

## 第2回救急業務のあり方に関する検討会 議事録

1 日 時 平成23年8月30日（火） 14時00分から16時10分

2 場 所 三番町共用会議所 大会議室

### 3 出席者

メンバー 山本座長、秋田委員、阿真委員、荒井委員、有賀委員、  
岩田委員、金森委員、坂本委員、佐藤委員、志手委員、  
島崎委員、鈴川委員、田辺委員、南委員、茂泉委員、  
山口委員、横田（順）委員

オブザーバー（代）佐藤専門官

### 4 会議経過

1 開会 [事務局]

2 人事異動の報告

事務局より、人事異動の報告が行われた。（原次長、高倉審議官）

3 あいさつ

【次長】

皆さん、こんにちは。本日はお忙しいところ、この検討会にお集まりいただきまして、ありがとうございます。一言、ごあいさつを申し上げたいと思います。平成22年度、昨年度の救急出動件数は546万件ということで過去最高になっております。今後も高齢化の影響などによりまして、さらに増加することが見込まれているところであります。さらにご案内のとおり、東日本大震災も発生したところでございます。こうしたことを踏まえまして、救急業務のあり方を見直す必要があると、私どもとして

も考えているところでございます、この検討会は、これまでの救急業務高度化推進検討会を引き継ぐものと伺っております。こうしたことから、これまでの議論を引き継ぎながら、次のステップへ進んでいただければと思っております。進め方としては親会であるこの検討会と、そのもとに設置された作業部会とが密接に連携しながら、それぞれの検討事項についてご検討いただければと考えております。そこで、去る6月9日の第1回検討会の後に、本検討会と作業部会の検討事項を整理したところでございます。この検討会では、大きくくりとして4つのテーマ——「救急搬送体制の強化」、「市民等が行う応急手当」、「救急業務の高度化」、「消防と医療の連携」、この4つのテーマで具体的な項目について検討をお願いすることとしているところでございます。また、より具体的・個別的な内容については、作業部会にお願いをしているところであります。本日の議事事項であります「救急搬送体制の強化」では、救急安心センターや救急搬送の受入実施基準について。また、「市民等が行う応急手当」では、消防団等の活用や、ファーストレスポnder、あるいは短時間講習の創設など。また、「救急業務の高度化」では、ICTやビデオ喉頭鏡の活用、あるいは救急救命士の処置範囲の拡大等についてご議論いただければと思っております。また、作業部会の作業部会長のほうからは中間報告をいただく他、〇〇委員からもファーストレスポnderに関してご説明をいただくことになっております。大変有意義な会になることを期待しているところでございます。なお、恐縮でございますけれど、ちょうど今、内閣が替わる時期でございます、所用により中座させていただくわがままをお許しいただければと思います。委員の皆様には、引き続き、ぜひ活発なご議論をいただくことをお願い申し上げまして、冒頭のあいさつとさせていただきます。どうぞよろしく申し上げます。

#### 4 オブザーバー紹介

事務局より、オブザーバーの紹介が行われた。

(新村厚生労働省医政局指導課長の人事異動に伴い新たにオブザーバーとして就任した井上誠一課長にかわって本日は〇〇専門官が代理出席)

## 5 議事

### 【座長】

前回、6月の第1回の検討会では、先ほどの原次長からのお話のとおり、本検討会での検討事項、そして作業部会での検討事項を分けたわけですが、今日は、その中でも、「救急搬送体制の強化」というところを中心に、話を進めていきたいというふうに思います。まず、資料1についての説明を事務局からお願いします。

### 【事務局】

それでは、ご説明を申し上げます。横長の資料1をご覧ください。まず、1ページ、2ページでございます。こちらにつきましては、ただいま、座長のほうからも触れていただいたところですが、前回、第1回の検討会での議論を踏まえ、本検討会における検討事項と、作業部会において検討をいただく事項ということで整理をさせていただいたものでございます。1ページには、本検討会において検討いただく事項ということで、まず、主要検討項目として4つ挙げております。「救急搬送体制の強化」、「市民等が行う応急手当」、「救急業務の高度化」、「消防と医療の連携」ということで、本日はこの4つのテーマをメインとしてご議論をいただきたいと考えているところでございます。それから2ページのほうですが、こちらも作業部会長のほうから後ほどご説明をいただく内容と重なってまいります。作業部会のほうでは「救急搬送体制の強化」、「大規模災害時のメディカルコントロールのあり方」等、主に5つの検討項目についてご議論をいただくということになっております。さらに、この2ページの(2)、「調査」というふうに書いてありますが、先だって、東日本大震災の被災地へ現地調査に行っていたいただいたその内容についても、後ほど、またご報告をいただけるのではないかと考えております。それでは3ページをご覧くださいと思います。今、ご説明申し上げた本検討会における検討事項と作業部会でご検討いただく事項について、ポンチ絵の形で整理をさせていただいたのが、この3ページでございます。さらに4ページには、今年度のスケジュールということで付けさせていただきます。本日、この検討会の第2回目、8月30日ということですが、今後、作業部会のほうで9月下旬ごろ、それから10月ごろに、第3回、第4回の検討をいただき、その報告もいただく中で、10月下旬ごろには、この検討会の第3回目を開催したいというふうに考えております。その後、第4回目を来年の1月ごろに予定していますが、こちらのほうで取りまとめに向けた作業ということでお願いをしたいとい

うふうに考えております。それでは中身に入らせていただきます。5 ページをご覧ください。まず、本日ご検討いただく 1 つ目の大きな柱である、「救急搬送体制の強化」ということで書かせていただいております。6 ページをご覧くださいますと、救急安心センターということで、こちらについては、既に皆様方にはご承知おきいただいているところと重なる部分も多かろうと思えますけれど、そもそも、この救急安心センターについては左上のほうに書いてあるように、平成 11 年から平成 21 年にかけて、救急出動件数が約 120 万件の増、比率にして 30% の増ということで、非常に急増しております。大幅な増ということになっております。また、救急車の現場到着時間や病院収容時間が、この 10 年間で非常に遅延してきているという現状にあるわけがございます。そういった中で、6 ページの右側の中ほどの四角囲みに書いていますが、医療資源の適正利用を促進するという観点から、救急安心センターの設置が不可欠ではないかということで、消防庁においてもモデル事業等を行わせていただけてきたところでございます。さらに 7 ページをご覧ください。こうした一般的な救急安心センターの重要性というものもさることながら、今般の東日本大震災を踏まえたと、10 ページ、11 ページを少しご紹介申し上げたいと思うのですが、まず 10 ページをご覧ください。こちらは、6 月 2 日から 7 月 28 日にかけて、「A：避難所」、「B：旅館・ホテル」、「C：その他」、「D：住宅等」というふうに類型分けをされた場所に避難をされている方々の推移でございます。例えば避難所に避難をされている方々は、6 月から 7 月の後半にかけて、4 万 1,000 人余りだった方が 1 万 3,000 人ほどになっているということで、これは減ってきていると見てとれます。さらに旅館・ホテルに避難されている方も、若干、減ってきたというふうに見てとれます。一方で、D の住宅等に避難されている方々は、むしろ増えてきたというふうなトレンドが見てとれるというのが、この 10 ページの資料でございます。さらに 11 ページをご覧ください。この 11 ページは、東日本大震災と、平成 16 年の中越地震、平成 7 年の阪神・淡路大震災における避難所の数と避難されている方の数の推移を示したものです。例えば中越地震については、発災日から 2 カ月後には、避難されている方はゼロになったということがわかります。さらに阪神・淡路大震災においても、発災直後から 7 カ月たてば、避難されている方々はゼロになったということが見てとれます。その途中経過を見ても、阪神・淡路大震災の 4 カ月後の時点をご覧くださいますと 3 万 5,000 人余りまで減ってきておりました。一方で、東日本大震災、今回の大震災については 3 月 11 日

の発災後から4カ月たった時点においても、なお5万9,000人余りの方々が、まだ避難生活を送っておられるというふうな数字になっております。今後、5カ月後、6カ月後、7カ月後ということで、どのような推移になっていくかは、まだまだわからないところもありますけれど、いずれにしても今回の東日本大震災は、過去の大規模震災と比べても非常に避難が長期化しているということが言えるのではないかとこのように考えております。そういったことから、再度、7ページに戻っていただきたいと思いますが、今回、長期化をしている避難という実態を踏まえたと、避難生活の中で高齢者の方々も多い。さらには避難場所特有の生活環境等もある中で、熱中症、インフルエンザ、感染症等、さまざまな救急要請が増加することも予想されます。そういった中で、ますます救急相談機能の強化というものが求められているところでありまして、そういった意味からも、救急安心センターの活用ということが全国的に必要となってくるのではないかとこのように考えているところでございます。そういった中で8ページをご覧いただきたいと思いますが、この救急安心センターの普及ということで、今年の冬、11月の下旬を予定していますけれども、札幌市でシンポジウムを開催させていただきたいと考えております。さらに今年度中には救急相談マニュアルの作成というものにつなげていきたいと考えているところでございます。それから9ページをご覧いただきたいと思いますが、現在、救急安心センター事業を行っておられる東京、大阪、奈良の、最近1年間の実績を参考までに付けさせていただいておりますので、ご覧いただければと思います。さらに12ページのほうに移らせていただきます。12ページ以下は参考ということで付けさせていただいているものでございます。避難所は現在、全国各地に点在しております。12ページは、その全国各地の避難所からの救急搬送の件数を、3月11日からの3カ月間について調査したものでございます。なお、この数字については現在精査中であり、今後、変動する可能性がありますので、その点は、前提条件としてご留意をいただきたいと思います。この避難所からの救急搬送件数は、現在把握している数字では5,126件ということになっております。内訳を見ると、地震や津波を直接の発生原因とするものについては、左下のほうですが、それぞれ60件と130件。急病については4,257件ということで、こちらが最も多くなっています。さらに13ページをご覧ください。被災地における救急活動件数ということで、こちらについては青森県、岩手県、宮城県、福島県、茨城県、千葉県の6県分を集計したものでございます。3月11日から17日までの1週間の件数でござ

