

平成26年度
救急業務のあり方に関する検討会（第3回）
議事録

1 日 時 平成27年 2月19日（木） 10時00分から12時07分

2 場 所 総務省10階 第1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、石井委員、大島委員、
加藤委員、城戸委員、坂本委員、迫田委員、佐藤委員、島崎委員、
鈴川委員、田邊委員、松川委員、横田（順）委員、
増野氏（横田（裕）委員代理）、渡辺委員

オブザーバー : 西嶋室長（北波厚生労働省医政局地域医療計画課長代理）

4 会議経過

1. 開会

【橘補佐】

おはようございます。まだおそろいではありませんけれども、定刻になりましたので、
救急業務のあり方に関する検討会の第3回目を開催させていただきます。

2. あいさつ

【橘補佐】

本日は大変お忙しい中、ご出席をいただきましてありがとうございます。

本日の司会は、私、救急企画室課長補佐の橘が務めさせていただきます。よろしくお
願い申し上げます。

それではまず、開催に当たりまして、消防庁審議官の北崎よりごあいさつを申し上げ
ます。

【北崎審議官】

北崎でございます。今日は大変お忙しい中、ご出席を賜りましてありがとうございます。

本検討会もこれで第3回になりました。前回も大変熱心な御議論を賜りまして、大変ありがとうございます。その中で、消防と医療の連携でありますとか、ICTを活用して高度化するでありますとか、予防救急でありますとか、多くのご示唆をいただいたところでございます。それを踏まえて、私ども事務局としていろいろなことを調べたり、できるだけご注文にお応えできるよう調べたつもりでございます。それで、本日、ご説明をさせていただきたいと思っております。中には先生方の目から見て不十分なところもあるかもしれません。そこをまたご指導いただきたいと思います。

本年度の検討会も、本日3回目、また、ご無理を申し上げまして、3月中にはもう一度、第4回目を開いて、本年度ご議論賜りましたことを、できればこの検討会のご提言というか、ご示唆というか、それを報告の形で私ども頂戴させていただければ、また現実の制度の運営あるいは制度の変更、制度設計に役立ててまいりたい、そういう形で世の中に実現してまいりたいと思っておりますので、本日も先生方のご専門的な知識、経験に基づきます忌憚のないご意見、ご指導賜りますようお願いを申し上げます。

また、本日、議題にはございませんけれども、この検討会、親会のもとに設置しました4つのワーキンググループで、〇〇ワーキンググループ長様、〇〇ワーキンググループ長様、〇〇ワーキンググループ長様、〇〇ワーキンググループ長様、それぞれ中心となりまして作業を進めていただいているところでございまして、厚く御礼を申し上げます。

皆様におかれましては大変お忙しいところ、お時間を頂戴しまして恐縮でございますが、本日も忌憚のないご意見、ご指導賜りますようお願い申し上げます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

では、〇〇先生、よろしく願い申し上げます。

3. 議事

【橘補佐】

それではここで、本日お配りしております資料の確認をさせていただきます。

まず、議事次第。そして、開催要綱と委員名簿でございます。その次に、本日のメインとなります資料1として、「救急業務のあり方に関する検討会 第3回資料」でござい

ます。そして、資料2として、「平成26年版救急・救助の現況」、ここだけ分冊して、資料2-2として、「傷病程度別搬送人員の推移に関する追加分析」。資料3として、「平成25年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」。そして、資料4として、政令市を抱えるものに限るわけですが、各都道府県の6号基準の内容でございます。

以上、不足等ございませんでしょうか。

続きまして、各委員の皆様のお紹介をさせていただくところですが、3回目ということもありますし、お配りの委員名簿でかえさせていただきます。なお、〇〇委員にかわりまして〇〇様、オブザーバーの厚生労働省、〇〇様にかわりまして〇〇様に代理出席をいただいております。

なお、本検討会は、特に皆様からのご意見があった場合を除きまして、公開ということで進めさせていただきますので、ご了承賜りたいと思います。

それでは、ここで撮影は終了とさせていただきます。マスコミの皆様、ご配慮のほどよろしくお願いいたします。

それでは、初めに〇〇座長よりごあいさつをお願いいたします。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

皆様、おはようございます。今回が第3回の救急業務のあり方に関する検討会でございますが、前回12月のときに、今、審議官からもお話がありました3つの我々の今年の大きなテーマであります、1つはこの消防と医療の連携、それから、ICTを活用した救急業務の高度化、それからもう1つは、やはり新しいところでの予防救急の推進というのが大きなテーマの3本柱であります。

12月のときも、私、つくづく相当深掘り、あるいはディスカッションが幅広いなというところをととてもよく感じておりまして、きょう、実は実際にはない、第3回というのはもう3月でということだったわけでございますが、私が事務局にもう1回、この辺のところはみんなディスカッションして、忌憚のない意見をいただいたほうがいいのではないのかということで、きょう、実現したわけでありまして。ぜひ先生方、委員の皆さんの忌憚のない、そして深いディスカッションを期待しております。

また、先ほど審議官からもありました、我々のところには4つのワーキンググループがあります。〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員、そして〇〇委員の4つのワーキンググループがありますが、きょうはそのテーマは議題には入っておりませんが、このワ

ーキンググループの皆さんのディスカッションもぜひ折々に触れてディスカッションさせていたいただきたいと思っております。

何はともあれ、本日のこの議題が、これからの救急業務のあり方の方向性が何か出てくるような気がしてなりません。ぜひご期待をいただき、また、ディスカッションができることを心から望んでおります。

それでは、これで第3回の座長としてのお話を終わりにさせていただきたいと思えます。きょうもぜひよろしくお願ひしたいと思えます。ありがとうございます。

【橘補佐】

ありがとうございました。

それでは、これから早速議事に入っていきたいと思えますので、以後の議事進行につきましては〇〇座長にお願ひいたしたいと思えます。よろしくどうぞお願ひ申し上げます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

今お話をさせていただいたとおり、前回と同じように、委員の先生方の活発なご意見をぜひ拝聴したいと思えます。そして、近年の救急業務を取り巻く現状というのはどうなっているんだというところ、そして、その中に今お話の3つのテーマがあるわけでございます。

また、事務局に、前回のときに取りまとめるように話をさせていただいたいろいろなところがあります。データで出ております。それは平成26年度の救急業務の現況、救急業務、救助の現況というところ、公表されているところを、もう少し深く掘り下げたらどうなるのかというところも事務局からお話をいただきたいと思っております。

そのようにテーマが大きく3つあります。この3つのテーマを1つずつテーマごとに委員の先生方とディスカッションさせていただいて、取りまとめていきたいと思えますので、まず初めでございますけれども、救急業務を取り巻く現況という少し大きな総論的なところも含めて、事務局から説明を願ひたいと思えます。

【橘補佐】

それでは、私のほうから説明をさせていただきます。メインとなります資料2と、適宜、資料2-2を使いまして、最初のところ、近年の救急を取り巻く現況についてを中心にご説明をさせていただきます。

まず、メインの資料1の構成ですけれども、前回の資料で大きく3つのテーマを構成させていただきまして、さまざまなテーマを盛り込んで資料をつくりましたが、その際に委員の皆様方からさまざまなご指摘をいただいたものを踏まえ、深掘りをしたものをさらに追加をする形で今回まとめさせていただいております。したがって、この第3回目の資料をご覧くださいますと、今年度の救急業務のあり方で検討してきたものがおおむねわかるといった構成にしております。したがって、前回の検討会でご説明させていただいたところは、本日、ご説明の時間の関係もございまして、適宜割愛をしながらご説明をさせていただきたいと思っております。

それでは、目次に引き続きまして、資料の2ページをお願いいたします。2ページはこれまでもご説明しております検討会の大きな検討テーマの概要というページでございまして、続きまして、3ページ以降から、昨年12月に公表いたしました「平成26年版 救急・救助の現況」等を中心に、7月の第1回目の検討会ときにはまだ公表しておりませんでしたので、最新の平成25年のデータをもとに近年の救急業務を取り巻く現況についてまとめたところであります。

3ページは、救急出動件数、搬送人員、そして事故種別についてのページでございまして、残念ながら、これまでの伸びている上昇トレンドが変わるといったことにはなっておりません。特に右下のところ、過去からの事故種別の推移をご覧くださいますと、急病と一般負傷の割合が増加している一方で、交通事故の割合が減少しているといったこととございます。

引き続きまして4ページでございしますが、4ページは傷病程度別と年齢区別に分けた搬送人員でございしますが、過去からの推移を見ますと、傷病程度別は左下のところとございますが、軽症は約半数のまま横ばい、中等症は増加、重症は減少と。年齢別は右下のところ過去からの推移がございしますが、高齢者が年々増加しておりまして、平成元年の23.4%から平成25年の54.3%まで、おおむね2倍になっているといったところであります。

このページで、資料2-2のところを再度追加をしてご説明させていただきたいと思うのですが、いわゆる傷病程度別を資料1の4ページでは割合で表記してございましたが、これが実数で見えたらどうかといったものを資料2-2で深掘りをして見てみました。資料2-2の1ページの下図2が資料1の4ページの下図1に対応して、縦横が変わっているわけでございますが、上の図1を見ていただきますと、これが搬送人

員の実数、絶対数で推移を5年ごとに見たものでございますが、軽症と中等症が実数としては伸びておりますが、重症は横ばいであることが見てとれます。

これがどういう要因によるものなのかというところを見たいなと思ったのが、2ページ、3ページと4ページ、5ページでありまして、2ページと3ページが年齢区分別にそれぞれの傷病程度別に分解をしたものでありまして、4ページ、5ページが傷病程度別に分けたものでございます。

2ページと3ページを見ていただきますと、高齢者を除く全ての年代において、この25年間で、ほぼどの傷病程度別も全体的な増加傾向は弱く、横ばいになっていたりはあるわけですが、高齢者については中等症と軽症がこの25年間で大きく伸びてきていることが見てとれます。

ここに棒グラフにあわせて折れ線グラフで、各年代区分におおむね一致する人口数を入れております。大体この各年齢区分の人口層の伸びに反映した形で、特に高齢人口が伸びているので大きく高齢者の搬送人員も伸びているというところですが、その中身はやはり中等症と軽症が大きく伸びていることがこれで見てとれるということでもあります。

資料1に戻っていただきますと、特に傷病程度別の構成割合が過去20年間で、軽症はほぼ横ばいだったわけですが、絶対数で見れば高齢者数の軽症と中等症が大きく増えた一方で、重症がそこまで伸びていないということからは、割合的には重症が下がっていると見えてきたわけでもあります。

