

令和2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2年11月9日（月） 14時00分から16時00分
- 2 場 所 中央合同庁舎第4号館（財務省）12階 全省庁共用1208特別会議室
対面方式とWEB方式の併用

3 会議経過

1. 開 会

【伊藤理事官】 ただいまより、「令和2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、消防庁救急企画室の伊藤が務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

本日の会議につきましては、昨今の新型コロナウイルス関連の情勢を踏まえまして、対面及びWEB方式の併用による会議開催とさせていただきます。まず、対面によるご参加の皆様につきましては、発言いただく際はマイクの手前にボタンがありますので、そのボタンを一度押していただくと赤に変わります。発言を終えた後、もう一度同じボタンを押していただきますと、マイクがオフになりますので、発言時はそのようにお願いいたします。WEBによりご参加いただいている皆様におかれましては、会議中のご発言につきましては、誰がご発言なさっているかを明確にさせていただきたいことから、恐れ入りますが、お名前を冒頭に述べていただきますようお願いいたします。あわせて、ハウリングや雑音混入防止のため、発言時以外はマイクをミュート、オフにさせていただきますよう、お願いいたします。チャット機能もございますので、音声がつながらなくなった場合など、必要があればそちらもご活用いただければと思います。

この検討会は、原則公開とさせていただいていることから、一般傍聴につきましても、WEB会議システムによる音声のみでの傍聴とさせていただいております。なお、一般傍聴者の方につきましては、事前にご連絡しているところがございますが、消防庁ホームページに検討部会の資料を公開しておりますので、各自ご確認ください。

それでは、開催にあたりまして、消防庁次長の山口より挨拶を申し上げます。

2. 挨拶（消防庁次長）

【山口次長】 消防庁次長の山口でございます。7月31日付で次長に就任いたしました。本日は大変お忙しい中、「令和2年度第2回救急業務のあり方に関する検討会」にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

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新型コロナウイルス感染症

拡大を防ぐためにご尽力を頂いておりますことに対しまして、心から感謝を申し上げますとともに、そういった中で、本日の検討会にもご参加いただきましたことを、改めて感謝を申し上げます。また、全国726の消防本部においても、新型コロナウイルス感染症に伴う移送業務について、感染防止対策に万全を期しながら、最大限の協力を行っていただいているところです。各地域で奮闘いただいている救急隊員の皆様にも心より感謝します。

さて、5月に開かれました第1回検討部会では、今年度の検討項目を「1. メディカルコントロール体制のあり方」「2. 救急活動におけるICT技術の導入」「3. 蘇生ガイドライン改訂への対応についての検討」「4. 救急安心センター事業（#7119）の全国展開に向けた検討」などと定めていただき、活発な議論を頂いているところでございます。その後、これらの検討項目を深掘りしていくため、本検討部会の下に設置した検討部会及びWG、小会合や連絡会において、それぞれの構成員の皆様にも多大なご尽力を頂き、精力的な検討を進めていただいているところです。また、冒頭申し上げました、新型コロナウイルス感染症の発生状況に鑑み、新たな検討項目として「救急隊の感染防止対策」を追加し、併せてWGを設置して、精力的な検討を進めていただいているところです。

本日の検討会におきましては、これらの状況を中間報告として事務局よりご報告させていただくとともに、さらに議論を深めていただく予定といたしております。

本検討会は、全国の消防本部をはじめとして、さまざま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あります。委員の皆様には、本年度中の報告書の作成のため、ひいては救急業務の更なる発展に向けて、専門的な知識、経験に基づく、忌憚のないご意見、ご指導を頂きますよう、お願い申し上げます。どうぞよろしくお願いいたします。

3. 委員紹介

【伊藤理事官】 次に、前回欠席、または代理出席だった委員のご紹介を五十音順にさせていただきます。〇〇委員です。〇〇委員、聞こえていますでしょうか。

【〇〇委員】 〇〇です。よろしくお願いいたします。本日は、音声のみの参加となってしまっていて、大変申し訳ありませんがよろしくお願いいたします。

【伊藤理事官】 よろしくよろしくお願いいたします。続きまして、〇〇委員でございます。〇〇委員、聞こえていますでしょうか。

【〇〇委員】 すみません、〇〇です。どうぞよろしくお願いいたします。

【伊藤理事官】 よろしくよろしくお願いいたします。オブザーバーの厚生労働省医政局地域医療計画課長の〇〇様におかれましては、代理出席として、本日、〇〇様にご出席いただいております。

【オブザーバー】 厚生労働省医政局地域医療計画課の〇〇と申します。本日、地域医療計画

課長が公務により出席できませんので、私が代理出席させていただいております。何とぞよろしくお願いたします。

【伊藤理事官】 よろしくお願いたします。また、〇〇委員におかれましては、ご都合により欠席の連絡を頂いております。

・配布資料確認

【伊藤理事官】 次に、お手元にある資料、またWEBでご参加いただいている委員の方々におかれましては、事前に郵送にてお送りしました資料の確認をさせていただきたいと思ひます。

まず最初に議事次第、タイムスケジュール及び出席一覧、委員名簿がそれぞれございます。次に第1回検討資料、検討項目中間報告として資料1～資料6までございます。最後に、参考資料が1部ございます。落丁等ございませんでしょうか。落丁等ございましたら、議事の途中でも構いませんので、対面の委員の方については事務局までお申し出いただければと思ひます。

・座長挨拶

【伊藤理事官】 次に、座長から、ご挨拶いただきたいと思ひます。よろしくお願いたします。

【座長】 〇〇です。どうぞよろしくお願いたします。

本日の第2回、第1回は5月21日でしたので、おおむね半年前ということになりますが、テーマについて、先ほど山口次長が1番～4番まではおっしゃいましたので、それらに加えて5番「救急隊の感染防止対策」、その他として「救急業務に関するフォローアップ」という形で6つのテーマについて進めていきたいと思ひます。各委員の皆様にはどうぞ忌憚のない意見をお寄せくださいますよう、よろしくお願いたします。時間のこともありますが、実りの多い会にしたいと思ひますので、どうぞよろしくお願いたします。

【伊藤理事官】 ありがとうございます。それでは、以後の議事進行を座長にお願いしたいと思ひます。よろしくお願いたします。

4. 議 事

(1) 今年度の検討事項（中間報告）

【座長】 それでは、議事を進めていきたいと思ひます。最初は、全体の概要について資料1の手前ですから資料0でしょうか、「救急業務のあり方に関する検討会」、第2回資料の一番上のものだと思います。どうぞよろしく、ご説明くださいますようお願いいたします。

【伊藤理事官】 事務局からご説明いたします。前回もお示ししているものでございますけれども、本年度の検討項目の中間報告としてまとめているものでございます。1ページをおめくり

ください。前回の検討会から内容が変わったところをご説明いたします。

3つ目の「蘇生ガイドライン改訂への対応」でございますけれども、前回の検討会では、今年度は市民への応急手当指導の改訂を行い、次年度については、救急隊員の処置の改訂を行う予定としておりましたけれども、3の下のほうに小さく書いてございますが、今年の5月28日に日本蘇生協議会から、国際的な蘇生ガイドライン改訂を受けた日本版ガイドラインの改訂作業が少なくとも半年間延期されるという発表があったことを踏まえまして、こちらの作業について全体的にスケジュールの変更を行っております。詳細については、後ほどご説明いたします。

続きまして、ご挨拶にもありましたけれども、「その他」のところ「5. 救急隊の感染防止対策」という項目を追加しております。こちらにつきましては、現在も運用しております「救急隊の感染防止対策マニュアル (Ver. 1.0)」がございますけれども、今般の新型コロナウイルス感染症の対応を踏まえて、こちらのバージョンアップについて、現在作業を進めているところでございます。こちらについても、詳細は後ほどご説明いたします。

資料につきましては、以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。これは全体を俯瞰するというような意味でございますので、早速内容へ入っていきたいと思います。

1. メディカルコントロール体制のあり方について

【座長】 まず、「1. メディカルコントロール体制のあり方」ということで、本件を事務局からよろしくご説明ください。事務局からご説明を頂いたあとに、〇〇委員から補足のご意見等がありましたら、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【小塩専門官】 それでは、資料1につきまして、事務局小塩よりご説明いたします。どうぞよろしくお願ひいたします。

資料1をおめくりいただきまして、まず1ページからは、第1回あり方検討会における検討についての振り返りでございます。2ページから5ページまでは、第1回でご議論いただいた資料でございますので、説明は割愛させていただきます。6ページまでお進みください。

上段に、第1回におけるご意見をまとめております。第1回においては、「地域の評価について」は、病院前救護やMC体制を客観的に評価できる指標を検討すべきというご意見や、MCに救急の教育を受けた医師が携わることについては、一定の地域差があることは当然でありつつ、体制の底上げを図る教育の必要性に係るご意見、また、「メディカルコントロール」という言葉自体についても、今後、考えていくべきといったご意見を頂きました。

下段に、その第1回検討会を受けまして、第1回WGにおいて、WGと小会合それぞれにおける検討項目について整理いたしました。

7ページと8ページが、WG及び2つの小会合の概要でございます。それぞれ、これまで第2回

まで開催しておりまして、第3回をWGは1月、小会合は12月に予定してございます。

9ページからが具体的な検討内容のご説明でございます。説明の都合上、まずは小会合の議論について、先にご報告いたします。まず、オンラインMCについてでございます。

11ページと12ページにお進みください。オンラインMC体制について検討するにあたりまして、常時性・迅速性・適切性の考え方について改めて整理しております。

12ページにお進みください。地域の体制に関係なく全国的に生じる課題と、地域の体制によって異なる課題を、オンラインMC医師やオンラインMC実施先等の軸で整理しております。

これを踏まえまして、13ページで、常時性・迅速性・適切性の軸と地域性の軸で課題と論点を整理しております。論点のほうをご覧くださいと思いますが、例えば常時性の観点につきましては、全国的に複数のMC実施先を確保すべきではないか、それが難しい地域においては、都道府県MCが中心となってバックアップ体制を構築すべきではないかなどといった整理をさせていただきました。

こういった論点の整理を踏まえまして、14ページに目指すべき体制の案について整理させていただき、これについてご議論いただいたところでございます。

15ページにお進みください。左の欄が当日頂いた主なご意見、右の欄が次回の方向性でございます。次回の小会合におきましては、まず常時性・迅速性・適切性の考え方について改めて整理しつつ、全国的に目指すべき体制といたしまして、指示先の設定の仕方について、可能であれば、この指示先を固定することも含めて検討するとともに、この指示に携わる者の教育方法について検討すること。そして、地域にあわせて目指すべき体制といたしまして、各地域が自らの地域の状況を把握するための指標について検討するとともに、事務局としても一定の分析を行い、適切なオンラインMCを行うための体制につきまして、例えばより広域で連携を行うなどについて検討いたします。

16ページは検討状況について、WGにおいて頂いた意見でございます。MC体制につきましては、救急を担う高次の医療機関等が中心となる体制づくりが必要である等のご意見、また、適切性を保つための教育につきましては、今後、国が一定の基準を示すことを検討するとともに、学会や地域の取組を参考にすべきとのご意見などを頂きました。

