類及び内容等は、実際に利用する専門職とユーザーの視点がもっとも

重要となるため、関係団体及び組織が会して、場に応じた普及啓発資材パッケージの標準的なモデルを検討することが求められる。

他方、地域に密着した行政機関である消防（表黄色部分）は「防災教育」「応急手当講習」「救急の日イベント」「出前授業」等の機会を通じて、全てのライフステージに関与できる強みがあり、これらの機会に「救急受診ガイド及び緊急度判定体系の概念の普及」を盛り込むことが効果的である。しかし、緊急度判定を説明するには技術的な難しさがあることから、消防職員が緊急度判定について説明することを支援するために、消防職員が使うための標準的な普及啓発資材パッケージ（事故・急病等の知識及び医療・社会保障制度等の知識、緊急度判定を説明する動画教材なども含めた）を作成し、配布することが有効であると考えられる。

なお、作成にあたっては、講習を開催するためのノウハウ、周辺情報、具体的な配付資料例などがパッケージとなった先行事例があるため、こうした先行事例を十分に参考にするのが望ましい。

参考：自治体向けの「医療のかかり方講座」実践マニュアル（全 61 ページ）



(出典) 救急業務のあり方に関する検討会の阿真委員が代表を務める「知ろう小児医療 守ろう子ども達の会」

②救急受診ガイド改訂の方向性

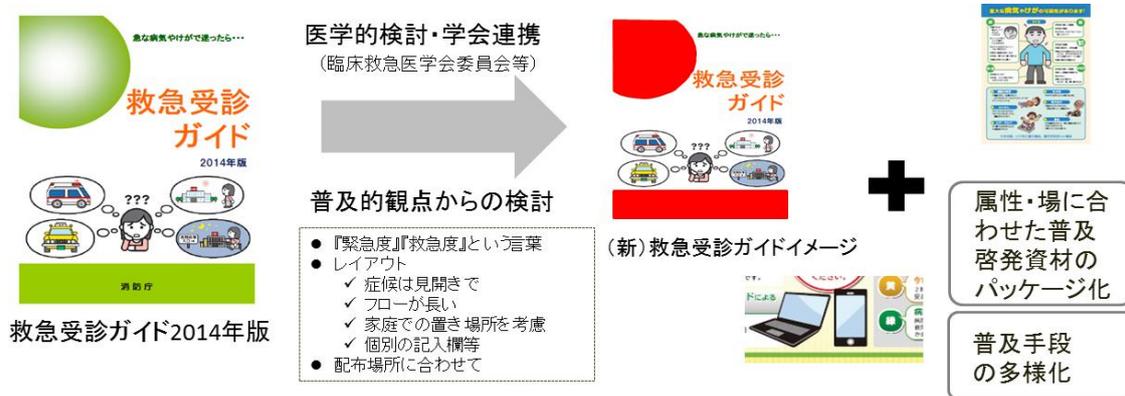
今後、普及啓発資材パッケージの作成が進められると考えられるが、標準的な普及啓発資材である「救急受診ガイド 2014 年版」の改訂が必要である。

普及的観点からは、利用者の視点に立ち、「症候に関する情報は見開きで参照可能とする」「判定フローの見やすさ、可読性」「家庭での置き場所を考慮したデザインや体裁」「利用者の個別の状況にあわせて記入可能な欄を設ける」「納得感や自己効力感が得られるように判断の理由や根拠の解説を含める」といったことに留意しながら、関係者と連携して改訂することが期待される。

医学的観点からは医学的根拠となっている緊急度判定プロトコル改訂に係る関

係学会（臨床救急医学会等）の動きを注視する必要がある。また、改訂作業においては、医療関係者の理解を深めるために幅広く関係する団体及び学会（救急系学会のみならず総合診療等の領域を含む）との連携を促すことが求められる。

図表 3-49 救急受診ガイド 2014 年版改訂の方向性



4. まとめ（今後の方向性）

救急受診ガイド2014年版は平成26年3月に公表してから十分に活用が進んでいるとはいえない状況であり、取組状況を把握しながら先行事例を周知して活用を促していくことが期待される。救急車利用リーフレットについては、平成27年3月に公表後、消防本部が地域関係者と連携し、効果的に取組が展開されつつある。消防本部等において取り組む際には、救急車利用リーフレットの活用事例集を参考にすることが望まれる。消防庁は今後とも、事例を収集し紹介するとともに、地域に密着した取組が促進されるように支援していくことが期待される。

救急受診ガイドのツールの多様化については、萌芽的に消防本部が取り組んでいるところであり、消防本部等において取り組む際「Web・スマホ版救急受診ガイドの取組事例集」を参考にすることが望まれる。また、消防本部が容易に導入できるように、救急受診ガイド2014年版を改訂するタイミングで改変可能な救急受診ガイドWeb・スマホ版等の標準モデルを作成し、導入の手順書とともに配布することも一案である。

対象者の属性に合わせた救急受診ガイドの普及については、ライフステージと「場」に最適化された普及啓発資材パッケージを作成することが有効であると考えられる。パッケージに含むべき内容等は、実際に利用する専門職とユーザーの視点が重要となるため、関係団体及び組織が会して検討することが求められる。また、消防職員は応急手当講習等の機会を通じて全てのライフステージに関与できる強みがあり、救急受診ガイドや緊急度判定体系の概念を普及していくことが求められる。こうした取組を支援するために、消防職員が使うための標準的な普及啓発資材パッケージを作成し、配布することが有効であると考えられる。

標準的な普及啓発資材である「救急受診ガイド2014年版」の改訂については普及

的観点からは利用者の視点からの改訂が必要であり、医学的観点からは緊急度判定プロトコル改訂に係る関係学会（臨床救急医学会等）の動きを注視する必要がある。また、改訂作業においては幅広く関係する団体及び学会との連携を促すことが求められる。

Ⅲ. 緊急度判定体系の概念の普及

1. 背景等

(1) 検討の経緯

平成 25 年度緊急度判定体系に関する検討会報告書にあるように、これまで、緊急度判定体系の考え方については図表 3-50 のような説明をしてきた。一般市民に関する記載としては「緊急性が高い場合に最短の時間で救急医療機関に到着できる」、「緊急性が低い事案について、不搬送にすることを一義的な目的としたものではないことに留意が必要である。現段階においては、緊急性が高い傷病者について、より優先的に搬送資源を投入し、医療機関へ直ちに搬送することを目的としている」などとある。

図表 3-50 緊急度判定体系の概要

増大する救急需要に対し、限られた救急医療資源を有効活用し、緊急性が高い傷病者を優先して搬送することにより、救命率の向上を図る。このため、家庭、電話救急相談、119 番通報、救急搬送など各段階で「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という共通の考え方に基づき、緊急度判定体系は構築されている。
緊急度判定の「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という社会規範を社会全体で共有することにより、以下のような効果が得られることが平成 25 年度緊急度判定体系に関する検討会で指摘されている。

緊急度判定体系の考え方を社会全体で共有することによる効果

「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という社会規範を社会全体で共有する

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

各段階のアウトプット

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

（出典）平成 25 年度緊急度判定体系に関する検討会報告書

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

平成 26 年度には、住民目線での説明かつ納得感を得ることができる緊急度判定体系の説明のあり方について検討した。

緊急度判定体系について、それを利用する一般市民における位置づけと関係者（消防、医療関係者、行政関係者）における位置づけ、さらに普及させる場である地域における位置づけとに分けて整理し、以下のような説明とすることとした。

図表 3-51 緊急度判定体系の基本的な位置づけ

○一般市民向けの「緊急度判定体系」とは

「わたしやあなたの命を守るための備えでありセーフティネット」

○関係者向けの「緊急度判定体系」とは

「専門職としてのスキルであり共通言語。患者や住民のみならず仲間、そして地域資源を守るためのもの」

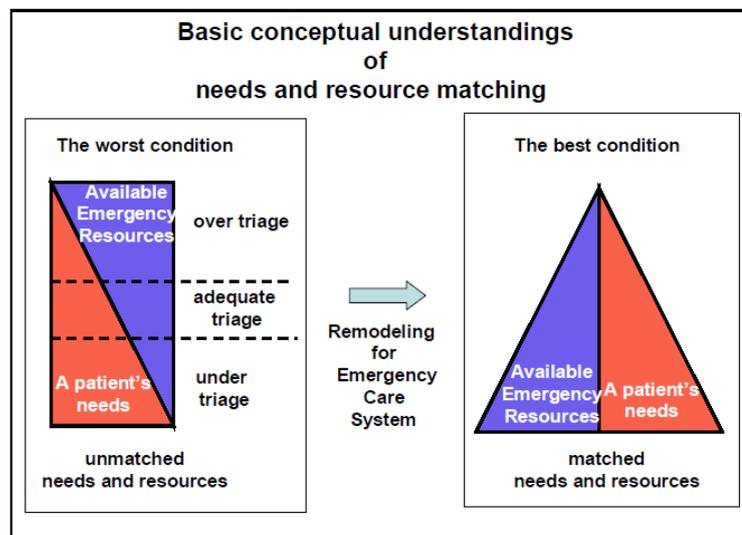
○地域社会における「緊急度判定体系」の位置づけ

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

【参考】救急搬送需要と資源のマッチングについて

平成 23 年度社会全体で共有する緊急度判定（トリアージ）体系のあり方検討会では、イギリスとフランスが救急搬送需要に対し、緊急度評価に基づく優先順位づけを行っていることを踏まえて、救急医療の社会的ニーズと救急医療体制のすり合わせ（傷病者のニーズと利用可能な医療資源の適正なマッチング）の基本的な考え方について、下図のようにまとめた。

図表 3-52 救急搬送需要と資源のマッチング概念図



※この図は傷病者のニーズと提供される医療資源の程度を示しており、左側は両者が適正にマッチしていない状態で、多量の医療資源が必要な傷病者に適正な医療資源が提供されていない状態（アンダー・トリアージ）を示している。一方、右側は傷病者のニーズに合わせた医療資源が適切に提供されている状態を示している。

(2) 課題

救急電話相談の充実に関し、今後の取組の方向性として「平成 26 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」では次の点が挙げられている。

- 緊急度判定体系の本質的な目的、また、救急業務の本質的な目的は、「救命率の向上」であることから、緊急度判定体系の構築は重症度の高い傷病者を確実に選定し、直ちに医療機関へ搬送するために行っていると整理すべき。緊急度判定体系の構築と救急受診に対する意識の高まり及び緊急度判定の理念や重要性についての理解が両輪となり、結果的に救急車の適正利用につながることを期待される。
- 「トリアージ」という言葉は誤解を与えるおそれがあり、慎重に用いるべきとの意見が平成 22 年度救急業務高度化推進検討会報告書において提言されていることから、「緊急度判定」という言葉を用いることとした。
- 日本臨床救急医学会が開催している「緊急度判定体系のあり方に関する検討委員会」と密に連携し、医学的な検討結果を反映させ緊急度判定プロトコルを改訂していくことが必要。
- 緊急度判定体系の基本的な位置づけ及びイメージ図について、関係者と連携し更なる調査（マーケティング調査等）を実施しつつ、関係者間の合意形成を継続して、位置づけを明確化していくことが必要となる。具体的な表現については、誰にでも理解しやすく誤解を生じないような、わかりやすい表現となるよう引き続き検討を行う必要がある。
- 普及に向けては、「マスメディア」による広報と関係者による「場」を活用した普及の両面からアプローチすべきであり、緊急度判定体系のイメージを伝えていく上では、「緊急度判定体系」の位置づけの明確化が求められる。対象者に応じて、どのように伝えたいのか、方針や考え方を整理する必要がある。

2. 今年度の検討事項

(1) 一般市民への Web アンケート調査

平成 26 年度に検討した「緊急度判定体系」の基本的な説明概念について、一般市民を対象とする Web アンケートによるマーケティング調査を実施した。

(2) 緊急度判定体系の位置づけ説明文及びイメージ図についての検討

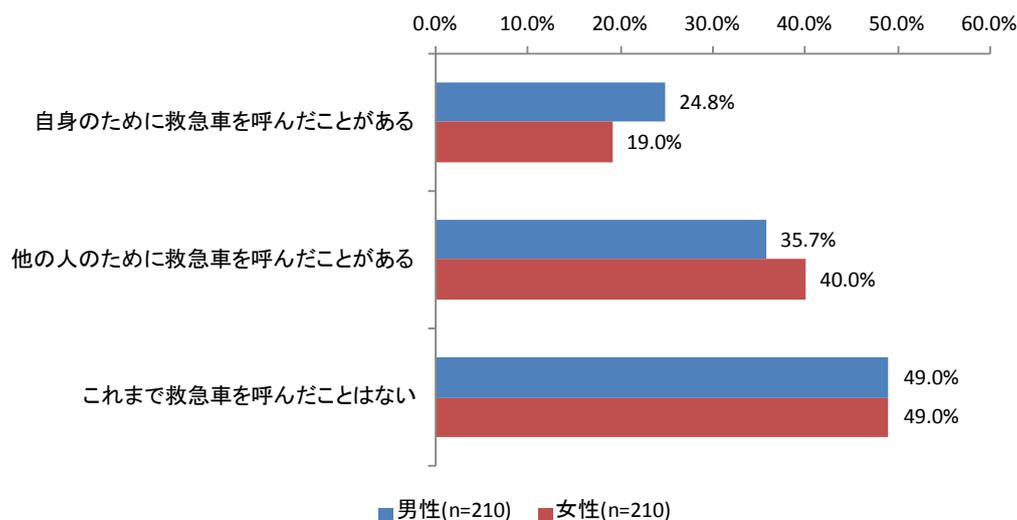
一般市民への Web アンケート調査に加えてWG委員を対象としたヒアリングを実施し、平成 26 年度に検討した緊急度判定体系の位置づけ説明文及びイメージ図について更なる検討を深めた。

3. 調査結果及び検討結果

(1) 一般市民への Web アンケート調査

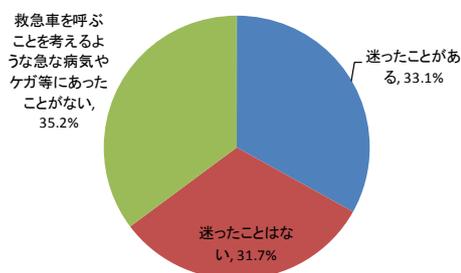
一般市民 420 名を対象に Web アンケート調査を実施したところ、救急車をなんらかの理由で要請したことがある経験を有する者が 51% いることがわかった。また、自分のために要請した者が 22% だったのに対し、他人のために要請した者が 38% とおよそ 2 倍多いことが分かった。

図表 3-53 救急車を呼んだ経験（複数回答）

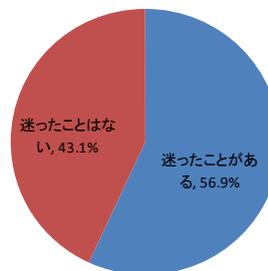


救急要請の判断に困った経験を質問し、全体の 65% の者が急な病気等に遭遇した経験があり、そのなかで 33%（遭遇した者の内数としては 51%）の者が救急要請を迷った経験をもっていた。また、病院受診の判断に困った経験を質問したところ、57% の方が病院受診の判断に迷った経験をしていた。

図表 3-54 救急車を呼ぶか迷った経験



図表 3-55 病院に行くべきか迷った経験



緊急度判定の普及による効用を自由回答形式で質問したところ、社会資源への配慮や公共財としての意識を有する者が一定数、存在した。また、「子どもの怪我、症状で迷う時があり、判断基準があると助かる。」「後から救急車を呼んでもいいの

にと言われてもやっぱり躊躇する。判断を相談できる場所があれば心強い。」「医師とのコミュニケーションに役立つ」といった緊急度判定体系を学び利用したいというニーズがあることもわかった。

(2) 緊急度判定体系の位置づけ説明文及びイメージ図についての検討

①緊急度判定体系概念への慣れ（習熟度）に応じた説明

一般市民を対象とする Web アンケート及びWG委員へのアンケートを実施し、緊急度判定体系の位置づけ説明文及びイメージ図についての意見及び別の表現方法等に関する新たなアイデア等を収集した。調査の結果、多種多様な意見があり、緊急度判定体系の概念を説明する際に、万人に納得が得られる説明文及びイメージを作ることは極めて難しいことが分かった。

このような多種多様な意見が出てくる背景には、回答者の属性の違いのみならず、緊急度判定体系の考え方への慣れ（習熟度）が大きく異なることがあると考えられるため、緊急度判定体系の考え方への慣れ（習熟度）に応じた説明が必要であり、一例として次のようにすることが望まれる。

図表 3-56 緊急度判定体系の考え方への慣れ（習熟度）に応じた基本的な説明文例

慣れ・習熟度	一般市民	《行政職員向け》	消防・医療従事者
地域を守る(適正利用)	◆受診はいつでもできる。だから、ゆずりあいながら医療を賢く使う	◆地域の救急資源を守る仕組み ◆地域包括ケア時代の適切な医療選択の指針	◆スキルをもった者として人・街・地域資源を守る
安心してできる (実践と自信・自己効力感)	◆みんなの役に立つセーフティネット ◆病气やけがの時にみんなの命を守るセーフティネット		◆専門職としてのスキルであり共通言語 ◆人の命を守るプロフェッショナルとしてのスキル
知っている	◆安心して暮らし続けるためのセーフティネット		
知らない	◆いざというときに慌てないため ◆あなたや大切な人を守るため		

「一気に進む」とはできない

「住民は緊急度を判断して自分や家族、地域を守れる力を持っていることに気がついていない」という指摘を踏まえると、今後の普及啓発活動において念頭におくべきことは、まずは「知る」機会を提供することである。そもそも緊急度判定体系及びその前提となる知識を全く知らない住民に対して、救急車の適正利用を訴えても行動変容にはつながらない可能性が高いことを認識しなければならない。緊急度判定体系に馴染みのない住民に対しては「安心感」「安心して暮らせる」といったキーワードをもとに自己効力感を育てていくことが重要となる。

こうしたことを踏まえて、今後、対象者の属性を踏まえた救急受診ガイドに係る普及啓発資材パッケージの開発に合わせて、最適化された説明文（フレーズ）について検討していくことが必要である。その際には、「緊急度」という言葉自体の難しさの指摘も踏まえ、普及に際しては、例えば「救急度」などのわかりやすい言葉

に置き換えることについても、学会や関係団体の動きを踏まえて検討することが望ましい。

②消防としての緊急度判定体系の説明のあり方

緊急度判定体系や救急電話相談、救急受診ガイドについて、説明する場合には相手に合わせて最適な説明をする必要があるが、消防の立場から説明する場合の基本的な概念については、今年度の検討を踏まえ次のようにすることが望ましい。

○「緊急度判定体系」とは

- ・ 住民が安心して生活し、いざというときに救命されるためには、急病が発生した場合に落ち着いて緊急性に応じて最適な受診のタイミングと受診手段を選択する必要がある。
- ・ そのためには、平時から緊急度の判断について学ぶことによって立場に応じた判断力と自己効力感を醸成しておくことが重要で、これを支援するのが救急受診ガイドである。
- ・ 急病発生等の緊急時に判断に迷うことがあるので、このときにも「救急受診ガイド」は有効であるが限界があり、対話型かつ専門職によるコミュニケーションによって住民を支援するのが「救急電話相談」である。
- ・ 支援を得た住民が最適な受診のタイミングと受診手段を選択できるようになれば、消防及び医療に係る地域資源が効率的に使われるようになり、多数の住民にとっての生命と安心が守られることになる。

○「救急電話相談」とは

- ・ 緊急度判定体系の一環として、①潜在的な緊急性の高い傷病者に早期受診を促しつつ、②緊急性の低い傷病者に必要な助言をして、救急車の利用及び救急医療の利用の適正化を図るもの。
- ・ さらに、中長期的には行政や医療に対する信頼感や安心感につながり、ひいては「救急車の適正利用意識の醸成」にもつながるもの。

○「救急受診ガイド」とは

- ・ 平時に、立場に応じた判断力と自己効力感を醸成するために緊急度の判断について学び、傷病者が発生したときに落ち着いて行動すること（セルフケア）を支援するもの。

③立場に応じた普及方策・合意形成における基本的な方向性等

今年度の検討は消防や医療関係者のみならず幅広い関係者によって緊急度判定体系の普及について検討した。今後、場に合わせた普及啓発資材パッケージの開発とともに普及啓発が進められることを期待するが、その際の基本的な方向性及び配慮すべき点をまとめたので参考にすることが望まれる。

○住民の立場

- ・ 救急医療及び救急車等の実情を伝えながら、救急受診ガイド等を通じて緊急

度判定という手法が存在し、「知ってもらい、できること」を実感してもらうことが最初の一步となる。

- ・ そのためにはライフステージにあわせた場を通じての普及をしながら、自己効力感「やれる・できる」意識の醸成を促す必要がある。
- ・ 同時に不安の受け止めとして救急電話相談事業の充実がカギとなる。
- ・ 住民に近い存在として、自治会・町会、民生委員の役割も重要

○学校及び福祉関係者

- ・ 学校関係者及び福祉関係者に対しても、住民と同様の働きかけが考えられる。
- ・ ただし、「管理者」「他人を預かっている」「保護者や家族との関係性」という立場への十分な配慮が必要
- ・ 精度の高い緊急度判定を担うことは職能や業務の範囲から困難だと考えられるが、日々の業務の中で救急受診の判断が要される場面を支援していく。さらに、平時の業務を通じて救急受診ガイド等の普及啓発資材を利用者の生活の場に持ち込んでもらう役割を期待する
- ・ 学校及び福祉関係者と連携している医療関係者（学校医、嘱託医、在宅看護師等）の役割も重要である。

○医療関係者

- ・ 住民等に普及をしていく上で緊急度判定体系の概念が地域で信頼される必要があり、土台となる医療関係者の理解の醸成が必須であり、普及啓発の一翼を担う必要がある。医師会、看護協会等との連携が引き続き重要であり、厚生労働省及び都道府県衛生主管部局への働きかけも重要である。
- ・ 「地域包括ケアシステム」に消防機関が関わる際には地域に緊急度判定体系の考え方が普及していることが重要である。医療法第6条等の趣旨を踏まえて、引き続き、厚生労働省と連携した横断的な検討を進めることが望まれる。

○消防関係者

- ・ 消防機関は住民に密着した組織であり「応急手当・防災教育」の場を有しており、こうした場を活かして普及すべきである。
- ・ まずは消防関係者自身の理解を深めつつ、今後作成される「緊急度判定体系及び救急受診ガイド等の知識を含んだ普及啓発資材パッケージ」を使って積極的に住民及び関係者に普及啓発すべきである。

○保健医療行政関係者（都道府県及び市町村の保健医療福祉関連部局等）

- ・ 保健医療福祉関係者に救急電話相談事業を含む緊急度判定体系についての認識を広げるためには、行政関係者が主体的に意義を理解することが重要となる。
- ・ 保健医療行政が有する住民との接点の場を活かして、緊急度判定体系の概念を広げていくことが期待される。

4. まとめ（今後の方向性）

今後、緊急度判定体系を普及していくためには、概念を直接的に普及するのではなく、救急電話相談事業及び救急受診ガイドなどの具体的な取組によって、結果的に緊急度判定体系の概念についても理解が深められていくことになる。しかしながら緊急度判定体系そのものの説明が求められる場面もあることから、緊急度判定体系の位置づけ説明文及びイメージ図について一般市民アンケートを参考にして検討したところ、万人に納得が得られる説明文及びイメージを作ることは極めて難しいことが分かった。今後、対象者の属性を踏まえた救急受診ガイドに係る普及啓発資材パッケージの開発に合わせて、「属性」「場」「習熟度」ごとに最適化された説明文（フレーズ）について検討していくことが望まれる。

検討の課程において、緊急度判定体系を説明する際には考え方への慣れ（習熟度）に応じた説明が必要であることがわかった。とりわけ、緊急度判定体系の前提となる知識が乏しい住民に対して、救急車の適正利用を直接的に訴えても行動変容にはつながらない可能性が高く、まずは「知る」機会を提供することが必要である。その上で、「安心感」「安心して暮らせる」といったキーワードをもとに自己効力感を育てていくことが期待される。

消防関係者が緊急度判定体系や救急電話相談、救急受診ガイドについて説明する場合には相手に合わせて最適な説明をする必要があるが、消防の立場から説明する場合は、この報告書にまとめた基本的な概念を参考にすることが望ましい。また「緊急度判定を医学教育に含めるべきではないか」という指摘もあり、医療関係者の役割は大きく、保健医療行政関係者（都道府県及び市町村の保健医療福祉関連部局等）が主体的に意義を理解し、保健医療行政が有する住民との接点の場を活かして、緊急度判定体系の概念を広げていくことが期待される。消防関係者及び医療関係者以外にも、今後、場に合わせた普及啓発資材パッケージの開発とともに普及啓発が進められることを期待するが、その際には本報告書で示した基本的な方向性及び配慮すべき点を参考にすることが望まれる。

