

第1回 平成25年度救急業務のあり方に関する検討会 議事録

1 日 時 平成25年8月30日（金） 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

3 出席者

メンバー : 山本委員、阿真委員、有賀（徹）委員、石坂氏（有賀（雄）委員代理）
大島委員、伊藤氏（酒井委員代理）、坂本委員、佐藤委員、島崎委員
鈴川委員、溝杭氏（高城委員代理）、二宗委員、横田（順）委員
横田（裕）委員

オブザーバー : 田中室長（梶尾課長代理）

参考人 : 松岡係長

4 会議経過

1. 開会【事務局】

2. 挨拶

【次長】

消防庁次長の市橋と申します。皆様方には大変お忙しい中、今年度第1回目の「救急業務のあり方に関する検討会」にご出席いただきまして本当にありがとうございました。また皆様方には、救急業務関連はもちろんでございますけれども、そのほか消防全般にわたりましてご支援、ご協力をいただいておりますことに対しましても、改めて御礼を申し上げます。

今さら申し上げるまでもございませんが、救急出動件数は年々増えておりまして、平成24年の統計でも約580万件という状況になっております。さらに高齢化の進展と相まって増え続けるだろうということで、600万件を超えるというふうな試算も有しているところでございます。このような中、いかに救急搬送をしっかりと確保していくかとい

うことが大変重要な課題となっているところでございます。

そういう中で、いろいろと皆様のお知恵を拝借したいということで、平成 23 年度より、この「救急業務のあり方に関する検討会」を設置いたしまして、救急業務全般にわたりいろいろとご意見をいただいているところでございます。今年度につきましては、昨年度に引き続きまして、「ICTを活用した救急業務の高度化」ですとか、あるいは消防法を改正いたしまして、全都道府県で策定されております「傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準のフォローアップ」、さらには「救急業務に携わる職員、救急隊員、指令職員等の教育体制の強化」などにつきまして、ご検討いただきたいというふうに考えているところでございます。

また、今年度は救急業務が法制化されまして 50 年という非常に節目の年に当たっております。この間、救急業務、大変大きく変化をしております。消防の中におきます救急業務の位置づけというものも大きく変化をしておりますし、装備も充実され、さらには処置範囲の拡大などもなされたところでございます。今後とも皆様方と十分連携をとりながら、より一層の救急体制の強化に取り組んでいきたいと考えておりますので、引き続きよろしく願いいたします。

最後に、本日から始まります今年度のこの検討会で、皆様方より忌憚のない活発なご議論を賜りますようお願い申し上げまして、開会に当たっての挨拶とさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。ありがとうございました。

3. 資料確認、委員紹介

事務局より、資料の確認と委員の紹介が行われた。

4. 座長選出

【事務局】

次に、当委員会の座長でございますが、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、引き続き〇〇委員にお願いしたいと思います。いかがでございましょうか。

（「異議なし」の声あり・拍手）

それでは、〇〇委員、座長のお席のほうに移動をお願いいたします。

〇〇座長より、一言ご挨拶をお願いしたいと思っております。

【〇〇座長】

ありがとうございます。非常にまた暑さがぶり返しております、ちょっと歩いてくるだけでも汗びっしょりになった、あるいはなっている皆さんではないかなというふうに思います。平成 24 年度に引き続きまして、私、誠心誠意、座長の座を汚さないように頑張りたいというふうに思います。ただ、委員の皆様のご協力がなければ、なかなかスムーズにはいかないのは、よくわかっておりますので、ご協力のほどよろしくお願ひしたいというふうに思います。

また、次長からもお話がありましたけれども、平成 24 年度は、高度化に関しては I C T の活用の問題、それから連携のところでは実施基準のフォローアップの問題。また、応急手当の普及啓発の問題、また、救急救命士、あるいは一般の救急隊員、あるいは指令員の教育の問題等々、話題は非常に多かった平成 24 年度だったと思います。また、それを引き続いた平成 25 年度のあり方の検討会でございます。救急業務のあり方全般を通じての、皆様からの幅広いご協力、あるいは知識の披露をお願いしたいというふうに心から思っております。ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。ありがとうございました。

【事務局】

ありがとうございました。

なお、本検討会は、特に委員の皆様のご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ひますのでご了承ください。

それでは、以降の議事進行につきましては、〇〇座長にお願ひしたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

5. 議題

(1) 本年度の検討の進め方について

【〇〇座長】

ありがとうございます。それでは、早速でございますけれども、議事を進めてまいりたいというふうに思ひます。

まず初めに、資料の 2 をお開きいただきたいと思ひます。資料の 2 について、一通り事務局から説明を願ひたいと思ひます。

【事務局】

それでは、資料 2 につきまして、横長の平成 25 年度救急業務のあり方に関する検討会

という資料につきまして説明をさせていただきます。

まず、2ページをお開きください。昨年度、構成員の皆様にご議論いただきまして、救急業務の高度化（特にICTの活用）、実施基準のフォローアップ、応急手当の普及啓発という柱立てで検討いただきました。そして、報告書としてまとめさせていただきました。また、教育に関する作業部会では救急救命士、救急隊員、通信指令員の教育について、そしてワーキンググループでは、救急業務の実施基準の別表についてご検討いただきました。

次に、3ページにまいります。今年度も基本的には昨年度と同じラインナップで、昨年度の議論を踏まえまして、より掘り下げた議論をお願いしたいというふうに思います。最終的には今年度の報告書にまとめたいというふうに考えております。また、救急業務に携わる職員の教育体制の強化につきましては、昨年を引き続きまして、横田順一郎先生のもと、作業部会を設けまして、救急救命士、救急隊員、指令員の教育体制強化についてご議論いただき、通知発出や教材の策定につなげたいというふうに考えております。

また、真ん中の下にございますが、車載資器材につきまして、業務実施基準別表について、本年度ワーキンググループで引き続き検討というふうに昨年度整理されていたことについて、ご議論いただいた上、通知の発出等につなげていきたいというふうに考えております。

それでは、5ページをお開きください。救急業務の高度化につきまして、まずICTの活用についてご説明させていただきます。ICTにつきまして、昨年度は奈良や佐賀など、主に先進の6団体を中心に調査をいたしました。さらに取り組みも広がってきておりますので、今年度はこうした全国の優良事例を調査するとともに、システムの標準仕様のようなものをお示しして、全国の参考にしていただきたいというふうに考えております。また、医療機関側からの入力も、より勘弁な入力方法を検討するなどにより、入力機能の向上に向けた工夫についてもご議論いただきたいと思います。また、レポーティングシステムの活用についても、ご検討いただきたいと思いますというふうに思っております。

次に、6ページをお開きください。先ほど申し上げました標準的な仕様につきましては、来年度の地方公共団体の予算作業がもうそろそろ始まりますので、これに反映させるべく、できるだけ早く示す必要があるため、昨年度の研究会の議論を踏まえつつ、事務局にて標準化の案というものをまとめさせていただきました。大きく分けまして、(1)

の基本的な機能と、(2)の追加的な機能の2つに分けております。

まず(1)基本的な機能。これは先進事例において多く活用されている機能ということですが、まず医療機関情報共有機能、そして搬送実績情報共有機能の2つを挙げてございます。また、(2)の追加的な機能。これは地域のニーズに応じて、オプション的に付加する機能というふうに考えてございますが、ウの傷病者情報共有機能、そしてエの緊急度判定支援機能。また、オの情報出力機能というものを考えております。この案につきましてご検討賜りまして、先生方のご意見がまとまり次第、全国の自治体にお示ししたいと考えております。また、全国の自治体にお示した後、本年度の検討会においては、全国調査やニーズ把握を踏まえ、標準仕様のさらなる改良に向けた議論をお願いしたいと思っております。

次に、7ページをお開きください。ビデオ喉頭鏡につきましては、平成23年8月に、気管内チューブによる気道確保の実施のための病院実習及びMC体制の充実強化に関する通知を発出したところでございますが、それから2年経過しているため、全国における導入や、運用の状況を調査し、課題等を抽出したいと考えております。これによって、各消防本部におけるスムーズな運用を支援したいというふうに考えております。

次に、消防と医療の連携につきまして、9ページをお開きください。「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」につきましては、この9ページは、法改正の経緯や、平成23年12月に全都道府県で実施基準が策定済みとなり、また実施基準の運用が全都道府県で平成24年の4月から始められているということをもとめたものでございます。

次に、10ページをお開きください。今年度は引き続き実施基準につきまして、フォローアップをしっかりとやっていきたいというふうに考えております。

次に、3の応急手当の普及促進につきまして、12ページをお開きください。応急手当の普及促進につきまして、引き続き検討を行っていきたいと考えておりまして、特に今年度は、学校現場での子どもたちへの普及を中心的に検討してまいりたいと考えております。

参考資料2としてつけさせていただいておりますよう、文科省から全国の学校に対して、応急手当の普及啓発活動の推進について通知を発出させていただいております。

次に4、救急業務に携わる職員の教育のあり方につきまして、14ページをお開きください。教育に関しましては、先ほども申し上げましたが、作業部会を設置し、指導救命士、一般の救急隊員、そして通信指令員の3本立てで今年度も教育のあり方について議

論を深めてまいりたいと考えております。

15 ページを御覧ください。まず指導的救命士ですが、昨年度に引き続き、前提となる要件やカリキュラムの議論とあわせて、この指導的救命士の導入のインセンティブとしての呼称、認定の仕組み、また活躍の場などについて検討してまいりたいと考えております。

次に、16 ページをお開きください。一般の救急隊員の再教育につきましても、今年はより具体的な教育カリキュラムについて詰めていきたいと考えております。特に習熟度別、また e ラーニングのコンテンツ等についても検討していきたいと考えております。

17 ページをお開きください。通信指令員の教育につきましても教育内容について検討を進めるとともに、インセンティブとなる呼称などについて議論をしてまいりたいと思っております。

18 ページの 5、救急業務の実施基準の見直し検討について、救急車に備える資器材を定めた別表の見直しにつきまして、昨年度、改めて今年度のワーキングで最終的に詰めるという結論になったものと承知しております。

