

平成27年度
救急業務のあり方に関する検討会（第2回）
議事録

1 日 時 平成27年11月27日（金） 13時58分から16時14分

2 場 所 主婦会館プラザエフ地下2階会議室「クラルテ」

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、城戸委員、
佐藤委員、島崎委員、鈴川委員、田邊委員、原田委員、萬年委員、
安田委員、山口委員、横田（順）委員、横田（裕）委員、渡辺委員
オブザーバー : 伯野氏（迫井課長代理）

4 会議経過

1. 開会

【伊藤係長】

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、消防庁救急企画室救急企画係長、伊藤が務めさせていただきます。よろ
しくお願いをいたします。

2. 挨拶（消防庁次長）

【伊藤係長】

それではまず、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、こんにちは。本日はお忙しい中、第2回目の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。

ご案内のとおり救急業務を取り巻く環境といたしましては、近年、救急出動件数が増
えておりまして、平成26年のデータになりますが、年間救急出動件数、598万件、

約600万件ということで過去最多になっておりまして、病院収容時間も年々延びてきているという状況でございます。今後も高齢化の進展を背景に、救急需要の増大が予測されますことから、本検討会におきましては、消防機関外の社会資源の活用を推進し、関係機関と連携を強化する仕組み、それから消防機関内部における救急業務の質の向上に向けた取り組み、この2点を大きなテーマとして検討いただいているところでございます。

前回、7月に第1回目の親会を開催させていただきました以降、全国の消防本部、また都道府県の消防防災主幹部局や衛生主幹部局などに対しまして、アンケートを実施させていただきました。それらの結果も本日の、全国の現状として、資料の中にも含めさせていただいております。

それからまた、ワーキンググループを3つ置かせていただいておりますが、それぞれ一、二回ワーキングを開催していただきまして、引き続き年度末にかけて精力的に検討を進めていただいているところでございます。ワーキンググループ委員の皆様には多大なご尽力をいただいております、この場をおかりして厚く御礼を申し上げます。

改めまして、本検討会の委員の皆様には、さらなる救急業務の充実に向けまして、それぞれ専門的な立場から忌憚のないご意見、ご指導を賜りますようお願い申し上げます、開会に当たってのご挨拶をさせていただきます。本日もどうかよろしく願いいたします。

3. 委員紹介

【伊藤係長】

また、平成27年7月31日付で、消防庁審議官の熊埜御堂武敬が就任しましたので、ご紹介させていただきます。

【熊埜御堂審議官】

熊埜御堂です。よろしくお願いいたします。

【伊藤係長】

次に、本日お配りしている資料の確認をさせていただきます。まず、次第をおめぐりいただきますと、開催要綱と委員名簿でございます。その次に、横長の救急業務のあり方に関する検討会資料が全58ページございます。次に、参考資料1、指導救命士の養成に係るテキスト、参考資料2、救急業務のあり方に関する検討会資料でございます。

不足等はございませんでしょうか。

続きまして、各委員のご紹介をさせていただくところですが、2回目の検討会でもありますので、人事異動で変更のありましたオブザーバーの紹介をさせていただきます。厚生労働省医政局地域医療計画課課長、〇〇様の代理、〇〇様でございます。

【〇〇課長（代） 〇〇室長】

どうぞよろしくお願いいたします。

【伊藤係長】

また、本日は〇〇委員、〇〇委員がご欠席とのご連絡をいただいております。

本検討会は、特に委員の皆様方からのご意見があった場合を除いて、公開という形で進めさせていただきますのでご了承ください。

ここで撮影は終了とさせていただきますので、マスコミの皆様におかれましてはご配慮のほどよろしくお願いいたします。

それでは、〇〇座長よりご挨拶をお願いしたく存じます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。師走の声が聞こえてくるこのごろですけれども、急に寒くなったり、気ぜわしくなっているこのごろでございます。今回、次長からのお話のとおり、親会としては2回目の会でございます。7月の第1回のときに7つのテーマを皆さんにご承認いただきました。その7つのテーマというのは、まず一番大きなところの1つですけれども、消防機関以外の救急救命士の活用はいかにあるべきかというところが1点であります。その次、救急車の適正利用というのはどのようなものか、それを推進するにはどうしたらいいのかというのが2番目でありました。そして3番目は、個別事案分析による搬送時間の延伸をどういうふうに抑えたらいいのか、その解決法はどこにあるのかというところ。もう一つは、2020年の東京オリンピック・パラリンピックの対応をどういうふうに考えていくのかという4つのテーマを選んで、今回アンケートの調査をさせていただいたところでもあります。それらの結論的なところが出てくるのかどうかわかりませんが、その紹介をしながら現状分析、そして今後のあるべき姿というのはどこにあるのかというところを2回目では考えてみたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

また、次長からもありましたけれども、この親会のところに3つのワーキンググループを立ち上げておりました。1つは救急業務に携わっている職員の教育に関するワーキ

ンググループです。職員の教育という意味は、指導救命士が一番のメインになったと思いますが、それは〇〇委員に、緊急度判定基準の普及、それに関するワーキンググループには〇〇委員に、また、蘇生ガイドラインに係る改訂の対応に関するワーキンググループがありまして、それは〇〇委員に、それぞれお願いしたところであります。特に、その中でも積極的に先生方にやっていただいたんですが、特に私、ここで皆さんに御礼を申し上げたいのは、職員の指導救命士のテキストにかかわるワーキンググループで、〇〇ワーキンググループ長には非常にお世話になりました。この場をかりまして心から御礼を申し上げたいと思っております。皆様のお手元に、その報告書という形でのテキストが配付されていると思いますので、後からご説明を願いたいと思っております。

それぞれ非常に重要な課題が山積しておりますけれども、時間も制限がありますので、一つ一つ議論をしていっていただきたいと思っております。今日もよろしくお願ひしたいと思います。

【伊藤係長】

ありがとうございました。

では、以後の議事進行につきましては、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) 救急業務のあり方に関する検討会（第1回）の継続検討
- (2) 各ワーキンググループからの中間報告
- (3) その他

【〇〇座長】

それでは、この議案に沿って進め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が、まず最初でございます。テーマとしまして、消防機関以外の救急救命士の活用について、まず事務局から説明を願いたいと思っております。1番です。消防機関以外の救急救命士の活用についてということです。どうぞよろしくお願ひしたいと思っております。

【田中補佐】

ご説明いたします。それでは資料になりますが、平成27年度の第2回資料とありま

す冊子をごらんください。こちらのページをおめくりいただきまして、3ページ以降で
ございます。資料の量が大変多くなっておりますので、ポイントを絞って説明させてい
ただきます。

まず3ページですけれども、これは消防機関以外に所属をする救命士の状況をできる
限り調べてみたというものでございまして、消防機関に属しない方々、その他というと
ころに1万6,804人とありますが、この中で消防機関を退職された人が2,870人
ほど、また、自衛隊、海上保安庁にもそれぞれこの人数がいらっしゃいます。参考とし
まして、下に書いてありますのは、専門学校等を卒業した合格者が平成25年度で1,
393人います。そのうち消防に採用された方というのが778人でありまして、この
差が600人、700人ぐらいいらっしゃいますが、その消防以外にいらっしゃるとい
うことに毎年なっております。

それでは、4ページ以降になりますが、前回の議論を踏まえまして、消防機関以外の
救命士のMC体制の確保のあり方についての資料でございます。前回の第1回の資料も
おつけしております。5ページ、6ページあたりをごらんいただきながら説明をさせて
いただきたいと思います。第2回の資料の4ページについては、これはMC協議会とい
うのがこういう構成になっておりますということをあらわしておりますので、ここは飛
ばさせていただきます。5ページになりますが、消防の救急におけるメディカルコン
トロール体制とあります。各消防本部または各地域MCに今回アンケート調査をいたし
まして、まず①としては地域MCの活動回数と経費について、それぞれ件数、また1人
当たり幾らかかっているかということをお示しした表でございます。また、右に行きま
して②③は、各地域MCの開催回数ですとか構成員の平均を出したものです。大体こう
いう構成になっておりまして、その下6ページですけれども、消防機関以外の救命士を
活用するとした場合、メディカルコントロール体制をどのように確保すべきかと各消防
本部に聞いたところ、その結果になります、約7割の本部が既存のMC協議会に参加す
ることが望ましいと回答しております。仮にそういうことになるとなれば、MC協議会
の位置づけを再整理した上で、要綱とか条例の改正が必要であればやることになり
ます。また、経費負担のあり方についても、各MC協議会で決定しておくことが必要にな
ります。

では、1枚めくっていただきまして7ページをごらんください。MC協議会における
再教育等の内容ということで、こちらのアンケート調査の結果ですけれども、各消防本

部に聞いたところ、既存のメディカルコントロール体制に加わるとした場合、質の確保等においてどんな課題がありますかという問いをしています。①としてありますのは、参画というところですが、まずMC協議会の関係者のご理解が得られるかどうかという点が大きな課題として挙げられています。また病院実習については、実習先医療機関の確保ですとか、また病院実習以外の再教育についての再教育の実施主体について課題があるというアンケート結果となっております。右側に行きますけれども、消防の救命士につきましては、2年間に128時間以上を確保できるように今体制整備を行っていただいております。この再教育のあり方については、救命士の実施する措置内容に応じて、各地域MCで決定していくということが必要だと思います。

そして8ページになりますけれども、今までは既存MCに参加するという話で話をさせていただきましたが、仮に独自にMC体制を構築する事業者がいれば、そういったところへの対応という話でございまして、その場合はプロトコルの違いですとか、実際の連携方策について、日ごろから情報交換をしておくことが必要になってまいります。また、8ページの下の方の項目ですけれども、経費負担の方法につきましても記載しております。再教育等に要する経費につきましては、その雇用した救命士が適切な活動を行えるようにするための経費でありますので、直接的な人件費に加えて、そういった経費も雇用する事業者が負担することが原則であります。ただ、下の方の括弧に書いてありますけれども、活動に一定の公益性を認める場合は、地方公共団体がその一部を負担するということも考え得るとしております。

資料をおめくりください。9ページ、10ページです。9、10あたりですが、こちらは消防機関との連携のあり方ということでありまして、これも左側がアンケート結果ですけれども、連携した際に想定される効果を各消防本部に聞いたところ、救命率の向上ですとか、現場滞在時間の短縮等という声が寄せられています。また、通報時の連携とか、出動途上の連携、引き継ぎ時の連携について、それぞれアンケートを実施しまして、例えば通報時であれば、連絡手段について課題がありますと。これは事前に、いろいろ連絡手段の確認をしておく必要もございまして。

また、出動途上、引き継ぎ時が10ページになりますけれども、ここでは連絡手段ということに加えましてプロトコルの違いとか、あと使用資機材の共有について課題があるんじゃないかという声がありました。これについても、仮に同一のMCに所属するという場合であれば、そのMC内で具体的に決めておく必要がありますし、別なMCに

所属するようであれば、そのMC同士で話し合いをやっておく必要がございます。

それでは11ページ、12ページをごらんください。ちょっと話が変わりまして、消防機関以外の救命士の活動によって事故が発生した場合の対応について整理をしております。仮に応急手当を行ったところ、症状を悪化させてしまった等の場合に、どういふことが生じるかということです。応急手当者の民事上の責任ということですが、一般的には緊急時に義務なくして他人の事務を処理する緊急事務管理の規定によりまして、重過失がない限り民事責任を負うことは少ないものと考えられます。しかしながら重過失があれば責任を問われる可能性もございます。ただ、重大な過失というのは、ほとんど故意に近い著しい注意欠如の状態とされておりますので、なかなか責任を負うというのはまれなケースであろうかとは思いますが、ただ、その下ですが、非常に例外的なケースと思われましても、仮に応急手当者が責任を問われる場合には、その雇用している使用者が使用者責任を負うということも考えられます。

下の12ページですけれども、その他民間保険等の活用も考えられます。民間保険会社におきましては、民間救急向けの賠償責任を開発している例もございまして、こうした保険に類似した保険を活用するという方策も考えられます。

