

第2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12月7日（金） 14時01分から16時04分

2 場 所 都道府県会館

3 出席者

メンバー 阿真委員、有賀雄一郎委員、岩田委員、酒井委員代理伊達氏、
坂本委員、佐藤委員、島崎委員、鈴川委員、藤井委員、
山口委員、横田順一郎委員、横田裕行委員

オブザーバー 梶尾課長代理佐久間室長、松川課長

4 会議経過

1 開会〔事務局〕

2 座長紹介

【事務局】

まず初めに、座長をお願いしております。〇〇委員におかれましては、御都合により御欠席との御連絡をいただいております。つきましては、座長代理といたしまして、本検討会に長きにわたり御尽力をいただいている委員の皆様から、〇〇委員にお願いしたいと存じますが、皆様、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。（拍手）ありがとうございます。そういたしましたら、〇〇委員、お手数ですが、お席の移動のほうをよろしくお願いいたします。

3 あいさつ

【武田審議官】

9月10日付で高倉の後任で参りました武田と申します。委員の先生方には救急業務の

あり方につきまして大変御熱心に御審議いただき、また、御支援・御協力をいただいておりますことに感謝を申し上げます。高倉に引き続き、私もこの業務に少しでも力になれるよう全力を尽くしたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

4 議事

【〇〇座長代理】

座長代理を承りました〇〇です。よろしくお願いいたします。早速議事に従って進めたいと思います。まず、本年度の重点項目として作業部会を設置いたしました。救急業務に携わる職員の教育のあり方の検討結果について、資料3、救急業務に携わる職員の教育あり方作業部会報告書、これを〇〇部会長にお願いしておりましたので、〇〇委員、よろしくお願いいたします。

【〇〇委員】

救急業務に携わる職員の教育に関する作業部会、私は部会長を仰せつかっております〇〇です。私のほうから作業部会の経過と報告書の案を御説明させていただきたいと思います。詳細なことにつきましては、この作業部会の中に設けました検討班がございますので、班長のほうから御説明をまた後でさせていただきたいと思います。それでは、まず資料2の24ページと、資料3の冒頭ページになっております目次の前の2ページのところをおめくりいただきたいと思います。その作業部会では教育に携わる職員、特に3つの職種につきまして、分けて検討いたしました。24ページの青の囲みで書いてありますように、救急救命士の資格を有する職員の教育のあり方検討班、その作業班は報告書の2ページのところにあります〇〇委員に班長をお願いしまして、班員として、名簿に書いてある方々をお願いいたしました。救急隊員の資格を有する職員の教育のあり方検討班は、〇〇先生に班長をお願いしまして、そこにありますような方々に検討会に加わっていただいております。さらに3つ目ですけれども、今回は通信指令員の救急に係る教育のあり方検討班を設けまして、通信指令員の救急業務に関する教育の部分を検討いたしました。それは〇〇委員に班長をお願いしまして、そこに書いてあるほか、3名で検討していただいたということです。その結果、報告書のほうの、そのままのページで結構ですが、右手に本文目次と書いてございますが、救急救命士の資格を有する職員の教育のあり方、救急隊員の資格を有する職員の教育のあり方、通信指令員の救急

に係る教育のあり方、この3つの大きな項目をそれぞれ検討いただいた成果を報告書にまとめたということでございます。最後に、それぞれの職種全体を俯瞰して、救急に携わる職員がどういう形で生涯教育的なことをやればいいのかということを、全体像を結びつける形で報告書の4つ目の項を立てております。それでは最初、救急救命士の資格を有する職員の教育のあり方検討班のほうで検討された大まかな内容を御説明しますが、資料2のほうは26ページをごらんください。報告書のほうは、そのままページをめくっていただいて、1ページ目から始まるかと思います。資料2の要約のほうで、救急救命士班の検討内容と書いていますが、検討の背景というのはこのところをごらんいただいたらいいと思いますが、簡単に申しますと、現在救急救命士の再教育は2年、128時間行いましょうということになっております。そのうち、最低48時間は病院実習、残りは症例検討、勉強会等々で自己学習を踏まえて教育のもとにしましょうということにはなっております。しかしながら、教育をしていく具体的な指導がいるのではないかと。すなわち、救急救命士の制度も発足してかなりたってきましたので、1点目は、指導的な立場の救命士のあり方を検討したいということ、2点目は、病院実習あるいは検討会等々だけではなくて、実地の修練と業務とを兼ね合わせた研修のモデルとして救急ワークステーションを活用できないかということ、この2点を詳細に検討していただきました。その結果、次のページをおめくりください、27ページ、28ページですけれども、救急救命士の指導的な役割というのは一体何なのか、そうすればどういう要件が必要なのかといったことを具体的に詰めていただきましたので、後で〇〇班長のほうから、このあたりは具体的に説明をしていただきたいと思います。そして、29ページところは、救急ワークステーションについては、いわゆる常時の施設設置型のワークステーションと病院派遣型のワークステーションがございますが、それぞれの利点、欠点を整理していただきまして、今後どういう方向でそれを活用していけばいいかということも御検討いただいておりますので、この2点について大まかにお話をさせていただこうかと思っております。次に救急隊員の資格を有する職員のあり方の検討班のほうですが、30ページ目、資料3のほうは18ページから始まります。資料2のほうの31、32ページをお開きください。救急隊員につきましては、幾つか検討しなければならない背景がございますが、これも後で説明をいたしますが、具体的に検討した項目は何かというと、救急隊員に対する教育の重要性をいま一度整理していただいて、その上で教育に必要な項目とはどういうものがあるのか、あるいは具体的にどういうカリキュラムで教育をしていけばいいのか、

そういったことの非常に具体的な内容までつくっていただきました。その例として、またいろいろと資料があって、飛んで申しわけないのですが、資料4というのがございます。結論から言いますと、詳細はまた後で説明しますが、救急隊員教育管理表というのが2ページ、3ページにありますが、こういう救急隊員の教育の管理ができるように、どういう項目の教育を受けたのか、受けるべきかといったような表をつくらせて、自己管理あるいは組織で管理をしながら、一定の修得のミニマム・リクワイアメントをつくりましょうというようなこと、さらには、4ページ、5ページをめくっていただいて、今度は具体的な教育の内容、カリキュラムの内容は、こういう項目をこのような形で聞いていって、チェックをすればいいのではないかとといったような、細かなカリキュラムまでつくっていただいております。これはまた後で詳しく説明したいと思います。32ページにも書いていますように、こういった救急隊員の生涯教育のあり方の管理表を策定して、しかもチェックリストを策定するということまで及んでいただきました。宿題として残っているのは、この先、eラーニングであるとか、あるいは業務外での研修訓練に参加するいろいろな組織で行うもの等も考えていけばいいのではないかとということも御検討いただいております。今後の継続課題というようになっております。3つ目の職種のほう、通信指令員の救急に係る教育のあり方検討班のほうですけれども、概要は37ページからになります。報告書の上では31ページからになります。通信指令員の方に対しては、日ごろの通信指令業務の中でも救急業務に係るところの教育というのがやはり必要でしょう。これは常日ごろメディカルコントロールをされている先生方からも、現場の救急隊員のみならず、最初にコールを受ける隊員の救急業務に対する位置づけというのは非常に重要です。その重要な位置づけというのは、38ページにも書いていますように、一つには、C P Aの状態になられた患者さんの最初の情報を得るわけですから、口頭指導を含めた的確な指示といいますか助言が必要でしょう。あるいは、話の内容から、重症度や緊急度を判断して、現場の隊員にその評価を正しく伝えるということがなければ、やはり病院選定なんかもうまいこといかないという意味において教育は必要でしょうということになります。それで、そこに書いています下の検討内容で、教育の必要性ということをしっかり整理して、2)に書いていますように、標準口頭指導プロトコル・聴取の要領というものをつくっていただいて、先ほどの資料4の後半部分、23ページ以降ですけれども、具体的にどういうカリキュラムで再教育をしていけばいいかといったことを書いていただいております。コールを受けたときの流れ図、いわゆるプロト

コールですけれども、試案として出していただいております。そして、最後になりますけれども、こういった3職種の教育の検討班をまとめて、全体をどういうふうに消防職員、救急業務にかかわる職員に結びつけていけばいいのかというのが、報告書の38ページ以降にまとめていただいております。この件については、組織としての階級の問題等々ともありますけれども、非常に上手にまとめていただいておりますが、まだ検討の余地も残っていないわけではございません。具体的な例を挙げますと、資料2の45ページの図をごらんください。検討結果と真ん中あたりに図がございますけれども、いわゆる新任救急隊員から順次救急隊員として成長していく過程で、それぞれの段階でレベルを決めまして、教育の内容をチェックして行って、屋根がわら式に教育していきましょ、それを全体で見るのが、指導的な役割を果たす救命士である。こういう形をしっかりとつくることで、救急業務に携わる職員のモチベーションを上げていくということも大事だろうということで、そういったことを整理していただきまして、最後にまとめていただいたという次第でございます。最後に、この考察の中で非常に重要な点は、資料3の43ページにありますけれども、考察のところで事務局のほうで書いていただいたことですが、43、44ページのところに、救急業務が法制化されたのが昭和38年ですので、ことしが49年目、2013年になればちょうど50年になるということで、ちょうどその文章のところで、消防機関の救急業務の中に救急業務が法制化されて50年を近々迎えるというこの節目に、救急にかかわるあらゆる職員がきちんとした教育を受けながら業務を進めていくいい機会でもあるということで締めくくる報告書にしたいという意気込みがあって、考察の中に書いていただいています。長々と、分量が多いものを非常に割愛して説明しましたが、あと、それぞれの担当の班長のほうから、その要点の中を詳しく説明していただこうと思います。それでは、最初の救急救命士の資格を有する職員の教育のあり方のところを担当していただいた〇〇班長から御報告をお願いしたいと思います。

