

**令和4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 令和4年12月1日（木） 14時00分から16時00分

2 場 所 WEB会議

**3 会議経過**

**1. 開 会**

【小味課長補佐】 皆様、本日はご多忙のところ、ご参加いただきありがとうございます。定刻となりましたので「令和4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。司会は、消防庁救急企画室 小味が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の会議につきましては、第1回と同様にWEB会議による開催とさせていただきます。なお、本検討会は、「救急業務のあり方に関する検討会開催要綱」第4条の規定により、原則公開となっておりますことから、メディアを含む一般傍聴につきましては、YouTubeによる傍聴とさせていただきます。

次に、資料の確認をさせていただきます。委員の皆様宛には、事前にメールまたは郵送にて送付させていただいておりますので、再度確認をお願いいたします。まず、議事次第、次に検討会開催要綱、委員名簿、出席者名簿、そして、第2回検討資料として「今年度の検討事項（中間報告）」と、資料1～4となっております。不足等はございませんでしょうか。

なお、資料説明時は画面でも共有させていただきますので、そちらのほうでもご確認ください。一般傍聴者の方につきましては、消防庁HPに検討会の資料を公開しておりますので、各自ご確認くださいようよろしくお願いいたします。

**2. 委 員 紹 介**

【小味課長補佐】 続きまして、委員の皆様のご出席状況でございます。本日、〇〇委員におかれましては、ご都合により欠席のご連絡を頂いております。また、オブザーバーの厚生労働省医政局の鷲見様の代理として、〇〇様が出席されております。皆様、本日はどうぞよろしくお願いいたします。

それではまず、会に先立ちまして、〇〇座長よりご挨拶いただきたいと思います。〇〇座長、よろしくお願いいたします。

**・座長挨拶**

【座長】 では、〇〇から冒頭の発言をさせていただきます。本日は、第2回の親会というこ

とになります。第1回は8月4日に開催されまして、そこでの検討事項として定めた各テーマについて、本日は中間報告を頂く予定であります。検討事項ごとに、各ワーキンググループでの議論の途中経過についてご説明を賜りまして、それぞれのテーマで質疑応答を進めます。そのような形で議論を進めていきたいと考えておりますので、本日もどうぞ忌憚のない活発なご意見をよろしくお願い申し上げます。

【小味課長補佐】 ありがとうございます。それでは、議事に進む前に、本検討会中のご発言につきまして、2点お願いを申し上げます。1点目は、ミュート機能についてです。ハウリングや雑音混入防止のため、ご発言時以外はマイクをミュートにさせていただくようお願いします。

2点目は、発言をご希望される場合の手順についてです。ご発言またはご質問等を希望される場合は、画面右下の「チャット機能」への入力、または、手のマークになっております「リアクション機能」のボタンの押しをさせていただくようお願いします。その上で座長よりご発言の呼びかけがあるまでお待ちください。ご発言の順番がまいりましたら、恐れ入りますが、冒頭に「お名前」を述べていただくようお願い申し上げます。その他、WEB会議について、何かお困りの際には「チャット機能」をご活用いただくか、事前にお知らせいたしました、本検討会の支援担当あてに、電話連絡いただきますようお願い申し上げます。

会議中のお願いについては以上となります。

それでは、以後の議事進行につきましては、座長にお願いしたいと存じます。

有賀座長、よろしくお願いいたします。

### 3. 議 事

#### 今年度の検討事項（中間報告）

【座長】 では、有賀から議長として議事を進めていきたいと思っております。資料に沿って項目ごとにご説明を賜りますが、その都度ご意見を賜る形で進めていきたいと思っております。

では最初に、「マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化に向けた検討」ということで、まずは事務局からご説明ください。お願いします。

【岩田課長補佐】 お手元の資料の、まず「今年度の検討事項（中間報告）」に沿って概要をご説明させていただきます。

今年度の救急業務のあり方に関する検討会では、救急業務の円滑な実施と質の向上をテーマといたしまして、2つのワーキングを設けてございます。1つ目が「マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化に向けた検討（WG）」、2つ目が「救急隊員等の行う観察・処置等に係る検討（WG）」となっております。その他・報告事項といたしましては、「救急業務に関するフォローアップの進捗状況」を、本日ご説明させていただきます。

スケジュールでございますが、これまで各ワーキンググループで、第2回まで検討を進めてき

ているところでございます。

## 1. マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化に向けた検討（資料1）

【岩田課長補佐】 続きまして、資料1「マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化に向けた検討」について、ご説明を差し上げます。資料1をご覧いただきたいと思います。

まず2ページでございますが、「①マイナンバーカードの交付状況」でございます。人口に対する交付枚数率は、10月末時点で51.1%となっている状況でございます。

また、「②マイナンバーカードと健康保険証との一体化について」は、岸田総理の記者会見から抜粋してございますが、「令和6年秋に保険証の廃止を目指す」ということで取り組んでいるところでございます。

4ページでございますが、そのような環境を整えるため、全国の医療機関・薬局において、③オンライン資格確認システムの導入が進められています。「3. 運用開始施設数」をご覧いただきますと、現在、35.7%で運用開始済みとなっております。

5ページは、オンライン資格確認システムにおける、確認できる医療情報の画面のイメージの抜粋でございますが、9月からは新たに診療情報も活用できるようになったところでございます。このような環境の下で、消防庁では実証実験を消防本部のご協力をいただいて、今、実施しているところでございます。

7ページをご覧いただきますと、全国から公募を行いまして、マイナンバーカードの普及状況や医療機関との連携体制等を踏まえまして、ご覧の6つの本部にご協力いただいて、現在、実証実験をまさに進めているところでございます。

実験に向けた準備といたしましては、消防本部ごとに協力医療機関との間で契約を取り交わし、救急救命士へのオンライン資格確認システム上での情報確認権限の付与を行っていただいております。活動のイメージとしては、まず救急隊員が傷病者に対してマイナンバーカードをお持ちかどうか、健康保険証の利用登録が済んでいるかどうかということを確認した上で、本人確認、本人同意の手続きを踏まえてオンライン資格確認システムにアクセスするということになってございます。

実際の活動フローチャートが、9ページでございます。まず現場到着時、一番初めに救急隊長による実施可否の判断を行っていただいております。※1でございますが、傷病者の状態等を考慮し、実証実験の実施が困難であると救急隊長が判断する場合には、システムへのアクセスをすることなく、通常どおりの方法で搬送先医療機関の選定を行っていただいております。

10ページは、実際の実証実験にあたっての機器の活用についてのご紹介です。マイナンバーカードを読み取っていただくカードリーダーには、それぞれ特性がございます。左側、救急現場に持ち出すものは、持ち運びが容易な汎用カードリーダーを用いることとし、右側、救急車内では

電源が必要となる顔認証付きカードリーダーを使っていただくという方針で実験を行っています。機器ごとの実施部隊数は、下の表のとおり全部で6本部、30隊で実験を行っていただいています。

11ページは、個人情報の取扱いにおける遵守事項について通知をしたものでございます。今回のシステムの中で極めて秘匿性の高い情報を扱っていただくこととなりますため、セキュリティの観点からも、第三者がシステム上の情報を目にするのがないよう、十分にご配慮いただきたいという通知でございます。

12ページは、操作説明会でございます。各本部の実験開始に先立ちまして、実際の機器を使用し、現地にて2日間にわたって説明会を行ったものです。その後、習熟期間を経て、準備の整った消防本部から順に実証実験を開始いただいております。

14ページは、実証実験の途中経過でございますが、11月25日時点の累計値のご報告でございます。マイナンバーカードの所持、さらに、健康保険証の利用登録がお済みであるという条件が整ったものについては、中ほどの赤い四角で囲ってございますが、対象者のうちの約9割の方が同意を頂いているという現状を踏まえますと、今後、マイナンバーカードの交付、さらに健康保険証の利用登録が進むことによって、さらなる活用が見込まれると考えてございます。

15、16ページは、本部からの主な奏功事例をご報告いただいたものです。概要をご説明差し上げたいと存じます。まず、事例①でございますが、店舗の入口で手足のしびれ、過換気を訴えた女性の件でございますけれども、息苦しさからかろうじて会話ができる状態、家族からかかりつけ医のみが判明したというところですが、オンラインシステムを閲覧することによって薬剤情報が判明し、その情報を基にかかりつけ医に相談したところ、処方している薬を服薬して様子を見るようにという指示を速やかに受けられた事例です。

事例②ですが、旅館の大浴場で滑って転倒し、右大腿部の痛みを訴えるものでございましたが、傷病者の意識は清明であったものの自力の歩行が不能という状態でした。旅行中であったためにお薬手帳は持っておられませんでした。システムを閲覧することで、処方されている薬剤情報や通院情報を確認できたという事例でございます。

事例③ですが、居室でのけいれんによる通報の事例でございます。救急隊の接触時、けいれんは治まっていて会話はできた状態ですけれども、けいれんの再発、意識の低下の可能性が予測される中で、システムから速やかに薬剤情報や受診医療機関の確認ができたという事例です。

事例④は、乳児の発熱、けいれんの事案ですが、現場到着時、母親に抱かれて、けいれんは消失していたものの体動が激しく、観察が一部困難であったという事例です。家族からは、市内の医療機関の受診歴は確認できたものの、オンラインシステムを閲覧することで、さらに市外の医療機関の受診歴が確認でき、正確な情報を伝達できたという事例でございます。

