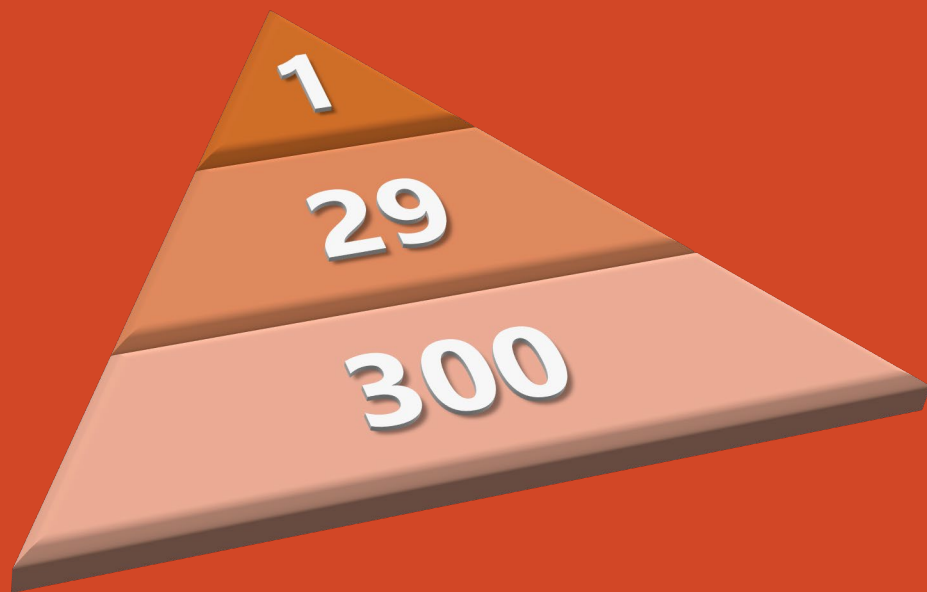


『岐阜県MC協議会における安全管理に係る事後検証体制』

及び『岐阜市消防本部の取り組み』の紹介



岐阜県MC協議会／岐阜市消防本部

消防司令長 大野 勝昌

岐阜県MC協議会における安全管理に係る事後検証体制

＜ R4年からMC協議会に安全管理部会を設置 ＞

- ・ H25年からリスク管理要領を定め事故・ヒヤリハット情報の収集と共有
- ・ 事故事例は必要に応じて委員会を設置し対策を協議して通知
- ・ 令和7年から安全管理研修（救急隊長対象）を実施

- ・ H25年からリスク管理要領を定め事故・ヒヤリハット情報の収集と共有

岐阜県医療コントロール協議会リスク管理要領

令和5年4月1日改正

(目的)

第1条 この要領は、救急活動中に発生した事故又は事故が発生するおそれのある事例が発生した場合、その原因を究明し再発防止を図ることにより救急業務の資質向上を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要領における用語の定義は、次の各号に定めるところによる。

(1) 事故

救急活動中に発生した事故等で、次に掲げるものをいう。

ア 別表中レベル 3 b 以上に該当する事案

イ 救急救命士法等に違反する行為

ウ 報道機関に取り上げられる等社会的影響が高いもの。

エ 上記のほか、岐阜県メディカルコントロール協議会（以下「県MC協議会」という。）安全管理部会長が事故と認めるもの。

(2) ヒヤリハット事例

救急活動中に“ヒヤリ”したり、“ハッ”とした経験を有する事例で、次に掲げるものをいう。

ア 別表中レベル3 a 以下に該当する事案

イ 事前に危険及び異常を察知し、事故の発生を回避したもの。

ウ 上記のほか、県MC協議会安全管理部会長（以下「部会長」という。）がヒヤリハット事例と認めるもの。

(報告)

第3条 救急活動に従事する者は、事故又はヒヤリハット事例を覚知したときは、遅滞なくその旨を所属する消防本部の消防長（以下「消防長」という。）に報告しなければならない。

