

第33期 東京消防庁救急業務懇話会

第3回会合開催結果概要

日時：平成31年1月18日（金）10時00分から12時00分まで

場所：東京消防庁本部庁舎13階会議室

出席者：[庁外委員]（12名）

阿真 京子、有賀 徹、猪口 正孝、城戸 真亜子、坂本 哲也
野本 祐二、堀家 春野、本田 麻由美、町 亜聖、矢沢 知子
（代理出席：行本 理）、山本 保博、横田 裕行

[庁内委員]（1名）

森住 敏光

欠席者：[庁外委員]（1名）

高橋 良

1 開会

事務局から、第33期東京消防庁救急業務懇話会第3回会合の開催が宣言された。

2 挨拶

山本会長

3 議事内容

[事務局]

それでは、これより審議に入らせていただきます。なお、以降の進行につきましては、会長をお願いいたします。

[会長]

ありがとうございます。答申に向けて審議を進めていきたいと思っております。早速ですが、事務局から資料の説明をお願いします。

[事務局]

まず第1章、第1諮問事項「高齢者救急需要への取組はいかにあるべきか」第2諮問の背景とありますが、検討内容として1心肺蘇生を望まない傷病者への対応、2高齢者予防救急方策、3救急利用者情報登録制度、となっております。

ます。第3審議経過について、それぞれ2ページまで続いております。

第2章心肺蘇生を望まない傷病者への対応でございます。第1現状と課題、1救急出場件数の推移について、救急出場件数は、超高齢社会の進展等により毎年増加の一途を辿っていることを示しております。

2年代別搬送人員の推移について、75歳以上は顕著に増加していることを示しております。

3東京都の人口推計について、高齢者人口が引き続き増加することが見込まれております。

4現状の認識について、都民の17.3%は自宅で亡くなっておりますが、都民の38.2%は自宅で最期を迎えたいと考えていることを表しております。

5救急活動における課題について、救急隊は救命を主眼として活動していますが、救急要請された現場で傷病者が心肺停止の場合に、家族から書面等で傷病者の心肺蘇生を望まない意思や看取りの意思を伝えられ、救命の使命と傷病者の心肺蘇生を望まない意思との間で救急隊は判断に困るという事例が発生しております。

第2基本的な考え方、1心肺蘇生の開始について、救急隊の使命は救命であるので、救急隊は傷病者の心肺停止を確認した場合、遅滞なく心肺蘇生を開始する必要がございます。

2心肺蘇生を中止する対象者について、心肺蘇生を中止する対象者になる要件は、①家族等関係者から、傷病者本人の心肺蘇生を望んでいない意思を示されること、②傷病者が人生の最終段階にあり、事前に専門的な医学的検討を経て、適切な情報の提供と説明がなされた上で話し合われた意思と現症が合致していることを、かかりつけ医やかかりつけ医と連携している医師により確認されること、以上2点が揃う必要があると考えております。

3傷病者の意思の確認と人生の最終段階の判断について、心肺蘇生を望まない意思について繰り返し話し合った経緯を文書にまとめておくことが、厚生労働省ガイドラインで示されておりますが、救急現場では家族等から書面ではなく口頭で伝えられる場合もあります。伝えられる方法が書面又は口頭のいずれの場合でも、傷病者の人生の最終段階における心肺蘇生を望まない意思について、現場において短時間で救急隊がその内容を適切に評価することは困難でございます。また、傷病者が人生の最終段階にあるかどうかについても、救急隊では判断できないことから、意思等を確認するために、傷病者の普段の生活状況や家族との関係をもっとも把握しているかかりつけ医等に、必ず連絡し確認するものとしたします。かかりつけ医等に連絡する際は、救急事案の概要や傷病者の観察結果を伝え、専門的な医学的検討を経て、適切な情報の提供と説明

がなされた上で決定された傷病者本人の事前の意思と現症が合致しているか、かかりつけ医等に確認していただきます。

4 心肺蘇生の中止について、かかりつけ医等と連絡がつき、心肺蘇生を望まない意思の確認と人生の最終段階にあることの確認がとれ、かかりつけ医等から心肺蘇生の中止とかかりつけ医等が看取ることについて指示を受けた場合には、家族等から同意書に署名をもらい、心肺蘇生を中止し、かかりつけ医等の到着を待ち、引き継ぐものとしたします。また、次の3つの条件が揃った時には家族等関係者に引き継ぎ、救急隊は引き揚げるができるものとしたします。①かかりつけ医等から救急隊に対して、家族等関係者に引き継ぎ、救急隊は引き揚げるように指示が出ていること、②家族等関係者がかかりつけ医等が到着するまで対応することが可能であり、それを了解していること、③家族等関係者が救急隊の持つ同意書に署名をすること。

5 搬送について、かかりつけ医等は担当している患者の受け入れが円滑に進むように、地域の医療機関（在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院等）と連携を図っておくことが望まれます。かかりつけ医等や家族等関係者から心肺蘇生を中止して医療機関に搬送することを求められた場合は、心肺蘇生を中止することは緊急性が阻却されたと考えられるので、そのような状況下で救急搬送を行うことは、消防法上の趣旨に鑑みて公共性に欠け、更に真に緊急性のある傷病者の救護の機会を奪う可能性があると考えられるので、原則は患者等搬送事業者や病院救急車の利用が期待されるものでございます。そのため、かかりつけ医等は救急業務の対象について理解し、緊急性が認められない場合の搬送手段について、事前に想定しておくことが望まれます。現状では、地域包括ケアシステムにおける搬送のリソースの役割分担について十分な検討がなされていないため、その非代替性により消防救急が要請されてしまっているため、地域包括ケアシステムの枠組みの中で、住み慣れた地域で最期を迎えられるように、かかりつけ医等による看取りの推進を関係機関に強く申し入れていく必要がございます。

