

第2回

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会作業部会

議事録

I 日時 平成21年8月25日(火) 14時00分～16時00分

II 場所 三番町共用会議所

III 出席者 有賀委員、田川氏(井上委員代理)、岩田委員、金岡委員、川平氏(金森委員代理)、田所氏(木村委員代理)、齋藤委員、坂本委員、佐々木委員、寺澤委員、森野委員、安田委員、横田(順)委員、横田(裕)委員

IV 次第

1 開会

2 報告事項 第1回傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会作業部会議事録

3 議題

(1) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について

(2) その他

4 閉会

V 会議経過

事務局 それでは、定刻となりましたので、第2回傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会作業部会を開催させていただきたいと思っております。本日の司会は、救急企画室、救急専門官の溝口が務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは、本日の進行につきまして、有賀座長にお願いしたいと思っております。よろしくお願いいたします。

座長 では、早速、第2回目の本作業部会を開始したいと思います。お手元にたくさんの資料が置かれていますので、最初にこの資料のご説明を賜るといことになると思っております。よろしくお願いいたします。

事務局 まず事務局より資料の説明に先立ちまして、資料の確認をさせていただきたいと思っております。お手元の資料、クリップを外していただきまして、まず次第がござ

います。そして、構成員名簿と座席表になります。そして、本日の資料につきましては、1つ横のセットになっております右肩に資料と銘打っております「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会作業部会資料」というのが1冊ございます。そして、参考資料といたしまして、杏林大学・島崎先生がまとめられました「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書」、そして添付資料といたしましては、第1回の議事録をおつけしております。そのほか、本日は堺市の横田委員より資料の提出がございましたので、配付資料の一覧の中にはございませんが、横書きの資料をお手元に配付しております。

以上でございます。資料の不足がございましたら、事務局にお申しつけいただければと思います。

引き続きまして、まず資料の説明からさせていただきたいと思います。お手元に横でのセットになっております資料をご準備いただければと思います。1枚おめくりいただきまして、1ページ、2ページ目は前回までの議事録の要約でございます。前回の第1回の中での主な意見を5つに分けてまとめております。

1つ目、「協議会について」でございます。「協議会について」でございますが、現在県でありますメディカルコントロール協議会と救急医療対策協議会、双方の機能が消防法改正に関しては必要だと。合同会議を行ってはどうかという意見がございました。各種議論がございましたが、都道府県が判断するということが適当ではないかというお話がありまして、最後の締めといたしましては、迷っている、どういう形で設置するべきか、ということに迷っている都道府県もあると考えられる以上、十分に議論して、議論したことを残しておくということが必要ではなからうかというご意見をいただきました。

2つ目の丸でございます。「ガイドラインのあり方について」ということでございますが、現状でも非常にうまくいっているような地域では、新たに基準、ルールを定めることによって、かえって搬送時間が遅延したりするといったようなことが危惧されるような声もある。地域のリソースが偏在しているということを念頭に置きまして、作業部会で詳細にわたって示すというのはかえって混乱を招くおそれがあるということを十分に考えた上で、むしろ方向性ですとか、考え方といったようなことを示すことが重要ではないかというご意見をいただきました。

3つ目の丸でございます。「実施基準について」でございます。さまざまな疾患について搬送先を細かく決めるといった形でのルール作成は非常に負担が大きい。しかしながら、一方で緊急性が高いと判断されるものについては、受入医療機関のリストと搬送の基準をきちんと定める必要がある。そして、受入機関のリスト作成に当たっては、各科の担当医師の当直状況など、詳細を地域で把握した上で調整をすることが重要ではないかという意見をいただいています。

おめくりいただきまして、2ページ目でございますが、引き続き「実施基準について」ということで、救急隊がどのような評価基準で現場活動を行っているのか。そういうことについて、医療機関側、消防機関側で共通認識ができれば、消防機関側の評価基準に応じて医療機関側もどのような受入体制が必要なのかといったことを検討することが可能となるのではないかと。そして、ヘリコプターの利用を例にとった発言でございましたが、救急隊によって種々対応が異なっている。認識に大きな差がありまして、医療資源の有効活用を含めて、議論と基準の策定が必要ではないか。そして、受入医療機関のリストについてですが、日々状況が変わるということが考えられますことから、更新状況をどのように管理するのか、あらかじめ考えておく必要があるといったことですか、実施基準を定めた後のことといたしまして、医療機関側の情報が救急隊員に明確になるという効果がある一方で、医療機関側からは、救急隊員に対して、観察や判断の的確性といった期待が高まるということでのご指摘がございました。

そして、4つ目の丸でございますが、「調査・分析について」ですけれども、本来こういった基準をつくる場合には、需要と供給のバランスについて検証を行うということが必要不可欠ということになります。現状ではデータが皆無である。適切な医療機関に搬送されているかどうかということについても、消防と医療がマッチングする形で正確に調査・分析していく必要があるのではないかと。うご指摘をいただいています。

「その他」として3点挙げておりますが、受入医療機関のリストを示すことは救急隊にとってはありがたいが、果たしてそれをきちんと運用できるのか。医療機関側がどこまで受け入れられるのかというのが重要であって、逆に言うと懸念事項でもある。

そして言動が粗暴等の傷病者に対してどうするのかといったような、医療面だけでないようなところでの指針も必要ではないか。

そして、最後でございますけれども、改正消防法に基づく実施計画、医療計画、そして救急医療情報システムのバージョンアップという、この3点が非常に大きなキーアイテムになるのではないかと。ことでの指摘をいただいたところで。

3ページ目をお願いいたします。一応前回までの議論を改めて惹起していただくために少し丁寧にご説明させていただきました。議事録の中にもございましたが、各都道府県がどのような形でこの消防法改正の協議会を準備しようとしているかということについて事務局でお調べしたものを提示させていただいております。

47都道府県の状況を調査いたしました結果、現時点ではメディカルコントロール協議会を活用して消防法の協議会に対応するものとしていこうと考えてい

るのが28都道府県ございまして、救急医療対策協議会を活用しようとしているのは2都道府県、新設の組織だと考えているのが4、未定であるという回答が13都道府県ございました。これは報告でございます。

4ページ目から6ページ目でございますが、こちらは消防法改正を改めて説明した概要ペーパーをまた再度入れさせていただいておりますけれども、搬送・受入れに関して都道府県が責任を持つ。そして責任を持って調整するに当たり、協議会を置く。協議会は、実施基準に関する意見具申、その他必要な意見具申を都道府県にするということでございます。

そして、5ページ目でございますが、この実施基準について策定するに当たって、総務大臣、厚生労働大臣で情報提供等の援助ということで、技術的助言、ガイドラインを示していこうという流れの中にありまして、当検討会、そしてこの作業部会があるという中におります。ですので、我々のミッションと現在この検討会でのミッションというのは、都道府県が実施基準の関係者を調整して協議の上つくるという実施基準についてのガイドラインを示すという中にあるという状況でございます。

6ページ目は、実際の消防法の状況でございますので、割愛させていただきます。

7ページ目、いろんな関係事項を資料として入れてございますが、駆け足で説明いたしますと、医療計画、4疾病5事業という形で、医療提供体制のほうは整備をされておりまして、それをいかにソフト的に運用していくかというのが今回の消防法改正の流れでございますけれども、実際今、整備をしている医療計画の中では、4疾病5事業の4疾病のほうでは、2つの事項、脳卒中と急性心筋梗塞が、そして5事業の中では、救急医療、周産期医療、小児医療という3つの事業が主に救急搬送・受入れという中ではかかわってくる事項ということになります。

8ページ目でございます。イメージということでございますが、まず医療機関側として、医療機関側がこういうような形で受け入れていくという地域での調整を図るに当たってのイメージ図でございますが、傷病者の観察を救急隊のほうで行って、そして医療機関のリストに振り分けをしていくという作業が前提になりますけれども、まず救命救急センター等に搬送されるというのは、重篤（バイタルサイン等による）というものがあって、そこで重篤な方たちが救命救急センター等のほうに概念としては対応するというような形で、除いたものの中でどのような形で制度設計をしていったらいいかということで議論を進めてきたところでございます。

9ページ目をお願いいたします。地域で救急体制をどうやって運用していくかということに当たって、傷病者の心身等の状況に合わせて医療機関を分類して提

示していきましょうという中で、どのような考え方でやるかということをお前回も提示させていただきましたが、前回より少し考え方というのを、ご意見をいただいて、再整理をしております。

一応3つの軸があろうということで事務局では考えておまして、緊急性。これは特に医療資源が必要だという緊急性の部分。そして、緊急性の部分を除くと、専門でないに対応できないという専門性の部分、そして丸の3つ目でございますけれども、特殊性ということで、地域に必要な項目といったようなものについて、こういう医療機関を分類していくといったような分類の方法を設定するということになろうかと考えております。

10ページ目はその説明でございまして、緊急性ということになると、特に生命や予後に影響を及ぼすものがあるだろうということで、具体的な例証を挙げております。

そして、11ページ目は、専門性ということで、各専門領域における専門性の高い医療の提供が求められると。1つ目の緊急性というところを除いた中で専門性というのが考え方としてはあるのではないかと。

そして、12ページ目は特殊性という形で、搬送に時間を要している事案など、地域の実情に照らして改善方策が必要といったものについても、実際に搬送・受入れの基準をつくるために医療機関を分類するといったようなことが必要ではないかということでご紹介をしております。

その上で実際のガイドラインをつくっていくというのを議論していくわけでございますが、13ページ目は、杏林大学・島崎先生が平成16年にまとめられました重症度・緊急度に関します報告書を一覧表に事務局でまとめたものでございます。本日の議論の中でも参考になると思いましたので、参考資料という形で実際の報告書はお手元に配付させていただいております。適宜参考にしていただければと思います。

14ページも、島崎先生の報告書の具体的な一例をとったものでございますが、実際の報告書、参考資料としてつけておりますので、そこを適宜ごらんいただければと思います。

さて、その上で、15ページ目、ここからがまさに議論していただくというイメージの資料でございます。先ほど重篤（バイタルサイン等による）というところが救命救急センター等に運ばれるのだということでお示しいたしましたが、ここは皆そうだろうと同意をいただけるところかと思っておりますが、きちんと言葉に落としていきますと、重篤な傷病者（バイタルサイン等による）という患者さん、傷病者は、救急搬送のときに救命救急センター等の医療機関に運ばれる。「重篤」という言葉が非常に重要でして、一応重篤を示すバイタルサインということで、重症度・緊急度、島崎先生の報告書をもとにデータとしてあえて示しますと、意

識、呼吸、脈拍、SpO₂、その他といったようなどれかに当てはまる参考値ということで、データ等バイタルサインを示すことができますが、この参考値というものは、あくまで絶対的なものということではなくて、こういった参考値を参考に、「重篤だ」というものは救命救急センターに運ばれるのだということになるかと思います。そして、バイタルサインの急速な悪化ですとか、不安定なバイタルサインといったものも重篤ということに当たるのだろうと事務局としては考えられるだろうということで提示をしております。

