

**令和5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5年12月1日（金） 10時00分から12時00分

2 場 所 WEB会議及び対面会議による開催

**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、どうもありがとうございます。ただ今より、「第2回 令和5年度救急業務のあり方に関する検討会」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、WEB及び対面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、原則公開となっていることから、一般傍聴につきましてはYouTubeによる傍聴とさせていただいております。

それでは、開催にあたりまして、消防庁次長の五味よりご挨拶を申し上げます。

**・消防庁次長挨拶**

【五味次長】 本日は、大変お忙しい中、「令和5年度第2回 救急業務のあり方に関する検討会」にご出席を賜り、誠にありがとうございます。7月に消防庁次長を拝命いたしました、五味と申します。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。

まず、皆様におかれましては、それぞれのお立場で昼夜を分かたず、救急業務のために献身的にご尽力を頂いておりまして、そのような中で検討会にご参画いただいたことに心から感謝を申し上げます。

さて、第1回検討会では本年度の検討項目を、1つには「マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討」、もう1つに「救急需要の適正化等に関する検討」とお定めいただきまして活発な議論をいただいているところと伺っております。

その後、これらの検討項目を深掘りしていくために、本検討会の下に設置した検討部会及びワーキンググループや連絡会におきまして、それぞれの構成員の皆様にも多大なご尽力を頂き、精力的なご検討を進めていただいていると承知しております。そこで本日の検討会におきましては、その検討状況を事務局よりご報告いたしますとともに、さらに議論を深めていただく予定としております。

本検討会は、全国の消防本部をはじめとして様々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。委員の皆様には、今年度中の報告書の取りまとめ、ひいては救急業務のさらなる進展に向けまして、専門的な知識、ご経験にもとづく忌憚のないご意見、ご指導をいただきますようお願いを申し上げまして、甚だ簡単ではございますが、冒頭のご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

【小味課長補佐】 なお、次長は所用により、11時ごろ退席させていただき予定となっております。

## 2. 委員紹介

【小味課長補佐】 次に、資料の確認をさせていただきます。まず、議事次第、検討会開催要綱、委員名簿、出席者名簿。次に、第2回検討資料としまして、今年度の検討事項と資料1～4及び参考資料1、以上となっております。不足等はないでしょうか。なお、一般傍聴者の方につきましては、消防庁ホームページに検討会の資料を公開しておりますので、ご確認ください。

続きまして、本日の委員の皆様の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、大阪市消防局の山下委員の代理として、〇〇様が出席。オブザーバーの厚生労働省 佐々木様の代理として、〇〇様が出席されております。

また、事務局におきましては、9月より消防庁救急企画室長に山口が着任しておりますので、一言ご挨拶を申し上げます。

【山口室長】 救急企画室長の山口でございます。よろしくお願いいたします。

【小味課長補佐】 それでは、会に先立ちまして、有賀座長よりご挨拶をいただきたいと存じます。有賀座長、よろしくお願いいたします。

### ・座長挨拶

【有賀座長】 では、有賀から始めさせていただきます。まず、おはようございます。

本日の第2回の救急業務のあり方に関する検討会（親会）でございますが、7月3日に行われた第1回の中で議論されたことを深掘りしていくという予定で、本日準備させていただいております。これまでのワーキンググループでの検討状況について説明いただくなどに当たって、円滑に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。以上です。

【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等につきまして、2点お願いを申し上げます。まず、WEBにてご参加いただく委員の皆様へのお願いとなりますが、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（OFF）にさせていただくよう、よろしくお願いいたします。次に、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

問等される場合は、こちらにご出席の方におかれましてはその場で挙手を、WEBにて参加されている方におかれましては、画面右下の「チャット機能」への入力、または「リアクション機能」ボタンを押していただくよう、お願いいたします。座長より指名があるまで、お待ちください。ご発言の順がまいりましたら、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。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、有賀座長にお願いしたいと存じます。有賀座長、よろしく申し上げます。

### 3. 議 事

#### 1. 今年度の検討事項・マイナンバーカード活用（資料1）

【有賀座長】 それでは、よろしくお願ひしたいと思ひます。まず最初に、今年度の検討事項の概要ということで、そのための資料がございますので、ご説明いたしたいと思ひます。引き続き、マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討となりますので、そこまですでよろしくお願ひします。

【安藤課長補佐】 救急企画室の課長補佐をしている安藤と申します。それでは、「救急業務のあり方に関する検討会」の、「今年度の検討事項」の資料をご覧ください。1ページ目は、今年度、「救急業務のあり方に関する検討会」の検討事項のおさらいという形になります。

まず1点目、「マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に関する検討WG」を開催しております。今年度においては、本事業に係る調査・研究の内容をワーキンググループで報告するとともに、令和4年度のワーキンググループで検討した実証実験の結果や、本格運用に向けた効果・課題を踏まえまして、システムの具体的内容や運用方針等について検討しているところであります。

「救急車の適時・適切な利用の推進」に関しましては、「救急需要の適正化等に関する検討WG」を開いております。今年度においては、「119番通報時」及び「救急現場」における緊急度判定に焦点を当てて、課題を整理し対応策を検討することとさせていただいております。

枠外に、「※その他<報告事項>」といたしまして、救急隊員の職務環境に関する調査・検討も現在実施しております。

本日においては、これらの事項等について、中間的なご報告をさせていただきたいと存じます。2ページ目は、今年度の各ワーキンググループのスケジュールとなっております。こちらの資料に関しましては以上です。

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全国展開に係る検討」のご説明をさせていただきます。

まず、資料の1枚目は、「①マイナンバーカードの交付状況」です。上の欄に掲げているのが、

前回実証実験を行った令和4年10月30日時点の数字で、その下が、令和5年11月19日現在のマイナンバーカードの交付枚数及び保険証としての利用登録数です。前回実証実験時と比較いたしますと、マイナンバーカード交付枚数が約1.5倍、健康保険証として利用登録をしている数に关しましては約2.5倍となっており、マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化に必要なマイナ保険証の取得状況等に関して、大きく向上しています。

3ページ目は、こうした状況に鑑みまして、現在、補正予算といたしまして全国的な実証事業を行うこととさせていただいております。中段にありますように、令和5年度補正予算案といたしまして、3.7億円を計上しております。また、実証として47消防本部、500隊程度を想定しているところです。令和4年度実証実験においても、救急現場から、プロセスの短縮をしてほしい、同意のプロセスを簡易化してほしい、タブレットの小型化をしてほしい等の様々な改善点を頂戴しているところであり、可能な限り現場に使いやすい形で実証を行えるよう、関係機関と調整をしております。

続きまして、4ページ目は、7月26日に行われました「マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討WG」の概要となっております。主にシステム構築に向けた要件の整理と、事業効果等の検証について、方向性、概要を整理いたしました。上の欄ですが、システム構築に向けた要件の整理として、まず、「システム基盤」に関しては、令和4年度実証実験でも利用した、オンライン資格確認等システムから医療情報を閲覧できる仕組みを構築するとしております。その下の「同意取得」に関しては、方向性として救急隊の対応と医療機関の対応との整合性をとるよう検討を進めております。「救急隊が閲覧する情報」ですが、オンライン資格確認等システムから閲覧できる医療情報は、情報閲覧の期間を指定できるものの、救急業務で迅速かつ簡易的に閲覧できるよう、現在、厚生労働省で検討している救急用サマリー（概要版）を救急隊でも閲覧することができないか、調整を進めているところです。いずれにいたしましても、システム構築に係る整理に関しましては、今後、関係機関、ワーキンググループと調整を行った上で結果をお諮りし、次回に、整理したものをご説明したいと思っております。

その下、事業効果等の検証については、本事業の事業効果として、主に救急隊が正確な情報の取得ができることに加え、かかりつけ医の把握により、医療機関選定等の判断に資する情報を取得できることのほか、傷病者ご本人の負担軽減を図ることが主な事業効果となっております。今後、さらなる深掘り等を行うため、消防本部にヒアリング等を行いまして、内容を取りまとめた上で、ワーキンググループに報告する予定となっております。

5ページ目は、現在、厚生労働省で検討されている内容です。9月11日に「第18回健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用WG」で説明された資料から、可能な範囲でご説明します。先ほど申し上げた、救急用サマリーという概要版のイメージです。通常ですと、例えば受診歴があれば3年分見られることになっていますが、救急用サマリーに関しては固定で特定の

期間を閲覧するといった整理になっているところです。

サマリーのイメージにつきまして、6ページ目、7ページ目に参照しています。6ページ目に、「診療／薬剤情報一覧」として、傷病者、閲覧対象の方の氏名、生年月日、性別等を記載させていただいております。その下、受診歴として医療機関名等が掲載されているところがございます。こちらはご参考にご参照いただければと思います。

資料1に関しまして、ご説明は以上となります。

**【有賀座長】** どうもありがとうございます。ということで、ワーキンググループについてはグループ長を間藤委員にお願いしてございますので、補足的なご意見その他ございましたら、よろしくお願ひいたします。

**【間藤委員】** ありがとうございます。間藤です。検証を始める前に、思ったとおりにいかないかもしれないという言い訳を前もって散々言っていたのですが、結果的には、事務局、及び検証に精力的に協力していただいた消防本部のおかげで、非常に順調に進んでおります。改めて感謝申し上げます。ただ、今後、本格的な運用検証がさらに広がる中で、改めて救急隊が個人情報を含め今までと違って格段に見られてしまうという中で、そういう部分の教育やチェックは必要ということも改めて思いました。

