

平成28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28年8月4日（木） 10時00分から12時25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 : ○○座長代理、○○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、

オブザーバー : ○○様（○○課長代理）

4 会議経過

1. 開会

【伊藤係長】 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、伊藤が務めさせていただきます。よろしくお願いたします。それでは、以後の進行につきましては、着席して進めさせていただきます。この検討会は、平成11年4月27日に閣議決定されました「審議会等の整理合理化に関する基本的計画」の趣旨に鑑み、原則公開とさせていただきますが、カメラ撮影につきましては、円滑な議事進行のため、座長選出までとさせていただきますので、ご了承ください。なお、本日、消防庁次長、大庭は、急な業務が入り、欠席となっております。

まず、開催に当たりまして、消防庁審議官、猿渡よりご挨拶を申し上げます。

2. 挨拶（消防庁審議官）

【猿渡審議官】 本日はお忙しい中、お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。消防庁の猿渡でございます。

開会にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げたいと思います。ご案内のとおり、平成27年の救急出動件数の速報でございますけれども、年間出動件数が605万件、また、搬送人員につきましても546万人、過去最多という形で続いております。今後、さらに高齢化が進展する等々の背景を考えると、救急需要というのはますます増大し、病院への収容時間が延びていくことが心配されているわけでありまして。こういう状況の中で、限りある救急資源の適正な利用を推進し、関係機関との連携を強化する、あるいは救急業務の円滑な活動及び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。

今年度の本検討会におきましては、救急業務を取り巻く諸課題に対応するため、まずは救急車

の適正利用という観点から、緊急度判定体系の普及、救急安心センター事業の普及、さらには効果的な啓発、消防と福祉、民間機関等々の連携についてのあり方の検討というのがあります。続きまして、救急業務の円滑な活動及び質の向上につきましては、救急業務に携わる職員の教育、災害発生時における効果的な救急業務の推進等を今年度はさらに深めていただければありがたいと思っております。また、社会情勢の変化に伴う救急統計項目の見直しというようなことについても検討をいただければと思います。

多岐にわたる項目でございますけれども、本検討会の委員の皆様方の活発なご議論をいただきまして、実りある成果をいただきますよう、お願い申し上げましてご挨拶にかえさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

【伊藤係長】 資料の確認をさせていただきます。お手元にある資料をご覧ください。

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28年度救急業務のあり方に関する検討会」の開催要綱でございます。1枚おめくりいただきますと、委員名簿でございます。次に、資料として、「平成28年度救急業務のあり方に関する検討会。第1回資料：今年度の検討の進め方」でございます。次に、「平成27年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」「平成27年版救急・救助の現況」でございます。

以上、不足等はございませんでしょうか。

3. 委員紹介

次に、委員のご紹介をさせていただきます。〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしくお願いいたします。

【伊藤係長】 なお、〇〇委員、〇〇委員につきましては、遅れてのご参加との連絡を受けております。続きまして、〇〇委員。

【〇〇委員】 よろしくお願いいたします。〇〇でございます。

【伊藤係長】 〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【伊藤係長】 〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

【伊藤係長】 〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしくお願いいたします。

【伊藤係長】 〇〇委員。

【〇〇委員】 よろしくお願いします。

【伊藤係長】 〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしくお願いいたします。

【伊藤係長】 ○○委員。

【○○委員】 ○○でございます。よろしくお願いいたします。

【伊藤係長】 ○○委員。

【○○委員】 ○○でございます。よろしくお願いいたします。

【伊藤係長】 なお、○○委員、○○委員につきましても、遅れてのご参加との連絡を受けております。

続きまして、○○委員。

【○○委員】 おはようございます。○○です。よろしくお願いいたします。

【伊藤係長】 ○○委員。

【○○委員】 ○○です。よろしくお願いいたします。

【伊藤係長】 なお、オブザーバーとして、○○様にご出席をいただいております。

【○○様】 よろしくお願ひいたします。

【伊藤係長】 すみません、遅れての参加で○○委員をご紹介させていただきます。

【○○委員】 ○○と申します。どうぞよろしくお願いいたします。遅れて申しわけございませんでした。

【伊藤係長】 なお、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員におかれましては、ご都合により、本日は欠席となっております。

4. 座長選出

【伊藤係長】

次に、本検討会が第1回目でございますので、座長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28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、委員の互選によって選出すべきではありますが、昨年度からの継続議事もありますので、事務局からのご提案という形で、引き続き○○委員をお願いしたいと考えております。

委員の皆様、いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり・拍手)

【伊藤係長】 ありがとうございます。

なお、○○座長は本日欠席でございます。○○座長には、本日の議事進行の座長代理として○○委員へご指名をいただいております。

○○委員、座長席へご移動をよろしくお願いいたします。

それでは、平成28年度救急業務のあり方に関する検討会、○○座長代理より、ご挨拶をお願いしたいと存じます。

【○○座長代理】 おはようございます。座長代理の○○でございます。よろしくお願いいたします

します。座って失礼いたします。

救急業務のあり方検討会ですけれども、皆様方の活発なご意見で非常にスムーズに今までも進行いたしておりますが、ぜひとも本日もご協力をいただいて、進行をスムーズにいくようによろしく願いいたします。

昨年度は、消防機関以外の救命士の活用、救急車の適正利用、それから、個別事案を分析して搬送遅延の原因の解決、新しい蘇生ガイドラインの改訂への対応等を検討してきました。継続検討をしておりました職員の教育ということで、指導救命士のワーキンググループをつくりまして、新しく『指導救命士の養成に係るテキスト』を作成いたしました。これは非常に画期的な、救命士が救命士を教育していく上での新しいテキストで、現場では重要なことだなというように私は受けとめております。

本年度は、先ほど猿渡さんのほうからお話がありましたように、大きく3つの検討をしていこうということでございます。1つは、救急車の適正利用の推進、その中には救急安心センターの事業等の普及や、消防と他機関、福祉とか民間等との連携の検討。2番目は、救急業務の円滑な活動とクオリティーの向上ということで、救急業務に携わる職員の教育、大規模災害時の効果的な救急業務の推進等の検討。3番目は、救急統計の項目に一部追加等をして、よりブラッシュアップした救急統計の冊子をつくってゆくこと等、多岐にわたる検討項目を用意してございます。

救急業務のあり方に関する検討会全般を通して皆様方から幅広いご意見をいただいて、この検討会がよりよいものになるように、ご協力、ぜひともよろしく願いいたします。

以上です。

【伊藤係長】 ありがとうございます。

冒頭で申し上げたとおり、カメラ撮影につきましては、ここまでとさせていただきます。

では、以後の議事進行を〇〇座長代理にお願いしたいと存じます。よろしく願いいたします。

5 議 事

【〇〇座長代理】 それでは、議事を進めてまいりたいと思います。資料に沿って項目ごとに説明していただいて、その都度、意見を承るという形で進めたいと思います。

まず最初に、資料の2ページ、全体概要と、それから、緊急度判定体系の普及を説明をお願いいたします。

【大嶋理事官】 それでは、資料の2ページでございます。今年度の検討会の概略につきまして、簡単にご説明をいたします。

今年度の検討におきましては、左側にありますとおり、救急車の適正利用の推進、そして右側にあります、救急業務の円滑な活動及び質の向上、この2つを大きな柱としまして検討してまいりたいと思っております。

まず、左側の救急車の適正利用の観点でございますけれども、まず、緊急度判定体系の普及に

関すること。そして、救急安心センター、#7119、あるいは転院搬送ガイドラインの普及に関すること。また、効果的な普及啓発ということで、救急車の適正利用の効果的な普及啓発に関する検討。また、消防機関と他機関ということで、精神疾患に関する福祉や行政との連携、高齢者施設との連携、また、民間の患者等搬送事業者との連携、こういったものを検討してまいりたいと思っております。

また、右側、救急業務の円滑な活動及び質の向上でございますけれども、救急業務に携わる職員等の教育ということで、通信指令員のテキストの改訂でありましたり、一般の方向けのWEBコンテンツ（eラーニング）の改訂、救急活動プロトコルの検討、また、指導救命士の認定拡大に向けた検討ということをやってまいりたいと思っております。また、効果的な業務の推進ということで、大規模災害における救急業務のあり方、多数傷病者への対応計画、ドクターヘリとの効果的な連携、こういったものを検討してまいりたいと思っております。

その他、「救急・救助の現況」の見直しというものもあわせて進めさせていただきたいと思っております。

検討の概略につきましては以上でございます。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

緊急度ワーキンググループ設置の提案ということですが、体系の普及について、事務局から緊急度判定体系のワーキンググループを設置したいと。この検討項目について実務的に作業を進めていく必要があるだろうということですが、皆様、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。

では、そのようにさせていただきます。

ワーキンググループの設置については、ワーキンググループ長に、開催要綱第4条第3項の規定によって、私のほうから指名するということにいたしたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

（「異議なし」の声あり）

【〇〇座長代理】 それでは、ワーキンググループ長は、緊急度判定に高い見識、知識をお持ちの〇〇先生、よろしくお願ひいたします。

【〇〇委員】 はい。

【〇〇座長代理】 ワーキンググループの委員は、先生に指名していただくということになるかと思いますが、医師、保健師、住民代表、広報の専門家など、〇〇先生と相談して決定したいというように思いますので、よろしくお願ひいたします。

そういうことでよろしゅうございますか。

（「異議なし」の声あり）

【〇〇座長代理】 では、続いて、事務局から説明のありました緊急度判定体系の普及に関してご意見いかがでしょうか。

【森川専門官】 座長代理、すみません。Iについて、もう少し補足の説明をさせていただいてもよろしいでしょうか。

【〇〇座長代理】 そうですか。どうぞ。

【森川専門官】 まず最初の緊急度判定体系の普及についてですが、5ページをご覧ください。こちらのほうに検討の背景と目的というものを書いておりますが、緊急度判定体系につきましては、平成17年度から検討していただいております。そして、平成26年度からは、検討対象を、住民への普及啓発やコンセンサスの課題の解決については不十分ではないかというご意見もありましたので、緊急度判定体系の普及啓発に絞って検討を進めてきたところです。

今年度は、緊急度判定体系を普及させていくということで、緊急度判定の支援のためのツールについてももう少し検討していこうと。そしてもう一つが、そもそも緊急度判定体系の概念を普及させるためのツールをつくる必要があるのではないかと考えております。

次に6ページです。緊急度判定を支援するツールとして、まず最初にアプリを考えております。そちらに例を示しておりますが、大阪市消防局のほうで既に子供さん用に緊急度判定、そして病院検索機能のついたアプリを運用されております。あと、消防庁としては、これに受診手段情報もつけられれば、さらに住民の皆さんにとって役に立つものになるのではないかと考えております。そのためにこの緊急度判定支援と病院検索機能と受診手段情報をあわせたものを全国版としてお示しできないかなと考えておまして、ご検討をいただきたいと考えております。

次に、7ページは、救急車利用リーフレットになります。こちらは既に、右側に書いてありますが、小児用と成人用のリーフレットがありますので、これにさらに高齢者用のリーフレットを作成したいと考えております。

そして、真ん中の図になりますが、ステップ2ということで、表紙には、病気の可能性がありますよというのを書いてまして、裏側に、こういった症状があったときは救急車を呼んでください、こういった症状があったときは病院を受診してくださいというふうに書いておいて、これは1枚として参考にしていただけるようなものを作りたいと考えております。

あと、こういったリーフレットをどこに配置をして、あるいはどこに配布をすれば効果的に皆様方の手元に届くかというのをさらにご検討いただければと考えております。

次に、8ページは、救急受診ガイドの2014年版ということで、平成25年度に緊急度判定プロトコルVer.1を作成して、それに基づいてご家庭でご自分が緊急度判定をできるように救急受診ガイド2014年版というものをつくっております。

今、消防科学研究で〇〇大学の〇〇先生にお願いして、このときのプロトコルについてご検討をいただいております。赤判定が出たものでも、実際には緊急度がそう高くなかったというものもあるということですので、プロトコルを最新の知見に基づいて改訂していただくというのを考えております。それに基づいて、ここに書いてありますように、緊急度判定プロトコルVer

