

平成30年度
救急業務のあり方に関する検討会（第3回）
議事録

1 日 時 平成31年2月22日（金） 10時00分から12時00分

2 場 所 三田共用会議所 大会議室

3 出席者

■出席者：島崎副座長、浅利委員、阿部委員、阿真委員、有賀委員、岩田委員、坂本委員、
新海委員、田邊委員、長島委員、樋口委員、松村委員、森住委員(代理・瀧澤様)、
山口委員、行岡委員、横田(順)委員、横田(裕)委員

オブザーバー：鈴木課長

■欠席者：山本座長、武井委員、間藤委員、

4 会議経過

1. 開 会

【事務局】 定刻になりましたので、「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会（第3回）」を開催させていただきます。本日の司会進行につきましては、消防庁救急企画室の〇〇が務めさせていただきます。お願いいたします。

本検討会につきましては、特に委員の皆様からの御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、御了承ください。

まず、本日お配りした資料について、確認させていただきます。議事次第、席次表、委員名簿。資料といたしまして、「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（案）」、分厚いものとじられてございます。別添資料1「119番通報時緊急度判定の導入及び運用手引き（案）」、別添資料2「救急現場緊急度判定の導入及び運用手引き（案）」、別添資料3「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver.1.0）（案）」でございます。

過不足等ございましたら、事務局までお知らせください。

2. 委員紹介

【事務局】 続きまして、各委員の御紹介をさせていただくところでございますけれども、お配りの委員名簿で代えさせていただきます。〇〇委員、〇〇委員、座長におかれましては、所用により欠席ということで御連絡いただいております。また、〇〇委員の代理として〇〇様に御出席いただいております。〇〇委員は、到着が遅れておりますけれども、特に欠席のご連絡は頂いておりませんので、途中から多分来られると思います。座長からは、検討会の進行につきまして、

副座長に一任する旨の伝言を受けてございます。

それでは、副座長より御挨拶をお願いいたします。

【副座長】 皆様、おはようございます。本日、座長に変わりました、進行を務めさせていただきます〇〇でございます。

今回の「救急業務のあり方に関する検討会」は3回目ですが、これまで開催されました議論、1回目、2回目を踏まえて、今年度の検討会の、最後の報告書（案）を取りまとめいただくということになります。一部、「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会（DNAR）」に関しては、来年度に食い込みますので、最終報告書としては、DNARは、平成31年度に一部持ち越す格好になろうかと思っております。

「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会（DNAR）」については〇〇委員に、それから、「緊急度判定の実施に関するワーキンググループ」については〇〇委員に、また、「救急の感染防止対策ワーキンググループ」については〇〇委員の下で、課題の解決に向けて、精力的に取り組んでいただきました。この場を借りて、お礼を申し上げたいと思います。

今年度の報告書をまとめるにあたりまして、委員の皆様の御協力を得て、議論を進めてより一層深い内容にしていきたいと思っております。

本日は、皆様から忌憚のない御意見を頂きたいと思っております。どうぞよろしくをお願いいたします。

【事務局】 副座長、ありがとうございました。

撮影の方はここで終了となります。今回、マイクが手元でございますけれども、これは真ん中のボタンを押すと話せます。話し終わったら、真ん中のボタンをもう1回押すと電気が消えますので、そのようにお使いいただければと思っております。

それでは、以降の議事進行を、副座長にお願いしたいと存じます。よろしくをお願いいたします。

4. 議 事

（1）平成30年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（案）について

【副座長】 それでは、議事を進めてまいります。資料に沿って、項目ごとに説明いただいて、その都度、御意見を賜るといって進めたいと思っております。まず、それぞれの項目に入る前に、報告書（案）の「目的・検討事項・概要」について、事務局から説明をお願いします。

目的・検討事項・概要について

【事務局】 資料に沿って、まず、「目的・検討事項・概要」の部分について御説明させていただきます。

資料をおめくりいただきますと目次がございます。その次のページ、「目的・検討事項・概要」

ということで、検討会設置の背景、目的等をお示しさせていただいております。平成29年中の救急自動車での救急出動件数は約634万件、病院収容所要時間については全国平均39.3分という中で、今後も見込まれる救急需要の増大、救急業務のあり方について、必要な研究・検討を行い、救急業務を取り巻く諸課題に対応することを目的といたしまして、この検討会を開催させていただきました。

主要検討項目、これは後ほど御説明させていただきますけれども、6項目ということで検討を進めてございました。

検討事項、次ページのほうにも今の内容についてお示しさせていただいております。今回、アンケート調査等を行いましたということで、3ページ目のほうに一覧をお示ししてございます。

4ページ～6ページにかけてでございますけれども、今から御説明させていただきます各章につきましての概要を載せさせていただきます。説明は省略します。

7ページ目以降でございますけれども、検討会、部会、ワーキンググループそれぞれの名簿、開催年と経緯等をまとめてございます。こちらのほう、参考にさせていただければと思っております。以上でございます。

第1章 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施について

【副座長】 それでは、それぞれの項目について議事を進めていきます。事務局から、まず傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施について、よろしくお願ひします。

【事務局】 それでは、第1章「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施」につきまして、私から御説明したいと思ひます。

今年度は、検討部会を設置して御議論いただいたところでして、先ほど副座長の御挨拶にもありましたが、検討部会で大変活発な御議論をいただき、貴重な御意見を頂戴したところですが、事務局で少し調整に時間を要したこともありまして、来年度も更に検討をお願いしているところです。

そうしたことから、今年度の検討会の報告書には、今年度実施した実態調査、検討部会でヒアリングした、実際にDNARの中止を運用している本部の取組の概況を御報告し、来年度、検討部会の御議論の取りまとめを報告する、そういった形としたいと考えています。

それでは、12ページを御覧ください。こちらのテーマにつきまして、「1 背景・目的」を書いています。課題としては、DNAR問題ですが、救急隊が対応に非常に苦慮することが課題となっており、さらに、関係者によって非常に議論が活発に行われ、そういった成果が出始めていると。そういったことを背景に、今年度は検討部会を設置し、御議論いただくといったことが背景となっています。

「2 検討事項」という形で、先ほど申しましたように、今年度実施した実態調査と、あと、実

際に中止の運用をしている消防本部の概況を挙げています。

まず、実態調査ですが、こちらは、前回の検討会で〇〇委員から御報告いただいた内容をほぼ記載しています。

簡単に幾つか再度ご紹介しますと、12ページの2の(1)、①のアで、DNAR問題について、対応方針を定めている本部はどれくらいあるかということで、定めている本部が45.6%、定めていない本部が54.4%になっています。

13ページのイは、その対応方針の内容です。実際に心肺蘇生を実施しない、あるいは中断することができるとする本部は30.1%の100本部です。一方、従来どおりと言いますか、原則どおりと言いますか、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する本部は201本部です。恐らくこの実施しない、又は中断するとする100本部というのは、思ったよりも多いのではないかと考えています。

少し飛びまして、14ページのエは、実際に各本部のDNAR関係の事案について、経験があるかどうか尋ねたものになります。図表4を御覧ください。平成29年中に事案があったと回答している本部が403本部の55.4%。平成29年中に事案はなかったけれども、それ以前に事案があった、あるいはあったと思われる本部が213本部、29.3%。合わせまして85%の本部が、平成29年までに事案を経験した、あるいは経験したと思われるとしており、こちらも思ったよりも、ずっと多くの本部がDNAR事案を経験しているところです。また一部の地域に偏った事案ではなく、日本全国に、あまねく生じている事案になっているのではないかと考えられます。

15ページ、オです。こういった心肺蘇生を拒否する意思表示を誰から伝えられたかということで、図表5を御覧ください。こちらは複数回答での本部数ですので、そこを注意していただき、平成29年中に事案を経験している403本部のうち、「家族」から伝えられたという本部が約7割、274本部、「介護施設等の職員」が64.3%、259本部となっています。したがって中心は家族か、あるいは施設の職員となります。ただ、医師から伝えられたと回答している本部も54.1%、218本部ありますので、医師から伝えられているケースも相当多いということ、それもまた特徴的ではないかと考えています。

続いて、カです。図表6、傷病者に接触した場所は、住宅が77.4%、介護施設等が77.4%で、半々となっています。

キの、実際に心肺蘇生を拒否する意思が伝えられた方法ですが、16ページの図表7を御覧ください。多いのが、家族の証言、介護施設職員等の証言、医師の口頭での指示ということで、いずれも口頭によるものですが、その一方で、傷病者本人の意思を示した書面も119本部、29.5%、医師の指示書も、10%、44本部になりますので、意外と書面も多いのではないかと考えています。

クの、図表8ですが、こういったことが現場で困ったことかということです。関係者の意見の不一致ですとか、かかりつけの医師に連絡がつかないこと等が挙げられています。

17ページ、ケです。こういった事案について救急車が要請された理由です。列挙していますが、

(i) 気が動転した、パニックになったというもの。また、(ii) 家族間の情報共有不足や意見の不一致、(iv) 施設等の情報共有不足も結構挙がっていますので、家族、あるいは施設など関係者間の情報共有不足というのが、結構大きな要因となっています。それから、(iii) 医療機関等への搬送のため。(vii) 医師等の指示・死亡診断、死亡確認のためとありますので、医療機関への搬送、医療機関で死亡確認を行っていたと、こういったものが挙げられています。あと、(v) (vi) は、施設内のルール等によるものです。

ページをおめぐりいただきまして、18ページ、図表9です。こういったDNAR事案について、集計している本部数は42本部ということで、今回、実態調査を実施しましたが、実際に集計している本部は非常に少なく、今後集計し、更に実態を明らかにしていく必要があると考えています。

19ページは、都道府県MCと地域MCのプロトコル等の策定の有無でして、都道府県MCは約7割、地域MCは約5割が、これまで一度も検討したことがないということでした。MCでは、今後検討していくという状況だと考えています。

続いて、20ページ以降は、実際に運用している本部の現状です。第1回の検討会で〇〇委員からご報告いただいていますので、簡単に御説明します。

ヒアリングした本部のうちの1つ、広島市消防局です。20ページの「ア 経緯」ですが、広島市消防局については、平成15年4月に県MCが設置された時から、このDNARプロトコルを運用していますので、もう15年くらい運用している実績があります。

