

**令和元年度
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2年2月26日（水） 16時00分から18時00分

2 場 所 主婦会館プラザエフ地下2階 クラルテ

3 会議経過

1. 開 会

【三島補佐】 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3回）」を開催させていただきます。本日の司会は、消防庁救急企画室の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ます。

この検討会は、原則公開とさせていただいておりますが、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、ご了承ください。

続きまして、各委員の御紹介をさせていただくところでございますが、お配りの委員名簿で代えさせていただきます。また、〇〇委員、〇〇委員におかれましては、遅れる旨の御連絡を頂いております。〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員におかれましては、御都合により御欠席の御連絡を頂いております。また、オブザーバー参加していただいている厚生労働省医政局地域医療計画課 〇〇様におかれましても、欠席の御連絡を頂いており、代理で〇〇様が出席する予定でございます。

次に、お手元にある資料の確認をさせていただきたいと思います。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3回検討資料、「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（案）」でございます。また、別添資料1～6までございます。続いて、参考資料1「救急救命体制の整備・充実に係る調査結果」、参考資料2「メディカルコントロール体制等の実態に係る調査結果」、参考資料3「平成30年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況実態調査の結果」、参考資料4「平成30年中の救急業務における消防本部別実施状況」、参考資料5「令和元年度版 救急・救助の現況」でございます。落丁等ありませんでしょうか。御確認ください。

それでは、座長より御挨拶をお願いいたします。

【座長】 お忙しい中をお集まりいただきまして、ありがとうございます。座長ということで御挨拶をさせていただきます。本日においては第3回ということになりますので、報告書を取りまとめるという順番になっております。この間、この親会の下に、WG1つと連絡会が4つ展開していたと思います。WGは、「緊急度判定の実施・検証」ということで、今日御欠席ですが、〇

○委員の下でいろいろと行っていただきました。まずは、御礼申し上げたいと思います。

それから、この報告書を取りまとめるにあたって、ここにおられる委員の先生方、御欠席の方もいますが、多くの方の議論を含めて内容を深めていきたいと思っておりますので、ぜひ、よろしくお願い申し上げます。

この議事次第を見ますと、議事として「報告書（案）」についてとありますが、これだけですと中身の具体性が見えにくいので、この資料の（案）を1枚めくりますと目次がございます。ここに第1章、第2章……とありますので、ここら辺が本日の肝になる議題として並ぶというふうに理解していますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。挨拶は以上です。

【三島補佐】 ○○座長、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。

2. 議 事

（1）令和元年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（案）について

【座長】 では、今お話ししたように、この目次を見て第1章から並んでございますので、それらについてのことが、順に議論されるという理解で、よろしくお願い申し上げます。

では、最初の御説明を、事務局から、どうぞよろしくお願いいたします。

目的・検討事項・概要について

【三島補佐】 それでは、報告書に沿って、「目的・検討事項・概要」について御説明させていただきます。資料の1ページ目を御覧ください。

平成30年中の救急自動車による救急出動件数は約661万件、搬送人員は約596万人となって過去最多を更新してございます。今後も見込まれる救急需要の増大や救急業務のあり方について、必要な検討を行い、救急業務を取り巻く諸課題に対応することを目的としてございます。

検討事項でございますが、今年度の検討会では、①救急業務の円滑な実施と質の向上として、「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」、「救急隊における観察・処置」。②救急車の適正利用の推進としましては、「救急安心センター事業（＃7119）の事業検証体制」、「緊急度判定の実施・検証」。その他報告事項として、「救急業務に関するフォローアップ」、「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、検討部会と連絡会を開催して検討を行ってまいりました。

3ページを御覧ください。こちらは、実態調査の中で、全国の都道府県消防防災と衛生主管部局、消防本部、都道府県MC協議会及び地域MC協議会に対してアンケート調査を行ってまいりました。調査結果については、参考資料1・2を御覧いただければと思います。

4から6ページにかけては、検討事項の概要ということで、このあと詳しく御説明させていただく各章になりますので、説明は割愛させていただきます。

7ページ以降は、検討会とWG、それぞれの名簿と開催経緯をまとめたものでございます。

説明は以上となります。

【座長】 基本的に今、第1章まで説明されたということになるわけですか。

【三島補佐】 目的と経緯のところで、これから第1章になりますので、進めていただければと思います。

【座長】 では、進めてください。

第1章 外国人傷病者対応について

【齋藤補佐】 それでは、1つ目の話として、「第1章外国人傷病者対応」の御説明をさせていただきます。9ページを御覧いただければと思います。

9ページに、「第1章外国人傷病者対応」と書いてございまして、主に検討したことについては、この下半分の「2 検討事項」というところで、「(1) 検討項目」の中に、①番と②番の2つございます。1つは、外国人傷病者の対応に関するポイントの整理で、後ほど御説明させていただきます。もう1つは、先進的な取組の把握ということで、連絡会において、この2つを中心に行ってきたところでございます。

まず、外国人傷病者の対応に関する課題の整理として、13ページの「4 検討結果」を御覧いただければと思います。まず、(1)の「①コミュニケーションに関する留意点」といたしまして、コミュニケーションは課題というよりも、留意点の整理だという話でまとめております。特に使用するツールの長所・短所を知っておくべきという話が主にございました。具体的にはページをめくっていただきまして、14ページの図表1-7「電話通訳センターを介した三者間同時通訳及び多言語音声翻訳アプリ『救急ボイストラ』における留意点」の表に、それぞれの長所・短所が両方ございますので、そうした形でまとめさせていただいております。三者間同時通訳は、主に相手側からの訴えを聞き取る状況に有効であること。それから、救急ボイストラはこちら側から聴取したい内容を聞き取る状況に有効であること。そうした観点でまとめているところでございます。

次に、15ページの「②医療機関選定に関する課題」を御覧いただければと思います。特に救急活動の中で、外国人傷病者の医療機関選定については、連絡会に参加した各消防本部も課題であると考えてございまして、ここについては主な検討として行っているところでございます。

ページをめくっていただきまして、16、17ページ、特に17ページの真ん中に図表1-10、図表1-11ということで医療機関リストの話が書いてございます。これは、厚生労働省と観光庁が連携して取りまとめて公開しているものですが、これを救急活動の中の医療機関選定の中で

活用するという観点で方策をまとめまして、実際に連絡会に参加の消防本部で活用いただいたところでございます。

結果としては、次の18ページを御覧いただければと思います。医療機関の活用リストに関する意見ということで、図表1－12の上の表でまとめていただいているところです。それから、下の表として、医療機関が少ないためリスト化する必要はないけれども、医療機関とあらかじめコミュニケーションを取っておくことが必要である、有効であるといった御意見がそれぞれございまして、医療機関リストを加工しながら、さらに実際に医療機関とのコミュニケーションを取っていく必要性について、合意したところでございます。実際にそういったものを加工した事例としては、19ページの図表1－13という形で、このような表でまとめるのはいかがでしょうかということで、皆さんと意見交換をして、こういった形で活用できるのではないかとすることをまとめたところでございます。

21ページ以降、もう1つの取組としての「(2) 先進的な取組の紹介」ということで、21ページには、G20大阪サミットで活用した救急タグの話。ページをめくっていただきまして、22ページには、前回、〇〇委員から御紹介いただきました東京スターキットの話。23ページ以降、広報の部分ということで、藤沢市消防局の取組の話をもとめさせていただいたところでございます。

「外国人傷病者対応」については、以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。「第1章外国人傷病者対応」の御説明を頂きました。委員の先生で、ここのところはどうか、このあたりはどうなっているのという御意見等ございましたら、どうぞ挙手を願います。

ここをまとめてくださった連絡会の座長はどなたですか。

【齋藤補佐】 この連絡会は、基本的に消防本部で集まりましたので、私の方で司会進行をさせていただき、その意見を取りまとめさせていただいたところでございます。

【座長】 その観点からすると、この部分がミソですよというところがありますか。

【齋藤補佐】 一番多く説明したところで、医療機関の選定をする際に、事前に、先ほど御説明しました17ページの図表1－11「医療機関リスト」を活用することについて、また、18ページにございますが、医療機関が少ないためリスト化する必要はないけれども、医療機関とのコミュニケーションをきちんと取っておくことが、外国人傷病者対応の病院選定に非常に有効であるということが、一番大きなミソそかなと考えてございます。

【座長】 ありがとうございます。そういうことですが、よろしいですか。どうぞ。

【〇〇委員】 今の17ページの図表1－10、その中の3行目にJIHというのがあります。これは、Medical Excellence JAPANという所が決めているのですけれども、中には重粒子線の専門的治療機関とか、救急施設でないものも含まれているので、JIHなら全部いいというわけではないということ、確かこの前も言ったので、消防本部は分かっているはずなので、そういう意味でここに

記載されていると思いますが、もちろん、地域の基幹病院もあることがあるので、地域の実情に合わせて見ていただくと。それは17ページの下の段に、きちんと地域の実情に合わせて選定する。JIHに認められている病院ならどこも受入れできるわけではないということを、もう一度リマインドさせていただきます。

【座長】 そこは大丈夫ですね。

【齋藤補佐】 はい。この部分はおっしゃるとおりでございます。図表1－10は公表されている情報、そのものを出しているだけでございます。実際には、地域の実情に応じて救急搬送できる病院をきちんと選定し直す、またはコミュニケーションを取るといったことが重要ということで、今、まとめているのはまさしくきちんと搬送できる病院、または引き継ぐものは何かといったものを、コミュニケーション取ることが必要という観点で、次の作業をしていく必要があるということをまとめている次第でございます。委員、おっしゃるとおりでございます。

【座長】 そういうことです。時間があれば、また元に戻ることはいくらかでもOKだと思いますので、次々といってもよろしいですね。

第2章 メディカルコントロール体制のあり方について

【座長】 では、「第2章メディカルコントロール体制のあり方」ということで、本件も事務局から御説明を、よろしくお願い申し上げます。

【小谷専門官】 それでは、事務局の方から御説明させていただきます。救急専門官の小谷でございます。それでは、27ページを御覧ください。

「メディカルコントロール体制のあり方」という形で、こちらは複数年かけて検討していこうという中の初年度でございます。検討の背景を改めて御説明させていただきますが、平成3年の救急救命士法の施行、平成13年の救急業務高度化推進委員会の検討及びその報告を受けた「救急業務の高度化の推進について」という通知の中で、メディカルコントロール体制を全国的に、積極的に進めることが定められたところでございます。この流れの中で、MC体制の構築から約20年が経過していく中、MC体制に期待される役割が拡大し、また多様化してきているという中で、今後のあり方を議論していこうというところでございます。

