

**平成27年度**  
**救急業務のあり方に関する検討会（第1回）**  
**議事録**

1 日 時 平成27年7月17日（金） 10時03分から12時12分

2 場 所 三田共用会議所3階 大会議室

**3 出席者**

メンバー : 山本座長、浅利委員、阿真委員、有賀委員、石井委員、迫田委員、  
佐藤委員、島崎委員、米川氏（鈴川委員代理）、田邊委員、原田委員、  
萬年委員、安田委員、横田（順）委員、横田（裕）委員、渡辺委員  
オブザーバー : 西嶋氏（北波課長代理）

**4 会議経過**

1. 開会

【田中補佐】

それでは、定刻となりましたので、救急業務のあり方に関する検討会（第1回）を開催させていただきます。

本日の司会は、消防庁救急企画室課長補佐、私、田中が務めさせていただきます。よろしくお願いたします。以降につきましては、恐れ入りますが、着席の上、説明をさせていただきます。

2. 挨拶（消防庁次長）

【田中補佐】

まず、開催に当たりまして、消防庁次長、西藤よりご挨拶を申し上げます。

【西藤次長】

皆さん、おはようございます。今月1日に就任いたしました消防庁次長の西藤と申します。どうかよろしくお願いたします。

本日は、皆様お忙しい中、また、台風11号の動き、あるいはその影響が心配される中ではありますが、本年度第1回目の救急業務のあり方に関する検討会にご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。開会に当たりまして、一言ご挨拶をさせていただきます。

救急出動件数は年々増加の一途をたどっておりまして、平成26年の救急出動件数、この速報によりますと、昨年における年間救急出動件数は約598万件で、救急搬送人員につきましても約540万人と、過去最多となっております。今後も高齢化の進展などを背景といたしまして救急需要が増大し、病院収容時間が延伸することが予想されるところでございます。

これらに対応するために、消防機関外の社会資源の活用を推進したり、関係機関と連携を強化する仕組みや、また、消防機関内部で救急業務の質の向上に向けた取り組みが求められているところでございます。

今年度の救急業務のあり方検討会では、救急業務を安定的かつ持続的に提供していくため、消防機関外の救急救命士の活用、救急車の適正利用の推進、緊急度判定体系の普及について検討を行っていただく予定といたしております。

また、救急業務の質の向上につきましては、個別事案分析による搬送時間延伸の要因の解決、救急業務に携わる職員の教育、蘇生ガイドライン改訂への対応、そして2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会への対応についても検討いただく予定といたしております。

限られた時間ではございますが、委員の皆様にはぜひとも活発なご議論を賜りますようお願い申し上げます。ご挨拶とさせていただきます。よろしく願いいたします。

### 3. 委員紹介

#### 【田中補佐】

それでは、続きまして、資料の確認をさせていただきます。お手元にあります資料をご確認ください。

まずは次第でございます。1枚おめくりいただきますと、「平成27年度救急業務のあり方に関する検討会開催要綱」でございます。そして、もう一枚おめくりいただきますと、委員名簿がございます。

次に、資料といたしまして、「平成27年度救急業務のあり方に関する検討会第1回資料」

がございます。最後に、昨年度、平成26年度の救急業務のあり方に関する検討会の報告書がございます。そして、また、本年の12月に札幌で開催されます救急隊員シンポジウムのバッジを配付させていただいています。

また、つけ加えて、資料以外のご説明もさせていただきますが、本日はクールビズで対応をさせていただいておりますので、ご承知おきいただきたいと思います。

そして、本日、席上の前にマイクがございますけれども、マイクを使用される際は、中央のボタンがございますので、こちらを押してください。赤く点灯いたしますので、その上でご発言をいただきたいと思います。そして、ご発言が終わりましたら、もう一度押していただきたいと思います。よろしく願いいたします。

それでは、次に、委員のご紹介をさせていただきます。50音順にご紹介させていただきます。

〇〇委員です。

【〇〇委員】

〇〇です。よろしく願いいたします。

【田中補佐】

〇〇委員です。

【〇〇委員】

〇〇です。よろしく願いいたします。

【田中補佐】

〇〇委員です。

【〇〇委員】

よろしく願いします。

【田中補佐】

〇〇委員です。

【〇〇委員】

よろしく願いします。

【田中補佐】

〇〇委員です。

【〇〇委員】

よろしく。

【田中補佐】

〇〇委員の代理で〇〇様。

【〇〇委員（代） 〇〇氏】

〇〇の代理で参りました〇〇です。よろしくお願ひします。

【田中補佐】

〇〇委員です。

【〇〇委員】

〇〇です。よろしくお願ひいたします。

【田中補佐】

〇〇委員です。

【〇〇委員】

〇〇でございます。よろしくお願ひいたします。

【田中補佐】

〇〇委員です。

【〇〇委員】

〇〇でございます。よろしくお願ひします。

【田中補佐】

〇〇委員です。

【〇〇委員】

〇〇でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

【田中補佐】

〇〇委員です。

【〇〇委員】

〇〇でございます。よろしくお願ひします。

【田中補佐】

〇〇委員です。

【〇〇委員】

おはようございます。よろしくお願ひします。

【田中補佐】

〇〇委員です。

【〇〇委員】

〇〇です。よろしくお願いいたします。

【田中補佐】

〇〇委員です。

【〇〇委員】

〇〇です。よろしくお願いいたします。

【田中補佐】

そして、オブザーバーといたしまして、厚生労働省医政局地域医療計画課、〇〇課長の代理で救急・周産期医療等対策室長の〇〇様にご出席いただいております。

【〇〇室長】

よろしくお願いいたします。

【田中補佐】

また、〇〇委員、〇〇委員におかれましては、少しおくれたのご到着となります。〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員におかれましては、本日、ご都合により欠席となります。

#### 4. 座長選出

【田中補佐】

次に、本検討会が第1回でございますので、座長の選出を進めたいと思います。

座長選出につきましては、平成27年度救急業務のあり方に関する検討会開催要綱第3条第3項の規定によりまして、委員の互選によって選出すべきところではございますが、昨年度からの継続議事もございますので、事務局からご提案をさせていただくという形で選出いたしたいと考えております。委員の皆様、いかがでございましょうか。よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

【田中補佐】

ありがとうございます。

それでは、先ほどご説明いたしましたとおり、昨年度の検討会からの継続事業もございますので、引き続き〇〇委員にお願いいたしたいと思います。委員の皆様、いかがでございましょうか。

( 拍 手 )

【田中補佐】

ありがとうございます。

それでは〇〇委員、座長席にご移動をお願いいたします。

(〇〇委員、座長席に移動)

【田中補佐】

それでは、平成27年度救急業務のあり方に関する検討会、〇〇座長よりご挨拶をお願いいたしたいと存じます。

【〇〇座長】

皆さん、おはようございます。ただいま座長に任命されました〇〇でございます。昨年に引き続きまして、よろしくお願ひしたいと思ひます。

先ほど次長からもお話がありましたけれども、昨年度の検討会をまず振り返ってみたいと思ひますけれども、まず、我々、消防と医療の連携ということで、相当、時間を割いたように思ひます。その中では、実施基準の運用をいかにスムーズにして、さらなる効果の期待はどういうふうにしたらできるのかというようなこと、あるいは、現場の活動時間をどうしたら短縮できるのかということについて、相当、時間を費やしたように思ひしております。

そのほかにも、救急業務の高度化の推進ということで、ICTの活用をいかにしたらいいのか、あるいは予防救急をどういうふうに考えるのかというようなところも、相当、力を入れたように思ひます。

また、救急業務にかかわる職員の教育でございますけれども、これは3つのワーキンググループをつくらせていただきまして、指導救命士のテキスト、あるいは消防職員の動画、あるいはその他の問題点、あるいは通信指令員の教育はどういうふうにかえたらいいのか等々について、ワーキンググループで考えさせていただいたものでございます。

それを次に、今年度になりますけれども、もちろん今年度はそれを引き続いたさらなる検討をお願いしたいと思ひますし、先ほど次長からもお話がありました消防以外の救急救命士をどのように活用していくのかということも、今年度の大きなテーマの一つではないかと思ひしております。

また、救急車の適正利用についても、いろいろメディア等でも一時話題になったところを考えていきたいと思ひしております。また、個別事案を分析することによって、救急の運用時間、あるいは活動時間をどういうふうにしたら短縮できるのかについても検討

しなければいけないのではないのかと思います。

もう一つ大事なところがありまして、今年度はちょうど2015年で、蘇生法のガイドラインが変わる年であります。この辺につきましても、改訂への対応はどのようなふうにあるべきなのかというところもみんなで検討していきたいと思います。

いろいろな話題で盛りだくさんでございますけれども、この検討会のスムーズな運用、あるいは新しい知識の投入ということに関しましては、委員の皆様のお知恵を拝借しなければ何ともいえないわけでございますので、ぜひよろしくお願い申し上げたいと思います。

何はともあれ、今年度もまた頑張っていきたいと思いますので、心からの応援をお願いし、そして、委員の先生方のお知恵をぜひ拝借したいと思います。ありがとうございました。

【田中補佐】

ありがとうございました。

では、以後の議事進行を〇〇座長にお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

## 5 議 事

(1) 今年度の検討の進め方

(2) その他

【〇〇座長】

それでは、議事を進めてまいりたいと思いますが、資料をごらんいただきたいと思ひます。資料に沿って進めてまいりたいと思ひます。

また、先ほどちょっとお話をさしあげましたけれども、議案が相当多いもので、項目ごとに説明を願ひ、そして、項目ごとに質疑応答をさせていただいて進めていきたいと思ひますので、よろしくお願ひしたいと思います。

それでは、まず、第1になります「消防機関以外の救急救命士の活用」につきましても、事務局からまず説明を願ひたいと思ひます。

【田中補佐】

それでは、説明させていただきます。こちら、「救急業務のあり方に関する検討会第1回資料」をごらんください。

こちらの2ページになりますけれども、平成27年度の検討事項全体をまとめさせていただいております。こちらですけれども、救急需要が増大いたしまして、今後、救急業務を安定的かつ持続的に提供していくために、この①と②のことが必要というふうに整理しております。1点目ですが、限りある社会資源を賢く活用して公正に配分するということと、2点目は救急業務の質の向上を通じて救命率の向上を図る、としております。

左下になります、「目標①関連」ということで、こちらは消防機関外の資源の有効活用という観点を出しております。この中の1点目が、「消防機関以外の救命士の活用」でございます。そして、2点目ですけれども、「救急車の適正利用の推進」ということで、さまざまな課題についてご検討いただきたいと思います。3点目、こちらが「緊急度判定体系の普及」、こちらはワーキンググループの設置でございます。これもまた後でご説明をさせていただきます。

次に、「目標②関連」ですけれども、消防機関の内部での業務の質の向上に向けた取り組みを推進するというので、その1点目、IVでございますが、「個別事案の分析による、搬送時間延伸の要因の解決」ということで、さまざまな事例について個別の調査分析をしていただきたいと思います。

そして、Vですが、ワーキンググループの設置ございまして、「救急業務に携わる職員の教育」ということで、テキストの完成を目指すという内容でございます。そして、VIが「蘇生ガイドラインの改訂への対応」でございます。最後、VIIは「2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会への対応」ということで、こちらについても継続してご審議いただきたいと思います。

続きまして、資料の4ページをごらんください。「消防機関以外の救急救命士の活用」ということで、こちら4ページをごらんいただきますと、背景・目的を記載させていただいております。