「イ プロトコルの内容」ですが、図表12の「8 家族等の反応」の(3)のところ、「施行がふさわしくない背景があつて」、「家族が蘇生術の施行を望まない場合も、プロトコル通りのCPRを開始する」のですけれども、「並行して主治医と連絡を取るように努め、患者のリビングウイール等により主治医から『CPRを行わない』旨の指示が取得されたならば、CPRを中止する」と、非常に簡潔なプロトコルになっています。広島圏域MCでは、プロトコルについてより詳細に定めたほうがいいのではないかとといった意見もあつて、何度か議論をされたようですが、救急現場というのは複雑で、詳細をなかなか決められないということで、改定は行われていないといった状況になっています。

21ページ、「ウ 運用の概況」です。平成27年4月1日から平成28年12月31日までの21か月間に、図表13のとおり36例となっています。36例ですので、月平均で2件程度の事案があるということになります。

図表14では、その36例の年齢を書いています。やはり80代、90代の高齢の方が多く、図表15では、既往歴が、がんである方が4割、がん以外が6割となっています。図表16では、発生場所として、自宅と自宅以外が16例、20例ですので、大体同じくらいとなっています。これは、先ほどの実態調査の傾向と一致しているのではないかと思います。

22ページ、図表17です。広島市消防局では、36例全てについて口頭でのDNAR情報の確認と

なっています。図表18では、主治医に確認を取ったというケースが32例になっており、うち搬送が18例、不搬送が14例です。搬送18例のうち、CPRを中止した搬送が14例、CPRを継続した搬送が4例となっており、不搬送につきましては、主治医からの指示によりまして、CPRを中止して現場待機したのが10例、主治医が到着するまでCPRを継続したのが4例となっています。

23ページ、図表21です。広島市消防局では、DNAR事案になっても、それほどCPAとCPA以外の事案と、現場活動時間はあまり変わらないといったものです。

24ページは、②埼玉西部消防局の取組です。埼玉県の南西部、所沢、飯能、狭山、入間、日高の5市の組合による消防でして、管内人口79万人、政令市レベルの大きさを持つ消防本部です。こちらの消防局も、平成17年、DNAR事案を経験したことをきっかけとして、一定の書式を定めて運用を開始していますので、10年程度の、長期間の運用実績があります。

こちらの消防局の取組の特徴としては、臨床救急医学会がDNARプロトコルを提言しましたが、学会の議論と並行してDNARプロトコルの改定の議論を進めたことから、現在運用しているDNARプロトコルと、臨床救急医学会のDNARプロトコルと類似したものとなっています。

そのプロトコルは25ページでして、このようなフローチャートになっています。

26ページ、27ページでは、臨床救急医学会の提言との大きな違いでして、臨床救急医学会の提言のほうは、医師の指示書の提示というのを前提として、フローチャートなどまとめられていますが、こちらは医師の指示書が提示されなかった場合は、27ページに示されている同意書を取得するなどといった工夫しています。

28ページ、「ウ 運用の概況」では、平成29年1月1日から30年5月31日までの17カ月に34例ありまして、先ほどの改定したプロトコルを、運用を開始した平成29年12月1日から平成30年5月31日までの6カ月では11例となっています。こちらの11例については、全例主治医に連絡が取れていまして、9例が傷病者の搬送、4例はCPRを中止して搬送、5例はCPRを継続して搬送しています。不搬送事例は2例です。

現場滞在時間については、埼玉西部消防局は通常のCPA事案よりも時間を要してしまっていて、丁寧な対応等をしているところが原因ではないかと分析しています。また、こちらの消防局の取組として、28ページの下段落ですが全て医師によります事後検証を行っています。また、このDNARプロトコルに基づいた想定訓練等を実施しているということでした。

29ページ、「3 今後の検討」ですが、冒頭申しましたように、来年度についても、更に議論をお願いしているところです。

最後の段落ですが、先ほど少し申しましたが、実態調査によれば、DNAR事案を集計している本部数がまだまだ少ないので、今後、更に調査を進め、実態を明らかにすることが望まれると考えています。

長くなりましたが、以上です。

【副座長】 ありがとうございます。非常に興味深い調査報告書ですが、何かございますでしょうか。どうぞ、〇〇委員。

【委員】 説明ありがとうございます。また、非常に詳細な実態調査の結果を見せていただいて、ありがとうございます。

1つ質問があるのですけれども、13ページの「対応方針」、活動基準ではなくて「対応方針」と、あえてそういうふうにしたと思うのですが、対応方針を定めていると回答した消防本部が、割合が3割くらいある一方で、こちらの19ページでしょうか、MCレベルだと、そういうプロトコルの策定がない。少し数字に乖離があるのは、地域のMCでは活動基準としては決めていないけれども、消防本部個々の判断で対応していると、そういった解釈でよろしいでしょうか。

【事務局】 〇〇委員のおっしゃるとおりでして、こちらには記載しておりませんが、実態調査の本体では、方針を策定する際の検討方法という問いがあります。その結果を見ますと、MCで検討した本部も非常に多いのですが、消防本部の内部で有識者を交えてあるいは交えず検討を行っている本部もありますので、そういったところが影響しているのではないかと考えられます。

【副座長】 それをMCは承知しているわけですか。

【事務局】 申し訳ありませんが、そちらは、ちょっと分かりません。

【副座長】 承知しているのですかね。ちょっとあれですけど。ほか、いかがでしょうか。〇〇委員、部会長として何かございますか。

【委員】 まだ検討の途上でもあり、先ほど、事務局からの説明があったように、今年初めて実態調査を実施したという段階です。それで、まだ、それぞれの消防本部でもまちまちというか、十分検討していない所もまだ存在します。それから、今のMC協議会との関係など、救急医学会などはMC協議会で検討してくれというようなこともガイドラインとして出されていますので、そういうことがもう少し全国の消防本部にも伝播していったというような、今はそういう状況だと考えております。

【副座長】 ありがとうございます。ほか、いかがでしょうか。〇〇委員、どうぞ。

【委員】 地域のMCで会長をやったりしているのですけれど、地域の側から見ると、検討してくれと言われても、「本当にいいの？」となります。どうしても、国のほうからどういうものが降りてくるかが非常に楽しみというか、そこに期待をしているところですので、これを楽しみにしているので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

1つお聞きしたいのは、実際に蘇生を実施しないというふうにしていて、その後、少し困った症例があるとか、それから、そういう方針になったけれど、やはり変えたというように、方向転換をしたとかというのは何かあるのでしょうか。そういうのは調べてないでしょうか。

【事務局】 実態調査では、困ったこととして、問20があり対応方針の内容別に分析しています。また、問22で心肺蘇生を実施しなかったり、中止したことにより家族等から抗議を受けたこ

とがあるかどうかといった調査を行っています。平成29年中に事案を経験した403本部で、「特になし」と回答している本部が93.3%、376本部。家族等で意見が異なって中止等を望まない家族から抗議を受けたという経験のある本部が9本部、2.2%。心肺蘇生を実施せず、又は中止し、医療機関に搬送しなかったところ、家族等から医療機関に搬送してほしいと抗議を受けた本部が6本部、1.5%。その他13本部、3.2%。無回答15本部、3.7%。そういった結果となっています。

それと、もう1点、今回ご紹介した、広島市消防局と埼玉西部消防局の取組では、これまで家族などから抗議を受けたことがないと。10年以上の運用をしておりますけれども、抗議を受けたことはないとのことでした。

もう1点、少しはずかだったので方針を変えてみた所があるかについては、申し訳ありませんが把握をしていません。

【委員】 ありがとうございます。

【副座長】 ○○委員。

【委員】 今回の結果なのですけれども、現場で広島が搬送しない場合もあるということで、担当の方も出ていただいて、実態といたしますか、対応を聞いたのですけれども、非常にきめ細かい対応をされていると。ただ運ばないというだけではなくて、いよいよ、かかりつけ医に連絡がつかないと、それは心マッサージをして運ぶのだと。その時も、きちんと説明するノウハウがどうもあるような、暗黙知で経験を積み重ねてきたものがあるので、○○委員が、方針をということで、「こうしなさい」と言われても、「やったらいけないらしい」とかいうことになって、多分、現場はものすごく混乱すると思うのです。

逆に、大阪市消防局は原則として心マッサージして搬送すると。そういう時も、説明をきちんとしと。「いや、待ってください」と言われた時に説明をする。その時の説明というのが、紋切り型の説明だとトラブルが多くなる。

どちらにしても、きめ細かい対応をされているので、そのところを、どちらにするにしても、国としては、みんながそういう暗黙知を暗黙知ではなくして、見えるような形にしないといけないのではないかと議論がありました。

それともう1つ、17ページ、自宅でお亡くなりになりたいという本人の意思で、施設であってもいいのですけれど、自宅へ帰ったと。だけど、119番通報するということは、地域の救急救助のシステムを起動させるということになりますね。それで、では、どうして呼んでしまったのかというと、ここに、パニックになって呼んでしまったと。これは致し方ないかなと思います。でも、家族間の情報共有が不足していたとか、3番のところは、救急車というのは何もせずに病院まで運んでくれる組織だというふうに理解していた等のことは、もう少し普及もしていかないとはいけません。

我々は経験上、119番をかける方は、きっと、かかりつけ医からは「お亡くなりになります」と

言ったけれど、息が止まっているのか止まっていないのか分からなかったと。脈が触れるのか触れないのか分からなくて、生きているのか生きていないのか分からなくて、すごく迷ったと。初めてのことになるからパニックというのは当然起こり得るのですけれど、そういう教育というか、患者の説明というの、どういう形で行われていくべきなのかも、今後、検討されなければいけないかと思います。

もしそれがしっかりすれば、本来、119番というのは、かけたら救急隊も医者も救助・救命に一気に走り出すというのが本来の仕事ですから、この17ページの問題を解決されてくれば、本来業務に徹するというので、問題はなかったのかなというように先々は行くべきかなと思いました。

【副座長】 ありがとうございます。一般の社会、家族を含めて、社会的コンセンサスがまだ十分に得られていないというのがありますし、それから、終末期のあり方をどうするのだというのは、〇〇委員がおっしゃったように、「現場で本当にやっていいのですね」という話は重要です。総務省や消防本部等のスタンスの問題で、たとえこの報告書が出たとしても、では報告書のとおりによりますという話になるのか、そうでないのか。

普通、これと全く関係ないようなことで、こういう新しい試みといいますか、やった時は、大体、モデル地域を設けて、半年なり1年なりモデル地域で実際にやってみて、それで問題なければ広がっていくというようなことが、結構、そういうやり方があるのです。だから、その点も含めて少し考えていただかないと、これだけ見て、「ではやろうか、やめとこうか」という話はなかなか……。まだこれは調査報告ですから、今言ったようないろいろな意見が出てくるとは思いますけれども、その辺、よろしく願いいたします。