では、13ページ、14ページをごらんください。参考としまして、その他活用が想定される場面という話でございます。右側の図をごらんいただきながら説明させていただきたいと思いますが、まず、公的組織による救急搬送ということで、これは全国で見ますと常備消防の地域がほとんどであります。こういったところでは消防機関による救急搬送業務が行われています。これは需給が逼迫しているような状況もあります。一方で、消防の非常備の地域というのもございまして、ここでは消防法に基づかない搬送業務、いわゆる役場救急ですけれども、そういったものが行われていまして、こういったところで民間の救命士が活躍しているという例もございまして、そして右側に行きますけれども、その左側の公的組織による救急搬送の前段階におきまして、民間による救護みたいなものもございまして、こちらについては全般的な救命講習を受講した市民による救護等、Bの領域がありまして、その中に大規模施設・イベント等で事業者等によって提供される救護というCの欄がございます。今までお話をしておりましたのがこのCの部分の話でございますけれども、Cのところを活用することに加えて、またAとか、そういったところでも活用の方策があるのではないかという話です。

そして14ページになりますけれども、今申し上げたことを細かく書いているんです

が、追加をしてお話をしたいというところが上から2つ目の丸でございまして、常備化の市町村の一部地域でも、例えば離島とか山間地等で消防署とか出張所が存在しないような例がありまして、こういったところでは役場救急を実施している地域もございまして。ここでの活用ということも考えられるのではないかとということに記載しております。

私からの説明は以上です。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。

これ、委員の皆さんに説明する手段として、この750ほどの消防本部の中で偏りというのは、このまんまで全国の流れとして、平均として考えていいのかどうかというのはいかがでしょうか。補佐、どうですか。

【田中補佐】

確かに平均値をとってございまして、これは単純平均でございまして。なので、例えば費用とかについては、かなりばらつきがある状態だと思っておりますので、とりあえず単純平均であるということをご承知おきの上、お願いいたします。

【〇〇座長】

わかりました。今、とても大事な1つだと思います。単純平均の平均値ということを考えながら質問なり、ご意見なりをいただければと思います。どうぞ、どこからでも結構でございまして。

【〇〇委員】

はい。

【〇〇座長】

どうぞ。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

ありがとうございます。

これはずっと以前に話題になったテーマでもありまして、思い出してみると、あのころから見てどう違っているかということ、最初の次長さんのご挨拶にあったような、高齢化が進んだという事象は確かにあると思います。もう一つあって、前はなるべく病院という場でいろいろな治療、ケアまでやっていたところから介護保険、そして在宅重視という事象が進行してきて、今やみとりを含めて在宅ケアの施設、そしてそれを支えるほうは医療介護の地域連携を進めていくということが今、厚生行政含めた国の方針になっ

ているのではないかなと思います。もともとは、これはいわゆる政策医療という、救急、災害、がんとかそういうものと同等の、国としてやらなければいけない責務を我々が供与するという枠組みで行われている仕事ではないかなと思います。

となれば、そういう医療介護にかかわらない場での活動ということを片方で考えるのであれば、もう片方で、それでは医療介護にかかわる場所ではどういう形があるのか。そうすれば社会的な網かけとしてのメディカルコントロールというものは、もっと医療に近いところで、直接のメディカルコントロールのカバーの中に入りますから、それに対する問題の整理とか何かというのは、さほど必要でなくなると考えます。

したがって、この場所だけこういうふうに非常に掘って行って考えて、これはこれでこういう形ならいいだろうということは、ロジックとしては成立すると思いますけれども、政策全体からすれば、非常に端っこの話をしているんじゃないかなと思います。

以前、こういう議論があったときに、私たち日本医師会は検討を重ねた上で、厚生労働省の検討会に救急救命士の活動の場の拡大という提議をして、それは記録に残っているはずですが、つまり病院の中で活動するとすればどういうことが考えられるのか。また、そういう在宅とかいろいろなそういう多職種連携の中で救命士が働くということを考えれば、どういうことが考えられるのか。こういうこと一切抜きにして、この場所だけのこの検討をするというのは、私は片手落ちだと思います。それがまず1点です。

長くなって申しわけないですが、もう一つは、そういうふうな事業所に、場合によっては公共性があると認定して、税金まで投入するという、投入する税金がもしあるのであればですが、今、メディカルコントロールというものは、医療側の持ち出しで行われている仕事です。これをしっかりともう1回、全てにわたって財政措置、政策をつけていただく。そうすればメディカルコントロールのかさの大きさ、それから手厚さというものは質が変わってくるのではないかなと思います。そうでない限り、メディカルコントロールがあるんだから、それを利用すればこんなことができますというやり方をするというのは、ある種のフィクションではないかなと思います。まさに今、診療報酬改定の作業の中であって、切り下げ改定ということが声高に言われていますが、その中で、医療部門を手薄くして、そして税金はほかに出す場所があるんだと、ロジックとしては通るんだという議論は、全くひっくり返った理論だと思います。国としての方針がほんとうにそれでいいのかどうか、ちょっと疑いたくなるような話だと思います。

以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

2つメインにあったと思いますけれども、1つは、救命士の場の拡大というところをメインでいけば、流れとしてはシンプルな形で話ができるのではないのかというのが1点。それからもう一つは、今、全国のMC協議会等々があるけれども、これは言葉が悪いかもしれませんがボランティアの一部としてやっているんで、もっとこれをやるには国の施策としてしっかり財政的に、あるいはその他の対応を考えるべきではないのかという2つだと思いますが、いかがでしょうか。質問の答えとしては、できるところまでお願いできればと思いますが、いかがでしょうか。

どうぞ。

【山口室長】

すみません、室長の山口でございますが、2点ございまして、1つは救急救命士の活動の場の拡大、提案というのを以前にされたというようなお話でありました。この点につきまして、第1回の資料でも改めて皆さんに示すまでもないですが、救急救命士法の条文というのも第1回のところで示させていただいております、基本的に救命士の活動場所というのは救急車の中、あるいは救急車に乗せるまでの間というようなことになっています。厚生労働省で所管していただいておりますので、我々としては現行法を前提とする中で消防機関以外の救命士の方に活動していただいて、それによって消防機関と連携して救命士の向上を図っていくという方策を考えていく中で、ちょっと片手落ちという話がありましたけれども、我々そういった枠の中で検討した結果のこのような仕組みというのが考えられないかということで、テーマとして取り上げさせていただいたというのが1点でございます。

それからもう1点目、全国各地のMC協議会での、特に経費負担等の話についてのこともございました。我々としまして、まずこういった仕組みが、そもそも全国一律に導入しようということを前提としているわけではもちろんありません。こういったことが成り立つという地域において、仮にこういった制度ができるとすれば導入していただいたらどうかということなんですけれども、そのような中で公益性というものを地方自治体のほうでも認める、要するに救急業務がそれだけ逼迫しているという中で、地方自治体のほうとしてそれだけの一定の負担をした上でもこういった仕組みを導入して、消防

機関と連携することで、救急の需給が逼迫している状況を少しでも改善されるというような効果であるとか、救命率が少しでも上がっていくのではないかという効果があるのであれば、そういった合意がとれた地域において、こういった仕組みを導入していただくということも考えられるのではないかという考え方でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

全国でというようなのではなく、できるところの消防本部からお願いしていくという流れのようでございますが、〇〇先生、何か。

【〇〇委員】

メディカルコントロールが充実している、そういう場でということであれば、先ほど申し上げたように、メディカルコントロールの専任の方がちゃんとして、それに対する政策的な手当、それから給料なり、そういうものが用意されているということであれば、そこはとりわけ手厚い場所だということが言えるんじゃないかなと思います。今、そういう場所はどこにあるのでしょうか。

【山口室長】

そうですね、実際にはMCというのは地域の先生方とかそういった方が、なかなか専任というわけにはいきませんので、例えば定期的開催される協議会での研修、いろいろな会議の場、研修の場とかに出てきていただいて、まさに〇〇先生のお言葉であれば、まさに自発的、ボランティア的にやっていたという例が非常に多いとは認識しています。

【〇〇委員】

いや、ちょっとすみません、例が多いというのは、何かどこか、そうでない例があるみたいな話を言っていますけれども、それが現実でしょう。違いますか。

【山口室長】

それが現実だと。

【〇〇委員】

ボランティア運営しているのが、このシステムの現実だと思いますけれども。その認識が同一であれば、ですから、それに乗って、片方はボランティアだと。片方は商業施設だと。どちらが公益性が高いのか。てんびんにかけてたら、ボランティアでやっているものがもし揺らいだら、こちらが公益性が高いとおっしゃるようなものが成り立たなく

なるのは自明の理じゃないでしょうか。つまりメディカルコントロールというのは今まで、それで成り立っているから、これからもずっとできるだろうという前提が間違っていると私は思うんですよ。そういう声をいっぱい聞くんです。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

先生の主張はよくわかりますが、今、この場で、これを努力しようというぐらいのところ、まず終わりにさせていただきたいなと思いますが、先生の言っている、何でもかんでもボランティアでいうところは、私も時々、お話をしますが、アメリカ等では、もうこのMCのディレクターというのは、例えば3年間あるいは5年間、全く離れて、州の政府あるいは軍の政府、市の政府の中に入ってメディカルコントロールをしていくというのが一般的でありますけれども、その辺のところを全く考えていないのかと言われると、いや、そうでもなく、考えていることは考えているんです。ただ、まだそこまでお金もないしというのがあるんじゃないのかなという気がいたしますけれども、その辺のところをよく知っておられるのは、〇〇先生、今の議論、何かアドバイスをいただけたらと思いますが。非常に難しいところでもありますけれども。

【〇〇委員】

消防機関以外の救命士の活用という意味において、1つ考えられるのは、以前にもちょっとお話ししましたがけれども、急ぐべき人は急ぐ、急がなくていい人は少し待ってくださいというときに、やはりセーフティーネットがないとだめだと思います。限られた医療資源の中で消防の救急業務の活動と、それから病院側にしては救急のいわゆる受け皿としての病院の収容能力の問題がありますので、やはりどうしてもある程度優先順位を決めないといけない。そのときに、以前から話題になっているのは、急がなくてもいいというふうになった人の中にも、多少とも問題が生じてくる可能性があるため、先にやはりセーフティーネットをしっかり構築しておく必要があるという議論はやったと思うんです。私が以前にヨーロッパの見学等をしたときに、いわゆる救急業務を階層化した中で、赤十字社であるとか、あるいは他の民間宗教団体が、やはり救急業務の入り口としてやっています。それも、僕はある意味で公共性を果たしていると思うんですけれども、役割分担の差があるというのは、ある意味、緊急度の低い、言いかえると地域での、要するに日本で言えば在宅も含めた介護とか施設にいる方のちょっとした急変時に、主に移動手段を目的に組織化された救急業務ですよ。だからそういった組織とし

での活用はあるのかなとは思いますが。ただ、具体的に、それを消防機関以外のところでどういう形にして組織化するかというのは皆さんのお知恵を借りないといけません。やはりそこに公共性というものがあるのであれば、財源も必要なのかなというのは、この中に書かれている案どおりかなとは思いますが。ちょっとそこには具体的な案を言えと言われても、今のところ持ち合わせていないのは現実ですけれども。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。今、ボランティアの1つとしてという中に、最近のボランティアというのは職業ボランティアというのがたくさんありまして、世界でも、私は、時間はボランティアするけれども、経済性はボランティアしない。あるいは技術というのはボランティアしない。そこだけは対価をという皆さんもたくさん出てきておりますので、その辺のところもこれからの課題の1つとしてお考えいただければと思いますが、ほかにどうでしょうか。この辺のところ。〇〇先生、何か手が挙がっているようですが。