【〇〇委員】

では御報告いたします。5分ほど時間をちょうだいいたします。この再教育につきましては、処置がどんどん拡大されていく中で、質を担保するための生涯教育としての重要性ということで、これについては皆さんも御認識のとおりでございますが、今、〇〇委員からお話がありましたように、2年間で128時間、48時間の病院実習、80時間の病院外実習が課せられたわけでございます。平成22年度のアンケートで、この48時間の病院実習につきましては、現実として70時間を超える実績を示されておるのに対しまして、

この 80 時間の病院外実習についてはいろいろな課題が提案されたところでございます。

その課題の一つが、実際に病院外で勉強するのに当たって、救命士を教育する立場の救命士の必要性、あるいはどういうふうにそれを資格づけたらいいかというようなことでございます。これを受けての検討というふうに位置づけられると存じます。こういうことで指導的立場の救命士というのは現場の要請でございまして、かつ、なぜ救命士がこの教育に当たらなければいけないのかということと考えますと、プレホスピタルケアを担う職種として、病院内と違う環境下で現場活動を行う、この経験豊富な救命士が救命士に対して教育をすることに非常に大きな意味があるだろうというように考えられました。では、その人材はいるのかということですが、救命士法の制度創設から 20 年以上が経過しまして、こういう指導に当たれる救命士が着々と醸成されてきたという認識で、確かに指導的な立場で指導していただける救命士はいるという認識で、ではどういう役割を、どういう要件でお願いするかということで実際に検討が進んだわけでございます。まず、どういう役割をしてもらおうかということにつきましては、資料 3 の 3 ページ、4 ページのところからまとめさせていただいているところですが、これは MC を担う医師との連携のもとに、この病院外の再教育、救命士に対する教育を担う担い手ということですが、これは単に再教育の助手的な役割をするということではなくて、むしろ救急活動全般を指導するというような形でその役割を位置づけたいというように班では検討しております。さらにその対象でございますけれども、そもそも議論の最初は、80 時間の再教育に対するというところから始まっておりますが、この指導的立場の救命士の指導の対象としましては、救命士のみならず、救急活動を行う救急隊員などを含めた救急活動全般に対する指導というふうにこの役割を位置づけたいと班では考えております。そして、そのための要件あるいはどういうイメージを持っていたかということでございますが、これは 4 ページの（３）（４）のところに書かれておりますけれども、その救命士というのは消防の救急業務という法令に基づいて公務員としての業務を実施するという観点から、単なる医学的な知識を持っている者ということだけではなくて、隊長としての経験とか、人間的な魅力とか、コミュニケーション能力とか、こういうものもこのイメージの中に加えているところが特徴でございます。さて、要件でございますけれども、実は平成 13 年の高度化推進検討会の報告書の中に、既に、4 ページの下の方にあるような提案がなされております。これをもとに、今回検討しましたけれども、班の中での検討としては、5 ページの四角の枠の中に囲まれているよ

うな要件を一応提案させていただきます。この特徴は、救命士としての5年以上とともに、隊長としての5年以上というところで、実際に現場での年齢とか階級をこういうところで吸収しながら、うまく現場に取り入れていただけるような要件というところで、こんな工夫をしているという実情がございます。さらに、特定行為の数とか医療機関における病院実習の時間数につきましては、さらに検討を進めたいと考えております。そして、おめくりいただきまして、実際の養成カリキュラムあるいは教育の担い手というところがございますが、教育あるいは養成は、できるだけ全国的な組織が統一的なカリキュラムを用いて養成・教育をするのが望ましいと考えておりますが、その実際の認定、任用に当たりましては、これは各消防本部単位、あるいは地域のMC単位で認定するというやり方が一番現場に則するのではないかというふうに考えて、そういう形で提案させていただいております。具体的なカリキュラムは、7ページ以降、参考というところに、現在行われている財団の研修あるいは消防大学の研修のカリキュラムを参考に載せていただいておりますが、こういうものを参考に、今後、集合研修課程というものを創設していただけるようお願いしたいと考えているところがございます。最後に、この指導的立場の救命士に対しては、先ほど申しましたように、単に再教育の助手的な役割ということから一步踏み込んで、これは11ページのほうに、お願いの気持ちを最後のところに書いてあるんですけれども、ぜひこの指導的立場の救命士を、今後いろいろな場面において、プレホスピタルの現状の情報を彼らから聞くというような活動の場の創設をぜひともお願いしたいというのが、この班の中での希望でございます。それからもう一つの検討課題でありますワークステーションにつきましてですが、これは12ページ以降に書かれています。地域の救急業務の水準を高める教育方法として非常に有効だというふうに平成12年度に報告されておりますが、今回検討させていただきましたのは、14ページを見ていただきますと、このワークステーションには、全国を大きく分けまして、施設設置型と病院派遣型の2つのタイプがございます。その次のページにあります横須賀市消防局は病院派遣型、1枚おめくりいただき、札幌市消防局のほうは施設設置型でございます。この14ページの対照表のところにございますように、施設設置型は非常にきめ細かい指導ができる反面、やはり初期投資とか設備の維持費などのコストがかかるという面がございます。それに対しまして、病院派遣型のほうは、コスト自体は余りかからないですけれども、実際にこれは出動体制を維持した状態での派遣ですのでいろいろな制約があるという利点・欠点がございます。こういうことを反映しまして、

現状、今回とらせていただきましたアンケートでは、全国のワークステーションのうち 77%が病院派遣型という実情がございました。これについては今回の検討では両者の利点・欠点について十分に情報公開して、今後の展開の参考にさせていただきたいという形で報告書に載せていただきたいと考えているところでございます。班からの報告は以上です。

【〇〇委員】

座長、どうでしょう。全部が終わってから討議ということでよろしいですか。

【〇〇座長代理】

はい、進めてください。

【〇〇委員】

それでは救急隊員の資格を有する職員の教育のあり方のところですが、本日〇〇班長がお休みなので、私のほうから説明させていただきます。報告書 18 ページをお開きください。救急隊員の救急業務に係る教育というのが必要なことは申すまでもありません。18 ページの下に書いてありますように、救急業務実施基準のところ、「隊員に対し、救急業務を行うのに必要な学術及び技能を修得させるため、常に教育訓練を行うよう努めなければならない」というのが本来あるわけですが、19 ページの下の方に書いてありますように、アンケートをしますと、時間がない、費用の負担が大きい、国から具体的な指針が示されていない、効果的な教育方法がわからないなどの意見があるために、地域によってかなりの格差が見られるという実情があります。こういったことを受けまして、救急隊員に対してやはり具体的な手法を示さないといけないということになりました。次のページをめくっていただきまして、ではどうすればいいかということで、修得項目をきちんと示そうということです、履修項目。それが 21 ページの図表 2 というところ、これは必ず実施していただきたい教育項目、1 枚ページをめくっていただいて、これは年内に実施する教育目標、必ずやらないといけない目標と、一定の項目をチョイスしてやったらいい項目とに分けていただきました。それを 23 ページのこういう管理表という形の中にまとめていただいて、上を 50 単位、下を 30 単位、年間通して 80 単位の修得をしてくださいというような具体的などころまで出しました。24 ページをめくっていただきますと、ちょうどこの紙を裏表で使えるようにして、裏側には、それ以外のいろいろな教育を受けた場合の場所・時間等々を書いて、単位をその上に足していただくということです。細かいことは省きますけれども、この 23 ページの項目の 80 単位

については単位の計算がございまして、この 80 単位と、プラスアルファの裏側の自己管理といいますか、各種学術的な活動をしたことについての単位の合計を書いて、所属長に提出して管理をしていただくというような形にしております。その点数の数は 26 ページのところに大きく書いてありますのでまたごらんください。そして今度は具体的に一つ一つの指導をどのようにするかということについても、教育のカリキュラムとしての教育教材を示したほうがいいだろうということで、チェックリストなるものを具体的につくっていただいて、それをチェックした場合に本人の所感を書いたり、あるいは指導に当たった者が項目を書いたりするというような形にする。そういうことの例を 27 ページ、28 ページに挙げております。それ以外のチェックリストであるとかカリキュラムについては先ほどの資料 4 に添付していますので、またごらんいただきたいと思います。それ以外には e ラーニング等で勉強した活動が地域によってはなされているので、やはり全国統一の教材として e ラーニングも将来的にはやっていきたいということでこここの書いておる次第です。30 ページのところは、今度は、そういった教育をする対象とそれを指導する者の立場の関係を簡単にまとめております。というような形で、救急隊員の教育のあり方を具体的に示したというのが今回の班会議の成果だと思っていただきたいと思います。ただし、全体の報告書の中の 26 ページの途中のところに書いていますけれども、これはあくまでも、指針がなかったので示して欲しいという国からの要望にこたえて書いたものであって、こういう形にせよというわけではないです。一定のミニマム・リクワイアメントを示して、最低こういう形で教育を受けていただきたいというようなお断りを少し入れてあります。以上でございます。これが救急隊員ということでございます。通信指令員の救急に係る教育のあり方については、〇〇班長にお願いをしておりましたのでよろしくお願いいたします。

