

第1回救急業務のあり方に関する検討会 議事録

1 日 時 平成24年7月5日(木) 14時00分から16時00分

2 場 所 農林水産省三番町共用会議所 大会議室

3 出席者

メンバー 山本委員、阿真委員、有賀(徹)委員、有賀(雄)委員、
石井委員、坂本委員、坂本委員、鈴川委員、酒井委員、
円城寺氏、藤井委員、山口委員、
横田(順)委員、横田(裕)委員

オブザーバー 井上課長(代)佐久間室長、岡本課長

4 会議経過

1 開会 [事務局]

2 あいさつ

【次長】

失礼いたします。4月1日付で次長を拝命いたしました。よろしくお願ひいたします。本日は本年度の第1回の「あり方検討会」ということで、皆様方の御出席を賜りましてまことにありがとうございます。多くの先生方が引き続いてのお願いということになりますけれども、ひとつよろしくお願ひしたいというふうに思います。今さらでございますけれども、私もこの4月に消防庁次長を拝命しましたが、以前には消防・救急課長などもさせていただいておりました、この分野でいろいろと以前から取り組んでいるわけでございますけれども、当時も今も変わらずこの救急件数が増え続けているという状況に我々も苦慮しつついろいろな検討をお願いしてきたというところでございます。今年

はのちほどまた担当のほうから御説明があろうかと思えますけれども、例えばICT技術を活用した救急活動ですとか、それから3年ぐらい前だったでしょうか、消防法の改正に伴ういろいろ搬送基準をつくったりしたそのフォローアップとか、あるいはこの資料によりますと救命士法制定から昨年が20年、来年が救急業務法制化から50年ということですので、そういった今の歴史を踏まえつつ、そして育ってきた救急隊員あるいは救命士の人たちの教育をどうするか、そういったことにつきまして改めて御検討賜ればということでございます。昨年は大震災もございましていろいろな課題がある中で、少し先送りになっている課題もあるというふうに我々思っております、そういった意味では大変また多くの課題を御議論いただく本年度の検討会になると思えますけれども、ひとつよろしくお願ひしたいと思えます。ありがとうございました。

3 委員紹介

事務局より、委員の紹介が行われた。

4 座長紹介

【事務局】

まず当検討会の座長ですが、昨年度の「救急業務のあり方に関する検討会」からの踏襲議事もございますことから、事務局としましては引き続き〇〇委員にお願いしたいと思っております。いかがでしょうか。（拍手）ありがとうございます。それでは〇〇委員、座長席のほうに御移動をお願いします。それでは〇〇座長より一言ごあいさつをお願いいたします。

【〇〇座長】

ありがとうございます。非常に蒸し暑い、また九州のほうではまた大雨だという中、九州から北海道から大勢の委員の先生方お集まりいただきましてありがとうございます。もちろんこれは救急業務のあり方検討会でございますが、ことは非常に盛りだくさんのテーマであります。委員の先生方のお力をかりながらスムーズな運営そして結論のしっかりした答申ができるように最善を尽くしたいと思えますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思えます。ありがとうございました。

5 議事

【事務局】

ありがとうございました。なお本検討会は特に委員の皆様からの御意見があった場合を除いて公開ということで進めさせていただきたいと思います。御了承くださいませ。それではここで撮影は終了とさせていただきますので、マスコミの皆様におかれましてはよろしく申し上げます。以後の議事の進行につきましては〇〇座長にお願いしたいと思います。

【〇〇座長】

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に移っていききたいというふうに思います。まず資料2でございますけれども、事務局から説明を願いたいと思います。

【事務局】

はい。資料2につきましての御説明を私のほうから御説明させていただきます。当資料は本検討会の検討事項（案）の資料でございます、ページは右下に振ってございます。まず1枚おめくりいただきまして1ページ目をご覧願います。今年度検討したい事項案の一覧でございます。この詳細とスケジュール案につきましては2ページ目以降にお示ししております。このページの事項案としましては救急業務の高度化、消防と医療の連携、救急業務に携わる職員の教育のあり方、救急需要増大の要因分析、応急手当普及促進の5つを考えてございます。なお、今年度は特に3つ目の職員の教育のほうに力を入れたいと思っております、こちらは作業部会を設置して検討してまいりたいと考えております。それでは1つ目の救急業務の高度化についてですが3ページをお願いいたします。背景といたしまして、昨年度の「あり方検討会」におきまして画像伝送システムやビデオ喉頭鏡につきまして一定の検討結果と方向性をまとめたところでございます。また、その他のICT技術を活用したものとして、病院選定困難事案に対応するため都道府県が策定する搬送と受け入れに関する実施基準に対応した医療情報システム、具体的にはさがネットやe-MATCHなどが構築されてきているところです。そこで、当検討会におきましてこのような医療機関と連携を行うICT技術を活用した救急活動の全国的な実態や奏功事例を調査し、うまくいっているポイントなどを分析してまいりたいと考えております。4ページ目に佐賀県、奈良県、栃木県の事例を紹介しておりますが、他の都道府県でもこのような取り組みがされているところがあるということでございますので、まずは都

道府県へのアンケート調査を実施し実態把握から始めたいと考えてございます。のちほどさがネットにつきましては委員より御紹介いただく予定でございます。次に消防と医療の連携について6ページをお開き願います。ここでは実施基準のフォローアップを今後も継続的に行っていく必要があることから、全都道府県の実施基準の実態調査や実施基準策定主体の都道府県を中心に勉強会を実施し、これらの結果を当検討会で整理してまいりたいと考えております。調査対象としましては、都道府県だけではなく消防機関や医療機関にも協力を依頼し、実際に実施基準を運用している側からの意見も反映してまいりたいというふうに思っております。次の2つのページは平成23年度フォローアップの資料をつけておきまして、医療機関リストがリアルタイムで反映されているかどうか、2つ目の医療機関の少なさが特定の病院に搬送を集中させていないかといったような課題、これと対応例がまとめられております。これらの課題を今年度の調査や勉強会の課題の参考としましてリストの検討を深めて参りたいというふうに考えております。次に1枚おめくりいただきまして、救急業務に携わる職員の教育のあり方について御説明申し上げます。10ページに総論的な検討イメージを示しておきまして、その後ろ以降の11ページ目以降に救命士、救急隊員、救急の通信指令員の3つに分けて検討イメージを示すという形になってございます。まず10ページ目ですけれども、背景としましては救急業務の高度化や多忙化で救命士や救急隊員の教育環境が十分ではないこと、JRCガイドライン改訂やコールトリアージを踏まえた指令員の教育が求められているということでございます。そこで救急業務に携わる消防職員の再教育につきまして、全国の実態や先進事例に対する考え方を整理し、教育のあり方を検討してまいりたいというふうに考えております。そして平成22年度の検討会報告書も活用しながら、救命士や指令員等への教育実態、先進事例等を調査し、事後検証や病院実習等の実態調査も行った上で課題を整理、各消防本部に一定の方向性を示していきたいと考えております。続きまして11ページ目に移らせていただきます。まず①としまして救命士の資格を有する消防職員の教育について検討イメージを示してございます。これまでの経緯としまして、平成22年度の検討会でも調査した中で指導的立場の救命士の育成や救急ワークステーション方式による教育が提起されております。これらの手法につきまして全国的に調査分析を行って教育のあり方を示して参りたいというふうに考えております。具体的には指導的立場の救急救命士という制度を設けている消防本部の実態を把握した上で、その必要性や要件などを検討するほか、ワークステーション方式を設置している消防本部の実態を

踏まえ、病院実習などをする上でのメリットや課題そういったものを整理していくことを考えてございます。なお、※にもありますように、救急ワークステーションの定義は、平成 22 年度検討会報告書で「研修先医療機関に救急自動車を配置し、救急救命士を含む救急隊員が病院実習を受けるとともに医師による救急自動車同乗研修を受ける体制」とされておりまして、これをもとに対象となる消防本部の実態を把握するというところでございます。次の 12 ページをお願いいたします。救命士の再教育につきまして、上段は病院実習は 48 時間以上とした平成 20 年の消防庁の通知をお示ししておりまして、下段には 22 年度検討会報告書にある再教育の 2 年間のうち病院実習は実態として平均 78.2 時間行われているということ、こちらを現状の整理としてつけております。またおめくりいただきまして 13 ページにも現状の整理としておつけしておりますが、同じ救命士や教育すべき救急隊も病院実習の機会を設けるべきといった 22 年度の検討会報告書の救命士が持つ問題意識の抜粋でありますとか、また現時点で当庁が把握しております指導救命士導入消防本部の千葉市消防局や救急ワークステーションを導入している北九州市消防局を先進事例として紹介しております。千葉市の指導救命士につきましては救命士免許取得後 10 年以上経過した者などの要件を定めておりまして、定数 4 名任期 2 年間で再任は 1 回のみ、そして選考試験を通して選ばれるということでございます。救急ワークステーションにつきましては北九州のほか札幌市でも導入しておりまして、のちほど事例紹介で御紹介させていただく予定です。14 ページに移らせていただきます。全国調査の実施概要(案)でございます。この調査で判明した導入団体からも詳細情報を入手しながら検討を進めて参りたいというふうに考えております。次に 1 枚おめくり願います。職員教育の②救急隊員に対する教育についてでございます。平成 22 年度検討会におきまして、国がある程度方向性を示した上で MC 協議会等で具体的な検討が必要と指摘されております。本検討会作業部会を通じ救急隊員の技能向上や救急隊の隊活動に関する教育のあり方について、教育カリキュラムや隊の研修方法、教育体制の充実強化策などを整理し、一定の方向性を出してまいりたいと考えています。次のページは救急隊員の再教育の実態として、左側に救急隊員の教育に関する努力規定について消防庁が出した通知を示しておりまして、右側には再教育における問題点として、時間がないといったことなどの実態を平成 22 年度の検討会報告書から抜粋し現状の整理ということでつけております。次に 17、18 ページをお願いいたします。職員教育の③、通信指令員の救急に係る部分の教育のあり方についてでございます。現在口頭指導につきましては実施要領をつくるよ

