

令和 6 年度
救急業務のあり方に関する検討会（第 2 回）
議事録

1 日 時 令和 6 年 11 月 13 日（水）14 時 00 分から 16 時 00 分

2 場 所 対面及び WEB 会議

3 出席者

■出席者：横田（裕）座長、浅利委員、有賀委員、石原委員、伊勢村委員、岩田委員、織田委員、坂上委員（代理：塩谷様）、坂本委員、嶋津委員、鈴木委員、田邊委員、津田委員、土井委員、野村委員、細川委員、間藤委員、山口委員、横田（順）委員、渡邊委員
オブザーバー：中田課長（代理：浦部様）
参考人：加藤（拓）参考人、中西参考人、加藤（渚）参考人、大島参考人、増田参考人

4 会議経過

1. 開 会

【安藤課長補佐】 皆様、本日はご多忙のところご参加いただきましてありがとうございます。
「令和 6 年度救急業務のあり方に関する検討会（第 2 回）」を開催させていただきます。司会は、消防庁救急企画室 安藤が務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。本日の検討会につきましては、対面及び WEB 会議による開催とさせていただきます。本検討会は、「救急業務のあり方に関する検討会開催要綱」第 4 条の規定により、原則公開となっていることから、一般傍聴につきましては、YouTube による傍聴とさせていただいております。

それでは、開催にあたりまして消防庁審議官の鳥井よりご挨拶申し上げます。よろしくお願いいたします。

2. 挨 拶

【鳥井審議官】 本日はお忙しい中、「令和 6 年度第 2 回救急業務のあり方に関する検討会」にご出席いただき誠にありがとうございます。この 7 月に消防庁審議官に着任した鳥井でございます。開催にあたりまして一言ご挨拶申し上げます。皆様におかれましては、それぞれのお立場で、昼夜を分かたず救急業務のため献身的にご尽力いただいております。そのような中でご参画いただいたことに心から感謝を申し上げます。さて、第 1 回検討会では、今年度の検討項目を、①マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討、②増加する救急需要への対策に関する検討、③救急業務に関するフォローアップとしていただいて、活発なご議論をいただいたと伺っております。その後これらの検討項目を深掘りということで、本検討会の下に設置したワーキン

グループ、作業部会及び連絡会におきまして、それぞれの皆様に多大なご尽力をいただきまして、精力的にご検討いただいていたということでございます。本日はその検討状況を事務局よりご報告させていただいて、更に議論を深めていただければと思っております。皆様には、今年度中の報告書のとりまとめ、ひいては救急業務の更なる進展に向けまして、専門的な知識、経験に基づきます忌憚のないご意見、ご指導をいただきますようお願い申し上げます。簡単ではございますが、冒頭のご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

【安藤課長補佐】　　続きまして、資料の確認をさせていただきます。委員の皆様には事前にメールでご送付をさせていただいておりますが、議事次第、検討会開催要綱、委員名簿、出席者名簿、それと本日第2回の検討資料といたしまして、今年度の検討事項と資料1から資料3までございます。不足等ございませんでしょうか。なお、資料説明時には画面にて資料のページを共有させていただきます。併せてご確認いただければと思います。一般の傍聴者の方につきましては、消防庁ホームページに検討会の資料を公開しておりますので、各自ご確認いただきたいと思います。

3. 委員紹介

【安藤課長補佐】　　続きまして、本日の委員の皆様のご出席状況でございます。
本日、大阪市消防局の坂上委員の代理として、塩谷様のご出席されております。オブザーバーの厚生労働省医政局地域医療計画課課長 中田様の代理として浦部様のご出席されております。また、本日は、増加する救急需要への対策に関する検討の参考人として、WEB参加で、厚生労働省医政局総務課 保健医療技術調整官 加藤様、現地のご出席で、厚生労働省医政局地域医療計画課 外来・在宅医療対策室在宅医療専門官 中西様、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主査 加藤様、厚生労働省老健局老人保健課課長補佐 大島様、及び同課課長補佐 増田様にご参加いただいております。

事務局としましては、7月から消防庁救急企画室長の岡地が着任しておりますので、この場をお借りいたしまして、一言ご挨拶を申し上げます。

【岡地室長】　　消防庁救急企画室の岡地でございます。先生方におかれましては大変お世話になっております。本日もどうぞよろしくお願い申し上げます。

4. 座長挨拶

【安藤課長補佐】　　それでは会議に先立ちまして、横田座長よりご挨拶いただきたいと存じます。横田座長、よろしくお願いいたします。

【横田座長】　　座長を本年拝命しています日本体育大学の横田でございます。着座にてご挨拶させていただきます。

この検討会の皆様におかれましては、お忙しい中、時間を作っていただきありがとうございます。本年6月21日に救急業務のあり方に関する検討会の第1回を開催させていただいて、そのとき今年度の検討事項を定め、その後、各ワーキンググループで2回議論を重ねてきたと思います。今回は、そのワーキンググループごとにこれまで検討していただいたことについて説明をいただき、それぞれのテーマで質問やご意見をいただきながら、議論を進めてまいりたいと思いますので、どうかよろしくお願いいたします。

【安藤課長補佐】 横田座長ありがとうございました。それでは、議事に進む前に、本検討会中のご発言等について2点お願い申し上げます。主に、WEBにてご参加いただく委員の皆様へのお願いとなります。

1点目、ミュート機能でございます。ハウリングや雑音混入防止のため、ご発言時以外はマイクをミュート、オフにさせていただくようお願いいたします。

2点目は、ご発言をご希望される場合の手順でございます。ご発言またはご質問等の希望される場合は、画面右下のチャット機能への入力または手のマークのリアクション機能のボタンの押下をお願いしたいと思います。座長よりご発言の呼びかけがあるまでお待ちください。ご発言の番がまいりましたら、恐れ入りますが、冒頭にお名前を述べていただくようお願い申し上げます。その他、WEB会議につきまして、何かお困りの際には、チャット機能をご活用いただくか、事前にお知らせいたしました本検討会の支援業者担当宛に、電話連絡いただきますようお願い申し上げます。会議中のお願いについては以上となります。

また、引き続き傍聴される方は、今後は写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることはできませんので、ご留意ください。

それでは、以後の議事進行につきましては横田座長にお願いしたいと存じます。座長よろしくお願いいたします。

5. 議 事

【横田座長】 それでは、議事を進めてまいりたいと思います。資料に沿って項目ごとに説明させていただいて、その都度、意見をいただくというような形で進めていきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

まず初めに、「今年度の検討事項の概要」と、資料1の「マイナンバーカードを活用した救急業務（マイナ救急）の全国展開に係る検討」について、事務局から説明よろしくお願いいたします。

・今年度の検討事項の概要

【安藤課長補佐】 事務局安藤からご説明させていただきます。お手元の令和6年度救急業務のあり方に関する検討会の第2回資料でございます。

1ページ目お開きください。これまでの復習という形にはなりますけれども、本検討会におき

ましては2点、ワーキンググループを行っております。その中間報告をそれぞれワーキンググループからさせていただきたいと思います。3点目、救急業務に関するフォローアップとして、現状についてご報告事項ということで本日の議題を進めさせていただければと思っております。

2ページ目、本検討会の開催のスケジュールでございます。本日11月13日が第2回目の検討会の開催となっております。その下に、マイナンバーカードのワーキンググループ、救急需要のワーキンググループ、それぞれの日程を記載させていただいたところでございます。

こちらの説明は以上となりまして、早速ではございますが、1点目、資料1 マイナンバーカードを活用した救急業務（マイナ救急）の全国展開に係る検討についてご説明をさせていただきたいと思います。

・マイナンバーカードを活用した救急業務（マイナ救急）の全国展開に係る検討について

【安藤課長補佐】 資料1の1枚目をお願いいたします。説明をさせていただく際に、マイナ保険証というような形でさせていただいておりますが、こちらは健康保険証利用登録済みのマイナンバーカードのことを指しております。マイナ保険証とマイナンバーカード、使い分けが複雑になっているところもございますので、3回目の検討会ではしっかりと整理していきたいと思っております。

1点目、事業概要としてマイナ救急とは、救急隊員が傷病者のマイナ保険証を活用して、病院選定等に資する情報を把握することにより、救急業務の円滑化を図る取組でございます。今までの資料をアップデートいたしまして、救急隊到着時の吹き出し中に、傷病者、救急隊員、病院それぞれのメリットの方を記載させていただいております。

また、2点目といたしまして、救急隊からの声が今年度の実証事業として上がってきておりますので、マイナ救急の活動が役立った事例としてご参考に載せさせていただいております。

3点目のスケジュールでございますが、今年度に関しては2つ、事業が主に動いております。

1点目、後ほどご説明申し上げますが、実証事業、本日ご参加いただいている東京消防庁様、大阪市消防局様、札幌市消防局様も含めまして、実証事業67消防本部、660隊で行っております。去る11月5日に全ての日程が終了いたしまして、今後、数字の分析等について進めていきたいと考えております。あわせまして、システム改修というところで、救急隊専用のシステムの構築を進めております。後述いたしますが、救急業務にふさわしい、救急隊が使いやすいシステムを目指して改修を進めております。令和7年度に運用をする予定としております。

4番目、政府方針として、6月21日の閣議決定でございますが、骨太の方針に関して、このマイナ救急についても記載をさせていただいているところがございます。また、デジタル重点計画の中にも、昨年度から引き続きこちらの記載をさせていただいておりますので、ご参考にさせていただければと思います。

2ページ目をお願いいたします。今年度の実証事業の中で、救急隊員からの意見をまとめたもの

でございます。丸がメリット、三角がどちらかというとネガティブな話となっております。特に三角の部分は、改善できると考えております。まず、VPNという、いわゆる閉域網回線の接続でありますとか、カードの読み取りに時間を要したということでございますが、こちらは今年度改修のシステムで改善をしていきたいというふうに考えております。情報閲覧の作業が多く手間と感じたところについても同様となっております。

あとは3点目でございますが、今回実証事業では、全事案に対してマイナ救急をできる限り使っていただくよう、各消防本部のご協力のもと進めさせていただいております。その中の意見として、しっかり会話できる傷病者、またお薬手帳を持参している方に関しては、通常の救急活動で十分だったという声もありますので、こちらは少し運用の方でも反映をさせていただきたいと思っております。