【〇〇委員】

それでは 5 分ほどお時間をいただいて、資料 3 の 31 ページからの通信指令員の救急に係る教育のあり方について検討結果を御紹介したいと思います。通信指令員は消防本部において市民からの第一報を聞くという方でありますけれども、業務としては、救急にかかわる業務だけではなくて、火災あるいはさまざまな災害に対して実際に舞台運用等の仕事が従来は主であったというように考えられています。したがって、基本的なそのような災害も含めた聴取要領あるいは部隊運用等が従来の通信指令に求められている教育であったと思います。しかし、昨今の救急業務の高度化ということから、より通

信指令員にも医学的に救急の内容に踏み込んだ教育が必要ではないかと考えられています。32 ページを見ていただいて、どんな局面があるかという、大きく分けまして、一つは、心肺停止の傷病者に対して、そこで通信指令員が適切な口頭指導を行うことによって社会復帰率が向上する。これは世界的に幾つかの研究で出てきておりまして、今回のガイドラインの改定でも大きく強調されているところであります。実際、大分前に、総務省消防庁からその口頭指導の要領というものが全国に出て、現在やられているところではあるんですけれども、新しいガイドラインの内容に合っていない、あるいはかなり細かいことがいろいろと書いてあって、それを全部は現場では実施できないなどということが問題として考えられます。また、もう一方で、消防法の改正以来、緊急度と重症度に応じた医療機関の選定、あるいは最近のドクターカー、ドクターヘリ、あるいはP A連携等も含めて、現場でのさまざまな運用方法があるということで、通信指令段階で緊急度・重症度を聴取するということが非常に重要になってきております。実際全国消防本部に聞いてみますと、7割以上のところで実は何らかの形で緊急度・重症度を通信指令の段階で判断をして運用しているというのが実態であるわけですが、そのためにどのような教育をしたらいいのか、あるいはどのようなことを聴取したらいいのかということが明らかにされていませんでした。この辺にかんがみて、34 ページにあるように、従来の部隊運用等だけではなく、救急に係る教育への課題ということで、中段の四角枠の中に書かれたように、救急活動等に必要な情報を的確に聴取する、緊急度・重症度を判断する、そして実効性のある口頭指導を行う、そして病院選定を、例えば事前選定ということで、明らかに専門病院等が必要であれば、この段階で病院選定に入ることができるような教育が必要であろうということが入ってまいりました。そして、これらの件は、実は、今現在救急業務では、救急救命士に限らず救急隊員が行う救急業務も含めて、医学的内容を担保するということで行われているメディカルコントロール体制のもとで行われるべきであろう。つまり、メディカルコントロール体制の中で行われる救急活動の端緒の部分は、発端の部分は、通報を指令員が聞くというところですから、例えば心肺停止の事例を事後検証するときに、救急救命士が適切に薬剤を投与してとか、あるいは除細動を適切に行ったということの前に、まず、通信指令員が心停止ということを認識できたか、そして通信指令員が指導した口頭指導は有効に機能したかということも含めて、傷病者が最終的に社会復帰に至ることに結びついたかどうかということを検討すべきだろうというようなことで、これはすべてMCのもとで行われる

べきだというようなことが議論されました。そして、具体的な内容として、特に口頭指導に関しましては、平成 11 年の古い要領しか今のところ全国にありませんでしたので、最終的には全国のMC 協議会、地域MC 協議会あるいは都道府県MC 協議会でつくるべきものではありません。例えば搬送距離であるとか、あるいは救急隊が現場に行くまでの時間等によって、適切な内容というのは微妙に異なってきます。しかし、その標準的なものについてはやはり国が一つ示しておくべきであろうということで、その標準口頭指導プロトコルというものを今回つくり、これに関しては資料 4 のほうに詳細を書かせていただいております。これらの教育を行うためにはどうしたらいいかということで、これに関しては、通信指令員が行うものは、そもそも救急救命士が行う場合、現場経験のある救急隊員が行う場合、あるいは余り救急業務の経験のない消防職員が行う場合ということで、ベースとなる医学的な知識、あるいは救急業務に係る知識が違いますので、余り画一的に何時間やればいいというものでは済まされないだろう。ただ、一つ、ある程度達成目標を示して、それに必要な教育を行うことが必要だろうということで、その案につきましては、資料 4 のほうに示させていただいております。これらのものについてはさらに 7 番で通信指令業務の共同運用を視野に入れたということで、現在、消防業務自体が消防の広域化ということが一つのテーマに数年来なっておりまして、市町村合併とともに広域化が進んでいます。ただ、通信指令の業務に関してはさらに消防本部の枠を超えて、都道府県での情報センター等を使うということで、より集約化されることが多くなってきていますので、こういうところで通信指令員を教育していけばより効率的であろうということが考えられています。そして最終的にはやはり傷病者の予後に結びつく必要があるので、具体的には心肺停止といえ、口頭指導を行うような通信指令の教育を行ったことによって、まずバイスタンダーCPRの実施率が上がるかどうか、そして最終的にその地域での社会復帰率が上がるかどうかということを指標にして、この教育というものを進めていくことが必要ではないか。目に見えるアウトカムを目標にしてやっていくことが非常に重要だろうというふうに思われました。それで、議論の中で非常にたくさん出たことは、やはり通信指令員の例えば心肺停止を見抜くかどうかということを中心に検証するということによって新しい気づきがあって、次のプロセスが必ず改善するということが多く委員から挙げられておりました。やったままにしておくとか反省点が見えてこないということで、PDCAサイクルを回しながらきちんと検証を行っていくということが非常に重要であろうということが議論の中で出ておりました。

た。以上です。

【〇〇委員】

以上3つの職種についての教育の検討報告でございました。それで、作業部会のほうでは、全体を俯瞰しまして、一貫した教育体制を構築しておく必要があるということで、資料3の38ページ以降に、まとめの要素として、教育手法についてまとめております。38ページの真ん中の図を見ていただきたいと思います。今回、各職種に分けて検討はいたしました、業務も教育も当然のことながら関連しておりますので、オーバーラップしているところを共有させながら、救急業務全体に係る業務と教育を整理していくという手法が大事だろう。最終的には、職員全体としての教育につなげていくということです。39ページには、冒頭でも説明しましたように、屋根がわら式で教育をしていくということを取り入れてはどうか。40ページもその具体的なことを書いています。わかりやすく絵で見れば41ページで、いわゆる習熟段階制教育体制というものを取り込んで、それぞれのレベルに応じたといいますか、就業年に合わせて教育の内容とその修得度をチェックしながら、隊員の質を保証していくということが大事ではないかというのが、この全体をとらえた場合の教育のあり方ということにいたしました。42ページ、43ページはそれをもう少し細かく書いたものですが、班会議でも少し細か過ぎるかという意見もございましたけれども、全体としてそこまでは一応示しておいたほうがいいのかということで、こういう形で報告書をまとめております。45ページは、作業部会で本年度やれたことと、次年度積み残しになったことではどういうふうなものを検討していくかということ最後にまとめておりますが、この救急業務のあり方に関する検討会の各委員の御意見をいただいて、方向修正とかあるいは追加の必要なものがあれば次年度につないでいきたいとも思っております。以上でございます。

【〇〇座長代理】

ありがとうございました。部会の各班からのある種中間報告的なものになりますか、御報告をいただきました。3つございますが、30分ほどかけて、皆様方の御意見をお聞きしたいと思います。一つずつやっていきますかね。まず、救命士の教育ということで、指導的立場の救命士を養成するということでございますが、御意見はございますか。まず、各班の班長さんがそれぞれおられますが、〇〇委員に対して、ほかの〇〇委員あるいは〇〇委員、お互い横のコンセンサスはまだ得ておられないわけでしょう。

【〇〇委員】

班会議のときに既に各班長さんが持ち込んで、全体の横のつながりはしています。

【〇〇座長代理】

そうですか。ではお互いのコンセンサスはもう。

【〇〇委員】

コンセンサスといいますか……。

【〇〇座長代理】

では、そのコンセンサスとして、〇〇委員に対して〇〇委員、何かございますか。

【〇〇委員】

一つ、〇〇委員のところで私どもも含めてちょっと議論になったことは、消防の中で救急救命士という医療職としての役割と、救急隊長あるいはその部隊運用等も含めて、そういう意味での教育というところが、その中で医療職ということに関して言えば、救急隊員と救急救命士の間での資格の違いがございます。一方で、それぞれの持っている消防の中での職階と役割というところがあって、そのときに教育の中で指導者というのがどういう立場で当たるのかというところがなかなか難しい問題で、私のところの通信指令というところはさらに多くの場合は救急と通信指令で別部署になりますので、普通に縦の関係ではなかなかできない部分があります。その辺についてもう一回〇〇委員から御説明いただければと思います。

【〇〇委員】

まさに〇〇委員がおっしゃったとおり、その部分が一番難しかった点でございます。実際に現在の救急活動について振り返ってどうこう、あるいは事故があったときの書類上の手続等に当たるいわゆる救急指導係長クラスの方々は、救命士であるということはむしろ少ないという現状がございます。そういう中で、できるだけ救命士あるいはこういう経験を持った指導的立場の救命士さんに行く行くはそういう指導係長というような役職についていただきたいという、消防機関としての階級とかそういう制度と、この救命士という医療のキャリアというものを、できるだけ整合性を持つような形で組み込んでいただけるようにということで、要件とか教育の前提というものを考えたという経緯がございます。それが救命士としてのキャリアと同時に、隊長としてのキャリアというものを組み込んだという一つの要因にもなっているところでございます。以上です。