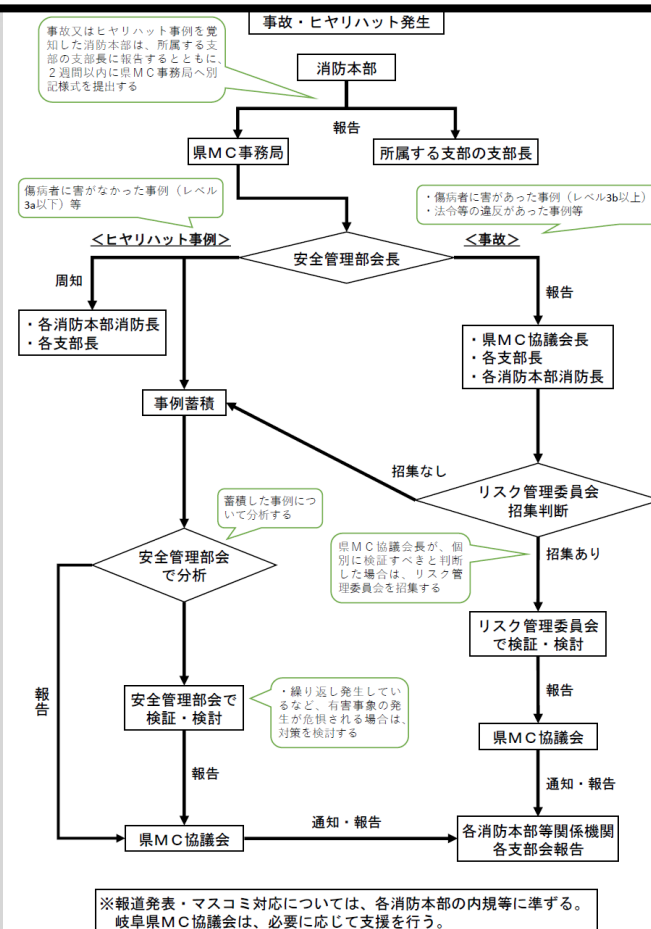
2 消防長は、前項により報告を受けた場合は、覚知から2週間以内に、所属する県MC協議会支部長に報告するとともに、別記様式を部会長へ提出しなければならない。

3 救急活動中にヒヤリハット事例を体験した職員は、ヒヤリハット事例を積極的に提出するように努めるものとする。

4 消防長は、前1項により報告されたヒヤリハット事例が、全国の消防本部で共有すべき有用な情報であると認めた場合には、消防ヒヤリハットデータベースに情報を提供するものとする。

