

平成30年度  
救急業務のあり方に関する検討会（第1回）  
議事録

1 日 時 平成30年7月13日（金） 14時00分から16時00分

2 場 所 フクラシア丸の内オアゾ A会議室

3 出席者 座長、副座長、各委員15名

#### 4 会議経過

##### 1. 開会

【事務局】 それでは、若干、お時間早いですけど、皆さまおそろいですので、ただ今から「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会（第1回）」を開催させていただきます。本日の司会は、消防庁救急企画室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。これ以降は着座で失礼いたします。

なお、この検討会は、原則、公開とさせていただいておりますが、カメラ撮りにつきましては円滑な議事進行のため、座長選出までとさせていただきますのでご了承ください。では、まず、開催にあたりまして、総務大臣政務官の小倉よりごあいさつを申し上げます。

##### 2. 挨拶

【総務大臣政務官】 皆さま、こんにちは。ご紹介いただきました、総務省で大臣政務官を務めさせていただいております小倉將信と申します。本日はお忙しい中、平成30年度の第1回救急業務のあり方に関する検討会に委員の皆さまはご出席いただき、誠にありがとうございます。検討会の開会にあたり、一言、ごあいさつを申し上げたいと思います。

まずは、このたびの平成30年7月豪雨により、甚大な被害が広範囲に発生しました。お亡くなりになられた方々に心からお悔やみを申し上げますと同時に、被災された皆さまにお見舞いを申し上げたいと思っております。

今回の災害におきましても、緊急消防援助隊をはじめとして、各消防本部にご理解をいただきまして、本当に多くの人命を救助していただいておりますけれども、平時におきまして、やはり、人の命を守る重要な業務が救急業務であると承知しております。その救急出動件数ですが、ご案内のとおり年々、増加の一途をたどっており、昨年度平成29年の救急出動件数によりますと、この年におけます年間の出動件数は634万件と、過去最多となっております。今後も高齢化の進展を背景として救急需要が増大することが予想されます。

今年度の検討会につきましては、昨年度の検討会において先行検討課題として承認をいただき

ました検討項目につき、既にワーキンググループを立ち上げて、先行して検討開始をしているところでございます。そういった中で、この検討会では救急業務の円滑な実施と質の向上として検討を開始している、「1 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」、また、「2 救急活動時間の延伸の要因分析」などにつきましてご検討いただき、救急車の適正利用の推進の項目につきましては、「3 #7119の充実」や「4 緊急度判定の実施」につきまして、最後に、「5 救急隊の感染防止対策」、「6 救急業務に関するフォローアップ」についても併せてご検討いただく予定でございます。

私はこの後、国会答弁が入っておりまして中座をさせていただきますが、本検討会の委員の皆さまには活発なご議論をいただきますよう、最後にお願い申し上げまして、私のごあいさつとさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

### 3. 委員紹介

【事務局】 続きまして、委員のご紹介をさせていただきます。〇〇委員。

【委員】 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

【事務局】 〇〇委員。

【委員】 〇〇でございます。よろしくお願いいたします。

【事務局】 〇〇委員。

【委員】 よろしくお願ひします。

【事務局】 〇〇委員。

【委員】 よろしくお願ひします。

【事務局】 〇〇委員の代理でございます、〇〇さま。

【〇〇委員代理】 よろしくお願ひします。

【事務局】 〇〇委員。

【委員】 よろしくお願ひします。

【事務局】 〇〇委員。

【委員】 〇〇です。よろしくお願いいたします。

【事務局】 〇〇委員。

【委員】 〇〇でございます。よろしくお願ひします。

【事務局】 〇〇委員。

【委員】 〇〇です。よろしくお願いいたします。

【事務局】 〇〇委員の代理で〇〇さま。

【〇〇委員代理】 よろしくお願ひいたします。

【事務局】 〇〇委員。

【委員】 よろしくお願ひいたします。

【事務局】 ○○委員。

【委員】 よろしくお願ひします。

【事務局】 ○○委員。

【委員】 よろしくお願ひします。

【事務局】 続きまして、○○委員。

【委員】 ○○です。よろしくお願ひします。

【事務局】 ○○委員。

【委員】 よろしくお願ひします。

【事務局】 また、本日、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、併せましてオブザーバーの○○様におかれましてはご欠席の連絡をいただいております。

#### 4. 配布資料確認

【事務局】 続きまして、お手元の資料の確認をさせていただきたいと思ひます。お手元、まずは議事次第がございます。1枚おめくりいただきまして座席表、その次に検討会開催要項、その次に委員名簿がそれぞれございます。

続きまして資料でございますが、救急業務のあり方に関する検討会の今年度の検討の進め方をはじめとして、その後、資料1から6までご用意させていただいております。乱丁・落丁等ございましたらお申しつけください。併せまして、参考として「平成29年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」および「平成29年版救急救助の現況」を1部ずつ配布させていただいております。

#### 5. 座長選出

【事務局】 それでは、続きまして議事に沿って進めさせていただきます。今年度第1回の検討会ですので、座長の選出を進めていきたいと思ひます。座長選出につきましては、救急業務のあり方に関する検討会開催要項第3条第3項の規定により、委員の互選により選出いただくこととなっております。ですので、どなたかご推薦いただきたいところではございますが、本検討会、これまで○○委員に座長を務めていただいている経緯がございます。ですので、引き続き○○委員にお願いしたいと思ひますが、皆さま、いかがでしょうか。

(拍手)

【事務局】 ありがとうございます。それでは○○座長、引き続きお願ひいたします。それでは、平成30年度救急業務のあり方に関する検討会、○○座長にごあいさつをお願いしたいと存じます。よろしくお願ひいたします。

【座長】 ありがとうございます。皆さん、こんにちは。座長の任を務めさせていただきます

す〇〇と申します。よろしくお願ひしたいと思ひます。また、非常にお暑い中、全国からお集まりいただきまして心から感謝申し上げたいと思ひます。

さて、昨年度のこの検討会ですけれども、四つの大きなテーマがありました。一つは「#7119」ですが、救急安心センター事業と申しておりますけれども、その全国展開をどういうふうにかんがえたらいいのかということ、その効果的な広報をどうしたらいいのか、あるいは、医療面の定量的な効果はどうか等々をディスカッションさせていただきました。二番目として、「緊急度判定の実施」ということで、119番の通報時、あるいは救急現場に行ったときの緊急度の判定をどうかんがえて、どういうふうにディスカッションして、これが緊急度が高い、低い等々が、このことを一つの大きなテーマとさせていただきます。

三つ目ですけれども、「テロ災害の対応の向上」ということで、特にキャットターニケット、新しいタイプの止血帯ですけれども、これを用いた止血の効果に關しまして、教育カリキュラム、あるいはテキストを策定させていただきました。四番目ですけれども、「救急統計の見直し」ということで、蘇生法統計の見直しについて、少し深くディスカッションをさせていただきます、また精力的なデータを議論させていただきます。また、一方、先ほどの政務官からのお話のように、救急の出動件数が非常に上がってきておりました、昨年は634万件という大きな伸びで救急需要が増えてきておりました。本検討会の重要性がますます増してきたのではないかと申しております。

そのような中で、今年度になりますけれども、また四つ、五つの大きなテーマを走らせていただきたいと思っております。まず第1点は、救急業務の円滑な実施、あるいは質の向上を図るためですけれども、「1 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生法の実施」について、先ほど先行して進めているというところでの話ですが、そういうときに意思に沿った心肺蘇生法は、現場ではどういうふうにかんがえたらいいのかということ。

また、救急活動時間の延伸が非常に大きなテーマになってきておりました。この活動時間の延伸はどのような要因が考えられるのかということについても、非常に大きなテーマとして、今年度、頑張ってやっていきたいと思っております。救急車の適正利用を図るために、どうしても、先ほどちょっとお話ししました「#7119」救急安心センター事業ですけれども、これをもう少し考えていくべきではないのか。それと同時に、緊急度の判定基準というものを、判定の実施をどうかんがえたらいいのかということについても考えていきたいと思ひます。非常に重要なところでありますが、救急隊員の感染防止策をどうかんがえたらいいのか。もう一つは、救急業務のフォローアップについても検討しなければいけないと思ひます。それには委員の皆さまのお力をどうしてもお借りしなければいけないので、ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

最後になりますけれども、議事のスムーズな運用に關しましても、引き続きよろしくお願ひしたいと思ひます。何はともあれ、本年度もどうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。座長の指名で副座長を選出することになっておりましたが、引き続きではございますけれども、〇〇委員を副

座長とさせていただきたいと思っておりますので、これについても皆さまのご承認をいただきたいと思っております。ありがとうございました。

【事務局】 ありがとうございます。それでは、冒頭で申し上げましたとおり、カメラ撮りはここまでとさせていただきます。よろしくお願いいたします。それでは、以後の議事の進行を〇〇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

【座 長】 それでは、議事については資料に沿って進めていきたいと思っております。ご質問、あるいはご意見等は、その都度お願いできればと思っております。それでは、事務局から最初のテーマ、全体の概要になると思っておりますが、よろしくお願いいたします。

【事務局】 事務局です。消防庁の守谷と申します。よろしくお願いいたします。それでは、座って説明させていただきます。お配りさせていただいております資料のうち、一番頭にごございます「救急業務のあり方に関する検討会第1回資料、今年度の検討の進め方」と書いてある、折り畳まれている紙を開いていただければと思っております。

