令和元年度救急業務のあり方に関する検討会（第２回）

令和元年１２月６日

【事務局】　それでは定刻となりましたので、令和元年度救急業務のあり方に関する検討会（第２回）を開催させていただきます。

本日の司会は、消防庁救急企画室、三島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。以降につきましては、着座して進行させていただきたいと思います。

この検討会は、原則公開とさせていただきますが、カメラ撮りにつきましては、円滑な議事進行のため、座長挨拶までとさせていただきますので、御了承ください。

まず、開催に当たりまして、救急企画室長の村上より御挨拶を申し上げます。

【室長】　おはようございます。

本日は、本来、次長の米澤から御挨拶申し上げるべきところ、若干公務のため遅れておりますので、私より御挨拶申し上げます。

８月５日に開催しました第１回の検討会では、今年度の検討項目を、外国人傷病者対応、メディカルコントロール体制のあり方、救急センター事業（＃7119）の事業検証体制、緊急度判定の実施・検証などと定めていただいて、活発な御議論をいただいたところでございます。その後、それぞれの検討項目を深掘りしていくために、検討会のもとに、ワーキンググループあるいは連絡会を設置いたしまして、それぞれの構成員の皆様に多大なる御尽力をいただきまして、精力的な御検討を進めていただきました。

本日、２回目の親会検討会におきましては、その状況を中間報告として事務局より御報告をし、皆様から、更に議論を深めていただく予定としております。

また、議論・検討の参考とするため、全国の消防本部、あるいは都道府県の消防防災主管部局や衛生主管部局などに対しましてアンケート調査を実施いたしました。いずれも回収率100％の回答をいただきましたので、本日の資料にも一部反映しておるところでございます。

本検討会は、長い歴史を持つ、専門的な見地から救急業務のあり方を御議論いただく大変貴重な場と認識しております。委員の皆様には、今年度中の本会の報告書の取りまとめ、ひいては、更なる救急業務の充実に向けまして、御専門に基づく忌憚のない御意見、御指導をいただきますようお願い申し上げて、甚だ簡単ではございますが、御参集へのお礼と、冒頭

の御挨拶とさせていただきます。

　本日はどうぞよろしくお願いいたします。

【事務局】　次に、前回欠席又は代理出席であった委員の御紹介を五十音順にさせていただきたいと思います。

　○○委員。

【○○委員】　○○です。

【事務局】　○○委員。

【○○委員】　○○です。よろしくお願いいたします。

【事務局】　○○委員。

【○○委員】　○○です。よろしくお願いいたします。

【事務局】　○○委員。

【○○委員】　○○です。

【事務局】　また、○○委員におかれましては、御都合により欠席の御連絡をいただいております。

　オブザーバー参加いただいております、厚生労働省医政局地域医療計画課、○○様におかれましては、遅れる旨の御連絡をいただいており、御到着までの間、代理で○○様に御出席いただいております。

【○○（代）○○氏】　○○です。よろしくお願いいたします。

【事務局】　次に、お手元にある資料の確認をさせていただきたいと思います。

　まずは議事次第、座席表、委員名簿がそれぞれございます。

　次に、第２回検討資料　検討結果中間報告といたしまして、資料１から資料７までございます。

　落丁等ございませんでしょうか。御確認お願いいたします。

　それでは、次に、座長から御挨拶を賜りたいと思います。

【座長】　○○です。

　本日は、第２回ということで、第１回、８月５日に開催された、この会の検討項目について引き続き、中間報告を賜って、そして議論を続けていきたいということであります。ですから、テーマごとに事務局から御説明を賜って、その後、各委員から忌憚のない意見をたくさんいただこうと。

　ただ、時間が限られていますので、要領よくやっていきたいと思っておりますので、忌憚

のない御意見と、それから、円滑な議事の進行ということで、よろしくお願い申し上げます。

【事務局】　　ありがとうございました。

冒頭で申し上げたとおり、カメラ撮りにつきましては、ここまでとさせていただきます。

それでは、以後の議事進行を座長にお願いしたいと存じます。よろしくお願いいたします。

【座長】　　では、議事１にありますように、今年度の検討事項ということで、それぞれお願いしたいと思います。

はじめに、２のメディカルコントロール体制のあり方ということで、こちらからの説明を事務局が計画しておられますので、まず、メディカルコントロール体制のあり方、それから、外国人傷病者の対応、そして３番目に、救急安心センターの事業という順番で話を展開していきたいと思います。

では最初に、メディカルコントロール体制のあり方についての資料について、事務局から御説明をお願い申し上げます。

【事務局】　　事務局、救急専門官の小谷でございます。よろしくお願いします。

資料２を御覧ください。１枚おめくりいただきまして、第１回目のあり方検討会におきまして、検討の目的という形で提示させていただいたものを御説明させていただきます。本年度につきましては、ＭＣ体制に期待される役割が大きく、また多様化してきているため、その役割を整理すること。また、その整理された役割を基に、実態把握を目的とした調査を行うこと。さらに、その調査結果を基に課題をきちんと整理することを、第１回で御報告させていただき、９月10日に連絡会を実施いたしました。連絡会におきましては、今年度の検討概要、検討事項についての御説明及びアンケート調査について、熱心な議論をいただいたところでございます。

まず、そのＭＣ体制の整理という形で、２ページ目から御説明させていただきます。こちら、第１回救急業務のあり方に関する検討会の資料からの再掲になりますが、メディカルコントロールに期待される役割という中で、①各種プロトコールの策定、②医師の指示、指導・助言、③救急活動の事後検証、④再教育、この４つの項目が大きなコアの業務になるであろうと。その中で、都道府県ＭＣ協議会、地域ＭＣ協議会、それぞれに下記のような役割が期待されるというところでございました。

続いて、３ページ目、４ページ目につきましては、我々の方で整理させていただきました、それぞれのコア業務について、通知、法令等の中で求められているのかといったところを整理させていただいております。こちら、かなり細かいものになりますので、また後ほど御覧

いただければと思います。

５ページ目、こちらは、先ほどのコア業務から更に拡大する、ＭＣ体制に期待される役割として、精神疾患・受入れ困難症例であるとか、救急隊の感染防止対策、昨年度も御議論いただいた傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に対する対応等々、役割が大きく、また多様化してきていることについて整理させていただきました。

その根拠となるような法令や通知等を、６ページ目に記載させていただいております。

こういった、２ページ目から６ページ目の内容を一括してポンチ絵として描かせていただいているものが７ページ目になります。７ページ目を御覧ください。こちらではＭＣ体制の変遷と整理という形で記載させていただいております。ＭＣ体制構築前におきましては、消防法第２条９項にのっとった応急処置、及び救急救命士法にのっとった救急救命処置という大きな２つの形がございました。この中で、救急救命処置は、常時医師から指示を受けられる体制の下で特定行為として実施するというものでしたが、これはあくまで指示を受ける体制構築のみであり、十分なＰＤＣＡを回せるわけではなかったことから、平成13年にメディカルコントロール体制の構築を目的として、いわゆるＭＣ体制－第１ステージというものに移行したと考えております。

こちらの中で、先ほど述べさせていただいた４つのコア業務をＭＣとして実施し、それにより、救急救命士の知識・技能に対する医学的担保というところが大きな目的となってきたと。

一方で、その範囲・対象がどんどん広がってきて、救急隊員であるとか、口頭指導を行う通信指令員であるとか、あるいは感染症対策等々。あと、担保を行う者においても、医師だけではなく、指導救命士という枠組みをつくって、救急隊員、救急救命士がきちんと、その技能・知識を担保できる体制を組もうというのが、この第１ステージと我々は理解しております。

それが大きく広がったのが、ＭＣ体制－第２ステージという形で書いておりますが、平成21年消防法改正に基づき、救急搬送に関する実施基準の策定を通じて、地域の救急搬送、救急医療リソースの適切な運用を図る体制というものにまで広がる形になりました。

さらに、今後、大きな流れとしては、ＭＣ体制－第３ステージ、こちらは十分な議論が必要だと考えておりますので、クエスチョンマークをつけさせていただいておりますが、地域包括ケアにおける医療・介護の連携に際して、消防救急・救急医療として協働するような体制が考えられるのではないかということを、第１回のあり方検討会におきまして御指摘い

ただきましたので反映させていただいております。

　こういった現状において、まず、コアとなってくるこのＭＣ体制－第１ステージの内容がきっちりとできているのか、平成13年から20年を経て、どこまで達成されているのかということを確認したいと考えております。まず、その土台をしっかりと固めた上で、次年度以降第２ステージ、第３ステージについてのどのようなあり方が考えられるのかという議論を深めていきたいというのが、本年度の目的でございます。

　そのコアの部分についての調査に当たって、用語の定義というものを、この第１回の連絡会の際に議論させていただいたところでございます。指導救命士、オンラインメディカルコントロール体制、事後検証、再教育、それぞれにおいて言葉の定義をさせていただいた後、９ページ目から11ページ目になりますが、全国の都道府県メディカルコントロール協議会、地域メディカルコントロール協議会、消防本部に対して、アンケート調査を行っております。現在、鋭意集計及び分析中でございます。この結果を、12月13日に実施予定の第２回の連絡会の場に提示させていただいた上で、実態調査結果からの課題の抽出に取り組んでまいりたいと考えております。

　まだ、日程は未定ですが、第３回の連絡会も１月までに行い、第３回の検討会において、課題の整理という形で、この親会の方に御提出させていただいた後、次年度、整理した役割とその解決に向けた課題の検討を行っていきたいと考えているところでございます。

　事務局からの説明は以上になります。

【座長】　　ありがとうございます。

　今のメディカルコントロール体制のあり方の連絡会での議論を踏まえて、今月の13日にもまた、という話が今ありましたが、委員の先生方、中間の話なので、ここはどんなふうなっているのかとか、こういう方法はいかがかとか、いろいろあると思いますので、少しく御意見を賜れば。

　どうぞ、お願いします。

【○○委員】　　一般の医師の方で、まだメディカルコントロールとかＭＣ協議会のことをほとんど理解されてない方もまだまだ多いと思いますので、今回のまとめの中に、こういうものだというわかりやすい説明も含めた資料を作っていただいて、医師会を通じてでも結構ですけれども、ぜひ一般の医師の方にもどんどん広めていただきたいと思います。

　もう一点、将来的な展望としまして、日本医師会としては、広い意味での医療統括体制というものをつくるのが望ましいのではなくて、前から何回も言っていますが、地域包括ケア

システムの中に救急医療というのを位置付けるのが望ましいと思っておりますけれども、それを進めるためには、まずは土台となる第１段階をしっかりしていただくことが重要ですが、将来的な展望としては、先ほどおっしゃった第３段階というのがそれに近いものかと思いますけれども、そういう構想も踏まえて、将来的には進めていただければありがたいと思います。