第3 心肺蘇生を望まない傷病者への対応、1 救急隊の対応について。第2 基本的な考え方の内容を踏まえて、救急隊の対応を次のようにまとめております。(1)心肺停止を確認した場合、遅滞なく心肺蘇生を開始する。(2)心肺蘇生の実施と並行し、家族等から情報聴取を行うとともに、救急救命処置や搬送先医療機関について説明する。聴取する内容としては、発症状況、既往症、かかりつけ医、治療方針等とする。高齢者施設において家族等が不在で職員から聴取する場合は、本人の意思表示の有無について確実に確認するものとする。なお、救急要請した家族等の心情を考慮せずに、最初から心肺蘇生についての意思を確認するようなことは慎まなければならない。また、転落、溺水、異物による窒

息等の外因性による心肺停止が疑われる場合は心肺蘇生を継続し搬送するものとする。(3)書面若しくは口頭により、傷病者本人の心肺蘇生を望んでいない意思があったことを示された場合は、かかりつけ医等に連絡する。なお、連絡を実施する際も心肺蘇生は継続し、10コール・2回程度の呼び出しを目安とする。連絡がつかなかった場合は、従来どおり必要な処置をして搬送するものとする。(4)連絡がつき、傷病者の意思の確認及び傷病者が人生の最終段階にあること、事前に話し合われた意思と現症が合致していることがかかりつけ医等により確認され、かかりつけ医等から心肺蘇生の中止及び不搬送の指示が出た場合には、家族等から同意書に署名をもらい、心肺蘇生を中止し、かかりつけ医等に引き継ぐものとする。(5)かかりつけ医等から家族等に引き継ぐように指示が出た場合は、家族等に説明し了解を得た後、同意書に署名をもらい引き継ぐことができるものとする。(6)かかりつけ医等から事前の意思と現症が合致しないため医療機関に搬送するように指示が出た場合には、必要な処置を実施して医療機関に搬送するものとする。(7)心肺蘇生を中止して搬送することを求められた場合は、原則として患者等搬送事業者及び病院救急車の活用を促すものとする。(8)明らかに死亡している場合は、救急業務実施基準において、搬送しないものとされており、警察機関に引き継ぐことになるが、情報聴取の過程で心肺蘇生を望まない意思が示された場合には、かかりつけ医等にも連絡を取り、状況を伝えるものとする。

2 今後の課題について、救急隊への教育として、今後は、救急隊員も自分たちを取り巻く環境について学ぶ必要があり、組織として教育を行っていく必要がございます。次に、関係機関との連携についてです。人生の最終段階にあり最期は自宅で迎えたいと考えている場合には、事前にアドバンス・ケア・プランニングに基づいて、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い具体的な対応要領を定めておくことが重要であるため、在宅療養の場におけるアドバンス・ケア・プランニングの普及啓発について一層の推進が期待されます。かかりつけ医等との連絡体制を確立するために、東京都福祉保健局や東京都医師会等の関係機関と連携して、かかりつけ医等の連絡先が家族等関係者に明らかになっており、いざという時に連絡がとれ看取りにつなげられる体制を推進していくことが必要でございます。そのためには、東京都全体でかかりつけ医が外来診療から訪問診療まで患者の病態に応じて、最善の医療を切れ目なく提供する体制が推進され、かかりつけ医の機能がより充実することが重要でございます。現在、八王子市医師会等ではかかりつけ医が看取りの対応をすることが困難な場合に、地域の医師が連携して看取りを行っております。このような取組を参考にして、かかりつけ医が対応できない時でも自宅で最期を迎えることが実現できるように、区市町村等関係機関に働きかけていくことが必要でございます。

ます。家族等関係者に引き継ぐことに関しては、その具現化に向けて、条件や時間的概念等について警視庁と今後も継続して検討をしていく必要がございます。

第2章の説明は以上でございます。

[会長]

説明ありがとうございます。専門分科会長から補足説明はありますか。

[委員]

事務局が説明していただいたとおりですが、専門分科会では大きく4つのポイントについて議論をしました。そして、そのポイントの前提となるのが医療倫理の四原則です。すなわち、自律、無危害、善行、正義というものに則り検討して参りました。そもそも救急車を要請された場合に、現場に行った救急隊が傷病者の心肺停止を確認した時に、心肺蘇生をしなくて済むのだろうかというところから議論をさせていただきました。これに関しては、日本臨床救急医学会のガイドライン、それからACPに関する会議などの意見を参考にして、一定の条件が整えば救急隊は心肺蘇生を中止することができるという結論が1つ目のポイントとして出されました。

先ほどもお話しがありましたが、かかりつけ医の役割が非常に大きくなることから、かかりつけ医の定義を資料9ページにまとめておりますが、傷病者に関する情報を全て持っており、蘇生行為の要否を判断できる医師がこれにあたります。色々な考え方があろうかと思いますが、本人や家族が決定を託している医師がかかりつけ医であるというのが、2つ目のポイントです。