あと、システムとして本当にこれは脆弱性がないかということについては、改めてその点は常に検証をお願いしたいと思っております。

あと、お気づきになった方もいると思いますが、救急医療、もしくは救急隊として必要な情報というのはさらにありまして、特にアレルギーの情報や、あとはACPなども盛り込んでいただきたいというのは強く思うところではありますが、もともとがオンライン資格確認等システムに載っているものなので、それ以外の、そういうものに載りにくい情報をどういう形で載せるかというのは結構難しいと思いますが、やはり、ACPや、呼んだけれどもどのようにしてほしいとか、臓器移植の可否など、そういう情報をどのように載せるかというのは今後も課題だと思います。

最後に、参照画面につきましては、当初、救急隊に、より見やすいものをとということも考えたのですが、独自にそれぞれ引っ張ってきて、それを画面として作成するというのも思いのほか難しいというか、手間がかかるということもありまして、時期的にもそこに時間をかけるよりは、取りあえず相乗りさせていただこうということで進めております。ここについては、「もう少しこうだ」というご意見が、多分、現場などから多く出るとは思いますが、そのご意見はありがたく頂しつつ、どうしてもここはということはこちらからも働きかけていく、そういう形で進めたいと思っております。

**【有賀座長】** どうもありがとうございます。では、非常に大事なテーマが最初にありますが、委員の方々、事務局のご説明並びに間藤WG長のご発言がありましたので、ご意見を頂きたいと思っております。発言される時には、まずお名前から、よろしくお願ひします。

【〇〇委員】 高知県の〇〇です。ご説明ありがとうございました。資料の説明の中で事務局に確認なのですが、3ページのところで、令和5年度補正予算ということで、実証を47消防本部、500隊程度ということで記載がございましたけれども、こちらは既にその対象となる本部が決まっているのか、もしくは、今後各県に照会があるのかということを確認させていただければと思います。というのは、高知県として非常にこの取組に注目しておりまして、消防の参画の意向が大前提となりますけれども、今後、どういった展開になるのかという確認でございます。

【有賀座長】 これは事務局ですね。お願いします。

【安藤課長補佐】 ありがとうございます。前回、令和4年度の時には6消防本部、30隊にご協力をいただきまして行ったところですが、今回はそこを拡充し、47消防本部、500隊程度を予定してございます。近日中に公募の通知を発出して、年度内には候補団体を決めるようなスケジュールで現在進めているところです。

【有賀座長】 よろしいですか。

【〇〇委員】 ありがとうございます。

【有賀座長】 ぜひ手を挙げていただければと思います。間藤委員も、何かありますか。大丈夫ですか。

【間藤委員】 正直言って、未知のことをトライするわけで、普段からかつかつで大変だと思っている消防からしてみると、「また新しいことか」とか、手間が増える、それから、正直に言って、実際に、検証の中で時間が若干延びる。最終的には短くなる予定ですがけれども、今延びるのは確かです。だから、もうこれ以上は勘弁してほしいという所があるのもよく承知しております。一方で、長い目を見たときに、これは絶対患者さんと消防に対して利すると私は信じておりますし、多分そうなると思いますので、どうせそうなるのだったら早めに手を挙げて、慣れていただきたい。もう1つは、そういう中でいろいろ検証に意見を盛り込みたいという所は、ぜひ公募の際に手を挙げていただいて、より良いシステムにしていいただければと心から思っています。

【有賀座長】 今、手を挙げてくださっている方が複数名おられますので、順番でよろしいですか。〇〇委員も手を挙げられていますが、少しお待ちください。まず、〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 ありがとうございます。日体大の〇〇です。説明ありがとうございました。また、間藤委員、ありがとうございます。本件はニュースにも取り上げられて、非常に注目されている新たな取組だと思うのですが、昨年度の結果、あるいは前回の会議でも私が申し上げたかと思うのですが、今、間藤委員がおっしゃったように、このシステムを取り上げることによって、逆に活動時間が延伸してしまうということが、ないようにというところがすごく大切だと思います。その前提は、これも前回申し上げたのですが、やはり救急隊の皆さんと医療機関側が同時にその情報をやりとり、あるいは閲覧できるようなシステムが重要です。そうでないと、救急隊がマイ

ナンバーカードで見たこの画面を、言葉で医療機関に伝えるというようなことがもしあったとしたら、ますます時間がかかってしまうと思います。ですから、このマイナンバーカードのIDなどを医療機関側にも伝えられるような仕組みで、医療機関側と救急隊が欲しい情報は微妙に違うので、そういったシステムも同時に考えていただきたいと思います。

【有賀座長】 ありがとうございます。間藤委員、これは議論しないといけないということでもよろしいですね。

【間藤委員】 はい、引き続き議論させていただきます。

【有賀座長】 その次に、一般社団法人「つながる ひろがる 子どもの救急」代表理事の〇〇委員から手が挙がっていますので、ご発言ください。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしくお願いいたします。2点発言させてください。

まず、今回、マイナンバーカードの交付状況と健康保険証としての利用登録が8割弱になっていることに、本当に驚きました。医療機関の中にいると、受付時にマイナンバーカードを保険証として活用している方がまだまだ少ないように感じておりました。医療機関によってもマイナンバーカードの読取機械が片隅に置いてあるなど、まだまだ従来どおり保険証という方が多いなと思っておりました。ぜひ、実際に活用していて情報閲覧に同意されている方の割合も、今後載せていただけたらと思います。持っていても保険証として活用していない方や、同意したくないという方もまだまだいるのではないかと思います。様々なデータが入ってこそ、救急業務のいざという時に活用できると思うので、持っていて登録していなかったり、中に情報がしっかり入っていないかすれば、救急業務の時に活用できないと思いますので、ぜひそちらの保険証として活用して、同意しているという方の割合も載せていただけたらと思います。

2点目です。今回、実証事業の同意の部分が昨年より変わっており、意識のない方でも、情報の制限はありますが閲覧できるという点で、今後の結果を非常に期待しております。こういう利点がしっかり伝わることで、さらに利用につながればと思っております。また、この今回の実証事業の結果によっては、ぜひ将来的には、その場の同意だけでなく、事前の同意という方法も引き続き検討していただけたらと思います。

【有賀座長】 ありがとうございます。間藤委員、これも検討しなければいけないということでもよろしいですね。

【間藤委員】 意識のない方というのはもともと非常に要望の強かったことなので、法的、その他、倫理的に問題ないことを確かめながら、進めていきたいと思います。

【有賀座長】 ありがとうございます。神奈川大学法学部、〇〇委員、よろしくご発言ください。

【〇〇委員】 〇〇でございます。いつも同じようなことを申し上げますけれども、3点、関連するようなことでお知らせしたいと思います。

1点目は、最後にもう議論が出ましたけれども、意識のない患者さんについても、多分、大多数の市民は命の危険に際した際には、プライバシーや同意よりも健康を重視していると思いますので、ぜひ今回実施しているような方向で進めていただければいいと思っておりますが、他方、オプトアウトができるような状態には恐らくありませんので、本来、これはマイナンバーカード自体の問題だと思っておりますけれども、そういう体制整備も、どこに申し上げるべきなのかわかりませんが、あつたほうが、本当は皆さんが安心して使えるような状態になってくると思いますので、そういうことを1つ課題として申し上げたいと思います。

もう1点は、これも前から申し上げていたのですが、マイナンバーカードを救急隊の方が探すときに、本人の意識がない時には、警察官を呼んで探すというようなことがあるとお伺いしたことがあります。もちろん、警察官の方も真面目にきちっと行われているので、それ自体は悪いことではないのですが、警察の本来の職務は犯罪捜査なので、患者のためになる場合だけではないのです。であるとすると、命を助けようと思っている救急隊の方々に、マイナンバーカードを探すとか、本人の身元を探すとかいうような権限みたいなものを明確に与えるほうが、より早く情報が得られるので、簡単ではないかもしれませんが、そういうこともぜひご検討いただければいいと思っております。

最後は、これは間藤委員からも議論がありましたけれども、例えばACPの可否みたいな話はぜひ入れると、それが患者搬送の必要ないというようなことにもつながると思います。患者のためになる救急搬送ということでは非常に重要な議論になると思いますので、検討課題になると思いますけれども、そういうこともご検討いただければとワーキンググループのほうでも申し上げています。

**【有賀座長】** ○○委員、ありがとうございます。○○委員、今のご発言の内容で、オプトアウトをできるような仕組みになっているとよろしいというのは、言っておられることはそのとおりなのですが、マイナンバーカードを持たないというのはオプトアウトに入るのですか。

**【○○委員】** もちろん、マイナンバーカードを持たないというのは、大きな点では入っていると思いますし、同意という点では、保険証利用をするかどうかというところで事前の同意は取っているのです。だから、そういう意味では大きな点はクリアしているのですけれども、普通、同意と言うと、事後に撤回できるはずなのです。それにもかかわらず、今回の場合は保険証利用をいったん登録すると、多分、事後に撤回できないような形になっていますし、紙の保険証は基本的には廃止するというのが、多分、政府の方針だと思いますので、何らかの理由で、個人は様々なので、こういう場合にも使ってほしくないという方はいらっしゃる可能性があるのですが、そういう制度的な担保が、これは消防庁の問題というよりも、そもそもマイナンバーカードの立付けの問題だと思っておりますけれども、本当はそういうことをできると、より国民が安心して、利用したいと思うのではないかなというようなことです。直接的にお答えしてないかもしれませんが