その中で、現在までの背景と検討の目的をここに書かせていただいておりますが、28ページの図表にもございますとおり、救急救命士の観察処置に対して医学的観点から担保する体制がMC体制の基礎であり土台であるという意味から、例えばでございますけれども、「第1ステージ」という表現を使わせていただきました。この第1ステージを、しっかりとMCの基礎として、都道府県MC協議会等で、救急搬送に関する受入搬送の実施基準の策定を通じ、地域の救急搬送及び救急リソースの適切な運用を図る体制を構築するように「第2ステージ」として拡大していったり、あるいは「第3ステージ」となるのかどうか、まだ分かりませんが、地域包括ケアにおける医療介

護の連携に際して消防・救急医療として協働する体制へとMC体制の役割が多様化するのではないかといったところについて、今、皆様方の御議論が進んでいるところでございます。

今後、第2ステージや第3ステージについて議論していくにあたりまして、まず土台となる、また基礎である第1ステージが、各地域において十分に機能しているかということを確認できることが、まずは重要であるという観点から、今年度は全国の現状確認を目的とした実態調査、及びその結果から課題を抽出するということを目的とし、連絡会を設置しながら調査及び検討を行ったところでございます。

連絡会につきましては3回開催し、全国の消防本部及びMC協議会に対して調査を実施いたしました。調査の内容も多いですので、幾つか抜粋させていただきます。34ページを御覧ください。調査の大きな項目としては、コア業務とされている「指示・指導・助言」、「事後検証」、「再教育」という観点での調査についての御報告をさせていただきたいと思えます。

まず、「② オンラインMCの現状」でございます。オンラインMCにつきましては、「常時」、「迅速」、「適切」に行われることが望ましいというところが、平成13年から示されているところでございました。常時性という観点につきまして、図2-8でございますけれども、726本部のうち、719本部、99%において、一部施設間の差はあったとしても、24時間常に指示を受けることができる体制となっているとの回答が得られました。

一方、医師が最初に出てくれるという意味での迅速という観点で見ても、726本部のうち683本部で、非常に高い確率で達成されていると考えています。ただ、適切という観点につきましては、オンラインMC実施時の医師からの指示について、726本部のうち373本部が「救急救命士法、関係法令、プロトコルを理解した指示等を受ける」と回答されておりますので、逆を返すと「ごくまれに」とか「まれに」というのを含んでおりますけれども、適切ではない本部もまだまだあるというところが、今回の1つの結果と考えているところでございます。

41ページ目を御覧ください。一部、前後して申し訳ございませんが、このオンラインMCについて、それぞれクロス分析という形で分析をさせていただいたところ、オンラインMCの連絡先数が1か所または2か所の場合、対象となる全ての医療機関が24時間常に対応できると回答した割合が85%を超えてきたという結果になったということも、注目するべきところだと考えております。また、43ページになりますが、「適切性」という観点において、オンラインMC医師の資格要件を定めている場合において、救急救命士法等を理解した指示等を受けられると回答した割合が63%。一方で、定めていない場合は46.2%という回答が得られたという形になっています。

35ページに戻っていただきます。「③ 事後検証の現状」についてでございます。事後検証につきましては、消防本部及び医師双方での事後検証、両面からの事後検証が望ましいという形でございましたが、こちらにつきまして726本部のうち693本部でこの体制が組めている。つまり、約96%の本部でできるようになっているというところでございました。こちらにつきましては、事

後検証結果の活用についても聞いておりますが、事後検証結果のフィードバックについては85%近くの消防本部で実施できているものの、プロトコルの見直しに反映できている消防本部は、30%程度というところでございました。

こちらにつきましても、クロス分析をさせていただいています。44ページ目を御覧ください。事後検証結果の活用という観点において、指導救命士がどのような役割を果たしているのかという分析です。「指導救命士を運用している」場合、「フィードバックがなされる」と回答した割合が82.5%でありましたが、指導救命士の運用の有無にかかわらずプロトコルの見直しを図っているところは、いずれも30%を下回る形でございました。

結論から言うと、事後検証の体制としてはできてきているものの、その結果を十分に活用できているかというところについては、まだまだ課題があるというところでございました。

39、40ページを御覧ください。こちらは、「④ 再教育の現状」について、でございます。40ページの上段でございますが、再教育の病院実習の実施体制におきましては、726本部のうち654本部、約90%の本部で48時間程度の病院実習が行える体制であるとの回答が得られました。一方で、日常的な教育として、128時間のうち80時間程度と定められておりますが、こちらにつきましては524本部ができるという、つまりまだ72%程度という回答となったところでございます。

こちらにつきましても、クロス分析をさせていただいております。46ページ目の上段を御覧ください。「(i) 病院実習におけるカリキュラムの確認と病院実習の調整役」についてでございます。病院実習の実施割合が90%を超えてきておりますけれども、その内容についてカリキュラムが正しく行われているかの確認ができているのかというところにつきまして、指導救命士を病院実習の調整役として配置している場合、行っているという所が77.5%、約80%というところでございます。

一方で、日常的な教育体制については、これからも伸びしろがあると思っておりますが、49ページ、日常的な教育体制の達成状況と病院実習方式につきまして、こちらはワークステーション方式がどのような役目を担っているかというところの確認でございます。自消防本部が運営する常設型ワークステーション方式の場合、日常的な教育を行っており、病院実習と合わせて80時間程度行えていると回答した割合が90.5%であったという回答になっているところでございます。

こちらの調査結果につきましては、連絡会の中で十分議論させていただき、その検討結果として整理させていただいたものが、48ページから50ページになっております。

端的にまとめさせていただきますが、オンラインMCについては全国的に見て、常時指示を受けられる体制がほぼ構築されてきていると言えます。一方で、クロス集計、分析を行ったところ、オンラインMCの連絡先が1か所または2か所の場合、「常時性」や「迅速性」が保たれていると回答した割合が高かったものの、議論の中では地域の医療資源によって、指示を受けるオンラインMCの連絡先の集約化を進めると、「常時性」が確保できなくなる可能性がある。さらに、一方、

都道府県MC協議会、地域MC協議会がオンラインMC体制に介入している場合、適切な指示を受けることができると回答した割合が高い結果となりました。

以上から、オンラインMCに関して今後検討すべき課題としては、オンラインMCの「常時性」を保ちつつ、同時に「迅速性」も保てるような地域の実情に合った体制に向けた取組であるとか、適切なオンライン指示を受けるためにどのような取組をすべきなのかといったところであると考えられます。

また、「事後検証」におきましては、全国的に見て双方向性、いわゆる消防・医師双方が行う体制はほぼ構築されているものと考えられますが、その結果につきましては基本的に、ほぼケース対応へのフィードバックが多く地域で実施されているのみで、プロトコル等の改訂につながる形という所は、まだ50%を下回る結果でございました。これは、あくまで課題というよりは、更なるレベルアップを目指した目標とした意味で、今後どのような形で事後検証についての体制を考えていくべきなのか、PDCAサイクルをどのように取り組んでいくべきなのかというところが、目標という形で考えられるのではないかと考えております。

「再教育」につきましては、病院実習48時間程度は約90%の本部ができる形になっておりますが、一方で、80時間程度の日常的な教育についてはまだ十分に達成されているとは言えない状況であるとの結果です。「病院実習」につきましては、連絡会の中でも、その中身について、病院実習の中でどのようなことが行われているのかについては、まだまだ議論が必要であろう。かつ、こちらについて十分なPDCAが回っているのかについての議論もございました。指導救命士を実習の調整役として配置した場合のカリキュラムの見直しが行われているという観点からも、最適な病院実習におけるPDCAサイクルの構築が重要であろうとの意見でした。また、「日常的な教育」についても同様で、指導救命士の運用やワークステーション方式の活用等により、再教育のカリキュラム策定や教育実習の見直しが実施されていると回答した割合が高いということからも含めて、いずれも適切な再教育におけるPDCAサイクルの構築を目標とした病院実習及び日常的な教育における各項目について、改めて検討を行う必要があるであろうとの結論でした。

また、連絡会の中では、128時間という時間の設定自身が、本当に今の御時世において妥当性があるのかといったところについて、今後の課題として整理することが望ましいという御意見を頂いたところでございます。

本年度につきましては、実態調査を行いまして、都道府県のMC体制の現状確認と、その結果分析による課題抽出を行いました。次年度以降検討するにあたりまして、この課題についての解決策をしっかりと考えるとともに、現状のデータに基づいた、地に足のついた第2・第3ステージに向けた議論を進めていけたらと考えているところでございます。

長くなりましたが、以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。連絡会は、これも主に消防、行政の方がおまとめになって

いるということでよかったですか。

【小谷専門官】 消防の方々と、一部有識者の方々という形でご協力いただいております。

【座長】 ここにいらっしゃいますか。

【小谷専門官】 いらっしゃいます。

【〇〇委員】 連絡会に参加いたしました。

【座長】 コメントをお願いします。

【〇〇委員】 今、御説明があったとおりですけれども、28ページの図表2-1のように、今、MCという単語は非常にいろいろな意味合いで使われますので、第1ステージ、第2ステージ、第3ステージという形に分けて、特にコア業務のところの第1ステージについて、今年は地域MC協議会、都道府県のMC協議会、それから消防本部への調査を行って、調査結果はかなり膨大な量だったのですけれども、連絡会の構成員みんなで分担して、それを読み込んで、ここにあるような報告になったと理解しております。基本的には、MC自体が充実はしてきているのですけれども、その中でより質的な向上であるとか、PDCAサイクルをきちっと回していくためにはまだ使いきれていないとか、その中で指導救命士を、特に事後検証や再教育にどのように使っていくかということが、課題と今後の展望という形で挙げられてきたと思います。

再教育につきましては、「病院実習」の方は、ある面では病院に行くことで実施はされているのですけれども、実習の内容の見直しが不十分であるということと、特に問題になったのはそれ以外の「日常的な教育」はいったい何をやらたいのかということと、それから、昨今の働き方改革の中で、「日常的な教育」を業務時間外でやるのか時間内でやるのかということも含めて、今後の検討課題となりました。

【座長】 ありがとうございます。御意見はございますか。

【〇〇委員】 指導救命士がこのMCに関わっているというのは当然だと思うのですが、20%くらいの指導救命士がMCのこれに入っていないというのは、具体的には何を言っているのでしょうか。地域によっては指導救命士がいない所がありますが、そのことを言っているのでしょうか。それとも、これとはまた別に、指導救命士に関わっていないということなのか、その辺のところが理解できなかったのです。いかがでしょうか。

指導救命士がMCに関わっていないというのが、47ページに図があるのですが、20%は関わっていないという、これは合っていますか。先ほど皆さんの説明だったと思います。

100%となったら困るのではなくて、具体的には指導救命士がMCの中にしっかり根を張るというのがとても大事なことだと思いますが、その辺は今、どうなっているのか。そこを説明願いたいと思います。

