

## 第1回救急業務高度化推進検討会議事録

I 日時 平成21年8月6日(木) 13時00分～15時00分

II 場所 三番町共用会議所 2階大会議室

III 出席者 有賀委員、石井委員、岩田委員、遠藤委員、  
高島氏(川手委員代理)、黒瀬委員、坂本委員、  
島崎委員、杉本委員、高山委員、津田委員  
野口委員、南委員、山口委員、山本委員、横田委員  
オブザーバー 新村氏

### IV 次第

1 開会

2 委員紹介

3 座長選出

4 議題

(1) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について

(2) その他

5 閉会

### V 会議経過

事務局	<p>それでは定刻となりましたので、第1回救急業務高度化推進検討会を開催させていただきます。よろしくお願いいたします。</p> <p>本日の司会は、救急企画室救急専門官を拝命しております溝口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。</p> <p>まず開催に当たりまして、消防庁次長、株丹より一言ごあいさつを申し上げます。</p>
株丹次長	<p>消防庁の次長の株丹でございます。</p> <p>本日は大変お忙しい中、お集まりいただきまして、大変ありがとうございます。</p> <p>この救急業務高度化推進検討会でございますけれども、昨年度も3つの作業部会、大変精力的にご議論をちょうだいいたしました。おかげさまで、そのご議論等、またほかのところでのご議論も踏まえて、私ども消防法を所管してございますけれども、法改正案を出させていただいて、国会で無事にご賛同いただいて、来週11日に閣議で具体的にいつからこの法律改正の部分動かすかということをお決めいただくという段取りになってございます。10月の末には新しい、</p>

消防と医療の連携ということですと申しておるわけでございますけれども、総務省消防庁と厚生労働省共管というものが動くということになるわけでございます。大変ありがとうございました。

その関係もございまして、具体的には都道府県に今後実施基準を策定いただくということでございますけれども、そのもとになります、いわばルールをお決めいただく検討会を既に立ち上げさせていただいております。実は、きょうお集まりの委員の先生方の多くがそちらにもご協力いただいております、そういう意味では大変お忙しい中でこちらの検討会というものを立ち上げさせていただくということでございます。

この検討会でございますけれども、当然といひましようか、そういう形で法改正をいたしましたけれども、改正の実を上げる、魂を入れるというようなものにつままして、別途お願いをするとともに、まだまだ救急の関係で解決すべき課題が多くあるということでございます。これからご説明させていただきたいと思っておりますけれども、3つほどテーマ、その中には継続的な、発展的にさせていただくというものもございます。ほかのところでの研究の成果を踏まえまして、それをまた発展させていただくと、それから全く新たなものとして、メディカルコントロール体制のあり方について、別な観点、角度からご議論いただく、さまざまなものが入ってございまして、大変盛りだくさんでございまして、また先生方に大変お時間、ご精力をちょうだいしなければいけないということを大変心苦しく思っておりますけれども、何分いろいろな課題が山積しておりますので、先生方のお力をぜひともお願いをいたしたく、本日お集まりいただいたということでございます。

1回目というには、もう8月でございまして、これも私どもも気になってはおったのですけれども、ちょうど国会の審議、法案が成立したところぐらいから新型インフルエンザの問題が生じまして、担当室は新型インフルエンザの対策も消防庁の中ではやっております。それが必ずしも理由にはなりませんけれども、諸般の理由でこのタイミングになりました。しかし、これからいろいろな形でご精力をいただきまして、精力的にことしの課題についてまた取り組ませていただきたいと思いますので、事務局の側からのごあいさつでございますけれども、何とぞよろしくお願ひいたします。

事務局

どうぞよろしくお願ひいたします。

次に座長の選出でございまして、当検討会でございまして、昨年度からの踏襲した事案も大変含んでおりますので、引き続き山本委員に座長をお願いしたいと思っております。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、座長より一言ごあいさつをいただければと思います。よろしくお願ひいたします。

座 長 ありがとうございます。株丹次長からのお話のとおりでございます。昨年3部会での活発なご議論の成果の1つとして、消防法の改正案ができてきたわけです。まだまだ本検討会には検討しなければならない、もちろん改正法の中の問題もあり、またそのほかの課題も多々あるわけでございます。私ども最善を尽くして頑張っていきたいと思いますが、皆様のお知恵をかりながらの座長の任とお考えいただければありがたいと思います。皆様の賛同を得まして、そして皆様のご協力を得まして、活発な検討会にしていきたいと思っておりますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。ありがとうございます。

事務局 ありがとうございます。どうぞよろしくお願ひいたします。  
では、以後の議事進行を座長にお願ひしたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

座 長 ありがとうございます。  
それでは早速でございますが、議事を進めてまいりたいと思っております。  
まず、事務局から資料の確認をお願ひしたいと思います。

事務局 資料を確認させていただきます。お手元に資料をご準備いただければと思っております。クリップを外していただきまして、まず次第が1枚ございます。そして構成員、そして検討会の開催要綱、座席表という形になっております。本日資料という形で配付させていただいておりますのは、横書きになっております資料1部のみということになっておりまして、こちらが36ページのものがお手元にあるかと思っております。ご確認いただければと思っております。

資料は以上でございます。現時点で不足等がございましたら、事務局にお申しつけいただければと思っております。

なお、あわせまして、本検討会の進め方でございますが、特に委員からのご意見があった場合を除きまして、事務局としては公開という形で進めさせていただきたいと思っております。

そして、本日、記者の方もたくさんいらっしやっただいておりますが、ここで撮影は終了とさせていただきますことをどうぞご了解いただければと思っております。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。  
それではまず、平成21年度の救急業務高度化推進検討会の資料につきまして、説明をお願ひしたいと思います。事務局、よろしくお願ひします。

事務局 では、資料の説明をさせていただきます。「平成21年度救急業務高度化推進検討会資料」と銘打っております横書きの資料をご用意ください。

1枚おめくりいただきまして、1ページ目でございます。事務局提案でございますが、本年度の救急業務高度化推進検討会は3つの作業部会で開催させていた

だきたい、3つの大きな柱で開催させていただきたいと考えております。1つはメディカルコントロール作業部会、そしてもう1つは救急指令・救急相談作業部会、3つ目といたしまして、災害時における消防と医療の連携に関する作業部会でございます。このそれぞれ3つの作業部会につきまして、事務局より、担当よりご説明をさせていただきたいと思っております。

では、2ページ目をお願いいたします。まず、メディカルコントロール作業部会についての検討項目として、事務局案をご説明させていただきたいと思っております。2ページ目でございますが、作業部会の検討項目の1つとして、救急に関する評価・分析ということが重要ではなかろうかということで資料を提示させていただいております。これはより効果的な救急業務の実施ということを目指しまして、消防機関の有する救急搬送に伴うような情報と、医療機関の有する患者さんに関する情報というそれぞれの情報を連結して評価・分析すると、そういう方策について検討してはどうかということで資料を作成しております。イメージといたしましては、下の枠囲いの中がございますが、消防のみしか持ち得ないデータ、そして医療のみしか持ち得ないデータというものを、それぞれの1事案ごとに1つのデータとして連結させていって、いろいろな評価・分析といったものに使ってはどうかということのご提案でございます。

3ページ目でございますが、1ページ目でありますような、例えば搬送に伴う観察所見といったような項目について調査を進めていくに当たって、いろいろなものと比較をしていく、あるいは対象を絞ってより分析していくということになりますので、調査対象といたしましては、生命への危険度なども考慮いたしまして、最初の事案としては救命救急センターに最終的に搬送した事案ですとか、あるいは脳卒中や心疾患というような事案について調査をするという方法が1つあるのではなかろうかということで例示を挙げております。

そして評価・分析事項の例でございますが、例えばということでの案でございますけれども、救急搬送上疑われた疾患・傷病程度、こちらは消防側のデータでございますが、それと医療機関側で収集しました初診時診断・確定診断といったものを合わせて評価してはどうか、あるいは2ポツ目でございますが、医療機関選定に要した時間、現場滞在時間、そして消防側からもう1つ、受け入れ照会回数といったものと、そして医療機関側からの患者さんの転帰といったものを合わせてはどうか、そして3ポツ目でございますが、傷病者の疾患の種類ごとの医療機関における受け入れ状況等、そういったものが分析できるのではないかとということで例示をさせていただいております。

4ページ目をお願いいたします。メディカルコントロール作業部会検討会におけますもう1つの検討事項といたしまして、救急業務の質の向上というものを挙げさせていただいております。高度な救急救命処置の実施体制を確保するという

ことだけではなくて、救急業務の非常にベーシックな部分となります。応急処置ですとか、救急搬送ということについて一定の質を担保すると、そういう方策について検討してはどうかということをお聞きをさせていただいております。こちらは昨年度、消防法改正というところまで対応いたしました。救急搬送という部分も重要ではないかと、救急救命士の行うような非常に高度な処置そのものということよりも、もう一度基本に戻って、高度になった部分も踏まえた上で救急業務のベーシックな部分をもう一度、どう質を担保するのかということをお聞きをさせていただいております。2つ挙げておりますが、各消防本部や消防署における救急隊員の育成等のあり方、そして救急救命処置におけます、より簡便に活用が可能な新しい機器の使用と実習のあり方といったものが検討対象として挙がるのではないかと考えております。

おめくりいただきまして、5ページ以降は資料になります。5ページ目は、議論をしやすいようにイメージという形で提示をさせていただいております。あくまでイメージでございますが、こちらは1つ目の柱で出させていただきましたデータの連結というイメージでございます。上の段からずっと下の段の3分の2ぐらいのところまでがすべて消防が記入するデータで、右下の部分に医療機関側が入力できる項目というイメージでございますが、これはあくまでイメージでございますが、例えばということで、非常に重要なポイントとなろうかと思う部分を矢印で書いてございます。追加項目として、例えば医療機関の病院選定に要している時間といったものを、例えばデータでとるとか、あるいは消防側で重症度・緊急度をどういう形で判断したのか、そしてどういう疾患をもとどの基準に照らして疑ったのか、それを受けて、右側、医療機関側ですけれども、救急隊の重症度・緊急度評価というものが果たして妥当だったのかどうなのかというレビューですとか、あるいは入院後の確定診断がどうだったのか、あるいは転帰として1週間後、1カ月後がどうだったのかと、そういったデータ構成というものができるのではないかとということで、あくまで議論をしやすいようにイメージとして提示をさせていただきました。

6ページ目でございます。6ページから11ページ目までは、では、果たしてそのようなことをやっている地域が実際にはないのかということで探しましたところ、長崎県でそういったデータの連結を既にやっているという状況がございましたので、情報提供をさせていただきたいと思っております。長崎県では、地域における患者の発生状況ですとか、治療転帰の状況が不明ということをお聞きを踏まえまして、データの連結を行っております。もともとは長崎市というベースで始めておりますが、現在、県全域でも4回目の集計を行っております。長崎市ということで全部見ますと、もう10年にわたる「長崎救急医療白書」というものを刊行し、連結したデータを活用しております。

