

救急業務高度化推進検討会
第1回救急指令・相談業務作業部会
議事録

- 1 日 時 平成21年10月9日(金)
- 2 場 所 法曹会館 2階高砂の間
- 3 出席者
- メンバー 坂本座長、石井委員、小野委員、桑原委員、佐々木委員、
鈴川委員、高野委員、谷川委員、岩佐氏(田原委員代理)、
緒方氏(西原委員代理)、林委員、藤井委員、ヨーコ・ゼッ
ターランド委員
- オブザーバー 久保田主任研究官
- 消防庁 開出室長、和田補佐、森田補佐 以下4名
- 欠席者 畑中委員

4 会議経過

1 開会 [事務局]

2 あいさつ

3 委員紹介

事務局より、委員、オブザーバー及び代理出席者の紹介が行われた。

4 座長紹介

【事務局】

次に、作業部会の座長でございますが、当作業部会の親会に当たります救急業務高度化推進検討会の席上で、山本座長からも指名がございました、坂本委員にお願いしたいと思っております。また、坂本委員におかれましては、昨年度の本作業部会と同等のトリアージ作業部会の座長でもありましたことをつけ加えさせていただきます。坂本委員にはご挨拶をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

5 座長挨拶

【座長】

おはようございます。今、ご紹介いただきました坂本でございます。本日の作業部会は、救急業務高度化推進検討会の3つの柱としている作業部会のうちの1つという位置づけでございます。もともと発足につきましては、数年前の高度化委員会の中で、当時、救急需要対策ということが非常に問題になっておりました。増え続ける救急の要請と、それから救急車の台数には限界があるということで、だんだんと現場まで行く時間が長くなっていくというようなことに対する対策という中で、通信段階で何らかのトリアージ等ができないかと。つまり、すべての救急要請に100%順番にこたえているということでは、限りある消防の資源の中では対応しきれなくなっていくだろうということで、その中で緊急度の差をつけて、緊急性のあるものは緊急対応する、そうでないものは多少遅れてもやむを得ない、あるいは、場合によっては、救急自動車が行く以外、例えば、相談という形での対応を考えるというふうなことが今まで検討されてきました。その中で、昨年まで「トリアージ作業部会」という名前で、主に、通信段階の一般市民の言葉からどのように緊急度を判定できるか、どのくらいの精度があるのか、あるいは、通信指令員はどのような訓練が必要か、そして、実際、そういうことが通信段階で判断できた場合には、それに対してどのような運用を工夫することができるか。その一例として、今日これから議論するPA連携のような、消防車もそこに同時に駆けつけるという方法などが昨年度まで議論されておりました。本年度のこの作業部会では、それをさらに一歩進めて、トリアージというのは非常に大事ですけれども、トリアージをすること自体が本来の目的ではなくて、トリアージは手段ですので、トリアージという手段の上で何がよりこの改善につながるかということで、「救急指令・相談業務作業部会」というような形で、少し発展的な名前にさせていただいております。今日これから議論をしていく中で明らかになっていくと思いますけれども、「救急指令」という部分については、どちらかというところ、重症度・緊急度の高いものをいかに指令段階で見つけるか。それに対して、そのような緊急度の高いものに対して、例えば、ポンプ隊を出すということも含めて、どのような対応方法が可能であるかというような、緊急性の高いものをより早く見つけて、それに対する対応をどう考えるかという部分です。それから、もう一方、「救急相談業務」というところにつきましては、昨年度までのこの検討会の中から出てきた政策として、救急安心センターという、総務省消防庁が運営する電話による救急の助言・

相談、このような事業が今試行されようとしておりますけれども、それらについてここでより深く、それに関する運用上の問題点であるとか、あるいは、今後の方向性、例えば、全国にコールセンターが1個でいいのかどうかなど、そういうふうなことについて議論をしていくということです。どちらも一般市民からの電話通報に基づいた何らかの対応ということでは同じですけれども、より緊急性の高いものにどう対応するかという部分と、そして、その相談に類したものについてどう対応するかということに分けて、より具体的な対策を考えていくというのが今年の課題になると思います。昨年から引き続きの委員の先生方も多くいらっしゃいますし、また、新しくなっていた方もいらっしゃいます。ぜひこの場で徹底的な議論をして、いい提言を親会のほうに出していただければと思いますので、よろしくお願ひいたします。まず、きょう資料が少し多く出ておりますので、お手持ちの資料の確認を事務局のほうからしていただきたいと思ひます。

6 資料確認

【事務局】

事務局より、配布資料の確認がなされた。

7 議事

【座長】

ありがとうございます。それでは、早速、資料に基づきまして議論を始めたいと思ひます。例年のことではございますけれども、この検討会につきましては原則公開ということで、非常に特別な患者、傷病者の個人情報等のお話しをするとき以外は、すべて一般の記者等に公開となっておりますので、その点を発言される委員の皆様はご了承いただきたいと思ひます。それでは、資料に基づきまして、まず、親会での議論の経緯と、親会から本作業部会に求められている内容等についての説明を事務局のほうからお願いいたします。

【事務局】

それでは、資料の説明をさせていただきます。まず、1枚おめくりいただきまして、本作業部会の位置づけでございます。平成21年度救急業務高度化推進検討会という大きな検討会の作業部会の1つという位置づけでございます。検討事項につきましては、救

急業務高度化推進検討会の議論を踏まえて以下の項目について、検討を進めるということで、2点ございます。まず、大きな1点目でございます。緊急性の高い通報に対する救急医療のあり方ということで、緊急性の高い通報に対するPA連携、あるいは事前病院選定等を一体的に検討する。政令市において実証検証（コールトリアージ・プロトコールに基づくPA連携及び事前病院選定）を実施することにより、コールトリアージ・プロトコールの精度の向上と実運用に向けた課題の抽出というのを検討していただきたいと考えております。大きな2つ目としまして、救急安心センターモデル事業の全国的な展開ということで、本年度より愛知県、大阪市、奈良県におけるモデル事業の実施状況から、全国展開に向けた課題を検討していただくというふうに考えております。続きまして、3ページ目でございます。ここからは昨年度の復習ということになります。当グラフは、心肺機能停止が目撃された時点から救急隊による心肺蘇生が開始された時間区分ごとの1カ月後の生存率、及び1カ月後の社会復帰率のグラフでございます。当グラフを見ていただきますと、全症例としては6万9,000件ございましたが、10分以内に救急隊員によってCPRが開始された件数が3万1,000件ございました。ここでグラフを見ていただいたらわかるように、10分以内であれば、救命率、あるいは社会復帰率がかなり高い、10分を超えますと急激に低下するというようなことがわかります。また、特に、初期心電図波形がVF（心室細動）等の場合であれば、1カ月生存率、あるいは社会復帰率が急激な高さを持っているということで、10分以内に救急隊員を現場に投入するということがいかに重要であるかということがわかる資料でございます。続きまして、4ページ目でございます。これは、昨年度のコールトリアージ・プロトコールです。これに基づいて、緊急性があるかないかを判断して、あるものであれば、例えばPA連携をすとか、そういうことの判断に使うプロトコールでございます。4枚目、5枚目が昨年度作成のプロトコールでございます。6ページ目でございます。これが昨年度の検討結果です。これは、トリアージ後の1カ月生存率、社会復帰率の予測結果でございます。右上の表を見ていただきたいのですが、感度、陽性的中度、CPA予測割合、1カ月後生存率と続いておりまして、例えば、1aというところを見ていただきます。1aというのは、通報段階で主訴が、呼吸なし、脈なし、あるいは水没とか、冷たくなっているというふうなキーワードがあった場合の出動でございます。この場合、感度が60.1%ということで、感度というのは全CPA中のCPAの的中率です。先ほどのプロトコールに従って行った場合に、60%の確率でCPAを予測していたということが

言えます。その横の陽性的中度というのは、CPAと予測した中のCPA率ということでございます。その横のCPAの予測割合と申しますのは、全件数に対する適用件数の割合ということで、例えば、1万件あれば170件が適用であるということです。縦軸の1a、レベル1、レベル1+レベル20（65歳以上）、以下、40歳と続きますが、対象を広げると感度は当然上がっていきます。ただし、陽性的中度がだんだん下がります、CPA予測割合が高くなるということで、例えば、感度を87.5%に上げれば、全件数に対する適用件数の割合が27.8%になるということで、例えば、これをPA連携に結びつけた場合には、3割の件数で消防隊が出なくてはならないというふうなことをあらわしております。続きまして、また横軸でございますが、一番上が2007年の1カ月生存率でございます。これを先ほどのプロトコールに基づいて対象を広げた場合に、その1カ月生存率が11.3%、11.8%というふうに上がっていきまして、結果、その人数に対して昨年度の1カ月生存率を掛けた場合に、例えば、1aのところ、1カ月生存者数というのがございますが、括弧書きに328と入っていますが、このプロトコールを使って、仮にPA連携をして消防隊を先着させた場合に、去年の生存者数が1,806人に対して、それよりもさらに328人が1カ月生存できるというふうな表となっております。続きまして、左下のグラフでございます。これは、感度と1カ月後の社会復帰者数とCPAの予測割合をグラフにしたものでございます。見てみますと、レベル1のところを境にカーブの勾配が変わっております。というのは、レベル1まではかなり効果が高い、レベル1以降であれば若干カーブがなだらかになり、例えば、27.8%のCPA予測割合に対して効果が薄いのではないかとということで、昨年度の結論としましては、緊急レベルの設定としては、適切なラインはレベル1ではないのかという結論と、あと、PA連携をやった場合にこれだけの救命率が上がる、というのが昨年度の検討結果でございました。以上が、昨年度の結果となります。

【座長】

昨年のトリアージ作業部会で最後に出した報告書の結論部分で、これもあくまでも推測ですけれども、通信段階で、このように積極的に呼吸や意識というようなことを聞き出して、心停止である可能性を疑うということでやると、ここにあるように、例えば、レベル1ということであれば、15.2ですから、6台に1台ぐらいの救急車はそういう疑いを持ってPA連携なり何なりの活動をすると。それによって活動時間が短縮されると、結局、社会復帰者が日本全国で年間300人ぐらい増える可能性があります。300人増え

るといったら、今、全体で 1,000 人ちょっとの社会復帰者がいるわけですから、3割ぐらい助かる人が増える、あくまでも推測上はですが、かなりインパクトのある効果が得られます。ただ、この中にはいろいろな仮説が入ってきておりますので、これはもちろんそのまま実証できるわけではありませんけれども、1つの可能性を示した数字として、このような通信段階で緊急性の高いものを見つけて、それに対してはより優先的に対応するというようなことは、引き続き検討されるべきだという根拠となっている数字だと思います。去年の結果については、よろしいでしょうか。委員の先生方、何かご質問等ございますか。よろしければ、それでは、今年の検討事項に入っていきたいと思います。7ページ以降が検討事項になりますけれども、全体として緊急性の高い部分と相談の部分、それぞれの部分がきょう検討していただく概ね3つの枠になっておりますので、その1つずつについて、一区切りずつ、ご意見をいただきながら議論をしていきたいと思っております。それでは、7ページ以降、事務局、少し先に進めてください。