その上で、16ページ目からをお願いいたします。具体的に、では、どういうものについて都道府県は医療機関のリスト化を図っていけばいいのですかという話に答えていくために、幾つか事例を挙げて議論をしていければと思っておりますが、まず1つ目、脳卒中を挙げております。脳卒中、これは医療計画の中にも含まれているものですが、脳卒中を救急搬送しようとするときに、いろんな基準があるかと思えますけれども、症状ということで一番左のほうの枠の中では、日本脳卒中協会が出しています一般向けに出されている文言をそのまま入れております。例えば片方の手足・顔半分の麻痺・しびれが起こった場合には急いで救急車を呼んでくださいねといったようなことを日本脳卒中協会は啓発しているということになります。

もう少し評価といいますか、病院前で脳卒中を見きわめようという絞り込みをかけていこうということになりますと、1つに、シンシナティの病院前脳卒中スケールがありまして、これはシンシナティの3つの兆候がありまして、そのうち1つでもあれば脳卒中の可能性は72%ということとされています。

17ページ目でございますけれども、これをさらに脳卒中の中でもといいますか、例えばt-PAという脳梗塞を溶かすということを前提に置きますと、さらに脳卒中らしさといいますか、脳卒中絞り込みを行うということの1つに、倉敷の病院前脳卒中スケール、これはNIHSSと言われる病院前の評価を簡略化したものになりますけれども、この倉敷のスケールでいくと、さらにもっともっと絞り込みが図られて、より脳卒中らしい、強いて言うとt-PAの適応があるのではなかろうかというものが絞り込まれてくるということになります。

18ページ目でございますけれども、そういったものを念頭に置いて、脳卒中疑いの患者さんを少し分類して考えていきますと、脳卒中疑いだろうということとどらまえた方の中には、実際に脳卒中の方、いわゆる脳血管障害の方がいらっしやって、逆に脳卒中以外の方もこの脳卒中疑いの中には含まれてまいります。そして、脳卒中と言われた中には、脳梗塞、脳出血といったものがあります。今、脳梗塞の中でもわりとフレッシュな脳梗塞に非常に適応があると言われていたt-PAの適応のことが患者さんのためになるということを仮に考えていくとするならば、救急隊が絞り込みをかけて、その対応医療機関に搬送するというこ

とが望ましいということになりますので、t-PA対応医療機関というのを分類として設定しまして、その医療機関名を列挙して、そこに合わせる形で消防が運んでいく、救急隊が搬送を考えていくということになりますが、しかしながら、そういう詳細なルールを設定できない、それは無理だと。そこで医療機関をリスト化しろと言われても無理だといったような地域になれば、むしろ広い分類で医療機関をリスト化していくということが適当になるのではなかろうかということで資料をまとめております。ただし、この考え方というのは、いろいろな考え方がありますので、医療機関のリスト化をどういったような形でやるのか。そして絞り込みをどういった形でやるのかというのは、いろいろご議論をいただければと思います。

19ページ目からは、今の脳卒中と同じように各種いろいろな症状ですとか疾患といったものをまとめておりますが、同じく医療計画に登場します急性心筋梗塞についてまとめたものが19ページ目からでございます。一応急性心筋梗塞といったようなものを考えていく場合には、胸痛が1つのキーファクターになってきますので、胸痛とともにまとめております。そして、一番下には、重症度・緊急度判断基準とありますが、胸痛があって、なおかつこの症状があったような場合には重症度・緊急度が非常に高いということで、島崎先生の報告書の中でまとめられているものを1つのペーパーの中にまとめております。

胸痛というものがあつた場合に、いろいろな原因はございますが、致死性に至るようなものを挙げますと、虚血性心疾患ですとか大動脈解離、緊張性気胸、肺血栓塞栓症といったものがございます。その中でも、虚血性心疾患、ほとんどがその中では急性冠症候群ということになりますけれども、そういったものにスポットを当てて、急性心筋梗塞というものにスポットを当てて医療計画というのは計画がなされております。

20ページ目でございますが、踏まえた上で、では、こういった流れの中でどういった部分について医療機関をリスト化するのが適当なのだろうということの問題提示する形でまとめてみました。1つには、急性冠症候群疑い傷病者。これはいわゆる虚血性心疾患に当たりますけれども、虚血性心疾患疑いの傷病者というものを広くとらえて、そこでの対応医療機関、医療計画と合わせるような形で対応医療機関をリスト化して、そこに目指して救急隊が搬送していくといったような設計にするほうがいいのではないかとということをも1つ提示させていただくと同時に、では、大動脈解離はどうかということも、資料の中には入れております。いやいや、そういう詳細なルールを設定できないといったような地域では、むしろ胸痛対応医療機関、胸が痛いということに対応する医療機関をリスト化したほうがいいのかということも挙げさせていただいております。

ただし、いささか事務局とすると、言い過ぎかもしれませんが、緊張性

気胸は、ここに緊張性気胸対応医療機関と書くのは少し書き過ぎかなという感がありまして、少しエクスキューズ的に、逆に選定をするための基準という中で、傷病者の状況から適応医療機関に搬送するだけの時間的余裕がない場合には一時的に医療機関を選択することを考慮といったような中ですとか、あるいは、重篤感ということを持って対応していくということになろうかなということ提示をさせていただいております。このペーパー1つをとっても非常に議論があるところだったと思います。どういう形で医療機関を分類していくのか。それは何のために分類するのかというのは、救急隊にとってみると、医療機関を選んでいく、選定していくと。昔のように一番近いところに運ばばいいということでは今許されない状況になっておりますので、どういう形で医療資源を活用するために、そして患者さんのために医療機関を選定していくのかと。そのためにはどのような形でリスト化をして医療機関側とすると手を広げるといのが、その地域の実情によっては適当なのかということ考えていければということでの構成になっています。

21ページ目をお願いいたします。同じく外傷、熱傷、中毒に関して、重症度・緊急度等ということで挙げられているものを、これはそのまま報告書から抜き取って書いておりますが、22ページ目をお願いいたします。外傷、熱傷、中毒についても、外傷対応医療機関、熱傷対応医療機関、中毒対応医療機関というのがそれぞれ存在していて、そこを確認するという作業が大事なのではなかろうかということで、事務局としては提示をしております。

おそらくこういったものに対応できる医療機関、地方に行きますと、中核となる医療機関のみだという話になるかもしれませんが、それはそれで、その病院しかないのだということ改めて認識しておくという作業が大事ではなかろうかということで、そのまま対応する医療機関が大事ではないですかということでの問題提示形式のペーパーにしております。

23ページ目は、意識障害についてでございます。意識障害に対応する医療機関を列挙するというのは非常に難しいと思うこともあるかもしれませんが、参考ということで、意識障害をきたす傷病、これ以外にもたくさんあると思いますが、列挙をさせていただいております。しかしながら、意識障害という中で、例えば脳卒中も入るでしょうし、急性冠症候群も入るでしょうし、胸痛、胸が痛いといったようなことも入るでしょうしといったオーバーラップする部分があるかと思いますが、では、原因がわからない意識障害といったようなものは、やっぱり重症度・緊急度が高そうな意識障害を受けとめる医療機関をちゃんとリスト化していたほうがいいのかどうなのかというのは、これは消防機関側からも医療機関側からもコメントをいただければと思っております。

24ページ目は、呼吸困難でございます。呼吸困難も、同じく急性冠症候群で

すとか、胸痛といったこととかぶる部分はかなりあるだろうと。しかしながら、ある程度の致死性もあるぜんそくといったものに特化してぜんそくでネットワークを組んでいるところもございますので、ぜんそくについて医療機関をリスト化するというようなものを促すようなガイドラインを我々が作成するということが適当なのかどうなのかということについてご審議いただければと思います。

25ページ目でございますが、消化管出血。資料の構成がずっと同じような形だったということもあるのですが、少し消化管出血の場合は踏み込みまして、現在消化管出血も、外科的な適応もあれば、緊急内視鏡検査で出血箇所の検索と止血術を同時に行うといったようなことが出てきております。こういったもの、特に消化管出血の場合には、急変して突然、死に至るといったような場合もございますので、ある程度地域で整えていってはどうかといったようなトーンで資料を作成しております。消化管出血に対応する対応医療機関といったものをリスト化してはどうかというような形になっております。

26ページ目は腹痛でございます。腹痛についても、どれだけ対応医療機関をつくればいいのかという話になりますが、もちろんそれぞれの医療機関は重複すると。何回も何回も登場するという医療機関もございますが、逆に言うと、搬送するときのどういう医療機関に運ぶのだろうというのを感覚論ではなく、全体で共有しようというときに、どういうリスト化が必要だろうかという話になりますと、やはり腹痛についても、一定度の重症度・緊急度「高」の腹痛については、緊急手術が必要となる可能性も前提に消防機関側も運ぶということを考えますと、医療機関のリスト化も、腹痛対応医療機関と。もちろん重症度・緊急度等「高」に限るということになりますけれども、そういったリスト化も必要ではなかろうかということでもまとめております。

27ページからは、少し様相が変わりますが、周産期・小児という特殊な専門分野がございますけれども、それぞれ救急をどういう体制に整えていくかということについて厚生労働省でも検討がなされておりました、周産期の検討会での報告書の概要、そして28ページには、重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会という、それぞれの検討会で検討の成果、報告書が出されております。その中では、27ページでございますけれども、体制の整備ですとか、コーディネーターの配備、そして地域住民への理解と協力の確保、そして方策の効果の検証と改良サイクルの構築といったようなことが挙げられております。流れとしては、我々の議論と同じような形という、我々もこういったものを参考に議論していくということになろうかと思っております。

そして28ページ目は、小児科、これは重篤な小児患者ということに非常に限定的にされた議論でございますので、1つの参考ということになろうと思っております。

けれども、28ページの1ポツの中では、例えば、まさに消防法改正で対応していることになろうかと思えますけれども、小児科医を構成員に含む協議会を都道府県に設置して、その体制の整備を努めていこうといったようなことが挙げられているという状況にあります。この辺の周辺状況も含めてどういったガイドラインを策定していくかということになろうかと思えます。

29ページ目でございます。今までが病院のリストをどうやって分類しようという説明でございました。こういう形で分類しようというものが決まった後に、法律にそのまま従いますと、そこに医療機関の名前を入れていきましょうということになります。具体的には、30ページ目をお願いいたします。東京都の脳卒中急性期医療機関リストですけれども、こういうような脳卒中の急性期に対応する医療機関を分類しようという考えがあって、その中に具体的な医療機関名を入れているというのが東京都の例でございます。

31ページ目をお願いいたします。法律の状況、次の号に進みますけれども、もちろん今の1号、2号を踏まえた上でということになりますが、消防機関が傷病者の心身等の状況を確認するための基準、すなわち観察をどうやっていこうかというものも基準として調整を図ることが可能という形になっております。非常にシンプルに原則を書きますと、傷病者の状況は、客観的な観察結果に基づいて、バイタルサインですとか、傷病者等からの聴取内容、傷病者の症状、受傷機転などをとらえて行うということになろうかと思えます。この辺も、地域でどういう形がよかったのか、どういう形が悪いのか。あるいは、消防も市町村によって異なりますので、評価をして質を高めていくといった意味合いも込めて、ルールを考えていくことができるということになります。