う平成 11 年に消防庁の通知を出しているところでありまして、JRC ガイドライン 2010 にも口頭指導の取り組みが地域によって異なることに言及していることから、まず口頭指導プロトコルの実態を全国調査したいというふうに考えております。また緊急度判定の実証研修を行ってもおりますので、昨年度の本検討会ワーキンググループの指針にも示されておりますとおり、コールトリアージプロトコルとの整合性こちらもとりながら聴取要領、指導要領に分けて口頭指導プロトコルを策定そういったことに向けて検討して参りたいと考えております。また新しい口頭指導プロトコルを踏まえた指導教育体制、この面につきましても検討し、救急指令業務に関する教育のあり方全体を示して参りたいと考えてございます。次に 1 枚おめくりいただきまして救急需要増大の要因分析についてでございます。20 ページにありますように平成 23 年の速報値では救急出動件数が 570 万件に達し大幅な増加を続けております。そして次の 21 ページおめくりいただきまして、課題等でも書いてございますが、近年のこのような増加につきまして高齢者搬送の与える影響が大きいというふうに言われておりますけれども、その他の要因につきましても実態把握、分析を行いまして今後の対策検討につなげてまいりたいというふうに考えております。続きまして、応急手当普及促進についてでございます。1 枚おめくり願います。こちらは昨年度の検討会報告書にもあるとおり、JRC ガイドラインの改訂を踏まえまして「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要項」を改正しまして入門コースなどの新しい応急手当講習コースの追加を行っているところでございます。今年度は、新コース追加等を踏まえての全国の実施状況や先進事例を通じてより効果的効率的な実証方法などを調査検討し、より一層の普及啓発につなげてまいりたいというふうに考えております。消防本部調査の実施概要案と先進事例調査の実施概要案はそれぞれ 24、25 ページにつけさせていただいております。24 ページの実態調査案では e メールによる照会をかけて調査したいということでございまして、25 ページの先進事例調査につきましては、大阪、北九州などの応急手当短時間講習普及促進研究事業の実施団体とか、東京消防庁といったところを対象にしたインタビュー形式もまじえて調査したいというふうな案でございます。なお、26 ページにありますように、応急手当短時間講習普及促進研究事業は、これは平成 23 年度補正予算を活用しまして新たな講習コースの普及についてモデル地域を選定して行っている調査研究事業でございます。また 27 ページに今年度の調査予定項目を大まかに列挙してございます。最後に、今後の検討会開催スケジュール予定でございますが、本日第 1 回として検討内容の項目や作業部会設置などの進め方

について決定させていただきまして、第2回は10月ごろのイメージで作業部会からの中間報告、第3回は12月ごろのイメージで作業部会からの報告と各検討議題のとりまとめを行いまして、最後に第4回を2月ごろのイメージで開催しまして報告書案を提示してそして決定してまいりたいというふうなスケジュール案でございます。以上、事務局からの資料2の説明とさせていただきます。

【〇〇座長】

事務局ありがとうございました。今、事務局からのお話のとおり、この第3でございますけれども、教育の中には大きく分けて救急救命士そして普通の救急隊員、そして通信指令員というこの3つの教育というところがありますけれども、事務局の案のとおり作業部会をこれはつくって少ししっかりディスカッションしてもらったらどうなんだろうというのが私座長としての心からの気持ちであります。また、作業部会長でございますけれども、これは平成22年度のときからの話でございます、救急業務高度化推進委員会のときに、「救急業務における人材育成と充実強化」という検討がありまして、その部会長に〇〇先生が座長として頑張られたのを私はよく知っております。またその延長線上というふうに考えるならば、この作業部会の部会長はその〇〇先生にお願いするのが一番いいのではないかという考えで座長としてはおりますけれども、皆さんいかがでございますでしょうか。よろしゅうございますか。ありがとうございます。皆さんうなずいているようでございますのでここで作業部会の会長には〇〇先生にお願いするというようにさせていただきたいというふうに思います。それでは〇〇先生、一言ごあいさつをと思えます。

【〇〇委員】

ただいま御指名をいただきました〇〇でございます。今座長のほうからも御説明がありましたように、平成19年度でしたかね、「メディカルコントロール作業部会」で救急救命士の教育について検討し、再教育プログラムを出したところでございます。それを当時の高度化のほうの親会議に上げて報告書にもさせていただきました。そういう延長線上でということで私に御指名をとということですが、大変恐縮しております。といいますのも、救急隊員、救急救命士の教育に関しては非常に重要な課題でして、「あり方検討会」のほうからこういう形で方向性を示せとかあるいはそこを検討しろという御意見を賜りながら作業部会のほうを進めたいと思います。今回、事務局のほうから、救急救命士については、その教育に指導的な役割をさせるのにどういう方向性を持ってほしいのだ

とか、医療機関の現場との連携ということでワークステーションを活用する方法なども探れということですので、また皆さん方からお知恵を拝借したいと思います。救急隊員につきましても、かねてより言われているのは、救急救命士が特定行為を含む救急救命処置を行う際に、チームとして支えられるか、例えば気管挿管をするときの隊として救急救命士の業務を十分サポートできているのかといったことが以前の作業部会でも問われました。そういった意味では我々医者、医療界でいうチーム医療と同じような形での病院前救護での救急隊員の教育のあり方というのを考えてみたいなというふうに思っています。もう1点ですけれども、通信指令員に対する救急に係る教育も大変重要です。メディカルコントロールの個々の症例を検証しておりますと、やはり通信指令員の一言が隊の活動に大きな影響を与えています。先ほど来話がありましたようにCPRについての知識の統一も大事でしょうし、今緊急度の判定体系がというのも一方で行われていますけれども、通信指令員がどれだけ急ぐ必要があるんだということを認知しないことにはなかなか隊にも伝わらないということがあろうかと思えます。どこまで答えが出せるかわかりませんがやってみたいと思えますので、よろしくお願ひしたいと思えます。ひとつよろしくお願ひします。

【〇〇座長】

〇〇先生ありがとうございました。それでは時間も限りがありますので早速でございますけれども議論のほうに移っていきなさいというふうに思えます。資料をごらんいただきながらと思えますが、各章に区切られておりますので1つずつ進めていきなさいというふうに思えます。まず1でございますが、救急業務の高度化でございますけれども、佐賀県で取り組まれておりますさがネットについて本検討会の委員の〇〇さんから話を伺いたいというふうに思えますので資料3で〇〇さんよろしくお願ひしたいと思えます。

【〇〇氏】

それではきょう佐賀県から来ております、本来課長の〇〇が今日来る予定だったんですが、所用で別の会議と重複してしましまして、もともとこの救急医療情報システムのこの企画に携わっている私〇〇のほうから、これから20分ほどお時間をかりまして佐賀県の取り組みについて御紹介をさせてもらいたいと思えます。わかりづらいところ等ございますけれども、お手元に資料のほうをつけておりますので、まずそちらのほうと御確認しながらごらんいただければと思えます。佐賀県ではこのICTを使ってどういうことをやっているといひますと、今ちょうどここに持ってきていますけれどもこのiPad、

タブレット端末を県内の救急車今 55 台あるんですが、これにすべて搭載して救急車の中から今病院の状況であるとかほかの救急隊の動向というのを見ることができるようになっております。最初にどういうことをやっているかというわかりやすい動画が実はありますので、この動画のほうを2分ちょっとになりますけれどもごらんいただければと思います。(動画上映) 実はこれをつくったのがちょうど1年前ぐらいの話だったので、データも1年前のデータで古いんですけれども、このような取り組みというのをしています。では簡単に内容のほうに移っていきたいと思います。佐賀県ではこの iPad を使って今のシステムなんですけれども、これはもともと厚生労働省の主導で入れてもらっている各県にある救急医療情報システム、応需情報システムというのがあるんです。これをベースに佐賀県では iPad とかを使ってわかりやすく使いやすくしたというのがざっくりした中身にはなります。佐賀県での現状です。先ほど動画でもありましたけれども、佐賀県においても救急搬送される人の数というのは年々ふえておりまして、この10年間で約1万人ほどふえています。人数がふえると搬送先機関が見つからなかったりとか、あとどうしても搬送先が特定の医療機関に集中するというようなことも佐賀県では起こっております。その結果、特に救命救急センター、佐賀県では佐賀大学という大学病院と県立病院好生館という2つ救急救命センターがあるんですが、やはりこちらのほうに搬送が集中しているということになっています。これは救急救命士の方が何も考えずに救急救命センターに運んでいるというわけではなく、なかなか一次病院二次病院で受け取りがなくて、やむを得ず三次に運んでいるという件数も年々ふえているということをお知らせしています。その結果、佐賀県においても搬送時間なんですけれども、この10年間で約7分ほどやはり長くなっています。全国平均よりは少し低目ではありますけれども、やはり年々延びているというのは非常に課題だなということは我々も考えております。この厚生労働省のほうで整備をしました医療機関の救急医療情報システムなんですけれども、これはなかなか今全国的に活用がされていないという課題を抱えております。なぜかという、そもそも医療機関側が受け入れの可否情報、応需情報というんですけれども、うちの病院はこの科目は今受け入れられるよという情報をインターネット上に登録するんですけれども、そもそも救急車の中にインターネット環境がなければそのサイトにアクセスする方法がないんですね。なので救急車の中から一度自分の署のほうに電話をして、署に残っている隊員がパソコンで検索するというのをされています。その分やはりストレスと時間のロスということで、なかなか救急隊員のほうもちょっと使い

づらいなというふうなやり方になっています。その受け入れの可否情報なんですけれども、もともと救急病院って非常に忙しいので、なかなかこういう今受け入れられますよというのができないということで、ちょっと入力率が余りよくないということも課題になっています。せっかくそういうふう到手間ひまかけて閲覧してもちょっと入力されていないとか古い情報がまじっているということになりますので、なかなか全国的に活用が進んでいないというふうな状況です。佐賀県では、私は2年前に医務課で担当になりまして、そういうふうな話を聞いて、じゃあ実際現場ではどうなっているんだろうということで、異動してきて最初の日に消防本部のほうに行って一回救急車に乗せてくれませんかというお願いをしました。最初は、言葉は悪いんですけども、ばかじゃないかと言われて、何でおまえみたいな行政職員が救急車に乗らなければいけないんだということで、いろいろお願いしたんですけども1カ月ぐらいずっとお願いして、通い詰めてやっと1晩救急車に乗せてもらうことができました。同じように、今度は受け入れ側の大学病院でもまた頼み込んで、ドクターの後ろについて、処置するところを見せてくださいということで実際に現場を見てきました。現場で私が何を目にしたかということ、やはり通信手段が電話しかありませんので、現場ではひたすら電話をかけて医療機関を探している。逆に、病院側は、ほかの病院の受入状況なんかわかりませんので、何でうちばかり電話がかかってくるんだろう、ほかの病院は一体どうしているんだろうという状態でした。それで、ひょっとしたら救急車の中でどこの病院に何点ぐらい受け入れがあっているとか、どの救急隊がどの病院に運んだという情報が得られればむだな電話が減るかもしれない。今現在医療機関側からだけこういう情報を入れてもらっているんですけども、やはり医療機関側は忙しいので限界があるんじゃないか。救急隊員にずっと同行していて思ったんですけども、救急隊員は確かに忙しいんですけども、搬送が終わった後とか、帰りの救急車の中ってちょっと時間に余裕があるんです。そういう時間に余裕があるときに情報を入れてもらえたらひょっとしてもっと使えるようになるんじゃないかということを考えました。それで、佐賀県ではこういうタブレット端末を入れてインターネット環境を構築するということと、あと今までは医療機関側からだけの情報に頼っていたところを、救急隊員からもいつどこでどんな患者さんをどの病院に運んだという情報を入れてもらうようにしています。なぜ iPad になったかということなんですけれども、なかなかモバイルパソコンは大きいとか、あとスマートフォンになると、やはり佐賀ではそんなにスマートフォンを当時持っている人はいなかったの

