

平成30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30年12月07日（金） 15時00分から17時00分

2 場 所 フクラシア丸の内オアゾ B会議室

3 出席者

■出席者：山本座長、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、松村委員、間藤委員、森住委員、行岡委員、横田(順)委員、横田(裕)委員

オブザーバー：高崎室長、松岡室長（鈴木課長代理）

■欠席者：武井委員、樋口委員、山口委員

4 会議経過

1. 開 会

【守谷理事官】 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2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守谷が務めさせていただきます。よろしくお願いたします。以降については、着席して進行させていただきます。

この検討会につきましては、原則、公開とさせていただきますけれども、カメラ撮りにつきましては円滑な議事進行のため、座長挨拶までとさせていただきますので、よろしくお願いたします。

まず、開催にあたりまして、消防庁次長の横田より、ご挨拶申し上げます。

2. 挨拶（横田消防庁次長）

【横田消防庁次長】 皆様、本日は大変お忙しい中を、第2回救急業務のあり方に関する検討会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。ご紹介いただきました消防庁次長の横田と申します。今年の7月27日付で、消防庁次長に着任させていただきました。検討会の開会にあたり、一言、ご挨拶を申し上げさせていただきますと思います。

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、ご案内のとおり、今年度の検討項目を「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」、「救急活動時間延伸の要因分析」、「#7119（救急安心センター事業）の充実」、「緊急度判定の実施」、「救急隊の感染防止対策」などお話しして、活発なご議論を頂戴したところでございます。

この間、本検討会に設置をいたしました、検討部会と2つのワーキンググループで、精力的に

このテーマにつきまして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、その状況等につきまして、ご報告をそれぞれいただく予定となっております。改めて、部会とワーキンググループの委員の皆様のご多大なご尽力につき、この場をお借りして御礼を申し上げたいと思います。ありがとうございます。

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、今年の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%ということで回答いただいたところでございまして、本日の資料にも一部反映させていただいております。

この検討会は、全国の消防本部をはじめとして、さまざまな機関の状況を把握しつつ、専門的な見地から救急業務のあり方をご議論いただく重要な検討会でございます。委員の皆様方には、さらなる救急業務の充実に向けまして、専門的な知識、経験に基づく忌憚のないご意見、ご指導を頂きますよう、心からお願いを申し上げまして、簡単ではございますが、冒頭の挨拶とさせていただきます。

本日も、どうぞよろしくお願いいたします。

### 3. 委員紹介

【守谷理事官】 引き続きまして、前回欠席されて、今回ご出席されています委員のご紹介をさせていただきます。〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしくお願いいたします。

【守谷理事官】 〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【守谷理事官】 〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしくお願いいたします。

【守谷理事官】 〇〇委員。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしくお願いいたします。

【守谷理事官】 今回、オブザーバーとして、厚生労働省医政局地域医療計画課より、〇〇救急・周産期医療等対策室長、〇〇在宅医療推進室長に来ていただいております。

なお、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員におかれましては、ご都合によりご欠席のご連絡をいただいております。また〇〇委員につきましては、若干遅れるという連絡をいただいております。

次に、お手元にある資料の確認をさせていただきたいと思っております。まずは、議事次第、その下に座席表、委員名簿がそれぞれあるかと思っております。

続きまして、第2回検討会の検討結果中間報告といたしましては、資料1、1-2、1-3、1-4、1-5。それから、資料2、資料3、その後ろに別紙3-1、3-2がとじられた形であろうかと思っております。資料4、資料4-1、4-2、資料5、資料5-1、資料6。最後に、資料

6の参考資料という形で付けていると思いますが、落丁等ございませんでしょうか。

それでは次に、〇〇座長からご挨拶をいただければと思います。

**【座長】** ありがとうございます。〇〇でございます。

この会そのものは、「救急業務のあり方に関する検討会」になりますけれども、第2回目の今日、開かれますが、さまざまなワーキンググループができております。一番大きなワーキンググループとしては、やはりDNARではないかと思っております。

1週間くらい前だったと思っておりますが、今年の流行語大賞というのがありまして、ご存じの先生方多いと思っておりますが、1つは「スーパーボランティア」という、おじいさんのスーパーボランティア。それから、「災害級の暑さ」というのも3番目か4番目にありました。もちろん、「eスポーツ」というのもありましたし、何となく我々の救急、あるいは災害の流れが、今年は特に多かったのではないのかなと思っております。

今回の第2回も、この流れの中にあるのかもしれませんが、ぜひ、活発なご意見を頂ければありがたいと思っております。そして、ワーキンググループの座長の先生方には、今日、いろいろお話を頂くということになりますが、ぜひ、よろしくお願ひしたいと思っております。そして、議論を少しでも深めていきたいと願っておりますので、どうぞよろしくお願ひしたいと思っております。ありがとうございます。

**【守谷理事官】** ありがとうございます。冒頭で申し上げたとおり、カメラ撮りにつきましては、ここまでとさせていただきます。

それでは、横田消防庁次長のほうは、公務により、ここで退席させていただきます。

**【横田消防庁次長】** 大変申し訳ありません。失礼いたします。よろしくお願ひいたします。

**【守谷理事官】** それでは、以降の議事進行は、〇〇座長にお願ひしたいと思います。

## 4. 議 事

### (1) 今年度の検討項目（中間報告）

#### 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

**【座長】** それでは、議事を進めてまいりたいと思っております。資料に沿って、項目ごとにお話をお願いしたいと思います。その都度、ご意見を頂くということで進めていきたいと思っております。

まず最初でございますが、先ほど少しお話をさせていただきました検討項目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」についての検討部会でございます。これは、〇〇委員が部会長をされておりますが、本日欠席でございますので、〇〇委員から説明をお願いしたいと思います。〇〇委員、よろしくお願ひします。

**【委員】** それでは、ご報告させていただきます。資料1をご覧ください。

9月5日と10月24日に検討会を開催いたしました。9月5日には、アンケート結果の報告を行いました。10月24日は取りまとめの報告について検討しました。

まず、資料1はアンケート結果の速報版でございます。先ほど、次長からお話がありましたように、2ページ目の「調査概要」ですが、調査対象は728消防本部、251地域MC、47都道府県MCで、回収率は100%でございます。今回、ここに出ているような問い掛けに関しての、全国規模の調査は初めてであり、非常に大事な資料かと思えます。

2ページ目のところですが、まず、心肺停止状態である傷病者の家族等から、傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたと伝えられた事案の経験を問うています。そこに「N=728」とありますが、要するに消防本部が分母です。平成29年中に事案があったというのは403消防本部、約半数がそういう経験をしていると。そういう経験が、平成29年中も、それ以前もなかったというのが15%ほどで、平成29年中にはなかったが、それ以前にはあったというのは30%。85%の消防本で今言ったような経験をしているという結果です。

次の3ページ目、引き続き実態調査結果ですが、向かって左側、心肺停止状態である傷病者の家族等から、傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを伝えられた場合の対応方針について、やはり分母は728です。定めているというのは約45%、定めていないというのは54%ほどでした。救急に関係したものとしては、意外と定めている割合が高いなという印象を受けました。

向かって右側、対応方針を定めていると回答した本部の対応方針の内容についてということで、分母は対応を定めている消防本部332になります。家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられても、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送するというのは約6割。医師からの指示など一定の条件下で心肺蘇生を実施しない、または中断することができると考えているのが約3割ということです。これも、約60%は従来の対応ということで、3分の1はいろいろな対応を行っているということでした。

4ページ、向かって左側、家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられても、心肺蘇生をしながら医療機関に搬送すると回答した理由について、この分母は右上の201になるわけですが、応急処置を行いながら傷病者を搬送することが救急隊の責務だからが94%、法令上、心肺蘇生の不実施や中止はできないと考えている所が88%、救急現場で傷病者本人の意思の確認を確実にすることは難しいと考えているのは約7割という結果でした。

その下ですが、27消防本部から「その他」というのが答えられています。その他に関して具体的な内容が右側に書かれています。

本人が意思表示をしていたのに、家族やその他の方が救急車を要請した理由について、気が動転したから、家族間の情報共有が不十分であった。家族や関係者の間で意見が分かれていたということです。それから、やはり医療機関に運んだほうがいいだろうなという判断をしたから。次

の3つは、施設に入所されていた方の場合、施設間でのルールや情報が十分でなかったから。医師等の指示があったから。これは、傷病者の家族に対して、医師等の指示があったという意味です。死亡診断、死亡確認のため。かかりつけ医に連絡がつかなかったため等々の理由で、119番通報をしたということでした。

次のページ、家族等から傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしていた事案で、困ったことは何ですか。具体的に困った理由はどのようなものかということで、向かって左側の棒グラフですが、一番高いのは、実施しないで医療機関に搬送することを家族等から申し入れられた際の対応。要するに、基本的に今言っているような状況、事態に困ったと感じられているということです。

2番目は上から2つ目ですが、かかりつけ医等に連絡がつかないことが一番困ったと。これは複数回答なので、パーセンテージが高いものが多く答えられたということです。

3番目に多かったのは、関係者の意見の不一致があったこと。長男はやってくれと言っているけれども、次男は反対だということで意見が分かれるのが非常に困ったと、というようなことです。

