

第3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9月11日(金) 15時00分～17時00分

II 場所 三田共用会議所

III 出席者 有賀委員、井上委員、岩田委員、玉作氏（金岡委員代理）、
金森委員、木村委員、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、
石井委員（日本医師会）

IV 次第

1 開会

2 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

3 閉会

V 会議経過

事務局 本日は集まりいただきましてありがとうございます。
定刻となりましたが、事前に事務局のほうで資料の確認からさせていただければと思います。どうぞよろしく願いいたします。
では、お手元に資料ご準備いただきまして、クリップを外していただければと思います。1枚目に次第がございます。そこから、座席表、構成員の名簿でございます。そして、資料につきましては、スライド形式の資料1が横のものが1つ、そして、資料2と題しまして「作業部会報告書(案)」というものがございます。そして、その次には横田委員よりご提出をいただいております「拡大MC協議会(仮称)の概要」ということで、堺市二次医療圏という資料を1セット準備させていただいております。そして、添付資料といたしまして第2回の議事録を配付させていただいております。こちらの議事録は皆様方に一度はご確認いただいたものでございますが、さらに加筆・修正等ございましたら、来週中に事務局のほうにお申しつけいただければと思います。よろしく願いいたします。
加えまして、東京消防庁より「東京ルール」ということで「救急医療ルールブ

ック大切な命を助けるために」ということで、右上に保存版と書いてありますパンフレットを配付させていただいております。そして、委員限りではございますが、委員の皆様方には島崎先生の研究により「重症度・緊急度分類の報告書」、そして、消防法の本文言を確認いただくために白い冊子ですけれども、「消防法の一部を改正する法律案関係資料」というものをお手元のほうに配付をさせていただいております。

以上が資料の一式でございます。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。よろしく願いいたします。

では、少し予定しておりました順番は前後いたしますが、本日、この一連皆様方にご議論いただいております搬送及び受入れの実施基準に非常に関係する大きな制度がスタートいたしました。「東京ルール」でございます。8月31日からのスタートでございますが、この件について事務局よりぜひご紹介いただければということで、齋藤委員のほうにお願いをしているところでございます。

では、もしよろしければ、動画のほうから先に、どちらがよろしいですか。

委員 どうぞ、はい。

事務局 では、いただいております動画を、まず上映させていただきたいと思います。少々お待ちください。

(ビデオ上映)

事務局 今、東京消防庁より、参考ということでいただいております動画を放映させていただきます。

有賀座長、よろしければ、引き続き「東京ルール」の説明を、齋藤委員にお願いできればと思います。

委員 それでは、「東京ルール」の粗々の説明をさせていただきます。お手元のパンフレットでございますが、1枚おめくりいただきますと、そこには「東京ルール」のことが書いてございますけれども、大体今の動画はイメージということでお考えいただきたいと思います。要は東京消防庁管内、昨年60万人ほどの搬送人員がありまして、そのうちの6%ほどの約4万人が、受け入れが決定するまでに5病院以上、それから、時間にして平均すると30分程度ということがかかっておりまして、そこは諸般のさまざまな事情があつてのこととございまして、そういうことがあつて、「東京ルール」がこの8月31日から稼働いたしました。

「東京ルール」の中身としましては、そこに書いてありますとおり、ルールⅠからⅢまであります。ルールⅠが救急患者さんの迅速な受け入れと、これに対応した画像が先ほど見ていただいたもの。ルールⅡは「トリアージ」の実施ということで、こちらは、今、東京消防庁で実施しております現場でのトリアージ、それから、また院内でのトリアージ。それから、ルールⅢにつきましては、都民の方々の理解を得ていくという構成になっております。

今ごろになっていただきましたのは、東京都の福祉保健局が主体となった事業ですけれども、これは受け入れ体制ということですので、いわゆる医療機関選定困難事案、5病院もしくは大体時間的には20分程度受け入れ先がなかなか決まらない場合に、都内12の医療圏がありますけれども、その医療圏ごとに受け入れの調整をしていただくための地域救急医療センターが、東京都から指定をされております。救急隊はそういった選定困難事案に遭遇したときに、最寄りの地域救急医療センターに受け入れの調整の依頼をいたします。それを受けた地域救急医療センターが、自分の医療圏内の中の主に二次救急病院のところに受け入れの調整をする。医療圏の中でうまくおさまれば救急隊はそちらのほうに向かう。なお、このとき救急隊はその地域救急医療センターに受け入れの調整をお願いしますけれども、同時並行で救急隊もまた指令室も、受け入れ先を一緒に探すという仕組みになっています。医療圏の中でなかなか調整がままならない場合には、今度は東京消防庁の指令室に、他の医療圏の調整役を担います救急コーディネーターという職種の人が、今、配置になっておりまして、もう一つは周産期コーディネーター。こちらのコーディネーターのほうが他の医療圏の地域救急医療センターに調整の受け入れを依頼する、簡単に言いますとそういう流れになっております。

8月31日の9時にこの事業はスタートしまして、まだ日が浅いのですけれども、ちょうど1週間たったところで、ちょっとその数字を眺めてみますと、全体で162件の事案がございました。おおむねこの162件ともに、スムーズに地域救急医療センターに一時もしくは受け入れをしていただいております。ただ、まだ12医療圏のうちの7医療圏でのスタートですので、全体がまだそろった状況ではありませんけれども、7医療圏で稼動した中で1週間の数字として162件ございました。あと、医療圏の中でおさまらないのも幾つかありましたけれども、比較的患者さんの受け入れの時間は短縮になっていまして、傾向からしますと、地域救急医療センターの1つの役割といたしましては、医療圏内の中の受け入れの調整という役もあるのですが、どちらかというところ、今のところ即受け入れていただいていると、そんなところが目立ちまして、救急隊からすると助かると、患者さんも助かるといふところだと思います。

特にキーワードといったら変なのですが、162件の対象となった方の背景を見ますと、やはり一番多いのはご高齢の方が37件でした。それから、次いでアルコールに起因するものと、それから、精神に起因するもの、それから、薬物、住所不定等々で、またその他といたしましては透析の患者さんだとか、下血・吐血といった方々が、この162件を構成しているという状況です。まだ1週間しかたっておりませんので、この辺はまたデータを蓄積して、それから、医療圏ごとに地域の会議が開催されると、これは福祉保健局の主催となりますけれども、

そういった地域の会議で検証の場ということですので、消防機関としてもそちらのほうに参画をさせていただいて、我々のデータなりを提供して、受け入れ側の地域救急医療センターの先生方とも、その辺の突き合わせをさせていただければと思っております。これからまたいろいろと新たな予想外の問題も発生するかもしれませんが、とりあえず順調とっていいかどうかわかりませんが、とにかくスタートをしたというところでございます。説明は以上でよろしいですか。

座長 ちょっと追加していいですか。

委員 はい、お願いします。

座長 「東京ルール」の話について、先ほどまで、たまたま東京消防庁の野口部長と一緒にでした。それで、精神科的な症例、それから、アルコールの症例、それから、住所不定の症例が野口部長からは出ていました。実は、今、百六十何件といいましたが1日で割ると23件ですよ。

委員 そうですね。

座長 僕たち東京ではおそらく1日100件ぐらいはあるだろう。1医療圏で10件ぐらいの面倒を見ないといかんのではないかということから始まったのです。だから、我々の予想の半分なのです。そういう意味では、どうしてこうなのだろうということは少し分析する価値がありそうだと、ということを野口部長は言っていました。ですから、ほんとうにまだ出発したばかりでどうなるかわかりませんが、結構混乱するかと思ったら意外と混乱しないというか、また逆に言うと、今まで東京の今言った住所不定だとかアルコール酩酊者だとか、それから、精神医学的に少し困った人たちについても、もともと一生懸命診てくださっている病院が、それなりにまた診てくれているということなのかもしれないという議論でした。