【〇〇座長代理】

〇〇委員、〇〇先生のかわりによろしいですか。〇〇委員に対して特にはないですか。

【〇〇委員】

こちらに対してですか。作業部会の責任者としてちょっと申しますと、指導的立場の救急救命士の位置づけというのと、消防組織での階級とのバランスをどうとるのかというのが、全くクリアにできないわけでもないということが一点あります。それは永久ライセンスなのか、いわゆる学級委員長のように任期があって、ある時期だけが指導的立場の位置にいて、また普通の救命士に戻るといような位置づけなのかというのはちょっと議論になりました。それはそれぞれの組織のあり方の中で現状既に指導的立場の救命士なりあるいは指導的立場の救急隊員が各消防本部でそれなりにやっておられますので、その辺は組織のあり方を尊重してはいかがかという意見が出たというふうに記憶しております。足りない部分は事務局で補足してください。

【〇〇座長代理】

いかがでしょうか。指導的立場の救命士というのは、ほかの医療職種ですと、例えば医師にしても、看護師にしても、放射線技師その他にしても、皆、結局は、国家試験を通過して全くの素人から一人前になるまでの間、ほとんどは徒弟制度的に、先輩のドクターなりあるいは先輩のナースからいろいろと手ほどきを受けて一人前になっていくというのが現状です。不幸なことに、救急救命士には、歴史の浅いせいもあるのでしょうか、恐らくこれは自然発生的にそれぞれの医療職種ででき上がったものだと思うのですけれども、そういうシステムがないということで、こういうシステムが設けられるというのはある種絶対必要だという気が、無理やりにでも、どういう形にせよ、現場で経験を積んだ救命士が、将来現場でやっていく人たちを教えるということは絶対必要だと、きめの細かいところはなかなか他職種では気がつかない面がありますから必要だと思います。いずれにしてもぜひとも必要だという気が、私は個人的にはいたしております。その組織システムづくりというのが結構いろいろとあるだろうという気がいたします。いかがでしょうか。〇〇委員。

【〇〇委員】

〇〇委員、大変すばらしい報告の案、ありがとうございます。特に指導的立場の救命士ということ、特に教育を念頭に置いた資格ということですが、5ページのところに要

件が案として書かれていますね。7ページ以降に養成に必要なカリキュラム等というふうに書かれているのですが、やはり人間的な資質というのはもちろん重要ですけども、知識と技術というところは一定のクリアをしなければいけないレベルというのが当然あると思うのですが、そのレベルを評価するときには何らかの客観的な指標とか、あるいはこういう講義を受ければいいのか、その辺の議論というのはあったのでしょうか。

【〇〇委員】

これについても大分議論があったところです。そもそも指導的立場の救命士教育を受けるために現場から推薦をしてもらうのに、例えば挿管何例とか特定行為何例というようなものも当然負荷すべきではないかという議論ももちろんあったんですけども、これも消防機関によって非常に地域差が大きいというようなことから、一定のという形で継続の検討にさせていただいているというところがございます。教育の中ではもちろん医学的な知識の部分も十分付与すべきだということに考えておりまして、その中にも単なる座学だけではなくて、いろいろな処置についても実際に、新たにというよりは確認でございますけれども、そういうことも必要だろうということも議論されています。ただ、最終的にそれを試験のような形でチェックをするかどうかということについては、さらに議論が必要だろうというところまでで検討を終えています。

【〇〇委員】

ありがとうございます。特にMCが主体になって認定・評価していくという部分で、そこを確認しておきたいのですが、非常に活発でアクティビティーのあるMCと、一方で必ずしもそうでないというMCがあるとすると、その部分はどうなるのかと思ったのですが、その議論というのはあったのでしょうか。

【〇〇委員】

はい。これも能力のあるあるいは医学的な技術がすぐれている救命士が必ずしも地域で受け入れられるかというところがございます。やはり地域のMCに認められて初めて彼らの手腕が発揮できるというところから、各消防本部単位か、あるいはもう少し大きくてもMC単位に認定をしてもらうというのが適当ではないかと考えてこういう形になりました。

【〇〇委員】

そうすると、指導的な立場の救急救命士がまだ養成ができないMCもあるというような前提ですね。

【〇〇委員】

まず教育そのものは推薦を受ければ受けることができますけれども、教育を受けた者の中からそれを終えたということに見合うような形にしてくださいというのはあくまでもお願いという形になるので、消防本部単位あるいはMC単位に、できるだけそういう教育を受けた人たちをそういうポジションに置いて教育に使っていただきたいという形しか今のところは難しいのではないかとこのところではあります。

【〇〇座長代理】

養成の仕方はいろいろとあると思うのですが、今のところは各消防本部なり地域のMCということで、全国的に何カ所かに集めて、そういう candidate というか、各消防本部から上がってくる人たちを教育するということまでは考えておられますか。あるいはそれを認定するということまでは考えておられますか。

【〇〇委員】

はい。〇〇座長代理がおっしゃったような形をまずつくりたいというのが班としての希望です。すなわち、全国的な集合教育の形で一定の教育のカリキュラムと指導方法を提示した上で、こういう形で各本部とかMCでできるのであればどうぞという形に展開していきたい。ただ大もとの骨幹となるようなカリキュラムや指導方法については、やはり全国的なところできちんとしたものをつくったほうがいいのではないかとこのところでは考えております。

【〇〇座長代理】

〇〇委員。

【〇〇委員】

随分しっかりとまとめていただいたということで、非常にいい提言だろうというふうに思います。私も全く同じことを危惧しています。MCがピンからキリまでであると前から言っていますが、提案をしても消防本部のほうでこれを受け入れるのか。受け入れる義務ではなくて努力目標でしょうから。今、私たちのところでも、救急隊員、救命士は教育が多過ぎる、何単位とらなければいけないといってよく休むというようなことまで言われながらポンプと一緒にやっている人たちがいらっしゃるわけです。消防本部でこういう提言がおりてきたときに、では指導的立場の救命士をつくりました、どうぞ勝手に教育しておいてくださいでおしまいになってしまいそうなところを、何かこういう会でもう一つ踏み込んで、これをやらないとだめなんだ、レベルがどんどん落ちてしま

うではないかというようなことをもう少し強く言えるようなものはできないでしょうか。あともう一つは、小さな消防本部、この後ワークステーションの話もあると思いますけれども、うちあたりでいったら1救急隊を出すなんていうのはあり得ないのです。1人教育に出すのが関の山です。では3つの消防本部を合わせて出したらいいいのではないかというようなことで、もっとやりやすいようなシステムをつくっていただくとか、もう一つ工夫をして、この提言がうまく実際に行われるようなところまで踏み込んで提案していただくのが、小さなところ、地方では有効かと思いますが、よろしくお願いします。

【〇〇座長代理】

はい。ではほかはいかがでしょうか。これがきょうの報告書の中で恐らく一番大きな重要な部分を占めると思うのですが、また時間がありましたら後でもここの指導的立場の救急隊員・救命士の話に戻りたいと思います。続きまして、ワークステーションの件です。確かに病院派遣型と施設で行う2つのやり方があって、多くは利便性と経済的なことを考えて病院派遣型でやって、実際にやっていらっしゃるところはそういうところが多いということですが、これに対して御意見なりはございますか。札幌の〇〇委員のところは施設設置型でやっておられるのですけれども、どうですか。病院派遣型を批判するなら。

【〇〇委員】

批判するあれはないんですけれども、札幌につきましても、平成7年にワークステーションを設置しましてから、救急救命士の数が間違いなくふえているのも事実でございます。その中での取り組みでございまして、我々も施設型ということでやってございます。施設型のメリットを改めて言わせていただきますと、文書でも書いていただいておりますけれども、やはりきめ細かいという部分に顔の見える関係がありまして、きめ細かいというところが最大のメリットかということで我々も運用させていただいているのが実態でございます。

【〇〇座長代理】

ほかはいかがでしょうか。実際これからこういう形でやっていきたいということになると、マンパワーの面とかでどうしても病院派遣型というのですか、そういう形になりますかね。

【〇〇委員】

これも班会議の中で議論されたことですが、確かに初期投資並びに運営という意味においては、派遣型は安上がり、取っつきやすい。ところが病院側がしっかりしないと面倒見切れない。言いかえるとほったらかしになるというような欠点もある。しっかりしようとする、病院も救急部門が大変忙しい中で、教育だけではなくて実は雑務もあるんですけれども、それが病院側の負担になってしまうので、そこはうまく調整しないと、必ずしも派遣型が安価でできますからいいですねということにはならないのではないかと思います。二宮金次郎みたいに仕事をしながら机がなくても勉強できるでしょうということ、やはり勉強机とちゃんとした黒板がないと、勉強というのは環境がよくないとできないというぐらいの差はあるのかという気がします。

【〇〇座長代理】

今後の方向性ということですかね。ワークステーションに関して、どちらの型にしても、これに関してはいかがですか。特にほかはございませんか。将来的に職域拡大なりして、病院の中に救急救命士なりが入ってきたらまた事情は変わってくるかもわからないという気はいたします。続きまして、時間が押しておりますので、救急隊員の資格を有する隊員の教育ということで、お二人の班長の方、今の〇〇委員の御説明に対して何かございますか。〇〇委員、どうですか。

【〇〇委員】

この救急隊員の教育という側面から、先ほどの指導的な立場の救命士というものに対する期待というか、養成について再度御解説いただけたらありがたいです。

【〇〇委員】

報告書の 30 ページをごらんください。カリキュラムでテーマを決めていますけれども、例えば特定行為であるとか想定訓練であるとかは具体的にだれが指導するのかということに加えて、その全体を見て評価をする人の立場として、その指導的立場の救急救命士がしっかりと関与していきなさい、場合によっては指導的立場にある救急救命士がみずから、例えば集合研修とかあるいは症例検討会などのようなものを管理運営しなさいといったようにまとめてございます。

