

平成29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29年10月17日（火） 16時00分から18時00分
- 2 場 所 大手町ファーストスクエア カンファレンス RoomA
- 3 出席者 座長、副座長、各委員15名、オブザーバー

4 会議経過

（1）開 会

【事務局】 定刻となりましたので、「平成29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海馬沢が務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。以後につきましては、着座にて失礼いたします。

まず、開催にあたりまして、消防庁次長の緒方よりご挨拶を申し上げます。

（2）挨 拶

【消防庁次長】 皆様、こんにちは。ご紹介にあずかりました、消防庁次長の緒方でございます。よろしくお願いいたします。本日は、大変ご多忙の中、平成29年度第2回目の「救急業務のあり方に関する検討会」にご出席たまわりまして、大変ありがとうございました。

7月に開催いたしました第1回の検討会におきましては、今年度の検討項目につきまして、救急安心センター事業（#7119）の普及、救急統計の見直し、テロ災害の対応力向上などとし、活発なご議論をいただいたところでございます。この間、本検討会で設置いたしました2つのワーキンググループと1つの小会合におきまして、精力的にご検討を進めていただいております。本日の検討会におきまして、その状況につきまして、ご報告いただく予定となっております。あらためて、ワーキンググループと小会合の委員の皆様、多大なるご尽力につきまして、御礼を申し上げます。

また、全国の消防本部、都道府県の消防防災主管部局及び衛生主管部局等に対しまして、8月から9月にかけ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%の回答を得ておりまして、本日の資料にも反映いたしております。

本検討会につきましては、全国の消防本部をはじめとしまして、さまざまな機関の状況を把握しながら、専門的な見地から救急業務のあり方をご議論いただく、そういった大変重要な検討会

と考えております。

委員の皆様には、さらなる救急業務の充実に向けまして、専門的な知識、また経験に基づきまず忌憚のないご意見、ご指導をいただきますようお願い申し上げまして、簡単ではございますが、冒頭のご挨拶とさせていただきます。本日は、よろしくお願いいたします。

(3) 委員紹介

【事務局】 次に委員のご紹介させていただくところですが、今回、検討会の第2回目ですので、第1回目にご欠席された委員のご紹介をさせていただきます。〇〇委員です。

【委員】 〇〇です。よろしくお願いいたします。

【事務局】 続きまして、本日、〇〇委員の代理として、〇〇様です。

【委員(代理)】 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

【事務局】 オブザーバーとして、厚生労働省〇〇様の代理で〇〇様にご出席いただいております。

【オブザーバー(代理)】 〇〇です。よろしくお願いいたします。

【事務局】 また本日、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員におかれましては、ご欠席の連絡を頂いております。

続きまして、お手元の資料の確認をさせていただきます。まず1枚目、次第がございます。次に席次表と委員名簿をご用意させていただいております。続いて、資料といたしまして、カラーのA4、1枚もの「平成29年度救急業務あり方に関する検討会検討事項」、そのあと、資料1から資料6までで、資料1については資料1-1と資料1-2がございます。参考といたしまして「救急に関する世論調査」の概要、机上配布ということで「止血に関する教育テキスト(骨子・案)」ということで、資料を用意させていただいております。以上、不足、落丁等ございましたら、その都度、係員にお伝えください。

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、公開ということ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、座長よりご挨拶をお願いいたします。

(4) 座長挨拶

【座長】 皆さん、今日はお忙しい中、また非常に寒い中、全国からおいでいただきましてありがとうございます。この1週間くらい前は、まだ冷房かなと思っていたら、もう急に暖房の季節になってしまいまして、体を害さないようお気を付けいただきたいと思います。

既に、次長からありましたが、我々第1回の趣旨、その中でアンケートを中心とした調査の現状と今後の方向性について、今日、ご議論をいただくということで、よろしくお願いいたしますと思います。その中でも、2つの部会と1つの小会合がありますけれども、それぞれずつ、皆さんか

らディスカッションをしていければありがたいと思っております。

それでは、本日も非常にタイトなスケジュールでございますので、時間の許す範囲内で、活発な議論をいただければありがたいと思います。よろしくお願いいたします。

【事務局】 ありがとうございます。では、撮影のほうはここで終了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、ご配意の程、よろしくお願いいたします。

それでは、以後の議事進行を座長にお願いしたいと存じます。よろしくお願いいたします。

(5) 議 事

① 救急安心センター事業（#7119）の全国展開（資料1-1）

【座 長】 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を頂き、その都度、意見を頂くという形で進めていきたいと思っております。

最初に、(1)「救急安心センター事業（#7119）の全国展開」についてでございます。これは、ワーキンググループ長の〇〇委員がお骨折りいただいているところでございますので、〇〇委員から、まず説明を願いたいと思っております。

【委 員】 それでは、ワーキンググループを担当しております〇〇のほうから説明をさしあげます。資料1-1をご覧ください。「#7119による医療面の定量的な効果について」ということで、事業展開を図る事業費と適正な医療によって医療費が適正化されることの検討を中心に、この項目について検討を加えました。

1ページをご覧ください。「1. 検討事項」の「(1) 医療機関の負担軽減効果」についてということと、今、申し上げました「(2) 医療費の適正化の効果」の両面で検討を進めております。

下のほうの検討結果の中間報告です。「(1) 医療機関の負担軽減効果」については、この事業を新しく始めた前後での、それぞれの時間外外来患者数の変化であるとか、救急相談の変化であるとかを見ることになっておりますけれども、これは次回の報告に回させていただきたいと思っております。

「(2) 医療費の適正化の効果」についてということで、算定の考え方は少し複雑なので、うまく説明できなければ、また事務局から説明していただきますが、その下2行に書いてあるところを読ませていただきます。

#7119の相談の結果、住民の受診行動の適正化によって、「相談前には受診を考えていたが、電話相談の結果、夜間や休日に受診せずに済んだことによる効果」、「相談前には受診を考えていたが、電話相談の結果、受診しなかったことによる効果」、相談の結果、救急車以外の手段で受診したことによる、「相談前には救急車を利用しようと考えていたが、電話相談の結果、救急車を利用しなかったことによる効果」について、医療費適正化効果の算出を行いました。

その大きな3つについては、2ページのところに図を入れて書いております。①の(1)は、

1 番目に申しました、「相談前には受診を考えていたが、電話相談の結果、夜間や休日に受診せず済んだことによる効果」です。結果としては、中間時間帯に受診したこととの差を見ようというもので、実際こういう対象となるのは緑判定だろうと。何らかの軽症の病気を持っているけれども、すぐに救急車を呼ばなくて時間内に行っていただく。そうした場合に、シフトした分として、適正効果が出てくる費用というのはどれくらいかを計算しようと。

①の(2)は、相談前に受診を考えていたが、結局は受診しなかったというのは、恐らく白判定。無病という言葉は適切ではありませんが、ほぼ受診の必要はなかったと判断される方々の中には、病院に行かなくて済んだということがあるだろうと。その部分を抽出してみようというのが①の(2)です。

次に、救急要請をせずにご自身で受診をしたという場合に、救急車が病院に行ったときに、夜間休日救急搬送医学管理料というのが出るのでありますが、その浮いた分を算定していこうというのが3つ目の考え方です。

今、私が申し上げたこと具体的な計算式については、3ページの①(1)、緑判定になった人から時間帯をシフトした場合に浮くであろうお金を計算しますよとか、あるいは①の(2)、白判定になった人が病院に行かなければ、医療費がどれだけ差が付いたのか、使わなくて済んだのかの計算式を書いておきます。

「②救急要請適正化効果」については、そこに書いてありますように、夜間休日救急搬送医学管理料の算定、これは休日夜間に救急車を使わなければ、病院側にお支払いする管理料が少なくて済むお金を算定しましょうということでございます。

図表1-3は、①(1)の緑判定を出すために必要な、初診料の割増料金の時間別の点数を書いたものです。この表を使って、いつ来た場合にどのくらい割増料金が増えるのかというのを、①(1)の緑判定の場合に使いますよということを書いておきます。

具体的な計算の仕方を、ロジックツリーの形で書かれているのが3から5ページです。年間の相談件数をこういうチャートの中に落としながら、6歳以上と未満では割増料金が違いますので、まず分けますよと。平日利用、土曜利用、休日利用の人数もそれぞれ割り振りながら、その中で時間内、早朝、夜間、深夜というように、それぞれ3つのツリーに分かれていきます。先ほどのこれは図表1-3をそのまま計算しやすくするために分けたものです。

電話相談の結果、白判定だったか、緑判定だったかで、それぞれ先ほど言いました、白判定を対象とする場合は昼間にシフトさせるということの枠の中に入れる。白判定だった場合は、受診しなかった枠の中に入れる。緑の場合は、シフトをさせて、初診料の浮いた分を計算しようということで、こういうような枠の中に数値を落とし込んで計算しますよということでございます。

裏のページは白判定、表側は緑判定の流れ図です。基本的な考え方は同じだと思ってください。

それで、②の救急車を使わなかった場合の計算は、7ページの図表1-6の上に書いてありま

す、「夜間休日救急搬送医学管理料」の評価というところで、管理加算がありますけれども、休日夜間に救急車の搬送を受け入れた場合、診療報酬上のりしろとして600点、お金にして6千円を計上することができますけれども、救急車を利用しなかった場合、これが夜間休日の場合の軽減につながるのではないかというふうにして計算しております。

以上が計算の方法ですけれども、その結果、具体的に数値を落とし込んでいくとどうなるかというシミュレーションが8ページでございます。

これは、札幌市の電話相談のデータを基に、計算式の中に今の形を入れますと、まず①の(1)、緑判定の人たちが昼間に受けたと想定したときに、その初診料分の割増を推計するものです。緑判定となった人の何パーセントが、本当にこちらが想像したように、その時点で救急車を呼ばずにワンクッション置いて昼間に行ってくれるのが何パーセントになるかというのは、そこに書いてありますように0.5と仮定する場合と、0.8と仮定する場合を設けております。なぜ80%とか50%とか出てくるんだと言われると、下のほうの【参考】に、「大阪府における救急受診の行動調査」というのがありまして、大阪において、救急医療機関を受診した患者を対象としたアンケート(97病院のうち5病院の調査)では、#7119の助言通りの行動をしたと考えられるものは、246例中196例(約80.0%)であったと。だから、電話相談をした人がそれに従いましたというのが8割。これはよく見積もっての話だと思いますけれども、それが80%いるので最大8割の人は聞いてくれるだろうと。悪く見積もれば半分くらいかなというのが0.5、0.8で算定している根拠だと思ってください。