一方で、課題もございます。16ページの事例③の課題をご覧くださいますと、服用している薬の種類が多い傷病者の場合には、表示される情報が多くなりすぎてしまうといった課題も、併せ

て寄せられたところでございます。

「検証方法」についてご説明いたします。定量的、定性的と分けてございますが、18ページは「定量的データによる検証」ということで、1事案ごとに実験用のデータ収集システムというものに現場滞在時間等について入力いただきます。さらに、救急活動報告書という通常報告いただいているものと突合することで、カードを活用した場合の現場滞在時間や医療機関への照会時間等にどのような差が見られるかということ、少し細かく検証したいと考えてございます。

続いて、「定性的データによる検証」ですが、まず消防機関向けには、実験の前半終了時、後半終了時の2回予定しておりますが、傷病者の負担軽減について、あるいは同意の取得のあり方等についてご意見を伺う予定でございます。

医療機関向けには、実証実験の終了時、後半終了時に1回実施する予定ですが、どのような医療情報を救急隊から聴取することができれば、受入可否の判断に役に立つかどうかといったご意見を伺っていきたいと考えています。

さらに、シミュレーションによる検証も考えております。実際の救急活動を少し離れまして、「シナリオ(例)」にございますが、独居の高齢者の事案や意識不明の傷病者の対応事案といった、一定のシナリオを想定しましてシミュレーションを行い、カードを活用した場合と、しなかった場合を比較することで、現場滞在時間等に与える効果を検証したいと考えてございます。

23ページは、先日開催いたしました第2回のワーキンググループで、各委員から寄せられた主なご意見のご紹介でございます。1つ目は、救急要請をした方にとって、このシステムがあっても良かった、助かった、やはり救急隊にも情報を確認するシステムがあったほうが良いと思ってもらうことが重要ではないか。2つ目は、救急隊の目線ではございますが、作業工程を簡略化すること、画面の見やすさなどを改善する必要があるのではないか。3点目は、同意を取得することが困難な場合もあるため、少なくとも家族の同意があれば情報を確認できるよう検討を進めるべきではないか。そして最後、将来的には意識のない傷病者の情報を確認できるようになることが必要ではないかという、ご意見を頂いてございます。

24ページは、スケジュールでございます。本日の親会の後も、12月下旬まで実証実験を継続しまして、効果等の分析・検証を踏まえ、2月に予定しています第3回ワーキングにおいて、結果の共有、効果や課題について、さらには本格運用に向けた課題等も整理し、3月の親会に報告後、報告書に取りまとめてまいる所存でございます。以上でございます。

**【座長】** ありがとうございます。ただ今、最初の議題について事務局から説明を頂きました。では最初に、ワーキンググループで取りまとめをされています間藤委員から、補足などのご意見を、よろしくご発言ください。

**【間藤委員】** ありがとうございます。まず最初に、前回などにいろいろ言い訳しておりました、実際に検証を始めたら該当する症例がほとんどないのではないかという危惧が、正直、あつ

たのでありますが、その点については普及が比較的進んでいるところ、救急隊のご努力、それから、事務局の深謀遠慮などもありまして、私としては、思ったよりうまく進んでいるのではないかと自画自賛しております。そもそも分母が、もともとこれに該当しないというものを除きますと、今のお話のとおり、ざっと3,000弱で、参照したけれども医療情報がないというものも今の時点では立派な利用情報でございますので、それをまとめると3.6%くらいの症例においてうまく参照ができたというのは、こういう試験的な実証検証においては非常に優秀ではないかと思っております。その上で、多分お気付きのように、これはまだ法律やシステムの整備、それから、そもそも機器そのものがないなど、まだまだ未熟な状況での検証でございますので、今後、そういういろいろな諸般周辺状況と歩みを合わせて、検証も今後何段階かによって進めなければいけないと思っております。特に、最終的には普及率を高める、それから、スマホへのアプリケーションとしての実装などが目的になると思うのですが、それについてはまだまだ今後課題が多いと思います。

あと、実証していて、途中、韓国で大きな災害というか、将棋倒しの事件などがあったので、非常に思ったのですが、今回の場合は、どちらかという個別の症例での何か事故があった時に役に立つシステムだと私は認識していたのですが、一方で、大きな災害などがあった時に、スマホ、もしくはこのカードがあるだけで個人が特定できて、その傷病の内容が、ある程度もとの既往が分かるというのは、大きな災害の時にも非常に効力を発揮するシステムではないかなという気付きがありました。以上です。

【座長】 ありがとうございます。では、先生方からのご意見として、冒頭、最初に〇〇委員、どうぞご発言ください。

【〇〇委員】 ありがとうございます。マイナンバーカードをどの時点まで利用できれば、これは成功と言えるのかというのを質問させていただきたいと思います。

【座長】 これは事務局ですか、〇〇委員ですか。要するに、迅速な患者さんの搬送という話が究極のゴールの1つだと思いますけれども。

【〇〇委員】 それだけではないですね。

【座長】 〇〇委員、今の〇〇委員のご質問に簡単にお答えくださいますか。

【〇〇委員】 もとものの目的は、ご存知のように、迅速な搬送ということですが、実証そのものを進めていく上で、ほかにもいろいろ利用が非常にできるということが分かってきたというのも、1つの実証実験の効果ではないかと思えます。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員、よろしいですか。

【〇〇委員】 分かりました。ありがとうございます。

【座長】 では、その次は、〇〇委員がご発言を求めておられますので、お願いします。

【〇〇委員】 よろしく申し上げます。このマイナンバーカードを活用した救急業務の迅速

化・円滑化というところで、本当に実証実験の中でも9割の方が同意されていることで、課題がある中ではあると思うのですけれども、今後、迅速化や円滑化に加えて、救命の質も上がることが期待できるものだと感じております。

2点だけ発言させてください。1点目です。この同意というものに関して、今回、9割の方が同意しているということですが、今後も、現場での同意ということは救急隊の方側もなかなか大変なこともあったり、傷病者側の私たちもきちんと理解した上で同意ができるかなど、なかなか困難な場面もあるのではないかとということで、今後、この同意というものは常に現場での同意なのか、事前に同意しておくというシステムが今後検討されていくのかということが、1点、知りたいと思います。厚生労働省のほうでもオンライン資格申請後の情報共有などもあるかと思うのですけれども、一元化で同意というのではなく、その都度その都度同意が原則なのかということが知りたいです。救急現場の中なので、ぱっと見て分かることも必要ですし、間違いが決して起きないということも必要かと思うので、今後、現場の方々の声やアンケートを踏まえた上で、ぜひ検討していただきたいと思います。

2点目ですが、本当に今回のこの実証実験を終えて、非常に画期的なシステムの導入だと思いました。個人情報の問題などもあるかとは思いますが、今後、皆さんが同意をして、せっかくこの導入したものが今回のいい事例のようになっていくととてもいいと思うのです。私たち国民側が活用するときに、メリットなど、先ほどの意見にもあったと思うのですが、これがあったから良かったというものを伝えていただきたいと思います。こうした啓発の場所など、システムを運用していくにあたっての仕組みづくりや届けるシステムなども、ぜひ今後の検討に加えていただいて、たくさんの方が、これを行って良かったとなると大変素晴らしいことだと思います。2点、よろしくお願いします。

**【座長】** ありがとうございます。2つのうち後半のほうは、これからの事務局の中での議論になっているのではないかとと思うのですが、簡単に触れていただけますか。

**【滝室長】** ありがとうございます。救急企画室長の滝でございます。後半のほうですが、国民の側、利用者の側から見てのメリットというところについては、今後全国展開を考えていく上で大変重要なポイントだと私どもも思っております。

今回、奏功事例につきまして代表的なものを4つ挙げさせていただきましたけれども、総じて共通しておりますのは、現場で傷病者ご自身の方が、意識はあるけれども体調が悪いということで、なかなか救急隊員の方とお話ししづらいような状況にあたり、あるいはどうしても搬送される方、その家族の方も、言うなれば素人の方ですので、お医者さんであったり救急隊員からすると、必ずしも正確な情報を100%、短い時間で伝えるということが難しいということがあろうかと思っております。そこを、カードを使うことによって短い時間で、いわばプロの目から見て正確な情報を伝えるというところに、大きなメリットがあると思っております。

そういったことは、利用者の側から整理しますと、いざという時にカードさえ差し出して同意をしていただければ、煩わしいと言いましょうか、非常に苦しい状況の中でご自身が説明をせずとも、正確な情報をきちんと救急隊員や救急隊員を通じてお医者さんにお伝えをして、しっかりと運んでもらえるという安心感ということもあるだろうと思います。そうしたことを、今後、実証実験を重ねる中でメリットを幾つか整理してまいりたいと思いますけども、そうしたことについて分かりやすくまとめて、国民の方々にこれからご利用いただく時に納得感が得られるようにということで、工夫してまいりたいと思います。私からは以上でございます。

**【座長】** ありがとうございます。最初のほうの問題は、かなり奥の深い話になり得ますけれども、現場における同意という、その現時点におけるあり方と将来にわたってのことについてのご質問だったのですが、〇〇の〇〇教授におかれましては、恐らくその辺の患者さんの自律を保護するという観点からも、同意の問題は結構奥が深いと思うのですが、〇〇委員、当座、何かご意見はございますか。

