

平成 26 年度 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 26 年 12 月 9 日（火） 10 時 00 分から 12 時 30 分

2 場 所 農林水産省三番町共用会議所大会議室

3 出席者

メンバー 山本座長、浅利委員、阿真委員、有賀委員、大島委員、
城戸委員、坂本委員、迫田委員、佐藤委員、島崎委員、鈴川委員、松川委
員、山口委員、横田（順）委員、横田（裕）委員代理布施氏、渡辺委員代
理溝杭氏

オブザーバー 北波課長代理西嶋室長

4 会議経過

1 開会 [事務局]

2 あいさつ

【北崎審議官】

北崎でございます。本日は大変お忙しい中、先生方にはこの「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す。また、常日ごろからいろいろな面でご指導をいただいたり、叱咤激励をいただいたり、ご尽力いただいたりしておりますことを、重ねて感謝申し上げます。救急業務を取り巻く環境は、すでに先生方がご存じのとおり、出動件数が年々増加しておりまして、平成 25 年度速報値では、ついに 590 万件を超え、搬送時間も延伸しております。今後、さらに高齢化が進めば、出動件数の増大だとか、あるいは搬送時間の延伸などが考えられます。この検討会におきまして先生方の豊富な経験あるいは知識、予見するお力でいろいろなご提言あるいはご示唆をいただければ大変ありがたいと思います。それを私どもは政策の方に生かさせていた

だきたいと願っております。前回7月に第1回の会合をさせていただきました折には先生方から3つのテーマ、「消防と医療の連携」、「ICTを活用した救急業務の高度化」、「予防救急」につきまして大変熱心に、活発なご議論を頂戴したと伺っております。また、この検討会はいわゆる親会と称しておりますが、この下に4つのワーキンググループを設置させていただきまして、指導救命士の養成に当たりますテキストの作成を初め、救急隊員あるいは通信指令員の教育のあり方、あるいは緊急度判定の考え方の普及をどうしたらいいかなど、精力的にワーキンググループで検討を進めていただいているところでございます。本日は先ほど申しました3つの検討テーマに関しまして全国の消防本部などに対して行いましたアンケート調査結果について、ご説明申し上げますとともに、4つのワーキンググループでの検討事項についての進捗状況をご報告させていただきますので、先生方からご示唆、ご指導を賜ればと思っております。本当に忌憚のないご意見、ご指導を賜りたいと心から思っております。大変簡単ではございますが、私の挨拶とさせていただきますと思います。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

【座長】

年末の非常にあわただしい中、大勢の委員の皆様にお集まりいただきまして心から感謝申し上げたいと思います。何となく風邪もはやり、インフルエンザも少し早い流行があるわけでございますけれども、きょうはもう既に審議官からいろいろお話がありましたのであえて二重三重の話はいたしません。本日の検討会は、3つのテーマのアンケート調査についての中間報告がございます。それからワーキンググループが4つありますけれども、それぞれ〇〇先生、〇〇先生、〇〇先生、そして〇〇先生がワーキンググループ長となって精力的なお仕事があったわけでございます。その進捗状況をこの第2回でお話いただく。そして忌憚のない委員の皆様のご意見をいただきながらよりよいものに進めていきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

3 議事

【座長】

きょうは非常にスケジュールがタイトでございますので、審議の進捗に御協力をよろしくお願いいたしますと思っております。テーマは非常にたくさんあり、そして資料が区切られておりますので、一つ一つ進めていきたいというふうに思います。まず、次第の1でございます。この第1回というのは先ほどお話にあったとおり7月の第1回以降の進捗

状況、そして「消防と医療の連携」のところが、まず一番先に来ます。その辺からどうぞ事務局、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【橋補佐】

はい。それでは横長の資料を私のほうから順次ご説明させていただきます。まず「消防と医療の連携」は2ページ目から27ページ目までになりますので、ポイントをかいつまんでご説明させていただきます。まず、おめくりいただきまして2ページをごらんいただきたいと思ひます。2ページは親会の第1回目でもご説明いたしました救急業務のあり方に関する検討会でどういったものを検討していくかということをもとめたものでございます。冒頭にもご説明がありましたとおり、大きく親会の3つのテーマとして左側でございます「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」でございます。「消防と医療の連携」については、ご承知のように「傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する基準」の運用に関する検証をより細かくやってみようということでありました。「救急業務の高度化の推進」はICTでございます。「予防救急の推進」は奏功事例の調査と取り組みの推進ということで進めてまいります。右のほう、4つのワーキンググループを設置するというので、「指導救命士」、「救急隊員」向けのテキスト・動画教材の作成、「通信指令員」の教育モデルの作成、もう1つは「緊急度判定の普及」の考え方を説明していこうということでありました。なお、東京オリンピック・パラリンピックの開催を控えまして、開催に伴う救急業務を取り巻く課題についても整理しようということでありました。1ページおめくりください。3ページでございます。第1回目の親会以降、アンケート調査を実施いただきまして、調査対象として都道府県の消防防災主管部局、衛生主管部局、都道府県MC協議会、地域MC協議会、消防本部に対しまして、いずれも悉皆調査を行いまして、下の横表にあります項目のとおり様々なアンケート調査を実施いたしました。4ページ目から1番の「消防と医療の連携」のところに入っております。5ページをお願いいたします。「消防と医療の連携」のテーマでは、主な調査項目として4つの項目をアンケート調査いたしましたが、特に1つ目の○で119番通報の覚知から病院の収容までの流れの中で細かく各段階を区切りまして、収容所用時間の延伸・短縮に影響を与えている要因について各消防本部に回答をしていただきました。それ以外はごらんのとおりのもので調査をいたしました。6ページ以降、まず1つ目の「収容所用時間延伸の要因分析」のアンケート結果でございます。まず、「覚知から現着まで」の段階では、それぞれ延伸と短縮の要因について分けて整理をいたしま

したが、延伸要因といたしましては「出動件数の増加に伴う、直近の署所以外からの出動の増加」が最大の要因と考えられているという結果でありました。一方で短縮要因については、GPSやカーナビシステムの導入が一定の効果を上げていると実感されているという調査結果でありました。7ページをお願いいたします。続いて「現着から接触・車内収容」までの段階であります。延伸要因としては「高齢者・精神疾患患者・酩酊者等の情報収集や収容に困難を要する事案の増加」が最大の要因と考えられているという調査結果でありました。また、短縮要因としては「PA連携による現場活動時間の短縮」が最大の要因と考えられているというアンケート結果でありました。8ページをお願いします。次が、「接触・車内収容から現発まで」。ここが病院選定をする場面にもなりますので、実施基準が関係してくるところでもございますけれども、まず延伸要因といたしましては、「受入医療機関の選定困難類型（高齢者・精神疾患患者・酩酊者等）の増加による病院選定時間の増加が最大の要因と考えられている」という調査結果でありました。一方で短縮要因としては、2号基準以下5号基準まで実施基準によるものが並んでおりますが、「実施基準の策定又は運用の工夫による効果のいずれか一つでも実感している消防本部は、合わせて47.2%にのぼる」というアンケート結果でありました。また、1番下と下から4番目にICTの選択肢がありますが、右下のほうに母数をICTを導入している190消防本部で集計し直しましたところ、医療機関情報共有機能を導入している、傷病者情報共有機能を導入しているといったところでやりますと、ある程度効果を実感しているというところが一定数見られたという結果であります。続きまして9ページでございます。直前の病院選定の場面について、消防本部の管轄人口規模別に3つに区分して比較いたしました。人口10万人以下を小規模、人口70万人以上を大規模、その間を中規模という形で並べてアンケート結果を表示し直したらどう見えてくるだろうかということですが、まず短縮要因として中規模消防本部のところが大規模や小規模に比較して相対的に実施基準の効果がより実感されているといった結果になりました。また一方で、これは実施基準ではないですけれども、延伸要因のところ为上から5つほど病院選定時間の増加で受入医療機関の選定困難類型や、受入判断の遅延による病院選定時間の増加や、頻回利用者の増加による病院選定時間の増加といったところが、中規模・小規模に比較して大規模ではより実感されているという結果が見えてまいりました。続きまして10ページをお願いいたします。続いて「現発から病院着まで」の段階であります。こちらでは大きな延伸短縮要因が見られませんでした。交通事情の変化を挙げる本部が

一定数あったということでもあります。続いて 11 ページをお願いいたします。最後の段階で「病院着から収容まで」という段階ではありますが、こちらの場面でも「大きな延伸・短縮要因は見られなかったが、医師への申し送り事項の増加や引き継ぎ後の待機要請等、医療機関の理解を得ることで短縮可能な延伸要因が一定数挙げられた」というアンケート結果でありました。12 ページをお願いいたします。冒頭申し上げるべきではございましたが、調査内容における注意点として、アンケートにおいて各消防本部に示したそれぞれの選択肢については、事前に複数の消防本部に対して収容所用時間の増減要因として考えられるものを救急企画室で聴取いたしまして、選択肢として設定したものであります。ある選択肢を選んだ消防本部において、その選択肢と当該本部が実感している増減要因が完全に一致するとは限らないといった、いわゆるアンケートの実施に伴うバイアスがあるだろうということは注意点として挙げられるかと思えます。また、このアンケート調査はあくまで消防本部の実感をもとに解答を得ているものでありまして、実際にその要因によってどの程度所用時間が増減しているかは明らかではないというところにも注意が必要かと思えます。その下、主要な要因として挙げられたものところで、延伸と短縮で、これまでは各段階に区切って消防本部にアンケートを行った結果をあらわしておりましたが、全ての段階を通じて各消防本部で延伸要因・短縮要因ベスト3は何ですかという質問も最後にしておりまして、これまでトップに挙がっていたものがありましたが、その中でもその順番をつけるとごらんのような順番でありました。13 ページをお願いいたします。ここからは収容所用時間の延伸に関して、統計分析ということで救急企画室で毎年救急統計を実施しておりますが、既に持っている救急統計を、これまで分析してこなかった考え方で分析してみるとどうだろうかというものであります。今回、ある程度いろいろな人口規模が見られるということで神奈川県を例として取り上げました。神奈川県の消防本部の人口規模を70万人と10万人で分類いたしまして、大規模・中規模・小規模に類型化して、実施基準が策定される以前の平成19年と策定後の24年のデータを比較して分析いたしました。なお、取り上げた対象消防本部については平成19年と24年でデータによる比較が可能な消防本部ということで、例えば右の青色のところには各消防本部を入れておりますが、70万人以上の大規模では横浜のみとなっております。中規模や小規模はごらんの消防本部となっております。また、覚知から病院収容までの時間のうち、実施基準にクローズアップするため、つまり、消防と医療の連携にクローズアップするため、現場に到着してから病院収容までの後者のほうの時間を取り出して分析し

ております。そういったところ、表としては青の折れ線グラフが平成 19 年度で、赤の折れ線グラフが平成 24 年度、その差分を緑の棒グラフで表示しておりますけれども、大規模消防本部が最も延伸しておりまして、次いで小規模、中規模という順に延伸時間が短くなるといったものであります。14 ページでございますが、今し方の分析に別の軸の分析を重ね合わせます。、まず 1 つ目は年齢区分で分類をいたしましたところ、左の全体では新生児、乳幼児と比べまして少年以上の年齢階層の延伸が強く見られるという状況であります。右側は規模別に分けますと、大規模消防本部の少年以上の年齢層で延伸の程度が顕著にあらわれるといった形で見てまいりました。15 ページをお願いいたします。もう 1 つの基準として傷病者の傷病程度別でございます。全体としては中等症に比べまして重症の延伸の程度は相対的に抑えられています。また、本部の規模別に見ますと、延伸の程度については大規模消防本部で特に顕著にあらわれておりますが、中規模消防本部では相対的に抑えられているといったような結果が見てとれるかと思っております。16 ページがこれまでのアンケート結果の要因分析と統計分析のまとめを書かせていただきました。アンケート調査によりまして実施基準の策定運用の工夫による収容時間短縮の効果は中規模消防本部において最も実感されていたということであったかと思っております。また、統計分析によっても中規模消防本部が実施基準策定前後の収容時間の延伸が最も少ないということが見えてきました。例として取り上げました神奈川県では、実施基準におきまして重症以上の症例を主な射程に入れているということでありまして、重症の症例では軽症・中等症に比べて延伸が抑制されているといったことでもあります。ここから赤の四角の中ではありますが、少なくとも実施基準の射程にある範囲では、神奈川の例では重症ではありますが、実施基準の効果というものは、やはり延伸を抑制する効果があったと言えるのではないかと。また、中規模消防本部が最も効果が発揮されやすいのではないかと見えてまいりました。17 ページをお願いいたします。次のアンケート項目は実施基準の見直し状況でありまして、平成 25 年 10 月以降見直しを行った団体は、都道府県が実施することになります。47 都道府県中 25 団体でありまして、見直し項目として最も挙げられましたのは、2 号項目の医療機関のリストの更新という結果でありました。18 ページは実施基準の運用上の工夫ということでありまして、例えば 1 つ目のポツで、山形県では精神疾患への対応や判断に迷った場合、山形県精神科救急情報センターに問い合わせ情報を入力することを基準上にしっかり明記しているということでありました。次のポツでは、福島県では法定協議会におきまして各医療機関に対

