

**平成27年度  
救急業務のあり方に関する検討会（第3回）  
議事録**

**1 日 時**            平成28年 2 月10日（水）            10時00分から12時13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        : ○○座長、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、  
                         ○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、  
                         ○○委員、○○委員、○○氏（○○委員代理）

オブザーバー : ○○氏（○○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、西藤より挨拶を申し上げます。

【西藤次長】

おはようございます。本日もお忙しい中、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。本検討会も○○座長をはじめ、委  
員の先生方の活発なご議論により第3回目を迎えることとなりました。ご存じのとおり、  
救急出動件数は、年々増加の傾向にあります。消防庁で昨年12月に発表いたしました平

成27年版救急・救助の現況、詳細は後ほどご説明させていただきますが、平成26年中の救急出動件数、前年比1.2%増ということで約598万件、搬送人員も前年比1.1%増の約541万人となり、いずれも過去最多を更新しております。また、搬送人員のうち、特に65歳以上の高齢者が初めて300万人を超えまして、全体の55.5%を占めるという、このような状況でございます。こうした社会構造変化の中、病院前救護体制の一層の充実が望まれるところでございます。

前回、第2回目の検討会、11月27日に開催させていただきましたが、その中でも特に消防機関以外の救急救命士の活用、あるいは救急車の適正利用につきましては、さまざまなご意見をいただいているところでございます。さらに検討を深めていく必要があるのではないかと考えております。本日は、事務局で前回の課題を整理させていただきますとともに、また新たに検討テーマを1つ追加したいと考えておりますので、どうかよろしくお願いいたします。また、親会のもとに設置をいたしました3つのワーキンググループでは、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員がワーキンググループ長を務めていただきまして、厚く御礼申し上げます。本日も委員の皆様方には専門的な立場から忌憚のないご意見を賜りますようお願い申し上げます。冒頭のご挨拶とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

### 3. 委員紹介

#### 【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くと、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、全58ページがございます。次に参考資料1、平成26年中の救急搬送における医療機関の受け入れ状況等実態調査の結果。参考資料2、平成27年版救急・救助の現況。参考資料3、自治体向け医療のかかり方講座実践マニュアル。

以上となります。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、3回目の検討会でもありますので、省略させていただきます。また、本日は〇〇委員にかわりまして〇〇様、オブザーバー、〇〇様にかわりまして〇〇様に代理出席いただいております。なお、〇〇様におかれましては、所用により途中退席の予定となっております。また、〇〇委員、〇〇委員は都合により本日欠席となります。また、〇〇委員は少しおくれでのご参加と

の連絡をいただいております。その間、〇〇様に代理出席をいただいております。

本検討会は、特に委員の皆様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いと存じます。

**【〇〇座長】**

皆様、おはようございます。年度末も近づいてまいりまして、いろいろなところで工事が頻繁に行われているのを見ると、また年度末が来たなと思います。日の光はすごく明るく春らしくなってきましたけれども、まだまだ北風が吹いております。お体を十分気をつけてご活躍のほどをお願いしたいと思いますが、先ほど西藤次長からもるるお話をいただいておりますので、私はつけ加えることがありません。今回が3回目でございます。2回目の11月にはいろいろ細かいところまでご検討いただきまして、心から感謝申し上げます。

次長からもお話の1つ追加というのがありますが、それは救急車の乗務員の数のことについて、少し今日、先生方とディスカッションをさせていただきたいと思います。そして、それは蘇生のワーキンググループの中に入っておりますので、そのときにお話をいたしたいと思います。時間が2時間と決まっておりますので、ぜひ活発に、そして時間内に終われるようご協力をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

**【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、〇〇座長をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

**【〇〇座長】**

ありがとうございます。

## 5 議 事

- (1) 近年の救急業務をとりまく現状について
- (2) 救急業務のあり方に関する検討会（第2回）の継続検討
- (3) その他

### 【〇〇座長】

それでは、早速でありますけれども、議事に移りたいと思います。まず、はじめに近年の救急業務を取り巻く状況について、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、ご説明いたします。資料の1ページ、2ページ目をごらんください。近年の救急を取り巻く現状ということで、これは平成27年度版の救急・救助の現況の統計数字でございます。数字としては平成26年のデータになりますが、搬送出動件数及び人員につきましては、出動件数、搬送人員ともに過去最多を更新しております。また、右側に行きまして事故種別の出動件数をごらんいただきますと、こちら、青のところ急病が一番多いという状況で、一方で交通事故がかなり減ってきているという状況でございます。

次、3ページをごらんください。傷病程度別の搬送人員が左にありますが、こちらはここ四半世紀ほど軽症の人数、割合というのは約50%ということでほぼ変わりません。そのかわり中等症が増加して重症は減少という状況でございます。右側に行きまして年齢区分別の搬送人員ですが、こちらは高齢者の割合が年々増えているという状況です。

次、下、4ページになりますが、現場到着所要時間、病院収容の所要時間はそれぞれ多少延伸しております。

続きまして5ページ、6ページになります。こちら5ページ、6ページは受け入れ状況の実態調査の結果になりますが、初診時に重症または死亡と診断された傷病者のうち、照会回数が4回以上の事案ですとか、及び30分以上の時間については、それぞれ数%ありまして、その両方ともが全国平均よりも高い県というのをこちら日本地図で赤く塗っております。そして、下の6ページのほうですけれども、受け入れ照会回数4回以上の事案、現場滞在時間30分以上の事案の割合がいずれも減少している県を捉えてこちらに抽出しています。そして、ここに聞き取りを行いまして、なぜ減ったのかということを考えたところ、ICTの活用ですとか、あとは受け入れ医療機関側の体制強化などが挙げられておりました。

以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。今のはデータそのものでございますが、これを基本として、今回、1つ1つのテーマを挙げてディスカッションをさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

それでは、その次のページに参ります。1番になります。1つ1つのテーマで進めてまいりたいと思いますので、よろしくお願いいたします。1番、消防機関以外の救急救命士の活用について事務局から説明をお願いします。

【田中補佐】

それでは、資料8ページをごらんください。これまでの議論を踏まえまして、背景から今後の方向性について整理いたしました。まず、8ページの検討の背景ということですけれども、これはこれまで申し上げたことをほとんど踏襲しております。救命士の中には消防機関に属しない方がかなりいまして、そういう方々のスキルを有効に活用できていないのではないかという問題意識が1点あります。一方で、救急搬送件数は増加をしております、このままでは地域によっては救命率に影響が出かねない状況となっております。

次に9ページ、10ページをごらんください。検討の背景の2点目ということですが、こういう状況を踏まえまして昨年度の検討会では特に搬送に時間を要する独居高齢者等の事案への対応としまして、福祉関係の職種との連携の重要性が指摘されております。また、下の10ページですけれども、大規模施設とか地下街等のそういう施設、また、あるいはマラソン大会等のイベントにおいて救急車が到着をして傷病者に接するまでかなりの時間がかかりますので、こういったことも搬送時間延伸の要因の1つになっているのではないかということです。

次に11ページ、12ページをごらんください。さまざまな活用場面ということで、まず、緊急に対応が必要な傷病者というのは、社会のさまざまな場面において発生することです。特に今後、高齢化が進展しまして在宅で療養する高齢者や独居高齢者が増加することが予測されます。こういった場面において救命士を活用していくということも考えられます。さらに大規模施設等、あるいはマラソン大会等のイベントにおいても使う。救命率の向上のために救命士を活用していくということも考えられます。このようにさまざまな場面が想定されます。

下の12ページになりますが、こういったことを考えていくに当たっては、今後、少なくとも以下のような条件が確保されなければならないということで、この四角の中を整理しています。医師のコントロールのもとでの質の担保ですとか、消防機関との連携、あと再教育の質の確保等々でございます。そして、その下ですが、今後、在宅療養等の場面を含むさまざまな場面で救命士を活用する場合に期待される効果について、関係者間で幅広に議論をしていく中で、それぞれの場面ごとの特有の条件について検討をしていくことが求められるのではないかと思います。

次、13ページをごらんください。あわせて、消防機関以外の救命士の活用に当たっては、MC協議会の体制の充実が必要になります。その中身ですけれども、まず、そのMC協議会の位置づけ、これは条例規則等に書いてありますが、こういったものの再整理ですとか、あとは再教育、事後検証等を行うための体制の整備。また、従事をしていただく医師の業務を集中して行うことができる環境の整備。また、事業主の費用負担のあり方、消防機関との連携のあり方等が今後議論をしていくということが必要になると思います。

説明は以上でございます。

#### 【〇〇座長】

事務局、ありがとうございました。この辺のところが、前回、相当深く議論したところであります。その中でのデータの整理、あるいはこの中で表とか、あるいはいろいろな図が出ておりますけれども、これは厚生労働省の図、あるいはその他のところを寄せ集めたものもありますので、皆様にはいろいろありがとうございましたというお礼を述べましてからディスカッションに入りたいと思います。どうぞ、どこからでも結構でございますが、そして、四角い括弧が2つありましたけれども、これも前回の結論を簡条書きにしたところでもありますので、どこからでも結構でございますが、いかがでございますでしょうか。

この中で一番の問題の1つはやはりメディカルコントロール、救命士の活用に当たっては、まだそのままになっている救命士の職務がどういうふうなところだという流れの中には、メディカルコントロール下での質の保証ということの重要性が前回大きくクローズアップされたのではないのかなと思っております。どこからでも結構でございますが、いかがでございますでしょうか。どうぞ、遠慮しなくて、手を挙げていただきたいと思います。今日は久しぶりに〇〇委員も参っております。〇〇さんからいきますか。ど

うぞ。

【〇〇委員】

〇〇先生と目が合ってしまったので。すみません、前回、仕事で欠席したので、もしかしたらすでに話されたことなのかもしれないのですが、さまざまな活用場面の最初に、在宅療養の地域包括ケアシステムのことが書かれています。在宅療養の高齢者の問題は、どちらかというと二次的で、その次の議論のテーマとして書かれている、適正化というか、そちらのほうの話が中心ではないかと思ひまして、救急救命士の資格を持っていられる方が活躍していただく場としては、この2つ目の大規模商業施設とか、マラソン大会のイベントとか、あるいは今後オリンピックとか、そういうようなところのほうから最初ではないかと思ひました。資格を持っていられる——もちろん医療のもとでということこそはそうなのですが、やはりそうしたイベントのところ等でどういうふうに関与していただけるかということのほうを考えたほうがいいのではないかなと思ひました。

【〇〇座長】

非常にディスカッションしたところだと思いますが、地域包括ケアシステムになってまいりますと、やはり地域がいわゆる今までの家庭と同じような形になってくると、包括ケアの中で誰がその地域の中に入って、みんなと今の介護的なところができるのかということ、その中の1つに救命士も入っていくという流れもあってもいいのではないのかというのがあったように思ひます。アメリカ等ではコミュニティ・パラメディクスといって、今、消防の皆さんが地域に入って防火、あるいは防災のところで見回りますけれども、あんなようなところが救命士の諸君にもひょっとしたらできるのではないのかなとは、私自身は思ひておりますが。