救急救命士につきましては、平成3年の法整備により誕生いたしまして、26年4月現在でその登録者数は4万7,816人となっております。救命士は病院前の救急の充実に大きな役割を果たすことが期待されておりますが、業として救命処置を行うことができるのは、原則といたしまして救急用自動車の中とされております。そのため、全体の35%を占めます消防機関に属しない救命士の多くにつきましては、その保有している資格を

十分に生かすことができず、スキルが有効に活用されていない状況にあるのではないかと  
いうことです。

その一方、近年、大都市では大規模なマンション、ホテルなどができまして、郊外に  
おいても大きい施設が建設されております。こうした施設において傷病者が発生した場  
合に、消防の救急車を要請することになると思いますけれども、救急車が現場に到着し  
てから傷病者に接触するまでにそれなりの時間を要する場合があります、搬送時間延  
伸の要因の1つになっていると考えられます。

消防庁といたしましては、現行法令を前提として上記の課題に対する解決方策につい  
て検討をする必要がある、と整理しております。

続きまして、5ページをごらんください。

このイメージですけれども、5ページが現状というふうにご理解いただきたいと思  
いますが、傷病者が発生してから119番通報いたします。そうすると、救急隊が出動しま  
して、全国平均で8分30秒、現場到着までにかかります。そして、現場に到着してから  
傷病者に接触するまで、これは一例ですけれども、高層ビル45階まで行こうとすれば、  
4分ぐらい時間がかかるということ、また、地下4階よりも深いところであれば、4分  
弱ぐらい時間がかかるような事例もございます。そういった時間をかけて傷病者に接触  
して、また帰ってくる時間もかかるという状況でございます。

そして、その下のほう、6ページになりますが、これがイメージですけれども、例え  
ば傷病者が発生して、その大規模施設に防災センターとか、イベントであれば救護所  
みたいなところから救急救命士が駆けつけをしまして、傷病者に接触して処置を開始が  
できるのではないかとということ、そして、同時に119番通報がなされまして救急隊が出  
動いたします。そして、救急隊が出動して処置をしながら、適宜情報共有をして、救急  
隊に確実に引き渡していただくということで考えております。

期待される効果といたしましては、救急救命処置が迅速に開始できることが1点、そ  
して、場合によりましてはうまく引き渡しができるれば、医療機関への搬送を開始するま  
での時間が短縮できるのではないかと考えております。

次は7ページになりますけれども、以上のイメージを踏まえながらですが、「今年度の  
検討内容・論点案」でございます。

1点目が、「消防機関以外の救命士に係るメディカルコントロール体制の整備のあり方」  
ということで、こちらは例えば大規模複合施設等の管理者の責務ということもご検討の

中身になるのではないかと考えております。仮にMC体制に入ったといたしまして、きちんとした教育体制をとれるかですとか、既存の体制に混乱を生じさせないかということも検討課題であろうかと思えます。

そして2点目、「消防機関以外の救急救命士と消防機関の連携のあり方」でございます。通報者と通信指令員と情報共有をしていかなければなりませんので、そういった連携をどうやっていくかということ、また、処置の引き継ぎ等、救急隊との連携という話もあると思えます。

そして、法的側面の前提を確認しながら、現行法を前提としまして、消防機関以外の救命士の活用によって期待される効果はどんなものか、また、消防機関以外の救命士と消防機関が適切に連携しながら活動できるような仕組みをどういうふうに構築していけばいいかということを検討課題として挙げております。

そして、以降の資料でございますが、8ページは救急救命士による救命処置の範囲ということで、これは参考までにつけさせていただいております。

そして、9ページ、10ページになりますけれども、9ページはメディカルコントロール体制、既存のMC体制の表をつけておりました、10ページにつきましては、救急救命士法の関係規定を参考につけております。

説明は以上でございます。よろしく願いいたします。

**【〇〇座長】**

ありがとうございます。

いかがでございましょうか。今、事務局から、一つは全体の概要、そして1番としての消防機関以外での救命士の活用をどういうふうに考えるのかというところでありませぬ。

どうぞ、どこからでも結構でございます。どうぞ、〇〇先生。

**【〇〇委員】**

日本医師会の〇〇でございます。おくれまして、すみません。

この話題は、実は新しくはありません。もう何年も前に、随分あるところまで深掘りした覚えがあります。もちろん、こういう議論を常にしておくことは意義がないわけではないと思えます。

まず第一に、救命士以外は救急処置をしていけないということはないわけですね。この下のほうにもありますけれども、つまりバイスタンダーはできるだけのことをしましよ

うという前提がまずあるわけですね。それを外して、救命士の利活用だけで文脈を進めるのはおかしいわけです。それだったら、この部屋にもいろいろな人がいて、みんなで困った人を助けると。もともと救急の思想はそういうふうな、だから「よきサマリア人の法」だとか、そういうものがちゃんと裏打ちするという共通理念があるわけですから、まず、それを頭に置いてから議論したほうがいいのではないかと思います。

その上で、あまり長くならず話したいと思いますが、国家資格である救命士の資格を持った方が有効に活用というか、一人一人の人格がありますので、有効に活用されていない制度をどう思うかということであれば、それは話をする意義があるのだと思います。だったら、今の既存のメディカルコントロールにうまくはめ込めばいいのではないかという話に三段論法的に行くのは、どこか間が外れていると思います。

というのは、今のメディカルコントロール体制は、それこそ医療関係者のほんとうにボランティア的な協力でかろうじて成立している制度であって、そこに、搬送業務全般の責任が伴うと、それは救命士の範囲の拡大だけではなくて、メディカルコントロール体制の拡大になりますから、では、大規模な施設といっても、大規模な施設にはそれぞれの義務、責務があるはずですから、人を集めるというものをつくった責務があって、そこから始まらなければ、メディカルコントロール体制だけもっと広げていけばいいことが起こるということはないのではないかと思います。

そちらを広げるのであれば、その責務の問題を、例えばお金なり責務を果たすためのさまざまな努力と一緒に考えていかないと、それは今のせっかく維持されている全国のメディカルコントロール体制が薄まって行って、信頼を失うことになる。それでは逆効果になるのではないかと思います。

とりあえず、以上でございます。

#### 【〇〇座長】

ありがとうございます。

今、救命士ではなくても、蘇生、あるいは救命処置に関しては、バイスタンダーでも誰でもやるのだというところからの議論だと思いますが、事務局、何かご説明、何でも結構でございますが。

私、〇〇先生の質問に答えるならば、バイスタンダーは緊急避難であって、職ではないわけですが、この大規模施設、あるいはその他の消防でない救命士も職として何か1万7,000人も出てきているのだから、それを考えるのも必要ではないのかという流れが

あるのではないのかなと私自身は思っているのですが、先生もそれは同感だと思いますが、その辺も含めて、どうぞ事務局、どうでしょうか。

どうぞ、山口室長。

**【山口室長】**

特に〇〇先生がおっしゃった後段の部分についてなのですけれども、まさに大規模施設の設置者・管理者の責務というお話がありました。我々としても、こういった仕組みを、今後、仮に導入していくとなれば、単に民間に埋もれている救命士を雇用するというだけではなくて、当然、その質の確保といいますか、そこで行われる行為に関する責任の部分も含めて、大規模施設の管理者等はお金の負担なりそういった果たすべき責務をちゃんと果たした上でこういった仕組みに入ってくると考えています。

さらに、ここにも書いてありますけれども、消防機関との連携についても、しっかり確保した上で、このような仕組みをとっていくことが前提になるのではないかと考えております。

**【〇〇座長】**

ここには、もうお一方、非常に苦勞されている〇〇先生がおられますが、先生、何かご意見があると思います。どうぞ。

**【〇〇委員】**

1つはやはり何といても消防救命士でない人たちをできるだけ現場で何かあったときにうまく使おうというのは、それは非常に時間とお金をかけた救命士が遊んでいると言っては何ですが、本来の資格を持った業務と関係ないところで働いているのは、やっぱり社会的な損失だと思います。

今、MC協議会が、全国あるいは地域にありますけれども、あれは公的な形の中で動いている形をとっていますよね。今ここで議論されている消防以外の救命士は、本来、私的なものだと思いますので、では、MCがあるから、そこでそういう教育も含めて担保したらいいのではないのというようなことであれば、一つにはそういう形でやるなら、MCの基本的な考え方を総入れかえしないとだめだと思います。

そうすると、今の〇〇先生のお話にあったような、では、それにかかわる財政的な問題をどうするのだとか、そういうのが非常に大きくなってくると思いますし、別々にやって補完事業、あるいは消防救命士の受け皿として、あるいは補完事業としてやるというのなら、MCも別組織にする手もあると思います。それは考え方で、どうするかはこ

れから議論してというような格好になろうかと思いますが、今のところ、そんな感じが。

それともう一つ、これは救急搬送業務にはこの方々は差し当たっては携わらないということになりますか。そののところがちょっとお聞きしたいのですけれども。

【田中補佐】

そうですね、救急業務の搬送については、携わらないということになります。

【〇〇委員】

そこは非常に重要で、現場だけきっちりやってくれて、あと消防救命士に任せようというのは、今、いっぱいいっぱい働いている救命士の仕事を補完するという意味では、もっと非消防救命士を、例えば現場だけの見守り隊というのではなしに、搬送業務の中にも取り入れるほうが合理的ではないかという気がします。

【〇〇座長】

先生、その場合、具体的なことをちょっと質問させていただきますが、どういう手段で非消防救命士が現場から病院まで搬送していくのですか。民間救急を考えているんですか。それとも……。

【〇〇委員】

そう。おそらくやるとすれば、救急車と民間救急と両方で現場から。

【〇〇座長】

消防の救急車も非消防の救命士がそこで仕事をするということになりますか。

【〇〇委員】

アメリカ型ですと、何か救急があったときに、消防救急が現場へ行くのと同時に、その情報が民間救急にも行って、現場へ行く。近いほうがやって、もしそれが非常に重症であれば、そのまま消防救急が運ぶ。で、軽い患者だと、「ちょっとあなた、待っていてね」と言って民間救急がその患者を運ぶということにすると、公的な消防の時間的節約に非常になるかなという気はしますけれどもね。いろいろなやり方はあると思いますけれども。

【〇〇座長】

今のはアメリカ型のもので、アメリカ型ではプライベートの救急搬送組織が非常に発達しているわけですから、その辺は日本とは比較にはならないのではないのかなと私は思いますけれども。

【〇〇委員】

ただ、やっぱり1万7,000人ですか、いる非消防の救命士をうまく使っていくというのは、もういっぱいいっぱいやっているプレホスピタルの現場は、非常にそういうのは必須だと思います。それから、厚労省のやっています地域包括ケアがありますよね。あれは介護施設、あるいは在宅、それから老健、それから医療機関を含めて、それぞれで地域で一体でやりましょうという話で、それは非常にいいんですけども、では、その間のロジはどうするのというようなこと、全く議論されていないのです。

それはやはり、例えば民間救急であるとか、あるいは、こういう形での救命士をうまく使っていくというのは、消防救命士の仕事をかなりそれで軽減できるのではないかという気がしますけれどもね。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

今の日本の民間救急は、緊急自動車にはなっていないわけで、アメリカのように民間救急車で救命士が乗ってという流れはまだまだ時間がかかるのではないのかなとも私は思いますが。