心肺蘇生をしないことになった場合において、かかりつけ医が現場へ行くことができないので、救急車で医療機関に搬送して欲しいという場合を想定し、資料11ページの搬送に関する部分では「原則」という言葉を使用しております。専門分科会においても調べたところ、東京都以外の地域では、そのような対応をしている地域もあるということで、「原則」という文言を入れています。

一番重要なのは、そもそもこういった場合に救急車を呼ばないような社会的なコンセンサスを得ていくことが、重要ではないかということで4つ目のポイントとして資料に入れました。

これに先立って昨年の7月から1ヶ月間、救急隊が現場において心肺蘇生を望まない意思を示されたケースについて調べたところ、11例ありました。その11例でかかりつけ医に連絡が取れたのは7例です。これは多いのか少ないのか判断はできませんが、救急隊の皆様の感覚としても大体それくらい

であろうということでした。1ヶ月で11例ということだと、年間で大体120から130例ですので、これも大体救急隊の現場感と一致しているようです。80万件の内の120例や130例なので、多くはありませんが、こういった救急隊が非常に困ってしまう例を減らしていくことが社会的コンセンサスとして必要であります。

また、救急隊を守る観点から、同意書を取得するということも議論いたしました。

[会長]

資料中の表記についてですが、「かかりつけ医」と「かかりつけ医等」との使い分けには何か理由があるのでしょうか。また、「かかりつけ医等」に救急隊指導医は含まれるのでしょうか。

[事務局]

はい、訂正でございますが、11ページにつきましては、正しくは「かかりつけ医等」であり、「等」が抜けておりました。

9ページ上段において、「かかりつけ医等」の定義について説明してございます。「かかりつけ医等」とは、かかりつけ医本人とそのかかりつけ医と連携している医師の総称でございます。

救急隊指導医に関しましては、現在も救急業務に関与していただいておりますが、現在検討しています心肺蘇生を中止するかどうかの判断は、救急隊指導医ではなく「かかりつけ医等」に行っていただくことを考えております。

[委員]

2点お伺いしたいことがございます。今後、高齢者の増加に対応できるかについてと八王子市のようなネットワークでのデータ共有については、どの程度事業が進んでいるのかについて、教えてください。

[委員]

まごころネット八王子は、かかりつけ医同士が情報を共有して、お互いにバックアップ体制を取っております。このような体制は、八王子以外の地域においても進めようとしているものであります。

かかりつけ医等で多いのは、例えば病院の外来診療をされている医師や往診をされている医師がかかりつけ医である場合があります。かかりつけ医がやらなければならないことも増えてはいますが、2025年に向けて準備は着々と進んでおります。全部が対応できるとは中々言い難いですが、そ

れに向けた準備は着々と進んでおります。

[委員]

13ページの「明らかに死亡している場合」についてですが、基本的に警察官に引き継ぐことになると思いますが、「情報聴取の過程で心肺蘇生を望まない意思が示された場合には、かかりつけ医等にも連絡を取り」とあります。かかりつけ医がいて、かかりつけ医が死亡診断書を書きに行きますと言っている、「も」が入っていると警察に連絡をしなければならないとなりますが、医師法20条・21条の趣旨でいけばかかりつけ医がいて、そのかかりつけ医が人生の最終段階を看取るということであれば、必ずしも警察の介入は必要ではなくて、死亡診断書を書いていただければ良いのではないかと思います。ですので、14ページの「も」は外して、「状況を相談する」や「対応を協議する」等にしたほうがよろしいかなと思いました。

[会長]

この場合は、警察に連絡しなくていいのでしょうか。

[事務局]

想定しているのは、明らかに死亡している場合であり、医師がその場にいらない状況であった場合、救急隊は警察を呼びます。その後、この方が心肺蘇生を望まない方であったということを、情報提供するという意味合いで書かせていただきました。

[会長]

いかがでしょうか。

[委員]

資料の8ページ、現在の体制というところでも、警察に通報・警察に引継ぎとなっているのですが、この件に関しては医師法20条では、かかりつけ医が24時間以内に確認すれば死体検案書を書いて良いとなっており、厚生労働省からも示されており、東京都医師会からもガイドラインで示されています。ですので、終末期の方を全例警察に通報するのではなく、例えば人生の最終段階で今朝方亡くなって、6時間程度経っていきそうだという状況で警察に必ず連絡するかということは、もう一度考え直しても良いのではないのでしょうか。

[委員]

御指摘いただいたとおり、当庁の社会死という基準に当てはまる場合は、家族がいるのであれば先に連絡で良いかもしれません。ただし、こういった事案の多くの場合が独居なので、その場合はどうしても警察にいつてしまいます。御提案については検討させていただきたいと思います。

[会長]

13ページの最後の「明らかに死亡している場合」の前に、「犯罪性がない」等の文言が入っているといかがでしょうか。是非、検討してください。

[委員]