以上です。

【座長】　　ありがとうございます。

ＭＣという概念についての医師会会員への宣伝というような形だと思うのですが、むしろ後半で先生がおっしゃった、地域包括ケアにおける介護や医療の連携と、それからこのＭＣの状況ということの両方を考えながら、統括体制という呼び方の御発言は、僕らの閉じた空間ではなくて、かなり広がっていくということを考えると、易しい日本語の方がいいんじゃないかという話です。かつて、これについて、僕、ちょっと発言したような気がしますが、そこら辺と脈が続いているのではないかと思いました。

ほかにございましょうか。お願いします。

【○○委員】　　○○です。

今お話のあった件に若干関連するんですけれども、７ページ目のこの図の中で「ＭＣ体制－第３ステージ？」とついている表示があるわけですが、この資料の２ページから６ページの中では特に触れられていないんですけど、この表の中では、地域包括ケアとの連携という表現が出てくるわけですが、ここで言っているメディカルコントロール体制は消防救急のメディカルコントロールであって、地域包括ケアにおける介護とはまたちょっと異にするのではないか。

ただ、消防救急が地域包括ケアで在宅されている方に行ったときに、例えば医療処置継続中の患者さんも当然いらっしゃいますし、例えば気管切開が外れていたとか、そういった事案も当然起きているわけですので、そういった部分でのＭＣはあるとは思うんですけど、具体的な介護だとか在宅に対するＭＣというは、やや、方向性が違うのかな。入れることに異論はないんですけど、第３ステージというよりは、第１ステージにおける救命士の処置の延長線上でいいような気はします。

【座長】　　どうぞ。

【○○委員】　　○○ですけれども、今の○○先生の話と消防庁からの話と同じような話になると思うんですけれども、一般市民がわからないだけではなく、救急の医者たちもだんだ

ん行け行けになってきていて、ＭＣ体制という言葉に地域包括ケアも全部入るような形を、少し大きく災害医療も含めて、医療統括という意味合いを持とうという感じがしないわけではなくて、学会に出ても時々あれ？と思うのですが。

現場で地域メディカルコントロール協議会とかをやっていると、やはりそこの概念の整理は非常に重要で、あくまでも今の段階では、救急隊員の質の担保、そのためにやるべきことをいくつか担保するためにこういうことをやっているので、地域包括ケアのお手伝いはするけど、そのリーダーシップをとるような立場ではないという感じの、何か明記がないと、将来的にはもちろん変わるかもしれませんが、実際に担当部局が厚生労働省系のお仕事をしていると、搬送に関しての消防庁の方とで、それぞれ別々になっているところもありますので、地域包括ケア医療は保健衛生部局が主にやっていて、救急隊の質の担保はどちらかというと消防防災系がやっているようなイメージもありますので、今の時代ということで、文言の整理をちょっとしていただくとありがたいなと思います。

以上です。

【座長】　今の〇〇先生の話は、包括的に全くそのとおりと思いますけれども、地域包括ケアの対象になっている方たちは、ちょっとクラシックな言葉で言うと災害弱者ですよね。ですから、災害医療のことを考えると、この件も考えなきゃいけない。地域包括ケアのことを考えると、今言った、その災害救急という、どちらかというと、この脈絡で考えなきゃいけないという話になりますので、全く違うか、どこが同じかという話は、概念的に整理整頓する必要がある。つまり、ここで、「第３ステージ」と書いた、そういうことの対象になるような方々が着々と増えてきているということから見ると、概念的な整理はもちろん大事で、これに加えて、極めて具体的な部分を、その整理に従って矛盾なく整理していかなくてはいけないという感じを持ちます。

どうぞ。

【〇〇委員】　２ページを見ると、基本となるメディカルコントロールと書いて、下にプロトコール、医師の指示、指導ということが書いてあります。これを各地域のＭＣがどういうふうにやっているかを実態調査しようというのが、今回の。まず、それで土台を固めて、今、座長が言われたように、方向としては地域包括に行くんだけど、その前に土台を固める。だから、ＭＣの会長さんがＭＣを知りませんと言ったら、そういう方には多分質問は行かない。一般で救急に関わっていないドクターには行かないんじゃないかと思いますけど、もちろんそれをスプレッドする必要はあると思いますけど。だから、まずこれを調べないと、わ

からないということになるので、そういう調査だと理解しましたが、それは必要だと思います。

【座長】　　どうぞ。

【○○委員】　　今回の事業の中で行う体制というのは、まさに今おっしゃったように、ここの２ページにあるやつをやる基礎固めということでやっているのは、極めて重要かと思いますが、今後は、どうしても地域包括ケアの中の位置付けということが重要なので、１つは、現時点のものでも連携という形で進めるというのが一番現実的かと思いますので、ここの２の中とは別かもしれないけれども、まずは連携ということを考えていく。

将来的には、メディカルコントロールという言葉とある意味違う概念になってしまうかもしれないので、医療統制というような言い方で、救急も含めた広い医療統制という概念が今後は必要になっていくんじゃないかということで、それぞれ別のことではあると思っています。

【○○委員】　　○○です。

話をちょっと原点に戻しますと、メディカルコントロールという言葉が出てきたのは、消防庁さんの通知にありますように、もともと医行為の一部を委任するという意味において、医学的な統制が必要ですよというのが原点だろうと思いますね。

そのために、ここで書いてある第１ステージも第２ステージも、これは救急隊が傷病者を観察して、適切な処置と適切な病院へ搬送するという業務においてのメディカルコントロールであって、広く捉えれば活動現場、すなわちプレホスピタルケアの中での質の保証ということだろうと思います。それが地域へ根差して、施設とか家とか等で急変を起こしたときにも関与していこうとすると、社会背景がいろいろ変わってきているので、その分野においても、医師というか、医学的な関与が必要なんじゃないのというのは、恐らく今、東京消防庁さんがおっしゃったようなことで、私はそのあたりで理解しています。

ただ、メディカルコントロールという言葉、一つの単語だけが歩き出すと、例えばいわゆる地域包括ケアにおけるメディカルコントロールである。これは何も救急隊の話だけではないので、私はこのメディカルコントロール体制という頭に、病院前救護におけるとか、あるいは救急業務におけるとか、そこはしっかりと領域の単語を上乗せしておかないと、特に消防庁さんでこういう検討会をやるときに、いろんな方向に裾野が広がっていってしまって、議論がかみ合わないような気がいたします。

以上です。

【座長】　　ほかにございますか。

片仮名の言葉を最初から使っているところに、そもそものさまざまな思惑が入り込む余地があると。これはもう最初からわかっているわけですよね。ですから、ここに以前、○○さんが見えたときに、私はわからぬと言っておられましたね。厚生労働省の今の審議官がかつてわからないと言ったんです。ですから、そういうことも含めて、今、○○先生がおっしゃったみたいに、「……のＭＣ」と読むと、それだなというのがわかる程度には、括弧つきでも何でもいいですから、そのようにやっておかないと、今言ったみたいに、ここで思っている人のＭＣと、こっちで思っている人のＭＣと、向こうで思っている人のＭＣが全然違うと、せっかくの大事な話がふやけていくようなことになります。

でも、とりあえず、このメディカルコントロール体制のあり方に関する中間報告を受けて、全体の方向性なり何なりを議論してくださっているので、特に追加することがなければ、次へ進みたいと思いますが。

今、２と１が逆転したと聞きましたけれども、２の次は４をやりたいということでいいんですね。ここにいるのは、みんな救急に関係する人なので、変幻自在に対応するということは全然問題ないのでいいんですが、次は事務局説明、４の緊急度判定の実施・検証というところになりますので、その件に関する資料をお手元に開いて下さい。事務局、よろしくお願い申し上げます。

【事務局】　　すみません。事務局の諸事情により、続いて資料４のご説明をさせていただきたいと思います。

１枚おめくりいただきまして、こちらは平成29年度から実施しております３か年のスケジュールで行っております、119番通報時と救急現場における緊急度判定の実施を、より全国に普及させていこうという意味での実施検証の結果についての御報告及び現状についての御説明をさせていただきます。

２ページ目になります。第１回目、こちらワーキンググループを設置して検討予定だったのですが、８月15日に開催を予定していたところ、台風10号が来てしまい、ワーキンググループの委員の皆様のご安全等を考えた結果、中止させていただき、文書による照会、及び倉敷市、浜松市における事前説明を事務局の方で、関係の先生方にもご協力いただきながら実施させていただいたところでございます。８月22日に浜松、８月26日に倉敷市で行わせていただきました。

３ページ目を御覧ください。結果として、2019年９月１日から９月30日の30日間において、

緊急度判定の実施検証を浜松市、倉敷市、両市において行うことができました。第１回目のあり方検討会の際に、実施検証の継続についての条件を御説明させていただきましたが、結果的に両期間中、大規模災害がなく、また救急活動平均所要時間についても、実証途中段階において特に大きな延伸は見られませんでしたので、検証を継続し、結果的に約5,000件近い対象救急出動件数についてのデータの収集ができました。搬送先医療機関として御協力いただいたところは、浜松市が４医療機関、倉敷市が２医療機関ということで、搬送先医療機関との突合データは少し減ってしまいますが、かなり多くのデータをいただけたものになってございます。

４ページ目を御覧ください。実施検証の概要として、119番通報時においては、アプリケーションを導入したタブレットを配置。また、救急現場においても、アプリケーションを導入したスマホ・タブレットを導入した上で、実施・検証が行われました。

５ページ目を御覧ください。こちらは昨年度ワーキンググループ及びあり方検討会において御議論いただいた、実施・検証についてどのように評価すべきか、という観点においての有用性及び精度、それぞれの観点での必須分析内容という形で、以下７項目を挙げさせていただいております。

続いて、6ページ目を御覧ください。現在収集されているデータについては、鋭意、分析、及び今後、解釈等を行っていきたいと考えているところではございますが、一部抜粋した形で御提示させていただきます。

まず、こちらは119番通報時の緊急度判定結果と、救急現場での緊急度判定結果、搬送先医療機関の緊急度判定結果等を比較させていただき、今年度の緊急度判定のプロトコール等の精度について議論させていただいたところでございます。こちらにつきまして、各フェーズを比較しながら、緊急の事例について、感度・特異度・陽性的中率・陰性的中率といった尺度を用いて評価していきたいと考えております。

また一方、救急現場において「非緊急」と判断したケースと、医療機関において医師が「非緊急」と判断したケースにおいて、一定件数のアンダートリアージが発生しているため、こちらについても、転帰・原因なども含めて評価していこうと考えております。