4番目は上から4つ目ですが、心肺蘇生を実施しないで医療機関に搬送することを医師から指示された際に困惑を感じたということでした。

5番目はその上、医師が到着までに時間がかかること。私が行ってあげるよ、でも1時間はかかるよと言われたら、どうしようかと困惑を感じたということでした。

下から2番目の「その他」の具体的な内容は、向かって右側に書いてあります。意思表示の書面がなく、家族等の口頭のみで本人の意思として判断してよいかどうか困ったと。家族間のDNARに対する認識不足、または認識の相違により、DNARの意思確認が不明確となってしまったこと。施設で家族との話し合いができていない等の、ここに書かれているような理由で困惑を感じたということでした。

次のページ、傷病者本人が心肺蘇生を拒否する意思表示をしていたことを、家族等から伝えられた場合に用いられるプロトコル等の策定についてということ进行调查しています。

向かって左側、地域MC協議会では、約半数は一度も検討したことがないということでした。一番上、策定し運用しているのが、約16%ございました。向かって右側、都道府県レベルのMCですが、68%が一度も検討していない。13%程度が、策定し運用している。

地域MCのほうが、より現場に近いということなのではないでしょうか、そちらのほうがより策定し実施している率が高かったように思いました。

以上が、今回のアンケートの概要でございます。どれくらいの頻度であるのか、どの様なことに、救急隊員が現場で困っているのかという現場の様相が見えてきたかと思えます。

それで、資料1-2をご覧ください。これは、主に10月24日に議論された内容を中心にお示し

して、取りまとめの方向を検討したものでございます。

1 ページめくっていただいて、取りまとめの大枠としまして、人生最終段階における医療については、地域によって取組がさまざまであること、救急現場の状況や対応についてもさまざまであることなどから、現状では全ての消防本部に共通の対応方針を策定することは難しい。今後、共通の対応方針を策定できるような環境が整備されていくことが重要。実態調査などから明らかとなった課題について、現状での一定の見解を示すことにより、救急現場での円滑な対応は促進する。要は、今資料1でお示ししましたように、多様な状況が展開されていると。そのような中で、全国の消防本部に一様に決めて、対応しなさいというのは難しいのではないかとということです。

でも、左は左ありながら、こういう事例は多くの救急隊で経験されているのは間違いないので、円滑な対応が可能なようにしていく必要があるということが検討されたわけですが、そこで、検討するにも典型的な事例を、まず描いておこうと。議論の中心となるものです。

傷病者本人は、高齢で、がんなどによる人生の最終段階にある患者で、事前に心肺蘇生を望まないことを医師・家族・介護施設の職員等に示していた。傷病者本人の意思の共有がなされていない、現場の家族等がどう対応したらよいか分からない、医療機関への搬送希望などの理由で救急要請。救急隊の現場到着時には心肺機能停止状態。救急隊が、救急活動の各場面で、書面や口頭で家族等から傷病者本人の心肺蘇生を望まない意思を伝えられた。

要するに、多様な現実が存在すると。これは、先の資料1の調査結果をまとめ、言葉にしたということで、いろいろな問題が含まれていると。これらを一言でいえば、要は看取りの現場であると。だけれども、単純な話、傷病者の意思が確認しにくい現状もあると。ご家族がパニックになっていることもあるという状況が議論の対象になると。

本来、救急要請に至らないようにすることが重要であるが、現状では救急要請されている実態があるため、救急隊の対応を検討する必要がある。要するに、看取りの現場なので、本来は救急隊がそこに行く必要はないといえますか、対応の状況ではないのだけれども、いろいろな理由によってそこへ出動して、現れた時点でどう対応するかということを考えなくてはいけないということだと思います。

次の3ページ目、医療の場面では、厚生労働省の「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」において、適切な情報の提供と説明がなされたうえで、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた「患者本人による意志決定を基本」としている。このようなプロセスを経て決定された、その意思は尊重されるべきであると。これは、現在の医療のあり方の基本に沿ったもので、そういう対応をしようという基本的スタンスでございます。

次、4ページ目ですが、差はありながら、救命が救急隊の大事な役割であることは変わらない。心肺停止の傷病者については、速やかに心肺蘇生を行うことを基本としている。これは、カンフ

アレントの一方、救急出動した現場において、前記のような傷病者に対応する場合——「前記のような」というのは2つ前のところです。典型的な事例のような場合は、その傷病者の意思はやはり尊重されるべきであろうと。これは、やや行ったり来たりの感がありますが、ただし、救急現場では緊急の場で、必ずしも医師は臨場していない。また、確認するまでは救命を最優先とすべきである。傷病者の意思確認は救命を最優先とすることから、一般的には家族等関係者の申出に基づいて開始されるということは、救急隊員のみで判断するのではなくて、家族等関係者の状況、申出をきっかけとするべきであろうと。

5ページ目ですが、法令上はどうなっているのかという不安が、救急隊員の中でも見られるようなので、救急隊の心肺蘇生等の法令上の位置付けについて整理して考えよう。1つは、措置を行わないことが許容できる要件というのはどういうものか、まずそれをはっきりさせよう。要件がはっきりしたら、それを確認する方法も整理しておこうということです。

次の6ページでございますが、これは要件についてです。死が差し迫っていること及び本人の推定的意思の確認と、本人の推定的意思に合致した対応についての指示は、傷病者の病歴や生活状況、医師の内容等を知悉し——よく知ってということです。医学的な観点での判断を行うことのできる、かかりつけ医等から受けることが適切であると。要は、最後の部分です。かかりつけ医の先生に連絡をして、指示を仰ぐのがよいであろうということです。

ただ、議論で出ましたのは、※のところですが、かかりつけ医の先生もいろいろなことがあって、風邪くらいならよく診ているということがある場合もあり、これは留意しようという議論もありました。

それから、本人の意思を示す書面がある場合も、書面がいつ作成されたか。何年か前ということもあるので、やはり、かかりつけ医の指示を受けることが適切であろうということでした。

いろいろな意見が出たところが最後の4行で、一方、適切な本人の推定的意思を正確に救急隊が知ることのできる仕組み。例えば、事前の関係者間での情報共有などが設けられるのであれば、現場でかかりつけ医等の指示を受けずに心肺蘇生を実施しないことも考えられるという議論もありましたが、ここは意見がいろいろあったところでございます。

次のページ、医師への連絡については、救急現場が緊急の場面であることから、家族等の心情に配慮しつつ、通常の救急業務と同程度の連絡を試みるのが適切であると。要するに、そこにとどまって連絡をするのに、1時間もかかるというのは如何なものかという意味です。

オンラインMC医については、通常は当該傷病者を診察していないことから、かかりつけ医等と同様の役割を果たすことは一般的には難しいと考えられる。一方、オンラインMC医は、救急業務において重要な役割を果たしており、このような事案についても、一定の役割を果たすことが考えられるという議論がございました。

次の8ページ目ですが、家族等の意向は、傷病者本人の意思そのものではないことから、本人

の意思を推定するための資料の一つという位置付けで捉えようと。一般的に家族等関係者の心情に配慮すべきであり、心肺蘇生実施の意向についても同様であると。こういう議論がなされました。

9 ページ目、これは医師が現場に行くが。その間、心肺蘇生しなくていいと言う指示を救急隊が受けた。自分がしっかり診てきたからということで、今から行くけれども2時間はかかると言われた場合、救急隊はそこで2時間、待っているのかということです。このような場合は、次の出動要請があり得ることを踏まえ現場を退去することもあるということでございます。

2つ目の○ですが、かかりつけ医の指示等により、心肺蘇生を実施しない。だけど、病院へは搬送しようというのは救急搬送にはならないです。救急車両として運行することはできなくとも、状況によってはこのような搬送もあり得るでしょうという議論がありました。

最後でございますが、このような事案は典型的な事案で、現状の状況や救急隊の対応などが多様であることから、各消防本部において集計するとともに、MC協議会において事後検証の対象とすることを検討すべきであると。

MC協議会の事後検証ということは、結局、その救急関係者、医師会の先生方、消防、行政が集まって、その地域の救急の問題を検討している所ですから、こういう所で現状把握していくべきであろうということが議論されました。それで来週、もう一度、検討部会が開かれる予定です。その後、年度末のこの親会への報告になるかと思えます。

以上でございます。

**【座長】** ○○委員、ありがとうございました。これは、非常に難しいワーキンググループではないかと思えます。ご意見を頂く前に、私から文言について、「かかりつけ医」というのは、先生の方の中ではどのように考えておられたのかというところのお話をお聞きして、そして、委員の皆さんからのお話を聞きたいと思えますが、いかがでしょうか。どうぞ。

**【委員】** 「かかりつけ医等」というところで、1つは、主に想定されるのは「看取り」という状態ですから、例えば、在宅医療となっている在宅の主治医。あるいは、施設における嘱託医とか配置医等で、人生の最終段階にあるということで、そこに関わっている医師ということかと。広い意味でのかかりつけ医ではなく、その中でも、この資料1-2の6ページの「5 現場での確認と対応①」の※のところ、傷病者の人生の最終段階における医療・ケアに関わっている医師と。一般的にはかかりつけ医でしょうけれども、当然、かかりつけ医の中でも、これに関わっていないというものは対象にならないし、施設の医師にあってもここに関わっていれば、当然、これに該当するということかと思えます。広い意味では、「かかりつけ医等」ということだと思います。

**【座長】** ということは、一度もかかったことがなくても、こういう状況、あるいは条件がそろえば、「かかりつけ医」というふうには言えるのですか。



【委員】 人生の最終段階に、しっかり関わっていない人。つまり、一度も直接診療等を行っていない人は、当然、まったく該当しないと思います。

【座長】 それでよろしゅうございますか。〇〇委員、何か追加するところを。ディスカッションの前に、ここだけはお示ししておきたいなというところがありましたら。もちろん、それ以外でも構いません。