ちなみに、直近の平成19年度のデータにつきましては、回収率が87.4%という形で長崎県ではデータを収集していらっしゃいます。

実際にどういう形でやっているかということでございますが、7ページ目でございます。4枚複写の検証票というものを救急活動の記録の中で救急隊が持っておりまして、A、B、C、Dそれぞれ全部4枚複写のデータを、まず消防側が書き込むと、医療機関に着いた際に、医療機関で初診時病名などの記載を得た上で、上の2枚分は消防が持ち帰ると、下の2枚のものについて、1枚は医療機関が保存して、一番後ろのD返信用という4枚目の票については、医療機関側が確定診断は何だったのか、7日目にどういう転帰を来したか、そして手術をしたかどうか、外来だけだったかどうか、入院だったかどうかといったようなことを記載して消防機関側に返すということをやっております。そして回収されたデータについては、データを連結させまして、長崎市の地域保健課でデータベース化をします。ちなみに、県全域ということに増やしましたので、その作業を県の医療政策課もサポートするという形で運用がされております。そしてそのほかの、例えば救急隊が持ち帰りました2枚のうちの1枚の検証用と書かれているものは、消防側のデータだけではございますが、実際、特異事例などが起こった際などには事後検証用として活用するといった運用をされております。

8ページ、9ページ目は、その具体的なA、B、C、Dの4枚複写のものを参考までに付けておりますが、10ページ目をあけていただければと思います。いろいろなデータがわかるということになります。10ページ目は確定診断別にどういった治療をしたのか、医療資源を投入したのかということがこうした連結データからわかっておりまして、すなわち、これはその地域でどういった疾患の患者さんが救急車で運ばれて、どういった医療資源が投入されているのかという需要のボリューム感が見えるということになるかと思っております。10ページ、11ページ目、10ページは内因性の疾患ということでまとめられたものでございまして、11ページ目は外因性の疾患ということでそれぞれまとめられたものになります。参考として配付させていただきました。

なお、先ほど長崎の医療白書と申し上げましたけれども、このような冊子になっておりまして、いろいろな各種データがデータブックとして取りまとめられております。

そしてもう1つの参考でございますが、12ページ目からはこの救急業務高度化推進検討会の中での一貫として、消防と医療の連携ということで東京消防庁、東京都衛生主管部局、そして東京都医師会などのご協力も得まして行った詳細調査でございますが、12ページ目から13ページ、14、15、16ページ目まで、最後のところまで参考として載せておりますが、特にごらんいただく形としては、14ページ目でございますけれども、傷病者背景まで含めてデータをとる

試みを昨年度もやったということがございますので、議論の中での参考ということで、こちらも参考資料として添付させていただいております。

以上が1つ目の作業部会の説明でございます。

続きまして、救急指令・救急相談作業部会についてご説明させていただきます。

お手元資料の17ページをお願いいたします。救急指令・救急相談作業部会について、でございますが、昨年度はトリアージ作業部会ということで、緊急性の高いCPA——心肺機能停止の事案に対しまして、現場到着時間の短縮を図る観点というところで、救急要請時におけますコールトリアージ・プロトコルの作成、それからトリアージに伴います救急隊の運用、こういったものについて検討してまいったところでございます。

ただ、増加傾向が続いております救急出場、大体年間500万件でございますけれども、緊急性の高い事案だけではなくて、緊急性の低い相談に対する対応ということが重要ではないかという問題意識がございます。そこで救急要請をすべきか否か市民の方が迷った場合に、救急要請をしたほうがいいのか、それとも様子を見ればいいのか、そういった相談に対応する窓口の設置をしてはどうかというものがございまして、実際、消防庁では、今年度の予算でございますけれども、モデル事業といたしまして、3地域選定して、こういう救急相談窓口を設置する事業を行っております。東京消防庁では平成19年度から既に実施しているところではございますけれども、消防庁でも今年度、モデル事業を開始するところでございます。

こうしたことを踏まえまして、トリアージ作業部会を拡充いたしまして、救急指令・救急相談作業部会と名称も変えまして、緊急性の低い相談から、それから緊急性の高い通報に対しますPA連携ですとか、事前の病院選定等、こういったところまでを一体的に検討してはどうかと考えております。イメージといたしましては、17ページ下の図でありますけれども、傷病者の方、またご家族の方が緊急性の高い、もちろん緊急性が高い場合にはすぐに119番通報していただいて、指令センターでその通報内容からトリアージを行って救急出場につながると、その際、緊急性がほんとうに高い場合にはPA連携で出すでありますとか、指令センターで事前に病院選定を開始するという運用が考えられておりますし、逆に傷病者、またご家族のほうで救急車を呼ぶほどではないけれどもという事案ですとか、呼んだらいいかどうかわからない、迷っている場合には#7119番、今、これは専用ダイヤルを考えておまして、こちらの番号をかけていただいて救急安心センターにつないでいただくと。そこで救急安心センターで話を聞いて、緊急性が高い、119番通報したほうがいいというようなものについては指令センターにつないでいただく、そうでない場合にはその場で救急相談ですとか、医療機関案内を行うと、こういったことによりまして、緊急性の高いものか

ら低いものまで一体的にカバーできるのではないかと考えているところがございます。

では、あと個別の事案につきましては、17ページのイメージ図の上、緊急性のあるほうを、消防本部指令センターと書いている部分について、18ページから説明させていただきます。

コールトリアージに関して実証検証を行います。昨年度に引き続いて、昨年度は4政令市で実証試験を行いました。今年も引き続き実証検証、これはコールトリアージ・プロトコルに基づくPA連携及び事前病院選定を実施することにより、コールトリアージ・プロトコルの精度の向上と実運用に向けての課題の抽出を行うということを目的に行います。

まず、コールトリアージ・プロトコルの意義でございますが、コールトリアージ・プロトコルの目的は、多数の119番通報の中からCPA事案など緊急性の高い傷病者をいかに見つけ出して、迅速な対応を行うことにあり、アンダートリアージを極力回避する精度が要求されるものでございます。プロトコルに基づき、緊急性の高い傷病者のもとに早急に救急、あるいは消防隊員を投入する、これはPA連携につながるものです。あるいは一刻も早く適切な医療機関を選定する、これは事前病院選定になります。によって救命率の向上を目指すものでございます。

19ページをごらんください。これが、平成18年度からコールトリアージにつきましては検討されておりますが、簡単な経緯でございます。平成18年度、19年度に4消防本部において救急要請事案を活用し、コールトリアージ・プロトコルにより重症度・緊急度が高い順に赤、黄、緑の3段階に選別して検証を行うなどの専門的な調査検討を行ってまいりました。昨年度は4消防本部において実証検証を実施して、さらにコールトリアージ・プロトコルの精度の向上の検証、プロトコルに対応した運用の制度設計、運用の制度設計とは、救急車の空白地域、昨今、救急要請が多くて、直近の救急車がないという場合がございますが、こういう地域への部隊移動等についての検討を昨年度は行っております。

真ん中のグラフ、表につきましては、コールトリアージ・プロトコルの感度と陽性的中度ということで、昨年度の試験の結果でございます。感度とは、全CPA中のCPA中の的中率、あるいは陽性的中度とは、CPAと予測した中のCPA率ということで、例えばレベル1の感度では79%というような高い精度、感度であったといいながらも、逆に言えば、2割のCPAが予測できなかったというような課題も残されてございます。

昨年度の提言及び課題とされたことでございますが、まずレベル1までのCPAと予測するコールトリアージを実施する。課題としましては、コールトリアージ・プロトコルのさらなる精度向上及び通信指令員の聞き取り能力の向上という

ことで、119番を受ける指令員の聞き取り能力、いかにキーワードを見つけ出すかというところの能力の向上が課題とされております。

2番目としまして、1の90%について、目撃からCPR開始まで、あるいはAEDが到着するまでの時間を10分以内とする。この10分というのは、ウツタイン統計から10分以内に応急処置を開始すれば救命率が高まるというデータから導き出された数字でございます。これについては消防隊の活用やAEDの地域での普及ということで、PA連携でございます。救急車が直近になれば、先に直近のポンプ車が現場到着をして、AEDあるいは応急処置をするということにつながってまいります。

3番目です。1の90%について、目撃から救急隊接触までの時間を14分以内とするということで、特定の地域で偏った救急出動が発生した場合に、救急隊の部隊移動ということで、例えば市域の東半分で救急車出動が多くなって救急車がいなくなった場合、西からシフトするというようなことも課題ではないかということが去年の検討会の結果となっております。

続きまして20ページです。これは昨年度行いましたコールトリアージ・プロトコルの内容でございます。上の主訴から、通報者が本人であるかないかということに基づいて、このフローチャートに基づいてレベル1、1a、CPA、あるいは黄色、レベル1とか、こういうような割り振りをやっていくというようなイメージとっていただきたいと思っております。

続きまして21ページです。今回の実証試験についてまとめたイメージ図でございます。まず、「Plan」としまして、昨年度データのうち、コールトリアージ・プロトコルによる判断と医師の診断結果を解析し、精度の向上のほか、ACSや脳卒中、重傷外傷に対応するコールトリアージ・プロトコルの改良を行うと。それを「Do」として、精度の向上したコールトリアージ・プロトコルに基づき実証試験を実施、実証試験についてはPA連携、あるいは一定の疾患、CPA、脳卒中、ACSなど重篤な命にかかわってくるものについての事前病院選定を行う。「Check」として、その結果、導入効果、課題等、整理・検証を行う。さらなるコールトリアージ・プロトコルの精度の向上方策の検討、あるいは先着消防隊に具備すべき救急資機材等も検討しなければならないのではないか、あるいはPA連携時に発生した続発災害に対する対応策などが検討課題になるのではないかと考えております。それに基づいて、消防本部において、PA連携や事前病院選定導入のための情報提供、提言というようなアウトプットができるような検討はどうかと考えております。

続きまして22ページです。これは今ご説明させていただいたものを簡単にまとめたものでございます。119番通報があつて、指令室から口頭指導があると、その指令室ではコールトリアージ・プロトコルに基づいて、緊急度が高ければ必

要部隊の現場投入、これはポンプ隊を入れる。あるいは下のほうに行きまして、事前病院選定システムということで、今までの蓄積されたデータより、傷病者、通報者の疾患をACSあるいは脳卒中を予測して事前に病院を選定しておき、その情報を救急隊に送るといったようなイメージ図としております。

以上でございます。

続きまして、救急相談のご説明をさせていただきます。資料23ページをお願いいたします。

2番で救急安心センターモデル事業の全国的な展開についてと、これは検討項目の(2)となっております。まずこちらで検討いただきたいと考えておりますのは、愛知県、大阪市、奈良県で今年度モデル事業を実施していくわけですが、この実施状況、それからどういったことを検証していくか、そういったことを議論する必要があるかと思っております。

先に、簡単にこの3地域でどういったことをやるのかということをご説明させていただきたいと思っておりますので、お手数ですが3枚ほどおめくりいただきまして、26ページをお願いいたします。まず26ページ、こちらは大阪市の救急安心センターの事業概要でございます。市民から、病院に行ったほうがいいのか、救急車を呼んだほうがいいのか、応急手当をしたいけれどもわからない、こういった場合に#7119、もちろんシャープダイヤルが使えない電話もありますので、そういった場合には通常の固定電話の番号を入れていただくということになりますが、この大阪市救急安心センターにかけていただきます。大阪市としては10月1日の午前10時スタート予定といたしておりまして、特徴といたしましては24時間365日体制で行うと。この安心センターには医師1人、看護師が2人、相談員3名が常駐しまして、救急医療相談に対応するということになっておりまして、緊急性の高い場合には救急車が直ちに出場と。大阪市の場合ですと、消防局の指令情報センターの中に救急安心センターが置かれますので、こういった速やかな対応が可能となっているというところでございます。