続いて、7ページ目を御覧ください。こちらは、有用性についての評価になりますが、高緊急の傷病者における現場到着から病院到着までの所要時間と、低緊急の傷病者における現場到着から病院到着までの所要時間を比較しております。こちら、現在、平均値あるいは中央値を含めて、時間的な差が有意かどうかの検定を行っているところでございます。

一方、右上段、倉敷市の赤２の症例において、最大値で現発から病着184分というような件もございますので、こういった外れ値についても分析上検討していきたいと考えております。

また、今年度、緊急度判定の実施・検証に当たりまして、実際に取り組んでいただいた、倉敷市消防局、浜松市消防局の職員に対して、実際どのように感じたかといったところについてアンケート調査もさせていただきました。それぞれメリット、デメリットであるとか、救急隊の活動に影響があったのかどうかといったところについてアンケート調査を行い、以下の結果を得ており、また、自由記載枠として、その中には活動の初期から情報をとることができ、その後の活動の準備につながるであるとか、現場到着前の準備などもスムーズに実施できるなど、よい影響についての御意見もいただいている一方で、先入観を持ってしまう。１１９番通報時に緊急度が低いというふうに言われてしまうと、若干気持ちに変化が生まれるなどの影響もあるというような御意見もいただいているところでございます。

続いて、９ページ、10ページ目につきましては、先ほど事務局の村上室長の方から御説明いただきました、メディカルコントロール体制の実施主体に関するアンケート調査の結果を、一応抜粋して掲載させていただいているところでございます。こちらの方も、また御参照いただければと思います。

こういったデータの分析について、現在、事務局で準備させていただいているところでございますが、12月10日に第２回のワーキンググループを実施予定です。緊急度判定の実施検証結果についての分析なども御説明し、また、アンケートの結果、及び、昨年度、あり方検討会において議論いただきました、緊急度判定の導入及び運用の手引きについて、実際に運用された隊員等からの御意見を参考にしながら、修正をかけていきたいと考えているところでございます。

また、この緊急度判定という取組自身が、現場だけではなくて、本部としてどのように有用性を感じられるのかというところも大きな視点かと考えておりますので、消防本部に対して、このデータを基にどのように考えるのかといったアンケート調査も実施しようと事務局では考えておりますので、その内容もワーキングで議論したいと考えているところでございます。

今後のスケジュールは下記のとおりでございます。

事務局からの説明は以上になります。

【座長】　ありがとうございます。

第３回のあり方に関する検討会を経て、報告書は３月にというのですが、この報告書というのは、資料の４－１とか４－２のことを言っているのですか。

【事務局】　事務局から御説明させていただきます。

資料の４－１、４－２は、あくまで緊急度判定の導入及び運用の手引きの発出です。

【座長】　この右側ですね。わかりました。

【事務局】　ですが、今年度の結果を踏まえて、ぜひ多くの消防本部に導入を検討していただきたいという意味も込めて、どのような有用性があったのか、またプロトコールはどれぐらいの精度があるのかということを、報告書の中でも御報告させていただきたいと考えているところでございます。

【座長】　という、全体的な位置付けという話でございました。

御意見、いかがでしょうか。これは、○○先生でしたか。

【○○委員】　そうですけれども、今、事務局からご説明ありましたように、途中で検討ワーキングを開くのがパスされていますので、状況はレクで聞いておるというのが現状でございます。また、次の回にはしっかりと御報告させていただきます。

よろしくお願いします。

【座長】　どうぞ。

【○○委員】　短く、６ページですけれども、３本、棒グラフみたいなものが立っていて、１１９番通報と現場と医者と。医者が最終の正解だと。心筋梗塞だった、緊急度が高かったというのが正解で、それを119番通報のときにキャッチしていたかどうかを検討しているわけですね。でも、その119番通報を精緻化していくのは非常にいいと思います。こういう調査を進めていただきたいと思います。

だけれども、左肩が痛いと、もしかしたらそんなものが心筋梗塞だと、119番を聞いたときに言えるわけはないですよね。ということは、119番通報のときにいたし方ないと言うのと、これは見逃すなよというのがあると思うんで、そういう観点でも、ただ単に正解していたかどうかじゃなくて、やばいよ、これは見逃すなというのと、これは無理だよねというのを振り分けていかないと、単にペケか丸かということになって、時系列で僕たち動いているので、医者の世界では、後で診る医者のほうが名医になっていくというのと同じようなことが起こるかなと。

コメントです。

【座長】　後医は名医という言い方ですね。

どうぞ、○○先生。

【○○委員】　今の御意見も関係するんですけれども、緊急度が低く出てしまって、その結果として対応が遅れてしまうということで、実際に訴訟になるという可能性も十分あるので、そのあたりの、ある意味法的な整備というところもちょっと考えておかないと、導入する側では、ちょっと心配になるんじゃないかと思いますが、そのあたりはどうなっていますでしょうか。

【室長】　ありがとうございます。

着任したばかりで、まだ過去からの検討状況については、つまびらかではないですが、過去のこの検討会におきましても、例えば平成20年の報告書あたりを見ていますと、国家賠償請求に備えて、どのように整理ができるのかなど、積み重ねもありますので、今、先生からいただいた御指摘も踏まえて、今までの積み重ねをまず確認し、お示しできること、あるいは不足のところ、研究したいと存じます。

【○○委員】　それに関連すると、先ほど意見があったように、これは見逃してはいけないというのは、しっかりつくっておかれたほうがいいだろうと思います。

【座長】　はい。

【○○委員】　○○です。

この検討そのものは、助かる命を見逃さないという上向きの検討で、なおかつ、そのアンダートリアージを絶対防ぐ、緊急の中から重症を漏れなく救うというのは、とてもいい話で、賛成ですけれども、添付された４－１の資料、手引書（案）があるんですけど、この中に事例が載っていまして、手引書の５ページ、６ページ。これは、実際に大規模災害とか地震が起きたときに、コールトリアージをしましたという事例なんですね、今回のこの検討は、上向きのものに対する緊急度を見た、見逃さないための研究だったのに、これは違うんですよね。もちろん、入っている部分もあります。重症なものを優先してやるというのもあるんですけども、実は消防本部として関心があるのは、こちら側です。

いわゆるコールトリアージは、119番が、輻輳した、いっぱい来たときにどうするべきなのかというのはとてもリスキーですし、気になるところです。逆に大規模災害とか119番が多数要請されているときにどうトリアージするのか。重症者に行くのはいいんですけど、軽症者を切る、そちら側のトリアージというものにとても興味があるわけで、ここにその両方を兼ね備えていると思われる運用例を載せるには、もっと解説がないとよくないというふうには認識しています。

【座長】　　そういう意見をここでお聞きするための会議であるということですよね。

○○先生。

【○○委員】　　○○です。

６ページのこの棒グラフの件で、ちょっと質問させてください。救急現場と医師のところで、特に非緊急、白のところが、これは統計的な解析をこれからするそうですけれども、若干違うということで、アンダートリアージが発生している可能性があるということですが、これは、今の活動基準でもきっとそうだと思うんですが、その現場から病着までの時間経過というのは当然あるわけですよね。その時間経過によるものなのか、あるいは純粋に医学的、まさにこの緊急度判定そのものにかかわってくると思うんですが、そちらの原因なのかというところまでの解析というのはできるものでしょうか。あるいは、もう既にやってらっしゃるのか、そのあたり、お聞きしたいと思います。

【事務局】　　ありがとうございます。

基本的には、今現在、アンダートリアージ事例をしっかりと深掘りして、各個別ケースという形で集めさせていただいております。時間経過にのっとって、例えば白と判定されたものが黄色になり得るのか、あるいは最初の状態から判断が少し誤っていたのか、あるいは本当に技術的な問題なのかといったところも、ワーキンググループでしっかり議論できるように、事務局として今、整理させていただいておりますので、御説明もできると考えております。

【○○委員】　　実際、その救急現場、この真ん中の棒グラフと１番右の棒グラフでは、時間は多分30分とか、そのぐらいの時差があるわけですよね。そういう理解でよろしいんですよね。

【事務局】　　あくまで救急現場で判断された後に、病院に到着なので、そこまでの時間はなかったと思いますが、必ずタイムラグはございます。

【○○委員】　　ワーキンググループの方からちょっと。

私もこれを見させていただいたときに、２点、恐らく考えておかないといけないのがあるかなと思います。医療機関で医師が判断するときの緊急度という中で、白があるのかという話です。皆さん、医療機関の人はご存じだと思いますけども、救急車で来て、この人は無病だよというふうになると診療報酬が取れませんので。言い換えると、要するに何らかのバイアスがかかってしまって、どうしても白が少なくなる傾向があるんじゃないかということで、個別にちょっとチェックしてほしいということをちょっと言っています。

もう一つは、あえて白と緑のところを囲んでいますけれど、白と緑というのは、本当に逆転したらアンダートリアージなのというところもちょっと考えていただきたい。確かに、黄色と判断して、実は赤だった。これは、大いなるアンダートリアージだと思いますけれども、既に緊急度自身が非常に低い状況の中で、医療にかかっておいたらいいのか、いや、これはもう病気じゃないですよというレベルのものを、余り目くじら立てて言うほどのものじゃないのではないか。本当の意味は、黄色以上のところでいろいろしっかりと分析していくことのほうが必要だと思います。

この２点だけは、消防庁さんにお願いします。

【座長】　○○先生が今、言われたその前の方の、病院で本当に必要あるのかという話は、あちらこちらで時々出ますよね。ですから、そういうふうなことも踏まえて、先へ進んでいただければと思います。よろしいですよね。

そうすると、４は上に来たんですけど、順番でいくと、１．外国人傷病者対応でよろしゅうございますよね。では、資料１の外国人傷病対応というところの事務局の御説明をよろしくお願い申し上げます。

【事務局】　順番が逆になって申しわけございませんが、資料１番の外国人傷病者対応について、現状について御報告をさせていただきます。

ページをめくっていただきまして、１ページをあけてください。

（1）番としまして、課題と取組というものを網羅的に御説明させていただいております。これまでに１度連絡会を行っておりまして、どういう観点で行ったかといいますと、上のオレンジ色の表でございますが、左から右に、時系列で準備段階、それから入電、現場活動、病院選定といったフェーズで、外国人特有の課題について連絡会で取りまとめ、議論を行いました。

その結果としては、②番の下の表でございますけれども、主な課題といたしましては、救急活動の部分においては、病院選定における現場滞在時間の延伸といったようなところがございます。主に病院選定をどうするかといったような課題でございます。

また、留意点といたしまして、コミュニケーションの部分について問題があるわけではなくて、これまで救急隊が活用できる三者通話やボイストラなどのツールを組み合わせて活用することが重要であるといったような留意点として、皆さんから御意見をいただきました。