して当該医療機関の搬送件数と受け入れに至らなかった件数を具体的に示すという取り組みをしております、これは前向きな形で次の搬送受け入れの改善につなげるということを企図して行っているものだということでありました。さらには次のポツですが、千葉県と岐阜県での取り組みですが、救急隊と医療機関との間で救急コーディネーターを配置して、コーディネーターの決定に従って搬送受け入れを行うルールができていたというものでありました。また、神奈川県ではファーストコールの受け入れの可否が、重篤とされた場合は可能な限り迅速に、それ以外の場合でも原則3分以内にということを実施基準に規定されているということでありました。19 ページをお願いいたします。こちらからは選定困難類型の対応ということですが、各アンケートの結果によりまして独居施設入居の高齢者や、精神疾患患者、酩酊者、頻回利用者がなぜ選定困難に陥りやすいかということによって挙げられたのが、記載のとおり理由であります。こういった解決策に対して第1回の検討会で松戸市の川越医師の講演にもありましたが、それも受けまして、こういった方々に対する対応として地域包括ケア時代の救急業務ということで、消防機関が医療だけでなく福祉など多職種と連携することで事前の情報共有を図る。それとともに救急要請に至らないよう日常的にサポートにかかわっていく「予防救急」という取り組みを進めることによって減少につなげていきたいというものであります。20 ページをお願いします。情報共有の具体的な内容・手法として事前に医療機関が必要とする情報を集約したシートをつくって地域ケア会議等の場を利用して共有する。その場合に有益な情報としては既往歴、かかりつけ医療機関等々、また緊急連絡先等が挙げられました。ただ、残る課題として幾ら情報共有を進めても最終的に医療機関が受け入れを行わないと問題は解決しないので、医療機関が速やかに受け入れを行う具体的なルール作りを、6号基準のようなものも入っていようかと思いますが、進めていくことが重要だということでありました。21、22 ページをお願いします。地域包括ケアシステムで、厚生労働省が作成されているおなじみの絵の中で、これまで余り消防がどういうふうにかかわってくるかということが世の中に必ずしも一般的ではなかったところがあって整理したものでありまして、急性期・元気な高齢者と、慢性期・要介護の高齢者という2つの軸で分類いたしました。1つ目の21 ページの方は急性期・元気な場合ですが、真ん中の住まいのところにいらっしゃる高齢者の方々が何かあった場合に実施基準に基づいて適切な医療機関に搬送するということが長期の入院、介護が必要となる状態に陥ることの防止につながるのではないかと。一方で日々元気に生活されている中で「予防救急」の取

り組みを消防が行うことで介護や入院が必要な方の減少につなげるということで、こういったステージでも地域包括ケアシステムで消防機関は重要な役割を果たしていくというふうに考えております。22 ページの慢性期・要介護の高齢者のところでも、日々、日常的に地域包括支援センターや各福祉職の方々に支えられている方が多くて、それらの方と消防機関が事前に連携して情報共有に取り組むということでもあります。一方で住まいの中では、ご自宅にいる在宅の場合と施設入所の場合と2カ所がありますが、特に福祉に従事する方に対しても救急車をどのような場合に利用すべきかに関する理解を深めてもらうとともに、そういった必要が生じた際にも迅速な医療機関への搬送につなげていくということで、このステージでも消防機関は重要な役割を果たすのではないかとこのように考えております。引き続きまして 23 ページをお願いいたします。消防法に基づく法定協議会における議論を活性化していくためにはどうかというアンケート項目ではありますが、特に③で、これまで議論が十分に行われていると実感している都道府県においては、MC協議会に専門部会や作業部会を設置して実質的な議論をしていたり、また圏域別に議論をして、その結果を法定協議会に報告しているとか、さらに事務局からの事前の情報提供で各協議会、各委員が課題解決に向けた共同認識を持っているといったものがありますし、④のところでも各地域MC協議会から選出された委員が参加する委員会にて各地域の実情の意見が集約され、その意見を加味した内容で県の実施基準を作成しているといった県レベルでの議論に地域レベルの議論が反映されている例も挙げられたところでありまして、やはり小さい単位からの細かな実質的な議論の積み上げというものが大事だということが挙げられています。24 ページでは、あわせて事務局の体制ということをお調べしたところ、全都道府県の平均で合計5人ということで、消防防災主管部局、衛生主管部局、双方の参画が一定程度あるという結果でありました。結論として、議論の活性化のためには地域MC協議会等地域レベルの議論の場からの議論の積み上げが非常に重要であろうと。また、事務局が資料を調整するということがありますので、事務局の体制の充実や、実質的な議論を行う専門部会の設置などにより議論を下支えすることも重要ではないかということでもあります。25 ページをお願いいたします。25 ページは6号基準、いわゆる確保の基準の課題ではありますが、最終的な一時受け入れが実施されても調整先の受け入れ病院や後方支援病院の体制が十分に整っていないため、救急搬送が三次医療機関に集中し、負担増につながっているということが昨年度の報告でありましたが、今年度も同様の課題を感じているという都道府県が 28 ということでありま

して、解決に向けては二次医療機関の積極的な受け入れ状況をICTを活用したりなどして関係者で共有することが効果的ではないかということが挙げられておりました、結論のところでも同様の記載をさせていただいておりますが、1つの解決策として消防庁では私的二次医療機関に対する助成に係る特別交付税措置を講じているということを手挙げさせていただきました。26、27 ページであります、第1回目の検討会で提示させていただきました仮説に対する検討状況ということで、実施基準の運用の効果を細かく分析という仮説におきましては、アンケート結果や統計分析結果によりまして一定の場合に実施基準策定・運用の効果がしっかり現れているというデータが得られたところでもあります。次いで受け入れ困難事案等の問題につきましては、苦慮している地域が一定数見受けられ、地域包括ケア時代の救急業務の考え方を提示したところではありますが、今後先進事例を調査してその効果をさらに明らかにしていきたいと思うものであります。27 ページにつきましては、三次医療機関の負担軽減の話ではありますが、二次医療機関の受け入れ体制強化や三次医療機関への搬送が集中している現状においてICTの活用などを含めた認識共有が重要ということでもありますし、その解決の一助として特別交付税の対象となる助成金の活用ということを提案いたしました。最後は法定協議会の議論の活性化であります、細かいレベルでの議論の積み上げとともに事務局体制充実等による議論の下支えということが重要というふうにまとめさせていただきました。以上、まず1つ目のテーマのご説明をさせていただきました。どうぞよろしくお願いいたします。

【座長】

事務局、ありがとうございました。非常に大変だったアンケートの集計でございます。また非常に重要なのは、日本には751の消防本部がありますけれども、アンケートの回収率は100%、すべての消防本部から回答をいただいているということでもあります。また、「覚知」とか「現着」とかいろいろな言葉が出てきましたけれども、それも全て、覚知というのは電話をとったときに覚知というんだと。いろいろな言葉のニュアンスの違いはあったわけですが、これらは全て共通の認識のもとにデータを処理しているところをまず先生方にお話しをさせていただき、消防と医療の連携についての事務局からの説明につきまして、どうぞご意見をいただきたいというふうに思います。いかがでございましょうか。私が最初に質問するのはどうかと思いますが、これは中規模あるいは大規模が一番大きいと思いますが、人口当たりの救急車というのはどのような形で対応ができ

ているのでしょうか。というのは、救急車が少ないところだったらそれはなかなかうまくはいかないだろうという一般的な疑問がありますが、そこはいかがですか。

【橋補佐】

各消防本部が消防力の整備指針というものを消防庁で別途基準を示しておりまして、例えば、救急車は、かつては3万人に1台、例えば人口規模が15万人であれば5台といった形で、以降6万人ふえるごとに1台ふやしていくといったような形で一定程度目標整備水準を消防庁が示しておりまして、今直近では10月末に整備指針の改正を行って、実態に合わせていくべく2万人に1台という形で増やしましたが、いずれにしても整備指針で定めております。

【座長】

整備指針で全国的に定めているので、それは一定に考えていいということでもいいですね。

【橋補佐】

はい。

【〇〇委員】

今、その話が出たので。整備指針に従って各消防本部がやっているはずだというのが事務局のお答えですよ。実際人口当たりにしてそういうふうになっているんですか。つまり小さな消防本部と中規模と大規模ですよ。だから、小規模の消防本部の管轄の人口を積み上げて、それで救急車の台数を積み上げて、それで人口で割るという形にすると、今言ったAのグループ、Bのグループ、Cのグループが同じことになっているんですかという質問です。

【橋補佐】

管轄人口規模別に1隊当たりがカバーしている人口については、大規模消防本部においては1隊当たり2万9916.6人、中規模消防本部では2万7388.2人、小規模消防本部では1万4392.3人というのが全国の状況であります。要するに消防本部の規模が大きくなればなるほどカバー人口も増えていくということでありました。

【〇〇委員】

もう1つは、たしか〇〇先生の報告書の中にドイツの、所得を横軸において縦軸に年間の救急車の呼ばれる数があって、所得の低い人がたしか1,000人当たり80回とか何か。それで高い人が1,000人当たり40回とかいって、倍ぐらい違うんですね。今言ったこと

と全く同じで、人口当たりの呼ぶ回数というのはAグループとBグループとCグループと、今のような形で計算できると思うんです。だから、ひょっとすると大都会においては所得格差が非常にあって、所得格差による救急車の呼ぶ回数は日本ではまだデータがないと私は思うのですが、もしドイツのデータと同じようなことが起こっていると、ひょっとするとかなり所得の低い方がいっぱい住んでいるような大都市部の一部においてはたくさん呼んでいる可能性があって、人口当たりの呼ばれる回数が多いのかなというふうなことは、やはりちょっと手間をかければ答えは出ますでしょうから。それをできれば出していただければ、もっとわかりやすいデータになると思うので。

【橋補佐】

ありがとうございます。大変貴重なご示唆をいただきましたので、詳しいの……

【〇〇委員】

詳しく目というか、せつかくここまでいったので、そういうふうな土台の部分を詰めておいていただければ、いろいろな議論が余計にたくさんできるのではないかなということです。

【橋補佐】

ありがとうございます。

【座長】

ではそこは少し深掘りをいただくということでよろしくお願いいたします。

【橋補佐】

はい、わかりました。

【〇〇委員】

精力的に分析されていて、非常にいいと思うんですけれども、それぞれの時間が伸びていると。その印象は出されていていいんですけれども、覚知から現着、それから現着から収容、それから現発から病着、病着から病院の中へ収容ということで、それぞれの時間が相対的に伸びていますよ、あるいは伸びている原因はこうですよというのはわかるんですけれども絶対値が、今言った4段階の時間区分で分けていて、実際はではどこの時間が一番伸びているのかとか、それが非常に重要だと思うんです。例えばトータルで5分ぐらい伸びているんですけどか。そうするとどの区分のところで一番伸びているからということだと、そこへ焦点を当てて施策をいろいろ、原因を含めて考えられると思うので、ぜひとも絶対値としてどこの時間帯が一番伸びているか、その原因は何かと

いうのを検討していただけたらと思います。

【橋補佐】

どうも貴重なご指摘をありがとうございます。事務局でも最初そうできないかということで検討いたしました。アンケートは覚知から病院収容までの各段階を細かく分ける一方で、統計分析は、覚知から現場到着、現場を出発してから収容時間まで全体を2つに分けて集計しておりましたが、この差は救急企画室でとっております統計が、このようになっていることによるものであります。実は今年度からアンケートで区切った段階ごとのようにより細かく統計をとる形にしておりますので、その統計がとれば各段階での各絶対値としての裏づけがとれるかと考えています。もういましばらく、来年度までお時間を要するところではあります。ですので、多少実感にはなるんですけども、アンケートという形で合わせて出ささせていただきました。ただ、その中でも特に伸びているところと想像されますのは、やはり接触して現場収容から病院選定のところではないかなというふうには思われるわけであります。

【〇〇委員】

それをぜひとも、だからそこへ焦点を当てて施策を考えるんですよというような話だとわかりやすいと思います。それからもう1つ。15 ページの、トータルとしては時間は伸びているけれども、軽症と重症だと時間は倍違うということで、これは軽症のほうがたらい回しになりやすいということなんですか。わかるんですけども、軽症が伸びている理由は何なんですか。逆に言うと、一般の人から考えると原因は何にしても軽症が伸びているなら別に問題ないでしょう、その分重症・中等症が早く病院へ運ばれているなら問題ないですよというような意味合いのほうに引っ張っていくならそれはそれでいいと思うんですけども、もう1つは軽症が伸びている原因が、「軽症だからまあゆっくり探せばいいわ」いうところなのかな。

【橋補佐】

軽症が相対的に伸びているというのはあくまで統計のデータなので、「これです」という確たるものはなく、あくまで想像するしかないわけでありますが、軽症とはいえやはり限りある資源をとられているので、収容所要時間が伸びていく中でここが伸びるとやはり重症のところにも影響を与えてくるわけなので、やはり同様に延伸の程度を抑えていかなければいけないかと思います。