1枚おめくりいただきまして27ページ、こちらが愛知県で行います救急安心センターモデル事業となっております。真ん中やや上部に救急安心センター(愛知県医師会館等)とありますけれども、愛知県の場合ですと、大阪市の場合は市消防局の中に置かれたのですが、愛知県の場合は県全体を対象といたしまして、医師会館の中に置いて行うということを予定しております。そこで緊急性の高い事案があった場合には、各消防本部と専用のホットラインを結びまして、すぐに救急車の出場要請をするというものでございまして、あとの24時間365日体制等は大阪市と同じ状況となっております。

1枚おめくりいただきまして28ページ、こちらは愛知県独自の取り組みですが、今回の救急安心センターモデル事業とあわせまして、携帯電話を活用

しまして、救急車の搬送情報を共有するシステムというものを検討しているということで1枚参考に入れさせていただいております。

1枚おめくりいただきまして29ページ、こちらは奈良県の救急安心センター事業イメージとなっております。奈良県の場合も奈良県域全域を対象として24時間365日行うことといたしております、安心センターは、これも消防局ではなくて外に置いて、また消防本部にはホットラインで要請をしていくということを検討しているという状況でございます。

申しわけありませんが、23ページにお戻りください。今、(1)で各3地域のモデル事業の実施状況についてご説明させていただきまして、消防庁といたしましては、今、東京消防庁でやっている#7119の事業、それから3地域におけますモデル事業、この効果を踏まえまして全国的に展開してまいりたいと考えているわけございまして、全国展開に向けた課題というものを整理していく必要があると考えております。

具体的には、まず小児救急相談事業、これは厚生労働省で行っております#8000というものでございますけれども、それに同じような相談事業というものが幾つか地域で行われているわけございまして、そういった事業との整理・連携、どうしてもサービス提供時間とか、体制の違いというものがございまして、そういった違いがあつて、そういった部分は同じなのか、そういった部分も整理する必要があるかと考えております。

それから2番目の丸でございましてけれども、医師・看護師の確保、それから専門性の高い症例への対応といった観点から、もう少し広いエリアをカバーする広域的な運営というものは検討できないかというものがございまして。

それから3番目の○ですけれども、救急通報は119番というわけで大変覚えやすいのですけれども、今のところ#7119という専用ダイヤルを検討いたしております、市民に覚えやすい電話番号がないのかということも検討する必要があるかと思ひますし、これに関連いたしまして、一般市民にどうやってこういう救急相談事業を普及啓発していくかということも大きなテーマであろうかと思ひます。

それから最後の○ですけれども、今回、救急相談窓口を設置するに当たりまして、相談のプロトコルを作成することとなりますけれども、こういったものを家庭でも使用できるようにしたらよいのではないかという意見もございまして、こういう家庭で使用できる救急相談マニュアル等の作成ということも検討してはどうかと考えているところでございまして。

救急指令・救急相談作業部会につきましては以上です。

続きまして、災害時における消防と医療の連携に関する作業部会検討項目についてご説明させていただきます。

まず、平成21年度緊急消防援助隊ブロック訓練にDMATの参加を求め、平成20年度検討会の提言に基づいた訓練を実施します。その中で、活動等を検証することによる、さらなる課題の抽出及びその改善策の提案を行う。2つ目に、災害時に救急救命士に求められる救急救命処置のあり方ということで、これは昨年度の宿題となっております処置開始時期の拡大、あるいは活動場所の拡大というようなことをございます。

続きまして、昨年度の検討会における提言の内容です。大きく7項目ございました。災害対策本部等における連携体制、調整本部・支援本部における活動方針、3つ目に被災地内における救急救命士への特定行為に関する指示等、4つ目に被災地への出動、安全管理、情報共有体制の確保、そして平素からの連携体制の構築、このような提言がなされております。

続きまして、32ページでございます。これは昨年度の提案で消防と医療の連携・情報共有体制の確保のイメージの案ということになってございます。右上の消防活動調整本部において消防機関と現地で活動するDMATを統括するDMATが連携を行う。そこで、消防機関と一体となり全情報の共有を図るというようなイメージの図となっております。

続きまして、緊急消防援助隊の本年度の訓練の日程でございます。全国6ブロックで10月から11月にかけて訓練がございます。この訓練の中で実際に消防活動調整本部へDMATに入ってもらう。消防機関とDMATは、以前から合同の訓練をやっております。ただ、現場の訓練が多く、救急隊と救助隊、DMATというような現場の訓練が多かったのですが、逆にことしは調整本部、コアな部分に入っただいて、情報の共有体制を体感・検証をしていただこうと考えています。検証事項につきましては、昨年度の提言の内容となっております。その中で課題の抽出及び改善策の提案を行っていくというようなことを考えております。

続きまして34ページです。これは訓練のイメージの一例でございます。35ページ、もう1つの検討課題でございます昨年度の今後の課題の中の救急救命士の処置開始時間の拡大ということで、イメージ図を書いておりますが、心肺機能停止状態になる前の傷病者に対する静脈路確保、侵襲性の低い医療行為、あるいは救出に長時間を要する場合には重篤化を回避ということで、救命率の向上が期待できるために心肺停止状態になる前の処置についても検討する必要があるのではないかとというような提言がございました。

続いて、ページをおめくりください。次は場所の拡大でございます。救急救命士の処置は救急車内というような場所の限定がございますが、災害現場において救出中の傷病者に対する救急救命処置、あるいは応急救護所へ搬送された傷病者に対する救急救命処置ということで、大規模災害時の医師・看護師のマンパワー

不足の中で救急救命士を有効活用できるのではないかということで、救急車以外の場所で、もちろん医師の管理下でございますが、処置が行えるよう今後検討を行う必要があるというような課題が昨年度はございました。

以上でございます。

座長 ありがとうございます。

事務局からただいま3つの作業部会についての説明がありましたけれども、昨年からの3つの部会は引き続いておりますので、私は座長といたしまして、作業部会の部会長をどう思うのかというところでお話をさせていただきたいと思いますが、メディカルコントロールの作業部会については、昨年の引き続きでございます。横田委員に、そして救急の指令あるいは救急相談作業部会については、昨年はコールトリアージの話からの拡充でこのような形になっておりますので坂本委員に、そして災害時の消防と医療の連携の作業部会に関しては、昨年度は別の部会で議論されていた検討会での議論でございますけれども、その議論を踏まえまして山口委員にそれぞれお願いしたいと考えておったところでございますが、委員の先生方のご賛同をここで得たいと思いますが、いかがでございましょうか。

(拍手)

ありがとうございます。それでは、この3つの作業部会については今のお話のとおりでございます。横田部会長、坂本部会長、そして山口部会長にお願いし、そして作業部会を進めてまいりたいと思っております。よろしくお願ひしたいと思ひます。

まず、少し長く事務局からのお話がありましたけれども、3つの作業部会の一番先でございますメディカルコントロール作業部会について、きょうは第1回でございますのでフリーディスカッションをお願いしたいと思ひますが、1ページが3つの作業部会であります。2ページからメディカルコントロール作業部会の検討事項ということで事務局から説明をいただき、そして3つの活動記録の票等々が出ております。その辺も踏まえまして、ご意見をいただきたいと思ひますが、いかがでございましょうか。委員、どうぞ。

委員 2ページ、それから5ページのデータベース化の話がかなりメインとなってきた印象があります。データの取り回しや、データベース化などは、電子カルテのあり方といった医療本体の中の議論と、連動しないと、限定された部分でのデータベース化や1患者1カルテといった方針をとるかという決定が先行すると、今、厚生労働省等々で行われている議論もなかなか先に進まないという現実があるようです。これはやはり片方でセキュリティーの問題があり、もう片方でデータを患者さんのいつでも横に置いておき、いつでも取り出せる状態にするような利便性と2面ありますので、利便性を上げればセキュリティーは下が

る、という中でどうやっていくか、また、消防あるいは、メディカルコントロールの中に限定できるのかどうかを含めて、作業部会というより親会議で十分考える必要があるのだと思うのです。先に各論からいきなり入っても、将来禍根を残すことになりはしないかという危惧が少しあります。

座長 ありがとうございます。今、重要な指摘がありましたけれども、事務局、いかがでございましょうか。データの連結の中で、5ページだと思いますが、5ページ等でも、ちょっとごらんいただきたいと思いますが、上の段から下の左から右に入っていきますが、途中までが消防のデータ、そしてその先が医療機関のデータの、この連結の問題で、今、我々医療機関の中では非常に大きな電子カルテの問題で、セキュリティーとの兼ね合いでどうだということでございますが、事務局、ご説明願えますか。

事務局 委員からのご指摘はごもっともだと思います。ただ、いろいろと見ていきますと、非常に大がかりなデータセットというものは現時点で、いきなり長崎のようなものができるというのはまず無理だろうと思っておりますが、例えば実際に救急隊の病院の選定が正しかったかどうか、適当だったかどうかといったものを検証していこうというような話をしていきますと、どうしても医療機関側からの情報をオンするような形のものが要るのではないかなと思っております、それは大がかりなデータセットというよりも、現時点でも医療機関に到着した際に、到着時の初診傷病名はいただいておりますので、それにプラスアルファというところから、もう少しちゃんと現場を見ていくというようなところかなと思っております。

長崎は、もう10年来の歴史がありますので、回収率も抜群にいいというような形で、データセットというものはでき上がっております、地域の実情という形でどの程度医療資源の投入が必要なのかとか、どういった地区で、これはもうそれぞれの市町村でどのくらいの救急搬送があつて、どういう確定診断がついて、その方たちの転帰がどうだったかということは取りまとめられているというのが現状でございます。ただ、なかなかこれは、長崎だけを出したというのは、逆に言うと、ここまでのことをしているのはおそらく長崎だけなのではないかということで事務局としては出させていただいておりますので、これをいきなり全部やろうという話ではないということを追加で説明させていただきたいと思っております。

座長 ありがとうございます。委員、どうぞ。

委員 実は東京における脳卒中の医療連携については、時々総務省の会議で披露することがあつて、事務局がおっしゃった、それからこの資料に書いてありますような長崎のような話はしばしば議論に出ます。なぜかというと、脳卒中の患者さんをきちっと運びましようねとってルールをつくった、だけれども、脳卒中だと