委員 あわせて、済みません、申しおくれましたが、今、有賀先生からお話しあったとおり、162を単純で1週間割り算すると1日23件平均。昨年1年間大体毎日100件ペースで、この数字が挙がっていたわけですがけれども、今のところはそんな程度と。あと、やはり精神疾患に起因する方がおったわけですがけれども、これは大幅に短縮になりまして、短縮といってもやはり3時間、4時間はかかっています。それ以前は一昼夜救急車内にとどまっている、あるいはなかなか行き先が決まらないとかあったので、それだけ見ても非常に短縮は図られているのかなど、迅速な搬送に近づいているのかなと思います。

それで、1週間眺めてみますと、ウイークデイよりもやはり土曜日・日曜日、先週の日曜日が35件で土曜日が34件でした。あと発生時間帯からすると夕刻以降早朝にかけて集中していると、当然といえば当然かもしれませんが、そんな状況です。

委員 少し質問させていただいていいですか。

委員 はい。

委員 大変早くスタートでき、なかなか立派な活動かなと思うのですが、2点だけ教えていただきたいと思います。まず、救急医療センターの施設基準といいますか、能力的をどうのように規定しましたか。言いかえますと、三次のように重症あるいは幅広く救急患者を受け入れる能力を持っている病院ということなのか、あるいは救命センターとは切り離して、コーディネーター的な役割をしていただけような病院を指定したのか、いずれなのかという質問が1点です。

それから、もう一つは、搬送困難事例の患者さんにはさまざまな背景があり、その内容は、今おっしゃったことになりすけれども、医療機関側にとると例えばMSWであるとか、民生委員であるとか、あるいは行政のサポートであるとか、医療以外の部分のサポートがないと、病院側というのは受けたのはいいけれども、なかなか処理できないという実情があります。そういったことを解決するために、今回スタートさせるに当たって、東京都ではその病院に対する何か支援策をとったのかという、この2点だけ教えていただきたいと思うのですね。

委員 では、私の知る範囲で。私、東京消防庁の人間なものですから、まずその指定の基準といいますか、これは福祉保健局のほうで定めたものなのですけれども、要は地域の救命センターではなくて、いわゆる指定二次病院、救急医療機関として標榜している二次医療機関を中心に指定をしたと。その中で、手挙げ方式のようなことは聞いております。今、実は固定のところと、それから、輪番のところとさまざまな形態で今動いておりますけれども、ですから、固定で頑張るところというのでしょうか、あるいは、毎日日がわりで役をかわっていく医療圏と病院というところで、さまざまなところですが、いずれにしても、1週間足らずの数字ですが、ある病院は1晩で4件ぐらい受けているという医療機関もあって、そこが少し私からいうと僭越ですが、大丈夫かなと思っておりますが、一応指定基準につきましては二次病院が中心となっております。

委員 二次病院の固定もしくは輪番ということですね。

委員 そうです。

委員 はい、わかりました。

委員 それから、2点目でございますけれども、基本的には地域の指定救急医療センターにつきましては、調整役ということで役目があるということで、そのための人件費分としての補助金が出ると。もう一つの出口だとかいろんな問題がありますけれども、そこはまだしっかりとつながっていないと思います。あくまでも地域の指定二次病院が中心となって受けていただいていると。そのために、今後、その地域の会議だとか、オール東京都の会議、研修の会議ありますので、特に地域の会議含めて今携わっているのは、東京都の福祉保健局の救急災害医療課とい

うところなのですね。それにあわせて精神科を担当しているところ、福祉を担当しているところと、合同の会議を開いていくと聞いております。

委員 要はお金を出しているけれども、人的資源を提供する行政的な支援はされていないということですね。

委員 そうですね、そうなると思います。

委員 お金を出しているということですね。

委員 はい。

座長 そういう意味では、基本的なイメージとしては、夜のMSW（メディカルソーシャルワーカー）というような形でコーディネーターが働いてくれるといいなというように、ずっと言葉の上では言い続けていました。けれども、なかなか福祉保健局の行政の方たちが、病院のそういうような意味での「夜の病院のうごめく姿」というのですか、そういうようなところに関する理解がやはりまだ不十分なのではないかなと思います。ですから、コーディネーターという言葉で漠然と呼んでしまったところが、場合によって少し裏目に出ているのかもしれませんが。結局、一時的な保護預かりというのは、例えば住所不定の症例について、朝が来たら無料・低額医療を行っている済生病院のようなところに運んでもらうとか、それから、結核だとかの方たちや精神疾患の方に関しては、夜は診療をやっていないけど朝が来たら診療をしてくれる病院は幾らでもありますので、朝が来たらそういうようなところへ運んでもらおうではないかと。

だから、今は例えば安田先生のところへお願いするけれども、安田先生のところでは朝が来たら結核病院へ運ぶからねと、こういうようなイメージです。そのように一生懸命言って、始まるまでに結核病院の人たちを1回集めて話をしようではないかとか、いわゆる無料・低額の病院——一番大きいのは済生会中央病院ですけれども、そういうような済生会のような病院、多摩地区だと多摩済生病院とか幾つかありますから、そういうようなところ集めて、住所不定者に関して夜は安田先生のところへお願いするけれども、朝が来たらそちらへ移してほしいということについて、コーディネーションしてくださいという話です。しかし、なかなかそこまで十分な時間がないまま、この日が決まった。これは何か行政の予定ですよ。

委員 そうです。

座長 そうですね、だから、今言った12医療圏のうちの何カ所かの医療圏がまだ十分できていないという、見切り発車的なところはそういうこともあるようです。ですから、そういう意味では、まだストラクチャーというか、お金も不十分ですし、プロセスというか、工夫についてもまだ十分に練れているわけではないということだと思います。

委員 巣鴨病院の安田と申しますが、現実にはどういう病院が手を上げるかということ

で言われたことは、当直医2名を置いて、そして、調整担当医、これをコーディネーターと呼ぶのかと思ったら、うちのほうの説明会では大手町の指令センターがコーディネーターと呼ぶけれども、地域の地域救急センターにいるのは調整担当医と呼ぶのだと言っていました。その調整担当医をずっと置いて、24時間365日置いてほしいということで、そのための補助金が900万円くらい出て、24時間置くにしては少し金額的に新たに雇うには難しいような金額だったです。

それから、トリアージ・ナースを置いてほしいということで、その補助金が年間に600万ちょっとということで、それを聞くと私どものような中小病院では、それをずっと置くことはちょっと無理です。2名の当直医を置くことさえ無理なので、手を挙げられなかったというのが現状です。私どもは区部西北医療圏というところに入っておりますけれども、手を挙げたのはやっぱり大学病院系と都立病院系ばかりです。中小病院はみんな手を挙げてないですね。

座長 ほんとうは大学病院とか大きい病院が手を挙げるのではなくて、小さい病院が頑張れるような、そのような原資が回っていくことを切に願っていた。そうでなければ、医療そのものが全体として底上げとまらないので。だけど、現状においては安田先生のおっしゃるとおりだということですね。

委員 最後、一言だけ済みません、私はもう長いこと消防で仕事をしているのですが、かねてからこの問題がずっとあって、こういった選定困難といいますが、これまでは東京都の福祉保健局に対して、東京消防庁として事案が起こった結果をいろんな機会を通じて、こういうことがあったから何とか改善をしてほしいという話をしてきたのですが、これは個人的な見解になるかもしれませんが、ようやく福祉保健局の救急医療体制をつかさどる部局が、この選定困難事案に対して一応向き合うことになったと。ですから、彼らも同じデータを所有するというところになったところが、1つ大きな意義があるのかなと、先生方のいろんな問題はありますけれども、私としてはそんな思いがしております。

事務局 本日の作業部会の進行はイレギュラーではありますが、これから資料の説明をさせていただきますと思います。今、消防法の中で言いますと特に今の「東京ルール」は、確保基準と申しますか、うまくいかなかったときにどうするかという話です。東京が非常に進んでいるというか何と申しますか、地域におろすとそういう搬送困難の風景も違って、ほんとうに医療が必要な人に医療の提供が厳しいという状況のところと、東京のような風景といろいろあるのだろうとは思いますが、大変ありがとうございます。

