

令和4年度
救急業務のあり方に関する検討会（第3回）
議事録

1 日 時 令和5年3月2日（木） 16時00分から18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。ただいまより「令和4年度救急業務のあり方に関する検討会（第3回）」を開催させていただきます。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。

本日の検討会につきましては、これまでと同様に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、メディアの方も含めまして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。委員の皆様には、事前にメールまたは郵送により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、次に委員名簿。そして、第3回検討資料としまして、「令和4年度救急業務のあり方に関する検討会報告書概要（案）」と、資料1～資料3となっております。不足等はありませんでしょうか。

なお、資料説明時は画面でも共有させていただきます。また、傍聴されている方につきましては、消防庁HPに資料を公開しておりますので、各自ご確認をお願いいたします。

それでは、ここからは議事次第に沿って進行を続けます。まず、本検討会の開催にあたりまして、消防庁次長 澤田よりご挨拶を申し上げます。澤田次長、お願いします。

2. 挨 拶（消防庁次長）

【澤田次長】 消防庁次長の澤田でございます。検討会の開会にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。救急医療等に関わる委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中ではありますが、令和4年度第3回の検討会にご参画いただきまして、心から感謝申し上げたいと存じます。

消防機関が行います救急業務につきましては、昭和38年の法制化から、今年で60年が経過いたしました。時代の流れの中で、住民の救急業務に対する期待と信頼は、ますます高まりを見せていると認識しております。

近年の救急出動件数に目を向けましても、令和2年では新型コロナウイルス感染症による国民

意識の変容から、一時的に減少には転じましたが、令和3年には一転、増加に転じ、さらに令和4年では複数の消防本部からの聞き取りによりますと、各地域で過去最多件数を記録したと伺っております。また、搬送困難事案につきましても、本年1月に過去最多件数を記録するとともに、救急隊の現場到着所要時間及び病院収容所要時間も年々延びておりまして、救急現場は多くの課題を抱えているものと認識しております。各地域におきまして、救急の最前線で活動され、そして、地域の救急業務を支えてくださっている救急隊員の皆様に、この場を借りまして、厚く御礼を申し上げたいと存じます。

このような中、今年度の救急業務のあり方検討会では、「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」、「救急隊員等の行う観察・処置等に係る検討」を行っていただきました。今年度の検討におけるその成果や、皆様からのご意見を盛り込んだ、本検討会の報告書につきましては、全国の消防本部をはじめとする関係機関に配付いたしまして、各地域の実情に応じた救急業務の遂行にご活用いただくよう、その内容を広く周知することとしております。また、特に各都道府県や消防本部における取組が必要なものにつきましては、消防庁から通知などを発出するなどして具体的な取組を促していくことといたしております。この令和4年度におけるあり方検討会の検討結果が、各地域における救急業務の課題解決の一助となることを願い、誠に簡単ではありますが、開会のご挨拶とさせていただきます。

最後になりますが、委員の皆様にはこれまでの検討会の中で、活発にご議論いただきましたことに深く感謝申し上げますとともに、引き続き救急行政へのご指導、ご鞭撻を賜りますよう、お願いを申し上げます。本日は限られた時間ではございますが、どうぞよろしく願いいたします。

【小味課長補佐】 誠に恐縮ではございますが、澤田次長につきましては公務の都合により、退席させていただきます。

(澤田次長 退席)

【小味課長補佐】 続きまして、委員の皆様のご出席状況について報告させていただきます。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願いいたします。

それでは、議事に先立ちまして、〇〇座長よりご挨拶いただきたくと存じます。〇〇座長、よろしく願いいたします。

・座長挨拶

【座長】 では、〇〇から発言させていただきます。本日の検討会第3回では、これまで開催されてきましたところの第1回、第2回の議論を踏まえて、今年度の検討会の報告書をまとめるということになっております。今年度においては、先ほど澤田次長がお話しになったように2つの大きなWGが展開していきました。1つは〇〇先生のマイナンバーカードのWG、もう1つは〇〇先生による救急隊員の行う観察・処置等のWGでございます。これらについて、関係した先生方皆様には大変なご努力をしていただいたと認識しております。どうもありがとうございます。

今年度、報告書を取りまとめるということになるので、本日は皆様様の意見をお聴きし、協力を得ながら内容を深めていきたいと思っておりますので、くれぐれもどうぞよろしくお願い申し上げます。

【小味課長補佐】 〇〇座長、どうもありがとうございました。それでは、議事に進む前に、本検討会中のご発言等につきまして、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いたします。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、または手のマークの「リアクション機能」のボタンを押していただいた上で、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。

それでは、今後の議事進行につきましては、〇〇座長にお願いしたいと存じます。

〇〇座長、よろしくお願い申し上げます。

3. 議 事

令和4年度 救急業務のあり方に関する検討会報告書概要（案）について

【座長】 それでは、議事を進めていきたいと思っております。議事については、議事次第がございますので、それに沿ってということになります。最初に、本年度の検討事項の概要という資料があります。それと、1番目の「マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化に向けた検討」、これらについて、まずは事務局からご説明をよろしくお願い申し上げます。

【岩田課長補佐】 それでは事務局より、今年度の検討事項の概要について、ご説明をさせていただきます。では、こちらの資料に基づいて進めてまいります。

今年度は、2つのWGを設けまして、救急業務の円滑な実施と質の向上をテーマに検討を行ってまいりました。本日は、そのご議論いただいた検討結果を踏まえまして、親会でありまして、この「救急業務のあり方に関する検討会」の委員の皆様、さらにご議論いただきたいと存じます。それぞれ資料1と資料2で2つのWGについて、追って事務局よりご説明をいたします。また、その他報告事項ということで、資料3において「救急業務に関するフォローアップ（継続）」のご

説明をさせていただきます。

今年度の検討スケジュールは、ご覧のとおりでございます。

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、ご説明させていただきます。

今回の第3回検討会においては、消防庁で行いました実証実験の概要、実験の結果、さらに結果を踏まえたWGの各委員からのご意見、最後に、ご意見も踏まえたまとめとして総括について、順次ご説明をまいります。

まずは、実証実験の概要でございます。今年度、消防庁で実施いたしました実証実験の概要について、おさらいを含めて最初のほうはポイントのみご説明まいります。

1 ページは、事業のイメージ図となっております。実際の救急現場で、傷病者のマイナンバーカードを使い、かかりつけ医や既往歴、処方薬などを確認し、搬送先の病院選定などに活かすことができないかという検証を行うものでございます。

2 ページは、今年度の実証実験に多大なるご協力を頂いた6つの消防本部をご紹介しますものでございます。

3 ページは、実証実験の「実施手順」と「活動イメージ」について、記載をしたものでございます。

4 ページは、具体的な「救急隊の活動フローチャート」として、実証実験のその進め方、フローチャートをご紹介しますものでございます。

5 ページからは、「実証実験の結果報告」となります。今回、6つの消防本部において30隊の救急隊にご協力いただきました。全出動件数が左側でございますが、9,599件という中で、実証実験でオンライン資格確認等システムのデータ閲覧に至った件数が、右端の254件という結果でございました。さらに、中ほどの赤枠の中をご覧くださいますと、対象者のうち9割近くの方が同意をしているという現状を踏まえ、今後、マイナンバーカードの交付及び健康保険証の利用登録が進めば、さらなる活用が見込まれるといたしてございます。

6 ページは、活動時間を比較したものでございます。こちらも赤枠、点線囲みの中をご覧くださいと思いますが、現場到着から現場出発までの時間を比較いたしましたところ、今回データ閲覧に至った事案と令和3年の出動事案を比べますと、時間としては6分29秒の延伸となったところでございます。

7 ページでございます。時間経過を追って見てまいりますと、実証実験におけるデータ閲覧事案においては、令和3年の出動事案と比較し、「車内収容から現場出発まで」の時間が延長する結果となりました。これは、情報を閲覧するという、通常とは異なる新たな作業が追加されたこ

とによる影響が主な原因と考えられます。この点、今回の実証実験では、医療機関等で実際に使用されている機器や運用方法等に沿う形で救急隊が活用したため、操作に一定の時間を要する結果となりましたが、今後、救急隊仕様の機器や運用方法の導入によって、改善の余地が十分にあると考えられるところでございます。

続いて、8ページでは「現場滞在時間の推移」をご紹介したいと思います。10月の下旬から12月の下旬まで実証実験にご協力をいただいた訳ですが、実験を開始した一番初めの週と実験の最終週を比べますと、この2カ月間で現場滞在時間の平均値が約4分短縮したという結果が見られました。主な理由としましては、隊員の方の習熟度が増したこと、さらに活動方針がより明確化されたことが考えられますが、この約2カ月という実証実験の期間中においても、週ごとに現場滞在時間が短縮するという傾向が見られたところでございます。カードの活用の有無によって、現場滞在時間に差が生じないように、操作の簡素化を図る等、対応を工夫する必要があるところでございます。

続いて、9ページではカードの活用の可能性が見込める事案と、一方で課題を感じた事案について、いずれもご家族による自宅からの通報ということではありますが、ご紹介したいと思います。

左側が、カードの活用の可能性が見込める事案として、高齢の男性、下腹部に痛みが続き改善しないという症状でございました。「期待できる効果」を見ていただきますと、この方が視覚障がいをお持ちで、かつ耳も遠いということでもございました。したがって、もしも関係者が近くにいなかった場合には、情報収集に苦勞するであろうということが考えられ、そのような場合にはカードを活用して情報収集を行うことができれば有効だと感じたという事例でございます。

一方で、右側は課題を感じた事案ですが、症状として、2時間ほど前から下痢と嘔吐を繰り返しているという方で、顔認証付きカードリーダーを使っていたという事案でございますが、「課題、懸念事項」をご覧くださいますと、「嘔気により顔面は苦悶であった」ということで、顔認証がすぐに認証されなかったという課題がございます。今後の運用方法として、検討をする必要があると考えられる事例でございました。

続いて10ページでございますが、「社会実装を見据えたシミュレーションによる検証」をご紹介するものでございます。救急の現場では、傷病者の状態によりましてはご本人から同意の取得が困難な場合もあるということから、同意が不要になった場合を想定して、活動時間の短縮効果について、実際の事例を元にシミュレーション検証を行いました。シナリオによる想定元の事案では、傷病者が重度の難聴を患っており、意思疎通が困難な事案でございましたが、その場合、医療機関への搬送までの対応に相当の時間を要した訳でございます。今回のシミュレーションでは、同意を不要としたということ、情報閲覧までの手順が簡素化し、迅速にオンライン資格確認等システムから、個人情報、かかりつけ医療機関、既往歴等が確認でき、円滑に医療機関への照会を行うことができ、時間短縮につながったという事例でございました。