【座長】 第1ステージが、そもそも救急救命士のクオリティを、医師の指示の下に行う医行為を一定の水準で保つということに関して、指導救命士が普段行っている仕事そのものがMCと関

わるかといえば、論理的には完璧に関わっているわけですね。

【小谷専門官】 はい、そうです。

【座長】 だから、指導救命士が関わっていないかもしれないという中に、例えば病院実習の時の調整だとか、MCの協議会そのものへの参画だとかを、多分、〇〇委員はそういう切り口でお聞きになっているのではないかと思います。そこら辺は、直接的にデータとして採ったグラフはないですね。

【小谷専門官】 そこまで細かいデータは採っていないと思います。

【座長】 議論だけ教えてください。

【〇〇委員】 例えば、先ほどの46ページを見ていただいて、この再教育と指導救命士の関わりで、まず図表2-29を見ていただきますと、全国で726消防本部があるうち一番上の行の99本部、ですから約7分の1の本部は、この病院実習時に指導救命士を配置しているということになります。1番目のところの青い部分、つまりカリキュラムが正しく行われていたかの確認を行うということが、指導救命士を配置している所がほかより少し率が高いので、指導救命士が配置されている99本部に関してはこの部分に関して多少優れているのではないかと思います。

図表2-30で見ますと、指導救命士を配置している99本部はカリキュラムを常時見直しているという割合が12.1%で、決して高い数値ではないのですが、配置していない所よりはカリキュラムの見直しが行われているということで、こういうことから、指導救命士を配置することによって、質的な向上に少しつながっているのではないかと思いますという議論がされていたと思います。事務局、それでよろしかったでしょうか。

【小谷専門官】 ありがとうございます。そちらについては、おっしゃるとおりです。その8割というのがはっきり分からなかったもので、申し訳ございません。

【座長】 今、図表2-30で「随時見直している」という、ずっと見直しし続けているというものの隣は「定期的に」、その隣が「不定期」です。不定期でも、とにかく見直しをしているという観点で言えば、はっきり言って8割が行っているという話になります。そういう意味では、ずっとやり続けているという方が、むしろいったい何なんだということになりますので。そういう意味では、だいたい色のところがどうかなという気がします。けれども、そうでないところを見ると、配置していない所がだいたい色よりも少し高いという観点で、〇〇委員のご心配がこういうところに出てきているという話ではないかと思います。

〇〇委員、それでいいですね。他にございますか。

あと1つだけ。この報告書が出来上がると、各MC協議会だとか、場合によっては実習している病院とか、消防本部にこれがいくわけですね。自分たちが足りないなと思っている所が、これを読んで、どうしなければいけないかという話で、急に人的な資源を増やせという話は多分難しいとは思いますが、足りない所は足りている所を見ながら、こういうふうにしていく方向性

をみんなでフィックスしましょう、共有しましょうねというところからの出発でいいですね。これを見たら、全部解決するということはありませんよね。

【小谷専門官】　そうですね。あくまで、これは現状についてのデータという形になります。まだ、事務局で準備中ですが、アンケート結果も提示させていただいて、自分たちの本部のMCはどのような立ち位置なのかがある程度見える形で、つまり他の本部は結構できているののうちにはできていない、というところにしていけたらと思います。大枠として、一番コアになるような課題の解決というのは、次年度に向けて、方策としてある程度示していきつつですが、全ての課題をここで解決できるものではないと思っています。あくまで我々としては、コア部分の解決と、現状、自分たちは全国の中でどれくらいにいるのかというのが見えるようになってくればというところが、一つ事務局としての気持ちでもございます。

【座長】　よくできている所は、こういうふうに行っているよね。だから、これだけたくさん予算をよこせという言い方はどうか分かりませんが、上を見ればきりが無いけれども、とにかく上に向かって頑張ろうという気にはなっていますよね。

【小谷専門官】　強く期待したいと思います。

【座長】　いえ、前書きにしても、いろいろなところにまとめがありますけれども、そこら辺で元気が出るまとめという、そういう意味でございます。例えば、「だって、ここに書いてあるじゃん、頑張ろうぜ」ということを上司に言えるような、と思いました。どうぞ。

【〇〇委員】　オンラインMCは大事だと思っているのですが、43ページのオンラインMCからの指示について、ここの図表2-24のところの下の方の「救急救命士法、関連法令、プロトコルを理解しておらず活動に苦慮している」というアンケート結果が6本部あるというのは、アンケートにこういう結果を書いている消防というのは、多分相当困っているというか、SOSを出している形ではないかと思います。こういう調査は、逆に匿名というか、ではどこなんだということになると、また調査の意味がない一方で、こういう施設に対して何らかのしかるべき立場からお助けというか、これは調査なのでそこまではないのかもしれませんが、何か手を差し延べる方法というのは、今後どのようにお考えですか。

【小谷専門官】　事務局の不手際の中で、オンラインMCの「常時できない」という所についてのヒアリング等はさせていただいたのですが、指示の適切性の観点で困っている6本部に聞き取りができておりません。また、適切にフォローアップなり意見のヒアリング等させていただけたらと思います。我々としても、せっかくアンケートとして意見を出していただいていますので、きちんと取り組んでいきたいと思っています。ありがとうございます。

【〇〇委員】　私が指導救命士の班を仰せつかったとき、直接のきっかけは2年間、128時間の達成率が半分を超えていなかったこと。エリアによっては、30%程度のエリアもあったということが一番大きな動機付けでございました。これが39ページのグラフを拝見しますと、70%を超え

て達成されているというのは非常に喜ばしいことで、指導救命士ももちろんその中に入っていますけれども、体制の効果が十分に現れていることを示すものとして非常に評価できると思います。しかしながら、残念なことには、この病院実習が行われていない理由、あるいは日常的な教育が行われていない理由には、多忙であるとか、教育が業務に支障を来すことになるということの危惧が、かなりのパーセントを示しているところがございます。十分な体制は整えられていますから、それに対して十分な時間を与えられるような体制、勤務とか、そういった部分の配慮を促すような、お願いするような形をぜひ盛り込んでいただけたらと思うところです。

【座長】 盛り込んだらというか、そういう意味での勉強ができる程度の余裕がある組織体制を組んでもらいたいということを、この中に書いてもいいわけです。適切に、意見を上申ください。そういうことがありますので、お聞きください。

【小谷専門官】 承知いたしました。また、御意見を頂きながら考えたいと思います。

【座長】 そうということで、MC体制のあり方についての御意見を、どうぞ。

【〇〇委員】 今年の1月31日に仙台で、第28回救急隊員シンポジウムがありました。それに合わせて、全国メディカルコントロール協議会連絡会に行かせていただきました。仙台市消防局のお世話になったのですけれども、その時に、泉州救命救急センターの〇〇先生の講義といいますか、情報提供がありまして、平成21年の消防法の改正に合わせて活動基準を作ったから、これで搬送困難事例が減るかと思ったら、平成21、22、23年増えてきたと。これはどういうことだということで、泉州でされたことは、消防本部と病院側に活動基準の意味はこういうことなんだと。断ったのは理由があるのですけれども、これが一番断ってはいけない事例なのだというのを一つ一つ説明していったのです。だから、平成21年の時に活動基準を作って、法律のルールを作ったけれども、そのルールが現場に生きていなくて逆に増えてしまったということで、一例一例説明して、これは受けてくださいと病院側に言って、そのあとずっと減ってきたと。

その10年も前の話を今議論して、どんな意味があるのかというのは、まだ活動基準はあるけれどもそれが活かされていない地域。28ページの図の下に書いてある、ステージ1からステージ2のところへいくには、結構こつこつ現場での活動というのが大事で、病院が悪いとか消防本部が悪いと言っていたら、それで議論が終わってしまうと思うのです。ステージ2から3に行くには、要するに協同のコーオペラティブワークをどういうふうにするかになると思います。そのところを含んだ講演だったと思います。

大事なのは、連絡会に来ていない所が一番問題で、来ている所は問題がなくはないのでしょうけれども、今後ともそういうふうにとたくさん参加しているはずだったのですけれども、連絡会を増やす算段を、この5月に臨救の時に合わせて行わせていただきますけれども、それをしなくてはいけないかなという段階になると思います。これで、エンカレッジした報告書を書いてもらえれば、励みになるのではないかと思います。コメントです。

【座長】　　そうということで、よろしくお願いします。今日は医師会の先生がいないからではなくて、一般的にそうなのですけれども、地域の医師会で勉強会を行うと、きっと出てくる人が3分の1、時々出てくる人が3分の1、一切来ない人が3分の1という状況です。ですから、今言ったこの3分の1をどうにかするという話は結構大変だけど、どちらにしても、真ん中の3分の1が相当程度に、上の3分の1と同じようになるだけでも随分違うと思いますので、ぜひということでございました。

第3章 救急安心センター事業（＃7119）の事業検証体制について

【座長】　　では、続いて、「第3章救急安心センター事業（＃7119）の事業検証体制」ということで、本件を御説明ください。

【齋藤補佐】　　それでは、51ページの「第3章救急安心センター事業（＃7119）の事業検証体制」を御覧いただければと思います。

まず、51ページの下の方表3－1「＃7119の導入状況」として、令和元年12月1日現在と書いてありまして今でも変わっておりませんが、12月以降、徳島県が開始したことをもって、人口カバー率43.9%になったといった状況でございます。

次にページをめくっていただきまして、52ページでございます。今回、この＃7119の事業検証体制にあたっては、「2 検討項目」としては（1）の「① 事業の検証体制の検討」と、「② 定量的な事業効果の算定」の検討を行っております。「（2）方法」でございますけれども、今回のこの＃7119の部分につきましては「連絡会」という形をとっておりまして、今、表の中の構成団体16団体で実施しておりますが、その16団体全てをお呼びいたしまして、司会は私のほうでさせていただきます。取りまとめたところでございます。

次に、53ページを御覧いただければと思います。まず、「（1）事業の検証体制について」でございますが、図表3－2にありますとおり、＃7119の事業検証については大きく3つの部分があると考えております。青い丸の「組織・体制に関する事項」、その下の黄色の部分の「事業の運営に関する事項」、右側の「事業の評価に関する事項」、それぞれあるかと考えております。今年は、特に黄色の部分の「事業の運営に関する事項」のうち、苦情に係る検証体制が、すなわち＃7119の全体の質の向上、セーフティーネットとしてのレベルアップにつながると考えてございます。53ページの②以降に、そうした検証体制の検討というところについて検討した結果を報告書として記載されております。