【委員】 資料1-2の7ページに、「オンラインMCについては」というところがございます。MCは、急に電話がかかってきて、「心肺蘇生をやったほうがいいでしょうか、やらないほうがいいでしょうか」と言われても、それは困ってしまうと思います。

ただし、過疎地の事例ですけれども、地域のクリニックといいますか、地方自治体でやっているクリニックの先生と、何人か開業医の先生が居られ、その4、5人が集まって、お互いに地域の高齢の方の情報共有をしていると。そこに、救急隊員も情報共有していると。家でおばあちゃんが倒れたという、地域の自治体の診療所の先生に救急隊が連絡を入れる。「その人は、誰々先生がいつも診ている人だね」ということで共有した情報がある、救急隊員もこの情報を共有しているわけです。年に1人くらいCPAがいらっしゃるけれども、その患者さんを診療に直接タッチしていなくとも「その方は、誰々先生が診ておられるのでよく分かっている」と。MCとして情報共有をしている、救急隊員も情報共有をしている。「心肺蘇生はいいでしょう」というようなことをやっている過疎地の例を聞きました。この指示をした医師は、情報共有していても診療には直接タッチしていない医師であり、これまでの考えなら「かかりつけ医」ではなくMC医というカテゴリに入ります。

これは、MCとして究極の119番したら、すぐにドクターの管理下で指示が出る。患者さんのことを医師が知っているということで、救急隊員も医師と情報共有を事前にしている。こういうことを実施されている地域が実際にある。これは、大都会ではなくて、過疎地で実践されていて、私もびっくりしたのです。

もし、MC医は一切関わってはいけないということになると、過疎地で医療リソースが少ない所であっても、看取りのケアから緊急時のケアから、非常に優れた、先端的な取組をしているのにそれができなくなってしまう可能性がある。これは、事前に情報共有をしておくことが非常に大事だと思いますけれども、そのような例もあるということで、これは多様性というより移行期の、「混乱」という言葉は使いたくないですけれども、移行期の多様な状況が現場では現出しそれに即応性の高いMC医が何とか関わり対応しているということでしょう。

だから、基本的考えとしては、一律のやり方はやめたほうがいいのではないかと。事態の推移をみながら、対応を決めていくのがいいのかなと思います。もし、10年、15年後に、今日の資料1で示したものと同一調査をしたときに、昔、そういうことが問題になっていたのかと言われるように話しと具体的な対応を進めるのが大事なのではないかと思います。

【座長】 ありがとうございます。どうぞ、〇〇委員、お願いします。

【委員】 まず、在宅医療であれば、連携体制を取りましょうということは進められておりますので、患者様を2名あるいは数名で連携して診ていくということはあります。当然、この連携を取っている医師の場合は、かかりつけ医に該当すると考えます。主治医、副主治医制をとりましょうとか、そういったのをやりましょうということであって、例えば、主治医が学会等に出張でない場合は、その場合の加療、あるいはお看取りまでも連携を取りましょうということになっていますので、これは当然、該当するかと思います。

それから、今回の点で一番最も重要になっているのは、資料1-2の5ページ「4 心蘇生の中止等の法令上の位置付け」だと思います。その中の許容できる要件として、死が差し迫っていること、最終段階の傷病者であり、原疾患の進行に関連して老衰により心肺機能停止となったこと。あるいは、患者本人の推定的意思に合致した対応と言えること。これを知っているのは、やはり先ほど述べたような条件を満たした、「かかりつけ医等」しかいないのではないかと思います。

つまり、この法令上の要件を満たすものでないと、後々いろいろなトラブルの原因になるのではないかというふうに心配いたします。また、これはご本人も、こういう死が差し迫っている状態で、こういう意思を述べられたということも非常に重要ですので、これもやはりかかりつけ医等でないとその確認ができないだろうと。したがって、心肺蘇生をしなくてもいいという判断及び指示ができるのは、先ほど言った条件を満たしたかかりつけ医等だけではないかと思います。

そのことを確実に確認できる手段として、現時点では「対面と電話」ではないかと思います。現時点では、対面と電話でかかりつけ医等から確認をするということです。ただし、将来的にきちんと環境が整えられれば、かかりつけ医等が記載した文書。例えば、こういう内容で、こういう期日であればいいでしょうと。あとは、安全性が担保されたICT等、そういう形でいろいろな手段を広げるとするのは、将来性としていいと思います。

【座長】 ありがとうございます。そのところは、議論の余地はあると思いますが、少しお待ちください。

【委員】 今の関連で、先に少し、私から。

【座長】 では、関連の問題からいきましょう。

【委員】 遅れてきまして、申し訳ありません。私も、検討部会のほうに参加させていただいているので少しだけ。今、〇〇委員が、まさに、ここの5ページのところにある法律上の要件についてお話いただいたのですが、法律の要件としては2つあって、基本的には末期であること、法律の言い回しでは死が差し迫っているという要件が1つ目に客観的な要件としてあって、2つ目の要件として、本人の意思がある、もしくは意思が推定できるという、この2つなのです。

だから、末期であるという、死が差し迫っているということについて、検討部会のほうではお医者さんの判断でないと、それは無理であろうと。ただ単に、本人の意思だけでは駄目なので、

まずはお医者さんの判断が関わっていると。それが前提です。

理想的な状況としては、〇〇委員が言われたように、対面できちんと診て、末期で死が差し迫っているということが確認できているのが理想的。ただそれを、検討部会の議論をここで再度繰り返すのはよくないと思いますけれども、完全にそれだけに限られているかという、先ほど〇〇委員が言ってくださったように、先進的な取組をされている所もあるし、〇〇委員が言われたように、何か文書のような形で確認できるような方法もあるので、そういうのを確実にとめるというような話には、まだ、検討部会のほうでもなっていないので、少なくともお医者さんの判断があつて、それを何らかの形で共有ができているのであれば、そこは満たす可能性が高まるのであろうというのが、法律上の解釈ではないかと思います。

【座長】 ありがとうございます。関連質問ですね。どうぞ。

【委員】 素朴な疑問ですけれども、今のお話を聞いていると、文書が理想的であるけれども、ご本人との会話、家族との会話、かかりつけ医の会話の記録が必要ということですが、会話がすごく多くなった場合に、考えたくはないですけれども、あとで言った、言わないという問題も出てこないとも限らなくて、すごく重要な問題だと思います。その辺の記録方法みたいなものは、本来の高度な議論とは違うかもしれませんけれども、現場的にはすごく問題だと思うので、お聞きしたいです。すみません。

【座長】 いかがでしょうか。その辺のところも含めて、〇〇委員から、お話をいただけたらどうですか。

【委員】 今のお答えは、まずはぜひ〇〇委員に。

【委員】 すみません。本当は、医療の現場のことが分かっていないので、私が口を差し挟むべきではないかもしれません。理想的には、多分、アドバンス・ケア・プランニングみたいな、最近、「人生会議」とかいう名前が決まったという話がありましたけれども、そこでお医者さんとか看護師さんとか、いろいろな医療専門職の方とご家族の方を含めて話し合つて、それがカルテにきちんと書かれていると、終末期であることは、きっとそこに書かれていることなので、その意味では、その部分は確実であると。ご本人の意向が変わる可能性があるのも、もちろんそこに書かれているからOKということではないですけれども、まさにそこで重要なのは話し合いで、今の段階ではきちんと、「本人は積極的な治療や延命を望みませんね」、もしくは「家族は望まないとします」、もしくは「救命しないほうが患者のためになります」というのを、やはり一応文書化して、カルテなどに残しておくというのが、厚生労働省のガイドラインの中に出ていますので、それがあれば、仮に究極の場合、実は違ったということがあり得ると思うのですけれども、何か法的な責任を負うということには、多分ならないだろうと思っています。

【座長】 いかがですか。

【委員】 ですので、そうでない場合も、このディスカッションに入っているのではないかと。

そういう書類がないけれども、家族が、ご本人が言ったとか、救急隊員がかかりつけ医に電話をして、確かにそうおっしゃいましたという場合の記録方法が今はない。もしくは、あとで書類に残すとすると、救急隊員の膨大な仕事量になってしまうのではないか。なので、言ったという証拠として、例えば録音するとか録画するとか、何でもしろとは言いませんけれども。

でも、そこがあとでトラブルになると、せつかくのきれいな人生の終末に水を差すことになってしまう。それは申し訳ないというのが、現場からの実態です。

**【座長】** その辺は、ワーキンググループで、どのようなディスカッションをされていたのかということですね。そこで、やはり〇〇委員、今の話はどうなって、話が出ておりましたかということ、私から質問させていただきます。

**【委員】** 要するに、証拠性をどういうふうに担保するかということですね。

何年か前の記録が出てきたというとき、それを一律に決めてしまうと、やはり無理があるでしょう。こういう書式でこうしてやって、こうしてないと要件を満たさない。しかるべき、こうしなさいと言っても、現場は混乱してしまうと思います。

資料1-2の5ページを見ていただくと、救急隊は現場で何を困っているかということ、向かって左側の一番上に、半分の救急隊は、申し入れた際の対応がきちんと決まっていないということと、上から2つ目、44%ほどがかかりつけ医に連絡がつかないということです。これは、裏返しにすると、救急隊員はかかりつけ医に連絡がついたらほっとするということだと思います。

今、時代は移行期にありますから、連絡はすぐつくようにしようということが進んでいるのですけれども、まだ進んでいないところがあると。でも、理想的にはそうすべきであろうところの、移行期の難しさがあるのではないかなと。