2を目指して、家庭自己判断、電話相談、119番通報、救急現場といったもののプロトコル改訂につなげていければと考えております。

そして、9ページが、緊急度判定体系の概念の普及についてです。そもそも緊急度判定体系の概念が難しいだろうということで、これを住民の皆様、それから消防、行政の担当者の皆様にわかりやすく伝えるためのツールといったもので、こういったものをご提案させていただいております。

まず最初に、左からになります。動画、これは成人とか、高齢者とか、いろいろな方を、広く対象にしております。そして、小学生、中学生用に短編アニメーション。そして、高齢者の方向けに小冊子。さらに、もう少し小さいお子様向けに紙芝居。そして最後、消防とか行政担当の方向けにガイドブックというものをつくりたいと思っております。

こういった内容につきまして、先ほど〇〇先生からご案内がありましたように、ワーキンググループを設置して、専門家の皆様方にご議論をいただきたいと考えております。

以上です。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

ただいまの緊急度判定体系の普及ということで幾つか提案されましたが、何かご意見なり、疑問なり、いかがでしょうか。

最初の6ページ、全国仕様にするということですが、もともとのオリジナルは大阪市消防局さんのを一応参考にされているということですか。

【森川専門官】 はい。オリジナルというか、これが今、使われているということですので、プロトコルとかそういったものは、今のバージョン1とか、新しくなったバージョン2とかを参考にしたいと考えております。

【〇〇座長代理】 リーフレットの2番は高齢者を入れるということですね。

よろしゅうございますか。

大阪市さん、何かございますか。

【〇〇委員】 いや、我々も小児だけでやっておりますので、ぜひできればなと思います。

【〇〇座長代理】 なるほど。10ページの要請理由の3番、救急車を要請して、生命の危険があるとか、自力で歩けないとかはわかりますが、この「軽症や重症の判断がつかなかった」というのがありますが、もし、うまくこれが機能すれば解決するのかなという気がします。

よろしいでしょうか。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】 大阪市のこの取り組みって先進的だと思うのですが。実際、その大きな目的の一つというのは救急車の適正利用の推進というところにあると思います。具体的に、このシステムを導入して、その適正利用にかなり貢献しているのかどうかという、データというのは実際、あるのでしょうか。

【〇〇委員】 ちょっとお答えさせていただきますと、現時点で具体的にお示しできるようなデータというのはとっておりません。とる方法としては、アンケートをとるとか、そういった方法しかないのかなというふうに考えてはおるのですが、今後、検討していきたいと思っています。

【〇〇委員】 特に高齢者の場合というのは、医療機関へのアクセスがないがために救急車を利用せざるを得ないというバックグラウンドがあるので、こういうシステムというのは非常に大切だと思います。具体的な成果があれば、もっとすばらしいなというふうに思って質問しました。

【〇〇座長代理】 どうぞ。

【〇〇委員】 実際に町の声を書きとると、非常に評判がよいというのが事実です。ただ、不要不急の救急車の出場の抑制、要請の抑制にどれだけ貢献できているのかというのは、これは救急安心センターのところでも議論になると思うんですけど、非常に難しいんですよね、数値を出すのが。ですから、アンケートをとっても、何件減ったんですかというのは、今後、出るか出ないかというのは非常に難しい問題だというのが1点。

もう一つは、スマホを操作しますので、若いご両親が多いんですね、小児対象ですから。ですから、さっさとできるのですが、これを全高齢者も対象にしていこうということになれば、非常にスマートフォンの操作というところでハードルがあるのかなというふうに思います。

【〇〇座長代理】 〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】 病院検索機能と受診手段情報がリンクするというのは非常に魅力的な案だなと思って見ていたんですけども。これはかなりローカルな情報になると思うので、例えば、このアプリが東京都版とか、神奈川県版とか、あるいは横浜市版というふうなローカルなアプリとして出していくのか、このアプリを、行って大阪で使うと大阪の情報が出てきたり、東京で同じアプリを使うと東京の情報が出てきたりというふうなところまで機能する予定なのかという辺を教えてください。

【森川専門官】 消防庁が考えていますのは、一応、全国モデルみたいなものをお示しして、あと、この病院検索以降のところは各自治体さんで工夫して、くっつけていただけるようなものを考えております。

【〇〇委員】 そこまでは消防で開発するわけではない。わかりました。

【〇〇座長代理】 各自治体に投げて、その中でやっていただくと、最終的には。モデルのアプリをつくと、そういうことですね。

【森川専門官】 はい。

【〇〇座長代理】 どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】 〇〇です。

今のお話でいきますと、自治体ごとにつくと、自治体の境界部分で、例えば私ども、神奈川県相模原市に病院があるのですが、相模原の端っこの方は東京町田の市民病院に通ったりしてい

ると。神奈川県でやっているという病院が出てこないということがちょっと心配なんですけれども、その辺をうまく、ぜひ協調して連携するというのをお願いしたいと思います。

【〇〇座長代理】 県外の方が近い場合がある……。実際、現場では、時々問題になったりしていますね。おっしゃるとおりです。

〇〇先生。

【〇〇委員】 私、大阪のほうなので、補足しますと、大阪市消防局さんが最初、小児の救急支援アプリということで開発されました。最初は、アプリは、ある意味、URLへ入っていくためのゲートですが、その中で実際に医療機関を調べたいというときは、登録されたリストをマスターにすれば、その後ろにくっついているわけです。最初は大阪市内の小児関係の診療所だけのリストだけでしたが、現在、大阪府下全体に展開しています。ということは、データベース化で変えておけば、GPSが立ったところから近いのを順番に選んでいきますので、マスターさえどんどん広げていけば、基本的にはどこにおろうとも、一番近い直近のところから拾えるという仕組みになっています。

だから、意外と骨組みだけつくってあげれば、全国どこでも、その中に入れるマスターの医療機関リストさえ関係機関から協力をいただければ、例えば医療機関からも見れる、あるいはAEDの設置場所もわかる、あるいは、そのほかの情報も全部覗けるようになろうかと思えます。

【〇〇座長代理】 どうぞ、先生、今度新しく医師会から参加された〇〇先生から。よろしくお願いします。

【〇〇委員】 日本医師会の救急担当の〇〇です。

この病院検索機能ですけれども、これは病院検索機能自体はほとんど、各都道府県にもうあると思うんですね。あと、各市町村、政令指定市でもやっておりますので、これをまた新たに別途になると非常にもったいない話なので、既存の、救急だけではなくて、ほかの一般的な情報とあわせて、その辺の関係調整をしっかりと行った上で利用していただいたほうがリーズナブルではないかなと思いますけれども。

【〇〇座長代理】 もともとそういうことですよ。従来の、例えば救急指定病院なりのデータを、各自治体がそれを使って、このアプリに組み込んでいくというような、〇〇先生がおっしゃったような形の話ですよ。

【森川専門官】 はい。

【〇〇座長代理】 〇〇先生のところもそういう形のことを今ちょっとおっしゃったんだと思いますけど。

ほか、いかがでしょうか。

もし何かありましたら、また後ほどということもありますので、続いて進めていきたいと思

ます。Ⅱの救急安心センター事業の普及、それから、効果的な普及啓発の検討を11ページからお願いいたしたいと思います。

【大嶋理事官】 それでは、12ページをごらんください。まず、Ⅱの救急安心センター事業（#7119）等の普及でございます。まず、検討の背景・目的でございます。背景といたしましては、救急出場件数、ほぼ一貫して増加しておりまして、緊急性の高い事案に適切に対応するためには、救急車の適正利用を進めていくことが必要だということでございます。

昨年度の検討会におきましては、救急相談事業（#7119）の普及促進、また、転院搬送の適正化ということでガイドラインを検討いただきまして、その結果を通知させていただいたというところでございます。

今年度の検討内容でございますが、まず①の救急電話相談事業（#7119）の普及でございますけれども、まず、その取り組み状況について調査を実施してまいりたいと思っております。既存の実施団体につきましては、効果や課題等を調査、また、新規の団体につきましては、事業の開始前後での効果の調査、また、未実施につきましては、検討の進みぐあい等の調査を進めてまいりまして、普及に弾みをつけてまいりたいと思っております。

既存実施の団体のほうからは、昨年度の検討会報告にもまとめておりますけれども、軽症者の割合が減ったでありますとか、救急の出動件数の抑制につながったとか、利用者の高い満足がある、また、病院側といたしましては、救急相談件数が減少した、時間外の外来患者の減少が見込まれるといった効果が予想されておりますけれども、こういったものにつきましてもう少し深く調査をしてまいりたいと思っております。

また、②転院搬送に関することでございますが、昨年度、この検討会におきまして転院搬送のガイドラインというものを検討いただきまして、その結果につきまして、本年3月でございますが、各都道府県を通じまして通知をさせていただいております。それらの進捗状況につきましてフォローアップをしてまいりたいと思っております。

詳しくは13ページでございますが、#7119につきましては、13ページにありますような内容で通知を出させていただいております。通知の内容につきましては、#7119につきましては、有効な方策であるということから、導入に向けて積極的に取り組んでいただきたいということを通知させていただいております。現在のところ、東京、大阪、奈良など全国7地域で実施をされておりまして、これを普及させていきたいと考えてございます。

また、15ページにつきましては、救急相談事業に関する財政支援ということで、新規立ち上げ、また、ランニングコスト等の支援につきまして簡単に掲載させていただいております。

16ページでございますが、②の転院搬送に関することでございますが、本年3月に通知を出させていただいております。内容につきましては、その四角の部分でございますが、国のガイドラインを参考にいたしまして、地域の実情に応じて、ルール化に向けた合意形成のための取り組

みを積極的に行っていただきたいということでございます。ガイドラインの内容につきましては昨年度検討をいただきましたが、原則といたしまして、緊急に処置が必要であること、また、専門医療が必要な傷病者であって、他の搬送手段が活用できないと判断される場合に実施するという中で、この中では原則として医師、看護師が同乗すること、また、医療機関が転院搬送依頼書を提出すること、こういったものをガイドラインの中に盛り込ませていただいております。

17ページでございますが、この通知を受けまして、幾つかの地域におきましては具体的な取り組みが出てまいりまして、まず、埼玉県におきましては、本年4月に、作業部会を設けまして、実施基準の「その他の基準」の中に転院搬送のルールを明確にするということについて承認を得たというところでございます。また、佐賀県、長崎県におきましても、同じように検討を進めていくという予定で聞いておりまして、徐々にではございますが、ガイドラインのルール化に向けた取り組みが進められているという状況でございます。

続きまして、Ⅲの効果的な普及啓発の検討でございます。19ページをごらんいただきたいと思っております。まず、検討の背景・目的でございますが、平成27年中の救急出場件数が減少した消防本部の減少要因についてアンケートをしたところ、123本部、全体の44.1%が適正利用に関する広報を実施しているという回答をしております。効果的な普及啓発が重要だということでございます。

今年度の検討内容につきましては、効果的な普及啓発の検討ということで、各本部での効果的な取り組み、こういったものをいろいろと調査をいたしまして、適正利用に向けた効果的な各種方策の提示をしてみたいと思っております。

20ページは、これまで消防庁が取り組んできた取り組みでございますが、これまでポスターでありますとか、利用マニュアル、リーフレット等を作成したところでございます。

21ページにつきましては、各本部で実施されている広報の例ということで掲載させていただいておりますが、単に救急車の適正利用を訴えるものではなく、例えば、右上を見ていただきますと、「それって救急車じゃないとダメですか？」ということで、少しメッセージ性のあるようなキャッチフレーズをつけて広報をされているような本部もございますので、こういったものも参考にしながら、国としてこういったものが効果的かという検討を進めてまいりたいと思っております。

説明は以上でございます。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

2つ、救急安心センター事業と、それから普及啓発の検討ということを説明いただきましたが、まず、Ⅱの救急安心センター事業の普及のほうからご意見を伺いたいと思っております。いかがでしょうか。17ページまでの部分ですね。

どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】 今回初めて出席させていただいてちょっとわからない面があるんですけど。相談の体制ですけれども、相談員の常勤、常駐とか、あるいはオンコール体制とかは、各地区で大体平準化されているのでしょうか。どういった方が常勤で受け付けをして、何人体制でやると、かなりばらつきがあるものなのでしょうか。