これにつきましては、資料の 3-1 をごらんください。資料 3-1 は昨年度までの検討結果を踏まえた別表の改正案をまとめたものです。この別表につきまして、まず別表の見方でございますが、これまで備えるものについて 2 区分、また備えるよう努めるものについて 1 区分、合計 3 区分あったものを、新しい別表では、別表 1 の備えるものと別表 2 の備えるよう努めるものの 2 区分に分類しようというふうに考えております。

例えば、新別表第一の中段にありますよう、喉頭鏡やマギール鉗子、これらに関しましては、それまで「備えるよう努めるもの」から、今回「備えるもの」へと変更し、備考欄に「旧別表第三から統合」と掲載しております。またその下、創傷用資器材一式や固定用資器材一式というように、これまで三角巾や包帯、ガーゼ等と定めていたものについて、2 ページの別表の備考のところに具体的な名前を書かせていただくという形に整理させていただきたいというふうに思っております。

さらに 2 ページの下のごとくでございますが、(旧) 別表第二から (新) 別表第一及び (新) 別表第二に統合されたものということで、例えば車載無線機。これに関しては、どこの消防本部でも必要ということで統合、別表第一に表記するというにしたいと考えております。

さらに 3 ページをお開きください。3 ページの (新) 別表第二。例えば、心肺蘇生用

背板につきましては、医学的な有用性の観点から、「備えるべきもの」から「備えるよう努めるもの」と、各自治体のニーズに応じて備えるものというふうに位置づけを変更したいと整理をしております。

以上が、別表について、去年までの整理を反映させたものでございまして、これに関しまして、しっかりワーキングにおいてもんでもらいまして、結論が出次第通知を改正して、全国にお示ししたいというふうに考えております。

なお、資料3-2のほうは、現行の別表でございますので、参考までにつけております。

最後にスケジュールについてでございますが、24ページをお開きください。24ページは3段表となっております、一番上にあり方検討会の親会、そして2段目が作業部会、そして最後が資器材のワーキンググループというふうになっております。あり方検討会の親会につきましては、事務局といたしましては全部で3回程度開きたいというふうに考えておまして、年内には2回、第2回は12月を考えております。また、教育につきましては作業部会を3回程度開催したいというふうに考えております。これらは今後の検討状況によって変更するものでございますので、その状況を勘案しながらということになると思います。

資器材のワーキンググループにつきましては、別表の改正について早急にご検討いただくため、2回程度開催していきたいというふうに考えているところでございます。説明は以上でございます。

【〇〇座長】

事務局ありがとうございます。

皆さんとディスカッションする前のところでございますけれども、先ほど事務局から、作業部会の設置のことについて説明がありましたけれども、委員の皆さんの同意が必要ではないかなというふうに思います。いかがでございましょうか。作業部会の、特に教育体制の強化というところであります。そして、事務局からも、〇〇先生を作業部会の座長にお願いしたらどうだろうかというところでございますが、いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。

(「異議なし」の声あり)

【〇〇座長】

ありがとうございます。それでは、事務局の説明どおり、作業部会を設置することに

いたします。そして、作業部会の会長は、〇〇先生にお願いするということで、委員の皆さんの同意を得られたものというふうにさせていただきたいと思います。

それでは、ここで〇〇先生に、一言ご挨拶をいただければと思います。

【〇〇委員】

ご指名賜りました〇〇でございます。昨年から引き続き、救急隊員、指導的救命士、そして救急に係る通信課員の教育という重要なテーマでございますので、頑張らせていただきたいと思います。また皆様方のご意見を承って、作業部会のほうに反映できればと思っておりますので、よろしく申し上げます。

【〇〇座長】

ありがとうございました。〇〇先生、よろしくお願ひしたいと思ひます。

(2) 救急業務の高度化について

【〇〇座長】

それでは、早速議論のほうに入っていきたいと思ひます。各省ごとに区切られておりますので、1つずつ進めていただきたいと思ひます。まず第1でございますけれども、救急業務の高度化についてでございますけれども、これは昨年度からの引き続きのところでございますけれども、検討会の報告書でも相当ボリュームをとって述べさせていただいております。その中で先進事案というところで、福岡県の飯塚地区消防本部で取り組まれております、救急業務の総合支援システムというものがあります。非常に先進事例でございますので、まずディスカッションの前に、今日オブザーバーでご出席いただいております飯塚地区消防本部の〇〇様からお話を伺いたいと思ひます。〇〇さん、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【〇〇係長】

よろしくお願ひいたします。ちょっと席を変らせていただきます。

【〇〇座長】

どうぞスライドのほうに、ちょっと皆さん、お顔を向けてください。

【〇〇係長】

皆さん、改めましてこんにちは。飯塚地区消防本部の救急係長をしております〇〇と申します。本日は、貴重な時間をいただきましてまことにありがとうございます。以後、着座にてご説明させていただきます。

それでは、当消防本部の救急行政の取り組みと、今年度新しく導入しました救急業務総合支援システム、Ambulance service Total Assist System (A T A S) のご紹介をさせていただきます。

まず、消防本部及び管轄地域の概要についてお話しさせていただきます。本部の所在地であります福岡県は、大きく4つの地域に区分されており、MC協議会もこの区分で分かれております。そのうちの1つ、筑豊地域で、当消防本部は組合消防として2市1町を管轄しています。

管轄内には3次医療機関、地域災害拠点病院の飯塚病院があります。ただし、3次医療機関はありますが、2次医療機関は6施設と、福岡県でも医療資源が大変乏しい地域であります。

飯塚地区消防本部の救急活動の現状と問題点についてお話しします。この表は平成24年中のデータですが、人口は約18万5,000人、全救急車6台、1年間の出動件数は9,097件、1台当たりの出動件数は1,516件、総搬送患者数は8,511名で、1日の平均出動件数が24.9件となっております。その総搬送者数8,511人中、3次に搬送する患者は59.5%、2次に搬送する患者は28.9%と、両者を合わせると全体の88.4%を占めています。これからも、医療資源の乏しい地域の状況がわかると思います。また、福岡県全体のデータでは、救急出動件数も搬送人員も全国同様、増加の一途をたどっております。医療資源の乏しい中で、救急件数の増加で、当消防本部も救急行政が破綻寸前であります。

そこで、問題解決を目指した救急行政の取り組みについて簡単にご紹介します。まず、できることから直にとということで、6隊の救急隊がすべて出動している場合、私も含め、臨時に非常用の救急隊を編成し、予備の救急車を活用して、7台目の救急隊として出動しております。また、時間とチャンスを無駄にしないように、PA連携を実施し、救命のチャンスを逃さないように、救急隊員だけでなく、消防隊も力を発揮できるようにしております。当消防本部でも、全台が出動し、次に119が入り、CPA患者が発生し、ホンプ隊が救急隊より先に先着し、CPR、AEDを実施し、その後追いついた救急隊が処置をし、心拍再開に至り、完全社会復帰まで至っている症例も発生しています。

次に、正確な情報伝達を目指すということで、先ほどもお話がありました、平成22年度より救急車全車に、ICT：画像伝送システムを設置しております。このシステムは、車内の担架、患者側の頭側のカメラ、足側のカメラ、それと心電図等のバイタルを

入力し、動画で3次医療機関へ伝送するシステムです。このシステムによって正確な患者情報を伝え、急性冠症候群、熱傷の範囲、脳血管障害の麻痺の状態などのときに活用できるものです。

システムのイメージですが、ファーストコール時に救急隊と病院側でほぼ同時に患者の情報を共有できる。病院到着まで、患者のバイタル情報等を継続して伝送できるというメリットがあります。これは受信する側の救命センター側の中央処置室に設置してありますパソコン、23インチモニターに映し出されている様子です。今までの救命センターのスタッフの感想では、検査、治療内容を早く決めることができる。使う薬剤や輸液などを前もってすぐに準備ができる。また、口頭による、今までの携帯電話での要請で、バイタル等の伝達と違って大画面のため、1人の医師だけではなく、他のスタッフ、看護師、検査技師等が全員で状況を把握することができるという感想をいただいております。

その院内のモニターに映し出されている画像ですが、先ほどの救急車に設置してあります足側、頭側、それとバイタル、心電図。特に頭側のカメラは、病院側から遠隔操作ができるようなシステムをつくっております。それと、後でご紹介させていただきますA T A S、患者情報の伝達システムの患者情報も見られるようにしています。

当消防本部では、予防救急として、救急車が呼ばれる前のことについても目を向け、活動しております。まず、当消防本部独自で救急の現状を訴えるポスターを、地域医師会とダブルネームで作成し、医療機関を含め、現在1,400事業所に配布して、掲示してもらっています。また、不定期ですが、地域住民に対する説明会を開催し、主に地域の世話役の方をターゲットに行き、地域の救急の現状や課題について、あくまでも住民の立場に立って講習を行っております。

今日皆さんに別紙としてお配りしています、救急安心カードというものも作成し、管内全世帯へ配布しているところです。特にその項目中、救急車を呼ぶかどうか迷ったときや、小児の救急での問い合わせ先などを掲載し、適正利用も啓発しています。ただしこのカードの趣旨は、事前に救急隊や病院の医師に伝えたい情報を記載してもらい、目立つところに張っていて、現場に呼ばれた救急隊が患者と接触したと同時に、その情報を見て活用するというものです。

さて、今までご紹介した取り組みの効果。ここにお見せしていますデータは、平成24年4月1日現在で、過去2年間の救急出動件数をあらわしています。先ほどお話しした

ように、全国でも救急件数が増加しているように、福岡県でも合計で約3%、22年から23年の前年比で増加しております。また、見ていただいたらわかると思いますが、各消防本部ごとでも増加しております。ただし、当消防本部におきましては、22年から23年で約3.1%の減少。実は平成24年度も421件減少し、全国的に救急車出動1回当たりのコストが約4万円と報道されておきまして、それを当てはめると約3,000万円のコスト削減につながっているという効果も出ております。

さらに救急業務の高度化を目指し、時間短縮と救急隊員の負担軽減を目指して、平成22年度からの取り組みをご紹介します。画面をごらんのように、救急業務総合支援システム（A T A S）について、救急隊が現場、車内に持ち込める携帯の端末、情報を伝達するルーター。今、福岡県では救急活動記録票、A票、B票を印刷して病院側に渡し、ドクターのサインをもらい持ち帰る、また事後検証に使うという紙ベースで動いていますので、それをプリントするモバイル型プリンターを使用しております。