だから、先ほどから申しているように、全国一律にこうしなさいというのを決めると、かえって混乱してしまうのではないかと。最低限のことだけは決めていこうと。かかりつけ医に連絡をするというのが、大きな柱になるのですよということが、一つのコンセンサスであったかと思えます。

**【座長】** ありがとうございます。その辺のところは、ポイントになります。〇〇委員、何かご意見ありますか。

**【委員】** 心肺蘇生を実施しないということだけを、今回は取り上げざるを得ないのですが、やはり広い意味で、ACP、人生会議の中で最終段階に関してどうするかという、1番目の中にこの心肺蘇生の問題があるというふうに考えてやっていかないと、なかなか現場では厳しいものはあるかなと思います。ですけれども、現時点では、この問題を考える場面なので、そうせざるを得ないですけれども。やはり、ACPの中の一つの、最終場面の中に心肺蘇生の問題があるというふうに現場でやっていくというのがいいかと思いますが、まさに今、過渡期なので、現状ではこれくらいが無難でしょうということを示してあげないと、現場が非常に困るのではないかと

思っています。

【委員】 1点よろしいでしょうか。医者とか医療を行うスタンスとしては、アドバンス・ケア・プランニングの一端であると。ただ、救急活動ということであれば、これが心肺停止でなかったら、まだ息が少しでも残っていたら救命を行え、これは末期だからやらなくてもいいかなということは、救急隊員の判断の試みとしてあり得ないと思います。そのところは、しっかり救急隊員は判別しないとイケない。救急活動という現場では、心停止であるかないかは決定的な違いがあると思います。

【座長】 その辺のところは、まったくそのとおりで、ただ、今その現状というのは、まだ動いている最中のときで、なかなか確定的なところまでは、話がしづらいところがあるのではないかなというふうには思います。〇〇委員、どうぞ。

【委員】 ワーキンググループでもそうですし、検討部会のこの親会においても、こうやって多々意見が出るということは、なかなかこの取りまとめの大枠の中に書かれていますように、消防本部に対して共通の対応方針を策定することは大変難しい。これが本音なのだろうと思いますけれども、これをそのまま、私の個人的な見解で、ここで議論したことが、やはり、なかなか難しいですねというのは、成果物としては少し残念なような気がします。

私の個人的なデータですけれども、堺では1年間、例えば昨年、看取りと思わしき形でCPRを望まない救急搬送をした例が48例ありまして、そのうち、かかりつけ医がおりますよという形で連絡を取ろうとしたときも取れない。あるいは、取ったけれども、「救急で運んでください。CPRしてください」と。ただ、そのうち2例だけが、「その方はこうこうで、日頃から診ている人だけど、望まない人なので、私があとで死亡診断に行きますので、家族には2～3時間待ってください。不搬送で結構です」と。現実的には、こういう場面も当然あるわけですね。

もう1つは、施設での心肺停止。これが、複雑な構造になっていまして、特に高齢者施設、あるいは介護といったような所では、本人の意思、あるいは家族の意思がうまく伝わってなくて、職員の対応がなかなかうまくいかないという。

私が何を言いたいかというと、一定の共通した対応方針は消防庁から出すことは難しいのだけれども、いろいろな取組はできるんだよということを、やはり、この取りまとめの中のどこかに入れるべきで、これが重要だろうと思います。その中で1つは、先ほど来、〇〇委員がおっしゃるような、かかりつけ医の定義は、いささか、決める、決めないは別にしても、やはりキーになっているのは一つ、そこの対応の仕方がありますよということが1点。

もう1つは、高齢者施設というか、介護施設というか、老人ホームというかそこまで含めて、やはりその施設と、施設に入所時のご家族や本人の意思表示と、それを今度、急変したときにはどう対応するかというところを、地域で取り組むということが1点。最終的には、それで地域包括のほうの基幹型に返して報告をしたりということが、場合によっては大事になってくると思

いますので、そういう取組をしている具体的な例があれば、本当は入れるべきなのではないのかなという気がいたします。

【委員】 よろしいですか。

【座長】 少し待ってください。今の関連でのご質問がありましたら、いかがでしょうか。どうぞ。次に、〇〇委員、お願いします。

【オブザーバー】 質問というわけではないのですが、私もオブザーバーとして、ワーキンググループに出させていただいて少し感じたのは、在宅のセッティングというのが、やはり、かかりつけ医のいるご自宅ということが、結構フューチャーされていて、どちらかという介護施設系というのは、先ほど〇〇委員もおっしゃいましたけれども、なかなか見られていないなどというようなことを思いました。

この1-3の8ページにあるデータなどを見ている、意思表示をしていたけれども、誰かに伝えられたかというので、家族と同じくらい介護施設等の職員から聞いているというようなケースもあるとなっていて、やはり今後、少し丁寧に議論をしていったほうがいいのかと思います。

その場にいる人間として、本来ならばもう少し早い段階で言ったほうがよかったのかなと思ったのですが、これを機会に少しご提言をさせていただきます。

【座長】 そうですね。本当に重要なポイントだと思います。それは、ワーキンググループで、もう一度しっかりディスカッションをお願いしたいと思います。

〇〇委員、どうぞ。

【委員】 これでなければ駄目だということを決める必要はないと思いますが、最大これくらい満たしていれば、いいのではないかということは、ある程度出してあげないと、恐らく現場は大変困ってしまうということで、このすべての表現を出さなければいけないということはまったくないけれども、例えば先ほど言ったような、「かかりつけ医の」というところを満たしていれば大丈夫だろうということを出してあげないと、結局、現場は何の助けにもならないということなので、限定はしないけれども、最低条件というのは出してあげたほうがいいと思います。

【座長】 〇〇委員、どうぞ。

【委員】 資料1の3ページの向かって右側のところで、201の施設が、とにかく心肺蘇生をしながら救急搬送すると答えられております。その左下、4ページの向かって左側、棒グラフの2つ目、法令上、心肺蘇生の中止などできないからだというふうに、178の消防本部が答えているのですが、これは法令上でも可能なんだよとしたら、「では、どうしたらいいの？」という問いが浮かぶはずで。そのときに、〇〇委員が言われたように、こういう方法がある、こういう方法があるということを提示してあげるのは、確かにプロダクティブだと思います。これは、今度の検討部会で検討するべきかと思います。

【座長】 ありがとうございます。また、ぜひよろしくお願ひしたいと思いますが、ワーキンググループで、この辺のところはディスカッションしておいていただきたいという、何かアイデア、あるいは問題点等々ありましたらと思いますが、いかがでしょうか。〇〇委員、どうぞ。

【委員】 高槻市には35万人の市民がおります。高槻市の取組ですけれども、老健施設に対して、救急車の正しい呼び方という案内を出させていただけまして、看取り、あるいは、そういった心肺蘇生を望まない患者さんがC P Aに陥った場合には、救急車を呼ばないでください。その施設のドクターに連絡してくださいというような形のお願ひをしておるところでございます。

それまでは、何でもかんでも救急車を呼んでおられまして、老健施設は二十数箇所あるのですけれども、まず、救急車の適正利用というお願ひにあがりまして、救急車が来たとしても死亡確認はできませんので、C P Rをして運びますよという説明をさせていただいたところ、半数の施設の方は、救急隊員が死亡確認をしてくれるのではないのですかという考え方をもっておられました。

そういう取組をしましたので、取りあえず、高槻の場合は一般市民の方がC P Aで呼ばれた場合には、必ずC P Rをして搬送しなさいと。しかしながら、施設の場合であれば、確認が取れてあって書面があれば、現場到着してからその書面を確認するなりして、運ぶ場合はC P Rをしますよというふうにお願ひをして、今、現状取り組んでおりますので、老健施設だけでもそういった形で案内を出していただけたらよいのではないかと考えます。

【座長】 ありがとうございます。特に老健施設というのは、そういうところの重要性があると、私も感じております。ワーキンググループで、よろしくお願ひしたいと思いますが、その他のところで、〇〇委員、どうぞ。

【委員】 現場の救急隊としては、先ほど〇〇委員がおっしゃられたように、中止をしても法的に問題ない、このような場合は、中止が許容される、そして、看取することを前提として、数時間後に医師が来る場合には、救急隊がもうその場から引き揚げて問題ないといったことを、大枠で決めていただければ、それでいいかなという意識を持っております。

逆に、どのような運用をするのかということは、各消防本部で実施してみて、事後検証を重ねていくことでプロトコルが出来上が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。これも大事なところで、現場に行った救急隊が「もうやめてもいいんですよ」、「もう帰ってもいいんですよ」と。とても大事なキーワードだと思います。ぜひ、そのようなところも、ワーキンググループでお願ひしたいと思います。

手が挙がっておりましたが、どうぞ。

【委員】 1点だけ。先ほど、〇〇委員が言ってくださったことの繰り返しになると思うのですが、今、高槻市消防署の方が言っていたように、従来は、救急の方はほとんどの場合、C P Rの対応をしながら病院に運ぶというのが、多くの人たちのためになるので、それで当然だ

と思うのですけれども、それをやめることが法律上できないと勘違いされているような部分があるので、「そうではありません」ということ、そしてある一定の条件の下に、そういうこともしないで病院に運ぶこともできますということを明確にするということが、重要なことだと思うのです。