第3節 今後の課題、まとめ

救急電話相談事業は全ての医療関係者に効用をもたらし、高齢化社会・人口減少社会における地域包括ケアシステムにとって重要な役割を担う可能性があるが、全国的な展開は十分ではない。立ち上げには一定の期間を要するので、県の衛生主管部局及び消防防災主管部局等は迅速に検討を開始することが期待され、本報告書にある「救急電話相談事業の施策効果事例集」「救急電話相談事業の新規立ち上げ経緯(福岡県)」を参考にすることが望まれる。#7119 事業と#8000 事業との連携については趣旨・体制等の違いに留意しつつ検討を深めることが望まれる。消防庁は都道府県に対して導入に向けた検討を開始するよう促すとともに、補助制度や#7119 番号の使用要件等について周知することが望まれる。

救急車利用リーフレットを513消防本部が活用し、ユニークな取組が展開されていた。「救急車利用リーフレットの活用事例集」としてまとめたので、新たに取り組む際に参考とすることが望ましい。救急受診ガイド2014年版の活用は66消防本部にとどまっているが、「Web・スマホ版救急受診ガイドの取組事例集」を参考にWeb版等のツールの多様化とともに更なる展開が期待される。救急受診ガイドを普及させていくためには、ライフステージと「場」に最適化した普及啓発資材パッケージの開発が必要であり、消防職員が応急手当講習等で使う普及啓発資材等の開発も望まれる。パッケージ開発等とともに、「救急受診ガイド2014年版」を利用者の視点から改訂することが望まれる。

緊急度判定体系の普及には、救急電話相談事業及び救急受診ガイドといった具体的な取組が先行していくことになるが、緊急度判定体系の概念の説明が求められることがある。しかし、万人が納得するような概念についてフレーズ等を設定するのは困難であったので、今後、属性毎のパッケージ開発とともに検討することが望まれる。また、概念の理解には習熟度に応じた説明が重要であり、救急車の適正利用を伝えるのに先立ち「知る」機会を提供しながら、「安心」といったキーワードをもとに自己効力感を育んでいくべきである。今後、本報告書に示した普及方策等における基本的な方向性をもとに、消防関係者及び保健医療行政関係者は普及に努めることが期待される。

昨年度の検討では、緊急度判定体系の普及には、医療機関・医師会、母子保健、学校保健等の関係者が重要であり、平成26年6月の医療法改正を踏まえた横断的な検討を進めることが求められている。平成27年度の救急業務のあり方検討会緊急度判定体系の普及ワーキンググループは保健医療福祉関係者が参画し、さらに厚生労働省がオブザーバーとして委員を構成し幅広い検討を行った。緊急度判定体系の普及、すなわち救急電話相談事業及び救急受診ガイドの普及は保健医療施策でもあるため、引き続き消防庁と厚生労働省は連携して取り組むべきである。

第4節 参考資料

I. 救急電話相談事業の施策効果事例集

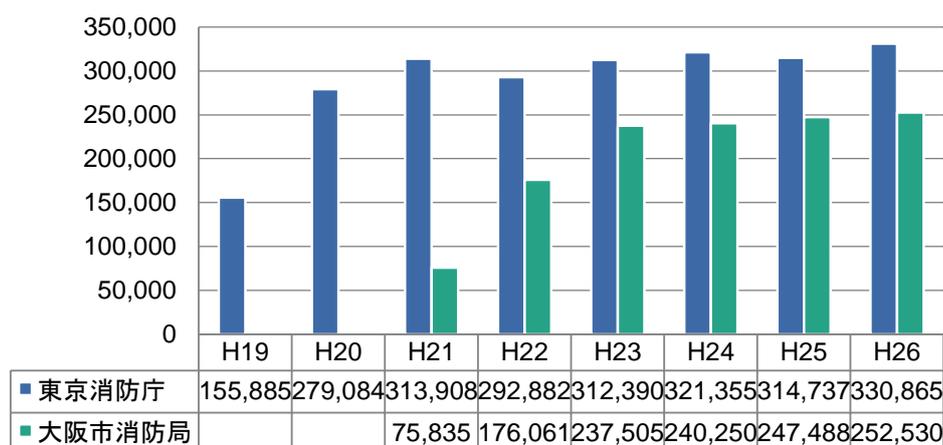
全国で実施されている救急電話相談事業は着実に施策効果をあげている。今年度の調査を踏まえて収集した事例を、①住民の不安（膨大なニーズ）の受け止め、②利用者の高い満足度、③救急車の適正利用意識の醸成への寄与、④潜在的重症者の救護及び早期受診、⑤適切な受診行動の推進・救急医療提供の適正化、⑥救急車の適正利用の推進（救急搬送人員に占める軽症者割合を低減）という項目ごとに整理をしたので地域ごとに検討する際に参考とすることが望まれる。

1. 住民の不安（膨大なニーズ）の受け止め

東京消防庁救急相談センターは、平成19年6月1日の運用開始から累計約232万人、救急安心センターおおさか（大阪市消防局運営主体）は平成21年10月1日の運用開始から累計約123万件の相談を受け付けて住民の不安を解消してきた。札幌市の相談件数を曜日ごとにみると、平日に比べて土日に増える傾向がみられる。医療機関が休診となる土日に不安を抱える住民にとって、救急安心センターが不安を受け止める相談場所になっている。

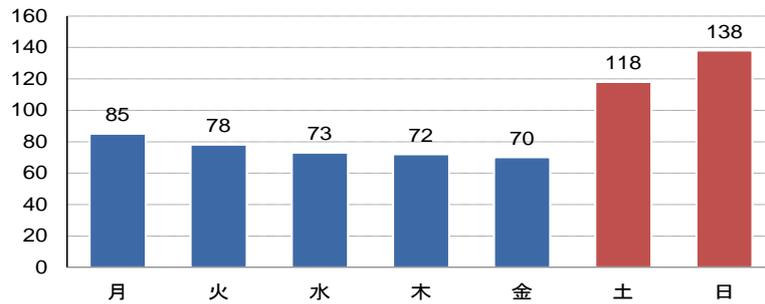
救急電話相談事業がなければ住民の抱えた不安は、医療機関受診及び救急要請によって解消するか、そのまま見過ごされていた可能性があり、膨大な住民の不安に応えてきたといえる。

図表 3-57 「東京消防庁救急相談センター」、「救急安心センターおおさか」で受け付けた相談件数の推移



（出典）東京消防庁「東京消防庁統計書一覧」各年版、大阪市消防局「消防年報」各年版

図表 3-58 「救急安心センターさっぽろ」曜日別受付件数（1日平均）



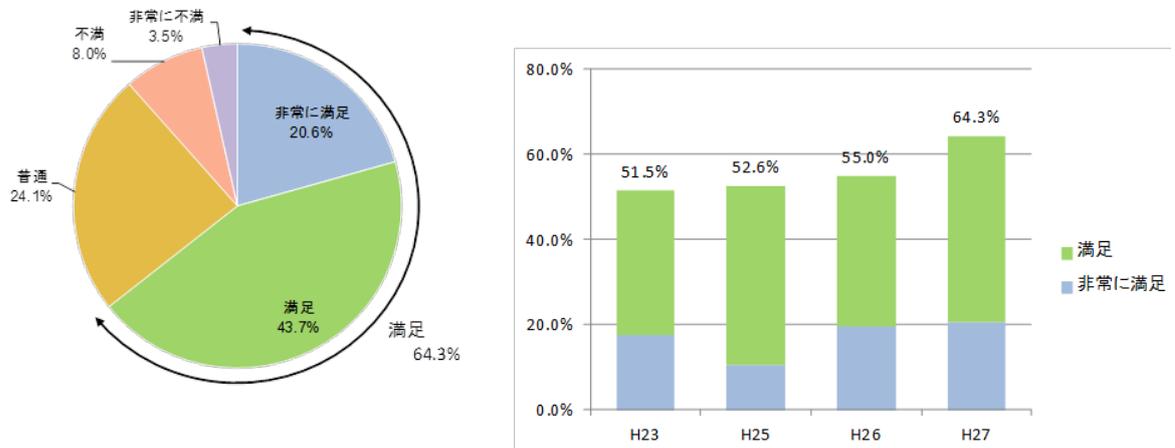
（出典）札幌市福祉保健局提供資料（平成 26 年度）

2. 救急電話相談利用者の高い満足度

平成 27 年に東京消防庁が実施した世論調査では、「救急相談センター」を利用したことがある者の 64.3%が「満足」しており、年ごとに増加傾向である。大阪市消防局が救急電話相談利用経験者を対象としたアンケート調査（平成 27 年実施調査）でも、高い満足度と継続的な利用意向が示されている。

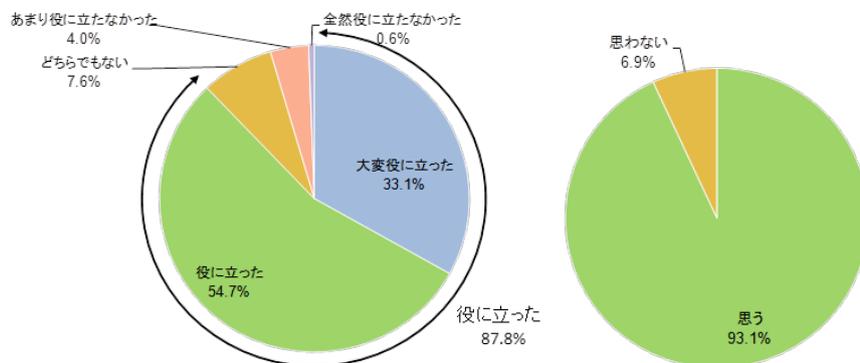
このように救急電話相談を利用した者は、電話相談に高い満足度を得ており、前述した不安の受け止めと相まって行政及び医療への信頼感や安心感につながると考えられる。

図表 3-59 「東京消防庁救急相談センター」利用時の満足度、「満足」と回答した者の比率推移



（出典）東京消防庁提供資料（平成 27 年）

図表 3-60 「救急安心センターおおさか」は役にたちましたか？
今後も利用したいと思いますか (n=525)



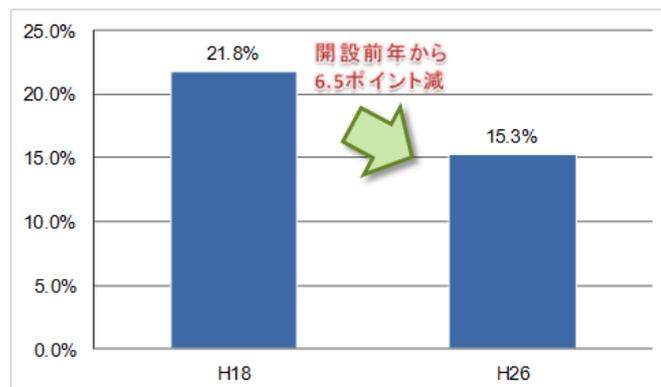
(出典) 大阪市消防局提供資料 (平成 27 年)

3. 救急車の適正利用意識の醸成への寄与

東京消防庁の調査によると、救急相談センター開設前年の平成 18 年と比較して平成 26 年では、「緊急度の判断できなかったから救急車を要請した都民の割合」が 6.5% 減少している。

救急電話相談事業が緊急度判定体系の普及の一環として、救急車の適正利用意識の醸成に寄与するものと考えられる。

図表 3-61 緊急度の判断できなかったから救急車を要請した都民の割合の変化



(出典) 東京消防庁提供資料

4. 潜在的重症者の救護及び早期受診

東京消防庁では、救急電話相談によって救急搬送が必要と判断され緊急入院した都民が年間 6,143 人おり、緊急度が高いと判断し、相談受付直後に救急出動させた件数も年間 87 件になっている。大阪市消防局では、電話相談によって高緊急として救急

車を出場させた件数は1,518件（大阪市内）となり、そのうち緊急入院した傷病者は421人となっている。また、結果として入院せず軽症者として扱われている中にも、アナフィラキシー反応や虚血性心疾患を迅速に受診させて結果として通院加療にとどまったケースも報告されている。

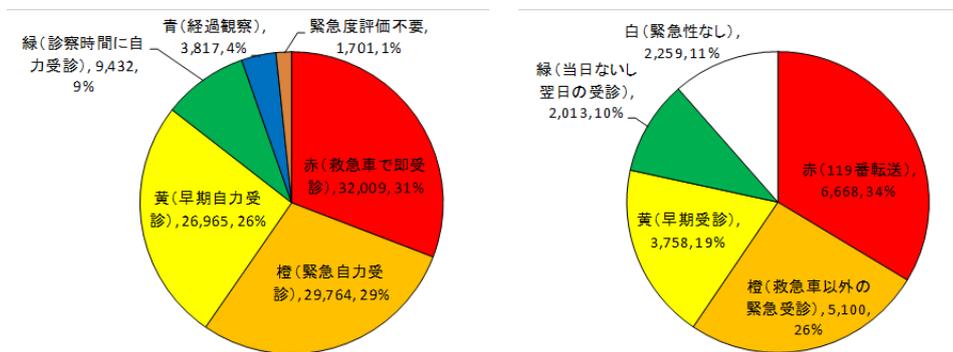
救急車の適正利用を進める中で、潜在的重症者が見過ごされるようなことがあってはならない。救急電話相談事業が緊急度判定体系の普及の一環として、潜在的重症者の救護及び早期受診に繋がっていると考えられる。

5. 適切な受診行動の推進・救急医療提供の適正化

東京消防庁救急相談センターでは年間103,688件の救急相談があり、71,679件については救急車の必要なしと評価している。このうち受診行動として、29,764件に1時間以内の自力受診を勧め、26,965人に6時間以内を目安とした自力受診を勧め、9,432件に診療時間内の受診を勧奨し、3,817件に受診不要と助言した。救急安心センターさっぽろでは、19,798件の相談のうち、13,130件は自力受診を勧めており、2,013件は診療時間内の受診を勧めている。2,259件で緊急性なしと評価している。大阪市消防局が実施した調査で「救急安心センターおおさかがなかったらどうしていたか」を聞いたところ34.1%が「119番通報して救急車を呼んだ」と回答している。また、「病院に行かず我慢した」という回答が9.0%あり、前述した潜在的な重症者の救護にもつながっている。

救急電話相談事業が住民の不安を受け止めるとともに、緊急度判定に基づく助言によって、住民の適切な受診行動が推進され、地域の医療機関の機能分担及び業務連携につながっていると考えられる。

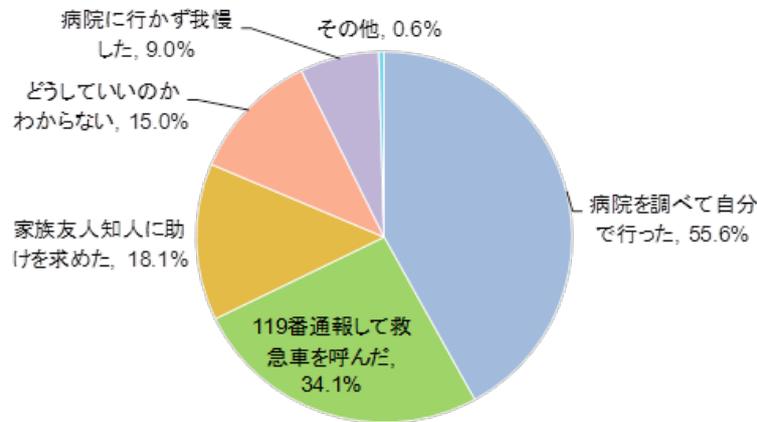
図表 3-62 「東京消防庁救急相談センター」、「救急安心センターさっぽろ」における救急相談の緊急度評価結果



（出典）東京消防庁提供資料（平成26年）

（出典）札幌市福祉保健局提供資料（平成26年度）

図表 3-63 救急安心センターおおさかが無かった場合に想定された行動 (n=525)



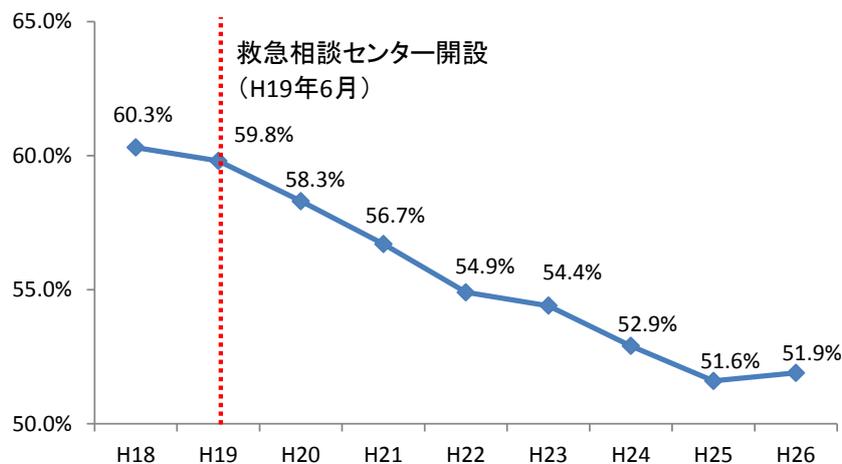
(出典) 大阪市消防局提供資料 (平成 27 年)

6. 救急車の適正利用の推進 (救急搬送人員に占める軽症者割合を低減)

東京消防庁が救急搬送した傷病者のうち軽症者割合は、救急相談センター開設前年の平成 18 年から年々減少する傾向にあり、平成 26 年は平成 18 年と比べて 8.4%減少している。大阪市消防局の救急搬送人員に占める軽症者割合は平成 26 年に 59.7%であり、救急安心センターおおさかの開設前年となる平成 20 年と比較すると 1.7%減少している。同様に奈良県についてみると、奈良県救急安心センター開設前年の平成 20 年と比較し、平成 26 年は 1.4%減少している。

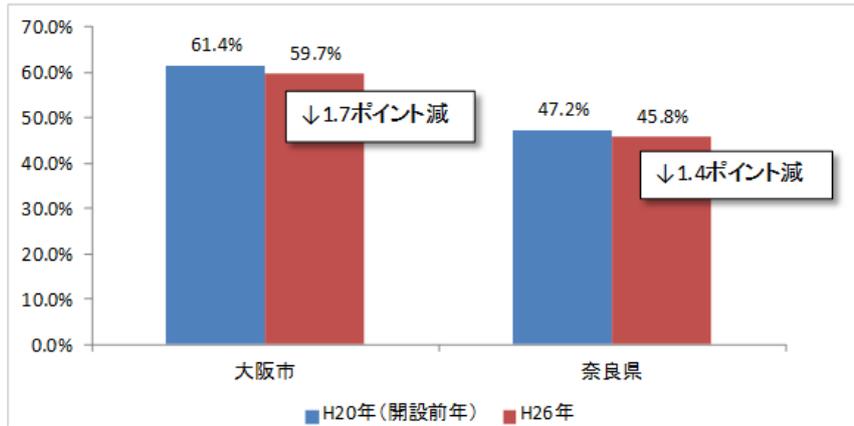
救急電話相談事業が緊急度判定体系の普及の一環として、救急車の適正利用意識の醸成に寄与し、結果として救急搬送人員に占める軽症者割合が低減するという救急車の適正利用に資する効果が現れていると考えられる。

図表 3-64 救急搬送人員に占める軽症者割合の変化 (東京消防庁)



(出典) 東京消防庁提供資料

図表 3-65 救急搬送人員に占める軽症者割合の変化（大阪市、奈良県）



(出典) 大阪市消防局、奈良県提供資料

Ⅱ. 救急電話相談事業の新規立ち上げ経緯（福岡県）

福岡県において平成 28 年 6 月の救急電話相談事業開始に向けて取組が進められている。福岡県における施策の企画立案実行の過程を以下に紹介する。未実施の道府県等において事業実施を検討する際に参考になるものと考えられる。

1. 背景等

福岡県では、全国的な傾向である救急搬送件数の増加、とりわけ軽症・中等症患者による不要不急の救急要請の増加やこれに伴う搬送所要時間の伸長傾向といった課題を抱えており、県内消防機関における救急搬送サービスの適正化が大きな問題となっていた。

また、同県における単身高齢者世帯の割合は全国平均よりも高い割合で今後推移していくことが見込まれており、高齢化社会の進展を背景として、さらなる救急需要の増加が懸念されている。

このような状況を背景として、福岡県では（1）急病時の相談を受け付けることによる県民の安心・安全の実現、（2）救急搬送サービスの適正化、（3）救急医療機関の負担軽減を目的として、看護師があらかじめ策定されたプロトコルに基づいて、相談者の緊急度を判定し、医療機関の受診や 119 番通報（救急要請）の必要性などについてアドバイスを行う「救急医療電話相談事業」を、平成 28 年度から実施することとしている。

同県では、事業の開始に向けて以下のようなプロセスに基づき取り組みを進めてきた。

2. 庁内における検討

（1）事業検討の経緯

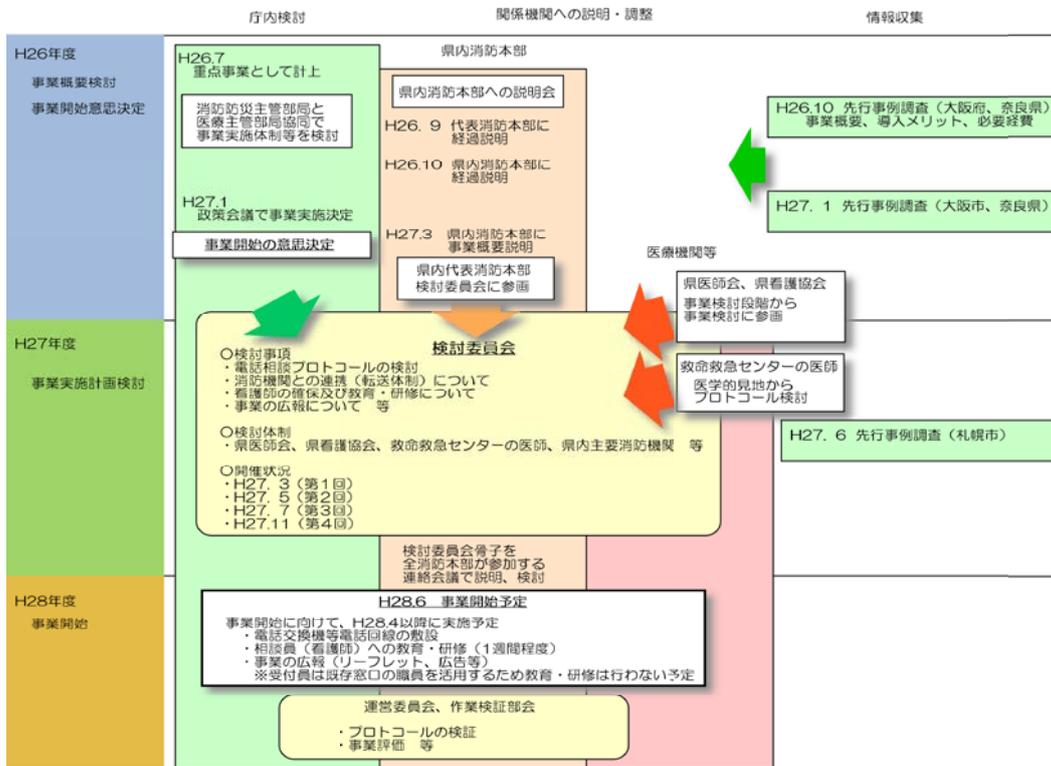
検討当初は救急搬送の適正化という事業目的に照らし県の消防防災主管部局にて検討を進めていた。しかしながら、衛生主管部局との連携の必要性についても指摘されており、具体的には#8000（小児救急電話相談）事業といった既存の相談窓口や医療機関案内窓口との連携及び役割分担について検討することが不可欠であった。

<参考：福岡県の既存の事業（衛生主管部局が所管）>

- ・ #8000（小児救急電話相談）事業：看護師が県民からの小児医療についての相談に対応
- ・ 「福岡県救急医療情報センター」：厚生労働省「救急医療情報センター運営事業」により実施しており、非医療従事者であるオペレーターが 24 時間体制で受診可能な医療機関を案内するサービスを提供

そのため、平成 26 年度の中頃には消防防災主管部局と衛生主管部局とが協働して事業実施体制等について検討を開始した。なお、具体的な検討フローについては、以下のとおりである。

図表 3-66 救急電話相談事業立ち上げに向けた取組の概要



(2) 予算について

予算の要求にあたり事業実施に係る経費として次の項目について計上した。

- 実際に相談の対応にあたる看護師及びオンコール医師の人件費
- 相談業務を実施するためのインフラの整備や運用保守に係る経費
(電話回線の敷設や実施場所の確保など)
- 聴取した相談内容を入力し、相談者の緊急度を判定するためのトリアージ支援システムの開発設計に係る経費
- 事業の周知・広報のための費用
- 運営委員会・検証作業部会の開催に係る経費

福岡県のように既存の医療機関案内窓口を機能強化して救急電話相談事業を実施する場合でも、上記のような諸経費が生じることとなる。また、予算書の作成にあたっては、開発すべきシステムの仕様や広報の内容、方法等について、一定程度の具体的な検討を行っておく必要がある。