11ページからは、結果を踏まえた「分析・検証」でございます。まず、「活用が期待できる事案について」でございます。254件のデータについて家族類型を見てみますと、65歳以上の独居の方、また65歳以上の夫婦のみの方、合わせて約4割が65歳以上のみの世帯という結果でございました。このように、今回の実証実験においても、独居高齢者をはじめ高齢者の搬送が高い割合を占めておりまして、今後、高齢者の割合がさらに増加することを見据えると、口頭による情報収集が困難な傷病者に対して、本事業は有用性が高いと考えられます。

続いて12ページは、「有用性が見込めた情報について」ということでまとめたものでございます。消防機関、医療機関から、多大なるご協力をいただきまして、アンケートをとらせていただきました。その結果によりまして、消防機関、医療機関ともに、主に既往歴、こちらは特定健診情報から確認できる既往歴ということになります。そして、薬剤情報、診療情報に有用性を感じていました。これらの意見を踏まえまして、救急隊が求める情報を迅速に確認できるよう、閲覧画面の構成等を検討していく必要があるといたしてございます。

続いて13ページは、「傷病者の肉体的・心理的負担軽減効果」についてです。実際に傷病者の対応をした救急隊員からのヒアリングにより、活動中に傷病者の負担であると感じたこと、あるいは傷病者、もしくはそのご家族から寄せられた意見をお伺いしました。負担であると感じたこと、傷病者からの意見、それぞれ記載してございますが、考察といたしましては、現状の情報閲覧までの操作プロセスでは、厳格な同意手続きを要するなど、救急現場という特殊な環境を踏まえた運用方法には一定の課題があるものの、傷病者やご家族からの肯定的なご意見も踏まえまして、今後、情報閲覧までの操作プロセスの改善や運用方法等を検証し、傷病者の負担軽減につながるよう、引き続き検討を進める必要があるといたしてございます。

14ページは、「意識のない傷病者への対応」でございます。今回の実証実験の対象とはならなかった本人から情報を聴取できない傷病者、意識のない傷病者といった方々に対しても、本事業の有益性が高いといったご意見が、消防本部、医療機関ともにあげられたところでございます。これらの意見を踏まえて、このような意識のない傷病者等に対しても本事業の対象とすることについて、同意取得の考え方やその方法等と併せ、検討を進める必要があるとしてございます。

続いて15ページでございますが、「シミュレーション結果からみる効果」ということでございます。シミュレーション検証を行ったような情報収集の困難な傷病者は、現場滞在時間が長くなる傾向にあるということから、救急隊が医療機関の選定に必要な情報をより早い段階で収集できれば、結果的に現場滞在時間の短縮へつながるなど、事案によっては更なる効果も見込むことができるという点でございます。ただし、参考でございますが、緊急性が高い事案については、何よりもまず医療機関への搬送を優先するという必要もございまして、現場においては、柔軟な判断が求められるという点について、留意が必要であると考えてございます。

16ページは、これまでの結果と検証を踏まえて、第3回WGで委員から頂いた主なご意見を記載

したものでございます。ご紹介したいと思います。

まず、お薬手帳の提示を要求する場合には、オンライン資格確認のような厳格な同意取得が不要であるため、今後はそれと比較した際のメリットが求められる。実証実験の実施によって救急搬送時間が伸びているため、そこを縮めていくことが今後の課題である。誰が情報閲覧したのか、ログを追えるようにしたほうがよい。実証実験においては、同意に関して形式的にかなり気にしているように思えた。救急現場でも医療機関でも意識がなければ治療を行っているため、同意だけが重要であるというのは誤解に過ぎない。何のために同意が必要なのか、原点に立ち返って考えるべきと感じた。すべての事案で実施するというよりは、シミュレーションのように、マイナンバーカードの活用の必要性が高い事案、効果が高い事案で実施するなど、マニュアルとして整理してもらいたい。今回の実証実験も含めて、救急隊の活動のICT化が進んでいる。救急隊は、様々なシステムを活用しており、現場で使いこなすのが難しくなるため、将来的には一本化されることを期待したいといったご意見を頂いたところでございます。

こうしたご意見も踏まえまして、17ページから、まとめとして「総括」を記載してございます。まず実証実験の総括といたしましては、特に高齢者、聴覚等の障がいのある方など情報提供に困難を伴う傷病者への対応においては、傷病者の負担の軽減、正確な情報取得、傷病者の病態把握などの観点から一定の効果が確認できており、傷病者にとっては自らの既往歴等の詳しい説明が不要になる。救急隊にとっては、正確な情報に基づき、迅速に搬送先医療機関の選定が可能になる。また、医療機関にとっては、事前に正確な情報を把握することでより迅速な救命処置が可能となるといったメリットが期待されるところでございます。

このことから、本事業を全救急隊に導入する体制を整備することは、情報提供に困難を伴う傷病者等をより早期に医療機関へ搬送するために、傷病者、救急隊及び医療機関それぞれにとって有用性が高いといえます。一方で、今回の実証実験において、マイナンバーカードを活用して情報を確認した事案における平均の現場滞在時間は、通常の救急における時間に比べ延伸したが、今後その運用方法等の改善を図ることにより、この時間の短縮を図ることが可能と考えられます。これらを踏まえまして、国において来年度以降も引き続き、本事業の全国展開に向けた検討を進めていくことが期待されるといたしてございます。

18ページは、「今後の基本的な方向性と課題解決に向けた対応方針」の案について提示をするものでございます。マイナンバーカードを活用した救急業務のシステムについて、この実証実験を通じて高齢者等に有用性が高いと見込まれることから、早期に全国展開することを目指し、今後、システムの構築等に関する検討作業を加速化することとしてはどうかということで、来年度以降、事業の推進に関わる主な課題とその解決に向けた対応方針について、現時点のものということにはなりますが、以下のとおり6点ほど整理してございます。

1点目は、「閲覧権限の付与」についてでございます。救急救命士のみならず、全救急隊員に

権限を付与することについて、検討する必要がある。2点目は、「システム導入方式」についてでございます。救急隊が現場からシステムに直接アクセスするための接続方式や救急隊用の資格確認端末のあり方を検討する必要があるとございます。実証実験を踏まえて、同意手続の簡素化等を進めるとともに、救急隊が閲覧する情報量の精査や操作性の簡素化をし、カードの活用の有無によって現場滞在時間に差が生じないように工夫する必要がある。さらに、救急隊が閲覧をしている傷病者の情報の画面を医療機関と共有すること等を通じて、より正確に医療機関と情報共有する工夫が必要である。3点目は、「セキュリティ対策」でございます。システムにアクセスする隊員のログの管理であったり、端末の管理方法等を整備する必要がある。4点目は、「システムの管理方法」についてでございます。5点目は、「情報閲覧について同意が取れない者への対応」ということで、例えば事前同意や同意不要となる場合などの検討は必要であること。現在、医療機関における意識のない患者に対するこのシステムの利用について、厚生労働省医政局において検討されているところであるため、今後、引き続きその動向を注視する必要があると考えてございます。こちらは、次のページで少しご説明をさせていただきます。最後に6番目、「普及啓発広報」でございます。このシステムがお薬手帳を上回る機能や効果を有していることを分かりやすく整理し、国民に広報していく必要がある。カードの普及啓発、保険証の紐付けなど、必要な広報を行うとともに、この事業の有用性を分かりやすく周知することなどを通じ、マイナンバーカードの携行を国民の皆様へ促すよう、広報していくとしてございます。

19ページは参考でございますが、「厚生労働省における検討状況」でございます。厚生労働省のWGの資料から引用させていただきました。救急医療時における「全国で医療情報を確認できる仕組み」についてということで、検討が行われております。オンライン資格確認等システムについては、表の中で3つに分けてございますが、左側の「通常時」と右側の「災害時」については、既に実装されております。今回は「救急時」の運用について検討中ということでございます。

「救急時」、ご覧いただきますと、「位置付け」としては救急診療に利用するというので、救急医療機関での閲覧を想定した検討でございます。「概要」として、救急時には本人同意なしで医療情報の閲覧が可能となるような検討が進められているところでございます。また、下から3つ目、「画面表示」の欄でございますが、救急時用表示も別途検討予定ということで、ご紹介をさせていただきました。

最後に、20ページでございます。「来年度以降の展望」ということで、現時点のものをお示しさせていただきましたものでございます。本事業のスケジュール（案）につきましては、最も早いケースとして考えてございます。今後、全国展開に向けて、各消防本部の方々の意見を積極的に聴取するとともに、救急隊員等の意向に沿った環境整備を検討する必要があることから、令和5年度においても、検討会の下に、WGにおいて検討していくこととしてはどうかということでまとめてございます。

最後のページは、今年度ご協力いただきました「ワーキンググループ（WG）の構成委員」検討体制のご紹介でございます。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。今のご説明に加えて、WGの取りまとめをしてくださっている〇〇委員から、ご意見を賜りたいと思います。〇〇委員、よろしくご発言くださいますでしょうか。

【〇〇委員】 ありがとうございます。2回目は、確か12月の頭の親会の時には、ちょうど実証実験が始まったばかりで、コロナの7波、8波の状況の中で、もしかしてうまく実証実験そのものできないのではないかという状況でありました。確か親会では、うまくいかなかったときの言い訳みたいなものをたくさん述べたと思うのですが、結果的に言うと、本当に事務局と6消防本部の皆様が、非常に熱心に前向きに取り組んでいただいた結果として、それなりにこういう議論に載せられるだけのデータが取れたということ、心から感謝申し上げる次第であります。

今、まとめも非常によくまとまっていて、皆様、ぜひこれを前提に見ていただきたいと思うのですが、1点だけ少し誤解を招きそうなのは10ページのデータです。今後の来たるべき姿の、一つのシミュレーションとしての現場滞在が、78分が29分に縮むと。要するに、何でも使えばいいという問題ではなくて、こういうマイナンバーカードがあったときに、非常に効果があるというのは、まさにこの状況に非常に集約されていると思います。実装されたときに、こういう効果が57分も短くなるというのがあるのですが、1点だけ、これをまたさらによく見ると、説明だとざっと流れてしまったのですが、実際、救急隊のみでは患者さんの物を探してマイナンバーカードを出すということは一応できないことになっております。これは、警察が到着して、警察が立ち合いを行ってというのに25分かかっております。ですので、「活用なし」「活用あり」のいずれの場合でも、もしマイナンバーカードを何らかの方法でスムーズに閲覧できるようになれば、警察を待つことなく情報が入手できるということで、さらにまた25分短縮ができるというところがあります。ぜひこの辺のこともご理解いただいた上で、マイナンバーカードの活用について前向きに検討していただければ幸いです。議長からは以上です。

