

# 第33期 東京消防庁救急業務懇話会

## 第1回会合開催結果概要

日 時：平成30年4月27日（金）15時00分から17時00分まで

場 所：東京消防庁本部庁舎7階特別会議室

出席者：[庁外委員]（10名）

有賀 徹、猪口 正孝、城戸 真亜子、坂本 哲也、高橋 良、  
野本 祐二、堀家 春野、本田 麻由美、矢沢 知子、山本 保博

[庁内委員]（1名）

森住 敏光

欠席者：[庁外委員]（3名）

阿真 京子、町 亜聖、横田 裕行

### 1 開会

事務局から、第33期東京消防庁救急業務懇話会の開会が宣言され、委員名簿により各委員の紹介が行われた。

### 2 会長選出

規約に基づき委員の互選により山本委員が会長に選出された。

### 3 諮問

消防総監から山本会長へ諮問が行われた。

### 4 挨拶

- (1) 消防総監
- (2) 山本会長

### 5 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、以後の議事進行につきましては、会長をお願いいたします。

[会長]

それでは、審議を進めてまいりたいと存じます。まず、はじめに事務局から資料の説明をお願いします。

[事務局]

第33期東京消防庁救急業務懇話会という題名の横の資料をご覧ください。

1 第33期東京消防庁救急業務懇話会諮問事項、要旨についてでございます。諮問事項、高齢者救急需要への取組はいかにあるべきか。諮問要旨、救急搬送人員は、高齢化の進展等により毎年増加の一途をたどっており、2017年には東京消防庁管内で約70万人が救急搬送され、そのうち半数以上は65歳以上の高齢者であった。過去20年間で搬送人員は約1.5倍に増加しており、全搬送人員に対して高齢者の占める割合も年々増加している。

また、2025年には団塊の世代が75歳以上となることから、今後も高齢者の救急需要は引き続き増加する見込みである。

このような需要の増加に加え、高齢者の救急活動を取り巻く課題としては、現場での情報聴取に時間を要すること、心肺蘇生を望まない傷病者への対応に苦慮すること、転倒等の生活事故で負傷する高齢者が多いことなどが挙げられる。

これらのことを踏まえ、高齢者救急需要への取組はいかにあるべきかについて、次の項目を検討内容として諮問するものである。1 心肺蘇生を望まない傷病者への対応、2 救急利用者情報登録制度、3 高齢者予防救急方策について検討をお願いします。

2-1 東京の救急体制についてでございます。東京消防庁の管轄区域は特別区23区と多摩地区のうち消防に関する事務を委託された区域となり、救急隊は253隊、救急隊員は2,324人という現状です。

2-2 救急活動全体のフローでございます。こちらは119番通報されてから傷病者が医師に引継がれるまでの流れになります。東京消防庁災害救急情報センターで119番通報を受け、消防署の救急隊に出場指令を出します。救急隊は傷病者の主訴、既往症、かかりつけ病院等を聴取し、観察・救急処置を実施し、医療機関の選定・連絡を行います。現場から救急自動車内へ搬送し、処置を継続して医療機関へ搬送します。医療機関では、医師へ症状・処置等の申し送りをします。

2-3 当庁の救急出場件数の推移でございます。出場件数は平成20年以降増加を続けており、平成29年には過去最多となっています。

2-4 年代別搬送人員の推移でございます。75歳以上の搬送人員が特に増えていることが分かります。

3 分析と課題でございます。高齢者救急需要への取組を量的需要への取組と質的需要への取組の二つの視点から見ていきます。

3-1-(1) 高齢者事故種別でございます。平成28年中の65歳以上の高齢者の搬送人員の事故種別を見ると、急病が7割を占めていますが、次いで一般負傷が多いことが分かります。

