

平成26年度
救急業務のあり方に関する検討会（第4回）
議事録

1 日 時 平成27年 3月18日（水） 10時00分から12時16分

2 場 所 三田共用会議所 3階 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、石井委員、大島委員、
加藤委員、城戸委員、坂本委員、島崎委員、鈴川委員、田邊委員、
松川委員、山口委員、横田（順）委員、増野氏（横田（裕）委員代理）

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

【橋補佐】

おはようございます。それでは、定刻となりましたので、救急業務のあり方に関する検討会（第4回）、最終回を開催させていただきます。本日は大変お忙しい中ご出席を賜りまして、まことにありがとうございます。

本日の司会は、私、消防庁救急企画室の課長補佐の橋が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。それでは、座って失礼いたします。

2. 議事

【橋補佐】

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。まず次第をおめぐりいただきますと、開催要項と委員名簿でございます。その次に、資料1として救急業務のあり方に関する検討会（第4回資料）、次に、資料2として平成26年度救急業務のあり方に関する検討会報告書の案でございます。こちら、大部になっており

ますので、ホチキスが取れるかと思ひまして、テープで補強等しております。取れたらまたおっしゃってください。

以上、落丁等はございませんでしょうか。

続きまして、各委員のご紹介をさせていただくところではありますが、お配りの委員名簿でかえさせていただきます。〇〇委員、〇〇委員、〇〇委員につきましては欠席との連絡をいただいております。なお、〇〇委員にかわりまして〇〇様、オブザーバーの〇〇課長にかわりまして〇〇室長に代理出席をいただいております。

なお、本検討会は、特に委員の皆様からのご意見があった場合を除いて公開ということで進めさせていただきますので、ご了承いただきたいと思います。

一応ここで撮影は終了なので、マスコミの皆様におかれてはご配慮のほどをよろしくお願いいたします。

それでは初めに、〇〇座長から開会に当たりましてのご挨拶をお願いしたいと存じます。

【〇〇座長】

ありがとうございます。委員の皆様、お忙しい中、特に年度末お忙しい中、多数参集いただきまして、心から感謝申し上げます。

今回4回目という事務局からの報告もありましたけれども、1、2、3の総まとめの報告書の作成を今回していくこととなります。今年はこの検討会で3つのテーマがありました。1つは消防と医療の連携というところ、それから、ICTの促進、それから、もう1つは予防救急ということでございます。この3つのテーマに加えまして、我々4つのワーキンググループが出ておりまして非常にご苦勞をされているところでございますけれども、今日はそのワーキンググループの長の先生方にも事務局の説明の後に補足等をお願いしております。よろしくご協力のほど審議のほどお願い申し上げます。

それではどうも、事務局から先を進めて、私のほうにまたバトンタッチいただければと思います。

【橘補佐】

ありがとうございます。それでは早速ですけれども、引き続きまして議事に入りたいと思いますので、以後の進行につきましては、〇〇座長、よろしくお願いいたします。

【〇〇座長】

わかりました。今お話を申し上げましたとおり、この親会議で3つのテーマを検討しております。消防と医療の連携、それから、救急業務におけるICTの活用等でございます。それらにつきまして、まず検討を進めていきたいと思っております。

まず初めに、それでは、消防と医療の連携につきまして、事務局から説明を願い、検討をしてみたいと思います。よろしくお願ひしたいと思ひます。

【橋補佐】

それでは、事務局から資料についてご説明をさせていただきます。まず消防と医療の連携でございますが、資料1が概要の資料になっておりまして、こちらのほうを使ってご説明をさせていただきますが、適宜、資料2の報告書のほうでどのように書かれているか、また、資料2の報告書をごらんいただければ、ところどころ黄色くマーカーしてありますところがございます。こちら、前回までの検討会で委員の皆様方からいただきましたご意見を踏まえて記述しております箇所を明示しておるものでございますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、資料1のほうです。めくっていただきまして、目次の次に、これは検討会の概要でございますのでここは飛ばさせていただきます、4ページから消防と医療の連携でございます。

5ページでございます。まず1つ目でございますが、今回の検討会におきましては、全国の消防本部、県の消防防災主管部局、衛生主管部局等に対しましてアンケート調査を実施いたしまして、さらに消防庁で毎年度集計しております救急統計の中で深掘りをして分析をいたしてみました。この中でわかってきたことは、全国的に収容所要時間が延伸しているものの、アンケート調査によりまして、消防本部の管轄人口規模ごとにその要因には違いが見られるということでございました。例えば大規模本部であれば、病院に起因します影響が大きかったり、道路交通関係の要因が大きかった。小規模でありますと、高齢化の要因があったり、さらに医療資源の不足により向かう距離が長くなったりと、そういった実感が見られたところであります。

また、その統計分析によりまして、ここでは小さい規模の本部から大きい規模の本部まで多彩にあるということで神奈川県を取り上げさせていただきましたが、実施基準において重症以上の症例を主な射程に入れている中で、重症の症例では軽症、中症、中等症に比べて抑制されていると。こういった形から、実施基準の策定、運用の工夫による

収容所要時間短縮の効果は中規模本部において最も実感されていることがわかったと。統計分析によっても、策定前後で所要時間の延伸が中規模本部において最も少ないということがわかったということでありました。

このような中から、消防本部の管轄人口規模ごとに、搬送時間の延伸に応じた適切な対策を講ずる必要があるであろうと。一定程度実施基準の射程にあるかどうかによって、少なくとも実施基準にその射程として含めている場合には収容所要時間の延伸を抑制する効果があったと言えるのではないかと、それは中規模本部が最もその効果が発揮されやすいのではないかとということが見えたわけではありますが、実施基準を実効性あるものとするためには、消防機関や医療機関等さまざまな関係者が主体的に実施基準のルールづくりに参画して、お互いに顔の見える関係を形成した上で十分な議論を経て実施基準をつくり上げることが必要でありまして、そのような議論の場づくりが重要であろうということでもあります。

このような中で、議論の場づくりという中で1つありましたのは、福岡県での例として資料2の報告書の49ページに、福岡市にいらっしゃる先生方と消防関係者の間で顔の見える関係づくりに向けた取り組みということで、毎月最終月曜日に議論をして、その後懇親会といったところでしっかりと意見交換がなされているということコラムという形で載せさせていただいております。

続きまして、資料1のほうにお戻りいただきまして6ページでございます。こちらのほうは、報告書でいえば53ページからになっております。地域包括ケアシステムと救急ということで図を載せさせていただきました。慢性期の方は地域の福祉やさまざまな医療、多職種の方々に既に支えられている方々なので、そのような方と消防機関が連携して情報共有に取り組むことで、救急車はどのような場合に利用すべきかということ福祉に従事する方に対しても理解を深めてもらって、一方で緊急性があまりない場合に、医師の診療が必要な場合でもできる限り地域のかかりつけ医の方々に完結させていただくことで在宅医療に戻りやすくなるのではないかと。

ここは新たに追記しましたが、在宅ではなく施設にいらっしゃる場合においても、緊急性がない場合に提携病院による地域内の医療の完結といったことも書かせていただきました。可能な限り地域の中で完結させることが望ましいのではないかとということでもあります。また、前回のところでは、「真に搬送が必要な」といった書き方をしていましたが、そこを、「緊急度から判断して救急搬送の必要が生じた場合には迅速な病院

選定につながり、消防機関は地域包括ケアシステムにおいて重要な役割を果たす」という形で記述をしております。

この図の中で、そういった形で非緊急の場合を在宅の場合と施設の場合で新たに追記させていただきましたことと、全体を通じて複数の者がふえてくる場合にメディカルコントロール協議会によるいわゆるマネジメントといった視点も重要でございまして、この図の中のあらわし方は非常に難しいのですが、左上のところにMC協議会ということを書かせていただいたことと、※のところでもマネジメントの重要ということを際立たせていただいております。

こういった中で、7ページでございますが、地域包括ケアシステムに消防が関わっていくことで期待されるメリットということで、独居、施設入所の高齢者等、搬送困難に陥りやすい類型の傷病者を搬送するためには事前の情報共有が大事なんだと。そのことによって、より迅速な病院選定につながられる。一方で、地域にお住まいの元気な方も含めて、慢性期の方も事前に福祉や医療と協力した予防救急や応急手当啓発に取り組むことで、救急要請に至る事前に効果的にそれを抑制し、減らすことができるんだと。ひいては、重症化も防ぐことができる。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、緊急性があるときに救急出動を行うことが可能になるといったことであります。

今回検討会ではさまざまな全国の事例を取り上げましたけれども、松戸市や八高連での事例のように、事前に情報共有の取り組みがあるということを含めた取り組みをしている本部は、全国的には約5割弱ぐらいのところでは何かしら実施されている。こういった取り組みは、地域包括ケアシステムに消防がかかわっていく第一歩として位置づけられるのではないかと。また、さらなる発展系として、全国的には少数の消防機関でありましたが、地域ケア会議といった多職種が集まる場に具体的に参加して、管内の高齢者に対する症例検討とか、地域ごとの救急搬送をめぐる諸課題についてちゃんと認識を共有しているということもありまして、こういったものがさらなる発展系として位置づけられるのではないかと。

今年度は地域包括ケアに消防がかかわるイメージの提示や事例紹介を行いましたけれども、来年度はさらにさまざまなパターンを持った先進事例を調査することで、さらにかかわり方が明確化して、具体的にその効果を明らかにしていきたいと考えております。報告書では61ページに、メディカルコントロール協議会によるいろいろなマネジメント

のところを黄色のところ具体的に記述いたしております。

さらに8ページに行ってくださいまして、こちらでは、今回アンケートの中で、消防法に基づく実施基準を策定する際に地域で法定協議会を設置するということではありますが、ここの議論を活発化させるということで、都道府県単位と二次医療圏による地域MC単位とさまざまな場がありますが、こういった地域レベルの場からの積み上げが必要と。さらに事務局の体制が充実していただくことがいざ平場での議論の活性化にもつながるということでは、専門部会の設置ということが大事なのではないかということがあります。

6号基準の課題といたしましては、二次医療機関による積極的な受け入れが、三次医療機関に集中しているという課題を解決するためにも重要だということではありますが、そういった状況に関係者間でICTの活用なども含めまして認識共有していただくことが大事なんだということでもあります。二次医療機関による受け入れに資する施策としても、消防庁では特別交付税によりまして、都道府県が二次医療機関が積極的に受け入れるような助成をする場合に財源補填として特別交付税措置を講じていたりもするというところであります。

ただ一方で、アンケート調査によりまして、6号基準策定による効果を実感するかということに対する回答と、実際に6号基準の類型との間には、都道府県単位でやるか、地域ごとにやるかといったことには相関関係は見られなかったんですが、関係者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り、どのような形でやるかは各地域の判断によっているのであるということでもあります。

このような6号基準適用に至った事例においてどのような類型が多いかということ地域ごとに比較したり時系列的に比較することで、実施基準の内容や運用、さらにはその他の搬送及び受け入れを円滑化する取り組みにおいてどのような改善点があるかを分析することができて、より継続的に行っていただきたい実施基準中心とした施策のブラッシュアップにつなげることができるということを書いております。

事務局からまず以上にさせていただきます。

【〇〇座長】

ありがとうございました。ただいま消防と医療の連携の章に関しての説明をいただきました。ご質問の前に、私ちょっと事務局にお願いしたいのですが、報告書としては、資料2のこの厚いものを報告書として考えると。それで、今お話をしている資料1は、

第4回資料になっておりますけれども、概要版的な形でこれも報告書の中に入ると、そういう考え方でよろしいですか。

【橘補佐】

報告書の内容を簡潔に示したのが資料1の概要版という位置づけであります。ホームページに掲載するときには、あわせて掲載する形も考えたいと思います。

【〇〇座長】

わかりました。ということは、これも両方で。というのは、これ、報告書だとなかなか読むのが大変というときもありますので、こういうときには概要版的なものも一緒につけたほうがいいんじゃないのかなという気はいたしますが、その方向を少し考えていきながら、委員の先生方の質問をお受けしたいと思います。