【座長】 ありがとうございます。事務局の資料を使ってのご説明と、〇〇委員のコメント、10ページの警察の部分がありましたが、恐らく一番最後のところで厚生労働省で議論が進められているように、意識がない人についての救急時のマイナンバーカードの使い方という話が、これから具体的にになっていくといいなと思いながら聞いておりました。

これから、委員の参加されている皆様からの意見をお聞きすることになるのですが、〇〇委員から早手が挙がってございます。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。マイナンバーカードのこのシステム、私はまだマイナンバーカードに保険証を登録していないのですけれども、早くやっておこうかなという気になりました。やはり、いろいろな意味で非常にいいと思うのです。それで、スライドの7ページのと

ころで時間の延伸というのがあって、スライドの8ページのところの「確認方法」というので「実証実験の開始週」、「中間週」、「最終週」と、この中で時間が4分短縮されているというのがございまして、この4分短縮というか、これを全部平均したのが多分7ページになっているもので、例えば、①の開始週で7ページのように出した場合、最終週でやったときの時間を行ったら、この車内収容から現場出発までの16分が単純に4分短縮されるのですが、結局慣れてくればそんなに問題なくできるのではないかなと思ったので、ある意味、開始週のデータはトライアルの時期で、あまりデータとしてどうなのかなと思ったので、お聞きしたいと思いました。

【座長】 了解です。7ページの赤い線と青い線の比較は全体の平均であると。下の8ページの矢印の付いた10月20日～27日まで、11月25日～12月1日まで、そして12月16日～12月23日までの3つの場合について、どんどん短縮して4分短縮したと。だから、一番最後の12月16日～12月23日までの1週間についてやってみると、7ページの青い線はどうですかという質問ですね、〇〇委員。

【〇〇委員】 はい、そうです。

【座長】 どんな感じですか。

【岩田課長補佐】 1週目に関しましては、実験が始まったばかりということもありまして、実際のアクセス件数は9件ということでした。この9件に関しての時間を除いて全体の平均をとりましたところ、23分16秒ということになりましたので、7ページで紹介している数字よりも9秒ほど短くなるという結果でございます。

【〇〇委員】 分かりました。9秒だったんですね。もう少し短くなるかなと思って期待したのですけれども、でも、練習というか、慣れてくるともっと簡単にできると思いますので、あまり延伸したというイメージを持たないで、来年度の実験で、がんがんやっていただきたいと思いました。ありがとうございました。

【座長】 いずれにしても①ですね、最初の1週間、今9件しかないと言っていましたね。だからもう、最初からおみそ扱いですね。ほかに、ご意見ございますか。〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 ありがとうございます。事務局、説明ありがとうございました。また、〇〇委員、まとめていただいてありがとうございます。非常に期待されるシステムだと思います。それだけに、期待するところが多いところなので、一つ同意が取れない場合も今後対応するというのを19ページに書かれていましたけれども、それは非常に大切なことだと思います。

もう1点、確か前回のこの検討会で私申し上げたのですけれども、このシステムを、救急隊の皆さんが病院前で閲覧しているその情報が同時に病院でも共有できると、非常により有用になると思います。救急隊が確認する情報と病院で見たい情報というのは、若干異なると思うのです。ですから、そういう意味で初療、傷病者の受入体制にも大きく関わるので、可能であれば、将来的に、病院前でこのマイナンバーカードを救急隊の皆さんが閲覧している時に、その情報が

病院にも伝わるようなシステムができると、非常に効率的になるのではないかと思いますので、そういう方向性も考慮に入れていただきたいと思います。

【座長】 ありがとうございます。今のお話は、19ページの厚生労働省による救急時の「オンライン資格確認等システムの機能等比較」というのがありますけれども、それを見ながら、多分お答えいただけるのではないかと思います。お願いします。

【滝室長】 ありがとうございます。資料18ページに、今後の方向性と主な課題ということで、WGで意見が出たものを踏まえてまとめさせていただいておりますけれども、今、〇〇委員のからご指摘頂いたのは、まさにこの2の「システム導入方式」のところの3つ目のポツのことかと思えます。救急隊が現場で閲覧をしている情報の画面をできれば同じタイミングで搬送先の医療機関のお医者さんにも見ていただいて、同じ画面を見ながら例えば電話なりいろいろな形で、具体の指示をお医者さんから救急隊にいただくとか、あるいはプラスαのバイタルなどの情報を救急隊からお医者さんのほうにお伝えするとかいうことができれば、より正確な情報の伝達ということになるかと思えます。この辺りは、システムを作り込んでいく時に、厚生労働省、それから基金等ともよくご相談する必要がございますけれども、よく考えてまいりたいと思っております。

【〇〇委員】 ありがとうございます。ここは、非常に重要だと思いますので、よろしく願います。

【座長】 今のお話に関連して、この19ページのこれは、厚生労働省の、今日はどなたかおられますね。〇〇専門官はおられるのですか。ここの画面表示、④、下から3つ目に「救急時用表示」というのがあります。この救急時用の表示というのは、恐らく、病院にかつてかかったことのある人に関して言っているのかどうかよく分からないですが、この部分は、多分、コンパクトに救急外来で役に立つような情報ですので、この部分を救急隊が見られれば、恐らく〇〇委員の話は、もっと実質的な内容となるのではないかという気がするのです。〇〇専門官、資料1の19ページに、「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」の中に、参考ということで「厚生労働省における検討状況」が表になって出ているのです。「通常時」、「救急時」、「災害時」とありますが、その「救急時」のところに、「画面表示」として、「通常時表示と同様」という中のすぐ下に「救急時用表示（別途検討予定）」とあるのですが、これはどうなっているのか、簡単に教えてもらえますか。

【〇〇専門官】 これは、別途検討予定となっておりますので、今後の検討の議題になってくるかと思えます。というのも、通常時のレセプト情報に基づく診療情報・薬剤情報等は、いきなり情報をバーンと出されても、救急隊及び救急医療に関わる方にとっては、情報量が多すぎてどれを取っていいか分からないといったところがあるかなと思えます。そういったところで、救急に必要な情報を選別して出すといった形を、今、思い描いているところかなと思えます。

【座長】 そうすると、お年寄りが多いので、今まで病院にかかったことがないという人より

は、かかったことがあるという人のほうが多いと思うのですけれども、そういう人でも、いざという時には、これとこれとこれとこれがあれば、救急用表示として役に立つかもしれないという議論もあるということによろしいのですか。

【滝室長】 私からよろしいでしょうか。これは、まさにオンライン資格確認等システムの中で、例えば「通常時」のところをご覧くださいますと、「画面表示」で「レセプト情報に基づく診療情報・薬剤情報、特定健診等情報」というのが見えると。ただ、これは、今ほど〇〇専門官からお話があったように、結構膨大な情報量になる。特にご高齢の方になればなるほど情報量が多くなるということで、画面の切り替えをしていかないと見られないという形になります。ただ、救急隊もそうですけれど、救急医療の局面では非常に時間が限られている中で、画面切り替えをせずに、でき得れば1つの画面で情報を集約化して、必要なものを見られるようにしてほしいという救急のお医者さんの側からのリクエストがあって、検討されると承知しております。したがって、今後、またこれも厚生労働省さんとよく検討していく必要があるのですけれども、救急隊が、まさにこのシステムを使って見る画面につきましても、一つの考え方としては、この救急時用表示を見ていくというやり方も考えられるのかもしれないと思っております。ただ、今、厚生労働省さんのほうで、この救急時用表示をどのような機能で作り込んでいくのかというのは、これから検討ということをごさいますして、私どもとしても、それが、救急隊が使う上で有用なものなのか、また別の作りをしたほうがいいのかという辺りは、今後、よく検討していく必要もごさいますし、できれば、新年度もこの検討会の中で引き続きご議論いただきたいと思っていることの1つになっているという状況でございます。

【座長】 ありがとうございます。まだ、ご質問が続いていますので、そちらに移りたいと思います。〇〇委員、手が挙がっていますので、お願いします。

【〇〇委員】 よろしく申し上げます。マイナンバーカードを使っての救急時の情報共有という点、実証実験から検証まで本当に分かりやすくまとめていただき、ありがとうございます。今後、さらに検討が進んで、意識のない方などまでの活用の幅が広がっていくことで、救急活動の質がさらに向上されることは、本当に私たち国民も大変期待する部分でもあります。高齢者が使用することが多いかと思いますが、今後の情報共有というシステムを長く使っていくという中では、この導入時期に、子供や親世代など、意識の高い方も一緒に含めて啓発をしていくということもひとつ大事かと思っておりますので、子どもや保護者の方にも、しっかり普及啓発していけるようにしながら、実現化に向けていただきたいと思っております。

1点だけ発言させてください。マイナンバーカードの救急現場での同意や所持ということについてです。マイナンバーカードの普及率というのは、やはりいろいろな特典などがあって上がってきていると聞いております。ただ、やはり救急現場で使用していくためには、所持するという点の点も呼び掛けていく必要があるかと思っております。検証の中でもたくさん、多々出ている

と思うのですけれども、実際、私自身もマイナンバーカードを持って外に出るというのは、いまいち、まだ恐さもある部分でありますし、自宅にあってもすぐ見られる所ではないというか、ひっそりしまつてあるので、今後、健康保健証などの移行というか、活用というところで期待できることとは思いますが、所持するようになると、落としたり、紛失したりということもありますので、情報が守られているということの点もぜひお願いしたいと思います。活用に向けて、救急現場で情報が同意することとか、使っていくことということに関して、ぜひ今後も検討していただけたらありがたいと思います。

【座長】 ありがとうございます。今のご意見の中で、ご意見全体としては同意見なのですが、落としたときに、それを誰かが何かのために利用しようとする、結局、誰が見たかが分かるという話につながりますね。そういうことでいいのでしょうか。

