

第2回救急業務高度化推進検討会

平成22年3月12日
都道府県会館101会議室

1. 開会

(溝口専門官) それでは、定刻となりましたので、第2回救急業務高度化推進検討会を開催させていただきます。

司会は、救急企画室救急専門官、溝口が務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは、本日も議事進行を座長の山本先生にお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

(山本座長) 年度末で何かとお忙しいところ、たくさんの委員の先生方にお集まりいただきまして、ありがとうございます。

親会としては第2回ですが、この検討会の中には3つの作業部会があります、MC、そして救急指令・相談、そしてもう1つは消防と医療の連携というところですが、この3つの作業部会の皆さんが、今年度、非常に精力的に活動いただきまして、すばらしい報告書(案)が出ております。きょうは、この案を中心にディスカッションさせていただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、事務局から資料の確認をお願いします。

(溝口専門官) 資料の確認をさせていただきます。お手元に資料をご準備いただければと思いますが、まず、次第をおめくりいただきまして、座席表、そして構成員名簿をつかせていただいております。資料といたしましては4つです。1つ目の資料といたしましては、検討会報告書(案)ということになります。そして、資料2から各作業部会としての報告書(案)が続きます。資料2がメディカルコントロール作業部会、資料3が救急指令・相談業務作業部会、そして、資料4が災害時における消防と医療の連携に関する作業部会ということになります。そして、もう1つ、横田先生より「堺地域救急搬送基準医療機関リスト活用状況」という参考資料を配布させていただいております。

資料の欠落等ございましたら、事務局までお申しつけいただければと思います。

(山本座長) いかがですか、落丁等がありましたらお知らせください。よろしいですね。

2. 議題

(1) 平成 21 年度救急業務高度化推進検討会報告書（案）について

(山本座長) それでは、議題に入りたいと思います。

まず、事務局から資料の構成についての説明をお願いしたいと思います。

(溝口専門官) 資料の構成について説明させていただきたいと思います。

今回の高度化検討会の中では、報告書を取りまとめていただきたいと思います。資料 1 をご準備いただければと思いますが、資料 1 は全体を統轄するような形での報告書（案）になります。資料をおめくりいただきますと、1 ページからメディカルコントロール作業部会に始まりまして、各作業部会の内容を、概要、そして重要なポイントについてまとめさせていただいております。まず、最初の頭のところにこういったものを持って来るのかということにつきましては、ぜひ今回ご議論をいただければと思います。

そして、資料 2 から続きます各作業部会ですが、これもあくまで作業部会からの報告ですので、この中に何を載せる、あるいは載せないといったことも含めまして、この親会である高度化推進検討会の中で報告書として全体を取りまとめるに当たって、本日、ご議論、ご検討いただいた上で決定していただければと思います。

ですので、全体の報告書といたしまして、まず、親会の頭出しのところ、概要のところがございまして、各作業部会からの報告内容が後ろのほうに全部ついた形で、1 つの報告書として取りまとめるということです。

以上です。

(山本座長) それでは、各作業部会からの報告を願いたいと思います。第 2 章、メディカルコントロール作業部会の報告につきまして、部会長の横田先生からお願いしたいと思います。

(横田部会長) では、メディカルコントロール作業部会の報告をさせていただきたいと思います。

資料 2 をごらんいただきながらお話を進めますが、事務局のから先ほどご説明のあった資料 1 の中にその要約を書いていますので、並行して見ていただけたらと思います。

メディカルコントロール作業部会では、救急業務を構成します「隊員が行う応急処置の質をどう確保していくかという問題」と、今般は、「消防法改正に伴って本来の救急搬送、病院の受け入れ基準等、あるいはそのデータの分析をどうするか」といったようなことで

のメディカルコントロールの関与の仕方、この2点について本年度は作業しました。

その中で、まず1番目ですが、救急搬送、及び受け入れに関する調査・分析をする必要があるのではないかということで、今回は、新たなデータを取るということで、1つは、ウツタイン調査に幾つか新しい項目を設けて1カ月間調査をやりました。それは、資料2の3ページ、4ページを見ていただきたいと思います。4ページに調査票とありますが、ウツタインのところに、この1カ月間だけですが、P A連携の有無はどうか、現場出動時間、照会回数、あるいは受け入れに至らなかった理由ごとの件数等の事項を上と下に追加して1カ月調査をしたということです。

もう1つは、心肺停止にかかわらないで、広く救急患者の、例えば、疾病群ごとのリストをつくってその受け入れを決めようというのであれば、一定の事前調査をきちんとする必要があるということで、大阪市と栃木県の小山・芳賀地区の2カ所で、ほとんど同じ項目で1カ月間の全例調査をやっていただきました。これは、それぞれ疾患群を予想して、受け入れ病院、受け入れた側が、その疾患がどうだったかということがわかるデータとして貴重な資料だと思います。

その結果が11ページ以降になっております。まずウツタインのデータについては、いろいろな追加した項目が都道府県ごとに示していたり、ずっと見ていただくと、P A連携の割合というのが15ページに記載していたり、あるいは家族が拒否した場合はどの程度の率があったのかというのは18ページ、それから、死後硬直、死斑があった例というのも、搬送に非常に問題が出てくるということで調査していますが、そういった事例が19ページ、それから、現場出発から収容までの時間が全国でどうなのかというのが20ページというように書いております。

この中で、22ページを1つとりたてて言いますと、初期、二次、三次の病院の選定別がどういようになっているのか、特にC P Aの患者さんですが、22ページの下表を見ていただきますと、例えば、東京は三次を選定するのを第一次選択にしているという傾向がデータの上できちんと出てきています。それ以外の都道府県は、必ずしもC P Aを選定する医療機関としては三次を選んでいません。むしろ二次、いわゆる直近の病院にお願いしているという傾向がデータ上も出ているというように思われます。

それから、C P Aの患者さんが受け入れに至らなかった理由というのは、23ページの上にかいております。ベッドが満床、手術中というような例がありますが、こういうことでとってもらえないというのもデータの上では出ています。

24 ページ、これは、今回、非常に特筆すべき点だろうと思いますが、生存率・社会復帰率を傷病者に接触した時間から現場出発までの時間、要するに、現場滞在の時間と蘇生の率がどうなのかということを見ると、16 分以降はあまり生存率がよくなり、あまり長くステイしていても意味がないのではないかとというのが少し伺えるようなデータなのかなと思います。これをどう解釈するかは、皆さん方にご意見をいただきたいと思います。

これがウツタインのデータにプラス α をして調査をしました。

もう 1 つは、25 ページ以降ですが、これは、大阪市、及び栃木県小山・芳賀地区で調査をいたしました。どんな調査をしたか、例えば、31 ページに、救急隊員が、「これは二次だ」、あるいは「これは三次だ」ということで判断して、そういう形で病院へお願いをした。その結果、病院側の判断は、三次に搬送されたけれども、これは三次ではなく二次だよ、あるいは、逆に、二次だと思って二次病院に搬送したけれども、これは三次へ行ったほうがよかったのではないかなというように、マトリックスにしておいてありますが、二次だけでも三次だったというのが赤、いわゆるアンダートリアージといいますか、それが実際には 7.6%、初期対応だよといって、実は入院等が必要になるようなアンダートリアージになっていたのが 30%あるというようなデータだとお読みいただいたらいいかと思います。

それを、今度は、循環器、あるいは脳血管障害、消化管といったような疑い、それぞれの病態別に医療機関を見たときにアンダートリアージはどうなっているかというのをその下にかいてあります。

32 ページは、横には、生理学的異常で重症、あるいは循環器疾患だろうと思われるという隊員の判断を横軸に書いていて、縦軸には、実際に収容された後、その当たっていた率がどれだけあったかということを該当する数値で書いてあるということで、見ていただけたらいいと思います。

この大阪市の分析については、今、まだ詳細な分析をしている過程でして、結局、ACS を疑わせる循環器疾患が人口当たりどれくらい出てくるのか、あるいは、搬送基準の根拠になるカテゴリが、果たしてそれでの中率としてふさわしいのかどうか、それを今現在、大阪市内で分析していただいていますので、こういったことをもとに消防法の改正に伴う病院の選定基準と病院の受け入れのリストをどういうようにつくっていったらいいかということが決まってくるというように思われます。

その基礎資料が出来つつあるということが 1 つ目の報告です。

ここまでで質問はよろしいですか。少し量が多いので、ここで一区切り置きましょうか。

実は、もう少し細かな分析を堺でやっておりまして、最後の資料を見ていただきますと、大阪市の行った調査と基本的には同じような項目ですが、大阪府堺地域のメディカルコントロール協議会では、消防法の改正をにらんだというか、少し先行して早い時期から病院のリストをつくって、受入れ可否状況のカレンダーもつくって、それを一定の基準で選定させて、運ばせております。それを、病院前の情報と診療情報をマッチさせて、内容がどうであったかということをやっているわけです。

3 ページは、救急救命士、あるいは救急隊員が使うトリアージシートです。上から緊急度の高いのを拾って、順次、循環器、脳血管障害、消化管、急性腹症といったような疾患群をチェックできるようにしてあります。それで収容先が決まれば、右側にフローチャートがありますが、C というカテゴリのところがヒットした場合には、②、③、④、⑤とそれぞれ詳しい病院のリストがあるのですが、そのリストに応じて運んでいただく。運んだ後は、搬送先の医療機関でこの紙の下半分を書いて、1 カ月後に回収するという形にしています。

回収結果が1 ページ、2 カ月間のデータが出ていると思ってください。それで見ますと、例えば、循環器の疾患、これはACS を拾うためのカテゴリは、40 歳以上の男性で20 分以上持続する胸痛があるかないか、あるいは、肩や下顎や上腹部に放散痛がないか、あるいは、既往に心疾患があって胸部の不快感が続いている、心電図上のモニターでST の上昇があるかというようなチェック項目に当たれば、これで運んでくださいということで運ばせた結果、この2 カ月間で46 人おりました。

その結果、実際に心筋梗塞等のACS 関連の病気であったのは63% だったのです。その内容は、10 ページ以降、心筋梗塞を疑った症例が最終的にどんな病名であったかという病院の診断名を含めて、こういうように返ってくるようになっています。これにはそれぞれ元のリストがついていて、メディカルコントロール協議会の検証委員会で、その是非をもう一度詳しく見ているというのが堺地域の例です。実態としては、病院搬送の基準をつくって、リストをつくることの応用編というのがこういう方向で動いていくのかなということで、本日資料としてお持ちさせていただきました。必ずしもこれが模範例ではないのですが、地域の一例であるというように解釈していただきたいと思います。

では、メディカルコントロール作業部会報告書（案）に戻りますが、救急隊員の応急処置について、メディカルコントロール作業部会としては、1 つは、気管挿管の精度を上げる

ためにいい方法はないのかということで、委員の提案で、ビデオ喉頭鏡が使えないものだろうかという議論がされました。それで2～3回、広島先生もお招きして、いろいろ勉強会も開いて検討いたしました。