32ページは、これは観察ということだけではなく、医療機関に伝達するときにも使うということになろうかと思えますけれども、東京消防庁さんで作成・使用されています観察カードを例示として挙げさせていただいております。

33ページ目でございます。これがもう一つ重要なことになろうかと思えますが、医療機関を分類して医療機関のリスト化を図ってということにした後、対応する救急搬送・受入れを完遂するためには搬送側、消防機関側での運用も重要になってまいります。医療機関をリスト化して決めた後、運用面における基準としては、どの日、どの時間帯において医療機関が該当する医療機関を、機能を提供できるのか、できないのかということについては、いわゆる救急カレンダーといったものを策定してはどうかと。これは前回までの議論を得て、こういった書き方をしております。

地域としましては、機能が重複しているような時間帯や不足しているような時間帯を調整して、継続性のある救急体制を構築するというのが1つの考え方だろうと思えます。もちろんこれ以外の考え方もございまして、東京のように非常に

医療資源があるところでは、救急医療情報システムを使って、まさにリアルタイムで対応できるか、できないか、コモンディジェズの場合にもそうなるかと思えますけれども、そういった運用方法もあろうかと思えます。

あとは、運用上の、まさに搬送先を決定する際にはどういう形でやるか。症状が複数ある場合には、特に重症を優先しましょうですか、あるいは、先ほど少し触れましたが、傷病者、患者さんの状況から時間的猶予がない場合には、高次の医療機能でなくても、近くの医療機関を一時的に選択するといったようなこともあるでしょうし、あるいは、一番下の丸、重症度・緊急度が非常に高いという状況ではなくて、救急業務上の支障がそれほどでもないというような場合には、診療を受けている医療機関、いわゆるかかりつけの医療機関を選定するといったことも重要になってこようかと思えます。

34ページは、東京の今まさに取り組んでいらっしゃる、非常におもしろい取り組みということで、脳卒中の救急カレンダーを資料としていただきましたので、34ページ目、35ページ目のほうに提示をさせていただいております。35ページ目をごらんいただければと思いますが、医療機関名がそれぞれ入っておりまして、t-P Aが可能な時間帯、対応可能な医療機関がどこにあるのかというのを1カ月単位でずっと追っていくという作業をしていらっしゃいます。これをもとに救急隊としては、搬送先のみどをつけるということで、救急搬送業務を完遂させているという状況でございます。

36ページ目でございますが、いざ救急隊が、この医療機関にこういう理由で運んでいこうという医療機関の固まりといたしますか、医療機関群を設定したときに、医療機関に対して搬送をお願いするといった場合に、傷病者の状況を伝達することになりますが、その伝達については、なぜその医療機関を選んだのかということについて、重要な内容と、そして、実際傷病者を観察した観察内容を伝達するということになるかと思えます。そして、医療機関到着後も引き継ぎを行う。この辺のところも記載をさせていただいております。

37ページ目でございますが、その他消防法に基づき定めることができる基準ということで2つ挙げておりまして、受け入れを行う医療機関の確保に資する事項ということで、例えば救急医療情報システムの運用に関する事項ですか、指令センターで119番を受けた、通報を受けた時点で医療機関を探し出すという、管制塔機能と俗に言われるものですがけれども、そういった機能ですか、災害時における搬送及び受け入れの基準。下のほうの枠囲みになりますけれども、ヘリコプターを呼ぶ基準、出動要請基準ですか、医師への同乗を要請するための基準といったようなこともこの消防法の中では基準として設定することが可能ということになっております。可能ということを示すということも1つですけれども、我々の作成するガイドラインの中でどこまで踏み込むかという

ことが1つの議論のポイントになろうかと思えます。

38ページ目でございますが、38ページ目は、いろいろルールを決めてもうまくいかなかったときに、その場合にどうするかというルールについてもきちんと調整しておいてくださいというのが今回の消防法の核心でございます、1つの対応方策としては、コーディネーターというものがあり、1つの方策としては、基幹病院による受入れというものがあるだろうということで提示をしております。

39ページ目は、一連の流れのスケジュールでございます、10月30日に消防法が施行されます。現時点では公布をされておまして、法自体は成立をされて、公布されて、いずれ施行されますよという状況になっておりましたが、正式に10月30日にこの消防法の運用が開始されるという状況でございます。すなわち、ガイドラインとしては、その前の段階で都道府県にお示しする必要があるという中で動いております。

説明については、以上です。

座長 どうもありがとうございました。実質的には今のお話をもとに搬送及び受入れの実施基準等に関しての、事務局はしばしばガイドラインとおっしゃっていますけれども、そういうような基準をつくっていかうと。

「今ごろ気がついたのですか」と事務局にしかられるかもしれないのですけれども、例えば9ページの左上に【1】とありますよね。この【1】というのは、5ページの①に該当するのですよね。

事務局 そのとおりです。5ページは、法律を概要としてやったものでございまして、正確に言うと6ページ目の条文が該当します。

座長 平たく言って、5ページの①でいいのですよね。

事務局 はい。

座長 おそらくそうではないかなと思うのです。今、ガイドラインなるものの全体の景色を整理するために発言しています。それで、29ページをあけますと、そこには左の上に【2】というのがあるのですね。この【2】というのは、先ほどの5ページの②でいいのですよね。これも6ページの二になるのですね。

事務局 私の資料の構成がよくなくて、もう少し詳しく説明をさせてください。5ページの概要は①から④になっておりますが、実際にこれは法律の条文に落としていきますと、6ページになりまして、例えば①を構成しているものは、1号と2号、漢数字の一と二になります。分類を決めて、その中に医療機関の名称をリストアップしていきましようという1号と2号が合わさって①なんです、今回の資料構成は条文に沿い、因数分解をした形で構成しておりますので、この概要ともう少し膨らませた形になっています。

座長 そうすると、29ページの左上の【2】というのは、法文でいうと……。

事務局 法文でいうと6ページ目の漢数字の二ということになります。

座長 31ページの【3】というのは、これは……。

事務局 6ページの漢数字の三になります。

座長 5ページでいうと？

事務局 5ページでいいますと、状況を確認するということですので、②ということになります。

座長 ②ですね。

事務局 はい。

座長 33ページの【4】というのは、5ページでいうと③でいいわけですか？

事務局 はい、伝達になります。

座長 いいのですよね。

事務局 はい。すみません。

座長 つまり、僕がなぜこれを言っているかということ、ガイドラインの全体としての、例えば目次立てをつくっていくと、事務局が案として言っている9ページや29ページや31ページの【1】【2】【3】、33ページの【4】とか、36ページの【5】とか、37ページの「その他」というのをそれぞれの大きな目次立てとして設営して、それで生産物をつくっていけばいいのかなということです。まずは全体像の整理としてそういうように表してほしいというのであれば、そうかなということを今確認しているのです。それでいいのですね。

事務局 すみません。今回の資料作成は、いわゆる5ページの概要に沿った形ではなくて、私がきちんと説明をしなかったので申しわけありません、6ページ目の法律の一つ一つの条文に沿うような形で資料を作成しております。

座長 そうすると、9ページ、29ページ、31ページ、33ページ、36ページ、その他、37ページの、【1】、【2】、【3】、【4】、【5】、その他は、6ページにある一、二、三、四、五、その他でいいのですね。

事務局 はい。

座長 そうというような形で、最後の七は、おそらく東京ルールみたいな話が場合によっては入り込むのかなという形式で事務局はご説明くださったと思います。そういうような意味では、基準等を考えたときのその基準等というのは、事務局がおつくりになった【1】、【2】、【3】、【4】、【5】、「その他」という大きな見出しごとに物事を考えて整理すると、話としてはよろしいのではないかというような理解です。それでよろしいですかということなのです。いいのですよね。

事務局 はい。

座長 あと、資料に関するご質問等ございますか。資料全体の思想背景が今わかりましたので、そういうようにしてつくっていけば、どうやら話としては先に進みそうだというような感触ですが、よろしいですね。

ちなみに、きょうの資料は、第1回の添付資料の、例えば最後の安田先生がおっしゃったことは本質的なおもしろい話を言ってくださったのですが、横田先生にお出しいただいたこれは、僕が、記録として残しておけば、それを読んでいただければ、地域で適宜うまくやってくれるよねといった、あの協議会の全体像、協議会ってどうしようにするのですか、みたいな話を補足するための資料ということによろしいのですか。

委員 きょうの議論で多分出てくるであろう協議会のつくり方云々もさることながら、病院の受入医療機関のリスト化とそれを選ぶ選定基準といった話について、現場で使い得るような具体例を想像するならばどのようなものかということで、今、地域で進めている我々の方法を例として持ってきました。

このついでに言わせていただきますけれども、事務局で大変うまくまとめてもらっているように、病院選定をするためには、観察と判断と、そして、その結果選ぶであろう病院の優先順位、すなわち、どういう順番で選んだらいいかということの方向性は、詳しいほどよくわかりました。しかし、現場の救急隊員にとっては、非常に短時間の間に、これが脳卒中で、これが心筋梗塞の疑いで、これが吐血でということも全部引くくめた上で実際どうするのですかということにもう少し検討していかないと、国からガイドラインを示しても、そんなの使えないよということになるだろうと思って、今、我々の現場で議論されていることを資料として持ってきたということなのです。ほかの委員の方々のご意見があるかと思えますけれども、もし議論の途中であれば、またお話ししますし、もし時間が許されるのであれば先に説明しておこうかなと思います。

座長 先のほうが、後で時間切れになるよりいいと思います。デスマッチとは言いませんが、大変混乱した状態になると思いますので。

委員 それでは、「横田（順）委員提出資料」という横書きの資料を見てください。協議会をどうするかという議論はまた後で行うとしまして、まずやらないといけない主な業務というのを資料の上の四角で囲んでいますように、現場でも緊急度・重症度、あるいは症候、病態、あるいは必要とする処置を考慮した受入医療機関のリストをつくるのが最初のステップになります。ただ、実はその前にそれぞれに該当する病態、あるいは手術や処置を必要とする傷病者がどれほどあるのかという基礎資料がないとなかなかつけれないという実態がありまして、それは最後に言います④のところとも関係はしますけれども、まずリストをつくりま

す。そうしたときに、次はリストから病院を選定するために、先ほど来何度も出てきた、要するにトリアージ基準に相当するような選定基準づくりが必要であり、その結果、病院が選定されるわけで、この①、②について、きょうの作業部会でおそらくお話しされることだろうと思います。

で、③番は、病院前の判断でもって実際に病院を選びましたよということになります。そして、重要なことは④で書いていますように、診療が行われた結果としてのデータとのマッチングと申しますか、データを収集するシステムが必要です。いわゆる病院の選定基準も、病院のリストも、果たしてよかったのか悪かったのか、どう修正していいのかというのがわからないので、多分この4つの作業が主体になるだろうということで今議論を重ねています。

