

平成28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28年12月8日（木） 16時00分から18時13分
- 2 場 所 TKPガーデンシティ永田町（東京平河町ビル）ホール3A
- 3 出席者

メンバー : ○○座長代理、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、
○○様（○○委員代理）、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、
○○委員、○○委員、○○委員、○○(○○)委員、○○(○○)委員

オブザーバー : ○○室長（○○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、「平成28年度救急業務のあり方に関する検討会（第2回）」を開催させていただきます。本日の進行は、消防庁救急企画室の伊藤が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、開催にあたりまして、消防庁次長、大庭より、ご挨拶を申し上げます。

2. 挨拶（消防庁次長）

【大庭次長】 本日はお忙しい中、この検討会にご参加いただきまして、誠にありがとうございました。第1回の検討会は、私は残念ながら欠席だったのですが、（#7119）の普及や消防と関係他機関との連携などにつきまして、大変、多岐にわたる活発なご議論いただきまして、ありがとうございました。

その後、全国の消防本部、都道府県の消防部局、あるいは衛生部局につきまして、アンケート調査を実施いたしました。いずれも、回収率100%の回答を得まして、本日、全国の現状として資料に含めておりますので、後ほど報告させたいと思っております。また、その間、2つのワーキンググループと1つの小会合で、大変、精力的にご検討を進めていただきまして、ありがとうございました。皆様には、多大なご尽力をいただきまして、御礼申し上げます。

加えまして、昨年度、愛媛県西予市からの提案を受けまして、この場でもご議論いただきました「救急隊の編制基準の改正」につきまして、今、政令改正の手続きを進めております。その件につきましても、後ほどご報告をさせていただきたいと思っております。

私ども、この検討会は、本当に救急の分野では非常に重い検討と思っております。ぜひ、皆様方の活発なご議論をいただきまして、今後の救急業務のあり方に資することができれば、大変あ

りがたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

3. 委員紹介

【伊藤係長】 次に、委員のご紹介をさせていただくところですが、今回の検討会は第2回目ですので、第1回にご欠席された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】 〇〇委員。

【〇〇委員】 よろしくお願いいたします。〇〇です。

【伊藤係長】 本日は、〇〇委員の代理で、〇〇様にご出席いただいております。

【〇〇委員（代）〇〇様】 〇〇の代理の〇〇です。よろしくお願いいたします。

【伊藤係長】 また、〇〇座長、〇〇委員、〇〇委員におかれましては、欠席とのご連絡をいただいております。また、〇〇委員におかれましては、遅れるとのご連絡をいただいております。また、本日、猿渡消防庁審議官につきましては、遅れてのご参加となります。

続きまして、お手元にある資料の確認をさせていただきます。

まずは次第です。次に開催要綱、委員名簿、席次表でございます。続いて資料として、横長の「平成28年救急業務のあり方に関する検討会第2回資料」でございます。そして、参考資料が1～5までございます。以上、不足、落丁等があれば、その都度係員へお伝えください。

本検討会は、特に委員の皆様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。

それでは、〇〇座長代理よりご挨拶をお願いいたします。

【〇〇座長代理】 皆様、こんにちは。前回の第1回目の検討会に引き続いて、第2回目も座長代理をお引き受けさせていただきます。よろしくお願いいたします。座って失礼します。

当検討会の1回目の、親会の時の「救急業務のあり方に関する検討会」、1～7について検討を行うということでございます。ただ今、大庭次長からご紹介がありましたように、それぞれに対してアンケート調査を行っておりまして、その結果をご紹介申し上げながら、皆様方に現状把握と、それを基にして、今後どういう方向で進めていくか、どういう方向性がいいのかということを検討いたしたいと思っております。

また、本年度は親会の下に2つのWGを設けております。2ページのように、「緊急度判定体系の普及に関するWG」は〇〇先生お願いしています。もう1つは、「救急業務の円滑な活動及び質の向上」の内の「V 救急業務に携わる職員等の教育」、いわゆる「救急蘇生WG」は〇〇先生にお願いしています。それからもう1つ、「救急統計に関する小会合」に関して、〇〇先生と〇〇先生にもう少し深く掘り下げて、ご議論を進めていただくということでございます。

それでは、検討事項がたくさんございますが、皆様方のご協力で時間内に終わらせたいという

ことでございますので、忌憚のないご意見を、よろしくお願いいたします。

では、事務局、お願いいたします。

【伊藤係長】 ありがとうございます。撮影の方はここで終了させていただきます。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、以後、議事の進行を〇〇座長代理にお願いしたいと存じます。

5 議 事

【〇〇座長代理】 それでは、議事に従いまして進めていきたいと思っております。資料に添って項目ごとに説明いただいて、その都度、意見を承るということにいたします。

最初に、「I. 緊急度判定体系の普及」について、事務局からよろしくお願いいたします。

【森川専門官】 それでは、資料の4ページをご覧ください。「緊急度判定体系の普及」ということで、今年度は〇〇先生を筆頭にWGでご議論いただきました。今年度ご議論いただいている内容は、①緊急度判定体系の概念を普及させていくためのコンテンツについて、②緊急度判定支援ツールの普及の2点です。

その下の「具体的な成果物のイメージ」の一番左に、概念を普及していくためのコンテンツということで、対象ごとの5つのコンテンツをご検討いただいています。右側に、緊急度判定支援のアプリ、その右の救急車利用のリーフレット、一番右側にプロトコルの改定、そして、それを踏まえた救急受診ガイドの作成を検討いただいているところです。

続きまして、5ページは「1. 緊急度判定体系の概念の普及」ということで、コンテンツになります。アンケートを採ったところ、多くの団体で緊急度判定体系の普及の必要性を認めているため、緊急度判定体系について説明をするようなコンテンツが必要と考えています。参考資料1が、その概念普及のコンテンツについての具体的なシナリオになります。低年齢向けのコンテンツとして、①紙芝居と②短編のアニメーション。裏側に③動画で3分と15秒のもの。④高齢者向けの小冊子。⑤として、行政や消防、医療機関の皆様といった説明する方向けのガイドブックの内容についてご議論いただきました。今回の検討会においてご了承いただければ、このまま作成を進めていきたいと思っております。

続きまして、本体の資料の6ページです。「緊急度」という言葉が、医療に特化した言葉ではなく、普及の妨げになっている可能性があるのではないかというご意見がありましたので、今年度のWGにおきまして、それに代わる言葉があるかどうかをご議論いただきました。WGの中では、「救急度」という言葉が有用ではないかという結論をいただいております。

ただ、ご議論いただきたいことの中に書いてありますように、「救急度」という言葉が国語辞典に載っていない新しい言葉であったり、救急医療の必要度と誤解される恐れがあるのではないか。そして、今までずっと「緊急度」という言葉を使っていたので、混乱を生じさせるのではないかというご意見もありましたので、ご議論いただければと思います。

7ページ以降は、その緊急度判定を支援するためのツール作りになります。まず、7ページはアプリのことで、アプリを実際に作っているところは少なかったのですが、やはり必要だという回答が多かったので、アプリを作りたいと思っております。

8ページは、緊急度判定支援の全国仕様のアプリの方向性の案でございます。①に書いてありますように、全国版を消防庁で作成したいと。緊急度判定支援の提供手段としては、アプリ版とWeb版の両方を作っていきたい。3番目の病院検索と受診手段の情報との連携では、既存の医療機関案内、受診手段の検索システムとリンクさせて提供していきたいと考えています。ただ、米印の所に書いておりますが、自治体や消防本部が独自で改編することが可能なように提供したいと考えております。

9ページは、救急車利用リーフレットの高齢者版の作成を考えております。具体的には、別紙の参考資料2-1をご覧ください。これは、このような症状が出たときにはすぐに119番をしてくださいという症状を挙げております。そして、迷ったらすぐに、かかりつけの先生に相談してくださいということ、下のほうに書かせていただいております。

参考資料2-2は、医療機関にかかっている方向けで、医療機関の先生方、あるいは看護師さんや受付等で、こういった症状がある場合は救急車を使ってください、こういった症状が出たら医療機関にかかってくださいという具体的な症状を、負担が生じるかもしれませんが、患者さん一人一人に向けて作っていただきたいと考えています。それを、先ほどお見せしたリーフレットなどと一緒に渡していただければといいかなと考えています。こちら、今回の検討会でご了承いただければ、作成のほうを進めていきたいと考えております。

10ページは、今、緊急度判定プロトコルver1を、研究班に改訂作業を進めていただいていることのご報告です。

11ページは、緊急度判定体系の概念普及のためのコンテンツを具体的に、こういった使い方をすればいいのではないかという例を挙げております。例えば、不特定多数の方に向けた普及・啓発ということでは、ウェブサイトや、今いろいろな所で見ることが多くなっていますデジタルサイネージなどで、動画を使って説明していけばいいのではないかという例を挙げさせていただいております。

12ページは、緊急度判定の支援ツールの届け方ということで、具体的な例を挙げております。例えば、行政職員や保健師などが、お母さん方に対して子ども用のリーフレットを使うと。それはどういった機会に渡すかということ。乳児家庭全戸訪問事業の時や健診時などにお渡しできればと考えています。

13ページは、コンテンツとツールの作成スケジュールです。緊急度判定体系については以上です。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

WGの〇〇先生、追加、あるいはご意見は何かございますか。

【〇〇委員】 追加するということはございませんけれども、WGのほうで、どういう基本的なところが議論されたかというのを要約いたします。

最初の緊急度判定体系については、緊急度を早く判定して、救急医療を受ける機会を早く与えるという概念が表に出るような形でやろうと。決して、振り分けではないということを、終始意識してやりました。それと、ツールの普及については、国のほうから、全国どこでも変更して使えるように、偏らない普及度の高い形で作っていただきたいということが委員のほうからございましたので、事務局のほうではそういう形で進めていただいているということでございます。

また、概念の普及のいろいろなコンテンツの中身の作り方ですけれども、やはり使っていただきたいという側からではなくて、実際にそれをお使いになる教職の先生、保育園の先生、あるいはご家庭の人たちの目線で見ると、どういう形で作れば浸透するのかという、大変貴重な意見をいただきましたので、その意見を基にして、事務局がかなり工夫して作っていただいているなということでございます。以上です。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

中身、あるいは方向性に関して、いかがでしょうか。

【〇〇委員】 アプリについて質問ですけれども、全国どこでも使える、もしくは消防をやっている地域によって若干改編ができるというご説明があったのですが、これはどこまでの改編が可能でしょうか。例えば札幌市の場合は、札幌市地域と一部の地域が安心センターの管轄でやっていますけれども、そこで取りあえずするものと、アプリでされたものとで差異が出るのか、出ないのかというのも重要な要素だと思いますので、その辺を含めてお願いします。

【森川専門官】 プロトコル自体については、研究班のほうで作っていただいていますので、それ自体もある程度の改編は可能かと思います。あとの受診手段や医療機関案内は、もうそれぞれです。ただ、リンク先が固定されていますので、そこが少し自治体によって違うのかなと考えています。