これらを踏まえまして、第3回の小会合で検討を深めてまいります。

続きまして、17ページからは再教育についてでございます。

18～20ページは、検討にあたりまして、教育に関するこれまでの経緯や教育内容の関係を一定整理させていただいております。

21ページにお進みいただきまして、こちらは看護領域における教育方法を参考にすべく、消防と看護、それぞれの領域における教育方法について整理しております。

22ページにお進みいただきまして、教育の課題は多岐にわたりますことから、本年度は、救急

救命士の日常的な教育体制の整理を行うとともに、そのための記録や振り返りの方法を中心として、整理をさせていただきたいと思います。

23ページの左欄が、当日の小会合におけるご意見で、それを踏まえて、右欄が次回の方向性でございます。次回の小会合におきましては、まず、日常的な教育体制の具体的な条件等を整理いたしまして、その実戦のための効果的な記録と振り返り方法を検討いたします。さらには、再教育と生涯教育につきまして、現行の指針を基本といたしつつ、改めて整理を試みようと思います。

24ページは、検討状況につきまして、第2回のWGにおいて報告させて、頂いた際のご意見でございます。教育体制の構築について、例えば、看護の教育モデルを参考にするのは、良い取組であるといったご意見や、記録方法については、まとめられるものはまとめるべきといったご意見を頂きました。これらを踏まえ、第3回小会合で引き続き検討を深めていきたいと思っています。

25ページからは、事後検証及び第2ステージの質向上についてでございます。

26～30ページの資料は、まず事後検証については、MC体制、第1ステージにおける活用と第2ステージにおける活用について、例えば、27ページのデータや、30ページに記載しております現状の様式等を踏まえまして、検討をさせていただきました。

31ページをご覧いただければと思いますが、具体的には事後検証結果を、プロトコルの見直しや実施基準の見直しに、適切に活用するために、各協議会等が連携を図ることについて議論いただきました。

32ページは、当日のご意見でございます。事後検証結果の共有をしっかりと図っていくべきといったご意見や、統計データを用いた今後の検証方法についてのご意見を頂いたところでございます。これらを踏まえまして、第3回WGで検討してまいります。

続きまして、33ページからはMC体制のあり方についてでございます。

34ページと35ページは、第1回のあり方検討会において、ご議論いただいた資料でございます。

36ページにお進みいただきまして、MC体制における行政、医療、消防の基本的な関わりについて、整理をいたしております。

これらを踏まえまして、37ページのMC体制のあり方につきましては、今後、小会合の検討結果も踏まえまして、コア業務の課題解決に向けて、都道府県MCと地域MCがそれぞれの体制において、どのような役割を果たす必要があるのかということについて整理していきたいと思っています。

38ページは、WG当日のご意見でございます。MC体制は、地域によってさまざまな形があり、地域ごとに望ましい体制が取れるような整理をしてほしいといったご意見や、MC体制に関する指標を設けることで、比較可能となり質の向上が図られるといったご意見を頂きました。これらを踏まえまして、第3回WGで引き続き検討していきたいと思っています。

最後に39ページからがスケジュールでございます。本日のご議論を踏まえまして、2つの小会合とWGにおいて検討いたしまして、その結果を第3回あり方検討会にご報告させていただきたい

と思います。

資料については、以上でございます。ご議論のほど、よろしく願いいたします。

【座長】 ありがとうございます。一気にたくさんのお話を聞くことができたと思いますが、冒頭に申し上げましたように、このWGをまとめてくださっているのは〇〇委員だと思いますので、〇〇委員にご発言を頂きたいと思いますが、よろしゅうございますか。

【〇〇委員】 今、事務局からご説明がありましたように、メディカルコントロール体制のあり方につきましては、WGの下に2つの小会合を設けて検討を続けております。その資料の16ページでございますように、オンラインMCにつきましては、〇〇委員に小会合の委員長をやっただいて議論をしています。コア業務としてのオンラインMCについては、「常時性」「迅速性」「適切性」の中で、特に「適切性」を保つための教育について、国が一定の指標を示すこと、日本救急医学会、日本救急医療財団等の講習会を用いることが議論されて、さらに検討していくことになりました。

また、再教育については、〇〇委員に小会合の長をやっただいて、2回の会合を開いて、WGでご報告いただいております。24ページに簡単なまとめがございますけれども、もともと「再教育」という言葉自体が、悪いことした人を教育し直す時にも使用される単語で、言葉として適切ではないのではということで、代わりに「生涯教育」という言葉を使ったほうがいいのではないかと。そして、もともと救急隊員としての生涯教育がプログラムとしてございましたので、それに救急救命士としての再教育を、整合性を合わせていくということが重要ではないかということがございました。

このような医師以外のメディカルスタッフの教育については、特に看護教育の中で、いわゆる「ラダー」という段階を決めながら、獲得目標を決めて日常の業務を通して教育をしていく非常にいいモデルがございます。日常の業務をそのまま教育に用いていくということが、モデルケースとして非常にいいということで、看護師の委員から紹介がございました。これらの教育手法も含めて、指導救命士がそこにどのように関与するかということも検討に含めて、今後さらにまとめていくということになりました。

そして、最後にこの2つに加えて、このメディカルコントロールのあり方の評価ということについては、〇〇委員から客観的な評価をメディカルコントロール体制自体にしていくことが必要だにご指摘をいただき議論が行われました。38ページにもございますけれども、山形、あるいは札幌など幾つか例を出していただいております。地域によって、メディカルコントロール体制の形は違いますが、共通した指導法を受けることによって、メディカルコントロール体制自体の質の向上を図るべきということで、客観的な基準について、このWGで最終的な報告にまとめるような議論をしていくということになりました。

【座長】 ありがとうございます。では、委員の方からのご質問がありましたら、〇〇委員を

含めて、どうぞよろしく申し上げます。どなたか、ご発言ありますか。どうぞ。

【〇〇委員】 私のほうから、小委員会並びにWGという話になって、少しご質問させていただきます。メディカルコントロールというのは、そもそも救急隊員が特定行為を行ったり、救急救命処置を行うに当たって質を担保するところから始まっているという意味において、メディカルコントロールというのは、3ページに書いてある絵でいう第1ステージの緑色で囲まれているところなのだろうと思います。しかし、今日、実務的なことを考えると、傷病者の病態に応じて適切な病院を選定する、要するにミスマッチのないように適切な判断ができるという、この第2ステージに相当するところは極めて重要で、地域の医療のリソースをよく知ったうえで、かつ傷病者の観察がしっかりできてということが、包括的になされてこそ、本当の意味でのメディカルコントロールがなされているのだろうと、私は思っています。

そういう意味において、31ページのメディカルコントロール体制の協議をする場が、都道府県によって、まだ今なお温度差があって、本来消防主管で始まったMCの協議体のままである所と、いわゆる消防法35条の搬送受入実施基準で衛生主管部局がその協議体をつくる、あるいは、知事の附属機関として活動している都道府県もありますが、全国的に一体感のないというのが実情です。

せっかくですので、〇〇委員のメディカルコントロールを消防庁の中で論じる際に、この第2ステージとしてのさまざまな課題を解決する方向性と、将来に向けてのMCのより良いあり方を、ぜひその辺りを議論しておいてほしいなと思うことと、今まで小会合ないしWGでそういう議論がなされたのかどうかということを少し聞かせていただきたいと思えます。

【座長】 〇〇委員、よろしいでしょうか。委員が最後に言及されたMC体制のあり方の評価という話と、恐らくかなり親和性の高い質問ではないかと思っております。よろしく申し上げます。

【〇〇委員】 まず、メディカルコントロールを第1ステージ、第2ステージ、第3ステージに分類し、第3ステージはこれからの課題ではありますが、第2ステージまではメディカルコントロール協議会で扱うべき業務であることを前提として議論しております。当然、評価に関しては、第2ステージの評価も非常に重要でございます。

37ページにあるように、地域MCでの問題と都道府県MCでの問題がありまして、それぞれに対して、行政、現場の消防、医療機関が役割を果たす必要があります。そもそもメディカルコントロール協議会は、最初に厚労省が持ち出したときには地域の救急医療対策協議会などのようなもっと広い意味での救急医療全体を俯瞰する協議会の中で、特に病院前の部分を担当するのがメディカルコントロール協議会という概念でした。しかし現在は、消防法で求められる部分もメディカルコントロール協議会が直接担当する都道府県や地域もありますけれども、メディカルコントロール協議会から委員を出して、救急医療対策協議会等で議論がされている都道府県や地域もあると思えます。

搬送先ということになりますと、その地域の中で、脳卒中の診療体制がどうなっているかとか、そういう救急医療体制全体の評価も必要になってくるということを見ると、単にMC協議会だけではなく、救急医療対策協議会等でのPDCAサイクルを回していくことが必要と考えられます。この役割については、都道府県に関しては衛生行政が行っているところが多いのですけれども、地域ということになりますと、衛生行政の顔が見えないということも議論の中で出てまいりました。

いずれにしても、〇〇委員のおっしゃるように、搬送先の選定・搬送も評価対象にすべきだろうということで議論しております。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員、〇〇委員の話聞きながら、究極的には都道府県に関して言うと、衛生部門は一定のコミットをしてくれているらしいけれども、地域になるとなかなかそうはいかないという話です。ではどうするのという話になるわけで、そこら辺はどういうイメージでしょうか。

【〇〇委員】 大変重要なポイントだとは思いますが。医療機関のリソースは、やはり地域性があるので、病院選定ということを含めてメディカルコントロールを行うということになると、地域の方と保健医療協議会といったようなもの、厚生労働省所管かもしれませんが、やはり二次医療圏の医療体制と消防の救急活動を、できるだけ地域は地域でみるというようなことを醸成していかないと駄目で、それで都道府県がうまく調整したり統括したりという役割分担があるのではないのでしょうか。だけど、都道府県は声を出しているけれども、地域の医療圏、すなわち基礎自治体にばらつきがありますので、なかなかその統一感が見えてこないところなのだろうと思います。

【座長】 〇〇委員、救急医療といったときに、一応二次医療圏で話がまとまるような、そういう議論ですね。例えば、地域包括ケアなどは市町村です。そういう意味で、基礎自治体はあったとしても、二次医療圏となりますと複数の基礎自治体がどうしても関わってくる。そこと県全体という話は理論上違ってくるので、そういう意味では、先ほどの評価のことに親和性が高いと言ったのですが、どういう物差しをどういうふうにつくっていくか。そのことを、国のレベルで考えていくと、どういう切り口で話が上手にいくのかという気がします。

厚生労働省から新井専門官がみえていますが、今の話、分かりますね。要するに、都道府県が全体として1つの二次医療圏になっているわけではないのです。救急隊は、二次医療圏という形で走り回っているという話と、基礎自治体の複数の固まりであるが県全体ではない。ここら辺の行政の救急医療という、二次医療圏の関わり方の話は地域によって温度差がある。この温度差をどういうふうな物差しで、どうなっていますかということを決めるというか、評価するかという話について、どういうイメージを持てばいいのでしょうか。

【オブザーバー】 ありがとうございます。すごく難しい問題だと思います。はっきり言って、私がここで何か申せることはあまりないと思うのですけれども、一つの物差しとしては、我々

としては医療計画を都道府県に策定していただくようお願いしておりますので、その医療計画に関しては、都道府県でそれぞれ事情が異なりますので、一応、指標例みたいなものをこちらからお出しして、地域地域でどの指標を使って、もしくは地域で新しい指標を生み出していただくことで、どうか、その地域で最適な医療体制を生み出していただくように計画をお願いしているところですので、そういうところをヒントに、これから話し合っていけばいいのではないかと。これは私感ではありますけれども、少し思いました。