【〇〇委員】

何か手を挙げさせるような感じなんですけれども。〇〇先生がおっしゃるのは、まさに正論だと思います。今、〇〇先生がおっしゃった話の中に、1つには医療サイド側のMCのあり方と、もう一つは救急救命士の現場の話と2つあるんですけれども、MCにかかわるところは、例えばMCをきっちりやれば、ダイレクターなり、それ専門の形でそういう人をディスパッチして、その人が地域をきっちり見れば、これだけよくなったよというようなことがほんとうは出るといいと思うんですね。それにはまずやはりモデル地域でも設けて、その中で例えばそういうのをやってみるというような1つの方法がありかなというような気がします。

それから救命士にかかわるところで、いっぱいいっぱいの消防救命士以外の人たちを使って何とかやっ払いこうというような話で、13ページの丸Cですかね、の中にこういうものだけじゃなしに多職種を統合するような地域包括ケアであるとか、あるいは病院内であるとか、そういうものをひっくるめて現場のイベントというんじゃなしに、もう少し幅広い分野での非消防救命士の活動ができるような形を考えられないかというようなお話じゃないかなと思って聞いておったんですけれども、そのまま、このCの中に今、ちょっと〇〇先生がおっしゃったようなことは全部入れて、いろいろ活動ができるんではないかなというような思いでちょっと聞いておりました。

今のところそんなところですかね。

【〇〇座長】

先生、ありがとうございます。

ここにはもう一つ、栃木プロジェクトで頑張っておられます〇〇先生、何か今の関連でご意見ありましたらと思いますが。

【〇〇委員】

多岐にわたる、いろいろな話が今出ているような気がして、ちょっと整理しないと話しにくいんですけども、まず、MCをたしか国として予算を少しつけて、MCにかかわる医師というのは予算化されて、25年3月に出た検討会でそういう文言が出て、その後、予算化されて、私も栃木県の県知事からの任命という形で栃木県の救急医療スーパーバイザーということで、これがMCに専従する医師という形で予算もいただいている。ただ、何をしているかという、そんなに前面に立ってというところまでは行っていませんけれども、当面の目標としては、栃木県は救急搬送困難のいつもトップ10に入っている、これを何とか全国平均以下にしてくれということいろいろな取り組みを実際に始めています。その予算は県と国からいただいているというようなことは一方でしています。ただ、もちろんほかの部分、毎回の検証会で山のようにスライドをつくったり、資料をつくったりというのは全くこちらの持ち出しですので、まだまだ十分だとはもちろん思いませんけれども、少しはそんなのがあるというのが1つ。それから、今の議論の中で、救急救命士の現在の活動の場をどこまで広げるのかという話はどこですか、別のスタンスの場所で議論をするのかと思って聞いておりました。いろいろな法律的につくられたという、先ほどご紹介がありましたけれども、法律の文言はこうなっているというのを踏まえた上で議論というのがあるかなと思いますし、一方で法律の範囲内で何ができるかということのお話をここで出てきたと思いますので、それであれば私は地域、栃木県だけでなく全国の地域の、例えば僻地、離島の救急学会とかありますので、そういうような話を聞くと、もう既にいろいろなところで消防と役場の方とか、そういうボランティアの方とのコラボをたくさんやっていて、昔ちょっとやったファーストレスポonderというのも一部それに近いところなんですけれども、連携はいろいろ行われておりますので、そこに救急救命士の資格を持った方がいれば、もっとスムーズにいくだろうというのは一方で思っております。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

そのように非常に多岐にわたるご意見あるいはご質問になっておりますが、この問題というのはこれで終わりにするわけではなく、まだまだ続けてディスカッションをしていくというのが大事なところであろうと思いますが、ここで何かご意見がある、手を挙げてください。

どうぞ。

【〇〇委員】

今の〇〇先生の発言にちょっと関連してなんですが、私ちょっと日々、救急救命士の人たちと意見交換をする中で、ここ救急業務のあり方に関する検討会、消防機関で行う救急業務のあり方に関する検討会といった中で、いの一番に消防機関以外の救急救命士の活用というのが出てきていると。それを現場で、消防機関の中で働いている救急救命士としても、あんな問題、こんな問題もあるのに、ちょっと順番が違うんじゃないかってことを心配している現場の人たちがいますので、そこがちょっと。先ほど山口室長の説明だとよくわかりましたけれども、そういったところが伝わるような資料なり、今後報告書なりになっていくといいなということと、それと含めて、先ほどのメディカルコントロール協議会も、何でもかんでもメディカルコントロール協議会に民間の方も含めて任せるとなっても、なかなかそういう体制がないというところがありますから、そこへの配慮も必要かなと思っております。以上です。

【〇〇座長】

消防機関に働く職員の人に対する配慮を考えてくれという、全くそれも大事なところだと思いますが、それも事務局よろしくお願ひしたいと思います。

まだまだ、これ、意見は多岐にわたると思いますが、また、時間を設けていきたいと思ひますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

ここでどうしてもという先生はおりますか。〇〇先生、よろしいですか。よろしいですか。

【〇〇委員】

ちょっと疑問に……。

【〇〇座長】

あるいは……。

【〇〇委員】

疑問は持ったんですけれども。

【〇〇座長】

どうぞ。手が挙がりそうでいますのでどうぞ。

【〇〇委員】

その議論について深めるつもりはなくて、単純な質問としてなんですけれども、今現在行われているMC協議会はほぼボランティアというのは事実というか事実なんでしょう。ボランティア的な感じで今はなっているという。ちょっとごめんなさい、ほんとうに全然知らなかったもので、ある程度どうなのかなというのはちょっと。普通の質問なんです。

【〇〇委員】

じゃあ、よろしいですか。

【〇〇委員】

すみません。

【〇〇委員】

〇〇先生のご発言に関連しながら話をしていくと、これはもう朝まで生テレビ状態になります。ボランティアの件で言いますと、僕らがどちらかの病院に行って医療という観点で手助けをしますよね。そういうふうなもらえるお給料に比べると、断然低いですね。これは志を持った人しか今、そういうところに出ていかないと。そういうふうな意味ではボランティア。ただ、MCという方法論そのものが、まだ、何ていうのかな、行政の人がタックスを使いながら一生懸命やっているという状態じゃないですか。だからそういう意味では、何ですか、明治政府の初めのころ。そういうふうに思えば、ボランティアも仕方がないと言えば仕方がないですね、これは。だからそういう現状の先に、成熟した本件に関する議論ができるようになってくると。つまり医者給料がそのときにどうなっているか知りませんが、少なくとも医者が正味の医師として働くのと同じぐらいの、それぐらいの、何ていうかな、お金の回り方が例えばあって、それで、今言った救命士、行政に雇われている以外の救命士さんたちも上手に働くことができ、行政の救命士さんの仕事を助けたり、または、もっとありていに言えば、そこに住んでいる人たちがよい生活ができると。さっきセーフティーネットの話が出ましたが。そういうようなところに向かっていくと。そういうことですよね。そのことをどういうふうにする

るかというだけで、部分的にぱちぱち光るみたいな、お星さまみたいな話をしてくれるなど言ったのは〇〇先生の話なんですよ。だから、私も病院を出てきて帰るまで、どんなに早くやったって3時間ですよ。3時間分の給料をもらっているかといったら、そんなことはないわけです。つまりそういうふうなことがある。だからその意味では日本医師会の会議も、今の僕らよりは少しはいいのかもしれませんが。おそらく初めのころは日本医師会もきつともっと安かったと思います。今は、相当程度に至っている。東京都医師会もそうですよ。だけど昭和大学医師会はできてからまだ20年ですから、そこまで行っていないんですよ、先生。そういうことです。ボランティアはボランティアだけでも、そういうことです。

【〇〇委員】

わかりました。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

私は、消防庁としては、都道府県なり市町村なりに相当の補助はしているんです。ところが、都道府県サイドが、いやいや、もっとこっちのほうに使わなきゃしょうがないだろうという、それも多々あるんですよ。だからほんとうは、消防庁としてはかわいそうな人たちなんですね。その辺のところもちょっとお考えいただいて、また、この問題というのはまだ続きますので、これぐらいにさせていただきますして、次。というのは、こんなことをしているとほんとうにエンドレスになってしまいます。次に移っていきたいと思いますけれども。

どうぞ。

【〇〇委員】

すみません、神奈川県ですけれども、冒頭のこの資料の説明に関して、調査された側の取りまとめをしている立場の神奈川県としてのちょっと補足させていただきます。6ページの「MC体制確保のあり方」というところですが、約7割が「既存のMCに加わる」というような結果が出ているというご説明がありましたが、神奈川県は、25消防あるんですけれども、大きいところから小さいところ、いろいろありまして、結果はおおむねこのパーセンテージと変わらないんですが、比較的、大規模な消防本部は、この7割に入っていないところが結構あります。その中でコメントもあったりする場合があります。例えば、「新たな体制を構築して、既存の体制との連携を図るという

ような対応とすべきではないか」という意見とか、「活動現場や活動内容が異なる救命士の質の確保を1つのMC体制で行うのはなかなか難しいのではないか」という意見もありました。消防機関以外の救急救命士が具体的にどういうところで活動しているのかという、その具体のイメージがいまいちつかめないというか、例えば、イベントなどで集客する大規模施設等の事業所で、救急救命士はそもそもどれぐらいいるのか、統計上はあまりよくわからない中で、ほんとうに、それ以外のところにどれぐらいいて、もし大規模施設にいないんだったら、呼び込まなきゃいけないとか、そういうところも含めて考えて仕組みの中に位置づけていかないと、モデルでやっていくにしても、ほんとうに逼迫しているところで使えるものになるのか、なかなか深めていけないのではないかなと思います。以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございました。非常に重要なポイントだと思います。ありがとうございました。必ず中に入れていきたいと思えます。ありがとうございました。

それでは、次に移っていきたく思えますが、次、2番目であります。救急車の適正利用の推進ということについて、事務局から説明を願いたいと思えます。

【田中補佐】

それでは資料の16ページをごらんください。15ページから2番目の話でございます。16ページが、まず適正利用の推進の中で、本日2つほど話があります。1点目、頻回利用者対策でございます。こちらアンケート結果ですが、平成26年中の救急要請の実績、これは全国の実績ですが、年に10回以上、救急要請をした人数と、あと延べ回数を出しています。最大で1年に362回呼んだ方もいらっしゃいますけれども、全部の延べ回数を足しますと、約5万3,000回ということで、大体救急の出動の1%ぐらいを占めているという状況です。

それでは17ページをごらんください。各消防本部、さまざまな頻回利用者対策を行っておりますが、特に効果のあった事例ということで、こちらはまとめております。3点ほどございますけれども、家族、親族へ説明をして協力要請をしたり、また、保健福祉部局とか医師による説得があったり、あとは関係機関との対策会議、情報共有等を行っています。

そして18ページがまとめですけれども、まずは同居している家族ですとか、その他親族がいる場合、家族に事情を伝えて協力をお願いするということがあると思えます。

また、そういったことができないような場合であれば、消防本部から説得をしたり、また消防本部以外の保健福祉部局等からの説明といった例もございます。また、関係機関との情報共有とか、対策会議も行っております。こういったまとめ方をしております。

そして19ページをごらんください。もう1点、転院搬送についてです。まずアンケート調査の結果ですけれども、まず転院搬送について適正利用のお願いとか、そういった取り組みを行っている本部というのがある一方で、特にやっていないというところが3分の2ぐらいあります。医療機関と議論する場の設置とか、ガイドラインの周知などを行っています。また、民間搬送事業者の活用を促す取り組みについても、57本部やっていますが、全体の中から見れば少ないという状況であります。

そして20ページをごらんいただきたいと思いますが、いろいろお願いをしたり、ガイドラインを作成したりしている本部について、どんなことをやっているかというのをまとめています。あらかじめ転院先の医療機関を決定していただくということ、また、原則として医師、看護師が同乗することですとか、また、同乗しない場合には、家族、患者に了解を得てもらおうといったようなことをやっています。また、転院搬送依頼書というものの提出をお願いしているという例もございます。