【〇〇座長代理】 適宜、地域の事情によって、出来上がるものは、結構自由にやってもいいのですよね。ある種、標準型のサンプルみたいなものを作るということですね。

【森川専門官】 はい、そのとおりです。

【〇〇座長代理】 それでよろしいですか。はい、どうぞ。

【〇〇委員】 今、アプリのお話が出ましたので、アプリ関連で少し幾つかお話をしたいと思います。課題が幾つかあると思っております。例えば今、救急安心センターの話が出ましたけれども、東京をはじめ札幌・大阪は救急安心センターしておりますが、そういった自治体は使うにしても、多分全国版をそのまま使うことにはならないだろうと思います。誘導が病院案内と患者搬送ということで、救急安心センターの誘導がなされないの、改編する必要があるだろうと

思っております。

ただ、改編させていただいた場合、全国津々浦々、いろいろなアプリが世の中に存在することになりますので、果たして住民がどのアプリをダウンロードしていけばいいのかというあたりが混乱を招く懸念があるということで、そこは整理する必要があるのではないかなど。

もう1つは、改編をしていった場合に、メンテナンスが必要と思うのですが、その費用の問題が各自治体に多分かかってくると思うのです。そういったことを踏まえると、なかなか改編を、二の足を踏んでくる自治体も出るのではないかと思います。

最後に、全国ハイヤー・タクシーの連合会ですが、患者搬送事業者の中にはこういった連合に加入していない事業者も多数あると考えられますので、そのあたりの整理も一定必要ではないかと思っております。以上です。

【〇〇座長代理】 はい、安心事業については、次の議論ということでよろしいですね。〇〇先生。

【〇〇委員】 大変いいと思うのですが、12ページに、「誰が」「誰に」というところがあります。「誰が」のところで、例えば医療関係者や消防職員というのは、違和感なく伝えられると思うのですが、自治会・老人会だとか、マンション管理会社の方に、説明をさせるノウハウを伝えるかというところは、具体的に議論はあったのでしょうか。

【〇〇座長代理】 いかがですか。

【森川専門官】 普及させるためのコンテンツとして、自治体や消防職員の方たち向けに、こういった説明をしてくださいというガイドブックみたいなものを作ろうとは考えています。ただ、先生がおっしゃるように、そういう自治会の方やそういった方々に対してどういうふうに説明するかということは、まだ考えていませんでしたので、行政向けのガイドを使って説明していくことを考えています。ただ、行政機関向けのガイドは、パッケージで考えていまして、こういうふうに話してくださいというものを作ろうと思っています。

【〇〇委員】 そのあたりを、丁寧にしていったほうがいいのかなと思って質問しました。ありがとうございます。

【〇〇座長代理】 はい、どうぞ。〇〇さん。

【〇〇委員（代）〇〇様】 一般ユーザーとしての立場になってのお話しですけども、アプリの話です。先ほど、世の中に多数存在するアプリとのすみわけというお話もいただきましたが、アプリにアクセスする場合、スマートフォンの文字検索で調べてみようという方も相当数いらっしゃるのではないかと思います。そうした場合、気軽に調べられるように、愛称といますか、略称といますか、例えば「救急アプリ」「アプリ119」という形で手軽に検索できるような、また、日常の会話の中で用語として使えるような試みも考えてみてはどうかと思っております。

【〇〇座長代理】 〇〇先生。

【〇〇委員】 全く専門的な意見ではなくて、完全にユーザーの意見です。先ほど〇〇委員などからお話があったようなアプリの話ですけれども、技術的に可能であれば、例えば使うほうであれば、アプリは1つで、アクセスする場所によって情報が変わっていくというようなことでないと、多分、普及もなかなか難しいし、使いにくいと思います。

本当に、技術的にそういうことが可能なかどうか分かりませんが、使う世代によっても全然違うと思うので、ほとんどそういう動きがない所では移動側を想定しないような使い方でもいいと思うのですけれども、例えば小さなお子さんがいらっしゃる方であれば、外に出掛けたときにそういうものを使おうというときに、いちいちアプリをダウンロードしてから使い始めるということは考えにくいので、何かそういうような技術的な工夫をしていただけると、使うほうとしては多分すごく使いやすいのではないかという印象を持ちました。

【〇〇委員】 少しよろしいですか。

今、ご意見をいただきましたが、このアプリについては、WGでも同様の意見を多数いただいています。やはり、多数のアプリがあるということは、逆に使ってくれない可能性もあります。そのため入り口、ポータルサイトは分かりやすい1つでやって、その中の枝分かれと言いますか、それぞれのコンテンツを誘導する形でいいのではないかという意見もありましたし、私個人的にも、できたらそういう方向でお願いしますという意見を述べたつもりでございます。

おそらく皆さん、ユーザー側で考えればそういうことになるのだらうと思いますので、事務局のほうでぜひそういう工夫をしていただいてということをお願いしていることを、申し添えたいと思います。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

この普及・啓発には医師会が非常に重要になってくると思います。〇〇先生、そもそも、こういう検討会をやっているということが、医師会の内部にお話はいっているのでしょうか。

【〇〇委員】 郡市医師会や地区地区の医師会の状態でいえば、救急車の適正利用に関するポスターについては、しっかりと配られておりますし、啓蒙活動しておりますけれども、それがユーザーのほうにどれだけ伝わっているかという、なかなか難しいのではないかと思います。

【〇〇座長代理】 厚労省もそうだと思うのですけれども、これが出来たときに、実際に動かす段になると、厚労省や医師会なりが情報を含むシステムを前もって作っておかないと、地域の医師会の先生方は「どうなっているの？」という話になると思います。厚労省としても、MCも含めて日本医師会のほうにも、今後、その辺のところをコミュニケーションといいますか、情報をきっちり伝えておくことが必要です。〇〇先生を通してそういう話を、ぜひとも医師会への情報を、よろしく願いいたしたいと思います。

では、次に行きたいと思います。もし何かご質問がございましたら、最後に時間があればということにいたしたいと思います。

では、続きまして、「Ⅱ. 救急安心センター事業（＃7119）等の普及」と「Ⅲ. 効果的な普及啓発の検討」を、事務局、説明をお願いします。

【大嶋理事官】 それでは、15ページをご覧いただきたいと思います。

救急安心センターの事業の普及に関してでございます。現状としましては、本年3月に消防庁より、消防と衛生部局が連携して実施に向けた検討を行うようにという通知をしたところです。

現在の状況ですが、東京・大阪・奈良・福岡・札幌・横浜・田辺の7団体が実施しており、山形・栃木・埼玉・香川は類似番号で実施しております。また、宮城県・神戸市は、次年度以降実施に向けて検討していますし、広島市におきましても30年度以降に実施するというところで、徐々にではありますが、広がりが出てきている状況です。

16ページは、これらにつきまして、現在、各都道府県を通じてアンケートを採った結果です。まず実施状況で、都道府県につきましては、実施、一部実施もございますが、今後検討するという所も含めると、大体6割が何らかの検討を行っている状況です。一方、衛生部局につきましては、大体4割が検討中、または実施ということで、消防と衛生部局では少し温度差がある結果が出ているところです。

また、事業の必要性につきましても、検討中、実施予定がないという所にアンケートを採っておりますけれども、都道府県の消防では大体5割が必要性を感じていると。また、衛生部局では4割程度の所が必要性を感じている状況だったというところです。一方で、消防本部につきましては、約7割で必要性を感じているという状況が出ております。

17ページです。この＃7119の普及につきまして、現在、救急需要の高い都道府県や政令市等に消防庁の職員が現地に赴きまして、今、実施に向けた働き掛けや検討をしております。この中で頂いた意見等をまとめさせていただいております。

左側が都道府県ですが、「医療機関側の定量的なメリットが分からない」「心肺停止の人が助かっているなどの医療側のメリットのデータを示してほしい」「人材確保が困難である」「365日24時間では、費用確保が難しい」といった意見をいただいております。

右側は消防本部、市町村ですけれども、「相談事業の必要性は認識している」「スケールメリットや予算、人材確保の観点から、県が主導で実施してほしい」。また県によりましては、県消防長会の中で、2年連続で県に実施するように要望しているという団体もありました。また、市町村単位で実施している団体につきましては、地域の範囲を拡大することは当初から想定しておりまして、希望があれば前向きに対応をしたいという回答をいただいたところです。

18ページは、アンケートの中で必要性を感じないということで、理由を尋ねたものでございます。消防部局につきましては、早期の受診の促進、潜在的な重症者の救護、住民に安心を与えるような効果は期待できるけれども、費用対効果の説明が困難。現時点では「必要性を感じる」とまでは言えない。費用とのバランスを考慮する必要があるという意見をいただいております。

また、衛生部局につきましては、費用が高額である、効果が不明である、電話相談では、結局、受診の勧奨となるという意見をいただいております。

これらを踏まえまして、19ページは引き続きのアンケートです。まず上の部分は、「どのような課題があると考えますか」ということで、消防本部に尋ねた結果です。

左側のグラフですが、医学的質の担保、正確な医療情報の提供、365日の対応に関すること、119番との連携に関すること、医療機関との調整に関すること、相談員の確保に関すること。こういったものが、課題であるという認識があるということです。

右側は、「周知の方法としてはどのような方法があるか」ということでは、ポスター、リーフレット、ホームページ、講習会、イベント開催、鉄道・バス等を用いた広報などが手段としてあるのではないかと回答をいただいております。

その下は、「どのような効果があると思われますか」ということでお尋ねしたところ、左側が消防部局ですけれども、出動件数の抑制や軽症割合の減少、重症化する前の早期受診の促進、潜在的な重症者の救護、医療機関の負担軽減、住民の安心を与えるといった意見をいただいております。衛生部局につきましては、右側のグラフですけれども、同様の形で、出動の抑制、軽症の割合の減少等の効果があるということで、项目的には、消防・衛生部局とも同じような結果をいただいたところです。

これらを踏まえまして、20ページ、「今後の方向性（案）」です。

まず1つ目は、本日、参考資料3という形で作っておりますが、消防庁は引き続き、#7119の必要性、効果などを含めたPRペーパーを用いまして、働き掛けを引き続き行っていくべきではないかということです。またその際、和歌山の田辺市のほうでは、対象人口も少ないものですから直接人材を雇うことはできないので、コールセンターを保有している事業者に委託する方法を取っているといたことにつきましても、周知していつてはどうかということです。

2つ目は、消防側の費用対効果につきまして、各団体の協力をいただきまして、ある程度、救急出動の抑制効果や潜在的な重症者の救護といった観点での効果は定量的には示しているのですが、先ほどアンケートにありましたように、医療機関側の効果が見えないというところがありますので、定量的な医療費の削減効果や医療機関側の負担軽減といったものにつきまして、定量的に分析していつてはどうかというところでございます。

3つ目は、先ほどアンケートにありましたように、医学的質を担保すること、あるいは相談員の確保に関すること、幅広い分野で課題という認識をしておりまして、自治体職員や医師、看護師を派遣してアドバイスするような体制の構築が必要でないかということです。

4つ目は、現在実施している団体におきましても、水平展開といいますか、横のつながりによりまして、質の担保や課題解決に向けた検討を行うということで、定期的に連絡会を開催してはどうかということです。住民への広報手段につきましても、どのような広報手段が有効なのか

ということを分析いたしまして、より認知度を高めていくことが必要ではないかということで、こういった取組を今後進めてまいりたいと考えております。

21 ページは、転院搬送の部分です。昨年3月に消防庁よりガイドラインを示して、各都道府県での取組を促しているところですが、こういった取り組みの状況につきましてアンケートを採ったところ、左側のグラフですけれども、多くの所で検討中、または検討予定というところですが、検討しないという所も9県あったという状況です。