【座長】 ありがとうございます。東京の救対協は、確か〇〇委員がまとめておられたと思います。東京は、MC体制が全県1区みたいなところがありますので、地方の道府県には当てはまらないのかもしれませんが、今のいろいろな意見を聞いて、こういう感じというか、何かご意見ございますか。

【〇〇委員】 東京都は特殊な形で、地域MCと全体のMC体制が1つです。今思いますと、非常にいい制度だったという気がしています。地域のMCと県全体のMCが少し乖離している地域もあると聞いています。そういう地域では、今後東京都みたいなものをモデルにして、何か一つ新しい形というか、意思の疎通が図りやすい形の参考になるのではないかと思います。

【座長】 ヘリコプターは、今度は県をまたいでいきますから、そういう意味では都道府県といえども、One of themの可能性もあり得ます。

今、〇〇委員から、ご発言があるようですので、どうぞよろしくをお願いします。

【〇〇委員】 二次医療圏に関しては、やはり地域医療構想調整会議という会議体がありますので、そこでも救急とか災害も話し合うということになっていきますので、その場で医療側、あるいは救急側が一堂に会して話し合う場として活用するのが一つの手ではないかと思います。

【座長】 ありがとうございます。次に〇〇委員、ご発言ください。

【〇〇委員】 今、チャットにコメントしたのですが、皆さんご存じの循環器病対策推進基本計画というのが、この10月に国から公表されましたこの15ページにMCの関与というのが記載されています。これがまさに、ステージ2の話なのです。実は、私も基本計画作成の委員で、そこで強調させていただいたのですが、MCで解決できるものと、もっと広域で考えて解決しなければいけない2つの面があるということです。この基本計画にも書かれています。

すなわち、MCでやれることと、もっと広域の都道府県、あるいはさらに広域という考えも入れていかななくてはいけないのかなと思って、このステージ2の話を聞いていました。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員、本件の取りまとめとして、〇〇委員からのご質問、私のコメント、〇〇委員からいろいろなあったのですが、この方向性としてのおおむねのイメージは、頭の中でそろそろ出来上がりつつあるというふうに理解していいですか。それとも、まだまだ大変という感じでしょうか。ご発言をお願いします。

【〇〇委員】 都道府県レベルでは、衛生行政は、比較的、関与しやすいのですけれども、地

域MCの中でのということとなると難しい点があります。例えば全国メディカルコントロール協議会連絡会には、保健所の代表の先生もいらっしゃるのですが、保健所がどう関与するのか、あるいは市区町村の衛生担当部門がどう関与するのかが、地域によって、かなりばらばらなので、同一の指標では比較が難しいということを議論しておりましたので、今のお話を参考にさせていただきたいと思います。

【座長】 どうもありがとうございます。最初のメディカルコントロール体制のあり方については、おおむねこの調子でございます。先へ進めたいと思いますが、よろしゅうございますか。

【〇〇委員】 少しよろしいですか。資料1の16ページの「適切性」の話ですけれども、「可能であれば国が一定の基準を示すことができると地域の講習が進む」とあります。この会議は、総務省消防庁の会議なのですけれども、今日は厚生労働省からアドバイザーが来られているけれども、文科省の医学教育課も関わるかもしれない。というのは、救急関係は、MCはいろいろ分かっているけれども、医学部の教授会ではほとんど知られてないです。医学教育という文脈では全然ないし、関係ないと言ってしまうとそれまでですけれども、社会的広がりのある活動としては非常に大事だと思うので、これはぜひ総務省消防庁の方に、これをやるのなら相当覚悟を持ってやらないと、文章をちらっと書いておいただけなら楽なのですけれども、本気になったら結構これも奥が広いことであるということを理解していただければと思います。

【座長】 どうもありがとうございます。全くそのとおりだと思います。先ほど教育で、ナースの「ラダー」の話が出ましたけれども、「ラダー」の話だけで、今のようなことも含めて全体がまとまるかといったら、全くまとまるはずもないのです。ですから、事はかなり広域に及びますので、引き続き、先生のイニシアティブで議論を引っ張っていただきたいと思います。

ということで、2番に移りたいと思います。

2. 救急活動におけるICT技術導入

【座長】 2番は、「救急活動におけるICT技術導入」ということでございます。本件、よろしく申し上げます。資料2です。

【伊藤理事官】 1ページをおめくりください。今年度につきましては、ICT技術のうち救急業務の作業の簡素化という視点で検討を進めており、連絡会を設置し実証実験の実施と合わせて検討を行っております。実証実験については、横須賀市消防局と札幌市消防局にご協力を頂いて進めております。

2ページをお願いいたします。実証実験の計画を策定するに当たりまして、連絡会メンバーにご意見を聞きました。どのフェーズでICT技術を導入したほうが望ましいかという問に対しては、将来的には全てのフェーズでの導入が望ましいけれども、傷病者と直接接するフェーズではクリアすべき課題が多いことから、今年度の実証実験については、病院到着後の実施が望ましいので

はないかという意見を頂いております。

では、どの技術の導入が望ましいかにつきましては、こちらにつきましても全てのデータについてデータ化、電子化が望まれるのですけれども、できるだけ多くの消防本部での導入が可能という視点を考慮すると、まずはこのAI-OCR技術であるとか、RPA技術の活用が望ましいのではないかというご意見を頂きましたので、これらの意見を踏まえて、実証実験を行っております。実験の概要は、3ページに書いておりますけれども、主にAI-OCR、タブレットによるデータ化、RPAによるシステムへの自動反映を行っております。

4ページ目をお願いいたします。札幌市消防局につきましては、本日まで実証実験をして、横須賀市消防局は先週で終わっています。実証実験で用いた技術についてですが、AI-OCRは何かと言いますと、各様式を自動的に読み込んで、そこに書いてあるデータを自動でデータ化するものです。札幌市消防局につきましては、今ある傷病者引継書ではなくて、このAI-OCRに適したものを作成し、その認識レベルにどのような差があるかを確認してもらっています。横須賀市消防局で行っているタブレットにつきましては、紙に書かずにタブレット上でデータを入力したものを、RPA技術でそのまま自動でOAに流し込み、事務処理時間の短縮につながるかどうかを見ていただくものでございます。

最後に、今後のスケジュールでございしますが、まだ今、まさに実験をしているところですので、第2回の連絡会を経まして、次回の第3回検討会で実証実験の検証結果の報告をしたいと思えます。また、来年度につきましては、例えば、5Gを使った新たな映像技術を活用した救急業務の高度化について検討していきたいと思っておりますので、今後、先進的な取組を行っている消防本部であるとか、そういった技術を活用されているメーカーへの情報収集を継続して進めていこうと考えているところでございます。

資料2については、以上です。

【座長】 どうもありがとうございます。このICT技術を導入について、委員の皆様方、ご意見よろしくご発言ください。〇〇委員、ご発言ください。

【〇〇委員】 現状では、紙のものをデータスキャンするというのも仕方ないと思いますが、やはりこれは過渡的なものと考えて、将来的には直接データ入力。そのためには、紙の時点で一定程度標準化していく必要があると。将来的、助成金を見据えて、標準化を考えていただきたいということと、さらにデータ入力されたものが、医療機関の電子カルテ等と連携して、取り込みができるということも、将来的には想定して、ぜひ考えていただきたいと思えます。

【座長】 ありがとうございます。資料の2ページの上の赤いところが、今ICTの技術が展開しているという感じなので、〇〇委員は病院のカルテともとおっしゃいましたけれども、病院のカルテそのものが、実は、オブザーバー、必ずしも厚生労働省の指揮下のもとで標準化されていないのですよね。

【オブザーバー】 はい、そうです。

【座長】 ですから、技術がもっと進んでいけば、A社もB社もC社も合体できるという話が今、東京では議論があるようですが、今の〇〇委員の話は、いずれそういうことがあったとしても、現在紙で行われている報告の内容を書かせて、形式の標準化をある程度していかなないと、病院のカルテのようなぶざまな状況に陥るかもしれないという、そういうようなご指摘だったと思うのです。いつもオブザーバーにばかり聞いて申し訳ないのですが、そうならないためには、今の〇〇委員のお話のような、紙であったとしてもあらかじめ標準的なものがあればいいという話でいいですね。

【オブザーバー】 そうですね、基本的には、そのような考え方であれば、将来的に統合しやすいというか、それは機械的に行えばいいだけですので、その方向性で間違いないと思うのですが、今の現状は、消防本部ごとに違うものなのか。これは、私の認識がまだありませんので、すみません。

【座長】 私も少なくとも知っているのは、川崎と東京消防庁に合体する前の東久留米くらいしか知りませんが、確かに少しずつ違います。

【伊藤理事官】 今回実証実験した2カ所で言いますと、札幌市消防局は単独で様式をお持ちですけれども、横須賀市消防局は三浦半島一帯の8個か6個の市町村から構成されるMC協議会で様式を作られているという現状がありますので、結構、地域地域によって定め方が分かれているという現状でございます。

【〇〇委員】 東京消防庁では、今、平成21年から救急活動記録表の電子化というのは進めております。ただ、これも自動的にというわけではなくて、結果的には手入力というのがベースになりますので、まだまだ検討する必要はあると思います。

【座長】 私が知っている東久留米市は、東京消防庁に入る前の東久留米市消防本部で、結構、東京消防庁の書式をまねはしていたのです。でも、やはり少し違うのです。どうしてもそうになってしまうのかもしれませんが、これは、こういうふうな書式を、こういうふうな形でおおむねそろえて、将来の電子媒体化をする折に、円滑に話を展開したいというメッセージは消防庁からあり得ますよね。

【村上室長】 今回の実証実験の中でも、AI-OCRでのデータスキャンがしやすいような様式というものを追究して、どのような様式になれば書きやすいのかとか、中身についても実証実験していただいているところです。ただ、横須賀の現場でお聞きしてきたところでは、地域MC単位でのプロトコルの違いだとか、医療機関側からのご示唆なども踏まえて、各地域でカスタマイズしているというのが現状とお聞きしています。したがって、今回の報告書でも、一定「このような様式であれば、電子化になじみやすい」ということまではお示しできると思いますけれども、すぐ一律に統一化というところまで打ち出せるかは、もう少し連絡会の皆様のご議論も踏まえて整

理していきたいと考えております。

【座長】 では、まず〇〇委員、それから〇〇委員をお願いします。

【〇〇委員】 救急現場にICTを応用するというのは、いろいろな側面を持っていると思うのですけれども、救急隊員の日常の業務を考えると、記録を取るという行為と観察をして行動するという行為とが、非常にタイトな現場なのです。これは確かに、2ページで言えば後半部分のところに、記録に残ったものを一定のデータ化して集計していくというところでの活用というのは、これはこれで、それなりの意味があるのだらうと思うのです。

しかし、もう少し現場そのものに振り返ってみたときに、これは少しピントが外れているかもしれないけれども、例えば話した言葉がそのまま記録に残って、彼らの手足がきちんと使えるような状態をICTが支援するというようなものでないといけません。今、大阪でもORIONというのを使ってスマホにいろいろ入力させながら、処置をさせています。それにまた別で記入しないといけない用紙も残っているため、全体の業務量は、ものすごい負担になっています。やはりICTという技術導入のフラッグを立てるのであれば、その現場の業務改善に本当につながるようにしてあげないといけないというのを、常日頃思っているところなので、一言お話しさせていただきました。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員、ご発言ください。