【〇〇委員】

可能性はあるような気はしますが、高齢者が在宅で療養していて、ほぼ寝たきりとか、がんの末期とか、そういうところで救急車を呼ぶか呼ばないかというときに、その判断が救命士の役割であるのかどうかという疑問です。

【〇〇座長】

なるほど。そのところですね。

【〇〇委員】

はい。もちろん可能性はあるとは思ひますが、最初にあげるべき課題ではないのでは

ないかなと、丸ボツの2番目ぐらいでもいいかなと思ったということです。

【〇〇座長】

なるほど。それもよくわかりますが、〇〇先生から手が挙がっています。

【〇〇委員】

今、たまたま在宅とかという話が出たので、東京都医師会において、八王子市医師会と町田市医師会と、それから、葛飾区医師会が、いわゆるプラットフォームになって地域の、今お話が出た、かかりつけ医の先生方がふだん診ているような、在宅で療養されている、その高齢の患者さんたちについてということになりますけれども、もともとかかりつけ医の先生と相談してあるということが大前提にはなりますが、いざとなるというか、119番通報したいという状況が起こったときに、地域医師会のそれぞれのルールに従って電話をする。すると、その地域で病院救急車、救急救命士を雇っている病院の救急車が救命士を乗せて現場に行く。八王子は看護師と救命士のペアというのが基本ユニットらしいですけれども、町田市だとか葛飾区については救命士さんが現場に行く。そこで院長先生の指示に従って、場合によっては点滴などをするというようなことをしながら、地域のどちらかの施設に運んでいく。

それはかかりつけ医の先生とおおむね相談してあるということがあるので、東京消防庁が急性期病院というふうな触れ込みで、とても遠くの病院に連れていくということではなくて、可能であれば生活圏の中で面倒を見ていただくということをしているんですね。ですから、それというのは、ここで言う消防機関以外の救急救命士の活用の1つで、地域包括ケアシステムと多分シンクロできるような、そういう話ではないかなと。そういうふうな地域というキーワードで考えると、次の大規模商業施設や地下街といってもやっぱり、どこかの地域の中で経済活動をしているということになりますから、そういう意味では地域という1つのキーワードで救急救命士の活躍というのを丁寧に議論していくと、それなりのことができるのではないかな。

ですから、例えば、少し長くなって申しわけないけれども、スカイツリーにいる救命士さんたちは、国土館大学の先生たちが多分……。

【寺谷専門官】

国土館大学です。

【〇〇委員】

ですよね。だから、それは国土館だから少し遠いところから遠隔操作をしているとい

うことになるのですが、場所がスカイツリーのある区の医師会が場合によってはメディカルコントロールという作業をすれば、できるかどうかは別にしても、もしできるとすれば、今言った地域の中で救命士を使うという話になっていくということになります。僕はそういう、地域包括ケアシステムみたいな生活圏という話をしなくてはいけない話になると歴史的には思っています。つまり、この上の丸も真ん中の丸も、これからどっちも必要なわけですから、同時に考えていくという意味では、そういうふうな物の考え方をしてもいいのではないかなと思った次第です。

以上です。

#### 【〇〇座長】

ありがとうございます。私がコミュニティ・パラメディクスというアメリカの流れを少しお話ししたのは、日本語で訳せば今の、もちろん地域の救急救命士という流れになるわけで、その地域の救急救命士というのは、こういう地域、あるいは大規模施設等々にフロントラインで活躍できる場がこれからできてくるのではないのかなとは思っております。ありがとうございました。

ほかに。ということは、今、〇〇委員の、一番先の地域のこの9ページを10ページの後に置いたほうがいいのかというようなことで、〇〇先生、これを考えれば同じ、どこに入れてもいいんじゃないのかというようなところで、ありがとうございました。ほかにどうぞ。どうぞ、〇〇先生。

#### 【〇〇委員】

今、〇〇委員の、恐らくイベント会場で活動してもらうかということと、それから、今、独居老人とか地域の在宅をされている人の急変時に活用できるのではないのかという重みづけの話をされましたけれども、地域の訪問看護や地域包括ケアをやられている方と救急のことを論じると、最後はやっぱり困ったねということで119番を呼ぶ。その際、独居老人などでは、どなたか乗ってくださいということで訪問看護師が頼まれるんだけど、私たちが乗って処置を続けると費用が出ないので、同乗を断るそうです。だから、結局、119番の救急隊に任せてしまうということになって、あとは大変困るんですという話が出るんですね。

なぜこんな話をするかというと、13ページの最後のところの活用するときの論点整理の1つに、やはり搬送途上で救命処置等を行うという業を、費用を誰が負担するのかということをよく考えておかないと、在宅、いわゆる訪問看護であれ、訪問診療であれ、

それは訪れてその場で処置をするから、それなりの報酬が保証されるのですけれども、そこから先、私たちがやってしまうと費用が出ないんですということになると、119番の今の消防が持つということになりますね。それをさらに今度、民間の救急に肩がわりしてねというときには、この4つ目の点の、いわゆる消防機関以外の救急救命士を雇用する事業主の責任と発生する費用を誰が担保するのだということになります。これはやっぱり、民間救急の方をお願いしたらいいじゃないですかといっても、なかなかそこが費用の工面ができないということになると、任せっきりになって何もできなくなってしまうおそれがあるのではないのでしょうか。

そういう意味において、単に人を使えばいいというのではなくて、その搬送途上にある処置等に対する費用は一体どこから出るのだということも論点、それはこの場ではないと思うんですけれども、大きな目で見てもかかないと絵にかいた餅になってしまいそうな気がします。

以上です。

#### 【〇〇座長】

ありがとうございます。〇〇先生、手が挙がっています。どうぞ。〇〇先生は前回もこの話をしていただいたわけであります。

#### 【〇〇委員】

そうです。今の時期、この議論というのは非常に肉厚にしておかなければいけないのではないかなという思いがあります。それで、〇〇委員の話と関連づけてお話ししますと、この1つ目の資料、近年の救急業務を取り巻く現状と、それから、救急救命士の活用というのは、つないで考えればすごく答えは見えてきます。老人の社会におけるあり方をどうやって支えていくかということです。それを救急の側からどう考えていくかと考えないと、このまま数がどんどん増えている状況に対応できません。搬送、マッチング、例えばちゃんと引き受けてくれるかなど、そういうことも非常に困難になってきているわけです。それがさっき〇〇先生が話していた地域で、じゃあ、こういうルールをつくりましょうとか、こういう方式ではどうでしょうかというように、トライアルが出てきているわけですね。

これは都市型でそういう形でやっているというのがありますけれども、それはそれぞれの地方でも、また、いろいろな模索をしている状態です。ただ、やっぱり数が密集して多いのは東京、都会なので、行ったことによる結果が出やすいのもまた都会なのだと

思います。もう一つの大規模イベント、英語でマス・カジュアリティと言いますが、1,000人以上集まったところで何か起きる。そうしたら、これは災害事象なのだという概念が片方でありまして、町おこしで1,000人集まるかどうか、商店街が何かイベントをやるということは、それそのものがマス・カジュアリティだと考えて救急対応などについてセットアップしていなければいけない。我々医療もそうだというふうに私は考えます。

アメリカのいろいろな事象が日本でも起きていますし、日本が人をいっぱい集めても全く安全だということはないので、その視線の奥に東京オリンピック・パラリンピックをどうするかということになるのだと思いますけれども、ですから、それも考えなければいけない。全く賛成なのですが、そこには常勤という言葉が出てこないんですよね。つまり、そこに雇われているけれども、例えば3日で首になったという方の働く質の担保をどうやってコントロールするかというのは、そこだけで考えてしまうとなかなか難しいのではないかなと思います。ですから、もう一度話を戻すと、コミュニティベースで、もう1回考えながら、そこでいろいろなことが起きたときにどうしますか、それで足りないときにはどうやって応援をお互いしますかという文脈で考えたほうが答えは見つけやすいのではないかなと思います。

そこで1つ、今まで議論されていないものとして、例えば病院にも救急車があるんです。この間、東京の話をして少しだけ聞いたら、すごく大ざっぱな話を言いますと、100台ぐらいの病院救急というのが登録されているはずだと。では、実際にどのぐらいが今動けるかと見たら、半分ぐらいという話だったんですね。つまり、これもまたコストがあまり出ない中で維持しなければいけないので、メンテナンスも大変、人手も大変ということもあると思いますが、せっかくそういうものがあるとして、そこに乗る方がどういう人が乗るのか、救命士を病院で雇うというのは、まだそんなに一般的でないわけです。しかし、そういうものがあって、可能性があって、地域で搬送件数が増えてゆく中でいろいろな例が、例えば先ほどの東京の連携システムの中では医療機関が見ていて、病院救急車でまた次の医療機関に、それがクリニックから病院にみたいな形をとるとすれば、それが全部こういう公的な救急車でやるものかどうかということを考えれば、いろいろなあり方があっていいのではないかなと思うんです。

ですから、私はこの検討することは全く賛成なので、ずっと前から場の拡大と、救命士の場の拡大という提案をしているのは、法令の問題があって、そんなに簡単に広げら

れないんですけれども、そういう活動できる場さえ拡大しながら、それをちゃんとコントロールしてあげれば、消防のこういう救急の件数がどんどん増えて、それに対して同じ、あまり増えない人員で対応しなければいけないということと両方含めて、ある種の解決が見えてくるのではないかなと思います。長くなりましたが。

【〇〇座長】

ありがとうございます。その先を考えますと、場の拡大イコール搬送途上という、搬送途上というのは何という、この間もこのディスカッションをしておりましてけれども、その辺のところも書いていったほうがいいだろう、拡大していったほうがいいだろうという意味ですか。

【〇〇委員】

法律などの中に「等」という言葉を入れて、厚労省において柔軟性のある解釈をすれば、無制限にはならないし、質の担保ということをそこにもう1回書き込んでもらえばいいのではないかなと。簡単に考えればそういう話になると思っています。

【〇〇座長】

そうですか。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。もう一つ、やはり費用というのを誰が払うのかというところも〇〇先生から提起されておりますけれども、場の拡大、費用負担、あるいはMC。どうぞ。

【〇〇委員】

具体的に絶対こうだという意見ではもちろんないのですが、東京の仕組みを東京都医師会の猪口先生、副会長らと話をしながらやってきた、そのプロセスではやはり費用は大事なんですね。今は何とか基金というのを東京都医師会が3つの医師会に回して、それでやっているという状況で、金の切れ目が全ての終わりとならないようにするにはどうしたらいいかという話になるといけません。〇〇先生らと日本医師会でやはり地域包括ケアと救急医療をどう考えるのかという議論をずっとしてきた中で、普通に僕たちが赤い救急車がピューンと走ると、あれは固定観念的に言いますと結構、火事で焼け出された人、大火傷の人を運んでいるとか、または脳卒中や心筋梗塞をバンバン運んでいるとか、それから、交通外傷でひっくり返ったバスの中から助け出された人を運んでいるとかという、そういうイメージで救急医療を考えることが多いのですが、今お話ししたような東京でやっているようなことをベースに考えると、少なくとも先ほ