11ページに、警察機関との連携についての記載がありますが、この部分はわかりやすくなるように、加筆が必要かと思えます。

また、1ページの「苦慮する傷病者への対応」の「苦慮」は入れずに「心肺停止の傷病者への対応」だけでもいいのではないのでしょうか。

次に、「傷病者」という表現は、注釈を付けるなど、もう少しわかりやすくするとよいのではないのでしょうか。

6ページの「区市町村等関係機関」とは何を指しているのでしょうか。医師会を含めてということなのであれば、医師会と明記しても良いのではないのでしょうか。

1点確認ですが、心肺蘇生を中止して搬送してほしいというのは、死亡確認のために医療機関に搬送して欲しいということなのでしょうか。そういったことは、実際には行っていないのではないのでしょうか。

[委員]

東京では行っていませんが、全国的に見るとそういった場合は例外的に搬送している地域がございます。当初は「原則」を入れていなかったのですが、答申書には「原則」という言葉を入れさせていただきました。

[事務局]

実際に広島と埼玉西部では、心肺蘇生を中止しての搬送をしております。お話しいただいたとおり、東京消防庁としては「心肺蘇生はやめてください、でも搬送してください」というのは、救急業務には緊急性と搬送手段の非代替性が求められますので、「心肺蘇生を中止して結構です」と言われてしまうと、緊急性がなくなってしまうので、救急業務として正しいのだろうかとなってしまいます。ただし、希なケースまで想定しますと、救急隊が現にそこにて、

搬送手段があるのに救急隊が全く何もしないというのも、おかしくなってしまう例があり得ますので、絶対に搬送しないという表現にはせず、「原則」とさせていただきます。

「搬送します。」と書いてしまうと、今後、在宅医療等で困った場合の搬送は全て東京消防庁が担うという話になってしまうことを危惧しておりますので、こういった記載にさせていただいたものでございます。

[委員]

13ページに「患者等搬送事業者及び病院救急車の活用を促す」と出てきますが、この制度が始まり、患者等搬送事業者が心肺蘇生をせずに搬送してくれると急に言われても対応に困るのではないのでしょうか。病院救急車に関しても同様で、治療を目的としない搬送は行っていませんので、急には対応し兼ねると思います。考え方については反対するものではありませんので、しっかりとした社会的な話し合いの場が必要なのだと思います。

[委員]

おっしゃっていることはもっともだと思います。実際、お看取り救急というものをやっているある地域を取材したことがあるのですが、これは蘇生処置をせずに医療機関へ搬送するものなのですが、これを始める際にも事前にルールを作って運用をしていました。今回の東京消防庁が行おうとしていることの内容も理解しましたし、全てが割り切れることではないことも理解していますが、どのような場合に搬送をするのか、受け入れる側の医療機関は対応できるのかという部分は不安が残ります。これからルール作りをしていくということによるのでしょうか。

[会長]

はい、必要だと思います。

[委員]

13ページの(7)については、事前に患者搬送事業者に相談したものではありませんし、病院救急車の方にも何かお示ししたものでもありませんので、代替えの手段として他の手段を考えることが求められるという提案に戻さないと難しいかなとただいまの議論を聞いて思いました。

[会長]

ただいまのお話を資料に反映させるということではいかがでしょうか。

[委員]

ルール作りを促すということが重要だと思いますので、そのようにしていただければと思います。

[会長]

では、そのようにさせていただきます。

[委員]

基本的な方針には同意しておりますが、同意書の件については、救急隊を守るという観点から、後々のためにこの会議の記録をしっかりと残しておいていただきたいと思います。先ほど医療倫理についてのお話がありましたが、自律については、医療者の自律という意味も含まれています。医療者は善行の原則に従いますので、良いと思ったことを行い、良くないと思ったことは行いません。行わないということは、無危害の原則になります。今は、救急隊が心肺蘇生を行わないということに関して訴訟になるかもしれません。こういった観点から救急隊が心肺蘇生を行わないということに関して訴訟から守るべきであります。不必要な治療については、将来的には議論することになるのではないかと思います。いずれは救急救命士が執拗な心肺蘇生を行わないということに関して議論する時代がくると思います。来る日の為に、ここで議論したことをしっかりと記録に残していただきたいと思います。

15ページの関係機関の連携の部分で、「警視庁と今後も継続して検討していく必要がある」となっていますが、漠然としているので、ここには注釈を入れてはいかがでしょうか。

また、「傷病者」という言葉については、使い慣れない方が苦慮することが考えられるので、わかりやすい表現を注釈として入れてはどうでしょうか。

[会長]

非常に倫理観の高い発言、ありがとうございます。

[委員]

これは、もちろん出発点は救急現場で苦慮しているということで始まったと思うのですが、そもそも国民の方にこのような取組をもっと知ってもらうことが大切ではないでしょうか。15ページの中で「普及啓発について一層の推進が期待される」という書き方ですと、少し他人事というような印象を受けてしまいます。本来の業務範囲ではないのかもしれませんが、あらゆる機会を捉えて広めていく努力が必要だと思います。このことから、「期待される」

というより、一步踏み込んで「普及に努めていかなければならない」等の表現にしたほうが良いのではないのでしょうか。

[事務局]

事務局でも検討した部分なのですが、今後の対応として、区市町村の行う地域における在宅医療に対して東京消防庁がこういうことを行っていきますということを話していくつもりでおります。ただし、ACPについては、消防機関が死生観について積極的に言って良いのだろうかという考えもありますので、その部分については表現を柔らかくしております。

[委員]

死生観というよりも、こういうものがあるということを様々なイベントで紹介する等、もう少し積極的にやっていってはどうかと思えます。

[委員]