3-1-(2) 一般負傷した高齢者の受傷時動作についてでございます。転倒で受傷した高齢者が52,322人であり、多くの高齢者が転倒等の生活事故で受傷しています。

3-1-(3) 当庁が行っている予防施策でございます。シルバーパス発行窓口において70歳以上の新規申込者に対して事故防止冊子を配布しています。自治会等と連携しながら、家を訪問し、火災、家庭内事故等様々な危険要素を診断

する総合的な防火防災診断を実施しています。餅などの窒息、転倒事故等の情報のホームページへの掲載及びSNSを活用しての情報の発信等を行い、関係機関と連携し予防に努めています。

3-1-(4) 課題として、関係機関と連携し予防に努めてはいますが、65歳以上の高齢者の転倒事故による搬送人員は増加を続けています。

3-1-(5) 今後の方向性でございます。救急業務等管理委員会で高齢者予防救急方策について検討を行います。内容は傷病者のビッグデータを分析し、軽症割合増加の原因を 究明し、訴求力の高い広報策を展開する、効果は高齢者の救急事故を防ぎ、生活の安全とQOLの確保をすることです。検討した結果を懇話会に報告いたします。

3-2 分析と課題でございます。質的需要への取組、人生の最終段階における医療について説明させていただきます。

3-2-(1) 人生の最終段階における医療についてでございます。社会保障制度改革推進法第6条第3項では医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備することと書かれております。

3-2-(2) 病院内における環境整備のための取組でございます。厚生労働省は人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを、日本救急医学会は救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインを、日本臨床倫理学会は日本版POLST（DNAR指示を含む）作成指針をそれぞれ示しています。

3-2-(3) プレホスピタルの現状でございます。全国消防長会の平成26年度救急委員会秋季常任委員会において各消防本部での対応の違いが報告され、厚生労働科学研究費補助金による研究、救急医療体制に関する研究、傷病者の意思に基づいた救急隊による心肺蘇生の実施についての研究においてDNARに関する救急隊の対応が消防本部間で一致していないことが報告されました。日本臨床救急医学会からは、人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生に関わる提言や消防庁科学技術推進制度による研究では、介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアルが示されています。

3-2-(4) 救急業務に関する法律でございます。消防法第2条第9項では、救急業務とは、災害により生じた事故若しくは屋外若しくは公衆の出入する場所において生じた事故又は政令で定める場合における災害による事故等に準ずる事故その他の事由で政令で定めるものによる傷病者のうち、医療機関その他の場所へ緊急に搬送する必要があるものを、救急隊によって、医療機関その他の場所に搬送すること、傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむを得ないものとして、応急の手当を行うことを含むをいう、と書かれており、救命処置及び緊急搬送することを原則としています。

3-2-(5) 課題でございます。心肺蘇生を望まない傷病者への対応について示した指針がない、総務省消防庁においても検討を行う予定であるので、動向を注視しながら進める必要がある等の課題があります。

3-2-(6) 今後の方向性でございます。心肺蘇生を望まない傷病者への対応については、現在心肺蘇生を望まない傷病者への対応に関しては、国から統一した方針も示されておらず、救急隊の取るべき行動について定められていないことから、今後増加が予想される高齢者のDNAR事案に対する対応策を検討しガイドラインを策定することを検討し、効果としては傷病者の意思に沿った救急対応や救急要請の適正化が見込まれます。専門分科会で検討し懇話会に報告させていただきます。

3-2 分析と課題でございます。質的需要への取組のうち傷病者の負担の軽減についてご説明いたします。

3-2-(7) 傷病者の負担の軽減でございます。平成28年の救急活動時間を表したグラフで、それぞれ全体、高齢者以外、65歳以上の高齢者の時間となっており、高齢者の救急活動では出場から引継、現場滞在、搬送連絡時間はいずれも全体の平均よりも長くなっています。より早く医師に引継ぐことで、傷病者の負担が軽減されると考えられます。

3-2-(8) 搬送時間短縮への取組でございます。救急医療の東京ルールとは、二次医療機関の選定が困難な事案を対象とし、救急患者を迅速に医師の管理下に置くための取組です。