やはり携帯電話でびこびこしていると、遊んだりとか家族にメールを打っているとか思われるということで、現場の方から電話タイプは絶対やめてくれというお話がありましたのでこの iPad になりました。この iPad も遊んでいるように見えないように、わざわざカバーを探してきて、何となくエマージェンシーっぽいような色を探してきました。いろいろな課題はあったんですけどもきょうはこの辺は割愛をしたいと思います。途中からやろうと思ったのでお金もなかったりとか、あと佐賀は iPad を売っていなかったりとか、あと使い方をよくわからないとか、あと現場の方はこういうことをまたやるとまた行政が思いつきで始めたみたいなこと結構反発なんかもありまして、いろいろな課題もありました。クリアできたのはやはり我々佐賀県だけが頑張ったのではなくて、やはり現場の救急隊員の方とか大学病院とかそれから企業の方もバックアップしてくれましたので、まさに産官学がうまく連携できて実現できたなということです。具体的にどうしているかというシステムのデモをちょっとやってみたいと思います。全体像としては関係者全員で今どういう病院にどういう患者が入ったかというのを見られるようにしようと、現場では iPad から見て、病院側は病院側備えつけのパソコンで、ああ隣の病院はきょう3件入っているんだとかいうのが見える形にしようということでこのシステムをつくっています。これが実際にこの救急医療情報システムの画面なんですけれども、この「救急」と書いてあります。ではまず救急隊員が病院を探すデモをやりたいと思います。この緑色の「救急」というのを押すとこういう画面が立ち上がりま。現場で見てどういう科目で探したいか、例えば脳外科と整形外科と救急、触るだけで赤く光りまして、もう一回触ると、非常にレスポンスも速くつきます。これで「検索」と押しますとこんな感じで今どの病院が受け入れられるかというのが一目でわかるというシステムにしています。例えばこの好生館も、救急診療というのはルールで何でも受け入れられるというのはもう救急診療で全部カバーしていますので、例えば脳外科と整形外科であれば△△病院も診られるし□□病院も診られる。この〇〇病院は整形は診られるけど脳外は診られないということで、多分ここに電話しても断られる可能性が高いだろうということがわかります。この画面でもともと応需システムの弱点であった、なかなか医療機関が更新してくれなくて、新しい情報と古い情報がまざっちゃっているという課題なんですけれども、それはここにタイムスタンプを、いつこの情報が入力されたというのを押してもらおうようにしました。更新してもらえばしてもらおうほど上に行きますので救急隊から選んでもらえる確率が上がるということをしまして、更新していな

いところはどうかというところという感じでリストの一番下にしてグレーアウトされるんです。1日以上更新していなければこのようにここは更新していませんよというのがだれでも見てわかるようになっていきます。〇〇病院はきょうの朝ちょっとまだ更新がされていないのと、この整形外科はうちはどうせ整形しかないからということでもたまにしか更新してくれないんですけれども、このような形で救急隊員がどの病院がどの科目にきょう対応するか、先生がいるかというのを見て病院を選定することができるようになっていきます。この画面からはドクターがいるいないだけではなく、どの病院にどれだけ今患者が集中しているというのも見られるようになっていきます。この搬送実績というボタンを押しますと、こんな形で、これは〇〇病院なんですけれども、〇〇病院は12時48分に転院搬送で救急車を受け入れている。その前は9時半に交通事故で救急患者を受け入れているということで、どの病院が何時ぐらいにどういう方を受けているというのが救急隊員がこの場でぱっと見てわかるというので、例えば連続して救急車を受けているような病院であればそこはちょっと避けようかなということもわかるようになります。〇〇大学も13時02分に急病を受け入れてという感じになっています。ここが余りに時間が詰まったりしているとちょっとこの病院に電話すると断られる可能性が高いかなというのわかります。先ほどの情報を、実は救急隊員の方が入力してくれていまして、簡単にどんな画面になっているのかというと、こんな画面です。これは実際に救急隊員が打ったデータになるんですけれども、救急隊員が病院に患者さんを運んだ後でこんな感じで搬送先、どこに運んだ、例えば国立佐賀病院に電話をしたけれども今処置中と言われたとか、じゃあ〇〇病院に電話をしたら専門外と言われちゃいましたとか、最終的に△△に電話をしたら受け入れてもらえましたという形で、こんな形でどこに電話してどこに受け入れてもらったというのを帰りの救急車の中かドクターに患者さんを渡した後で入れてもらうようにしています。こんな感じで簡単にどんな患者を運んだかとかというのをに入れてもらうような形でやっています。そういう救急隊員が入れてくれた情報を1枚の地図にしたのがこういう搬送実績モニターというんですけれどもこういう画面になります。これはまさに今のリアルタイムの佐賀県内で、きょう1日どれだけ救急搬送が発生したかというものをあらわしています。例えばこれを全域にしますと、佐賀県内では今の時間から24時間以内に73の方が救急車で運ばれています。受け入れができないという回答があったのが13回あったということで、この場にいながらこういうのがぱっと見えてしまうというところが佐賀県の特徴になっています。例えばこの□□病院で

す、3件受けて8時40分に最終受け入れがあって、1件断ってそれは21時35分だったというデータ、「□□病院」というボタンを押すとここに出てきます。例えば8時40分だったら70代男性が急病で運ばれている。入電時間は8時04分で現場に着いたのは8時14分、現場を出たのが8時25分で病院に着いたのが8時40分ということもここからわかります。逆に断ったやつはどうかというと、この21時35分は30代の女性が寝室で急病だったんですけれども〇〇は処置中でちょっと受けられなかった。結果的に〇〇病院という地域型の救命救急センターが受けているということもわかります。この画面というのは我々行政も同じ画面を見ますし医療機関も同じ画面を見ます。救急隊員も同じ画面を見ますので、皆が同じ情報を見ていろいろ考えることができるというところが1つメリットと、もう1つデータをとることができるんです。これまで1日何人運ばれているとか、例えばきのう脳梗塞で何人運ばれているというデータは恐らく各消防本部とか医療機関に照会を出して、それをもらって分析しないと出なかったんですけれども、このシステムではそういう情報を入れてもらえますので分析しようと思えばきのう何人運ばれたというのは瞬時にわかります。ちなみに、そのデータの中の1つで、きのうの救急搬送時間きのうの平均時間ですね。普通はこれわからないと思うんですけれども、佐賀のシステムではわかります。きのうの平均時間は32分38秒かかっていたというのも瞬時にわかるということをやっています。そういうことをやってどういう成果が上がったかということをやっとお話しさせてもらいたいと思いますけれども、まず余り使われていなかったシステムだったんですけれども、こういう仕組みを導入したことで実は旧システム、佐賀県では大体年間3万人ぐらい運ばれているんですけれども、アクセス数としては医療機関は2万4千回ぐらい、救急隊員に至っては1万回ぐらいしかアクセスがないという状態だったんですけれども、新システムになってから医療機関のアクセス数は何と約20万回、消防機関のアクセス数は約11万回ということで、ほぼ10倍のアクセス数になっています。先ほど見てもらったとおり救急隊員が搬送実績、どこの病院に運びましたよという入力率も今のところ100%を1年たっても維持しています。その結果、どの病院にどれだけ患者さんが集中しているとか二次病院が今どれだけあいているという情報が皆でわかるようになりましたので、救急救命センターへの搬送率、おとしは32.7%だったんですけれども昨年のデータを見ますと29.6%ということで、3%ではありますけれども少し伸びている傾向がダウンに転じています。時間についてもちょっとこれは1年間のデータを分析し切っていないんですけれども、昨年度の上半期の平均時間

は 33.3 分ということで、22 年度から比べると約 1 分ほど短縮効果があったかなということも出ています。途中、動画でもありましたけれどもお金がないと、システムを改修したり新しくするとどうしてもお金がかかってきますのでなかなか実行できないという話もありますけれども、今うまくクラウドシステムとかを使えば、佐賀県ではシステムを更新して新たに iPad とかを使ったんですけれども運用コストが何と年間今まで 6,700 万円かかっていたんですけれども、新システムにかえて 2,700 万円まで落ちました。年間 4 千万円ダウンしていますので、約 5 年使うとしても 2 億円削減効果があったと思います。この 2 億円削減した効果は別の医療施策に使ったりとかして、またよりよい医療施策の充実にもなりますので、システムを更新すると必ずしもお金ばかりかかるというわけではなく、やり方によってはひょっとしたらランニングコストを減らしてトータルコストをダウンさせることもできるのではないかと考えています。あと、よかったのは、救急隊員の方なんですけれども、なかなか ICT とかに興味のない方が多かったんですけれども、やはり救急車で毎日 iPad を触ってもらいますので、佐賀県のやつは最初買ったので iPad の一番古い型、1 なんです。1 よりも 2 がいいということで救急隊員が自腹で iPad 2 を買って使ったりとかをされています。自分の iPad、これはカメラがついているんですけれどもカメラで写真を撮ってドクターに現場はこうでしたよと見せたりとかという活用も今してもらっています。そういうことをやって、今のところ今年の 4 月はこういうことをやっているのは佐賀県だけだったんですけれども、今現在、先ほどの資料でもありましたけれども、奈良県それから栃木と香川県、ここは今のところすべての救急車にこういうタブレット端末とかスマートフォンを使って情報共有を始められています。県単位ではないんですけれども、例えば宮城県の仙台市、ここは仙台市の消防本部の中ですべての救急車に何と iPhone と iPad と両方を備えおいて情報を共有しているとかという事例もございます。今年度群馬県と岐阜県についても予算計上されて、すべての救急車にこういう端末を載せるということをされています。先ほど飛ばしましたけれども、議会とか県の方から視察とかもありまして、自分のところでも検討してみようかなということで、県庁の職員から視察を受けたり質問を受けたというところだけグリーンにしていますので、ドクター個人とか消防本部隊にいくともうちょっと多いんですけれども、18 の県で県庁の担当者の方が一応見に来てくれて検討してもらっているという状況になっています。余談になりますけれども、こういうおもしろい使い方が認められて、先日「MCP C アワード」というモバイルとかタブレットを使う団体のコンテ