5ページに行ってくださいまして、資料1の5ページは現場到着所要時間と医療機関の収容所要時間、搬送時間でございますが、これも過去からのトレンドが続いておりまして、ともに延伸をしているという状況であります。

6ページが、こちらは「平成25年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」から抜粋してきたものでございますが、初診時に重症・死亡と診断された傷病者について、現場での受け入れ医療機関を選定するに当たっての照会回数と現場滞在時間があります。4回以上の照会と30分以上の現場滞在時間というものも、過去からのトレンドの中で一定程度やはり同じ傾向が最新のデータでも見えたところでもあります。

これを過去からのトレンドで見ようといったものが7ページでありまして、7ページは幾つかの都道府県の平成20年からのトレンドを置いておりますが、受け入れ困難事案の割合が減少、回数4回以上の割合が減ってきている都道府県または終始低い値で推移している都道府県であります。重症以上のところで出しておりますが、右のほうに各都

道府県が実施基準を策定した年月日も入れておまして、ここともあわせて見ますと、それが策定されて次の調査から、それ以前よりも少しずつ照会回数が減ってきているといったことがあるので、一定程度、効果はあったのかと考えられるのではないかと思います。

まず最初のテーマとしてはここまでご説明させていただき、一旦、座長にお願いしたいと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。非常に新しいデータがたくさん出ておりますけれども、いかがでございましょうか。これは平成25年度のデータそのものでございますが。

私、とても興味のあるのは、資料2-2のところ、高齢者は人口比が伸びている、その伸びている理由というだけでなく、中等症・軽症が多くて重症は伸びていないという、ここの理由というのは何かお考えあるいは考察はどうなっているのございましょうか。

私の今の質問は、資料2-2の2ページの上の表ですが、高齢者の人口が伸びているという理由だけが中等症・軽症ではなく、伸びるんだったら重症も同じように伸びていないのではないかという意味でございます。

【橘補佐】

実際のところは、これはビッグデータで過去からのトレンドから見たらこう見えるというところなので、何が要因となってこうなっているかというのは……。

【〇〇座長】

これからの。

【橘補佐】

これからというところもあります。まさにきょう、現場でご活躍の先生方からもいろいろなこういったものが影響しているのじゃないかというご意見を賜われればといったところでもございます。

【〇〇座長】

それだけじゃないと思いますが、いろいろ……。

どうぞ、手が挙がっています。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

ありがとうございます。この解釈はほんとうに大変なんだと思いますが、こちら側か

らどう見えるかという点で話せば、結局、重症がどんどん増えていけばどういうことを意味するかというと、高齢者で重症というのはほんとうに大変なわけです。医療リソースも使われるし、結果も好ましくない。そうではないところにとどまっているというのは、このシステムはまだ機能しているとは言えるんじゃないでしょうか。地域のレベルで見れば。

【〇〇座長】

それはすごくいい、おもしろいご意見ですな。

【〇〇委員】

いや、それでまずそれが1つだと思うんです。

【〇〇座長】

なるほど。

【〇〇委員】

もう1つは、中等症がずっと伸びて、それに伴って軽症も伸びているように見えるのは、高齢者というのはある時間とか症状を経過しますと症状が悪化してきますから、そこがオーバートリアージ気味に伸びているというのは、それはそれで健全だと思うんです。これがアンダーになったら、やっぱりこれも制度がおかしいんじゃないかという議論になると思いますので。ここがこんなに伸びているというのは、今いろいろな社会学的な分析だとか医療経済学だとか、どこでも出てくるんですけども、特にフロントラインがこうなっているというのは、この先を考えると今までのフェーズを変えなきゃいけないかもしれないというふうには読むべきではないかなと思います。逆に言うと救急が消防庁にあり、それを取り巻く総務省の中で機能するべきだという形の中で、これは非常に重大な点だと思うんです。

つまり、地域医療と、それが医療だけじゃなくて、介護と、そういうのをどうやってこれから在宅でやっていくかと厚労省が進めようとしているところで、もうこんなことが起きているのです。このまま行っていいのということは考えておかないと、雨がみぞれになり雪になるみたいに非常に冷えた状況がこの先待っているかもしれない、そういう意味では、これを重大に捉えて一緒に考えていかないといけないと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。地域包括医療的なところが既に入っているのではないかなと

いうご意見でした。とてもおもしろい意見だなと思います。

この辺のところは〇〇先生が得意とするところだと思いますが、〇〇先生、いかがでしょうか。

【〇〇委員】

ありがとうございます。得意かどうかわかりません。

このお話は、2年ほど前に厚労省が、平成23年と平成12年の比較で出したもので既にこの傾向がわかっている、それを今回、別のグラフで出していただいで明確になった。明らかにお年寄りの数の増加が2倍以上はあるわけですけれども、それ以上に中等症と軽症の割合が増えている。重症が増えない。逆に人口の割合でいったら減っているかもしれないという、この構造の変化をどのように救急、それから今、まさに〇〇先生がおっしゃったのは全くそのとおりだと思うのですが、この地域全体の包括ケアというのか、救急医療だけでなく福祉とあわせてもっと広い意味で解決することにはいかないと無理ではないかと思います。

資料の7ページで栃木県をトップに出していただいでいますが、全部網かけなんです。網かけを6年にわたって続けていると。少し下がったと褒めていただいたんですけれども、それは6.4%が6.3%になったということで、これは解決ではないと思うんです。

私たちの地域、栃木県の県南地域ではこれが今、平成25年は1.3%と1.9%で非常に下げることができたわけで、やはり取り組みの方法はあるということと、それから、愛知県とか福岡県、このように大都市を抱えているところが搬送困難が少ないと。つまり、大都市だから多いという言い訳はきかない。ということで、何かやりようはあるんじゃないかというのがここからのメッセージだと思いますので、対策を考える余地は十分あるだろうと思っております。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

今の〇〇先生の栃木県の話は、もう少し地域割りをして、県北、県南、県西、県東の流れを作るともう少し変わってくるのではないのかなと。〇〇先生がこれだけ苦勞してご活躍いただいでいるんだから、県北のほうはもう少し違うんですか。

【〇〇委員】

うちが3分の1以下に平成24年と平成25年で変わったのに県全体が変わらないという

ことは、私は増えているということだと。

【〇〇座長】

そういうことなんですよ。ありがとうございます。

この辺のところ、あるいはその他のところでも結構でございますが、いかがでございましょうか。どうぞ、遠慮することないです。

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

今、〇〇先生がおっしゃられた資料1の7ページの「近年の救急業務を取り巻く現状」の考察のところ、「実施基準の策定による効果や、ICTの導入による効果があると考えられる」という、この実施基準の策定については日にちが書いてあるんですけども、ICTの導入についてわからなくて、例えば愛知なんかは導入しているような記憶もあるんですが、ここら辺の表の中でICTを導入しているのはどこの地域だとか、もしわかれば教えていただきたいと思います。

【〇〇座長】

事務局、いかがでしょうか。

【橘補佐】

ICTの導入の時期ですが、ざっくりなんですけれども、これまでのご説明のところの中にあるんですが、54ページに平成25年度までにICTを導入した団体と平成26年度にICTを導入する団体ということで分けてありまして、ここと突合しながら見るしかありませんで、栃木県は平成25年度までのところに入っています。埼玉県が平成26年度。東京都が平成25年度までです。

【〇〇座長】

愛知県はどうですか。

【橘補佐】

愛知県は、平成25年度までに一部地域で導入しているといったところで、左下の表のところに入ってございます。

【〇〇座長】

もう少し詳しいデータが必要ですか、〇〇先生。

【〇〇委員】

ICTの効果があったというのはこれのデータだけではよくわからないなと思ったの

で、これからICTは非常に期待するところであるもので、もし何かそういうのがわかれば。ですから、後半のほうでICTのところあたりで何かあるなら、それでもいいかと思えます。

【〇〇座長】

ちょっと待ってください。〇〇先生、手が挙がっています。

【〇〇委員】

栃木県のICTは平成23年ぐらいだと思いますけれども、タブレットを入れただけなんです。私たちの判断ではICTは効果なかったと思いますし、搬送基準を決めたからといってよくなったとは到底思えていないというのが私の意見です。ここに書いてあるのは私も先生と同じように、これは効果がないとは言わないけれども、ほかにも効果のある方法はきっとあるんじゃないかと思っております。

【〇〇座長】

なるほど。導入だけではしょうがないだろうというところですが、事務局、何かその件に関していかがでしょうか。

【橘補佐】

7ページの上のほうにはこう書かせていただいておりますが、この後の消防と医療の連携のところですか、今回の結論にも通ずるところがあるんですが、〇〇先生がおっしゃいますとおり、おそらく実施基準を単につくただけでは効果がなくて、地域ごとに医療機関、消防機関、その他関係者がしっかり議論して、しっかりワークするものができる場所においてはそれなりの効果が少しずつ出てきているのではないかといいところがありまして、それも地域割りも全県だったり二次医療圏ごとだったり、いろいろなところが見えてくるんだらうなというところがありますので、そういったこともあわせて考えていくべきであると思っております。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

〇〇先生、〇〇先生、よろしゅうございますか。

全くそのとおりだと思いますが、その辺のところもぜひ報告書の中には入れていただきたいなと思えます。

どうぞ。さっき、手が挙がっていました。

【橘補佐】

もう1つ補足をさせていただきまして、先ほど〇〇先生からも愛知県や福岡県が大都市なのに非常に照会回数が少ないといったご指摘もありまして、福岡県の例を福岡市消防局や北九州市消防局などに聞きましたところ、やはり消防機関と現場で、受け入れ医療機関で受け入れるかどうかを日ごろ決断される当直の先生方との間で定期的に症例検討会なりをした後、いろいろな飲み物も入れたりして、懇親の機会を定期的に持つていると、非常に顔が見える関係ができていますと、消防が照会をしたときに断りにくいんだと。それで多くの地域において、福岡県のところでは9割ぐらいが照会1回、2回で決まるといったようなお話もございました。そこはなかなかオフィシャルなページに書けなかったのです……。

【〇〇座長】

そりゃそうだ。それは書けないですけども、とても大事なことなんですよね。ぜひニュアンスがわかるように報告書に入れていただくとありがたいなと思います。

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

福岡の事例は、たしかメディカルコントロール協議会の連絡会で、去年か一昨年でしたっけ、福岡県医師会の〇〇先生から出してもらって、すごいグリップの効いたお話でしたよね。その中の1つが、飲み物ということかもしれないと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。その金を誰が出すのかわかりませんが、うまくやってください。