**【〇〇委員】** ありがとうございます。大したことは申し上げられませんが、前から申し上げているように、個人情報を守られて命が守られないのは意味がない話なので、今回の実証実験でも9割の方が同意しているということは、ほとんどの方が同意されているのです。であれば、同意したくないという人を除けるようなシステムにするのが、社会全体としてはいいはずなので、基本的にはそういう方向では考えていくべきだと思いますし、そもそも救急の中では同意なく手術をするわけです。だから、命を助ける時には同意という話には必ずしもならないので、今回の場合は、マイナンバーカードを使う場合には同意がなければいけないという法律があるために、そういう話になっているので、そもそも論として言うと、同意が絶対に必要だという話には多分なりにくいだろうと思うのです。

だから、むしろこれは厚労省の方に頑張っていたかなければいけないと思いますけれども、まさに患者さんの命を守るために、個人情報だけが守られたけれども命がなくなったというのでは意味がないという基本に立ち戻って制度を作っていただけるようお願いしたいと、以上のように思っております。

**【座長】** ありがとうございます。私たちの生命倫理の4原則の中に、善行、公正・正義、無危害などと並んで「自律」というものがあって、これは患者の自律を保護する、尊重しろというものであり、多分にアメリカの息のかかった自律とよく言われます。そういう意味では、傷つきやすい、要するに支援してあげなければいけない、そういう尊厳ある患者の自律という観点での議論も、多分、生命倫理的には必要なのだろうと思います。

では、引き続いて、たくさん来ていますので順番に、〇〇委員、ご発言ください。

**【〇〇委員】** 既に出ている意見と若干重複しますがけれども、私からも繰り返させていただきます。まず1つは、医療機関では、もうこのオンライン資格認定に関しては、今、どんどんとす

ごいペースで進んでいるというのが実情だと思います。

今の同意についてのお話ですけれども、1つは、今回は実証実験で、研究のレベルでそれに参加していただくために同意が必要であることと、救急業務の中で行う場合にも同意が必要かどうかということは分けて考えて、業務で行う場合は、よりハードルが低いのだろうとっております。特に同意の取りにくい、意識障害や認知機能障害のある方に関してこそ、このシステムは価値があるので、ぜひその場で同意を取ることなく使える立て付けが必要ではないかと思っております。

そのためには、1つの提案としては、いざという時ではなく、事前同意ということで、例えばこのマイナンバーカードに、「こういう時に私の情報は提供しません」というチェックボックスがあって、そこにチェックのある方だけがオプトアウトされて、特にそこに自分でチェックをしていなければデータが使えるという本人意思を、落ち着いてものが考えられるときに表明していただくという立て付けを、ぜひ考えていただければと思っておりました。

**【座長】** ありがとうございます。〇〇委員、ご発言ください。

**【〇〇委員】** 私からはもう少し細かな点ですけれども、オンライン資格確認の内容がどうなのかと思っておりました。私個人が自分のマイナンバーカードを使って、ポータルサイトから入ってデータを見てみました。薬品については、自分が処方を受けている薬がずっと日ごとに見られるわけですけれども、診療につきましても、こういう検査を1回とか2回とか受けたということで、診療情報についてはまだまだ、もう少し提示の仕方、あるいは資格確認の中の項目立てを、救急の場面で使えるような形にしていく工夫があるのではないかと思っておりました。

その時に、1点、これは質問ですけれども、ポータルサイトから自分自身でこのシステムに入っていきますと、当然のことながらその他の情報、言い換えますと、年金や税金などの入り口も全部、このカードリーダーで読み込んだトップ画面に出るのです。この今現在行われている実証実験のカードリーダー等で入った場合は、いわゆる医薬品、医療情報だけ入っていけるようになっているのか、そうではなく、もうその個人さんのカード全体の中に記載されている全ての情報にアクセスできるのかというのが、極めて立て付けとしては不安だという気がいたしました。その辺、教えていただきたいと思っております。

**【座長】** それは事務局のほうがいいですか。〇〇委員ですか。では、事務局、お願いします。

**【岩田課長補佐】** ご質問ありがとうございます。先生のご質問の中でお答えをすれば、今回の実証実験で用いている機器は医療機関で置いているものと同じですけれども、閲覧できるものは前者ということになります。医療情報に関するものについて表示され、同意をするかどうかという尋ねの画面になるという中身でございます。

**【〇〇委員】** そうであれば分かりました。医療機関が使っているリーダーなので、その部分の情報しか開けない、見られないということですね。ありがとうございます。

【座長】 ありがとうございます。昔、この会で、確かミュンヘンかどこかのデータで、救急車を呼んだ人の年収が分かると、要するに所得の低い人は呼ぶ回数が多いというデータがありました。

それは置いておいて、次、〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 どうもありがとうございました。この資料の8、9ページに関わることで、今、同意の話もありましたが、これは実証実験ということでこのようなことになっているかとは思いますが、救急隊が取得したマイナンバーカードからの情報が、先ほど、処方のお薬がたくさんあって大変だったという話もありました。そういう取得した救急隊の情報は、この実証実験では、医療機関には連絡はしないという流れなのですね。実際にこれが実装されたときには、医療機関のほうに情報を伝えることは非常に重要だと思います。また、将来的には医療機関自身がこのオンライン資格確認システムにアクセスできることにはなると思うのですが、今回のこの実証実験では、救急隊が取得した情報は医療機関には伝えないということでしょうか。

【岩田課長補佐】 お答えさせていただきます。実際に救急救命士が閲覧する画面が、自動的に医療機関に共有されるということではございません。従いまして、先生のご懸念のとおり、医療機関で見られるようになるというわけではないのですが、救急救命士が見た情報を基に、あくまでお電話で搬送先医療機関に伝えるということは、通常の活動の範囲で行っていることですので、そのような対応になってございます。

【〇〇委員】 そうすると、実装されたときは違うと思いますけれども、この実証実験の中では、活動時間だけが長くなってしまおうという危惧はあるわけですね。分かりました。

【滝室長】 よろしいでしょうか。資料の15ページに奏功事例を書いてございますけれども、例えば事例②を見ていただきますと、効果のところ、このシステムで処方された薬剤情報を現場の隊員が確認できて、それを医療機関にお伝えしたということがございます。ですので、確か第1回目の時も議論があったと思うのですが、例えば血液をさらさらにする薬を処方されている方については、恐らく受け入れる病院側の体制にも関わると思いますので、そういった情報については今回の実証実験でもお伝えしております。

ただ、受け入れていただくお医者様側が、このシステムをどこまでご理解いただいて使われているかにもよるとは思いますけれども、今後普及してくることになれば、逆にお医者様のほうから、こういう薬使っているか見てくれないかというような指示を隊員のほうにして、搬送途中にでも確認をいただくことは、想定としてはあり得るのではないかと考えております。

【〇〇委員】 であれば、この8ページの上の図の矢印に関しては、全てではないにしても、実施救急隊から協力医療機関に情報は伝えるという矢印もあるということですね。分かりました。ありがとうございます。

【座長】 ありがとうございます。順番にいきます。〇〇委員、ご発言ください。

【〇〇委員】 最初の〇〇委員のお答えにもなるのですけれども、今回の実証実験の途中でつくづく感じたのは、救急隊への皆さんの非常なる信頼が絶大だというところで、この実証実験が思ったよりうまく進んでいるのは、そこに起因することが大きいのではないかと思います。

あと、皆さんの情報の話ですけれども、患者さんからよく不満として聞くのが、救急隊に聞かれ、また救急隊に二度くらい聞かれて、また行った先の病院で、最初に若い先生に聞かれ、さらにまた何度も既往歴とか飲んでいる薬を聞かれるということがあるのですが、これがもしうまくいくようになると、そのところが非常に減るのではないかと。そして、患者さん自身のストレスが減るのではないかとというも、1つの発見でありました。

【座長】 ありがとうございます。その件は私たちが医学部の学生の頃からあって、大学病院に入院中の患者さんが紙に自分の病歴などを書いて、次から次と来る医学生に「これを読め」ということがありました。それはそれとして、〇〇の〇〇委員、ご発言ください。

【〇〇委員】 ありがとうございます。資料の18ページの、これからの検証に関するお願いになります。消防機関として、やはり救急業務は迅速に医療機関に搬送するということが一番の本質でありまして、救急隊はいかに現場の滞在時間、活動時間を短くするかということで、日々活動しております。当然、行うことが多くなれば、それだけ滞在時間が長くなってまいります。今回の実証検証は、マイナンバーカードを活用することでどの部分が迅速化されるのかということについて、非常に注目しております。

今後、実証実験を取りまとめるにあたって、定量的、時間的な分析をしていただいて、どこの部分の迅速化が期待されるのか、あるいは、迅速化するためにはどういった課題があるのかといったところを、定量的にお示ししていただきますようお願いいたします。

【座長】 ありがとうございます。何かコメントございますか。

【滝室長】 ありがとうございます。まさに、おっしゃられるとおりでと思います。今のところの実証実験の途中経過の状況を見ても、このカードを使うほうがより早く運べるケースと、例えば、傷病者の方の意識がクリアで、かつ、お薬手帳を持っておられるケースであれば、むしろカード使わないほうが早いケースというのも当然あるかと思えます。ですので、場合分けによって、こういう場合にはカードリーダーを使う方が有効だということを確認にしていこうということが、恐らく全国展開に向けても重要なポイントになると思っておりますので、今ご指摘いただいたことも含めてよく考えてまいりたいと思えます。