【〇〇委員】 今ご指摘のとおりで、現場の負担を減らすために手足を動かしながらでも入力できる音声入力というのは、絶対に必要だらうと思います。

もう1点、標準化できるものと、地域の特性があると思うので、まずそのところを見分けて、標準化できるところだけでも順次標準化していくという進め方がいいと思います。

【座長】 ありがとうございます。病院では、放射線科のドクターがマイクを握って、だーっと話したものが文字になって出てくるというようなものがありますので、それをどこかの地域で行ってみるという形で、今の〇〇委員や〇〇委員のご発言を具現化する一つのきっかけにはなるのではないかと思います。

ICTについては、多分こういうところではないかと思います。時間がありませんでしたら、また元の戻ってということがあっていいと思います。たくさんテーマがありますので、先に進めさせてください。

3. 蘇生ガイドラインの改訂への対応

【座長】 次は、「3. 蘇生ガイドラインの改訂」です。本件への対応について、事務局からご説明をお願い申し上げます。

【小塩専門官】 それでは、資料3でございます。1ページと2ページは、第1回あり方検討会でご説明した内容の概要でございますので、割愛いたします。

3 ページにお進みください。前回のあり方検討会の時点では、2 ページにございますようなスケジュールを見込んでおりましたところ、日本蘇生協議会より5月28日付で「JRC蘇生ガイドライン2020」の作成を半年間延期することが発表されまして、現在ドラフト版の公開が令和3年3月の予定となっております。このことを受けまして、本検討会としても当初のスケジュールを変更しまして、ガイドライン公表後速やかに検討を開始することといたします。

具体的には、過去の対応と同様にWGを立ち上げまして、必要な検討を行うことといたします。下段にございますように、日本救急医療財団の心肺蘇生法委員会より発表されます「救急蘇生法の指針（市民用）」及び「救急蘇生法の指針（医療従事者用）」の改訂と整合的になるよう、市民用の指針により影響を受ける項目の検討につきましては、令和2年度中に開始しまして、令和3年度上半期にかけて実施、医療従事者用の指針により影響を受ける項目の検討につきましては、令和3年度下半期を中心に実施することといたします。

4 ページは、蘇生ガイドライン改訂に伴う対応のイメージでございます。先ほどのご説明のとおり、日本救急医療財団による「救急蘇生法の指針」と整合的になるように検討を進め、通知等を発出し、全国へ周知してまいります。

5 ページは、対応のスケジュールでございます。下段※書きの1つ目に書いてございますように、WGの報告書発出前に、この検討会に報告を行うことを予定しておりますが、報告の仕方につきましては、新ガイドラインへの速やかな対応の移行のため、指針の発表時期等に応じて検討させていただきます。

6 ページは、過去の対応についてまとめたもので、ご参考でございます。説明は以上です。

【座長】 ありがとうございます。全体が遅れているので、本件もそのとおりの話だと思います。これは、〇〇委員が一番いいのでしょうか。

【〇〇委員】 今、ご紹介ございましたように、国際蘇生連絡委員会の国際コンセンサス(CoSTR)は10月20日に公開されているのですが、日本では新型コロナウイルス感染症への対応にあたる委員が多いため作業が遅れています。ガイドラインと市民用の救急蘇生法の指針の発表が年度末になる予定なので、それに合わせた形になっています。

もう1つ悩ましいところは、ガイドライン2020そのものではないのですが、新型コロナウイルス感染症の流行下における蘇生というのは、例えば、口対口人工呼吸は行わないとか、あるいは我々医療従事者も个人防护具を装着して蘇生をしなければいけないということで、従来のガイドラインから、感染防御のための手順の変更がございます。ガイドライン自体と、COVID-19対応の変更部分を、どのようにすみ分けるかも考えなければいけないと思っております。

【座長】 ありがとうございます。考えなければいけないのはよく分かるのですが、どうしたらいいかよく分からないですね。

【〇〇委員】 そうなのです。ガイドライン自体は、厳密にエビデンスの評価をして、EBMに基

づいた形で推奨と提案がなされているのですけれども、COVID-19に関わる部分に関しては、ほとんどエキスパートオピニオンしか存在しないので、それをそのままガイドラインの中の推奨などに盛り込むと、EBMとしては玉石混交になってしまうのです。一方で、感染防御も非常に重要なので、こここのところをうまく現場に落とし込む必要があると思います。

【〇〇委員】 私、これは前回の時も、5年ごとに改訂して、いったい何が、大事なものが出てくるのかという話はしたことがありますけれども、この次は2025年になるわけですが、実際にはもう2020年が終わって、2021年になってくるわけで、これほど流れが早い、そしてコロナがいつ収束していくかも分からない。この辺のところを考えながら、もう少し10年に一度とか、あるいは何か事が起こったらというような流れがあってもしかるべきではないかと思います。その辺のところはどういうふうになって、今、2020年が半年遅れでとなっているのでしょうか。

【座長】 それは、〇〇委員、困ってしまいますよね。

【〇〇委員】 国際蘇生連絡委員会では、2015を出したあとは、毎年1年ごとにエビデンスが分かったものは、その部分の改訂・公開を毎年しています。アメリカのAHAは、この5年間、2016、2017、2018、2019と毎年ガイドラインのアップデートをしていました。一方、去年と今年で毎年変わるというのは現場が大変だろうということで、ヨーロッパと日本は、1年ごとのアップデートを5年間分ためて、ガイドラインに反映させることになっています。

【座長】 〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 これは、〇〇委員からお話を頂いたほうがいいのかもかもしれないのですけれども、情報提供として。10月20日のCoSTR公開を受けて、来週の土曜日の11月21日にJRCの社員総会があります。おそらくそこで、ある程度今後のスケジュールが決まっていくのかなと思っています。

【座長】 その社員総会なり組織決定の暁には、出版物として出すという話も入っているのですか。

【〇〇委員】 内部事情は分からないのですけれども、副理事長の〇〇委員が一番詳しいかと思っています。

【座長】 〇〇委員、そうですね。

WEB環境の不具合により現在は不在のようなので、消防庁のどなたがメインになるのですか。小塩専門官ですか。

今、いろいろな意見が出ていますので直近で、どちらかでミーティングをされるときに、この話をつまびらかにフィードバックしてください。本当に、半年ないし1年おきに行うのかどうか。また、コロナがこんなにだらだらと、私たちの国でさまよい続けたとすると、要するに、今、〇〇委員も困っているように、答えが出ないのです。出ないところへ本を出せと言われても、どうにもならないので、場合によっては5年を改め10年にしてもいいのかもしれないと。

【〇〇委員】 全くそのとおりです。

【座長】 全くそうですよね。だから、それらのことも含めて、もう一度議論していただいて、次の会で、またご議論いただくと。それでいいですね。ご発言ください。

【村上室長】 ありがとうございます。イチ私どもだけの検討ではないということは、重々承知していて、4ページの表も示しているところでございます。JRCの動き、あるいは日本救急医療財団の動きなど、よくよく情報を把握しながら検討を重ねていきたいと思っております。ありがとうございます。

【座長】 ありがとうございます。一つ一つのテーマは、大変奥が深くて難しいということが、だんだん皆さん分かってきたと思っております。

4. 救急安心センター事業（#7119）の全国展開に向けた検討

【座長】 では、「4. 救急安心センター事業（#7119）の全国展開に向けた検討」ということで、事務局からのご説明をお願いしたいと思います。それから、本件は、〇〇委員が部会をおまとめいただいておりますので、引き続き〇〇委員からと思っております。よろしく申し上げます。

【伊藤理事官】 それでは、まず事務局からご説明します。1ページ目をご覧ください。

今年度につきましては、日本全国どこにいてもこの#7119が繋がる体制の実現に向けまして、検討部会を設置して議論を進めています。検討部会については、左下に書いてございます。〇〇委員に部会長をお務めいただいて、今まで4回の検討部会を開催しております。それまでにまとめたものについて、8月末に、消防庁ホームページに中間報告書で公表しております。

資料4ページをご覧ください。検討部会におきましては、未実施地域におきまして、事業導入するための課題を整理しておりますが、その課題を表の緑の帯に書いてございます。一番上、「事業の必要性を感じない」であるとか、2つ目「単に事業を実施するだけでなく、質の確保が必要」、また、下から3つ目には「事業を進める財源がない」「事業の実施主体が定まらない」といった課題が挙げられてございます。

次の5ページ目をご覧ください。事業の実施効果につきましては、上3つを従来から整理してきている事業効果ということで、「救急車の適正利用」「救急医療機関の受診の適正化」「住民への安心・安全の提供」があります。新たな事業効果としまして、「時代の変化への的確な対応」「新型コロナウイルス感染症対策」というものが追加されてございます。

6ページは実施主体を書いてございまして、現状の実施状況を整理したものを左のほうに書いております。今は、10月から京都が入ったので17団体ですが、当時の16団体におきまして、市町村が主体となっているものが6団体、都道府県が主体となっているものが10団体、うち市町村へ負担しているものが5団体ずつということで、既に事業の実施主体はさまざまな形を示していることが分かってございます。それを踏まえまして、8月31日にまとめました中間報告を7ページに記載しております。

左上に、事業導入に向けて6つの課題を書いています。とりわけ議論の中心となりました、議論の実施主体のあり方につきまして、真ん中のほうに書いています。また、実施主体に対する財政措置のあり方につきましては、右のオレンジ掛けのところに書いています。従来、国の財政支援は基本的に「原則、市町村が実施主体」という整理をしてきましたけれども、今回の議論を踏まえまして、「各地域でそれぞれの実情に応じて選択された実施主体に生ずる財政負担に対して、実効性ある適切な財政措置の検討が望まれる」となっております。

今後につきましては、右に書いていますように、下半期は、「事業効果の分析・明確化」「事業の底上げ」についてさらに議論を深めて、年度内に最終報告書を取りまとめることにしております。そちらについて議論した場が、9ページ目にあります。

9ページの左上に、青の濃い部分で「#7119連絡会」と書いてございますけれども、こちらは既に事業を実施されている団体の担当者、及び事業推進のためのアドバイザーから構成された連絡会でございまして、ここで、事業の実施効果と底上げについてご議論いただきました。その結果を10ページ、11ページに示しております。

まず、事業の実施効果につきましては、左下のまとめに書いてございますように、一つの側面にとらわれず、最終的な目標を見据えることが重要。さらに一番下に書いていますように、連絡会での議論を通じて、これまでに示された「事業効果」を深掘りして、充実したものとするための助言を得ております。

次の11ページをお願いいたします。これは、事業の底上げの部分について、連絡会で頂いた意見でございます。そこにつきましては、またまとめに書いてございますけれども、事業の質及び利便性を高めることは、事業の発展・成熟を示す指標となる。教育・研修体制のモデル化は今後の課題。さらに、下にイメージ図を書いています。各実施団体が置かれている状況はそれぞれ異なることから、現在のどの実施段階にあるかを把握して、目指すべき事業のスタイルをイメージして、必要な方策を検討することが重要であろうという意見を頂いております。

今後のスケジュールを最後の13ページに書いていますけれども、本日の親会で頂いた意見を踏まえ、来月予定しています第5回の検討部会におきまして、再度ご議論いただき、検討部会の報告書を作成する予定でございます。この報告書の内容については、第3回の親会でご報告する予定でございます。

説明については、以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。委員の方々に、救急安心センター事業の全国展開ということで、ご意見、よろしく願いいたします。まずは〇〇先生、どうぞ、すみません。

