

第4回 救急業務のあり方に関する検討会 議事録

1 日 時 平成24年3月2日（金） 14:00 から

2 場 所 メルパルク東京

3 出席者

メンバー 山本座長、阿真委員、荒井委員、有賀委員、石井委員、
岩田委員、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、山口委員、横田（順）委員、
横田（裕）委員
オブザーバー 佐久間室長

4 会議経過

1 開会 [事務局]

2 議事

【座長】

ありがとうございます。非常に足元の悪い雨の中大勢の委員の先生方ありがとうございます。また、オブザーバーの皆さんもありがとうございます。まず資料1からでございますけれども、〇〇委員にお願いしたいと思います。部会がありますけれども、〇〇先生の部会が最後の発表ということになっておりますので、救急隊員の救急蘇生ワーキンググループの報告をお願いしたいと思います。〇〇先生よろしく申し上げます。

【〇〇委員】

それでは資料1に従いまして救急隊員が行う蘇生についての変更点について検討いたしましたので報告をいたします。最終的に「JRC蘇生ガイドライン2010」の確定版が昨年11月そしてこの2月に医療従事者用の「救急蘇生法の指針」が出版されました。最

最終的にはその内容に基づいて必要な部分についての改訂を行いました。ガイドラインの主な変更点等につきましては既に今まで何回かご紹介していますので後で見ていただいで、5ページをお開きいただくと、5ページのところから7ページにかけて5つの論点について主な変更点、修正点が書いてございます。まず5ページ目の1ですけれどもShock-firstかCPR-firstかということで、これは救急隊が現場に着いた段階で有効な心肺蘇生が行われていない場合、ガイドライン上では90秒から3分間の良質なCPRを行ってまず心臓に十分酸素を送ってから電気ショックをかけたほうがいいのかというのが2005年の段階で一応エビデンスとしては出てきました。それに従いましてバイスタンダーCPRが行われていない場合には約2分間のCPRを先に行う手順、これをCPR-firstといいますけれども、これを2005年では比較的推奨してきたと思います。しかし、それに対して相反する幾つかのエビデンスが出てきて、最終的に今回のガイドラインでは原則は準備ができ次第Shockをやる、ただし、明らかに十分なCPRが行われていない場合にはCPRを行ってからやることも考慮してよいというふうな表現になりました。いずれにしても重要なことは、電気ショックの直前まで良質なCPRをした上で行う。実際の現場ではShock-firstでやろうと思っても機器の準備等の間に少なくとも30秒、もっといえば1分間か2分間CPRをしてから電気ショックをやることとなりますので、実態としてはそれほど変わらないだろうということで、原則はShock-firstである、ただしこれについては既にプロトコルとしてCPR-firstを組んでいるところもありますので、これについての裁量は地域のMC協議会で地域の実情にあわせて考えてくださいという内容になりました。その次にCPRの着手手順ということで、従来は原則として2回の人工呼吸から始めるというのが大前提だったわけですが、胸骨圧迫からCPRを始めるということになりました。そして、特に市民においては、胸骨圧迫30回を行ったのちに初めて人工呼吸を行うという手順、これは単純化ということでそのようになっております。しかし、一方で、従来の2005年の我々の決めていた救急隊員へのプロトコルでは準備ができ次第人工呼吸を行うということになっています。これは今現在でも、例えば小児に特化したもの、特に呼吸原性のものに関して言えば準備ができ次第、人工呼吸を行うのが好ましいというふうに考えられます。救急隊が現場で遭遇する場合、救急隊到着後に心停止を起こした場合に医師と同じように胸骨圧迫30回をまずやってその間にAEDを準備して可及的速やかに胸骨圧迫と除細動をすることが恐らく適切ですけれども、救急隊が着くまでに既に心停止時間が長いも

のこれについては、あるいは市民が胸骨圧迫のみのCPRをしているような場合というのは、これはもう救急隊が着いた段階でかなり低酸素血症が存在しているという可能性が高いので、あえて30回の胸骨圧迫が終わるまで人工呼吸の開始を待つ必要は医学的にはないだろうと、そしてそこまで単純化しなくても救急隊、救命士は十分に活動ができるだろうということで、ここは従来通りということになりますけれども、準備ができ次第人工呼吸2回を行うということにいたしました。胸骨圧迫交代のタイミングについてですけれども、これも実は変えていないんですけれども、従来は2分ごとの交代だったんですけれども、今回のガイドラインでは救助者が疲れることがより多いということがわかってきたこと、それから特に胸骨圧迫のみであると連続して胸骨圧迫するので疲労が早く進むということもあるので、ガイドラインでは1分から2分という表現になっておりました。救急隊員もやはり市民と同様に1分から2分で交代すべきかどうかということも議論したんですけれども、結論としては1つは救急車内の狭い中で交代するというのは相応の時間がかかるということで、かえって中断時間を長くしてしまう危険があるということ。それからそもそも救急隊員が1分ぐらいでへこたれるような体力では救急隊員として余り適切ではないだろうということで、原則としては十分な体力を有する救急隊員においては従来どおり2分間置きにやってくださいという内容にいたしました。しかし、そうはいつでも体重40キログラムのきゃしゃな女性の救命士というのもありますので、そういう場合には早期の交代も考えていただくということで、必ず2分でなければいけないということではなく、あくまでも十分な体力を有するという条件付きになります。それで交代する場合は5秒以内でということにしています。胸骨圧迫の質の確保ですけれども、これはいろいろな最近フィードバックの機器のついたようなモニタもありますので、そういうものの活用でもいいんですけれども、多くの場合そこまでの機材がなくても、例えば胸骨圧迫の深さについては人工呼吸を担当しているものがそれを見て、「ちょっと速過ぎるぞ」とか、「ちょっと遅くなっているぞ」というアドバイスをす。逆に、人工呼吸については、胸骨圧迫担当者が横から見て胸のあたりを確認することで、相互にチェックし合って質を維持するということを書きました。最後は小児のAEDですけれども、まずパッド自体が従来8歳を区切りにしてあったのが、今回は就学児、未就学児で区切りましたので、それについてはガイドライン通りに6歳で区切るということにいたしました。一方でさらに今回乳児にまで、従来は1歳以上、乳児に関してはAEDは一応まだ安全性は確認されていないので推奨されていなかった

んですけども、今回のガイドライン改訂では乳児についてもAEDは使用を勧めるということになりました。それに従いまして、救急隊員・救急救命士にも乳児に対しての除細動を認めることにいたしております。原則は小児用パッド・小児用モードがあればそれを用いる、それがない場合には成人用電極パッドで代用してもよいということでございます。ただし、例外として2つございまして、1つは新生児仮死、目の前で墜落分娩等で新生児仮死という場合には、やはり新生児蘇生の内容を考えていかなければいけません。新生児仮死がVFであるという可能性は非常に少ないので、出生直後の新生児仮死については、AEDを最優先にはしないということ。まず、十分な人工呼吸、心肺蘇生を行った上で最終的にそれで蘇生できない場合に搬送前につけるということに関しては結構だと思います。それからもう1つは、新生児仮死も含めて非常に体の小さな乳児に対してAEDをつけると、表と裏で挟んでも電極パッド同士が接触してそこでショートしてしまう可能性があります。そのような物理的にパッド装着が困難なような場合には危険もあるので用いないという部分の改訂を行っております。以上が、全般にわたるこの一次救命処置に関する変更点になっています。これらについてはこの検討会でご確認をいただいて、最終的に確定すれば全国の消防の方に消防庁から通知をしていただいて、しかるべき時期に実施ということになると思います。それから次の9ページ以降は応急手当の普及啓発活動という部分になります。この部分については既に前年度の報告でも報告している部分で大きく新しく追加した部分はありません。実際の従来の救命講習Ⅰ、Ⅱというものに加えて、普段日常的に小児、乳児に接する機会が多い人に対して小児、乳児に最適化された手順を教える普通救命講習Ⅲというものが今回提示されております。基本的なコンセプトは小児、成人同じやり方で結構ですので、成人のやり方で習った人は自分の習ったやり方でお子さんにやっていただいで結構ですし、逆に保育園に子供を預けているお母さんが子供のやり方しか習っていなかった、それで自分の両親など成人が倒れた場合には小児で習ったやり方をそのまま成人にやっていただいても結構ですという基本的にはそういう融通をきかせた中で、ただ、やはり日常的に接する機会が多い人に対しては一番最適なものをまず教えようという概念になっています。また救命入門コースとして90分で胸骨圧迫とAEDの実技を中心に教えるコース、ただしその場合は人工呼吸の重要性もきちんと教えて、成人で突然倒れたという方はこれだけでも助けられることが多いですけども、例えばお子さんであるとか窒息であればこれは人工呼吸もきっちり学んでいただかないと助けられない。より多くの人を助けるためには普通救

命講習ⅠをあるいはⅡを今後受講しましょうと誘うということも触れた上で、ただ間口を広げるという意味で救命入門コースを入れております。これらを統合した形でさらにe-ラーニングなどを用いて、従来は3時間の続けた時間がないと受講できなかったものをe-ラーニング+実技講習、あるいは入門講習+追加講習のような形でより受講者の都合にあわせた時間帯でこの救命講習が受けられるようにする配慮もこの13ページから14ページについて書いてございます。それから15ページ以降は3つ目のテーマで、口頭指導の重要性ということが強調されました。これは今回のガイドラインの中でも口頭指導で、特に全く心肺蘇生の講習受講歴のない方に胸骨圧迫のみをきっちり指導すると蘇生率が上がるということがわかってまいりましたので、それを踏まえた上で行うということになります。従来口頭指導に関しては消防庁の示した標準的手順があつて既に全国に普及しているんですけども、その実施が徹底されていないという問題で、それから特に死戦期呼吸の傷病者に対してその心停止をそこから拾い上げるようなアルゴリズムになっていない、あるいはそのような教育が通信指令にっていないということもありますので、心停止の患者さんをいかに拾い上げるかということに関して、これはコールトリアージにかかわる部分ですのでそちらのほうにより感度特異度の高い心停止を見抜く方法をつくっていただくということ、そして実際の指導プロトコルにつきましては今までのものをより単純化して、今までのを見ると、とても電話で全部教えて最後までしゃべるうちに救急車が着いちゃうぐらいの長さでしたので、そうではなくて救急車が来るまでの8分間の間に最低限やってもらいたいことが伝わるような内容に、これは今後少し踏み込んでいくことにいたしております。これについては具体的なものについては次年度以降の検討というふうにさせていただきました。以降、参考資料に関しましては、今特に救急隊員で行う心肺蘇生についての大きな5つの論点に合わせた修正点を前回2005年ガイドライン改訂の際に発出された通知をさらに修正する形で下線部を今回新たに追加修正したものでございます。これらについて全国消防本部あるいはメディカルコントロール協議会の方に徹底をいただければと思います。以上です。