こちらの紙、上段のほうに今年度やりたいことを書いていまして、下段のほうにスケジュールを書かせていただいております。上段のほうでまず説明させていただきます。今年度、引き続き高齢化の進展等を背景とする救急需要の増大といわれておりますけれども、そういった中で救命率を向上させるために、救急業務の円滑な実施と質の向上、それから、救急車の適正利用の推進という大きな二つのテーマに沿っての検討をお願いしたいと考えています。

中身については先ほどまでもごあいさつの中でいただいておりますけれども、救急業務の円滑な実施と質の向上に関しましては、一つには、「1 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」、こちらにつきましてはまた後ほどお諮りしますが、検討部会の設置、既にワーキングが立ち上がっておりますけれども、こちらを設置して検討を進めたいと考えています。

二つ目でごいまして、救急活動時間が延びていることにつきましての要因分析の検討をお願いしたいということです。具体的な中身につきましては、また後ほどご説明します。救急車の適正利用の推進につきましては、「#7119」、いわゆる救急安心センター事業の充実につきましての検討、緊急度判定の実施についての検討につきましては、ワーキングを立ち上げたいと考えています。五つ目でございます。救急隊員の感染防止対策ということで、感染症対策の関係につきましてもワーキングを立ち上げての検討を考えています。最後に、救急業務につきましてのフォローアップという六つのテーマに沿ってご検討をお願いしたいと考えています。

これらにつきましての開催のスケジュールのイメージでございますけれども、その下のページを見ていただければと思っております。今回、第1回を開きますけれども、今後、11月ぐらいに第2回、2月ぐらいに第3回を開催いたしまして、報告書を取りまとめたいと考えています。よろしくお

願います。

【座長】 それでは、議事に沿って進めてまいりたいと思います。第1ですけれども、はじめに、「1 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」ですが、これにつきましては、座長は〇〇先生ですけれども、今日、〇〇先生が残念ながらご欠席でございます、〇〇先生の代わりに〇〇先生から説明を願いたいと思いますが、よろしゅうございますか。

【委員】 はい。

【座長】 それでは、〇〇先生、よろしくお願ひしたいと思います。

【委員】 私からご説明させていただきます。お手元の資料の1ですが、今年の本検討会の課題が、「救急業務の円滑な実施と質の向上」という、この文脈での検討でございます。1ページめくっていただきますと、傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生ということですが、その実態と課題の抽出が中心です。

これまでの先行研究といいますか、先行調査では、1ページ目の下側ですが、救急隊員の17パーセントが、傷病者本人がリビングウィル等の書面によって心肺蘇生を希望しない意思を示したという報告がなされています。ただ、これは全国の救急隊員の295人に実施されただけです。それと、各消防本部においてDNARを表明している傷病者への救急対応が異なっているという調査報告もございます。

そこで、3ページ目ですが、5月30日と6月28日にワーキンググループを開催いたしました。第1回目は大阪市消防局と広島市消防局のご報告をいただいて、〇〇委員から、日本臨床救急医学会が策定された提言を中心にご紹介がありました。2回目は、埼玉西部消防局からの報告がございました。それと、〇〇委員から、フレイルの評価、フレイルというのは、FRで脆弱性という意味で、高齢になったら体も心も脆弱性が増してくる。しかし、それが揺らいでいる。揺らいでいるということは良くなることもあり得るというご紹介がございました。これは後のACPという考え方も符合することです。在宅医療、特別養護老人ホームの急変時の対応についての委員からのご説明がございました。第2回目でいろいろな先行報告がございましたが、サンプリングが小さかったり部分的であったりするので、全国規模での調査をしようということが、第2回目の会議で決まりました。

ちょっと飛んで5ページ目ですが、これは心肺停止の方の、向かって左側は全体の数に対する年齢構成です。向かって左側、4時から10時ぐらいの所が70歳代、80歳代で、50パーセントを超えていると。向かって右側は心原性と思しき心肺停止例ですが、これも50パーセントを超えて60パーセント近い値であると。

ということで、4ページに戻っていただきまして、心肺停止の半分以上のかたがたが70歳以上ですけれども、その70歳以上の心肺停止の方は、4ページの上の円グラフのように、住宅・高齢者施設で心停止になった例が多いということです。それと、下の図ですが、都道府県のMCおよ

び地域MCでは、80パーセントを超えるMCで、いまだ対応策を検討していないということでした。

6 ページ目を見ていただきますと、これまでの国や各学術団体の対応ですが、厚生労働省から、「人生の最終段階における医療ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が出されております。これの3行目ですが、ACPというのが真ん中にございます。アドバンスド・ケア・プランニングということで、自分が急変時にどのようにしてほしいのかというのをあらかじめ話しておこうという考え方です。

ただし、これは一回、決めたら変わらないというのではなくて、考え方も変わってくるということ。先ほどご説明しましたフレイルは脆弱性ですけど、これは変わり得るということ。年を取ればだんだん弱ってくるというより、年を取ってもだんだん元気になることだってあり得るという意味で、ACPにおいても変えられるところがポイントであるかと思えます。

それと、救急現場の活動に関しては、6 ページの下の方の上ですけど、日本臨床救急医学会の提言がございます。これも、あらかじめ決めておいたことで、かかりつけ医、もしくは主治医、表現はいろいろありましようが、医師とよく相談して決めておきましょうと。それと、その下は消防庁による研究ですが、地域包括ケアシステムにおける高齢者の救急搬送ということで、考え方としては日本臨床救急医学会の提言と似た内容になっております。

7 ページ、大阪市消防局の考え方ですが、活動要領の所に、下の3行、「家族や関係者に消防法に基づく活動を遂行しなければならない旨を十分に説明の上、必要な応急処置を継続して医療機関に搬送すること」ということで、従来の消防救急対応の考え方の延長線上を中心に対応されているということでした。しかし、8 ページ目、実際の事例の中では、これでよいのかという現場の救急隊員の苦悩というか、困る場合も多々あるということでした。

広島市消防局は9 ページ目です。(3)、蘇生術の施行がふさわしくない背景があつて、悪性腫瘍等、家族が蘇生術の施行を望まない場合も CPR をまず開始するが、並行して主治医と連絡し、患者のリビングウィ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 を中止するという方針で対応されています。広島市も、後の埼玉も同じですが、画一的に対応するというより、その事例に合わせて対応されているのが非常に印象的でした。10 ページ目ですが、そのような事例がどれぐらいあつたのかというと、1年9カ月、21カ月で救命処置を希望しない意思を示した事例は36例、月2例弱ぐらいという数字かと思えます。

11 ページ目、これは自宅、自宅以外で、搬送、不搬送で、こういう分布であつたということです。12 ページ目も、その対応に関して、広島市消防局の資料です。13 ページもその資料です。埼玉西部消防局ですが、14 ページのようなプロトコルですが、基本的に、考え方としては広島と大きな差がなく、また、臨床救急医学会の提言とも差がありませんでした。

15 ページ目を見ていただきますと、上の数字が並んでいる段の3万6000、その次が672、その次

が568、次が27という数字が並んでおりますが、これが平成29年度中ということで、月2例ぐらいのペース、広島とそう大きな差がありませんでした。ただ、下の段、平成30年度ですと、下から2行目、DNARの申し出があった件数は5カ月で7例ということで、1例ちょっとの数字でした。埼玉西部消防局が人口75万、広島が130万ぐらいですから、100万前後で1例か2例あるかという数ですが、これも、あくまでもサンプリングがこれだけの数字です。この辺りを全国規模で調査してみようということです。16は埼玉の対応の細かいことです。

17ページが、ワーキンググループで調査をしようということですが、実施方法ということで、全国728の消防本部にアンケートをしよう。今、実際どれぐらいの問題と申しますか、先ほど申したような事例が存在するののかというのを全国レベルで調査してみよう。同時に、都道府県メディカルコントロール協議会と地域メディカルコントロール協議会にも、こちらの場合はプロトコルを作成しているか否か、それから、事後検証にかけているか否かを合わせて調査しようということです。

最後の18ページですけど、7月の所にきょうの会議のことが書いてありまして、この夏にかけて実態調査をして、秋口に、第3回目の検討部会でその結果を検討するというので、それを第2回のこの会でご報告させていただくことになるかと思えます。取りあえず、ご報告は以上です。

**【座長】** ○○先生、ありがとうございます。それでは、いかがでしょうか。今の○○先生へ、あるいは他の所からでも結構です。どうぞ。

**【委員】** 日本医師会の○○ですけれども、これは、心肺蘇生を望まない方への対応に関する社会的な合意とか制度作りがまだできていないところで、現場の救急隊の方が大変ご苦労されているということかと思えます。もちろん、この場では救急現場でどうするかという話し合いをしなければいけませんけど、社会的には、全体的な合意とか制度作りを進めていかないと、なかなか救急現場だけではとても解決できないだろうと思えます。

やはり、地域包括ケアシステムの中で対応していくことが、恐らく、重要になると思えます。例えば、在宅医療介護のチームとか、あるいは緩和ケアとか、がんの末期の治療をされている医療者の方等と、その中で患者さん・ご家族を交えて、まず、どんなふうなことかということを中心に話し合いをしていく。そういう場合、患者さんとかご家族の気持ちはどんどん揺れ動いていきますから、先ほど出たアドバンス・ケア・プランニングという発想でどんどんやっていくことが必要かと思えます。

そのときに一緒に、地域の在宅のチームとか病院のチームと地元の救急隊、あるいはメディカルコントロールの協会等と話し合いをして、徐々に、その地域ごとある程度、決めていく。現場ではそういう形で対応していくけれども、全体的には社会全体でそういう合意づくりとか制度作りをしていかないと、恐らく、現場の苦労はなかなか取れないのではないかと考えております。以上です。