それを図式化しますと、真ん中で、まず病院側から対応可否リストをいただきまして、それを行政の方にも入っていただきまして、リストづくりをします。この際、時間帯、曜日、第1、第2、第3、第4の土日も含めて、祝日も含めて時間帯別に、さらに症候別、あるいは処置別のリストをつくって、その上で、それを使うトリアージ基準をつくって、消防機関と医療機関の双方に周知をして搬送してくださいというのが実情です。その後でデータの集積を行って、双方にフィードバックをかけるというのが大きなスキームだと思ってください。

細々なことですが、病院長だとか事務局長だとかに説明するためには、「何でこんなことをやるの」という背景の説明が必要なので、そういった骨子を次のところの(1)書いております。きょうお話しされてきた内容のほとんどがそこに出ておりますけれども、地域の特性を生かしてやりますよと書いています。私どもの地域ですと、現在CPA、ACS、脳血管障害、消化管出血、外科的処置を必要とする腹痛に区分した病態別病院リストをつくっています。私どもの地域で言えば、脳血管障害、循環器の救急、こういったものは、当番を特に決めなくても、おおむね収容が可能な状態なので、受け入れられる病院のリストだけをつくって、それを利用してくださいという形にとどまっています。ところが、消化管出血と緊急の手術が必要となる腹痛については、外科医だけではなくて、麻酔科医が時間帯に調達できないというために受入れの障害となることが多く、そのために、曜日別、時間別等で分けて、当番病院というのを2病院指定し、受入れ困難な状況に漏れないようにつくっているというのが特徴です。

あと、そういった細々な基準をつくって、最終的にどうしているかというのと、4枚目のところに疾病救急トリアージシート兼救急活動記録票というのがあります。右端に書いておりますのは、先ほど来緊急度を優先して病態別でいきましょうという、いわゆるフローチャートを、隊員が現場でもわかりやすくするために書いております。これはまさしく昨今行われるプレホスピタルケアのロードアンドゴーの仕組みと全く一緒です。それを右側にチェック項目として示しています。例えば先ほど来てきたバイタルサイン、すなわち、生理学的兆候の評価を行って、それでチェックがはいれば重症度が高いということで、救命センター等に搬送するようにしております。

次に全身の観察、すなわち身体所見の中で、ここが重要なポイントとなります。

先ほどの説明では、これは脳卒中の分け方ですよ、これはACSですよ、これは何々ですよと、トリアージ基準が別用紙になっていましたけれども、隊員にとって現場では、「そんなに多く分けられたってどうしようもない」というのが現実です。病院選定をしないといけない重要な病態についてのみチェック項目で引っかかるようにして、ACS、脳血管障害、吐下血、消化器の手術のチェックが入れば、それぞれに用意された病院選定リストを使うことができます。あとは、細かにメディカルコントロールが示す別の基準もありますので、それを利用した場合にはそれに項目を入れる。

こういったことで搬送して、これを救急搬送通知書と従来の使い方を同じようにして、2葉のうち1葉を病院がキープします。残る1葉で初期診療と入院後退院に至るまでの簡単な医療情報データをフィードバックしていただきます。ただし、この具体的な方法については、医療機関と調整中です。事務局長レベルで、「うちはこのぐらいは手伝いますよ」と言ってくれるところもあるし、「ちょっと仕事量が多過ぎる。ある症例に限ってであれば協力するけれども、全例、消防にしても年間約4万件というのはちょっとやめてほしい」というようなことがあって、今調整中というのが実態です。

が、私は何を言いたいかというと、きょうお話しさせていただく2点は、国が示すのに、こういう病院選定のガイドラインの考え方として今まで診療科別にあったのを、少なくとも緊急度、病態別で分けるという考え方をやりなさいというのは、これはまず1つキーワードだと思います。だから、あまりにもそれが行き過ぎて、きょうの資料のように盛りだくさんになると、現場はなかなか使えませんので、そこは地域の医療資源を活用させるため、せいぜい1葉か2葉にまとめたトリアージ基準ということになってくるのだろうということを2点目として強調します。

さらに、3点目に重要なのは、データの集積です。そうでないと検証とか分析とか、あるいは病院のリストをつくっても、手挙げだけはしてくれるのだけれども、実態はとってくれないではないのということになります。今まではそういう現実が多かったのですけれども、今度は、とってくれないというのではなくて、とれない理由がそれぞれ病院にあるので、それが一体どういうことになっているかということも含めて、今回こういう枠組みの中で活動しないと、結局は、従前の問題の積み残しということになってしまうのかなと思います。

最後は外傷でして、外傷、熱傷については従来から使っているシートです。

あと、少し戻りますけれども、私の横書きの3枚目のところに、病院選定の策定基準の現況ですけれども、小児救急、妊婦の救急、あるいは精神科といったところ、これもやらないといけません。小児科は今検討中ですが、妊婦、精神科ということになると、人口80万人程度の医療圏だけではなかなか解決しな

くて、大阪府とも一緒にやるぐらいの大枠で考えないと、なかなかこれはできていかないだろうと思います。

といったことが私どもの医療圏での概要です。

座長 ありがとうございます。事務局が冒頭にお示しいただいたところの消防法の漢数字の一、二、三、四、五、それから六、七に関連して資料をつくっていただいている。その資料に、おそらく横田先生のおっしゃっている地域のアクティビティを上手に織り込むことはできそうだ、ということはわかるのですね。ただ、織り込むときに、現場の地域の景色を十分に容認する形で上手に品よく織り込んでいかないと、やってられるかみたいな話になるだろうという話だと理解できます。

委員 一言追加させていただきますか。最後1つ言い忘れたのですが、現実的にこれを現場でやるということになると、医師の関与が必要です。オフラインで事前にこういう基準がありますよというのを示すのも医師の仕事だとすると、ここから外れるときには、やはりオンラインでの助言も必要になってくるわけです。そうすると、細かく医学的な根拠で傷病者を分けていくということになると、現場で仕事をする方はもちろん救急隊員なのだけど、それを支援する中核の人はだれなのということになります。これはとりもなおさず救急をされている医師の仕事になってしまいます。すなわち、オンラインメディカルコントロールを通してわからなければ聞いてくださいよということになってくるだろうと思います。

そうすると、協議会をどうするのだという議論が最初にありましたけれども、本来メディカルコントロールの活動に戻っていただろうと思います。したがって、新たな協議会については、あまり肩書の重い人たちがたくさん集まるとするのは、権威づけという意味である程度意味はありますけれども、現場の医師が入っているほうが活動しやすいわけで、動いているメディカルコントロール協議会をうまく活用するというか、あるいは中核に据える必要があるのではないかというのが私の個人的な意見だと思ってください。

座長 今話を少し補足すると、例えば38ページを見ていただきますと、これは搬送先医療機関が速やかに決定しない場合に「管制塔機能を持つ病院が…」というような話がおそらく厚生労働省の最初のころの議論だと思います。ここに書いてあるコーディネーターというのは、例えば東京での議論をこれに接着させながらこの絵を見ると、このコーディネーターというのは、東京消防庁の消防本部にとりあえず置いて、そして調整をしてもらおうね、そういうような形なのですね。このコーディネーターは、しかし、おそらく救急隊指導医とかなり近いところで目配せの仕事をする可能性もあるだろうという話にはなり得るわけです。しかし、コーディネーターはどちらかというと、東京では社会的弱者というか、背景を持った人たちのことをある程度わかりながらコーディネートするというよう

なことになっているのではないかなと思います。今の話は、MC発でMC戻りではありますけれども、戻ってくるときには、なぜそれがとれないのか、なぜ円滑に運ばれないかという話は、地域によってかなり景色が違う可能性がありそうだという話になります。したがって、これも霞が関からの指示ではなくて、現地でよく考えてくれと。考える方法というか、考える手だてというか、きっかけというか。例えば東京ではどうだ、大阪ではどうだ、長崎ではどうだというような形で例示を示すなりしていくという話に、【1】、【2】、【3】、【4】、【5】、「その他」のところで、事務局が目次立てをされたところは、どうもそんなようなことと関係しているのではないかなという気も強くする次第です。

というようなことで、事務局の【1】、【2】、【3】、【4】、【5】、「その他」には、データのマッチングについては直に触れてはいないのですけれども、質をよくしておこうということでは、データのマッチングは、前回の議論だと、1、2、3、4、5でいけばゼロだという話になっていたような気がします。その他のその他でも、どこにあったって重みは変わりませんから、それはそれでいいのではないかと。

というようなことで、委員の皆様、大ざっぱな目次立ては、消防法の改正に伴う云々がありますので、6ページの一、二、三、四、五、六、七で事務局がお示しになったものがあります。それらを横田先生のように地域で行われていることで上手に入れ込むことはできそうではないかなという気がしますので、ご意見を賜りたいと思います。

委員 5ページの①から④の部分、特に1番、2番がそのポイントだと思います。それを前提に、例えば8ページのフローチャートを見て、先ほど横田順一郎先生の疾病救急トリアージというのを見比べてみると、8ページの場合は現場の救急隊として、フローチャートをたどっていくときに、出口がたくさんあるというのは、非常に迷う部分だと思います。例えば8ページの部分だと、重篤でイエスの部分はともかくとして、そうでない場合に、では、疑われる疾患だとか、症状とか、主訴、あるいは診療科のどこに持っていくのか、あるいはそれをたどったときに、それぞれ違った出口が出てくるというようになります。そういう意味で、横田順一郎先生がお示ししていただいた疾病救急トリアージというのは、出口が1つで、現場では非常にわかりやすい。自分の認識では、委員の資料のCとDの部分はこの会でディスカッションしていくのだらうと思います。このCとDというところは、事務局からの資料だと、9ページのところの緊急性、専門性、特殊性となります。緊急性というのは多分AとBの救命センター、あるいは直近の医療機関となると思うのですけれども、BとCのところに専門性とか特殊性とかというのが入ってくるわけです。となると、現場としては非常に使いやすいフローチャートとなります。すなわち、フローチャートをたどった結果で出口として1つと

なります。そこに例えば脳卒中なり、あるいは多発外傷、あるいは小児、産科というようなところの医療機関を入れていけば、①から④のイメージ、5ページですか、というのが現実化するのかなと思います。

座長 ほかにございますか。

委員 横田順一郎先生の資料、非常によくできていて素晴らしいと思います。これは先ほどもありましたけれども、科別ではなくて、ましてや救急隊の現場から見れば症候別でいくべきだろう。やはりリストを使う人が何をもって分類するかによってくると思うのですね。救急隊が現場で見て搬送するという観点からいけば、これは基本的には症候別でいくというのがおそらくいいだろうと思います。それから、同じようなもので、例えば医療機関が一たん診断をした上で、より高度の医療が必要だ。例えば大動脈解離が手術できる病院の当番を知りたいとかというのは、手術ができるかどうかというもっと具体的な治療の行為自体がそのときでできるかどうかというようなことでやるべきだと思いますけれども、今、とりあえずこれは消防法という範疇で、まず救急隊から選ぶリストというのであれば、症候別でいくのがいいのではないかなと。

