

令和3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4年2月28日（月） 15時00分から17時00分
- 2 場 所 WEB会議による開催
- 3 出席者
- 4 会議経過

1. 開 会

【若味補佐】 本日は、皆様ご参加いただきまして誠にありがとうございます。定刻を少し過ぎましたが、委員の先生方おそろいになられましたので、「令和3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若味が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいいたします。

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、WEB会議による開催とさせていただきます。

会議中のご発言につきましての注意を申し上げます。発言を希望される場合は、恐れ入りますが「お名前」を述べていただき、発言がある旨を発声いただくか、チャット機能を使用して「発言がある」旨をお伝えいただきますようお願い申し上げます。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（OFF）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、音声繋がらなくなった場合など、必要あら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、YouTubeによる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、事前に連絡しているところがございますが、消防庁HPに検討会の資料を公開しておりますので、各自ご確認をお願いいたします。

・代理出席者紹介

【若味補佐】 それでは次に、本日の出席者についてお知らせいたします。オフサーバーの厚生労働省医政局地域医療計画課長 ○○様におかれましては、代理出席として○○様にご対応していただいております。どうぞよろしくお願いいいたします。

・配布資料確認

【若味補佐】 次に、郵送にて事前にお送りしております資料の確認をさせていただきます。

思います。議事次第、委員名簿、「第3回検討資料 令和3年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（案）」。また、別添資料が2部、参考資料が5部ございます。なお、参考資料5「令和3年版 救急救助の現況」はお手元に届いているかと存じます。製本版がこれにあたります。落丁等ございませんでしょうか。

それではまず、会に先立ちまして、〇〇座長よりご挨拶いただきたいと存じます。

・座長挨拶

【座長】 では、〇〇から発言させていただきます。

本日の「令和3年度救急業務のあり方に関する検討会第3回」においては、これまで開催されましたことの議論を踏まえて、今、紹介がありました「令和3年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（案）」を取りまとめていただくこととしております。親会の下に、1つのワーキンググループと4つの連絡会がございます。ワーキンググループは、〇〇委員をWG長としてご議論いただきました。「救急業務におけるMC体制のPDCA」「救急救命士等の教育」「ICT技術を活用した救急業務の高度化」「救急安心センター事業の全国展開に向けた検討」については、それぞれ連絡会において検討を進めてきました。関係各位の精力的なご議論に改めて感謝を申し上げます。

本日も、報告書を取りまとめるにあたり、皆様委員の方々の忌憚のないご意見をどうぞよろしく願います。座長の挨拶をさせていただきました。以上です。

【若味補佐】 ありがとうございます。それでは、以後の議事進行を〇〇座長にお願いしたいと存じます。どうぞよろしく願います。

2. 議 事

(1) 令和3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】 議事を出発いたします。資料に沿って説明を頂きます。まず最初に、目的・検討事項・概要といった全体を俯瞰するお話を、事務局、よろしく願います。

【伊藤理事官】 「令和3年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（案）」の1ページをご覧ください。今年度の検討項目を記載してございます。検討項目については4つ、報告事項として1つございます。1つ目は「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」についてでございます。こちらについては2つの連絡会を開催して議論を進めているところでございます。2つ目の「蘇生ガイドライン改訂への対応」につきましましては、〇〇委員にWG長になっていただきまして、今まで議論を進めているところでございます。3つ目の「ICT 技術を活用した救急業務の高度化」につきましましては、同じように連絡会を設置して議論を進めております。4つ目の「救急安心センター事業（＃7119）の全国展開に向けた検討」も、連絡会で議論を進めております。その他としまして、「救急業務に関するフォローアップ」について、本日ご報告する予定

でございます。概要については以上です。

【座長】 ありがとうございます。概要についてのご質問は多分ないと思いますが、何かありましたらどうぞ。

では、早速、実質的なお話に入りたいと思います。

第1章 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（11～63ページ）

【座長】 検討項目の（1）「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」について、事務局、よろしくご説明ください。

【小塩専門官】 資料をおめくりいただきまして、11ページからでございます。

まず、11～12ページに背景を書いております。MC体制の検討については、昨年度の検討に引き続きまして、MC体制のPDCAを進める検討と救急救命士等の教育体制について、それぞれ連絡会を設置して検討いたしました。PDCAについては、評価指標を用いたPDCAの取組と救急搬送困難への対応について、それぞれ検討いたしました。令和2年度に通知した指標例やPDCAの各プロセスについて、11～12ページに書いてございます。

続く13～15ページは、検討にあたって調査を行いました結果について、ここではPDCAの取組に関するアンケートの結果を記載しております。16ページにその整理を書いておりますが、調査結果より、指標を用いてMC体制の見直しを行っているという回答された地域MC協議会は、全国で15団体でございました。その他の地域MC協議会においても、MC体制見直しのための評価指標として明確に位置付けていないまでも、実際は統計データを活用している地域もあると考えられますが、「検討中」や「予定がない」とした地域も多いことから、そうした地域の参考となりますよう、取組地域に対してヒアリング調査を行いました。17ページに概要を書いておりますとおり、図表1-11にあります5つの地域に対して、ヒアリングを行いました。個別のヒアリングの結果については18～22ページにまとめております。

23ページ中段に、全体の「まとめ」を書いております。取組地域の経緯は、もともと把握されていた地域の課題について指標を用いることで客観的に把握するようにされたものと、従来の統計データを収集する中で新たな課題を発見し体制見直しにつなげたというものの、2つのパターンがありました。測定項目やその効果は様々でしたが、地域MC協議会が地域の実情を踏まえて指標を設定して検討しているという点については共通でした。また、こうした事例も参考にして、まだ取組を行っていない地域の取組が期待されるとともに、今後も取組をフォローアップしていく中で評価指標の活用効果等を把握しながら、評価指標自体の充実についても引き続き検討する必要があると記載しております。

【岡澤補佐】 24ページからは、（2）「救急搬送困難への対応」についてです。まず、「目的」

ですが、グラフのとおり、令和2年以降、新型コロナウイルス感染症の影響で救急搬送困難事案が顕在化したことから、その対応に向けた検討を行うことを目的にしました。

「検討事項」は、搬送困難事案の発生要因と課題を整理するため、全国52消防本部を抽出して、発生状況等に関するアンケート調査を行うとともに、過去の統計データも活用した確認や、全都道府県と地域MC協議会を対象にした実施基準の改正状況等に関するアンケート調査を行うこととしました。さらに、各地域におけるコロナ対応についても事例収集を行うこととしました。

25～26ページの「③統計データの集計結果」では、搬送困難事案は人口規模の大きい政令指定都市で多く発生していること、また、65歳以上の高齢者が半数以上を占めること、軽症の割合が多く重症の事案数は少ないことが確認されました。

26～28ページのアンケート調査結果では、コロナに伴い搬送困難事案が増加した本部が約7割に上り、コロナ拡大後は、発熱、呼吸困難の疾病区分が搬送困難に陥りやすく、事案の増加要因としては病床ひっ迫などが挙げられました。実施基準については、約6割の都道府県が令和2年度中に改正していたものの、コロナを踏まえた改正を行っていたのは1団体だけでした。また、コロナを踏まえて実施基準に基づく受入状況に関する調査・分析を行っていたのは、53団体中5団体、約1割でした。

28ページからは、表に記載の6団体に対し、地域の実情に応じて効果的な取組を行っている事例についてヒアリングした内容をまとめています。まず、29、30ページです。神奈川県では、入院優先度判断スコアの導入や、クラウドアプリを活用した受入れ可能病床、下りの転院搬送のマッチング等の情報共有などの取組を行い、県調整本部が中心となって、感染疑いから入院、陰性化後の転院までの一連の対応に関する体制を構築しております。

31、32ページ、福井県では、県入院コーディネートセンターが入院・入所・転院調整を一元的に実施し、この県のセンターで毎日ブリーフィングを行い、医療機関ごとの病床確保、患者受入れ状況の情報共有を行うとともに、毎週、医療ワーキング会議を開催して、関係者で課題や解決案の協議を行うことや、病院長会議において病床確保などの合意形成を図るといった迅速な情報共有、合意形成の仕組みを構築して、計画的な病床確保や夜間の受入病院の設定などの具体的な取組につなげております。

33、34ページの福岡県では、コロナ感染症疑いの判断や、疑い患者の搬送先医療機関の選定、搬送等について検討するために、関係者で構成されるワーキンググループを設置し、34ページにあるフローにあるような対応手順書を作成して、判断基準を明確化することで円滑な搬送先選定につなげています。

35、36ページの山形県では、唯一、コロナを踏まえた実施基準の改正を行っており、令和2年5月、コロナ感染が疑われる患者を搬送する場合の対応フローチャートを作成して、PDCAによる運用、改正を経て、9月にフローチャートを実施基準に追加することで、消防、医療、県が共通

認識を持った上で対応にあたることができているものです。

37、38ページの大阪市消防局では、消防局が積極的に府や市と連携してコロナ対応にあたっており、救急隊の増隊や入院待機施設の運営協力、府入院フォローアップセンターや保健所への職員派遣を行い、各機関と現場の救急隊との情報伝達の円滑化を図ること等により、38ページの赤折れ線グラフのとおり、第4波と比べて第5波では搬送困難や現場到着時間の延伸の抑制が図られています。

39、40ページの名古屋市消防局では、2医療機関と協定を締結して、重度傷病者の搬送先が決まらない場合に一時的に立ち寄り、医療機関のスタッフによる医療行為等を受けられる「緊急立寄り協力医療機関」を確保しています。これにより、現場滞在時間が延びることや重度傷病者の病状悪化を防ぎ、さらには救急隊員の心理的負担の軽減にもつなげているものです。