【座 長】 全くそのとおりですけれども、〇〇先生としては、それではどうしたらいいのか、先生のお考えはどうでしょうか。

【委 員】 私は医療・介護の連携なんかのことも携わっておりますので、そういう医療・介護の連携の中で、あるいは病院から退院する場合、在宅に連携する場合のときに、こういうことをきちんと話し合っておくと。それぞれのチームの中で、患者さん・ご家族も交えてきちんと話し合っ、とにかく、こういう状態になったら救急車を呼ばないで、まず在宅チームに声を掛けてくださいということをどんどん進めていく、まず、こういう状態になることを防ぐということに努力していきたいと思います。

【座 長】 なるほど。ここで結論を出すのはなかなか難しいので、そうなる前に、かかりつけ医あるいは主治医と十分ディスカッションをしておくことが大事ではないのかというご意見です。どうぞ、〇〇先生。

【委 員】 私どもも地元でこの件についてはかなり議論をしました。今、〇〇委員がおっしゃったように、在宅なり地域包括ケアの担当者と、事前に、こういうふうになったら主治医がその役割を果たそうというところ、総論的にはそういう話になります。しかし、現実には、救急車を要請して、できればかかりつけ医に連絡を取って、その承認を取るというタイムリーな時間がなかなか得られない。連絡が取れない、あるいは取ってもなかなか適切な指示が得られない、結局、非現実的な現状になっているのが事実なので、しばしば、ここは文書化ということもある程度必要じゃないかということが出てきました。

ただ文書化は、文書の信ぴょう性の問題とか、先ほど来、気持ちが変わっているんじゃないかとか、救急隊もその場での迷いが出ますので、部会のほうでは、ぜひ現実に即した議論等も含めてやっていただきたいと思います。

【座 長】 〇〇先生から追加発言をいただきましょう。

【委 員】 ご指摘、ありがとうございます。われわれ部会で聞きました広島市消防局と埼玉県西部消防局ですけど、例えば埼玉県西部だと、14ページのフローチャートに沿って機械的に流れていくような印象を受けるんですけど、非常にこの間のノウハウがある。広島でも、こういう事例があっても時間はあまり伸びていないということは、書面にするとこういうフローチャートですけども、連絡を密にしているその背景のところはいろいろあるかと思います。

このフローチャートを作って、消防本部でこのとおりやりなさいと、いきなりなっても、皆すぐこのフローチャートを見ながらというわけにはいかない。先ほどご指摘がありましたように、地域包括ケアというか、一つのチームというか、医療に関わる者が一体化して対応をする下部構造というんですか、水面下の構造がとても大事なことかと思います。

この二つ、広島と埼玉は先進的というか、一生懸命やっておられるので、そういう連絡、それから、書面に書きにくいところも非常にノウハウを持っておられるように思いました。その部分

も併せて検討できれば非常にいいとは思っております。

【座 長】 ○○先生、今のディスカッション、いかがでしょうか。

【委 員】 とても患者さん一人一人の個性が高いので、なかなか単純なプロトコルができなくて、実際は、そういう医療多職種チームと相談しながら、そのときに連絡しながらしないと、多分、現在の制度では難しいだろうと思います。現在の制度の中でやっつけようとする、プロトコルを作ったとしても、結局は細かなやりとりをせざるを得ないところが、恐らく、現場で大変苦労されているだろうと思います。

【座 長】 この辺について、○○先生から一言いただければ。

【委 員】 この地域包括的システムの中には、ケアマネとか訪問看護だとか、いろいろなコンポーネントがありますね。一番かなわないと思うのは、介護の人が、自分で、これだったら救急車を呼んでもいいんじゃないかと思うときに、介護の人たちの面倒を見ている訪問看護のナースが、「なんで救急車を呼んだんですか。私を呼ぶのが先です」と言って、心肺停止の患者さんの所へ30分後に行くという事例も、そこそこあるみたいです。

救急車を呼ぶなっていう話が妙な話で展開すると、今のような比較的クオリティーの低いナースングスタッフと、なかなか意見の言えない介護にあたっている方たちとの間にいろんな矛盾が、そのままぐちゃぐちゃになっていくことが、どうもありそうです。現在、介護にあたっている方たちに対して、かつてドクターがナースに、「あんたが悪い」と言った20年ぐらい前の話と同じようなことが起こっていると、日本看護協会の会長がある所でおっしゃっていましたから。

ですから、そういう意味では、○○先生が大変重要なことを指摘されているので、いずれそうになっていくことが一つだと思うのですが、私自身は、まずは救急隊を呼ぶということで、そこから物事が出発するんじゃないかと、極めて現実的には思っています。呼ぶなって言っている救急関係者もいますけれど、じゃあ、どうするんだという話になって、そのどうするんだっていう部分の代替えの部分が、社会できちんとした形で展開していくにはもうちょっと暇がかかりそうな気がします。従って、僕は、救急隊が呼ばれて行くと、そして、その救急隊がどうするかという極めて現実的な話をこういう所で議論していかなければいけないんじゃないかなというのが当座の意見です。

【座 長】 ありがとうございます。とても、これも重要な意見だと思いますが、どうぞ、○○先生、何かありますか。○○先生に行ってから○○先生に行きましょう。

【委 員】 現在もこれだけたくさん呼ばれているので、この検討会、ワーキンググループが開いているので、現実がまさにそうであるということで、現実に対してきちんと対応して、できるだけ現場の苦勞が少ない方法を考えることが極めて重要で、どんどん進めていただきたいと思いますが、その一方で、最初に、例えば、在宅のチームに相談していただいて一緒に考えましょうと。在宅チームとの間の信頼関係がきちんとできていれば、そこで相談して、やっぱり

救急車を呼びましょうということになると、まず相談があった上で救急車を呼ぶのであれば、さらに救急隊の方の苦労も減るのではないかと思いますので、恐らく、車の両輪で両方一緒に進んでいくことが重要かと思っております。

【座長】 全くいい意見だと思います。どうぞ、〇〇先生。

【委員】 ご紹介がございましたように、臨床救急医学会として、昨年、提言を出させていただきました。その議論の中でも、事前にかかりつけの先生がたと、ケアマネ等、家族も含めて十分に話をしてアドバンス・ケア・プランニングを作って、そういうかたがたがちゃんと看取ってあげるというシステム作りが一番大事だということになりました。ただ、それが中々かなわない現状の中では、社会のセーフティーネットとして119番通報で救急車を呼ぶことは、やむを得ないことであろうと議論されました。ただ、救急車を呼んでしまったがために、傷病者と救急隊が互いに不幸にならないようにするためにはどうしたらいいのかと検討して、あの提言が出されたと考えております。

【座長】 ありがとうございます。今の時点だと、呼んでしまったための不幸な事例は意外とあるように、私は思っておりますので、その辺のところも、事務局、よろしくお願ひしたいと思っております。どうぞ。

【委員】 簡単に言います。患者さんの意思に反した形で蘇生行為をやるまいというのが臨床救急医学会の基本的な考え方ですよね。それは、患者さんの意思を尊重するということです。尊重するということについて、もしいつもそのようにしたときに、「医学的に間違っているけれども蘇生してくれという話があったらするのか」という、この臨床倫理的なかなり重たい命題も十分に答えることができるような形で話を展開していかないといけない。何でもいからやってくれという話があったら本当にやるのかっていう、その一番大事な部分も倫理の話としては非常に重要であって、このことは、取りあえず押さえておかないといけないと、私は思っています。また先の議論になるかとは思いますが、よろしくお願ひいたします。

【座長】 非常に重要なテーマです。これは、まず事務局からもう少し提案があるのではないかと思います、いかがでしょうか。これはワーキンググループよりも、部会を考えるというのも一つの手だろうと思っております、事務局、何かありましたらどうぞ。

【事務局】 事務局です。今立ち上げている状態は、この親会が立ち上がる前の臨時の状態です。立ち上げたような形になっています。要項上は10条の特例という扱いで立ち上げていますけれども、部会という形で立ち上げることを、この際、ご提案させていただきたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

【座長】 よろしゅうございますね、先生がた。ワーキンググループ、あるいはもう少し小さいとなかなか難しいだろうと思っておりますので、部会でお願ひしたいと思っております。それでは、部会での話で、〇〇先生からの説明等々で、ここだけは質問しておきたいということがありましたら、

どうぞ遠慮なく。あるいは、東京消防庁なんかはこういう事例を相当、持っていると思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

【委員】 本日、代理で失礼します、〇〇でございます。東京消防庁としましても救急業務懇話会というものを立ち上げまして、本案件をどういうふうにルール作りをしていこうかという検討を、まさに始めたところです。また、事例についても、前向きの事例の蓄積をこれから始めていこうということでやっているところで、全体像をつかむところから始めた上で、まずは現場で起きている混乱の状況をどういうふうに解決していこうかというところをやっているとして、ここの検討と併せてわれわれも検討をやっている状況でございます。

【座長】 今のところ、このぐらいのディスカッションでよろしゅうございますか。あるいは医師、あるいは消防とはちょっと別な、〇〇先生、何かいかがでしょうか。非常に重要な問題だと思いますが。

【委員】 現状のところが、まだ全体像が見えてこないのので、最後の5ページに書いてある部会の要因分析とかいろいろ、こういったものが出てきてからまたどうしていくかということ、こちらでも検討させていただけたらと思っております。

