

# 消防救急の真似事は危険

## 1. 消防救急と民間救急の違い

- 消防救急は法的根拠に基づき、救急救命士が医療行為を行える。
- 民間救急（介護タクシー等）は医療行為が原則禁止で、緊急対応や医療機関との連携も困難。

## 2. 民間救急の法的リスク

- 救命士や看護師が民間事業所で医療行為を反復・継続するのは違法。
- 医療事故が起きた場合、責任は個人と事業所に帰属。

## 3. 誤認を招く広告の問題

- 消防救急と同等の対応が可能と誤認させる宣伝が横行しており、非常に危険。

## 4. 医療機関との連携の限界

- 民間救急はホットラインがなく、二次・三次医療機関への搬送が困難。
- 搬送元医療機関に指示を仰ぐことも、責任の所在が曖昧で迷惑とされる。

## 5. 緊急時の対応困難

- 容態急変時に消防救急への乗せ替え判断が難しく、営利目的のため判断を躊躇する傾向がある。

# 命を守るための極限訓練：救急隊の過酷な日常

救急隊の訓練は、単なる技術習得ではない。そこには「人の命を預かる覚悟」と「極限状況での冷静な判断力」が求められる。訓練は、肉体と精神の限界を試すように設計されている。

- **体力の限界を超える反復訓練** 何十キロもの装備を背負い、炎天下や極寒の中での走行、階段昇降、担架搬送。筋肉が悲鳴を上げて、止まることは許されない。
- **瞬時の判断力と冷静さの鍛錬** 模擬事故現場では、複数の傷病者が同時に発生。誰を優先するか、どの処置を選ぶか。数秒の判断が生死を分ける。
- **コミュニケーションの精度** 無線での連携、現場での指示、医療機関との連絡。混乱の中でも、誤解なく、迅速に、正確に伝える力が求められる。
- **精神的ストレスへの耐性訓練** 子どもの事故、重篤な外傷、死と隣り合わせの現場。感情を抑え、冷静に対応するためのメンタルトレーニングは欠かせない。
- **時間との闘い「一秒でも早く」**——その意識が常に訓練に刻まれている。救命率を左右するのは、到着の速さと処置の的確さ。

この訓練の厳しさは、単なる「大変さ」ではない。それは、誰かの「生きる可能性」を広げるための、尊い努力の積み重ねなのです。

## 命を守るための過酷な現場

### 真夜中の模擬多重事故対応訓練

ある訓練では、深夜 2 時に「高速道路上で多重事故発生」というシナリオが突然通達される。隊員たちは眠気を振り払い、数分以内に出動準備。現場では複数の重傷者、炎上する車両、パニック状態の通行人が配置されている。隊員は暗闇の中、限られた照明と騒音の中で、トリアージ(緊急度判定)、応急処置、搬送判断を瞬時に行う。訓練後には「1 秒の迷いが命取りになる」と指導官から厳しいフィードバックが飛ぶ。

### 山岳救助訓練: 体力と判断力の限界

山中での遭難者救助を想定した訓練では、隊員は 20kg 以上の装備を背負い、急斜面を数時間かけて登る。途中で「意識不明の傷病者を発見」という設定が入り、隊員は限られた資材で応急処置を施し、担架で搬送。滑落の危険がある中、隊員同士の連携と冷静な判断が求められる。訓練後は全身が泥まみれ、筋肉痛と疲労で動けなくなる者もいるが、誰一人弱音を吐かない。

## 訓練内容の詳細

訓練項目	内容	目的
トリアージ訓練	複数傷病者の緊急度判定	優先順位の判断力強化
CPR 反復訓練	心肺蘇生法を数百回繰り返す	精度と持久力の向上
無線通信訓練	雑音下での正確な情報伝達	緊急時の連携力強化
高所・狭所救助	梯子・狭い空間での搬送	危険環境下での対応力
メンタル耐性訓練	過去の実例を用いた心理的負荷訓練	感情のコントロールと冷静さの維持

## 命のリレー: 搬送中の決断

ある夏の夕方、119 番通報が入った。「60 代男性が自宅で突然倒れ、意識なし」。救急隊はすぐに現場へ急行。到着時、男性は心肺停止状態。隊員は即座に心肺蘇生(CPR)を開始し、AED を装着。電気ショック後、心拍が一時的に回復。

搬送中の救急車内は、まさに“動く救命室”。隊員は限られたスペースと揺れる車内で、酸素投与、点滴確保、心電図モニターの操作を同時にこなす。患者の容体は不安定で、再び心拍が乱れる。「次のショック準備！」と声が飛び、隊員は冷静に再度 AED を作動。その間、もう一人の隊員は病院へ詳細な病状を報告し、受け入れ体制を整える。

病院到着までの 10 分間、隊員は一瞬たりとも手を止めない。到着後、医師に引き継ぎながら「搬送中に 2 回の電気ショック、心拍再開あり」と報告。医師はすぐに処置を開始し、患者は集中治療室へ。

後日、患者の家族から「あなたたちがいなければ、父は助からなかった」と感謝の言葉が届いた。隊員は静かにこう答えた。「私たちは、命のバトンをつなぐだけです。助けたのは、医療チームとご本人の力です。」

## 日本の民間救急が世界に通じない理由

日本の民間救急は、世界標準の救急医療体制とは大きく異なり、国際的な連携や通用性に乏しいのが現実です。特に緊急対応力や医療連携の面で、制度的な限界が浮き彫りになっています。

### 1. 民間救急は“緊急対応”ではない

日本の民間救急(正式には「患者等搬送事業」)は、緊急性のない傷病者を対象としたサービスです。予約制で、有料。緊急走行(サイレン・赤色灯)はできず、医療処置も限定的です。一方、欧米諸国では、民間でも救急医療資格を持つパラメディックが乗車し、現場での高度な医療処置が可能。日本の民間救急は、そもそも“救急”の定義が異なります。

### 2. 医療スタッフの不在・資格の違い

日本の民間救急には、医師や看護師が同乗しないケースが多く、搬送中の医療処置はほぼ不可能。消防認定を受けた事業者でも、救急救命士の同乗は義務ではありません。対して、米国・カナダ・欧州では、救急車には必ず医療資格者が乗車し、薬剤投与や気道確保などの処置が可能です。

### 3. 国際基準との乖離

WHO や国際救急医学会が定める救急医療の基準では、「現場での初期治療」「搬送中の継続的医療」「病院とのリアルタイム連携」が必須とされています。日本の民間救急は、これらの要件を満たしておらず、国際的な災害支援や医療連携の場では通用しないのが現状です。

#### 4. 制度の特殊性と“タクシー化”問題

日本では、皆保険制度のもと、誰でも自由に医療機関を選べるため、軽症でも救急車を呼ぶケースが多発。これにより、消防救急の逼迫を補う形で民間救急が登場しましたが、制度的には“医療”ではなく“輸送”に近い位置づけです。

### 国際現場でのギャップ

- 国際災害支援では、現場でのトリアージや処置が求められるが、日本の民間救急は対応不可。
- 海外の医療機関との連携に必要な医療記録や処置履歴が搬送中に記録されない。
- 国際的な医療訓練や認証制度（例：ATLS, PHTLS）に準拠していない。

**結論：**日本の民間救急は、国内の制度的ニーズには応えているものの、国際的な救急医療の基準や現場対応力とは大きく乖離しており、世界に通じる体制とは言い難いのが現実です。