次のページをお願いいたします。右下3ページ目でございます。今回、マイナ救急のワーキンググループの中で検討している事項を並べさせていただいております。本日、中間のご報告というところで、全てにおいて結論が出ているわけではないですが、この1番から11番、こちらの論点についてワーキンググループで現在も検討を進めているところでございます。

1点目の黄色にさせていただいている部分は、本検討会で、特に重要だという観点で抜粋をさせていただいている部分であり、後ほどご説明いたします。簡単に概要まで申し上げますと、1点目の救急現場活動時間の短縮について、マイナ救急に関しましては、令和4年度に1度、6消防本部30隊で、実証実験という形を行っております。その際に救急活動時間の延伸という結果になったものですから、こちらに関しても、今回のマイナ救急の実証事業でございますとか、現在構築中のシステムで一体この現場活動時間がどうなるかというのをお見せできればと思います。

3点目の救急隊と医療機関で同じ画面の共有というところですが、救急隊と医療機関が同じ情報を閲覧して相互で情報連携することが最も重要であると考えております。こちらの方もご説明させていただきたいと思います。

5点目の国民への広報・周知というところではありますが、こちらに関しては、マイナ保険証を携行していただくというところが、マイナ救急にとって最も必要なものとなります。もちろん、マイナ保険証を持参されてない傷病者であっても、通常の救急活動が行われることとしておりますが、マイナ救急をより効率的に活用するために、マイナ保険証の携行等につきまして、国民へしっかりと周知をしていく必要があると意識しているところです。

4ページ目をお願いいたします。今回、救急活動時間の短縮という書きぶりにさせていただいておりますが、一番左が、令和4年度実証実験、令和6年度の実証事業と、あと令和7年度以降ということで、本格的に救急隊専用のシステムができた以降の、このシステムでございますとか、運用手順の並べたものとなっております。最も大きな話といたしまして、まずシステムにつきましては、今年度の実証事業と令和4年度の実証実験の環境は同様のものがございます。医療機関

側がお使いになられているシステムを間借りさせていただきまして、救急隊の皆様の実証事業をしていただいたところでございます。運用手順、大きく変わったところがございます、令和4年度のときには、情報閲覧の際に本人に書面で同意をいただいております。また、閲覧者を救急救命士に限定し、運用を進めさせていただいたところです。令和4年度の実証実験の結果、やはり現場からの声もありまして、今回の令和6年度実証事業におきましては、事前同意については口頭で取得をすることとしたこと、また、情報閲覧者を救急救命士から救急隊員全員に拡大したこと、こちらが主な変更点となります。

本格システム作動時に関しましては、運用としては同様になりますが、システム面で救急隊専用のシステムを利用する形を想定しております。また、閲覧できる情報につきましても、救急医療の現場で今年度の12月から機能が実装される、救急用サマリーと呼ばれる概要版を救急隊でも閲覧できるようにしているところでございます。

なお、11月5日に全ての実証事業が終わりまして、まだ数字の修正、検討中ではございますが、令和4年度実証実験のときには、この左下の四角に書いてございますように、平均で6分29秒、マイナ救急を使っている事案と使っていない事案で差が出ていたというところがございますが、今年度、少しまだ数字の精査はする予定ではございますが、今現在、全隊でならずと2分程度になっているというところです。

続きまして、5ページ目でございます。救急隊と医療機関と同じ画面ということで、先ほど申し上げた救急用サマリー、こちらの方が医療機関で今年12月に実装されることとなります。サマリイの項目、期間に関しましては、左の色塗り箇所を書いてあるとおりですけれども、受診歴、リアルタイムで表示される電子処方箋の情報、レセプト情報をもとにしていますので、若干タイムラグがあると言われております薬剤情報や診療情報に関して、この3ヶ月であるとか、手術に関しては5年というのを一覧化したものというのを閲覧できるようにいうことを、マイナ救急でも閲覧していく仕組みでございます。

6ページ目をお願いします。検討議題として国民への広報・周知というところで、特に下の部分でありますけれども、今年度行った実証事業で、例えば、神奈川県平塚市、同じく神奈川県秦野市などは、ホームページや広報誌でも、マイナ救急を特集にして広報するなど、取組が進められているところがございます。次のページをお願いいたします。今後の簡単な方針といたしましては、国民への周知・広報の中で、特に重点的に行いたいと考えているのが、救急搬送人員の6割以上を占める高齢者にターゲットを当てて、効果的な広報を検討しているところがございます。左下の図にございますように、救急搬送人員で、今現在は、令和4年の数字でございますが、62.1%を65歳以上の方が占めています。20年前の平成14年に比べますと、当時40%が高齢者だったのが20年間で1.5倍の62.1%となっており、高齢者の搬送件数が増大しています。そのため、広報・周知の方法といたしましても、現在、高齢者への直接広報でありますとか、あとは間接的な方法とい

うことで、医療機関、介護サービスと連携しながら、こういった広報方法があるのかというのを検討していくところでございます。

続きまして、8ページ目をお願いいたします。現在、システムの改修を進めておりまして、救急隊専用のシステムを今年度中に構築する予定としております。3月中のリリースを想定しておりますが、今現在進めているこの赤囲みの部分を主に改修しているところでございます。今回、9ページ目にお示ししておりますが、こういった閲覧画面になるのかというところで、現在のシステムイメージを設けております。タブレット端末へのログイン、オンライン資格確認等システムへのログインをする必要は必ずありますが、やはり救急隊の皆様が使用できる環境というのは、迅速な手順、簡潔にできるような形が最も理想だと考えておりまして、システムへのログイン後に、概ね4回タップをしていただければ、もちろんマイナンバーカードを通す必要はありますが、傷病者のマイナ保険証を使って、傷病者の情報が簡単に見られる仕組みを今、構築しようとしております。

次のページをお願いします。去る10月28日でございますが、全国説明会をWEBで実施をいたしました。マイナ救急、67消防本部660隊で実証事業を実施したところでございますが、全国720消防本部5500隊弱の救急隊がありますことから、マイナ救急について改めて制度の概要、期待される効果等をご説明させていただきました。また、実証事業に参加いただいた札幌市消防局様、また姫路市消防局様からも実施結果について、全消防本部に対してお話をいただいたところでございます。次のページをお願いします。今後のワーキンググループの予定でございます。次回は1月頃を想定しております。先ほど申し上げましたように、11月5日をもって各2ヶ月間の実証事業が全て完了しました。その数字の分析等を行い、報告書に関しましては、今年ないしは来年の早い時期に公表できればと考えておりまして、第3回のワーキンググループで最終報告をした上で、2月に行われる本検討会に改めてご報告をさせていただきたいと思っております。マイナ救急の説明に関しては以上となります。

【横田座長】 ご説明どうもありがとうございました。本ワーキンググループのグループ長の間藤委員、追加のコメントありましたらお願いします。

【間藤委員】 間藤でございます。1回目の検証を踏まえて、第2回目が、まず無事に終わったということについて、皆様のご協力それから事務局の精力的な活動に感謝申し上げる次第です。

1回目で概ね一番問題だったと言われた、6分も延びたら話にならないというようなことについては、いろいろ皆さんの工夫で、あとは慣れというか、そういうのもかなり大きいようでしたけども、おかげさまで2分程度の延びで、全く今より延びないということは難しいと思う一方で、実際の利用としては全員に無理やり使うというものではなくて、ここぞというときに使う、一種の切り札というのは大げさですが、適宜、患者さんの状況に応じて使うということをすることで、現実的な伸びではなくて、むしろ今までだとすごく人定とか薬の特定に時間がかかっていた部分

も短くなるということで、結果的に、実際の延伸は無視できるというか、トータルとしてはむしろプラスの面が多いということになるのではないかというふうに思っておりまして、そう実際に言っているだけではなくて、そういうような結論になるようなデータが出ればいいなということで今検討している最中でございます。

あともう一点、高齢者こそ、今までの検証でもやはり高齢者こそ役に立つ、というような現場の声も上がっておりまして、そういう方こそ理解していただくと、幸い、実際そういうのを使いますよと言ったときに、何か陰謀論みたいなものを背景にしたような、そういう強い拒否というのはなかったと聞いておりますので、実際は思っているより皆さん賢くその場でOKしていただいているということも付け加えさせていただいて、よりご高齢の方にもこういう方法があるということを、よく理解できなくてももうっすらと理解していただいて、その場になったときに円滑に使っていただければと思っております。私からは以上です。

【横田座長】 本件に関して皆さんの方からご意見、コメントいただきたいと思いますがいかがでしょうか。67本部660隊、今データをまとめている作業中です。前回、令和4年度の実証実験のときには6分半かかったのが、今回は、2分前後で済んだとのことでございます。

いかがでしょうか。野村委員から手が挙がっております。お願いします。

【野村委員】 野村と申します。マイナンバーカードを活用した救急業務、マイナ救急についてなのですが、本当に必要な人に活用されて、傷病者の迅速な治療開始など救急活動の質の向上につながっていくことを望んでおります。

2ページ目にありました丸印の期待される効果というところでも、本当にここがすごく期待される場所だと思っておりますし、三角印のところも、懸念事項ではあるかと思っておりますけど、きっと今後のシステムの改善や軌道に乗っていくことで解決されていければと思っております。

その中で、周知の点で1点だけ発言させていただきたいと思っております。マイナ救急が活用されるためには、先ほどのご説明にもありましたように、マイナンバーカードの保険証としての利用とそしてその同意が必要となってきます。しかし、まだまだマイナ保険証への移行が進んでいない中で、利用している数も多くないですし、保険証の閲覧の同意に抵抗を示す方もいるかと思っております。

最終的には、やはりかかりつけ医など医療機関で受診したときの対応が必要で、すごく受付時の時間を要するかと思いますが、やはり必要性は理解していても、どういうふうにやったらいいかわからないとか、マイナ保険証にするやり方がわからないという高齢者の声をよく聞くので、受診時に時間はかかりますがやっぱり説明して、同意のところまで一緒にやっていただくということが必要ではないかなと思います。そして、この6ページや7ページにありましたように、マイナ救急の広報も本当に大事なことだとは思っておりますので、ここの記載にあるように、やはり医療従事者からの外来患者等に対する周知や、この介護サービスの利用というのは私もすごくいいな