その結果は、竹中ゆかり先生、郡山先生の資料が後ろに添付されています、そのページを開いていただいて。エアウェイスコープの利点と欠点、それに尽きます。エアウェイスコープを使うと、いわゆる気管挿管が非常に容易であるということと、学習効率もいいので短期間で学習させることができるという利点があります。欠点としては、喉頭展開ができないので、口腔内の異物の除去、吸引は、別途、喉頭鏡を使わないといけないという問題があるということが、まとめとしてはっきり出ました。

以降、そのデータが中につらつらと書いてあります。簡単に言いますと、気管挿管例は、北九州市ですと、気管挿管の認定をもらっている救急救命士1人当たりについて1を超えない、年間1例以上もないというような例があって、他の都道府県では3例、4例とあるのでしょうけれども、そういう地域もあるので、持続してその技能を維持することは難しいという背景も一方ではあります。だから、もっと容易に使えるビデオ喉頭鏡というのは考えてもいいのではないかとということが議論されたというようにご理解してください。

ただし、先ほど言ったような欠点があることや機器が高価であるということ、導入に当たってはまたトレーニングをやらなければいけないということなどの課題が残されていますので、実際どれだけアウトカムに影響するかということも含めて、できたら今後パイロット的なスタディをやって、それで一定の方向性を示しましょうというのが作業部会の結論でした。

最後にもう1つ、教育のあり方について検討しようということになって、資料を用意したところぐらいまでは行ったのですが、詳細な検討まで踏み込めませんでした。これは次年度に持ち越しかというようなところで終わっております。ただ、救急隊員に対する教育の観点から言いますと、先ほどの消防法改正に伴って病院の選定基準をつくっても、そのつくった基準を正確に判断できる観察力というものを教育という中でやっていく必要があるのではないかなという話は出ておりまして、今後どういう教育をしていけばいいのかというのは、その辺に焦点を絞って考えていこうということになりました。

以上、メディカルコントロール作業部会の報告です。

(山本座長) 非常に膨大な報告書をいただきまして、ありがとうございます。

いかがでございましょうか。ウツインデータの非常におもしろい、県別、あるいはス

テイ・アンド・プレーのところ等々がありました。その中でも、現場にあまり長くいてもしょうがないよというのもとても興味がありましたが、もう1つは、質の向上というところでいただきました。ありがとうございました。

どうぞ、どこからでも結構です。

(石井委員) 24 ページの接触時間から出発までの表ですが、荒く見ますと、0分は処置が無理な例が含まれていると思うので、これを切り落としてみると、全体で徐々に下がっていく傾向があり、少し長い時間のところにもう一山あるように見えるのです。要するに、これが、高度化、連携といった場合のメリットの部分ではないかとも思えます。だから、その辺の中身を検証されてはいかがかなと、非常に興味深いカーブのように見えました。

(山本座長) ありがとうございました。

横田先生、何かコメントはありますか。

(横田部会長) おっしゃるとおりですが、なぜなのかというのは、このデータだけでは全然わかりませんので、この二峰性に見えるとすれば、この群と最初の群とでの背景を見てもみるというようなことが必要なのかもしれないと思います。今回はそこまではやらなくて、搬送・受け入れという観点から見たときのプラス α のデータ取りというところが1つあったものですから、こういうことになったのかなと思います。

事務局も、ずっとこのデータを分析しておられましたが、何かご意見はございますか。

(溝口専門官) 非常に重要なご指摘だと思っております。我々は処置の時間がかかればどんどん下がっていくのかもしれないと思っております。そこは、38分を超えるとまさにそのとおりでして、ケース・バイ・ケースですが、40分を超えると、心肺機能停止傷病者に限ってですがほぼ生存が難しい、そういうデータがありつつ、この16～32分のところは何か踏みとどまっている感じがあると思ってデータを眺めておりました。ただ、どんな処置をやっているというデータもあるので、いろんな角度から見ているのですが、まだこれかなという核心のところまでは行き着いていないというのが正直なところでございまして、しっかり検証していきたいと思います。

(山本座長) 坂本先生、どうぞ。

(坂本部会長) 今の点については、現場で自己心拍再開例と、結局、再開しないで搬送している例では、現場での対応が全然違って、自己心拍が再開していれば、その後、隊員は、落ちついて病院を探し、多少時間を要してもよくなるわけですから、これは、現場で自己心拍再開例と非再開例を分けてこのようなグラフをかいてみると、もう少しこの

2つの山がすっきりするのかなというように思いました。

(山本座長) どうぞそこを層別に展開してください。

(杉本委員) これは、やはり初期心電図がどうだったかということが大切です。基本的には坂本先生がおっしゃったのと同じことだろうと思いますが、除細動をやったときに、自己心拍が再開するかどうかは、最初のときの調律がどうだったかということが大きく関わってきます。そういう解析を抜いて、どれだけの時間というだけでは、結論を出すのは非常に危ないだろうと思います。

(坂本部長) 16 ページのP A連携と現場到着時間のところで、P A連携の効果は、実は私の作業部会でも幾つかアンケート調査等、検討しているところです。1つは、到着時間に差があるのはもっともとして、最終的な1カ月後の生存率、及び社会復帰率に差があるのかどうかということと、恐らくそれを出すときに、背景因子の違いがあるので、できればそれを入れてロジスティック解析をして、P A連携の有無がその1ヶ月後の生存率、社会復帰率に関連しているかどうかということ、後でまた解析していただけると非常に大事な資料になるかなと思います。

(山本座長) よろしくお願ひしたいと思います。

(島崎委員) 参考資料で堺地域の各疾患の陽性的中度というのを、63%、75%、84%と書いていますよね。これで、例えば、10 ページ、11 ページの循環器系疾患ということで、その的中率が、確定診断名とで、×がだめだったということで、63%になっているわけですよね。これを見ますと、心筋梗塞をメインにしてということで、胸痛発作とか、次のCOPDは別にして、例えば、心窩部痛、洞性頻脈が的中しなかったということで×で、63%になっているというのは、これは運ぶ側からと受ける側からの連携を考えると、そこまでの確定診断を救急救命士に設けて、だめだったよという話で、この63%が恐らく一人歩きすると思うのです。次の75%もそうですが、視床出血を循環器と間違っ、頭と胸を間違っということは×にしていいいにしても、この辺のところをもう少し考えられたほうが、現実問題としていいのではないかと思います、いかがでしょうか。

(横田部長) これは、病院での確定診断名です。根拠は、3 ページの表の中段のところ、②、40 歳以上、20 分以上持続する胸痛、肩、下顎、上腹部、背部痛云々という4項目があります。4項目のうち1個でもあればその疑いということで送ってください。そうしたら、その病院の先で診断名がつきます。そのついた診断名が、先ほどの10 ページ以降の確定診断名です。何を言いたいかというと、分析するのに、どういう症状や徴候を彼らに

教育をすれば、行った病院で確定診断がついたときに、その率が高くなるかというのを調査するという意味においてやっているだけです。言いかえると、これは35歳でやったほうがいいのか、あるいは、この中で実際見ていきますと、指導しているのですが、STの上昇を見て結構言い当てている、その項目だけを拾うと、4項目の中でも的中率はものすごく高いです。だから、今後こういった項目を、彼らに病院選定のための症状や徴候として使うのがいいのかということを持続的に検証していくためのデータだというように考えていただきたいと思います。だから、先生が言っているように、陽性的中率が幾らだというのは全然意味をなすものではないというように理解していただきたいと思います。

(山本座長) その4項目、あるいはその先のところの重みづけをこれからしていこうよということですね。

(島崎委員) このデータをそのように使われるならいいですが、この表だけを見て、「救命士、救急隊員におおいに課題がある」という話ではないということをよく理解した上で使わないといけないと思いました。

(山本座長) わかりました。

他にいかがでしょうか、後ろのほうで気管挿管の問題が出ておりましたけれども。よろしゅうございますか。

きょうはここに厚労省の皆さんもおられますが、救急救命士の挿管ということに関しては、「直視下において」という、この「直視下」というのがいつも問題になったように私は思います。このリバイス等では、直視下でのということとの、これを直視下と見るのかどうかわかりませんが、どうでしょうか。

(溝口専門官) 一応、厚労省の担当補佐とも相談しながら、メディカルコントロール作業部会のときこの事案について議論したのですが、そもそもが、このビデオ喉頭鏡、医療機関のほうにも普及していなかったということ、そして、手技がマッキントッシュ型のものと操作が若干違うということもありまして、医療機関に普及していない以上、現実問題、訓練ができない、研修ができないということもあって、状況が変わってきたというのが一番あるかと思います。

厚労省とも相談しておりましたけれども、「経口で直視下」と書いてあるのは、やみくもに挿管するのはだめという、当時の意味合いだったということもありますので、メディカルコントロール体制がしっかりした中で、ビデオ喉頭鏡ということについては、体制が整っているのであれば、疑義照会などをやった際には、状況を見てということになりますが、

恐らく可能と言えるのだろーということまでは確認しております。

(山本座長) わかりました。非常によかったなというように思いますが。

(杉本委員) 本質的なことではないのですが、24 ページのグラフの上に「接触時間から現場出発時間別」と書いてありますね。ほかにも幾つかのところであったのですが、これは、「接触時刻から現場出発時刻」というように直しておかれたほうがいいと思います。ウツタインで「時刻」と「時間」というのは厳密に定義していますから、全体を見直しておいたほうがいいかと思います。

(山本座長) そうですね、ありがとうございます。「時間」と「時刻」、そういうようにさせていただきます。

ほかにかがですか。厚労省の皆さんもおられますので、もし何かコメント、質問等がありましたら、どうぞ手を挙げてください。よろしゅうございますか。また、後からでも質問があればお願いしたいと思いますが、消防の皆さん、あるいは救急の皆さん、よろしゅうございますか。

それでは、その次に移りたいと思いますが、第3章をごらんいただきたいと思います。第3章につきましては、坂本先生からお願いします。

(坂本部長) それでは、資料1の4ページ、5ページが救急指令・相談業務作業部会の全体の概要です。これを見ながら資料3の該当ページを参照しながらお話したいと思います。

従来、これに関しては、救急指令、主にコールトリアージということについて昨年度まで検討してきたのですが、ことは、それにさらに相談業務ということで、救急安心センター等の業務についてもこの中に盛り込んで作業部会で検討いたしました。

まず、従来からの救急指令の部分ですが、今まで心停止に関するコールトリアージ・プロトコールということに関しては、その精度向上についての検討を昨年度までしてきたのですが、同じように、ACSと脳卒中という、4疾病・5事業の中で非常に重要な緊急度の高いものについて、先ほど横田先生から堺市での詳細な4項目もありましたけれども、もうちょっとシンプルな形で、しかも、これは通報段階ですから、家族から聞ける情報でということ項目の追加を考えてみました。

資料3の9ページにございますが、具体的にはACSの判定項目の中に、いろいろあったのですが、40歳以上という年齢と、あとはその症状等に絞ることによって、若干陽性的中度を上げることができたこと。それから、脳卒中につきましても、数時間以内の発症と