3. 関係機関との調整

(1) 県内各消防機関

本事業の実施には、実際に救急搬送業務を行う各消防機関との連携が必須であり、事業実施についての検討を開始した平成26年度当初から、県内すべての25消防本部を対象とした説明会を開催している。また、事業の実施体制や具体的な業務フローを検討する場である検討委員会に県内4ブロック（北九州地域、福岡地域、筑豊地域、筑後地域）の各代表消防本部が参画している。

後述する転送体制などの消防機関との連携体制については、検討委員会において作成した骨子を、上記4ブロックごとの県内全消防本部が参加する連絡会議において説明し、緊急時の対応や、相談にあたった看護師が直接、119番通報を行うべき場合などについて検討を進めている。

(2) 医療機関

県医師会及び県看護協会に協力を依頼し、検討委員会の委員として事業の検討段階から主体的に事業の検討に参画してもらうことにより、救急搬送される患者の受け皿となる医療機関との調整に配慮している。

また、プロトコルの策定にあたっては、県内4か所の救命救急センターの医師が検討委員会の委員として参画することにより、医学的見地に基づく検討を加えている。

4. 関係機関と調整を行う上での主な課題について

(1) 既存の相談窓口（救急医療情報センター、#8000 など）との役割分担

福岡県では、既存の「救急医療情報センター」を機能強化する形で本事業を実施することとしているため、音声ガイダンスにより「救急相談」と「医療機関の案内」を振り分けることとしている。

したがって、相談者が医療機関の案内を希望した場合であっても、非医療従事者であるオペレーターが緊急度判定の必要性があると判断した場合には、通話の転送により、ただちに看護師による緊急度判定スキームに移行することが可能である。また、看護師による緊急度判定の結果、医療機関を案内したり、もしくは当該医療機関に受入可否の照会を行う必要がある場合などには、オペレーターが「ふくおか医療情報ネット」を参照し、最寄りの受診可能な医療機関を案内することが可能となっている。

#8000については、相談件数全体のうち3歳未満の乳幼児に関する相談が6割以上を占めており(H26:63.3%)、また対応内容についても「助言・指導等」が80.7%、医療機関受診を勧めた場合が14.9%を占めている一方で、救急車の要請に至ったケースは全体の0.2%にとどまっていることからすると、#8000事業と#7119事業とは同じ相談事業でありながら、全く異なるニーズに対応するものであることが

うかがえる。両窓口の適切な連携や役割分担について今後検討を進めていく必要があるものと思われる。

(2) 消防機関との連携について

上でも触れたとおり、本事業の実施にあたっては各消防機関との事前の調整が不可欠であるが、とりわけプロトコル判定の結果、緊急性が高いと判断された患者について、そのまま通話を消防指令センター（119 番回線）に転送するかについては、各実施機関によって対応が異なっているところである。

福岡県では、通話を転送した場合に、本来であれば、消防指令センターにおいて自動的に取得されるはずの通報者の位置情報が取得できないことによる既存の救急搬送スキームへの影響を懸念し、消防指令センターへの通話の転送体制については構築しないこととしている。

その代わり、相談中の CPA 移行等による患者の急変時に対応するため、消防機関と協議し、①緊急性の高い病態が疑われ、かつ②相談者のもとにバイスタンダーがないような場合には、プロトコルによる緊急度判定に移行する前に、あらかじめ相談者の所在地（住所や目標物など）を聴取するよう業務フローを整理し、緊急時には傷病者の電話番号等を消防本部に提供することとするなど、適切な連携体制を構築している。

5. 事業の開始に向けて

平成 28 年 6 月からの事業の開始に向けて、今後、消防機関との連携に係る詳細な事項の検討や相談看護師の教育・研修、および事業の周知、広報のための広報媒体の作成等に取り組んでいく予定である。

事業の円滑な実施にあたり、事業の検討を行うにあたり設置された検討委員会を母体とする運営委員会や作業検証部会を設置し、消防機関から提供されたデータをもとに、プロトコルのオーバートリアージ・アンダートリアージに係る検証や、事業自体の評価など事業の運営に必要な事項について協議していく予定である。

Ⅲ. 救急車利用リーフレットの活用事例集

平成 27 年 3 月に「救急車利用リーフレット」を公表後、全国の消防本部に配布し、要望に応じて改変可能な媒体を提供している。都道府県、消防本部を対象に行ったアンケート調査により、約 7 割の消防本部が、このリーフレットを活用しており、一部の消防本部では地域関係者と連携しながら、オリジナルのリーフレットやポスター等を作成し、応急手当講習やイベントでの配布、広報等に取り組んでいる。

それぞれの消防本部が、活用の場面や対象、地域の状況等を踏まえ「救急車利用リーフレット」を効果的に活用していくことが期待される。こうした活用を行っていく上での参考に資するよう、「救急車利用リーフレット」を活用した消防本部による取組事例を紹介する。

1. 柏崎市福祉保健部の取組事例

柏崎市福祉保健部の「医療・介護ガイドブック」には、消防庁作成の「救急車利用リーフレット」をもとにした「救急車の利用の仕方」が掲載されている。全体のデザインにあわせて、色の変更等が行われている。

「医療・介護ガイドブック」には、その他にも、医療とのかしこい付き合い方、救急医療の仕組み、急病時の対処法などの情報がとりまとめられており、作成、編集には、柏崎市、柏崎市地域医療連携連絡会議、柏崎市消防本部が参加している。

市内の全世帯約 34,000 世帯に加えて、市内の医療機関や公共施設（地域の集会場、小中学校、保育園等）にも配布されている。市民向けの出前講座など、救急医療・地域医療の啓発事業にも活用され、現在までの配布部数は 35,000 部を超えている。

図表 3-67 柏崎市「医療・介護ガイドブック」(救急車の利用の仕方)



2. 札幌市消防局の取組事例

救急車適正利用啓発のために、消防庁作成の「救急車利用リーフレット」をもとにしたリーフレット「あなたの判断は正しいですか？」を作成、配布している。

リーフレット作成にあたっては消防局内でデザイン・キャッチフレーズについてのコンペを実施した。デザインに関しては救急車の不適正利用に関するイラストを掲載せず、消防庁作成の救急車利用リーフレット内「ためらわずに救急車を呼んでほしい症状」のイラスト・コメントを詳細に表現し掲載することにより、救急車が必要な状態を強くアピールし、広い世代に救急車の利用について深い関心と理解を得ることを目的とした。キャッチフレーズはインパクトを与えて目に留めてもらい、興味を惹くようなものとしている。

図表 3-68 救急車適正利用リーフレット「あなたの判断は正しいですか？」

The image displays two versions of a public information leaflet regarding ambulance use. The left version is a large, colorful poster titled "あなたの判断は正しいですか?" (Is your judgment correct?). It features a central illustration of a person with various symptoms listed around them, such as "頭" (head), "顔" (face), "胸・背中" (chest/back), "手足" (limbs), and "腹" (stomach). The symptoms include severe headaches, dizziness, chest pain, difficulty breathing, and fainting. The poster also includes a section for children with symptoms like "顔" (face) and "手足" (limbs). The right version is a smaller leaflet titled "救急車の適正な利用について" (About the proper use of ambulances). It contains text explaining the importance of proper ambulance use, the number of ambulances in Sapporo, and contact information for various emergency services. It also includes a section for "札幌市民情報" (Sapporo Citizen Information) with details on how to use ambulance services, including phone numbers and website links.

札幌市消防局では、A2 版ポスター3,000 枚、B3 横版ポスター300 枚、A4 縦型のリーフレット 6 万枚を作成している。各消防署を通じて管内区役所、まちづくりセンター、地下鉄駅及び店舗等へ配布、札幌市医師会を通じて各医療機関へ配布している。その他、札幌地区バス協会を通じて、各バス会社のバス車内に掲示してもらっている。札幌市ホームページからダウンロードすることも可能である。

図表 3-69 バス車内への掲示例



掲示物を見た市民から「自分のマンションにも掲示したい」等の要望を受ける等の反響があり、その都度配布をしている。札幌市消防局では今後も継続して作成及び配布を行っていく予定である。

3. 徳島中央広域連合消防本部の取組事例

徳島中央広域連合管内での救急件数は6年連続で3,000件を超え、10年前と比べ1,000件以上増加し、今後も高い水準で推移することが予想される。そこで、徳島中央広域連合消防本部では、現在の管内救急統計や具体的な重篤な症状を例示することで、救急車の適正利用における広報活動を早急かつ円滑に推進し、同時に救急業務に対する住民の理解を得るため、リーフレットを作成した。

リーフレットの作成にあたっては、管内救急統計と救急車適正利用への理解協力に関するお願いの一文を加えている。広報誌に掲載することから内容を1枚にまとめ、消防庁作成の「救急車利用リーフレット」よりコンパクトに仕上げている。リーフレットは約2週間で作成することができた。

図表 3-70 徳島中央広域連合だより（救急車の適正利用にご協力をお願いします）

救急車の適正利用にご協力をお願いします。

119

最近、症状に緊急性がなくても「交通手段がない」「早く診てもらえるから」と救急車を呼ぶ人がいます。これは、交通事故などによる大けがの人や脳卒中などの緊急に病院へ搬送する必要がある人への救急車の現場到着時間を遅らせることとなります。
救急車や救急医療は限りある資源です。本当に救急車を必要としている人がいます!

平成25年中 管内の救急統計
出動件数 3396件 搬送人員 3262人
1日平均 約9件
当消防本部でも出動件数は増加傾向にあり4年連続で3000件を超えています。出動件数は10年前と比べて500件以上、15年前からは1000件以上も増加しております。

あなたの判断は正しいですか?

近年、全国で救急搬送された半数以上の人は入院の必要がない軽傷と診断されています。

こんな時はすぐに救急車を呼んで下さい!!

大人

- 頭**
 - 突然の激しい頭痛
 - 突然の高熱
 - 支えなしで立てない、歩くとふらつく
- 顔**
 - 顔の半分が動きにくい、もしくはしびれる
 - 口からよだれが垂れたり食べ物がこぼれる
 - にごり笑うと口や片方の顔がゆがむ
 - 急に言葉が出にくくなった
 - 顔色が明らかに悪い
- 胸**
 - 突然、胸が締め付けられるような痛み
 - 突然の息切れ、呼吸困難
 - 10分以上続く胸の痛み
 - 痛みの部分が移動する
- 腹**
 - 突然の激しい腹痛
 - 持続して癒けない程の激しい腹痛
 - 黒色の便や嘔吐
- 手足**
 - 突然のしびれ
 - 突然、腕や足に力が入らなくなった

小児 (15歳未満)

- 顔**
 - くちびるの色が紫色で呼吸が弱い
- 頭**
 - 顔を痛がって、ケイレンしている
 - 出血が止まらない
 - 意識がない
- 胸**
 - 激しい咳
 - ゼーゼーして呼吸苦があり、顔色が悪い
- 手足**
 - 手足が伸びきって、硬くなり震えている

リーフレットは管内（吉野川市及び阿波市）広報誌に掲載し、全世帯約 31,000 戸に配布した。また、管内 3 消防署が随時行っている応急手当講習等でも配布している。

今後は徳島中央広域連合消防本部にて独自に行っている消防フェスティバルや消防 PR 会、避難訓練、応急手当講習の指導先で継続して配布し、広報活動を推進していくことが予定されている。

IV. Web・スマホ版救急受診ガイドの取組事例集

1. 大阪市消防局の取組事例

大阪市消防局では、小児の緊急度判定と医療機関の検索をスマートフォンでまとめて行える「小児救急支援アプリ」を開発し、平成27年9月から運用を開始している。このアプリでは、症状、症候を画面上で選択していくと緊急度に応じて、「119番通報」「#7119」「病院検索」の画面が表示される。緊急度が「高」の場合は119番通報と#7119、「中」の場合は#7119と病院検索、「低」の場合は病院検索がワンタッチで可能となる。病院検索については、GPS機能がオンのときに近くの受診可能な医療機関が案内され、ワンタッチで電話が可能となり、医療機関までの経路が表示される。

なお、このアプリのうち、緊急度判定については、他地域においても使用可能となっている。

図表 3-71 大阪市消防局「小児救急支援アプリ」



2. その他の取組事例

○横浜市消防局



○神戸市消防局



○千葉市消防局



※詳細については、図 3-72 の Web・スマホ版救急受診ガイドの取組事例集参照

緊急度判定体系の普及については、参考資料Ⅲで紹介したオリジナルのリーフレットや参考資料Ⅳで紹介した Web・スマホ版救急受診ガイドの取組などのように、今後も各地域において積極的な取組が期待される。

また、このような独自の取組を開発した団体に、他の地域から活用の希望があった場合は、住民への緊急度判定体系の普及という共通の目的のために、積極的にデータ提供などを行っていくことが期待される。

図表 3-72 Web・スマホ版救急受診ガイドの取組事例集

事業主体	横浜市消防局	川崎市消防局	千葉市消防局	大阪市消防局	神戸市消防局
名称	横浜市救急受診ガイド	川崎市救急受診ガイド	千葉市救急受診ガイド	小児救急支援アプリ	神戸市救急受診ガイド
作成に携わった関係機関、部署	横浜市医療局	川崎市消防局警防部救急課	千葉市消防局	大阪大学医学部、大阪市立大学医学部、大阪府医療対策課、大阪市 MC 協議会	一次から三次医療機関医師、弁護士、保健福祉局、消防局
対象地域	横浜市	川崎市	千葉市	大阪市（28年度から大阪府内全域予定）	神戸市
検討を始めた時期	2014年6月頃	2013年7月頃	2015年5月頃	2014年6月頃	2015年4月頃
運用開始日	2014年12月15日	2015年9月9日	2015年10月15日	2015年9月9日	2015年9月9日
経緯・目的等	平成26年3月に総務省消防庁から緊急度判定プロトコル ver.1 等が示されたことから、家庭での自己判断が確認できる体制を構築することとした。	増加し続ける救急件数のうち、約55%を占める軽症者に対して「救急車を呼ばなくて良いのか、わからない」といった市民の医療機関を自ら受診するきっかけとして作成した。	①救急受診ガイド（冊子）を電子版に置換し消防局ホームページに掲載することで広く市民に周知ができる。 ②日頃から市民が閲覧することで、救急車の適正利用の促進を図る。	救急安心センター相談の4割が小児科系相談ゆえ、スマートフォン保有率が高い保護者層を対象として、住民自らが簡単に緊急度を判断でき、その後の受診行動の支援もできるシステムの構築を目的とした。	「病院に行くべきか」「救急車を呼ぶべきか」迷った際に、緊急度判定や医療機関受診の必要性を確認するものさしがなかったため。
対応 OS	iOS、アンドロイド その他（Windows、MacOS）	iOS、アンドロイド その他（Windows、MacOS）	iOS、アンドロイド その他（Windows、MacOS）	iOS、アンドロイド	OS 全般
開発方法	横浜市情報発信ガイドラインを遵守して業者に委託した。	川崎市 HP に掲載のため、川崎市 CMS（コンテンツ管理システム）作成者として、消防局救急課係員が自所属で作業した。	千葉市 HP に掲載のため、千葉市 CMS（コンテンツ管理システム）作成者として、消防局救急課係員が自所属で作業した。	以前に救急隊が活用していた「救急搬送支援システム」と救急安心センタープロトコルの機能を連動させた。ソフトウェア開発については業者委託した。	業者委託
開発費用	70.2万円	なし（川崎市 HP に掲載のため）	なし（千葉市 HP に掲載のため）	200万円（財団研究費100万 消防局と大学100万）	17.4万円
運用費用	なし	なし（川崎市 HP に掲載のため）	なし（千葉市 HP に掲載のため）	100万円/年（28年度以降） （システムサーバー運用経費など）	14.2万円/年
使用しているプロトコル	消防庁プロトコル	消防庁プロトコルを改良	消防庁プロトコル	救急安心センタープロトコル+消防庁	消防庁プロトコルを改良
運用開始にあたり承認を受けた団体	横浜市救急業務検討委員会	川崎市救急業務検討委員会、川崎市デジタルコントロール協議会	千葉市救急業務検討委員会	大阪府医師会、大阪府小児科医会	神戸市デジタルコントロール協議会
利用状況 （ダウンロード数、利用数等）	アクセス数： 平成26年12月 ～平成27年11月まで延べ3万件	2015年9月 1,445件 10月 1,307件 11月 1,219件 （川崎市救急受診ガイドトップページの閲覧数のみ）	アクセス数：5,376回（2か月間）	12月末現在 ・ダウンロード数5,130件 ・使用数：564件 《内訳》 119番通報：4件、#7119数13件 医療機関検索数：449件（複数検索含む） 科目選択：90件、様子を見る：62件	・9月実績アクセス総数46,349件 ・10月実績アクセス総数6,406件 ・11月実績アクセス総数7,390件
効果	横浜市救急受診ガイドについて、約1,500人にアンケートを実施したところ、「急な病気やけがをしたとき、横浜市救急受診ガイドを利用しようと思いますか」の設問に対して、約7割が「利用しようと思う」と回答した。	閲覧後の行動は把握できないため、効果は不明	運用開始間もないことから、出動件数等に関する定量的な判断は不明 広報した結果、電話による問合せや口コミによる広がりは見られるが、定性的効果も現時点では不明	緊急度の判断が困難な症状でも緊急度が高い症状は119通報されており、潜在する重症者の救護につながっている。また休日の利用が多く、利用者の9割は医療機関を検索していることから、自らの受診が促されていると考えられ、救急需要対策の一助となっていることが思慮される	運用開始間もないため、まだ効果は不明であるが、今後以下の効果が見込まれる。①救急搬送者の軽症割合の低減、救急車の適正利用、②潜在的な重症者の救護、③いざという時に備える自己学習

第4章 個別事案の分析による、搬送時間⁵延伸の要因の解決

1. 検討の背景と目的

昨年度の本検討会においては、搬送時間延伸の要因について、各消防本部にアンケート調査を行い、統計的な分析を行った。

今年度は、6号基準の内容の見直しなど実施基準のさらなるブラッシュアップにつなげていくことを目的に、精神疾患患者、酩酊者、独居高齢者等、救急活動の現場で対応に苦慮する個別の事案について、対応策等を調査・検討し、消防機関が取りうる改善方策と関係機関と連携して構築すべき体制のあり方を提示することとした。

2. 今年度の検討事項

(1) 要因別の搬送件数の把握・分析

救急隊の現場活動において特に対応に苦慮する事案がどの程度発生しているかについて、対応に苦慮した背景（要因）ごとの搬送件数を、全国の消防本部を対象としたアンケート調査を通じて定量的に整理した。

(2) 個別事案を通じた搬送時間延伸の収集・分析

個別の事案を通して搬送時間延伸の要因を分析するとともに、その解決策の実例についても調査、検討することとした。特に、以下のケースについて調査分析を行い、対応策を提示することとした。

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

3. 課題の整理と方向性

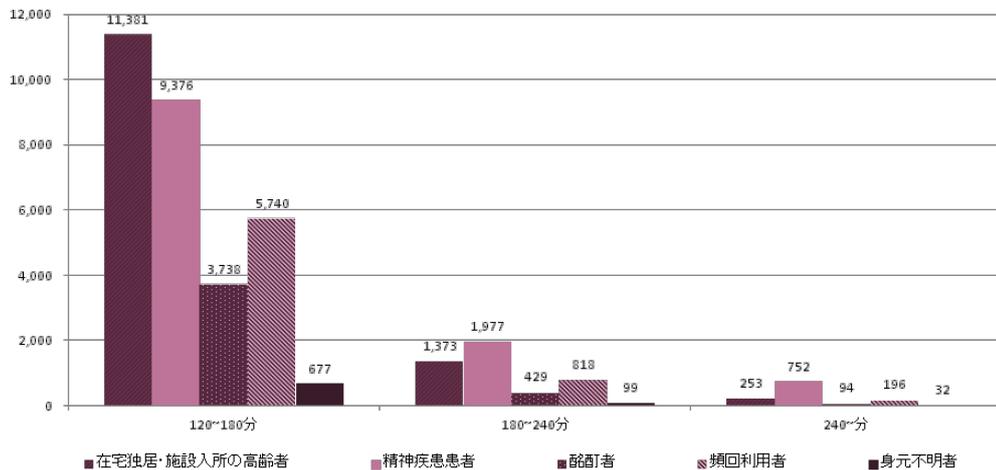
(1) 要因別の搬送件数

平成26年中、出場から帰署まで120分以上かかった事案のうち、在宅独居・施設入所の高齢者、精神疾患患者、酩酊者、頻回利用者又は身元不明者として分類できたものを整理した。例えば、出場から帰署まで「120～180分」の件数をみると、「在宅独居・施設入所の高齢者」が最も多く11,381件だった。次いで、「精神疾患

⁵ 本章における「搬送時間」は、出場から帰署までにかかった時間とする。

患者」が 9,376 件、「頻回利用者」が 5,740 件だった。

図表 4-73 出場から帰署まで 120 分以上かかった事案のうち、要因別に分類できた搬送件数（平成 26 年中、複数回答）



(2) 個別事案の分析

ここでは、「事案の概要」として、前項で示した要因別の背景や傷病者の背景等を整理したうえで、実際に救急隊や消防本部が講じた対応策を提示し分析し、「対応策のポイント」として示した。

①A 消防本部の事例

<事案の概要>

○対応に苦慮した要因

身元不明、精神疾患疑い、行政との連携不備。

○傷病者背景

30 歳代男性（推定）。四肢の麻痺なし、外傷等なし。起立及び歩行可能。所持品無し、氏名、年齢及び住所は不明。

○結果

出場から帰署までに約 250 分を要した。

平日午前中、前日に保護した男性が、覚醒しているものの呼び掛けに対し無表情で全く応答がないため、警察から救急要請があったもの。警察からは、すでに市福祉関係課に連絡済みであり、医師診察後異常がなければ市福祉関係課にて身元の引き受け可との申し伝えあり。

二次当番の A 病院へ受入れ依頼をすると、「市職員が身元の引き受けをするのであれば受入れ可。」との回答であったため、救急隊から市福祉関係課に連絡し、直

接A病院と話をしてもらった。その後救急隊からA病院に受入れの確認をすると、「市福祉関係課は精神疾患の有無等について診てほしいとのことだが、精神科医師不在のため当病院では受入れ不可。」との回答。

市福祉関係課に再度連絡すると、「異常なしとの診断がないため当課では引き受け不可。」とのことであった。

救急隊のみでは対応が困難であるため、指揮隊の出動を要請し、指揮隊長指示によりB病院に受入れ依頼、収容可能との回答を得たため搬送し、その後の対応は医療機関に依頼した。

<対応のポイント>

メディカルコントロール協議会において検証後、行政による福祉関係窓口一覧を作成し、医療機関とのより一層の連携を図った。

メディカルコントロール協議会において、「照会時間 30 分以上、照会回数 6 回以上の救急事案」について検証を行う中で、本事案についても検証を実施。

同協議会において、医療機関側から、身元不明者等の治療終了後の対応に苦慮することがあるため、このような場合の対応依頼先を明確化し、提供してほしいという要望があった。この要望を踏まえ、消防本部と行政側の福祉担当課等とが調整を行い、福祉関係窓口の一覧を作成し、医療機関側に提供した。

②B 消防本部の事例

<事案の概要>

○対応に苦慮した要因

頻回利用、精神疾患疑い、軽症。

○傷病者背景

60 歳代女性。夫と同居。椎間板ヘルニア、呼吸器疾患あり。複数の医療機関に入院歴、自主退院歴もあり。「腰痛」等で月に 2～3 回の救急要請歴あり。

○結果

同日中に出場から帰署まで約 280 分を要する通報と、約 250 分を要する通報があった。

初回の通報は、夕方ごろ「腰痛」症状で本人が自宅から救急要請し、救急隊が出場。複数の医療機関で受入困難となったが、6号基準により医療機関に収容。夫の同乗なし、腰椎症（軽症）と診断。

2 回目の通報は、同日夜、本人が自宅から再度救急要請。救急隊が出場。指令室と連携して選定を実施したが、前件同様に病院選定に苦慮。病院が遠方になる旨の説明をしつつ選定を続けたが、希望する病院へ搬送先が決定しなかったことを理由に本人が辞退。

その後も朝方まで本人からの救急要請が数回続き、指令室では、同居する夫に電

話を代わってもらい、本人のその後の状況を確認したところ、夫からは「自分たちで病院に行くので、救急車は必要ない」と救急要請辞退の確認が得て、同日夜の対応は一旦終了した。

<対応のポイント>

消防から行政への素早い情報提供により、24時間以内の解決が図られた。

翌日朝、消防本部と消防署で対応等を協議し、管轄する福祉事務所の担当者へ情報提供を行った。

福祉事務所の担当職員からは救急車の適正利用について理解が得られ、「直ちに傷病者宅を訪問し面会する」との回答があった。

数時間後、面会を終えた福祉事務所の担当者から、「精神疾患の所見が見られるため、入院の方向で調整します。」との電話連絡があり、同日午後、本人は自宅近くの精神科病院に任意入院した。

