

平成 26 年度救急業務のあり方に関する検討会（第 1 回）議事録

1. 日 時 平成 26 年 7 月 16 日（水） 10 時 00 分から 12 時 00
2. 場 所 三番町共用会議所 大会議室
3. 出席者
委 員 ○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員(代理:○○様)、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員(代理:○○様)、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員、○○委員(代理:○○様)
オブザーバー 厚生労働省医政局地域医療計画課 ○○課長(代理:○○様)
事務局 ○○次長、○○審議官、○○室長、○補佐、○○補佐、○○専門官

4. 会議経過

1. 開 会【事務局】

2. あいさつ

【次長】

おはようございます。消防庁次長の○○でございます。委員の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御出席いただきまして誠にありがとうございます。また常日頃から救急業務のみならず、私ども消防庁の行政、施策、全般にわたりまして御指導、御支援、御協力を賜っておりますことに対しまして改めて厚く御礼を申し上げます。

もう御案内のとおりでございますけれども、救急出動件数は、平成 25 年の速報値でも年間 592 万件ということで年々増加を続けておりまして、これが高齢化等を背景にいたしまして 600 万件を超えるというような推定値もあるところでございます。そういう中、救急隊員が現場に到着するまでの時間、さらに病院に収容するまでの時間というものが延長される、長引いているという傾向が続いておりまして、これに歯止めがかからないというふうな状況にあるわけでございます。

そういう中にありまして、私ども平成 23 年にこの救急業務のあり方に関する検討会を設けまして、救急業務全般について御検討いただいていたところでございます。今年度につきましても昨年度に引き続きまして、消防と医療の連携、この関係で実施基準、各都道府県が定めておりますけれども、これについての詳細な分析、検証ですとか、あるいは受入医療機関の選定に時間を要します高齢者等についていかなる対応が可能なのかといったことの御検討もお願いしたいというふうに考えております。

また救急業務の高度化の関係では ICT の活用というものの、私どもも今進めているところでございますけれども、それぞれの地域によりまして医療資源の多寡等の地域事情がございまして、これらを踏まえたうえでいかにこの ICT の導入を促進していくかにつきまして

も御検討いただければと思います。また今年度新たに予防救急ということにつきましても、この普及を、推進をいかに図っていくかということにつきましても御議論をいただければというふうに思っております。この他、引き続き救急業務に携わる職員の教育の問題、さらに救急度判定の普及、これらにつきましても御議論をいただきたいというふうに思います。

いずれにいたしましても大変重要な課題ばかりでございます。どうか皆様方、それぞれの御専門の立場から、あるいは大所高所から積極的な御議論を賜りますようお願い申し上げます。簡単ではございますが開会にあたっての御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。

3. 資料確認、委員・プレゼンター紹介

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】

本検討会は、本日が第 1 回目でございますので座長選出を進めたいと思います。座長選出につきましては、平成 26 年度救急業務のあり方に関する検討会開催要項第 3 条第 3 項の規定によりまして委員の互選によって選出すべきではありますが、昨年度からの継続事項もございまして事務局から御提案という形で選出させていただきたいと考えておりますが、委員の皆様、いかがでございましょうか。

（「異議なし」の声あり・拍手）

ありがとうございます。事務局の提案といたしましては、先ほど御説明いたしましたとおり昨年度の検討会からの継続事項もありますことから、引き続き〇〇委員にお願いしたいと思いますが、委員の皆様、いかがでございましょうか。

（「異議なし」の声あり・拍手）

ありがとうございます。それでは〇〇委員、真ん中にございます座長席に御移動いただきますようよろしくお願いいたします。

それでは本検討会の座長に選出されました〇〇座長から、まず御挨拶をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

【〇〇座長】

ありがとうございます。ただいま選任いただきました〇〇でございます。昨年からの座長でございますが、昨年、もう既に〇〇次長等からお話があります継続審議のところもあるところでぜひ頑張ってみたいなというふうに思います。特に消防と医療の連携の問題、それからもう 1 つ、救急業務の高度化というのは ICT を含めるとどういうふうになるのかということところが非常に大きなテーマになっていると思います。それからもちろん先ほどの予防救急の問題も、これからどんどん搬送時間、そして搬送件数が増

えている中で、どのようにして国民の皆さんに予防救急という概念を考えていただくのかというのも非常に大きな問題だろうというふうに思います。

そして、今回もまた教育の問題についても非常にお願ひしたいことが多々あると思います。その中には緊急度の判定というところもあるわけですが、ぜひ頑張りたいと思いますので、委員の皆様のお協力を切にお願ひしたいというふうに思います。ありがとうございます。

【事務局】

ありがとうございます。冒頭で申し上げましたとおり、カメラ撮りにつきましてはここまでとさせていただきます。御了承いただきますようよろしくお願いいたします。

それでは以後議事に入っていきますので、以後の議事進行を〇〇座長にお願ひしたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

5. 議題

(1) 「今年度の検討の進め方」について

【〇〇座長】

それでは議事を進めていきたいというふうに思います。議事 1 でございますが、本年度の検討の進め方についてから始めていきたいというふうに思います。議事が多岐にわたっておりますので、項目ごとに説明をいただいてその都度御質問をお受けするという形で進めていきたいというふうに思いますので、まず資料の 1、消防と医療の連携のページ、その中の 8 ページのところから事務局から説明を願ひたいと思います。

【事務局】

それでは資料 1 につきまして、私、消防庁救急企画室の〇〇が御説明を申し上げます。着席により説明をさせていただきます。御無礼をお許してください。では表紙をおめくりいただきまして、1 ページ目は今年度の救急業務のあり方に関する検討会の全体像でございます。左半分は今年度御検討いただく消防と医療の連携、救急業務の高度化の推進、予防救急の推進の 3 つの主要な柱でございます。後ほど説明をさせていただきます。右半分は救急業務に携わる職員の教育のあり方に関するワーキンググループと緊急度普及ワーキンググループの設置案でございます。後ほど設置についての御検討をいただきます。

では 1 枚おめくりいただきまして、近年の救急業務を取り巻く現状と課題ですが、救急出動件数は 10 年前と比べますと 27% の増加をしております、病院収容までの時間も 9.9 分、現場到着までの時間は 2 分延伸をしているところでございます。

続いて 3 ページは傷病程度別搬送人員と年齢区分別の搬送人員の状況でございます。搬送人員の半分は軽傷が占め、高齢者の搬送の中で入院が必要な中等症以上は 60% を超えています。

続いて1枚おめくりいただいて4ページですが、これは医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数と現場滞在時間ごとの件数でございます。照会回数4回以上で現場滞在時間が30分以上の地域を赤でマーキングしてございます。実施基準の運用によりまして一定の効果は見られておりますけれども、受入医療機関の確保に苦慮している事案がなくなったとは言いきれず、搬送時間の延伸に繋がっております。

続きまして5ページ目ですが、今年度の検討課題の1つ目、消防と医療の連携について御説明申し上げます。平成21年の消防法改正以降、平成23年までにすべての都道府県で実施基準が策定され運用が始まっております。策定後はそれらのフォローアップを進めて参りましたところ、地域によっては受入医療期間と後方支援病院の連携や精神疾患、酩酊者、高齢者施設からの搬送における受入に苦慮する事案の発生等の課題があるところでございます。

1枚おめくりいただきまして、実施基準の概要の資料を付け加えさせていただきました。その下、次に7ページ目ですけれども、消防と医療の連携を検討するにあたっての仮説を5点掲げております。傷病程度別や消防本部の規模別での搬送時間の分析について、受入に苦慮する案件への対応のための具体的ルールづくりや高齢者に関する情報共有について、また後方支援病院との連携や法定協議会における議論の進め方についての仮説を立てたところでございます。

1枚おめくりいただきまして8ページですが、これらの仮説につきまして、今年度は実施基準の効果の詳細な検証や現場滞在時間を短縮させるための取組みの検討を進めさせていただき、地域の個別課題への助言や地域ごとのルールの策定を促進し、搬送時間の短縮と救命率の向上に繋げて参りたいと思います。消防と医療の連携については以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。それではこの消防と医療の連携のところまででございますけれども、いかがでございましょうか。委員の委員方から御意見あるいは御質問等がありましたらお願いしたいと思いますが、いかがでございましょうか。

いかがですか。いや、もし。というのは、東京、大阪等は病院も診療所等も相当あるだろうというところと、なかなか非都会と申しましょうか、首都圏との違いというのは、もし何かデータのありましたら後でも結構でございますのでよろしく願いいたします。

【事務局】

はい、後ほど報告させていただきます。

【〇〇座長】

いかがでございましょうか。御質問、よろしゅうございますか。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

今までのトレンドでそれを分析するのは困難だというのは大体もう皆さん、御存知のお話だと思います。それで前のこの会議でも申し上げたことがありますけれども、搬送時間ということが、搬送時間だけを云々に着目して、だから延びたのが一方向的にいいのか、悪いのか、基本的に悪いのだという議論をしていますと、中身の分析じゃないんじゃないか、にはならないのではないかとこの部分があると思うんです。

というのは、やはり高齢者御老人が増えてくれば1つの病気、1つの病態で捉えきれない部分が出てくるわけです。そうすると、そういう方にとってのベストマッチングはどこなのかというのはもうひと手間必要な時代に入ってきているんじゃないかなと思うわけです。それをとにかくどこかで見る、最初のファーストタッチで見ればいいんだと、それまでが搬送時間だという概念だけでは済まなくなっているかもしれない。

そういう状況にあるのに、ものが中身が変わってきていて、なおかつこういうふうな状況ですというのが、中身この分析がここの方でずっと書いているのを読むと、また延びちゃったと、困ったというような書き方でずっと入っていくので、これだけで済むのかなという気がします。せっかくこういうメンバーがいるんですから中身の話はいずれ、今日別に結論を出す必要はないわけで、見ていく必要もあると思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。いかがでございましょうか、今の御質問の。

【事務局】

御質問、ありがとうございます。まさに御指摘、ごもつともでございまして、実施基準で分類の基準という形でこういう傷病があったときにどこの受入医療機関がいいかということを決めているところでございまして、まさにその搬送時間だけを考えれば、救急隊が到着したところからとにかく近くの病院に搬送し続ければ済むわけではございまして、でも実態はそうではございませんで、より傷病者の方々にとって適切なところが、多少遠くなくてもそれが適切な処置に繋がるのであれば、それがひいては救命率向上に繋がってくると考えておりまして、8ページの一番最後で、今回搬送時間短縮ということが割と前面に出すぎていることもあったかには思いますけれども、最終的にはやはりひいては救命率の向上に繋げていくというところを目指しておりまして、その大前提の中でこれまで大きな、搬送時間をトータルとしての分析を進めて参りましたが、詳細につっこんで、傷病程度別とか人口表別に調べたらまた見えてくるものもあるのではないかと、そういった問題意識で今回検討を進めさせていただきたいというものでございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。まだ検討しなければいけないところもあるのかもしれませんが、よろしくお願ひしたいというふうに思います。〇〇委員、今のところはそのくらいでよろしゅうございますか。