というような項目、それから、やはり 40 歳以上という項目をつけ加えることによって、若干陽性的中度を上げることができましたけれども、通報段階ということであると、家族の不確かな情報からなので、もっと聞き取ることに關しての向上が必要ではないかと考えました。

その次に、事前病院選定と P A 連携についてのアンケートを行いました。

まず、事前病院選定につきましては、報告書の 3 の 31 ページを見ていただきたいと思います。全国消防本部の中では、大体 27% の消防本部で事前病院選定、つまり、これは何かというと、通報段階で、例えば、心停止が疑われたという場合には、心停止者の受け入れ可能な病院をその段階で探し始めて、「もしそうだったらお願いします」とお願いしておくというようなシステムです。救急隊員が現場で傷病者に接触する前に病院を探すようなシステム、これを採用しているところが全国の 27% ございまして、そのうちのある地区のものが 31 ページに出ていますが、図 5 にございますように、事前病院選定を行うことによって、現場での活動時間、つまり、病院を探す時間が減りましたので、照会件数が減って、探す時間が減ったというようなことがわかりました。したがって、その地域のシステムにもよりますが、ある一定の地域ではこの事前病院選定というものを行うことによって、傷病者に接触してから病院を探し始めるよりは、短時間でより容易に病院が選定できるのではないかと。そのためには、通報内容から、その疾患、病態を疑うということ、もう少し正確にしていかなければいけないだろうというようなことがわかりました。

また、P A 連携に対するアンケート調査を行っております。2 種類の調査を行っております。まず、38 ページに P A 連携の実施割合ということで、これは、消防本部の規模によってその実施割合が違ってくるということで、全消防本部を合計、そして小さいところから大都市まで棒グラフで出しております。そうすると、5 万人未満の規模の小さいところでは 41.3% で実施していますが、大都市では 78.9% と、規模の大きなところではやっている率が高い、全国平均では 62.9% という数値が出ております。行っていないところの理由、39 ページの一番上にありますが、やはり最大の理由はマンパワーの不足ということで、ただのポンプ隊にそれだけ出せるだけの人が回せないというようなことが原因だということに答えが出てきております。

一方では、43 ページを見ていただきますと、P A 連携を行っている隊のポンプ車の装備はどのぐらいのものがあるのか、つまり、先に行っても、ものがなければ大した活動ができないということで、感染防止資器材等が 85.5%、外傷が 83.8、この辺は交通事故からの救

助絡みであるのですが、AEDになりますと 67.9%ということで、約3分の2になっておりますので、3分の1のポンプ車は、AEDを持っていないということで、せっかく先着しても、早期除細動ということに関して、まだ資材的に足りていないというところがあるということもわかってまいりました。

PA連携に関するいろいろな詳細な調査をしましたけれども、54 ページで見ていただくと、ここで言うPA連携は、もしかしたら先ほどの横田先生と違うかもしれませんけれども、あくまでもこれは通報段階でポンプ車を出すということを判断した事例に限っていて、現場に救急隊が着いてからポンプ隊の応援を要請したというようなものは全部省いております。これで見ますと、54 ページの真ん中辺で、PA連携とそれからそうでないものの中で時間の差が多少出ております。そういうことで、ポンプ隊が先着しているということがわかりますが、2分も3分もというわけではない、平均値で見ると、ポンプ隊先着が6.1分と、一番下の数値になります。大体PA連携に関してはこんなところですよ。

もう1つ、PA連携に関しては、実験を行っております。実験については、12 ページを開いてお開きください。いわゆる一般の日本の家屋で、3階の小部屋ということを想定して、ここに救急隊がストレッチャーを持って階段を3階まで上がって、この傷病者に接触して、除細動、特定行為をした後にCPRをしながら救急車まで運ぶという訓練をしたときに、救急隊単独3人の活動とPA連携の活動でどのぐらい活動時間、あるいはCPRのクオリティ等に差があるのかということを、統計的な数値を出すほどの数はないのですが、それぞれを数例ずつで計算して出してみました。

17 ページにその時間の平均がございますが、救急隊単独で行った場合には27~28分かかっているわけですが、これがPA連携ですと18分ぐらいまで短縮できていることで、やはり現場活動時間はかなり短縮できると。これは、マンパワーの確保という点で非常に大きいので、先ほどの横田先生から現場活動時間の長さが必ずしも予後に影響しないというのもありましたけれども、ただ、これも短くなるということは確かだということがわかりました。

さらに、CPRのクオリティについて見たのですが、これについては、20 ページで見るように、ハンズ・オフ・タイム、実際に全体の活動が短いので、胸骨圧迫をしていない時間の延べ時間はPA連携で短くなりますが、全体の活動時間の中の胸骨圧迫をしていない時間の割合ということで見ると、これについては有意な差は出ませんでした。

また、これは、疲労感ということでアンケートを取りましたけれども、ビジュアル・ア

ナログ・スケールというものを使ってやったところ、21 ページにあるように、救急隊単独であると、かなりこの二十数分の活動でへとへとになるということですが、P A連携ですと、マンパワーの分散ということで、疲労度としてはかなり軽減されて、高いクオリティのものが病院到着まで継続できるのではないかと推測されました。

以上、これが主に指令のところで、プロトコール自体については、A C S とストロークに関して、内容の向上を図りましたけれども、結論としては、若干の向上はあるのですが、聞き取りから得られる電話通報時の陽性的中率ということになると限界があるので、これに関しては今後も検討が必要というように思っております。

また、通報時にいろいろな病態を疑ったときに、その後に行えることとして、P A連携というものと、事前病院選定という2つの手段が取れるわけですが、そのいずれもある程度有効性があるのではないかとということで、逆に、今後、P A連携、あるいは事前病院選定というものをより有効に活用するためには、コールトリアージの精度をさらに上げていくということで、通信指令の教育が非常に必要ではないかと。今回のデータも、通信指令員の十分な教育のもとで行われたものではないということです。実際に、横浜などでは、もちろんコールトリアージのプロトコール自体が非常にすぐれているということもあります。教育時間が非常に長いということもあってより高い精度を得ている地域もありますので、訓練によってはこれが限界ではないというようには考えております。そのような参考資料も後ろに載せておきました。

それから、救急安心センターにつきましては、現在、既に安心センターではなくて救急相談センターとして先行している東京都、それから、救急安心センターのモデル事業を行っている大阪市、奈良県、それから愛知県について、その実績等についての調査を行いました。そして、今後の課題についての検討を行っております。

資料3の報告書の69 ページ以降が救急安心センターについてのものになっております。相談件数の推移というのは77 ページに出ておりますが、このような件数で10月からの実施になっております。その体制が、病院案内と同時に行われていたり、あるいは消防の範疇で行われているということで、システムが違いますので、それぞれを別個にして、78 ページ以降、時間帯別等の数値を出しております。

ただ、いずれにしても共通しているのは、81 ページにございますように、これは東京でもそうですが、相談対象者の年齢構成を見ると、圧倒的に小児が多いということで、やはり小児に対する電話相談が多いということは全地域共通で出てきております。

また、その相談内容につきましても、85 ページにあるように、発熱というものが非常に多い、これは愛知県ですが、東京でも多いです。しかし、これは、たまたまこの時期が例の新型インフルエンザの時期にも重なっておりますので、その影響もあったのではないかなというように考えております。

87 ページには、相談機関側の最終対応職種ということで、医師、看護師、それから相談員、どのレベルで相談したかということがございますが、東京は比較的医師助言が多いのですが、愛知では、最終的な医師助言ありというのは 13.8%にとどまっているというようなことが出ています。

88 ページ以降、「トラフィック」という言葉がございますが、トラフィックというのは話し中で出られなかった件数のことを定義しておりますが、これが非常に多いということで、現状において、特にピーク帯に非常に重なるということがあるので、答えきれていないことが多いということもわかりました。

いろいろな議論の末に、最終的に今後の課題ということで、99 ページに載せさせていただきました。それぞれの地域で、99 ページの①にあるように、小児救急相談事業（＃8000）というのが既に厚労省から行われております。この2つの事業、＃7119 と＃8000 のすみ分けということが随分議論されました。共通部分はかなりあるのですが、＃8000 に関しては、育児相談であるとか、かなり別の範疇のものもあるということで、これをどのように整理していくかということが課題であると。育児とかも含まれているので、必ずしも統合は適切ではないかもしれませんが、ただ、同じ発熱ということで、それぞれに聞いたときに全く別のアドバイスが返ってくるのでは混乱が生じるので、そういう面で、連携して、同じプロトコルをできるだけ持っていくというようなことが必要ではないかなというようなことが議論として出ております。

また、運営体制につきましては、それが病院情報のセンターにあったほうがいいのか、医師会にあったほうがいいのか、あるいは消防の中にあったほうがいいのかということに関して、一長一短ということがございました。

一般市民への普及ということにつきましては、東京都のアンケート調査等でも 30%程度ということで、不十分であるということです。

電話番号につきましては、＃7119 という番号自体が覚えにくい、それから、プッシュホン回線でないと使えないという問題があるということで、3 けた番号でまだあいている番号がたくさんあるので、それが使えないかなというようなことがだいぶ議論されました。し

かし、3けた番号を1個取るのに、NTT 1つだけで数十億程度のお金がかかるということで、その財源等も考えて、今後この事業の検討課題であるだろうというようなことがございました。

最後に、このような形で全国の電話救急相談が行われてきているわけですが、このようなプロトコルが、今のところは、先行した東京のものが、救急医学会の監修で、ある程度、全国でそれを参考にいろいろとモディファイをしているわけですが、まだまだ日本で始まったばかりのもので、今後バージョンアップが必要になってくるので、それをこのような救急相談センターの連合体のようなところできちんと相談して、バージョンアップをしていく必要があるだろうと。

その際、電話相談だけに限らず、救急隊の現場での重症度判断、それから、病院のERでの重症度判断というようなものも、共通なら共通というものを軸にして、最初の段階としては、家庭で、自分で判断できるためのものというようなことで、同じような緊急性のある疾患群を念頭に置いて、共通して使えるような概念というのをつくったほうがわかりやすいのではないかとということで、そういうものも含めて、今後、学際的にというか、いろいろな委員会で集まってきちんと検討していただく必要があるだろうということが議論されました。

おおむね以上です。

(山本座長) 坂本先生、ありがとうございました。

第3章ですが、事前病院選定、あるいはPA連携、あるいは救急相談センターの報告をいただきました。ご質問、あるいはご質疑をいただきたいと思います。

(杉本委員) 31ページの図4で、病院照会件数が、事前病院選定ありのほうが1回の率が低くなっていますよね。病院照会というのは、あくまで現場から救急隊員が照会した分ですよね。

(坂本部長) そうです。

(杉本委員) これは、逆になるのではないかとあって、ちょっとびっくりしたのですが、これは上下間違っているわけではなくて、これで正しいのですね。

(坂本部長) これは、この事前病院選定ありというのとなしというので、もともとバックグラウンドがだいぶ異なっているので、事前病院選定ありのほうが、重症例であったり、難しいものが多いので、ですから、こういうような形での比較というのがそもそもなじまないものかもしれません。