「②救急車を利用しようとしたが、救急車を利用しなかった場合」、先ほどの救急搬送管理料のところについては、そのままストレートに人数とお金を掛けますけれども、※1と※2の計算の掛け率がそこにも出てきます。まず51.9%というのは、元の式に戻っていただくと何を掛けているかという、#7119がなかったら救急車を利用していたと想定される割合ということです。その根拠は、小さく書いていますけれども、「急な病気やケガをした時に、もし、「#7119」「受診ガイド」がなかったらどのような行動をとりますか」という、東京消防庁のデータから、119番するほうが51.9%ですよというデータを基に掛け算をしていますよと。あとは管理料の取れる病院の加算点、72.1%と。そうした場合に、結果として、総計で見ますと、50%のほうがそのとおりに行動してくれたと仮定すれば、93,66万4,923円。80%と想定すれば、1億1,326万1,314円になるということが、シミュレーションとして出ております。

結果、8ページの下、並びに9ページの上に、中間的な結論の絵ですけれども、この#7119の事業を展開するに当たっては、やはり事業実施費用と言いますか、事業費が必要である。その事業費が必要な分、逆に言うところの事業を展開することで、先ほど申しました医療費の適正化が図られますよと。それを、自治体の運営費と、間接的には保険料にも相当するのですけれども、総額で考えた場合には、概ねバランスが取れる関係になっているのではないかと。先ほどの8ページの

上、3分の1のところ、札幌市の運営費が1億1,000万円ということになっていきますので、シミュレーションで出てきたお金と大体バランスが取れているということになっております。

加えて、こういう定量的な変化以外に、住民には早期に病気を発見してもらえるとという安心感と、実際その中で急病を早く治すことができたという、目に見えない定性的なものも効果としてはあるのではないかとということで、9ページの黄色の住民という中の安心・安全のところに書いております。以下は、算出根拠になったデータの添付資料とお考えいただければいいと思います。

資料1-1、医療面の定量的な効果についての説明は以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。非常に複雑で、なかなか難しいところもありますが、いかがでございましょうか。

私から質問させていただきたいのは、2ページ辺りで、夜は救急車を呼ばずに、昼に病院に行ったからあるいは救急車を呼んだから、すごく適正化、あるいは費用が助かったという流れの中で、救急車を呼ばなかったので、逆に患者が重症化してしまったと。そして、重症化してしまったために予算を使いすぎたという流れはこれにはないのですか。

【委員】 ないですね。#7119、安心事業の大前提が、オーバートリアージというか、過大評価を許容しています。すなわち、軽症であってもやや重症化のほうに流れることはあっても、軽く見積もってしまわないようなアルゴリズムを採用していますので、そのシミュレーションはしておりません。

【座長】 実際にはありますよね。

【委員】 ゼロとは言えないかもしれないですね。

【委員】 できるだけ高齢者が元気でいられるという意味で、非常に軽い脳梗塞の急性期とか心筋梗塞とも言えないけれども、実は心筋梗塞だったみたいな患者さんをきちんと捕まえようというか、特に脳梗塞については少し手がしびれるくらいでも、どんどん呼んでねみたいなのを、各施設でやっているというか、大きくなるよりできるだけ早くというのが一方、この方向性自体に全く異論はないというか大賛成ですけれども、片やそういうキャンペーンをしていて、片やこういう方向性というのは混乱してしまわないですか。

【委員】 大変いい質問だと思います。そもそも、救急車を呼ぶべきかどうかという命題に聞こえますけれども、手がしびれてしまった、これはどうしたものだろうかという相談を含めて、そういう人は、今、委員がおっしゃったような、一見、ご本人、家族は軽症と思っているのだけれども、実は梗塞の初期症状なので早く病院に行かれたほうがいいですよと拾っていくのが、本来この事業の大きな柱です。相談のアルゴリズムの中には、そういう緊急度の高い症例を拾えるようにしてあるというのが原則になっています。むしろ、そういう方にこそ、使ってくださいよという意味があると思っていただければいいと思います。

【委員】 両面があるということを理解しました。

【座 長】 他にいかがでしょうか。どうぞ。

【委 員】 今回のことに関連して、議論の過程を教えてください。中には、行ったほうがいいのか、行かないほうがいいのか、行かないでいいとは思いますが、念のために電話をしてみましょう。そこで電話をしたら、それは病院に行ったほうがいいですねと言われて、病院に行ったけれども、結局病院にはくる必要はなかったよということになったとき、その病院に行くようになったことのコストは算定したほうがいいのか、算定しなくていいものなのか、どんなものなのでしょう。

【座 長】 それもまた難しい質問ですが、どうぞ。

【委 員】 私は、質問に答えられるだけの判断は持ち合わせていませんが、事務局のほうはどうでしょうか。

【事務局】 今回の算定の考え方としましては、医療で必要な部分は必要としてあった上で、適正化されている部分を算定していこうという考え方で算定させていただいております。ご指摘のようなことも中には考えられるかもしれませんが、その部分は必要な費用ということで、適正化された部分を今回見ていこうという考え方でございます。

【座 長】 よろしいですか。適正化されたところだけを見ていこうと。〇〇副座長。

【副座長】 いろいろ工夫されておられると思います。1つは、2ページの適正化の受診の時間帯は、普通17から9時だけれども、どうして18から7時になっているのですか。

【委 員】 これは、診療報酬における初診料の割増時間帯の料金設定で、3ページの図表に割増料金が書いてありますね。そうなっていますので、それぞれの計算式を出すのに、その時間割りで使ったということでございます。

【副座長】 それと、実際に緑対象の人が減ったというようなデータは、札幌で出ていたか。全部今までのどこかのあれというよりも、実際にやるのは11月に2週間、神戸で行われるのですよね。

【委 員】 事務局から説明してください。

【事務局】 電話口の調査でございますか。

【副座長】 いえ、実際の患者での調査の対象は、神戸市の11月の2週間を選んで、その中のデータを出すということですね。

【事務局】 7ページの電話調査のフローの部分ですか。こちらのほうは、神戸市でデータを取っていただこうと思っています。電話調査の部分だけです。

【副座長】 これは実際に、減ったかどうかという数ではないのですね。

【委 員】 これは、先ほど計算するとき、最初にお話ししましたがけれども、この電話相談をしなければお宅はどういう行動を取りますかというのを追加で聞く部分です。先ほど80%とか50%とか言いましたがけれども、それを実際に、次の調査でやってみよう。その割合の部分、係

数を引き出すものです。

【副座長】 本当は、時期と同年の前の時期とか、あるいは2週間やるなら、2週間違う時期の#7119をやっているときのやっていないときの、その地域の緑の数が減ったかとかですね。

【委員】 それは今、言いましたように、検討事項の(1)のところにありますように、医療機関の負担の軽減効果ということで、導入前と導入後、今度新しく事業を展開されるところの前後が取れますので、そこでは実際に外来患者数がどれだけ変化したかと、あるいは……

【副座長】 次の段階でそういうのを。

【委員】 それは1番目の(1)のところで説明したように、これは次回の調査後、また説明させていただきますということになっています。

【副座長】 これは、次回にやるということですね。

【委員】 はい。この年度内にはやろうということになっています。

【座長】 よろしいですか。〇〇委員、どうぞ。

【委員】 普及啓発は適正であるかとか、効果というのを数字で表すのはすごく難しいと日頃から思っているのですが、こういう形で出てきて、なるほどと思っているところです。

数字には出せない部分かもしれないのですけれども、この事業の一番大事なポイントだと思っているのは、この事業をやっていないところだと、いつ利用したらいいかということがはっきり分からない方は分からないままだし、分かっている方はそのままということですが、利用者の方が1回利用したことで、このくらいで行くんだとか、このくらいだったら行かなくていいんだということをつかめるというのが、私はこの事業の一番いいところだと思っています。たくさんの方が利用されていて、利用した方がきちんとそれを把握していくということがとてもいいポイントだと思っています。1年目はこうかもしれないけれども、次の年、また次の年と、計れないとしても、それが減っていくのを感じとっているのです、それが良い効果なのではないかなと思っています。感想です。

【委員】 おっしゃるとおりで、ワーキンググループでも、いろいろな職域の方に集まって議論していただきまして、同じようなことが出ました。

もう1点、ワーキンググループの委員の方々から頂いたのは、全国展開することが目的なのですが、1つは誰に向かってこのデータを出すのかということもございました。これは、やはり自治体が事業を展開しますので、自治体に事業展開していただくためのシミュレーションだということを知っていただく。

もう1つの問題は、隣の県はやっているけれども、こちらの県はやっていないという話になったときに、本事業の意義が充分活かされないおそれがある。親戚の方、友達の方、隣の県で、こちらの県はやっているけれども向こうはやっていないということになってはいけないので、やはり広く全国に展開されることを期待したいという思いはおっしゃっていました。

【座 長】 そんなところでよろしゅうございますか。こういう統計を出すときに、例えば8、9ページ辺りを見ると、札幌のデータの処理で、東京の処理の方法を使ったり大阪を使ったりしている。それは、やはり規模あるいは状況が違うわけで、このようなデータの処理の方法というのは多少難があるのではないかと思います、その辺はどうですか。

【事務局】 基本的には札幌のデータを使っておりますけれども、一部、電話口の調査で神戸の結果を準用しようとは思っております。なるべく札幌市のデータだけを使いたいところではございますが、どうしてもつかめない数値などについては、一部、他都市の状況を使わせていただいているという状況でございます。

【座 長】 そういうことがありますよというところを、覚えておいていただければいいなと思います。

そんなところでよろしゅうございますか。ありがとうございます。それでは、その次に移っていきたいと思います。

広報の現状及び利用者に対する認識調査（資料1－2）

【委 員】 同じワーキンググループの中で、効果的な広報ということで、一般市民に広くこの事業を知っていただくということを周知しないと、事業を展開していても利用される方が少ないと意味がないということで、展開するに当たってどういう広報の仕方があるかを、既に先行している団体に調査をかけて、どういう周知方法を行ったかということの紹介です。

1ページの真ん中にありますように、各事業を展開しているところに、広報物としてどんなものを使ったか、ターゲットとして考えている年齢層はどうか、広報場所はどうか、連携団体、費用、広報物の写真等が頂けたらありがたい等々のことで調査をかけた結果、A3の資料を広げていただいて、それぞれの事業を展開されている自治体名に対して、ポスターだったらどういうところがやっけてこういうポスターを出していますよ、ポスターの費用はどれくらいかかりましたということまでまとめていただいております。順次、広報誌、啓発カード、リーフレット、チラシ、似て非なるような名前も付いておりますけれども、ポケットティッシュ、広報のはがき、広告のはがき、パンフレット、ロゴカード、薬袋と、ずっと見ていただいたらいいと思います。広報物としては、マグネットとか啓発カードボックスに至るまでいろいろなものがあるということ。