「東京ルール」の話は私もまだいろいろ聞きたいところございますが、本日の資料を一通り説明させていただきまして、本日の検討に進むことをお許しいただければと思います。

まず資料1をご準備いただければと思います。こちらは前回までの議論の主な意見をまとめさせていただきました。1ページ目をごらんいただければと思いますが、前回、この第2回の作業部会の中で「基準について」ということで、さまざまなご意見をいただきました。大きく7点を挙げさせていただいております。1つ目でございますが、今まで診療科目別のということで医療資源を分類していた。しかし、これが症状の緊急度・重症度といったような形で、再分類していくという考え方になるだろうと。こういう傷病者を中心に置いたような形での分類・区分にやることによって、救急においてよりふさわしいような連携体制がとれるのではないかというご意見がございました。そして、そういった基準を機能させていくために、地域ごとの受け皿となる病院や医師からも積極的に意見を求めるべきであると。そして、基準を決める1つの視点といたしまして、今、「東京ルール」のほうはどちらかというと、精神やアルコールといったキーワードが出ておりましたが、一応、原理原則からいたしますと、ガイドライン策定については明らかに救命救急センターに搬送すべき傷病者や、専門医療が必要な傷病者を見逃さないよう留意しないといけないということでもございました。一方、分類をどんどん詳細化していくと、理解しやすいような部分もある反面、運用面では複雑なものよりも、シンプルなものに集約していかないと難しいのではないかというご意見をいただいております。

そして、救急隊がどのように観察を行って、どのような根拠で病院を選定したのかということ、このことを医療機関と相互の認識、「共通言語」ということで、この基準というものが機能していくのではないか、そのことが重要ではないかというご意見もいただいております。そして、救急隊がこういう基準に基づいて、重症度・緊急度高と、高いということで搬送したものを、さらに医療機関の中でもトリアージやるということで、よりめり張りのきいた迅速な対応につながっていくのではないか。そして、最後は懸念ということでもございますが、こういうルールを定めることによりまして硬直化して、逆に県外搬送ですとか、複数の既往がある高齢者の搬送といった整理が難しいものについては、かえって現場が混乱するのではないかという危惧もいただいたところです。

2ページ目をお願いいたします。この基準の議論の中で1つのキーワードとしてメディカルコントロールというものが、前回議論の中で出てまいりました。メディカルコントロールということで3つ意見を整理しておりますが、メディカルコントロールはこれまでも、病院前救護の観点から育成されてきた文化ですので、この財産をきちんと引き継いで、こういったルールも機能させていくべきだというご意見をいただいております。そして、メディカルコントロール協議会、これまではどちらかというと救急救命士の事後評価、分析評価というようなところでしたが、医療機関側も分析対象として盛り込んでいくという発想もあるので

はないかということをお願いしております。ただし、このメディカルコントロールについても、医療機関で十分理解しているところと、そうでないところがありますねというご指摘でございました。

そして、都道府県間の調整ということで、今回ルールの設定が都道府県ということが責任になりますが、都道府県完結ということにこだわるあまりに、隣県との協力体制が崩壊しては意味がないといったご指摘をいただいております。

そして、その他として4点整理しておりますが、家族や患者の希望といったものも、ある程度くみ取りながら救急を行っているところ、そういうところもある程度自由度がきく形にしたほうがいいのではないかという話。あるいは、「救急カレンダー」ということで病院名が公表されますと、あまりにしっかりした体制をかけると、回りのほうからどんどんやってきて困るのではないかという話。そして、下から2つ目のポツですけれども、いわゆる住民にもきちんと啓発といいますか、強く理解を求めることでルールを回していく必要があるということ。そして、最後に搬送困難事案といったものについては、今の東京消防庁さんからのお話にもありましたけれども、きちんと検証できる体制の構築というものが、重要であろうといったご意見をいただいております。

より詳細なご意見は議事録をお配りしておりますので、そちらを適宜ご参照いただければと思います。

済みません、少し長くなりましたが、資料2をご準備いただければと思います。作業部会も2回開催をさせていただきました。その意見をいただいたものを受けて、そして、消防法に合わせていくような形で、現在、この作業部会報告書(案)をたたき台として提出をさせていただいております。

1枚おめくりいただきまして、目次という形で内容を列挙しておりますが、最初のページ、1ページ目から6ページ目までのところをご説明いたします。1ページ目から6ページ目までのところは、2つの内容で構成されておまして、「消防法について」ということで消防法の改正の内容、すなわち協議会が必要、そして、実施基準を定めていくのですということに記載させていただいております。そして、もう一つの内容は医療計画、そして、医療提供体制のことでございまして、資料という形になりますけれども、医療計画のことが5ページに、そして、6ページには救急医療提供体制ということで、現時点での提供体制のことについてまとめております。

また後で文言についてはお読みいただくことといたしまして、7ページ目をあけていただければと思います。ここからがまさにご議論いただきたい内容でございまして、7ページ目でございますが、まず立ち位置といたしまして、今回、消防法の改正に伴う消防法の実施基準、「当該実施基準の策定は」と始まる2つの段落目のところでございまして、何をやっているかということ、消防機関及び医療

機関等、これは行政も含めてですが、共通の認識のもとでその都道府県における対応方策というのを、きちんと決定していきましょうという立ち位置で今回検討を行っております。そして、その次の段落でございますけれども、実際に救急隊がいろんな検査ができる、機器を使って検査ができるというわけではない現場での判断というものをもとに、それを受け入れる医療機関というものを、どう形づくっていかうかという、戦略を面通しでつくっていきましょうという話で進んでいるところでございます。

8ページ目をお願いいたします。それを概念図としてかいたものでございますが、1、2、3、4、5、6、7という番号は、消防法の第35条の5第2項という各号を示しております。まず右上の医療機関のほうからご説明いたしますと、医療機関のほうがこういう傷病者の分類が大事だねということで分類をやりまして、そして、そこに合わせる形で医療機関をリストアップすると。こういう形で受けとめますよと、有賀座長のお言葉をかりれば、キャッチャーミットを構えるということになるということになるかと思えます。

消防機関側はその分類区分が、どうやって分類区分を設定したかという基準をきちんと認識しながら、傷病者の確認、すなわち観察を行っていくと。観察を行って行き着いた医療機関のリストに合わせて医療機関を選定していく。選定、どこに運ぼうというプライオリティが決まった段階で、受け入れられますかということで、伝達、傷病者の状況について伝達をし、受け入れ照会を行うということになります。そして、6号・7号ですが、実際にそういった基準をもってしてもうまくいかない場合ですとか、そのほか必要な基準というものを定めていかうかということで、ルールづくりということになっています。特に地域として必要なルールを、特出しで定めていきましょうということになるかと思えます。

9ページをお願いいたします。9ページはそれぞれの各号についてでございます。一番重要になってまいりますのが、第1号の分類基準というものになるかと思えます。この分類基準というものは、先ほどの主な意見の中にもございましたけれども、医療機関を診療科目ではなく傷病者の心身等の状況に応じて、再整理していかうかという発想に立つものですけれども、検討するに当たっていろいろな議論を踏まえ、3つの視点というのを設定させていただいております。すなわち緊急性、専門性、特殊性ということで整理をさせていただいております。どの軸が、どの視点が一番重要かといったようなことは、地域によって異なってくると思いますが、10ページをお願いいたします。

緊急性というのが、より優先度といいますか、時間軸からすると非常に急がないといけない、一番時間的な経過を考えまして、緊急性が一番左のほうに位置しております。そして、極めて緊急性がその中でも高いような重篤といったようなものは、救急救命センターに行くんだという一連の流れのものを、10ページの