【〇〇委員】

ちょっといいですか。今のお話、先生のお話でいいですか。

病院の自動車は救急自動車。

【〇〇座長】

救急自動車になります。

【〇〇委員】

と同じ扱いになっているんですね。あれは自治体がオーケーしているんですかね。病院にあれば、救急車扱いになりますよね、病院の車は。

【田中補佐】

公安委員会です。

【〇〇委員】

公安委員会がですか。その要件になっているのは、おそらく病院の中ではMCにかわるようなドクターがいるからだという形で、彼らがいろいろな業務をした場合に担保されている、病院から出ていく救急車は消防救急車と同じようにクオリティーが担保されているということだと思うんですよ。それを、例えば新しい形のMCでそういうものを担保してやれば、消防救急車とほかの救急車を区別して、消防署の救命士しかできま

せんよという形にはならないと思うんですけどもね。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

どうぞ、委員、どうぞ。

【〇〇委員】

済みません、皆さんがおそらく前提とされていることを理解していない気がするのですが、教えていただきたいのですが、救急救命士のいわゆる潜在救急救命士、普通、潜在看護師とか潜在介護福祉士と言う場合は、そのことをやらないことを選んだ人たちだったりするのですが、この1万7,000人という方たちは、救急のこの消防の仕事についていないのは、仕事がないからというか、もう救急救命士は全国的に普及して、救急救命士の仕事をこの先拡大したほうがいいという前提なのでしょうか。その辺の前提がわからないので、ごめんなさい。何か大事なことなので。

【〇〇座長】

事務局、前提を教えてください。

【迫田委員】

はい、済みません。

【田中補佐】

そうですね、こちら、4ページの下のほうには書いてあるのですが、救急救命士の活動場所の範囲について検討するということも考えられますけれども、消防庁としては現行法令を前提として考えています。

【〇〇委員】

その言い方だとわからない。

【北崎審議官】

今現在、消防に入っていない民間の方は、普通の企業に入っていたり、あるいは地方団体の職員になっていた方が結構おります。

【〇〇委員】

ほんとうは救急車に乗りたいたけれども、採用してもらえないということですか。

【北崎審議官】

端的に言うと……。

【〇〇委員】

わかりました。

**【〇〇座長】**

今日は消防の委員の皆さんもたくさんおられますが、「いい加減にしろって、そうじゃないだろう」という、〇〇委員、どうぞ。

**【〇〇委員】**

確かに1万7,000人の方々は、おそらくですけれども、大部分の方は消防職員を目指して、最初の取りかかりはそうだと思います。9割以上はそうだと思います。

ただ、我々、公務員でありますので、当然、入庁あるいは入局の試験がございますので、そこを通過していただかないと、救命士として活躍することはできません。さらには、消防機関に入ったということは、イコール救急業務に携わるわけではありませんので、大前提は消防職員でありますので、災害・火災の対応をしていただくというところで挫折される方もいるやに聞いております。

**【〇〇座長】**

ありがとうございます。

民間の専門学校等を出てきた救命士の諸君は、救命活動あるいは救急業務は好きだけでも、消防業務は嫌だという人も、私はいると聞いております。その辺のところもなかなか職にありつかない一つの理由になっているのかと思います。

ほかにいかがでしょうか。

どうぞ、〇〇先生、そしてまた〇〇先生。

**【〇〇委員】**

〇〇です。このような形の救急救命士の活用は、私個人としては非常に重要なことだと認識しています。

ただ、一方で、先ほど〇〇先生がおっしゃったように、MCの関与は程度の差はあれ、どうしても避けて通れない部分です。6ページの流れ図のところ、違和感を感じたのは、「傷病者の発生」が一番左にあるんですけれども、その場合に、多分、最初のどこに連絡が行くかという、おそらく防災センターではなくて、そこに居合わせた一般人で、その人が119番をすることのほうがきっと多いはずで。

となると、119番を受けた消防の方が、そのイベント会場にいるであろう救命士に情報を渡すという形の流れのほうが多いのではないかと思います。そうなる、やはり何らかの形のMCがそこに必要となります。むしろ、ここに書いてあるのは、そのイベント

会場にいる救命士が現場に駆けつけて、そこが119番するという、むしろまれな流れなのかと思うので、私が言ったほうが数が多いのではないかとすると、おそらくMCの関与は考えなければいけないと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

この話の根拠といいますか理由が、非消防機関の救急救命士が結構いるではないか、だから、何とか活用できないかというところからスタートはしていますけれども、ほんとうの本音は、やはり5ページ、6ページにある、いわゆる大規模な施設とか高層マンションなどでは、救急隊員が現場に行ってもなかなか傷病者とうまく接触できない、その間の救命処置をどうしたらいいんだというのが本来の考え方だろうと思うんです。

そうしたときに、その一つとして消防以外の救命士を活用するのは手としてあると思います。それはそれでいいと思うんです。それ以外にもあるはずなので、ここはどうも入り方が、消防に属さない救命士がこんなにいるんだから、何とか利用できないかというようなところで議論が始まると、少し本末転倒かなと。そういう意味においては、〇〇委員も言われたように、やっぱり倒れている人を救うのは、全人的に誰でもやるべきことだということから発想するのであれば、理由は成り立つのかなと思います。

2点目の問題は、私、大阪で十五、六年前、USJができたときに、ある専門学校卒の救急救命士がそこへ勤めたんです。当時、その救急救命士に気管挿管等の実習をさせたいということになったのですけれども、当然のことながら、関連する医療機関が特にありません。それから、あとの検証は誰がするのだということで、地元の消防機関さんに彼らの面倒をメディカルコントロールとして見てあげてくれないかと言ったら、組織が違うのでだめだと。じゃ、誰が面倒を見るんだ、というようなことになって、結局はメディカルコントロールの働かない状況下で、糸の切れたたこのような形でUSJの中で仕事をしていたようです。結局のところ、救急救命士処置が生かされず、要するに構内の搬送業務だけに終わったという経緯がございます。

だから、そういう意味において、ここに7ページに書いてありますように、メディカルコントロール体制の整備をどうするんだということは確かにそのとおり、問題認識を持たれているところはまだ正常なのかと思いますけれども、ここは非常にポイントです。

公的機関がやるのと民間のある施設でやるのと区別して、ここから先はうちは知らないということになると、いかにいいものをつくろうとしても、やっぱりなかなか地域では難しいところがありますので、地域全体で制度化していく必要があるのだらうと思います。

以上です。

#### 【〇〇座長】

ありがとうございます。

まだご意見がある皆さんは多いと思いますが、まだ9も項目があるのに、たったのIで終わっちゃっています。これはまだまだ何回も議論しなければいけないと思いますが、私、1つだけ、この1万7,000人の中の内訳をもう少し、詳しい内訳はどうなっているのかということも調べておいていただければありがたいと思います。例えば最初のころは、看護師さんがいっぱい受けていました。彼・彼女らがどのぐらいいるのか、あるいは、この中にももちろんOBになれば消防の職員ではありません。ただ、当然、救命士であります。もう彼らはこの中の何人ぐらいいるのか等々あると思いますので、少し深掘りをお願いしたいと思います。

どうぞ。

#### 【〇〇委員】

すみません、終わりに近いところで。

この問題を前に議論したときに、帰着する場所はということで提案したのは、救命士の活動の場の拡大というものでありました。つまり、従来の枠の中でメディカルコントロールを延ばすだけ延ばして、それで、ではハッピーだということではなくて、むしろ救命士の働く場所がプレホスピタルと、非常に限定的なことではなくて、実際の病院のフロントラインとか現場サイドにもあるのではないかと。もう一つは、救急車にかかわらずあるのではないかとということで、〇〇委員がおっしゃったように、医療・介護の連携、地域連携の中で、あらゆる患者さん、利用者が、今、日本中に多くいる状況ですから、その方々をどうやってサポートするかというときに、これは国家資格のリソースとして、その方々が一つも関与できないという現状よりは、もっといろいろなことを考えてもいいのではないかと。それはメディカルコントロールによらずともできるはずなんです。ただし、働く場の拡大という議論がついてこない、それは現実的にならない。

場の拡大をするにはどうしたらいいかというと、前に頭の体操をした限りでは、法令

の改正ということがついてくると、私どもは医師会の中で一度整理しました。時代も変わっていますので、例えば通達一本でいいのだということが成立すれば、この後のいろいろな議論の中でそういう可能性も含めて議論できるのではないかということで、あえて言わせてもらいました。

以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

【北崎審議官】

一言だけ。

【〇〇座長】

どうぞ。

【北崎審議官】

まさに先生おっしゃったのは、もう正論でございまして、ほんとうは消防庁の法律ではないものですから、ここら辺がこの検討会で何かむにゅむにゅ言っていて申しわけないのですが、そういう話が必要であれば、しかるべき所管をなさっているところがやるんですけれども、私どもの届きますレンジで何か工夫できないものか、そこの部分を今年度かけてお知恵をぜひかしていただき、かつ、何か少しいいことができないかということをご教示いただければと思って、今回、提案をさせていただいたところでございます。

以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

今の方向的には、搬送途上、救急車の中、そして搬送だけでなく、現場から救急車に乗るまでも中には入っておりますけれども、その職の拡大ということに関しては、1年かけて頑張ってみたいと思いますが、このぐらいにさせていただいてよろしゅうございますでしょうか。また何かありましたら、最後のところでお願いしたいと思います。

それでは、Ⅱのほうに移っていきたいと思います。「救急車の適正利用の推進」であります。26ページまででございますが、事務局から説明を願いたいと思います。

【田中補佐】

それでは、説明させていただきます。資料の12ページをごらんください。

救急車の適正利用ですけれども、1点目としては、救急搬送件数は、近年、ほぼ一貫して増加しておりまして、限りある資源を緊急性の高い事案に投入するためには、救急車の適正利用を進めていくのは必要でございます。

まず、1点目として、救急車の頻回利用など不適正な利用については、その実態を把握して対策を打っていくことが必要だと思います。また、転院搬送出動件数が高い水準で推移しておりまして、現在、全搬送件数の約8%を占めている状況です。これにつきましては、全国消防長会からも転院搬送の適正化についてご要望があります。さらに、病院救急車ですとか緊急度の低い場合の民間の患者等搬送事業者の活用など、消防機関以外の救急車の活用もしていくことが必要であるとしております。

次に、13ページをごらんください。

今年度の検討内容でございますが、1点目は「頻回利用者への対応方策の検討」です。2点目として、「転院搬送における救急車の適正利用の促進を図る方策の検討」ということで、例えば転院搬送の要件の明確化ですとか、医療機関が有します病院救急車や民間の患者等搬送事業者の活用も考えられると思います。3点目として、「消防機関の救急車以外の搬送資源の活用」ということで、これもかかりつけ医等による地域内での医療の完結を図るために、例えば病院救急車ですとか民間救急車の活用も考えられると思います。

次の点ですが、救急車の適正利用の推進に係る海外事例の調査も行ってみたいと思っております。電話相談窓口の仕組みがあればどんなものかですとか、あとは広報関係、あとはこちらで料金徴収の有無とその仕組みについても聞いてみたいと思います。最後は、消防本部のアンケートの調査も考えております。