【座長】

先生ありがとうございました。改正点をポイントにお話をいただきました。いかがでしょうか。救急隊員の救急蘇生ワーキンググループからの報告でございますけれども委員の皆さんのご質問、あるいはご意見等をお願いしたいと思いますが、どこからでも結構ですがいかがですか。では私から1つお話を伺いたいのは、5ページのところのC

PRの着手手順のところですが、これは日本の特徴と申しましょうか、正月になるとお餅とかあるいは寒いときのおでんとかやはり気道閉塞のCPAというのが非常に他の国とは違う、その辺の考慮はどのように考えておられたのかご説明を願いたいと思いますが。

【〇〇委員】

ありがとうございます。実はShock-firstがいいのかCPA-firstがいいのかということに関しては、もともとは電気ショックの対応症例に対してどちらがいいのかという比較しか行われておりません。今の座長の話のように、そもそも心停止は心室細動で電気ショックが有効なものだけではなくて、窒息による心停止もある。窒息による心停止の場合は当然ながらShock-firstの手順をとるよりはCPR-firstで行ったほうが予後がよくなるだろうということではございます。ただ、そこに関しては結局日本に餅が多いというのは確かなんですけれども、窒息によるものがおしなべて、おでんという話もありましたけれども外国はずっとマシュマロだとかニンニクというものもあるので、それも実はちゃんとした統計がなくてよくわかっていません。先生がおっしゃることはごもっともなので、ここはあくまでもVFに対してという話であって、まず現場に行ったらCPRに着手するということはどちらでも一緒ですから、CPRに着手した上であくまでもそこでVFだったときにすぐショックをかけるのか、VFだとわかっても2分間ショックをがまんしてCPRを続けるのかという違いだけであって、最初にまずCPRに着手してきっちりやることに関しては一緒ですので、そこはカバーできているというふうに考えております。

【座長】

ありがとうございます。よく理解できました。どうぞ。

【〇〇委員】

大変うまくまとめられていると思いますけれども、ということは現実的に目前でCPAを確認したとしますね。そうしたら通常は人工呼吸を行う前に胸骨圧迫をなさいと、その場合、胸骨圧迫30回を一応目途にしているけれども、AEDの準備ができ次第Shock-firstに移行なさいとということを言っていると理解すればよろしいのでしょうか。

【〇〇委員】

例えば具体的に言えば救急車内で胸痛を訴えている人が突然ウッと行ってVFになっ

たと。何をすべきかといったら胸骨圧迫をまず始めて、AEDも同時に準備をして、もちろんバッグバルブマスクも準備するんですけどもその場合にはバッグバルブマスクの人工呼吸は少なくとも最初の30回の胸骨圧迫内では必要ないので、30回胸骨圧迫をしてからその段階でまだAEDが準備できていなければ2回人工呼吸をして、もしその間にAEDの準備ができていればもうAEDは胸骨圧迫5回でも10回でもいいので即座にやると、準備ができ次第ということで、優先順位としては胸骨圧迫をまず始めながらAEDが準備できたら準備でき次第、バッグバルブマスクは30回やった後30:2を続けるということになります。

【〇〇委員】

そういうことですね。だから準備のできたほうからやってよろしいというふうに解釈してやって教えるほうがわかりやすいということになりますね。

【〇〇委員】

はい。その手順自体は基本的には今までの2005年と大きな変化はないと思います。

【〇〇委員】

わかりました。

【座長】

ありがとうございます。ほかいかがでしょうか。質問コメント何でも結構でございます。

【〇〇委員】

座長よろしいでしょうか。

【座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

大変まとまった報告書というふうに認識をしてございますけれども、1点消防庁に確認をさせていただきたいと思います。7ページにございます。一番後段の方でございます。AEDについて、実は私どもの方にも一番最後に「注意を要する」という機種がございまして、ちょっとその部分もございましてご質問をさせていただきますが、全国的にはどれぐらいの台数があるか把握をされているんでございましょうか。

【事務局】

統計数字としては持っておりますがちょっと口頭では差し控えたいと思います。また

別途情報提供をさせていただきますが。

【事務局】

それほど多い台数ではないというふうに認識をしております。

【〇〇委員】

相当の台数であれば、これはMCあたりで把握をしてまたコントロールというか、そういうような手法も必要なのかなという懸念をちょっとしたものですから質問をさせていただきます。承知いたしました。ありがとうございます。

【〇〇委員】

これはワーキングの方でも検討しましたがけれども 2006 年に既に販売中止になって 2 年前に保守が中止になっているものですので、実際の台数はそれほどないだろうというふうに思っています。ただ結局最終的に廃棄処分をしたら届け出るというわけではないので、そのうち何台が本当にまだ稼働しているかというところまではまだちょっとつかめていないんですけれども、全部が稼働したとしてもごくごく一部です。

【座長】

よろしゅうございますか。どうぞ。事務局にお聞きしたいんですが、どこがどのどういう意味ではありません、今、日本に A E D はどのぐらい設置されていて、医療あるいは救急隊、プレホスピタルあるいは一般、その辺のところの概要で結構でございますので。

【〇〇委員】

私の方から。市民用と言われる公共の場所にあるのが約 25 万台というふうに言われています。それ以外に医療機関とそれから消防機関で有するものが 10 万台弱かというふうに一応なっています。その中にはいわゆる半自動除細動器は含まれていない。もうちょっと狭い意味での A E D ということになります。

【座長】

そうすると全部で 35 万台ほど日本には設置されていると。

【〇〇委員】

はい。厚生労働科学研究での調査ではそのようになります。

【事務局】

そのような数字になっております。

【座長】

ありがとうございます。どうぞ。どこからでも結構でございますが。どうぞ。

【〇〇委員】

よろしいでしょうか。私も早目に退出させていただきますので。これは救急隊員向けということのワーキンググループの報告書というところなんですけれども、14 ページの学校教育のことなんですけれども、救命入門コースを小学校用の2時限分に相当するものをつくっているということで、これは非常にいいことだと思うんですけれども、これは基本的に文科省のスポーツ・青少年局の方へいつているんですけれども、こちらは非常に積極的にオーケーなんです。ところが実際小学校で、カリキュラムにも教えるということには書いているんですけれども、実際に教育委員会とかそういうところを通して実際にはカリキュラムをやりなさいということになるんですけれども、それを文科省の初等中等教育局の方に言わないと、実際の小中のこういう教育というのはほとんど実はなされていないんです。10%もいつていないんじゃないですかね。ですから、文科省といっても焦点の合わせ方を間違うと、いくら言ってもそれはいいですねという話だけで現場では一向に進まない現状がありますので、我々の財団のほうもそのところを含めてやっていこうと思うんですけれども、消防の方もその辺ぜひともよろしく願いしたいなと思います。

【座長】

どうぞ。はい、事務局。

【事務局】

私どもも文科省とお話をいたしまして、スポーツ・青少年局が省として窓口をしますということでお話をいただいているので、そこにお話をすれば文部科学省の必要な部署に連絡がいくという前提で通知をさせていただいていることはございます。また、いただいたお話は非常に重要な論点であると思っております。私どもいろいろなルートを使って学校現場に広げるべくやっていかなければいけないと思っております。それで、のちほど御報告する内容に少し入っているのですが、三次補正で5千万余の予算をいただいております。その予算を活用してこの救命入門コースであるとかe-ラーニングであるとか、各地域で先駆的な取り組みをしていただきたいということで事業を行っております。今選定の最終段階にありますけれども、その中には県の教育委員会がぜひやりたいということで応募をしてこられたところもありまして、中学生にはこのコース、小学校の高学年にまず入門コースをやらせて中学校ではここまで、高校ではここまでと

いうことで段階をおってやっていきたいというご提案をいただいております、意欲的な県教委もあるわけであります。ぜひ私どもの予算を使って成功事例をつくっていただいて、結果を今年の秋口には報告いただこうと思っておりますので、それを全国の本部にご紹介したいと思っている次第でございます。

【座長】

ありがとうございます。小学校高学年には救命入門コースそして中学で一般救命コース、高校で上級救命コースという流れがスムーズにできればいいなというふうに考えたところでございますが、どうぞ。

【〇〇委員】

日本臨床救急医学会の立場でお話をさせていただきますと、日本臨床救急医学会の中に学校へのBLS教育導入検討委員会がございます、その方たちによってその重要性がまとめられました。これは可能な限り学会としてその必要性を発信すべきとのことで、理事会の承認を得て、同様に各学会が連名で文部科学省等に提言しようということになっています。現在、日本臨床救急医学会と日本救急医学会は承認済みで、小児科学会も含めていくつかの諸団体にも共同提言を働きかけているということをちょっとご報告をさせていただきます。

【座長】

ありがとうございます。ぜひよろしくお願ひしたいと思います、どうぞ〇〇先生。

【〇〇委員】

今のお話だと学会レベルでやっているということなんですが、実は救急医療財団もそういう教育をやっていますし、それから別のNPO法人もいくつか非常に熱心に取り組んでいるんですね。これも数年前からかなりやっていて、学校教育の中ということは皆さんおっしゃっているんですけども現場が一向に進んでいないんです。ですからぜひとも省庁間の間でもあるいはこういう法人を使ってもあるいは学会を使ってもまとめて今言ったような話をやっていただくのがいいのかなと。本当はこういう席へ文科省の人も入っていただいてぜひともそういう方向でやるのがコストエフェクティブという一番学校教育への効果が高いなと思いますので、ぜひともその辺を含めてご検討いただけたらというふうに思います。

【座長】

そのとおりですね。ありがとうございます。それからもう1つネックになるのはそれ

を教える先生、保健の先生あるいは体育の先生等が躊躇しないように自信を持って教えられるようにその先生方の指導というのも先生方ぜひよろしくお願いしたいなと思います。

【〇〇委員】

全くおっしゃるとおりで、ただこれは省庁としてのものですので、消防庁として何ができるかということに関して言うと、恐らく今のお話の中で3点、1つは省庁間の連携をしていただくということが1つと、それからもう1つは結局学校の先生が自分たちできちんと子供たちを教えられるかという、その分かかなりの地域で少なくとも現時点では消防に頼らざるを得ないという状況ですので、消防側として学校から頼られたときに提供できるような自分たちの教材と講習の課程を持つ、これが今回の一つのテーマだと思います。それからもう1つは普通救命講習は応急手当の普及員という資格を持って教えるんですけども、その多くは消防職員のOBであったり消防の関係者が多いんですけども、学校の先生方でこの資格をとってその地域の消防長が最終的に修了証を出せるような形の講習を学校の普及員が中心でやるという取り組みがやはり必要になってくるだろうと思います。それをやるためには指導員を増やしていくということと、それから学校の先生たちが消防にあまり頼らなくても講習が開けるようなものを消防として用意するという点が恐らく必要ではないかということがこのワーキングの議論では議論されておりました。