だから、確か広島だったと思いますけれども、既にそういうことを先進的な取組をやられている幾つかの消防本部がありますので、そういうところに向けて、少なくともそういうことは「法律上の問題ありません、大丈夫ですよ」とお伝えすると。その上で、さらに先進的な取組があれば、先ほど〇〇委員が言ってくださったように、何か紹介するような形であったり、あと自己検証などの結果、うまくいった方法をフィードバックするようなことができれば、きっといい形になるのかなと思っています。

**【座長】** ありがとうございます。まだまだ議論は尽きないと思いますけれども、時間にも制限がありますので、この1に関しましてはこのくらいにさせていただき、あと、もし何かありましたら、どうぞ〇〇委員に直接連絡をいただいて、ここはやっているということを書いていただければありがたいと思います。

**【委員】** 座長、1つだけよろしいですか。

**【座長】** どうぞ。

**【委員】** 時間が超過している中で、すみません。資料1-2、9ページの2つ目の〇で、「ただし」以下の、心肺蘇生を中止することによって、緊急性が阻却されるので、緊急業務ではないという部分は、大都市と地方都市では少し事情が違うので、心肺蘇生を中止した時点で救急業務ではないという議論を、当然、部会でされていると思いますので、そこは地域特性に応じた書き方を、ぜひ、していただければなと思います。

**【座長】** 書き方の問題です。多少、修正が必要なのかもしれません。よろしくお願ひしたいと思います。

それでは、このくらいにさせていただきます、「2 救急活動時間延伸の要因分析」について、事務局から説明をお願いします。これは、事例の紹介をいただきながらということが大事ではないかと思います。よろしくお願いします。

## 2 救急活動時間延伸の要因分析

**【三島補佐】** それでは、資料2の1ページからご覧ください。

「救急活動時間延伸に係わる連絡会」を開催してございます。参加団体は、ご覧の8団体に参加いただいて、救急現場実態調査から得られた要因分析等について、意見交換をしてございます。

次のページをおめくりください。「救急現場実態調査から得られた要因分析」でございますが、こちらの救急現場実態調査は、平成28年、29年に実施したもので、活動時間が延伸している所と



短縮している所の消防本部間で、相互に職員を派遣しまして、救急車に同乗を行って救急活動時間の延伸要因と短縮要因の実態を調査したものでございます。他の救急隊の活動を体験することによって、指令システムや現場の救急活動の流れの違い。また、効率的な活動を図り、活動時間の短縮に取り組んでいる事例など把握してございます。そして、把握したあと、活動時間が延伸傾向になると思われる要因と、活動時間の短縮につながると思われる取組について、3つのフレーズに分類いたしましてまとめてございます。

次のページをおめくりください。相互乗り合い調査で把握したさまざまな活動時間の短縮につながると思われる取組について、項目をリスト化しまして、下のような案でございますけれども、救急活動時間の短縮につながると思われる取組項目を作成しまして、情報発信していきたいと考えております。

主な取組項目の内容でございますけれども、「入電～出動」のところでは通信指令室の取組でございますけれども、出動指令まで目標時間を設定して、早期出場指令をして、現場の到着までの時間を短縮させる取組。また、「出動～現場到着」のところでは、プレアライバルコール——こちらは出動した救急隊が出動途上に通報者や関係者に連絡を取って、傷病者の状態の把握や、傷病者の情報を事前に聞き取るものでございますけれども、こちらをすることによって、傷病者の状態に合わせた携行資機器材を選定して、接触までの時間を短縮していると。また、事前に現場で聴取する情報、かかりつけ医ですとか、現病とか既往などを聴取することで、現場滞在時間の短縮につながる取組。また、その他としましては、一時的に救急出動件数が増加して救急需要が見込まれる地域に、救急車の配置転換をすることによって、現場到着までの時間が短縮につながっている取組などの項目を提示させていただきます。

このリスト化した項目を参考事例として、情報発信することで、既に短縮について取り組んでいる項目以外のことを取り入れてもらうことで、さらなる活動時間の短縮につながればと考えてございます。

しかし、ただ活動時間を短縮するだけではなくて、しっかりとした観察や処置を行うことが重要でありますので、時間をかけるところは時間をかけた活動を行った上で、活動を効率化して、無駄を省いた活動を図ることによって、全体によい影響が出ているのだろうと考えてございます。

現在、このリスト項目については、連絡会に参加した委員の方に、項目について整理していただいているところでございます。

次のページをご覧ください。先進的な取組の把握ということでございますけれども、時間短縮に取り組んでいる消防本部の事例を簡単にご紹介させていただいてございます。

事例1の千葉市消防局の事例でございますけれども、救急隊長別の活動時間をフェーズごとにデータを算出しまして、その活動時間のデータを公表することによって、時間の見える化をして、各救急隊員に自分たちの活動時間を意識させて、活動時間の短縮に取り組んでいる事例でござい

ます。

続きまして、奈良市消防局の事例でございますけれども、こちらは出動件数の増加、消防隊員の減少、基幹病院の移転など、活動時間が延伸する要因が潜在しているということで、こちらの救急隊は活動時間の公表、活動の効率化を図って活動時間の短縮に取り組んでいるということです。こちらは、5年間のプロジェクトで行われたそうで、7分の時間短縮がみられたという事例でございます。

次のページをご覧ください。こちらは、さいたま市消防局の事例でございますけれども、先ほどの乗り合い調査で得られた項目について一部実施されて、また、医療機関へ訪問して活動時間短縮に向けた協力依頼をして、活動時間短縮に向けて取り組んでいる事例でございます。

次のページをご覧ください。最後、スケジュールでございますけれども、このあと、第2回の連絡会を開催して、第3回の検討会の開催に向けて資料等を作成していく予定でございます。

事務局からは、以上です。

**【座長】** それでは、延伸のところについて、委員の皆さんからご意見を頂きたいと思いますが、いかがでございましょうか。〇〇委員、どうぞ。

**【委員】** 確認と質問ですけれども、資料の2ページ目の右下の青い枠の中で、「活動時間の短縮につながると思われる取組」の3つ目の赤丸で「現場出発～病院収容」と書いてあるのですが、その下の4つ目の黒ポツに「処置、介助等を行うことなく引揚げ」、次の「バックボードなどの予備の資器材を」とあるのですが、これは病院収容までの時間の短縮という意味なのですか。引揚げまでの時間と意味合いに貢献するような感じがするのですがけれども、病院収容というのは……

**【三島補佐】** そうですね。こちらの項目については、あくまで乗り合い調査で得られた結果を載せていただいている、委員おっしゃるとおり、これは病着～引揚げまでの取組と思われます。

**【委員】** それでいいのですよね。処置、介助等を行うというのは、救急車の中で何も処置はしないし、患者さんの介助はしないでやろうというわけではないですね。

**【三島補佐】** はい、おっしゃるとおりです。ERで処置を手伝ったりすると。

**【委員】** ありがとうございます。

**【座長】** では、そのように直しておいていただきたいと思います。

どうぞ、どこからでも結構でございます。延伸の要因分析、特に事例報告で相当頑張っている所の紹介がありました。その辺も含めて、いかがでございましょうか。どうぞ。

**【委員】** これは、救急ベッド利用件数も含めてですけれども、確かに、時間を短くするという取組は、全体としてはとても重要だと思うのです。事務局の説明の中でもございましたが、必要なものには時間をかける必要があるというところで、先ほど1つ目にありましたけれども、傷病者に沿った形で心肺蘇生を行うとすれば、当然、時間が延びてしまうと。

先ほど千葉市の例で、一人一人、隊長ごとにデータを把握してという形になると、単純にいくとそういった取組はなるべく避けて、さっとやって、さっと運ぼうという形になりがち……ならないと思いますが、そうならないような形で、ただし書きをきちんと伝わるような形でやっていただけると、より安心かなと思います。

**【座長】** ありがとうございます。そのとおりだと思いますが、先ほどの事務局からの話のとおり、無駄を省くという、その辺のところの重要性を強調していただいたと思いますが、そういう流れで、よろしくまとめていただければと思います。

ほかにどうぞ。どこからでも結構でございます。〇〇委員、手が挙がりました、どうぞ。

**【委員】** これにつきましては、やはり救急救命士の特定行為も若干絡んできているのかなと思います。ルートを取るにあたって、あまり慣れていない救命士でしたら、少し時間をかけてしまったりですとか、そういったところはあるかと感じます。

高槻市としましては、各医療機関にお願いにあがりまして、コール何回までには出てくださいます。なかなか決定ができないときには、すぐ断ってくださいというお願いをしております。努力できるところは努力しているのですけれども、件数が増えている関係でどうしても時間自体は長くなっているという現状でございます。

**【座長】** その中で、千葉市の消防局から、時間の見える化を図っていきたいという、とても斬新なアイデアだと思います。ポイントとしては、見える化というのはとてもいいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

どうぞ、どこからでも結構でございます。よろしゅうございますか。どうぞ、〇〇委員。

**【委員】** 今、高槻市のお話で気が付いて、そうだよねと思ったのは、市町村団体に福岡市消防局があるのです。Face-to-Faceというか、救急隊の関係者と医療関係者とのコミュニケーションについて福岡に関してはかなり濃いと。

それに比べると、やはり大都会になればなるほど、その部分が希薄になって、どうしてもマニュアルどおりというか、淡泊な仕事ぶりというか。そういうことについての、人と人の付き合いもキーというような、実は結構効いてくるように思われます。「断ってくれや」という話も「よっしゃ」と言って、さささっと病院に搬入OKとなる。「今日は駄目だ、すぐ断れ」となるはずが、マニュアル通りに聞いていたら、いつまでも答えが返って来ない。