では、21ページをごらんください。各消防本部において、さまざま取り組みを行っておりますけれども、消防庁としましては、これまで示した要件も含めまして、これは1回目の資料の22ページに書いてありますけれども、3点ほどありまして、こういった要件も含めて、各消防本部の取り組みを踏まえて、ガイドラインを定めたいということが考えられます。その中身ですけれども、四角の中になりますが、緊急に搬送する必要があるですとか、専門医療が必要であるとか、また、他の搬送手段の利用が不可能である、また、あらかじめ転院搬送先医療機関を決定して受け入れの了解をいただく、医師、看護師が同乗する、こういったようなガイドラインを示して、各地域で適宜項目を追加しつつやっていただくということが考えられます。

説明は以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

今、事務局から適正利用の推進ということでご説明がありました。いかがでしょうか。我々、日本全体では600万件ぐらいの搬送があります。特に出勤と言ったほうがいいと思いますが、その中の五万数千ということになると1%ぐらいがこの頻回利用となり

ますが、相当大的な問題ではないのかなと思いますが、この辺も含めていかがでしょうか。どこからでも結構でございますが、質問。

どうぞ。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

今の話で、この16ページの救急出動の1%以下だという話だと、あまり頻回利用を何とか、以下にいろいろ方策等含めて書いているんですけども、1%以下ならそんなに問題ないんじゃないのという話に、取りようになつてはなりかねないかなという気がするんですが、これは年10回以上を頻回利用者の枠に入れているんですが、月1以上ということでしょうけれども、例えば2月に1回以上、5回以上ですよ、年間。そのデータがどれぐらいかも入れて、頻回利用者の定義ってないんですけども、1%以下にそれだけ労力を尽くしていろいろなことをやるのというような話にはならないかと思いますが、そう多くないなという話になりかねないなという気がしますので。5回以上もぜひともちょっとデータとして出していただきたい。

【〇〇座長】

わかりました。ご存じのとおり、1回救急車が出動して帰ってくると、四万数千円の費用がかかると言われています。平均すると4万4,000円とか4万5,000円ぐらいが平均だと思いますが、その5万3,000倍ですから、これは相当額ではないのかなと私は思って聞いておりましたが、〇〇先生はお金持ちですから、そんなもの何だと。

【〇〇委員】

いえいえ、お金がないから言っている。

【〇〇座長】

そうか。ありがとうございます。じゃあ5回以上だったらどうなのかという、今、データはありますか。

【田中補佐】

データは調べていません。10回以上でとりあえずとってしまして、5回以上というのは申しわけありません、調べていません。

【〇〇委員】

イメージとしてね、こういう出し方だけだと、それほどというように取られかねないのはやっぱりいけません。

【〇〇座長】

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

よろしいですか。すみません、日本医科大学の〇〇ですけれども、今の〇〇先生と同じようなことを私も考えました。5万3,000件、全体の1%という割合は、年の推移を見てみると、どのような傾向なのでしょう。1%というのは、こういった傷病者を担当した救急隊は、確かに大変だと思うんですけれども、全体から見ると1%未満というのは、ここで議論しなくてもいいのかなと思います。これが例えば10年前から比べると10倍になっているのであれば、議論する必要があると思います。何かデータがあればぜひ教えていただきたいと思います。平成17年、18年ごろに、救急出動要請件数の増加の割合がプラトーになった時期がありましたね。あのときに、よく言う#7119の導入だとか、社会的な理解が進んだと言われたんですけれども、ほんとうにそのような解釈でいいのかなと思っています。何かまた違った原因でプラトーな時期があったのではないかと思っています。その辺の何かデータというのはあるのでしょうか。

【〇〇座長】

それがわかると適正利用の推進にも何か貢献するのかなというような〇〇先生の発議ですが、事務局いかがでしょうか。

【田中補佐】

まず年の推移でありますけれども、これちゃんととったものが申しわけありませんがないので、どういう推移をしているのかというのはわからない状況です。

【〇〇委員】

東京都で東京ルールを議論したときに、同じような議論があつて、非常に目立つ1集団をあまりに捉えると、逆にマジョリティーのほうに影響を与えてしまいます。この1%というのがほんとうに10年前の2倍、3倍、10倍になっているんだという議論をしなくてはいけないと思います。1%ぐらいで推移しているのであれば、まあこれぐらいのリスクはあるのかなということで考えてもいいのかなとは思いました。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

【山口室長】

ちょっとすみません。

【〇〇座長】

どうぞ。室長、どうぞ。手が挙がっています。

【山口室長】

よろしいですか。ちょっと手元に資料がなくて申しわけないんですが、実は平成17年度にも、まさに〇〇先生に座長をしていただいていたんですけれども、「救急需要対策に関する検討会」をやったことがありますて、そのときにはまさに有料化も含めて検討するというので、かなりマスコミに取り上げられた時期があるのですが、そのときにも実は一部の本部に対して、何回以上の方が何%ぐらいいるかという数値をとってまして、この数字とそんなに大きくは変わっていなかったという記憶があります。ただ、やはり偏りがものすごくある数字ですので、全体では1%かもしれませんけれども、まさに最大で362回、1年間にされている方もいらっしゃるということなので、もし異常な負担がかかっているという事例があるのであれば、とはいっても、これを見ていただくとわかるように決め手になるような対策というのはなかなかないところなんですけれども、やっぱり少しでも考えられる処方箋というのを示していくということに意味があるのではないかと考えています。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

【〇〇委員】

1つだけ。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

確かにこれ1%、偏りがあるという言い方でおっしゃいましたけれども、1人住んでいる方が、同じ1台の救急車を何回も使うという形になるので、その1台にとってみると影響は大きいんだろうなと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。その流れもあるかもしれません。

どうぞ。

【〇〇委員】

大阪消防の〇〇でございます。ボリューム的には、割合は低いかなというようなお声もありまして、私もそれは事実かとは思いますが、実際、現場に行きますと、頻回の方の対応となりますと、やっぱり受け入れ病院がないとか、いろいろな形で説得するとか、非常に時間をかけるんですね、1回当たり。ですから稼働できない時間帯がすごく出ますので、その辺のところもちょっとデータ的に掘り下げて、出せるようなものがありましたらご明示していただければと思うんですけれども。

【〇〇座長】

ありがとうございました。

この1回1回が、普通の患者さんの対応よりもずっと労力と時間がかかるんだという意見でございますが、これは非常に消防の皆さんがとても気になる場所だと思いますが、消防の委員の皆さん、〇〇委員からいきましょうか。

【〇〇委員】

先ほど来、1%という数字でご議論されているようでありますけれども、確かに1%、東京消防庁でも1%程度でありまして、ただ母数がでかいものですから、不要不急の救急を30回以上呼んだ方が107名おまして、これだけで6,560件、昨年、出場しています。ということは救急車2台分です。それぐらいの出場の頻度があり、なおかつ今、座長がおっしゃられたように、それに付随する事務処理、あるいは1回1回の時間が長くなるということになってきます。救急車の適正利用につきましては、全国消防長会としても大きな課題と考えておまして、本年6月に全国の消防本部の消防長の総意ということで、消防庁長官宛てに転院搬送における救急車の適正利用ということで要望をさせていただいたところでもあります。それ以前に、昨年の12月3日から12月10日の1週間について、島しょ地区を除きました東京都全域で救急車の適正利用の実態を調べようと、それからあわせて高齢者の搬送の実態を調べようということで調査をいたしまして、先ほど追加でお配りをさせていただきましたんですが、その内容をちょっとご説明させていただいてよろしいでしょうか。それでは当庁の担当者から、詳細につきまして情報提供させていただきます。

【〇〇氏】

すみません。それでは東京消防庁の〇〇でございます。後ろからちょっと説明させていただきます。お手元のほうに資料を2枚お配りさせていただきました。1枚が救急搬

送実態調査ということで書いてあるものだと思います。これは実は消防機関と医療機関とで回収、照合できた1万2,525件、これ1週間ですけれども、その後、不搬送が1,362件について分析したものです。この調査の目的といたしましては、調査対象期間は紙面のとおりに、今回のテーマは2つございます。1つが高齢者の救急搬送の実態、それで2つ目が救急車の適正利用の実態ということでございます。

もう1枚の概要版のほうをごらんください。救急車の適正利用の実態についての結果の概要の、これ一部でございますが、まず利用状況について見てみますと、転帰、病院に着いてからどういう状態だったかというところでございますが、外来のみで帰宅された方が7,309件、全体の58.4%ということで、6割は外来ですぐ帰ったと。それから年齢別で見てみますと、外来のみで帰宅、これ、0歳から14歳というのは確かに当たり前なのかもしれませんが、80.6%と最も高く、逆に最も低かったのがやっぱり65歳以上の高齢者ということで45.2%という結果でございました。また、外来のみで帰宅していた方については、65歳未満が72.5%、逆に65歳以上は45.2%、75歳以上の後期高齢者に関しては42.6%と、高齢者になればなるほど外来のみで帰ることができず入院になる確率が高かったという結果でございます。また、初診時程度別で見てみますと、0歳から39歳までが軽傷が7割以上である一方、65歳以上では軽傷は42.2%ということで、重症以上が10.5%ということで最も高くなっていたということでございます。下のほうに緊急度分類というものがございまして、この緊急度分類を使って見てみましたところ、低緊急が69.4%と最も高く、次いで準緊急が16.2%、緊急が6.6%、非緊急が6.2%の順となっております。全体を見てみますと、4分の3以上がいわゆる低緊急・非緊急という緊急性がなかったと思われた事案ということでございました。年齢別に見てみますと、低緊急・非緊急が最も多いのが15歳から39歳ということで、85.8%ということで86%ぐらい占めていると。最も低いのが65歳以上の高齢者、が70.2%という状況でございました。緊急・準緊急は65歳以上が最も高く、とりわけ75歳以上では28.2%が準緊急以上ということでございました。

次に転院搬送ですが、転院搬送ケースについては、65歳以上が63.4%、65歳未満で36.6%ということで、転院搬送の受け入れ理由につきましては、専門的治療が必要ということが最も多く、次いで転送元施設の処置が困難、自院かかりつけ患者の順となっております。これは緊急度分類ということで、搬送された収容先の先生方に見

ていただきましたところ、低緊急・非緊急が52.1%と半数以上の事案において緊急性がなかったと思われた事案ということでございました。最後に医療関係者の同乗ということで、転院搬送の場合は同乗ということになっておるんですけども、同乗なしが96.4%ということで、ほとんどの事案で医療関係者の同乗がなかったという結果でございました。

情報提供、以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

この興味あるデータでございますが、これは昨年のデータですか。データはいつのデータですか。

【〇〇氏】

これは26年の12月。

【〇〇座長】

そうか。1カ月のデータですか。

【〇〇委員】

1週間です。

【〇〇座長】

1週間、そうですか。26年。

【〇〇氏】

の12月。

【〇〇座長】

12月の。

どうぞ。

【山口室長】

すみません、先ほど〇〇先生からお話があった件で、平成17年の検討会のときに、一部の消防本部に対して頻回利用者の調査というのをしております、そのとき一部の消防本部の、あくまでも抽出の調査ですけども、5回以上の方が全出場件数に占める割合というのは3.4%という数字が出ています。10回以上が1.4%、50回以上が0.3%という数字が出ていますので、これはあくまでも一部の消防本部の数字ではありますが、今回お出ししたものと大きく変わっていないのかなという感じがして

います。すみません、数値的なものだけです。失礼しました。

【〇〇座長】

いや、ありがとうございます。

何か〇〇先生、いいですか。

【〇〇委員】

今のお話だと、5回以上を入れる3%ぐらいになるということですか。

【山口室長】

ちょっとそれはわかりませんが、16年のときの数字であればそうであったのでという。

【〇〇委員】

感じで言うと。

【山口室長】

そうですね。

【〇〇委員】

そうですね。

【山本座長】

ありがとうございます。

【〇〇委員】

今、10回以上が大体1%。

【山口室長】

1.4%というのが8消防本部の抽出調査ですけれども。

【〇〇委員】

年10回以上が。

【山口室長】

年10回以上、1.4%。

【〇〇委員】

じゃあ大体3倍ですよ。ありがとうございました。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。よろしゅうございますか。まだ消防本部……。