【〇〇委員】

これもやはり絶対値で、軽症と重症を比較したら覚知から現着までの時間は一緒だけれど、その後の時間は非常に違うよというようなデータが出ると、また対策もいろいろとできるという気がします。

【座長】

その辺についても、もう少し深掘りをお願いしたいと思います。私なんかは重症が抑えられているというのか、余り平成19年と24年では、重症はあまり差がなくなっていますよね、重症の方が。中等症と軽症の方が伸びていますよね。重症を一生懸命頑張ったからこちらが逆に伸びているんだということはないんですか。例えば大規模の消防本部、横浜を見たら重症は非常に少なくなっていますが、軽症・中等症は広がってしまっていますよね。この辺のところももう少し分析していただくと面白いデータが出てくるのではないかなと思います。僕はとってもすばらしいアンケートの調査で、これをどのように処理していくのか、いろいろなことが考えられるのではないかなと思います。〇〇先生、手が挙がっています、どうぞ。

【〇〇委員】

今までの古い議論を振り返ってみますと、現場での緊急度判定について検討が行われていますが、人口の高齢化と救急搬送件数の増加からすれば、全体として延伸しているということはリソースである救急隊と救急医療機関をふやさない限りやむを得ません。そのときに延伸のしわ寄せをできるだけ影響の少ない軽症者に持って行って、現場で重症と判断した傷病者はできるだけ伸びないように努力するようなことがこの6年間ぐらいの取り組みだったので、それを反映しています。理想を言えば重症は全く伸びないで、軽症だけが伸びていれば一番有効にリソースを使ったということになります。この傾向はこの取り組み影響していると読んでいいのではないかなと思います。

【座長】

私もそう思います。後からしっかり調べてください。

【〇〇委員】

もう1回ちょっとデータの基本的なところで教えてください。これは11ページの延伸の要因分析⑥の5番、「病院着から収容まで（収容から帰着までを含む）」となっているんですが、帰着というのは出発点の消防署のこと？

【橘補佐】

そうです。待機している署所のことです。

【〇〇委員】

そうするとこれは病院着から収容までとあって、収容した後にもとの消防署に帰るまでの時間も入れているということ？

【橋委員】

これは少し説明が足りませんでした。搬送時間としては収容まででございますので、そこから待機の署所まで戻ってくるところは厳密には搬送時間に入りません。ただ、次の搬送に備えるためということも含めまして今医療機関に収容した後になかなか救急隊員が帰してもらえないといったこともあるので、あわせてこの段階のところで聞いたということでもあります。

【〇〇委員】

だったらこれは6番にして、収容から後の時間にしないといけないよね。

【橋補佐】

1つしかなかったのだからここにに入れてしまいましたが、はい、おっしゃるとおりです。

【〇〇委員】

そうですね。帰る途中で呼ばれたらそれはおうちに帰ったことになるの？ 東京消防庁なんかは時々あるんでしょう。行って帰ろうと思ったら途中でまた呼ばれてまたいっちゃうと。そうするとおうちに帰るまでの時間は、そういう意味では無限大になっているわけですね。

【〇〇委員】

次の現場に行く段階で、ここで言う言葉で帰着したという。

【〇〇委員】

帰着したことになるの。

【〇〇委員】

ええ。

【〇〇委員】

それは短ければ短いほど世の中がとても大変になっているということだよ。

【〇〇委員】

そうですね。

【〇〇委員】

だから、やっぱりこういうデータをとるときに丁寧にとらないといけないかもね。

【座長】

その辺のところは多分そうなっていると思いますが、そこもチェックしてください。出ずっぱりというのがあるんですよ。朝出たら夕方しか帰ってこないとか。

【〇〇委員】

「おうちがだんだん遠くなる」と言っていましたけれどね。

【座長】

さて、小規模消防本部地域代表で〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇ですけれども、1つ気がついたのは、これは小規模・中規模・大規模というのは、今回は10万、70万で分けていますけれども、いつもそうだったのでしょうか。それはアンケートによってちょっと違ったような気もするので、それはちょっと整理したほうがいいかなと。〇〇先生のおっしゃる小規模は一体何万人なのかわかりませんが。僕たちの中でこういう所用時間だとか、それから搬送困難ということをやるときに話題になって、ここでそのまま出ているのでやはりちょっと何とかしていただきたいのは、重症・中等症・軽症というこの基準が余りにも古い基準をそのまま使っていると思うんです。3週間以上の入院、または入院したかどうか、帰ったかどうかという基準ではやっぱり今の救急の搬送は正確に反映しないというふうに思うんです。骨折は全て重症というふうに丸をつける先生と、高齢者の頸部骨折でバイタルの安定しているのは中等症でつけるべきだと言って中等症に丸をしてしまうという地域で搬送困難事例が全然変わってしまっているのがうちの近くの周りの実情なので、この辺を一度整理していただけたらうれしいというのが希望です。

【座長】

事務局、いかがですか。全くそのとおりですということで、ぜひその辺のところも今後、検討するというところでいかがでしょうか。

【橘補佐】

はい。傷病の程度別というのは、過去の統計の継続性というのがありますが、それも注意しつつ実態に合わせていくというのが当然のことだと思いますので、検討させていただきます。また、規模の分け方ではありますが、過去からの連続性というものはとれていない部分がありますが、少なくとも小規模消防本部の人口については、管轄人口基盤10万人というのは消防庁が別途消防の広域化というものを進めていく中で世に示してい

るものを使わせていただいたのと、今回大規模ということで政令市は 70 万人以上、政令市の人口要件が緩和されてきておりますが、70 万人以上とし、全体として余り分け過ぎるのもというのもあったのですが、少なくとも 3 つに分けたらどう見えるだろうかということでその間ということなんですが、ご承知のとおり 10 万～70 万の間は 30 万人以上の中核市が 40 程度ありますけれども、残りの 240 は 10 万～20 万で、そこもやっぱり現れ方というのはまた違った見え方がするのだろうと思うんですが、そこはまた次のところで進めていくところだと思います。ありがとうございます。

【座長】

ありがとうございました。それでは〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

アンケートの全体像の中で、まず 5 ページのところ、今回の調査の目的は 4 つ書いてあるうちの高齢者・精神疾患・酩酊者等々の搬送に苦慮しやすい類型への対応ということと、特にそれを受けて 6 号基準の運用の課題ということになっていますよね。その結果を 9 ページで見ますと、1 号基準から 4 号基準というのはいわゆる疾病等のカテゴリー化、病院のカテゴリー化ですので、医療機関がどういうふうに見えているかということを表に出すことによって受け入れやすくなりますよということ言えば、中規模の医療圏、あるいは消防本部はそれがうまく活用できて短くなっていますよというふうに見られます。本来受け入れが困難な事例、先ほど言いましたような酩酊であるとか精神疾患というのについては、6 号基準でもって確保基準を決めていきたいと思いますというのが本来法整備の骨子だったと思うんです。そういうふうな目線で見ますと、大規模あるいは中規模であっても 2 割 5 分から 3 割ぐらいは活用できている、それで短くなっているという印象があるにもかかわらず、大規模な消防本部では相変わらず受け入れの選定困難類型が割合として非常に高く、やはり 95%もいっているんだということになると、ちょっと矛盾しているんですよね。私がここで質問したいのは、6 号基準というのは、本来 1 号から 5 号というあたりは急ぐべき人は急いでということで医療機関がわかりやすくしておいて運んでくださいということなので、先ほど〇〇委員がおっしゃったようにいわゆるリソースをうまく使うための表向きのシナリオなんですけれども、反対になかなか受けしてもらえないですよという症例については、6 号基準をうまく使ってほしいということが根拠だったと思うんです。私の質問は、このアンケートで 6 号基準で短くなっているよと言いつつも、それがうまく出ている医療圏というか大規模

消防と中規模消防に差が出ているというのは、6号基準の中身が大分違うんじゃないかという印象があって、この中身はどうなのでしょう。例えば大規模であればnは20ありますし、一方10万~70万のほうですと300近くあるんですけれども、それぞれ6号基準の違いというのが中身としてあるのでしょうか。実はそれが非常に興味がありまして。私は〇〇です。〇〇というところと、例えば別の都府県で6号基準の活用がどう違うのかというところが、恐らく選定困難事例をどう解決しているかというところで結びついているのだらうと思いますので、ちょっとそこを、内容的なことがわかれば教えてほしいと思います。

【橋補佐】

それぞれ6号基準、東京でいえばいわゆる東京ルールが該当するようなものでありますけれども、それぞれの大都市ごとにありますので、今ちょっと細かいところはありませんで、また別途ご説明をさせていただきます。

【〇〇委員】

それは6号基準のあり方を東京ルールのような輪番制で受け皿を決めているというのとか、あるいはコーディネーター事業をやっているとかいうのは、それを類型化することで場合によってはやっぱりそれが逆だ、いわゆる短縮の要因になっている、なっていないという統計的な手法である程度分析できるんじゃないかと思うんです。それは規模が大きいとか小さいとかそういうのではなくて、6号基準の類型化でもって有用な6号基準なのかそうでないかというのがわかると思いますので、そういうことがわかれば教えてほしいなというふうに思います。

【座長】

そのところは後から、第3回的时候でも、ぜひここでお話し願いたいというふうに思います。先生方もとても興味のあるところだと思います。

【橋補佐】

原則的に都道府県単位でつくっている中で政令市にどのように当てはめていくかというところがあると思いますし、次回までにより突っ込んだ分析をご報告させていただければと思います。

【座長】

ありがとうございます。この先も多岐にわたる議論がありますので、まだご意見のある先生方もおられるかもしれませんが、次に移らせていただきたいと思います。それで

は次の「救急業務の高度化の推進（ICTの活用）」に移ります。事務局から説明を願います。

【橋補佐】

それでは引き続きまして私の方から、今度は 28～35 ページまでご説明をさせていただきます。まず 29 ページをごらんください。ICTの関係のアンケートの概要ですが、主な調査項目としてICT導入の有無・有用と思われる機能、また導入・維持にかかるコスト等々、また定量的効果について、さらに医療機関側のメリットについて。これは初めて都道府県衛生主管部局に対して調査したものでありますが、こういったアンケート調査を実施させていただきました。30 ページ、「ICTの導入状況」であります。ここで導入しているというのは、1. の※のところではありますが、救急隊が専用のタブレット型情報通信端末等を用いまして、「医療機関情報共有機能」や「搬送実績情報共有機能」、「傷病者情報共有機能」を活用している状態が、都道府県の全域、あるいは一部いずれかで状況が確認された団体というものを「ICTを導入している」というふうにして集計いたしました。この結果、既にICTを導入・活用している団体は 47 都道府県中 33 団体ということで、昨年度より 8 団体ふえて着実に増加を続けているということがわかりました。31 ページをお願いいたします。ICT導入による定量的な効果というものでありますが、効果が「現れている」と回答している団体の中では具体的に平均収容時間が短縮した、また病院の照会回数の減少が見られたといったものを挙げていただきました。また医療機関側の受け入れに関する意識の変化ということもよくなってきているところもあったということでもあります。「現れていない」と言ったところでは、効果はいろいろなものが混ざっているから一概には言えないといったものもありますし、応需情報の入力リアルタイムでないといったものも挙がりました。この結果から特に直近の 1 年間に導入した地域において効果として医療機関選定における時間短縮や照会回数の減少が見受けられる団体がありました。こういった状況について医療機関相互、また救急隊の間で見える化されることによりまして、医療機関側の搬送受け入れに対する意識の改善が見られたのではないかと。ICTの導入による効果が実感されづらい大きな理由として応需情報の入力リアルタイムでないということが挙げられる一方で、効果があらわれた団体ではリアルタイムでの入力のための工夫ということで、例えば応需情報の入力を医療機関だけに限らずに救急隊が搬送した後にICTを活用して入力するといった取り組みも挙げられたところでもあります。続いて 32 ページでありますけれども、