【〇〇委員】 今お話しいただいた内容で、ほぼ網羅されていると思います。未実施地域の方々への、1つはモチベーションです。どういう効果があるのかというのが、それなりの課題になっていまして、効果をうまくPRし理解していただく。#7119連絡会では、その辺の効果をいろいろ

と検討されています。

もう1つは、実施の主体です。実際、行っている実施団体のパターンは、資料の6ページの右下に絵の①～④があります。①は都道府県が主体になり主導権を握っていて市町村の負担はない。②は都道府県が主体になって、実際、現場は市町村の負担がある地域。③は、市町村が主体になって、県がそれに一部関わっていく。④は、市町村が主体になっていて、市町村単独または周辺市町村が共同実施という、4つのパターンがあります。左にいくほど消防行政主体で、右にいくほど医療行政型になるという形になっていますが、検討会ではパターン②で、都道府県が実施主体で行って、市町村がそれをサポートする、現場でいろいろ負担するのが実際的ではないかとの意見だったと思います。

実効性のあるものにするには財政措置が必要になってくると思います。今までは、市町村に補助金・交付税が下りて、市町村主体で行っているのが一般的でした。しかし、実際に全国展開を図っていくということになると、やはり都道府県が主体を持って行ったほうが良いと言う事なら、それに伴う財政的な見直しも必要ではないかというような話で、現在進んでいると思います。

【座長】 ありがとうございます。委員の方から、ご発言ございますか。最初は、〇〇委員、よろしくご発言ください。

【〇〇委員】 前回からの続きの中で、導入するには、本当に様々な状況があるとは思いますが、けれども、実施していない理由の中で「事業の必要性を感じていない」というのもありましたが、私たち使用する国民側からすると、やはり救急車を呼ぶ時にためらうことも多くて、このような相談できるシステムはすごく有効ではないかと感じます。さらに、#7119という、どこでも同じ共通の番号というのがすごく有効で、やはりいざという時に番号を改めて調べたりする余裕がないので、迷ったらこの番号というのは、すごくいいと思いました。

小児に関しては、#8000とのすみ分けという問題もあると思ったのですが、やはり#8000はどちらかという、小児救急電話相談というか、相談の部分がすごく多くて、相談の内容は本当に、非常にさまざまな多岐にわたるもので、冬場などは本当に何時間も電話が繋がらないとか、お母さんたちからもよくそのような声を聞くので、救急車を迷っているときにつながらないというのは、やはりどうかなと思うので、救急事案は#7119、小児に関しての相談は#8000という使い分けというのがあるとすごくいいのかなと思います。

今後、全国に普及というところで、きっと実情とかも様々で課題もたくさんあるかと思うのですが、それでも、「あってよかった#7119」みたいな、使用された方からの必要性とか、「このシステム、うちの地域にもほしいな」となるような、使う側からの介入もできたらいいなと率直に感じたので、発言させていただきました。

【座長】 ありがとうございます。東京では確か、こんな夜中に行っているのかしらという、つつましいお母様が「今すぐ行きなさいと言われたので、勇気を持って行くことができた」とい

う発言を聞いて、多くの、普通の市民はそういうものなのだと感じた次第です。〇〇委員、ありがとうございます。

引き続いて、〇〇委員、よろしくご発言ください。

【〇〇委員】 資料の5ページの、事業効果の整理のところにありますように、新たな効果として、「時代の変化への的確な対応」、特に「新型コロナウイルス感染症対策」というのが、今後ますます重要になるということを、全国の自治体に理解を深めるという努力が必要かと思います。

特に、新型コロナウイルスがまだしばらく続く、あるいは、また新たな感染症が、今後どんどん出てくることが予想されていますので、「適切な行動のアドバイス」、さらに「適切な振り分け」に加えて、コロナへの不安から本来受診すべき救急が抑制されてしまうということ、これに対して、相談に乗って、しっかり掘り起こしてすくい上げができるということ、これが極めて重要だと思いますので、ぜひこのところの知識を全国に広めていただきたいと思います。

【座長】 どうもありがとうございます。ほかにございますか。

コロナの件は、やはりどこに相談しましょうかというのが、ずいぶん迷走する場合がありますので、大変いいご指摘を賜ったと思います。あと、財政的な問題という話があります。これは、今すぐどうこうではありませんが、東京消防庁は、確か#7119のほかに、今、年間の搬送件数は70万件くらいですよ。

【〇〇委員】 80万を超える件数です。

【座長】 80万件ですか。だから80万件が、#7119がなければ、90万件にいていたのではないかと。10万件単位で、節約できているという話を聞きますので、そうすると、1件あたりの救急隊の出動は何万円かかかります。ですから、その何万円かける10万件を計算して、そして「ほらね」と言って、各自治体が「あ、そうなんだ」というふうな感じになるといいなというように思います。

特になければ、次へ行ってよろしゅうございますか。

5. 救急隊の感染防止対策

【座長】 では、次「5. 救急隊の感染防止対策」。今、コロナの話が出ましたが、本件資料5になります。よろしくご説明ください。

【小塩専門官】 それでは、資料5の1ページをお開きください。「検討の背景・目的」でございますけれども、2ページに過去の経緯をまとめてございます。

平成30年度に、当検討会の下で「救急隊の感染防止対策マニュアル (Ver. 1.0)」を作成したところですが、このたび新型コロナウイルス感染症への経験を踏まえまして、WGを設置して改訂を検討することといたしました。

3ページが当該WGの委員のご紹介でございます。WGの座長は、本検討会の〇〇委員にお務めい

ただいているところでございます。

4ページから、続きまして「新型コロナウイルス感染症に係る消防庁の対応」でございます。

5ページ、令和元年度以降、消防庁としては記載のような体制をとって対応してまいりました。

また、6ページは、都道府県消防防災主管部局及び全国の消防本部に対しまして、累次の通知等で救急隊員への注意喚起等を行ってまいりました。

7ページは通知の一覧、8ページが2月4日の通知の内容でございます。ご参考として、説明は割愛させていただきます。

9ページからは、「救急隊の感染防止マニュアル（Ver. 1.0）の改訂」についての各論でございます。

まず10ページ、改訂の基本的な考え方を整理してございます。下段に記載がございましたけれども、改訂に当たりましては、感染防止対策全般のアップデートを図るとともに、現場の状況に鑑みまして、特に新型コロナウイルス感染症に関する事項については、章を分けて記載すること、そして、救急業務を行う上で最低限必要と考えられる事項を中心に記載しますとともに、現時点で得られる科学的な知見等を踏まえまして、推奨される、あるいは推奨されないことが明らかな事項を中心に記載するという考え方といたします。

11ページ及び12ページは、それぞれの各論とマニュアル改訂版の章立てとの関係性について整理しております。

13ページ以降は、各論でございますけれども、方向性につきましては、幾つかポイントを絞ってご説明したいと思います。まず13ページ、「N95マスクの使用について」でございます。

N95マスクの使用につきましては、特に新型コロナウイルス感染症の対応の観点から、現場における対応がより明確となるような記載方法等についてご議論いただきました。基本的な方向性については、下の囲みでございますけれども、N95マスクが必要となる場合の考え方と、正しい装着方法についての記載を充実させること、そして、再利用の方法について記載することとして、引き続き検討いたします。

14ページは、13ページのご参考でございます。

続きまして、15ページ、「ゴーグル・フェイスシールドの使用について」は、こちらもN95についてと同様に、特に新型コロナウイルス感染症の対応の観点から、具体的な対応が明確となるような記載方法をご議論いただきました。基本的な方向性につきましては、新型コロナの対応では、ゴーグルやフェイスシールドを着用すること。特に陽性確定患者では、可能なら使い捨てのものを使用することを検討することとして、引き続き検討いたします。

続いて、16ページでございます。「感染防止衣について」は、脱衣のタイミングや脱衣方法についての記載を充実することや、つなぎ型の感染防止衣の適応等についてご議論いただきました。基本的な方向性につきましては、着脱方法を動画で紹介するとともに、定期的な着脱訓練が必要

であることも記載すること。そして、つなぎ型の感染防止衣につきましては、可能な範囲で対象疾患を明記するとともに、着用する場合は正しく脱ぐことの重要性について記載すること。こういったことを検討してまいります。

17ページは、「医療機関への搬送・引継ぎ時の注意事項」として、搬送前からの医療機関や保健所との情報連携の重要性について記載することといたします。

また、18ページは「消毒方法について」、厚生労働省の事務連絡等に準拠して、基本的な方法を整理して記載することといたします。

19ページは、「ワクチンの接種・抗体検査について」、麻しん等のワクチンや破傷風の抗体検査に係る記載について、ガイドラインの記載に準拠することといたします。

20ページは、19ページの参考でございます。

21ページにお進みください。「心肺蘇生時の注意事項について」は、日本臨床救急医学会の対応ガイドラインを踏まえたマニュアルへの記載についてご議論を頂きました。こちらは、当学会のガイドラインに準拠して記載することといたします。

22ページは、「アイソレーターについて」、事前に保健所からのアドバイスがないような状態においても、救急隊が必要時に、適切に活用できるような記載について、検討しております。

23ページは、各委員から事前に頂いたご意見でございます。これを踏まえまして、その他の論点として、以下2点取り上げてございます。

24ページの、上段「Ⅰ ユニバーサルマスクについて」は、特に症状がない人も含めてマスクを着用するという概念でございますけれども、これについては、救急隊の感染防止の観点から、傷病者や救急車に同乗する方のマスク着用の必要性についても一定記載する方向性で検討いたします。下段「Ⅱ 養生について」は、救急車内の仕切りでございますけれども、これについては具体的な方法についての知見を共有する観点で、一定の記載ができるようまとめていきたいと考えております。

最後に、25ページからがスケジュールでございます。改訂版につきましては、今冬の感染症対策に役立てる観点から、可能な限り早期に発出をしたいと考えております。まずは、本日頂きましたご意見も踏まえて、第2回WGにおいて、マニュアル改訂版の具体的な記載を検討いたします。そして本日、委員の皆様方からあらかじめ方針についてご了解を頂ければ、第2回WG後に取りまとめ結果を、WG長より座長にご報告を頂きまして、ご確認を頂いたうえで、準備が整い次第速やかに、令和3年1月を目途して、発出したいと考えてございます。発出した改訂版につきましては、委員の皆様方には第3回あり方検討会において、ご報告させていただきたいと思っております。

資料については、以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。このWGについては、〇〇委員が全体を束ねてございますので、〇〇委員から今の説明に補足等ございましたら、よろしくご発言ください。

【〇〇委員】 1点だけ、前回はCOVID-19の流行にぎりぎり間に合うタイミングで出せたのですけれども、当然、COVID-19のことは予想されておりませんでしたので、もう少し手直したほうがいいという点が数多く出てまいりました。それについて、事務局のご努力、委員の皆さんの頑張りで、何とか今までに出た、こういうところをはっきりしてくれとか、ここがよく分からないというところについては、何とか直せたと思うのですけれども、1点、これがまた第3波といわれているような状況なので、機を逃して発表されても価値が下がるというか、皆様のニーズに応えられないと思いますので、その訂正に関しては、座長がよろしければ、座長の承認をもとにお願いしたいと思います。

【座長】 ありがとうございます。最後にお触れになった部分は、この議論の最終場面でもう一度委員の先生方に確認したいと思います。日本医師会の〇〇委員、ご発言をよろしく申し上げます。