【事務局】

それでは、7ページ以降の説明をさせていただきます。検討事項の具体的な内容となります。まず、緊急性の高い事案に対する救急体制のあり方ということで、目的としまして、現場到着時間の短縮、迅速な医療機関搬送の実現に向けたP A連携、事前病院選定について、実施上の課題や効果等を明らかにして、消防本部におけるP A連携、事前病院選定導入のための情報提供、あるいは提言に資する情報を得ることを目指します。検討方法としましては、まず、救急出動に伴うP A連携等に関する調査ということで、先ほど別添資料にございました調査票、これはアンケートを全消防本部にとっております、これについてのご検討。2つ目としまして、先進的な取り組みを既に行っている消防本部より事例の紹介、調査ということをさせていただきます。最後に、コールトリアージに関する実証検証というところで、今回の一番大きなところかとは思いますが、1枚めくっていただきまして、まず、P A連携に関する調査を全消防本部を対象に行いました。対象としましては、全国の消防本部です。方法につきましては、別添資料1の調査票に基づき行っております。後ほど説明させていただきますが、アンケートの答えを、表などにしてありますが、どういう質問であったかというのを見比べていただけたらと考えております。分析の視点ですが、9ページをご覧ください。まず、実施状況、全国でどのくらいのP A連携が行われているのか、そのために必要な人材、資器材、体制はどうなっているのか、あるいは、P A連携中の災害への対応状況、あと、導入に当たっ

での課題等を調べております。続きまして、10ページ目です。今回の調査につきましては、46都道府県の783消防本部、回答率が97.5%となっております。全国の消防本部数は803となっております。回答率は、97.5%でございます。職員別規模では100人未満の消防本部は347、1,000人以上の大規模な本部では11本部から回答を得ております。続きまして、11ページでございます。これは、PA連携の実施状況で、全国の消防本部のうちの70%が既にPA連携を実施しているということです。実施の検討まで含めると82%です。職員数の規模が大きいほど実施率が高いというふうになっております。戻りますが、まず、本調査におけるPA連携とは何かというところで、まず、アンケートの段階で定義づけをしてございます。別添資料1を見ていただきたいのですが、属性の次に破線で囲まれた部分があります、本調査における「PA連携」とは、管制係員が119番通報者からの聞き取り内容により、救急隊の要請を待たずに指令課員の聞き取り内容によって消防隊等を現場出動させ、救急現場において消防隊に救急業務に従事させることと定義しております。また資料に戻りまして、12ページに入ります。どのような対象についてPA連携をやっているのかという実施基準でございます。まず、全体像を申し上げますと、CPA事案のほか重症事案においても実施しているというのが45%、CPA事案のみというのが9.5%、あと、救急隊の現場到着の遅延が考えられる場合、直近の救急車が出られないということがわかっている場合というのが41.5%です。なお、この遅延の部分につきましては、再掲というふうな形で、両者とも選択できるようなアンケートの内容となっております。続きまして、その場合の救急有資格者の搭乗の有無でございます。PA連携で出動するポンプ車に救急隊員の資格を持っているかどうかの調査でございます。全体像としましては、64.8%が原則として救急救命士、あるいは救急標準課程といったような救急隊員資格を持っている方が搭乗しているということです。黄色の部分、搭乗していない場合があるということで、33.8%が、休暇など、そういう状況により乗っていないこともあるというふうな回答を得ており、大きな都市になれば、搭乗が少なくなっているという傾向が見られます。続きまして、14ページでございます。これは、災害発生時の対応ということで、特にPA連携を行っているときに、直近、あるいは管内で火災等の災害が発生した場合に、PA連携を継続するかどうかということについて調査した結果でございます。全体としては、23%において、原則としてPA連携を継続、28.8%は原則として火災現場に転戦、39%は、特に基準は決めていない、指令係員による判断ということで、恐らく通報内容による火災の規模とか、その辺で判

断がされているのではなかろうかということでございます。続きまして、15ページで
ございます。PA連携をするに当たってどのような資機材がポンプ車に積み込まれてい
るかという調査でございます。PA連携を行っている消防本部の81.3%で感染防止用資
器材を積み込んでいるという内容です。外傷用資器材が79.4%、人工呼吸用器具のバツ
クバルブマスクが73%、AEDについては63%というふうに以下続いております。ちな
みに、喉頭鏡・マギール鉗子というのは、例えば、窒息等でのどに異物が詰まった場合
にそれを取り除く資器材でございます。ページをめくっていただきまして、ここからは
事前病院選定の実施状況でございます。まず、事前病院選定の定義でございます。今回
の調査におきまして、事前病院選定とは、管制係員が119番通報者からの聞き取り内容
により、あらかじめ傷病者の容態に適した病院に受け入れの交渉や決定をしておく体制
と定義します。救急隊が現場到着する前に、指令課員が聞き取った内容によって病院を
あらかじめ決めておくということでございます。事前病院選定の実施状況ですが、全国
の消防本部のうち26.2%が行っている、実施の検討をしているというのが11.6%、60%
の消防本部では予定はないという回答となっております。これも、消防本部の規模や市
町村の規模にもよりますが、大きな消防本部になればなるほど下がっていく傾向がある
ということが出ております。続きまして、17ページでございます。事前病院選定をす
る上で実施規準というものを定めているかどうかということで、全体として30%の消防
本部で策定している、70%の消防本部で策定していない、1,000人以上になりましたらほ
とんどが策定しているというふうな結果が出ております。続きまして、18ページでご
ざいます。これは、事前病院選定の実施規準です。これは、グラフの一番右端が100%で
はなくて、20%というグラフとなっております。全消防本部のうち4.7%でCPAのほか
重症例を対象にやっているということ、また、2.4%についてはCPAのみ、あるいは、
かかりつけの医療機関が聞き取りの内容でわかっている場合に、かかりつけの病院にあ
らかじめ連絡をしておくというふうなやり方、これが2.2%となっております。続きまし
て、19ページでございます。このアンケートは、自由項目の部分がございます。例え
ば、PA連携をしていない消防本部に対しては、その理由は何ですかというふうな問い
をしております。多くあった回答が、人員不足、災害発生時の対応が手薄になるため、
CPA事案に限って出動隊員数を増やす、例えば、3人の隊員を4人にして出動させる
というような対応をしている、CPAや重症の場合にはドクターカーが別途出ている、
また、少数による勤務体制のため消防隊と救急隊との区別がない、あとは、救急隊で充

足しているというふうな記載が多く見られました。また、事前病院選定を実施しない理由としましては、救急隊が患者の容態を観察して、その情報から病院を選定すること、現場の救急隊からの医療機関へのオンライン選定で特に問題は発生していない。また、選定のための医療機関が少ないということで、そもそも救急出動があればこの病院に運ぶということがあらかじめ決まっているというような地域もございます。以上が、今回のアンケート調査の結果でございます。

【座長】

ありがとうございます。昨年度もコールトリアージで緊急性の高いものを見つけたとき、それに対して何らかの対応手段を持っていなかったら、これは絵にかいたモチになるわけですけれども、その中で、1つ、消防隊が先に行くというPA連携というのは非常に強力な武器になるのですけれども、実態がよくわかっていなかったということで、日本全国の消防本部に調査をしていただきました。ここでPA連携について、これは今までの消防機関の中の、例えば、救助活動、救急活動というような正規の活動としての位置づけがされていないというような問題もあったと思うのですけれども、これについては、今回の整理としては、「救急活動」という言葉をここで使っていますので、これは「救助」ではなくて、患者搬送のための設備のついていない車で現場に向かったとしても、現場で搬送を前提とされた傷病者に対して応急手当をすることに関しては救急活動とするということで、これはもう総務省消防庁の見解としてよろしいのでしょうか。

【事務局】

それに関しては、昨年度、内閣法制局で、救急業務の一連活動という回答を得ております。1つの救急事案があって、救急車より先に消防隊が行っても、救急事案の一連の活動の中の1つであり、後から来た救急隊に引き継いで救急搬送するわけですから、一体的なものという答えをいただいております。

【座長】

わかりました。そういう位置づけになっているということです。実は、先般、東京消防庁でもそのような議論がございまして、これはどういう活動かということで、メディカルコントロールの範疇に入るのかどうか、あるいは、事故が起きたときに救急隊がやったのと同じようなレベルでの責任が問われるのか、消防隊がやったのだっとならしないとして勘弁してもらえるのかなどということが議論になったのですけれども、ここでは救急隊がやろうが消防隊がやろうが、同じ救急活動の一環として見るということ

で、一応見解が得られたというふうに思います。

【事務局】

一方、公安委員会というのですか、緊急自動車を申請する場合に、救急業務、あるいは消防業務という分け方で申請するのですけれども、警察庁の見解というのもあって、その中では、本来、業務としては、消防車については警防業務、救急車は救急という観点から見た場合、違法性はあるのではないかというふうなこともございます。それについては、消防庁と警察庁が今後調整し、明らかにしていく必要があることは認識しております。

【座長】

要するに、火事ではなくて、病人がいるというときに、赤い消防車が応急手当てのために走るの道路交法違反であるということですね。消防業務ではないのに緊急走行してはいけないという、変な法律ですけれども。

【〇〇委員】

この話しは、消防法改正のための一連の、前の年度の本会議の中でも1度議論になりまして、当時、東大法学部の樋口教授が、全体の説明を聞きながら、これは人命救助の一環の行為の中で見れば、メディカルコントロールの中に入ると考えていいのではないのでしょうかという見解をお話されて、その場では異論がなく、ということは、医師会も含めてそれでよろしいのではないのでしょうかと、担当や関連の集まりの中では、そういうふうな理解をしております。問題は、警察がどう見るかというのはまた別の話ですから、我々を巻き込まないで、是非、役所の中でしっかりと解決していただければと思います。

【座長】

そういう前置きでございますけれども、11ページの最初のところにあるように、全国の消防本部ベースで見ると、PA連携を71%の消防本部で既にやっているというのは、私はかなり衝撃的に、東京はやっているんで、大都市では当たり前かと思っていたのですけれども、全国津々浦々見てもこれだけあるというのは、自分としては予想外の数字だったのでございますけれども。この辺も含めて、各消防本部の現場の先生、あるいは救急にかかわる医師の先生方から、PA連携についてご意見をいただければと思いますけれども、いかがでしょうか。

【〇〇委員】

その中で、あえて今回の調査の定義づけのことにに関して、要請を待たずに出動させ、先着し支援した場合のという、わざわざ先にとという話を書いたことについてはどうかと思います。同時発出で良い訳ですから。この定義は少し狭かったのではないのでしょうか。あまり狭くされると、ヒューマニズムに基づいているというところから、少々狭い概念のところに入ってしまいうように思います。