また、外国人傷病者対応において、準備段階での取組と工夫というところで、先進的な事

例がありましたので、今回併せてご報告をさせていただきます。

２ページを御覧ください。まず、課題でございます。

外国人傷病者の医療選定における取組でございます。顕著な例といたしまして、G20の大阪サミットにおける取組を事例として挙げさせていただいております。大阪のG20のサミットにおいては、医療機関の連絡表を基に病院選定を実施しましたけれども、実際にまとめている表が、医療機関名、場所、連絡先、診療科目のみを記載していて、いつ対応できるかといったところがなかったので、選定時に戸惑ったというようなお話がございます。

この際、下の改善策でございますけれども、対応可能言語と対応可能時間を追加した表を再度編成することによって、滞在時間を短くして病院選定をスムーズにすることができたといったような御報告をいただいてございます。

これについて、G20のそういったものだからできたのではないかというような話で、常時共有することは困難ではないかというような話。また一方で、大規模イベントであれば、こういう形でできるのではないかというような話がありますが、通常時でもこうした表をつくるのも有効ではないかと。ただ、これを基にするものがないのではないかというような話がございまして、次の３ページをごらんください。

G20のみならず、通常時でもこうしたリストを作成して活用することができるけれども、それの基になるネタについて、厚生労働省と協力をいたしまして、真ん中の右側に表がございますけれども、これは厚生労働省及び観光庁が出している、外国人患者を受け入れる医療機関の情報を取りまとめたリストでございます。これは、日本各地で各都道府県に紹介させていただいて公表しているものでございますけれども、こうしたものの中から、各消防本部で自分の活動する地域のものを抜き出して、先ほど２ページにあるような対応言語、対応可能時間を取りまとめた表をつくるのが有効ではないかというような話で、第２回の連絡会に向けて、事務局側でこれの作り方について、併せて対応していきたいと考えてございます。

また、実際にできる消防本部も限られておりますが、１番下の方に外国人傷病者を受入れ可能な医療機関、ＪＭＩＰの認証医療機関などを事前に把握して、これを外国人傷病者の搬送に活用しているという事例もありましたので、併せてご報告をさせていただきたいと思います。

次の４ページでございます。コミュニケーションツールの活用における留意点といたしまして、既存ツールを組み合わせて活用することで対応可能ということで、真ん中に表がございますけれども、電話通訳センターを介した三者間同時通話、それから救急ボイストラ、

それぞれについて長所短所をまとめて各本部にお知らせすることによって、両方を導入して上手な活用をしていただくといったような方向で取りまとめるのがいいのではないかということで、現状の案としては、４ページにあるような表を作成してございますが、これも第２回の検討会で更に議論を進めていく、現場の意見を聞いていきたいと考えております。

最後に、５ページでございます。準備段階における効果的・先進的な取組の参考事例ということで、まず一つは、救急車の適正利用の広報における工夫として、対象言語をさっと見えるようにするために、右側に藤沢市消防局のポスターがございますけれども、ＱＲコードから対象言語を簡単に引いていただけるような工夫をしているという事例。併せて、真ん中の事例ですが、G20の際に、大阪市がタグを利用して、事前に治療中の病気、既往歴、服用薬、アレルギーなどの情報をＩＣチップに書き込んで、それに救急隊がスマホをかざすことによって、その情報をさっと取り出すといったような取組を行ったというような事例がございますので、併せて御報告をいたします。

今後のスケジュールでございますが、１月、来月に、先ほど申し上げた課題の関係のリストのつくり方、それから使い分けの話、それからラグビーワールドカップで、開催都市全てに意見をまだ伺っているわけではありませんので、それまでにヒアリングを実施して、引き続きの検討を進めてまいりたいと考えてございます。

６ページは、１回目の検討会でさまざまな工夫をしている、参加した消防本部からの工夫をまとめたものでございます。後ほど興味あれば、御高覧いただければと思います。

以上でございます。

【座長】　ありがとうございます。

外国人の傷病者に対する対応についての議論がいろいろな会合で続けられていると、こういう話であります。

御意見ございましょうか。どうぞ。

【○○委員】　４ページのコミュニケーションツールの既存のツールという中には、例えばポケトークとかスマホの翻訳アプリというものも含めているんでしょうか。

【事務局】　基本的には、手段について、特に制限しているつもりはございませんけれども、ただ一方で、救急ボイストラの中には、誤訳を防ぐために、誤訳しそうなものを定型文であらかじめ登録しているものがございますので、こちらを使った方が実際には使用しやすかったというようなお話を多々伺っております。消防庁といたしましては、消防研究センターが開発したものでもあるということで、救急ボイストラを使うことを推奨しておりま

す。

【○○委員】　　対応言語の数は、ポケトークとかだと百何十カ国に対応している。このボイストラが対応してない言語の場合にはどうするんだという問題があったので、お聞きしたんですけれども。

【事務局】　　実際には、その部分については各本部で工夫はしておりますけれども、先生から第１回のときに御意見いただきましたとおり、なるべく誤訳を防ぐという観点でということでは救急ボイストラですけれども、それ以外のものについて、対象言語以外の言語にどう対応しているかという事例があまりないというところで、そこまで深くは検討してございません。現場では、工夫をしているというふうには聞いてございます。実際にこれの使用言語といたしましては、英語、中国語、韓国語以外に、最近東南アジアの言語で、ベトナム語とか、そういう結構使われてきているところでございますけれども、ベトナム語とか、結構使われている言語については、今のところはボイストラで対応しきれておりますので、委員からの御意見についても、併せて、そうした広い視点を見ながら、更に検討を進めてまいりたいと考えております。

【座長】　　どうぞ。

【○○委員】　　今の○○委員に対する事務局の質問の補完をさせていただきます。

　救急ボイストラ、私どもも総務省消防庁からいただいたソフトを使って、もう運用しております。かなりな高成績といいますか、いい成果を上げております。平成30年中で60件程度あったわけですけど、１番多いのは、中国語、中華人民共和国ですね、その次が韓国で、あとはもう１桁台で、英語だったり、フィリピン語だったり、ブラジルだったりするわけですけど、レアな言葉として効果があったのはタイ語とかバングラデシュ、スウェーデン、この辺は効果があったと認められます。

　また同時に、私ども、通報時の三者電話通訳も行っておりまして、英語、中国語、韓国語、ポルトガル語、スペイン語、オリンピック言語のフランス語が入ってないんですけど、これもとても効果が上がっておりまして、圧倒的に多いのが、これの場合は英語が多くて、次が中国語と。あとは、ほとんどない状態です。中国ですごく役に立っているのは、中国の方からの通報だと、要求がとてもいっぱいあって、過剰で、過大で。これは、ボイストラでは追いつかないレベルがあって、現場から三者通訳を要請するという事案も実は起きております。

　ということでございます。現場からの話です。

【座長】　　ありがとうございます。

　あとはよろしいでしょうか。どうぞ。

【○○委員】　　今、せっかくボイストラの話が出たので、救急隊員が多言語に対応するためにボイストラを活用して、少なくとも、傷病者の状態を知るということ、これはこれで非常に役に立つと思うんですけども、問題は、医療機関側ですけれども、それで東京都の例をどうなのかなというのをちょっと教えてほしいんですけれども、搬送先は東京都も、例えばＪＭＩＰなどのような医療機関を中心に、あらかじめ、多言語というか、あるいは特定言語で対応できますよということは、既にリスト化されて、その上で搬送先を決めているのか。それは、先ほどの例じゃありませんけれども、緊急度優先で決めているのか、そのあたりだけちょっと教えていただけませんか。

【○○委員】　　○○です。

　東京の例といたしましては、外国人患者を受け入れられる拠点的な医療機関一覧というものを指令室の方で把握しておりまして、この病院だとベッドがいくつあって、どういう言葉が通じるよというのは把握しております。ただ、ＪＭＩＰにしても、受け入れられると表明している医療機関だったとしても、違う問題が実はありまして、医療費です。東京都でも、在住・在勤の場合には、未払いの場合には補填する事業はあります。もちろん、日本人に対する未払いに対する補填事業をやっております。

　ただ、旅行者は補填する事業はない状態にあります。そうすると、今インバウンドが増えている中で、こういう旅行者だけど、というふうな形で、もちろん言語の問題は解決できているのにもかかわらず、やんわりとお断りされる事案が非常に多いです。実際、今日もオブザーバーで厚生労働省の方がいらっしゃいますけど、医療費の問題で病院選定に時間がかかっているということは、現場では間違いなく発生しています。

【○○委員】　　ありがとうございます。

　ちょっと聞きたかったのはそれで、当初外国人傷病者の対応をどうするかという話が出たときには、最初からその医療費、あるいは場合によっては未払いになる可能性の高いことに対する、病院に対する支援策がないと、病状だけで受けますよという、ちょっと無理からぬところがありますよというのがあったので、厚生労働省側の施策的なことと連動させたような取組がないとどうなのかなというのがあったので、ちょっと伺った次第です。

　以上です。

【座長】　　どうぞ。

【○○委員】　○○でございますけれども、我々のところにも外国の皆さん、相当来られるところにおりますけれども、通訳だけでなく、同じぐらい重要性のあるのはコーディネーターだと思います。コーディネーターが、言葉の問題だけでなく、宗教の問題、食べ物の問題、あるいは文化全体の問題等々をしっかり考えてもらうような外国人対応病院というのが非常に重要になってくるんではないのかなというふうに思っております。

【座長】　よろしいですか。

【事務局】　今いただいた御意見について、ご指摘いただいた部分は必ずしも消防隊が実施する救急業務の部分ではございませんけれども、政府全体としては、こうした問題についてはきちっと受けとめておりまして、例えば訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策というような形で、政府全体として、様々取りまとめた上で情報共有して、各省庁で施策を図っているところでございます。例えば、先ほど話がありました不払いの話については、基本的には旅行保険の加入勧奨を実施するとか、それから後、不払い実績者の入国審査の厳格化などの話を総合的に対応していく。現場のニーズに対して、うまく対応できているかということは、また話は別ですけれども、そのような対応は関係省庁とあわせて進めているということについては、消防庁としても把握してございます。

また、○○委員からございました医療コーディネーターの話ですけれども、これも実際に医療機関で実施する際に、医療コーディネーター等の養成研修事業等を今後実施していくというような話も伺ってございます。今回、私どもも、こうした総合対策を実施するメンバーの一員でもございますので、政府全体として、今いただいた御意見については、各省庁にフィードバックしながら、総合的に外国人傷病者の救急対応も全体の一つとして進めていけたらと考えてございますので、また御意見あれば個別によろしくお願いいたします。