以上によりまして、適正利用に向けた各種方策の提示ができればということです。

そして、14ページですけれども、これは約10年前になりますが、「救急需要対策に関する検討会」を開催いただきまして、その検討結果でございます。

2つ目の三角のところ「取り組むべき対策」ということで、ここで119番受信時等における緊急度・重症度の選別ですとか、あと軽症利用者への対策、病院救急車の活用という方策が出ておりまして、その下の「まとめ」の2点目ですが、これらの救急需要対策を講じてもおお十分でない場合には、さらに救急行政の予算・体制の拡充の検討を行うとともに、救急サービスの有料化についても国民的な議論のもとでさまざまな課題について検討しなければならない、と整理されております。

続きまして15ページをごらんいただきたいと思いますのですが、こうしたご提言も踏まえまして、これまで消防庁として適正利用促進のための対策をさまざま行ってまいりました。

1点目、「緊急度・重症度の選別」であれば、「救急受診ガイド」の作成をいたしましたり、軽症利用者対策であれば適正利用の呼びかけですとか、救急相談に応じる窓口の設置などが進められてきております。また、民間搬送事業者の活用もございます。

こういう状況ではございますが、16ページになりますけれども、救急搬送件数はごらんのとおり、まだ増加を続けておりまして、平成15年度比で言いますと22.4%の増加となっております。また、救急隊の搬送時間の推移につきましても、延伸しているという状況でございます。

次に、17ページをごらんいただきたいと思いますのですが、傷病程度別の搬送人員の構成比を見ていただきますと、「軽症」と言われるものが半数を占める状態は、ここ25年以上変わっていない状況でございます。そして、その下ですが、年齢区分別の搬送人員の構成比率を見てみますと、一番右がいわゆる高齢者の層ですけれども、これは平成元年から25年で比べますと、構成比としては倍以上になっているという状況です。

そして、18ページになりますが、本年度5月の財政制度等審議会におきまして、こちら、ちょっと字が小さくて恐縮ですが、例えば軽症の場合の有料化などを検討すべきではないかという問題提起がなされておりまして、その右側が6月の財政制度等審議会の建議になります。これも一番下のほうをごらんいただきますと、「軽症の場合の有料化などを検討すべきである」となされています。

そして、これは「軽症」というものは、言葉の妥当性といいますか、語感といいますか、そういう点についてですけれども、救急車を「軽症」と言うと、不必要なものに使っているというような意味が強く出過ぎてしまうのではないかという感じもいたしておりまして、こういった点についてもご意見を賜ればと思っております。

恐れ入ります、次、19ページをごらんいただきたいと思います。

頻回利用の状況を取りあえず、できるところで調査をさせていただきました。例えば東京消防庁、さいたま市消防局あたりでは、1年に30回以上救急要請をした傷病者の方、全救急出動件数の1%弱を占めている状況です。また、下の藤沢、神戸あたりですと、これは1年に12回という区分ですけれども、全出動件数の1.7%、それぞれ1.3%ということで数字が出ておりまして、一定の率はあるのではないかと思います。頻回利用等については、後でまたテーマとして出てきますので、ここで紹介させていただきます。

そして、下のほう、20ページですけれども、転院搬送の話になりますが、全国消防長会からの要望をそのままつけさせていただいております。要望内容ですけれども、全体の医療機関に対して、転院搬送について緊急性の乏しいものにつきましては避けるということで適正利用を徹底してほしいこと、また、ここで全国の地域医療支援病院に対して、救急用または患者輸送用自動車の有効活用をしてくださいというご要望をいただいております。

そして、その転院搬送ですが、次の21ページをごらんください。転院搬送件数がどうなっているかということ調べまして、右上のグラフですけれども、件数は高どまりの状態です。そして、現在、全出動件数に占める割合は8.3%となっています。また、下が地域差ということで、都道府県別の転院搬送の割合を出しておりますが、高いところと低いところとかなりの差があるという状況で、地域差が見てとれる状況でございます。

そして、22ページになりますが、転院搬送ができる場合ということで、これは昭和49年という大変古いものですが、そこで疑義照会という形でその要件について示しております。四角の中に1点目が、当該医療機関において治療能力を欠き、かつ他の専門病院に緊急に搬送する必要がある、他に適当な搬送手段がない場合は、救急業務の対象となると解釈する、そういう質問への回答という形で出している資料がございます。

さらにその下は「消防機関における意識調査」ということで、転院搬送に関する問題について、このような意見があることを紹介させていただいております。

転院搬送につきましては、もちろん必要なものもございまして、上り搬送・下り搬送等についても、これからわかるようなものがあれば考えていきたいと思っております。

次に、23ページですけれども、病院救急車についてです。これは、試みに地域医療支援病院の病院救急車の数を数えた資料でございますが、全国で673台あります。消防機関の救急車は全国で6,000台ですので、1割ぐらゐの数があるという状況です。もちろん、この地域医療支援病院以外にも病院救急車はあると思っておりますが、とりあえずとれた数字をここで掲載いたしております。

次に、24ページでございますが、消防機関の救急車以外の搬送資源ということで、患者等搬送事業者の状況でございます。全国で1,174事業所、1,757台ございまして、都道府県ごとに見ますと、多いところと、やはりこれも少ないところとあるという状況です。

次に、25ページをごらんください。地域包括ケアシステムの事例ということでこれ紹介させていただいておりますが、かかりつけ医が決まっています、かかりつけ医から病氣

について十分な説明を受けている患者を登録いたしまして、容態変化があった場合には、かかりつけ医から病院救急車を出動させてもらうといった取り組みを町田市と葛飾区でやっております、こういった事例をご紹介させていただいております。

次に、26ページですが、海外事例調査の案でございます、調査対象国は左のとおり、内容としましては、先ほど申し上げましたとおり、電話相談窓口、広報、転院搬送、また料金徴収の有無とその仕組み等についても聞いてみたいと思っております。

説明は以上でございます。よろしく願いいたします。

**【〇〇座長】**

事務局、ありがとうございました。

適正利用に関しては、今年度の大きなテーマの1つになるだろうと思います。ぜひ活発なご意見をいただければと思いますが、どこからでも結構でございます。ご意見をいただきたいと思っております。

委員の皆さんがお考えになっている最中に、私、多少総論的なところで、救急出動件数と搬送件数、出動件数は594万件ぐらいあるわけで、その中で540万件ぐらいが実際に搬送しているわけで、その50万件ぐらいが現場で「よそや」というのか、どうやってなっているのかわかりませんが、その理由は調べてありますか。もしデータがありましたら、教えていただきたい。

何でそういうことを言いたいのかというと、そこで現場のトリアージができているとなれば、これまた、「あんたみたいなのはすり傷なんだから、救急車を呼ぶなよ」というようなのがどのくらいあるのか、あるいは、いたずらがどのくらいあるのか、あるいは、救急車を交通事故で呼んだ人が複数いて、救急車が2台も3台も来てしまった、いろいろなものがあるだろうと思いますが、それがあると、この適正利用はどこに問題があるのかわかるのではないのかと思っております、いかがでございましょうか。

**【田中補佐】**

国の全体の統計としては、やはりその内訳がない状況ですが、各消防本部に個別に聞くことはおそらくできるのではないかと思います。

**【〇〇座長】**

そうですね、どこのデータがこうだというのがあってもいいのかなと思いますね。

どうぞ、〇〇先生、どうぞ。

**【〇〇委員】**

この「適正利用」という言葉の裏返しは、逆に言うと不適切な利用があるということなんでしょうけれども、もう少し、私たち日常でそこに潜んでいるものを分析したときにいつも思うのは、医療機関へのアクセスと患者さんの移動手段、それに「救急」という言葉が加わったときに、119番しかないという今の現状が大きいのだらうと思います。

どういうことかといいますと、要は、どうも急病、熱が出て医療機関へ行きたい、要するに行くというアクセス、医療機関へ行きたいという状況になったときに、その方に移動手段があればある程度半分ぐらいは解決することもあるのに、119番をかけるということがあろうと思います。言いかえると、救急自動車以外の病院への移動手段というものを基本的にきちっと制度化していないためにひとつ起きているのだらうということがあります。

なぜこういうことを言うかという、実は、病院側の不応需の原因にもこういうおもしろい話がありまして、独居老人などの方を救急で運ぶときに、その人が連れてきて軽症なので帰るといふ状況がよくあるんですけども、救急車で連れていったのはいいけれども、帰りは知らないよということになります。したがって、事前にわかっているときは救急病院はとるのを嫌がるわけです。その人のタクシー代まで出してあげないと帰ってもらえないという状況があって、これもやはり逆に今度は帰りの移動手段がないということになっております。

だから、おそらく根本的な原因は、ある程度緊急性があるときに、医療機関へのアクセス、帰りも含めてですけども、移動手段が整備されていないところが大きいのだらうと思いますので、そういう観点でも考えないといけないと思います。

**【〇〇座長】**

中に入れ込むことが大事ですね。ありがとうございます。

事務局、今の〇〇先生のご意見、何かご回答することがありましたら、どうぞ。

**【田中補佐】**

いただいたご意見を踏まえて検討させていただきたいと思います。

**【山口室長】**

ここにも紹介させていただいていますけれども、患者等搬送事業者はありますけれども、これはいわゆるタクシー代プラス人件費部分が上乗せされるというようなことになって、相当な金額になるところもありますので、なかなか利用しづらいという実態はあるのかもしれない。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

また、もう一つ、私は先生からの質問で、119番しか例えば病気の相談、行ったほうがいいのかというようなところもないから、救急車を呼んでしまうという流れもあるように先生は言うておりましたが、その辺のところは#7119の流れもこれからは相当大きな流れが出てくるのではないかと。だから、「火事ですか、救急ですか、相談ですか」という流れが3つの流れになってくるのではないのかという気も私などはしておりますけれども、ありがとうございます。

どうぞ、札幌、お願いできますか、どうぞ。

【〇〇委員】

札幌市では、2年前から救急安心センターに取り組んでおりまして、平成26年度の実績で、受付約3万3,000件のうち、プロトコールにより119番を勧めた件数が約6,600件、その中で実際に119番に転送されているのが約3,200件あります。受付件数の中には、かなりの相談の部分がありまして、そういう取り組みもやっています。

なおかつ、消防局認定の民間救急事業者は、今、32社登録がありまして、これも約3万2,000件搬送をしております。そういった中で、札幌においては、実は救急出動件数は抑制されているのではなくて、前年比で約2,400件増えてきているのが現実でございます。

いろいろなリーフレット、ステッカーを活用し、こういう場合は呼んで、こういう場合は呼ばないでというようなことを、公共施設や大型集客施設等のトイレだとか、ちょっとふっと息抜きのところでよく見られるようなところにはステッカーを張ったり、いろいろな手を使っているんですけども、なかなか抑制にはつながっていないのが現実であります。

一つプラスして言いますと、救急安心センターは、相談業務を含めたものについても活用されておりますけれども、潜在する重症者をすくい上げる効果がありまして、これまで119番はちょっと遠慮してできなかったというものを、救急安心センターへは電話しやすいので電話した結果、実は重症で119番に回ってきたということもあります。

以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございました。

いかがでしょうか。どうぞ、ご意見。

〇〇先生、どうぞ。

**【〇〇委員】**

その電話相談というのは、電話で全部が片づくかどうかは別として、やはり全国でもっと普及させるべきだなと思っているわけです。ですから、日本医師会として先日も、次年度予算にぜひ全国に普及してくださいということをお願いに行ったものでして、つまり、小児の＃8000というものがあって、その＃8000による電話相談と＃7119が地域によっては相乗しています。実際には両方、渾然一体となっているので、出どころがちょっと違って、実際には現場では両方まとめた運用ができるようにしたり、改善の余地はあると思っているんです。