41ページ、「⑥まとめ」としましては、統計データの集計結果やアンケート調査結果を踏まえ、以前から存在するコロナ関連以外の搬送困難事案に関しては、指標等の活用による検証をMCで行いながら、引き続き各地域において必要に応じ実施基準を見直すことで、傷病者の状態に応じて適切な医療機関に搬送できる体制整備を継続する必要がある。また、一方で、コロナ関連の搬送困難事案については、感染拡大の状況や医療機関の受入れ体制が随時変化する中での実施基準の見直しは現実的ではないと考えられますので、各地域においては、ヒアリングで確認された、工夫した取組を行っている8地域の取組事例を参考として、現下の新型コロナウイルス感染症など外的負荷が大きくかかった状況の対応を円滑に行い、地域の救急搬送が適切に行われる体制の構築が望まれるといったまとめにしております。

【小塩専門官】　　続きまして、42ページから、「3 救急救命士等の教育体制」でございます。背景といたしまして、救急救命士等の教育体制については、令和2年度に引き続き、救急救命士等の日常教育が十分実施できていないことの解決策等を中心に検討いたしました。

まず42ページ下段ですが、昨年度に検討した、「実践経験を通じた教育」のプロセスについて、全国6消防本部、23の救急隊の協力を得て試行的に実施し、検証をいたしました。

43～46ページに、教育プロセスの各プロセスを定義しております。どのような組み合わせで指導を行うか、現行の生涯教育の指針を活用してどのように目的を認識、設定するか、実践～振り返り、そして、各プロセスの評価までを、それぞれどのように行うかについて記載しております。実施にあたっては、46ページにございますように、各隊員の教育を行ったことを様式に記載して、可視化して評価を行うということを実施しました。

47ページから、実施後の調査結果を書いております。調査結果を見ますと、救急隊員の成長につながる教育方法として、本教育手法は有効と考えられ、また、日々の救急活動に付随して口頭で柔軟に行う分には「負担ではない」という意見が大勢を占めました。他方で、49ページにございますように、教育単位に計上するために様式に教育内容を記載して可視化する前提で、こうした

取組を必ず求めるとなれば、負担感が大きく増すものと考えられました。

50ページに、まとめを書いてございます。救急活動の実践経験に即してあらかじめ設定した自己の目標に照らして振り返りを行うという本教育のプロセスは、これまでの生涯教育の指針には明確には位置づけがなかったものであり、指針における教育カリキュラムの単位とは別に、広くOJTの一環として、日常の救急活動において取り入れていくことが望ましいと整理しております。こうした教育方法の活用により、救急業務の質の向上につなげるとともに、その効果として目標の設定と到達度の振り返りを自ら行うことができる救急隊員、救急救命士が増えていくことが期待されます。

続きまして、51ページから、指導救命士に関する検討でございます。指導救命士については、指針に基づき全国のMCで認定・運用していただいておりますところ、今回の「実践経験を通じた教育」の検討に併せて、指導救命士が担うべき役割等について、現状を踏まえた検討を行いました。52～56ページに、検討にあたって行いましたアンケート調査の結果を載せております。指導救命士の配置状況、配置先や、位置づけ、教育等の関わりについて、それぞれ載せております。「アンケート結果の整理」を56ページに書いておりますが、まとめとして、指導救命士は9割弱の消防本部に配置されており、教育の中心的な役割を担って、その効果も高いという意見がある一方で、指導救命士の配置数は2名が最多で、全体的にも4名以下という本部が多く、当然、配置部署にもばらつきが見られることから、効果的な運用を工夫する必要があると考えられます。

57、58ページに、このことを踏まえて、先の「実践経験を通じた教育」における指導救命士の役割と併せて整理をしております。こうした中で、実践経験を通じた教育において、指導救命士に期待される役割としましては、その養成課程において指導技法に習熟した立場であることから、隊員に直接指導する役割のほか、指導者への指導方法の教育や組織内の教育プロセスの評価を行う役割が、限られた指導救命士の効果的な活用方法として重要と考えられるとしております。

続きまして、58ページ下段から、「救急救命士と救急隊員の教育体系」についての検討でございます。背景としては、令和2年度の検討を踏まえて、現行の教育体系に対する各消防本部の実態や考え方を調査し、体系見直しの需要を踏まえて検討いたしました。なお、昨年度の報告書で、再教育という言葉は今後使わないようにしていくべきとされましたが、関連通知等が改訂されていない現時点においては、無用な混乱を避ける観点から、現行通知等のおり「再教育」と呼称しておりますので、その点ご了承ください。

59～62ページに、アンケート結果を載せております。現在の救命士や救急隊員の教育体系の構築状況や管理の状況、直近の再教育等の履修の状況、病院実習で学んでいる項目についての実施状況、満足度等について記載しております。

63ページに、結果を踏まえたまとめ等を記載しております。救急救命士の再教育の病院実習の範囲や内容については、消防本部からの肯定的な意見が大勢を占めましたので、現状、見直しのニ

ーズは高くないものと考えられます。他方で、救急救命士、救急隊員の日常教育については、十分実施できていない本部が多く、特にコロナ禍においては、救命士教育を計画どおり実施できた本部は3割にとどまるなど、従来の教育体制の維持が困難な状況が伺われました。こうした状況を踏まえまして、教育体系については一定の見直しが必要と考えられますものの、コロナにより明らかになった各本部の課題や実態等を引き続き把握しつつ、今後も検討していく必要があるとしております。

第1部、MC体制のあり方について、ご説明は以上でございます。よろしく申し上げます。

2 救急業務におけるMC体制のPDCA（11～41ページ）

【座長】 ただ今、第1章「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」について、全部で63ページまでの説明を頂きました。まずは、委員の先生方、ご意見を賜りたく思います。どうぞ、ご発言お願い申し上げます。

【〇〇委員】 現在、まだコロナ禍の真ただ中であり、救急現場も含めてまだまだ非常に混乱、あるいは大きな負担がかかっている状況が続きますので、もちろんMC体制はしっかり整備する必要がありますけれども、現場に大きな負担とか大きな混乱が起こらない形で進めていただいて、大きな改革等はもう少し状況が落ち着いてからのほうが望ましいと思います。

【座長】 ありがとうございます。確かに委員がおっしゃるように、一気に2つ以上のことをしようと思うと大変な目に遭うという話があります。1つ目はコロナ対応なので、2つ目の話を大きくするのは大変そうだというのは、全くそのとおりかもしれません。

〇〇委員、ご発言よろしく申し上げます。

【〇〇委員】 消防庁の方々はじめ救急隊の方々には、日頃から救急場面でご尽力いただき、感謝申し上げます。

26ページの、コロナの感染拡大に伴い救急場面での搬送困難事案が増加したということは、私たちもよくニュース等でも拝見しており、私たちの団体でも保護者の方々と、救急車を呼んでも行き場がなかなか見つからないとか、救急車が到着してから搬送までとても時間がかかるという話がよく出ており、ではもう直接病院に連れて行ったほうが早いのではないかなど、様々な意見が飛び交っております。こうした中で、名古屋や大阪のようなスピーディーな対策がされており、本当に素晴らしいと感じております。こうした中で、私たち救急車を呼ぶ側は、こういう状況の中でどういうことに気を付けるべきなのかとか、適正利用はもちろんですが、それに加えてどういうことに留意するとより安全な搬送につながるかなど、国民目線の啓発もあるとよいかと考えて、発言させていただきました。

【座長】 ありがとうございます。今のご発言は、第4章の救急安心センターの辺りの議論にもオーバーラップするように思います。ここは、救急業務のMC体制ですので、その折にまた

ご発言をよろしくお願ひします。

次に、〇〇委員、よろしくお願ひします。

【〇〇委員】 多分、ここにおられる多くの先生方は大都市なので、ピンとこないかもしれませんが、今の〇〇委員の発言とも少しかぶるのですが、結局、患者さんがあふれて大変だという状況が栃木県でも起きています。今回はMCで、我々もMCがとても大事だと思って、MCの枠組みで一生懸命患者さんを診ているのですが、結構ほかのMCから患者さんが流れてくる、場合によると隣の県から患者さんが流れてくる。これは、いわゆる大都市で救急をされている先生方は、東京でも埼玉から産科の患者が流れてきたりして大変だということは、埼玉にいた時の記憶がありますが、かなり日常的に、三次医療を中心として非常に困った状況で、何が最終的なよりどころかという、実際、MCくらいしかない一方で、MC以外の患者さんも診なければいけないのか、MCの中だけを頑張ればいいのか、県の境の人はやはりその県でやってもらうのか。日本全国のMCの枠組みが、東京都や大阪のような形ではなく、各県に幾つかの救命センターがあって、その救命センターがその領域を担っているという所も少なくないですが、そういう所ではどこまでMCの枠組みを大事にしたらいいのか。よくよく消防庁の方に聞くと、そもそもMCをそういう時の枠組みにすることの法的な裏付けは、実はないと言われて逆に驚いたのですけれども、その辺の方針を何か打ち出していただくと、その周辺の地域で医療を行っている人間としては非常にありがたいと思ひ、長くなりましたけれども、あえて発言させていただきました。いかがでしょうか。

【座長】 MCといっても、例えば、坂東メディカルコントロールでしたか、あれは3つくらいの県からの成表が集まって行っています。ですから、ある日ある時、東京消防庁から川崎の消防本部に患者さんが流れていくという話はあるのですが、委員の言わんとすることは、MC体制とどういふ関係性になるでしょうか。

【〇〇委員】 分かりにくくてすみません。ちょうど坂東医療圏の話が出ましたが、自治医大はちょうどその上なので、実はその坂東医療圏の古河のほうの救急がかなり自治医大に流れてきているのです。そのときに、そこはうちのMCではないから、そこはそこで頑張ってくれと言っているのか、いけないのか。簡単に言えば、そういうことです。

【座長】 それは恐らく、MC体制があってもなくても、「救急車がこれから行きます」といふ話は、少なくとも、私が昔勤めていた小平市においては所沢市からも患者さんが来ますので、そういう意味では医療機関と救急隊との信頼関係といふか、電話を受けて「いいよ」と言えば、それはいいでしょう。ですから、その時のその患者さんの運び方とか見立てとか、その辺に関しては恐らく地域地域のMC体制の、いわゆるお作法があるとは思ひのです。当座、今これから患者さんを運びますといふ話のときには、恐らくMC体制とは別次元の、救急隊と医療機関の関係になるのではないかと、私は思ひのですけれども、いかがですか。