もう先生方、3回、これ、4回目になっておりますので、流れが相当おわかりになっていると思いますが、どこからでも結構でございます。ご意見あるいはご質問等がありましたらお願いしたいと思います。

私、まず座長として、概要の6ページの地域包括ケアシステムのこの表は、これ、厚労省がつくったのに消防庁が大きな救急車をつけたりいろいろなことをしてしまっていますが、これは何となく、厚労省にごめんなさいと言うなりつくり直すとか、何かあったほうがいいんじゃないのかなとふと思いますが、これ、いかがでしょうか。

【橘補佐】

一応右肩に「厚生労働省資料より作成」というところがありますが、そこにさまざまなことを追記しておりますので、〇〇室長、いかがでしょうか。

【〇〇室長】

厚生労働省の地域包括ケアシステムのこの図はいろいろところで活用させていただいてございまして、こういった考え方が地域にかなり広がってきているんだろうと思います。座長ご指摘のとおり、厚労省の資料に消防庁のほうで改善していただいているということだと思いますが、著作権がどうこうということではないと思います。いずれにしても1つの地域のシステムを救急という観点と、地域包括ケアというか全体という観点で1つの絵であらわすということは関係者の理解を得るには大事なことだと思いますので、若干このままでいかという議論もさて置き、そういった考え方の図はあったほうがいいんじゃないかなと思っております。ありがとうございます。

【〇〇座長】

そのとおりですね。じゃ、そのぐらいにしておきましょう。

どうぞ、どこからでも結構でございますが、挙手を願いたいと思います。

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

この6ページの絵は、何でも描くところというふうにごちゃごちゃになっていくんだと思いますけれども、そこにMC協議会という、とにかくメディカルコントロールという概念が入ったということは非常にいいことだと思います。これは皆さんの合意がこちらの方向だということになっていると思います。ただ、この描き方でわかるかなという感じはありますね。どこかに注釈つけるとか。MCと書かれても、一般人にはわからないと、これも何度も議論していますけれども、ところが、やまと言葉がまだ見つからないので、当面、どこかに注釈を書くなり何か、※印1つ使われていますから、もう1つの※2つぐらいつけるとか、何か工夫はあったほうがいいんじゃないかと思います。

【〇〇座長】

賛成ですね。

【橘補佐】

事務局でもどうやってあらわしたらわかりやすくなるだろうかと苦慮いたしましたが、さらにわかりやすくなるように検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

【〇〇座長】

よろしく願います。〇〇先生、ありがとうございました。

どうぞ、ほかにいかがでございますでしょうか。〇〇先生、手を挙げようとしております。

どうぞ。

【〇〇委員】

ご指名ですので。まず最初のアンケートといえますか調査において、人口規模でということでは分析されたことは大体合理的な結果が得られているのかなと。要するに、人口規模の大小でそれぞれ少し問題が違っているということがよくわかったなということではないんじゃないかなと思います。

改正消防法の6号基準のところ、62ページでございますけれども、真ん中あたりでちょうど黄色の線で書かれている箇所、教えてほしいのは、例えば東京都の例で「応需率を地域ごとの平均値で示すこと等で各医療機関の現状認識を促している」、いわゆる

地域の自分たちの病院の受け入れがどういう状況なのかということを知りとのベンチマークと見ながら位置づけを見ながら認識をとらせているんだというふうな表現に受けとめられますけれども、これは病院名を出してというわけじゃなくて、地域ごと単位で匿名化して出しているというふうに理解してよいのでしょうか。ちょっと東京都の方おられたら教えてほしいなと思います。

【〇〇座長】

〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

では、その件にお答えします。東京の場合、12の医療圏に分かれていまして、地域救急会議がその医療圏ごとに行われています。ですから、その医療圏ごとの応需率というのは、要請に対する応需をしている、そこを出します。それと、東京都全体の数字を出す。それと、各医療機関にはそれぞれの病院に対して病院ごとに応需率をお示しすると、こういう形になっています。

【〇〇委員】

ごめんなさい、もう一度確認ですけれども、「あなたのところは実は5回かけて1回しかとってけません」というような個々の医療機関に対して、受入れデータだけでなく、応需率も出しているのですか？

【〇〇委員】

両方です。地域の応需率と、個々の病院に対しては、個々の病院に「こういう結果でした」と……。

【〇〇委員】

それも出している？

【〇〇委員】

はい、出しています。

【〇〇委員】

なるほど。なぜこういう質問するかといいますと、やはり補助金も多少関係することで、手は挙げているけれどもなかなか実態がそぐわないというのは皆感じているところなんですけれども、昨今の流れからいうと、やはりしっかりとデータを出して改善を求めていくというのか、そういうやり方もあるのかなと常日ごろ思っていましたので、このところが大変興味深いということでございます。ありがとうございます。

【〇〇委員】

ちなみに、〇〇先生がおっしゃったように、今度の休日夜間診療事業の東京都の補助の制度の見直しの中で、一定の応需率のレベルがあるところについてはその分加算があるというシステムをつくって、要は、汗をかいていただいている病院がそれなりに評価されるということで東京都のほうで医師会と連携してつくったと、こういうことでございます。

【〇〇座長】

よろしいですか。

どうぞ遠慮なく。〇〇先生、手が挙げられますか。

【〇〇委員】

手は挙がらないんですが、発言を。資料2の60ページに東京都の絵がございますよね。この東京都の絵は、その前のページから説明されている葛飾区や、それから、12月から八王子云々とありますが、それをここに写し取っているわけなんですけれども、要するに、先ほど来出ているMC協議会が左上に書いてある6ページの図は、どうしてもこれは総務省消防庁の管轄する自治体消防の救急車が関与しているという話なんですよ。

それはそれで、この絵は日本全国版でいえば多分こういうふうな形でしょうが、東京都がこういうふうな絵になった理由は、東京消防庁の自治体消防の救急車が大変逼迫しているというふうな状況と、それからもう1つは、この右側の61ページの右側に書いてある地域コミュニティに関わるという部分がありますが、これに関連します。つまり、コミュニティの強化という、地域共同体としての地域の力の底上げというふうなことを医師会の管轄区域が医師会のこういう活動によって強めているという、そういう側面なんです。

この間も日本医師会の中の議論で出たんですが、医師と消防の関係者の方だけではなくて、介護の方がこの件、つまり、救急車の搬送などに関することに入ってくると、一気に60ページの図が非常に実現性を帯びてきていると。葛飾の場合は初め、1カ月に何件もないんじゃないかという状況が、僕が東京都医師会の中の議論で聞いたときは、1月の末だったと思いますが、一月にもう10件、直近で日本医師会で聞いたときには一月に20件と言っていました。ですから、急に高齢者がふえるわけじゃございませんので、介護の方たちがより積極的にこういうふうな仕組みを利用して、自分の目に届くところの病院に行っていただくと。その病院の様子を聞いてまたもとへ戻ってくるという、そ

ういうふうな、地域でやっていけるといふところに病院の救急車が役に立っていると。

だから、そういうふうな観点で物を考えると2つあって、1つは、6ページの絵のままに、介護の方たちが地域の自治体消防と一緒にやっていただけるような、そういうふうな形で地域のコミュニティの力をパワフルにしていくというのが1つあるとは思っています。東京はどうしても、23区がもともと東京の本部で、それに多摩地区が加わりましたから広いので、ですから、消防そのものは地域のコミュニティというにはちょっと違うんです。ただ、医師会はまだ地域単位です。ですから、品川区でも品川区医師会と荏原医師会が、昔の荏原区医師会が残っているわけですから、そういう意味で田園調布とかそういうふうな医師会も残っていて、区よりも少し小さ目の医師会が残っています。そういう意味では医師会が地域の共同体としてのプラットフォームを形成するというふうな形になりそうなんです。

今言った2つ目の1つは、この6ページの絵のように、地域の介護の方たちと地域の消防本部が上手にシンクロすることによって、今のような仕事ができるかもしれない。東京のような大都会において相当程度に逼迫してしまったところに関しては、病院の救急車が本件に関して、地域医師会をプラットフォームにしてやってくれと。キーワードはやはり地域のコミュニティの共同体としての力という話になるんだと思うので、その部分をこの会が日本全国のいろいろなところの事情に合わせてそこができるような、そういうふうなことを発信していくといいんじゃないかなと思った次第です。ちょっと長くなりましたが、以上です。

【〇〇座長】

そうすると、先生の結論的には、介護あるいは地域の介護力というのをどこかに、6ページでも60ページでも入れていったらどうだという意味ですね。

【〇〇委員】

ええ。だから、そういう意味では、葛飾の例でいうと、今言った病院救急車の事業の運営そのものはもちろん医師会がベースですが、協議会の中に介護の人たちを入れたと。その瞬間に救急車の要請件数が急激に上がってきたと。医師会の先生の言葉をそのまま使くと、食いつきがよかったと言うんですね。何かみたいですが、そういうふうな言い方をしたので、それが実感だと思うんです。自分たちが医師会の中でやってもなかなか来なかったのが、介護の人たちを協議会の中に入れた途端にぐっと上がってきたと

いう。そういう意味で食いつきがいいという言い方をしていました。

ですから、地域の消防本部、山形市消防本部でもどこでもいいんですが、どこどこ市消防本部みたいなのが地域の介護の人たちと一緒にやると。その場、つまり、MC協議会でいいとは思いますが、そこに介護の人たちを本件に関しては入れていくというふうな、そういうふうなのがいいんじゃないかなという気がします。東京のMCでは、途中から産科の先生が入っていただいたり、小児科の先生が入っていただいたりとかいうふうなことがありましたしというふうなことでございます。

【〇〇座長】

私も非常に賛成ですね。介護という、あるいは介護の人たちに地域のコミュニティの中で活躍してもらおうということの重要性がこれからますます上がってくると思いますので、入れて報告書にするという形でいきましょうよ。先生、ありがとうございます。必ずさせていただきます。

ほかにいかがでございましょうか。よろしいですか。

私、座長としてまた話をするのも気が引けますが、消防と医療の関係というのは、やはりいつも顔の見える両者の関係の構築が非常に大事だろうというのは何回も言っておりますが、資料2の49ページのところにコラムで顔の見える関係というのだけでこれでいいのかという。ここはもう少し充実してもいいんじゃないのかなと私は思うんですが、いかがでございましょうか。この中に書いてある意見交換とか懇親会でというのは、これ、もっといいんじゃないかなという気がするんですわな。

どうぞ。〇〇先生、手が挙がっています。

【〇〇委員】

どこで言おうか迷っていたので、ちょっと言わせていただきたいんですけども、この顔の見える関係というのは、例えば搬送困難を改善するための1つの方策であると思うんですが、24ページに黄色でいろいろ入れていただいて、この下にある図表2-18というのは、これ、全部よくなった県または推奨県であるということを出ている。栃木県がトップに出ているのは僕はこの前もびっくりしたと言いましたけれども、例えば栃木県が0.2%とか下がった理由は一体何なのかということをきっちりと分析するべきだと思うんです。

県によってそれぞれ事情が違うという話も先ほどありましたので、もしかしたら福岡県はずっとこのコラムの内容で行っているのかもしれませんが、ほかの県はまた

別な理由があつて、東京都は救急医療何とか協議会ですか、そういうものを地区でつくったということがもしかしたら原因かもしれないし、栃木県はこれ、僕、全く別な理由だと、実施基準の策定でこういうふうになつたとは私は全く思っていないので、その辺の一つ一つをきっちり……。