(杉本委員) わかりました。54 ページのところの、P A連携と非P A連携に関しても、片方は28万件近くあって、P A連携したのは7,353というのは、これは結果としてのものですね。P A連携するのは、最初からある程度こういうものという設定をしているものと、そうでない一般のほかの救急という理解でいいわけですね。最初のところである程度のより分けがあって、それを比較しているという理解でいいですか。

(坂本部長) はい。ただ、恐らく現場に行くところまでは、そんなに重症例でも軽症例でも、軽症例だからゆっくり走って行こうということはきっとないので、P A連携のほうは、そのバイアスは少ないかなと思っています。先ほどの31ページのほうは、30ページの下ところに事前病院選定あり・なし別に見た重症度というのがありますので、本当はこれでそろえて見てみないといけない数値かなというように思っております。

(山本座長) 今のところは私も疑問に思っていたところで、これは、両方を違う形で並べかえたほうがいいと思いますね。あり・なしだと何となく変に思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

(島崎委員) 2つあるのですが、1つは、P A連携はマンパワーの増員と同義語ですか。

(坂本部長) P A連携により得られる効果が2つあって、1つはポンプ隊が先着するということで、先着することによって、当然早く、例えば、心肺停止であればC P RとA E Dが使えるということが1つございます。それから、もう1つの効果として、現場での活動人数が非常にふえるので、マンパワーがふえるという効果があります。前者につきましては、何分間早くなるというデータがございましたけれども、実際、マンパワーがふえるという効果がどのくらいあるかということを検証するということで、これは、P A連携が、同時に到着した際でも、救急隊単独よりも活動時間が短くなるということで効果があるかどうかということを検証するための実験で、マンパワーの増加というように書いてございます。

(島崎委員) つまり、救急隊にたくさん乗せればいいのかという話になるのかどうかということをお聞きしたかったのです。

(坂本部長) それは、マンパワーの増加という部分に関しては、救急隊に1人多く乗せるということでも同じ効果が得られて、実際、心停止が疑われる場合には、コールトリアージと4人乗車で出るという地域は結構あるそうですので、その部分に関してはたくさん乗せるということでも解決できます。ただ、P A連携は2つの効果、ポンプ隊が先着して、1分ぐらいですが、先にC P Rが始められるということと、それからマンパワー、2

つの効果があるというように考えていただければ、4人乗車では早く着くほうの効果は得られないということだと思います。

（島崎委員） わかりました。99ページの#8000と#7119は、先生のお話だと、やはり分けたほうがいいのですか。

（坂本部長） これは、この作業部会で小児科の先生からもいろいろご意見をいただいて、いろいろ議論をしたのですが、現在、かかっている電話が重複しているところもありますが、育児相談的なところもあって、逆に、そういうものが#7119に全部かかってくるしまうと、かなりそちらの負担にもなるということで、ある程度使い分けが必要ではないかというような議論でした。

（島崎委員） 小児を別にすると、育児がやたら多いからということで、#7119と分けたほうがいいというのが主な原因ですか。

（坂本部長） 小児科の先生から、育児のことが多い、それから、#8000でお母さんの教育をすることが大事であるというお話がかなりありまして、#7119でその役割を全部するというのは、今の段階ではまだ大変かなというように思っています。

（山本座長） もともと#8000というのは育児相談ではなかったですか。

（島崎委員） だから、その育児相談を一般の救急の中に入れてしまって話をするから、例えば、これはオールジャパンで全国的にこういう発想になると思うのです、実際、かなりの地方自治体でやり始めているのですが。育児相談を別に取り上げて、それを救急の中に入れてやるシステムを、救急システムの中に組み込む必要があるのか、あるいは、「もう#7119でいいよ」という話でやったほうがいいのか、地域全般に行き渡らせるときに検討する必要がありますね。その辺のところを聞きたかったのですが。

（山本座長） それは、できれば、これをやっている事務局、あるいは厚労省からお話をいただいたほうがいいのかもかもしれませんが、いかがでしょうか。もともとのメインは、#8000というのは育児相談だったのですよね。

（杉本委員） それは認識が違うと思います。あくまで#8000は小児の救急相談ということで始まっていますが、その中に、実際の、結果として育児相談に近いものも実施しているという認識であると思います。だから、#8000は育児相談という考え方は間違いだろうと思います。

（石井委員） これは、厚労省と医師会で相談しながら始まった事業ですので、引き継ぎを受けていますので、少しお話しします。要するに、今、杉本先生の言ったほうが近いの

です。一般の救急ではないととらえているのが、座長のご認識ですね。確かに、それが救急の現場に来てしまっていることも緩和したいというところから始まっていますから、相談の中身は育児相談がかなり多くの部分を占めています。しかも、お母さんの教育という話が今ありましたので、少し引っかかるのですが、結局、現在では子育てというのは一生のうちに1回か2回という事象のものだから、教育効果というのはあまりないのです。昨今は、子育てに関する情報の伝承もないのです。だから、皆さんが困っているのです、それは受けるしかないのです。社会にそういうリソースがなくなってしまったので、これをなくすという議論は多分ないと思います。

どうやって持続させるかというのは、小児科医会でもかなり大変な問題になっていまして、全国センターをつくって平準化を図るなど、いろいろと考えたいという話も片方にあるのです。それをだれがどういう形でやるかが、また議論になっていまして、これは電話のネットワークでつなぐか、または、いろいろな予算がありますが、それらを集めた何らかの大きな運営にするか、どのスケールでやるのか、これは、直近もそうですが、よく相談すべき問題だと思っています。

(坂本部長)　そういうことで、すぐに結論が出ない問題だったのです。ただ、少なくとも、あまり独立して、それぞれが別個にやられているというのはよくないだろうということで、お互い連携して、相手のほうがふさわしいというのであれば、そちらのほうに電話転送ができるというようなシステムにする、それから、できるだけ共通の問題に関してはどちらで答えても同じ答えが出るようにしていくということぐらいは、当面必要ではないかというような議論になっていました。

(杉本委員)　では、全国展開を図るときは両方あったほうが絶対いいわけですね。つまり、予算的な面や、いろいろな面があると思うのです。そのときに、両方必ず置きなさいという話で進めたほうがいいのか、差し当たって#7119でやって、オーバーフローするようなら、あるいは育児相談等が入ってくるようなら、歴史的な流れのように別に置いていくというようなことにしたほうがいいのか。地方行政にはそれぞれ事情があるので、そのところは大きな問題になってくると思います。

(有賀委員)　東京の電話相談事業、#7119が出発し始めて間もなく、東京の、今言った小児の救急の件と、どういようになるのかという議論がありました。東京での議論は、ここでの議論に少し役に立つかもしれません。実は、#7119で行われている相談の受け答えの仕組みそのものは、プロトコールに従ってやっています。#8000のほうは、どうもそ

うというようなメカニズムで相談事に応じているのではなさそうだというようなことがあって、少なくともクオリティをある程度保証しながら進化していくシステムという意味では、**#7119** は歴史的にかなり重要な方法論なので、こちらはそれなりに発展していくだろうと考えています。

したがって、東京では**#8000** は要らないという議論にはもちろんならないので、あちらのほうがいいと思えばそちらに回せばいいよねと。これは、精神科の問題も同じようなことがあります。それから、恐らく中毒の相談事も状況によってはそちらへ回すというようなことはあるわけで、多分、**#7119** のようなプロトコールに従った方法論そのものは、これから全国的に展開していく可能性が高いので、それとプラスαで、従前からあるいろいろな方法が少しお役に立つよというふうな形で、有機的に連携しながら発展していくのではないかとこのように想像します。

(杉本委員) 東京と違うのかもしれませんが、むしろ、大阪は、**#8000** は完全にプロトコールに乗ってやっているのです。だから、最初は、医師がバックアップしていたけれども、今では医師に相談することはほとんどなくなっています。看護師さんたちがプロトコールを進化させているのですね。むしろ問題は、**#8000** が片方であって、もう1つ、大阪府がやっている救急医療情報センターがあることです。ただ、救急医療情報センターのやっていることの中には、単に、「今の時間にあいている病院、どこかないですか」という相談も結構多いのです。今回、大阪市が始められた**#7119**、これはかなりの数になっていることから、救急医療情報センターと**#8000** との3つが同時になっているのを、何とかしないといけないのではないかとこの議論があります。

ただ、不思議なことに、今、**#7119** が始まっても、救急医療情報センターと**#8000** の件数は、減っていないのです。そういう事実があるから、もし救急医療情報センターを閉鎖して、**#7119** だけになったら、恐らく大阪市消防局だけでは対応しきれなくなってしまうだろうし、**#8000** もかなりの数を受けていますから、それも回ってくると、恐らくパンクしてしまうから、3つあるのがいいのかなと。

また、さっきのお金の話がありましたが、これは地域によって事情もかなり違うだろうと思います。それと、もう1点は、今年度、奈良県と愛知県がモデル事業をやられていますが、大阪市は市消防局で受けられているから、300万ぐらいの人口が対象で、それに周囲の市からも少し入ってきていると聞いています。奈良県の場合は、それぞれの消防の本部が、モデル事業を受けられているわけではなく、愛知県も同じだと思います。つまり様々

なバリエーションがあります。そうすると、今後、全国展開することを考えた場合、比較的大きな消防本部があって、そこが受けて近隣にサービスを提供する方法か、昔の救急医療情報センターと同じような形で、都道府県に1カ所あって、消防組織とは直接関係ない形で受けていくという方法といったように、だいぶ質的に違うのではないかと思います。その辺、坂本先生が今年度評価をされてみて、何かお気づきの点はないかなと思いました。

(有賀委員) ある意味、東京は特殊であるという話にはなりますが、#7119に関して言うと、確かに場所は東京消防庁ですが、プロトコールをつくることから、知恵そのものは東京都医師会が相当程度入り込んでいるのですね。そういう意味では、対応方針について行政と医師会のレベルがある程度まとまっているといえます。それから、消防に関して言うと、たまたま東京消防庁と言っていますが、はっきり言って、大きな一部事務組合だと思えば、恐らく普遍的な議論はできるのではないかと私は思います。

それから、さっき坂本先生がおっしゃったように、#8000でプロトコールができているのだとすれば、相互乗り入れで齟齬がないようにするという話はやはり必要ではないかと思いました。

(杉本委員) お互いのそういうプロトコールを調整するのは絶対必要だろうと思います。

(坂本部長) 83ページを見ていただくと、今の杉本先生のお話のお答えに若干なる部分は、愛知、奈良、大阪で、全体の中で何を求めてきているかというのが、医療機関案内を求めてきているというのは、大阪が58%、圧倒的に多い、逆に、愛知では3.9しかない。愛知は、75.8%がいわゆる救急相談であるというようなことで、これは、どこに置いているかというようなことで、どのようなニーズにこたえるかということ、それから、救急対応に関しても、先ほど言ったように、消防がやっているかどうかというようなことで、組織によってどのような運営形態によってやるかということで、これも変わってくるので、これもまだ普遍的なものはないので検討していかなければいけないというように考えました。