2つ目の大きな項目としては、マスコミを活用して、ラジオやテレビ、新聞の折込チラシなどに入れて、周知を図っている自治体もありますということです。その他、いろいろなイベントでの広報をしたり、電車の車内広告であったりとか、列車によってはトレインチャンネルで放映することもできるとか。変わったところでは母子手帳に案内を書いていますとかいう自治体もございました。あるいは、タウンページ、デジタルサイネージ、地下鉄ステーションジャック等で柱に広告していますということでございます。こういったものには、それぞれどの程度の費用がか

かったか、あるいは費用が全くなしでもできますよということも書かれております。

それから、他の団体をお願いをして連携をした事例ということで、9ページに幾つか書かれております。特徴的な例で、例えば、大阪府は母子手帳の中に書いてお母さんへの周知を図るとか、あるいはコンビニ、スーパーといったところにポスター掲示をしていただくとか、いろいろなことを活用しておりますよということです。

どういのがうまくいったかという各団体のコメントは、10ページのほうにあります。例えば札幌市だと、リーフレットは他のものと比べて需要が多かったとか、東京都では子ども向けイベントにおける母親世代への広報配布物が効果があったとか、ロゴカードについては保健所において母子手帳とともに一緒に配布してもらうことにより、やはり母親世代への認知度が向上したと思われるとか、それぞれの市町村で効果があったと思われる感想を書きいただいているので、事業展開を図る自治体は参考になるのではないかと思います。

あと、大体どのくらい認知されているのかというアンケート調査では、各自治体、50%前後くらいではないかというのが、複数の調査で出ているということでございます。12ページですけれども、やはり時間とともに認知度は年々向上していきますよということ。13ページ以降では、認知を受けるのにどういった世代はどういった広報媒体から情報を得ているかということも調査をいただいています。高齢者と若い世代、男性と女性とでは少し見ているものが違うということが分かるので、こういったものを参考にしながら、広報を図っていくのがいいのではないかと思います。

最後のところが、今回の取りまとめの方向性になりますけれども、読ませていただきます。

#7119実施団体における広報について、現状、実施されているものについて、種類、キャッチフレーズ、実施場所、費用例を整理した。これらについて、現在実施している団体やこれから実施する団体の広報を行う上での参考として示していく。各団体における認知度について、年齢別及び性別に分けた認知度を分析した。この結果について、効果的な広報手段の選択、ターゲットを絞った広報など戦略的な広報を行っていく上での参考として示していく。広報にあたっては、色々な機会に目に触れることが全体の認知度を上げる上では重要であり、また、単に、#7119を広報するだけでなく、事業の内容について、応急手当講習などの機会にあわせて説明を行っていくことも重要であることを示していく。

最後の点については、ワーキンググループ委員のほうから意見が出たので、採用して、こういう形で方針を書いたという実情がございます。

【座長】 ありがとうございます。非常にポイントを得た方向性等々書かれていますが、いかがでしょうか、何かご意見があれば。確かに、高齢者、若年者、男女、いろいろところで広報の方法が違うというのはそのとおりだと思いますので、その辺も加味しながらお願いできればと思います。どうぞ。

【委員】 最後の14ページのアンケートが、結果に違和感があるなと思いました。なぜこんなにインターネットがあれなのとか、テレビとかラジオの認知度が低いのかなと思って、少し考えていて分かったのは、これは全国放送ではできないということなのですね。要するにその県しかやっていないから、このテレビとか新聞というのは、地方紙とかローカルテレビでしかこの告知はできない。下手をすると、〇〇座長がおっしゃったように、うちでかけてみたらかからなかったとか、埼玉とか栃木で、昼間東京に行っている人がその話を聞いて夜かけてみたらかからなかったという話を、実際聞いたことがあります。認知度とか広報の効果を判定するときに、全国展開しているなら非常に強力な広報手段が取れるものが、今のところ使えない。だからこそ、〇〇委員が言うように早く全国展開すべきだということにもなる一方で、こういう状況での宣伝というのは、ひとつ間違えると混乱を引き起こすというか、非常に難しいんだなと。多分、ご苦労されているのだと思うのですが、そこを前提に考えないといけないのかなと思います。

【座長】 ありがとうございます。その辺を考えながら広報をしていただきたいという流れだろうと思います。

【委員】 仙台市は、宮城県と共同で、10月1日に#7119事業を開始したところでございます。広報につきましては、先行されている都市の皆様方の対応などを参考にしながら、私どもとしては新聞の折込で県内の全戸配布に取り組んだところでございます。実績としては、県下、現在人口が250万人くらいですけれども、この2週間で2,500件ほどの電話相談があったということで、意外と定着というか、利用者に伝わったのかなと思っているところです。

一方で、市議会をはじめ市民の反応を見ますと、やはり、救急車の適正利用ということばかりに力を入れて広報すると、どうしても躊躇してしまう方向にシフトをしていく可能性がある中で、こういった相談機能がもっともっと定着していったら、市民の間、住民の間に一定の価値観が定着していく、そういったものを目指すべきではないかという意見を、このところ頂いているところでございます。参考情報でございます。

【座長】 ありがとうございます。非常に重要なポイントだと思います。

そんなところでよろしゅうございますか。まだまだ、今日のディスカッションの山場があるわけですので、次の話題に移っていきたいと思います。次は、「緊急度判定の実施」というところでございます。資料2をお開きいただき、事務局から説明を願いたいと思います。

② 緊急度判定の実施（資料2）

【事務局】 それでは資料2をご覧ください。今年度の緊急度判定に関する検討事項といたしましては、119番通報時及び救急現場での緊急度判定についてご検討いただくことにしております。今回は、それに先立ちまして、実際に各消防本部でどういうふうに取り組まれているかという実態調査についてご報告したいと思います。2ページからになります。

最初に、「2. 検討結果」の「(1) 119番通報時の緊急度判定の現状」です。現在、119番通報時に緊急度判定を実施しているという回答のありました本部は、約94本部で12.3%という回答でした。

続きまして、3ページ以降は、119番通報時の緊急度判定をするときに基にしている基準は何ですか、こういった対応マニュアルを作っていますか、職員に対してこういった教育をしていますかというのを聞いております。

次に4ページ、エのところでは、119番通報時に緊急度判定を行って、非緊急と判断した場合こういった対応をしていますかというのを聞きました。そうすると、「とりあえず出動させる」というところが62本部、「症状に応じた医療機関を紹介する」というところが35本部となっています。この中で、「救急出動はしない」というのは7本部だけでした。その下のオですが、「とりあえず出動させる」と回答した理由については、やはり「容態が悪化したときの責任問題があるから」というのが9割で、一番多くなっています。

5ページです。119番通報時に非緊急として救急出動させなかった場合は、こういったことを記録していますかというのを聞きますと、「何かあったときに再度連絡してもらおう旨の説明」「覚知日時」と回答した本部が約5割になっていました。

③で「119番通報時の緊急度判定の実施効果と問題点」を聞いていまして、こういった効果がありましたかというのがアになります。ここでは「救急件数の削減」「口頭指導の精度が向上した」「効果的なP A連携の確立」などの回答がありました。

6ページのイですが、今度は問題点について聞いています。そうすると、「通報、受信情報の正確性を欠いてオーバートリアージに偏ることがある」「119番通報の聴取時間が長くなり救急車の出動が遅れることがある」などの回答がありました。

④ですが、今度は緊急度判定を実施していない消防本部に対して、未実施の理由を聞いたものがアになります。やはりここも、「容態が悪化したときの責任問題がある」と回答した本部が約8割、「電話で緊急度判定を実施することは困難」と答えた本部が約7割になりました。そういった本部に対して、今後、119番通報時に緊急度判定を行うにあたって必要なことは何ですかと聞きましたところ、「対応マニュアル」「職員の教育体制」と答えたところが約8割ありました。

続いて7ページ以降は、「(2) 救急現場における緊急度判定の現状」についてです。最初の①ですが、救急現場で緊急度判定を実施している本部は279本部、38%でした。そういった本部に対して、基にしている基準は何ですか、緊急度判定をするにあたって対応マニュアルを作っていますか、職員に対してこういった教育をしていますかというのを聞いています。

次に、8ページです。救急現場で非緊急と判断した場合、どういう対応していますかと聞いたところ、「本人の同意があれば不搬送とするが、本人の希望があれば搬送する」と回答したところが約8割になっていました。そして、9ページになりますが、説明をして不搬送とするとしたと

は38%の106本部となっています。オでは、救急現場で非緊急と判断して、入院が可能な救急医療機関へ搬送するとしたところに、それはなぜですかと聞いたところ、やはり、救急搬送しなかった場合、容態が悪化したときの責任問題があるからと答えたところが一番多く、92%の101本部が答えています。

続いてカでは、救急現場で緊急度判定を行って、非緊急と判断して不搬送とした場合は、どういった記録を残していますかと聞いた結果を10ページに示しています。この中で、「何かあったときに再度連絡してもらう旨の説明」というところが85%弱、237本部でした。

続いて10ページです。③で、救急現場での緊急度判定について効果と問題点を聞いたところ、効果については「救急活動時間の短縮」、「救急隊の負担軽減」、「病院選定の基準がある程度明確になった」、「傷病者に適した医療機関を選定した結果、救命につながった」などの効果があった一方で、問題点についてですが、「傷病者本人、家族、関係者など、全員を納得させるような説明をすることから時間を要する」、「緊急度と重症度の違いが理解されておらず、クレームが生じることがある」などの、問題点の回答がありました。

続いて④では、救急現場で緊急度判定を実施していない本部に対して、なぜ実施していないのですかと聞いたところ、「容体が悪化したときの責任問題があるから」と答えたところが8割、「救急隊員に対する緊急度判定についての教育体制が整っていないから」と回答した本部が6割でした。そうしたところに対して、今後実施するにあたって必要なことは何ですかと聞いたところ、やはり「対応マニュアル」、「救急隊の教育体制、救急車以外の移動手段の充実」と回答した本部が8割以上になりました。