【大嶋理事官】 各団体によって少しばらつきがございますが、多くは、相談を受ける方は看護師の方が多いと。また、医療機関案内等につきましては、救急救命士のOBの方とか、そういったものを活用されているところもございます。医師につきましては、常駐しているようなケースと、あと、オンコールということで、病院にいる医師から助言を得られる体制を整えているところということで、若干ばらつきがあるような状況でございます。

【〇〇座長代理】 どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】 7119の話は前回の最後まで同じことを言ったかもしれませんが、栃木県では数年前から7119をやろうということで、市長会から言っていたりとか、町村会から言っていたりとかいろいろして、県議会でも話が出たということで、栃木県もそういう方向で予算をとって、やるということになったのですが、結局、ここに出ているとおり青色で、違う番号でやると。どうして#7119でできないのかと聞いたら、お金がないというふうにはっきりとおっしゃって。でも、これを読むと、補助しているということが書いてあるのですが、補助しているけれども、お金がないって一体幾らかかるんだと聞いたら、5万円でドコモだけだったらできると、またはa uだけ、どこか1個の会社ならできるけれども、全部やるととんでもないお金になるから県としては出せないとかいうような話がありました。

その辺をせっかくですから解決して、やっぱり全国どこへ行っても同じ番号でというのが趣旨だと思いますので、この青いのが増えるのをやるのではなく、ぜひ全国統一ということを念頭に置いた方策をとっていただけるとうれしいなというふうに思っております。

【〇〇座長代理】 非常に重要だと思いますが、何かご意見ございますか。

【大嶋理事官】 今ご指摘のありましたとおり、#7119ではなくて、類似番号でサービスをされているところもございまして、今、その部分につきましては、少し聞き取りなどを進めておるところでございます。1つは、24時間365日というところが少し要件が厳しいんじゃないかということをお願いしております。その辺につきましては、例えば横浜市のほうではいろいろと工夫をされておまして、今は24時間365日になっておりますが、それまでの間は平日昼間は#7119のサービスをやっていなかったわけですけれども、昼間は医療機関案内につながりまして、医療相談は照会した医療機関で受けられるということで、実質的に365日の対応をしているというような工夫をしているところもございまして、そういったものも少し紹介しながら、類似の番号をやっているところも#7119に移行してもらえよう働きかけをしてまいりたいと思っております。

財政支援につきましては、15ページでございますが、ランニングコストにつきましては普通交付税で措置をしているということで、標準団体10万人当たり753万3,000円の措置がされているということで、既存の実施団体のランニングコストをいろいろと計算しますと、全てこの範囲内におさまっているという状況もございまして、こういった部分では措置は十分なのですが、交付税としまして一括で入ってしまいますので、それをどうとってくるかというところが非常にご苦労されているのかなと思っております。

【〇〇座長代理】 どうぞ。

【野村室長】 〇〇先生、ありがとうございます。私ども、この#7119を広げたいということで聞き取りもしているのですが、救急の出動件数が伸びていて切迫しているところがやっぱり効果的だということがございまして、特に大都市部のところなんですね。従いまして、単に聞き取りというのではなくて、実は個別に私ども、ご訪問して、東京都さんや大阪府さん、全体とかで実際、やられているところがこれだけ効果が出ていますよというのを教えていただいたものを持って、こういう形でやられたらできるんじゃないですか、あるいは、先ほど申し上げたように、横浜市だったらこういう工夫をしていますよ、福岡県でもこういう工夫をしていますよというようなことも全部お持ちして、特に大都市部中心に行脚しようと思っ、今、行脚しかけているところでございます。

先生方からも応援いただければありがたいなというふうに思っています。ここには出てきていませんが、例えば神戸市さんなんかも、来年度実施に向けて今年度予算も計上していますとか、そういうところも出てきておりますので、そういう団体が増えるよう努力してまいりたいと思います。本日も東京消防庁さんとか、お越しいただいて、札幌市さんとか、大阪もそうですね、実施されているところがございますので、またメリットをたくさん教えていただきながら、行脚して、説得して増やしていきたいと思っております。この検討会の先生方に応援していただければありがたいと思っております。個別働きかけをやっていきたいと思っております。失礼しました。

【〇〇座長代理】 いかがでしょうか。どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】 〇〇です。

この13ページの通知概要のところ、#7119は、原則都道府県で行うというふうな中で、実施が困難な場合には区域の市町村でもよろしいというふうな通達概要だと思います。下の14ページの日本地図を見ると、〇〇先生の栃木のところとか、千葉県の一部が市町村という単位で行われているということになるのですが、実施が困難という理由は、主に人的な問題なのか、経済的問題なのかというのが質問の1点目です。2点目は、札幌や神奈川県横浜でしょうか、和歌山の一部もそうなんですけど、グラデーションがかかっているところがありますね、これはどういうふうに判断すればよろしいのか、教えていただければと思います。いかがでしょうか。

【大嶋理事官】 大変説明が不足しておりまして失礼いたしました。このグラデーシヨンのところにつきましては、一部で実施しているというところがございます、北海道でありましたら札幌市とその周辺、また、神奈川県でありましたら横浜市、和歌山でありましたら田辺市とその周辺がやっているという状況でございます、一部で実施している団体はちょっとグラデーシヨンにさせていただいているというところがございます。

【〇〇委員】 そうすると、近接している市町村は使えるというふうな理解でよろしいのですね。

【大嶋理事官】 #7119の番号につきましては、電話会社の都合上、各県に1個しか付与できないということがございまして、1個の市でやってしまいますと、ほかの市がやろうとすれば、その番号に乗っからないといけないというところがございます、そういう意味では原則都道府県とさせていただいております。やはりニーズの違いというものもございますし、同じ県の中でも都市部で非常にニーズの高いところ、また、それほどニーズが少ないところもございますので、県の中でも一部の市だけやりたいというケースもございますので、そういったものにつきましても先行的に#7119を使っていたとしてもいいですよというところもあわせて通知をさせていただいたというところがございます。

【〇〇座長代理】 どうぞ。

【〇〇委員】 同じようなことで申しわけないです。私、今日は午後から地元の埼玉に帰って、MC協議会の会長をやっているのですが、埼玉は#7000でやっているんですけど、ほとんど同じ事業をやっていると思うんですけども、ちょっと不明の至りで、なぜこれが#7119になっっていなかったのかと、ちょっと私もよくわからないんですけど、お金の問題だけなのでしょうかね。ほとんど同じ内容でやっていると思うんですけども。

【大嶋理事官】 今、少し聞いておりますのは、やはり365日運用するのが難しいと。埼玉のほうはたしか、夜間と休日しか、今、サービスをやっていなくて……。

【〇〇委員】 昼間の場合はだめということ……。

【〇〇理事官】 昼間までやるのがちょっと体制的に厳しいという話は伺っております。その辺、先ほどの横浜のような例で少し工夫をしながら、サービス自体は夜間・休日なんだけれども、少し昼間も何かフォローできるようなものを設けていただければ、#7119の移行につきましては問題ないかなと思っております。

もう一つ、横浜市さんから伺いましたが、横浜市さんも以前は#7119以外の番号で医療機関案内等をしていたという状況がございまして、今はその番号にかけても#7119にかかると。利用者につきましては、従前、使っていた#何とかという番号にかけて、テープとかは流れることなく、そのまま#7119につながって、利用者のほうはどちらにかけても同じところにつながるというふうに工夫されていると聞いておりまして、そういった工夫も、既存の番号を利用

しながら移行というものがスムーズにいけるんじゃないかなと思っています。

【〇〇委員】 ありがとうございます。

【〇〇座長代理】 14ページを見ますと、結構問題だと思いますが、#8000のほうはほとんど緑と黄色で、結構、全国版で動いているんですね。それに比べて#7119のほうは、対象人数が圧倒的に多いと思いますが、もう少し何とかしていただけないかと思います。その下の認識の相違というところを見ても、ブルー一辺倒という自治体が結構あります。これは、自分たちのやることではなくて、国でやってほしいという意味ですか。

【大嶋理事官】 このブルーにつきましては、必要性は感じているんですけども、自分たちが率先してやるべきではないというような意見でございます。ほかのところはだんだんと広まってくればやるかもしれませんけれども、先陣を切ってやる必要はないというような意見だと理解をしております。

【〇〇座長代理】 国でやってくれということじゃないということ？

【大嶋理事官】 そうではないというふうには理解しているんですけども。

【〇〇座長代理】 国以外でも、例えば、私的なコールセンターがやってもいいんですよということですか。 #7119以外の番号で自治体の委託を受けた電話相談センターがいくつかありますが、それを進めると言う事ですかね。

【大嶋理事官】 我々としては#7119として広めていきたいと思っております。例えば、和歌山県の田辺市さんのほうでは、サービスを民間に委託されて#7119を運営されているところもございまして、自前で人を確保してやっているような例もございまして、民間のほうに丸々委託をしているようなケースもございまして、そういった実施方法につきましては、それぞれの地域でありますとか、規模でありますとか、そういうものに応じて工夫されて実施されているところがございます。

【〇〇座長代理】 これ、いずれにしてもできるだけ早く、この左の図を見ると結構、ある意味でお寒い状況なので、早く何とかしていただきたいですね。

どうぞ。

【〇〇委員】 〇〇でございます。

次の話題になるんですけど、次の広報のところは19ページです。279本部のうち123、44.1%の救急車が減少しているというところがありますね。これと、今の救急安心センター事業の地域ですか、別にうちは関心ないよと、関心ないよという言い方は失礼ですけど、そこもしリンクしているのであれば、ちょっとやはり考え方は違うと思うんですよ。要するに、救急件数は減少している、そんな中でこの相談安心センターを立ち上げる必要がないんじゃないかと思われているところがあるのであれば、それはそれでちょっとまた検証の必要があると思いますので、もしデータとしてわかっているのであれば、教えていただければありがたいんですけど。

以上です。

【〇〇座長代理】 貴重なご意見だと思いますが。

【大嶋理事官】 今、ちょっとそのデータがございませんので、少し分析を進めまして、またお知らせをさせていただければと思っております。

【〇〇委員】 はい、了解しました。

【〇〇座長代理】 どうぞ。

【大塚委員】 先ほど座長のほうからご指摘のあった14ページの黄色、ブルーの表のところ、意識の問題ですけれども。実のところ、大阪市では平成21年に立ち上げたのですが、そのときに大阪府の消防防災課が主担となって立ち上げないかという話が一時あったんです。ただ、大阪府としてはしないという結論に至ったので、大阪市にお鉢が回ってきたんです。なぜかといいますと、彼らが根拠としているのは、普通交付税の、ここに書いていますけど、財政措置が市町村分の消防費に入っているじゃないかと、都道府県費じゃないじゃないかというところが、東消さんは交付税がないので、あれなんですけど、どうしてもそこが府の消防防災課、健康の福祉の部門が主担となりにくい一つの根拠になっているんじゃないか。となると消防機関が、どこかが、都道府県の代表消防本部なりが中心となって立ち上げていくということになれば、これも多大な労力が要るんですね。想像以上の労力がかかると。ですから、政令市の中でもほんとうに力のあるような、職員の数が多いとかいうようなところじゃないと、なかなか府県をまとめていけないというのが実情だと思います。

【〇〇座長代理】 そういうことですか。

【大嶋理事官】 今、実施している団体を見ますと、大体半分ぐらいは消防主導でやられているところで、半分ぐらいが医療部局が主導でされているところという状況でございます。普通交付税のほうも市町村に入っておりますけれども、やり方としましては、都道府県が主導でやっているところもございますが、市から分担金を取って、県で運営するというような工夫もできると思いますし、何かその辺が障害になっているという、その辺の課題ですね、そういうものもしっかりとつかんでいって、普及の方策をちょっと検討していきたいと思っております。

先ほど〇〇部長のほうから話がありましたけれども、減少しているかどうかというところもございますが、1つ、伸び率が抑制されているというような効果もあるんじゃないかというところでありまして、少しその辺も、減少には行っていないけれども、伸び率が減少しているというところもあると思いますので、そういった部分を少し分析を進めていきたいと思っております。