【座長】 ありがとうございます。次は〇〇委員、よろしくご発言ください。

【〇〇委員】 ありがとうございます。一般診療における医療機関のマイナンバーカードの活用というのは、もう通常的に行われているのでしょうか。まず、それをお聞きしたいです。

【岩田課長補佐】 ご質問ありがとうございます。一般診療という目線でいきますと、資料の4ページでも触れてまいりましたけれども、現時点では、11月20日時点の数字ですが、「3. 運

用開始施設数」に掲げた病院、医科診療所、歯科診療所、薬局、それぞれのパーセンテージで既に運用が開始されている状況でございます。

【〇〇委員】 ありがとうございます。そうすると、救急時のマイナンバーカードの活用と一般診療におけるこの3との間には全く、横の連携というのか、医療機関側の一般診療におけるマイナンバーカードの活用の問題点と、救急時に起こってくる現場、あるいは医療機関での問題点をすり合わせる、あるいは情報を共有化する場というのはいらないのですね。

【滝室長】 ありがとうございます。見ることができる情報自体は、先ほどから見ていただいていますオンライン資格確認システムの情報と同じ情報です。病院からであっても救急隊からであっても同じです。では、その両者が一番違うところはどこかというところですが、来年の4月からは薬局、病院については、このカードリーダーを置くことは、ほぼ義務化されます。そうすると、これから外来で病院にかかるときには、保険証代わりにこのカードを持ってきて、カードリーダーをかざせばそれでOKだということになります。一方で救急の場合は、ご自宅で119番通報された場合、大体家にはカードを持っておられると思うのですが、外出をされた時に必ずしもカードを持っているとは限らないと。ですから、このカードを携行していただくという習慣が付くと外出した場合でもこれが使えますので、全く病院に使われるのと同じということになりますが、この携行をしているかどうかというところが、病院の場合と救急の場合で、条件としては、現状は異なっているということではないかと思えます。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員、ついでに今のご質問の延長線上で、オブザーバーで参加して下さっている〇〇専門官がおられますので、すり合わせといった観点から、何かご発言はございましょうか。

【〇〇専門官】 特に私から追加はございません。事務局のおっしゃるとおりかと思えます。

【座長】 今説明のあった、4ページの赤い丸の一番真ん中の「運用開始施設数」は、全体で35.7%と書いてありますが、これは病院が準備を完了しているというだけで、そこに通っている患者さんがみんなこれを持っているというわけでは必ずしもないという話ですので、相当程度にまだ先は長いのではないかと思うのですが、〇〇専門官、それでいいのですね。

【〇〇専門官】 ご認識のとおりかと思えます。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員、よろしゅうございますか。

【〇〇委員】 はい。ありがとうございました。

【座長】 それでは、〇〇委員、よろしくお願ひします。

【〇〇委員】 今、消防機関が情報をどう利用するかという話できていますけれども、将来的な話として、今度、救急車を使った履歴といったもの、あるいは救急車を使った時の状況といったものがマイナンバーカードに残って、それを今度、医療機関が情報を活用するといったことは想定されている、あるいは考えられるものなのでしょうか。

【座長】 これは、事務局ですね。

【滝室長】 ありがとうございます。現時点では、そこは想定しておりません。実際に救急活動をされた時の履歴は、活動記録ということで消防本部に残りまして、その情報が欲しいということであれば、情報開示請求をしていただくということです。ただ、その場合も部分的開示になる可能性が高いと思いますけれども、そういう取り扱いになっているかと思います。

マイナンバーカード自体に、何か情報がたまっていくということではありませんで、マイナンバーカードがいわば鍵になってオンラインシステムに入ることができるという性格のものであります。もし仮に、救急隊の活動記録みたいなものを同じようにやるとすると、全国的なシステムをまた作らなければいけないということになります。あとは、その情報がそのコストに見合うだけのベネフィットがあるかというところで検討していく必要があるだろうと思っておりますけれども、現時点では、すみません、そこはまだ想定しておりません。

【〇〇委員】 よく分かりました。ありがとうございました。

【座長】 どうもありがとうございます。時間のこともありますので、少し駆け足になってしまいましたが、次にいきたいと思っております。

## 2. 救急隊員等の行う観察・処置等に係る検討（資料2）

【座長】 2番目は、「救急隊員等の行う観察・処置等に係る検討」についてです。まずは、事務局、よろしくご説明ください。

【飯田専門官】 事務局でございます。資料2についてご説明を差し上げます。こちらについては、脳卒中の観察項目、応急処置等の範囲について、大きく2つ議題がございます。全4回のワーキングのうち2回終了しておりますが、各論の議論かなり細かくなっておりますので、検討方針と主な論点、ご意見についてご説明を差し上げます。

まず、脳卒中に関わる観察ですが、こちらは第1回の検討会の資料からの抜粋でございます。下段の緑枠の白塗りの箇所ですが、令和元年度に日本脳卒中学会様から消防庁へご提言を頂いております。従来どおりの病院前における評価法で、脳卒中が疑われる場合に加える7つの観察項目のうち4項目以上を満たす場合、大血管閉塞による脳卒中を念頭に置いて、機械的血栓回収療法を常時実施できる医療機関への直接搬送を考慮する。救急搬送時に救急隊がこうしたスクリーニングの判断を行うための観察指標でございました。令和3年度末には、さらなる研究によってブラッシュアップされたご提言を頂戴しております。

3ページ目は、令和元年度のご提言で示された7つの観察項目であります。4ページ目が、令和3年度末のご提言の内容であります。1つ目として、7項目のうち6項目の観察を推奨するというので、「構音障害」の1項目につきましては統計学的に不要として除かれたということでもございました。2番目は、6項目のうち陽性数に応じて血栓回収療法の適応となる主幹動脈閉塞

の感度などの分析結果を、数字でお示しいただいております。3番目は、こちらを地域における搬送指標として活用するというを提案するご提言でございました。

こちらのスライドで補足の説明をさせていただきます。機械的脳血栓回収療法の適応となる傷病者は、網羅的かつ的確に医療機関へ救急搬送することが当然理想的ではございますが、地域の実情に応じた検討が必要であるということで、例えば都市部のように医療資源や医療機関の受入れ体制が十分な地域では、感度を重視した搬送指標の活用が望ましいのではないかと。つまり、感度を上げると網羅的に該当者が増えてくるという一方で、治療適応となる確度は下がるという関係にございますので、地域に応じて、2項目に該当した時点で血栓回収医療機関への搬送を考慮するか、あるいは3項目に該当した時点で考慮するか、ご判断の上、選択いただきたいという趣旨と理解してございます。

5ページ目は、ワーキングで脳卒中学会様からご説明いただいた概要でございます。文字が多くなっておりますので、ご説明については割愛させていただきます。

6ページ目は、今年度の検討方針案でございます。オレンジ枠に細かく記載してございますが、8ページ目、9ページ目で、主なご意見、論点をご説明差し上げます。一番下にアンケート調査の実施を記載してございますが、次のページをおめくりいただきますと、今年度の全国消防本部に対するアンケート調査結果の速報でございます。ポイントを一部抜粋しておりますが、全国消防本部のうちプロトコル等を定めているのは7割強、そのうち令和元年の通知を踏まえているものは6割強といった結果でございました。自己検証は、「行っている」、「一部行っている」を合わせて7割程度。教育機関については、下にございますとおり、様々な場で行われているといったものでございました。

8ページ目は、救急現場への普及に関連する主なご意見・論点でございます。観察項目の1つである「半側空間無視」は、従来どおりの評価法には含まれておらず、「教材も含めて教育方法を検討すべき」とありますが、2つ目のところで、動画等の教材の充実ということをご提案いただいております。3つ目のところでは、救急業務に関する講習課程ですとか救急救命士国家試験など、救急現場への普及状況を踏まえながら中長期的な検討が必要ではないかと、さらに、4つ目のところでは、「救急対応に携わる医師・医療機関においても、搬送指標の認知度向上が必要ではないか」と頂きまして、下の矢印が2回のワーキングを終えた方針案でございます。

おめくりいただきまして、先ほど口頭で補足いたしましたのが、地域の医療資源に応じた搬送基準の策定についてでございます。6つの観察項目の陽性判定を2項目以上とするか、3項目以上とするか、地域ごとに選択いただくということで、地域の医療資源、医療機関の受入体制を考えて活用するというを推奨いただいておりますが、その際の基本的な考え方といたしまして、2ポツ目のところと、下の表のところに記載してございます。

つまり、「有効な搬送時間圏内に、血栓回収医療機関があり、傷病者を受入れて処置が可能で

あるか」、こちらについては、救急需要と医療機関の受入体制のバランスの判断になるというところは、原則どおりかと存じます。地域によって定量的に検討がなかなか難しいといった事情もあるかと存じますが、その際に参考にできる具体的な指標があるかということで、上段の3ポツ目のところに、3つの指標例を記載してございます。地域で活用する際の考え方及びその際に参考にできる指標について、できる限り検討した上で通知でもお示しできればと事務局としても考えておりますので、先生方からもご意見がございましたら、ぜひ頂戴できればと考えております。4ポツ目、5ポツ目については、記載のとおりでございます。