その点に関しましては、難しいところも含んでいると考えております。消防は人の命を助ける機関ですので、死生観についてもそうですし、死に対する多様性という社会を迎える中で、消防機関がこれをキャンペーンするというのは難しい部分があります。委員の中に福祉保健局も入っていただいておりますので、各区市町村に消防はこういう御意向をお持ちの方にはこういう対応をして行きたいと思えます。というように、この懇話会で提言したものをアピールしていくのは可能かと考えておりますので、いかがでしょうか。

先ほど御指摘いただきました「傷病者」の表現は、候補がたくさんありますので検討させてください。最初のところで、言葉の定義をさせていただければと思います。

[会長]

では、そこは注釈をつけるということでよろしく申し上げます。

[委員]

11ページの「かかりつけ医等の到着を待ち引き継ぐもの」とあるのですが、「待つ時間」の目安はあるのでしょうか。ある程度の目安が必要かと思うのですが、いかがでしょうか。

[事務局]

現在、警視庁と協議しているところです。例えば30分程度であれば医師の

到着を待っているですとか、翌朝まで来ることができないというのであれば引き揚げるですとか、そのようなイメージを持っております。本懇話会にて、方向性を示していただき、運用に際しては、メディカルコントロール協議会等で細部を決めていくことを考えております。

[委員]

冒頭に質問しました1ページの「傷病者に苦慮」という部分についてですが、救急隊は地域包括ケアに含まれていないと読み取れるのですが、前回の会議でも指摘しましたが、これから求められる医療は、住み慣れたところで暮らすことにそれぞれ関係する人が尽力していくという中で、救急の使命も救命ではあるのですけれども、大切なのは心肺蘇生を望まない方の意志がどれだけ尊重されるかではないでしょうか。ですので「苦慮」という表現に違和感がありました。

今後の課題で、救急隊員への教育でACPを普及していくとありますので、延命措置の中止だけを解決されれば良いという事ではないので、地域包括ケアシステムの中に救急があって、自分たちの役割を正しく示すためにも無駄な救急車の利用はしないということは、積極的に普及していくことも大切ではないでしょうか。

[会長]

委員の皆様、御意見ありがとうございました。事務局いかがでしょうか。

[事務局]

委員の皆様、御意見ありがとうございました。事務局から、付議させていただきたいことがございます。今後、まだまだ対応すべき課題が残っておりますので、資料の文章には無いのですが、「運用に関しては対応の各段階において更なる検討が必要である」や、「東京都メディカルコントロール協議会において運用に向けての課題を検討していく」等の文言を追記させていただきたいと考えておりますが、いかがでしょうか。

[会長]

それは必要なことだと思います。

[委員]

総務省消防庁でも心肺蘇生を望まない傷病者への対応について検討を進めているところがございます、そちらも議論が継続しているところがございます。

ます。方向性や内容についても本懇話会のものと一致しており、議論の内容に大きな違いはないのではないかと思います。

[会長]

東京のことについて議論しておりますが、県境の事案では、どちらの地域へ搬送したら良いのかという部分も出てくると思うので、事前の説明や、理解を得られるように資料に加えておくと、近隣県への考慮になると思いますので、よろしくをお願いします。

それでは第3章の説明をお願いします。

[事務局]

第3章高齢者予防救急方策についてでございます。

第1現状と課題、1救急搬送される高齢者の事故種別について、65歳以上の搬送人員の事故種別を見ると、急病、一般負傷、転院搬送の順に多くなっております。

2事故種別ごとの初診時程度について、65歳以上の搬送人員の事故種別ごとの医師引継ぎ時の程度を見ると、搬送人員に占める軽症者の割合が最も多いのは一般負傷であります。

3一般負傷により搬送された受傷時の動作について、一般負傷で救急搬送された65歳以上の高齢者が、受傷時にどのような動作をしていたかを見てみると、転倒によるものが約74%を占めております。

4現状の認識及び課題について、現状の認識として、65歳以上の搬送人員の主な事故種別を見ると、最も軽症者の割合が多い事故種別は一般負傷であり、約59%を軽症者が占めております。そして、一般負傷により搬送された者の受傷時の動作を見ると、転倒によるものが約74%を占めております。高齢者の救急需要における課題といたしまして、前述したような現状を踏まえると、転倒により負傷する高齢者を予防することが、高齢者の救急需要を抑制することに不可欠であります。そのためには、救急事案の分析によって高齢者の転倒原因を顕在化させるとともに、高齢者に対して訴求力の高い普及啓発方策を検討して実行する必要があります。

第2課題に対する検討、1効果的な救急需要対策に資する分析調査委託ですが、転倒原因を顕在化させるため、2016年中の65歳以上の転倒・骨折症例の救急活動記録票を分析した結果、下表のとおり関連するキーワードを抽出することができております。実施すべき施策の提言として、分析調査委託における有識者会議において、高齢者の救急需要を抑制するための施策の具体的な進め方の例が示されました。救急業務等管理委員会を開催し、提示された施策

の中から、次の施策について検討を行った結果が、1「高齢者転倒予防に向けた継続的なキャンペーン」を行う。2「東京版救急受診ガイドのより一層の普及」を図る、でございます。