現場での活動イメージです。あくまでも処置が優先ですが、2名が処置をしている間は、必ず1名手空きの者ができたときには、患者接触時や救急車内で患者のそばでバイタル、または患者情報、既往、かかりつけの医療機関などの情報を打ち込めるというものです。

イメージ構成をごらんください。まず入電。入電の段階で指令室のほうから、患者基本情報、出動先住所、覚知時刻等をデバイスに自動送信されます。救急隊は現着前にその情報を端末で確認、現場に到着後、バイタル情報等を入力。搬送医療機関を選定するときには、その情報をもとに医療機関と情報を共有し、バイタル情報を報告。病院収容前に救急活動記録票等を印刷・作成し、病院引き継ぎ時に使用できる。また同時に、帰署前に署内のOAシステムのパソコンに、今まで入力したデータを送信し、皆様に配付しています救急報告書や国表、ウツタイン統計に反映できるというシステムをとっています。

導入前と導入後の運用フローを比較してみますと、導入前では患者と接触後、氏名等の情報を聴取。筆記による救急活動記録票を作成。口頭による医療機関への情報伝達、活動記録票による引き継ぎ、帰署後、その活動記録票を見ながら報告書をパソコンで作成という流れです。A T A Sは導入後、指令と同時に患者基本情報が端末へ送信される。現着時、傷病者情報を入力。その時点で搬送医療機関への患者バイタル等のデジタルデータを伝送。救急活動記録票と入力データを署のPCに送信。帰署と同時に、救急報告

書がある程度できている。あとは確認や訂正するだけと、時間と労力の短縮ができています。

システムは先ほどお話ししたとおりなので、ここは省略させていただきます。

次に、搬送医療機関での閲覧のモニター画面なんですが、救急隊6隊すべてが左に表示され、搬送医療機関、伝達する病院を選定したときには、その救急車の患者情報が、入力と同時に文字で表示されます。それとICTの動画とは別に、12誘導の心電図等を静止画として鮮明な画像を取り込み、同じく送れるようにしています。また、端末には、後でお見せしますがカメラが内蔵されており、これは実際の事故の現場を撮った画像ですが、このように撮った画像をそのまま見ていただき、外傷の程度等をドクターにすぐに正確に知らせることができるというふうにしています。

特に心電図12誘導の部分に関しましては、バイタルをオンラインで端末に取り込み、循環器の、今では救命センターの当直の循環器のドクターにスマホを携帯していただき、そのスマホからこの12誘導の心電図を見ていただくようにしています。これで心カテ等の検査までの時間を短縮できる効果を目指しております。先ほどお話ししたように、モバイルのプリンターでオンラインで出力し、皆さんのお手元にある活動記録票に入力したデータをプリントアウトして、医療機関への引き継ぎ時に使用しております。

救急活動における所要時間の検証を行ってみました。現発から病着までの時間を、導入前と導入後で、平均時間ですが21秒の短縮ができています。また、119が入ってから病着まで、1件の救急が終了するまでの平均時間も、31秒の短縮ができています。

次に、現場到着から現場出発までの所要時間を比較しましたが、ATAS導入前と導入後での所要時間は、全体的に見ると大差はないのですが、救急隊が一番大切、理想とする5分未満での活動のところで、導入後3カ月間は、導入前年度と比較して、短時間で活動できた件数が増えているということが結果でわかっております。

また、このATASのシステムに対して、救急隊員延べ20人を対象とした帰署後の今までの救急報告書作成の所要時間を比較してみました。今までの状況であれば、導入前であれば、帰署してから紙ベースのものを見ながら一から入力するというので、平均で16分51秒かかっているのに対し、帰署する前のある程度の情報が入力できて、既にパソコンのほうに送信できていますので、確認という時間だけで8分7秒。あとはケアレスミスのところを直すということで8分7秒になって、導入前と導入後では8分44秒の時間短縮の成果が上がっております。

また、救急隊員への聞き取り調査では、調査結果として、メリットとしては、正確な傷病者情報を医療機関へ伝達できるようになった。救急報告書の作成が容易になった。他の業務に割く時間が確保できるようになった。また、デメリットとしては、これは今までと全く同じですけれども、現場から搬送先医療機関への距離が1 km ないし2 km と短い場合、入力が間に合わない場合がある。これは筆記での救急活動記録票も同じことが言えていました。また、処置を最優先すべきC P Aの患者などでは、入力できない場合がある。これも今までの筆記による活動記録票の入力と全く同じです。ただし、高度化を目指す私たちにとっては、このデメリットを考慮して、システムのアップデートをして、ここを改良していきたいと目指しております。

結論です。今までの導入において、4月から現在8月までですが、またデータがないのではっきりとした成果は出せませんが、感想としても、現場での救急活動の時間が短縮した。医療機関への正確なデジタルデータの情報伝達ができ、救急隊がスムーズな業務遂行ができています。また、救命センターのドクターの感想から、急性冠症候群の傷病者の搬送を、病院内において短時間でP C Iを施術できる方向に貢献できているという感想をいただいております。総合的にみて、救急隊員の事務処理等の負担軽減になっていると思われれます。

それでは、今から、実際にスライドでご紹介した実機を持ってきましたので、ここでご紹介をしたいと思います。物はノート型のパソコンと全く同じような内容で、ウィンドウズのO Sが入っております。実際に今日は練習用のモードを立ち上げます。

これがシステムの内容なんですが、基本情報として、例えば事故種別、交通事故。タッチペンでタッチしながらできるような状態にしております。また、文字入力ができるシステムをつくってしまして、そこにはある程度手書きで文字を読み込み、筆記と変わらないぐらいのレベルで入力ができるようにしております。赤いところに関しましては、国へ報告するウツタイン報告等に使用する国表とリンクしていますので、必ず救急隊がここを入力すると、国表も同時に集計が可能ということになっております。

基本情報がある程度入力すると、今度は患者個人個人の傷病者の状況のほうに飛びまして、時刻もその現在時刻を入れますし、またすぐに訂正もできます。現場でバイスタンダーがいましたら、その市民処置のところも入力ができるようにしております。また、搬送先もある程度バイタルを入力して、ファーストコールする前に搬送先にデータを飛ばしたいときには、今みたいに選ぶと、随時これから飛んでいくというふうになってい

ます。

あと、先ほどお話しした画像のところなんですが、スマホや携帯電話のカメラと同じようなカメラがついておまして、撮影し、例えば交通事故現場で手書きで書き込みたいところがあれば、このまま書き込み、送信できるというものです。A票の印刷に関しては、入力したものだけが反映される。今はまだ全然入力していませんが、こういうふうにしていつでもA票の入力のところを見られるという形にしています。

以上です。どうもありがとうございました。

【〇〇座長】

〇〇係長、ありがとうございました。いかがでしょうか。今、先進事例というところ、飯塚地区消防本部からの説明であります。これからディスカッションに入りたいと思いますけれども、救急医療の高度化、もちろんこの先進的なICTの活用のところでも結構でございますし、またビデオ喉頭鏡の話が事務局のほうからありました。この2つ等々を含めて、高度化についての議論をしていきたいというふうに思いますので、いかがでしょうか。どこからでも結構ですが。

先に私から〇〇係長に質問させていただきます。スライドの最初のころ、皆さんのところのシステムで、3次の対応というのが50%ぐらいあったと思いますが、4ページのところですが、59.5%が3次に搬送しているというのは、非常に多いなという気がします。ここのところをちょっと説明を。飯塚地区には3次の病院がどのぐらいあって、どういうふうになっているのかというのを、ちょっと説明願います。

【〇〇係長】

3次の病院は1施設、飯塚病院しかありません。もう昔ながらの地元で大きな病院なので、ほとんど住民の方は一度はかかっていると。かかりつけはほとんど飯塚病院と。飯塚病院の救命センターは、3次なんですけど、欧米型のERという考え方を持っていたいていまして、ある程度の患者さんならとっていただくと。また、私たちも極力、3次の医療機関はあくまでも3次という形で動きたいんですが、何分2次医療圏、またはその他の医療機関が大変少ないため、相当ご負担をかけているという感じであります。

【〇〇座長】

なるほど。ありがとうございます。そんなところをちょっとコンファームさせていただきながら、どうぞ委員の皆さん。

【〇〇委員】

同じく今のプレゼンテーションに関連して。1つの飯塚病院と6つの2次病院で、6つのほうには約3割ですよ。22ページ、23ページの3%ぐらい減っているよねというこれは、それら全体を含めて減っているよという話ですよ。

【〇〇係長】

そのとおりです。総件数ですね。

【〇〇委員】

ですね。それから、さっきの時間のことも、2次へ運んだことも含めて、全部引くくめてデータを出しているわけですか。

【〇〇係長】

そのとおりです。

【〇〇委員】

本件のプレゼンテーションは、飯塚病院と消防本部というか、救急隊との話ですよ。

【〇〇係長】

高度化のこのATASに関しては、今のところ1病院、飯塚病院ですね。

【〇〇委員】

だから、飯塚病院との話をしてくださって、なおかつ全体がこんなふうになっちゃったと、こんなふうなプレゼンテーションでいいんですね。

【〇〇係長】

そうですね、はい。

【〇〇委員】

それから、もう一つ先生、いいですか。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

私、このハードの部分を目撃している会社の方と、多分お話ししたことがあったような気がするんですが、頭側のからのカメラ、それから足側からのカメラ、10ページですか。それから、心電図については、そのまま動画で送っているというふうに理解していたんですけども、この真ん中の心電図はとまっているんですか。

【〇〇係長】

いえ、ICTのカメラに関しての心電図に関しては、動画で流しております。ただし、静止画と比べてやはり動画なので、画質、画素数が悪くて。それと画素数を上げても、うちの消防本部管内、田舎ですので、不感地区があり、FOMAの回線で飛ばしています、なかなか循環器のドクターが判断できる、満足できる画質までは至っていないので、静止画なら大変よい画質で送れますので12誘導はATASで送るようにしています。