【〇〇座長】

これだけじゃなくてね。

【〇〇委員】

ええ、ICT含めて見ていただくことによって、それが地域包括ケアの中でどのようにそれが有効にその部分をとってこられるのか、どうやって活用できるのかという話にしないと、策定基準だけでもないし、ほかにもいろいろ、ドクターカー、ドクターヘリはやった、ICTはやった、みんなやって、包括ケアでソーシャルワーカーといろいろとやったとか、介護の人とやったとか、いろいろみんな分析すべきものがあると思うんです。そこをぜひ今後詳しく……。

【〇〇座長】

これからやってほしいというところはね。

【〇〇委員】

ぜひやっていただきたいと思います。

【〇〇座長】

事務局どうですか。全く私も同感ですけれども。

【橋補佐】

まず〇〇先生からのご意見の中で、24ページの図は、全国の都道府県47の中からはまず抽出してきた中で、一応当初の抽出基準としては、照会回数4回以上が年々ちょっと改善してきているというところで挙げてきたわけです。これ、栃木県は、全国を北から順に並べているだけなので、たまたま栃木県が一番上にあるというだけでございます。それ以上の他意はございません。

右側のところに、実施基準の策定年月日と救急業務におけるICTの導入年月日を入れてさらに見ましたが、特に実施基準のところは、たまたま策定年月日の次の年度から少しずつよくなっているという傾向は見えるだろうと。ただ、ICTのところとの関連というのはやはりあまり見られないというところもあります。なので、その上の黄色のところでは、前回の検討会資料では、そういった効果があるのではないかという記述を

していましたが、そういったことはやめて、何かしらの取り組みが成果を上げたのではないかということで書かせていただきました。

ここの項目のところ、近年の救急業務を取り巻く現状というところのページなので、先ほど座長もおっしゃられた顔の見える関係のところをどういう入れ方をするかというのをいろいろ悩んだ挙句、コラムという形になりましたが、ただ、全国の各都道府県の中でそれぞれ国の報告書の中で記述してくるというのはなかなか難しいかと思いますが、ただ、それぞれの都道府県でどういうことをすれば効果があるのかというしっかりした議論を促すような書き方を本文のところでももうちょっと工夫をして書かせていただければなと思います。

【〇〇座長】

そうですね。それで十分だと思います。地域によって顔の見える関係の構築の仕方というのがみんな違うんじゃないのというところだと思うんです。その辺のところを加味して。膝と膝を突き合わせて夜中いっぱい議論するところもあるんです。けども、それだけじゃなく、懇親会をしながらというところもあると思いますし、うまくそこを書いていただきたいと思います。これは多岐にわたる議論がまだあると思いますけれども、時間も限りがありますので、また最後の総合討論の時間を設けてありますので、次に進ませていただきたいと思います。

次の話題は、救急業務におけるICT活用の推進について、まず事務局から説明を願いましょう。

【橋補佐】

わかりました。ICTは、資料1では9ページからでございます。資料2は67ページからでございます。

まず資料1の10ページでございます。今回、ICTについても全国の都道府県に対してアンケート調査を実施いたしました。既にICTを導入して活用している都道府県、これは全県で導入している、またはその中で一部で導入しているも含めてであります。47都道府県のうち33団体、昨年度よりも7団体増ということで着実に増加している。特に導入して直近1年間の中で効果がしっかり出ているといったところもちゃんとあったということであります。

搬送受け入れ状況について、医療相互と救急隊との間で見える化されることによりまして、医療機関側での搬送受け入れに対する意識の改善も見られたということであります。

す。ただ一方で、効果が実感されづらい理由の1つとして、医療機関側での応需情報の入力がリアルタイムでないということが挙げられたということでもあります。

また、地域の特性に応じたICTの導入というところで、全国的に消防本部の管轄人口規模が異なる中で、医療資源の多寡もあります。そういった中で、少ない地域においては、医療機関情報共有機能や搬送実績の情報共有機能といった有効性があらわれにくいと考えられている場合もありますので、地域特性に応じまして、また費用対効果にも見合った形でICTの導入を促進すべきであるということを書いております。

今、コストの面も出てきましたけれども、11ページで、ICTの導入・維持に係る経費ということです。まずもって、各都道府県において衛生主管部局側で医療情報システムを、これ、トータルで導入しておりますけれども、このコストが大体数千万から1億円程度という場合であります。それが定期的に更新時期を迎えるということですが、その時期に合わせて救急業務においても活用しやすいようにしていけば、インシャルコストを抑え、ランニングコストについても年間数百万円におさめることができるのではないかと考えております。こういった形で他県の事例を情報収集しつつ、それぞれの地域においてある資源をもとに、こういったICTが有効に活用できるかということを検討しつつ、県の衛生主管部局や財政当局の理解も事前に得ておくということがあります。

応需情報についての話もありましたが、リアルタイムで入力ということで、やはりICTの箱をつくるということも大事ですが、それぞれICTを使ってどういうことを目標とするのか、ICTの運用に係る仕組みづくりに消防と医療機関がそれぞれ参加して、これによって得られるメリットを明確化してやるのが、医療機関にとっても主体的に取り組めるようになるのではないかと考えております。消防と医療の連携のところでも特別交付税措置をご説明しましたけれども、医療機関による応需情報のリアルタイム化を促すための仕組みとして、そういった特交措置も含めた何らかの支援措置を検討すべきじゃないかということでもあります。

リアルタイムでの入力のための工夫ということで、資料2の報告書では72ページに、前回も埼玉県が、搬送した際に救急隊のほうで、直近に搬送しましたということ随時情報の登録ということできるようにしているといったことをご説明しましたが、そういった救急隊や通信指令員による代行入力を可能としている例とか、愛知県の、更新されていないと督促をするといったこととかがあるようですけれども、こういったことを

入れております。

このような中で、資料1の12ページがまとめでございます。ICTが救急業務の円滑化に効果を発揮するためには、単に箱という、ICTを導入するというだけでは不足であって、これによって何を得たいのかということに関係者が主体的に議論し、双方にとって有効なシステムにすることが大事であると。この点が、実施基準が各地域において有効に機能するためのポイントとも共通しており、実施基準、ICTともに、主体的な参画、議論によってルールづくりをすることによって初めて有効に機能するということがあります。

ICTを導入した上での話にはなりますが、医療機関側で受け入れ情報の共有化やリアルタイムでの更新を促進し、医療機関同士での状況の見える化を進めることで、医療機関側における受け入れに対する意識を高めることに効果があるのではないかとということでありまして、こういったまとめについては最終ページの資料2の80ページに書かせていただいております。以上であります。

【〇〇座長】

ありがとうございました。最後にICTのまとめというところでの流れが報告ありました。どうぞ、先生方からの。これももう相当議論しているところでございますが、これでいいのか。この辺のところをもう少しというご意見がありましたら、どうぞ遠慮なくお願いしたいと思います。いかがでございましょうか。

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

ICTの導入、箱物だけあっても中身が入らないとだめですよというのはずっと議論されてきたことで、その1つの大きなものは、やはりリアルタイムの情報を提供できるかどうかという医療機関側の課題だと思います。医療機関側の立場でいいますと、今、患者さんが入りましたとか、処置中ですとか、ベッドがこれだけあいていますというようなのをリアルタイムで返そうとすると、これはもう「人」の仕事でしかないのです。

今、二次救急の病院などでも活性化の非常に高いところは、救急のフロントラインのところに事務員をどれだけ配置できるかということにかかっています。これは単にICTの応需の情報を流すというだけではなくて、院内の調整とか、あるいはいわゆる救急のフロントラインのマネジメント役というのがやっぱり非常に重要なんですね。我々の業界ではメディカルクラークをそこで置こうとするんですけども、その分やっぱり財

政的な問題があつてなかなか現実には厳しいと。だけど、そこを無理してでも置くことで、こういうICTの情報もリアルタイムに入力ができたり、院内の空きベッドを絶えず皆監視しながらやることができるんです。

そういう意味において、72ページのところの書き方のところには、どういう工夫があるかということで、これは立場が消防庁なので、どうしても救急隊が行って、今ここへ行きましたからということで救急隊のほうから入れてあげるよみたいな書き方、工夫にはなっていますけれども、もう1つ踏み込んで、病院側のメディカルクラークなり人を配信するがICTで情報を返すというか、入力をするというか、そういう努力でもっておこなえるんだよというのを書いていただくと、病院としては非常にそこに力を入れていこうということになるので、ちょっとそこが物足りないような気がいたしました。

【〇〇座長】

今のご意見いかがですか。

橘さん、どうぞ。

【橘補佐】

まさにここでどこまで書けるのかということをいろいろ検討した中で、消防のところを中心に書いたというところがあります。今回、東京都の例もありましたけれども、いわゆる病院ごとにどういう受け入れ実績になっているのか、また応需、リアルタイムにちゃんと更新されているのかということを中心に病院間で情報共有したり、それを一般にホームページで公開するといったことも、そうすれば、それぞれの病院が、地域にお住まいの方々から見て、ちゃんとリアルタイムに更新しているかとかそういったことを把握されることによって自然に促すような、経営者の方々であればよりリアルタイムにやるべきではないかというふうに思ってくれるのではないかなということもありましたが、実際どこまで書けるかなとなったときに、資料1の12ページの最終の一番下のポツとか、80ページの一番最後のところの書き方に今のところしてありますが、もっと踏み込んでさらに、〇〇先生のご意見も踏まえて書けるところはどこまでかということを中心に検討してみたいと思います。

【〇〇座長】

それからもう1つは、病院側としては、傷病者の個人情報をごとまで考えてこういうところで発表していくのかということも、院長とか、あるいは経営者によってはこれが多少気になるところもあるんですね。だから、そこをうまく乗り越えないといい情報が入

ってこないということにもなるわけですし、その辺も厚労省の皆さんとともに検討していくことだろうと思います。

〇〇先生、そんなところでよろしゅうございますか。

【〇〇委員】

いいんですけれども、ちょっとくどいようですけれども、やはり見える化をするというのは表向き非常に重要なことなんですけれども、見える化をさせるための病院側の人材的な機能がないとやっぱり見える化にならないよというところがあるところか1行どこかであらわれてくれば、病院側が対応していくのはこういうところなんだというのがわかるんじゃないのかなと思います。本当は厚生労働省なんかここに手当てしてくれというようなことを言いたいのが本音なんですけれども、それも含めてちょっと間接的でもということです。

【橋補佐】

〇〇室長ともご相談しながら、消防庁の立場からどういう形で側面支援ができるかということを書きたい……。

【〇〇室長】

1点、せつくなので、今のお話がありまして。おそらく先生ご指摘のとおり、我々としても非常に問題意識があります。地域の救急の医療をどのように大事に育てていくかというのは非常に重要で、そのためにはやはり病院側の何かしらの後押しというか、そういうものがないとなかなか進まないということは、努力だけでは進まないというご趣旨は我々も理解しております。救命救急センターの場合と、二次のいわゆる告示病院の場合でどう違うのかとか、すべからく例えば二次の告示病院に人を張りつけることが有効なのかとかいうことも含めながら、それぞれの病院でどういう後押しがあればこういったものに少し貢献していただけるのかということについてさまざまな方策を連携して考えていきたいと思っていますので、消防庁ともご相談させていただきたいと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。

ほかにかがでございましょうか。

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

先ほど〇〇委員からも、昨年、東京都が特に回数4回以上が急激に減ったということの理由として、1つは東京都の中で東京都の独自の補助金事業としての指定二次医療機関の要件の見直しという中で、救急車の受け入れの実績と、それからもう1つは応需率を加算対象にするということ。これは地域救急医療会議をやっても、やはりそのところはインセンティブとしては非常に大きいということで。あめよりはむちの部分が大いというふうな意見が多いんですけども。