5 消防長は、事故又はヒヤリハット事例を報告した者に対し、当該報告をしたことを理由

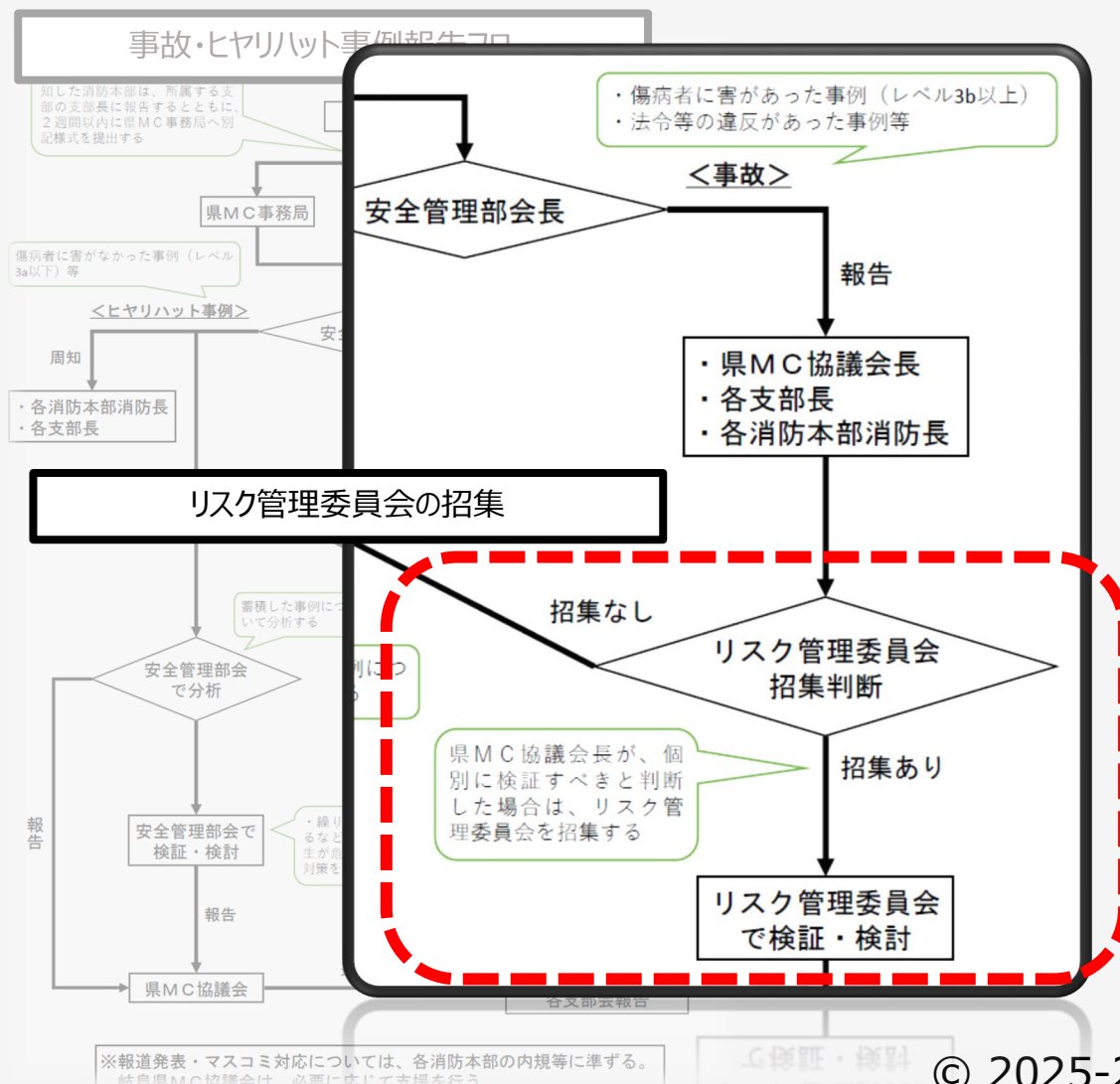
事故・ヒヤリハット事例報告フロー



事故・ヒヤリハット事例報告様式

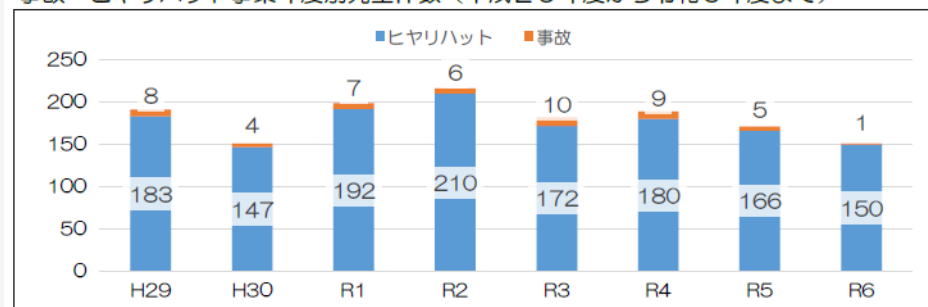
安全管理部会長 様		令和 年 月 日	
		岐阜市消防本部消防長	
ヒヤリハット報告書			
報告年月日			
発生年月日		<input type="checkbox"/> 不明	
発生時刻			
発見日時			
発生場所	(天候:)		
発生状況			
発見者			
当事者			
当事者の資格			
当事者の経歴 年数	救急隊員経歴年数:		救命士経歴年数:
	通信指令員経歴年数:		
事故種別			
傷病者の状況	年齢	歳	性別: <input type="checkbox"/> 傷病者なし
	CPA:	意識レベル(JCS):	L & G適応:
主たる事例の要素	<input type="checkbox"/> 現場誤り <input type="checkbox"/> 経路誤り <input type="checkbox"/> 到着遅延 <input type="checkbox"/> 資器材管理 <input type="checkbox"/> 薬剤管理 <input type="checkbox"/> 車両トラブル <input type="checkbox"/> 資器材トラブル <input type="checkbox"/> 所持品管理 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他		
内 容 (100字程度)			
分 析			
発生要因 (複数可)	<当事者の行動に関わる要因> <input type="checkbox"/> 確認を怠った <input type="checkbox"/> 観察を怠った <input type="checkbox"/> 報告が遅れた(怠った) <input type="checkbox"/> 記録などの不備 <input type="checkbox"/> 連携ができていなかった <input type="checkbox"/> 傷病者(家族)への説明が不十分だった <input type="checkbox"/> 判断を誤った <input type="checkbox"/> 知識が不足していた <input type="checkbox"/> 思い込みがあった <input type="checkbox"/> 無意識であった		
	<人的要因> <input type="checkbox"/> 技術・手技が未熟だった <input type="checkbox"/> 勤務状況が繁忙だった <input type="checkbox"/> 通常とは異なる具体的条件下にあった <input type="checkbox"/> 通常とは異なる心理的条件下にあった <input type="checkbox"/> その他()		