ざいます。この救急活動件数については、地震や津波を直接の原因とするものについては、それぞれ700件と499件でございました。それから急病については1万3,000件程度となっております。うち、緊援隊による活動については1,357件となっております。なお、この13ページの詳細な内訳については14ページのほうに付けさせていただきますので、こちらをあわせてご覧いただければというふうに思います。それでは引き続きまして、2つ目の大きな柱である、「市民等が行う応急手当」のほうに移らせていただきます。まず、16ページのグラフをご覧ください。平成21年現在では、現場到着時間は7.9分となっております。今さら申し上げるまでもないことですが、救命率の向上のためには、より迅速に傷病者に方にタッチすることが何よりも重要になってまいります。そのような観点から、消防団、それから応急手当普及員、防災職退職者や医療関係者の方々の活用によって、より早く、そういった方々にタッチできることを考えられないかというふうに考えてございます。それから17ページ、救急活動における消防団の位置づけでございます。現在、消防団員については全国で約90万人の方がおられます。一方、救急隊員については、全国で約6万人という数字でございます。消防団の方は、救急隊員の15倍の数の方がいらっしゃるということでありまして、そういった消防団の方々に、この救急活動にどのように携わっていただけるかという観点で付けた資料でございます。なお、この消防団の方については、消防組織法第1条に規定されている消防の任務を担っていただいているところでありまして、傷病者の搬送や応急手当等を行っていただいているところでございます。一方で消防団員におかれましては、消防職員ではないことから、消防法第2条第9項の、救急業務を行うことはできない——どういうことかと申しますと、救急搬送に際して緊急通行を行うことができないというふうなことがあるわけでございます。そちらの参考条文が、その下に書かせていただいている部分でありまして、四角囲みを3つ書いていますが、消防法第2条第9項において、救急業務とは救急隊によって行われるものであるというふうに書かれていますし、この救急隊については、消防法施行令の中で、救急隊は救急自動車1台及び救急隊員3人以上をもって編成しなければならないというふうに書かれています。さらにこの救急隊員は、その下の第3項ですが、消防職員をもって充てるようにしなければならないというふうにされているところですので、そういったことから、消防団員の方については、救急隊とは位置づけられていない、そういうふうなことになっているわけでございます。そういったことから、

この 17 ページの一番下ですが、救命率の向上や予後の改善のためには、消防団員が行う救急活動のあり方を検討していく必要があるのではないかというふうに考えているところでございます。それから 18 ページ、応急手当の普及の関係でございます。まず、応急手当講習の受講者数については、折れ線グラフでお示ししています。トレンドとしては右肩上がりになっており、平成 21 年時点では 156 万人余りの方に応急手当講習を受講していただいております。さらに応急手当の実施割合については棒グラフでお示ししていますが、徐々に右肩上がりということで、平成 21 年現在では 42.7%の方が応急手当を実施されています。それから 19 ページは AED の効果ということで、こちらについては心原性かつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例において、AED が一般市民によって実施された症例と、そうでない症例ということで比較をさせていただいています。その結果、より早く AED を使った場合には救命効果は約 2 倍というふうな結果がウツタインデータから出ています。そうしたことから、20 ページにありますように、この応急手当の一層の普及ということ考えた場合に、ブルーの塗りつぶしで書かせていただいているのが現行の救命講習ですけど、オレンジ色の四角囲みで書かせていただいているように、主に小児・乳児・新生児を対象とした応急手当を中心とした講習や、救命入門コースというふうなことで、短時間の 90 分の救命講習というふうなものも創設してみてもどうかというふうに考えております。そのことによって、応急手当講習の裾野を大幅に広げて、この救命率の向上につなげていきたいというふうに考えているところでございます。それから 21 ページでございます。こうした新しい取り組みの一環として、現在、消防庁において応急手当の講習 WEB コンテンツというものを作成中でございます。これを何とか今年度中に作成し、各消防本部のほうに提供させていただきたいというふうに考えております。それから 22 ページでございます。現在の救命講習の受講のシステムは右半分に書いているようなものですが、e-ラーニングの活用ということで、例えばご自宅で、60 分間の e-ラーニングを WEB 上で受講していただき、実技講習として残りの 120 分を受講していただくことにより、60 分+120 分で合計 180 分となり、現在の普通救命講習、180 分と同等の扱いに持っていくというふうなことも選択肢として出てくるのではないかと考えております。それから 23 ページ、口頭指導の関係です。ブルーの棒グラフが、救急隊が搬送した C P A 患者の方の数でございます。うち口頭指導が行われたものを赤の棒グラフで、うち実際に応急手当が

行われたものを紫の棒グラフでお示ししています。また、その上の、緑色の折れ線グラフが、赤の数に占める紫の割合です。したがって、口頭指導が行われた数が分母で、応急手当が行われたものが分子ですが、その割合は、徐々にではありますが上昇してきております。平成 21 年現在では約 66%ということになっております。そういったことから、24 ページのほうに移らせていただきますが、今般、ガイドライン 2010 ということ、新しいガイドラインも出されました。そうしたことを踏まえまして、有効なバイスタンダー CPRにつながるような口頭指導というものを検討していく必要があるのではないかということで、今後、コールトリアージや通信指令員の対応要領とあわせて検討をしていくことが必要ではないかということでございます。それから 25 ページ、「救急業務の高度化」の関係でございます。26 ページには ICT の現状ということで、現在、画像伝送を救急業務に活用している消防本部数について書かせていただいております。消防庁のほうで把握しているのは、全国で 24 本部において画像伝送を活用されており、さらに 7 つの本部において実証検証中または実証検証が終わった段階というふうに伺っているところでございます。それから 27 ページをご覧ください。特にこの ICT については、災害時により効果を発揮するのではないかというふうに考えておきまして、災害現場におけるイメージ図を 27 ページに付けさせていただいております。それから 28 ページはビデオ喉頭鏡の関係です。こちらについては参考資料 1 にも付けさせていただいておりますが、今日 1 日付で当救急企画室長と厚生労働省の指導課長の連名通知として、ビデオ喉頭鏡の使用を認める旨の通知を発出させていただいております。なお、当然のことながらその条件等がありますので、こちらについては、またご留意をいただければというふうに考えております。それから 29 ページは、救急救命士の処置範囲の拡大の関係です。こちらについては、今年度、厚生労働省のほうで検討を進めていただいているところですが、29 ページの右端の赤文字でお示ししている 3 行為について——こちらについて補足等があれば後ほどお願いしたいとは思いますが、厚生労働省のほうで、そもそもこちらを認めるのか、また、さらに省令改正のスケジュール等についてご検討をいただいているところでございます。それから最後に 4 つ目として、「消防と医療の連携」の関係でございます。31 ページをご覧ください。平成 21 年に改正された消防法に基づき、現在、45 の都道府県で実施基準の策定が終わっております。現在、岩手県と愛知県の 2 県がまだ未策定となっており、岩手県においては震災への対応がまだまだ残ってい



るといふことで未定というふうには伺っておりますが、愛知県においては何とか年内にはでき上がるのではないかとはいふふうなお話も聞いているところでございます。今後の話ですが、32 ページから 35 ページにも付けさせていただいておりますけれど、この実施基準の中には、まず、いわゆる 1 号基準と呼ばれる医療機関の分類の基準がございます。さらには 2 号基準として医療機関のリストがございます。それから患者さんの状態を確認する基準、これが第 3 号の基準ということでございます。それから 4 号基準が医療機関を選定する基準としてございます。それから患者さんの状態を伝達する基準、これが 5 号基準ということでございます。さらに 34～35 ページにありますように、医療機関の確保基準——受入困難事由等が発生した場合の医療機関の確保に関する基準、これが 6 号基準と呼ばれるものでございます。さらにその他の基準として 7 号基準と呼ばれるものもございます。こうしたそれぞれの基準等について、今後、消防庁と厚生労働省が連携を図りながら、これまでは、とにかく実施基準を作ってくださいというふうな訴えかけをさせていただいていましたけれど、今後はその内容をより充実してくださいという訴えかけをしていかないといけないのではないかとはいふふうに考えております。そういったことから、今現在できているのは、まだ、粗々の分析ということで、1 号基準と 6 号基準の内容にとどまっているところですが、今後、少し、この内容の深度を深めた上で、厚労省と連携をして進めていきたいというふうには考えております。簡単ではありますが、資料の説明は以上でございます。

#### 【座長】

事務局、ありがとうございました。それでは早速、討論に入っていきたいと思っております。まず、「救急搬送体制の強化」というところが最初のほうにずっとありましたけれども、これについてご質問あるいはご意見、何でも結構です。いかがでしょうか。全体のディスカッションの前に、まず、東京、大阪、奈良の 3 都府県には安心センターがあるのですけれども、被災地、特に岩手、宮城、福島の安心センターというのは、どこでどのような形でできていて、そのデータはどういうふうにして集計されたのでしょうか。

#### 【事務局】

昨年度の検討会の中で、調査もさせていただいたのですが、いわゆる #7119 という専用の番号を用いた形での救急相談業務というのは、今お話がありました東京、大阪、奈良ということなんですけれども、それ以外の県についても例えば専用の番号を決め

て救急相談業務を行ったりしているということですので、一般的な相談業務というのは、#7119ではありませんが、また24時間対応でもないのかあるのかも知れませんが、そういう専用の番号で、宮城県も恐らくそういう形でやられているのだらうと思えますけれども、県レベルで見ると、かなり実施されているのだらうと思えます。

**【座長】**

#7119ではない、何か他の番号で、各消防本部がまとめたものをここに集計したということによろしいですね。

**【事務局】**

その際に、消防本部が関わっているものと、あるいは保健福祉部局でやっているものもあると思えます。消防部局が関わっているところは、実は少ないのではないかと思います。この救急安心センターのみそは、消防本部の指令センターの中、あるいは近くに救急安心相談業務を行う医師、看護師、あるいは消防の方がおり、そこと連携して、緊急度が高い場合には、すぐ119番通報に転送するというところにありますが、そういった仕組みまで設けているところは少ないのではないかと思います。

**【座長】**

12ページ、あるいは13ページもそうかもしれませんが、例えば12ページを見ると、地震の相談が60件というのは、すごく少ないなあというふうに感じたわけです。多分これは全体ではなく、ある集計の一つではないかという気がいたしますが。

**【事務局】**

こちらは安心センターの項に入ってはいますけれど、救急の搬送数をお示したものです。今回調査したものを書いています。ちょっと説明の仕方が悪かったのかもしれませんが、60件の救急搬送が、この3カ月間に避難所等からあったというものであります。