(有賀委員) 追加で。多分、愛知、奈良、大阪の件を、東京の中で5分か10分ぐらい議論したことがあります。愛知がこういうような状況になっているのは、最初から看護師さんが出てくれるのですね。東京やその他は、今、坂本先生が言ったように、例えば、東京の場合は元消防職員が出ますので、仕切るというパフォーマンスが入ります。したがって、愛知は仕切る人がいないのでこうなっていると想像します。

坂本先生が少し言いましたけれども、全国の連合体のようなところで1回議論したいと

というようなことを言っていますので、東京は東京で勝手にやっているからいいのだろうと総務省がおっしゃるかどうかわかりませんが、こういうような事業をしているところを一気に集めて、どんなように今後やっていくのがいいのだろうかということを話し合う場を将来もちたい。究極的に救急医療は地場産業的なところがありますから、都道府県でやれという話になるのかもしれませんが、方法論によってどのように景色が違うのかという話は共有すべきだと思います。ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

(山本座長) よろしゅうございますか。

事務局、どうぞ。

(開出室長) 今の83ページの比率の違いのところを1点補足させていただきます。愛知県は、県の医師会のほうで医療機関案内の事業をもう既にやられていまして、これはEMISの情報を使ってやっている部分が、相当の実績もあるのですが、そこが、こちらの安心センターで3.9%になっていますが、それを足しますと、医療機関案内も相当あると。愛知は、ある意味で、医療機関案内と#7119を入り口で分けているという状況です。

あと、各地でいろいろな形態がありまして、我々もことし3つやったのが3つとも微妙に違う形態で、それぞれの担当の方にご報告いただいて、いろいろ地域の事情というのがわかってきたのですが、大阪などは、大阪消防に置いて、東京消防庁に近い形で運営しています。問題は、ほかの地域でそういうことができるかということ、単独の消防ではなかなか難しいです。大阪は、大阪市という政令市があつて、来年、周辺の市町村も共同でやる方向でということをやっていると思いますが、それが1つ形態としてあるのかなということです。ほかの県では、消防のほうで分割されていますので、単独で行けない場合には、県で衛生サイドを主体としてスタートして、消防と連携していくと。いろいろなパターンがあると思いますので、そのあたりは各地の経験を生かして、全国的な展開を考えていきたいというように思っています。

(山本座長) ありがとうございます。

3つのファクター、1つは医療機関の案内、そして医療相談、そしてもう1つは小児、この3つをうまく地域で考えながら対応していくということがいいのではないかということです。

(横田部会長) 大阪の実例を踏まえて一言意見を述べさせていただきます。もともと#7119は通信指令へ入ってくるものですから、消防単位でしか仕事ができないだろうということで、大阪の場合、大阪市が受けたといういきさつがありますが、やってみると、結局、

それ以外の市町村の現場から大阪市の通信指令に入ってしまう。ディスパッチを出させないといけないのは、他の市町村がやらないといけません。だから、先ほど室長がおっしゃったように、府下全域に広げないと意味がないということで、大阪の場合は、次年度、あるいは次々年度に向けて、府下全域で通信指令は1本にしても、ディスパッチはそっちへ振って出るようにいけるようにしましょうということで動いています。

こういう背景を見ると、消防本部が小さいからなかなかできないというのではなく、そこはちょっと強い指導で連携すれば、1つの指令のところに集中させた上で、例えば、通信の転送を含めて、管轄の消防から救急車を出すということができるわけですから、むしろ、そういうシステム的なことができるということを言っていないと、なかなか全国的に進まないという気がします。将来、都道府県を越えて、今度はどうコントロールするのという問題が出てくると思うのですが、大阪でやった事例から言うと、そういう課題から1つの答えが見えたのかなという気がします。

(山本座長) ありがとうございます。

(野口委員) 現場の声を。端的に言いますと、さっき#8000の話が出ましたけれども、現実的に東京消防庁の救急相談センターでは、さっき山本先生がおっしゃったように、#8000は小児専門、それから、精神の問題とか、さまざまありまして、世の中にある社会的資産というのは、当然連携していかなければいけないので、統合するという意味ではなく、どう住民のニーズに対して整理していくかという方向で、有賀先生がお答えいただいたように考えているところです。

特に、我々が肌で感じるのは、#7119を使う側のお母さんのほうが結構賢くて、つまり、お子さんが発熱したような突発的なものについては、ご自分でインターネットを使ってある程度調べて、知識を持ちつつ、それを専門家に確認したいというような利用の仕方がされています。ですから、当然、#8000というものについて、初期の目的はどうであれ、多分、そのお母さんたちというのは、何回か使う、もしくはうわさで聞いて、それなりの経験を持って、振り分けて使っているというのが実情なのではないかと。ですから、今の時代は、こちらからこういうようなことだからこう提供してくれというのはなかなか難しい話で、そういったようなことを踏まえつつ、整理、または連携というものを考えていったほうが現実には即しているというのは、1つ言いたいことです。

それから、横田先生におっしゃっていただいたように、私は、東京消防庁というところの職員ですから、全国の消防がどうあるべきなのかというのは、僭越でなかなか言えない

部分があるのですが、我々、こういった相談センターをやらせていただいている実施本部として、この相談センターをどう生き続けるかという、救急業務というのは、もともと救急車利用サービスが、言うなれば根底にあるルーツである、しかしながら、我々が経験しているボリューム感の中で、軽症対策を含めて、そういった救急車の利用だけをもって救急業務と言っている時代はもう過ぎていく、そうすると、非救急車利用というサービスをどういうようにみずからの業務の中に確立していくかという積極的姿勢の中で、ちょっと抽象的で申しわけないですが、自分たちの業務を確立するに当たって、県下全域を視点として物事を見なければいけないとなれば、それを踏まえて、少なくとも設備とか、そういったものを考えていくべきではないかというようには我々は思います。以上です。

(山本座長) ありがとうございます。

(石井委員) まさに情報システムは10年ぐらいのスパンを持っていて、今、この#8000がほぼ全国をカバーしたところに、今度#7119が始まり、さらに今度、情報センターのリフォームが始まっているわけです。そうすると、後から始まったほうが、先行するものの良い部分を取り込みながらバージョンアップしていくという考え方がないといけません。今、野口委員がおっしゃったように、これからは、救急そのものだけではなくて、その前の情報の取り回しの部分が非常に大きくなってきています。タウンミーティングみたいなことを#8000の勉強会でやったのですが、お母さんたちの声は、「これはぜひ残してくれ、私たちの広場ができた」という表現をされまして、これは需要の掘り起こしだとか、いろいろな批判もあったのですが、今やこれをなくすわけにはいかないもの、そういうもの全部をどうつくっていくかというフェーズに入るべきだと思っています。

(山本座長) ありがとうございます。全くそのとおりだと思いますね。

そろそろ次のほうに行かないと、時間内に終わらないと思いますが、このぐらいでよろしゅうございますか。PA連携のところのディスカッションが少ないように思いますが、よろしゅうございますか。

(横田部会長) 一言、PA連携で、よろしいですか。私どものデータの15ページと、坂本先生が調査していただいた53ページをお開きになって見ていただきたいのですが、坂本先生の最後のコメントのところで、PA連携が消防の大小でもって頻度が少ないのかという話をされていましたが、私どもの調査の、ウツタインの1カ月のデータでは、15ページを見ていただければわかりますように、人口密度の高い都道府県は高いと言われると、必ずしもそうではなくて、大阪、あるいは兵庫県を見ていただいても、決してPA連

携の頻度は高くないです。それと、先生の調査された 53 ページを見ていただいても、上から政令指定都市から下、5 万未満のところまで縦に書かれていて、一番右のところを見ていただきますと、C P A に対して P A 連携をやった割合というのが、必ずしも小さいからというのではなくても、100%、いわゆる小さい消防本部であるからこそ P A 連携しないと人手が足りないということにもなっているのかなと思うのです。僕のコメントは、これは大小の問題ではなくて、どうも消防本部そのものの風土の問題で、ですから、そこは「こういう利点があるよ、だから実施したらどうだ」ということを発信する必要があるのではないかというのを、僕はこのデータを見て思ったのです。

(山本座長) これはぜひ調整が必要なところがありますね。坂本先生、ちょっとお 2 人で。

そして、その先のところで、ポンプ隊の皆さんの教育というのは、具体的なところが 51 ページ等を書いてありますが、これは 1 課程とか標準課程とか、どの辺までポンプ隊の皆さんは行っているのか、そして、ポンプ隊はどのくらいの資器材を持っているのか、その辺のディスカッションはどうなっておりますか。

(坂本部長) 先ほど A E D が 67.9%というお話をいたしました。資器材については 43 ページを見ていただくと、ポンプ隊の資器材積載状況がわかります。

それから、資格案件につきましては、41 ページに出ているのが、救急有資格者の乗車割合ということです。全体としまして、合計というところを見ていただきますと、65.3%のところ、原則としてすべての消防隊に救急有資格者が乗務しているということですから、残りの 34.7%はそのときによって、いわゆる消防士であって救急資格を持っていない者が乗っているところが 3 分の 1 あるというのが、一応、調査の結果です。

(山本座長) 有資格というのは、1 課程とか、標準課程とか、2 課程とか。

(坂本部長) 旧 1 課程以上、救急救命士まで含むということで、場所によっては救急救命士がポンプ隊に乗っているというところもないわけではないです。

(山本座長) こんなところでよろしゅうございますか。ありがとうございました。

それでは、このぐらいにさせていただきまして、最後の連携のところに移りたいと思います。山口先生から説明願います。

(山口部長) 第 4 章、災害時における消防と医療と連携に関する作業部会がご報告いたします。

今年度も、昨年に引き続きまして、2 つの諮問事項について議論させていただきました。

1 つが、災害時における消防と医療と連携のシステムのあり方、もう 1 つが、災害時に求められる救急救命処置のあり方についてです。

まず、1 のシステムからご報告いたします。

昨年度のこの作業部会の提言におきまして、資料の 4 ページのような提言をさせていただきました。平成 20 年度の提言内容ですが、これは、一言で申しますと、この提言の一番の趣旨としましては、上のイメージ図を見ていただきたいのですが、都道府県の災害対策本部とは独立した形で、並立した形で指揮命令系統が立ち上がっている DMA T の指揮命令系統と、DMA T が本部機能のセクションに入っていることによって、何とか連携、情報共有化を図りたいというのがこの提言の最大の趣旨でございました。

この提言を受けまして、本年、全国 6 つの緊急消防援助隊のブロック訓練のうち、この方式を採用していただきました 3 つのブロック、具体的に申しますと、北海道東北ブロックと、中国四国ブロック、そして九州ブロック、この 3 つのブロック訓練につきまして、作業部会で視察とアンケート調査を行いまして、昨年度の提言の検証を行ったというのが、本作業部会の今年度の活動です。

結果としましては、26 ページに詳細が書いてございますが、まとめますと、DMA T の側においては、被災地の災害情報を取るということ、それから、機動力という面、さらには安全管理という面で、この連携・情報共有体制は非常に有効であるというご評価、また、消防機関の側においては、広域医療搬送や域内搬送先の情報把握、あるいは病院支援、患者搬送などの円滑化という面で非常に有効であるというご評価をいただきました。