駆け足ですが、引き続き応急処置等の見直しに移らせていただきます。11ページ目は前回資料からの抜粋ですが、救急隊員等が消防法に基づいて行う応急処置等の基準でございます。

12ページ目も、前回資料からの抜粋となります。基準制定当初の自動式人工呼吸器は、自発呼吸がない傷病者に対する強制換気が標準でありましたが、現在の自動式人工呼吸器のうち搬送時に使用するタイプのもは、換気回数及び換気量が設定できるものと定めてございまして、機種によっては自発呼吸に同調する換気機能、いわゆる補助換気を備えているものもあり機能が多様化しております。

今年度の対応を検討方針案です。オレンジ枠に細かく記載しております。次ページ以降で具体的に説明をさせていただきます。

14ページ目は参考でございますが、救急現場で使用される自動式人工呼吸器について、主な機能を例示してございます。上の3つは強制換気で、その下が補助換気でございます。補助換気のうち上の2つ、AVとSIMVは陽圧をかけて機械換気を行うもの、いわゆるNPPV（非侵襲的陽圧換気）の範囲と考えられるものでございますが、デマンド機能につきましては、古くから現場に普及して、陽圧をかけることなく酸素供給が行われるものといった点で異なるため色分けして区別してございます。一番下は、手動で用いる機能になります。

15ページ目は、人工呼吸器の種類等を表に整理しております。上は換気方法、下は資格面での整理となります。上の表ですが、手動式人工呼吸器は隊員自らがバックバルブマスクを手で揉んで換気を行うものということで、強制換気、補助換気、いずれも有用として、これまでも行われてきたところでございます。自動式人工呼吸器のうち、強制換気については同様ですが、右上のところ、補助換気については、現在、解釈が不明瞭となっております。用手的調整が出来ないということで、隊員が機器の設定などの習熟が必要であって、適切に取り扱えるかということが論点でございます。下の表ですが、自動式人工呼吸器による補助換気は応急処置での実施が適当か、今回議論するところではありますが、救急救命士の資格を持たない救急隊員による処置は、消防法に基づく応急処置にあたる一方で、救急救命士の資格を持つ救急隊員の場合は、救急救命処士法に基づく救急救命処置を実施する場合がありますので、右側に分けて記載してございます。ただ、括弧で記載しておりますとおり、現状は救急救命処置としての実施は不可となっております。

ます。なお、救急救命士法は厚生労働省の所管でありますので、検討の枠組みが異なるといった意味で、点線で表現してございます。

16、17ページは主なご意見になります。少し細かくなっておりますので、先に18ページをおめくりください。今後の対応案を3つお示ししてございます。自発呼吸がある場合の補助換気は、機能面では非侵襲的陽圧換気(NPPV)と、陽圧をかけないデマンド機能を分けております。また、場面としては、在宅人工呼吸器の設定を継続して搬送する場合は、現状でも実施可能な基準となっておりますので、検討の際には留意が必要です。案1は、現状のままとして、応急処置の範囲について今回解釈を明確化しますが、範囲としては変更がないという案になります。案2は、応急処置の基準のみを見直す場合で、自動式人工呼吸器による補助換気のうち、特に陽圧をかけて機械換気を行う機能(NPPV)については、応急処置から除外して範囲を限定するなどといったことが想定されます。あるいは、こうした機能(NPPV)のうち、適応を絞って一部は認めるといった選択肢もございます。右側に記載のとおり、現場での判断が明確になる利点がある一方で、裁量が小さくなります。また、教育指導体制は処置範囲の基準に従って整備されてくるものと思われませんが、現在の実態としましては、自動式人工呼吸器による補助換気について未整備であるのご意見を頂いております。現場に十分配慮するといった観点からは、現行の教育範囲を基本とするのが妥当ではないかという考え方で、留意点を記載してございます。案3につきましては、案2に加えて、本検討会で補助換気の適応範囲などを検討し尽くすことが難しいものの、高度な処置と考える可能性のあるものについては、厚生労働省の救急救命処置の枠組みを活用させていただいて、そこでの検討を目指すことを提案するといった案でございます。ただ、当然、高度な処置と整理する場合、それに見合った教育指導体制ですとか枠組みの検討を進めていただく必要がございます。ワーキングでは、当面案2で対応しつつ、ゆくゆく案3を目指す方向でどうかといったご意見もございましたが、先生方にもご見解をぜひいただければ幸いです。

戻りまして、16ページでございます。主な点のみご説明を差し上げます。上段は処置の医学的な有用性に関する観点であります。1ポツ目、2ポツ目は現状の記載ですが、3ポツ目は補助換気のメリット、デメリットでございます。自動式人工呼吸器は、設定に基づいて自発呼吸に同調して、自動的に陽圧換気や酸素供給が行われ、緻密な呼吸管理を効率的に継続可能である一方で、救急現場では採血などといった検査ができませんので、呼吸の状態ですとか傷病者の状態の的確な判断には限界がございます。4ポツ目は、ワーキングで出たご意見ではありますが、合併症なども考慮すると、救急隊員が傷病者に応じた適切な換気回数・換気量を設定することは難しいのではないかとということで、以上を踏まえまして、実施する際のリスク等を整理した上で、検討を進めることとしてはどうかと記載してございます。下段は、これに加えまして法的にも慎重に検討を要する根拠としまして、応急処置の位置付けに関する観点でございます。参考資料として条文もお付けしておりますが、消防法第2条9項と応急処置等の基準第3条には、応急処置は生命

の危険がある場合、「緊急やむを得ないものとして行われる」と記載されてございます。手動式人工呼吸器による代替可能性やリスクなどを踏まえて、慎重に検討を進めることとしてはどうかとしてございます。

続きまして17ページ、上段は教育・指導の観点になります。1ポツ目は実情でございます。2ポツ目、強制換気も含めて教育内容の検討が必要ではないかのご意見も頂きましたが、矢印のところで、「応急処置としての範囲の整理はもちろんのこと、教育内容及び教育のあり方も広く整理が必要ではないか」としてございます。下段は、15ページの下のと表と、18ページの案3と対応しておりますが、既にご説明を差し上げましたとおり、「応急処置としての範囲の整理を進めながら、今後どのような検討の場で分析・議論を進めるのが妥当かについても、併せて検討を進めることとしてはどうか」としてございます。人工呼吸器については以上です。

引き続き、電動ストレッチャーに移らせていただきます。19ページ目は前回資料からの抜粋であります。電動ストレッチャーは「救急隊員の負担軽減や女性活躍推進の面からも有用」とご意見を頂戴しておりまして、一番下の「観点1」では、ストレッチャーを乗せる防振架台の防振性能について、令和5年度予算事業の要求をしてございます。「観点2」では、左右移動機能について、救急搬送現場における必要性や許容範囲等をワーキングで検討することとしております。20ページ目は少し具体的に記載しておりますが、右上は左右移動させる場面を例示してございます。アンケート調査結果も活用しながら、引き続きワーキングで議論を深めてまいりたいと考えております。

22ページ、23ページはお示しのとおりで、こちらのワーキングは全4回を予定してございます。事務局からの説明は以上でございます。

**【座長】** ありがとうございます。この件も、ワーキンググループを取りまとめてくださるWG長がおられますので、横田裕行委員、補足の説明等お願い申し上げます。

**【横田(裕)委員】** ありがとうございます。今、事務局からワーキンググループでの検討内容についてのお話がありましたけれども、少し補足の説明をさせていただきます。最初の、「心臓病・脳卒中に関する観察・処置等の向上」に関する件ですけれども、9ページをご覧になっていただきたいと思えます。

感度を重視した活用が有用な地域は、医療資源が相対的に豊富な地域を想定しています。ですから、この6項目の中で2項目該当すればLV0（主幹動脈閉塞）という判断で、専門の医療機関に搬送するという事です。一方、相対的に医療資源が豊富でない地域では、救急隊が主幹動脈の閉塞だと判断して医療機関に搬送したら、実はそうではなかったという件数を減らすために、項目を増やして3項目にしたらどうかということでもあります。すなわち、陽性適中率を上げるという内容であります。

ではもっと、5項目、6項目に全部したらいいかとなると、その場合は逆に感度が下がってき

てしまうので、ちょうど2項目、3項目が、この感度あるいは陽性適中率を考慮したときに、また、本邦の医療の資源を考えたときに妥当ではないかということです。

もう1つ、今度は自動式人工呼吸器のほうですけれども、自動式人工呼吸器の対応に関してはそもそも救急救命士が行う救命救急処置の33項目に記載がないという一方で、救急隊員の行う応急処置等の基準第6条には、この自動式人工呼吸器が記載されているというところで、混乱が起きているのです。特に、補助換気、すなわち自発呼吸があるけれども酸素化が不十分の場合にどういう身分で処置を行うかというところ、すなわち救急救命士であってもその場合には一般救急隊員の資格で自発呼吸がない場合には強制換気を、自発呼吸がある場合には、補助換気を行うことになるのです。