ページをめくっていただきまして、54ページですけれども、苦情の取りまとめにつきましては図表3－3でありますとおり、「イ 意見が寄せられる経路等」ということで、「受付窓口」、「手段」、「発信者」、それぞれ分けてきちっと取りまとめをすべきというお話がありまして、その右側の55ページの図表3－4にありますとおり、「＃7119の利用者等からの意見の対応に関する手順」とい

うことで、まず直接コールセンターに寄せられた場合の処理手順、ページをめくっていただきまして、56ページの事業主管部局に寄せられた場合の処理の手順を取りまとめております。その結果といたしまして、56ページの「③ 検証体制を実行するための仕様書」を取りまとめて、これは本編ではなくて、別添資料1にこうした結果を取りまとめたというところでございます。

続きまして、57ページに、「(2) 応答率の評価について」という項目がございます。今回、主に苦情の対応について、検討してまとめていくつもりでございましたけれども、各団体の中で様々議論していく中の組織体制に関する事項の話の中で、57ページの①にあるように、「#7119がつかない」といった苦情を結構受けることがあります。こうしたものに対して、どのように対応すればいいかというようなことが結構寄せられましたので、それも追加で検討を行うこととしております。つかないに影響する因子というのは、57ページの四角の中に「回線数が足りているのか」、「回線が閉塞しているのではないか」、「オペレーター数は足りているのか」といった話があるけれども、これをどう見分けていけばいいだろうかといった話が出てきました。

ページをめくっていただきまして、59ページ、表3-6ということで、回線数が足りないのか、それともオペレーター数が足りないのかということ、横軸に時間当たりの「回線閉塞時間」、縦軸に、実際のオペレーターさんがきちんと取っているかという「応答率」の2つ軸を設けて、それぞれ検討することで、実際、各団体がどういった状況にあるのかということ把握できるようにしようという話で議論を進めたところでございます。これにつきましても、仕様書例という形でまとめて、各団体さんで一緒に行っていこうという話になっているところでございます。

続きまして、62ページを御覧いただければと思います。事業効果の算定といたしまして、これまでいろいろ事業効果ということでまとめてきた成果について、63ページに図表3-10ということで取りまとめてきたところでございます。これをさらに定量化して、実際には各団体における事業効果として、そして消防庁としては今後の事業展開としてということで、様々検討していったのですが、実際にはこうしたところであまりいっている所といていない所がございます。結果としては、65ページの図表3-13「事業効果の定量的評価のために想定される要素」ということで、実際には示されている効果、そうしたものを具体的に定量的に示していく項目、そして一番右側に想定される財政的效果がどういったものがあり得るのかといったことを取りまとめて、今年の連絡会の成果とさせていただいたところでございます。また、こうした検討をしていく中で、第1回の親会、前回の親会において、委員の皆様方から全国展開に向けてきちっと検討する必要があるのではないかというお話を受けました。それについては、この話と併せて別途検討したいと思っております。

この資料のページから少し離れていただきまして、資料の冊子の次に、左上にダブルクリップ留めしてある別添資料1と書いてある資料のクリップを外していただきまして、別添資料1という冊子を取り除きますと、別添資料2「「#7119の全国展開に向けた検討部会」の設置について(案)」

という資料がございます。この資料を御覧いただければと思います。これまで、この検討会の中で#7119の全国展開に向けてきちっと検討すべきという御意見を頂いたことを踏まえまして、新たに#7119の全国展開に向けた検討部会を設置したいと、事務局側としては考えてございます。

「(1) 検討の目的(到達点)」でございますけれども、「全国どこにいても#7119番がつながる体制」の実現ということを目指して検討したいと思っております、そのための検討プロセスとして、現状の整理、課題の整理、解決策の提示に取り組んでいきたいと考えてございます。

ページをめくっていただきまして、2～3ページの途中まで、これまでどのような取組をしてきたかをまとめております。そうした取組を踏まえた上で、3ページの真ん中よりも下の方で、「以下、検討部会(案)において検討予定」ということで、②～⑤の4つの項目を挙げさせていただいております。②は全国展開する必要性の再整理ということで、事業効果の再確認であるとか、地域ごとの救急需要の詳細分析のための必要な話、地域独自の取組のみならず、日本全国全てのエリアに資する必要性の再確認といったものの必要性の整理。それから、③にありますとおり、#7119だけではなく、市町村独自で類似の事業をしていたりすることもあると聞いておりますので、そうした実態把握もこの検討部会の一環として行いたいと考えております。それから、④でございますが、未実施地域でなぜ#7119をやりたいのかという、本音のあぶり出しをしたいと考えておりまして、課題の見える化ということにもきちっと取り組んでいきたいと思っております。最後に、#7119については、最近、委託会社に委託している事例が結構あるのですけれども、その限界等についても併せて確認していく中で、日本全体として#7119をどのように展開していくかという検討を行いたいと考えております。

ページをめくっていただきまして、4ページでございますが、「(4) 検討部会の委員について」は、来年度の親会の1回目を始める前から検討したいと思っておりますので、今、検討委員についての案というのを示させていただいておりますが、構成員としてはここの救急業務のあり方に関する検討会のメンバー、日本医師会で概ね4～5名程度、地方自治体の代表者として実施団体・未実施団体、合わせて4名程度。それから、地域医療の関係者、住民目線の有識者、発信力のある利用者、報道関係者、こうした利用者目線の方々もきちっとメンバーの中に入れていただくということで、4名程度で合計10～12名と書いてございますが、もう少し人数が増えるかと思っておりますけれども、こうした中で検討を進めていきたいと思っております。救急業務のあり方に関する検討会のメンバーの皆様については、個別に御相談させていただいて、後ほど委員が全部固まった時点で、改めて御報告させていただきたいと考えてございます。

最後に、「(5) 検討の手順、タイムスケジュール」でございますけれども、スケジュール案といたしましては、本日、こうした形で「対外公表」と書いておりますが、親会としての御承認を頂いた上で、実際の検討に向けて作業開始したいと考えております。3月に地方公共団体向けのアンケートを作成いたしまして、できれば発出したいと考えております。その後、1回目の親会

の前くらいから検討部会を実際に回し始めまして、7月くらいに一度中間とりまとめを行い、その後は、来年度の救急業務のあり方に関する検討会の進行状況に合わせて、1年、年度をかけて報告書をまとめていくという方向で考えております。今までの皆様の御意見を踏まえて、検討部会を設置して、さらに全国展開に向けて検討を進めてまいりたいと考えてございます。

#7119の関係については、以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。御説明いただいたことをもう1回整理させていただきますと、この検討会の報告書に関するところにおいては、もっぱら苦情への対応や、トラフィックとこののですか、電話を取り切れないという局面にあつて、どういうふうに行っていこうかというお話があつて、もう一つが66ページのまとめの下半分に、最後に説明いただいた#7119を、今後全国展開するにあたっての検討部会の設置という話でございます。

まずは、苦情対応とかトラフィックとこののですか、取り切れないところについての御説明で、こういうことを行ってきたということですが、そこは何かございますか。

【〇〇委員】 私が前から言っていることは、110でも119でもいいのですが、3桁でもっと119的な流れをつくったらいいのではないかと思います。その中で、もう1つは優先順位の高い番号というのが当然あるわけで、その辺も何か問題があつてなかなか出られないというのがあるのではないかと思います。その辺の全国展開のときには、少し必要な、大事なところは国民目線をお願いしたほうがいいのではないかと思います。いかがでしょうか。

【村上室長】 おっしゃるとおり、119番にかけてきた中にも、場合によっては相談対応に転送すべき内容が含まれることもあるかと思います。現在、実際に#7119に取り組んでいる横浜市などでは、そのような運用もされていると伺います。ただ、全国でもそれができれば、そういう周知をしていけば良いとは思うのですが、現時点では残念ながらまだ16のエリアでしか取り組まれていないということで、今現在で全国的に119番通報から相談につなぐという流れを組み込むのは、やや複雑で分かりにくくなってしまうのかなということがございます。

初めから相談で良い方については、むしろ直接#7119にかけていただくのも良いのかもしれませんが。そういう意味で、まずは全国あまねく#7119を享受できる環境をつくった上で、119番から#7119につなぐというルートも開拓するといった流れのイメージを、私としては持っているところでございます。まずは、今回の新しい検討部会で、そのような全国にまず#7119が展開できる体制を検討して、その上で、今、委員から御提案いただいたようなことについても標準化できないか、考えてみたいと思っている次第です。

【座長】 〇〇委員、110番とか119番という3桁は、恐らくダイヤルの時代で、私は、110番はなぜ110番かと聞いた時に、一番短い時間は11です。111が一番早いけれども、最後に0をグッと回している間に少し落ち着くという話を聞いて、110がそうなので、では、隣は119という話を聞いたことがあります。今はピッポッパッポッですから、そういう意味ではどこを押そうが時間は

一緒ですので、そうになっていくという話ではないかと思います。

【〇〇委員】 分かりやすい説明だと思います。

【座長】 そう聞いて理解したので、私は覚えていたのです。きっとそうですね。

【〇〇委員】 そういった話を聞いたことがあります。

【〇〇委員】 もう1つは、#7119というのはお金を取るのですよね。

【齋藤補佐】 基本的には、本人が#7119の相談先にかけてきたところまでは、相談料ではなく、いわゆる一般の電話をかけているのと同じような電話料がかかっているという、その部分だけでございます。

【〇〇委員】 そうですね。ところが、119番はお金を取るわけじゃないですね。

【齋藤補佐】 119番は緊急のものですので、そういう形で取っていない。

【〇〇委員】 だから、その辺のところも、1個ゴールにするには、やはり国民目線のところが必要な場合があるのではないかという感じがします。

【座長】 だから、全国展開するときに同時進行で考えないといけないという話かもしれません。

【齋藤補佐】 そうした課題については、恐らく、ほぼ全国あまねくユニバーサルの話として、展開されたあとにはそうした課題があるものと承知してございます。先生のお話も踏まえて、いろいろと今後の展開についても、併せて考えていきたいと考えております。

【座長】 ということで、この報告書の方の苦情やら何やらの話は、ここに書いたとおりということだと思います。後半の検討部会の設置についての御意見はいかがでしょうか。どちらにしても行わないといけないのですから、設置そのものはいいいですね。

実は先般、東京大学の〇〇先生のお話を聞く機会があって、ここに一緒に研究されている方がいたら説明してほしいのですが、いわゆる「緊急度」という話は、純粋に医学的な観点で北海道から沖縄まで、そういう意味では赤だ、黄色だ、緑だという話は統一的な緊急度ということを議論することはできると。ただ、彼が言っているのは、その緊急度プラス、地域のいわゆる人的資源とか、病院という資源だとか、救急車だとか、いろいろなものを混ぜて、一般の人が分かるような、確か「急ぎ係数」とかいう話で、緊急度にそういうファクターを入れ込んで議論していく。それがやはり、基本的には地域地域のものだという議論をしていたのです。確か、これは〇〇委員などその研究会に入っているのではないですか。入ってないですか。