その上で、全国で＃8000、＃7119が渾然として電話相談ができるような状態を1回つくる必要があるのではないかと思います。それは核家族であるとか老人の搬送が多い、それは結局、相談する相手もないし、運ぶ媒体もないという、そういう全体からいえば、やはりそれが必要だと思います。

あともう一点、救急搬送の統計でいう「軽症」の考え方です。「老人が増えて軽症が減らない」——だって、老人で熱中症で搬送をしたら、30分とか1時間の点滴で回復した場合、入院しないので、それを軽症と分類をすることになります。これは不必要だったかどうかって、そんなことは全くないわけですよ。早く来てよかったねというケースなんです。だから、この中身をちゃんと検証しないと、ここから表面上、データから来て何か答えを演繹するのは危険だと思います。当然、それがパブリックサービスのあるべき姿だと思います。

**【〇〇座長】**

ありがとうございます。

軽症、中等症、重症に関しても、これから1年かけてディスカッションしていきたいと思います。

〇〇先生、手が挙がっておりました。それから、〇〇先生。

**【〇〇委員】**

私は、財政審の軽症患者の救急有料化の問題が出てきたときに、これはほんとうにゆしきことだと思いました。それは、先ほどお話もあったように、「軽症」という言い方、それは一般化されてしまうとそういう言い方になるのですが、今、まさに〇〇

先生がおっしゃったとおりであると思うんですね。

財政審のような非常に力のある、いろいろなことがわかっていらっしゃる有識者の方たちですらそういう言い方をしてしまうことについて、やっぱりある程度、救急の専門の立場から、あるいは消防庁からなのかわかりませんが、もっと発信しないとイケないと思います。そういう力は意外に大きかったりしますし、多分、財政審の建議はかなり大きな力を持つものだと思いますので、そこに対してきっちりとした意見を言えるようなものを出していかないとイケないのではないかと私は個人的には思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

事務局、何か今のお答えはありますか。

私も、とてもその辺のところ、何はともあれ軽症というのは、外来で終わった患者さんを言っているわけです。例えば指がなくなっている。きれいになくなっているから、これを再接着しようと思ったら高度救命センターに対応ですよ。ところが、これを再接着しないで断端形成だけでいったら、もう外来で終わってしまうんですから、軽症になってしまうわけで、あまりにもそれはひどいではないのかという、そういうのはいっぱいあります。

だから、「軽症」と言わないで「外来治療群」とか、中等症は「入院治療群」とか、あるいは重症・重篤は「救命治療群」とか、そういうような実際は流れになっているんですよということも考えないとイケないのではないかと私などは思っております。

〇〇先生の手が挙がっておりました。ごめんなさい。

【〇〇委員】

先ほど札幌の方の掘り起こしの話に関係するのですが、私の記憶によれば、少なくとも#7119を東京で始めるときの議論は、119番通報をしてみえる方たちの「なぜ119番をしたのですか」という中に、今で言う#7119の聞いてくる理由と全く同じ、要するに「どこへ行っていいかわからない」それから、「どうしていいかわからない」と。だから、とにかく救急車さえ来てくれればとりあえず何とかなるというふうなことで救急車を呼ぶ人が非常にたくさんいたので、だったら、119番通報を#7119で受けてもいいのではないかと。#7119で来ている人たちが、もしそのまま119番通報していたとすると、東京の消防はもう逼迫どころの話ではなくて、崩壊という話になる可能性があるのです。

だから、石井先生が言われたみたいに、全国で皆が同じように相談できるような仕組

みをつくって、それから#8000と重なっているではないかという話は、もう#7119が発するときにもありましたから、これはどっちの省の問題だとかという問題ではなくて、もともとは国民の税金ですので、有効に使えばいいというだけの話なので、そこら辺は上手にコントロールすればいいのではないかと。石井先生の言ったことに追加になってしまいました、そういうことでございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

そんなところでよろしゅうございますか。今日、厚労省から〇〇室長が参っておりますが、何かあったら、どうぞ手を挙げていただきたいと思います。

【〇〇室長】

はい。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

どうぞ。

【〇〇委員】

先ほど、〇〇先生のお尋ねの救急出動で不搬送になった事案なのですが、平成25年のちょっと古い資料で申しわけございませんが、約62%は搬送を辞退されているという統計が出ております。それ以外に、行ってみたら社会死であった、あるいは事故・傷病者その者がいなかった、それから第三者の通報ですから、別な人が複数で通報していて途中で救急車が引き上げた、そのような事案が多くなっています。

【〇〇座長】

現場でのトリアージで、もうこれは自分で赤チンをつけろよというような患者さんはそれほどないんですか。

【〇〇委員】

確かに現状で処置をして完結した事案もありますが、非常に少ないです。

【〇〇座長】

そうですか。

【〇〇委員】

東京消防庁でやっている現場トリアージのトライアルがあるではないですか。あれはたしか1,000台救急車が出たとして、おそらく数台がその対象になっているのではない

でしょうか。だから、決して少ない数ではないけれども、そんなに多い数でもない、今、先生が言われたような。で、たしかあれは年齢の低い人も年齢の高い人も切って、真ん中の元気な人たちが対象ですよね。それも、けがでしたっけね、先生ね。

【〇〇座長】

そうでした。

【〇〇委員】

だから、トリアージといっても、まあそんなにハイレベルな話をしているわけではない。交通事故などはびんしゃんして車からおりてきて「いいですよ」みたいな感じがいっぱいあると聞きましたので。

【〇〇座長】

ありがとうございます。〇〇委員、ありがとうございました。

まだまだ2案だけしか終わっておりません。まだ先は長いのでございますが、また戻ってきていただいても結構でございますが、その次に移りたいと思いますが、いかがでございますか。よろしゅうございますか。議事を進めてまいりたいと思います。

その次の議案でございますけれども、いかがでしょうか。Ⅲでまずはご説明を願いたいと思います。緊急度判定に関する普及啓発でございます。どうぞ。

【寺谷専門官】

それでは、資料28ページの見開きをお開きください。まず、この28ページ側をごらんください。3つ目、「緊急度判定体系の普及（WG設置）」と書かせていただいた資料について説明させていただきます。

まず、この28ページでございますのは、検討の背景と目的を記したものです。かいつまんでご説明申し上げます。

この緊急度判定体系については、緊急度を判定することについての社会全体での十分なコンセンサスが得られていないという課題があるとされておりました。平成26年度では、この点について検討し、一定の成果を得ました。しかし、緊急度判定体系の普及のためには、緊急度判定体系の説明概念についてさらなる調査、及び関係者の合意形成が必要です。

もう少し説明しますと、応急手当講習や各種イベント等の場を活用した普及方策について検討するとともに、受診ガイドの普及、電話相談事業の導入、消防防災主管部局と衛生主管部局が連携した取り組みを促すこと、さらには消防機関だけではなくて、医療

機関、一般市民等、多様な関係者の理解を得て取り組みを進めることが必要とされまして、そのため、厚生労働省と連携し、省庁横断的な取り組みを進めていくことが重要、と整理しております。

そこで平成26年度の検討結果をもう少し振り返りますと、大きく3つまとまっています。緊急度判定体系の基本的な説明概念について、立場別、それから地域社会においてそれぞれの立場からどういうふうに見えるか、どのように整理したらいいかということについて一定の整理をさせていただいたのが昨年度までです。このときによく議論したのが、こういう人は来ないでくれではなくて、こういう人こそ救急車を呼んでくださいというのをしっかり伝えようということでした。

2つ目です。救急受診ガイドについて、よりわかりやすい普及啓発資材としてリーフレットをつくりました。

3つ目です。電話相談事業については、行政機関の財源や経緯、施策の効果等を事例集として取りまとめさせていただいたのが平成26年度の検討結果でございます。

1枚おめくりください。このような検討結果を踏まえまして、「今年度の検討における枠組み・方向性（案）」を示させていただいたのが、この29ページの資料でございます。

大きく3つに整理したものでございまして、1つ目が引き続き住民目線、赤の①をごらんください、住民目線の緊急度の提示。緊急度とはこういうものですよという説明をもう少しブラッシュアップしていきたいというもの。それから2つ目です。これは救急受診ガイドとその受診ガイドをつくるだけではなく、それはどういう人、どういう場、どういう属性の方々、そしてどういうところで使えばいいかということと組み合わせて検討していきたいというのが②でございます。それから、先ほど来話題になっている電話相談事業は引き続き充実させたいというのが③でして、この29ページの下段をごらんください。これをもう少しだけ説明したものが、この「今年度の検討内容」でございます。

概念の普及に関しては、緊急度判定体系の説明概念に係るマーケティング調査を実施したいということ、それから都道府県内での連携について追跡調査、奏功事例を紹介していきたいと思います。昨年度、衛生主管部局と消防防災主管部局にアンケートをとったところ、大きく意識の差がございましたので、このあたりはどうなってきたかを追跡したいというものでございます。

2つ目です。救急受診ガイドについては、まず我々で出した2014年版ではありますか

ら、これをリバイズしていきたいということ、それからさらに、これは一般用なのですが、さらに対象者の年齢や属性に適した普及啓発資材のあり方、本原案のようなものを示せればと思っております。

3つ目です。電話相談事業の充実としましては、昨年度もいろいろ紹介させていただいたのですが、さらなる先進事例、それから新規立ち上げ事例が幾つかあるのではないかと考えていますので、その辺を拾っていくこと、それから、昨年度、消防・住民の立場からの整理をしたのですが、より医療機関や保健医療機関の意識調査、そこにとってのメリットなどをさらに見えやすくしていきたいと考えています。

では、30ページをごらんください。これで最後になります。

「検討内容等」というところで、ワーキングメンバーについては、まず右側の上の表をごらんください。これは26年度の報告書から抜き出してまいりました。昨年度の報告書においても、例えば「子ども・家族」「成人」「高齢者」「患者」といった対象と、それに対する「プロバイダー」という書き方をしていますけれども、いろいろな医療やサービスを提供する側がいて、それはいろいろな場を構築していますから、このようなところにそれぞれ最適化していくことが重要ではないかということをもとめさせていただいたところがございます。

このようなことが、今度は左側に目を移してほしいのですけれども、グレーのバックグラウンドになっているところに書いているところです。また、医療機関、医師会は非常に重要だと去年も書かせていただいたところです。

こうしたことを踏まえて、応急手当講習や各種イベント等の場を活用した普及を目指して、サービスであったり、医療であったり、そのようなものを提供する者と受ける者から広く委員を構成したいというところがございます。

では、最後に、検討スケジュールをごらんください。

まず、本日、検討会を7月にやっておりますので、ワーキングを8月ぐらいに開催したいと思います。それから次のワーキング、それから検討会に向けて各種調査をかけていくこと、それから上から3つ目の矢印のところにありますように、受診ガイドのリバイズに関しては、消防庁や厚生労働省の研究班、学会と連携していきたいと思っております。

このような調査とこういうところと連携をしながら、11月に2回目の検討会を迎えた上で、この後ぐらいにまたワーキングを開催するというようなことを、今のところはス

ケジュールとして整理させていただいたものがこのようなものでございます。

緊急度に関しましては、事務局からは以上でございます。どうぞよろしく願いいたします。

【〇〇座長】

ありがとうございました。事務局、ありがとうございました。

それでは、今、事務局からの提案でございますけれども、この普及に関してはワーキンググループを設置したいということでもあります。私としても、これは非常に重要なところであろうと思いますので、要綱のこれは4条だったと思いますが、設置するには委員の先生方の皆さんのご賛同をいただくことになります。