その目で見えていくと、事務局につくっていただいた11ページの専門性というのが、これはいわゆる診療科になっているのですけれども、これは逆に従来の負の部分の部分が少し引っ張られていて、特に緊急性とは別個の専門性ということになると、緊急性がないのだけど専門性が高いものを消防救急として運んでいく必要があるのかと。それは、緊急性がないのであれば専門性の高いところに行くのは個人で行けばいいのではないかという話になってくると思いますので、ここに入れてくると、結局急いで脳外科にかかりたいとか、急いで循環器にかかりたいとかというような、そういうような声になってしまったりするのかなというのと、もう一つ、先ほど脳卒中を例えば神経内科で対応するのか、脳外科で対応するのかということではなくて、t-PAであればどちらでもいいわけですし、手術であれば、手術ができる場所。脳外科医が1人だけいて、麻酔科がいなければ手術ができないわけですから、やはりそういう面で、この診療科というのは、今回は、今まではこれで長年やってきたので、これから少し脱皮する形で考えていくのがいいのではないかなと思います。

座長 脱皮という表現がふさわしいのかどうか難しい。進化というか、昇華というか。

委員 病院リストのつくり方について一言提案させていただきます。今の例のようにt-PAができる医療機関は比較的にわかりやすいですね。しかし、「脳卒中をとっていただけますか」という問いでリストづくりをすると、実は「外科医の調達というのが時間帯、あるいは勤務時間帯によってうちはいつでもできるというわけではありません」となります。今までだと、脳外科を標榜している救急病院だということで、リストには出ているのですけれども、実態はクリッピングはう

ちはできませんということになってくる。そこで、病院リストをつくるために、事前に各部長さんに集まってもらって、緊急内視鏡ができる医療機関、オンコールでも結構ですから、対応できる時間帯と曜日を入れてリストを出してください。内視鏡で止血できなければ外科対応になりますので、外科医が対応できる病院を、あるいは同時に行える病院があれば内視鏡の先生と外科対応ができる日をそろえて出していただきます。しかも、昼間帯、準夜、深夜帯にわけてリストを埋めるわけですが、週末がどうしても埋まらない。あるいはある曜日の深夜が埋まらない。それをもう一度集まってもらって、各部長に「こういう事情なので、先生のところ、もう一肌脱いでいただけませんか」というようにさらに当番の依頼をして、何とか穴埋めをするというような形でリストをつくる。そうすると、今度はそれを利用する限りは、リストづくりのために調整しましたから、今度、私のところに連れてくる限りはきちっと連れてきてくださいという話に当然なります。したがって、搬送をするための基準を明確にして、そのチェックリストに従って先生のところの病院が選ばれて収容依頼を行うことになっているので、了解しておいてくださいと説明できます。だから、私の先ほどの最初のページの表に書いてあるのは、消防機関にこういう基準を順守しなさいということは言うけれども、リストに参加してくれている病院の受け皿になるほうの先生にも、その選定基準の了解を求めることが重要だと思います。その両者への周知がないと、「何でこんなの連れてきたのですか」と言いたくなるようなこともあれば、「何でとってくれないのですか」という救急隊の思惑もあって、いつもかみ合わなかったという過去の課題がありますので、そういう努力はしているということもご理解いただきたいと思います。

座長 協議会の発展のプロセスをあらかじめ予測するような話なのかもしれません。地域によっては、でこぼこがあるといったことがありましたから。ちなみに東京の脳卒中の件を言いますと、実は話のきっかけはt-PAなのですね。そういういい薬があるのに、どうして東京に住んでいる人はそういうような恩恵を受けることができないのかみたいな話をマスメディアが新聞で書いたのですね。では、つくろうという話になって。だけど、何が起こったかという、救急隊は脳卒中であるらしい患者はわかると。さっき言った7割2分は脳卒中であるらしい話はわかる。しかし、脳梗塞か脳出血かはわからない。クモ膜下出血は、いろんな症状から、そうかなということぐらいはわかるかもしれませんが。結局、t-PAができる病院というのは、もともと脳神経外科のアクティビティーも比較的高い病院だったということがあって、または、t-PA、内科系の先生が主な病院なのだけでも、ふだんから脳神経外科の先生方に、例えば脳出血で患者を転送する、またはクモ膜下出血で転送する。これらは別に2時間以内に関頭手術をやらなければいけないという話にはもちろんなりませんから、そういう意味では、従

来の医療連携をそのままの形で残しておきながら、t-P Aのお話を乗せたような形で東京では始まった。結局のところ、t-P Aができる病院とできない病院と分けたのですけれども、できる病院には、第一病日の脳卒中を連れていくという形になっているのですね。これはt-P Aのためだけにとというか、救急隊がt-P Aの適応かどうかなんてわかりませんから。わかりませんというか、脳出血かどうかわからないという意味では、全くわからないわけですから、そういう意味では、第一病日の脳卒中については、t-P Aのできる病院に運ぶというのが私たちの今のルールなのです。

おそらく脳梗塞だということであれば、t-P Aに必ず結びつくだろうという話がかももっと色濃く救急隊の側に話がいけば、すなわちシンシナティではなくて、倉敷の脳卒中スケールを使って、t-P Aっぽいものはt-P A可能な施設へ運んだほうが良いという議論の場合によってはなるかもしれない。なったときにはなったときで、またルールを変えてみんなで頑張ればいい。しかし、そのときに何が起るかという、医療機関側がそこまで先鋭的に頑張るぞという話が出れば、逆に言うと救急隊もK P S Sを使って、何点だから今から連れていきたいけどどうかという話をできなければいけないという話になります。つまり、横田先生がおっしゃったように、医療機関側と救急隊側は、そういう意味では同じ程度にはいつも頑張ってやらなければいけない。こういう話だと思います。救急隊の方たちが結構いますけれども、齋藤さん、何か補足してもらえますか。

委員 東京消防庁ですけれども、補足というか、今いろいろお話を伺ってまして、東京側の資料にはありますが、観察カードだとか、こういう歴史がありまして、これは主に重症度だとか緊急度を確認すると。これがイコール病院の選定の科目に、それは全く関係ないわけではないのですが、ちょっとその辺の趣旨が違うのですけれども、今回の消防法の改正の中での医療機関のリストの作成については、私もお話を聞いていて、今は科目ごとになっていますので、症候別のほうがやはりシンプルで、救急隊はわかりやすいのではないかなという印象を持っています。

ただ、例えば横田順一郎先生の疾病トリアージシートの例えば脳血管障害のところのサンプルなんかは、まさにこれをチェックしていけば、症候別のオーケーの病院に連絡すればいいと。一々救急隊が脳外なのか、どうなのかなということよりもですね。その後は医療機関のほうでトリアージしていただければ、さらに迅速な搬送にもつながっていくのかなと思いました。

座長 先ほど坂本先生も少し触れましたけれども、基本的に医療機関から医療機関へという形での搬送については、議論の軸が少し違ってきますので、現場の、こう言うてはいけないかも知れませんが、バージンケースというか、もう既にどこどこにかかっている、こんなことが起こったらぜひ連れてこい、こういうような話

は別に搬送先に苦慮しているわけではない。例えば、女子医大のどこどこに連れていけということであれば連れていくわけですから。そういう意味では、外傷並びに内因性の幾つかの症候についての搬送のルールを地域でおつくりなさいましという話となる。例えば13ページですか、島崎先生の報告書がありますが、外傷、熱傷、中毒、それから意識障害というのは、この場合には、場合によっては脳卒中かもしれません。事務局の資料は脳疾患で、あと胸痛がある。これらについてつくりなさいとしておいて、それでもって、例えば脳卒中ではこんなこと、あの地域ではこの地域ではどうしていますと。だから、東京みたいな大きな地域ではこうしています、函館あたりではこうやってうまくやっていますという例示があれば、おそらく自分たちの地域の医療資源を考えながら、地域は地域で考えることができるだろう。先ほどの、横田先生の急性腹症と消化管出血ですか、おなかの病気についてのことについてはこういうようなことをしていますよというようなものがわかれば、それを地域でまねするというような話になるのではないかなと思うのですね。都道府県でやれと言ったって、例えば兵庫県でやれといったって、兵庫県の南側と日本海側では全然景色が違うわけで、山脈を乗り越えてヘリコプターが行ったり来たりするわけではもちろんありませんから。おそらくそういう意味では、地域といったときには、都道府県がイニシアティブをとるにしても、それなりの地域という話に割れていくのだと思うのですね。そういうようなものをつくってあげれば、事務局のつくってくれたかぎ括弧1のあたりは氷解するのではないかと思うのですけれども、事務局いかがですか。

事務局 氷解すると非常に助かるなと思っています。つくってくださいと言って、何の材料もなくつくれるところは、逆にそれでいいのだと思っていまして、そこは学会主導でも、お互いに高め合うということでもそれでいいのだと思うのですけれども、国がガイドラインで示したものについてつくりますという流れもどうしてもあるものですから、ある程度底上げになるようなものとして、これだけは提示しておいたほうがいいのではないかとといったものをご指摘いただければ非常にありがたいなとは思っています。

座長 医療機関を分類する基準というのは、これは脳卒中とか心筋梗塞とか、そういうようなことに関してどうだ。また2もそういう意味ではそうですよね。だから、それは国がリストするはずもないわけですから、だから、今言ったような形で地域ごとに。

例えば…京都から来られているのですよね。

委員 はい。

座長 京都はうまくいっているところの間どなたかが言っていたような気がしないでもないですけれども。うまくいっている場所とうまくいってない場所があるのだと思うのです。今のような形で、国が示すといたっても、つまるところ、自分たち

の場所で考えなければいけないわけですね。そうですね。自分たちの医療圏で考えなければいけないという話になってきますと、医療圏のことを一番よく知っているのは住んでいる人たちですね。そうすると、皆さんが何かをつくるときに参考にするものは、事務局が言ったみたいに、国が示すとは言っていますが、国はあちらこちらのものを拾い上げることはできるわけです。国は震が関の救急医療についてはつくることができるとは思いますが、京都が参考になるようなものをつくることは多分できないのです。だから、そういう意味では、どういうものをつくらなければいけないかという話と、それから、地域で参考になりそうなものの例示があれば、おそらく京都は京都でつくっていくことができると思う。しかし、その辺はいかがなのですか。たまたま僕の横に座っていたから京都の方にと言っただけの話で、順番に聞いていきたいと思いますが。

委員 それでは、京都府の井上委員の代理で参りました田川ですけれども、前回、井上委員から発言がありましたように、救急搬送につきましては、全国でも比較的短い時間でさせていただいております。京都につきましては、二次医療圏ごとがそれぞれ、また救急患者を受け入れるのだという姿勢でやっておられますので、今回の消防法改正については、そういった医療計画の救急医療体制を基本にして、今、おっしゃっていただいた重篤患者についてはどうするのかといった、医療計画ではカバーし切れない部分、これについてご意見を参考に、それをどう落とし込んでいくのかという形で進めていければいいのかなと感じております。また、医療計画のほうでも、昨年度につきましては脳卒中については、t-PAの対応可能施設についてのリストアップの作業を医療サイドのほうでされておられ、本年度については、心疾患についてもされるというような動きもありますので、そういった部分と歩調を合わせて進めていければと考えている次第でございます。以上でございます。