【〇〇委員】 例えば、あと1床しか空いてないときに、自分の所のためにMCを残しておくの

か、隣のMCからそういう依頼が来たときに、やはりそちらを優先するのかという、要するに、いよいよ困ったときのよりどころに、MCはなるのかということです。

【座長】 それは、限られた医療資源しかなければ、先に病気になった人が先に面倒を見てもらうしかなく、あとになってどうにもならない人は、運が悪いとしか言いようがありません。県境の向こうから来たからといって、その人を見殺しにするわけにはいかないと私は思います。今、〇〇委員がおっしゃっていることは、MC体制の価値規範と、それから、今私が言った、先に病気になった人を先に助けるのが筋だろうという、そういう意味での従来からある医療の規範との整合性についての議論をしたいと、〇〇委員はおっしゃっていると思うのです。その辺は恐らくディメンションの違う話になるのではないかと、私は少し恐れながら、議論を整理するために発言しているのですが、何かありますか。

【小塩専門官】 委員のおっしゃったことに対する明確な答えではございませんけれども、今、〇〇座長もおっしゃったように、いざ病人が出た時は、県の境目、MCの境目、あるいは二次医療圏の境目を越えて搬送されるということは、地域の状況に応じてあるものと思います。MCの枠組みは、ご案内のとおり、あくまでその中で救急業務、病院前救急医療の質を保つという目的のため、遠隔での指示・指導・助言、教育体制、再検証の体制、搬送先の選定などを共通のルールで決めて質を担保していくという枠組みでございますので、この境目が患者搬送の明確な線引きとなるわけではないと思います。ただ、現在、地域のMC体制の枠組みは47都道府県で差があり、〇〇委員もおっしゃったように、1県1MCの地域から、二次医療圏、あるいは救命センターを中心としたMCとなっている地域もあれば、もう少し小さいMCとなっている地域もある中で、地域の実情に応じた枠組みの大きさだとは思いますが、現行のあり方が一番いいのかということについては、引き続き検討していく必要があるのではないかと思います。

【座長】 〇〇委員、地域ファーストという心持ちを考えながら一生懸命働いていると、違う地域から来た患者さんで埋まってしまうとしんどいという、〇〇委員がおっしゃっていることは分かるのですが、運ばれる患者さんには何の罪もないので、これは、医療者としての最善を尽くすという中でしか、答えが出てこないのではないかと、私は思う次第です。〇〇委員、当座、そんなことでよろしゅうございますか。

【〇〇委員】 了解しました。それぞれの地域が必死になって頑張っているのは事実で、その中で、自分たちが税金を払っている地域の病院に、ほかの地域の患者さんが入っていて、それで、その病院のそばの患者さんから、「なぜ私たちは入れないんだ」と言われた時に、結構つらい思いをしたことが何度かありましたので、あえて、そういうよりどころにMCがなったらいいなと思いました。結局は、頼んだ者勝ちだったり、病院で言うと、言い方は悪いですが、休んだ者勝ちになったりすることを、押しとどめる枠組みは何かないかと、必死でいろいろ探している中での意見でした。分かりにくい話をして失礼しました。

【座長】 今、何人かの方が手を挙げておられます。今、私と〇〇委員が話をして、かつ消防庁が意見を述べたことに関して、〇〇委員が一言、言ってくださるようなので、お願いします。

【〇〇委員】 〇〇委員のご質問に、的確に答えられるわけではないですが、例えば、24ページの搬送困難対応のところコメントがあるように、そもそも消防法が改正された時の35条の5に搬送特有の実施基準が設けられて、協議会を設けて都道府県単位で責任を持って適切な搬送先を決めましょうということになったかと思います。その時に、従来からあるMC体制の中で、都道府県が全体としてMCをコントロールしている所と、分割して医療圏なり圏域なりを分けていた所があって、恐らく、そこでの線引きの違いで、搬送困難事例を解決するための施策的な行動を起こしにくい所が一部出てきている。それが、今度はコロナという、ほとんど災害モードに近い形になってきたときには、限られたリソースで、いわゆる局地戦だけでは対応できないのは当たり前で、もっと大きな範囲で、本来はやはり都道府県単位がしっかりと、受入先、搬送困難事例をどう解決するのか。それが駄目であれば、隣接する都道府県の連携というのは大きく出てくるだろうと思います。したがって、栃木県のMCの活動が県全体として統一感があってなされているのか、それぞれ圏域ごとに行うようになっているかによって、恐らく、委員が当初おっしゃった、東京や大阪の首都圏との温度差が少しあるのではないかという気がいたしました。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員の問題意識は、恐らく多くの方が思っているのですが、だからといって、〇〇委員が言う意味の解決策があるかと言えば、残念ながらというか、当たり前かもしれませんが、早速はないという話になると思いますので、少し先へ進みたいと思います。〇〇委員、ご発言ください。

【〇〇委員】 今の〇〇委員の話と若干重複するところですが、この搬送困難事例のアンケートは8月中ということで、第5波のデルタ株が感染拡大している時のアンケートですね。第5波の時と第6波のピーク時では、搬送困難事例が多発する状況の原因は、若干違っているのではないかと思います。医療機関側からすると、特に第6波の1月の一番急激に増加している時は、院内感染も原因でしたが、濃厚接触者が多数発生して、多くの医療スタッフが自宅で療養せざるを得ないという状況だったと思います。東京都では、あまりに搬送困難事例が多く発生するので、緊急度・重症度の基準を変えたらどうかという議論が少し出たのです。しかし、結果としては二次・三次救急の判断基準は変えなかったのです。この41ページの「まとめ」にキーワードが書いてありますが、様々な組織の連携というところが強調してあります。そのとおりなのですが、その時に感じたのは、一般市民の方々の理解と、もう1点はスピード感だと思うのです。そこを「まとめ」のところに書いていただくと、説得力が増すのではないかと読んでいて思いました。またあとで質問させてください。

【座長】 では、続けて、兵庫県の〇〇委員、よろしくお願いします。

【〇〇委員】 私も指導救命士のことで疑問があったので、また後ほどお願いいたします。

3 指導救命士の教育体制（42～63ページ）

【座長】 では、もう指導救命士にいきましょう。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】 私は、医療のほうの人間なので詳しくは分からないのですが、56ページで、指導救命士による教育の効果は高いと。ただ一方で、配置数が少ないという課題もあるということで、質問と意見です。それぞれの自治体が指導救命士を確保・配置するにあたっての財源的な支援は、どれほどされているのですか。それと、今後、指導救命士の安定した確保ということもしっかりと書いておく必要があるのではないか、運用の工夫だけではなかなか最終的な解決にはならないのではないかと思ひまして、意見をさせていただきました。

【座長】 ありがとうございます。今のお話は、財源的な話と、後半も勉強に生かさないといけないので、そういうことも含めてサポーターシステムがあったほうが良いという意見だと思います。事務局、お願いします。

【小塩専門官】 指導救命士養成に用いることができる財源につきましては、地方交付税措置の消防費のうち、救急業務費として「メディカルコントロール体制推進関係経費等」がございまして、この中に指導救命士の養成に必要な経費が含まれているという整理になってございます。このように位置づけた旨を、平成30年度に通知させていただいております。ご意見については承知いたしました。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、指導救命士についてのご意見をお願いします。

【〇〇委員】 先ほどの事務局からの説明、ありがとうございました。その中で、指導救命士が活躍している消防本部は9割弱という説明がありました。逆に言うと、1割強の消防本部は、指導救命士はまだ活躍していないということだと思うのですが、消防本部の規模や、採用していない所は何か特徴があるのか、あるいはたまたまなのか、何か事務局で把握していますか。

【小塩専門官】 指導救命士を配置している本部が9割弱と申し上げたのは、逆に、配置していない消防本部が全国724分の84本部ありまして、それが1割強ということで申し上げました。配置していない本部の規模は、政令市以上の本部で配置していない所は、東京消防庁と札幌市の消防局の2つだけでございます。その他の消防本部については、政令市未満の規模でございます。地域としては、ざっと全体の名前と位置を眺めると、北海道がそのうちの大体半分くらいを占めております。その他の本部の配置していない所に、個別になぜ配置できていないのかについて、現状は精査できておりません。ご意見を踏まえて、今後、考えていきたいと思ひます。

【〇〇委員】 なぜこんな質問をしたかという、大きな消防本部というのは、もう既に指導救命士に相当する担当者が組織として整備されているのではないかと改めて質問しました。

【座長】 ありがとうございます。委員の中に東京消防庁の〇〇救急部長がおられますが、何かご意見はございますでしょうか。救急救命士の教育について、実質的にそれなりの形があれば無理に行わなくてもいいという考えもあっていいのではないかと、〇〇委員のお話ですが、〇〇委員、何かあれば一言よろしくお願いします。

【〇〇委員】 〇〇委員がおっしゃったように、東京消防庁では、81の消防署をそれぞれ管轄している10の方面本部がございまして、その中の救急担当係長という職の者が、各消防署の事案についてMCと連携しながら検証等しております。指導救命士は、東京消防庁はまだ導入はしていないのですが、各救命士の活動を検証する体制は指導救命士が導入される前からできていたという実態がございます。ただ、東京消防庁としても、今回のコロナ等がございますので、指導救命士も含めた教育体制については、引き続き検討していきたいと考えているところです。

【座長】 ありがとうございます。これも含めて、地方自治と言っていいのですか。

【齋藤審議官】 もちろん、指導救命士という仕組みをつくって、そうした人たちが救命士の指導なり、体制の向上なりということで、1つの方法としてご提示させていただいて、多くの所で取り組んでいただいているところがございますが、それ以前から、東消さんのようにその独自のシステムで行っていただいている所についても、そうしたものをしっかりと基にしながら、指導救命士なり、いろいろな長所もございますので、そうしたところも参考にさせていただきながら向上を図っていただければと思っております。