【〇〇委員】 入っています。

【座長】 私の記憶より、〇〇委員の理解の方が深いはずです。これは全国展開で、全国展開は全国展開でいいのですけれども、やはり地域地域の事情という話は感覚的に避けて通れないと思っているのです。説明していただけますか。そういうことを踏まえて、人選もいろいろ考えていくと面白いのではないかと思って発言している次第であります。

【〇〇委員】 座長がおっしゃったとおりで、傷病者の身体的なところだけで緊急度が決まるかという、そうではないと。やはり傷病者の状態プラス、こちら側の医療資源にはどういふものがあるのか、そういったところで変わってくる部分があると。そこを、今までは身体のところを評価しているのか、身体と地域の状況も含めて色を付けているのかというのが合わさって議論されてきたので、傷病者の身体だけ見て、あるいは受け答えだけで決まる部分と、その後の地域の状況とかで決まる部分を、やはり分けて議論しなければいけないといった中で、座長がおっしゃるような指標が今出てきていると。それをどうやって、これまでの流れと整理していくかというのが、今後の課題だろうと捉えているということです。

【齋藤補佐】 先ほど私の方で、別添資料2の3ページで、「以下、検討部会（案）において検討予定」と御説明させていただいた②番のところで、今、座長からお話がありましたとおり、「地域毎」というところはやはり非常に重要なファクターだと思っております。救急需要の詳細分析みたいなどころを通じて「必要性」、やり方等に関係するところを引っ張っていく必要があるだろうと思っておりますので、そうした観点も併せて議論していきたいと思っておりますし、先生のお話のとおり、人選の部分についても引き続き取り組んでまいりたいと考えてございます。

【座長】 そういうことでよろしいですね。遅れ気味なので、少しさぎ跳びをさせてください。全国展開に向けた検討部会の設置については、どうぞよろしくお願いいたします。

第4章 緊急度判定の実施・検証について

【座長】 では、その次の「第4章緊急度判定の実施・検証」の御説明を、よろしくお進めください。

【小谷専門官】 よろしく申し上げます。〇〇WG長の代理という形で、事務局から御説明させていただきます。先ほどの話の流れからすると、また戻ってしまう感じはございますが、緊急度というところについて、実施・検証を地域において行いつつ、全国の消防本部に対して、有用性であるとかメリットを提供し、新たな検討の見直しの契機とすることということで3か年の検討において、本年度が3年目でございます。

既に第2回の中でも御説明させていただいておりますが、73ページ、「実施・検証」におきましては、2つの地域の御協力という形でやらせていただきました。岡山県倉敷市の倉敷市消防局と協力医療機関2病院、静岡県浜松市における浜松市消防局と協力医療機関4病院、それぞれから御協力いただき、またWGの中でも協力地域の方々及び有識者の方々に御協力いただきながら、実施・検証をつつがなく行うことができました。唯一WG1回目だけ、台風の影響で中止になりましたが、基本的に実施・検証自身は問題なく行わせていただきました。

実施検証の分析対象につきまして、75ページを御覧ください。期間におきましては、9月1日～9月30日の1か月間でございますが、トータル倉敷市で2,000件近く、浜松市で3,000件近くの

救急指令件数を受け、それぞれ119番通報時の緊急度判定、救急現場における緊急度判定及び搬送先医療機関における緊急度判定、それぞれを突合させていただきました。結果的には、倉敷市で600件、浜松市で1,400件が、全てのデータが突合できたものとして、2,000件程度のデータが得られたという形でございます。

こちらにつきまして、WGの中で消防防災科学研究の〇〇班とも協力しながら、詳細な分析等を行わせていただきました。結果を御説明させていただきたいところですが、非常に内容的にも多いところでございますので、端的にまとめさせていただいたものがございますので、そちらを御覧いただきたいと思います。87ページを御覧ください。

報告書の中でも書かせていただいておりますが、分析結果につきまして、「緊急度判定の有用性」、「緊急度判定の精度」及び「均一な評価指標」という3つの観点が重要というところが、WGで指摘されました。「有用性」につきまして、119番通報時においては緊急度判定プロトコルを用いた緊急度判定を行うことにより、「緊急」の事例に対して、より正しく「緊急」と判定できるという尤度比が1.2倍程度上がったという形でございます。また一方で、PA指令の連携を行っている場合でございますけれども、119番通報時にこのプロトコルに基づいた緊急度判定を行い、PA連携の出動指令を行うことにより、PA連携の出動指令から現場到着までの時間の短縮ができるという結果が得られました。こちらにつきましては、中央値で約1分程度の短縮が見られたという結果も得られているところでございます。一方、救急現場におきましても同様にプロトコルを用いた緊急度判定を行うことにより、尤度比が2倍程度の形で判定することができるという結果が得られました。

その「精度」につきまして、それぞれ、これを使うにあたっての1つの保証になると思いますので、88ページに119番通報時及び救急現場それぞれにおきまして、「感度」、「陽性的中率」それぞれ書かせていただいております。119番通報時におきましては、倉敷市では感度80.8%、浜松市で感度86%でございました。いずれも過小評価例というところ、いわゆるアンダートリアージ事例をできる限り発生させないということを主眼に置いておりますので、高い感度を示したという結果は、妥当であると考えられるというところが、WGの中での意見でございます。一方、救急現場におきましては、感度は少し下がるものの、陽性的中率は119番通報時よりも高い結果を示しました。こちらにつきましては、傷病者の観察の結果、より医療機関での判定に近い結果を示せたという点で、妥当性があるものと、WGでは考えているところでございます。

また、アンケート調査から得られたところでございますけれども、119番通報時においては特に、やはり指令課員というのは救急現場の経験があったり、救急救命士の資格を持っている方ばかりではございません。そういった中で、一定の基準を持った形でそれぞれがディスパッチを行えるという観点において、「同一の基準で傷病者の評価を行える」ということが有用であるという意見が最も多く見られたところでございます。また、この指令にあたりましては、今回アプリを用い

させていただきましたが、簡便性という観点において、指令担当職員間の「均一性」を高めるための一助となるであろうというところも結果として得られたところでございます。

一方、救急現場におきましても、場合によっては、知識や経験の浅い救急救命士の資格を有する救急隊員が現場で判断を求められる場合もあるというところで、結果として「均一性」が担保される場合も想定されるというところではございましたが、一方WGの議論において、救急現場ではどうしてもアプリを使い出すと機械的な判定手法によってしまう、アルゴリズムであるとか緊急度判定の大きな概念を理解せずに、アプリの結果にある程度引っ張られてしまうということが起こってしまうので、そうではなくて、しっかりと現場における緊急度判定のアルゴリズムを理解して、その上で症候学に沿った判断を加え、適切な医療機関選定をすることが重要であるというところを、しっかり示すべきだという意見を頂いたところでございます。

こういった中で、WGにおいて、各地域における実施・検証の際に、判定の導入及び運用の手引という形で、昨年度策定させていただいたものを、まだ案付きだったのですけれども、2つのモデル地域における実施・検証におきまして使っていただいたところ、基本的には各地域からあまり大きな意見は出なかったのですけれども、WG等でのさまざまな検討を踏まえまして、大規模災害等における活用例や「緊急度の種類」に関する詳細な記述を盛り込む等の修正を加え、最終的な手引き案として提示させていただこうと考えているところでございます。こちらにつきまして、別添資料の中に載せさせていただいております。

また、今回のこの緊急度判定の実施・検証の大きな目的として、この有用性、精度等を理解して、各消防本部においての導入が進むようにというものでございますので、「緊急度判定導入の促進に向けた消防本部向けPRペーパー」の作成が望ましいという意見も、WGの中で頂いたところでございます。

まとめとして最後、91ページでございますけれども、プロトコルに基づいた緊急度判定を導入することによる具体的な効果として、PA出動時の指令から現場到着の時間の短縮であるとか、「均一性」が担保された出動指令を出すことができる点、また救急活動の「見える化」が図られる点等書かせていただいております。一方で、緊急度判定を導入するにあたって留意すべき点という観点で、プロトコルの教育であるとか、緊急度判定のアルゴリズムをきちんと理解した上で判断しなければならないということ等記載させていただいております。緊急度判定という1つの切り口を持って、今後も進むであろうICT技術の活用の中で、消防救急活動のデジタル化及びその結果に応じたPDCAサイクルの効率化を見据えて、全国の本部に更なる導入が進むよう働き掛けていくことが重要ではないかといったところを、WGの中で、皆様の御議論で頂いたところでございます。

【座長】 ありがとうございます。ここは、委員の方々、いかがでしょうか。〇〇委員がいないので、〇〇委員、関係していませんか。

【〇〇委員】 いえ、していません。

【座長】 私たち救急医療にずっと携わってきた人たちからすると、しごくごもつともで全くそのとおりと。きちっと読んでくれるといいなということです。1つ、91ページのまとめの下から5行目に、「広く働きかけていくことが望まれる」とありますが、この報告書は消防庁の責任で出すのですよね。

【村上室長】 私ども消防庁は、ある意味、事務局として委員の皆様と協働して、この報告書を取りまとめております。そういう意味では、メンバーの皆様から私どもへの叱咤激励というか、エールというか、委員の総意で私どもに指示を頂いているという意味合いで、このような記述をさせていただいております。

【座長】 では、「望まれる」でいいのですね。

【村上室長】 はい。

【座長】 「消防庁としても今後広く働きかけていく。」という言い方もあるのかなと思ったので聞いたのです。

【村上室長】 ありがとうございます。おっしゃるとおり、微妙なところではあるのですが、私ども、全体のトーンとして、検討会メンバーの皆様から私どもに御示唆を頂くというトーンで作らせていただいております。

【座長】 そういうことでした。よろしいですか。

【〇〇委員】 この緊急度のプロトコルを全国あまねくやるときには、全国の中では医師会がトップを取っているMCというのが当然あるわけで、そういうときの、例えば医師会の先生方はここまで知っていないのではないかと、私は思います。その辺のところの意思疎通というのか、はっきりどういう流れというのは、全体で今もう構築できているのでしょうか。その辺のところをお願いします。

【座長】 できていると言われると、私が答えるのは何とも言えませんが、ただ、委員が思われているように温度差はあります。東京のMC協議会は、基本的には東京の医師会がコミットしていますが、実行的には救急医がかなり幅を利かせていますので、委員の言われる形では、それほど医師会が邪魔はしていないという話だと思います。地域のMC協議会の、その地域における医師会の関与の仕方によっては、この部分についての理解がMC協議会そのものに関して言うと薄くなるのではないかと、それを心配されているのです。ここに今日、医師会の代表の先生がおられませんので、どうしようかと思ったのですが。