いかがでございましょうか。設置することに関して、よろしゅうございますね。

(「異議なし」の声あり)

【〇〇座長】

ありがとうございます。

それでは、設置することにさせていただきたいと思います。

そして、そうなりますと、委員長の件でございますけれども、これに関しては、緊急度の普及で非常に頑張っておられる東京消防庁、これは#7119の先進団体でもあるのではないかと思います。昨年度から引き継いでもおりますけれども、消防本部の代表として頑張っておられます東京消防庁の〇〇委員にお願いするということでいかがでございましょうか。

( 拍 手 )

【〇〇座長】

ありがとうございます。

それでは、〇〇委員、よろしく願いしたいと思います。

続いてでございますけれども、ここにも今の説明でも出ておりますワーキンググループのメンバーでございます。ワーキングメンバーに関しても4条で出ておりますけれども、座長が指名することになっておりますけれども、これも安田委員と、あるいは事務局も交えて適切な人をお願いしたいと思いますので、今、決めてはしないわけですが、それでよろしゅうございますか。

(「異議なし」の声あり)

【〇〇座長】

ありがとうございます。

それでは、今、事務局からの説明がありました緊急度判定体系の普及に関しての委員の皆さんからのご意見あるいはご質問等を受けたいと思いますが、いかがでございましょうか。

〇〇先生、どうぞ。

**【〇〇委員】**

この課題については、過去からずっとやってきて、結構、成果が出ているのだろーと思えます。緊急度判定体系の中の一番最初のさわりのところである住民が最初に受診すべきかどうかということで救急受診ガイドの作成があります。現在、いくつかの自治体消防さんがさまざまな手段で広報されていますけれども、ここでちょっとせっかいいいものがあるんですけども、存在を知らない、それから、うまいこと利用できないといったことがあります。

なぜこういうことを言いますかという、私、堺市なのですが、堺市でもホームページ等、QRコードでそこを見れば、ホームページにアクセスできますよという形でやっているのです。

ただ、一般市民が知らない。それから、知っていても、QRコードで一々やって、そこで見るといようなことがなかなかできないということです。今の人たちはほとんどスマホを持って日常、電車の中でも見えています。その場合、ほとんどがアクセスしやすいアプリをダウンロードして、多くのサイトを閲覧しています。

ですから、CPRの救急救命処置のようなビデオとか、あるいは頭が痛いといったときにどうするのだといったようなことを、もっとパブリックアクセスがしやすいような形に、しかも用語として「救急受診ガイド」というキーワードが絶えずどこかで流れているような社会風土をつくらないと、活用してくれないのではないかという気がします。

救急のときにホームページを見てくださいよなんて、誰も卓上のコンピューターを開いてまで見るような人はほとんどいないと思いますので、小手先のことを私は発言しているかもしれませんが、大変重要ではないかと思いますので、その辺の工夫もぜひ含めてワーキンググループで検討していただきたいと思います。

以上です。

**【〇〇座長】**

〇〇委員、よろしくお願ひしたいと思ひます。

確かに私、アメリカなどへ行ってきますと、二、三秒のAC広告的なものがぽっと入る。ああいうのはNHKにやってもらうと一番いいのではないのかなと思いますが。よろしくお願ひしたいと思いますが。

〇〇先生、この辺に関してどうぞ。

**【〇〇委員】**

昨年、私たちの会で、お熱のときどうしたらいいとか、そういったものをアニメーション動画とアプリで作りまして、かなり普及が進んでいるところなんですけれども、この救急車利用リーフレットのいいところは、小児だけではなくて、小児も高齢者も使えるのがすごくいい点で、横田先生がおっしゃるように、もう若い人というか、ほとんどの人がアプリとかスマホをすごく使っているんですけれども、やっぱり地域に行っておじいちゃん、おばあちゃんたちと話していると、もう全然使えていない方もたくさんいて、そういう方にはやっぱり紙のこのリーフレットもすごくいいと思います。

実際、私はたくさん昨年いただきまして、いろいろな人に配っているんですけれども、皆さんおっしゃるのは、「これはとてもいいけれども、どこにあるの」と言われて、「私の家にあります」という感じで、ほかにどこに行ったら手に入るかということをよく聞かれるんですけれども、保健所にあるのか、区役所にあるのか、または病院にあるの、どこにあるのと聞かれるのですけれども、今のところ、私、そこはわかっていないので、それを教えていただきたいというのと、あとは、リーフレットは私たちの会でもつくっていて、かなりの部数で薄っぺらいものであれば、かなりの部数をつくってもそんなに金額的にはいかないかと思うのですけれども、消防署に行っても、病院に行っても、どこに行っても、あれは手に取れるというぐらいには印刷できるのではないか。前のちゃんとした本みたいなものは難しいかもしれないんですけれども、今、リーフレットになったので、もっとたくさん、どこに行っても目にすると思えるぐらいには配布してもいいのではないかと思います。

以上です。

**【〇〇座長】**

この辺のところ、県でも一生懸命頑張っております奈良の〇〇委員、何かありましたら、どうぞ。

**【〇〇委員】**

私たちもこういったツールが出たら、もちろん活用させていただきたいと思ひますし、

そういったフィールドとしてもご協力したいと思います。

それと、先ほど出てきておりました#7119とか#8000のお話ですけれども、奈良県は両方とも運用しております、詳細なデータは今日は持ってきておりませんが、年々、相談者の件数は増えております。一方で、救急車の出動件数も増えているのですけれども、その中で、その後入院した方の率は着実に増えていますので、そういった意味でも#7119、#8000の利用によって救急車の適正利用も進んでいるのではないかと考えているところです。

以上です。

**【〇〇座長】**

ありがとうございます。

こんなところでよろしゅうございますか。

手が挙がっていますか。どうぞ、寺谷専門官。

**【寺谷専門官】**

〇〇委員からいただいたのは、まず、昨年度、シンプルなリーフレットをつくらせていただきまして、あれは80万部ほど我々のほうで刷って、それぞれ人口で大体割りまして、都道府県を通じて消防本部にお渡ししたところです。

ただ、やはりこれも本部によって大分数も少ないでしょうし、そこで応急手当講習であるとか、いろいろ予防救急のときの場だとか、いろいろな場で配ってくださいとは言っています。それから、一応、ウェブでもPDF版はアクセス可能にはなっているところです。

というところが現時点です。よろしいでしょうか。

**【〇〇座長】**

ありがとうございます。

それから、いつもだこの辺でご意見があるんですけども、今日は〇〇先生がご欠席で、〇〇先生が来ておられます。何か栃木での、あるいは他のところでも結構でございますが、いかがでしょうか。

**【〇〇委員（代）〇〇氏】**

〇〇先生からは、よくお助けセンターというか、気楽に相談できる場所がもっと増えればいいという声をいつも聞いているわけですけれども、実際に搬送されてくる患者さんを見ていると、#8000ですとか、そういった番号を実際よくわかっていないとい

うか、そういった番号があるのを認識していない方が結構いるのではないかと、正直、感じているところです。

先ほど、話も出ていましたけれども、どうしても困ったときはすぐ119番というイメージがあるかとは思いますが、むしろ先にそっちの#のほうにかけてという流れがあってもいいのかと個人的には思っております。

**【〇〇座長】**

そのとおりですね。ありがとうございます。

そんなところでよろしゅうございますか。まだまだ意見がありそうでございますけれども、先に進めていきたいと思えます。またどうぞ戻っても結構でございます。

続いてのところでございますが、IVでございます。「個別事案の分析による、搬送時間延伸の要因の解決」についてでございます。

事務局から説明を願いたいと思えます。

**【田中補佐】**

ご説明いたします。資料の32ページをごらんください。

昨年度の検討会におきまして、搬送時間延伸の要因についてアンケート調査を行っております。今年度は精神疾患患者ですとか、酩酊者ですとか、救急活動の現場で対応に苦慮する事例について、個別に取り上げていきたいと思えます。

「検討内容・論点案」ですけれども、具体的な事例を収集いたしまして、特に搬送時間が長いケースですとか照会回数が多いケースについて、要因を調査して、その課題を整理した上で解決策を検討していただきたいと思えます。

下にあります「選定困難に陥りやすい事例」は、在宅独居高齢者ですとか、精神疾患患者、酩酊者、頻回利用者等あると思えます。これらについての調査分析を行いまして、6号基準の内容の見直しなど、実施基準のさらなるブラッシュアップにつなげていくことを考えております。

続きまして33ページですが、とりあえず事例として、今回、2つほど挙げさせていただいております。

1点目ですが、左上にありますとおり身元不明で精神疾患疑いがある、行政との連携が不備であった事案ということで、傷病者の背景としましては、30歳代の男性、起立歩行可能ですが、身元不明です。結果として救急車は250分かかっておりまして、4時間以上というものです。

右のほうに具体的に書いてありますけれども、簡単に言いますと、A病院に受け入れがしてもらえなかった。そして、市の福祉課にも引き受けが不可であったということで、救急隊が困ってしまいまして、最終的には指揮隊の出動を要請して別の病院に受け入れもらったという事案でございます。

そして、下のほう、34ページですけれども、この事案についてはMC協議会において検証を実施しました。医療機関側から身元不明者等の治療が終了した後の対応に苦慮するので、そうした場合の行政側の対応の依頼先を明確化して提供してほしいというご依頼がありました。その結果、福祉関係窓口の一覧を作成して医療機関側に提供したという事例でございます。

次に、事例2ですが、35ページになります。こちらは頻回利用で精神疾患疑いがある、結果的には軽症であったという事案です。60歳代の女性で、夫と同居しています。腰痛等で月に二、三回の救急要請がありました。結果としては、こちらも2回救急車が出ましたけれども、280分、250分かかっております。

右側の事例、これも簡単に申し上げますと、1回目の救急要請では、夕方ごろに腰痛症状で出動しまして、実際、医療機関に収容しております。ただ、同日の夜、2回目ですけれども、再度、救急要請がありまして、その際、病院選定にまた苦慮しました。結果、本人が辞退したのですが、その後も朝方まで救急要請が数回続きまして、最終的には夫に電話をかわってもらいまして、救急要請の辞退の確認をしております。それで同日の対応は一旦終了しております。

下の36ページになりますけれども、これは消防機関から行政への素早い情報提供によりまして、24時間以内の解決が図られたと書いてあります。翌日の朝、管轄する福祉事務所の担当者に情報提供を行いまして、福祉事務所からその方のお宅に行っていただいて、病院に任意入院をしていただいたということで、素早い解決を図った事例となっております。

このほかにもさまざまな事例があると思いますので、またご意見をいただきながら検討をしていきたいと思っております。

以上でございます。

#### 【〇〇座長】

ありがとうございました。

いかがでございましょうか。個別事案による延伸要因の分析・解析でございますが、

何かご意見がありましたら。まだまだこういう事案はたくさんありますので、年を通して参考になる事案を集積していきたいと思いますが。

どうぞ、〇〇先生、どうぞ。

**【〇〇委員】**

今回提出されたこの事案は、どちらも要するに救急以外のパブリックサービスが機能しなかったということですよ、24時間の窓口で。だから困っていると。それは、我々が議論するよりは、総務省、消防庁の中、または総務省全体で考えていただく話かなと思うんですけども、違いますか。