③C 消防本部の事例

<事案の概要>

○対応に苦慮した要因

アルコール依存、精神疾患。

○傷病者背景

80歳代男性。肋膜炎既往。長年に渡り医療機関受診を拒んでおり、焼酎を常飲している。飲酒量が多い。

○結果

出場から帰署までに約150分を要した。

家族からの救急要請により出動し、接触時は居室毛布上にて仰臥位、顔色正常、意識レベルJCSI桁。2～3週間前から食事が摂れていない旨、常飲していた酒量も減少している旨、1週間ほど前から歩行が困難となっている旨、当日は寝たまま立ち上がろうとしなくなった旨家族から聴取する。本人は医療機関受診を拒否。座位を促すと、時間を要しようやく座ることができ、立位も同様であるがふらつく。車内収容の同意を得ようとするが医療機関受診を一貫して拒否、宅内に戻ってしまう。

指令の助言を得て保健福祉事務所に電話相談する。協議の結果、同事務所からは、アルコール依存症に関する対応等の必要があるとの観点から職員を派遣するとの申し出を受ける。

同事務所保健師が到着、当隊の活動内容を説明し、また保健師からは家人、及び本人からの問診が実施される。家人及び同保健師より、現時点における救急搬送は不可能である旨の同意を得る。保健師に傷病者を引き継ぎ不搬送とする。

<対応のポイント>

福祉的な対応が必要となる事案に対しては、日ごろから消防と福祉担当部局が会議を重ね、対応方法を協議しておくことで適切な対応が可能となる。

搬送時間の延伸を防止する観点からは、一時的な酩酊者への対応とともに、アルコール依存症等により、常習的に酩酊状態にある者への対策も重要である。

依存症の背景には、多くの場合、福祉的な対応が必要な事情が存在するため、消防機関は福祉担当部局と連携をとることが不可欠である。

具体的な連携方策（保健福祉事務所の保健師が現場に赴く、搬送先医療機関の選定を行う等）についても、事前に決定しておくことが重要である。

④D 消防本部の事例

<事案の概要>

○対応に苦慮した要因

独居高齢者、頻回利用。

○傷病者背景

70歳代女性。

腹痛のため救急要請。現場到着すると、自立歩行可能、症状もなく、「洗濯物を取り込んでほしい」とのこと。室内は便や尿があちこちにある不衛生な状態。その日は医療機関へ搬送し、診察後帰宅。その後、同様の要請が一日平均5件ほど、約3ヶ月に渡って続いた。

徐々に受け入れ先医療機関の選定に苦慮するようになったが、本人からの「介護を受けたい」という要望から福祉担当部局に報告。消防、福祉担当部局、地域包括支援センターの三者で会議を開催、家族や親戚と連絡を取り、介護申請を行うこととなった。

<対応のポイント>

日ごろから消防と福祉担当部局との情報共有体制を構築しておくことが必要。さらに、救急要請を通して、福祉的な対応が必要となる事案を最初に扱うこととなる場合、迅速に情報共有を図ることが重要。

独居高齢者については、「寂しい」や「別居中の家族に心配してもらいたい」などの理由から救急要請を行う場合、認知症のケアが必要な場合等、消防機関のみでは根本的な解決に至ることができない場合がある。

こうした事案については、まずは地域の医療関係者や福祉関係者間で情報共有し、見守りや介護ヘルパーの派遣など、それぞれの事情に即した迅速な対応が必要とされる。消防機関も、こうした方々にいち早く接する機会の多い機関の一つとして、積極的に情報提供に取り組む必要がある。

⑤E 消防本部の事例

<事案の概要>

○対応に苦慮した要因

独居高齢者、頻回利用。

○傷病者背景

70歳代男性。共同住宅で独居。生活保護受給者。

本人から、脱水症状や気分不良、食欲不振等で月に10件以上の要請。

救急隊から地域包括支援センターに連絡。地域包括支援センターケアマネージャーにより、食事の管理、通院の付き添い、福祉関係の相談等の支援が行われ、不要不急の救急要請がなくなった。

<対応のポイント>

地域包括ケアシステムを担う関係機関との連携により、消防機関だけでは解決が難しい福祉的な対応をとることができた。

この事案を機に、地域包括支援センターとの連携を開始。過去3年間で合わせて約300件の救急要請があった傷病者20名について、1年間で69件（うち47件は同一の傷病者）にまで減少させることが出来た。

また、地域包括支援センターと連携した勉強会や意見交換会を行うようになり、救急隊員にも福祉を必要とする方々に最初に接触する者としての自覚が醸成されつつあるとともに、迅速な情報共有体制の構築やケアマネージャー等による救急業務への協力等、更なる連携に向けて取り組んでいる。

⑥東京消防庁の例

上記のように個別事案に対し細かく対応している事例のほか、例えば、東京消防庁及び東京都福祉保健局では、二次保健医療圏ごとに設置する「地域救急会議」において、救急搬送の状況や「東京ルール」運用実績を取りまとめ、救急医療に係る地域の課題検討に活用するなど、搬送時間が延伸する事案の減少に向けて、消防機関や二次医療機関等が一体となって取り組んでいる。

4. まとめ

搬送時間が延伸する事案については、多くの場合、消防だけで解決することが難しく、福祉的な対応が必要であり、地域包括ケアを担う関係機関との連携が不可欠となる。実際に、検討会で取り上げた事例の多くは、消防だけではなく、市町村の福祉担当部局による対応や地域包括支援センター等との連携により対応していたところである。

(1) 関係機関との連携

今後、このような事案がさらに増加していくことが想定される中で、地域においては、関係機関との連携強化に加え、消防機関内での情報共有の充実、医療機関との連携強化等に取り組んでいくことが重要である。

関係機関との連携のためには、消防機関、行政の福祉担当部局、地域包括支援センター、医療機関等が、定期的に情報交換を行う場を設けるなど、「顔の見える関係」を構築しておくことが必要である。そのためには、事後検証を行う MC 協議会が福祉関係機関との連携が必要と判断したものについては、地域ケア会議等で個別事案を取り上げるなど、地域に密着した活動を行う地域包括支援センター等に確実に情報を提供することが重要である。

(2) 消防機関における対応

消防機関は、福祉的な対応が必要な方々に対し、救急要請を通じて最初に接触する機会が多いが、福祉部局等への情報提供が遅れると傷病者本人が適切なケアを受ける機会を逸するだけでなく、円滑な救急搬送に支障を来すことになる可能性もある。そのため、消防機関は、メディカルコントロール協議会の事後検証等を待たずとも、迅速に関係機関に情報を提供していくことが重要である。また、消防機関内でも、救急隊員が把握した事例を指令センター等に随時提供し、指令センターに情報を蓄積する、救急隊同士で情報共有を行う等、福祉的な対応が必要な事案について、迅速に対応できる体制を構築することが望ましい。

(3) 医療機関における対応

救急搬送された医療機関での診療の後に自宅療養等となった場合、その後救急要請が繰り返される場合がある。そのため、救急に携わる医療機関においても、診察結果や福祉的対応が必要である旨を消防や福祉関係機関に提供するなど、積極的な協力が期待される。

(4) 関係省庁における取組

厚生労働省が、市区町村の在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施のために作成した「在宅医療・介護連携推進事業の手引き (Ver. 1)」(平成 27 年 3 月)においても、「切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」の中で、「検討した仕組みや取組については、救急搬送を行う消防組織と情報共有を行うことも効果的である。」と、消防との連携について示している。各消防機関においては、これらを踏まえ、地域包括支援センター等関係機関と積極的に連携していくことが望まれる。

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き（Ver. 1）」抜粋

（厚生労働省老健局老人保健課（平成 27 年 3 月））

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、必要な具体的取組を企画・立案する。

【目的】

医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることができるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と在宅介護が切れ目なく提供される体制の構築を目指した取組を行うこと。

【ポイント】

（略）

【実施内容・実施方法】

（略）

【留意事項】

（１）地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては関係団体等に委託して差し支えない。

（２）切れ目なく在宅医療と在宅介護を提供するための体制は、例えば、取組の一つとして、表 2 のような取組が考えられるため参考にされたい。ただし、必要な取組は、患者・利用者の状態や、その家族、介護者の状況、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、表 2 の取組に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。なお、検討した仕組みや取組については、救急搬送を行う消防組織と情報共有を行うことも効果的である。

（３）本事業では、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築を推進する取組についての検討の費用を対象とする。例えば、主治医・副主治医制の運営のための経費（医師への手当て等）、夜間・休日に医療機関が診療体制を確保するための経費（医療機関の協力金等）は、本事業の対象とならないので注意すること。

（５）その他留意事項

個人情報の共有に際しては、条例の中で第三者提供が可能な場合を明示する、本人の同意をとるなど、個人情報保護に係る適切な対応に留意する必要がある。

第5章 救急業務に携わる職員の教育

1. 昨年度までの検討

救急現場において豊富な経験を積んだ救急救命士を中心とした教育体制の構築による救急業務全体の質の向上等を目的に、消防庁では平成24年度から指導的立場の救急救命士に関する検討を開始し、平成25年度に「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver.1」(以下「指針」という。)において、指導救命士について、その位置づけ、要件等が取りまとめられるとともに、各消防本部における指導救命士を中心とした教育体制の構築の必要性が示された。

また、消防庁は「救急業務に携わる職員の生涯教育のあり方について」(平成26年5月23日付消防救第103号救急企画室長通知・以下「通知」という。)を発出し、指導救命士の位置づけ、要件等を示すとともに、全国で指針に基づく指導救命士を中心とした教育体制が実現されるよう都道府県の取組を促してきた。

しかしながら消防庁の通知発出後も指導救命士の認定を行う都道府県は少数にとどまり、養成機関による指導救命士の養成も進んでいないという課題があった。そのため、消防庁では、全国で質の担保された指導救命士の養成体制を構築すべく、指針に記載された養成カリキュラムを基に、より具体的な教育内容へと展開した「指導救命士の養成に係るテキスト」(以下「テキスト」という。)の作成を平成26年度に開始し、「平成26年度救急業務のあり方に関する検討会 報告書」において、テキストの骨子版が提示された。

2. 今年度の検討事項

(1) 検討内容

テキストについては、骨子版を具体化した草案を作成し、編集作業、監修作業を実施した。作成作業を進める中で、テキストの活用方策や地域事情の反映方法についても検討を行い、その検討結果を適宜テキストの内容に反映した。

全消防本部及び全MC協議会を対象としたアンケート調査を実施し、指導救命士の認定、運用状況や、指導救命士に対する期待等を把握するとともに、同調査の結果も踏まえ、指導救命士の今後の認定拡大に向け必要な方策等を検討した。また、指導救命士の役割のひとつである、救急救命士の再教育における指導救命士の活用について検討を行った。

(2) 検討体制

昨年度の検討体制を引き継ぎ、主な読者として想定される救急救命士にとって分かりやすく、また、現場の実情を十分に反映したテキストを作成すべく、現場で活動する救急救命士自らがテキストを作成し、それを有識者や医療関係者が確認する形式をとった。

執筆を担う4名の指導的立場の救急救命士と4名の管理的立場の救急救命士の計8名の救急救命士に加え、医師及び指導救命士養成機関から編集に携わる委員として4名、日本救急医学会及び日本臨床救急医学会からそれぞれ1名ずつ監修に携わる委員として2名、加えて、WG長が全体監修を担うという、合計15名の体制で検討を行った。

3. 検討結果

(1) 指導救命士の養成に係るテキストの完成

各項目に関する記載を充実するとともに、骨子版では記載のなかった効果測定・総合シミュレーション等について追記した。また、テキストの位置づけや活用方法を明確化するべく「はじめに」を記載した。「はじめに」では、テキストはあくまでも「指導救命士養成カリキュラムの100時限を踏まえ、基本となる考え方や方法について記載した」ものであることや、「指導救命士養成カリキュラムはミニマムリクワイアメント（最低限の必要時間）」であることを明示し、その上で、「本テキストに示した考え方を参考に各消防本部・養成機関の実情に沿った研修計画の作成」が重要である点を指摘した。加えて、テキストによる学習のみでなく、継続的な学習が進むようにテキスト末尾に「今後の学習に向けて」を追記し、対外的活動の主体となる指導救命士としての側面と、消防本部内において模範となるべき一人の救急隊員としての側面に分け、今後の向上に向けた論点を記載した。

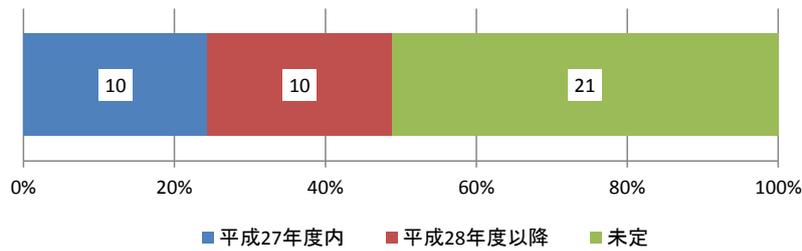
このような作業を進め執筆者を担う救急救命士により草案が作成された。その上で、医師及び指導救命士養成機関による編集作業、日本救急医学会・日本臨床救急医学会の委員による監修作業を進め、11月にテキストを完成させた。完成したテキストについては普及に向け全国の消防本部に配布された他、「指導救命士標準テキスト」として一般販売されている。

(2) 認定と活用方法の検討

アンケート調査を行った平成27年8月1日の時点で、指導救命士の認定を行っているのは、6県であり、既に指導救命士を配置しているのは38消防本部、配置人数は合計93名であった。

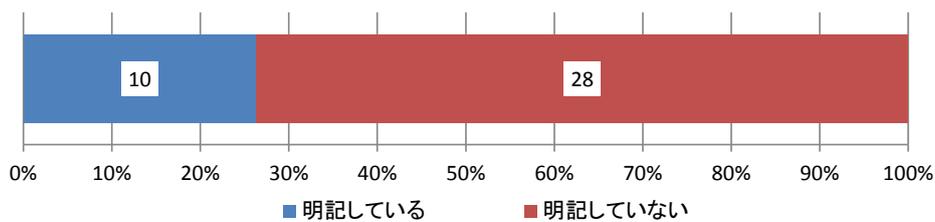
指導救命士の認定を開始していない、41都道府県のうち、10県は平成27年度中に認定開始予定であり、今後の認定数の増大が期待されるものの、約半数の都道府県においては認定開始時期が未定であり、指導救命士の全国展開を図る観点からは課題が大きい。

図表 5-74 指導救命士に係る認定状況



また、指導救命士を既に配置している 38 消防本部の中でも、指導救命士の位置づけを要綱等で明記していない消防本部が多い。指導救命士を認定しても指導救命士が果たすべき役割等が明確化されていなければ指導救命士が地域でその能力を十分に発揮することができないことから、指導救命士を配置している消防本部では、速やかに指導救命士の位置づけを明確化することが必要である。また、今後、指導救命士の認定が開始される地域の消防本部では、指導救命士が果たすべき役割等について、予め検討しておくことが求められる。さらに、既に指導救命士の認定を開始している都道府県 MC 協議会では、通知でも示されているように消防学校や都道府県 MC 圏域等での講師など指導救命士が活躍できる場を提供できるよう都道府県レベルにおける役割を明確化することが求められる。また、今後、指導救命士の認定を開始する都道府県 MC 協議会では、都道府県レベルでの指導救命士の活躍の場の提供について予め検討しておくことが求められる。

図表 5-75 指導救命士の位置づけの要綱等での明記



指導救命士の役割については、消防本部内部での役割例と対外的役割例に分け指針の中で整理されている。消防本部等では、他の救急隊員に対する指導や助言、研修会等の企画・運営など、消防本部内部での教育・指導の中心的な役割が期待されており、対外的には、MC 協議会への参画や事後検証の実施・フィードバック、病院実習の調整役などネットワークの中心としての活躍が期待されている。

ただし、これらはいくまでも役割の方向性を示すための例示であり、各消防本部における位置づけ・役割については、こうした方向性を理解した上で、地域の実情にあわせ検討されるべきである。求められる救急業務は地域により異なり、また、MC 協議会や医療機関等との関係も消防本部により異なる。指導救命士は、地域の

救急業務の専門家であるとともに、救急隊と関係者とのネットワークの中心となる。それゆえ、指導救命士の位置づけ・役割について消防庁が画一的に提示することは不可能であり、導入の趣旨を十分に理解した上で、各消防本部と関係者が議論し、自らの地域における位置づけ、求められる役割を具体化していかねばならない。

この点、消防庁には、多くの救急業務の現場において指導救命士の位置づけが明確化されていない現状を踏まえ、引き続き、指導救命士の役割例・導入の趣旨に関する情報発信を続けるとともに、各消防本部や MC 協議会において位置づけに関する議論が進むように促すことが期待される。

図表 5-76 指導救命士の役割例

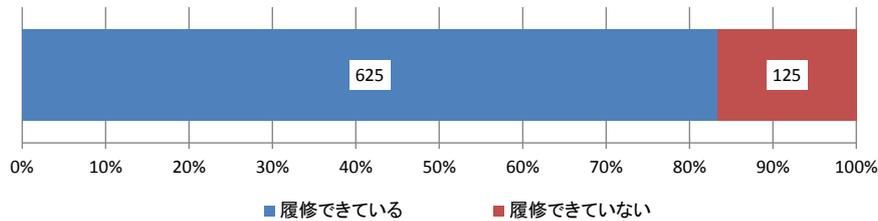
消防本部等での役割例	対外的(対MC)役割例
救急隊員生涯教育に関する企画・運営 (年間教育計画の策定、研修会の開催等)	MC協議会への参画(会議等への参加) MC協議会との連絡・調整(都道府県MC・地域MC)
救急救命士への指導 (主にOJTにおける救急救命士再教育の指導)	事後検証委員会への参画、フィードバック
救急隊員への指導、評価	病院実習での指導、院内研修の補助等 (救急救命士再教育(院内)の計画策定、補助等)
教育担当者への助言	消防学校、救命士養成所等での講師、指導等
事後検証(一次検証等)の実施、フィードバック	MC圏域等での他消防本部での講師、指導等
救急ワークステーションでの研修、指導	国での各種検討会(救急関連)への参画等
通信指令員への救急に関する指導	全国規模の研修会等への参加
本部全体で共有すべき事柄の伝達・指導 など	全国救急隊員シンポジウムの企画等への参画など

(資料) 消防庁「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver. 1」

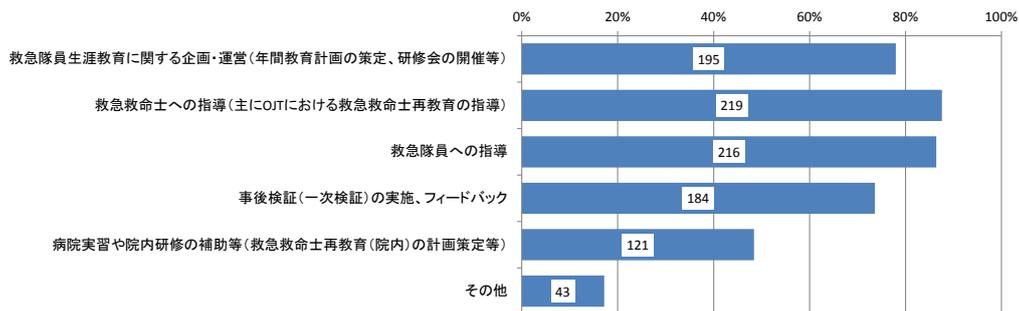
また、指導救命士の更なる普及に向けては、位置づけの明確化とも関連して、指導救命士制度を活用するインセンティブ(活用するメリット)の明確化が重要である。そのためには、指導救命士の機能、権限の明確化(指導救命士の活躍が期待される場の創出)を進めることも重要である。例えば、指導救命士の早期の活躍が期待される具体的な分野として、救急救命士の再教育のうち日常的教育に係る部分が挙げられる。

救急救命士の再教育について、約2割程度の消防本部では、定められた履修時間(2年間で128時間以上)に満たない職員が存在する。また、地域MC協議会を対象としたアンケートで指導救命士に期待する役割として、救急救命士や救急隊員への指導等、消防本部内での指導に関する期待が多く挙げられている。こうした状況を踏まえると、救急隊員の生涯教育体制を充実させるため、医療機関と異なった救急現場で経験を豊富に積んだ指導救命士の活用が有効と考えられる。

図表 5-77 救急救命士の再教育（2年間で128時間以上）の履修状況



図表 5-78 指導救命士に期待する役割



また、インセンティブの明確化に向けては、指導救命士となる人材のあり方について、実態を踏まえた検討を進めることも重要である。例えば、人材の効率的な活用という観点からは、定年退職を迎えた指導救命士が引き続き再任用され、組織内の教育の一翼を担うなどの活用も考えられるほか、指導救命士の認定を受けるメリットという観点からは指導救命士としての業務に対する責任と処遇をどのように考えるか等の議論も必要である。ただし、前述のとおり、指導救命士の役割は地域で大きく異なることから、今後、各消防本部での実態を踏まえつつ、丁寧かつ細かな検討が必要である。

4. 今後の展望

平成 28 年度以降については、まず認定者数の拡大に向けた取組が非常に重要である。

消防庁としては、本年度作成したテキストの積極的な活用を促すことで、指導救命士の養成を推進するとともに、消防本部や MC 協議会をはじめとする地域の関係者、関係機関に対して、積極的に情報発信し、各消防本部や都道府県 MC 協議会における指導救命士の位置づけや役割の明確化を促すことが必要である。併せて指導救命士の認定を開始していない都道府県 MC 協議会に対しては、指導救命士の認定を開始するよう働きかけを進める必要がある。また、常に関係者が現状を把握しつつ取組を進められるように、年 1 回等定期的に、各都道府県における指導救命士の認定状況等の基礎情報を提供することも重要である。

各消防本部においては、指導救命士の導入の趣旨を十分に理解した上で、地域の実情を踏まえ、指導救命士の果たすべき役割について、役割例を参考に明確化することが期待される。また、併せて、指導救命士の認定を開始していない都道府県 MC 協議会においては、十分な検討を重ねつつも、可能な限り早期に認定を開始することが期待される。

また、救急救命士の再教育のうち日常的教育に係る 80 時間相当については、指導救命士を積極的に活用していくべきである。「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 日付消防救第 262 号救急企画室長通知）発出に係る検討会の中で医師による医学的裏付けを確保した上で、経験のある救急救命士が教えることについての意見が出されている。このことを踏まえ、救急救命士の再教育（2 年間で 128 時間以上）のうち、病院実習（2 年間で 48 時間程度）を除いた日常的教育（2 年間で 80 時間相当）は、医師による医学的裏付けを確保した上で、指導救命士が行うことができることを消防庁が各地域 MC 協議会・消防本部に対して示すことが適当であると考えられる。それを踏まえ地域 MC 協議会と消防本部は、80 時間相当のうち指導救命士が実施する時間や範囲について議論し、整理・明確化する必要がある。

最後に、中長期的な視点に立てば、指導救命士のあり方に関する継続的な改善や質の向上に向けた検証が非常に重要である。指導救命士は、その導入の趣旨から、救急隊員の生涯教育の核となることが期待されている以上、指導救命士の質は救急業務全体の質に直結する。それゆえ、指導救命士の配置に伴う効果については継続的に検証を行い、必要に応じ改善する必要がある。また、併せて、指導救命士の質の担保、向上に向けて、全国を単位にした勉強会や共同研究の実施といった取組について検討を行うことが望ましい。

第6章 救急蘇生ワーキンググループ

第1節 JRC 蘇生ガイドライン 2015 の改訂への対応

1. 検討の背景・目的等

(1) 背景・目的

2015年10月、ILCOR（国際蘇生連絡委員会）のCoSTR（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）の発表に伴い、日本蘇生協議会（JRC）と日本救急医療財団（心肺蘇生法委員会）で構成された日本蘇生協議会（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 2015 オンライン版」（以下「ガイドライン 2015」という。）が公開された。

この、ガイドライン 2015 は、消防庁が全国消防本部から収集しているウツタイン様式（救急蘇生統計データ）から導き出されたエビデンスとして、本邦から 15 の研究が採用され、我が国の実情を反映したものとなっている。

消防庁では、上記ガイドラインの改訂により一般市民や救急隊員が行う心肺蘇生法の見直しが必要であるとの観点から、本検討会の下に「救急蘇生ワーキンググループ」を設置し、ガイドラインの改訂により影響を受ける事項について検討を行った。

2. 今年度の検討事項

これらの状況を踏まえ、今年度は、(1)「救急蘇生法の指針（市民用）」の改訂に基づいた対応について、(2) 応急手当の普及啓発について検討した。

(2) の応急手当の普及啓発に関して、具体的には、①応急手当普及員の認定（現に教員職にある者に対する養成講習）について、②応急手当普及員と応急手当指導員を他地域で取得した者の取扱いについて、③講習体系の変更とファーストエイドについて、④バイスタンダーの精神的影響について検討した。