**【座長】**

救急安心センターとはちょっと違うんですね。

**【事務局】**

はい、そうです。

**【座長】**

わかりました。では、委員の方からどうぞ。どこからでも結構です。あるいは、まず皮切りに、いかがでしょうか、東京、大阪、奈良で既に安心センターがスタートし

ているわけですが、この3都府県の皆さんからお話をいただければと思います。まずは東京消防庁の〇〇委員から、いかがでしょうか。

### 【〇〇委員】

〇〇でございます。資料の7ページに、期待されることとして、避難されている方々のための救急相談機能の強化ということが書かれています。安心センターといいますが、東京の場合は相談センターと言っておりますけれども、機能の強化ということで、ここには精神的なケアというのがありますが、現実には、今、私どものほうでメンタル面のご相談を受けて、それについてカウンセリングのようなことまで電話で行うということは、ちょっと難しいかと思えます。あくまでも基本的な機能としては緊急に救急車で医療機関に行く必要があるか、ご自分で医療機関に行くような状況であるかということのアドバイスと、それから、ご自分で行かれるとしたら、今、その症状に適応した医療機関で、夜中であろうと休日であろうと診察をしていただける医療機関がどこであるかといったご案内などが中心になろうかと思えます。もし精神的なケアについて、特に期待をするということになりますと、そういった専門のカウンセリングをしていただけるような機関などを別途紹介するような、そういったリストの作成とか、紹介をした先で受けていただけるような仕組みといったものが構築されていかないと、ちょっと今すぐには難しいかなあと思えます。それから、避難所などに入られた方々からの電話相談ということですが、ある程度、事態が落ち着いてきた段階では、電話はスムーズにつながるかと思えますけれども、実は3月11日の発災当日のデータを見ると、東京の救急相談センターの入電件数というのは非常に少なくなっています。これはつまり電話が通じなかったからでありまして、都内の電話の回線状況が非常に悪くなったため、通常の加入電話、携帯電話が繋がらない状態になりましたので、実は発災をしたその日について言うと、救急相談はむしろ減ってしまっている。これは相談がなかったのではなくて、恐らく、かけても繋がらなかった方がかなりいらっしゃったのだらうと思えます。そういう回線的な問題は、やはり119番と違って普通の電話回線を使っていますので、こうした問題ももしかすると、今後の相談センターの機能としては必要になってくるような感じはいたします。

### 【座長】

ありがとうございます。私からちょっと質問したいのは、9ページの表を見ると、平成22年度は29万という非常に大きな数の相談がありますけれども、もし安心セン

ターがない場合には、今ある六十数万の出動にこれだけプラスされるというふうに考えていいのでしょうか。

### 【〇〇委員】

必ずしも救急出場の件数にストレートに反映されるということではなくて、もともと救急車を使うべきかどうか判断に迷った場合にお電話をくださいというご案内をしていますので、相談センターがなくなると、これがすべて救急出場につながってくるかどうかというのは、ちょっと別次元かとは思いますが。ただ、私どものほうでデータを見ていて、救急出場の件数自体はやはり年々増加しております。これは全国統計と同じで、救急相談センターをつくったから救急出場の件数自体が抑制されるということではないんですけれども、いわば質的な変化として、医療機関に救急隊が到着して傷病者の方を医師の方に引き継ぐ際、初診時の診断をいただきますけれども、東京では軽症者の比率が一番高かったのは平成17年か18年あたりで、そのときは6割を超えていましたが、昨年のデータで54%まで軽症者の比率が減っており、中等症以上の方の比率が増えています。このあたりは恐らく相談センターで、救急車を使うべきケースなのかご自分で医療機関に行っていただくケースなのか、一定の振り分けができていないかなあとは考えております。他の要因もいろいろあるのかもしれませんが、そういった意味の効果にはなっているかと思えます。

### 【座長】

ありがとうございます。ご意見、いかがでしょうか。あるいはその先で大阪のほうに移りたいと思いますが、〇〇先生からお願いできますか。

### 【〇〇委員】

今日は大阪市消防局の〇〇委員が来られていて、水平連携をして下さっているわけですが、せっかくですので、ちょっとだけ私から先に申し上げますと、大阪は恐らく、全く、救急搬送が減るという意味では、効果は出ていないんじゃないかなあというふうに思います。ご覧いただくとわかるように、10万人当たりの利用件数が東京の2倍あります。そもそも、なぜこれだけ利用件数が多いのかというのも非常に不思議ですし、軽症者比率も若干落ちてはきていますが、それは他の要因も加わっていて、高齢者が増えて入院期間が長くなっている方が増えていることなど、影響が輻輳しているので、読みきれない、分析しきれないと思うんです。どちらかという大阪の場合は、そもそも救急車を呼ぶ人と、こういうものの情報をきちんと得て、こういうも

のの活用を十分にする方というのは、また違うニーズがあるのかもしれませんが。医療機関案内のほうも、これが始まって全く落ちていなくて、我々衛生部局がやっているほうも、やはり 10 万人ぐらいの利用件数で推移しています。だからそういう意味では、この救急安心センターの役割というか効果というものをどこに期待するかというのは、そろそろ、いろいろ分析をして議論する必要があるのかなあというふうに考えています。

**【座長】**

では〇〇委員、どうぞ。

**【〇〇委員】**

大阪市消防局の〇〇でございます。今、大阪の救急安心センターというのは、大阪市消防局でやっていて、府下の 34 本部との共同運営になっております。実態的には大阪市消防局がやっているようなところなんですけれども、件数の抑制という話については、#7119 の電話をされる方と救急車を呼ばれる方を図に描くと、2つの円がイコールではないんですね。ただし多少重なる部分はあるかと思えます。大阪市では、今、市会などで苦しい答弁をしていて、安心センターができて何件減ったのかというのを問われているんですけれども、平成 21 年から 22 年の統計で言いますと、大阪市の救急件数の増加率が 3% ということで、他の大都市の 5～6% という数字に比べれば若干低いかなあ、と。単年度ですので、まだはっきりとした答えは出ていませんけれど、決定的な対策、件数抑制の対策にはなっていない。むしろ今まで重症で、タクシーで来られていたような方が救急車で来るようになった、そちらのほうの効果が大きいのではないかというふうに考えております。

**【座長】**

〇〇委員、ありがとうございました。奈良の先生方はおられませんよね。いかがでしょうか。今、相談センターを具体的にパイロットプロジェクトとして行われている 2つの自治体からお話をいただきました。ご意見、ご質問、何でも結構です。いかがでしょうか。

**【〇〇委員】**

7 ページの、今回の避難者に対する救急安心センターの活用ということで、いまひとつわからなかったのは、今、救急安心センターは、ご案内があったように東京、大阪、奈良ということですが、今後、全国的に安心センターを増やして、次の災害のと

きに避難する方に対して対応するという話なのか、今避難所において、これからまだ半年、1年と残る方に対して、この救急安心センターを活用するのか。その活用するといったときに、既に東京や大阪にあるリソースを、被災地に適用するという話なのか、被災地が使えるものをつくるという話なのかというのが、ちょっとまだ、これからは読めないんですけど、その辺はいかがでしょうか。

#### 【事務局】

この救急安心センターを実施する場合は、やはり当該自治体の判断というものが重要です。今すぐに被災地でこれを新たに作るとか、そういう状況はないのではないかと考えております。ここでご検討の俎上に載せているのは、今後大規模な災害が起きたときに、同じようなケースが想定されますので、そういった場合に救急安心センターというものが、もちろん通常の対応というのがありますが、それに加えて避難者への対応というものも付加されるときに、また新たな課題への対応、先ほど電話がつながりにくいという話もありましたが、あるいは違った要素が必要なのかとかいうことであります。あくまでも今後こうした取り組みを広げていく上で、救急相談マニュアルの作成といったことも書いてありますけれども、そういった中に生かしていきたいと考えているものでございます。

#### 【座長】

今後の災害に対しても生かしていきたいというスタンスですね。

#### 【事務局】

はい。

#### 【座長】

その中で、一つ一つという意味は、この相談の内容の中で、これもディスカッションにあったと思いますが、例えば病気の症状から、どういう疾患が考えられるのか。あるいはどういう病態なのかという、全国でも1つか2つあればいい相談と、近くでないかわからない、例えば近くの病院の案内とか、あるいはその他の近隣の、というところになると、やはり現場の皆さんの力が必要だということと、2つあると思いますけれど、その辺のところは、今後どういうふうに動いていくのかというのも、一つの小さな消防本部なり小さな地域では必要になってくるのではないのかなあ、と。全体の手助けという意味があると思いますが、その辺のところは、事務局としてはどのようにお考えでしょうか。

## 【事務局】

今、現在は政令市単位とか、あるいはそれより大きい規模で行っております。救急安心センターというのは、ある程度の規模がないと、かなり経費的にもかかってきますので、そういう意味では都道府県単位とか、あるいはもっと大きい単位もあるのかもしれない。もう一つは、この救急安心センターの業務という特徴の一つに、各消防本部とリンクして、すぐ救急出動するというのがありますので、その辺のバランスも考えながら、適正な規模というのも必要だと思いますし、逆に小さい消防本部こそ必要などところが多いかも知れないと考えております。

## 【〇〇委員】

今、超急性期から数カ月たった避難所の現状を考えながら、救急安心センターを絡めて話をしていますので、少し、整理しないとこの議論に参加する私自身も頭がこんがらがってしまいます。日常の救急業務あるいは救急搬送の強化という意味において救急安心センターを捉えるというところから始めると、トリアージの作業部会のほうでも話が出たように、コールトリアージにしる、あるいは安心センターの相談事にしる、階層化してやるということを基盤としておくほうを前提に話をしたほうが、議論しやすいと思います。一方、7ページのような状況で、発災から時間がたってくると、避難所に慢性疾患あるいは精神疾患のケアを必要とする人がたくさんいますよね。こういう非日常的な環境にある方に医療提供をどうするかというふうにして、今度は焦点を絞らないと、ちょっと、余りにも話が乖離しているような気がします。そうなる、7ページのような環境というのは、本来、やはり保健業務で、保健師さんの活動といったような、そういう活動との絡みはどうすべきなのか。むしろそういうベースがあって、その中で、より救急業務が必要とされたときには、この安心センターが基盤としてあれば、ちゃんと機能するのではないかというような議論をしたほうがよいのではないのでしょうか。ここをくっつけてすぐ議論しろと言われると、議論についていけなかったものですから、その2点をちょっと整理したほうがいいんじゃないのかなあという気はしました。

## 【事務局】

非常に的確なご指摘をいただき、ありがとうございます。避難所での保健活動や医療活動との関連も踏まえて、救急安心センターが、どのような部分に役立っていけるかというのを、さらに整理して、またご提示申し上げたいと思います。

## 【座長】

それから、地域によっては看護師さんと保健師さんとドクターと、フロントラインに救急隊のOB、特に救命士のOBが入っているという流れが多かったように思います。その中に保健師の皆さんが入っているところもあると思いましたので、その辺のところも、どうぞ、ポイントを置いていただければと思います。ありがとうございました。他に、いかがでしょうか。