これらを受けまして、本年度提言としましては、さらにこれをコンファームした形で、27 ページに連携・情報共有体制の確保イメージというのがございますが、これは、昨年の提言と唯一違う点は、災害対策本部に入る DMA T が地元の DMA T であるという点だけですが、この体制をさらに強く消防、医療両方の機関に提言して、この体制をとっていただけるようにしようということだったのですが、実際には、厚生労働省で改訂作業が進められておりました DMA T の新しい要綱の中に、この 27 ページのイメージ図とほぼ同じ、ほとんど齟齬がないというようにご参加いただきました専門官からはお話しいただきましたけれども、そういう形が DMA T の要綱の中に盛り込まれることとなりました。したがって、この体制そのものを提言するということは、既に必要がなくなりまして、この体制をさらに有効な実効性のあるものとするための提言ということで、以下 3 つの形で今年度の提言をまとめました。

これが 28 ページの課題解決に向けた提言というところから、①、②、③に書いてあるところでは。

①としましては、事前計画をきちんと策定して、きちんと決められた枠組みの中に DMA T をきちんと位置づけましょうということが趣旨です。歴史的には、DMA T というか、医療の側では、災害に対応するのがボランティアというような歴史的な認識もある面もございましょうが、こういうきちんとした枠組みの中に位置づけることによって、他の機関ときちんとした契約関係というか、枠組みの中で働くという仕組みをきちんと整えましょうというのが、①の趣旨です。

②は、この効果を高めるために、お互いにもっと知る努力をしましょうということがその趣旨です。具体的には、今回の検証の中で明確になったことですが、消防の側には、DMA T は瓦れきの下の医療だという非常に強い認識がございます。こういうところを、お互いよく知っていただくような努力をして、このストラクチャーに対するコンセンサスをきちんと取りましょうと。さらには、本来は地元の DMA T がこの枠組みの中に入るのですが、災害の規模等に応じて、他府県の DMA T が緊急消防隊と帯同して入るようなサポート体制も同時に可能性として残しましょうというのが②の趣旨です。

さらに、訓練とその検証を通じて、この連携をさらに効果あるものにブラッシュアップしましょうというのが③の趣旨です。

以上、災害時における消防と医療の連携システムのあり方についての本年度の検討はこのような結果になってございます。

引き続きまして、災害時において求められる救急救命処置のあり方についてですが、これは、現在、災害時ではなく平時の救急救命士の処置拡大が議論されているということ踏まえまして、さらに災害時にそれに付加する何かが必要かどうかということ、その結果を踏まえて議論しましょうということで、簡単な形の取りまとめとなっております。

第 4 章の作業部会からの報告は以上です。

(山本座長) ありがとうございます。ご説明はそのぐらいでよろしいですか。というのは、ボリューム的にはこちらのほうが圧倒的に多いですが。

(山口部会長) 具体的なアンケート調査の内容や議論の詳細は、32 ページ以降に別冊として取りまとめてございますので、こちらをご参照いただけたらと思います。

(山本座長) 山口先生、ありがとうございました。

災害時における消防と医療の連携に関する、特に DMA T のシステムをお話いただき

まして、具体的なところはごらんいただきながら質問に移っていただきたいと思いますがいかがでございましょうか。

(有賀委員) 基本的な質問で恐縮ですが、5 ページにあります本年度の検討の、北海道東北ブロック、関東ブロックとありますよね。野口委員は詳しいと思うのですが、「今年度のブロック訓練は、全国で 411 消防本部、約 3,600 名が参加し」とあるのですが、関東ブロックの緊急消防援助隊地域ブロック合同訓練というのは毎年やっているのですか。

(加藤企画官) 緊急消防援助隊ブロック訓練ですが、全国を 6 ブロックに分けてまして、毎年度開催しております。ブロックの中で開催県が、例えば、東京都がやれば次は神奈川県、そういうように順番はかわってまいります。

(有賀委員) そうすると、僕は関東ブロックに住んでいるのですが、例えば、東京消防庁は毎年参加しているわけですね。

(野口委員) 組織としては参加しています。

(有賀委員) そうすると、そういうような訓練をしている景色そのものは、例えば、ことしはどこに行けば見られるのですか。

(加藤企画官) 22 年度の関東ブロックは東京都で開催になります。

(有賀委員) そうすると、関東のそれぞれの県が主催していくことになっているのですか。

(加藤企画官) 各ブロックにおきまして、例えば、関東ブロックで申しますと、22 年度は東京都で開催になりますので、東京都が中心になりまして訓練を企画します。ただ、関東全体から各県も参加しますので、各県とも連絡を取りながら訓練内容等を決めまして、参加する部隊は地元の県が一番多くなります。

(山本座長) 例えば、9 月 1 日近辺にやるあのブロック訓練を言っているわけですか。

(加藤企画官) 9 月 1 日前後にやる総合防災訓練とは別でございまして、緊急消防援助隊の運用だけに絞ったもので、大体 10 月から 11 月の間に実施しております。

(山本座長) それでよろしゅうございますか。

(有賀委員) もう一度確認したいのですが、千葉県でやるときには、千葉県全体の消防の合同体がどこかでやることになるのですか。

(加藤企画官) 今年度、21 年度は千葉県で開催したのですが、千葉県と千葉県内の消防本部ですね、千葉市消防局等が中心になって訓練を企画しまして。

(有賀委員) 千葉市消防本部が中心になって、千葉県下の消防本部を糾合した形で訓練

の中心になっているという意味ですか。

(加藤企画官) 県内で実行委員会をつくって、県内の本部が参加して計画をつくっております。

(有賀委員) 全消防本部が参加するという建前でやっているのですね。

(加藤企画官) まず地元が中心になって計画をつくりまして、さらにそれをベースに参加する関東ブロックの全県の都道府県の担当者や、その都道府県内の……。

(有賀委員) そうすると、関東の都道府県の全消防本部が参加しているという建前になっているのですね。私が興味を持った点は、東京は、全体が一部事務組合みたいだというように言ったのと全く同じ質問です。神奈川県や、千葉県や、群馬県や、栃木県がやるときに、消防本部としてのまとまりはどのような景色になっているのかということが知りたかった。訓練の景色がまだイメージできないと言ったのはそういうことです。

(株丹次長) 有賀先生のご疑問に的確に答えられるかどうかというのが少しございますが、緊急消防援助隊は、ご案内のように、ふだんは市町村の消防隊であったり、救急隊であったりするわけですが、一たん事あれば、災害が起きた場所に、自分がふだん勤務しているところから遠く離れて出ていただきます。したがって、日ごろから、全く組織が違う、別の消防本部の緊急消防援助隊同士で連携ができなければいけないというのがありますので、毎年、本当はもっと広域で訓練ができたほうがよろしいのでしょうけれども、物理的な遠さなどもありますので、大体1泊2日でもって、そのブロック、関東近辺で集まる、あるいは九州、沖縄を含めて集まる、そういうことをやってございます。

そこで、特定のところが常に事務局を務めるというのは負担がありますので、順番に中心となる場所を決めて、大体は県庁所在都市の消防本部が中心となってその訓練を企画するという格好です。その際には、全く中心となるところが独断で計画をプランニングするわけではないのですが、どうしてもそこが中心になりまして、前の日からの訓練を、全体計画をしまして、それぞれの消防本部に加えて、場所によっては自衛隊でありますとか、日赤でありますとか、今回はDMATでありますとか、そういうところが一緒になって入っていただきます。事前のプランニングをして、例えば、本格的にやる場合には、車が壊れているとか、あるいは火災が起きているのでヘリコプターを飛ばして消火の訓練をするとか、けが人がいらっしゃいますので救急隊が出て救助するとか、実際に体を使って訓練をする、そういう格好でやってございます。

ただ、一般には、それほどテレビ等で取り上げられるというところまで行かないので、

あまり目に触れていなかったということかもしれません。

(山本座長) そんなところでよろしいですか。

(石井委員) この地図を見ていると、普通の行政区と随分違うところに丸がついていると思ひましてね。これは、アバウトな形で、ここがあったらその近隣まで巻き込むというような形で、少し広めにやっているのか、それともいつものように行政区分で分けているのか、まずこれだけ教えていただけますか。

(株丹次長) ブロックの単位につきましては、どうしてもふだんの連携の問題がございますので、基本的には都道府県を1つの単位として考えて、その県内での消防本部は都道府県として動いていただく、実際の災害の場合にも、そういう形で都道府県セットで動いていただくということをまず念頭に置いています。その上で、訓練に限って、かなり便宜的ですが、ブロックを分けさせていただいています。そういう意味では、通常の、いいまいしょうか、例えば、国の出先機関のような形でのブロックにある種似通った形で隊員は分かれているということでもあります。ただ、実際の災害のときには、県での緊急消防援助隊の単位として動くということではあるのですが、ブロックとしてかたまるということではなくて、その間の連携をよくするようにやっております。

(石井委員) もう1回お聞きします。要するに、DMATや相互援助協定など、いろいろなものがありまして、例えば、福島県と新潟県・宮城県、栃木県と茨城県など、私の住んでいる町から見るとそういう光景があるわけです。この丸が大きめになっているのは、そういうものを包括しているのか、それとも、関東であれば関東地方で区切っているのか、それにしてはこの点線が宮城県に行っていますし、山形県も一部含んでいますので、その概念がどうなっているか教えてください。

(株丹次長) ブロックとしては、イメージを出すために点線で絵をかいたというように思います。

(森田補佐) この表については、単にイメージだけです。日本をこのような6つのブロックに分けているというようなイメージがわかるようにつけております。基本的に、緊急消防援助隊につきましては、来年度6月にもありますが、全国合同訓練というのも行っております。

(有賀委員) このイメージ図は修正する必要があると思います。

(山本座長) 具体的にはどのようなところでしょうか。

(有賀委員) 福島県は関東にも入っているし、東北にも入っていると。

(加藤企画官) これはイメージ図でございまして、宮城県は当然、北海道東北ブロックで、関東ブロックには入っておりませんので修正いたします。

(山本座長) では、そこら辺はもう少しかき直しをお願いしたいと思います。

(横田部会長) 少し話題をかえさせていただいて、本論に戻りますが、災害時における消防と医療の連携という作業部会で、DMATの位置づけは一步進んだという形で非常にいいと私は思うのですね。ここで、災害時のいわゆるプレホスピタルケア、救急隊員に期待することを考えますと、医療資源が非常に乏しくなった中で、彼らに医療関連行為なり、あるいはその判断なりを、ある程度スタンディングオーダーでやれるというようなところがどこまで許されるのかという話ですね。言いかえますと、それが災害時のいわゆるメディカルコントロールのもとにおいてどこまで、例えば、救命処置やら、あるいは応急手当等を含めて、平時とは違ったことがどこまでできるのかというような議論がなされなかったのかということ、あるいは今後やっていただきたいという意味においてその質問なのです。