ストがあったんですけれども、あそこで地方自治体で初めてになるんですけれどもグラ
ンプリと総務大臣賞をいただいたということもあります。最後になりますけれども、救
急医療の現場なかなか I C T って今まで使われていなかったんです。それは救急現場っ
てばたばた忙しいので、そういう I C T の端末なんか使っている余裕がないよ、ひまが
ないよ、時間がないよという話がよくあったんですけれども、でも 10 回電話しないと得
られなかった情報が I C T を使えば 1 クリックでうまくすれば得られるかもしれないと
いうことで、実は救急にこそ I C T というのは一番合うんじゃないかということを思っ
ています。ただ、そのためには現場の環境、隊員の方とか医療機関の方の思いとかレベ
ルにあわせて最初からすごい高みを目指さずにできるところからやっていけばひょつ
したら I C T というのは使われていくんじゃないかなというふうに思います。佐賀県で
はたまたまこの iPad を使って時間短縮とか搬送先の分散化という効果が得られましたけ
れども、私は担当者としてその効果は出なくてもいいと思ったんです。ちょっと語弊が
ありますけれども。それよりも、こういう皆同じ情報を共有して、救急隊も自分の隊の
ことだけではなくてほかの隊はどうなっているんだろう、病院も自分の病院のことでは
なくて隣の病院はどうなっているんだろう。では隣の病院がそれだけ忙しいんだったら
うちが頑張ろうという、皆が同じ情報を共有してそういう協力体制をつくっていける 1
つのツールにしてもらえれば一番いいなということを思いました。最後えらそうに「提
言」と書いているんですけれども、いろいろ問題もあるし佐賀県のこのシステムは全然ま
だまだ完璧ではありません。現場の隊員の方からお話を聞くとその応需情報も、きょう
整形外科○となっているのに電話したら内科しかいなかったとかそういうものもありま
すので必ずしもうまくいっているわけではないんですけれども、でもやはり始めてみない
とどうということが問題か課題かというのわかりませんので、まずは小さくてもいいから
始めてみるということが大事じゃないかなと思います。それから、やりたいことは確か
にたくさんあると思うんですけれども、まずは簡単にシンプルにして取り組んでもらえ
なければいろいろなことも広がらないので、簡単でもいいのでやってみるということは
必要かと思います。最後に、先ほどのこの画面なんかを見てもらうとわかるんですけれ
ども、こういう I C T を使ってもらうので見やすく大きく触ったらすぐ反応するよう
という、触っていて気持ちよかったり楽しいなと思う仕掛けがないと、大所高所からこ
ういうのをやらないと救急はだめなんだということだけでもなかなか現場というのは毎日
それが続きませんので、何か楽しみがあったりとかわくわく感というの必要じゃない

かなということをしています。佐賀県からは大体こういう取り組みということで以上になります。どうもありがとうございました。

【〇〇座長】

〇〇さん、非常におもしろい先進的な取り組みありがとうございました。いかがでしょうか。委員の先生方、今〇〇さんからのお話、課長が来られないで〇〇さんが来たというのもまた何かすごさが出ておりましたが、いかがでしょうか。どこからでも結構です。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

大変すばらしい、今までうわさだけ聞いていたんですけれどもきょう見て感動しました。おっしゃるように搬送時間の短縮とかって目に見える効果だけではなくて、やはり非常に透明性の高い情報を皆が見ているというのが非常に重要なことではないかと思いました。1つ聞き漏らしたのかもしれないんですけれども、iPad ですといわゆるGPS情報があって、自分がどこにいるかというのが常に情報として入っているんで、1つは直近の病院がどこかということを知らせたりとか、ほかの救急隊がどこにいるかというのは一目瞭然でわかったりとかというふうなことがすぐにもできそうな気がするんですけれども、その辺は今後の予定あるいは既にもう実現されている点があったら教えてください。

【〇〇氏】

はい、どうもありがとうございます。実は佐賀県でもせつかくGPSがあるのでそれを使って近くにいる救急車はだれだとか、病院はどこだというのをやろうかと思ったんですけれども、現場の方に聞くと佐賀県ってそんなに病院が多くないんですね。救急隊員って地元の方が多いいので、大体頭に入っているんで、それをしてシステムが重たくなるよりはそれは自分たちでやるからいいということで、そこは我々はやめました。この前話を聞いたんですけれども、奈良県さんではそのシステムを入れていまして、奈良県さんの救急医療情報システムでいくと今から近い順にぴゅーっと病院が並ぶというのは導入されていますので技術的にはできると思います。

【〇〇座長】

他にいかがでございますか。どうぞ。

【〇〇委員】

昭和大学の〇〇と申します。今日はどうもありがとうございます。少し基本的なこと

をお聞きしたく思います。今、病院数が少ないとおっしゃったんですけれども、搬送される人の数を示すグラフがあったんですけれども、佐賀県においては病院の数というのはどういう経過だったんでしょうか。やはり減っているんですか。東京はこの10年間で2～3割減ったと。

【〇〇氏】

そうなんですか。病院全体は私のほうで把握していないんですけれども、救急病院に関していうとこの10年間で、10年前は多分55あったんですけれども今直近で48ですので7減っているということで、1割5分ぐらい減っている状態です。

【〇〇委員】

なるほど。いや、今病院そのものが比較的まばらにあるので救急隊員は大体わかっているとおっしゃいました。こういうふうな仕組みができる前は恐らく自分の消防本部の中の仕事としてやっておられたと思うんですけれども、先ほど宮城のほうはまだ仙台のあたりが部分的にやっていて全県一区になっていないという話ですけれども、佐賀県の消防本部の数というのはどのぐらいあるんですか。たしか奈良県が13か14ぐらいと聞いたんですけれども。全体としては。

【〇〇氏】

佐賀県は今7です。7消防本部でやっています。

【〇〇委員】

なるほど。厚生省の仕組みを少し使いながら始められたという最初の冒頭の御説明がございましたけれども、7つの消防本部は基本的には足並みよろしく最初から協力的にやっていったという理解でよろしいんですね。

【〇〇氏】

そうですね。7消防本部もこちらから回って、最初はやはりまた始まったと言われたんです。おまえみたいなのが定期的に出てきて机の上で思いつきで始めて現場が混乱するんだよみたいな形で最初結構いろいろ怒られたりとかしたんですけれども、現場現場に私の言うお話は聞いてくれないんですけれども、絶対に信用されているキーマンの方がいらっしゃるので、そのキーマンの方と一緒に話を聞いたりシステムをつくる時もキーマンの方と一緒に検討会を開いてやってもらったりというので7消防本部足並みそろえて何とかできました。

【〇〇委員】

もう1個聞いていいですか。脳梗塞で運ばれた者がどのぐらいかという話が先ほど出たので、東京では救急隊が脳梗塞といっても10のうち脳梗塞だったのは6ぐらいなんです。佐賀県においては病院側が脳梗塞とか心筋梗塞とか何らかのさっき言ったパネルの上でびびっと触れれば診断名が出るというふうなそういう仕組みをまだ入れてはいないんですか。それとも入れているんですか。

【〇〇氏】

実は今御説明を省いたんですけれども、それは入れています。救急隊がこういう患者さんを運んだよというデータをまず入力してもらいましょうけれども、受入病院が決まったらその受入病院にその救急隊が打ったデータが飛んで行って、病院のほうで実際にこの人の病名は何だったとか、傷の重さはそして最終的な予後、亡くなったのか退院したのかそれとも転院したのかというのをに入れてもらえるような仕組みはつくっております。

【〇〇委員】

そうすると救急隊が脳梗塞だと思って運んだけれども、本当はどうだったという話もつき合わせをしようと思えばすぐできるということですね。わかりました。

【〇〇氏】

はい。ただですね、問題があって、なかなかシステムにそういう予後を入れるというのはいままで全くやっていなかったもので、今のところ入力率はまだ5割ぐらいなんです。これをきちんと入れてもらえるようになると今おっしゃったみたいに本当にどの地区にそういう病気が多いとか、この運んだ患者さんは脳梗塞かなと思ってみたら実はめまいだったとかそういうフィードバックにも使えるんじゃないかと思っています。

【〇〇委員】

要するに、病院側としてはまだまだ頑張る余地はいっぱいありそうだという話でいいんですね。

【〇〇氏】

そうですね。難しいのは診断をするのはドクターで、この応需システムは大体事務職員が入力している場合が多いんです。なのでカルテを事務職員にうまく渡す仕組みをつくれている病院は入れているんですけれども、それができていない病院はなかなかまだ。

【〇〇委員】

病棟にパネルがあれば入れちゃったっていいわけですね。わかりました。ありがとうございます。

【〇〇座長】

ありがとうございました。手短に〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

私の質問も〇〇先生の最後の質問と全く同じでして、要するに搬送後の医療情報との突合ができるようなシステムになっているかという質問です。もう1つの質問は、今この病院選定の画面というのが診療科と予測される病態ということですが、これは例えば今緊急手術ができる、血栓溶解療法ができる、あるいは開頭術ができるといったような緊急治療の項目を活用するということは可能なんですかね。それともこれは本来の厚生労働省がお示しになっている固定情報としての救急医療情報システムの顔つきをそのまま持ってこられたということなんですか。

【〇〇氏】

ナンバーを振っていなかったんですけども検索画面のページがあるんですけども、搬送先医療機関の検索というペーパーで検索の画面が載っているんですが、上半分が実は搬送基準に基づいて探せるボタンがありまして、例えば脳卒中のボタンを押すとどここの病院がT P Aができるできないとかいうのが入っています。