【座長】 どうぞ。

【委員】 高槻市消防本部の〇〇と申します。高槻市36万市民で、C P Aが296名、平成28年中あったんですけれども、そのうち29名がD N A R事案であったと、約10パーセントであったということで、地域の病院さんとお話をさせていただき、多職種連携の会というところに消防を呼んでいただき、現状、D N A Rの救急現場の現状をご説明させていただきまして、今、取り組んでおるところですけれども。診療所の先生がたが救急車を呼びなさいという指導をなさっておられたということもその中で分かってきましたので、そういった取り組みを、徐々にですけれども、高槻市は進めておるところです。以上です。

【座長】 具体的な、高槻市ではあまり無理なことはしないと、あるいはD N A Rだけでも、やはり、先ほどから出ている蘇生だけはしなければいけないだろうと、その辺のところはどうですか。

【委員】 高槻市の場合は消防法にのっとり、D N A Rがあったとしても心肺蘇生法を継続して病院へ搬送するのを基本としております。例外で、施設等で先生がすぐ来てくれるのであれば、先生が来てくれるまでの間、C P Rを実施するところが現状です。

【座長】 ありがとうございます。どうぞ。

【委員】 埼玉県、〇〇と申します。私は医療側のセクションの人間なので、そちらの側ですけれども。こういった事例、消防の方があまり困らないように、なるべく、県としては終末期医療、A C Pというものを、医療側のほうから少し広げていかなくちやいけないということで、昨年、県の〇〇医師会長のほうが旗を振って、終末期医療を考えましょうというシンポジウムを

開き、今年は、まず、医療者側にそういったものをもっと普及させなくちゃいけないと。

伺うと、医者は、人の命を救うことは学んできているけれども、むしろ、その選択をしないという教育は受けてきていない。そこは、これから自分たちも考えなくちゃいけないという課題解消に強い意向があり、まず、医療者向けにDVDを作って、この終末期医療、いわゆるACPを広げようという動画を作ったり、あるいは、住民向けに対してもこういったものを広げましょうという2本立てで、動画を作って皆さまがたに広げていこうという取り組みをしています。そういったことで、少し医療側からそういったものを広げて、在宅で医療に携わる先生がたから中心に広げていこうという取り組みを、埼玉県ではしています。

それと、現場でよく聞くのは、本人が意思表示できない状況の方も相当数いて、本人の意向ではない形で救急搬送を望まれる方も相当数いる。むしろ、それがちょっと厄介。本人はもういいよと言っているんですけど、遠くの親戚のお姉さんが来て、大変だと言って呼んでしまうケースが相当いるということです。これはACPを広げる中の一つではありますけれども、なるべくそういった本人の意思をあらかじめ聞いた上で、いざというときに慌てないような形を取るといった取り組みをしていることをご紹介します。よろしくお願ひします。

**【座長】** ありがとうございます。それも重要なテーマだと思いますので、先生、そのDVDがあったら、次までに持ってきておいていただくとありがたいと思います。こんなところでよろしゅうございますか。〇〇先生、このテーマは非常に重いテーマで、幅広くなっておりますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

それでは、2番目のテーマです。「2 救急活動の時間の延伸の要因分析」ですけれども、これについて、まず、事務局から説明を願ひましょう。

**【事務局】** 事務局で引き続き説明させていただきます。資料の2番です。「2 救急活動時間延伸の要因分析」と書いてある紙をお持ちください。1枚おめくりいただいた所に、救急活動の今の時間とか件数の表がございます。先ほど来ご説明いただいておりますとおり、620万件を超える救急件数が出ておりまして、10年前、平成18年に比べますと18.5パーセント増えているという状況でございます。また、救急の搬送時間ですけれども、現場の到着時間につきましても8.5分、病院に収容するまでの時間が39.3分ということで、それぞれ10年前に比べますと1.9分、または7.3分延びている状況でございます。

2枚目、おめくりください。こういった状況の中で、平成25年とかずっとやっているんですけども、平成29年度、昨年度におきましては、救急活動延伸に関する連絡会ということで、平成28年から平成29年にかけて延伸の要因分析等々を実施しております。実際に何をやったかということで、次の3ページ目から示しています。平成28年ですけれども、さいたま市消防局をはじめ、この6カ所の消防本部の方に参加いただいております。これらの所は、それぞれ、延伸時間がかなり長くなっている所ですけれども、そういった所、救急の事案、実際にどれぐらい時間がかか

って活動をしているのかといったことにつきまして詳細な調査をいたしました。各団体の間で、救急車の走行時間に大きな差があるといったことですか、病院との引き継ぎの関係等でいろいろと違いがあることが分かってまいりました。

救急の現場の実態調査ということで、それぞれの消防本部間でお互いに職員を派遣し合って、他の消防本部でどういう活動をしているんだろうということを調査いたしました。その結果、ある所では出動の途中に通報者から情報収集を行うことで現場で活動するための時間を短縮するか、現場の状況に応じて持っていくべき、車から下ろして傷病者の所に向かうまでの持っていく荷物を選択することで隊員の負担軽減をするような取り組みをやっていました。

それから、救急活動時間が短くなってきている消防本部を対象としたヒアリング等を行いまして、そういった所では、出動を指令するとき、傷病の程度の詳しい情報を把握するより前に、まず救急ということが分かって住所が分かった時点で救急車を出すと、引き続き、その状態をヒアリングしていくというやり方をしていることで時間の短縮を図っているという取り組みも見られました。

今年度やることですがけれども、下半分です。4ページです。今、救急の現場の実態調査、いろいろとやったことの分析を、さらに詳しく整理、分析をしたいというのが一つ目です。それから、救急統計、今、取っておりますので、その統計につきましてさらに分析をいたしまして、人口の規模ですとか、あと、年齢の構成といったことに着目しまして、救急活動の時間が延びている原因につながっているようなものを統計から見いだすことができないかということ、あらためて分析したいと考えています。それから、先進的な取り組みの把握ということで、さらに先進的に取り組んでいるような事例があるかどうかということで検討したいと考えています。

今年度、次のページはスケジュールですがけれども、今後、実態分析等を行い、第1回の連絡会を11月ぐらいの行った上で、こちらの親会のほうにもご報告させていただきながら、要因分析等をさらに進めて、第2回の連絡会につなげていきたいと考えています。

今年度の連絡会につきましては、先ほど挙げました六つの本部の他に、救急の活動時間が短くなっていることが分かってまいりました奈良市消防局さんと福井市消防局さんにも入っていただくということで、今、連絡会のほう、検討しています。以上です。

**【座長】** ありがとうございます。具体的なところはこれからデータが出てくるということですが、いかがでございましょうか。延伸の要因分析ですがけれども、どうぞ、〇〇先生。

**【委員】** これは後から出てくる緊急度の判定とも絡んでくるんですがけれども、全救急搬送の平均値としての延伸も重要ではあるんですがけれども、一番大事なのは、緊急性の高い事案は延伸させず逆に短縮をして、緊急性の低い事案については、ある程度、延伸を容認することで、本来、緊急性の高い患者さんが迅速に運ばれるようにすることです。そうでないと、結局は、救急車と救急隊員を限りなく増やさないと延伸が防げないということになります。そのところを考

えた形で検討していただくとよいと思います。

【座 長】 事務局、よろしくお願ひしたいと思います。どうぞ。

【委 員】 こういういろんな迅速化とか効率化という、最近ではICTの活用ということが各部門で言われているんですが、ここの救急のところでは、例えば、ICTを活用してうまくいっているような事例がもしあれば、それも集めていただければ役に立つのではないかと思います。

【座 長】 事務局、いかがですか。

【事務局】 ○○委員がご指摘のICTの活用ですけれども、以前、こちら、あり方検討会でもご議論いただいたところで、ICTの利活用は本部のほうでも進んでいるところではございますけれども、ご指摘のように、そういった点につきましても短縮の要因にはつながるところですので、その観点も含めまして要因分析のほうを進めていきたいと考えています。

具体的にICTでいきますとパッと思いつきますのは、搬送先の病院等を決める際にタブレット等を使うといった事例が有名なところではないかと思いますし、傷病者の状態を搬送先の病院に事前に心電図等を送るといった利活用の事例があるそうです。

【座 長】 ありがとうございます。ただ、ICTの活用は、一生懸命やってくれる課の職員が頑張っているときはいいですけど、2年でいなくなってしまうと全く元の木阿弥になってしまい、これはどうしたらいいのか、その辺のところも少し考えていただくとありがたいと思います。どうぞ、先生。

【委 員】 今しがた○○先生がおっしゃった、急ぐべきものに関してはさっさと行くと、そうですね。そうでないものはそこそこという話ですけど、そうでないものがそこそこという部分を何とかしないと、結局、急ぐものが急げなくなるというのがこの話の基本骨格ではないかと僕は思います。ですから、やはり、急がなくてもいいものについては、極端なことを言えば救急隊が行かないということも含めた全体のコントロールをしていかないといけない。そこそこはそこそこでいいというふうには、いかないと思うんです。数学的な計算をしているわけではないので分かりませんが。

【委 員】 平成17年からのこのことについて議論してきましたが、急がなくていいものについても、救急救命士を含む3人の救急隊員が乗った標準的な救急車を必要とするのか、それ以外の代替手段を考えるのか、その代替手段を公的サービスとして考えるのか、あるいは傷病者の負担で考えるのか、その辺の問題だと思います。

【座 長】 ありがとうございます。どうぞ、○○先生。

【委 員】 ○○先生、○○先生の話とも関連するんですけれども、実は、これ、消防本部さんから採ったデータを消防庁がまとめようということですけども、既に今年の臨床救急医学会で僕が聞いていた話では、面白い分析をされている。文学部の地理学の先生が、大阪市のデータを使って、救急車のどういうふうな配置とか、あるいは短時間に回すにはどうしたらいいかとい