その中で応需率の計算をする上で、東京都の情報端末に正確に入れておかないと、受けられないのに丸をつけるとどんどん応需率が下がってしまう。逆にいつもバツにしておけばいいかというと、バツのときに患者をいくら受けてもそれは応需数には計算しないというのが東京都の医師会と東京都で決めたルールでございますので、そうすると、補助金の加算を考えると、いやが応でも院長としてはできるだけ正確に入れておかなければいけないというような経済的なインセンティブが働くというところがあるんじゃないかということは、地域救急医療会議で多くの院長から声が上げられているところであったと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。全国的にそれで動けるのかというのはまた多少違うところがあるのかもしれませんが、東京都はこういうことでやっているぞというのはありがとうございます。

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

I C Tのところ、もうまとめだと思いますのでやはり言うておきたいので、すみません、1つだけお願いします。この文章の書きぶりから見ると、I C Tは効果があるというところから始まって、でも、それには箱物だけではだめだよという形でまとめてあるように思います。

効果があるというのを、これ、見せていただいても、0.何分短くなったかどうかというようなところを効果と言っているようですけども、eM A T C Hという、〇〇先生がやられて、奈良県で一生懸命苦労されたというのを皆さんご存じだと思います。ここに全部のデータがありませんけれども、24ページ見ていただくと、奈良県は今でも10.4%、14.何%ということで搬送に非常に苦労されているということです。これは、ずっと見ていただければわかりますけれども、5年間全く変わっていません。というこ

とは、eMATCHを入れただけでは効果がなかったということを如実に示す例があるんだと思います。

つまり、〇〇先生自身がICTだけではだめだということを、eMATCHを入れただけでは無理なんだと。だから、MCがしっかりしているところでもう一度eMATCHをやりたいというふうに、亡くなる前に言っていたわけです。そういうところをしっかりと。僕としてはICTばかり文句言っている理由は、どうしてもそういうところで、彼が目指したかった、ICTは大事だ、入れるとデータがよく集まる。それをみんながよく活用してほしいと彼はずっと言っていたと思うんです。それをぜひ皆さんで理解して。僕はICTが悪いなんてもちろん1つも言っていないです。ICTはいいものですけども、それ使わないといけないんです。それが大事だということをぜひ入れておいていただきたいなと思っております。

【〇〇座長】

ありがとうございます。ICTを使うというのは、やはり人とMCそのものの強化というのも非常に重要なんだぞというところがあるのではないかなと思いますが、ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。必ずやります。

どうぞ、先生。

【〇〇委員】

ちょっと横道に入る感じもあるんですけども、座長がさっきおっしゃった、個人情報保護と、それから、こういう情報の取り回しと言及されたので、ちょっとだけコメントしたいんです。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

というのは、昨今ビッグデータだとかいろいろなことの中で、やっぱりデータベースは善であると、しかも商売にも使えるという、さまざまな議論がされます。しかし、それは、私、世界医師会で今そのガイドラインづくりにかかわってしまして、日本に戻ってさまざまな方と議論をしているんですが、まず患者さんの情報、そういうデータベースというのは、市民と言ってもいいですが、住民のデータベースというのは、患者さんのために使うというのが1次利用と、それがもう一丁目一番地で、2次利用というのはそれ以外の利用ということで大体定義づけされています。つまり、2次利用のところ

と1次利用のところをごっちゃにして議論すると、これはいけないということです。それがまず第1点です。

もう1つは、つまり、個人情報保護の法律そのものも、患者さん保護、住民保護のための考え方が入っていると、弁護士の方とも相談してもやっぱりそういうことをおっしゃいます。つまり、その方のための情報なんだからその方のために使う。そのためにデータベースを共有化したり、そういう我々の側でやっていることのアクションは、これは進められるべきだと思うわけです。

問題なのは、それを2次利用しようというアクションとどう向き合うかということだと思います。それは我々のこの現場から出て行って次のフェーズでどうするかという話ですので、それは一回切って考えたほうがいいんじゃないかなと。ですので、今ここで書かれているICTの利用というのはあくまで1次利用のためですから、これは救急の業務のブラッシュアップ、そして、結局、利用者、住民のためですので、これはぜひ進めるべきだという議論をベースにしておいたほうがいいんじゃないかなと思います。

【〇〇座長】

なるほど。その1次利用、2次利用というのがまだ浸透していない医療機関も多々あるんですというところなんですね。

【〇〇委員】

そういうことです。これ、一緒にこれから考えていこうと思っています。

【〇〇座長】

そうですね。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。ありがとうございます。それでは、このぐらいにさせていただきますして、ICTというのは箱だけでは不足なんだぜというところ、そして、その先には人がいないといけないんだということ、それから、システムをしっかり考えないとだめなんだというところも中に入れていただいて、報告書とさせていただきますということにさせていただきます。ありがとうございます。

それでは、その次に移りたいと思いますが、予防救急の推進というところです。事務局からお願いしましょう。

【寺谷専門官】

予防救急については、寺谷からご説明させていただきます。この資料1におきましては14ページ、15ページを用います。資料2の報告書の案につきましては、81ページから

96ページになりますので、まず81ページをおあげください。

まず14ページ、資料1に沿って説明します。背景・経緯なのですが、これはここに文章を書いておりますが、簡単に言ってしまうと、今まで応急手当についての取り組みをしてきて一定の成果を上げてきたところだと思います。ただ、それ以上に、応急手当の前に、けがしない、病気をしないという取り組みとして予防救急が重要ではないかということ、さらにそれをやるのであれば、統計分析などやり方についての考え方も重要ではないかということが背景にありました。

14ページの下のところ、本年度の検討事項、それから、検討内容でございます。今年度は予防救急に関する取り組みを消防本部にアンケートをとっております。また、その呼び方について、それから、その概念をどう整理するかというところで、これも消防本部、それから、都道府県の衛生主管部局にアンケートをとってみたい、それから、先行事例、過去の文献等の調査をしました。

では、15ページをごらんください。こちらが今年の報告書のまとめとしてこのようなまとめ方をしようとしているところです。まず一番上の四角のところ、これは報告書でいうと85ページをごらんください。85ページにあるように、予防救急の実施状況は、 $n=751$ のうち71.5%でやっております。特に対象としているのは、多岐にわたりますが、熱中症であったり、脳卒中・心疾患の早期通報であったり、それから、小児や乳幼児を対象とした一般の事故、高齢者を対象にした一般の事故等ございました。

また、このようにいろいろな取り組みをしていることは既にわかりましたし、86ページをごらんください。86ページの下グラフですけれども、さまざまな連携先、医師会などもそうでしょうし、それから、保健所、施設、幼稚園、自治会などとも連携をよくしているということがよくわかりましたというのが実態調査の結果でございます。こんなことが明らかになったということでございます。

次に予防救急の呼称と概念でございます。こちらに関しては87ページをごらんください。まず先行文献という、87ページの上のところ、4.の(1)の①にあるように、先行文献を調べて、予防救急の名前がどのように出てきたのかということ調べて、さらに呼称のあり方を検討しました。

さらに88ページをごらんください。88ページの下にありますように、諸外国の調査もしました。自治体国際化協会を通じまして、アメリカ、イギリス、ドイツ、スウェーデン、フランス、韓国に対して調査をして、同じような取り組みをどうしているか、名前

をどういうふうにしているかということ調べたところでございます。このように調査をしますと、まずこのような取り組みはどこもやっていたり、理解はあるということがわかりました。ただ、諸外国を調べても、名前に関していうと、総称する名前は見つからなかったというところでございます。

他方、国内の先行事例としまして、91ページをごらんください。大阪市消防局についていろいろ資料を出していただきまして調べました。実際、大阪市のようにこのように、91ページの下にあるようにわかりやすいポスターを使ったり、次のページをごらんください。92ページの真ん中にあるような、わかりやすいポータルサイトをつくったり、93ページにあるように実際、統計的な分析を地元の研究機関とかと一緒にやっていたりという非常に先進的な取り組みがあることがわかりましたので、このように報告書でご紹介したいと思っております。

また、94ページからですけれども、これ、〇〇先生にもご指摘いただいたところで、米国ではこのようなCDCやFEMAが取り組みをしていますよということなので、こちらにも報告書に載せさせていただこうと思っております。

ということで、15ページの一番下です。まとめです。予防救急全体で一番のエッセンスになるところですけれども、予防救急の呼称については是非があったというところです。ただ、救急搬送に至る傷病を予防する取り組みを普及することについては、もう既に理解は得られていると考えます。そこで、消防庁としては、予防救急という呼称は別として、各地域の救命率の向上に資する効果的な取り組みを全国的に情報発信していくことが望まれるというふうに報告書の全体の柱としたいというところでございます。

予防救急は以上でございます。

【〇〇座長】

事務局、ありがとうございました。

いかがでございましょうか。これにつきましてはもう相当議論しているところだと思っておりますが、ご発言あるいはご質問等がありましたら、どうぞお願いしたいと思います。

これ、英語もいろいろなところがありますけれども、英語の達人、〇〇先生、〇〇先生だったら、何と日本ではつけたらよろしいでしょうか。

【〇〇委員】

既にこの場でそれは検討したと思っておりますが、いい表現はないというのが答えだったような気がします。

【〇〇座長】

いや、ただ、また新しいアンケート等でたくさんのデータが2ページにわたって出ておりますが、あんまりピンときたのもなさそうですね、確かにね。

そうですか。それでは、この辺のところは、〇〇先生、何かいかがでしょうか。

【〇〇委員】

いえいえ、英語の凡人ですけど。今の予防？

【〇〇座長】

予防救急の。

【〇〇委員】

言葉としては、Preventable Emergency Statusか何か、そういうことだと思うんですね。そうすると、救急自体を何とか避けられるものは避けようという意味でしょうか？

【〇〇座長】

そうです、はい。

【〇〇委員】

日常診療の中に取り込めるものと、それから、本来救急自体が必要じゃないものがそうになってしまう。だけど、言葉は長いんですよね。防ぎ得る救急何とかとか言うとあんまり……。ちょっと考えていたんですけども、本来はそういう意味でしょうけれども、それに、Preventableを一言で言えるような日本語はあんまりないので、私としてはあまり答えがわからないというところです。

予防救急でもうここまで来てしまったら、言って、「何？」と言われてたら、それを説明するということでもいいんじゃないんですかね。言葉に敏感な一般の文化人とかでおっしゃっても、そういう言葉がないのでということ。もう早目に決めてしまわないと、いつまでも……。先生おっしゃるように、この言葉自身ももう決めてしまったほうがいいんじゃないですかね。

【〇〇座長】

そうなんですよ。ありがとうございます。予防救急というのはある程度もう名が通ってきてしまっているんで、これで行ったらどうだという先生のご意見です。

ほかにいかがでございましょうか。どうぞ。

【〇〇委員】

大阪市でございます。先般の会議のこの場で取り上げていただいたことに関して謝意

を申し上げるわけなのですが、また本部に帰りましていろいろ内部で議論しております、やはりこの言葉については、アンケートでも出ていますように13.9%が多少問題があるんじゃないかということなんですが、むしろ我々のほうとしては、消防の立場としては、予防救急を実施してないというところが28%以上あるんですが、そこがやっぱり問題というか、これからの課題かなということを考えておりました。

例えば私どものところが先進的という評価をいただいて、その結果かどうかはちょっとわからないんですけども、結構いろいろな地方の本部からも予防救急に関する問い合わせが当方に寄せられているということでございます。例えば全国消防協会の救急委員会とか、あるいは各救急の専門の部課長会なんか多々ありますので、そういった場でもできるだけ推進していくべきという立場で頑張らせていただけたらと思っております。