この取組では、地域の救急医療機関が相互に協力・連携して救急患者を受け入れることを目指し、地域で救急患者の受入れ調整等を担う「地域救急医療センター」を指定するとともに、これをバックアップするため、都内全域での調整を行う「救急患者受入コーディネーター」を配置しています。5か所の医療機関で受入れができない場合や連絡開始から概ね20分以上が経過しても決まらない場合には、地域救急医療センターによる調整や救急患者受入コーディネーターによる調整が行われます。

3-2-(9) 救急情報収集用ツール例でございます。救急医療情報キットとは筒型のケースに傷病者の個人情報やかかりつけ等の情報を記載した紙を収納し、冷蔵庫等で保管するものです。安心シートは、キーホルダー型のケースに必要な情報を記載したシートを収納し、携行することにより外出先等で倒れた場合でも活用することが可能です。見守りキーホルダーやあんしんシールは区でコールセンターを設置し、地域住民、消防、警察等からの問い合わせに24時間対応していますが、救急隊から直接の照会はできないため、時間を要する場合があります。

3-2-(10) 今後の方向性でございます。救急利用者情報登録制度に関して、傷病者情報を事前登録する等により傷病者、救急隊で情報共有が可能か、病院決定までの時間短縮を図れないか検討を行い、効果としては傷病者の負担軽減、病院決定までの時間短縮が見込まれます。今年度調査委託をして有識者会議を開催し検証した内容を懇話会に報告させていただきます。

4 検討の方向性でございます。これまでのまとめになります。高齢者救急需要への取組は心肺蘇生を望まない傷病者への対応、救急利用者情報登録制度、高齢者予防救急方策について図で示したように検討していきたいと存じます。

5 専門分科会の設置についてでございます。今期の検討内容のうち心肺蘇生を望まない傷病者への対応は専門性が高いと考えられることから、規約に基づき専門分科会を設置し検討を進めていきたいと存じます。委員の皆様は資料のとおり当該分野に造詣の深い先生方、経験を有する庁外、庁内の委員で構成させていただきたいと存じます。

以上、議事の(1)までの資料説明となります。御審議の程よろしく願いいたします。

[会長]

ありがとうございました。それでは、委員の先生方、この諮問事項の中身も含めて、ご意見及びご質問をお願いいたします。

[委員]

資料の15ページの社会保険制度改革推進法に、医療の在り方については個人の尊厳が重んぜられる、患者の意思が尊重されると書かれています。臨床医学の歴史をたどると、個人の尊厳や人の尊厳という考え方と、個人の選択という2つの大きな流れが存在しています。人の尊厳という考え方はどちらかというギリシャ、ローマ、ヨーロッパ大陸的であり、日本国における基本的な考え方も人の尊厳です。個人の選択というのは、米国においていわゆるパターンリズムを排したバイオエシックスによる考え方です。この2つの系譜からすると、第6条に書いてあることは、恐らく両方とも大事だということです。そうすると3ページの1番、心肺蘇生を望まない傷病者について、もし傷病者そのものが心肺蘇生を望まないとする、患者の選択こそ最も倫理的であるというバイオエシックスの米国の考え方をそのまま踏襲しており、もし人の尊厳というような考え方でいくと、その人の尊厳に鑑みて心肺蘇生をするべきでないということを想定したような臨床倫理的な考え方です。私は去年の臨床倫理学会を会長として開催して、議論をたくさんしてきました。そういう意味でも、人の尊厳に鑑みて心肺蘇生をするべき患者はたくさんいます。しかし、心肺蘇生を実施することがその方に対して失礼になるという人もいるわけです。そういう意味で倫理的な観点で見ると心肺蘇生を望まない患者という言い方は、家族と本人の意思が一致していればいいのですが、必ずしも一致していません。心肺蘇生を望まないということの主語は誰なのかというようなことを考えながら議論していただけるとありがたいと思います。