すなわち、下の表にありますように、自動式人工呼吸器を補助換気として使うときには、救命士であっても救急隊の応急処置としての位置付けで使用しているというところで混乱があるので、そこを整理できないかというところがございます。ワーキンググループ内での議論では、現状で行っているのでこのままでもいいのではないかという議論と、補助換気の際に使う自動式人工呼吸器というのは、医学の知識、医療の知識、あるいは人工呼吸器の知識を十分必要とするので、病院前での使用は限界がある、あるいは少なくとも一定の教育を得たあと、救急救命士の救命救急処置に位置付けたほうがいいのではないかという意見がありました。両方の議論がありまして、現時点ではワーキング内でまとめることがなかなかできず、その経緯は、先ほど事務局のほうからお話があったと思います。親会であるこの検討会の委員の皆様からもご意見を頂戴して、またワーキンググループのほうで再度議論をしたいと思っています。

それから、電動ストレッチャーの件に関しては、これは左右の移動が難しいというところが現状あるのですけれども、先ほどの説明のとおりでございます。私からは以上です。

**【座長】** ありがとうございます。では、事務局並びにWG長のご発言を受けて、委員の先生方、どうぞ積極的にご発言くださいますようお願いいたします。〇〇委員、お願いします。

**【〇〇委員】** 2点、お聞きしたいことがあります。私も人工呼吸器を散々使った立場なので気になるのですが、救急の現場で使う人工呼吸器というのは、必ずしも病院、救命センター内などで使うものとは違うと思うのですけれども、消防庁認定とか消防庁お勧めの人工呼吸器とか、要するに可搬性だけではなく、ロバストというか、丈夫なものでなくては駄目だったりすると思うのです。そういうところで、今、一般にある人工呼吸器の中で好きなもので使いこなすという、ますます敷居が高くなったりトラブルが増えたりする気がするのです。その辺で消防庁として、この機械の中で選んでくれとか、この機械をお勧めするみたいなこともある程度、現場に任せきりというのは少し良くないのではないかというのが1点。もし、そういう認定みたいなものを考えているなら、お聞かせ願いたいというのが1点です。

もう1つは、管理は今、多くの病院ではMEというかCEというか、クリニカルエンジニアが管理

していると思います。きちんと動いているかというのは、専門の測定器で見たりして、そういう校正がずれていたり、もしくは酸素の濃度がうまく測れていなくてトラブルが起こるということもあるのです。その責任を現場の消防の隊員に持たせるというのは、少し難しいのではないかとということで、導入するならするで、そのメンテナンス体制みたいなことまで考えないといけないのではないかと、その2点です。

あと、もう1点だけ。全然関係ないのですけれども、最近、中で音を打ち消してうるさくない救急車みたいな、要するに救急車の改善という意味で、そういう話を聞いたことがあるのですけれども、もし何か情報があったら教えてください。

**【飯田専門官】** 事務局からお答えいたします。まず1点目の、救急現場で使う可搬型の医療機器の消防庁による認定に関してでございますが、現状、医療機関で用いるような医療機器と同様に、PMDA（（独）医薬品医療機器総合機構）の承認を得た医療機器を消防機関が購入して、活用するといった枠組みであると承知しております。おっしゃるとおり、救急現場の環境は非常に厳しいものとなっておりますので、認定の必要性というご趣旨も一定理解できるのですが、この点のご意見受け止めとさせていただければ幸いです。

2つ目の保守管理につきましても、医療機器を消防機関が購入しているという関係で、薬機法の規制の下にございます。ですので、メーカーの定期点検はもちろんのこと、消防機関が定期点検もされているものと承知しております。ワーキングでは、17ページの教育・指導のところに記載してございますが、機器の保守管理につきましてもご意見を頂いております。おっしゃるとおり、適切に取り扱うためにはそうした整備のプロトコルなどの必要性も、ワーキングのほうで検討できればと考えてございます。

3点目につきましては、申し訳ございません、もう一度お願いします。

**【座長】** ○○委員、3つ目は救急車がうるさいという話ですか。

**【○○委員】** すみません。救急車のいろいろな環境改善という中で、これは伝聞なのですが、要するにノイズキャンセリングヘッドホンのように、救急車のサイレンの音をひっくり返す音を出して、救急車の中がとても静かな救急車があるという話を聞いたのです。私自身は見ることがなかったので、救急車と労働環境の改善の一環としてそういうものもあるのではないかと、思ってお聞きしました。

**【座長】** 直接関係ないけれども、ICUのうるささを考えれば、静かな中で使ったほうがいいのは全くそのとおりです。今の、音を上手に消すような救急車は、日本国で走っているのですか。

**【滝室長】** すみません、今のところ、私どものほうでは承知しておりません。今回の話と全然違いますけれども、例えば隊員の方が声で話した内容を自動的に機械で読み取って、電子化して病院に送るとか、活動記録に残すとといったようなことを数年前に実証してみたこともあるのですけれども、まさにこの点、車内がかなりの音量が出てしまうというところで、音声をコンピュ

ーターが読み取る時にいろいろなノイズが出てしまって上手に読み取れないという課題があったことは承知しております。今のお話の件は、私どもとしてももう少し調査してみたいと思います。

【有賀座長】 ありがとうございます。〇〇委員、ご発言をお願いします。

【〇〇委員】 〇〇委員、質問ありがとうございました。今、滝室長がお話しされたとおりですけれども、どのような機種を使っているかというのは、この資料の14ページに、各消防本部が使用している自動式人工呼吸器の記載があります。このような用途あるいは機能を持っている人工呼吸器が使われているということです。

先生からご指摘のあったメンテナンスの問題、あるいはこれらの人工呼吸器は様々な設定ができるわけですけれども、病院のほうでも血液ガスを頻回に取ったり、バイタルサインをチェックしたり、胸部レントゲンを確認したりして設定を変えていく中で、病院前で果たしてそれが可能なのかという議論がたくさんありました。そういう中で、今、応急処置の中に位置づけられている自動式人工呼吸器の装着を、将来的にどういう位置づけにしていくかという議論を実はしているところです。安全管理もそうですけれども、様々な問題があるので、引き続き議論したいと思います。また、この検討会の委員の皆様のご意見も賜りたいと思っています。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員、私から、こういう議論があるのかお聞きしたいのですが、あつという間に病院に到着するという患者さんについては、基本的にはどのような方法であれ、手でもみながらでもいいから行くという話になるのですが、例えば病院まで1時間かかる、場合によっては2時間近くかかるというときに、人工呼吸器の使い勝手というのは、恐らく病院における治療の、前段階の治療のようなニュアンスもなきしもあらずと思うのです。搬送時間と人工呼吸器の使い勝手という形での議論というのは、論理的にはあってもいいと思うのですが、先生のワーキンググループではいかがだったでしょうか。

【〇〇委員】 実は、同じような議論がありました。16ページに、「緊急やむを得ないものとして行う妥当性の観点」というところがあると思います。今、お話したように、いわゆる救急隊員の行う応急処置等というところに位置づけられるという意見と、もう1つ、バックバルブマスクを使用すれば対応可能と考えられるので緊急やむを得ないものとして行う妥当性があるのかという意見です。先ほどの「応急処置等の基準」の第3条をどのように解釈するかということにもかかってくるのではないかと思います。もちろん、この応急処置等の基準には、医師の管理下にある場合において医師の指示のある時にはできるという条文もあります。この辺も大きく関わってくるので、現状ではこのような形で使われているということです。また、お話したように救命救急処置の33項目の中には入っていないので、その位置づけに混乱があるというところでございます。

【座長】 ありがとうございます。ですから、今言った、普通に考える応急処置、搬送という話と、プラスアルファですごく遠くへ運ぶということがもしあれば、場合によっては気の利いた

人工呼吸器の使い方というのは患者にとっていいことだと思ったので、少しお聞きました。

あと、〇〇委員、ご発言ください。お願いします。

【〇〇委員】 ありがとうございます。完全に素人の質問で申し訳ないのですが、2点ほどお伺いできればと思います。まず、この様々ある人工呼吸器などを導入するときに、各消防本部などでは地域のメディカルコントロール委員会というのですか、そういう所で、今のような、ワーキンググループで議論されている問題点みたいなものは、クリアされた上で導入されているのが一般的なのかどうかというのが、1つ目の質問です。

2つ目の質問は、あまり大仰にいろいろなことを言う必要はないと思うのですが、特に補助換気をする場合について、本来はやはり医学的に応急処置としてOKだと、行っていいという合意があって、その下でみんなやりましょうという話になるような感じがするのですが、そこが今はやっている所とやっていない所があって、この議論のあとにその方針を決めるというのは、やや順番が違うのではないかと少し思いました。ここで一挙に、駄目だとかいうことを申し上げるつもりはないのですが、少し疑問に思ったので質問させていただきました。

【座長】 これは事務局がいいですね。では、お願いします。

【飯田専門官】 まず1点目、自動式人工呼吸器を導入する際に地域のMCでこの観点もクリアされているかですが、自動式人工呼吸器は機能が多様化して、補助換気が付加されてきたといった経緯もございまして、この機種を導入されている本部であっても、やはり実態としてなかなか補助換気の教育体制は未整備であるというところもございまして、補助換気は使っていない本部が多くございます。

2点目の、順番の件でございますが、新たに機能ができてきたといった経緯から教育体制が未整備でありますので、ご指摘のとおりなのですが、教育がなかなか行われていない実態を現時点でどう考えて、解釈を明確にするかという点も含め、改めて議論が必要ではないかというところで、今回の議題にさせていただいているところでございます。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員、当座よろしゅうございますか。