【〇〇委員】

要するに医学的な、これから先何をしようかねというのを決めようと思ったような、そういう意味での循環器の先生については、静止画を見せていると。

【〇〇係長】

そういうことですね。

【〇〇委員】

救命センター側で、絵を見ながら、ほらほらというようなもので見ているときには動いていていいんですか。

【〇〇係長】

いえ、この静止画の12誘導に関しても、救命センター側にも同時に送っています。

【〇〇委員】

ですから、頭側のカメラ、足側のカメラは動く画像でしょう。真ん中の心電図も動くものも飛んでいるんじゃないかなと思ったんですけども。

【〇〇係長】

動画としての誘導も飛ばしていますけれども、12誘導の心電図も、別の画面で静止画として送られています。

【〇〇委員】

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す。どうぞ、ほかの先生方。それでは、〇〇先生からいきましょう。

【〇〇委員】

日本医大の〇〇です。今の質問とも関連するのですが、34ページのところで、覚知から病着まで、この先進的なシステムで31秒短縮ということで、素晴らしいと思います。

この31秒短縮は、本システム導入による救急隊の活動が効率的になったという意味なのか、それとも一番我々が困っている病院選定の時間短縮なのか、あるいは、両方なのか。この辺は何か分析はされていますか。

【〇〇係長】

一応今、実施基準で動いておりますけれども、現場の救急隊員、うちの消防本部は医療資源が少ないことから、随分前から実施基準ならぬ緊急度、重症度の判断をして、その少ない専門科の、例えば脳血管障害が、オーバートリアージが疑われたらこの病院という形で、随分前から病院を当たるようになっております。その辺に関しては、時間の短縮はほとんど今まで実施基準のやり方と変わらないのですが、やはり実際にファーストコールをして送ったときには、病院を選定して1回目、病院を当たったときには、もうこうやって画像としてドクター側にも正確な情報が行っているのです、長くやりとりをしないですぐに現場を立てています。

それと、もしバイタルが変化して、状況が悪くても電話をかける手間が省けてどんどん送っていますので、その時間が、実際のシステムを使う時間が短縮できたというのが、実際のところのデータだと思います。

【〇〇委員】

そうすると、もともと病院選定に関しては、あまり問題のない地域なのですね。

【〇〇係長】

そうですね。実は病院の輪番制とかあるんですが、実際うちの管内では、輪番制よりも緊急度、重症度で各救急隊が判断して、専門病院を当たって3次なら3次、2次で整形なら整形の領域の専門病院、神経内科なら神経内科の専門病院とかいう感じで当たっていますので、もともと以前から先生と現場の救急隊が顔の見える関係ができていますので、そのあたりはスムーズにいています。

【〇〇委員】

救急隊の皆さんに優しいシステムということですね。

【〇〇係長】

そうですね。

【〇〇委員】

わかりました。

【〇〇座長】

〇〇先生、ありがとうございます。それでは、〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

飯塚地区の今回のシステムについては、後で質問するとして、本来のICTの活用全体のスキーム、特に最初にご説明があった標準的装備と付加的な活用目的を絞ってお話しさせていただきます。こういうシステム開発については、ユーザーインターフェースなものをどのように開発するかは、今各地でやられているので、それはそれでまた議論したらいいと思うんですが、私はやはり最終的に、搬送と受け入れの結果がよかったか悪かったかとか、緊急度が本当に正しかったかどうかという点については、やはりある程度傷病者の転帰と突合されて整理されていないと、あまり意味をなさないんだろうと思っております。

そういう意味において、ICTをせっかく使うわけですから、搬送後の、少なくとも初療時の対応で結果、どういう処置をしたのか。あるいは、その結果どうだったのかということ、同じデータベースの上に残るような仕組みというのが、標準装備じゃないのかなと思っています。それをシステムの上で、例えばクラウドを使うのか、あるいは端末のサーバーコンピューターで行うのかというのは、それはまた後で考えればいいのかと思うんですけども。

私の言っていることは理想論で、結構難しいこともあることは承知した上で言っているんですけども、その辺を消防庁さんが救急業務の高度化の中でICT化を進めます、標準化もある程度進めますというのであれば、私はここで関係者の議論をした上で、その重要性を認識しておくべきだと思います。すなわち、救急業務の単なるツールとしてだけで標準化を進めていだけでいいのかということです。せっかくやる限りは、コンセンサスを得ておいたほうがいいんじゃないかというのが本音です。

そういう意味において、飯塚地区の今回のご発表で改めて聞きたいのは、例えば救急活動記録票とか、検証票の一番後ろを見ましても、一番下のところに、結局のところ初診医の医師の氏名とか、初診時の傷病名というのは、これはおそらくオンタイムに書かれて入れられているものじゃなくて、後で結局入ってきているんだろうと思うのですが。そうですね。

【〇〇係長】

そうですね。まだ救急隊が収容して病院を離れる前に、ある程度の確定診断がついた

場合は、先生に記入していただいております。

【〇〇委員】

入れるようにはしているんですか。

【〇〇係長】

していただいております。それ以外は、ちょっとやっぱり後日。

【〇〇委員】

後日になりますよね。そのときに、この中のシステム、同じデータの中に入れるという努力はされているんですか。

【〇〇係長】

そのとおりです。事後検証を救急隊は受けますので、重症以上になるんですが、その分に関しては、全く同じデータで検証を受けております。

【〇〇委員】

そういう結果、いわゆるその精度ですよね。ICTを使ったがゆえに、搬送後のデータが結構精度が上がって、検証に有用ですよという、検証医のご意見はいただいておりますかね。

【〇〇係長】

まだデータでは出せていませんが、実際に救急車内でのICTカメラに関しては、熱傷、あとは急性冠症候群の心電図等でPCIや心カテの検査に入る時間が短くなったと、そういうご意見というか、感想下でのフィードバックはあるんですけども、まだデータとしてはちょっと出せていない状態です。

【〇〇委員】

ありがとうございます。といったようなことで、結局ICTを使うといった場合に、その検証をしたり、次のPDCAサイクルを回していくときの次の戦略を考えるときに役に立っているのかどうかということを、きっちり押さえておいたほうがいいのかなという質問でございます。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。これについては、東京消防庁が、現場の記録だけではなく、その記録票を病院の中にも持ち込んで、1つのデータツールで考えたらどうだろうというふうに行っているところがあるわけですけども、その辺についていかがでしょうか。

【〇〇委員（代） 〇〇氏】

東京消防庁救急部長代理の救急管理課長、〇〇でございます。今のような画像とか心電図についてですが、心電図のほうは伝送システムというのは一応持っているんですが、実際のところ使われる機会というのはなかなか少ないという報告は聞いております。また、画像の伝送について、当庁は送るシステムは持っておりませんので、そういうものは今のところ送るようなことがないという状況になります。

それで現在私どものほうでは、口頭で、携帯電話で現在の傷病者の観察状況、聴取できた範囲での既往症、そのようなもの。あるいは、現在のその傷病者の方のいろいろな現場の聴取できた怪我の状況等を口頭で伝える段階でございます。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。私、そのところだけではなく、東京医大の〇〇先生のグループが、プレホスピタルのあのデータとともに、それをそのまま病院の中に持ち込んで、1つのカルテで両方が見られるようにしたらどうだという流れをやっているわけですが、それは私、詳しいところはまだすべて聞いているわけではありませんけれども、そういうものをつくって両方にすると、消防のデータと医療のデータが、もし何かのところで問題が起こってきたときに、どう対応していくのかというのも、難しさの1つにあるんだという話を聞いたことがありますけれども、その辺のところは今後、少し検討していくべきではないのかなというふうに思いますけれども、今のところの話について、〇〇先生、どうでしょうか。

【〇〇委員】

私は、仕様は様々あるかと思いますがけれども、病院前のプレホスピタルレコードを病院が見るとというのは診療する側にとって有益なのは間違いないと思います。運び終わって連れてきた根拠は、急性冠症候群かもしれませんといったけれども、実は違いましたといったようなときに、それは結局何だったのかということ、例えば初療医が患者さんに対して行った処置が何をやったのかということが、一つ一つがちゃんとわかっているようなデータベース化が必要なんだろうと思います。

紙媒体ですとそれが結構厄介なのですが、ICTを使うというメリットは、例えばそれをクラウドのデータベース化していますと、今度はPCで、例えば病院側の通常の救急担当時の、あるいはクラークがそのIDさえもらえば入って行って、あとデータが足せるわけですから、何も病院のクローズドないわゆる電カルと一緒にする必要はさらさ

らなくて、独立した単体でも簡単なデータぐらいは入れられるんだろうと。あるいは、場合によっては必要なIDだけ突合して、あとは流し込めばいけるんだろうという作業ぐらいはできるのかなと思っているんですね。

細かなところは別にして、ともかくこういうICTで救急業務の高度化を図りますよというときには、やはり究極の目的は何なんだということがちょっと見えてこない、結構コンピューター便利ですよねと言いつつ、本当は使っている人間は結構邪魔くさいと感じています。電カルがそのいい例で、診療するには電カルほど邪魔になるものではなくて、後でデータ管理者だけが便利なものでして、現場に立っている医者は、本当は電カルなんかはないほうがよっぽど診療がやりやすいというのが実態です。おそらく救急隊員も本音のことを聞けば、その辺のところを聞いてあげないといけないということもあるんですね。

【〇〇座長】

ありがとうございます。とても貴重な意見だったというふうに思いますが、これに関して委員の皆さん、何かご意見ありましたらと思いますが。今ぐらいのところでよろしいですか。ああ、今手が挙がっていますね。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

非常に興味があります。私たちの地域でも似たような車内の状況を飛ばすだとかいうのはちょこちょこはやったわけですが、結局うまくいっていないので、これを見ておもしろかったんです。1つは、私たちも問題があったので教えてほしいんですが、セキュリティの問題と、それからコストの問題。これを1つ教えてほしいのと、それからもう一つ、すばらしいと思ったのは、おそらく救急隊がこれを使いたくなるのは、報告書を書くのに8分短くなった。多分救急隊としては、これが一番メリットと感じているんじゃないかと思うんですね。

ただ実際には〇〇先生がおっしゃったとおり、これが診療に、患者さんの予後にどういうふうによく伝わっているのかというところは、実際には僕たちも使ってみても、確かにお腹刺された人がどういうふうに刺されたのかを口で説明してもらうよりは、静止画が1枚ぼんと来たほうが確かにいいという例はありましたけれども、毎回毎回そういうわけでもない、あまり使われないで、そのままコストが高いから、結局消防本部としてももたないから使わなくなったというような事例があったので、その辺をちょっと教えていただければと思います。