**【〇〇座長】**

どうですか。事案の定義がちょっと違うのではないのか。「済みません」と言わないといけないのかも。

**【山口室長】**

〇〇先生おっしゃるように、難しい事案ほど、やはり消防だけで解決が難しいということは言えるのではないかと思います。

**【〇〇委員】**

いや、だから、消防では解決しない。

**【山口室長】**

また、こういった事案は必ずその地域ごとに検証もされているわけがございますけれども、それに加えて、何か高所からご意見がいただけるのであれば、ぜひありがたいと思います。

**【〇〇座長】**

医師会のほうにもこういう事案は出てきているのではないのかと思いますので、何かデータが。

**【〇〇委員】**

では、それでいいですか。

それでもう一つ言えることは、例えばメンタルケアだとか、そういう部分が運びにくいというのが、ここからもう一つ抽出されると思うんです。それは、逆に言うと、フィジカルなものはマッチングしやすい、メンタルはマッチングしにくい、こういうことですよね。

そのために、いわゆる救急の、特に基幹的な病院に関しては、救命センターはメンタ

ルケアと必ず連携してくださいというルールづくりをしたり、一定の整備をしたはずですよ。その上でそういう症例、そういう事案が非常に目立つと言うのであれば、そのところをもうちょっと考える必要はあると思うんですよ。ただ、それがどのぐらいの事案でこうなっているというのは、この2例だけで、では、すぐそっちへ手をつけましょうとはならないのだと思いますけれども。

あともう一点だけ。結局、これは要するにバーバルなコミュニケーションの中でやってみたら、それ以外の部分があって、そこがなかなか問題が面倒なことがあると。それは当然だと思うんです。バーバルなものでマッチングしないものは、ノンバーバルなレスポンス全体を見る必要があるんで、誰かはそこの現場に行かないと答えが出てこないという部分はあると思うんです。それは、出勤としてはあまり適切ではないのだけれども、そういうノンバーバルな部分まで全部見た上で適切な処置をしたという意味では、救急隊員がそれをやってくれたのなら、それはそれで行政サービスとしてはイエスなんですよ。

ただ、それをこういう「結果が250分」と言うかどうかということにはなりませんよね。別カテゴリーをつくれればいいんですよ。身の上相談だとかメンタルケアのさまざまなお話をそこでしたというのは、救急車は帰して、例えばどなたかが残ってもいいし、そういうスキルのある方がいるのだったら、そちらに要望するなりということがあっていいのではないのでしょうかね。

**【〇〇座長】**

時々、私も聞きますが、救急車は帰って一人残って現場で対応するというのも、こういうメンタルな患者さんではあるんですか。現場の、大阪のほうはいかがでしょうか。そういうのはあまりないんですか。東消、いかがですか。

**【〇〇委員】**

基本的にはありません。

**【〇〇座長】**

そうですね。そうすると、やはりメンタルケアを現場で行うということになっても、全員でやらないといけないというふうになると、時間的には相当同じようなことになりますね。

そうですね、ありがとうございます。

どうぞ、〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

1つだけ。去年までの検証でこういう症例が多いという全体像はあったと思うんですけども、今日、この資料だけで見ていると、全体像がちょっとわからなくて、この例えば2例だけに絞っていると、「わ、とんでもないな」と思うんですけども、これが全体の中でほんとうにこういうのがどの程度あるのかわからなくて、例えば何百件もあるうちの1件だけあるのだったら、ちょっと我慢しようかという気にもなりますし、これがすごく多いなら、また問題なので、その全体像がわかるような感じのものを、ぜひ次回、お願いしたいと思います。

以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

その辺は全くそのとおりで、何でこの2事案だけが出てきたのかというのはあると思いますが、時間が長かった事例を出させていただいたということで、どうぞ、いい事案がありましたら、ご協力をお願いできればと思いますが。

こんなところでよろしゅうございますか。

今日、〇〇先生、何にもしゃべっておりませんが、どうぞ。

【〇〇委員】

今の事例、〇〇先生の発言と重なりますけれども、これは問題点が何かといったところで、表題は「搬送時間延伸の要因分析」ということですから、ぱっと聞いた限りは急いで病院につかなければいけない人が何らかの原因で搬送時間が長くなってしまった、その要因は何だろうという形での提示かと思って見ると、実際はここは搬送までの時間でなくて、出勤して帰署するまでにこれだけかかりましたよ、どちらかというとな傷病者を早く運ぶというよりは、救急隊員の活動時間が長くなってしまっている、ここを解析しようといったところなのか、その目的が少しはっきりしないところがあるので、そこは整理すると、よりいい検証になるのではないかと思います。

【〇〇座長】

そのとおりですな。次のときには、それも考えたいと思います。ありがとうございました。

それでは、その次に移っていきたいと思います。

続いてVでございますけれども、「救急業務に携わる職員の教育」であります。もう一

つ、「蘇生ガイドラインの改訂への対応」というところもあります。この2つのことについて、ワーキンググループのこともありますので、まとめて事務局から説明を願いたいと思います。

#### 【上條補佐】

それでは、今年度設置させていただく3つのワーキンググループのうちの残りの2つの「救急業務に携わる職員の教育」と「蘇生ガイドラインの改訂への対応」につきまして、一括の説明をさせていただきます。資料の38ページをお開きください。

救急業務に携わる職員の教育といたしまして、指導救命士のテキスト作成に係るワーキンググループを昨年度に引き続き設置させていただき、今年度は指導救命士のテキストを完成してまいります。

昨年度は、指導救命士のテキストの骨子版を報告させていただきました。その後、今年度に入ってテキストの作成作業を継続させるために、指導救命士養成テキスト作成委員会を室内に設置いたしまして、作成作業を進めてきたところでございます。

1枚おめくりいただきまして、39ページをごらんください。

今年度のワーキンググループでは、39ページの下段のスケジュールのとおり、日本救急医学会並びに日本臨床救急医学会からご推薦いただいた先生方に監修をお願いし、一般書籍として年内を目途に完成させて発刊してまいります。

引き続きまして、「蘇生ガイドラインの改訂への対応」につきまして説明させていただきます。1枚おめくりいただきまして、41ページをごらんください。

今年度は5年に一度の国際的な心肺蘇生ガイドラインの改訂がございます。同時に、日本版のガイドラインが示されていくことから、このガイドラインの改訂によりまして影響を受ける項目についてワーキンググループを設置し、一般市民や救急隊員の行う心肺蘇生法並びに通信指令員が行う口頭指導等の各要領の改訂作業を進めさせていただきたいと思います。

特に今年度は、日本救急医療財団心肺蘇生法委員会による「救急蘇生法の指針（市民用）」の改訂作業と並行しまして、まず、市民用の改訂により影響を受ける項目について検討を進めて、最終的には改訂に係る通知を発出してまいりたいと思っております。

また、応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱につきましては、応急手当普及員の資格を全国的に通用させるための検討や、熱中症や昨年度ご検討いただきました予防救急に係る事故予防につきまして、講習項目の一部に加えることができないかどうか

かを検討してまいります。

42ページ、下段に、今年度の検討のスケジュールをお示しさせていただきましたけれども、ガイドラインの公表が10月となる関係上、年度後半に3回のワーキンググループの開催で検討を進めてまいります。

以上、足早でございますけれども、「救急業務に携わる職員の教育」と「蘇生ガイドライン改訂への対応」について説明させていただきました。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

まず、ワーキンググループの立ち上げを2つ考えさせていただきたいということですが、これに関していかがでございますでしょうか。私も設置をしないといかんとは思いますが、よろしゅうございますね。

(「異議なし」の声あり)

【〇〇座長】

ありがとうございます。

そして、まずは救命士の養成テキストの件でございますけれども、これは昨年度からお願いしております〇〇委員にお願いするのが一番よろしいのではないかと座長として思いますが、いかがでございますでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

【〇〇座長】

ありがとうございます。

それでは、事務局、〇〇先生を座長にお願いするということでよろしくお願ひしたいと思ひます。

また、ワーキンググループのメンバーでございますけれども、これも座長が指名することになっているわけでございますが、〇〇先生、今日はご欠席でございますし、事務局とも相談の上、メンバーを決定していきたいと思ひますが、よろしくお願ひしたいと思ひますが、よろしゅうございますね、その流れで。

(「異議なし」の声あり)

【〇〇座長】

ありがとうございます。

それからもう一つでございますが、ガイドラインの改訂の件でございますけれども、

このガイドラインについては、JRCについてもILCORのメンバーについても、〇〇先生が一番詳しいお一人ではないのかと思っておりますが、〇〇先生を座長として推薦したいと思っておりますが、委員の先生方、いかがでございましょうか。

(「異議なし」の声あり)

【〇〇座長】

よろしゅうございますか。ありがとうございます。

そして、そのワーキンググループのメンバーでございますが、先ほどと同じように坂本座長と相談の上、決定していきたいと思っておりますので、ご了承いただければと思いますが、よろしゅうございますね。

(「異議なし」の声あり)

【〇〇座長】

ありがとうございます。

それでは、各ワーキンググループ長と相談の上、メンバーを決定していきたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

また、それでは、最初の「救急業務の職員の教育」について、何かご質問あるいはご意見がありましたらと思っておりますが、もう先生方は少し疲れてきておりますが。

それでは、続いて、「蘇生ガイドラインの改訂」のことについて、ご意見がありましたらと思っておりますが、いかがでございましょうか。これは事務局、このスケジュールはILCORのほうがいつごろ出て、どういうふうな流れで進んでいくのかというところもご説明いただくとありがたいと思っておりますが、いかがでございましょうか。

【上條補佐】

スケジュールにつきましては、10月中旬に実は示されると聞いているところでございます。その後、10月中旬に示されたものを受けまして、心肺蘇生法の指針の1つの市民用が、どうも情報によりますと、年を明けて一、二か月後というところで、実は年を明けて一、二か月後から作業を進めると、非常に後ろ倒しになってしまいますので、それは関係機関と連携しまして早目早目に対応しながら、市民用が出たときにおくれないように、消防機関の行う市民向けの講習でありますとか救急隊員の心肺蘇生法を切りかえていきたいと思っておりますのでございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。

この件については、〇〇先生が一番詳しいのかもしれませんが、今、しゃべられないこともあるのだらうと思いますので、何かしゃべられることがあったらと思いますが、よろしいですか。

**【〇〇委員】**

大丈夫です。

**【〇〇座長】**

それでは、この件に関しては、このぐらいにさせていただきたいと思います。

続いて、最後でございますが、「2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会への対応」につきまして、事務局から説明を願います。

**【寺谷専門官】**

そうしたら、Ⅶの「2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会への対応」というページ、44ページをごらんください。まず、こちらのページにおきましては、「検討の背景・目的」、それから「検討内容」についてご説明申し上げます。

「検討の背景・目的」としましては、昨年度、検討会にて課題を整理していただきまして、外国語対応・コミュニケーションの問題、熱中症の対策、多数傷病者の発生時の対応、感染症対策等を課題として挙げてもらいました。

本年度は、それぞれの課題への対応策として、実態調査を踏まえて具体的な検討を行い、各消防本部において実施可能な具体的方策を提示する、と整理させていただいております。