どうぞ。〇〇さん、どうぞ。

【〇〇委員】

札幌でございますけれども、頻回利用に限りまして、札幌の状況を申しますと、確かにパーセンテージは低いんですが、例えば消防機関も頻回利用者を押さえておりました、医療機関に受け入れを依頼しても、なかなか受け入れてくれないということがございます。結局は何件か医療機関から断られて、本人に説明すると、じゃあ行かないわと。もともと行かなくていいんじゃないかというような話で結局、帰結しちゃうんですけれども。そういうことがあって、先ほど〇〇委員からも言われたように時間が非常にかかるというものでございます。

平成24年5月から8月まで、ある特定の方が83件出動の依頼がございまして、搬送が33件しておりますけれども、不搬送が50件と。こういった中で不適切な頻回利用として捉えざるを得なくて、当局の委託弁護士に相談した上で、救急業務妨害として立証できるんじゃないかということで、24年の9月に救急現場にボイスレコーダーを携行しまして、そのやりとりを録音するというようにして、ずっと続けてきたんですけれども、実は運用から1年後、アクションを起こそうかといったようなときに、傷病者が別件で逮捕されてしまったために、そこから途絶えてしまいまして、それがちょっとかなわないと。全国的にもいい判例になるのかなと我々も期待していたんですけれども、そこが途絶えたのはちょっと残念だという事例がございました。

以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

この頻回利用で、逮捕されたというのはつい最近テレビで報道しておりましたけれども、あれはどこですか。どこですか。

【〇〇委員】

宇治。

【〇〇座長】

宇治ですか。宇治だそうでございますが、少しその件も何かに利用したらいいのかもしれないですね。ありがとうございます。

【〇〇委員】

すみません。

【〇〇座長】

どうぞ。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

北里大学の〇〇ですけれども、先ほどの東京消防庁のデータ、ちょっとお聞きしたいんですが、転院搬送事業で医師、看護師の同乗、医療関係者の同乗なしが96.4%っていう非常に大きい数字が出てきていて、ちょっと驚いたんですけれども、転院搬送の理由が専門的治療が必要だとか、自分のところで処置が困難という理由で送るにもかかわらず、96.4%が乗っていない。これで、実際この症例の中で困った症例とか、もしドクターが同乗したり看護師が同乗していたら、もう少し何かいいことがあったなというようなことが何かあるんでしょうか。多少なりとも。

【〇〇座長】

いかがでしょうか。

【〇〇委員】

ご案内のように去年の1週間だけの統計なので、集中したということがあるかもしれませんが、症例については……。

【〇〇氏】

すみません、後ろから申しわけございません。今、部長からお話がありましたけれども、やはり1週間でやっています、中身の細かいところまでちょっと調査はできておりません。ただ、この調査以外の部分では、過去に見たときにはやはり、急変したときにドクターもナースも乗っていないというような状態があって、近くの病院に入ったというような特記もございます。

【〇〇委員】

ありがとうございました。

【〇〇座長】

できれば乗っていただきたいというのが本音なんだというところでよろしいですか。

どうぞ。〇〇先生からいきましょう。それで〇〇先生、次。

【〇〇委員】

すみません、先に。

【〇〇座長】

どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】

じゃあ先にさせていただきます。これは要するに病院間搬送というのが増えているというのは、やはり病院、病床の機能分化というのを片方で政策的に進めていますから。在院日数、在院時間、そういうことを短縮しなさいという、片方でもう金科玉条で病院関係者は全員縛られていますから、当然、診てあげたいけれども、そろそろ移ってほしいとか、新しいフレッシュなコールがあって、それを取るためには今ここで目の前で診ている患者さん、比較的落ちついているから移ってほしいとか。院内にはそういう余地がないとか。いろいろなことがあるんだと思いますよ。ですから、そういう事象をもし考えるとすれば、医療関係者はもう忙殺されていて、一緒に行けないけれども、何とかという話が出るのは、これはある程度やむを得ないかな。原則はそうだし、そのほうがいいだろうと全く思いますけれども、例えば100のうち1例急変したらどうするかという話と、目の前のコールにどうこたえるかというのと、やっぱりその場その場のてんびんで判断するということはあるんじゃないかなと思います。

それにちょっと敷衍させてもらいますと、つまり、先ほどから問題になっているこの頻回利用者の問題も、これを受けるといふか対応することによって車が何時間も、人員も何時間もという話になるわけですね。本来、あるべき回転がとまるから、今度周り、全部シフトに影響していくという話になるわけですね。だから、それがどうしたらいいかということを考えれば、実は対策のまとめといっているこの18ページを見れば、ある程度こうしたらというものをもう書いてあるんですね。つまり、これは消防から見たら困ったという話なんですけれども、行政、政府から見たらどうするのかということがこの3つ目の丸のほうにまでずっと列記されているわけですよ。つまりそれがやっぱり必要なんだと思います。つまりメンタルな方、アルコール中毒、薬物中毒、さまざまなそういう困った患者さん、頻回利用者がいるとして、その方々を消防では対応し切れないけれども、じゃあどういふふうに対応したらいいのかということは、やはりこれは行政全体として考えていただいたほうがいいんだと思うんです。それは医療関係者も同じです。そういう方々をどう対応するのか。困ったときにどういう方式があるだろうかというのは、これはお互いさま、非常に重大な話なので、そのためのオンコールの窓口がどこかにあるとか、そういうことがあるのは、実は消防庁の上は総務省ですから。自治体の行政が円滑にいくようにという中の大きなイシューになるんじゃないでしょうか。住民に対する全体の。だから、ここで困っていると、医療側も困っているという

ことが見えるとすれば、この対策の中で実効性のある、ここまでやっておけば大丈夫なんじゃないかなというものが見えてきたら、それを政策にさせていただくと。1回目のときに政策と予算だと話しましたがけれども、やはり同じことはあり得るんじゃないでしょうか。オンコールの方を1人、例えばつくっておく。よろず何でも課みたいなの、昔よくはやって、テレビ映りがいいときがありましたよね。そういうのが今こそ必要なのかもしれないと思いますよ。

蛇足ですけども、先ほどのメディカルコントロールのドクター1人を常勤で雇うとすれば、最低5名必要なんですからね。24時間対応だから。1人任命したらそれで済んでいるなんていう話じゃなくて。ですからこちらの政策で考えるにしても、そういうチームとして考えて政策を打っていくと。必要ならそこまでやるという事象じゃないかなと思います。

以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。ポイントだと思います。

ちょっとお待ちください。〇〇先生がさっき挙がっていました。

【〇〇委員】

適正利用で、今2つ挙げて、最初はわかるんです。転院搬送が挙がっているということは、転院搬送が多くて搬送ができなくて困っているということによろしいですよ。それであれば、あと確認したいのは、この転院搬送は、上りも下りも入れた話をされているということによろしいでしょうかね。

【〇〇座長】

どうですか。そうですね。

【〇〇委員】

両方なんです。

【田中補佐】

件数には両方入っています。それで適正に利用いただきたいということについては、もちろん上り搬送とか必要なものについて全て不適正であるというつもりは全くございませんので。

【〇〇委員】

主に下りで困っているというのが正直なところで。例えば自治医大の場合は、ほぼ1

00%医療関係者が乗らないといけないというルールを近隣消防とつくっているもの
ですから、レジデントは必ず乗っていくということにはもちろんなりますけれども、下
りがどうしてうまくいかないか。自治医大だと、ある程度落ちついた患者さんを2次病
院、または初期の、ベッドのあるところに移すとかいうような話をするときには、最初
に落ちついているわけですから自治医大の救急車というのを使うようにして、それ
2台、いっぱいになると近隣の消防本部にお願いをするということに原則になっている
んですが、おそらく全国的にはそんなことがあまりなくて、何かあれば全部救急車で下り
搬送してくださいというのが最近増えているというのが実情という理解でよろしいで
しょうか。

【〇〇座長】

いかがですか。そういう理解でよろしいんですね。事務局、いいですか。

【田中補佐】

はい。

【〇〇委員】

それであれば、例えばその地域で下り搬送にどのような手段があるのか。病院の救急
車でいいわけですから、救命士が乗らなくても行っているわけですし、それこそ民間の
車を活用するとか、そういうことも含めて地域の需要と供給のことを一度やっぱり見た
上で解決策をつくっていくのかなと思いました。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

東京消防庁なんかは、病院間搬送については救急車を使わない。民救なり、あるいは
病院の救急車を使ってほしいというキャンペーンはずっと張っておりますので、それは
相当浸透しているんじゃないのかなと思いますが、〇〇委員、何か、それでよろしいで
すか。

【〇〇委員】

はい、結構です。

【〇〇座長】

どうぞ、東京消防庁に見にいただければと思います。ありがとうございます。

また、時間がおかしくなっていますが、すみません、このぐらいにさせていただきま
して、次の課題に移っていきたいと思います。まだ7つある中の2つだけです。次でご

ざいますが、3つ目でございますけれども、ありがとうございます。緊急度判定体系の普及ということに関しまして、事務局からまず説明を願いたいと思います。

【寺谷専門官】

寺谷が説明させていただきます。23ページから4ページにわたってご説明してまいります。ただ、こちらは〇〇委員にワーキング長いただきまして、ワーキングでやったことのご報告をメインにお話をさせていただきたいと思います。

まず23ページの資料をごらんください。これは7月17日、前回の検討会の資料です。ここで見ていただきたいのは、まず上にありますように大きく今年も昨年度と継続して緊急度の中でも普及啓発、普及をメインに議論していくということで、その柱は大きく3つあるということでございます。1つ目は救急電話相談、2つ目は救急受診ガイドの普及、3つ目は緊急の判定体系の概念自体の普及でございます。今回特に、昨年度の報告書にもまとめていただいたように、多種多様な関係者を入れて検討をしようということで、ワーキング委員の中には母子保健や地域保健にかかわる方、それから保育関係、学校関係、福祉関係、そういうような方にワーキング委員に入っていて、議論いただいているところでございます。

では、24ページをごらんください。これは10月29日にあった1回目のワーキングの検討内容を簡単にまとめたものでございます。

電話相談事業に関しましては大きく2つの柱で議論をしまして、1つ目が上にありますように、アンケート調査の結果と分析について皆さんに意見交換していただきました。このアンケートというのは地方公共団体と、それから一般住民、これはウェブを使って400人にアンケート調査をしております。それから先ほど申しましたように、多種多様なワーキング委員の方々に聞き取り調査をしたということでございます。多くの意見が交わされたのですが、ごくかいつまんで申しますと、地方公共団体に関しては、今、まだまだ数少ないところですが、横浜市や福岡県が立ち上げているところです。幾つか興味を持っている都道府県もありまして、そういうところがあるということでございます。一般住民に関しては、約半数以上が病院の受診それから救急要請に迷った経験があるということ、それから相談できる場所があったら心強いとか、どうやって判断したらいいか教えてほしいという意見もありました。ワーキングの委員に意見を聞いたところ、電話相談に関しては、その属性ごとに、さまざまな場面で使えるなという意見でした。それからやはり電話相談事業をするに当たっては事業実施の話、それから事業

実施にかかわらない医療関係者に関しても仕組みを理解してもらうことが必要である、そのような意見もいただいています。

2つ目が、今度は地方公共団体に対する支援策として、現在の消防庁が持っている補助金が、実は使われた実績がないということですので、こちらのことについても議論いただいて、引き続きしていく予定です。それから、特に#8000ですね。一番下を見ていただきたいのですが、厚生労働省が中心になって、今、地方でやっていますが、全国展開する小児の救急電話相談事業、こちらとの連携なんかも検討すべきという意見もいただいております。