【座長】

今の発言は、救急隊が着いたら、もう先着隊は専門ではないのだから、手を出すなどという話のようになってしまうということですね。救急隊が先に着いていたら、後からついた消防隊はやる事がなくなってしまうので、同着でもということ。

【〇〇委員】

いえ、同時発出で同時に着いてもいいし、先に到着した救急を支援するという場合でもいいし、そういう概念なら一連の行動だろうと。

【座長】

現場で一緒に働くと。ですから、救急隊が現場に行って、応援を頼むと言っているのではなくて、通信段階でそれを両方出すということがみそと。

【〇〇委員】

それはそうですけれども、それだけをやったのは、概念として少し狭いのではないかなど、あのとときの議論を踏まえるとそういう印象があります。

【座長】

今、通信段階で消防隊を出すということについて限定した話をしているので、そういう面では、もちろん現場に救急隊が着いてから応援要請をしてやっているのも、広い意味では消防と救急との連携になりますので、それを除外するものではないですけれども、運用上、応援要請を待たずに行くというのがどのくらい行われているのか、そういうようなことでのアンケートというふうにご理解いただければと思います。

【〇〇委員】

PA連携に関しては、どのあたりまで幅を持たせるか、いろいろ課題はあるかと思うのですが、私は、むしろ、19ページの調査結果から得られた課題というところでちょっと感じたのですが、まず、この整理の方法ですね。もしこの値を、座長がおっしゃるような形での1つのくくりとして考えた場合に、職員が100人未満のとこ

ろというのは比較的人口過疎地であろう、比較的管轄の範囲も広い地域であろうかというふうに思います。ですから、最後の課題の整理ですけれども、実施していない、これはむしろ少数派ではあるかと思うのですけれども、人員不足、災害等での対応が手薄、それから少数による勤務体制というふうなところの課題と、それと、あとは、ほかにありますように、救急隊員数を増やしているとか、あるいはドクターカーを派遣している、これは非常に贅沢な課題ですよ。ちょっと違ったレベルの課題になるのかなと思うのですが、そうしたところは分けて整理する必要があるということが1つです。もう1つは、P A連携のクオリティといいますか、ちょっとびっくりしたのですけれども、15ページの資器材のところですけれども、ある程度の人口の多いところでP A連携を行っているところが多いということは間違いないと思うのですけれども、それでも、例えば、バックバルブマスクの配備率が7割とか、A E Dに関しては6割というのは、昨年度の議論の中で、救急隊または消防隊、その時は救急隊ですけれども、救命処置を行った場合、10分を境に急激に落ちてしまうということ考えた場合に、特に広範囲な管轄を持っている地域においては、こういったA E Dが整備されてないというのは非常に大きなダメージではないかなというふうに考えます。それと、もう1つは、都市部において、消防職員の中で非資格者、つまり、一般消防職員が現場に行く率が高い、これは3ページにあったかと思いますが、7割ぐらいということです。こうなってくると、救命処置に関する教育ということに関しても非常に重要な示唆をこの調査は物語っているのではないかなと思います。以上です。

【座長】

ありがとうございます。今のお話は非常に重要な部分だと思います。我々は、去年、P A連携の話考えたときには、基本的にはバックバルブマスクとA E Dという、蘇生に関して必須の器具については、P Aで出るポンプについては全例持って行くというのが原則というふうに考えておりましたが、それが、実際にはこのように7割、6割という数値であるということです。それから、実際に現場に赴くのが、非救急隊員の消防職員だけで構成されているポンプ隊が多いということであれば、彼らに対して、基本的な蘇生がどこまできちんとできるかという技術のレベルの保証というものも考えていかなければいけないだろうというふうなご意見を今いただいたと思います。

【〇〇委員】

私も、今、〇〇先生がおっしゃったようなところで、一番最初に気になったのは、A

EDが3分の2しか載っていない、栃木県だけだと思っていたら、そうではないというのがわかって、半分安心しましたがけれども、こういうところがどうして解決できないのかというのは非常に気になるというのが1点です。あとは、そもそも論になってしまうかもしれないのですが、PA連携というのは、どちらかというところ、今の救急業務をやっている人たちの数が足りないで、仕方なくPA連携で補おうというような最初のイメージだったのですけれども、これは、PA連携をどんどん推進しよう、救急隊員の数はそのままPA連携で補えばいいのだという方向に行く話なのではないでしょうか。それとも、これは、どうやって有効にやると、現時点においてはPA連携は有効だけれども、最終的には、横浜でやっているようにもっと出たらいいのではないかと、そういう方向に話が行くのかなと思っていたので、PA連携をもっとどんどんやりましょうということは、逆に言うと、救急隊員の数はこのままでもいいのではないかと話になってしまうのかなというのをちょっと心配して聞いていたのですが。

【〇〇座長】

これはまた後で議論しなければいけない問題だと思います。救急隊を増やさなくても、ポンプ隊を増やせば済むのではないかというふうなことが、本当にそれで正しいのかどうかということですね。PA連携のメリットとしては、足りない救急隊を補って、現場にいち早く人を送るというようなこともあると思いますし、そういう面では救急隊を多くすればいいということにもなると思います。それから、もう1つは、現場で特に心肺蘇生をすることを考えると、例えば、アメリカで言えば最低4人は必要だという活動になっていますし、今、救急隊の3人で、特定行為まで含めて十分マンパワーが足りているかというところ、そこは甚だ疑問なところがあります。そもそもマンパワーが、3人では足りなくて、ポンプ隊の応援を得て、現場では4人、あるいは5人以上の人が活動することが好ましいということで、救急隊が幾ら増えても、やっぱりポンプ隊は出た方がいいんだというような議論が出るのかもしれませんが。また後で横浜のお話しなども聞きながら、その辺の話は進めていきたいと思います。アンケートについて、他にご意見はございますでしょうか。

【〇〇委員】

今回、アンケートの中で、19ページ、事前病院選定を実施しない理由ということで課題に掲げられているところなのですが、これについては、関連する資料としても16ページから続いております、事前病院選定の実施状況とか、しない理由とか、いろいろ

書いてあるのですけれども。まず1つ、ここで課題にしなくてはいけないのは、消防本部の規模もあると思うのですけれども、その本部のある地域性、病院との関係もあると思います。横浜などは、事前に現場到着した救急隊がよく観察して、生で見て、その情報から病院を選定する、それでどうしても見つからない場合は病院選定するという流れになっております。意外と重篤な患者さんは、横浜市の場合、受け入れてくれる病院が多くあるのです。特殊な、例えば、妊産婦で、今までかかりつけがなくて、急に破水してしまったから、いざ見てくれとなると、なかなか受け入れてくれるところがなかったりということがあります。ですから、言いたいのは、あたかも事前病院選定をしないといけないというような課題になってしまっていると。今、横浜でも市民の方から、なぜ横浜の指令室も、119番と同時に病院を探して、そこに持って行かないのかという話がよく出てしまうのですが、救急隊が見て適切な病院に搬送する、その辺に視点を当てた方がいいと思います。例えば、傷病者を観察して、病院に搬送を開始するまでの時間をとるとか、それによって早くお医者さんのもとに連れて行くという、そこにつながってくるので、あくまでも病院到着までの時間というと、また地域性なども出てきますので、課題の中で病院選定を実施しない理由となってしまうと、あたかもそこをしないのが悪のように聞こえてしまうので、いろいろな本部でやり方はあると思いますので、そこをひとつよろしく願います。

【座長】

PA連携につきましては、去年までの議論も含めて、基本的には可能な限りやった方がいいだろうというように考えておりますけれども、事前病院選定については、そもそもやった方がいいのかどうかについて、全くニュートラルだと思います。そもそも病院選定の制度自体は、救急隊が見てから決めたほうがより適切なところが決められるのは当たり前のことです。通信段階でなぜそれをやった方がいいかという、もし可能性があるとするれば、1つは、病院選定を早く着手することによって、少しでも早く決められる可能性があるということ、それから、病院側に、例えば、心筋梗塞や脳卒中という患者さんがいるというアラートをかけて、病院側での準備を進めてもらえるという可能性がありますが、ただ空振りも多いわけです。その空振りの多さを考えた上で、果たして実際に事前病院選定ということが患者さんにとってメリットがあるのかどうかというのは、これは何の証拠もないので、今のところは、これをやるべきとか、やるべきでないということではなくて、実際やっているところがどのくらいあるのかという

調査であるということです。救急隊が容態を観察してからのほうがきちんとした情報があるので、それから選定しているというのは、正当な理由だと思います。とりあえずこれを今、推進しようということではなくて、実態調査という観点で我々はとらえるのがいいのではないかというふうに思います。東京消防庁はいかがですか。P A連携のメッ
カで、たくさんやっていると思いますけれども。

【〇〇委員代理】

P A連携の方は、また後ほど事例紹介で件数の紹介ということがございますけれども、こちらの中の資料にもありますが、うちの方はある程度基準を決めておりまして、直近で救急車がないとか、あとは、繁華街でかなり人込みが多いとか、いろいろな基準を設けて、その中で今やっているというのが現状でございます。

【座長】

それでは、次の先進的な取り組みというところの中でも、P A連携の話し等も出てく
ると思いますので、またこのアンケートに戻ってということがあれば、そのときにご質
問いただくことにしまして、次の先進的取り組み事例調査について、事務局にお話を進
めていただきたいと思います。

【事務局】

当部会では、横浜市安全管理局様においては昨年度から実施のディスパッチ方式、東
京消防庁様についてはP A連携について、また、仙台市消防局様にあつては事前病院選
定について、それぞれご説明いただきたいと思います。よろしくお願いいたしま
す。

【座長】

それでは、横浜から順にお願いいたします。パワーポイントを使つての発表で、皆さ
んのお手元にハンドアウトの資料が準備されていると思います。

【〇〇委員】

貴重なお時間なので、駆け足で行くと思いますが、よろしくお願いいたします。委員
長からもいろいろありましたけれども、今回、横浜は4つほどポイントがあると思いま
す。1つは、どの消防本部も大体抱えている課題が同じではないかというところ、それ
と、昨年来、コールトリアージ作業部会等でも検討しておりましたが、たまたま横浜が
先進的にいろいろ工夫してやっているところ、それと、きょうその効果がどうなのか。
あと、もう1つ、救急相談の関係、今いち早く傷病者を病院に搬送するということでは、