思って運んでいったということに関してのみ言えば、実は脳卒中でなかったものは100分の30ある、ここまではわかるのです。これはこれで脳卒中だと思って運んでいって、そうでなければそうではないことをきちっとやっていけばいいだけの話なので。それとは逆に、脳卒中ではないと思って、脳卒中ではない医療機関に運んでいって、実は脳卒中だったというようなことは、これは長崎のような病院での診断名と救急隊の判断とをマッチングさせないと、これはどうにもならないのです。ですから、MC協議会などで一生懸命議論して、または救対協から病院側の、月曜日の午後はこことこことここがオーケーだよとかとあって、医療提供側と救急隊側がうまく合作したと仮定しても、その先でうまくいっているかどうかを検証しようと思うと、この手のマッチングのことを抜きに考えられないのです。ですから、病院側から見ると、おそらく救急隊と接触したその時点において、とりあえずの初診時診断というようなところで、例えば脳卒中と書くとしても、その後、確定診断を下す。脳卒中の場合にはおそらく2時間ないし3時間すれば確定診断が得られますけれども、その段階で実は慢性硬膜下血腫であったりとか、糖尿病の低血糖発作だったりというようなことがわかって、そしてそれが救急隊との搬送の理由とマッチングさせるというような話にどうしてもなりますから、これは初診時のときにはもちろん書いて渡す、紙で渡していますので、それはそれでいい。あとは入院して5日とか1週間とか、よくわかりませんが、どこかで何かのアクションを起こしてやっておかないと、この手の議論は進まない。アクションを起こすときに、委員がおっしゃるように、病院の、例えば電子媒体化された情報を何らかのプロセスを使ってどちらかに集積するという方法もあるだろう。例えば外傷のデータを外傷研究診療機構という、いわゆる任意団体がやっているトラウマレジストリーに移すというようなことは、病院によっては研究的にはやり始めようとしているのです。そうすると、ドクターや、それから診療録管理士がそのための手間を省いた形で情報として集積できると。だから、それはそれでいいのです。ただ、それがそういうような電子媒体上のアクションというか、パフォーマンスでうまくいくかどうかという話が、委員が言われたみたいに大事だということはわかるのですけれども、その大事さと同じ程度に、今現在行われている消防と医療の連携に関する情報の検証作業も大事だというようなことなのだと思うのです。だから、その辺のバランスをどうするかということになるのではないかなと僕は思います。

座長  
事務局

ありがとうございます。どうぞ。

電子カルテのあり方とか、電子上、データベースの話について私どもは知見がございませんので、よく厚生労働省とそのあたりの進み方と歩調を合わせてやっていかなければいけないと思いますが、やはり医療機関の持っている患者さんの個人情報の問題については過去いろいろ問題がございまして、ちょうどウツタイ

ンのデータにつきましても、医療機関に入った後の1カ月後の生存率だとか、社会復帰の状況だとか、そういった情報を医療機関からいただくに際して、特に個人情報保護法上の問題点についてもきっちり議論しなければいけないということで、ちょうど私も消防庁でも検討会を設けまして、そのあたりの消防機関に対する医療機関の情報提供については、一定の公益的な目的の中で許されるのではないかと、特にその後のデータ処理の仕方として、個人情報、個人が識別できないような形で出す等の工夫を凝らしながらやる場合については、法的にもクリアできるのではないかと出ておりますが、今回の調査はもう少し踏み込んだ形になると思いますので、そのあたりはきっちり法的な面とか、制度的な面をよく厚生労働省とも相談しながら進めていきたいと思っております。

座長 ありがとうございます。ぜひよろしくお願ひしたいと思っておりますが、この関連、どうぞ。

メディカルコントロール作業部会長 (以下MC座長) 作業部会の座長を仰せつかっておりますので、確認と、親会議で方向性を少し示しておいていただきたいなということで質問を兼ねてお話をさせていただきます。今回、焦点を割と明確にさせていただいたので、メディカルコントロール作業部会では比較的検討しやすいかなと思っております。しかも今回のトップに挙がっておりますデータを連結してシステムの評価・分析をしていくというところは、先ほど来、最初にお話のありました消防法改正で現行進みつつある搬送基準のつくり方と病院選定のリスト作成など、強く関連していると思っております。たとえば、基準をつくって、病院のリストをつくって、その結果、患者さんを円滑に収容できたのか、少し問題があったのかを評価しなければなりません。ということになりますと、我々医師から見ますと、その傷病者の病態、いわゆる患者さんの病気に応じて最終的に適切な治療がなされたのかどうかというところのデータを収集しないと、正確な評価・分析ができないということになります。それなしで、例えば搬送基準をつくれとか、病院の選定を云々しろというのは、難儀な話だろうと思っております。ですから、この問題についてはメディカルコントロール作業部会にお題をちょうだいしたということは極めて大事なことだと思っております。

そこで、一、二点、この救急業務高度化推進検討会で整理しておいてほしいのは、委員が言われた個人情報保護にかかるデータの取り扱いについて、そこをどう思うように考えるのかということを確認させていただきたいこと。また、作業部会であつた、こうだとおそらく医師である委員同士で議論しても、その道の専門の人に聞かないとちょっとわかりませんというようなことになると、討議をするのが難しいと思われまふ。そこで、1つは事務局がおっしゃったようなことだけではなくて、委員会の中にその道にたけた委員のご選任を願ひたいということが1点でございます。もちろんそれが厚生労働省の現在の中での診療録といひまふか……。

- 座 長 管理士というのがありますね。
- MC座長 そうですね、医療情報を扱ってきた今までの経験で、それを他施設とデータを連結させるという仕組みについてよくご存じの方に委員として入っておいていただかないと、おそらくイの一番に委員が言われたようなことで行き詰まってしまいますので、そこは事務局にひとつお願いをしておきたいと思います。
- それと2点目は、こういうことをやるのは大変理想的ではあるのですが、現実には、では、個々の病院にとって何かインセンティブがないと、協力していただけないことがしばしばあります。作ったのはいいのだけでも、実際、地域のメディカルコントロール協議会でこういうことをお願いしますと各医療機関にお願いをするときでも、やはり行政と一緒に入っていただいて、財政的にはどの程度負担になるのか、その分支援していただくことが必要です。データを返すのはいいのだけでも、うちには救急の事務員1人置こうとするとこれだけのものが要るのだということは当然出てきます。そういったちょっと先が見えるようなところも、ぜひこの検討会の中である程度練っておいてもらいたいということが作業部会の、まとめろと言われたほうの長からのお願いでございます。
- 以上です。
- 座 長 ありがとうございます。これはもうお願いということにさせていただきたいと思いますが、事務局、何か追加はありますか。どうぞ。
- 事務局 1点目の法的な観点からの検討ということは重要ですので、私どもは作業部会の委員にも考えておりますけれども、そこはしっかりやらせていただきたいと思います。
- あと、医療機関のインセンティブ、事務作業の話は、にわかにお答えは出しにくいのですが、ことしの検討会、作業部会でも、かなり事務作業的なものが出るとすれば、そちらの手当ても考えたいと思いますので、そこはご意見を踏まえて工夫させていただきたいと思います。
- 座 長 よく出る話で、確かにインセンティブを何とか維持しながら、ということになると、ある程度の金銭的な費用弁償ということは必要になることが多いもので、その辺のところもぜひよろしくお願ひしたいと思います。
- どうぞ、委員。
- 委 員 2点あるのですが、まず1点は、長崎は全例を検証されているのですね。それを全国500万件の件数全例を想定してやっているのか、あるいはある程度絞ってやるのかということが1点です。
- もう1点は、先ほどから出ています個人情報も含めてなんですが、具体的な例として9ページに出ている長崎県の検証用返信票というものがありますけれども、ここにはこういう形で氏名とかもろもろも出るような形になっておるのですが、これは明らかに医師法の守秘義務違反ではないかと思うのですが、その辺に

関して、それについての厚生労働省の見解をお聞きしたいのですが、いかがですか。

事務局　　まず1点目のほうから。いきなり全部500万件は、理想ではございますが、おそらく難しいと思います。ですので、どこからできるのかという現実的なことも含めて作業部会でご議論いただければと思います。

ご指摘がありました2点目も、厚生労働省というお話がございましたけれども、9ページ目の右の表でございますが、真ん中に、上の5分の1程度でございましょうか、米印がございまして、返信する際は切り取り線で切り取ってご返信くださいというような形になっております。ですので、まだ弱いというようなところはあるかもしれませんが、一応、連結可能匿名化というような形で長崎では対応がなされております。

座長委員　　よろしゅうございますね。ありがとうございます。

このメディカルコントロール作業部会の今回の調査について、消防の立場として、代表するわけではないですけれども、個人的な見解を述べさせていただくと、この必要性ということは十分わかります。まず、現場の風景を言いますと、おおむね救命センターなどに救急隊が運ぶと、多分、この票の大半は黒板に書くとか、メモをして残してまいります。その後、病院の方たちは、看護師さんは看護師さんの記録、先生は先生のカルテというようになっているのです。何を言いたいかという、あえてこういうことをやらなくなって、病院というものがどういようなことをしたいのかというならば、カルテとの一体化だとか、そういうことでできるのだろうと私は思っているのです。しかしながら、それが今、なされていないということ自体が消防と医療の連携という言葉があるような分断化されている状況だと、ここに私は問題があると思っています。ですから、あえてこういうことをやらなければならないということ自体に実は問題があるのではないのかと、しかも我々の業務というのは、医療機関に搬送するということで完結する話であって、医療機関側が、救急医療という大きな広い視点から見れば、どのように患者を運んでくるかということとはもっと積極的にアプローチすべきであって、それをこういうような票を使わなければMCとして検討できないというところに私は問題があるのではないかと、まず言わせていただきます。

それから次に、私はさっき委員がおっしゃったように、昨年の暮れ、東京としてやらせていただいたときに、非常に参考になりました。それは何かというと、地域の医療機関というものと、それから我々救急側というのは、何らかの工夫というものを必要とするということが非常によく鮮明に出たということです。それが多分、8月の末に行われる東京ルールというものに方向としてなってきたのだと思います。

そこで今度は各論的な言い方なのですが、5ページ目の受け入れ医療機関決定

までに受け入れに至らなかった理由とその件数というものがあるのでありますけれども、これは、きょうは大半が座長を含めてみんなMCの先生なので、怒られてしまうかもしれませんが、これは本来、医療機関側が回答すべきであって、救急というのが又聞きをして書いていいのかというところは私は押さえておいていただきたいなと思います。

以上でございます。

座長 今、最初に私が長崎と東京と、都県というように言おうとしたのはそこなのでございますが、今、委員からも12ページ、13ページの流れでご指摘がありました。確かにこれは医療機関がというところがあるのかもしれませんが、この辺のところについてはこれからのディスカッションの中でも出てくる場所だろうと思いますので、ちょっと時間をいただきたいと思います。どうぞ。

委員 それでは追加しますけれども、1つは、長崎のこの例は今年1月、実際に熊本で見せてもらったと思いますが、そのときにも議論になったと思いますが、例えば病名といったときに、ICD10にのつとるのか、それとも救急に特殊な分類方法が必要なのか、何かのモディフィケーションのバージョンをつくるのかというお話をしましたが、今のところはICD10を使用せず、長崎では適宜やっているというお返事だったとお聞きしています。

問題は、それをもっと広げた場合に、データの部分が整理されないまま、それぞれの県が独自に分類を行う状況が生じてしまうことで、医療保険の請求のところでは、今でも病名のくくりができていない現実があります。日医のORCAソフトはICD10に乗っているのですが、そうでないケースも多くあって、それをそのまま議論しないで、こうやりましょうということは少し走り過ぎている感じがするのです。ですから、こここのところはメディカルな議論をきっちりしていただいて、その上でこういうフォーマットにしましょうという形としないといけないのではないかなと思います。