【〇〇座長】

なるほど。報告書の中に、28%、その辺のところも入れていくということの重要性があるのかなとも思いますね。ありがとうございます。

いかがでございましょうか。そんなところでよろしゅうございますか。予防救急という言葉は、もうここまで来たからということ、それから、英語表記だったら、Preventable Emergencyという言葉はどうだという島崎先生からの提案もありました。その辺のところも考慮しながら報告書を詰めていきたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、その次に移っていききたいと思ひます。その次は、我々検討会の中に4つのワーキンググループがあります。積極的にワーキンググループをお願ひし、そして、頑張っていた先生方に厚く感謝申し上げながら、第1番目、救命救急士のワーキンググループについて、まず事務局からご説明をいたしましょう。

【上條補佐】

引き続きまして、救急業務に携わる職員の教育のあり方といたしまして、その下に3つのワーキンググループを設置して1年度間の検討をさせていただきました。報告書の案につきましては97ページ、98ページをごらんください。

「はじめに」から98ページまでは、3つのワーキンググループのまとめというところで掲載させていただきました。3つのワーキンググループ、まず救命救急士のワーキンググループの主な検討内容は、指導救命士の養成を進めていこうということと目的に、

指導救命士のテキストの作成に着手したところでございます。また、救急隊員のワーキンググループでは、救急隊員の生涯教育に必要な教育用動画教材の作成を進めてまいりました。さらに、通信指令員ワーキンググループでは、昨年度本検討会の下で作成されました「通信指令員の救急に係る教育テキスト」を活用した実証検証を行ったところでございます。

引き続きまして、救命救急士ワーキンググループについてご報告を申し上げます。報告書（案）は99ページから104ページにまとめさせていただいてございます。また、横長の資料につきましては19ページをごらんください。今年度の救命救急士ワーキンググループでございますけれども、全国で質の担保された指導救命士の養成ができるように、また救急業務に従事する消防職員が生涯教育を展開する中で参考書としても活用できるような「指導救命士の養成に係るテキスト」の作成に着手したところでございます。

具体的な方法としましては、指導救命士に必要な4つのスキルである知識、技術、指導、連携について、ワーキンググループ長の統括のもと、経験豊富な救命救急士が執筆を担当いたしまして、それを救命救急士養成所の教授をはじめ、既に指導救命士に必要な教育を実施している研修所の教授・教官等に編集をしていただくという方法で進めてきたところでございます。

なお、今年度の成果物としては、指導救命士に必要な養成カリキュラムの全研修項目20項目をお手元の参考資料1、「指導救命士テキスト（骨子版）」として作成が済んでいるところでございます。事務局では、この骨子版を報告書の巻末にとじ込む用意をさせていただいているところでございます。

また、このテキストの執筆状況でございますけれども、現在までに170ページにわたります原稿を既に取り上げてございます。まさに現在編集作業中でございます。そのことを報告させていただき、また引き続き、本テキストの作成を進めてまいりたいと思っております。事務局からの報告は以上でございます。

【〇〇座長】

ごめんなさい、今、私だけが見つけてないのかもしれませんが、骨子版はこの資料2だとどこですか。

【上條補佐】

失礼いたしました。本日、別資料、参考資料1ということでお手元に準備させていただいているかと思っております。

【〇〇座長】

別ですか。わかりました。

先生方、おわかりになりましたか。別刷りですね。

ありがとうございます。このような指導救命士のテキストの骨子版を報告書として入れ込んでいこうではないのかというところでもあります。この報告がありましたけれども、ご苦労なさいました〇〇先生、ぜひ補足を願いたいと思います。

【〇〇委員】

指導救命士班3年目になります。今年度はこのテキストを作成するというをご下命いただいたわけですが、このテキストにつきましては、教科書として使いたいという期待が非常に多く寄せられたこともございまして、テキストとしての質の担保がやはり必要であろうということから、当初考えていたよりもより重厚な、そして、チェック機能を幾つも備えた編集体制ということで今年度作業を見直しました。

結果的に、今年度中にはこのテキストの完成を見なかったことをまことに申しわけなく存じます。今話がありましたように、執筆そのものは経験豊富な指導的な立場で既に活動している救命士と、管理的な立場の救命士の組み合わせで作成されたものを、これまた〇〇委員をはじめとしまして、〇〇委員が医学の観点から、その内容についてほとんど真っ赤になるような形で添削をしていただきまして、〇〇委員も、これなら自分が書いたほうが早いということもありますけれども、それでも救命士がこれをつくるということに理解を示していただきまして、そういう形で作業していただいているところでございます。

さらに、〇〇先生のご配慮もありまして、メディカルコントロールという立場から、あるいは医学的な見地から、日本臨床救急学会、さらには救急医学会から監修をさらにいただくという形で、できるだけ恥ずかしくないような形で世に出るようなそういう作業を進めているところでございます。

したがいまして、今年度中に完成を見なかった分、申しわけないんですが、その骨子版という形で報告書のほうには提示させていただくということでご容赦いただきたいということでございます。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございました。非常に重厚な指導救命士テキストができるとワーキンググループ長から断言いただきましたけれども、もちろんこのテキストだけではありません。

救命救急士のワーキンググループについてのご意見あるいは追加発言等がありましたら、どうぞ。真っ赤になってしまって、自分が書いたほうがよかったという〇〇先生、何か追加がありましたら、どうぞ。

【〇〇委員】

僕が書けば、もっと遅くなるし、できるかどうか分からないというのが実際です。ただ、これ見てみると、〇〇委員がおっしゃったとおり、一からつくり上げるというのはとても大変で、経験豊富な救命士の方も随分苦労しながら進んでいるというところですよ。私、編集する側も、やっぱり新しいものを、理想を追えば追うほどどうしても時間がかかってしまうといった中でやっているところであります。新しいものをつくるという中で、今まで出てきた各種ある教科書をつかった先人の方々の苦労を初めて知ったというのが私としての経験です。ありがとうございます。

【〇〇座長】

ご苦労さんでした。よろしくお願ひしたいと思います。

ほかにいかがでございましょうか。

ところで、〇〇先生、これは来年もまだ難しいぞというわけではないですね。来年中にはできる？

【〇〇委員】

はい、来年中につくります、もちろん。それはそういうスケジュール観でやっておりますので。

【〇〇座長】

そうですか。あまりおくれてしまいますと、どんどんできてくる指導救命士の諸君がなかなか、何をしたらいいのというところもあるかもしれませんので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

ほかにいかがでございましょうか。よろしゅうございますか。

先生、手が挙がっています？ 有賀先生、どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇先生のおっしゃっていることは来年度ということ？

【〇〇座長】

来年度。

【〇〇委員】

今、3月ですよ。これ、来年できるという話は、12月の次の1月以降ですか。

【〇〇座長】

違う違う。来年度という意味です。だから、4月か5月か6月かわかりませんが、なるべく早いときにというところで。

【〇〇委員】

じゃあ、安心ですね。

【〇〇座長】

それでよろしいですね。

【〇〇委員】

多くの養成校からも早くテキストをとという要請が非常にありますので。ただ、おそらくネックは、学会の監修というところにあると思います。監修は監修で非常に大事な作業になりますので、そのところは既にお引き受けいただいている監修の先生とも打ち合わせをしながら既に作業に入っているところでございます。

【〇〇座長】

臨床救急、そして、救急学会の両代表理事にお願いして監修する先生を選定してもらいまして、その先生に今見てもらっているということでもありますので、もう少し時間をいただきたいということでもあります。

そんなところでよろしゅうございますか。〇〇先生、よろしいですか。

【〇〇委員】

全く問題ございません。この骨子版、ちらちらと今日初めて見させていただきまして、構成と申しますか、骨格は大変よくできていますので、あとはこれ、血肉をつけて、具体的に使いやすいようにしていただければと思います。あまり医学的なことで監修に重きを置いておくれるということのないように、学会の代表としては、迅速に円滑にというか、進められるようには担当の者には言っておきますので、ぜひ早くよろしくお願ひします。

【〇〇座長】

よろしくお願ひします。今のは臨床救急医学会代表理事としての答弁だったというふうに理解させていただきます。

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。それでは、その次に移りたいと思います。

次は、隊員ワーキンググループでありますけれども、まず事務局から説明を願いますよう。

【上條補佐】

引き続きまして、救急隊員のワーキンググループにつきまして、ご報告申し上げます。横長の資料は21ページ、そして、報告書（案）につきましては104ページから116ページに掲載させていただきました。

救急隊員のワーキンググループでは、今年度、救急隊員の教育用動画の教材の作成を進めてまいりました。全国的に救命救急士の活動を中心とした教育用動画は各消防本部単位で作成されているところがございますけれども、救命救急士の処置を介助するという重要な役割を担っている救急隊員の活動要領やその留意点に着目した教育用動画は非常に数が少ないという実情がございます。

そのような中で、今回は処置範囲拡大の対応に関するものや、消防本部内での研修が難しいとされる傷病者の対応、関係者対応などの接遇要領まで、ワーキンググループ長の統括のもとにワーキンググループ員、これは全国から集めた消防職員ですけれども、みずからがモデルとなって撮影をしたところがございます。今後、全国の消防本部において救急隊員教育の充実につながる重要な教材となるものと考えているところがございます。

本日は、編集途中ではございますが、その一部、実は異物除去のDVDをごらんいただくように準備をさせていただきましたので、数分間ではございますが、ご確認をいただきたいと思っております。それでは、DVDの一部をごらんください。

(映像上映)

【上條補佐】

ありがとうございました。DVDは以上でございます。この異物除去を含めまして、あとは接遇に至るまで4本のDVDを現在編集しているところがございます。本日のナレーションは実は違いまして、最終的には専門のナレーションの方にやっていただくことになっておりますので、またすばらしいものをお見せできるかと思っております。よろしく申し上げます。

【〇〇座長】

よろしいですか。ありがとうございます。

救急隊員ワーキンググループのDVDをごらんいただきましたが、そのほかに関しま

してもいかがでございましょうか。ご質問等ありましたら、お願いしたいと思います。

まずは〇〇先生、補足説明がありましたらどうぞ。

【〇〇委員】

今回は全国の救急隊員たちに集まってもらいまして、まずシナリオ作成に大分時間がかかって、その次に、今度は実際に演技をするという、もう合宿形式で1泊2日間みんな缶詰になって苦労して作成したということで、ここまで一応できました。いろいろ感じるところはたくさんあると思うんですけども、あくまでもこれは教材であって、笑いをとるとかそういうのは全くなしにして、パッととめて、そこであえて読んでもらいながら自分でとめることもできるし、そうやって勉強するためのビデオという観点でつくっております。全国、各地域ごとにプロトコールが違うもので、なかなかそれを統一したものをつくるというのが難しいので、それぞれのシナリオでそのところは充分注意をしておりました。

そして、もう1つ、これはあくまでも救急隊員の業務のビデオでございます。救命士の勉強用のビデオとちょっと勘違いされるんですが、資料2の108ページのところに全体のチャプター1から4の内容の説明がありますが、例えばチャプター2で気管挿管と今書いてあります。これは気管挿管の補助という意味で、これは多分後で修正されるだろうと思うんですが、あくまでもこの補助業務の補助のやり方についてのビデオでございます。点滴をとるときの刺し方を教えるのではなくて、刺す人の救命士に対して何を手伝ったらいいのか、どこかのところに物を用意するか、そういうことの観点でつくっております。今の咽頭展開と異物除去に関しましては彼らが自分で救急隊員ができますので、やり方のメソッドがあるビデオになっておりますが、そのところはぜひ区別して見ていただければと思っております。

あとはもう1つは、接遇のところをこの後、今日はお見せする時間的余裕がないんですが、それもつくってありまして、これも非常に重要なことですので、最終的にはいいビデオができたんじゃないかと思っております。以上でございます。

【〇〇座長】

〇〇先生、ありがとうございます。

いかがでございましょうか。委員の皆さんのご質問あるいはご意見等がありましたら。非常にいいものができましたね。ご苦労さまでございました。

よろしゅうございますか。ありがとうございます。意見がないようでございますので、

後ほどもしありましたら、時間を設けたいと思いますのでよろしくお願いします。

それでは、次に移りたいと思います。次は、通信指令員ワーキンググループです。事務局、お願いしましょう。

【上條補佐】

引き続きまして、通信指令員のワーキンググループについて報告をさせていただきます。横長の資料でございますが、23ページをおめくりください。また、報告書の案でございますけれども、117ページから131ページにまとめさせていただいております。