どうぞ、ほかのところにも。

〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

実はうちも6号基準を適用するような、東京ルールと言っていますが、病院が5カ所決められない、あるいは20分以上たつたときに手を挙げるとやるわけですが、実はこの制度がスタートして、去年、出動件数に対する割合が2%ぐらいだったんですけども、去年は1.3%ぐらいに激減したんです。何で減ってきたかいろいろ考えているんですけども、1つはやっぱり休日夜間診療事業の補助制度が変わったのはあると思うんですが、いろいろなところの先生方の話を聞くと、この東京ルールでもう1つ、地域救急会議という、地域の救急病院が参画する会議を定例的に開くことになったと。

それで、消防と医療機関だけのコミュニケーションじゃなくて、医療機関同士がそういう場を通じて顔が見える関係ができた。

ですから、ここの病院が困っているんだとか、いわゆる地域の中で、こういう人たちが、傷病者の受入れを行わなければどこかの病院が困るんだという意識というんですか、そういうのが高まってきたのが大きいんじゃないかというご意見があります。

ですから、やっぱり顔の見える関係とはよく言っていますけれども、その中には当然飲み物もあるでしょうし、そういうことが重要な実感として感じております。

【〇〇座長】

〇〇委員、ありがとうございます。

この6号基準というのは、大都市のルールをとるところですけれども、5カ所20分というところもありますし、4カ所30分というのものもあるし、その辺のところ、多少違うところがありますけれども、その辺は事務局としてはどういうふうを考えて、統一規格でいくというわけではない、それでよろしゅうございますか。

【橋補佐】

この後のテーマのところでも出てきますが、資料4に政令市を抱える都道府県の6号基準を抜粋したものをおつけしております、これは右のところに数字が一見わかりにくいものがありますが、例えば1ページで、北海道であると、63消防本部のうち、いわゆるアンケートの実感調査で6号基準が効果あったとしているところが6本部あると。その中に政令市が含まれているかどうかと考えると、その6の中に政令市が入っていないと。札幌市は入っていないとあらわしたのですが、ここの中に、最終的な医療機関の確保の基準、合意する基準として、照会回数何回とか現場活動時間何十分以上とか、それぞれの県がいろいろ入れているのは事実でございますが、消防庁としてはこれがどれだけかという基準を引くことは基本的には考えておりません、各地域において、まさに関係者が合意できる基準を納得してつくっていただくことが大事かと思えます。

【〇〇座長】

なるほど。

いかがでございましょうか。ご了解いただけますか。

どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】

今、東京都の話が出ましたので、東京ルール自体は5回断られてから発動するものな

ので、これで直接回数4回以上の割合が減るわけではないんですけれども、先ほどお話があったように、地域救急医療連携会議で話をすることによって、自分のところだけひどい目にあっているという気持ちがだんだんなくなって、みんなで協力しようというような気持ちが出ました。飲み物はいつもペットボトルのお茶1本だけですけれども。

それ以外に、もう1つは昨年から東京消防庁から各医療に応需率の実数と、応需・不応需を決めるまで何分というのが東京都の平均値とともにそれぞれの病院にフィードバックいただけるようになりましたので、それを見て、やはり自分の病院の実態を知り、またもっと努力しなきゃいけないと考えるようになったことも大きいかなと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。いいご意見をいただきました。

ほかにはいかがでございましょうか。こんなところでよろしゅうございませうか。

まだまだ検討課題はありますけれども、時間も制限がありますので、次の話題に移っていきたいと思います。また後から時間を設けられればとも思っておりますので、次に進ませていただきます。

次でございますけれども、次は消防と医療の連携のところでございます。事務局から、まず説明を願います。

【橘補佐】

承知いたしました。それでは、10ページ以降、消防と医療の連携のところでございます。

順次ご説明していきますが、12ページに前回から追加したページがありまして、前回まではアンケートを特に病院選定のところに限って、10万人未満と、10万人から70万人未満、70万人以上ということで、3区分で管轄人口規模を分けてあらわしておりましたが、今回は真ん中のところを中核市要件の30万人のところでも分けまして、大きく4つのカテゴリーに分けました。それぞれの区分ごとの標準的な消防本部の姿ということでイメージを持っていただきたいと思いたしたので、いろいろなデータをそのカテゴリーに属する本部の平均値ということであらわしたものが12ページの表でございます。

ご覧いただきますとおり、小規模な本部から大規模な本部に至るまで、平均救急隊数が非常に少ない、10万人未満では約4隊ですが、70万人以上では約40隊、平均救急出動件数も2,200件に対して96,700件という大きな開きがあるといったところでありまして、署所数につきましても約3.3カ所のところが約50カ所と開きがある。一方で、小規模であ

ればあるほど1署所当たりの面積が大きくなるといったところもあります。また、平均救急告示医療機関が10万人未満では約2.1カ所の中、70万人以上の大規模なところでは約50カ所ということで、25倍程度の開きがあると。こういった姿を念頭に置きながら、次ページ以降の各救急搬送時間の119番通報の覚知から医療機関の収容に至るまでをそれぞれ分けたところをご説明していきたいと思います。

13ページ、14ページが、一番最初の覚知から現着までの中で、今回それぞれの段階でも管轄の人口規模ごとに分けて、特に実感がほかの規模よりも特徴的にあらわれているなというところは赤で囲ってあるといったところであります。そういたしますと、延伸要因として、出動件数の増加に伴う直近の署所以外の出動の増加を考える本部の割合は、中規模、大規模本部においてより影響を与えると実感されているといったところがありますし、道路交通に関する要因は人口規模が大きくなるほど選択されていると。一方で、高齢化の進行に伴う通報時の情報の聞き取り時間の増加とか、高齢化関係は小規模によってよりその影響を与えられているといったところが見てとれます。

続いて、次の段階で、15ページ、16ページが、救急車が現地に着いて、傷病者に接触して、消防車に収容してくるまでの段階であります。ここで区分ごとに見ますと、16ページで、いわゆる選定困難類型と言われる情報収集や収容に困難を要する事案が増加しているといったところは、10万人から70万人のところでも最も実感されているといったことが見てとれます。

一方で、集合住宅等の高層化に伴う傷病者に接触するまでの時間が増えているといったところも、人口規模が大きくなる、いわゆる住宅が密集する都市部ほど延伸要因と考える本部の割合が高まっていると見てとれます。

一方で、1番目のところと重ね合わせますと、頻回利用者とか緊急性の低い利用者の聞き取りの増加とかは、10万人から30万人のところでもより顕著に出ているといったところも見てとれます。

PA連携による現場活動時間の短縮は、10万人から30万人のところでもより顕著に出ているといったところでもあります。

続きまして、17ページと18ページが、救急車に車内収容してから現地を出発するまでの、いわゆる病院選定の場面ではありますが、ここが18ページで、特に選定困難類型の増加といったところが、10万人以上、より大きくなるほど実感されているといったところもありますし、一般的に医療機関による受け入れの判断など、医療機関に関する要因

は大規模本部のところでより実感されていると。

一方で、専門分化のところとか見たりしますと、逆に30万人から70万人のところでは実感が両サイドに比べて少なくなっていたりするところが見えます。

また、応需情報がリアルタイムになされないといったところも30万人以上のところでより実感されています。

一方、短縮要因のところで、実施基準のところは、概して10万人から70万人のところで、より10万人から30万人のところで実感されているところではありますが、見てとれると。一方で、6号基準については大都市、70万人以上のところで最も実感されているところでもあります。ICTも規模が大きいほど、30万人以上のところで、それ以外よりも実感されているといった状況であります。

19ページと20ページが、現地を出発してから病院に着くまでのところではありますが、まさに救急車で移動しているところでもありますので、交通事情の変化のところは人口規模が大きくなるほど実感されておりますし、一方で医療資源、医療機関が統廃合等に伴う走行距離の増加は小さくなるほど実感されているといったものであります。

21ページと22ページが、病院着から医療機関への引き渡しのところまでであります。前回まで、収容してから帰着までのところは合わせて書いておりましたが、ここだけを6番として分けております。ここが搬送時間には含まれないのでということであります。搬送の集中による病院内での順番待ちの増加も、大きな医療機関が集中する70万人以上のところでより実感されているところでもあります。

23ページと24ページが、ここまでアンケート調査でわかってきたことを要因別と規模別で分けて記載したものです。23ページのほうは、これまで、前回の資料でもありましたところに、より人口規模ごとに実感しているというところをそれぞれの下に追記をしているものであります。今回、よりわかったところとして、規模別に見たところで、24ページで大規模本部で医療機関、道路交通関係、集合住宅の高層化、6号基準の最も強く実感といったものとかがありますので、こういった各本部の規模ごとに違いが当然ながらこういった調査をもってある程度見えてきたということなので、規模ごとに適切な対策を講じていく必要があるといったものであります。

25ページからは統計分析で、神奈川県を例にとり、平成19年度と平成24年度のデータを比較して、特に搬送時間のうち病院選定に関係するところが含まれる現場到着から病院収容までの時間を分析していたものであります。今回、新たにアンケートのとこ

ろとも対応いたしましたして、中規模本部として10万人から70万人としていたところを30万人で分けたものを新たに追加したといったところで、25ページであれば、中規模を分けたことによって、中核市が該当する30万人から70万人のところより延伸の程度が少なくなっているといったものがありますし、これを年齢別に見たのが26ページであります。これも30万人から70万人のところ延伸の程度が一番少ないと。

27ページは傷病程度であります。これについても30万人から70万人のところでは、その他のところに比べて、一番延伸の程度が短くなっているといったことが見えてきました。

28ページは、これまでは平均で表示していたわけですが、平均だと数値のデータの広がり感とかばらつきがわかりませんので、新たにそれを標準偏差などを使って見たらどう見えるだろうかといったところを追加してみたものであります。

28ページが全体の総計であります。29ページに傷病程度別に4つに分けてあらわしました。当然ながら、平成19年から平成24年間で搬送時間が延伸していますので、平均値や中央値は大きくなっているわけですが、標準偏差としては重症と中等症のところやや横ばい、ないしは下がっているといったところが、死亡や軽症に比べて違いが見えているといったところでありまして、実施基準策定後に、ここからどこまで言えるかというのはあるんですけども、搬送時間のばらつきが重症や中等症については少なくなったと言えるのではないと言えるのではないかといたところあります。

なお、横軸が搬送時間90分までで区切っていますが、それ以上の搬送時間を要するケースも当然ながらありまして、それがそれぞれのグラフ、死亡はありませんけれども、ほかのところ右端のほうに見えているものですが、何が含まれているかというところで、傷病者の搬送に同時に救助隊が行く場合など、現場で救助しているところを待っていたり、あるいは精神疾患患者で、受け入れ医療機関が決まっていたとしても本人が現場で固辞をして搬送開始ができないといったケースとか、そういったものが含まれていて、多大な時間を要しているといったものであります。