[会長]

ありがとうございます。事務局、何かありますか。

[事務局]

心肺蘇生の現場では、ご本人そしてご家族と医療スタッフ等の三つの要素があります。ご発言の内容も踏まえながら、検討させていただきたいと思います。

[会長]

ありがとうございました。他にいかがでしょうか。

[委員]

14年間ほど介護していた母が昨年亡くなりました。年に何度も救急車を呼ぼうかどうしようかと迷うような経験をしました。大腿骨頸部骨折をしてからは歩くこともできず、在宅での看護が難しくなったため、介護老人保健施設そして特別養護老人ホームと居を移すことになりました。特別養護老人ホームでは地域の病院と提携が結ばれており、大変良かったと思っております。普通であれば酸素濃度が低くなってすぐに救急車を呼ぶところ、まずは提携の病院に運んで処置をしてもらい、事なきを得て施設に戻るといようなことも多々ありました。在宅の頃は、救急車を呼ぶこともありましたが、救急車というのは病院を決めるのにこんなにも時間がかかるのだということも家族として体験しました。その間にどんどん症状が悪くなってしまわないかと不安に駆られました。提携病院があると本人のカルテもあり、いざという時の受け入れ体制が整っているので高齢者を持つ家族にとっては本当に安心できました。これだけ救急車の要請が増えている中、救急車を呼ぶことなく処置することができるというのは、ありがたいことでした。今後とも介護、在宅や高齢者を抱えるご家族には地域の病院あるいはケアマネージャーさんとの連携がいつでも取れるようなシステムができあがっていると安心だなと感じます。尊厳のある生き方をというようなお話がありましたが、病院や救急車において毎回「どこまでの救命処置をするか」の選択を迫られ、うちの場合は本人が認知症で判断ができないので、我々に投げ掛けられることになり、その都度どう答えて良いのだろうと悩み、家族でも話し合いを重ねました。家族は長く生きていて欲しいわけですが、本人はそうではないかもしれないと本当にいろいろ考えました。なかなか答えが出ないまま、昨年母を救急車で運ぶ時（結局この数日後母は最期を迎えることになるのですが）に地域のかかりつけの病院に行くか救命救急センターに行くかを問われ、咄嗟に救命救急センターをお願いしました。救命救急センターでは、医師に「心肺蘇生はどうしますか」と、助けるか助けないかの二択を迫られ言外に「蘇生しないのならここに来られても困る」というニュアンスを感じ困惑しました。と、同時に何年も迷っていた「いざという時に心肺蘇生をどうするかの意味決定」をしておくことの重要性が、ようやくその場面で理解できた思いでした。家族や本人が、どういう基準でその判断をすればいいのか、何かガイドラインのようなものをお示しいただければ判断の一助になると感じました。

[会長]

ありがとうございました。非常に重要な検討事項だと思います。事務局、何かありますか。

[事務局]

救急隊は現場にて心肺停止の場合には心臓マッサージが必要であるという前提で対応しています。本人が意志を示すことができない場合、その方の意志とご家族の考えに対応するためには救急隊はどうすべきかというところを今回検討させていただければと思います。

[会長]

ありがとうございます。特別養護老人ホームと地域の病院の連携、あるいはケアマネージャーとの意思疎通の重要性というお話を頂きましたので是非検討をお願いします。

[委員]