## 【〇〇委員】

今、〇〇委員が言われたので、ついだというのもおかしいですけど、発言をさせていただきます。東京消防庁もそうだと思いますけれど、実は、どちらかという急性期医療の中で働いている人たちが、たくさんここにいます。避難所のああいふうな景色というのは、そのまま平行移動してこうだと言うつもりはさらさらないんですけども、例えば介護保険だとか、それから在宅医療だとか、そういうところにはケアマネジャーとか保健師とか介護職員とか、様々な方たちが働いているわけです。そういうふうな方たちが、働いている、町の景色というか、急性期以外の、慢性期なり在宅なりの、そういうふうな人たちが、何かのときに相談できるという意味で、救急安心センターがあるだろう、と。だから、救急車を呼んだほうがいいのかなあと思ったときに電話をくださいという話になりますけれども、精神的ケアとか慢性疾患のときになりますと、もうちょっと広い範囲で相談事が多分生じるだろうというようなことを想定している可能性が高いわけです。したがって、もし、避難所等における人たちが、将来的に——超急性期は電話がつながらないとしても、しばらくたったら相談できるというふうな仕組みを考えていくということは、実は、今、私たちが東京消防庁でやっているような救急相談センターよりも、もうちょっと幅広くカバーするような、つまり在宅で面倒を見られている、お年寄りの方々が、「やっぱり相談したいなあ」と思ったときに、「この時間だと、いつも来てくれるヘルパーさんは来る時間じゃないのよね」、「でも、やっぱり相談してみようかなあ」というふうな相談事をキャッチできるような仕組みを社会として持っているということが、実はこの話に結びついていくんじゃないかなあというふうに僕は思います。ですから余り消防ないし救急のことに特化して、その部分だけで突き進んでいくと、社会全体と上手に波長合わせをすることなしに形而上的な話が進むような気がします。ここはやはり、介護とか精神とか、場合によっては厚生労働省的な観点からいっても、ちょっと行政という垣根



の向こう側みたいな人たちも含めた中での複合的な議論が、やっぱり必要なんじゃないかなあという気が結構いたします。避難所は多分そうなのだろうと思います。

**【座長】**

ありがとうございます。ここは救急安心センターというよりも、もう少し大きく、健康安心センターとか、何か、慢性のところも考えてはどうかという、その辺のところについて、事務局、いかがでしょうか。

**【事務局】**

この辺の話になってくると、所管的に言うと厚生労働省の部分がかなり大きいとは思いますが、先ほど申し上げたように救急・消防としてできることもありますので、そういったことも含めて、またご相談させていただきます。

**【座長】**

どこまでが救急なのかというところは確かにそうですね。〇〇委員、何か発言があればどうぞ。

**【〇〇委員】**

ご指名ありがとうございます。厚生労働省でございます。今、事務局が指摘されたように、救急を含む医療や保健についての疑問を住民の方が気軽に相談できるような仕組みづくりについて考えることは、個人的には重要と考えます。この点についてすぐに具体的な検討に入ることは難しいと思いますが、将来的に消防や都道府県等と連携して取り組むような道筋がとれたらいいな、と私個人は思いました。

**【座長】**

ありがとうございます。それでは、この辺のところは、消防庁だけでなく、厚労省も中に入って、救急という意味をもう少し広く考えてはどうかということにさせていただきます。〇〇先生、〇〇先生、それでよろしいですね。

(うなずきあり)

**【座長】**

ありがとうございます。他にないようでしたら、時間の都合もありますので、その次に移りたいと思います。次は、「市民等が行う応急手当」についてですが、今日は〇〇委員から関連資料の提供をいただいております。〇〇委員に、まず、ご説明をいただいて、それからディスカッションに入っていきたいというふうに思います。〇〇

委員、よろしくお願いいたします。

## 【〇〇委員】

〇〇です。資料3で説明をさせていただきたいと思います。先ほどとダブるところは端折って、簡単に説明させていただきます。ページをめくっていただくと、最初に背景というのがあります。背景としては、右の図を見ていただきたいんですけども、目撃から蘇生開始までの時間と、1カ月後生存・社会復帰率というのがあります。1カ月後生存・社会復帰率というのは、10分を過ぎると急に悪くなっているというのは既に報告されているところです。じゃあ、10分以内にどのくらいの方が蘇生開始になっているかという、これは43.7%である。半分以上は11分以上であるということがわかっています。それと左のグラフは、先ほども出ましたけれども、救急車が現場に到着するまでの時間は、現在、非常に延びている。これでは、どんどん、43.7%がさらに少なくなってしまうのではないかと。つまり蘇生率が悪くなるのではないかとという危機感があるわけです。それで、実はその次のページにいきますけれど、既に平成20年度の高度化のトリアージ作業部会の中で、提言として、この10分以内を90%まで上げてほしい、と。それを実現するには、消防団員、学校教員、災害ボランティア等をファーストレスポnderとして養成してはどうでしょうかという話が、既に平成20年度の報告書の中に載っているということがあります。その右の図は、今言ったのと同じことを円グラフで示したものです。今言ったファーストレスポnderが何かというのは、この後で説明しますが、左の、丸が4つかいてある図をご覧ください。どうしても救急車がある場所から10分以内にたどり着けない場所というのが存在します。これは現時点で既に物理的に存在しているものももちろんあります。島とか僻地とか、そういうところはもう、最初から10分以上でありますし、右側の2つの丸のところであれば、他の救急隊が出てしまうと10分以上かかっていくということは、日常よくある話だと思いますし、一方で、10分以内にビルの下までは着くんだけれども、傷病者の自宅に着いてAEDを張るまでは、さらにエレベーターで5分、10分かかってしまう。何十階建てだと、そういうことも実際に起こりますので、こういうことを含めて、10分以上になってしまう場所というのは、たくさん存在しそうだ、と。特に災害時であれば、もっとそういうことにもなるでしょうし、雨で孤立したような場所であれば、こういう場所は日常よく起こり得る場所だというふうに考えられます。そういうところでも蘇生率を上げるには、何らかの形で、救急車と似たよ

うな質を持った蘇生のできる体制を、現地にいち早く着くような体制をつくれな  
いというのがファーストレスポンドラーの構想になります。次のページですが、ファ  
ーストレスポンドラー体制とは、一般の方、ここでは消防団等のことを考えていま  
すけれど、そういう方を現場に派遣して、応急手当を行ってもらう体制のことを考  
えております。普段であれば左下のコミュニティというところで119番通報をす  
ると、青い道を通して救急車が来ていただけるわけですが、その前に、119番  
のほうから、そのコミュニティの中にいるファーストレスポンドラー、これは  
十分な訓練を受けて、かつAED等を持ってられる人。そういう人たちが現場  
に駆けつけて、救急車が来るまでの間に応急手当ができる、そういう体制がで  
きることによって、蘇生率を上げられるのではないか、と。次のページをご覧  
ください。ファーストレスポンドラーの、例えば一つの例として、これは島根  
県の出雲市で、この前、実際にやってきたものですが、この坂浦地区という  
ところは、救急車が到着するまでに、現在でも20分以上かかる場所ですが、  
そこでもし——「7分以内になる」というところの下に書いてあるとおりなん  
ですが、目撃から入電まで1分かかる、入電からファーストレスポンドラーに  
指令するまで1分、指令して出場するまでに1分、そして実際に、この場合  
は車で動いてみたんですけれども、その集落の一番遠いところから、例えば中  
心部に恐らくAEDがあるとして、その中心部まで行って戻ってくるまでの時間  
は3分で済みました。そしてCPR開始まで、これをあわせると7分。現況、20  
分のところを7分にすれば、蘇生率の向上につながるのではないか。例えばこ  
ういうふうなイメージで考えています。その次が、ファーストレスポンドラー  
の役割ですが、バイスタンダーというのが既にあり、日本にはたくさんの人  
数のバイスタンダーが存在します。バイスタンダーがいればいいじゃないか  
という議論は必ず出てくると思うんですが、私たちとしては、バイスタン  
ダーよりもファーストレスポンドラーは確実なCPRができるよう、きちん  
と教育されていることと、AED等を必ず持つていくことができる、そうい  
う体制をつくることによって、質の高いCPRができるのではないか。そう  
いう人が必要である。もちろん、じゃあバイスタンダーは要らないのかとい  
うと、そうではなくて、最初に119番通報をすとか、まず蘇生を開始す  
とか、その他手伝っていただくこともたくさんありますので、そういう意味  
で、これによってバイスタンダーは要らないということを言っているつもり  
では全くなくて、現在の、バイスタンダーと救急隊の間にファーストレス  
ポンドラーという組織を作ることがで

できれば蘇生率の向上につながるのではないかと考えております。次のページは、これまでに調べてきた海外の例です。「アメリカ ウィスコンシン州 Brice Prairie」と書いてありますけれど、その右側をご覧ください。そこに書いてあるとおり、ここは人口 2,000 人でメンバーは 12 人。貨物列車が通ると救急車が通過できないために患者さんが収容できないというところで、1984 年にできた場所です。平均現場到着時間というところだけ見ていただきたいのですが、ファーストレスポnderで言うと平均 5 分 45 秒。消防車、救急車は 10 分以上ということで、半減するという場所です。処置範囲は、ここはパルスオキシメータも使っていますし、驚くべきことにエピネフリンの投与までできるという、ちょっと特殊なところではありますけれども、このような組織があります。それからその下の、ミネソタ州ロチェスター市というところは、これは大体、人口 15 万ぐらいの都市なんですけれども、他とちょっと違ったファーストレスポnderで、警察官がファーストレスポnderの役目をやっているということで、119 番通報があると、警察官のパトカーに連絡が行って、先に行って AED をつけてくださいというものです。生存群 5.9 分、非生存群 7.0 分というのは、目撃の後、通報から初回ショックまでの時間で、このぐらいの時間でできている。パトカーがいると非常に早い。そのおかげで社会復帰率は、目撃のある VF で言いますと、もう、50% を超えようとしている、年々よくなっている、というような報告を受けました。ここはパトカーを使っている非常に特殊な場所でもあります。次はロンドンですけれども、これは 2008 年からで、まだ歴史は新しいんですが、あの大ロンドンの都市で人口 750 万もいるところで、もう既に 550 人のボランティアを使って 35 のこういう組織ができているということで、必ずしも田舎だけでやるものではない。以上のようなところを海外の例として見てまいりました。それをまとめたのが、その下の図になりますけれども、構成員というのは住民の方が多いですけれども、それ以外に警察とか消防の方が勤務中にかかわる、そういったパターンのところがあって、例えばロチェスターとか、アメリカでは両方とも多いんですけれども、そういうものもありますし、会社員でも、仕事に指令が入れば現場に行くということもあり得る、というようなタイプもあります。それから出場対象は、全救急事案に出るものもありますけれども、一般的には CPA またはそれに準ずるものに限定しているほうが多いです。それから出場の指令は、無線、ページャーと呼ばれるポケットベル、それから携帯電話、メール等、いろんなものが使われていますし、報酬に関しては、原則的にはありません