ど〇〇先生がおっしゃった、ふだんの関連する職種の方たちの連携をよく水平連携と言いますよね。

だから、救急車で病院に行くことを垂直連携と言うとすると、今回のここで議論しているような地域包括ケアや地域における、地域のコミュニティに根差した方たちの云々かんぬんという話は、マスギャザリングのところは別としても、恐らく高齢者に関する限りにおいて、水平連携に限りなく近い、水平連携に準じた垂直連携という考え方です。そうすると、垂直連携はさっき言った実際の救急車に関する限りは税金で払っていると。誰かが払うと言え、それは国民が払っているのでしょう。水平連携は、そういう意味では日常的には介護だとか、看護だとか、そういうふうな職種が連携しながらやっている中で費用が賄われるというのであれば、地域のコミュニティの、例えば品川区だったら品川区長が水平連携を展開する中で、時々起こる限りなく水平連携に近い垂直連携については金を払う。これは論理的にあってもいいのではないかという考え方なんですよ。

#### 【山本座長】

ありがとうございます。これも時々議論しているところでございますけれども、水平連携と垂直連携の接点、だから、X軸、Y軸の接点のところはやはり一番理想とするところ、連携がうまくいっているところではないのか。だけれども、垂直連携は動きますので、X軸も少しプラスのほうに、あるいはマイナスのほうに動くことがありますので、その辺のところをどう考えるのかというのもあるのではないのかなと思います。

今日は、まだまだ議論したい先生がいっぱいいると思いますが、坂本先生、手が挙がっています。どうぞ。

#### 【〇〇委員】

今の〇〇先生と近いかもしれませんが、最初にお話があったように救急需要がどんどん増えているという中で、高齢者が増えていて、今後もさらに人口推計とかを見ると増えていくだろう。その部分を地域包括ケアでとして考えると、必ずしも迅速かつ適切な搬送という部分だけではなくて、本来、病院車両等が行うような介護や生活の場からかかりつけ医に行くというようなところまで消防に負担がかかると、主に今の増分というのは高齢者であるとか独居とかと考えると、その部分で今後もさらに負担が増していくということが考えられる。消防力の増強とすることでそこを正面突破で解決していくのか、その部分に関しては救急救命士を適切にうまく利用してコミュニティに配して

やったほうが、消防が直接対応するよりも地域に根差した救急救命士のほうがよりよいサービスが住民に与えられるのではないかという議論だと思う。その後者の場合には必ずしも税金による消防の予算ということではない枠で財源を考えるということも可能なのかなということです。それがさっきの水平連携という話かなと理解しました。

【〇〇座長】

ありがとうございます。もちろんそういう流れも非常に重要だろうと思います。ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

僕は先ほど〇〇委員の意見は非常に重要だと思っております。ここでの議論はもちろん消防機関以外にいる救命士をどう活用するかというのがテーマですので、制度とか社会の仕組みとか行政の目線から議論が進むのは致し方ないことでございますけれども、しかしながら、一般の方々、この介護を受けているの方々、高齢の方々、そのご家族や、あるいはそれを実際に担当されているかかりつけの先生たちの目線から見たときに、その医療ニーズにフィットしているかという視点はもう一つ大事なのだと思うんです。つまり、そういう方々が救命士というライセンスの方々にそれをやっていただきたいかどうかという、もう一つそちらの視点での検討というものはぜひ必要になってくると思うんです。

そういう意味から言うと、今の救命士は病院前救護のプロフェッショナリズムとしてこれまで研修も進んできております、教育も進んできておりますけれども、そういった目線に立ったときに彼らのニーズに合う医療をちゃんと研修できているか、教育できているかということのを合わせて今後につなげるような議論にしていかなければいけないのではないかなと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。非常に貴重な意見だと思います。どうぞ。ごめんなさい、手が挙がっていますが、わかりません。

【〇〇課長（代） 〇〇室長】

厚生労働省の〇〇でございます。今の議論、少し我々にも、地域包括ケアということがかかわってくることだと思いますので、少しコメントさせていただきますと、皆さん、同じ思いなのかもしれませんが、恐らく救急需要が伸びていく。これは個人的な見解と

いうことで、救急需要が伸びていく、ほんとうに必要な救急需要については消防機関の強化というのが必要なのではないかと思います。

一方で、そうではない、救急車で運ばなくていいものについては、やはりしっかり適正使用というのを、それは医療機関側もそうですし、患者側もそうだと思いますが、適正使用というのをしっかり取り組んでいかななくてはいけないということは皆さん共通だと思いますが、その上で今お話がある地域包括ケアの中で、救急救命士の役割というところなのですが、私が理解できていないところなのですが、地域包括ケアを今やる中で、どういった課題があって、だからこそ今の地域包括ケアを担っている職種の人たちで足りていない部分があるのだと。だからこそ救急救命士がこの中に入って行って、こういう役割をするから、それによって今後の救急搬送の抑制が期待できるのだと。こういったところが私にはストンと落ちないところがありまして、可能性は当然あるのだと思いますけれども、そういった議論が少し必要なのではないかなと。まあ、この場でやるかどうかというのは別として、思ってお伺いしておりました。

【〇〇座長】

ありがとうございます。大事なところで。どうぞ。

【〇〇委員】

私は脳外科の中小病院と老健施設と通所施設と持っているわけです。車は現在30台ぐらいあります。通所を含めて送り迎えというのは、そのぐらい広域な都市なので必要なんですね。やはり施設から施設というか、病院なりクリニックもあるのですけれども、そういう中で動かそうとしただけで、そういうものが常に動く必要があるわけです。それは何も自分の組織の中だけではなくて、外のいろいろな病院に少しチェックしてもらいに行ったり、いろいろなことがあるわけです。そこまでだと例えばケアスタッフやナースが対応することが可能なんですよ。

ところが、一般の健康レベルから、少しその下になった瞬間に、どうやって運ぶかという話は非常に深刻な話になるんですよ。病院からドクターが往診に来てくれたり、地域でやってくれればいいけれども、なかなかそうはいきませんよね。そうすると、例えばたまたま送っていった在宅のところか、または施設の何かデイサービスとか、そういう中で、この方をどうやって運んでいくかといった瞬間に、そこに正解がないんです。つまり、それは今のところどうするかといったら、消防の救急を頼むしかなくなるわけです。でも、ほんとうにそれで良いのかということなんです。実際搬送してから何をす

るか検討して、答えが出てまた戻る。消防の救急では、やりづらい仕事ですよ。ただ、地域ではそれはもうあるんですよ。

さっきもお話があったように、訪問看護のナースも、それにずっとつき合っていたり、責任を持つとか、それはできないわけですよ。できないし、コストもないしとかって、ないない尽くしの話で、だから、そのところはパーツとして埋めてあげなければいけない。そういう呼吸、循環をちゃんと確保しながら搬送するということを考えれば、これは救命士の働ける場というのはそこにあるわけです。実際に。と思っています。例えばの話ですけども。

#### 【〇〇座長】

ありがとうございました。今のは、救命士は地域でどのような活躍、具体的などころがあるのかというところだろうと思いますが、緊急時の、あるいは蘇生のプロフェッショナルとしての流れというのは、どの地域でもあるのではないのかというところではないかと思います。また、これ、救急車の適正利用というところにも少し議論が入っておりますので、今の救命士の活用、救急消防機関以外の救命士はどんな活躍、活用があるのかというところはこのぐらいにさせていただきまして、また戻ってきても結構でございます。全体のところでディスカッション願いたいと思いますが、2番目のほうに移っていきたくと思いますが、2番目は救急車の適正利用の推進ということについての話であります。まず、その第2について事務局から説明を願い、そして今のディスカッションとオーバーラップしても結構でございますので、まず説明を願いましょう。

#### 【田中補佐】

それでは、救急車の適正利用の推進についてご説明をします。15ページをごらんください。こちらは海外の救急業務のあり方につきまして、海外事例調査を行っております。対象国はこちらごらんとおりです。では、その中身を見ていきたいと思いますが、16ページになります。まず、救急業務の概要ということで、それぞれの国でそれぞれの主体が救急業務をやっています。消防が救急をやっているというのは世界的には多分珍しい事案だと思いますが、ニューヨークは消防ですし、ロンドンでは医療の担当セクションがやっています。ミュンヘンであればミュンヘン市の救助本部から委託を受けた慈善団体とか民間企業がやっています。パリは救急機動組織（SMUR）と、あとパリの消防隊等がやっています。シンガポールであればシンガポール市民防衛庁というところが救急業務を行っております。

次に17、18ページになります。17ページですけれども、これは各都市の搬送件数をまとめたものです。人口10万人当たりでござんいただきますと、ニューヨーク1万人、ロンドン6,500人等々なっております。日本で言いますと大体全国で4,000人から5,000人ということです。東京であれば10万人当たり5,000人ぐらいという数字でございます。

次に18ページ、料金です。料金、取っていますかということを聞いております。ロンドン以外は全て料金を取っております。ニューヨークであれば患者搬送で8万4,000円、救急搬送になると14万3,000円等でございます。また、ミュンヘン、パリ、シンガポールについてもそれぞれ料金がかかります。シンガポールですけれども、こちら緊急と判断された場合は無料、そうでない場合は有料です。緊急性の有無の最終的な判断は搬送先医療機関の医師の評価に基づいて行われております。

では、19ページ、20ページをござんください。19ページですが、電話相談事業と緊急度判定方法の導入、普及をやっているかどうかということを聞いています。それぞれ電話相談もやっていますし、いろいろな相談とか、あと救急相談にも乗っているということが見て取れます。また、20ページですけれども、転院搬送についてです。それぞれどこがやっていますかということですが、大体民間事業者とか、あとは救急をやっているような機関がやっています、料金については有料というところが多いです。

次に21ページ、22ページです。21ページですけれども、台北市における一部有料化ということで参考資料になります。左側のグラフは、これは台湾全体になりますが、台湾の救急出動件数が非常に増えておりまして、台北市においては1件当たり幾らか取るということを導入しています。有料となる条件は以下のとおり、書いてあるとおりですが、台北だけの数字が取れていないので、そこはわかりづらい部分があるので、そこはご承知おきをいただきたいと思います。

次に22ページですけれども、救急業務の一部有料化に対する消防本部の主な意見、これをまとめております。それぞれ項目ごとですが、1点目は生活困窮者等が救急要請を躊躇するのではないかという意見。また、有料・無料の区分・判断が難しいということで、なかなか消防で判断することはできないということです。また、傷病者とのトラブルが増加と書いてありますが、要はお金を払えばどんな軽症でも運んでくれるんだらうとか、希望の病院に運んでほしいとか、そういった希望が増えるのではないかということです。

次、23ページになりますけれども、料金徴収等に係る事務負担の増加、これについて

も心配をしているところが多いです。このように消防機関から聞き取った結果であれば、非常に多様な意見があるという状況でございます。

次に24ページですけれども、この軽症の分類項目名と書いてありますが、一部有料化の議論の中で軽症というものの言葉の語感について、多少問題があるのではないかとということでございます。第1回目の検討会でこの議論を行う中で、この重症、中等症、軽症という分類はあくまで初診時の判断において必要とされる入院、加療の度をあらわしたものであって、救急車が必要かどうかという必要性を判断するものではない。こういった点を明確化するために呼称の変更について検討してもいいのではないかとのご指摘がありました。しかし、現行の分類手法を変更するというのは、現在のところ、医療機関、救急隊双方の負担が大きいのと思ってございまして、統計の連続性の観点も考慮しなければいけないと思っています。このため、現行の分類方法は変更せずに分類項目の呼称について考えてみたらどうかということで、見直しの一例ですけれども、下の表のとおり整理をしております。これはまたご意見をいただければと思います。