下のほうの図で示しております。そして、緊急性で対応すると、しかしながら、それ以外に専門性ということで、少しきちんとルールをつくっていかないといけないというものがあまして、さらに特殊性という形で、地域の実情として搬送困難になりやすいといったようなものを、ルール化していくといったようなものが全体の概要ということになるかと思えます。

11ページをお願いいたします。その具体的内容を事務局としてたたき台として提出をさせていただきます。1つ目の視点である緊急性についてですが、まず重篤と、重篤感ということものがあるかと思っています。容態の急速な悪化・変動といったものに代表されるような重篤というのがありまして、こちらはどんな疾患を疑うかということよりも、とにかくもう反射神経的により高次の医療機関で、命をつなぎとめようとするという対応になるかと思っています。そして11ページの下ですが、その重篤ではないけれども、重症度・緊急度が高いという分類について、11ページの下から12ページに始まりして整理をしております。

この12ページからの整理は、症状などから緊急度・重症度が高いということで、緊急性ということで整理をしておりますが、内容といたしましては10の項目を挙げさせていただいております。すなわち「脳卒中疑い」、これに応じるような医療機関をリストアップしていこうということで脳卒中疑い。そして、その下にはさらに「脳梗塞について」ということで、脳卒中の中でも「t-PA適応疑い」という分類をつくることも考えられるでしょう。そして、2点目「心筋梗塞（急性冠症候群）疑い」といったものもあるでしょう。3つ目として胸痛、この胸痛というルールをつくりましたのは、心筋梗塞の特徴的な症状の1つが胸痛ではございますが、必ずしも全部心筋梗塞を疑えるわけでもない。しかしながら、種々大動脈解離といった重要な疾患がございますので、胸痛という分類も例としては提示をさせていただいております。そして、外傷、熱傷、中毒をそれぞれ挙げさせていただいております。

⑦と⑧ですが、痙攣と喘息、こちらは少し色が違うような形ではございますが、意識障害ですとか呼吸困難といったようなものも、島崎先生の重症度・緊急度の分類を、お手元にも配付させていただいておりますけれども、例えば意識障害や呼吸困難という形ですと、非常にさまざまな要因によって起こり得るということもございまして、ほかの症状と合わせて総合的に少し判断をして、病院の選定が発生しているということになるのかなと考えまして、意識障害や呼吸困難での重症度・緊急度が高いという分類は、あえて事務局案の中には提示させずに、痙攣と喘息というのを逆に特出しするような形で出しております。この辺のところはどういったものが、具体例と示すのに適しているかというのは、ご議論いただければと思います。そして、13ページの一番下ですが、消化管出血、そして、1

4 ページには腹痛ということで設定をしております。

この辺の一連、今10項目について説明をさせていただきましたが、これはガイドラインの中に載せる例ではございますが、11ページ目にまた戻っていただければと思いますけれども、これら具体例というのは、議論をする上では具体例が必要だろうということでの例示でございますが、例示した事項はあくまで各地域で分類基準を策定する際の参考例ということで考えております。したがって、どの事項を採用するかは地域の実情に応じて決定されるべきものだと、すべての事項に従って分類しなければならないというものではないと。ここの11ページの一番上のところはしっかり言っていった上で、議論の参考になるようなものを、ガイドラインとしては提示していければと考えております。以上が緊急性のところでございます。

14ページの上3分の1ぐらいから専門性ということで始まりますが、専門性については小児と妊産婦を挙げさせていただいております。それぞれ小児であれば病状が急変する可能性が高いということですか、妊産婦であれば妊婦のことも胎児のこともあるといったようなことで挙げさせていただきますけれども、同時に厚生労働省で既にされております検討会の内容も、抜粋をして提示をさせていただいております。

少し議論のほうに先に進めていきたいので、説明は割愛をしつつ17ページをお願いいたします。特殊性ということで整理をしております。この特殊性といいますのは、搬送に時間を要している傷病への対応といったものを想定しております。列挙しておりますのが開放骨折、吐・下血、あるいは、透析、精神疾患、急性アルコール中毒、未受診の妊婦といったようなものがあるかと思えます。ただし、この辺のものは分類をして医療機関名を列挙できるような分類もあれば、なかなか医療機関名を挙げるというのも難しい、むしろ医療機関の確保ルールというような形で、別のほうのルールで持っていくべきかという考え方もあるかもしれません。少し具体例を挙げたほうが話をしやすいかと思えますが、例えば精神疾患といった場合に、いわゆる精神救急というよりも、傷病者背景で精神疾患があるものの救急でして、一番表層に出ているのはリストカットであったり、飛びおりであったり、いわゆる外傷の疾患がメインにあるのだけれども、背景に精神疾患があると。それをどういう医療機関が受けるのかというリストアップというのは、総合病院のようなものが非常に多い地域であれば可能でしょうけれども、そうでないところであれば、むしろコーディネーター機能ですとか、先ほどの「東京ルール」ですとか、病院連携の話といったものが出てくるのだらうと思っております。

18ページ目でございます。その第1号の分類基準に基づきまして、今度は医療機関をリストアップするというのが第2号の消防法の内容でございます。そし

て、第3号が確認基準ということで、救急隊が傷病者の状況を確認するという基準です。なお、この第3号の基準は救急隊が行う確認をすべて網羅して書くと、設定するというものではありませんで、当然、確認基準に基づく確認のほか、傷病者の状況に関する総合的な確認（観察）というのは、もちろん必要ということが前提で、全員で共有してどういったものをちゃんと確認していきましょうという、全員で共有するような内容、そして、それはアップデートしていかなければならないような重要項目について、共通理解を持っていきましょうということになろうかと思えます。

19ページから、これは何度も出してありますけれども、例えばということで、何をもちってその地域で脳卒中を疑うのかといったようなことを、きちんと決めていきましょうということになるでしょうし、21ページは心筋梗塞についても、何をもちって設定するのかというのは、前回の堺市立病院の横田先生のほうでも、どの項目があれば急性冠症候群を疑うのかといったような話は、堺市の例なども出していただいたと記憶しております。そして、21ページの下ですが、東京消防庁の観察カードを参考として、こういう運用面で実効性を高めていくためのツールということで、参考として出させていただいております。また、22ページ、そして、23ページは横田先生から提出いただいた資料、疾病救急トリアージシートと、外傷・熱傷トリアージシートを参考ツールとして提示をさせていただいております。

長くなって申しわけありません、一気に全部を説明していきたくは思いますが、4号といたしましては選定基準でございます。選定基準はもともと1号・2号が決まっておりますので、1号・2号というのはすなわち分類基準と医療機関のリストアップが決まっておりますので、その医療機関リストの中から搬送先医療機関を、選定していくという救急隊の動きでございます。そして、伝達基準ということで、医療機関に対して傷病者の状況を伝達するということになります。ここまでの第5号までのものが、通常の救急の一連の流れを全員で共有しながら協議しながら、ルールとして決めるべきものを決めていこうという流れでございます。

そして、第6号でございますが、これは合意形成基準と確保基準というものに分かれておまして、前者のほうは傷病者の受け入れに関する消防機関と医療機関との間の合意の形成でございますけれども、特に医療機関の選定に時間を要する、受け入れまでに時間を要するといったものについて、地域でどういうふうに対応していくのか。先ほど「東京ルール」のビデオであればコーディネーター役をしていたような中核の病院が、うまくいかなければ自分のところで引き取るという話があったかと思えますけれども、そういったうまくいかなかったときの対処法も決めていきましょうということになります。26ページにはその

具体例を載せております。

27ページにはその他の確保ルールということで、横田先生のほうからもございましたし、ここの資料といたしましては、東京都の脳卒中カレンダーを出しておりますが、事前の調整といったもの、あるいは輪番制度といったものが考えられるということになるかと思ひますし、非常にリアルタイムの話での確保ということになりますと、救急医療情報システムの利用といったことになるかと思ひます。