【〇〇委員】

入っているわけですね。

【〇〇氏】

先ほどの下の科目で探すほうだけをデモしたので。上のほうには入ってございます。

【〇〇委員】

そういうことですね。ありがとうございます。

【〇〇議長】

よろしいですか。〇〇さん、我々が、多分とても興味のある先生方多いと思いますので、皆で視察に行かせていただくときには快く引き受けていただきたいと思います。ありがとうございます。それから、私からちょっといつどこでだれがどのようなところまでそれを透明性のある情報として皆が共有しているということは、逆にいえば個人情報はどういうふうにするというところが非常に大事になってくるのではないのかなという気がします。その辺のところもまた時間のあるときにディスカッションをさせて

いただきたいと思います。こんなところでもよろしゅうございますか。ありがとうございます。それではその次に移りたいと思います。その次は資料の2でございますが、2の2、5ページのところに消防と医療の連携というところが次のテーマになると思います。この次の消防と医療の連携についてる事務局からお話をいただきましたけれども、まずこの実施基準の運用状況は今どうなっているのか等々あるいはP D C Aサイクルは今どうなっているのか等々ありましたけれども、この連携について委員の先生方から御質問あるいは御意見等ありましたらいかがでございますか。事務局何か追加発言あったらどうぞ。

【事務局】

先ほどの説明のとおりでございまして、フォローアップを継続的にやっていかなければならないということになってございますので、それを継続的にやっていく上で23年末にすべての都道府県が策定済となりましたので、こちらをぜひともブラッシュアップしていきたいと思っていますので皆様のお知恵をかりることができればと思います。

【〇〇座長】

大変な御苦勞を事務局の皆さんしておられたのはよく覚えておりますが、すべての都道府県の策定済の今度はフォローアップだということで、こんなところでここはよろしゅうございますか。どうぞ。

【〇〇委員】

23年度に全体を把握することができたということになりますと、今この時点においてはどの県のものも見るということなんですか。僕はなかなか机に座る時間もないんですが、例えば消防庁のどちらかに見に行くとそれが見られるんですか。

【事務局】

うちの課に1冊ファイルがありまして、そのファイルに47県綴じてありますし、各県のホームページ等で公開しておりますのでネットで確認していただくことは可能でございます。

【〇〇委員】

1つこれって一体どういうふうに皆さん答えているのかなというのがとても興味があるんですけども、受入医療機関の選定が困難であった事案ってありますね。これがあつたときにどのようにしようという話は、すべての都道府県が答えていることになる。都について私はよく知っていますが、道府県のそれらをそちらでぱっと俯瞰できて、

そのようにした場合に非常に実効性のあることがわかるというか、具体的にイメージできるようなそういうなものが全国的に提示されているという理解でいいのでしょうか。ちょっとそこら辺の感想だけでもいいから聞かせてください。

【事務局】

ヒアリングした感想からしますと、やはり地域によって取り組みに大きな差があるというふうに思っています。緊急度の高い今にもお亡くなりになるという方については比較的短時間で決まっておるかと思うんですが、各県から何うと高齢者の方でなかなか時間がかかるとか、あとは精神疾患のある方の身体合併症こういった方で、緊急度は本当に赤ですぐにもということではないんですが、それだけに逆に医療機関が決まりにくいというふうな話がありまして、これをどうするかというのが課題であると。聞いた中で山形県の取り組みだと思うんですが、やはり県の衛生部局でいろいろ議論いただきまして、精神疾患のある方で身体合併のある方は、まずは身体合併の身体のお医者さんが診るということルール化していただきまして、そのかわり引き続き問題があれば精神のほうのお医者さんがちゃんと受けますよということを医療機関同士で約束していただき、救急隊の受け入れがスムーズになったというふうなことも聞いておりまして、そういった取り組みを地道にやっていくしかないのかなと思っております。

【〇〇座長】

このフォローアップ作業を通じてというところがございますけれども、これは私から聞くのはどうか、また質問をさせていただきますが、生存率とか社会復帰率というのはこのフォローアップの作業を通じて何かデータが出てきているというところまでいっているのでしょうか。

【事務局】

そこは課題でありまして、受け入れ困難であった事案について予後ですとか転機については実は情報をとれるようになっておりません。それは課題だと思っておりますが、何分データ数が多いものですからどういうふうにしてとるかというのはちょっと今答えを持ち合わせていないということでもあります。

【〇〇座長】

ぜひいいデータが出るのではないのかなと思います。そんなところでよろしゅうございますか。あるいは厚生省の〇〇委員が来られておりますけれども、先ほどの話、今の話何か追加発言ありましたらあるいはコメントありましたらいかがでしょうか。

【オブザーバー〇〇課長（代） 〇〇室長】

こちらのほうの都道府県の勉強会についても私ども一緒に参加させていただいて課題を共有しています。ですから事務局が先ほどおっしゃったような部分についても我々のほうも課題として認識しておりますし、それと精神科のほうは実は私担当ではないんですけれども、昨年度は検討会も立ち上げておりますし、その報告書もまとめて身体合併症を有する精神疾患の患者さんもしくは一般の患者さんで精神疾患的な要素がある方、そういったものについて搬送のルールというものもまた検討会のほうでまとめてございますので、そういったものを通じて対応していきたいと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。そんなところでよろしゅうございますか。これについてもことし成果を出していかなければいけないのではないかと思います。それではその次に移りたいと思いますが、3のところは既に〇〇先生に部会をお願いし、そこでまずもんでいただけるということになっておりますのでその先4のほうに移っていききたいと思います。4であります。救急需要増大の要因分析。それでよろしいですね。

【事務局】

3につきましても親会で議論をしていただければと思っております、札幌市のほうからワークステーションの取り組みも簡単に御報告いただくとありがたいなと思います。

【〇〇座長】

ごめんなさい。それではこの3の中で1つ私のほうから抜けちゃっているところがあります。まずワークステーション方式の札幌の〇〇委員からお話をお願いいたしまして、そして追加でこの3の中についての教育についての話をさせていただきたいと思います。どうぞ。

【〇〇委員】

札幌の〇〇でございます。札幌市につきましては平成7年に市立札幌病院のほうに救急ワークステーションを設置してございます。若干の変遷もございます。そういう意味で設立当初から現在までずっと携わっております私どもの救急課長〇〇がきょう来ておりますので、〇〇のほうから報告をさせていただきたいと思います。よろしく申し上げます。

【オブザーバー〇〇課長】

札幌市消防局の〇〇でございます。このような機会を与えていただきましてありがとうございます。座って説明させていただきます。今 192 万の札幌市民がいますが、当市の救急出動の推移でございます。昨年は 7 万 9,247 件ございまして、搬送人員は 6 万 9,843 人、平成 3 年の救命士制度ができた当初から比べると 2 倍を超えたという状況になっています。救急隊 1 隊あたりは大体 2,600 件ぐらいの平均でございますが、一番多いところだと 3,300 件、これは市内、すすきの地区を持っている救急隊であります。一番少ないところは南の定山溪温泉を抱えている救急隊でして 454 件とちょっと差がある状態となっています。救急の体制でございますが、救急隊は 31 隊実稼働しておりまして、救急隊員数は 318 名、現在二部制という 24 時間 2 交代から 24 時間の 3 交代に変換をする時期でございます。若干救急隊員数が変則になってございます。救命士は今 318 名中 229 名、72%が救急救命士でございます。ヘリコプターは 2 機でヘリコプターには 2 名の救命士を乗せています。指令情報センターには 33 名の配置のうち 8 名、全体を通しますと救急救命士の数というのはお示した表のとおりですけれども、救急隊員の当時の I 課程、II 課程、標準課程含めると職員の 41.7%が何らかの救急資格を持っているという状況になってございます。救急の特にワークステーションの部分でございますが、警防部の中に救急課がございまして、救急課の中の救急指導係というところが建物名称救急ワークステーションとして現在は位置づけております。このワークステーションですが、平成 7 年、95 年の 10 月に市立札幌病院の新築移転にあわせてまして設立をいたしました。敷地内にありますが、このスライドの写真の奥側に見える部分が市立病院でして、救急車のある後ろがワークステーション、建物自体は離れて独立して建ててございます。目的は、救急救命士の知識、技術の維持・向上と救急現場への迅速な医師搬送を行うということを目指してつくられております。現在の主な業務でございますが、救急出動もしてございますので救急出動と、救急救命士の再教育であります生涯研修それから事後検証と救急活動の事例研究会の企画・運営ということを主な業務としてございます。設立までの経過でございますが、平成 7 年に建てたときまだこの段階では救急課に毎日勤務の救命士の係長職 1 名を配置し、この市立病院を管轄する救急隊いわゆる所属の救急隊を 2 部制 8 名体制で配置をいたしました。この段階で救命士は 2 名、札幌市内の救命士もまだこの時期では 50 名程度であったことから、多くの救命士を配置できないという状況になってございました。設立後すぐに着手したのが再教育のカリキュラム策定でございます。ただ、我々総合職員も病院の中で何が行われているかというのがよくわからないと

ということで、ちょっと仕事を分けまして、関係する先生それから看護師さんが救急車に同乗いただいて救急業務への理解を深めていただくこと、我々救急救命士は救命センターの中、ERからICU、HCU含めて病棟まででできることもしくは看護実習などを経てカリキュラムをつくり上げる。この間に2カ月ぐらいかかっています。暫定の救急救命士の生涯研修カリキュラムというものを策定をし、平成7年12月から生涯研修が始まったというものであります。それから同時進行で動かしていたのが、救急現場の医師搬送、いわゆるどんな症例に医師に現場に行っていたらどうかということでいろいろお話をしていました。その段階では救出が困難な事例ですとか心肺停止とか多数負傷者というすごく雑駁な医師搬送をやっていたというのが現状です。それからワークステーションのもう1つの機能でございますけれども、車庫が2つありまして、1つの車庫がまるまるホルマリンガスを発生することができる部屋でございます。現在は使っていませんが、当時は月に1回救急車をまるまる消毒していたということがあります。このホルマリンガスの消毒にかかる時間ですが、3時間程度かかるものですから、その間を有意義に使おうということで、救急車が混雑しているような状況であれば非常用の救急車を運用して現場にかえていただく。混雑していなければシミュレーション実習を隊まるまるでこの中でやっていくということをやっていました。これは平成13年の7月ぐらいいまでやっていたというふうになっています。以降はホルマリンガス消毒もいろいろありまして中断をさせていただいて、感染症の搬送症例のみを行っているという状況です。当時の研修のカリキュラムをお示ししますけれども、隔日勤務体制24時間勤務で5当直でやっていました。ERに搬送された症例があればその見学や処置、処置介助をしにいきますとか、各種検査の見学それからHCU、ICUへの看護実習それから救急車に乗っていただいて隊長としてどんな活動をしているかということを見ていくこと。それから内因性の心肺停止を想定したシミュレーション実習それから搬入症例のプレゼンテーションということをやっていました。やってはいたんですが、なかなか特に病院の中ですと先生方もしくは看護師さん方はかなり大きな負担を強いていたということもあったり、もしくは救命士さんのモチベーションいわゆるやる気の問題でして、かなり研修の効果がまばらになってきているんじゃないかというような課題を抱えていました。それで平成11年に所属の救急隊を所属にお戻しさせていただいて、救急救命士を6名選出させていただいて、病院の中で勤務する救命士をつくりました。この救命士6名は当時市立病院救命センターでつくっていた先生方5～6人のチームがございましたけれど