【滝室長】 まず、カードそのものに何か情報が蓄積されるということではなくて、あくまでもオンライン資格確認等システムのご自身の情報を見る時の鍵みたいな役割をカードは果たしているにすぎませんので、仮にカードを落とした場合に、直ちにそれを使って誰か第三者が見るといったことはないと。あくまでも暗証番号ですとか、いろいろ他のセキュリティをさらに講じた上でということですので、その辺りは広報をしっかりとっていく必要があるかと思っております。

それから、携行するということも、非常に重要なポイントだと私どもも思っております。まさに今、〇〇委員からもご指摘がありましたけれども、保険証とマイナンバーカードを統合していくというお話、運転免許証との統合といったことも近い将来実現する方向で、今検討が進んでいます。そうなりますと、持ち歩くという行動様式がかなり定着してくるのかなと。それに合わせてこの救急の話セットで考えますと、特に高齢の方などは、例えばお一人でとか、あるいは高齢の方ご夫婦で外出されるときにも、カードを持っていれば、いざもし外出先で仮に体調を崩されたとしても、ご自身の正確な情報の基にしっかりと病院に運んでいただけるというところで、むしろ一定の安心感を頂いて、いろいろ行動いただけるということもまた重要なことと思っております。お子さんを持っておられる保護者の方向けも含めて、よく広報していく必要があるというのは、全くおっしゃるとおりだと思いますので、しっかりと取り組んでまいりたいと思います。ありがとうございます。

【座長】 ありがとうございます。
その次は、〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 まさしく、先ほど〇〇委員がご指摘された点について、私も同じような質問をしたいと思っていました。5ページの棒グラフで、マイナンバーカードの所持率が案件の13.6%に過ぎないというところで、恐らく、このシステムを利用しようとした時の一番大きな障害になっているように、数値の上では見えました。先ほど、いろいろ工夫をやりますということの話で

すけれども、ここで質問なのは、カードを持っていなければこのデータにアクセスできないということですが、カードに代わる入り口です。例えば何らかの、最近だとよくあるのは、Webに自分のIDとパスワードを入れれば入っていけると同じようにやるとか、何か違った代替のマイナンバーカードの中身を別の形でアクセスできる方法は、議論されていないのでしょうか。その辺の質問なのです。

【座長】 取りあえず、事務局に。

【滝室長】 技術的には、いろいろな方法が多分考えられると思います。今ほど〇〇委員からご指摘があったように、例えばIDとパスワードを使ってというようなこともあり得ると思いますけれども、やはり、救急の場合、基本的には全ての国民の方がいざという時にお使いいただくと、ご活用いただくということを考えますと、やはり、事前にIDを登録された方だけが利用できるというよりは、できるだけ共通のプラットフォームで考えるというのが望ましいのではないかと。そうなりますと、いろいろな考え方があるとは思いますが、今、まさにマイナンバーカードというものを一つのプラットフォームにして、政府全体としていろいろな分野で活用しようということを進めていますので、救急に関してもこれを使うほうがある種、合理的ではないかということから、もともとこの検討がスタートしていると思っております。

ただ、実際には、例えば、先ほど厚労省の検討の資料を見ていただきました19ページをご覧くださいますと、このオンライン資格確認等システムにおいて、例えば災害があった場合、今、現実に実装されていますけれども、災害時には、当然カードを持ち出して避難所に逃げられれば、もちろんいいのですけれども、なかなかその余裕もないということで、カードを仮に持っていない場合でも、4情報から検索をかけて、まれに、もしかしたら複数の人がヒットする可能性はあり得るのですけれども、そのリスクよりも、限られた厳しい状況下の中でご本人の命を救うほうを優先するというので、4情報検索でOKにしているというような運用をしております。

まさに、今回、今厚労省のほうで検討いただいている救急時というのは、災害時の扱いにむしろ準じて、同意を得ることが難しい方については、マイナンバーカードによる本人同意はなくても、このシステムを閲覧することにできないかということ、今検討されているということかと思えます。

本当は、もう1歩進めると、同意を得ることが可能な方であっても、本人の命を救う救急の場面で本当に同意が必要なのかということはあるのですけれども、今、少なくとも法制上、個人情報として同意を得ることを前提にしておりますので、その辺りは、また今後、運用の仕方をどうするかということも含めて、私どもとしてよく検討してまいりたいという状況でございます。

【座長】 ありがとうございます。

【〇〇委員】 よろしいですか。ご説明はよく分かります。私の質問の仕方が非常に分かりにくかったのかもしれませんが、いわゆるカードを使うということを入り口としているとい

うだけではなく、そのカードに紐付けるもう少し簡単なアクセスの方法を最近いろいろなICTがはやっているといったこと、できてきていますね。だから、そういうカードを持たなくてもカードを介して入れるような議論もあっていいのではないかというのが、私の端的な質問だとご理解ください。

【滝室長】 ありがとうございます。カードとスマホを連携させるという話も、一方で、これはデジタル庁を中心に、今、進めていますので、そういったこともしっかり見ながら、今ご指摘の点についてもよく考えてまいりたいと思います。ありがとうございます。

【座長】 では、ご質問が続いています。次に、〇〇委員、ご発言ください。お願いします。

【〇〇委員】 マイナンバーカードの有用性というのは、恐らく明らかだろうと思います。10ページのマイナンバーカードがある時とない時で、1時間近く活動時間が短縮できますよという図なのですが、1つは、警察に要請し、そのあとマイナンバーカードを探したら約25分時間がかかりますということで、この25分はこの絵の中の78分の中に入っているのでしょうか。あるいは、下のブルーの29分の中に25分が入っているのでしょうか。

それから、マイナンバーカードの閲覧活用ありの29分には警察要請時間の25分が入っているとすると、入らないと4分で活動①が終了ですか。57分の時間短縮は腑に落ちないのですが。

【岩田課長補佐】 事務局よりご回答申し上げます。ご質問ありがとうございます。資料の構成が分かりにくく、申し訳なく思っております。

まず、1点目でございますが、警察が到着するまでの25分間につきましては、上の赤の矢印、下の青の矢印、いずれにも含まれてございます。従いまして、下の「活用あり」のシミュレーションの結果でも、29分の中に25分間を含めた形でのシミュレーション検証ということをしていただきました。

申し訳ありません、2点目のご質問が少し分かりにくかったのですけれども。

【座長】 4分短くなったというあたりを、もう一回説明したほうがいいのではないですか。

【〇〇委員】 4分とは、〇〇委員も少しおっしゃっていましたが、29分が25分間節約すると活動内容①が4分になるということ。そういうことが将来的に警察の要請なくてもいけますよというような話になってきたら、4分ですので、78分の中に25分が入っていたのか。

【岩田課長補佐】 はい、入っております。

【〇〇委員】 では、25分どちらも引けるわけですね。

【岩田課長補佐】 そのとおりでございます。

【〇〇委員】 そうすると、53分と4分となるのですか。

【岩田課長補佐】 はい、引き算をいたしますと、そういうことです。

【〇〇委員】 上の78分引く25分になるのですね。

【岩田課長補佐】 はい、そうでございます。

【〇〇委員】 その辺が、この1時間短縮するというのは、どう考えても本当かなと。マイナンバーカードの有用性というのは非常によく分かるのですが、これだけ時間を短縮するのというのは、どうも今までの説明と時間の経過のあれでは、私は腑に落ちないのです。

【滝室長】 よろしいでしょうか。ありがとうございます。今、資料でいくと7ページ、8ページの辺りは、あくまでもいろいろな事案を含めた、まさに平均値の中で、マイナンバーカードを活用するほうが現時点では6分かかり増しになっているという、これはあくまで全事案の平均で見たときの分析ということになっております。

一方で、10ページで、今ご指摘頂いた話というのは、もともとシミュレーションということで、かなり一定の条件を置いたケースのもとで、特に効果が出やすい事例という一つの事例として考えられるのではないかとということで、一つの例としてお示ししたものにすぎないものでございます。ですので、実際にこの10ページのマイナンバーカード活用ありで、1分+5分+29分、すなわち全体で35分ということになりますけれども、これもあくまでもシミュレーションの話であります。特にご高齢の方で難聴を患っておられて、意識レベルもあまり高くないという場合という、このカードを使った救急業務で最も効果を発揮する可能性の高い局面をシミュレーションしてみたということでございますので、先ほど、少し申し上げましたけれども、冒頭の平均値の話と、これはどちらかというと最大値の話をあえて特出ししてご紹介しているということで、私どものほうとしては整理をさせていただいたということでございます。

【座長】 〇〇委員、OKですか。

【〇〇委員】 一番うまくいって35分という話ですよ。それはそれでいいと思うのです。

【座長】 だから、パワーポイントの説明をしようと思うとこういうふうになってしまう。

【〇〇委員】 だけど、このまま今年度の報告書になるのでしょうか。

【座長】 このままではないということ、今、言おうと思ったのです。このままだと、先生の御意見みたいなことが起こってしまうので、このままではなくて、言葉できちんと説明するような形を付けないと何が平均なのか平均ではないのか分からないし、これはシミュレーションでそういうことがあったというだけの話なので、それも説明していただくという、そういうことだと私は思います。

【〇〇委員】 いかにも1時間短縮するというのが大きな売りの一つになってしまって、実際やってみたらとてもそんな短縮にならないということになるのが心配です。私のように「え？」と思われないような報告書の図にさせていただければと思います。

【座長】 〇〇委員、今の〇〇委員のおっしゃっていること、理解いただいていますね。

【〇〇委員】 よく分かっております。特に、私もそれであえて、最初に少し説明したのは、このシミュレーションというのは、非常に、一つ間違えると誤解を招く一方で、私は少し面白いなと思ったのは、面白いと言うと失礼なのですが、実はマイナンバーカードであっても、本

人の了承を得ないままに、勝手にマイナンバーカードを持っているかなと探ってはいけないという世間の人、今お聞きの先生方には、そうともかぎらないこともあるよね、みたいなことは全部含んだ上で、それでも一般に説明する時に、実は、マイナンバーカードは今のままだとそれを探るのは警察の人が来ないと探れないということも含めて、うまくコンタクトの取れない人にはびっくりするくらい時間がかかる場合があるよということの、まさに「え、本当にそんなにかかるの？」という疑問自体が一つの面白い取っ掛かりかなという面も無きにしもあらずだなと思って、私も、最初、このデータ、シミュレーションを見た時に「え？」と思ったのですが、あえてそういう疑問も含めて関心を持っていただくのは一つの考え方かなと思いました。それについては、いろいろなお意見があったら反映させたり、あとはきちんと説明しないと駄目だというのはおっしゃるとおりと思いました。ありがとうございます。