ども。

【有賀座長】 いえ、どうもありがとうございます。〇〇委員、2番目の警察官のパフォーマンスの話ですが、これをこの国の基本的なルールにするためには、どういう手続きになるのですか。どうも総務省だけの問題だけではないような気もするのです。多分、総務大臣がその気になればいいという話でもないですよ。

【〇〇委員】 私も行政法の専門家ではないので、必ずしも明確な答えになるかどうか分かりませんが、一番簡単というか、正面からいくと、法律自体に明記してしまうということがあると思うのですが、法律を変えるのはなかなか簡単なことではないということも理解しているので、もう少し、例えば消防庁の規則のようなもので、こういうマイナンバーカードみたいなものを患者の効率的な搬送のために使える権限が与えられるというようなことがあれば、規則にならなくても、何らかの通知みたいなことで、こういう範囲で患者のプライバシーとか、変な形の利用をしないということを明確にして、こういうことはあり得ますというようなことを通知するというのも、その次の段階としてはあり得るのではないかと思います。明確な答えになってないかもしませんが。

【有賀座長】 いえ、イメージが分かってきました。どうもありがとうございます。

次に、〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 〇〇です。私の質問は、少しかぶるところもありますけれども、救急隊が現場で利用して便利だと思う情報がいったい何なのかということ、この実証事業の中でももう少し明確にしてほしいです。なぜかと言いますと、現場の隊員と救急診療を担当する医師とでは、その情報の必要性がだいぶ異なると思うのです。先ほど間藤委員が、実証実験の中で非常に役立つよというのは、意識のない患者さんで、いったいどういう容態だったか分からない。だから、それには役に立ちましたと。例えば5ページのところに書いてある、いろいろな救急用の診療情報の情報全てが現場で必要なわけではないだろうし、裏を返すと、実はこれ以外の情報も欲しい。

言い換えると、少し下のところの「将来的な機能拡張に向けた検討事項」の中に、「緊急連絡先」と書いていますけれども、本当にこの方が緊急連絡先の電話番号を持っていたとしても意味がないので、緊急連絡先というよりは本当にキーパーソンになるような人たちの情報、あるいは、先ほどACPの話もありましたけれども、最近、診療歴の中にかかりつけ医になっている人へのコンタクトというのが非常に重要です。現場で不搬送にしたいとか、あるいは、CPRを望まない人の搬送をどうするかという時に、かかりつけ医とのコンタクトというのは大変重要なのです。

私が言いたいのは、この実証事業の中で、ひな型ができた情報のどれが現場で大変有用だったかということと併せて、実はここに載っていない情報、現場で実証事業をする時に、こんなものを載せておいてもらえば非常に使いやすいといったことを、ぜひ今回の実証事業の中では分析の目標にしておいてほしいという思いがあります。

【有賀座長】 今、〇〇委員がおっしゃった緊急連絡先というのは、電話番号も連絡先かも知れませんが、確か世帯の4割がもう65歳以上の単身ないし65歳以上のご夫婦という状況になっていますので、単身の場合には、息子さんや娘さんがいればという話になりますし、そうではなくご夫婦だけでも、やはり老老介護などという議論もありますので、そういう意味では、結構この辺は重要になってくると思います。

【〇〇委員】 そうなのです。そういう意味においては、私、かかりつけ医というキーワードを1つ挙げましたけれども、ほかにもケアマネであったりとか、いろいろな、日頃の生活を支えている人たちとのコンタクトができれば、救急隊は相当、病院選定というよりは、傷病者対応の方向性が見えてくるのではないかと思います。

【有賀座長】 医療と私たちは言いますが、本当に医療を考えると、同時進行でその人の生活を考えなければいけないという話になっていますので、大事な指摘だと思います。

ほかにございますか。限られた時間なので、先に進みたいと思います。どうしてもという話は、最後にまた、全体で何かございますかという話をしたいと思います。

【安藤課長補佐】 事務局でございます。皆様、ご意見等をありがとうございます。頂いたご意見は、ワーキンググループで議論している内容もございますし、今回新しく出た議論もございましたので、そちらにつきましては持ち帰って検討させていただきたいと思います。

あと、念のためですが、今回行う実証事業の前提としては、同意の取得が困難なケースというのは、令和4年の実証実験の時と同様に、対象としておりません。この論点に関しては、本格導入時にどういった扱いにするかということ、現在整理を進めているところでございます。

【有賀座長】 ありがとうございます。基本的に一番重要な部分は、何となく宿題的です。

先ほどの、マイナンバーカードの保険証での取得の割合がとても多いことにびっくりしたという〇〇委員の発言がございましたが、実は、正直言って、私自身も時々、以前の病院にかかりますが、そこではまだ保険証を使っています。そして、ほぼ毎月行く診療所では、マイナンバーカードが使えるようになってきました。ですので、何パーセント使えるかといっても、結構それぞれいろいろな人がいろいろなことをやっていますので、これから先、データというのはなかなか難しいものがあるなと思って見ていました。

ということで、次へいきたいと思います。

## 2. 救急隊員の職務環境に関する調査・検討

【有賀座長】 続いては、ワーキンググループではなく、先ほど報告ということでしたが、「救急隊員の職務環境に関する調査・検討」というものがあります。資料2です。ご説明ください。

【鈴木課長補佐】 消防庁救急企画室の鈴木と申します。

まず1ページですが、背景として、関係するデータを載せております。令和4年中の救急出動件数は、集計以来最多でした。また、令和3年中の救急自動車の現場到着時間は全国平均で約9.4分、病院収容時間は約42.8分で、今後も高齢化の進展などにより、一層の救急需要の増大及び多様化が懸念されております。

2ページですが、令和5年の熱中症による救急搬送人員は平成30年に次いで、統計開始以降、2番目に多くなっております。それに対して、右側に記載している予防啓発の取組を、環境省など関係機関と連携して取り組んでおります。

3ページは、救急搬送困難事案の推移となります。全国の主な52消防本部の1週間ごとの数値が青い棒線であり、令和5年5月以降、新型コロナが5類感染症に移行されたあとの推移は、7月、8月と少し山ができておりますが、去年の夏と比べると山の高さは低くなっております。現在は、1週間当たり3,000件弱くらいで推移しています。

4ページは、職務環境の調査・検討の目的になります。平成29年度に本検討会において適正な労務管理方策の検討を行い、平成30年3月に消防庁から通知を出しました。昨今はコロナの感染拡大や高齢化などの影響により、救急出動件数が最多となるなど、救急業務の質の維持などの観点から、救急隊の職務環境の一層の整備が重要となっております。本検討会で行っている救急業務のフォローアップの一環として、この調査を行うため、47都道府県から1消防本部ずつ、計47本部の実務担当者を集めた連絡会議を開催しました。この47本部を集めるにあたっては、管轄人口規模が大規模な消防本部、中規模、小規模と、バランスよく選定させていただきました。下側のスケジュールのとおり、10月の終わりと11月に連絡会議を2回開きました。今年度中に先進事例などを取りまとめて、全国に共有する予定です。

5ページが主な調査・検討事項で、4つあります。1つ目が、平成29年度にまとめた労務管理方策の消防本部の取組状況のフォローアップになります。2つ目が、救急車の交通事故の防止対策であり、運転員の休憩時間を確保するためのルールを作成等を行いたいと考えています。3つ目が、女性救急隊員の職務環境の整備促進。4つ目がDXの推進となっております。この4テーマにつきまして、47消防本部にアンケートをして、連絡会議で活発な意見交換を行いました。今年度末までに先進事例等を取りまとめたいと考えております。

6ページからが、この4点について、調査結果の速報になります。まず、上側が連絡会議における主なご意見です。下線を引いたところが目新しい取組だと思っています。救急業務の補助などを担当するアシスタント職員を雇い、各消防署に配置する。このアシスタント職が事務作業を行うことで、その事務作業を行っていた人で救急隊の資格を持っている人が、救急隊の応援要員として、救急隊の負担軽減に活躍しているといった消防本部がありました。また、下側半分アンケート結果のところも、目新しい取組に下線を引いております。転院搬送専用の臨時的救急隊を運用する。現場滞在が長くなったときに、他の隊に交替する。さらに、救命士の疲労度を偏差

値で見える化して乗車を調整する。高齢化などに伴う救急出動の状況を勘案して、その地域独自の消防力の整備指針を改正し、救急隊の増隊を検討しているといった取組がございました。

7ページが交通事故の防止対策になります。連絡会議の主な意見としては、ドライブレコーダーの映像を活用して事故防止に努めている。車内にカメラを設置して、ハンドル操作やブレーキのタイミングの検証を行うコメンタリー研修を外部委託により実施している。車両を更新する時にコーナーセンサーやアラウンドビューモニターを搭載し、事故防止に役立てているといった消防本部がありました。下側のアンケート結果について、下線を引いているところで、運転する職員の階級を、日頃は運転しない高い階級の人もできるようにする。職員の応援体制の構築ということで、通常は1つの消防署の中で人のやりくりをするのを、複数の消防署や、消防本部から消防署に応援要員を派遣するようにした取組がありました。また、交替要員を確保するために、BCPの観点で、必要時には救急以外の防災訓練や予防業務の一部を縮小するといった取組をされている消防本部もありました。