【座長】　どうもありがとうございます。

今お話の政府としてという心強い話もそうですが、○○先生の話を聞きながら、また○○先生の話を聞きながら、病院団体、例えば日本病院会とか、その他の医療の団体でも、このテーマはシンポジウムといったような形で総合的に議論する機会が時々あります。私もそういうことに少し関わったこともありますので、ここにおられる委員の方々、それから事務局の皆さんも、そういうふうなところにちょっと出かけていって話を聞くと。そうすると、２時間ぐらいのうちに山ほど課題が出てきて、そうだというようなことがありますので、そういうような形でも勉強していくといいかなというふうに思った次第であります。

外国人の傷病者対応は、僕らの国の先々の繁栄とも場合によっては関係するかもしれな

いような、そういう大きなテーマになるように思いますので、引き続き、どうぞよろしくお願い申し上げます。

では、順番でいきますと３番ですかね。救急安心センター事業（＃7119）の事業検証体制についてということで、資料３でいいと思いますが、まず、事務局から御説明をお願い申し上げます。

【事務局】　飛び飛びになって申し訳ございません。資料３の３番、救急安心センター事業（＃7119）の事業検証体制というところについて御報告をさせていただきます。

ページを１枚めくっていただきまして、１ページですが、今年度の検討として第１回のときに申し上げましたが、一つの目標としては、真ん中の黄色いところで目標と赤字で書いてございますが、事業検証（評価）体制のモデルの構築といったことを今年取り組み始めたいというふうに考えてございます。また、統計項目を用いた事業効果の算定といったところにも取り組みたいというような御報告をさせていただいたところでございます。

次に、２ページを御覧いただきたいと思いますけれども、１回目の親会で御報告させていただいてから、これまでに、一度、（２）番にございますが、救急安心センター事業担当者及び普及促進アドバイザー連絡会ということで、11月１日に、既に救急安心センター事業（＃7119）を導入している団体、プラス導入を検討している団体、計15団体を呼んで検討を実施いたしました。議事内容は２ページのところに書いてございますが、基本的には、事業検証体制や事業効果の算定等についてというようなところに取り組んできたというところでございます。

次のページをめくっていただきまして、３ページでございます。事業検証の体制のイメージということで、基本的に事業を行っていくときには、左側の図にありますとおり、左側に事業の内部に向けた検証、それから右側に事業の外部に向けた検証。事業の内部に向けた検証、左側のところには、２つ、組織・体制に関する事項と、それからプロトコールの使用状況、医師への相談状況、また苦情等に向けた、そうしたソフト面での検討といったところの、大きく３つぐらいのものに分けられるかなというふうに考えてございます。

実際には、コールセンターを自前で設けてやっている団体は、こうしたものを３つの分野でやっているところでございますけれども、昨今、＃7119を実施する団体さんの中には、この業務を完全に事業委託して実施している団体といったところが結構見られますので、そうした団体さんにおいても、特にこの３つの丸の黄色とピンクの丸のところをきちっとやっていただけるような促し方を、我々としてはしたいというふうに考えてございまして、今

回、第１回の連絡会といたしましては、この黄色の部分、特に苦情等の対応に対して、どのように各団体さんで対応してきたかというようなことについて議論を実施いたしました。

４ページを御覧いただければと思います。具体的な内容は４ページに書いてございますけれども、苦情等に対する検証ということで、苦情、それからインシデントにどういうふうに対応しているかといったところを、各団体から、現状とそれから実際にこうしたことをやっていただいている先行団体からアドバイスをいただきながら、対応しているかというところの検証を行っております。

実際に苦情等の検証について、どこの団体、下の矢印のところにございますが、検証体制の必要性についてはきちっと共有されているところでございまして、これを今後どうしていくかということで、特に事業委託をしている団体に対して、仕様書のモデルをきちっと書いて、それを皆、業者に掲示することで一定の質を担保できるのではないかというような話になりましたので、私ども事務局として、第２回の検討会に向けて、この仕様書のモデル案を作成するといったような方向で進めていきたいというふうに考えてございます。

５ページをめくってください。その他の検証項目といたしまして、ほかの組織の体制等についても情報共有を行って、特に東京都さん、横浜市さん、大阪市さんがこうしたものをきちっとやっていらっしゃいますので、そうしたものを参考にしながら各団体の間で意見交換をしたところでございます。

スケジュールといたしましては、第２回の１月頃に、今回、課題としてございます、苦情等に対する検証体制の仕様書案を１つ作成して、今回これで終わりというわけではなくて、これは引き続き来年度以降も実施していきたいと考えてございます。それと併せて、統計等を活用した事業効果の考察については、引き続き進めてまいりたいと考えてございます。

次、６ページでございますけれども、＃7119の普及についての御報告でございます。12月１日から、徳島県で導入を開始いたしました。その結果といたしまして、人口カバー率としては43.3％だったものが。16地域の43.9％という形で、着実に＃7119の取り組みが普及しているといったような状況でございます。私どもとしては、一層の＃7119の普及が必要であろうと考えてございます。

最後の７ページを御覧ください。＃7119を知っていただくための消防庁の広報というような形で、これまでは各地域で救急安心センター事業をきちっと組み立ててやっていただくといったことで、あまりこういったことをしてこなかったところがございますけれども、今、申し上げたとおり、人口カバー率が約44％ということで、おおむね２人に１人がこうし

たサービスを享受できる環境にあるといったことで、残りの半分を普及させていくことも含めて、広報をきちっとしていきたいと考えてございます。

１つは、左上のＬＩＮＥ、メルマガ、ネット広告ということで、まずは首相官邸ＬＩＮＥ、それから首相官邸メールマガジンを使って、こうした救急安心センター事業の広報を実施いたしました。この時期に行ったのは、119番の日というのが11月９日というところがありまして、これのゴロに合わせて、これに関連するものとして広報したところでございます。

次に、右上のホームページの新設、改良というところで、国民向けのホームページをきちっとつくって、ＬＩＮＥやメールマガジンから＃7119の利用方法等について、あと、どこで実施しているかということについて、きちっとお知らせすることができるようにしております。また、未導入団体向けのホームページは改良して、引き続き普及に努めてまいりたいと考えております。

これは地道にやっていく話でございますが、最後、下の段でございますが、これだけでは話題づくりといった観点からもなかなかできないと考えておりまして、左下でございますが、人気キャラクターのコラボということで、子供さんにもこうした＃7119を知っていただきたいということで、今、小学生を中心に大人気のうんこドリルといったようなコンテンツがございますけれども、こうしたものと連携したホームページを開設して話題づくりという形で進めております。

また一方で、厚生労働省との連携といったことも重要だと考えておりまして、厚生労働省の「上手な医療のかかり方」の一環と連携いたしまして、ラジオ番組で＃7119を紹介していただいたというところがございます。こうした厚生労働省等の関係機関とも引き続き連携しながら、＃7119の一層の普及を進めてまいりたいということでご報告をさせていただきました。

以上でございます。

【座長】　どうもありがとうございます。

11月９日は何の日とおっしゃいましたか。

【事務局】　11月９日は119番の日でございまして、警察は１月10日が110番の日ですけれども、それを受ける話が119番の日というのが11月９日に設定されていると。あまり皆さんご存じでないので、この機会に改めてご周知をさせていただければと考えてございます。

【座長】　119番の日って何ですか。

【事務局】　もともと、119番を適切に利用していただくという部分と、あと消防の防火

とか、それから、防災の体制をいま一度見直していただくということを契機に、昭和62年にこの日を設定して。この日から、ちょうど秋の火災予防運動を始めるというところもあって、１月19日じゃなくて、こちらに時期合わせということもあって、11月９日で設定してきたところでございますけれども、119番にかかってくる電話の７割は救急の要請なものですから、この機会にあわせて＃7119も一緒に相談してしまえという事務局の考え方でございます。

【座長】　よくわかりました。

　ということで、いろいろな質問があるかもしれないですが。どうぞ。

【○○委員】　事業検証を行う場合に、先ほど４番の緊急度判定、特に119番通報時の判定とか、その評価とかアンダートリアージというのと非常に関連性も深いと思うんですが、ここの何か応用とか連動というのを考えていらっしゃいますか。

【事務局】　今のところは、先ほど議論いただいた緊急度判定の議論を見てから、＃7119にも応用できるところがないかというところは考えていきたいなとは思っております。今現在、実際に＃7119と119番を連動して実施している団体さんもそこまで多くないというところもございますので、まず、そこに至る前の段階のところを先に着実に進めて質の向上を図った上で、さらに、今、○○委員から御指摘のような連携についても考慮していくようにしていきたいと思います。

【○○委員】　有効に使えると思いますので、ぜひ御検討をお願いいたします。

【座長】　どうぞ。

【○○委員】　７ページの下の右側の厚生労働省の「上手な医療のかかり方」ですけれども、私、推進委員なので、今月もデーモン閣下のイベントでも＃7119、御紹介しましたし、あと、これからデーモン閣下のコマーシャルとかネット動画とか、あとヤフー記事、それからスマートニュースの記事など、かなりたくさん＃7119が出てくることになっておりまして、そこでちょっと心配というか、かなり宣伝しているものとして気になっているのが応答率のところで、これがどこかのタイミングで、総務省の方から、応答率、○○さんが思っているよりも上がっていますと言っていただいたような気がするんですけれども、今現在どのぐらいなのかを教えていただきたいです。

【事務局】　応答率ですか。

【○○委員】　応需率というか、とれないのが何％ぐらいあるかというところです。

【事務局】　私どもとしては、応答率についての統計はとってはいないんですけれども、一方で、今回も議論の中で応答率の話が出てきましたけれども、どうやって応答率を上げて

いくかという工夫は、当然満足度の向上につながっていくところがございますので、例えば横浜市さんの事例として、応答率の検証を行いながらやっているとか。あと、事業実施を委託している団体において、応答率をとるための仕掛けをつくったほうがいいんじゃないかといったような議論等もございまして、実態としては、各団体さんのほうで応答率について上げるような努力をしておりまして、実際には満足度等の話で応答率が上がっているという話は当然聞いてございますけれども、それをさらに確実にするための方策等についても、この質の向上とあわせて検討していっておりますので、特に事業委託団体さんの応答率をきちっと見える化する等の取組については、ここでは報告しておりませんが、併せて対応していくつもりでございます。

【座長】　いいですか。

　○○さん、東京の場合は、まだトラフィックが少しありますよね。

【○○委員】　救急相談を受けているのが、もう昨年で20万件ぐらいあるわけですが、全体でかかってきているのが30数万件、それ以外に数万件とれていない電話はあります。話中であったり。