今年度の通信指令員ワーキンググループにつきましては、昨年度本検討会で作成いたしました「通信指令員の救急に係る教育テキスト」を活用した教育を行いまして、その中、教育目標、教育内容、教育時間数をはじめ、指導方法に至るまで検証を行ってまいりました。この教育には、全国から規模の違う12の消防本部にご協力をいただきまして、実際に「通信指令員の救急に係る教育テキスト」に基づく教育、そしてまた、効果の確認などを実施していただきまして、報告書に取りまとめているところでございます。

このモデル教育の効果といたしましては、知識理解度、実践能力、モチベーションの向上等が有意に作用していますとともに、通信指令業務と救急隊員の共通認識がより強くなり、消防組織全体としてよい影響を及ぼしたというような結果を得られたところでございます。さらに、今回の教育にメディカルコントロールに携わる先生方が参画していただいた消防本部では、先生方の通信指令業務に対する理解が深まりまして、事後検証の観点からも双方に有益な結果が得られたところでございます。

今後、これらの実態を踏まえまして、消防本部の規模別や勤務形態別に引き続き効果的な教育がなされるように各消防本部で取り組みを進めていただくということを報告書にまとめているところでございます。通信指令員ワーキンググループにつきましては以上でございます。

【〇〇座長】

ありがとうございました。このワーキンググループ長は〇〇先生でございます。〇〇先生から補足説明等がありましたら、お願いしたいと思います。

【〇〇委員】

今ご紹介いただきましたように、昨年度つくったテキストをもとに、座学7時間45分、それから、シミュレーション7時間45分、合わせて15時間半というモデル教育をつくりまして、これをさまざまな規模の消防本部でその勤務体系に合わせた形で実践していた

できました。

やるだけではなくて、その結果を検証しようということで、報告書の122ページからあるグラフが、これが受講した皆さんの知識が向上した等の自己評価の部分で、おおむねポジティブな意見がいただけております。また、125ページにはプレテストとポストテストの成績の比較がございますけれども、いずれの経験年数あるいはいずれの職種においても、ポストテストで知識の向上が得られたというようなことがございました。

また、126ページ、これはグラフはないんですけれども、ウ)の行動の下から2つ目のパラグラフを見ていただきますと、これは実際にこの教育をする前に一定期間口頭指導の具体的な内容、結果をモニターいたしまして、教育が終わった後にもう1回そのモニターをいたしました。残念ながら、n数も不十分であるということもございまして、口頭指導の実施率自体には差がなかったんですけれども、現場に救急隊が着いたときに適切なCPRが行われているかどうかということについては、教育前が21.7%であったものが38.2%と、これは統計的に有意に向上しています。これは現場の声では、特に救急隊が来るまで諦めずにCPRを続けるんだという励ましを強くするというのをこの教育によって学んだために、救急隊が着いたときにまだCPRがちゃんと何とか行われているという率が高まったというようなことが現場では評価されておりました。

また、以下、教育に当たった者からのさまざまなフィードバックをいただいて、一応このようなものをもとにモデル教育の形としてさまざまな形態の消防本部で実施可能なものを提言できたと思っております。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございました。この通信指令員というのはなかなか難しい、あるいは全国消防本部ごとにいろいろ形が違ってくるので、なかなか教育のあり方についても難しいところがあります。その辺を含めて今、〇〇先生からお話をいただきました。どうぞ。

【〇〇委員】

1つだけ追加をさせていただきます。131ページの最後のほうにあるんですけれども、特に各消防本部、この教育に当たっていただいたところから出た意見で、メディカルコントロールに当たる医師が今回はできるだけこの通信指令員の教育に参画していただきました。このことによって、通信指令員の皆さんにやはりこの救急業務はMCの中の一環だということで非常にモチベーションが現場でも上がったということと、それからもう

1つは、やはりメディカルコントロールに当たる医師が、実は通信指令の業務というのをあまり実態を知らなかったので、初めて現場の大変さがわかったと。これはやっぱり自分たちも一緒に協力して改善していかなければいけないというふうな意見がかなり寄せられたということで、MC医師と通信指令業務の教育を通じた関係が深まったということ、これ、価値としては非常に大きく評価されました。

【〇〇座長】

ありがとうございました。非常に重要なところだと思いますが、いかがでございますでしょうか。

どうぞ、〇〇先生、手が挙がっています。

【〇〇委員】

私の地元の消防本部でこの検証をやらせていただいて、私自身がプレテスト、ポストテストの終わった後で実際に講義もさせていただきました。結果からいいますと、通信指令員たちの医学に関する知識が上がったことと、もう1つは、今、〇〇委員がおっしゃったように、現場の救急隊員がどういう活動をしているかということを、署内で伝えるよりも、外からのメディカルコントロールにかかわる医師がお話することでシステムが非常によくわかったというふうに返事をいただき、大変効果があるのかなと思いました。

これ、パイロット的にやられた消防の話ですけれども、ぜひ全国、もうほとんど義務的にこういう教育をなさйтеということをやっていたら非常に意義があるのかなと思いますし、そこにメディカルコントロールの医師が積極的にかかわって、地域の救急のあり方、特にメディカルコントロールの立場からお話をするという機会をぜひ持っていたきたいという印象を受けました。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。私も、この辺のところを詰めていくことによって全体の救命率が上がってくる1つのスプリングボードになるといいなとも思っております。ぜひ頑張ってくださいと思います。

ほかにいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇大学の〇〇ですが、これ、僕、前もお聞きしたかなと思うんですが、常々思っ

いるので、今も質疑などを聞きながら。電話で患者さんからの相談事を受けるという話は、今、#7119がありますけれども、あんなのじゃなくて、もっと具体的ないろいろな相談事を電話で受けるという話は、受け持ちの患者さんだったら比較的余裕なんですけれども、そうじゃないときはとても難しいですよ。この通信指令員もおそらく、さっき医学の知識というふうな重要なボキャブラリーが出てきましたけれども、救命救急士の資格を持って通信指令員をやる場合と、そうじゃない場合とではやはり後者の場合に相当程度にハンディキャップがあるんじゃないかなと思うんです。そこら辺は各消防本部はどういうふうなスタンスで本件についての将来的な像を描いているのか、そこら辺をお聞きしたいんですけれども、どなたにお聞きするのがよろしいか？

【〇〇座長】

事務局いかがでしょうか。通信指令員の構成の人員はどういうふうな？

【上條補佐】

先生おっしゃるように、救命士が必ず通信指令員の各班に配置されているところもありますし、実は今回も非常に小さい規模の消防本部ですと、自分で119番をとりながら自分たちが車で出動するというような幅広な資格であったり、勤務形態であったりというところがございます。751消防本部あるんですが、今手元にある資料ですと、その中で救命士が通信指令室に配置されている割合ですけれども、全体の59.2%は配置がされているところがございます。今後も救命士さんが通信指令室に配置をまた徐々にされていくとは思いますが、国としましても、やはり大事な通信指令業務ですので、その辺はしっかりとしていきたいと思っております。

【〇〇座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

今のおおむね60%というのは、消防本部、全部で700ぐらいありましたっけ。

【上條補佐】

はい。

【〇〇委員】

その消防本部に聞いたら、60%がそうだったという話ですね。

【上條補佐】

おっしゃるとおりです。

【〇〇委員】

だから、そういうふうな話と、それから、現に相談を受けるその局面において、救命救急士のレベルでの医学的な知識ないし実際の経験をお持ちの方がやっているという話は実質的には違いますよね。だって、東京消防庁も一消防本部でしょう。だから、そういう意味で、もしそういうふうなデータを出すのであれば、国民の何%がそれに浴しているのかというふうな話を言ってくれたほうがむしろ話としてはすっきりするんですね。

僕が言っているのは、やはり通信指令員というのは、現場で丁々発止やるような、先ほどのビデオに出てきたようなああいうふうな仕事も大変ですけども、実はもっともっと大変なんだという、そういうふうな感覚を持っているんです、自分が医業をやってきた経験からすると。それで、東京消防庁では、多分警防本部というんですかね、あそここの場所を支配しているのは。

【〇〇座長】

そうです。

【〇〇委員】

〇〇部長じゃないですよ。ですから、そういう意味で、例えば救急部長から見ると、警防部長の配下にいる職員の教育の水準について物申さなくちゃいけないという話ですよ、僕が警防本部でどのぐらいの人が救命救急士の資格を持っているんですかという話をもすれば。ですから、そういうふうなしつらえと、それから、受け答えをする質、クオリティーを高くすることについて考えると、やはりいずれ将来はこういうふうにしていくのがいいんじゃないかという、そういうふうな観点での展望はいかがかという、そういう質問なんです。

【上條補佐】

本日はっきりとしたことは申し上げらないところなんですけれども、国としては、当然のお話ながら、通信指令業務を非常に質の高いようにする1つの引き出しとして今回教育を進めてまいりましたが、この教育も1つであり、組織の中の人材育成等も1つであると思っておりますので、本日いただきましたご意見等踏まえまして、また今後対応を進めていこうと思っております。

【〇〇座長】

ありがとうございました。その辺のところとても大事なので。

【〇〇委員】

ワーキンググループではどういう議論をしているんですか。

【〇〇座長】

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

まず最初に、通信指令自体が救急部の管轄じゃなくて、大きなところでは別組織になっているところが多いというところに関しては、それがやはりメディカルコントロールが今まで届きにくかった理由の1つでもあるだろうということで、メディカルコントロールがそこに入っていかなければいけない、MC医師が入っていかなければいけないだろうという、それは総論的な話です。

今回の内容に関しては、基本的には底上げを考えているので、既に救命救急士資格を持って現場でやっている方というよりは、118ページに今回の対象者があるんですけども、救急隊員の資格がある方、もしくは救急隊員でもなくて、消防職員で応急手当指導員等を中心としていると。比較的医学的知識がバックグラウンドにまだ乏しいという方をとりあえず底上げするための現任教育としてこの15時間30分というものを考えました。

このときに、教育に当たる人はどういう人が必要なのかということが実はこの後アンケートが出てきまして、それにはやはり指導救命士に当たるような救急業務に関する教育がきちっとできるような人と、それからもう1つは、救命救急士というだけではなくて、通信指令業務は実は非常に救命救急士であっても通信指令を長くやっていないと、その辺の微妙の言葉の端々から相手のことを慮って聞き取るということが〇〇先生おっしゃるように非常に難しいので、通信指令としての長年の経験という、その両方の能力が必要です。1人で両方満たすのが難しいので、その両者、ベテランの通信指令員と指導救命士がペアになって教育に当たるのがいいんじゃないかというようなことが現場からは声としては上がってきていました。

【〇〇座長】

なるほど。1つのアイデアとして、今既に救命士がリタイアする、退官する時期にどんどん来ているので、ああいう人たちを活用するというのも1つの手なのかなともふと思っただけで聞いておりましたけれども、何かの折りにそんなところも出てくるのもいいんじゃないのかなと、そんな気がいたしますね。

〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

消防も病院もよく似たところがありまして、組織としての人の管理をするという意味において、病院ですと例えば外科とかあるいは内科とかいうふうにして人の管理をしますけれども、こと、1つの傷病者、いわゆる患者さんに対して当たるときは、外科であれ内科であれ、例えばそれが消化器の病気であれば、今度は消化器のセンターとして、要するに、機能の管理という意味においてはまた別のラインをそろえないといい仕事ができない。