「地域の特性に応じたICTの導入」ということで、1回目の検討会で地域の特性に応じて導入できるICTのあり方というのは違いが見られるのではないかという仮説を立てたところであったんですが、その中で医療資源の少ない地域において医療機関情報共有機能や搬送実績情報共有機能の有効性があらわれにくいと考えられている場合、もちろん医療機関が少ないのでそもそも選択する必要がないといったことがあろうかと思えますし、その上で医療資源の多寡や人口規模等地域特性に応じて有用と感じられるICTの機能について今回のアンケート調査では統計的に有意な差は見られなかったということでもあります。ただ、少なくとも画一的なICTの導入ではなく地域特性に応じた費用対効果に見合った機能を持つICTの活用の導入を促進すべきだということはいえようかということでもあります。33ページをお願いいたします。「導入・維持コストを低く抑えている事例」ということで、秋田市、名古屋市と横須賀市の事例を挙げさせていただきました。ともに初期費用がゼロとなっておりまして、年間のランニングコストが50万～300万円弱という中で、特に秋田市や名古屋市のところで、秋田市では2つ目のポツで県の医療情報システムの更新に合わせてタブレットから応需情報を救急隊も確認可能にしたといったことや、名古屋市においても県医療情報システムに救急隊がログインして応需情報を閲覧、またリアルタイム性を補完するために救急隊も受け入れ情報を入力可能という形にしたといったことがありました。ポイントとしては既存の医療機関情報システムをそのまま利用したり、衛生主管部局のシステム改修のタイミングに合わせて消防機関もそれに乗っかるといったようなやり方をされている。また、インシャルコストについても通信会社との契約状況でコストをほぼゼロにしているといったことが挙げられます。34ページは「医療機関側のメリット」ということで、これが都道府県の衛生主管部局に対して実施したアンケートからの抜粋ではありますが、医療機関の情報共有機能や搬送実績共有機能のメリットについては、救急隊から医療機関に受け入れ可否について照会がなくなることで医療機関が照会電話に対応する必要がなくなり本来業務に集中できるといったことや、医療機関同士で情報を共有することで現場に助け合いの機運が生まれ、例えば三次救急への搬送の集中を避ける手助けになるのではないかといったことが挙げられておりました。傷病者情報共有機能については早期に患者情報が伝達されることで適切な処置、開始までの時間が短縮されるといった効果が挙げられておりました。こういったことから、これまでの中でもICT導入の効果が実感されづらい理由の1つとして医療機関による応需情報の入力リアルタイムでなされないことといったものがあり

ましたが、一方で救急業務におけるICT活用のメリットとして消防機関だけでなく医療機関にとってもメリットになるという点、また消防が応需情報を補完的に入力するといったこともあるので、いろいろなことを周知して医療機関の協力をさらに得ていくべきではないかということでもあります。35ページが「第1回検討会においてお示した仮説に対する検討状況」ということではありますが、医療資源の多さなど地域の実情に応じたICTの機能ということについては、医療資源の多寡や人口規模等地域特性に応じて有用と感じられるICTの機能については統計的に有意な差は見られませんでしたけれども、地域の実情に応じた費用対効果に見合ったICTの導入を進めていくべきという提言は、ぜひしたいなというところでもあります。2つ目の全国の導入・維持コストを低く抑えた事例の紹介というところでは、コストを抑えた事例を幾つか紹介することができ、共通のポイントも提示できたといった中で、今後こういった紹介によりましてまだ導入していないところの団体に対してのコスト面でのハードルを下げて一層の導入団体増につなげたいと。最後の医療機関のリアルタイムの応需情報の件では、今回、都道府県衛生主管部局に初めて調査をすることで一定の医療機関側でのメリットの抽出に成功したということで、今後の周知のあり方について一定程度の知見が得られたのではないかというふうに考えております。事務局からは以上であります。

【座長】

ありがとうございました。これも前回からの続きのところ、先生方は既に相当ディスカッションしているところだと思いますけれども、いかがでございましょうか。委員の先生方からのご意見、ご質問等ありましたらお願いしたいと思います。ICT導入の初期費用がゼロで年間維持経費が50万～280万までとなっていますが、通信会社がいろいろところで公的機関に対しては、費用を無料にさせていただければ、もっと進んで皆さんがやってくるのではないかと思いますけれども、その辺のところの業者さんの努力というのはあるんですか。ICT導入に関する彼らの意向というのはどうなんですか。

【上條補佐】

特に初期費用ゼロの部分につきましては、実は通信料等のポイントを加算してきたものを非常にうまく使って新しいタブレット等を導入して初期費用をゼロに抑えているというところがございます。年間維持経費につきましては主に通信料でございます。通信をすることによってまたポイントがたまり、ある程度の時期に来た段階で新しくそのポイントをうまく使っていくというようなことがされていると聞いているところでござい

す。

【〇〇委員】

こういうICTをやるときの一番の問題はいつも出てくる話題ですが、ここにも書いてありますように病院側からの情報がリアルタイムに入っていないことです。そのために活用しようと思ってもデータが古いためにだんだんと何となく疎遠になっていくというのが今までの流れだし、今でもそういうふうな実感を持っている。私どものいるところでもそうなんです。そこで私の提案なんですけれども、病院の幹部の1人としてそこに人を配置するというのを考えるとどうしても人件費がいますし、そういう人がいないとリアルタイムにやはり情報を端末に入力するという作業ができない。そういう意味においてはDPCの機能係数にのりしろにつけるとか、あるいは加算点としていわゆる救急加算の中の例えば情報提供加算のような形をつけて病院にインセンティブを与えてあげないと、病院は決して積極的にリアルタイムに情報を入れることはできません、はっきり言います。そこを仕掛けとして国全体が、特に厚生労働省側からのうまい仕掛けが、すなわち誘導がないとICT化しても情報がうまく引き出せないということになるかと思しますので、その辺、〇〇先生、いかがでしょう。

【〇〇課長代理〇〇氏】

1つお聞きしたいのが、ここにも書いてありますようにこのICTのシステムが医療機関側にもメリットがあるという調査がありますけれども、それ自体がインセンティブにはむしろならなくて、経済的な誘導がないと難しいのではないかという趣旨になるんですね。

【〇〇委員】

そうです。病院側からデータを入れたりすることで学術的な意味においては非常にフィードバックをかけたりするときに重要なんだよということは、医療機関としてはわかります。だけど実務的な意味でいえば、ファイナンシャルな意味でいえば、そうはいつでもやっぱり人にはお金がかかるんだよということがやっぱり病院としては動きづらいつころがありますので。

【〇〇課長代理〇〇氏】

こういうので医療機関側のいろいろなご意見をお聞きしますが、幾つかの地域でうまく医療機関側も入力をしているところがございます。奈良県さんとかも恐らくそ

ういうところの1つだと思うんですけども、それぞれの地域でどういう工夫をされているかというのをぜひお聞きできればと思います。

【〇〇委員代理〇〇氏】

〇〇です。きょうは部長が本会議中で申しわけございません。医療機関でのメリットということで2点、消防機関から不要な照会が減ってくるであろうということと、〇〇先生がおっしゃったように後日分析ができるというのがあります。その意味もあって確定診断も入れるようにしていますが、この搬送基準で求められている疾患は、奈良県全体で5万5,000強の搬送があるんですけども1割ぐらいかかと。その中で、では確定診断をちゃんとドクターに入れていただいて分析するというのには救急搬送で早く、搬送するという時間とはちょっと違う時間での議論になるのでなかなか浸透しておりません。もう1つの照会が減ってくるということについては、医療機関と消防機関でなかなか意思疎通が図れていないということで、タブレットがあってもやっぱり欠けてしまうというのがございます。それで先ほどの最初の議論で実はお願いしたかったんですけども、それとその前にコストなんですけれども、このコストは大都市ですけども多分消防から見たコストだと思うんですけども、恐らく奈良県でも救急医療情報システム自体は県で持っておりますので、トータルではどこかで負担しておって、初期投資ゼロというのは消防から見たらゼロなんですけれども、例えば奈良県でいうと今までの救急医療情報システムからe-MATCHに切りかえた部分で負担した部分、タブレットの費用とか通信費は県で持っておりますので、そこも踏まえて共通のプラットフォームを指定いただければありがたいということと、できればアンケート、先ほど消防隊の実感が含まれているとお話があったんですけども、例えばひと月だけでもいいので、例えば高齢者で困ったのは何件とかとっていただくとなかなか各自治体でも議論できるかと。先ほど意思疎通の話がありましたけれども、かなり今意思疎通ができていないので病院と消防の意見交換会を今月何回かに分けてするんですけども、必ず酪酊者の話とか出てくるんですけども、議論を詰めていくと例えばひと月に1回はないですとかいう議論になるので、そうなるのであれば、奈良県は例えば平均照会回数は例えば1.8回で、それでも後ろからたしか3番目ぐらいのはずなんですけれども、機械とかで時間を短くするというのも限界があると思うので、詳細な分析をするためにも全国的にどうかという比較ができるようなデータがあれば議論になるかと思っておりますので、できたら次の調査に加えていただきたいと思います。以上です。

【〇〇課長代理〇〇氏】

このままだと〇〇先生の質問に答えていないので答えさせていただきますけれども、この調査でもわかりますようにICTの導入状況というのは7割ということで、まだまだ全国的に網羅的に導入されていないという状況であります。ご承知とおりの診療報酬は全国一律に加算なりをつけるものですので、全国的にICTの導入が進んでいけばそういったことはあり得るんだと思いますけれども、まずはまだ7割という段階、逆に言うと3割のところについては望んでも要は加算を取れないような状況なんですね。現段階においては〇〇県さんからもご紹介がありましたように各地域の取り組みということになるんだと思いますが、まずはその部分を支援させていただき、これが普遍的になってきますと次の段階ということはあるんじゃないかというふうに思います。

【座長】

ありがとうございます。それから今〇〇先生のご質問、どうでしょうか。事務局、どうぞ。

【橘補佐】

確かに導入・維持コストのところは消防側から見たものだけが入っています。地方公共団体全体として消防プラス衛生主管部局という形でどれぐらいのコストがかかるのかというのは確かに大事な視点だと思いますので、次のより詳細なものにつなげていく段階でできる限り其他のご示唆も踏まえて調査に行ければと思います。

【座長】

そうですね。それから、2番目の例えば選定困難事案の中で酪酐者がどのぐらいいて、どのぐらいの困難を各大規模・中規模・小規模の消防本部は負っていたのかというようなところも、細かいところがわかると〇〇先生の質問にはとてもいいサジェスションになるのではないのかなと思います。

【橘補佐】

各消防本部の管轄ごとにどれぐらいのそういった選定困難類型の方々がいらっしゃるかというのは、極めてプライベート的な情報も含まれるので、どこまで明らかに各消防本部からしていただけるかという問題はありますけれども、できる限り分析できるようにしてはいきたいなという考えではおります。

【座長】

ありがとうございます。〇〇先生、そんなところでよろしいですか。それからリアル

タイムでないぞという〇〇先生の、そこはどういうふうに工夫という中で、先ほど事務局から救急隊員が終わって帰るときに端末をいじって帰るという話がちょっと出ていましたけれども、あれはどこの本部でどのようなことでやっているのでしょうか。

【橋補佐】

1つの例としては1回目の検討会でもご報告がありましたけれども、埼玉県さんで新たに26年度から導入した事例で、全県での1つの救急医療情報システムに随時情報として救急隊が搬送後に入力できるような形をとったということを知っています。

【座長】

そういうのを私は1つのアイデアではないのかなというふうに思いますので、〇〇先生、それもちょっと。

【〇〇委員】

実はそういうことをやっているところもあるんです。けれども、ただ病院というのは、例えば産婦人科の妊婦が救急車1台で来て一般の救急はとれて、三次もやっているというような病院があって、それだけではなかなか解決しないんですよね。だからやっぱり病院のリアルタイムの情報というのは、このベッドが受けられる、ここは使えないというようなのがやっぱり可視化できるようにしようと思えば、できるだけリアルタイムな情報が病院側からちゃんと出せると。出すためにはそこへ人をちゃんと置くというようなことを本格的にやらないと、いつまでたっても何かで工夫しろなんていうのはもう無理なんです、はっきり言って。

【座長】

なるほど。救急隊員が最後に入れて帰るなんてそんな姑息なことをするなど。それも1つのアイデアだろうと思います。それに関しては〇〇、よろしくお願ひしたいと。

【橋補佐】

〇〇からはまずICTの導入を普遍的な状態にしろというご示唆もありましたので、しっかりまずそこを頑張ると。

【〇〇委員】

普遍的な状況になるまで何もしないという話は多分ない。そういうふうな状況をつくるためにはどういうふうな流れを病院に関してつくってあげるのといいのかということをやっぴり考えていただかないと、こんなものは「普遍的になったら金をつけます」みたいなわけのわからないことを言っていると、誰のために仕事してるかという話になりま

すよね。これは厚労省が国民のために仕事をしているのであれば、病気の人たちが運ばれてくるその現場で僕たちが必死になって働いているんだということをもう知っておられると思うので、「もっと工夫しろ」と言ったって、茶筒をこうやってふってもすき間ができないぐらいにもう僕は働いているんです。ですから、この話の社会的な背景として、やはり医療機関そのものがパワーダウンしていることはもう間違いないのです。それは相対的に厳しい患者さんがふえている。つまり社会的、医学的な問題点をたくさん抱えているようなお年を召した方たちが増えているというようなことと多分かなり似ているでしょう。だからそういうふうな局面で、医療そのものの土台をどんなふうにしてつくっていくのかということを考えないと。だから、これは搬送に関するテーマなので、それからここには〇〇先生がいませんので、この手のことを言ってくれる人がなかなかいないんですけれど、今〇〇先生が言われたのは、そういうふうな極めて重要な部分を言っておられるんですよ。それを〇〇さんはおわかりになって言っていると思いますけれども、余りにも木で鼻をくくったみたいな話ですと暴動が起きますので。