8ページが女性隊員の職務環境の整備促進となります。連絡会議の主な意見としては、電動ストレッチャーの導入など、資器材の軽量化や電動化を行っている。人事課に女性職員を配置して、女性職員の様々な意見を受け止めやすくしているといった消防本部がありました。下側のアンケート結果では、出産・育児などで一定期間救急隊を離れた職員が救急隊に戻りやすくするため、リスタートプログラムを導入している消防本部の数が増えておりました。また、日中だけ活動する日勤救急隊を運用している消防本部も増えているところです。

9ページが、DXの推進になります。連絡会議における主な意見としては、救急活動をした報告書の作成事務量を4分の1程度にするようなシステムを導入する予定である。傷病者の情報や車内の画像を医療機関に送られるようにすれば、受入れの電話交渉時に口頭で伝えることが減って、エラーが少なくなったり、短時間で搬送先が決まる可能性があるので、検討しているといった消防本部がありました。アンケート結果では、DX導入としては、Joinという、LINE WORKSのようなもので、医療機関と交渉する際に情報共有していたり、G-MISを活用して空き病床を考慮したり等、DXの取組が増えてきている状況です。DXを導入している場面について聞いたところ、多かったのが、「出動指令時の指令センターと救急隊の情報共有」が28%、「受入れ医療機関の選定」が30%、「活動報告書等の入力」が23%でした。

10ページです。4テーマとは別に、今年の夏に、救急搬送を円滑にするために実施した対策についてもアンケートを採りました。問2の「臨時的に増隊したか」につきましては「はい」が53%です。「救急隊を4名配置にするなどの負担を軽減する取組を行ったか」については「はい」が70%。「救急車の適正利用の広報を行ったか」は「はい」が100%でした。

11ページです。対策の続きになります。問5「#7119の受付電話回線数や人員体制の強化を行いましたか」については、#7119を行っている7消防本部数のうち「はい」が5本部ということ

で、71%でした。問6「医療関係部局などと連携した取組を実施したか」については「はい」が64%。その主な内容としては、搬送困難患者の受入医療機関の輪番制を導入する。コロナ患者に限って交渉回数3回以上となったら、指定された医療機関に交渉する。保健所や県の入院調整本部と連携して搬送先を決めるという、コロナ禍のレガシーを活かした取組を続けている所もありました。救急隊の出動率が100%の時は、緊急性が低いと判断される転院搬送依頼をお断りして、運用救急隊の確保を行っているという消防本部もありました。問7「119番通報の急増や出動可能な救急隊の残数がひっ迫した際に、軽症だと推測される通報は救急隊出動を一時的に保留して、救急隊の残数が確保されたあとに出動する」といった、指令管制の工夫をしたかについては、「はい」が49%でした。

12ページです。「救急現場の現状認識」について、連絡会議で出た主な意見としては、軽症の救急出動件数が増加していて、軽易なことで119番通報されやすくなっていると感じる、一番困っているのは、病院の受入れが決まりにくくなっていることといった声がありました。関連するアンケート結果が問8と9です。問10「来年度以降、常設の救急隊の増隊を目指しているか」については「はい」が62%でした。全般的なご意見としては、救急隊と消防隊の隊員交替の点では、消防隊・救急隊を専任制で行っていることが交替の支障になっている。これは特に大規模な消防本部からご意見がありました。長期間救急隊員として勤務していた方が、急に消防隊員として勤務する、またはその逆を行うのは難しいという状況があります。予算取りを行うためにも、他の消防本部の施策を共有していただきたい、国や県単位で施策を取り組んでいただけると助かるという意見が、中小規模の消防本部からございました。

今回は調査結果の速報ですが、第3回の本検討会では、先進的な事例を取りまとめたものをご報告したいと思っております。説明は以上です。

**【有賀座長】** ご報告を聞くという話ですが、コメントや意見のある方はおられますか。

今回は47の消防本部を対象にアンケートを実施していますが、これは全消防本部に聞いても、大体このような傾向になるだろうという見通しですか。

**【鈴木課長補佐】** 大体近いものと認識しています。管轄人口規模のバランスを考慮して47本部を選びましたので、近くなるものと考えています。

**【有賀座長】** そうではないかということで確認しました。ほかにございますか。

**【〇〇委員】** 隊員の職務環境に関する調査ということですが、内容が次の3番目の救急需要の適正化のところと少し重複しているところがあって、そちらでお話ししようと思ったのですが、こちらのほうとの関係が多いので、尋ねたいことがあります。

6ページを見ていただきますと、救急業務を補助する担当のアシスタント職であるとか、再任用職員の活用であったり、臨時の救急隊を運用するなど、キーワードをよく見てみると、現役の救急隊員の役務を軽減するために、人を増やす方策としてこういう手があることを記載している

と思うのです。もう1点、少し見方を変えてコロナの話、あるいは場合によっては災害の話、そういうことになってくると、利用できるリソースが限られている時に、その人、隊員、あるいは、物、救急車も当然足りなくなると思うのです。

救急隊の環境だけではないのですが、救急領域の全体の応需に対する対応力という意味において考えたときに、消防団という団があります。その昔、戦前は、軍隊ではないので言葉は適切ではありませんけれども、予備役というものがあって、今でも自衛官には予備役の自衛官がおります。それは、正規の現職で働いている者が足りなくなった時はそれを活用するということが制度化されているわけです。

恐らく、ここにあることも、コロナが起こった時に大変だったということも、あるいは東日本大震災もそうだし、それ以外のいろいろなエリア災害もそうですけれども、平時よりも何か事が起こった時のほうが、隊員には非常に負荷がかかる。したがって、そういう時のためにどうするのだということを、いろいろちりばめられていますけれども、もう少し制度設計的な意味で言えば、消防機関全体が、平時はこうするけれども有事はこうするというような、その有事という言い方は小さな波の中の災害も含めてですけれども、そういうことを少し考えられてもいいのではないのでしょうか。

言葉は適切ではありませんが、予備役的な、あるいは消防団のように、いざとなれば活用できるようにする。そして、もう1つは、垣根をつくらずに職員をシャッフルする。先ほど専任制という話があって、いったん配属されたら同じ現職の職員でも違った職場では働きづらいということが、災害時には問題になりますので、やはり平時からもっとシャッフルして、あるいは予備役的な、周りにいる協力いただけるであろう人たちとの共同訓練をすとか、いろいろな顔の見える関係をつくっていくというような、もう少し高い位置で制度設計されたほうが面白いのではないかと思います。

**【有賀座長】** これは、事務局というか、総務省消防庁全体の大事な話になりそうですが、コメントはありますか。

**【山口室長】** 今回は報告ということで、まさに先生がおっしゃったとおり、次の3のテーマを議論する上で参考になるかと思ひまして、こちらを先にさせていただいたところです。現状では速報ということで、出てきたものをありのままという形で報告させていただきましたが、ご指摘を踏まえて、また、この次のテーマとも絡めながら整理して、情報を発信していきたいと考えております。

**【有賀座長】** そうですね。ありがとうございます。

**【〇〇委員】** 5ページのところだと思いますが、「救急隊員の職務環境に関する調査・検討」というところで、救急隊員の皆さんは上下関係がはっきりしている職場だと思います。労務管理、業務時間の短縮というのはもちろん大きな課題なのですが、そういう職場でのストレス、あるい

はそのストレスチェックなど体制がこの消防本部の規模によってできているのか・できていないのかといったアンケート設問はあったのかというのが1点です。

もう1つ、5ページのウのところに関係するでしょうか、最近よく問題になっている、様々なハラスメントに対する相談窓口が、それぞれの消防本部の規模によってできているのか・できていないのか、そんな設問はあったのでしょうか。

【有賀座長】 事務局、お願いします。

【鈴木課長補佐】 ご指摘の人事面での直接的な設問は、残念ながら今回のアンケートでは実施しておりません。関係するものとしては、女性の環境整備に関する部分で、人事部門に女性の意見を聞く職員を設けている取組があります。また、全国からハラスメントに関する相談を受ける窓口を消防庁に設けているところです。なお、健康診断の際にストレスチェックも行っている地域があります。

【〇〇委員】 分かりました。

【有賀座長】 今回の〇〇委員の話は、もう少し広い立場からすると、労働者と雇用する側の関係性において、例えば、団結権、団体交渉権、スト権という労働三権というものがあります。その辺は概論としては横に置いておいても、職場と産業医で言うと、ストレスチェックというのは職場全体をカバーしながら日常的に行っていないといけない話で、いわゆる健康診断とは少し意味が違います。そういう意味では、普通の職場というか、そこで行われているような労務管理のセンスを少し入れながら考えてもいいのではないかという話ではないかと、聞いていて思いました。

【〇〇委員】 ストレスチェックというのは、もちろん個人のためではあるのですが、その組織のためになるということをよく言うので、今回のアンケートは目的が違うということだったので評価が必要なのではないかと思っています。

【有賀座長】 曇みかけるようですけども、今の話は産業界でいうと健康経営、つまり、社員がより健康に働くことができれば、生産性も上がるだろう。それによって企業の利益が増えるはずだという話になりますので、そういう観点でやっていくと、それなりのことができそうだという話ではないかと思っています。引き続き、よろしくお願い申し上げます。

### 3. 救急需要の適正化等に関する検討

【有賀座長】 次は「救急需要の適正化等に関する検討」ということで、本件もまずは資料を用いて事務局からご説明をよろしくお願い申し上げます。

【飯田専門官】 事務局よりご説明を差し上げます。まずは今年度の、こちらのワーキンググループの検討事項ということで、前回のスライドの再掲でございます。こちらにございますとおり、救急ひっ迫時に行う「119番通報時」及び「救急現場」における救急度判定に焦点を当てて、