先ほどもニーズの高いところを中心にやっていきたい、働きかけをしていきたいと思っておりますが、それら以外の地域についてもやはり広めていきたいということは考えておりまして、そういった地域に対しましては、住民に対する安心の提供ということで、救急の出動件数はそれほど多くもないんですけども、住民の安心につながっている部分、あと、医療機関側につきまし

ても、看護師が医療相談を受ける時間が減るでありますとか、また、時間外の外来患者が減るとかいった効果もあるんじゃないかと思っておりますので、救急の搬送ニーズのみならず、そういった観点も訴えてまいりたいと考えておるところでございます。

【〇〇座長代理】 〇〇先生。では、これに関してはまた時間の関係もありますので、これを最後で、よろしく。

【〇〇委員】 都道府県の中の話が今までありましたけれども、地域のどこの医療機関を照会するかとか、どこの消防を出すかということを除けば、実は、ほぼ日本全国同じような基準になります。先ほどの大阪のように、かなりの人口をまとめてやらないと効率が非常に悪くて整備が難しいので、政令指定都市を抱えないような県であるとか、比較的小さいところは、都道府県の枠を超えたコールセンターをつくって、その中で、病院情報だとか救急隊の情報はネットワーク化して、それぞれの地域に返していくモデルをつくられたほうが、今後の普及に関してはいいんじゃないかなと思います。

【〇〇座長代理】 おっしゃるとおりですね。

では続いて、21ページまでの効果的な普及啓発、先ほどちょっと議論が出ておりましたが、ここに関していかがでしょうか。

1つは、44.1%、うまくやれば、これが効果あったんだろうということだと思いますが、いかがでしょうか。あるいはそれ以外でも。

このようなリーフレットをいろいろ作っておられますが、私も何かの講演があったときに、こういうのを配って、冷蔵庫に張っておいてくださいというようなことを言って配布しています。ほとんど初めて見たっておっしゃるんですね。東京都でも結構、普及啓発されていると思いますが、まだまだだと思います。もう少し何か効果的なPRの仕方はあるんじゃないかなと思うんですけど。

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】 啓発は非常にもちろん大事な話でというのが大前提でありますけれども、これ、平成20年と23年の間に一生懸命、ポスターを全国でつくってやりましたよね。その結果、搬送件数が減りました。それは結局、どういように今、評価されているのでしょうか。グラフで見ると、明らかにちょっと変にへこんでいますよね。あのへこんでいるのは、あれはよかったですでしょうか、悪かったですでしょうか。

あのときは、かえって、一生懸命減らすと、真面目ないい人ばかりそれをやらないようになって、どうしようもない人は今までどおりだった。そのいいところが減っただけで、結局、いいことをしたのか、悪いことをしたのか、というような議論もあったような気がするのですが、それはどういうふうに総括されて、今度はそれをどういうふうにやろうとされているのかがちょっとわからなかったのので、教えていただきたいと。

【大嶋理事官】 救急出動件数、一時期、平成20、21年ですかね、減少しているところはございまして、その分を少し分析したものがございまして、要因を見ますと交通事故と急病ですかね。

【伊藤係長】 急病です。

【大嶋理事官】 その2つの要因が大きく下がっているというのがわかりまして、これは類推ではございますが、社会的な背景といたしまして、飲酒事故の件が大きく報道された時期、また、奈良の妊婦の搬送事案というのが大きく報道されたような時期もございまして、そういった社会的な背景もあるのかなとは思ってございますが、一方で、こういったポスター等を活用したという効果もあわせてあるんじゃないかというふうに我々、類推をしているというところでございます。

【〇〇委員】 そうすると、もちろん啓発は重要なんですけれども、啓発したことによってというよりは、社会的なの主にあったから減ったということ。だから、結局、もとに戻った、あそこくぼみだけがちょっと変で、実際にはずっと同じペースで実は伸びていたんじゃないか。それを一部だけ減らした。その一部減らすのが、ほんとうはいいところを減らしているから、今後こういう取り組みを同じようにしていけばいいだろうという大前提の話なのでしょうか。僕がさっき言った、ほんとうは救急車を呼ばなくちゃいけない人が自分で抑制しちゃったということは、ほとんどなかったということなのではないでしょうか。

【大嶋理事官】 その部分の分析まではちょっとできておりませんが、こういった適正広報をする際には、ほんとうに必要な方が萎縮しないような部分、また一方で、適正に利用していただくという広報もしないといけないということで、その両面を両立するような形で広報をしていかないといけないなと思ってございまして、そういった部分にも配慮しながら、何か効果的なものをできないかということ今年度進めていきたいと思っております。

【〇〇委員】 もう一つだけ、すみません、何度も。先ほどご案内があったとおり、605万件の要請があって、実際には546万件しか搬送していませんよね。実はもう1割、現場で搬送していないわけで、それはこういうのとどう関係にあるのか。どんどん現場で搬送しないというのが増えていくのか、そのままでいいのか。これはいいことなのか悪いことなのかもよくわからないんですけど、現場の救命士が一番困っていらっしゃるわけで、こういう啓発をすると、そういうのも減ってくるだろうと。それとも消防庁としては、現場での搬送は難しいから、あなた、自分で行ってくださいというのを増やしていてもいいという判断なのか。それと、この啓発のあれがみんなミックスしていて、どういうふうに進めていったらいいかがちょっとわかりにくいところなんです。

【〇〇座長代理】 現場トリアージを普及啓発のPRで減らせるかとか、その辺、難しいですよ。実際、現場のそういう数と、リーフレットの普及のPRとの関係はどうなっているか。こ

れからその辺を含めて、実際に動き出したら、その評価とか、ぜひとも必要だとは思いますが。

時間の関係もありますので、続いて、Ⅳの消防と関係他機関との連携、22ページから説明をお願いいたします。

【大嶋理事官】 それでは、23ページでございます。検討の背景・目的でございますが、高齢化等の進展等を背景といたしまして、救急需要が増大し、医療機関収容までの時間が延伸しているという状況でございます。こういったところで、消防のみならず、他機関との連携が必要不可欠ではないかというところでございます。

今年度の検討内容、大きく3つございまして、①は福祉、行政関係者との連携でございまして、これは主に精神疾患への対応に関しまして連携していこうというものでございます。また、②高齢者施設との連携。また、③民間事業者との連携。大きくこの3つを検討してまいりたいと思っております。

具体的には24ページでございます。まず、福祉、行政との連携につきましては、このグラフを見ていただきますと、搬送時間延伸の要因としまして、3時間以上を要したもの、中程でございますが、180分から240分の部分でございますが、一番多い要因が精神疾患患者であるということが昨年度の分析でわかったというところございまして、この部分につきまして少し何か方策はないかということで、具体的に検討してまいりたいというところでございます。

25ページを見ていただきますと、1つの取り組み例ということで秋田県の例を挙げさせていただいております。秋田県につきましては、取り組みの背景、目的でございますが、精神疾患と身体症状の両方を有する患者につきましては、精神科を有する総合病院、こちらのほうに搬送するというところございましたが、その最終的な受け皿であります秋田大学医学部附属病院に集中いたしまして、空きベッドがなくなるという困難な状況になったというところでございます。

こういった背景といたしまして、県のほうでは、現状の把握と改善策を検討いたしまして、ワーキンググループでいろいろと検討した結果ということで、その次にございますように、精神疾患と身体症状の両方を有する患者につきましてルールを決めようということで、救急隊が、まず、身体症状の診療をする一般病院に搬送するのか、また、精神科の病院に搬送するのか、また、精神科と一般の症状を診られる総合病院に搬送するのかということの振り分けの基準を策定したというところでございます。やはり精神科と一般の診療科を有する総合病院というのは少ないという状況もございますので、まず、一般病院に診てもらうのか、あるいは精神科病院に診てもらうのか、こういった振り分け基準を策定したというところでございます。

また、あわせて、この振り分けの基準につきましてモデル事例を示しまして、救急隊の判断に資するというところで、こういったものをつくりまして運用を開始したというものでございます。

具体的には27ページでございますが、こちらのフロー図にありますとおり、A、B、Cと書いてありますが、左側が精神科を有する総合病院に搬送するケース、中ほどが一般病院に搬送す

るケース、右側が精神科に搬送するケースということで、フロー図によりましてA、B、Cに振り分けるといった基準でございます。

振り分けの基準としましては、上のほうの四角の部分でございますが、現場の判断基準といたしまして①から⑤まで、この症状に当てはまるかどうかというところで判断をしていくというものでございます。

こういった振り分け基準をつくりまして、さらに28ページにありますような、こういった事例集、例えば、事例2でありましたら、精神科を有する総合病院に搬送するケースであると、右側の事例でございましたら、一般病院に搬送するケースということで、それぞれ具体事例を挙げまして救急隊の判断に資するというところで、こういったモデル事例集もつくりまして運用を開始しております、非常に効果も上がっているというふうに向っている事例でございます。

また、これ以外にも、大阪のほうでも同じような形で連携されているような事例もあると聞いておりますので、こういった良好事例などを調査いたしまして、何か方向性を示せないかということを検討してまいりたいと思っております。

次、29ページでございますが、高齢者施設からの救急搬送を円滑にするというところでございますが、現状といたしまして、救急隊が行ったときの情報伝達がスムーズにいかないなど、そういったケースがあるというところでございまして、具体的には30ページにありますとおり、これは神戸市消防局におけます取り組みでございますが、こういった高齢者施設におけますガイドラインを策定いたしまして、右上の四角の部分でございますが、119番をする際には、こういった事項を伝達するのか、あるいは、119番するだけで終わりではなくて、到着までの間には応急手当を実施すること。また、到着した後も救急車の誘導をしてもらうこと、こういったフローをつくったりとか、あと、右下にありますように、救急隊への情報提供ということで、事前に記入していただくようなもの、例えば、こういった既往症があるのかとか、かかりつけ病院がどこなのかとか、そういったものはあらかじめ記入できますので、こういったものをあらかじめ記入していただきまして、下半分に119番通報時に書く欄ということで、こういった情報提供表を各施設にお配りして協力を呼びかけておりまして、こういった形でスムーズに救急隊への情報提供をしているような例もございます。

また、31ページにつきましては、東京消防庁様のほうでの取り組みでございますが、「救急車要請時に備えた事前対応要領」ということで、下のほうに例を書いておりますが、事前に必要な情報をまとめて整理しておくこと、また、救急隊へ入所者情報などの引き継ぎ訓練を実施すること、あるいは、入所者の台帳の保管場所を周知しておくこと、こういったことを協力を要請しているようなケースもございまして、右下の四角にありますような形で「救急隊への申し送り事項」ということで、円滑に申し送りできるような、こういったフォーマットをつくって運用しているという例もございます。こういったものを参考にしながら、国として何か方策が打てないかとい

うことを具体的に検討してまいりたいと思っております。

また、32ページ、民間事業者との連携でございます。緊急性が低い場合につきましては、民間患者等搬送事業者の活用を通知しているというところでございますが、その認定事業者につきましては、グラフにありますとおり、だんだん増えてまいりまして、現在、全国で1,800あまりの民間の患者搬送事業者があるという状況でございます。

こういったものをうまく活用できないか、有効に活用できないかというところでございまして、33ページにございますように、各消防本部の実態調査をいたしたところ、そういった民間搬送事業者の活用を促す取り組みの有無について調査したところ、91.9%の消防が「行っていない」という回答があったというところでございます。こういった促す仕組みを構築していかないといけないというところでございます。

具体的な取り組みといたしまして、34ページにありますように、東京消防庁様のほうでは、救急受診ガイドの中で民間の救急コールセンターの紹介をしたり、あるいは、現場搬送トリアージをする際には、必要な場合につきましては、民間救急コールセンターのほうを紹介すると、こういった取り組みをしているというところでございます。

また、35ページには、連携の一つの事例ということで、これは東京マラソンの例でございますが、傷病者の搬送につきましては、消防のみならず、緊急性が低い場合につきましては、民間の救護車を使って搬送しているような形で、こういった連携をしているような事例もございます。