次に25ページになります。転院搬送の話になりますが、第2回の検討会の中で転院搬送においても消防の救急車を使わざるを得ないという場合があるというご指摘をいただいています。他に適当な搬送手段がない場合というのは具体的にどういう場合かという議論がありました。例えばこれ、A医療機関というところでは通常は民間の搬送事業者を活用しています。民間の搬送事業者が出払っているような場合は消防の救急を要請しているという事案があります。

また、参考ですけれども、B消防本部というところでは、転院搬送の実施基準、これは次の26ページになりますが、こういったものを定めてございまして、これに照らして搬送が適当でないと判断した場合は、民間搬送事業者ですとか、病院救急車の利用をお願いしているという事例もございまして、今後の取り組みですけれども、1回目、2回目の議論も踏まえまして、適切な転院搬送に係るガイドラインを作成してまいりたいと思います。それをもとに地域独自のガイドラインを各消防本部で作成をするということが考えられます。また、その際、傷病者の迅速な受け入れのために消防機関と医療機関との間で一定のルールを定めているような場合、また、地域の医療機能の分化、連携の進展の状況とか、そういったことについては考慮をする必要があると思っております。

説明は以上です。よろしくお願いいたします。

【〇〇座長】

事務局、ありがとうございました。

いかがでしょうか。救急車の適正利用の推進ということで、これも前回の議論をまとめたものでありますけれども、まだまだディスカッションしなければいけないところもあるということではありますが、いかがでございましょうか。先生方、ご意見、ご質問等がありましたらどうぞ。ご遠慮なくお願いしたいと思いますが。どうぞ。

【〇〇委員】

まずは、1点は質問なのですが、21ページの台北の料金徴収というのは、医療保険とは絡めていない。これだけのお金を直接取るというやり方で理解してよろしいですか。

【〇〇座長】

いかがでしょうか。

【田中補佐】

すみません、にわかにはわかりません。正確には、ここでは申し上げられない。申しわけありません。

【〇〇委員】

恐らく日本のシステムと似ているので、救急車自体は無料で、医療保険とは絡めていないのではないかという前提ですが、一方で、アメリカにしても、ヨーロッパにしても、お金を取る場合、公的な医療保険、あるいはアメリカの場合には民間保険ですが、医療保険と絡めて議論しているというのが、私が興味を持ったところでした。これが先ほどの1点目のところとも絡みますけれども、お金をどこから出すかということについて、救急車の場合にも公的な医療保険を使ってもいいのかもしれないというのが1点目。

もう一つは、患者さんが病院に搬送される場合と、それから、転院搬送の場合で少しまた扱いが違っているようにも思いました。というところから、今、記憶が不正確なのですが、健康保険の移送費って多分、保険の療養費の支払いが多分あるはずで、日本でもそれが使えるのではないかというのが1点、コメントです。

【〇〇座長】

〇〇委員、ありがとうございました。

いかがでしょうか。今の。

【田中補佐】

まさに救急搬送について各国の事例を見てみますと、税でやるか、保険料でやるかと

いう議論だと思います。それを全く絡めないで直接搬送をした人から取っているのは、ニューヨークで多少あるぐらいでありまして、もちろんそういった保険も含めた議論が必要だと思っています。

【〇〇座長】

〇〇委員、よろしゅうございますか。費用負担はどこがポイントになるのかというところだと思いますが。ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

イスラエルも同じように傷病の重症度が低い方からは救急車の利用料を取るようです。それはどこが判断するか。それは病院の入り口のところでドクターが判断するというのを聞いた覚えがあります。この議論をした上で、そのお金がどこに行くかという話を次にしておかないと、いろいろな人がいろいろなことを考えて意見を言うんです。例えば医療機関側で夜見たんだから、それは医療機関の収入になるのかという考えも当然出てきます。でも、公的な消防の運用費が突然フロントラインのそういうところに、まあ、別にドクターだけでないのですけれども、事務方もいるし、いろいろな人たちがいる。そこに入るようになるのかどうかというのは、それはなかなか難しいのではないですかという、いきなり議論の熱が冷めます。結局、税金、補填に入るのかなという。だから、これは当然、消防の方々が話をしているときは、徴収したお金はそちらに、救急との運営費とか、そういうところに行くものだと思ってこれを出しているわけですよ。質問なんですけれども。

【田中補佐】

はい。もし保険料で徴収されれば、かかった経費は消防のほうでいただくということは考えています。

【山口室長】

よろしいですか。

【〇〇座長】

どうぞ。

【山口室長】

実はこのテーマを出させていただいたきっかけの1つが、第1回でも紹介しましたが、けれども、財務省の財政審議会が、一部有料化について検討すべきではないかと言ってま

すが、有料化した場合その収入が、どこに入るかということは、その資料には何も書いていません。そういう意味では不正確なところはありますけれども、文脈としては、消防費に2兆円かかっているという文脈の中で有料化を検討すべきではないかという提言がされています。推測ではありますが、消防費の一部に充てるといような考えなのかなと思われます。

ただ、あるいは有料・無料を判断していただいた方へ手数料的にお支払いするなど、いろいろな考え方があるかもしれません。ただ、収入がどこに入るかということ抜きにしても、一定の場合に有料にすることによって救急車の利用を抑制させる効果を期待しているという面もあるのかもしれない。

【〇〇座長】

ありがとうございました。

それからもう一つは、有料、無料の区別そのものは判断が難しいのではないかというのが時々議論、ここでも出ておりますけれども、その辺を含めて事務局、いかがですか。この判断。

【田中補佐】

判断という点でありますれば、消防ですすがに判断することは無理ですので、シンガポールでもそうですけれども、搬送先の医療機関の医師による判断になろうかと思えます。その点について医療関係者のご理解を得られるかという点についても課題であると思っております。

【〇〇座長】

それはシンガポールの先生、大変ですよ。あなたは有料だとか、あなたは無料だって、それはなかなか難しいのではないのかなと思いますが、手が挙がっています。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

1つ質問なのですが、つまり、財政審の意見というのは確かに無駄な使い方を防ぐという意味での有料化の話だったと思うのですが、台湾のこのデータをどう見ればいいのでしょうか。2012年から1件当たり徴収するというふうにしたけれども、結局、また…。

【〇〇座長】

結局は増えている。

【〇〇委員】

増えているという、こういう理解なののでしょうか。ここをどう読めばよいのかという。

【〇〇座長】

そういう理解でよろしいんですね。

【田中補佐】

はい。台湾は直接政府に問い合わせられないので、なかなかデータとして難しいのですけれども、こちらは台湾の全人口が二千数百万です。それで、台北がその10分の1ぐらいなのですが、台北市におけるその有料化の効果を見るという点では、この左側のグラフだけでは必ずしも明らかではありません。それで、恐らく台北以外の幾つかの市で有料化をしていると思います。そのインパクトがどれぐらいあるかということですが、必ずしも有料化したことで件数が抑えられるというところには至っていないのではないかと思います。

【〇〇委員】

これ、明らかに一旦水平にというか、ここは明らかに2012年、13年は横ばいで、何か効果があったふうに見えたが、その後伸びたというふうに普通は読めるのですけれども、そういうふうに読んでいいのでしょうか。

【田中補佐】

このグラフが台北市のグラフであればそう言えるのかもしれませんが、すみません、必ずしもそこら辺が明らかではないということです。

【〇〇座長】

よろしゅうございますか。ほかにいかがでございましょうか。どうぞ。

【〇〇委員】

東京消防庁で調査した台湾の5消防本部、台北、桃園、新竹、台中、高雄、この5都市でやっているようなのですが、今、どなたかの先生からお話があったように、料金を徴収するからといって、必ずしも救急件数には著しくは反映されていないと聞いております。料金も一番安いところは2,500円ぐらいから8,000円ぐらいの開きがあるということだそうであります。参考になれば。

【〇〇委員】

これは有料となる条件は、やはり医師が判断しているということなんですね。

【〇〇委員】

すみません、わかりません。

【〇〇座長】

そのところ、とてもまた大事なところの1つだと思いますが、私、それを判断する医師になったら、なかなか嫌だなという気が。〇〇委員、何か後からのデータがありましたら、どうぞ後で見せていただきたいと思います。ありがとうございました。

ほかにどうぞ。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

5年ほど前に〇〇委員とも一緒にドイツに視察に行って、ミュンヘンとベルリンを見てきているのですけれども、17ページで見ていただくと、人口10万人当たりでミュンヘンは緊急搬送が2,000件で、非緊急患者搬送が3,300件、これを合わせると大体、日本と同じぐらい、人口10万人当たり5,000件ぐらいで、日本でも軽症と言われているのが半分ですから、ですから、ほんとうの重症だけを緊急搬送で消防が運んで、それ以外のは慈善団体等が運ぶというようなシステムになっていると思いました。

そもそものがヨーロッパ型の社会ですと、この緊急搬送も非緊急搬送も全て、健康保険で全て賄うというのがまず大前提です。消防はどうやってお金を取っているのかということに関してはベルリンのお話でいくと、消防本部が緊急搬送を年間10万件あるから、健康保険から今年は予算を幾ら消防へよこせということで、税ではなくて保険から消防が救急業務に関しての部分はお金を取っているという仕組みでした。社会として非緊急搬送も含めて、国として費用の面倒を見ていくのかどうかというところが今の有料化の一番キーになるところではないかと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。非常に大事なポイントだと思いますね。ありがとうございます。

どうぞ。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

すみません、台湾のところで1つ落としまして、昨年、有賀先生と一緒に台湾に出張させていただいたときに現場の声として聞いたのですが、お金を徴収するときに入金票みたいのを配るらしいんですが、当然、1回では払わない。これ、3回ぐらい督促するらしいんですね。現場の消防機関の方は、この事務量がものすごいということを言っておりました。参考までに。

【〇〇座長】

ということは、結論的には、そんなものやらないほうがいいという。

【〇〇委員】

そういう意味だと思います。

【〇〇座長】

そういう意味ですか。ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。また戻っても構いませんが、〇〇先生、この辺、造詣が深いところで、何かコメント等がありましたらどうぞ。

【〇〇委員】

このお金のことは、私、あれなので、ぜひ別なところでこの後、発言させていただければ。

【〇〇座長】

先生、見直しを考えるとという適切なところで、死亡、重症、中等症、軽症、ここで軽症といっても、この軽症というのは外来治療でお帰りになる人をみんな軽症と言っているわけですが、この中には一生懸命、点滴して外来だけで終わってお帰りになる人も全部軽症では、それはおかしいじゃないのという流れで外来治療群、あるいは入院、中等症というのは入院という流れですが、それから、重症、死亡というこの流れというのは、いかがでしょうか。