【〇〇委員】 すみません。この「活用なし」の78分というのは、警察の要請は必要ないので、これから25分警察の要請分の時間は引く形になるのではないのでしょうか。そうすると、53分と35分なら、まあ、何となく話として分かるなど。

【〇〇委員】 すみません、そこも消防庁に確認したのですが、厳密にはこういう場合も警察の立ち会いのもとでないと探ってはいけない。

【〇〇委員】 いえ、上のマイナンバーカードがない場合、というのではないのですか。

【〇〇委員】 ない場合に、何か身元が分かるものはないかと探るのも、正式には駄目らしいです。

【〇〇委員】 了解しました。

【座長】 本来的に、救急隊は警察官と同じことができないと。そもそも、誰だということが分かるためにはどうしたらいいかというと、やはり探らなければいけないのです。ですから、探ることに関してのみ言えば、この赤い線と青い線はイーブンなのです。だから、そういうことを説明してくれという話です。もっと言うと、消防もその昔は内務省の警察と一緒にいたわけだから、場合によっては探れという法律を作ったっていいくらいのもです。だから、そういうことも考えなくてはならないような絵なのです。でしょう？ 恐らく。

〇〇委員、要は極めて現実的なイリーガルなのかリーガルなのか分からないけれども、患者のためを思ってやるという話が今展開しているので、先生も私も、そのくらいの差だったら分かるよねという話は全くそのとおりです。けれども、警察官が登場してマイナンバーカードを捜索するというようなシミュレーションがあったとすると、赤い線のように警察官が来ないで右往左往するという状況も考えなければいけないよねということでしょう、結局は。

【滝室長】 すみません、しっかりと丁寧にご説明させていただきますと、上の「活用なし」というのが実際にあった事例になりますが、救急隊が現場に行ってもなかなかご本人からの聞き取りが難しかったので、警察官に来ていただいて、バックの中を見せていただいて、その中で運転

免許証だったと思いますけれども、身元がわかるものが見つかって、初めてその方のお名前が分かったと。そこからご家族を探し当てて、ご家族からいろいろ情報を聞き出して、それで病院の選定をしたと、こういう事例です。

下のシミュレーションは、同じようにバックの中にマイナンバーカードを持っているとすれば、警察官に来ていただいて、その立ち会いのもとでバックの中を探す必要がある。それは上も下も変わらないのですが、マイナンバーカードさえ出てくれば、そこから先、実際にあった事例のように家族を探し出して、その家族から聞き出して、どこの病院にするのかという手間を全部省いて、カードさえ見つければ、システムを見て、そうするとすぐにどこの病院にかかっているのかということが分かるので、警察官に来ていただいてバックを探してカードを見つけた後がすごく早いという意味で、時間短縮効果が図られるということなのです。説明が不足している部分がございますので、最終の報告書の段階では、より詳細に説明ができるように、〇〇座長とご相談をしながら、まとめさせていただきたいと思います。

【座長】 ということ、あと3人くらい続いているのですけれども、すみませんが、マイナンバーカードはかなりディスカッションが多いので、残った時間で”ばん”とやりたいと思いますので、その前に「救急隊員等の行う観察・処置等に係る検討」をあとという間に済ませたいと思いますので、そちらに移らせてください。

次の質問は、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員と続いていますけれども、少し待っていてください。お願いします。

2. 救急隊員等の行う観察・処置等に係る検討（資料2）

【座長】 では、「救急隊員等の行う観察・処置等に係る検討」について、さっといきたいと思いますので、説明ください。

【飯田専門官】 事務局の飯田でございます。それでは、なるべく簡潔にご説明差し上げたいと思います。

まず、「心臓病・脳卒中に関する観察・処置」でございます。こちらは、これまでの経緯のおさらいのスライドでございますが、令和元年度に日本循環器学会、日本脳卒中学会からご提言を頂きました。日本脳卒中学会からの提言につきましては、真ん中の四角のとおり、「従来通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」、このうち4項目以上満たす場合は、大血管閉塞に対する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といった内容でございました。

赤四角のところ、昨年度末でございまして、追加の提言を頂きました。3ページ目が追加のご提言の内容でございます。まず、7つの観察項目でしたが、そのうち構音障害を除いた6項目のみとなっております。2つ目のところ、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」、「特異度」、「陽性的中率」といった言葉が出てございますが、スクリーニングのための予測の指標をご提言いただいております。3つ目のところ、これを「地域における搬送指標として活用する」ことを提案いただき、例として記載してございますとおり、例えば2項目ですとか、3項目ですとか、地域の実情に応じて陽性数を選択して運用することを想定されているということでございます。

4 ページ目が日本脳卒中学会のご説明概要でございます。前回もお示ししておりますが、詳細は割愛させていただきます。一番下のところ、1月に全国メディカルコントロール協議会連絡会で日本脳卒中学会より詳細のご説明を頂いておりましたので、ご参考にURLを付けております。参考資料のほうには循環器病対策推進基本計画等の概要資料もお付けしてございます。

5 ページ目も前回のスライドですけれども、救急現場への普及に関しまして、矢印の1つ目のところ、「動画等の教材をお示しする」と記載してございますが、現在、学会の先生方と調整中でございます。

6 ページ目は医療資源に応じた搬送に関する考え方の、前回のスライドでございます。こちらに則りまして、ワーキングのほうで議論を進めてまいりました。

7 ページ目が議論の整理のスライドでございます。医療資源の具体的な考え方につきましては、時間帯ですとか時期なども含めて相対的で流動的な面もございますが、原則は、需要と受入れのバランスによって決まってくるものかと存じます。左のところ、医療資源が不十分な場合、提言の2番に出ておりました、「陽性的中率を重視する地域・期間」に相当するところでございますが、つまり、地域における脳卒中傷病者の搬送件数に対して、血栓回収医療機関の配置・受入体制が不十分で、治療適応となる確度を高めるため、6項目のうち3項目に該当したら、まずは血栓回収医療機関への直接搬送を考慮に入れるという場合でございます。逆に、医療資源が豊富な場合、全て反対となりますが、網羅的に搬送する体制とするために、2項目に該当した時点で直接搬送を考慮する。3項目に該当するよりも2項目に該当するほうが多くなるため、網羅的に搬送できるといった趣旨でございます。

また、医療資源の現状把握の参考指標でございます。需要に関する指標としては、地域の救急出動件数、受入照会回数、病院到着所要時間、現場滞在時間等がございます。地理的なところで平均的な救急搬送圏内に病院があるか、受入体制としては地域における血栓回収療法の実施可能件数などがございます。これらを鑑みた上で、地域の実情に応じて都道府県MC、または地域MC単位での設定を想定し、時期・季節等による搬送件数や受入体制の変動、脳卒中全般の円滑な搬送・受入にも留意が必要という検討結果でございます。一番下のところは参考イメージでございます。傷病者の状態ですとか、距離、時間の点は省かれておりますので、あくまでも参考でございます。

脳卒中につきましては以上でございますが、参考資料で机上配布しております、「12誘導心電

図の測定プロトコル」をお開きいただければと思います。こちらにつきましては、〇〇委員よりご説明をお願いできればと存じます。

【〇〇委員】 少し説明する時間を頂きまして、ありがとうございます。今ご覧いただいているのが、救急隊員が12誘導心電図を測定する場合の対象などを示しているものです。次のページ、見えますでしょうか。

もう1つは、この測定する上での判断の流れをフローチャートという形でまとめているものです。これは日本循環器学会と日本臨床救急医学会の合同委員会というものをつくってございまして、そこで作成したものでございますけれども、ここには現場の救急救命士の方にも入っていただきながら、また、消防庁のワーキンググループでも、こういったことで考えていますということで提示をして、ご意見を頂いて修正する、これを繰り返して成案として作ったものですが、12誘導心電図を医療機関に搬送する前の段階で行うと、医療機関での診断とか治療が一段早くなる。そうすると、それが救命に結び付くといったようなことが確からしいということで、その体制を作っていくといった中で作ってきたものです。

作成するにあたって留意した点が2つございまして、1つは急性心筋梗塞、これはとても重要な疾患であることは間違いないのですが、救急隊が取り扱うものは、その重要な疾患の中の1つでございます。ほかにも多くの重要疾患を扱う中で、急性心筋梗塞だけを疑って活動するわけにはいかない。ですから、少し限定した形で測定しようというのが1つでございます。また、急性心筋梗塞の方に測定するにあたって、測定するうちにその傷病者の状態が悪くなって、それに気付かずに測定してしまう、その間に心停止になってしまう、そんなことを避けなければいけませんから、そういったことにも留意しながら測定しようといったことを取りまとめたものでございます。

細かいところを説明したいところですが、時間が限られていますので、雑駁ですがプロトコルをご紹介します。ありがとうございます。

【座長】 ありがとうございます。では、続けてください。

【飯田専門官】 では、引き続きまして、事務局よりご説明を続けさせていただきます。

人工呼吸器に関する検討でございます。これまで応急処置等の基準に、「自動式人工呼吸器を用いて人工呼吸を行う。」とございましたが、基準制定当初、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、資器材の発展に伴いまして、現在の人工呼吸器には自発呼吸に同期する換気機能、いわゆる補助換気を搭載するものが出現してきております。従来基準に含まれるものでございますが、当初想定されなかった機能ということで、現在の体制下ではリスクが高いのではないかとご意見を頂いておりました。

10ページ目が人工呼吸について整理した表でございます。右上のところ、自動式人工呼吸器による人工呼吸のうち「補助換気」、自発呼吸があつて酸素化が不十分な場合は、青で記載してお

りますが、「解釈が不明瞭」であり、今回のメインの議題でございます。下のところが、資格面での整理でございます。あくまで救急隊員に関する整理でございますが、救急救命士を除く救急隊員について、左下の赤枠で囲っているところが今回の検討の主な範囲でございます。こちらにつきまして、WGにおいて、原則不可とするという検討結果ございました。なお、その右側は点線で囲っておりますが、救急救命士の資格を有する場合については、救急救命処置の枠組みでの検討を提案するといった検討結果ございました。

11ページ目が、前回お示した4つの論点について、WGの検討内容を概要に記載してございます。まず、利点・留意点の観点は、医学的なメリット等について検討・整理を行いました。「緊急やむを得ないもの」として行う応急処置の妥当性は、法的な面も加えて検討いたしました。教育・指導、機器の保守管理につきましては、今後引き続き検討を重ね、実施体制の充実強化を図っていくことが重要として、方針がまとめられました。救急救命処置との関係性につきましては、ただ今申し上げましたとおり、補助換気については厚生労働省の救急救命処置の枠組みでの検討を提案するといった方針でまとめられました。