【座長】　そうすると、全体として、まだ半分ぐらいということですかね。

【○○委員】　いや、半分もいかない。数字を調べていますけど。

【事務局】　よろしいでしょうか。事務局でございます。

　この＃7119の連絡会の場で、応答率のとり方にはちょっとばらつきがあるようですが、東京消防庁から、平成30年、94.3％という数字を伺っております。とり方もいろいろと技術的な問題もあるようなので、住民の感覚と同じかどうかわかりませんけれども、東京消防庁から伺っている数字としては、御紹介として94.3％ということです。

【○○委員】　母数が大きいので、とれていない数と言われれば、結構大きい数字になるでしょうね。

【座長】　はい。

【○○委員】　私、４ページを見ていて、検証事業やっている中で、苦情といいますか、３つ目のところに、病院が診てくれないという苦情云々というのがありますよね。実は、ちょっとこの件について、大阪で＃7119で救急車を出さない症例ですけれども、じゃ、医療機関を教えてくださいということで医療機関を案内する。それが、またもう一度かかってくる割合をとっているんですけれども、その中に子供の外傷ではその比率が極めて高い。結果として何を言いたいかといいますと、準夜帯、特に深夜にかかる時間帯に、特に乳幼児が頭を

打ったとか、あるいは四肢外傷、ちょっと泣いているんだとかいうふうな電話に対しての返し方ができないというので、今ちょっと大阪で話題になっていて、〇〇先生がおられる救急医療対策審議会の下に部会をつくって今検討しているところです。

実は、＃8000においても同じ事情がありまして、いろんな相談事があって、最終的にじゃあ、どこへ行ったらいいのという話になったときに適切な医療機関が見える化されていないので、大変困っていますと。結論から言いますと、ここに衛生主管部局、特に救急医療体制をやられている方が、この＃7119を検証する中にぜひ入っていただいて、都道府県単位か、場合によっては政令市単位でやっているところもあるようですけれども、救急車を出してしまえばそれまでですけども、出さないで相談事を受けているときの一つの大きなセーフティーネットで、御自身で適切な医療機関に行けるというところが大変重要な点というか、解決策だと思いますね。

そのときに、消防さんのほうで一生懸命やっているんだけども、どうも壁の向こうで衛生主管部局がそうですかみたいなことを言っていた。これはおまえのところの仕事だろうというふうなことぐらい実感を持ってもらわないと、＃7119の事業ももう一歩うまいこと進まないのかなと思いました。ちょうどここにうまいこと挙げてくれてあるので、こういうふうなものは衛生主管部局の方と連携してやっていただきたいなというふうに思いますけども。

以上です。

【事務局】　　お答えいたします。

この連絡会は、大阪さんの場合は消防機関の方が中心になってやっておりますけれども、全国いろいろ見ると、結構、衛生主管部局の方が中心になってやっていただいているところも結構ございます。今回の連絡会においては、そうした意味で消防の方も来ておられますけれども、衛生主管部局の方、結構来ていらっしゃって、ここの主な内容としてまとめた話について、一つの団体さんからの話ではなくて、複数の団体さんからこうした苦情はありますよねというようなところを共有したというところが一つ大きな話としてございまして、衛生主管部局としても、こうしたところをどうやって解決していけばいいかというところを、担当者が１人で抱えていらっしゃっているようなところもございましたので、こういった場できちっと対応して、次にどういう手を打てばいいかみたいな話も含めて、意見交換をしてきたところでございます。

そういった意味においては、今、先生から御発言いただいたようなところを今回、我々と

しても主な目的としてきちっと進めていく中で、これも一朝一夕ではすぐに解決しない問題だと思っておりますので、更に話し合いを続けつつ、悩みを共有することで、皆さんの解決につなげていければと考えてございますので、その方向で引き続き進めてまいりたいと考えております。

【座長】　　はい。

【○○委員】　　ありがとうございます。

　普及状況の地図をごらんいただきたいと思いますが、これを見てもおわかりのとおり、半分、44%も普及しているよという、それはそうだと思いますが、これから白いところというのは、人口密度の薄いところ、あるいは本部のまだまだ小さいところが多々あるわけで、これを導入していくというのが大変だろうというふうに思いますので、これうまく束ねていくにはどうしたらいいのかというと、119を一つの消防本部がやっているとしたら、＃7119をまた何か違う本部体制でつくって、30%、40%の地域の救急病院あるいは救急、その医療機関の紹介のほか、60%、70%は、病気あるいは医療の相談なわけですから、それは全国に１つでいいんではないのかなと。だから、その流れをつくって、両者で一つの機関をつくるというアイデアをどういうふうにお考えなのかなというところが、私はいつも考えるところですけれども、いかがでしょうか。

【事務局】　　まず、先生のご意見はきちっと御意見として受けとめさせていただきます。その中で、私どもといたしましても、先生と同じように、今後、こうした地域を普及させていくというやり方については、いろいろ工夫していかなければいけないだろうと思っておりまして、先生の御意見も一つの方法として受けとめてございます。

　現状といたしましては、この事業は都道府県ごとに実施することが適当ということでお願いしてきているところでございまして、まず、都道府県ごとに実施していくように。また、これまで様々な、これを実施するためのいろいろな御意見等も踏まえてやっていくことがまずは重要だろうと思っておりますけれども、その過程において、きちっとどこかで受けとめるとか、また複数の県で実施するとか、そうしたやり方については、今、未実施の都道府県のご意見等、また現状等をきちっとフォローアップしながら進めていきたいと考えてございます。

【座長】　　○○先生がおっしゃっていることは、＃8000と同じような議論ですから、多分、多くの方が、医学的には確かにそうだけど、地域の医療機関の分布もあるので、恐らく都道府県という話なのかなというふうに思って。

ただ、例えばこの間、ＨＥＭ－Ｎｅｔか何かの記事を読んでいたら、ヘリコプターの関西広域連合の話が載っていましたよね。だから、そういう意味では、琵琶湖のあたりから、この地図の上で広範囲に赤にしようと思えば、ヘリコプターの広域連合じゃないけど、自治体がスクラムを組めば、医学的な部分については、少なくとも何らかの形で答えが出るだろう。ただ、あなたの住んでいるのは琵琶湖の向こうなので、どこへ行ったらいかがですかみたいな話は、さすがに広域連合で即座に答えが出るかどうかわかりませんが。このような話ではないかなと思った次第であります。

これはこれで、何かありますか。

【座長】　どうぞ。

【事務局】　では、先に。今、座長からお話ありましたとおり、ドクターヘリコプターについては、関西広域連合で一括して契約して実施しているというのは事実でございます。

こうした＃7119の動きについても、更に広げていくという話があれば出てくるのかもしれませんけれども、少なくとも私が昨年まで京都市消防局の担当部長として、これを検討していた際には、現在としては、ここの参加者に京都府と書いてありますけれども、今のところは京都府全体として進めているといったような現状でございます。これが更に普及していけば、また事業の効率化等々の観点から、そうしたことがあるかもしれませんけれども、今のところは都道府県単位でやっておりますので、そこから先、未実施の都道府県、更に滋賀県等々についても、我々としても働きかけを進めて、またやれる方向性をきちんと進めていければと思っておりますので、この辺については、またいろいろ御支援をいただくかもしれませんが、よろしくお願いいたします。

【○○委員】　○○ですけども、先ほど○○先生が、＃7119と、この緊急度判定を少し連携させながらと言ったところに関連してですが、先ほど御紹介があった資料４の６ページのところの倉敷市あるいは浜松市の119番通報での緊急度判定を見てみると、緑色ないし白色のところが、倉敷ですと1.2％、浜松市ですと４％ぐらいですか。これだけぱっと見ると、119番通報はある程度適切に行われているんではないかというふうにも見えます。そういった中で、救急車を呼ぶか迷ったらといったときの＃7119として用意されている中で、どの部分をターゲットにして今後行っていくのかといったようなところ。私も今考えると整理がつかないんですが、ここの検討会の中で、このデータをどう見るのかといったところも御検討いただけたらなというふうには思います。

以上です。

【座長】　ありがとうございました。確かに、どのテーマも、そういう意味では有機的に相互関係を持っているという話になりますので、今の安心センターの件は、第２回の連絡会が１月の後半にあるんでしょうか。今日出た意見をもとに、また深めていっていただければなというふうに思う次第であります。よろしくお願いいたします。

では、追加で１件。

【○○委員】　この＃7119も、緊急度のところも、今、医師の働き方改革という問題があって、特に救急医の働き方ということもあるので、そういう観点もかなりしっかり対応しなきゃいけないという観点からも、これは全国でしっかり普及していただくのと。これで、例えば医師の働き方にどれくらいの効果があるのかという観点の評価も、恐らく必要になってくるんではないかと思います。

【座長】　ということは、ここに救急医の方が大勢おられるので、どうでしょうか。＃7119で上手にコントロールできる県でも、恐らく僕らの働き方にはほんの少しの効果しかないのかもしれませんが、そういうふうな観点で状況を見ていくという話だと思います。引き続き、よろしくお願いいたします。

では、順番で行きますと、次は５、救急業務に関するフォローアップでいいですね。では、本件、資料５がありますので、それを御説明くださいますようお願いします。

【事務局】　それでは、救急業務のフォローアップに関して御説明させていただきたいと思います。こちらから報告事項となりますので、現時点での進捗状況について、御説明できればと思ってございます。

こちらの救急業務のフォローアップでございますけども、平成28年の本検討会での提言を受けまして、平成29年度から実施しているものでございます。３年を目安に全国訪問するということで進めております。

目的としましては、救急業務に関する取組状況については、地域によって差が生じているため、アンケート調査をしながら重点課題を設定して、都道府県とか各消防本部を個別訪問して、現状の把握とか課題を共通認識しながら、救急業務の全国的なレベルアップを図っていくものでございます。

２ページ目を御覧いただければと思います。こちらのアンケート調査でございますけれども、フォローアップの重点項目として、下の項目についてアンケート調査を実施してございます。こちらの方、現在集計中でございますので、第３回の本検討会で報告させていただければと考えております。

３ページ目を御覧ください。個別訪問についての進め方でございますけども、都道府県が主体となっていただいて、各消防本部における救急業務の取組状況などを把握していただく。または、救急活動時間の変化等を分析していただいたものを基に、都道府県と消防庁が共同で各消防本部を訪問していくというような流れでございます。

４ページ目を御覧いただければと思います。現在の個別訪問の状況でございます。今年度、16道府県を予定しておりまして、現時点でございますけれども、８道府県を、訪問しおります。今日時点で言いますと、10道府県、実施済みでございます。

右の日本地図を見ていただければと思いますが、今年度で全て色が塗られたということになる予定でございます。

続きまして、５ページを御覧いただければと思います。実施状況というところで、訪問先の消防本部の方を記載させていただいてございます。

右の方は主な取組事例ということで、簡単に抜粋して載せさせていただいておりますけども、特にＩＣＴを活用した取組事例とか、指導救命士を活用した取組事例など、抜粋して載せさせていただいてございます。１例としましては、秋田県のＭＣ協議会が中心となって、ＭＣ協議会の下に指導救命士会というのを設置しまして、救急隊員の研修とか、再教育の監督とか、救急業務の質の向上を図っているような取組について載せさせていただいてございます。