【〇〇係長】

どうもありがとうございます。セキュリティーの問題に関しましては、ICTのカメラに関しましては、もう病院が特定できていますので、それ以外の病院には、外部には漏れないという形ですね。このATASに関しましては、消防のサーバーの閉域網の中でシステムを組み合わせるので、医療機関側の受け取る側のスマホの分に関しましても、その閉域網に入ってくださいと。消防の閉域網からは個人情報絶対に漏れないと。詳しいことはちょっとシステムを作成した方に聞いていただきたいんですが、そういう状況で医療機関に広めていこうというふうな形にしております。

また、公の団体ですので、個人情報には相当慎重に動いていますので、この動画を送る側にしても、静止画を送る側としても、記録としては絶対に残さず、1件の救急が終わったらその場で消去という形で、送る側の病院とそれで契約をしていますので、その辺でセキュリティーは保たれています。

あとコスト面に関しましては、当消防本部は以前からCPAの患者の心電図等の伝送装置を以前からずっと継続してつけていましたので、その心電図の伝送の装置分のコストをそのままこのICTカメラとATASのほうに持っていったので、このICTカメラ、ATASを導入したからコストが極端に増えたというわけではありません。

それと使用頻度に関しましては、先ほどスライドでお見せしたように、今のところ飯塚病院の救命センター1カ所に、このATASとICTの動画を送っていますので、59.5%、搬送している患者さんのモニターは、すべてATASとICTの動画で病院側に流しております。顔とか画像に関しては、プライバシーの問題がありますので、救急隊が判断して、どうしても病院側に熱傷の範囲なんかを送りたいときには、スイッチがありまして、そのスイッチを入れて顔と足側の画像を送る。もしくは、家族や本人に断って、送ってもいいですよという許可をいただいたら送るという形にしていますので、おのずと患者の心電図モニターよりは数は少ないですが、そういう形で送っているような状態です。

【〇〇委員】

あと、済みません、FOMAとおっしゃいましたよね。

【〇〇係長】

FOMAです。

【〇〇委員】

そのコストはどうなんですか、伝送のコストは。

【〇〇係長】

伝送のコストは、今まで心電図だけの伝送装置にPCカードが入ってまして、それもFOMAの回線だったんです。その回線をそのままICTに持ってきていますので、コスト的にはそんなに変わらないと。ちょっと言い方が難しいですが。

【〇〇座長】

これは前にもちょっとディスカッションがあったと思いますけれども、福岡、あの辺の地区は、多少ソフトバンクのお膝元というところもありますよというの、ちょっとお考えいただいたほうがと。私はそんな感じです。

【〇〇委員】

基本的に安いんだよね。

【〇〇係長】

そうですね。

【〇〇委員】

そうじゃないんですよ。業務でも安いです。

【〇〇係長】

最初のイニシャルは、そこそこイニシャルとっておりますけれども、ランニングに関しては、FOMAの回線費用と端末1つに、FOMA1つですよ。それと閉域網のアクセスフローという閉域網サービスだけで、今回線費用。あとは光回線というところなんですけれども、すべて閉域網で、回線費用はそんなに高いものではないというふうに思っております。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

【〇〇委員】

よろしいですか。

【〇〇座長】

ちょっと時間も時間であれですので。

【〇〇委員】

動画のつくり方は前とは違っているんですよ。

【〇〇座長】

違ってきますよね、確かに。

【〇〇委員】

それを言わないと。

【〇〇座長】

よろしいですか。そこのところ、多少これからも皆さんに、自治体のほうに配るときには、今、委員の皆さんからディスカッションあったようなところも考慮していただければというふうに思います。

【〇〇委員】

よろしいですか、一言だけ。このデータで3%搬送、救急出動も減ったよという話なんですけど、これはATASをやっておられることとは直接関係ないですよ。

【〇〇係長】

そこなんですけれども、当初、今まで1つのものをして、それに対する効果とかではなくて、今ご紹介したいろいろなことを実施して、その後に見えるものです。

【〇〇委員】

でしょう。私が言いたいのは、このシステムとしては、受け手の医療機関と救急搬送との間のコミュニケーション、いろいろな準備、その他受け入れ体制等含めて良いと思いますが、ATASの目的を、こういうものだということをはっきりさせておかないと、これをやったから救急搬送が減るんだとか、あるいはたらい回しが減るんだとか、そういう話じゃないというところを押さえておかないと、何となくムードでATASいいなというお話になる危険性があります。ICTと言うと、〇〇先生がおっしゃった企業も含め何でもICTというような事にならないように、コストエフェクティブな運営をお願いします。

【〇〇係長】

はい。ATASに関しましては、一件一件の救急活動の時間短縮と、あとは救急隊の負担軽減を主に目的に開発しております。先ほどの3%の減に関しましては、その以前にご説明したさまざまなことからの要因があるんじゃないかという形です。

【〇〇座長】

ありがとうございました。それからもう一つ、〇〇先生のご質問は、先ほどのICTの活用の中には、基本的な機能と追加的な機能と、この2つに分けて考えたらどうかと

いう、最初のところとの兼ね合いも重要になってくるんじゃないかなと思いますので、そこも各自治体のほうに報告するときには、そのようなことで進めていただきたいと思います。

いかがでございましょうか。時間も押しております。ぜひぜひご了解をいただきたいと思いますが、このぐらいのところではよろしゅうございましょうか。皆さん、こんなところでよろしいですか。

【〇〇委員】

1つよろしいですか。

【〇〇座長】

どうぞ。手短にお願いします。

【〇〇委員】

はい、手短に。救急報告書がこのような形で非常に標準化されたものがシンプルにできる、簡単にできるようになるとすると、総務省消防庁として、580万件の個票を、ウツタインの10万件ではなくて、これを集めて1つのビッグデータとして、医療機関の診断も含めて使うというふうな方向性を考えておかれたほうが、せっかくICTをやるのであればいいんじゃないかなというふうに思うんですけども、その辺はいかがでしょう。

【事務局】

もちろん将来的にこういうのが進んでいく中で、そういったものの有効活用というのでも考えていければとは思っております。

【〇〇座長】

それも大事なところだと思いますね。どうぞ。

【〇〇委員】

今〇〇先生が、病院の治療の結果を含めてというニュアンスを含めておっしゃっているんですね。この部分は、〇〇先生が最初にご発言された内容と、それから、〇〇先生から東京医大のお話が出ましたね。東京医大は、プレホスピタルから、それからホスピタルの中に入った時のと、救急センターからもっと後ろの、例えば整形外科の病棟に患者さんが行ったときとにデータがつながっている。ですから、整形外科の先生が、ああ、こうやってこの人は怪我したんだということがわかって非常によかったという話がありますので、そういうふうな意味では、一連のプロセスとして、どちらからも見られると

というようなことでもって、ビッグデータの話をしていくのは、私はいいと思うんですね。そこら辺がきわめて重要なポイントなので、〇〇先生が言ってくださったんですけども、ちょっとアクセントをつけたかったので発言しました。

【〇〇座長】

ありがとうございます。ただ、それにはなかなか難しいところもありますよというのもディスカッションの中にもありましたので、よろしくお願ひしたいというふうに思いますが。こんなところでよろしゅうございますか。

それでは、意見をこれで出尽くしたというようなところで、自治体のほうにこれを送っていくということでございますが、先ほどから少し追加説明が必要だろうというふうに思います。その辺のところも踏まえて、あとは私、事務局とともに頑張りたいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

(3) 救急と医療の連携について

【〇〇座長】

それでは、またこちらのほうに返ってきて結構でございますので、次に2のところです。消防と医療の連携について、まずご説明をいただきたいというふうに思います。よろしいですか。事務局どうですか。

【事務局】

追加の説明はございません。

【〇〇座長】

もう皆さんのディスカッションのところでもわかりました。

2のところでございますけれども、皆さんのご意見をいただきたいと思います。8ページからのところでございますが、いかがでございましょうか。追加の説明は、事務局からはよろしいということでございます。

実施基準のフォローアップ、これについては既に都道府県すべては実施基準をつくってあるわけでございます。それがどの辺まで実際に動いているのかという、このフォローアップも大事なところになってくるのではないかなというふうに思います。PDCAサイクルがどこまで動いているのか、あるいは構築ができているのかということも大事になるだろうというふうに思いますが、いかがでございましょうか。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

実施基準、消防庁のほうで作っていただいて、全国の実施基準 47 にどういう差があるかというんですかね、いろいろな実施基準というのは各県でかなり違ったものをつくられていて、それぞれの観察についても、ベーシックなものだけのところから、例えば切断肢だけは特別な搬送基準でやるとか、そういう非常に多岐にわたっていること。それから分類にしても、例えば某県では、超高齢者という、そういう分類基準があるとか、結構いろいろあるのはご存じのとおりだと思いますので、それをもう一度ぜひ、一体どういふのがあるべきというか標準的で、例えば切断肢をつくるべきだというふうにごういふところを出てくれば、やっぱり全国的にも作っていくことは考えるべきだと思うし、どういふふうに分けていったらいいのか。超高齢者というのを作っている県は、一体どうしてそういうことで、それがどういふ影響があるのかを含めて、結構大事な問題だと思うので、全体像を見た上でディスカッションしたほうが。ここでおそらくまとめてくださるといふことだと思いますので、ぜひ実態を詳しく教えていただければというふうにごういふに思っております。

【〇〇座長】

ありがとうございます。今のはこれからやってくださいよというふうなご意見というふうにごういふに考えていきたいと思ひます。ありがとうございます。よろしくお願ひしたいというふうにごういふに思ひます。そして、最終的なところは、明らかにするだけではなくて、地域における課題を共有して対応策を検討してというところになってくるんだろうというふうにごういふに思ひます。

ご意見いかがでございますでしょうか。

【〇〇委員】

いいですか。この件に関しましては、おそらく地域の医療資源のあり方で、結構地域で差があるように思ひます。先ほど、例えば飯塚地区ですと、3次を含めた救命センターが中核的であつて、かつ初期、2次もとつているような地区ですと、さほど2次の病院に対する振り分けというか、苦勞しないんだろうと思ひますね。いわゆる病院が責任を持って適切な診療科等に振り分ける機能が、おそらくその地域ではできあがつているんだろうと。