【座長】 ありがとうございます。急に意見を求めてすみません。では、たくさんテーマがございますので進めさせてください。最後にまた少しの時間があるかもしれないので、その時にご準備ください。

第2章 蘇生ガイドライン改訂への対応（64～88ページ）

【座長】 第2章「蘇生ガイドライン改訂への対応」について、ご説明をお願いします。

【小塩専門官】 64ページから、「蘇生ガイドライン改訂への対応」についてでございます。まず、背景につきまして、本項については令和2年度の検討がコロナ禍で改訂のスケジュールが延期になったことに伴って、実質的に令和3年度に持ち越されたものでございます。昨年度立ち上げましたワーキンググループにおいて、〇〇WG長の下、全6回の検討を行いまして、蘇生ガイドライン等の改訂への対応と、併せて、応急手当の普及啓発について検討いたしました。まず、65～66ページに「蘇生ガイドライン及び指針（市民用）改訂への対応」についてまとめております。ガイドラインの主な改訂項目と、それに対するWGの見解をまとめて書いております。消防庁といたしましては、改訂点について通知に反映する必要があるという本報告書の整理を受けて、今後準備を進めていきたいと考えております。

続きまして、66ページ下段～74ページは、指針（医療従事者用）への対応でございます。こちら

については、ガイドラインの改訂の主な項目と、それに対するWGの見解をそれぞれ書いております。消防庁としては、今後3月中に指針の発出が見込まれていることから、そちらを確認の上で通知の準備を進めたいと考えております。各項目のご説明は、割愛させていただきます。

続きまして、75ページから「5 応急手当の普及啓発の促進」です。まずは、「上級救命講習におけるファーストエイド」について、ファーストエイドは「JRC蘇生ガイドライン2015」から章立てされたことを受けまして、消防庁の要綱に追加しておりますが、現状、ガイドライン、指針、消防庁の要綱に項目の不一致が認められる箇所がありますので、それらの項目の見直しの必要性について検討いたしました。

結果としては、まず、75～76ページにありますように、低血糖への対応等の一部の項目については追加して、消防本部が受講者に応じて選択して教えられるようにすることが望ましいと整理いたしました。また、搬送法については、現状、消防庁の要綱のみにございますけれども、こちらはその必要性から残すこととしました。また、77ページにありますように、止血帯止血法については、一定の講習の必要性はあると考えられたものの、指導体制の確保等の観点から、現状、直ちに要綱に追加することはやや難しく、今後の検討課題と整理いたしました。

続きまして、77ページからは、(2)「電子デバイスの更なる活用」です。まずは、「応急手当WEB講習(e-ラーニング)の拡充」についてです。消防庁の応急手当WEB講習については、今回の蘇生ガイドライン改訂を受けたアップデートを行うとともに、今年度の検討を踏まえて項目の拡充を図りまして、上級救命講習における対面講習時間をさらに短縮することができると整理いたしました。その具体的なイメージ図は、78ページのとおりでございます。

また、79ページからは、ライブのオンライン講習の活用についての検討です。まず、現行講習の座学部分につきましては、e-ラーニングと同様に講習を受けた後、一定期間内の対面の実技講習を受けることで実施可能と整理いたしました。一方で、80ページにありますように、実技を含めたオンライン講習は、まず入門コースについて検討いたしましたが、これは一定の需要が見込まれる一方で、現行の入門コースが、その趣旨に鑑みて資器材を用いた講習として定義されていますことから、オンラインであっても一定の質や効果を見込むためには、用いる資器材の事前の講習場所への送付や代替可能な資器材の活用等について、引き続き検証して整理を行う必要があると結論付けました。

以降、その他の事項としまして81～83ページは、通信指令員の質の向上の観点で現状についてアンケート調査をし、それを踏まえた議論を記載しております。今後、通信指令員については「蘇生ガイドライン2020」の内容を周知していくとともに、指令員の教育体制の充実について、このガイドラインでも推奨されているMC体制の関与について推進していく必要があり、83ページに、その好事例について紹介させていただいております。

また、84～87ページは、応急手当の実施者や、その指導者の数や質の向上に係る取組ということ

で、小・中・高等学校の学校指導要領に定める応急手当の実習と連携した取組や、バイスタンダーサポートの取組、さらには、バイスタンダーに関する情報の記録とその分析の取組状況について、現状の各本部の取組状況を調査した上で、こうした取組がさらに進むよう、87ページに、好事例について紹介をしております

全体の「まとめ」を、88ページに記載しております。まず、ガイドラインや指針の改訂については、今回の報告書、また、今後発出される指針を受けて、消防庁の通知等に反映させていくということ。そして、応急手当の普及啓発については、WEB講習の拡充を来年度着実に進めるとともに、入門コースのオンライン講習等については、今後の検討課題と整理させていただきました。

【座長】 この第2章については、私の冒頭の挨拶でも言いましたけれども、〇〇委員が全体を俯瞰していただいていますので、プラスアルファでご発言をお願い申し上げます。

【〇〇委員】 蘇生に関しましては、ワーキンググループの皆様積極的に活動していただきました。今年度の前半で主に市民用の救急蘇生法の指針に基づいて、市民による救急救命処置、特に口頭指導との関わりで議論をまとめて、それを報告書にまとめております。後半になりました、今度は医療従事者用に基づくということで作業しておりました。JRC蘇生ガイドライン2020は、既に6月末に医療従事者の部分も含めて出版されていますけれども、救急蘇生法の指針の医療従事者用については、現在、最終校正中で、3月末の出版となっていますので、ガイドライン2020を用いて検討し、救急蘇生法の指針が出たところで最終的な修正を行うということを前提に、議論を進めてまいりました。この中では、主に二次救命処置として、高度な気道確保、あるいはアドレナリンの投与のタイミング等も含めた検討を行ってきました。

また、事務局からご説明がございましたように、ファーストエイドの部分と上級救命講習はその項目が密接に関係しておりますので、ガイドラインの、ファーストエイドで取り上げられた項目の中で、日本における上級救命講習の受講者である市民に対して必要性が高いものということで検討を加えて、取捨を行ってまいりました。また、上級救命講習は時間が長時間にわたるのを、eラーニングを使うことによって短縮して負担を減らそうということで、モジュール化した講義の部分のeラーニング化についても検討してございます。

普通救命講習に関しても、昨今のこのコロナ禍の中で、オンライン講習あるいはeラーニングが非常に普及してまいりましたので、その活用、特にその中で入門コースについては完全にオンラインに置き換えられないかということも含めて検討しております。これらについて、今回の報告書にまとめてございます。

【座長】 ありがとうございます。第2章について、今、〇〇委員からも補足がございました。委員の方、ご意見いかがでしょうか。

恐らくこれは、粛々とやっていくという流れだと思います。今すぐに、ということがもしなけれ

ば、先に進ませていただいて、最後にまたご意見を伺うということにしたいと思いますが、よろしいですか。

(一同「異議なし」)

【座長】 では、そのようにさせていただきます。〇〇委員、引き続きどうぞよろしくお願い申し上げます。

【〇〇委員】 ありがとうございます。すみません、私、4時半から別の会議に出なければいけないので、最後までおりませんけれども、また何かあればよろしくお願いいたします。

【座長】 4時半以降のお願いではなくて、これから先、年度末までがanganよろしくという意味でございました。

【〇〇委員】 はい、ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

第3章 ICT 技術を活用した救急業務の高度化 (89～113ページ)

【座長】 続いて、第3章「ICT 技術を活用した救急業務の高度化」について、まずは事務局から、ご説明お願い申し上げます。

【伊藤理事官】 報告書の89ページから、第3章を書いております。本年度の検討事項につきましては、90ページです。まず、「医療機関との連携強化に向けた5Gを活用した映像伝送の検討」、また、「救急業務の高度化・簡素化に向けた音声認識を活用した自動文字起こしの検討」、この2つの実証実験を実施しております。

まず最初、5Gを活用しました映像伝送について、実験方法のおさらいになりますが、94ページをご覧ください。こちらに救急隊と医療機関に用いたシステムを書いております。上が救急隊ですけれども、まず右側、救急隊の隊員の方のヘルメットの部分に付けたカメラ、また、左側は救急車内ですけれども、救急車内の天井部分、またバイタルを映すためのカメラ、合計3つのカメラを用いて医療機関へ映像伝送を行いました。下が医療機関側になります。今回、成田赤十字病院にご協力いただいたのですが、映像伝送を受けるほうにつきましては、救急室、医局、ICUの3つの所に全く同じものを見られるタブレットを置いて、先生がどこにいても映像を受けられるようにしました。どういった事案を送るかについては、95ページの上のほうに書いておりますけれども、交通事故、自損事故といったものの映像伝送をすることとしました。

その結果については、少し飛びますが、98ページをご覧ください。今回、成田市消防本部様で実証実験をさせていただいたのは、成田市消防本部の中心地は比較的5Gのカバー率が高いということで実施をいたしました。結果としては、現場として4Gと5Gが混在するということがございました。実際に映像を送った20件弱につきまして、上が4Gで送ったものの結果、下が5Gで送っ

たものの結果を書いております。少し専門的な言葉を書いておりますけれども、真ん中の「ビットレート」というのは、どれくらい画質の高い映像が送れるかという数字でございます。標準を1,000としまして、その標準より高いものをオレンジ色、標準より低いものを青にしております。

「フレームレート」は、なめらかさを示す数値です。1秒間に15枚という平均に対して、15送れたものがオレンジ、それより低かったものについては青にしております。一番右側は、医療機関側のアンケートです。医療機関の方に映像を見ていただいて、良好だったというものについては○、良くなかったものは×としております。これの全体を見ていただくと分かりますように、上の4G事案のほうが比較的オレンジが多く、下の5G事案は青が多いという結果が出ています。

では、どうしてこういう現象が起きたかを、次の99ページで少し検証いたしました。下のほうに地図を描いておりますけれども、いずれも5G事案ということで映像伝送したものでございます。この地図の中で赤っぽい所が5Gエリアです。実際、円の中の中心部分で救急活動を開始しております。左側は非常に電波状況が良くなかったものでございますけれども、見ていただいて分かりますように、円の中にたまたま1つだけ5Gの点がございまして、こちらで救急活動を開始したのですけれども、結果的には搬送することによってすぐに4Gエリアに入ってしまったということでございます。一方で、右側は良好だった事案ですけれども、こちらについては全体的に5Gでカバーできていましたので、活動中も搬送中も安定して5Gの映像が送られていたということが分かります。