座長 ちょっと畳みかけるようで申しわけないのですが、事務局の【5】というのがありますよね。救急隊が傷病者の状況を伝達するための基準とあるではないですか。36ページ。これはおそらく救急隊が医療機関に傷病者の状況をリアルタイムで上手に伝達するためには、こういうようなことを見落とすなよと、そういうような話なのかもしれません。現に今やっているわけですね。救急隊は医療機関に傷病者の情報を伝達していますよね。

委員 はい。

座長 この5番のところから、今以上にどういようなものがプラスアルファされるべきだとお考えですか。以下の事項について言うと。これは事務局がいろいろお書きになったと思うのです。これは医学的な言葉で言えば現症と現病歴、それから多少得られるサインを知らせろということですよ。

委員 救急隊からの報告でよろしいのですか。

- 座長 ええ、もちろん。
- 委員 実際活動報告という形で先生にはそのまま伝えているはずなのですが、あとのMCのほうで定めている様式で、活動報告も出させていただいて、後でまた検証結果をいただいたりするものですから、救急隊の活動自体がMCの指示なしでは何もできないものですから、だから、そのとおり……。
- 座長 ここで言うべきことではないかもしれませんが、救急隊長によっては比較的对象となる医療機関がとりやすい言葉を選んで発言していて、実は患者さんを受けてみたら、相当程度違っていたという話は全くないわけではない。したがって、こういうような真正面からの議論というよりも、むしろ日々の隊長さんのキャラクターも含めたモディフィケーションというか、そういうがあるので、何とも言えないのですが、この部分は、よってきた理由は、真正面から言うとなんのですか。
- 事務局 伝達の部分についてお答えしますと、伝達は、搬送・受入れの話が非常に困難だという話になったときに、しばしばあるのが、「そういう状況だとわかっていたら受けたのに」という話になります。それは、そうではなくて、きちんとルールを決めておいたほうがいいのではないですかということを書いたのですが、1つには、座長がおっしゃったように、とってもらいたいがために、アップコーディングといいますか、より重く見積もったり、よく軽く見積もったりといったような話が出てきます。それは、背景からすると、もしかすると医療資源が乏しい市町村から医療資源が非常にある市町村のほうに運ぼうとするときにそういうのが起こるかもしれませんが、あまりそういう状態が常態化してしまいますと、正しく伝えたときに正しく伝わらないとか、そういうことも起こり得るといことがあって、この中に入れてあります。もちろんこの辺の話は、検証してフィードバックするという、調査・分析が協議会の中での1つの役割になっていきますので、何かあったときにちゃんと地域でフィードバックしましょうよということも含めて入れている内容になっています。
- 委員 その点についてよろしいですか。ですから、どういう観察を行って、どういう根拠でもって病院を選定したのだということが、選ばれた医療機関側からすると、共通言語として持っていなければなりません。そういう意味では、私どもの疾病急病トリアージシートのところを見てください。例えば我々の地域ですと、循環器でPCIをやる病院というのは、日勤帯だけだと結構ありますが、夜間含めて24時間対応できるのは3病院になります。その3病院の先生方は、院内のPHSでホットラインを作っています。その先生方に、どういう基準で彼らが運んでくればいつでもとってくれるのかということになると、例えばトリアージシートのACSのところを書いてある上3つまでは一般的な基準です。すなわち、40歳以上で20分以上持続する胸痛だとか、あるいは次に書いてあるよう

な痛みだとかは、どこの先生方にも受け入れられる基準です。私どもの地域の先生方は、心電図モニターの指導を行ってⅡ誘導に加え、C C 5 だとかC M 5 だとか、隊員に日ごろ教育しています。だから、それを早いところ観察して、少しでもS T に変化がある事案は、無症状であっても、不快感を訴えているだけでも連れてこいというようなことを言っています。その基準には議論もあり、国の基準として示すほど普遍的ではありません。医学的には多少の議論はあるのだけれども、地域の受けるほうの病院の先生が「それでいいから連れてこい」というのであれば、その地域の搬送の基準になってもいいわけですね。

ですから、何度も先ほど来言いますけれども、こういったつき合いは、メディカルコントロールという、例えば日ごろの検証を通して知り合った先生と隊員との間の顔の見えるつき合いの上に醸成されてきた成果ですので、今度は病院の選定基準ということについても、メディカルコントロールの活動の過去の遺産は引き継ぐべきだろうと僕自身は思っています。大事なのは、あまりがちがちの基準を国から示すのではなくて、標準的に言われているようなものがあるけれども、それは地域ごとの受け皿となる先生方のほうから積極的に基準を出してもらうということが必要なのではないかと思います。

座長 まだご発言のないドクターとして、また安田先生が残っていますが、あと森野先生。

委員 いいですか。人口も少なく医療施設も限定される地方の福井県では、病院のリストは救命士の頭の中にもうあるのですね。搬送の事例検討会なんかで我々がふだんから事例検討で、この病院とこの病院にこういう患者さんを搬送するのはオーケーだけれども、あそこは現時点ではこういう科はないのであそこはだめだというのは、小さな県なので、ふだんからの教育でほとんど行き渡っているのですね。彼らにしてみると、こういうのを決めていただくというのは、ある意味ありがたいけれども、ある意味迷惑というのがきっと実感だと思います。ありがたい点は、やはり教育につながりますよね。新人の救命士や、あるいは地方には救命士がまだ乗っていないで走る場合があるのですね。救急隊員だけで走っているときがありますね。その救急隊への教育に使えるし、それから、署長さんがまだ理解のないところがありますよね。救命士がJ P T E C で習ったことを生かしてトラウマバイパスして運んだら、署長に怒られるというのがまだあるのです。それがきちんとした基準がおりにくることで、署長さんにも理解が深まりますよね。で、患者さんにも説明できますよね。そういう点では、すごい前進で、何らかのガイドラインがおりにきて、地方に合わせてそれを少しアレンジして現場で使うというのはすごくメリットがあってありがたいと思います。

ただ一方では、ファジーにしておいていただいたほうがありがたい面が幾つかあって、超高齢者だとか、特定の総合病院に長くかかっている方が基準に基づい

て別のところに運ばれるということが発生し始めると、うまく何とか回っていたところがぎくしゃくすることも出てくるので、その辺が、地方の裁量でオーケーが出る必要があるという気がします。

もう一つ、すごく気になっているのは、これは局地的な問題なので少しお聞きしておきたいのですが、例えば石川県の南部の加賀の南部の地方の救急車は実は今全部うちの大学に来ています。一度も断ったことはありません。同じように福井県の高浜という南西部の救急車の主なものは、舞鶴共済さん、つまり京都府に行っています。メディカルコントロール協議会同士でオーケーし合って、県境を越えているのですね。今回の法律でこのことは救済されるような条文があるのでしょうか。つまり、病院選定に関して都道府県が責任を持つということになると、石川県の南部の患者さんは石川県が責任を持つということになるので、今まで比較的短距離で福井大学まで来ていた石川県の加賀の人は、北上して金沢まで行かないといけなくなる可能性も出てきます。福井県の南部の患者さんは、今まで京都府に依存してうまくいっていたのが、それは福井県で何とかしろという話になると、実際の住民の方々はかなり苦しいことを強いられることになるので、この点は少し救済されるのでしょうか。そのあたりがすごく、現場は、地方ではこのように助け合って何とかしのいでいるので、この法律でこのことがかえって難しくなるのは、あまりいいことではないような気がしています。

座長 妊婦の搬送だって、例えば、東京が国境封鎖のようなことをすると、おそらく埼玉とか神奈川は厳しいですよ。東京都が面倒見ている10のうち3はたしか県外ですね。結局そういうことですよ。MC協議会も3つぐらいの県と一緒にやっているところがありましたよね。

事務局 一度データをお示しさせていただいたのですが、この親会になりますけれども、都道府県の調整というのは私どもも非常に重要と思っておりますし、国会の審議の中でも非常に重要視された中でございます。実際にデータを見ていきますと、例えば佐賀県などは、福岡県や長崎に非常に依存した形で提供体制を整えていまして、逆に県外にお願いをしたときの、成就するというか、救命救急センターで受け取ってもらえる率が実に9割を超えている。実際の全体の搬送の救命救急センター搬送の中でも3割近くはそういう状況になっているということですし、逆に言うと、そういうところも含めて都道府県できちんと責任を持って調整してくださいよというメッセージは出していきたいというスタンスに立っています。逆にこういうガイドラインの中でもそういったことをぜひ書き込むべきだということでご了承いただければ、そういうものもアピールしていければなということになります。

委員 今のお話の続きみたいな部分ですが、非常に大事な問題で、この搬送に関しては、リソースがどのくらいあって、どのくらい患者さんがいるかというこ

とによって、地域ごとにどうあるべきなのかというのは全く異なってきますので、1つの都道府県の中でも、中心部の都市部と辺縁部では、直接根本的な治療するところに運んだほうがいいのか、とりあえず一たん近くに運んだほうがいいのかということもおそらく変わってくると思うのですね。ですから、そういうことも含めて県の中の地域性に合わせてルールが選べるようにつくっていかないと、都道府県単位であっても、その都道府県が全部均一ルールということになると、中心部ではいいけれども、周辺部では厳しいとか、かなり大きな問題が出てくるのではないかなと思いますので、その辺も配慮いただければと思います。

委員 例えばMC協議会では病院前を主体とするという立場からの分析評価となります。したがって県だとか行政単位での視点からの分析となってしまうのですけれども、2ページの調査・分析というところにぜひ医療機関側からの視点の分析となります。そういう見方からすると、今言ったように、搬送時間が長くて、転帰が悪かったとか、よかったとかという部分は、それが公表されることによって、地域の医療体制がさらに改善していくというきっかけになるのではないかなと思います。したがって、この調査・分析という部分は、ぜひ病院前だけではなくて、我々医療機関にとっては少しつらいところもあるのかもしれないけれども、医療機関側の視点に立った分析というのもぜひ織り込んでいただくといいのかなと思います。

座長 ありがとうございます。

委員 同じく田舎のほうの山形なのですけれども、福井県とほぼ同じようなことが言えるということです。特に高齢化率が結構ある状況では、症候で絞りますと、要するに田舎と言っていいのか、そういうところから救命センターに運ぶのかという、そんな議論がぼつりぼつり出ていたりもしていますので、そのあたりの裁量というのはある程度地域ごとに認めていただく必要があるのかなというところがあります。

ただ、今度は逆に、メディカルコントロールという医療の質ということで言えば、とりあえず地域ごとにかなり格差が出てくる可能性があるのかなというのが、これからの課題なのかなというところがあります。