2 救急業務等管理委員会について、会議概要として、施策の実現に向けた検討を行うために、次のとおり専門部会及び本会を開催されたものでございます。審議結果として、各施策について、次のとおり審議されました。新たな取組として、分析調査委託で得られた高齢者の転倒原因を普及するために、これらの情報を提言としてまとめたリーフレットを作成して配布することとしました。更に、リーフレットと関連した広報動画を作成し、映像の中で東京版救急受診ガイドに関する情報も併せて発信することとしました。そして、より訴求力の高い発信ができるように、データに基づいたリーフレットの配布先を検討し、広報動画については各消防署単位ではなく、全庁的に施策を展開することで病院や福祉施設等で上映できるように検討を行うこととしました。現行の取組として、当庁では東京消防庁防災安全に関する規程第16条に基づき、高齢者の日常生活事故防止を図っております。本取組について継続的に評価及び見直しを行うことで、訴求力の向上を目指すこととしました。

第3 施策の具現化、1 リーフレットの作成について、リーフレットを作成し、消防署等を通じて配布しております。また、大田区と連携してと資料の表中にあります。このようなケースが多い地域を連携して、高齢者宅にポスティングを実施しております。

2 広報動画の作成について、広報課と協力して広報動画を作成し、高齢者及びその家族に対して訴求力が高い媒体で放映する。例として、病院等の待合室、映画館、街頭ビジョン、トレインチャンネル及び東京動画（SNS）等を検討しております。

第4 今後の課題、1 継続的なキャンペーンの実施について、既存の予防施策を評価し、評価結果を受けた施策の見直しを行った上で、継続的な情報発信を行います。更に、内容だけではなく実施エリアや対象に関する検討も行い、例として高齢者の転倒事故が多い地域に特化した広報活動を行ったり、高齢者本人だけではなく、その家族にも普及啓発を行うことを検討しております。

2 訴求力の高い普及方策の検討について、広報動画について、これまでは各消防署単位で放映場所の検討・決定を行っていましたが、関係機関と連携し全庁的に施策を展開することによって、より高齢者に身近な場所で広報動画を上映します。例として、医師会と協力して病院の待合室のテレビを利用したり、介護関係団体を通じて老人ホーム等で広報動画を上映することを検討したいと考えております。

3 関係機関との協力について、高齢者の転倒防止に関する対策を、関係機関

と協力して実施します。例として、転倒防止に係る事業に対する助成を行うなどの実効性を高められるような方策を検討する必要があります。

[会長]

ありがとうございました。皆様いかがでしょうか。

[委員]

年齢もターゲットもかなり絞られたものなので、東京都のシルバーパスですとか、大田区との連携は非常に良いと思います。

東京版救急受診ガイドといったインターネットに掲載されているものは、高齢者の方が見る機会はなかなかないとわかっていて、老人ホームや病院の待合室で流しているのも良いと思います。他には、免許の更新時に高齢者を対象に動画を放映すると効果的ではないでしょうか。

[委員]

高齢者の転倒事故が多い地域に特化してとあるのですが、これは多い地域は特定されているのでしょうか。

[事務局]

転倒事故の搬送人員が多いところをピックアップしております。

[委員]

転倒防止パンフレットについて、転倒した後の対応は対象とはしていないのでしょうか。転ばないようにという予防救急のリーフレットだと思うのですが、転んだ場合の対応までは今回は考慮しなくて良いのでしょうか。前回委員会でTHINK FASTキャンペーンについて御紹介いたしましたが、転んだ場合は抗血栓薬や抗血漿薬を服用している場合などは非常に重症化するのですが、今回はそういった転んだ後のことは対象としていないのでしょうか。

[事務局]

当然必要なことだとは考えています。今回は、高齢者予防救急方策ということで、まずはこのような形で考えています。

[委員]

転倒は非常に大きな事態を引き起こすというのは、我々東京都医師会がフレイル予防というものを一生懸命やっておりますが、予防の話をするのは良いで

すが、このリーフレットを見て行くと、こういう時にはこうしようという話ばかりですが、この際、今後の課題のところに関係機関と協力というところで、転倒学のようなものを展開して転倒しないためには、どのような筋肉を鍛えようといった形で予防に結び付けていくのはいかがでしょうか。

[委員]

日本転倒予防学会からたくさん話は聞いていて、このリーフレットは怪我の瞬間のみを捉えているのですが、確かにそれ以外の部分にも多く課題があることは認識しております。

[委員]

今お話しいただいた日本転倒予防学会は、10月10日を転倒予防の日と定めてイベントをやっているようです。厚生労働省の人口動態調査で見ると、交通事故で亡くなる方より転倒で亡くなる方のほうが多くなっています。そういった命に関わる転倒は、救急だけではなく、様々な機関と連携して社会運動にしていく必要があると思いました。

[委員]

それではこの協力関係機関に日本転倒予防学会を入れてはいかがでしょうか。

[委員]

怪我をするという単純なことではなく、転倒した後のことについても言及してはどうでしょうか。例えば、場合によっては寝たきりになってしまい、そのまま亡くなることもありますというような、メッセージ性の強い内容もいいのではないのでしょうか。

[会長]

もう一つ考慮した方がいいのは、高齢者はよく睡眠薬を飲んでいますが、睡眠薬に筋弛緩剤が含まれているので、夜中にトイレに行こうとして立ち上がろうとした際に転倒することが多いと思います。

それでは第4章の説明をお願いいたします。

[事務局]