こういった中で、31ページ、32ページがまとめということになります。31ページは前回のところから変えておりませんが、実施基準が中規模本部において最も実感されているでありますとか、統計分析によりまして、中規模でより収容所要時間の延伸が最も少ないといったところありますが、冒頭の救急を取り巻く現状のところの議論でもございましたけれども、32ページのところで、やはり実施基準を実効性あるものと

するために、消防機関、医療機関等の関係者がそれぞれ主体的に搬送及び受け入れに関するルールづくりに参画して、十分な議論を経て実施基準をつくり上げることが必要ということで、やはりそういったことが策定に当たってできているところが結果としてそういった状況の改善につながっているのではないかと。

実施基準の内容についても、地理的条件や人口分布、医療機関の立地状況等を踏まえて、二次医療圏を決定するときのように、基準ごとに統一的に定める場合があったりとか、地域ごとに定める場合があったりとか、各地域でしっかり議論してつくっていただくということなのではないかといったところであります。

今回の統計分析における視座として、一定程度、今回、分析を深掘りしましたが、さらに深めていくためには、やはり今後、医療機関の協力を得て、受け入れ側のデータ収集や病院前の統計と病院内の統計をつなぐ手段の検討も必要になってくると。こういったことを踏まえて、各消防本部において、さらなる統計分析を推進すべきということを報告書では言っていきたいなと思っているところでもあります。

33ページが、前回の検討会でも、ドイツにおいて収入などの社会指標と救急要請の頻度の関係を見たデータがあったよといったご指摘がありまして、調べてみたものでありまして、ドイツにおいて、当時ミュンヘン市内で社会指標と救急要請の頻度の関係は反比例というか、逆相関の関係が見てとれるものがありまして、当時の研究では、ミュンヘン市内において社会的弱者、生活保護受給者、慢性疾患患者の多い地域で救急要請が多いということを示したものであります。

これが日本においてどうかということですが、市町村の地域ごとの社会指標がわかる統計が現状では世に出ていない、存在しないということがありまして、日本においてはここがなかなか難しいと。ただ、いずれにしても救急要請が多い地域において、この後のテーマにもありますが、予防救急や別途ワーキングで検討している緊急度の考え方の普及といった取り組みには一層力を入れていく必要があるのではないかとということでまとめさせていただきました。

34ページからは、実施基準の見直し状況のところは前回と同様でございまして割愛させていただき、36ページからの選定困難類型への対応のところ、いわゆる地域包括ケアの中で消防・救急がどうかかわっているかということ、38ページ、39ページの図を使って前回提示をさせていただいたところです。急性期を表示した38ページと慢性期を表示した39ページがありますが、特に今回、慢性期のほうでより追記したところが、日

常の医療かかりつけ医の方のところで、基本的には地域のかかりつけ医に救急車を使つての搬送の前段階として、しっかりと日常的に要介護の高齢者なりを見ていただいて、地域内で医療を完結させるべきであると。そういった中で、一方で真に救急搬送の必要が生じた場合には迅速な病院選定につなげる必要があるといったまとめにしております。

前も触れておりましたが、右上の介護施設のところでは、事前に地域福祉と消防機関が連携して情報共有に取り組むことで、福祉に従事する方々もどういった場合に救急車を呼ばばいいかということの理解が深まれば、実際、救急要請が過剰になってしまうということが防げるのではないかと、ここのところを追記しております。

40ページからは、今、全国的に地域包括ケアの取り組みが進んでいるわけですが、その中でも消防がかかわっている関係のところでも具体的な事例ということで、千葉県松戸市は第1回目の検討会でも〇〇診療所の〇〇先生から講演をいただいたところでありますが、松戸市や八王子市のところで、消防など医療の複数の関係者が多職種会議を開催して高齢者の情報をあらかじめシートに集約しているといったところで、特に八王子市では、救急搬送をする場合には、まずかかりつけ医の方に消防が救急連絡をして状況を確認するといったものがある場合には現場活動時間短縮の効果が見られたということでもあります。

41ページは、そのときの八王子の情報シートの例であります。

42ページが、別の地域で、福島県福島市、群馬県多野藤岡広域消防や愛知県西尾市などでは、具体的に医療や福祉職が地域包括ケアをつくり上げていく中で開催している、地域包括支援センターが主催していることが多いですが、地域ケア会議の中に消防としても具体的に参加をしている例であります。個別事案の対応なども議論しているといったところでもあります。

下の兵庫県神戸市は、高齢者福祉施設との情報共有ということで、消防機関が高齢者福祉施設を訪問して、その施設ごとに高齢者福祉施設台帳を作成して、関係者の情報共有を図っていると。こういった中で、施設からの救急要請の増加傾向の抑制や軽傷者の要請の減少といった効果が見られたというところでもあります。

43ページ、44ページは、東京の葛飾区と町田市の事例で、厚生労働省の地域医療再生基金を使った事業の一環として、在宅医療にかかわる職種の方が患者の容態変化を感じた場合に、まずは地域の、日常生活圏域の中にあるかかりつけ医に相談して、そのかかりつけ医が病院救急車を出動させて必要なことをまずやるといったところで、それで完

結できない場合に救急車が出動して、地域外の大きな病院に運ぶといった事業が始まっているといったところであります。

45ページが地域包括ケアと救急のまとめというところで、搬送困難に陥りやすい類型の傷病者について、事前の情報共有が迅速な病院選定につながる、もって、さらには迅速な救命医療にもつながる。また、予防救急や応急手当啓発などに取り組むことで、救急要請に陥る事案の効果的な減少や、陥った場合でも重症化を防ぐといったことも日常からやはりやっていく必要があるだろうと。

最後のところでも触れておりました在宅医療を受けている患者について、可能な限り、地域内で完結させることで、一方で資源の有効活用に資する、真に緊急性のあるときに救急出動が可能になると。

今回、具体的な事例として、福祉や医療と連携した情報共有の取り組みとして、アンケート調査の中ではおおむね半分程度の本部において何かしらの形で実施されていましたが、さらなる発展形として、消防機関が地域ケア会議等に具体的に参加して、認識共有、議論をしているといったところもあったわけで、こういった事例を今年度行わせていただきましたが、将来的な全国各地で進む地域包括ケアのシステムづくり、地域づくりに消防としてもよりかかわっていることの効果を来年度以降もまたさらに明らかにしていきたいというところであります。

46ページからは法定協議会における議論ということで、ここは前回の議論と変えておりません。

49ページに行ってくださいまして、49ページと50ページで、6号基準を分析をしたところでありまして、先ほどもご説明いたしました資料4のところでおつけもしておりますが、大きく3つの軸で分類ができるだろうと。1つ目の軸として、適用単位として県全域でやっている場合と、二次医療圏等の単位ごとに異なる基準を設定している場合があります。また、適用条件として具体的に条件を選定時間30分とか回数何回といったところが具体化されているところもありますし、されていないところもあったと。最終的な受け入れ医療機関の決定方法に当たって、中核的な病院や輪番制の当番病院、また、一時的に受け入れて、その後、転院をする。消防機関と医療機関との間に立って、コーディネーターや機関病院が調整を行う。ある程度の条件を超えてしまうと、何回以上の照会回数とか時間を超えてしまうと、管内の医療機関に一斉に受け入れ要請を行うといったようなことを定めているところもありました。

ただ、アンケート調査で6号基準を実感するかという回答と、今回の種類のところで、必ずしも実感ありますといったところと、今回の適用条件を具体化されているところの地域との間での相関関係は必ずしも見られなかったわけではあります、やはり冒頭のところでも申し上げたとおり、関係者の合意のもとで確実に運用できるような6号基準を定めることが必要であろうということだと思えます。

今回の一連の分析の中で、6号基準の適用による受け入れ医療機関の決定そのものが、やはりそれを適用したこと自体が選定困難に陥ったとの実感を与えるといったところがありますので、政令市において受け入れ医療機関の選定困難類型の増加による病院選定時間の増加が実感されていることは事実なわけですが、一方で、その適用で、いつまでも決定できない事態を防止できているということも実感されているといった言い方ができるのではないかと書いております。

50ページ、51ページは、6号基準適用に至った事例の分析で、先ほど松川委員からもご紹介のありました東京ルールの適用事案の分析で、具体的な表は51ページのところもありますが、どういう事例が適用に至っているかということ进行分析の中で、開放性骨折の患者について非常に多いということがわかって、まさに先月から、開放性骨折の傷病者の場合は特定の医療機関が受け入れますといった事業が開始されたということもあります。大阪府は「まもってNET」で、先ほどの一斉受け入れ要請がなされているといったことであります。

なので、こういった6号基準の類型を全国統一的に調査するというのはなかなか難しいのですが、適用事例を調べていくことによって、地域ごとに比較した時系列を比較することで、今後の改善点につなげる分析にも資するのではないかと、ひいては実施基準を中心とした政策のブラッシュアップにもつながるのではないかと書いてあります。

消防と医療の連携、以上、ご説明とさせていただきます。

【〇〇座長】

事務局、ありがとうございました。消防と医療の連携というところで、相当長いお話になってしまいました。

1つ、私、委員の先生方にお話ししたいのは、タイトルのところにブルーの線がずっと入っているのと、赤い線が入っているのと2つあるのはおわかりになっておられると思いますが、下のほうが赤くなっているのが多いようでございますが、この意味するところは、青いのは前にディスカッションした、前のデータそのものです。そして、赤い

線あるいは赤く囲まれているところが新しく今回データとして委員の皆様にお話を差し上げたというところのデータであります。ご確認いただきながらディスカッションをお願いしたいと思いますが、まず、最初の統計のところですけども、非常に大変なご苦労をしてお願しているわけですが、これは報告書として出したときに、例えば平均値と中央値の違いとか、あるいは統計分析の延伸の問題とかというのはおわかりいただけるのかなと、ふと思っておりますが、その辺のところ、事務局はどういうふうにもう少し簡単に、あるいはかみ砕いてということについてはいかがでしょうか。

【橘補佐】

報告書でまとめる段においては、特に先ほどもご指摘のありました平均値と中央値の違いとか、統計分析の考え方の基本的なところとか、あるいは用語解説とかは別途、前段なり後ろのところで付記していきたいなと思います。

【〇〇座長】

そうですね。ぜひ読む皆さんがおわかりになるようなところをお願いしたいなと思いますが、そんなところを座長としてお願いしながら、どうぞご意見をいただきたいなと思います。