【委員】 先ほどお話がありましたように、救急車を呼んでしまう原因に対する対策としては、今、厚生労働省などが大いに進めている「アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）」の中で、御家族も含めて、医療・ケアチームと御本人と御家族で繰り返しお話をすることで、では、こういう時にはどうしましょうか、こういう時に救急車を呼びましょうか、どうしましょうかということの意識や考えが統一されてくると、あまり呼ばなくなるだろうということ。もう1つは、施設のほうの問題に関しても、職員の教育とか、いろいろな相談体制とかというようなことで環境を整備していくと、ある程度解決する部分もあるかと思います。

それでも、やはり残ってしまう問題もいろいろあるかと思います。特に、心肺蘇生を希望しないという意味が、心肺停止が想定した状況で心肺停止が起こっているのか、あるいは、想定しなかった突発的な原因で起こったのかというようなことも、きめ細かく検討する必要があるかと思しますので、そこはきめ細かく、特に医療・ケアチームが関わって、最終的には、やはり医師がしっかり判断をしないといけない場面が、恐らく出てくるだろうと思っております。

【副座長】 ありがとうございます。東京都もこれに関していろいろやり始めています。意

見としてあるのが、現場でかかりつけ医にまず聞きましょうと。いや、だけど、なかなかかかりつけ医には連絡がつかないことが多い。その場合MCに任せましょうかという事ですが、MC医はかかりつけ医以上に情報を持っているわけではないので、「それ、どうする？」と言われても困るよというような意見が出ていました。このデータを見ますと、結構、広島も埼玉もかかりつけ医に連絡がとれているのですね。

【委員】 それは、培ってきたことではないですかね。

【副座長】 地域によって大きな差があるのですかね。

【委員】 私は堺で地域MCの業務をやっていますけれども、私どもの方針は、プロトコルにはしてないのですけれども、広島市の、20ページに書いてある、下の（3）の原則だけは通知で出しています。

基本的には、かかりつけ医なりに連絡をとって、確認が取れば中止しましょうと。それ以外の場合はいろいろな状況があるので、CPRを続けながら連れて来なさいというのが原則になっているのです。

そこで、最近、面白いといいますか、なるほどと思う例が出てくるのは、かかりつけ医の先生と連絡がとれない時を想定して、かかりつけ医の先生が患者さん、若しくは家族に書面を渡している。その書面が、「この方は、こうゆうふうな事情で望んでいません。だから、心肺停止状態になった場合に挿管等は望んでいませんので、こうしてください」というのを書面で書いて、御自身の署名があった。かかりつけ医に連絡はとったけれどもとれませんでしたというのが検証会議で挙がってきて、「先生の通知の方ではダイレクトに指示をもらってくださいとはなったけれども、とれなかったのです」と。「ただし、書面があったのです。こういう場合、どうしましょうか」というのがあって、これが少し微妙だったのですが、その症例は、結局はBLSだけやって連れて来たということになって、後々、こういう書面を信用しても良かったのではないかという議論が生じました。

何を言いたいかといいますと、いわゆるかかりつけ医に連絡が取れない時に、それに代わるような書面を見た時にどうすべきかというのが、なかなか現場では判断しにくいというのがありますので、どうするかというのは微妙なことなので、よく議論していただき、方針を示してほしいことです。

2点目は、担当医と連絡がとれ、「私が後で、死亡診断に行きます」と言ってくると、不搬送で終わるのですけれども、問題は、「それでも運んでください」と、「病院に連れて行って、後でそちらで死亡診断なりしてください」と言われると、救急隊は困ると。ここにも書いていますけれども、広島市の場合は、（1）で、明らかに死んでいる場合でも、社会的サービスとしてやむを得ない場合は運ぶなどという書き方をしていますけれども、では、CPRを中止した場合に、その搬送という業務をどうするのだということを、ある程度一定の見解を出していただかないと、

やはりMCで、あるいは消防本部で、「うちはこうするのだ」と決めていいのかどうかというの
少しございました。

ということで、以上2点。

【副座長】 この問題は、いろいろな意見があると思います。時間もかなり押しておりますの
で、もし、後ほど時間があれば、引き続いて議論していきたいと思います。

この調査報告は、平成31年度に踏み込んでじっくり検討されるということですから、部会長、
副部会長はじめ、皆様方のご協力、よろしく願いいたしたいと思います。

第2章 救急活動時間延伸の要因分析について

【副座長】 では、次に移らせていただきます。第2章「救急活動時間延伸の要因分析」をお
願いいたします。

【事務局】 それでは、第2章「救急活動時間延伸の要因分析」について御説明させていた
きます。それでは、資料の31ページをご覧ください。

まず、「1 背景・目的」でございます。救急出動件数は一貫して増加を続けていまして、救急
出動件数の増加とともに活動時間は延伸傾向になっている。このことから、活動時間の延伸の要
因について調査するとともに、短縮の方策について検討を行いました。

次のページ、「2 検討事項」でございますが、「入電から現場到着」、「現場到着から現場出発」、
「現場出発から病院収容」における活動時間延伸の要因及び短縮に向けた取組について、消防本
部へのアンケートと、消防本部間の職員が相互に救急車に同乗して救急時間について調査したも
の、こちらの救急現場実態調査により現状を把握して、活動時間の延伸要因について、調査と短
縮に向けた取組の検討と先進的な事例の収集を行っています。

「3 アンケート調査」でございますが、救急活動時間に関わる事項についてアンケート調査を
実施しております。

「(1) 救急活動時間の現状について」。「救急活動時間が延伸または短縮しているか」と尋ねた
ところ、4割以上の消防本部が延伸又は延伸傾向にある旨の回答がございました。

次のページの(2)、どのフェーズが延伸又は延伸傾向にあるのかと尋ねたところ、5割以上の
消防本部が現場到着から現場出発のフェーズとの回答がございました。各消防本部の延伸の要因
の主な意見としましては、救急要請の増加・輻輳による直近救急隊による対応の不可、又は救急
救命処置の拡大に伴う現場出発時間の延伸、傷病者等からのニーズの多様化による医療機関選定
に伴う連絡回数及び連絡時間の増加、又は、隊員、機関員の若年化等々の意見がございました。

次のページ、(3)としまして、各消防本部においての短縮に向けた取組の主な意見を聞いてご
ざいます。こちらにおいては、入電から出動までの時間を目標設定しているとか、または、CP
A、緊急度の高い傷病者の対応時における通信指令員による医療選定を実施していく。または、

管内医療機関との会議や意見交換会等を通じて、スムーズな傷病者受入れ体制を目的に顔の見える関係の構築をしている等々の意見を得ることができました。

「4 救急現場実態調査の結果」でございますが、救急現場実態調査で得られた要因の主な意見をこちらに示してございます。主な意見としましては、指令書の出力に時間を要しているとか、傷病者の観察や情報聴取を全て現場で行っている。または、道路の渋滞の発生に伴う病院到着が遅延している等々の意見がございました。

次のページ、(2)としまして、救急現場実態調査で短縮につながると思われる取組の主な意見をまとめてございます。こちらでは、時間帯で変動する救急需要に応じて救急隊を配置転換して救急需要の増大に対応しているとか、現場到着前に携帯電話で情報聴取をしていくとか、または通信指令員による医療機関の選定をしているなどの意見がございました。

これらのアンケート調査と救急現場の実態調査で得られた意見を救急活動時間に関わる連絡会で整理をして、各フェーズにおける救急活動時間短縮の取組について、救急活動時間短縮に向けた取組項目として取りまとめてございます。

取りまとめたものが36、37ページでございます。こちらの方は、第2回でお示ししたものに少し整理をいたしまして、補足説明を載せてございます。この取りまとめた項目を参考事例としていただいて、活動の効率化を図っていただいて、既に短縮に取り組んでいること以外の項目を取り入れていただいて、更なる活動時間の短縮につながればと考えてございます。

38ページからは、活動時間の短縮に向けた取組事例の紹介でございます。こちらは救急隊員の意識の向上の主な取組として、奈良市消防局の事案を載せさせていただいています。

局内の各救急隊の活動時間を共有して、部隊間の救急活動及び訓練方針を共有化、これに伴う救急隊員の意識改革を実施したところ、救急出動件数と相反して、活動時間について約7分の効率化が図られた事例でございます。

次のページは、宮城県の事例でございますけれども、県内消防本部の救急活動時間の延伸について注目をして、平成28年から消防本部に対して、状況を改善させるための取組を行ってきた事例でございます。取組を行った結果、平成29年の宮城県の統計データでは、入電から病院収容までの時間が、平成27年に比べ1.8分の短縮が認められた事例でございます。

次のページは、早期出動指令の主な取組ということで、名古屋市消防局の事例でございます。こちらは、平成28年7月から救急指令の予告機能を導入しまして、指令時間を短縮させ、出動時間までの短縮を図る事例でございます。

下のイメージの図を見ていただくと分かりやすいかと思いますが、上の予告なしの図でございますけれども、電話がかかって、場所と傷病者の内容等を聞いてから本指令をかけるわけなのですが、その本指令をかけてから救急隊が動き出すということになります。予告指令を入れますと、その入電をして聞いている最中に、場所と事案が分かった時点で予告指令をすることによっ

て、そこから救急隊が動き出すということで、出動準備が早くなって、出動までの時間が早くなるといったイメージを想像していただければと思います。

②としまして、仙台市消防局の事案ですが、こちらのほうは予告なしのフローで、119番の通報の受け付け時の対策として、指令員の教育を行って、その情報の聴取の時間を短くして、本指令までを短くしようという事案でございます。

次のページは、仙台市消防局の事例でございます。こちらにあつては、119番通報受信時に通信指令員が通報内容から緊急度・重症度を判断して、救急隊の出動と同時に協力医療機関に収容を依頼する取組例として、現場活動、滞在時間の短縮が図られた事例でございます。

次のページは、さいたま市消防局の事案でございます。こちらは本連絡会の救急現場実態調査として、救急車の乗り合い調査で把握した「プレ・アライバルコール」を参考に、平成29年度に実際に試行運用をしたところ、活動時間の短縮が見られたため、救急活動基準に「プレ・アライバルコール」の内容を追記して、現場活動時間の効率化に取り組んでいる事例でございます。

次のページは、横浜市消防局の事案でございますが、医療局と消防局が連携しまして、市内の救急出動件数の推移、又は現場到着時間や現場滞在時間の増加の要因などを説明して、救急行政の課題の共有、又は各医療機関の救急隊の受入れに関する事など、様々な情報提供を医療機関に対して実施しまして、活動時間を短縮していく取組事例でございます。