【座長】

ありがとうございます。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

ここの議論から外れつつあると思うのですが、あえて話題になったので申し上げます。もちろん日本医師会もこれはぜひ協力したいと最初から関わっています。というのは1つは学校医制度というのが整備されていまして各学校にいきますと必ず地域の学校医と教育委員会のコラボというのがありますので、そこではぜひ進めるべきだということで関与していきたいと思っているわけなのです。もう1点ありまして、実は災害事象のとき学区と消防の区割りとそれから医療側、介護の地域のコミュニティの存立というのはかぶっているのです。そこを連携させるという意味では学校だけで何とかうまく立ち上がるという考え方もあるのですが、あえて消防もコミットしたり、それから医療とかそういうものがコミットすることによっていろいろな使い回しができるようになる

う意味でも地域でそういうシステム、ネットワークを作っていくという作業が大事なのではないかと考えています。以上です。

【座長】

ありがとうございます。関連いかがでございますか。〇〇先生。

【〇〇委員】

今の学校教育の部分、特に14ページの入門コース90分+120分のところなんですけれども、これは〇〇先生に聞いたほうがいいのか事務局の方なのか、小学校の中高学年にまで対象を広げるという部分で、その部分は例えば入門コース90分だけで終了するのか、あるいはこの1年以内の120分というのもやはりそこまで見据えるのか。というのは、この13ページの120分の内容を見ると中高学年には少し高度というか少し難しい内容もあるのかなというふうに思うんですけども、その辺は議論はあるのでしょうか。

【〇〇委員】

14ページの図3-2-10の90分+120分については、主として働いているような成人に対する概念で考えています。今の小学校、中学校、高校という段階的なところということであれば、小学校に関して言えばとりあえず、もちろん先進的なところは普通救命講習までやっていただいてもいいですけども、とりあえずこの入門講習をきちんとやっていただいて、12カ月ということは全然こだわらずに例えば小学校5年の次は中学校3年でもいいので、ただもう5年もたつと忘れちゃっていてできなくなっているみたいな感じになりますので、そうした場合にやはり一からもう一回復習で3時間きちんと普通救命講習をやる。やはり一回やったことは5年後も覚えているはずだから残りだけでいいという概念ではなくて、もう一回中学校では一からやっていただくという、学校教育における入門講習の位置付けはそんな形にしてあります。

【座長】

ありがとうございます。よろしいですか。それから委員の先生方は多分全員がどうしたもんだと思っている一つに、このガイドラインというのは5年ごとに改正されていて、2010年のは、もう2012年の3月ですから、これでいくと2012年の中ごろになるでしょう。そうするともう2年半か3年でまた2015年になっちゃって、いい加減にしるよ、今度は2015年を踏まえたって同じことをやっている。これはあまりにも何か考えてもらわないといかんではないのかというふうに思っている人は多いと思いますが、その辺のディスカッションはどうだったのでしょうか。

【〇〇委員】

ガイドラインというのは医学的なものです。これはJATECにしても何にしてもおそらくガイドライン自体は一定期間ごとに見直されてはいくと思います。ただそこで見直されたことに関して現場の行動を変えるかということに関して言えば、あまりちょこちょここと変えるとかえって浸透しないと。ガイドラインを変えた直後というのは蘇生率が落ちるというデータが今もよくありますので、そういう面では例えば0.5%救命率が上がるというエビデンスがもしあったとしても、それは何十万という対象患者さんをやると確かにそういう統計的な差は出るんですけども、実際そういうものが社会的に意味があるのかどうか。それを変えるためにかえって混乱をきたすのではないか。今回もそういうことを踏まえてガイドラインで例えば1分から2分とはいってもましてや従来どおり2分と救急隊員はするとかということも含まれて、ガイドラインで変わったからすべて基準が変わるというわけではなくて、科学的にはそうだとした場合でも現場で最もよい活動をするためには従来どおりでここは押していてもいいんじゃないかという部分がたくさんありますので、そういう観点で残しています。ただやはり明らかにこちらの方がいいというものが出てくれば、それはその都度見直さなければいけないと思っています。

【座長】

よろしゅうございますか。その辺のところは。ありがとうございます。ほかにいかがでございますか。〇〇委員どうぞ。

【〇〇委員】

2005年のガイドラインで1歳以上が適応とされていたAEDが今回2010年で1歳未満も対象になったと。これを踏まえましてこの報告書の中ではパッドについても1歳未満について言及されておりますし、また注意事項のところでは出生直後の新生児について言及がございます。ということはこれは1歳未満についても適応が拡大という方針と理解してよろしいのでしょうか。

【〇〇委員】

はい。そのとおりで結構です。

【座長】

確かに新生児、1歳未満の問題は多少あるなという気がしておりますが、どうぞ。

【〇〇委員】

少しだけ解説しますと、新生児の蘇生をどうするかというのは結構難しい問題で、主に助産師さんであるとか産科の先生方は新生児仮死を対応していますので、まず胎便を吸引するとか人工呼吸をすることで、あとガスとかを見て3対1でやるという手法でやっています。一方で普通の小児科の先生方はお産に立ち会うことのそんなにない方はいわゆる乳児に対する蘇生で、新生児が言葉の定義は28日というのが定義なんですけれども、実際には28日目ぐらいの生後1カ月した赤ちゃんと生まれたばかりの赤ちゃんでは心停止の理由も違いますし最適な方法も違うんですけれども、それを使い分けるというのは非常に大変なので、主に周産期にかかわる方は生まれたばかりの赤ちゃんのやり方を広く1歳ぐらいまでやっていただいても結構ですし、逆に余りお産に立ち会わない小児科の先生はいきなり目の前で赤ちゃんが生まれたら普段乳児にやっているやり方でも結構だというふうにしています。救急隊員については今のところは新生児に特化した蘇生ということは活動基準を決めたり教育はしていなくて、乳児と同様にやるというふうにしておりますので、原則は新生児と乳児と同じようにやっていただくということになっています。ただ、今の新生児仮死については明らかに目の前で分娩があつておぎゃあと泣かない赤ちゃんという特殊な状況ですので、これに関してはやはりCPRを最優先にさせていただきたいというところで、そこだけちょっと注意書きがついています。

【座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

私ども「災害時における救急業務のあり方に関する作業部会」で検討させていただきました折に、国の出した方針にどのぐらい準拠したプロトコルを各地域がつくられているのかということを検討させていただきました。薬剤投与8歳以上については約7割そして除細動については1歳以上で9割がこれに準拠したプロトコルを採用しておりましたので、ぜひともできるだけ地域間で差がないような明確な形でこういう適応についてお示しをいただけたらという趣旨でご質問をさせていただきました。

【座長】

ありがとうございます。そのとおりだと思います。よろしくお願ひしたいと思います。ほかにいかがでございますか。どうぞ

【〇〇委員】

AEDのことが出ましたので、確認させていただきたいことがあります。先般、日本光

電のAEDについて薬事の承認をとったので読みかえて使っていただいて結構だという
ようなのが出ましたけれども、他のメーカーの除細動について、1歳未満はだめですよ
という薬事のままで今のところ進行しているのかどうか、進捗状況がどうなのかちょっ
と教えていただくと助かります。

【座長】

事務局のほうがいいと思いますが、いかがですかどうぞ。

【事務局】

日本光電とほかにあと救急隊が使っているメーカー2つについてご確認をさせていた
だいたところ、既に1歳以上8歳以上というふうな薬事承認ではなくて、8歳以下とい
うふうな薬事承認をもともと受けているということで、薬事承認を変えなくても除細動
については実施できるというふうに伺っております。以上でございます。

【〇〇委員】

というのは1歳－8歳でとっていたのが日本光電さんだった。それを今回は他のメー
カーさんは初めから対象になっていた。

【事務局】

はい。そうです。

【座長】

なるほど。ほかにいかがでございますか。どうぞ。

【〇〇委員】

少し現場のお話をさせていただきたいんですけども、大阪市はちょっと特別なのか
わからないんですけども、これは文科省を通じて各教育委員会に通知が行くと思うん
ですけども、学校サイドにあたりますと教育委員会から山ほどくる通知の中に多分埋
もれているんだろうなという気がするんです。実は大阪市の場合新年度に入りましたら
大阪市の幹事校長会というのがありまして、そこへまず行って救命講習を受けてくださ
いということで説明します。それからまた各区の校長会へ行きましてまたそこをお願い
して、それから消防が各学校へ一つ一つお願いしにしているという状況です。それで
今まででいいますとゆとり教育が終わりまして詰め込みになっていますので、3時間と
いうのが一つネックになっておりました。45分授業でいうと4時間分になりますので、
それだけとれないということもありまして、そういう意味では今度90分の入門コースを
つくっていただいたということは非常にありがたい、また各学校にお話がしやすいとい

うふうに思います。それとあと e-ラーニングで補充をしていきたいと思うんですけども、またこれをどういう e-ラーニングにしていくかというのはまた検討して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す。よろしくお願ひしたいと思ひます。よろしゅうございますか。ありがとうございます。それではこのぐらひにさせていただきます、資料の 2 のほうに移りたいと思ひます。平成 23 年度の救急業務のあり方に関する検討会の報告書（案）でございますけれども説明を事務局からお願ひしたいと思ひます。報告では各章ごとに説明をお願ひできればと思ひますが、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【事務局】

それではご説明をさせていただきます。お手元の少し厚い資料、資料 2 であります。章ごとにホチキス留めしているものを全体をクリップで留めたものでございます。第 1 章は目次でありますので第 2 章、改正消防法のフォローアップの関係から説明いたします。8 ページをお開きください。1 のところは概要でありますので説明は省略させていただきます。8 ページの下の方に「これまでの検討経緯」とございますが、昨年はまだ実施基準をつくっている団体が半分以下ということで、なかなか実態の把握も難しかったということがございました。このためこの検討会におきまして昨年度は継続的に消防庁において実施基準の策定状況を把握すべきであると、特に P D C A サイクルが回っているか、それから 6 号基準は実のあるものになっているかこういったことを、新年度しっかり検討してほしいというふうなご提言をいただいたところでございます。それを踏まえて今年度検討した内容が 9 ページからでございます。9 ページの「3. 今年度の検討内容」のところをごらんください。（1）とございますが昨年末をもって 47 都道府県すべてに実施基準を策定していただきました。その内容でございますが①というところを見ていただきますと疾患別に見ると脳梗塞あるいは心筋梗塞、こういった緊急度重症度の高いものにつきましてはほとんどの団体において策定をされているというものでございます。妊産婦、小児こういった専門性の高い項目についても 42 団体が基準を作っておりまして、特筆すべきものとしては特殊性という項目があるんですが、精神疾患について現場でいろいろな苦勞があるということで 32 団体において基準がつくられてございます。②というところを見ていただきますと、6 号基準受入病院が迅速に決まらない場合にどうするかというルールを決めていますかということではありますが、現場滞在時間を条件にして