ポイントは2つありまして、1つは、DMATを真ん中に据えて、地域のDMATがこういう行政とともに仕事ができますよねとなったときに、メディカルコントロールをする医師が二重になります。すなわち、従来、地元では日常診療の中でメディカルコントロールをして指示・助言を出したり、プロトコルを書いたりして作業しています。災害時には、当然、通信網は途絶えますが、行政と一緒にDMATが入ってきて初期の行動を起こそうとします。救急隊員は、サーバントとしてどちらのご主人に仕えたらいいのかという問題が1点です。

2点目は、応急処置、あるいは救急救命処置等を、平時と同じことしかできないのか。すなわち、スタンディングオーダーとして、災害時はこういうことをやってもいいのではないか、これが2番目のところで、今、処置拡大とともに論じられる話でありますよということはいいましたが、そういう問題ではなくて、どういうプロセスと手続きを踏めばやれるのかという議論も少ししていただきたいなというように思います。

(山本座長) ありがとうございます。両方ディスカッションしていると思いますが、どうぞ、山口先生。

(山口部会長) 実は、昨年度の提言の中で、議論しなさいと、諮問事項として残ったのが、非心肺停止者に対する静脈路確保であるとか、気道確保であるとか、すなわち、これがすべて平時について今、議論されている3項目そのものが諮問として残ったものですか

ら、それでこういう回答という形になってございます。

それと、メディカルコントロールの問題というのは、実は、昨年の報告書の中に盛り込まれている内容でございまして、これは、事の発端は洞爺湖サミットのときのMCが、まさに先生がおっしゃったように、例えば、東京消防庁は大手町にMCの電話をかけるというような、そういう事態が起こりかねないというようなことがございまして、このMCの一本化というのは昨年の提言の中に盛り込ませていただいている内容です。

(横田部会長) 答えはどのようなようになったのですか。

(山口部会長) 現場のMCの基準に統一しましょうと。ただ、それも一筋縄ではいかなくて、実は、処置の基準が消防本部ごとに微妙に違っている面がございまして、これについてはさらに検討が必要だということも付記されてございます。

追加があったら、事務局、お願いいたします。

(開出室長) 第4章の4ページのところに、今、山口部会長がお話しになった、20年度の昨年の検討会の提言というのがありまして、この中の(3)で被災地内における救急救命士への特定行為に関する指示等ということで、救急救命士が特定行為を行う指示について、昨年度の場合には、今、山口部会長がおっしゃったようないろいろな差が、現実には消防本部単位であるだろうということで、一応の結論といいますか、方策とすると、調整本部が被災地に立ち上がりますので、そこで消防機関の代表者、医療機関の代表者、DMAT等が集まりまして、指示体制等の方針を調整するというので、洞爺湖の場合には、地元のほうでやるということをはっきりしましたので、それに従ってということをやったと思います。基本的にその方針で、具体的にどういうやり方にするかというのは、この調整本部の中で調整するということが当面の結論ということだと思います。

(横田部会長) 1点目はよくわかりました。

2点目は、宿題になっているということで、先ほど先生の31ページのところで、処置拡大とともに検討していきましょうということにはなっているということですが、私の質問は、例えば、現状、日常の中で特定行為として具体的指示を取りなさいとなっている行為においても、災害時は、実際としては、ライフラインがつぶれるぐらいですから、情報は取れないというのが大前提になっています。そうしたときに、平時の規約を守れば、いつまでもたっても行為ができないといったことがあるので、それはどういう議論がなされたのかなというのが先ほどのもう1点の質問です。処置拡大云々というのも、もちろん別の議論としてはする必要があるのでしょうけれども、現状行える特定行為について災害時ほど

ういうようにとらえるのか、だから、それをスタンディングオーダーとして、こういう規模の災害だったら、指示を取らなくても事後報告で行けるというような議論がされたのか、されなかったのかという質問です。

(山口部会長) それについては検討してございません。

(杉本委員) 要は、今、先生がおっしゃっている話は、緊急避難的ということでしょう。法的には、もちろん今の救急救命士法で定められた範囲内で動くというのが前提になっているわけですが、災害時、今、先生がおっしゃったような状態のときに、救急救命士が誕生する以前は、搬送中の処置は、緊急避難という解釈を使っていたけれども、災害時に関しては、救急救命士の処置に緊急避難という解釈を使えるかどうか、それは恐らく総務省が考えられていることでしょうね。そういう状況の中でそういうことが起こった場合どうするのか。恐らく、その場にいる救急救命士自身が判断しないといけなくなるということは出てくると思うのです。神戸の震災を見たときに、平時の命令系統ではとても動くものではなく、現場で実際に判断せざるを得ないではないかということが起こってきます。平時の体制がもう役に立たないのは明らかな状況はたくさん起こります。そんなときに、総務省として、救急救命士が法で定められた範囲を超えて行った判断を後で緊急避難として認めるかどうか、あるいは、国が、また国民がそう認めるかどうか、その判断だと思うのですが。

(山本座長) 非常に難しい立場になるとと思いますが、どうぞ。

(開出室長) 正直言いまして、そこまで検討が進んでいるということではないのですが、ことしの検討会でも、外国の例等を踏まえて、災害時には日ごろできないことまでできるという外国の例もあるようですし、今、杉本先生がおっしゃったように、日ごろできることでも、具体的な指示が無ければ何もできないのかということも、当然、想定し得ると思います。阪神淡路のときにも、場合によってはそういうこともあったように聞いておりますが、具体的に、それを法的に、事後的に免責するということまで突っ込んだ議論はしておりません。これは非常に難しいテーマだと思いますので、私どもだけでなく厚労省ともそこは詰めなければいけないと思いますが、そこは今後の課題というのが現状ということです。

(山本座長) 次の課題にさせていただくということにいたしましょう。

そのところはよろしゅうございますか。

(石井委員) 基本的に国民保護法の場合からすれば、都道府県医師会、それから都道府

県の単位で、まず本部ができ、それから現地の本部ができという形式をとりますから、その中で、全くメディカルコントロールのない状態でどんどん進めなければいけない事態がどのくらいあるかということを考えれば、今、まずそこから考える必要はないのではないかと思います。それから、丸がアバウトなのは、周りからどんどんリソースが入ってくるという先ほどの話ですが、そういう形で足らざるものは入ってきます。それを、時間の経過とともにどういうようにやっていくかは、その地域のメディカルコントロールの中で考えればいいのではないのでしょうか。現地へ行って判断をするというような、例えば、DMATは独自にこういうことをやる、それから、消防隊がこういうことをやる、そういう形はよろしくないと思います。

(山本座長) 具体的には、例えば、福知山、他の大きな災害のときに、ドクターが出てくるまでの数分のところだと思うのですよ。この数分が非常に大きな、右、左、行くという流れができると嫌だなと。そこは、やはりある程度スタンディングオーダーでちゃんと決めておいたらというのもあってもいいのではないかと私は思いますね。

(有賀委員) 多分、この研究の流れだったと思いますが、救急隊だか、消防隊だか、野口さんたちみたいな人たちのアンケートの結果だったと思うのですが、点滴とか、そういうことはやってもいいのではないかなというようなのがどこかあったような気が私はしますね。災害の場面で、気管挿管だ、除細動だという話は、トリアージタグで言えば、変な話、黒っぽいですね。だから、血を流していてしんどそうな人に点滴するという話はあってもいいのではないかと僕は思うのです。それは、今、石井先生が言われたみたいに、地域の調整本部だとか、そういうようなところのドクターたちが、MCの範囲内で、血を流している人たちにはとにかく点滴しまくれという話があったって、別にそんなに医学的に間違っていることを言っているわけではありませんから、僕はそういうような柔軟な考え方はあってもいいのではないかと思います。

(野口委員) 今、有賀先生におっしゃっていただいたように、例えば、東京都のDMATができた原点というのは実はそこにあったのです。つまり、我々は、当然のごとく、来るべき震災のときに、個々の現場の中で、例えば、東京消防庁は指導医という先生が指令室にいますが、通信回線が途絶えたときに、現場で長時間、つまり、現場感覚というのは、そこにけが人がいて、広域災害でも運ぶべき病院があれば運んだほうが早いわけです、量的な問題からすれば。けれども、そこで、例えば、救助現場というのがそこに生じた場合には早急に運べないだろうと。運べないときにどういうような処置を行うかといったとき

に、当然のごとく、ここにはMCが必要です。そういう計算で始めているのですね。そのところを、現場というものはある面では考えていて、運ぶべき患者はどんどん運びます、それによって、とにかく危険な場所から早く医師の管理下に動かすという作戦が1つと。もう1つは、運べない患者を、今、横田先生が言ったように、どうするかという問題のときに、このDMATとの連携があったわけです。そういうように我々は考えていたということと、今、横田先生がご質問になったことは、少しまた違う観点から考えなければいけない話でしょうから、それはそれとしておきます。

それで、私が少し気になっているのは、ここに絵でいろいろとかいてあるのですが、DMATの任務というのが、例えば、災害拠点病院支援、医療機関支援、それから現状活動とあるわけです。それから、SCU本部というのはどういう意味ですか。

(山本座長) それは、飛行機のところにステージング・ケア・ユニットの。

(野口委員) 広域搬送のときの拠点ですね。

(山本座長) そのとおりです。

(野口委員) こういったような消防との連携、もしくは医療との連携は大事だと私は思うのですが、現実的にある災害のとき、さっきも有賀先生から緊急援助隊の話が出ましたが、少なくとも緊急援助隊の場合については、ある都県で災害が発生したときに、少なくとも、日ごろは連携というか、独立している、約800弱の本部が、県隊を編成して行くという構想があるわけですね、そうであるからブロック訓練をやっているのです。例えば、DMATというのは、こういう連携を行ったときに、ボリュームとしてどのぐらいのものが集まるという想定をしているのか。結局、絵をかいてしまうと、そういうことが大事になってくるわけです。そのときに私が一番気にしているのは、DMATというのは、正確に言うと、日常的にチームを編成して病院にいるという組織ではないはずですから、当然のごとく、どのぐらいのボリュームを派遣できるのかというふうなことが、これから具体的にこれを推し進める上に出てくるのかなというのがあります。

それから、もう1つ、指揮権はだれが持つのでしょうか。そのところが、これから現実的な問題として出てくるのではないかと思います。

(山本座長) 山口先生、今、質問をいただきました、指揮権と、どのぐらいのボリュームか。

(山口部会長) 実際に、消防機関と活動するときには、そういう実際の数値、計画の策定というのは必要になるわけで、ただ、これは、DMATそのものについてはそういうこ

とがきちんと議論されていないのが実情です。課題解決に向けた提言の第一に、事前計画の策定だが大事だと。こういう枠組みの中に入ってくるには、入ってくるなり覚悟とその想定が、きちんとしたDMA T側の想定が必要ですよという、それがここに盛り込まれているということです。ともかく、ここに、入っていただくというか、ここに組み込まれるということ自体が、平成 20 年度の提言の中では非常に困難があったところが、今年度はすんなりと、齟齬のない形で改訂の中に盛り込んでいただきましたけれども、次の、次の段階のことではないかなというように考えております。