これ、おそらく組織論だと思うんですけれども、確かに消防組織というそれぞれの人の管理という意味においては部署があるんでしょうけれども、いわゆる急病の傷病者を相手にするという意味においては、いわゆる連絡を受けたところから最後に送り届けて、あるいは場合によっては情報管理をするところの総務に至るまでおそらく関連しなくはないわけで、消防組織もやはり病院と同じように、今度は機能重で働けるような風土をつくらないと、いつまでもセクショナリズムでは機能しないだろうと思います。

これは今現在病院に与えられている一番大きな課題なんです。縦割りではなかなかいい仕事ができない。だけど、人の管理はそうしないことには管理できませんので、そういうふうなやっぱり両刀使いといいますか、両方使ってやっているということは、組織としても非常に重要な考え方であり、ぜひ参考にさせていただきたいと思います。

【〇〇座長】

ありがとうございます。警防部に所属しているという、この流れというのは、やはり彼らが、「火事ですか。救急ですか」という、この火事のほうをやはり重要視するというのも、これは消防機関のシステムとしては両方やらなければいけないという今のこの流れが多少これから分割していかなければいけないことがあるのかもしれないと考えながら今聞いておりました。ありがとうございます。

もう時間が押してしまっておりますので、また戻ってきても結構でございますが、次に緊急度普及ワーキンググループに移っていきたいと思います。まず、事務局から説明を願います。

【寺谷専門官】

説明してまいります。資料1の24ページから始まりまして、31ページまでご説明してまいります。資料2の報告書（案）につきましては、これは133ページから193ページに

なります。全てはお話しいたしません、部分的に重要なところについては報告書のほうもひとりで説明してまいりたいと思います。また、これから説明するに当たり、これは事務局というか私の不手際も少しありまして、報告書に関しましては熟慮が低いのがありまして、ワーキングの議論を少し超えていたり、それから、消防庁のマנדートで書き切れないところも含まれていますので、そのことは報告書、この後説明するときにご説明してまいりたいと思います。その辺の留意点もご説明したいと思います。

まず、25ページをごらんください。これは今回ご説明する内容を1枚にサマリーしろといったらこのようなものと認識しております。報告書に関しては、この1節から4節のように分けてご説明しようと考えております。成果物としては、この報告書そのもので方向性を示していくというのがありますし、「救急車利用リーフレット」、こちら、A3のこういう資料があります。後ほど説明しますが、このようなものもございます。それから、相談事業の先進導入地域の事例集もつくりました。

今後の方策、これも最初に結論から言っておきますと、大きくこの5つにまとめました。まずは緊急度（判定体系）を、対象や場面に合わせてわかりやすく説明するための言葉・表現についてさらなる検討を継続する。

広報と場を使った普及の両面に働きかけるということ。消防でやれることとしては、救急車のリーフレットをきっかけに応急手当などの場を活用するという。これは1つ例を出しましたが、母子保健等でもいいですし、何とか保健、何とか介護予防でも何でもいいです。いろいろな場を使って関係者との連携をしてくこと。また、医療法改正を踏まえて、政府全体での働きかけについて関係者と連携していきたいということがございます。

また、都道府県の関係部局（消防防災・衛生）に理解を促していきたいと考えております。

また、より具体的な話になりますと、電話相談事業については、先進導入地域を参考にして、広域的な取り組み——「広域的な」が重要だと思いますが、広域的な取り組みの導入を促すということ。

それから、これは救急受診ガイドのほうですが、リーフレットをきっかけに、救急受診ガイド2014版の活用を促しつつ、リバイズも検討していくということで、これのもう少し一つ一つを説明してまいりたいと思います。

1ページおめくりください。26ページでございます。これは報告書でいうと136ページ

になります。26ページの右上の灰色のボックスをごらんください。今回のあり方検討会1回目でのワーキングに付されたものとしてはこのような目的でございまして、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もっと高め、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ことを実現していくことを検討しなさいということでした。

これ、このまま一緒くたにするのは少し難しだろうというところで、1つまず、赤いところの③、④をごらんください。このように救急受診ガイドの普及、それから、電話相談事業の充実という具体的なわかりやすいサービスをどう広げるかということによって、緊急度の理念・概念もともに広げていこうということがまずあります。ただ、救急受診ガイドや電話相談事業を充実させるにしても、赤い①をごらんください。緊急度とは何かであるという説明を上手にできないといけないであろうということですから、これもセットで検討していただきました。

さらにその上で、緊急度とはどういうものであるとか、それから、救急受診ガイドを普及させたり電話相談事業を充実させるということにあわせて、それを、じゃ、どう広げていくかというところで赤い②でございまして、社会全体に寄与する方策としては、場を活用した普及とメディアを活用した広報という、この大きな2つの柱でどのようにできるかというのを検討したというのが今年のワーキンググループでの検討でございます。これは下のボックスに今説明したことが書かれております

では、この中で赤い①のところをご説明してまいります。これは報告書でいうと142ページに当たります。緊急度とはどういうものかというのも、これまでどうしてもトリアージから派生してみたいな説明をよくしていたのですが、立場によってもう少しわかりやすく説明しようということで、今年、ヒアリング調査をしております、あり方検討会もそうですし、ワーキンググループの委員の方々を中心にヒアリング調査をしまして、その方々からいただいた意見を整理したものでございます。

そのとき、やはり受けとめ方や認識の仕方というのは、一般の市民の方、それから、消防・医療・行政の関係者の立場で大きく異なるということでこの2つで分けたものでございます。27ページの右側の下の青いところの点線の中をごらんください。この中でいただいたヒアリングのいろいろな意見をまとめて、緊急度とはどういうものかと説明するのはどれがいいかということを議論した中で、私やあなたの命を守るための備え

であり、セーフティーネットであるというような説明がいいのではないかと。さらにもう少し細かく説明しろとなれば、この下にある4つぐらいの説明の仕方があるんじゃないかというふうにしております。

今度、赤いところをごらんください。関係者に対して緊急度とはどういうものですかと説明するときには、専門職としてのスキルであり、共通言語です。患者や住民のみならず、仲間、そして、地域資源を守るものというような説明ぶりがいいのではないかというような議論をいただいたところでございます。

ただ、この上の青い囲みをごらんいただきたいのですが、これは関係者と連携しさらなる調査、実際に受けとめる側がどのように思うかというのもありますから、来年度以降もマーケティング調査等を実施して、さらなるわかりやすい説明とか言葉・表現について磨いていく。さらに、関係者間の合意形成も重要ですから、そんなものも形成しつつ、引き続き検討していくというふうに報告書をまとめたいと考えております。

続きまして、28ページをごらんください。報告書でいうと143ページです。先ほどのページでは緊急度もしくは緊急度判定体系が立場別にどのような説明をしたらいいかというところだったんですが、社会全体にとって緊急度や緊急度判定体系はどのように説明できるかということを経験していただいたところでして、このような緑の点線の囲みのような説明ができるのではないかというご意見をいただきました。地域包括ケア時代にあらゆる人が安心感と自信を持って医療に関する選択を適切に行うための助けです。平時には、自分や大切な人を守るための健康と安全の備えであり、緊急時には不安も含めた救急ニーズの受けとめとセーフティーネットであるというものでございます。

これをさらにわかりやすい絵で説明できるとしたら、これもまだ案、例でございますが、例えば右側の絵ですけれども、いくら準備していても、やはり不安になることはあります。不安になったときには、この下の3人の人が何が丸いものを持っていますが、電話相談事業等の相談サービスとか、地域包括ケアの中でのかかりつけ医師との相談体制とか、このような相談体制も準備しつつ、さらにそれでも不安であったり、実際やはりぐあいが悪い方というのは、消防や医療というのはしっかり下で拾っていきまうということでございます。

他方、平時においてはどのようなイメージかという、左側をごらんください。どうしても病気のこと、医療のことはわかりづらいよというイメージがあると思うのですが、やはり自分の健康や自分の大事な人を守るためには、緊急度に係るものや受診ガイドを

学んでいただいて、自分で自信を持っていただく。それに対して専門職はいろいろな助けができますよというイメージをあらわしたものが左側の絵でございます。

こちらに関しても上の青い囲みをごらんください。ただ、これもまだ我々、研究ワーキングの中を中心に議論いただいたものでして、実際いろいろな方々の意見、それから、この場での意見も重要だと思しますので、関係者と連携してさらなる調査を実施しつつ、さらなるわかりやすい説明・言葉の表現について関係者の合意形成を形成しつつ、引き続き検討していくというふうに報告書をまとめたいと考えているところでございます。

今度は29ページをごらんください。これは報告書でいうと144ページぐらいから始まるところでございます。144ページから148ページまでというところです。特に、報告書の148ページをごらんください。議論の中でメディア向けの広報というのも非常に重要なのですが、このように例えば148ページの表にあるように、市民全般に対して応急手当講習を使っていくのもいいですし、母子保健の場や学校保健の場に織り込んでいたり、高齢者施設や地域包括センターという高齢者の方々を対象とする、クリニック等診療の場を使うとか、このような場にいろいろ織り込んでいくことが重要であろうということも議論としていただいたところでございます。

このことを踏まえまして29ページをごらんください。全体としては多数の者を対象にしたメディアによる広報と場を活用した普及、両面から普及されていくのが重要ですよというようなまとめをいただいたところでございます。

消防を中心とした取り組み、まず消防でできることとしましては、住民向けのシンプルな普及啓発資材としてリーフレットをリバイズしました。A3のこれをごらんください。もともとこれは小冊子であったものなのですが、さらにシンプルにしまして、見開きの、A4で折り畳めるようなものにしてこれをつくりまして、さらなるまた意見をいただきまして、これを全国の消防本部に配りまして、応急手当講習なんかにこういうものを一緒に使っていただくということを考えております。

また2つ目の丸で、応急手当講習の中に緊急度に関する説明もパッケージ化していくという働きかけをしたり、それから、救急の日なんかのイベントなんかにもでも応急手当の話も重要なのですが、緊急度に関する説明、そのようなものも織り込むべきということをもとめていただいたところです。

今度、関係者への働きかけというところでした、先ほど申したように、場を活用した普及を目指していきたいと思いますが、関係者への働きかけも重要ですし、その場に最

適化された普及啓発資材の開発を進めていく必要があるだろうというところでございます。

2つ目です。医療法改正を踏まえた政府レベルでの取り組みについて、厚生労働省等関係者との検討を深めていくとしたいと思います。こちら、前回のあり方検討会でも医療法改正のことを少し紹介させていただいたところでございます。他方、実は、すみません、報告書の144ページ、145ページをごらんください。特に145ページのところ、医療法改正の中でいろいろ厚生労働省等と連携してこういうことができるのではないかと書いてありますが、これは大変筆が滑っているところがございます、それから、我々のマンドートを超えていることも多々含まれていますので、こちらはこれから関係者ともよく、実際の報告書の書きぶりもよく調整させていただきたいと考えているところでございます。

すみません、最後、29ページの一番下ですけれども、普及をする場合に、この後にも出てきますが、実は一般の方に緊急度というのは広がっていないだけでなく、例えば都道府県の衛生主管部局、それから、都道府県の消防防災の主管部局の中にも、緊急度とは何ぞという理解が十分でないということが今回アンケート調査などしてわかっております。ここに理解を促すことが重要ですし、特に都道府県の消防防災主管部局は同じ県庁の中にいます都道府県の衛生主管部局、それから、自分たちが関わらなければならない消防本部とのハブになる位置にありますから、こんなところが中心になって働きかけをしてくださいということをもとめたいところでございます。

今度は30ページをごらんください。救急受診ガイドでございます。これは報告書でいうと150ページから158ページになります。これは先ほど言ったこととかなり重なりますから簡単に申しますと、未実施の地域と導入済みの地域に対してどのような救急受診ガイドの普及ができるかということにまとめたいと思います。未実施の地域に関しましては、先ほど申したように、都道府県の消防防災主管部局がハブとしての役割を担うべきであろうというところ。