ところが、そもそももっと都会型の東京、大阪しかりなんですけれども、実力の強い病院が幾つも乱立していると、どこへ、いつどのような形で連れていっていいのかとい

うことが事の発端だったように、私、記憶しております。そういう意味において、〇〇委員が、標準がどういいのかとおっしゃいましたけれども、いわゆる中核的病院が一手に引き受けるような地区と、幾つかの病院があって、消防、救急業務のほうに病院の選定の依存度が非常に高い地域と、そういったカテゴリーである程度考えてやらないと、なかなか実施基準の具体的なところは進行しないのかなと。そういう意味においては、ぜひ早く具体的にどの程度まで進んで、それが実際どういうふうに活用されていて、ほとんど動いてなくて、あるいは動いていてというようなことが分からないと、次の戦略は組めません。実際どういうふうになっているかということ、その地域の医療資源のあり方も含めて調査していただきたいというのが本音です。以上です。

【〇〇座長】

今のもリクエストの1つとして、よろしくお願ひしたいというふうに思います。

ほかにいかがでございましょうか。どうぞ。

【〇〇委員】

救急車、救急隊による搬送の時間というのがあるじゃないですか。東京はとても長いとかいって、非常にしばしば俎上に乗りますけれども。時間の設定の仕方というのは、今回の検討の中では、その部分についての議論はこのチャプターに入るんですかね、多分。

【〇〇座長】

どうぞ。そこで変えましょう。

【〇〇委員】

ああ、そうですね。さっき〇〇先生が言われたような、そういうものの標準化の一番最たるものは、どこまでが搬送の時間の区切りだという話は基本です。東京と大阪でもし違えば、一気に議論はできなくなる。いつも東京は言われていますよね、実際ね。

【〇〇座長】

はい。

【〇〇委員】

だから、そういうふうなことも、決めるなら決めるでやっていくしかないんじゃないかなという気がしますよね。

【〇〇座長】

共通の語源をしっかりと考えたらどうだろうというところも大事なところだと思います。

ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。〇〇先生がお話ししている超高齢者というのは、どういふことを言っているんですか。後期高齢者の先を言おうとしていると思ひますが、どうですか。

【〇〇委員】

たしか85歳ですかね、某県ですけれども。

【〇〇座長】

それもやはり共通言語が必要だろうというふうには思ひますね。ありがとうございます。

【〇〇委員】

75じゃないんだ。

【〇〇座長】

ほかにいかがでございましょうか。よろしゅうございましょうか。また戻ってきても結構でございましょうか。

(4) 応急手当の普及促進について

【〇〇座長】

3番目の応急手当の普及促進、これについて事務局から追加はありますか。

【事務局】

追加の説明はございません。

【〇〇座長】

よろしいですか。それでは、委員の皆様からの、これについてのディスカッションがありましたらご意見を願ひしたいと思ひます。いかがでございましょうか。はい、〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

札幌の〇〇でございまして。よろしく願ひいたします。参考情報ですが、皆さんもご存知かと思ひますけれども、今年6月に札幌の小学校2年生のお子様が給食の果物の種を喉に詰まらせて、残念ながらお亡くなりになるという事案がございました。当局に119番通報が先生から入りまして、指令員が口頭指導を行い、先生が懸命に手を尽くしたのですが種が取れず、救急隊が到着して種を除去した事例でした。そこで、改めて学校でのBLS教育について、教育委員会と協議して、札幌の場合、先生の救命講習受講率が

88%ですが、今年度何とか未受講の先生たちに救命講習を受講してもらおうと考えています。さらには応急手当普及員の養成を行い、実際に各学校に普及員を置いて、先生たち、あるいは子どもたちに教育をしていくことを教育委員会と連携して検討中です。文部科学省からの通知もございますけれど、札幌市といたしましては全国消防長会の救急委員会の事務局という立場もございますので、学校での応急手当の普及啓発のあり方について、9月頃に各地域にアンケートを行う予定です。

【〇〇座長】

〇〇委員、ありがとうございました。その中で、文科省からの通知というのが参考資料2のほうにあったと思いますが、参考資料2について、事務局何か追加発言ありますか。説明いかがでしょうか。よろしいですか。

【事務局】

追加の説明はございません。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

ちょっと追加させてください。臨床救急学会の立場でお話しさせていただきます。私たちの学会の中には、既に学校教育へのBLSを普及させる活動の委員会がございまして、先ほど〇〇委員がおっしゃったように、消防の職員の方と文部科学省の人にも入ってもらって、やはり学校教育に携わる教員もそうですし、その中でまた学校教育そのものにもBLSの教育をとということで必要性を訴えてきた経緯があります。ぜひこういう一般の救命講習の中にも、広く消防庁のほうから地域の教育委員会と連携して、学校教育にももっと取り込んでもらえるように拍車をかけていいのかなというふうに思っております。以上です。

【〇〇座長】

ぜひよろしくお願ひしたいなというふうに思います。ありがとうございます。

応急手当の普及促進、いかがでございましょうか。今年やっていく中でのご意見、あるいはご要望等がありましたらと思いますが。その中で、小学校の高学年には既に救命入門コースで十分耐えられるだろうというお話があり、入門コースのほうを促進していくという流れが前年度にも出ておりましたけれども、そのフォローアップがどうなっているのかというのも、ぜひご検討の1つに加えていただければと思います。

【〇〇委員】

今日は〇〇委員もおられますので、ちょっと発言させてください。最近堺市であった事例なんですけれども、乳児を浴槽に入れるときの首巻きの浮き袋を付けて小さなプールで遊ばせたところ、母親がちょっと目を離したすきにC P Aになったという事例がありました。本来、浮き具の使い方が誤った使い方なんですよと言ってしまえばそれで終わりなんですけれども、やはり小さなお子さんをお持ちの方々にも、急変を起こしたときに、少なくとも乳児含めてですけれども、対応できるようなやり方を教えておく必要があるんだろうと思います。

なぜこういうことを質問するかというと、母親は全く気が動転してしまって何もできなくて、救急隊が来るまで、ああ、どうしようというようなことになっていたということです。やはりバイスタンダーC P Rの普及という意味で、学校教育も含め、もっと乳幼児であれば、それを見ている母親教室の中でも精一杯やっていくんだぐらいのことがあってもいいのかなと思うんですけれども。

【〇〇座長】

〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

全くおっしゃるとおりだと思います。母親学級ですとかその後の健診などでも、そういったことを学ぶ機会はありませんので、もしそういうことが起きたら、やっぱり動転してしまって何もできないというような状況になる親御さんがほとんどだと思うので、それはぜひ入れていっていただきたいことだというふうに思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。ほかにいかがでございましょうか。

私、座長としてちょっとこの応急手当の中で、最近溺水、溺れて亡くなる人が非常に多い日本の夏ですけれども、特に助けに行った人がみんな溺れてしまうというのは、これは非常に問題ではないのかなと思います。その辺のところも、応急手当の1つとしてどうなっているんだというのを、どうしたらいいんだというのも考えていただければと思います。よろしくお願ひしたいと思います。

ほかにいかがでございませうか。よろしゅうございませうか。ありがとうございます。それでは、またご意見がありましたら、事務局のほうにお話を願っても結構でございませう。

(5) 救急業務に携わる職員の教育のあり方について

【〇〇座長】

その次の4のほうに移りたいと思います。救急業務にかかわる職員の教育のあり方というところでございます。まず事務局、何か追加はございますか。

【事務局】

ございません。

【〇〇座長】

よろしゅうございますか。それでは、委員の先生方、いかがでございましょうか。今年度、もう少しこの辺のところをやってみていただいたらどうかというようなところがありましたら。どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】

15 ページですが、引き続き調査研究の方法と内容というところですよ。まず指導的救急救命士であるとか、あるいは救急救命士の資格取得する人たちへの、ここではインセンティブと書かれているんですけども、何もこの指導的救命士に限らず、救命士全般含めて、資格を取るインセンティブが少ないと思います。ぜひとも何らかの形で、救急隊員が救急救命士になる、あるいは救急救命士が指導的救命士になるような、なりたいたいと思うようなインセンティブあるいはキャリアプランを是非ともつくっていただきたいというように思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。全くそうですね。どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】

多分結果的には同じことを言うことになると思うんですけども、時々私が言うのは、医師は上級医が新米の人たちを教えるということは、大昔からやってきているわけですよ。ナースも実はそうなんですよ。だから、現任教育とか主任の教育とか、師長の教育とか、部長の教育とか、いろいろナースの場合にはそういうふうな管理についてのボキャブラリーが多いんですけども。いずれにしても、ほかの医療職種は、先輩が後輩を教えるというのは比較的当たり前というか、それが職業倫理に問われるような、そういう文化的背景があるんですよ。

救急救命士も、おそらくこれから先、10年から20年すれば、そういうふうな文化的な背景は少しずつ芽生えてくるかもしれない、医師やナースと同じように。ただ、それ

を待っているわけにはいかないので、先生がおっしゃったみたいに、いずれそうなようなことを前提に置いてでも、この指導的な救命士がいるというような状況をつくっちゃう。そうすると、それをまねしてほかの自治体なり何なりもやっていけるだろうと。そういうふうな文化的な状況を育むような、そういうふうなことをぜひやっていただきたい。

地方に時々救急の話をしにいくと、救命士の方たちが聞きに来るんですね。それで終わってから何だかんだ話していると、指導的救命士の件はぜひ何とかしていただきたい。じゃないと、なかなかそういうふうな文化的な背景がまだないので、教えたくても教えられないと言わないんですけれども、なかなかそういうふうな屋根瓦的な形で全体が上に上がっていくような、そういうふうな仕組みはつukれないというふうに言ってみているんですね。そここのところは、未来永劫この仕組みというようなことじゃなくてもいいので、なるべくそういうふうなことがどんどんできるような形に早いところ持っていっちゃうというふうなことが一番いいんじゃないかなという感じであります。