28ページは7号といたしまして、その他基準ということで、例えばヘリコプターを使う場合の要請基準ですとか、災害時における消防と医療の連携の基準といったものを、書いていくことも可能ということになります。この辺、ガイドラインの中でこうした7号までのルールに、何を具体例として盛り込むのが、都道府県という地域に戻ったときにためになるのか、あまり細か過ぎても問題でしょうし、何も書いてないというのも問題だということで、先生方にはご指摘をいただければと思っております。

29ページは、そのほかの消防法の内容でございまして、再三話が出ております調査・分析、実施基準を不断に見直すために、この調査・分析が必要なのだということ、そして、都道府県間調整が重要であるということ、内容としては書かせていただいております。

以上でございます。この辺の内容を精査いただきまして、作業部会報告書として取りまとめをお願いできればと思っております。よろしくお願ひいたします。

座長 どうもありがとうございました。

この会議の究極の目的は作業部会報告書という、資料2をある程度つくり上げていくという話になります。前回、目次立てをとにかくこんなような形でという話をさせていただいて、それは議事録などで多分確認できるのだと思ひますが、目次立てはもともとのものは消防法の改正ということがありましたので、そこにありますように1号、2号、3号、4号という形でとりあえずまとめていただいたと。

「はじめに」の次の1の「消防法について」と、それから、2の1、2、3、4、5、6、7号までありますが、3とか4も基本的には消防法の中から読み取らなくてはいけない、そういうテーマなのですよ。

事務局 はい。

座長 わかりました。全体がそういうことになります。どこからでもいいと思うのですが、順番に始末していきたいと思ひますが、よろしゅうございませうか。「はじめに」というのはどこかにきつと出てくるのでしょうか。

事務局 いや、「はじめに」はまだ入っておりません。目次ということでそのままつけております。

座 長 わかりました。それで、「消防法について」というところの（１）の「協議会について」というのと、それから、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準について」と、ここら辺の消防法の基本骨格、並びに従来からある５ページですか、その辺のもともとの背景ですよね。ということで書かれてありますが、ここら辺はこんな形におそくなるのだと思います。先生方、何かご意見ございますか。

６ページの絵について、これは２行目の括弧の中に書いてある。これは何からとってきたことになるのですか。

事務局 これは厚生労働省から提出をいただいた資料でございまして、現在の救急医療提供体制の整備例ということで挙げていただいた資料です。よろしければ補足説明を。

事務局 既存の事業を３つ、代表的なものを挙げさせていただいたということで、救急に関するまず救命救急センターの運営事業、管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援事業、あとコーディネーター事業というのが、既存事業としてございますが、一応、これを参考として事例として挙げさせていただいたというものにすぎません。

座 長 そうすると、例えば大阪などでは管制塔機能を担う基幹病院、支援病院支援診療所とあって、ここら辺のスキームはあるのですか。

委 員 いえ、ございません。厚生労働省の今年度の新しい事業だったと思いますけれども、ほとんどの県やっておられないのではないかと思うのですが、なかなか難しく、特定のベッドをあけて搬送困難になる患者さんを、そこである程度確実に受けられるようにしてほしいということで、確かに国の補助もつくということだったのですが、なかなか都道府県側としてはついていっておりませんし、現実にはちょっと稼動してないのではないかなと考えております。

座 長 齋藤さん、これは東京都のイメージとしては、これを知っていたことにはなっていたとは思いますが、例の地域救急医療センターが管制塔機能を担う医療機関として、厚生労働省からお金もらっているわけではないのですよね。

委 員 あれはお金の流れは違うと思いますが。

座 長 そうですね。

委 員 表現は確かに東京都福祉保健局も管制塔機能という、たしか……。

座 長 書いたことは書いてあったものね、紙にね。

委 員 ありましたですね。

座 長 僕は管制塔機能を担う医療機関というのは、極めて漠としているので、これって何なのだろうということで、この言葉そのものは東京都の議論ではあまり使ってこなかったのですよね。

どうぞ。

事務局 東京都のほうからは、この管制塔機能を担う新事業について申請は出されてき

ています、事業をやりたいということで。

座長 お金は出たのですか。

事務局 まだ精査中という形になっています。

座長 いや、つまり僕が言っているのは、この絵をここにそのまま引用すると、あらぬ誤解というか、東京都の地域救急医療センターも、そういう意味では管制塔機能を担っているかどうかというところに関してはよくわからないのですね。「とは何か」がよくわからないから、だから、そこら辺ちょっと困るかも知れない。坂本先生、どう思われます？

この絵そのものが「はじめに」の次の「消防法について」の実施基準についてのところに入ってきている。先生、この絵を説明するための作文していただけます？

委員 いや、管制塔機能というのは漠としているのは、管制塔には飛行機は着陸しないのですね。だけど、この管制塔は滑走路が込んでいるときは着陸する管制塔なので、ヘリコプターだったらおりられるのかもしれないのですけれども、ちょっと管制塔という言葉がひとり歩きしていてよくわからないというのと、あと、実際、今の東京で「東京ルール」が始まって、現場で非常にやはり困っているのは、医学的な内容でほんとうに例えば周産期の赤ちゃんを、どこかへ何とか入れなければいけないという話をやるのは、管制塔は非常にふさわしい作業だと思うのですが、さっき言った背景のある患者さんをどこが何とかするかということ、医者と医者の中で一生懸命相談することを管制塔機能発揮するというのは、これはかなり厳しいというような印象もありますので、ちょっとここは難しいかなと思います。

座長 ほかに地域から見えている方たちが……。

委員 ちょっといいですか。

今の話はおそらく初めて収載された予算、初めての事業で、さて、やはり始まってくるのは東京、どう見てもそういう形ですよ。東京でやってみようとしたらこういうものが見えたということは、これは次年度に向けてこれは緩和していただくことと、それから、要するにどこでも使えるようなものにどんどんしてってもらいながら、中身、要するに予算のほうは膨らませてもらうと、そういう作業がおそらく必要になってくるのだと思います。先ほどの議論でも安田先生のほうから、受けようと思ったけどそんな予算では受けられないという話になると、それでは結局絵にかいた餅ですから、それは実質的な実のあるものにしていくという作業は、これは残っているのだと思います。その辺はきょうここで議論してもしょうがないので、みんなでまたいろんな立場から声を挙げるという作業と、中山室長にそれをご理解いただいておくという作業が必要だと思いますけれども、中身として方向としてはこういう方向を目指しながら予算づけをお願いする

- と、ついた予算は使えるようにしていくということで、どうかと思います。
- 座長 そうすると、安田先生のお話で追加しますと、おそらく2人ないし3人とか複数いるような当直体制のときには、そういう当直体制のところにこういうような役目を付加したら900万円とあって、きっとそういうニュアンスなのでしょうね。でないと、この金額で人1人を雇って、それでもって夜働けという話は、こんなひどい話があるのかという話になります。だから、そういう意味では、もうちょっと何とかしてくれという話はそのとおりです。ちなみに、もとへ戻しますと、6ページの絵そのものはもしこの報告書に入れるのだとすると、今のような相当程度に易しい……。
- 委員 考え方ですよ。
- 座長 易しい説明を入れておかないと、そもそもの消防法改正の話と関係はするのでしょうかけれども、どう関係するのかがちょっとわからなくなってしまう。読み手が困ってしまうと思う。都道府県の担当者、例えば金森委員みたいに縦・横・斜めがわかっておられる方が見ると「ああいうことかな」となるのですが、MC協議会などに「ぼん」と出てくると「おれたち、これのどこになるの？」という話になって、多分困ってしまうのではないかと。横田先生、それでいいのでしょうか。
- 委員 そうですね、結構かと思います。
- 座長 少しその辺はよろしくと。
- それから、そうすると最初の1の「消防法について」というところはそういうようにしていただいて、その次の2の「傷病者の搬送及び受入れの実施基準の策定について」というところは、7ページに説明がございまして。その2番目のパラグラフが一番重要だということになるのですね。
- 何かご意見ございますか。8ページのこの図は、全体を読んでもう一回戻って見ると非常によくわかると思います。つまり、この概念図は全体を1回通して読んで、またここへ戻ってくると非常によくわかるのですが、ページごとに見ていくと、おそらくここで分からなくなる。消防法の1号からずっと何号まで、おわかりになっている人から見るとよくわかるのですけれども、これやさしい言葉でやっぱり説明していただいたほうがいいですよ。
- 事務局 はい。
- 座長 そもそも消防法の策定についての1号・2号・3号は、こういうようなことになっていますという話は目次ではわかるのです。けれども、例えば3番のところの確認基準とありますが、これは消防の救急隊で言うと「観察」ですよ。だから、齋藤先生、観察のときに「確認基準」という言葉は出てくるのですか。
- 委員 東京では観察……。
- 座長 例えば京都なんかでは「確認」でいいのですか。