次のページをごらんください。25ページです。こちら、救急受診ガイドの普及についてでして、大きく2つに分けております。1つ目が、上にありますように対象者の属性に応じたあり方について検討をいただいております。ここでワーキングの委員から、やはり社会福祉施設では病気やけがの判断に役立つとか、保育・教育施設、学校なんかでもいろいろ使えそう、研修なんかにも使えそう、なんていう意見もいただいております。他方、例えば社会福祉施設で使うのであれば、認知症なんかには少し配慮が必要でしょうとか、教育施設だとアナフィラキシーショック、けがなんかに興味が強いのということもわかりました。さらに重要なところで医療従事者が関係している施設、社会福祉施設では嘱託医が、看護師学校では学校医、保育園にも看護師さんがいらっしゃいますが、こういう方々の連携とか、そこで使うもの、セミプロ、プロフェッショナルが使うものという意味の留意点も必要であろうという意見もいただいております。

2つ目に事例紹介として、救急受診ガイド2014版として消防庁が本で出していますが、このように東京消防庁、それから大阪消防局がアプリ形式やウェブで出しているものも事例紹介させていただいております。

最後26ページでございます。今まで2つ具体的な事業についてお話をしましたが、3つ目としてはやはり緊急度判定体系、概念をそもそもどう普及させていくかということについても議論いただきました。左側を見ていただきたいのですが、昨年度の検討会では緊急判定体系は基本的な位置づけとして市民向けのもの、それから関係者向けのもの、地域社会向けのものということで、それぞれ基本となるようなこういうメッセージのようなものをつくりました。ただ、これはあくまでも昨年の段階ではたたき台であるということをお話していたところです。左下をごらんください。ウェブアンケートでいろいろ意見を聞いてみたんですが、万人に納得を得られるものというのはなかなか難しい

ということがよくわかったということです。

今度、右側をごらんください。これを踏まえてワーキングではどのような議論をいただいたかという、ここに載せましたように7つ輪がありますが、こういうコアイメージみたいなものを見ながら、それぞれの場でどういうものが使えそうかというのを議論いただきました。ここで示しているのは、一番真ん中にあるのは、何といても目的は安心と安全、健康を守る、命を守る、不安を受けとめるというのが重要で、1つ右に目を移しますと、応急時や平時にやれることもあるし、そういうことをやったツールであるよと。言語、スキル、セーフティーネットであるよということも右側で言いつつ、今度は真ん中左側を見ていただくように、自助共助とか自己効力感、プロであればそれはスキルであるとか、そういうことも大事なイメージになるし、一番左にありますように、地域資源を賢く使う、こういうこともメッセージとして込めなければならない。このようなことを見ながら、それぞれに右下にありますように引き続き議論をしていく、そのようなことをいただいているところでございます。

ワーキングの簡単ですがご報告でございます。

【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。緊急度判定体系、これをいかに普及させていくかというところのワーキンググループでございしますが、ご意見、ご質問等ありましたらどうぞ。

どうぞ。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

このワーキンググループのほうで紹介されたところに東京消防庁のウェブの受診ガイドであるとか、あるいは大阪消防局の小児救急支援のアプリについて、私、大変興味を持っております。そもそも119番をかける方の目的というのは大きく2つあって、1つは医療アクセスとしての情報がわからない場合と、もう一つは移動手段がない場合との2つがあると思うんですね。それが先ほど東京消防庁の1週間のデータの上にも出ていまして、例えば若い、0歳児から例えば14歳というお子さんの場合というのは、あまり移動手段が目的で119番をかけられているのではなくて、結局、医療アクセスとしての情報をお持ちでない方が多いので、やっぱり119番をかけてどこかに連れていってもらおうということになる。だから帰りの足は心配することないので、軽症であったらちゃんと帰ってもらえる。高齢者の場合は、独居老人も含めて、移動手段がない

ので119番をかけるということが多いので、結局は帰りも足がないからじゃあ入院かということになる。そうすると、こういう方がリピーターで来ると病院も大変困るのでという、ひもが全部つながっているんですね。その中で、大阪消防局さんのこの取り組み、また機会があったらここで紹介していただくと大変おもしろいと思うんですけども、要するにまず緊急度判定のアルゴリズムが中に組み込まれていて、急ぐ必要がないよということになったときに、いわゆるセーフティーネットとして、いわゆる医療機関の紹介がGPSで出てくるという仕組みになっている。言いかえると、119番をかける前に、この情報ネットを見ることで、何だ、自分は急ぐ必要もないのか、で、そこで終わるんじゃないに、じゃあどうしようというときに、お近くの医療機関はここですよということを医師会と協力して小児科のクリニックを載せているんですね。だからそこでセーフティーネットがある意味働いている。だけどずっと進めていくと、息遣いが荒い、などをぷつと押すと、すぐ救急車を呼びなさいということになるので、緊急度判定体系のアルゴリズムがうまく活用されていて、かつ、先ほどの適正利用を少しでも改善するという糸口も少しここに入っています。これは、ちょっとすぐれものなのかなということ、大阪市消防局さんを見させていただいて思いました。追加することがあったらどうぞ。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

ありがとうございます。

先ほど先生がおっしゃっていただきましたように、我々#7119事業をやっておりますので、そこで相談に用いているプロトコルをベースにわかりやすく変更したものがこのアプリでございまして、もちろん重篤であれば119番、ワンタッチダイヤルで、また医療相談であれば#7119という誘導があるんですけども、先生おっしゃられたように、GPS機能で近くのクリニックも含めた全ての病院が出てきますので、そこにまたワンタッチでダイヤルすることも可能なアプリとなっております。

実はこの9月の9日、救急の日から運用を開始してしまして、まだ3カ月足らずなんですけれども、アクセスが約400ございまして、月に100件ペースですか。なおかつ119番、確かに4件あったり、医療相談が12件あったりはするんですが、非常に注目しておりますのが、先生のご指摘もございまして、ご自身で病院を検索された

数が300を超えています。ですので、これによって救急車を呼ばず、あるいは救急安心センターを介さずに、ご自身で病院のほうに誘導されていったという例が挙がっているというのが非常に大きな特色でございます。

以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございました。

【〇〇委員】

ちょっと追加していいですか。よろしいですか。このすぐれものところは、〇〇さんがおられますので後でちょっと伺いたいんですけども、お母さんがお子さんの状態が悪いよねというときに、おそらく地域で住まわれているところというのはママ友同士、結構情報があって、自分のお子さんもぐあいが悪いときはいつもここだというのはわかっているんだろうと思うんですけども、例えば里へ帰ったり、お友達と旅行へ行ったりしたときにお子さんが状態が悪くなったというときには、医療情報って意外とないものなんですね。私が言いたいのは、これはスマホのアプリなので、全国どこでも使おうと思ったら使えます。データベースとしてマスターを全国どこの医療機関も入れようと思えば入れられるわけで、例えば東京の方が大阪でちょっと困ったねというときにアプリを開いて、例えば緊急度は低いけれども、じゃあどこへアクセスすればいいのかということを見るという意味では、これは全国共通のモデル化することはそんなに難しいことじゃないと思いますので、ぜひ私は、これをうまく活用していただきたいなという気がします。以上。

【〇〇座長】

わかりました。大阪発のものをつくったらどうだという。

【〇〇委員】

いえ、そうは言っていない。

【〇〇座長】

ただ、これは東京発でもあるんだなという。〇〇委員、いかがでしょうか。東京も救急相談センターが、もう40万、50万人、年間なっていると思いますが。

【〇〇委員】

そうですね。相談センターについては昨年33万件を超えまして、これがそのまま119番にかけられたかと思うとぞっとしますね。

大阪さんで開発していただきましたアプリは非常に、私もお説明をこの間お聞きしまして、非常にすばらしい。特に小児に限ったということで、非常に使い道があるのかなという気がします。

我々のほうのウェブ版でございますけれども、まだまだ救急情報センターの相談センターのほうも含めまして、認知度がやはり低いという世論調査の結果も出ておりますので、ウェブ版の救急受診ガイド、それと相談センターあわせまして広報していかなきゃいけないなと感じております。

以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

大阪の部長は、そのアプリを持っています？ 今。

【〇〇委員】

残念ながら、これまだアンドロイドにしか対応しておりませんで、私はiPhoneを使っておりますので、すみません。それで実は来年の4月を目途に、iPhoneのほうの開発も進めていまして、なおかつ今、大阪市内だけなんですけれども、救急安心センター大阪、大阪府下全域でやっていますので、大阪府下にも広げます。この事業はそもそも大阪大学と大阪市立大学と手前どもと大阪府の共同事業でございますので、大阪府のほうに担っていただいた役割というのは、いわゆるクリニックを含めた全部の医療情報を集約していただくということでございますので、これは各都道府県にもそういったリソースはあると思いますので、先生おっしゃられるように汎用性は広いのかなと思っておりますので、どうかよろしくお願いします。

【〇〇座長】

そうですね。ありがとうございます。

このぐらいにさせていただきたいと思いますが、いかがでございましょうか。ありがとうございます。また、時間がありましたら全体の流れもあってもいいと思いますが、ありがとうございました。

それでは、その次に移りたいと思います。その次は個別の事案の分析をしっかりと、搬送時間の延伸を解決できるのではないのかと。延伸の要因と解決策について、事務局からまず説明を願います。

【田中補佐】

では、資料の28ページをごらんください。まずアンケートの結果ですけれども、これは全国で出場から帰署まで120分以上かかった事案のうち、要因別に分析をしたものです。この件数なんですけれども、データに重なりがありまして、例えば在宅独居の高齢者で精神疾患という2つの事象があれば、これは2つそれぞれ1カウントされていますので、そういった数字ということで捉えていただければと思います。それぞれ分析をした結果がこちらです。

そして29、30ページで、また1回目にも続きまして事案を掲載しています。頻回利用のところでご議論いただきましたので、大体同じような話がありまして、事案1であればアルコール依存で精神疾患のまとめでございます。家族の依頼で出動したんですが、なかなか車内に収容できなくて、福祉保健事務所に対応をお願いしたといった事例です。日ごろから消防と福祉担当部局が会議を重ねていて、その対応方法を協議していたので対応できたといった事例でございます。

次の下の検討事案の2というほうですけれども、これは独居高齢者で頻回利用です。現場到着をしますと、室内は非常に不衛生な状態でありまして、その日は医療機関に搬送したんですが、診察後、帰宅をしました。1日平均5件ほど、その後、3カ月にわたって事案は続いておりまして、最終的には介護申請を行って終息を見たという事例です。救急要請を通しまして、福祉的な対応が必要となる事案を最初に扱うということもありますので、こういった場合は3カ月にわたって放置をせずに、迅速に情報共有を図ることが重要であります。

次、31ページ、まとめでございますが、やはり消防だけで解決するのは難しいので関係機関での連携が不可欠となります。ということで顔が見える関係を構築しておくことが必要であるとか、また地域MCでそういった事例を発見したのであれば、地域包括支援センター等へ確実に情報を提供するというのもあると思います。また、先ほども申し上げましたが、消防は福祉を必要とする方々に最初に接触する機会が多いということもありますので、そのときのために迅速に対応できるようにしておく必要があります。あと、消防機関内で救急隊が実態を把握しますが、そのまま救急隊員だけで持っているわけではなくて、できれば指令センター等に情報を共有しておくという、消防機関内での対策も必要です。また、「加えて」とありますが、救急に携わる医療機関におきましても、診察結果ですとか、または福祉的対応が必要であるということがありましたら、消防ですとか福祉関係機関に情報を提供していただきたいということを書いてお

ります。

以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

今、非常に重要なポイントもたくさん出てきたと思いますが、消防は福祉のフロントライン、一番先に福祉の皆さんと対応するのが消防であるということも非常に重要なと思います。そしてそれを、情報の共有を多職種間でしっかりやっていくというのが非常に大事なんだというご意見でございます。

いかがでございましょうか。ご質問、あるいはご意見ありましたらと思いますが。これはもう非常にきれいにまとまっちゃっておりますが、いかがでしょうか。

よろしいですか。よろしいようでございますので、今、私が言ったところも少し、何ていうのか、入れていただいて、情報の共有の重要性というのを少し大きく取り上げていただければありがたいと思います。