先月、総務省消防庁の方からも、いわゆる 119 番入電からかかっている時間がいろいろ出てきましたけれども、その辺でも、コールトリアージをやって適切な部隊を出すことによって結構時間が短縮しております。その辺、大きく 4 つをお話していきたいと思えます。まず初めに、これは、大体どの消防本部も一緒だと思うのですが、救急搬送の実態、実は、119 番にかかってくる、運んでいる人のほとんどが軽症だということです。これは消防本部によっても差はあると思えますけれども、横浜の場合、約 6 割が軽症です。重篤、死亡、あと重傷者というところで考えますと、大体 9% がかかってくる。人数的には、4,800 人ぐらいが、全救急搬送したものの中のうち、死亡を入れた、重篤な事案だったということです。ここも、各消防本部が抱える課題になっていると思えます。最近、国の施策とか、いろいろな関係で救急の出場件数は若干抑えられてきております。横浜もやっているのですが、東京消防庁さんがやっている救急相談、そういういろいろすみ分けをしている中で、若干救急の件数は頭が押さえられている感もありますけれども、いわゆる人口の増加率を上回る勢いで出場件数が増加しております。背景には、高齢化、核家族など、いろいろあると思うのですが、そこへ来て、昨年来、議論されていますけれども、救急隊の隊数については、もちろん人件費を含めて設備投資がかかる訳でございます、なかなか隊数も伸び悩むというところなんです。救急車を増やせば、やみくもに 1 町内 1 隊などと配置していれば、それだけとりつきが早くなるということです。あと、もう 1 つ、それぞれの本部が抱えている課題として多いのが、例えば、この絵でもあるように、最も近い救急隊が出場してしまっているため、例えば、これなどは野球でちょっと腕が痛いとか、そういう感じで出場していて、そばで心肺停止状態になったような場合は、より遠いところから救急車を出すということが、大体、横浜の場合も全体の 4 割ぐらい、しょっちゅう稼働していますから、こういう事案が発生しやすいということです。本当はここでデータがあるのですが、例えば、1 分遅れるごとに生存退院率がどんどん下がっていくなど、先ほどのページで言いますと、1 位の救急車は大体平均 5~6 分で現場到着していますが、2 位、3 位とだんだん遠くなっていくと、7 分、8 分とどんどん到着時間が遅れていくという課題があります。ここで横浜がどういう工夫をしたかという、平成 20 年 10 月 1 日から施行したのですが、横浜救急条例というものをつくりました。特に、横浜でやっているのは、119 番がかかってくるときに、コールトリアージを実施します。先ほど来、ポンプ車と救急車の連携である、いわゆる P A 連携の話が出ていましたけれども、119 番がかかってくるときに、

これはポンプ車を出したほうがいいのか、救急だけでいいかということも、1つのコールトリアージと私は考えておりますので、何も横浜だけがコールトリアージをやっているわけではなくて、そういった意味では、ほとんどの消防本部でコールトリアージをやっているところです。横浜が今回、工夫して先進的にやったのは、後ほど説明します。一番の問題は、限られた人員、装備を活用して、いろいろ要請が重複する中で、いかに救える命を救うために必要な部隊を投入したらいいのか、それをやるためには緊急度・重症度のコールトリアージと弾力的な運用をしなくてはいけないのではないかとことを考えました。こんがらがってしまいますので、救急相談については後ほど別項目でお話をいたします。あと、ちょっと細かいところですが、この条例は、例えば、市民の役割としても、正しい119番のかけ方、あとは、タクシーがわりに使うのはやめてください、あまりにも悪質な場合は消防法の罰則を適用します、そういう条例もあるところでございます。ここでは、もう1つ工夫したところがあります。救急車の弾力的運用ということで、消防法施行令では1台の救急車に救急隊員3名以上をもって編成と規定されているのですけれども、横浜市は、平成20年10月1日に構造改革特区として申請しまして、2名救急を国のほうから認めていただいております。救急隊員3名でなくてはいけないところを2名にするかわりに、国のほうから要件を3つほどつけられております。それが一番下のところです。いわゆるコールトリアージ・システムをきちんと確立しなさい。それから、もう1つは、不測の事態が生じた場合に、いつでも3人以上の救急隊により速やかな処置を実施できる体制を確保しなさい。もう1つは、指令室の中にいつも医者が常駐していて、直接指導したり助言できるような体制をとっておきなさいと。ここまでいろいろ書くと、こんがらがってしまうと思うのですけれども、例えば、うちの消防本部では、お医者さんをいつも指令室に置けない、だからコールトリアージができないというのではなくて、コールトリアージはまた別の話しですから、横浜がやろうとしたのは、あくまでも2名救急を使った運用をやるための条件なので、ここもよく勘違いされてしまう方がいるのですけれども、コールトリアージとはまたちょっと別の次元になってきます。これは、車の概要なのですけれども、皆さん、おなじみの救急車があって、あと、右下にあるような、横浜の場合、丘陵地帯が多く狭い道も多いので、かねてよりポンプ車のほかにミニ消防車、可搬式のポンプを積んで、部隊と連携して活動していました。そこへ来て、救命活動車ということで、ポンプを積んだものと、あと本当の救命活動車、「F」と呼んでいます、ファースト・レスポンス・カーというこ

とで、小型の普通乗用車の中に救命活動ができる資器材を積んで部隊を運用しています。この辺は、短い時間の中で大変なので、とりあえず、用語としては「カテゴリー」というものがあります。カテゴリーというのは、緊急度の、心肺停止状態のA+からCという一番軽症なもの、Cの場合は1人で歩ける、ちょっとお腹が痛くて、どうしても自分では救急車で診てもらいたい、断ることができない内容をCで、2名の救急車で出しております。あと、ディスパッチレベルというのは、今みたいにカテゴリーを識別したときに、これは2名の救急でいだろうとって部隊を運用することをディスパッチレベル1。後で車の絵が出てくるところでも説明しますけれども、左側が一番重いものから軽いもの、そして、部隊の運用は、P、ポンプ隊、F、救命活動隊、A、救急車ということで、いわゆる心肺停止状態を識別したら、直ちにPFAを出してしまいます。カテゴリーCということであれば、一番軽症ですから、救急隊単独で出します。ただ、今、運用の中では、2名救急と3名救急が、市内62隊の約半々で混在しておりますので、軽症であっても、地域によっては3名の救急隊が出ているところもあります。この辺は、今言った2名救急、3名救急が入りまじっている表なので、原則、重いものには3隊出す、軽いものには1隊出す。トリアージ不可というのは、後ほどコールトリアージの方法でも出てきますけれども、第三者が見て、傷病者を見ていなくて、なかなか指令管制員に傷病者の容態を正確に伝えられない、それを根掘り葉掘り聞いていると時間がかかってしまいますので、そういう場合は直ちにトリアージ不可としてレベル2、いわゆる3名救急か、あと2名の救急と2名の活動者ということで、3名か、または4名、消防施行令にある以上の人数を出してしまいます。この辺が、絵になっているところなので、後ほどごらんいただくとイメージがわくと思います。あと、もう1つ、重要なことは、コールトリアージをして、識別をした部隊を出します。それで、現場到着して、現場においてももう一度フィールドトリアージをかけます。ここでメリットとして考えられるのが、例えば、4名で出た部隊が、現場を見て、緊急度・重症度があまりないということであれば、1台、赤いF車を返してしまって、2名で搬送する。あと、状況によっては、増やして医療機関に搬送する、そういうフィールドトリアージをかけております。今の説明がこれです。1名で帰所したり、2名が帰って、いわゆる赤い車が先に帰って、どこかの出張所に待機していれば、ポンプ車とか、赤い車というのは、救急車よりも相当数ありますので、どこかで119番が入ったときには、そこからまた駆けつけることが可能になるということです。コールトリアージの実際です。これは、指令室の全景なので

すけれども、真ん中にいる方がお医者さんです。あと、前面で 119 番をとってしまして、大体、どの指令室も一緒だと思います。横浜消防と書いてある、前の 2 面の中で発信地表示があって、どこにどういう部隊を出すという操作をしているのですけれども、ちょっと違うのが、この右手の先にタッチペンで入力できる識別フォーラムがあります。これは、自分で言うのも何ですけれども、すぐれてしまして、相手の聞き取りにあわせて、タッチペンでそこをクリックすると、瞬時に A+ だったり、A だったり、それがころころかわって、部隊も連動して選別されるという代物です。コールトリアージ導入の件については、消防だけではできなかったということで、お医者さんの力が非常に大きかったということです。ここは、後ほど見ていただければわかるのですけれども、急にできるものではないので、何年間か構想から実証、検証しまして、プログラムを逐次改善しているというところの図です。あと、コールトリアージのシステムですけれども、大きく 5 つの方式でいきます。キーワードだけ覚えておいてほしいのですけれども、初めにフローチャート法、国のものにもありましたけれども、119 番にかけてきて、「火事ですか、救急ですか、どうしました」、「救急です」、「どうしましたか」、「うちのおじいさんが」ということであれば、家族ですから、家族に振ったり「私、通りがかりの者です」と言うと、その 119 番の信頼性、精度がどの程度なのか、本人であれば一番よろしいわけ、その辺がまず 1 番。2 番はキーワードです。例えば、自分が 49 歳で、胸のあたりが昨日からちょっと痛い、過去にも心疾患の既往症があるとなると、そういう言葉を拾って、傷病名が出てくるものではありません、ある程度、危険性が、これは A になるだろうとか、そういったことで識別をしていきます。軽ければ軽いほど、アンダートリアージを防ぐために聞いていくものが多いわけで、時間もかかるというふうになります。あと、計量法を絡めて、今だと t-P A とか、脳卒中の関係なども、先ほど病院選定の話も出ましたけれども、今後、そういうのとも絡めて、早めに打つ手を考えているところでもあります。これもフローチャートで、先ほど言った、トリアージ不可の場合などのイメージです。これは入力識別フォームとして、皆さんのお手元にもカラーで置いてあると思います。実際にやればわかるのですけれども、一番左上から「どうしましたか」、「うちのおじいちゃん」となれば「家族」、「何歳ですか」、「76 歳」、「男性」、「普通に受け答え」している。観察して、「どうしましたか」、「お風呂で水没しています、様子を見に行ったら、もうお風呂の中で沈んでいます」、「じゃあ、今もうしゃべらないですね、水没しているから意識はないのですね、呼吸はどうですか」、「呼吸、今もうしてないみ