- 委員 いや、観察だと思いますね。
- 座長 だから、法律は「確認」なのでしょう。僕ね、法律に従ってまとめる方がいいって言いつつ、法律そのものがこうやってまとめたことについての基本的な哲学というか、つまり言葉遣いを含めて、そこら辺はおそらく法律のプロがおつくりになっているので、そういう意味では間違いはないと思うのですけれども、現場の働いている人たちからすると今言った観察と確認というのは、同じことをどうも言っているらしいけど、少し違うかもしれないということについての、その少しがよくわからない。だから、そういうことになるとちょっと易しくしてほしいなというのがありますが。
- 事務局 8ページの全体を見るときに少し説明もということは、8ページの下空欄のところに少し各号のところのエッセンスというか、全部を見えるという形のところに、もう少し言葉も下のほうに足していくという形でさせていただきたい。
- 座長 お願いします。やはりふだん使っている言葉で僕たち理解しようと思うので。ふだん使っている言葉というのは、まちを歩きながら使っているのもふだん使っている言葉ですけど、MC協議会などで使っている言葉まで広めて、ふだん使っている言葉ということですか。ですから、おそらく救急隊の選定というのはいいと思うのですね。だけど、確認ということになると、今は確認するための基準と書いてありますけれども、これ結果としては観察をしているわけですから。その程度のことです、あまり深い意味はないのですが。
- 何かご意見、どうぞ。
- 委員 今回の点は座長さんもおもっぴいだと思ひまして、私、最初この説明を先ほどずつとお聞きしたときに非常に何かかた苦しうて、こういう書き方をしてしまいますと、何かいかにも合意形成基準とか、非常に現場の運用とは少し違ひう世界の書き物をつくってしまうような印象がすごく強くなると思ひのです。ただ、政令でそういう文言をもう特定されているという前提は崩しようがないと思ひますので、だけど、ガイドラインというものを今回お示しいたぐために、我々ここで議論しているということから考えると、今、座長おっしゃったように、日常的に業務をするに当たって使っている流れに沿って、この分類基準というものはこういうものであるとか、合意形成とかいうのはこういうことであるというように書かないと、おそらく書いたものだけつくることに、都道府県ではなってしまうと思ひのです。だから、そこは非常に要注意な点で、実は言葉の問題とはいへ、大切なところではないかなと思ひますので全く賛成です。
- 座長 事務局、いいですよ。法律家から見ると許せないとか、そういうことはないでしょう。
- 事務局 いやいや、確かに法律つくる段階で、例えば3号の確認するための基準という確認という言葉を使うに当たって、観察というのが救急隊の一般の用語なのです

けれども、そのほかに診察ってありますね。診察行為の診察、これは医師しかできないとか、いろいろな概念の言葉を1つずつつぶしていく中で、これは救急隊員が観察といっているものは、ある症状の事実の確認行為だろうということで、法令の用語とすれば確認という言葉に最終的になったわけですが、18ページのところで各号の解説をしているところで、確認（観察）ということで、現場の言葉では観察ということを使っているということで、使っているわけです。今、金森委員からもお話しありましたが、例えば合意形成基準も受け入れ医療機関を確保するために、あらかじめ決めておくということが、一般用語といたしますか、口語で使う話なので、ただ、これは法律の文言としてあるので、そこはそれとして、それをかみ砕いて言葉にしたらこうだということを、8ページのところに入れるのが、一番わかりやすいかなと思いますけれども、少し工夫してみたいと思います。

座長 はい、そのほうがいいと思います。何も難しい漢語を和語にしようということを行っているわけではなくて、私たちが業界で使っている言葉に上手に置きかえていただければ、読み手が立ちどまらないようにしていただきたいというのが感覚なのですよね。

委員 そのとおりだと思っています。

座長 では、済みません、多分順番に読むと思いますので、一気に読んでからもう一回もとに戻るみたいな、受験の参考書みたいなことはしませんから、では、そういうようなことで、全体を俯瞰するとそのような議論があったと。具体的には第1号に分類基準とあります。ここの緊急性、専門性、特殊性というのは前からもう議論がありましたので、大体このような切り口で、物事を決めていくという話はいいのではないかなと思います。具体的な内容に行く前に、全体的に緊急・専門・特殊、こちら辺は坂本先生がお強いと思うのですが、こんな形で進めてよろしいのですよね。

委員 今までの議論で少し強いて言えば、特殊性というところに開放骨折、吐血というのがありますけれども、それは緊急性のところでも緊急度・重症度が高い外傷であるとか、あるいは消化管出血ということで実は出ている部分なので、これもあえてここで重複させるのか。ここの部分はほんとうの意味で特殊性ということで、背景因子等に絞ったほうがいいのかというのは、少し議論が必要かなと思います。何か二度出てきてどういうことかなとは思いますが、もしも。

座長 でも、このターミノロジーとして(1)・(2)・(3)が並べられていて、順番に議論しようという、その骨格はよろしゅうございますよね。

委員 骨格はいいです。強いて言えば、要するに脳卒中の治療とか心筋梗塞の治療は別に、専門性が要らないわけではなくて、これはやはり非常に専門性が高いのですけれども、きっとここで言っている専門性というのは、通常の救急医療システ

ムで診ているものは専門性がなくて、通常の救急医療システムから少し外れるような、小児の重症救急だとか周産期を専門性といっているの、少し専門性という言葉が医学一般で使うときの専門性とは、ちょっと違うのだと言っておかないと、心筋梗塞の専門の先生が「おれは専門ではないのか」と怒るかもしれないなという気はします。

座長 わかりました、よろしく。結構ナイーブだけど、おもしろい意見がたくさん出ている。横田先生、どうぞ。

委員 いや、坂本先生と同じように、ただ、特殊性ということなのか専門性なのか、どちらに入れたらいいのかは解釈次第だと思います。現実問題として、例えば一般救急の中で一番困ってくるのは、眼科的傷病、あるいは耳鼻科的疾患ということになってくると、それは専門性という言葉でいいのか、いや、それは救急の中でも非常に特殊性だよということなのか、例としてどこに入るのだということは、この中では触れられていません。しかし、現場ではしばしばやはり眼科救急をどうするのだ、耳鼻科救急をどうするのだというのは、日常の問題になりますので、どこかに枠組みとしてはあるのかなという気はします。

座長 今は使っているかどうかかわからないが、よく「特殊診療科目」という言葉があって、たしか眼科とか耳鼻科だとか、そうですね、先生、精神科だとか。だけど、つまり特殊診療科目の中に「小児科も入ってしまったのだよね」みたいな、そんなような使い方もしたりしますので、そういう意味では特殊性といった特殊というのが、平たく眼科とか耳鼻科など以外に、今言った社会的背景まで入ってくるということがあるらしい。今ここでは社会的背景がかなり十二分に入っているということがありますので、そこら辺の専門性が高いものを専門性とか、特殊な対応が必要なものを特殊性、これではまるで小学生の説明みたいになってしまいます。今言ったようなことを上手に、品よく……。