もう1つは、メディカルコントロール協議会のあり方という議論をもう数年間やっけていまして、今回の改正でも大きな問題でしたけれども、当面こういう形で立ち上げようということで始まっているわけです。そこに出すデータがどういうものであるべきかということは、委員がおっしゃるように、医療のカルテ上では、全部が集積された状態であるということは当然あっても良いし、当然すべきだろうと思うのです。それがアウトプットされて、例えば地域の協議会に出される時点で、どういうデータベースである必要があるか、という議論をする必要があるということなのです。それが今度、国単位になったときに、もっと大きなデータベースになりますので、そのときに無名化をどこからどこまでどういうレベルで積み上げていくか、全く最初から無名化すれば現場に還元できないのではないかという議論とあわせて、患者さんのセキュリティーを最初に置いて、その上に

積み上げていく議論でなければならず、やはり単なる行政ベースではいけないと思うのです。メディカルコントロールは、前から僕が言っているように、まだ今のところサードパーティーオーガニゼーションだと、要するに法律にも規定されているかどうか分からないだろうという言い方を皆さんがされるように、そういうものの中で、善意で行うためにはどういう取り扱いをするのかを含めてお話を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。これについては作業部会長がお話をどうぞ。

MC座長 今、委員がおっしゃった、おそらく長崎の救急白書が出てきたのはデータを収集する例として、データを連結する話であって、データベース化ということが目的ではないと思います。いわゆる疫学調査ではないはずなのです。それははっきりさせておかないと作業部会のほうも混乱します。例えば心カテができる循環器の患者さんを、胸痛の患者さんを収容して、心カテができる病院を選定したときに、その結果がほんとうに急性心筋梗塞だったのか、それなりの病名を持っていて、かつ心臓カテーテルが適切な時間に行われたのかなどの情報がフィードバックできれば、検証に値します。というような意味でとらえて、データの連結が必要と理解はしているのですけれども、ちょっとその辺は親会議で整理しておいていただかないと。

座長 全くそのとおりで、この長崎はこういうことをやっておりますよという事例の説明に出てきたのだろうと私も思っておりますが、事務局、そのとおりですね。

事務局 全くそのとおりでございます。それで、今、委員からありましたICD10との整合性の話とか、500万件やるのかという話はちょっと軌を一にしているところがあると思うのですけれども、全搬送をトータルでとらえるということになりますと、そういう話も出てくると思うのですが、先ほどご説明申し上げましたが、詳細な今回の調査はどれをやるかということは作業部会でやっていただくにして、ぜひ親会では、私どものイメージとすると、500万件全部はできませんので、今、救命センター搬送事案、重篤事案と脳卒中の関係、心疾患とありますけれども、この中で心疾患のうちの心肺機能停止の方についてはウツタインである程度医療機関の情報と連結した評価がなされていると、それをもう少し生命に危険があるものからステップを踏んで徐々にやっていきたいというイメージでして、両方の情報をつき合わせてデータベース化していくということはあると思いますけれども、当面考えているのはこの部分ということでございまして、ここについて、ある程度の方向性がもし親会でもいただけるのでありましたら、きょういただければなということでございます。

座長 よろしゅうございますよね。東京都では今、3ページのところ、検討項目の2のところでの対象というところで、今、事務局からお話がありましたが、この3つについてデータは当然そろっているわけでございます。ネットワークというの

は、心疾患もあり、脳卒中もあり、3次のところはそのままたあるわけで、もう2つ3つだと、熱傷のネットワークがあります。それからもう1つは小児の3次小児というのか、重篤小児のネットワークというものがありますので、5つは東京ではデータはこのようにそろわないのかなという気はいたしますが、ほかのところで何か対象を考えたらどうだというご意見がありましたらお願いしたいと思いますが、いかがでございましょうか。どうぞ。

委員 東京では、救急隊が脳卒中だと思って運んだ症例についてどうでしょうかというところについては、とりあえず、パイロットスタディー的に出ることは出た。だけど、体系的にこれからどのような仕組みで出そうというところまでは実は至っていない。それから、脳卒中だと思わないで運んだ患者さんの中に脳卒中がもしかしたら入っているかもしれないというようなことについては、今のところ全くブラックボックスでどうにもならない。

だから、委員が言われるみたいに、病院側がそもそもその手のデータをつき合わせるのが地域の病院の使命ではないかというようなニュアンスでおっしゃったことは、総論的には全くそのとおりなのです。地域の社会的なインフラストラクチャーとして大事な病院があるのだよと言っている以上は、そういうようなことをしろと言われれば、確かにしなければいけなかったとは思いますが。けれども、実は正味の患者さんの治療だけでもう手いっぱい、とてもそんなことをやっていられないよねというのが、これは病院の現状の景色なのです。だから、委員の病院だって、協力するという意味における前向きのベクトルは多分おありだと思いますけれども、では、事務員をどうやってそこへ展開するのかといえば、これはもうそれだけの兵がない、そういうことですよね。だから、MC部会長も副院長をやっていて、僕も副院長をやっていきますけれども、やらなければいけないという総論的な部分に関してはよくわかる。データを持っているのは病院だから、病院が出さないといけないということもわかる。消防のデータとそうやって突き合わせをすれば、もっといいことができることもわかる。だけれども、もうどうにもならないということが現状だということがあって、いろいろな議論があると理解していただきたいと思います。

座長 ありがとうございます。委員、どうぞ。

委員 今のことにも関連するのですが、実際、ウツタインでもそうなのですが、1カ月後の予後をきちっとデータを把握するときに、転院先にまで問い合わせ確認するという作業がたくさん必要になるのですけれども、先ほどおっしゃった法的な個人情報保護とか、医療法との関係で、その辺まではどう整理されているのでしょうか。この切り取り線とかは1週間ぐらい、当該の医療機関だけでとどまる場合は何ら問題ないのですけれども、その先まで法的にちゃんと担保していないと、そこから先の情報は得られないのです。それはすごく重要で、

その情報の利活用を法的にちゃんといろいろな手続を踏んでクリアしておかないと、非常に重要な情報が抜けて終わってしまうと思うのですけれども。

座長 事務局、ご説明をお願いできますか。

事務局 ウツタインの中でもそこは非常に、ウツタインのウイークポイントの1つということでの評価を受けることもございますが、要するに転院をした場合には、1カ月後生存率といつつ、転院をした場合はその時点をとってもよいというような形での運用もしてまして、そこはきちんと倫理的に整理がついていれば、もちろん追うということになりますけれども、ウツタインの中でも限界を感じながらやっている部分はあるということが現状でございます。

座長 それは法的なところはいかがなのですか。どうぞ。

委員 ほとんどこの会議に出ても貢献できませんので、こういう法的な問題のところだけを少しご意見を言うべきなのだと思いますが、1つ、最初に私も一応、法学部には所属しているのですが、医学でもきつと同じだと思うのですが、1人の法学者が何かこれは法的に問題がないと言って、異論がないかという、お医者さんでもそうだと思いますけれども、間違いなく異論が出てきます。だから弁護士2人集めれば、意見が異なるということはいっぱいあるのです。だからその意味では私が頼りないということもあらわしていると同時に、それだけではなくて、法学でも意見が異なるということは理解していただきたいと思うのですが、多分、ここに出てきた議論を私がお伺いしている中で、こういう検証作業みたいなことについて意義を疑っている先生方は多分ここには1人もいらっしゃらないと思うのです。だからその意味では、消防の救急活動で、消防法とかというものに根拠法がきちんとあって、それが国民のためになるということがわかっていて、それに基づいてやっているわけですよね。それをさらに効率化しようと思ってこういう検証作業をやっているときに、目的は明らかに立派なことをやっているのに、例えば医師法違反ではないかとか、個人情報保護違反ではないかという懸念が出てくることは当然だと思うのですが、法律も時には常識に反したことが出てくることはありますが、基本はやっぱり常識的な結論が出るのが法律だと思うのです。だから、私も細かく、例えば医療法とか医師法なり、個人情報保護法をもう一度見直さなければいけないと思いますが、間違っても、こういう救急の効率化しようと思っている大きな大義がある中、それを法律がテクニカルな理由で何か防止するという事は、障害になるということは基本的になくて、先ほど事務局からも、既に一度はきつと検討されているのだと思いますが、そこでもクリアする道はあるというようなものが多分そこでの結論だと思いますし、私が勉強してきた中でも、文面上をみれば、何か矛盾するような条文があったり、一見すると間違っているようなことはあると思いますが、そこで何か障害に、もちろんセキュリティに気をつけなければいけないとか、そういうことはあると思

ますけれども、だからといって、法律が何かこういうきちんとした目的でやろうということをやめさせようということにはならないというのが私の直感なので、そこはあまり大きく気にする必要はないと思いますし、例えば医師法の守秘義務の例は、最近、皆さんもご存じのように、一部マスコミ報道とか本の出版なんかで問題になったと思いますが、医師法の守秘義務違反でお医者さんが逮捕されたとか、訴訟になったということはほとんど事例がないのです。だからよっぽどひどい事例で、しかも何か患者さんのことを考えないようなことが疑われるような事例なので、こういう目的でやっているときに、何か医師法の守秘義務が障害になるということはないと思っていただくほうが私は常識的だと思いますし、それはきっと、間違っている可能性もあるかもしれませんが、多分それが正しい答えではないかと思います。

座長 ありがとうございます。委員、よろしゅうございますか。

委員 僕も全くそのとおりに思うものですから、それをあいまいにしないで、むしろきちっとクリアしておいてほしいと思うのです。

座長 わかりました。委員、どうぞ。

委員 私も全く同じ意見ではございますが、片方で、医師というのは非常に患者さんの個人的な問題にかかわることが深いわけです。早い話が妙齢の婦人が他人の前で裸になるなんてことは普通では考えられない。それは、医師は必ず秘密を守るということがあるから、その信頼のもとにやられているわけです。だから、ほかの場合と比べて医師には特段のそういう守秘ということが義務づけられてくるのは、これは当然だろうと思うのです。私もこの意図そのものが間違っていると考えているわけでは全然ないのですが、もしも、そのことにしっかりけじめをつけないで崩していくと、おそらく今までずっと綿々と続けてきた医療の前提を覆す蟻の一穴にならないかと心配するのです。医師会を含めて、医師は守秘ということに対して非常に敏感であると理解していただいたほうがいいのかと思います。

ただ、このことに関しても、何らかの法的な形でこういうように消防のほうでも担保をしていただけて、このことに関して、守秘義務から外れるのだよということを明確に出していただければよいのです。別にほかの目的に流用するわけではないわけですから、しっかりとした手だてを打っておくべきです。このことは救急業務だけではなく、医療全体に大きな影響を与えていく可能性があるから、十分注意していく必要があるだろうと思います。

座長 委員が先ほどおっしゃったのはそこだと思います。どうぞ。

委員 おっしゃるとおりで、私もその部分は非常に大事だと思って、2つほどだけ補足させていただければと思うのですが、1つ目は、私より事務局のほうからお答えいただくほうがいいのかと思うのですが、何かこれは法的に大丈夫だという確約をもらうのは、実際にはきっと難しいのだろうと思うのです。つまり、とん

でもない事例が出てきたとき、仮にここで何か確約しても、捜査が入るとか、検査が動くとかというときに、それをとめるということは無理なので、だから基本的にはなかなか難しいと思うのです。だから厚生労働省と相談して、こういうことは問題ないかとかという意味で、事前に何らかの一致点みたいなことを求めておくということは重要だと思うのですが、それ以上に向けて何か常に絶対大丈夫ですよというのはなかなか難しいのだろうということが1点目です。