６ページ目を御覧ください。最後、今後の方向性ということで記載させていただいてございます。本年は、先ほど申しましたが、３年間の計画ということで節目となりますので、この３年間に集めた取組状況などを分析しながら、取りまとめて第３回で報告をさせていただければと思います。

また、今後の事業継続についても、事務局としましては今後も継続していきたいと考えてございますけれども、現在のフォローアップの方法や調査項目などが今の時代と合っているのかといったところを見直しながら、来年度からの継続方法についても検討していくところでございます。

フォローアップに関するところは以上でございます。

【座長】　ありがとうございます。

この救急業務のフォローアップに関するワーキンググループというか、連絡会というのは、予定についてどこかにまとめて書いてあるんですかね。

【事務局】　特にワーキンググループ、連絡会のほうは設けておりません。

【座長】　そうすると、ここでの意見が、端から来る意見のほとんどになってしまうわけですか。

【事務局】　はい。来年度の継続についても、委員の皆様からのご意見をいただきながら、フォローアップの方法とか内容とか、こういうのを調査したほうがいいよというところのご意見をいただければと思ってございます。

【座長】　じゃあ、ここが正念場になりそうですが、皆さん、いかがですか。大丈夫ですかね。

これは、例えば６ページの事業を継続するに当たって、基本的な方法の話やら調査項目やら何やらというのは、最終的にはこの会で、また出てくるというふうな理解でいいんですよね。では、そういうふうなことで、このフォローアップについては認識しておいてください。特に御意見がなければ、先へ進みたいと思いますので、お願いします。

次が６番、傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施ということで、資料６、それから資料６－１、６－２というのがございますが、一連の資料についての御説明をよろしくお願い申し上げます。

【事務局】　事務局から御説明させていただきます。

資料６を御覧ください。昨年度から継続して御検討いただいておりました「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施についての報告書」を、第１回目の救急業務のあり方検討会において、皆様方に御報告させていただいたところでございます。検討部会の中でも、年度内の早い段階で報告書の内容等について通知していただきたいという意見もございましたので、そういった御意見も踏まえ、本年度の11月８日に「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書についての通知を発出させていただきました。報告書の要点、今後消防機関に求められること及び消防本部への依頼事項の３項目について、全国の消防本部に対して通知させていただいたことの御報告です。

併せて、資料６－２、６－３を御覧ください。本内容については、医療や介護の方々にも知っていていただきたいという意図のもと、厚生労働省とも協議を重ねた結果、厚生労働省医政局地域医療計画課長名通知と、厚生労働省老健局老人保健課、こちらは事務連絡になりますけれども、併せて全国の都道府県に周知されたという形になっております。こちらが地域における議論の一つのきっかけになればと事務局としては考えているところです。

報告は以上になります。

【座長】　　ありがとうございます。

この件についても、報告と言えば報告ですが、少し御意見があれば。

どうぞ。

【○○委員】　　一番最初のところであった地域包括ケアの中、位置付けとか医療介護との連携という意味では、まさにこの通知の中で、そこが双方向で、救急の方も行きましょう、あるいは救急のところにも来ていただきましょうということが、それは、消防の側からも、老人保健課とか医療計画とか、それぞれ両方向から出たというのは非常にいいことではないかと思いますので、これからもぜひ続けていただければと思います。

【座長】　　どうぞ。

【○○委員】　　○○です。

○○委員と同じ意見です。厚生労働省と連携しながら両方から出していただいたというのは、とてもありがたいなというふうに思います。これが１つ。

ただ、先ほどのフォローアップの件と重なりますけども、今後、各地域の取組はどうなるかというフォローアップが重要かと思いますので、先ほどのフォローアップをぜひ続けながら、こういったところを見ていただきたいなというふうに思っております。

以上です。

【座長】　　ありがとうございます。

東京では、たしか○○先生がいろいろと本件についての議論を、まとめるというか、フォローアップしてくださる中心におられますので、ちょっと感想なり、御意見なりを賜って、次の議題に移りたいというふうに思う次第です。お願いします。

【○○委員】　　今、座長の○○先生からのお話ですけれども、○○です。

この件に関しては、昨年の２月に、東京消防庁の総監の方からの答申事項として、救急業務のあり方懇話会、これは○○先生が座長ですけれども、そこに諮問がありまして、今年の２月12日だったと記憶していますけれども、それに答申書として答えた中で、東京消防庁としての活動の提案をさせていただきました。これに関しては、東京都のＭＣ協議会会長の○○先生の承認もいただいて、実は12月16日の月曜日から、この傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施ということで活動が開始されます。

そこで議論した内容というのは、患者さん、傷病者というんでしょうか、家族の意思、それから、かかりつけ医の先生方の連絡と判断。それから、実施するに当たっては、混乱のないような形でやっていこうといった３つのポイントで、これから行われるということであ

ります。これからということで、いろいろ議論はあるんですけれども、もちろん、その議論の中では、前の室長の野本先生にも入っていただいて議論を進めた結果でございます。また、これに関しては、救急部長の○○委員の方からも、きっといろんな経過といいますか、ポイントがこれから出てくると思いますけれども、今お話ししたようなことで、この12月16日から東京消防庁では活動が開始される。こういうことであります。

以上です。

【座長】　どうもありがとうございます。

この資料６の紙の下の方に、今後、消防機関に求められること、救急隊の対応の検討などがあって、①でＭＣ協議会等における十分な議論が大事だとか、②で具体的なことについての検証というのが書いてありますので、そういうようなことを東京消防庁は、今、○○先生がおっしゃったみたいに、本件に関してまとめながらやってきていると。

ただ、ここにありますように、地域包括ケアシステムや、ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）に関する議論の場への参画とありますが、これ、議論そのものの中に消防が入っていくというよりも、むしろ、議論しているところからの問合せや、いろんな議論があったときに意見を言うと。先ほど○○委員から、消防は消防としての立ち位置のボーダーラインがきちんとあるという話がありますので、参画と言っても、そういう観点での参画というふうに理解しないとぐちゃぐちゃになりますから、僕はそういうふうに理解しています。

というふうなことで、この６番の、傷病者の意思に沿った救急の現場における心肺蘇生の実施については、この資料６－１、６－２、６－３をしっかりと見ていただいて、今後の議論に対する、いわばちょっとクラシックな言葉ですが、理論武装をしていきたいというふうに思う次第です。どうぞよろしくお願いします。

では、その次が７番、救急隊における観察と処置というのがありますので、資料７を事務局、説明ください。

【事務局】　事務局から御説明させていただきます。

こちらは、事務局から、今回、救急業務のあり方検討会の皆様方にお諮りさせていただく内容になります。

１ページ目を御覧ください。現在、消防庁には、日本循環器学会及び日本脳卒中学会等から、救急隊の観察及び処置に関する提言をいただいております。その背景には、皆様方ご存じのところかと存じますが、循環器病対策基本法というものが昨年度公布され、12月１日をもって施行されたところございます。日本循環器学会からは、十二誘導心電図の伝送などの、

観察・処置に関しての提言をいただき、また、日本脳卒中学会等からは、大血管閉塞に伴う脳卒中が疑われる際の観察項目等についての提言をいただいているところでございます。

十分なアカデミアの議論に基づいた上での救急隊の観察・処置についての御意見というところについては、消防庁としても考えていく必要があると考えており、一方で、学会の皆様方の御提案をそのまま救急隊にお渡しすると、現場の混乱を生む可能性もございますので、救急業務のあり方検討会の中に連絡会を設置して、それぞれ検討してまいりたいというふうに考えておりますので、今回お諮りさせていただいているところでございます。

事務局としての案でございますが、２ページ目を御覧ください。連絡会（案）としては、心臓病及び脳卒中の２つに分け、それぞれの連絡会を設置いたしたいと考えております。それぞれの疾患ごとの救急隊における観察・処置のあり方に関して、学術的なエビデンス及び消防本部や救急現場における実現性の観点に立って、連絡会において検討。連絡会員としては、関係学会の推薦者、日本救急医学会様からの推薦者及び消防本部の計５名程度からの予定で、本年度中の検討により結論が得られないようであれば、次年度以降も継続して検討する予定とし、開催スケジュール（案）も以下につけさせていただいているところでございます。

３ページ目、御覧ください。本件について御了承いただけるのであれば、この事案については、救急業務の円滑な実施と質の向上という観点の７項目という形で入れさせていただけたらと思っているところでございます。

４ページ目、５ページ目、６ページ目については、循環器病対策基本法について、御参考という形で概要を載せさせていただいております。後ほど御覧いただければと思います。

以上でございます。

【座長】　　どうもありがとうございます。

事務局からのお話をまとめますと、３ページにありますように、救急業務の円滑な実施と質の向上、救急車の適正利用の推進という基本骨格にのっとって、２ページにありますような脳卒中と心臓病、それぞれに連絡会を設置して、救急隊の観察・処置についての、ひいてはプラスアルファーの部分も議論を進めていきたいという話でございます。こういうふうな新たな課題について連絡会なり何なりを組織して、組織として全体として進めていきたいという話のようです。基本的に私はそういうことではないかなというふうに思いますが、こういうところもとか、ああいうところにこんなこともあるよというふうな議論がありましたら、つけ加えてください。

どうぞ。

【○○委員】　最後に出てきた基本法に出てきたからというわけじゃないんでしょうけれども、脳血管障害にしろ、心筋梗塞にしろ、特定疾患の転帰をよくしようとすれば、当然のことながら、救急隊が傷病者を観察して適切な医療機関に早く運んであげるというのが非常に本質だろうと思うので、大変重要なことだと思うんですね。

ここだけ特出しで、この話に焦点が当たっているようですけど、私、次年度以降、救急業務のあり方検討会の中でぜひ包括的に考えていただきたいなという事項がありまして、ちょっと補足させていただきますと、確かに脳血管障害とか、あるいはこういう虚血性心疾患などに焦点を当てて搬送先を決定できるような基準をしっかりしていきましょうとか、あるいは施設基準をこうしましょうというのは、それだけではなくて、ほかにも多々、救急全体に関与している人間から見るとたくさんあります。実は不応需の関係と関連するんですけれども、消防法が平成21年に改正されたときの背景には、知ってのとおり不応需の問題がありました。だけど、そのときにつくられた法の中身をよく読んでいただくと、適切な医療機関に搬送するという意味において、搬送及び受け入れの実施基準というのが35条の５項でしたか、その基準が設けられて、それを都道府県の方に実施するためにやりなさいと言って、どちらかというと放り投げちゃっているという感じですね。