<検討事項>

(1) 「救急蘇生法の指針（市民用）」の改訂に基づいた対応について

(2) 応急手当の普及啓発について

① 応急手当普及員の認定（現に教員職にある者に対する養成講習）について

② 応急手当普及員と応急手当指導員の資格を他地域で取得した者の取扱いについて

③ 講習体系の変更とファーストエイドについて

④ バイスタンダーの精神的影響について

以下では、各検討事項について、課題を整理し、今後の対策や方向性について記載する。

3. 「救急蘇生法の指針（市民用）」の改訂に基づいた対応について

(1) 一般市民が行う心肺蘇生法の変更について

一般市民が行う心肺蘇生法の変更について、ガイドライン 2015 の主な変更点と追加点は以下の表のとおりである。心停止の認識、人工呼吸、胸骨圧迫の位置（テンポと深さ）と中断時間、通信指令員の教育について変更があった。また、ファーストエイドについて、新たに記載が設けられた。

図表 6-79 JRC 蘇生ガイドライン 2015 の主な変更点と追加点

JRC蘇生ガイドライン2015主な変更点と追加点		
	G2010	G2015
心停止の認識	・傷病者に反応がみられず、呼吸をしていない、あるいは死戦期呼吸の傷病者に対してはただちに、胸骨圧迫を開始する。	・心停止かどうかの判断に自信が持てない場合も、心停止でなかった場合の危害を恐れずに、ただちに胸骨圧迫を実施する。 (以下、追加点) ・非心停止傷病者に対して、胸骨圧迫を開始したとしても重篤なリスクは生じない。 ・119通報をした救助者は、通信指令員から心停止の判断とCPRについて口頭指導を受けることができる。なお、反応の有無について迷った場合も、119通報して通信指令員に相談する。
人工呼吸	・人工呼吸ができる場合は、30:2の比で胸骨圧迫に人工呼吸を加える。	・人工呼吸の訓練を受けており、それを行う技術と意思がある場合は、30:2の比でCPRを実施する。
胸骨圧迫	・胸骨圧迫のテンポは1分間に少なくとも100回。 ・胸骨圧迫の深さは少なくとも約5cm ・人工呼吸時など、胸骨圧迫の中断時間は最小にすべきである。	・胸骨圧迫のテンポは1分間に100～120回 ・胸骨圧迫の深さは約5cm(ただし6cmを超えない) ・人工呼吸時など、胸骨圧迫の中断時間は10秒未満にする。
通信指令員の教育	・通信指令員が心停止を見分ける能力を高める方法と教育方法を検討すべきである。	・通信指令員は、傷病者に反応がなく、正常でない呼吸をしているかどうか確認し、反応がなく、呼吸が正常でない場合は、通報時点でその傷病者が心停止であるものとみなすことは理にかなっており、その状態を見分けるための教育を受けることを推奨する。この教育には死戦期呼吸の重要性を含めるべきである。
実施 デブリーフィングの	記載なし	・成人と小児の院外心停止に対する救命処置終了後に、救助者に対し、データに基づいて、救命処置の質に焦点を当てたデブリーフィング(振り返り)を行うことを提案する。
トエアース	記載なし	・急な病気やけがをした人を助けるためにとる最初の行動である「ファーストエイド」の章を新たに設けて、その普及のための教育の必要性に言及した。

畑中 哲生委員提供資料

一般市民に対する最も重要な変更点は、心停止かどうかの判断に迷う場合、自信が持てない場合であっても、心停止でなかった場合を恐れずに、直ちに心肺蘇生とAEDの使用を開始するという点である。非心停止傷病者に対して、胸骨圧迫を実施したとしても重篤なリスクは生じないことも追記されている。

このように、全ての市民が心停止の疑われる人に対して胸骨圧迫を行うこととした上で、「救助者が人工呼吸の訓練を受けており、それを行う技術と意志がある場合は」人工呼吸も行うべきであるとされた。この場合、単に訓練を受講して修了証を所持していればよいのではなく、十分な技術を身につけていることが必要とされる。

また、救急車要請時（119番通報）に、電話で心停止の判断についての助言や指導を受けること、すなわち口頭指導を受けることの大切さが強調され、通信指令員の教育も推奨されている。

(2) 口頭指導要領の改訂について

上記のとおり、ガイドライン 2015 においては、119 番通報をした救助者に心停止の判断と心肺蘇生について口頭指導をすることが明記され、通信指令員の行う口頭指導の重要性が増すことになった。

現在のところ、実際の救急現場では、「口頭指導に関する実施基準（平成 25 年 5 月 9 日消防救第 42 号）」により、口頭指導が実施されているが、すべての事例においてバイスタンダー⁶による心肺蘇生が実施されているとは言い難いこともあり、今後、通信指令員の救急に係る教育を充実し、通信指令員が口頭指導することによって、さらに心肺蘇生の実施率が上がり、救命率の向上に繋がることが期待される。また、ガイドライン 2015 では、通信指令員が救助者の通報内容から心停止であるかどうかを判断し、心停止である場合には、救助者に心肺蘇生を直ちに実施させることが重要視されている。これらを踏まえ、積極的に口頭指導ができるよう、ガイドライン 2015 に準拠した口頭指導要領に関する検討を行った。

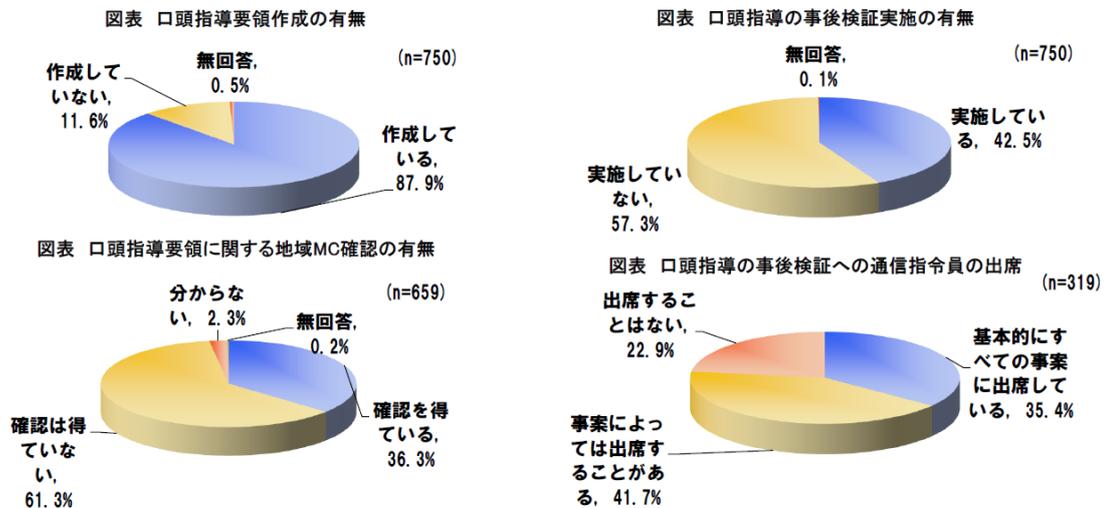
具体的には、傷病者の呼吸を判断する際は、「あえぐような呼吸ですか?」、「呼吸は普通にしていますか?」などと尋ねる方法で行うが、呼吸停止を疑うために、繰り返し質問して、通信指令員が呼吸停止を判断することが重要である（「普段どおりの呼吸」の確認）。

また、普段どおりの呼吸がないこと（＝心停止）を通信指令員が判断し、口頭指導を実施するが、その際、胸骨圧迫の内容は指導するが、人工呼吸のやり方については指導しないこととし、まずは胸骨圧迫を行うことの重要性を示すことが必要である（「心肺蘇生」の口頭指導）。

なお、アンケート結果では、口頭指導要領を作成している消防本部は 87.9%（659 本部）であったが、そのうち、地域 MC 協議会の確認を得ているのは 36.6%（239 本部）にとどまっていた。また、口頭指導の事後検証を実施している消防本部は 42.5%（319 本部）と半数を下回り、そのうち通信指令員が出席しているのは 77.1%（246 本部）であった。今後はこれらの取組を更に進めていく必要がある。

⁶ 救急現場に居合わせた人（発見者、同伴者等）のことで、適切な処置が出来る人が到着するまでの間に、救命のための心肺蘇生法等の応急手当を行う人員のこと。（消防庁「平成 23 年度救急業務のあり方に関する検討会」報告書）

図表 6-80 口頭指導の現状



(3) 救急隊員の行う心肺蘇生法（一般市民が行う心肺蘇生法と重なる部分）の変更について

救急隊員の行う心肺蘇生法については、従来、「救急蘇生法の指針 2015（医療従事者用）」が示されてからの検討となっていたが、一般市民が行う心肺蘇生法と重なる部分については、一般市民に教える心肺蘇生法と救急隊員の行う心肺蘇生法に差異のある期間がないようにすることが重要であることから、この点についても検討結果を反映し、変更点について全国へ周知することが求められる。

4. 応急手当の普及啓発について

(1) 応急手当普及員の認定（現に教員職にある者に対する養成講習）について

① 応急手当普及員の認定の現状

応急手当の市民への普及については、各地域の消防本部により推進されているが、その資源には限界があり、より広く普及を図るためには、消防本部の職員以外の人材を活用する必要がある。

特に、消防庁が幅広い世代に対する普及促進の取組を推進する中で、幼少期から救命の重要性を理解してもらうために、多くの学校で救命講習が実施されている現状を鑑みると、消防本部による指導に加え、教職員自らが同僚、生徒や保護者に対して指導をしていくことも重要である。このことについて、ガイドライン 2015 には「全ての教員が質の高い CPR および AED の技能と知識を習得し維持するための環境を整え、教員に対して BLS 教育の指導法を研修する体制の構築が求められる」と述べられているところである。

消防庁は、「主として事業所又は防災組織等において当該事業所の従業員又は防災組織等の構成員に対して行う普通救命講習の指導に従事するもの」として、「応

「応急手当普及員」の資格を設けている（平成5年3月30日消防救第41号「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」、以下「実施要綱」という。）。

応急手当普及員の資格を取得するためには、救急救命士の資格を有する者、消防機関在職中に応急手当指導員、あるいは救急隊員の資格を有していた者以外の場合、「応急手当普及員講習Ⅰ」（以下「普及員講習Ⅰ」という。）を受講する必要がある。普及員講習Ⅰとは、基礎的な知識技能（540分）、指導要領（780分）、効果測定・指導内容に関する質疑への対応（120分）、計1,440分（24時間）の講習である。

しかしながら、本来業務を抱える学校の教員にとって、24時間（3日間）を捻出することは容易ではなく、普及員講習Ⅰを取得しづらい要因のひとつであると言われている。また、普及員講習Ⅰの項目には、養護教諭などの専門知識を持った者には、あえて再度受講する必要がないものも含まれているという意見もみられる。

図表 6-81 応急手当普及員講習Ⅰ（別表 8）

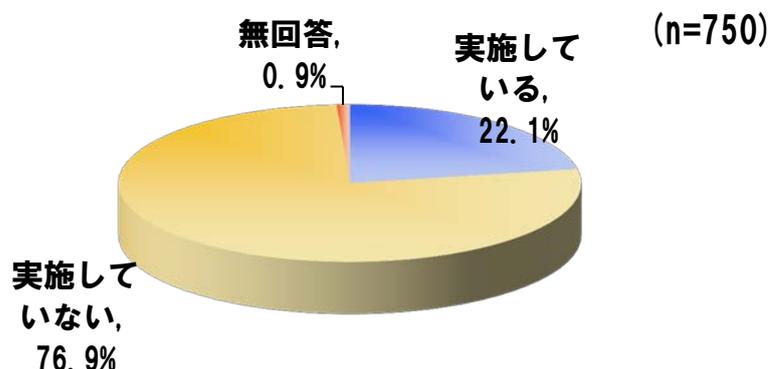
項目		時間（分）	
基礎的な知識技能	基礎知識（講義）	120	540
	救命に必要な応急手当の基礎実技	240	
	その他の応急手当の基礎実技	180	
指導要領	基礎医学・資機材の取扱い要領・指導技法	300	780
	救命に必要な応急手当の指導要領	360	
	心肺蘇生法に関する知識の確認（筆記試験）、 心肺蘇生法の指導に関する実技の評価（実技試験） を含む		
	各種手当の組み合わせ・応用の指導要領	120	
効果測定・指導内容に関する質疑への対応		120	
合計時間		1,440	

（注）

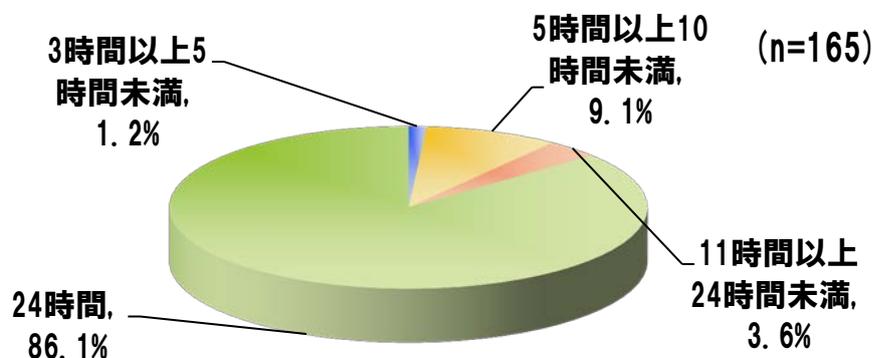
- ・「基礎知識（講義）」とは、応急手当指導員（普及員）認定制度、応急手当の重要性、応急手当の対象者等に関する知識を意味する。
- ・「基礎医学」とは、解剖・生理学、感染防止を意味する。
- ・「救命に必要な応急手当」とは、心肺蘇生法、止血法（感染防止を含む）を意味する。
- ・「その他の応急手当」とは、傷病者管理法、外傷の手当要領、搬送法を意味する。

各消防本部が、教育機関の教員向けに応急手当普及員の養成講習を実施しているかについて、アンケート結果をみると、現在「実施している」消防本部は 22.1%（166 本部）だった。講習時間は、「24 時間」と回答した消防本部が 86.1%（142 本部）だった（実施している 166 本部のうち、165 本部が回答）。

図表 6-82 教育機関の教員向けの応急手当普及員養成講習の実施状況



図表 6-83 教育機関の教員向けの応急手当普及員養成講習の講習時間



また、現時点で各消防本部が実施している事例をみると、指導技術と一定の医療知識を持っている養護教諭や保健体育教諭を対象に、受講時間を8時間に短縮した講習を実施している消防本部がみられた。また、幼稚園から中学校の全教諭を対象に、3時間の再講習を毎年受講し、指導力の維持を図ることを条件に、6時間の講習を実施している消防本部もみられた。これらの講習を受講し、認定を受けた応急手当普及員が普通救命講習を実施する対象については、生徒や保護者とする消防本部と、自校の教諭とする消防本部があった。

図表 6-84 応急手当普及員の認定（現に教員職にある者に対する養成講習）の例

	A消防本部	B消防本部	C消防本部	D消防本部
受講時間	8時間	6時間	8時間	8時間
受講対象者	・養護教諭	全教諭が対象(幼稚園から中学校)	・養護教諭 ・保健体育教諭	・養護教諭
普及員の役割	消防機関と協力し、保護者、生徒に対しての講習を実施。	教諭が主体となり、保護者、教諭に対しての講習を実施。消防機関はサポート	消防機関と協力しつつも、自校の教諭に対する普通救命講習を主催	消防機関と協力し、保護者、生徒に対しての講習を実施。
受講時間の理由	指導技術と医療知識を持っているため、8時間とした	3時間の再講習を毎年受講することにより、指導力の維持を図っている	養護教諭、保健体育の教諭とし、指導技術と医療知識をある程度持っているため、8時間とした	医療知識を持っているため、特例で上級救命講習と同じ8時間とした。
消防機関側メリット	養護教諭と共同で教えることで、自覚が芽生えた。	負担が軽減した。	無回答	負担が軽減した。
学校側メリット	講習自体は有意義と感じる	無回答	無回答	学校安全面から 必要性を感じる

②現に教員職にある者に対する対策と方向性

教育機関の教員が指導技術を持つ専門職であること、また既に一部の消防本部で教員向けの応急手当普及員の養成講習が実施されている現状を踏まえると、教員免許の種類（一定の医療知識を持っているかどうか）、及びこれまでに受講経験のある救命講習の種類（上級救命講習か普通救命講習か）に応じて、各消防本部において、普及員講習Ⅰの受講時間を短縮して実施することが可能と考えられる。

例えば、上級救命講習を受講した養護教諭については、下記の考え方によって10時間（600分）に短縮することが可能であると考えられる。

- ①「基礎知識（講義）」はプレテストを実施
- ②「救命に必要な応急手当の基礎実技」、「その他の応急手当の基礎実技」は、上級救命講習を受講することで免除
- ③「基礎医学・資機材の取扱い要領・指導技法」のうち、基礎医学と指導技法は養護教諭かつ教諭であることから免除し、資機材の取扱い要領のみ60分で実施
- ④「救命に必要な応急手当の指導要領」は、指導技術のある教諭であることから短縮し、指導のポイントと展示要領について180分で実施

図表 6-85 上級救命講習を受講した養護教諭の場合

別表 8 応急手当普及員講習 I

項目		時間 (分)	
基礎的な知識技能	基礎知識 (講義) (プレテスト含む)	120	540
	救命に必要な応急手当の基礎実技	0 ← 240	↓ 120
	その他の応急手当の基礎実技	0 ← 180	
指導要領	基礎医学・資機材の取扱い要領・指導技法	300	780 ↓ 360
	救命に必要な応急手当の指導要領	60	
	心肺蘇生法に関する知識の確認 (筆記試験)、 心肺蘇生法の指導に関する実技の評価 (実技試験) を含む	360 ↓ 180	
	各種手当の組み合わせ・応用の指導要領	120	
効果測定・指導内容に関する質疑への対応		120	
合計時間		1,440 ↓ 600	

(注)

- ・「基礎知識 (講義)」とは、応急手当指導員 (普及員) 認定制度、応急手当の重要性、応急手当の対象者等に関する知識を意味する。
- ・「基礎医学」とは、解剖・生理学、感染防止を意味する。
- ・「救命に必要な応急手当」とは、心肺蘇生法、止血法 (感染防止を含む) を意味する。
- ・「その他の応急手当」とは、傷病者管理法、外傷の手当要領、搬送法を意味する。

また、普通救命講習を受講した養護教諭の場合、これに4時間 (救命に必要な応急手当の基礎実技、その他の応急手当の基礎実技) を加えた14時間 (840分) で実施することが考えられる。更に、養護教諭以外の教諭の場合、一定の医療知識を修得するための時間数が増える。

ただし、いずれの場合も、各消防本部が講習の質を確保した上で実施すること、及び認定を受けた教員は、消防機関と連携し、応急手当の普及に努めることが必要である。

また、今後、応急手当普及員の資格取得に限らず、教職員自身が児童・生徒に心肺蘇生を指導できる体制づくりの構築へ消防機関としての協力が望まれる。

図表 6-86 現に教員職にある者に対する養成講習の時間数（案）

	基本時間数	養護教諭＋ 上級救命受講済	養護教諭＋ 普通救命受講済	養護教諭以外の教諭＋ 上級救命受講済	養護教諭以外の教諭＋ 普通救命受講済
基礎知識（講義）	120	120	120	120	120
救命に必要な応急手当の基礎実技	240	0	60	0	60
その他の応急手当の基礎実技	180	0	180	0	180
基礎医学・資機材の取扱い要領・指導技法	300	60	60	180	180
救命に必要な応急手当の指導要領	360	180	180	180	180
各種手当の組み合わせ・応用の指導要領	120	120	120	120	120
効果測定・指導内容に関する質疑への対応	120	120	120	120	120
合計時間（分）	1,440	600	840	720	960
合計時間（時間）	24	10	14	12	16

（２）応急手当普及員と応急手当指導員を他地域で取得した者の取扱いについて

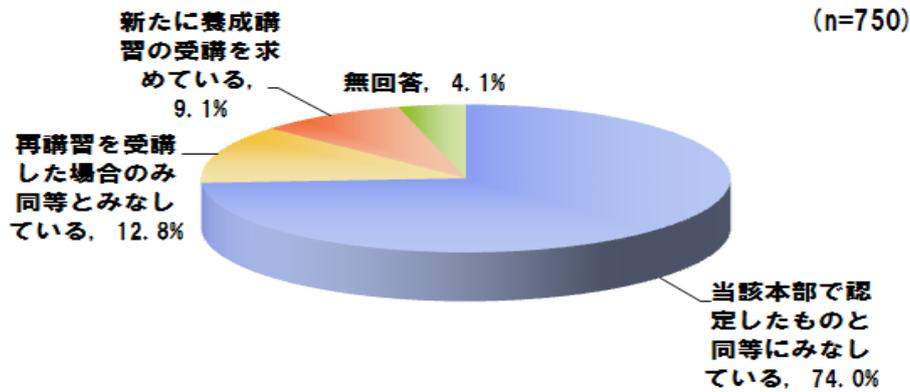
①他地域で取得した者の取扱いの現状

応急手当普及員及び応急手当指導員の認定は、各消防本部の消防長（消防本部を置かない市町村については、市町村長）が行っている。転居や出張によって、応急手当普及員や応急手当指導員を他地域で取得した者が、救命講習を行う場合の取扱いについても、地域の実情に応じて、各消防本部で対応している。

アンケート結果によれば、他地域で取得した者についても「当該本部で認定したものと同等にみなしている」本部が 74.0%、「再講習を受講した場合のみ同等とみなしている」本部が 12.8%、「新たに養成講習の受講を求めている」本部が 9.1% だった。

このように、現状では、他地域で認定された者に対して、再講習や新たな養成講習の受講を求める地域もみられるが、応急手当の普及啓発の推進という観点から、応急手当普及員講習あるいは応急手当指導講習の受講時期を確認できれば、当該本部が認定したものと同等に扱うことができないかが問題となっている（「平成 27 年度都道府県消防防災・危機管理部局長会」における要望）。

図表 6-87 他の消防本部が認定した応急手当普及員及び応急手当指導員への対応



②対策と方向性

アンケート結果から、他地域で取得した者についても、多数の消防本部が「当該消防本部で認定したものと同等にみなしている」ことが明らかになった。また、どの地域で認定を取得したとしても、その認定が、消防庁の要綱に基づく講習(1,440分)の受講によるものであれば、認定証取得地以外で指導ができないという大きな不利益が生じないように、他地域で認定を受けている者についても当該消防本部が認定したものとみなしても差し支えないと考えられる。

したがって消防庁は、消防長が他の地域で認定された応急手当普及員及び応急手当指導員から認定証の交付について申請があった場合に、養成講習の受講や指導実績を確認した上で、当該応急手当普及員及び応急手当指導員に対して、それぞれの養成講習に対応した認定証を交付することができるよう実施要綱を見直すことが適当と考えられる。

ただし、各消防本部には、他地域で認定を受けた応急手当普及員及び応急手当指導員によって行われる救命講習も含め、管轄内で行われる救命講習の質を維持するための方策をとることが求められる。

(3) 講習体系の変更とファーストエイドについて

①講習項目の追加

救急搬送に至る傷病のうち、転倒による怪我や熱中症、乳幼児の誤飲事故など、傷病の種類によっては意識的な取組により予防が可能である。ガイドライン 2015においても、「わが国では高齢者の窒息、入浴中の事故、熱中症なども重要な原因であり、これらを予防することも重要である。また、心臓震盪を含む運動中の突然死予防も望まれる。」と記載されたところである。

いわゆる「予防救急」と称した上で、「予防救急」については、既に各消防本部で広報等の取組が行われている。昨年度から「予防救急」に関する取組の実施状況についてアンケート調査を実施しているが、7割の消防本部(525本部)で取組が

行われている。また、取組の内容をみると、「熱中症」(93.5%、491本部)、「主に小児・乳幼児等を対象とした家庭内の一般事故や不慮の事故」(71.2%、374本部)、「主に高齢者を対象とした家庭内の一般事故」(62.3%、327本部)の予防に取り組む消防本部が多いことが明らかになっている。

今後は、これらの取組をより効果的・効率的に広めていく必要がある。そのため、応急手当講習の内容に、各消防本部において、熱中症、入浴関連死や家庭内の事故予防について、「応急手当の重要性」や上級救命講習の「手当の要領」(③ファーストエイドの項目を参照)で、啓発することが重要と考えられる。

②ハード面の工夫による救命講習の時間短縮

ア. 普通救命講習Ⅰ

応急手当の講習体系について、平成22年度救急業務高度化推進検討会報告書では、「講習の形態(受講者対訓練用資機材の比、視聴覚教材、フィードバック器具の併用等)を工夫する、あるいは、講習内容を簡便化することによって、従来型のインストラクター主導による普通救命講習Ⅰの時間を短縮することができる」が、「具体的な時間の例示については今後の検討が必要」と述べられた。その後、平成23年度救急業務のあり方に関する検討会において、ソフト面とハード面からの考察がなされたが、ハード面についての結論が出ていなかった。そのため、今年度は、受講者1人が人形に接する時間を増やし、他の受講者の実技を見ている時間を減らすことで短縮した講習が可能かどうかを検討した。