17ページのプレホスピタルの現状とありますが、日本臨床救急医学会が昨年の3月に人生の最終段階にある傷病者の意志に沿った救急現場での心肺蘇生に関わる提言ということで公開し、マスコミなどでも取り上げられました。他の県の消防本部あるいはメディカルコントロール協議会でも、これに沿った検討が行われていると聞いています。人生の最終段階において、本来ならば救急車を呼ばないのが一番なのですが、混乱の中で呼んだ場合に、救急隊は現場についたらまず、処置を始めざるを得ません。法律的には原則搬送、応急処置ですが、かかりつけの医師からこのような場合には心肺蘇生をしないでくださいというものが確認できれば止めても良い、また地域の医師会とメディカルコントロール協議会との話し合いができていれば、かかりつけの医師と連絡がとれない場合には、メディカルコントロールにあたる医師が代わって指示をしてもいいのではないのでしょうか。ただ、人生の最終段階にある傷病者と言っていますので、人生の最終段階ではないが、いざ心臓が止まったら心肺蘇生をしてほしくないという本人の意志があった場合がこの提言の中では解決できない問題として残っています。今まで一定レベルの議論が進んでいますので、是非それを土台にして東京都のルールを作っていただければと思います。

[委員]

土台にしながら議論することに問題ないと思います。救急車を呼ばない方がいいと仰いましたが、私は社会のセーフティネットとして呼んでいいと思います。救急車を呼ばないで済む代替の仕組みを作ることが必要だと思います。

[委員]

若干誤解があったかもしれませんが。救急車を呼ばなくても済む準備をかかりつけの先生と済ませておいてくださいというのが、臨床救急医学会の趣旨です。かかりつけの先生も含めた合意形成を十分にして、いざという時の連絡体制を定めておく。かかりつけの先生と連絡がつかない時は、社会のセーフティネットですから呼ばなければならぬだろうと考えております。

[委員]

今のお話、非常に共感する部分がありました。これは救急だけの話ではなくて、診療報酬でもかかりつけ機能を強めましょうという点数がついていますが、かかりつけ医師はいません、どうやって見つければいいですかという反応が必ずあります。セーフティネットとしての救急車というのはあると思いますが、代替え機能としてかかりつけ医師との関係が築けていない部分が残念ながらあると思うので、そのあたりのことも議論できればと思っております。

もう一点、心肺蘇生を望まない患者が増えている、増える可能性があるというところですが、事実関係としてのファクトのようなものはあるのか、若しくは増えているというデータがあるのであれば、議論の出発点として是非知りたいなと思いました。

[事務局]

データについては、現在調査中です。早い段階でお示しできればと考えております。

[委員]

皆さまのお話、もったもたと思っておりました。取材をしている中で心臓が悪い高齢者のご家族に出会いました。主治医の先生からも「万が一の事がある」と言われていたそうです。ある日、突然倒れ、救急隊が到着した時には心肺停止状態であり搬送されましたが、お亡くなりになりました。そのご家族にお話を聞いた時に、今がその時だと思わなかったと仰っていました。事前に主治医に言われていても、今が選択の時だと思わないから、処置をしてもらい病院に連れて行ってもらえば助かると思ってしまう。こういうことをどのように理解してもらおうかという対応を考えていく必要があると感じました。

[会長]

本人が望まないのか家族が望まないのかということも考えて、誰が主人公なのかという議論も大切だと思います。

[委員]

医師会としては、行政の方たちと協力して地域包括ケアシステムと地域医療構想ということで、何か健康に関わる介護や医療のサービスを求めるような状況になった時には必ず地域の医療機関が介入して、その方たちに必要なサービスを提供しています。その輪を一生懸命広げている最中です。本人若しくはご家族の方が最後にはどうするのか意思決定していくということが、今始まってきたところです。そして、地域包括ケア等のシステムの中で、そういうことを考えている方たちを増やしている最中です。今はどうするのかという本人の意思確認がでずに悩むケースがたくさんあるかも知れませんが、将来的にはそういうことが、かな