6号基準を発動するという団体が多うございました。20分ないし30分現場で時間がかかった場合には一定のルールに基づく対応をするということで消防機関医療機関同様のルールをつくったということであり、どのような方法が多いのかということにつきまして②の3行目ではありますが、一時的に初期救急なり二次救急を受けていただいて、そこで応急の処置をした上で専門的な医療機関に転院するというところが22団体と多かったところでございます。医療機関と消防機関の協力によって転院ということが行われますので、今回の改正消防法の指針に沿った取り組みであると思っておりますのでご紹介させていただきます。次であります9ページの下(2)でございます。ではこの実施基準をどのようにフォローアップしていくかということでございます。私どもで策定主体である47都道府県に対して文書による調査を行いました。10ページのところに概要が書いてありますので簡単に御説明をさせていただきます。中ほどに「選定困難事案の減少」と書いてあるところがございます。今回の改正消防法の原因ともなりましたこの選定困難事案の減少のために、実際現状はどうなっているかという調査分析を行っているという回答した団体が26でありました。このうちその調査結果に基づいて実施基準自体を見直したりあるいは実施基準に基づく運用を見直したりといった団体が9団体でございます。どういった見直しをしたのかということが3パラグラフ目書いてございます。「選定困難事由の減少に向けた」と書いてあるところではありますが、検証してみると特定の病院、三次救急への一極集中が課題になっている二次医療圏があったということが判明をいたしましたので、実施基準を見直して輪番制を構築して二次救急を含めて幅広い医療機関に患者を搬送するような体制を構築した。そのために医療機関リストあるいは確保基準を見直したという見直しの例の報告をいただいたところでございます。次に2つ目の点であります、改正消防法のもう一つの大きな目的であります適切な医療機関にちゃんと隊員が観察をして運んだかということの検証であります。この点につきましては10団体において消防機関の持つ搬送情報と医療機関の持つ医療情報との突合を行っているという回答をいたします。このうち4団体におきましては実施基準の改善なり運用の改善を行っているということでご報告をいただいております。改善の例であります、下から4行目をごらんいただきたいと思っております。脳疾患につきまして検証を行った結果重症度の高い傷病者でt-P A対応の症例につきましてt-P A対応不可の医療機関に約半数運ばれているという検証結果が出たという地域がございました。これを改善するために新たにその地域においては脳卒中对応プロトコルというものをつくりまして医療機関リスト、観察基

準を見直して、t-P A対象の方についてはその対象の医療機関に速やかに運ぶという
ような改善に取り組んでいる団体があるということでございます。11 ページをごらんい
ただきたいと思います。11 ページは改正消防法で作っている基準が1号基準から7号基
準まで分けて作っておりますが、それぞれの基準ごとにどういう検証、運用改善をして
いくかという聞き方をしたものであります。主なものだけ説明いたします。11 ページの
中ほどの2号基準（医療機関リスト）でございます。このリストにつきましては医療機関
からの意見収集を行う、あるいは消防機関からの意見収集を行うということで、かなり
の団体においてリストの見直し等に取り組んでいただいております。医療機関の方から
はリストに書いてあっても必ず対応できるわけではないということを十分消防機関に周
知してほしいというふうな意見がありました。消防機関は、リストに掲載された医療機
関に運ぶ場合に現場の状況によってはリストにないところに運んだほうが効率的な場合
があるので、そういった弾力的な運用を許容するようなリストの作り方を工夫してほし
いというふうな声が見られたところでございます。これについては後ほどまた若干補足
の説明をさせていただきます。それから3号基準（観察基準）とありますが、救急隊が病
院に運ぶ場合に消防本部の区域を越えて医療機関が患者を受け入れているという実態が
ありますことから、都道府県内で消防機関が持っております隊員の観察カードの標準化
ができないかということで検討しているところがかかりございました。標準化すること
のメリットそれから若干の課題等もございまして、その辺を実験をし検討している
というお話をいただいております。それから11 ページの一番下5号基準であります、伝
達の基準についてでございます。これは医療機関の方からであります、事前に聞いた
話と医療機関で実際に傷病者を見たときの状況が違うことが多いので、隊員の観察能力
の向上、技術向上に務めてほしいというふうな声をいただいております。私ども改正消
防法を実のあるものにするためにやはり救急隊員の技能向上といえますか、資質の向上
といえますか、そういうことが課題であるということを改めて感じたところでございま
す。あと、6号基準につきましても検討が行われておりまして、見直しをしている団体
があるということでございます。13 ページをごらんください。私ども今回のフォローア
ップの中では調査票の回答をもらった上で各ブロックごとに都道府県の方に集まってい
ただきまして調査票を持ち寄って意見交換をいたしました。その結果が14 ページから書
いてございます。なお、前回の検討会のときに、実施基準の策定主体は都道府県でござい
ますが、現場を知っている消防機関あるいは医療機関のメンバーも入ったほうがいいん

じゃないかというふうなご提言をいただいておりますので、そういったご案内を追加で私達もさせていただきます。代表消防本部でありますとかあるいは医療機関、県MCの会長さんとかに来ていただいて議論したということをご報告させていただきます。14ページを見ていただきますと、やはり各ブロックで悩みになっておりますのが上から3行目でありましたが、検証方法をどうしていこうか、実施基準を作って1年目というところが多いので、この検証方法について悩み、課題が話し合われました。これも前回の検討会でいただいておりますが、現場の負担感が増えてしまっても余りよろしくないで、現場の負担の増大と検証の必要性のバランスが重要だというご指摘もいただいておりますが、同じような問題意識で各都道府県取り組んでいるということがわかりました。その中で主な取り組みの2つ目の点であります。既存の活動記録票を活用して効率的な分析をしている例が紹介されています。活動記録票の下部に医療機関が予後情報を記入する欄、転帰を含めて記入する欄になっておりまして月別にテーマを決めて検証を行っているという御報告をいただいております。ほかの都道府県からも非常に参考になる取り組みだという声が寄せられましたので、こういった奏功事例を私どももしっかり全国にお伝えしていく必要があるなということを思ったところがございます。それから医療機関リストの問題でございます。リストと現場の実態のそごをどうなくすかという課題でございます。主な取組ということで3つ点をつけてございますが、リストを細分化して曜日別あるいは昼夜帯別にする。先生がいる時間帯、いる日を細かく作った例ですとか、あるいは逆に2つ目の点にあります。細かくしても限界があるのでむしろ毎日医療機関に電話をして確認することによって補完するようなリストを作るというふうなことをしているところもございました。それからICTを用いまして救急隊と医療機関が情報共有できるような仕組みを作りたいということで現在システムを構築中というところも伺っております。それから14ページの下であります。観察基準・伝達基準の運用それから隊員の資質の向上ということが非常に重要だという声を多くの都道府県からいただいております。やはり地域メディカルコントロール協議会等を通じて隊員教育にこの検証を活用していくことが重要ではないかという声もいただいたところがございます。15ページの中ほどを少しご覧いただきたいと思いますが、選定困難事案への対応でございます。問題になりました妊婦それから小児の事案以外の事案について実は選定困難事案があるんだというお話をいただいております。v)のところでありましたが、精神疾患のある傷病者の方の搬送、あるいは高齢者の方の搬送の問題、こういったこと

について多くの都道府県から声が寄せられました。なかなか特効薬がないということが前提ではございますけれども、取り組み例といたしまして精神・身体合併症の患者さんの搬送について福祉事務所との連携を強化しているという地域がございました。括弧の中に具体的な取り組みを書かせていただいております。あと一旦、身体の方の病院で受けるけれども精神科の方に転院させるということを医療機関でルールを作っていたということも伺っております。高齢者の搬送におきましても福祉部局との連携で三次救急への搬送を減少させた例などが報告されたところでございます。以上、調査票による調査及びその調査結果を持ち寄った意見交換の結果ということで、私ども事務局が昨年度のこの検討会から宿題をいただいております事項について取り組んだ内容をご報告させていただきました。最後に 16 ページであります。まとめということで、今後こうしていくべきだという方向性についてこの検討会からご提言をいただきたく存じております。3点にまとめて事務局案を作っております。まず 16 ページの①であります。PDCAサイクルの重要性ということであります。既存のメディカルコントロール協議会等におきましてその搬送及び受入の実態を調査分析して、それを実施基準の見直しに反映させるという意味のPDCAサイクルの構築が重要であるということをお述べいただいております。今回検証していない団体もございました。ただ検証はしているけれどもまだ改善につながっていないという団体もございました。まだ運用開始から間がないということもございしますが、調査分析に至っていない団体においても他の団体の取り組み例を参考にしつつ負担にも配慮した上で早急に改善に向けた取り組みを実施することが必要ではないかと書かせていただいております。それから②とありますが、これは先ほど来申し上げております搬送情報と予後情報の突合・検証の必要性でございします。昨年の報告書でも一定書いておりましたが、今回各都道府県から重要だという声が非常に強く出されましたので、項目を分ける形で独立させて記述をしております。それから③でございしますが、来年度以降の話でございします。国において引き続き全国的なフォローアップをしていく必要があるということ、それからこれも前回のこの検討会でいただいた御意見ですが、国がやるだけではなくて県の中で地域MC単位のPDCAサイクルを回す取り組みが重要だというご指摘もいただいておりますので、その必要性を③の第2パラグラフで書かせていただいております。それから下の3行でございしますが、平成25年医療計画見直しが予定をされております。この医療計画の見直しと実施基準の見直し、運用改善と同期をとることが必要であるということも書かせていただ

いております。少し長くなりましたが私からの報告は以上でございます。よろしくお願いいたします。

【座長】

ありがとうございました。さて、いかがでございますか。今事務局から第2章、第1章もそうなんですけれども、傷病者の搬送並びに受入れの実施に関する基準というところでご説明をいただきました。このところは何回もやっているところでございますがご意見ご質問をお願いしたいと思います。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

いくつかの場所でというか書いていただいている中で、例えば10ページの選定困難事案の減少の最後のところ「確保基準を見直した例などがみられた」と書いてあるじゃないですか。それから14ページに救急隊員の教育にも活用している例と例示を挙げて説明していますね。全体を俯瞰する意味ではぱっと読めばそれはそうなんだということなんですけれども、本当に実務に当たっていたり、その部分について深く悩んでどうしようかと思っていたりする人はその例に当たりたいと思うわけです。このことについて、報告書全体は目次から見ると、そういう意味での資料集みたいなのは付いていないんですよ。つまり、そういう例が見られたというときに後で当たりたくなっちゃった人はどうするのかというのをちょっと教えていただけますか。