【〇〇委員】

はい。1つだけ追加すれば、要するに片方で心臓とか脳の疾患、それ以外のいくつかの疾患はより速く、より適切にということはもちろん目指さなきゃいけないわけです。けどもう1つは、脳卒中でも何でも適切な治療にどうやってアクセスするかというのがそこにまたもう1つ入ってくるわけです。そういう時代になっているわけです。どこでもいいではないわけです。ということも含めて、ぜひその辺を見れるようにしていければなと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。他にいかがでしょうか。どうぞ。

【〇〇委員】

今の4ページの部分の一番下の課題のところの一定の効果は見られるものという、その効果の部分というのは具体的にどういうことを言っているのかなというのが1つと、あと、この上の地図は前回平成21年にも確か出ていたと思うんですが、全体の平均の3.8%と5.2%というのは、これは少なくなっていく傾向を、それを一定の効果というふうに解釈するのでしょうか。その辺、いかがでしょうか。

【〇〇座長】

いかがでございましょうか、事務局。

【事務局】

一定の効果と今申し上げさせていただきましたけれども、消防法改正後、例をとりますと神奈川県では平成23年以降、照会回数4回以上の割合が全国平均を下回り、群馬県と山梨県では現場滞在時間30分以上の割合でございますけれども、これが平成23年以降全国平均を下回ったというところでございます。

【〇〇委員】

全体の平均、この3.8と5.2に関しては、これはいかがですか。もし分からなければまた後で教えてください。

【〇〇座長】

よろしいですか。じゃあ、それも宿題にさせていただきます。他にいかがでございます。ありがとうございます。これもまた多岐にわたる検討分野だと思いますので、後ほど時間を設けて、またそのときにもし質問があればお願いしたいというふうに思います。それでは次に進んでよろしゅうございますね。

救急業務高度化の推進、9 ページのところからお願いしたいと思います。9 ページから 11 ページまで行きたいと思います。

【事務局】

引き続きまして検討課題の 2 つ目、ICT の活用による救急業務の高度化について、9 ページから説明をさせていただきます。過去の本会の検討から ICT は着実に全国に広がりを見せているところでございます。しかしながらコスト面や医療機関との連携等の課題から未だ導入に至らない地域もございます。

1 枚おめくりいただきまして、これらの課題から地域の実情に応じた機能やコスト面、応需情報のリアルタイム化についての仮説を立てまして、11 ページには今年度の取組みを示させていただきました。今年度は近年導入した地域から必要な情報をいただき、地域の実情に応じた導入モデルを示すことと、導入前後を比較して ICT の効果を定量的に示すことなどで導入をさらに進めて参りたいと思います。ICT の活用による救急業務の高度化の説明は以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございました。ただいま 11 ページまで、ICT の活用等による救急業務の高度化についての御質問あるいは御意見がありましたらお願いしたいと思います。いかがでございますでしょうか。はい、どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇ですけれども、以前の救急業務高度化のあり方のところでもお話をさせていただいたとは思いますが、各地域で ICT を活用することでアウトカムというか結果がうまいこといくんだよということで、ICT を入れていこうということですが、それぞれ課題、いわゆるアプリケーションを作るときに課題がありまして、作ったはいいいけれどもなかなかうまく運用されていないという実態はありますという話はさせていただいたことがあると思います。

やはり新たに導入をしていこうという場所について、情報提供、いわゆるこういうことを改善しないとうまく使えないよというような情報をできるだけ共有できるようにしていただきたいと思います。これは私ども、今大阪でも具体的に展開しようとしているんですけども、1 から資料を集めて作っても、現場でどういうふうに使ったときに問題があった

のかということが分からないまま作ってしまうと、やはり経費の無駄になろうかと思えますので、その辺の分析と情報の共有をこの場でできればありがたいなど。よろしく願いいたします。

【〇〇座長】

それは質問ではなく御意見として、よろしゅうございますね。

【事務局】

はい、意見、承らせていただきます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。他にいかがでございましょうか。これもまだまだいろいろな問題がありますよというところだろうと思いますが、今年度ぜひ頑張っていきたいというふうに思っております。よろしゅうございますか、そのくらいで。どうぞ御遠慮なくお願いしたいと思いますが。ありがとうございます。どうぞ、また後ほど時間を設けてありますので、そのときにでも御質問があればお願いしたいと思います。

それでは続いて 11 ページの次、12 ページからでございますが、予防救急の推進というところで説明を願いたいと思います。事務局、お願いいたします。

【事務局】

続きまして検討課題 3 つ目であります予防救急の推進について、12 ページから説明をさせていただきます。日頃から注意を払うことにより防ぐことができる転倒による怪我などについて、保健福祉部局や医師会等との連携を図りながら消防本部においても取組みが進んできたところでございます。予防救急につきましては課題にもお示しをさせていただきましたように、既に予防に関して多くの取組みを行っております。保健福祉部局や医師会等との緊密な連携は不可欠であり重要でございます。この点におきまして 13 ページには、地域の医師会や MC 協議会等との緊密な連携による取組みについて、搬送実態を踏まえた地域住民の特徴からの取組みについて、予防救急の取組みの効果の見える化についての仮説を立てさせていただきました。

1 枚おめくりいただきまして、今年度は予防救急の実態調査から保健福祉部局や医師会等との効果的な連携方法等について検討をして参りたいと思います。

以上、予防救急の推進について説明をさせていただきました。

【〇〇座長】

ありがとうございました。この予防救急についても今後高齢化の進展でますます重要になってくるのではないかなと思いますが、御意見あるいは御質問、お願いしたいと思いますが、いかがでございましょう。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

趣旨というか、考え方そのものは理解はできるんです。考えますと、予防医療とか予防医学っていうのはpreventive medicine、英語のアイテムがあるわけです。これは何て英語で言うんだらうか。emergencyをpreventionをするっていうことはどういう意味になるのか、思いつかないんですけど。いわゆる防災という言葉が英語になおしにくいと同じような概念だなと思って見ていたんですけども。

災害を予防することはできないというところから西洋のいろんなマニュアルづくりとか何かがあるのを、日本ではいつものように防災訓練という。それは実は、それは予防ではなく災害の対策だという。中身との違いがあります。この場合、救急を予防するっていうことは救急車を呼ばなければ済めば成功だということですよ。でも本当なのかどうか。

【〇〇座長】

事務局、いかがでしょうか。そんな日本語ないぞ、そんなものという。どうぞ。御意見ありますか。

【事務局】

御意見、ありがとうございます。確かに予防救急という言葉からくるイメージ、確かに〇〇委員の御意見いただきましてありがとうございます。またこの予防救急という文言自体もまだ、かなり古くから使われてきたものではございませんので、今回は予防救急という言葉で進めさせていただきましたけれども、しっかりと予防救急という言葉から、文言からしっかりとしていきたいと思っているところでございます。

【〇〇座長】

だから夜、高齢者がトイレのところ転倒するとか、あるいは救急をいかに予防したらいいのかという、この流れで予防救急という造語ができたんだよということで、〇〇委員、御理解はできているんですよね。

【〇〇委員】

だから最後にこの中身の議論をした上で、用語そのものまでもう1回、これで適切かどうかという、そういうプロセスを踏むんだっていうんならそれでいいんですけどね。

【〇〇座長】

じゃあ、そういうふうになりたいと思いますので、事務局、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【事務局】

ありがとうございます。

【〇〇座長】

他にいかがでございましょう。ちょっと待ってください。室長、何かありますか。

【〇〇室長】

いえ、結構です。

【〇〇座長】

よろしいですか。どうぞ。

【〇〇委員】

予防救急のことで話題になりましたので、大阪市の方でも市民の皆さんにアンケートを毎年採っているんですけども、予防救急という名前、言葉を知っていますかという問いかけに対してはなかなか2割、3割という方しか挙がってこないのなんです。けれども、ただし逆に知っているという方に予防救急の中身や内容は御存じですかと尋ねたら、7割、8割の認知度があるんですね。ですから言葉そのものよりも、やっぱり我々普及に当たるものとしては中身を適切に指導していくということが大切ではないのかなという形で積極的に取り組んでおります。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。他に今の御質問等の答えをお持ちの皆さん、おられますか。よろしいですか。それでは他のところでどうでしょうか、予防救急に関しての。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、これにつきましても後ほどまた時間を設けてありますので、そのときにでも御質問のある皆さん、お願ひしたいというふうに思ひます。それでは引き続きまして15ページ以降について、事務局から説明を願ひたいと思ひます。教育のことでございます。どうぞ。

【事務局】

それでは今年度設置させていただくワーキンググループについて御説明申し上げます。昨年度まで委員の皆様の御協力によりまして、作業部会の役割の中で教育の指針や通信指令員のテキスト、また緊急度ではプロトコルの策定などを進めることができ、作業部会の一定の役割を果たしていただいたと認識をさせていただきます。

そこで今年度は作業部会を設置せずに、救急業務に携わる職員への教育と緊急度普及の大きく 2 つに区分したワーキンググループを設置させていただき、ワーキンググループに人員を集中させまして検討を進めさせていただきたいと思っております。

それでは資料 1 の 15 ページをお開きください。指導救命士のワーキンググループでは昨年度まで指導救命士に関する役割や要件、養成カリキュラム等を検討していただきました。本年 5 月には救急救命九州研修所で指導救命士養成のカリキュラムに沿った教育がスタートし、9 月からは消防大学の救急科におきましてもその教育が展開をされます。そこで今後は各都道府県の消防学校や地域 MC 協議会単位等での教育の展開が考えられますので、質の担保された全国統一的な教育を展開するために今年度は指導救命士の養成にかかるテキストを作成して参ります。

1 枚おめくりいただきまして、具体的な作成方法といたしましては、指導救命士として必要な 4 つのスキルについて経験豊富な救命士が中心となってテキストの作成を進めて参ります。

引き続きまして 17 ページですけれども、救急隊員の教育のあり方でございます。運用救命士につきましては再教育に関する時間数やプログラムが示されておりますけれども、救命士以外の救急隊員につきましては各消防本部に任されておりましたので、昨年度までの検討で、救急隊員につきましても教育の時間数や内容等が教育の指針として示されたところでございます。それらを受けまして今後は教育が全国展開されていくわけですが、全国的に教育の質を担保し、消防本部の規模等にかかわらず比較的簡単に生涯教育を進めることができる教育コンテンツの作成が求められているところでございます。

1 枚おめくりいただきまして、そこで教育の動画を作成し全国に配布することにより、一層の生涯教育を全国に展開しようとするものでございます。すべての役割で必要とされます技術、小隊訓練、指導要領等につきまして作成をして参ります。

続きまして 19 ページですが、通信指令員の教育のあり方でございます。通信指令員は 119 番通報の内容から緊急度の判定や口頭指導などの対応をするため、すべての通信指令員には救急に関する知識や技能を備えておくことが求められます。この件については、昨年度までの検討の中で通信指令員の救急にかかるテキストの作成まで済んでおりますので、今年度は教育に関する環境を整えながら、いよいよ教育の全国展開に向けてモデル消防本部においてテキストを活用した教育を進めていただくものでございます。