だから、そういう意味でも、パーソナルコミュニケーションの重要性というのは、やはりそこそこあるはずなのです。紙に書く必要はないのかもしれませんが、やはりコミュニケーションは飲みニケーションという話がありますので、こういうふうな議論をするときに、つまり人的な要素、紙になかなか書きにくいだけでも、実は結構効いてくるのではないかというのが、私の今までの長い、長い人生というと変ですけれども、救急隊との付き合いの中でそれなり思ってきたことです。

これは、〇〇座長もそういうようなことが分かって何も言わないのだと。今、聞きながらそう思ったので、それをどういうふうにして、報告書の中に入れていくのかという話は難しいかもしれないけれども、実質的にうちの会で議論しているよという、そういう観点で少し工夫していただくとありがたい。夜の飲み会の費用まで出せとは言いませんから。

【座長】 分かりました。とても、非常に大事なところだと思います。行間に出るようにやりたいと思いますので、その辺のところ、〇〇委員、何かありますか。

よろしゅうございますか。あちらのほうは、そういうことを得意とするところが多いわけで、ありがとうございます。

それでは、そのくらいでこの議論は終わらせていただきまして、次に「#7119（救急安心センター事業）の充実」につきまして、まず事務局からお話を願います。

### 3 #7119（救急安心センター事業）の充実

【守谷理事官】 資料3につきまして、説明させていただきます。

おめくりいただきまして、#7119でございますけれども、今、13団体で実施されておまして、既に多くの地域でやってはいるのですけれども、各事業団体の統計項目がそれぞれ異なっているということで、事業比較が難しいということがございます。そういったことから、今回、本年度につきましては、統計項目の整理と各事業の実施状況の整理ができるようなデータ整理を行いたいということで考えてございます。

3ページ目につきましては、「①実施団体の基本情報」ということで、どういった方が対応されていって、いつが受付時間になっていて、どういう形で対応しているのかというようなこと。これも各団体比較のために必要なと思っております。

次の4ページにございますのは、では、実際相談していただいた方がいつ何時、どういったご相談で来られていて、その結果、緊急性が高かったのか、そうではなかったのか。もしくは、さらにその先で、緊急性が高いと判断されたかとか、実際、病院に行った結果、お医者さんとして緊急性がやはり高かったねと言われたのかどうかの事後検証ですね。そういったことを検証できるような統計項目が取れないかということで、今、各実施団体のほうに図っているところです。

別紙の3-1、3-2が、それぞれの具体的な統計項目の案となっております。これらの案につきまして、現在、11月に各実施団体におきまして、実際にこの情報が取れるのかどうか。それから、取る場合に事務的な負担がものすごく増えると困るので、負担がどうだったのかとかいうことについても検証していただいております。またこの取りまとめをして、もう一回フィードバックをしながら、項目として取るべき項目を確定させていこうと考えてございます。

資料3に戻りまして、5ページ目に今後の予定として、連絡会での意見交換を行いますということをお述べさせていただきます。

6ページでございますけれども、先ほど申し上げたように、どのプロトコルを使ったら、どういう結果が出て、その結果、どれくらいの方がその転帰がどうなったかということのをうまく整理することができれば、プロトコルの精度の向上などにもつなげることができるのかなと思っております、今回、そういった形で作業を進めております。以上です。

**【座長】** ありがとうございます。「#7119（救急安心センター事業）の充実」。これは、13団体というところでお話がありましたけれども、人口で言ったら、書いてあったと思いますが、40%以上の日本の人口での比率が#7119の恩恵を被っているということは、非常に大きなテーマになってくるのではないかと思います。この充実につきまして、いかがでございましょうか。

どうぞ、〇〇委員。

**【委員】** 昨日もご一緒させていただいて、厚労省の庁舎内でもかかり方の懇談会で、初回から#7119と#8000と一緒にPRという話が出ていまして、私が、そうは言っても#7119は10県に満たないということを言って、それは違うよというお話を頂いて、40%と聞くとなかなかいいなと思うのですが、7ページの地図を見ると、やはり東京の人口とか埼玉、千葉、この辺りの人口にすごく左右されていて、ほかの地域の方が「国を挙げて#7119」と言われたときに、自分が使えないことをアピールされたら、どんな気持ちができるかなと思うと少しどうかなと。

40%というのは、すごくいい数字だと思うのですが、ちなみに私は東京に住んでいるので、#7119はとてもいいよと、本当に心から思っています。でも、ほかの地域の方がどうかなというのを思っています。昨日の意見で、県ごとにやるからうまく進まないという話が出ていて、県を越えられないですかみたいな質問をされた委員の方もいました。

#8000は、相談も病院案内も県を越えて業者に頼んだりしているので、割と全国で広まっていますと思うのですが、これが、医療機関案内はあれかもしれないのですが、例えば、東京に住んでいた人が#7119を使っていて便利だなと思っていて、長野県の実家に帰って#7119をかけたらつながらない。電話相談だけでもつながるみたいなことは、各消防本部がやっていることなので無理な話ということでしょうか。

**【守谷理事官】** 現在は、7ページの地図を見ていただくと、こういった状況でございます。今、おっしゃっていた民間のコールセンターなどを活用している事例も結構増えていまして、隣の\*を付けていますけれども、そういった形でやり方を工夫してやっている所も多くなっています。

やはり、私どもとしては全国いろいろな人が、いつでも誰でも#7119が使えるようにつくっていききたいということで、実施主体については、現在の状況では各都道府県、各市町村に実施していただきたいということで、そこに対する財政的な支援も含めて検討しているところであります。

今後さらに、いつでも誰でも#7119が使えるように、できるだけ早く進めていければと思います。

**【座長】** #7119というのは、〇〇委員の今の質問のとおり、1つはもちろん、病院の紹介とか

で、もう1つは疾患別の、こういう病態だったらどうということが考えられるか、あるいはどうなるかという医学的な相談の2つあると思うのです。だから、〇〇委員の今のお話の中で、全体を一つにまとめてもできる相談センターというのがあるのではないかというのが、質問の趣旨の1つだと思いますが、その辺についてはいかがでしょうか。

【守谷理事官】 今のところ、各自治体における取組も進んできているところでございますので、その状態を尊重しつつ、そういう自治体が増えていくような形での取組を進めていきたいと思っております。

【座長】 〇〇委員、いかがですか。

【委員】 それで進むなら、それでいいとは思いますが。ただ、予算とか前に見せていただいた時、#7119はとてもお金がかかっているんだなと思って、#7119びいきの私が、国のお金をこんなに大量に使え使えと言っているような気がして、それもどうかなと思うところもあるのです。それでうまく進むのだったら、そもそもの仕組みから変えなければいけないほうが、よっぽどお金がかかる話なのか、ちょっと私には分からないのですけれども、医療機関案内は置いておいたとしても、電話相談で#7119にかけたときに、隣の県をカバーするみたいな、そういう仕組みはできないのかなというのは、希望としてお伝えいたします。

【座長】 〇〇委員、どうぞ。

【委員】 東京以外からもありますよね。あれは、#7119を押しているのですか。それとも、03-3212-2323でしたか。どれでしたか。

【委員】 #7119でかかるのは、もちろん東京の近辺でかけた時にしか、東京にかかってきません。ただ、固定電話の番号も一緒にPRしてまして、実はニューヨークからかかってきて、こういうことなんだけどと言って、お答えをした事例もありました。

【委員】 あるということですね。では、論理的には長野県に東京都民が里帰りするときに、固定電話の番号を使ってもOKですよ。

【委員】 可能です。

【委員】 いえ、やれとは言いませんが。

【委員】 要するに、その仕組みについて自分の自治体のツールとしても使ってもらおうというようなことについて、きちんと自治体同士で話をすれば、私はやれないことはないと思うのです。そのところは、上手にいざなってあげるような話はあっていいのではないかという気がします。霞ヶ関はそんなことやらないんだという話はないと思いますが……。

【守谷理事官】 いろいろあることはあるのですけれども、やはり東京都でやっている事業にみんなが乗ってくると、それは東京都の事業の負担になってしまうので、やるならばしかるべき負担を東京都のほうに出してしていただく。そういうやり方もあるかもしれませんが、今は各地域ごとの取組によって、PRについて国でやるというのは、なかなかメリットもあります

けれども、地元に着したところで、地域の医師会とも連携しながらPRしていくというような形で進めていただくためにも、地域ごとに、今はやっていたらいるということかと思っております。

【座長】 ありがとうございます。どうぞ。

【委員】 ○○委員がおっしゃった気持ちは、私は地元で見ている、実は近くにある神戸市が立候補するときに立ち会ったことがあるのですけれども、たまたま神戸市でない方が来られてまして、早く周りの市町村もという話をされておりました。私はそのときに、部会長をやっていたので、この話のいきさつは分かっているのですけれども、やはり早く、くまなく国民がこれを受けられるようにするのが必要だと思おます。

【座長】 ○○委員、どうぞ。

【委員】 確かに、どうやって広めていくかといったところですが、振り返ってみると、私の勘違いかもかもしれませんが、当初の目的としては、救急搬送がとて多いので、それを少し減らそうといった目的で始まったのではないかと思おます。

中には、今、日本全体としては救急搬送件数が増えておますけれども、この都道府県で見ると、そう増えていないところがある中で、そういった中では、単純にやりましようよというのでは難い気がして、やはり救急搬送自体は増えてないけれども、それでもやはりやる必要はあるんだよといったような説明ができるような、アピールをしていく必要があるのではないかと思おます。