と思って、実際にその場でお話をしながら伝えていくということも一緒に合わせていけたらいいのかなと思います。ぜひ、引き続きこうした周知や実際の運用に向けての検討をお願いしたいと思います。以上です。

【横田座長】 今の野村委員のコメントに関して事務局の方からありますか。周知の点と、あとマイナ保険証の利用、簡単な登録、その辺いかがでしょうか。

【安藤課長補佐】 消防庁の安藤です。野村委員ありがとうございました。やはりマイナ救急を使う上では、マイナ保険証を傷病者の方がお持ちでないと、この医療情報の閲覧までたどり着けません。そのため、マイナ保険証をいかに持っていただくかというところが今後、広報の論点になろうかと思っております。

また、現状の介護サービスにおける広報に関しましても、やはりその介護サービス提供者の皆様が、119番通報する件というのもございますので、その患者様と介護サービス提供者の間でも、このマイナ救急という制度を知っていただくことは必要だと思っておりますので、わかりやすい形でこのメリットに関して、丁寧にご説明するような形で広報を進めていきたいと思っております。

【横田座長】 よろしいでしょうか。ありがとうございます。他に何かございますか。坂本委員よろしいですか。

【坂本委員】 有賀委員と話をしたのですが、今後の改修によって、同意がなくても医療情報の参照が可能となる仕組みが書いてあり、実際に意識障害で家族のいない方などには非常に重要なことだと考えます。一方で、マイナ保険証がお財布に入っていたり、ポケットに入っていたり、家のどこかにしまってあったりというのを、救急隊がどこまで探していいのかということ現場の運用で考えていかないといけない問題もあるという話をしました。

【横田座長】 救急隊は持ちものを本来探せないということですね。

【坂本委員】 それこそ定期券みたいにホルダーに入れてぶら下げていてくださいみたいなしないと、なかなか探し出すことが難しいと感じています。

【横田座長】 特に、意識障害で自分から提示できないような場合ですね。

【有賀委員】 私のように、ポケットの中の財布にマイナンバーカードを入れていると、多分ポケットの財布は見てくれるかもしれないけど、その中まで見ていいかどうかという話ですね。

【横田座長】 そういう課題はあるということですね。

【安藤課長補佐】 事務局からご回答申し上げます。資料の右下3ページ目の2番でございまして、今まさに坂本委員、有賀委員の方からご指摘いただいた件、救急隊が救急業務において意識不明の方に所持品検査して、例えば、マイナ保険証を探すのがどうかという点については、メリット・デメリット双方あると思っております。

こちらに関しましても、今現在ワーキンググループで検討しておりまして、年内の報告書には

方向性は示したいと考えております。メリットとして、人定情報を取れるというところはありませんが、デメリットとして、救急隊を法的に守る担保については慎重に検討するべきところがあるのではないかという話、あとは訴訟リスクの話、そういった点もございますので、総合的に検討して結論を出していきたいと思っております。

【横田座長】 ワーキンググループ長の間藤委員から、追加のコメントですね。

【間藤委員】 どうしても利便性とそういう厳密性というか法的なものというのは、時々相反することがあると思っております。岩田委員とかワーキンググループに加わっていただいている法的な観点からも、やはり患者さんを助けてなんぼだというようなご意見もいただいでいて、できるだけ問題ないようにしたいと思っているところではありますが、一方で、拙速と言う言い過ぎですが、そういうものを拡大解釈されすぎて、秘密が漏れちゃうとか、なんかが漏れちゃうというような話になってしまうと、また身も蓋もないので、そこは慎重にやって、基本的にはむしろマイナナンバーカード全体の運用の理解とかそういうものに関わってくるのかなと思っております。

あと1点、近々スマホに実装という話もきておりまして、今あんまり厳密にいろんなことを決めるよりもそういう全体としての遷移とか、そういう実際の実装状況とかを見ながら、適宜議論をしながら、いい感じにフィットさせることが一番大事かなと思っておりますので、今後ともよろしく願いいたします。

【横田座長】 ワーキンググループの中でも、そういった問題意識はあって議論が進んでいるということです。坂本委員、有賀委員よろしいですか。現状は、今マイナ保険証じゃなくても、救急隊の皆さんは、どのような形で人を特定しているのか、その辺は具体的にどうなのでしょう。東京消防庁はどのような形で行っていますか。

【伊勢村委員】 東京消防庁の伊勢村でございます。今ご質問があったことにつきましては、マニュアル上こうだということがなかなか難しい部分ではあるのですが、原則としては、やはり第三者、ご家族の方なり、または臨場した警察官の方なり、どうしても緊急性が高い場合には、交通事故等であればその通りがかりの方々等も含めた、どなたかの確認のもとで、持ち物に対してアクセスをするということはあると思いますけれども、ただそれを通則として、救急隊が必ずやるという整理には現状なっておりませんので、それをせねばならないところまでは、なかなか実際の運用としては非常に難しいかと思っております。

【横田座長】 塩谷様、大阪の方も同じような状況でしょうか。

【塩谷委員】 基本的には同じです。通報時や救急隊が駆けつける際に、マイナカードを事前に用意しておいてくださいということを伝えるようにしていますので、そのことにより大半については事前に準備しておいていただけて、現場で探さなくてもよいという状況ではないかと思えます。

【横田座長】 今回の実証ではそのような形ですね。他によろしいでしょうか。

【浅利委員】 北里大学の浅利と申します。もしかしたら聞き逃したかもしれないですけど、この救急用サマリーというのは、医療機関も一緒に同じように見られるのでしょうか。

【安藤課長補佐】 今現在進んでいる部分に関しまして、厚生労働省の施策でありますので、その辺ご了承いただいた上でご説明させていただきたいと思います。救急用サマリーに関しましては、救急時医療情報閲覧機能というところで、厚生労働省の方が今年12月にこの機能をオンライン資格確認等システムに実装をいたします。

ただ、前提がございまして、各医療機関におきましては、電子カルテシステムを主に使っておるかと思います。その電子カルテシステムを一部改修していただいた上で、オンライン資格確認等システムへのアクセスをすることで、この救急用サマリートの機能が使えると聞いているところでございます。

【浅利委員】 そうすると、その費用は病院持ちになるのか、厚生労働省で補助金を出されるのかわかりませんが、ちょっと気になりますね。

【横田座長】 よろしいですか。

【織田委員】 大阪大学 織田でございます。2 ページのところにも書いてあることと、あと時間、そして次の会ときにはデータ集計が出てくるというようなお話がありました。このデータというのはおそらく、全例を対象にしたときの6分29秒というものだったかと思うのです。で、次回こういった全体を対象にしたデータに加えて、もし可能でしたら、意識障害や精神疾患等の傷病者などの、こういうときに有効であるというような、将来マイナ保険証から情報をいただく対象となりそうな方に限った集計もしていただけると、より一層現実味があるのかなと思いました。それに加えて、この2 ページのところの丸と三角それぞれあるのですけれども、これ見てみますと、本来役立つだろうと想像されていたかかりつけのところがどこかわかって、病院選定に役に立つというのが、この項目の中にはないみたいなのですが、もしそういう病院選定がスムーズにいったというような例がありましたら、そういうのも挙げていただくと助かるかなと思いました。これがどれぐらいあったとかいうのがあれば、また、意識障害の方でこの6 番の方が実現していたというのがわかるとよりマイナ保険証にしようかなと思う方も増えてくるのかなと思いました。

【横田座長】 事務局どうぞ。

【安藤課長補佐】 事務局です。織田先生ありがとうございます。本当にご指摘のとおりでして、令和4年度の6分29秒延伸したというのが、基本的にマイナ救急を使った事案と、昨年度同時期に行った全事案を比較しております。したがって、先生おっしゃったように、意識障害の場合とか、精神疾患のある方というところにスポットを仮に当てたとしたら、これは効果が一定程度あるのではないかとということで、この出し方に関しては、我々も単純にその全件比較を

するのではなくて、その全事案に使うというのは、個別の事案に使うと効果があるのですよという形で出すということを今検討しているところでございます。ご指摘の点、十分にかみ砕いて反映した上でしっかり対応してまいりたいと思います。

【織田委員】 ただ、これそこだけ比べると、ひょっとするともっと時間が延びていたということもあり得るのですが、それはそれで結構だと思うのです。それを踏まえた上で、やはりそういう方からも情報がしっかりいただけた、そして、早期搬送に役立ったというようなことがもしあれば、それも一緒に見せていただけたらありがたいなと思いました。

【安藤課長補佐】 病院側からの意見、アンケートも聴取しておりますので、やはりその病院側、その救急隊の中では時間がかかったかもしれないけれども、全体を通してこの医療の時間が短くなれば、傷病者に最もメリットがありますので、そういった観点も含めまして検討していきたいと思います。

【横田座長】 ワーキンググループ長の間藤委員からまた追加のコメントがあるようです。

【間藤委員】 浅利委員のご意見を補足しようと思ったらご指摘いただいたのでちょっとその補足です。利用者のマイナンバーカードの、マイナ救急って利用者側の告知も大事なのですが、病院側もこれが始まると、この救急隊が見ているものが無条件で見られると思っているお医者さんも結構いるような印象を受けています。これはあくまで病院側で同じ情報を見るには、今ご説明があったように、改修とかそれなりの今のところだと少なくとも、うちで調べるとウン百万かかるという話もあり、それをあらかじめ準備、病院とかお医者さんが理解をしていないと十全に使えないという点でもあります。もちろん、これは消防庁というよりは厚生労働省の皆様頑張っていたことと、なにより救急の現場の先生方が理解しないといけないことなので、そこがアンバランスになってしまうと救急隊だけが情報を見られるというような状況になるのはちょっとまずいなと思っております。ただ一方で、ちらっと聞いた話だと、そのうち救急隊が見た情報を別の、いわゆるスクリーンダンプみたいな形で、別の、救急隊が使うアプリケーションで病院に送るのはどうかというような話も出ていて、そういうものが果たして法的に大丈夫なのかということを含めて、3回目の議論のときには考えないといけないなと思っている次第です。長くなりましたが、その部分はすごく大事な一方で、まだ、未解決の部分がございますので説明させていただきます。