それから、この災対本部に入ったDMA Tの指揮権はということですが、これは、県の保健部局にぶらさがっている形になっておりますので、災対本部に入っているDMA Tの調整本部の直接の指揮権は、その上の県の保健部局にあるという認識ですが、事務局、それでよろしいですか。

(森田補佐) はい、そうです。

(山本座長) ちょっと待ってください。事務局、よろしいですか。あるいは、課長はおりますか。

(新村課長) 厚生労働省医政局指導課からお答えいたします。

先ほど山口先生からも少しお話がございましたけれども、27 ページのこの絵は、今、私どもが改正する作業をしているDMA Tの活動要領が改正された場合に合わせたような格好になっていまして、その内容については、今いろいろなご質問もあったような、指揮命令系統の話、あるいは情報共有、連携などの話ですね、そういった点について見直すということで、内容的にはもうできております。それを今、法制的に文言をチェックしているということです。かたまりましたら公表し、各都道府県にもお知らせしたいと思っております。そういう意味で、発表がありましたように、これは齟齬がないという形になっております。それが1点です。

ついでながら、もう1つ、情報提供ですが、31 ページの処置範囲の拡大の話ですが、これも救急救命士の業務範囲の検討会をやっておりまして、島崎先生に座長をお願いしております。きょうのメンバーとも重なっている先生方が多いわけですが、研究班のほうで、この①から③の各論を中心に、かつ総論的な考え方も整理していただきました。その結果を前回の検討会で報告いただき、そこで突っ込んだディスカッションがございました。実は来週、次回の検討会を開くことになっておりまして、できればそこで検討会としての報告をまとめたい。それは、ここでおっしゃった平時ということですが、その中で、

そういった医学的な有効性とか、安全性とか、そういうことも踏まえて、かつ法制的にどういう整理をするかということも踏まえて、そして実証研究的なこともしていく必要があるだろうというようなことになっておりますので、それはまた来週、検討会にご参加いただく、あるいはお聞きいただくということをお願いしたいと思っております。以上です。

(山本座長) ありがとうございます。

どうぞ。

(有賀委員) 今の前者の指揮命令系統の件ですが、山口先生のお答えによると、例えば、東京に関して言うと、東京都の衛生部門の管轄ということですか。ちょっと私は地元のことでしかよくわからないので。

(山本座長) 山口先生、どうぞ。

(山口部会長) これは、都道府県関連部局とありますが、災害対策本部を構成している幾つかの柱の中の保健部局にぶら下がった形というように聞いております。

(有賀委員) 今、災害をイメージしているわけですよね、だから、東京DMA Tは連携隊と一緒に行動すると。これは、ほかの県を私はよく知りませんが、例えば、きょうの午前中に埼玉県の先生と話をしていたら、埼玉県のDMA Tはまだボランティアなので非常に困る、やはり何らかの位置づけをきちんとしたほうがいいのではないかというようなことを言っておられた。その文脈で言いますと、埼玉県の県庁の衛生部門にぶら下がっていた日には、いつまでたってもボランティアで困る、やはりそれなりの位置づけが欲しいというように言っているのではないかと想像するのです。少なくとも東京に関して言えば災害対策本部の中の指揮下に入っているというように考えるのが筋だと思う。従って、その災害対策本部には、自衛隊が入ったり、日赤が入ったり、いろいろ入っていると思うのですが、そういうふうな観点で考えないと、東京都の衛生局にぶら下がっている、そんな話はないと思うのですよね。野口部長さんの下にぶら下がっているとは言いませんが、本部にぶら下がっていると考えないと、こんなものは組織も何もないですよ。

(山本座長) 具体的には、これは都道府県の知事がトップに名前が出ないといけないのではないのかなと思いますが、どうですか。

(有賀委員) 私もそうと思いますが、この上には知事がいるわけですよね。衛生部門にぶら下がっているなどという話はないわけで。

(杉本委員) 本部長は知事ですけどね。

(有賀委員) ふだんから組織的なことを考えている行政として、一体全体どうなってい

るのだという、一市民の意見です。

(山本座長) いかがですか。これはもう少し下の話で、都道府県知事ではなく、DMATのシステムだから、もう少し部局まで下がっているということですか。

(新村課長) 「災害医療本部」と書いていますが、その全体は災害対策本部で、恐らく本部長というのは知事さんになるというのが通常だろうと思いますから、まさにその災害対策全体の中の医療部門があって、それは衛生部門だけというわけではなくて、災害医療に関する本部を立ち上げて、その下にぶら下がるというイメージで書いたと思います。

(開出室長) 表をつくった立場のほうから言いますと、27 ページの図がございますが、グリーンで「DMAT調整本部」というのがあって、それが「災害医療本部」の中に入っているのですが、その外枠に「都道府県災害本部」があります。都道府県の被災地の災対本部がすべてこれを統轄していますので、これの本部長が知事ですので、被災地の知事が全体を調整する、これは災害対策の基本です。その意味では、被災地の県知事が指揮者ということになると思いますが、ただ、厳密な法律上の指示権とか、直接出せるかという、消防のほうでも、右に消防応援活動調整本部という、これの本部長は知事ですが、直接消防部隊に指揮・命令するということではないのですが、ただ、活動の全体の調整というのは本部長たる知事がやりますので、その意味で、この全体を被災地の知事が調整する中で、その中の災対医療本部にあるDMAT調整本部ということですので、実情の調整ということとは、被災地の知事がきちんと見ているということでもいいかなと思います。

(山本座長) その辺のところを、もう少しわかりやすく、図をお願いしたいと思います。

ここはそのぐらいいにして、どうしてもお話をしたいという先生がおられたら、お願いしたいと思います。それから、現場の消防の皆さんの中からいかがでしょうか。全体と通してでも結構です。どうぞ。

(遠藤委員) 札幌市消防局です。今のDMATの関係で、29 ページに、DMATの役割ということで、病院活動の支援、こういうように出てきました。実は、札幌も、日常的な交通事故とか、いわゆる救助事案にはドクターが現場へ行くという形でずっとやっていたものですから、その延長上でDMATをイメージしていました。この研究の過程の中でこういうような活字が出てきたものですから、そうすると、DMATの方と消防と、特に緊急消防援助隊の連携の中で、例えば、札幌市内にあるDMATの方が本州に行こうとしたときに、どういう形で消防としてこれから協力できるのか、正直、意外と難しいという実感がありました。これは、今のDMATの制度が議論されていく中でそういうことが具体

的に解決されるのだろうというように期待しています。

それと、もう1点、PA連携の関係で、作業部会報告書を、これだけ全国調査をしていただいて、改めて全国の消防本部が持っている消防力をできるだけ使って人を助けていく、そういった前向きな姿勢の中でやられていると。その中で、札幌もこの取り組みは遅かったのですが、平成19年に始めたときに、実は、北海道警察からだいぶクレームがありまして、消防自動車は救急活動をするのは道交法違反だという話があり、平成19年のときには、北海道警察と折り合いがつかないまま出発させていただきました。昨年、消防法の一部改正があつて、法の消防業務1条の中に救急というのを明確にされたと。そういった話を北海道警察のほうにお話をしたら、かなり理解が得られたという状況があります。

そういう中で、この報告書の中の66ページの(6)③というところに、法的位置づけというような形があるのですが、各消防本部の中で努力して、一生懸命、どういう範囲までPA連携がやれるかというのは努力できると思うのですが、こういった法的位置づけについてははっきり出していただくということが、各消防本部が本当に前向きにやっていく上で大事ななということで、本当に大変な資料をありがたいなと思っております。以上です。

(山本座長) 非常に前向きの発言をいただきまして、ありがとうございます。

現場からの発言は、ほかにいかがでございましょうか。

それでは、全体を通してのご議論もこれで終了のようですので、最終的な報告書になってくるところにこれからスタートしていくわけですが、まだまだ1章、2章、3章の、黒ボツになっていたり、丸になっていたり、アイウエオになっていたり、その辺のところも整理をしなければいけないと思いますし、調整しなければいけない部門もあったと思います。その辺のところを、もしよろしければ座長に一任願えればありがたいと思いますが、ここまで議論をさせていただいた先ですが、いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。

〔「異議なし」の声あり〕

ありがとうございます。横田先生も座長一任でいいと言ってお帰りになりましたので、それでは、事務局と一緒に最終的な報告書に向けて進行させていただきたいと思います。

(2) その他

(山本座長) それでは、ここで事務局にマイクをお返ししたいと思います、最後に事務局を代表して次長からお話をいただきたいと思います。

(株丹次長) 長時間にわたりましてご議論をちょうだいいたしまして、本当にありがと

うございました。

会としては、冒頭、山本座長におっしゃっていただきましたように、随分間があいたわけですが、この間、3つの作業部会で大変精力的にご議論いただきまして、なお、事務局側として必ずしも十分でなかった部分は、座長とご相談させていただきながら、最終的なものをできるだけ早く皆様のお手元に届けるようにさせていただきたいと思います。

1点だけご報告といいましょうか、先ほども少し話がございましたけれども、昨年度この検討会でいただきました提言を受けまして、消防法の改正をさせていただいてございます。内容的には、ご案内のとおりで、消防と医療の連携を図るということで、これまでと違って、県でもって法的な根拠のある協議会をつくっていただいて、そこで搬送についてのルールを定めていただくというものです。既に東京都、それから鹿児島県ではつくっていただいて、恐らく8つは3月いっぱいの中でつくっていただけるというように思っております。まだ組織自体が若干立ち上がっていない県もございますので、厚生労働省さんと一緒になりまして、来週会議を開いて、全国の担当課長さんに集まっていただいて、特例をさせていただきたい。あわせて、検討会での状況をご報告させていただいて、既におつくりをいただいているところにはその後ということになってしまいますが、これからルールをつくっていただく県、協議会につきましては、ここでのご議論をぜひ成果として活用させていただきたいということもお願いしたいというように思っております。

私どもは、私だけかもしれませんが、こういう会に出るときにはいつも緊張して、いつ矢が飛んで来るのか、きょうも本当を言うと答えられないなと思った部分が多々あったのですが、おおむねは室長が答えてくれておりますのでよかったのですが、それはそれだけ解決すべき問題でなおできていない部分が多くあるのだろうと思っております。私どもは微力ですが、委員の先生方からご指導を受けながら、できるだけのことをさせていただきたいというふうに思っておりますので、今後ともぜひよろしくお願いいたします。

(山本座長) ありがとうございます。

それでは、マイクを事務局にお返しいたします。

3. 閉会

(溝口専門官) 本日も活発なご審議をいただきまして、ありがとうございました。

先ほど山本先生からもございましたけれども、事務局、そして山本先生としっかりご相談した上で報告書を取りまとめていきたいと思います。特に資料1とお配りいたしました

報告書の総まとめの概要の部分になりますが、各委員の皆様方からご意見がございましたら、来週中に事務局までご意見をいただければと思います。

皆様、本当にありがとうございました。以上で第2回救急業務高度化推進検討会を終了いたします。

〔了〕