【事務局】

お答えいたします。実は各都道府県からも他県の奏功事例について直接確認をしたいので少し具体的に担当者の連絡先も含めて情報提供を国からしてもらおうと大変有意義だというお声をたくさんいただいています。それで実はこの例があるとしかこちらでは書いておりませんが、都道府県ごとにご報告いただいた内容をもう少し細かいものも作っておりまして、その県の担当者の連絡先もつけた形で一昨日ですけれども各県あてに情報提供をさせていただいております。それを見る形で各県においていろいろ検討していただくのがありがたいのかなというふうに思っているところでございます。

【座長】

よろしゅうございますか。今のは例が見られたというのはときどきありますが、その例というのは具体的な例としては挙げてこういうことだったという方向性も見てあるわけですね。そこもよろしいですね。

【事務局】

はい。かなり厚くなるものですから今回おつけはしておりませんが、各県のレファレンスとして使い勝手がいいように実は別の詳しい資料もつくってございまして、電子媒体ベースでお配りをしているところがございます。

【〇〇委員】

そうすると、私は普段横におられる〇〇部長と仕事をするところがあるんですけども、東京消防庁に行くことがあって、ちょっと見せてねというところを見ることができると、こういうふうなことですか。

【事務局】

はい。基本的には公文書で発出をしておりますので、必要があればお持ちしたいと思っております。

【〇〇委員】

比較的個別的な対応みたいな感じがしたんですけども、この報告書そのものは市民の立場でいずれあたれますよね。だから市民の人が市民の立場でその事例にあたりたいかどうかは別なんですけれども、やはり消防業務だけでは困難なことについての、例えば搬送困難事案がありますから、各方面でやはり勉強したい人がいると思うんですよ。そうするときどうするのかなということなんです。

【座長】

ありがとうございます。それはもしそういう興味のあるあるいはその例に当たりたいなという皆さんに対しては事務局は準備はできると。それでよろしいですね。

【事務局】

はい。積極的に対応し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。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

細かなことかもしれませんが、そもそも傷病者の搬送と受入を円滑にしましょうというのは、受入困難事例が増えましたよねということから始まったということなんですけれども、こういう形で今作業を進めているのはその数を減らすことが目的みたいなことがこの報告書の中にも出てきています。僕は、本来適切に治療を受けないといけない人がきちんと入るべきところへ入っているかどうか、そういった方向でこの改正消防法が上手に使われているかどうか、といったようなことのニュアンスを記してほしいなという

気がいたします。というのは、例えば 10 ページの【調査票による運用実態調査】をしましたということで「実施基準の運用全般について」というところの1つ目に、「選定困難事案の減少」というのが先にきて、2つ目に「適切な搬送による傷病者の予後の改善」というのが出てきます。私たちはこの改正消防法で、適切な搬送によって患者さんの予後がいかによくなったのかということをご期待しながらも、そのために搬送困難を減らそうと無理なことをやったために一方で救命センターに患者さんが増えてしまっているという課題が残っていますというような流れで解説すればわかりやすいなと思います。都道府県に伝えるときでもこういう報告書だとやはりまだまだ受入困難事例の数を減らしていくことがゴールなのかなというふうな誤解を招きかねないというのがありまして、ちょっと書き面もその辺も重要なのかなという気がします。余分な話で。

【座長】

いや、余分じゃないと思います。ポイントだと思います。事務局よろしいですね。このところ。

【事務局】

ええ。若干コメントをさせていただくと、改正消防法の目的はまさに大きく2つであると思っております。選定困難事案の減少、ただこれだけではなくて〇〇委員のおっしゃった予後の向上ということが最終的なゴールであると思っております。もう少しそこが伝わるように事務局のほうでも工夫させていただければというふうに思っております。目的自体は2つございますので、2つあるという中でおっしゃった予後の向上のところにもう少し触れておいた書きぶりがないかということで考え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。ほかに。どうぞ。

【〇〇委員】

仙台消防でございます。1点確認なんです、16 ページ一番上のところで「PDCAサイクルによる実施基準の見直し及び運用改善」というふうなところでこれからの課題ということがございますけれども、ここの説明の1行目で「既存のメディカルコントロール協議会等を活用した消防法第35条の8に基づく協議会」これまで「協議会」という表現の部分は出てきますが、ここで「メディカルコントロール協議会等を活用した」という表現の部分は全国でこの実施基準を定めた協議会では大多数この協議会を利用してというふ

うなことなのでしょうか。

【事務局】

お答えいたします。すべてというわけではありませんが、県MC協議会をもって法定の協議会としているところもございますし、県MCをベースにして少しメンバーを変更した上で協議会としているところもございます。ただし一部の都道府県であります、従来からこういった取り組みをしている府県もございまして、歴史のある母体がほかにあるところもございますので、そういったところは県MCとは別の団体がやっているところも若干あるというふうに聞いております。

【〇〇委員】

質問をさせていただいたのは、きょう宮城県の消防課長さん来られていませんので私のほうから聞くのもおかしいんですが、宮城県のほうでまずこの実施基準を作成していくための母体をどうしようかというときに、メディカルコントロール協議会、MCでこれらを議論するというのはどうなんだろうか。受入問題とか選定困難問題とかそういったものの解消に向けた協議会にMC協議会で議論するときどうだろうというふうな状況がございまして、そこで相当議論になったものですから、こういう表現ですと何か推奨しているような感じが見受けられたものですからちょっと質問をさせていただきました。

【事務局】

お答えをさせていただきます。実は私どもは改正消防法を施行する際に通知をさせていただいておるわけですが、その中でやはりメディカルコントロール協議会がこれまで以上に機能していただきたいという思いから、メディカルコントロール協議会等を活用してやっていただいても結構ですというふうなニュアンスの通知をさせていただいております、「推奨」という言葉が正しいかどうかはありますけれども、そういったものを使うことは有益であるという前提に立ってこれまで通知等をさせていただいた経緯がございます。

【座長】

実際にはこのMC協議会と救対協のあわさったものが新しいタイプの協議会というふうを考えていいのではないかなというふうには思いますけれどもそれでいかがでしょうか。

【事務局】

そういった団体も多数ございます。

【座長】

それが多数でしたよね。

【〇〇委員】

わかりました。ちなみに宮城県の場合は宮城県の救急医療協議会のほうで協議会を設けてやっています。

【座長】

ありがとうございます。他いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。非常にまとまって説明をいただいておりますのでよくわかったのではないかというふうに思います。それではまた戻ってきても結構でございますのでその次に移りたいと思います。その次は第3章でございます。どうぞ。

【事務局】

では第3章救急医療の高度化について簡単にご説明させていただきます。この部分は基本的には前回の検討会でご報告をさせていただいておりますので、今回は変更点に限り説明をさせていただきます。22ページ以降であります。22ページは前回と同じであります。画像伝送の救急業務への活用ということでどのような取り組みをしてきたかということが書いてございます。24ページの上の図を見ていただきますと、23年の7月現在であります。全国で24の本部が画像伝送を救急業務に活用しているということも私ども消防庁で把握しております。7本部が実証検証中あるいは実施済ということで聞いております。中ほどに箱で囲んだところがございまして、画像伝送を実施している消防本部の意見感想なども調査いたしまして概要を書かせていただきました。それから24ページの下2.がもう一つのICT化の柱ということで私どもが従来から取り組んでいるビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管について記述をさせていただいております。これもこれまでの検討経緯ということで基本的には前回の検討会で報告したものから変えてはおりません。変えたところは26ページの中ほど「3.まとめ」というところでございます。ここを追加したということでございます。前回のデータから増やしたものでございます。前回の検討会でICTシステムについてここに書いてあるもの以外にさまざまなタイプのもので出ているじゃないか、そういったことについてセキュリティも含めて消防庁の方でももう少し調査、把握してみたらどうかというふうな御提言をいただいたところでございます。私どもも改めて各都道府県幾つかの本部に聞いたところ、改正消防法を契

機に医療機関と消防機関の情報の共有化という切り口から、画像伝送のみならず医療機関の受入状況等も含めてICT化に取り組んでいるところが複数あるということを確認できましたので、こういった各本部の取り組みについてももう少し継続して次年度以降情報収集それから検討等をしていきたいということで記述をさせていただいたものでございます。それから26ページの後半の第2節というところは救急救命士の処置範囲の拡大というのがありますが、こちらについては前回御報告をさせていただいておりまして、そこから特に内容の変更を行っておりませんので説明は省略をさせていただきます。以上であります。

【座長】

ありがとうございます。ディスカッションの前にビデオ喉頭鏡ですけれども、これは既に動いていてどのぐらいの症例があってどうなっているのかというところをちょっとお願いできるでしょうか。

【事務局】

失礼いたしました。前回の検討会でも同じご質問をいただいております、その後私どものほうで調査をいたしました。ビデオ喉頭鏡を購入し実施に備えている団体は複数ございましたが、現時点において実際に現場で使っているところはまだないということでございます。病院実習等ありますので実習に速やかに取りかかりたいというところがございます。以上であります。

【座長】

ありがとうございます。前回質問の先生よろしゅうございますね。ありがとうございます。それではどうぞ。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

今ご説明になった「まとめ」のところ、ICT技術の発展によって、救急業務により有効活用が期待されるシステムが構築、一部の地域では云々とあるじゃないですか。それというのはおそらく画像伝送とかビデオ喉頭鏡という話ではなくて、もっと広い県の単位、あるいは県を越えた場合においてもこういうようなことの活用がおそらく救急業務全般に寄与する。そのように拡大していこうというところについて少し触れているところですよ。そのことってとても重要なので、第1節の「まとめ」というところで考えていただきたい。つまり、第1節の題そのものは画像転送やビデオ喉頭鏡の活用ということなんです。だからこの第1節の題名をもうちょっと県全体の、東京は一部を省いてほ

とんどで東京消防庁が管轄してくれていますけれども、ほかの地域においては複数の消防本部が群雄割拠状態なのをICTを使って県民から見れば県が一体化しているというふうな局面をつくろうとしているということがある。多分それを少し触れられたのかなと想像しますので、題名はちょっとそれっぽくして、だけど画像伝送、ビデオ喉頭鏡の話が歴史的にあるのでこれを抜かすわけにはいかないのです、このところ第1節の題名とそれからその次の最初のパラグラフあたりをちょこちょこいじって、先々の展望が何となくいけそうな、そういう書きぶりというのがあってもいいんじゃないかなというのが僕の意見です。

【座長】

どうぞ。

【事務局】

大変貴重なご意見をありがとうございました。私ども実は画像伝送とビデオ喉頭鏡以外についてまだ十分なデータを持っていないことから、ちょっと中身を把握していないのでなかなか筆がふるわなかったということですが、実は今回改正消防法のフォローアップをしてきて、これは佐賀県の「さがネット」でありますとか、あとは奈良県のe-MATCHでありますとか、都道府県を越えたものは把握しておりませんが消防本部の単位を超えて都道府県単位で医療機関と消防機関の情報の共有化を図ろうという取り組みが複数見られまして、やはりこういったものを把握しなければいけないなと改めて思っています。第1節のタイトルとあとその下のサマリーというか導入のところについて少し事務局としても工夫をしてみたいと思います。