詳細についてご説明をいたします。まず、医学的な面での整理でございます。救急現場で補助換気を行うことについて、なかなか参照できる根拠がないということで、病院等におけるNPPV（非侵襲的陽圧換気）に関するガイドラインを参考といたしまして考察を深めてございます。この中に、適応、禁忌、モニタリングの体制、ゴール、合併症などの項目がございますが、紫色のところは現行の救急隊の資器材、教育体制の中では判断できない観察項目、満たすことが難しい体制でございます。緑色のところが、救急現場においても効果・メリットと考えられる項目、赤色のところが救急現場においても発生リスクに特に留意すべき重篤な合併症でございます。下の矢印のところですが、救急隊の現行体制下においては、考えられる効果よりも重篤な合併症の発生リスクが高いという状況に鑑みまして、NPPVと同様に救急隊員の応急処置として補助換気を行うことは、「原則不可が妥当」と記載してございます。

13ページ目につきましては、リスクをA、得られる効果をBと表現いたしまして、Cの救急隊の現行体制や現場環境における当該手段の必然性を加味しまして、緊急やむを得ないものであるか否かについて追加で考察してございます。1番、2番につきましては、既に広く行われている強制換気と手動式の補助換気でございます。3番が今回の主な論点でございます。こちらにつきましては、原則「×」、原則手動式で行うというところで、前のページを踏まえて記載させていただいておりますが、この原則の例外といたしまして、4番がございます。特定在宅療法を継続中の傷病者の処置の維持でございますが、こちらに関して、Cのところの2ポツ目、手動式人工呼吸器による実施が可能で必然性が下がり、手動式人工呼吸器による人工呼吸が基本とはなりますが、3ポツ目のところ、特定在宅療法に係る現行の基準の解釈といたしまして、主治医等の指示に従うことを前提とした処置であるということで、現行も実施できる処置でございます。こ

れを踏まえまして、主治医等の指示が得られることを前提に、使用を妨げないと考えられることを改めて明確にするものでございます。

一番下のところは、強制換気実施後に自発呼吸が出現した場合の継続使用でございます。少し細かい論点になりますが、処置後に状態が変化した場合ですので、色を分けて表現しております。こちらについて、NPPVと同様のリスクが考えられますが、3と同様に手動式への切り替えが原則といった結論でございました。ただし、医師の指示等があれば有効な場面もあり得るということで、これは救急救命処置としての検討が望ましいといった検討結果でございました。

14ページ目は、論点について文章で起こしたものであります。1ポツ目は前のページの3番の詳細、2ポツ目は前のページの4番の詳細でございます。一番下のところ、関連機能といたしまして、「デマンド機能」は酸素吸入の範疇に入るといった検討結果でございます。

15ページ目は、応急処置等の基準の整理案でございます。『自動式人工呼吸器を用いて人工呼吸を行う』を、「従量式の強制換気を行うことをいう」と定義を限定して記載する方向で考えてございます。そのほか、例外の記載と、デマンド機能について記載をさせていただいております。

年度末に通知を発出する予定ですが、実際の基準等の改正については、来年度、消防庁において必要な調整を行った後に行う見込みでございます。

最後、教育・指導、保守管理、救急救命処置との関係性については、記載のとおりでございます。

続きまして、電動ストレッチャーに移らせていただきます。18ページ目は、少し内容を更新しておりますが、来年度、防振性能に関する科学的検証を行う予定で、今回の検討では特に左右移動機能について検討を深めてまいりました。

左右移動機能につきましては、「効果」のところに、活動スペースですとか収納スペースを確保できるといったメリットがございまして、真ん中の右側の画像が、左側に移動させていく状況のイメージ画像でございます。下の表が、一般的な既存のストレッチャーの設置例と、一番下の左右移動機能「×」と書いてあるところが、B社の電動ストレッチャーの架台の設置例でございます。この赤枠で囲ったところについて、比較検討を行いました。

20、21、22ページ目については、具体的な場면을想定した結果でございます。詳細については割愛させていただきますが、処置、収納ですとか、資器材の管理といった場면을整理いたしまして、その活用場面と、左右移動ができない場合の対応について考察を深めてまいりました。Aについては、設置する位置次第で十分に対応可能なもの、Bについては、片側からの実施等、ある程度の工夫で対応可能なもの、Cについては、左右移動機能がある救急車の出動まで考慮するものでございます。ご覧いただきますと、概ねAやBが多いといった結果でございました。従って、WGの結論といたしましては、一定の工夫で許容されるであろうといったまとめでございます。

最後、少し事務的なところで文字が多くなってございますが、簡単にご紹介をさせていただきます

ます。高規格救急自動車につきましては、関係団体で検討された標準仕様の報告書等を、消防庁から周知を図ってまいりました。また、消防庁では緊急消防援助隊補助金交付要綱について要件を定めてきたところがございます。ただし、こちらについては基本的に電動ストレッチャーの用いられてない時代の検討によるもので、既存のストレッチャーを積載することに焦点を当てて要件を記載してございました。そこで、今回、電動ストレッチャーについて、こうした仕様とは異なる専用の架台が用いられていることが多いということで、その積載のあり方を検討したといった背景でございます。

左右移動機能につきましては、一番下の矢印のところ、利便性は確かにあるところがございますので、電動ストレッチャーにおいても原則として備えるべき機能であることは同様であります。各消防本部の実情に応じて、例外的にそれを有しない場合でも差し支えないと考えられるとまとめてございます。

防振機能につきましては、実験の詳細は検討中ではございますが、今後の方針といたしまして、2ポツ目のところ、これまで明確な設置基準は定められておらず、メーカーと消防本部双方で過去の蓄積の基に性能が確保されてきたといった事情も鑑みまして、4ポツ目のところ、既に開発されている電動ストレッチャーと既存のストレッチャーの防振性能を比較して、概ね同等と認められる目安を整理できるのであれば、厳格な防振基準の設定や審査体制まで求めなくとも特段問題ないと整理できるのではないかとまとめてございます。以上を踏まえまして、一番下の矢印のところですが、防振機能に係る整理を前提にいたしまして、緊急消防援助隊補助金交付要綱の対象に追加する方向で検討すべきである、また、標準仕様のあり方については、引き続き必要に応じて検討が行われるべきであるという結果を記載させていただいております。

最後、スケジュール等については、記載のとおりでございます。資料2につきましては以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。このWGについては、〇〇委員がWG長としてご尽力いただきましたので、レスピレータの件や今のストレッチャーの件、心電図の件、いろいろありましたが、追加発言をよろしく願います。

【〇〇委員】 ありがとうございます。大きく4つの点で議論をさせていただきました。1つ目は、いわゆる脳の主幹動脈の閉塞において、血栓回収デバイスが急速に進歩した、そのために適切な医療機関に搬送するには、救急隊はどのような判断基準を用いるかという議論であります。本点に関しては、この前の第2回の12月1日の検討会でほぼ皆様の合意を得たものと思えます。

この3ページに書かれている、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率を踏まえて、7ページに書かれているように、医療資源が比較的豊富な場合には、いわゆる観察項目6項目の中で2項目を満たせば、脳の主幹動脈の閉塞と判断できて、適切な医療機関に搬送する。一方、医療資源

が相対的に不足している医療圏で判断される場合には、3項目を満たせば専門の医療機関に搬送するということでもあります。2項目の場合には感度を優先し、3項目は陽性的中率を優先したということでもあります。日本脳卒中学会から詳細なデータを頂いて、それを参考にこのようにしたということでございます。具体的には、この6項目、それぞれ重み付けは違うのですけれども、解釈としては、救急隊としては同じ重み付けという形で、各項目に関しては特に差を設けないという判断で、単に2項目、あるいは3項目というような判断でございます。

それから、先ほど〇〇委員からご説明いただいた12誘導心電図に関しては、急性心筋梗塞に関して日本臨床救急医学会と日本循環器学会で、合同の作業部会でフローチャートが作られました。引き続き、心不全と急性大動脈解離についても議論が進んでいる状況であります。

それから、自動式人工呼吸器に関しては、様々な議論があったわけですが、この15ページのところがWGのまとめになると思います。自発呼吸のない傷病者に関しては、自動式人工呼吸器、決まった設定で人工呼吸器を装着して人工呼吸を行うということですが、自発呼吸のある、いわゆる補助換気としての自動式人工呼吸器を病院前で使うには、これは前回のこの検討会で皆様からたくさん意見を頂きました。その主な意見は、いわゆる自発呼吸のある自動式人工呼吸器の設定というのは、例えば病院であっても、血液ガスだとか画像診断だとかを参考に主治医、それから呼吸サポートチーム、様々なディスカッションの中で、一番適切な設定をするということでもありますので、病院前ではそれはとてもできないだろうということ、現在はこの自発呼吸のある傷病者に対しては、バッグバルブマスクによる手動式の人工呼吸器で対応しているというのが現状です。したがって、自発呼吸のある場合には自動式人工呼吸器は使用しないというような結論にさせていただきました。

ただし、例えば在宅医療で継続して救急車で搬送するような場合、医師の指示・指導の下に、自動式人工呼吸器の設定をして搬送するというような場合は、認めるという判断でございました。それから、もう1点、この自動式人工呼吸器による呼吸というのは、現在、応急処置として位置付けられているわけですが、将来的には、救急救命処置として位置付けられるべきだろうと、このような議論もされて、そのようなWGの結論とさせていただきました。

それから、最後、電動ストレッチャーでありますけれども、本件に関しては、女性の活躍の場、あるいは救急隊の皆様の労務負担ということを見ると、どうしても導入すべきものだと、このように考えています。ただし、高規格の救急車に載せるストレッチャーとしては、左右の移動、それから、防振機能ということが求められるのですけれども、左右移動に関しては、ストレッチャーの設置架台の位置を工夫することによって、左右移動とほぼ同等の機能が確認できたということでございます。それから、防振機能に関しても、従来のストレッチャーと同様であれば、やはりこれは高規格の救急車に装備するものだと、このように結論をさせていただきました。私からの補足は以上でございます。