り限られたことになるように、ここが判断する時だというのがわかるように、今一生懸命やっている最中です。我々医師会としては、行政の方々と協力してそのネットワークを広げていき、そこから漏れないように努力しているところです。かかりつけ医は、最終段階における意思決定を分かりやすく話していると思いますので、これから大幅に変わっていきたくらうと考えています。救急に関して呼ぶか呼ばないかで迷った時に、代替手段として医師会として一生懸命進めているのは病院救急車の利用です。病院救急車は東京では5、60台あり、葛飾区、江戸川区、町田市、八王子市で運用されています。かかりつけ医がもし救急車を呼ぶか呼ばないか迷った時には、病院救急車を呼んで医師と本人、ご家族が納得する病院や治療方法になるべく結びつくよう推進しております。高齢者救急に関しては、消防救急車を呼ばないという流れができてくるのではないかと考え、そのような手段を用意していくことが必要だと考えています。

[会長]

他にご意見いかがでしょうか。

[委員]

深刻な病気になっていて、自分の病状がどのように進んでいくかがある程度分かるような方が救急車を呼ぶ状態になった時にどうするかということは医療関係者の方々とよく話ができている、どういうことが起きるかを理解して判断ができるのかもしれませんが。一方で、必ずしもそういう病状ではない方、自分にいつどんなことが起きるかわからない方が、病気と関係ないところで事故等が起きた時、以前医師が出した指示がそのまま使用できるのか考えねばならない。ひとりひとり病状や健康状態は様々であり、将来起きる救急の場面も様々であると思います。難しいですが、そういうことを考えなければならないと感じています。

[委員]

私はいつも看取りまでのケアという言い方をしております。亡くなる最終段階に判断するのではなくもっと前から予測すべきですが、やはりその方の持つ背景や家庭の様子、病気の内容もそれぞれ違いますので一筋縄ではいかないなという感想を持っております。意思決定を進めながら、患者様が適切な医療に繋がる仕組みを作ることを両立しなければならないと考えております。

[委員]

今回の救急業務懇話会は3つのステップを検討テーマにしています。まずは転倒というキーワードで怪我を予防する。次に呼ぶ段階になった際にスムーズに呼べる。最後に終末期の傷病者に対して救急車はどう対応したら良いのかという3つの段階です。想定していたとおり、DNARについて皆様から多くの議論をいただいている良かったなと思っております。この話題は倫理も含めて幅広い話であり、看取りや地域包括ケアの話にもつながりますが、最終的には救急隊は何を

したら良いのかというご提言をいただければと思います。救急隊が現場に行った時に何もしないで運んでくださいと言われることもありますし、救命センターに搬送した後に問題になることもあります。救急隊は1回の出場で1時間から1時間半かかりますが、そのような場合には2時間、3時間かかることもあります。先ほど要望のありましたデータや事例も提供させていただき、専門分科会でその部分を議論していただきたいと考えております。今がその時かわからないというキーワードも先ほどありましたが、東京消防庁では指令室の中に救急隊指導医という制度もありますので、そういった部分と絡めて何か形を取ることが出来ればと考えております。

[委員]

高齢者の救急需要への取組はいかにあるべきかということで、日本全国の救急需要が増加している中、非常に関心のある事項です。これまでも東京消防庁が最先端の取組としていろいろな施策を打ってきており、それが全国に普及していくということが多々ありますので、今回の懇話会が充実したものになることを期待したいと考えております。

また、心肺蘇生を望まない傷病者に対して資料の19ページですが、国でも、もうしばらくしましたら同じ課題で検討を進めようと考えております。東京消防庁では、現場の救急隊員がどう対応したら良いか、という現場に即した検討をされるのですが、国の方では日本全国、最大公約数的にどうしたら良いか検討することで、国と東京都で検討すべき課題の整理がつくのではないかと考えております。そのあたりは東京消防庁と情報交換しながら進めていきます。

[委員]

15ページと19ページなのですが、15ページで環境整備することとは何を指しているのでしょうか。また、15ページの内容を受けて19ページで心肺蘇生を望まない傷病者に対して対応を考えるということではありますが、今、救急隊はとにかく助けるという一途な方針があったわけですが、ここにきてこの方針を変えることを考えているという、すごく根本的な部分を考えていらっしゃるのか。また、方針の選択を本人、家族、かかりつけ医たちが救急の前の段階で考えておくようにというのが今までの我々のスタンスであったのですが、救急隊が到着した時にその場でいろいろ考えていくということになるのでしょうか。