【〇〇課長代理〇〇氏】

医師会の先生方が中心となっている一次・二次医療機関、救命救急センター、それぞれの悩みがそれぞれにあるんだと思います。同じようにこういう救急の搬送の受け入れということをして、患者さんの層とか重症度ということについてもかなりばらつきがあるんだと思います。私が今お答えしたのは、診療報酬という観点のみでお答えしたのであって、診療報酬でない別の形を何かしら考える必要はあるんだろうと当然ながら思っておりますので、ご理解いただければと思います。

【〇〇委員】

導入コストを低く抑えている事例というのが3つ挙がっていたと思うんですけれども、この3つの低く抑えていたのが、これが導入による効果を実感している消防本部なのかどうかというのがちょっと気になるところです。というのは、県の医療情報システムとかを上手に活用して、それを補完してさまざまな工夫をされているんだというのはわかるんですけれども、今あるシステムを使って上手に活用した結果、効果があらわれていると思っていらっしゃるのだったらほかのところも真似したらいいと思うんですけれども、そうではなくてこういうことをしたけれども効果があらわれていないと思ってるんだとしたら、これは余りいい事例とは言えないのではないかなと思って。というのは、効果があらわれたと言っている消防本部に関しても、1分としてあらわれているところ

はそんなになくて、0. 何分とかの世界ですごく頑張ってくださいているんだというのがこの短縮時間から読み取れるんですけども、1分にも満たないような時間の中で一生懸命やっているところですごく導入コストを抑えたりされているのはちょっと気の毒というところですけども、こういうことにはお金をかけていい話ではないかなと思うので、低く抑えたからいいということでもないかなという気が少しします。やっぱり効果が出ているというところを参考にしていくというところがいいことではないかなというふうに思います。以上です。

【座長】

全くそのとおりだと思いますが。どうぞ、事務局。

【橋補佐】

鋭いご指摘をありがとうございます。導入・維持コストを低く抑えている事例のところが必ずしもアンケート調査で定量的にどれだけ効果があったかというのは、まだ出ているものではなくて、必ずしもリンクしているわけでは残念ながらないわけでありまして。0. 何分の短縮というのも恐らく基本的に上昇トレンドの中で0. 何分でも抑えてくるというのはやっぱり大きなことかなと。そういう細かい積み上げが必要ではないかということもありますし、あとは大事なものに対していかにお金をかけられるというのは、まさに各団体においての財政状況に対するいろいろなメッセージにもなると思いますので、それはそういったところが導入できるようにこういった検討会でもしっかり後押しできる材料を提供していければと思っております。

【座長】

ありがとうございます。そのぐらいにさせていただかないと、既に30分以上ビハインドになっておりますので、ぜひともよろしくお願ひします。それから今日、〇〇先生のお話で、私は病院評価の指標というのはやはりそれなりの難しさがある。それは、全体がそれを評価して足りるところまで行っているのかどうか、全国がというところで、〇〇先生は相当苦慮しながら答弁していたのではないのかなというふうに思いますので、その辺のところもぜひ了解をいただければありがたいと思います。それでは次に移ります。「予防救急の推進」について、まず事務局から説明を願ひしましょう。

【橋補佐】

それでは引き続き私のほうからご説明をさせていただきます。3つ目の大きなテーマは「予防救急の推進」で、36～45ページまでになります。37ページをお願いいたします。

まずアンケート調査の概要であります。今回アンケートをとる際に、「予防救急」という言葉自体が非常に多岐にわたるといったこともありますので、アンケート調査の頭に回答者に頭を合わせていただくため、「ここでいう「予防救急」とは、救急搬送につながる事故等（転倒による怪我や熱中症など）に関して、予防する方策を住民に普及啓発することを指す」という形で記載をさせていただいた上で、38 ページの主な調査項目ということで、「予防救急」ということで概念をいろいろ触れているということで鍵括弧をつけておりますが、取り組みの実施の有無等々聞いていったところであります。39 ページをお願いいたします。「予防救急の取組状況」ということであります。まず右側のところで救急搬送につながる事故等予防する方策を住民に普及啓発する取り組みを推進すべきかということでは、80%を超える機関が推進すべきということでありましたが、一方で予防救急という呼称について左側のところでは 12~14% ぐらいの方々に「呼称に問題がある」、「住民に対し趣旨を理解してもらいやすい呼称を検討すべき」ということであります。このことから取り組み自体を推進することについては議論の余地はなく進めるべきだということだとは思いますが、予防救急という呼称について一定程度課題があるのではないかと。40 ページでは予防救急の定義ということで、全国の消防本部で 70% 以上取り組まれている中ではあるのですが、どういった形でやっているかということで、主に「救急事故を未然に予防するために、事故の事例を分析し、予防するための方策を市民に広く普及啓発すること」といった形でありました。一方で【参考】に生活習慣病予防の定義と、予防医学の定義を記載しています。下のところに「予防とは」「救急とは」ということで定義がありますが、「予防とは、想定される悪化に対して事前に備えておくこと」、事前の話になりますが、「救急とは、急病・けが・事故などの急場の難儀を救うこと」ということで事後の話となり、定義としてはベクトルが合っていないところがあったりもします。定義が明確に存在しないため、この点について検討会の成果としても 1 つ打ち出していきたいなということでもあります。41 ページは、今回どういう概念、どういう対象をもとにということで整理したものであります。予防救急の概念としては、「救急事故を未然に予防すること」、「救急事故を予防するための方法を普及啓発すること」。他方、消防機関が現状保有しているデータを活用して取り組みたい、また多機関との連携が必要と。救急事故を未然に予防するための取り組みというのは、全て押しなべて含まれるのではないかといたったものであります。対象としては事前の対策で防ぐことができると思われる事故として、転倒、転落、誤嚥、熱傷、溺水、熱中症など。あと病気

の症状を知ることによって早期通報につながり後遺症を軽減すると思われるものということで整理をしています。ただ、このときに気をつけなければならないのは、別途緊急度普及ワーキンググループ等もありますけれども、明らかに救急車を呼ばないようにするというような、救急要請を抑制することを目的とした取り組みではもちろんないわけでありまして、ここの誤解が生じないようにしなければいけないということも一方で考えておくべきテーマであります。42 ページは、取り組み状況として先ほどからもご説明しておりますとおり全国の約70%の消防本部538本部で何かしらの取り組みがあると。その中でもほとんどが熱中症について取り組んでいると。さらに小児・乳幼児や高齢者を対象とした家庭内の一般事故予防についても取り組まれているということでもあります。43 ページはどういった場で取り組みがなされているかということですが、左側のところから応急手当等の場所を活用して併せて周知・説明を行ったり、イベント等公開された場、また広報誌等への掲載という形で多くの消防本部の取り組みが見られました。その具体的事例を挙げたのが44 ページでありまして、1つ目のポツでは高齢化の進展している地域において、自治会の集まり等の場で、講習・講話という形で実施していたり、次のポツですが、学校教育の枠組みの中で行われる普通救命講習会の場を利用して併せて行っているといったことですか、次のポツでは救急統計を分析して事例と予防対策を掲載した冊子を作成して、備えつけておく地域も重点化して医療機関や市役所に冊子を置いてもらうといった取り組みを進めているといった事例が見られました。今後、今回定量的な効果を示すというところまで至っておりませんので、こういった奏功事例があるようなところにターゲットを絞って、今後の期間において突っ込んで分析していければと思っております。このことから45 ページが第1回の検討会における仮説に対する検討状況ということで、トータルとしてまだ道半ばというところもありまして、多くの消防機関が予防救急に取り組んでいることや、さまざまな機関と連携していることが一定程度明らかになりましたが、呼称のこともありますし、一方で定量的にはどんな効果があったんだろうといったようなこともありますので、さらに調査を行いながらさらにその効果を明らかにしていきたいというところでもあります。事務局からの説明は以上です。

【座長】

事務局、ありがとうございました。いかがでございましょうか。予防救急の推進というところでご説明を願いましたが、これはまず呼称についてのいろいろな意見もありま

すし、予防救急そのものの概念をどういうふうに考えるのかというところがあると思いますが、委員の先生方からの質問等を。どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】

予防救急の内容的なことは非常にいいと思うんですが、やはり予防救急の用語ということについてはピンとこないというところが少しあります。逆に内容的なところで欧米でよく言われているのが injury prevention and control というのがあります。これは例えばアメリカを例に挙げますと、トラウマセンターの横に必ず injury prevention and control というセンターがあって、主に外因性疾患の救急予防に努めている。データの集積をしたり対策を立てたりということをやっている。そういう意味においては恐らくその趣旨が中核的なことになるんだろうと思うんです。ただ、ちょっとそこに病気の予防というようなことになってくると予防医学というところに例えば消防機関がなぜコミットしていくのだという疑問が出てきますので、やはり内因性疾患の対策というような意味合いを出すことは適切でないような気がするので、ちょっとよく考えていただきたいと思います。例えば災害予防であるとか、救急という言葉にこだわってこういう言葉になるんでしょうけれども、本来はやっぱり不慮の事故であるとかそういうふうなことを prevention するという意味のほうが強いというような気がするので、ここはちょっと議論していただいたほうがいいのかという気がしました。

【座長】

今のところで事務局、何かお話はありますか。今のは、「予防救急」と言う場合には外傷あるいは外因性のところをメインにした方がいいというご意見です。

【寺谷専門官】

42 ページをごらんください。現状として予防救急に取り組んでいる消防本部は 70%ほどあります。その内訳は 42 ページの通りです。今、〇〇先生からご指摘いただいたのは上から 1 つ目、2 つ目にあるいわゆる不慮の事故に該当すると思われまます。しかし、消防としては関心が強く、かつ既に実績がある分野として、外因性は外因性でも環境要因である熱中症対策がありますして、夏期に集中すると大変になるため既に多数の本部で取り組んでいるという実績があります。それから脳卒中、心疾患のところは予防といってもいわゆる二次予防に当たるかもしれませんが、早期受診についても取り組まれています。応急手当の延長としてすでに取り組んでおり、消防としての強みがあるんだろうと思います。こうしたことを踏まえますと、消防の取り組みとして外因性のところにも強みは当

然あるんですけれども、それ以外の熱中症を除いて心疾患への強みもあり、しかも、既に取り組んでいるという現状を踏まえた上で、内因性疾患の領域を用語の中で切り出すのか、入れた用語をつくるのかと、そういう議論もしていただければと思います。

【〇〇委員】

消防で使っている「事故」というのは、救急搬送を分類するときの事故種別の中に急病というがあるので、救急搬送については急病も含めて事故と言っているということが、injuryにするのか、病気も含むかということの違いなのかなと思います。「生活習慣病予防」みたいな形で後ろに予防がつくほうが日本語としてはごく普通であり、41ページの予防救急の概念の一番上の「救急事故を未然に予防すること」というのを素直に言えば「救急事故予防」となります。救急事故には injury や交通事故だけではなくて、救急搬送につながる急病も含むという概念で説明をすれば「予防救急」という言葉よりインパクトは弱いかもしれませんが、理解はしやすいのではないかとに思います。

【座長】

例えば「熱中症予防」とか、あるいは「生活習慣病予防」というのは「予防」が後ろにつきますが、それと「予防熱中症」、「予防生活習慣病」、言いづらいますが、その辺はどういうふうにお考えですか。〇〇先生、いかがですか。

【〇〇委員】

「予防救急」という言葉は割合新しいんですけれども、〇〇先生もいつか使われていらっしやって。小規模ではありますけれどもうちに、栃木県のある方が「予防救急」という言葉で本も書かれて長官賞までもらっていると思うんですけれども、恐らくその頃から少しずつ内容は変わっているけれども、予防救急という概念を少しずつつくって来てあって、すごく努力されているというのもあります。その中には外傷だけではなくて、もちろん prevention の事故も多いんですけれども、ほかの疾患も入れた広い意味の消防として何が予防できて、こういう概念でやろうというかなり長い歴史もあるので、そういう方の本とかもありますので一度見ていただいて、概念、それから言葉のことも非常に彼は気にして「予防救急」がよくないと思いつこれにしかならなかったという歴史的なこともあるので、ちょっと見ていただければというふうには思いました。

【座長】

ありがとうございます。それも含めて事務局、いかがでしょうか。

【橋補佐】

〇〇先生からご指摘のありました先行研究をしっかりと調査するとともに、〇〇先生からもアメリカの injury prevention and control のご示唆もありましたとおり、諸外国でも accident prevention とかいろいろな事例があるかと思imasuので、今回は消防本部に限った調査なので、次回までにある程度、諸外国の先行取り組み事例も含めて整理してみたいなと思imasu。ありがとうございます。

【〇〇委員】

この言葉は非常に最初伺ったとき違和感のある言葉でした。ただ、これはもう業界用語としてしまったらいい。だったらわかるんです。つまりこれを一般にも広めようと思ったらとても無理だと思imasuが、業界用語として、逆に言えば救急を防ぐんだ、それこそ救急の出動回数を減らすんだというのが目的ぐらいに思って業界で使う言葉というふうにしてしまうんだしたら、あり得るんじゃないかというふうに伺っけて思imasuした。

【〇〇委員】

根幹の趣旨は似たところがあるんですが、私は業界の中で議論していればいいという問題ではないと思imasuので。MCもそうですよね、〇〇先生にお願いしてはいますが、日本語つくってくれっけて。要するに業界の中だけで議論してはいて、結局国民がわからなかったらどうにもならないわけです。ですから私はタックスペイヤーがわかるようなやさしい言葉にするべきだと思imasu。