それでは、次に移りたいと思います。皆さん、お待ちかねになっていると思いますが、救急業務に携わる職員の教育の問題であります。それと今回はもう一つ一緒をお願いしたいなという、もう一つ蘇生ガイドライン改訂への対応というこの2つのところについて、事務局からまず説明願います。

【上條補佐】

それでは、ここからは上條がご説明をさせていただきます。33ページをごらんください。救急業務に携わる職員の教育に関しまして、ワーキンググループを設置して検討してまいりまして、このたび指導救命士の養成に係るテキストが完成をいたしました。本日、委員の皆さんの机の上に置かせていただいているものでございます。これにつきましては、今年の3月に骨子版を提示させていただきまして、8月、11月にワーキンググループを開催して、最終的に作り上げたものでございます。成果物につきましては、12月に全国の消防本部へ配付するという予定をさせていただきます。

34ページには、内容のところを若干書かせていただきましたけれども、昨年度来つくってきましたテキストにつきましては、若干不足する部分がございますので、34ページの右側の表のところの赤くマーキングをしているところを充実させまして、最終的にテキスト巻末に、今後に向けてという項を追加し完成させていただきました。

35ページをお願いいたします。35ページが全体のテキストの構成とイメージでござ

ざいます。このテキストの特徴でございますけれども、このテキストの基本となる考え方は、地域の実情を踏まえた研修計画の策定を期待しているところでございます。また、もう一つの特徴は、現場で活動する救急救命士みずからの手によって執筆された点、ここを強調してございます。テキストには「ねらい」、「到達目標」、「ポイント」等を記載しまして、骨子版を具体化する形で作成をまいりました。重ねて、最後に、指導救命士としての活躍に向けて、個としての向上に向けてと必要な取り組み例を巻末にとじさせていただいているところでございます。

36ページからはアンケート調査の結果でございます。各都道府県にアンケートをした結果、6つの県が指導救命士の認定をしているということでございました。石川、山梨、三重、奈良、鳥取、熊本県でございます。これら6県の中の状況を調べてみますと、三重、奈良、鳥取、熊本の県においては県内全ての消防本部に配置がされている状況でございます。全国で配置をしているのは38消防本部でございます。

1枚おめくりいただきまして、37ページでございますけれども、では、その38消防本部でどのぐらいの認定者がいるのかというアンケートを消防本部にかけましたところ、7割強が一、二名ということでございました。多いところでは七、八名の認定をされている状況もございます。また、38本部では、合計93名が指導救命士として認定をされている状況でした。今後の認定予定でございますけれども、平成27年度内には新たに10の県で認定が開始されると聞いております。また、来年度以降は、さらに10の府県で認定がされると聞いております。今後も認定が各都道府県で進み、指導救命士制度がさらなる普及をするように、情報発信を進めてまいりたいと思っております。

指導救命士に関してのご報告は、以上でございます。

【〇〇座長】

じゃあここでひとつ、ガイドラインのところはちょっと後回しにさせていただいて、総括をお願いしたいと思いますが、このテキストを完成するには、ワーキンググループ長の〇〇先生に非常にお世話になりました。総括を委員長からお願いしましょう。

【〇〇委員】

ありがとうございます。本来は、昨年度、これを贈呈しなければいけないところ、ひとえに私の力不足から1年間のご猶予を、こうした公的な委員会ではもう例外中の例外と言われましたけれども、〇〇座長の特段のご配慮によりまして、1年間時間をいただきまして、今回、上程に至ったわけでございます。しかしながらこの1年間の猶予によ

りまして、内容につきましては今、ご説明がありましたように、効果の確認というような項を充実させるなど、内容の充実がひとつできましたこと、それから〇〇委員中心に編集作業をしていただきましたけれども、これをさらに丁寧にきめ細やかにしていただきましたこと、そして3つ目としまして、日本救急医学会、そして日本臨床救急医学会の監修をいただいたこと、そしてこれが完了できたことをこの1年間にさせていただきました。特に3つ目の学会監修という部分は、本テキストは執筆を全て救命士の手でというのを重要なコンセプトにつくりましたので、しかしながら、これを医師の目によってきちっと目を通して監修を受けたということによりまして、メディカルコントロールの原理原則にきちっと遵守した形でテキストにまとめることができたということで、非常に大きかったと思います。この学会監修に関しましては、〇〇座長はじめ、例えば隣の〇〇委員には、学会のほうに裏のほうから一生懸命働きかけてくださいまして、限られた時間の中で、しかし決して形式的ではなくて、きめ細やかな、ほんとうに細やかなコメント、修正をいただいたところがございます。また、〇〇委員にもご指導いただきまして、皆さまに深く感謝申し上げるところであります。そして本来、テキストをつくるのは膨大な作業でございまして、これを出版社でもない事務局がやるのは無謀だと申しましたけれども、その無謀な作業を4年間にわたって事務局が一生懸命やっていた結果、上程にこぎつけたことを感謝とともにご報告させていただきたいと思います。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございました。

どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇先生が今おっしゃった無謀の部分に関係するかもしれないので、ちょっぴり。一般的に、この手の書物として出回るときには、誰が書いたのかという話が、どこかでわかるようになっているんですね。それから、そういう意味では、検討会におけるワーキンググループがつくったということだと思うので、それが表紙でわかるようにしておいたほうがいいんじゃないかなと思います。それから監修については、確かに先生がおっしゃったみたいに、はじめの文章に入っていますから、よく読めばわかりますけれども、それも書物の一般的な方法論として、これをもし引用するときには、書いた人、それから誰が監修したか、そしてどこのページのどの部分を引用したかという形できちっ

とやるわけですので、それがわかるように監修もきちっと載せるべきだと私は思います。表紙に。そこら辺は、何ていうかな、消防庁の作法でこうなっているんだと私は思いますけれども、出版物としての基本的なお作法に、それなりのことを考えていただきたい。今までも出版物などにかかわってきた立場からのお話でございます。〇〇先生、よろしくご検討ください。

【〇〇座長】

わかりました。いかがでしょうか。今の質問に対する答えというのは、〇〇先生ではなく、消防庁のほうが。多分、これ、消防庁の、実は本とはいえ、報告書としてつくったというのが、実は現実だったわけです。だからこれ、テキストにはなっていますが、私の理解では、3月のときに出てきたのは、あれは救命士の養成にかかわるテキスト、報告書という形だったわけですが、その辺のところもあつての話なのかなと今ふと思っておりますが、いかがでございましょうか。

どうぞ。

【〇〇委員】

もし報告書だったら報告書だと書きゃいいんですよ。

【〇〇座長】

書けばいいんですよ。

【〇〇委員】

書いていないじゃないですか。

【〇〇座長】

うん、それがなくなっちゃったからね。

【〇〇委員】

テキストって書いてある。だから僕はそういうふうに質問しました。

【〇〇座長】

全くそのとおりです。

【上條補佐】

おっしゃるとおりで、これはあくまでも報告書として報告をさせていただきますので、一般書籍化するときは全く別のデザインに変えてございます。あくまでもこれは検討会としての報告書というイメージで作成させていただいております。

【〇〇座長】

だけど、そのときもやはり、ワーキンググループの報告書だというのがわかるようにしておいたほうがいいかもしれませんね。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。

【〇〇委員】

ちょっと補足。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

今のお話ですけれども、私も日医総研というシンクタンクのレポートを出版したり、いろいろなところに使ってもらったりしている立場で言ひますと、欧米流の概念からしたら、こういう名前がない、消防庁だけのこういうものというのには信憑性が少ないわけです。やはりこれは、〇〇先生をはじめとしたこれだけの委員のこういう討議を経てなったものだということが明示されて、名前が印字されて、そしてそれを消防庁がちゃんと認めたんだと。これが1つのページに表現されていないと、これはやっぱり、これをもし英訳した場合、まさしくそういうことになって、今やそういう時代だと思ひますので、日本国内向けにしても、せつかくそういう作業をしたということは表現されるべきだと思ひます。消防庁のどなたかがもしかかかわっているんだったら、ここにやるか一番最後のページに、かかわった消防庁の職員、またその他の、そういうものも全部列記して、映画であるでしょう。誰も見なくなった後でもずっと名前が出て、その方々でこれができるんですよということはどこかに表現されないと、やっぱり今日的ではないと思ひます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

そのような形をこれから考えていきたいと思ひますが、確かに誰が書いたのかというところの、何となく名なしの権兵衛になっているようでございまして。報告書としてこうだというのはご理解いただきたいと思ひます。

ほかにいかがでしょうか。

【〇〇委員】

はい。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

報告書といいますか、このテキストの件、ほんとうに〇〇先生、ご苦労さまでした。ちょっとこの指導救命士の先ほどの、既に指導救命士の制度というか、というのを取り入れていますよというところのアンケートをとられたということですが、ちょっと内容的なことでお教え願いたいというのが質問なんです。実は今、大阪でも指導救命士の位置づけをどうしようかということで議論が始まったところなんですけど、これは指導救命士とはという議論をやったときから宿題になっていることなんですけども、任期付きの資格とするのか、あるいは個人の資格とするのか、あるいは消防機関の中での、いわば役職というのかな、というような位置づけにするのかによって、今、結構、消防機関同士が、意見が合わないというのが現実でございます。既にここに幾つかの都道府県が、全ての消防本部の足並みをそろえてできている都道府県もあるよということなんですけども、どういうふうな、今言った3つぐらいあるとは思いますが、どういう形で指導救命士というのを運用しているのかということ、このアンケートのときにわかっている範囲で結構ですので、お教え願いたいなと思います。

【上條補佐】

まずアンケートの中で認定に係る要件のところを調べてみました。ご存じのように国が7つの要件をつくって示しているんですけども、その中で地域特性を持って定めなくてはいけない要件のところについては、やはり1つ2つの県は国の基準ではない要件にしています。それと、活躍の場、役割というところが非常に大きな問題となってきて、役割がしっかり定まっていなければ、何人養成するのか、どこで活躍してもらうのか等々もアンケートからも見えてきたところでございます。今後はそれらにつきましても、どんな役割が考えられるのかということも含めまして、報告書のほうにまとめ上げていきたいと思っています。

【〇〇委員】

私が聞きたいのは、指導救命士というものの、いわゆる肩書を任期制で、例えばA君、この人に2年間あなた指導救命士をやってくださいということで、また2年たったらBさんに移行していくというようなタイプと、Aさんはよくできるので、あなたには永久ライセンスとして指導救命士をあげますよというのが、これが2番目。3つ目は、例え

ば何々係長などというのと同じように、あなたには指導救命士という役職上の肩書をあげますというのと、ちょっとどういうタイプでなされているのが多いですかというのが私の質問なんですけれども。

【〇〇座長】

それは来ていると思いますので、どうぞ。

【上條補佐】

失礼しました。

【〇〇座長】

事務局、どうぞ。

【上條補佐】

よろしいですか。今回のアンケートの中で、任期制なんですか、それとも資格制なんですかという内容を問わせていただいておりますけれども、その中で任期制とお答えいただいたところが14%ぐらい、そして資格制とお答えいただいたのが45%ということで、あくまでも資格制という消防本部が多い結果となってございました。

【〇〇座長】

消防庁でも資格だというふうに考えているわけですね。

【上條補佐】

資格というか位置づけというところでございます。

【〇〇座長】

よろしいですか。

【〇〇委員】

はい。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

時間が、もうほんとうにうっちゃっておりましたが、申しわけありません。それではこのぐらいにちょっとさせていただきますして、蘇生ガイドライン改訂が10月の16日に国際的に出たわけでございますので、これについて事務局から説明を願いたいと思います。今日は残念ながら〇〇ワーキンググループ長が欠席でございますので、その分も事務局にお願いしたいと思います。