座長 そういうようなことがありそうなので、議事録の最初の3分の1ぐらいはそこから辺を議論した。先生、お願いします。

委員 救急搬送される患者さんを病態で見ると言いますが、今までの議論で欠けているのは、もともとの病態、年齢を加味して、高齢者、あるいはもともと寝たきり状態が急に血便が出たとか、少し血を吐いたとか、それは若い人とかなり違う病態であって、それを専門病院あるいは救命救急センターに運ぶ必要があるかということ、今までは救急隊員の判断で、こういう病態だったらいいではないかということができたわけですけど、あまりかた苦しうとそれが難しい

かだと思います。やはりトリアージするわけですが、3つに分けるといいますか、救命救急センター、あるいはいろんなことができる専門病院に運ぶのか、明らかに軽症なのか、その間のグレーゾーンなのか、この3つに分けることだと思います。そして、ガイドラインをつくれるのは、明らかに救命救急センターに、あるいはいろんな難しい治療ができる専門病院に運ぶ患者さんを見逃さないことなのです。それは例えば高エネルギー外傷の患者さんは救命救急センターへ運びますよ。呼吸不全の患者さんは救命救急センター、ショックの患者さんは救命救急センターですよ。あまり高齢者、もともと寝たきりは少し考えるかなということは考慮に入れながらですね。それから、脳血管障害、軽い脳血管障害は、私ども中小病院でもたくさん見えていますけれども、やはりt-PAを必要とする脳梗塞の患者さんを見落としてはいけないですね。それから、開頭血腫除去手術を必要とする高血圧性脳出血を見逃してはいけないわけです。クリッピングを早期に必要とするクモ膜下出血。そういう患者さんは専門性のある病院に行く。そのガイドラインをつくるべきだと思います。

あと、心臓疾患ならば、急性冠症候群の中で、PCIを必要とする、先ほどのお話にもあったST上昇を伴った急性冠症候群はやはり運んだほうが良いと思います。それだけではないですけれども。

それから、胸痛があつて、急性大動脈解離が疑われるなど思ったならば、専門病院に。手術を必要とするような患者さんが含まれているなど思われたならば、専門病院に搬送するガイドラインが必要だと思います。

あと消化管出血において、私ども、軽い消化管出血、何もしないで見ていて、すぐよくなっていく人が非常に多いですけれども、その中に、内視鏡で止血手術をしなければいけない患者さん、あるいはどうしても緊急手術をしなければいけない患者さんがたまにいます。それを見逃さないガイドラインが必要だと思います。

あと、今まで議論になかったので、四肢切断された患者さんをどこにどう運ぶかというガイドラインを各都道府県はつくったほうが良いと思います。また、ハードな精神科救急という、自傷他害のある患者さん、その患者さんをどこに運んでどこに収容するのか、今決まっていなくて非常に苦労していますから。あるいは精神科救急だけではなくて、ブラックリストに入っている暴れる患者さん、暴言を吐く患者さん、そういう人たちをどうするかというガイドラインもできたらつくっていただきたいと思います。

それから、妊産婦救急、非常に問題となっていますので、これをどこに運ぶのだということをきちんと決められたら、このガイドラインをつくる大きな意味があると思います。

座長 大体きょうの話を総合しますと、少なくとも目次立ては決まってきたような気

がします。だから、その他のところで、データのマッチングの件もありますし、それは救急隊から見た救急隊の出動という話もあるでしょうけれども、病院側のデータも必要だという話になっているわけですね。先生がおっしゃったのはそうですね。

委員　　そうです。

座長　　なぜそんな時間がかかるのかという話も、去年の12月に東京で行われたような、ああいうようなことも場合によっては視野に入れて、地域で考えろという話になると思うのですね。これは、もう定性的に当たり前と。さっきの暴れる患者さんの話も出ましたけれども、住所不定だとか。そういうような社会的な背景がある人は、やっぱり収容しにくいよねとか、とりにくいよねという話は、データとして出たわけですね。ですから、例えば福井県とか石川県がという話も、病院が足りないから仕方がない、定性的には全くそのとおりのんだけど、では、今より何倍にすればどのぐらいどうだという、そういう意味での定量的なデータは、その気でとらないととれないのではないかなということもあります。そういう意味では、なぜ運ばれにくいのかということについてのデータもとれるような仕組みを、都道府県はと言っていていかどうか知りませんが、地域で持ってくださいなど、こういう話もあっていいと思います。

それから、さっき言った県境の話。これは具体的にはどこだってみんなやっているわけですから、これを無理矢理行政の区域ごとにまとめてしまうと多分わけがわからなくなると思いますので、現在やっているところはそれなりのお話ということになります。多分東京も町田のあたりは神奈川へどんどん運んでいるわけですね、救命センターに。そうですね。

委員　　はい。

座長　　だから、そういう意味では東京としてはそういうようなものだとすることをどうのように考えて、向こうに行った患者さんを東京の中で分析するときはどういうように分析するのかという話は、運ばれた医療機関からどういうようにこっち側のほうにデータをもらうかという話になりますよね、もしマッチングするのであれば。だから、そういうようなことを都道府県が責任を持ってやってくれというようなことでいけば、前向きの話になるのではないかなという気がします。

もともとの病態を含めて、運ばれ勝手についてという話はいつも出ますけれども、なかなか文字面にしにくいというのがあるのですね。言っていることわかりますよね。そういうのは、行政のこういうような作文のお作法みたいなものはあるのですか。散文としては幾らでも書きようがあるのですけれども。そういう難しき。まあ、人相手ですから、そんなきちきちっと決まるはずもないわけで。この患者さんはこういうような形で近くの病院で看取ってあげるのがいいのではないですかというようなことは、地域の救急隊が知っているわけですね。そう

というような心遣いの部分までぶち壊すようなものはつくるべきではないと思うのですが、かといって、全部が全部それでいいのかという話もなかなか難しい。もともとの病態に関してというあたりは、事務局として何かありますか。どのような景色になるのか。僕らはほんとうに現場でやっていくしかないねと。救急隊は救急隊でその地域のお年寄りの施設の方たちと一緒に話をしている。調布とか立川はそうですよね。

事務局 もともとの病態という中にもいろんな種類があると思いますので、医学的な既往といえますか、透析の患者さんがこういう症例を発症したときという場合もあると思いますし、今おっしゃったのは、むしろ高齢者の中でも、特にご高齢の方が、この基準でいえば、多分救命センターというところに形式的には当たるといえることについておっしゃっていると思いますけれども、それは非常に難しいですね。そういったケースのことを今、行政のお作法というか、作文ということをおっしゃいましたけれども、そういうことを明文化して書くみたいなことは非常に難しいし、それ自体大議論が必要だということになると思います。ただ、島崎先生の報告書の中でも、一律に数値があって、がちがちで、これに当てはまったら、もうフローチャートは1個しかないということではない形でもともとつくられていると思いますので、そこは現場の救急隊なりの工夫の中でやってきている部分があると思いますので、そこはもし間違ったメッセージ、基準というのが今度法律のもとでがちがちになるということで誤解を受けて、今やっている現場の運用が阻害されるということがあっては元も子もありませんので、そこは難しいのですけれども、何らかの注意書きといえますか、留意事項ということで書くことも必要なのかなということで、我々も内部的にそういった議論を何回かしているのですけれども、今のところ明確なものはないのですけれども、そういった問題意識は持っていかなければいけないなと思っています。

座長 島崎先生の報告書、皆さん手元にお持ちだと思うのですが、13ページに書いてある項目以外にもたくさん並んではいるのですけれども、坂本先生は、これ、一緒にやっておられた？

委員 やってないです。

座長 この中で一緒にやっておられた方は、横田先生はおられるのですかね。

委員 やりました。はい。

座長 幾つかつくってあるのですけれども、横田先生がおっしゃったようなACSのときにこうなのとか、地域のプラスアルファは認めるにしても、この中から、これとこれとこれを拾えばいいやということなどがあるだろう。例えば13ページはそういうような形で外傷、熱傷、中毒、意識障害、胸痛云々と並んでいるわけですね。基本的にそういうようなものをピックアップして、それでこれに似た形で、安田先生がおっしゃった救命センターへ運べという話と、それから専門病

院に運べという話と、それから場合によってはグレーゾーンというところでの仕分け、こういうようなことでまとめていけば、事務局が一生懸命お考えになっている漢数字の一とか二とか、そこら辺のところについてはうまくいくような気もしないでもないです。

委員　そもそも作り出したきっかけは、全国的なスタンダードを作成するという目的が1つと、あと、さっき坂本先生がおっしゃったように、症候を主体に現場の判断をたしか議論したと記憶しています。とはいっても、これはやはり明らかに心臓の疾患だな、あるいはどう考えてもこれは産科の疾患だなという救急もあるはずなので、専門性というキーワードは残しておいてもいいと思います。例えばさっき安田先生が言われたように、胸痛で左右差があつてというような部分は、外科的な対応のできる循環器系疾患の病院というようところが重要になってくると思いますので、症候というところをメインとは考えつつも、専門性という部分もやっぱりあつていいのかなと思います。また、東京都の先ほどの脳卒中に関しても、救急隊の方が現場で脳卒中の可能性が高いと判断して、それぞれ24時間以内と24時間以降で区別して搬送してくるわけなので、専門性というのも一部残しておいていいのかなと思っています。

座長　リストをつくる中でおそらくその手のことが強力に入ってくるのではないかなという気がしますよね。

委員　札幌市消防局でございます。きょう資料を事務局から説明していただいたときにちょっと思ったのは、症候別の分類といいますか、トリアージのところは、非常に細かくて難しいのではないかなという感覚を持ちました。札幌市では札幌市の救急医療体制というのがありまして、診療科目別に毎日当番病院が決まっております。ですので、脳疾患か循環器疾患かというのを疑えば、その病院に行くということになっております。消防のほうに病院選定を任せられたケースでは、消防側が当番の病院から病院を選択するというルールになっています。

ただ、今回、こういう形で基準をつくったときに、患者・家族の希望がどこまで容認されるのかというのが少し疑問なところがあります。札幌の消防局の病院選定基準には、まず患者・家族の希望を優先するというのがあります。症状に合っている病院に行くというのはもちろんなのですが、患者・家族が選定するケースというのが5割を超えています。消防が決めるのが30%ちょっと。そのほか転院搬送に関しては医師が決めるということになっていますけれども、そのような状況の中でやってきているのですね。ですから、細かく救急隊が現場でトリアージをしなければいけないのかというところが少し考えるところでした。

あとは、t-PAの話につきましても、札幌、t-PAの病院どうしているのだろうという話の中で、札幌では脳神経外科の単科の病院が救急の当番をやつていまして、そこは13病院が毎日4つぐらいの当番をやつています。その中でt

ーP Aをできる、できないがあるのかということで確認をしたところ、一応全部ができるということでしたので、そういうことがあるものですから、札幌の救急隊は、t-P A云々をあまり考えて搬送している状況ではないのですね。ですから、地域の医療機関だとか医療体制に合わせて救急隊もトリアージなり観察をしているのかなというところがあります。ですから、今回こういう基準をつくった中で、その辺の状況がどこまで変わっていくのかというのが、ちょっと考えるところではあります。