22 ページは先行事例で、埼玉県の取組です。埼玉県では、県が実施基準を策定いたしまして、各地域のメディカルコントロールにおいて、ガイドラインを策定するための取組を支援しているということです。県のほうでは、実施基準を改定いたしまして、基本方針を示した上で各地域のMCの取組を促している状況です。

23 ページは、今後の方向性です。下の四角のところは、問題が顕在化していない都道府県におきましても転院搬送が行われているということに鑑みると、ガイドラインに基づいたルール作りを行っていく必要があるのではないかと。また、地域によって実情が異なるとしましても、県としまして、基本方針や地域の合意形成を支援するなど、一定の役割を果たしていく必要があるのではないかと。このため、国としましては、先行的な事例を紹介しつつ、都道府県のガイドラインの参考としたルール作りを支援していく必要があるのではないかとということです。

説明につきましては、以上でございます。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

いかがでしょうか。安心センター#7199のお話と、主に転院搬送のお話しです。〇〇先生。

【〇〇委員】 栃木県ですけれども、オレンジ色になって10月から始まったところ。これは当然効果があるだろうと、私たちは思って、いろいろな所で言ってきた成果だと思います。

今のアンケートを聞いていて、本当に効果があるかどうか分からないとかいう話が、出てきているので多少どうかと思うのです。私が思っているのは、住民の方との話し合いのフォーラムとか、自治会の方との話の時に、「他の県ではこんなのあるんだけど、どうでしょうか」という話が出ると、まず間違いなく、みんな手を挙げて、ぜひそういうものがあると安心ですねと、自治会の人たちはよく言う話なのです。

それをまとめて、市長さんをお願いして、市長会で言ってもらって、県議会で言ってもらってというのが私たちの所の流れでしたので、普及についても、もっと地元密着型で普及させるということがこの話が広がることにはないかと思っています。

栃木県は始まったばかりで、昨日聞いてきたところ、1日数件しか連絡が来ないそうです。これではどうなのだという話をしたところで、普及するように、昨日、県庁でお願いをしたのです。

1つは、せっかくのこの番号ですけれども、東京から宇都宮線に乗って栃木に来る間に番号が、#7119、#7000、#7111と3回変わるのです。これでは、やはり普及しないのでは

ないかと思えます。それで、消防庁の方に栃木県まで来ていただいたというのですけれども、なかなかいろいろ言うことを聞かなかったらしいです。

私は、どうしてなのかということ、随分しつこく聞いたのです。結局、栃木県でこれを進めたのは、実は消防部局ではなくて衛生主管部局なのです。衛生主管部局の人に、国がこれだけ言っているのに、どうして#7119が取れないのかと話をしたら、そういうことを言うけれども、消防が全然乗ってこないのに、私たちだけやっているのは変だから、もうこれ以上はできないのだというようなことを言われてしまったこともあって、ぜひ消防部局と衛生部局の両方で、#7119をどうやってやったらいいかを検討するように、うまく話を持って行っていただきたいと思えます。

栃木県も、あと少しなのです。24時間体制のところをもう少しとか、医師のバックアップのところをもう少しあれば十分いけると思えますので、そういうことを踏まえて普及をやっていただけだと、もっといくのではないかと思いました。

【〇〇座長代理】 現場は、まさにそういうことなのでしょうね。

他はいかがでしょうか。はい、〇〇先生。

【〇〇委員】 話は、〇〇委員とは異なるのですけれども、病院間搬送と言いますか、転院搬送の件で少しご意見を言わせていただきたいと思えます。

22ページの自主基準改定のところで、(3)の緊急性の乏しい転院搬送については、本来、消防機関が実施するものではないため、医療機関が所有するいわゆる病院救急車とか、消防機関が認定する民間の救急車の搬送をしてくださるよう、通知文の中では活用するように通知があったように思っております。

私ども堺の地元で、救急病院の全てに対して病院間搬送、いわゆる転移搬送をどうしているかというアンケートを採りまして、その時の費用についても興味がありましたので調査をいたしました。その時にやはり、堺市では結論から言いますと比較的良心的に使われていまして、やはり緊急度の高いのみに限って消防に要請してました。病院から出ていくとき、あるいは在宅に戻るときについては、ここの費用負担の面が非常に不透明なので、地域医療連携室など病院の中で出口問題をやっているスタッフの方々がたくさんいらっしゃるのですけれども、やはり混乱の極みは費用負担の問題であるとおっしゃっています。今日、厚生労働省もお越しなので、そういったことをやはり国民に向けて分かりやすく言わないといけないでしょうというのが、1点課題に上がりました。

それで病院の多くは、自身が急性期病院であれば在宅に戻す、あるいは施設に戻すというのは、医療が完結しているもので、これはあなたの費用で帰ってくださいと言い切っています。ただ、車椅子とかタンカー搬送しなければいけない場合は、こちらで搬送手段を紹介してあげるのですけれども、やはりどうしても、「え？ 費用は私が出すのですか」という議論が出てくると。

もう1つは、急性期病床から回復期病床とか、あるいは慢性型病床の病院に移るときは、これは病院の都合なので、病院間同士でどちらかが負担する。普通は送り出し側で費用を負担するの
だろうけれども、これとて地域の病院間において、救急車や寝台車を持っている所がオファーで
迎えに行くか、あるいは連れて行くかということ、それぞれ無償でやっているのが現実なので
す。やはり、これもある意味、制度的な意味で病院の都合で急性期から回復期に行くのだったら、
どちらがどういう形で負担するのかということも、ある程度分かっていたほうが、病院間の転送
を担当するMSWの人たちは分かりやすいという意見をいただきました。

これは、消防機関とは関係ない事柄のように見えますけれども、それが解決しないと、「やっぱり119番だよ」ということになってしまう。いわゆる、患者さんやご家族のほうから、そう
いう費用の面で出てくることもあるということも少し知っておいていただきたいと思います。

【野村室長】 ○○先生、ありがとうございます。全く同じ気持ちで私どももやっています、
20都道府県に行っているのも、消防部局と医療部局の課長さん方、両方来てくださいと。その
方々に対して、先ほど申し上げた参考資料をお持ちして精一杯訴えております。まだ実現の所は
ポチポチかもしれませんが、少しずつであります。検討し始めましたという所も出てきて
いますので、何とかもう一押しやっていきたいと思っています。○○先生のように、個別に県庁
とか働きかけていただくのは大変ありがたいと思っています。私どもも、この努力を続けてい
きたいと思っておりますし、最近、医療部局が予算を取って主導でやっておりますので、そちらの課長
さんをお呼びしているというのが実情でございます。

あと、その結果かもしれませんが、県議会でも質問を受けたりというところも、少しづ
つ出てきておるようでございますので、そういうものの力も借りながら、一つ一つ実現が近づく
ようにしていきたいと思っています。ありがとうございます。

【○○座長代理】 今の県議会でもというお話で、その時には、例えば#8000との絡みは
どうなっているんだとか、その辺の話は出ないですか。

全国的に#8000は福祉保険局や衛生局を中心にして、100%の普及率ですね。一方、#
7119の普及率はまだまだですが、結構、利用度が高くて、本来、#8000適用の小児の
ものかなりの部分、東京都などは#7119へ来ているのです。

先ほどの話でないですけれども、厚生行政と消防行政の縦割り行政的なものが、#7119と
#8000にはあります。本当はこれを1つにしてしまったほうが理想的にはいいのではないか
と思うのです。全くその辺のところ議論されないまま、衛生局と消防署がそれぞれ自分の救
急システムの安心センターをつくっているのではないですかね。

だから、この16ページのデータを見ても、衛生部局に聞けば、それは必要ないよという話にな
ってしまう可能性が高くて、うちは#8000で、#7119は関係ないという話になってし

もうわけでしょう。ここですのような話ではないかもしれないですし、将来的にはその辺を何とかする方向性は考えたほうがいいのではないかなという気はいたします。はい、〇〇先生。

【〇〇委員】 少し別の観点ですけれども、先ほど説明があった参考資料2-2を見ていただくと、これは医療機関で患者さんに会計の時などに渡すもののサンプルだと思います。この中でこんな症状が出たらというところの中に、「#7119にご相談してください」という選択肢があるのです。これはおそらく、本来的には、かかりつけ医の先生にまず相談してくださいということだと思っております。一方で24時間それに対応できないという場合に、この#7119を地域の中でうまく活用していくという考えであるとする、消防と衛生担当部局以外に、その地域の医師会の先生方が#7119を、特にクリニックの時間外の補完として使うという方向で考えていくのかどうかということも、使い道の中に現れてくるのではないかと考えております。

【〇〇座長代理】 確かにですね。それで、小児科は#8000というのですか。

はい、〇〇先生。

【〇〇委員】 本当に、〇〇先生がおっしゃるとおりだと思っております。だから、かかりつけ医が、この辺の救急のことについて、昼間だけかもしれないけれども、関わっていけるかという大切な観点だなと受け止めております。

もう1つ、#8000のことをお話しいただきましたけれども、やはり#8000も、最初にかかりつけ医の間でも、「こんなのをやってどうなんだろう」という意見がかなり強かったのです。ですけれども、それを何年も続けている間にかなり相談件数も増えてきて、やはり休日急患にかかる方が少し少なくなっているというデータも多少出ているところがあると思っておりますので、それを少し参考にしながら、関係部局に説得されるように、〇〇先生がおっしゃっていただきましたけれども、いろいろな所から、大手絡めてから、やはりこういった説明をして攻めていくというほうが、私はいいのではないかなと思っておりますので、ご検討いただけたらと思います。

【〇〇委員】 東京都で行っている救急相談センターの事業については、当初から東京消防庁と福祉保健局に加えて、東京都医師会が参画し、24時間そこにいる医師は東京都医師会からの派遣ということで、自分たちの患者さんに対してのサービスということを東京都医師会として考えていただいています。ぜひ医師会も一緒に巻き込んで議論していただければと思います。

【〇〇座長代理】 確かにおっしゃるとおり、医師会の実際の患者さん等を含めて、あるいは広報を含めて医師会から発信というのは非常に重要だと思います。

はい、よろしいでしょうか。それでは、〇〇先生がおっしゃっていた転送搬送、いかがですか。〇〇先生。

【〇〇委員】 こと救急医療にのみ関して言えば、〇〇先生がおっしゃったような下り搬送的なもの、または施設からご自宅へとかという話は、いわば地域包括ケアで言うところの、「時々入院ともっばら在宅」に関連する搬送です。だから、「もっばら在宅に準じた救急医療」という言い

方でもいいのかもしれませんが。

そのことプラス、厚生労働省の関係の方にぜひ分かっていただきたいのは、地域の医療施設の役割分担ということで、例えば地域医療構想にしても、高度急性期や回復期や慢性期という役割を与えながら地域全体の景色を整理していこうとしています。