委員 何かやっぱり必要は必要だね。

座長 では、そういうようなことだと仮定して、上に優先度つてありますが、これも濃いほうが余計優先だろうということになるのだとは思いますが、これも議論するとエンドレスゲームになるので、先へ行きたいと思います。

その次に「具体的内容」とございます。緊急性については事務局も随分練ったあげくにこうなったということです。重篤、それから、症状・病態によって①が脳卒中②に心筋梗塞があつて⑩までございます。ここら辺についての並べ方は、例えばということなので、どう並べても、並べなくてもいいのではないかとということでもあり得ますが、ご意見ございますか。例えば、島崎先生の救急振興財団の報告書に従って目次を見ると、目次の第5「症状別緊急度重症度・緊急度判断基準」とあつて、外傷から下の乳幼児までございますよね。周産期などはちょっと外したとしても、ここに外傷、熱傷、中毒とあつて、意識障害があつて、だから、

最近のトピックでは脳卒中も入れたとして、これをそのまま並べるというのも1つの考え方ではありますよね。いろんな並びが出てくると、「溝口〇〇」とかいって皮膚科の病名みたいに、難しく次から次へと出てくるといったことが起こり得ますが、どうでしょうか。

事務局 一応この並びなのですが、1番と2番は脳卒中と心筋梗塞は非常に重症度・緊急度の中でも重要な話だということと、治療にどれだけ早くつなげるのかということが重要であること。そして、医療計画の中に書き込まれているということがございまして、脳卒中と心筋梗塞を1番・2番に持ってきています。3番の胸痛はさすがに心筋梗塞とあまり外れたところに書いても、ぴんと来なくなるだろうと思ひまして、3番目のほうに挙げました。4番目からは実は島崎先生の順番に沿って、外傷・熱傷・中毒という形になっています。そして、7番と8番はあえてと申しますか、島崎先生のほうでは意識障害のところは次の順番としては入ってきます。胸痛を外しますと、そして、呼吸困難が入ってきます。意識障害と呼吸困難というものを考えていくに当たって、さすがにそれは広過ぎるのではないかなとあって、産みの苦しみに出てきたのが痙攣と喘息でしたので、痙攣と喘息は、何か順番がちょっと違和感のあるような形で入っております。そして、その後からまた島崎分類に戻りまして、消化管出血と腹痛という順番になって、先生ご指摘のとおり、周産期と乳幼児は落としていまして、説明はできるのですけれども、だから何だと言われてしまいそうな説明です。

座長 これは、だから、書き手の思いということになって、例示ですからあまり深く追求しまくるようなことではないような気がしないでもない。ちょっとここはおそらく救急隊側は「証拠によって」ということがより強くあるので、おそらく折衷することになるのでしょうか。脳卒中についても、脳卒中ってわかるかどうかといえば、多分こういうルールに従って判断できるといったって、例えばシンシナティ病院前脳卒中スケールでやったって、東京での経験では100のうち70ですもんね。

委員 はい。

座長 あとの30は外れですから。だから、そういう意味ではあまり拘泥する理由はないのですけれども。順番にご意見をお願いします。

委員 要するにこれは島崎先生のレポートの後の4疾病・5事業という概念があつて、それを載せながら透かしながら、という形に見えますね。だから、あの4疾病・5事業という項立てが大体おかしいのですよね。だから、それと島崎レポートと2つ並べると、どのみち苦しくなる。だから、その2つを併置するのか、こういうように1つにまとめるのか、そこだけ議論はしておいたほうがいいと思います。苦勞の跡は見えますし、それを入れるべきだと、僕は言った覚えがありますので、それが入っているというように見えます。

座 長 どうぞ。

委 員 この中にはいわゆる病態疑いということで項になっている部分と、そのまま症候というのですか、主訴が出ている部分があって、いろんなものがまざっているのを並列に書こうするから、順番を決められない原因だろうと思います。病院側の立場で言いますと、リストをつくって、こういうことができますよと言うときに、何が大きな根拠になるかといったら、専門的な処置です。救急傷病の多くはほとんどが内科の先生、いわゆる総合内科的な能力で、初診対応していただけますが、しかし、ACS（急性冠症候群）について言えば、直ちに冠動脈カテーテル検査、いわゆる血管拡張処置ができるかどうかとか、あるいは脳血管障害であれば、その施設においてt-PAをやれるかどうかという、あえて専門的な処置が可能かどうかということが重要になってくると思う。そうでないと、リストをつくってもほとんどあまり意味のないリストになってしまいます。

ちなみに、第2回するときにも私どものところでやっている医療機関リストづくりは、どうなっているかというのを説明させていただきましたが、横長の資料「拡大MC協議会の概要（堺市二次医療圏）」の例のように、医療機関側からまずその病態及びその処置別の収容の受け入れ可否リストを出していただいて、その上でつくっていきこうと、そうしないと、あまり細かく分けても意味がなかるうということになっています。

資料の3枚目を見ていただければ分かるように、結局は最終的に疾病救急で病院リストが必要になってくるのは、循環器救急、特にACSを疑う場合とか、あるいは脳血管障害の中でも特に梗塞をどうやって拾うのかとか、あるいは私どもの地域で収容困難と言われている消化管出血でした。特にこれに対しては、当番による抜けのない医療機関リストを作りました。その上で、それをどうやって選ぶのかといったことを示しました。即ち、緊急度の次は専門性というのか、特異性というのか、どのカテゴリーに入るかは別にして、その次はこういうカテゴリーで選びませんかという工夫なのです。だから、ガイドラインのほうはあまり細かくなるよりは、少し考え方が伝わるようにしといてやらないと、地域、地域によって医療資源には差がありますし、少しメディカルコントロールに立たれている先生方にも、考え方に多少違いがあるために、そこはもう少し、結果からいえば、細かく過ぎないほうがいいのではないかという気はいたします

座 長 そうすると、せっかくの資料なので、3枚目の真ん中のCPA、ACS、脳血管障害、消化管とつながっています。その上の外傷とか熱傷とか、そこら辺について、ここにはトリアージシートって書いてありますので、シートがあって、その後に救急隊が行く先についてのリストもお持ちなのですよ。

委 員 よろしいですか。

座 長 はい。

委員 それでは、時間を少しいただいて説明します。まず1ページ目を見ていただけますか。これは先ほどの事務局が説明された資料ともよく似ていますが、最初に病態あるいは処置別に受けられるリストを提供していただいて、それをリスト化するという作業があります。次に、そのリストが作成された病院に対して、どうやって連れていくのだという基準をつくって、消防機関と受け入れる病院の両方に納得していただく。実際に搬送という行為があった後、あとはデータの集積・分析しましょうというスキームだと思ってください。

それを具体的にやっていくのに、2枚飛ばしていただいて、先ほどの4枚目の「疾病救急トリアージシート」をみてください。これは現場で使うシートだと思ってもらって、内因性の疾患のときはこちらを使います。2枚目に次のページには外傷、熱傷の場合に使う外因性の場合です。まず疾病救急で見ていただいたらわかるのは、生理学的兆候の異常を評価するために、これは緊急度の高いものをスクリーニングするための基準を示しています。これは先ほどの消防庁で示していただいた基準とおおむね一致しています。それでひっかかれば主として救命救急センター等に運んでいただいて結構だということです。これで重症度がある程度以上である傷病者を先に篩い分けすることができれば、次は適切な病態の判断をして、適切な処置ができる医療機関に搬送するという概念で、観察内容と医療機関選定リストを作成しています。先ほど言いましたように、循環器、脳血管障害、出血、手術の必要とする急性腹症ができました。1枚1枚初めは基準を設けていましたが、何枚もシートがあつては、現場ではそれは使えないので、大きく網にかける枠だけを1枚のシートにしました。大きな網掛け方式で、これにひっかかれば右手に書いていますC、いわゆる疾病別医療機関リストを活用してくださいということになります。リストには2番、3番、4番、5番という○番号を記載していますが、○番号と一致した病態別医療機関リストがつくられていて、これを参考に病院選定することになっています。最後の次の次のページにリスト②というのがありますが、これはP C Iができる循環器の疾患のリストです。循環器については当番決めなくても通年固定でいけますので、リストの提示だけで運んでくださいということになっています。