【座長】

ありがとうございます。どうぞ。ご質問ご意見何でも結構でございますが。今日は○
○先生静かですが、どうぞ。

【○○委員】

今のところまだ大丈夫です。

【座長】

救急業務の高度化、画像伝送とビデオ喉頭鏡。もちろんまだまだいっぱいありますけれども。○○先生よろしゅうございますか。○○先生、今日は静かですけれども。

【○○委員】

今のところ結構です。

【座長】

よろしいですか。それではこのぐらいで質問がないようでございますので、第4章の方に移りたいと思います。事務局からお願いしたいと思います。

【事務局】

それでは第4章を説明させていただきます。お手元の資料の29ページからご覧をいただきたいと思います。先ほどの〇〇委員からのワーキングのご報告を基本的にとけ込ませる形でつくっておりますので、重複しないところに絞って簡潔に説明をいたします。29ページでございますが、ここではこの第1回の検討会からの課題となっております、消防団、応急手当普及員、防災職退職者、医療関係者等に積極的にバイスタンダーとして活躍してもらうための検討の必要性ということを書かせていただいたところでございます。30ページ以降は〇〇先生からのご報告と重複をいたしますので省略をさせていただきます。36ページをご覧いただきたいと存じます。市民向けの応急手当講習の中で私ども90分の救命入門コースが一つの柱、それからもう一つの柱がe-ラーニングであります。e-ラーニングにつきまして各本部で独自にコンテンツを作成するのは少し大変だろうということで、これも補正予算をいただきましてコンテンツを総務省の方で作りました。あとからちょっと簡単に見ていただきたいと思っておりますけれども、このコンテンツの特徴といたしまして導入経費が極めて低廉であると思っております。パソコンに強い職員の方が1人いらっしゃればその方がサーバーを管理して運用できますので、今導入を予定している本部においては年間レンタルサーバー代2万円で運用しますというところもございますので、比較的lowコストで入れていただけるのかなと思います。PCを持っていらっしゃらない方もいらっしゃいますので、タブレットPCそれからスマートフォンにも対応をさせていただいております。動画に対応しております。各单元ごとに確認テストを行って最終的に修了テストを行いそこで理解度を確認した上で修了証を交付する、この修了証をのちほど各本部に持ち込むなり、あるいは修了証が36ページの右下に小さく出ておりますが、ID番号が出てまいりますので、このID番号を各消防署にお伝えいただく形でe-ラーニングが終了したということを確認して分割講習で残りの実技のところをやっていただくと、こういった形で応急手当講習の裾野を広げることができないかなと思っております。なお、枠囲みの一番下の点であります。個人情報を蓄積するかどうかでシステムのランニングコストが大分変わってくるということから、これも前回の検討会で個人情報のセキュリティについて十分留意し

ろという御意見がございましたが、それらを踏まえまして個人情報を取得することがない形でのシステム運用が可能なように制度設計をさせていただいたところでございます。それから 38 ページでございますが、応急手当短時間講習普及促進研究事業ということで、これも補正予算をいただいて私ども各団体に募集をかけております。今 7 つの団体から手を挙げていただいております、消防局からの応募がほとんどかなと思っております。役場本体の応募でありますとか先ほどもご紹介しました県教委からの応募でありますとか、いろいろなところから応募をいただいております。それぞれ特色があり有意義なものだと思っておりますので、成果を国としてまとめて全国に情報提供を積極的にしていきたいと思っております。それから 39 ページでございます。ファーストレスポンド体制、これは消防科研費の研究事業でございますけれども、この研究事業について参考で書かせていただいております。一番最後の行であります、私どもこの研究を行っていく上で制度面の課題についても整理する必要があるなと思っております、ちょっとここは修正したいと思っておりますが、「翌 24 年度には」の次に、「制度面の課題について整理した上で実証実験を行う」というふうに書かせていただきたいと思っておりますので、ここは修正をお願いしたいと思っております。私の方からは以上であります。

【座長】

事務局ありがとうございます。

【事務局】

すみません。それで質疑に入ります前に実際に web コンテンツを実際に 5 分程度で見ていただきたいです。スクリーンを用意しておりますので少しお時間をいただいてごらんいただければと思います。

【事務局】

ご説明をさせていただきます。今回の web コンテンツですけれども、検討会の委員であります〇〇委員のほうにご監修をいただきまして、またさいたま市消防局のご協力のもと作成をさせていただきました。写真でございますけれども、タレントの大沢あかねさんを案内役として撮影をいたしました。コンテンツの大きなつくりなんですけれども、応急手当を学びましょうということで導入の少しショート的なムービーを配しています。その下が「応急手当とは」ということで実際のウェブコンテンツの中身のほうになります。そして最後に応急手当の一連の流れというのを見ていただいて、その後に確認テストを修了して一定のレベルで、8割以上で合格になります。修了証の印刷画面であったり修了

証の画面が出てくるというふうな仕組みになっています。

(上映開始)

下の方には聴覚障害者の方でも対応できるようにお話しした言葉が文字で見られるようになっていきます。

(上映終了)

この後このように各單元ごとに確認テストが入っています。ちょっとやってみます。心肺蘇生は、×としてしまいましたけれども、間違えてしまうと解説が出てくるというふうな感じで各單元進んでいただいて最終的にまとめのテストをクリアしていただいて1時間のカリキュラムを修了していただくというふうな作りになっております。すべてを見せられなくて残念ですけれども説明は以上になります。

【座長】

ありがとうございます。それではこの第4章の質疑応答をお願いしたいと思いますが、もちろんご質問ご意見何でも結構でございます。いかがでございましょうか。どうぞ。

【〇〇委員】

今のe-ラーニングの質問なんですけれども、これは総務省消防庁のホームページから入るというのと各消防本部から入るというのと両方とも同じところにたどりつくということですか。

【事務局】

お答えいたします。このe-ラーニングのコンテンツでありますけれども、この後に各本部において残りの講習を受けていただくというのが前提でございますので、私どものホームページでアクセスしてしまいますと本部とのつながりがうまくいかなくて利用者の方は混乱するかなと思っております。したがって今後各本部にデータでお配りをいたしまして、本部のホームページから入っていただくという方向で考えております。

【〇〇委員】

もう一つなんですけれども、38ページの4の促進研究事業について情報公開をしていただけるということなんです、それはホームページから一般市民も見られるということなんでしょうか。

【事務局】

お答えいたします。今選考の最終段階でありまして、私どもとしては来週末には団体を決めて共同発表をしたいと思っておりますので、私の期待としましては来週の週末に

は総務省のホームページから団体が確認できるようにしていきたいなと思っているところでございます。

【座長】

ありがとうございます。他にいかがでございましょうか。この中に消防団、消防団員、今 29 ページのところを見ていますが「救命率の向上及び予後の改善のためには、消防団員、応急手当普及員」こっちの方はいいんですけれども、消防団員の皆さんは 100%上級救命あるいは一般救命をとっているのかどうかその辺のところ、前にちょっとディスカッションがあったかもしれません。いかがでございましょうか。

【事務局】

実は悉皆的な調査までは今年度は至っておりません。いくつかの本部を介して聞いたところでは、消防団によりましては応急手当に熱心に取り組んでいらっしゃるということで積極的に上級をとるですとかあるいは普及員の資格を持っている方が多数いる本部もあるということでございますが、やはり基本が災害対応ということでございますので災害対応に集中してやっていきたいというふうなご意向の団もあるようでございまして、団のお考えによるところが大きいのかなというふうに思っているところでございます。

【座長】

消防の委員の先生方、私のところ 100%だよ、どうだというのはおられますか。どうぞ。

【〇〇委員】

100%には至っていないと思いますが先般の委員会でも報告させていただきましたけれども、札幌市の消防団の場合はおおむね 2 割が女性の方でございまして、どちらかといいますと災害対応というよりはこういう応急手当の普及こういう業務に当たっていただいているのが非常に多うございます。実際には特設分団員ではございませんけれども各消防団で専門のチームを編成いたしまして、例えば私どもでいえば保健センター、こちらとの連携ですとかいろいろな行事に定例的に活動されているという実績がございます。

【座長】

ありがとうございます。先生どうぞ。

【〇〇委員】

すみません〇〇でございます。ちょっと今日報告いただいたことよりもむしろ前回ご

報告いただいたことに関するようなことになってしまうんですけども、ファーストレスポonderの件ですけれども、先ほどちょっと修正ということで制度面の課題などについて整理という追加で話がありましたのでそれにちょっと関連することかもしれませんが、なかなか私は法学部に所属しておりますがこの会議は欠席することが多くてほとんど貢献できていなくて大変申しわけなく思っているんですが、何度か申し上げたことがあるんですが、間違っても法律が人を助けるための努力を阻害するような形で機能するというのはよくないという話を前から申し上げているところだと思うんですが、前回の議事録を読ませていただくと、ファーストレスポonderについて少し法律の議論とか消極的な議論みたいなものがあつたように思ったので確認のために一言だけ申し上げたいと思うんですが、そこでは医師法の議論が少しだけ出て医療行為に当たるのかとか業にあたるのかという議論があつて、何人かの先生方からご意見が述べられたり、厚生労働省の方から説明がなされたりしたと思うんですが、そこで私が一言思ったのは、あくまでも医師法にしてもいろいろな法律にしても大きな目的があつて、医師法なんかで言うとなぜお医者さんとか看護師さんとかしか医療行為ができないのかという限定をしているのかというと、それはあくまでも人の命を助けるためとか国民の健康とか身体を守るためにそういう訓練をしている人がやらないと危ないからという、それがあくまでも目的なんですね。だからファーストレスポonderを実際にこれがいいものかどうか、導入されるかどうかはこれからの検討次第だと思いますけれども、まずはそれをやってみて、その中で実際に効果があるのかとか意義があるのかというのを最初に医学的に見たり救急の観点から見て考えていただいて、その上で何か法律的な整理をしていくというのが大切なことだと思いますので、間違っても例えば医療行為にあたるからとか、それに表面的にあたるからということで何か国民の命とか安全とかを守ろうとする努力を阻害することのないようにぜひ、それは厚生労働省のほうで考えていただくことなのかもしれませんが、そういう方向で大きな方向性を間違えないでやっていただくといいと思います。一言だけ追加をさせていただきました。

【座長】

ありがとうございます。今ファーストレスポonderというのはバイスタンダーと救急隊員の橋渡しというんでしょうか、その前に現場に出られるというところのメリットを生かして救命率の向上を図るという流れだったと思いますが、これは〇〇先生が研究代表をしておりましたが、何かコメントありますか。

【〇〇委員】

現在研究の途中でありますので、私たちとしては地域、僻地等における蘇生率の向上を目指すのではないかと考えていろいろ調べたり研究したりしているというところでありまして、〇〇先生から今法律的なことを含めて私にとっては非常に力強いご意見をいただきましたので、それも踏まえて皆で検討していきたいというふうに思っています。