この手の話は、そこに住んでいる住民が選んだ政治家が決めていることだと言ってしまうと、住民にも責任があるという言い方は全くないとは思いませんけれども、やはりそういう社会の仕組みを構築していくときに、例えば上り搬送で言えば救急隊やドクターヘリなどが頑張ってくれてくれると。ですから、それはそれで、いわば公費で賄っているという話になるのですが、そういうふうな仕組みを作っていく一方で、実は下りが必ずあるという社会の仕組みとして下りのことをよく考えていかなければいけなくて、そのことまで仕組みを作るときに一緒に考えていただく必要がある。だから、下り搬送を含めた、「もっぱら在宅に準じた救急医療」については、そこまで行政がどういう形で患者さんの搬送という作業にかかわって下さるか、またはその仕事に富が回っていくのかを考えていく、そのような仕組みを、ぜひ省を上げて考えていただきたいと思います。

隣に小児の専門のお母さんがいますけれども、子どもさんたちを、東京で言えば、多摩地区の多摩総合医療センターに集めるわけです。集めるその瞬間においては、お母さんたちは「うちの子はどうなってしまうのだ」と思いながら、だーっと東京消防庁が運んでくれるわけです。ただその後、奥多摩だとか東村山の北のほうへ帰ろうと思えば、勝手に帰れという話になる。すると、「連れて来られてしまったんだよね、私たち」となるわけですから、ぜひそのところは仕組みとして考えていただきたいと。これは、救急医療という問題もあるのかもしれませんが、「もっぱら在宅」に関連した福祉とか介護とか、そちらのほうのお金の流れとも関係あると私は思っています。救急だから、東京消防庁の金を使えというような話でないと私は思っているので、ぜひその辺のことについて体系的に考えていただきたい。というのが強い思いでございます。よろしくお願いします。

【〇〇座長代理】 おっしゃるとおりです。救急医療にプラス福祉が関わってくると話がややこしくなってしまうのですけれども。

もう1つ、転院搬送のガイドラインは上り搬送に関してが主になると思うのですけれども、下り搬送に関わる場所は、本来業務でないところの話になると、今度それを逆手に取られる可能性があります。本来の救急現場搬送の業務に支障を来してくるよう、その辺を含めてよく考えたいと思います。

はい、〇〇先生。

【〇〇委員】 この下り搬送の件は、患者さん側の視点と医療機関側の視点から考えることが必要です。〇〇先生がおっしゃった1つはコストの面、これは患者側の視点から非常に大切です。

それから、医療機関側としては要請のしやすさと時間がいつでも対応可能ということで、消防の救急車に患者さん側も医療機関側も頼ってしまう。アクセサビリティから考えると、明らかに消防の救急車のシステムを使うほうが勝っています。ですから、民間救急車要請の場合はコストの面ももちろんですけども、どのような時間帯でも要請可能なようなシステムを作っていないと、いくらコストを低くすると言っても、結局はなかなかうまくいかないと思います。

【〇〇座長代理】 これは、いろいろ問題を抱えておまして、これからももう少し検討していく必要があると思います。よろしく願いいたします。

続きまして、「IV. 消防と関係他機関との連携」ということで、説明をお願いいたします。

【大嶋理事官】 先ほど、IIIの説明を漏らしましたので、IIIとIVをまとめて説明させていただきます。

25ページ、「III. 効果的な普及啓発の検討」です。一般負傷につきましては、意図的な取組によりまして救急事故の防止が可能であると考えられますので、これらの取組について進めていってはどうかというところです。

26ページの左上のグラフです。本部にアンケートを採りましたところ、約6割以上の所がこういった取組を始めているということですし、こういった取組を進めていきたいと。また、取組につきましては、やはり高齢者、小児等を対象とした一般負傷につきまして、かなり取り組まれているという状況です。

27ページは、各本部の先行事例です。1つは鹿児島市消防局ですが、子どものけがということで、このようなパンフレットを作りまして、けがをしやすところといったものを救急データの分析に基づきまして作成をされております。また、郡山市では予防ということで、こういったことに気をつけましょうというチェックシートを作っている状況です。

28ページは、「今後の方向性」ですが、事故防止につきまして、積極的に取組をしていく必要があるのではないかと。このため、消防庁のほうでは高齢者、子どもを対象としてけが等の防止のポイントをまとめたリーフレットを作成してはどうかということです。

29ページは、イメージということで、高齢者、子ども向けに対しまして、このようなリーフレットを具体的に進めていってはどうかと考えているところです。

31ページ、「IV 消防と関係他機関(福祉、民間等)との連携」です。第1回目の検討会では、秋田県の例を出させていただきましたが、〇〇先生から大阪市のほうでも先進的に取り組まれているというお話を伺いましたので、本日、大阪府の例を挙げさせていただいております。大阪府のほうでも、やはり精神科の部分では搬送について苦慮しているということで、こういったシステムを作られたということですが、救急病院が精神患者の精神疾患と身体症状の合併症状の方を受け入れたときには、精神科の方々からコンサルを受けられる。逆に、精神科につきましても、受け入れた場合は、救急のほうからバックアップを得られるようなシステムを構築されていると

いうところです。下のグラフは、効果ということで、救急隊員の病院の照会回数の変化ということですが、1回で決まっている件数、あるいは4回以上の件数が減少したという効果が見られたというところです。

32ページは秋田県の例です。事例につきましては、第1回目でご説明しておりますので簡単にご紹介だけしますが、精神疾患と身体症状が合併した方につきましては、まず一般病院で診るのか、または精神科で診るのか、あるいは両方を擁する総合病院に搬送するののかという振り分けの基準を決めたというところです。

34ページ、その効果としまして、救急隊員の病院への照会回数が1回で決まっている回数が増えた。あるいは4回以上の件数が減ったという効果が現れたというところです。

また、35ページ、36ページにつきましては、厚労省の取組ということで、厚労省におきましてはこの図にありますような形で、各県に連絡調整委員会、また各圏域ごとに検討部会を設置いたしまして、精神科救急の運用のルールの方策等を行うということを進められております。また、研修会におきまして、消防や一般救急等の関係者に対しましてこのルールを周知するという取組を、今、始められているところです。36ページにつきましては、診療報酬改定につきましても、手厚く評価を行ったというところです。

37ページですが、これらの問題解決のためには、平時から精神科の関係者、救急医療の関係者、また消防関係者が絡める関係を、平時から構築をして問題解決に取り組むことが必要でないかというところです。実施基準の作成につきましては、約7割のところまで精神科医に絡んでいたいておりますが、こういった形で救急の搬送の実施基準につきましても、精神科の先生方に参画いただく。また、厚労省が進めております「連絡調整委員会」等につきましても、厚労省のほうから消防本部が参画するよという通知が出されておりますので、消防側といたしましても、こういった参画を促すことを通知させていただきたいと思っております。

38ページは、高齢者施設の取組ですけれども、やはり消防本部におきましては取組を行っている所が約4割ございまして、傷病者情報カードの整備でありますとか、救急講習会で普及啓発をしているとか、そういった取組をしているところです。

39ページは、先行事例ということで、相模原市では救急ガイドブックを作成いたしまして、救急要請時のポイント、または引き継ぎ時の連絡シートなどを周知して、また予防救急につきましても講話等を通じまして普及啓発をしているというところです。

40ページは、八王子市の八高連の取組ですけれども、消防や救急医療、精神科の先生方が連携して、八高連という組織を設立いたしまして課題解決に取り組んでいるところです。その中には、救急医療情報ということで円滑な地域医療ができるように、こういった情報シートを作っているところです。

41ページは、地域包括ケアということで、地域でいろいろな医療が関係するような取組を進

めておりますけれども、その中でも消防としても一定の役割を期待されているというところです。

42ページは、救急救命士にアンケートを採った結果です。ケアマネジャーの受験資格につきましては、現在、医師等につきましては実務経験ということで、こういった実務経験がないと受験資格が認められておりませんが、こういった受験資格につきましてアンケートを採ったところ、「絶対受験する」、あるいは「できれば受験する」といった結果が約4割だったという結果です。

43ページ、「今後の方向性(案)」です。先進的な取組ということで、情報収集シートの活用、あるいは八高連の取組などについて周知をしていく。また、高齢者施設も含めまして予防面の取組を推進するため、再掲にはなりますけれども、けが等を防止するポイントをまとめたリーフレットを作成してはどうかというところです。

44ページは、患者等搬送事業者との連携の部分です。緊急性が低い場合には、患者等搬送事業者等の活用を通知しているというところですが、45ページで、そのような現状を把握したところです。消防本部のほうでは、約45%の所がこういった患者搬送業者の認定をしているところですが、やはり実態につきましては約20%しか把握していないという状況でした。

また46ページは、患者搬送業者の活用を促す取組、あるいは連携した取組ということで、これらにつきまして、まだ、なかなか取り組まれていない状況が分かったというところです。

47ページ、今後の方向性といったしましては、これらを踏まえまして、緊急性が乏しい場合には患者等搬送事業者の活用を促すことを引き続き周知していくべきではないか。また、活用につきましても、転移搬送のみではなく、いろいろな大規模なイベントでありますとか、病院移転等の活用例もありまして、こういった活用例につきましても併せて周知していくべきでないかというところです。また、実態把握ということも重要と考えておりまして、こういった搬送実績等も消防機関として把握するようなことも検討してはどうかというところです。

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。

「Ⅲ. 効果的な普及啓発の検討」が抜けておりまして、失礼いたしました。「Ⅲ. 効果的な普及啓発の検討」と「Ⅳ. 消防と関係他機関との連携」、両方併せて、ご質問なりご意見なりいかがですか。では、私のほうから、42ページのケアマネジャーの受験資格が、救命士にないのは私も驚いたのですが、実績をひっくり返して、救命士は、私は一番適していると思うのです。ぜひとも何とかしていただきたい。

【野村室長】 今、これをテーマとして挙げさせていただいておりますが、厚生労働省さんの福祉の部局になりますので、そちらのほうにお願いして検討に上げていただきたいということで、これからそちらのほうでご検討いただかなければいけない事項だということでございます。

【〇〇座長代理】 はい、室長。

【〇〇室長】 厚生労働省でございます。今、野村室長からご発言いただいたとおり、我々の

厚生労働省の介護保険担当の部局がありますので、まずはそこと消防庁さんで話し合っていたいただいた上で、手続として厚生労働省の介護保険に関する審議会がありますので、そのあたりできちんと議論していただいた上で制度改正という方向になるのかなと考えています。

【〇〇座長代理】 はい、〇〇先生。

【〇〇委員】 これからのことは分かったのですが、少しさかのぼって教えてください。例えば柔道整復師は資格がありますね。そういう方たちが自動的かどうか知りませんが、受験資格が生じているにもかかわらず、救急救命士がないといった歴史的なプロセスは、いったい何がどうなってこうなったのですか。私はとてもたくさん不思議なのです。柔整師がどうこう言いませんが、しかしこの上の絵を見ただけで、いかに救急救命士の方たちが四六時中働くというようなマインドで仕事をされていて、なおかつ困った人たちを余計たくさんみているわけです。とことこ歩いて、柔整師の施設に行っているわけではないのですね。そうであるにもかかわらず、救命士が脱落しているというのは、いったいどういういきさつだったのか、知っていることをみんなしゃべってください。

【〇〇室長】 厚生労働省です。歴史の詳しいところまでは把握していないのですけれども、やはり先ほど申しました介護保険の審議会での審議を経ないといけないと思いますので、そこでの議論を踏まえて、こういうことになっていると思うのです。想像するに、救急救命士は、最初は救急の現場での活用を想定して創設された資格ですので、当時は地域包括ケアとか、介護との連携という概念はなかったと思うのですけれども、こういった地域包括ケアとか、そういうものの中でも救急搬送を考えていかないという概念が生じてきた中で、必要性が出てきての議論だと思います。意図的に外しているとか、そういう議論ではないのかなと考えています。