その結果だけ見ると、4G事案のほうが良かったのかということになりますけれども、実際、理想的な環境下をつくってみて、4Gと5Gの違いがどうであるかという検証を実施いたしました。その結果を100ページに書いてございます。全体的な動きについては、映像を送るという意味では大きな差はなかったのですけれども、写真を見ていただきますと分かりますように、左側は実活動であって理想環境下での5G事案の映像、右側が理想環境下での4G事案の映像ですけれども、針先のような細いものについて、5Gであれば認識できるのですが、4Gであればぼけてしまっているということで、理想的な環境下では、5Gはより鮮明な映像が途切れることなく送れるということが分かりました。

また、実験に参加していただいた救急隊員の方にもアンケートを実施いたしました。その結果を、100ページの下以降に書いています。特に救急隊の方から見て有用だというのは、交通事故、特定行為に関する事案でした。特に交通事故については、電話だけではなかなか状況を伝えることができないものに対して、映像が加わることによって非常に高い効果が得られたということが分かっているところでございます。

102ページは、今度は医療機関側に向けてのアンケートでございます。3つのカメラから映像を送っているのですけれども、医療機関側からのアンケートにつきましては、救急隊員が付けたカメラが、普段は分からない救急隊員の活動現場が分かってよかったということが、結果として得

られています。全体としては、先ほど数値的なものを見ていただきましたが、医療機関からしても、やはり5Gよりも4Gのほうが結果としては良好だったのではないかとアンケート結果になっているところでございます。

次は、音声認識です。こちらは大分市消防局様で実施したものです。実験方法のおさらいになりますが、104ページをご覧ください。自動文字起こしにつきましては、2つの様式を用いております。中段の(1)に書いておりますように、「救急出動現場用紙」というものを参考にして、例えばバイタルや傷病者の名前などの、もともと救急活動現場において聞くことが決まっている項目については、フリーではなくフォーマット形式によって議事録を作っていく。一方で、傷病者やご家族の方から聞き取る内容、また、医療機関とやりとりする内容については、事案ごとに異なりますので、フリーの形で議事録を使って自動文字起こしをいたしました。

結果の前に、今回の検証について中間報告で修正した部分が少しあります。それが107ページに書いているところでございます。音声認識ということで、一定の感度を用いて実施したのですが、実験の前半は、救急車内はサイレンの音もあって、感度を高くしてしまうと別の音を認識してしまう、一方で、感度を下げると言葉の認識率が下がるので正しく言葉を聞き取れないといったことがございましたので、この辺がうまくいくように感度設定を行いました。また、認識率の低い言葉がございましたので、これも途中で軌道修正をすることによって最後まで実証実験を実施しているところでございます。

結果について、108ページ以降に書いています。まず、フォーマット形式につきまして救急隊員の方にアンケートした結果、手が離せるとか、処置内容が確認できるということで、8割の救急隊の方から、非常にメリットがあるというご意見を頂きました。一方で、下のほうに書いていますけれども、まだ誤認識という課題もあったということで、今後はそういった課題を解決していくとか、フォーマット形式ですので決まった言葉を言わないといけないのですけれども、それがどうしても出てこない場合、フリーで言葉を入れるような機能もあったほうがいいのではないかとといったご意見もございました。

109ページが、議事録形式についての結果でございます。こちらについては実施した全ての隊員の方々が、フリーの議事録形式でメリットがあったというご意見を頂いております。一方で、課題としてはフォーマット形式と一緒に、誤認識と誤変換があるということです。ただ、結構決まった言葉を誤認識する場面もありましたので、実験の中で誤りやすい言葉を学習させていながら、比較的精度の高い文字起こしをすることができたと考えております。

「まとめ」を112ページに書いております。まず、映像伝送についてのまとめでございます。中段に書いていますが、今すぐ導入しようとする、5Gよりも4Gのほうが、安定的に映像が送れるのではないかとということが分かった一方で、理想環境下で5Gでは非常に精度の高い映像が送ることができましたので、細部の連携という意味では、5Gによる映像伝送が、今後非常に有用

性が期待できるのではないか。いずれにしても、4Gであろうが5Gであろうが、映像伝送することによって非常に有用な結果が得られていますので、この映像伝送システムの地域の実情に合わせた導入を検討するにあたって、今回の実験結果が一助となることが期待されるのではないかとまとめているところでございます。

音声認識については、次の113ページにまとめています。前半は苦労したことを書いておりますけれども、改良を重ねることによって、最終的にはある程度現場で活用できるレベルにまで到達することができたということを書いております。中段に書いていますけれども、情報共有や操作が簡便ということもありましたので、作業効率の向上や救急活動時間短縮に対して、この議事録形式の文字起こしは非常に有用ではないかと考えております。今回の実証実験を通じまして、救急隊員の方の会話内容やスピードをある程度把握できましたので、それで改良を加えることによって、今後の救急活動現場の簡素化に向けて一層期待できるのではないかとこのまとめをしているところでございます。

【座長】 今の、「ICT技術を活用した救急業務の高度化」のご説明は、大きく2つの話がありました。どちらにせよご意見があればお願いします。〇〇委員、お願いします。

【〇〇委員】 最初に簡単に質問ですが、映像伝送では顔や陰部などが映ってしまうと思うのですけれども、そういう時は何か工夫しているのですか。また、承諾をとるのはなかなか難しいと思うのですが、それはどのように対応したのですか。

【伊藤理事官】 今回、実証実験をするにあたりまして、まず、成田市消防本部様のホームページで実証実験をする旨をお伝えするとともに、救急車内に、「現在、医療機関との連携のために映像伝送の実証実験をしています」と、大きな掲示をしました。さらには、意識のある方が中心になるのですけれども、実際に映像を送る前に、「より有効な活動をするために映像を医療機関に送らせていただいてよろしいでしょうか」と承諾を取ることによって、映像伝送に係る実証実験を実施したというのが現状でございます。

【〇〇委員】 ありがとうございます。

【座長】 それは口頭ですか。

【伊藤理事官】 口頭です。

【〇〇委員】 もう1つ、この文字起こしの実証実験は非常に興味があります。これができるとだいぶ楽になるのではないかと考えているのですけれども、今回の検討の中では割といけそうな雰囲気が見えたのですけれども、実現されるところまでいけそうなののでしょうか。まだまだ何か検討するのでしょうか。これは多分、多少改良を加えたりする必要があるのですが、そういう業者が付いて改良版を完成させて、全国に配布するなどするのでしょうか。少し未来的なことをお聞きしたいと思います。

【伊藤理事官】 ありがとうございます。ご存じのとおり、議事録ソフト自体は全国にあまたございます。今回、実証実験に用いたものは、看護現場などで使われている、比較的救急現場に近いものに対応できる議事録ソフトを活用いたしました。実際、活動していく中でそのまま使えたかという、やはりどうしても認識できない言葉がありましたので、さらにそこから手を加えることによって、ある程度実用が見込まれるレベルに達したと考えてございます。では、今後、この改良したソフトをどのようにして活用していくか、救急隊の方にどのようにして普及していくかは、まさに今、事務局に預けられた課題と認識しておりますので、検討を進めてまいりたいと考えております。

【〇〇委員】 ありがとうございます。100%はなかなか難しいと思いますので、ぜひ早々に予算要求をして、これが全国で使えるような時代がくるといいと思っています。よろしく願いします。

【座長】 ありがとうございます。病院ではもう既に放射線科の先生方がディクテーションで使っていますから、できないことはないという感触だと思いますので、消防庁にもよろしくお願ひしたいと思います。〇〇委員、ご発言よろしくお願ひします。

【〇〇委員】 まず、5Gの映像伝送に関しては、最も重要なのが受け手側、救急外来側のニーズ、あるいは有用性の評価、あるいは負担増に関するいろいろな評価かと思っていますので、まず、受け手側となる救急外来側のほうで、実際にどのような場合にどのような活用法があったり、どのようなニーズがあるかということをしっかり検討されて、そこと連携するということが非常に重要だろうと思います。また、4G、5Gについては、将来的な課題と今現在の有用性というところを比較して、ご検討いただければと思います。

次に、音声認識については、従来の電子化と比べると救急隊本人の負担の大幅減が望めるということで、非常に良いことだと思います。もう1つは、一度電子化してしまえば、二次利用、再利用が非常に簡単になり、その場面でも負担が減るということで、これは大いに進めるべきと思いますが、その際に、各地の消防隊が別々のものを行うと、また非常にコストが高くなったり、混乱が起こるので、少なくとも一定のルールとか要件を国で決めて、それに沿って進める。理想的には国のほうで1つの方式を作って、それを行うというのがいいと思いますが、そのような形で、できるだけ混乱とか負担が減るような方向で進めていただければと思います。

【座長】 ありがとうございます。後半のほうは、病院の電子カルテを思い出しますね。ばらばらで、大変な目に遭っています。事務局、ご発言ください。

【伊藤理事官】 ご意見ありがとうございます。まさに委員がおっしゃるとおりでございます。二次利用も含めた活用を考えていきたいと思っておりますが、一方で、既に医療機関と連携したシステムを県単位で構築されているところもありますので、全て国が考えたものを使うというよりは、各地域で取り組む時に、できるだけ負担が少ない形で導入できる方法を考えていかなければ

ればならないと考えています。

【座長】 前半の質問の、受け手側の話ですけれども、交通事故での事例の方が良かったというのは、いろいろなけがの仕方があるので、画像があったほうが良いという意味ですか。