【〇〇委員】 感染症関連の対応というところで、東京オリパラがあつて、外国人がたくさんいらっしゃるということで、感染症に関係するような外国人との会話というのが重要になるかと思ひます。このマニュアルに載せるかどうか別としても、そのところを、感染症に関する患者、外国人とのやりとりというものはしっかり作っておく必要があるかと思ひます。このマニュアル以外でも結構です。

【座長】 ありがとうございます。この件に関連して、外国人との接触のあり方というような御提案であれば、ここに特別に項を設けて言及してもおかしくはないのではないかとと思ひます。

〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 平素、救急隊員が搬送してきている姿を見てると、これをしっかり行つていて、あまり心配をしていなかったのですけれども、実際に今、救急隊員が何名か感染している人が出ていると思うのですが、そこら辺、これをきちんと行つていても感染したのか、それとも違う所で感染したのかという、検証みたいなものはされているのでしょうか。

【〇〇委員】 重要なお指摘、ありがとうございます。私もそこら辺、調べたのですけれども、少なくとも消防庁が把握している限りは、明らかな搬送にまつわる感染はないというのが一応公式見解で、私は少し驚いたのと同時に、心強く思いました。なので、今のところゼロリスクという意味だと保証はできませんが、それなりに今の行つている方向が全く間違いではないということは言えるのではないかとと思ひますし、その点については、今回、〇〇先生をはじめ委員の方に確認しましたが、それはそれでよかろうという点です。

ただもう1点、私が危惧している点は、いつか感染する方が出てくるのです。そのときに、どこかの村みたいに、「感染しやがって」みたいなこととか、あと「うちの消防のメンツをつぶしやがって」みたいなそういうことになって、その方が非常にまずい立場や、その消防署は面汚しというような批判が絶対出ないようにだけは、今回のあり方検討会含めて、消防署としてメンタル

ケアとか含めてしっかりサポートしていただきたい。そもそも絶対責めないというスタンスを、こういう委員会でも明確にしていただけたらというのがお願いでございます。

【〇〇委員】 ありがとうございます。私の地元のほうの医療機関で、十何人のクラスターが出た時に、すぐさま消防で感染者が出て、その隣の消防でも数人の感染者が出たので、そういうのは何かあったのかなと思ったのですが、よく分かりました。ありがとうございます。

【座長】 山口次長以下、ここのスタッフの方たちにとって、今の話は、言うなれば当たり前といえば当たり前なのですが、世の中にはしょうもない人がいるということがありますので、一言だけお願いします。そのあと、〇〇委員、お願いします。

【山口次長】 ただ今のご指摘は、まさにそのとおりだと思います。私どもでも全国の消防機関で、陽性者が出た本部、人数は概ね把握しております。中には、先日、北海道の夕張市消防本部のようにクラスターが発生したようなケースもございます。救急隊員の中で陽性となった方も、報告はいただいておりますが、先ほどご紹介がありましたとおり、明確に救急業務に起因した形での感染は、現時点では報告いただけていません。

ただ、今後とも救急活動をはじめ、消防活動をする中で、陽性者が出るということは、当然可能性というのにはあり得るわけですが、決してそれを、先生からご指摘があったように、個人を責めるとか、あるいは組織を責めるといったことはあってはならないと考えています。本日のご意見、大変ありがとうございます。

【座長】 日本人は、いろいろな意味で完璧主義者が多いので、なかなか難しいところがないわけではないのですが、こういうものは確率の問題で起こり得るわけです。では、〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 この折に、感染に対するガイドライン等をしっかり出しておくというのは、大変意義のあることだと思います。

私が発言させていただきたいのは、2ページのところを見ていただいたら分かるように、救急隊員に対する感染予防対策というのが話として出てきたのは、まだ数年もたたないという目新しい話なのですが、本来、細菌やウイルスに曝露されやすい環境の中での仕事をされている職員に対して、感染防止対策を本当に取り組んでいこうというのは、遅きに失しているくらいなのだろうと思います。

何が言いたいかといいますと、私ども病院の中で、感染対策室なるものがあって、ICT (Infection Control Team) とかICD (Infection Control Doctor) とか、常日頃活動している部門があります。あることによって、今回の新型コロナウイルス感染症のようなものが起こっても比較的対応しやすかった印象があります。無から始めるわけではないので、やりやすかったという背景があります。それを、こと救急現場で活動している消防職員に振り返った場合に、各職場で感染対策室を設けなさいとは、大小さまざまな組織があるのでとても言い切れないのですけれども、常日頃、

私どもの感染症対策の者と救急の者が話し合っているのを聞いていると、やはり消防、特に救急隊員を所管している消防等は、感染対策に常時たけた人との人事交流とか、会合とか。場合によっては、大きい消防機関だと、当然のことながらその部門があってもいいのではないかという話です。

こういう機会——こういう機会というのは、非常に言葉が適切ではないかもしれませんが。新型感染症で、皆さんがいろいろなご苦労されながら対応しているということを、翻って考えれば、日常、結核患者の疑いとか水痘とか、空気感染が背景に隠れているような傷病者をたくさん運んでいるわけで、自らの健康を守ったり、あるいは次に運ぶ患者さんに二次災害を及ぼさないという意味においては、もう少し組織として、こういう対策の部門をつくってもいいのではないかということを、このガイドラインを示す時に、少しトップダウン的に、どこかに行をつくってお書きになられると、地域が動きやすいのではないかというのが、私の意見です。

【村上室長】 ご指摘ありがとうございます。まさにおっしゃるとおりだと思います。マニュアルを作ったあと、これを管理していく体制の重要性は、以前からもご指摘を頂いております。

Ver. 1.0を昨年3月に出した時には、マニュアルを周知するという私たちの通知の中で、まさにそのような感染防止管理体制を消防機関において構築していただきたいということをお願いしております。日本看護協会だとか、国公立大学附属病院感染対策協議会といった別の先進事例なども引きながら、そのような体制の構築、例えば総括感染管理者の設置などをお願いしているところです。こういったことについては、引き続きしっかりとお願いをしてみたいと思います。ありがとうございます。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員、今のやりとりはかなり重要な内容を含んでいると思いますので、事務局と連携をしてくださって、いい文章に、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【〇〇委員】 分かりました。よろしくお願ひいたします。

【座長】 〇〇委員が最初にご発言されたところの、マニュアルの改訂版については、早いほうがいいに決まっているというのは、もう全くそのとおりで、26ページのスケジュールの中で、今日、第2回のあり方検討委員会が行われていて、第2回のWGがこれから行われると。それでいいですね。

【〇〇委員】 はい、そうです。おっしゃるとおりです。

【座長】 それで、〇〇委員がおっしゃったのは、その結果で改訂版を早く発出したいので、この委員会の意見を踏まえて、WGでの作業をしたあとに、〇〇委員から私のほうに情報が上がってきて、適宜調整しながら改訂版を、第3回あり方検討会の前に出してしまいたいという、こういう話でございます。委員の方々におかれましては、そういうことで進めてよろしゅうございませうか。

【委員一同】 結構です。

【座長】 では、〇〇委員、事務局と私と、上手に分け合っていきたいと思います。

【〇〇委員】 分かりました。よろしくお願いいたします。

【座長】 では、その次のテーマに移りたいと思います。

6. その他（報告事項）～救急業務に関するフォローアップ～

【座長】 次は、「6. その他（報告事項）～救急業務に関するフォローアップ～」というのがございます。資料6だと思います。お願いします。

【伊藤理事官】 資料6につきまして、ご説明申し上げます。1ページをご覧ください。

前回の資料の抜粋でございますけれども、消防庁では、消防本部、都道府県を訪問しまして、そこにある課題とか、先進的な取組を聞くという業務を進めているところでございます。課題については、一緒に解決方策を検討するとともに、先進的な取組については水平展開ができないかを考えるという事務を行っております。昨年までの3年間で47都道府県を回ってきたところですが、今年度から4年かけて、再度47都道府県を回ることを予定しているところでございます。

どういことを聞くかにつきましては、次の2ページに書いてございます。まず、今年度につきましては、今般の新型コロナウイルスの対応状況など、あとは先ほどご説明しましたICTの導入状況などを確認することも考慮して、こういったフォローアップ業務を進めていくことを考えてございます。

現在の進捗でございますが、最後のページをご覧ください。今年度の業務の進みを書いてございます。既に、茨城県と埼玉県について訪問済み。また、今週は福島県といった形で、今年度こういった都道府県に訪問する予定をしているところでございます。

説明については、以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。こういうことがあるのかないのか知りませんが、県によっては「来るな」と言っている所がありますよね。

【伊藤理事官】 一応、こちらから訪問の意向をお伝えしますけれども、もし県のほうで今回、このタイミングで来てほしくないということであれば、そこは行かないことにしています。その辺は、柔軟な対応を進めているところでございます。実際、連絡を取ってみて、今のところ「来なくてくれ」と言われたということは、現状ではございません。

【座長】 そうですか。ある病院に複数名で行く時に、2時間くらい前に来て、検査を受けてから病院に入れということがあって、びっくりしたことがあったのです。長野県でした。

【〇〇委員】 それは、PCRを受けてから入れということですか。

【座長】 抗原検査をして、場合によってはPCR検査もと。それで、お金はあなたたちでという

話になってもめたということです。

【〇〇委員】 失礼な話ですね。

【座長】 ほかに、よろしゅうございますか。では、次にいきたいと思います。

(2) その他

【座長】 次は(2)「その他」で、「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生」ということで、これも事務局から、まずはご説明ください。

【伊藤理事官】 参考資料をご覧ください。1ページおめくりいただきまして、昨年度まとめました検討部会の概要を書いております。「傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生に関する検討部会」ということで、〇〇先生に部会長をお務めいただきまして、検討を進めたものでございます。昨年7月までに計7回のWGを開催しまして、検討部会の報告書をご審議いただきました。

このあり方検討会との関係につきましては、下のほうに書いておりますけれども、昨年8月5日に「第1回救急業務のあり方に関する検討会」において、この報告書の内容をご報告するとともに、その後消防庁のホームページでもアップしているところでございます。さらに、昨年11月8日には、消防庁から、この報告書の要点を概説するとともに、心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査や対応の手順等を定めた場合の消防庁への情報提供を求める通知を消防本部へ送付しているところでございます。

報告書の内容を、少しおさらいしておきます。3ページをご覧ください。3ページに、昨年11月8日にまとめました報告書の概要を書いております。要点は主に3つでございます。

一番左の「①基本的な認識」でございますけれども、まず一番上のポツでございます。救急隊は救命を役割として、心肺停止状態の傷病者については、速やかに心肺蘇生を実施することを基本に活動しているということでございます。2つ目のポツですけれども、一方、厚生労働省さんにおきましては、ACPの考え方を「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に盛り込むなど、本人の意思も尊重しながら、医療・介護従事者、家族等も参加して、生き方・逝き方を探る努力がなされているということでございます。救急活動現場におきましても、時間的情報的な制約がある中ではありますけれども、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は、尊重されていくものとする。

こういったものを、基本的な認識としております。

次に真ん中の「②現場での対応等」でございます。救急現場につきましては、そもそも救急要請に至る経緯、また傷病者が心肺停止になった経緯等は、千差万別の状況というのを抱えてございます。加えて、救急現場は緊急の場面が多く、多くの場合は現場に医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないので、時間的情報的な制約があるといったことが、現場での対応ということでもまとめている部分です。