【〇〇座長代理】 もともと担当部局というか、担当が違ったのでしょうか。だけど、先生がおっしゃるように、この話をすると、皆さんが一様に「え？」という話になるので、ぜひとも検討をお願いしたい。

【〇〇委員】 試験も受けずにケアマネの資格を与えろと言うわけではないのです。

【〇〇座長代理】 いやいや、先生が先ほどから口角に泡を飛ばしておっしゃっていたように、まさにそうなのです。ぜひとも、この辺のところはよろしくお願いいたしたいと思います。

よろしいでしょうか。〇〇さん。

【〇〇委員】 「Ⅲ. 効果的な普及啓発の検討」についてですけれども、27ページに鹿児島のこととか郡山のことなどが載っていて、こういうことに注意してくださいということもとてもいいのですけれども、もう1つ、こういうことがありましたということには、すごくドキッとするので。

それで、消費者庁とか小児科学会とかが、こういう事例がありましたということを割とネット上で配信しています。消費者庁はメルマガで配信したりですとか、その季節ごとに消費者庁も、

こういう事故に気を付けてくださいとか、こういう事例がありましたということを出してくるので、すごく注意喚起になっていいなと思うのです。そういう情報というのは、地域の消防本部の方々は多分たくさんお持ちなのではないかなと思います。東京消防庁さんが新聞のようなものに事例を載せていて、とてもいいなと思うのですが、私があれば手に入れることができるのは消防庁に行った時だけで、なかなか手に入れるのが難しいのです。一般の方に、やはりインターネットとかそういったもので出してくださると、すごく注意喚起になっていいと思います。

別に、あえてこういうことに注意しましょうみたいなことを文字で入れないで、何歳でこういうことがありましたということだけでも十分で、「ああ、こういう季節はこういうことに気を付けなくちゃいけないんだな」ということが分かります。親というのは、子どもを育てていく過程で、その年齢、その年齢で、初めての子の場合は起こることが全部初めてだったりするので、想像ができないということがあります。なので、やはり、自分の子どもの先の年齢の子が、こういうことが起きているということをお知らせしておくことで予防になるので、ぜひ事例として、あまり出せないようなものもあるかもしれないのですが、何カ月で、どれくらいのお子さんでこういうことがありましたということ、情報は多少時間が経過したものであってもいいので、誰かを責めるとかそういうことではなくて、普通に事例として、どこの消防本部でも公開していただけるといいかなと思います。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

お子さまをお持ちのお母さんでしたら、そういう情報があると、より注意されて防げるかなと思います。よろしいでしょうか。はい、どうぞ。

【〇〇室長】 厚生労働省でございます。資料の中で精神救急の話が出ましたので、その関連で、よろしいでしょうか。

前回、〇〇先生のほうから、岡山県からの厚生労働省への疑義照会の問題で、アルコールの酩酊または泥酔患者について、精神科的な診察が可能となった時点で精神保健法の適用判断をすること、それ以前の医療行為については、一般的な医療に準じることということで、この通知を基に、精神科病院がアルコール患者を受け入れてくれないという指摘がありまして、この通知の趣旨はどうかということ、宿題をいただきましたので、それのご回答をさせていただこうかと思いますが、よろしいでしょうか。

厚生労働省の担当部局に確認しましたところ、この通知につきましては、精神保健法に基づく措置入院等につきましては、患者さんを制限するような内容になっていますので、やはりそれは、アルコールの酩酊ですとか泥酔患者であっても、精神症状の有無によって判断すべきものであって、精神科の病院がアルコール酩酊患者等の受け入れを一律に否定している、受け入れなくてよいとしているものではないという趣旨でございました。

ただ、事実上、やはりアルコールの中毒患者などを治療できる精神科病院が、その診療能力的

にできるかどうかという問題もありますので、そこは地域の実情に応じて、精神科病院と一般救急の連携で、実情に応じて連携していただきたいという回答をいただいておりますので、よろしくお願いいたします。

【〇〇座長代理】 〇〇先生。今の説明について。

【〇〇委員】 ありがとうございます。昨日も県とこの話をしたところで、まだこういうふうにいる人がいるので、それに対して、これではっきりとけりがつくだろうと思います。ありがとうございました。

【〇〇座長代理】 時間が押しておりますので、続いて、「V. 救急業務に携わる職員等の教育」ということで、説明をお願いします。

【小久江補佐】 49ページ以降をお願いしたいと思います。「救急業務に携わる職員の教育」でございます。

まず、検討項目のうち、①、②、③の部分につきましては、〇〇委員をワーキング長として、これまで2回、検討を重ねてまいりました。本日は中間報告をさせていただきたいと思います。

はじめに、「①通信指令員の救急にかかる教育テキストの改訂」です。50ページをご覧ください。既に口頭指導要領を作成している消防本部のうち、地域MCで確認を得ているのは48.6%の消防本部でした。次に、口頭指導の事後検証を実施しているのは、全消防本部のうちの46%。一方、全地域MCのうち、実施しているのは35.9%でした。

51ページに移りまして、通信指令員に救急の教育を実施している消防本部は全体の60.7%。地域MC全体では28.7%が教育を行ってまいりました。一方、教育を実施していない消防本部のうち、理由として多かったのは、教育の時間が確保できないためという回答が多かったです。続きまして、「蘇生ガイドライン2015」では、通信指令員の心停止の認識や口頭指導の重要性が強調されていますので、地域MCと消防機関の連携をさらに進めていく必要があると考えます。

52ページ、具体的な改訂作業につきましては、項目ごとに担当の委員を割り当てて、内容や追加すべき事項を盛り込む形で検討を進めているところです。最終的には消防庁のホームページに掲載したいと思っております。右下には、神戸消防さんの口頭指導の事後検証に関わる様式を掲載させていただいております。

53ページでは、改定するテキストに掲載したい教育事例を2つご紹介してあります。左側の通信指令員の教育導入プロジェクトでは、和歌山県の消防学校を会場として、救急や火災、多数傷病者などのさまざまなコースを4日間で学ぶコースでございます。右側につきましては、今年度開催されました北九州地域の事例になります。地域MCと複数の消防本部で開催された、口頭指導技術発表会の様子でございます。

54ページは、「WEBコンテンツの改訂」でございます。市民が受講する普通救命講習、180分の受講を例にしますと、あらかじめ自宅などで各消防本部のホームページにアクセスを

して、座学部分の60分を学ぶ教材で、残る120分の部分を消防本部に行って実技を学ぶものでございます。「救急蘇生法の指針2015（市民用）」の改訂に基づきまして、内容を改訂するものでございます。

55ページ、救急活動プロトコルの関係でございます。ここに掲げている6項目につきましては、ポイントだけ掲載させていただきました。付属の資料として、参考資料4を併せて見ていただくと分かりやすいかと思えます。これに関しては、この後のワーキングで引き続き検討していきたいと思っております。

57ページ、「プロトコル発表までの流れ」の案でございます。この後、報告した内容を来年1月の全国MC協議会連絡会で情報提供いたしまして、地域MC協議会の意見を聞きます。そして、全国MC協議会連絡会の意見を踏まえて報告書に反映させて、3月に全国へ情報発信したいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

続きまして、58ページです。これは参考に資料を提供させていただきました。今後、新たな救急救命処置等の提案の窓口についての関係です。これは平成26年度の、ご覧の報告書を抜粋して、フローチャート式で掲載させていただきました。今後は救急救命処置等の追加等に関する要望や窓口の存在については、メディカルコントロール協議会連絡会の時とか、消防機関に通知するなどして周知を図りたいと考えています。

59ページ、「指導救命士認定者数の拡大に向けた取組」です。アンケートの結果から、認定を開始しているのは、9月1日現在で23道県、179本部で374人となっております。今年度中に認定を開始予定しているのは9府県です。認定を開始していない都府県のMCによれば、検討中が大部分でありました。要綱、活用方法、必要性について議論中であることが分かりました。

次に60ページ、指導救命士の運用状況、期待する役割、再教育時間として要綱等に明記しているかのアンケート結果です。指導救命士の役割としては、隊員への指導、教育に関する企画・運営等が期待されています。また、指導救命士が行う日常的な教育体制では、MC協議会の要綱に明記されていないのが多数を占めておりました。

61ページ、指導救命士の活用例でございます。向かって左側、岐阜県の例では、県のMCを中心として、消防学校において教育を実施している様子です。右側の三重県の例では、地域MC内で要綱を定めて、指導救命士が教育を行っている様子です。以上です。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。〇〇先生、ワーキンググループ長として、いかがですか。何か、追加なりありませんか。

【〇〇委員】 今、お話があったとおりで、メインは通信指令員の教育に関してのテキストの改訂という部分と、それから、今お話がございましたガイドラインの変更に伴うところでは、口頭指導に関わる部分と、一次救命処置に関しての変更点に関しては、既に3月までにある程度反映されておりますので、アドレナリンの投与、あるいは気管挿管等に関しての二次救命処置につ

いての救急救命処置のプロトコルを変更する必要があるかどうかについて、概ねの方向性が出ております。もちろん、最終的にはそれぞれの地域ごとで、搬送距離であるとか、あるいは、救急救命士の訓練状態等によって、MC協議会で決めていただくものということになります。全国MC協議会連絡会で公開をして、少し意見を求めた上で、最終報告にさせていただきたいと思っております。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

この参考資料4が、なかなかよくできていて、よくまとまっていて、いいと思います。

先ほど、いいでしょうかとおっしゃっていたのは、全国MCでデータを発表するというのを、皆さんにご了解いただきたいということですか。

【小久江補佐】 はい、そうです。この親会で。

【〇〇座長代理】 よろしゅうございますよね。

(「異議なし」の声あり)

【〇〇座長代理】 では、続いて「VI. 効果的な救急業務の推進」を、よろしくをお願いします。

【森川専門官】 資料の63ページからになります。熊本地震に関しまして、消防機関の対応についていろいろ聞き取りをしました。

それを踏まえて、64ページですが、応援部隊が用いる救急活動プロトコルについては、派遣元のプロトコルの使用がいいのではないかと考えております。そして、②の特定行為の指示を受ける先生の優先順位についてですが、初動の時には、やはり普段からお付き合いのある、派遣元のメディカルコントロール協議会の先生に指示を仰ぐべきではないか。その後、被災地側で指示体制等が指定されれば、それに従うこととしてはどうかと考えております。

そして、③ですが、通信途絶時における特定行為についてです。そこに書いてありますように、こういった大規模災害の時ですとか、あとは、そこまで大きくなくても局地的な災害時等で、停電等が起こることがあると思います。そういったときに、消防機関があらゆる手段を講じても医療機関との連絡が不通となるような場合には、医師の具体的な指示が得られない可能性があると思います。また、普段、平時においても、こういった山間部ですとか、トンネルですとか、そういった所では通信途絶が起こり得ますので、同じような課題が考えられるのではないかと考えております。こうした課題を踏まえて、適切な対応が講じられるべきではないかという問題提起をしたいと思っております。