【委員】 少しいいですか。今の意見については、少し抵抗があります。そもそも、これだけ取り出して何なのだというわけではなくて、恐らくあとでも話に出てきますけれども、119番に通報が入った、あるいは現場に通報が入ったと。その中で、ほとんど緊急性が低いよねというときに、通信指令のところで長い時間を取られるだったら#7119へ。いわゆる、緊急性は低いけれども、セーフティネットというのは別に構えられている。私は、セーフティネットは何層にもある必要があると思うので、やはり、そういう意味においては大変重要なのではないかという気がおます。

【委員】 そのとおりなのです。だから、そういった点をアピールしていかないと、なかなか難い。当初の目的は、そういった話で始まってなかったかなと思うので、さはさりながら、今はこういう効果でいい点があるんだよということをおえば、そこはより広まっていくのではないかなと。

【座長】 ありがとうございます。これは、まだまだ難い話をしなければいけない問題も多く含んでおます。東京でも、救急車での搬送、あるいは要請というのは、今、年間70万件くらいです。ところが、救急相談のほうは、なんと40万件くらいあるらしいです。だから、半分以上になっているということは、このままでいくと、もっともっと増えてくるのではないかと。そのときに、どういうところが今後大事になってくるのかというところは、しっかり抑えておくべき

ではないかと思えます。

もう少し、議論をお願いしたいと思えますが、時間が迫ってきております。申し訳ありませんが、続いて「4 緊急度判定の実施」について、これはワーキンググループ長の〇〇委員からお願いしたいと思えます。

#### 4 緊急度判定の実施

【委員】 資料4をご覧ください。1ページめくっていただいて、(1)「緊急度判定の実施に関する検討の目的」で、地域の消防とか救急とか、あるいは限られた医療資源を有効に活用するという意味においては、緊急度判定というのは欠かせないという概念の下に、これを普及して、かつ実施していただくということになっております。

先ほど来、#7119で一番最初のファーストコールのところは既に必要だという段階で、電話対応する人たちが緊急度判定をベースにやっています。今度は、消防機関においては、119番通報時の通信指令員と、現場で活動する救急隊員が搬送と病院選定を含めて、より適切に緊急度判定が実施できるようにしたいという思いで、この部会が開催されております。

平成29年度から3年間のスケジュールというところで、本年度は特に、真ん中の赤のところを示されている「対応マニュアルの策定」と「教育体制の構築」というところに焦点を当てて進めませんかということでやっております。平成31年度には最終的に実証検証ができるよう形に持っていきたい。そういうことを含めて、今、その準備のことも含めてやっております。

2ページは、2回行われたワーキングの内容です。

めくっていただいて、3ページをご覧ください。実際には、右上のところに参照資料と書いていますけれども、既に緊急度判定に係るプロトコルにつきましては、電話相談、119番の通信指令、現場での救急隊員の活動ということで、プロトコルは既に何年か前に発信されておまして、バージョンアップもされているということは、皆さんご存じだと思います。ただ、現場のほうで通信指令、ないしは救急隊員がそれを具体的に使うのには、もう少しマニュアル化してほしいとか、あるいは、隊員にしっかりとした教育をするのには、どういうふうな教育書を使ったり、あるいは教育コンテンツをどうすればいいかというのが、まだまだ現場から上がっている、期待があるということなので、議論させていただきました。

それで、119番の通報時の場合は4ページに書いています。1ページめくっていただいて5ページのところには、現場での緊急度判定の具体的な方法はどうかというのを、議論してまとめてあります。

皆さん方のお手元のところに、ホチキス留めで資料4-1と4-2があろうかと思えますけれども、資料4-1は119番通報時、資料4-2が救急全般における緊急度判定マニュアルの、それぞれ手引といいますか、現段階では案でございます。いずれのマニュアルにおいても、最初は「緊



急度とは」といった定義とかを共通して書いておりますけれども、具体的にどういうところが論点になっているかということ、もう一度戻っていただいて、資料4の4ページで説明をさせていただきます。

実際に119番通報時の緊急度判定をすることで、緊急度の高いものについては、例えば、利用できるディスパッチの携帯をどうするかとかいうようなこととなります。そういったことを、マニュアルを使って、プロトコルに従ってやれば、その有用性をどういうふうに評価できるのかということが議論されました。2つ目の○のところ、その有用性の評価をしていくために、上に書いてある記録を取らないといけませんので、どういった項目の記録を取るかということで、上の青のセルにつるされているところの項目を書きとどめていけば評価できるのではないかと。

それで、どういう評価をするかということについて、赤字で書いています。例えば、ドクターヘリ、ドクターカーの要請基準に、119番通報時の緊急度判定の結果を反映させることで、例えば、医療介入までの時間が短縮できたかどうかということで評価していきませんかとか、PA連携を含めた場合の時間的短縮効果を評価できないだろうかということが議論されております。

また、緊急度判定の精度そのものをフィードバックしないといけませんので、119番で緊急度を評価した内容と、その結果、現場に出て緊急度を判断した結果。さらには、病院に運ばれた診療医が判断した結果等を比較して、このプロトコルなり、あるいは運用していたマニュアルの中身を精査していこうというふうになっております。

マニュアルの中に、そういった具体例、緊急度が高い場合はどういうふうにして、あるいは低い場合はどうするといった、実際のモデルの例を各消防機関から頂きまして、書いているというのが実態でございます。

例えば119番ですと、モデル的なものとしては、横浜消防局さんのディスパッチ出動隊の選別に活用していますよとか、あるいは逆に、緊急度が低い場合は、先ほど、ほかの委員が申しましたけれども、#7119に返していますよといったような活用をしています。また、熊本消防局の例では、大規模災害が起こったときには、これを十分活用して、本当に限られた医療資源になるので、緊急度の低い場合の一定の運用の仕方というのも6ページの下の囲みの中に書いてあります。

こういう形で、紹介していこうということになりました。

一方、資料4の5ページを見ていただいて、救急現場でのマニュアルについては、同じように評価するための項目を含めて、評価していく方法としては、緊急度の導入前と後で時間的な差が出たのかどうかとか、特に緊急度の高い傷病者において、メディカルコントロール協議会等で適切な対応がなされていたかどうかといった、個別の検証も必要でしょうということを示しております。また、緊急度の判定の精度については、隊員が判断した結果と医療機関での転帰と申しますか、あるいは初期診療後の転帰、こういった比較。あるいは、初期診療医の重症度評価結果と比較するということが、現在検討されております。

こういうことで、プロトコルを生かすために、こういう緊急度判定の対応マニュアルというものを仕上げていきたいということで、これは案であって、まだ議論を進めている段階ですけれども、中間報告ということでございます。以上です。

【座長】 ○○委員、ありがとうございました。それでは、「4 緊急度判定の実施」について、ご意見を委員の先生方からお受けしたいと思いますが、いかがでございましょうか。

毎年のことでございますが、緊急度判定というのは、フィールドのところでの判定、あるいはコールでの判定等々があります。もう1つは、マニュアル化の話が出てきましたが、指令員の教育というところも大きなテーマになってきたと思っています。

どうぞ、よろしゅうございますか。少し、委員の皆さんも疲れてきたのかもしれませんが。急に声が小さくなってきました。○○委員、どうぞ。

【委員】 私もこのワーキングに参加させていただきまして、資料4-1の4ページの横浜消防局の話を実際伺ったのですが、私たち一般の者からすると、119番に電話をするというのは、人生で自分でもまだ2回とかです。たくさんかける方もいるかもしれないのですが、そうはないというところで、自分の家族とか、倒れてしまった方の状態を上手に説明できるかという、なかなか難しいです。その中で、相談したいということで#7119に転送されて、#7119で相談したら、結構重症だよということで、119番に転送されてというシステムを横浜市でやっているという話を聞いて、この幅というか、すごくありがたいシステムだなと思って、むしろ私は聞いておりました。感想です。以上です。

【座長】 ありがとうございます。これは、東京消防庁でも同じようなことをやっておりますが。

【委員】 あえて、現場での緊急度判定を省いたところがあるのですが、119番で通信指令員が緊急度を判定するというのは、その結果、アウトカムとして、出動の形態を決めるのか、あるいはドクターカーを出す、ヘリを出すとか、いわゆる割かし目的が分かりやすいのです。もちろん、軽いねとなったら#7119のような、別のセーフティネットに回せばいいのです。

ところが、救急隊員が現場で緊急度を判定するという目標が、実は議論の中で、これだけでは救急隊員の活動の目標がはっきりしない。彼らにとっては、病院選定という大きなゴールがあるのです。その中に組み込むためには、従来からいわれている緊急度の判定、いわゆる生理学的な情報だけではなくて、病態、場合によっては診療科を推定させるような形での緊急度判定と病院選定が結び付かないといけないということで、これはワーキンググループのほうで議論が出ていました。

では、具体的にどう展開するかということで、僭越ではありますが、このマニュアルの中に、大阪府などでは、病院の選定の中で、緊急度と病態の、ある程度資料がとれますか、分かるような形で使っていますよと。そして、病院からのデータももらって、折を見て、データベ

ースの中でフィードバックをかけていますよというモデルを紹介させてもらっています。

まだ、決してこれが理想的なモデルとは言えませんが、やはり、救急隊が現場で判断を判定する目標は何なのかということが少し、それだけではなかなか隊員には伝わらないということがありますので、少し苦労しているというのが印象です。