次のページが、ICTを活用した新しい取組でございます。こちらは長岡市消防本部の事例でございますが、市医師会と介護関係者が連携して立ち上げた医療介護連携システムに消防本部も参加して、救急現場において独り暮らしの高齢者が会話困難等で傷病者の情報が取れない場合、このフェニックスネットに登録されている情報を収集して、救急現場活動における現場滞在時間の短縮に効果を上げている事例でございます。

次のページにあつては、救急車と自動車が接近した際、自動車内に救急車の方向及び距離が車内モニターで表示され、救急車両の存在を知らせる仕組みを活用しまして、一般車両が救急車の接近をいち早く察知して、交差点で救急車がスムーズに走行できる状況となつて、出動から現場到着、現場出発から病院到着までの時間の短縮が期待される事例でございます。

最後、まとめでございます。連絡会において、救急活動時間延伸の要因、短縮に向けた取組についてアンケート調査及び救急現場実態調査の結果を基に意見交換を行って、救急活動時間短縮に向けた取組項目をまとめさせていただきました。連絡会に参加した消防本部や先進的に取り組んでいる消防本部からは、救急隊の活動時間短縮には救急隊員の意識付けが重要であるという意見が多く見られた一方で、安易に時間短縮を推し進めることなく、事故の発生や救急活動の質の低下について懸念する声もございました。

救急活動時間の短縮は取り組むべき重要な課題であります。救急活動時間の短縮のみを目的とした救急活動は、傷病者に不利益を生じさせる可能性があることを念頭に置く必要があります。傷

患者の病態等を踏まえ、単に時間を短縮するものではなく、効率的な救急活動に留意する必要があると、最後、書かせていただいております。以上で御説明を終わります。

【副座長】 ありがとうございます。いかがでしょうか。よろしいですか。

【委員】 少しだけいいですか。いろいろな取組を紹介するという意味では、大変よくまとまっているという気がします。

私、個人的な経験で言いますと、恐らく、私の堺市一つ見ても、消防本部が抱えている地域の特性によって、延伸する理由が少し変わっていることがあるのです。例えば、高層住宅の多い所ではセキュリティーが厳しく、現場着から傷病者接触にいろいろな障害があって円滑な活動ができない。だけど、平屋の多い所ではあまりそういう問題は起こらない。それからまた、地域によっては不搬送事例といいますか、いわゆるリピーターが多い地域というか、救急業務以外の問題があって、トータルとして、救急車を回すのに、次が回らなくなるような事態が何回も重なる。この結果、統計上は延伸する。

何が言いたいかといいますと、この「延びている」という全国統計をずっと掘り下げていくと、地域、あるいは場所によって、延伸理由はみんな違うと思うのです。恐らく、こういう報告書を書かれるときは、先にそういう分析をされてはいかがでしょう。いわゆるベンチマーク的な要素として、全体の中で自分たちのどの部分が延びているのかということ、消防本部とかMCの地域単位でまず検証してから取り掛からないと、何か、あれもこれもありますから全部これを見たらどうですかと言うと、やはり、少し負担が大き過ぎるような気がします。

【副座長】 もっともな意見といえば意見ですけれども、地域ごとにそれをやっていったら、大変ですね。

【委員】 いや、各消防署の単位でのデータがありますよね。

【副座長】 だけど、その消防署の中でも、今言った、環境が出てくるでしょう。

【委員】 ないと思います。いいですか、今日は、大阪市消防局さんはいないですけども、最近GIS（地理情報システム）を使って地域の地理情報をそのまま、消防搬送のデータを上乗せして可視化して見るという技術があらこちらで出て、大阪市消防局さんも2年ほど前、面白いデータを出されて、不搬送地区が多い地域を特定しています。だから、問題解決には、やはり、そういう地域ごとの分析というの、これからは大事なのではないかという気がします。

【副座長】 事務局、どうぞ。

【事務局】 貴重な御示唆、ありがとうございます。まさにおっしゃるとおりと思っています。事務局で対応していますのは、最後に少し触れられると思いますが、昨年度からフォローアップ調査という形で、消防庁の職員が都道府県の消防部局、あるいは、医療部局の方と一緒に県内の各消防本部を回り、それぞれの地域の消防の活動時間の延伸の状況ですとか、その対応などを確認し、一緒になって課題を共有しようといった取組を進めています。こうした取組の中で、今の

〇〇委員の御示唆もぜひ生かしていきたいと思えます。

【副座長】 よろしくお願ひします。時間も迫っていますので、もしございましたら後ほどお聞きするというこゝで、次へいきたいと思えますが、よろしいでしょうか。

第3章 #7119（救急安心センター事業）充実について

【副座長】 では、第3章「#7119（救急安心センター事業）充実」をお願ひいたします。

【事務局】 資料49ページをお開きください。「#7119（救急安心センター事業）の充実」でございます。1月末時点での段階でございますけれども、14地域で事業が実施されております。前回時点に比べまして、広島市周辺での事業が1月の終わりに開始されてございまして、14地域でございます。人口カバー率で42.3%ということでございます。これにつきまして、今、実施している団体のほうから、各団体が収集している事業の統計項目へのばらつきが結構あって、団体間の事業比較ができない。それから、まだ未実施地域への普及についても、よりみんなのデータがそろっている方が望ましいというご意見もございましたので、本年度につきましては、#7119の統計項目の整理を行うことといたしました。

次のページ、「2 検討項目」でございますが、3件ほど挙げてございます。①実施団体の基本情報の整理といたしまして、人口ですとか、事業全体に関する事項につきまして情報を統一して、団体間の相互評価、相対的評価、それから事業の効率的な運用につきまして役立てていこうということを一つ考えております。②相談ごとに取得する情報について定義をいたしまして、団体間の相対的評価、事業効果の定量的な算定、救急相談後の判定結果の評価などに活用していくというようなことでございます。③その他、事業の実施体制について課題を把握するというこゝで、今回の検討を進めてございます。

「(2) 方法」といたしまして、#7119の連絡会を活用して検討いたしておりますほか、フォローアップの調査の機会を通じて、#7119未実施団体に対して、#7119を何で実施していないのというところから、いろいろと話をお伺ひしました。

「3 調査及び検討結果」でございます。今回、#7119、基本情報といたしまして、取るべき情報というのを51～52ページにかけて、こんな感じで取ったらいかがでしょうかということ、ご意見を取りまとめました。

最初の51ページですけれども、「基礎情報」といたしまして、実施主体の名前ですとか、エリアの人口、相談件数、開始年月日等々、集めた方がいいのではないかと。「体制」につきましては、医師の確保状況、看護師の確保状況といったものにつきまして、情報を取るべきではないかということでございます。

次の52ページに「運用」を示してございますのは、受けた後、119番通報はどういうふうにしたらできるのかといったこと、そのほか、一番最後の行でございますけれども、応答率ということ

で、どれだけ入電した件数に対して対応できたかというのを、コールセンターでは非常に大事な項目なので、こういったことをきちんと集めておくべきではないかという議論がなされました。

「検証・研修体制」のことです。この#7119、医学的なものでもございますので、しっかりと内容について検証・研修する体制というのを整えておくべきという観点から、こういったことを情報として提示すべきかということの議論がなされました。

こういったことにつきまして、52ページ下段の方ですけれども、毎年4月1日現在での情報について取りまとめをいたしまして、未実施団体への普及のためのPR資料を活用したり、あと、実施団体での事業の実施体制の向上ということにつなげていければと考えてございます。

53ページ、「(2) 相談ごとに取得する情報」につきましてまとめてございます。

54ページに一覧表で、こういった項目を集めたらどうかということで進めているものでございます。対応開始日時、対応時間、曜日といったもののほか、真ん中あたりですが、選択したプロトコル、どんなプロトコルを使って判定したのか。判定した結果。それから、プロトコルの判定結果に様々な知見を加えまして、最終的に判定した結果というものが別に出てくるところでございますので、そういったものはどういったものであるか。その後、相談者の方に対してどのようにその結果を伝えたのか。すぐに救急車を呼んだほうがいいです、若しくはすぐに受診した方がいいです。場合によっては、様子を見て変化があれば受診するよう伝えたというようなことも含めて、対応をどのようにしたかということについて、きちんと記録を残しておいてほしいということで、こういった項目を取りまとめさせていただいております。

55ページに、その活用につきまして書かせていただいておりますけれども、そういった相談ごとに取得した情報については、集計表の方で記入して、消防庁の方でも活用させていただきたいということで申合せを行いました。

(i) プロトコルの精度向上及び適切なアドバイスの実施ということでございます。この下の表でございますけれども、一番最後の表にあるように、プロトコルごとに赤、黄色、緑等の判定が何件くらいどういう形で出たか。または、その結果、その後の搬送後の初診時の程度につきまして分かれば入れてほしいということで、そういうことを基にすると、プロトコルをより良いものとして、アンダートリアージ、オーバートリアージを減らしていくことができるのではないかと考えてございます。

次ページも活用する方法として示してございますけれども、(ii) 医療面の適正化効果の試算ということで、昨年度お示ししてございますけれども、夜間、休日に使われることによる医療面での効果等を昨年度検証してございますけれども、そういった病院のやっていない時間帯で使われている件数がどの程度あるかということを表として取りまとめるのは意義があると考えてございます。

57ページ、(iii) 効率的な事業体制につなげていくこともできるのではないかとということで、横

浜の事例を示してございます。日によって、又は時間帯によって相談の件数はかなり異なりますので、それに合わせて相談員を配置することで、事業を効率的にできるということを横浜ではやっているということで、そういったことにつなげていけると考えてございます。

58ページでございます。こういったことで、項目の整理はいたしてございますけれども、現に別のシステムを既に組んでしまっている所、若しくは外注の関係で契約を変えにくい所もあるということでございます。それにつきましては、今後更にシステム改修、若しくは仕様書の変更などを考えていくのが良いのではないかとまとめさせていただいてございます。

「(3) その他」、事業の実施体制等につきましても議論が行われました。

1つ目、58ページの下段でございます。「①事業の検証等に係る仕組みの必要性について」でございます。厚生労働省の方で平成30年3月にオンライン診療についての様々なリスクを勘案して、オンライン診療の適切な実施に関する指針というものを出してございます。ただ、これにつきまして、#7119はそれには該当しないと言われておりまして、必ずしも指針の遵守は必要ないと言われてはおりますけれども、一定のリスクもあるだろうということで、この指針を参考とした対策を検討する必要があるのではないかとこの御指摘を頂きました。