【座長】

〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

業界用語はこれでよくて、外に向けてはそれこそ「熱中症予防」、「家庭内の事故予防」、「子どもの急病のときに」とかというふうには言えはいいんだと思imasuんです。それぞれは対象は皆別なので、まとめて何かをやると思ったら無理だと思imasuんです。ということで言えば、業界としてまとめて言うときはこれだけでも、国民に対してやるときには、自治会ではこういうやり方、学校ではこういうやり方と、やり方が違っけるのは当然だと思imasuう。

【座長】

ありがとうございます。全くそのとおりで思っけて今聞きましたは、事務局もそれでいいですね、そこのところは。ほかにいかがでしようか。

【橋補佐】

先ほどの〇〇先生からご指摘のありました「救急事故予防」で、最初「生活習慣病予防」にもじってそれでいいのかなと思ったところがありましたが、1つ懸念がありまして、救急事故というのは消防法に基づく搬送対象者というものをきちんと法令上は定義をしておるわけですが、ご承知のとおり本来運ばなくていい人まで含まれている救急事故の搬送を惹起してしまわないかなというところで、一般に救急事故って何なんだろうというのが、そこは事務局のこれまでの周知が不足している部分も反省すべきところもあるかと思うのですが、そこが一般に受け入れたときにすっとうまく入ってくるかなというところを1つ懸念をいたしました。

【座長】

〇〇先生からの、もう既に本も出している人もいるよという話も、私は実は本も読ませていただいておりますけれども。これぐらいにさせていただいて、次に移りたいと思います。ありがとうございます。それではその次は、ワーキンググループのお話でございますけれども、救急業務の推進にかかわる職員の教育のあり方であります。一つ一つお願いしたいと思います。まず救急救命士ワーキンググループからのお願いになります。

【上條補佐】

続きまして「救急業務に携わる職員の教育のあり方に関するWG」につきまして、事務局から各ワーキンググループの進捗を報告させていただきます。まず、救急救命士ワーキンググループから報告をいたします。資料 47、48 ページをごらんください。救急救命士ワーキンググループは指導救命士の養成に係るテキストを作成するものでございます。第1回のワーキンググループの会合ではテキスト作成上のルールを策定いたしまして、昨年度示された指導救命士養成カリキュラムの各項目につきまして執筆内容を検討して、ワーキンググループ委員の役割分担を決めさせていただきました。その後、ワーキンググループ委員の中の救急業務に精通した救急救命士により、ねらい、ポイント等を含めました骨子が作成され、それらに基づいて執筆作業を進めてきたところでございます。現在、初稿案が整いつつあり、今後追加の執筆と編集作業を経まして、日本救急医学会と日本臨床救急医学会からご推薦をいただいた黒田先生と溝端先生による監修を受ける計画でございます。事務局からの説明は以上でございます。それと今、初稿案の段階のものが私のまえにございまして、130 ページぐらいの書き込みができていう段階で

ございます。事務局からは以上でございます。

【座長】

ありがとうございます。それは委員の先生方にはまだ届いていないわけですね。まだですね。わかりました。ただいま事務局から説明がありましたけれども、このワーキンググループ長は〇〇先生でございます。〇〇先生から追加説明を願いたいと思います。

【〇〇委員】

このテキストにつきましては指導救命士が中心に執筆するというのを非常に重要に考えております。これを支える体制としまして編集体制として郡山先生、それから田邊先生はこの委員会の委員でございますが、それから財団と消防大学のほうに協力をいただきまして、上がってきた原稿についてはこれをきちんと目を通して遂行していただくという体制を整えております。さらに今ご説明がありましたけれども学術的なチェックとしまして、救急医学会と臨床救急医学会からそれぞれ監修の先生をご推薦いただきまして、一たん目を通したものをさらに学術的にチェックを受けるという、そうしたかなり重厚な体制を事務局のほうに整えていただいた上で現在、鋭意執筆活動が進んでいるという状況でございます。

【座長】

ありがとうございます。そこまでよろしゅうございますか。指導救命士のテキストというのはもう当然でございますけれども、全国のMCにかかわる先生方の理解がなければ、あるいはMCの先生方が活用して十分だという流れがないとなかなかテキストとして世に出せないのではないのかなというところが、ワーキンググループの先生方の一番重要なポイントだろうというふうに思います。そのために監修作業というのが非常に大事になってくるのではないかと私もワーキンググループ長、あるいはワーキンググループの皆様も思っているわけでありまして。こういうテキストブックは救命士の標準テキストもそうでございますけれども、テキストをつくるということ自体が非常に大変な作業であります。多分〇〇先生は寝ないで頑張ってきて迎えているのではないかなというふうに思います。医学的な観点からの監修作業の重要性というのは非常に時間がかかるものでございます。その辺のところも考慮させていただきまして、先ほど救急医学会からは黒田先生、そして臨床救急医学会からは溝端先生を推薦をいただいております。それは行岡代表理事、横田順一郎代表理事からの推薦であります。その推薦による2人の先生の監修をしっかりと見ていただきまして、当然第1回ときには年内にこの標準、

そして指導救命士のテキストはつくりたいという流れで進んでいたわけですが、それでも、これからの監修作業というのは相当時間もかかってくるのではないのかなど。そのために年度内に完成に至らないということもあるのではないのかなというふうにも思っているわけです。その中で委員の先生方からの、それでいいんだというご意見あるいは、いやいや年内につくれというご意見等々あるかと思いますが、委員の先生方からのご意見をいただければありがたいというふうに思いますが、いかがでございましょうか。〇〇先生、どうぞよろしくお願いいたしたいと思います。

【〇〇委員】

私は昨年度まで教育の関係の作業を担当させていただいた手前、ちょっと発言させていただきますと、この指導救命士については24年、25年に議論を重ねて、昨年度の報告書の中にまとめさせていただいたわけですが、その次にやはり具体的に指導救命士はどうあるべきだということでテキストを成果物として出しましょうということが今年度の1つの課題になったと思います。テキストをつくる時は、多くの意見がありますのでまとめるのが大変なんですけれども、でき上がってしまうとそれが基準になってしまいます。したがって、いったん出来上がるとテキストに書いてあるからこんなことはしないとかするとかという議論になります。そういう意味においてはテキストとして初稿を出す限りはしっかりもんでいただきたいというのがありますので、拙速に年度内に絶対にやらないといけないというものでもないのではないかなど。恐らく議論をもう少ししっかり重ねていただきたいのが1点。ただ、そうは言いましても指導救命士については非常に注目を浴びて、それぞれの機関において今養成をしているところでもありますので、骨子だけでも今年度、概要版という言葉が適切かどうかわかりませんが、細かなところ、議論のコントラバーシャルなところはさておいても、ここはおおむねコンセンサスが得られているという部分は概要版として形をお出しになるのはいかがかなというふうに思います。以上です。

【座長】

ありがとうございます。今、〇〇先生からご意見をいただきました。作業の進捗状況によりましては、やはり年内完成には至らないということがあるかもしれません。その辺のところは今〇〇先生からのお話のとおりテキストを出すということは非常に大変なことでありまして、その辺を考慮すると年内に成果物としては概要版を出して、そしてまたしっかり監修をいただき、そして世に出して恥ずかしくないものを出していきたい

というふうに思うわけであります。ぜひご理解をいただきまして、今年度末の成果物をどうするかという点につきましては、ワーキンググループ長の〇〇先生にお任せするというのをこの親委員会でご了承いただければありがたいというふうに思いますが、いかがでございましょうか。ありがとうございます。それでは皆さん、こっくりされているので、ぜひ〇〇先生の判断にお任せすると。そして引き続きよろしく頼むということで、ここは閉めさせていただきたいというふうに思います。ありがとうございました。それでは、その次のワーキンググループです。救急隊員ワーキンググループは〇〇先生のところですが、まず事務局から説明を願いたいと思います。

【上條補佐】

次に救急隊員ワーキンググループの報告をいたします。資料の 50 ページをごらんください。救急隊員ワーキンググループは、救急隊員の教育用視聴覚教材としてDVDを作成するものでございます。第1回のワーキンググループの会合では作成項目の選定とその概要や、ポイントの検討をさせていただき、その後、ワーキンググループ委員に動画シナリオの作成作業をお願いいたしました。作成項目の詳細は、資料 51、52 ページをごらんください。第2回ワーキンググループの会合におきまして各項目のシナリオを検討し、また決定をし、12月18、19日の2日間で救急救命東京研修所におきまして動画を撮影してまいります。その後、編集作業を経まして、ワーキンググループの会合で動画の確認、調整作業等をし、第3回の親会の席上で完成した動画の一部をご確認いただく計画でございます。事務局からの説明は以上でございます。

【座長】

ありがとうございます。51、52 ページをお開きいただきながら、このワーキンググループの座長は〇〇先生でございます。〇〇先生から補足説明を願いたいと思います。

【〇〇委員】

〇〇でございます。ことしはこのDVDをつくるというのに大分気合いが入っております。シナリオづくりに大分時間がかかって、今準備がされているところです。内容といたしましてはとにかく救命士の介助を要するものとか、頻回には遭遇しないけれどもとても重要だというもの、それから処置範囲拡大に対応するもの、それから研修が各消防で独自にやるのはちょっと難しいかなというような内容を用意しております。中でも例えば接遇というものに関しましては、どういうふうに表現したらいいのかというのでよその取り組みをいろいろ調べたりしてもらいながら進めてまいりました。一応大体

シナリオが整いましたので、来週の木曜、金曜の2日間、動画を撮影する予定でございます。全国の救急隊の中から動画にたえられる最高に格好いい方々に来ていただくようにしておりますので、もし委員の先生方で当日お時間がありましたら、ぜひお越しいただければ、患者さん役ぐらいはやっていただけるかもしれませんので。今年度中にぜひいいものを、役に立つ、そしていつまでも記録に残っても恥ずかしくない、消防庁として出しても困らないようなものを、しっかりしたものをつくろうと考えております。以上でございます。

【座長】

ありがとうございます。〇〇先生からも、委員の先生方、お時間があれば動画の患者役ぐらいはお願いしたいと言っておりますので。何かご意見がありましたら、いかがでしょうか。ご質問でも結構ですが。どういう項目かというのは51ページに書いてあるとおりでございます。接遇のところも大事だというのは全くそのとおりだと思いますが。4つのシナリオは10分ぐらいずつだということではありますが。よろしゅうございますか。それでは〇〇先生、ぜひよろしくお願ひしたいというふうに思います。それでは、続きまして通信指令員ワーキンググループについての説明をお願いしたいと思います。

【上條補佐】

続きまして通信指令員ワーキンググループの報告をいたします。資料の55、56ページをごらんください。通信指令員ワーキンググループは、昨年度作成いたしました「通信指令員の救急に係る教育テキスト」を用いて、モデル消防本部で実際の教育を展開して、その教育効果の検証をするとともに教育モデルの提示をするものでございます。第1回のワーキンググループの会合では、教育目標、教育内容について検討し、モデル消防本部において10月から作業を開始していただきました。まず、教育の前後での通信指令員の行動変容を評価するために、教育前の1カ月間で口頭指導実施状況の調査をいたしました。その後、教育効果の評価といたしまして教育の前後で知識の確認を目的とした教育前のプレテスト50問を経まして、45日間の教育に入っており、現在モデル消防本部において教育が進められているところでございます。45日間の教育後はポストテスト100問により知識の確認をし、その後再度1カ月間の口頭指導実施状況調査をし、知識や理解度、行動変容についてモデル教育全体を評価してまいります。さらに受講者やモデル消防本部に対しアンケートを実施し、受講者の満足度や教育の実施による業務への影響度等を調査・検証してまいります。最終的に全国の消防本部で活用ができる教育モデルの提示

をしていく計画で作業を進めてまいります。事務局からの説明は以上でございます。

【座長】

ありがとうございます。それでは補足説明は〇〇先生からお願いしましょう。

【〇〇委員】

モデル消防本部につきましては中小いろいろ織り交ぜ、それから対象者も救急隊経験者と未経験者とを織り交ぜて、教育前後で口頭指導の内容に変化が出るかどうかということの評価できるよう事前調査をした上で教育を行っております。教育は 15.5 時間でシミュレーションを重視しておりまして、シミュレーションに関しては先行事例である北九州市等のものを参考にして実施しているという状況です。教育が終わった後に実際の口頭指導の内容を評価した上で変化が出るかどうかということを検討しています。加えて教育者から見て指令員が変化した実感があったかどうかということも評価する予定でいます。

【座長】

ありがとうございました。いかがでございましょうか。ご質問、ご意見は。これは全体では 45 日ということですが、その中で 15.5 時間の講義。あとは何がメインになるのでしょうか。

【〇〇委員】

通常の業務をしながらなので、消防本部によって非番の日の日勤帯を 2 日間使ってやるところもございまして、細切れにして当直勤務のたびに割り込んで少しずつやるということもあります。トータル 45 日間の間に 15.5 時間の教育をこなしていただくということです。