最後の「③今後の方向性」につきまして、この検討部会の中でも実態調査を行いました。救急現場におきまして、傷病者の家族から傷病者本人が心肺蘇生を望んでないと伝えられる事案の実態は、必ずしも十分明らかになったとはいえないというところもありましたので、今後、事案の実態をさらに明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた事案の集積による、救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると。また、患者本人や家族がどのような最期を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合っ準備を進める、ACPに取り組んでいくことが重要ということをご報告させていただきます。

報告書を踏まえまして、「今後、消防機関に求められること」としましては、地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場への参画ということをご報告しています。それと並行しまして、消防庁から、各消防本部に対して、「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査」、また、「対応手順等を定めた場合の消防庁への情報提供」というものを、平成30年12月をお願いしてございまして、現在この出動に関する事案につきましては、平成31年1月1日から、今年の年末までの2年間この情報を収集しているところでございます。今般、昨年1年間のデータが集まりましたので、ご報告するところでございます。4ページ目をご覧ください。

4ページが、全国726本部におきまして、平成31年1月1日～令和元年12月31日までの「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数」の内容でございます。調査項目につきましては、「①事案の発生場所」「②かかりつけ医への連絡」「③心肺蘇生の継続／中止」「④救急搬送の有無」ということで、この1年間で報告いただいた件数は5,359件になっているところでございます。こちらについては、各消防本部で対応方針を定めている所、定めていない所でございますけれども、全て統合した数字がこちらになってございます。

まず、発生場所ですけれども、左のほうをご覧ください。「住宅」「老人ホーム」「その他」と書いてございますけれども、住宅、老人ホームで一定数の割合があるということが分かっているところでございます。右の「かかりつけ医への連絡」でございます。「かかりつけ医への連絡」につきましては、必ずしもかかりつけ医に連絡をとる必要がないというところがございますが、「連絡がとれた」「連絡したが繋がらなかった」というのが6割強となっているところでございます。次に、左下の「心肺蘇生の継続／中止」でございます。継続したものが8割強、中止が2割弱となっております。次に、「搬送／不搬送」につきましては、搬送が9割弱、不搬送が1割強といった結果になってございます。

この数字につきましては、対応方針の有無というものも関係すると思われるので、対応方針の策定状況を併せて聞いておりますので、次の5ページ目をご覧ください。

こちらにつきましては、毎年8月1日を起点に、全国消防本部に対して聞いている調査の内容でございます。何を聞いているかといいますと、本調査というのは全体の調査ですけれども、「DNARに関する事項」ということで、傷病者は心肺停止状態であるが、家族等の関係者から傷病者本人

が心肺蘇生を望んでいないとの意思を示された場合について、何らかの対応方針を定めているか。また、定めている場合その内容、どういった場でこの方針を定めたかなどを聞いているところでございます。大きく3つの項目について示しております。

まず、左下をご覧ください。これは、対応方針を定めているかどうかでございますけれども、平成30年、令和元年、令和2年というところで、対応方針を定めているという所につきましましては、平成30年の332本部から令和2年の399本部ということで67本部増加している。その中身はどうなっているかという、真ん中のグラフでございますけれども、対応方針を定めている中で「中止又は中断できる」という対応方針を定めている所が、平成30年の100本部から令和2年の170本部。一方で継続するといったものについては、平成30年の201本部から令和2年の197本部となっています。これにつきましては、新たに対応方針を定めた所について、「中止又は中断できる」としてある所が一定数あることに加えまして、既に対応方針を定めていた所の中でも、従前「継続する」という対応をしていた所が見直すことによって、「中止又は中断できる」とした所も一定数あるのではないかと考えているところでございます。

一番右側は、策定の検討が行われた場について書いてございます。図に書いていますように、県または地域MC協議会で検討したというところがかなり増えている一方で、上から3つ目ですけれども、消防本部内で有識者を交えずにこの策定の検討を行った所が減ってきているということで、かなり議論の場が広がってきているということが、このグラフからも分かるところでございます。

次に6ページをご覧ください。左上につきましては、「対応方針策定の場に参加したのはどのような職種か」と書いてございます。MC協議会の委員や消防本部、保健衛生主管部局と、かなり多様な方が入っているところでございますけれども、終末ケアに詳しいと考えられますような介護の関係者であるとか、在宅医療の関係者の参画の割合はあまり多くないということがみてとれます。

右側は、対応方針を定めていない本部に対して、今後「方針策定の予定はあるか」ということが書いてございますけれども、4割から5割くらいの所が、策定に向けた検討をしているというところですが、令和2年を見ても、検討策定の予定はないという所が約4割、残っている本部の中で約4割の消防本部ということですので、こちらについては、引き続き対応方針の策定について働きかけていきたいと考えているところでございます。

左下は、「DNAR事案を事後検証の対象にしているか」というところでございますけれども、全事例、検証の対象にしているという所が微増ではあるものの、検証していないという所も同じように増えていますので、こういった事案を事後検証の対象とする働きかけも継続して行っていきたいと考えているところでございます。

次に7ページをご覧ください。この対応方針のプロトコルの例というものを、示しているところ

ろでございます。消防本部における対応方針につきましては、先ほどのアンケートからも分かりますように、大きく2つのパターンに分かれるところでございます。1つは、中止または中断できるということで、家族から傷病者の方が心肺蘇生を拒否する意思表示がされた場合、かかりつけ医の医師からの指示を受けるなど、一定の条件を満たした場合に心肺蘇生を実施しない、または中断するといった事案でございます。継続するというものにつきましては、そういう意思表示が伝えられても、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送するといった基準になってございます。

幾つかの本部の例を抽出しているところでございます。左側は、中止する場合の消防本部のプロトコルの内容を書いてございます。ポイントに書いてございますように、意思表示が示されて、かかりつけ医に連絡した上で、この4つの項目を確認した場合、心肺蘇生を中断し、家族またはかかりつけ医に傷病者を引き継ぐことができるというような基準になっています。4つの条件につきましては記載のとおりでございます。

一方で、右側は継続するという基準を採用している消防本部でございます。ポイントに書いてございますように、混乱している救急活動現場においては、短時間で蘇生拒否の意思について確認することは極めて困難なので、救急隊本来の救命のための最善をつくすべきであろうと。一方で、速やかにかかりつけ医等の医師に連絡をとれるようであれば、傷病者の状況、家族の延命拒否等の状況を説明して、特定行為など処置についての指示、指導・助言を仰ぐと、そういった基準になっているところでございます。

次のページをお願いします。次は、地域の取組が進んでいる所についての可視化のため、一定のプロセスを経て方針を策定している消防本部に対してヒアリングを行いました。消防庁から各消防本部にお願いしている中の1つで、まず、対応方針の検討にあたっては、在宅医療や介護に関わる関係者の参画など、メディカルコントロール協議会における十分な議論をお願いしますといったこと。そして、先ほどのアンケート調査を通じて、対応件数の集計とともに、事後検証もしっかり行ってほしいというお願いをしているところでございます。

一定の条件ということで、真ん中の左側に①と書いておりますけれども、対応方針を定めている消防本部の中で、さらに3つの条件を満たす所を抽出しております。ただ、対応方針策定のために、MC協議会が関与している、方針策定のために在宅医療／介護関係者が関与している、さらに、この事案について事後検証の対象としている。こういった条件全てを満たす消防本部を抽出いたしまして、ヒアリングを実施いたしました。

ヒアリングにつきましては、4つのポイントを書いていますけれども、「対応方針策定の関係者」ということで、抽出条件として在宅医療や介護関係者が関与しているということですが、ほかにも多くの関係者が議論に参画をされていることがわかります。「策定の経緯」については、多職種で構成される検討部会で検討を重ねて、MC協議会で承認であるとか、さらに協議会で策定して、MC協議会も共有する。「事後検証について」は、救急医、二次救急医療機関の医師、在宅医

療機関の医師が参加すると。「出典」につきましては、日本臨床救急医学会のものを参考にされている所が多かったです。

いずれの本部につきましても、非常に多くの多職種の方が関与して、十分な議論を経て対応方針が策定されているということが分かっております。

聞き取りした内容の概要を、最後9ページに示しております。こちらにつきましても、十分な議論を行った結果、中止または中断できるとしている消防本部がC及びD消防本部。継続するとした本部がE及びF消防本部となっております。

それで、参画している方が非常に多岐であることはこちらからも分かりますけれども、「どうやってひな形を作ったか」というところについて見てみますと、C消防本部につきましては、策定においては救急医が中心となりWGを立ち上げ、骨子を作成。その後、上記の多職種で構成されるDNAR検討部会で議論を1～2カ月ごとに3～4回開催したと。D消防本部につきましても、医療福祉連携協議会を3～4年前に発足して、協議、合意に至っていると。E消防本部といたしましては、地域MC協議会の会長が中心となって、上記の関係者で方向性を決定したと。F消防本部に至りましては、地域MC協議会においてDNAR検討部会で協議して合意を得たということで、非常に多職種の方々から構成された検討の場において十分な議論を行い対応方針を策定したということが、個別のヒアリング結果を見ても分かっているところでございます。

説明については以上です。

【座長】 ありがとうございます。ご質問が何人かからきていますので、順番にお願いしたいと思えます。まずは、〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 昨年度の報告書を出して、そのフォローアップという形でご説明いただいたのだと思います。ありがとうございます。これは私も、WGとして参加させていただきましたが、この報告書が出ることで、各地域の議論が進むこと。そして、ルールが策定されることを期待していたわけですが、まさにその形で事が進んでいるということに、少しほっとしたところで。ありがとうございました。

その中で、特に方針が傷病者の意思に沿った形で中止できるような方向で、議論が進んでいること。また、消防の内々の議論ではなくて、MCという形で少し広い形、外部も入る形で議論が進んでいることが、またさらによかったなと思えます。

ただ1点、気になるところは、これは先ほどご報告がありましたが、事後検証している所が数として減っていると。そこが少し気になって、生死の取り扱いに関わることなので、やはり数年はこのまま事後検証がむしろ増えていくという形にしていかなければ心配と思って聞いていました。これがフォローアップの結果を教えていただいたことの感想です。

もう1つ、事務局に質問させていただきたいのですが、ヒアリングをしていった中で、大きなトラブルといったものについての報告が何かありましたでしょうか。

【座長】 事務局、いかがでしょうか。

【伊藤理事官】 すみません。ヒアリング対象の所については、どちらかという、非常に地域との取組がうまくいっている例ということかもしれませんけれども、大きなトラブルがあったという話は、ヒアリングの中では確認できておりません。

【〇〇委員】 ありがとうございます。それを聞いて安心いたしました。ただ、繰り返しのなりますが、慎重に進めていくような形で見ていただけたらと思います。ありがとうございました。

【座長】 事務局に、先に質問するのですが、「心肺蘇生を望まない傷病者」というフレーズがたくさん出てきますが、これは「心肺蘇生を望まない」というご本人の意思があったわけではなくて、ご家族などの関係者から、本人が心肺蘇生を望んでいないというふうに思われるという患者さんを、このように表現しているのですね。それでいいのですね。

【村上室長】 座長がおっしゃられたとおり、救急要請があったにもかかわらず、救急現場に駆け付けたところ、傷病者のご家族などから、ご本人、すなわち心肺停止の傷病者は心肺蘇生を望んでいないと伝えられた事案について、ご報告しています。