2つ目としては、受診ガイドの補助教材としてリーフレットをつくりましたので、これをつくっていくと。我々もフォローアップ調査をしていくべきというふうにまとめていただいたと思います。

3つ目も、これもかなり重なりますけれども、場、立場に最適した普及啓発資材の開発が必要ですよということ。

それから、4つ目として、救急受診ガイド2014年版、実際、今もう冊子、3月に出したものがあつたんですが、なかなか一般目線から見てわかりづらいつたではないかという意見などもありましたので、わかりやすさという面、それから、医学的観点からそれは本当に妥当かという両方の観点からリバイズをしていきたいと思つたので、臨床救急学会などと連携しながらリバイズをしていくべきでしょうねということ。それから、より手元に届きやすくするためにも、ウェブやスマホ版についても検討すべきであるというふうにもとめていただきたいと思つておるところでございます。

他方、導入済みの地域、救急受診ガイドをしっかりと使つていらつしやるのであれば、さらなる応急手当にパッケージ化していただくとか、それから、衛生主管部局などと連携してメディアを使つてどんどん広報するというこつともしてくださいということ報告書にまとめたいと思つた。

今度は31ページです。最後の柱であります電話相談事業に関してでございます。これは報告書でいうと159ページから173ページにわたるところでございます。これも最後にまとめれば、未実施の地域と導入済みの地域でそれぞれどのようにするかというところでは、未実施の地域では、これも繰り返になります、消防防災主管部局、衛生主管部局、消防本部でのずれを調整した上で立ち上げを検討してくださいというふうに書きたいと思つております。これは我々、それぞれアンケートをとつたところ、例えばある県では、衛生主管部局はそもそもこういう事業はやらなくていいと思つていたり、他方、消防防災主管部局はやつたほうがいいんじゃないかと考えていたり、お互いやるべきだと思つけれども、お互い自分はやらなくていいと思つていたりとかそのようなずれがございましたので、そのようなこつをよつ地域の中で連携してくださいということでございます。

それから、電話相談事業を実施していくに当たつては、これは非常に議論いただいたところなのですが、市町村単位だけではなかなか難しいだろうと。それはなぜかというこつ、例えば関係者の合意形成とありますけれども、医療者の確保、看護師・医師の確保や医師会との連携ということもござつた。他方、オールジャパンでできるかというこつ、どうしても医療機関のアクセス状況、それから、今言つた関係者の合意形成があります。地域特性への最適化が必要だということ。他方、市町だけでやつてしまつと、市町の中でばらばらになるし、実際行く病院は違つ市町だつたりしますので均てん性の観点もあるということ、このような3つの観点から、広域的な取組をするのが望ましい

というふうにとまとめました。これは報告書でいうと169ページあたりに書いてございます。

それから、これから未実施の地域に対してどのように取り組んでいただくかというところ、電話相談事業を実施している行政機関の財源、経緯、施策の効果とかを事例集として取りまとめております。これは報告書165ページの青いところでございます。このようにいろいろ先進、既に取り組まれているところがどのような実施形態をしているかとか、どのような効果があったかというのをまとめましたので、これによって都道府県の政策立案者がこれを見ていただけたらなど。それによって促されると思います。

164ページには、実際それを幾つかまとめてみて、実施形態ではこのようなパターンがありますよとか、財政形態ではこういうパターンがありますよとか、運営形態ではこういうパターンがありますよというパターン分けもしてみました。これは164ページでございます。

他方、170ページも見ていただきたいのですが、先進事例、先進地域による導入後の現状を、東京、大阪、札幌を例示としてこのように報告書に盛り込むことによって、このような数字として実際いい面がありましたよということをこの報告書をもって広げていきたいということで報告書に盛り込んでいるところがございます。

他方で今度、導入済みの地域でございます。こちらは大きく2つまとめたいと思います。まず周知方法としては、これも繰り返しになりますが、場を使った方法と、それから、メディアを使った方法を組み合わせてどんどん周知をしてくださいということ。それから、もう既に導入している先進地域におきましては、救急件数や満足度といった指標に加えて、次の観点から検証していただきたいということです。

さらにそれを発信することによって、まだ実施していないところの立ち上げの促しにもよりなるでしょうということですので、2つです。費用対効果等についての施策の実施効果についてPDCAサイクルの観点からどんどん示していただきたいというのと、判断妥当性、実際やってみて、いろいろ話を聞くと、初め、それを赤としていたのを実際に下げたり、またそれを上に上げたりと、いろいろ地域によって調整したり、電話相談事業でやっていることは医学的検討をしっかりとやっていただいていると聞いていますので、そのようなこともどんどん見えるようにしていただきたいというような議論をいただいたところがございます。

緊急度判断体系に関しては説明は以上になります。

【〇〇座長】

ありがとうございました。非常に詳しくまたお願いしたわけでございます。ありがとうございます。このワーキンググループ長は〇〇委員でございますが、〇〇委員、どうぞ補足を願いたいと思います。

【〇〇委員】

時間も押しているようですので、一言だけご説明をしたいと思います。市民側と行政側へのこの緊急度判定の普及の進め方が非常に違うなという、アンケート調査からも明らかになりました。市民代表の委員の方からは、こういうものがあつたら非常に便利だよねというようなご意見があります。ですから、国民目線で見れば、どこの都道府県でもやってほしいというのが正直だと思うんですけども、ただ、結局やれるところは限られていると。ただ、一般の方々に緊急度とはというところから入っていくと、そもそもトリアージみたいな印象を持たれてしまって、本来我々が意図するところが伝わらないとすると、やはり受診ガイドというものが、これは全国的にやるとすぐできる手なので、こういうものを例えば普及していく中で国民のそういう意識も醸成されていくだろうと、こんなふうには感じています。

一方、行政側とすると、アンケート調査は都道府県の衛生主管部局と消防主管部局両方にやったんですけども、あまりにも意識の差がある。また、中には必要性を感じないというところがあつたりとかそういうようなこともありますので、行政側に対しては、これから地域包括ケアの時代を迎えることもありますけれども、限りある救急医療資源をどう守って、どう対応していくかということをやっぱり浸透していかなければいけないと、このように感じております。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。非常に重要なポイントだと思います。ありがとうございます。緊急度普及ワーキンググループにつきまして、いかがでございましょうか。

どうぞ、先生。

【〇〇専門官】

すみません、〇〇のほうで急な大臣レクが入り、中座して失礼いたしているところがあります。本ワーキングの報告書につきまして、〇〇のほうから発言原稿を渡されておりますので、少し代読させていただきます。

緊急度判定につきましては、厚生労働省も重要と捉えております。ワーキングの報告

書を見させていただきますと、寺谷専門官からの説明もありましたけれども、医療法を含めてさまざまな言及がありますので、今年度の報告書を固めるまでに調整させていただきたいと思っております。また、今後ワーキング等が続くようでありましたら、今後ぜひとも参加させていただきたい。この3点でございます。ありがとうございます。

【〇〇座長】

ありがとうございました。よろしくお願ひしたいというふうに伝えてください。

いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。

それでは、その次に移りたいと思います。その次、最後でございますけれども、2020年の東京オリンピックに向けた課題、事務局からお願いしたいと思います。

【橘補佐】

もう時間が過ぎておりますので、端的にご説明いたします。資料1におきましては32と33ページ、資料2の報告書（案）につきましては、194ページから198ページまでになっております。194ページの背景等にもありますけれども、昨年の9月7日に東京大会の2020年開催が決まったと。それを受けて、政府全体としても準備をしていく。その中で救急業務のあり方検討会を実施していることもありますので、その中で、現時点で消防本部等のアンケート調査等を活用しながら課題として考えられることを整理してきたものであります。

その中で特に外国人への対応も中心にはなりますが、大きく4つの観点として、外国語対応、熱中症対策の強化、多数傷病者発生時の対応、そして、感染症対策の強化ということが大きなテーマとして挙げられました。それが課題の整理と方向性ということで196ページ、197ページあたりにまとめております。全てにおいてそうなんです、さらに東京都や東京消防庁でも、来年度以降取り組みの具体化がさらに進んでいきますので、それに合わせて実態調査等も含めながらさらに検討を進めていかなければいけないなど思っております。

その4つの課題に加えまして、197ページのその他のところにも記述させていただきましたが、オリンピックのような大規模イベント時において安全安心を確保するために、消防機関だけの取り組みだけではなく、消防機関に属しない救命士の有資格者の活用も含めた多様な主体との連携が必要になってくとも考えられるので、この点についても検討を深めていきたいというものとか、外国人の対応の中で、言語の問題のほか、外国から旅行されてくる際の保険等に加入していない外国人旅行者の医療費未払いが課

題として浮かび上がってくるのではないかと。そういった支払い能力の有無によって受け入れ医療機関の確保に影響が出ないようにするための方策についても今後課題として検討していかなければならないのではないかとというふうに、以上2つを加えさせていただきます。事務局からは以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございました。オリンピック・パラリンピックはこれからの大きなテーマになってくるだろうと思いますので、ぜひ今後もよろしくお願ひしたいと思います。

この辺につきまして、何かご意見ありますか。よろしゅうございますか。ありがとうございます。

報告書についてこれが全てでありますけれども、今、委員の皆さんからお聞きしました、あるいは質問の答え等で報告書にどうしても入れていかなければいけないのがたくさんあったと思います。その辺のところを考えますと、これが今年度最後の第4回目の検討会でございますので、最後の報告書の案については、これから時間的なところもありますが、チェックしていただき、最終的には座長の私と事務局に一任をいただきたいと思いますが、いかがでございましょうか。

(「異議なし」の声あり)

【〇〇座長】

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、最終的には責任を持って報告書にさせていただくようにさせていただくようにしたいと思います。ありがとうございました。

また、もう少し意見があるぞという先生方も、途中で手が挙がっていた先生方おられるのはよくわかっておりましたけれども、それは23日まで……、事務局、それでよろしいですか。

【橘補佐】

はい、結構でございます。

【山本座長】

23日までに事務局のほうに意見あるいはご質問をいただくということで調整を願ひたいと思います。報告書につきましてはこのような形で進めていきたいと思います。

それでは、これにて議事を終了させていただき、マイクを事務局のほうにお返ししたいと思います。

3. 閉会

【橘補佐】

座長、どうもありがとうございました。報告書につきまして、先ほど座長一任というご承認をいただきましたので、各委員の皆様方におかれましては、ご意見等ございましたら23日までに事務局にお寄せいただきますようお願いいたします。その上で座長と最終調整をさせていただきます。それでは、閉会になりますので、次長の高尾より一言ご挨拶を申し上げさせていただきます。

【高尾次長】

委員の皆さんにはこの1年間あり方検討会で終始熱心にご議論をいただきまして、大変ありがとうございました。

救急業務法制化から50年以上が経過しまして、国民にも定着し、またその期待と信頼はますます高くなっております。そういう中で今回ご議論いただいたさまざまな論点は、非常に重要で、かつ喫緊の課題であると認識しております。今回いただきました貴重なご意見につきましては、しっかりと受けとめまして消防庁として今後の施策に生かしてまいりたいと、このように思っています。

また、報告書やこの間の議論でまとめていただきました成果物、テキストとかDVD、こういったものは全国の消防本部をはじめ関係機関にしっかりと配布し、また周知をし、活用できるように努力してまいりたいと思います。

大変ありがとうございました。また今後も救急行政、消防行政に格段のご指導、ご鞭撻をいただきますようお願いを申し上げまして、御礼のご挨拶とさせていただきます。大変お世話になりました。ありがとうございました。

【〇〇座長】

次長、ありがとうございました。

これにて、私も座長の座をこれで終了させていただきたいと思います。本当にありがとうございました。

【橘補佐】

それでは、これをもちまして、第4回の検討会を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

— 了 —