【横田座長】 非常に重要な部分で、画面をいろんな形で転送することそれ自体は簡単なのですが、法的問題が関わってくるので、よろしくお願いします。課題があれば解決法も見つかっていきますので、よろしくお願いします。ありがとうございました。次に、伊勢村委員お願いします。

【伊勢村委員】 東京消防庁 伊勢村でございます。先ほどちょっと発言できなかった部分について申し上げたいと思います。資料の3ページのところで、検討議題一覧ということが様々お示

しいたきまして、非常に幅広く検討を進めていただいているということで、試行本部としても様々な疑問については、今後解決が図られるものと考えております。特に、ここに書いております8番、9番のようなところで、その端末要件、またはその救急業務システムの連携というところについては、なかなか今やっている形よりも、もっともっとこう進んでいくのだろうなという、そういう予測のもとで、資器材を実際に揃えて運用していく時期に入っていく、並行しながら、やりながら更新していく時期に入っていくかと思います。ひとつ確認をしておきたいというか、お伺いしたいのですけれども、こういった実際の救急隊が備えるべき、こういった機器というものが、実際の消防機関において救急活動を行う上でどういうふうに整理されていくのか、様々な救急隊の資器材を救急車に備えるべきというような整理が、例えば実施基準の中にありますけれども、そういった中身と同じようにどこかで読めるのか、備えていくことがどのように必要性として位置づけられているのかというのも、共通認識としていく必要はあろうかと思うので、その部分についてひとつお伺いをしたいと思っております。

【横田座長】 いかがでしょうか。

【安藤課長補佐】 事務局からお答えします。伊勢村委員ありがとうございます。まず、前提といたしまして、事務的なお話で恐縮ではあるのですが、救急隊が用意すべき資器材に関しましては、救急業務実施基準の方で定められております。例えば、応急処置に必要な、救急救命士の皆さんが応急処置に必要な資器材というのは、備えるべきものとして規定されておりますし、例えば、タブレット端末や、携帯電話に関しましては、備える努力をする資器材として整理をされています。

一方で、マイナ救急という、今回傷病者の情報を閲覧する機能というのは新たに入れるような形になりますので、必要であれば実施基準の方についても、例えば、自治体側で予算要求する根拠として使っていただくとか、そういったことも想定しながら、少しワーキンググループの座長とご相談させていただいて、ワーキンググループで少し議論をさせていただきたいと思っております。

【伊勢村委員】 まさに財政的な部分について、各自治体・各消防本部これから頑張っていく部分だと思いますので、ぜひそういった枠組みの部分、また可能であれば、様々なシステムの更新等に際してはまた費用がかかる部分もございますので、ご支援を検討いただければありがたいと思います。

【横田座長】 それでは、もし後で時間がありましたら、また戻って議論したいと思います。次に資料2、「増加する救急需要の対策に関する検討」について事務局からご説明よろしく申し上げます。

・増加する救急需要への対策に関する検討について

【竹田課長補佐】 事務局、救急企画室 竹田から説明申し上げます。資料2をよろしくお願

いたします。「増加する救急需要への対策に関する検討」という資料でございます。1 ページ目は、今年度、冒頭にお示しいたしました資料の再掲でございます。増加する救急需要への対策といたしまして、今後検討を進めてまいりたい事項としまして、下の図の通り整理をしたところでございます。このうち紫で囲っておりますテーマ、「転院搬送等での病院救急車や民間救急車の活用」と「救急安心センター事業（＃7119）の活用」につきましては、ワーキンググループのさらに下に作業部会を設けまして、この間ご議論いただいてきたところございまして、今回はこちらの内容を中心に、次ページ以降で具体的に説明申し上げます。

2 ページをご覧ください。まず、「転院搬送等での病院救急車や民間救急車の活用」について説明申し上げます。緊急性が低い転院搬送及び病院救急車、民間救急車等の実態について把握を進めました上で、救急車以外の搬送手段の活用策を検討することとしております。この間に行いました調査結果等に基づく実態について説明させていただきます。全国720の消防本部に対しまして、転院搬送が本来の救急業務にどのような影響を与えているかという現状認識調査を行ったものでございます。結果、「救急業務をひっ迫させている」と回答いただいた消防本部が45.7%。一方で、「関係機関との合意形成のもと運用しているものであり、特段問題はない」と回答いただいた本部が25.5%。「救急業務をひっ迫しておらず、特段問題はない」と回答いただいた本部が28.8%、全体の54.3%が「問題ない」という認識の回答をいただいております。

また、人口規模別に見ますと、人口規模が大きいほど、「救急医療をひっ迫させている」と回答いただいた本部の割合が高く、逆に人口規模が小さいほど「特段の問題はない」と回答いただいた本部が多かったという資料でございます。

3 ページ目、こちらは厚生労働省さんの資料でございますけれども、病院救急車の現状についてお示しをしたものでございます。令和3年度のデータということになりますけれども、搬送用ベッドを有する救急車につきまして、救命救急センターではおよそ7割の施設が、2次・3次医療機関ではおよそ3分の1の施設が保有していただいております。転院搬送件数は、赤で囲っておりますが、年間、全国合計で約7万2千件となっているという病院救急車に関する資料でございます。

続きまして4 ページ目。いわゆる民間救急、私どもは患者等搬送事業者と呼んでおりますけれども、こちら全国720の消防本部に対しまして認定状況調査を行いました。全体の58.8%の消防本部が認定を行っており、人口規模別に見ますと、先ほどと同様、人口規模が大きいほど「認定している」と回答いただいた本部の割合が高かったという資料でございます。

続きまして5 ページ目。民間救急、患者等搬送事業者が担った転院搬送人員と、消防機関、消防救急車による転院搬送人員を機械的に並べて、どちらが担っていただいたかという表でございます。一番右下に35.7%とありますが、こちらは、集計上、病院救急車は母数に入っていないことにご留意いただければとは思いますが、患者等搬送事業者が転院搬送を担った全国平均の割合で

ございます。一方で、都道府県別に見ますと、左上の方に赤で囲っておりますけれども、東京都が65.3%、以下神奈川県、埼玉県といった都市部の方で割合が高い傾向が見られたという表でございます。

続きまして6ページ目。こちら消防本部を通じまして、患者等搬送事業者の活動実態の調査を行ったものでございます。なお、括弧書き※印で記載しておりますが、本来は、患者等搬送事業者に直接悉皆的に調査を実施できれば一番いいわけでございますけれども、あくまで消防本部を通じて、消防本部からの情報をもとに機械的に集計したものでございますので、ご留意いただければ幸いです。左下でございますけれども、医師、看護師、救急救命士など、いわゆる医療系の資格を所有している方を有する事業者が、全体のおよそ半数ぐらいなのだろうと、その多くは看護師あるいは救急救命士が占めていらっしゃるのだろうということ、それから右の円グラフでございますけれども、全体のおよそ半数の事業者が転院搬送を担っていただいている、通院搬送、入退院搬送も含めまして、病院関係の搬送を担っていただいている事業者が8割程度いらっしゃるのだろうということが、あくまで消防本部からの情報でございますけれども分かったという資料でございます。

続きまして7ページ目、料金設定につきましては、多くの事業者が、基本料金、いわゆる運賃の部分に追加する形で介助料金であったり、器材の使用料であったり、その他のオプション料金を設定して事業を展開されているということが改めて確認されたところでございます。ただ、その金額の多寡等につきましては、これはもう千差万別であるというのが実態であるということが、これもまた改めて確認できたところでございます。

以上がこの間に進めました実態調査等のご報告でございまして、8ページ目が、この間開催してまいりました2度のワーキンググループと2度の作業部会でいただきました委員の皆様方からの主なご意見をまとめたものでございます。例えば、上から2番目でございますけれども、転院搬送ガイドライン等々に従って、医療機関から転院搬送の要請が来た場合にはきっちりと要件を定めて、該当しない場合は基本的に民間救急の利用を依頼するといった運用を徹底することで、転院搬送を一定数でキープできているといった取組のご紹介がございました。

また、事業者によって料金や質に差があることが、民間救急を使う上でのハードルとなっているのではないかという点については、事業者を2階層にレベル分けするといったことについても議論ができないだろうかといったご意見をいただきました。また、今後、過疎地域におきましては、参画いただく民間事業者が減っていくというような課題があるのではないかといったご意見もいただきました。また、転院搬送が救急業務をひっ迫させている原因があるとすれば、転院搬送によって生じてしまう拘束時間の面が大きいのではないかといったようなご意見もいただきました。また、転院先の選定と、そこへ運ぶ搬送手段とを一緒に、セットで消防救急車が結果的に呼ばれている、そういった面もあるのではないかというご意見もいただきました。

また、例えば、各消防本部で耐用年数を迎えた消防救急車を、積極的に病院等の方に払い下げて、民間救急車のパイを増やしていくといったことも考えられるのではないかというアイデアもいただきました。また、先ほど説明いたしました調査結果等も踏まえまして、転院搬送に関しましては、やはり都市部の自治体とそうでない自治体とで、なかなか一律に対応できる問題ではないのではないかということが、改めて明らかになったのではないだろうかといったようなご意見もいただきました。こういった調査結果やご意見を踏まえまして、転院搬送等での病院救急車、患者等搬送事業者の活用に向けましてどのような方策が考えられるか、という点につきましてぜひご知見を賜ればと考えているところでございます。

9ページ目と10ページ目は、平成28年3月31日に厚生労働省との連名で発出いたしました「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」という通知を参考に添付させていただきました。以上が、「転院搬送における病院救急車、民間救急車の活用」についての説明でございます。

続きまして、テーマが変わりますけれども、11ページをご覧ください。「救急安心センター事業（#7119）の活用」について説明申し上げます。#7119につきましては、普及促進、認知度向上に向けまして有効な広報策を検討していくこととしております。この間のワーキンググループ、作業部会におきましては、先ほどのマイナンバーカードのテーマでもありましたけれども、やはり高齢者や介護施設の職員に対するキャッチアップが重要ではないかといったご意見や、認知度を上げる取組を進めた結果、利用率が上がるという状況に備えて、対応する側の体制強化も必要ではないか、ついては、例えば、AIの活用といったことも視野に入れて検討してはどうかといったご意見をいただきました。