たいです」となると、次のあたりで、ここでカテゴリーA+とディスパッチということで、P、ポンプと、ミニ車と、アンビュランス、救急を出しなさいということで、大体1分かからない時間で識別されます。これも、今、国のほうもお願いしようとしているのですけれども119番入電から到着とか、そういう時間帯をとっているのですけれども、横浜の場合、既に緊急性があるものに関してはどんどん早くなっていますので、逆に、言葉は悪いのですけれども、どうでもいいような軽症ですと、本当に救急車が要るのかどうか根掘り葉掘り聞きますから、時間もかかって、それなりの2名救急が出るということで、同じ救急要請でも結構幅が出てきているところも事実でございます。あと、傷病名が、例えば、脳卒中とかと出るわけではございませんので、ある程度幅を持たせてA+からCまで識別します。あと、CとC+が一番違うのは、歩けるか、歩けないかのところになります。歩けないと、2名救急で行くと、ストレッチャーの関係などがありますので、歩けるという軽症らしいのには、Cで2名の救急を出すように心がけています。あとは、いろいろ工夫しているところは、車両に地図でいろいろ出るのはそうなのですけれども、あと、指令台からのメッセージ、これもMC協議会、お医者さんと調整して、たくさん情報を挙げてもらいたいということで、赤地で真ん中に、何歳で、会話がどうだとか、意識がどうだとか、必要最小限のデータ、あと、聞き取ったときのメモ情報を車両に送信できるようになっています。あとは、プロトコルの策定ですけれども、ここからは画面とかけ離れるかもしれません。先ほどのフォームができて、聞き取ることの最大のメリットとしては、当たり前なのですが、指令管制員が大体同じ聞き取りでできるようになります。あとは、横浜の場合、タッチペン方式ですから、人によっては急に全くとんだ主訴を訴える場合がありますから、それをペンで拾いながらもできるということもあります。あとは、やはり職員教育が必要になってきますが、この辺はちょっと省略します。お医者さんとの協力というのが、実は大変なところでございまして、横浜の体制をお話しますと、MC協議会のほかに、識別・運用プロジェクトチームというのがあります。ここで何をしているかという、何か月に1回、指令課員が出した識別に対して、これで本当によかったのか、アンダーディスパッチ、うちで定義しているのは、Cで出して重篤、重症だった事案ですけれども、それが本当によかったのか、初診時の診断で決定されますので、お医者さんに診ていただくと、「おいおい、これはないだろう、これで重症というのはちょっとひどすぎるな、どこの病院だ」ということで、公平・公正な目で見ていただいて、逆に、聞き取りは、もっと本当はこ

うしたほうがよかったのではないか、ひいては、識別のプログラムのここを直したほうがいいのではないかというのを、ここでやっているところです。

教育は省略します。あとは、市民にいろいろパンフレットを配っています。これは、今日お持ちしていないのですけれども、1つここで重要なことは、条例を制定したということで、コールトリアージをして2名救急を出します、救える命は本当に救いますということを表に出したことと、あと、言いわけがましくなるのですけれども、識別は100%ではない、市民からの通報内容によっても変わってしまいますし、うちも頑張りますけれども、その辺は、アンダートリアージはゼロではない、ただし、ゼロに限りなく近づけますということもパンフレットに入れてあります。それで、条例にかけたところ、市民が、今の制度を選んだということで、運用しております。パワーポイントは以上で終わりです。あと、一枚もので配りました、『横浜型新救急システム』の運用状況について」ということで、裏表のものです。ここもかいつまんで言いますと、今回、6カ月のしか持ってこられなかったのですけれども、去年の10月からで、もう9月末が終わりましたので、もう間もなく1年の集計、全件が出ますので、次の委員会ではそれを持って来る予定でいます。報道発表したのが、この6カ月が正式の最後のものなのです。どうしても行政がつくる書類なので、初めにアンダートリアージが2件発生したなど、反省ばかりしているのですけれども、逆に、効果のほうから言いますと、まず、緊急度・重症度が高いと判断された事案ほど、119番入電から部隊を出すまでが早くなってきています。あと、現場到着時間も、裏のページを見ていただくと、レベル1のときは3隊出すわけですから、ファーストタッチが早くなるということで、横浜の場合、平均6分程度かかっているのが約1分程度早くなっております。それが裏に出ている表です。あと、もう1つ、表-3のところは、本来出るべき、直近の救急隊が出て行ったために、救命活動隊、FAを指令したときに、先行してF隊が着いて活動した事案ですけれども、約1,100件あり、そのうちCPAの対応が43件あったとあります。あと、去年の委員会でも発表しているとおりですけれども、重篤事案というのは、例えば、食物アレルギーで、本人通報ではなかったのですけれども、駅員さんから、目の前に患者さんがいるの通報で、そのときは大丈夫だったのですけれども、病院到着時にアナフィラキシーということで、食物アレルギーで重篤、当日、退院はしていますけれども、そういう事案が1件ありました。それから、私もテープを聞いたのですけれども、家族からの通報で、高齢の方からで、「うちのお父さん、歩いてて、さっきからお腹が痛いと言ってて、大丈夫そ

うなんだけど、救急車、お願いします」ということで、結局、病院に行ったら、消化管穿孔、穴があいていたということで、緊急手術、これも重篤という事案です。やはり相手ありきの問題ですから、いろいろ聞き取っても、「大丈夫ですよ」と言われてしまうと、反映できなかつたりするところもあります。かといって、何もしないかというところ、さっきのMC委員会にかけて、例えば、アレルギー、ハチに刺されたとか、いろいろアナフィラキシーもありますので、そういう虫刺されなどの場合は、過去に既往症があれば重症に出るようになり、あと、顔色のところにも、例えば、苦悶状、苦しんでいるということであれば、ただお腹が痛いのは違うようであれば、それを重症に上げるようにとか、日々変えているところがございます。あと、うちのコールトリアージのシステムで誇れると思うのは、C P Aの的中率とか、その辺の感度が非常にいいのではないかと、それは表-1のところで見ただけだと思いますので、そこをよろしく願います。最後は、『横浜型新救急システム』の概要」ということで、資料番号が2-3になっていると思います。これに関して、今、横浜も反省しているところがあって、1年目ということで、コールトリアージ・システムのハードルの設定がオーバートリアージぎみにつくってあるので、2名救急があまり出ていないということで、一番初めの軽症が多いという表の割には軽症が少ないです。市民が救急車を呼んだときに、「どうですか、歩けますか」と言うと、呼んだ手前、軽症にもかかわらず、「いや、ちょっと歩けないみたいです」と言うと、C+に、1個上がってしまいますので、最近いろいろ工夫しました。「どうですか、救急車、今もうお向けしています、ただ、救急車まで歩いていただくことは大丈夫ですか」と言うと、大体「歩けます」と言いますので、それで、大体4.4%だったのが、今7~8%に上がってきました。あと、この1年間のデータをすべて集積して、もう1度、MCの先生に諮り、ハードルを少し上げて、この辺を増やしていきたいということが課題となっております。それと、裏にあるのは、救急相談サービスです。横浜の場合、東京消防庁さんとちょっと違うのが、#7119ではなくて、119番にかかってきた人の中で、救急車を呼んでいいかどうか迷っていたりした方、あと、識別してどうもという人に対して、救急相談サービスに回すという制度です。あくまでも119番回線を使っているというところで、一義的には119番通報で救急要請、よく聞いてみると、「迷っているんだけど、119番した」、「ちょっと軽症なんだけど、どうしようかな」という人には、すべて先ほどの識別をかけます。それで聞いていくと、中にはBだとかAという人もいますので、その段階では救急車を勧めます。それでもたまたま、「私は救急車

で行きたくない」と言う人はいるのですけれども、そこで、通報者の希望を確認して、いわゆる民間の救急医療情報センター、ここはお医者さん、看護師など、いろいろ資格を持った方がいて、そこと契約して、救急相談サービスに転送して、そこでいろいろアドバイスしてもらいます。それで、専門的に見て救急車を必要とされた場合はまた指令室に戻ってくるというシステムを持っています。ここで、1点だけ、脱線してしまうのですけれども、最近、インフルエンザの関係で、横浜市も保健所みたいなところに電話の相談窓口があったり、夜間救急を紹介するところもあるのですけれども、意外とそこがつながりにくくなって、119番に入ってくるという例もあるので、そういうところも工夫できたらと考えております。以上で終わります。

【座長】

ありがとうございました。時間がだいぶ押してきましたので、先進的な取り組みを3つご紹介いただいた上で、簡単な議論をしたいと思います。それでは、次に東京消防庁さん、お願いいたします。

【〇〇委員代理】

お手元の資料をご覧ください。別添資料3、5-1、5-2と分かれていますのですけれども、最初に、別添資料5-1ということで、PA連携のところのお話を簡単にさせていただきますと思います。これは、東京消防庁で作っています「救急活動の現況」というところの抜粋でございます。ちょっと資料が足りなくて申しわけございません。PA連携は、その中間あたりに書いてございますとおり、119番通報の状況から、直ちに傷病者の救護が必要と判断される場合等に、消防隊が救急現場に先着して、AEDを含む救護活動に当たるというようなことで、ポンプ隊とアンビュランスのPとAということで、PA連携と呼称しております。その右の下のほうに円グラフがございまして、平成20年中のPA連携と言われる出場が13万7,970件ございました。そのうち、そこに書いてあるように、繁華街、遅延、それから救命対応、直近対応、加害・傷害対応というような分類があるのですが、これに、先ほどお話ししました出場基準というのがございまして、119番で最初に入ってきた段階で、うちの方は指令室を「警防本部」という言い方をしているのですが、警防本部のほうで、その状況からすぐに傷病者の状況が重症という判断をして、直ちに傷病者の救出・救護が必要だと判断した場合には、あわせてポンプ隊を出すというような場合。救急隊のみでは傷病者の搬送が困難だろう、いろいろな状況を聞いて、狭い、かなりかかるというときには、同時にポンプ隊を出します。ま

た、傷害事件等で、救急隊員、及び傷病者を保護する必要があるという場合には、その観点からポンプ隊を出す、もしくは指揮隊を出すというような連携をとっています。

また、救急隊が現場に到着するのが大幅に遅れると予想される場合には、傷病者の救出・救護優先ということで直ちにポンプ隊を出すというような判断で、警防本部が判断する場合と、あとは、消防署長の判断でポンプ隊を出すというような場合がございます。これも、同じように、指令室のほうでは重症というような判断がされたか否かわかりませんが、消防署のほうで、これは内容から、例えば、救急隊が現場に行く途中にPHSで家族等から状況を聞いたときに、これはかなり重症だというときには、すぐにポンプ隊の応援要請をかけます。また、救急隊のみで、同じ情報から、これは搬出が困難だと予想される場合にも、救急隊から応援要請をかけて、署隊長判断でポンプを出します。あと、状況によっては、繁華街というようなところで、最初から地域が決められております。例えば、東京の場合ですと、新宿歌舞伎町の区域、ここは、繁華街で、時間帯によってかなりいろいろな傷害事件が起きているところがございますので、この区域に出るときには、自動的に事前命令でポンプ隊を出すという指令を流すというような対応をしております。その分類がその円グラフにかいておりますように、救命対応が必要な場合に出しているものが75.7%、搬送困難が予想されたということで出しているものが15.9%、それから、直近対応ということで出しているのが2.7%、加害・傷害対応ということで判断して出しているものが2.2%、繁華街対応ということで2.1%、遅延で1.4%ということで、ほとんどが救命対応を優先するということで出しているという現状でございます。ここにちょっとかいてございませぬが、平成19年のデータとしましては、12万5,452件のPA連携がございまして、平成20年のこのデータと比べますと、プラス1万2,518件増えているということで、PA連携の出場が多くなってきているというような現状が伺えます。以上でございます。

【座長】

それでは、次に仙台消防局、お願いいたします。

【〇〇委員】

別添資料4をごらんください。先ほどご説明がありました事前病院選定に該当する事案だと思っておりますけれども、仙台市消防局で「救命コール」という名称で運用しているシステムになっております。まず、3ページをお開きください。救命コールの実施要領でございまして、趣旨のところですが、救急搬送時間の短縮を図るために、119番通