【〇〇委員】

ありがとうございます。

【〇〇座長代理】

救急救命士、救急隊員、両方を救急救命士が教育して、必須の形ですね。救急救命士

だけを教えていればいいという格好では当然ないと思いますし、救急隊員の底上げにはそういう意味での指導的立場の救急救命士というのは欠かせないだろうという気はします。〇〇委員、いかがですか。

【〇〇委員】

特にありません。

【〇〇座長代理】

ほかに救急隊員の教育ということではいかがでしょうか。eラーニングなんかは実際にやろうと思うとどういう形で。

【〇〇委員】

これは小山・芳賀地区の活動を参考に検討会での資料にしたようです。これは〇〇委員が御存じではないですか。

【〇〇座長代理】

〇〇委員、御存じですか。

【〇〇委員】

私たちのところは、救急救命士が中心になって、特に薬剤連携確認試験というのをやってから薬剤認定をしていますけれども、その認定に必要な手技を自分たちで勉強するシステムをつくって、これと同等にできていたら合格にするという基準をまず見せてやらないと、私たちが恣意的に合格・不合格を決めているのではまずいということで、これがきちんとできるようになったら受験しにきなさいというような形でつくったのが大もとです。彼らは自分たちでダウンロードして、そのまま同じようにできるように訓練をしているということです。私たちの場合にはこれは救急救命士だけではなくて救急隊員も一緒に試験をしまして、全員がレベルに達していないと合格させないということでやっていますので、救急隊員の教育にも救急救命士の教育にも役に立つと思ってつくっています。作り方はそれほど難しくなくて、ビデオを撮って、ちょっと大変ですけどもうまく編集すれば、ここに載せること自体はそんなに難しくはありません。

【〇〇座長代理】

これは全国的に各消防本部が各自やろうと思えばすぐできますね。

【〇〇委員】

もちろん可能だと思います。

【〇〇座長代理】

時間が押しておりますので、もしあれでしたらまた後ほどということで、続いて通信指令の教育ということです。これは〇〇委員のところですが、〇〇委員、何かございますか。

【〇〇委員】

資料3の報告書の中では35ページにあります4. 救急に係る通信指令業務へのMCの関与のところは、従来の枠組みからは大きく一步踏み出した非常に大きな要素かと存じます。これについて、再度意義についてお話しいただけたらありがたいです。

【〇〇委員】

先ほども申しましたように、救急活動自体は、今までは、現場で傷病者に接触してから医療機関に搬送するまでというのが主たる範疇だったわけですが、実際の救急活動を事後検証していく中で、初動の部分が適切であったかどうかということも非常に重要であるということ、その中で、市民と最初にファースト・コンタクトをとる通信指令員の役割というのが極めて大きく、その内容も含めて事後検証が行われないと、救急隊が着いてから後だけでは、なぜその事例で非常にいい結果が出たのか、あるいは不幸な転帰をとったのかということに関しても十分解析ができないということがあると考えられます。やはりこの消防の行う救急業務について、通信指令で受話器をとるところから病院で医師に引き継ぐところまでを消防の一貫した仕事として、それをきちんと医学的な内容について検証していくということが、恐らく病院前救護の質を上げていくためには非常に重要であろうということです。今までは、通信指令というのは組織上いわゆる救急の担当の中になかったということが多かったのですが、これに関しては十分議論が出てきていなかった部分であるんですけれども、ここに関しては組織の問題ではなくて、傷病者を軸として考えれば一貫して続いたものだということで、ぜひこれは消防のほうでこのところは連携を深めていただきたいということと言及いたしました。

【〇〇座長代理】

〇〇委員、よろしいですか。

【〇〇委員】

全く同じです。通信指令員の教育をしたということの集成あるいは結果として評価していかないといけないということで、検証は非常に大事だということは班会議の中でも出ました。ただ、具体的にどういう検証の仕方をしていいのかというのは今後の課題として、通信指令の方の記録を、今度は救急搬送された患者さんの内容とか病院の診療

を受けた結果とそのまま突合して、どう評価していくのかという具体的なことはかなり難しい問題があります。ただ、そこは外せない問題だろうという話にはなっています。

【〇〇座長代理】

評価はMCができ上がった段階ではやる格好になろうかと思うんですが、事後検証の中でやる格好になるんですか。

【〇〇委員】

もちろんミクロの検証とマクロの検証があると思うので、マクロの検証に関しては全体の中で、例えば口頭指導の実施率がどうだったかということを見ていく必要があると思いますし、個々の例については、少なくとも今現在事後検証が行われているところについては、通信指令員もぜひ一緒に参加して、通報段階から含めて検証を一緒にしていくということがプラスになるのではないかという議論がされました。

【〇〇座長代理】

通信指令員で救急業務の経験者でない方というのは全国的には何%ぐらいおられるのですか、

【〇〇委員】

これはまず、通信指令員として専従を置いているところと、それから非常に小さな消防本部では、これから出動する救急隊員自体がまず電話に出て、それで自分が出ていくというところもありますし、なかなか一概には言えないんですけども、たしか救急救命士を配置している消防本部がどのぐらいあるかというその辺は事務局のほうで調べられるかと思います。

【〇〇座長代理】

わかりましたら後でも教えていただけますか。

【事務局】

はい。

【〇〇座長代理】

標準口頭指導のプロトコールを教材としてつくりたいというように考えておられますね。

【〇〇委員】

ことしに関しては細かいはしの上げおろし的なものではなく、ガイドライン 2010 のコンセプトに合ったシンプルな口頭指導要領の案をつくりました。今後、教材をつくりた

いというところは、もちろん心肺停止に対する口頭指導ということもありますけれども、例えば急性冠症候群を疑う患者がいたら、それをなぜ通信指令で聞き取ることが大事になるかという、それは心筋梗塞という病気であるとか、それが早く適切に治療を受ければ死亡率や後遺症が減るということを通信指令員が自分で理解していないと、単にマニュアルの中のアルゴリズムに沿ってやればいいというものではないだろうということで、通信指令の皆さんにその辺の救急に関して役に立つような知識も入れた教材がつけられる必要があるのではないかと考えています。

【〇〇座長代理】

基本的には救急現場から病院までの一番初めの中樞みたいなものですから、そこをそれなりの意識を持ってやっていただけるような教育をまずきっちりやっていく必要がある。

【事務局】

事務局からです。救命士の配置割合ですけれども、791 消防本部中 276 の消防本部において救命士が配置されているということで、4 割程度は配置されています。調査の中でも、1 人がなかなかつかないんですけども、できれば配置したいというお声もいただいていますので、本部側にもそういうニーズというか、希望はあるというように理解しております。

【〇〇座長代理】

この通信指令員の救急に係る教育のあり方についてはいかがでしょうか。はい、〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

小児の電話相談員の研修会に参加したことがありました。119 番と緊急度がまたちょっと違うかもしれないのですが、そのときには模擬患者役として研修に参加しました。相談員の方に同じ症状で電話をかけるという設定だったんですけども、同じ相談をしたのですが、その方によって全く異なる対応だったのです。小児をずっとやってこられた方と全然小児に携わったことがない方では答えが違ったということもあるんですけども、もう一つは、親の不安とか患者側の不安をしっかりと受けとめてもらった場合には家で見ていただけるかということになったりとか、そうでなかった場合には同じ問題でも救急車をということになったりしたこともあったのです。医学的な知識はもちろんですが、電話というのはコミュニケーション能力が相当要ということを研修に

参加して思ったのです。この中では多分技能というところに入ってきていると思いますが、そこのところも重視していただけるとありがたいと思います。

【〇〇座長代理】

その辺のところは非常に重要でしょうね。そういう話の中から、電話の向こうの患者さんあるいはその家族を安心させながら病態のかなり中心に迫っていくというかなり高度のコミュニケーション能力が必要でしょうね。

【〇〇委員】

資料4の最後のページをお開きいただくと、29 ページに先ほどちょっとお話をした通信指令に対する救急に関する講習項目（案）というものがございます。これは先ほど申したように、救命士なのか救急隊員なのかということで医学的な内容に関してはばらばらで必要とするものが違うんですけれども、ちょっと注目していただきたいのは、真ん中辺のところは口頭指導要領というところに、今まさに〇〇委員がおっしゃったような模擬トレーニングということで、事例をもとにしたシミュレーション訓練ということで、あわてている通報者への対応要領を含むということで、単に座学だけではなくて、このような通信訓練、電話の向こうにさまざまな模擬通報者を置いて、そこに対して落ちついて話を聞けるということを訓練として行うということもこの中には入れ込んであります。

【〇〇座長代理】

これは非常にいいですね。今、〇〇委員がおっしゃった小児と産科が、現場でも 50% ぐらいしか経験していない。お産がそうでしたかね。救命士だったか、救急隊員だったか、自身が経験していないのですね。

【〇〇委員】

救急隊員です。

【〇〇座長代理】

救急隊員ですね。現場で実際にやっておられる方もなかなかその経験不足をどう教育していくかということが問題にはなっています。ほか、この通信指令の教育に関してはいかがでしょうか。では、時間が過ぎておりますので、一応、この教育に関するところはこれで終了したいと思います。それでは資料2について検討していきたいと思いますので、説明をよろしくお願いします。