また、この電話相談の中で、重大なインシデント、若しくはプロトコルの運用についての疑義が生じている場合が多々あるようございまして、そういったものについて、検証する、もしくは実施団体間でそういった情報を共有できるという仕組みも、今後必要ではないかという御意見がございました。

59ページからでございますけれども、「②全国展開に係る情報の整理」ということで、いろいろヒアリングの結果得られた情報でございます。1つは、都道府県の関与につきましてもきちんと整理する必要があるのではないかと。それから、2つ目のポツ、この下のグラフでございますけれども、高齢化が進めば、普通、救急の搬送の件数が増えるであろうと考えられるところでございますけれども、例えば、左上のところだと、高齢化率が低いにもかかわらず、救急の需要が多い地域、もしくは右下のところだと、高齢化率が高いにもかかわらず、救急搬送の需要が低い地域というのがあります。そういった地域におきましては、より適切な救急車の利用が必要ではないかというところでございます。特に救急車を呼びにくい事情、地方の方で救急車を呼ぶのが恥ずかしいということで呼びにくい事情があって、高齢化にもかかわらず救急需要が少ない地域というのがあると、ヒアリングの方で言われました。そういった所につきましては、救急車をいきなり呼ぶということではなくて、相談事業を設けるということが1つの効果的なところではないかという御指摘を頂きました。

次ページからは、先ほど申し上げました、都道府県の関与につきましてもまとめてございます。

(i) につきましては、現状におきまして、都道府県なり市町村が実施主体となっている地域で、都道府県全域を実施地域としている地域におきまして、8地域で都道府県が実施主体となっ

ていて、1市のみが市町村の実施主体となっている。それから、都道府県内で一部の市町村で実施している場合については、市町村が実施主体となっているという状況にございまして、都道府県が現状、かなり主体的な立場になっているということでございます。

(ii) 医療行政におきましては、ほとんど都道府県で主導的な立場になってございまして、例えばのところ、1段落目の後段でございますけれども、「日頃からかかりつけ医を持ち、また、電話による相談システムを用いて、適切な医療機関の受診、適切な救急車の要請等を判断すること」といったことを住民に対して提供するのは都道府県の仕事とされてございます。また、厚生労働省におきまして、上手な医療のかかり方というものを推進してございますけれども、#7119も施策の1つとしての側面を持ち合わせているということでございます。

(iii) が結論でございまして、都道府県の業務における#7119の位置付けということで、第1段落のほうで、#7119の導入について、都道府県の消防防災主管部局、それから衛生主管部局とが連携して検討することが必要と。#7119の円滑な実施のためには、都道府県で地域の医師会との連携などを含めて、しっかりと役割を果たしておくべきということで考えをまとめさせていただいております。

また、「ウ 事業費の考え方」の(i)でございますけれども、こういったことで考えると、事業費負担は市町村だけではなくて、都道府県でも一定の負担をすることが適当ということでまとめさせていただいています。

(ii) ですけれども、#7119、そのほかに子ども医療電話相談事業を各都道府県で実施してございます。#7119と#8000事業を連携して行うということで、効率的な事業の実施がなされている事例を紹介させていただいております。

「③受付時間について」でございますけれども、原則、24時間・365日としておりますけれども、地域の実情に応じた適切な対応の整備により、実質的に24時間・365日対応できる方はそれでも大丈夫ですということをもともとと言っているのですけれども、実質的に24時間・365日というのはどういうものかということにつきまして、その下で御紹介をさせていただきました。

最後、62ページ、「4 まとめ(今後の方向性)」でございます。今回、統計項目についての整理、事業の検証体制等の必要性の指摘等ございました。今後とも、更に普及を図っていくということで、今後につきましては、これまで導入が進んでいない人口集積地以外での普及を図るための効果の検討なども行いつつ、更に効果の検証、関係機関間での連携のあり方についても、引き続き検討していくことが大事ということでまとめさせていただきました。以上でございます。

【副座長】 ありがとうございます。いかがでしょうか。〇〇委員、どうぞ。

【委員】 本来の目的は、市民からの救急相談に対応できるシステムを各地域で整備していくということで、現行の#7119の形式には、あまりこだわらないほうがいいのかと。各地域で可能な範囲で、可能な形で導入をしていくと。そのための、いろいろな導入、運営のための

ノウハウとか、そういうものをどんどん提供していくとか、特に重要なのは、財政的な負担をどうするかというところで、その点に関しましては、これは救急だけの問題ではなくて、むしろ地域医療構想とか地域包括ケアシステムの中における社会保障基盤の1つとして位置付ける。したがって、消防庁だけではなくて、例えば厚労省とか、そのほか、行政の中でも横串を通していただいて、それから、将来的には電話に限らず、セキュリティーが保たれば、当然、ICTの活用を含めた、そういう、市民からの救急、あるいは、広い意味では病氣相談の対応というようなものの整備という方向に変えていったほうが、特に財政面を考えると、いいのではないかと思います。

【副座長】 ありがとうございます。ごもっともな意見で、これから先を見ていく、1つの方向性として、ありがとうございます。はい、〇〇委員。

【委員】 今の意見を聞きながら、やはりそういうことかなと思ったのは、少し戻っていただきたいのですが、58ページの「その他」のところに、厚生労働省が公表した「オンライン診療の適切な実施に関する指針」では、#7119について、オンライン受診勧奨には該当しないところの「遠隔健康相談事業」として位置付けているというくだりがありますね。#7119は、基本的には緊急度の尺度に従って、「すぐ行け」とか、「明日でいいよ」とかで、今の御意見だと、遠隔健康相談事業として位置付けているという話は、そういう先の先まで見込んだ広い観点で#7119を包含すると、そういうふうな思想的な背景があると考えていいでしょうか。

【副座長】 これは厚労省が考えてらっしゃるということですか。

【事務局】 こちらは、厚労省の医事課のほうで私どもが言ってきた内容でございますけれども、今回、オンライン診療につきまして、ガイドラインも整備したわけでございますけれども、あくまでもこれは医行為としての部分につきまして整理をしたもので、それ以外のところについては、必ずしもこのガイドラインで整理しきっているものではないということです。特に、こういった取組について否定するものでもないし、それが医学的な根拠を持つことについては、当然にそういうものはやっていくべきものということは理解しているという中で、たまたま整理として、医行為以外のものについてはそこまで踏み込んでないというだけでございます。

【委員】 今の御意見を聞きながら、深読みをする必要はないということですね。

【委員】 ですので、やはり、今後はしっかり横串を刺して、地域医療という観点で消防庁と厚労省、あるいはその他のところとしっかり連携をしていかないと、展開が難しいかと思えます。

【副座長】 将来的には、全て含めた統一番号というのが一番理想的なのでしょうね。#7119は、先ほどのデータで国民の49%を取り込んでいる。#7119以外の番号で、同じようなことをやってらっしゃる地域があるということで、そういうものを入れると、恐らく50%は超えると思うのですが、#7119をもう少し広げてほしいと思います。事務局、何かありますか。

第4章 緊急度判定の実施について

【副座長】 では続いて、第4章「緊急度判定の実施」は、〇〇委員、お願いします。

【委員】 第4章「緊急度判定の実施」ということで、説明させていただきます。

#7119のところでも緊急度の尺度の問題が出てきましたけれども、消防本部そのものが行う業務の中で119番の通信指令員、あるいは現場に出向いた救急隊員の日常の活動の中で、緊急度判定というものが非常に重要な位置を占めるということは言うまでもないと思います。

77ページの下に書いてありますように、平成29年度から3年間のスケジュールでこの部分をもう少し詰めさせていこうということで、本年度はワーキングを立ち上げて検討してまいりました。ワーキングのメンバーは9ページに書いてございますように、私以外にいろいろな関係の方々に協力を頂いて検討しました。

ワーキンググループでの検討は3回行われまして、最初の頃は消防本部全体で緊急度の判定マニュアルといいますか、採用の手順書はないかということでしたが、119番と現場とはやはりゴールが少し違うので分けたほうが分かりやすいという議論になり、現在のところ、2つに分けて議論を進めてきたと。

78ページを見ていただいて、「2 検討事項」は大きく3つございまして、緊急度判定を導入及び運用する上での対応マニュアルを作る必要があるのではないか。少しページは飛びますけれども、89ページの参考資料のところ、既に消防庁さんのほうでは、緊急度判定のプロトコル、119番通報時とか、4つ目のところにプロトコルVer. 1.1で、救急現場とか、あるいは救急に係るそういうテキストとかコンテンツとか、いろいろなものを過去発出してはきました。しかしながら、それを具体的に運用する上での手順が分からないとか、あるいは教育が浸透していないので使いづらいといったような意見が起きているということなので、方針を立てて、手順書作りから、最後、検証して、3つ目、教育の体制というのを検討しようということになりました。

まずヒアリングといいますか、アンケート調査等を行って、次の79ページにあるのは、119番通報時の緊急度判定の実施状況であるとか、要領・要綱があるかとか、あるいは教育がなされているかというのを大体こういうふうに調査していただいたところ、なかなか実施していないというところが、119番通報時でも、81ページ以降の現場判定においても同じような実態が分かったということでございます。

それで、この検討会のほうでは、別添資料1・2にありますように、具体的な手引き、マニュアルを作っていきますということで作りました。この部分については、先の親会議の検討会で内容を報告させていただきましたので割愛させていただきますけれども、少し内容を見ていただいて、表紙のタイトルも「導入及び運用手引き」と、少し修正を加えています。本文においても少し言葉を推こうして触っておりますので、改めてお目通しいただければいいかなと思います。ということで、その内容の細かなことについては省略させていただきます。

88ページですけれども、前回の部会の方で、教育体制についてということが議論になってまいりました。そういう意味において、次年度は検証と教育の内容について、やはり引き続きこの部会を活用しながらやっていく必要があるのではないかとということ、88ページの(3)の中段辺りから書いております。

最後のページ、90ページにまとめということで、同じように、繰り返すにはなりますけれども、今後の展望というところで、やはり教育体制のあり方が大事ですよということ。それから、検証していくために項目を決めて、実際にそういった実践されるということの意義を明確にしていくための検証も必要ですよということで、次年度に向けてこういったものを取組で書かせていただきました。以上でございます。

【副座長】 ありがとうございます。いかがでしょうか。

これはモデル地域で、実際、次年度からやっていくということでしょうか。

【委員】 検証ですか。検証はモデル地域を決めています。事務局からお願いできますか。

【事務局】 まだ確定ではございませんが、2、3の自治体と協議いたしております。モデル地域という形で実証検証を行いまして、成果等も含めて、次年度、御説明させていただけたらと思っております。