1 枚おめくりいただきまして、具体的な方法としましては消防本部の規模や通信指令センターの構成員の違いによる効果を検証することを目的に、主に救急隊員有資格者で通信指

令センターを構成している消防本部と、主に応急手当指導員で通信指令センターを構成している消防本部にモデル消防本部になって教育を展開していただき、教育の効果を検証して参ります。さらに全国の消防本部で教育が進むように教育の展開方法も検討して参ります。

続いて 21 ページですけれども、緊急度普及のワーキンググループでございます。昨年度まで複数年をかけて御検討いただきまして、緊急度判定プロトコル、バージョン 0 の策定とその実証検証を行い、さらに実証検証の検討を進め、昨年度は緊急度判定プロトコル、バージョン 1 が策定できたところでございます。しかしながら社会全体に緊急度判定という考え方が浸透しているとは言いがたい実情があるという課題も認識しているところでございます。

1 枚おめくりいただきまして、今年度はまず緊急度自体の重要性や理念について社会全体で共有するための方策について検討をして参ります。救急受診ガイドを学習教材として活用し、住民が救急受診に関する意識を高めている奏功事例を調査し、また電話相談事業についての認知度を調査しまして検討を進めて参ります。

次の 23 ページでは今年度の 4 つのワーキンググループの構成をお示しし、1 枚おめくりいただきまして、親会と各ワーキンググループの年間のスケジュールをお示しさせていただきました。各ワーキンググループも年回 3 回の予定で作業を進めたいと考えてございます。

以上がワーキンググループの説明でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。今事務局から救急業務に携わる職員の教育、これは 3 つあります。それから緊急度の判定の普及、全部で 4 つになりますけれども、4 つのワーキンググループを作って集中的に検討、そして作業を進めていきたいという説明でございました。私も座長として、救急業務に携わる職員への教育、緊急度の判定普及というのは非常に重要性があるというふうに思っておりますので、このワーキンググループを設置していきたいというふうに私自身も思っております。委員の皆さん、いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。ありがとうございます。

それでは、委員の大部分、こっくりの委員が多かったように見受けられますので、こっくりに寝ているって意味じゃありません。ワーキンググループを設置することにさせていただきたいというふうに思います。そしてこの要綱からも座長がワーキンググループ長を指名していくということになっておりますので、私から皆様に御披露をさせていただいて、何か御意見があったらというところでございますが。

まず、救急救命士のワーキンググループでございますけれども、指導救命士の養成テキストをもう既に作成してあります。そして医学的な担保もこれから必要になってくるわけでございます。昨年度救急救命士のカリキュラム等に携わっていただきました、ここにお

られる〇〇委員にお願いできればありがたいというふうに思っております。

その次でございますが、救急隊員のワーキンググループでございますけれども、これは救急隊員向けの、今年度はぜひ動画教材を作っていくというところ、そしてその際の医学的な担保をぜひ考えていきたいというふうに思っておりますので、昨年度救急隊員の生涯教育の策定にお骨折りいただきました、ここにおられます〇〇委員にお願いできたらというふうに思います。

また通信指令員でございますけれども、これは通信指令員に関わるテキスト、救急に関わるテキストができていくわけでございますが、この質の担保というところもこれからぜひ進めていかなければいけないということでもあります。このテキスト作成に御尽力いただきました〇〇委員、ぜひよろしくお願ひしたいというふうに思っております。

もう 1 つでございますけれども、緊急度の普及ワーキンググループでございますけれども、既にこれについては電話相談、#7119 等で御活躍しております東京消防庁でございます。それは都民の普及啓発に積極的に携わってきておりますので、〇〇委員にこの緊急度普及のワーキンググループ長をお願いということで考えております。

いかがでございますでしょうか。これにつきましては事務局とも私、独断でしているわけでもありません。事務局と相談をさせていただいておりますが、委員の皆さんの御承認をいただかないといけません。いかがでございますでしょうか。ありがとうございます。それでは 4 人のワーキンググループ長の委員方、よろしくお願ひしたいというふうに思います。

では、救急業務に携わる職員の教育のあり方ワーキンググループ、そして緊急度普及のワーキンググループの内容をここで少し御説明を、あるいは御意見について、いかがでございますでしょうか。何か御意見がありましたら。今お話、事務局からありました、特に緊急度についての、あるいは職員の教育、職員というのは 3 つの職員がありますという話はさせていただきましたが、何かこういうふうに考えたらどうだということがありましたらと思っておりますが、いかがでございますでしょうか。どうぞ。

【〇〇委員】

特に教育について少しコメントというか、希望を言っておきたいと思っております。私、昨年度までこの職員の教育にかかるところの作業部会できちっとまとめさせていただいた経緯があるんですが、その中で救急救命士、いわゆる指導救命士の位置づけが議論されて、屋根瓦式に救急隊員を教育していきましょと。その中で一定の指針がでたものと理解しています。

今年度以降はそれを具体的にテキストと言いますか、生涯教育に使えるような、教育に使えるようなテキストを作っていくという方針で、私としては賛成ですが、指針を出すというときと違って、テキストというのはある程度枠を決めてしまいますので、特に指導救命士などは戦術的なことよりも戦略的なものの考え方ができる要素が非常に重要ですので、固まってしまうと逆に怖さもあります。私が希望するのは、やはりメディカルコントロー

ルという枠の中で救急隊員をうまく教えられる、いわゆる部下を教えられるというための考え方が育つような仕組みを仕掛けてほしいというのが希望です。

例えば具体的な例を挙げますと、厚生労働省の方からメディカルコントロールにかかる医師とか救急救命士の研修をしている事業がございますけれども、可能な限りその中でワークショップとかをさせながらものを考えさせているという教育方針を採っています。だからそういったことと連動できるような形をやはりしてあげないと、向こうは向こう、こちらはこちら、それから書いてあることが少し違うということではかえって混乱すると思いますので、〇〇委員にはぜひその辺のことを念頭に入れていただいてやっていただきたいと思います。以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。非常に貴重な御意見だと思います。この4ワーキンググループ長の委員方にはぜひMCとの関わりについて心を砕いていただきたいというふうに思います。そこのところはよろしゅうございますね。ありがとうございます。もう1つ。どうぞ。〇〇委員、ごめんなさい、どうぞ。

【〇〇委員】

まさに今の〇〇委員のお話が現実的な対応というときに非常に大事になるんじゃないかなと思います。つまりテキストを作って、そのテキストを丸暗記して、それを現実にあてはめようとする、わずかな、微妙なぶれの部分だとかそういうものが、1億人規模のこのスケールで、オールジャパンでやると問題が生じる可能性がある。その中の1つは、例えばアンダートリージの問題だとか、そういうものはやっぱりオーバーに取っておいて、そして現場で考えて適切に行動するという、最後のそここのところが入ってこない、いくら頑張っただけでかっちりできたようなものができたように見えたとしても、実態で大きなトラブルを起こす可能性があるということは頭に置かれて進めるのがいいんじゃないかなと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。どうぞ。

【〇〇委員】

後から来てすみませんでした。実はさっきの前半の部分のお話での予防救急のお話がありましたよね。この部分はMC体制を考えていく上での、地域によってかなり景色が違うにせよ、土台の部分になる話ですよ。つまり地域社会がどんなふうに行っているのかという話の上にMCが入ってきますから。

だからそういう意味で、指主導的な立場の救命士が最終的には手練手管を教えるという

ふうな場面に遭遇することは間違いないので、その部分は抜けちゃいけないんだと思えますけれども、やはりこの予防救急という言葉はさて置いても、こういうふうなことが社会の基盤として、背景として存在していると。だからどうなんだという部分を常に考えるような、そういうふうなことをしていかないと、いくら一生懸命考えても空回りっていうこともないわけではない。ので、〇〇委員、結構大変だと思うんですけども、そういうことまで入れろってというのは。ただ、そういうような背景を考える力がないと指導もないというような話になりますので。

あと、日本救急医学会の指導医はなぜ指導医員かと言ったら、地域社会のそういう意味での指導的なことを考えることができることだってことが、〇〇座長の前の教授が言っていましたから。だから、そういうふうなことを、そういう話です。

【〇〇座長】

4人のワーキンググループ長の委員の方、ワーキンググループの委員はワーキンググループ長が指名するという事になっておりますので、ぜひ〇〇委員、〇〇委員、今質問した委員方をぜひ。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。

そういうことでございますので、私自身もワーキンググループ長と相談しながら委員をお願いしたいというふうに思いますので、よろしくお願ひしたいというふうに思います。

それではその次に移っていきたいというふうに思います。緊急度のワーキンググループについてはよろしゅうございますね。議事の1のところでございますが、今年度の検討の進め方について、これから総合討論的な時間を少し設けたいと思います。議事の1、2、3がありまして、ワーキンググループの4つまでありますが、いかがでございましょうか。まず進め方、御意見なかったらそのまま進んでいっちゃいますが。よろしゅうございませぬかないようでございますが、それでは次の2のところでの御意見がありましたら、全体的なところでいかがでございましょうか。よろしゅうございませぬか。

(2) 「プレゼンテーション」

ア「消防と医療の連携について」

【〇〇座長】

それでは次のところに進んでいきたいというふうに思いますが、プレゼンテーションに入っていきたいというふうに思いますが。まず最初でございますけれども、消防と医療の連携に関しまして、地域包括ケア時代に相応しい救急連携のあり方を頑張っております、あおぞら診療所の〇〇院長からプレゼンテーションをお願いしたいと思いますが、〇〇委員、よろしゅうございませぬか。

【〇〇様】

ありがとうございます。本日は貴重な機会を頂戴しましてありがとうございます。救急と医療の関係ということで御検討いただいているということ、ありがとうございます。今日はそこに、厚生労働省の方でも地域包括ケアという言葉はかなり政策の中心に据えられていろいろ議論されております。ですので、医療との連携、さらに福祉や介護との連携というようなこともぜひこの場での御検討いただけたらと思ひまして、うちの地域で行っております活動を御紹介させていただきます。たくさんの資料を持って参りましたので分かりにくい点もあろうかと思ひますけれども、駆け足で御説明をさせていただければと思ひます。それではよろしく願ひいたします。よろしいですか。それでは着席させていただきます。

では、なぜこんなことをやり始めたかということで、先に事情を御説明します。厚生労働省のモデル事業で在宅医療連携拠点事業というものがございまして、それをうちのクリニックでも承りまして、平成23年度から継続して地域課題を抽出し、地域課題の解決策を検討したり連携を促進するような拠点の機能を果たすと、そのようなものなんですけれども、この中でさまざまな医療問題や介護問題を取り上げてきたんですけれども、今回、昨年度から救急の問題について取り組もうということで、やはり医療だけでも解決できないとか、介護だけでも解決できない、そして病院も巻き込まないといけないとか、そういうようなことを検討するのに最適のテーマの1つなのではないかということで着想して、スタートしたものであります。