【座長】 そうですね。ありがとうございます。では、〇〇委員、ご発言ください。

【〇〇委員】 検討部会の報告書は、全国の消防本部へ対応を促すための出発点であったと考えています。そこで、今後の展開が極めて重要です。そこで、以下の3つを要望します。まず、このフォローアップ調査を、今後も続けていただきたい。2つ目、好事例を現場に紹介することで、取り組みやすい環境整備をしていただきたい。3つ目、まだ検討、策定の予定はないという所が少なくないので、全ての消防本部で検討を行うように働きかけていただきたい。以上です。

【座長】 ありがとうございます。どれもある意味、ごもっともというか、フォローアップも続けられないといけないし、好事例は当然のことながら、広く知らせたほうがいいでしょうし、検討しないというのは、休むに似たりということになりますので、これはぜひ、検討しなければいけないと。そうですね。

【村上室長】 ご示唆、ありがとうございました。おっしゃるとおり、研修の機会などいろいろな機会を捉えて、ご趣旨の徹底を図っていきたく存じます。ただ、紙でお知らせするだけでは、やはり訴求力に薄いところがあるので、先ほど6番目のテーマで申し上げたような、実際、出張に出て行って、都道府県庁あるいは消防機関の方と、よくお話し合いをする中で、課題を把握したり、こちらの思いを伝えたりするなど、実のある取組が進むように努力をしていきたいと思っています。

【座長】 これは、もちろん呼んだご家族がお困りになっているのかもしれませんが、呼ばれた救急隊も現場で困っていると。その困っている状況を、消防本部そのものが放置するというのは論理的にはないはずなのです。ですから、直接的に会って、ぜひ検討してくださいというのは、全くそのとおりだとは思いますが、検討しないということそのものは、上司として基本的に怠慢

であると。そういう筋書きは、きちんと行っていただきたいというのが、国民の1人としての意見でございます。

では、続けて〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 各論ですけれども、3ページの「今後、消防機関に求められること」の左側の枠の中の「地域包括ケアシステムや」はいいのですけれども、「ACPに関する議論の場への参画」というのは、具体的にどういうことを言っているのか。ACPというのは、あくまで個人個人がそれぞれに議論するプロセスですので、そこに消防機関が参画するのかなと思って、少し分からなかったので質問させていただきました。

【座長】 よろしくをお願いします。

【村上室長】 ありがとうございます。実は昨年度の検討会の報告書でも書いていただいている内容を、ここに書かせていただいているのですけれども、消防機関、あるいは消防の救急隊員が、実際の現場で直面している事態について、終末期医療、あるいはACPに取り組む皆様に、知られていないということがあるのではないかと。そこで、そのような議論の場に、消防機関が参画することで、消防機関が置かれている現状や悩み、こういったものを共有させていただき、それがひいては医療現場の方、あるいは介護、在宅医療の現場の方々に伝わっていけば、そもそも救急隊がこのような場合に呼ばれるようなことがなくなるのではないかと。あるいは、より良い解決策が出てくるのではないかと。そういった視点で書かせていただいております。

【〇〇委員】 地域全体の議論の中でという感じなのですね。ACPに関する議論というと、個人の議論に関与するというように、思ってしまうので質問してみましたが、今の説明で分かりました。ありがとうございます。

【座長】 包括的な地域包括ケアシステムを含めて、消防が情報を提供していくというニュアンスだと思います。ありがとうございます。

〇〇委員、よろしくをお願いします。

【〇〇委員】 細かい点ですけれども、5ページのところの消防本部の方針の違いについて、数は中止できるところが170に増えているという記載があると思うのですが、これは報告書みたいなものに出すときには、何らかの形で、例えば人口カバー率みたいなことが分かると、全体の状況がよりよく理解できるように思いますので、もしそういう情報があれば、お知らせいただきたいという点が1点でございます。

2点目は、これはもう必要ないことかもしれませんが、先ほど座長がおっしゃっていた、心肺蘇生をご本人が希望しているということについて、多分最近の状況だと、わりと文書によって本人の希望を事前に書面化しておくということも増えているので、もしかしたら、このデータについても、書面もあり、周りの人からもそういうことを望まないという情報が上がっているという事例もあるのではないかと感じましたので、一言だけ申し上げておきました。

【座長】 ありがとうございます。今の〇〇委員がおっしゃった人口のカバーというのは、一消防本部でも、東京消防庁のような人口を抱えている所と、そうではない所では全然違うと。ですから、消防本部のうち何パーセントといったときに、人口全体から考えると、例えば日本の人口の6割をカバーしているとか、そういう形で分かるようにしてほしいという話だと思います。〇〇委員、そういうことですね。

【〇〇委員】 はい、そうです。

【座長】 事務局、どうぞ。

【村上室長】 ありがとうございます。今、5ページでお示ししている調査は、毎年8月1日現在で、さまざまな項目を含め調査アンケートをしているものの一部を抜粋して、ご紹介しているところでございます。全体を公開するというタイミングもくるかと思っておりますので、そのときに今のご趣旨の人口カバー率が出せて、付記できるかどうか、事務局で検討させていただきたいと思っております。

【座長】 どうぞよろしくお願いします。それから、〇〇委員がACP関連でご発言を、よろしくお願い致します。

【〇〇委員】 〇〇委員からご質問があった、ACPに関する議論の場ですけれども、現在、ACPを普及させるために各都道府県、あるいは医師会等で普及活動をしておりまして、そのための会議体がございますので、そういう場ということかと思っております。

【座長】 ありがとうございます。いろいろな場面でACPを普及させていくという、お話だと思います。どうぞ。

【〇〇委員】 このACP、もしくは傷病者の意思に沿った現場の対応ということについては、大変裾野の広い考え方をしないといけないのかなと思っております。

ちょっとここで、厚生労働省さんに伺うのですが、何年か前から、厚生労働省で在宅医療と救急の連携に係るセミナー等を行って、その中で在宅診療、MCに係る医師、そして基礎自治体の衛生主管部の担当者を交えてWGを行ってきたというのがあります。あれに1回、参加したことがあるのですが、大変勉強になりました。それで、先ほど座長がおっしゃったように、MCが非常に大きいという枠だけでも、実際こういう問題というのは地域の介護とか在宅とか、地域包括医療ということになってくると、基礎自治体が前向きに取り組まないとなかなか進まないというところで、ああいう形が今も続いているのかどうかということ。そして、大変意義があるので、参加させるのに、当初消防の職員も入れていたのですが、そういう形のモデル的なものを、伝達講習的に下へ出していくというのは大事だと思いますが、今、どういう状況になっていますか。

【オブザーバー】 ご質問頂き、ありがとうございます。今、〇〇委員にご指摘いただきました、在宅医療・救急医療連携セミナーですが、実は現在でも行っております。今年度も予算を確

保いたしまして、我々地域医療計画課でも非常に重要な取組として認識しております。実は、去年までは中枢、東京に集まってもらって全国から希望の団体を募って、自治体の関係者、医療関係者、介護関係者等、集まって実施したのですが、今年はもう少し裾野を広げるという意味で沖縄ともう一県、あと地方でそういうふうを広げるように実施を検討しております。予算は単年度で、次回、確保できるかは、現在、まだ分からないのですが、省としては進めていこうと思っております。そういうものに、積極的に参加していただければと思います。私も実際、去年参加させていただきまして、非常に勉強になった部分もありましたので、ぜひ皆様もご認知いただければと思います。

【〇〇委員】　そこにひも付ける。いわゆる、こういう救急現場で、フロントで非常に苦労されている消防機関というのがあるということを考えれば、例えば、今までは3人1組だったでしょうか。それを4者にするなど工夫してみるとか。現場でいろいろ課題を抱えているというところも、ぜひこの機会に、厚労省側でもご検討していただけたらと思いました。

【座長】　みんながみんな、沖縄に行けという話にはなりませんので、せっかくですから、こういう道具立ても考えて行っていただければ、職場からとか、自分の家からとかという話になりますね。そこら辺も、どうぞよろしくお願いします。

【オブザーバー】　ただいただいた意見を、在宅の部門にも伝えておきます。ありがとうございました。

【座長】　ということで、全体の流れとしては、「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生」が大きな話としては最後だと思いますが、それ以外のその他で。どうぞ。

【〇〇委員】　これからの話として、やはり救命士は救命士から勉強するというのも一つの流れで、そこに指導救命士というのが出てきたのだらうと思います。そして、その指導救命士というのは、技術や知識に長けているのはもちろん、指導に非常にたけているというのも、非常に重要なポイントになると思います。ところが今、指導救命士というのは、世の中でタイトルなのか、あるいは業務の一つの流れで指導救命士というのがあるのか、その辺のところは何か分からない。あるいは、まだ煮詰まっていないのではないかと思います。その辺のところを踏まえて、これからの救命士、あるいは救急隊員は、指導救命士の勉強を一つの流れでお願いするというのが大事なところだらうと思います。その辺のところを、今後どのように考えていくのかというのは、検討しなければいけないテーマだと思いますが、いかがでしょうか。

【座長】　医師の場合は、先輩が後輩を教えるというのは医療倫理の中に入っているという、そういう見方もあります。ですから、広い意味では先輩が後輩に教えなければいけないという話は、全くそのとおりだと思いますが、今のお話はルールとして、どういう形で社会の仕組みとして展開していくのかというお話ではないかと思います。今ここで、どうのこうのということはないのかもしれませんが、ご発言ください。お願いします。

【村上室長】 今日の話題の1つ目にございました、「救急業務におけるメディカルコントロール体制のあり方」の中で、特に教育にまつわる小会合で扱うべき課題として、指導救命士の役割や活用方策、その能力向上などについても、トピックスとして上げさせていただいております。ただ、今年度の検討はさまざまございましたので、本日の資料の中でも申し上げたとおり、少しスケジュールに段差をつけまして、指導救命士の質を検証したり、その役割や活用、あるいはどう教育していくのかということなどにつきましては、次年度の課題として位置付けております。

今頂いたお話も、小会合長の〇〇委員、WG長の〇〇委員、このような皆様ともご相談しながら、頭にしっかりと置いて議論を進めていきたいと思っております。

【〇〇委員】 よろしくお願ひしたいと思ひます。

【座長】 私も少し触れましたけれども、看護の「ラダー方式」、はしご段を昇る方式ですね。あれは手練手管を教え込むには、極めて優れていると思ひますけれども、救急救命士がぶちあたる社会的な、例えば最後のテーマのような、そういう問題については、もう少し広い範囲で教育のことを考えていかなければいけないのかもしれないかもしれません。そこら辺もどうぞよろしくお願ひします。

【村上室長】 小会合長の〇〇委員にもご指導を仰ぎながら検討したいと思ひます。

【座長】 何とか2時間で頑張ろうと思つたのですが、力及ばず10分経過してしまいました。申し訳ありません。私の仕事は、ここままでよろしいのではないかと、勝手に思つていますが、いいですか。

では、引き続きは事務局に、どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

6. 閉 会

【伊藤理事官】 皆様、活発なご意見、ご議論いただきまして、ありがとうございます。今年度の第3回検討会につきましては、先般ご連絡させていただいたように、令和3年2月22日月曜日、15時～17時を予定しております。場所や開催方法につきましては、改めてご連絡したいと思ひます。

また、会場にお越しにいたひている委員の皆様におきましては、お手元の資料は封筒の中に入れて置いていただければ、後ほど郵送させていただきます。

以上で、第2回救急業務のあり方に関する検討会を終了いたします。WEBでご参加にいたひている委員の皆様におかれましては、WEB会議をご退室いただければと思ひます。

ありがとうございます。

(了)