続いて11ページの(3)では、「緊急度判定体系の普及のための取組」を聞いています。ここで、都道府県防災主管部局、都道府県衛生主管部局、消防本部に対して、緊急度判定の4つの場面どこが一番効果的と考えますかと聞きました。すると、都道府県の防災・衛生両方ですが、「家庭での自己判断」と回答した団体が一番多かったです。消防本部については、「電話相談」と回答した本部が一番多くなっています。12ページのグラフになりますが、「119番通報」と答えた本部は17%弱、「救急現場」と答えた本部は7%弱となりました。②で、「緊急度判定体系の普及のための取組」を聞いたところ、図表2-23のような回答が得られています。

13ページ、まとめになりますが、このような結果を踏まえまして、さらに119番通報、または救急現場で緊急度判定を実施している団体に対してヒアリングを行いたいと思っております。そして、その結果を受けて、来年度以降、対応マニュアルですとか、消防職員への教育内容の策定についてつなげていきたいと考えております。

事務局からは以上です。

【座長】 ありがとうございます。この緊急度判定も非常に重要な、我々の考えなければいけないところだろうと思います。ご意見、ご質問等ありましたら、どうぞご遠慮なくお願いし

たいと思います。〇〇委員、どうぞ。

【委員】 4ページの、非緊急と判断した場合の対応で、119番通報時に緊急度判定をして、非緊急となって救急車の出動がなかったのは7消防本部あるのですけれども、何かトラブルが起きたり患者さんが怒ったり、そういうことはなかったのですか。これから詳しいことをお聞きになると思うのですが、本当にこれで大丈夫なのかなど。現場に行って、救急隊員が接しながら話をしてというので、電話だけでは行かないよというのは結構勇気が要るなと思ったのです。何かクレームがあったり、企画室のほうに連絡があったり、そういうのはないのでしょうか。

【事務局】 今のところ、そういったものはまだ聞いてないですが、今後調査をしていきたいと思っています。ただ、救急出動しないと答えた本部も、相談センターを紹介するですとか、病状に応じた医療機関を紹介するですとか、そういった対応も取っているようです。

【座長】 それは、今まで7本部あったわけですが、問題が起こったということはないのですか。

【事務局】 個別に7本部に聞いてみないと分からないのですが、今のところ、そういうのは聞いていないです。

【座長】 これが一般的ではないなという気がしますので、〇〇委員の言うとおり、深堀りをしていただければと思います。〇〇委員、それでいいですか。

他にどうぞ。〇〇委員、どうぞ。

【委員】 今のやりとりで少し気になったので、事務局に確認しておきます。状況を確認するにあたって、要するにそういうやり方は危ないよというようなニュアンスで、相手様が考えるようなやりとりはぜひ避けていただきたい。つまり、私たちがやろうとしているのは、やはり、119番通報ですぐ行かなくてはいけないものは、すぐ行かなければいけない。だけど、すぐ行かなくてもいいような非緊急が見え見えのものについて、これからも出ていくのかという話は、時代の流れからすると、やはり資源の保有状況と、119番通報で呼ばれるかもしれない利用の増大を勘案すると、やはり、緊急でないものについては別の手段で患者さんを運んであげるという話になると思うのです。

ですから、そういう意味では、「お宅の消防本部が時代の先端を走っていますね」などと持ち上げる必要はありませんが、それが「国から見ると危ないから、おやめなさい」というメッセージにつながるようなことだけは、ぜひ避けていただきたい。何となく、大丈夫か、大丈夫かという話が今ここで湧いていますので、大丈夫も何もないのだと。私とその手の話で一般の方から、「私は緊急性が低いので運ばれないのかしら」と聞かれたとすると、「運ばれないのではないのだよ、あなたのところに救急車が来なくなるんだよ」という言い方をしているのですね。

ですから、そこら辺の全体の流れを上手にコントロールしていただきたいと思う次第です。

【座長】 その辺も十分注意しながら、7本部、よろしくお願ひしたいと思っています。

他に、いかがでございましょうか。

【委員】 2ページの緊急度の判定を実施している本部が94本部の12.8%というところですが、これは本当にそもそもの話で、私以外、皆さん全員ご存じのことですけれども、緊急度判定を実施していない団体は、緊急度を判定しないで何を判定して決めていらっしゃるのでしょうか。消防の方でも総務省の方でも、どちらでもいいです。

【事務局】 緊急度判定を実施していると答えている本部の温度差も、いろいろありますが、緊急度を判定しないというと、取りあえず要請があったものは出ていくのが前提なので、そういったことはしないということですか、いろいろな考え方があると思います。

【座長】 出ないというのではなくて、何でもかんでも出てしまうという意味ですね。

【委員】 もう少し丁寧な言い方をすると、要するに、救急車は緊急度のある人を運んでいるのです。だけど、119番通報が来た時はそれが分からない。ですから、現場に出るという意味で、火事ですか救急ですかと言っていますから、選択はしているのです。119番通報でどうかなど思っても、とにかく分からないので行くというのがマジョリティで、いくら何でもねというときに少し踏み込んでいるところが幾つかあるというふうに、全体像を理解するのがいいのではないかと思います。

【座長】 ○○委員、ありがとうございます。いかがでございましょうか。

この11ページの一番下の、緊急度判定に取り組む場合、効果的な場面は何かというところで、家庭の自己判断、電話相談とありますが、この辺は家庭が一番なのかな、あるいはもっと違う場面があってもいいのかなとも思いますが、その辺のところはいかがなのでしょう。

【事務局】 やはり皆さん、救急車を呼ぶかどうか迷ったとき、あるいはどういった医療機関に行けばいいのかというときに、ご自身がいろいろな自己判断ツールなどを使って自己判断をしてもらうというのが、一番効果的と考えている都道府県が多いのかなと考えます。

【委員】 最初に○○委員がおっしゃったように、119番通報の段階で、1割しか緊急度判定していない、不自然だよねという質問と、恐らくアンケートの採り方によって、いわゆる消防本部が回答する中身が、どういう形で聞かれているのか分かっていない部分との格差があると思います。現場は、口頭指導と言いまして、火事ですか救急ですかと言って、救急ですと。そうしたら、ご本人は息していますか、反応ありますかと、要するに緊急度の判定をやっているのです。息をしていない、あるいは反応がない、人工呼吸蘇生をしていますか、胸骨を圧迫していますかと言って、緊急度の判断をしつつ口頭指導をさせているというのは、恐らく消防本部の7、8割はやっているはずなのです。

だから、そういうふうなところから緊急度というのは既に使われているはずなので、私が少し違和感を覚えたのは、緊急度判定のマニュアルというか、2番目に出てくるプロトコルを使ってやっていますかというような判断で消防が受け止めると、以前に消防庁から出されたプロトコル

までは使っていませんけれどもということになってしまうので、うちは使っていません、そこまではやっていませんというので回答すると、9割がうちは使っていませんとなってしまったのだろうと。

だから、119番通報を受けて、緊急度の判断をしていない消防本部は、私はないと思います。

【座長】 多少、そこは違うなとも思いますが、どうぞ。

【委員】 仙台消防局の事例でございますけれども、私どもとしては、今、〇〇委員がおっしゃられたように、緊急度判定は実施しております。当然のことながら、口頭指導につなげるものもございますし、あるいはドクターカーの追加出動を指示するケースもあります。その重症度が高い事案の選定はしているのですけれども、救急車の出動を抑制するという方向での緊急度判定は実施していないという考え方に立って、ここでは我々は実施をしていないという回答をさせていただいたという状況がございます。

【委員(代理)】 私どもも同じく、実施していないほうに入っていると思われまして。これはなぜかという、2ページの上から2行目の設問で、「救急搬送の可否に係る緊急度判定を実践しているか」という設定でしたので、119番通報時点では救急搬送の可否を判定しておりませんので、これについては実施していないという回答をしたということです。

そういったことで、恐らく多くの本部がそういう回答になったのではないかと考えております。

【座長】 要否というのと、実際の設問の結果で大部分出ているよというのは、多少違うところがあるというニュアンスですか。事務局としてはそれでよろしいですか。それだと、この設問はもう少し考えたほうがいいのではないかと思います。

【事務局】 この質問をするにあたって、119番通報時ですとか救急現場ですとか、4つの緊急度判定の段階をお示ししています。なので、〇〇委員がおっしゃっていただいたようなことを前提に、多分、皆さんお答えになっていると思います。

【座長】 家庭の自己判断で緊急度を判定されるという中には、既に緊急度の判定という一番重いところが、自己判断よりも前に入っているという意味にとっていいわけですね。

【事務局】 はい。大丈夫です。

【座長】 ありがとうございます。いかがでございましょうか。こんなところでよろしゅうございますか。

【事務局】 今のお話ですけれども、12ページの図表の2-22をご覧くださいますと、都道府県のほうが自己判断が多くて、消防本部が電話相談時が非常に多いという結果になっています。恐らくこれは、バイアスがかかっていると思います。都道府県のほうが電話相談が多いとなりますと、未実施の団体は、#7119を自分たちがやらなければならなくなるのではないかと考えるでしょうから、素直に受け取らないほうがいい部分もあるのではないかと考えております。

【座長】 ありがとうございます。そんなところでよろしゅうございますか。また、最後

のディスカッションで取り上げても結構でございますが、次は、隊員の労務管理であります。これも非常に大きな問題が中には入っているのではないかと思います。事務局から説明を願います。

③ 救急隊員の労務管理（資料3）

【事務局】 それでは、資料3、1ページをご覧ください。検討事項につきましては大きく2つございまして、救急隊員の業務の負担軽減、そして、女性救急隊員が活躍しやすい方策という2つの観点で検討をしております。本日は、中間報告ということで、アンケート結果を中心に報告をさせていただきます。

1ページの下に円グラフがございます。労務負担に対する取り組みの実施状況でございますけれども、出動件数の多い消防本部を中心に、2割の消防本部が取組を実施しているという状況でございました。

2ページ目は、救急隊員の交代勤務の取組でございます。中ほどに図がございますが、こちらは東京消防庁さんの取組でございます。1日、基本的には24時間当務でございますが、時間を区切りまして、前半は救急車に乗って、後半は救急以外、例えば通信指令業務などに就くということで、1当務の中でも業務を入れ替える取組をやっているというところでございます。

3ページ、活動時間の平準化ということで中ほどに図がございますが、こちらも東京消防庁の取組でございます。例えば、A消防署本署では3,000件の出動があると。B出張所では2,000件の出動件数があるといった状況ですと、例えば、今回の当務はA消防署本署で勤務いたしまして、次の当務につきましてはB出張所で勤務するというところで、署で見ますと件数は下がるのですけれども、1人についての出動件数を平準化していく取組をやっているというところもございました。

4ページ、食事時間や休憩時間の取組でございますが、約6割の消防本部におきまして、昼食、夕食とも正規の時間には取れていないという状況が分かったというところでございます。