【村上室長】 自治体の代表として、〇〇委員、何か医師会との関係について、MC協議会の中でお感じになることはありますでしょうか。

【〇〇委員】 特に岐阜県自体が、まだ#7119が導入されていない白地の所ということもあると思いますが、十分に情報共有しながら、連携しながらこれを進めていこうというところまでの体制ができているとは、正直捉えていない状況でございます。まだこの程度しか、お答えできま

せんけれども。

【座長】 ただ、MC協議会のこういうような、地域における文化の普及という観点で言うと、私は岐阜大学がかなり頑張っている印象があるのです。ですから、そういうふうにながら、医師会とも一緒になって行っていけるのではないかという気が、岐阜県においては、私は感じます。

【〇〇委員】 MC協議会の運用につきましては、岐阜大学さんにかかなりおんぶにだっこで、大変お世話になっているところです。＃7119の受入れについて申し上げますと、若干御質問みたいなことになるのですけれども、過去の検討会報告書などの中で、都道府県が主体的に役割を果たすような趣旨のことがどこかに書いてあったと思います。そうした中で、また少し外れているかもしれませんが、いわゆる財源措置が、今現在、市町村のほうに措置がされていると承知しております。そこら辺、例えば都道府県の方への財源措置というのはどのような状況なのかということ、もし教えていただけましたらありがたいと思います。

【村上室長】 緊急度判定のお話から＃7119のお話になったので、前後はしますけれども、現在、市町村への普通交付税措置で行っているというのは御指摘のとおりです。これを更に広めていくためには、委員から御示唆いただいた都道府県への財政措置というのも有効な手段だと思います。ただ、そのためには、そもそもこの事業というものがどのような形態で行っていくのが最も良いのか、今まではどちらかというと消防目線から始まったので、市町村に対する普通交付税措置で始まっておりますけれども、標準モデルとしてそれだけではない、様々な形態があるのではないかと、理論構築・理論武装をして、財政措置の考え方も新しいものを模索していきたいと思っております。その一助が、このたびの全国展開検討部会と思っております。しっかり議論して、どのような財政措置が考えられるのかも深掘りしたいと存じます。

【座長】 MC協議会連絡会から見ると、地域地域における医師会の関与の仕方によっては、この今のテーマが不十分なまま置かれてしまうのではないかという懸念については、どのような作戦をお考えでしょうか。

【〇〇委員】 細かい作戦はここでは言えない、今にわかにはあれですけれども、別の観点でいいですか。83ページを見ると、「イ 精度の評価」のところで、別にこの結果に文句を言っているわけではなくて、下から6～7行目、「救急現場の緊急度判定結果と搬送先医療機関での転帰（入院とそれ以外）について分析した」と。それで、上のところのカラーの図で見ると、救急隊が現場で緊急度を判定したのが縦軸で、初診時医師の判定があっていたかどうか。初診時医師判定というのは、搬送時の緊急とかどうのこうので、あれをマークするときはパッと見て書いている人もいれば、CTや放射線まで、レントゲンや血液検査の結果を診て書いている人もいます。しかも、救急隊員と医者が緊急度という言葉を使っているけれども、同じものをみているのかということ、それで救急隊員が正確に判断したとか、陽性的中率といわれると、少しかわいそうかなと。これ

をやるときに、同じに合わせていかないといけないと思うのです。まず、入るのはこれでいいと思います。さらに洗練化していくことになったら、そのところをしっかりとっていかない、見ているものが違うので、陽性的中率がどうだこうだという議論はこれ以上進められなくなってしまふかなと思いました。これは、先々の課題として結構だと思います。

【小谷専門官】 御示唆、ありがとうございます。一応、今年度におきましては、この実施・検証にあたって協力していただいた医療機関のみではございますけれども、初診時において「緊急度」という概念を判定する医師に対して、周知をさせていただきました。WGの先生方の多大な御尽力を頂きながら実施いたしました。ですので、基本的には初診時において傷病者の状態を把握した上で、この方の緊急性というものを評価していただいております。今回のプロトコルの中に、初診時の緊急度についての整理があるわけではございませんが、判定する医師に、緊急性という概念を御理解いただいた上で判断していただいたというところでございます。また、判定する医師の属性等によって多少のぶれ等があるというところがありますが、それにつきましては、今WGの両輪として一緒にやらせていただいている消防防災科研とも一緒に、更なる細かい分析はさせていただこうと思っております。

83ページの緊急度判定結果と転帰というところは、昨年度のWGの中で、これも精度の評価としてやるべきだという御示唆を頂いてさせていただいたのですけれども、やはり今、〇〇委員がおっしゃっていただいたように、「緊急性」と「重症度」という、異なる属性のものを合わせるの、やはり少し変ではないかというところが改めて意見として出ました。やはり、多少なりとも可塑性はあるにしろ、少なくとも「緊急性」という切り口で119番、救急現場、医療機関で判定したものについて評価すべきで、医療機関におけるものをいったん正解というか、正解という言い方は失礼ですけれども、ある意味、真の緊急度というところで判断したものというところでございます。

【座長】 倉敷市と浜松市でしたか、要するに、限られた病院と限られた救急隊ですので、それほどばらけているわけではないと。先ほどの、〇〇先生と議論した時の中に、もう1つ面白い指摘があって、医者の中には「緊急度」と「重症度」が、全然訳わからず一緒に使っている人がいると。そこら辺が、このトライアージや緊急度についての全国展開をするときの非常に難しい部分で、そういう意味での医者への教育も結構大変なのだと彼は言っていました。

だから、今のことは全国的に見れば全くそのとおりですが、今回は先程来の説明のように限られた地域で行っていますので、それほどとは思いません。

【〇〇委員】 その時の議論だったか、その辺は定かではありませんが、緊急度を出すときには搬送順位というのが必ず裏に入っているわけです。だから、それは医療行為のどうのこうので救急隊員は「搬送」という概念を出しているわけです。そのところがうまくマッチングしないと、なかなか難しくなってくるのではないかと、私はそういう感じがします。

【座長】 医学教育にもコミットしているという、今のコメントだと思います。いずれにしても、そういうことで話が進みましたので、それなりに本件から学んでいただいて、広く全国展開を働きかけていくことが望まれるという話だと思います。

では、その次にいきたいと思います。

第5章 救急業務に関するフォローアップについて

【座長】 次は、「第5章救急業務に関するフォローアップ」、御説明をお願いします。

【三島補佐】 それでは、「第5章救急業務に関するフォローアップ」について、御報告させていただきます。資料92ページを御覧ください。

こちらの方ですが、救急業務に関する取組状況は地域によって差が生じているため、各地域をフォローアップすることで救急業務のレベルアップにつなげる必要があるといったところで、平成29年度から実施しているものでございます。こちらの実施方法ですが、アンケート調査による実態調査と、個別訪問を行って各地域の救急業務の取組状況とか課題を共有して全国的レベルアップを図るといったところになります。こちらは3年をかけて全国を訪問することとなっておりまして、本年度で3年目でございます。本年度まとめとなっております。

「2 アンケート調査及び集計結果」でございますけれども、重点項目について実態を把握して、こちらの方、3年の数値の差というか、数値を見える化して記載させていただいてございます。

飛んでいただいて、104ページ、「3 個別訪問」でございます。こちらは都道府県が主体となっており、救急統計とかを基に、下の図5-13の調査表を作成しまして、各地域における救急需要や活動時間の変化等について分析していただいて、消防庁と共同で消防本部を訪問してございます。

次のページを御覧いただければと思います。3年間で全都道府県130の消防本部を訪問してございます。今年度においては図5-15のところ、15道府県、44の消防本部を訪問してございます。

107ページを御覧いただければと思います。こちらから先進事例ということでヒアリングした先進事例について記載をさせていただいてございます。指導救命士の活用であったり、応急手当、また、ICT関連のところを3つ御紹介させていただいてございます。1つ目の秋田県の取組ですが、こちらは指導救命士会というものを設置しながら救急隊員の資質の向上を図っている取組でございます。

109ページをお願いします。こちらは応急手当の取組ということで、消防本部と市の教育委員会が連携しながら、小学校3年生から中学校3年生までの応急手当について体系的に学べるプログラムを作成しながら、応急手当普及啓発を強化していく取組でございます。

111ページを御覧ください。こちらは和歌山県のモデルでございますけれども、こちらはICTを活用しながら病院情報を共有できるアプリを使用して、遠隔救急支援システムというものを構築させながら活動時間の短縮等を図っているといった取組になります。

112ページからは、個別訪問でヒアリングした消防本部や都道府県の意見等を記載させていただいてございます。

最後、114ページ「まとめ」でございます。各消防本部が地域の特性に応じて様々な工夫を行いながら、救急業務を推進していることが把握できました。フォローアップの成果としましては、各消防本部における課題とか先進事例を共有することで、諸課題を解決する施策につながるヒントが得られ、全国的な救急業務のレベルアップが図られたと考えてございます。

今後の方向性でございすけれども、せっかく都道府県及び消防本部が各地域の現状や課題を認識した1つの契機となりましたので、今後もこの都道府県や消防本部が認識した問題点など、対応策についても消防庁としては今後もフォローアップしていかないといけないかなと考えてございますので、そのためにも今後もフォローアップを継続していきたいと考えてございます。実施にあたって、少し丁寧に見ていかないといけないといったところで、来年度からは4年かけてしっかりフォローアップしていきたいと考えてございます。

事務局としまして、今後も更なる救急業務のレベルアップを図るためのフォローアップを継続していきたいと考えてございますので、御承認いただければ、継続していきたいと考えております。以上です。

【座長】 ありがとうございます。ここはもう、消防庁が主体的に実施することとするとなっておりますので、よろしくお願ひしたいと思いますが、何か。はい、どうぞ。

【〇〇委員】 98ページの指導救命士のことですけれども、確かに指導救命士が何名かという形でフォローしていただくのは重要かと思いますが、一方で、数だけではなくて、やはり質という、数と質の掛け算なのだろうと思います。

そういった質についてですけれども、指導救命士を認定する時、最初につくる時の議論の時に、全国一律の要件にしようかといった議論がある中で、やはり都道府県ごとにいろいろあるので、指導救命士の要件は各都道府県ごとで決める形になったかと思います。そういった中で、少し広めに、少し緩めに指導救命士の要件を作った上で数を数えている所もあるでしょうし、すごく厳しく認定の要件を定めて行っている所もあるかと思います。その幅が非常に広いと、数全体が増えている、増えていないかという議論をしても、なかなかその意味がないところが出てくると思いますので、ぜひ数だけではなくて、そういった要件が各都道府県ごとにどうなっているのか、それが一定の間に収まっているのであれば、確かに数が全体として増えていくといったことは、ある程度評価ができるかと思います。そういった点でのフォローもお願ひしたいと思います。