【〇〇座長】

ありがとうございます。先進的な事例を既に行っているところもあるわけですので、その辺のところも考えながらのこのセクションになると思います。

手が挙がっています。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇先生に賛成ですけれども、例えば、指導的救命士というのをつくるというような話にしてしまうと、つまり何ていうんでしょうか、職種とか名前とか資格とかいうところが先に動きそうなので、ある意味先生の今おっしゃるのは非常に重要で、先輩が後輩に教えていくというような、医療者として当然だと僕たちが思っているその文化のないところに資格だけぽんとつくるというのは、結構危険かもしれないというところは十分に理解した上で、そういうことができるように、今先生がおっしゃったような指導ができるようなそういうのをつくりながら、ぜひこういう指導的救命士というのをつくらせていただきたいとちょっと追加したいのが1つと、それからもう一つ、通信指令の話が出てくるので、この教育も非常に重要だと。

これは各消防、うちの近くを回ってみても、消防本部ごとにやり方が違うし、教育の仕方が違う。これはぜひ標準化なり何なりの方向で、ぜひ〇〇先生、いいものをつくらせていただきたいと思います。1つの例としていつも僕が気になっているのは、消防大学

校には通信指令科コースはないわけですね。というのは、やっぱりまだきちんとした標準というのがないんじゃないかと思うので、ぜひこれは欧米の例、いろいろなディスパッチの話も当然理解した上で、ぜひ全体像のいいものをつくっていただくよう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。〇〇先生、よろしくお願ひしたいというふうに思います。この指令員というのは、なかなか救急だけではないわけですね。彼らがやらなければいけないのは、当然火事もやらなければいけない。あるいは、その他の消防の業務もこなさなければいけないというところで、多少救急のことだけに特化できていないというところがあるのかもしれませんが、小さい消防本部では、救急隊員、救命士が指令になって、自分で出ていかなきゃいけないというところもあるわけですので、その辺のところも考えながら、〇〇先生、よろしくお願ひしたいと思います。どうぞ。

【〇〇委員】

期待されるのはありがたいことなんですが、もしよければ、どういったものを指標に教育をすればいいのかというお考えがあれば聞かせていただきたいと思います。実は私、個人的な印象で、例えば地元のことを私が言うのも恐縮ですけども、堺市消防局では、通信指令室に救急救命士の者を常時配置するようになって、検証してびっくりしたことに、今まで口頭指導で胸骨圧迫等をやってくださいという頻度が少なかったのが、見るからに数が増えています。ちょっと言葉が適切ではないかもしれませんが、そういうふうなフィードバックがかからないまま野放しになっていた状態と、いわゆる救急課のほうから通信指令室に人が入って、メディカルコントロールの検証会議のほうからこういうことがあったというようなことでフィードバックがかかると、次の月からびっくりするぐらい口頭指導が丁寧に入っているというのが目に見えてわかります。

そういうようなことがありますので、どういうふうな教育をするかということよりも、おそらく組織の中で、どのようなことをやればいいのかというふうには思っているんですけども。もし消防の方やら、あるいはメディカルコントロールの検証をされている先生方で、こういうふうなことをやるともっとよくなるよというようなことがあればお教えいただければ、作業部会のほうで検討してみるということはあるかなと思っています。以上です。

【〇〇座長】

よろしくお願ひしたいと思ひます。今、ご意見がなくても、後から思い出した等がありましたら、どうぞ〇〇先生のほうに、あるいは事務局のほうにお話を願ひたいというふうに思ひます。こんなところでよろしゅうございませうか。

(6) 救急業務実施基準別表の見直しについて

【〇〇座長】

それでは、次でございませうけれども、次は5でございませう。救急業務実施基準の別表の見直しについてであります。いかがでございませうか。別表のところ。19 ページからのところでございませうが、ご意見があればどうぞお願ひしたいというふうに思ひます。

〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

載せるものについて検討するというところでよろしいんでせうか。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

昨年、東京都の調布市で食物アレルギーのお子さんが亡くなるということがありまして、それからたまたま私たちの会のメンバーが、その小学校に在籍していたということもありまして、今、調布市の教育委員会の委員会などにもさまざまにメンバーが出させていただいているいろいろとわかってきたことがあります。その中で、そのお子さんの場合は初発ではなかったんですけれども、食物アレルギーを、アナフィラキシーを小学校とかで起こす子は、初発の子が多いということを知りました。そうしたときに、初発であるということは、エピペンを持っていないわけですね。救急隊が到着するまで何とか待って、救急隊が来ても搭載されていないので打てないというお話を聞いて。

実際にエピペンの講習なんかを受けにも何回かこのところで行っているんですけども、皆さん当たり前にご存じのとおりすごく簡単で、私でも試しに注射のないものをやらせていただいたりとか、あるいは注射のあるものも発泡スチロールでやっても、これはもし自分の子どもなり近所の子なりに何かあったときには自分でもできるなと思える処置。AEDとかはもちろん何度も講習を受けていますので、それももちろんやる気ではいませうけれども、それよりもはるかに易しいというふうに思ひますが、エピペン

を打つかどうかという話もそうなんですけれども、救急隊、消防車に載せるか載せないかというところの今までのずっと経緯をちょっと私知らないで、載っていないということはどういう理由があって、どういうことがあるのかということがちょっと私は分からないので、もしよかったですら教えていただきたいなど。普通に考えて、なぜ載っていないのかなというのが一般市民としては不思議に思うところでもありますので、もしよろしかったですら教えていただきたいと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。エピペンは個人が持っているというところで、アレルギーのあるお子さんが自分のために持っているというところがメインだというふうに思いますけれども、それでよろしゅうございますか。

【〇〇委員】

はい。そうなんです、それはもう越えられない壁というか。

【〇〇座長】

そうですか。そこを考えたかどうかということですか。

【〇〇委員】

それは難しいということですか。

【〇〇座長】

なるほど。学校でも置いておく、救急車の中にも入れておくという今のご意見ですか。

【〇〇委員】

実際に起きてしまう子が初発の子が多いということなので、そこは越えられない壁なのか、どうなのかというところをちょっとお聞きしたいと思いました。

【〇〇座長】

〇〇委員どうぞ。

【〇〇委員】

おそらくエピペン自体は、打つ技術的なことは簡単なんですけれども、苦しんでいる子どもが本当にアレルギーかどうかというところの診断は、初発であると必ずしも容易ではないということで、あくまでもですから、やはりもともとあれは市民が自分で使えるという前提としては、既に既往があって、2度目以降の発作で使うということを前提に認められているものであるので、おそらく今の救急救命士が現場で初発の子どもに、この子が食物アレルギーなのか、あるいは例えば喘息なのか、肺炎なのかということ

判断させるということは教育もしていないし、それは極めて難しいだろうということだと思います。

救急車の中に置いておくかどうかはもう一つ別の問題で、持ってくるのを忘れちゃった子のために、本人が明らかに2度目なんだけれども、今日持ってきていないからというために置いておくかどうかというのは、これは経済効率の問題なので、そこはもしかしたら考えてもいいかもしれないんですけども。おそらく今の段階では、まだ初発を判断して、その診断をつけて打つというところまでは、医師法との関係も含めて認められていないというふうな結論だと思います。

【〇〇委員】

はい、わかりました。ありがとうございます。

【〇〇座長】

いかがでしょうか。〇〇室長、あるいは〇〇専門官、何かご追加がありましたらどうぞ。

【事務局】

それでは、少しだけ追加させていただきますと、エピペンに含まれておりますエピネフリンという製剤に関しては、心肺停止症例、心肺停止の方に対しては、救急救命士さんは打てると、そういう整理にはなっています。ほかに何か補足が厚生労働省からありましたら。

【〇〇座長】

どうぞ。

【オブザーバー〇〇課長（代） 〇〇室長】

特にございませぬ。

【〇〇座長】

そうですか。それでは学校だってというところすな、そうなる。

【〇〇委員】

学校に置いちゃいけないの。

【〇〇委員】

今、まさしく地元の我々の地域でも、学校医、医師会の校医さんが同じような話題で、今、講演会をたくさん繰り広げているんですね。その中で、やはり同じような質問をたくさん父兄から受ける。だけど医師法の問題があつて、既に処方されたエピペンがあ

る場合は、どうぞ教職員さん、打ってあげてくださいということは可能だけれども、それが無い場合は、結局はその壁を乗り越えるためには、エピペンの使用についての、やはり医療法上の法的壁があるので難しいと。

ただ、議論されるときに、欧米に留学されていたことのある先生などから、私なんか質問をよく受けるのは、実はアメリカなんかでは、公の場で置いていて、EMSのサービスでやっているところもあるよというふうなことをおっしゃっていて、そこは日本との法的な壁の違いがあるんでしょうということなので、それについては、やはり厚生労働省自身の考え方を越えることはできないんじゃないかなというふうには思います。ただ、議論はしていくべきことではあるんだろうとは思いますが。

【〇〇委員】

ありがとうございます。

【〇〇座長】

そのぐらいでいかがでしょうか。なかなか壁はまだありますよという。だけれども、それもなかなか難しいところで、何でもかんでも打てばいいんだろうというわけにもいかないわけですので。

ほかのところはいかがでしょう。救急業務の見直し、特に別表のところ。

私、別表のところちょっと昔から気になっているところがありまして、今でも万能斧とか救命ブイとか、何かまだ今ごろこんなものを載せているのというのが出てるところがあるんですけども、これについても作業部会のほうで少しもんでいただいて、この辺は消してもいいんじゃないのというのをどんどん出して、それで新しいものを入れていくというぐらいのほうがいいなという気はいたします。

【〇〇委員】

ちょっと待ってください。この件については、作業部会で意見をまとめるんですか。それとも、この親会の承認後、事務局のほうで次、上がってくるということなんですか。ちょっとそこを確認させてください。私のテリトリーなのか、いやいや、これは親会の直接の宿題になっているのかだけ。

【事務局】

昨年度、作業部会でご議論いただいて、昨年度の最後の段階で、ワーキングでドクターも入っていただいて、しっかり詰めの作業をしようという結論になったというふうにお伺いしておりますので、今日親会でご議論いただいて、ワーキングに落としていただ