【座長】 どうもありがとうございます。先ほどのマイナンバーカードの件に比べると、比較的すっきり度が高いという印象です。

〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 〇〇委員の説明でよく分かったのですが、1点だけ。私も実は誤解していて、もしかすると皆様の中にも誤解している方がいるのかなと思ってなのですが、電動ストレッチャーという言葉から、私はパワーアシストだと思っていました。なので、電動ストレッチャーという言葉をもう少し、たとえば電動昇降ストレッチャーなどにしておいたほうがいいのではないかと思うのです。

というのは、理由は2つあって、1つは、この電動というのは何かイメージ的に、押ししたりするのをすごく楽に押せたり、坂道もひゅーっと行くのかなと思ったら、単に上下するだけが電動で、ほかは……。検討している方は当たり前過ぎてあれなのかもしれませんが、私は何かもう少し……。ご存じのように、実際に今、ヒルロムの高機能ベッドなどでは、本当の意味で電動式搬送といって、動くこと自体を非常に軽い力で動くようなものもある。あともう1つは、一般のフランスベッドのようにベッドの枕の部分が上がったたり下がったりする意味での、電動リクライニングの意味なのかか思ったり、いろいろな電動ベッドがあるのと、今後、多分さらにストレッチャーも進んで、ボストン・ダイナミクスのもものように救急隊の後ろをすたすたついていくようなベッドも将来的には出てくると思うので、取りあえず今回の架台は電動昇降式ストレッチャーだということは明確にしておかないと、みんな自分の都合で、ほかの何かすごくいいものが出てくるのかなと思ったら、ただ上がるだけ。それでも、女性の人にとっては上げ下げが大変だということもよく分かった上でですが、少しあれかなと思いました。すみません、以上です。

【座長】 一般の人が聞いたときにどうなのかなという話は結構重要と思います。こういうところではどちらかというとなんかあんな、ああでもない、こうでもないと言うので、大事な指摘ではないかと強く思いました。ありがとうございます。この呼び方というか、一般名なのか固有名称かよく分かりませんが、それは消防庁で考えればいいのですよね。

【滝室長】 そこは報告書をまとめるにあたって工夫させていただきたいと思います。

【座長】 〇〇委員、ありがとうございます。ほかはよろしいですか。

3. その他

救急業務に関するフォローアップ（資料3）

【座長】 では、随分タイトになってしまって申し訳ないのですが、もう1つテーマが残っています。「救急業務に関するフォローアップ」というものがあります。これは説明5分とありますが、2分半くらいでお願いします。

【小味課長補佐】 それでは、「救急業務に関するフォローアップ」について、簡単に説明を

させていただきます。救急業務のフォローアップですが、消防本部へのアンケート調査のほか、全国の消防本部を個別に訪問して、地域の実情ですとか課題をお聞かせいただいているものになります。

こちらがアンケートになりますが、項目としては例年同様のものということで、今年度も行わせていただいております。

予定も含めてですが、15都道府県、48本部を今年度回らせていただいております。

これ以降は事例の紹介として幾つか挙げさせていただいております。まず、愛媛県で導入されている救急搬送情報システムや、長崎県の新上五島町消防本部で、地域の医療機関と連携した取組が行われているお話をお聞きしてきましたので、そういったことを報告書に挙げさせていただいております。また、需要対策ですとか働き方改革の一環ということで、日勤救急隊の導入が全国の消防本部で進んでいるところでもありますので、今回、訪問させていただいた本部の中から松山市消防局、野田市消防本部、新潟市消防局の取組についてご紹介させていただいております。

救急業務に関するフォローアップにつきましては、今回は4年間かけて全国を回る予定にしておりまして、最終年度となります来年度も、各県、消防本部のご協力も頂きながら、引き続き取り組んでいきたいと思っております。

フォローアップについては、簡単ですが以上とさせていただきます。

【座長】 ありがとうございます。この件、こんなことはどうなっているのかということも含めて、何かご発言はございますでしょうか。

松山の消防局のところの、女性職員の増加、定年延長による高齢職員の増加、これはもう既にあちらこちらで起こっているのですね。定年もそうなのですね。

【滝室長】 はい。定年につきましては、今、国家公務員、地方公務員ともに60歳定年を段階的に引き上げて、最終的には65歳まで伸ばすということにしております。従いまして、そうなりますと、60歳から65歳までの間、職員の方にどのような働き方をさせていただくのかというのは課題となっております。その1つの方策としてご紹介しているということでございます。

【座長】 恐らく65というのも、65になった時はもう時代遅れですよ。なぜなら今現在が、65以上で働いている人は山ほどいますから。そういうこともあるという話でした。よろしいですか。

では、先ほど、大変だったところの、マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化というところで、先ほどの順番でいきますと、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員ということで、では、〇〇委員、先ほどご発言になりたかったことを、よろしくご発言ください。

【〇〇委員】 少し気が抜けてしまいましたけれども、先ほどの実証実験の中で、やはり既に意見が出ましたけれども、マイナンバーカードを交付されているのだけれども、現場に持って行ってないという方の割合が非常に多いということで、これは恐らく、車を運転する時は免許証を

必ず持って行きますし、病院に行く時は保険証を持って行くことが多いと思いますけれども、マイナンバーカードをなくすと大変だから、交付されてもマイナポイントをもらったら、あとは家でそっとたんすの奥にしまっておこうという方が多いのではないかと思います。それで、今回のような活用法もあるので、そもそもマイナンバーカードは持ち歩くものだということが国民に周知されることと、それから、あと、お話が出てきましたけれども、スマートフォンにその情報を移して、日常持ち歩くものに情報が載るようなことは、もう別途検討されているということなので、そこのところを実行していただけるためには、マイナンバーカードの携帯というのを国民に啓発することがキーだなと思ったので、そこのところだけ意見を言おうと思っていました。

【座長】 ありがとうございます。先ほどから議論されている話とかなり似ていますけれども、何か一言。

【滝室長】 おっしゃるとおりだと思っております。それと併せて、今回の実証実験でも効果があったのは、資料から漏れてしまっておりますが、119番要請があった時点で通信指令のほうから、マイナンバーカードをお持ちであればそれを用意して待っててくださいと。なかなか、傷病者本人からの通報の場合は、本人も症状を持っておられる方なので苦しいというのはあるのですけれども、ご家族の方などからそういう要請があった時には、準備をして待っていただけるというような形であれば、より使いやすいということもあろうかと思いますので、そうしたことも含めて、ご指摘の点はよくしっかりと私どもも考えていきたいと思っております。ありがとうございます。

【座長】 ○○委員、よろしいですね。では、その次は、○○委員、お願いします。

【○○委員】 ありがとうございます。私も何か気が抜けておりますけれども、この円滑化に関しては、地域によって差があるのではないかと考えておまして、その地域差というものは、こういう新しい資器材がどんどん出てくると、皆様はどういうふうに考えて対応できるのかなどいうのがありますので、ぜひその辺を検討いただきたい。今、どのようになっているのか。

【座長】 このマイナンバーカードそのものの普及率も、この検討が始まる頃の最初のデータでは、宮崎県でしたか、非常に高く、ほかはかなり低いので、それで、その地域を選んだということがありましたので、恐らく○○委員がおっしゃっているのは、確かにそのとおりです。しかし、よく考えてみたら、地域における医療という切り口で見ても、地域差があるのはもうよく分かっているので、その辺は恐らく霞ヶ関も十二分に分かった上でやっているのだと思います。一言お願いします。

【滝室長】 ありがとうございます。カードの普及率自体は、今、○○座長からお話があったとおり、半年前はかなりばらつきがあったところでございますけれども、今、全体の底上げを図っておまして、そこの部分の地域差というのはかなり減ってきているのではないかと思います。

一方で、例えば特にご高齢の方の救急搬送1つとっても、かなり地域によって事情が異なるだ

ろうと思っております。地方部にいけばいくほど、恐らく搬送先の医療機関であったり、あるいはかかりつけのお医者様の数も限られたりするので、その辺りを踏まえてこの制度をどう使うのかというような見方になってくると思いますし、逆に大都市になりますと、ご高齢の方から救急搬送要請があった時に、例えばお1人でお住まいのようなご高齢者の場合、情報が最初はかなり限られるというところで、このカードの活用を図っていただけるような局面もあるのではないかと思っております。

その辺りは、実際にこれから全国展開を考えていくにあたりまして、各地域の本部の皆様にもよくご意見をお聞きして、結果としてそれぞれの地域の特性に合いながら、使い勝手が良いようなものにつくっていくということが重要だと思っておりますので、よく心得て検討させていただきたいと思えます。ありがとうございます。

【〇〇委員】 そのとおりだと思います。それから、もう1つ、医療資源が豊富な所と豊富な所がない所の活用方法の差はあるのですか。

【座長】 これは、〇〇委員にお聞きしたほうがいいでしょうか。それとも、マイナンバーカード絡みですか。

【〇〇委員】 マイナンバーカード絡みのほうが面白いのではないかという気がします。

【滝室長】 恐らく、医療資源が比較的豊かでない地域は、限られた病院にしか搬送できないことになるので、その病院で1度ないし2度以上かかったことがある、受診歴があるというようなケースがもしかすると多いのかもしれませんが。したがって、ある程度名前が特定できると、その病院の電子カルテ上である程度の情報がとれるというようなところはあるかもしれません。

一方で、大都市になればなるほど、実際にかかりつけのお医者様が分かれば、そこに搬送していくということになりますけれども、そこが分からないときは搬送する医療機関の候補先がたくさんありますので、その辺りは地域特性なども見ながら、これをどういう場面で使っていくのか、今ほど、いろいろな委員からもご指摘がございましたし、この報告書の中でもまとめておりますけれども、全てのケースにおいてこのマイナンバーカードを使うということではなくて、マイナンバーカードを使ったほうが早く運べるというようなケースに使うという使い方なのだろうと思えます。

そういう意味では、救急隊の方々に1つのツールと言いますか、迅速に搬送するための武器を持っていただくというような意味合いで制度設計をしていくということのほうがいいと思えます。あとは、そうしたツールをその地域の状況、特色なりに応じて、どう使っていただくのかというのは、各消防本部の皆様とも意見交換していきたいと思っております。

【座長】 ありがとうございます。では、その次、まだおられます。東京消防庁の〇〇委員、気持ちがなえてしまっているかもしれませんが、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。〇〇委員のご意見と類似の意見になりますが、今回の