第4章救急利用者情報登録制度、第1現状と課題、1高齢者に係る救急活動時間について、救急活動において現場滞在、搬送連絡時間を中心に時間を要し

ております。

2 自治体の取組について、現在までに、全国各地域において、自治体等の主導により医療情報の事前登録等の取組がされています。利用者の医療情報を登録・参照する媒体としては、救急医療情報キットやICカードが活用されています。これらの取組は、登録制度そのものや、その利点等の利用者への周知方法が自治体等に依存するため普及率において課題があるほか、利用者が医療情報を記入するため、正確な情報の取得に課題があることが想定されます。

3 医療等分野のICT基盤の整備に関する動向について、他方、未来投資戦略2017及び2018において、個人・患者本位で、最適な健康管理・診療・介護を提供するための基盤（全国保健医療情報ネットワーク）の整備に向け、全国の地域医療連携ネットワーク（EHR）を相互に接続する基盤の構築に向けた検証が進められているようでございます。地域医療連携ネットワークEHRとは、医療機関等で個々に管理されている医療情報を統合し、患者情報を医療機関等がパソコン等を介してネットワーク上で相互に閲覧できる仕組みをいいます。政府は「世界最先端IT国家創造宣言」や「日本再興戦略」等において、EHRの全国普及を目指していると伺っております。地域医療連携ネットワーク（EHR）構築による効果として、新潟県長岡市が2015年度に導入した「フェニックスネット」では、登録されている患者を搬送する場合に、救急隊が現場に到着してから病院に搬送するまでにかかる時間が、未登録者に比べて平均で4分短縮しているようでございます。また、既往症等の正確な情報が把握できることによって、聞き取りに伴う患者本人や家族の負担も軽減されたとしております。厚生労働省によるEHRの構築状況等調査結果によると、医療機関がEHRを導入した場合の効果として、「患者サービスが向上した」や「患者の負担が軽減した」などの回答があり、患者に対する一定の負担軽減効果があることがうかがえます。全国保健医療情報ネットワークとして、政府は、2020年からの本格運用に向けた検討を進めていますが、地域医療連携ネットワーク（EHR）におけるデータの管理は地域により仕様が異なるため、地域を越えてデータを共有するための標準規格を策定するとともに、全国的に共有すべきデータを整理し標準仕様を定める必要があります。また、費用負担に見合った便益を得られるサービスやネットワークをどのように構築していくかなど課題がございます。パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）の取組として、PHRとは、個人の健康状態や服薬履歴等を本人や家族が把握、日常生活改善や健康増進に繋げるための仕組みであり、2020年度より、本人へのデータの本格的な提供を目指しております。利用者は自身の医療情報をスマートフォンアプリ等により管理し、医療機関又は利用者本人により登録された医療情報を参照することができます。また、登録された医療情報は医療機関側

でも参照できます。ただし、利用者本人が情報を登録する場合があるため、情報の正確性や最新性が保持されていないことも想定されます。

4 制度構築の提案として、救急活動の支援体制の整備については、例えば事前申請等により利用者の既往症やかかりつけ病院等の医療情報を適切な媒体に登録しておき、救急隊が救急現場で登録された救急利用者の医療情報を短時間で取得できるような仕組みを作ることで、情報聴取に要している時間を短縮できる可能性がございます。また、傷病者が既往症等の医療情報を救急隊に伝える負担を軽減する効果も期待できます。

第2 基本的な考え方、1 検討会の設置について、救急利用者情報登録制度のあり方について、有識者による検討会を設置し、「救急活動時間を短縮すること」及び「情報聴取に伴う本人や家族の負担を軽減すること」を念頭に置き検討を行うこととしております。

2 医療ICTの活用について、2020年の全国保健医療情報ネットワークの本格運用を見据え、救急利用者情報登録制度は、医療ICTを活用した取組との連携を考慮した制度とするのが望ましいと考えております。

3 制度構築に必要な要件について、ネットワークとして、医療等分野と連携が可能なシステムとすることが望ましいと考えております。パソコンやタブレット端末及びインターネット回線等の閲覧環境を整備する必要があります。医療等分野の個人情報の特性として、既往症、服薬の履歴、健康診断の結果などを含むため、より機密性の高いセキュリティ体制の下で管理されることが求められます。個人情報の取得・利用にあつては本人の同意を得るとともに、目的外で仕様されることのないよう、必要な個人情報保護の措置を講じる必要があります。セキュリティ対策として、個人情報の取得に係る法令やガイドライン等を遵守し、情報漏洩等に対する管理体制を構築し、技術的対策としては、情報の暗号化、パスワード等によるログイン管理、アクセス制限設定や情報を取得する端末のウイルス対策などが考えられます。取得する医療情報の範囲として、取得する情報は、氏名、生年月日等の基本的な情報のほか、既往症、服薬の履歴、かかりつけ医療機関などの救急活動において特に重要とされる項目に限定することを考えております。情報が精査されていることで、医療機関選定に必要な情報を迅速に把握することができるようになり、救急活動に要する時間が短縮されると考えられます。

第3 制度構築の方向性、1 当庁における既存システムの改修等について、救急利用者情報登録制度の構築にあつては、当該制度・システムを既に当庁で運用しているシステムの改修を経て連結するか、又は個別に運用するかについての検討も必要であります。また、利用者の医療情報の参照等において、当庁独自に構築及び運営するか、又は既存の医療ICTを活用するかについても検討