課題を整理し対応策を検討するというところで、オレンジのところが前回お示した論点でございます。

ワーキンググループの検討を踏まえまして、第2回親会では赤でお示ししているところで、まずはⅠの「実態及び課題」、Ⅱの「i) 緊急度判定プロトコルによる判定後の運用」に絞ってご報告させていただきます。

今年の8月1日を基準日といたしました、全国722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。119番通報時における緊急度判定は、N=382本部ということで、約5割の本部で行われておりまして、その内289本部で「すべての事案で実施している」という回答でした。そのほかに、救急ひっ迫時に実施する場合、逆に縮小する場合もございましたが、ここでは最も割合の高い、全ての事案で実施している場合について、判定結果をどのように活用しているか、右の棒グラフにお示ししてございます。赤のところをご覧くださいますと、入電順ではなく出動指令の順番を入れ替える等の運用、電話相談窓口や代替的な移動手段の案内、不出動等の運用、これらはいずれも少ない割合でございました。ただ、事例としては存在しておりますので、どのような実態であったのか、追加で内容の精査を進めているところでございます。

救急現場における緊急度判定につきましては、N=472本部と、約7割の本部で行われておりました。こちらも全ての事案で実施している場合、判定結果をどのように活用しているかですが、代替的な移動手段の案内、不搬送等の運用をしている本部は少ない割合でございました。

3ページは、只今の現状の対応状況に関するご説明でございます。平時からの対応については、119番通報時の緊急度判定の結果は、最適な救急搬送体制の選択に活用されているケースが多く、通信指令員の判断による出動優先順位付け等を行わないケースが多い。救急現場の緊急度判定の結果は、緊急度に応じた救急活動に活用されているケースが多く、救急隊の判断による不搬送等を行わないケースが多い。コロナ禍における救急ひっ迫につきましては、119番通報時において、緊急度判定の結果に基づき出動保留が行われた消防本部がありました一方で、通信指令員の労務負荷が大きく、救急ひっ迫のピーク時は緊急度判定を縮小せざるを得ない場合があった。なお、救急現場におきましては、新型コロナ感染症が疑われる傷病者は、救急隊から保健所に対応を引継ぎ、感染症法に基づく自宅療養等の判断が行われる場合もございました。

さらに、現在までに行った消防機関のヒアリング結果で、若干の補足内容でございます。「119番通報時」、「救急現場」はいずれもコロナ禍で救急ひっ迫した状況はご承知のとおりかと存じますが、119番通報時の緊急度判定の縮小、救急現場の保健所との連携につきましては、ただ今申し上げたとおりでございます。一番下の、低緊急・非緊急への対応につきましては、消防職員から通報者、傷病者へひっ迫状況を説明して、電話相談、代替移動手段の案内等を行った場合でも、ご納得が得られない場合が多いといった現場の実情に関するお声も頂いたところでございます。

こちらは、ワーキンググループも含めた主なご意見のご紹介でございます。一番の上のところ、



委員の先生方からも、緊急度が低い場合の対応として、受け皿をどうするかというシステムを考えないと、いくら緊急度で分けても運用は変わらないといったご指摘を頂戴したところでございます。例えば、民間救急車や地域の病院救急車の活用といった例示もございました。なお、2ポツ目のところでございますが、コロナ禍で都道府県保健所が行った入院調整に関しまして、現場経験が豊富な臨床医・保健師等が果たす役割は非常に大きく、保健医療部局の行政職員だけでは難しかったといったご指摘もありまして、入院調整、搬送先選定の難しさをご示唆いただいたところです。ほかに頂戴した主なご意見は記載のとおりで、いずれも現場の険しい実情に関するものと認識しております。

以上を踏まえまして、6ページ以降が今回の本題となるスライドでございます。低緊急・非緊急に対する代替的な社会資源の活用について、電話相談窓口（#7119）の連携強化、代替移動手段の確保が大きな2つの項目になってございます。電話相談窓口につきましては、引き続き実施地域拡大を図るとともに、低緊急・非緊急に対する一層の有効活用が必要でございます。

そこで、まず前提としまして、救急要請の前段階において適切な電話相談窓口につなぐにはどのような課題があるか、ご意見を頂戴したいと考えております。続きまして、119番通報を受けたあとに電話相談窓口を案内する消防本部は、2ページ目でお示ししたとおり、少ないという結果がございましたが、その背景にはどのような課題があるかについても、ご意見を頂戴したいと考えております。代替移動手段の確保については、病院救急車と患者等搬送事業者いずれも、これまでの検討で必要性が指摘されたところかと存じます。ただ、必ずしもどのような場面で必要とされているかが不明瞭なところもございますので、どのような課題があるかと併せて、ご意見を頂きたいと考えております。

なお、2ポツ目のところですが、緊急性の乏しい転院搬送について、消防機関以外が担う手段の1つとして病院救急車が考えられます。右のグラフのとおり、転院搬送は全救急出動件数のうち10%弱を占めるものでございますが、厚生労働省さんのほうでは効率的な病院救急車の活用をご検討いただいているところでありまして、平成28年には消防庁、厚生労働省の連名で、地域の実情に応じて転院搬送のルール化に向けた取組を依頼してございます。

3ポツ目のところですが、患者等搬送事業者については、緊急性のない者を搬送対象としております。なお、事業者数、搬送件数ともに増加傾向にあります。地域差も見られるといった実態がございます。

続きまして、判定後にどのような運用をするか、ただ今ご説明したところでございますが、救急ひっ迫時の具体的な取組事例も踏まえまして、具体的な救急隊の運用方法についてお示ししております。119番通報時は、高緊急の119番通報に対して出動指令及び現場到着に時間を要する事案があったというひっ迫状況がございましたが、低緊急・非緊急の119番通報に対しても、救急要請を覚知すれば殆ど救急出動している状況をどう考えるか、まずはそこから検討が必要かと存

じます。さらに、救急ひっ迫時においても、新たに高緊急の119番通報を受けた場合に、迅速・確実に対応するには、どのような方法が考えられるか、具体的な方法についてご意見を頂戴できればと存じます。現時点で把握する取組事例としまして、下のほうに例示しておりますが、待機隊を高緊急の場合に出動させる、逆に出勤可能な隊数の減少時に低緊急を待機させる、救急隊ごとの労務管理上の上限を設定する、転院搬送につきましては、傷病者は医療機関にいらっしゃいますので、緊急性が低い依頼はいったん保留させていただく等の取組がございます。

救急現場につきましては、搬送困難事案件数が増加したといった状況がございましたが、低緊急・非緊急の傷病者についても、受入れ医療機関が決定するまで現場に留まらざるを得ない状況をどう考えるか。さらに、コロナ禍では救急ひっ迫時の救急搬送の円滑化に関係者が連携して、円滑な搬送先調整に繋がる取組が行われましたが、地域でこうした議論・検討を行うことの有効性について、ご意見を頂戴できればと存じます。具体的な取組事例は、先ほど資料2の11ページでご紹介したところでございますが、その一例を下に抜粋させていただいております。

最後のスライドになりますが、Ⅱの緊急度判定についての主なご意見をご紹介します。長らく検討されてきた緊急度判定体系には様々な論点がございますが、今回の資料と直接関連する部分はこちらのとおりでございます。なお、緊急度判定プロトコルの策定理念・精度につきましては、救急ひっ迫時の消防機関が無理なく運用を継続できるよう、簡易な緊急度判定プロトコル、及びその判定精度の目標設定に関して議論が必要ではないかといったご意見もございます。

事務局からのご説明は以上でございます。

**【有賀座長】** どうもありがとうございます。このワーキンググループについては、坂本委員がWG長をしておられるので、坂本委員からプラスアルファのご意見、その他、よろしくご発言くださいでしょうか。

**【坂本委員】** 坂本でございます。このテーマに関しましては、前回の親会以降、2回に渡ってワーキングを開催して、主な課題の抽出、それから、今事務局からご報告があったポイントについて議論が行われました。

今まで、主としてコロナ禍における救急搬送の実態及び課題について、コロナの中で非常にひっ迫した救急搬送に関しての調査を行い、それを参考にして、コロナ以外のことに関して、その対応を要する場合に、どのような課題があるかというようなことを議論してまいりました。また、緊急度判定については、特に緊急度判定のプロトコル自体については今までずっと議論してまいりましたので、特に緊急度の高い傷病者に関しては、ドクターヘリ、ドクターカーの運用や、PA連携など、既に実際に適切な対応を選択し運用されているわけですが、低緊急・非緊急に対してどのような対応方法があるかということについての議論を行う中で、その受け皿となるような代替的な社会資源の活用、例えば民間救急車、あるいは病院救急車等の活用が必要だろうということがあげられました。それから、通報時に関しては、#7119のより広い範囲での普及、及

び119番通報と#7119の間でのシームレスな連携というようなものが必要なのではないかということで、議論が行われました。

また、このような形で低緊急・非緊急に対して、特に代替的な社会資源を活用する、あるいは、不搬送とするというようなことは、コロナ禍ではコロナ陽性患者さんの119番通報で実際に起きていたことですが、その際には感染症法に基づいて、保健所の医師、保健師等が、実際の入院療養の要否の判断、あるいは自宅療養になった場合のフォローアップなどを行うことによって、そのネットワークを維持していたわけなので、それらのような仕組みが今後、コロナ以外の非緊急に対する対応を考える場合にも必要ではないかということが議論されました。それから、今までの緊急度判定プロトコルは、主に医学的な生理学的な所見、あるいは解剖学的な所見に基づいて客観的な判断をするということが主体でしたけれども、高齢者が非常に多くなってきて、高齢者に対しては少し、現行のそのような医学的な重症度以外に、本人自身の希望であるとか、かかりつけ医の意見なども考慮したうえでの判断が必要ではないかということが議論されて、これからの課題となっております。