【伊藤理事官】 疾病の場合については、ある程度予測ができるという点ですが、既往症があるとか、ある程度予測できる症状が変化したということで受けて側も対応ができるのですが、交通事故の場合は、突発的に起きるというのが当然ですので、どういった事故だったか、例えば車体の壊れ方がどうだとか、傷病者の方がどういう形で車内に取り残されているか、血液が出ているのだったらその量はどうかというものが視覚的に分かることによって、受け手側、搬送する先のほうについても速やかな対応もできますし、その現場にいる救急隊員、救命士の方の指示もしやすくなったといったご意見をお聞きしています。

【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】 すみません、手短かに。現場の画像や音声は救命救急センター側でも聞けたり見られたりすると非常に有用という話と、今回の議事録と一緒にハイブリッド化すると、同時にそれを流しながら、そちらを見られるということもできて、それぞれ別に用意するより圧倒的に効率が良いというか、4G、5Gの伝送なども技術的に一部が重なる話ではないかと思ったのですが、その辺は全然別の検討として行われているのでしょうか。それが1点です。

もう1つは、その録音などのローデータは、もうその直後に消されてしまうものなのでしょうか。それとも、何らかの一定の期間保存するのですか。それはそれでまた役に立ったりするのではないかと思います。すみません、2点質問しました。

【伊藤理事官】 まず、1点目でございますけれども、今回、実証実験という意味で別々に行いました。音声データを共有するというのは、共有できる部分もあるかもしれません。ただ、5Gの伝送につきましては、今回、技術的には音声も送ることができたのですが、実際は映像だけを送ることによって検証いたしました。したがって、今後の課題と認識しております。

また、映像伝送でも音声認識でも、データの活動現場終了後の活用につきましては、前回もご意見を頂きまして、教育や検証というところにも将来的には活用可能なものだと思っておりますけれども、まずは、今回は技術的な課題を検証するという点を主眼に置きましたので、今回は映像を送ったものについては、保存はせずにすぐに消去しておりますし、音声認識につきましても帰署後、救急活動記録の入力が終わった段階で、データは全て消去するという実験の仕方をいたしました。

【座長】 今回はトライアルなので、そうだと思うのですが、いよいよ社会実装という形になってくると、〇〇委員のようなご意見をいろいろ聞きながら計画をしていくという話になるのでしょうか。

【伊藤理事官】 なり得ると思います。ただ、細かい話になりますが、音声認識につきましては

も、外部の方にお見せするときに、救急隊員や医療機関はいいのですけれども、傷病者のデータを第三者に見せることはできないという、大分市の個人情報保護の観点がありましたので、議事録については、実は隊員側の発言しか残せずに、傷病者の方の発言は今回の検証の中では残せていません。将来的にはそういう課題もクリアしなければいけないと考えております。

【座長】 ○○委員、よろしいですか。

【○○委員】 はい、いろいろ勉強になりました。ありがとうございます。

【座長】 ほかにはよろしいですか。では、次へ進みたいと思います。全体として少し遅れていますので急ぎます。

第4章 急安心センター事業（#7119）の全国展開に向けた検討（114～118ページ）

【座長】 次は、114ページ以降、第4章「急安心センター事業（#7119）の全国展開に向けた検討」です。ご説明をお願い申し上げます。

【伊藤理事官】 114ページは手短にご説明いたします。救急安心センター事業ということで、急な病気やけがの場合に救急車を呼ぶべきかどうかということ、専門の医師や看護師に相談することができる電話相談事業について、消防庁が従前から全国展開を目指して進めているところでございます。現在の実施率は、114ページの中ほどに書いていますけれども、実施地域は去年の10月に岐阜市消防本部管内が増えて18地域。人口カバー率は国勢調査の最新のものを反映して、47%はカバーできるということになっております。昨年度、○○委員の下で、全国展開に向けた課題を洗いざらい出そうということで、検討部会を設けて、その報告書を昨年1月に取りまとめていただいております。その報告書の中で、消防庁は報告書をまとめるだけではなく、引き続き支援が必要ということで、今年度の事業に繋がっております。

115ページの上のほうに書いておりますけれども、事業導入や運営のためのマニュアル、あと、東京消防庁以外につきましては全てコールセンターに外部委託をされていますので、外部委託をする際に活用可能な仕様書を作るということで、この2つを、連絡会を設けて仕上げました。今日の資料にお付けしてありますけれども、いずれも膨大な量になりますので、詳細な説明は割愛いたします。検討方法につきましては、連絡会ということで有識者に入っていただきましたが、115ページの（2）の②のところ、全ての実施地域の方々、また有識者から構成される、「普及促進アドバイザー連絡会」というものが既にごございますので、こちらも活用して、この2つものを仕上げたところでございます。どのように作ったかは、116ページ以降に書いております。事務局で素案を作って意見を聞くだけでは、なかなか充実したものにならないので、事務局としては、実際に事業を導入するためにあったほうがいいだろうと言われた項目、例えば、116ページの下の方の囲みに書いてありますけれども、なぜ事業導入を検討したか、事業導入のときにどのようにして関係者を特定したか、役割分担をどうしたかなどにつきまして能動的にお聞きして、それ

ぞれ調べたところでございます。

今後についてですけれども、この委員会を踏まえて了承いただきました後には、118ページに書いています。消防庁にホームページに掲載して、当然、都道府県の消防防災主管部局に対して送るのですけれども、それだけではなかなか活用が進まないだろうということで、昨年度、検討会の報告書をまとめて、財政措置の一部を見直したことによりまして、今年度、導入に向けた検討を行っていただいている県が非常に増えておりますので、そういった県が今どれくらいあるかを把握した上で、今、導入に向けた検討を行っている県の方々に対して、このマニュアルや仕様書の活用方法についての説明会を、来年度、開催したいと考えております。このマニュアル、仕様書につきましては、事業を始める人のためだけではなく、実際に事業をされている方々の質の向上の部分も内容として記載していますので、先ほど申し上げました、実施団体等からなる連絡会の方にもこういったご説明をして、事業の質を高めたり、ステップアップをしていくための資料にも活用していただきたいと考えております。

【座長】 今、お名前が出ました、〇〇委員、何かご意見はございますか。

【〇〇委員】 特にございませませんが、財政措置を一部変更して講じたことで、実施団体がどんどん増えてほしいと思っていたのですが、たしかに数団体は増えたのですが、いまだ国民の47%のカバー率ということです。できるだけ早く、少なくとも50%以上の国民が享受していただけるようなシステムにしたいと思っております。そのためにいろいろな形で、講じているところです。それから、最初の〇〇委員の、一般の方々にはコロナ対応をどうすればいいかというお話について、恐らく#7119が有効に使われるようになると、需要増加とともにその辺の交通整理等を含めて行っているのではないかと思っております。差し当たってはコロナ対応に関わるいろいろな疑問点等も含めて、交通整理できるのではないかという気がしております。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員、先ほどはペンディングのようになってしまいましたけれども、今、〇〇委員がおっしゃるように、市民の方々から見て交通整理に役立つのではないかということですが、そもそも#7119は救急車を呼ぶか呼ばないかというところに究極のポイントがあり、発熱患者さんがとても苦しんでいるので家族が119を回すのか、やはり#7119でいくかという話になります。従って、必ずしもコロナ全体の交通整理というわけにはいかないのではないかとおもうのですが、〇〇委員、事務局の説明並びに〇〇委員のお話を聞いて、何か思うところがございますか。

【〇〇委員】 適正利用に関しては、#7119が全国的にあればいいのですけれども、やはり、ある所とない所もあります。そういった中で、今、市町村とか県でそれほど困っていないような所があったときに、コロナのこともそうなのですけれど、子どもでいくと、#8000との使い分けとか、コロナの搬送で困ったら、救急車のことで困ったら、#7119だけど、受診相談などは#8000

となってくると、今ある既存のものとの使い分けもきちんと整えていかなければいけないのではないかと思います。今後、全国的になってきたときに、その辺のすみ分けは必要になってくると思います。

【座長】 ありがとうございます。厚生労働省の〇〇専門官はいらっしゃいますか。今の#8000と#7119のすみ分けなどは、多分ご意見があるのではないかと思ってお聞きした次第です。いかがでしょうか。

【〇〇専門官】 すみ分けというか、私の理解ですけれども、子どもに関しての受診相談とか救急車を呼ぶか呼ばないかというところは#8000で、そのほか全般的に#7119という理解です。ただ、#8000は救急の分野というよりは周産期分野で持っている事業ですので、持ち帰りたいと思いますけれども、よろしいでしょうか。

【座長】 急に意見を求めてすみませんでした。

【〇〇委員】 退席する前に、今の〇〇委員からのお話について、東京都の取組だけ簡単にご紹介したいと思います。東京都は、福祉保健局で発熱相談センターという大規模なコールセンターを行っているのですけれども、やはり、第5波、第6波のピークのような時になると電話が繋がらなくなります。その時に困った人たちは#7119にかけてきてしまうということがあるのですけれども、そのときに#7119と発熱相談センターのほうで、これは〇〇先生を中心に行っているのですけれども、緊急度の判断であるとか、そういうもののすり合わせをして、「うちではないから、あちらに電話して」と言って電話が行ったり来たりしないように、#7119のほうでも一定の対応ができるようにするという工夫をして、両センターで情報交換をしているというのが東京都の対応です。

【座長】 ありがとうございます。〇〇委員、ご意見がおありですよ。

【〇〇委員】 今、〇〇委員が発言されたことと関連するのですけれども、東京都の場合はマンパワーがあって、そういうふうに改善して、#7119のコロナに対するプロトコルを新しく加えることができるかと思うのですが、ほかの地方の所では、総務省消防庁が作った、Ver. 幾つという形の以前作られたプロトコルを基に行っていて、こういった新しいことが起きて、柔軟に対応できるといったところから少し離れたところにあるので、今後、そういった新しい事案に対して、すぐにプロトコルを作って、それを各県に提供するといった体制も、今後は考えていく必要があるのではないかと思います。

【座長】 ありがとうございます。今の話は、コロナの話の延長線上で出てきていますけれども、仕様書を見せて外部の業者にお願いするという話になれば、恐らく、基本的なトリアージに関するルールについては、どこかでもんでおかなければいけなくなると思います。その件は、問題意識としてはもう消防庁のほうで持っておられると思いますので、引き続きよろしく願いします。どうぞ、発言してください。