【事務局】

それでは簡潔に説明をさせていただきます。お手元資料2、めくっていただいた表紙の裏側であります。ことしの検討会で特に議論をいただきたい事項は5つあるわけでございます。現在、真ん中の3. のところを議論いただいたと認識しております。1. の救急業務の高度化、2. の消防と医療の連携、4. の需要増大の分析、5. の応急手当普及促進、まだ現地調査等をしている段階でありまして、現時点では詳細な分析等はできておりません。作業状況を御報告させていただいて、次回の検討会における分析に向けた有益な御助言、こういうところを注意したほうがいいとか、ここを突っ込んだらいいとか、そういったアドバイスをいただきたいという趣旨で説明するものであります。まず、救急業務の高度化であります、めくっていただいて3ページであります。改正消防法を踏まえまして、I C Tを使って消防機関、医療機関が搬送受け入れの状況をみんなで共有しようという仕組みが始まっていると思っております。3ページの下のところの色をつけておりますけれども、ポイントを分析して、どういうふうにやっていったらいいのかということをし少し私どもとしても提言したいと思っております。4ページの下の方に調査項目とありまして、なぜ導入したのかという背景であるとか、どういうところが障害だったか、個人情報取り扱いはどうだったか等々のヒアリングを行ってまいりました。佐賀と奈良の2カ所であります。佐賀の結果であります、システムについては前回の親会で佐賀県のほうから説明がありましたので割愛しまして、10 ページをごらんいただきたいと思えます。佐賀におきましては、iPad をすべての救急車に配備しておりまして、どの病院がどういう患者さんを応需できる、どの救急隊が何分前にどういう患者さんをどこに運んだということが共有できる仕組みになっております。費用負担のところを見ていただきますと、私ども総務省のI C Tをやっている部門があるんですが、そこの事業を活用しておりまして、県が中心になって行っているというのが特徴だと思っております。改正消防法で初めて都道府県に搬送受け入れの基準をつくる責務があるということで責務を課したわけですが、改正消防法の規定が根拠になって、県が予算をとって事業をしているということかと思っております。導入手法・活用状況ということで、県の場合は消防機関でもないし、医療機関でもないの、関係者にどうやって理解してもらうかというところが大変だったというふうに聞いております。個人情報については扱わないということで、氏名ですとか、住所も細かいところまで入れないとか、そういった工夫をしているというふうに聞いております。11 ページですが、今後の課題ということで下のほうに書いています。今、医療機関は転帰まで実は入れておるんです

けれども、消防の声の開示はまだ関係者のすべての合意がとれていないので行っていない。したがって予後調査は予後調査で消防本部はやっているの、そのところの業務の軽減を図りたいということ、それから活動記録票を救急隊員はつくっていますが、それ以降データが流れ込むようなところまでできていませんので、そういったところを今後目指して行って、業務の効率化にもつなげていきたいという話を聞いております。12 ページからが奈良県のものでありまして、例えば 13 ページをごらんいただきたいと思います。佐賀のものは医療機関のマッチングに特化した仕組みであります、13 ページを見ていただくと、傷病者の疾病を疑いまして、主訴・病態から意識レベルであるとか、脈拍・血圧のようなものを入れることによって、そういったバイタル等も医療機関と消防機関が共有できるということで、共有する情報の中身が重要なんだろうと思っています。私どもが話を聞いた結果を 16 ページにまとめておりますが、16 ページ一番上の黒丸を見ていただくと、すべての救急車に iPad は配備されている。緊急度判定も組み込まれておりますので、緊急度に応じて病院選定ができるというシステムになっている。ただ、医療機関のほうへのシステムの導入がついていけませんので、基本的には、今のところは救急隊の間での情報共有にとどまるということで、そこは今後改善していきたいという話であります。それから特徴の 4 番目の黒丸を見ていただくと、活動記録票作成機能という機能が既に実装されているわけですが、消防本部によって活動記録の中身が違っているので、まだこの機能が活用できない。これは改正消防法に基づく協議会において、今後観察カードの統一ということをやっている、業務の軽減から業務の標準化につなげてきたというお話も聞いているところでございます。簡単であります、以上とさせていただきます。次に 18 ページからありますが、改正消防法のフォローアップでございす。めくって 19 ページを見ていただきますと、中ほどに書いてありますが、昨年末に全県において策定されたわけでありまして、私どもとしては不断の見直しをしていただきたいということをお願いしております。今回調査を行っておりまして、20 ページの下を見ていただきますと、この 1 年間で PDCA サイクルを回しているかどうか、特に昨年のフォローアップで出てまいりました課題、精神疾患のある方、高齢者、障害者、特定の病院への集中、それから搬送情報と予後情報の突合、こういったところをどうやっているかというところに絞って話を聞いています。まだ調査結果は精査中ではありますが、21 ページ、22 ページにまとめておりまして、21 ページの左を見ていただくと、見直し状況ということで、半数以上の本部において見直しを予定しているということです。疾患

別にテーマを決めてやっていこうとか、本部ごとにいろいろと工夫をされていると聞いております。ICTが見える化情報共有ということでやはり効果があるのではないかと、ということで検討されている本部、既に実装している本部を含めると半分ぐらいのところ、いろいろと考えているところだと思います。それで、22 ページを見ていただきますと、どういう課題があって、どういう対応をしているかということで、特徴と書いてございますが、精神疾患のある方についてはなかなか病院が決まらない、特に身体症状を合併している場合は決まらないということで、紹介窓口、これは精神救急のほうと多分協議会において連携しているのではないかと思います、窓口を一本化して決めるとか、あるいは輪番制業務で、身体科がまず受ける。ただし、症状が安定したら精神科に回すということを医療機関で合意をしていただくという取り組みがあるようであります。高齢者につきましても、在宅医療等を含めて、地域の医療機関で機能分担を議論していただいて、決めていただいたルールに基づいて消防隊が運ぶというような運用をしているところもあるようでございます。二次病院、輪番制の再構築等を行って、三次の集中を定量的に減らすというような目標を立ててやっているところもあると聞いております。この辺、今後より調べていきたいと思っておりますので、今後の作業の御助言をいただければ幸いです。それから3は省略いたします。次は4であります。救急需要増大の要因分析、47 ページ、48 ページであります。救急需要はふえているわけでございますけれども、その状況は 47 ページの図にあるとおりでございます。なぜふえているのかということで、高齢者の搬送がふえていることから高齢化の要因があるのではないかと、いうことを私どもも述べているわけですが、その要因分析を行いたいと思っております。現在統計を専門にしている先生に私ども事務局がお願いをしているのですが、統計的な手法によってある程度の将来予測は作業をしていただいているのですが、その予測がどういう要因に基づくものかという要因分析のところが少し難度が高こうございまして、交通事故の状況とか高齢化とか、いろいろな説明因子と比較しているのですが、ちょっとクリアに出てこないということで、ここはひょっとすると新年度の引き続きの課題になるかもしれないと思っています。なかなか手ごわい課題かと思っているところであります。最後に、5. の応急手当普及促進であります。50 ページの背景・経緯の○の2つ目に書いてありますように、昨年小児向けの普通救命講習Ⅲ、短時間コースということで入門コース 90 分、それから e ラーニングを使った分割型の講習ということで、すそ野を広げる、あるいは子供さんに特化した応急手当をやろうということで決めたわ

けであります。その取り組み状況を調べておりまして、それが 52 ページから 53 ページ、54 ページであります。概して申し上げれば、小児向けのコースと入門コースについては、半分以上の本部において既に取り組んでいただいているという状況であります。e ラーニングについても、地域性等がありますので全部ということになっておりませんが、20%弱ぐらいの本部において着手をしている。着手した理由あるいは着手が難しい理由等についてさらに精査をしてまいりたいと思います。大変雑駁ですが、説明は以上とさせていただきます。

【〇〇座長代理】

ありがとうございました。今の 4 つですね。高度化、消防と医療の連携、需要増大の要因分析、応急手当促進、4 つをまとめてですが、御意見なり御質問はいかがでしょうか。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

高度化といって iPad がよく使われているようではすけれども、栃木県でも同じように iPad は使っていますが、一向に、何かよくなったという気は全然していません。逆に、ではどうして入れてもうまくいかないかというところをよく調べていただいて、iPad が入るのはみんな好きですから、手元に 1 個持っているのは非常にいいんですけれども、結局、緊急通報システム、長引きそうな、4 回 30 分を超えそうなものについてはそこに入れるとか、一斉通信とかいろいろとやっていますけれども、それが結局栃木県の医療全体にどういう効果をあらわしているのか。そういうのは私たちも調べていかないといけないと思うのですけれども、うまくいった、うまくいっただけではなく、うまくいっていないところも、調査していただきたいと思います。どうしてかということ、次のフォローアップの 2 番ですけれども、栃木県で先日救急医療協議会があったときに、栃木県の救急医療は非常にスムーズにうまくいっていますというふうに言って、そうだ、そうだとみんなで終わってしまったので、私は違うと思うという言い方をしたのです。PDCA サイクルを回しました。回した内容は、搬送基準のごく一部を改正したのは事実ですけれども、見直しをしましたというところに栃木県は入っていると思うけれども、実際にこれをやって、アウトカムといって見直しを行っただけなんです。見直しを行ってよくなったのかどうか、PDCA の PDC でこういう結果でしたというところまでは出ているんですけれども、A でよくしたというところが一つも見られないのが実情ではないかと私は思っていて、すごく心配していますので、ぜひこういうことは続けていただき

たいと思います。フォローアップで精神、高齢者、集中、その地域での取り組みはこれから非常に重要な課題だと思うのです。消防だけで解決する問題では全然なくて、医師会とか病院、MCが一体になって協力するシステムをつくらないと、この辺は動かない問題のような気がするのです。搬送基準だけをつくってもうまくいっていないというところを何とかすることが必要だと思いますので、まだ中間報告ということですので、ぜひその辺を踏まえて調査をしていただいてP D C Aで実際にさらに上の段階に行っているという例をしっかりとみんなに教えていただきたいと思います。