それらの取組につきましては5ページで、中ほどに図がございます。こちらは札幌市消防庁さんのほうの取組でございますが、3時間以上の連続した出動につきましては、その後30分の休憩時間を取るという形で制度化しているという事例がございました。

6ページ、こちらは東京消防庁さんの取組でございますが、救急隊員がコンビニエンスストアで食事を購入できるようにしているというところでございます。

7ページは、女性救急隊員が働きやすい職場環境ということで、上の円グラフでございますが、約6割の本部におきまして女性の救急隊員が乗務をしているという状況でございます。

取組につきましては、8ページでございます。女性だから男性だからということではございませんが、共通しているのは資器材の軽量化でありましたり、日勤帯、昼間の時間帯だけ救急隊に乗務させる、あるいは一定期間、4人目の救急隊員として乗務するといった取組をやっていると

いうところでございます。

今後、詳細な調査でありますとか、ヒアリングなどを行いまして、より詳細に把握をしていきたいと思っております。平成17年にこの労務管理の通知を出しておりますが、その通知をリバイスするような方向で、今後進めさせていただければと思っております。

説明は以上でございます。

【座 長】 ありがとうございます。ディスカッションの前に、救急隊員あるいは消防の諸君の週40時間の労務時間体制というのは、普通の会社と同じなのでしょうか。それとも例外規定の中に入るのでしょうか。

【事務局】 消防職員は地方公務員ですので、労働基準法の適用を受けるということになります。したがって、労働時間でありますなどの部分は労働基準法の適用を受けると。一部、休憩時間など、消防倫理に例外規定が置かれているところもございますが、基本的には労働基準法の適用を受けるというところでございます。

【座 長】 ありがとうございます。どうぞ。

【副座長】 今言った週40時間を守っていて労務管理がなお必要だというのはどういうことなのと、一般の方に誤解されかねない。実際、食事ができないとか、勤務時間内の継続的な勤務が問題だということでしょう。そのところをはっきり言っておかないと、40時間を守っているのにもっと労務時間を短くしてほしいという話と捉えられかねないので、明瞭に、こういう事ですという形で出したほうが良いように思うのです。

【事務局】 今回、念頭に置いて申したのは、先ほど〇〇委員が言われたような形で、連続して出勤してなかなか帰庁できない。その間、食事なども取れない状況があるということを踏まえまして、そういった部分に何か工夫がないかというところです。あるいは、かなり出勤件数が多くて、疲労がたまるという状況もございますので、勤務形態でありますとか出勤件数を平準化できる方策について検討したということでございます。少し、意図と言いますか、そういうところを明確に、今後させていただきたいと思っております。

【座 長】 〇〇委員、どうぞ。

【委 員】 今、事務局からご説明がございましたけれども、正規の勤務時間の割り振りについては、労基法の適用を受けているわけです。ただ、1週間に40時間というのは、当直勤務をしているものですから、なかなかそういうふうにはいきませんので、変形労働時間制という、労基法の中で定められている方法の中で、平均40時間になるようにという組み立てをしているのですが、消防の勤務の場合、2交代とか3交代とかございますけれども、朝出勤して次の日の朝まで仕事をするというのが一般的になってございます。24時間あるわけですが、この中で、正規の勤務時間として割り振られているのは、1当直の中での勤務時間は大体16時間になります。

すなわち夜間は、休憩時間として割り振っているのが一般的だと思うのです。ただ、その休憩

時間中に出場したりだとかございますので、その部分はいわゆる超過勤務として処理をしなくてはならない。夜間、仮眠と言いながらも出場せざるを得ない状況も非常に増えている。救急件数も増えている。したがって、超過勤務時間が増えていって、それが非常に労務負担上は問題になってきているという側面があると思います。昼間の時間、連続出場して、昼間割り振られている休憩が取りにくいという問題もございますけれども、むしろ、休憩と割り振られている夜間の出場件数も非常に増えていて、そのあおりを受けているというか、そこが問題ではなかろうかと考えております。

【座長】 事務局、何かありますか。よろしいですか。

【副座長】 今の話だと、24時間のうちの8時間はきっちり休みを取りなさいという話での40時間ですか。24時間を週何日かで割って、24時間でやっているわけではなしに、16時間で40時間ということですか。

【委員】 その通りです。朝出勤して次の日の朝まで、24時間ありますけれども、その中で正規の勤務時間として割り振られているのは16時間。夜は、一応休憩時間という割り当てをしているのが、消防本部としては一般的だと思います。ここは、労基法上、民間企業と我々のような公務に携わる者では規定の扱いが異なりますので、休憩時間中であっても、緊急の用務の場合は、業務を命令することができるという規定が労基法にはあります。その適用を受けて、夜間出勤に当てているという考え方で、国では整理しているはずでございます。

【座長】 いかがでございましょうか。どうぞ。

【委員】 1回目の検討会の時に、搬送件数平均1,200くらいですが、大阪・関西方面の消防本部では3,000件を超えるところが散見されると。先ほど来、勤務時間内の仕事量が多いという表現を、例えば1隊についての出勤回数で示されていたのが1回の資料だったと思うのですが、今、話をされた当務の形態の中で、要するに24時間だけれども16時間が実労働とみなされていて、それ以外の勤務、医者で言うと超過勤務のようなものがあるということが、この前の資料にはなかなか出てこなかったもので、ではどうやって解決するのということが議題にならないのかなと思いました。

だから、過重労働になっているというのは、密度が高すぎてどうしようもないのか、時間外まで働かざるを得ない状況が生まれているのかということで、少し解決方法は違うのかと思うのですけれども、ここはいかがでしょうか。

【座長】 その話を進めると、超過勤務時間は平均すると週何時間くらいあるのか。全国でトップのところはどのくらいあって、何もないところは何もないのかもしれませんが、その辺はいかがですか。

【事務局】 超過勤務の全国的な状況は、今、手元にはございません。

【委員】 30時間くらいではないですか。

【委員(代理)】 ○○委員からご指名いただきましたので、本当にその通りでございます。

先ほど、横浜のほうからお話がありましたとおり、消防職員の場合、民間企業と同じような超過勤務の管理のされ方は厳密にはないのですが、ただ、三六協定にあります360時間という考え方自体は、労基が入ってくると目標の目安として指導を受けるところです。360時間を12カ月と割ると、月30時間です。30時間を超えると望ましくないという指導をされることとなりますので、例えば10当務ある中で、夜中に3時間ずつ出場していくと30時間を超えてしまいます。そういうことを防ぐために、ここに東京消防庁の例が幾つかありますが、例えば3ページの3,000件と2,000件の隊を入れ替えなくてはいけないというのは、深夜隊の時間に出場する救急隊員一人一人の超過勤務時間を平準化しないと、11月、12月になると乗せ変えなくてはいけないということが起きてしまうということがあって、こういう管理の仕方をしているのが1つの側面です。

もう1つ、例えば札幌さんのほうの5ページの事例1の取組は、超過勤務というよりは1当務の中で連続出場が続いて、救急活動の質が保てなくなる恐れがあるので、休憩を取らせなくてはならないというものですので、ここで言っている救急隊員の労務管理というのは、大きく分けて2種類あるというふうに見ていただければ、ご理解いただけるかなと思います。

【座長】 なるほど、ありがとうございます。いかがですか。

【委員】 先ほどの東京消防庁のお話で、いま一つ分からなかったのは、夜間に出場するとその部分は超過勤務にするというお話だったように聞こえたのですが、ただ、比較的落ち着いている日は、例えば午後、全く出場がなかったというところは、ただ、日勤帯に関しては出場がなくても労働時間とみなして、夜間に出場すれば、夜間は本来休む時間だから超過勤務としての労働時間というようなことになるのでしょうか。

【委員(代理)】 すみません。続けてお答えしてよろしいでしょうか。

消防職員の場合の勤務というのは、出場だけが勤務時間ではなくて、事務処理時間も当然勤務時間になりますので、出場に備えているという面と、救急隊員の場合は救急係員としての事務があります。そのために、正規の労働時間が16時間割り振られています。その間で出場してしまった場合には出場優先ですけれども、出場していない場合は事務処理をやっているということになりますので、その時間は正規の勤務時間として事前に割り振って、休憩時間に割り振った部分については、出場してしまった分は超過勤務という処理をしております。

【座長】 先ほど事務局から、前半と後半に分けるといって、あのアイデアですね。ありがとうございます。

【委員(代理)】 続けてしまって申し訳ありません。実際に東京消防庁の場合には、総合司令室勤務員は、通常の警防隊員は3部制ですが、総合司令室勤務員は4部制勤務をひいております。これは、24時間緊張感が持たないということで4交代の勤務をやって、最長でも勤務時間は16時間くらいだったと思いますが、しております。ただ、これをやるためには4班、同じ人数を編成

しないといけないので、その分、1班分多く人数を確保しなくてはいけないというところがネックで、普通の警防隊員に4部制の導入はなかなか難しい状況だということです。消防本部によっては、2部制をやっているところもありますので、そこで3部制を導入しようとすると同じ状況が起こるということになります。

【座長】 ありがとうございます。こんなところで労務管理は、また次回にでもという気がいたします。次のところに移りたいと思います。「④応急手当の普及促進」です。事務局からまずお話をいただきましょう。

④ 応急手当の普及促進（資料4）

【事務局】 それでは、資料4の1ページをご覧ください。「1. 検討事項」でございます。応急手当の実施率を高めるには、講習による受講者数の拡大と応急手当を促すための口頭指導が重要であると考えます。講習の受講者数や口頭指導の実施率を、応急手当の実施率と見比べるために色分けしました。そうすると、それぞれのところで地域差があることが分かりました。今年度は、消防本部を対象としたアンケートを通じて把握できた、応急手当の普及に関する取組事例や、口頭指導の取組事例についてヒアリングを行って、報告書に掲載していきたいと考えております。

続きまして、2ページの「2. 検討結果（中間報告）」でございます。ここからは、過去のあり方検討会で検討した応急手当に関連する事項について、フォローアップを兼ねたアンケートを実施しましたので、その結果を掲載しております。

「(1) 応急手当に関する実施状況」です。「①応急手当WEB講習「e-ラーニング」の活用状況」では、平成23年度から開始しましたWEBコンテンツは、昨年度に「JRC蘇生ガイドライン2015」に沿うように改訂を行ったところです。改訂前後のコンテンツと、本部独自のコンテンツを合わせると、活用している消防本部は増えております。