うのを、GIS (Geography Information System) という手法を使って、消防データベースを分析した結果、分かったのが、実は、不搬送症例の多い隊が延びているというきれいなデータをお出しになっていました。

先ほど〇〇先生がおっしゃったように、緊急度によって急がなくていい隊は、早くまた次へ行った方がいいということと逆の結果になっていて、急がなくていいような事例に結構時間が取られ、なかには不搬送になってしまっている。その結果、救急隊が次の業務移行できず、隊が回らないというきれいなデータを出していました。それを、GISの上で見ると面白いんです。ある地区に限定し、同じ管内であっても地域偏在のあることが分かるんです。恐らく、消防の方は実感を持っておられると思うので、私は最終的に何が言いたいかということ、恐らく、消防のかたがただでデータを集めてやっても、要因の分析の手法が決まりきった形になっちゃうので、そういう地理学だとか、あるいは全く違った分野で研究されている人の知恵を借りてみるのも手法だろうと思います。

これは大阪市立大学の文学部の、多分、〇〇という先生だったと思うんですけども、大阪市消防局さんは恐らくデータ出してはるのでご存じだと思いますから、一度、共同で研究をするなりしはあったらいいのかなという提言です。

**【座長】** いかがですか。大阪、あるいは大阪のことを知っておられる委員、どうぞ。

**【委員】** 大阪ですねんけれども、〇〇先生がおっしゃるとおりで、地域性はかなり出てきております。具体的に申しますと、駅前なんかでしたら不搬送、いわゆる第三者が、酔っぱらって眠っている人に対して救急車を呼ばはります。その方の対応で時間がかかってしまう、不搬送になる。

また、地域的には、旧村と申しますか、高槻という所は田舎と都会が両方ある所でございまして、田舎のほうに行きますと、ご近所さんに格好悪いからということで救急車を呼ばないんですけども、本当に呼んだときには、やはり重症の方が多い。しかしながら、新興住宅地になってくると、ちょっとしたことで救急車を呼ぶという地域性は、かなり傷病程度別で出てきております。以上です。

**【座長】** 2層構造になっている地域は、より重要性があるという感じだったと思います。ありがとうございました。他にいかがでございましょうか。どうぞ、先生。

**【委員】** 質問ですけども、今回、この1年間を通してこの検討をしてくださる中において、救急車を出す、出さない、例えば、今のケースで駅前のケースであれば、明らかに、医学的に見て行かなくて大丈夫だということが分かっているようなケースで、例えば、徒歩で行くとか、自転車で行くとか、そういう違う方法について検討することも、延伸の分析とかそういったことの中には、それは含まれているんでしょうか。

**【事務局】** 事務局です。今回、資料の2番につきましては、その部分ではなくて、救急で



運ぶときの動き方とか、そっちのほうになるんですけども。後でご説明があると思いますが、緊急度判定の話が別途ありますけれども、そちらのほうでそういったところにつきましても議論していくのかと思っております。以上です。

**【座長】** 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、このぐらいに、時間の延伸の要因については終了させていただき、その次に移っていきたいと思います。次は「3 #7119（救急安心センター事業）の充実」について、事務局から説明を、まず願いましょう。

**【事務局】** 資料3です。引き続きよろしくお願いたします。「#7119」救急安心センター事業ですけれども、背景からご説明いたしますと、救急出動件数がどんどん増えている中で、救急車の適正な利用を促していくことが必要かということで、この「#7119」事業そのものは、救急車を呼ぶかどうか迷ったような場合に電話をかけていただき、緊急性が高い場合は救急車を呼んだほうがいいですよ、もしくは一晩様子を見てから翌朝病院に行ったらいいですよということをご案内する、そういう相談電話が救急安心センター事業ですが、こちらにつきまして、平成25年ぐらいから始めておるところです。

こういったものにつきまして、全国、広くやっていくことが望ましいと考えていますけれども、昨年度検討いたしましたのは、「#7119」の事業を行うことにつきまして、医療面での効果もあるのではないかと。単に救急車の事業を適正な状態にするだけではなくて、医療面での効果もあるのではないかということの分析を行いました。現状ですけれども、下の日本地図にございまして、全国11カ所での事業が開始されておりまして、総人口の37.9パーセントが利用できる状況にございまして。この地図ですけれども、赤い色がついている所、それから、ピンクの色がついている所につきまして、現状、救急安心センター事業が実施されている所です。黄色い所につきましては、今後、平成30年度、今年度中には実施したいということで準備を進めている状況にございまして。

次ページのほう、昨年度の検討の結果等を示していますけれども、医療機関の負担の軽減効果の定量的な把握ということで、真ん中の棒グラフですけれども、札幌の事例で、事業の開始前に比べて10パーセントぐらい、救急病院とかの時間外の受付が減ったということがございまして。もう一個は医療費の適正化の効果ということで、これは左のほうのグラフですけれども、横浜の事例等では、1億5000万ぐらいの事業費がかかっているんですけども、これを行うことで、夜間・休日、保険の割り増し等の医療費につきまして、6億円ぐらい節減できたのではないかとということで、医療費の節減効果を見ております。

4ページ目、今年度の検討事項です。一回、飛ばして5ページ目を見ていただければと思うんですけども、先ほど申し上げたような効果につきまして、まず、左上の所ですけれども、今、申し上げたような医療費に適正化の効果、実は、まだ試算ができていないところが幾つござい

ます。というのは、データがまだ十分に整っていないので、医療費の適正化効果の分析ができていないところがございますので、こういったところにつきましても分析できるデータを整えたいというのが、一つございます。

右上の図ですけれども、「#7119」の事業は、電話がかかってきたときに一定の緊急度判定を行いまして、緊急性が高いか、低いか判定をするわけですけれども、その判定の後、実際に病院に行ったときに、この人は緊急度高かった、もしくは、この人の緊急度はそんなに高くなかったという判定結果があるわけですけれども、その関係性につきまして、電話をかけたときに緊急性が高いと言われたものが、病院でも緊急性が高いと言われている状態が一番きれいな状態なので、そういった状況になるべく近づけることも、そのためのデータも集めていく必要があるというのが右上の所です。

左下の所ですけれども、「#7119」事業をやってみますと、週の中の曜日によって、もしくは時間帯によって、かなり電話のかかってくる件数が異なっています、そういったところ、もう少しまいこと分析をすると、事業を効率的にやることもできるのではないかとというのが左下の所です。そういったデータも欲しいと。

右下のほうですけれども、「#7119」事業を実施している所は幾つもございますけれども、人口1万人当たりで使っている件数がかなり自治体によって差がございます。こういったところは、今後、より良い事業をそれぞれの所でやっていくための基礎的なデータですけれども、いろいろと比較検討できるようなデータも必要ではないかと考えています。

これを踏まえて、前の4ページ目のほうに戻らせていただきまして、今年度やりたいことにつきましては、そこの①で書いてあるように、いろんなデータ、実施団体の基本情報ですとか、いろんな評価を行うための項目ですとか、そういったものにつきまして、みんなが同じようなデータを使うことができるような統計項目につきまして整理をしたいというのが一つ目です。②ですけれども、集めたデータを実際に使えるかどうかということで、試しに、こういった項目について集めてみて、それが実際にできるかどうかを検証したいのが②です。③ですけれども、そういったことで行われたものにつきまして、実際に使えるのではないかとという効果を見ております。

6ページ目ですけれども、今年度の開催予定といたしましては、今後、8月に実際に事業をやっている所を集めまして、第1回の連絡会を開催いたしまして、統計項目の検討等いたしまして、その後、12月にまた連絡会を開いて、それまでに試行などを行って、統計項目等を確定させていきたいと考えています。以上です。

**【座長】** ありがとうございます。この「#7119」というのは非常にこれからも大きなテーマになってくるだろうと思います。最終的には、火事か救急か、あるいは安心センターかという三つに分けられてくるのではないかととも思いますけれども、いかがでございましょうか、事務局からの説明。どうぞ、先生。

【委員】 2ページ目の全国地図でオレンジ色になっている「類似番号で実施」で、私の住んでいる栃木県も「#7111」でやっているんですが、類似番号でやっている所と「#7119」でやっている所で、扱いとか制度とか、何か違いは生まれるでしょうか。

【座長】 事務局。

【事務局】 同じ仕組みでやっている所につきましては、効果としては同じような効果が得られるのかと思っております。一方で、地域によっては、周辺の地域で「#7119」をやっている、自分の所は別の番号を使っていると、例えば、旅行で来られた方が混乱するとか、そういったことは、今後、考え得るのかと思っております。

【委員】 理想的には、日本中全部「#7119」でやってほしいというような要望はあるのでしょうか。

【事務局】 ございます。やはり、「#7119」という番号で全国どこに行ってもこの救急安心センター事業につながる事が理想だと考えていますので、この番号の全国普及をお願いしたいと考えています。

【座長】 ありがとうございます。どうぞ、〇〇先生。

【委員】 昨年も質問させていただきましたが、民間、例えばセコムとか東京海上など会員のサービスとして同じようなことをされています。それがどのぐらいの人口になるのか、というのを教えてほしいというのが1点です。あと、自治体によっては外部委託といますか、民間に「#7119」と同じようなサービスをお願いしているということを知ったことがあるんですが、もし事務局で分かったら教えてほしいのですが、いかがでしょうか。