**【有賀座長】** どうもありがとうございます。ということで、このテーマについての一連の話を、今、聞いた次第でございます。では、委員の方々、早速、〇〇委員、お願いします。

**【〇〇委員】** 低緊急あるいは非緊急の時の対応というのは、長年議論はされてきましたけれども、結局、これという案がないままにきています。それで、基本的なところを消防庁にもお尋ねしながらの意見になるのですが、私たち病院で、患者さんとの診療以外の条件があって、どうしてもご本人と長々と話をしないと納得されないということがよくあります。そういう場合は、今はメディカルクラークとか、あるいは事務の者が間に入って一緒に、いわゆるメディエーター的な役割をしてお納得いただくということをするものが多くなってきています。

低緊急・非緊急の時に、民間救急車を使うなど、いろいろ手はあるのでしょうけれども、1つは、救急バイクというのは日本では法的には今はまだなかなかできない事情がありますけれども、誰か代替の人が行って対応する、救急救命士の資格を持った者が現場に行き、メディエーター的な役割をして、スイッチをして救急隊は返すというようなことをするとか、119番で緊急度が低いと思ったときにも、恐らくそういう者の待機で行かせるというようなことをさせるとか、やはり病院のような中で行われているメディカル以外の部分の、コメディカルが対応していることで納得されるような仕組みも、消防機関の中に取り入れていったほうがいいのではないかと思います。

イギリスなどでは、低緊急はバイク救急とか、国際的に見れば幾つかあって、十数年前かに議論されたことがありますが、日本では駄目なので、特区がある所だけ、2人救急隊とか、あるいはバイク救急の試みなどをされたというのは耳に挟んだことはあるのですが、結局、それも今は法が改正されないと、なかなか救急自動車の枠を超えての隊の構成は変えられないと思

ます。では、それを外れたところで、そういう役割を担う部門、あるいは人をつくってもいいのではないかという気がします。

【有賀座長】 ありがとうございます。それは、広い意味で代替という話の一環の話かもしれませんが、WG長の坂本委員、〇〇委員のお話も多分議論されているのではないかと想像するのですが、いかがですか。

【坂本委員】 〇〇委員、ありがとうございます。今のお話は、平成17年頃からの議論の中で、英国の体制を学ぶということで、英国ではNHSの下で、消防機関ではなくて衛生担当部局が救急搬送、救急医療、あるいはGP等も含めて、全ての通報に対応するという仕組みです。その中で、搬送して医療機関に運ぶよりは、現地に保健師のような資格の者がGPの監督の下に行って、傷病者から話をよく聞いて、それで、自宅での療養を選択し、フォローアップするというようなことが行われているということがございました。

そのようなことも含めると、このような低緊急・非緊急に対する対応自体がそもそも総務省消防庁の仕事なのか、あるいは厚生労働省や保健所の仕事なのかという制度設計自体を考える必要があるということが、ワーキンググループの中では議論されて、今回の一番最後の8枚目のスライドの上から2つ目くらいのところに、そのようなことを書いてございます。

【有賀座長】 ありがとうございます。では、間藤委員、お願いします。そのあと、〇〇委員、お願いします。

【間藤委員】 先ほどの報告の、救急隊の搬送困難の時に、山以外のところでベースラインがずっと上がってきているというのは、皆さんご承知のとおりと思います。

【有賀座長】 先ほどの資料2の2ページですね。

【間藤委員】 はい。これが、一般的にはコロナの感染以外のお年寄りの軽症などの要請が増えていて、そういうものを捌くのが難しくなっているという理解だと思いますが、いわゆる大都市ではなく、地方都市の救命センターの責任者という立場で感じているのは、働き方改革により実質的に、それぞれの二次病院、場合によると三次医療機関でも当直の医者的人数が減ってきている。働き方改革を満たそうとすると確実に減るということで、救急の対応力が下がっているということも、そろそろこの類縁に影響しているのではないかと感じております。

そういうことを考えたときに、〇〇委員がおっしゃるように、今回の救急需要の適正化というものずっと議論してきて、いろいろ意見は出るけれども、なかなか実効性があるものがないという中で、そこに今度は働き方改革が加わると、非常に危機的な状況になるのではないかという感触を得ております。〇〇委員なども現場でやっていると、そんなことを感じているのではないかと感じていたのですが、そういう意味で、何が言いたいかということ、そろそろ何か手を打つか、そういう検討を急いさほうがいいのではないかという意見でございます。

【有賀座長】 ありがとうございます。全く同感ではありますが、これもひとえにワーキング

グループのパワー、プラス、本当にどうかという話は総務省消防庁だけの問題ではなくて、もっと広い立場で考えていかなければいけない問題、この国全体の問題でもあると思います。

杏林大学の〇〇委員、ご発言ください。

【〇〇委員】 ありがとうございます。民間救急に関して1つコメントさせてください。代替的な社会資源として民間救急の活用という話が坂本委員からもあったところですが、実は東京都のコロナの入院調整本部において、患者の搬送手段として東京消防庁ではなく民救のほうに誘導するという方針のもとで、民間救急業者に対しまして、コロナに対する感染管理の基本的な教育研修を100以上の業者に対して行わせていただきました。そこで、私の認識がこれまでと大きく異なっていることに大変驚いたのです。民間救急業者は東京消防庁から認可を受けて業をしているわけですが、その質の管理にはほとんど手が付いていないという現状にあせんとしました。感染管理どころか患者さんの基本的な取り扱い方法、何か異常が発生したときの対処方法のような対応力が、ほとんどないというのが現状でした。

こうした公的な委員会が民間救急を代替的な社会資源として位置づけるのであれば、これまであまり手が付いてこなかった業者の質についても、ある程度の責任ある質の担保ということを、検討する必要があるのではないかという趣旨で発言させていただきました。

【有賀座長】 どうもありがとうございます。これもとても大事なことだと思います。東京の話ということで、今、出ましたが、〇〇委員に、東京は今そうなっているのですね。

【〇〇委員】 〇〇委員がおっしゃるとおりです。

【有賀座長】 そうですね。これはほかの道府県も同じなのですか。民間救急車が頑張りますと言ったときに、どこに「よし、やれ」と言ってもらうことになっているのですか。東京は全体をカバーしているということがあるので、消防がある意味面倒を見ると言う、基本的には東京消防庁がぱっと浮かぶのですけれども。あれは情報の集約化という意味ではそのとおりですが。

【〇〇委員】 少しよろしいですか。堺市では、堺市消防局に民間救急車の登録をして、手を挙げて、「いいですよ」ということを公にしている。それは平時です。今回のような、コロナがあったときは、予算も要りますし、逆に消防局のほうから、幾つかの業者のうち、手伝ってほしいということで、細かなことを取り決めて運用したと聞いております。

【有賀座長】 ということは、今、東京の話が出たので、東京都というイメージだったのですけれども、基本的には消防本部それぞれについて今の話が成り立っているということですか。

【小味課長補佐】 事務局のほうから、制度について簡単にご紹介とご説明をさせていただきます。

まず、民間救急といいますか、患者等搬送事業者ということで、消防庁では一定の指導基準、認定基準を設けております。その上で、各消防本部で事業者を認定していただく仕組みになっております。基準は、人の基準として一定の講習を受けていただくとか、車両の基準ということで

資器材等についての最低限の基準を設けて運用していただいています。前提として、国交省のいわゆる福祉タクシー等の認可を受けている必要がありますが、その中で、希望する事業者については、消防庁の基準に基づいて各消防本部で認定していただく事業を、患者等搬送事業ということで実施していただいているということになっております。

ただ、実際には、少しお話しいただきましたように、規模の小さい事業者が多い中で、ある程度の最低限の基準は設けていますが、事業者には一定ばらつきがあるというのも現状であるということはお聞きしています。

【有賀座長】 だから、基本的な骨格については総務省消防庁が一定の水準で各消防本部に「こういうことでよろしくね」と。各消防本部はそれを受けて、ご自身のエリアの中で、A事業所、B事業所、C事業所に「よろしくね」というような仕組みなのですね。

【小味課長補佐】 はい。

【有賀座長】 ありがとうございます。

【〇〇委員（代理・〇〇様）】 よろしいですか。大阪市消防局です。今お話があったとおり、消防庁の通知に基づいて、1年に1回くらい認定要件を満たしているかどうかの検査を実施している消防本部が多いのではないかと思います。その中で、基本的には緊急性の低い方を搬送するということが患者等搬送事業者の業務になるわけですから、もともと、患者等搬送事業者がしっかり感染症に応じた防止策を講じるというようなことは、おそらくそれほど想定してないのではないかと思います。つまり、感染症法に基づく移送に関しては保健所の業務になっておりますので、その業務を代替するための搬送事業者ではないということもあって、今回のコロナのようなことに対して、当初、しっかり能力を持って対策できていたかという意味においては、少し難しい面があったのかもしれないと思いますが、地域によってはコロナの対応で移送業務に協力していただくという形になりましたので、その際にはしっかり感染対策についてレクチャーをして実施していただいているというような流れではなかろうかと思っています。