座長 東京のt-P Aの話をしましたけれども、何もt-P Aのために何かやっているわけではなくて、結果的にt-P Aが使えればいいだけの話です。したがって、第一病日ということであれば、2時間以内に届いていれば場合によってはうまく使えるかもしれない。こういう話でした。

ちなみに、齋藤さんにお聞きしたいのですが、東京もその昔は家族の希望が相当程度に幅を利かせた時代があったのですよね。今でも全くないわけではないですよ。

委員 当然こういう時代なので、会話のできる患者さんというか、それから、かかりつけだと言い張る家族の方だとかがいて、一応今の観察カード等に基づいて病院選定はしますけれども、「私はこっちへ行きたい」ということになれば、今優先をせざるを得ないような状況がありますけれども、でも、やっぱり緊急性だとか、また専門性が必要だということについては、説得をしています。そんなに時間はかけませんが、それでもなおかつ「私の希望する病院へ連れていってくれ」というのであれば、それはそれで、記録を残した上で搬送はしております。

座長 希望する病院に問い合わせた場合には任せてくれとしか言いようがありませんよね。それでいいのですよね。

委員 ええ。

座長 搬送の実態というか、現場の景色から、大阪とか香川県の代表選手は今の一連の話をお聞きになっていかがでしょうか。

委員 よろしいでしょうか。都道府県の医療行政を担う立場で参加させていただいていますので、どうしても気になっている点を1つお願いしたいのですけれども、公表のあり方の話なのですけれども、先ほども話がありましたように、都道府県を超えた救急搬送ということで、これはお互い隣り合う県で助け合う話ですが、相身互いのようなところがあって、お互いで協力調整していくということは当然なのですけれども、実施基準を考えていくときには、その実態をとらえて検討していくべきだということもそのとおりでと思うのですけれども、これを実際公表するとすると、ちょっと考え方が変わってくると思うのですね。例えば大阪府で奈良県と隣り合うところでは、脳卒中は奈良県の病院に運びますよというのを明らかにオープンにしてしまうことについては、病院側とか県側の協力といいます

か、抵抗が大きいところが出てくると思いますので、そういった場合の公表のあり方をどうように考えるかということもこのガイドラインの中で言及していただければと思っております。

これが1つと、公表のことについてはもう一つありまして、都道府県の中でも医療機能をオープンにしていくというのが今の医療計画の考え方ですから、各病院の救急ではこういう役割を担いますよということをオープンにしていくことについては非常にいいと思うのですけれども、例えば資料の中で、33ページに書いてあるような考え方で、運用面における基準として、どの日のどの時間帯においてどの医療機関がどういう機能を担うかということまで、いわゆる救急カレンダーを策定して、それをオープンにしていくことは、この実施基準を運用していくことに当たって非常にマイナスになるのではないかという懸念が、各地域で話を聞いているときにありました。というのは、今この厳しい状況の中で、実際実施基準を順守することが義務とまでは医療機関はなっておりませんが、実施基準に名前を連ねることによって、一定の世間的な見方とかもありますので、救急カレンダーに載るような部分までオープンにされると、協力すること自体が少し困難という話が非常に強い意見としてあります。ですので、横田先生につくっていただいた資料の2枚目の中でも、選定先の医療機関リストについては、市民及び他の医療機関、医療圏への公開を行わないということが前提として書かれていると思いますので、基本的な考え方は、医療機能のオープンということはいいと思うのですけれども、救急カレンダー的なものまでオープンにしていくことについては、どうように考えるかということは、これもガイドラインの中でひとつ考えていただく必要があるのではないかと考えております。

座長 脳卒中に関してのことではあまり深く考えたことがないのですけれども、t-PAが使える病院と使えない病院というのは、東京都のホームページをたぐっていくと当たれますけれども、カレンダーそのものは実は消防機関と医療機関が持っているのみなわけですよ。この時間帯はどこどこがあいているというか、心臓だとどこどこどこがこの時間帯はオーケーだという……。

委員 よろしいですか。それは極めて重要な問題でして、現実走らせてみると、こういうリストづくりをつくったいわゆる健全と思われる地域が先行すると、必ず周りの地域から流れてくるのですよ。

座長 流れてくるというのは、患者がね。

委員 そうではなく消防が。要はそういうことなのです。ですから、私が言いたいのは、都道府県なら都道府県がそれぞれの地域ごとに細かなカレンダーをつくって一斉にやらないとだめだし、場合によっては、寺澤先生がおっしゃるように、例えば福井があるのだったら、福井の隣接県も一緒に、ほとんど同時に共有できる部分は共有しましょうということをやらないと、少し遠いけど県を越えていけば

結構とってくれる病院あるよというようなモラルハザードが必ず起こります。それを先にやってしまうと、先に先進的にやっているところが途中で倒れてしまうという現象が起こる。これは実態です。

座長　　そういうようなことを組織立ってやっているという話はどこかしています？
今のカレンダーをそのまま。

事務局　　カレンダーをそのまま出しているというのは、それは輪番の制度についてはオープンにしてというところは結構あると思いますけれども。

座長　　こういうように脳卒中はどうだとか、心臓はどうだとか、そういうのは多分ないのではないかと思う。

事務局　　神奈川で少しやっていたのではないかと思います、そこはちゃんと正確には把握していません。

座長、すみません、1つ。もちろん法律の中で実施基準をどうやるのかというのは、公表ということになっています。ですので、例えばこういうカレンダーというものまでおける話かわかりませんが、ちゃんとあわせていつがあいているかというのを調整してやりましょうというのは公表しなければいけない事項にはなると思いますが、では、具体的にマルバツのところまでを全部公表しろということまで法的拘束力がかかるのかといのは少し考えないといけない事項だと思っています。内部的な議論の中では、どういう形でやりましょうということは当然公表していく話になるのですが、ほんとのディテールのいつ何時何分にマルだったバツだったということまで全部スケルトンに必ず全部していかなければいけないという話とは、そこはちょっと違うのではないかなと思っています。そこは公表といったときに、ゼロか1かという話ではなくて、どういう運用でやるのか。まさに東京の場合には、脳卒中カレンダーでやっていきますよというのは検討会でも出されていますし、ホームページには載っているのですが、1カ月ごとのものを全部ホームページに載せなければいけないという話とはちょっと区別して考えていく必要があるだろうと思います。

委員　　今おっしゃったとおり、この条文だけを見て、今言われたようなカレンダーまで公表しなければいけないという話にはきっとならないと思います。ただ、むしろ、法律の条文とは無関係にそういうものをどういかにやっていくのが一番いいのかどうかということ、この場であれ、地域の場であれ、考えていただくということですね。当然救急車に乗らなくても救急患者は個人でも行くわけですから、それに情報を隠すような形でうまくいくのかどうかも含めて全部考えなければいけないということです。

座長　　ありがとうございます。さっき香川と大阪と言ったような気がするんですけど。

委員　　お話のあったとおり、県全体としてやるほうがいいのかという横田先

生のご意見とか、あと、香川県は非常に小さい県ですので、寺澤先生が言われたように、病院のリストは救命士の頭の中に入っている。これは事実だと思います。実際に、救急車なんかを見に行くと、救急車の下の方にリストが張ってあったりするんですね。その当務のときに、要するにこういう症例の受入可能な病院はここだというのは、そういう形で把握している。

現実の救急の現場の話聞いてみますと、傷病者の状況をきちんと判断できるかどうか。あるいはかかりつけの問題とか、そういうのも含めて、搬送先をきちんと整理して、正しいところを選べるかどうか。これは救命士の質の問題がありますので、そういった点についてMCを担当している立場からいいますと、どうフォローアップしていくかという視点が1つ。

それと、救命士の立場を考えると、運んでいった病院がどれだけそれを理解していただいて、きちんと受け入れていただけるかどうか。これが生命線になってくるだろうと思っています。そういう意味で、今回リストをつくって、それを公表することによって、MCに十分理解をいただいている病院と、先生もそうですけれども、いただいていないと思われる方もいますので、そういったところできちんと議論していただいて、つくったリストが搬送の受入れにきちんと役立っているというようにしていただくのが一番大事ではないかと考えています。

座長 言葉は悪いですけど、顔をうかがいながら搬送しているということも景色としてはありますよねという話はもう出ました。そういうような多方面での難しい問題を上手に織り込みながら基準等をつくっていくのだろうと思います。

第2回作業部会はここら辺にしておこうと思うのですが、絶対発言しなければいけないことはありますか。

委員 委員が座長で作られた、いわゆる東京ルールといわれる搬送基準をつくるときに、是非、私が強調をしてほしかった部分は、今の議論とすごく関係すると思うのですが、住民の方々の理解というか、現状はこうなので、我々はこう努力している。100%に近づけるためにこういうように努力しているので、地域の住民の方もぜひご協力、理解してくださいという部分をぜひ強調していく必要があると思うんですね。そうでないと、それこそタクシーがわりの救急車の使用だとかが後を絶ちません。住民の理解というのは、地域でぜひ盛り上げていってほしいというところは、この作業部会報告書のどこかに書き込んでいただきたいなと思っています。

座長 ありがとうございます。基本的には救急医療は地域医療ですから、地域を愛する心という話であると、僕は東京ではそうやって言っています。そういうような郷土愛についてきちっと考えるような、そういうようなことをやってくれないと、おそらく自分の町を自分で潰していってしまうよねということなのだよねという話をしているのです。ここでもそういうような視点で、それぞれの立場で頑

張らなければいけないとすれば、市民の立場はそうだろうというようなことなのだと思います。それも先生、その他になるのか、はじめになるのか知りませんが、入れることをご勘案ください。

これで終わりたいと思うのですが、よろしいですね。これはあと何回あるかわかりませんが、さっき言った目次立てに合わせて、さっき横田先生が参加された、島崎先生の報告書を上手に入れ込んだ形で、具体的なイメージでこんなものができるといいなみたいな、そういうような形で資料をつくっていただきたい。そして、その他のところにデータマッチングの話とかMC、要するに県境のいろんな問題だとか、議論として役に立ちそうなことが並んでいると。だから、地域で、または都道府県でこのことを考えたときに、これを手にして、「ここにこう書いてあることはそうなのだね。だから我々はこうしよう」というようなものができるればいいと思います。押しつけがましいわけのわからないガイドラインができて、捨てられてしまうよりは、そのほうがいいと思います。ですから、そういうようなイメージを共有するようなものをぜひ次回つくっていただくとありがたいなと思います。きょうの議論はそのためのネタだったということでお願いしたいと思います。

あとは事務局からご説明を賜ればと思いますが、いかがでしょうか。

事務局

本日も非常に貴重なご意見、ご審議いただきましてありがとうございます。この会が終わりました後でも事務局のほうにいろいろご示唆をいただければと思っております。特にこういった話が国のほうから来ると非常に現場として動きやすい、あるいはこういう話だけは絶対に出してくれるな、咀嚼の方法、何でも結構でございますが、事務局のほうにぜひご意見をお寄せいただければと思います。我々も捨てられるようなものよりも、見ていただけるものをつくればと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

本日もありがとうございます。

座長

どうもありがとうございました。

— 了 —