65ページは、熊本での聞き取りの中で分かったことです。消防機関と医療機関側で情報共有がうまくできなかったことがあると思いますので、消防側としては、こういった緊援隊の人たちが使える支援情報共有ツールというのがあります、また、医療機関側にはEMISという、DMATの先生方が結構いろいろ詳しく書いてくださるツールがありますよというご紹介をして、消防機関も普段からEMISの使い方に慣れておくようにというのもお知らせしたいと思っております。

ます。

66ページですが、こういった大規模災害の時には、災害が複合的、かつ同時多発的に発生することが予想されますので、そういった場合にはきちんと優先順位を活動方針として決めておくようにというのを考えております。そこで、今後の方向性の案ですが、平成24年4月当時に、消防庁としては、「大規模災害発生時における効果的な初動活動のあり方について」というのを取りまとめて、通知を出しておりますので、そういった想定される災害等の状況をもとに、活動すべき内容について事前に計画を策定しておくことが重要であり、平常時から十分な訓練を実施し、災害に備えることが必要であるとお伝えしていますので、各消防本部においては、全国の過去の災害の教訓を踏まえて、訓練を通じて計画の実効性を高めてことが必要ではないかというふうにお示ししたいと思っております。

続いて、67ページからです。こちらは、「多数傷病者発生事象についての対応計画」についてです。救急業務計画について各消防本部にアンケートをしたのですが、策定をしていないという所が38.6%になっておりました。これはいろいろな事情があったようですので、あらためて救急業務計画の策定や計画の見直しに着手するようというのを述べたいと考えております。

68ページは、対応計画の更新頻度ですとか、また、最終更新日についても聞いております。こういったことを示して、定期的に見直してくださいというのをお伝えしたいと思っております。

69ページです。通知のほうで、救急業務計画に盛り込むべき事項を定めているのですが、その中で、左側のグラフの赤で囲んだところ、「訓練実施」ですとか「受援計画」については、策定状況が低いというのが分かりました。そして右側の、通知が出て以降出てきた新しい概念、NBC災害ですとか放射性物質関連、あるいはDMAT、ドクターヘリ等の現場派遣医療チームとの連携などについての策定状況が少し低いようでした。ですので、こういった決められているものの策定状況が低いものについて、あらためて策定をしてください、そして、新しい概念についても策定をお願いしたいと思っております。

次に、70ページです。これは、今までヒアリングを行っていたのですが、追加で新しくヒアリングをしたいと考えておまして、今、お話しした既存計画における新たな概念ですとか、あとは、特に聞き取りが多かったのが、災害対応時の報道対応について、皆さん、苦慮されたというのがありました。なので、こういったことについてもお聞きしていきたいと思っております。また、佐久の時に効果的だったとお話があったのですが、民間事業者等との連携というのもいい取組をされていまして、こういったことについても追加で聞いていきたいと思います。そして、その後の事後検討の実施状況。やはり、そういった事故の後の消防機関の対応について、事後検討をしておくことが大事とお聞きしましたので、そういったことについても、他にも聞いてみたいと思っております。

そして、71ページが、聞き取りの中で見えてきたのですが、消防側も医療側も、こういった

局地災害が起きている時に、一報が入った時に、そういった事故が起きているという認識があまりできなかったという状況があったようです。なので、その初動の立ち上がりのところがやはり大事ですので、こういった兵庫県のEMISというシステムがあります。これは医療機関、消防側、どちらからでも入力できて、入力すると、警報が鳴って、多数傷病が出ている事案が発生したのだなというのが分かるようになっていきます。なので、そういったものを紹介したいと考えております。

そして、72ページ、「事態対処医療」になるのですが、テロですとか、そういったものに関連して、消防の側でもやはり対応できるようにしておくのが大事なのではないかということがありますので、今後の動きのところでありますが、こういったところで、3つ目の○になりますが、消防学校初任科テキストへの掲載、救急隊員の標準テキストの改訂、消防大学の救急科における講義、その他、指導救命士養成研修における講義等、それぞれの立場に応じた教育の実施が予定されていますので、こういったところでご紹介とか、しっかりと中身を検討して実施していきたいと思っております。

73ページが、今、お話ししたことのまとめになりまして、「救急業務計画の策定の指針」ということで、今お話ししたことをこちらに書いております。そして、「取組事例の紹介」ということで、こういった兵庫県版のEMIS等のようなものをご紹介したいと思っております。そして、「新しい知識の普及」ということで、こういった大規模イベント対策時などを含めて、NBC災害に加えて、明確な悪意を持ったテロへの対処方法についても、消防機関における対応状況等を含めて紹介をしていきたいと考えております。

【小久江補佐】 代わりまして、74ページをご覧ください。「ドクターヘリとの効果的な連携」でございます。迅速に医師の管理下に置くために、ドクターヘリと連携が図られているかどうかを、アンケート調査しました。ドクターヘリを要請する場合、要請基準がある652本部を見ますと、約6割の本部でキーワード方式を利用していることが分かりました。次に、連携した際の医療機関側からの指摘は、要請する消防本部の半数で積極的な活用を求められていることが分かりました。

次に75ページ、早期要請するためのキーワードが通信指令員に周知されているかにつきましては、アンケート結果から裏付ける結果は得られませんでした。指摘の中では、「結果的に要請基準外であった」が約15%ありました。積極的な要請を求められているため、通信指令員に対してオーバートリアージを容認することも必要であると考えます。また、キーワードとともに、地域の実情に応じた基準を作ることも必要と考えます。下段の部分は参考までに掲示させていただきました。

次に76ページ、北海道の例をお示ししました。まず、札幌市では陸送に長時間かかる所を図に示し、当該エリアで発生した場合にはヘリを考慮した活動を行っております。また、右の図は、

搬送、受け入れの実施基準に道の防災ヘリ、そして札幌市の消防ヘリ、そしてドクターヘリの運行基準を掲載している例でございます。以上で、説明を終わります。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

大災害時、多数傷病者、ドクヘリ等の効果的業務の推進ということですが、いかがですか。

【〇〇委員】 まず、ご提案の1つ目ですけれども、タイトルでございます。「効果的な救急業務の推進」、多分、災害時、事故があってドクヘリがあるので、こういうようなタイトルになっているかと思うのですが、私としましては、「大規模事故・災害時の救急業務の推進」というふうにさせていただいて、タイトルからして災害時のいわゆる救急業務についても検討いただくというところを、ぜひ明示していただきたい。これだと、あまりに一般的なタイトルすぎて、何を述べているか分からないかなというところ。ただ、もしドクヘリがそこまで大規模ではないということであれば、百歩譲って、「危機発生時の救急業務の効果的な推進」というふうにタイトルを変えていただけないでしょうかというご提案が1つ。

もう1つ、今、すごく良いお話があったのは、平時はすごく皆さんのほうではアンケート調査等をやられて、実態把握がなされていると思うのですけれども、災害時については、実は実態把握というのが不十分だと思っています。例えばですけれど、皆さん、これをご存じでしょうかということなのですが、例えば南三陸で大きく被災をした消防本部等で、では救急車は何をしていたかという、実は揺れた後は、「津波から逃げてください」とパトロールをされていて、それで津波に巻き込まれそうになって、その後は、無事逃げられてから、実はけが人はすごく少なかったもので、病気の方の対応をされたというのが役割だったこと。それから、例えば沖地震であれば、実は、救急車の半分は救助・救命だったのですけれども、半分は実は転院、病院機能が駄目になってしまった人たちを運ぶために救急車が使われていたというようなことを、たくさん、いろいろと調べて発信していただきたいと思います。

それから、例えばけが人の数みたいなものについても、実は、今、うまく把握ができていなくて、少なくとも救急車がお運びになったものについて、どういう実態だったかというのを広域で集計とかをしていただくと、非常に災害時の役に立つのではないかと思いますので、危機時は少ないとは思いますが、ぜひアンケート調査や統計資料等を集めることもやっていただきたいと思います。

もう1点は、ドクヘリ等にも関係があるのですけれども、いわゆる災害時、それから事故等の時に関しましては、現場は消防だけではなくて、警察、自衛隊、場合によってはお医者様もいらっしゃり、あと、高速道路であれば高速道路会社さんもいらっしゃるでしょうし、よく国交省のTEC-FORCE等とお組みになって、実際は、指揮命令系統といいながらも、誰の指揮下にもお互いには入らないことになっていますので、実は現場調整指揮所というのを立てておやりになっているのですけれども、その辺りも、では救急は医師と調整をされて業務をされるのかとか、

そういった役割分担、先ほども申し上げたのですけれど、そういったところの現場の指揮命令系統とか調整のところについても踏み込んでいただくと、すごく今後の参考になるかなと思います。

それから、もう1点。訓練・教育のことに関してなのですけれども、大体、災害想定をしますと、死者何百人、けが人何千人と聞くと、もう全然救急車では足りないので、やる気をなくすとか、その想定をして訓練をしようなどという気にはならないかもしれないのですけれども、実態の災害現場、沖地震であれば、救急搬送と、それから定員に何台ずつの救急車が入れたと。そしたら、では、同じような直下型地震が起こったら、少なくとも沖地震レベルの対応をやらなければいけない。できたら、それを少しでも超えたいというふうに目標設定していただくと、対応できないような数をイメージするよりは、よほど、「ああ、では3台送ればいいのね」とか「5台送ればいいのね」、ではどうすればいいのかというふうになっていくと思いますので、繰り返しますが、過去の実態に基づいた教訓の積み上げと教育・訓練といったことについて、平時のみならず、災害時においてもぜひやっていただければと強く思うところでございます。

【〇〇座長代理】 確かに、目次には、ずっと見ると、必ず入るべき災害時、多数傷病者対応というのがないので、入れて下さい。そして、その中の効果的な業務の推進の1つにドクヘリを入れていただくような格好になろうかと思います。よろしくお願いします。

【〇〇委員】 先ほど、伝えるタイミングがなくて逃してしまったのですが、1つ前のところで恐縮なのですが、59ページに「指導救命士認定者数の拡大に向けた取組」とございます。これはどうしても指導救命士という制度を決めてしまうと、その数を、数を、という形になってしまうのです。これは実態としては、指導救命士の要件というのは、国ではある程度の基準を決めて、実際の細かいところの基準というのは各都道府県で定めているという状況ですから、ここで、数を、数を、という形になると、では、その各都道府県で決める基準を少し下げてという形になってしまうのではないかとこのことを心配します。

ですから、単純に数ではないのだよ、あるいは、都道府県のまだ認定していないところが遅れているのではないんだよといった形で、少し各地域での議論がとれるような時間を確保してあげるといいのではないかと、最初の議論に関わった者としては思うところです。

【〇〇座長代理】 おっしゃるとおりだと思います。よろしくお願いします。

【〇〇委員】 64ページですけれども、特定行為のところですが、大規模自然災害の場合とかは確かにこういうことが起こり得ると思いますし、可能性もかなりあると思いますけれども、平時におけるということになると、やはりまずは通信手段の向上をしっかりと取り組んでいたということが大事であって、平時における課題につきましては、やはりメディカルコントロールの観点からも、少し慎重に議論を進めていただきたいというのが私の考えでございます。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。