【有賀座長】 そういう意味では、大阪市の消防本部としては、そういう水準でコロナに関しての情報を、業者に共有していただくというようなことをしていたのですね。

【〇〇委員（代理・〇〇様）】 そうです。

【有賀座長】 私は名古屋市消防救急の関係者から個人的に聞くことがあって、「ああ、そうなのかな」と思いました。

【〇〇委員（代理・〇〇様）】 大阪市の保健所においては、救急要請があった時に救急搬送せずに民間の患者等搬送事業者を引き継ぐ取組をしておりましたので、その業務を委託する際にそういう感染対策に関する情報共有等を行っていたのではないかと思います。

【有賀座長】 ありがとうございます。坂本委員、ご発言ください。私も坂本委員に言おうと思っていたことがあるのですが、まずは坂本委員からお願いします。

**【坂本委員】** ○○委員、ありがとうございます。非常に重要な指摘だと思います。これについては、平成17年以降、ちょうど今日もいらっしやっている○○委員とドイツ等の現場の視察をした時に、ドイツでは、緊急性の高いものに対して消防が救急搬送を行う。そして、NPOの赤十字等が非緊急の搬送を行うというようなことで、うまく役割分担ができていますけれども、その中で、緊急性に関するトリアージシートのようなものはお互い共有化をして、低緊急だと思っても、途中で状態が少し危ないと思ったら消防に切り替える。あるいは、消防も一定の基準で、これであればNPOでいいということでNPOに任せるといような、きちっとした連携が行われているということが最低限の条件だと、当時も考えておりました。

今の日本の患者等搬送事業者に関しては、恐らく心肺蘇生やAEDの講習、あるいは応急手当の講習まで行っていると思うのですが、救急隊員との緊急性に関する概念の共有化みたいなところまではまだいっていないと思いますので、感染対策に含めてその辺も行っていくことが、今後、代替機能を期待するためには必要ではないかと思います。

**【有賀座長】** ありがとうございます。よろしいですか。私が坂本委員に言おうと思ったのは、今日は第2回の親会で、救急需要の適正化などに関する検討については、第3回が12月の末、第4回が1月末と予定されていて、そこでも議論を続けることになると思うのですが、基本的には、患者さんが入ってくる1丁目1番地は、今のところ119番通報ですね。だから、119番通報と#7119との連動をどう考えるかという話と、それから、冒頭に○○委員が言われた、説明という観点での方法論をどのように構築していくかという話がまずはとても大事だと思います。その次に、病院救急車や今言った民間救急車の話が代替の搬送手段として、搬送するの必要がなければ搬送にはならないわけですが、搬送するというようなことがもしあれば、先ほど言ったように、お年寄りが1人だけとかいう話はもうざらに出てきますので、搬送するということになる、病院救急車や民間の救急車を利用するという話になってきたときに、いよいよ、やはりというか、それらの料金はどうするのかという話があります。料金について納得していただくにしても、基本的にはとても大事な話になると思うので、それを誰がどのように払うのかということも含めて議論しなければいけないのではないかと思います。

多分、病院救急車などは、その地域全体を我々の病院が面倒をみるのだという、そういう意味での日常的なことがありますので、持ち出しになることがべらぼうでなければ、そこは頑張ってくれるとは思いますが、いずれにしても今現在の資源を使うという観点で、誰もかすみを食べて生きているわけではないので、第3回、第4回においては、その手の話を具体的に議論していかなければならなくなるのではないかと思います。坂本委員、それでいいですね。

**【坂本委員】** ありがとうございます。今日の事務局が用意していた最後のスライド8のところにも、背景となる制度設計、財源、組織について考える必要があるということで、財源の問題は非常に重要だと思っております。消防の財源でいくのか、患者の自己負担を考えるのか、ある

いは保険診療の中で考えていくのか、あるいは、新たな枠を作って予算を捻出するのかなども含めた案を出していくことは必要かと考えております。

【有賀座長】 ありがとうございます。〇〇委員、よろしくお願いいたします。

【〇〇委員】 東京消防庁の〇〇です。今回のあり方検の検討を進めるにあたって、全国の消防本部として、大きな縛りの中で活動しているということを、委員の皆様には認識していただければと思います。これからコロナが終わっても救急需要が増えていく中で、特に低緊急に対する対応というのが救急需要の適正化にとって一番重要だと思っております、東京消防庁でも色々な検討を進めています。

その中で、現段階での制度の壁としては、救急業務実施基準というものが総務省消防庁から示されておりまして、その第15条に「救急隊の出動」という条文がございます。そこでは、「消防長又は消防署長は、救急事故が発生した旨の通報を受けたとき又は救急事故が発生したことを知ったときは、当該事故の発生場所、傷病者の数及び傷病の程度を確かめ、直ちに所要の救急隊を出動させなければならない」という救急業務実施基準があります。そういった中、東京消防庁としてもこの実施基準にのっとって、低緊急あるいは非緊急であろう通報にも、出場させる救急隊がある限りはそれを向かわせなければならない。それは全国の消防本部がそういう思いでありますので、是非、このあり方検の検討を通して、最終のアウトプットの1つとして、この救急業務実施基準の見直しといいますか、そういったものも視野に入れていただければと思います。お願いいたします。

【有賀座長】 これは総務省の方にお聞きしたほうがいいと思うのですが、今の話は、条文として確かにそのとおりだという話は理解するのですが、基本的に救急車は緊急性のある患者さんを運ぶと。なので、例えば背中がかゆいなどの話があったときに東京消防庁が出るかといえば、緊急性がなければ出なくてもいいだろうと、私はそういう理解でいるのです。現実問題としては、「背中がかゆいからよこせ」という話は多分なくて、背中が痛いと言え、これはひょっとしたら、ひょっとしますからね。ですので、そういう意味では、緊急性についての判断がつかないので、現場に行かなくてはいけない。行ったら行ったで、やはり運ばなければいけないという状況もあるというふうに私は認識しているのですが、そういう認識でいいのですよね。

【山口室長】 今ご指摘頂いた救急業務実施基準については、改めて精査しないといけない点ですが、恐らくそこでも、救急業務という概念が使われていると思います。救急業務は消防法の2条9項で規定されているわけですが、そもそも、今回議論いただきます緊急度判定の議論というのは、消防の需要対策の中で新たな視点として、平成の10年代に議論がスタートしたものだと思います。その際には、そういった緊急度を判定することによって、需要にどう対応していくのかという視点が非常に大きかった。これは非常に様々な機能を持つ仕組みでございますので、様々な視点の議論がありますが、そういう視点があつたかと思えます。



他方で、例えば電話の段階、それから、現場に行った段階で緊急度を判断できるかどうかというところでは、緊急性の恐れがあるといった境界領域についてどう対応するのかというのが、恐らく現場の悩みであろうと思います。我々も、今、研究を深めなければならないと考えておりますのが、これまでの緊急度判定の議論も踏まえ、特に低緊急と消防の救急業務の概念との対応関係が、どのように整理され得るものなのか、まだ我々も解が見出せてないところでございまして、ご指導を賜ればと思っております。

そういう意味で、例えば今日の資料3の7ページの「119番通報時の運用」のところで、「救急要請でない不要不急の電話は、途中で切断する事例もみられる」とございますけれども、これも本当に救急要請でないという、かなり限定された運用だと聞いておりますし、「救急現場」のところでも、※で「緊急性が認められない場合、ご自身での医療機関受診を促す事例もみられる」とありますけれども、実際の件数を伺いますと、全体の件数に比すと非常に少ない。また、年々減少している傾向がございまして。これは幾つかの本部で、緊急度判定の結果の状況のデータを見ても、かつて比較的多かった低緊急（緑）の判定自体がだんだん減少している。それは、見逃しを防ぐために精緻化する中で、どうしても結果としてそうなった可能性があるというお話も伺っているところでございまして。今、ご指摘いただいた救急業務実施基準の話というのは、救急業務とは何か、また緊急度判定との関係性というところで、現場では悩まれているという話ではないかと思われまます。

そういった中で、#7119の議論もいただきましたが、今日の資料にはありませんので次回は入れたいと思っておりますけれども、#7119も東京都の取組でスタートしたものでございまして、おかげさまで今年に入りまして大きく参加団体が増えておりまして、24団体なので、全国で半分を超えました。それから、人口シェアでも60%に近づいております、今検討を進めている幾つかの所を含めると、これからどんどん増えているところでございまして。今まで、どちらかというエリアを広げることに集中しておったこの#7119でございまして、これをどう活用していくかというフェーズになってきたのではないかという認識でおります。

長くなりましたが、以上でございます。

**【有賀座長】** どうもありがとうございます。私が発言した根拠というか、耳学問的で申し訳ないのだけれども、確か、何年も前に救急隊シンポジウムで、福岡だったと思っておりますけれども、弁護士さん、法律家のご発表で、赤と黄色は運ぶ、緑と白は基本的には運ばないという原則で、搬送のルールは成り立っていると。ただ、先ほど言ったように、電話だけでは分からない。だから、現場に行くというようなことをおっしゃっていました。法律家の解釈はびんきりですので、あの人が言っていることはそうではないという話は山ほどあるのは知った上で、やはりそういう考えもあるのだなと思って、私自身は救急業務についての理解をしていたという話です。別に悪気があるわけではなく、そう考えないと、赤と黄色は絶対運ぶという中であって、なぜ白を運ん