じゃあ、先生、すいません、最初の〇〇先生。

【〇〇委員】

たくさん量があるので、どこから手をつけてお話ししたらいいのか。最初のまず収容所要時間延伸の要因分析で、私が質問したいと思うのは、覚知から現着あるいは現着から接触といったような、1番、2番のところはおそらく消防本部規模といたしますか、地域のいろいろな事情といたしますか、そのままあらわれているんだろうと。私は、医療との関係ということで見れば、3番、4番の所要時間というのは非常に重要で、おそらくそれを見るときに、消防規模単位で見ているのかとかねがね思っていて、やはり今は地域メディカルコントロール協議会単位、いわゆる二次医療圏単位で解決を図っています。言いかえると、受け手になる医療のリソースがこの統計では見えてこない。特に3番の病院選定にかかる時間というのは、消防本部単位で、大きい小さいで意味を出しても余り出てこない気がするんです。

例を挙げますと、私の所属しております大阪府南部には、実は私が以前にいた泉州医療圏には11消防本部があつて1つの地域メディカルコントロール協議会を形成しています。今現在、私は堺市というところにいるんですけども、堺市はおおむね1医療圏で

1 メディカルコントロール協議会を形成していて、もし消防本部で統計をとられると、70万人以上の消防本部という形になるんです。ところが、南のほうは11消防本部で数万から十数万の消防機関が群をなして1つのメディカルコントロールになっています。ただし、受け入れの様子がどうのこうのという抱えている問題は、メディカルコントロール協議会単位で数値を見るとほぼ同じなんです。それを分解して消防本部ごとに見たからといって、逆に見ると、この統計は何を意味しているのかなという気がして、ちょっと疑問です。

意外と3番とか4番とかを見るときは、そこにある医療のリソース、例えば二次救急医療の機関あるいは内容といったものも、今後それを加味した表現あるいは分析をしていただけたらなというのがあって、コメントさせていただきました。

【〇〇座長】

その辺、いかがでございましょうか。

【橘補佐】

まさにご指摘のとおりのところもありまして、消防本部側から見たもので今回、まず最初の段階としてつくったところもありまして、医療機関の状況というのが、まさに今回12ページで示したように、救急告示病院がどれぐらいあるかというところぐらいでしか想像できないような形になっていますので、次の段階として、MC協議会単位でまた分析していくことがもちろん必要なんだろうなと思います。

【〇〇委員】

ちょっとよろしいですか。以前、平成14年、平成15年に私も同じようなメディカルコントロールの調査をしたことがあるんですけども、そのときにMCの単位がやはり30万を超えるか超えないかでわりかし格差が出てきたという記憶はあります。いろいろな諸因子がですね。

それは消防本部ではなくて、いわゆるメディカルコントロール、あまり細かくしてしまふとだめで、ある一定の規模が必要なんだけれども、大き過ぎると今度は顔の見える関係がつかれなくて問題もありますよねということが、その当時から印象としては持っているんで、せっかくとられたアンケート調査を、これはMCの区割りをするだけですから、数値をくくって動かしてみれば、また違ったふうに見えるんじゃないかなと思います。

【〇〇座長】

そのとおりですな。そのところはどうか。

【橘補佐】

MCの区割りで、できそうなところは、報告書までの段階でも見てみたいと思います。
ありがとうございます。

【〇〇座長】

ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

それから、リソースの問題で、救急車というのは人口当たり1.5万人で1台ずつ増えていくとかありましたよね。あれは今の全国ベースでいくと満足されている救急車のデータなんでしょうか。あるいは地域によってはそこはなかなか難しいから救急車が少ないとか、あるいは多いとか、そういうリソースそのものはいかがでしょうか。

【橘補佐】

まさに12ページのところの1隊当たりの救急出動件数のところが、大規模になればなるほどやっぱり1隊当たりの負担も大きくなっておりますし、これも搬送時間が延伸している中で、救急隊の数自体がその伸びに比べてそこまで伸びていないところもあるので、やはり現場での負担感に大きくつながっているんだろうなとは思っています。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

この辺については、〇〇委員、いかがでしょうか。リソースの問題というのは、全国的に見ると。

【〇〇委員】

今、国で消防力の基準で整備指針がありますけれども、東京の場合を例にとりますと、現時点では国の基準よりやや低い程度であります。

やっぱり全国的にこれを見てもみますと、救急隊の整備基準は人口割に何隊となっておりますので、地域によってやっぱり厚いところと薄いところは……。

【〇〇座長】

当然出てきちゃう。

【〇〇委員】

どうしてもあるのかなと思っています。

【〇〇座長】

なるほど。

きょうは奈良から〇〇委員が出ておりますが、奈良のほうはいかがですか。

救急車のリソースは人口割に対してどうなっているんでしょうかという。足りているのか足りていないのか、その辺のところです。

【〇〇委員】

お尋ねのデータは持ち合わせていません。

【〇〇座長】

データ、そうですか。

あるいは北海道のほうはどうですか。よろしいですか。

どうぞ。

【〇〇委員】

北海道全体はわかりませんが、札幌市の状況としては、さっき東消の〇〇委員からも話があったように、札幌も国で定める消防力の整備指針がありまして、今回改正になりましたけれども、それに地域換算というか、そういう事情も酌みしてということになりますと、大体それに近い数字になっているかなと思っています。

【〇〇座長】

なるほど。その辺のところはそれほど格差はないのではないかとこのところのようでございます。ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。どうぞ。

〇〇先生、ごめんなさいね。

【〇〇委員】

1回まず手短なコメントを。

28ページ、29ページ、せっかくここまで統計分析をおやりになって、これは標準偏差まで出しているんだから、カイスクエアの検定をして有意の差が出るものは何だったのかというのがつくると非常にロジカルに通る資料になるんじゃないのかなと思います。ここまでやっておいて何かもったいないなと思います。

【〇〇座長】

いかがでしょうか。やっていたんですね。

【橘補佐】

ご指摘も踏まえて、報告書までにやりたいと思います。

【〇〇座長】

そうですか。まだ。

ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

【橋補佐】

はい、やらせていただきます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

ほかには。

どうぞ。

【〇〇委員】

法定協議会といいますか、6号基準のお話について若干触れさせていただきたいと思
います。質問の特徴が統計の上で出ているのが18ページなんだろうと思うんですけど
も、18ページの下の囲みのまとめに、実施基準の策定そのものが中規模消防本部で最も
実感されていて、6号基準が実感されるというのはちょっと大きい規模でというような
分析結果の表現になっていますよね。

先ほど来、話がありましたように、いわゆる実施基準、受け入れる側の病院のリスト
と、それをうまく活用するというのは、ある程度顔が見えている関係で、かつ、そうい
うリストづくりの段階で委員会等を頻回に開いて、こういう傷病者を受けてほしい、受
けられないといったのをきめ細かく議論をしてリストづくりをしているという規模がお
そらくここに出ている中規模消防、ほんとうは中規模のメディカルコントロールの領域
なんだろうと思います。

だから、そういう意味で、鈴川先生、ちょっと過激な発言をされていましたが、
やはり搬送と受け入れの実施基準をきめ細かく地域で決めていくというのは、それなり
の意味があるんだろうというのは私自身も実感していますので、ちょっと補足させても
らいました。

2点目ですけれども、6号基準は……。

【〇〇座長】

ちょっと待ってください。〇〇先生、手が挙がっていますが、ここでちょっと反論を
いただきましょう。

【〇〇委員】

いや、特に反論はないんですけれども、今に関連して、24ページの要因分析で規模

別に書いていただいているのは、私、これは多分非常にいいことだろうと思っているんです。今もお話があったとおり、中規模のところでどういう施策が効果あるかというのと、大規模で効果がこういうのがあるというのはおそらく違って、例えば一例でいうと、PA連携がという話もありましたけれども、うちだと例えば搬送困難事例の前例検証をやっていますので、このとき、どうして2階の傷病者とわかっているのにPAが出なかったのだということを他の消防本部の人から言われると、うちもやらずにちゃとというようなことが効いてくるのはやっぱり中規模あたりの強みかなと思ったりもしているので、そういうことで規模別にいろいろなやり方があって、ICTを含めて基準を決めて、6号基準、みんなあると思いますけれども、やっぱりそれぞれ、それをうまくコーディネートする人が必要で、それを中心に要因動向を分析して、適切な解決策を図るのがこれからのやり方かなと思って聞いておりました。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

【〇〇委員】

続き、いいですか。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

実際に6号基準というのは、規模が小さいとなかなか解決策が見出だせないものから、ある一定の大きな規模でもって、いわゆる搬送困難事例をどう解決するか、例えば産科の問題あるいは精神科と身体の絡んだ問題ということになってくると、規模がやっぱり小さいと病院側のリソースも少ないので解決するのは難しい。

そういう意味で、やはりここの統計上うまいこと出ているのは、大きい消防本部ほどきちんとした6号基準、ルールづくりをしておけば、ちょっとは解決するんでしょうということなんだろうと。そういうことがうまく18ページのところに表現されているので、ここはもう少しうまく、結論を導き出すのがいいんじゃないかなという印象を持ちました。

以上です。

【〇〇座長】

事務局、よろしくお願ひしたいと思います。

【橘補佐】

承知いたしました。

【〇〇座長】

いろいろといいアイデアだと思います。

それからもう1つ、これは33ページの、少し話題が変わりますが、ミュンヘンのデータでありますけれども、生保の患者さんが多いほど救急要請がトータルで多いという、これは有賀先生にお話を最初にお願ひしたんだと思いますけれども。

【〇〇委員】

いや、これは〇〇先生が海外に視察に行かれた、その結果を報告書におまとめになったときに、このデータがあったので……。

【〇〇座長】

それをというのを、それを先生に言った。そうか。失礼。

【〇〇委員】

先ほど、高齢者の人口が増えていて重症は必ずしもという話がありましたけれども。

【〇〇座長】

ありましたね。

【〇〇委員】

ほかの、たしか日本医師会だったと思いますけれども、日医総研か何かが出しているデータの中に、多分もとは総務省消防庁が出したデータを引用しているんだと思います。救急隊がどういうことで要請が増えたのかについての意見の中に、いわゆる生活の格差が広がっているのだからそういうふうに救急隊員が思うのかもしれないというデータが実はあります。私、スライドにつくって時々話をするんですけども、そのことと、それから温暖化があつて、お年寄りの熱射病が増えていると。つまり格差が広がっているらしいということはおそらく私たちの社会の中でも起こっているんじゃないかなという、何となくそういうふうに感性の問題として思うんです。

ですから、統計的にそれがばちっと証明されるかどうかという問題はもうちょっと先なのかもしれません。けれども、〇〇先生とか現場で頑張ってきた人たちから見れば、こういうことはどうもあるのではないかなという感じです。ということで、これは記憶に残っている。