【伊藤理事官】 ○○委員からあったように、#についての判断プロトコルは、基本的には感染症以外のところで作って、それを全国的に普及していいです。ただ、東京都のような対応が不可能かというところではございませんで、都道府県の判断によるのですが、都道府県でコロナのプロトコルを作られて、それを併せて#に委託して、それに対して必要な体制などを確保されればできる自治体も物理的にはあると思いますけれども、実際に実施している団体は、私は把握できてはいません。

また、#8000とのすみ分けについて、#8000の事業自体は分からないのですけれども、#7119に子どもに関する電話相談があったら、「#8000に電話してください」と言うわけではなく、プロトコル自体は小児にも対応していますので、まずは「どういった症状ですか」と聞き取った上で、病院に行くかどうか、救急車を呼ぶかどうかについては#7119でも判断できますけれども、例えば、育児の相談などというものまでは対応できませんので、そういった話になってくると#8000のほうにかけ直していただくかもしれませんが、緊急度の判定という部分では#7119でも対応できるようになっています。

【座長】 ありがとうございます。バージョンアップについても考えていかなければいけないという話ですね。

【伊藤理事官】 消防庁が行うのはあくまでも感染症ではなく、一般的な救急相談への対応であり、それは検証事業を重ねていって、定期的にプロトコルの改訂を行っています。

【座長】 そうですね。私が言ったのは、今はコロナの話がきっかけですけれどもという話です。

【伊藤理事官】 それ以外については、順次改訂を重ねています。

【座長】 ということで、救急安心センターの話はよろしいですね。

第5章 救急業務に関するフォローアップ (119～145ページ)

【座長】 では、ウサギ跳びのようですみませんが、次の、第5章「救急業務に関するフォローアップ」について、119ページからのご説明をお願いします。

【若味補佐】 第5章「救急業務に関するフォローアップ」について説明させていただきます。119ページをご覧ください。「1 背景・目的」でございます。救急業務に関する取組状況につきましては、地域差が生じているといったことから、各地域のフォローアップを行い救急業務のレベルアップにつなげる必要があるとの提言を受けまして、平成29年から実施しているものでございます。3年間で全国を一巡いたしましたして、昨年度から新たに4年計画で実施させていただいております。今年度はその2年目でございます。実施の基本方針につきましては、図表5-1としてお示ししております。

120ページをお願いします。「2 アンケート調査結果」でございます。調査項目は図表5-2のとおり

りでございます。調査の結果につきましては、121～138ページに記載しております。各項目、基本的に昨年との比較となっております。なお、今年度からの追加調査項目につきましては、128ページ及び136～138ページが該当します。ご覧いただければと思います。

139ページをお願いします。「3 個別訪問」でございます。個別訪問の進め方でございますけれども、消防庁、都道府県が連携いたしまして、調査票を用いて各地域の消防本部の状況を把握、前回訪問時の取組状況及び要因分析等を加味し検討した上で、都道府県、消防防災主管部局と消防庁が共同で消防本部を訪問する形で、フォローアップ調査を実施いたしました。なお、都道府県衛生主管部局の職員にも同行を依頼しまして、連携が必要な課題の共有を図っております。図表5-21が個別訪問前の調査票です。140ページに、図表5-22といたしましてフォローアップ調査のイメージ図を載せてございます。図表5-23といたしまして、今年度訪問先の一覧を記載しております。10県、34消防本部への訪問となっております。感染症の状況によりオンラインでの対応となった地域もございます。

141ページをお願いいたします。訪問先においてヒアリングをいたしました先進事例について記載をしております。まず、救急隊員の教育に関する取組といたしまして、鳥取県西部広域行政管理組合消防局での救急隊員への教育システムを載せております。概要は図表5-24として記載しておりますけれども、指導救命士をトップに、組織内に複数の部会を立ち上げ、署所における教育体制を構築しまして、その結果、良好な教育システムの循環を成立させている内容となっております。

142ページをお願いいたします。沖縄県那覇市消防局での応急手当の普及啓発に関する取組でございます。民間会社と連携し、応急手当の普及啓発を図っているものでございます。具体的な内容としましては、民間の保険会社が運用するスマートフォンアプリへ、応急手当の事前学習機能、応急手当サポート機能を搭載したものでございまして、救命率の向上等が期待できる内容となっております。

143ページをお願いいたします。こちらは医療機関の連携に関する取組でございます。愛知県豊田市消防本部における、救急福祉連携でございます。市内の医療機関と連携いたしまして、救急要請された際、社会生活基盤の弱さがある傷病者について、医療機関の社会福祉の専門職へ情報伝達することで、早期の福祉支援を実現しているものでございます。

145ページをお願いいたします。「まとめ」でございます。次年度以降につきましても、各地域で抱える課題等につきまして、都道府県及び消防本部と連携いたしまして、本事業の目的達成のため引き続きフォローアップを実施していく旨、記載させていただいております。

【座長】 ただ今、救急業務に関するフォローアップについてご説明を頂きました。委員の先生方、何かご質問などございましょうか。

143ページの豊田市の消防本部は、要するに、運んだ時に社会福祉的な観点での支援が必要だろうと思った人については、病院に言うのではなく、あらかじめ市の部局に言うのですね。

【若味補佐】 病院のほうです。

【座長】 病院に言うのですか。

【若味補佐】 はい。そういった傷病者に対応するスタッフを医療機関のほうで準備しておいていただいて、事案によって、その時に招集して対応するという内容でございます。

【座長】 そういう意味であれば、これは医療機関では当たり前ですよ。救急車が来る前段でそこまで用意するかどうかは別にしても、具体的にその人が困らないように社会福祉的支援を入院中から始めるとか、退院するときにそれをするというのは、病院としてはしなくてはならないことですよ。

【若味補佐】 座長がおっしゃるとおりだと思うのですが、現実的になかなか、そこまで迅速に対応が実現しているケースばかりではないというのも事実だと思います。

【座長】 分かります。そういう意味では、例えば、そういう患者さんは済生会病院に運ぶとか、病院前救護におけるその向きの話をしようと思うと、結構いろいろありそうだと思うので質問しました。

ほかにはよろしいですか。フォローアップの話は非常に多岐にわたるので、一個一個が面白いといえれば面白いのですが、とりあえず報告書の中に入りますので、先生方におかれては、またゆっくり吟味していただくという話ではないかと思います。

・全体を通して

【座長】 報告書に関して議論を進めてきましたが、最初の「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」のところで、〇〇委員のご発言がありそうだったのをスキップしてしまったので、〇〇委員、先ほどは失礼しました。救急業務におけるメディカルコントロールのあり方のところでのご意見だと思いますので、遅ればせながら、よろしくご発言ください。

【〇〇委員】 私が質問したいことのラフなアイデアとして、救命士を教えるのは、本来的には救命士が行うべきではないかと常日頃思っております。看護師さんは看護師が教科書を作り教えるという流れ、もちろん医師は医師の中で教科書作りという流れの中で、指導救命士というのは、ではそこでどういう立場にあるのか。指導救命士といっても、そこまでできるのか。救命士の立場を離れてしまうと、そこで終わってしまうのが一般的ではないかと思っておりますので、では、指導というのはどこまで指導というのかというところが、質問させていただきたかったところです。

【座長】 ありがとうございます。今、ナースの話が出ましたが、ナースで言うと、恐らく現任教育という景色になるでしょうか。看護学校における教育というと〇〇委員がおっしゃっ

たような形で、恐らく救急救命士がかなりラインアップしながら教えていくという世界にだんだんくなっていくのだらうと思うのですが、現時点における指導救命士は、多分、現任教育という方法では、要するに仕事をしながら先輩が後輩に教えていくということプラスアルファだと思うのです。事務局、お願いします。

【小塩専門官】 今、先生方がおっしゃったように、指導救命士の役割には、そういった現任教育的な要素もございますし、消防本部内で自身が直接的に教えるのみならず、指導者を教えるとか、あるいは本部全体の組織としての教育の企画や運営に携わっていくとか、様々なものがあるかと存じます。指導救命士の役割は、平成26年にまとめてございます、生涯教育の指針の中で役割を整理して書いておまして、消防本部内での役割として、今申し上げたような役割を、また、対外的な役割として、地域MCに参画して連絡調整を担うとか、そういったことを書いてございますので、現状はこのように整理されていると存じます。

【座長】 ありがとうございます。この「検討会報告書（案）」の全体について、この辺はどうだということはありませんか。

(意見なし)

(2) その他

【座長】 では、最後に全体質疑があるようですので、議事の(2)「その他」について、参考資料1のご説明をお願いします。

【若味補佐】 参考資料1の準備をお願いいたします。「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生」です。まず、1ページをご覧いただければと思います。こちらは、前回、第2回の本検討会においてお示しした内容でございます。下段の赤字部分につきましてヒアリングをさせていただきました。その結果、参考にしていただけると思われる例がございましたので、ご紹介させていただければと思います。

2ページをお願いいたします。「ヒアリング結果①」といたしまして、対応方針の内容を継続から中止へ改正した例でございます。中止条件であります、かかりつけ医の連絡に関する事、また、かかりつけ医が現場に到着するまでの時間に応じた対応などを具体的に記載となっております。地域MCと医師会、医師等が協力しまして骨子を作成。訪問診療や地域包括ケアなど、関連職種の意見を反映させた内容となっているところがポイントでございます。

3ページをお願いいたします。こちら、対応方針の内容が継続から中止へ変わった例でございます。特徴といたしましては、事案を高齢者施設での発生事案に限定しているところ。また、プロトコルでACPの定義をしているところ。また、その内容を、医師会を含めた関係職種と共有がされているところでございます。

4ページをお願いいたします。こちらは、新たに対応方針を策定した例でございます。対応に苦慮する事案を契機といたしまして、消防本部から地域MC協議会へ相談。その結果、地域MC協議会の下へ分科会を設置することとなりまして、対応方針作成に至ったケースでございます。CPR（心肺蘇生法）を中止しまして救急隊の普通走行での搬送ということにつきましては、行政サービスとする旨を関係職種で共有しているということでございます。