経緯はここに示させていただきました、昨年4月に始めまして、その後3回の会議を開催して現在に至っておりますので、この流れを御説明させていただきます。まず最初に昨年の4月、最初このテーマに取り組んでみようということで着想したときに、地元の消防局にヒアリングにお邪魔させていただきました。そして今日も話題になっているような搬送件数の増加や現場滞在時間の増加ですとか、照会回数増加ということをお教えいただきました。

実際にうちの地域は人口48万で救急隊が10隊体制で動いていらっしゃるということで、サンデー救急病院もありますし、2次救急の病院も4か所ほどあります。ですので、近隣の市に比べますと恵まれている方だと思うんですけれども、それでもたらい回しという言葉がいいかどうか分かりませんが、実際にこういうことが起きているということで驚くとともに、やはり重要なテーマだということをお認識させていただきました。

そこで、どのような内容が問題になっているかということで聞かせていただいたことをざっと御紹介しますと、例えば受入困難というものの、今日の資料にもございました。受入困難、どういう人が時間がかかるかということをお伺いすると、高齢の方、独居の方、認知症の方、それから施設からの救急搬送というののもかなり現場に御負担をおかけしているのではないかと思います。もちろん薬物中毒ですとか精神疾患とか困難な問題もありますが、ここに書かせていただいているようなものはすべて在宅医療の対象者でありまして、我々

も無関心でいられないなということに意を新たにされたところでもあります。

2つめの課題は、特に御自宅で独居でお暮らしの方が高齢者の2割弱にもう既に及んでおります。今後もどんどん増えていくということが人口統計上も予測されているわけであり、そういう方が急病を発症しますと、御本人は意識が混沌としているとか、認知機能に障害をもともと持っているというような状態で、そもそもどんな基礎的な状態だったのかとか、どんな薬剤を飲んでいる状態なのか、そしてリビングウエルは一体どうなのかということ、まったく分からずに搬送されるというようなことになるということで、実際に救急隊員の方のお話を伺いましたところ、独居の方から要請を受けてお宅に行きやることは何かと言うと、家探しをするんだというようなことを伺いました。お薬手帳であったりとか、それから御家族の連絡先とかが分からないと皆困ってしまうという考えで、実際問題として受け入れる病院側もそういう情報もなしに丸腰で受け入れるのはしんどいという、そんなことも反映しておられるのだと思います。

同様に施設も今どんどん作られて、確かに御自宅だけでは療養が続けられないので、施設に住み替える形で地域包括ケア、進めていくことも重要なわけなんですけれども、施設入居者の場合は情報が書かれた文書があったりするんですけれども、それはすべて施設によってまちまちで、もちろん施設のために書いているものなので、救急医療のために書いているわけではないので、救急医療として必要な情報は必ずしも書かれてはいなかったり、例えば5年前に入居したままの記載になっていたりというのがざらにあるということで、その紙を持っていけば解決するというのではなさそうだと思います。

それから、終末期に近付きつつある方が救急搬送されるという場合にも非常に困るのが、どこまで侵襲的な医療を提供するのが本当に御本人にとっていいのかというのは、日本人の特性もあって必ずしもそういうことを明確に契約のような形で示していたりするというのは非常にまれなことですので、実際に当事者が意識障害に陥ったり認知機能に障害がありますと、確認自体にも困難があると。そんなことがたくさんあって、搬送したはいいいけれども、本人が望まない医療をとことんやるということが必ずしもいいとは限らない。そして救急医療の現場の皆様にも御負担を大きくおかけしているのではないかと思います。

それからより特殊な事例としましては、実際に救急隊到着時に既に心肺停止状態だというような方もいらっしゃるわけでございまして、本来はその方がエンド・オブ・ライフと言いますか、死がある程度予見されているような病態の方であれば、必ずしも救急搬送ではなくて主治医による死亡確認をすれば完了するというような場合もあるわけですが、慌てて御家族が救急車を呼んでしまうと搬送されて、結局検死になってしまうというようなことも実際に生じたりしているわけであり、こういうことは本当は防げるならば、予見されているものであれば防ぐ方がいいに決まっているとは思いますが。

このようなものをご確認させていただいて、昨年の10月に在宅医療連携拠点事業というモデル事業で御説明、少しさせていただきましても、これで地域の中で多職種が一同

に会する会議というのを定期的で開催しましょうというのがタスクの柱になっております。

そこでは例えば医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネージャー、ソーシャルワーカーとかリハビリの職種なんか、いろんな職種があります。地域で働いているそういう職種が連携しないと在宅医療というのができないということがありまして、そういう方が一同に会する場を設けよう、救急医療でも顔の見える関係が重要だということが議論されていると伺いましたけれども、そういうことを在宅医療の現場で行っているという企画なんですけれども、そこで救急医療をテーマに会を開催させていただいて、このときは 150 名ほど参加しております。

地元の消防局の方に基調講演をいただきまして、問題提起をいただき、まず課題を抽出するというので、何が問題かということグループワークで行うんですけども、通常は 1 グループ 8 名で大体 6 職種ぐらいが入る形でグループ構成を行い進める会議であります。御講演いただいた内容はもう皆様にとっては自明のことかと思っておりますので省略をさせていただきます。これの実際のどんな会議を行ったかというのを、映像の記録を残してありますので、それを少しこれからご覧いただければと思います。これは当時のホームページです。（映像視聴）

これで終わりとさせていただきます。では、スライドの方に戻らせていただきます。

今話題になりました 3 つのテーマを課題として抽出したというのが去年の 10 月でした。そしてそのときに病院の救急に従事している医師や看護師の意見を聞きたいという意見が多かったものですから、今年 3 月にそのような場を設けさせていただき、病院の方をお招きして設けさせていただき、そのときに頂戴した内容が救急の前の予防的な手だてのことですとか、入院後の後方支援機能のことですとか、それから精神疾患の患者さんや透析の患者さんの搬送の問題、大変だというようなことをお示しいただきました。

これら 6 つの課題をテーマにしまして、先月 6 月 24 日に救急シンポジウムというのを開かせていただきまして、市内の 6 つの病院から論点提示というのをさせていただいて、後半に多職種でシンポジウムディスカッションを行い都合 3 回の会を開催したという形です。この 6 つが論点として示したものであります。実際に議論は時間の限りもありましたのですべての論点の議論ができませんでしたが、お手元の資料に、たくさんで恐縮なんですけれども、救急シンポジウムのアンケート結果というものもお配りさせていただいておりますので、詳細はそれをご覧いただければと思いますけれども。

情報共有のところにに関する議論がかなり集中しておりまして、やはりそういうシートを何らか作った方がいいと、そういうものの運用に協力をしたいという従事者の方がたくさんおられました。そしてそれがあれば、実際御存じない方も、結局消防局の方も御存じなかったんですけども、在宅医療には在宅療養支援診療所という制度がありまして、これは 24 時間往診する体制や連絡できる体制を整えているところであります。

そういう診療報酬も頂戴していますので、もし搬送後に病院の委員が治療方針に苦慮されたとか、これまでの情報が不足して困られたというときにはかかりつけの主治医に連絡

していただけますと当然対応することができるような制度が既にあるんですけども、そういうことをまったく御存じなかったり、訪問看護にも今 24 時間対応という制度がありま
すし、薬局にも基準調剤加算って 24 時間対応の加算があります。そしてケアマネージャー
にも事業所加算というものがあまして、24 時間対応するということが義務づけられてい
る報酬制度が既にあるんです。

それで、そういう方々が持っている今までの情報だったりリビングウェルに相当するよ
うな情報って貴重です。ですので、そういうものを救急医療に従事する委員方と夜間であ
っても連絡をとるといようなことも視野に入るわけでありまして。それから後方支援機能
のところについても議論がなされました。

結果として、アンケートの結果をざっとお示ししますと、情報共有と意志決定が大事だ
というコメントが一番多かったのと、ついで後方支援機能が重要だという御意見が多かっ
たです。それから今後課題解決のために尽力してほしい職種や団体という質問しましたと
ころ、医師会を含む医療職ですとか、行政の方に力を発揮してほしいという声が多かった
という結果になりました。

これはうちの方で今検討しているものでして、情報集約が重要だという議論がありまし
たので、それに相当するような何かしらシートを作って、それを地域で一体的に運用する
といようなことができないかということで、ひな形例をお示したものであります。ケア
マネージャーさんでも書けるといようなものを想定してはどうかと今のところは思っ
ておりますけれども、あまり難しくなりますと記載の御負担があつたり、その他にも書かな
ければいけない書類はいっぱいあつて運用が増えるのが大変だという御意見もあります。
ですので、そういうことをうまくスリム化しながらできたらいいなと思っておりますし、ここの
部分に関して本当は診療報酬や介護報酬の枠組みもありかなと思っております。

今のケアマネージャーに関しては、もともと独居高齢者加算というケアマネ報酬の加算
が 150 単位というものがあります。ですから独居の方を持っている方はこういうものを書
いていただくなんていうのも要件にさせていただくなんていうアイディアはあり得るかなと
思いますし、入院時情報連携加算というのは 200 点ですけども、そういうような報酬も
既にありますので、これは入院した後の情報を提供するといものであります。

そんなこともあり得るかと思っておりますし、診療報酬でも今年度の 26 年改定で主治医の報酬
というのが新しくできました。地域包括診療料といものですけれども、これは他の医療
機関を受診しているような情報も完全に把握しなさいとか、単位も含めた投薬情報を完全
に把握しなさいって、それが主治医の役目ですよといようなことが明示されたわけなん
ですけども、その中に救急搬送に関しても完全に主治医が責任を持つなんてことを要件
に盛り込んでいただくなんていうのもアイディアとしてはありかなと思っておりますし。

もう 1 つ、病院の側にも地域包括ケア病棟という新しい報酬ができたわけでありまして。
これも大きな点数が、2500 点以上の、1 日、大きな点数が付いております。こういうと
ころが救急病院、急性期からの受入をしたり、在宅生活復帰支援といような機能が期待さ

れているわけですので、そうやって救命救急の病院だけに負担がかからない形を検討できればなというふうに思います。

情報の中でもっとも大事だと思われるのが御家族の連絡先であったり、先ほど申し上げました医療介護従事者の連絡先であります。こういうところに繋がりさえすれば、情報は直接に良いものが受けられるのではないかというふうに思います。なかなか連絡がつかないというようなこともあろうかと思うので、こういうことを明示して、それが適切に更新されているのが重要ではないかなと思います。

このように医療の政策の中で言いますと、在宅医療と介護の連携というのが水平的統合だという言い方をされます。それから地域の側と病院というような、機能が違う連携をすることを垂直統合というような言い方をされることがございます。こういうものを地域の中で価値観や課題認識を共有しながら、その中には壁というものがあって、いろいろうまくいかないようなことがあって、そこを1個1個取り外していくような作業も必要かと思えます。そういう交流をしながらこういうものを深めていく。