その辺のところは、大災害時は違法性が阻却されるような感じですけど、いろいろな所とう

まく調整をとって考えてもらう必要があるなと思います。よろしいでしょうか。

〇〇先生のところの救急ワーキンググループの中には、こういう場合の話は入っているのですか。特に大災害時の途絶時の救命士の特定行為等を含む活動。

【〇〇委員】 直接的にはこのテーマは入っていません。

【〇〇座長代理】 入ってなくても別にいいでしょうか。

【〇〇委員】 災害の時の特定行為の話は非常に重要で、熊本地震の時でもテーマになっていますけれども、救急蘇生のワーキンググループでは、直接この件に関しては議論していませんでした。そこで議論するのがいいのか、どこかでは議論が必要だと思いますけれど。

【〇〇座長代理】 重要だと思うのです。法律的な根拠で、途絶時に延々と医師の指示を待っているのはおかしな話、メディア等を含めていろいろと問題視される可能性がありますので、災害時等は、早急に〇〇先生のところとお話になってください。

【〇〇委員】 そうですね。この件に関しては厚労のほうから通知が出るタイミングが少し遅いのではないかというのが今までのご指摘だったと思います。

【〇〇室長】 厚労省でございます。ご指摘受けているところですが、我々、大規模災害時には、東日本大震災ですとか、今回の熊本地震の後にも、その災害等で通信が途絶した場合に、医師の指示が必要な特定行為については、指示が得られない場合で行ったとしても、その違法性が阻却し得るといような解釈の通知を出しています。ですので、やはり災害でもいろいろな規模があると思いますので、災害の状況に応じて出すことにしているのですけれども、今、遅いというようご指摘もありましたので、それを速やかに出せるようにはしていきたいと考えております。

【〇〇座長代理】 ただ、あらゆる手段というと、延々と時間をかけてという話になってくると……

【〇〇委員】 これは検討会では議論してないのですけれども、例えば震度6弱以上であれば、緊急避難的に、自動参集と同様の基準でやったほうがいいのではないかという議論はあります。ただ、恐らくそれは消防の議論ではなくて、厚労側の議論でやらなければいけないものかなと思います。

【〇〇室長】 確かに我々の所管ですけれども、今、現時点の判断としましては、災害についてもいろいろな状況があると思いますので、まずは、その状況を速やかに判断して、速やかに出せる体制をつくっていききたいと考えています。

【〇〇座長代理】 速やかに。明日でも必要に……

【〇〇委員】 でも、通知ではないですか。救急もそうなのですが、福祉もそうですし、定員をオーバーして人を受け入れてもいいという通知も全部、今はFAXで厚労省さんから来て、結局、現場は判断できず、そのFAXにも気付かず、やり過ごしてしまうという事例が実はたく

さんあって、何かある程度方針を示さないと、すごくそれが現場の医療、保健、福祉の足かせになっているのは事実だと思うのです。なので、これはいったいつまで続くのかというのは、結構、現場では苦勞していて、今おっしゃった自動立ち上がりみたいな、来るまで、ある程度暫定的にというようなところも少しご検討いただかないと、非常に困った状況になっていると認識しています。

【〇〇室長】 そういったご意見があることは重々承知しているところです。こういった、違法性が阻却されるという制度が、救急救命士に限らず、他の職種ですとか、先生が今おっしゃっていただいたように、定員オーバーして入院させてもよいとか、いろいろな分野がありますので、これに限らず、幅広い議論は必要かなと思っております。ただちにできるかどうかは、ちょっと、回答できないのですけれども、まずは速やかに出すこと。それと、あとはそういうのも踏まえて、巨大地震等も想定されていますので、そういったものは政府全体というか、その中で考えていきたいと思っています。

【〇〇委員】 今の議論で、いろいろな局面でいろいろな対象がありますと。それは皆さんの議論でいいのです。ただ、救命士が今やろうとしているのは、まさに特定行為をしないとイケない人たちがいるという話なので、そういう意味では、特化してでも本件を先へ進めるというようなことは、やはり国民に対する極めて重要な責務の1つではないかと思うのです。「大変たくさんになったから、どうしよう」などという話は、またゆっくり考えようではないかというのでいいわけです。でも、救急救命士は、現場で何かをやらなければいけないので救急救命士という仕組みをつくったわけです。だから、やはり検討しますなどという話ではなくて、もう誠心誠意、明日にでも必ずやりますと、このくらいのスピードでやらないと、役人ではない。

【〇〇室長】 先生、重々お気持ちは理解しているのですけれども……

【〇〇委員】 いや、こんなもの、私の気持ちではないよ。国民の声だと思って聞くべきですよ。

【〇〇室長】 そういったお声があることは重々承知しています。ただ、これは刑法上の問題とかもありますし、違法性が阻却し得ると言っているだけです。法制的には本当に違法性が阻却されるかどうかは、司法の判断にもなってきますので、法律的にもなかなか難しい……

【〇〇委員】 だから、この手の話はもう前からあるのだから、いつまでも同じことを言わないで、やってくれという話をしているわけです。

それから、もう1つ、いいですか。

【〇〇座長代理】 はい。お手柔らかに。

【〇〇委員】 「通信途絶時における……」の下のほうの「平時における環境的要因」。これは、多分、地域の救急隊ないし地域の消防が一定の水準で把握している部分があるかなと思うのです。ですから、そのときに、この地下空間に関しては、例えば電話が通じるように何とかならな

いかみたいな話は、やはり普段から着々としていったいただく必要があるのではないかと私は思います。

これは、救急隊に限らず消防の方たちは、自分たちの街がどんなふうになっているのかというのは、歩いてというか、自転車に乗ってというか、やっていますね。ですから、ある日ある時、突然、トンネルの中で事故が起こって、そのトンネルの前後がふさがるといふようなことが起こればそんなこともあるでしょうが、普段から、「このトンネルの中で何とか電話が通じるようにしておいてほしい」ということは、消防の側からやってほしい。「・・・の考え休むに似たり」ではないような形で、普段からきちっとやってほしいという話になるわけです。

【〇〇座長代理】 典型的な形だとコンファインド・スペース・メディスン等……。

はい、どうぞ。時間が押しておりますので、比較的簡単に、よろしくをお願いします。

【〇〇委員】 私は法律の分野にいるので、少しだけ。厚労省の味方をしたいというわけではないのですが、多分、厚労省として、何か抽象的、一般的に、こういうときには免除されますというのは、多分、厚労省の責任だけではなくて、法律の側の問題もあるので、なかなか難しいと思うのです。でも、実際にこういう事例は起こり得るので、できることはやったほうが良いと思います。例えば、具体的に今までこういうときには通知が出ましたという幾つかの事例みたいなものを集積して、それについては、こういう場合には出ましたというようなことで、ある意味では、救急救命士の方とか、こういう救急の場面でやっても、基本的には大丈夫なのですよ。法律もそんなに、人の命を助けようと思ったときに、みんな処罰したいと思っているわけではないので、そこはあまり過度に恐ろしいというふうには思わないような形で、何かメッセージが出せれば良いと思うのです。

だから、そういうようなことで、全ての場面を導き出すような一般論みたいなものは、なかなか、本当に難しいと思うので、何か具体的な積み重ねみたいなもので、より安心を与えるような形で救急活動ができるような後押しができればいいのではないかと思います。

【〇〇座長代理】 既に厚労省は、東北、阪神淡路等を含めて、こういうときは救命士の活動に関して特定行為等を含むものは違法性が阻却されて、正当行為であるという見解を出しておられて、法律家の間では非常に画期的だという話になっているみたいです。とはいえ、きちりとした形で、今後早く出していただいたほうが、現場が安心して動けるということですので、よろしくをお願いします。

【〇〇委員】 72ページの「事態対処医療」について簡単にコメントさせていただきます。現在、銃器や爆発物のテロが頻発している状況の中で、この事態対処医療の重要性が広く認識されております。また、爆発物による死亡の90%以上が出血によるもので、現場止血の救命効果については明確なエビデンスがあります。こうした中で、DMATをはじめ医療者も現場で活動することを検討していますけれども、実際に迅速性とか機動性あるいはクライムシーンという制

約がある状況の中では、主たるプレイヤーが救急隊員であるということは、揺るぎない事実だと思います。

こうしたことを鑑みまして、この事態対処医療をぜひ積極的に検討していただきたいと思えます。ここにあるようなターケットも、単純には使えませんで、やはり専門的な知識を有する者によるきちっとした教育が必要です。ぜひこの件について積極的に検討を進めていただきたいと存じます。

【〇〇座長代理】 ターケットは、救急救命士の処置として、駄目になったのですか。それは行ってもいいことになっていましたか。

【〇〇委員】 きちんと教育を受けないと安全に使えません。

【〇〇座長代理】 このタイプは使えないのですよね。だけど、出血性ショックが、リーパーフュージョンインジェリー等の場合、必要だと思うので、よろしくお願いします。

では、最後の「Ⅶ. 救急・救助の現況の見直し」を、よろしくお願いします。

【小久江補佐】 78ページ以降でございます。ここは、救急・救助の現況という統計書の見直しの関係でございます。委員2名と、消防機関を代表しまして東京消防庁さんから1名参加していただきまして、これまで2回、会合を進めてまいりました。その中間報告でございます。

まず、78ページ、「傷病程度分類の呼称のあり方」というところになります。軽症は救急搬送が必要ない傷病者と指摘される場合があるため、傷病程度の分類の呼称について検討してまいりました。小会合の意見としましては、消防本部へのアンケート結果では、傷病程度分類は現行のままよいとの意見が多かったです。しかし、傷病程度分類の適切な意味を普及させる必要があると考えます。そのため、下の欄に、「公表時のみ呼称変更」ということで、案を示しております。「重症（長期入院）」とか、消防庁が表に出すときは、こういった形で併記するような形で出していきたいと、現在検討してございます。

79ページ、救急搬送の必要性が低い件数の集計方法です。適正利用を明らかにするための集計を検討してまいりました。アンケート結果から要約しますと、非緊急との回答で、消防本部で約7割、都道府県で約半数の結果が得られております。その非緊急のうち、さらに具体的な例を示して、救急搬送の必要性が低い件数を扱ってはどうかという意見がありましたので、下の欄のように、1から9まで、具体的な緊急性の低い判断例を示しまして、ここで抽出してもらったような方向性で、今、検討しております。

80ページ、「不搬送理由の定義について」です。現在、消防本部から報告を受けているわけなのですが、この報告が統一性がなくて、実情に即していないという現実です。小会合の意見としましては、不搬送理由の報告に統一性を持たせるため、新案を作ろうということで、救急隊が迷わないように、下の図に示していますようなフローチャート案を作成してみました。現在、このフローチャート案について深掘りをしているところです。

81 ページ、ポンプ隊やドクターヘリとの連携、他隊との連携でございます。これも、連携の定義で判断に迷うことがあるため、定義を明確化させたいということで、現在、他の救急隊との連携やドクターカーの連携、そしてドクターヘリの連携について検討を進めているところです。

82 ページ、「事故発生場所区分の内訳について」です。ここでは、AEDの設置場所を提案したり、応急手当の講習受講ターゲットを絞り込むために、緊急度と発生場所をクロスさせたりしていろいろな施策に反映させたいというところで、検討しているところです。

83 ページ、「口頭指導の実施状況」です。現在は、心肺停止症例に限って口頭指導の実施状況を入力しているところでございますが、小会合の意見としましては、半数以上の消防本部が実施の有無を把握している項目については、「JRC蘇生ガイドライン2015」等を基に入力必須項目としたいといったような意見で、現在、検討をしております。さらに、通信指令員が誰に向けて何を指導したのかという集計についても、検討していく必要があると考えています。