・ 事件事例は必要に応じて委員会を設置し対策を協議して通知



令和6年度の事故・ヒヤリハット状況について

事故・ヒヤリハット事案年度別発生件数（平成29年度から令和6年度まで）



令和6年度では、発生した1件の事件事例に対して
リスク管理委員会が招集され、
 救急活動において同様の状況が発生した場合の、
具体的な手順書を作成し通知した。

- ・ 令和7年から安全管理研修（救急隊長対象）を実施

救急隊長級を対象とした安全管理研修

講師：岐阜大学医学部附属病院
副院長・医療安全管理室長 熊田 恵介 医師

中濃厚生病院
救命救急センター長 名知 祥 医師（グループワーク）

朝日大学保健医療学部救急救命学科
特命准教授 澤田 仁（グループワーク）

日時：令和7年9月25日（木） 9時30分～11時30分
場所：オンライン一部対面（県庁18階会議室）

時 間	内 容	
9:30~9:35	【開会挨拶】	5分
9:35~9:50	本県の事故・ヒヤリハット発生状況の把握	15分
9:50~10:20	安全管理部会長による安全管理管理研修	30分
10:20~10:30	休憩	10分
10:30~11:20	グループワーク (ディスカッション最大参加人数20名)	50分
11:20~11:25	質疑	5分
11:25~11:30	【閉会挨拶】	5分

※プログラムについては、変更する場合があります。

120分

グループワーク資料

(国内で発生した事例を振り返り、間違いを修正できたポイントを抽出して発表)

地上四時 保年 月 日 日 時 4 分
 地上場より中校門 門を 中 校舎車門
 校舎下 山門宮前門校舎下
 1 月 4 日 男全
 1 月 男全 中校舎 女
 校門前 近水 男全
 病室 1 女全
 保年 1 月 日 日 時 8 分 宣物 中校舎下 中 中
 近水 近水 何病室 中 中校門 中校舎 中 山門中校舎 中 中
 中校舎 中 中校舎 中 中 中校門中校舎 中 中校舎 中校舎
 中校舎 中校舎 中校舎 中校舎 中校舎 中校舎 中校舎 中校舎

(表1) 電磁の時系列記録一誌

日 行	時 間	活動の場面
10月3日	22:00	健闘（9区通過）
	22:0	緊急降下活動へ
	22:1	緊急降下活動
	22:5	緊急降下場所着
	22:10	傷点ごと復讐
	22:20	両肩者と緊急点へ転落
	22:23	崖内側面へ落下等（1回目）
	22:24	崖内側面へ落下等（2回目）
	22:27	崖内側面へ向け崖端直前
	22:28	指令セク 伊庭龍輝へ特定方向の指示要請
	22:32	岩盤崩壊
	22:34	アトレタノ 1mg投与（7）けいぞん「AEJ」
22:36	ペネトラ（地究研手置所直前）	
22:40	車道へトビ下り 緊急発生直前側面へ崖縁結	
22:44	崖縁側面 到着	
0月4日	0:43	崖縁側面から引揚