【副座長】 ほかはいかがでしょうか。よろしいですか、また、時間がありましたら後ほど御意見をお伺いいたしたいと思えます。

第5章 救急隊の感染防止対策について

【副座長】 続いて、第5章「救急隊の感染防止対策」、よろしく申し上げます。

【事務局】 それでは、救急隊の感染防止対策につきまして、本日、感染防止対策ワーキンググループの座長であります〇〇先生が御欠席のため、事務局からご説明させていただきます。

救急隊の感染防止対策の点につきまして、平成29年度に消防庁が実施しました感染防止対策に関する現状調査の結果で、感染症対策マニュアルの整備や、感染防止に関する研修を実施している消防本部というのは非常に少なく、全本部の半分以下であるということが判明しました。また、皆様ご存じのとおり、昨今、はしかや風しんなど、社会的に感染症が改めてフォーカスされているところがございますので、この検討会を通しまして、全国の消防本部に適切な感染防止対策について周知することを目的としております。

資料92ページからご覧ください。ワーキンググループを設置し、感染対策の専門家である方々及び消防本部の方々、救急医療の方々に御参加いただきながら議論を続けてまいりました。また、感染防止対策に関する現況調査を本年度も実施しております。こちらの結果につきましては、やはり感染防止対策マニュアルの整備の状況としては全本部の半分以下であり、その策定されている感染防止対策マニュアルの中でも、医療関係者の監修を受けている本部は、約4分の1以下と

いう結果でした。トータルすると1割程度の消防本部のみが医療関係者の監修を受けたマニュアルであるという現状が判明しました。

また、職員の研修状況におきましても、定期的、若しくは不定期、いずれにおいても研修を行っている本部は半分程度ということでした。

94ページ、「(4) 職員の感染防止に関する責任者の状況」、これは後ほど御説明させていただきますが、この責任者を設置しているかというところにつきましては、4分の1以下の本部しか責任者は設置していないという結果が得られました。

こういった背景を踏まえまして、検討の内容としては感染防止対策マニュアルの策定と、そこで策定させていただきましたマニュアルの、実効性を持たせるためにどのような感染防止管理体制が望ましいのかといった2点を大きく議論させていただきました。

マニュアルにつきましては、別添資料3という形で御提示させていただいております。ワーキンググループからの御意見でも、このマニュアルは、今後医学的な面で感染防止の知見等がどんどん増えていくに従い、どんどんバージョンアップしていく必要があるという観点から、Ver 1.0という形で提示させていただいております。また、内容につきましても、医学的な点に寄りすぎてしまうと消防機関における実効性は乏しくなるという意見を踏まえまして、消防の方々にもこれくらいであれば対応できるのではないかという、ある程度の落としどころを探しながら、かつ最新のエビデンスに基づいた形でマニュアルを作成させていただいております。

内容の詳細については割愛させていただきますが、ワーキンググループの中で大きく取り上げられた点として、ワクチン接種という職業感染防止対策というところについても、参考資料も多く付けながら提示し、積極的にワクチン接種が望ましいという書きぶりにさせていただいているところでございます。

続きまして、96ページ、「(2) 消防機関における感染防止管理体制」におきまして、一例という形で報告させていただいております。感染防止の観点からの安全確保という点、この安全確保というのは救急隊も、傷病者も含めたものですが、各本部において感染防止対策の総括的な管理の役割を担う者、及び各署各分署における感染防止対策の管理の役割を担う者を軸とした感染防止管理体制の構築が重要であるというのがワーキンググループの結論です。

それぞれ消防本部における、総括感染管理者の役割であるとか、消防本部の各署、各分署での感染管理者の具体的な役割についても一例という形で、記載させていただいております。

また、消防機関のみで感染防止管理に係る医学的な質を担保するというのは極めて困難であるという観点で、どういった方々に御協力いただくのが望ましいのかという議論を行ったところ、消防機関と平時から連携が取れていること及び全国的な体制整備が行われているという2点から、都道府県又は地域のメディカルコントロール体制の中で、消防機関の救急業務に関しての医学的な質の保証を行うことが1つの方法であるというワーキンググループとしての結論になりました。

ただ一方で、メディカルコントロール体制は、皆様御承知のとおり、救急隊、救急救命士の救急活動における医学的な質の担保という目的で、主に救急医療の先生方に御協力いただいているところであり、感染管理について、感染症の専門家がいますかという点においては、全国的に必ずいるというのは言えないというところもございます。そこで、地域の保健所との連携も重要ではないかという意見もございました。

次のページ、こちらは新潟市消防局様から御提示いただいている資料になりますが、新潟市消防局では、エボラ出血熱をきっかけとしまして、消防局と新潟市の保健所との連携が非常に密にできているとのことでした。

こういった様々な方法、様々な協力者を得ながらですけれども、消防組織に対して適切なアドバイザーという方々を御推薦いただき、この方々にマニュアルであるとか、研修であるとかいったところの質の保証について御協力をいただきながら、できる限りの感染管理体制を取っていただきたいと考えているところでございます。

救急隊員は、感染症の状況が全く分からない状況で傷病者に接する必要があります。できる限り傷病者及び救急隊自身を守る意味でもしっかりとした感染管理の体制というものを示していきたいと考えており、こういった形で報告をさせていただきました。よろしく願いいたします。

【副座長】 ありがとうございます。いかがでしょうか。いろいろな問題を抱えていると思います。〇〇委員。

【委員】 ここに書かれていることは全くそのとおりで、ぜひ、連携も含めて地域でうまくやっていたらいいと思うのですが、もともと消防本部というのは、企業体としても、構えからすると、恐らく嘱託産業医がいるはずで、嘱託産業医がいると、産業医は恐らくスタンダードブリーションくらいは、何だということは多分知っていて、それプラスアルファで、こんなこと、あんなこと、どんなことというのは恐らくドクターですので、そこそこ調べるといって、日本医師会の認定の産業医という水準で言えば、それなりのことを知っていてくださる方だと思うのです。

それで、先ほどあった、93ページの、感染防止に関する職員の研修に関する話も、その産業医の先生御自身がやらなくても、恐らく、仲間内で知っている先生に来ていただくとか、そもそも嘱託産業医にはお金を払っていますから、そういう意味では、ここにおいても、従前から連携をしているはずの嘱託産業医とのコラボレーションもやはり入れて、そういう人たちを使う。もう一回言いますが、嘱託産業医にお金を払っているのですよね。だから、それでいいのではありませんか。そういう意味で、地域のボランティアでやっているものではありません。日本の国の社会の仕組みとしてやっているわけですから、やはり、それは利用していただくというようなことも、ここに上手に品良く入れていくといいのではないかと思います。

【副座長】 はい、〇〇委員。

【委員】 今の件ですけれども、まず、嘱託医との契約内容がどうなっているかという問題をきちんと確認する必要があります。当然、連携は必要かと思いますが、契約内容がどうなるかをきちんと確認した上でないと、軽々しくは言えないのではないかと思いますので、ここはしっかり慎重にご検討をお願いいたします。もちろん連携はどんどん進めるべきだとは思いますが。

【委員】 先生、3管理という観点でいくと、健康管理ですよね。だから、作業管理とか作業環境管理というような、産業医の話にのめり込むよりは、もう少し手前の健康管理という観点で相談してもいいのではないかという感じでございます。

【副座長】 そもそも産業医は、消防に関わって何かされていますか。企業は関わっていると思いますが、どうでしょう。御存じないですか。関わっていないのではないかな。

【事務局】 私は消防の人間ではないのであまり詳しくないのですが、もし、委員の方で御存じあれば、教えていただければと思います。

【委員】 東京消防庁においてですけれども、当然、定期健康診断へのフォローもありますし、あと、有事の際にどのような体制をとるべきか、並びに復職、若しくは職から離れる際の判断等々について、当然、御助言を頂いて、その判断に基づいてという対応をしております。また、各消防署単位、並びに本部組織の両方で関与していただいて、いろいろなことで御助言を賜っていますけれども、実際に今の段階で、ここまでお話を頂いているという例までは至っていないという現状でございます。

【副座長】 今は東京都の話ですけれど、ほかでそういう産業医が関わって……スタンダードプレコーションはMC医で十分いけると思うのですけれど、今言った、ワクチン接種をどうするとかに関わっているという話は聞いたことがありません。実情を少し調べていただけますか。別に、すぐどうこうというのではなしに、今年度の報告に入らなくてもいいから。

【事務局】 今年度の報告には、なかなか間に合わないとは思いますが、今後、様々な形で消防本部に調査をかけることはございますので、今後調査していきたいと思っております。

【委員】 この会議か、部会だったか、多分、埼玉県の衛生主管部局の担当者が出席された時に、いわゆる消防職員、特に救急隊員の健康管理としての、感染防止のためのワクチン接種等がなされてない、驚きですというような発言があったと思うのです。その時に、全国調査をした結果というふうな話をしていたと記憶しています。恐らく、2年くらい前だったと思います。

続けて、いいですか。

【副座長】 どうぞ。簡潔に。

【委員】 もちろんこの領域で。

非常に、この隊員の感染防止対策というのは、例えば、95ページのようなところに書いてあるように、体液や血液を触った時に、自らが身を守るにはどうするのだという、そういった観点があるここにくるのですけれども、私個人的には、救急隊員というのは、あの密閉された救急車の中で、

いわゆる感染症を発病している患者さんを運ぶという意味では、危険職場という考え方を持たないといけないと思うのです。先ほど、産業医の話がありましたけれども、そういった意味においては、健康被害から職員を守るという意味において、もう少し積極的に、ワクチン接種もそうでしょうし、場合によっては抗体価を定期的に測らせることを強く言うべきではないのかなと思います。

そういう意味において、別添資料3の書き出しのところで、「はじめに」の一番最後のところに、「感受性対策は」——感受性というか、感染症に対する対策なのでしょうけれども、「救急隊の予防接種等により、事前に実施しておくことが望ましい」とはなっていますけれども、やはり、ここを「強く推奨する」といったような書きぶりが本当は必要なのではないのかなというのが1点ございます。