報受診時において指令課員が重症度・緊急度を判断して、救急隊の出場と同時に医療機関に収容を依頼するというもの、これを「救命コール」と呼んで運用をしております。

受け入れ医療機関といたしましては、4ページですが、この趣旨にご協力いただけるという意思表示のありました仙台市内の8つの医療機関のご協力をいただいて運用しております。それから、実施方法、第3条の一番最初にありますけれども、「救命コール判断基準」(別記2)ということで、5ページにございます、救命コール判断基準に合致するような場合について、救命コールということで判断して、早期手配を行うということで対応しております。なお、この基準につきましては、平成12年に消防庁のほうから出ています、救急ヘリコプターの出場基準ガイドラインをベースにして運用しているという状況でございます。1ページに戻っていただきまして、救命コールの実施状況というところですが、過去3年間を見ても、全体で18年が1,185件、19年が1,128件、20年が1,268件ということで、全出場件数に占める割合として3%程度の実施率というような状況になっております。合計欄の括弧書きの数値は、救命コール実施件数のうち、傷病者を救急車内に収容した時点で搬送先医療機関が決定していた件数ということになっておりまして、約7割から8割ぐらいの件数が救急車に収容時点で搬送先が決定しているという状況になっております。1枚お聞きいただきまして、現状の課題ということですが、先ほど坂本先生からもお話がございましたけれども、救命コールということで、コールトリアージの結果ですから、どうしてもオーバートリアージといったものが生じてきます。医療機関のほうでは、救命コールを受けて、受け入れ体制を整えていただくわけですが、場合によっては空振りという事案が出てきますので、そういったところで、「オーバートリアージは、容認するけれども、あまり幅が大きすぎるとしんどいよ」というようなお話も多々いただくような状況になってございます。それから、2ページ、参考資料ということで表がございしますが、この表につきましては、平成19年、20年の件数が載っていますけれども、※印にありますように、救命コール実施後に、救急隊による傷病者観察結果から通常の収容依頼に切りかえたものということになっておりますので、1ページのほうの件数、例えば、平成20年ですと1,268件と1,404件というところで、約140件ほどが、観察の結果、救命コール対象外ということで、ある意味、取り消したというような対応になっている事案でございます。以上です。

【座長】

ありがとうございました。横浜、東京、仙台から、それぞれの先進事例についてご報告いただきました。それでは、この3つにつきまして、ご意見、ご議論等をお願いしたいと思います。それぞれ非常にユニーク、あるいは非常にボリュームの大きい活動ですけれども、いかがでしょうか。私からまず、東京消防庁、横浜はいわゆるPAに当たるようなカテゴリ1というもので、CPAのうちの大体90%をカバーしているということで、非常によくカバーされています。東京の場合、CPAが年間約1万件あると思うのですけれども、その1万件のうちPAで扱っているのが何件ぐらい、あるいは、PAでなくて通常の救急隊のみの活動で扱っているのは何件ぐらいというのは、わかっているのでしょうか。

【〇〇委員代理】

すみません、その資料は、私は今持っていないので、はっきり申し上げられません。

【座長】

わかりました。その辺が、どのような基準でPAを出しているのかというようなことが検証されていく必要があるのではないかと思います。どうぞ。

【〇〇委員】

仙台消防局の方に質問です。この救命コールの判断基準というのは、先ほどおっしゃられたように、消防防災ヘリの救急運用というところの基準だと思うのですけれども、おそらく救急隊及び救命士が、現場での判断に基づく1つの基準ということではないかと思うのですけれども、実際に通信指令の方がこの基準を使われて難しさ、あるいは、この制度そのものということで、もし課題等があれば、教えていただきたいのですけれども。

【〇〇委員】

ご指摘のとおり、コールトリアージということですので、ご本人からの通報だけではなくて、先ほど横浜市さんからございましたように、通りすがりの方からの通報とか、いろいろなパターンがありますので、基準としてはこういったものでということではあるのですけれども、受入れ医療機関にオーバートリアージを容認いただいているという前提で柔軟に対応しており、かなりの部分が指令課員個人の判断にゆだねられているという実態にあるというのが正直なところだと思っております。

【座長】

自分で見たわけではなくて、電話段階でドクターヘリの基準を運用するという事は、もちろんそこに困難性があるということになると思います。ただ、結果を見てみますと、私の印象としては、2ページ目の平成19年、20年のデータを見ても、死亡、重症で、いずれも50%から60%ということで、そういう面ではかなり重症例を拾っているのではないかなというふうには思います。ほかにございますでしょうか。

【〇〇委員】

さっきの僕のコメントで、もう1回見直すと、例えば、横浜の例は、ほとんど同時発出です。だから、このアンケートの要件から見ると、逆に少しずれているというふうに思います。ですから、いろいろなパターンがあって、その中でというくり方をしたほうが、おそらく最後にまとめるときにはいいのではないかなと思います。それと、もう1つは、今の議論を全部聞いて、その上で、ポンプ車にどこまで装備をするか、いきなり鉗子まで置いて、一方、AEDは置いていないというような状況はおかしいので、これを取りまとめた上で、これとこれはちゃんと置いてくれよ、そして、そういう研修をやってくれよというような情報を出さないと、いきなりマニアックなところの話をしてしまうと現場は混乱すると思います。そういう印象があります。

【座長】

非常に貴重な意見を、本作業部会として、PA連携で活動を行う際のポンプ車に、少なくとも標準的に必要な装備、あるいはその活動内容ということに関しては、今年報告の中ではきちんと上げて、親会で諮るというふうにして、各消防本部を統一するようになりたいと思います。それから、PA連携に関しては、もちろん消防隊を出す訳ですけども、消防隊の情報を聞いてから救急隊を出すということは基本的にあり得ないので、遠くから出すので、先に着くのは消防隊かもしれませんが、最低限、同時に出場指令はかかるという理解でいいのですよね。

【事務局】

そのとおりです。

【座長】

そういうことでよろしいでしょうか。ほかにご意見はございますでしょうか。

【〇〇委員】

仙台市さんに質問なのですけれども、この救命コールを受ける方というのは、指令室

内に常駐していて、多分、兼務していると思うのですが、そうとらえてよろしいのですか。何名ぐらいでやられているのでしょうか。

【〇〇委員】

指令業務のスタッフとしては、当直人数の中に、救命士が2名、それから救急資格者が3名程度を配置しています。

【〇〇委員】

分母は、1当直何名ぐらいですか。

【〇〇委員】

最低確保人員が10名です。10名中3名プラス2名というような運営をしております。

【座長】

それでは、まだいろいろ議論はあると思いますけれども、時間もございますので、次のコールトリアージに関する実証検証という部分に入りたいと思います。事務局、説明をお願いいたします。

【事務局】

それでは、21ページの表をご覧ください。プラン・ドゥ・チェック・アクトというふうな形で並べさせていただいております。実証検証については、このドゥの部分になります。その下のチェックの部分で、先ほど石井委員からご指摘のありました、先着消防隊に具備すべき救急資器材の検討が入っております。最終的には、消防本部において、P A、事前病院選定導入のための情報提供・提言という形としたいと思っております。1ページめくっていただきまして、コールトリアージに関する実証検証（1）、（2）というふうにご覧いただけます。これにつきましては、オブザーバーのほうから説明させていただきます。

【オブザーバー】

時間もございませんので、簡単にこの実証検証に関してご説明させていただきます。先ほど〇〇委員からもご指摘がございましたように、ポンプ隊に対してどういうことをやってもらうのがいいのかということ、昨年度まではC P Aだけを対象にしておりましたが、今回、それ以外の、例えば、C P Aに至るような事案、至るとするのは、現場ではC P Aはなかったのですが、搬送途中C P Aになるような事案とか、あと、A C Sや脳卒中、重症外傷、それから、現場でバイタルが異常であるようなものも対象にして、ポンプ隊が先着した場合、どういう処置が効果的であろうかということ、机上ではご

ざいますが、検討させていただきまして、次回それを皆さんにご議論いただこうと思っております。具体的な効果としては、現場到着時間の早さですとか、現場の活動時間がどれだけ時間短縮になるのかというようなことを示させていただき予定にしております。また、事前病院選定に関しましては、こちらも同様に、対象事案をC P A、C P Aに至るような事案、A C S、脳卒中まで広げまして、事前病院選定をすることによってどんな効果があるのだろうか、病院の収容時間がどれだけ短くなるのだろうかというようなことを、次回ご提示させていただきまして、皆さんにご議論いただこうと思っております。23 ページでございますが、この実証検証の中で、実際にP A連携でポンプ隊が先着した場合に、現場活動にどんな効果があるのだろうかということに関しては、実験をさせていただこうと思っております。もちろん、ここに示しますように、現場の活動時間短縮と同時に、例えば、C P Aに関しては、たゆまない心臓マッサージをしながら、途中で薬剤を打つ、現場の3人の救急隊員では、継続した心マをしながら、同時に薬剤を打つというのは非常に難しい状況でございますので、そのほかに員数が増えた場合にはどれだけクオリティが上がっていくのだろうかというようなことに関しても実験させていただきようにしております。詳しい実験結果に関しては、次回ご説明させていただこうと思っております。以上でございます。

【座長】

ありがとうございます。これにつきましては、次回の作業部会までに、これは、実際の現場をシミュレーションして、3名で対応する場合とP Aで対応する場合で、現場での活動時間にどのくらい違いがあるか、あるいは、C P Rのクオリティ、特定行為の時間等にどのくらい時間があるのかということを実験した上で、アウトカムは出ませんけれども、プロセスに関する評価を少しいただければというふうに思っております。ここまでが前半部分、重症例・緊急度の高い症例に対する対応の部分になります。それでは、時間があと20分ですので、後半の救急安心センターモデル事業、軽症例についてのお話を進めていきたいと思っております。

【〇〇委員】

コメントをいいですか。今までのところで、だんだん話が盛りあがって、マニアックというか、専門用語の話し合いになっているのですが、これは国民のどなたでも聞いていい議論ですので、最初に略語が出るときは、日本語でわかるように1度説明して、それから次の説明に入らないと、委員の方々も、それからプレスの方々にもご理解いた

くという意味では、全く浮き上がってしまうと思うのです。ここはぜひ、次回以降、気をつけていただければと思います。

【座長】

座長の不手際で大変失礼いたしました。気をつけます。それでは、話しを戻しまして、救急安心センターのモデル事業のお話を進めていきたいと思います。検討事項（２）ということで、24 ページをお開きください。事務局、説明をお願いいたします。