また、36ページにつきましては、兵庫県の例でございますが、病院を丸ごと移転するようなケースにつきましては、重症者につきましては救急車で搬送し、比較的軽症の方につきましては民間の搬送業者を使って、病院の移転を円滑にしたという事例もございます。こういった形で、いろいろと民間搬送業者との連携をしているような事例もございますので、効果的に連携する方策につきまして具体的に検討してまいりたいと思っております。

以上でございます。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

関係他機関との連携ということで、精神科、あるいは高齢者福祉施設、それから民間事業者との連携等、いろいろ説明いただきました。いかがでしょうか。

まず、この精神科から行きましょうか。どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】 ここに秋田県の取り組みが示されていますけれども、大阪府の取り組みとかなり考え方が違うんですね。秋田県の場合は、最終解決法は救急隊員の判断、いわゆる緊急度の判断と身体的な判断がどちらに重きがあるかによって病院選定の振り分けをしていこうという発想です。しかし、救急隊員が病院に、この患者さん、とっていただけませんかと言ったときに、少しでも精神疾患の背景がありそうだとか、あるいは薬物過量の疑いだということになると、その時点で病院がやはり敷居が高くなってしまうということがあるんですね。

ですから、大阪の場合は、逆に、1度は身体救急を見れる病院で受けてあげましょうと。ただし、精神科の病院と毎日24時間、カウンターパートナーになる施設を必ずつくっておいて、まずは電話でコンサルをします。さらに、コンサルをしてもそれは対応無理ですよと、急性期の身体症状がとれているんだったら、精神科病院のほうへ転送して入院させますと。それも措置入院じゃなくて、保護入院や応急入院できる形をとらせて対応できるという制度にしました。

何が違うかという、救急隊にこういう形でやらせなさいよといってもなかなか実情は解決しないので、ともかく医療機関側で1回受けてあげましょうと。受けて、そこからその先を選んでいく。そのために一般の救急病院と精神科の病院の、要するに連携というのが不可欠なんです。むしろ、大阪はそちらのほうで解決策を担った。ちょうど昨年8月17日から始めたところなので、この1年間、どういう効果が出ているのか、データはまだ集積は終わっていませんけれども、現場の先生たちは、少し受けるのは楽になったよねという印象はございます。ちょっと補足させていただきます。

【大嶋理事官】 ただいまご紹介いただきました大阪の事例につきましては、今回、第1回には間に合いませんでしたが、第2回には、少し事例を調査させていただいて、その仕組みにつきまして報告をさせていただきたいと思っております。

【〇〇委員】 ぜひ取り上げていただきたいなと思います。大阪府も力を入れてやっている事業だけに、その効果全国的に、いい例だよということでやっていただければ助かります。

【〇〇座長代理】 次回ぐらいには、大阪のは出していただけますか。

【大嶋理事官】 はい。出したいと思っております。

【〇〇座長代理】 まず、いかがですか、〇〇さん。

【〇〇委員】 今、〇〇委員がおっしゃっていましたが、当県、実は平成10年に、この資料にあります3段階というシステムということで、かかりつけ医、ワン、ツー、スリーという順番をまず決めてやりましょうと、平成12年6月から精神に疾患のある方の救急というところまで進めてきてはいるんですけども。どうしても身体症状をあわせてある患者さんの行き先がなかなか決まらないというのがあって、25年ごろに、そうした問題意識で、もう少しステップアップさせていこうということで検討委員会というのを立ち上げて、3回ほどの検討を実施いたしました。

今、〇〇委員がおっしゃったように、日赤の先生だったんですけども、まず、身体を治してあげて、それから精神疾患のある方、救急隊の方が把握しているケースもいらっしゃるんですけども、まず、体の傷なりを治してやるのが先でないかと。精神科のお医者さんにそうしたノウハウがないという部分はわかっているので、一定程度、例えば外科的な処置がこの程度だったらできるというところを、逆に精神科の先生に示していただければ、それを越えたものについては、まず、外科的、いわゆる身体症状の治療のほうを先にしませんかというふうな話があってで

きたものです。周知が大変だという話になりまして、最終的な運用は28年、今年2月から開始するということでお示しさせていただきましたけれども、この事例集、基準ができてから1年ほどかけて、病院協会でしたり、医師会さんでしたり、研修医の段階からの、こうしたシステムで進むんだよという教え込みが必要でないかというふうなアドバイスなどもいただきながら、まずは2月からスタートさせていただいており、期間が短いのですが、来月、9月に精神科救急の調整委員会というのがあります、そこでまたお医者さんなり、学識の方なりに集まっていますので、少し情報をとりながら、お知らせできることがあれば情報を提供したいと思います。

【〇〇座長代理】 データを出していただいて、その評価を、大阪のデータもぜひとも出していただいて、どちらも、何か話を聞くとそこそこうまくいっているようなお話なので、それを出していただければと思います。

〇〇先生、手を挙げておられましたね。

【〇〇委員】 秋田の例も大阪の例も非常に参考になって、すばらしいなと思いましたが、救急隊員の立場として、こういったプロトコルがあれば非常に判断しやすいという面。ただ、Aの立場の病院からすると、多分、こういった病院にほとんど集中していくというような、うちばかり来るといような不満もあるかと。これは、例えば周産期の患者さんでも同じようなことが検討されています。ある特定の病院だけに周産期の救急の患者さんが集まるというのは非常に問題になっています、現場では、Bの立場の病院からすると、こういった方が非常によくやってきて、送る場所がなかなかほんとうにないということもありますし、精神科の先生は、実際問題として、精神科だけの単独の病院がほとんどなので、身体症状も診るのは困難であり、多分、それぞれの立場によって問題があるかと思います。

それから、各都道府県によっても多分、この状況というのは違うと思いますので、都道府県の関係者が集まって、この問題にしっかり取り組んでいただいて、大阪さんや秋田さんの事例を参考にして、それぞれにいいものをつくり上げていくということについては非常にいいことだなというふうに思っています。

【〇〇座長代理】 では、〇〇先生。

【〇〇委員】 栃木県でも困っていて、今、秋田県のをいただいて、勉強会を開いて対応しているところです。今言った身体合併については随分歩み寄って、これを見ながら、特にこの事例集はとてもおもしろいので、これをみんなで参考にして動いているのですが。1つ話題になったのは、この事例集の一番最後についていたアルコール患者さん、アルコール症者という部分です。栃木県で今話題になっているのは、アルコールを1滴でも飲んだ場合には精神科の医師は診てはいけないということ、堂々と委員会で精神科の協会の偉い人がおっしゃって、その根拠はこれであるというふうにおっしゃっているんですね。

これは何かというと、厚生省の保健医療局精神保健課長通知で、酩酊者又は泥酔者においては、家族等から入院依頼があった場合、精神科診療が可能となった時点で精神保健法の適用を判断する。これは僕、いいと思うんですけど、その次に、「なお、それ以前の医療行為については、医療法に基づいた一般医療に準じて行うこと」と書いてあるから、精神科の医者は診る必要がない、診てはいけないというふうに精神科の先生はみんな思っているらしいんですよ。つまり、アルコールを1滴でも飲んでいたら、判断ができないんだから診る必要がない。僕たちのには、アルコールを飲んでいても、一般医療のところをやっていただいたらいいでしょうと。げーっと戻したら、ちゃんとベースンを置いておいてねぐらいでいいはずですよ。ということも、それをやってはいけないという根拠があるというふうに言われたので、そこを実は教えていただきたい。栃木県で非常に困って、ストップしてしまっているの、いかがでしょうか。

【〇〇座長代理】 これは〇〇先生のところかな。何かびっくりするような話なのですが。

【〇〇様】 〇〇です。

ちょっとすみません。今、〇〇先生から見せていただいたんですけど、担当部局も違いますので、ちょっとこれ、確認させていただいて、後日ご回答させていただこうと思います。

【〇〇委員】 すみません。

【〇〇座長代理】 救急診療としての精神疾患は診ます。しかし、アルコールを摂取していたら、アルコールは一般診療の中だから、それを先に診療してからでないと診れない……。

【〇〇委員】 いや、一般診療で行うこととここには書いてあるのですが、それを精神科の先生は、一般診療で行うんだから私たちは診てはいけない。

【〇〇座長代理】 その一般診療というのは、定義はどうなっているのですかね。

【〇〇委員】 精神医療でないことだと思いますけど。つまり、入院をさせるには精神保健医の診察が必要ですね。そういうところはいいんですけども、僕たちのには、入院させる前に診てくればいいのにと。ちいさな傷だったら、ちょっと、極端な場合、縫ってくれたって別に、精神科の先生は縫っちゃいけないということはある得ないと思うんですよ。

【〇〇座長代理】 それは入院の適用に関しての……。

【〇〇委員】 関しては精神科が必要……。

【〇〇座長代理】 だから、拡大解釈というか、拡大、狭めて解釈しているのか……。

【〇〇委員】 実際にはそういうことですね。

【〇〇座長代理】 それは変な話ですね。わかりました。

では、〇〇先生、その辺のところでもよろしくお願いします。それ、金科玉条になっているんだ。

〇〇先生。

【〇〇委員】 行政の方をお願いします。課が違うので、問い合わせをしてくださると、全くそれはそれでよろしくお願ひしたいんですけど。精神科医療の手前に一般診療があると。だから、

一般診療をやることと精神科のハイレベルの話をするとはディメンションが違うので、そういうふうな話ではないということをきちっと確認していただきたい。そして、精神科の先生方に、「あなたたちは、精神科医療をやる前に一般医療をやることがあるんだ。」ということきちっと言えるような、そういうふうな話を持って行って欲しい。単純にわけのわからないわがままを考えながら、社会の仕組みを考えていくって、そこまで僕たちには余裕がありませんから、よろしくをお願いします。

【〇〇様】 先生、おっしゃるとおり、ほんとうに病院の中では科の隔たりなく連携していただくことが大前提だと思いますので、そこは連携してお願いしたいというのは従前から我々も言っていることですが、ちょっとこの通知についてはまた別途確認しておきます。

【〇〇座長代理】 〇〇先生の話を上乗せして、十分に検討していただければというように思います。

ほか、いかがでしょうか。

今、精神科のところですが、大阪も秋田もデータを出していただいて、その内容を一度評価する事が必要でしょう。3時間以上、4時間以上とかかるのはほとんど精神科が問題だということです。ぜひよろしくをお願いします。

続いて、高齢者、いかがでしょうか。どうぞ。

【〇〇委員】 高齢者救急といいますか、特に施設関係から救急要請があったときの現場対応に2点ほど、問題があると思うんですね。

私どもの地元で一応調査をしたときに、高齢施設から救急車が呼ばれるときに、施設側の対応で、救急車を呼びながら、どこから入っていいかわからないとか、あるいは、心肺停止でありながらバイスタンダーCPRをしていないところが多いので、高齢者が集まっている施設については、介護施設も含めてそうですけれども、もっと救命処置とか、あるいは緊急時の対応の正しいやり方を周知していただきたいと要望しています。

ただ、役所というところは、医療対策、高齢者対策課、どうしてもちょっとかけ離れた場所にあって、かつ介護関係の施設とそれ以外の施設ということになってきたときに、周知の仕方がまた行政的に違うというようなことがありますので、ここは行政が縦割りにならず、できるだけ面でいろいろなことができるように、消防庁のほうからも強く言っていただいたほうがいいのかなというふうに思います。ちょっと個人的な意見も踏まえての話です。

【〇〇座長代理】 ほか、いかがでしょうか。

では、私のほうから1つお聞きしたいのですが、30ページの神戸市消防局の高齢者施設で、下のところですね、救急隊員が各施設を巡回訪問するということですが、これはいつやるのですか。救急隊員として勤務中にやるわけじゃないんでしょう？ 職場、非番のときですか。

【大嶋理事官】 日勤日を活用して回っているということになります。

【〇〇座長代理】 何を活用して？

【大嶋理事官】 救急車に乗る当番でない、日勤日というのがあります。

【〇〇委員】 勤務はしているけど、乗らないと。その時間帯を利用している。

【〇〇座長代理】 その時間帯は何しているのですか。

【大嶋理事官】 いや、当務、非番、公休という24時間体制の流れがございまして、その中で月に1日とか、日勤日が指定される日がございまして、そういった日を活用して回っているという状況でございます。