【〇〇座長代理】

I C Tはいつもそういう感じになることが多いです。入れてよかった、何か非常に高級なことをやっているような感じがするのですが、実際現場で聞いてみると、特に何かが非常に改善されたとか、そういうことを期待してやってもなかなか現場ではそうはなっていないのは何か問題があるんですかね。〇〇委員。

【〇〇委員】

今のソフトの話はまさしく同感でして、そもそもの原因は、もちろんよかったということだけしか表に出てこないということもあるんですけども、I Tはどういうわけかソフトを開発する業者間の囲い込みがありまして、あるところはA業者、あるところはB業者、実際に使ったユーザー側は、仰せのとおり、入れたけれどもこんな問題があったところを、今度違ったところで展開するときに、別のところの欠点が生かされないのです。これは電子カルテも皆そうです。メーカーごとに同じように開発して、各病院は同じように皆困って、今でもなお困っています。ところが開発業者間のコネクションが全然ないものですから、いつまでたっても、10年たっても改善しないものは改善しない。やはりこういうときは開発業者に云々ということもあれでしょうから、何がまづかったのかを共有しながら、次の、例えば都道府県に展開するときにはこういうことはやってはいけないというようなことを共有しないと成長しないのか。これはI Tのプログラムについてです。それをどう使うか、あるいは端末にどんなものを入れるかというのはまた別の議論ですけれども、ちょっとそういうところが。ここに挙がっていない事例はたくさんあります。現実、大阪でもまさしく同じようなことを医療福祉部局から始めようとしているのですけれども、おい、ちょっと待ってくれ、消防側も医療福祉部局もまた同じようなことを考えているんだけど全然接点がないという嫌いがありますので、この辺はぜひ国のほうから指導的な立場で何か一言、二言言っていただくとあ

りがたいと思います。以上です。

【〇〇座長代理】

大阪の話が出ましたけれども、〇〇委員、どうですか。

【〇〇委員】

11 月から試験運用してまして、1 月から大阪市と大阪府とMCの先生、府立急性期の先生と一緒に開発したんですけれども、スマートフォンを使っています。リストを紙ベースで運用し出したんですけれども、特定病態を調べるためにリストを繰ろうとすると大阪市内の病院だけでも何十ページにもなってしまいます。それで、運用は紙ベースではしんどいのでスマートフォンでするようにしたのです。多分、現場はこれでスムーズになるのかと思っています。開発したのが救命士で、こういうのをつくりたいということで業者に言いつくっております。それと後の活動記録と同じことを2度打たないようにするというのがすごく大事かと思っています。現場でタッチしたものを帰ってきてからまた同じようなことを打たなければいけないとか、同じような作業を何度もするのを隊員は非常に嫌がりますので、そういうことがないようにということです。あと、病院連絡をするのにこれまでは携帯電話を使っていたのですが、GPSの位置情報から、直近の例えば血栓溶解ができる場所、これまでであれば三次に行っていたのですが、二次でも、きょうのリストであれば近くにあるというようなことで、そして、その病院にタッチしたらすぐ病院に電話できるというような、割とワンストップ機能を入れたつもりです。どういう意見が現場の救急隊から上がってくるかまだわからないのですが、多分、喜んでもらえるのかと今のところは思っています。

【〇〇座長代理】

確かに病院選定とかあるいはそういう形で病院に早く連携をとってやっていけるとか、準備が早くできるとか、いい面もあるし、全く効果がない、いろいろなあれによって違うのですね。ぜひとも、これをやると非常にこういうところはうまくいったけれどもここは全然だめだった、そのだめな原因はどういうことなのかとか、そういうことを今皆さんがおっしゃったようなことで分析して出していただけると。病院側がイニシアティブをとってこういうことをやっておられるところもありますし、救命士あるいは現場の消防がイニシアティブをとってやっているところもあるということで、そこへ業者が入ってくると横の連携がなかなかうまくいかないのか、その辺の連携もとって、確かにどういう形をとるとうまくいくのか、具体的に動き出して初めてそういうことがわか

るのでしょうか、ぜひともその辺、一度中間チェックをしながら評価していただきたいと思います。ほかはいかがでしょうか。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

日本医科大学の〇〇です。これだけ救急の要請件数がふえて、一方で救急医療機関が減っているという現状では、どう工夫しても病院までの搬送時間を短くするのはなかなか困難だということはどこの消防本部でも同じ課題かと思います。先週ちょうど〇〇委員それから〇〇委員と東京都の委員会と一緒にさせていただいたのですが、その中で、どうしてもこの疾患あるいは疾病だけは搬送時間を短くしていくべきだというふうなグループといいますか、あると思うのです。例えば心停止の傷病者とか、脳卒中とか、周産期とか。押しなべて全部の搬送時間が短くなっていくことが理想ですけれども、今言ったような背景があり、さらに病院での救急の業務の高度化でいろいろな処置の時間が長くなっているということを考えると、なかなか全体として短くしていくのは難しいことかもしれません。ただし、今、言ったように、どうしても長くてはいけないという疾患をこういうところで強調して、その改善のためにはどうしたことをやっていくべきかということを提言していくというのも重要なことかと思います。

【〇〇座長代理】

おっしゃるとおりですね。今、メディア等では、たらい回しとか、あるいは患者が搬送途中でどうなったということは、一時取り上げられていましたが最近は余り取り上げられないですけれども、現状は実は余り変わっていないのですね。その大きな要因は、先ほども〇〇委員と話していたのですけれども、二次救がどんどん撤退しているというのが大きな原因。これは今後厚生労働省様にもお願いしたいんだけれども、二次救の医療機関が救急をやっていけるようなシステムをうまく考えてあげないとなかなか問題は解決しないという気がします。〇〇委員。

【〇〇委員】

もちろん二次救急の問題もありますけれども、やはり緊急度の体系をやりましょうということで、総務省さん、消防庁は頑張っているところですが、急ぐべきは急ぐ、待つべきは待つという仕組みは大事だと思うのです。そのときに、待つべきは待つというときの次のプロセスが、今、手段として具体的にないというのが大きな問題であろうと思うのです。言いかえると、すぐに医療機関に行かなくてもいいけれども、例えば自殺企図の疑いがあるとか、あるいは病的ではないけれども疎通がうまくいかないの

でだれかほかの人が対応しないといけないといったようなインフラは我が国には余りできていないので、むしろそここの底上げのほうの方が大事だと思うのです。では二次病院がよくやったからと言っても、今度は二次病院がそれを引き受けることにしているのかという問題がありますので、これは厚生労働省の医療政策的なものともう少し社会福祉的なものとを包括的にとらえて、その辺のことを解決しないと、いつまでも病院前だけの問題でとらえることは難しいのではないかというふうに私は個人的に思っています。

【オブザーバー】

二次救も含めた救急搬送件数が多くなっているということで、その受け入れ体制をどうしていくかということは非常に大きな課題ということは我々のほうも思っています。受け皿のほうの体制整備というところで、〇〇座長代理がおっしゃるように二次救でも頑張っていて、また数も少なくなってきたところもございます。そういった課題は我々のほうも認識しております。あと、例えば精神科の疾患をお持ちの方々に身体疾病も持たれる方、これは私どもの部局ではないのですが、精神・障害保健課のほうで昨年度検討会も開催しておりまして、その後の対応も一応打たれている形にはなっています。ですから、そのフォローというところも重要だと思いますし、あと、委員がおっしゃったようなことも課題だと思っています。我々のほうも考えさせていただいて対応できるように検討していきたいと思っています。

【〇〇座長代理】

室長、よろしくお願いします。どうぞ。

【審議官】

恐らく消防庁と厚生労働省にまたがるような話だと思います。そういう観点から私も一言言わざるを得ないかと思ったので手を挙げさせていただきました。私は9月にここに来る前は社会保障で一体改革をやっていました。そこでは、基本的にこれから新たな負担を求めてでも医療システム全体を強化していかなければいけないという方向性を出して、それを受け入れてもらったということですが、それに至る基本骨格は、4年前の社会保障国民会議で医療改革の全体像を出してしまっていて、4年前になりますが、当時の医療のどこがよくなるという説明の中では、救急搬送時間の短縮化というのが入っていました。それはどうやってそれをよくするかというのは、救急はもちろん充実をするのですが、救急にかかっている負荷、救急医療の現場と救急搬送の現場にかかって

いる負荷を医療システム全体の見直しで軽減をさせていかなければならないという発想でございます。今、指導課からも話がありましたように、二次救急ということにとどまらず、恐らく今後ふえていくのが在宅医療ですが、在宅医療というのは医療に継続的にかかっているにもかかわらず救急を利用してしまう実態がまだありますので、そういう意味では、そういうところとも含めて全体のあり方がうまくいくように両者が協力をしなければいけない分野かと思います。ちょっと数字を調べてみますと、在宅医療、みとりの多い地域で救急件数が多くなっているのか、小さくなっているのかというのを見ましても、相関は非常に薄い、または少しだけ在宅医療やみとり医療をやっているところがむしろ救急が多いというような現状があります。これは恐らくきちんとやれば逆に一々救急を呼ばなくてもという形に動かしていけるのかもしれない気がいたします。この辺も課題だろうと思います。消防が自治体の義務として位置づけられているというのは、やはり自治体が担っている保健・医療・福祉の現場との連携がとりやすいこともあるんだろうと思いますので、今後、そういう点についても、厚生労働省さんと相談をしていければと思います。よろしくお願いします。