これらを踏まえまして、消防庁といたしましては、年代に応じた有効な広報策の検討、在宅の高齢者の方、特に施設をターゲットとした広報、あるいは救急電話相談へのAI活用の可能性といったような点につきまして、さらに検討、研究を進めてまいりたいと考えているところでございます。

続きまして12ページ目。事業効果の手法につきまして、この間のワーキンググループ、作業部会におきましては、#7119の実施地域におきまして、例えば、傷病者の死亡率の低下に有意な影響を与えているといったような検証ができないだろうかというご意見をいただきました。#7119につきましては、全国展開に向けまして未実施団体への普及を促進するという意味でも、事業効果の検証が必要と考えているところでございます。これまでも一定の効果検証を図ってきたところでございますけれども、この間、実施団体数が相当増加してきている状況もございますので、改めまして、各導入団体におけます導入前後の動向分析等を通じまして、事業効果の検証を進めてまいりたいと考えております。また、社会情勢といたしまして、医師の働き方改革制度が始まったといったようなこともございますし、新興感染症や大規模災害時といった救急需要急増時の受け皿の役割といったような観点からも事業効果を図れないかといったことにつきましても検討

してまいりたいと考えており、この点につきましても、ご知見がございましたら、ぜひいただければ幸いです。

13ページ目は、いくつかの自治体からいただきました事業効果の例を示した資料でございます。特に、下段の左側は京都府ですが、これまでは医療機関で救急医療相談を受けていたところ、＃7119が導入されたことで相談件数が減り負担減少効果があったという資料でございます。右下は岐阜市ですが、これまで消防機関、指令センターで医療機関案内をしていたが、＃7119が受け皿になったことで相談件数が減少し、指令員の負担が減ったという資料でございます。

それから14ページ。119番通報につきまして、＃7119の方へ転送する仕組みを検討しているところでございます。こちらA市、B市ということで、2つの消防本部での試行的運用について整理をさせていただいているところでございます。なお、こちらの2つの消防本部での取組は、いずれも「緊急性の低い」という観点ではなく、いわゆる救急相談のような、＃7119に親和性の高い相談、通報内容だった場合に＃7119の方に転送あるいはかけ直し依頼をされているということでございますのでご留意いただければと思います。メリットといたしまして、救急件数の削減に繋がっているといった点、あるいは＃7119に親和性の高いキーワードが出た瞬間に直接転送していますので、早期に判断が可能といった点が挙げられているところでございます。一方で、今後の課題といたしまして、キーワードの拡充や、効果的、効率的な転送フローチャートの構築が必要といった課題や、現状はどうしても指令員によって、直接転送の判断に多少差があるといった課題が挙げられているところでございます。

15ページ目。この間、ワーキンググループ、作業部会あるいは事例のご報告の中で、非常に救急需要の抑制に資するツールとして極めて有効に機能しているといったご意見、それから課題といたしまして、例えば119回線が占有されてしまうといった課題もあるので、現状はかけ直し依頼の運用をとっていると、現状の中で質の向上に努められているといったご報告もいただいております。消防庁でも調査を行っておりまして、＃7119に寄せられる通報内容と親和性のあるものについて、＃7119に繋ぐといったことを実施されている消防本部があります一方で、なかなか通報内容のみでは低緊急への該否判断が難しいといった理由で実施されてない消防本部もあるということもわかってきております。消防庁といたしましても引き続きこの取組につきましては、検討・研究をしてまいりたいと考えておるところでございます。＃7119につきましては以上でございます。ここからは、救急専門官の寺村から説明申し上げます。16ページからでございます。

【寺村専門官】 事務局の寺村でございます。それでは資料2の16ページでございます。こちら、医療との連携というところです。まず（Ⅰ）「在宅医療の状況」につきましては、令和3年11月の厚生労働省調査において、在宅医療に係る協議の場を設置している255の二次医療圏について、消防機関の委員が協議の場に参加をしている割合は、9.4%に過ぎなかったというデータがございます。そうした中で、第8次医療計画では、見直しのポイントとして、急変時等における体制整

備について、在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促すとされたところです。具体的には、厚生労働省から都道府県に対して、「患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、事前から入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う、急変時対応における連携ルールを作成する等、地域の在宅医療に関する協議の場も活用し、消防関係者も含め連携体制の構築をすることが望ましい」と、指針で示されているところです。また、日常療養支援や急変時の対応等の機能の整備に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」が医療計画に位置づけられており、当該医療機関に求められる事項として、「入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと」が、厚労省の指針にて定められております。こうした状況を踏まえまして、今後の検討の方向性の案としては、消防機関は、在宅医療に関連し、各地域の在宅医療に関する協議の場に積極的に参加し、例えば、救急のひっ迫の状況や、地域の救急の状況等について、在宅医療に係る機関、すなわち、病院、診療所や訪問看護事業所などと積極的に情報共有を行うとともに、効率的な搬送先選定の観点等から、そうした協議の場等を通じて、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」等と連携体制の構築を進めることが重要ではないか、ということでございます。

続きまして17ページですが、こちらは厚生労働省の資料で、在宅医療の体制に関する第8次医療計画の見直しのポイントとして、右の赤囲みの中ですが、在宅医療における急変時対応に係る機関として、消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療への協議の場への参加を促すことが示されております。

続いて18ページです。こちらは、高齢者施設等についてです。(Ⅱ)「高齢者施設等の状況」ですが、ひとつ目のポツですが、令和6年度の介護報酬改定において、介護保険施設については、入所者の病状急変時などに相談や診療を常時行う体制や、入院を要する場合には原則受け入れる体制を確保している協力医療機関を定めることが義務化されたところです。こちら経過措置は3年ということになっております。ふたつ目のポツですが、介護保険施設以外の高齢者施設等については、利用者の病状急変時等に相談や診療を常時行う体制を確保している協力医療機関を定めることが努力義務化されています。これらを踏まえまして、今後の検討の方向性の案としましては、こうした取組により、高齢者施設等からの救急要請の割合の減少や、搬送先選定の効率化に資することも期待されることから、高齢者施設等における取組が救急搬送に与える影響については、今後、厚生労働省の協力を得ながら注視をしていくことでどうか、ということでございます。

19ページは、こちらは厚生労働省資料で、先ほどお示しをした制度の内容を詳しくお示ししているものになります。上半分の点線で囲んである中、基準のアのところ、以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務付けるということで、要件①から③が示されています。①入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保してい

ること、②診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること、③入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること、が示されております。また、基準イのところでは、1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、自治体に提出しなければならないこととする、と示されているところです。

続いて20ページにお進みいただければと存じます。こちらは、救急需要予測の精緻化についてです。救急需要の予測につきましては、下のグラフでお示ししております通り、従来の救急需要予測を上回る形で救急出動件数が推移しているという現状がございます。そうした中で、救急需要の予測を精緻化していくことはどうかということで、第1回の検討会でご提示させていただいたところです。

続く21ページにつきましては、資料1のスライド7と同様のグラフで、特に、赤で囲っているところ、85歳以上の方々について、搬送人員が増えていることをお示ししているものです。

続いて22ページですが、こちらは、年齢階層別の救急搬送率をお示ししているものです。赤の点線で囲っているところが、85歳以上について、基本的に5歳刻みでの年齢階層別の救急搬送率になります。救急搬送率というのは、上に記載してあるとおり、国民1人が1年間に救急搬送を利用する割合になります。救急需要予測を求めるにあたっては、こうした年齢階層別の救急搬送率を用いているところであり、これまでは過去の数値を利用してきたところですが、グラフのとおり、特に85歳以上の年齢階層で救急搬送率が増加していることがわかりましたので、そういった要因について分析をした上で、推計に使用する救急搬送率を実態に応じた数字にして需要予測を求めていくという方向で、消防庁の消防研究センターの方で取り組んでいくことでどうかということです。事務局からの説明は以上です。

【横田座長】 ありがとうございました。資料2を一気に説明していただきました。この検討課題に関しては、ワーキンググループ長の坂本委員から追加のコメントありますでしょうか。

【坂本委員】 ただいま事務局からご説明いただきましたように、非常に幅広い分野についてワーキンググループで検討させていただきました。その中で転院搬送については、具体的なアンケート調査を行ってみると、都市部と非都市部では、転院搬送による救急ひっ迫への影響、あるいは転院搬送を消防救急の方で行うことの妥当性が、かなり正反対という状況が浮き彫りになったと思います。これらについては、全国一律というよりも、それぞれの地域において転院搬送の最適化を考えていかなくはないのではないかと考えております。また、＃7119に関しましては、特に119番への転送という観点から議論を行いました。これについては一部の地域で既に実施しているわけですが、緊急性が低く、なおかつ救急相談的な内容で、＃7119に親和性が高いものについては、転送する価値があるのではないかとということになったと思います。

また、＃7119に関しては、普及啓発をするにあたって、特に高齢者や入居施設に対して普及を高めていきたいわけですが、広報の媒体として、例えばインターネットなどではどうしても若者が中心になってしまいますので、高齢者に向けて、どの媒体で広報していくかということも重要であろうということが議論されました。

また医療との連携ということに関しては、もちろん厚生労働省側での施設や独居とそれから入院が必要な場合の実際の対応というところの連携が第一ですけども、そのときに円滑な入院あるいはその転院ができるようにするため、日常的に消防機関が地域の施設等の会議に参加をしていくべきだろうと、そして情報共有すべきだというようなことになりました。また、最後の救急需要の予測に関しましては、単純に高齢者が増えているから救急搬送が増えているというだけではなく、高齢者の中でも人口当たりの救急車を要請する率が高くなっていることが指摘されました。この原因が医学的な理由なのか、社会的な理由なのかということも含めてもう少し分析が必要だということで、深掘りした上で対応を考えていくということが議論されております。

【横田座長】 増加する救急需要への対策に関する検討で様々な課題を議論していただきました。今、お話もあったように、資料も膨大ですので、2つに分けて議論したいと思います。まず資料2の前半10ページまで、転院搬送、それから病院救急車、民間救急車の活用について、最初に議論したいと思います。本件に関して何かコメント、ご意見ありましたらお願いしたいと思います。