【座長】 そういう意味では、今、東京消防庁もありますけれども、1人とか2人とかと書いてありますので、こういう言葉を使っていないというところも……要はそうですね。

だから、地方地方で違う内容を議論している可能性もあるので、そこら辺は分かった上で行っていただきたいという話だと思います。逆に言うと、分かっている人は分かっているけれども、

分かってない人は分かってないので、そこら辺も少しコメントしておいた方がいいのかもしれませんが。なぜなら、これを見て都知事が突然、「うち、少ない」と訳も分からず、色々と注文が出たら、えらい目に遭いますからね。では、よろしいですか。

第6章 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

【座長】 では、次が最後、「第6章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、意思に沿った救急現場における心肺蘇生のあり方についてということなのでしょうが、よろしくお願いします。

【小谷専門官】 御報告させていただきます。第1回、第2回でも御報告させていただきましたが、「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、昨年度から検討部会を設置し、十分な議論をさせていただいたところがございます。最終的に検討部会の報告書という形で別添の方にまとめさせていただいております。多くの地域で非常に関心と呼んでいるところかと考えております。

また、併せて消防庁から、この報告書の周知及び、今後消防機関に取り組んでいただきたい旨を含めまして、119ページにございますが、通知を11月8日付けで出させていただきます。こちらにつきましては、厚生労働省からも医政局地域医療計画課及び老健局老人保健課からも同様に出示していただき、今後地域で議論がどんどん進んでいくことを期待していきたいと伝えているところでございます。

こちらにつきましては報告であり、過去にも何度か御説明させていただいておりますので、以上とさせていただきますと思います。

【座長】 ありがとうございます。これは東京では〇〇委員でしたか。日本臨床救急学会がかなり前にいろいろコメントされていますが、そういう立場からすると、どこがどんなふうになって、これから先どうなりそうか、よろしくコメントください。

【〇〇委員】 日本臨床救急医学会でこの件について検討して、最初に提言を出して、その後、東京消防庁や総務省消防庁の方でこのような形で検討していただいたということです。臨床救急医学会が一番最初でしたので、慎重な立場をとり書面による本人の意思が必要であるとし、地域ごとの中で開業医の医師会の先生方とMC協議会との間での合意の形成が必要であるとし、やはり、大都市と地方ではかなり事情が違うということで、臨床救急医学会で検討している時も、全国画一の方法で実現というのはなかなか難しいという前提で議論をしておりましたので、この報告書を基に各消防本部や各MCで具体案を考えていくということでもいいのかというふうに思っております。

【座長】 ありがとうございます。地域、地域という話で、全くそのとおりだとは思いますが、生命倫理という観点で言うと、そういう意味での普遍的な考え方というのも実は傍らにないとい

けないと思いますので、引き続き臨床救急医学会なり、その他の団体なりは本件についての議論をよろしくお願ひしたいと本当に思っています。重ねてよろしくお願ひします。

これも中身をがたがた言っているとえらい目に遭いますので、次にいきたいと思ひます。

第7章 救急隊における観察・処置について

【座長】 次は第7章、これは追加されたのですしたか、「救急隊における観察・処置」、御説明ください。

【小谷専門官】 こちらにつきまして御説明させていただきます。120ページを御覧ください。「救急隊における観察・処置」という観点で、救急出動件数がどんどん増加する中、最も多い事故種別が「急病」となっており、また、急病の中で最も多いのが「循環器系」という現状がございます。さらに、皆様御存じのとおり、平成30年12月14日をもちまして、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が公布され、令和元年12月1日に施行されたことも受けまして、各種学会の方から救急隊の観察・処置について提案がなされたところでございます。

ただ、一方で、病院前における救急隊という観点及び救急医療というスタンスからは、やはり少し違う部分もありますので、連絡会を設置し、本検討会において検討を行おうというところでございます。

121ページ、122ページにおきまして、日本循環器学会及び日本脳卒中学会から御提案いただいたものを表記させていただいております。こちらの提案につきまして連絡会をそれぞれ設置し、各学会、日本救急医学会及び消防本部の立場からそれぞれ連絡会を設置し、議論をさせていただきました。

検討におきまして、まず原則とさせていただいたのが123ページに記載がございますが、「救急隊員及び准救急隊員の行う応急処置等の基準」の第4条に、応急処置の原則というものがございます。簡単に言いますと、「迅速性」、「簡便性」、「客観的効果」及び「装備資器材」という4つが重要であるという観点でこの検討を行わせていただきました。また、体制についても各学会から提案を頂きました。こちらにつきましては、現状がどのような体制になっているのかというところを含めて検討を行わせていただきました。

検討のまとめとして、123ページ以降になりますけれども、心臓病に関する提案につきましてというところで、身体観察の項目につきましては、いずれも従来から各地の消防本部において既に行われていることではございますが、その中で頸静脈怒張であるとか起坐呼吸等について、かなり詳細なところまで御提案いただいております。こちらにつきましては、全国における救急隊員の更なる技術・知識のブラッシュアップにもつながるであろうという観点から、消防庁として情報提供していくことは妥当性があるのではないかと考えております。

一方、12誘導心電図の搭載、伝達、伝送というところについても御提案いただいております。こちらにつきましては既に全国の消防本部の73.9%で、少なくとも1台の救急車には入っているところではございますけれども、全何台入っているかというところはまだ現状不明です。そういった中で、12誘導心電図の測定、伝達、伝送を実施する目的が重要ではないかという議論になりました。12誘導心電図を行うにあたっては、モニター心電図よりも高い感度、特異度があり、また、適切な傷病者に対して、迅速・的確に状態を把握するとともに、適切な医療機関を選定することができること。また、伝達、伝送を行うことで適切な傷病者情報の提供を行えること。一方、また、心筋梗塞の発症から冠動脈の閉塞部位の再灌流までの時間の短縮効果が期待できること。この3項目が12誘導心電図の導入にあたっての目的になるのではないかと。

また一方で、対象につきましては日本循環器学会から図表7-6が提示されております。こちらにつきまして、この目的と対象にそれぞれ鑑みながら、地域の医療資源であるとか、地域における心臓病治療の体制の状況、搬送先医療機関までの距離・時間等、また、12誘導心電図導入にかかるコスト等のバランス等を勘案しながら、地域における十分な検討をするべきではないかといったところを推奨することが望まれるという形で書かせていただいております。

また、128ページ、「(iii) 処置」につきましては、いずれも医療機器であるとか、医薬品の使用が必要であることや、診断後の処置というところになっているところでもございますので、こちらにつきましては応急処置の範疇において議論されるのではなく、救急救命処置の範疇において議論することが望ましいのではないかとというところで整理させていただいております。

また、体制につきまして、地域MC協議会への循環器専門医や脳卒中専門医の参加、事例に対する検証会議等も御提案いただいておりますが、こちらにおきましても地域の医療資源等様々な状況が想定される中ですので、地域の救急医療体制等の実情に応じて、各地域において検討が行われることが望ましいのではないかとといったところをまとめさせていただいたところでございます。

続いて、129ページでございます。「イ 脳卒中に関する日本脳卒中学会からの提案」におきましては、130ページを御覧ください。図表7-8にありますように、日本脳卒中学会の方から、7項目の観察を脳卒中の際に行うべきではないかという御提案を頂きました。こちらにつきましては、先ほど御提示させていただきました4項目いずれについても、基本的には迅速に、かつ簡便に、かつ、特に資器材等も必要なくできるのではないかと、客観的効果もある程度認められているのではないかとという議論において、妥当であろうというふうに考えてございます。

当初の提案では半側空間無視を含む4個以上の項目に該当した場合という御提案だったのですが、学会等の更なる検討を経て、「7項目のうち4項目以上が見られた場合、機械的血栓回収療法を常時実施する医療機関への搬送を考慮する」という提案となりました。この「機械的血栓回収療法を常時実施する医療機関への搬送を考慮する」という点につきましては、当然地域における医療機関の治療・受入れ体制の整備状況等を踏まえて、消防法第35条の8で定められた協

議会であるとかMC協議会における検討の中で本来定められるものではございますけれども、実際、現状におきまして、全国全ての都道府県において「脳卒中」が「受入れ・搬送実施基準」に盛り込まれている実情も踏まえて、各地域において消防機関の救急隊員等が観察の項目として考えていくことについて促していくことは妥当ではないかというところの記載にさせていただいてございます。

体制につきましては先ほどの心臓病連絡会と同様でございますので、こちらについてはいったん割愛させていただきます。

最後、132ページでございますけれども、救急隊員が傷病者に対して適切な観察・処置を行うにあたって、新しい医学的知見が蓄積されていく中でアップデートしていくことは、やはり妥当であろうという形でまとめさせていただいているところでございます。

急ぎ足になりましたが、以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。これは各学会から、こういうことを言ってと申し入れがあったと理解しますが、基本的には、この報告書に書かれているキーワードは「地域」ということになりそうです。そういう地域の実情等を勘案しながら地域でいろいろ考えていきなさいと。処置基準とか搬送先の決定ということについて、地域のMC協議会などが従来から行ってきた延長線上に本件がありますよという話で、先様にはこれがその答えということよろしいのですか。

【小谷専門官】 そうですね。こちらも同様になりますけれども、この検討会におきまして、こういう方向性で、いわゆる学会から頂いたものをそのまま転記するのではなくて、救急医療という観点、救急業務という観点で一旦フィルタリングというか、一旦しっかりとした目を入れていただいた上で提示すれば、現場における混乱は一番少なくできるのではないかという意図でございます。

【座長】 これをぽんと渡して「読め」と言っても、多分、素直にしっかり理解できないのではないかという懸念があるのですが、いかがですか。私は、東京都の脳卒中の医療連携協議会でこの手の議論をしていて、やはり、「脳卒中学会はこうだ」という、天の声がかくかくしかじかで、言うことを聞けみたいな、そういうニュアンスがなきにしもあらずなのです。それでしばらく、胸が熱くなってくるところを、じっとこらえて議論した覚えがあるので、そういう意味です。

【小谷専門官】 ありがとうございます。この報告書につきまして、検討会の中で議論いただいたものを踏まえて、消防庁として情報提供という形が一番妥当なところかと思っております。どういった形かというのは、また事務局でも議論させていただきますが、基本的には我々を通じて各消防、地域に対して情報提供を行うというスタンスをとっていきたいと思います。

【座長】 学術団体には、あなたが行かれて説明するのですか。

【小谷専門官】 この連絡会の中に学術団体の方々にも入っていただいておりますし、一旦お受けしたものに対して、こういう形になりましたというところについては、また改めて御説明を