これを厚労省の老健局の地域包括ケア研究会というものがございます。ここで今後の政策についての提言がされていまして、〇〇もその委員を担当させていただいていたんですけども、そこのキーワードで規範的統合という言葉が示されております。こういう規範に相当するようなものを機関を超えた地域の従事者間で共有して、このルールを作ったらみんなで守っていこう。例えば軽症な人を何でも入院をお願いするなんていうのは避けましょうという、この地域は病床が足りないからって、そんなことを議論していくべきだというようなこと提言されております。

救急隊員が今まで病院と連携をもちろん密にしてくださっているわけですが、今日お話しさせていただいたように在宅医療従事者や介護ともかなりパイプを作ったりしていくことでうまく負担軽減ができるのではないかと。そういうチームづくりがこうやってできていくといいのではないかとこのように思われます。

以上、このような流れで取組みをさせていただいたという例を御紹介させていただきました。御静聴ありがとうございました。

【〇〇座長】

ありがとうございました。先進的な医療の見解を御説明いただきました。いかがでございましょうか。〇〇委員に何か御意見、御質問ありましたらお願いしたいと思います。医療と消防の連携というよりも多職種の統合あるいは多職種が一同に会してのディスカッションの重要性という、そしてその中から情報の共有化、あるいは判断基準の統一等々の意志決定等の重要性が出てきたというところがございますが、いかがでございましょうか。どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇ですが、大変ためになるお話、ありがとうございました。私ども、私は地元、堺なんですけれども、同じようなテーマで何とかしようというところまで来ているんですけれども、質問は委員のような非常に意欲の高い方が牽引役になっているんだらうとは思いますが、150 人もの多職種の関係者を集めてやっていく事務局的なというか、行政的な意味でのリーダー部門というのはどこがおやりになっているのでしょうか。

【〇〇様】

これは平成 23 年度からのモデル事業で予算付けをしていただいて、さまざまな主体が受託できるという形でスタートしたものなんですけれども、今後 27 年度以降は介護保険の枠組みの中にそれが組み込まれているという方向で議論がなされているようですので、今後は介護保険となりますと市町村が主体であり、それを業務委託する形で医師会等に下ろしていくよということが議論されているというふうに向っております。

【〇〇委員】

どちらかと言うと行政、松戸市の行政と医師会のコラボレーションというような形なんですか。

【〇〇様】

モデル事業は医療機関やさまざまな主体が受託した形で進めてきたんですけれども、実際に制度に落とし込むとなりますと、それが介護保険となりますと、介護保険者が市町村ですので、いずれにしても例えば地域包括施設センターというのは現在も全国ありますけど、あそこも市町村直営のセンターもあれば業務委託をしているセンターもあるんですけれども、でするので例えば医師会等の機関や医療機関にセンターを委託するという形もあり得るのかもしれませんが。これから整備されると思います。

【〇〇委員】

ありがとうございます。

イ「救急業務の高度化について」

【〇〇座長】

時間も限りがありますので、もし御質問がある皆さんは後から少し時間を取りたいと思います。続いてプレゼンテーションをお願いしたい皆さんは、救急業務の高度化の推進ということで 2 題お願いしてあります。1 題目でございますけれども、埼玉県の救急医療情報システムという題で埼玉県の〇〇課長をお願いしたいというふうに思います。そして続きまして、埼玉県危機管理防災部の主査でございます〇〇様と、2 人からお願いしたいと。ど

うぞよろしく願いいたします。

【〇〇様】

皆さん、こんにちは。埼玉県の医療整備課長をしています〇〇と申します。今日はせっかくお話をする機会をいただきまして、どうもありがとうございます。座らせて説明させていただきます。

救急医療情報システムでございますけれども、タブレット端末を活用した救急医療情報システムということで、既に埼玉県の他に先行する自治体として、佐賀県でありますとか、それから今日は委員でいらっしゃっています奈良県さんとか、あと群馬県さんなんかでも医療システムが入っているところです。それから私どもの方で、後で御説明させていただきますけれども、県内でたらい回しという言い方するとちょっとあれなんですけど、36回搬送を断られて患者さんが死亡するという事案がございまして、そんなことも含めて医療システムを入れさせていただいたというものです。

特徴というほどのものではないですが、そういったきっかけもあったこともありまして、1つには医師会を中心とした医療関係者の方々、それから消防機関、それから私ども行政でかなり一体的に進めることができたということです。それはかなり短期間でできたということは1つの成果なんですけど、そういうことが1つあります。それから先行する自治体がありましたので、後発としてのメリットということで、特に独自に取組みをさせていただいた事例がいくつかできたというものが特徴なのではないかというふうに考えております。

それではスライドで御説明させていただければというふうに思います。本県を取り巻く状況ということで、これはもう御案内のとおりでございますけれども、救急搬送の人員は増えておりまして、増えているのは高齢者の部分ということになります。先ほど申し上げましたけれども、私ども県内の久喜市内で発生した救急搬送、こんな事案ということで、昨年1月ですが36回の救急搬送の受入を要するに断られた後患者さんが亡くなられたという事案がございました。その事案の後5月に埼玉県の医療対策協議会救急部会というところで3回ほど話し合いをさせていただきまして、改善に向けた方向性ということで救急搬送の迅速・円滑化ということと、あと救急医療体制の充実という形で2つのテーマで提言をいただいたところです。

その中の救急搬送の迅速・円滑化という中には救急医療情報システムの機能強化、あるいは消防機関と医療機関との連携強化、それから救急車の適正利用に向けた働きかけというようなものがございました。この中の救急医療情報システムの機能強化ということで、今回救急医療情報システムの機能強化の中身をさせていただいたというものでございます。タブレット端末を利用したシステムで県内すべての救急医療機関の応需情報を閲覧するという環境を整えるというものでございます。

実は1月に久喜の事件が起きまして、それを私どもで把握をする、あるいは外に出た時期が3月という時期でございました。その後役所の予算の関係であれなんですけど、3月です

ともう当初予算に間に合わないという時期で、実際には25年の6月の補正予算でこのシステムの予算を取らせていただきまして、そこから作業をさせていただいたというものです。7月に、後から出てきますけれども県と市町村、それから医療関係者の代表、医師会の代表、医師会の金井委員にお願いをいたしまして、共同宣言という形で全県体制でとにかく早く進めていこうというような体制を整えさせていただきました。

それから有識者会議ということで、これも医療関係者、それから消防、行政というところで開発に向けた検討についても開始をさせていただいたところです。もろもろ入札ですとかプレゼンですとか契約とかっていう事務作業がありまして、実際には25年の12月から概ね3か月強ぐらいでシステム構築をさせていただきまして、その後研修を経て、この4月から正式な稼働をしているところでございます。

最短期間で導入するための工夫ということで、先ほど申し上げました全体で、オール埼玉県でやらせていただいたということもあるんですが、あとは同時進行でかなりやらせてもらったというのが事業の最短化を図れたというものなのかと考えています。システムの開発とタブレットの導入というのを同時並行で行いまして、実際にタブレット端末を導入するのは25年度から入っております。28消防機関全部に先行導入をお願いしまして、最終的には25年、年度内にタブレット端末は導入を完了しております。

これは救急医療情報システムはもともと新しい機能強化になる前も動いているシステムでございますので、その旧のシステムでもタブレット端末を活用するということは不可能ではなかったというものなので、それを先に運用させていただいたというものです。それと並行しましてシステム開発を行いまして、26年4月から本格的に稼働をさせていただいたというものでございます。

全県一丸となった取組みということで最初に取り組みさせていただいたのが、最初も申し上げましたけれども、医師会、金井医師会長、それから市長会の会長、それから町村会の会長、私どもの知事と共同宣言という形でこのシステムの開発をして、構築をして、それで運用を皆さんでしていきましょうという共同宣言をさせていただきました。これは初めての取組みで、県内の中でやるときも随分いろんな議論もあったんですが、ただその1月のときの事件を受けて、やはり県として全体として取り組んでいけないといけないという思いは医療関係者の方、それから消防、市町村、あるいはもちろん私は埼玉県ですけれども、そういう思いがかなりありまして、こんな形になったのかなと考えています。

当日はプレスなんかも入っていただきまして、消防の現場の方にも来ていただきながら、署名式をさせていただいたりとか、あとタブレットの応用なんかもさせていただきながら、こんな取組みをさせていただきました。

全体とすると、こんな形で共同宣言をし、さらには救急医療情報システムの検討委員会というものを立ち上げております。こういうような代表でありますとか、医師会の代表、消防機関等と委員会を立ち上げてシステム開発を行いました。その下に検討作業部会という形で、救命、それから産科というのはシステムの中に周産期のシステム、一部入ってい

るものですから、そちらの方も入っていただいて、その他 MC の消防の方とか入っていたきながら取り組みをしてきたところでございます。

今日消防も来ていますので、後から御質問があれば消防のサイドの方からもお答えしたいと思うんですが、何より現場で使っていただく消防隊員の方々に使い勝手のよいものというのが非常に重要だということで、消防の方、アンケートでありますとか、それから各種会議での意見の聴取、あるいは私どもの方で消防防災課と、それから私ども医療整備課の方で 28 の消防機関すべて、現場に出向かせていただきまして、実際にどういうふうに使おうと使い勝手がいいかと、あるいはどんなふうにするとう有効かというものを聞かせていただきまして、それを県の消防防災の方で集約をし、それをシステムに生かしていったというものでございます。

ここからはシステムの概要なので簡単に御説明をさせていただきますけれども、実際に埼玉県で新しく機能強化をできたところというのを中心に御説明したいと思います。新しいシステムということで、随時の情報という形での搬送患者の実績だとか応需の受入の一時休止であるとか、そんなものを入力することができるとか、あるいは当直医を実際当直医でどんな委員がいるのですとかいうこと等の情報も入れられるような形で、システムを構築しております。それをタブレット端末で全県的に閲覧をすることができ、さらには内容についても共有することができるというものであります。

この絵だと見づらいので、次のページから具体的な画面の御説明をしたいと思います。搬送先の検索はそれぞれ症状別に検索ができるような形になっています。搬送実施基準にない症状の項目なんかも、熱傷ですとか指肢切断なんかにについても普通に現場の意見を入れながら追加をさせていただいたりとか、あるいは旧のシステムになかった救急科あるいは皮膚科、麻酔科等々の、これも消防のアンケートにより追加をした部分であります。その応需の情報についても使いやすい形でシステム構築をしております。

例えば症状別で検索するとこんな画面になるんですが、私どもの方で新しいところとすると、詳細の情報について特記事項というのが下にございますけれども、例えば今日は心臓外科のドクターが当直していますとか、そういう情報もいれていただけるような形になっています。それから実は消防の方から結構お話が多かったのが当直医の情報でして、搬送するときに委員方の顔が見えると非常に搬送がしやすいというお話もありました。なので、当直医の情報について、これは医療機関にお任せしている部分もございますけれども、専門でありますとか実際に当直医の委員の名前、そんなものを入れられるような形で今システムの構築をしています。これ、私どもの方の反省もありますが、医療機関の方にも御理解をいただいているんですが、まだ 10 割入っているというわけではありませんけれども大分浸透してきておりまして、病院でも入れていただいているというものでございます。