も、その3つのチームにそれぞれ2人ずつ配置しまして、研修の内容につきましてはそのチームの中でしっかり議論されるというようなところで整理をさせていただきました。さらに救急車を1台配置しまして医師搬送のみを行うという体制に切りかえてございます。当時の配置の救命士の研修カリキュラム、いわゆる長期研修に近いと思いますが、各チームによってかなりまばらになってございました。しかし、大体共通している点は、搬入症例の処置の介助ですとか搬入症例のプレゼンテーションをレポート化して提出義務があったり、それからそれぞれの救命士さんでは例えばエンボリの部屋にいて、血管の走行を勉強するとか、心筋梗塞の治療に立ち会うような専門にやっている救命士とかいろいろいらっしたようです。それを経て数年やってきましたけれども、やはり研修生という部分では限界があるだろう、それから教育の中身としてもやはり救急現場というのが我々の本来の職域であろうということで、新たな機構改革が必要だということで、研修内容充実のために救急現場も出る、さらに院内でもいる、それが指導者が常時ついていけるような仕組みができないかということで救急指導係をつくりました。平成13年の6月には、平成14年の4月からですけれども、その前段階としてまず指導者の養成カリキュラムをつくって指導係に変革していくということでした。この指導係というのは救急救命士が8名、4名×2ですね、プラス一般の救急資格者2名の5名配置の2交代で行いました。階級も消防ですから当然必要だということで、救急の隊長クラスを6名、副隊長クラスを4名ということにしています。係員というかこの10名の者たちは、特に救命士の8名は長期研修という位置づけを残したままで教えながら学ぶということにしました。常時入ってくる生涯研修、再教育で入ってくる救命士、院内に入っても救急現場にいてもこの指導係員は必ずつけるような体制を組ませていただいて研修の指導に当たっていたというところでもあります。それからやっていく中で10年近くたった医師搬送も当然何でも出るという話ではないので、ある程度整理しましょうということで平成16年に医師搬送の基準を改正をしたり、平成18年の3月には生涯研修自体が、救命士100名近く超えてきましたのでどんな形で進めていくのがいいのかということを検討しまして、教育理念、教育目的、方法等々を大綱化して研修時間の明確化と個人記録の導入・管理という意味を含めて一体化した改革を行いました。生涯研修は、ここは資料を見ていただきたいんですが、現在の大綱的には進みとしてはこうなっています。下からですが、救急救命士の資格取得後の運用までの就業前の病院実習、この前には実は救急車の同乗実習がございますが、病院実習から我々の管轄に入ってまいります。札幌

市内にあります救命センター5カ所で各2当直ずつプラス救急ワークステーションに配置しています救急車の同乗実習3当直という13当直で研修を行います。そこで各施設の先生方のオーケーですとか指導係のチェックを経てオーケーが出た者について運用する。今までオーケーが出なかった者はいませんが、基本的にはオーケーが出なければ運用しないというルールをつくってございます。その後1年目にやってくるのが救急救命士の1年次研修というものです。これからはずっと市立札幌病院の救命センターで行いますが、原則4当直プラス同乗が3当直、7当直の研修になってございますが、最近はやはりが救命士がかなり数が増えてきて回らないということで、同乗の時間を減らしたりしているようです。その次に来るのが2年次研修ということで、そこからは3当直の同乗実習と病院実習ということになっています。ここまでの救命士をとってから3年間、約3回の研修までが階級等々を問わず、その後救急隊長の資格を持っている階級の者は右側のほうの救急隊長研修に移ります。救急隊長以外、副隊長、隊員の者は左側の2年次以降研修というところへ移ります。いわゆる隊長として隊員を教えるためのマネジメントそれからこんなことを課題にしようねということとその都度教えていく研修と、それから淡々と今までどおりの研修をやっていく2年次以降というものの差別化を図っています。隊長研修で救命士5年以上の経験ある者の中から、真ん中にある救急指導者研修というのはワークステーションの指導係の係員のことをいいますが、原則2年間ぐらいの研修の中でさまざまなものをやると。これはまだまだカリキュラムが定まっていますので、毎年毎年模索をしているという段階になっています。それからワークステーションの隊長職が承認すれば救急係長という現場の統括の係長になりますが、その者の係長研修というのを一番上に乗せています。これは我々救急ばかりではなく、消防の現場の中を取り仕切る警防課長という課長職が、現場に出ませんがそういう課長を各消防署に配置していますが、その課長が毎年必ず救急隊に乗り込んで救急隊の活動を見ていただいています。とはいっても警防課長さん方は救命士の資格も救急隊の資格を持っていない方もいらっしゃいますので、安全管理その他労務管理とか見ていただいているんですが、その説明会でこの係長さん方がある程度説明をしたり、我々もやっていますが救急現場はこうだよという事前の教育をしていただいて、課長さん方は安全管理という管理的なところを見ていただき、係長さん方は救命士ですから救命士としての知識とか技術の判断等々のところを見ていただくということをやっていただいています。それらのことと、もう1つは次のスライドになりますが、個人記録というものを

常時つけさせていただいています。これはエクセルのシートになっていまして1枚目が生涯研修の部分でございます、北海道のMCで決めているのは病院実習は48、1時間1単位です。48単位以上を受けなさいよと。それからその真ん中には実は事例研究会とか学会発表とか論文投稿等々となっています。あとJPTECとかICLSを受けてもそこに単位として決められた単位をつけていく。その単位がどのくらいあるのかとか、2枚目にいきますと実際の特定行為の実施状況がどうなのか。3枚目にいくと初診医の意見のあったものがどんな意見をいただいているのかということがわかります。これがデータベース化されていますのでそれを見ながらその人に足りない部分の生涯研修実施を補うということもできます。それから16年に改定した医師搬送の基準ですが、現在また改定中ですのでこれは後ほどご覧ください。先ほど申し上げました課長さん方が乗っているというのはこの救急現場監察及び救急技術指導という部分です。監察というのは消防の持っている規程の中で定められておりますので、その規程にのっとってどんなことを見るかということも位置づけています。生涯研修の救急係長研修の中で前年度実績のものでか今年度の課題とかそういうことを含めながら議論をして、翌年に向かっていくというような仕組みになっています。その次が札幌市のメディカルコントロールですが、平成4年に札幌市の救急業務検討委員会という名前で設置をさせていただきました。医師会ですとか三次医療機関の先生方とか看護協会それから保健衛生部局それから弁護士なんかが入った形で進めさせていただいておりますが、過去に検討した経緯というのはそこにあります。その再教育という部分は平成6年に教育訓練、救急現場への医師搬送という答申をいただきまして、その中で施策として救急ワークステーションという建物を建てさせていただいたというのが現状であります。その次のスライドでございますが、最後のスライドでございますけれども、今の北海道も含めた事後検証体制でございます。一次検証に至るものは今のところ心肺停止とか初診医の意見があるもの、もしくは所属長からの依頼症例なんていうものが我々救急ワークステーションの指導係のほうに上がってまいります。年間約1,800ぐらいだったと記憶していますがそのぐらい上がってきますけれども、それを消防の活動的な立場で検証するのが一次検証、そのものをまるまる市立札幌病院の救命センターの先生方に提出いたします。そこが二次検証です。そこは主に先生方は医学的な観点でのアドバイスもしくは提言をいただいているということでもあります。その中からさらに特異症例それからもしくは二次検証でこれは三次に回したほうがいいねと言われているものが三次検証、これは札幌市の地域検証部

会という北海道のMCの一部になります。ここで救命センターの医師ですとか救急係長なんかが入った会ですが検証していくと。それから四次検証まで上がったものはかなり少ないですが、これは北海道全部のものになります。北海道救急業務高度化推進協議会というメディカルコントロール協議会の主にプロトコルや施策を検討しているワーキンググループの先生方、ここは先生方、消防も入っていますが、そこでプロトコルの検証・修正もしくは三次検証から依頼事項などについて必要な事項を症例として集めていくという仕組みになっていまして、我々はこの三次検証までを主にやらせていただいているという状況でございます。かいつまんで雑ぱくではございますが説明を終わらせていただきます。ありがとうございました。

【〇〇座長】

〇〇委員並びに〇〇課長には非常にすばらしい、平成7年から始まったということでございますけれども、救命士の指導拠点として救急ワークステーションをつくってそのワークステーションで取り組まれている教育についてのお話をいただきました。いかがでございましょうか。これも先進的な事案としてさらに匹敵すると思います。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

日本医師会の〇〇でございます。今の話これそのものは非常に先進的に前に進んでいるなという感じがするんです。以前、厚生労働省の検討会に提案したことがありますけれども、救急救命士の業務の場の拡大ということをどういう形で合意をしてその研修体制なり連携体制なりをどうするかという問題がこの一歩先にあるような気がするんです。法令とかいろいろなことに差し障りが出始めるので、どういう形でまとめるかということがあるんだと思いますが、病院の敷地内に消防署のワークステーションを建てるということが一歩前進という姿はを見せてもらったと思います。

【〇〇座長】

〇〇先生ありがとうございました。救急救命士の仕事の場の拡大をどういうふうにかえるのかということも今年度の大きなテーマの1つになるだろうと思います。ありがとうございました。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