ん。それから財源はいろいろです。寄附金、税金、それからボランティアで、自分たちでバザーを開いてお金をもうけるとか、そういうことをやっています。一つ特徴的なのは、メディカルコントロールは必ずすべて関与しているというのが特徴でした。それから労働災害。自分たちが何かけがをしたとか、そういうところは、原則的にはすべて保険に入っています。まだちょっと調べ足りないところがあるんですけども、原則的にはすべて保険に入っている。ボランティア保険みたいなものに入っていると思います。それから、万が一、傷病者へ賠償責任をしなくてはならないという事態が発生したのに対しても、既に保険に入っているというふうに聞いております。こういうのをもとに、次のページですけれども、消防防災科学技術研究推進制度で予算をいただき、現在、このような研究をしています。実態調査、それからファーストレスポponderをどのくらいの人數で、どのくらいの間隔で置いたらいいか。それから、どのような事例にファーストレスポponderとして出るべきか。例えば暴力沙汰には、やっぱり出るべきではないと思いますし、そういう一般の人でも行けるようなものは何か。それから、どのように指令をしたらいいか。それから、1秒でも早く伝えるにはどうしたらいいかということ、それぞれグループに分けて研究を行っております。それと右側にあるガイドライン。目次は読みませんが、このようなものを使って全体的なガイドラインを示せばというふうに思って、補償の問題、出場範囲などについて、現在、既に案としては書いております。平成24年度も、できればこういうことをやっていきたいというふうに考え、今、ファーストレスポponderの研究を行っているところです。あとは参考資料ですので、後ほど見ていただければと思います。何かご質問があれば答えさせていただきます。ありがとうございました。

#### 【座長】

〇〇委員、ありがとうございました。それでは全体のところ、「市民等が行う応急手当」というところについて、いかがでしょうか。どこからでも結構ですが、ご質問、ご意見等がありましたら、お願いしたいと思います。

#### 【〇〇委員】

最初に説明があったことの確認ですけれど、恐らく現実的にファーストレスポponderを育成していくという意味においては、消防の関係で言えば消防団の活用なのかなあとありますが、先ほど、一番最初の説明のところ、現状の消防法あるいは消防組織法等を解釈すれば、消防団は、現状ではそういうふうなトレーニングをさせても、

できないよというふうに考えてよろしいんですか。議論の始まりとして、もう一度確認させていただきたいと思います。

#### 【事務局】

先ほど、事務局のほうからご説明申し上げましたけれども、消防法第2条9項にいう救急業務については、これは消防職員が行うとなっていますので、消防団員の方が同じような200時間の講習を受けても、現状では、消防法に基づく救急業務を行うということにはなっていません。あくまでも消防団の行っている業務というのは、消防組織法1条に基づく業務となりますので、これについて言うと、災害等による傷病者の搬送を適切に行うということで、応急手当でいきますと、例えば一般人でも可能なAEDによる除細動、こういったものはできますけれども、救急隊員ができるようなものについては、先ほど言ったように、消防団の救急業務としては想定していないということになります。

#### 【〇〇委員】

整理をすると、ですから救急隊員が行う救急業務というものには該当しないのでできませんよ、と。しかしながら、CPAということで一般人が行うBLSであれば、これは一般人として解釈すれば、通常心肺蘇生はやってよろしいというふうに理解できますよね。それを、専門性をくんでやれば業として心肺蘇生を行うというのが、法的なものにかかってくるのか、かかってこないのか、整理の都合上、教えておいてほしいなあと思います。何でしたら厚生労働省でも結構です。

#### 【〇〇委員】

厚生労働省としてお答えできるのは、消防団員がAEDを用いて行う心肺蘇生などの業務が医業に該当するかどうかという点ですので、その点についてお答えします。心肺停止者に対する応急の対応のうち、例えばAEDの使用は、医行為に該当し、医師でない者が反復継続する意思をもって行えば、医師法第17条に違反となります。このように、医業というのは、反復継続する意思を持って行う医療行為というふうに解釈されております。では、非医療従事者の中でAEDを用いた、心肺蘇生を行う頻度が、他のバイスタンダーよりも高いと想定される方、例えば、AEDの設置されている場所に立っているガードマンや消防団員などがAEDを用いた心肺蘇生を行うことについては、一定の条件のもとで医師法違反とならないとする通知が、厚生労働省医政局長名で平成16年7月1日に発出されております。

**【〇〇委員】**

今のところに関してですけれど、消防団が救急搬送できないということは、これは法律でよくわかるんですけれども、現場に駆けつけるときに、いわゆる緊急走行をして行けるのか、あるいはスピード違反で捕まってだめなのかという点が一つ。また、それに絡んで、実は、今のPA連携で行くポンプ隊も、これがもともと患者搬送を前提としない活動の中で、緊急走行について一部の省庁から苦情が出ているといううわさを聞いたことがあります。それは非常に現場にはそぐわない苦情だと思うんですけれど、その辺のことがあって、やはり今のポンプ隊が現場で行う蘇生活動とか、こういうものを含めて、患者搬送を伴わない緊急的な応急手当に関して、やはりきちっとした、消防職員あるいは消防団の仕事として、業務として位置づけていかないといけないのかなあというふうには思うんですけれど。ポンプ隊がやっているAEDについても、これもあれですよ、いわゆる一定頻度者の範囲で、今、法的にはクリアしているはずなので、先ほど〇〇委員が言ったように、PA連携でポンプ隊が行ったときに使うAEDは、これは救急救命士が使う業務とは違って、一定頻度者で、普通の人よりはちょっと使う頻度が多いということで、法的には今のところクリアしているんですけれど、いつまでもそういう解釈でいいのか、あるいはやはり、もう、PA連携で行くようなポンプ隊に関しては、きちっとした業務として、メディカルコントロールということをそこにもきちっとかけることにして、メディカルコントロールのもとで、きちっとしたルールをつくるのかということ、そろそろ考えなければいけない時期ではないかなあと思います。

**【〇〇座長】**

それは先生のご意見として伺うということによろしいですね。

**【〇〇委員】**

はい。緊急走行できるかどうかだけ、ちょっと。

**【座長】**

ああ、そこだけね。消防団というのは緊急走行ができるのか、できないのか。

**【事務局】**

この緊急走行に関しましては、法令上の解釈という部分になってくるだろうと思いますが、患者さんの救急搬送のために消防団車両が緊急走行をすることはできません。

**【〇〇委員】**

現場に向かうときも……。

**【事務局】**

現場に向かうときもできないということになります。救急活動をするために向かう場合はできません。

**【〇〇委員】**

火が出ていけばいいけれど、心臓がとまっているのはだめだということですね。

**【事務局】**

はい、そうです。

**【〇〇委員】**

自分で調べてはいないんですけど、四国の4県は、P A連携のPが今の理由で成り立たないと聞いたんですけど、そうなんですか。

**【事務局】**

四国4県に限らず一部の県でP A連携として緊急通行が認められていないところがあります。実は、それについては、今、警察庁とお話をさせていただいているところでありまして、どういう理由で認められていないのかも含めて、すべての都道府県で認めていただけるように、解釈なのか何か変更が必要なのかも含めて、協議させていただいているところです。

**【座長】**

ありがとうございます。それから、先ほど〇〇委員から、バイスタンダーとの間にファーストレスポonderという話が出ましたけれど、このファーストレスポonderというのは、例えば普通救命講習とか、あるいは上級救命講習を受講されている皆さんを組織化して、そういう皆さんをというほうが、もっと安直にできるんじゃないかと、ふと思いますけれども、その辺はいかがでしょうか。

**【〇〇委員】**

いろいろな形があるだろうということで、世界的なファーストレスポonderの教科書とか、それから基準みたいなものを見ていますが、国によっては60時間の講習というところもありますし、もっと短いところもあるということで、日本に、またその地域に合った適切なものは何なんだろうというふうに考えて、今、ガイドラインをつくろうとしています。まだ決まっているわけではありませんが、先生がおっしゃったとおり、少なくとも普通救命講習。できればそれを、きちんと、今のように3年おき



にバイスタンダーがやるのが努力目標というのではなくて、確実に、何年とか何カ月とかいうところで再教育をしていくようなシステムで、その他に通信の受け方とか、そういうものも含めた講習を受けた人をファーストレスポンドラーとして認定していくというものをつくろう、と。まだ100%固まったものにはなっていません。

#### 【座長】

〇〇委員に対して、あるいは事務局でも結構ですが、ご質問、ご意見があればお願いします。〇〇委員に私からお尋ねします。ファーストレスポンドラーという、欧米のこのスタイルというのは、やはりキリスト教的な、奉仕の精神というのでしょうか、その辺の流れがあるのではないかと思いますけれど、日本で果たしてどうなのか。もともと百数十万人いた消防団員がどんどん減っていき、今、90万人を切っているわけですが、その辺のところを考えながら、いかがでしょうか。

#### 【〇〇委員】

確かに先生がおっしゃるとおりで、ただ、アメリカでも、これが全土にあるわけではなくて、一部の、特に一生懸命やる組織があるところというふうに感じます。ニューヨークにあるかという、恐らくないだろうと思いますし。コミュニティとしての力が強く、うちの地域は自分たちで守るんだという意識が非常に強いというふうに、行った現場ではいつも思いました。日本でもそういう地域は、実はあるんじゃないかというふうに考えて、特に田舎などでは、実は、自分たちのところは自分たちで守らなくてはというふうに思う可能性が強いと思っていますし、この資料にも付けましたように、実際にアンケート調査等も既に始めていますけれども、私たちが思っているよりも、「隣の人に来てくれるならいいよ」というふうに言う地域が結構あるんですね。恐らく東京だと、「隣の人に来てくれるのは嫌だよ」というふうに言うと思うんですけれども、逆に田舎へ行くと、「隣の人なら知っているから、この近くの人に来てくれるんだったらファーストレスポンドラーというようなもので急病のときに来てくれるのはうれしい」というふうに言ってくれるのが多い地域も実際にありますので、そういうところは、そういういいところは、これから日本各地で、このファーストレスポンドラーを一つのきっかけにして、日本でそういうコミュニティを守る力ができてくるといいのではないかとこのように感じています。

#### 【座長】

ありがとうございました。では〇〇委員、どうぞ。

## 【〇〇委員】

非常におもしろい取り組みというか、私たちの会でも、よく救命講習をやったりしているんですけど、多分、会員にこのことを伝えたら、みんな受講して、とりたいというふうになると思います。ただ、みんな小さい子供を育てているので、講習の時間とか講習のとり方というのが気になっていまして、既に救命の講習で3時間、4時間というのが、なかなか小さな子供を預けて行けないというようなこともあって、短い時間でお願ひしますという話も、他のところにしたりしているんですけども、実際に行って、60時間全部受けなくても、何かちょっとした、他のやり方でも、トータルでその講習をクリアできるような仕組みができれば、特に小さな子供を育てている親は、親身になって行こうと思いますので、ぜひ、進めていただけたらと思います。