それから、これは搬送実績のモニターというところの画面なんですけれども、例えばそれぞれの医療機関が今どんな患者さん何人受け入れているのか、あるいは最新受け入れた時間は何分なのかというようなものを示すことができます。例えばここの赤く表示し

であるところがございますけれども、赤いマーカーですと直近 1 時間以内に受入れしている病院ですというようなことがひと目で分かるようになっていきます。これ、どういうことかと言いますと、なかなかすぐに受け入れたところは次をなかなか受け入れづらいただろうと、今委員も必死だろうということで他の病院を当たるとか、そういうことも含めて目で見えるような形でできるような形を取っているところです。

それからこれは搬送実績入力ということで、これは実際に救急隊がここに運びましたという実績を入力する画面なんですけど、これを入力することで受入要請ができました、できません、あるいはそのことを即座に情報共有することができますので、この入力によって最新のリアルタイムの状況を救急隊の方で把握することができるというものでございまして。これを入力することで、その部分のことが分かるというものです。

あと、これはこの 6 月ぐらいからかなり使っているんですけど、次のページですけれども、熱中症のデータなんかは今までは各消防本部に、消防防災課の方で全部 1 件 1 件電話で確認をして、熱中症の搬送、何人ありましたというのを確認して集計して、プレスリリースしていました。これ、実際にシステムで全部入力できていますので、熱中症ということのパチンと押すと、実際何件搬送したというのが一発で出るようになりまして、かなり、こんなこと当たり前なんでしょうけれども、プレスの方から早くなつたねという話が出ています。

導入による効果ということでまとめさせていただいたんですけど、議会とか県民の皆さんに御説明したのは、このシステムを入れることで 1 つの指標を示さなくちゃいけないということで、例えば佐賀県ですと、4 回以上の搬送の回数、3 割減ったというデータがありました。私ども、それは規模もありますから本当にできるかどうかというのはあれなんですけれども、実際指標とすると 4 回以上、資料の 1 のところで、今回の検討会の資料ですけれども、資料の 1 の 4 ページのところ、やっぱりこういうことで紹介していただくのかなというふうに思ったんですけど、4 回以上のところを見ていただくと、埼玉県は 10.4%、資料の 1 の 4 ページです。これ、奈良県さんが 11.2 でワースト 2 位ですね、下から 2 番目。30 分以上については 16.7% で一番悪いということでございまして、やっぱり照会回数 4 回以上の指標を少しでも減らすような形でできないかということで、そんなような目標を立てております。

で、実際に 10.4% のものが 3 割減りますと、7% ぐらいと。それでもまだ全国的に見ますとそれが 30 番台になるかどうかというところでも、そんな目標を定量的には立てています。定性的には消防機関の方からは、例えば夜間の耳鼻科のケースで非常によかったとか、タブレットの中のツール、使ったとか、それからこれは定性的ですけども、ケースによっては搬送までの時間がゴールデンウィークで半分ぐらいになったとか。あるいは、これまでは大病院から順番に電話してきたけれども、かなりシステムで負担したと、すみません、手前勝手な話でしたけれども、こんなような形で消防の現場からはお話をいただいています。

また、これは実際、私どもの方でこのことを意識したわけではないんですが、医療機関の方からも受入状況がかなり見える化になっていまして、先ほどの画面でありましたけれども、どこの病院が今日何件受けているというのが基本的にどの病院からも見えるようになりました。

それで病院相互で情報共有が進みってかなり言葉を柔らかくしてはいますけれども、医療機関の方に実際に救命救急センターとか救急の現場の委員方に聞くと、これ、毎日見ているんだよ、俺のところでこんなに受けてないとだめだっていうの、かなり言っているんだよになってお話を伺ったりなんかしていまして、そういう見える化の中での委員方がそれを見ていただいているっていうのは非常にありがたいなというふうに思っています。意識改革なんて書いてありますけど、こんな口幅ったいことを言うつもりはなくて、そんなものを見ていただけるのも非常にありがたいなというふうに思っているところであります。

稼働はしましたが、この後も例えばドクターヘリの運行画面を追加して、消防がどこか、今ドクターヘリが出ているときは運航、もう出ていますから×になっていますね、ここの部分ですね。今大丈夫ですか、そういう画面を追加したりとか、まだ三ヶ月ですけども、そんなようなことで、あとあるいはシステムの利便性を向上するとか、あるいは現場の取組みなんかタブレットを使って独自のものも始まっています。

心電図の、私ども、循環器呼吸器病センターという県立の専門病院を持っていますが、そこに搬送するときに循環器の委員方が実際救急隊が心電図を、当然救急隊ならやりますけれども、それを先に送ってもらうと非常に早期の治療に対して分かりやすいと、そういうような声もありまして、試行的に実際に、個人情報だとかそれからシステムのセキュリティの問題があるのでなかなか難しいんですが、その心電図の部分タブレットで写して、それを事前に循環器の方に送って見ていただいて、これだったらすぐにこういう処置をしなければ駄目だとか、これだったらばうちに運ばなくてももう少し2次の救急でいいんじゃないかと、そういうことも含めてアドバイスするとか、そういう試行的な取組みも始めています。もちろんこういうようなことがいっぱい出てくると有効活用としては非常にいいのかなというふうに考えているところであります。

【〇〇座長】

すみません、ちょっと押していますので急いでください。

【〇〇様】

じゃあ、これで終わりです。他県の連携ということで、システムを県内だけに留まらず、例えば群馬県、埼玉県と群馬県の搬送っていうのは年間3000人ぐらい出ております。そんなこともありますので、群馬県は同じシステム持っていますので相互利用を図ってやっていくというのをこの4月の末から始めました。実際に本庄児玉地域というところは4割ぐらいは埼玉県から群馬県に行っていますので、同じシステムでそれを共通のお話をするこ

とで、かなり搬送のスムーズさができたかなというふうに思っております。紙にはありませんけれども、こんな形で報道もされまして、私どもとするとありがたかったかなというふうに考えています。

すみません、ちょっと長くなりました。以上でございます。ありがとうございました。

【〇〇座長】

ありがとうございました。御質問、御意見は〇〇主査が終わってからお願いしたいと思います。どうぞ、〇〇さん。

【〇〇様】

私からは特にございませんけれども、今医療整備課の課長、〇〇の方から御説明もありましたとおり、常に消防関係と連携させていただいております、実際にタブレット、もちろん医療機関の情報を入れるのは医療機関ということになるんですが、実際にこのタブレットなりシステムなりを利用させていただいて救急搬送の現場で搬送の際の受入先を決定するのはやはり消防隊、救急車の方での現場での行為ということになりますので、その辺につきましては実際にそのタブレットを利用する消防隊の方の意見を求めまして、そちらで多数の意見、こういった機能があった方がいいですとか、今出ていましたけれどもドクヘリが使えるのかどうか、そういったことが分かった方がいいであるとか、あるいは医療機関のこういう情報が入っていると運ぶ際に決定がしやすいという意見、多数いただきまして、そちらをほぼこちらのシステムに反映させていただいて、救急隊の方で今便利に利用させていただいている状況でございます。

実際に昼間ですと比較的電話連絡で搬送できるということが多いんですけれども、実際夜になりますとやはり開いていない医療機関も多数ございますので、その中で搬送先を決定するにはやはりこのタブレットは有効というふうに消防の方からもお話をいただいております。私の方から以上になります。

【〇〇座長】

ありがとうございました。それでは〇〇さんと〇〇さんのプレゼンテーション、非常に先進的のところでございますが、いかがでございましょうか。御意見ありましたらと思いますが。どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇です。先ほども私、発言しましたけれども、いい面ばかりじゃなくて、作って見たらここはこういうふうにして作り込んでおいてよかったっていうような反省点、一言、二言あれば教えてほしいんですけれども。

【〇〇様】

具体的に言いますと、医療関係者の方々にどういうふうに入力をさせていただくのかということも含めてかなり詰めてやらせていただきました。ベースは佐賀県のシステムがベースになっているんですけれども、かなりカスタマイズしたというものがあまして、1つの例を言いますと、医療関係の方が入力する際に入力の項目を少し多くしておいたということです。ただ、今実際には使っていないんですけれども。ということとか、あと作り込みのところで言うと、先ほども申し上げましたけれども、当直医のところでは消防の方々も含めて評価いただいています。ただ、課題がありまして、医療機関の方々ですと当直医が実際に非常勤の方とかということもありますので、そうするとなかなかお名前までということもないので、その辺については周知していきたいなと思っています。

ただ、今回非常にありがたかったのは、医療機関の方々の、医師会、金井会長、医師会長が非常に音頭をとっていただいたというのがあって、医療機関の方々、非常に協力していただきました。それできちんとうまくいったのかなというふうに思っています。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。よろしゅうございますか。どうぞ、御意見。どうぞ。

【〇〇委員】

日本医大の〇〇ですが、今まで隣のMCの情報が分からなかったのが、全県のMCのいろんな医療情報が分かるという、そういうシステムですよ。ということは、例えば埼玉でかなり先進的な今までシステムを稼働していた、例えばトネットっていうシステムありますよね。ああいう今までのものはなくなってしまって、こちらにすべて移行したという、そういうことなんでしょうか。あるいは複数のこういうシステムが動いているのか、あるいは全県で1個、これに統一したのか、その辺の状況と評価をお願いしたいです。

【〇〇様】

ありがとうございます。お話に出たトネットはこの救急医療情報システムとは質の違うシステムでして、いわゆる患者情報をすべて入力をするというシステムです。つまり地域においてAさんという方がいらっしゃれば、その方がどの病院にかかっても薬歴でありますとか、それから検査歴とか、そういうものを入力していくというシステムになっていまして、それを例えば診療でありますとか病院で紐付けをしながらしていくというシステムです。今回の救急医療情報システムは、そういう個人のデータが入るといったものとはちょっと違っていて、救急の搬送のためのシステムということなので質が違うシステムでございますので並行して動いています。

トネット自体は、今は刀根地域、トネットという名前、刀根地域の方、付いているんで

すが、刀根地域でやっておりますけれども、今課題になっているのは紐付けの医療機関を多くするとか、それから人を多くするということなんですが、それは課題なんかを見ながら全県にもし広げていければありがたいなというふうに思っています。以上です。

【〇〇座長】

もう 1 つ、これの欠点と言ったらいいのか分かりませんが、非常に熱心な、例えば〇〇課長が一所懸命やっているからここはすごくうまくいっているけれども、課長がいなくなっちゃうとなんとなく萎んでくるというのが一般的なところだろうというふうに思いますが、その辺の準備というのは、あるいは俺の後には何かありましたら、どうぞ。