が必要でございます。

2 医療 I C T の取組との連携について、現時点においては、既存の医療 I C T を活用し、医療関係機関との連携を強めた制度の構築が考えられます。制度を構築することで、救急利用者への即時的な対応が可能になると考えられます。

3 既存の医療 I C T を活用した場合の効果について、事前登録された情報が取得できることにより、迅速な傷病者情報の把握と医療機関選定を行うことができるようになり、救急活動時間の短縮が期待できます。医療関係機関と連携し、情報を共有することで、正確かつ迅速な情報の取得と伝達や傷病者やその家族にとって、救急隊に既往症等の医療情報を伝える負担の軽減が期待できます。登録情報は、利用者本人ではなく医療関係者等により更新されるため、情報の正確性と最新性が確保されやすいと思われれます。多職種間での情報共有により、地域包括ケアシステム内における医療関係機関の連携強化が期待できます。

4 今後の課題について、制度の構築については、既存の医療 I C T を活用したシステムを参考に、東京消防庁として構築すべき制度を具体的に検討していく必要がございます。

[会長]

情報登録制度についての説明でしたが、御意見等いかがでしょうか。

[委員]

目次についてですが、それぞれの関係性をはっきりさせて、構成を見直した方が、読みやすくなるのではないのでしょうか。

[事務局]

承知いたしました。

[委員]

東京都医師会は東京都の補助事業として電子カルテについて扱っていますが、ネットワークに関しては東京医療総合システムがあり、NECと富士通とが作り上げており、VPNで非常に安定した環境を構築しています。そして、ソフトウェアサービスといった他のベンダーも加わって、東京都と東京都医師会と東京都病院協会で、ネットワークを作る努力を一生懸命しております。東京消防庁がこういったものから情報を見られるようにするのか、東京消防庁独自のものを構築していくのか、どのようなお考えをお持ちなのでしょう。

[事務局]

現在、調査委託を実施中であり、東京消防庁が一から作った場合と既存のシステムを活用したものを検討しておりますが、実現可能性や発展性を鑑みますと、既存のシステムを東京消防庁が活用させていただくのが現実的だと考えております。

[委員]

既存のものを利用した方がいいと思います。現在の書き方では焦点が定まっていませんので、構成を見直した方がいいのではないのでしょうか。

[事務局]

承知いたしました。

[委員]

記載の順序ですが、検討会が先ではないのでしょうか。

また、東京総合医療ネットワークという既存のものがあるのであれば、これをどう活用していくのかということに焦点を当てて良いのではないのでしょうか。既存のものと連携していくのが早いと思います。

[委員]

救急隊の方に本当に必要な情報に絞って使用していただくのがいいのではないのでしょうか。セキュリティの観点からも、必要以上の情報を持つ必要はないと思います。

[委員]

東京消防庁が東京医療ネットワークに参画していただけるのであれば、それぞれの病院や診療所で持っている救急用サマリという形でソフトを組込むことも可能かと思います。そうすれば、必要な部分だけ東京消防庁が参照するというのはいかがでしょうか。技術的には十分可能だと思うので、希望を含めて情報提供とさせていただきます。

[会長]

費用的な部分はいかがでしょうか。

[委員]

最初から構築するよりは安いと思います。

[委員]

国が進めている全国医療情報ネットワークに関していろいろな委員会を立ち上げていますが、傷病者は地域を越えて移動するので、それぞれの地域で個別のネットワークを組んでも、情報共有ができないということで、標準規格を作成することが、資料にもあります。東京消防庁としては、独自のものを構築するのか、国のネットワークを使用するのか、その辺に関してお考えをお聞かせください。東京は全国から人が集まるので、東京で治療を受けて地方に戻った時に情報を見られないことが危惧されます。その逆のパターンも同様で、その点を加味して検討していただきたいと思います。

[事務局]

まだ整理がついていない部分がありますので、検討させていただきます。

[委員]

本日お話しを聞くまで、アメリカのブルーボタンが合っているのではないかと考えていましたが、やはり情報を入力することが一番大変なので、例えば患者さんの持っているカードにQRコードがあって、救急隊が来た時にそれを読み込む等の方法も良いのではないかと思います。病院としても、自分の病院に入院したことがある患者は救急車が来た時に迅速に対応してもらえるとということになると、病院としてもネットワークに入るメリットが大きくなるので、一緒に検討させていただきたいと思います。

[会長]

今回のテーマでは高齢者が大きく関わっていますが、高齢者についてのテーマはいかがでしょうか。

[委員]

高齢者であればあるほど、既往症や合併症が非常に多いので、こういう情報が非常に役に立つのではないのでしょうか。

[会長]

是非、そのような内容を答申にいられていただきたいと思います。

[委員]

28ページのPHRの自治体による活用例の中で、大月市の中に日本医師会の推進する「かかりつけ連絡手帳」を電子化し、というものがあるので、これ

があるならば、活用しない手はないのではないのでしょうか。これをすでに医師会が電子化しているのであれば、これを何らかの形で活用を推進していただきたいと思いました。

[会長]

貴重な御意見ありがとうございました。各委員の御意見を踏まえまして、事務局と答申を修正したいと存じます。

4 閉会

事務局から今後の予定について説明があり、閉会した。