実証実験で傷病者情報を正確かつ早期に把握ということについて、まず、正確に把握ということについては、マイナンバーカードは非常に有効だと思います。早期にということについては、やはり傷病者側の協力も必要ですが、今後、同意の手続きの簡素化などを図ることによって、こちらにも改善の余地があると思います。ただ、その2つをクリアした上で、搬送の迅速化・円滑化につなげるためには、やはり医療機関との協力・連携が不可欠だと思っております。ぜひ、救急隊と医療機関でどのような情報をどの時点で共有したらいいのか、あるいは、医療機関の間でも、かかりつけの病院と実際に搬送される病院は違いますので、その辺りをどのように情報共有していくのかという、その辺りも含めてこれから検討を進めていただきますようお願いいたします。以上です。

【座長】 ありがとうございます。コメントはありますか。

【滝室長】 まさにおっしゃるとおりだと思っております。もともとこのシステム自体も厚生労働省様のほうでいろいろとつくり込まれているシステムで、そこと連携をしていく必要もございまして、ご指摘の点も含めてよく厚生労働省、お医者様の側、それからまた各消防機関とも十分意見調整した上で、良いものにできるようにしていきたいと思っておりますので、引き続きよろしくようお願いいたします。

【座長】 これは、今、〇〇委員も発言された中に、多分、各地域におけるメディカルコントロール体制、メディカルコントロール協議会での議論も全くなしにこれが展開するとは思われませんので、そういう意味では、〇〇委員が先ほど言われた、その各地域におけるという話は、多分大事なポイントのなるのでしょね。

【滝室長】 おっしゃるとおりだと思います。

【座長】 ありがとうございます。それから、厚生労働省から参加いただいている〇〇専門官、よろしくご発言くださいますでしょうか。

【〇〇専門官】 ありがとうございます。厚生労働省の〇〇です。すみません、オブザーバーの立場から大変恐縮ですけれども、マイナンバーカードに関して3点ほどご意見を差し上げたいと思っております。

1点目が、このマイナンバーカードを使用して、活用の可能性が見込める事案もありましたけれども、恐らく、病歴聴取という手間がかなり省けるといった、むしろ時間が短くなったといった症例もあるのではないかと考えています。そういったところをぜひ、事例としてでも、消防本部として、この事例が短くなったとか、そういったことがもしあるのだったら、ぜひそういったところは載せていただいたほうがいいのではないかと考えた次第です。

2点目は、この消防本部の現場出発までの時間といったところが、今回、クローズアップされておりますけれども、マイナンバーカードを使うことで、要はかかりつけが判明して、結局近くなのかかりつけが受けてくれたといったようなところもあるかと思っております。そういった場合は、遠

くの病院が受けてくれるよりも、医療機関のアクセスが早くなったといった形の結果になるかと思しますので、この現場到着から病院到着までの時間といった観点もぜひアウトカムとしてご考慮いただければと思います。

3点目が、このマイナンバーカードの効果のところなのですけれども、一部、医療機関からの意見もございましたけれども、やはり救急隊の意見と医療機関の意見はなかなか、別で考えなければいけなくて、要は、救急搬送先の選定に効果があったといったところは、やはり救急隊のメリットになるかと思えますけれども、一方で、医療機関のメリットというのは、やはり医療機関収容後の話であったりとか、そういったところがかなり大きいのではないかと思いますので、そこは効果として、ごっちゃというよりは切り分けてお示しいただいたほうがいいかなと思っております。

以上、3点でした。失礼いたしました。

【座長】 ありがとうございます。今の3つのうちの前2者については、時間の話なので、それは個票をたぐれば出てくる話ですね。

【滝室長】 はい。よろしいでしょうか。

【座長】 はい。

【滝室長】 ありがとうございます。今、〇〇座長からもお話がございましたけれども、前2者とといいますか、3者含めて共通なのですけれども、データとして持っているものは一部あるかもしれませんので、そこはもう一度よく精査してみたいと思います。

一方で、今回、実証実験ということで、6つの本部にご協力いただきまして実証実験を行いましたけれども、最初の実証実験だったということもありまして、かなり消防からの目線を中心に調査をさせていただいたということは事実でございます。そこを、おっしゃるようにトータルで、運ばれる方の目線からすると、本当は病院に運ばれて処置がどれだけ早くしていただけるのかというところまで含めてこの事業の効果だと思っておりますので、そうなりますと、この事業効果をさらに分析し、またブラッシュアップしていくためには、よりお医者様の側、医療機関側のご協力を頂いて実証実験を展開していく必要があるだろうと思っております。その辺りは、今後、システムのつくり込みをしていく中で、様々な場面で、厚生労働省様を含めてまた医療機関側のご協力も頂くことがあろうと思っておりますので、ぜひまたそこは引き続き連携させていただければと思っております。よろしく申し上げます。以上でございます。

【座長】 〇〇専門官、もう1回確認させていただきたいのですが、最後におっしゃった効果というのは、いわゆる患者さんの治療結果を含めた、そういう意味でのアウトカムをイメージしてもいいですか。そこまでいくと、かなり大変なことになってしまうのではないかという気がしたのですが、〇〇専門官のイメージをもう1回教えてもらえますか。

【〇〇専門官】 おっしゃるとおりで、なかなか患者様のアウトカムというのは、患者様の予

後みたいなどころまでいってしまうと、かなり分析が複雑になるかと思うので、そういったところは、14ページにもありますけれども、「有益性が見込まれる」といったところが、もう少し内訳として、救急搬送先選定に有益だったのか、それとも病院に来てからの治療に有益だったのかといったところが、内訳で分けないと、この結果の評価が少しごっちゃになってしまうのではないかといった危惧でございました。

【座長】 ありがとうございます。これも多分、個票にあたれば何とかなるかもしれない。

【滝室長】 そこはアンケートであり意識をしなくて、漠然と聞いたところもあるので、拾ってみないと分かりません。もしかしたら出ないかもしれませんが、そこは今後フォローも含めてよく考えてみたいと思います。

【座長】 いずれにしても、多分、こういった病院がたくさんあるのではないかと思いますので、そういうところはその地域の救急医療についての存在感が大きいところですよ。したがって、MC協議会で活躍してくれている先生もいるというような話があるかもしれませんから、報告書に載せるかどうかは別にしても、そういう観点で少し見ていただいて、それで次につなげる。〇〇専門官がせっかく言ってくださったので、そのような感じにしてはどうかと思います。

【滝室長】 はい。よく受け止めて考えてまいります。

【座長】 〇〇専門官、どうもありがとうございます。大変な勢いで突っ走ったのですが、今のマイナンバーカード以外にも、ほかに何かございますでしょうか。〇〇委員、突っ走ってしまったのですが、ここは足りないというところはありそうですか。

【〇〇委員】 特にありません。ありがとうございます。

【座長】 大丈夫ですか。

【〇〇委員】 はい。

【座長】 それから、最後の救急業務に関するフォローアップのところも、取りあえず今現在やってくれているということで、ここは事実そのものを羅列的に記述するという話でよろしいですよ。

【滝室長】 はい。

【座長】 そういうことで、大変な勢いで突っ走りましたが、何とか常識の範囲内の時間に終わりそうな気がする次第でございます。ありがとうございます。

活発にご議論いただいたところであるのですが、非常に大事なことは、今日のこの会議の後に報告書を作るわけですよ。したがって、先ほど〇〇委員のご質問にもありましたが、このパワーポイントの紙媒体というか、これがPDFになっているのかどうか知りませんが、これをそのままホチキスでとめて報告書にするという訳では絶対ないので、そういう観点で、報告書そのものは、出来上がる途中で委員の先生方にも、例えばメールで添付するなりして、見ていただくという話でよろしいですよ。

そういうことで、少なくとも〇〇委員や〇〇委員におかれましては、ご自身の関与したところについては、目を皿にして見ていただくという話になってしまうかもしれませんが、一応そういうふうには、作るプロセスで先生方に見ていただくという作法をきちっと踏むということを前提にして、去年もそうだったかもしれませんが、最終的には座長に一任ということでよろしゅうございますか。

(異議なし)

【座長】 ありがとうございます。では、一任ということで進めていきたいと思います。

では、これから先は事務局に、あとよろしくをお願いします。

【滝室長】 事務局から最後のご挨拶させていただく前に、私から一言御礼のご挨拶をさせていただきますと思います。

大変多岐にわたります論点につきまして、WGを含めまして各委員の先生方には、これまでご議論いただきまして本当にありがとうございます。私たち事務局も、相当、先生方からいろいろな形でご指摘いただいて、勉強させていただきまして、何とか1つの形にできそうなところまでできました。本当に感謝申し上げたいと思います。

今ほど、〇〇座長からお話がありました、今日のご意見もしっかりと踏まえて、私どものほうでこれから報告書をしっかり作成させていただきまして、〇〇座長とご相談の上で、また委員の皆様方にもご確認をいただいて、そこでまたいろいろ様々なご意見を踏まえた上で、最終的に何とか年度内には報告書をまとめるということで、鋭意作業を進めてまいりたいと思っております。

特にマイナンバーのほうにつきましては、次年度どういう形にするかというのは消防庁の中で検討中でございますけれども、恐らく次年度以降も引き続き、また先生方のお力を頂きながら進めていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

私からは以上でございます。ありがとうございます。

【座長】 1個だけ。〇〇委員の委員会の中での話で、12誘導心電図の測定プロトコルの話は、これはほかにも心不全とか解離性大動脈瘤についても議論しているということなのですが、これそのものは、こういうことがあるので各地域のMC協議会でご参考にされたらよろしいですよというふうな位置付けで、〇〇委員、〇〇委員、よろしいですね。

【〇〇委員】 私が〇〇委員や、あるいは日本循環器学会から報告を受けているのは、先ほどお話した急性心筋梗塞に関しては、所定の手順を踏んでいる。急性大動脈解離と心不全に関しては、これからの議論だというワーキングでの結論でありました。

【座長】 今、私がお聞きしたのは、報告書の中にこれを入れるとすると、こういう議論があるので、各地域で、メディカルコントロール協議会などでこれを参考にされたらいかがですかという、そういう位置付けでいいですねという質問です。

【〇〇委員】 そうだと思います。12誘導に関してはそのような記載になると思います。

【座長】 分かりました。この手の話が飛び入りだったので、そこだけ確認しようと思いましたが。どうもありがとうございます。

では、本日の議論はこれでということで、あとは事務局、お願いします。

4. 閉 会

【小味課長補佐】 それでは、以上をもちまして、「令和4年度第3回救急業務のあり方に関する検討会」を終了いたします。

今年度の本検討会は、本日をもって終了となります。委員の皆様におかれましては、お忙しいところ、1年間、誠にありがとうございました。

(了)