【座長】 どうぞ、事務局、お願いします。

【事務局】 セコムとか東京海上とかが事業をやっているのは承知しておるんですけども、どれだけのサービスをされているか、現状では把握していない状況です。それで、今、この地図の中で言うと、和歌山県に田辺市がございすけれども、奈良県の下のピンク色の所ですけども、こちらが、先ほども挙げた保険会社のほうで、実は、コールセンターを委託して実施していると聞いています。

今回、意見交換等々、今後、連絡会していくわけですけども、田辺市さんの情報を取るときに、併せてそういった保険会社の情報等も取っていただければとは考えています。

【座長】 〇〇先生、「#7119」と、例えばセコムとか東京海上なんかの対応とか、あるいはスピードとか深さとか、何か違うんですか。

【委員】 たまたま当方は両方に関与しているということでお話しができるんですけど、内容は一緒だと思います。セコムや東京海上の皆さんにお話を聞くと、日本全国でかなりな人口をカバーしているようです。もしかしたら、この日本地図は、そういう意味も入れると、もう少し白い所が少なくなるのかと思っております。質問させていただきました。

【座 長】 ありがとうございます。そんな同じようなことをやっているなら、みんな一緒にやったらどうだというご意見も多分あるだろうと思いますが、これもワーキンググループで少しもんでいただければと思います。他にいかがでしょうか。よろしゅうございますか。この「#7119」というのは非常に大きなファクター、例えば、東京等は、今、30数万件ある。そして、救急車の出動は70万件ぐらいとなれば半分は「#7119」ですので、重要性はどんどん増してくる気がしておりますので、その辺も含めて、ぜひディスカッションをお願いしたいと思います。どうぞ。

【事務局】 今の点に関しまして、人口カバー率の部分もございますけれども、どの程度住民の皆さんに知られていて、どの程度使っていただけるかというのが非常に重要な観点になってくるところでして、そういった観点からは、全国统一で「#7119」という番号がありますと、認知度の向上や使いやすさにつながると考えております。

先日、伺った話で、「#7119」を全国的な広報をしようとしても、全国で使えない番号は広報しにくいとのことでしたので、そういった観点からも、「#7119」という番号を全国に普及していきたいと考えています。

【座 長】 ありがとうございます。どうぞ、〇〇先生。

【委 員】 外国人の医療というのが、今、非常に問題になっているんですけれども、外国人に対する救急電話相談というようなもの、それを地域別にやると非常に効率が悪いので、例えば、日本共通のものでつくとか、そういう発想はございますか。

【座 長】 どうぞ、事務局。

【事務局】 まず、119番通報につきましては、今、三者通話という形で、日本語を話せない外国人の方が119番通報しましても対応できる事業の普及を進めてきているところです。こちらの救急安心センター事業の外国人対応につきましては、現状では日本語での全国普及が先にございまして、大変恐縮ですけれども、外国人の皆さんの対応については、その先になるのではないかと考えています。

【座 長】 どうぞ。

【委 員】 〇〇です。去年からずっとこれを勉強させていただいていたんですけど、質問は、直接的な、最終的な目的は救急隊と救急医療機関の需要が減るところが最大の目的だと思いますけれども、ストレートな形で、例えば、東京なんかはかなりの頻度でこの電話を受けていて、具体的に何パーセントぐらい減ったんですか。なかなか数字が難しいのを承知の上で、推定値的なものでも、例えば5パーセントや6パーセントは減っているんじゃないとか、そういう推定でもいいです。そういうのがあると随分説得力が増すのかと思って、そろそろ、そういうデータがざっくりは出ているのかなと思って。

【座 長】 大事だと思いますが、ありがとうございます。どうぞ。

【事務局】 お手元に、「平成29年度救急業務のあり方に関する検討会報告」という茶色い冊子

があるかと思えます。こちら、36ページのほうを見ていただければと思うんですけども。こちら、昨年度まとめたものですけども、右上の所に「軽症率の推移」と書いてある青い線の折れ線グラフがあるかと思えます。これ、東京消防庁の事例かと思えますけれども、救急相談センターが平成19年度に立ち上がってから、軽症で救急要請をする人が9ポイント下がりました、実際、こういった形で、救急搬送の結果の重症度というのが変わってきているという結果がございます。

【座長】 よろしゅうございますか。既にデータが出ておりますところ、36ページをご覧いただきたいと思えます。他にいかがでございましょうか。また戻ってきても結構ですが、この安心センターについては、今日はこのぐらいにさせていただき、次に移りたいと思えます。その次ですけども、「4 緊急度の判定の実施」について、事務局からお願いしたいと思えます。

【事務局】 事務局でございます。救急専門官の小谷でございます。よろしくお願ひいたします。資料4番目の「4 緊急度判定の実施」をご覧ください。1枚目をおめくりいただきまして、まず、この緊急度判定実施に係る背景についてご説明させていただきます。

平成17年度から緊急度判定体系の検討を開始し、継続的な形で検討を続けてきているところです。今年度におきましては、昨年度から3カ年という形で計画を仕立てているところですが、主に119番をした場合のコールトリアージ、現場におけるフィールドトリアージ、その実施等についてより普及に努めていきたいという形で検討しているところです。昨年度におきましては、全国の救急消防本部におきまして、119番通報時および現場における緊急度判定のアンケート調査を実施いたしましたので、そちらをまず、昨年度の成果になりますが、ご確認いただきたいと思えます。

2ページ目、こちらは119番通報時の緊急度判定のアンケート結果ですが、119番通報時の緊急度判定を実施しているのは、全732本部中94本部、割合としては12.8パーセントという結果でした。職員に対する教育においては、主にOJTであったり、各自でマニュアルを読む程度のものであったと。さらに、緊急度判定を実施していない本部に対して、実際、実施する上でどういうものが必要かというところについて確認したところ、対応マニュアルおよび教育体制が必要であるという回答が非常に多かったという結果が返ってまいりました。

1枚おめくりいただきまして3ページ目、ご確認ください。こちらはフィールドトリアージ、救急現場における緊急度判定のアンケート結果です。こちらにつきましては、実施している本部が279本部と、38.1パーセントの本部で実施されているというところでした。どのような形で教育を行っているのかという結果ですが、いわゆる業務時間中における救急訓練とOJTがほとんど、または各自マニュアルを読むというものがほとんどでした。

一方で、救急現場における緊急度判定を実施していない本部において、実施に必要な要素は何かというところにおいては、こちらも対応マニュアルや教育体制が必要であるというものが非常

に多いという結果が得られたのが昨年度の成果です。

以上の内容につきまして4ページ目に簡単にまとめさせていただいておりますが、結果として、今後、119番通報時および救急現場において緊急度判定を実施していく上では、このアンケート結果を基にすると、必要な対応マニュアルおよび消防職員の教育体制を検討することが必要ではないかというのが事務局の判断です。

また1枚おめくりいただきまして、5ページ目にまいります。先ほどもお伝えしましたとおり、この検討自身は3カ年というスケジュールの中で組ませていただいております。昨年度実施いたしましたのが各消防本部に対する実態調査でしたが、本年度におきましては、その問題解決の方法として、対応マニュアルの策定、教育体制の構築を一つの課題として考えております。また、平成31年度におきましては、同時に行われております消防防災科学技術研究、森村研、代表研究者の中での研究ですが、119番通報時および救急現場における緊急度判定支援ツールの開発等と同時に並行させていただき、平成31年度にはモデル地域において実施、検証を行いたいと考えております。

今年度におきまして、検討事項として事務局のほうで考えているものは6ページ目になりますが、緊急度判定を行うための教育体制の検討、緊急度判定を運用する上での対応マニュアルの作成、また、平成31年度の検証に向けた、どのような形で非常に効果があるのかどうか、またどういった対応をすれば本当に実施がより精度が高くできるのかというところについて、効果の想定方法、およびどの地域でモデル地域として実施検証を行うのかというところについての検討を行う必要があるという形で、大きくこの三つの検討事項について検討したいと考えております。おおまかなスケジュールは以下の形になりますが、非常に多岐にわたる検討が必要というところで、今年度におきましてはワーキンググループの設置を、事務局のほうでは検討しております。

7ページ目になりますが、以下の消防本部のかたがた、および有識者のかたがた、構成員の委員の先生方といたしましては、〇〇先生や〇〇先生にもご参加いただきつつ検討してまいりたいと考えております。また、厚生労働省地域医療計画課のほうにもオブザーバーとして参加いただくことを検討しておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

**【座長】** ありがとうございます。今、事務局からいろいろ説明がありましたけれども、この「4 緊急度判定の実施」に関しましては、ワーキンググループを立ち上げたいと思います。そして、このワーキンググループ長には〇〇先生が一番いいのではないかと考えておりますが、委員の先生がた、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、〇〇先生によろしくお願ひしたいと思います。どうぞ、ご意見、ご質問、何でも結構でございますが、お願ひしたいと思います。じゃあ、〇〇先生から、最初から行きましようか。どうぞ。

**【委員】** 緊急度判定は、長いことこの検討会でも議論されてきて、各ステージで段階を追

って、やりましょうということでガイドラインも出てきたと思います。特に現場での緊急度判定は、もう少し隊員一人一人が使いやすいひな形まで紹介しないといけないということはあるんだろうと思いますので、消防庁さんのほうでこういう計画を立てていただいているので、ぜひ全力投球でまとめていきたいと思っています。

ただ、私ども、緊急度判定を組み込んだ病院選定基準を策定し、かつ、それをICTの中に入れたモデル的な事業を大阪では展開していますが、作ったり、それを運用する側っていうのは緊急度判定がよく頭の中に入るのですけれども、ICT化されてしまって使う側になると、そのアルゴリズムがコンピュータの中に隠れてしまいますので、それを日常使っている中で学習効果が逆に悪くなるという欠点もあって、この辺をどういうふうにもう、バランスよく現場に生かしていくかということも一緒に考えられたらと思っています。