【事務局】

私のほうから、検討事項の2つ目ということで、救急相談事業についてご説明させていただきます。救急相談事業について、検討いただきたいと考えておりますのは、今年度、愛知県、奈良県、大阪市の3団体で行っております救急安心センターモデル事業、それから、平成19年度より東京消防庁が行っております先進的な取り組み事例を通して、救急相談事業の全国展開に向けた課題の検討をお願いしたいと考えております。検討の方法といたしましては、本日、3団体、それから東京消防庁からそれぞれの取り組み事例の報告をいただき、その後、今後のことでありますけれども、こういった相談事業の実施状況の検証、それから、全国展開に向けた課題の整理・検討、こういった手順で検討を進めてまいりたいと考えております。1ページおめくりいただきまして、25ページをお願いいたします。本日もご報告いただきたいと考えております内容につきましては、その内容のところに書いておりますけれども、今年度、モデル事業を実施しております3団体からはモデル事業の概要、それから、モデル事業が10月1日にスタートいたしましたので、おおむね1週間たっておりますので、この1週間の実施状況、最後にそれぞれの団体において電話救急相談のプロトコールをつくられていると思いますけれども、こういったものを使っているのかといった点につきましてご説明いただきたいと考えております。また、東京都につきましては、平成19年度の相談事業開始から2年間たっておりますので、これまでの実績についてご報告賜りたいというふうに考えております。もう1ページ、おめくりいただきまして、今後、検討すべき課題ということで何項目か掲げさせていただいております。全国展開に向けた課題のところに書いておりますけれども、1つ目の課題といたしまして、厚生労働省のほうで行っております小児救急相談事業、いわゆる＃8000番等、その他の相談事業との整理・連携をどう考えていくのかということがあります。これらの相談事業と重なり合う部分、あるいは異なる部分、いろいろとございますけれども、そのあたりの整理・連携についての検討をい

ただきたいと考えております。2点目といたしましては、医師・看護師の確保、あるいは専門性の高い症例については、全国に1カ所をつくってそこで対応する、そういったことを含めて、広域的な運用についてもご検討いただきたいと考えております。3点目として、市民の覚えやすい電話番号の検討でございます。現在、救急につきましては119番、3けたということで非常に覚えやすいわけでございますけれども、#7119というのは非常に長い、また、#というのはあまりなじみがありませんので、そういったことにつきましてもご検討いただきたいと考えております。次に、一般市民の方への普及・啓発でありますとか、家庭で使用できる救急相談マニュアル等の作成ということでありまして、各安心センターで使っておられますプロトコールの中からエッセンスを抜き出して、家庭でも利用できるようなわかりやすいマニュアルをつくってはどうかというご意見もいただいておりますので、そういったあたりについてもご検討いただきたいと考えております。時間も限られておりますので、この後、各3団体、それから東京消防庁のほうから具体的な事例についてご報告いただきたいと思います。

【〇〇委員代理】

それでは、愛知県ですが、別添資料6をごらんいただきたいと思います。愛知県のセンターの概要でございます。実施期間は、先ほどご紹介がありましたように、10月1日から実施しております。場所につきましては、医師会館の中に救急医療情報センターという施設を昭和53年度から既に開設しておりまして、これは医療機関の案内、年間約18万件ほど紹介しておりますが、そういった中に併設させていただいております。人員配置としましては、看護師3名、事務職員1名ということで、看護師につきましては、24時間体制で3交代で実施しております。それと、医師の助言が必要な場合につきましては、救急救命センター等の医師に電話を転送する形をとっております。プロトコールにつきましては、「電話救急医療相談プロトコール」(へるす出版)を使用し、さらに、コンピュータを用いておりますので、相談の画面の中でも、このプロトコールを表示して、それを使用しております。相談の状況ですが、6日間実施しておりまして、現在、相談件数につきましては358件、1日平均60件という状況になっております。119番への転送につきましては、21件ということで約6%、また、医療機関案内につきましては、約100件で4分の1程度、医療機関案内へ転送しております。時間の関係で、短いですが、以上です。よろしくお願いいたします。

【〇〇委員】

それでは、引き続きまして、奈良県健康安全局の〇〇と申します。よろしくお願いいたします。別添資料7をごらんください。1枚目ですが、ちょっと特徴的なところだけご説明させていただきたいと思います。2番の事業の実施方法ですが、今回、センターを病院協会内に置かせていただいております。奈良県は、13消防ありまして、県域全体でやるという関係上、医師の確保ということもありまして、県立医大の近くに置かせていただいているということです。1枚目の下の図ですが、10月1日からスタートしておりますが、この真ん中に点線がございますが、当面スタートということで、駆け足だったこともありまして、上の相談業務、それから病院の紹介、この辺を行っているところです。点線の下の部分、だいたいの話になるかもしれませんが、将来的にコーディネートというようなこともしていきたいと。その実験段階という形ではありますが、先ほどの仙台市さんの救命コールのようなこともやっていけたらいいかなというふうに思っております。2枚目でございますが、体制ですけれども、救急相談員の方を2名配置しております。まずその2名で受けるという形をとっております。ちょっと医学的な話になってきたときに看護師さんに対応していただく、看護師を1名置いております。あと、消防との連携でアドバイスをいただくというようなこともありまして、消防のOBの方に常駐していただいております。医師は、医大の救命センターの医師にオンコールでつなぐという形をとっております。もう1枚おめくりいただきまして、3枚目、プロトコールということなのですけれども、「奈良県救急安心センター電話相談プロトコール」と書いてございますけれども、こういった流れで、まずは救急相談員が受け、緊急の場合、すぐに119にかけ直していただきます。もう少し内容を、看護師等に回ってきて、それで聞いた後につきましては、救急の出動が必要なときには転送するという形もとらせていただいております。そのプロトコールにつきましては、この紙の左の一番下の箱にありますけれども、愛知県さんと同じく、日本救急医学会監修のものを準用させていただいているということです。もう1枚おめくりいただきまして、この対応ですが、これも基本的には東京都さんのものを準用させていただきまして、右の2つの欄ですけれども、対応と説明について若干奈良県バージョンに変えているということがございます。もう1枚おめくりいただきまして、6日間の実績でございますが、1番、相談件数が290件、1日50件弱ということになっております。5番、相談対象者ですが、やはり小学生未満のお子様が多いです。それに伴いまして、3番のところ、母親がか

けてくることが多いということになっております。このあたりは、先ほどちょっとお話が出ましたけれども、#8000番とのすみ分けというか、その辺を検討していく必要があるのかなというふうに思っております。8番の下のほうですけれども、178件とありますが、看護師さんの対応が増えています。看護師さんの方がこういう対応になれているということもありまして、若干多めに出ているかと思えます。今後の経緯を見ていきたいというふうに思っております。もう1枚、おめくりいただきまして、時間帯ですけれども、11番のところ、これは大体想像どおりなのですけれども、深夜帯はほぼありませんで、午後から若干増えてきて、準夜帯のあたりでピークを迎えるというような形になっております。12番、消防への転送事案ですけれども、ここはまだ1件も出ておりませんので、数字が入っていないという状況になっております。こういった形で今後も数字をとっていききたいというふうに思っております。最後のページは、始まる前に新聞に折り込みで入れたものですが、ご参考までということですので。以上でございます。

【座長】

ありがとうございます。いずれも10月1日からの1週間ということですが、引き続き大阪府、お願いいたします。

【〇〇委員】

大阪府消防局でございます。時間が少ないようですので、パワーポイントでやろうと思っていたのですが、この資料に基づいて、かいつまんでご説明させていただきます。大阪府救急安心センターの内容につきましては、東京消防庁さんが19年6月から実施されております救急相談センターとほぼ同様で、人口規模が小そうございますので、若干、看護師さんなど相談員の人数が少ないということでございます。大阪府では、もともと救急情報サービスということで、6543-9999という電話番号で医療機関の案内だけ行っておりました。2ページ目でございますけれども、このサービスで8万6,000件、それから119の回線を使って3万4,000件、約12万件の医療機関の案内だけは行っておりましたけれども、これと統合した形で、次のページでございますけれども、7月23日に#7119ということで、愛知県さん、奈良県さん、また東京消防庁さんと同じ電話番号を使わせていただいて、市長からプレス発表をしていただいております。次のページでございますけれども、人数につきましても、若干少ないのですが、消防庁から示されましたモデル事業のとおりの方針の人員配置をしております。次のページでござい

ますけれども、相談の流れも、既に実施されているとおり、病院案内か、あるいは救急医療相談かという分け方の中で、相談員が仕分けしながら、医師・看護師につないでいて、相談を受けていくというようなものでございます。次のページの下の段でございまして、市民接遇とか機器操作の関係で、相談員の研修を9月中旬から集中的に実施してまいりました。次のページですけれども、相談員につきましては、基本的には当局のOB職員でございますので、その中から救急隊の経験のある者、もしくは指令情報センターでの通信勤務の経験のある者から来ていただいております。その下の段は、看護師に対しまして、プロトコールの習熟と、パソコンを使ってプロトコールを進めていくという内容でございますので、機器の操作研修を3日間で行いました。次に、総合研究ということで、医師、看護師、あるいは相談員という中で、当局の職員が市民になってロールプレイング的な形式で、実際の相談があったという形の流れで研修を行ってまいります。それから、事前広報としまして、いろいろな形で、ポスター、リーフレット、あるいはティッシュ、各消防署に懸垂幕を垂らしたり、あるいは、身体障害者の団体とご相談しまして、ファクスで受けたり、あるいは点字カードでかけていただくような形のものもこしらえました。それから、スポットCMとしまして、近くの専門学校の学生さんに来ていただいて、CMを流していただきました。30秒だけでございますので、このCMだけ見ていただきましょう。実際の相談ではございませんけれども、相談の電話を受けたときの訓練の途中で模擬で撮っていただいたものでございます。いろいろなところでこれを使って、このようなものとご説明するときに使わせていただいております。これが、いろいろなところで宣伝に使っている30秒スポットCMでございます。着信件数ですけれども、5日間で2,153件ということで、大体1日に400件、そのうち、相談の結果、救急出場がしたものが65件ということで、その中でも入院等に至ったもの、あるいは三次救急に行ったものが1件ございました。その他ということで、当初、本当につながるのかなという、いろいろな形ですぐに切れたりというようなものがありましたけれども、今のところちょっとつながりにくいというような市民からの苦情が何件か入っております。プロトコールにつきましては、パソコン画面上、エクセルで、クリックしながら、救急車を出場させるか、あるいは病院の受診を勧めるか等について、点数で分けております。以上でございます。