続きまして、3ページの「②教職員に対する応急手当普及員養成講習の実施状況」です。多くの学校で講習が実施されていることから、消防本部による指導に加えて、教職員自らが同僚、生徒及び保護者に指導していくことが、受講者数の拡大を図る上で重要であると考えております。各消防本部の運用状況をお示ししてあります。

続きまして、4ページの「③他の消防本部が認定した応急手当普及員等の取扱いの状況」でございます。普及員等の認定証を取得した地域以外で指導することが可能となるよう、昨年度に実施要項のほうを改正しております。そのアンケート結果を示してございます。

続きまして下のほう、「④訓練用資機材の充実による時間を短縮した講習の実施状況」です。救命講習の受講者1人当たりの訓練任用に接する時間を確保して、効果的に講習が実施できれば、各消防本部の判断によって時間短縮が可能としております。その結果でございます。

続きまして、5から6ページにかけての、「⑤消防本部における救命入門コース（45分）の実施状況」です。昨年度から資器材を充実させることで、指導できる45分コースをこの実施要項に加えております。その状況をお示ししてございます。

続きまして、6から7ページにかけて、「⑥バイスタンダー（CPR実施者）を事後サポートする取組状況」でございます。複数回答になります。一般市民が救急現場に遭遇したことによるストレスを和らげるために、消防本部が取組を行っている状況です。カードの配布や、消防本部に相談窓口を設置しているところが多くを占めております。また、その他の取組、47本部のうち、40本部で保険・見舞金制度を活用していることが分かりました。

続きまして、7ページの「(2) 口頭指導に関する実施状況」で、7から8ページにかけて掲載してございます「①通信指令員に対する救急に係る教育・研修の実施状況」です。昨年度と比べまして、44本部で増加が見られました。また、地域MCにあっても、昨年度と比べると増加が見られております。また、教育・研修の担当者は、指導救命士を含む救急救命士が大部分を占めておりました。実施していない主な理由としては、教育時間が確保できないという意見が多い状況でございました。

続きまして、9ページの「②口頭指導の事後検証の実施状況」でございます。昨年度と比べて、消防本部と地域MCともに事後検証を実施しているところが増えておりました。

続きまして、10ページ、「③通信指令システムへのAED設置場所情報の登録状況」についてです。これにつきましては、昨年度並みの登録状況となっております。

そして、「(3) 独自に工夫している取組」について、「①応急手当講習の受講促進のための取組」でございます。4つほど例を挙げてございますが、今後はこの4つをピックアップしながら、詳細のほうを紹介できるようにヒアリングを行っていきたいと思っております。

続きまして、11ページ、「②通信指令員への教育について、テキスト以外の取組」状況を示してございます。そして「③プロトコル以外に、バイスタンダーCPR促進のための取組」でございます。ここでも2つの地域の取組を紹介してございます。そして、「④早期心停止の判断のための聞き取り方法」についてです。石川県のバイスタンダーCPR促進アプリをご紹介します。

そして最後に、「3. 今後の方向性」でございますが、各本部が独自に工夫をしている取組について、次回以降に詳細を紹介していきます。また、応急手当講習の受講者数、口頭指導の実施率、応急手当の実施率の地域差について、今後検討し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。

【座長】 ありがとうございます。応急手当の普及促進というところでの、本部のいろいろなアイデアというのは、とても大事だなと思います。ぜひ参考にさせていただきたいと思いますが、何かご意見、ご質問等がありましたら。どうぞ。

【委員】 1ページに記載されております内容について、確認させていただきます。受講

者数と応急手当実施率については、相関関係がないといったことで、右側は口頭指導実施率が高いところは、応急手当実施率も高いといった分析をされていると思います。例えば、岐阜県の場合を例に挙げさせていただきますと、受講者数が高くても応急手当実施率が中ほどというようなこと、また口頭指導実施率は高いけれども肝心の応急手当実施率が真ん中くらいといった結果になっています。この辺の評価と分析というのはどのようにされているかお聞かせ願いたいです。

【事務局】 消防庁では、これまでこういった都道府県別に受講者数であるとか実施率を比較したことが初めてでございます。これまで、全国的に見れば応急手当の講習の受講者が伸びれば、応急手当の実施者も伸びていくという結果が分かっていたのですが、こうやって見ると、それぞれ地域差があると。ただ、消防だけの講習、一生懸命現場では講習を展開しておりますが、それ以外にもいろいろな要素があるのではないかとということで、引き続き検討を進めているところです。

【座長】 ありがとうございます。勉強を一生懸命にしたからいざというときにはきちんとやってくれるかということ、そうもいかないぞということだと思います。ありがとうございます。それから私、入門コース45分の実施というのは、これからますます頻回に出てくるのではないかと思います、その辺のところもぜひよろしくお願ひしたいと思います。

よろしゅうございますか。どうぞ。

【委員】 1点だけよろしいでしょうか。1ページでございますが、この応急手当実施率というのはウツタインの実施率という捉え方でよろしいのでしょうか。

【事務局】 そのとおりでございます。応急手当の実施率につきましては救急隊が搬送した全ての心肺機能停止者のうち、一般市民が応急手当を実施した割合ということで出させていたしております。

【委員】 そうした場合に、我々宮城県仙台市という捉え方をしますと、母数が少なく、年々かなり上下をするという状況がございます。統計的なデータの取り方として妥当なのかどうかといったところは、私はよく分からないところではあるのですが、そういった年によってかなりでこぼこのグラフになっているという実態があるというところだけ、お話をさせていただきたいと思ってきたところでした。

【座長】 そのとおりで、分母が低いと、どうしても影響が大きくなります。その辺のところは、事務局も分かっておられると思います。そんなところでよろしいですね。すみません、時間がまだまだありますので、どうしてももう少し活発な議論をいただくためにこのくらいにさせていただきます、次のテーマ「⑤テロ災害等の対応力向上」に進めていきたいと思ひます。

⑤ テロ災害等の対応力向上（資料5）

【事務局】 資料5をご覧ください。こちらは小会合でターニケットの使い方についての消

防職員に対する教育について、カリキュラムとテキストを作成していただいております。〇〇委員に小会合の長をしていただいています、取りまとめをしていただいているところです。

2ページをご覧くださいなのですが、今回のアンケートの一環としてターケット等の使用方法を含めた教育があったとき、研修を受けたいですかというのを聞いています。そうすると、582本部、8割弱の消防本部が受講を希望すると回答されています。

②ですが、ターケット等をもう配備をされていますかの検討状況を聞きました。そうすると、検討しているというところが108本部、既に配備しているところが32本部ありました。3ページのところが、ターケット等を配備していると回答された消防本部です。ただ、細かく聞いてみますと、ターケットとかそれ以外のものとかも配備しているという本部がありましたのでまた個別に聞いていきたいと考えております。

4ページからが、ターケットの使用法に関する教育についてです。カリキュラムについては3時間の研修を予定してまして、実技を中心に、実技の前に座学を実施したいと思っております。逆になりましたが、対象については救急救命士に限定せずに、救急隊員、救助隊員、消防隊員も含めた消防職員全般を対象にしたいと考えております。研修項目及び到達目標は、図表5-4にありますように、止血の意味ですとか、それから止血の病態と止血の理論、ターケットの原理と使用法、そして事例紹介と考えております。

今後の予定ですが、5ページをご覧ください。試行教育を3消防本部で考えております。横浜市消防局、千葉市消防局、藤沢市消防局の3カ所で試行教育をさせていただきたいと思っております。そして、実際に消防職員の方に受けていただいて、そのご意見等も踏まえてテキスト、カリキュラムに反映させていきたいと思っております。

そのテキストの案につきましてですが、机上配布させていただいております。資料の束の一番下になります。「止血に関する教育テキスト（案）」ということで、こういったテキストを考えております。「I テロ対応における止血の意味」ということで、組立としましては最初の項目で一般目標と行動目標を書いています。そして、7ページをご覧くださいなのですが、質疑応答というのを加えております。そして、ここで皆様方から想定される質疑応答を書いています、実際には試行教育を踏まえて、いろいろと質疑応答を膨らませていければと考えております。

このテキストを、もし委員の皆様方のご承認を得られましたら、小会合の先生方にご一任をいただいて、実際に試行教育をするまでに固めたいと思っております。事務局からは以上です。

【座長】 非常に有用な止血の意味と取っていいのではないかと、私は思いますが、これをお願いして、いろいろお世話になりました。〇〇委員、何か追加することがあればお願いしたいと思っております。

【委員】 ありがとうございます。今月1日にも、ラスベガスで銃の乱射テロがございました。59人が死亡して、500人近くがけがをされましたが、ああいったタイプの外傷は日常生活の

中では経験が少ないものです。ご承知のとおり、我が国の日常生活の中で起こる外傷は、交通外傷、転倒、墜落外傷など圧倒的に鈍的外傷でして、銃創とか爆発とか外におびただしい出血が起こるようなけがは、経験のないものです。

こういったタイプのけがが起こるのは戦場です。そして、戦場での外傷の救命率を高めるにはどうしたらいいかは、戦傷医学の中である程度答えが出ているところです。結論から言えば、防ぎ得る外傷死を確実に救うためには止血帯が有効であるということが、エビデンスとして明確になっています。

これを受けまして米国では、2012年のサンディフックの小学校の銃乱射事件の翌年から、Hartford Consensus。さらにその翌年から、Stop the Bleedingキャンペーンが展開されています。まずは救急隊、警察、そして一般市民へと、ターケットの使用の教育、普及啓発が進んでいるところです。米国では3時間のコースとなっており、その項立ては机上配布にありますテキストに反映させていただいています。おおむね3時間のコースを、まずは横浜市、千葉市、藤沢市消防局の協力をいただいて試行コースを開きまして、必要な修正を加えた上で、全国で施行していただけるような形に完成させたいと考えています。

【座 長】 ありがとうございます。〇〇委員に聞くのが一番なのかもしれませんが、このターケット、あるいはCATターケットと言っているようですが、大体どのくらいの費用がかかるのか。そして、日本製はあるのかないのか。その辺については、いかがですか。

【委 員】 テキストにあるのは、アメリカのライセンスの元に作られているCATとSOFというタイプのものです。これらはアメリカのクレジットで作られているものですので、全部輸入品です。価格は、現地では20ドルくらいですが、日本では4,000から5,000円くらいです。