2点目は、1つやり方として、今、委員が言われたような患者さんに向けて、お医者さんがすごく患者さんの治療するために情報を開示してもらうためにすごくセンシティブだということはおっしゃるとおりだと思うので、例えば今、個人情報保護法なんかでも、医療機関がこういう場合には情報を外に出しますという形で何か掲示みたいなことをきつしているのだと思うのです。だからその目的の中に、例えば救急の効率化のために情報を出すということは事前に明示をしておいて、患者さんにもやるというようなことは十分あり得るので、そういう形で何か対処とかという方法はあり得るかなと思いました。

座長 ありがとうございます。

ごめんなさい。手がたくさん挙がっていますが、実はまだ3分の1しか終わっていないのです。ちょっとだけお待ちいただいて、このぐらいにさせていただかないと、もうとても時間がなくなってしまうわけですが、また戻っても構いません。

17ページをお開きいただきたいと思います。2番目の作業部会は、救急指令・救急相談等の作業部会であります。この作業部会について、いかがでございましょうか。ご意見をいただきたいと思いますが、どこからでも結構でございましょうか。いかがでございましょうか。

あるいは、最初にこの作業部会の部会長としてのお話をちょっといただければと思いますが。

救急指令・相談業務作業部会長（以下救相座長） それではご指名ですので、昨年のトリアージ・プロトコルの作成の作業部会から引き継いで、今回、救急相談にまでこれを拡大した形で、主に情報提供あるいは情報の確認というような部分で、それを軽症から重症までまとめてということでのお話になったと思います。トリアージ・プロトコルの側につきましては、先ほど事務局からご発表いただいたとおりで、特に心停止に関するPA連携、あるいは口頭指導等については、実際それを運用していくというような形になっていくのだと思います。

それからもう1つ、事前病院選定という言葉が出てまいりましたけれども、これは選定という言葉が正しいのか、あるいは事前情報提供というような形がいいのか、いずれにしても、このような緊急性の高い疾病が通信段階で疑われるという場合には、救急隊が行くまでの間に収容可能な病院の候補を当たっておくと、

あるいはアラートをかけておくというようなことが、それが実際可能なのか、あるいは有効なのかということについて、これは少しいろいろ情報を集めて考える必要があるかなと考えております。おそらく救急隊が着いて、救急隊員が直接見て得られる情報の確度と、それから、それまでおそらくタイムラグとしては10分程度があるわけですが、その10分待つてより正確な情報に基づいて選定をしたほうがいいのか、あるいは10分でも早く不確実な情報のもとに選定をしたほうがいいのかということは、これはちょっといろいろ検討すべき内容があるかなと部会長としては考えております。

それから、救急相談につきましては、私自身も東京都の救急相談センターの立ち上げに関与した経験と、それからそれに際する際にさまざまな相談のプロトコル等の作成についても考えてまいりました。東京都で実際、既に実施している中で、全国展開する上での問題点ということではいろいろ考えなければいけない部分がありますけれども、東京でも問題になった、これはそもそも消防という範疇でやると、どうしても救急車の搬送ということだけがターゲットになるわけですが、病院側からの負担を考えれば、夜、患者さんが来るのか、昼まで待つて来るのかという、つまり、歩いてきても、救急車で来ても、夜中に患者さんが来れば、病院の負担としては変わらないわけです。どちらにより負担がかかっているかという、医療機関側がボトルネックになっている部分がある部分であれば、その部分も踏み込んでこれは相談をしていかないと、あまり意味がないと、そうすると、消防署の持っている救急車を使うか使わないかということだけでの相談にとどまらない部分があるということではやっぱり考えていかなければいけないだろうということです。

それからもう1つは、#7119という電話番号を、これは全国共通にしていくのか、あるいは119番とほんとうにやっていくのであれば、119番で、火事ですか、消防ですか、救急相談ですかというような形でそちらに1本にしていくかというようなことも含めて、これは少し将来的な設計を考えていかなければいけないのではないかなと、一応、今の時点では考えております。

座長 ありがとうございます。総論的にお話をいただきまして、ありがとうございます。

いかがでございましょうか。委員、どうぞ。

委員 東京都の場合、これはかなりやりやすいのではないかと思うのですが、ほかの県、大阪府もそうですけれども、ほかのところは消防本部がたくさんありますよね。その中で、大阪市は大阪市消防局だけでやっていますからカバーできるのですが、愛知県と奈良県、奈良県はことしの10月からということで、運用はまだですね。愛知県はもう始めていらっしゃるのですか。

事務局 医療機関案内はやっています。救急相談はことしのやっぱり秋からということ

で。

委員 特にその相談を受けて、#8000番、これは比較的簡単にいけることが多いかと思うのですけれども、#7119ですか、こちらの場合、相談を受けて、これは緊急を要するからといって、どこの消防を出すかという形になると、これは一応、そこの消防本部へ案内を受けた方から回すという形になっていますよね。

事務局 そうです。

委員 そうした場合、どこの消防本部へ回すかというようなことも含めてかなり問題が起こってくるのではないかと思うのですが、その辺はどういうようになっているのでしょうか。うまくいきそうなのですか。これを見ていると、きつとうまくいかないだろうなと私は思ってしまうのです。なぜかという、現実の問題として、大阪府は33消防本部があると思うのですが、それをどこかが受けて、その近くの消防にこうだと言っても、そこの消防がないときもありますし、そうしたら、次どうするのかというような話になってくるから、ある程度ブロック化して、広域消防みたいなことを同時に進められればいくでしょうけれども、小さな消防本部がいっぱいある現状ではなかなか難しいのではないかなと思うのですが、その辺のことはどういように理解されているか。

座長 東京とは違うのだよというところですね。どうぞ。

事務局 まさにその問題がございますので、いきなりこれは県単位でできないだろうということで、ことしの21年度の予算で消防庁のモデル事業ということで、特に今、杉本委員から話がありました消防本部の単位というのは、東京以外はまだ細切れの状態ですので、そことの連携ということは非常に課題がありますので、課題抽出と解決策ということでモデル事業ということになります。

大阪市の場合は、消防局の救急担当部長さんがお越しになっておりますけれども、消防の場合には、消防本部同士の指令の転送システムというものがありますので、おそらく大阪市でやるものの中にも、大阪市外から通報が、救急車を出さなくてはならない場合もあるかと思えますけれども、そこの転送はわりと容易にできるかと思えます。愛知と奈良の場合には、県の医師会館の中のセンターとか、そういうところに相談が入りますので、そこから救急車の要請が必要なときに、どうやって消防本部につなげていくのかというところが課題ですので、しっかり事業の中で担保しながらやっていきたいと思えます。今、基本的には転送という格好で所管の消防本部に救急車の要請が必要なのでということで消防本部に伝達して、そこから速やかな救急車の派遣ということになると思うのですけれども、将来的には、今、位置情報で、119番がありましたら、ある程度一定以上の政令市であれば、場所が特定できるというGPSがありますが、その情報は転送の場合にはできませんので、そこをうまくクリアしていかなければいけないわけですが、ことしの愛知県、奈良県の事業の場合には、そのところがし

っかりつながらないと担保できませんので、しっかりやっていく考えでおります。

座長 委員、どうぞ。

委員 現場の話ですが、消防というのは、ご承知のとおり、救急だけではなくて、メインは火災で、そのほかにもいろいろな自然災害なんかをやっていくと、例えば関係機関とのホットラインというものはたくさん持っているのです。それはきょうおいでいただいている札幌市も大阪市も同じなのですけれども、要するに情報の接続というのはものすごい神経を使う機関で、規模の大小にかかわらず、必ず何かの事業をやるときに、自分の中で完結できないときというのはそのホットラインを持つというシステムで、きているのです。ですから、私は愛知県のことを確認はしていませんけれども、多分、愛知県もかなりの数の消防本部があって、全県1区で相談をやるとなると、必ずそのかかってきた方の住所地というのを管轄する消防というのが必ず出てきて、その消防というのが、煩わしいけれども、三十幾つあるとするならば、その本部とのホットラインを必ず引くというシステムをとるとい、これはあえて大代表から回すというようなことをやると、必ず時間的なロスもあるのと、それから必ず電話の間違いつてあるではないですか。そういうようなシステムを必ず組むはずだと思います。東京も、正確に言うと、東久留米市と稲城市というのがあって、そこも含めて電話相談事業の対象地域です。あえて言うならば、人口割りからすると、かえって稲城市とかというところからの電話が多いのです。そうした場合には、やっぱり我々が持っているホットラインというものを使って、その中でやりとりをするということになります。

以上でございます。

座長 要するに、制度的には、システムの的には可能だろうという理解でいいわけですね。

委員 全く可能だと思います。

座長 ありがとうございます。

申し訳ありませんが、委員の皆様、少し簡潔にご質問いただけると。

MC座長 救急安心センターの事業は、おそらくこれは救急車を依頼しようかどうか迷う、ということで生まれてきた話だと思うのです。ただ、患者さんあるいはご家族の目線で立った場合に、救急車を呼ぶか呼ばないかという前に、病院に行こうか行くまいかという選択肢があるのです。実は私たちは医療機関のサイドですので、今、問題になっているのは時間外の診療をどうするかということと、救急患者さん、いわゆる救急車も含めて結構ですけれども、ほんとうに重症な救急患者さんをどうするかということは、病床を持っている病院施設ともう1つは時間外に診療される患者さんの受け皿との役割分担を明確にしていけないために、病院自身も救急病院が非常に混乱を来しているという実態があります。

もう一度話をもとへ戻しますと、傷病者の目線で見たとときに、実は時間外だったら、医療行政上は初期、例えば救急事業団で休日急病診療所がありますよということにはなっているので、考えてみると、本来はそこへかかるべきか、かからざるべきかという、まずいわゆる分岐があるべきなのです。今、ここは消防の場ですので#7119についての話だけやっていますけれども、それは重症だからすぐスイッチを入れて救急車を出しますよという利点は生かせます。しかしながら、おそらく患者さんの目線から見たときには、時間外にやっている医療機関はどこなのかしらというような情報を欲しいと思うのは9割以上あります。きょう、厚生労働省がお越しなので、おそらくこの話を突き詰めていったときに、消防サイドでどんどんやっちゃうと、先ほど消防単位を超えての制度化というものはなかなか難しい。だけど、県単位で何かしようとすれば、やはり初期診療との兼ね合い、医療情報の提供ということと切り離せない問題が必ず出てきます。だから、実はこの#7119という事業は、ぜひ救急医療情報提供という意味において、それは時間外診療を提供する地域の医療との関係との中でデザインしないと、おそらく東京、大阪みたいなところを除いてはもっと大変なことになるだろうと思いますので、作業部会では、やっぱり将来的な展望も踏まえて、厚生労働省の初期、2次、3次の初期の時間外診療への振り分けも含めた相談センターなる姿もそのスキームの中にぜひ入れておいてほしいと思います。そういうことです。

座長 ありがとうございます。全くその辺のところは大事なところだろうと思いますので、よろしくお願ひしたいと思うのと同時に、この#7119の中には、全国で1つでもいいような、病状からの健康相談とか、病気相談とか、いろいろなものがある、そこと医療と地域の医療施設の相談というものと2つ分かれるのではないのかなという気がしますので、その辺のところも、1つでいいのではないのという流れもぜひ検討していただきたいと思いますが、どうぞ。