検討内容でございますが、先ほど言ったような論点をもう少しだけ整理させていただいて4つほど提示させていただいたものが、この下に書かせてもらったものでございます。

1つ目が、諸外国におけるオリンピック等の大規模イベント時、外国人に対する救急業務のあり方に対する調査、2つ目が、多言語コミュニケーションを支援するシステムに関する調査です。これは多言語コミュニケーションのシステムとは、2つほど分けられると思いますが、これは後ほど説明します。3つ目です。外国人と接する機会の多い市民を対象とした応急手当普及の検討、4つ目が大規模イベント等開催時における多数傷病者発生時への備えの検討として、この4つに整理させていただいたものでござい

す。

次のページをごらんください。45ページでございます。

これは、1つ目の柱になりまして、諸外国におけるイベント時の外国人に対する救急業務のあり方に対する調査でございます。文章の全ては読みませんが、上から2つ目のあたりをごらんください。このようなイベント調査は、オリンピック・パラリンピックを前にされているのですが、今回、私たちのスコープとして焦点を絞りたいと思っているのは、多数の観光客として訪れる外国人を対象とした救急業務のあり方です。熱中症予防も含めた各種の情報提供、119番の通報のところ、救急隊の対応、医療機関での対応のところに特に焦点を絞った調査をしたいというものでございます。

調査対象国は左下をごらんください。イギリス、中国、アメリカ、ドイツなどを考えておきまして、オリンピック、それから大規模なマラソンイベントをやっているところを考えております。

調査内容、これも全て読みませんが、先ほど説明したように、「2.」に書きましたように救急にかかわる対策に特にターゲットを絞っていきたいと思っております。

では、46ページをごらんください。

これは「多言語コミュニケーション等を支援するシステムに関する調査」という資料でございます。ここ、一例を下に2つ挙げさせていただきました。左下は総務省でやっているものでして、このようなアプリケーション、旅行会話を翻訳するアプリケーション開発などもしております。

今度は右下です。これは消防庁は消防庁でも、防災情報室がございまして、その辺が中心になっていて、119番通報のときに、聴覚・言語障害等のある方のときにどうするかというようなシステムをつくったりしていますから、このようなものはほかにもあるかもしれませんが、オリンピック・パラリンピックに何かつなげられるようなもので、我々、それから消防本部が使えるようなものを、いろいろ事例を調べたり、それを紹介していくというような試みをしたいと思っております。

次のページをごらんください。47ページです。

これも、先ほどと継続したコミュニケーションを支援するものですが、これはより現場に近いところでアナログなものです。下に紹介させていただいたものが東京消防庁でありますとか神戸市消防局のものでございまして、コミュニケーションボード、情報収集シートみたいなものを使っている場合もありますし、英語対応救急隊、それから三者

通話、このようなものを使って外国人とのコミュニケーションを既にやっているところもありますから、そのようなところの事例を調査して拾い集めていきたいと思っております。

48ページをごらんください。今度は3つ目です。「外国人と接する機会の多い市民を対象とした応急手当普及の検討」です。

これは、3つありまして、対象者としましては、もてなしの一環ということで競技会場及び周辺の運営に携わるスタッフ、それから会場周辺の商業施設、宿泊施設、飲食店等で商業サービスを提供される方々、このような方々を対象とした応急手当の普及を検討してまいりたいと思います。

このような方々は、今までの応急手当とどういうものが違うのかというところを少し考えたほうがいいと思いますのが、2つ目です。新たに外国人に対する応急手当内容を検討するとすれば、このような3つ目のことを考えていまして、熱中症は予防救急の分野かもしれませんが、熱中症への対策の話であるとか、外国人の傷病者や障害者に対するコミュニケーション、感染症のこと、このようなことを付加して、今ある既存の応急手当内容をパワーアップさせるというか、付加価値をつけたいと思います。

右側にあるように、これをやるためには、国際緊急援助隊、日本赤十字社、いろいろなところ、特に国際的な活動があるところと連携して、何かヒントをいただきたいと思っております。

さらに、それを広めていくアイデアとして、一番下に書かせてもらった3つぐらいのことを考えております。

1ページおめぐりください。最後に、オリンピック・パラリンピックにおきます4つ目の柱です。

ここでは「大規模イベント等開催時における多数傷病者発生時の連携のあり方」とさせていただきます。これは、大会期間中は、外国の方がたくさんいる状態、それが数か月続くことになりますから、平時に比べて救急需要自体が高まることになりまして、さらに熱中症を含めていろいろな突発的な事態によって傷病者の発生がさらに増えることがあります。ですから、一定期間開催されるイベントにおける救急需要予測をした上で、地元消防本部自体の準備、それから周辺消防本部との連携強化、さらに消防機関以外の保健所等との連携なども重要になると思いますから、このような切り口で下の3つのようなものを調査したりしていきたいと思っております。

1つ目は大規模イベント等による救急需要増加事例の調査でございます。これは先ほど述べたようなものですが、イメージとしては50ページをごらんください。

私たちはこれまでに少し調べられるところを調べてみたところ、例えば愛・地球博は、2005年に185日開催したものです。長久手市の消防本部が対応しました。このように、2004年、2005年、2006年で、大体ベースとしては1,200件ぐらいの救急出動件数があるところ、この年は2,400件ぐらいあったということで、実際、これは隊を増やして対応されたと聞いています。

2013年、今度は下の式年遷宮です。これも1年間にわたって続いたイベントがありまして、大体750件ぐらいベースよりは、もともとベースが増えていく中でもさらにこの年だけ飛び出して多いときがありましたので、このようなことから、救急需要の増加事例を調査したいと思います。

2つ目です。「他の消防本部と連携を行う際に調整すべき事項」としまして、このような2つのようなことを考えております。熱中症も含めて、多数傷病者が発生したときの円滑な救急業務のあり方、地元の救急隊・医療関係者、支援に来た救急隊・医療関係者の連携のあり方等で、東日本大震災のときに一度まとめていただいたところですが、それをまた少し見直していくようなことが多かったというところでございます。

3つ目です。最後、感染症に関するところでして、やはり外国の方がいっぱいいらっしゃいますので、感染症のリスクもそれなりに高まる可能性がありますから、重要な機関であります保健所も含めた関係機関との連携について検討してまいりたいと思います。

事務局からの説明は以上となります。どうぞよろしく願いいたします。

**【〇〇座長】**

事務局、ありがとうございました。

オリンピック・パラリンピックに関しては、この書き方が正式なのだそうであります。「2020年——あるいは平成32年——東京オリンピック・パラリンピック競技大会」ということだそうであります。いろいろな「東京大会」とか、「オリンピック・パラリンピック東京大会」、いろいろなものがありますが、これで統一していきたいと思いますが、ご意見、ご質問等はいかがでございましょうか。

どうぞ。

**【〇〇委員】**

東京オリンピックで従来の救急プラス大イベントの人口が入ってくるわけですね。

そうすると、もうそれだけでいっぱいいっぱいのところにプラスアルファが入ってくるということで、一番最初に議論しました民間救急をうまく使っていくようなことを考えてもらえるといいという気がしています。

東京マラソンなどでは、毎年、民間でAED隊とか、ああいうのが現場を走り回っているんですね。実際、それで助かっている方が何人もおられますので、消防でおそらくいっぱいいっぱいのところにうまく民間の救急救命士システムを、まだ時間があると思いますので、組み込んでいけたらと思いますけれども。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

それも一つのアイデアだろうと思いますね。ありがとうございました。

【〇〇委員】

それから、体育施設協会などともうまく連携をとっていかれたらいいのではないかと思います。

以上です。

【〇〇座長】

わかりました。テークノートさせていただきます。

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

東京オリンピック・パラリンピックに関しましては、前の長野オリンピックをやったときに、やはり医師会に依頼が来て、そこから現地の長野県医師会、そして、救急の先生という形で連携をとった実績がありまして、〇〇先生がそのとき救急側では一番メインでやられたということになっています。

なので、おそらく同じ手法になれば、日本医師会にそういう要請がまず来て、東京都医師会とコンソーシアムをつくって、そこで救急の先生方とご相談をするというような姿になるかというイメージを持っています。

実は、情報提供としては、もう一点ありまして、ボストンマラソンのテロの事案、多数傷病者のに関する「Mass Gathering Medicineに関する研修会」を日本医師会で2年前にやっています、それから、イギリスのロンドンオリンピックのさまざまな警備を含めた情報も、関係団体による研修でいただいております。

そういうことから見ますと、一つは「スポーツドクター」というカテゴリーがあって、

それが全世界から集まってきて、それぞれの選手団の面倒を見る医療があるわけです。それはまたドーピングだとか別なカテゴリーにも行くわけですがけれども、そちらはそちらで一つまず立ち上がる。それプラス、今度はいわゆる一般的な急病に対応するのはどうするかという事案がありまして、それも選手団から始まって、それに伴って来ているさまざまな観客まで含めると、ものすごいマスになるわけですね。それが、いわゆるマス・ギャザリングのほんとうに極のような状態になりますので、それをどうやって振り分けていくかということをするのは、これはほんとうに総力戦になると思っています。

もう一点、言語の問題なんですけれども、言語の問題は、これもスタディーはしていきまして、大阪大学の〇〇教授、国際保健の教授が、医療通訳士の団体の会長をされています。私はその役員も誘われてやっています、実際に関空のさまざまな方々の医療の中で対応してうまくいっているという実例があります。東京側には東京都医師会とAMD AというNPO法人がやっている多言語の電話サービスがあります。

なぜそれが必要かという、いわゆる単なる通訳では医療の通訳はできないんです。臓器名だとか、病名だとか、説明と同意だとか、リスクの説明をやっていると、いわゆる普通の英語遣いでは間に合わないんです。

つまり、医療に習熟した通訳の数をそろえる必要があります。そのときに、さっき言ったようなコアのものがあって、そこと連携していると、だんだん形になるのではないかと思うので、情報提供しました。

あともう一点だけ。長くなって恐縮です。今年は〇〇先生が臨床救急学会の総会を主宰されました。来年は福島でやることになっていまして、マス・ギャザリング・メディシン、災害への対策を一緒にどうやってやるかというシンポジウムを企画していますので、そこでもまた、もちろんここにいらっしゃる先生皆様方、全部集まれる場ですので、〇〇先生にご指名されてやる仕事ですから、ぜひそういうきっかけになればということで、今、相談しているところです。

以上でございます。

#### 【〇〇座長】

ありがとうございます。

今、〇〇先生の、各競技団体にはドクター部門があるんですけども、サッカーにしても、ラグビーにしても、柔道にしても、いろいろな競技のドクターは、選手の皆さんのための医療を検討しているのがメインで、今、〇〇先生のようなマス・ギャザリング

に関する問題はまた別な問題があるのだという流れでございまして、全くその辺のところを考えないといけないとは思いますが。

ただ、まだまだ、そんなところの騒ぎじゃないんだそうです、今は。まだまだ大変なところがいっぱいあるわけで、というふうなことを言っておりますので、それも含めて〇〇先生、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しょうか。よろしゅうございませうか。

それでは、このぐらゐで本日は終了させていただきたいと思ひます。10分ほどおくれましてしまいました。ご了承いただきたいと思ひます。

それでは、マイクを事務局にお返しいたします。

## 6 閉 会

### 【田中補佐】

委員の皆様、活発なご意見、ご議論をいただきまして、ありがとうございました。本日の議事録につきましては、後日、メールで送信させていただきます。

なお、次回の開催についてですが、11月ごろを予定しております。またご都合について追って確認をさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。

以上で第1回救急業務のあり方に関する検討会を終了いたします。ありがとうございました。

— 了 —