【〇〇座長】

なるほど。ありがとうございます。いや、先生もだんだん高齢者の仲間に入ってくる。我々もそうですが。

【〇〇委員】

じゃあ、先生、ついでに高齢者の立場で。

【〇〇座長】

はい。

【〇〇委員】

分類上はそうなっていませんが、もうすぐなりますが、ちょっとだけ気になっているのは、38ページ、「地域包括ケアと救急」の四角の中に「真に救急搬送が必要な」というフレーズがございますよね。その次、39ページにも、今度は慢性期で要介護の高齢者、かかりつけ医の先生がいるという場合なんですけど、ここでも下から2行目の四角の中に「真に救急搬送の必要が生じた」という、この「真に」というところが、おそらくここに座っている人たちはそうじゃない救急搬送をよく知っているので、「真に」という形容詞を理解すると思う。けれども、これは何となく医療でいうと供給側の論理みたいなのところがあって、使う、例えば〇〇さんたちから見ると、私が使ったらうそなのというふうな話になるんですよ。

実は、そのことが少し気にはなっていたのですが、44ページを見ていただくと、東京都の話がございますよね。この東京都葛飾区の、〇〇副会長と話などしているときには、この救急車の中に救急救命士が乗っていると。だから、病院救急車が現場に行った、その現場において、場合によっては熱中症で脱水になっているお年寄りにリンゲル液を点滴できるという話が実はある。ここには載ってなくて、載せなくてもいいんですけども、そういうふうな救急救命士を地域社会でどう使っていくかという話の延長線上でもこの手の話は実はあったんですが、それは前置きで、ここに書いてあるのを見ると、「軽症患者や重症であっても緊急性のない患者は」とあるじゃないですか、その真下なんですけれども、この程度には優しく説明しようとする、さっきの「真に」というところは多分、「傷病・病態の重症度・緊急度から」とか何かそういうふうにした方がよいと思います。「真に」というのは何か別の日本語にかえたほうがいいんじゃないかなと思いました。

【〇〇座長】

わかりました。これはつくった張本人がここにおりますので、厚生省の〇〇室長、こ

の「真に」という「真」の意味は何だと。

【橘補佐】

こちらの「真に救急搬送の必要が」というのは搬送側の立場で見えておりますので。

【〇〇座長】

そうですか。それは失礼。

【橘補佐】

これは消防庁側の見解でございます。

【〇〇委員】

だから、重症度や緊急度から救急搬送が必要な、そういうことでしょうね。

【橘補佐】

はい、おっしゃるとおりでございます。

【〇〇委員】

それを意識しているので、44ページのホームページの漫画は「軽症患者や重症であっても緊急性のない患者は」と書いてあるんですよ。

【〇〇座長】

ただ、確かに「真に」というのは、何かきついというのか。

【〇〇委員】

いや、私たちは全然いいですよ。ただ、真という言葉の反対はうそですから。うそというかね。だから、ちょっと気になった。

【橘補佐】

はい、表現の使い方もありますし、日ごろ、こっちで適正医療を考えながら考えているとこういう表現になりましたが、当然なご指摘だと思いますので、報告書では。

【〇〇座長】

それから、地域包括医療のところも、急性期、慢性期、そして、葛飾の紹介等がありました。この辺のところも、きょう、〇〇委員もご出席、何かいかがでございましょうか。あるいは、今までのところでも結構でございます。

【〇〇委員】

ありがとうございます。

ついこの間、在宅医療の大きな会議の取材をしたんですけども、やはり在宅で救急車を呼ぶかどうかの判断の一番最終的な考えは、在宅で死ぬことを覚悟しているかどうか

かというところに大きくかかっているなと思いました。これは救急医療と直接関係ないと思うんですが、世の中の議論として、病院死の数が1976年ごろに在宅死を超えた段階から、やはり最後は病院で亡くなると多くの人は考えており、それを大きく変えていかなきゃいけないのではないかと思います。

ただ、さっきおっしゃったように、「真に救急搬送が必要な」というのは結果論でありその場は難しい。私の経験では、先日もひとり暮らしの母が突然、たまたま私が一緒にいたときに、トイレから出てきて意識をなくして、よろよろ倒れてしまったみたいなことがありまして、そのときの自分の中では「救急車」というのはすぐ出てくるわけです。母を横に寝かせて、いろいろしているうちに、あ、呼ばないで済むというふうに私はそのときは判断ができたんですけども、これはそうじゃなければ絶対に呼んでいるよなって。そのときに何か書いてあるものを見るとか何か緊急度のチェックとか、絶対そんなことできないと思いました。ですから、日ごろの地域包括ケアシステムの中に患者家族も参加し、一緒に議論して、その中に救急の考えも一緒に地域の中でみんなで話していくことが一番大事なんだなと思いました。

今、障害者の取材をしても在宅医療の取材でも、どこに行ってもみんな地域包括ケア、生活困窮者自立支援法でも地域包括ケアみたいな形になっているので、それを地域づくりの一環としてみんなで考えるということが大事だと思います。

すいません、コメントです。

【〇〇座長】

ありがとうございます。いや、全くそのとおりだと思います。ありがとうございます。どうぞ。

【〇〇委員】

すいません、何回も。

【〇〇座長】

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

今の話、ちょうど話がそういうところに来たので、コメントしたいと思います。39ページとか、こういうのを見ながら、さて、我々に解決法があるのかということを考えますと、今、我々はやっぱりメディカルコントロール体制の強化ということですよということになります。この絵の中に連携と書いてあるんですが、39ページの絵に連携はあ

るけれども、どういうマネジメントがここにあるのかというのが書いていないんです。つまり総花的、並列的。アメリカのインシデント・コマンド・システムを日本的にやったらどうだと提言していることもあるんですけども、やはりもうちょっとマネジメントがちゃんと入らなきゃいけない、それは医療面ではメディカルコントロールということがここに入ってこないと実現しないと思うんです。

一方で、それだけでは済まないのが、地域力というか、地域の部分を強化していくというもう1つのものがないといけません。ぼろぼろになっていく地域の中でメディカルの部分だけが踏ん張ってみてもそれはどうにもならないので、この2つが必要だと思うのです。

先ほど九州、福岡は、愛知はという話のときにあえてコメントしなかったんですけども、やっぱり福岡県はメディカルコントロールががっちり効いています。例えば愛知だったら、〇〇先生がいる救急医療情報センターというのがあって、ちゃんとパーマネントに機能しているんです。だから、〇〇先生がおやりになっているところ、俺のところはちゃんとなっているよという話がさっきもあったのではないかと思います。

そういう成功事例の共通部分をとっていけば、メディカルコントロール体制の強化となれば、日本の場合は片手間で、今までそれこそペットボトルぐらいを出せるかどうかの仕事現場でやっているわけですけども、これはやっぱり地域で一番大事な機能の一つだと思います。総務省消防庁とコラボして、ここは多分厚労省の仕事になって、事業化をして、委嘱状も政策もコストももうちょっとがっちりしたものにして、しかし、そのかわりしっかりやってくださいねという形をとるべきなんじゃないかなと思うんです。

医師会とか救急の専門家とかすべてそこに一緒に参集するような形をつくらない限り、さあ、明日からどう動くかといったら、そんなに簡単じゃないと思うんです。

以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

アメリカでも、見ればおわかりになりますが、メディカルコントロールのディレクターというのは片手間ではできないということで、郡なり州なり市なりの中に入って、それ専門も先生となって5年とかあるいは3年とか、しっかりそこに根をおろすわけですけども、その辺のところこれから日本もできてくるのではないかなというふうにも思います。ありがとうございます。

それから、マネジメントとコミュニティーという単語をどこかに入れろよというのも、これも大事なことだと思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

といいながら、実はどんどん時間がたつていってござりまして、この辺でこのところは終了にさせていただきます、次はICTの活用というところになります。よろしゅうござりますね。消防と……。

そうだ、きょうは厚労省の〇〇室長が、何かありましたか、全体……。よろしいですか。

【〇〇室長】

はい。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

それでは、ICT活用のほうに移りたいと思ひます。事務局から説明を願ひましょう。

【橘補佐】

時間もありますので、私から簡潔に、52ページ以降、ICTのところをご説明させていただきます。先ほど座長からもおっしゃっていただきましたとおり、青のアンダーラインのところは前回と変わっておりませんので割愛させていただきます。ICTの導入の状況や効果の状況は前回ご説明したとおりです。

今回、57ページと58ページに、いわゆる消防側からの導入経費だけではなくて、県の衛生主管部局で医療情報システムを導入したときのトータルコストを見ないとやっぱりわからないんじゃないかということもありまして、コストのところをアンケート調査を引っ張り出しまして整理したものであります。

57ページが県全域で導入している場合、58ページが消防本部単位で導入している場合で、それぞれ導入経費、運用経費などを記述しておりますが、結論としては、58ページの右のところにありますとおり、医療情報システムの導入・更新について、数千万円から1億円、1億5,000万円ほどかかる場合が多いんですが、一方で、一旦そういったシステムが整備されてしまえば、救急業務に活用できるICTの導入・運用自体にかかる経費としては年間数百万円に収めることができるというのは、前回の結論も重ね合わせますと、そう言えるのではないかといたところもありまして、各地域において、消防機関が当然のことながら県衛生主管部局や、導入ですから財政当局の理解を事前に得おきつつ、各地域において必要なICTの機能や設計について検討することが必要ではな

いかということであります。

県衛生部局と密接に連携し、医療情報システム更新と合わせて消防機関が利用しやすいシステムとすることを検討すべきというところを導いております。

59ページ以降は、前回と変えておりませんが、最後のところ、60ページのところで、医療機関同士が搬送情報を共有することで現場に助け合いの機運が生まれるとか適切な処置開始までの時間が短縮されるといった医療機関側のメリットもありますので、いわゆるこれが応需情報をリアルタイムで更新していただくための何かしらの手だてということで、前回、診療報酬といったご発言もありましたけれども、総務省としても、受け入れ医療機関が搬送用にベッドを確保していることに対する助成を市町村が行った場合にその経費を特別交付税で手立てするといった制度とかもありますし、何らかの支援策という形で医療機関側に対して何かができることによって、後押しができるように検討すべきではないかといったことを追加させていただいております。

I C Tは以上であります。

【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。前回、12月からのお話を中心に事務局から説明願いました。ありがとうございます。

いかがでございましょうか。コストが一番問題になるところでございしますが、補助をしても実際にはI C Tのところまで来ないうちに違うところで使ってしまったという流れも多々あるわけですが、どこからでも結構でございしますが、いかがでございましょうか。