岐阜市消防本部の取り組み (岐阜県内の救急件数の約30%を担当)

< R7年からの取り組み >

- ・ ヒヤリハット報告のDX化
- ・ 本部内から報告されたヒヤリハット事例は必要に応じて緊急共有
- ・ 安全管理部会から共有されるヒヤリハット事例に統一見解を示し注意喚起
- ・ 他都市のアクシデント事例に統一見解を示し注意喚起

・ヒヤリハット報告のDX化と緊急共有

Logoフォームを活用したスマホ入力

岐阜市消防本部 救急活動ヒヤリハット報告（指令課用）

入力フォーム

1 2 3

下記のフォームにご入力をお願いします。

Q1. 所属名 必須

Q9. 報告者の氏名 必須

救急 ひやり

0 / 20

Q10. 報告年月日 必須

2025-08-07

Q11. 発生年月日（不明の場合は空欄）

2025-08-07

Logoフォームで出力した部内決裁用の帳票

別記様式1		消防長様		令和7年10月31日	
ヒヤリハット報告書		指令課			
報告年月日	令和7年10月31日				
発生年月日	令和7年10月30日			<input type="checkbox"/> 不明	
発生時刻	18～19時台				
発見日時	令和7年10月30日	18～19時台			
発生場所	屋外（天候：晴）				
発生状況	出場～現場到着				
発見者	本人以外の隊員				
当事者	通信指令員				
当事者の資格	救急科等修了				
当事者の経験年数	救急隊員経験年数：5～10年未満	救命士経験年数：該当なし			
	通信指令員経験年数：2年目				
事故種別	急病				
傷病者の状況	年齢 66 歳 性別：男 <input type="checkbox"/> 傷病者なし				
	CPA：無 意識レベル（JCS）：0 L&G適応：有				
主たる事例の要素	<input checked="" type="checkbox"/> 現場誤り <input type="checkbox"/> 経路誤り <input type="checkbox"/> 到着遅延 <input type="checkbox"/> 資器材管理				
	<input type="checkbox"/> 薬剤管理 <input type="checkbox"/> 車両トラブル <input type="checkbox"/> 資器材トラブル <input type="checkbox"/> 所持品管理				
	<input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他				
内容（100字程度）	携帯電話による119番通報で、〇〇町のバス停にいと聴取したため東〇〇町地内の〇〇町バス停に出場指令を送出したが、傷病者が実際にいた場所は東〇〇町地内ではなく、〇〇町地内にある〇〇町バス停であった。				
分析	レベル1：救急活動に問題（誤り）があったが、実害はなかった。				
発生要因（複数可）	<div><当事者の行動に関わる要因> <input checked="" type="checkbox"/> 確認を怠った <input type="checkbox"/> 観察を怠った <input type="checkbox"/> 報告が遅れた（怠った） <input type="checkbox"/> 記録などの不備 <input checked="" type="checkbox"/> 連携ができていなかった <input type="checkbox"/> 傷病者（家族）への説明が不十分だった <input checked="" type="checkbox"/> 判断を誤った <input checked="" type="checkbox"/> 知識が不足していた <input checked="" type="checkbox"/> 思い込みがあった <input type="checkbox"/> 無意識であった</div> <div><人的要因> <input checked="" type="checkbox"/> 技術・手技が未熟だった <input type="checkbox"/> 勤務状況が繁忙だった <input type="checkbox"/> 通常とは異なる具体的条件下にあった <input type="checkbox"/> 通常とは異なる心理的条件下にあった <input type="checkbox"/> その他（ ）</div>				

部内決裁後、県MC協議会へ報告

必要に応じて緊急で部内共有

・ヒヤリハット事例や他都市のアクシデント事例に統一見解を示し注意喚起

安全管理部会からの通知内容に統一見解を示し注意喚起

令和7年7月15日

各 署 長 様

救 急 課 長

適切な救急活動の遂行について（2）（依頼）

先日、県内の他の消防本部で [REDACTED] という事案が再び発生し、岐阜県メディカルコントロール協議会の安全管理部会長によって、この事案が事故事案と判断されたと県から報告がありました。