【座 長】 ありがとうございます。ということでありますけれども、ご意見がありましたらどうぞ。

【委 員】 1つ質問ですけれども、これは頭にテロ時の対策の対応として、止血帯の使用を、この際、救急の中に明確に書こうということですのでけれども、実際、日常の救急業務の中での止血法の教育として、どこで線引きするのか。いやいや、線を引く必要はないとするのか、このテキストが出来上がったときに止血に関する教育テキスト、テロに対応する止血の意味という冒頭からテキストが作成されていますので、これは受傷様式は関係なくて、テロのときの対応としての止血だけなのだという意味なのか、あるいは日常みられる挫滅四肢の出血がなかなか圧迫止血で止まらないのも応用していいんだよという意味まで入っているのか。そこだけは少し整理しておいたほうが、恐らく現場へ下ろしたときに混乱がないと思うのです。

【委 員】 それについては、机上配布のテキストの第2章の止血の理論のところに記載があります。講習会では止血法の種類を40分かけて教育する予定になっています。この中で、止血帯の使用については、〇〇委員がおっしゃったように、「直接圧迫法等で制御が困難な場合に使用

する」という形で適応を紹介しております。テロにだけ限定したものではありませんけれども。

【委員】 いえ実は、〇〇委員が専門でよくご存じだと思いますけれども、JRC蘇生ガイドラインの新しいものでは、止血帯の使用というのは、止めがたいときは弱く推奨するということで、ファーストエイドの中に入っている。いわゆる訓練されたプロバイダーであれば、止血帯の使用というのは弱いですが推奨されるというのが、一番新しいエビデンスだと思いますので、圧迫止血という手順がうまくいかない場合、生命に危機が来るような場合は適切な形で止血帯を使いなさいというのを、救急隊にも標準化させるんだというくらいは言っているということでしょう。そういうことですね。そうしないと、テロの対策としての止血があるというだけに限定してしまうと、現場の適用が非常に混乱すると思います。

その辺は、消防庁さんが報告書を書くなり、あるいは下に通知・通達を出すときには、少しその辺を配慮していただけたらいいのかなと思います。

【座長】 ありがとうございます。その辺の配慮をよろしくお願いします。

それから、アメリカの20ドルもそんなに安いものではないわけで、日本の40ドル、50ドルというのも、これはまた意外と高いものになるわけです。その辺の費用の問題については、いかがですか。

【事務局】 まず、座長への直接のお答えにはならないのですが、まず今年度はこちらでテロ災害等の対応力向上という形で希望する消防本部に対しまして、講演するテキスト、カリキュラムの作成を進めていきたいと考えております。

先ほど〇〇委員がおっしゃられましたように、今後、こちらのターニケットのほうが標準化されていくという段になっていくのであれば、相応の財政措置等を検討していく必要は出てくると思うのですが、まだ現在におきましては、求められる本部に対するカリキュラムの作成という段階になっております。

【座長】 そうですか。なるべく早く、やるならやろうではないかというのも1つの手ではないかと思います。よろしくお願ひしたいと思います。そんなところでよろしいですか。

【委員】 テロということで、穿通性の、いわゆる銃器等を対象にしていますが、恐らく止血の問題ではなくて、先ほどJRCのガイドラインに触れましたけれども、穿通性の胸部外傷で外気胸の外固定というのが、やはり否定的な見解が出ています。今、JPTECなどでは3辺テーピングだといって、いかにもスタンダードとされたような形で当てているけれども、これは意外とエビデンスがないということで否定されてきていますので。テロ、銃器を想定したような対象であれば、何も止血に限らず、そういったところも検討されてはいかがかなという気はしております。

【座長】 ありがとうございます。それも頭の中に入れていただいて、普及啓発、あるいは対応力の向上というところをお願いしたいと思います。

それでは、次に移りたいと思います。次は「救急統計の見直し」の件です。事務局から説明を

願います。

⑥ 救急統計の見直し（資料6）

【委員】 これは、ワーキングを担当している〇〇のほうからご報告させていただきます。

1ページを開いていただいて、下の図表6-1を見ていただくと分かると思いますが、昨年からの継続として、①必要性が低かった件数、②不搬送理由の定義に加えまして、今回は、まず救急統計に関しましては解釈の標準化を加えました。もう1つは、救急蘇生統計についての部分の議論が加わって、2つの小会合でやっております。めくっていただいて2ページに、その具体的な検討内容が書いてございます。個々については、3ページ以降にございますので、3ページ以降でご説明させていただきたいと思います。

まず3ページですけれども、これは救急搬送の必要性が低かった事案の集計方法ということです。これは世の中でよく、いわゆる救急搬送の中での軽症例の全てで救急搬送の必要性が低かったという誤解がもたれることがあるわけですが、実際に医師であるとか救急隊員に聞いてみますと、そのうちの何割かは確かにそういうものであるけれども、結果として軽症であっただけで搬送は適切である者も多かったということもございます。これらについて、もう少し明確に、個別に実態が分かるようなものを出したいということです。

救急の現場で救急搬送の適応がないと判断しようということではなくて、搬送したものについて、事後的にその必要性について検証しようということでございます。フローチャートで見ますと、最初のひし形では「見た目の重症感」を判断します。2つ目のひし形では「接触時のバイタルサイン」と「応急処置をしたか、しなかったか」ということで判断をしております。バイタルサインについては、次のページにございます緊急度判定プロトコルの中で、赤1、赤2に該当するものが必要性が高いということにしております。3つ目のひし形のところでは、その症状の発現がずっと続いているものではなくて新しいものであるということ。それから、初めて経験するようなものであるということは、救急搬送の必要があるという判断の根拠とするということにしております。それから、背景因子としての出血性素因や高リスク受傷機転。これら全てがないものについては、救急搬送の必要性が低かったと。事後的に考えようということで、こういうものが果たして軽症例の何パーセントあるのか。あるいは、例えば10%あるとしたら、そのうち残りの90%は何が理由で搬送の理由があったのかということ进行调查しようということが、ここでの内容でございます。

めくっていただいて5ページ、今度は不搬送です。これは救急車が現場に出て、しばしば搬送の対象にならずに帰署してくることがあるわけですが、その理由は、現在8つの項目で既に分類されているのですが、消防本部ごとにその定義が異なっていたり、あるいは同じ用語でも使い方が異なっていたりということがございますので、これを統一しようということで、

案を作らせていただきました。

まず、「辞退」と「拒否」という言葉を分けました。「辞退」というのは、本人が辞退しているのは当然として、救急隊から見ても、これは搬送の必要がない、すなわち、適切な辞退であるということだと思います。それに対して「拒否」というのは、本人は辞退しているのですけれども、救急隊から見ると本来は搬送すべきなのですが、本人が説得に抗してかたくなに搬送を拒否している場合です。「辞退」と「拒否」の違いというのは、救急隊から見たときに搬送の必要があるかないかという判断が加わるということになります。

同じく、現場に傷病者がいないという事態に関して、3つの分類を作っております。下から4つ目から下から2つ目までで、まず交通事故が発生したというだけで119番通報がされるけれども、実際にはけが人は1人もいなかったというような場合がございます。これが「傷病者なし」となります。それから、傷病者が実際に発生していた、それは誰かが確実に確認しているけれども、救急車が来る前に立ち去ってしまって現場には誰もいなかった場合がございます。これが「立ち去り」となります。それから、事故の発生自体がそもそもなかった場合がございます。これは、あるときはいたずら電話、あるときはいたずらではないけれども誤報であるというようなこと、例えば大きな音がしたから電話をしてしまったというようなものもあると思います。これらのものに関しては、「誤報・悪戯」と分類をすることになります。

これらの新しい分類の妥当性を検証するために6ページでお示しする前向きな調査票を使った調査を各消防本部にお願いをしてやっております。実際には、藤沢市でまず1週間の検討をしていただいた上で、先ほどの調査票を改善して、現在、この札幌、北九州、松戸、藤沢、奈良、出雲で集計をしています。現在、まだ集計が済んでおりませんので、集計結果等については次回の親会で出せるように、3回目の小会合でまとめさせていただきたいと思います。

これによりまして、軽症例の中で何パーセントくらいの搬送の必要がないと事後的に判断されたものがあるのかどうか。あるいは、搬送の必要があるというのは、バイタルサインが搬送の適用であったのかとか、受傷機転が搬送の適用だったのか、その辺の分類が今後出せると考えております。また、不搬送事案に関しましても、先ほどの8つの分類がそれぞれどのくらいの割合で存在しているのかを、明らかにしていく予定になっております。

めくっていただいて8ページです。これは、現在、国のレベルでは集計されてないのですけれども、いろいろな消防本部で既に集計項目に入っている項目の中で、今後入れるべき項目はないかも小会合の中で検討されております。比較的多くの消防本部で独自に行っている項目としては、当日の天候であるとか、あるいは本人の属性としての外国人であるかどうか、多数傷病者発生事案のうちの1例であるか、大規模イベント時の発生事例であるかどうかなどです。車両事故等に関しては、シートベルト等の安全装置の有無等々、これらに関して全国的な集計項目に入れたほうがいいのではないかと、今現在検討しております。

また、将来性を加味してということであると、現在も消防本部によってはシーズンによって熱中症の症例の事例の検討をしておりますけれども、こういうようなものであるとか、あるいは医療機関の受け入れ困難理由、単に搬送時間だけではなくて救急車の走行距離計から見たときの走行距離、医療機関の現場での活動時間が延びる大きな因子の1つが、搬送するまでの間に医療機関からの受け入れの照会をするための時間が非常にかかっているという事案があるので、その部分を抜き出した時間を調べたほうがいいのではないかとということで、これらについても、今現在検討されております。

9ページでございますけれども、これは今、特に時間に関する集計の中で、さまざまな消防本部ごとの違いがあるという部分があるので、これを統一する必要があるだろうということがございます。例えばということで、定義がはっきりしていないものがございます。例えば、現着時間、現場到着時間というのは、ある消防本部では9ページの真ん中の絵の左側のように、敷地に入った時間を現場到着時間としているところもありますけれども、あるところでは救急車が停車をして、サイドブレーキを引いた時間という定義のところもございます。また、現場出発時間というのも、特にへき地等では病院の行く方向は決まっているので、走り出してから病院選定をかけるということもしばしばあります。その時に、走り出した時間なのか、選定病院が決まった時間なのかということで、現場出発時間の定義としてのずれがございます。これらについてが、違う点です。

それから、記載はあるけれども、現場で実際問題としては守られていないというものもございます。例えば、病院収容時刻というのは、医師に引き継いだ時間ということが定義になっているのですが、消防本部によっては、病院到着時間に1分足した時間というふうに、自動的に出しているところもあると聞いております。また、初診時の傷病程度、あるいは傷病名に関しても、最初の初診時に聞くということがルールですけれども、あとで確定診断を聞いて、そこにより正確な情報を記載していただいているというところもございます。