【〇〇座長代理】 そういうのがあるんだ。

【〇〇委員】 先生、泊まりだけのサイクルでは週約40時間を確保できないので、8時間、普通に働きなさいという日があるんです。事務だとか、要するにそういう調査をしなさいという日があるので、その日を活用しているということです。

【〇〇座長代理】 なるほど。いろいろなことをさせると言う事ですね。

【〇〇委員】 そうです。週40時間、約ですね。

【〇〇座長代理】 週40時間になる。わかりました。いや、勤務時間外の手当でも出すのかなと思っていました。そういうわけじゃないんだ。わかりました。

ほか、いかがでしょうか。

続いて、民間業者との連携のところ、いかがですか。

33ページのこの図で、病院照会とか民間業者との連携をうまくとっているというのがわずか7.6%で、それは②のようなことをやっているということですよ。これ、ほとんどがやられていないのは、要請があれば救急車も行かざるを得ないということですか、転院搬送に。

【大嶋理事官】 こういった促していないケースでありましたら、やはり119番、救急車が行かざるを得ないケースになるかと思えます。

【〇〇座長代理】 前も話に出たんだっけ、その医療機関側から半強制的な発言で、ここへ連れて行ってよというようなことなのかな。半強制っておかしいか。救急患者をうちはたくさんとっているんだから、その患者を別の病院へ数日後に連れていくときに持って行ってよというようなことですか。こういう病院間搬送に救急車を使えないというようなことをご存じないということなのですかね。その辺、どうなのでしょう。

【大嶋理事官】 その辺の転院搬送のガイドラインを昨年検討いただきまして、緊急性があるということと、あと、専門治療が必要だということ、その2つが救急車が出る要件だということが原則としてあるということと、ルールとして国としてまとめましたので、そういったものを各地域のほうでルール化していただくということを今年度やっていきたいと思っております。そういったケースに限定した形で消防は協力するというのが原則でございます。

【〇〇座長代理】 余分なサービスだというのは医療機関側はよくご存じなんですね、基本的

には。

【大嶋理事官】 その辺は周知していきたいと思ってございます。

【〇〇座長代理】 〇〇先生。

【〇〇委員】 この33ページですか、民間業者との連携という、いつも話題になる話をさせていただきます。先ほど少しスキップしましたがけれども、病院間搬送の救急車の適正利用、3月末に出されて、私ども大阪でも、大阪は5.数%なので、全国平均よりは救急車の利用率というのは低いんですけども、それでも適正利用をしているかどうかということで、救急病院の病院長を集めて、その後、ちょっと調査もしました。その病院間搬送で問題になったのは、介護タクシーなり、あるいは消防に届けてある民間の救急車をお願いするということもありますが、問題は、費用を患者に負担していただく場合と、病院が負担する場合があって、病院間でルールづけに差があるんですね。地域医療支援病院であるとか、大手さんの救急病院は、自分のところの在院日数を減らす、そして転院ということになるので、病院の都合で患者さんに移ってもらう。だから、その間の搬送手段は病院が負担する。あるいは、回復期とか慢性期の病床をお持ちの病院の救急車でお迎えに来て、やっぱりそれも費用は患者さんにかからないということになります。

ところが、退院ですので、うちへ帰りましょう。そのときに、私は施設から来たので、施設へ帰してほしいと。そうすると、足が当然ない場合、それでは病院は負担できませんので、じゃ、介護タクシーなり民間の救急車を呼ぶけれども、それはあなた負担ですよということになったときに、いや、それは有料だから救急車を呼んでということになってしまいます。病院間搬送に関して、費用負担の規程が明確にされていないので、民間救急車なり介護タクシーの寝台車を使いなさいと幾ら啓発しても、病院間、あるいは施設から病院へ、あるいは施設での訪問看護師さんたちが、これは入院したほうがいいよというようなことを言ったとしても、その足の利用に民間救急車を活用するというのが、進まない現実があります。

多くの方は、最終的には救急車を呼んじゃおうか、無料なんだからということで、簡単な方法に流れているのが現実だということをまずは理解しておいてほしい。この中に一度もお金のお話が出てきませんが、そこはしっかりと制度化していかないと、これから地域医療構想で病院は分断されます。患者さんは、急性期が終わったら必ず慢性期や療養型のほうに移すという作業がある。移すという作業に誰がお金を払うんだということがルール化されていけませんので、当然、そのすき間として、救急車、呼んだらただじゃないという発想が出てくるのは回避できないので、それだけは知っておいてほしいなというふうに思います。

以上です。

【〇〇座長代理】 今のお話ですと、転送先が医療機関以外の介護施設とか、そういう施設へ移すときも救急車を使う事はないですね。医療機関外への転送は、救急車を使っていないでしょう。

【〇〇委員】 下り搬送は原則はないんですけれども、ただ、ご家族に、ちょっとでも理由をつけて救急車を呼んでもらったら行けるでしょうということは、どうしても現場で出てこない話でもないの、費用の話というのは……。

【〇〇座長代理】 確かに、医療機関へ移すのに限ったとしても、いろいろ問題は出てきますね。ただ、診療報酬上、今、急性期医療機関とか、慢性期医療機関に分かれてきて、移送にかかわる費用はどうなっているんですかね。診療報酬上。非常に重要だと思うんだけど。

【〇〇様】

ちょっと部署は違うんですけれども。総論的なこととお話ししますと、基本的に救急車の利用といますのは、ここの資料にも書かれていますとおり、緊急性がある場合と考えておりますので、緊急性を要さない場合は、その実情に応じて、例えば病院間であれば、その病院の何かしらの搬送手段であれ、家族の車であったり、介護施設であれば介護施設の車なりを利用しているものというふうに考えています。その場合については、診療報酬上、評価されているものではありませんので、それは病院のとか、施設間とかの融通し合ってやっていただいているのかなというふうには理解していますけれども。

【〇〇座長代理】 その辺、曖昧ですね。上りというか、現場から病院へ来るときはプレホスピタルでとっていて、その辺、決まって……。

〇〇先生。

【〇〇委員】 今の方が、比較的、問題意識に乏しいかなと思っていたので、発言させていただきます。高度急性期といいましたか、重度急性期というか忘れましたが、ある意味、資源を集約させて患者さんをそちらに集めると、その後にあつては、患者さんの状態に即して地域社会にまた戻していくと、こういうふうな全体の景色で私は理解しているのですが。今の話でいくと、いわゆる上り搬送、つまり緊急性が高い場合に、地域の社会資本であるところの自治体の消防が頑張ると。それはそれで社会の仕組みとして、それでいいと思うのです。要するに集約させるといふ社会の仕組みをいざ構築していこうというときに、それによって、その後のことは勝手にやれというようなことでは多分ないと思うんですよ。ですから、これは厚生労働省が払うか、誰が払うかわかりませんが、少なくとも社会が全体として払うという、そういう仕組みをある程度つくっていくという思想がないといけないだろう。問題意識は乏しいんじゃないかと思ったので、発言しますというのは、このようなことでございます。

【〇〇座長代理】 保健局へ、その辺を含めて、また先生から言っていただけると。

【〇〇委員】 いや、厚生労働省の思想の問題ですから、部局の問題じゃないはずなんです、これは。

【〇〇座長代理】 どうぞ。

【〇〇様】 すみません、私の説明、語弊がありました。先生、おっしゃるとおり、医療機関

間の連携は非常に重要でして、我々も連携をお願いしているところですし、診療報酬も医療機関間の連携という部分には、すごく最近、診療報酬上で評価されていますし、急性期から回復期への退院調整とか、その部分にかかる費用は重点的に評価されているのが現状ですし、その部分はぜひとも我々も進めていきたいと思っています。ただ、患者さんを移送する部分にだけは診療報酬上の評価はないというふうな説明をさせていただいたわけですし、移送の部分だけに限っては点数はついておりませんが、連携という部分は重点的に評価していますし、我々も連携を進めていただくような取り組みを進めていきたいと思っておりますので、すみません……。

【〇〇座長代理】 受け入れ医療機関側にそれなりについているんですね。だけど、病院を分類分けしている中で、その間の転院手段に対してのそれなりのことは考えていただいたほうがいいと思うので、ぜひともよろしくをお願いします。

時間が押していますので、次に行きたいと思えます。Vの職員の教育、お願いします。

【小久江補佐】 38ページをごらんください。①の通信指令員の救急に係る教育テキストの改訂でございます。ここでは、JRC蘇生ガイドライン2015で示された内容をもとに、通信指令員の口頭指導について検討を行い、テキストへ反映させるものでございます。

続きまして、39ページをごらんください。ここでは、口頭指導の要領などについての検討や教育テキストの活用状況並びに指令員への教育状況などを調査して、その事例を紹介するものでございます。

続きまして、40ページ、お願いいたします。②WEBコンテンツの改訂でございます。市民が受講する応急手当講習の際に、あらかじめ自宅などで各消防本部のホームページへアクセスをして、座学部分の60分間を学ぶ教材でございます。ここでは、救急蘇生法の指針2015（市民用）の改訂に基づいた内容に従って改訂するものでございます。

続きまして、41ページをごらんください。③救急活動プロトコールの検討でございます。今年度は、赤色の枠の部分、救急蘇生法の指針2015（医療従事者用）の発表により影響を受ける項目について検討をするものでございます。

続きまして、42ページに、影響を受けるとされる項目について、真ん中より下段のほうに向かって記述してございます。

以上、ここまで①から③までの部分につきましては、より専門的な議論をお願いしたく、ワーキンググループの設置を提案するものでございます。

続きまして、43ページをお開きください。④指導救命士認定者数の拡大に向けた取り組みでございます。昨年度末に通知を発出したことによる認定状況のフォローアップや、指導救命士が担う再教育の活用例などを情報提供したいと考えております。

事務局からは以上でございます。

【〇〇座長代理】 ありがとうございました。

まず、救急活動プロトコルの、業務に携わる職員の教育のワーキンググループを設置したいということですが、いかがでしょうか。

よろしゅうございますか。

では、こちらに関してはそういうことで。

全般を通して何かご質問ございますか。時間ちょっと押しておりますので、もし後ほどでも時間がありましたら、その時によろしくお願いします。

ワーキンググループ長については開催要綱第4条第3項で、私の指名ということになっておりますので、よろしいでしょうか。

では、〇〇先生にお願いしたいということですので、よろしくお願いいたします。

また、各委員の中身に関しては、また先生とご相談して決めたいというように思いますので、よろしくお願いいたします。

続いて、効果的な業務の推進ということで説明をお願いします。

【森川専門官】 それでは、45ページをごらんください。効果的な救急業務の推進ということで、今年度検討したい内容といたしましては、3つご提示させていただいております。①が、大規模災害時における救急業務のあり方、②が、多数傷病者発生事象への対応計画、③が、ドクターヘリとの効果的な連携ということで、先に①と②についてご説明させていただきます。

46ページですが、これが大規模災害時における救急業務のあり方ということで、東日本大震災の後に平成23年度に検討をしていただいております。そのときに、左側の列の検討項目というところについては、検討結果としてこういったものがないのではないかというふうな提案をさせていただいております。こうした項目が実際に各消防本部のほうでどういうふう定められているかというのを調査し、今回の熊本地震の対応も踏まえて検討いただきたいと考えております。特に、検討項目の上から3つ目の緊急消防援助隊プロトコル、4つ目の、特定行為指示医の優先順位、こういったものにつきましては、震災のたびに通知でお示しするのではなくて、事前に取り決めをしておけないかということをご議論いただければと思っております。

次に、47ページです。これは多数傷病者発生事象ということで、先般ありました軽井沢のバス事故ですとか、この前の相模原の事件もありましたように、そういった多数の傷病者が発生する事案についての対応の検討です。

昭和61年に消防庁の通知で「救急業務計画の作成等について」ということで、48ページの表になりますが、一番左の列に、こういったものについては各消防本部で定めておきなさいというのが書かれております。上から3つ目の適用基準ですとか、応援要請ですとか、最先到着隊の措置とかというものが書かれております。ただ、これは昭和61年に通知されたものですので、現状にちょっと古いものがあるのかなと考えております。