【〇〇委員】 はい、結構です。ありがとうございます。

【座長】 あと、〇〇委員からもご質問があるようですので、よろしくをお願いします。

【〇〇委員】 質問というよりも意見になってしまうと思います。私自身が厚生労働省側で救急救命士の処置範囲拡大に関わる検討委員会の委員長等を務めてきて、そちら側から見たときの応急処置という形になると思います。

15ページの表がよく整理されています。この下半分のところで、まず強制換気と補助換気、救急救命士以外と救急救命士に分けて、2×2のマトリックスでご説明をいただいています。当初、救急救命士制度ができる前から、強制換気に自動式人工呼吸器を用いるというのは応急処置の中に入っていたので、この「救急救命士を除く者」が強制換気を自動式で行うというのが、当初の

自動式人工呼吸器の応急処置の位置づけであって、これは今までも認められてきたし、今後も応急処置として認めるべきであろうと考えます。

その同じ行為を救急救命士が行うときに、例えば胸骨圧迫を救急隊員が行うときは応急処置として行うけれども、全く同じ行為を救急救命士が行うときは、立て付けとしては救急救命処置として胸骨圧迫を行うというふうに、同じ行為を行っても資格によって行う処置としての立て付けが違ってきたのが、この自動式人工呼吸器については救急救命処置に入っていなかったもので、ここだけ救急救命士が行っても応急処置として行うという、少し変な立て付けになっているので、ここは今までどおり行っても救急救命処置として行うとすべきかどうかということを議論することが必要であると考えます。

当初の想定になかった、補助換気として使うという部分に関しては、1つは、その設定等が医学的にある程度高度であるということ。それから、バックバルブマスクによって手動式で補助換気を行うことによって、ある一定時間は同等に近いことができるので、緊急時の代替性ということから、応急処置として胸骨圧迫や除細動をするということに比べると若干時間的な猶予もあるということを見ると、ここに関しては、やはり救急救命士に十分な教育を行って、救急救命処置の立て付けの中で補助換気は行うべきではないかということが議論されています。

そうすると、この救急救命士以外が補助換気として自動式人工呼吸器を使うということに関しては、今までは自動式人工呼吸器の機能が増えてしまったので現場で使っていることもあったけれども、その立て付けが整理されたら、救急救命士以外はその機能は使わないという方向で議論するのがいいのではないかというのが、厚労省の救急救命処置の処置範囲拡大の側から見た、こちらの景色になります。意見です。

【座長】 ありがとうございます。WG長におかれましては、いろいろな議論が出ましたので、引き続きよろしく全体をけん引くださいますよう、お願い申し上げます。

【横田(裕)委員】 よろしく申し上げます。

### 3. 救急業務に関するフォローアップ (資料3)

【座長】 では、司会の不手際の極みになりつつありますので、3番目、「救急業務に関するフォローアップ」ということで、まずは事務局に説明を賜りたいと思います。お願いします。

【小味課長補佐】 それでは、「その他」の報告事項としまして、「救急業務に関するフォローアップ」について説明をさせていただきます。この取組は平成29年度から行っているもので、全国47都道府県からそれぞれ3つ前後の消防本部を選定の上、訪問させていただいて、それぞれの課題や先進事例等の調査を行っているものになります。現在は2巡目となっております、今年度は4年かけて全国を回る計画の3年目の年となっております。

資料の1ページは、フォローアップ実施の流れでございます。詳細な流れにつきましては第

1回の検討会でも説明させていただきましたが、事前に都道府県及び消防本部を対象に調査を行いまして、課題がある、または先進的な取組をしている消防本部を訪問先として選定させていただいております。その上で実際に訪問して、さらに課題や取組について掘り下げて状況をお聞きするといったことを行っております。

2ページは、実際にフォローアップの際に行っている主な調査項目となっております。感染症に関する保健所等との協定等の締結状況や、ICTの導入・活用状況。また、搬送困難事例への対応など幅広い項目について、事前にアンケートを行った上で、訪問して現状等についてお聞きするといった取組を行っております。

3ページは、11月30日時点での実施状況となっております。今年度は、赤囲みをしておりますが、16都道府県を訪問予定にしております。11月末時点で5都県15消防本部を訪問済みとなっております。今後、1月末くらいまでをめどに、残る11道県を訪問して、結果については第3回の検討会で報告させていただく予定としております。

その他報告事項については、以上となります。

【座長】 ありがとうございます。「救急業務に関するフォローアップ」ということでご説明を頂きましたが、委員の先生方、本件についてご意見がありましたら、よろしくご発言くださいますようお願いいたします。

(意見なし)

【座長】 では、特にないようですので、先へ進みたいと思います。

## その他（消防庁からの情報提供）（資料4）

【座長】 次は「消防庁からの情報提供」になります。議題としては、「その他」になると思いますが、本件もどうぞよろしく説明ください。

【小味課長補佐】 それでは、資料4、消防庁からの情報提供につきまして資料に沿って説明させていただきます。

### ・救急搬送困難事案発生件数の推移

【小味課長補佐】 まず1つ目は、「救急搬送困難事案発生件数の推移」についてでございます。前回の検討会でも情報提供させていただいたところですが、消防庁では令和2年4月以降、全国の主な消防本部に対して新型コロナウイルス感染症に伴う救急搬送困難事案に係る状況調査を行っております。具体的には、東京消防庁や政令市の消防本部、さらに各都道府県の代表消防本部の合計52本部にご協力いただきまして、搬送先が決定するまでに4回以上医療機関に照会した事例や、救急隊の現場滞在時間が30分以上となった事例について、原則1週間ごとのデータを報告してもらうこととしております。

実際の発生件数の推移ですが、この夏のいわゆる第7波以降の事案件数の推移につきましては、6月の第4週から増加傾向となっておりまして、8月の第2週の6,747件まで3週連続で過去最多件数を更新しております。その後は減少傾向となっていました。11月以降再び増加し、直近の11月第4週では4,263件で4週連続の増加となっており、コロナ前の同時期と比較しましても約4.5倍という高い水準となっております。

こうした状況や、昨今の新型コロナ感染者数の増加の状況を踏まえまして、消防庁では厚生労働省と連携して、先日、各都道府県に対して、救急医療のひっ迫回避に向けた関係者との連携など、必要な対応に努めていただくよう要請したところであります。また、この冬におきましては季節性インフルエンザとの同時流行も懸念されているところですので、同時流行下においても限りある医療資源を適切に提供できるよう、都道府県及び消防機関に対し、住民に救急車の適時・適切な利用を促す取組を推進するよう要請しているところです。

#### ・救急搬送のひっ迫回避（救急車の適時・適切な利用）に向けた取組み①

【小味課長補佐】 次に、救急車の適時・適切な利用に向けた取組について説明をさせていただきます。

まず、救急安心センター事業（#7119）につきましては、急な病気やけがをして救急車を呼ぶべきか否か迷った際の電話相談窓口となっておりまして、現在、全国19地域で実施しております。右の点線で囲んだ枠内が、実際に救急安心センターを運営している東京都と大阪府の実績となっております。東京都の令和3年度では、救急相談24万件のうち救急車の要請に至らなかったもの、表の黄色囲みのところになりますが、20万件となっております。救急車は呼ばずに相談者の方に安心いただけるといったことで、救急安心センター事業の取組が、新型コロナウイルス、季節性インフルエンザの同時流行に備えての有効な取組と考えているところでございます。

#### ・救急搬送のひっ迫回避（救急車の適時・適切な利用）に向けた取組み②

【小味課長補佐】 次に、3ページですが、消防庁では従来から救急車利用マニュアルを作成しているところですが、本年10月に、専門家のご意見を伺った上で新型コロナに関連する記載を追加して、119番通報に迷った場合には救急相談窓口（#7119）に相談することを明記した上で、再周知を図っているところであります。消防庁としましては、こうした取組を行いながら厚生労働省とも連携して、各地域における救急搬送ができる限り適切に行われるよう取り組んでまいりたいと考えております。消防庁からの情報提供につきましては以上となります。

【座長】 ありがとうございます。情報提供、資料4をご説明いただきました。なかなか興味深いところが少なくないと思うのですが、委員の方々、何かご意見やご質問ございますか。

2ページのところで、東京都の相談24万件のうち、救急要請とならなかった20万件のお話をさ

れました。これは、同じように大阪府全体でいくと、東京の24万件分の20万件というのは、大阪においては13万件分の12万件と、これは割合としたら大体同じくらいですか。

【〇〇委員】 そうですね。若干開きはあるかもしれませんが、概ね同じ傾向だと思えます。

【座長】 ぱっと目には、なんとなく大阪のほうがたくさん要請しなかったように見えるのですが、必ずしもそういうわけではないのですね。

【〇〇委員】 はい。

【座長】 ほかに何かございますでしょうか。

救急搬送のひっ迫については、コロナのあおりで脳卒中や心臓病が割を食っているという話はもう前からありますので、本件は救急医療全体の大きな問題だと思います。だからといって、この報告に絡めて、ああでもない、こうでもないという話を無理にする必要もないと思いますので、それでいいと思います。