**【座長】** まったくよく分かります。その辺も考慮しながら、もう少し、次の機会までに議論を深めていただければありがたいかと、心から思います。

委員の先生方、少しお待ちください。司会の不手際で、もう15分になってしまいました。あとで、時間がありましたらお願いしたいと思います。

それでは、このくらいにさせていただきます、「5 救急隊の感染防止対策」についてですが、〇〇委員からお願いしたいと思います。

## 5 救急隊の感染防止対策

**【委員】** いろいろ、それまでの高度なお話と違って、新しいビルの裏通りに行ったら、「まだ、こんなに」という所がありまして、初めてそれをまとまって、こういう検討をさせていただくことになっております。

資料5の1ページを見ていただきます。まず目標なのですが、今まではっきりした形のものなかったということで、まずはひな型をとにかく作ろうということで、感染暴露時の対応を作るということを目指しています。そして、もう1つはこれを実際に運用するという意味で、前回、〇〇委員、〇〇委員からアドバイス頂いたような、「どうやって管理体制を進めていくか」、「普及を進めていくか」という2点を考えていくということになっています。

3、4ページを見ていただきたいのですが、まずマニュアルの整備というのは、曲がりなりにも行われていると思っていたところが、実は半分以上の所が整備されていない。もう1つ問題になったのは、そのマニュアルは医療関係者の、アドバイスや監修を受けたものというものにはなっていない、何となく…というのが総合的に多いということが分かりました。

4ページを見ていただくと、さらに、ご指摘されていた研修そのものについては、定期的に行われているものは10%も満たないという状況で、この割には、多いのかもしれませんが、そのような中で、責任者を決めているというところが、23%もあると。

それから現実的な面で、最近、麻疹とか風疹の、いろいろ疾病対応とかは、皆様、よくご存じと思いますが、救急隊も実際に組織として抗体検査やワクチン接種を実施している施設は、実は非常に少ない状況を意味するようなのが出ていました。少なくとも、それぞれ、私が結構びっくりするような話ばかりで、そういう中で2ページに戻りますが、とにかくマニュアルを作るところから始めましょうということでやっています。

そういうような状況で、かなり現状としては問題がどうもありそうだと。かなりセンシティブ

な状況であるということ踏まえまして、少なくとも、今、病院内でのこれらの感染防止対策というのは進んでいて、まあ少し進みすぎというか、尖鋭化している部分もあるのですが、そういう一方で、プレホスピタルに関しては、「まだこんなことが」みたいなところを、まずはキャッチアップすることを目指します。その一方で、あまりにも非現実的なガイドラインやマニュアル出してもしょうがないので、現状を皆様から聞きながら、何とか現実的なものをまずは作るというところを目標にしております。

最初からいうのもお恥ずかしいのですが、多分、1回作っても完璧なものを作るというのは難しゅうございます。ただ、1回、とにかく形にして、それを皆様のご意見を伺いながら、引き続き検討を進めていくということになると思います。以上です。

【座長】 よろしゅうございますか。ありがとうございました。

〇〇委員にお聞きしたいのは、職員の感染防止に対する責任者を決めているのは23%しかいないというところで、あとの75~76%は、責任者がいないということは感染対策委員会なり感染の産業医がいないということでしょうか。

【委員】 ほぼそのとおりで、何か問題が起こったら、その感染が起きた者に関わる病院に知らせるとか、場合によってはMCの病院に聞きながら対応しているということです。なので、全く何もしていないという意味ではないみたいですが、責任をもって、責任者でこの人が窓口になって何か対応するとか、そういう組織的なものはつくられてない。

【座長】 この辺のところは、少し対応していかなければいけないのかもしれませんが。どうぞ。

【委員】 これは病院側の話ですけれども、恐らく、救急外来の感染防止対策についても、病院全体の中から見ると極めてリスクの高いところで、要するに予測されない患者、いわゆる隠れた、院内ないし病院のほうからの持ち込みというところにおいては、リスクの高い部署なのです。

今、恐らく日本救急学会だと思っておりますけれども、そういった疑問を、そこはしっかりとした対策をしようということで委員会を設けられてやっていて、その話の途上で、持ち込んでくるのは一般の患者さんもありますけれども、救急隊員も含めて救急外来に接点を持つわけですから、消防機関もしっかりとそこは対応していただかないといけないということになって、恐らく、一緒に検討されていることだと思うのです。

その中で違うのは、組織は、病院はICTがありますし、そういうマネージャーも基本的にはいるのですけれども、消防機関にはいない。だから、5ページに赤字で書かれている管理責任だとか、あるいはIC……いわゆる感染管理マネージャーに相当するような方をどうやって育成するのか。あるいは、病院と連携するのか、その辺は議論していただいて、この辺が本当はキーワードになると思うのです。

失礼な言い方だけど、消防機関の中で専門の担当者を置いてくださいというと、恐らく空回りして、「置いています」、「何やってんの」、「いや、医学的に担保されてない」ということになるの

で、そこはもう少し、突っ込んだ議論をしていただいたほうがいいのかというのが本音です。  
以上です。

【座長】 ありがとうございます。紺屋の白袴的なところで、そういうことがあるのかもしれませんが。もう少し、深掘りをお願いしたいなと思います。

事務局のほうから、よろしいですか。何か追加、ありますか。

それでは、時間がないからと、失礼なことになっていると思いますが、最後のところに進めていきたいと思います。「6 救急業務に関するフォローアップ」について、事務局からお話を願いたいと思います。

## 6 救急業務に関するフォローアップ

【三島補佐】 それでは、資料6でございます。「救急業務に関するフォローアップ」ということで、現在、当局で進めています進行中のフォローアップの中間報告になりますので、簡潔にお伝えさせていただきたいと思います。

(1)「背景・目的」のところに記載がございますけれども、救急業務に対する取組状況というのは地域によって差が出ているということで、消防庁は実態を把握して、都道府県とともに消防本部を個別訪問いたしまして、現状と課題の認識の共有を行って全国的なレベルアップを図って行こうというものでございます。内容については、1つとしてアンケート調査、もう1つは個別訪問を実施してございます。

2ページをご覧ください。アンケート調査の概要です。こちらは、②の下のほうに9つございまして、これは消防局で推進してきた取組についての現状把握をアンケート調査してございます。こちらは、第3回の検討会のほうで報告させていただきたいと思っております。

次のページは、個別訪問でございますけれども、こちらは都道府県が主体となって、都道府県が選定した消防本部を、都道府県の方と一緒に訪問してフォローアップしているということでございます。消防庁としては、そのとおり、フォローアップとしましては、必要な助言と成功事例を聞き取って全国で水平展開してまいりましょうということでございます。

次の4ページには、現在、フォローアップをした県の所の、主な取組事例を提示させていただいてございます。現在、8県で24消防本部に訪問させていただいております。事例としては、ご覧のような記載となっておりますので、後ほど確認していただければと思います。

以上、事務局からでございます。

【座長】 ありがとうございます。「6 救急業務に関するフォローアップ」につきましての説明でした。このフォローアップについてのご質疑等ありましたら、お願いしたいと思いますが、いかがでございましょうか。

今日、まだお話をされていない皆さんもおられるかと思いますが、〇〇委員、お話されました

か。

【委員】 大丈夫です。ありがとうございます。

【座長】 ほかに委員の先生方、よろしゅうございますか。〇〇委員も話をされてないようですが、何かご質問がありましたら、どうぞ。

【委員】 大丈夫です。ございません。

## (2) その他

【座長】 それでは、最後でございますが、全体を通しまして、副座長の〇〇委員からお話をいただきます。

【副座長】 時間があまりありませんので、各論を1つだけ簡単に。

DNARの現場に関わる問題で、地域MC、都道府県MCの多くが検討していないということでありました。一方で、現場でかかりつけ医にうまく連絡がつけばDNAR対応がスムーズに行くとのことですが、ない場合はどうするか。一部、在宅などと連携してやっておられるようすが。

ちょうど良い機会なので、従来あまりかかわりのなかった〇〇、地域MCあるいは都道府県MCとかかりつけ医が、協力して話し合い、DNARについての検討を行っていただけたらどうかと思いました。以上です。

【座長】 ありがとうございます。ご要望を頂いたということにさせていただきたいと思えます。

最後でございます。今年度の検討会の進め方、今後につきまして、事務局からご説明をいただきたいと思えます。

## 5. 閉 会

【三島補佐】 〇〇座長、ありがとうございました。皆様、活発なご意見、ご議論をいただき、ありがとうございました。

なお、お手元の資料は、封筒の中に入れておいていただければ、後ほど郵送させていただきます。また、今年度の検討会（第3回）については、平成31年2月頃を予定しております。よろしくお願いたします。

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

【菅原審議官】 失礼します。今回から参加させていただきました消防庁の菅原泰治でございます。

11月1日の異動後、今回初めて参加させていただいてお聞きしたところですが、大変重い問題をやっていただいているなと思いました。特に、心肺蘇生の話については、議論百出したようでございますし、これについては、我々も慎重に検討していかなければいけないと思っております。

先ほども、運用面でのかかりつけ医の定義とか、あるいはかかりつけ医が言った、言わないという問題が生じるのではないかなど、運用面の問題。あるいは、法的な問題など、さまざまな問題があるということを改めて実感させていただきました。そこら辺も含めて、検討部会の方々と、もう少し議論を深めさせていただきたいと思っておりますので、引き続き、ご指導のほど、よろしくお願ひしたいと思ひます。本日は、どうもありがとうございました。

**【座長】**      ありがとうございました。これで終わりたいと思ひますが、室長、何か、よろしいですか。

来年の2月に最後の委員会がありますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。ありがとうございました。

(了)