【織田委員】 大阪大学 織田でございます。資料5ページに患者等搬送事業者に関するデータを出していただいているのですが、病院救急車で搬送された数というのは、把握は元々されていないのですか。これには含まれていないということよろしいですか。

【竹田課長補佐】 資料5ページの表につきましては、私ども消防庁救急企画室として把握しておりますデータを基に作成しております。結論から申しますと、病院救急車による転院搬送の都道府県別の数字は含まれていないということになります。

【織田委員】 わかりました。

【横田座長】 ご意見、コメントありますでしょうか。有賀委員お願いします。

【有賀委員】 今、病院救急車の話が出たので、実は東京では、先ほど話が出たように、東京消防庁で使った救急車を東京都医師会に払い下げていますよね。年間多分3台ぐらいだったと思いますが、それを病院救急車として、地域ごとに使うという話で、表立っての話は、東京の各医師会に話をするときには、転院搬送という話が一義的に出ますけれど、今どのぐらいの医師会で展開して活動しているのか最新情報は知りませんが、葛飾区や八王子市においては、医師会の先生が、自分の患者さんが調子悪くなった時に医師会を通じて病院救急車を出動させると。医師会の先生を通じてというところを、医師会のドクターご自身ではなくて、その先生の指揮下にあると言ったらいいのですかね、介護の人やそれから看護師さんたちが、「やはりこれは」と思ったら、

各医師は会のルールに従って病院救急車の出動をお願いすると。それによって件数がバーンと増えているので、増えているというのは、病院救急車の今言ったような形での利用が増えている。ちょっと今手元にデータありませんけど、とにかく増えたのですね。そのような状況があると、今度は、例えば八王子市においては、東京消防庁が運ぶことになったお年寄りについても、慢性期の病院が受けてくれるといったことがあります。普通は急性期の病院に持っていかなければいけないのだけれど、慢性期の病院も、日勤帯においては八王子市内のどちらかの病院に入院できる。だから、高齢の人に関して言えば、何歳以上ってというのは忘れましたが、八王子の救急隊は八王子市内で決着する率が上がっているのです。そうですね。

【伊勢村委員】 すみません。具体的なデータを持っておりません。

【有賀委員】 その件を強力に牽引したのは、八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会、八高連なのですね。八高連を最初に立ち上げたのは、地元の消防本部の署長さんと、それから介護の代表者が話をしながらやったとのこと。だからここに書いてあることはデータとしてはいいことが書いてあるのですが、今言ったような話で、大変な都市部においては、病院救急車を十二分に使っていけるのではないかなというふうに思うのです。その中での議論について、今、病院救急車については、消防庁ではデータを把握してないという話ですが、この件と病院救急車をコラボさせる話が、何となく雰囲気的にはそうになってないのかなという気もしないでもないのですが、そのあたり、坂本委員はいかがお考えでしょうか。

【坂本委員】 今の東京都の救急車の払い下げの話は、このワーキンググループの中でも議論をさせていただきました。数台かと思います。払い下げ先の選定基準は具体的には公表していませんけども、救急受入患者数や実際の転院搬送で東京消防庁を使った実績、病院として、自院の転院搬送だけではなく、地域の医師会等で行っている転院搬送事業にその救急車を投入する意思があるかを重複して、希望する病院に配分をしているというような状況だと思います。その中で葛飾区や八王子市の先行例の話が出ていますが、まだそれが都内では一般化していないというのが現状で、地域で使うためには医師会の中での十分な協議が必要ですし、また運用するマンパワーの持ち出し分をどういうふうに経済的に見るのかというようなところに関しても、未解決の部分があるので、その辺についてまだ議論が必要だと思います。

【横田座長】 これぜひ消防本部の皆さんにも伺いたいのですが、WEBで参加の札幌市消防局の石原委員いかがでしょうか。札幌の状況、この転院搬送に関してのひっ迫度、影響をどのような形で、あるいは対応しているのでしょうか。

【石原委員】 札幌市消防局の石原です。資料2の2ページのひっ迫具合に関して言いますと、札幌市は大都市のカテゴリーに入っているのですが、「関係機関との合意形成の下運用しているもので特段の問題はない」という、3つの消防本部の中に実は入っている状況でございまして、昨年の救急出動件数は12万件ほどあったのですが、そのうちのだいたい6.9%ぐらいというこ

とで、昔は10%、11-12%ぐらいあったのですが、だいぶ減ってきているという状況で、あまり救急業務をひっ迫させてはいないという状況ではあります。

【横田座長】 減ったというのはルールを作ったとか、努力によって減ったのか、あるいは他の原因で減ったのかその辺はいかがですか。

【石原委員】 この数字はやっぱり過去10年ぐらい前の数字だったものですから、やっぱり関係医療機関とのやり取りの中で、いろいろな話をした中で、このように減ってきたというのが実情です。ただ、全体の救急件数のうち、転院搬送の割合がさらに減少していくことは、非常に望ましいことと捉えております。

【横田座長】 わかりました。ありがとうございます。高槻の方はいかがでしょうか。

【津田委員】 高槻市消防本部の津田です。資料の9ページにある通知を基に、令和元年に市の医師会と連携してルールづくりをしまして、市医師会のホームページに転院搬送に関するガイドラインを載せていただいています。また、今年の夏、救急需要が増加したので、再周知というかたちで再度載せていただきました。転院搬送につきましては、このガイドライン策定前の平成30年は、全救急搬送件数に占める転院搬送の割合は大体8%ぐらいだったのですが、去年は6.9%と少し少なくなっております。ルールづくりのおかげかと思っております。転院搬送に関しては病院救急車を使っているというところも増えてきている状況です。

【横田座長】 その転院搬送に関するルールに関しては、各消防本部で策定しているところ、そうでないところがあるようですが、その辺のデータは事務局はどうですか。

【寺村専門官】 消防庁としましても調査を行っておりまして、令和6年度に都道府県に対してアンケート調査を行っております。

手元にありますのは、速報値ですので、あくまで参考としていただきたいのですが、47都道府県に対し、貴都道府県では転院搬送におけるガイドラインを策定しているかを質問したところ、「策定済み」という回答が約29.8%の14団体、「検討中（策定中も含む）」という回答が約6.4%の3団体、「検討予定」が約8.5%で4団体、「策定しない、または、予定なし」という回答が約55.3%の26団体で、過半数の都道府県では、「策定をしていない、または、予定がない」という速報値の現状でございます。

【横田座長】 策定に関しては、消防本部独自で策定しているわけではなくて、おそらく医師会とか地域MCとかという議論の中で策定すると思うのですが、その辺の現状はどうなのでしょう。そこまではわからないでしょうか。

【寺村専門官】 先ほどご紹介した都道府県へのアンケート調査項目で、転院搬送におけるガイドラインを「策定しない、または、予定なし」と回答した26団体に対して、策定しない理由を複数選択可で聞いたところ、速報値の結果の抜粋ですが、「地域メディカルコントロール協議会で策定しているため」と答えたのが6団体、「地域毎に実情が異なり統一のガイドラインとして策定

はしていないため」と答えたのが15団体、「転院搬送が問題となっていないため」と答えたのが5団体、「医療機関と消防機関の調整が困難なため」と答えたのが4団体、「各消防本部で策定しているため」と答えたのが1団体と、こうした回答をいただいているところでございます。

【横田座長】 今回の資料のグラフを見ると、人口の少ないところは「ひっ迫していない」と答えていて、策定しなくても良いとも考えられます。坂本委員が地域性もあるとの話でしたけど、そのような事情もあるのかもしれないですね。細川委員から、医師会からのコメントとして何か転院搬送に関しては、ありますでしょうか。

【細川委員】 前回のワーキンググループにも出席させていただきまして、これについては、各都道府県医師会と各都道府県の消防に周知というか、もっともっと啓発した方がいいねというような話になりまして、総務省消防庁の方から、もしよろしかったら各都道府県の消防の方、それから我々医師会としては、医師会の方から病院協会等の方に情報提供をという形で、実際、東京都で上手くやられている払い下げの事例に関して、積極的に総務省消防庁でも考えていただければ、本当に各都道府県もありがたいかなというふうに考えているところでございます。私からの意見としては、払い下げに関しては、ぜひ積極的にお願いしたいと思っております。

【横田座長】 他にこの転院搬送、民間救急に関してはよろしいでしょうか。

【加藤（渚）参考人】 厚生労働省医政局地域医療計画課の加藤でございます。先ほどの病院救急車については、先ほど有賀委員からご指摘ございました、調査といったところにつきましては、病院救急車につきましては、資料2の3ページ目でお示しさせていただいているように、救急医療提供体制の現況調べという形ですべての救急医療機関を対象とした調査といったものを毎年行なっておりまして、この中で転院搬送の件数と、医療機関の救急車で行った転院搬送の件数をお示ししているところでございますけども、この転院搬送の件数というのは、例えば上り搬送も、下り搬送も含めた、全ての件数になっておりまして、詳細なところについては、現状まだ調べきれていないといったところになってございますけれども、本年4月よりの診療報酬改正で、新たに救急患者連携搬送料といった、いわゆる下り搬送、救急搬送されてから当日から3日間の間に、また別の機関に転院搬送を行った場合に、診療報酬上の評価はあるといったものを新設させていただいてございまして、こちらにつきましては、まさに救急患者を受け入れてからの下り搬送といったところになりますので、まだ始まったばかりですけれども、次年度以降、こちらについて、下り搬送というところについては、数値についてはお示しできるような形になってくるかと思っております。厚生労働省といたしましては、こういった取組を通じて病院救急車による転院搬送の促進といったところを行っているところでございます。

【有賀委員】 今、せっかく厚生労働省のコメントが出たので、こんなこともあるということも含めて、また、坂本委員にももんでいただきたいことがあります。実は今お話のあった下り搬送については、具体的な病院の名前は控えますけれども、地元の民間の搬送会社がその病院と契

約して、円滑に搬送しようということをし始めている。私の知っている病院も、その業者からの依頼は積極的に受けようではないかというようなことで、下り搬送がより円滑に流れるような、そういった社会の仕組みが、やはりお金がつくと出始めている。これはこれでいいのですが、実は、下り搬送については、私、日本医療機能評価機構の評価をするサーベイヤーを長くやって、今も形の上ではやってはいますが、実は距離に応じて料金を取っている病院があったのです。それは別にいいのですよね。