報告書によると、[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]、とされています。

岐阜県内では、昨年も類似の事故事案が報告されており、検討の結果、類似事案に対する手順は明確化されています。

つきましては、所属職員に対して、プロトコールに基づいた適切な救急活動の遂行について、再度徹底するよう注意喚起をお願いするとともに、[REDACTED]
[REDACTED]について、明確化された手順を正しく理解し備えておくよう指導願います。

<担当>

救急課 主幹
大野 勝昌
内線 2412

他都市の事故事例に統一見解を示し注意喚起

各 署 長 様

救 急 課 長

救急車の安全な運行について（3）（依頼）

昨日、県内の他の消防本部で、出場途上の救急車が [REDACTED] 接触する単独事故を起こし、傷病者の搬送が約30分遅延する事案が発生しました。報道によると、現場は狭隘道路（報道映像から判明）の緩やかなカーブで、[REDACTED] と、話しているとのことでした。

サイレンを鳴らしたまま狭隘な道路を緊急走行すると、現場へ急ぐあまり、脱輪や接触のリスクを軽視しがちです。徐行して狭隘道路を走行する場合は、早い段階でサイレンを停止することによって、脱輪や接触のリスクを正確に把握でき、確実な事故防止に繋がります。

つきましては、狭隘道路の通過手順について隊員相互に再確認し、救急車を安全に運行するよう、所属職員に周知徹底願います。



（ニュース映像から狭隘道路のカーブ地点での事故と判明）

<担当>

救急課 主幹
大野 勝昌（内線 2412）

< 得られた効果 > ・ < 課題 >

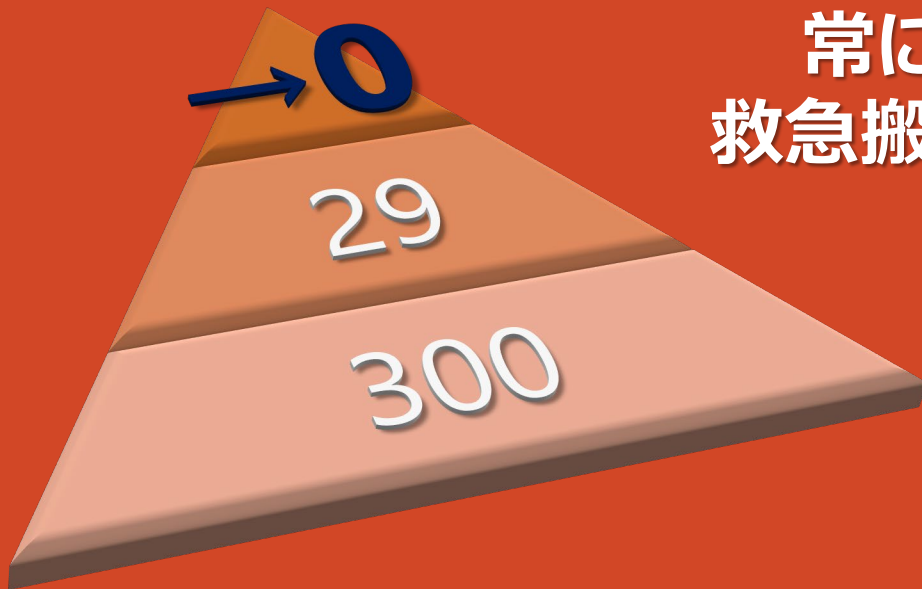
< 効果 >

- ・ 岐阜県全体が安全管理に対する正しい組織風土の構築へ前進できている
- ・ 注目すべきアクシデントに組織的な対応策を示して注意喚起できている

< 課題 >

- ・ **消極的な個人・チームの存在** → 長い時間をかけて組織風土を醸成

救急活動時のアクシデントは限りなくゼロへ！ Accident of EMS-OPERATION down to ZERO！



常に慎重な行動で24時間365日絶え間なく
救急搬送サービスを提供することが我々の使命です

岐阜県MC協議会／岐阜市消防本部
消防司令長 大野 勝昌