救命講習においては、受講者が訓練用資機材に接する時間が重要であり、時間の短縮を検討するにあたっては、「受講者対訓練用資機材の比」を考慮する必要がある。

例えば、普通救命講習Ⅰの「2 標準的な実施要領」では、「訓練用資機材一式に対して受講者は5名以内とすることが望ましい」としている。実技時間の合計が75分であることから、ここでは「1人あたり15分の実技時間」を想定していることができる。

したがって、もし「訓練用資機材一式に対して受講者2名」の場合は、必要な時間は30分(15分×2名)であるため、45分短縮(75分-30分)することができ、同様に「訓練用資機材一式に対して受講者1名」の場合は、必要な時間は15分(15分×1名)であるため、60分短縮(75分-15分)することができると考えられる。

このことを踏まえ、受講者：訓練用資機材の比率を3：1以下(訓練用資機材一式に対して受講者3名以下)にすることによって、受講者一人ひとりが訓練用資機材に接する時間(実技時間)が増えて効果的な講習を行う事ができ、かつ、講習の質を担保できるものであれば、各消防本部の判断により時間短縮を可能とするよう実施要綱を見直すことが適切と考えられる。

図表 6-88 普通救命講習 I

1 到達目標	1 心肺蘇生法(主に成人を対象)及び大出血時の止血法を、救急車が現場到着するのに要する時間程度できる。 2 自動体外式除細動器(AED)について理解し、正しく使用できる。 3 異物除去法及び大出血時の止血法を理解できる。
2 標準的な実施要領	1 講習については、実習を主体とする。 2 1クラスの受講者数の標準は、30名程度とする。 3 訓練用資機材一式に対して受講者は5名以内 とすることが望ましい。 4 指導者1名に対して受講者は10名以内とすることが望ましい。

項目		細目	時間(分)
応急手当の重要性		応急手当の目的・必要性(心停止の予防等を含む)等	15
救命に必要な応急手当 (主に成人に対する方法)	心肺蘇生法	基本的な心肺蘇生法(実技)	反応の確認、通報 10
		胸骨圧迫要領	15
		気道確保要領	15
		口対口人工呼吸法	
		シナリオに対応した心肺蘇生法	10
	AEDの使用法	AEDの使用法(ビデオ等)	10
		指導者による使用法の呈示	10
		AEDの実技要領	35
	異物除去法	異物除去要領	10
		効果確認	心肺蘇生法の効果確認 40
止血法	直接圧迫止血法	10	
合計時間			180

(注) 細目の時間については、「非医療従事者による自動体外式除細動器(AED)の使用のあり方検討会報告書」を踏まえた消防機関の対応について(平成16年7月1日消防救第161号)

イ. 救命入門コースにおける45分コースの新設

消防庁は、「非医療従事者による自動体外式除細動器(AED)の使用について」の一部改正について(平成25年10月31日消防救第174号)において、厚生労働省から発出された胸骨圧迫とAEDに限定した講習(非医療従事者による自動体外式除細動器(AED)の使用を促すための入門講習、45分と90分の入門講習(以下「入門講習」という。)に関する情報提供を実施した。しかしながら、現在のところ、「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」の中には90分講習のみ定められており、45分講習は位置づけられていない。

この度、ガイドライン2015において、「短期間のトレーニング(60~120分)であっても、正確な胸骨圧迫の手技を取得でき、胸骨圧迫のみのCPRトレーニングを積極的に展開すること」が提案されており、上記の実技時間は「1人あたり15分」を想定していることから、受講者1~2人に1セットの資機材が用意できる場合に

は、45 分間の講習を実施することも可能と考えられる。したがって、入門講習（45 分）の内容を「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」に取り込み、新たな救命入門コースとして、45 分コースを新設することが望ましい。

図表 6-89 非医療従事者による自動体外式除細動器（AED）の使用を促すための入門講習（45 分）

【一般目標】

- 1 基本的な胸骨圧迫の方法を習得する
- 2 救命の連鎖における第1発見者の行動の重要性を理解する
- 3 安全にAEDを使用する

【講習内容の選択】

講習内容(入門講習45分、入門講習90分)については、指導者数や受講者数、また準備物品等を考慮し選択すること。

【講習内容 入門講習 45分】

大項目	中項目	到達目標	時間例(分)
導入	心臓突然死の特徴	導入講義(スライド/ビデオ等)	5
	命の大切さと心臓の働きと心停止	心臓の働きと位置を知る 心停止の意味と心肺蘇生の必要性を知る 救命の連鎖、市民の役割、AEDの必要性を理解する	5
胸骨圧迫のみの心肺蘇生(実技)	初動	自身の身の安全確保の重要性を知る 反応の確認、119番通報とAEDの要請	3
	呼吸の確認	呼吸の有無の確認 死脈期呼吸は心停止と判断する	3
	胸骨圧迫の実施	胸骨の位置を確認する 正しい胸骨圧迫の方法を知り体験する 胸骨圧迫の交代の方法を知り体験する	10
AEDの使い方(実技)	AEDの使い方(胸骨圧迫の実施を含む)	AEDの正しい使い方を知り、模擬AEDで体験する。 安全を確認し、電気ショックボタンを押す 電気ショック適応の場合の対応 電気ショック不要の場合の対応	14
まとめ	学習のまとめ	心停止に遭遇した際においてほしいこと(感情的問題、ストレスケア等) 人工呼吸が必要な心停止について(紹介/デモ等) 質疑応答	5
講習時間計(例)			45

【準備物品、留意事項：入門講習 45分】

- 1～2人に1個の簡易トレーニングキットと簡易AED。
- DVD教材とプロジェクター等映像・音響環境。
- AEDトレーナーが1台以上あれば望ましい。
- 受講者と指導者の配置については1:多人数(DVDベースで、全体で一斉に指導、10～20名に1名程度補助指導者)。

③ファーストエイドについて

ファーストエイドとは、JRC 蘇生ガイドライン 2015 から章が追加されたもので、「急な病気やけがをした人を助けるためにとる最初の行動」と定義されている。

JRC 蘇生ガイドライン 2015 におけるファーストエイドに関する記載内容を参考に、上級救命講習の「その他の応急手当」の各項目（傷病者管理法、外傷の手当要領、搬送法）を改訂する必要があるが、どのように改訂するか、また、この機会に、ファーストエイドに記載のない項目についてもあわせて変更するかどうかを検討した。

「その他の応急手当」の各項目に、最低限指導する内容を具体的に提示する必要があり、「衣類の緊縛」については、既に一般的に周知されており、あえて項目に

するには及ばないため、削除することが適当と考えられる。また、「外傷の手当要領」は、外傷に限らない「手当の要領」に変更し、熱中症への対応、その他の手当の内容を追記することとし、上級救命講習の「救命に必要な応急手当」(285分)の中の「異物除去法」と「止血法」は、より手厚い指導が受けられるよう、書き加えることが適当と考えられる。

なお、ファーストエイドの取扱いについては、関係機関とともに、消防機関がどこまで関わるかが想定されるのか、引き続き検討が必要である。

図表 6-90 上級救命講習の「その他の応急手当(120分)」の変更について

上級救命講習のその他の応急手当			上級救命講習のその他の応急手当	
傷病者管理法	衣類の緊縛解除	➔	傷病者管理法	保温法
	保温法			体位管理(回復体位とショック時の対応)
	体位管理		搬送法	搬送方法(徒手搬送、毛布を使った搬送法、複数名で搬送する方法)
搬送法	搬送方法			担架搬送法(担架搬送の基本事項)
	担架搬送法			応急担架法(応急担架作成要領)
	応急担架法		手当の要領	包帯法(三角巾等)
外傷の手当要領	包帯法			副子固定法
	副子固定法			熱傷の手当
	熱傷の手当			熱中症への対応(予防を含む)
	その他の手当			その他の手当(用手による頸椎保護、溺水への対応等)

(4) バイスタンダーの精神的影響について

一般市民が、心肺蘇生を行い、AEDを使用することは非日常的な体験であり、誰でも少なからず心的ストレスが生じる可能性がある。例えば、航空機の中で周囲の助けを得られず、ひとりで心肺蘇生を続けた者が、PTSD(心的外傷後ストレス障害)になった例が知られている。

この点に関して、ガイドライン 2015 でも、バイスタンダーが「目の前の倒れた人に心肺蘇生を行う」という非日常的な経験をすることによる精神的影響が懸念されているところである。

また、バイスタンダーが心肺蘇生をするかどうかに関わらず、救急現場に居合わせること自体、ストレスを感じることであり、そのストレスを和らげる対応も必要である。

一部の消防本部では、既にバイスタンダーを支援する取組が行われており、今後はそれら取組の現状を情報収集し、全国へ紹介することが必要である。

5. まとめ

2015年10月に日本蘇生協議会(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2015オンライン版」が公開された。ガイドライン2015では、手技について、大きく変更はないものの、心停止の認識、口頭指導の重要性が

示され、ファーストエイドについて、新たな記載がされた。これらの内容を踏まえ、救急蘇生ワーキンググループでは、心肺蘇生の変更点について影響を受ける「一般市民が行う心肺蘇生」、「口頭指導」及び「救急隊員が行う心肺蘇生（一般市民が行う心肺蘇生と重なる部分）」について検討を行った。併せて、応急手当の更なる普及に向け、「応急手当普及員の認定（現に教員職にある者に対する養成講習）」、「応急手当普及員と応急手当指導員を他地域で取得した者の取扱い」、「講習体系の変更とファーストエイド」、「バイスタンダーの精神的影響」について検討した。

ガイドライン 2015 の改訂では、一般市民が行う心肺蘇生の変更点について、最終的に「救急蘇生法の指針 2015（市民用）」の内容と整合を図り、全国へ周知することが求められる。特に、心停止かどうか迷った場合も直ちに胸骨圧迫を開始することが強調されていることから、今後、通信指令員の救急に係る教育を充実することにより、通信指令員の口頭指導によるバイスタンダーの心肺蘇生の実施率が上がり、救命率の向上に繋がることが期待される。

教員に対する応急手当普及員養成講習については、教員が指導技術を持つ専門職であることや、既に一部の消防本部で教員に対する応急手当普及員養成講習が時間を短縮されて実施している現状を踏まえると、教員に対する応急手当普及員養成講習の時間を短縮し、実施することも可能と考えられる。

他の地域で応急手当普及員等を取得した者の扱いについては、認定を受けた講習が消防庁の実施要綱に基く講習であれば、転居等により認定証取得地以外で指導ができないという不利益が生じないように、他地域で認定を受けている者についても当該消防本部が認定したものとみなしても差し支えないと考えられる。

また、講習体系の変更については、訓練用資機材を充実させることで受講者一人ひとりが訓練用資機材に接する時間（実技時間）が増えて効果的な講習を行う事ができ、講習の質を確保できる場合は、各消防本部の判断により時間短縮を可能とすることが適当と考えられ、救命入門コースについても、受講者 1～2 人に 1 セットの訓練用資機材が用意できる場合には、45 分間の講習を実施することも可能と考えられる。ファーストエイドについては、ガイドライン 2015 のファーストエイドの記載内容を参考に、特別な資格を持たない市民でも安全に実施できる内容を上級救命講習の指導内容に反映することが求められる。

以上の変更点や対応について、消防庁は「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」を見直すことが適当である。

さらに、「バイスタンダーの精神的影響」については、一般市民が心肺蘇生を行い AED を使用することは非日常的な体験であり、誰にも少なからず心的ストレスが生じる可能性がある。一部の消防本部では、バイスタンダーを支援するための取組がされており、今後、それらの取組を情報収集し全国へ紹介することが必要である。

<特例の要件>

- ① 通信指令室等に医師が常駐し、指導又は助言を行う体制
- ② もしもの場合に、3人以上の救急隊員により速やかに対応できる体制
- ③ 119 受信時の緊急度・重症度の適切な識別及び通報から出動までの手順

(3) 救急隊 3 名編成での救急活動時の各役割

3 名で救急隊を編成する場合、床上に横たわる傷病者を担架へ収容する際は、抱き上げるのに隊員 2 人、担架を背中側に差し入れるのに隊員 1 人と、任務を分担することで安静と安全を確保している。また、担架での移動時は、担架の横倒し、傷病者の落下を防止するため、頭側に 1 人と左右に 1 人ずつを配置することで安全を確保している。



応急処置の際は、心肺停止の場合、1 名が人工呼吸、他の 1 名が胸骨圧迫を行って、残る 1 名が運転を担当して医療機関に向かう。軽症～中等症の場合においても、救急車で搬送途中は、救急車の運転を行う 1 名のほか、1 名が気道確保や酸素吸入あるいは固定、止血などの応急処置を行いつつ、他の 1 名は血圧測定、心電図測定などの観察を継続し安全確認などを任務分担し、継続した活動により、症状の悪化防止、苦痛の軽減を図っている。



このように、傷病者の安静かつ安全な搬送と継続した応急処置等の実施という

観点から、救急隊を編成する上で、3名という人員は必要最低限であるといえる。

(4) 「地方からの提案等に関する対応方針」(平成27年12月22日閣議決定)

前項までに述べたとおり、救急活動を行う上で3名という人員は必要最低限であるため、西予市からの提案をそのまま実施することは難しい。しかしながら、高齢化や過疎化の進展等社会情勢の変化を鑑みると、持続的、継続的に必要な救急体制を確保できるよう、救急業務を3名以上で実施する体制を維持する中で、安全性を確保しつつ、業務の一部を消防職員以外の者に行わせるなどの方策については検討すべきであるという考えから、平成27年12月22日、「地方からの提案等に関する対応方針」によって、以下のとおり閣議決定がなされた。

【提案番号328】消防法(昭23法168)

救急隊の編成(第35条の12)については、過疎地域等において必要な救急体制を確保できるよう、救急業務を3名以上で実施する体制を維持する中で、安全性を確保しつつ、業務の一部を消防職員以外の者に行わせるなどの方策について検討し、原則として平成27年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

これを受け、消防庁が開催した「人口減少社会における持続可能な消防体制のあり方に関する検討会」において、「法令上定められている部隊の編成基準について、当該編成基準を変更することにより、実質的に消防サービスの維持・向上が見込まれるようなケース等に限り、効率化を図る観点から、基準を緩和することも考えられる。例えば、救急について、救急業務の充実が図られるような場合や、搬送件数等に鑑みて体制の維持が困難であるようなやむを得ない場合に、人口の低密度化が特に進行する条件不利地域などの地域に限定した上で、救急隊員3人以上という現行の基準を緩和し、計3人以上のうち1人は一定の訓練を経た消防職員以外の者での編成によって救急業務を実施できるようにすることが考えられる。」と報告されたことから、「一定の訓練を経た消防職員以外の者」が実施可能な応急処置等の内容や教育内容について、本検討会のWGで検討することとなった。

2. 今年度の検討事項

(1) 一定の訓練を経た消防職員以外の者を含めた救急活動

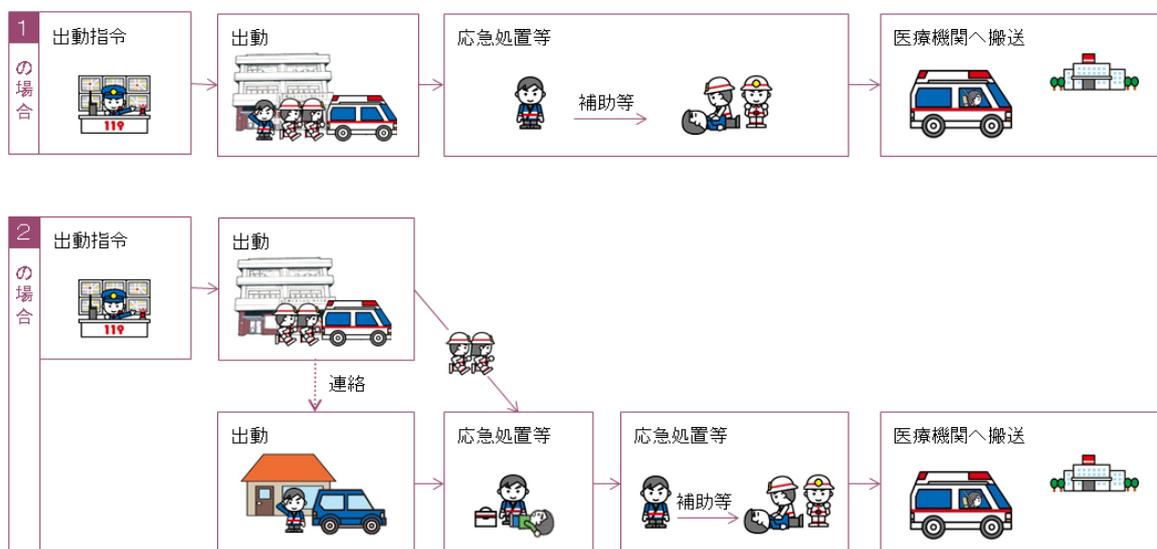
救急隊の計3人以上のうち1人を一定の訓練を経た消防職員以外の者で編成した場合の、救急業務の実施体制については、以下のとおりと想定される。

- ① 消防出張所等に常駐し、救急の指令により、2名の消防職員とともに救急車に乗り込み、現場へ出動する。現場においては、主に2名の消防職員が応急処置等を担

当するが、状況によっては、消防職員以外の者も応急処置等の補助的な役割を果たす。(消防出張所等から出動した救急車が途中で消防職員以外の者を乗せて現場へ出動する場合も含む。) 消防職員以外の者は、主に機関員としての役割を担う。

- ② 地域の事情によっては、消防職員以外の者が地域に在住し、救急の指令があれば、現場へ先着し、応急処置等を行う。救急車(消防職員2名乗車)は消防出張所等から指令と同時に出動し、現場で消防職員以外の者と合流し(合流後は、1の場合に準じる。)、救急活動を行う。病院への搬送時には、消防職員以外の者は、主に機関員としての役割を担う。

<イメージ図>



(2) 一定の訓練を経た消防職員以外の者が行う応急処置等と教育内容

以上を踏まえた上で、人口の低密度化が特に進行する条件不利地域などの地域において、救急業務の充実が図られるような場合や、搬送件数等に鑑みて体制の維持が困難であるようなやむを得ない場合等において、救急隊を編成する計3人以上のうちの1人である一定の訓練を経た消防職員以外の者が行う応急処置等と教育内容について、検討を行った。

3. 検討結果とまとめ

(1) 一定の訓練を経た消防職員以外の者が行う応急処置等

一定の訓練を経た消防職員以外の者が行う応急処置等の内容については、現場において、救急隊3名のうちの1人として役割分担して行う必要がある処置等(担架搬送、CPRの連携等)、現場に先着した場合に、救急車が到着するまでの間に1人で緊急に行う必要がある処置等(CPR等)を選定した。

観察

区分	方法
顔貌	表情や顔色を見る。
意識の状態	ア 傷病者の言動を観察する。
	イ 呼びかけや皮膚の刺激に対する反応を調べる。
	ウ 瞳孔の大きさ、左右差、変形の有無を調べる。
	エ 懐中電灯等光に対する瞳孔反応を調べる。
出血	出血の部位、血液の色及び出血の量を調べる。
脈拍の状態	橈骨動脈、総頸動脈、大腿動脈等を指で触れ、脈の有無、強さ、規則性、脈の早さを調べる。
呼吸の状態	ア 胸腹部の動きを調べる。
	イ 頬部及び耳を傷病者の鼻及び口元に寄せて空気の動きを感じとる。
皮膚の状態	皮膚や粘膜の色及び温度、付着物や吐物等の有無及び性状、創傷の有無及び性状、発汗の状態等を調べる。
四肢の変形や運動の状態	四肢の変形や運動の状態を調べる。
周囲の状況	傷病発生の原因に関連した周囲の状況を観察する。
血圧の状態	血圧計を使用して血圧を測定する。(※1)
血中酸素飽和度の状態	血中酸素飽和度測定器を使用して血中酸素飽和度を測定する。

処置

区分	方法
意識、呼吸、循環の障害に対する処置	ア 気道確保 (ア) 口腔内の清拭 直接手指又は手指にガーゼを巻き、異物を口角部からかき出す。 (イ) 口腔内の吸引 口腔内にある血液や粘液等を吸引器を用いて吸引し除去する。 (ウ) 咽頭異物の除去 背部叩打法又はハイムリック法により咽頭異物を除去する。 (エ) 頭部後屈法又は下顎挙上法による気道確保 頭部後屈法又は下顎挙上法で気道を確保する。
	イ 人工呼吸 (ア) 呼気吹き込み法による人工呼吸 次の方法により直接傷病者の口や鼻から呼気を吹き込む。 a 口対口による人工呼吸 b 口対鼻による人工呼吸 c 口対ポケットマスクによる人工呼吸 (イ) 手動式人工呼吸器(マスクバック人工呼吸器)による人工呼吸 手動式人工呼吸器を用いて人工呼吸を行う。
	ウ 胸骨圧迫心マッサージ 手を用いて胸骨をくり返し圧迫することにより心マッサージを行う。
	エ 除細動 自動体外式除細動器による除細動を行う。
	オ 酸素吸入 加湿流量計付酸素吸入装置その他の酸素吸入器による酸素吸入を行う。(※2)
	外出血の止血に関する処

置	迫による止血	血する。
	イ 間接圧迫による止血	出血部より中枢側を手指又は止血帯により圧迫して止血する。
創傷に対する処置	創傷をガーゼ等で被覆しほう帯をする。	
骨折に対する処置	副子を用いて骨折部分を固定する。	
体位	傷病者の症状や創傷部の保護等に適した体位をとる。	
保温	毛布等により保温する。	
その他	傷病者の生命の維持又は症状の悪化の防止に必要と認められる処置を行う。	

(※1) 自動式のみ。手動式は、現場において、救急隊員と連携して活動する場合は実施可能。

(※2) 現場において、救急隊員と連携して活動する場合は実施可能。

(2) 一定の訓練を経た消防職員以外の者に行う教育・訓練

一定の訓練を経た消防職員以外の者に行う教育・訓練については、(1)で示した応急処置等を適切に行えるようにすることを最低限の基準とし、その他救急隊として活動する上で習得しておくことが必要となる事項を選定した。

大	中	細目	時間数
救急業務及び救急医学の基礎	救急業務の総論及び医学概論	救急業務の沿革及び意義	3
		救急隊員の責務等	
		医学概論	
	解剖・生理	総論及び身体各部の名称	7
		皮膚系	
		筋骨格系	
		呼吸系	
		循環系	
		泌尿系	
		消化系	
		神経系	
		感覚系	
		内分泌系	
		生殖系	
		その他の系	
救急実務及び関係法規	死亡事故の取扱い	5	
	救急活動の通信システム及びその運用		
	救急活動の基礎的事項		
	救急活動の記録		
	救急業務の関係機関		
	救急業務の関係法規		
応急処置の総論	観察	総論	15
		バイタルサインの把握	
		全身・局所所見の把握	
		傷害の受傷機転	
		既往症等の聴取	
	検査	一般検査	5
		生理学的検査	
		検査機器の原理と構造	
		保守管理	

	応急処置総論	心肺蘇生 止血 被覆 固定 保温 体位管理 搬送	7
	応急処置各論	気道確保 異物除去 人工呼吸 胸骨圧迫心マッサージ（人工呼吸との併用を含む。） 酸素吸入 直接圧迫及び間接圧迫による止血 被覆 副子固定 在宅療法継続中の傷病者搬送時における処置の維持 保温 体位管理 各種搬送 救出	15
病態別応急処置	心肺停止 ショック・循環不全 意識障害 出血 一般外傷 頭部、頸椎（頸髄）損傷 熱傷、電撃傷 中毒 溺水 異物（気道・消化管）	原因、病態生理、病態の把握、応急処置、病態の評価	15
特殊病態別応急処置	小児、新生児 高齢者 産婦人科、周産期 精神障害	小児及び新生児の基礎的事項 症状からみた小児救急疾患の重症度判定 小児の事故 心肺蘇生法 高齢者の基礎的事項 ショック 体温 意識障害 頭痛 胸痛 呼吸困難 その他の疾患 産婦人科及び周産期の基礎的事項 救急と関連する産婦人科疾患 分娩の介助 分娩直後の新生児の管理 精神科救急の基礎的事項	

		精神化救急への対応	
		病態の評価	
		精神科の治療等	
	その他の創傷の処置等	切断四肢の取扱い	
		多発外傷	
		鼻出血	
		眼損傷	
		口腔損傷	
		日（熱）射病	
		寒冷損傷	
		爆傷	
		酸欠	
		潜函病	
		急性放射線障害	
	動物による咬傷・刺傷		
実習及び行事	救急用資器材の操作法・保管管理・消毒	20	
	シミュレーション実習		
	医療機関及び現場における現地研修		
	開講式・閉講式その他の行事		
合計時間数		92	