【座長】

ありがとうございます。〇〇室長どうぞ。

【〇〇室長】

厚生労働省の指導課でございます。多分前回の会議のときに医師法との関係があつて抵触するおそれもあるのではというお話もあつてご議論があつたわけでございますが、先生がおっしゃった話もわかりますし、ただ一方で現行法制上で医療従事者に対して医療の確保という質の担保の点がございまして、ですからそういったものとのバランスというところがあると思います。先ほどの事務局の方からもコメントがございましてけれども、制度上でどういった課題があるかというのもありますから、そういったものを相談させていただきながら進めていくという方向で考えていくのかなというふうに思っています。我々のほうで今の時点で何かこれがだめだ、あれがだめだという話ではないんですけれども、ただ前回にもあつたようにやはり医療関係法というのがございまして、それとの関係も整理をしていく必要があるのかなと思っています。

【座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

大したことは付け加えられないんですが、おっしゃることはわかるんですが、先ほどから申し上げたように、あくまでも大きな目的の中で何が必要かということを考えていくことが重要だと思うんですね。だからあくまでも法律があるから人の命を助けられないなんてことはないもので、いろいろ法的な解釈の仕方とか説明の仕方はいろいろあると思いますし、必要な場合には法改正が必要なのか通達などで何かやるのかというそういう事後的なちゃんとした対応というのは必要だと思いますので、その辺はむしろちゃんとやっていただくことは必要だと思うんですが、何か目的と手段みたいなものを取り違えることのないように、決して厚生労働省の方がそれを間違えるということを申し上げ

ているわけじゃないんですが、何かあたかも、この議論でもよくあるんですけども、法律があるからできないんじゃないかという議論が先に立ってしまって検討すらちょっと難しいという雰囲気がちょっとあったりすることがあるので、むしろ実際に、例えばここでやるファーストレスポnderであればまさにそれは〇〇先生がやられているようにそれが実際効果があるのかとか導入が可能なのかというまず検証があって、その検証をやった上で後で法的な整備をするというようなことが必要だと思うので、その順番さえ間違えなければいいと思います。

【座長】

ありがとうございます。このぐらいにしておきましょう。私がさっきお話をさせていただいたのは、アメリカ等に行きますと何が現場で一般市民が行う応急手当に支障があるかというこの人が講習会に出て認定証を持っているかどうかという、大きな認定証を持って外に出ている人はいないわけで、そのために小さな運転免許証みたいなものを、あるいは水戸黄門の印籠みたいなものを何か持っている、どうだ、持っているからやらなければというふうに皆さんが考えるのではないのかなと思いますけれども、その辺を少し考えていただくと一般市民が行うこの応急手当はもっと上がってくるんじゃないのかなというふうにも思います。その辺のところを少しお考えをいただきたいと思いますが、〇〇先生その辺いかがでございますでしょうか。

【〇〇委員】

修了証を小さくするというのは、幾つかの消防本部で実際そういう取り組みを拝見しておりますので、大きな額に入れてやるものではなくてお財布や定期に入れておくようなタイプのものというのはあると思います。それはおそらく自分はこれを持っているんだから何かやらなきゃという精神面でのその時の下支えになるのかなというふうには思います。

【座長】

ありがとうございます。東京消防庁ではゴールド、シルバー、ブロンズに小さな運転免許証的なものに考えたらどうだろうかというような話もありましたが。〇〇委員どうぞ。

【〇〇委員】

検討段階の話でございますけれども、先ほどから議論が出ているとおりの小中高生あたりを主要な救命講習の普及対象者ということで考えていくということになりますと、例

えば今東京でも消防総監と書いてでっかく四角い公印を押した紙のカードでポケットサイズのを交付しておりますけれども、ちょっと仰々しいかもしれないな、もうちょっとスマートな、できれば材質もプラスチックだったりあるいは上級救命講習修了者はゴールドで普通救命講習修了者は金銀銅とちょっと下のランクのような色で表示できるとか、動機付けとか意識付けという意味でもうちょっとスマートな形式があるかもしれないということの検討には着手したいと思っております。

【座長】

ありがとうございます。〇〇委員どうぞ。

【〇〇委員】

ファーストレスポnderのところはまだ研究中というので深く立ち入る気はないんですが、前の別の会議でも発言した覚えがあるので、この中の記載というのは業としての仕事を言っているのかそれとも一般人の教育体制を言っているのかそこがどうしても両方混在していると見えます。民間人のレベルを上げながらいつでもどこでも対応できるようにしようというのは全く賛成だし、日本医師会でもABC+Dカードというのは今回はCで始まって、書きかえましたが、250万部ぐらい刷ってまた足りなくて今増刷しています。ぜひ普及してほしいと願っているんです。ただそれと、我々プロがどう対応するかといったときに、行政がやるべき仕事をセカンドベストだとか、ろくに給料も払わないでしかも派遣しようとか、プロフェッショナルをこういう用途に使おうとかそういう議論であればそれはそれでまた別途考える必要があるもので、それは人道主義だけでは読めない話なので、プロとしての体制の構築とかそれに対する予算付けとか制度上の議論が必要だと思っています。ですからまだここに書いている段階でいろいろ考えていきましょう研究しましょうということには全く賛成なんですけど、そういうことはぜひ考えながらやっていただければと思います。

【座長】

ありがとうございます。さて、それでは時間も制限がありますのでこのぐらいにさせていただきます、次に第5章の説明を事務局から願いたいと思います。

【事務局】

はい。それではこの第5章が最後になりますけれどもご説明をさせていただきます。40ページからでございます。私どもがここ数年力を入れております救急安心センターについてであります。40ページから41ページの前半にかけてはこれまでの取り組みの記述

でありますので割愛をさせていただきます。41 ページの後半でありますが昨年末札幌において講演会を行わせていただきました。ここでさまざまな立場の方にディスカッションをしていただきまして必要性、有効性あるいは課題等を含めて議論をいただいております。その議論を 42 ページの箱の中に少し紹介しておりますのでご覧いただければと思います。4. ということで「まとめ」と書いてあります。42 ページの下であります。ここが今回追加した部分でございますけれども、私どもとしてこの救急安心センターが一定の効果が上がっているという報告をいただいておりますので、今後とも全国展開に向けて普及啓発を行っていく必要があるというふうに考えております。3 行目からありますが「また、」と書いてございます。実はこの救急安心センターにつきましては、私ども救急企画室で持っているもう 1 つの検討会、〇〇先生に座長を務めていただいております「緊急度判定のあり方検討会」の中で大きなテーマに上がっております。例えば東京消防庁さんであるとか大阪市消防局さんとか先行するお取り組みがありますけれども、その成果を踏まえましてプロトコルの見直しをこの検討会で行ってございます。またコールトリアージとかフィールドトリアージの局面においてセーフティネットを構築する必要があるということから、この#7119 がセーフティネットの機能を果たすことが重要ではないかというふうな議論も新たにいただいております、そちらのほうの検討を少し見据えた上で改めて新年度に入りまして各自治体に新たな機能役割を含めた形でその効果等をお示ししてはどうかということから、この検討会におけるこの 3 月末の記述としてはこういった記述に留めているという事情もございまして、以上であります。

【座長】

事務局ありがとうございました。安心センターのところではまとめのところを中心にお話をいただきましたけれどもいかがでございましょうか。もうこれは十分ディスカッションしているところでございますので、今後この安心センターは非常に大きくなってくるのではないのかなというふうに思いますが、いかがでございましょうか。ご質問どうぞ。

【〇〇委員】

札幌でございまして。前回の委員会のほうでも進捗につきましてお話をさせていただきました。私ども今現在 25 年の 10 月に向けて準備を進めている状況でございまして。北海道の人口の半分以上ということで今話を進めておりますが、地域的な問題もあろうかとも思いますけれども、やはり走り出した後の経費負担というのが一つ大きなネックになっ

ておりまして、実際北海道内6の三次医療機関の1つということですが、先ほど申し上げた北海道民の2分の1以上というようなベースで今整理をしておりますが、やはりくどいようでございますけれども財政的な課題というのが非常に大きいのかなというのが今現在の認識でございます。以上でございます。

【座長】

ありがとうございます。その辺は事務局に聞いたほうが、それはそのとおりだと言われるかもしれませんが、何かありますか。

【事務局】

やはり医師、看護師の方を確保する、それも24時間でということですので、この経費がかかるということがございます。私どもは緊急度判定の検討会の中で新年度実証地域を手を挙げていただいたところで実証検証をしていただこうと思っておりますが、その中で何かその辺の工夫が、少し経費を抑えられるような工夫ができないものかなと思っておりますところもあるんですが、一方でやはり人手がかかりますのでなかなか難しいなと思っております、私どもも同じように呻吟しているという状況でございます。

【座長】

ありがとうございます。その一つに、いろいろところでディスカッションをしておりますけれども、全国1カ所に対応できる安心課題もありますし、地域でしか考えられない安心課題もありますので、特に病院選定あるいは診療所選定等は地域でしかわかりませんけれども、病気の相談というのはある程度大きくできるのではないのかな。その辺をうまく両面でいけば少しは費用が軽減できるのではないのかなと多少思いますけれども、そんなところで〇〇委員よろしくお願ひしたいと思ひます。ほかにいかがでございますか。よろしゅうございますか。これは相当ディスカッションしたところでございます。また全体のところでというところもあります。次は第6章から第8章のところでございますが、ご覧をいただきたいと思ひますがこれは既に先ほど〇〇先生からお話をいただきましたワーキンググループの報告それからもう一回前回第3回の作業部会での報告をいただいておりますので、もう一度報告をいただくというのは割愛をさせていただきます、8章まですべて含めて全体のディスカッションをお願ひしたいというふうに思ひます。一つ一つ相当ディスカッションしてまいりましたけれども、最後に全体を通してご質問あるいはご意見がありましたらお願ひしたいと思ひます。いかがでございますか。