5ページをお願いいたします。こちらは、地域MC協議会や地域との連携が進んでいる例として記載しております。傷病者の意思確認につきましては、事前の指示書に限定されておりまして、その指示書は地域のMC協議会への事前の届出制となっております。また、それらは消防本部等の関係機関と共有されているということでございます。また、地域のMC協議会の下に関係職種を構成員とした会議体が設置されておりまして、しっかりとACPとの関わりも構築されているといったケースでございます。

6ページをお願いいたします。ACPや地域包括ケアへ消防本部から参加を求めて運用している例でございます。基本的には、心肺蘇生法を継続して搬送するといったところが前提となっております。現場での長時間待機などの症例を経験したことから、一定の条件がそろえば中止することができるという要素を追加して運用しているケースでございます。救急隊の責務等についての情報提供を目的としまして、消防本部側から地域の医療や介護に関する会議体に参加することを求めまして、それが契機でスムーズに承認につながったといった例でございます。

7ページをお願いいたします。これはあくまで参考となりますけれども、事前指示書の一般的なひな型、その内容を参考として添付しております。

【座長】 この件で、何かご意見はございますでしょうか。東京では、〇〇委員がいろいろとご苦労なされた話だと理解していますが、何かご意見はございますか。

【〇〇委員】 東京消防庁では、消防総監の諮問に対して、救急業務懇話会の会長である〇〇先生が答申したものに基づいて、〇〇先生が会長をされていた東京都MC協議会で承認を得て、2019年12月16日から、東京消防庁ではこの蘇生を望まない場合の対応について活動しています。今日ご出席の〇〇委員や〇〇委員にもお見せしたのですけれども、2年間で、このような事例が240例、東京消防庁管内でありました。ポイントは、かかりつけ医に連絡が取れたのが240例中234例、97.4%あったということです。この結果については1カ月前に行われました全国救急隊員シンポジウムでもお示しました。救急隊が初めて現場に行き、果たしてその意思が本当なのかどうかは、かかりつけ医に連絡をしないと対応ができないということで、東京都では東京都医師会の先生方が全面的に協力してくれまして、97.4%という高い数字を得ることができているわけです。

かかりつけ医がポイントなのではないかと思って聞いていました。東京消防庁救急部長の〇〇委

員がお詳しいと思います。

【座長】 では、〇〇委員、補足的なご発言を促されましたので、よろしくお願いします。

【〇〇委員】 まさに〇〇委員のおっしゃるとおりで、やはり運用前の懸念として、かかりつけ医の先生方に連絡がうまくつくのだろうかとか、あとは、現場に臨場していただけるのかというような懸念があったのですが、実際に運用してみますと、医師会の先生方、あるいは関係者の皆様のご協力がありまして、かかりつけ医の先生方に連絡がとれて、45分以内に来ていただけたということであれば、救急隊は現場で待っております。2年間運用しまして、実績としては、かかりつけ医の先生に引き継ぐまでの平均時間が27分ということで、かかりつけ医の先生方にACPに基づく対応をしていただいております、救急隊としては大変ありがたく思っています。

【座長】 ありがとうございます。今、〇〇委員にお聞きしようと思ったのですが、退室されたんですね。

つまらないことを聞きますけれども、これは、A市消防本部、B市消防本部、C市消防本部、D市消防本部、E町消防本部となっていますけれども、具体的に名前を挙げてはいけないのですか。

【若味補佐】 現状、先方の消防本部と調整がとれておりません。

【座長】 これが分かると、その医師会の先生とお話しできると思ったので、聞きました。それだけの話です。〇〇委員、遅れましてすみません、ご発言ください。

【〇〇委員】 以前に、地方のある消防本部で、かかりつけ医、あるいはACPで蘇生を望まない場合は、事前に地域で広報なり、あるいは個人なりに、「119番に連絡をしないでください。119番に連絡した心停止患者は、全て蘇生をします。逆に、望まないなら連絡しないでください」との方法でDNARを実施している所があったように記憶しています。そこがどうなったか、少し興味があって知りたいのですが、分かりますか。

【座長】 分かりますか。

【若味補佐】 今、個別にお答えはしかねますが、そのような取組をしている地域はございます。基本的に地域MC協議会の中でそういった取組がされていれば、MC協議会を通じてそのような広報が今もされているものと承知しております。

【座長】 その地域で、具体的に市民の方たちのパフォーマンスが、どのようなあんばいかというところまでは見てないのですか。

【若味補佐】 そこまでは見ていません。

【座長】 〇〇委員は、そういうところが分かったら、どうなっているか知りたいということです。先ほど私が、A、B、Cなどが分かれば、その医師会の先生とお話しできるというのは、そういうことです。また、〇〇委員に、よろしくお願い申し上げます。

【若味補佐】 承知しました。

【座長】 〇〇委員、少し待っていてください。きっと分かるらしいので、いずれ連絡が

あると思います。

神奈川大学法学部の〇〇委員、私も〇〇委員の意見を聞こうと思っていたのですが、先生から手を挙げていただいて、ありがとうございます。ご発言をよろしくお願いします。

【〇〇委員】 今の〇〇委員のご発言にも少し関わるのですが、今日紹介いただいた幾つかの消防本部の例などは、大変興味深く拝見しました。これがだんだん進んできた段階で、様々地域ごとに対応していただいている、それぞれ努力されていて、素晴らしいと思いますけれども、他方で、全体から見て地域差で良しとする部分と、中身をよく見ていませんので分かりませんが、もしかすると地域差として許容できるのか疑問ということもあり得ると思いますので、コロナが落ち着いたどこかの段階で、幾つかの取組などを検討するような機会があればありがたいと感じました。

【座長】 ありがとうございます。全くそのとおりだと思います。地域地域で自主的にいろいろ行うのは全くそのとおりなのですが、マラソンと同じで、いずれ前のほうを走っている連中としがりの連中にどんどん差が出るのと同じことが恐らく起こり得ますので、そういう意味では、〇〇委員がおっしゃったような、全体を見るような形をいずれとっていかなくてはいけなくなるだろうという全体感はございます。よろしくご協力くださいますようお願いいたします。では、こんなところでよろしゅうございますか。全体を通して何か、発言しておかないといけないということがもしあれば、言ってください。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】 ACP等でのかかりつけ医についての質問です。例えば、東京都、神奈川県、千葉県、みんな少しずつ違う。その中で問題が起こった症例は、今まであったのかなかったのか、その辺について質問させていただきます。

【座長】 要するに、ご家族と何らかのトラブルがあったというものは、いかがですかという質問でございます。

【若味補佐】 ご質問いただきありがとうございます。かかりつけ医の定義については、地域によって若干異なる部分があるかもしれませんが、そちらに関する現場での困り事といったところは承知しておりません。

【座長】 〇〇委員、基本的にはそういうものはなかなかなさそうだと思います。「あなたのかかりつけ医は誰ですか」と聞くのか、「普段、誰に診てもらっているのか」など、いろいろな聞き方があるとは思いますが、具体的に困ったということは、消防庁としては確認していないということです。

【〇〇委員】 なさそうですね。

【座長】 ありがとうございます。

3. 挨拶（消防庁審議官）

【座長】 予定によりますと、最後に消防庁の審議官からご挨拶を賜ることになっております。齋藤審議官、よろしくご発言ください。お願いします。

【齋藤審議官】 本日は、〇〇座長はじめ、委員の先生方には大変お忙しい中、検討会にご出席を賜り、また、活発にご意見を賜りまして、誠にありがとうございました。今年度の検討会につきましては、昨年度に引き続きコロナ禍の中での開催となりました。委員の皆様方にはそれぞれのお立場で新型コロナ対策に力を注いでいただいておりますこと、あらためて厚く感謝を申し上げる次第でございます。また、現場第一線で日夜ご尽力いただいております全国の救急隊員の皆様にも、心から敬意を表し、また、お礼を申し上げる次第でございます。私ども消防庁といたしましても、現場の皆様方の活動をしっかりとサポートすべく、感染防止資器材の配布でありますとか、搬送困難事例への対応、また、ワクチンの早期接種など、活動環境の整備に引き続き取り組んでまいりたいと考えてございます。

さて、本検討会におきましては、今年度、本日も議論いただきましたMC体制のあり方をはじめ、蘇生ガイドライン改訂への対応や、ICT技術を活用した救急業務の高度化、#7119の全国展開の推進など、救急業務にかかる喫緊の課題について幅広くご議論を賜りました。皆様方に賜りました貴重なご意見の数々を、本日も審議いただきました報告書としてとりまとめまして、全国の消防本部はじめ関係機関に広くお配りし、周知をいたしますとともに、都道府県消防本部のさらなる取組が求められる事項につきましては、消防庁のほうから通知や事務連絡を発出し、しっかりと取組を促してまいりたいと考えてございます。

本検討会の成果が全国の救急業務のさらなる発展につながりますよう祈念いたしますとともに、委員の皆様方のご意見、ご議論にあらためて感謝を申し上げ、また、先生方、皆様方のますますのご健勝とご発展を心からお祈り申し上げまして、御礼のご挨拶とさせていただきます。本当にありがとうございました。

【座長】 齋藤審議官、どうもありがとうございます。では、ここで会議そのものは閉会にしたいと思います。今、審議官からもご発言がありましたが、今日の議論を踏まえて、この報告書（案）そのものの全体の筋としては、大幅に変わるものはないと思うのですが、部分的な言葉尻等に多少のモディフィケーションがあるかもしれません。その場合には、救急企画室の室長と〇〇とで上手にやっていきたいと思います。その件もよろしいですね。

(一同「異議なし」)

【座長】 では、そのようにさせていただきたいと思います。

4. 閉 会

【座長】 今日、大変中身の濃いお話をたくさん賜りました。少し時間が過ぎてしまいまして申し訳ありません。では、ここで閉会にしたいと思います。
皆様、どうもありがとうございました。

(了)