なお、救急救命士及び救急隊員等の有資格者の場合には、それぞれの資格に応じた応急処置等ができるものとし、教育・訓練についても免除するものとする。

(3) まとめ

本検討会における検討内容を踏まえ、今後、消防庁において、導入する地域の要件や消防職員以外の者に係る身分上の要件等について整理し、必要とされる具体的な制度改正等に速やかに着手することが求められる。

第7章 2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会への対応

1. 背景等

2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会の開催に向けた救急業務の課題について、平成26年度救急業務のあり方に関する検討会では、外国語対応・コミュニケーションの問題（文化・宗教含む）、熱中症対策の強化、多数傷病者発生時の対応、感染症対策等を課題として挙げ、考えうる対応策について、方向性を示した。

今年度は、それぞれの課題への対応策について、実態調査等を踏まえ、具体的な検討を行い、各消防本部や関係機関において実施可能な具体的方策と、その他関係機関と連携して取り組む課題について検討した。

2. 調査の概要

(1) 検討課題

本年度は以下の課題について実態調査等を実施した。

図表 7-91 調査検討課題

- 多言語コミュニケーションを支援するシステムに関する調査
- 外国人と接する機会の多い市民を対象とした応急手当普及の検討
- 大規模イベント開催時における多数傷病者発生時への備えの検討
- 諸外国におけるオリンピック等の大規模イベント時、外国人に対する救急業務のあり方に対する調査

(2) 調査方法

①救急救命体制の整備・充実に係る調査

消防本部を対象としたアンケート調査を実施し、外国語でのコミュニケーション対応、多数傷病者の発生に備えた対策等を把握、分析した。アンケート調査の概要は次の通りである。

- 調査対象：各消防本部
- 調査方法：電子ファイル送付によるアンケート調査
- 調査期間：平成27年8月26日～9月25日
- 調査内容：外国語でのコミュニケーション対応の状況、対応に向けた課題
多数傷病者の発生に備え、他の消防機関と予め連携を図ったイベント

②諸外国におけるオリンピック等の大規模イベント時、外国人に対する救急業務のあり方に対する調査

海外における大規模イベント時の外国人対応について、以下の通り調査を行った。

○調査対象イベント（国）

- ロンドンオリンピック（イギリス）
- 北京オリンピック（中国）
- シドニーオリンピック（オーストラリア）
- ボストンマラソン（アメリカ）
- ベルリンマラソン（ドイツ）

○調査内容

救急出動件数（救急出動件数（3カ年）、開催機関の救急出動件数（イベント関連、主な救急要請内容）多言語対応（通信指令員、救急隊、医療機関）、危機管理計画（救急需要対策、熱中症対策、感染症対策）、発生事案等（同時多発的な事案、救急車が不足する事態、医療機関の受入超過事態）

3. 多言語コミュニケーションを支援するシステムへの取組状況

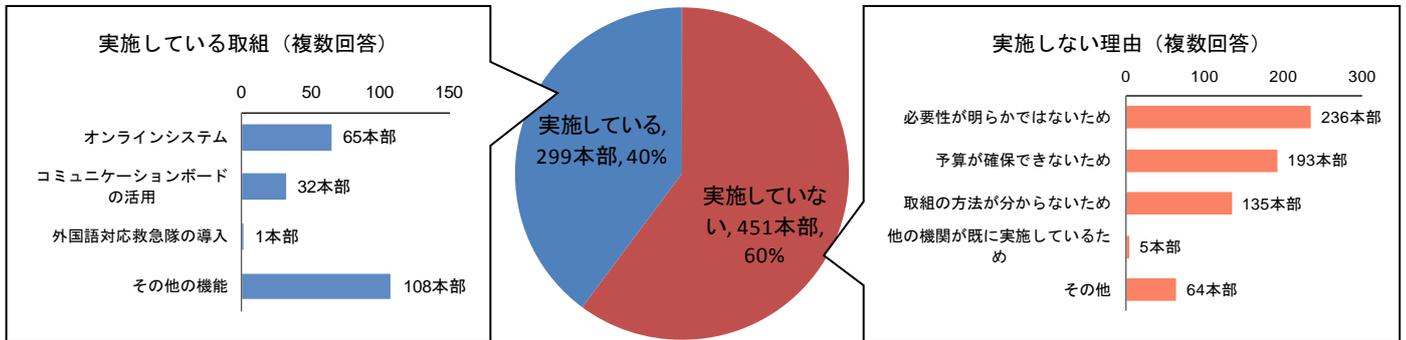
（1）消防本部の取組状況

消防本部における外国語でのコミュニケーション対応状況をアンケートで把握した。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消防本部は約40%の299本部である。実施している取組内容は、多言語音声翻訳システム等のオンラインシステムの整備が65本部、コミュニケーションボードの活用が32本部、外国語対応救急隊の導入が1本部、タブレット等を用いた翻訳ツールの活用等その他の機能の活用が108本部であった。

約60%の451本部では取組を実施していない。実施していない理由としては、必要性が明らかではないため（236本部）、予算が確保できないため（193本部）、取組の方法が分からないため（135本部）、他の機関が既に実施しているため（5本部）、その他（需要がない等）（64本部）が挙げられている。

取組の方法が分からないから実施していない消防本部が少なからず存在しており、既に実施している消防本部の取組事例の紹介が有効であると考えられる。

図表 7-92 消防本部における外国語でのコミュニケーション対応状況



（２）消防本部による多言語コミュニケーションに関する取組事例

地域の実情等にあわせ、様々な多言語コミュニケーションに取り組んでいる消防本部の事例を紹介する。

①外国語が話せる消防団員や市役所職員等との連携

外国語が話せる消防団員やボランティア、市役所職員等と連携して対応している消防本部がある。

<消防団員や市役所職員等との連携事例>

○羊蹄山ろく消防組合消防本部

- ・ スキー場などへの観光客の増加に伴い、平成 24 年から外国語が話せる消防団員（英語 6 名、ドイツ語 1 名）を活用し、要請があれば現場に赴き対応している。

○東大阪市消防局

- ・ 通訳ボランティアにより市（国際情報プラザ）が外国人居住者向けに多言語対応しており、それを 119 番入電時や現場活動に活用している。

○奈良市消防局

- ・ 搬送先医療機関において、医師への伝達をスムーズに実施するために、外国語の話せるボランティア団体や市役所職員等を搬送先医療機関へ向かわせて対応していたが、通訳者の医療機関への到着が遅延することがあり、現在は外国語を話せる職員を事前に把握しておき、要請があれば搬送先医療機関に赴き対応している。

○高山市消防本部

- ・ 近年、外国人観光客の増加に伴い、市（海外戦略課）と連携し、英語・中国語の話せる市役所職員を活用して、英語・中国語を話す方には無線による三者通話で対応をしている。

②外国語による緊急通報時の注意事項の配布

外国人観光客の増加に伴い、外国語での火災・救急時の緊急通報時における注意事項を地域の旅館やホテル等に配布している消防本部がある。

図表 7-93 外国語による緊急通報時の注意事項の配布資料（羊蹄山ろく消防組合消防本部）

消防署からのお願い

外国語による火災・救急時の緊急通報について

火災や救急は119番通報ですが・・・
消防署では、外国籍の方からの119番通報は外国語対応マニュアルに沿った内容で聞くことになり、通報場所および詳細を聴取するのが難しくなります。緊急時の119番通報は下記の手順に沿って電話して下さい。

1. 建物の管理会社・フロントへ連絡する。
建物の管理会社・フロントが通報内容を聴取して消防署へ通報を行うことにより、通報場所および詳細を聴取することができます。
2. 管理会社に電話しても不通だった場合は日本人もしくは日本語を話せる人を探す。
外国語が話せない日本人でも、通報を日本人がすることで、通報場所等が正確にわかります。
3. 日本人がいない場合はホテル等の電話で通報を行う。
ホテル等の固定電話で通報することにより、通報先の場所の特定が迅速に出れます。
4. ホテル等の電話で通報が出来ない場合は、日本で契約した携帯電話で通報を行う。
日本で契約した携帯電話で通報することにより、概ねの通報場所を特定することが出来ますが、建物名や近くにある目録となる物を伝えらるる必要があります。
5. 日本で契約した携帯電話が無い場合は自己所有の携帯電話で通報を行う。
国外から持ってきた携帯電話で通報した場合、正確な着信履歴が残らないため、通報先の場所の特定が困難になります。
この場合、上記で説明したとおり、場所の特定に時間がかかり、消防車内等の到着が遅れる場合もあります。

ご理解とご協力をお願いします。

Request from the fire station

Dialing 119 for Fire, Medical Emergency and Rescue in a foreign language

In an emergency situation, we need to find a caller's location as soon as possible. The operator may not have sufficient English ability to receive accurate information. Therefore we request that you follow the instruction below.

1. Contact the Receptionist / Management Company of your accommodation.
Please ask their assistance to call us explaining your emergency location in Japanese.
2. Find somebody who can speak Japanese for language assistance.
Your emergency location will be defined more accurately in Japanese. This will assist the rescue process quickly.
3. Try to use a landline phone nearby.
Landline phones enable a caller's location to be automatically recognized.
4. Try to use a Japanese mobile phone contracting with a Japanese mobile phone carrier.
A caller's location will only be roughly recognized through a Japanese mobile phone. Therefore, you need to provide us the name of buildings or landmarks so that we can locate you more accurately.
5. Try to use a mobile phone from your country.
An emergency call from an international mobile phone does not provide us a quite accurate location. Please stay calm and stay on the telephone to help us find your location. If the phone line is disconnected before telling us your location, it may cause a delay.

Thank you for your understanding and cooperation.

③英語対応救急隊（東京消防庁）

東京消防庁では、救急活動に必要な英語能力を有し、外国の生活習慣等に応じた接遇にも配慮できる救急隊を、外国人が多く勤務・居住する地域に優先的に配備している。

図表 7-94 英語対応救急隊研修概要

	国内研修	海外研修
研修目的	・救急活動現場におけるコミュニケーション能力の向上等 ・英語対応救急隊としての活動	・英語による高度かつ専門的な対応力の習得 ・外国人傷病者に対する接遇要領・搬送時の留意点等の習得 ・英語救急隊の指導者としての活用
研修期間	3週間程度	2週間程度
研修場所	東京消防庁施設利用、講師は業者委託	米国等の消防局 (ニューヨーク、シカゴ、ロサンゼルス等)
育成人員 (H25～H27の3年間予定)	120名程度	20名程度
対象者	救急救命士または救急技術者 ・実用英語検定2級、準2級 ・TOEIC470点以上730点未満 ・海外の高校、大学等で学習経験等、上記2つと同等と認められる者	救急救命士または救急技術者 ・実用英語検定準1級 ・TOEIC730点以上 ・海外の高校、大学等で学習経験等、上記2つと同等と認められる者
研修内容	・救急活動場面のロールプレイ ・外国人等講師による英会話指導	・救急車同乗実習 ・救急活動体制などの調査

④多言語コミュニケーションツールの活用

外国人とのコミュニケーションに、コミュニケーションボードや情報収集シート等のツールを活用している消防本部がある。

また、昨今の ICT の利活用が普及していく中で、外国人とのコミュニケーションに紙媒体のツールだけではなく、スマートフォンやタブレットを効果的に活用している消防本部もみられた。

図表 7-95 多言語コミュニケーションツールの活用事例

○コミュニケーションボード

- ・ 会話が困難な傷病者や聴覚・言語障害のある者など文字や話し言葉によるコミュニケーションが難しい方々が、イラストや文字を指さすことで自分の意思や症状を伝えるツールを活用している消防本部の事例があった。

○情報収集シート

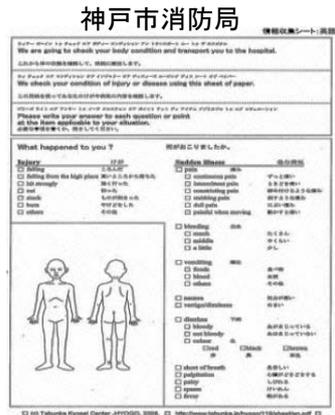
- ・ 外国語と日本語が記入されている観察カードを使用し、傷病者の基本的情報や症状等を確認するコミュニケーションツールを活用している消防本部がみられる。



東京消防庁
どうしましたか？
MAY I HELP YOU?
何だ、どうした？ 助えました？

○タブレット端末等の活用

- ・ 外国人とのコミュニケーションにタブレット端末を活用している消防本部の事例がある。
 - 消防局がタブレット端末を救急車に配備し、外国の方との会話でも1台あれば、交互にボタンを押して話すことができ、母国語でコミュニケーションをとることができる。10カ国語（英語、中国語、韓国語、フランス語、ポルトガル語、ドイツ語、イタリア語、スペイン語、タイ語、インドネシア語）に対応。（和歌山市消防局）
 - 群馬県によりタブレット端末が配備され、タッチパネル方式で苦しくて声の出せない方や言語が理解できない場合であっても対応することが可能。4カ国語（英語、韓国語、中国語、ポルトガル語）に対応。（前橋市消防局）

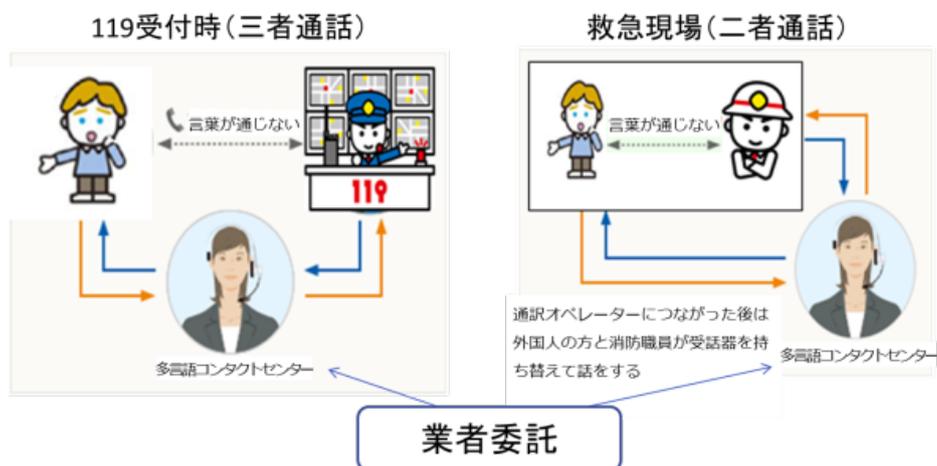


神戸市消防局
情報収集シート-英語

⑤多言語音声翻訳システム

外国人からの救急要請があった際や救急隊が現場で外国人対応をする際、通訳を交えて3者通話可能なシステムを活用している消防本部の事例がある。

図表 7-96 外国語音声翻訳システムの活用イメージ



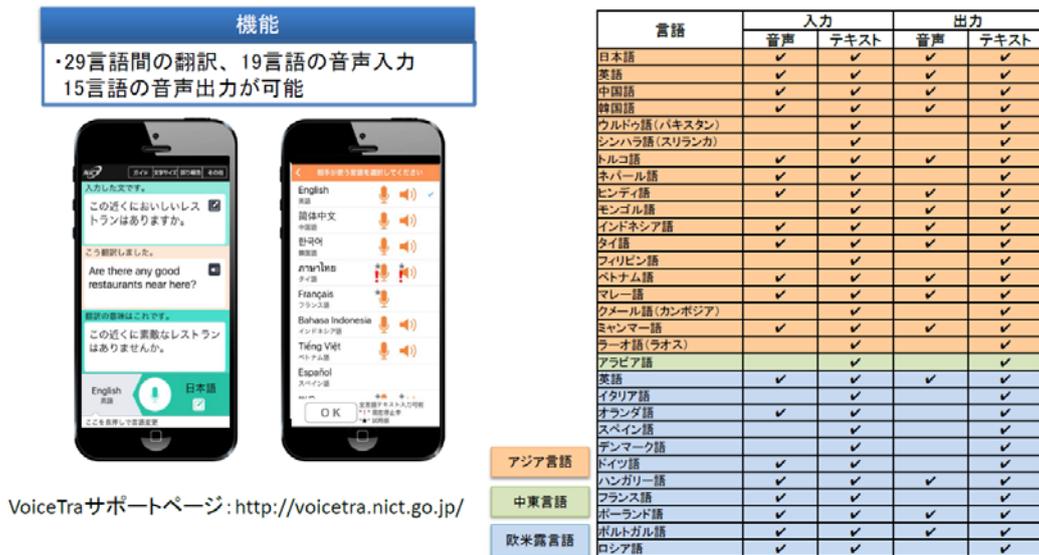
(出典) 神戸市消防局資料

(3) 多言語コミュニケーション等を支援するシステムの開発

①多言語音声翻訳システム (総務省)

総務省では、独立行政法人情報通信研究機構 (NICT) が開発した多言語音声翻訳システムの精度を高め、病院、ショッピングセンター、観光地等に社会実装することにより、世界の「言葉の壁」をなくしグローバルで自由な交流を実現することを目指した「グローバルコミュニケーション計画」を平成 26 年 4 月に発表している。NICT では、多言語音声翻訳システムの社会実装を促進するためにスマートフォンアプリ「VoiceTra」を開発、公開している。2020 年東京オリンピック・パラリンピック競技大会を見据えた研究開発等を推進することとしている。

図表 7-97 多言語音声翻訳システム「VoiceTra」



(出典) 総務省資料

※多言語音声翻訳システム「VoiceTra」は、多言語の自動音声翻訳技術の研究成果を広く周知し、利用データによる性能改善を行うための実証実験アプリケーションである。

平成 27 年 11 月には、札幌市消防局救急ワークステーションにおいて、多言語翻訳アプリを用いた想定訓練を実施した。コミュニケーションボードを用いた場合と多言語翻訳アプリを用いた場合の想定訓練（CPA、低血糖など）を実施し、救急現場で使用する際の課題等の抽出が行われた。

今後も救急現場において使いやすくなるようバージョンアップ等が図られていくことが期待される。

(4) 訪日外国人のための救急車利用ガイド（英語版）の作成

訪日外国人が近年増加傾向にある中で、急な病気やけがをしたとき、日本での救急車の呼び方等が分からず手遅れになることが懸念されるため、訪日外国人に必要な情報を掲載した救急車利用ガイド（英語版）を作成した。

このガイドは、平成 23 年 3 月に発行した「救急車を上手に使いましょう」及び平成 27 年 3 月に発行した「救急車利用リーフレット」を元にして作成している。

また、2020 年東京オリンピック・パラリンピック競技大会が夏季に開催されることから、熱中症予防対策のために熱中症予防のポイント、応急手当等についても掲載した。

今後、こうしたツールを有効に活用していくことが期待される。

図表 7-98 訪日外国人のための救急車利用ガイド（英語版）

guide for ambulance services



Please call "119" when you need an ambulance service
This guide explains how to use ambulance services in Japan and what you should note when you use it.

- How to call an ambulance 2
- Examples of signs and symptoms that need ambulance services (Adult and Child) 3, 4
- Notes for calling an ambulance 5
- What is Heat Stroke? 6

Is the ambulance service available for anyone in Japan.

Fire and Disaster Management Agency

How to call an ambulance

After reaching the 119 call, the dispatcher will ask you some questions needed for an ambulance dispatch. If the details to be asked, the dispatch will be dispatched before all these questions have been asked.

Please ask them to help to call if there are people who speak Japanese.

If you are the patient!
Tell the dispatcher it is a **medical emergency**.

When you call 119, detail the operator you use in a medical emergency. You can call 119 by the mobile phone, P-4G, fixed telephones or the public telephones.

Tell the operator the location of the emergency.
Please give the location of the emergency. If you do not know the address, describe a nearby building or intersection as a landmark.

Tell the symptoms of the patient.
Tell the symptoms and when they started.

Tell the age of the patient.
If you are not the patient, rather just calling for him/her, tell the operator how old he/she is or looks.

Give your name and contact details.
Give your name and a phone number, so that you could be reached even after the 119 call ends. The crew may contact you if they cannot find your location.

Please give your card of cardiac details.
If you have a 300 card or any other card, please bring it with you. The crew may contact you if they cannot find your location.

In addition to this, the dispatcher may ask you more details and information about the patient's medical condition. Please give them as much information as possible.

The above illustrated flow is one of the most common cases of communication with the "119" operators.

Situations in which you should call an ambulance without hesitation

Adult

Face

- Have difficulty in seeing or feel weakness in both sides of your face
- Head: temporary swelling
- Swelling of your mouth
- Have difficulty in seeing
- Double vision
- Unusually looks sick

Head

- Sudden severe headache
- Sudden high grade fever
- Severe dizziness requiring help to stand

Chest and back

- Sudden emergency
- Sudden abnormal breath or difficulty in breathing
- Feeling squeezing in your chest, for a few minutes
- Stitching pain

Stomach

- Sudden severe abdominal pain
- Continuous severe abdominal pain
- Yellowing of skin
- Black in stool

Arms and legs

- Sudden numbness
- Sudden weakness of your leg, hand or arm or stroke

Abnormal mental status

- Unconscious (no response) or stupor
- Excitation

Nausea

- Severe nausea with cold sweats

Swallowing

- Difficulty with food getting stuck in the throat
- Unconsciousness after swallowing

Seizure/convulsion

- Continuous convulsion
- Unconsciousness after termination of convulsion

Trauma / Burn

- Trauma with massive bleeding
- Extensive burn
- Traffic accident with high energy impact
- Heat drowning
- Falls from a high place

Any other situation in which the patient's condition is abnormal or unusual.

Situations in which you should call an ambulance without hesitation

Child (under 15 years old)

Face

- Swelling
- Unusually looks sick

Head

- Complex headache with vomiting, diarrhoea
- Continuous headache, loss of consciousness or dizziness and abnormal mental status does a strongly biting head or something

Chest

- Very rough and/or wheezing
- Wet breathing

Stomach

- Severe diarrhea or vomiting, abnormal mental status
- Suffering from severe stomach pain
- Continuously vomiting
- Black stool

Arms and legs

- Paralysis of leg and/or arm

Abnormal mental status

- Unconscious (no response) or stupor
- Excitation

Seizure

- Continuous seizure
- Unconsciousness after termination of seizure

Swallowing

- Difficulty with food getting stuck in the throat
- Unconsciousness after swallowing

Urteraria

- Whole body swelling and puffiness after food intake

Burn

- Severely painful burn
- Extensive burn

Accident

- Trauma with massive bleeding
- Falls from a high place

Baby under 3 months old

- Swallowing mucus with a baby

Any other situation in which child's condition is abnormal or unusual.

Some tips for calling an ambulance

Detail 119 to call an ambulance

Emergency transport system by ambulance (from 119 call to medical facilities)

119 call → **Emergency dispatch** → **Medical facility**

If you can ask people on site, read them out the questions about the condition to be done on-site. This will help the ambulance crew reach you more quickly.

It is helpful if you can prepare the following things when calling an ambulance

- Payment
- Card/ Cash and for pay at hospital
- Current medication

When the ambulance arrives, tell the ambulance team the following information

- The condition under which the accident or illness occurred
- Any changes before the ambulance arrived
- What you did afterwards
- Family history of diseases
- Current medication

It is useful to have a name of your current medical condition in hand.

For Your Information - How to Prevent Heat Stroke

It is so hot and hot during summer in Japan, and temperature sometimes exceeds 35°C (95°F). As a result, 10000 people are hospitalized in hospitals for "heat stroke" every year. You should take enough care to prevent heat stroke.

What is Heat Stroke?

The symptoms of heat stroke are high body temperature, dizziness, nausea, seizure and abnormal mental status. If the high temperature is made in bottom of water and airtightness in your body, you can't detect your body temperature and you get heat stroke.

Even when you are indoors, you should take care not to get heat stroke. High temperature and humidity make it difficult to release your heat, which sometimes results in heat stroke.

The points of heat stroke prevention

- Check the temperature in your room frequently!
- If you are indoors, you put a breeze fan in your room.
- Use an air conditioner or fan to keep the room temperature under 30°C (86°F)
- Drink water before you get thirsty in a room
- Drink water even when you are not so thirsty!
- Travel to cool and loose clothes and use portable goods when you go out!
- Take an enough rest and do not work too hard!
- Get balanced meals as a food by healthy condition!

First Aid for Heat Stroke

- Move them to a cooler space, loose their clothes, and lay them down.
- Take an air-conditioner and read the wind by fan to cool down their body.
- Cool energy and take a lot of water.
- Let them drink water little by little.

After the wind is blowing a strong breeze or having a fan, place your hand down to get an air conditioner or fan.

Please call an ambulance without hesitation under these conditions

- When you can't drink water or vomit by yourself for feeling a strong weakness or fatigue.
- When you feel people who have symptoms such as no (or unstable) consciousness or convulsion over the whole body.