きょうは静かで、〇〇先生、何かいかがでしょうか。

【〇〇委員】

いえ、特に。

【〇〇座長】

よろしいですか。

〇〇先生、どうですか。どうぞ。そこにマイクがあります。

【〇〇委員】

このコストのところを見ていると、結構費用がかかっているんですけども、これは今、補助の制度があって、ある程度出していただけるような形になっているんでしょう

か。それとも独自にそれぞれが取り組んで、もしこれだけお金をかけながら効果がないとなると、すごくまずいような気もするんですけども、いかがでしょう。

【橋補佐】

衛生主管部局で構築する医療情報システムは、基本的には病院情報とかを都道府県のホームページでいろいろな形で紹介していくというもので全国的に整備されている中で、もちろん厚労省からの補助金があると聞いておりますが、特に救急業務だけで使うことを念頭に置いた形で作成されているものではないので、その点は多少割り引いて考えないといけないかなと思うんです。

【〇〇座長】

なるほど。よろしゅうございますか。

【〇〇委員】

はい。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇でございます。60ページの赤の囲みに、ICTの活用における効果が実感されづらい大きな理由の1つが、応需情報の入力リアルタイムでないこととあるんですが、実際、医療機関が入力をするときに大変だなということは容易に想像できるんですね。逆にいいますと、ICTをうまく活用できているということは、ここがうまく入力されているということです。そういった消防機関あるいは消防本部、医療圏があったら、ぜひ奏功事例として載せていただけるとありがたいと思うわけです。

単にお金の問題だけじゃなくて、仕組みとしてどういう仕組みが一番うまく働いているのかという情報も大切かなと思いますので、そういった事例をぜひ盛り込んでいただきたいなと思います。

【〇〇座長】

〇〇委員、ありがとうございました。

事務局、いかがでしょうか。

【橋補佐】

まさにお金だけではなくて、1つの例として、1回目でもご紹介ありました埼玉県さんのように、応需情報が直近で救急隊が搬送したら、今ここがこうだったよと救急隊側

からも状況を入力できるようにすると、また医療機関側の手間も緩和できることに資するかなとも思いますので、そういった例もいろいろ奏功事例という形で載せていきたいと思ひます。

【〇〇座長】

それから、先ほど〇〇委員からの話もありましたが、ただ持っていればいいのではないわけで、どのように利用しているのかという検証についてはいかがでしょうか。

【橋補佐】

まさにおっしゃるとおり、どのように活用できているかというところが、外形上だけできているだけではなくて、そういったところもさらに深掘りして検証していく必要があると思ひます。

【〇〇座長】

そうですね。ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

ほかにいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

このICTに関しては、前回、相当議論をしたところでござりますが、何かありましたらまた戻ってきても結構でござります。この辺にさせていただきますして、次の予防救急につきまして説明を願ひたいと思ひます。

【橋補佐】

事務局からご説明させていただきます。61ページから予防救急のところではござります。前回のところからさらに深掘りをしていくところとして、後半につけておりますが、前半のところは、予防救急の名称について一定程度課題がありつつも、その取り組み自体は全国でもやっているし、やるべきであるといったことが書かれておりました。

そのような中で、67ページに予防救急のこれまでの先行的な取り組みを一旦ひもといてみたときに、当時どうだったかといったところを検証してみまして、真ん中ほどに平成5年、平成6年ごろの取り組みであります。全国消防協会への応募論文の中で「火災予防」と対比して「救急予防」も検討が始まったと。音声にした場合に語呂が悪いために「予防救急」といった形で当時この呼称が使われ始めたといった経緯でござりました。

68ページからは、諸外国でどのような類似の取り組みがあるかということで、自治体国際化協会に調査の協力を依頼いたしまして調査したものでござります。その結果が69ページと70ページで、アメリカ、イギリス、ドイツ、スウェーデン、フランス、韓国と

いった形で調査をいたしまして、イギリスで、上から2つ目のところで、家庭内における子供の事故・転倒・転落事故、これは主に65歳、応急手当についてウェブ上で掲載する形で、Home Safety and Accident Preventionという形で取り組みがあったり、それぞれ個別の分野に対してキャンペーン、普及啓発を行うような形で取り組みはなされている例が多いものの、それをトータルとして総称するような呼称が諸外国では残念ながら現在のところは見つからなかったというところで、ただ、この調査期間が68ページにもありますとおり、1月に1ヶ月程度かけてやらせていただきましたが、実際は全世界を網羅的に調査できたものではないので、そういった調査の期間上の問題もあるわけではありますが、今、諸外国の例ではこういった状況であります。

71ページ以降は、取り組み状況について前回のとおりでありまして、さらに追加したところとして、74ページから大阪市消防局さんの取り組みについて深掘りをしたみたところでありまして、平成22年度からポスターやチラシによる広報を実施して、平成24年度に消防局の中に予防救急係を新設して、力を入れて取り組んだと。そういった中で、75ページに、ホームページにマスコット犬ボジョレー君による普及啓発を開始、どうだっていけば行くかというところと、76ページは、市民に対して職員が統一的に啓発する際に使えるような予防救急広報ガイドをつくってご紹介していると。特に家庭内の転倒・転落事故について具体的な事案が、今、そういった事案がどれぐらいあるかといったものを紹介していると。

77ページは、そういったものが次にちゃんと予防につなげられるように、ポイントですとか予防方法、豆知識、また、救急隊からのアドバイスとかいったものがまとめて表示されているようであります。

78ページに、1つの定量的な効果のあらわし方として、高齢者の一般負傷が右肩上がりになっている中で、予防救急の担当係を新設してから、伸び方が相対的にちょっと減少できたかなといったところがあります。

今回、多くの消防本部において予防救急の取り組みがなされている中で、国のレベルで統一的な呼称をもって推進していくべきかというところは検討段階としてあったわけではありますが、一方でこういった取り組みをすること自体は大変重要なことで、先行して実施されているところも多々あるわけありますので、その呼称を今回統一するというところよりは、今年度はまず、さらにこういった事例を紹介する形で積極的に取り

組んでいただきたいというところでまとめるのはいかがかなといったところで、事務局で検討したところであります。

まさに大阪市の消防局さんのお取り組みの様子が掲載された例でありました。

以上でございます。

【〇〇座長】

事務局、ありがとうございました。予防救急についての第2回からの新しい流れもデータとしてお示しいただきました。

いかがでございましょうか。まず予防救急という語呂が悪いんじゃないのと前回もお話があったのは〇〇委員だったと思いますが、これはここまで出てきている、そして、五百数十の消防本部がもう使っているということでございますが、いかがでございましょうか。

【〇〇委員】

いい言葉がないというのは調査でもわかったようですから、今ここで私も正解があるわけではないので、よろしくないねと言いながら、でもこういう中身が必要だというのは全く合意なんです。

【〇〇座長】

そうですね。

【〇〇委員】

神学論争は別にして、中身の話を進めながら、これ全体ではこうじゃないかというのがまた見えたらいいんじゃないかなと。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

いかがでしょうか。

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇先生と同じ意見で、言葉もさることながら、こういう活動の中身だと思います。

調査されたということについて、ちょっと一言追加させていただきたいんですけども、私もこの話があって自分で調べてみたんですけども、実はアメリカのCDCのホームページには、CDC & Preventionというホームページがありまして、そこはまさしくそういう、本来、疾病対策の予防なんですけれども、Preventio

nの中にはいわゆるこういう事故あるいはちょっとしたパンデミックも含めてですけども、どういう対応をすればいいかということを開示して、たくさん資料をどんどん流している。それと連携してリンクを張っているのがFEMAのホームページでして、これもアメリカ災害対策のところですけども、これはReady's Checkという名前をつけてホームページがあるんです。それを見ますと、まさしくちょっとした事故、ちょっとした、例えば環境変化に対して、きょうは暑いですから熱中症に注意しましょうみたいなことを毎日というほどたくさん、膨大なものがある。それに対して、そこにpreparedness、要するにどういう準備をしておきなさい、あるいは必需品をどういうふうにやっておきなさいというのから始まって、どういう研修を地域でやればいいかというところまで出ていると。

私がなぜこんなことを言えるかというと、私でもホームページを見ればほんとうに10分か15分ぐらいで米国がこういう活動をやっているんだというのが直ちに目に見られるということがあったので、参考に1度お調べになったらいいと。

おそらくこれは救急を抑制するというようなことがあって、どういう取り組みをしているかというちょっとネガティブな調査になっているので、逆に引かからなかったんじゃないのかなとも思いますので、参考に述べたいと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

私も、英語であるいは何というのかなというので、そのときもFEMAが出てまいりましたが、FEMAというのは国レベルもありますけれども、州レベルもありまして、そこでは、カリフォルニアだったと思いますが、Pre-empiric Emergencyという名前でした。empiricというのは、医師の委員の皆さんはおわかりになると思いますが、何か抗生物質を使う、けどまだ菌がわからない状態でも抗生物質を使わなきゃいけないときがあるわけで、予防という言葉が少し違うんですけども、そういう場面で菌が同定される前に使っちゃうという、それをempiric therapyと言っていますが、そのempiricをとっているようです。

そういうのもあるようでございますが、ただ、これはprevention and preparednessというあの流れの中の1つなのかなとも思いますけれども、そして、家庭内の事故というもののpreventionとpreparednessになるのではないのかなとも思いますので、その辺も含めて、いかがでございましょうか。

どうぞ、〇〇委員、手が挙がっています。それから次に〇〇委員。

【〇〇委員】

いいアイデアがあるというわけではないのですが、これはやっぱり見ると、高齢者というところに焦点を当てた取り組み。例えば高齢者のhome care、英語で正しい表現かわかりませんが、家庭内の過ごし方、暮らし方に焦点をあてる。生活習慣病とはちょっと異なる、お風呂の入り方だったり熱中症対策だったり、それからけがだったりという、何かそこにターゲットを当てた形のやり方があるのではないか。だから、もしかしたら高齢者医療とか、高齢者のいろいろな研究をされていらっしゃるところに何かいい知恵がありそうな気がする。高齢者の家庭内での暮らしの仕方の点検みたいな形のキャンペーンの仕方があるんじゃないかなと思いました。

【〇〇座長】

なるほど。ありがとうございます。home careという単語と、aged peopleというこの2つのキーワードが重要だという話でございました。ありがとうございます。

〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

諸外国の状況をお調べいただいて、すごく参考になります。ありがとうございます。

前々回の7月の検討会でボジョレーの大阪市消防局のお話、ご発表があったかと思うんですけども、これはほんとうに市民からしてすごくよくて、きょう、大阪市消防の方、いらっしゃるかと思うんですけども、とてもいいサイトで、一般の方にお伝えしてもすごくわかりやすく、時間が大体動画のビデオとかというのは大体10分とか15分とかというものが、厚労省の、ごめんなさい、言っちゃった、批判するつもりじゃないんですけども、ちょっと長いんですね。ママたちが10分動画を見るって結構長いんですけども、これは1分ぐらいのものがほとんど全部、転落とかやけどとか、ケアも全部1分とか2分ぐらいで収まっていて、ちょっと時間のあいたときにぱっと見られる、スマホからも見られますし、もちろんパソコンからも見られるんですけども、とてもよくて、うちの子供たちにも見せて、子供たちも犬が転んだりとかしたら、こういうときに危ないんだと見たりとかするんですけども、これはすごくよくて、これを一からいろいろな消防局でつくろうとすると、すごくお金がかかっちゃうと思うんですけども、既にかなりいいものができ上がっているので、リンクとか、そういった形でほかの

消防局とかでも使わせていただいたりしたらいいんじゃないかなと思います。

カレンダーとかもおつくりになっていると思うんですけども、カレンダーとかもすごくよくて、ほんとうによくできたものだなと思って、私たちもかなりいろいろな場所で、救急の、予防救急という言葉は使っていないんですけども、事故に関しての何かケアとか、こういうことに注意しましょうねという話は、いつもこの大阪市消防のものを今は勝手に宣伝させていただいているようなところですよ。

あともう1つ、77ページで、救急隊から見た感想というのがコメント、こういうふうに出ていることということなんですけれども、病気でも事故でも親御さんといつもお話をされていて、こういうことになっちゃったんだけれどもということをお話しされているときに、自分はどうすることが一番よかったんだろうかと質問をすごく受けるんです。どうしたら防げたかということもそうなんですけれども、あのとき、どうしたらもっといい結果だったのかということ結構言われるので、こういった形で救急隊の方だったりとか先生だったりとかの意見として、起きたことは変わらないんですけども、次にもしあったときにどうすることで防げたのかという検証があるというのは、一般市民からするとすごくいいなと思いました。

以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

それでは、〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇でございます。

こういう形で当方のデータなり情報を載せていただいて、ほんとうに光栄でございます。また、今、先生からもお褒めの言葉を賜りまして、ほんとうに心強く感じております。

この中で書いておりますように、当方では平成24年度からですから足かけ3年になるんですけども、係長以下3名で予防救急の業務を消防本部で進行管理させていただいております。

とはいえ、やはり消防の場合、各消防署がマンパワーを駆使し、いろいろな場所に向いて広報なり指導をさせていただいておりますが、本部で、Planを立てて、Doで各消防署が頑張っていくと。それでCheckをして、また次のステップにつなげて

いくといういわゆるP D C Aサイクルがうまくできているのかなとの感想を持っており
ます。

また、前回、前々回からもこの言葉に関してのいろいろなご意見等を承りまして、消
防局に戻って担当者に話をさせていただいておりますが、ほんとうにいろいろないい示
唆を頂戴できているのかなと思います。

いずれにしても、これから、効果というのはなかなか見えにくいものではありません
すけれども、一步一步、着実に事業として進めていければなと思っております。

以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

そろそろ時間も迫ってきております。最後、全体を通じてのコメント等に進んでいき
たいと思いますが、きょう、〇〇先生がまだ沈黙を守っておりますので、〇〇先生、ど
うぞ。

【〇〇委員】

特に、前回と余り大きくは変わっていないので、あれはないんですけれども、じゃあ、
2点ほど。1つは、資料1の33ページの、要するに生活環境と救急要請の頻度が逆比例、
これはミュンヘンのデータなんですけど、これに対してミュンヘン市なりドイツは対応な
り施策は何かされているのかな。

【〇〇座長】

ちょっとお待ちください。これは〇〇先生が一番よく知っているようだと思いますが、
先生は何か。

【〇〇委員】

正確に聴取したわけじゃないんですけれども、背景は慢性疾患とか、いわゆるかかり
つけに行かないことが多いので救急を呼んでしまうということがあるので、向こうは公
的救急車は消防と同じですけれども、あと民間の救急車がいわゆる非緊急で運ぶという
のが2階建てになっていますので、むしろかかりつけ医との接点を強くサポートしてい
くという方向をやっていると言っていました。

【〇〇委員】

日本でも、有名な東京とか大阪の労務者の多い地域の救急は明らかに多いんですね。
そういうところの管轄の消防というのは、救急車の台数を人口当たり以外に増やしてい

るとか、そういうことは全くやっておられないよね。

【〇〇座長】

いやいや、やっていると思いますが、〇〇委員、何かコメントありますか。

【〇〇委員】

今おっしゃられたような観点での補正はかけていません。やっぱり高齢者人口の多さだとか、また、昼間人口の多さだとか、そういうもので補正はかけていますけれども、生活環境レベルのものは……。

【〇〇座長】

けれども、3人体制じゃなくて4人体制になったり、いろいろなことでサポートはかかっていますよね。

【〇〇委員】

実はうちも山谷地域の救急隊は4人配置をしていたんですけども、去年、人が足りなくてやめました。今、PA連携もやっておりますので、本隊の消防隊の活用もできますので。

【〇〇座長】

そうですか。

【〇〇委員】

ええ。そういう形でございます。

【〇〇委員】

その辺のところも一つ考えられたらいいのかなという気がするのと、それと関連して、13ページで、結局直近の署以外から応援を頼むというのが一番時間がかかる理由の1つになっているんですけども、今言ったような話もそうですし、例えばこれ、救急車の台数をそこへ増やした場合には、それだけで解決するんですか。それともマンパワー、救急隊員、救命士、これ、例えば今出て行ってゼロだと。1台救急車を余分にそこへ持ってきたら、残りの署内の救急隊、救急救命士は助っ人的に出ているんですか。

【橋補佐】

貴重なご質問をいただきまして、ありがとうございます。消防力の整備指針におきまして、いろいろな本部の規模ごとにどれぐらいの台数を確保するかというのはありますし、それとともに、非常用救急車なりも持っているので、出過ぎてしまえば、そういった予備の救急車なりを使って、あと一方で、通常は警防隊として活動している方々を乗

りかえ運用の形で使ったり、そういったことはあるんでしょうけれども、やっぱりどうしても全般的には非常にかつかつのところで、なかなか搬送に対して隊数が増えていないという、業革の流れの中でそこまで行き過ぎないというところもあるんで、厳しい状況は変わらないんじゃないかなと思います。

【〇〇委員】

やっぱり濃淡つけたらね、そういうあれっていうのは必要になるかなと。

これから私の本題のほうの言いたいことがあるんですけども、時間ですから、次回ということで。

【〇〇座長】

そうですね。ありがとうございます。

まだ多分質問あるいはコメントをという先生方がおられると思いますが。

【〇〇委員】

15秒で。すいません、お忙しいところ。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

思いついたんですけども、救急隊が予防救急という話だけじゃなくて、今、消防審議会で、団のほうの、要するに市民側の消防団活用という話が出ていますよね。それとこれってものすごくシンクロするんじゃないかと思います。団の活用、そして地域力の強化。

【〇〇座長】

なるほど。予防救急というところのキーワードの中に消防団というキーワードも入れるようにさせていただきたいと思います。

きょう、まだお話をされていないのは〇〇先生、それから〇〇先生ですが、ほんの10秒ずつお願いしたい。

【〇〇委員】

17ページのところでですけども、2号基準、3号基準、6号基準のものがありましたけれども、きょうの議論を聞いていくと、やっぱりこの基準そのものではなくて、基準をつくるまでの過程、プロセスでの意志の共有あるいは情報の共有あるいは検証が効果を発揮しているといったところがありますから、この基準そのものの効果でない、その

基準を作る課程の役割にも焦点を当てたことが報告書に書かれればなと思うのが1つです。もう1つだけ、すいません、41ページ、八高連の例の紹介があります。その下のところを見ていただきたいんですが、すぐにという話ではなくて今後の課題として、ここにもしものときに医師に伝えたいことがあればチェックしてくださいと。ここになるべく自然な状態で見守ってほしいといったチェック欄があるわけですが、今、こういう場合は救急車を呼ばないという形が最もいいんだと思いますが、これでもやっぱり救急車をほかの方が呼ばれて、救急車が行った場合、救急隊の方はなかなかこのなるべく自然な状態で見守ってほしいといったことに応えられない状況がありますから、将来的な課題としてご検討いただければなと思っております。

【〇〇座長】

わかりました。貴重なご意見、ありがとうございます。

最後に、〇〇先生、何かありましたらどうぞ。

ごめんなさい、もう二、三分、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【〇〇委員（代）〇〇氏】

きょう、〇〇の代理で出席させていただきました。すばらしいご議論がされていることに感銘を受けました。

私はいろいろな経緯を存じていませんのであれですが、最後のいろいろな情報を集めて広報されるというところに関しては、私はアメリカにいたときとかは、確かにある分野に関して常にどんどん情報が出ていた、その理由は多分、1つ、州なりでまとまったメッセージをまとめてどんと出していた。それに対してみんなの周知が広がっていたということが1つの理由かなと思っていたんですが、こういうアナウンスをする場合、国の何か、今回はこういうテーマでやりましょう、そこに対していろいろな消防本部なり何なりが同じ、いろいろな媒体を使うなり動画をつくるなりとされた上で、それを吸い上げて、いいものを広めていくということをししたりすると、より効果的な普及なり何なりということになったりとか、年度ごとにテーマを変えていけば、どんどん範囲も広がっていくんじゃないかなという感想を持ちました。

以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございました。

これにて終了させていただきたいと思ひますが、きょうの非常に大きなところは、予

防救急という言葉は使おうではないか、使ってもいいのではないのかというようなところも出てまいりました。

それから、統計分析のところも非常に重要性は高いわけですが、報告書としてはなるべくわかりやすい統計分析をお願いしたいなと思います。

それでは、これにて議論を終わりにさせていただき、バトンタッチ、事務局、よろしくをお願いしたいと思います。

4. 閉会

【橘補佐】

座長、どうもありがとうございました。また、皆様方、活発なご意見をいただき、ありがとうございました。また、本来、事務局が回答すべきところを委員の皆様方の回答、ご支援をいただき、誠にありがとうございました。

本日いただきましたご意見を踏まえまして、次回3月18日、来月でございますが、事務局で報告書をまとめさせていただきます。幾つかご意見があったところを深掘りできる形にして、またご審議いただけるような形で進めていきたいと思っております。

本日はまことにありがとうございました。来月も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した。

— 了 —