【座長】

ありがとうございました。今日は、時間の関係で、この相談センターについての詳細

な議論はまだできませんけれども。あとは東京消防庁がございましたね。東京消防庁、最後に簡単をお願いします。

【〇〇委員代理】

それでは、時間の関係もありますので、早足で進めていきます。別添資料の5-2をご覧ください。これは、東京消防庁救急救命センターの運営状況についてということで、簡単にまとめたものでございます。概略でございますが、東京消防庁救急救命センターには運営協議会というものをつくって、上のほうに書いてございますが、東京都医師会さん、座長も入っておられます救急医学に関する専門医、東京都福祉保健局、東京消防庁ということで、関係4者の共同による救急相談センター運営協議会というのを設置しました。救急相談の質の保障、運営体制全般などを協議していただきまして、円滑かつ適切な運営体制を確保しているというような仕組みをつくっております。その下、救急相談センターの業務内容のイメージでございますが、先ほどご紹介がありましたように、平成19年6月1日から運用を開始したということで、左のほうから、女性がちょっと困ったような感じで、救急車を呼んだほうがいいのか、もしくは病院に行ったほうがいいのか教えてくださいということで、#7119に電話をかけます。そうしますと、救急相談通信員という方がおりまして、その方が電話をとって、医療機関案内であれば、この方が直接医療機関案内をします。「いや、違います、ちょっと相談したいのですけど」ということになると、右のほうに行きまして、救急相談看護師さんのほうにかわり、ここで救急相談の対応をしていただきます。状況によっては、先生のほうから看護師さんが助言をいただいて、そのものをフィードバックしていくというような状態でございます。症状に基づく緊急性の有無に関するアドバイス、受診に関するアドバイス、応急手当に関するアドバイス等を行いまして、矢印のとおり、緊急性のない症状であれば医療機関の案内、緊急性のある症状であれば救急車による搬送、救急相談以外の相談であれば福祉保健局等が開設する窓口をご案内するというような仕組みとなっております。その下でございますが、平成20年中の受付状況でございます。左側の受付件数の状況ということで、平成20年1月1日から12月31日の1年間でございますが、受付総件数が27万9,084件、1日当たり763件の電話が入ってきております。病院案内は、1日当たり652件、救急相談は1日当たり、平均で93件という状況でございます。その吹き出しで、「救急相談 34,208件」というのが書いてございますが、その内訳ということで、下のほうですが、これは、その1つの救急相談の中で幾つかの相談なり、医療機

関案内なりをしているもので、複数回答ということになっておりますので、ちょっと件数が合わないと思います。救急相談の件数のうち、救急要請が 4,443 件ということで、割合としては 13%、それから、医療機関案内は 1 万 6,849 件で 49.3%、かかりつけを案内するが 6,687 件、応急手当て指導が 7,151 件、他機関窓口を案内、507 件、看護師への医師助言、1 万 7,599 件、医師への直接対応、これは、看護師さんにかわって先生が直接対応するというようなケースもございますので、244 件というようなことで、大体、救急相談件数の割合がこうなっているということでございます。その下が、主な救急相談の内容ということで、先ほどちょっとお話がありましたけれども、やはり子どもさんに関するものが多いです。発熱の小児、それから頭部外傷で小児、それから腹痛、異物誤飲、頭痛、めまい、嘔吐・吐き気、これも子どもさんです、発熱、嘔吐・吐き気、これは一般の方です、口腔内の問題ということで、こういうような割合で救急相談が多い、こんな件数があるというような概略でございます。隣の上に行きまして、3 番、曜日別平均受付件数ということで、見ていただきまして、受付件数、それから救急相談件数、赤が受付件数で、棒グラフが救急相談件数でございますが、やはり週末、土日にかけて多くなっているというのが伺えます。それから、その下の時間別平均受付件数でございますが、これは上が平日でございます。平日を見ていただきますと、やはり病院が閉まった 17 時から 21 時、22 時、この時間帯にかなり多くなっているというのが認められます。それから、休日でございますが、受付件数が多いのは、これは全体的に多いということもありますが、夜中はちょっと少ないのでございますが、朝 8 時、9 時、10 時、それからずっと昼間の時間帯も多いというような傾向が伺えます。それから、隣でございますが、右に行きまして、救急相談・受付件数の月別推移ということでございますが、これも見ていただくとおり、やはり 12 月、それから年始の 1 月にちょっと多くなっているというような傾向が伺えます。それから、別添資料 3 をご覧ください。これは、2 年間やった、その比較をつくってございます。グラフより下のほうに表がございまして、1 年目、平成 19 年 6 月 1 日から平成 20 年 5 月 31 日までで、総受付件数が 26 万 8,094 件ということで、1 日平均 732.5 件、2 年目になりますと、29 万 2,267 件で、1 日平均が 800.7 件ということで、件数も多くなっているということが伺えます。その中で、右のほうに「かけ直し依頼」というのがございまして、このかけ直し依頼というのは、都民の方から電話をかけていただいて、「相談したいんだけど」というときに、相談の看護師さん等が電話がふさがっていてとれないというときには、「申し訳

ございません。再度かけ直していただけますか」という件数でございます。それから、「トラフィック」というのがございますが、これは担当が全部電話に出ている、電話に出られない件数がこのぐらいあったというものを示しております。そうしますと、1年目が1日当たり261.3件、さらに多くなってしまいますが、2年目が1日当たり290件とれない件数があるというようなことが今、起きています。今、こちらのほうも、相談の看護師さん、それから通信員、最初に電話を受ける方でございますが、そういう方の人員を増やすなり、ハード面での設備を増設するなりの準備をしているという現状でございます。以上でございます。

【座長】

ありがとうございます。今、今年の新しいモデル事業の3地域、それから、同様の取り組みをしてきた東京消防庁からのご報告をいただきました。これにつきましては、今後、全国に普遍的に行うということを前提として考えたときに、どのような課題があるかということ、今後この検討会で議論していく必要があると思います。その主要な論点につきましては、先ほどの資料の最後のページ、番号をどうするか、広域化をどうするかというようなことがございますので、これについては、次回の作業部会で十分な検討をしていきたいと思っております。また、10月1日から始まったばかりで、3地域はまだ1週間のデータでありますので、また次回までに、1カ月程度、あるいは、それ以上のもう少し長い目でのデータを見せていただいて、共通した問題としてどんなものがあるか、あるいは、地域ごとの問題としてどんなものがあるかというようなことを次回は検討していきたいと思っております。この部分に関しては、きょうは情報提供を得て、次回に備えるということにとどめたいと思っております。それでは、全体を通して、お願いいたします。

【〇〇委員】

小児科医会の桑原でございます。今後の解析の資料として、奈良でも出していますが、相談対象者が、小学生未満、小学生、中学生というふうに分類しておられますよね。東京もそうですけれども、小児の病気の救急に対しては、例えば、0歳児と1～2歳児とか、そういうふうな分類を細かくしていただいたほうが、次のステップに乗せられると思っておりますので、どうかよろしくお願いいたします。

【座長】

今のご指摘は、子どもの場合、1歳未満、あるいは乳幼児というようなところを細かく分けていただいたほうが、小児科の先生から見られるとかなりニーズが違うというよ

うなことで、これは、それぞれデータとしては持ってらっしゃると思いますので、また次回以降、その辺は出していただきたいと思います。ほかに何か。

【〇〇委員】

札幌市消防局でございます。P A連携につきましては、札幌でも救急活動支援ということで、54隊の消防隊がAEDを積んで、救急車よりも早く着けるケースで、発症目撃のあるC P Aが予想される者に対して出ております。ただ、年間C P Aが1,300件ほどあるのですけれども、その約5%にしか出ていません。それが、1カ月生存とか、社会復帰につながらないというところがありまして、消防隊の力をもっと活用したいなというところはありますけれども、どこまでの範囲でやってもらったらいいのか、費用対効果もありますし、救急隊員の資格の問題もあります。さらに、普段やっていない方々に、救急の現場に救急車よりも先に出ていただくというところでは、資格を持っていたにしても、それなりの研修も必要でしょうし、実習も必要だということでも、もっと活用したいのですけれども、どこまでやらせるかというのは非常に難しいなというふうに考えております。この作業部会内、検討会の中で、その辺も探っていければ、うちの本部としても非常にありがたいなというふうに考えております。よろしく願いいたします。

【座長】

ありがとうございます。この問題に関しては、人口の密集具合であるとか、救急隊の充足で、全国一律でないということは去年からの課題になっております。ただ、その中で、救急隊が最初に接触するのが10分以上かかっているという症例が日本全国で半分以上というのが、実態としてわかっておりますので、それぞれの地域で、自分の地域に合った形で早期に救命処置を開始して、AEDを使えるという体制をつくっていかねければいけないだろうと。その手段の1つとして、このP A連携があるということです。もちろん、P A連携は、心停止だけではなくて、そのほかのものにも効果があるのではないかとということで、ぜひここで検討して、それがそれぞれの地域で応用できる形で報告できればというふうに思います。ほか、よろしいでしょうか。

【〇〇委員】

今のご報告を聞いて、東京、それから名古屋では医師会が非常に強く関与しています。救急の先生方と一緒にというのですが、大阪も〇〇先生がいらっしゃいますし、医師会の関与というのは十分とれていると思うのですが、それでよろしいですか。

【〇〇委員】

医師会とはお話をさせていただいて、基本的な医師の執務につきましては、大阪市立病院の勤務医の方に今のところお願いしております。

【〇〇委員】

プロトコルなどは市立病院が応じているということですか。

【〇〇委員】

プロトコルは、プロトコル作成委員会をつくりまして、いろいろな医師の先生、看護師さんにも入っていただいでつくりました。

【〇〇委員】

そこで、もう1つですが、奈良を見ると、明瞭には「医師会」という文字がないのですが、全国展開を考える場合に、草の根の組織である医師会がどう関与するか、奈良の例というのも参考になると思うのですけれども、少し教えてください。

【〇〇委員】

奈良県の場合、ここに入っております病院協会が、位置づけとしては医師会にあたるものとなっています。救急では搬送する先が基本的に病院ですので、病院協会の会長に入っています。その病院協会の会長が、医師のオンコールをお願いしている奈良医大の病院長であるという要因もありました。もちろん医師会には全くお手伝いしていただいでいないということではなくて、こういった位置づけから病院協会に入っているという形をとっているところです。

【座長】

いずれにしても、医療からの十分な連携は得ているということだと思います。これは、〇〇先生、逆に、これから日本医師会として全国の相談センターの業務にどのように協力していただけるかということも出していただければというふうに、ぜひ医療の側からのアプローチを、消防の会議ではありますけれども、本来、これは医療の中で議論されるべき問題だと思いますので、決して消防が独自にやるという話ではないというふうに東京でも考えておりますので、よろしくお願いいたします。

【座長】

それでは、次回の予定も含めて、ここで一たん議論は終了いたしまして、事務局のほうから、今後の大まかな日程、この年度の中で、あと10回やるのか、3回やるのか、その辺の予定も含めて、簡単に計画をお話いただければと思います。

【事務局】

本日は、皆様、活発なご意見、ご議論、ありがとうございました。今後の予定ですが、年度内にもう1度、最後に年が明けて1回というふうな形で3回ぐらいを想定してございます。また、次回につきましては、先ほど座長からもありましたが、救急指令であればシミュレーション結果に基づく議論、あるいは、救急相談では本格的な全国展開に向けた議論が中心になろうかと考えております。また、日程につきましては、後日、調整させていただきます。決まり次第、ご連絡させていただきたいと思っております。本日はどうもありがとうございました。

5 閉会

【座長】

お忙しいところ、ありがとうございました。

——了——