【〇〇委員】

ありがとうございます。この重症・中等症・軽症という名称に関しては、何十年と使ってきた分類です。医療の進歩で20年前には1カ月かかって帰った患者が、今は早目にリハビリに帰すとかいうことで救命センターからは1週間で転院する脳梗塞だとか、骨折だとかいうのはたくさんあるんですね。それで、その重症は3週間以上の入院という縛りを大事にして重症、中等症をつける人と、疾患名そのものの重症度でつける人と、うちの病院は1週間で退院するから、これは中等症だというふうに丸をつける人というようなことは出てきています。実際に栃木県では大腿骨の頸部骨折を重症ととる医療機関と、そうでない医療機関に分かれてしまって、年間10例くらいは重症・搬送困難事例の4回、30分の中に引っかかってくるんですね。こういうこともあるので、もっとわかりやすい、それから、重症でなくて緊急度が入るような形の名称変更をしたほうが今後はいいのだろうと思います。継続性というのはもちろんありますけれども、それはぜひ

今後お願いしたいと思っております。

【〇〇座長】

ありがとうございました。

先ほど事務局からのお話、説明もありましたように、継続性を重んじながら新しい名前というのも必要ではないのかというように思います。こんなところでよろしゅうございますか。どうぞ。

【〇〇委員】

転院搬送の件で1つよろしいでしょうか。昨年の6月に全国消防長会のほうから消防庁長官に対しまして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を有効活用することを徹底してほしい、という内容で要望を行わせていただきました。全国的に救急隊の出動の種別を見ても、各都市ではやはり転院搬送の占める割合というのが非常に高くなっているというのが実情でございます。

そういった中で、まさにこれから地域包括ケアシステム、先ほどお話に出ましたとおり、輸送の部分というのは切っても切り離せないということだと思うのですが、やはり医療資源、救急車をいかに有効に活用していただくかということで、まだこの会議においても、この辺を検討していただきたいと全国消防長会のほうから問題提起をさせていただいたところだというふうに我々のほうは認識しております。そんなことでもありまして、消防庁、厚労省、双方にこの辺を認識していただければなというのが消防機関側の意見でございます。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。

そのとおりでよろしゅうございますね。何かコメントありますか。どうぞ、厚労省。

【〇〇課長（代） 〇〇室長】

厚生労働省でございます。地域医療支援病院が恐らく要件として車を配置するかとか、有するとかという要件があることを捉えてのことかと思いますが、実は地域医療支援病院、当課ではなくて別の課ではあるのですが、少しお話はさせていただいております。ただ、そちらの担当官のほうに聞くと、もう少し詳細なデータはないのかというような話もしておりますので、そういったことを教えていただきながら、すぐには、必ずしもこれ、車が転院搬送用というふうに明記されているわけではございませんので、また、地域医療支援病院がかなり権限が都道府県に下りているということがございますので、

すぐにパッと変わるということではなかなか難しいとは思いますが、こういった状況かというのを把握させていただいて、関係課につないでいきたいと思っています。

以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。全国消防長会での議論をぜひ厚労省のほうでも酌んでいただきたいというのが本心ではないかなと思います。ありがとうございました。

それでは、その次に移りたいと思いますが、こんなところでよろしゅうございますね。適正利用はこの辺にさせていただきます。それでは、3のほうに移りたいと思います。緊急度判定体系の普及というところであります。どうぞ、ワーキンググループのコメントで、あるいは説明でございますが、事務局からお願いしましょう。

【寺谷専門官】

では、事務局から資料に基づいて説明いたします。27ページにタイトルがございます、28ページから3ページにわたって説明してまいります。まず、28ページ、これはもう簡単に今回、今年の本ワーキングの枠組みですけれども、大きく3つの柱がございます、1つ目は救急電話相談事業の充実、2つ目が救急受診ガイドの普及、特に場を活用した普及ということ。3つ目が緊急判定体系の概念の普及という、この3つの柱について検討いただいております。〇〇委員にワーキング長になっていただきまして、第2回のワーキングが昨日、2月9日に開催されております。

1枚おめくりください。29ページです。昨日の検討結果も踏まえまして、大きな方向性をいただいておりますので、それをサマライズしたものがこの資料でございます。29ページですけれども、救急電話相談事業の充実に関しましては、1つは今年、消防本部及び都道府県にアンケート調査をいたしました。そこで得られたことから、スケールメリットの観点から都道府県単位または広域的に取り組むべきということで、昨年度も報告書を書かせていただきましたけれども、引き続きこのような方向性をいただいております。また、もし消防本部が主導して行う場合であれば、医師会等と連携の上、消防機関の救急救命士、OBなども含めて活用することが考えられるということでございます。

下に目を移していただきたいのですが、この救急電話相談事業、具体的に普及させていくためにどうすればいいかということで、大きくここに4つの柱で整理させていただいております。1つ目が財政的支援、それから、#7119番号、我々が取り扱っています

が、そちらの要件です。こちらについては補助基準額の増額であるとか、事業要件の緩和等について検討すべきとさせていただきました。それから、下にありますように、＃7119の使用要件というのも、これも我々が取り扱っていますが、弾力的に扱っていますので、このようなことを正しく周知するべきであるということです。

2つ目ですが、＃8000（小児救急電話相談事業）というものです。これは厚生労働省が所管されているものでございますが、こちらについては＃7119を立ち上げるときには既に全国展開されている＃8000と連携することによって運営上のメリットが期待されます。ただ、その前に制度手段が異なりますので、まず＃7119と＃8000の双方が実施している地域の実態を把握すべき、そういうところから始めるというような方向性をいただいております。次に医療関係者の理解と醸成、それから、認知度の向上です。これは救急電話相談事業がうまくその地域で運営されるということが非常に重要であるから、これは医療関係者の負担軽減に資するメリットについて周知すべきであると。

それから、先行事例、新たにしているものを紹介していくということも非常に普及について重要であるということです。東京、大阪、札幌に関しては、こちらは施策効果であります潜在的重症者の救護、救急搬送に占める軽症者の割合の低減といったものが数字、定量的な効果があらわれておりますので、これを全国的に発信すべきであるということ。福岡県、これは平成28年6月から全県下で行います。福岡県が主体となって25の消防本部と連携してやると聞いていますが、このような事例を踏まえ、関係者間の合意形成を非常に丁寧にやっていくことが必要ですから、時間がかかるからぜひ都道府県におきましては、こういうことを念頭に入れていただきたいということを書かせていただきました。

では、30ページをごらんください。救急受診ガイドの普及についてでございます。こちらについては対象者の属性に合わせた救急受診ガイドのあり方として、対象者の属性に合わせて受診ガイドやリーフレットをカスタマイズし、活用してもらうという方向性。それから、施設で働いている専門職の方々です。福祉施設であれば介護士、学校であれば養護教諭などの方々は、この方々に直接診断をさせるわけでは当然ありませんし、その緊急度判断を、ギリギリの判断をしてもらうというよりは、むしろ、そういうことの判断を支援しながら、かつそういうものを利用者に伝えていただく、そういうことは有効であるという方向性をいただいております。そういうことをしていくためにも、さまざまな施設、それから、場で使うようなマニュアルの附属資料であるとか、専門職向け

のテキストであるとか、こういうのもパッケージ化していくということで、それぞれの場面で使ってもらうような働きかけが重要ということです。この後、ご紹介いただきたいと思いますが、本日、ご出席の〇〇委員が属されているところの組織でつくっていた資料もここでご紹介させていただきました。

そして、普及ツールの多様化につきましては、Web版・スマホ版のツールを普及していこうということ。ここでも大阪市消防局の先行的な事例があって、こちらを紹介する動画がありましたので、こちらを供覧していただきました。その次です。緊急度判定体系の概念の普及です。こちらに関しまして緊急度判定を普及していくには電話相談であるとか、緊急受診ガイド、具体的なものを普及していくことが重要なのですが、この概念、言葉自体も理解してもらう必要があるだろうということです。ただ、なかなかこれは万人に納得が得られる説明文というのは難しいのですが、今後、より対象者の属性を合わせて簡潔なものというのをさらに明確化していく必要がある。緊急度という言葉自体がやはり難しいという意見もありましたので、このようなことも検討していく、このような方向性をいただいているところでございます。

ワーキングとしましては、昨日、2回目を開かせていただきまして、その場でワーキング長に一任させていただいたという状態になっているところでございます。説明については、資料は以上でございます。座長、引き続きよろしければ、〇〇委員の参考資料3を少しお話ししていただくのと、大阪市消防局の取り組みについてご供覧いただきたいのですが、よろしいでしょうか。

【〇〇座長】

どうぞ、お願いしたいと思います。

【〇〇委員】

ありがとうございます。それでは、発表させていただきます。このたび、このような機会をいただきまして、ありがとうございます。会では、これまで小さな子供を育てる親御さんに子供の病気で救急にかかるべきときということを中心にお伝えしてきました。それらを医療のかかり方講座実践マニュアルとして、お隣の〇〇先生に推薦文を書いていただきまして昨年末まとめましたので、少し発表させていただきます。本日、提出いたしました参考資料3がその抜粋版となります。

こちら、1ページ目をおめくりいただきまして、皆さんご存じのとおり救急車の利用件数というものは増え続けております。ですが、有効な対策というものは講じられない

ままです。救急外来を知らないから行ってしまう、救急車をわからないから使ってしまうという方が非常に多いわけです。歯や離乳食、沐浴については自治体で親になったら当然のように習うことができるのに、命にかかわる問題である病気については習うことができる状況にはありません。これは本来、母子保健の場で伝えるべきことで、厚労省などでもお伝えしておりますけれども、病気については冊子を配布するだけ、＃8000や＃7119の周知をしているだけという自治体がほとんどです。それで、必要なときに利用してくださいと言われても、必要なときっていつだろうという感じです。必要なときを伝えるということがすっぱり抜けているのではないのでしょうか。

救急車の利用で一番困っているのは消防かと思います。一番切実に事業を行っていただけるところも消防機関だと思います。こちらの2ページ目なのですが、一般的に医療は小児期と高齢期に頻繁に利用しますが、少年期、青年期の間は健康の人はほぼ利用しません。この期間に医療者以外に医療に関心を持ってもらうということは非常に難しいことです。救急車の利用を抜本的によくするためには、必要な人が必要なときに利用するという事に尽きると思います。自治体で何を伝えているかということにつきましては、少し飛びますけれども10ページ目をご覧ください。こちらの一番上にあります②の内容というところにありますけれども、こちらの救急判断というものをお伝えいただきます。そして、何よりも、あなたのお子さんを守るためですよというメッセージが先です。

小児医療の環境や救急車の適正利用のためではなくて、医療費のためでもなくて、あなたの大切な人をまず守るために知ってほしい、このメッセージが先です。順番を間違えると大切なメッセージが伝わりません。消防には何より伝える場があります。救命救急講習を消防署や市区町村、地域、学校、企業などで実施し、現在、普及に努めてくださっています。症状や対処をお伝えする時間はなくとも、救命救急講習の最後の5分、10分でも病気のことを含めることはできるのではないのでしょうか。消防庁の緊急受診ガイドのリーフレットを使用して、まず救急に行くべきときがこれであるということを示す。そして、10ページの下の方のAのところなのですが、よくある質問の回答のところなのですが、こういった項目に触れていただきまして、地域の医療に関心を持つことが最終的にはあなたの大切な人を守ることにつながるんですよという呼びかけをしていただくことが有効かと思います。