日本医大の〇〇です。今のお話非常に感銘を受けて拝聴しました。救急ワークステー

ションの教育という観点からのお話だったんですけれども、我々医療機関側から言うと、あるいはもっと広く社会というふうなことを考えると、このワークステーションの本当の意味というのは、もちろん救命士さんの教育あるいは救急隊の教育というのが一義的にはあると思うんですが、最終的にはより救急医療の円滑化だとかあるいは成績の向上とか、治療成績が向上、重症の患者さんをより救命術を上げるとか、心肺停止の患者さんをより迅速に搬送する体制に寄与するとか、そういうことにきつとつながると思うんですけれども、そういった観点からのデータなりあるいはそういった事例といいますか患者さんの例というのはきつとあると思うんですね。ですから、そういう観点からもそのワークステーションの重要性というはあるんじゃないかと思って聞きました。ありがとうございました。

【〇〇座長】

〇〇委員、〇〇課長何か今のお話で何かありますか。ありがたいお話しでということでもいいですか。

【〇〇委員】

〇〇先生からいただきましたけれども、CPAのいわゆる1カ月生存率ですとか、その辺につきましてはまだ消防庁さんのほうでも数字はあろうかと思えますけれども、医療と救急との連携という意味では、そういうふうな数値につきましても私ども全国平均含めて高い位置にあるのではないかなというふうな考え方を持っております。

【〇〇委員】

よろしいですか。札幌市のデータをいつもうらやましく我々見ているんですけれども、恐らくこういった体制というのが大きく貢献していると思うんです。ですからそういうところも強く言っていいのかなというふうに思いますし、むしろそういうデータがあるのであればぜひ見せてほしいなと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。よろしくお願ひしたいと思います。それでは〇〇先生。

【〇〇委員】

どうでもよさそうな質問とまじめな質問と2つあるんですが、「警防救急隊」という言葉がちよこちょこ出てきますけれども、これはワークステーションの救急隊のことを警防救急隊というふうに呼んでいるんですね。

【オブザーバー〇〇課長】

そのとおりです。

【〇〇委員】

わかりました。それはそれで。この教育のあり方のところでのワークステーションの話なので、指導的立場の救急救命士という切り口で見ると、今の御発表の中からは例えば9ページ第3期のところに「指導係員（長期研修生）が常時指導」しているというふうな言葉が出てきたり、それから救急担当係長の研修とかっていうのがあって、どうやらその方がかなり高い立場からいろいろと指導されているのかなと思ったりします。そして、直接的に救急救命士の指導的な立場にある人を「指導救命士」などという言葉は多分お使いになっていないんだとは思いますが、本検討会の文脈で言いますと、もし指導救命士とは何かという話がこれから出る可能性がある。そこで、札幌の実践の中からはそういう意味での救命士が救命士を教えるというふうな人たちというのはどういふふうな感じになっているのでしょうか。そこら辺を少し具体的に教えていただけないかなと思って。

【オブザーバー〇〇課長】

消防の世界は階級がございますので、やはり階級を超えてというのはなかなか難しいだろうということもあって、先生御指摘のとおり「指導的救命士」という位置づけはございません。ただ、いわゆるエンブレムみたいなもので、救急ワークステーションの出身であるという方々が確かに救急係長さんの中には多いというのがあります。当然短時間での生涯研修再教育の中ですべてを教えられるかということとそんなのは無理ですからポイントだろうと。やはり現場にいる救急係長さん方がしっかり機能していかなければならんだろうということでもまず一たん整理をさせていただいています。その上で現場で機能させるためのものと、それから短時間でくる病院の中もしくはチェックをする機構の同乗実習という中で、救急指導係という職員が将来的に多分指導者になっていくんだろうという、いわゆる研修期間を経ているという考え方かなと思っています。今整理をかけようと思っていますけれども、なかなか一回とるとそれで終わりという指導者ではないんじゃないかと。当然何年間かは、そのような整理に今後なりそうだなという感じがしています。

【〇〇座長】

その先生方というのかな、指導救命士あるいは指導的何でもいいんですが、その人たちは試験なりを課しているんですか。そのところはどうなっていますか。

【オブザーバー〇〇課長】

現状は試験なしですね。2年以上経験した者については一たんはもう預けているというところですよ。

【〇〇座長】

県によっては筆記試験実地試験両方で課してというところもありますので、その辺のところはこれからのディスカッションだろうと。事務局何か追加ありますか。

【事務局】

階級を超えてという話がありましたが、私この前福岡市消防局に行ってまいりまして、福岡ですと各署に指導救命士的なエンブレムをつけたベテランの方がいまして、この方は本部の消防補佐から署内の一次検証と、救命士を含めた救急隊員の生涯教育について署内の責任を持つんだと、医学的な切り口からの指導について責任を持つんだということで、署の救急指導係長さんを補佐するというような事例になっているんですけども、実際係長さんは部隊活動のほうに専念をして、一次検証とか医学的なところはエンブレムをつけた方に任せているということで、階級と指導的立場の救命士なる皆さんとの関係をこれから整理していく必要があるのかなと思っています。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

もうちょっと具体的なイメージをかためるために質問させて下さい。今言われた消防署というのは東京で言うと例えば深川消防署とかありますね。ああいうふうな消防の建物の中にお一方そういう人がいるという理解でいいんですね。さっきの景色は。

【事務局】

福岡市消防局はそのような体制に、各署に1人となっています。

【〇〇委員】

ちょっとたたみかけるようですが、今の札幌市組織図の4ページ、これを見ると札幌市には警防部があって、その下に救急課と消防救助課とか消防航空隊があります。組織図は、もっと複雑なのかもしれませんが、そうすると、この救急指導係という、今話題になった、そういう指導係の人たちが各消防署に複数名いてもいいんじゃないかという話になるんですか。今の文脈でいうと。

【オブザーバー〇〇課長】

そうですね。実はこれは非常に申し訳ないんですけれども、警防部、総務部、消防学校、予防部の下に各消防署が同じ系列があります。その系列の一部に救急担当係長というのを配置してございますので、全く我々が説明をしていないだけであって救急係長としては同じようなことをやっています。

【〇〇委員】

だから救急指導係はワークステーションか何かに配属されている、救急係長というような職位でしょうか。

【オブザーバー〇〇課長】

そこは消防署レベルです。

【〇〇委員】

各消防署に配置しています。

【〇〇委員】

多数おられる。わかりました。ありがとうございました。

【〇〇座長】

これについては栃木県で非常に教育に頑張っておられる〇〇委員がおられますが、〇〇先生何かこの辺のワークステーションあるいは 99 さがネット等でもいかがでしょうか。何か追加発言あるいは何かありましたらどうぞ。

【〇〇委員】

私たちはこんな大きな消防署がないものですから、それぞれの小さな消防でどうやって教育をしていくかというのをMCでやっています。特にうちでいうと3つの消防本部がありますのでそれぞれの消防本部間の教育内容を一定のレベルに上げていこうということで、それをMCが関与しているというところがちょっと違う取り組みかなと思います。指導ができるような救命士をとかワークステーション、非常にうらやましいと思ってしまうんですね。なぜかという、うちの地域ではワークステーションなんてとんでもないと、そんな人が余っているのなら人を削るというふうにはっきりと言われてしまうところなものですから、じゃあどうするかということでいつも困ってもめているというのが現状です、ということなので、この委員会でいろいろなものが出てくると思うんですけれども、その中で地方の消防本部でさえもきちんとした教育をして日本のレベルがある程度保てるんだということも念頭に置いて議論をしていたただきたいというふうに思います。それからもう1つだけ。栃木県の名前が最初に出てきたので、医療情報システ

ムのところ、いかにもよさげに見えるんですけども、ぜひこれはP D C Aサイクルが回っているかどうかを今後調査をしていただけたらと思いますのでぜひやってほしい。栃木は始まって3カ月ですけども、重症の緊急度の高いのは大体もうおさまるんですね。救命センターに行けばとりますので。ところが、今これで僕たちが話題になってしまうのは、どこもとってくれないのが、栃木県はここにかいてあるとおり5回以上になったときインターネットで皆に流れるんです。こういう患者がいるからとってくださいと。非常によさげに見えるんですが、そこでだれもとらない。とらないんです。はいいいですよとボタンを押すのはうちと〇〇の2つの大学だけなんです。それが現状になってしまっているんで、これをやればそういう意味のたらい回しはなくなるかというところ必ずしもそうではなくて、やはりその地域の医療全体をもう少し踏み込んで考えないと、今いったような患者さんというのは中等症以下のよっぱらい、外国人、独居高齢者とかというような人がメインなわけですから。そういう人たちをこのシステムでとろうとしてもとれないということもちょっと課題かなと思って聞いていました。

【〇〇座長】

ありがとうございます。非常に重い現実もあるんだぞというところを、〇〇順一郎先生よろしくお願ひしたいと思ひます。きょうまだお話をされておひません〇〇先生、教育の問題あるいはその他のところで結構でございますが。

【〇〇委員】

ありがとうございます。これは〇〇先生からもお話がありましたように、この先に何があるのかということのプランというか青写真が僕は大事だと思ひます。現場のインセンティブは必ずしも階級や給与だけではないですし、最終的にこれが場の拡大に広がるということが終着点なのかどうなのか。もっというと、例えば救命士は救命士が育てるべきだという御提言がありましたけれども、そういうことであるならば例えば養成課程への貢献度を引き上げる、具体的に例えば教官の一定の割合を救命士にすることを決めるとか、あるいはMC体制も抜本的に、今は医師主導でやっておりますけれども、こういうものにより積極的に救命士の割合を高めるとか、こういうことにつなげていかないとこの教育を向上させるということが実効性のあるというものにならないんじゃないかというところもありますので、この辺も視野に入れてぜひ御検討いただきたいなというふうに思ひます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。よろしくお願ひしたいと思ひます。きょうお話をされてない先生、きょう初めてでございますので私の隣に〇〇委員がおられます。〇〇委員は先ほど〇〇委員が、何で私の隣に〇〇さんが来ないのかと言っておられました、国民を代表していかがでしょうか。

【〇〇委員】

代表してではないんですけども。佐賀県の取り組みも札幌市消防局さんの取り組みもとてもおもしろい取り組みだなと思ひまして、自治体ですとか消防さんですとかあと病院ですとか、こうして努力されて問題が改善してきているということを一一般の市民に対して伝える場をたくさん持っていますので、そういったことを私は伝えていこうというふうに思ひました。すごくおもしろい取り組みで勉強になりました。ありがとうございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。いかがでしょうか。こんなところで教育そして真ん中のところで札幌の流れを、お話をまだされていない方がおられるのはよくわかっているんですが、もうちょっと時間を余ったところらというところにさせていただいてごめんなさい。というのは今度は4のところ。4のところ、救急需要増大の要因分析のところを、ここも非常に先ほどからアルコールの問題あるいは精神病の問題あるいはホームレスあるいは高齢者等々のそういう要因だけで増大をしているのかというところが今年度の「あり方検討会」の1つの大きなテーマになります。この辺についての御意見がありましたらいかがでございますか。