**【座長】** ありがとうございます。全くそのとおりだと思いますが、どうぞ、ご質問、ご意見等がありましたら、いかがでございましょうか。これは非常に古くからのテーマですが、そして、一番、新しいテーマでもあります。〇〇先生、手が挙がっていますか。

**【委員】** この問題は平成17年から〇〇先生たちとずっと議論しているんですけども、緊急度判定というのは、判定するニーズがあって初めて重要になってくると思うんです。資料の5ページで、平成29年度の下の所に、「緊急度に応じた搬送先選定と搬送手段のあり方の検討」という項目があります。例えば、コールトリアージをやっている消防本部では、例えば、ドクターカー、ドクターヘリの運用をするためのニーズがあるから緊急度判定をしているので、逆に、全ての事案に一律に普通に救急車を出すのであれば、あまり現場では緊急度判定のニーズがないのでやらないということになるのかもしれませんが。先ほどの急ぐものは急いで、そうでないものはそこそこというところが、ある程度議論が煮詰まらないと、何のために緊急度判定をするのか実用上の利点が出てきません。その辺も含めてご検討いただければありがたいと思います。

**【座長】** よろしゅうございますね、〇〇先生。ありがとうございます。他のご意見、ご質問等がありましたらどうぞ。こんなところでよろしゅうございますか。この緊急度判定は、家庭での緊急度、あるいはコール、電話のところでの緊急度、現場に行ってから緊急度、病院に着いたときのまた緊急度、いろんな緊急度の判定がありますので、その辺も含めてぜひご検討をいただきたいと思います。

それでは、その次に移りたいと思いますが、資料の5を開いていただきたいと思います。救急隊の感染防止対策です。これについて、まず、事務局から説明を願いたいと思います。

**【事務局】** 引き続きまして、ご説明させていただきます。資料5「救急隊の感染防止対策」をご覧ください。1枚目をおめくりいただきますと、近年の感染症の動向を、簡単にですがおまとめさせていただきました。O157の流行、SARS、新型インフルエンザ等々がございました。平成27年においてはMERSの流行という事態もあり、非常に、いわゆるダイバーシティ化が進

んでいる中、多くのかたがたが、特に感染症については非常にグローバルになってきているのも、皆さん、ご存じのところだと思います。

そんな中で、救急隊の方々における感染防止はどのように規定されているのかというのを2ページ目からまとめさせていただいております。こちら、主な規則になっておりますが、救急業務における感染に対する講習、こちらは消防法施行規則の中に記載されておりますが、救急器具、材料の消毒の項目がこの中で設けられています。その一方、救急業務実施基準、こちらは消防庁長官通知になりますが、感染症等を疑われる傷病者を搬送した場合の消毒、救急自動車および車載品の消毒について、こちらのほうで記載されております。

こういった物品等や車の消毒についてはこのような形で規定されておりますが、一方で、救急隊ご自身についての感染防止対策というところでは、3ページ目をご覧くださいますと、こちらが「救急業務遂行中における感染防止対策について」という、昭和61年に出された救助室長通知の中で書かれているのが、実は、われわれのほうで確認できる中では最後のものとなっております。

この中の記載としては、感染防止対策の基本であったり、救急活動上の留意事項が書かれているんですが、以降につきましては、H I VであったりS A R Sであったり新型インフルエンザ等々が問題になった際に、それぞれの感染症に対してどのような対応をするのかという形で、適宜対応されてきたのが、今までの救急隊員に対する感染防止策についての取り組みという形になっております。平成も終わろうかというこのご時世におきまして、昭和時代の通知をまだベースとするのはちょっと問題があるのではないかと、まず一つ考えております。

またさらに、4ページ目をご覧くださいたいのですが、こちらは昨年度、平成29年度感染症対策についての現況調査というものを実施したところ、感染防止対策マニュアルというものを整備している本部が、全732本部中358本部と、約半分に満たないような状態。

また、最近、救急隊のほうでも点滴を取られるようになってきております中、針刺し事故に対する対応マニュアルを整備しているのも半分行っていないような状態。さらに、医療機関においては、最低、年に1回の感染防止対策に関しての研修が義務づけられておりますが、一方で、消防においてはどうかということ、感染防止に関する研修を定期的に行っているのは、全732本部中56本部という形で、わずか7.6パーセントという現状が出てきてしまったということになっております。

そういった背景を踏まえまして5ページ目をご確認いただきたいのですが、救急隊の感染防止対策につきまして、まずはしっかりマニュアルを作っていただくところから入る必要があるかと考えており、感染防止対策マニュアルのひな形の策定を、感染暴露時の対応を含めた形でマニュアルを策定したいと考えております。

皆さまご存じのとおり、感染対策は、特に大きな意味で地域性があるわけではございませんの



で、作っていない所については、このマニュアルをしっかりと参考にした形で広めていきたいというのを、まず一つ、考えております。また同時に、マニュアルを作るだけではなかなか感染対策を実施することが、皆さんの中で周知することが難しいところがありますので、どのような体制を敷くことが消防機関における感染防止管理体制の充実につながるのかというところについても、併せて検討したいと考えております。

この検討につきましては、厚生労働省の健康局結核感染症課とも十分な連携を取りながらやっていきたいと考えており、結核感染症課のほうからご推薦いただいた感染症の専門家の先生がたであったり、あとは、この検討会の中でも〇〇先生を含めた形で、ぜひワーキンググループを設置した形で、非常に重要なテーマだと思っておりますので、検討させていただきたいと考えております。

今年度のスケジュールにつきましては、2回ほどワーキンググループの中で議論をさせていただくと同時に、各消防本部に対しての実態調査も併せて行っていきたいと考えております。以上になります。

**【座 長】** ありがとうございます。それでは、まず事務局から説明がありましたが、ワーキンググループを立ち上げることをわれわれも考えたいと思います。そして、ワーキンググループ長としては、自治医大の救急医学の教授であります〇〇先生をお願いしたいと思いますが、委員の皆さま、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。それでは、〇〇先生、よろしくお願ひしたいと。何かありましたらどうぞ。

**【委 員】** 救急隊が皆さまを助けるのに一生懸命になっている一方で、自分の身を守ることが遅れてしまったというか、後回しになってしまったというような認識を持っております。事務局のご指摘もあったように、結構な数のマニュアルが、そのたびに必要なものは出ているとはいながら、系統的ではなくて、その場そのときのもので、系統的なものがないということがまず問題かと思えます。

それから、全体的に、感染防止というのはその場だけではなくて、例えば、出動前にも、今、どんな病気がはやっているのかとか、事前に電話での情報が入った中で、あらかじめ、非常に危険性の高いものをスクリーニングできるのではないのかとか。もちろん、出動中にもどのように感染を防御したらいいのか。それから、結構、問題なるのは、後になって、「運んだ患者さんが結核だった」という話です。われわれは、必ず救急隊に電話するようにしていますけれども、そういう仕組み自体が、ある程度きちんと整備できたらと。

もちろん、対象ウイルスも、今、グローバル化とおっしゃっていましたが、本当に何が来るか分からない。一方で、麻疹の患者を受けたり、細菌もありますし、あとは、疥癬とか古くて新しいようなものもたくさんありますし、もちろん結核は最重要です。今までの感染対策というと、針刺し事故を中心としたものが皆さんの関心の中心だったと思うんですが、この機に、取り組む

内容は非常に多くて広範で、今、お話ししたように、最終的にはバイオテロまで考えなきゃいけないとなるとキリがないですが、とにかく、全体としての最低限のマニュアルと、あとは、それぞれ何か困ったときにどこに相談したらいいのか、誰がそういうことに対してのアドバイスができるのかみたいなことを、喫緊なテーマからある程度、解決できたらと考えております。以上です。

【座長】 ○○先生、ありがとうございました。よろしくお願ひしたいと思ひます。それでは、この件、どうぞ、○○先生。

【委員】 エボラ出血熱とか新型インフルエンザももちろん大事ですけど、医療機関であれば、職員に対してのB型肝炎だとか、麻疹・風疹・水痘などの抗体価の管理が求められ、低い場合にはワクチンの接種等ということが推奨されているのですけれども、救急隊員については既に通知等でそのようなことは定まっているのでしょうか。

【事務局】 事務局です。一応、現状、定められているのはB肝だけです。

【座長】 ○○先生、どうぞ。

【委員】 今、横にいる○○先生に聞いたら、救急救命士の国家試験では、きちっとスタンダードプレコーションの、つまり、標準予防策の知識等については確認することになっていると。ですから、恐らく、東京消防庁も救急救命士の人たちは、基本的なことは知っているわけですね。この円グラフのどっち側に東京消防庁がいるのか知りませんが、基本的に、同じ作業をする仲間の中に、そういうことについての知識なり何なりにたけた人がいる。そのような状況において、その人を上手に使いながら、例えば、消防本部の中でスタンダードプレコーションについてのことを進めていくと。そういう組織立った話が、多分、比較的乏しいのかと思わざるを得ません、この円グラフを見ると。

だから、そういうことも、○○先生におかれましては、単純に感染症学とか、感染に関するスタンダードプリコーションがどうしたという話だけじゃなくて、組織文化、今言ったような、そういうことにも場合によっては言及せざるを得なくなるんじゃないかという予感がしますので、よろしくお願ひします。