今、高齢者の問題が非常に取り沙汰されていますが、高齢者においても抜本的によく

する有効な策はないままです。親となった世代にきちんと医療のかかり方、救急車の利用の仕方について伝えることで、今の親世代である20代から40代が高齢者となったときには、高齢者の救急車の利用の問題というのは現在よりもずっと改善しているのではないのでしょうか。一度身につけたものは、そう簡単に消えるものではありません。このまま病気について教育や啓発をせずにいると、この先、課題は変わりません。医療や医療制度、救急車の利用を理解した大半の人たちが高齢化したときには、少しでも変化しているように、今、全国の消防で実施していただきたいと思います。

以上です。ありがとうございました。

【寺谷専門官】

あと、続きまして動画の供覧をいただきたいと思いますので、よろしいでしょうか。

(動画上映)

【寺谷専門官】

事務局からのご説明、それから、資料の供覧、以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございました。

私のほうにもらってよろしいですか。ありがとうございます。さあ、いかがでしょうか。2つの発表を含めての説明でございますけれども、とても興味のあるところだったと思いますが、いかがでございましょうか。緊急度判定、ご意見、ご質問、あるいは先生方への質問でも結構でございますが。どうぞ、〇〇委員。

【〇〇委員】

今の大阪市消防局のアプリなのですけれども、私が東京消防庁さんの#7119の見学に行ったのは随分前なのですけれども、#8000の見学にも随分行ってまして、その際に電話を4日間ぐらいずっと聞いたりとかしていたわけなのですけれども、その際、病院を紹介してほしいという話はとても多くて、それにかなり時間が割けられて、3本に1本取れないものがあったりするような状況を見て、その病院の検索というのはどんなものなのだろうかということで触らせていただいて、私たちも4人ぐらい、普通のお母さんたちで見学に行ったのですけれども、ほんとうにわりと簡単に普通のパソコンの画面で検索をすることができて、そもそもの電話相談自体が自分でできたらかなり減るということは実感として思っていましたので、このアプリの機能として119や#7119に直接発信されるということはもちろん重要なのですけれども、そうではなくて病院を自分で

そのまま検索できるということがとても画期的だなと思いました。

【〇〇座長】

救急相談センターでの全体のデータは、30%ぐらいが症状、あるいは医療相談、あとは病院の紹介、相談というのが70%ぐらいだというのは言っておりますので、多分、先生の今のデータと非常に似ているデータですね。どうぞ。

【〇〇委員】

前回、私が発言して、大阪市消防局がこういう形で取り組んでいますよということで、こういう形で紹介していただきましたけれども、実は先ほど来お話をしている、例えば在宅とか高齢者の問題においても、なぜ119番に最終的にかけるかということ、前回もお話ししましたように、まず足がない。足がわりがないということが1点と、もう一つはどこへ連れていけばいいのだという情報を持っていない。この2点が全部119番への依存性を高めているのだろーと思います。1つの解決策として大阪市消防局、あるいは大阪は今、府全体で取り組もうとしているのがこのアプリケーションなのですが、最終的にやはりどこへ行けばいいかということ、いわゆる実際にニーズ、必要性を感じている人、みずからがやはり情報を取れるという仕組みをつくってあげれば大分変わってくるのだろーと。そのモデルとして、まず子供から始めたところになっております。

先ほどこれから高齢化社会だということになってくると、実はケアマネージャーにしても、あるいは訪問看護をやられている看護師さんにしても、対応しているときに、いやあ、やっぱり困ったよね、足をどうしようかということと、もう一つはどこへ連れていけばいいのだろー。かかりつけの先生、いつもこうしたら、こうしなさいとおっしゃっているけれども、ちょっと様子が違うよねということになったときに、選択する情報の、いわゆる医療の情報というのを119番ではなくて、こういうふうに医師会の先生方の協力を得て門戸を開いているところの情報を提供していくということにして、いわゆる総がかりで救急に取り組んでいくということが大事なのだと。今、アプリはほとんど皆さんもスマホの中に入れていただきますので、あとはそこへコンテンツを差し挟むだけなのだとおっしゃいます。ぜひこういうことをきっかけに次の何かステップアップできたらなと期待はしています。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

ぜひこれを普及させていくということの重要性、よくわかります。どうぞ。

【〇〇委員】

大阪市でございます。たしか前回、〇〇先生のほうから、一体どんなものかというようなお尋ねがありましたので、先ほどごらんいただいたものは、全て我々の局の手づくりで、ナレーションも全部職員がつくったものでございまして、総数で数分あるのですが、今日は病院検索のところまでは行っていません。1点申し上げたいのが、横田先生もおっしゃっていただきましたような、まさにそういった効果というのが見て取れるデータがございまして、実はアクセスが9月9日から始めて、この1月末まで総数637アクセスがございましたうち、病院検索が572ということで約90%近くが医療機関、検索をみずからされているというデータが出ております。

以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございました。

これもまた大事なところだと思いますが、先ほど症状、あるいは病気の相談と病院の相談を少し分けて考えたほうがいいのかという〇〇委員のご意見がありましたけれども、これについていかがでしょうか。あるいは事務局のほう、何かご意見ありますか。

【寺谷専門官】

おっしゃるとおりで、先ほど横田先生がおっしゃられたように、まさに困っていることは、いつどこに行けばいいのかという話でありまして、その機能として医療機関を探すというところと、それから、緊急の判断をするところ、それは機能としては分かれているのですが、少しつながっているところもあるので、そういう意味では当然、アプリケーションや、こういう地域の中ではそれはどんどんつながっていく必要があるのだろーと思っておりますので、基本的には我々、緊急度をどんどん普及させていくというのがありますが、別に緊急度を普及させることが目的ではなくて、緊急度を普及して、結局、人の命を守ったり、適切に資源を守るというのが目的ですから、まさにそういうことに留意してこのワーキングのまとめにしているように、ワーキング長とも相談してやっていきたいと思えます。

【〇〇座長】

よろしく願いしたいと思えます。有賀先生、どうぞ。

【〇〇委員】

今、利用者が＃7119だとか、大阪で示された9割方が自分がかかりたい病院の検索という話は全くここに発展させていく大事なテーマだと思うのですが、この緊急度の判定の中に119番通報のときの振り分けというか、トリアージというか、だから、要は119番通報そのものも今言ったような、横田先生が言われたような、そういうふうな事情でかかってくるものはあるわけなので、それをどういうふうな形で＃7119、つまり東京での119番通報だとすれば、お隣の＃7119のディビジョンに振って、そこで相談してもらおう。そこで振ったところで、場合によっては赤ですぐ行けという話があるわけですから、119番通報を受けるところと、それから、＃7119のところが上手にシンクロすれば、僕は119番通報で即救急車が出るという話も少しずつコントローラブルになってくるのではないかなという気がいたします。そこら辺の展望というか、パースペクティブ、これは議長にその件を少しいざなっていただきたいというのが私の意見でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

いや、そのところ、とても大事なのですが、119番にかけたときに火事ですか、救急ですか、相談ですかという、この3つの振り分けぐらいにさせていただき、中に入れてしまうとすごく流れがスムーズになるのではないのかなという気がいたしますが、有賀先生、このところで少し問題は、119番はお金がかからないんですよね。ところが、＃7119はお金がかかるんですよね。事務局、どうですか。

【寺谷専門官】

電話代、通話料ですね。はい。

【〇〇座長】

電話代はかかるんですよね。だから、そのところがうまくシンクロというと多少難しさがあるなという気はいたしますけれども。

【〇〇委員】

それは、それこそ機械仕掛けが得意な人に考えてもらえばいいだけの話で、事の本質はやはり＃7119が出てきたときの議論は、119番通報でなぜ119番ですかといったときにわからないからという話があって、じゃあという話があったものですから、今でも119番通報がそういうことになっているということは、現にそのとおりなので、そういうふ

うな観点で物事を考えていけばいいのではないかという話です。

【〇〇座長】

ああ、なるほど。

【〇〇委員】

金がどこからとかという話は、後からまたゆっくり考えてくれればいいわけで、NTTと相談するとか、何だって、後からいただく方法は幾らでもあるような気がするので、それは少し置いておいてよろしいのではないか。

【〇〇座長】

ありがとうございます。今、室長から手が挙がっています。どうぞ。

【山口室長】

〇〇先生がおっしゃることは、まさにそのとおりだと思うのですが、まず、我々としてやるべきことというのは、この7119は、やっている団体自体がまだ限られている中で、7119というのを広げることだと思います。そして119番に今まで問い合わせのためにかけていたような人に医療相談とか、医療機関案内をしてくれる番号ができたのだというふうに認知してもらって、今まで119番にかけてきた人が7119にかけるようになる体制をつくっていきたいと考えています。そのような体制が、ある程度広がった段階で〇〇先生がおっしゃったような、119と7119をシンクロさせるというのもあり得るのかもしれない。まだ我々としては7119を知ってもらい、普及させていくという、それがまず第一なのかなと考えております。

【〇〇委員】

だから、展望と言ったんですよ。

【山口室長】

そうですね。

【〇〇委員】

例えば東京とか大阪とか、既に#7119でそこそこ走っているところは、その次の段階は、こうして、こうして、こうするとこうなるねと。今のお金の件も場合によってはこうするといいいのではないかみたいな議論をしてもいいのではないかと思うんですね。霞が関が日本全国を見なければいけないことはわかりますけれども、やはり地域によっては、それぞれの地域の事情があって、そこで暮らしている人たちがいますので、東京は東京で勝手にやれとおっしゃるなら、私はそれでもいいのではないかとは思いま

す。それでも東京だって議論するときに、国の全体の流れがいずれというふうなことであれば、では、一丁目1番地を始めようかという話だって、あったっていいと思うんですよね。別に総務省がやっていないと言って、僕は怒っているわけではなくて、いずれそうなるのではないかなということを現時点における視座として置いておいて、それで先の見通しを考えたいという話なんです。それで議長にという話です。

【山口室長】

はい。

【〇〇座長】

ありがとうございます。全くそのとおりだと思いますが、今、もう東京では119番と7119は非常に競ってきてしまっておりまして、#7119というのは30万件あるんですよね。搬送は60万件ですけども、そのぐらい近づいてきているという、それはこれだけ重要な需要があるということだと思いますが、〇〇先生、手が挙がっています。

【〇〇委員】

ありがとうございます。要するにこのロジックそのもの、電話相談の充実という項目立ては、この時代、ほんとうに必要なのではないかなと思うんです。予算の問題とか、いろいろ議論は当然出るのだと思いますけれども、まず、必要なのだという共通認識をすることによって、その次に政策があり、予算がありという形で考えていけばいいので、まず、#8000が全国に一度普及したということは、それだけニーズがあったということ、同じように、じゃあ、子供だけでいいのかと言えば、そうではないのだということ、東京で両方のトラックが走っていて、それは両方必要だということになっているわけですね。