#### ・全体の質疑応答

【座長】 ということで、概ね議事3、検討事項、資料4までを駆け足でしたが、マイナンバーカードについても、先ほどの救急隊員の行うレスピレーターを含めた観察・処置等についての議論が、まだ生煮えの先生方がおられるのではないかと思うのですが、少し時間があります。そのための質疑応答の時間の余裕をつくっていただいておりますので、何かご質問などありましたら、どうぞご発言ください。WEBなので目と目が合うということがなかなかないので。〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 マイナンバーのところ、先ほど、一般診療と救急の診療時の話をさせていただいたのですが、救急時のマイナンバーカードの活用というのは、要するに一般診療の場合は病院へ行く時にマイナンバーカードを持っていくということが、常時、外出する時は必ずマイナンバーカードを持って行ってくださいというのが、緊急時のマイナンバーカードの利用の一番の大前提ですよ。

【座長】 そう思います。私もポケットに入っています。

【〇〇委員】 その辺の、例えば#7119にしても119番にしても、そういう情報を今後必ず入れていくというのは非常に重要だと思っています。この事例の中には旅館の中などあるのですが、現場というのがないので、その辺のところを含めて、今後広報的にマイナンバーカードの利用の、外出時に持参するということを、徹底することを十分考えていただきたいと思います。

【座長】 よく分かります。事務局、室長から、よろしくお願いします。

【滝室長】 〇〇委員、ありがとうございます。この救急の分野に限らず、今、マイナンバーカードを使っているいろいろなサービスが利用できる。今までであれば、別に必要だった証明書など

が全部そのカードで大体事足りるというところを、政府全体として目指しております。ですので、そういったことが進んでいきますと、自然と日々の生活の中で持ち歩くほうがむしろ便利であるというところに行くというのが、恐らく今の日本が目指しているデジタル社会の1つのありようということかと思えます。ですので、これは救急の話だけではなくて、行政のデジタル化全体の話の中でということだと思えますけれども、そうした世の中の進み方も見ながら、この救急の場面でこのカードをできるだけ使いたいということでございます。

ですから、「救急搬送される可能性があるので外出の時にはお持ちください」という広報というよりは、「いろいろな局面、場面で持ち歩くほうが便利ですよ」という形のアナウンスの仕方ということだと思えますけれども、ご趣旨はよく分かりますので、私どもも引き続きよく検討させていただきたいと思えます。

【座長】 ○○委員、よろしゅうございますか。

【○○委員】 はい。ありがとうございました。

【座長】 たまたまですけれども、いろいろな所へ行くと、お年を召した人が多少安くなるような入場券がありますね。私の妻は、車の運転はもう当分していないのですけれども、免許証を持って、それで安く博物館に入るなどしているわけです。マイナンバーカードを持ったら、もう免許証は返納すると言っていましたから、そういう人たちは少なからずいるのではないかと思います。いずれにしても、持って歩くという話はこれからどんどん普及するのではないかと、個人的にも思う次第です。○○委員、お願いします。

【○○委員】 ありがとうございます。大した話ではないのですが、今、第7波、第8波と言われておりますが、この第何波というのは誰がどのような流れで決められているのでしょうか。

【座長】 分かりました。そのようにしてフォローアップしていく本当の意味は、いったい何なのだろうという話になってしまうのですよね。インフルエンザの第何波などという話はありませんし、そういう意味では普通の病気になって、第2類から第5類ですか、要するに、下ろす話もあります。

【○○委員】 5類ですね。

【座長】 そこら辺を含めて、総務省消防庁としては何かありますか。

【滝室長】 ありがとうございます。政府において、例えば何月何日から何月何日までを第何波とするといったような明確な定義までは、確かしていなかったと思えます。政府の人間が言うときには、「いわゆる第何波」という言い方をしていることが多いと思えます。ただ、過去感染者数のグラフの動きを見ると、概ね皆様の見解として、大体この時期に山が1つあって、そこが第何波だろうというようなことだと思えます。厚生労働省さん、それでよろしいでしょうか。

【○○専門官】 私としてもお答えしかねるところではありますが、そういった認識かと思えます。

【座長】 同じ認識とのことです。〇〇委員、よろしいですか。

【〇〇委員】 分かりました。それほど厳しく決まっておらず、みんながそう言っているから、そういう形でいいのではないかという傾向で言っているのだらうと思いますが、第何波などというのは日本だけの現象なのでしょうか。

【座長】 これはどなたがお詳しいのでしょうか。現役の〇〇委員、第何波というお話は、サッカーで燃えているあの場所や、アメリカとか、この間、ニューヨークも全然関係なしに行っていましたが、何かご存じですか。

【〇〇委員】 専門ではないので正確には存じないのですが、基本的には、非常に今、グローバル化しているので、ヨーロッパ、アメリカも含めて、ほぼ同期して同じ時期に多少ずつずれながらピークが出るということは起きていると思います。それが、第8波に至るまでの何番目の波かということに関しては、国と地域によって違うので、それを世界中共通でこれが第7波のような言い方はしてないと認識しています。しかし、例えば北半球における、例えば2021年の冬のピークのような形では、ある程度類型化できているのではないかと考えています。私見ですが、以上です。

【〇〇委員】 ありがとうございます。

【座長】 ありがとうございます。あと現役の教授の〇〇委員、今と同じご質問で、何かご意見はございますか。

【〇〇委員】 〇〇委員がおっしゃるとおりです。世界的には波の作り方はそれぞれ違っています。ただ、世界的にはどこからどういう方向に広がっているかというのは、基本的な方向性はあるようです。ちなみに、東京都で第何波と定義付けられているのは、ここにいらっしゃる〇〇委員や〇〇委員です。

【座長】 ありがとうございます。今、現役の教授に聞いていますが、〇〇委員、先生も教授なので、今の件で何かご意見をお願いします。

【〇〇委員】 ありがとうございます。正直、今、〇〇委員、〇〇委員がおっしゃられた以上の情報は皆さんに提供できません。すみません。

【座長】 あと、〇〇委員も現役の教授なので、何かありますか。

【〇〇委員】 表現というか定義は、〇〇委員がおっしゃるように、国によって波がほとんどない時などは飛ばされるのですが、よく海外のものを読んでみると、fifth waveなどの言い方はするので、割と世界的にコモンな表現なのだらうと私自身は勝手に思っていました。もしかすると、専門家はあまり言わないのかもしれませんが、新聞の見出しなどではよく見ます。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員、いかがですか。

【〇〇委員】 私はそれ以上のご意見はございません。ありがとうございました。

【座長】 もう現役の教授に、しらみつぶしに。〇〇委員も救急医学講座そのものは卒業です

けれども。

【〇〇委員】 東京都は、〇〇委員、〇〇委員とともに私も一緒にアドバイザーをしているのですが、東京都はピークを超えないと第何波というふうに定義しないので、少なくとも今は第7波までは定義してあるのですが、今のこの感染拡大を第8波というふうには、まだ我々のほうでは定義していません。日本医師会の会長が第8波の宣言をしたと思います。

【座長】 〇〇委員、お願いします。上り坂を第8波と言ったということですが、何かご意見はございますか。〇〇委員は退室されたようです。失礼しました。

【〇〇委員】 確か日本医師会は、第8波と宣言した記憶があるのですけれども。

【座長】 第8番目の上り坂で第8波と言ったということです。〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 こういう話に、方向が違っていいのかどうか分からないのですが、ついでで聞きたいのです。私は大学のコロナ対策委員会の委員長みたいなことをしていて、よく聞かれて返答に困るのですけれども、「第8波としたらピークはいつごろ来るのか」とか、それから、「いつごろ第8波が収まるのか」というのと、「第8波が収まると第9波が来るのか」と毎回聞かれて、全く返答ができないのですけれども、どなたか、何かご意見なりございますでしょうか。

【座長】 どなたか、ございますか。先生、そういうことは誰も答えられないですよ。私も労災病院全体の新型コロナウイルス感染症対策本部の本部長ですけれども、「そんなもの知ったことか」になりますから、仕方がないのではないですか。

【〇〇委員】 しかし、大学は「知ったことか」ではなかなか済まないのです。責められるのです。要するに、皆さんに聞いたけれども全く分からないという回答でいいですね。

【座長】 いいと思います。

【〇〇委員】 私はそれでもう十分だと思います。

【座長】 あと、〇〇委員もご意見を。

【〇〇委員】 委員の1人で、うちの感染症対策のトップの、専門家の〇〇先生に聞いたら、「私は専門家としてやっていますけれども、私の予想は全部外れていますので、外れるのがこの予想だと思ってください」と言われましたので、それで私は納得しています。

【〇〇委員】 それはいいですね。ありがとうございました。

【座長】 どうもありがとうございます。あと、特別なご発言がなければこれでと思いますが、よろしいですね。どうもありがとうございます。

では、今日の大事な議論ができたことを感謝申し上げます。

最後に、事務局のほうからいろいろあると思いますので、お願い申し上げます。

#### 4. 閉 会

【小味課長補佐】 座長をはじめ、委員の皆様におかれましては、活発なご意見・ご議論をい

ただき、誠にありがとうございました。

今年度最後の第3回目の検討会につきましては、令和5年3月2日(木)16時からを予定しておりますので、引き続き、よろしく願いいたします。

それでは、以上をもちまして、「令和4年度第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。本日は誠にありがとうございました。

(了)