【〇〇様】

ありがとうございます。先ほど申し上げましたけれども、きっかけはやっぱり市内の久喜の事件というのがありました。もちろん私ども、それから消防さんからかなりのっこんでやったというのがございますけれども、繰返しになりますけども、今回は医師会長、それから市長会、町村会、全部で、私どもの地域はもちろんですが、全部オール埼玉県でできたというのはそのきっかけなんだと思います。なので、その辺でそのような仕掛けというのが重要なのかなというふうに考えています。やっぱりトップの方々が動いていただくと、これは全然動きが違うというのが、3か月でできたというのも含めてですけれども、それは一番大きなものだということを実感しています。お答えになっていましたでしょうか。

【〇〇座長】

ありがとうございます。一人ではなく全体で動かしていくという、この重要性が必要なんだという話、よく分かりました。ありがとうございます。こんなところでよろしゅうございますか。今日まだお話をお伺いしていない皆さん、おられますが、もう 1 つプレゼンテーションが終わってからお話を聞きたいと思います。

続いてでございますけれども、次のところに移りたいと思います。予防救急のところでございますが、救急統計から見られる予防救急の重要性ということで、大阪市消防局の救急情報課の〇〇さんからお願いしたいと思います。

ウ 「予防救急の推進について」

【〇〇様】

大阪市消防局の〇〇でございます。よろしく願いいたします。座らせていただきまして説明をさせていただきます。

まず予防救急というものの始まりなのでございますけれども、始まりにつきましては救命率の伸び悩みとか、その伸び悩みの原因は何かというようなことを突き詰めていくというか探っていく、そのために大阪大学やとか京都大学などと総務省、消防庁、の救急振興財団研

研究室の方々と共に研究を利用させていただきまして分析を始めました。

その中でやはり救える命と救えない命があるということが分かってきました。で、救命士の方は包括的な除細動も含めて気管挿管、薬剤投与などと、日々高度化されてたくさんの方々が救われてはいるのですけれども、その中でも早く救急隊が到着し高度な処置を行ってもやはり助からないといった事案というのが一体何であるのかということについてつきまして、高齢者を中心に救急統計を使って家庭内事故について検証していきました。

この表は当時研究で使用したものなんですけれども、救急活動記録から抽出しました。年々高齢者の搬送人員が当然増えていますけれども、その中で同じように家庭内事故という割合も増えています。ということで、ちょっと少し古いデータなんですけれども 2007 年には約 6000 人弱が安全であるはずの家庭内で受傷しているということになっております。

高齢者の家庭内事故につきましては転倒事故が全体の 70%以上を占めておりましたがたけれども、その中のほとんどが中等症以下で 99%ほどとなっております。しかし家庭内溺水に関しましては 88.7%が重症以上となっておりますということになっております。

ここで家庭内溺水について見ていきました。いったんですけれども、ウツタインと救急活動記録のリンクをさせてみて見ていきますと、家庭内溺水の事故事項につきましては 1 か月生存率がなんいと 0%になるということで、この 1 か月生存率と言いますのは当然その時は蘇生されても、高齢者であるためにまた肺炎とかそういったものを併発して予後が悪くなるということも当然考慮しなければなりません。けれども、しかし生存率が 0 ということは事実であり、救えない事故であると考えられました。

そこで別の観点から家庭内の、今度窒息事故について調べてみますと、これは非常に高いということで、トータル的に見ると 14.4%の方が生存されておることになっております。

これを基に平成 22 年から予防救急というキーワードで各種広報を開始いたしました。したんですけれども、まず言葉を知っていただくということが大切でありまして、そのキーワード（予防救急）で気をつけていただくという、まずこういったチラシの方を作成しまして、このとき当然予算がなかったのも、机上の方にも配布させていただいておりますけれども、専門学校の学生方に作っていただいき無料でデザインなどもしていただきました。

これが先ほどの専門学校との連携で、こういったイラストなんかも同じように作っていただいて、ウェブのデータとして作って各消防署のホームページやとか地域の回覧板などに利用させていただいております。またやはりこの専門学校の学生に作っていただくというのは別の効果がございます、若い世代の情報の広がりっていうのは結構早くて、私、こんな作ったよっていうような部分も含めて、結構学校の中では予防救急について結構認識が増えていったと聞いていうことにもなっております。

これは平成 23 年度の大阪消防局の救急の日のポスターなんですけれども、この時点では

予防救急をメインに訴えましてこういったポスターなどを作っております。

これは次の年の平成24年のポスターデータですけれども、これも同じように専門学校の学生に作っていただいて、結構これも各種専門学校なんかには貼っていただいて、若い世代なんかも含めて広報ができたかなと思っております。

これは平成24年の8月なんですけれども、小児外科学会と共同で乳幼児の予防救急のフォーラムの方を開催して非常に好評でして、多くの質問が寄せられておりました。

これは平成24年の救急の日の新聞記事でございますが、予防救急ということをしっかり前面に出した広報をしていただいて、大阪でやっております救急安心阪神センターと予防救急という部分をかけあわせた売り込みをしていただいております。

平成24年というのは大阪消防局にとっても大きな転換期でございます、消防庁の短時間講習講師の普及啓発の研究費というのがございましたけれども、その中の研究費を使いまして、このボジョレーの救急ノートというのが誕生いたしました。応急手当講習普及啓発の受講者が横ばいとなってきたことから青少年層をターゲットにして、もともとモチベーションが高いボーイスカウトと共同で行うことによって大きな成果が得られて、その中の教科書として位置付けたのがこのボジョレーです。ということで、このボジョレーに関しましては予防救急の普及啓発という部分を盛り込んでおり、これもお手元に置いておりますけれども、こういった形で広報させていただいております。

それと同時にホームページの方も立ち上げまして、この下にありますように予防救急と応急手当というところを押すとアニメーションが出てきて、気をつけてくださいよという形でゲーム感覚によりで楽しめるような作りしております。

これが119AEDのアクセス数なんですけれども、平成26年の、今年の6月末で354万件というアクセスとなっております。を誇っております、これはなかなか行政としてのホームページとして非常に大きなアクセス数になっております。また、これは今年度の救急振興財団の、研究費を用いて障害者や外国人にも対応したようなアプリを今現在作成中でございます。

これはターポリンのポスターなんですけれども、リユースができる布製のポスターで6枚組を5セット作成しまして各消防署などに貸出しております。これ、起震車ですけれども、こういった形で行われるイベントなんかでも活用しております。

つぎはこれは予防救急のチラシと冊子なんですけれども、これ、お手元の方に置いてありますので、また見ていただいたら結構だと思います。これは昨年の年末の防火訪問とか、そういったところで配布をさせていただいております。

これもお手元にありますけれども、予防救急のカレンダーなんですけれども、これが非常に好評で、各消防署なんかでも他の各行政と地域の医師会さんなどと連携して救急の日のイベントなどでもお配りをさせていただいており非常に大好評という形になっております。これが26年のカレンダーでございます。こういったカレンダーを作った経緯というのは、捨てられない広報をしようということで、しかも毎月季節性に応じた病気や事故イ

ベントを盛り合わせて、こういったかわいらしい仕上がりにしております。またこれは各種メディアも含めて取材への対応です、NHK がほとんどなのですけれども、NHK の方の生番組などに出させていただいて広報の方をやっております。

各企業さんの方からも講演会の依頼がありまして、そういった中でうちの係員の方が積極的に予防救急について広報をしておりますということになります。

これは各消防署などで作っている予防救急のグッズなのですけれども、ちょうど熱中症の時期はうちわなどというのは各消防署の方で作っていただいて、貼っていただいておりますということになります。

これが予防救急の効果ということですが、実は大阪消防局では平成、24 年から予防救急係というのを設けて、予防救急施策の方を新たに打ち出してやっていたのですけれども、高齢者の一般負傷というのはもうずっと右肩上がりで伸びてはおるんですがけども、家庭内の事故のいう部分については予防救急を打ち出した 24 年、25 年について横ばい、若干減ってはおるんですがけれども、ほぼ横ばい傾向であったということになっております。

今後の展望でございますけれども、まずこういった概念をしっかり知っていただく。それから高齢者への積極的な広報を実施していく。高齢者のそういった集まりなどとか、そういった中にも積極的に消防署の方で入り込んでいただき広報を行う。それからメディアなどなんかへの情報発信。また、それから住宅とか建材のメーカー、こういった方々にも情報を発信して、例えば浴槽お風呂にセンサーを付けて、それが動かなければ浴槽風呂の栓が抜けるとか、そういったところも含めていろいろと話は持ちかけているんですけど、なかなか乗っていただけないというのもあります。

で、結論ですけれども、やはり住民の安全が図られ、しかも救急抑制に繋がるということで、先ほど委員方もおっしゃっていたんですけど、なかなか予防救急という言葉、そのものがまだ理解されていないということもございますけれども、やはり予防救急に注目し視はしていかないといけないということは皆さん、住民の方々に対し方も考えられるということでございますので、そういったものも含めて、今後よりよい広報を実施していきたいと考えております。以上です。ありがとうございました。

【〇〇座長】

ありがとうございました。大阪市消防局の取組みということでの〇〇課長代理からのお話でございました。どうぞ、この予防救急につきまして御意見あるいは御質問がありましたらお願いしたいと思います。よろしゅうございますか。あるいは今日初めての委員方、〇〇委員、いかがでございましょうか。何か御質問がありましたら。

委員委員【〇〇委員】

この件で。

【〇〇座長】

いや、全体でも結構でございますが。

【〇〇委員】

全体的な、あるいは前のものになりますけれども、私、救急隊員あるいは救急救命士の教育施設で日々働いている中で現場の方からよく聞く現場の悩みとして挙がっているのが、先ほど〇〇委員から御紹介があったエンド・オブ・ライフケアを必要とする患者に相応しい救急対応の確立とか、あるいは在宅患者の到着時心肺停止事例への対応とかいったようなことでの悩みをよく伺います。本年度の研究としては先ほど事務局から御紹介いただいた内容で、これは優先順位が高いというふうに思いますけれども、もし余裕があれば、あるいは次の課題としてはそういったようなことも 1 つの候補として考えていただければというふうに思いながら、〇〇委員のプレゼンを聞いていたところです。

【〇〇座長】

ありがとうございました。非常に重要な御指摘だと思います。事務局の方もよろしくお願ひしたいと思います。他にいかがでございましょうか。もう全体で御意見等ありましたら、いかがでしょう。〇〇委員、今日は静かです。

【〇〇委員】

大分時間が押しているようだったので。ですので、最後の予防救急のところについて、まだコメントがなかったので少しお話ししますが、予防自体が非常に重要であるということで、日本の蘇生ガイドラインの中でも救命の連鎖で、従来は小児だけを予防についてのみ第一の場輪が予防だったのが、成人についても第一の場輪を予防にしたということは日本のガイドライン独自の取り組みでございます。さらに今日のお話を聞いてみますと、確かに熱中症であるとか浴槽事故であるとか、単に急性冠症候群や脳卒中による心停止を予防するというだけではなくて、高齢者も熱中症とか浴槽事故などの事故には弱いんだということで、これ、非常にいい取り組みだと思いました。