いでしょうか。どこからでも結構でございます。どうぞ。

【〇〇委員】

前回発言を失してしましまして申しわけなかったんですが、第7章の関係でございます。77ページ78ページのくだりでございますが、78ページの一番最後「③被災地への出動」についてということで、いわゆるDMATと申しますか医療チームと緊急消防援助隊との連携というか同時出場について触れているくだりでございます。下から3行目のところで「緊急消防援助隊とともに出動されるのが期待されるが」いろいろな課題があって「都道府県の実情に応じて対応すべきである」という結びになっております。その例示として左側のページの④で、東京DMATは、緊急消防援助隊とともに出動したというふうな実績を書いています。ここでちょっと意見としていかがかと思うんですけども、都道府県の必要に応じて医療チームとともに緊援隊が動くというのは確かにさまざまな実情がありますからそのとおりなんですけれども、緊急消防援助隊はそもそも都道府県が独自の判断で動いているわけではなくて、消防庁長官の指示で消防庁の定める要項に従って動く広域応援の仕組みでございます。そういう意味では都道府県の実情に応じて医療チームと連携しやすいようにというような配慮をした緊急消防援助隊の要項でのいわば仕組みづくりというものが一定のものが提言されてもいいのではないかということです。例えば、東日本大震災のとき、東京DMATは東京都の緊急消防援助隊の救助部隊の一部という位置づけで出動いたしました。これはそこにしか受け皿がないものですからそういう位置づけをいたしましたけれども、例えばもしできることであれば都道府県が派遣をする緊急消防援助隊の中の一つの部隊として医療連携部隊とか、救助部隊、救急部隊、消火部隊といったものとの並列でそういった医療連携部隊といったものを都道府県のまさに実情に応じて派遣することができるといった仕組みを書いたただけると、まあ国として都道府県のこういった取り組みを促すことになるのではないかと。正直私も非常にやりやすくなるという感じがいたします。このあたりも報告書にどう書くかという問題はちょっと先生方のご意見にお任せをいたしますけれども、そういった配慮があつてしかるべきではないかという感じがいたしております。いかがでしょうか。

【座長】

事務局いかがでございますでしょうか。

【事務局】

いただいた御意見の中身については、おっしゃる趣旨についてはわかりました。ちょっとまだそこまで具体的な検討をしておりませんので、ちょっとこの報告書を変えるほどの、少しそこはあれであればちょっと東消さんともお話をさせていただいて少し調整をしてみてもいいかなというふうに思います。

【座長】

委員の先生よろしゅうございますね。趣旨はよくわかりますので事務局どうぞやってください。〇〇委員どうぞ。

【〇〇委員】

今の趣旨そのものは基本骨格として十分に大事なテーマだと私は思います。そこで、こう書くべきであるという形での〇〇部長の発言では多分なくて、もうちょっと先々が見える、その筋の人が読むとうんそうだよねというような形でまとめることは可能だと思うんです。つまりここに書いたから消防庁長官はこうせいああせいどうせいという話で早速物事が展開するとは思わないといったら失礼ですけれども、そんなにぼんぼん世の中が動いているとは思いませんので。だからそういうふうな観点で先々、例えば2年後3年後読んだときに、あああのときこういうふうに言っているんだ、それは今現在議論している初めの根っこの部分があるねという程度で私はいいいんじゃないかと思うんです。なぜかというと、そのことをがんがんここで議論したわけじゃないので。ですからそういうふうな書きぶりがあってもいいんじゃないかという感想を持ちます。

【座長】

僕もそう思いますね。

【〇〇委員】

どうせ書き直すなら、関係ないかもしれませんが、今の指摘された文章の一番最後の下から3行目「援助隊とともに出動されることが期待される」の「出動される」これは「出動する」でしょうね。出動するというのは多分この文章は長いんですけども、「災害現場で活動する医療チームは」というの「は」が「出動されることが期待される」というふうになるんじゃないかなと想像するんですけども、ちょっと文章が too long なので何とも言いようがないんですけども、別に「される」という尊敬語を使う必要はないんでしょう。

【事務局】

少し主語と述語のかかり方の部分も含めて。貴重なご示唆をいただきましたので。

【座長】

よろしくお願ひしたいと思ひます。どうぞ。

【〇〇委員】

この部分は実はもっと突っ込んだ文章で当初ありました。これが医療者側が一つはそういう形態で出ることについての議論がさらに必要だという面と、もう一つ消防側が医者の面倒を見るということについてのコンセンサスについても、東消は歴史的にもこれをやってくださっておりますけれども、その辺の環境作りにもしばらく時間がかかるだろうということで、そういうことを配慮して紆余曲折あって文章がなったということでございます。実際には被災地内の医療情報を収集するとか、特に現場でMC体制を構築すること自体非常に難しいので、緊援隊と一緒に医者が行くとそういう面でも非常に有効だというような高い評価が得られたことは確かでございますので、できる限り私としても積極的な文章になるのを望んでいるところでございます。

【座長】

ありがとうございます。ほかに全体を通していかがでしょうか。どうぞ〇〇先生。

【〇〇委員】

何章になるかわかりませんが、4章に関係するのか6章なのか、一般市民が行うAEDに関してなんですが、口答指示という際に例えば今各消防がどこに実際AEDが配置されているかというのはほとんど把握されていないというふうにそういうことですけれども、例えばある地域で把握しているところでは全国の蘇生率よりもかなりいいデータが出ているところがあります。そもそもAEDあるいはPADというのは検証というのを前提に受け入れられたという経緯があるので、何か消防のほうでAEDの設置場所とかあるいは検証という枠組みができるような形でどこかに今後の課題とか展望というところで書いていただくといいのかなと思っているんですがいかがでしょうか。

【座長】

どうぞ。

【事務局】

本部によりましてはAEDの場所を把握し一般市民に公開している例があるということは承知しています。これを全国の本部でやるかどうかということでありますけれども、例えばAEDにつきまして例えば消火器とか消火栓のように消防機関で認可をしているわけではないということもありまして、どこまでを消防としてやってきたかやるとなる

とかなりの人手がかかりますので、その辺の課題があるということでございます。

【座長】

ありがとうございます。東京でも中野等は電信柱のところにバーコードでぱっとつければどこにあると直ちにきれいに出てきますので、ああいうのも一つの電信柱を利用したものが出ております。いろいろなものがやっておりますので。

【〇〇委員】

そうすると何か前提としたような枠組みというのは消防庁のほうでは余り考えていないところなんですね。

【事務局】

そうですね。私ども消防庁として全国の本部で把握すべきだということまでは。

【〇〇委員】

例えば口答指示のときに、もしかしたらこの近くあそこにAEDがかもしれないのでだれか周囲に人がいたら取りにいつてもらってくださいという口答指示も当然あり得ると思うんですけれども、そういうことで消防本部がAEDの設置場所を把握するというのはかなり効果があるというふうに思っている、実際そういうデータも出ているんですけれども、そういった方向に向けての記載というのはできないのかなというそんな趣旨の質問です。

【〇〇座長】

わかりました。事務局とその辺のところもお話をしたいと思いますので。どうぞ。

【〇〇委員】

今の話の関連なんですけれども、仙台市においてもAEDの設置事業所等の表示制度というのをやっております。結構仙台市だけではなくて国内いろいろなところでホテルとか大きな事業所の玄関先に表示をされているところが随分ふえているかと思うんですが、参考までに仙台市消防で取り組んでいるのは、「杜の都ハートエイド」というふうな名のもとにやっております、これは杜の都と称される仙台市において心臓への手当という意味に加えて市民が暖かい心で助け合うという願いを込めてその名前を命名したわけでございますけれども、これは消防局側で協力していただいている事業所にそういったステッカーを配布しまして貼っていただくというほかにインターネットのホームページの中にそういった事業所のマップを掲載して公開すると、それから119番の受信センターのほうで、そういった人が倒れているという状況で救急車を出場させるわけです

けれども、そのときに近くのどこのところにそういったAEDがあるといったことも一応情報提供しながら救急車の出場をするというふうな役割がございます。それから協力していただいている事業所については、条件という言い方ではないんですけども1つ目はまず当然AEDが設置されていることということ、それから2点目としては応急手当講習の修了者などが少なくとも1名以上勤務しているということ、それから3つ目は近隣で発生した傷病者への協力意思があるということを満たした事業所にそういった制度のもとでの加入事業所ということで市民のほうに紹介してかつ活用しております。

【座長】

それも一つの有効な手当ですね。ありがとうございます。先生方そろそろ時間になってきておりますが、どうぞ。では〇〇室長これで最後にひとつ。

【〇〇室長】

関連してなんですけれどもAEDの登録の実は〇〇先生、今いらっしゃらないんですけども、救急医療財団のほうで登録をするシステムを持ってまして、ただ先ほどの全体の件数が30万台を超える台数なんですけど、その3分の1程度十数万台を登録ができています。そしてマッピングまではいかないんですけども住所地のデータは登録されていると聞いてございますので、そういうものの活用も含めて対応いただけると。

【座長】

ありがとうございます。どうぞ。

【事務局】

AEDの関連なんですけど、実は〇〇委員の財団のほうで検討が今なされておまして、厚生労働省と一緒に私もオブザーバーとして参加をしておりますが、その中でいくつか問題点がありまして、すべてのAEDが財団によって把握できていないということと、あとAEDが例えば事務所の中にあって普段は一般の人が立ち入れない、要は鍵がかかっている場所であるとか、あと実際に行ってみたらなかったとか実はそういう確認を誰の責任で行うのかというのが議論のメインだったと思われまして。実は消防本部によってはそのデータをもとに119番があった際にお手すきの方がいらっしゃればAEDがどこどこにありますというご案内をしている消防本部も現にあるのは確かでございますが、全国一律となるとまだまだ議論が必要かなと思います。

【座長】

そうなんですよね。一般の会社にあると称するAEDがどこにあるかわからないとい

うのは本当に一番多いわけで、それをどういうふうにするというのがこれからの課題の一つではないのかなというふうに思います。もうそろそろ時間でございますがディスカッションはこのぐらいにさせていただきます、この第4回が今年度最後のあり方委員会です。最後は事務局とできれば座長、私に修正に関しては先ほどから少しずつありました、責任を持って事務局とお話ししながら修正していきたいとします。私座長に一任を願えればありがたいと思いますがいかがでございますでしょうか。（拍手）ありがとうございました。それでは最後のところは座長一任にさせていただきます。これにて第4回の議論をすべて終了させていただきたいとします。事務局その先をよろしくお願ひしたいとします。

【事務局】

それではお手元の最後に参考資料といたしまして平成 23 年の救急出動件数速報、本日発表したものでございますが、2枚めくっていただきますと4ページ目でございますが昨年の出動件数ですが570万件を超えたとなっております、前年比+44%となっております。皆様にご報告申し上げます。本日は活発にご議論をいただきましてありがとうございます。また報告書につきまして、ご意見ございましたら来週中に事務局にご連絡いただければと思います。これをもちまして今年度の検討会は終了となります。1年間まことにありがとうございました。閉会に際しまして次長より一言ごあいさつ申し上げます。

3 あいさつ

【次長】

今日の第4回で23年度の救急業務のあり方に関する検討会が終わりということで一言ごあいさつ申し上げます。座長の〇〇先生をはじめ各委員の先生方に大変熱心なご意見をいただきまして大変どうもありがとうございました。また立派な報告書が今まとまりつつあるということでございます。この検討会を通じていただきましたご意見あるいは報告書のまとめ今後の我々これからの救急行政の中で生かしていきたい、また各消防機関に示すことによって各消防機関においてもこれを参考にさらなる救急行政の発展に務めてもらいたいと思っています。本当にどうもありがとうございました。

4 閉会 [事務局]