## 【座長】

今日はもう一人、メディア代表で〇〇委員が来られていますが、いかがでしょうか。

## 【〇〇委員】

地域でどうにかしなければいけない課題の一つだろうと思いますけれど、確かに都会は、いざとなったときに、やっぱり隣からは、なかなか、来ていただきたくないというような人が多いのかなあという気はするんですけども、ただ、これから先は、そうも言えないような、高齢化率の上昇とか、そういうことを考えますと、必ずしも、どういう地域であれば、そういうものを構築しないでもいいというような事情では全くないと思いますので、何とか、地域でどうにかするというような仕組みづくりが必要ではないかという気はいたします。

## 【座長】

ありがとうございます。〇〇委員、よろしくお願ひいたします。

## 【〇〇委員】

余り中身のある議論ではないんですけど、やはりちょっと、議論の仕方が気になっていて、私も一応、法学部にいるものですから、先ほどの、現行法が今、社会の中で必要なものに対していい制度が例えば他のところにあるのに、それを止めるのが何か法律の役割みたいな形になるのは、実は法律家としては全然そんなことは意図していないと思うんです。むしろ議論の仕方は、現行法が仮にあったとしても、それは本当に必要なら変えればいいわけですし、解釈を変えたり、何か他の、例えば通達を出したりするようなことで対応できるので。実際にあったのが、先ほどのAEDの、一

般の人たちがやるのも、厚生労働省とか消防庁とかで、きっと検討会を作られたり、P A連携についても検討会をつくられて、現行法を、ある意味では、完全には改正しないけれども、解釈を少し、いろんな——本当は下らないと思いますけれど、言い訳というか、ちゃんとした説明を付け加えることによって、今まで、そこを突き破ってきたと思うんです。だからむしろ、議論のあり方としては、現行法でこれがだめだから、これはやめましょう——せっかくいいものがあるのにやめましょうという方向じゃなくて、むしろ、こういうやり方が日本の中では必要なんじゃないか、と。実際にできる方策もあるんだ、と。だとしたら、それに現行法がうまく合わないんだったら、何か、むしろ事務局のほうで、厚生労働省とかと協調していただいて、もしかしたら警察庁なのかもしれませんが、そこでうまく対応していただくというような方向に行くのが——まあ、それで必ずしもすべてうまくいくかどうかはわかりませんが、方向としては、やはりそういう議論の立て方で行くべきだと思います。

#### 【〇〇委員】

というようなことを前提にすれば、もう一度、最初の話ですけれども、例えば先ほど座長から、消防団も少なくなってきたという話がありましたけれど、それはやはり火事だけに特化していると、そういうことになると思うんです。地域のコミュニティの中で自らの生命や財産を守るという意味においては、もう一度やはり消防団のリフレッシュというか、そういう意味においてはC P R、心肺蘇生をやるという以外に、災害支援の活動も有りうると思います。災害時に、恐らく公助を期待するよりも共助でやらないといけないというのは、もう、皆さんご存じのとおりなので、そんな公のサポートを待つよりも、コミュニティでまず立ち上げるという必要性があり、もしどこかに動ける起爆剤があるとすれば、やはり自治会とか消防団なんだろうと思います。その消防団に、やはり本来の消防機関の手足となって動いていただくようにする、ごく一部分の仕事として、C P Rのところだけを何とかお願いできませんかとか、あるいは今回のような災害があったときに、応急手当等が、どういうふうにすれば本来の救急隊員に代わってできるのかということも含めて議論すれば、非常に大きな話になるんじゃないか、と。そういう意味で、今、ちょっと、〇〇委員がおっしゃった、法律があるからもう考えるのはやめだというのを差し置いて、逆にそういう提案ができるんじゃないかなあと思って、ちょっと話をさせていただきました。

#### 【座長】

ありがとうございます。両先生とも、とても大事なことをおっしゃっていただいたと思います。

#### 【〇〇委員】

ちょっと議論に水を差すようで申しわけないんですが、消防団というのは、今、法的にも根拠があって、組織化されている。それについては、今、いろんなご意見が出ているとおりでと思うんですけど、ここで想定されているのはもう少し幅広い、新しい市民の方をとということなんですけど、どうも私には、バイスタンダーとプロとの間にファーストレスポnderなる組織をつくるのが、特殊な、島根県のような地域はあり得るのかもしれないんですが、もう一つ何か、行政の発想なのかもしれないんですが、しっかりこなくて……。基本的に、バイスタンダーの方が非常に早いタイミングでCPRをするようにという講習を広げていく、これは大阪府も一生懸命やっていますし、徐々に全国的に進んできていると思うんです。ただ、先ほどの外国の例なんかを見ると、一定の義務が課されていますよね。コールをされて、勤務時間であろうが、ある程度、出動をして、対応するというような、少し義務的な側面が、その方々に課されていて、そういう方々に、ある一定時間の講習を継続的にして、反復的に講習を受けていただいて、組織化して、出動する体制をつくるというようなことをやるのであれば、都会の大阪なんかは、大阪市消防局だったら、消防職員の数をふやしたほうが、はるかに救急活動としては費用対効果が高いんじゃないかなあというふうな気がしました。なかなか、こういう、組織化されない人たちを上手に養成して、仕組みの中に取り込んで動かすということが、我々行政も得意でないからそう思うのかもしれないんですけど、ちょっと何か、現実的には、消防団というような組織を除いては、なかなか難しいし、労力をかける割には実効性という点でどうなのかなあというのが、ちょっとひっかかるんですが。

#### 【〇〇委員】

一つは、私たちがいろいろ統計をとったりしているときに、バイスタンダーが、どのくらいきちんとCPRができているとか、そういうことを——先ほど、大体60%の方が応急手当をしているというのはありましたけれども、数は少ないんですが私たちの地域で調べてみると、実際に正確な蘇生ができていたのは2割ぐらい、またはそれ以下であるというふうにも考えていますし、これは全国的な話を聞いても、6割が、きちんとした蘇生ができていているということではきっとないだろうというふうに思っ

ているのが一つです。だから、きちんとした蘇生法を習得しているということと、かつAED等を持って現場にすぐに行けるという体制は必要だろう、と。これはたとえ大阪であっても、ビルだとかそういうところで、実際に10分以上かかるというところはたくさんあると思いますので、そういうところで、「自分たちの会社は自分たちで守る」、あるいは「自分たちのビルは自分たちで守る」、そういうのでいいと思いますので、そういう組織をつくっていくことで、その地域の蘇生率を上げるということは十分に可能だろうというふうに思っています。そういう組織をつくるのは難しいだろうという話は、それはその通りかもしれませんが。僕は逆に、大阪は易しいのかなあと思ったりもしたんですが、難しいのはよくわかっています。既にアンケート調査等を始めていて、賛成してくださる方は多いんですけど、実際に手を挙げる人って、それほど多くはない。けど逆に一定の頻度でいるというのもわかっていますので、そういう人たちを組織できればいい。さっきのBrice Prairieだったら2,000人のうちの12人なんですね。そういう人数で、きちんとした蘇生法とAED、あとは連絡手段をきちんと持っている人がそのコミュニティの中にいるということは、大きな力になるのではないかと考えています。

#### 【座長】

ありがとうございます。ちょっと時間がなくなってきちゃっているんですが、一つだけ、今、〇〇委員の関連ですけれども、消防団というのは消防団法があると思いますが、これは東京の場合なんかは、火事は江戸の花で、組頭がいて、木遣りを持って、はっぴ姿で駆け込んでいく、ああいうのを、ふとイメージするわけですけれども、消防団法で火事に特化した団の使命、任務というのはあるのでしょうか。

#### 【事務局】

消防団については先ほど出てきた消防組織法の中に位置づけられており、特に消防団と消防職員を細かいところで分けているところはありますけれども、任務として分けているところはありません。先ほど見ましたように消防組織法第1条というのは、「消防は」という書き方をされていて、これは消防職員も消防団員も両方含んだものです。今、お話にあったように、もともと消防団は、恐らく消火のほうが中心だったと思いますけれども、現状ではかなり災害も多様化していますので、今回の地震での対応や、あるいは救助とか、いろんな側面に対応しています。それから先ほど出てきたAEDについても、一部の消防団はAEDを持って活動していますので、救急の分野にも広

がってきています。したがって現時点における「消防」というのは、かなり広いというふうに。先ほど、いろいろ解釈の話もありましたけれど、解釈としてはできると思います。

#### 【座長】

ありがとうございます。

#### 【〇〇委員】

今の質問の付録の質問ですけれど、消防団の中にはAEDを使って活動している人たちもいるという話は確かにそうだと思うんですけれど、総論としては火を消すことができるとか、災害時に地域を守ることができるという、そういうふうなことができることが前提で消防団というものがある。その消防団のある人たちが、AEDが得意だという、そういうふうな話で理解したほうがいいんですか。僕が聞いているのは、例えば重機を使って物を動かす仕事がありますよね、工事現場の。ああいうふうな特殊技能を持った消防団員がもう既にいますよ、というような話は聞いたことがあって、そうすると、もともと消防団の、総論的な火消しの部分は余り普段から訓練していないけれど、いざというときには大きな瓦礫を動かすための道具を持って、重機でもって動かしてくれる。そういうふうな特殊技能消防団というのが世の中にいるのかなあ、と。もしそういう人たちがいたら——だって、新幹線の中で「医療者はいますか？」といったら、きっといますよね。山手線だって、この時間に乗っている人たちの中には、必ず医療者はいますよ、看護師さん1人ぐらいは。そういうふうな人を上手に組織して、例えば消防団に入れてしまうことがもしあれば、今言った訓練は、ほんのちょっとうまくやればできるのではないか。だって、マンションにもいますよ。うちは僕以外にも医者がありますしナースもいますし。だからそういう意味では、消防団の総論の部分は「ちょっと、ごめんなさい」だけど、特殊技能消防団というのがあって、そのまた向こう側に医療者消防団みたいなものもしいれば、今の法律の中で、上手にこねながら、〇〇委員の提案にフィットするような固まりを、ポツポツとつくることはできるんじゃないかなあという、そういうイメージなんです。それはどうなっているんですか、消防団って。

#### 【事務局】

消防団については、消防団に入れる資格というのは特にありませんので、今言われたような機能別消防団というものも進めておりまして、それは例えば消火は行わない

けれども、災害時に重機を使って活動をするという方もいらっしゃいます。また、私どもで承知しているのは、医師あるいは看護師で消防団になっているという方もいて、札幌市でも取り組みを進めています。そういう方もいますので、消防団といっても、すべてをカバーする方もいらっしゃれば、本当に特化した部分を担当するという消防団員も最近増えてきているのではないかと思います。