【座長】 どうぞ。

【委員】 ○○さんが大変重要なことをおっしゃって、例えば、病院ですとICT (Infection Control Team) というのがあって、横断的に、いわゆる感染対策を専従でやっています。彼らのチームは、また、病院を超えて2病院とやり合わせれば、診療報酬上、一つ上が付くなど誘導もあるわけで、そういった活動が活発になります。

私が何を言いたいかというと、今の○○先生のお話を聞いて、先ほどの、このワーキンググループで感染防止管理体制をどうするかという二つ目の midpoint で示されたテーマがありますけれども。消防にそうやいなさいと言っても、なかなか現実的に重いので実効性に欠けることがあります。

実効性を高めるためには、お隣の消防本部さらには都道府県全体で、非常にたけた人がいるチームを模範にして、そうでない所を交互に行かせるような組織体制にしろというやり方もありだろうと。病院ではそういうふうに行っているということで、参考になるのではないかと思います。

【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。ありがとうございます。他にいかがでしょうか。どうぞ。

【委員】 東京消防庁です。まさに先ほど〇〇先生からもお話いただきましたとおり、医療機関内では行われているような麻疹ですとか風疹ですとかの予防接種に関して、医療機関の中の研修に行く消防職員については、事前に医療機関から抗体検査、あるいは抗体がないものについては予防接種を求められることが多いこともあって、何とか予算化できている状況です。ですけども、救急隊員全体についてはなかなか厳しい状況があって、東京消防庁の場合は、ようやくB型肝炎が警防隊員全職員に、数年前に行き渡ったところです。

ぜひ、こちらで検討していただけるということでしたら、そういったことに関しても、どういふところのレベルが必要かということまで検討していただければ東京消防庁、一消防本部としてもありがたいと思っております。なかなか人事、それから健康管理等の部局に対して、救急隊員を守るという観点から要求をしていっても、全体の中で、必要性は認めるけれども今の段階ではというようなことを言われてしまっているような状況がありますので、ぜひ後押しになるような結論を出していただければありがたいと思っております。以上です。

【座長】 ありがとうございます。〇〇先生、よろしくお願ひしたいと思ひます。しかしながら、これ、救急隊全員にワクチン接種といったら大変なお金になってしまいますので、その辺のところも考えながらの話になってくるんじゃないかと思ひます。よろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、その次に移りたいと思ひます。次は、「6 救急業務に関するフォローアップ」ということで、6番です。事務局から説明願ひましょう。

【事務局】 資料6をおめくりください。最初のページに書いていますけれども、救急業務に関する取り組みについて、地域によってかなり差が出ている現状でして、それに対して、アンケート調査等を行いながら実態を把握したいというのが、一つ、ございまして。また、その中で、毎年重点的な課題を設定した上で、全国の消防本部を個別訪問することが望ましいと、平成28年度、いわれております。

今やっておりますことですが、都道府県の消防担当部局を訪問いたしまして、重点課題等に対する取り組み状況を聴取するという、それから、県と消防本部と消防庁と、お互いに課題の認識を共有していくことで、全都道府県を3年に1回程度、訪問する方針で進めております。

どんなことをやっているかということで、昨年度の調査結果を挙げていますけれども、「#7119」

の実施状況ですとか、転院搬送ガイドラインの策定状況、それから、感染症に関する状況ですとかICTの状況といったものにつきましてアンケート調査を行って、その中身についての確認、それから、指導・助言をしている状況です。

おめくりいただきまして3ページ目です。昨年度行った個別訪問ですけれども、14都県36消防本部に伺っております。その中で、例えば、この救急統計オンラインシステム入力に関する取り組み、これは埼玉県ですけれども、実は、救急統計、かなりいろんな項目がございまして、入力誤り等もございまして、それをチェックする仕組みなんかを埼玉県でしっかりつくっていただいております、これは先進的な取り組みかということで載せさせていただいております。その他、口頭指導による心肺蘇生を救急救命講習に入れている事例等もありました。

今年度やることですけれども、都道府県が主体となってやっていただくことがメインです。救急統計とかアンケートとかを基にしていろいろなことを把握していくわけですけれども、各都道府県の消防担当部局がしっかりと管内の消防本部の状況を把握していただいて、必要なことを指導・助言していただくことを主眼に置いています。

最後のページですけれども、今年度、行き先として考えてございます所、黄色く塗ってある所に行こうと考えてございます。青く塗ってある所は昨年度行った所です。既に、5月に香川県に伺いまして、その中でも高松消防局、他3カ所についてお伺いさせていただいて、県の主導の下で、各消防本部における搬送時間の延伸についての取り組みの状況ですとか、ICTの仕様状況といったことをヒアリングしてきたという状況です。以上です。

**【座長】** ありがとうございます。いかがでしょうか。最後のテーマですが、「6 救急業務に関するフォローアップ」ということで、ご質問、あるいはご意見ありましたらお願いしたいと思いますが、よろしゅうございますか。非常に、取り組み状況はとても消防本部ごとに違ったところがありますので、ぜひ、この辺のところもよろしくお願ひしたいと思います。

それでは、時間もあと15分近くになってまいりました。最後の全体の討論に移りたいと思いますが、まず、きょうの議事、あるいは検討の進め方、あるいは今年度のテーマ等につきまして、〇〇副座長から説明、ご意見をいただきたいと。

**【副座長】** 本年度の検討会そのものの中身は非常に現場指向の現実的対応で良いと思います。個人的に興味があるというか、重要だと思っているのが、一つがDNARをどうするかという問題と、延伸の問題です。まさに業務の円滑な実施と質の向上のところですが、先ほど〇〇先生が、社会的コンセンサスがあまり得られていない中で、救急現場の救急隊員が、いろんな地域によってばらばらで非常に困っているということです。一つの大きな因子が、主治医の負担をどうその中に取り込んでいくかということがあると思うんですけれども、そもそも、主治医というと医療機関内ということになりますので、実は、医療機関内のACPというか、アドバンスドディレクティブが現場と同じ様にばらばら。

この辺のところを、まず、救急現場も大切ですが、地域包括ケアがありますから、一緒になって、医師会と日本救急医学会と臨救、あるいはその他関連の学会がいくつか集まって、至急に、院内と同じようなコンセンサスが得られるようなシステム側が必要です。地域によってはDNA Rに対して積極的に取り組んで、病院へ行くと、終末期の患者を延々と治療しているというような、その辺の齟齬が生じないようなことシステムを今後考えていく必要があると思います。

東京都の救対協では、一般的な熱中症対策とともに、一般の終末期のあり方も含めてDVDを作って、それを都民によく知ってもらうことを考えております。今言ったような学会なり医師会なり含めて、むしろ社会へ、教育すると言う事をぜひとも早急にやっていただきたいという気がいたします。その中で、主治医と、終末期の患者さんの自宅なり地域の包括ケアの中でうまく取り込んでもらえればという気がいたします。学会の先生がた、医師会の先生がたも、ぜひともよろしくお願ひしたいと思います。

それから、延伸の問題ですけれども、東京都は、たしかワースト3ぐらいに入っていましたよね。その理由がここに書いている、病院の中での処置にやたら時間がかかっている。それが非常に時間を延ばしている大きな因子だという事でした。延伸時間を短縮する因子として、そののところがきっちりと、例えば、病院の中に入って時間のかかるところ、処置とかに協力させたり、ホワイトボードにいろいろ書かせたりするだけで20~30分かかるんです。

その時間が入って延伸になっているということになれば、時間を統一して全国的なデータを出してほしい。延伸の理由になる時間の最終受け入れの病院の時間をどこにするかをまず決めていただいてデータを取ってほしいと思っております。私自身が気が付いたところはその2点です。ありがとうございました。

【座長】 ありがとうございました。今の延伸の、病院のどこを着地にするかというのは、既に相当ディスカッションされているところだと思いますので、どうぞ。

【委員】 今の点については、昨年の本会の救急統計の作業部会で、病院収容時刻は医師と傷病者が接触した時点とするということで、全国統一をすることになりました。その後、引き上げまでの間に、自己研鑽のために診療のプロセスを見学したりするために病院に残っても、搬送時間には含まれないということに、今回なりました。

【副座長】 それをやっておられたら非常にいいと思うんですけれども、要因の分析の3ページに、実施調査の中に、一番上の右に、「医療機関における傷病者の引き継ぎ要領や、院内処置協力が大きく影響している」ということが書かれているので、まだ十分対応しきれていないと思い、それならまずいと思って発言させていただきました。

【座長】 ありがとうございました。そういう事務局の説明の流れもあってもいいんじゃないかとは思いますが、ありがとうございました。こんなところでよろしゅうございますか、先生がた。ありがとうございました。

それでは、これで、第1回ですが、今年度のあり方検討会を終了させていただきたいと思えます。まだまだこれからが本番の夏になります。ぜひ、お体気を付けて、また次の本委員会は秋です。涼風が立つのを恋い焦がれながら夏を過ごしたいと思えますので、よろしくお願ひしたいと思えます。それでは、事務局にマイクをお返ししたいと思えます。

## 6 閉 会

【事務局】 では、ご議論、ありがとうございました。お手元の資料はそのまま置いておいていただければ、それぞれ郵送させていただきますのでよろしくお願ひいたします。

今後、親会、11月と2月に予定しております。この調整ですけれども、今回の運営支援を委託しておりますアビームコンサルティング株式会社から直接、各委員に調整をさせていただきますので、先生がたの連絡先を提供しますのでご了承ください。もし、この件にご意見ございましたら、個別に事務局のほうにいただければと思えます。

それでは、以上で「第1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)