いて、ワーキングでご議論いただき、結論を得るという進め方でいかがかと思っております。

【〇〇委員】

ということは、この件については作業部会は通らないという、もまなくていいということですね。だそうです。

【〇〇座長】

通らないで、作業部会で少しもんでもらうということはなくていいんですか。

【〇〇委員】

ワーキングも作業部会の中に入っておるんですか。

【事務局】

そうです。

【〇〇委員】

そうですか。

【〇〇座長】

よろしくお願ひしたいと思ひます。今、私が話をさせていたひだいたのは、資料の3-1の2ページ目の下のほうをちよつとごらんをいたひきたいと思ひますが、この中に救命の浮輪とか、斧というのはどこまで斧なのか、僕、わかりませんが、いろいろな昔のものがまだあるんですよというところをごらんをいただければというふうに思ひます。

〇〇委員どうぞ。

【〇〇委員】

消防隊、救助隊、救急隊というように役割が分かれてひる消防本部もありますが、そうでない消防本部では、幅広くいろいろな業務をやらなきゃいけないということで、実際に交通事故の現場に行つたときに、救助隊等が到着する前に、救急隊が傷病者を車両内から救出するということがありえますし、あるいは水難救助隊という専門隊があるところはいいですが、無いところは救命浮環も場合によっては必要だと思ひます。恐らく過去の経緯もあるでしょうし、実際、ケース・バイ・ケースかなという気がします。以上です。

【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。よろしいですか。

まだ今日お話をされてひない皆さんおられると思ひます。代理の委員の皆さんでも結

構でございますので、どうぞ遠慮なく手を挙げていただきたいというふうに思います。

(7) その他

【〇〇座長】

それでは、その次のところに行きたいと思いますが、いかがでしょうか。最後になると思いますけれども、厚生労働省で救急医療体制のあり方に関する検討会というのがありまして、その中間報告が取りまとめ（案）として出てきてまいりました。これについて、厚労省からオブザーバーで出席していただいております〇〇室長からお話をいただければと思います。

【オブザーバー〇〇課長（代） 〇〇室長】

よろしくお願いたします。救急・周産期医療等対策室の〇〇でございます。この参考資料3のほうに、7月17日に事務局で原案をつくりました中間取りまとめの案ということでつけさせていただいておりますので、これのご説明をさせていただきたいと思っております。

こちらは救急医療体制等のあり方に関する検討会ということで、実は本日もいろいろご議論賜ったところの部分を厚生労働省、医療側の面から見ている検討会でございます。実は〇〇先生に座長をしていただいて、今日の検討会の委員の方の半分ぐらいかぶっておりますけれども、同じようなメンバーで、厚生労働省の観点から、2月から毎月やっています。もう第6回目を数えましたけれども、ご議論いただいた中間取りまとめの案ということになるわけでございます。

今日ご議論があったところを少しかぶるところだけかいつまんでご説明申し上げたいと思っておりますけれども、おめくりいただきまして2ページ目ですね。やはりメディカルコントロールの体制の充実強化ということでございます。メディカルコントロールの体制の充実強化ということで、1ポツ目でございますように、増大する救急活動の事後検証とか、搬送困難事例の対応とか、MC協議会に求められる役割を果たすために、MC体制の法的位置づけを明確化すること、それから、人的・経済的に必要な措置を講じることで、さらに体制を充実させるということが議論の中心になっているわけでございます。これに関しましては、実はこのたびの予算要求のほうで、新規の特枠として要求しているところではございますけれども、こういうメディカルディレクターの配置というようなことも厚労省としては考えているところでございます。

その他、2ポツ目等にございます、行政機関、消防、医療機関の連携をとるべきということ。最後のポツにありますように、MCに従事する医師が業務に集中して行うことができる環境を整備するとともに、MCに従事する医師に対して求められる適切な教育体制を構築する必要があるといったことが求められているわけでございます。

その他、その下にございます救急医療の情報についてということで、これも発表にかぶりますけれども、医療情報のキットというようなこと。これによって、救急搬送体制の時間の短縮が期待できるというようなこと。臨床情報の更新とか、かかりつけ医との普段からの関係性が重要であるというようなこと。それから、その他消防とか介護福祉の連携に努めて、MC協議会等での情報の共有を図るべきというようなこと。

それから、その次のポツにありますように、こういったような地域の医療情報の可視化による救急搬送の受け入れ体制の円滑化ということで、ICTの導入を進めるということで、先ほどありましたような奈良のe-MATCHであるとか、佐賀の99さがネットというようなことを、こちらとしても議論させていただいているというところでございます。

最後にございますように、〇〇先生もおっしゃっていましたがけれども、こういったようなデータを地域の医療救急体制の改善に向けて、PDCAサイクルに取りこんでいくというようなこと。それから、事後検証のツールとか、医療機関の現状を把握して、改善のための項目として活用すべきであるといったようなこともまとめられているわけでございます。

それから、(3)にあります#8000番ということで、これは小児救急の電話相談システムでございますけれども、こういったようなどちらかという予防といいたいでしょうか、応需不能時間帯の縮小とかいうようなことを目指して、全国センター化するとか、より効率的な運用であるということですね。あとは相談員の質の担保とか、そういったことが議論されているというところでございます。

次に関係することということで、4ページ目をおめくりいただきまして、2次救急医療の充実強化というようにございます。1ポツ目にありますように、地域で発生する救急患者の初期診療を行って、必要に応じて入院治療を行うということでございます。いろいろ合併症で、先ほどありました高齢者の問題というようなことを、都道府県とか、2次の救急医療機関で地域の高齢者や疾病ごとの状況を把握して、より適切な体制の構築を行うべきであるというようなことがございます。先ほどちょっと予算の

ことも申し上げましたけれども、こういったような2次救急医療機関の体制の充実を図るためにも、救急を断らない病院ということで、搬送体制とか人員を手当する、空床確保を含めた枠を先ほどのメディカルディレクターとセットで予算要求をさせていただいている状況にあるということをご報告したいと思います。

最後、6ページ目でしょうか。先ほどの小児についてでございますけれども、4の3ポツ目にありますように、永続的な小児救急医療体制を確保するために、行政や医療機関は国民に対して、救急医療体制の適正利用ということで、必要な知識を啓発することとか、受診の必要性をみずから判断できるように支援するべきである、こういったこともまとめさせていただいているというような状況でございます。

簡単ではございますが、以上でございます。

【〇〇座長】

〇〇室長、ありがとうございました。

これで今日のディスカッションは終了していくということでございますが、全体を通じてご意見、あるいはご質問等がありましたらお願いしたいと思います。どうぞ。

【〇〇委員】

すみません、今の厚労省さんのお話なんですけれども、ちょっとお聞きしたいことが1点ございまして、大阪市の〇〇でございます。

#8000 ということで、今後全国センター化を図るべきということで書いてあるんですけれども、これにつきまして、消防のほうでもやっております#7119、救急医療相談事業のほうとすみ分け、あるいは統合とか、そういったことに関しての今後の方向性というのは何かお考えがあるのでしょうか。

【オブザーバー〇〇課長（代） 〇〇室長】

こちらのほうもあり方検討会のほうで議論がございましたが、ただ#7119も、全国展開はまだされていないというふうに聞いております。ただ、やっつけていただいているところに関しては、結構、小児救急とかも受けてくださっているというようなところもございますので、こちらにもちょっと書いていますように、実は#8000番は育児相談的な、ちょっと福祉的な面もあったりするものですから、そちらのほう、もちろん#7119も参考にさせていただきつつ、どう役割分担していくか。それから、そういったようなお母さんの不安軽減的なものもやっぱり結構大きいものですから、その辺のすみ分けを含めて議論を深めていくということで、今後の議論ということにさせていただいているとこ

ろでございます。

また標準化、どういったような体制にするのか、下のほうに相談員の教育研修とございますけれども、より標準的にどういうふうにするかということは、研究班を通して今、項目の洗い出しということをやらせていただいているところでございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。〇〇委員よろしいですか。

【〇〇委員】

はい。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

それから、全体を通じてのご意見ありましたらどうぞ。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

今、厚労省のほうで今回の予算要求の中で、メディカルディレクターという言葉も出てまいりましたが、先ほどの指導救命士の認定制度、認証ということもございますけれども、その辺も主に救命士の特に医学的な部分のことが大きいので、消防業務としてのものに関しては、消防本部でのいろいろな職位・職階があると思いますけれども、ぜひ指導救命士に関しては、メディカルディレクター、あるいはメディカルコントロール協議会との連携の中で、メディカルディレクターをサポートする形で救命士との間に入って仕事ができるということ、ここも厚労省とぜひ連携を深めていただければと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。それもテイクノートしていただければと思います。

今日、いかがでしょうか。まだお話をしておられない皆さん、おられると思いますが。

〇〇委員、いかがでございましょうか。

【〇〇委員（代） 〇〇氏】

私も代理出席ということで十分把握していない部分もあるのですが、うちの県でも通信指令員の教育システムのワーキンググループということで、今年度から立ち上げていろいろ検討を始めたところです。やはり規模の小さい消防署などが多いものですから、通信指令員についても普通の救急隊、あるいは救命士の人たちが入れかわり立ちかわりで兼任という、専任でない形でやっている部分もあって、なかなか質の統一化が図られていない状況もあります。あと国のほうでもそういった統一的な教育の指針をまだ示さ

れていないところであると思いますが、今後ともそういったところについても、いろいろな指針というか、アドバイスをお示しいただければありがたいと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。そろそろ5分超過になってきております。いかがでございましょうか。もし次の機会までいよということがありましたら、いつでも結構でございます。事務局のほうに連絡をいただきたいと思います。ありがとうございます。

それでは、時間となりましたので、マイクを事務局のほうにお返しいたしたいと思っております。

6. 閉会

【事務局】

皆様、活発なご意見をいただきましてありがとうございました。本日の議題の中でありましたICTの標準的使用につきましては、本日のご議論も踏まえまして、説明等加えるなどの修正をしまして、自治体にお示ししたいと思っております。

また資器材につきましては、別表の改正につきましては、〇〇先生のもと、ワーキンググループにおいてもんでいただきたいというふうに思います。その暁には、自治体に通知したいというふうに思っております。

それでは、次回の開催につきまして、事前にご連絡させていただいておりますとおり、12月10日、火曜日に予定しておりますので、どうぞご出席のほどよろしく願いいたします。

以上で、第1回救急業務のあり方に関する検討会を終了いたします。皆様、ありがとうございました。

— 完 —