【座長】

そうすると 45 日間の教育という 55 ページのところに書いてある、これではないわけですか。

【〇〇委員】

15.5 時間です。

【座長】

では、ここはちょっとオーバーなことが書いてある。

【上條補佐】

おっしゃるとおりで 45 日間毎日教育をするようなイメージとなりますので、この中

身は、〇〇先生のおっしゃったように 15.5 時間の教育でございます。ここは表記を訂正させていただきます。失礼いたしました。

【座長】

少し考えましょう。

【〇〇委員】

45 日の間に教育、だよね。

【上條委員】

おっしゃるとおりです。失礼いたしました。

【座長】

ご意見、よろしゅうございますか。それでは〇〇先生、よろしくお願ひしたいと思ひます。続きまして緊急度判定のワーキンググループでございます。事務局からどうぞ説明をお願いしましょう。

【寺谷専門官】

57 ページからです。資料は 58 ページからになりますので、資料に沿って説明してまいります。緊急度に関しましては昨年度、平成 25 年度には緊急度判定体系に関する検討会にて 4 つのプロトコル、家庭で使うもの、救急受診ガイド 2014、電話相談、119 番で使うもの、救急搬送で使うもの、それぞれプロトコルバージョン 1 というのをつくっていたのだというところでした。その中で緊急度判定という考え方自体が社会に浸透しているとは言いがたいというような意見もあり、それを踏まえて今年度の検討項目としてこのような検討項目を第 1 回検討会で定めていただきました。その上で、本年度は〇〇委員のもとワーキンググループをつくって検討しています。今年度の検討の具体的な内容については「救急車を呼ぶべきか迷う一般市民の判断をサポートし、不安を解消するとともに、救急受診に対する意識を高め、もって緊急度判定の理念や重要性についての理解を深め、それを社会全体で共有するための方策について検討する」というものでございます。1 回目の検討会ではこの救急受診ガイドと電話相談、プロトコルをどのように生かしていくかということについて議論いただきました。救急受診ガイドについては奏功事例を調査していく、それを周りに敷衍して活用していくための改善点を見出していくんだというのが救急受診ガイドの進め方でした。電話相談に関しましては、既にやっているところに関しては周知方法を検討していく。やっていないところに関しては全国展開をするにはどうしたらいいかというのを検討していきましようというのが 1 回目でご議論いた

だいたところす。このような方向性を踏まえまして、下に目を移してください。第1回目のワーキンググループを8月22日に実施しております。電話相談事業に関しましては昨年度、電話相談に関するアンケートを実施していたので、そのアンケート調査結果を踏まえて議論しました。しかし、アンケート調査結果をよく見てみると、緊急度の概念を含んだ電話相談にターゲットが当たっていないアンケート調査でしたので、改めてもう一度アンケート調査をするという方向性にしました。救急受診ガイドについては、年度末につくったものを消防本部にそれぞれ電子媒体、紙媒体で配っておりますので、フォローアップとしてアンケートしていく。その中で見出されたところにヒアリングをしていくことにしました。さらに、電話相談事業、それから救急受診ガイドといった資料を使った普及啓発をするために、一歩大きな目線からの検討をすることにしました。具体的には、緊急度というのはそもそも住民目線でのどのように見せていくか、どのように提示していくべきかということ、それを地域社会にどのように位置づけたらいいかということです。それから普及するときも一方的に資料を配るというわけではなくて、どのような場を使って普及したらいいかということについて検討していこうというのが第1回ワーキンググループで方向性を決めまして、これに基づいて有識者の方々にヒアリング調査を実施したというところでございます。これらの方向性を8月22日のワーキンググループで決めました。1枚おめくりください。このような方向性を受けまして事務局のほうでヒアリング調査、アンケート調査をしまして、その結果に基づいて12月2日、ちょうど1週間前にワーキンググループを開催しまして議論をいただいています。先ほど示した3つのフレームについてそれぞれさらなる深掘りをした方向性をいただいたので、それをそれぞれのボックスの中に示しております。電話相談事業につきましては、今後これをどんどんやっていないところに広げていくためには、行政単位が異なるものが多く、衛生主管部局であったり消防防災主管部局、消防本部であったりしますから、ハブとなる位置である消防防災主管部局が先進事例の奏功事例を参考に衛生主管部局に立ち上げを働きかけていったらいいのではないかという意見をいただきました。また、奏功事例集の原案をこのワーキンググループで示しましたので、この奏功事例集というのを完成させていくという作業をしたいと思います。そこには費用対効果など、より行政者、それから医療者にとってこれはやったらいいなと思えるようなものを入れていくという感じですか。既に取り組んでいる地域の普及啓発や周知に関しましては、住民サービスといった直接対人サービスで用いる普及の方向と、広報誌、ホームページといったマスに働き

かける手法をそれぞれ組み合わせてやるのが有効であろうということです。そして事業を実施するためには技術論として緊急度判定と病院相談と、切り離し得るものでありますが、他方これは関係し合うものであります。このようなことを考えると既に立ち上がっているところを敷衍してみると、一定規模のスケール、市町村だけでやるのはなかなか厳しかろうというご意見をいただいたところがございます。右側に目を移してください。救急受診ガイドの普及についてです。救急受診ガイドの普及についても、これもアンケート調査とヒアリングを個別の委員や地域にしたところ、まず普及啓発資材、「救急受診ガイド2014」でもいいんですけども、さらに対象や場に最適化されたものを開発して普及していくべきであるということ。それから本年度すぐにやれることとして「救急受診ガイド2014」は消防本部に配りましたので、そこにさらに補助資料としてリーフレットを作成して全国の消防本部に配布する。応急手当の講習の中に、先ほど「予防救急」でも議論が出ました、応急手当講習の中にそもそも病気やけがをしない「予防救急」もありますが、実際に少し具合が悪くなったときにどうするかというときに緊急度にかかわる受診ガイドといったものを組み込んでいくことが有効であろうと。それから国レベルでウェブにこのような資材が載っていることによって全国で普及啓発活動をするときにそこにリンクすることができるということですから、ウェブに展開することは有効であろうというような意見をいただいています。3つ目、下に目を移してください。電話相談や救急受診ガイドの普及のためにもそもそもこの緊急度というのをどのように提示していくかということについて議論いただきました。大きく3つ方向性をいただいています。1つとしましては住民に対しては「(赤を見逃さず)あなたや大切な方を救うため」というメッセージを前面に出すということです。これは石井先生がよく指摘されている、救急車を呼ぶなということではなくて住民に対してはとにかくあなたを助けるためですというメッセージを最前面に出すのが重要であると。さらに医療者と共通言語としてのツール、コミュニケーションの道具としての位置づけによって概念を普及したらよからうということです。具体的にはこれはリーフレットをつくって配布したいと思います。2つ目としては住民に直接普及するだけではなくて取り巻く方々、保健サービスや医療サービス、消防も含めてそのようなサービスを提供する方々にも普及啓発が重要である。その際には平成26年6月の医療法改正の動向を踏まえつつ、立場に合わせて医療資源を賢く活用していくというメッセージをここに含めていくことは有効ではないかと。また、この取り組みを進めるためにも、そもそもとして消防や医療にかかわる行政機関、行政

の職員が緊急度判定の普及の重要性、効用を理解することが重要であるということの方向性をいただいているところでございます。本日、意見をいただきましたら、その意見を踏まえまして第3回目のワーキンググループへつなげていきたいと思っています。第3回のワーキンググループは平成27年2月に予定してまして、電話相談に関する奏功事例集をブラッシュアップし提示したり、救急受診ガイドの補助資料としてリーフレット（案）を提示したり、それから救急受診ガイドの効果的な普及の場や方法として委員に入っただいている市民団体の方々などにヒアリングをして、このあたりの提示をしていきたいと考えているところでございます。以上で説明を終わります。

【座長】

事務局、ありがとうございました。この緊急度判定ワーキンググループ長は〇〇委員であります。〇〇委員から、まずお話をいただきましょう。

【〇〇委員】

検討の方向性ですとか、これまでの取り組みというのはただいまの事務局の報告のとおりですけれども、2回のこのワーキンググループを経て、いろいろなアンケートですとかヒアリングを行いました。やはり緊急度という言葉が一般市民にはなかなか受け入れがたいだろうということで、緊急度ということを単独に普及しようとする、その概念が間違っただけで伝わってしまったら困るなというふうに思っています。本来の目的は急ぐべきものは急ぎ、待つべきものは待つという概念なわけで、結局待つべきものは待つばかりのほうばかり普及してしまったら救急サービスの低下になるだろうというふうに思っています。そういった中で今後進めていく中では、電話相談ですとか受診ガイドといったようなものを普及していくことによって当然概念としての緊急度というのが浸透していくのかなというふうに思っています。また、電話相談や受診ガイドの実施主体ですけれども、東京の場合には東京都でやっていますけれども、これは例えば受診ガイドをウェブ公開した場合に、そもそも疾病に対する緊急度というのはどこにだって同じだろうという意見があります。ですから、いずれにしても受診ガイドの実施主体ももう少し広域的でもいいし、そういうことをやっぱり検討できないかと。また、医療機関の案内につなげていく場合に、その中で例えばそれぞれの救急医療情報センターにリンクするとかそういうことによって、よりきめ細かなサービスも提供できるかなというふうに思っています。そんなようなことで概念の浸透とそのための普及啓発方法をやはり工夫してやっていかなければいけないなというふうに思っています。またいろいろなご意

見を賜りながら報告のほうをまとめていきたいと思います。以上です。

【山本座長】

〇〇委員、ありがとうございました。いかがでございましょうか。緊急度普及、特に電話相談についての普及啓発であります。ご意見、ご質問、ありましたらどうぞ。私から1つだけ。この緊急度で全てここは進んでおりますけれども、例えば51ページの動画教材のところは「緊急度・重症度」と、こちらには「重症度」が入っておりますけれども、この電話相談、現場ではもちろん重症度というのはなかなか難しいから緊急度だけになっているのかもしれませんが、観察のほうは「緊急度・重症度」、この辺のところの流れはいかがなものでございましょうか。事務局、どうですか。あるいは〇〇委員、どうでしょうか。

【寺谷専門官】

我々緊急度普及ワーキンググループのほうで議論しているものというのは、特に一般人に対するものですので、重症度までは少し、本当は緊急度と重症度は当然違う言葉ではありますが、最終的には要は病院に行くほうがいいのか、行かなくても済むのか、無理していなくてもいいのかというようなことが判断できるようなサービスを電話相談でしましょう、それから受診ガイドを読んだ方が自分でやれるような範囲で判断できるようにしましょうということですので、余り実はここは言葉にはこだわっていないところがあります。病院に行くか行かないかという意味において緊急度ということにしました。

【座長】

一般の皆さんからの考えだと、緊急度というよりもこの病気は重いのか軽いのかというのも1つの病院に行く、行かないのポイントになるのではないのかなというその視点なんですね。だから緊急度・重症度と両方使っていても多少流れとしてはあるのではないのかなというところですので、その辺のところもちょっと、51ページとの齟齬をどうしたらいいのかというのを少し考えていただきたいです。いかがでしょうか。

【〇〇委員】

59ページの③の2つ目のチェックのところに、「住民に直接普及するのみならず」といって、「プロバイダーの立ち位置」と、これは多分医療者サイドですね。この「平成26年6月の医療法改正の動向を踏まえつつ」というんですけれども、動向を踏まえても踏ま

えなくても、それぞれのプロバイダーの「立場に合わせて「医療資源を賢く活用する」」
というのは、そのとおりですよ。医療法改正の動向を踏まえるというのは、どういう
文脈でこれを理解しなくてはいけないんですか。

【寺谷専門官】

すみません、説明が足りていなかったところかと思います。医療法が改正されて、そ
こに国民の努力義務というのが入っています。そこにざくっと言ってしまうと「医療資源
を賢く使いましょう」というのが初めて明文化されており、厚生労働省で一定の取り組み
はなされると思うので、そういう大きな流れの中で一緒にやっていけたらなど。これは
心理としては賢く活用するのは当たり前なだけけれども、それをより打ち出していくい
いチャンスだということで、このように書かせていただきました。

【座長】

なるほど。どうぞ。

【〇〇委員】

わかりました。国民に努力義務というふうなことが入っているということでよりよく
わかりました。そうすると、確かに賢く活用するというメッセージというんですけれど
も、もう少し踏み込んで医療資源を賢く活用することが正しいというメッセージですよ
ね。社会正義であるという。

【寺谷専門官】

概念としてはそのとおりなので、あとは結局言う相手によりけりなんだろうと思っ
ていて、医療関係者なんかはそのように伝えることによって理解していただけると思っ
たのですが、福祉関係者に全く同じことを言っても伝わらないかと。つまり、同じことを伝え
たいとしても、も言い方は変わってくるだろうということでやはり調整する必要があるだ
ろうと考えています。住民に関しては、とにかくあなたを助けるためというのを最前
面に出して、あとは立場ごとにどこまでニュアンスを強めるか弱めるかということです。