それと、この別添資料3が出たついでに少し言わせていただきますけれども、2番の「職業感染防止対策」。ここに書いてあるのは、麻しん、風しん、流行性耳下腺炎等のような一般感染症に対する感染防止対策を書かれているのですけれども、一番下に、「麻しん、風しん、流行性耳下腺炎」うんぬんがあって、「当該感染症が疑われる傷病者に曝露した場合は、医師の診断を受ける必要があります、場合によっては医師の指示の下、一定期間の業務休止期間を設けることが必要となることがある」というのは、これはそのとおりなのですが、書きぶりを少し注意していただきたいのは、当該感染症が疑われる傷病者に曝露した場合にどうするかということは、これは保健所の裁量で、ストレートにお医者さんに行ってくださいという書きぶりをする、一般病院は大変困ります。これは、要するに、発熱外来とか、あるいは感染症の疑い、接触したという疑いのある人が、ちょっとした発熱ですよということ、強く疑われるのだったら、一定の感染予防対策を講じた上で診療を受けるというのが必要なので、この一番最後の書きぶりは少し注意していただきたいなと思います。これはよく、新型インフルエンザの時もそうですし、発熱外来はどこで設けるのだというのは、医療機関ではいつも保健所とやり取りする、困った議論になりますので、そこはよろしくお願ひしたいと思います。

【副座長】 はい、どうぞ。

【委員】 実際に、2月17日に当市消防本部で、病院実習中に麻しんの傷病者が発見されたということで、ワークステーションに勤務しておりましたので、その人間と病院の方の感染委員会と調整させていただきまして、あと、保健所さんにも連絡させていただいて、たまたま検査結果が、麻しんではなく風疹であったということで、それでも感染対策をしまして、その人間につきましては3月10日まで救急車に乗車させないというような対応をとったのですけれども、我々高槻市は35万都市で2万2,000件の中核市で、あまり大きな消防本部ではないのですけれども、恥ずかしながら、ワクチン接種ですとか抗体価の検査費用については、まだ予算化しておりませんでした。ぜひとも、補助等で国の方から、あるいは総務省消防庁の方から、救急隊員の病院実習に

あたるに限っては、必ず抗体価検査、若しくはワクチンの接種を下さいというふうな文書、そして、そこへもって、補助をしますというようなところを明記していただけたらありがたいと思います。

あくまでも参考意見ですけれども、よろしくお願ひしたいと思います。

【副座長】 非常に重要なご指摘です。一番心配しますのは、医療訴訟で消防職員に行政等が訴えられる可能性があるので、ウイルス性の疾患が非常にはやっているのも含めて、早急に対応された方がいいと思います。そのところ、よろしくお願ひいたしたいと思います。

感染症というのは、今までのところのエアポケットの様になっていて、いわゆるスタンダードプレコーション以外の感染症罹患のところ、これから問題になってくると思います。いろいろ、メディア等を含めて書き立てられる前に、対応された方がいいかとも思います。よろしくお願ひします。次にいってよろしいでしょうか。

第6章 救急業務に関するフォローアップについて

【副座長】 では、第6章「救急業務に関するフォローアップ」の説明をお願ひいたします。

【事務局】 それでは、「救急業務に関するフォローアップ」の御説明をさせていただきます。こちらについてでございますけれども、アンケート調査と個別訪問をした結果の報告事項等になります。

それでは100ページをご覧ください。「1 背景」のところに記載がございますが、救急業務に対する取組状況は地域差が生じている。消防庁は実態を把握して、都道府県と共に消防本部を個別訪問、また課題の共有や助言を行って、全国的なレベルアップを図っていくものでございます。

内容につきましては、先ほど申したとおり、「2 アンケート調査及び個別訪問」となっております。まず、(1)「#7119の検討状況について」です。実施していない府県の検討状況につきましては、消防防災主管部局と衛生主管部局の間で考えに相違が見られてございます。

102ページは、(2)「転院搬送ガイドラインの策定状況について」でございます。図表のとおり、都道府県の回答では策定済みが増えてございます。一方で、検討中、検討しない、又は予定なしの団体もございますので、引き続き策定に向けて働き掛けをしていきたいと考えてございます。

103ページは、(3)「傷病者の搬送及び受入れ実施基準に関する状況について」でございます。こちら、①の実施基準を改正したと回答した都道府県は83%、また、改正を行った事項の大半についてですが、医療機関のリストに関することでございます。

104ページは、(4)「救急救命士の資格を有する救急隊員の数の推移について」表してございます。御覧のとおり、全体的に認定の割合は増加してございます。

105ページは、(5)「指導救命士の認定状況等について」でございます。認定している都道府県のMCの数は増加しております。また、指導救命士の累計は1,391人となっております。

106ページは、(6)「保健所と消防本部の協定締結状況についてでございますが、エボラ出血熱等の患者の輸送体制を整備している消防本部は増加してございます。

107ページは、(7)「ICT(スマートフォン・タブレット)の導入状況」でございます。スマートフォン、タブレットの導入は、年々消防本部の方は増加してございます。また、翻訳アプリであります「救急ボイストラ」の導入状況でございますが、平成29年の4月から提供を開始いたしまして、現在、376本部が導入している状況でございます。

108ページは、搬送困難事例の対応でございます。精神科救急医療関係の委員などへの消防機関への参加状況でございますが、41団体増加してきております。②の救急搬送の実施基準への精神科医の参加状況は28団体で、これも増加してしております。

110ページからは、「3 個別訪問及び検討結果」でございます。重点課題に関する取組状況について、都道府県の担当者から状況を聴取した後、凶表のとおり訪問予定を15都道府県、45消防本部を訪問してまいりました。

111ページ、その中から「先行事例」としまして、4つ事例を挙げさせていただいております。

1つ目としましては、香川県の事例でございますが、①「デジタルペンとスマートフォンを用いた救急医療情報システム」ということで、救急隊がデジタルペンで作成した傷病者観察メモをデータ化してシステムに登録することで、受入れの医療機関において救急車が病院に到着する前に傷病者の情報を確認することができるため、早期の治療準備が行われるといった取組事例でございます。

114ページは、長崎県の平戸市消防本部の取組でございますけれども、②「タブレット端末を活用した救急業務に関する取り組み」ということで、出動現場で入力した傷病者情報のデータを活動後に救急報告書を作成するシステムと連携させ、入力作業の効率化を図って、隊員の労務負担等の軽減につながる取組事例を挙げさせていただいております。

115ページ、下段の方ですが、こちらは下関の消防本部の事案でございます。こちらは、③「中核市で取り組んだ転院搬送のガイドライン」ということで、転院搬送のガイドラインを策定して運用した後、定期的な検証を医療側と消防側とで行って、必要な情報を見直しながらガイドラインを改定して運用している取組でございます。

118ページは、山梨県の甲府市の消防の事案でございますけれども、④「救急救命活動時のインシデント・アクシデントへの対応」ということで、インシデント・アクシデントについて、署内の救命士の方に幅広く情報を収集しまして、類似事故を予防するために、指導救命士が中心となって研修を実施していただいて、安全を図るという取組事例でございます。

最後、120ページ、「4 まとめ」でございますけれども、本調査は去年からの3か年の計画で実施しているため、来年も引き続きフォローアップを継続して、全国的な取組のレベルアップを図っていきたいと考えてございます。以上でございます。

【副座長】 ありがとうございます。いかがでしょうか。いろいろな取組をフォローアップで調査されたということですが、よろしいですか。

一応、こちらで用意した議題は終了いたしましたけれども、全体を通して御意見、御質問等、ございますでしょうか。〇〇委員、どうぞ。

【委員】 少し戻ってしまうのですけれども、先ほどの感染防止対策のところですが、最後に金銭面の補助の話があったと思うのですけれども、金銭面の補助も大切なことだとは思いますが、それだと、すぐにできるかどうかというところは、ちょっとどうかなと思うので、金銭面の補助よりも、感染防止対策の意味というか、意義が救急隊の方とか消防隊の方に伝わるといことがすごく大事ではないかなと思っています。

今日、読ませていただいたこのマニュアルだと、今、既に救急隊員になっている方のためのものというふうに読んだのですけれども、うつきないということと、あと、もらわないということで、すごく大事なことだということを、やはり教育の中に……もう入っているかもしれないですが、もし入っていないようだったら、入れていただきたいと思います。今回のこのマニュアルに追加するということではないのですけれども、そのように思います。

【副座長】 意識向上をよろしくということです。ほか、意見を出されてない……〇〇委員、どうぞ。

【委員】 先ほどの2つの事例、1つは、119番通報時の「緊急度判定の導入及び運用」の中で、4ページですか、119番通報があった時も、救急に対する相談、医療機関等の案内も含んだ場合に、緊急度が低い場合はこういった取組をやってはどうかといったことが書いてあるわけですが、一方では、先に、現場到着までの時間を短くしようといった取組がある。そうすると、119番通報の時にいろいろやり取りをすればするほど、到着までの時間が長くなるといった、相反する部分がある中で、途中で出ていましたけれども、一律に到着までの時間が何分と言ってやるよりも、更に焦点を絞って、緊急度が高い例、重症度が高い例は何分だというような形でやっていると、資源の投入もしやすいのではないかと思いますので、もう少しきめ細かな時間を、どこに焦点を合わせて、この時間を短くするということができればいいかなというのが1つです。

もう1つは、感染症についてのところで、これは重なりになりますが、確かに700ある消防本部ごとに消防職員だけで対応するというのは、やはり難しいので、そこにMCなり嘱託産業医なり、あるいは、ここでは適切なアドバイザーで「医師・看護師」とか書いていますけれども、これも、どの医師でも看護師でもいいというわけではなくて、それなりに要件が、感染症に詳しいとか、救急医療に詳しいとかという要件がいるでしょう。そうすると、それを地域ごとに用意するというのはやはりしんどい部分があるので、マニュアルの整備だとか、あるいは、途中で出てきたワクチンだとかというのは、もう国で一律に、こういうことをやるのだというふうに決めてしまっていて、積極的にやった方が効率的なのではないかと思いますので、改めてもう一度言わせていただ

きました。

【副座長】 おっしゃるとおりということで、延伸の方も、もう少しきめ細かく中身をということです。はい、事務局。

【事務局】 御意見、ありがとうございます。〇〇委員、〇〇委員から、感染防止について御意見を頂戴しましたので、それに関しまして1点。来年度の事業としまして、全国を数ブロックに分けて、感染防止に関する研修の予算を計上していますので、予算が通過しましたら、至急、そちらの準備を進めまして、ブロックごとになりますけれども、消防本部の感染防止について研修を進めていこうと思っています。その中で、先ほど〇〇委員がおっしゃられましたような観点もきちんと入れるような形にしたいと思います。