そして、84 ページでは、ドクターカー、ドクターヘリの出動の運用についてです。現在は、要請のタイミング、現場要請したのか、初動要請したのかについて評価しておりますが、今後はドクターカーの要請なのか、ドクターヘリの要請なのかを集計すべきかを検討しているところです。

めぐりまして、85 ページ、「医療機関への受入照会回数について」です。現在、「救急オンライン報告」と「受入実態調査」で少し重複する部分がございますので、これら4点について、現在、集計可能であるか否か、その辺を整理しているところでございます。最終的には、システムを改修するなどして、情報を一元化できればいいなと考えております。

最後、86 ページ、データの提供範囲についての検討でございます。これは、幅広く研究していただくために、データ提供の範囲を検討しております。提供可能なデータ範囲について、現在検討した結果を○×で示しているところです。

【〇〇座長代理】 〇〇先生

【〇〇委員】 今、ご説明があったとおり、定義が必ずしもはっきりしてなかったものですから、同じ事案を見ても、各消防本部ごとに、こちらに分類したりこちらに分類していたところを、少し定義を明確化することによって整理したというのが、主な作業でございました。

【〇〇座長代理】 救急救助の現状は細かく分析すると非常に興味深いので、いい形にブラッシュアップしていただければと思います。

【〇〇委員】 質問があるのは、大腿骨頸部骨折で全く元気なおじいちゃん、おばあちゃん、次の日に飯を食べている人はどこに分類されたらいいのか。それから、がんの末期の患者さんで、家族が呼んでしまった人。救急隊は救命センターには運ばないようにしていますけれども、重症に○が付きますよね。先ほどの大腿骨頸部骨折も3週間以上の入院で、重症に○が付くのですけれども、実態とかなり離れてしまっているんで、今の重症度分類をなくせというのではなく、

やはり、緊急度で運んでいるだろうと思いますので、緊急度を考慮した分類というのをしないと
いけないのではないかと思うのです。うちでいうと、外傷症例のうちの、救急隊が重症でない
と思って運んで、でも、医者が重症だと言うもののうちの約半数は大腿骨の頸部骨折なのです。実
は、それがなかなか受け付け先が見つからなくて搬送困難になるのです。

というようなことも考えると、長期入院とかそういうのではなくて、緊急度を加味した別の分
類があっただけではないかと思って、そういうものを出していただけるのかなと思って期待し
ていたのですが、その辺、〇〇先生、ご意見をいただければと思います。

【〇〇委員】 先生のご指摘のとおりで、大腿骨頸部骨折の場合は、どうしてもいままでの定
義だと重症になってしまうと。ただ、重症と定義が今までずれていたもので、このところの「傷病
の程度が3週間以上の入院治療を必要とするもの」、これは大腿骨頸部骨折で入院する人は当ては
まるのですが、重症だと少し今までの認識と違うので、長期入院しているということで、これは
「長期入院群」とすることで、まずは整理しようというのが1つです。

さはさりながら、先生がおっしゃったとおり、本当は緊急度で、緊急度が高かった・低かった
というのを分類して、それが統計に載るような形がいいのですが、まだ、全国的に一律に導入す
るほどのきれいなスケールが十分にできていないので、それはもちろん目指しながら、今のとこ
ろはここで収まるしかないよねというところで、将来的には先生がおっしゃる形でぜひやってい
こうという形での議論はありましたけれども、今回提案するほどのものはできていなかったとい
うところがございます。

【〇〇座長代理】 では、〇〇さん、お願いします。

【〇〇委員】 これは、「公表時のみ呼称変更」ということは、救急統計、救急救助の現況の見
直しにならって、各消防の年報も出ていると思うのですが、変更というのは、その中では、「重症」
とか「中等症」という言葉は出さないということでしょうか。併記ではないのですか。これを讀
むと、「定義の併記」、「公表時のみ呼称変更」とかあるのですが、この右のグラフでいくと、「軽
症」と書いて、下に「外来診療」と書くのか、あるいは「外来診療」のみになるという案でしょ
うか。どちらでしょうか。

【小久江補佐】 今の質問にお答えしたいと思います。公表時には、例えば、今、軽症の例を
出されましたので、例えば「軽症（外来診療）」とかいった形で、あくまでも、今まで慣れ親しん
だ呼称を捨てるわけではなくて、併記するような形で検討をしているところがございます。

【〇〇委員】 分かりました。それだったら結構かと思います。それで、この書きぶりのと
ころは、これだったら定義は併記するけれども公表時のみ呼称変更ということになれば、全く「重
症」という文言が消えてしまうのかなと捉えてしまいましたので、よろしく願いいたします。

あと、公表と言いましても、災害広報、火事の場合、「長期入院1名」とかいう発表をしても、
「何ですか」ということになるので、この辺りも、「救急統計については」というような説明が必

要なのかなと思います。よろしくお願いたします。

【〇〇座長代理】 はい、〇〇先生、簡単にお願いたします。

【〇〇委員】 最後の86ページのところで、データ提供ということを考えていただいたのは、「ウツタイン」のデータを公開したことによって、かなり蘇生に関する研究が進んで質が向上したということを見ると、ぜひ進めていただきたいと思いますし、医学研究で使われるということに関して、問題がない形で出していただきたいと思います。

それで、86ページの「傷病者情報」の下から5行目にある救急隊判断緊急度も公開可能ということになっているようですので、ぜひこれは盛り込んでいただければと思います。

【〇〇座長代理】 これは前からいろいろと問題のあるところなのですが、さしあたっては併記ということでお願いたします。

最後に、87ページ以降を、事務局から簡単に説明をお願いたします。

【森川専門官】 88ページからですが、先ほどもお話がありました、救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査です。これは厚生労働省と一緒にやっているものでして、4つの搬送事案について、毎年調査を採っているものです。

結果が89ページでして、照会回数が4回以上、現場滞在時間が30分以上というものを載せていまして、その事案の割合がいずれも全国平均を上回る団体を赤く塗っているところです。

90ページの全体的な傾向としましては、照会回数が4回以上の割合は、1年では4つの項目とも減少傾向で推移しています。ただ、現場滞在時間30分以上の割合は、4項目とも微増傾向で推移している状況であります。

91ページですが、特に重症以上の傷病者搬送事案について、言い方は悪いですが、ワースト10を挙げています。そして、その経年変化を載せたところです。

【大嶋理事官】 続きます、93ページです。昨年度、本あり方の検討会でご議論いただきましたが、過疎・離島におきまして救急業務の空白が生じつつあるということで、愛媛県の西予市から提案のあった件です。このため、中ほどにあります、改正案といたしまして、現行は救急隊員3名で構成されておりますものですが、新たな選択肢といたしまして、救急隊員2名と准救急隊1名といった編成も、過疎・離島におきまして認めていこうではないかということです。准救急隊につきましては、昨年度ご議論いただきましたが、92時間の課程を修了した者でして、市町村は実施にあたりまして、実施地域や実施時間等について計画を公表するということです。なお、この公表にあたりましては、国等の許認可等は必要はないということで、市町村は計画を作って公表すれば足りるということです。

96ページ、「救急業務に関するフォローアップ」ですが、全国の状況を見ますと、取組につきまして地域で差が生じているという状況でして、消防庁におきまして、通知を出すのみではなくて、重点課題を定めまして、都道府県と共に現地に赴き、フォローアップしていったらどうかと

いうところの提案です。これによりまして、都道府県の現状、課題を共通認識いたしまして、都道府県による市町村の助言を促すというといった取組をやっていききたいというところです。

【〇〇座長代理】 ありがとうございます。ご質問は、最後、〇〇委員、何かございますか。

【〇〇委員】 特にございません。

【〇〇座長代理】 全体を通して何かございますでしょうか。

【〇〇委員】 89ページ、救命センター搬送事案の地図、あるいはその表ですけれども、1県1救命センターの所にも赤が付いているということは、どういうカウントの仕方なのかなど思ったのですが、いかがでしょうか。具体的に言うと、例えば山梨県は、救命センターは県で1つしかないはずなのですけれども、そこが8.9%とかと書いてあるということは、同じ救命救急センターに複数回患者収容の要請をしたということでしょうか。

【森川専門官】 この項目は、最終的に救命センターが受け入れてくださった症例についてです。

【〇〇座長代理】 これは、4回以上で、他の重症とか産科とか小児も含めて受け入れてくれたということですか。

【森川専門官】 はい。最終的に救命センターに入った症例です。

【〇〇座長代理】 それで、白い所は、残りの3つを含めて全部、3回以内に受け入れてくれているとか、30分以内に受け入れてくれているということですか。

【森川専門官】 はい、4回以上の照会回数か30分以上の現場滞在時間の事案が全国平均を下回っている団体ということですか。

【〇〇座長代理】 そういうことですか。

【〇〇委員】 実は、例年、大阪府の救命救急センター応需率が悪く出ているのですけれども、統計をとられるときに各消防本部に定義をしっかりと決めて依頼を出してほしいと思います。実は大阪府ではオンラインMCを各救命センターがオン引き受けているので、オンラインMCコールと受け入れ依頼コールとの区別ができずに、コール回数として計上し、そのためにオンラインMCコース数も断られたということで、こういう形になっていて、実情に合わないことが、最近、私たちが調査して分かったもので、その辺、また十分、よろしくお願いします。

【〇〇座長代理】 はい、いろいろ……では、最後に、補足ですか。

【〇〇委員】 6ページの下ですけれども、ご議論いただきたいのとところがありましたので、局内でも検討はしてきたのですが、緊急度判定の「緊急度」という言葉を「救急度」というのはいかがかということですか。

いろいろな意見はあったのですが、何の緊急度かを分かるようにすることが非常に重要だということなのですが、「救急度」という言葉自体、分かりづらいのではないかという意見が多く出ました。そこで、やはりここに書いているように、「治療緊急度」であるとか、「病状緊急度」、ある

いは「症状緊急度」。それで、「救急」という言葉を使うのであれば、「救急緊急度」とか言うような言葉がいいのではないかという意見が多数でございました。

また、2つ目にあります、消防等の行政内部はどうかということですが、変更するのであれば、できれば合わせたほうがいいのではないかという意見でございます。以上でございます。

【〇〇座長代理】 はい。これは、「救急度」と言うと、今までの流れと逆行するような格好になってしまいませんか。「緊急度」でまとめておいたほうがいいようにも思いますが、ワーキンググループ、これは〇〇先生のところでしたか。

【〇〇委員】 一般の方の語感と、私たちが従来より汎用して使用してきたために受け方の違いはあろうかと思えます。

【〇〇座長代理】 まだまだ議論は尽きないと思えますけれども、次回にまたお願いいたします。では、事務局にお返しいたします。

【伊藤係長】 どうもありがとうございました。本日は、活発なご意見、ご議論ありがとうございました。

次回は2月下旬から、概ね3月ということで予定をさせていただいております。日程が確定いたしましたら、あらためてご連絡させていただきます。なお、お手元の資料は、机の上に置いていただければ、郵送させていただきます。

以上で、第2回救急業務のあり方に関する検討会を終了いたします。ありがとうございました。

(了)