【加藤（渚） 参考人】 ちょっと詳細について把握してないものですから、コメントは差し控えておこうと思います。

【有賀委員】 要するに民間の救急車なり搬送業者なりタクシーなりを使えばお金がかかりますよね。ですので、そういう観点で言えば、その病院が自分たちの救急車を使って運べば同じように料金を払ってくださいという話はあっていいのかなと僕は思ったので。あ、そうですかと言ってそのまま聞き流したのですが、多くの病院、昭和大学病院もそうですし、ここにおられる皆さんの病院も、基本的には、上り搬送はしょうがないとしても、下り搬送に関しておそらく料金を取ってないですよね。でも取っている病院があったのですよ。なので、そういう意味では、もうちょっとお金にセンシティブになってもいいのかなというふうなことであります。さっき坂本委員が、東京の場合の江戸川区にしても、葛飾区にしても、八王子市にしても、なかなかお金の問題がとおっしゃいましたよね。その件をクリアするような形で、そういう広い意味での資源を投入しないと、例えば、資料2の21ページの表を見て、今のまま消防本部の工夫で何とかするかという話はもうほとんど無理と思われまう。棒グラフの長さを見ただけで、田舎も大都市圏も似たようなことが起こっているとしても、大都市圏のこういう形での棒グラフの長さの伸び具合は、これから先のことを考えればもっともったこうなるわけで、工夫だけで何とかするって思う方がおかしいと思います。だから、さきほど言ったみたいに、病院救急車を転院搬送に使っていますという話は、そういう意味では、消防本部の救急車の代わりに病院救急車を入れ込んだのですよ。でも、病院救急車を入れ込むのであれば、普段の搬送のうち半分が軽症ですよね。さっき言った医学的な問題か社会的な問題かというのは後から話しますが、そうなってくると、やはり病院救急車なり、民間救急車なりをどのように入れ込むかと、入れ込むときにタダで入れ込むなんて話はないわけで、そこのところは、こういったところでもっとお金が必要なのだよねという話をしないと。お金が湧いてくるわけがないですから、お金のことがあるので、ちょっと議論が止まっている、議論がなかなか十分に進みにくいという話はわかりますけれど、やはりそれは、坂本委員にはちょっとしんどい言い方をしますが、それでも薦進する必要があるのですよ。もっと言いますと、先ほど坂本委員から、医学的なレベルか社会的なレベルかというお話がありましたが、もう今、4世帯に1世帯は65歳以上の単身ないし2人だけです。わかりますよね。医学的に苦しいのは当たり前ですけど、社会的にも安い車で行こうとすれば、119番を掛けるに決ま

っていますよ。だから119番通報の中の半分は民間救急でもいいと、そのためにはどういうふうな工夫をすべきかを、やっぱり直に考えないといけないのではないかというのが私の意見です。もうやるしかないのですよ。この資料2の21ページの表を見て、工夫で何とかなんて絵空事言っていないでしょうがない。

【横田座長】　そうですね。高齢者で、独居老人、高齢の老々の世帯で重症度に関わらず119番通報で消防の救急車を呼ぶしかないというのは、確かにそのとおりですね。

【有賀委員】　だから社会的な問題か医学的な問題かって考えてもいいですよ。だけど現実問題としたらもう状況が目の前で展開しているのですね。

【横山座長】　わかりました。横田順一郎委員から手が挙がっておりますが、お願いします。

【横田委員】　病院間の搬送についてだいぶ熱くなっていますけれども、資料2の5ページのデータをじっと見ていると、救急要請が増加する背景のひとつに、病院間搬送の要素があるということによってこの統計が取られていると思います。これは消防機関の方から見た目線なのですから、日常の病院の中では、救急患者でなくても、入院されている患者さんの経過の途中で、病院搬送ということを日常行っているわけです。場合によっては、急性期の診療が終わって転院をしていくときに、施設に限らず、他の病院でさらにリハビリをしていただく場合なども、病院間搬送という業務を実施しています。もちろん上り搬送や、下り搬送という言葉もあります。

私の言いたいのは、先ほどの有賀委員の話にもちょっと関係するかもしれませんが、病院目線で見たときの患者さんを移す方法については体系的な制度がないため、なかなかうまくいっていないと思います。先ほど下り搬送には救急で入った患者さんの一定期間の間においては、転院搬送連携料でしたか、手当しましたということではありますけれども、それ以前から言われている上り搬送についても、あるいは今回の下り搬送の診療報酬についても、ちょっと救急関係者の立場でお話をされているようですけれども、日常は、やはり違った診療科、より必要な治療を受けないといけないところにも、特に最近は高齢者ですぐしないといけない、これがますます最近の地域医療構想によって診療密度の違う施設にどんどん移っていくというのが、日常の診療の姿になってきました。消防庁の検討会の場で転院搬送についてお話をされていますけれども、厚生労働省の方がオブザーバーで入っておられますので、本来は、医療のリソースを有効に活用するために、患者さんが必然的に移っていく搬送手段について、どういう制度設計が必要なのかということをお聞かせいただきたいし、奨励する話で進めていただければという気がしましたので、意見として述べさせていただきました。

【横田座長】　これは医療そのものに関わることなので、消防だけでは解決が難しいということだと思います。有賀委員のお話まさにそういうところだと思います。ワーキンググループ長の坂本委員、非常にこの辺りのまとめも大変だと思いますが、今のご意見も踏まえて、まとめていただければと思います。

それでは時間も限られていますので、次の＃7119の活用、それから医療との連携、それから救急需要予測の精緻化に関する議論をしたいと思いますが、本件に関してコメントございますか。

【田邊委員】 資料2の13ページ、この救急安心センター事業を全国に広めようという形で今進んできているのだと思いますけども、そうするとやっぱりまだ導入してないところには効果がどれぐらいか、やっぱりしっかりあるのだよといったことをお伝えしていく必要がある。そういった中で、この4つの表のうち一番左側の下の方、救急医療機関における負担減少効果で、救急医療相談件数、医療機関が受ける救急医療相談件数が減っていると。とはいえ、これ今まで医療相談があったところに別にもう1個窓口を作ったら、そっちに移るので減ると言えば減るなどというのはありますし、この右側の上の方の大阪市の例でも、私の見方が間違っていなければ、＃7119にかけてこれは119番通報が必要だねって形で転送されたものについては、やはり不搬送割合が減ってくるというのも、これも考えれば普通のことかなと思う中で、やっぱり重要なのは、左側の上の軽症者割合の減少効果、これがやっぱり重要なかなと思います。

そういった中で、＃7119がいろいろなところで行われている中で、山梨県のこの一例だと、一番いい例が出ているのかなというふうに思ってしまうところがありますので、各地出ている中で、全体としてどうなのかがわかるとより説得力が増えるかなというふうに思います。ただ、この山梨県の例がもしチャンピオンデータだとすると1%ちょっと下がっているといった中では、先ほどの有賀先生の話じゃありませんけど、この1%追加されたとしても、大きな流れにはなかなか太刀打ちできないといった部分があるので、これはこれでいくつも積み重ねながらその全体をどう進めていくかという議論をしていく必要があるのだろうなということです。

【横田座長】 確か＃7119の人口カバー率だと今48%ぐらいでしたか。

【竹田課長補佐】 直近で申し上げますと、全国の36地域で、おかげさまで導入をいただいております。人口カバー率が今78.1%まで上がってきておるというところでございます。

【横田座長】 山梨県の好事例が出ているのですけれども、他のところもあるのではないかと思います。そのようなデータとはありますか。

【竹田課長補佐】 先ほど申し上げましたとおり、実施団体が大変、特にここ2、3年で、おかげさまで増加をしております。したがって、私どもも改めて、今ご指摘ございました導入団体における導入前後でどうだったか、あるいは導入団体と未導入団体でどうなのか、こういった辺りを改めて分析・検証を進めてまいりたいと考えているところでございます。

【横田座長】 いかがでしょうか。＃7119、あるいは医療との連携、それから救急需要予測に関してコメントいただけたらと思いますが、はい、お願いします。

【塩谷委員】 大阪市の塩谷です。＃7119の活用に関しては、他の資源を活用することで、増加する救急需要を抑えていくという考え方で進んでいるものだと思うのですが、例えば、資料2の11ページにあるようなAIの活用という話が出てくる背景には、対応側の体制強化というものが

ありまして、認知度が上がってくると、どんどん電話がかかってくる。それに対して対応ができなければ、結局、他の資源として活用できないというおそれがあるかと思います。実際、救急の要請と同じように、救急安心センターおおさかでも、全国的にも、#7119の着信件数が増加傾向にあります。認知度の高まり、コロナで不安がちょっと増えてしまったとか、そんないろんな人の意識の変化の中で、かなり着信件数が増えて、例えばゴールデンウィーク、大型連休、年末年始、お盆休み、そういったときにはかなり電話が集中して、電話を取れないというような状況が発生しております。ですからAIの活用もそうなのですが、それ以外も含めて、しっかり質の向上、応答率の向上というものを考えていかなければ、結局、他の資源を活用できないという形になってしまいかねないというふうに危惧しています。このことについては大阪市消防局の方でも、府下の本部と意見交換をしながら、どうやったら応答率が高められるかということを検討している状況です。人を確保する、回線を増やすということも結構お金がかかりますので、お金をかけずにどうやって対処できるかということも含めて議論をしていく必要があると考えております。

【横田座長】 東京都の#7119も同じようなことがあります、だいぶ改善はされているって聞いています。大阪のケースでコメントをいただきましたけれど、大阪ということで、織田委員それから嶋津委員いかがでしょうか。