だったら、予算の出口は、出所は少し違うけれども、市民から見れば、住民から見たら結局は電話相談が充実しているか、していないかという非常に単純な見え方なので、それはしたほうがいい。これは今、先行している事例を見れば、全くそうなのではないかなと思います。〇〇委員のこの書類の中にも、高齢化対応もここから解決があるのだと書いてありますよね。そのとおりだと思うんですよ。だから、その認識から始まれば、別に細かい議論はその次にすればいいのではないのでしょうかね。

【〇〇座長】

そうですね。〇〇先生も細かい議論は後からでいいという話、全くそのとおりだと思います。

手がたくさん挙がっておりますと、時間がなくなってきますから、これを最後にさせていただいたよろしゅうございますか。どうぞ。

【〇〇委員】

地方の札幌なのですけれども、平成25年10月から救急安心センターを開始しており、これは厚生労働省の補助金で開設準備を行い、市の保健所のほうの事業でやっているわけです。実は、うちの119番通報を受ける指令管制センターがあるんですけれども、その隣のフロアに事務所を構えて連携のとれる形にはしています。ただし、現在のところ、119番通報から逆振りの＃7119の事例はありません。あくまでも119番通報は緊急時の対応としています。

それと、例えば火事ですか、救急ですか、相談ですかという項目を今の段階でつけてしまうと、実は相談もいいんだという概念が逆に捉えられる可能性があります。去年の9月に大雨があったときに、避難所開設で、実は皆さん小学校の体育館に殺到したのですけれども、開いていなくて119番に本来の災害による通報が取れないぐらい相談が来たというような状況がございました。これはレアケースなのですけれども、そういった相談もいいのだという概念は今のところ厳しいかなというのが現場としての意見でございます。

以上でございます。

【〇〇座長】

〇〇部長、ありがとうございます。私、そういう話ではなかったのですが、〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

相談もできるんだなと思う人がいるというんですけれども、現に相談ができると思って電話している人がいるという事実があるわけですから、そこからどうしようかという、そういうことを議論としてしたいなということで僕は発言しているんです。現状を固定させるという話で発言はしておりません。

【〇〇座長】

ありがとうございます。そんなところで、この件は緊急度の体系をどうしたらいいのというところだったと思います。ありがとうございます。

それでは、時間でございますが、次、個別事案の分析による搬送時間の延伸の要因の解決策はどうしたらいいのかというところで、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、資料の32ページをごらんください。これまで搬送時間が延伸する事案については、福祉的な対応が必要ですので、そういった機関と連携をするほうがいいのではないかという話をさせていただきました。この32ページは実際にそれを実施している消防本部の事例を書いています。地域包括支援センターとの連携を開始することで、主に頻回利用者とか、いろいろな方々の救急の件数を減らすことができたという事案であります。

次に33ページ以降が、今回、この項目のまとめでございます。前回から申し上げていることとほとんど変わりありません。簡単に申し上げますと、33ページの上のようになりますが、今年度は個別の事案を通して搬送時間延伸の要因を分析してまいりました。非常に時間が長くなりますのは、精神疾患患者とか、酩酊者とか、独居高齢者等であります。多くの場合、消防だけで解決していくことが難しいです。関係機関との連携が不可欠となります。では、実際、関係機関と連携するためにはどうしたらいいかということですが、連携のためには、簡単に言うと顔の見える関係を構築していくことが必要としていまして、MC協議会で連携が必要と判断したようなものがもしあれば、地域包括支援センター等に確実に情報を提供していくことが重要となります。

34ページになりますが、消防機関における対応ということで、消防機関も情報提供がおくれると、その後いろいろ大変になりますので、迅速に関係機関に情報を提供していくことが重要です。また、救急隊が把握した事例をそのまま放っておきますと共有されませんので、指令センターに情報を蓄積するということも必要になります。また、医療機関におきましても、救急について、もしそういう対応が必要だと判断すれば、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います。

次、35ページですけれども、関係省庁における取り組みということで、厚生労働省のほうで在宅医療・介護連携推進事業の中で、こういう仕組みについて救急搬送を行う消防組織とも情報共有を行うことがある、効果的であるとしていただいていますので、こういった取り組みも参考にしながら各消防機関で連携を進めていただきたいと思います。

説明は以上です。

【〇〇座長】

田中補佐、ありがとうございました。

このところについては、もう既に第2回、第1回もそうだったと思いますが、個別事案、相当ディスカッションしてきたところで、あまり変化がなく、そのまま行っているようでございますが、いかがでございましょうか。顔の見える関係の構築の必要性というのが前回からもクローズアップされております。それを同じクローズアップさせていただいておりますが、どうぞ、ご意見がありましたら。ここはよろしゅうございますか。ご意見がないようでございますので、ここはこのぐらいにして、また何かどうぞご意見がありましたら、後から伺いたいと思いますが、次でございます。救急業務に携わる職員の教育という、これもワーキンググループのまとめたものでございますが、事務局から説明願いたいと思います。

【上條補佐】

続きまして、救急業務に携わる職員の教育のワーキンググループについて、事務局からご説明を申し上げます。資料の37ページをお願いいたします。37ページはテキストの作成経過を示させていただきました。平成26年度のワーキングでは指導救命士の養成に係るテキストの骨子版を報告書で提示をし、平成27年度、今年度でございますけれども、2回のワーキングを開催いたしまして、昨年11月に成果物として指導救命士の養成に係るテキストを完成させました。既に委員の皆様方や全国の消防本部へ配布を済ませているところでございます。

38ページをごらんください。ここからは今年度末にまとめます報告書の骨子案を説明させていただきます。医療現場と異なる救急現場で豊富な経験を積んだ救命士が他の救命士を教育するというところで、救急業務の全体の質が向上することを期待しまして、指導救命士が必要とされました。そのような背景についてまずまとめさせていただきました。また、本年度のワーキンググループでは骨子版とカリキュラムに基づき、8名の救命士、4名の編集委員、2名の監修委員によるテキストの完成とともに、その活用方策や地域実情の反映方法について検討を進めてまいりました。そして、指導救命士の認定について実態調査をし、指導救命士の活用について検討を進めてきたことをまとめていきたいと思っております。

1枚おめくりいただきまして39ページからは検討結果を取りまとめました。上段はテキストの完成に向けた取り組みや特徴などのテキストの概要を整理してございます。また、認定の実態ですが、現在38本部93名の認定数で、数は少ないものの、本年度中に認定を開始する団体も多く、今後の増加が期待されるという取りまとめをさせていただきます。

ます。

下、40ページでございますが、認定を進めるためには指導救命士の役割を改めて明確にする必要があるということから、平成25年度に取りまとめられました「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針ver. 1」で示された指導救命士の役割を示してまいります。指針では消防本部内での教育・指導の中心的役割とMC協議会等との調整役といった対外的な役割の大きく2つに分けておりまして、下段の表にはそのおのおのの役割例を示してございます。

1枚おめくりいただきまして41ページをお願いいたします。ここでは今後の展望につきましてまとめさせていただきました。指導救命士の導入促進につきましては、消防庁ではテキストの活用により指導救命士の養成を各団体で進めていただくこと。また、役割例を示した上で消防本部における役割を明確化するように促しまして、各都道府県において認定を開始するように働きかけてまいります。各地域では、地域の実情を踏まえた果たすべき役割を明確化し、都道府県ではその役割を把握しながら認定に向けて取り組むことの必要性を示してまいりたいと思います。

最後、42ページをごらんください。さらに指導救命士を救急救命士の再教育の日常的教育について活用できるように、所要の対応をするように明確化をしてまいります。さらに指導救命士の運用に伴うさまざまな効果の検証や質の向上について取りまとめをし、ワーキンググループの報告書にまとめてまいります。

救急業務に携わる職員の教育のワーキンググループの説明は、以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

このワーキンググループ長は〇〇委員にお願いしてあったわけでございますが、大変なご苦勞をおかけいたしました。この場をかりて御礼を申し上げたいと思います。また、救急救命士のテキストの評判はその後いかがですか。報告書、テキストの、〇〇先生、どうぞ。なかなかいいと自分で言っているんですから。

【〇〇委員】

先ほど事務局のほうから、一応、目標とした発行数に近いところまで今出ているということをお聞きして、うれしく思っている次第でございます。

【〇〇座長】

どのぐらいなの、具体的にはどうですか。

【〇〇委員】

2,500ぐらいを当面まずは目標にということだったそうですけれども、今の段階で1,700ということです。

【〇〇座長】

おめでとうございます。それはようございました。

どうぞ、何かありましたら、ご質問等がありましたらどうですか。よろしゅうございますか。ありがとうございます。ここも前回相当議論いたしましたので、議論がないようでございますので、次に移りたいと思います。次は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、今までの話も含めて、これからの話も含めて事務局からお願いしたいと思います。説明をいただきたいと思います。

【田中補佐】

ご説明いたします。では、資料の44ページをごらんください。これまでの海外の大規模イベントの調査を行いましたので、その報告をいたします。調査しましたのは、左にあります5つありまして、上から3つが直近のオリンピック3大会になります。中身になりますが、45ページ、46ページです。いろいろ情報量が多いですので簡単に申し上げますと、それぞれイベントの基本情報ということで開催期間、競技参加者数等々が書いてあります。オリンピックであれば観客数は数百万とか、チケットの販売数ですけれども、そういった数字が推定されます。

こういうイベントなのですが、下の46ページをごらんいただきますと、救急出動の状況をまとめております。こちら、それぞれ救急出動件数と、あとイベント関連の出動件数が真ん中にまとめてありますが、救急出動の件数については、各国の救急のシステムの違いもあろうかと思います。急激な件数の増加は認められませんでした。その要因としては、大会会場で万全の医療体制を構築しているのではないかとということもあります。したがって、医療体制の充実というのは東京オリンピック・パラリンピックでも非常に重要なことではないかということでございます。

続きまして47、48になりますが、47ページに書いてありますのは多言語対応です。各イベントとも通信指令員、救急隊、医療機関等々においてそれなりの対応をとっております。こうした多言語対応についてですけれども、それぞれ各消防本部においても各国の事例を参考にしながら対策をとっていただければと思います。また、48ページになりますが、危機管理計画等とありますが、ここに書いてありますのは消防機関側の対策で

す。やはり救急需要は増えると思いますので、それぞれのイベントで救急車の追加という対応をとっております。

次に49、50ページですが、引き続き危機管理計画等のところですが、まず、49は医療機関側の対策です。上3つがオリンピックですけれども、オリンピックであればオリンピック病院の指定などを行っております。また、ボストンマラソン、ベルリンマラソンでも大規模な救護所を一定程度設けたり、そういった対応をとっております。50ページになりますが、熱中症の対策と感染症の対策をそれぞれまとめております。それぞれやっておりますが、東京の場合は非常に暑い時期にやりますので、また熱中症対策というのも重要になってくると思います。こういった危機管理対策は、消防機関側の対策はもちろんですけれども、競技場周辺の医療救護所の設置などなど医療機関側の十分な対策も必要になるとと思いますので、全体の調整がこれからなされるということになります。