**【〇〇委員】**

じゃあ、〇〇委員の話ともフィットするんですね。

**【座長】**

では〇〇委員、どうぞ。

**【〇〇委員】**

札幌の〇〇でございます。今、事務局のほうからお話がありましたので、若干、補足させていただきたいと思います。私ども札幌は10の行政区があり、その地域の特性ということで、通常の消防団活動の上に、機能別的な消防団があります。先ほど〇〇委員のほうからあった、得意分野を生かしたということで、実は6月の臨床救急医学会のシンポジウムでもちょっと発表があったんですけど、私どもの豊平消防団というところに、私どもの救急救命士養成所の先生もやっていた先生なんですけれども、診療所を開かれていて、この方と看護師さんを含めて、豊平消防団メディカルサポート隊というものに、ちょうど2年半ほど前ですけれども、平成21年の2月に参加いただいております。ちょっと細かい数字はあれですけど、今現在で50回ぐらいの出動があり、約半分近くに、実は気管挿管などをおやりいただいたというふうな話を聞いています。それから私どもの10消防団の複数でございますけれども、私どもの消防団は、地域の女性消防団がおおむね2割になっています。この中で、実は応急手当の普及啓発に特化した部隊をつくっていて、いろんな花の名前を付けたりしたチームをつくっているんですけども、相当の活動をいただいているという実績があります。

**【座長】**

ありがとうございます。北海道からは、もう一人ここに〇〇委員がおられます。道からのお話で、いかがでしょうか。

**【〇〇委員】**

ただいまのお話に付け加えて、北海道はかなり広く、地域特性がありますので、例

えば山岳の多いところで遭難があるところは、山岳遭難のためだけの消防団員、いわゆる機能別の消防団員というのもありますし、今お話があった女性消防団は、札幌市以外でも多くいろんな講習をするなど、そういった活動をしています。ただいまご指名いただきましたので、別の論点ではありますが、今、市民等が行う応急手当の仕組みということで、これから徐々に、普及啓蒙していかなければならないと思うんですが、いきなりその仕組みづくりとか、あるいは消防団だけに焦点を当てて、それに向けてやるというよりは、もう少しそういう啓蒙活動というか普及の時期を経て、一定の時期が来た時点で、その仕組み作り等について考えていけばいいのかなあというふうな感じを持っております。

#### 【座長】

いきなりというのではなく、助走をしながらということですね。ありがとうございます。それでは、後からまた戻ってきても結構です。次に、③の「救急業務の高度化」——先ほど、ICTとかビデオの喉頭鏡の認可とか、いろいろ既に話が出ております。この中で、ICTあるいはビデオ喉頭鏡等々は、特に災害時に有用性があるのではないかという話も出ていました。この「救急業務の高度化」、特にICT、ビデオ喉頭鏡等々についてご意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。こここのところは、もう、全くそのとおりでというところですが、事務局から少し補足があればどうぞ。

#### 【事務局】

ICT、ビデオ喉頭鏡については8月1日に、厚生労働省と連名で通知を出させていただきました。その後、各県からかなり問い合わせがありまして、細かい話ですけど、講習の順番はどう受けたらいいのかとか、この機器は大丈夫なのかということで、かなり反応がありますので、またその辺の状況についても、今後、ご報告しながら進めていきたいと思っております。

#### 【座長】

ありがとうございます。もしご意見がないようでしたら、次に移らせていただきます。④の「消防と医療の連携」というところ、31～32ページあたりですけども、いかがでしょうか。岩手、愛知、この2県が、まだ実施基準への対応ができていないということですが、ただ、この両県とも、もうすぐ、年内にはということによろしいですね。年内には整うというところにあります。そして1号基準と6号基準の話があり



ました。この連携のところで、いかがでしょうか。ご意見をいただきたいと思います。  
この連携のところで、事務局から何か補足があればご発言いただきたいと思いますが、よろしいですか。では〇〇委員、どうぞ。

### 【〇〇委員】

この件については、日常の救急業務とか救急病院の立場で患者さんを受け入れている側からすれば、最も重要なところでして、前回の、初回の検討会でも少し述べましたけれども、「基準をつくりました」だけでは済まないと思います。結果として、やはりそれが、果たしてどういうふうにもうまくいっているのか、あるいはうまくいかないのかといったことを、いわゆるフィードバックをかけるような検証業務が不可欠です。できれば各都道府県に対し、「基準づくりをやりましたか」に加えて、追加で、どういうプロセスでそれを変更していったり修正していったり検証しているかというようなことを、少し吸い上げていただきたいと思います。やはりそのあたりは、皆さん、かなり苦労されていると思います。がちがちの基準をつくれれば、かえって使いづらいし、なければいいというところもあったりしますし、ただ消防と医療機関の一定の橋渡しをするルールがないとうまくいかないというのも実態なので、やはりうまく改正消防法を活用するためにも、その辺のプロセスをちょっと重視していただきたいなあというのがお願いです。

### 【事務局】

今、1号基準と6号基準の状況はお示ししていますけれど、それ以外にも、やはり、それぞれの県ごとにかかなり差異があります。先ほど事務局から説明したように、私どもは厚生労働省ともお話をし、一緒に調査なりヒアリングをしようと思っております。その中で、各県にも参考になるところも出てきますし、PDCAサイクルを回すに当たって、いろんなデータも——先般、MCの連絡会、幹事会でお話ししましたが、救命率の状況などについても、地域MCごとにお返しをするという話をしていますので、そういったものとも関連づけながら、うまく、さらにいい方向に持っていくように、やっていきたいと思っておりますし、それについてはまたご報告をしたいと思います。

### 【座長】

この実施基準ができ、医療機関の確保の基準ができ、整ったところでは、搬送困難

事例というのは具体的には減ってきているのか。データの的にはどうなんでしょうか。

**【事務局】**

平成 22 年中の、例えば 4 回以上、病院照会が必要であったものとか、30 分以上現場に滞在したものだというのは、先般、調査を発表しまして、平成 22 年の上期中に実施基準を策定した団体と、それ以外のところとを比較しましたが、昨年の上期までに作成したところのほうが、比較的、データは良かったのですが、それだけでは、よくわかりません。今後は、実施基準をどのくらい使っているのかとか、また、それによってどういう効果があったかというのも調査に組み入れながら、またお示しをしたいと思います。傾向としては効果が出ているのではないかと思います。ただ、作っているところも、かなりばらつきがあり、すべての症例に対応していなかったりするところもありますので、その辺も分析に加えながら、またお示しをしたいと思います。

**【座長】**

ありがとうございます。〇〇委員、全体を通じていかがでしょうか。

**【〇〇委員】**

では、一つ質問をさせていただきます。大阪市の先ほどの、人口 10 万人当たりがちょうど倍になっているという話で、この 1,000 件について、ざっくりとした中身をぜひとも出していただきたい。恐らく一般健康相談みたいなものが結構入っているんじゃないかと思うんですけど、その辺のところはわかりますか。倍になった、そのざっくりとした中身を知りたいということですけど。

**【〇〇委員】**

内訳としては、約半数が病院案内になっています。医療相談の他に、ちょっと外れるものもその他として含まれているのは事実です。広報が行き届いているのかどうかですけれども、多くなったのは、その、広報が行き届いた結果かなあ、と。1 日に大体、平日で 500 件。土日になると 1,000 件ぐらいの電話がかかってきます。実態的に言うと、安心センターとしては、今、手いっぱいになってきているかなあという感じがあります。

**【〇〇委員】**

救急医療相談というより、医療案内にしても、慢性的に、例えば高血圧の治療をしているとか糖尿病の治療をしているとかで、「どこかいい病院はないの？」というような問い合わせになっているんでしょうね。恐らくは。

### 【〇〇委員】

基本的には救急病院を紹介するということが基本になってはいますが、もっと近くの病院はないのかとか、そういう、ちょっと理不尽な相談も結構あります。

### 【〇〇委員】

だから、安心センターを今後どういう格好で——先ほど、災害のときのPTSDとか、いろんな、他の慢性疾患とか精神的ケアを含めて面倒を見るのかという話とも絡んでくるので、その辺のところを全部これで引き受けてやるんだという話で行くのか。あるいはもう、きっちりと救急に限定して、そこだけでやりますというなら、そういうPRの仕方をしないと、これからやはり、恐らくこのままでほうっておけば、どんどん、どんどん、東京も奈良もひっくるめて、それは当然、広がっていきますよ。だから、その辺のところはどこかで抑えるのか、あるいは広がってもいいんだという方向で行くのか。やっぱり行政のほうで、それを判断していただいて、そういうのが必要なら別につくるとか、あるいは、それもひっくるめてやるかどうか、ちょっと、今後、検討して行ってほしいと思います。

### 【座長】

ありがとうございます。その辺のところも、事務局と詰めたいと思います。普通の救急業務、救急安心センターと、災害時の安心センターとは、多少——そこはさっきの議論のとおりだと思いますので、その辺も含めて検討したいと思います。ありがとうございました。実は作業部会からの中間報告を、もう少し早い段階でと思っておりましたが、こんな時間になってしまいました。作業部会長から、資料2をもとにご説明したいと思います。

### 【〇〇委員】

では、資料2に沿ってご説明いたします。これは後ほど申します現地調査からまだ2週間しかたっておりません。この結果の取りまとめ作業、それから、その折に、現地の消防機関を初め関連機関にお願いした追加情報も、まだ手元にきておりません。さらには、別途、アンケート調査もお願いしています。こういうものの取りまとめを、また第3回の作業部会も予定していますので、まとめて、今後、ご報告します。あくまでも今回は中間報告でございます。私が使う言葉の表現についても、十分に吟味、推敲されたものではないので、そういう前提でお聞きいただきたいと思います。2ページにありますポンチ絵の次の3ページですが、私ども作業部会に与えられた検討事

項は、この2にあるように大変大きいものでございます。この進め方としては、今回の東日本大震災の実態調査を行い、その中で明らかになった不具合や失敗と申しますか、うまく回らなかったもの、こういうものを繰り返さないということを基本的な理念に、医師、行政、消防機関など、いろいろな立場を越えて、正確・誠実に分析をして、これを反映させたいという思いで作業を進めているところでございます。4ページの「作業部会における検討事項の整理」、これは事務局にさせていただいたものです。もう1枚おめくりいただいたところからが、今回の現地調査の報告概要をまとめたものです。「(現地調査報告) 1」とありますが、期間は8月17～18日の2日間にわたって実施させていただきました。わずか2日ではありますけれども、事前に十分な、厳しいディスカッションを事務局とも重ねまして、また、関連各機関には、事前に調査内容をお知らせし、できるだけ手元に調査のデータを準備していただくようなことをお願いした上での2日間でございます。ですから、できるだけ無駄のないような時間の割り振りで、丸2日間、十分に調査させていただいたと思います。調査の具体的な場所は、6ページ以降にありますように、県庁の災害対策本部と消防本部、そして病院と、大きく分けてこの3つの機関に対して、岩手県、宮城県、それぞれについて調査させていただきました。まず、県庁災害対策本部ですが、これは、そこで聞き取ったもの、得た情報を記載していますので、今回、私どもにお与えいただいた検討事項ごとに整理されたものではありません。ですから、あくまでもこれは、そこで得た情報がそのままに書かれているものですが、この要点は、県庁災害対策本部においては、まず、本検討会に引き継がれる前の、救急業務高度化推進検討会の、平成21年のときの報告書の中に盛り込んだ、県庁の災害対策本部の枠組みですね、この災害対策本部の中に、あの作業部会の報告の中で、初めて医療が、統括DMATという形ですが、枠組みの中にきちんと明示されたわけです。この枠組みを、岩手県・宮城県とも遵守していただいたというのが、まず、特記すべきことでございます。そしてこの枠組みの中で入った医療者が、一応、一定の活動をできたというふうに評価をいただいているというのが大きい点かと思えます。もちろん、この現地対策本部と病院との間の通信が十分に機能しなかったために、この医療者そのものの機能の評価については、聞く場所によって、それぞれ評価がばらついた点は否めないところです。しかしながら、ともかくも医療がその本部の中に入っているということについては一定の評価をいただいたということが特記すべきことかなあというふうに思います。ま