【織田委員】 私も実は救急安心センターおおさかに関わらせていただいております、まさに今おっしゃった通りで、ものすごくやっぱり鳴るのですよね。これはやっぱりどこまでも拡張していくわけにはいかないという点が一つ。それと、それでも効果があれば、費用対効果として成り立てば、市民も納得していただけるのかなと思うのが一つ。それとあと、全国にこれが広がっていくときに、果たしてこの#7119, いろんな事業者やいろんなやり方でやっておられるので、質がどうかというところっていうのが、あまり今までそれぞれで検証されていない。導入するところまでで、まず、今はそういう段階だと思うのですが、それが今後どうなっていくのかなというところですね。質の評価の仕方ってすごく難しいのですけれども、#7119は救急車が出る件数が少なくなって効果があったということが注目されがちですので、その中に真の重症者が混じっているのはもちろんいけないですし、かといって無難にやり過ぎますと、今度は全然効果がないということになってしまう。それをどのような方がどのような研修を受けて、また振り返り、どのようにやっているかということも含めた質の評価というのが、多分、近い将来必要になってくるのかなと考えております。

【横田座長】 確かにそうですね。全国展開もほぼされつつあり、織田委員がおっしゃったように検証が重要ですね。ありがとうございます。嶋津委員、コメントありますでしょうか。

【嶋津委員】 織田委員の話と重なるのですけれども、大阪の#7119は、以前は、確か大阪市消防の外郭団体として運用されていたと思うのですけれども、7、8年前に民間事業者がそういう医師の確保とかそういうのをやりだすようになったので、その辺の変化がどのように出ている

のかというのが気になっておりましたので、そういう事業を請け負っている団体、そういったものによる格差、評価といったものに興味があったのですけれども、織田委員からのご意見と同じになります。

【横田座長】 鈴木委員、いかがでしょうか。高知の状況というのは。

【鈴木委員】 高知県の鈴木です。＃7119は高知県下で実施しており、特に資料2の11ページにある広報のところが非常に重要だなと思っていて、特に高齢の方に対するアプローチの仕方は非常に大事ななと思っています。高知県の状況でいきますと、やっぱり若年層の方の利用が多くて、なかなか高齢の方に使っていただけていないのが実情としてあります。高知県では消防政策課という消防サイドで＃7119事業をやっており広報も実施しています。県庁内の健康福祉担当部局にも依頼して医療機関にも周知をしていただいているのですが、それでも広報が届いてないところがあるかなと思っていて、それでやはりここに書いてあるような厚生労働省や医療サイドからもアプローチといいますか、両面いるのかなと。先ほどのマイナの話もそうですが、今病院に行くと、保険証の話はマイナ保険証に切り替わりますよ、とは書いてあるけれども、そこに救急の話は書いてないというのがあったりして、そこは行政としてやっぱりそれぞれの区割りがあると思うのですが、住民の目線からすると、広報媒体として網羅的に書いてあると、分かりやすいかなと感じています。

【横田座長】 都内だと＃7119の大きなポスターが貼ってあることがあるのですが、高知では周知の方法はいかがでしょうか。

【鈴木委員】 ポスターであったり、救急車に小さいマグネットを貼ったりしているのですが、どうしてもやっぱり消防サイド側からの発信となっている側面が強いかなという感じはあります。

【横田座長】 検証という意味で、山梨県の例が出ていましたけど、軽症率が減ったとか、効果はありますか。

【鈴木委員】 高知県では令和4年8月のコロナ禍の時期から始めたところですので、多少、軽症率は下がったところもあるのですが、もう少し効果というのは、検証が必要かなと考えております。

【横田座長】 山口委員、東京都の先生の立場から、＃7119に関してコメントございますか。

【山口委員】 東京では、コロナのときに＃7119の件数が非常に増えまして、その件数がコロナの感染状況の指標のひとつとして用いられるような状況にありました。東京の場合には、都民の間でこの＃7119の認知度が高くなっていますし、コロナのときの不安の受け皿になったように、今や都民の健康保健の相談窓口として揺るぎない地位を確立していると思います。ただ一方で、＃7119事業の拡大に伴って、救急需要に対する抑制効果は必ずしも見られていない。つまり、本事業はひとつの独立した重要な「住民サービス」にはなっているけれども、これを事業開始当初

の「救急車の需給対策」に位置づけ続けるのかについては、制度設計の見直しや修正を含めて、少し議論が必要な時期にきているのではないかと思います。

【横田座長】 土井委員も同じく東京の立場からコメントございますか。＃7119でも、あるいは他のことでも構いませんのでいかがでしょうか。

【土井委員】 東京大学の土井と申します。東京ではという限定ですけれども、私は、民間救急がこの5年、10年ですぐにぶん広がったなということを実感しておりまして、その一方で有賀先生がご指摘されたお金、コストのことというのは、実は、最前線、フロントでは小競り合いと言いますか、問題になることもありまして、やはり民間救急をお願いするとその分の支払いが患者さん側の負担になってしまうということがあったりもしますので、その辺りの制度を整えていただけると、もう民間をお願いするということで全て決めていただければ、例えば、もうこれは民間をお願いするものであるというような形で進められたりもしますので、少し根本的な大きな話で申し訳ございませんけれども、そういったところが必要な時期になっているのかなと思っております。

【横田座長】 これも坂本委員、ワーキンググループ長のお仕事になってくると思いますが、地域性という事情もあるだろうし、大都市というところもあるだろうし、その辺非常に難しいと思います。地域によっては民間救急がないところもきっとあるかと思うのですよね。そういったところにどのように対処していくかですね。

ありがとうございます。あと、神奈川県、大都市の神奈川県の渡邊委員、お立場からコメントございますか。

【渡邊委員】 神奈川県医療整備・人材課の渡邊です。神奈川県でもちょうどこの11月から＃7119を、県全域で開始をいたしました。これまで横浜市内で行っていたものを全県で展開するといった中で、やはり先ほど資料の中にもあった導入前後の状況をどういうふうに分析していくのかといったところ、そこをこれからやっていかないといけないのかなと思っております。そういった意味では、資料2の13ページのところでいろいろな効果、京都府の例など、特に我々健康医療局の部局でやっていて、やはり救急医療機関における負担の軽減をどのように図っていくのか、効果としても見ていかなきゃいけないと言っておりますので、こういった他県の事案を参考にさせていただきながら、こういった効果についてまた分析していきたいと思っております。

【横田座長】 私が質問してはいけないのでしょうかけれども、私の方からは医療との連携に関して、実は厚生労働省からの委託事業で在宅医療、救急医療連携に関わる調査セミナー事業で、そこでいろいろ議論をしていると、行政、医療圏とそれから消防の広域消防本部の管轄が微妙に違うので、なかなか医師会や消防で、在宅と消防の連携というような会議に入りにくいのだという意見をいただいたのです。我々はそういう意見を聞いてそういうことがあるのだと思ったのですが、この辺の事情というのはどなたかご理解というか、お答えいただける方っていないでしょう

か。先ほどの資料に医療との連携ということがあったので、このようなことも、もしかしたらハードルになっているのかなと思ってお話をしました。それではもう時間もそろそろ迫ってきていますけれども、最後3番目、救急業務に関するフォローアップについて事務局から説明よろしくお願いします。

・救急業務に関するフォローアップについて

【金子課長補佐】事務局の金子から説明させていただきます。救急業務のDXの推進に係るカタログの公募についてご説明させていただきます。消防庁では、救急業務のDX推進に向けた検討を行っておりまして、その一環として、消防本部担当者向けの技術カタログを作成する予定でございまして、現在公募をしております。11月6日から1ヶ月間公募をしております、内容といたしましては(3)に書いているような、システムの概要、訴求ポイント、導入効果、導入実績、費用の目安等を記載していただくということで、具体的にこういったものを対象にカタログ化しようとしていますかというのは、次のページに記載のとおり、119番に入電してから現着するまで、傷病者接触から病院の選定まで、実際に現場を出発してから病院収容まで、帰署してから事務処理までと各フェーズにおきまして、救急業務の労務負担軽減等に期待されるシステムについて、①から⑬までの機能を有している技術を公募しております。こちらまとりましましたら、次回第3回におきましてご報告させていただければと思います。

【横田座長】資料3について質問がありましたら、よろしくお願いします。よろしいでしょうか。一応、今日議論していただくというのは全てご意見いただいたのですが、ひとつ問題になったのは、先ほどの前に戻りますけれども、意識のない人の所持品を救急隊の方がどのように対応したらいいかというのは、法的なところも含めて議論をしなくてはいけないということです。岩田委員のお立場から今の件に関しては、どのように現時点では考えていいのかというのを、もしご示唆いただければと思いますがいかがでしょうか。

【岩田委員】岩田でございます。ちょっと明確なお答えができるかどうかわかりませんが、以前の検討会などでも少しお話しと思いますが、一番、例えば訴訟リスクみたいなものに対応するためには、本当は一番いいのは法的にきちんと消防隊員の方にも所持品検査ができるような規定ができてしまえば、そこのところは多分クリアできるのだと思うのですよね。だから本来ならそっちに行けばいいと思うのですが、実際、そういう必要性が現場の方から強くあるかという、先ほどの事務局の説明にもありましたように、メリットとデメリットがあるので、相当大的なメリットがあると、現場からそういう法的な規定も含めて、ちゃんと作ってほしいというような要望が出るようならそういう対応で、王道をいくということだろうと思っています。ただ、今回のマイナ救急のことは、何年か前に始めたときには、救急隊員の方が自分で情報を調べられないので、わざわざ警察官を待って、時間がかかる形でマイナカードを見てもらう、探してもらうみたいなことをしていたという話があったのですが、今回お話を聞いた感じだと、

必要な場合にはそのマイナ救急のことでは、通常の救急活動としてやるというようなことで対応されているので、今すぐに法的な改正みたいものが必要かという、そこまでには至っていないので、先ほどの事務局のご説明と同じように、慎重に現場の方の要望を聞きながら検討していきましょうというようなことになっているということかと思っています。ちょっと正面から答えないような気がしますけれども。

【横田座長】 岩田委員にはいつもここの部分のところをコメントいただいてありがとうございます。以上、今日の議事については議論をしていただきました。また、これから第3回の検討会がありますが、今日の議論はこれで終了したいと思いますのでこれ以降の進行を事務局にお返ししたいと思います。よろしくお願いします。

6. 閉 会

【安藤課長補佐】 横田座長をはじめ、委員の皆様におかれましては活発なご議論・ご意見をいただきまして、誠にありがとうございました。今年度最後、第3回の検討会につきましては、令和7年2月21日金曜日の14時からを予定しております。引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、「令和6年度第2回救急業務のあり方に関する検討会」を終了いたします。本日は誠にありがとうございました。