実は、消防法の中に記載されている項目にあるにもかかわらず。その後、その法律をうまく適用して運用されているかどうかということが、この検討会で直接議論されたことはない。実は、その実施基準をしっかりやっていこうとすれば、先ほどあった緊急度の判定というのがツールとしては中に入っていないといけません。だから、一番最後に出てきた資料７、これは傷病者がひょっとしたら脳卒中かもねということをかぎ取る能力を救急隊に求めるという能力が必要なんですね、急ぐことと、それと、病態を把握して、いわゆる救急救命士としてのプロの感覚で搬送先を決める。

だから、処置をすることと搬送先を決めるということが、恐らく救急業務の中心的業務で、それがメディカルコントロールだと、さっきフェーズ２とおっしゃっていたんですけれども、それが包括的に議論されてこないために、因数分解してやっているために、とかくここで、検討会でやるとき、ちょっと消化不良を起こすときがありますので、次年度に向けて、もう一度病院選定のポイントになっている消防法の、せっかくあそこへ法律まで書いていただいたことなので、それぞれ関係をひもづけながら整理していただくような場があってもいいのかなというふうには思っていますので、ちょっと補足として言わせていただきま

した。

以上です。

【座長】　どうぞ。

【○○委員】　今のにも関係することですけど、その７の観察というのは、例えば緊急度判定とか＃7119にも反映できるようになると、一番最初の観察でそこを聞いて、それがという最初のスタートにもつながるところなので、そういうような考えも少し入れていただければと思います。

【事務局】　ありがとうございます。

まず、○○先生の御意見を、事務局としてもぜひ改めて考えさせていただきたいと思います。

併せて、○○先生にいただいた観察のところ。循環器の方は、観察の内容であまり細かい、新しく追加ということではございませんので、今後の検討に価値があるかと思っております。日本脳卒中学会等からの要望としては、むしろ○○委員のほうがお詳しいかもしれません。かなり細かいところの話になってしまっているので、もしかしたら、これを直接加えることは難しいかもしれませんが、そういったことも含めて、この連絡会の中で検討していこうと思っているところです。

【○○委員】　じゃ、ちょっと補足させて。○○です。

循環器学会からの提言に関して、私、そのメンバーに入っていたので、その議論の経緯というのをお話ししますと、特に循環器学会、それからこの法律ができたそもそも論になっていくんですけど、特にその虚血性の脳卒中、脳梗塞に関しては、以前、ｔＰＡというのが出ましたけれども、その後、最近は血栓回収デバイスという画期的な治療法ができたというところで、適切な医療機関にその傷病者を搬送するという、そのシステムの重要性が恐らくこの基本法の背景にあるというふうに思います。

ただ、これはその適用となる患者さんを救急隊の現場でどのように判断するか、観察項目として挙げるかというところで、実はアカデミアの世界では、たくさん挙げられているんですけども、果たしてそれが救急現場で実際対応できることかというところを、アカデミアの先生、結構いっぱいいるので、自分だけが救急だったので、そういう中で調整した結果があの提言というふうに理解をしていただきたいと思います。例えば、物の名前が言えるかとか、共同偏視があるかどうかというところにかなり絞り込んではいるんですが、その辺、救急の実際の現場の方に入っていただいて意見を調整するということは必ず必要だと、このよう

に思っています。
　以上です。
【座長】　○○先生は大変品よくおっしゃっているのですが、臓器別の専門医から見ると、血栓回収の症例を持ってこい、その他は持ってくるなという話ですよね。そんなもの、できるわけがないので。普通の脳卒中ですら、東京の１週間スタディーをたしか２回やりましたかね。あのときも、究極的に脳卒中だというのはたしか６割ちょっとですよね。だから、３割以上は脳卒中もどき、または全然関係ないよねというのも実は入っているんですよ。ですから、それを含めて、救急外来ないし救急施設においては、脳卒中を受けるときの基本的な部分はそうだよという話を山ほどして、それでｔＰＡの話もできていったような気がします。ですから今回の血栓回収の症例だけ持ってこいという話は、「何、言ってるの？」という話になりますので、そこら辺の話と、持ってこいという話の上手なシンクロナイゼーションを、ぜひこの連絡会の中で議論しなくちゃいけなくなるだろうと思う次第です。
　○○先生、そういうことだよね。
【○○委員】　はい。
【座長】　ということでございます。
　どうぞ。
【○○委員】　今、○○先生から脳卒中のお話がありましたので、循環器学会からの要望のほうで、私も関与している蘇生ガイドラインなどでもずっと扱っていることですので、ちょっとお話ししたいと思います。
　従来、急性心筋梗塞の治療の指標として、病院に着いてから血行再開までのDoor to Balloon時間がよく言われていましたが、最近のガイドラインではＥＭＳto Balloon時間、すなわち救急隊接触から血行再開までの時間を指標にしようということになりました。そうすると、オンコール医師を呼んで、カテ室を準備するかということが、傷病者の病院到着前から開始できるかどうかということが大きな問題になってきます。その点で、救急救命士、救急隊員による十二誘導心電図の測定と伝送がここに明記されているのだと思います。
　これについては、もう一つは、この十二誘導心電図で測定するということ自体が、救急救命処置の範疇にあるかどうかということで、これは厚生労働省側との調整も必要になってくるところで、その兼ね合いも考えながら検討していくべき問題です。ただ、いずれにしても重要なテーマであると思います。
【座長】　事務局、何かコメントありますか。

【事務局】　皆様方からの熱い御意見もいただいたと思っております。学会の方々はそれぞれ心臓病、脳卒中のアカデミアとしての意見を代表して来られる方々ですので、救急の先生方にお力をいただきながら、しっかりと取り組みたいと思います。救急隊員にとって過度な負担になる、若しくは実施することが難しいな御提言もあるかと思いますので、実現性という観点において、しっかりと議論していきたいと思っております。時期が12月ぐらいからという短いスパンになりますので、拙速に始め、拙速に終わらせるのではなく、しっかり議論した上で決めたいと考えております。

【座長】　基本的には、患者さんにとっていいことをしようとしているという話なので、「俺のところへ持って来い」という話は、間違ったことを言っているわけじゃないんですが、だったら、そうじゃない症例も含めて持って来いと言っていただかないと、持っていきようがないというふうなことについての理解も、社会としてはやっていかなきゃいけないというふうな言い回しでございました。

この新しい法律をベースにした、救急隊における観察・処置に関する連絡会をつくっていくというふうなことについては、オーケーということで理解しますし、今言ったように、年度を越えても、場合によっては議論していきたいというふうなことなので、皆様方にはよろしく御理解くださいますようお願いします。

用意された、揉まないといけないことについては、順番が難しかったので、苦しかったんですが、12時前に何とか終わりそうですが、全体を通して。どうぞ。

【○○委員】　先ほどの外国人傷病者対応のところで、事務局の方から、保険に入っていただいたほうがいいんですよねというお話があったので、ここの取組事例の中に追加をしていただきたいなというリクエストをちょっと出させていただきます。手前みそですけど、東京都交通局が東京スターターキットというのをつくりまして、都営バスの１日乗車券、東京メトロ・都営地下鉄の72時間乗車券と傷害保険500万円がついて、それで3,000円で訪日外国人に売るようですので、そういう取組をここにぜひ紹介していただきたいなと思います。

【○○委員】　それは外国人のためのですか。

【○○委員】　日本人も買えると思いますけれども。

【座長】　だって、先生、保険に入っているから。

【事務局】　事務局といたしましては、今いただいた御意見を基に、第２回の連絡会、また報告書に向けて、更にこの連絡会、東京消防庁さんも委員になっていただいているところでございますので、更に詰めて、実りの多い報告ができるように取り組んでまいります。

【○○委員】　すみません、日本人はだめです。パスポート確認するそうです。

【座長】　だから、保険に入ってない人ですよね。先生は入っておられますよ。保険の方を安くしてもらって切符を手に入れるという、これはあり得ますよね。交渉のテーマですね。ということになりました。

全体で何かほかにございましょうか。どうぞ。

【○○委員】　○○です。＃7119の話で、全人口あたり50％弱の普及率とまだまだという感じです。広域での取組とか、もう一つ、民間企業、コールセンターをうまく使うとか、その辺のところを考えていただいたら広がっていくように思います。

もう一つ、医療費の軽減であるとか軽症患者の搬送が減少した等の効果が出ている地域もあるというようなことですけれども、何かあった時、一般の方々が相談できる窓口があるんだという、セーフティーネットのような形でこの＃7119を捉えていいただくと、各自治体も事業費がかかるのでやめておこうと言うような話ではなしに、もう少し前向きに＃7119の設置を考えていただける気がします。もともと安心センターですからね。その事をぜひとも書いておいていただきたいというように思います。

【座長】　ありがとうございます。

どうぞ。

【次長】　今、コールセンターみたいな形も含めて、広域にというお話をいただきました。先ほど○○先生からも、救急相談と医療機関案内を分けて体制をつくって、全国展開を進めるべきという貴重なお話をいただきました。私どもも、＃7119の普及を進めれば進めるほど、かけられない県が多数まだあるということは大きな問題になってくるものと認識しています。○○先生がおっしゃったように、まさにセーフティーネットでもありますし、救急にとっても需要をある程度合理的に減らすことができる。それから、医療側にとっても、先ほどの医師の働き方改革というお話もございましたけれども、メリットが非常に大きいというふうに思っておりますので、今まで着々と進めてきたつもりではございますが、少しただいまの御意見も踏まえまして、何とか全国展開と言えるぐらいのブレイクスルーをしなければならないという問題意識を持ってございます。

そのためにも、消防庁ひとり頑張ってもなかなか進まない話でございまして、特に医師会ですとか病院側の御協力をいただかないと、便益を受ける方は医療従事者の方々でもございますので、どういう形で持っていけば、御協力いただけて、そういう全国的な体制をつくれるのかということもきちんと整理して、議論を進めさせていただきたいと思いますので、

引き続きよろしくお願い申し上げます。

【座長】　　ありがとうございます。

　全体的にもしよろしければ、これでということで議事を終了させていただきます。

　司会進行は、事務局でよろしくお願いいたします。

【事務局】　　座長、ありがとうございました。

　皆様、活発な御意見、御議論いただき、まことにありがとうございました。なお、お手元の資料につきましては封筒の中に入れておいていただければ、後ほど郵送させていただきます。

　また、第３回の検討会につきましては、現在日程調整の方を行っております。予定としましては、令和２年２月を予定しております。よろしくお願いしたいと思います。

　以上で第２回救急業務のあり方に関する検討会を終了させていただきます。どうもありがとうございました。

以上