【副座長】 よろしくをお願いします。ほか、いかがでしょうか。〇〇委員、どうぞ。

【委員】 第1章のところですが、先ほど、地域MCは承知していない部分があるということなのですが、恐らく、搬送しないということがあるとすると、検証にも挙がってこないということになると思うのです。果たしてそれでいいかということは、議論しなくてはいけないし、やはり、地域MC、都道府県MCの関与というのは、やはりここで議論しておく必要があると思うし、私個人としては、絶対、このMC主導の下の活動基準というのは必要だろうと思います。

それから、最後のところ、これは私、いろいろところで申し上げているのですが、それぞれ、地域、地域の中でICTの利用というのは非常に素晴らしいシステムが動いていて、ただ、やはり傷病者は非常にダイナミックに動くということ、あるいは医療機関も、県外から傷病者が来ることが多いので、方向性として、こういうふうにたくさんシステムが動いていいのか、統一に向けての方向性があるのかというのは、やはり議論しておく必要があると思います。

【副座長】 はい、どうぞ。

【委員】 今の、ICT活用に関して、医師会の方で地域医療ネットワーク等の担当もしておりますので、まさに御指摘のとおりかと思えます。

あと、ある程度共通部分と、地域の特性の部分がありますけれども、共通部分に関しては、やはり全国各地でばらばらになるのは、非常にコストの意味でも膨大になってしまうのと、横の地域との連携が非常に難しいので、共通部分に関してはある程度全国的な開発なり、あるいは、こういう基準でやりましょうというようなものがあつたほうがいいと思います。それから、その後、必ず医療に連携していきますので、医療の情報との連携というのも想定したシステムというのが望ましいと思います。

【副座長】 ありがとうございます。ほか、いかがでしょうか。はい、〇〇委員。

【委員】 今、〇〇委員から言っていた、不搬送などの事後検証の観点。検討部会の報告書のドラフトでは少し書き込んで、よりMCとの連携を強化していこうというのを議論に入れています。

【副座長】 発言されていない、〇〇委員、何かありますか。

【委員】 報告書以外のことでもよろしいでしょうか。その他というところでもよろしいでしょうか。

【副座長】 はい。全般を通して、何なりと。

【委員】 よろしいですか。お時間がない中、恐縮です。

私、平成29年度の本検討会の中の「テロ災害等の対応力向上に関する部会」を担当させていただきました。その中で、教育カリキュラムとテキストを策定して、昨年の3月に上程させていただいたところでございます。

この1年間にわたりまして、各消防本部での教育とターニケットの普及がなされたかと存じますが、万一、有害事象等の発生があれば、本検討会としてもきちんと把握しておくべきと思うところです。もし、普及の状況とか事後検証の様子、あるいは有害事象等について、事務局の方が承知しているところがあるようでしたら、教えていただけたらと思うのですが、よろしく願います。

【副座長】 はい、事務局。

【事務局】 ターニケットの普及状況について、消防庁として調査をしたところによりますと、既に配備されているというところが30%程度、今後配備を検討しているというところが55%で、トータルすると全国の85%近くの本部がターニケットの配備を検討及び既に行いつつあるというところだと思います。

実例も収集させていただきましたけれども、60本部程度で既に使用実績があるということでございます。先生が御指摘のとおり、ターニケット使用については、十分な教育を受けなければならないという厚労省からの指摘も頂いております。

事後検証の中で、一部ですが、問題があると言われたところもございまして、その内容のほとんどが、ターニケットの締め方が緩いという点が指摘されておりました。御指摘のとおり、ターニケットというのは、非常に強くしっかり絞めないことには、むしろ逆効果もあるということも言われております。

教育という点で、事後報告になりますが、本年度、全国救急隊員シンポジウムにおきましても、ターニケットの使用について、その指導者となっただけの方向けの講習会も行わせていただきました。また、日本救急医学会様の方に消防庁から御依頼をさせていただきまして、全国の救命センターにおいて、各本部等から教育の依頼があったらできる限り受けてくださいと。どれくらい受けていただいたかは、あまりはっきりしてないところではあるのですが、きっと御協力いただけているものではないかと期待をしておるところでございます。

【委員】 周知してあります。大丈夫です。

【副座長】 学会の方は理事長が周知しているということですので、安心して、御支援お願い

いたします。〇〇委員、何かありますか。

【委員】 では、2点。1つは、一番最初の、心肺蘇生の中止というところですけども、これは臨床救急医学会で、先ほどもお話がございましたように、2年前から提言をあげて、取り組んできているところがございます。今日のアンケートを見ても、心肺蘇生はしないけれども、かかりつけ医がすぐに来られないので、医療機関には連れて行ってほしいということが、困っている点として挙がってきています。これが救急活動として適切かどうかは、都市部と田舎でも事情が違っているので、それぞれで考えていいと思うのですけれども、心肺蘇生を中断した状態で、救急車で運ぶということが法的に問題があるのかどうかということに関して、総務省で見解を出していただくと、それぞれの地域で選択をすることができるのではないかと思います。

もう1つは、緊急度の判定についてです。特に、軽症例と判断された場合について、運用と一体化して議論していかないと実効性がありません。軽症例と判断しても、結局、普通にサイレンを鳴らして病院に運ぶという手段しかないのでは、軽症例の判断に大きな価値が得られないと思いますので、その次の段階の運用を考えると踏み込んでいくべき時期かなと思いました。

【副座長】 DNAR は微妙な問題を抱えているということです。

【委員】 今回の〇〇委員の前半の質問は、先般の、東京都の救急業務懇話会でしたか、そこで同じような質問をした時に、確か救急部長が、行政運用という概念があって、救急業務ではないけれど、その地域において地方公務員としてやらなければいけないという判断になると、そういうことでやるというふうに考えるのが妥当なのではないかという議論がありました。ですから、適法であるというような話でいくのかどうか分かりませんが、行政の中で働いている方たちには、そういうやり方があるということを知りました。

【委員】 そういうやり方も、その傷病者の利益にもかなって、社会のためになるのであれば、今の現行の法律の下での解釈で問題ないということをはっきりしていただければ、みんなが安心してできるのではないかと思います。

【副座長】 〇〇委員。

【委員】 ありがとうございます。きちんとは答えできないのですけれど、実は、私は厚労省の委員会にも出ていて、こういう検討会で傷病者の搬送の問題について議論しているというお話をさせていただいたら、そちらでもすごく関心が高くて、先生によっては、「厚労省がもっと関わってやるべきではないか」と言われるくらい関心が高い問題なので、本来消防庁の方できちんと検討をして、結果を出すことが最善だと思いますので、こちらの方で私も努力しようと思っています。

法的な議論については、検討会の方できちんと議論しようと思いますが、私がいつもこの分野で考えるのは、他人の受け売りなのですが、法律の観点で考えるときは、法律家の使い方みたいなものを、何かとはさみみみたいな話になりますけれど、例えば、「リスクはあるのか」と聞いてし

まうと、絶対に法律家は「リスクはある」と言ってしまうのです。だから、「こういう努力をしてこういう形でやった場合には、リスクはどの程度のものでしょうか」というふうな聞き方をすると、「いやいや、それは現実的に見れば、リスクはほとんどないので大丈夫だ」と言ってくれる人たちがいるのです。だから、そういう形でうまく法律の議論をしながら、まとめることに貢献できればと思っています。

【副座長】 ありがとうございます。あと、〇〇委員、何かありますか。

【委員】 今回のDNARの関係につきましては、私どもの県でも、以前から、消防隊活動プロトコルに主治医から指示が取得できればいいということは書いてあるのですが、なかなか現場ではうまく対応できないということがございます。岐阜県MCの中に、プロトコル検討部会というものがあるのですが、その中でワーキンググループをつくりまして、県なりにいろいろ考えてみようということで、来年度からそういった取組を進めるということをやっております。

このあり方検討会でも、今回につきましては調査報告までで、引き続き来年度検討されるということでございますので、そういったところからもいろいろな情報を頂きながら、私どもの県でもまたいろいろ考えていきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

【副座長】 〇〇委員は発言されましたか。

【委員】 DNARの問題は、仙台市自体はまだまだ実態が少ない状況にございますけれども、私どもの救急搬送の件数の半分以上が高齢者ということで、統計的にいろいろ推計といたしますか、そういったものを測ったところによると、今後もますます高齢者が増えていくというのも把握しているところでございます。そのようなことから、今後どんどんこういった問題が出てくると、我々救急関係、救急隊が一番苦しくなる場所もありますので、私どももしっかりと検討を重ねながら、いろいろと先生方から御教示いただきながら、取り組んでまいりたいと考えております。

【副座長】 ありがとうございます。時間が少し過ぎましたが、皆さんに一応、お話、御意見を頂いたということで、何か、最後にこれだけは言っておきたいとか、ありますか。よろしいですかね。

では、つたない司会で少し時間をオーバーしましたけれども、事務局の方へお返ししたいと思います。今日のお話の中身は、〇〇座長及び事務局と調整して、修正させていただくということで、よろしゅうございますでしょうか。

【委員一同】 意義なし。

【副座長】 それでは、そうさせていただきます。あと、事務局よろしく願いいたします。

(2) その他

【事務局】 活発な御意見、御議論をありがとうございました。報告書については、本日の意見を踏まえ修正をさせていただいた上で、3月下旬に報道発表という形で考えて、冊子の完成後、改めて郵送させていただきます。

それでは、閉会にあたりまして、審議官の菅原の方から御挨拶いたします。

4. 挨拶

【菅原審議官】 消防庁の審議官の菅原でございます。閉会を迎えるにあたりまして、一言御挨拶をさせていただきます。

本日は年度末の大変お忙しい中、救急業務のあり方に関する検討会に御出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、本年度は3回の親会議、更には検討部会、ワーキンググループにおきまして活発な御議論をいただき、大変感謝申し上げているところでございます。

報告書につきましては、この後、全国の消防本部をはじめとする関係機関に配布させていただきます。業務の遂行に資するよう、その内容を広く周知することとしております。特に、各都道府県や消防本部における取組が必要なものにつきましては、消防庁から通知を発出するなどして、具体的な取組を促していくこととしております。

結びに、委員の皆様にはこれまでの活発な御議論に深く感謝申し上げますとともに、引き続き救急行政への御指導、御鞭撻を賜りますよう、お願い申し上げます。

簡単ではございますが、「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会」の閉会にあたりまして、私からの御挨拶とさせていただきます。1年間、どうもありがとうございました。

5. 閉会

【副座長】 では、これで終了とさせていただきます。お疲れさまでございました。ありがとうございました。

(了)