【上條補佐】

では、引き続きまして、40ページからガイドライン改訂への対応を説明させていただきます。今年の10月16日にオンライン版が発出されまして、今後、日本救急医療財団心肺蘇生法委員会から『救急蘇生法の指針（市民用）』が発表されるという予定でございます。それを受けまして、その市民用の改訂により影響を受ける項目の検討を今年度進めていこうというワーキングでございます。

次のページ、41ページをお開きください。その市民用の改訂に基づいた対応につきましては、まず一般市民が行う心肺蘇生法の変更点、並びに通信指令員が行う口頭指導要領の改訂、また、救急隊員の行う心肺蘇生法の部分の変更について検討を進めてまいります。また、応急手当普及啓発活動につきましても、重ねて検討をするところでございます。10月30日に第1回のワーキンググループを開催いたしました。

42ページが2010と2015の比較を示した変更点と主な追加点を示してございます。

1枚おめくりいただきまして43ページですけれども、救急蘇生法の指針の市民用の改訂に基づいた部分、第1回目のワーキンググループで変更点等々の整理をしてまいりました。今後、第2回以降におきましては、救急蘇生法の指針の市民用の発出の内容を踏まえまして、今まで整理してきたものをどのように改訂をしていこう、追加をしていこうというところを検討して、年度末にまとめていきたいと思っております。

44ページにつきましては、今後、応急手当をさらに普及していこうというときに、応急手当普及員の認定、特に養成というところにスポットを当てまして、ガイドラインの中でも、全ての教員が質の高いCPR及びAEDの技能と知識を習得し、維持するための環境を整え、教員に対してのBLS教育の指導を研修する体制の構築が求められるというところから、現在、応急手当普及員の養成講習を24時間と定めているところでございますが、この24時間という時間の負担を配慮しつつも、学校内で応急手当普及員を増やして普及をしていくために、仮に養成講習の時間を短縮することとした場合、どのような要件が必要か整理検討してまいりたいと思っております。

45ページをお願いいたします。また、45ページでは応急手当指導員と普及員の取り扱いについて検討を進めてまいります。実は応急手当指導員、普及員を認定した地域で応急手当の普及がされますけれども、その後、転居等々で住所が変わったときに、ど

のような取り扱いがされているのかということ調整し、45ページの右下のグラフで調査の結果を示させていただきました。7割強のところでは、当該の消防本部で認定したものと同等にみなしているという回答があったものの、そのほかの部分では、再講習を受講させたり、新たに24時間を受講していただくというところもございました。今後、この国の示した24時間という普及員の養成講習を修了しているということであれば、他地域でも指導できる要件を整理しましてお示しをしていくというところの検討を進めてまいります。

46ページにつきましては、普及活動の中の講習体系の変更を少し考えてみたいと思います。前年度には、いわゆる予防救急というもの、事故予防というものの必要性をご議論いただきましたが、今後、その熱中症を含む事故予防の項目を講習体系の中に追加していくことはどうかという検討を進めてまいります。実はガイドラインの中でも高齢者の窒息、入浴中の事故、熱中症などという部分もうたわれているところもございますし、現在、事故予防について取り組みを7割の消防本部が行っているというところの後押しもしておこうと思っています。

また、46ページ右側ですけれども、講習時間の短縮につきましては、現状、訓練用資機材一式に対して受講者5名という基準を定めているものの、その訓練用資機材を仮に増やした場合に、訓練をする時間が非常に確保できるということから、見ている時間を減らすことができますので、講習の質を確保しつつ、その講習の時間を短縮することはできないかという検討を進めてまいります。

最後に47ページですけれども、応急手当の普及活動の上級救命講習への変更がございます。今回、ファーストエイドという項目がガイドラインの中で示されておりまして、その部分の上級救命講習に係る部分を検討してまいるとともに、そのファーストエイドの取り扱いにつきましては、医学的に一般市民が行える処置の範疇を大きく超えるものが含まれておりますので、消防機関がどこまでかかわることが想定されるかを整理してまいりたいと思っています。

説明は以上でございます。

【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。2015の蘇生ガイドラインでございますけれども、それほど変わったところはないのではないのかなと私は感じております。倫理的なところ

が少し変わっておりますし、回数や何かも、少なくとも100回が100から120回といたって、あるいは圧迫の深さが少なくとも5センチが6センチを超えないといっても、そんなものわかるわけはあんまり、これは今6センチだ、これは今5センチだって考えてやる人は誰もいないと思いますので、そんなに変わってはいないよというところがあるんじゃないのかなと思いますが、いかがでございましょうか。何かご質問。よろしいですね。ここはもう皆さん。

ただ、僕は事務局に、事故予防という言葉がたくさん使われておりましたが、昨年やはり予防救急という概念で言っていたと思いますが、それは救急の現場では事故だけではないいろいろな救急の事象というのはあるわけで、その辺のところはこれから事故予防のほうに言葉を変えていくということでもありますか。ちょっとだけ。

【上條補佐】

まず、その予防救急という部分も、去年の中で、まだはっきりとしていない部分もございましたので、いわゆる予防救急の部分、事故等を予防する部分ということで、今後ワーキングの中でも話が出てこようかと思っています。

【〇〇座長】

そうね。よろしくお願ひしたいと。

どうぞ。

【山口室長】

せっかく昨年度、予防救急という言葉で報告書をまとめさせていただきましたので、別にそれは、全国に強制するとかということではありませんけれども、そういった取り組み全般を総称するような言葉として、一応報告書に使わせていただいたという事実はありますので、今後とも、「いわゆる」というような言葉がつくかもしれませんが、そういう形では我々使わせていただきたいなと思っておりますので、よろしくお願ひします。

【〇〇座長】

ありがとうございます。よろしくお願ひしたいと思います。

最後です。最後は2020年の東京オリンピック・パラリンピック競技大会への対応について、事務局から説明願ひしましょう。

【田中補佐】

それでは資料の49ページをごらんください。これは今年度の検討事項について列記

をしておりまして、一番上の項目、諸外国の例については今調査中ですので、今回はご報告しませんが、2、3、4についてお話をさせていただきます。

では、50ページをごらんください。消防本部の調査結果なんですけど、外国語でコミュニケーションを図るための取り組みを行っていますかということをお聞きしたら、実施しているのが40%ぐらいです。また、実施している本部はどんなことをやっていますかと聞いたところ、オンラインシステム、3者通話みたいなものですが、こういうことを整備したり、また、コミュニケーションボードを使ったり、その他、タブレットを使った翻訳ツールの活用をしている本部もございます。一方で実施しない本部もありますが、実施しない理由をお聞きしたところ、必要性がないとか、予算がないとかいう回答もありますが、取り組みの方向がわからないと言っているところもありますので、とりあえず取り組みを紹介したいと思います。

51ページ以降がその中身ですが、全国を見ますと、消防団員ですとか市役所の職員を使って連携してやっている事例がありまして、例えば外国語が話せる消防団員を活用したり、通訳ボランティアを活用したり、英語、中国語の話せる市役所職員を活用したり、そういったことをやっています。

下の52ページになりますが、タブレット端末を使っている本部もありまして、和歌山市の消防局であれば、こういったタブレット端末を使っています。また、前橋市では、群馬県がタブレットの配付をしまして、各消防本部で運用をしているといった事例もございます。

では、53ページをごらんください。総務省の取り組みを紹介しております。多言語翻訳アプリのVoiceTraというものがあるんですけど、これを用いた想定訓練を行っています。これが先日11月17日に札幌市のワークステーションで想定訓練を実施いたしまして、課題等の抽出をしているところでございます。

54ページが今後の取り組みということですが、オリンピック・パラリンピックに向けまして、開催地はもちろんですけども、その他の都市にも、観光地にも数多くの外国人が来るとお思いますので、多言語対応というのはより一層重要になります。また、最近訪日外国人が非常に増加をしまして、一般的な観光地以外でも外国人が増えておしますので、全国的にも対応が必要になってまいります。各消防本部は工夫を凝らした取り組みを参考にしながら、地域の実状に合わせて取り組みを行っていただきたいということです。

次に55ページからが、外国人と接する機会が多い市民、ホテルとか旅館とか観光地の市民の方々を対象にした応急手当普及の検討ということで、課題が幾つかあります。暑い時期にありますので熱中症への対応ですとか、あとより多くの方に受講していただく必要がある。また、どうやってコミュニケーションをとるか、円滑なコミュニケーションをどうやってとるかということ。また、外国人に対する応急手当の場合は日本人を相手にするのとまた別の配慮が必要な場合もあるんじゃないかということで、これについてはそれぞれ対応をしていく必要があります。

56ページが、ぴったりこれに当てはまるわけではありませんが、羊蹄山ろく消防組合の事例で、スキー場はかなり外国人がいらっしゃいますので、消防署からのお願いということを配付して、うまく対応できるようにしているといった事例を載せています。

それでは57ページをごらんください。最後の項目ですが、大規模イベントの開催時に多数の傷病者が発生した場合どうするかということで、実際の事例を調べてみました。今年の7月から8月にかけて、世界スカウトジャンボリーが開催をされまして、山口県でやっています。世界150カ国から3万4,000人の方が参加をしています。出動件数自体はそんなに増えておりませんが、さまざま多言語対応等を行っております。多言語対応についてですが、119番通報のときの対応として、簡易的なマニュアルを作成しましたが、なかなか実際には英語での対応が困難な事案もあったということです。また、その救急の現場ですけれども、いろいろ用意はしていましたが、実際は通訳の数が少なくて、さらに多言語に対応できていないという状況でありましたので、なかなか難しい部分があったということです。今後、アプリ等を利用するというのも考えられると思います。このように1つの方策だけではなかなか解決することは難しいので、さまざまな方策を組み合わせる必要があります。

また、58ページになりますが、暑い時期にやっています、熱中症の対策についても行っています。日陰を確保したり、給水タンクを配置したり、さまざま行っています。実際、東京オリ・パラの本番においても、熱中症で多数の傷病者が発生しますと、普通の救急業務の提供が難しくなるというおそれもありますので、消防本部はイベントの計画段階からいろいろな会議に参加をして、大会本部等にさまざまな対策の徹底を呼びかけるといったことがあると思います。最後、感染症の対策ですが、これももちろん平時からの対策が重要であります。事前のマニュアルの策定とか協定の締結が不可欠でありますので、こういった対策も必要になります。

説明は以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございました。

最後は何か時間と勝負みたいになってしましまして申しわけありません。いかがでございましょうか。オリ・パラのことにつきまして。まだまだこれからの課題として、よろしくお願ひしたいと思いますが、オリンピック・パラリンピックの中では外国人の対応をどうしたらいいのかというのは、やはり一番大きな問題の1つだろうと思っておりますので、これからもよろしくお願ひしたいと思います。

それからもう一つ、委員の皆さんにお伝えしたいことがあります。今日、おわかりのとおり、1番目の課題で、消防機関以外の救急救命士の活用というのはどういうふうにかんがえたらいいのかというところ、あるいは救急車の適正利用というのはどうなのかというところ、これらをまだまだ考えるには、実は今年度のあり方検討会というのは3回で、あと1回しかなかったわけでございますが、いかがでしょうか。もう一度、ここのやり残しているところをやって、それで最後にしていきたいと。ということは今年、もう2回お願ひするという事をご承認いただきたいと思いますが、いかがでございましょうか。

(「はい」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。じゃあそれではそういうことで、3回、4回につきましては、事務局、また大変になると思いますが、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

それでは、進行を事務局のほうにお返しいたします。ありがとうございました。

6 閉 会

【伊藤係長】

皆様、活発なご議論、ご意見をいただき、ありがとうございました。第3回、第4回検討会につきましては、改めて日程を調整させていただきます。また、お手元の資料、参考資料1、指導救命士養成に係るテキストは郵送させていただきますので、机の上に置いてお帰りください。

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

いました。

【〇〇座長】

ごめんなさい、最後に、このテキストは報告書だということをどこかに書いておくなり何なり、ちょっと覚えておいていただきたいと思います。ありがとうございました。

— 了 —