僕も最初これを見てたとき、予防救急という言葉が非常に、実は変な日本語だなと思っていたんですけども、洗脳されてしまいました。これを事故予防とって言い換えると当たり前なので、「それ、？何だろうと皆思わないので、日本語として理解不能な予防救急という言葉をまず立たせて印象づけて、それって何っていう興味を持たせるというのも 1 つの作戦なのかなというふうに思って、いました。ここは今後この 1 年間一緒に考えていきたいと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。予防救急を一番先に言い出したのは誰で、誰が責任者なのか、委員調べておいてください。

【〇〇委員】

恐らく総務省、消防庁のどこかで言い始めたんだろうというふうに歴史的にはなっているらしいです。

【〇〇座長】

全体をとおしていかがでございましょうか。今日初めて〇〇委員、御出席いただいております。

【〇〇委員】

私も今伺っていて、きっとこの予防救急という言葉にこの1年で洗脳されるんだなと思って聞いておりました。メディアの役割としてやはりこういうことを伝えていくということ、非常に重要だと思いつつ伺っていましたが、どういうふうに説明するのが一番いいのだろうというふうに、やはりこの言葉そのものを単独で出されたときにはなかなか伝えきれないなと今思っています、ただ、さっき〇〇委員もおっしゃっていたように中身自体は非常に重要なので、それをどういう形で伝えるかということをもう少し考えさせていただけたらなと思いました。

合わせて緊急度のことなどについても多分これからどういうふうに普及、啓発していくのかというのが非常に重要なポイントだと思っております、その辺の何かのお役に立てればと思いました。

あともう1つ、まさに今〇〇委員がおっしゃっていたような、特に介護、福祉の連携のところで、今さまざまな困難を抱えている方取材している中で救急で搬送される事態の取材をしていると、そこにどうしてもこれが本当に救急の対応なのかとか、あるいはさまざまな困難なものを抱えている中で、このままでは救急の観点からだけでは解決できないことがたくさんあるだろうというふうに思いますので、その辺も少し勉強させていただけたらな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。いや、勉強ではなく、我々に教えていただければありがたいと思います。ありがとうございます。〇〇委員、いかがでございましょうか。

【〇〇委員】

まず資料1の16ページの救命士の教育なんですけど、指導的救命士が教育すると、こういうことを教えるんだというの、非常に重要なんですけど、1つ、教育に関わる指導法というのか、教育学と言うほどじゃないでしょうけれども、教え方をやはり一番最初に書かれた方がいいんじゃないかなという気がします。それと倫理ですね。教える側っていう、教わる側の現場でのいろんな倫理を含めた、そういう教育法、指導法、その辺1つ、この4つに加えていただけたらなという気がしました。

それから3つのうちの3つ目ですが、〇〇委員の非常に面白い話、ありがとうございました。救急医療の課題解決に向けてというところ、真ん中ぐらいでアンケートを採られて現場でワースト3でもないな、この3つが非常に現場でも今後必要だと思う、これ、まさに我々、前々から思っていたことがそのまま地域でも同じことを全く同じように考えておられるというのがよく分かって、そういうことだなと思ったんですが、これ、まさに3つともが先ほどから話に出ている予防救急のシステムとしての非常に重要なところだと思うんです。それをやはり予防救急の中で十分にそういうものも含めて情報発信していただきたいなと。現場で怪我をしないようにとか、そういうものの上とか、ベースにこういうものをきっちり構築してほしいという気がします。

特に3番の、1、2とも重要なんですけど、3番の意思決定に関して、救急というか、これは高齢者の終末期全般に関わる非常に重要な問題で、実はこれに関わることで厚労省の方で以前高齢者の終末期に関わる相談事業というのを、まさにそれ、非常に変だと思っていたら、それがどうも袋叩きだったんです。要するに姥捨て山にするのかというの、国会議員からそういう話が出て、厚労省、とんでもないものを出したなという話で、私なんか聞いて、何がとんでもないのか全然理解できなかったのですが、その辺のところをぜひとも〇〇さん初めとして、そういう意味での意志決定を、我々も臓器移植のための脳死じゃなしに通常診療の中で脳死をきっちり判断し、それに診療報酬を付けてください。

その前提として脳死の診断をすれば、その患者家族の意志決定含めてメニューを出して選択できるようなメニューをきっちり出して、通常医療でそのまま行うのか、あるいは最終的に臓器移植するのか、あるいは消極的に治療するのか含めて、そういうのを出したら、いや、実は先ほどの相談事業が袋叩きにあったのでとても今出せないという話で、この意思決定と深く関わってくると思うので。

あるいは終末期医療、〇〇委員がやっておられる終末期医療、あれも早く、結論出ているんですけども、パブリックコメントももう少しというようなことを言われたので、ぜひとも〇〇さん、厚労省の方、あるいは総務省の方、ぜひともこの辺のところを今後非常に重要だ、救急に限らず地域全般だと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。今日〇〇室長おられますが、何か発言ありましたら。

【〇〇課長代 〇〇室長】

はい。今回の論点の中でも医療との連携というのが非常に、予防という観点からでも重要だということでございます。で、ちょうど5年ぐらい前に先ほど〇〇委員が紹介された先ほどモデル事業を立ち上げたときに在宅医療等を担当していたこともありまして、いろんな職種あるいは他の分野との連携ということを目的にこういった事業を立ち上げさせていただいた時代だったと思うんですけども、それが少しずつこういう救急という分野にも広がりつつあれば大変ありがたいなというふうに思っていますので、この検討会でも厚労省、そして医療との連携という観点でよく研究させ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。最後になりますが、今日〇〇室長が静かでございます。どうぞ、最後に。

【〇〇室長】

ありがとうございます。〇〇委員始めプレゼンテーションいただいた皆様、貴重な話、本当にありがとうございました。〇〇委員の多職種連携の話をお伺いしていて、昨年度、当検討会で大変御議論いただいて、地域のそれぞれの課題の解決に向けて消防機関、医療機関のみならず、医療機関相互、またその関係者、広く一同に会してしっかり御議論をすると、それをまた新たなルールなりに繋げていくといったことで各団体、通知を出させていただきましたけれども、まさにそうした取組みを先取りして具体的にやっておられるんだということがよく分かりまして非常に感銘を受けました。ありがとうございました。

今年度の検討会につきましても、非常に論点、多岐にわたると言いますか、非常に盛りだくさんにしてしまいまして、委員方の中からはちょっとやり過ぎなんじゃないか、本当にこんなにたくさんやるのというふうな御意見をいただいたこともあったんですけども、欲張りすぎたかなという反省も少ししながら、しかしながら1つ1つ見るとやっぱり大事な課題ではなかろうかなというふうに思っております。消防と医療の連携、その実施基準のフォローアップについても法律ができて5年、すべての都道府県の実施基準が揃って3年目に今年はなるわけでありまして、ぜひともやはり明らかな成果と言いますか、効果というのをしっかり出していきたいなというふうに思っております。その中でより詳細な分析でありますとか検証を進めていきたいと。

〇〇委員にも御指摘いただきました、もちろん需要の質が変わっていった中でそれにどう対応していくか、その中身の問題って非常に大事だと思っておりますので、そういう質の向上、ベストマッチということも当然目指していきながら、それと併せて搬送時間

というものも 1 件 1 件延びていって全体が圧迫されていきますので、やはりそれぞれに時間がかかってしまって本当に緊急性が高い事案への対応が遅れてしまうといったことはぜひとも避けなければならない。そのためにやはり 1 件 1 件の搬送の時間短縮というのもぜひとも目指していきたいなというふうに考えております。

また ICT につきましても随分行動に進んできまして、埼玉県のすばらしいお話をお伺いしましてありがとうございました。こちらもそれぞれの先行事例の効果あるいは課題も丁寧に拾いながら、全国の参考に供していければなど。また必要最小限と申しますか、少なくとも各救急車、現場で例えば医療機関情報のシステムを、情報を閲覧できると、そういったことについて、少なくともそういうことができるという環境をすべての都道府県において環境を整えるということを目標にぜひやっていきたい。それからまた地域の課題、地域の事情に応じて高度化というのを進めていきたいなというふうに思っております。

また緊急度につきましても、昨年まで委員方に大変御尽力いただいてバージョン 1 という立派なものがあったと思っております。今年度はぜひ、そうした緊急度の理念なり考え方なりというものを社会全体で共有していくための普及あるいは周知というものに力を入れていきたいなと思っております。緊急度も着実に進めていきたいと思っております。委員方には大変お手数をおかけしますが、今年度もよろしく願いいたします。

【〇〇座長】

室長、ありがとうございます。今日これで最後になりますが、長年厚労省からの出向で救急専門官としてお世話になりました〇〇委員がこれで終わりで、どこか留学に行かれるということで、どうぞ最後御挨拶をいただいてというふうに思いますが、いかがでしょうか。

【事務局】

御指名ありがとうございます。これが終わりとおっしゃらずに、ぜひ今後ともよろしく願いできればと思うんですけども。委員から少し御紹介いただきましたとおり、来週月曜日に留学の機会をいただきまして、日本を発ってイギリスに向かいます。そちらでは疫学系などさまざま勉強をしまして、また厚生労働省に戻って行政施策に還元できるような形で働いていければと思っております。

委員方と 2 年 3 か月にわたって一緒にお仕事させていただきまして、ちょこちょこ委員方から伺った話として、やったらやりっぱなしにしないと、そういうお話を伺いました。本当にぜひ実施基準しかり、それから緊急度判定しかり、それから ICT に関しても予防救急に関しても、教育に関しても、すべてそうかと思いますが、きちんと効果を見える形で示して、そして改善に繋げていく、そういう仕組みづくりに資することができるような人材となって 2 年後戻ってきて、そして今後ともよろしく願いいたしますともう 1 度御挨拶に回ればと思っております。どうもありがとうございました。

【〇〇座長】

ありがとうございました。それでは本日の議事はこれにて終了させていただきたいと思
います。事務局の方に進行をお願いしたいと思います。

6. 閉 会

【事務局】

どうもありがとうございました。多少お時間を超過してしまいまして大変申し訳ござい
ませんでしたけれども、委員の皆様方、本日は大変御活発、また大変示唆に富む御意見を
いただきまして、誠にありがとうございました。そして 4 名のプレゼンテーションの皆様
方には大変貴重な御発表をいただきまして大変ありがとうございました。事務局といたし
ましても今回いただきました御意見を踏まえまして、次の親会に向けてしっかりと作業を
進めていきたいと思ひます。また宿題もいただいておりますので、それを進めていきたく
と思ひます。

また 7 月下旬、また 8 月にかけてワーキングも進めていきたいと思ひますので、ま
た追って御連絡をさせていただきたいと思ひます。本日の検討結果につきましては、後日
またメールで御連絡をさせていただきたいと思ひしておりますし、次回の親会につきま
しては 11 月を予定しております。御都合につきまして追って御連絡をさせていただき
たいと思ひます。

以上で第 1 回救急業務のあり方に関する検討会を終了させていただきます。本日は長時
間にわたりまして、本当にどうもありがとうございました。

—以上—