【〇〇委員】

強めるか弱めるかというところを 100%理解した上で、それでもやっぱり社会正義が正
しいと。それはもうバックボーンとしてそうだという認識でいいんですよ。

【寺谷専門官】

そうです。それは我々が今まで議言い続けてきたことだと認識しています。

【〇〇委員】

わかりました。

【山本座長】

ありがとうございます。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

毎回こういうことで議論するときにお話しさせてもらうんですけども、緊急度を評価する、そしてその結果どうなるんだというときに、急ぐべき人は急ぐということで私たちは前面に国民に対してアピールしていきましようというのは先ほど文章がありました。しかし、待ってもいい人は待ってくださいねと言うときに、恐らく国民目線で見るときに、ではどうすればいいのといういわゆるセーフティーネット的なものが整備されていないということがありますので、やっぱりどこか欠けている部分が制度としてあるんですね。ちょっとそれと絡めて最初のころに出てきました「医療と介護の連携」というような大枠で見たときに、例えば地域包括の介護の方たち、あるいはケアマネージャーの方たちと現場でお話をしているときに、「やっぱり最後に困ったら救急車だよ」という言葉が出てきます、介護に当たっている人たちに会ったときに。私たちの目線から見れば、「いや、そんなに急がなくてもいいからほかの方向性もあるでしょう」と私たち医師の目から見たら介入してあげたいんだけど、そこしか方向性がないので、先ほども言いましたように緊急度が低いということを普及させるということができたとしても、低いときにはではどうすればいいのというところがやっぱりないといけません。緊急度の概念が住民側、介護側、かかりつけ側に受け入れられても、やっぱりここは救急車を呼ぶしかないよねという選択肢しかないというのが問題なのかなと絶えず思います。だからやっぱり消防庁だけではなくてもう少し、これも厚生労働省と関係してきますけれども、いわゆるかかりつけ、あるいは介護といったところでの急がないときの方法、どうするんだというのを先に前面に出さないと、この概念は普及しないのではないのかなという気がします。

【座長】

全く今のご意見というのは重要なポイントだと思いますので、ぜひ報告書の中に入れるようにいたしましょう。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

資料の 21、22 ページに、先ほど事務局から地域包括ケアシステムにおける救急業務の担うべき立ち姿みたいな資料がございますけれども、実は東京都の事例をご紹介させて

いただきますと、結局この医療法の改正によって在宅の患者さんがどんどん地域に出ていって、そこを地域包括ケアで支えるという中で今、〇〇先生がおっしゃったように最後は消防救急を呼ばれてしまったら、これから先こういう人たちがうんとふえてくると非常に厳しいだろうという認識がございます。そこで東京都は平成 25 年から地域医療の再生基金というのを使って地域の中で有効な患者搬送を民間の事業者ですとか、病院の救急車を有効に活用して、そこでシステムをつくって地域の中で収めようと。こういうものをスタートしています。今年度既に都内で3地域で動いておりまして、それぞれの病院の救急車を活用して、地域のかかりつけのお医者さんと地域の中で核となる病院の連携によって、核となる病院が患者さんの症状悪化のときに迎えにいくと。それも当然非常に重症で、地域以外に出るような事案については当然我々消防救急がやるわけですが、ある程度状態が安定しているとか、重症度が高くても緊急性が低いというものについてはそういうものを使っていこうということで今、動いているところでございます。

【座長】

なるほど。非常にいいご意見をいただきましてありがとうございます。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

そういう意味では今お示しになった 22 ページのこの図なんですけど、慢性期・要介護の高齢者が状態が悪くなったときに救急車の緊急搬送のこの仕組みを、どういう意味でこの先使うのかということもあるんですけども、これは一番の理由よりも、慢性期・要介護の高齢者の場合はまず、例えば主治医の訪問とか、もうちょっと違う図を先につくっておいて、それで救急車というのは最後の手段というかほとんどなくてもいいぐらいのものなのではないかと思うんですね、現実の中では。この図をちょっと工夫したほうがいいのではないかというふうに思いました。

【座長】

なるほど。ここは消防庁の会議なので、消防を大きく書いたのではないのかなと。何かその辺のところをお考えいただきたいと思います。

【橘補佐】

大変貴重なご示唆をどうもありがとうございます。今回1つの例としてまず、とっかかりとして地域包括ケアのシステムの中に消防をちょっと含めて書いてみましたけれど

も、まさにおっしゃるとおりで特に慢性期の場合にどういったところで出てくるか。まさにターミナルの状態であればまたDNARの議論とか、いろいろなものもあるでしょうし、どこまで社会の認知が進んでいる中で消防を入れてくるかというのはあるんですけども、おっしゃられたとおり、また、より場合分けをしてみたいと思います。ありがとうございます。

【座長】

よろしくお願ひしたいと思ひます。そろそろ時間も迫ってきております。もう1つ重要な議題があります。6番でございますが、2020年オリンピック・パラリンピック東京大会に向けた課題の整理について事務局から説明を願ひましょう。

【橋補佐】

それではまた私のほうから60～63ページまでのところをご説明させていただきます。もちろんご承知のとおり2020年東京オリンピック・パラリンピックは東京、あるいは予選を埼玉や宮城といった各地で開かれますが、押しなべて前段階としていろいろなキャンプとかもありますので、一応今回のアンケートとしては全国の都道府県、そして消防本部に対してアンケートを実施し、現状として救急業務に関する課題というものを挙げていただきました。そういたしましたところ、大きく4つの観点でまとめられるようなものが上がってまいりました。外国語のコミュニケーションの関係、熱中症対策、多数傷病者が発生した場合、感染症。一方でそういった課題に対して各地方公共団体から消防庁に対して期待される役割として、コミュニケーションツールの作成といったものやICT導入に対する財政支援、コミュニケーションツールにも関係しますが、既存でもあります熱中症予防啓発の外国語版の作成、また厚労省さんと連携した受け入れ体制強化といったものが挙げられました。その中で62、63ページで大きく4つの項目について現段階での対応ということで整理したものがこちらでございまして、増加が予想される外国人来訪者への対応としては、外国人の方がいざというときにも安心して救急医療サービスを受けられる環境を整備するという中で外国語教育、コミュニケーションシート・ボードの普及や、救急車内のICTの活用と。また、熱中症対策という中では日本の気候に慣れておられない外国人の方が増えますし、夏期の屋外での大規模イベントということでもありますので、外国人来訪者や開催地周辺を中心とした一般市民に対する予防啓発の強化ということで、現在のツイッター・リーフレットでの外国語版をつくらどうかということでもあります。また63ページに多数傷病者が発生したときに備えた体

制整備ということで、現在のところオリンピック準備委員会等の大会についての具体的な計画がまだ固まっていないところでもありますので、それ以上のことはなかなかできないわけではありますが、そういった中でも救急需要の増加が大会期間中に見込まれるので、テロや熱中症対策による発生に対して開催地以外の消防本部からの応援の要否を含めた救急体制の検討を進めていく必要があるだろうと。最後は感染症対策の強化ということで、昨今エボラ出血熱の対策もありますけれども、海外との人の交流の活発化に伴って新たな感染症の発生リスクが高まってくるので、そういった面に対してもきちんと対応していく必要があるということと言及をさせていただきました。以上です。

【座長】

ありがとうございます。いかがでございましょうか。オリンピック・パラリンピック東京大会のこれからの取り組み、課題整理というところがございますが、どうぞ。

【〇〇委員】

そういう意味では外国語の対応というのは非常に重要だろうと思うんですけども、これは日常でもそうなんですけれども、かねがね思っていますのは、隊員個別にやはり多国籍の言語を覚えろなんていうのは現実不可能に近いので、例えばよく外国のタクシー等がやっているように何人であっても電話機をとってセンターと話をすれば日本人なり韓国語ができる方がいるというようなサービスがありますよね。通信指令等いわゆるセンター化したところに比較的多言語対応の人を配置する、そしてサービスを供するというような工夫をすると結構使える。そういう意味においては広域消防でそういうことを日ごろから確保しておいていただければ、救急の日常の業務においても結構役に立つんだろうというふうに思いますので、その辺をちょっとご検討いただきたいというふうに思います。

【座長】

それは東京だけかどうか知りませんが、タクシーのところにウェルカムボードというのがついておりますよね。あれはチェックすると英語で出てくるような形なので、あんなところもちょっと参考にしたらいかがでしょうね。どこに行ったら出るのかわかりませんが、タクシー会社に行けばあるんじゃないかと思います。ほかにいかがでございましょうか。ありがとうございます。それでは時間もそろそろ迫っております。全体を通してのお話をいただきたいと思いますが、今日まだお話を伺っていない〇〇委員がおりますが、〇〇委員、何か全体を通じていかがでしょうか。お話をいただければと思

いますが。

【〇〇委員】

少し話が戻ってしまってもよろしいでしょうか。きょうの一番目のテーマの神奈川県内の小規模・中規模・大規模にそれぞれ分けて時間を出したグラフなんですが、死亡事案が収容までの時間が非常に短い理由というのを教えていただけますでしょうか。

【寺谷専門官】

横浜の大規模のところで少ないということでしょうか。

【〇〇委員】

これは小規模も中規模も、例えば重症に比べると死亡は時間が少ないと思うのですが。

【寺谷専門官】

心肺停止の場合の実施基準が、ルール運用上も非常に有効であるところと、場合によってはそうではないというのもあると思うんですけども、大規模消防、横浜においてそれは有効に効いているというのが1つの仮説になるのではないかと思います。

【〇〇委員】

ありがとうございます。というのは、この死亡とか重症というのは転帰として後から決まるものと、現地についてそこでわかるというもの、ですからレトロスペクティブにしか働かないものとプロスペクティブにも働くものと2つあって、どちらの側面が強いのだろうかというふうに思ったものですからお尋ねいたしました。恐らくそれは重症の場合でも中等度の場合でも軽症の場合でもあると思います。

【座長】

ありがとうございます。よろしゅうございますか。それから今日まだお話をされていない〇〇先生、何か全体を通してご意見があれば。

【〇〇委員代理〇〇氏】

いや、特にございません。

【山本座長】

よろしゅうございますか。それでは〇〇委員、いかがでしょうか。

【〇〇委員】

それでは手短かに2点だけ。先ほど各委員の先生方から話がありましたけれども、救急車の数の件についてですけれども、やはり大都市、例えばこちらに東京消防庁さん、大阪消防庁さんがおりますけれども、例えば年間の1隊当たりの平均、4,000件行っている隊

もあります。ですから、そういう面で大都市は救急車の数はかなり厳しいのが実情だと思います。ですから先ほどの分析をいただく中ではその辺も考慮いただいたほうがよろしいかなというのがあります。それからもう1つはICTのほうですけど、消防機関のほうからもやはりリアルタイムの入力情報というのは非常にいいことだとか、できればいいなというふうに思っていますので、〇〇先生のほうからもありましたけれども、インセンティブのほうをできれば何とかお願いしたいなと思います。それでアンケート結果ですが、定量的な効果ということなのでいたしかたないのかもしれませんが、効果があるのは3割でしたか。効果があらわれていないのが7割ということで、かなりちょっと厳しい。結果なのであれなんですけど、例えばこれも収容時間短縮とか照会回数の減少ということではそうなのかもしれませんが、例えば札幌でもそういう情報を出せば、あるいは心電図の情報を細かく出せば病院もカテーテルの準備はできるとか、あるいは映像だとかを送ることによって医療機関との共有情報が図れるとか非常にほかのメリットもあるような気がするんですよね。ですから、この辺もやっぱり例えば医療圏の数とか、大都市あるいは中小都市とは違いがあるかもしれませんので、できればその辺も少し分けて効果を出していただければありがたいなと思います。以上です。

【座長】

ありがとうございます。最後です。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

私も手短かに申し上げます。感じましたのは、予防救急の言葉の概念ということで、多数のご意見があったわけですけども、消防本部で実際に市民の皆さんとお話する立場としましては、できるだけわかりやすい言葉を用いさせてもらうのが一番よいと考えております。ただ、内容につきましては精一杯できる限りお伝えするつもりでございますし、また、〇〇先生の示唆も非常に個人的にはいいと思っております。ですから、過去の話は過去として総括するなりしていただいて、現場が動きやすい環境をおつくりいただければと願っております。よろしく申し上げます。

【座長】

ありがとうございました。これで全ての委員の先生方からお話をいただきました。全体を通じたお話も非常に重要なところがたくさんあったと思います。少し時間が過ぎてしまっておりますけれども、これにて全てのお話を終了させていただきたいと思います。議事の活発化、本当にありがとうございました。それではその先の進行につきましては事

務局からお願いしたいと思います。

【橋補佐】

活発なご議論をいただきましてどうもありがとうございました。事務局から横長の資料の最後のページに今後のスケジュールというふうにつけさせていただいておりますが、次回の親会については2月末から3月の頭ぐらいにかけて、その間何回かのワーキンググループを経て3回目の親会につなげていきたいということでもあります。以上で本日の日程、全て終わりました。これで第2回の親会について終わらせていただきたいと思います。本日はどうもありがとうございました。

【座長】

ありがとうございました。

——完——