[委員]

まさにその部分を、この懇話会で議論していただきたいと考えております。救急業務は消防法第2条第9項に定められているとおおり、運ぶということが大原則となっていますが、多くの方のご意見を頂き、救急隊が到着した現場で判断しなくて済むような仕組みや、どのような要件を具備していれば医師が来て看取りができるのか、そこの部分の提言が欲しいところでございます。

[委員]

八王子市では病院救急車の活躍が始まっており、市内の医師会の先生方の病院へ搬送するというようなことが着々と増えています。東京消防庁の八王子管内の救急車もケアミックスの病院を含め、地域の中の病院に運ぶことができています。つまり、八王子の管内から外へ行くことが減っています。代替え手段としての病院救急車の活躍というのが、高齢者の搬送というものに対して有効になってくると感じております。

[委員]

先ほど救急隊に搬送先病院について問われて、咄嗟に救命センターと言ってしまいましたが、非常によくある話だと思います。20年前の我々の行動規範であれば、救命センターに来ること自体が救命を望んでいるということで、病院に来た瞬間に最大限の救命治療を始めていたと思います。最近では高齢者の方が多くなっておりますので、ご家族と話をして治療の選択を一緒に考えると、無理な救命処置はしないでくださいということが増えてきています。心肺停止に関しては現場で運ぶか運ばないかを判断しなければならないと思いますが、それ以外のものについてはやはり医療機関で相談をすることが必要になってくるのではないかと思います。

[会長]

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会だけでなく、町田や葛飾や江戸川でもやっておりますが、他は無いのでしょうか。

[委員]

費用の問題等があり、行政と医師会と医療機関が意見を整えなければなりません。検討していただいている地区は複数ありますので、今後増えていくと思います。それから、東京消防庁の使用していた救急車を今年度は5台、東京都の病院に東京都医師会を通じて渡していただけるということなので、病院救急車の資源として使用していくことが大きな目的です。

[委員]

病院救急車と救急車の違いは何でしょうか。

[事務局]

病院救急車と消防救急車の違いですが、消防救急は消防法第2条第9項に基づき事故や公共の場で発生した怪我人や急病人を医療機関へ搬送します。病院救急車というのは各医療機関がその資金で病院救急車を購入し、乗車するスタッフも病院の職員です。例えば転院搬送や自宅へ医師等が行く、自宅から病院に患者を搬送する等の場合に使用します。こういった保有主体によって、消防救急車か病院救急車という表現を使っています。

[委員]

ということは、一般の自宅で119番通報した場合には消防の救急車になるということですか。

[事務局]

そのとおりです。

[委員]

赤色灯を回すのは公安委員会の承認を得ているからですね。

[事務局]

そのとおりです。

[委員]

消防救急車は病院前救急ですが、病院救急車の場合は救急車内に医療があります。医師の管理下に置きながら搬送しているというのが大きな違いです。消防救急はなるべく早く医療下に搬送しようとしませんが、病院救急車は既に医療下であるという部分が大きな差です。

[委員]

病院救急車の場合、費用の請求は本人や家族に来るのでしょうか。

[委員]

病院救急車の利用方法についてもいろいろあるのですが、往診の場合や救急救命士が乗って迎えに行った場合などは診療報酬が発生します。本人負担分が出てくることもあります。今東京都と区市町村で行っている事業は補助金事業ですので、原則として患者さんに負担はかかりません。主に転院搬送で看護師や救急救命士が乗車する場合には、多くの病院は無料でサービスを提供していると思います。病院にとっては持ち出しなのですが、これは社会的使命ということで、今それに該当するものが他にございませんので、これはやらなくてはならないということでやっている部分もあります。

[会長]

ありがとうございました。他にご意見はございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは進行を事務局にお返しします。

## 6 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。