どちらがいいか悪いかということの前に、まず現在、これについては全国の消防本部に、このどちらを使っているのかということの実態調査をさせていただいて、まずどちらが多数派かということと、どちらが消防統計としてより適切にPDCAサイクル等を回していくために重要であるかという、2つの観点からこの定義を明確に規定していきたいと考えております。

続きまして、10ページ以降が救急蘇生統計ですけれども、10ページの上から3行目にあるように、国際的な基準であるウツタイン統計のウツタイン様式が改定されましたので、その改定を盛り込んでということがございます。

第一に心停止としては、今までは心原性と非心原性という2つの大きな分け方だったので、非心原性の中に推定心原性という非常にふわっとしたものが入っているので、なかなか統一が難しいということがございまして、ウツタイン様式では内因性と外因性という分け方に変

わかりました。これについては、より詳細の小分類のところがございますので、この小分類の中で大血管疾患というものを新しく加えるということと、その他というものを内因性のその他と、その他の外傷に分けることによって、内因性と外因性というものを、今までの心停止の原因の統計と連続性を持たせながら、この小分類を内因性と外因性に分けるということで可能にするという案が、今、出ております。

11ページですけれども、これは非常に重要なところで、今まではバイスタンダーがAEDを使った統計に関しては、ショックの適応があってショックボタンを押したものについてしか統計がなかったのですけれども、実際にはAEDを現場に持ってきたうちで、ショックボタンを押される率というのは、大体30%とか40%くらいで、残りの過半数はAEDのショック適応ではなかった、あるいはパッドが貼られていなかった等々でAEDが使われていないということがございます。

これを、今までのショックの実施というのだけではなくて、AEDを持ってきたかどうか、パッドが貼られているかどうか。そして、波形が適応外であるかどうかというようなことを細かく分類をして、AEDの実施率をより上げるためには、どの点を今後強化していくべきかということが分かるような統計にしていこうということになっております。

12ページを見ていただいて、ここから先はそれ以外の検討事項です。実は、ウツタイン統計の中では、本来は1カ月後の神経学的な転帰とオーバーオール転帰を見るというのが、もともとの定義ですけれども、多くの救命救急センター等の病院で生存例に関して、1カ月以内に転院をしてしまうので、転院時の予後しか分からないことが多いのが実態です。転院先の病院まで追いかけて、1カ月後の転帰を調べるのが非常に大変であるということで、今現在、ここが不統一になっております。

本来のウツタインで言っている、1カ月後を調べるところを統一するということになるとする、今、搬送先医療機関からの転帰を聞いているところに、1カ月後の転院先での転帰まで聞いてくださいという負担を求めなければいけないだろうということで、ここに関して、これが可能かどうかについて検討をしているのが、まず③の部分でございます。

④はDNAR件数ということで、本人が蘇生を希望していないのに救急車が呼ばれてしまったというものが、どのくらいの件数があるのか。あるいは、そういう事案が実際搬送されているのかどうかということについての調査はどうかということがございましたけれども、これについては、本人が蘇生を表示していない、蘇生をしないでほしいという意味が、どのように表明されているかということに関しての社会的なコンセンサスができていないということで、この事案に関して、本人が蘇生を希望していない事案か、希望している事案かということを確認することが難しいだろうということなので、将来的な入力項目としてシステム上に準備はしておきますけれども、当面の調査項目とはしないほうがいいのかという議論になっております。

「イ 心停止の発生場所」は、極めて重要で、心停止の70%くらいは居宅の中で起きているので

すけれども、このような中で起きている心停止と、例えば公共の場所、駅やショッピングモール等で起きる心停止というのは、例えばAEDの実施率や社会復帰率が大きく異なるということが分かっておりますので、これらの分析を行うためには、やはり発生場所が非常に重要な情報として、既に調査をされている項目でございますので、蘇生統計の中にも盛り込んでいくことが必要であろうと考えております。

その他、13ページでは、追加項目としての議論が必要なものということで、通信指令員が通報者と話している段階で、どの段階で心停止を疑ったかは、医学的には非常に興味のある点だったのですけれども、実際にこれはストップウォッチを見ながらその時間をきちんと調べることは技術的に困難であろうということで断念しました。救急隊が現場から離脱して救急車に向かった時間は、救急車内で蘇生を主に行うのか、発生現場で行うのかということは非常に重要な課題なので、ぜひ入れ込みたいのですけれども、ただ、これを心停止以外の全ての救急活動について入れるとなると非常に負担が増えるので、これについては心停止の傷病者のみに入れる項目として追加すべきではないかという議論になっております。

最後に、心停止の傷病者の、特に神経学的な予後を改善するためには、体温管理療法、心臓カテーテルによる再灌流療法が非常に重要なので、これらの治療の有無に関してぜひ聞きたいということがあります。ただ、これに関しては、現在の1カ月後の転帰に加えて、これらの治療の有無を聞かなければいけないということで、医療機関に対する負担が増えるということ。もう1つは、転帰という傷病者にとっての究極的な個人情報を集計しているわけですけれども、それに加えて、このような治療の有無を聞くということが、傷病者の個人情報の収集という点からどうだろうかということが、今、議論の対象になっております。

最後のページを見ていただいて、これらについて、今現在、先ほどの調査に関しては集計ができたところで第3回の小会合を行った上で、次回の第3回の本親会のほうに結果を報告させていただきたいと思っております。

一番下ですけれども、この救急蘇生統計、救急統計に関しては、消防本部のそれぞれの救急活動の記録を入れる入力システムの改修が必要になりますので、本年度決めた項目については、4年後の平成33年から現場での収集を始めて、報告書として出るのが平成34年度からということで、かなり息の長い作業であるということになると思います。

【座 長】 詳細にお話をいただきました。ただ、これはすごく長いスパンでいくと、またウツタイン統計の向こうのほうが少し変わってくるとか、あるいはAHAの蘇生法のガイドラインがまた変わってくるとか、その辺の対応はまたやらなければいけないのですか。

【委 員】 国のレベルではそうだと思います。ただ、都道府県のレベルではそれまで待たずに、特にAEDのところについては情報を集めていただいて、それぞれの都道府県の中でのAEDの実施率や心停止の社会復帰の改善率に生かしていただくことは可能だと思います。国としてそれ

を全部まとめようと思いますと、どうしてもこれだけの時間がかかってしまうということになると思います。

【座長】 ありがとうございます。もちろんそうですね。時間がかかるのはしょうがないでしょうね。どうぞ、何かご質問がありましたら。もう少し時間が過ぎてしまっておまして誠に申し訳ない話ですが、こんなところでここはよろしゅうございますか。〇〇委員、本当にありがとうございます。よろしくお願ひしたいと思います。

それでは、最後になります。最後は、事務局から手短にお願ひしたいと思います。⑦「救急に関する世論調査」の概要についてお願ひしたいと思います。

⑦ 「救急に関する世論調査」の概要（参考資料）

【事務局】 それでは参考資料ということで、最後に資料を付けさせていただきます。簡単にご紹介をさせていただきます。この調査でございますけれども、救急に関する国民の意識を把握し、今後の施策の参考とするためということで調査をさせていただきます。

1枚目の中ほどにありますとおり、1から6までの項目につきまして調査をさせていただきます。参考になりそうな部分だけ、かいつまんで説明をさせていただきます。

8ページでございます。「救急安心センター（#7119）推進への考え方」でございますが、「積極的に進めるべき」というご意見が76.5%ということで、約8割弱の方が#7119を進めるべきという回答をいただいているというところでございます。

10ページでございます。今回、議論になりましたが、119番による緊急性の判断を受け入れるかどうかということでございますが、「受け入れる」が73.6%あったというところでございます。

続きまして、12ページが、救急現場で救急隊員から、症状が軽いので自分で病院を受診するのを勧められたら受け入れられますかということでございますが、「受け入れる」が72.6%という結果となったというところでございます。簡単でございますが、以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。この世論調査は、内閣府が行ったということでございますが、これを使って、いろいろなところでデータを活用するということは、よろしいのですか。

【事務局】 実施主体は内閣府でございますが、この結果につきましてはいろいろな場面で使っていきたいと思っております。

【座長】 だそうでございますので、このデータで細かいところがあると思いますので、何かありましたらどうぞ。

【委員】 今のデータのことですか。それとも、他のことでも良いですか。

【座長】 他のことでも。

【委員】 先ほど、机上配布された止血に関するテキストで、このまま話を進めていいかということだったのですけれども、以下のようにするのは如何でしょうか。1ページを見てみて

いただくと、「Ⅰ テロ対応における止血の意味」というのがいきなり出てきます。3ページに、「Ⅱ 出血の病態と止血の理論」があり。6ページに「Ⅲ ターニケットの原理と使用法」という構成になっています。

机上配布の現在の構成はこうなっていて、いきなりテロと出てくるので、このターニケットは例えば、テロではなく踏切事故での両足轢断の傷病者には適用できないのかと、つい思ってしまうようになります。そこで、構成として、まず3ページ目の出血の病態と止血の理論を最初にもってきて、6ページ目のターニケットの原理と使用法を2番目にして、時節柄、「テロ対応における止血の意味」も重要であり、3番目に持ってくると、構成として安定するのではないのでしょうか。いずれにせよ、この会議としてOKを与えて、項目立てを含め細かいテキストづくりに入ってくださいというのはいかがでしょうか。

【座長】 なるほど、総論を先に書いたらどうだろうかということですね。ありがとうございます。私もそう思いますが、この中に戦傷とか、テロとかいう言葉が意外と多く使われている、その辺のところも少しニュアンスを変えるほうがいいのかもしれない。

【委員】 それは、あらためて検討していただいて、ただ時節柄といいますか、2020年に向けて、どの程度書き込むかは、また小会合のほうでやっていただくことになると思います。

【座長】 そこは、小会合のほうでやってもらいましょう。ありがとうございました。

そういうところで、委員の皆様、よろしゅうございますか。ありがとうございます。

これでマイクを事務局にお返ししたいと思います。ありがとうございました。

⑧ 次回のスケジュール

【事務局】 では皆様、活発なご意見、ご議論、ありがとうございました。次回第3回の会議につきましては、12月7日木曜日、16時30分から予定してございます。場所については、また追ってお知らせさせていただきます。なお、お手元の資料ですけれども、封筒に入れて置いておいていただければ郵送できますので、ご希望される方はそのまま置いておいてください。

あと机上配付の資料に関しては、机上のみということでお持ち帰りのないようにご注意いただきたいと思っております。

では、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)