(5) 今後の取組

2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会を見据えて、開催地はもとより、その他の都市部及び観光地においては、数多くの外国人が来訪することが予想され、救急業務においても多言語対応がより一層必要となる。

加えて、近年、訪日外国人の急増に伴い、都市部や従来から人気がある観光地以外の地域においても外国人観光客が増加するなど、全国的にも対応が必要となってくることも考えられる。

各消防本部においては、先に示したような工夫を凝らした取組を参考としつつ、地域の実情に合わせ、対応を検討することが期待される。

4. 大規模イベント等開催時における多数傷病者発生時への備え

2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会中には救急需要の増加が見込まれ、開催地以外の消防本部からの応援の可否を含めた救急体制の検討が必要となると考えられることが、昨年度の検討において示されている。

大規模イベント等開催時における多数傷病者発生時の連携のあり方について、同種のイベントに際した連携実施事例をもとに検討した。

(1) 第23回世界スカウトジャンボリー

平成27年7月28日から8月8日にかけて第23回世界スカウトジャンボリーが開催され、世界150の国・地域から約3万4000人が参加した。

①出動件数

平成27年7月～9月における山口市消防本部の出動件数は2,219件となり、その前の年の同じ期間の出動件数2,060件と比べて159件増となった。うち世界スカウトジャンボリー関連の出動件数は45件であり、外国人35名を含んでいる。

なお、会場内に設置した中央診療所での受診者数（再診含む）が3,247人に上っている。大規模イベントにおいては会場内等に救護所を設けるなど、医療機関側においても万全の体制をとっておく必要がある。

②多言語対応

山口市消防本部では、119番通報時の多言語対応としては、簡易的な英会話マニュアルで対応し、対応困難な場合には日本語を話せる人に電話を代わるように促すこととした。実際には、英語での対応が困難な事案があり、大会本部を經由して119番通報するように関係スタッフ等に周知した。

救急現場では、多言語版救急時情報収集シートの活用、通訳の救急車への同乗や救護所内における日本人医師との引継ぎ方法等も決めていたが、実際には通訳の数が少ない上、多言語に対応できていない状況であった。多言語版救急時情報収集シ

一トのみでは、意思の疎通が困難な事案もあったため、多国籍の外国人対策としては救急車積載携帯電話をスマートフォンにし、翻訳アプリを利用する等の対応も必要であった。

多言語対応については、一つの方策だけで解決することは困難であり、様々な方策を組み合わせるなど、各消防本部で工夫した取組が必要となる。

③熱中症対策

熱中症対策として、大型テントを設置して日陰を確保した。会場内に診療施設を1箇所設けた他に、ファーストエイドポイントを3箇所設置し、健康管理のアドバイスや補水などの対応を行った。また、会場内外の水道管が設置されていない場所に12台の給水タンクを設置し、給水を確保した。

その他、日本ジャンボリー⁷では日中に行っていたセレモニーを夕方以降に開催するように修正をしている。

④感染症対策

開催時期は、MERSの国内流入の恐れがあり、またサウジアラビア等からの参加者もいたが、4月にエボラ出血熱患者の移送に係る保健所等との協定を締結済みであり、MERSについてもこれに準じた対応をとることを保健所に事前確認をとっていた。また、会場内救護所にも保健所職員（医師）も待機していた。

（2）多数傷病者発生時の連携に向けて

熱中症などによる多数傷病者が発生すると、当該地域を管轄する消防本部において、安定した救急サービスの提供が難しくなるおそれもある。そのため、イベントの計画段階におけるイベント主催者、行政の担当部局等との会議の場等において、熱中症発生の抑制や傷病者への適切な対応などの的確な熱中症対策を求めていく必要がある。

感染症対策は、大規模イベント開催時だけでなく、平時からの対策が必要である。特に災害発生時に迅速な活動をするためには、事前のマニュアル策定や、関係機関間での協定締結が不可欠である。

5. 外国人と接する機会の多い市民を対象とした応急手当の普及

外国人を相手に応急手当を実施する場合は、日本人を相手に行う場合と多くの違い

⁷ 平成25年に開催された日本ジャンボリーでは、会期前半に熱中症・脱水症等が多く発生したことから、会期途中から参加スカウトや指導者に対し、給水の徹底や給水スポットを増やすなどの対策が行われている。

があることを理解しなければならない。また、熱中症への対応や、言語によるコミュニケーションが難しいといった課題もある。

(1) 外国人に配慮した熱中症対応

2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会の開催期間が夏期となるため、熱中症への対応についても講習の内容に盛り込むことが必要となる。また、その際には外国人への配慮として必要な事項があるかどうかを含めて検討を行わなければならない。

救急蘇生ワーキンググループでの議論にもあるように、ガイドライン2015を受けた要綱の改正に併せて熱中症対応についても応急手当講習内容に盛り込むことが必要と考えられる。

(2) 応急手当講習の効果的な普及

応急手当講習をより多くの方に受講してもらうために、効果的な普及方策をとる必要がある。

各消防本部において、観光事業者や大会ボランティア等を対象に、効果的に応急手当を普及するため、市長部局の観光担当部局、スポーツ振興担当部局等と適切に連携することが求められる。また、SNS等を活用した関係者に対する効果的な広報についても、市長部局と連携をとることが考えられる。

(3) 外国人との円滑なコミュニケーション

外国人を相手に応急手当を実施する際、円滑なコミュニケーションをとる必要がある。

各消防本部において、地域他機関と連携しつつ、多言語対応のコミュニケーションボードを講習で活用するなどの対応が考えられる。

(4) 宗教上の禁忌等への配慮

外国人に対する応急手当の場合、宗教上の禁忌に関することなど様々な配慮が必要となる。

県や市町村の国際担当部局と連携しつつ、特定の国の出身者が多いなどの地域性や実情を考慮して、各消防本部で対応を検討し、適切に対応することが必要である。

6. 諸外国におけるオリンピック等の大規模イベント時の外国人に対する救急業務の状況

海外における大規模イベント時の外国人対応について、調査を行った。

(1) イベントの概要

調査対象とした大規模イベントの基本情報を以下に示す。

図表 7-99 大規模イベントの概要

イベント	開催期間	競技参加者数	観客数(チケット販売数)
ロンドン オリンピック・ パラリンピック	【オリンピック】 2012年7月27日～8月12日(17日間) 【パラリンピック】 2012年8月29日～9月9日(12日間)	【オリンピック】 204カ国から10,568人 (男性:5,892人、女性:4,676人) 【パラリンピック】 164カ国から4,237人 (男性:2,736人、女性:1,501人)	【オリンピック】 821万枚 【パラリンピック】 278万枚 ※イギリス国家統計局の推計によれば、オリンピック又はパラリンピックに参加・観戦すること等のために2012年7～8月に59万人にのぼる外国人が訪問した。
北京 オリンピック・ パラリンピック	【オリンピック】 2008年8月8日～8月24日(17日間) 【パラリンピック】 2008年9月6日～9月17日(12日間)	【オリンピック】 204カ国から11,028人 (男性:6,282人、女性:4,746人) 【パラリンピック】 146カ国から3,951人 (男性:2,568人、女性:1,383人)	【オリンピック】 650万枚超 【パラリンピック】 162万枚
シドニー オリンピック・ パラリンピック	【オリンピック】 2000年9月15日～10月1日(17日間) 【パラリンピック】 2000年10月18日～10月29日(12日間)	【オリンピック】 199カ国から10,651人 (男性:6,582人、女性:4,069人) 【パラリンピック】 122カ国から3,881人 (男性:2,891人、女性:990人)	【オリンピック】 670万枚 【パラリンピック】 120万枚 ※オリンピック観戦のために、海外から25万人がオーストラリアを訪問している。
ポストン マラソン	4月第3月曜日(愛国者の日)に開催 ※2015年4月20日 ※2016年4月18日	【2015年】 97カ国から30,333人が出場登録 ※ マラソンランナー: 30,251人 車いす利用者: 53人 ハンドサイクル利用者: 29人	例年、約50万人の観客を得ている。 2015年大会の沿道の観客数を100万人と推計している資料もある。
ベルリン マラソン	例年9月に開催 ※2014年9月27日 ※2015年9月26日	【2015年】 127カ国から58,776人が出場登録 ※ マラソンランナー: 41,224人 車いす利用者: 37人 ハンドバイク利用者: 181人	観客数は100万人である。 (※ベルリン市ホームページより)

(2) 救急出動状況

調査対象とした大規模イベントにおける救急出動状況を以下に示す。

救急出動件数については各国の救急システムの違いも影響しているが、イベントによる急激な件数の増加は、いずれも認められなかった。その要因としては、医療救護所等の救護施設を数多く設置するなど大会会場において万全の医療体制を構築することで、消防機関等への救急要請が抑制されたことが考えられる。

消防機関における救急体制の充実強化のみならず、医療体制の充実を図ることも重要と考えられる。

図表 7-100 大規模イベント時の救急出動状況

イベント	救急出動件数(3カ年)	開催期間中の救急出動件数(イベント関連)	主な救急要請内容
ロンドン オリンピック・ パラリンピック	2011年: 103万4442件(8月83,491件) 2012年: 107万6593件(8月91,732件) 2013年: 109万5150件(8月89,685件)	・1330件(オリ・パラ合計数) ※オリンピック会場等の4つのゾーンにおいて、 救急隊員が搬送、手当等を行った件数	・腹痛(9%)、骨折／骨折疑い(7%)、めまい／失神(7%)、その他痛み(6%)、その他(46%)
北京 オリンピック・ パラリンピック	2007年: 23万5584件(8月20,715件) 2008年: 24万9922件(8月18,860件) 2009年: 48万5668件(8月43,777件) ※2008年以降は北京救急センターと北京市赤十字会 急診救急センターを合わせた数値	・802件(オリンピック) ※7月27日～8月27日(競技施設内の件数) ・243件(パラリンピック) ※競技、練習施設内の件数	・外傷(39.03%)、消化器系(21.82%)、 心臓血管器系(7.36%)、呼吸器系(6.48%)、 神経系(6.23%)など
シドニー オリンピック・ パラリンピック	1999年: 不明 2000年: 70万900件 2001年: 74万000件 ※ニューサウスウェールズ州救急サービスの件数 ※各月ともに2001-02年の方が2000-01年よりも高 くなっているが、オリンピック開催期間となった2000 年9月だけは2001年9月の数値を若干上回っている。	・817件(オリンピック) ※観客(41%)、競技者(19%)、職員・ ボランティア(21%) ※434人を病院へ搬送し、214人をオリンピック会場内の メディカルセンターに搬送した。 ・276件(パラリンピック) ※観客(24%)、競技者(33%)	・下肢の怪我(18.85%)、胸の痛み(11.26%)、 腹痛、吐き気、嘔吐(11.14%)、虚脱、失神(7.71%)など
ポストン マラソン	2012年: 13万8352件 2013年: 14万2341件 2014年: 13万5040件 ※ポストン市の救急出動件数	(参考) ゴール付近に設置した大型の2つの医療テント での対応件数 2014年: 1,832件 2015年: 928件 ※2014年大会は、気温が高かった。	(参考) 医療テントで対応した内容 ・マメ、痙攣、胸痛、熱中症、低体温症
ベルリン マラソン	2012年: 29万2464件 2013年: 30万4483件 2014年: 33万3199件 ※ベルリン市における救急出動件数	(参考) 2014年は聖ヨハネ騎士団事故救助会が 応急対応を行った。 9月27日(ミニマラソン)211件(8人搬送) 9月28日(フルマラソン)763件(37人搬送)	—

(3) 多言語対応

調査対象とした大規模イベントにおける多言語対応状況を以下に示す。

通信指令員においては3者通話による対応が広く行われていた。救急隊、医療機関等では、コミュニケーションボード、外国語の医療用語集の作成など、様々な手法で対応している。

各消防本部においても、これらの手法を参考にしながら、平時から不測の事態に備え、地域の実情を考慮した手法を検討し、実施していく必要がある。

図表 7-101 大規模イベント時の多言語対応状況

イベント	通信指令員	救急隊	医療機関	一般人向け啓発等
ロンドン オリンピック・ パラリンピック	・3者通話で対応 (150言語対応可能)	・コミュニケーション・ ブックレット・ 3者通話で対応	・赤十字フレーズブック (英国赤十字/36言語対応可能) ・通訳サービス ・リーフレット等の翻訳	NHS(国民保健サービス)はロンドンでの健康的な滞在を可能とするためのガイド“Stay healthy during London 2012”を作成。Google翻訳を使うことによって、多言語に翻訳可能。
北京 オリンピック・ パラリンピック	・3者通話で対応 (オリ: 44言語 パラ: 9言語) ※大学内に多言語 サービスセンターを設 置	—	・外国語ハンドブックを作成 (1257の医療用語と2000の医療フ レーズ) ・外国語能力の高い300人の医療従 事者を選定し、10言語を対象とした言 語サービスを提供できるように配置。	北京市衛生局は、観光局と共同で、北京救急 ガイドを約10万部作成。対象言語は、英語、日 本語、フランス語、ドイツ語、ロシア語、韓国語、 スペイン語、アラビア語である。ハンドブックは、 競技会場、空港、ホテル、救急車、指定病院の 救急治療室等で配布
シドニー オリンピック・ パラリンピック	・3者通話で対応	—	選手村の総合診療所、大会会場救護 所において、医療通訳サービスを提供 し、その他、電話通訳者177人を配置 して55言語に対応	オーストラリア移民局によるブックレット、Web サイトにおいて、救急通報の仕方に関する説明 が多言語でなされている。
ポストン マラソン	・3者通話で対応	特になし	・翻訳アプリや翻訳アプリと電話翻訳 サービスを連携した対応	観客や会場周辺の関係者に対し、多言語ツ ールは提供していない。なぜなら非英語圏から来 る者は相対的にそれほど多くないと考えている ためである。
ベルリン マラソン	・特別な対応はなく、応 答した通信指令員の言 語能力による。	・救急医療に関する情 報を5言語で説明する 資料が掲載されてい る。	—	公式HPでは、ドイツ語、英語による情報提供が 行われ、救護所に関する情報が提供されている。 インタラクティブなコース地図が提供されており、 救護所の場所等も表記されている。

(4) 危機管理計画等

調査対象とした大規模イベントにおける危機管理計画等の状況を以下に示す。

危機管理対策では、大規模イベント開催に先立ち救急需要の検討を行うなどした上で、全ての事例において救急車の増台や救急隊員の増員を行っており、様々なシナリオを想定した危機管理計画が作成されている。こうした消防機関側の対策に加え、オリンピック病院の指定や競技場周辺の医療救護所の設置等、医療側の十分な対策も重要であり、それぞれが必要な対策を講じたうえで、救急と医療の連携をはじめ、関係他機関と適切に連携していくことが重要である。

図表 7-102 大規模イベント時の危機管理計画（消防機関側の対策）

イベント	消防機関側の対策
ロンドンオリンピック パラリンピック	<ul style="list-style-type: none"> ・ロンドン救急サービスで66台の救急車を追加 ・他のNHS(国民保健サービス)トラストから225名の応援を得て、オリンピック期間中は全員がロンドンで救急業務に携わる ・民間救急搬送サービス4社(50台)の民間救急車の提供を受ける契約をし、民間救急車への指令はロンドン消防サービスが実施
北京オリンピック パラリンピック	<ul style="list-style-type: none"> ・開会式会場周辺での混雑による事故等が想定されるため、会場最寄りの地下鉄駅である北土城駅に救急車3台を配置 ・北京救急医療センターと中国紅十字会北京支部とで共同運用を行い、北京救急医療センターの救急車176台と、中国紅十字会北京支部の救急車70台の合計246台を市内の病院に配置
シドニーオリンピック パラリンピック	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車を58台追加 ・民間救急サービス組織と連携 ・州内の地方部を担当する医療補助員を加え、シドニー都市圏を対応 ・AEDを所持した救急車、医療補助者、民間救急サービス関係者が会場内の各所に待機し、会場のどこで事象が発生しても10分以内に駆けつけられる体制を構築
ボストンマラソン	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の救急体制(ボストン全域で救急車24台)に加え、14台の救急車と140人の隊員をマラソンコースに沿って配置
ベルリンマラソン	<ul style="list-style-type: none"> ・聖ヨハネ騎士団事故救助会がベルリン・マラソンの応急手当を提供し、2014年大会では緊急車両として、10台の救急車、2台の医師同乗救急車、15台の患者搬送車、10台のオートバイ、2台の自転車配置している。合計390名の聖ヨハネ騎士団で対応を行い、その内258名はドイツ各地の聖ヨハネ騎士団から、39名はポーランド、オーストリア、イギリスの聖ヨハネ騎士団からの応援

図表 7-103 大規模イベント時の危機管理計画（医療機関側の対策）

イベント	医療機関側の対策
ロンドン オリンピック パラリンピック	<p>特定の医療機関を「オリンピック病院(Olympic Hospital)」として指定している。オリンピック会場で事故等が発生した場合には、オリンピック指定病院へ優先的に搬送される。オリンピック病院はオリンピック期間中に増加する需要への対応準備を行っている。また、計画ではオリンピック病院が満員になった場合でも、オリンピック病院以外の近隣の病院に、受入の余裕があるような計画をした。</p>
北京オリンピック パラリンピック	<p>北京市衛生局では、3階層からなる救急医療ネットワークを構築した。対象として、やけど、外傷、核汚染、中毒、感染症の大流行の5つのタイプを想定している。これら5つのタイプの事態に対応できる18の専門病院を第1層として、第2層には54の一般医療機関、第3層には37の一般医療機関を位置づけ、それぞれが連携しながら、応急措置、救急車による搬送、病院内での処置を行うこととなる。これらの病院全体で5,880床を備え、救急事態に対処可能な十分な薬と物資を備えている。また大量傷病者発生時に対応可能な総計1,000名の人員による115の救急対処チームを配備した。北京市衛生局と医療機関は、異なるタイプ、規模の救急事態に対処するための計画を作成している。また第2層、第3層の病院の約2,000人の医師、約4,000人の看護師を対象に心肺蘇生法、人工呼吸法、深部静脈穿刺等の救急ケアのトレーニングを行った。</p>
シドニー オリンピック パラリンピック	<p>3つの病院がオリンピック病院として指定された。多くの競技が行われるシドニーオリンピック公園の観客に対応する病院、競技者・運営者に対応する病院、オリンピック関係者や市内会場の観客に対応する病院として指定している。加えて10の病院がサポート病院として指定されている。サポート病院は、大会会場の近くにある病院であり、オリンピック病院を補完する役割を担う。サポート病院の主な役割は、観客の救護である。加えて、緊急時におけるオリンピック関係者の優先的受入場所となる役割を担っている。その他のシドニー内の病院は、オリンピック従事者やメディア関係者等のその他のオリンピック関係者の対応を行う。</p>
ボストンマラソン	<p>ゴール付近には大規模な医療テントを2つ設置している。医療テントでは適切な医学的処置を提供することで、周辺の救急資源に過度の負担がかからないようにしている。ボランティアの医師、看護師、理学療法士、マッサージ療法士が配置されており、軽度な傷病に対処できるだけでなく、より重篤な心筋梗塞、低ナトリウム血症、異常高熱等への対処も行うことができる。より深刻な場合には必要に応じて、地域の病院に搬送される。</p>
ベルリンマラソン	<p>マラソンコース上に救護所を設置している。15km地点までは緑地に白十字又はDOCTOR、MEDICAL SERVICEという表示を付けている移動チームが医療対応を行っている。15kmから36km地点には、3kmごとに救護所を設置している。また1kmごとに救護者を配置して応急手当を受けられることができる。36km地点以降は、1kmごとに救護所を設置し、対応が得られるようにしている。個々の救護所には、少なくとも1名の医師が配置されている。救護所の医師は、マラソンコース上の選手をみて、怪我や過度の疲労の徴候を示している者はレースから離脱させる権利と責任を負っている。</p>

熱中症対策においては、地域ごとに気候の違いはあるものの、様々な広報媒体で注意喚起を実施している。2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会においては、高温多湿な日本特有の気候により、熱中症対策について十分な取組が必要である。

感染症対策については、発生時に速やかに探知・周知が行えるシステムが構築されている。

図表 7-104 大規模イベント時の危機管理計画（熱中症対策、感染症対策）

イベント	熱中症対策	感染症対策
ロンドンオリンピック パラリンピック	<ul style="list-style-type: none"> “Stay healthy during London 2012”というリーフレットを作成し、熱中症による脱水を予防するためのアドバイス提供。 給水所を設けて、空の容器に飲料水を入れることも可能 	<ul style="list-style-type: none"> HPA(英国健康保健庁)のチームは感染症に関するレポートも毎日提供 オリンピック参加国のチームドクターには、感染症調査に協力することを求め、下痢や嘔吐、発熱、黄疸等の症状をみつけた場合には、選手村内に設置された総合診療所に報告するよう要請
北京オリンピック パラリンピック	<ul style="list-style-type: none"> 飲用水やサンバイザーの無償提供、休憩エリアの設置、軽微症状の迅速処置により、熱中症対策を行った。 (大気汚染の抑制措置により、空気質が好転し、喘息等の発病率は低い水準であった。) 	<ul style="list-style-type: none"> 各種突発公共衛生事件への対応策、モニタリングシステム、伝染病(腸、呼吸器)、生物テロの対応策を作成した。 「インフルエンザ大流行に対応する準備計画及び対応案」「ベスト抑制緊急対応案」「食物中毒事件緊急対応案」など30部門の対応案も作成した。
シドニーオリンピック パラリンピック	<ul style="list-style-type: none"> 海外からの訪問者に対して、日射対策に関する警告を行っている。 (例:脱水症にならないよう、喉の渇きを感じなくても多くの水分を摂取すること、午前11時から午後3時の間はできるだけ、日差しの下にいる時間を減らし、日陰を活用する等) 	<ul style="list-style-type: none"> 指定した病院を対象に、特定の症状をもった患者が来院したことに関する情報を登録。大流行となる徴候や疾患のパターンの変化等を調べ、必要な注意喚起が行えるよう、データは毎朝午前8時にはNSW Health Olympic Coordinating Centerに送られイントラネットで閲覧可能となるようにしている。
ボストンマラソン	特になし	<ul style="list-style-type: none"> 翻訳アプリや電話翻訳サービスを連携した対応
ベルリンマラソン	<ul style="list-style-type: none"> 救急医療に関する情報を5言語で説明する資料が積載されている。 	—

(5) 大規模イベント開催時における多数傷病者発生事案

2013年のボストンマラソンでは爆弾テロ事件により死傷者が発生したが、テロ事件に対してスムーズな対応が行われた。その要因として、爆発現場周辺にもともと医療スタッフや救急車が配備されており、十分な救急資源、医療資源があったこと、重症患者を一つの病院に集中させなかったこと等が挙げられている。

大規模イベント開催時には、消防機関だけではなく、医療機関をはじめ多くの関係機関と綿密な事前協議を重ね、危機管理計画等を作成する必要がある。

図表 7-105 大規模イベント時の同時多発的な事案発生状況

イベント	同時多発的な事案	救急車が不足する事態	医療機関の受入超過事態
ロンドン オリンピック・ パラリンピック	無	無	無
北京 オリンピック・ パラリンピック	無	無	無
シドニー オリンピック・ パラリンピック	無	無	無
ボストンマラソン	<p>① 2013年4月15日に爆弾テロ事件が発生し、ボストン・マラソンのゴール付近で2つの圧力鍋を使った爆弾が爆発し、死者3名、負傷者264名、負傷者の内16名は外傷性切断を負った。爆発後の対応は、事前に作成していた計画に則りスムーズに行われた。最も早く搬送された重症者は爆発から9分以内に病院に到着。118名が救急車で搬送され、最も遅い者でも1時間以内に病院に到着している。患者は13の病院、医療センターに分かれて搬送された。迅速に搬送されたこともあり、搬送された患者で死亡した者はいない。</p> <p>② 2012年大会では気温が30度を超えるなど高温に見舞われた。そのため、ボストン・マラソン主催者は出場者に対し、高温下でのマラソンに不安がある場合には出場を回避するよう呼びかけた。その結果、出場登録していた約14%のランナーがマラソンのゼッケン番号を取りに来なかった。</p>	無	無
ベルリンマラソン	無	無	無

7. まとめ

2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に向けた救急業務に関する課題と対応策について、消防本部、諸外国における事例をもとに検討した。

多言語コミュニケーションを支援するシステムについては、多言語コミュニケーションツールや多言語音声翻訳システム、今回新たに作成した訪日外国人のための救急車利用ガイド（英語版）などの取組を参考としつつ、各消防本部が地域の実情にあわせて対応を検討することが期待される。また、総務省で取組を進めている多言語翻訳アプリについて、救急現場で使いやすいツールとして開発が進むことを期待する。

大規模イベント等開催時における多数傷病者発生時への備えとしては、イベントの計画段階から、イベント主催者や行政の担当部局等に対して熱中症対策を求めていく必要がある。また、感染症など災害発生時に迅速な活動を可能とするために、事前のマニュアル策定、関係機関間での協定締結等を進めていく必要がある。

外国人と接する機会の多い市民を対象とした応急手当については、消防本部と関係組織が連携したSNS等を利用した効果的な広報の実施、地域性や実情等を考慮した外国人への対応等について検討し、適切に対応していくことが求められる。

こうした対応を検討する上で、諸外国の大規模イベント時における取組は参考となるところが多い。各消防本部等は、これらの事例を踏まえながら、消防と医療の連携をはじめ、関係他機関と適切に連携していくことが重要である。