させていただこうと思っております。

【座長】 胸のあたりが熱くなるかもしれませんが、よろしく。

【小谷専門官】 はい、冷静に。

【座長】 何かありますか。どうぞ。

【〇〇委員】 先ほど座長がおっしゃったとおりなのですが、実際にこれをやろうとすると、まさにこういったことを知らなければいけないのだよと出しても、「はい、分かりました」と言って救急隊の人が学べる余裕があるかという、そうでなくて、やはり教科書に載るとか、教科書に載ったのを学校で教えるとか、その上で、地域で「やはりこれが必要だね」といったようなプロセスがいくつも重なって、やっと実行に移されるといったところがあるので、この御提案いただいたところはいいいと思います、提案いただいているのだからこれをやられるのは当然だねとか、知っていて当然だねという形で思っただくと、少し期待に沿えないところがあるので、そのところを重々お伝えいただけたらと思います。

【小谷専門官】 ありがとうございます。この教育、周知というところにつきましても、その連絡会の中で議論がございまして、導入の段階というか、今からなられる方々に対して提示するのも機会として考えていくべきだろうし、併せて、再教育といいますか、先ほどの第2章に戻ってしまいますけれども、PDCAの中でも学んでいくことが、やはり一番実現につながるだろうという観点で、いろいろなチャンネルを使ってしっかり伝えていきながらというところが妥当だろうという意見も頂きましたので、我々としても伝え方をしっかり考えていきたいと思います。

【座長】 ありがとうございます。おおむねの話が出たところで、よろしいですか。

全体を通して

【座長】 第何章というふうにずっといって最後までいきましたが、全体を通して何か。

はい、どうぞ。

【〇〇委員】 東京消防庁です。先ほどの緊急度判定の話になりますけれども、全体としてまだ余白を残した感があるイメージがありました。結局、緊急度判定、通報時と現場でやるにあたって、通報時の緊急度判定のアウトカムというのは、どのカードを選んで現場に車を出すか、PAにするのか、ドクターカーなのか、ドクターヘリなのか。救急車が出ることに對する時間は絶対的に変わらない。いつもより10km/h 速く飛ばして行こうということにはならないので、そういうアウトカムがあるとするならば、これは今もう既に行っているものを、よりシステムチックになったものという理解ができたと思うのです。

ここで要望として、今後の検討で消防庁さんに期待をしたいのは、本当に必要な緊急度のある所に行くといった場合に、手引書の例の中に、実は1つあったのですけれども削除になったのでしょうか。震災時に119番が輻輳して、ここには出せるけれどここには出せないという、いわゆる

コールトリアージ的な要素というのが、この中には実はあまり書かれていなくて、いわゆるオーバートリアージ、危ないもの、緊急なものに主眼を置いているので、救急救護力が劣勢のときの緊急度判定というのはどうするのかというのは、やはりどこかに、何かの機会に加えていってほしいという感じがします。恐らく東京でも大震災が起きて、救急の要請がきた。要請が来た順番に出していってしまうというふうにしたら、もうこれはひどいことになってしまいますので、その辺の大規模災害時に役立つコールトリアージみたいな緊急度判定も、本当は欲しいと思うところでございます。

あともう1点、DNARですが、ここの報告書でうたわれている文言も、私どもも引用させていただいた上で、「自律尊重」という倫理を大前提に掲げて、東京消防庁も12月16日から導入しました。もう導入して、今、2か月半くらいたつのですが、既に30件を超える事案があつて、そのうち8割が、医師が往診に来た、若しくは家族に引き継いだという事案になっています。なおかつ、8割が医師の往診で、家族に引き継いだのはほんの一桁に過ぎない。しかも、その医師の往診時間が、皆さんおおむね20分くらいでおみえになっているという、3か月経過したところで、まとめて分析をした上でMCには報告する予定なのですけれども、そういったデータを見るにつけ、なぜもっと早くやらなかったのだろうかという思いを持っている次第でございます。

先般の救急隊のシンポジウムでも、地方の本部から、「方針が出ないから私たちはできない」というご発言がありましたけれども、方針が出ないからできないのではなくて、やればできるのではないかと、本当は思ったりしております。なので、恐らくDNARに関する方針も、あまり自律的ではなく、従属的な考え方で動いている所が多いので、そこをぜひ後押ししていただければと思う次第でございます。

【座長】 従属的というか、他律的というか。だから、患者さんの生命や健康を扱うという観点で言えば、やはり医療者としての自律ということが、臨床的な倫理の観点から言えば問われていると。その件を東京消防庁のデータが、そこそこ本当の部分を示しつつあるということではないかと思しますので、言われたように、最後はど真ん中の直球を投げるという、そういう反省だと思います。そちらも、どうぞよろしくお願いします。

それから、今言った緊急度の判定の部分で、先ほど医師会の関与はという話があつて、せっかくなので、〇〇委員が今日はいませんので、もし〇〇委員がおられたらこんなことを言ってもいいのではないかと私が思ったのは、やはり、最終的に地域の医師会で救急隊員と汗を流して、今、地元の郡市医師会の先生方になりますよね、結局。それで、郡市医師会の先生方に情報を、こういうわけでこんなことが議論されているので、地域の郡市医師会と一緒に汗を流している先生たちは、ぜひ消防本部がやろうとしていることを理解して、一緒によろしくねという形でのメッセージを日本医師会から出すという話もあつていいのではないかと、私は思っています。機会があれば〇〇委員と、ここでの議論を踏まえた上で、消防庁か何かでお話する機会があれば、機会を

つくっていただければ、その積み残しの部分をそこで果たしたいと少し思います。お許しいただければ、そのような形で行ってもいいですね。

ということで、おおむね時間ですので。どうぞ。

【〇〇委員】 確認ですけれども、緊急度判定のことで、71ページの図表4-6「救急現場の緊急度判定の実施状況」というところで、実施しているのが67%の本部と書いてありますけれども、搬送・受入れ実施基準に基づいて搬送すると、現場での緊急度、赤1、赤2とかが分かった上で、そのカテゴリーごとに近隣の病院に運ぶという手順を踏むという形になると思うのですけれども、これはそういう形では、実施との関係は何か、どうなのでしょう。

【小谷専門官】 ありがとうございます。受入れ実施基準の中に緊急性というところを明確に記載しているかどうかということも地域差が多々ございます。

【〇〇委員】 ありがとうございます。

【座長】 要は消防本部に聞いているのですよね。だから、東京消防庁も一消防本部です。だから、こういうデータを見るときに、何となく、少しそこら辺の規模の大きさを様々翻訳しながらこれを見なければいけないということがあって、少しかゆい所に手が届かないこともないわけではないという話ではないかと思います。

どちらにしても、ここでの議論で「ここをこんなふうにしたらね」という話は、場合によっては皆様からどんと前の列に並んでいる皆様にお話をされてもいいのですが、今日の御意見を概ね聞いて、多分ここをこんなふうに、あんなふうに、どんなふうにという話は、私が事務局といろいろやらなければいけなくなると思うのですが、そういう意味では、らせていただいてよろしいでしょうか。

【委員一同】 異議なし。

【座長】 嫌だという人がいたら一緒にやります。では、そういうことで、同意を得られたということで。

【〇〇委員】 いいですか。先ほどから議論に出ている、「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」ですけれども、28回の救急隊シンポジウムで、シンポジウムの司会をさせていただきました。その時、出た質問が、「消防庁から、運べとか運ぶなというふうに通達を1枚出してくればよい」と。そうではないのだと。「運ぶとか運ばないと、消防本部が決められないよ」。それは地域でしっかり決めて、今、〇〇委員からあったように、地域と医療機関の消防がどれだけタイアップしているかのバロメーターになるので、それ1枚の通達、紙1枚で運べ・運べないの時代は終わったよということを消防本部に、私はその壇上からは言わなかったのですけれども、時代が変わっているよと。先々、10年か20年したら、「昔は119番していたらしいね」という時代になっていくのではないかということだと思います。シンポジウムのコメントです。

【座長】 長くなってすみませんが、10年か20年先にきっとなっているよねと。だから、今、私たちはこういうふうにしなればいけないよねという、そういうものの考え方で進む。そのときに、「20年後にこうなっているよね」と言ったときに、やはりそれでも救急隊は呼ばれるに違いないと。だからこうだね、というようなことも考えてないといけないという話ではないかと思います。

呼ばない方がいいと、〇〇委員がどこかにお書きになっていましたよね。呼ばれた救急隊は困っていると書いてある。だけど、本当に困っているのは、患者さんも困っていますよね。ですから、そういう意味で、10年後、20年後に、それでもやはり呼ばれるかもしれないということを考えた上で、どうするかということを考えるのも……だから、同じことを言っているわけですけど、先ほど言ったみたいに、この部分は議論し始めると朝まで生テレビ状態になりますので、ここで切りたいと思います。

報告書については、事務局と調整していきたいと思います。少し遅れてしまってすみません。議事は終わりにしたいと思います。あとは、事務局、よろしく続けてください。

（２）その他

【村上室長】 皆様、ありがとうございます。最後に次長から御挨拶申し上げますが、その前に一言だけ、お礼を申し上げます。昨年度のこの検討会で、救急隊員に対するワクチン接種の考え方について、対象や頻度などをとりまとめていただきました。その理論的根拠のおかげで、この冬に地方財政措置の実現を図ることができまして、令和２年度からはその財政措置を活用して、地域の消防本部でお取り組みいただけることにつながりました。皆様の本当に熱心な御議論、御検討、誠にありがとうございました。その上で、本年度の検討会について次長から申し上げます。

３． 挨拶

【米澤次長】

年度最後でございますので、一言御挨拶申し上げます。

今年度は特にDNAR事案ですとか、＃7119の一層の展開ですとか、非常に重いテーマにつきまして熱心に御議論いただきました。皆様方から頂いた御意見を、私ども日々の行政の中でしっかりと反映させていただきますし、また、今日おまとめいただきました報告書につきましては、きちんと全国の消防本部をはじめ、関係機関にもお伝えをして、しっかりと徹底をさせていただいた上で、必要なものについてはさらに消防庁から通知を出す等して、施策化を図ってまいりたいと思っております。

来年度からもまた引き続き、救急行政に御指導、御鞭撻いただきますように、よろしくお願い

い申し上げます。1年間、大変ありがとうございました。

4. 閉 会

【三島補佐】 今年度の本検討会は、本日をもって終了となります。なお、お手元の資料は封筒の中に入れておいていただければ、後ほど郵送させていただきます。

また、報告書の報道発表は3月下旬を予定しております。委員の皆様には、冊子完成後に改めて郵送させていただきます。どうも1年間、誠にありがとうございました。

(了)