【〇〇委員】

よろしいですか。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

1つだけ。救急需要増大の要因分析で、昨年度570万件の出場件数に対して搬送人員が518万人ということで、約1割の不搬送件数があると思うんです。全国的に見て約1割の不搬送なんですけれども、少し調べてみますとやはり大都市圏では13%、15%、実は大阪市は20%、5件に1件が不搬送なんですけれども。大きな交差点で交通事故なんかあれば携帯電話で5本も6本も入るので重複して出場させているのが多いかどうか、あるいは

は、第三者通報で倒れていると思って寝ているだけの人が多いのかなと少し分析したんですけれども、実はそれほど多くなくて、大多数が拒否という処理の仕方になっています。救急隊員が現場トリアージで行かなくていいですよというようなことをやっておりますので、基本的には病院に行きたい人は全部運ぶということになっておりますけれども、全部拒否という処理の仕方、拒否の要因が少しわからない部分が大きくて、昨年度比24万件増で搬送人員については20万人増ということで、救急件数の増加の割合と搬送人員の増加の割合に差があるんじゃないかなという気が少ししておりますので、この検討要因分析の中で不搬送の要因についても少し加えていただけたらありがたいと思いますのでよろしくお願いします。

【〇〇座長】

東京も少しずつ不搬送の割合がふえているということもありますので、重要なポイントだと思います。ありがとうございます。ほかに要因分析いかがでしょうか。これからの問題としてまだまだあるのかもしれませんが。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

まだ結果が出ないことで余り予断を持った話をするべきではないと思うんですけれども、昨年までの粗々の傾向を見ると、今までのようなそういういわゆる好ましからざるケースということ以外に、高齢者、中等症以上というところに新しいマスが生じていると思うんです。それをどうとらえるかというのは実は大変な問題になるのではないかと僕は予測をしているんです。というのはやはり厚生行政の中で在宅重視という方針、在院日数短縮が善であるというような方向づけ、それからインセンティブをいろいろつけてきたということがあります。そしてもう1つは財務省が医療費の予算はカットするのがよろしいんだとしています。国民は健康にお金を使うことを容認しているというデータがあるんですが、行政のほうにくると突然それが逆に動いている。この全体の総和の中で除外された方々がどういう状況にあるかと、これはこの先計画停電とかいろいろなことをやればやるほどそういうところにしわ寄せがきやすい状況が生じているんじゃないかなと思います。このデータをぜひ総務省消防庁だけではなく厚労省ともよく中身を詰めながら、それで我々と共有化しながら、どういうふうに持っていくのがよろしいかという大きな議論に持っていけないといけません。やはりせっかく国民共有財産である国民皆保険制度それに介護保険、この全体から国民が除外されるようなことがあっては全くならないわけですね。慎重にしかも前向きにやっていただければと希望します。

【〇〇座長】

非常に貴重な御意見をありがとうございます。どうぞ。

【〇〇委員】

今のお話と多分文脈は同じだと思うんですけども、海老原さんたちと一緒に作業してドイツとかフランスとか外国行きましたよね。報告書が出ていますね。その報告書の参考、後ろの付録のところ、横軸に社会的なインデックスがあって、縦軸に救急車を利用する回数があって、いわゆる社会的な弱者つまり所得が低いとかそういうふうな、要するにドイツ語でできている表ですが、それと同じようなものがひょっとすると上手にやれば日本国でつくれるんじゃないかと。この間増えてきているのは、富んでいる人がよりたくさん富んでいるのかどうか知りませんが、所得の低い方たちが増えてきているということはどうもありそうな気がします。ですからあのグラフ、わかりますね、今は僕手元にありませんが。

【〇〇委員】

よろしいでしょうか。あれは私が書きましたので発言させていただきます。あれはドイツのベルリンでの話です。東西ドイツが一緒になってできたものですから、市民の収入に著しい差があり、どうもおっしゃるように救急搬送が財政的に弱い人たちのところから多いんじゃないかということで、ソーシャルインデックスという経済指標と救急搬送件数とで検討したところ、よく相関したとのことでした。よくもこんなデータを出しましたね、と質問したのですけれども、ただ救急搬送の需要が年々ふえてきているのは何も我が国だけではなくて、ドイツも全く同じことなので、要因分析のためには重要なんだということ消防機関がおっしゃってました。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

【〇〇委員】

だからマネをすればそこら辺のことが言えるだろう。今「批判的な」というふうにおっしゃいましたけれども、社会的な背景を持った人たちがこんなにたくさん運ばれ損なっていますよというデータを最初に総務省消防庁とそれから東京消防庁が東京都医師会と作ったときも、東京都医師会が確か当初、少したじろいだ。最初の最初は。そういうデータが出るとマスコミからバッシングを受けるんじゃないかみたいな意見もあったようです。それでも本当のことはきちんとおさまえようやという話でもってやっていって今に

至っていますので、ここのところは頑張るやらないとこのテーマはどうにもこうにもと私は思います。厚生労働省と一緒にといいますか、厚生労働省が露骨にその話を分析に加えるのはしょうがない。国民の生活そのものですから。そういう意味で〇〇先生のおっしゃっていることも含めて、〇〇先生は答えまで言っているようなところがあるのでちょっと厳しいんですが、という発言でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。災害弱者にCWA P Fという言葉がある、子供さんとか妊娠をしている女の人あるいは高齢者、あるいはCWAPの最後のP、Fのところですけども、Pというのは一般的にはpatient といって何かハンディキャップを持った人とか病人の人ではなく世界的に見るとあのPというのはpoor people なんです。貧困というのは災害だけではなくて救急弱者でもあるというあの言葉というのはやはり大事なんじゃないのかな。そのPの最後にFがついていて、これは外国の人であります。ちょっとこれも要因分析の参考にさせていただけたらと思います。それよりももっともっと大変な、東京では東京ルール等々で大変な苦勞をされている、ここに東京消防庁の救急部長がおられます。一言いただきたいと思いますが。

【〇〇委員】

軽傷者が救急需要を圧迫しているという話が昔ありまして、平成19年に#7119という事で、救急車を使ったらどうかということでもずわからなかったら相談してくださいという形の制度をつくりました。それから20年21年と救急需要が減ったんですけども、また22年からふえたという状況になっているわけです。恐らく軽傷者のパーセントというのはかなり年々落ちてきているんですけども、救急需要の総体としてはふえているということで、高齢化率がかなり高くなってきて高齢者の搬送がふえているということで、恐らく軽傷者が減っている分高齢者の増加分で余りあるような状況になっている。要するにどんどんふえてきているというのが現状じゃないかと思います。今〇〇座長のほうから東京ルールという話でございますけれども、東京の場合も一応病院で受けるかどうかというのはそれぞれの救急車の端末でわかるようになっているんですけども、なかなかそこにかけても、一応受け入れ可能というふうに書いてあってもちょっと受けられないよということがありまして、5件あるいは20分以上かかった場合については中等症以下の場合については東京ルールということで、病院の医療圏ごとに幹事病院がそこら辺の調整をして、受け入れの病院を決めていただくという形のものでやらせていた

いているということでございます。これでも大分病院決定までは時間短くはなってきたるんですけども、まだなかなか大変だという状況です。重症以上は救命センターにとっていただくというので簡単にいくかなと思っていたんですが、こちら辺も現在重症以上となってもなかなか決まらない場合があるということで、こちらのほうも東京ルールの一部に入れようということで今作業をしている。ただ医療圏ごとに医療機関の状況がいろいろ違って一律にいかないということで、今苦勞させていただいているということがございます。参考までにとということで失礼いたしました。

【〇〇座長】

ありがとうございました。今救急部長はいわゆる高齢者のC P AなりあるいはニアC P A的な看取りの的なもの患者さんは救命センター、三次に皆そこに行ったら三次の皆さんだってそれは人工呼吸器だってすぐなくなっちゃうよというところがありますので、その辺のお話を救急部長からのお話なんです、端的に言えばそういうことであります。その辺のところも今後の要因の中のディスカッションの1つにさせていただければありがたいというふうに思います。それでは時間に限りがあります。あと5分ほどになってしまいました。次の5番目でございます。応急手当普及促進という命題をどういうふうに考えていくかというところでもあります。この中で普及促進の中で1つのテーマとしては救命入門コースという新しいコースをつくって、これで小学校の児童に小さいときから救命講習あるいは心肺蘇生手当を考えてもらうというところから始まっているのではないかとこのように思います。そしてより効率的な普及啓発をどのようにしたら行っていくのかというところもぜひ今年度はお考えいただきたいというふうに思うわけであり、御意見御質問等ありましたらいかがでございますでしょうか。よろしゅうございますか。これは重要なテーマの1つであります。ぜひぜひよろしくお願ひしたいというふうに思います。こんなところできょうのお話は5つのテーマ全部終わりました。全体を通して御質問等がありましたらと思いますが、今日は消防庁専門官が初めての「あり方委員会」だろうというふうに思いますが、何か全体を通して御意見御感想いかがでしょうか。

【事務局】

改めまして4月1日に着任いたしました〇〇と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。本日はまだまだ勉強の身のところもあるんですけども、さまざまな各地の取り組み内容を聞かせていただきまして、あるいは需要のところの分析のところ、さまざまな御意見をいただきまして非常にまた今後の業務の中に生かしていきたいと思われる

ところがあります。今後とも引き続き御議論をよろしくお願いいたします。

【〇〇座長】

よろしくお願いいたしますと思います。それでは結論的なところがございますけれども、きょうディスカッションされたこの方向性で今年度は進めていきたいということで御了解をいただきたいというふうに思います。それでは時間となりましたので事務局に進行をお願いしたいと思います。

【事務局】

ありがとうございました。皆様活発な御意見御議論をいただきましてまことにありがとうございました。次回の開催につきましてはまた改めて御連絡させていただきたいと思います。以上をもちまして第1回救急業務のあり方に関する検討会を終了させていただきましたと思います。ありがとうございました。

——完——