でいるのかという話の理屈がつかないと思って、自分なりにそういうふうに思っていたということです。

いずれにしても、これからはお年寄りが増えますから、そういう意味では、単純な医学的なトリアージだけでは話は難しいということも事実と、坂本委員もおっしゃったので、そういうことで先へ進めていただきたいと思います。

#### 4. 日本循環器学会・日本臨床救急医学会からの提言

【有賀座長】 では、もう1つ大きいものが残ってございます。「日本循環器学会・日本臨床救急医学会からの提言」ということで資料がありますので、事務局、手短によろしく願い申し上げます。

【飯田専門官】 まずは事務局から、簡単にご説明差し上げます。参考資料1に学会提出資料をお付けしております。まず、これまでの経緯でございますが、昨年度末に日本循環器学会・日本臨床救急医学会から「救急業務における12誘導心電図の測定対象と測定プロトコルについて」、ご提言を頂いたところでありますが、令和元年度に12誘導心電図を測定することが望ましい対象といったことのご提案を頂いております。その際に、消防庁から以下の緑枠のとおり通知を発出しております。12誘導心電図の測定・伝送につきましては、①、②、③の3つのメリットがございます一方で、3ポツ目のところの留意点等がございますので、そのバランスを勘案した上で、地域の実情に応じて導入について検討を依頼したところでございます。

令和4年度のご提案につきましては、12誘導心電図を測定できる場合の、その対象や手順、留意事項等について、より一層現場の実情に配慮したものについて整理したということでご提案を頂きました。

これ以降に、具体的なプロトコル等について参考資料をお付けしております。この中身につきましては、〇〇委員のほうから補足でご説明を賜ればと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

【有賀座長】 それでは、〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 今、事務局からご説明があったとおり、日本循環器学会と日本臨床救急医学会が、12誘導心電図をどういったときに測定するのか、そのプロトコルを作成しました。地域によって12誘導心電図を測定する所、測定しないところ、それぞれの実情であると思うのですが、測定できる所については一定の基準に沿って進めていくというのが、全国的に広がりやすいかなという視点から提案させていただくものです。

特に循環器学会の先生方からすると、どうしても全て心臓のところからくるかなといったところがあるのですが、実際の救急は、例えば胸部痛を訴えたとしても心臓以外の疾患も多くある中で、そういった循環器疾患に限らず、様々な疾患に対応できるような救急活動を前提にプロトコ

ルを提案させていただきました。プロトコルの具体的なところは、昨年の検討会の中でも議論していただいたと思いますけれども、ぜひ皆様からいろいろなご意見を頂けたらと思います。

【有賀座長】 ありがとうございます。事務局からのご説明も以上でよろしいですか。

【飯田専門官】 はい。

【有賀座長】 ということで、事務局並びに〇〇委員からご説明を頂きました。委員の方々、本件について何かありますでしょうか。〇〇委員、基本的には総務省消防庁から「こんな感じでよろしくね」がいつているとして、現実にはその地域のメディカルコントロール協議会での議論という話になるのですよね。

【〇〇委員】 はい、そのとおりです。一定の標準的なものはこうであると言った中で、それぞれの地域ごとに、「では我々の地域は、ここをこう修正して、このように行おう」というような形を考えていただくというのがいいかと思います。何も題材がないと各地域での議論も進みづらいららうということで、提案させていただいているということです。

【有賀座長】 了解しました。そういうことです。〇〇委員、よろしくをお願いします。

【〇〇委員】 端的に申し上げたいと思います。12誘導心電図のツールを使うということで、病院選定が非常に効率良くといえますか、感度高くPCI等ができる病院を選べるという利点があるということが、循環器学会が提案してきている背景だと思います。

今、「搬送及び受入れの実施基準等」の、実施基準等の検証を各都道府県で実務的に行われている所が多いと思うのですが、その中で、これはページ数が振られてないのですが、一番最後のページに書かれています、令和2年3月27日付の通知文の一番最後のところに、「3 メディカルコントロール協議会への専門医の参加等」というくだりがあります。実際に搬送と受入れの実施基準の検証をしている過程では、地域の循環器疾患、あるいは脳卒中を扱われている医療機関の先生方が数多く参画されていまして、病院側の対応、いわゆる24時間365日、あるいは歯抜けの状態の所もあって、そういう受け皿としての話と、もう1つは、そこを選定するための約束事、言い換えると、それはプロトコルと言っていいのかもしれませんが、絵に描いた1枚のプロトコルはあくまでもメディカルのものですけれども、実際に運用という意味においては、その先生たちとの話し合いの中で決めていく必要があるという意味において、その3に書かれている、メディカルコントロール協議会への専門領域の先生方の参画、それも地元の先生の参画というのは、私は不可欠だと思っていますし、結果として、そういうことによって非常にうまくいくようになってくるということを付加しておきたいと思います。

【有賀座長】 ありがとうございます。ちなみに堺市消防局は、メディカルコントロール協議会はどうなっているのですか。

【〇〇委員】 私たちは、12誘導心電図は原則指導しておりません。CM2、CM5とか、あるいはNASAとか、いわゆるリード一を変えさせて、STの変化があることをもって、我々の所はハートコ

ール病院へ直接電話で通話し、搬送するというルールを決めています。初めのうちは敷居が非常に高かったのですけれども、検証を重ねていくと、先ほど〇〇委員が懸念されていたように、他の疾患がいろいろ混ざってくるのですけれども、下げるほうが彼らもありがたいと。要は、STの変化がなくても、特徴的症候である胸痛の発症の仕方だけでもいいから、最近は運んできたほうが当たるとかというようなことで、段々と話し合いの中で、それがプロトコル化されていくという形に変わってきています。

【有賀座長】 実は昨日、大阪労災病院の〇〇先生と別の件で話す機会があったのですけれども、〇〇先生も循環器病のプロとしていろいろ頑張っていると。だけど、他の病気も一緒に診られる総合病院としての強みも非常に感じるとおっしゃっていました。そのことと同じですね。

【〇〇委員】 それに近いです。彼らの所も頑張ってくれていますし、要するに他の病院さんも、感度だけでとるのではなく、要は少し外れでも当然受けますよというのが幾つかの病院でだんだん見えてきているので、あまり医学的根拠にこだわって、これが心筋梗塞だ、そうではないというような線引きよりも、これは全体的なものではなく、1つの手段だと思います。

【有賀座長】 ありがとうございます。ほかの委員の方、何かございますでしょうか。

【間藤委員】 間藤です。1点だけ、逆にお聞きしたいのですけれども、最近、MCで行政で「ああ、こういうものか」と思ったのが、スマートウォッチで「不整脈があります」と言われたので救急車を呼んだと。こういう場合は12誘導を取ったほうがいいのでしょうかみたいな。多分、今後そういう問い合わせが増えるような気がするのですけれども、こういうものはそういう適用に入れるのですか。

【有賀座長】 スマートウォッチで不整脈の指摘があったというのは、ご自身で動悸を感じたとかではなくて。

【間藤委員】 スマートウォッチの情報をもとにご自身がそれで救急車を呼んでいると。

【〇〇委員】 今のスマホの一番新しいものは、いわゆるAf（心房細動）を感知します。それで、PAF（発作性心房細動）の人たちが、ホルター心電図付けても引っ掛からないのだけれども、当てていると拾ってくれて、その中に心電図が残るのです。それで結構病院に来て、循環器の先生に相談という傾向が増えてきています。

【有賀座長】 勝手に病院に行くのは全くそのとおりですが、今のような、救急車を呼ぶという話は、そういうような……

【間藤委員】 「すぐかかってください」などと言われるらしいのです。そういうコールが増えるような気がするのです。

【有賀座長】 先ほどの、軽症かどうか分からないけれども、早速の搬送がどうなのかという話ですね。〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 今の間藤委員の発言に関連して、不整脈以外でも、今、強い衝撃が加わったと

いう形で、それが自動で119番通報をして、それが本当に事故になったのか、なっていないかという形で、出動させるか・させないかという話は、各消防本部でいろいろな話題、あるいは課題になっているようですので、新しいデバイスの救急通報にどう対応するかといったことは、そろそろ検討していかなければいけないことではないかと感じています。

【有賀座長】 ありがとうございます。間藤委員のお話は、間藤委員の地域でこんなふうにしていますみたいな話があれば、みんな、「では真似できるね」とか、「もう少しこうしたいね」という話になるかもしれません。

【間藤委員】 取りあえず、12誘導を取るようにはしています。

【有賀座長】 ありがとうございます。このテーマに関して、何か発言しておかなければいけないという方はいますか。よろしいですか。

本日は、マイナンバーカード以降に結構重たい話が続きまして、時間がもうきてしまったところですけども、今のテーマに先立っての議論の中で、やはり発言しておかないといけないということがもしおありでしたら、手を挙げていただくなりしてください。大丈夫ですか。

そういうことで、本日の議事については、基本的には終了ということで進めたいと思いますが、よろしいですか。

【委員一同】 異議なし。

【有賀座長】 では、よろしいということなので、事務局に進行をお願いしたいと思います。よろしくをお願いします。

#### 4. 閉 会

【小味課長補佐】 委員の皆様におかれましては、活発なご意見・ご議論をいただきまして、誠にありがとうございました。なお、本検討会最後の第3回目につきましては、令和6年2月20日火曜日15時からを予定しております。引き続き、よろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、「令和5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)