そして、49ページをごらんいただきたいのですが、消防と医療を取り巻く環境の変化という

ことで、新たな概念として、NBC災害対策、それから、現場医療派遣チーム関係、DMATですが、それから、トリアージの病院搬送計画について、既にここに例としてあげたように定めている消防本部もあるのですが、定めていただくことにはどうかと考えております。

あとは、52ページと53ページには、兵庫県の取り組みの例を、先進的なものとして挙げております。

以上です。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

何かご質問、ご意見ございますか。

【小久江補佐】 座長、失礼しました。③のほうを先によろしいでしょうか。54ページでございます。ここにはドクターヘリの関係の資料でございますが、厚生労働省さんから提供を受けた資料とか、その経費に関するものを提示させていただいてございます。ご参考いただければと思います。

続きまして、1枚おめくりいただきまして55ページをごらんください。ここも参考までに、消防機関が通報を受けてからドクターヘリとのドッキングの様子を図でお示したものでございます。ご参考をお願いいたします。

続きまして、56ページをごらんください。救急業務における連携について、今後、アンケートを通じて、消防側の現状をしっかりと把握した中で課題の抽出を行い、その課題についての解決をしていきたいと思っております。例として書かせていただいておりますが、例えば、消防の通信指令員からの要請が少なかったり、または要請があっても早期要請をされていないといったことがあれば、その理由や改善策を探って、より一層効果的な連携につなげていきたいと思っております。

事務局からは以上でございます。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

いかがでしょうか。ご質問なり、ご意見ございますか。どうぞ。

【〇〇委員】 ちょっと参考までに教えていただきたいんですけど、先日ありました相模原の多数死傷者のあった事案にドクターヘリは出動されたんですか。ちょっと消防庁に聞くのはあれかもわからないんですけど、もし出動されていないのであれば、その理由か何かもわかれば教えていただければと思っております。

【〇〇座長代理】 どうでしょうか。

【〇〇委員】 ドクターヘリは出動していません。これは時間が早過ぎて、重症患者の搬送が大体5時、6時台で行っているのですが、ドクターヘリは動かせるかという話になったときに、運航調整員かパイロットが現場に来るには、やっぱり7時半ぐらいにならないと無理だと、もとの運航時間が8時何分からなので、呼んだとしてもちょっと間に合わなかったのです。

【〇〇委員】 暗いということ？

【〇〇委員】 暗くなかったです。もう明るかったんですけれども、運航時間がもともと8時何分かって決まっているもので、それに合わせて関係者が全部集まるので、緊急呼び出ししても、そんなに早く、5時、6時はできていなかったです。

【〇〇委員】 24時間運用ではないんですね。

【〇〇委員】 じゃないです。

【〇〇委員】 そうですか。わかりました。

【〇〇座長代理】 ドクターヘリの今、一番の欠点がそこなんですよ。昼間だけの運行です。自衛隊ヘリや消防ヘリや他のヘリは動くんですけど。

ほか、いかがでしょうか。どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】 今の多数傷病者発生事象のところですけども、もちろん消防の活動も大事ですし、現場に行くDMA Tがあってもいいのですけれども。多数傷病者を同時受け入れをする地域の調整を考えると、多数傷病者発生時に病院のほうで、例えば救命救急センター間でネットワークを組んで、通常の受け入れ態勢とは違う形で、場合によっては応需の問い合わせなしに受け入れる態勢に移るとか、そういう整備がまだ進んでいないような気がして。結局、現場で1件1件搬送先を消防が聞かなければ受け入れができないというような状況だと、受け入れがおくれがちになるのではないかと思います。消防で直接議論することではないかもしれませんが、そこもあわせて議論していただいたほうがいいんじゃないかと思います。

【〇〇座長代理】 受け入れの要請は複数患者でも要請できるという事ですか。

【〇〇委員】 先般、例えばパリなどでは、プランブランとか、あるいはプランルージュとか、幾つかそのようなものがあって、大量の患者さんが発生したときには病院側がそういう受け入れ態勢に入るとか、ボストンマラソンのときも同じような状況だったと聞いていますので、日本だとまだまだそうならないんじゃないかなという部分があって、そこを我々の側も、この消防の体制に対応して、多数傷病者受け入れ態勢というものを救命救急センターがネットワークでつくれるようにしていくべきではないかなと思います。

【〇〇座長代理】 それはおっしゃるとおりで、消防と受け入れ医療機関の連携というのは消防法の改正で決まっているわけだから、多数傷病者の受け入れ、そういう災害モードに入ったときは、自動的に、救命センター等を含む、特に基幹災害拠点病院、一般の基幹病院もそうですね、患者受け入れは自動的に無制限というか、その辺の交通整理を含めて、まだきっちりしていませんよね、確かにね。

どうぞ。

【〇〇委員】 〇〇先生が言われたのは、要するに、これぐらいのときには、いわゆる励起状態1とか、励起状態2とか、励起状態3とかというふうにあらかじめ決めておいて、それで1が

出たら、この程度のところの範囲にはもうそれぐらいの患者がばらまかれるというようなことを決めたい、そういうふうなことを決める場はどこなんだろうということを言っているんじゃないかなと思って、僕、聞いていたんですよ。

だから、それは多分、ここでも議論していいかもしれないですよ。励起状態1、2、3を決めるのは。この資料で39ページの通信指令員の救急に係る教育テキストを参照しますと、情報を全体として俯瞰的に見て、どういうふうに展開させるかという話は、この通信指令員のここが一番わかるはずなんです。ですから、そういう意味では、ここでも議論しなくちゃいけない。しかし、だからといって救急医療全体を提供する、そういうふうな資源は地域の消防本部に存在していて、ここには直接あるわけではないので、どうしましょうかという話ですね。それはたまたま〇〇先生がそこに座っていますので、例えば東京都の医療提供に関する議論の中に入れてもいいんじゃないかと、そういうことだと思います。

【〇〇座長代理】 非常に重要なところで、本来、そういう法律があればね、救急医療災害基本法みたいなものがあれば、そこでやるんでしょう……。

どうぞ。

【大嶋理事官】 事務局でございます。今のお答えについて、そのものではございませんが、先ほどちょっと説明を省略しましたが、52ページを見ていただきますと、1つの例でございますが、EMISという厚労省さんのほうが各県に整備されているものを兵庫県独自に改良した「兵庫県EMIS」というものがございまして、これ、特徴といたしまして、消防機関が緊急搬送要請モードを立ち上げることができると。それを立ち上げると、医療機関が受け入れ何人できますかという情報を入れる形になっていまして、その情報をもとに消防機関が搬送するという取り組みをしているような例もございまして、こういったものも一つご紹介させていただいております。

特徴といたしまして、例えば交通事故で多重衝突が発生したという事案が入りましたら、消防の指令センターのほうでその事案を入力して、多重衝突発生、何名ぐらい負傷者発生している模様と入力すると、医療機関がその情報を見て、自分たちのところは3名受け入れ可能とか、そういった情報を入れていただくということで、一々問い合わせをしなくても、消防が事案を入力して、緊急搬送要請モードを立ち上げれば応需状況がわかるというような仕組みがございまして、こういった取り組みも一つご紹介させていただいております。

【〇〇座長代理】 全国版を全国に、各自治体でやるのか、全国MCか、ここなのか、東京都は東京都MCなんかでもできると思いますが……。

どうぞ。

【〇〇委員】 もう一ついいですか。これもぜひ、多数傷病者発生時の対応計画をつくるときに、我々消防というのは、形をつくっちゃうのはいいんですけど、つくっちゃうとその形にはめようとするんですよ。ですから、先生方から今、いいお話をいただいて、病院側が応需態勢を整

えてくれているにもかかわらず、現場でこのトリアージ、赤の1番の人はこうです、ああですと、一々指揮本部を通じてじゃないと救急車に乗せられない。救急車が出る時も指揮本部に言ってじゃないと出ちゃいけないだとか、変なところでマニアックになっちゃうんです。ですから、ぜひそれを打開できるような、我々はそこで傷病者の情報が別に欲しいわけではないんです。病院へ行って、病院からフィードバックしてもらってマスコミに報道すればいいわけですから、その辺の部分を勘違いしないように、とにかく早く運ぶんだと、応需態勢ができていたといたら、そこに運ぶんだというような意識をしっかりと持てるような計画をつくっていただければと思いますので、ぜひよろしくお願いします。

【〇〇座長代理】　　ぜひとも。今、抜けているところですね。

どうぞ、田村さん。

【〇〇委員】　　災害時のところですけども、いわゆる災害時医療と救急医療ということが、実は一般には現場でも役割分担がよくわからないということ。災害になると、平時の医療の資源もあって、さまざまな主体が外から入られてきて、そのあたりの全体像がよくわからない中で、救急に我々が災害時に何を期待したらいいのかということは、あまり実は防災、災害側には伝わっていないので、そのあたりをもう少しメッセージをクリアにしていただけると、私のような素人でもこの資料の中身がよくわかるのかなというふうに思うところです。

それからあと、救急の方というのは、一つ、消防の中でも、いわゆる人的資源として占められているので、圧倒的な災害が発生したときに、救急業務にその人員を割くのか、それとも、もしかすると消防の資源のほうに活用するのも可能なようにしておかないと実際の運用は難しいというふうに思ったりもするんですけども、いかがでしょうかというところが問題提起でございます。

【〇〇座長代理】　　実はそのあたり、ほとんど検討されていないんですよ。DMATそのものも、ボランティアで行きます。行った先で災害医療をやっていただくのはいいけど、もともとの所属病院は、医者、いなくなるわけでね、その辺をどうするのか。日常の救急医療が出来なくなる。その辺が実は全く議論されていなくて、災害はボランティアできっちりやっていますというのは非常に無責任な話なんですよね。

非常に重要なのですが、これらをどこで議論するのか、そういう法律をつくらばいいのか、私もいろいろやっているんですけど、なかなか難しい。うちの管轄じゃありませんとどこへ行っても言われるので、大変なんです。一部でも検討できるところはここで十分検討していただいとことだと思えます。

【〇〇委員】　　ちょっと1点、よろしいですか。もう時間もありませんので、簡単に。46ページのところ、森川専門官が少し触れましたけれども、通信途絶時の特定行為の件については、時間がたってから通知文を出すというのでは、実際には特定行為をやれば救命できたのにか、

いい行為ができたのということの実態と合わない面がありますので、ぜひ、ここは前向きに検討していただきたい。特に、心肺停止前の処置拡大の中にクラッシュ症候群に対する輸液なんていうようなものがせっかく認められているにもかかわらず、本来、あれは、災害時の控滅症候群に対して輸液は効果的だよということも背景に入れながら、厚生労働省がせっかく認めた適用であるにもかかわらず、指示がとれなければ輸液はできないよなんていうようなことではほんとうに生かされないと思いますので、ここは焦点を絞ってでもいいですから、ぜひ、今年度のうちに議論していただきたいというふうに思います。

【〇〇代理】 時間の関係もありますので、Ⅶの救急・救助の現況」をお願いします。

【小久江補佐】 58ページをごらんください。説明させていただきます。調査項目の見直しとか、あと、公表に至らない、いわゆる死蔵データについての検討でございます。項目は大きく分けて3つございます。次ページ以降で順に説明させていただきます。

59ページをごらんください。検討事項について整理した図でございます。

60ページに、まず最初の①社会情勢の変化に伴う調査項目の見直しでございます。その中の(1)傷病程度分類の呼称のあり方についてです。この件は昨年度に続く検討事項でございます。現行の分類や定義づけは、長年なれ親しんだ呼称等であるため、変更するとなると救急隊や医療機関の双方に対して負担が大きく、また、統計の連続性の観点から見て、慎重に検討が必要ではないかと考えております。まずは現行の呼称を変更することが必要か否か、ご検討をお願いするものでございます。

また、救急車を利用する方のうち、結果的には救急車は必要ではなかった件数を把握できないものか、併せて次ページ以降で検討をお願いするものでございます。

1枚おめくりいただきまして61ページでございます。(2)明らかに救急搬送の必要がない件数の集計方法についてでございます。搬送人員の約半数が軽症であります。軽症かつ非緊急や、低緊急のうちの一部や、不搬送件数のうちの緊急性なしや、悪戯に分類するものを合算すると判別できるのではないかと考えております。