委員 まさに今、座長がおっしゃったことは、地域の医師会ではかなりいろいろな場で、例えば発熱のときにはどう対処するのかについて、医師会のホームページや、それにリンクを張った状態で提供されていたりするわけです。それをオールジャパンでどういうように取り回していくかは、まさに今日的なテーマなのだと思います。

それから、例えば21ページを見ますと、21ページの事前病院選定、これはコールドトリアージから始まっていますが、一定の疾患、4疾病5事業というものが医療法改正の中で言われていますので、それと一般救急の取り合いが生じ、そうすると、まだこれは検討する余地があると思うのですが、小児、周産期、心疾患、脳卒中、精神科、外傷を別なカテゴリーにするかしないか、そういうものにどう対応するかという議論をここから始めていかないと、いつまでたっても各論

に行かない。すでに法律に書かれてあるので、一般救急とどのようにそれらを取り合わせていくかということは、ここで検討する必要があるのだと思います。それがまず1点です。それから地域コーディネーターという制度を、厚生労働省ではすでに予算化してつくっているわけなので、消防だから資料のどこにも書いていないのですが、そういうものとの情報の保有のあり方ということも、実際は議論の中に入れていかないと、患者さんの流れをどうつくるかという話になると思います。

それからもう1点、先ほどの話と重複するのですが、診療所紹介、それから個人情報保護法に基づく掲示についての説明を委員からいただきました。医療機関における個人情報保護のガイドラインは日本医師会がつくったものですので、皆さんの納得いく結論が出た場合には、そのバージョンアップということを確認に考えなければいけないなと思います。最初に僕が言い出したことが僕の仕事になりそうな話なのですが、それには十分な議論をして、納得いく結論を出していただければというのが最後、お願いします。

以上です。

座長  
救相座長

ありがとうございます。部会長から手が挙がっています。

今の委員のお話の続きになるのですけれども、東京の#7119も結局、東京都医師会が前面でプレーヤーとして一番頑張っているということで何とか情報が提供できているというところがありますから、これは全国展開ということであれば、これは日本医師会の力なくしてはできない問題であるということが1つ、それから、先ほどの情報の中で、当初、東京の#7119で、情報がどうしても消防庁の持っている情報なので、いわゆる救急病院が救急車を受け入れられるか、受け入れられないかという情報をもとに病院紹介をしている。これはただでさえ混んでいる救急病院に集中してしまうと。やはり医師会の持っている休日・夜間の初期救急の情報、これを何とかうまく情報として提供できるようにしていくということが、これは非常に大きな問題だったということで、これもおそらく全国レベルで必要になるだろうということ、それからもう1つ、東京1,200万人で医者1人看護師3人、が常時いるというところで、バランス的にはそれでもちょっとマンパワーが足りないということですが、ただ、100万人の県で、到底バランスがとれないということになると、おそらく1県1相談センターというのは医療資源の投入としてあまり割に合わない、座長のおっしゃるように、全国1個でいいのか、ただ、そういうような地域での医療情報ということを見ると、それまた別のものが要るのか、そこら辺は少し考えていかなければいけない問題だと思っています。

座長  
委員

ありがとうございます。そろそろこの時間も参ってしまいました。

1点だけ。これは部会長に多分お願いすることだと思うのですが、横浜では既

にこれに似たことをやっていますよね。

救相座長

はい。

委員

横浜では100件の119番のうち、1件が相談センターに回っているというように当初の1カ月間の情報として言っていたのです。4つのA、B、C、Dの市の中には横浜市は入っているのですか、入っていないのですか。

救相座長

4つというかと？

委員

さっきトライアルで。

救相座長

入っていないと思います。

委員

やはり横浜市の、少し先を走っている社会実験については、ぜひ十分な吟味をして、これに載せることがとても私は大事だと思うのです。A、B、C、Dにとられずに、ぜひお願いしたいと思います。

救相座長

作業部会には横浜市にも協力いただいておりますし、横浜市は119番通報で入ってきた電話の中から相談的なものをより分けて、それをさらに民間の委託した業者に振って救急医療相談をするというような形でやっていますので、ぜひ実績についてはその情報のフィードバックを受けて生かしたいと思います。

座長

ありがとうございます。

このぐらいにさせていただきたいと思いますが、もう1つ総務省にお願いしたいのは、#7119というのはどうも長過ぎるよ、3けたにさせていただきたいよということはいろいろなところで出ているわけですが、個人的なところで私の義理の母親も、シャープみたいな横文字はだめだよ、日本語にしてくれよという、例えばシャープって何ていったらいいのか、日本語だったら何ていうのか、難しいですよ。

それでは、その次に移りたいと思いますが、次は30ページをお開きいただきたいと思いますが、災害時における消防と医療の連携に関する作業部会でございます。これについて、いかがでございましょうか。

まずは部会長からお話をいただいて、それからにいたしましょう。

災害時に

おける消

防と医療

の連携に

関する作

業部会長

(以下消

医座長)

32ページをごらんいただきますと、これまでDMATに関しましてはこの図の左側、緑側のところですが、統括DMATというものを中心にしまして、医療機関支援についてはある程度ヒエラルキーをつくるということが進んできております。しかしながら、災害対策本部、調整本部や、あるいは指揮支援本部、指揮本部にDMATが入ってくれることに、こういう枠組みは今まではなかったのですけれども、こういうことがもしできれば、災害対策という面からも医療に関するいろいろ有益な情報が得られる、さらにこういう連携をすることによって、DMATの側も安全確保であるとか、情報の面でメリットがある、お互いにメリットがありそうだということが昨年度、の検討での提言の主なところがございます。しかしながら、DMATの運用要綱につきましては、地域間にいまだば

らつきがございますし、さらには、例えば災害現状でMCを構築するという  
については、あくまでも地域内ではMCという枠組みがいろいろなところで確保  
されてきてはいますけれども、地域を出ますと、この枠組みを構築することが容  
易ではないということもまたわかりました。ですので、今年度、これに引き続い  
てさらに訓練に参加するというような実働を加えて、その課題や問題をさらに抽  
出して、その解決策を図るということにつながるのかなと今のところ考えており  
ます。

座 長 作業部会長、ありがとうございました。

それでは、委員の先生方からご意見をお願いしたいと思います。いかがでござ  
いましょうか。どうぞ。

委 員 結論から言うと、私はこの緊急援助隊のブロック訓練にDMATが参加する  
ということは大いに賛成であります。それで、部会長が検討されて推進される  
ということであるならば、ぜひお願いしたいのは、32ページに、調整本部で活動  
するDMAT、支援本部で活動するDMAT、さまざまな連携のやり方というもの  
が、これからこの訓練の中で、図上訓練を通してやっていくということな  
のですが、いわゆる緊急消防援助隊側から見て、どのような形であれば連携  
できるかということとはなかなかまだ明確になっていないものがあります。何を  
言いたいかというと、こういった訓練というものは、イメージするのは非常に  
圧縮された時間の中で、ある目的を持って、救助なら救助をするという前提  
の中で、どのように他機関と連携するかということが非常に大事なわけです  
から、そうなる、DMATの機能を最大限に生かすという目的を持ちつつも、  
こういうことであるならば、例えば連携できるという何らかの提示を  
しなければならない条件があると思うのです。それは、今、部会長が  
おっしゃった現場における安全管理ということも1つには非常に大事な  
ことなので、その辺がきちんと意思疎通ができるかとか、そういった  
ようなことを前提にして私は進めたいと思います。既にDMATそのもの  
のあり方というものについてはいろいろ検討されていることはよくわか  
っておりますので、それを踏まえて、今度はDMAT側に対する緊急消防  
援助隊としての立場の中における一定の何らかの、制約という言葉が  
正しいかどうかわかりませんが、そういうことが必要なのではないかと  
思いますので、その辺を議論しながらこの訓練というものをやって  
いただきたいなと思います。

以上であります。

座 長 ありがとうございます。どうぞ。

委 員 DMATの問題は医師会でも議論がありまして、地域というか、都道府  
県医師会単位でDMATの運用ができるかできないかという議論が1つ  
です。もう1つは、予算はどこにあるのだという話になると、ないの  
です。ボランティアだと、

ボランティアでけがをしたらどうなるのだというところから、やはり足元を固めていかないと、この広がりや、システム化していこうというときに、ボランティアでやっているのだからいいのだ、というくくりでは、全くそれではプロフェッショナルな社会的な立場というものは守れないと思うのです。だから、これはやはりいろいろな方がその中に入れるようなシステムづくりということも、この作業部会ではぜひやっていただきたいと思うのです。都道府県医師会の災害対策本部のレベルでは、準公務員としての大体位置づけをしていただいて、その中にはいろいろな立場の医療職が入ることがだんだん定着しつつあると思いますので、そのDMAT版というものは今日的には考えていただく必要があると思っています。

以上です。

座長 ありがとうございます。

DMATというのは、日本のDMATは厚生労働省の指導課が現場責任者になっているのだらうと思いますけれども、いかがでしょうか。厚生労働省から、何かご意見はありますか。予算も何もないのだといえ、いや、そうではないのだらう、予算はあるよと、何か。

オブザーバ それは検討中ですので、まだ概算要求の内部で議論している段階ですから、今までは特段ないというのは、確認しないとわかりませんが、多分、ご要望は受けとめて、今、内部で検討していますので、また何かご報告できることがあれば、そのときにご報告いたします。

座長 よろしくお願ひしたいと思います。

ただ、ご存じのとおり、DMATというのは日本のDMATもあるし、東京もあるし、大きな都道府県はみんな、また別個持っているのだらうと思いますけれども、その持っているところでも予算はついているのではないのかなと、そして災害保険等も出ているのではないのかなとは思いますが、

委員 なぜこんなことを言うかという、例えば新潟県中越沖地震の場合には、対策本部ができて、そうすると〇〇予算とかというものが充当される、結果として医療リソースまで、薬代はこのぐらいだよねとか、そういう話になるのです。ところが、例えば岩手・宮城内陸地震のときには、地震の規模が大きかったので、もうDMATが出動していたのだけれども、実際には対策本部が立ち上がらなかった。そうすると、国の予算がつかないので、都道府県主体の予算の中からどうやって充当するかという話になったのです。実際、僕はそれにかかわってしまして、そうすると、こちらではお金が出ているけれども、こちらでは出ないと、我慢すると、こういう結果になったのです。ですから、災害レベルは後で決まることで、DMATが発出するときには災害対策本部ができるかできないかを踏んでから出るわけではないので、あらかじめのルールがないと、結果として不利益になっ

たり、不都合になったり、ましてけがをしたなんていったら、何にもならないという話になってしまうのです。そのところはとらえていただければと思って言ったのです。

座長 なるほど、わかりました。

今のお話はわかりましたが、委員、何か手が挙がっていましたが。

委員 今の話で、全国の風景の話だけなのですけれども、東京の場合は、これは福祉保健局が基本的にはDMATというものを統括する、統括というか、管理するというのです。したがって、一定の準備的な資材というものに対する金銭的な補助とか、それから出動するに当たっての、いわゆる我々消防との連携とか、それからさらには保険、こういったものを掛けてやるということが前提だと思うのです。今、委員がおっしゃったように、私は先ほどの部会長との話の中で言わせていただきたいのは、我々消防というのは、言うなれば、ボランティアの方というのは非常にありがたいのだけれども、それに対して何らかの連携した仕事をするとなれば、我々がその責任を負うのか、それとも何らかの立場を明確にした方との連携をするのかによってずいぶん違ってくるのです。ところが単なるボランティアという形になってくると、その方たちに指揮権というものが、我々の現場に対する指揮権というものをどれだけ強制できるのかという問題まで踏まえて議論していかないと、連携はできないと思うのです。ですから、非常に大事なことだと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