【〇〇座長代理】

〇〇委員。

【〇〇委員】

今、おっしゃったような意味合いにおいて、このICT技術を活用した救急活動、傷病者の搬送の医療情報システムというのは消防側でやっていらっしゃる事業ですけれども、これは搬送側から見ると、医療資源を固定変数として見た搬送側の分析になると思います。しかしながらこれから見えてくるものは、医療資源そのものはどうだ、こうだという医療資源側を変動変数として分析をしなければいけないというようなものではないかと思うのです。搬送側のいろいろな情報が病院の持っている情報と突合できて、さらには、例えばDPCと突合できるようなことになると、これは急性期医療に根本的な変革をもたらすようなポテンシャルを持つ非常に大きなシステムになっていく可能性があると思うのです。ですから、このシステムがこちらで検討が進んでいますけれども、もう少し大きなマクロな目で厚生労働省側とも十分に連携をとって、急性期医療そのものを、もっと全体的によくしようとすることに寄与できるようなシステムにぜひ発展させていただきたいと思います。

【〇〇座長代理】

まさに消防と現場と医療機関の連携ということになるので、それにうまくITを使えばいいということですね。個人情報とかいろいろなことがかかわってくるので、在宅医療の患者さんのデータとか、いろいろとかかわってくるので、その辺のところが実は一番ネックになっているのではないかという気がします。それをうまく患者さん自身のためになるようなことだからやりましょうということで納得していただけると、結構うまくITが使えるのではないかという気がします。ほかはいかがでしょうか。〇〇委員、いかがですか。

【〇〇委員】

ICT技術を使った効率化というのは非常に魅力的ですが、いろいろと検討していくと、東京都のデータセキュリティポリシーというのはかなり厳しくて、ほとんどができないという感じで、心電図ですら個人情報で、名前が載っていないだけでもだめだということで非常に厳しい。データを共有化すればかなり効率は上がるだろうという話をして、それはできないという形になってしまいます。ですからそこら辺と個人情報の関係をどうするのかというのはかなり大きな問題になるのではないかと思います。それと、二次救が減少しているというのは、確かに受け入れ口が減っているということで救急がもっていくところが少ないから大変だということですが、出口問題ということでベッドを減らすように、在宅をふやそうという話ですが、先ほど審議官からもお話があったように、せっかく在宅に行っても、在宅のほうからまた救急車が呼ばれてしまうということで、ベッドがあいた分だけさらに救急車が呼ばれるという悪循環になってしまっている。出口問題と入り口問題というのですが、そこら辺も解決しなければいけない問題だと思います。

【〇〇座長代理】

医療全般の話になると個人情報のようなものがかなり、ここでも基本的には取り扱わない、このICTは奈良のほうか、佐賀のほうか、どちらかですが、取り扱わないということです。医療から患者の個人情報で御本人が一番利するということをうまくPRしていけば、財産権が云々という話とはちょっと違うので、命の問題だから、〇〇委員、その辺のところは法律的にはいかがですか。

【〇〇委員】

うまくお答えできないと思いますが、個人情報で、例えば消防とかあるいは救急を使ったときに、どこかほかのところに個人情報が流れていくのはだめだということはどこ

でも言うことなので、そこのセキュリティーというようなことはちゃんと守らなければいけないというのは必要だと思うのですが、今、ここで議論しているような話は、例えば救急業務とか医療をよくするためにそれを使おうという話ですね。何年か前にウツタインの調査をしたときにも、やはり個人情報の問題があるということだったと思います。そのときの報告書では、もう個人情報についてはクリアできているんだと、むしろそれを使って何か救急業務であるとか医療の業務を改善することは特に問題はないのではないかというのが、そこにかかわっている行政法の先生なんかの理解だったと思うのです。だから、ここで、個人情報保護がネックになって外に出せないということを議論されているのが、私自身は、理解できる面もあるんですけども、何が本当にネックになっているのかということが正直なところよくわかりません。個人情報保護法があるからだめだという話には多分ならないだろうと思います。むしろ、個人情報保護法でいろいろ、それこそ新聞なんかでも問題になっていますけれども、何か大きな事故があったときに、個人情報保護法があるから例えば家族からの問い合わせがあったときに答えられないというような誤解とかがあって、そういうものが使えないということになっているのではないかという印象を持ちました。ただ、細かい使い方で、これは大丈夫、これは大丈夫ではないということはもう少し議論をしなければいけないとは思いますが、基本的には、先ほど〇〇座長代理が言われたように、結局医療というのはある意味では過去の患者さんのデータを使って、そのデータによって私たちはメリットを得ているわけです。だから狭い意味での個人情報というか、私のものなのでだれも使ってはいけませんというような理解では、そもそも医療はそういう形にはなっていないと思いますし、それはちゃんと、広報なり何なりをすれば大丈夫なのではないかというのが、今、直感的な意見です。

【審議官】

私は前職のときにはこれをやっていたので申し上げたいと思います。個人情報の保護に関しては、個人情報保護法と、行政機関は行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律という別法がございます。義務がそれぞれ違っていて、行政のほうがつくて、一般人が個人を特定できるような形で情報が漏れてはいけないというのが民間の個人情報保護法で、行政機関の場合は、基本的にありとあらゆる手段を使えば特定できてしまうような場合であっても情報を漏らしたというふうに言われる可能性があって、先ほど心電図云々の話もありましたが、恐らく名前は消しても心電図の波形を突き合わせてい

ったら特定できるではないかという議論だと思います。これは医療に当てはめると非常に不都合です。医療の場合は利活用あってこそその医療で、今、チーム医療とか医療連携とか言っていますので、何とか連携をしなければいけない。そういったときに、特別立法が要るのではないかという話になっています。実は民間医療機関においては情報保護義務がかかっていなくて、例えば医師という免許を持った人の情報漏えいに対しての罪とか、看護師はわざわざ立法して情報漏えいのことを書いたんですけども、病院全体としては情報漏えいの義務はかかっていないのです。それで、そういう保護と利活用の両面の立法をして情報共有化を進めたらどうかという提言が厚生労働省で9月にまとめられていまして、マイナンバー法が通った後で、別途医療関係の個別立法を出そうかという議論になっております。委員から御指摘いただいたように、現行法制ではなかなか不都合があって、さらに最初のときのように過剰反応もあって、少しこの辺は皆が使えるように整備を含めて考えようということになっております。

【〇〇座長代理】

医療が一番その突破口になると思いますし、今、〇〇委員がおっしゃったようなことは普通の人が考えれば自然ですね。

【〇〇委員】

今言われたように、ちゃんと法律ができればそれで問題がないので、それには何の反論也没有。多分、ウツタインをやったときも、まさに消防本部がとか、消防庁がとか、県がというような話だったので、現行法でできないというのはもちろんそれでできないということをする法律の先生でもいろいろな先生がいらっしゃいますので、意見の違いがあると思うのですが、そのときも行政機関が出してはいけないというような、つまりウツタインをやったときも、当然行政機関が情報を出すということも法律的には可能なんだという議論は十分あるんだということは御理解いただくことが重要だと思うのです。ただ、結論としては同じで、活用することは重要なので、それは現行法で対応できるのであればしたらいいし、できなければ、今言われたように、新たな立法ができればもちろん安心してみんなができるということになれば、よりいい方向にいくだろうと思います。

【〇〇座長代理】

大体の議論は出尽くしたと思うのですが、〇〇委員、御発言がなかったようなので、最後に何かございませんか。全体を通してでも結構です。

【〇〇委員】

うちの〇〇は欠席となっております。皆様方は御承知のとおり、山形市でいわゆるお騒がせの119番の件がございますけれども、山形県は日本で一番高齢者の搬送率が高いのです。その中で、いわゆる中等症・軽症者もかなり多い県でございます。また、搬送範囲ということでかなり広範囲な搬送のやり方をやっております、時間的にもかなりかかっているということでございます。それから、本日はウツタインの結果の報告文も冊子として出ておりますけれども、山形県の救命率、1カ月予後の関係も含めて、最下位という状況でございました。そういった中で、現場は非常に大変でございます。119番通報を受ける側と、また相談業務というのも各消防本部でやっております、めちゃくちゃな119番の内容というふうな状況でございます。そういった中で、先ほどの通信指令員の教育という部分はすぐにでも取りかからなければならない部分かというふうに思っているところでございます。以上です。

【〇〇座長代理】

ありがとうございました。時間が少し過ぎましたので、これで議論は終わらせていただきます。事務局にお返しいたします。よろしくお願いします。

【事務局】

ありがとうございました。最後に参考資料のほうについて簡単に御説明させていただきます。参考資料1ですけれども、メディカルコントロール協議会の実態調査結果でございます。今年度の作業部会において教育体制を検討するに当たり、その背景となるメディカルコントロール体制について調査したものでございます。まだ詳細な分析ができておりませんので、つきましては、来年1月25日に岡山で実施されます全国メディカルコントロール協議会の中にて、分析したものを発表したいと考えております。参考資料2でございますけれども、救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査であります。これも例年通り今年も調査いたしましたので、参考までに御報告しております。最後参考資料3でありますけれども、平成24年版救急・救助の現況でございますが、特徴的なものとして、平成23年中におきまして、救急自動車による救急出動件数は570万余りということで、前年比24万ちょっと、パーセントとしては4.5%の増加になってございます。本日は時間の都合上詳細な説明は割愛させていただきます。本日は皆様、活発な御意見、御議論をいただきましてありがとうございました。なお、今回は資料が大変多うございますので、郵送を希望される方はそのまま机の上に置いてください。なお、次

回でございますけれども、開催につきましては改めて御連絡をさせていただきますので
よろしくお願いいたします。以上で、第2回救急業務のあり方に関する検討会を終了し
ます。ありがとうございました。

——完——