た、これはまたきちっと分析をした上で、きちんとした表現でご報告いたしますけれども、両県ともに、ドクターヘリに関しては、それぞれ航空管制の外で飛んでいたということで、この辺の安全管理上の枠組みの中に、どういうふうに盛り込むかということは今後の課題かというふうに思います。それから次の、消防本部のところですけども、両県とも、これは119番の通報システムがダウンしてしまっているという状況下が、まず前提にあります。そして同時に、両消防本部ともに、消防本部自体が被災しており、被害甚大でございます。こういう前提で、まずは病院選定とか、それからMCのシステム構築とか、こういうことは、もともと望むべくもないような状況であったというのが、まず出発点です。ですから、傷病者はすべて災害拠点病院に搬送するというような方法をとらざるを得なかったということがあります。いずれにしても、この消防本部自体の通信が、消防行政無線も含めてダウンしてしまっている。複数の通信手段を確保しないと、このような事態に対しては全くその機能が果たせないということは、両県とも共通の調査結果でした。次の病院の中で見えてきたものは何かということですけど、この病院も、同じく、すべて通信が途絶してしまっています。ですから、病院への患者の受入は、来た患者はすべて受け入れるという体制で対処したというのが、すべての病院に共通する対応の仕方です。その中でも特記すべきことは、宮城の石巻日赤においては、消防職員が救急患者の受入業務、入口業務をすべて一手に引き受けてやってくれたというところでありまして、2名の消防職員がここに張りついて、通報なしにやって来る救急車をすべてそこで受け入れて、トリアージをして、病院側への引き継ぎをしたということで、これが非常に助かったということです。通信が途絶えた状況の中では、人海戦術ではありませんけれども、そのような、人によるサポートというものが非常に助かるということが言われました。また、これは消防と医療の連携という、高度な部分ではありませんけれども、実際に病院の水を支えたのは、いずれも消防の力であったということも、あわせてご報告したいと思います。この中で、5つの検討項目がありますけれども、次のページで、メディカルコントロールについて少しだけ触れさせていただきます。メディカルコントロールについては、特にどのようなプロトコルを使うか、さらには特定行為に当たって、だれからオンラインのメディカルコントロールを受けるかということについては、3月28日付の事務連絡が出されています。また、11ページの下には、これは厚生労働省のほうから出された、医師の指示が得られない場合の特定行為についての違法性の阻却と

ということについての事務連絡、これは3月17日付のものですが、こういうものがなされたということがありました。そこで、検討項目としては、プロトコールをどういうふうにするのか、MCを受ける医師の優先順位をどうするか、さらには指示が得られない場合の特定行為をどうするのかということについては、作業部会の中で、今後さらに検討を進めるつもりですが、ここで一点だけ、今回の現地調査の中で、こういうことに関して、まずはオンラインのMCというのは災害の中で、特に今回のような大規模災害の中ではそぐわない、オンラインのMCは、そもそも通信が途絶しているような中で、幾ら立派なプロトコールを立てたところで、オンラインに依存した体制というのは難しいだろうというのが、まず、第一点です。ですから、あらかじめ事前の取り決めによるオフラインによる規定というものが望ましいということです。さらには事務連絡で、追加でこうしてもいい、こうしたほうがいい、ということがなされましたけれども、現場には全く伝わっていません。あるいは、伝わっていたとしても、それを履行するような余地はなかったということがあります。この辺のところは現実ですけれども、最終的な報告にするときには、もう少し大人の記事にして報告させていただきます。最後に、被災地までの移動手段ですけれども、これについては列車を使った自衛隊車両の運送というのがJRでなされているということを踏まえて、消防機関においてもこのような運用が可能かどうかということについて、今後、検討していただきたいということで、作業部会としては、移動手段についてはこのような形での取りまとめになっております。簡単ですけれども、中間報告として、以上、報告させていただきました。

#### 【座長】

非常に丁寧な中間報告をありがとうございました。今日は仙台市、そして宮城県からお二人の委員が出席されています。まず、宮城県の〇〇委員からお願いいたします。

#### 【〇〇委員】

宮城県でございます。このたびの大震災では、全国の皆さんからご支援をいただきまして、本当にありがとうございました。宮城県では、東京消防庁さんを初め、あるいは札幌市の消防局さんを筆頭に、緊急消防援助隊の枠組みでお話ししますと、全国から25の都道府県からご支援をいただきました。本当にありがとうございました。また、先日は作業部会長に、現地調査ということで入っていただいて、緊急かつ重大な災害の中で、特に石巻の日赤病院が大変頑張ってくださいました。そういう中で、

多くの生命を救えたんじゃないかというふうに思っております。宮城県での活動で、一点だけご紹介したいのは、実は昨年6月に、自衛隊と、今回活躍していただいた石巻日赤病院、それから防災関係機関でヘリコプターを所有している機関が石巻地区で合同訓練を行いまして、陸上自衛隊、航空自衛隊、あるいは海上保安庁、国土交通省、それから仙台市さんや県の防災ヘリが、例えば石巻日赤のヘリポートに飛んでいったり、あるいはそこから航空自衛隊の松島基地に輸送して県外への輸送をするとか、そういう訓練を昨年6月に、初めて、宮城県としては大規模にやらせていただきました。そういう中で、今回は沿岸部のヘリ基地の多くが被災したものですから、訓練どおりうまくいかない条件ではあったわけですが、かつ、多くの皆さんに、救急車も含めて緊急消防援助隊に来ていただいたんですが、水が引かないので、救急車はあるんだけど、なかなか思ったように現場へ入っていけない、そういう中で、やはり発災の当初はヘリコプターなどを使って多くの機関に救助あるいは搬送をしていただいたというところがございます。また石巻の病院で、いっぱいになってしまうと仙台の病院へ、それから東北大に調整していただいて、例えば秋田県の病院への県外搬送とか、そういうことも、いろいろございました。いずれ宮城県の中でも医療の現場あるいは消防のほうで、それぞれ、今回の取り組みを振り返って、今後やっていくことになるかと思いますが、そういう中で、二度とこんな災害はあってほしくはないのですが、いずれ体制の立て直しなり、新たな観点での訓練というものをやっていきたいというふうに思っております。このたびは本当にありがとうございました。

#### 【座長】

ありがとうございました。最後に仙台市の〇〇委員、どうぞ。

#### 【〇〇委員】

前回、私のほうから、当市での災害の状況と、それから消防としての取り組み状況をご報告させていただきました。先ほど宮城県の〇〇委員さんから、今回の広域災害への対応についてお話がありましたけれど、少し、それに付け加えるような形になるかと思えます。作業部会のほうでもいろいろ議論が進んでいるかと思うんですけど、消防と医療の連携という、非常に大きなテーマの中で、例えばDMATと消防、それからドクターヘリと消防ヘリ、とかというふうな内容で、今後どのように連携を図っていくかという検討、議論が進められているかと思えます。そこで一つご紹介させていただきますと、これも市内で、ある先生方からちょっとお話を聞いたんですが、

県庁内の調整本部が置かれた中で、発災日が3月11日でしたけれども、14時46分ですか、その夕方、17時20分には、これは国立の医療センターのほうからですけれども、県庁のDMA T調整本部へ、すぐに広域搬送の体制確保を要請されているんですね。その直後の18時35分には、県庁内の調整本部でSCUを、県内であれば2カ所——1つは石巻赤十字にヘリポートを置こう、と。それから仙台市内に、これは陸上自衛隊の霞目飛行場になりますけれど、この2カ所にSCUを設置しようというふうなことが、夕方に出ておりました。それから日本DMA T事務局、これは立川ですけれど、ここでも新千歳空港、それから花巻空港、それから先ほど申しました陸上自衛隊の基地、霞目飛行場。それから福島空港、羽田空港、伊丹空港、福岡空港、そして入間基地。こちらのほうにSCUを設置するというのを、早速決めて、それぞれにDMA Tを投入するというふうな準備ができたわけです。なかなか、災害現場で行動する、活動をする消防とDMA Tとの連携というのは、現実的に非常に難しい面があります。時間の関係で余り詳しくは申し上げられませんが、現実的には難しい部分があるんですが、やはり、それぞれにミッションが違いますので、スタート時点から、やはり役割分担というんでしょうか、連携という中でも分担を分けて、ポイント的に接点を持って活動するというようなところで、今後、私ども仙台市消防局としても、医療との連携の中で、その辺を検討・研究してまいりたいというふうに考えております。それからドクターヘリも、これは消防と、あるいは警察、自衛隊のヘリとの連携というのは、ずばり率直に申し上げますと、連携というのが図られてはいなかったのではないかなあというふうに思いますが、これも、なかなか難しく、ただドクターヘリというのは非常に活動に自由度がありますので、むしろ消防・防災ヘリに関しては、これだけの大規模な広域災害になると救助というものが大方のミッションになりますので、そういった意味でも役割分担をして、それぞれに要所要所で連携を図って、迅速な——ポイントはやはり迅速性ということだと思いますので、そういった活動についても、さらなる検討を進めていきたいというふうに考えております。以上です。

#### 【座長】

ありがとうございました。ごめんなさい、私のコントロールがうまくなく、10分ほど遅れてしまいました。今日の作業部会報告は中間報告ですので、余り質疑の時間がないというのもご了解いただきたいというふうに思います。これにて第2回の検討会



を終了させていただきたいと思います。マイクを事務局のほうにお返しいたします。  
よろしく申し上げます。

**【事務局】**

皆様、活発なご意見、ご議論をいただきまして、まことにありがとうございました。  
次回、第3回目の開催につきましては、改めて事務局のほうからご連絡を申し上げたい  
と思いますので、よろしく願いをいたします。それでは、以上で第2回救急業務  
のあり方に関する検討会を終了させていただきます。本日はどうもありがとうございました。

——完——