座長 ありがとうございます。

DMATだけではありません。この作業部会では、災害時に救急救命士に求められる救命処置のあり方ということがあります。今、35ページ、36ページ等でございますが、それは救急救置のCPAで静脈路確保ということは救急救命士に与えられているものでございますが、災害時には心肺停止になる前に静脈路の確保、あるいは輸液を行うということはいかがなものかというところ、そしてもう1つは、(2)になりますけれども、活動場所というところは救急現場並びに搬送というところでもありますけれども、それをもう少し場所の限定というところを拡大していくということはいかがなものだろうかというようなところがあるわけでございますが、DMATも重要なところだと思いますけれども、この辺のところについていかがでございましょうか。どうぞ。

救相座長 36ページの資料についてですけれども、僕はちょっとまだ理解ができないのですけれども、応急救護所へ搬送された傷病者に対する救急救命処置というのは、現在はできない場所という理解でこういうように書いてあるのですか、それとも応急救護所というのは現場から医療機関に行く1ステップですから、そこでやることは基本的には搬送中の一貫と考えてやってもいいという考えなのか、僕はやってもいいという考えのほうが普通ではないかと思っていたのですけれど

も、いかがでしょうか。

座 長

どうぞ。

事務局

現行法上は、救急車内か救急車に乗せるまでの間ということになりますので、救護所から必ず医療機関に運ぶということで、救急車にいずれ運ぶだろうということでカバーされるものであれば、現行法上もできるということになると思いますが、ただ、現在、現実の災害時における救護所の場合に、必ず救急車で次に運べるかどうかというところの問題にちょっと疑義があると思いますので、ここは厚生労働省とどこまでできるのかと、特に災害時の緊急避難的なことで事後的には救えると思うのですけれども、そこは整理しながら進めていきたいと思えます。

座 長

ありがとうございます。どうぞ。

委 員

これは救急の現場だと思ってはいけないのですか。

座 長

災害現場は救急現場、少し救急現場が広がったよと。

委 員

ええ。だって、例えばおうちで人が倒れているといったときに、救急車が行ったときには、現場はおうちですよ。いいですよ。そこから出してきて、救急車に乗せてやってくる。だから、その一連のプロセスの、おうちがこんなに広いのだよねというように思って僕はやっていいのではないかと考えていたのですけれども、それは違うのですか。

事務局

災害現場かどうかという問題よりも、現行の救命士の活動場所というのは、基本的には車内ということで、救急車内、その救急車に乗せるまでの間ということですので、災害時にはおそらく救急車は圧倒的に足りないんで、別の自家用車で運ぶとか、担いで運ぶとか、あると思いますが、そのところは法律的にはクリアに認めていないところですので、その問題意識ということ。それは災害現場でも同じだと思うのですけれども、がけ崩れの現場とかというところでも、普通の災害であれば、単発の発生ですので、必ず救急車を呼んで収容されますけれども、災害時にはそういう現状について、法律的にクリアに読めるところからは外れているのではないということなのだと思います。

委 員

そんなものはそちらできちっとこうだと言っただけならば、さっきの常識の範囲内で読んでいただくというわけでよろしいのではないですか。

座 長

それから、救急の現場というのは患者さんがそこのおうちの中にいるとか、その救急の現場から搬送というのは、救急車までの間というのも当然中に入りますよね。その場合、今、委員は、救急の現場というものをもう少し広くとらえると、災害の現場と同じではないのですかという質問なのだと思いますけれども、そこはどうですか。

事務局

救急の現場と災害の現場は同じだと思います。ただ、今の仕組み上、救急車に乗せるまでの救急現場で……。

委員 だから、その患者さんを救急車が運ばないで、どこか隣のおじさんが一生懸命運んでいたとすると、救急救命士の対象ではないという話ですよ。

事務局 そうですね、そういった問題がありますし、例えば大きな大規模集客施設の救護所みたいなのがありますけれども、例えばディズニーランドの中にあるとか、そういったところも現実にはグリーゾーンというか、そこで救命処置ができるかどうかということはちょっと問題があるところですので、その制約を前提に考えてということにこのペーパーはなっているということなのですから。

委員 この問題に関しましては、1つは災害時ということに伴っての緊急避難的な要素を含めてのやり方ということかどうかということをはっきりさせておくことです。もう1つは、同じようなことが看護師の業務拡大等も含めてのことがありますよね。看護師のこともあるから、それらの関連も含めてどうなのかと、要するに、看護師さんが現場に行ったときにどうなのかという話も必ず起こってくると思われまして。その辺も含めて、救急救命士だけをやる場合、ほかの業種、医療業種はたくさんありますから、それらとの整合性はぜひともとっておく必要があります。これは一応、大災害時を想定されていますが、大災害時なのか、あるいは日常の救急のプレホスピタル活動なのかということを少し明確に区切って議論されるほうがいいのではないかと思います。

座長 ありがとうございます。

全体を通して、委員、いかがでございましょうか。

委員 全体を通しては、こういう形で動くということは現場と医療機関の連携でいいなと思うのですが、1つ、先ほど話に出た災害のときのDMATの問題で、全くのボランティアで現場へ行っていると、現場としたら、下手にボランティアで来られたら困ると、一方では非常に患者にとっては救命的に役に立つこともあるわけですよ。つまり、ボランティアで行くこと自身がおかしいわけで、そういうものは予算のことも含めて、法的根拠というものが絶対必要だと思うのです。同じように、ボランティアで出ていった後の病院はだれが面倒を見るのと、その出て行かれた病院の地域の方々にとっては、そこで地方税を払って、国税を払って、私たちはどうなるのという話になりますよね。

もう一方で、災害のときに大量の患者をもし病院が受け入れると、おそらく受け入れる消防あるいはその関係というのは、すいませんが、病院に入れていただけませんかという話になると思うのです。病院のほうは、言えば、満床ですから嫌ですというような話になり得る可能性があるわけです。アメリカなんかでは、強制的に軽い患者は500人出さない、そこへ災害の死に至るような重篤な人たちを500人入れますという法的なものがあるのです。それを全くやらないうで災害医療をどうするかということ論ずること自身は、いろいろところで落とし穴というか、問題が出てくるので、僕は前々から言っているように、救急

医療を災害にかかわる基本法のようなものをつくって、その中で、まずそのところを押さえてから各論的にやらないと、各論の現場のボランティア、あるいは各論の病院だけの問題、あるいは各論の救命士の問題でこれを解決しようとしても、必ずどこかで問題が出てきますよ。いつまでたってもどこかがボランティアで犠牲になってやるというような格好は、非常に不健康というか、おかしいと思います。それはぜひとも、いい機会ですから、どこかで議論してほしい。

座長 先生の特論のところはよくわかりますけれども、今回のこの中で多少難しさもあるかもしれませんが、部会長に、しかと聞いていただいたということにさせていただきたいという。

委員 いや、ほんとうは全部がそこにかかわっているのですから。ぜひとも、総務省のほうも厚生労働省もよろしくお願いします。

座長 わかりました。私が重く受けとめたいと思います。どうぞ。

委員 座長、追加を。この35ページの救急救命士の静脈路確保は、厚生労働省の検討会で今、議論している途中ですよ。だから、両方で同じテーマで検討するということはどうかな、と思いますので、これは検討しなくていいのではないのでしょうか。

座長 ありがとうございます。何か事務局、そのところ、あり方の1の(1)は少し要らないのではないのかと。

事務局 最終的には、まさに厚生労働省でやっておられる救急救命士のあり方検討会の中の1つのテーマになっていますし、そちらで最終的な決定をしていただくことになると思うのですが、私どもの考えとすると、消防サイドとしても、災害時の医療、特に救急救命士がどういう活動をすべきかと、今、足らず米がどうなるのかというところもしっかりスタンスを議論して、そこで要望というか、連携という形になると思うのですけれども、そういった作業が必要かと思しますので、そのレベルでやっていくという、まさに協調してという考え方でおるのですけれども。

委員 よろしいですか。私は今、事務局がおっしゃったようなつもりでこれは聞いておりました。ですから、例えば厚生労働省の中で検討している中身を総務省、あるいはこの中で、こういう意見ですよという格好でそこへ上がってくるかなというような感じで受け取っていました。

座長 その辺のところもよろしくお願ひしたいと思います。

消防本部から、いかがでございましょうか。委員、どうぞ。

委員 現場の話、東京消防庁から出していただきました。消防のほうでも前向きにこれから救急をどうやっていこうかと、大事な委員会ですので、先ほど法的な話の考え方を教えていただきましたけれども、多少懸念があっても、今の検討会の方向を大事にお願いしたいなと思います。

座 長 ありがとうございます。  
救命士の教育等で最善を尽くしておられます委員、何かありましたらどうぞ。

委 員 それでは手短に一言だけ。ほんとうにきょうは貴重なお話を聞かせていただいて、どうもありがとうございました。私どもの財団では、救命士の養成を行っている財団でございますけれども、きょうお聞きしまして、やっぱり救急救命士が救急医療の中に占める役割とか、今後の果たしていく展望とか、そういうことについていろいろ考えていかなければいけないなと思っております。きょうお聞きしてまして、今抱えている論点というのは基本的に救急医療システム全体の部分最適でなく、全体最適をどうシステムの中で保っていくか、その中で個々の論点をご議論いただいたのではなかろうかと思えます。そういう意味では、私どもの財団における救命士の養成も、全体最適を見ながら、またその役割が果たせるように努力してまいりたいと考えています。

以上です。

座 長 ありがとうございました。  
委員、何かありますか。どうぞ。

委 員 大変勉強になりましたのですが、京都は特に都会の部分と、それから日本海側の地域の部分とか、いろいろ多様性に富んでいますので、きょうの議論をまた現場に置きかえてみながら、また整理してみたいと思えますのと、あと今、委員からもありましたけれども、救命士の養成も含めて、実は京都は消防学校も老朽化がすすんでいるとか、体制全体としてどういうようにしていかなければいけないと、底上げをしてやっていかなければいけない部分もありますので、きょうの議論とかも踏まえながら、そうした全体について考えてまいりたいと思えます。どうもありがとうございました。

座 長 ありがとうございました。  
そろそろ時間でございますが、あと委員から何かありましたらどうぞ。よろしゅうございますか。

委 員 きょうのところは特にございません。委員から消防機関の立場からお話していただきましたが、我々も検討し考えていきたいと思えますので、よろしくお願ひしたいと思います。

座 長 ありがとうございました。  
それではそろそろ時間でございますので、きょうのディスカッションはこのぐらいにさせていただきます。活発なご意見をほんとうにありがとうございました。

これで事務局にバトンを返させていただきます。

事務局 活発なご議論をちょうだいいたしまして、ほんとうにありがとうございました。

次回の開催及び各作業部会の開催につきましては、改めてご連絡をさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

以上をもちまして、第1回救急業務高度化推進検討会を終了いたします。ありがとうございました。

— 了 —