次に51ページですが、発生事案等について調べております。これはご存じの方も多いと思いますが、ボストンマラソンで2013年に爆弾テロが発生しました。結果的には死者3名、負傷者264名です。爆発後の対応ですけれども、最も早く搬送された重症者は10分弱で病院に到着していきまして、搬送された患者で死亡された方はいないということでございます。こういった事例も参考にしながら万全の体制をとる必要があると思います。

説明は以上です。

#### 【〇〇座長】

ありがとうございます。

このような体制で過去行われてきた。そしてまた、東京オリンピックでもこのような流れを踏襲していくという流れについての説明だったと思いますが、ご意見がありましたら、これもまだまだこれからの話だと思いますので、こんなところでよろしゅうございますか。どうぞ。〇〇先生、どうぞ。

#### 【〇〇委員】

すみません、時間のない中。日本医師会で現在、東京オリンピック・パラリンピック担当という名前ももらったので一言コメントしますが、ボストンもさることながら、ほんとうのマスギャザリングで、通常の救急搬送を維持しながら、このイベントをやって、医療も消防、救急もプラスアルファの部分を全部確保しながらやらなければいけないというのは、そんなに簡単ではないなと僕は思っているんです。それにはやはりいろいろなことを考えながら、相談しながらやることと、もう一つはやはりテロを含めた不測の

事態に、それは単なる爆発だけでなく化学的なものとか、場合によってはダーティボムだとか、そういうことも全部考えながら立案していかなければいけないのではないかなど。この間、ボストンに行って少し〇〇先生とも一緒に聞いたのですが、彼らはそれをやりながらやっている。たまたま爆発だけだったという話でしたので、ぜひその辺、ご一緒に考えたいと思っています。

以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

ボストンマラソンでの3名の犠牲者というのは、あり得ないほどすばらしい対応だったから、これで済んだという話をいろいろなところでしておりますが、その流れの一端だったと思います。東京でこういうことが、ボストンマラソンとはまた違うかもしれませんが、先ほど〇〇先生もマスギャザリングの最たるものがオリンピックだと思います。1,000人以上の監修が一時にある場所に集まってくるというのをマスギャザリングと言っておりますけれども、全体では救急車があとどのぐらい足りないのか、あるいはどうなっているのかというのは、これからなのかもしれませんが、〇〇部長、何かご意見ありますか。

【〇〇委員】

意見としては特にはないのですが、東京都のオリンピック委員会のほうでまだこれから警備関係の計画をつくらるところでございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。東京がやはり当然メインになってくると思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

それでは、このぐらいにさせていただきまして、次、ごめんなさい、少しおくれております。地方分権改革のこの決議に伴う救急車の編成の基準を変えていくことも必要ではないのかというところであります。事務局から説明をまず願ひたいと思います。

【田中補佐】

ご説明します。資料の53ページをごらんください。こちらは地方分権改革の関係で救急隊の編成基準についての要望がありましたという話であります。まず、53ページにありますのは法令の規定です。消防法の施行令で救急自動車1台及び救急隊3人以上をもって救急隊を編成するとされています。例外が2つほどありまして、転院搬送における

特例と構造改革特区の認定による特例がございます。そして54ページは救急隊3名編成での各役割ということで、なぜ救急隊が3人以上というふうにされているかということの説明です。担架搬送、応急処置のところでどうしてもやはり3名は必要であるということを書いています。

こうした前提がありまして55ページ、56ページですけれども、愛媛県の西予市というところから分権改革の関係で提案がありました。救急隊、今、現行3名ですが、これを2名で編成しまして軽症患者を搬送したいという要望であります。想定している運用の例というのが下にあります。現在、出張所で平日の昼間のみ3名編成で救急隊を配置していますが、それ以外の夜間または休日においては、この出張所ではなくて、また遠いところから救急隊を出して対応しているという状況です。それが56ページ、下のところになりますけれども、地図で見ると多少わかりづらい部分がありますが、この地図の下にあります到着時間をごらんいただきますと、平日日中は短い時間で着くのですが、夜間・休日は遠いところから出動していますので時間がかかるという状況です。ということで、2名で編成させてくれという要望が上がっております。

これについての対応ですが、57、58ページをごらんください。こちらについては閣議決定が昨年12月にされております。どういった対応をとるかということの閣議決定ですけれども、この編成の関係につきましては、過疎地等において必要な救急体制を確保できるよう、救急業務を3名以上で実施する体制を維持する中で安全性を確保しつつ、業務の一部を消防職員以外の者に行わせるなどの方策について検討して結論を出すと言われております。したがって、今後詳細の検討をしていただきたいと思います。検討事項にありますが、応急手当の基準ということで、その消防職員以外の者に応急手当を実施していただきますが、どの程度のものを可能とするか。また、そのための教育内容をどうするか。さらに業務内容とありますが、主に運転業務になろうかと思えますけれども、そういったことについてどう考えるかということで、これは蘇生ガイドラインのワーキンググループであわせて検討いただきたいということでございます。58ページは、そのスケジュールとなります。今年度、残り2回ありますので、こちらでの検討をお願いしたいと思っております。

以上でございます。

【山本座長】

ありがとうございます。

これも非常に重要で、3名以上の中に過疎地等で安全性を確保すれば、そこはどうかというふうに考えるのかというのをみんなで考えようではないかということではありますが、いかがでございましょうか。どうぞ。〇〇先生、手が挙がっています。

【〇〇委員】

1つの例としてなのですけれども、以前からファーストレスポnderという話で、地域で特に救急隊が到着するのに非常に時間がかかる地域において、消防と連携をして地域のボランティアの方に蘇生法を、きちんとした救命講習をやった上で必要に応じて地域でAEDを先に持って行って蘇生を始めて、救急隊は後から到着するという事で、全国幾つかの地域を見ているのですけれども、現在、知っている限り7例、そういう動きがあつて、最近では1月にドクターヘリも飛んだのですけれども、ドクターヘリよりも10分先にAEDが到着して、残念ながら疾患が心疾患ではなかったのが亡くなったのですけれども、というようなことも今のこの消防職員以外の者というような検討の中では、そういう可能性も十分ある話かなと思って、今、これを読ませていただいたのですが。

【〇〇座長】

そのとおりですね。事務局、あるいは消防庁としては、消防職員以外という具体的なにはどういう皆さんの可能性を考えているのでしょうか。

【田中補佐】

これもこれからこちら側で検討したいと思いますが、救急業務をやっていただきますので、基本的には公務員を考えておりまして、例えば役場の職員ですとか、または消防団員ですとか、そういった方々を念頭に置いております。

【〇〇座長】

なるほど。そのようなところを考えながらの消防職員以外の者というところではありますが、〇〇先生から手が挙がっています。どうぞ。

【〇〇委員】

現実に即していろいろなことを考えて検討されるのはもちろん必要なことだと思います。ただ、やっぱり事が命、健康の問題ですので、念のため申し上げますけれども、せっかくここまで組み上がってきたシステムが来た救急車の種類によって、いろいろな方の運命が変わるような状況になったら元も子もないわけです。一切のシステムの信憑性がなくなりますので、ですから、そのところはよくよく検討していただいて、その

上で妥当な線を出していただければと要望します。

【〇〇座長】

はい。それも十分、事務局のほうに徹底させていただきたいと思いますが、今の話では、私の記憶の中では、何の業務をやらせるのかというと機関員をお願いしたいのだという話でしたよね。機関員って、運転をという、そうでしたよね。

【田中補佐】

そうですね。主に運転業務になると思いますが、ただ、その人が何も応急処置ができなくてもいいというわけではありませんので、それなりの教育をどういうふうにするかというのをまたご検討いただきたいと思います。

【〇〇座長】

そのとおりですね。どうぞ、事務局、手が挙がっています。

【山口室長】

〇〇先生の言われるご懸念も当然あるかと思いますので、我々としては、この閣議決定文にもありますけれども、全国一律ということではなくて、過疎地域とか、離島、山間とか、非常に救急体制の維持確保が大変なところ、逆にこの制度を用いることで、先ほどの西予市の例ではないですけれども、近いところから救急現場に行けるようになるとか、救急体制の維持確保、あるいは向上に資するというような、条件をつけて、さらに一定の教育を受けた方が担うということとしまして、さまざまなご懸念について配慮しながら、制度設計をしていきたいと思っていますので、よろしくお願いします。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

どうぞ、〇〇委員。

【〇〇委員】

1つだけ質問ですが、この西予市の2名で編成するという話と、今のもう1人、消防隊員以外の人というのとは別の話ですか、同じ話ですか。ごめんなさい、混乱しました。

【〇〇座長】

事務局、どうぞ。

【田中補佐】

西予市の要望は、軽症か重症かを救急隊が判断した上で、軽症については救急隊2名で搬送したいという要望です。それについては、まず救急隊がそういった判断を責任を

持ってできないというのが1点ありまして、軽症か重症かを判断することはできないというのが1点。さらに、54ページのところにありますけれども、少なくとも人が重症か軽症かわからないような状態では、2名だと人が足りないので少なくとも3名いてほしいということを考えていまして、したがって、消防職員を確保できないのであれば、その他の方を確保していただいて、3名で搬送できるように、そういった制度を考えたいと。

【〇〇委員】

なるほど。ということは、2名で編成するという話はないということで理解していいんですか。

【〇〇座長】

よろしいですね。

【〇〇委員】

はい。わかりました。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

もう時間が10分程度延長してしまっておりますが、最後、今日、静かにお聞きになっておりました、全体を通して〇〇先生からご意見をいただきたいと思います。

【〇〇委員】

いや、時間もあまりありませんので、特に言うことはないのですが、お考えを聞いておりまして、医療にかかわるマンパワーが公務員だけではとてもやっていけないので、そのかなりの部分を非消防救命士に担わせたらいいのではないかなというような気がしています。それは病院の中の転送の問題も、それから、オリンピックの問題も、そういうのが非常に重要だなというように思います。早急にその非消防救命士をどう招集して、どういう雇い主のもとにそれを雇っていくかというようなシステムを早くつくらないとオリンピックに間に合わないと思いますよ。

もう一つは、指導救命士が、実際認定されたのが九十何名ということなのですが、これも救命士の数から考えたら極端に少ない。やはりインセンティブというのか、なってもどうってことないよなというような話で、とてもではないけれども、モチベーションをつけてあげないと指導救命士、これからどんどんなろうという人があまり出てこないと思いますね。ですから、例えば教育職として定年退職後雇用するとか、俸給に

反映させる等の形で解決するとか、何かその辺のところを具体的に、こういうものがあるから指導救命士になりなさいという目標が必要だなという気がして聞いておりました。

以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございました。

2つポイントをお話しいただきました。十分にその辺、事務局、よろしく願いしたいなと思います。特に東京オリンピックの問題については、そんなに時間があるわけはありませんので、よろしく願いしたいと思います。

ほかにいかがでしょうか。ありがとうございました。それでは、これにて全体を通しての終了をさせていただきたいと思います。それでは、マイクを事務局にお返しいたします。

## 6 閉 会

【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。次回の第4回の検討会につきましては、事前にご連絡させていただきましたが、3月16日、水曜日、14時から16時を予定しております。開催場所は、この建物の9階になります。開催通知につきましては、後日ご案内させていただきます。

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。

— 了 —