次に、62ページでございます。(3)の不搬送理由の定義についてでございます。8項目の理由による分類が消防本部ごとに大きな違いがあることがわかりました。右の棒グラフの図でございます。そこで、不搬送理由の定義の見直しについて、ここではご検討をお願いするものでございます。

続いて、63ページでございます。②活用されていないデータの掲載でございます。救急隊と各隊などとの連携に関するものや、事故発生場所区分の内訳でございます。いずれも正しく統計に反映させ、広報などに生かしていければよいと考えております。

以上の①と②の見直しは、委員の中から2人程度の先生をお選びして検討を図った上で、この会議上で結果をお示ししたいと思います。事務局の案としまして、あらかじめ調整をさせていた

だきました〇〇先生と、今日お越しになられておりませんが、〇〇先生にお願いしたいと存じます。

最後になりますが、64ページでございます。③「救急・救助の現況」に今後掲載すべき項目についてでございます。今年度に検討された項目の整理や、新たに収集すべき項目については、各消防本部などに調査をした上で検討を進めていきたい考えでございます。

事務局からは以上でございます。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

まず、事務局から提案があった、活用されていないデータ云々と、それから入力要領等については、〇〇先生と〇〇先生にお願いしたいということですが、よろしゅうございますか。

では、〇〇先生、田邊先生、よろしくお願ひいたします。

全般を通していかがでしょうか。どうぞ、〇〇さん。

【岡本委員】 時間がないので、1点だけお願いですけれども、19ページの効果的な普及啓発の検討の部分ですが、減少した本部が279あったと、そのうち123が広報をやっていたということですが、広報ばかりがその減った理由ではないと思うんですね。広報については各本部でもやっていますので、それ以外の理由が多分存在するのではないかというふうに考えますので、ぜひそこも含めてお願いしたいなと思います。特に123以外の部分は広報をしていないわけですね、逆に。というところの減った理由もぜひ調査をしていただければと思います。

以上です。

【〇〇座長代理】 よろしくお願ひします。

どうぞ。

【〇〇委員】 60ページの名称の変更の件ですが、これは行政というような観点からちょっと言わせていただきますと、当庁の場合ですと、1項目名称を変えるだけで予算的に3,000万かかります、単純に。これを全て変えますと、ここで見ただけでも1億5,000万という予算がかかります。それプラス、この名称変更に伴いまして、救急隊員だけではなくて、先ほど申しました多数傷病者等が発生した場合の各消防隊、赤い車等に乗っている隊員にも全て教育しなければいけないと。名称の行き違いがありますとかなり傷病者の皆さん方にも迷惑がかかる可能性がありますので、ぜひ、変更がない方向で検討していただければありがたいというのが私の意見でございます。よろしくお願ひいたします。

それから、もう1点あります。すみません。いろいろな統計が必要なことは十分知っております。ただ、実は、この統計が増えることによって消防隊員、例えば当庁の場合ですと、軽症者の方を病院搬送した後、データ入力するだけで15分かかります。重症者の方ですと、心電図モニター等の入力等も全部踏まえて機械に入れるのが大体45分ぐらいかかっているんですね。実はその辺の時間がすごくもったいないんじゃないかなと私自身、今、救急部長として感じておりま

すので、必要な統計は絶対必要だと思いますけど、逆に、必要でない、今は反映されていない、予算にも出ない、国民の皆さんにも特に問題ないという部分について、削れるものについてもぜひ検討していただければありがたいなと思っています。

以上です。

【〇〇座長代理】 あとの61ページの赤の部分は、これは載せないということでしたっけ。軽症にかかわる、この赤の枠組みはどうするという話でしたっけ。

【小久江補佐】 この部分をお示ししたのは、例えば傷病分類程度の軽症と、あと、現場救急隊の緊急度判断の部分の非緊急を組み合わせれば、ここで明らかに救急搬送の必要性がない件数を割り出せるのではないかという事務局の案でございます。

【〇〇座長代理】 それを一緒にしたいと。

【小久江補佐】 そうですね。それについては今年度、別の研究事業でございます、先ほど話に出ました緊急度判定プロトコルVer.2の策定が進んでいるということを伺っていますので、このように非緊急までうまく分類できれば、この2つを掛け合わせ、もしくはこの不搬送の件数のうちの赤の破線の部分や、低緊急のうち的一部分、この辺を組み合わせたりすることによって導き出せるんじゃないかと思っています。

以上です。

【〇〇座長代理】 〇〇さん、減らす分にはお金かからないんでしょう？

【〇〇委員】 かかります。減らすのもかかるんですけど、ただ、救急隊員の負担が恒久的に減るのがあるのと……。

【〇〇座長代理】 減るわね。

【〇〇委員】 はい。これは間違いないので、できる範囲で結構ですけど、検討はしていただければと思います。

【〇〇座長代理】 わかりました。そこのところは一元化したほうが確かにいいと思いますので。

それから、60ページのこれ、要するに従来の重症度を緊急度的なものに変えたいということなのですが、今言ったような問題点があるよというようなことなので、これもちょっとペンディングで、もう少し考えてもらえますかね。

どうぞ。

【〇〇委員】 時間もあれなんですけれども。まず、〇〇さんのほうからいろいろお金もかかるんだというお話があったのですが、まず60ページのところで、そもそもの発想が、救急搬送の必要性がないのではないかというのが軽症という言葉からイメージされているから、こう変えればいいんじゃないかということだと思うんですけど。仮にこれ、外来治療群と変えたところで、そのあたりのイメージが払拭されるかということ、いかがなものなのかなという感じがします。で

あるならば、無駄な作業というようなどころはどうかかなというのをちょっと感じます。

それと、62ページで、事務局案として、軽症イコール非緊急、これをリンクさせていたら抽出できるんじゃないかということだと思んですけど、現在、現場の判断で非緊急になった場合は、その他に落ちているか、不搬送なんですね。ですから、軽症患者さんというのは搬送しているわけですから、これも緊急の必要があるという一定の判断のもとで搬送しているということは、消防サイドからすると非緊急ではないということなので、これを消防サイドのデータから抽出する、難しいんじゃないかなという気がしています。

【〇〇座長代理】 現場は大変ですかね。要するに緊急度、重症度の違いがそのままここへ出ています。皆さんのイメージをこういう変更案に変えるのは大変だと思うんだけどな。これ、もうちょっと検討……。

【〇〇委員】 ちょっとよろしいですか。ネガティブな話ばかり進んでいるようなので、前向きに、重症、中等症、軽症という言葉は、これはおそらく定義がしっかりしてあれば、例えば、名称を変更しなくても、内容がこの内容であればそれでいいという考えも一つあると思います。

実は、我々医療側から見ると、消防庁さんが使う重症、中等症というのと、例えば警察庁が使う重傷というのとはまた定義が違う。例えば向こうは、診断書に私たちが全治3週間とか、全治3カ月とか書くことでもって、要するにどれだけの治療期間を要して重傷と軽傷かというのを決めている。これは警察庁。消防庁はこうだと。だから、その違いがあって、国民に対して重症と一つ言っても、警察庁が発表する内容と消防庁が出しているデータは違いますよということがわかっていればいいんですけども、いつまでも同じ単語を使いながら中身が違うというのは果たしていいものかどうかというのは、どこかで議論すべきだと思いますね。医学的に見て、重症というのはどういったものを指すのかということと言うならば、これは、コンピューターを改変するのはお金がかかりますからというだけで棚上げするんじゃなくて、根本的にちょっと考えてみるというのは必要なこともあると思いますので、あえてちょっと発言させていただきたいと思います。

【〇〇座長代理】 これ、いろいろな意見があると思うし、今言ったようなのも一つ大きな因子になりますし、従来の緊急度、重症度で死亡から軽症まで分けていたのを、こういう形に変えたいと、非常に具体的なのですが、これ、もうちょっと検討しましょうよ、引き続いて。

【小久江補佐】 はい。

【〇〇座長代理】 このところは〇〇先生と〇〇さんのあれとは別ですよ。先生にお願いしているのは、先ほどの2項目について……。

【小久江補佐】 ①と②の部分です。

【〇〇座長代理】 ということですね。

それでは、そういう形で、今いろいろなご意見あったのも含めて、もう少しこのところは検

討すると言う事にしたいと思います。

あと、〇〇さんと〇〇さんにはちょっと何か。まず、〇〇さんから。

【〇〇委員】 時間が押しているのにすみません。大分戻るんですけども、21ページですが、効果的な普及啓発の検討のところでも1点だけ、すみません、すぐに。

それぞれのポスターなどを見させていただくと、良心に訴えているようなものというか、人の優しさに訴えているようなもの多くて、救急車の利用については道徳的な理由で譲ってあげてほしいとかそういうことではなくて、こういうときには救急車を利用しなくてはいけないということは、それは科学的な裏づけのあること、医学的な裏づけのあることだと思あるので、良心に訴えかけるようなポスターではなくて、こういう人がちゃんと行ったほうが良いということを伝えるようなものであってほしいと。ワーキングでこれからもんでいく話だとは思いますが、優しさとか良心に訴えかけるような、キャンペーン的なものではなくて、救急車の利用の仕方が身につく、覚えることで生涯役立つようなものになっていくと、それが、一時的な救急の搬送が減るとかではなくて、ずっと継続していくというふうになっていくのではないかなと考えます。

以上です。

【〇〇座長代理】 おっしゃるとおりで、EBMがあってということになるかと思えます。

【小久江補佐】 座長、すみません。今、〇〇委員の前に座長がおっしゃられた〇〇委員と〇〇委員を含めて議論するところ、ちょっと私、違った回答をしたのかなと思ひまして、改めます。①、②の部分ですので、お二方を招集して小会合を開いて、あと、関係する消防機関の方も必要かなと思うのですが、そこで議論させていただいた上で、ここの親会でも、さらに①の軽症、重症とか、現行の分類、その辺も含めて慎重に議論していきたいなど、そんなふうに現在は考えております。

【〇〇座長代理】 というのは、今の私の最初の理解では、〇〇先生と〇〇先生には、活用されていないデータ云々と入力要領の詳細な見直しの2点をお願いするということがあったんだけど、今言ったような①、②も含めて一応検討させていただくということ？

【〇〇補佐】 63ページの、ちょっと見えにくいですが、一番下のほうに①、②について検討していきたいという旨をちょっと書かせていただきましたとおり……。

【〇〇座長代理】 これも含めてやっていただくということですね。

【〇〇補佐】 もちろん、こちらでも議論してもらおうと。

【〇〇座長代理】 そのときに、ほかの関係者もちょっと入れてやりますということ。

【小久江補佐】 そこにも消防の方の意見もしっかり聞いた上でやっていきたい。

【〇〇座長代理】 ちょっと幅は増えましたが、〇〇先生、よろしくをお願いします。

【大嶋理事官】 先ほどの普及啓発の関係ではご意見をいただきまして、ご指摘いただいた点もすごく重要だと考えておひまして、9ページにありますような形で、各年代に応じた形で緊急

度判定体系を普及させるような形で取り組むということもあわせて実施してまいりたいと思っております。

【〇〇座長代理】 最後に〇〇さん。

【〇〇委員】 いや、ちょっと時間なので、私、何かあれば直接お聞きさせていただきます。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

今年度の検討の進め方、事務局からお願いします、年間スケジュール。

【大嶋理事官】 それでは、67ページでございますが、年間スケジュールでございます。この親会につきましては、本年度3回予定してございまして、次は11月ごろ、また、3回目は2月ごろ、開催を予定してございます。その間にワーキングを開催いたしまして、その結果を適宜報告させていただきまして、3月ごろ、報告書の取りまとめという予定にしております。

68ページは、それぞれワーキングの年間スケジュールを掲載させていただいております。以上でございます。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

座長のまずい進行で30分も延長して、ほんとうに申しわけございませんでした。

事務局、最後によろしくお願いします。もうよろしいですか。

では、これで終わらせていただきます。どうもお疲れさまでございました。ありがとうございました。

(了)