一方、リスト④というのは消化管出血ですが、曜日別・時間帯別で作成しています。というのは、24時間365日埋まらないので、当番病院を指定して埋める必要があるためです。それが右手の当番指定病院①、当番指定病院②というのがあって、それを集中的に活用していただくというようにしています。

こういうような形で、私どもは受け入れ側の基準をつくって、先ほど言っている確認事項というのは、実はこのシートで言うところの真ん中のトリアージシートの中に書いてあるチェック項目が、観察と確認をしたということの意味で救急隊がこれを使うことになります。このシートを持って病院に行き、病院にこれを

残してきます。下半分にはその後の経過が病院側で記載されて、収集してデータ分析に使いたいと思っています。なぜ使いたいかという、具体的にはまだこれを収集するのにどうするかというのは、現場で、今、議論されているところです。したがって、先ほどの説明で、専門性及び特殊性といったところに記載されていたのが、私どものトリアージシートで言う真ん中の欄の主訴・症候・症状別に書いたところだと、思っていたらいいかなと思います。以上です。

座長 どうもありがとうございました。

だから、おそらく地域で話をしている具体的な、躍動感に満ちたこういう資料を手にする、そうだよねと。おそらく救急振興財団のころのお話は、外傷・熱傷・中毒以下の乳幼児までありますけれども、全国をずっとズームアップして見ると、これらの項目について重症度・緊急度について議論しといたほうが、全国的なシェアから見ると安全だろうという話だったのでしょ。というようなことで、安田先生、いかがですか、今のリスティングについての事務局の話と、それから、そのもとになった救急振興財団と、それから、今の脳卒中、心臓、腹部と。

委員 症候別・疾患別いろいろ分けて記載することは、どうしても前回から言っているグレイゾーンでわからないのがたくさんあるのですね。それを言い出したら切りがないので、典型的なものを挙げていくわけですけれども、事務局が言うように、やっぱり脳梗塞のt-PA治療をどうするかは1つ大きなポイントですし、それから、ST上昇伴った急性心筋梗塞にPCIをやって、ダイレクトにPTCAをやってぱっと通すとか、そういうことは非常に重要ですから、これを上のほうに持ってくるという発想は非常にいいと思うのですね。それ以外にいろんなことをガイドラインとして挙げていくことは、典型例を挙げていくのでいいと思いますね。

それから、この基本は搬送、119番してから病院到着するまで、全国平均35分以上かかっているというようなのを何とかもう少し早くしよう。早いだけではなくて、適切な医療機関に搬送しようということが目的になってくるわけで、その時間短縮を考えたときに、やはり背景にいろいろある患者さん、それから、複数の科目にまたがる患者さんですね、この間も妊婦が急性重症膵炎になって、千葉県から東京まで運ばれてきたのがありましたですけれども、そういうような複合した患者さんを、どうするかということまで言及していかないと、時間短縮にはならないのではないかなという気がします。

座長 今のお話は、最初の単なる緊急性の比較的単純な話と、それから、専門性並びにその後の特殊性を言って、だから、それぞれそういう意味では、例示ということでは、そんなに複雑怪奇にする必要もなかろうと。ただ、こいつだけは押えろという話だろうと思うのですね。寺澤先生、どうぞ。

委員 今の大体意見と同じなのですが、地方では結局搬送困難になる可能性のある

患者さんというのは、ちょっと都会とは違うこともあって、例えば小児の顔面の外傷で形成外科医はきょうどがやっているのだとか、やっぱり神経精神科の自殺の患者さんとか、複数の問題を持った人とか、だから、大枠でその地域の実情に合わせた搬送困難になる可能性の高いものに関して、しっかりしたルールづくりをなささいという、その大筋が最初にあって、例としてこういったやり方もありますよって書いていただかないと、何かこれがそのまま文章でおりてきますと、僕の想像では、福井県関係の人がいたら怒られるかもしれませんが、大体、病院関係は医務薬務課、消防は消防防災課とか危機対策課、2つの課はそれほどうまくいっていない。

だから、こういうのが2つの課に一気に文書がおりてくると、どっちがリーダーシップをとって取りまとめをするのか、そこからめ事が始まります。結局メディカルコントロール協議会に投げろという話になって、メディカルコントロール協議会で何するかというと、我々と消防の人たちの代表の救命士の古参の関係の人とか、救急医のちょっと若手の元気のある人たちが、作業部会みたいのをつくって、うちの県ではきつとこういうことが一番問題になるから、指の切断の場合にどことどこがOKだとか、何か福井県で問題になりそうな搬送困難事例に関して、わりとしっかりしたルールづくりをし、あとはここら辺全然問題なくいっているのではないか、だから、あまりうちで細かいルールづくりは要らないだろう。

ただ、奥越といって山のほうの消防とか、若狭湾の消防に行くと、俄然またここに出てきたやつを利用して、少しルールづくりをうまくやるように背中を押しあげてあげる、きつとこれくらいの作業だと思うのです。ですから、あまりここでそれを頑張つて深く突っ込んでかかわり過ぎると、何かこういう例示が出てくると「これをやるのか」みたいな感じで、かなり地方は結構混乱してしまうかもしれない。

座長　そうですね、症状Aはやっつけた、次はBだ、次はCだとかいってね。わかりました。だから、今言ったような意見を入れて、さらりと品よく、しかし読み手からすると「私たちのまちのことを、きちつと考えよう」という話ができるようにしておこうですね、いいですね。

事務局　はい。

座長　では、そういう意味では……。

委員　いいですか。

座長　どうぞ。

委員　この例示を見ていると、脳卒中疑いだとか、心筋梗塞疑いというのは、それを疑えばというところで何となくわかりやすいのですけれども、そのほかのものについては、例えば重症度・緊急度が高い胸痛だとか、重症度・緊急度が高い腹痛だとかいうのが出てくるのですよね。胸痛だとか腹痛ということであれば、まだ

救急隊でも判別つくかなと思うのですけれども、そこにさらに重症度・緊急度が高いというような話になってくると、果たしてそれを救急隊がうまいぐあいに、判別できるのかどうかというのがちょっと心配なのです。

座 長 僕の頭の中ではもうこれから既に離陸してしまって、今言った心筋梗塞や脳卒中について行政が出している何かにプラスして横田先生の分類を加える。それに寺澤先生がおっしゃったようなことを入れたものが、ここにできているのではないかなと思ったので。拘泥していませんよね、別に先生ご自身が書いた緊急性の高い腹痛とかいうことには。

事務局 えっ……。

座 長 いや、今おっしゃったこちらのものがね、そうは問屋がおろさないよと今おっしゃったので、僕の考えは、もうそれからは離れて、横田先生がおっしゃったり、安田先生がおっしゃったり、寺澤先生がおっしゃったようなことで、多分ここはまとめていけばいいのではないかなと思った。そのように答えたのですが、それでいいのではないか。

事務局 地域の実情に落とすのでいいのだと思います。あとはもういろいろ皆様からいただいて、どの例示がいいかという、そのチョイスだと思ってしまして……。

座 長 だから、結局、例示ですから、極めて具体的にはもう大阪の堺で、こういうような例示でやっているという話がありましたね。それプラス田舎では、例えば切断とかいう話があったり、子どもの顔面外傷なんかも場合によっては問題になったりし得ると。だから、地域性を持ったところでうまくやってくれやという話になるわけですね。だから、そういうような意味では専門性というところも、今回では小児のことで、それから、妊婦のことがとりあえず出ていますので、これをそのまま書いてしまってもいいとは思いますが。

事務局 1つだけ、重症度・緊急度が高いというところを入れたところは、一応書いたところとしては、重症度・緊急度が高いというのを地域でどのように判断するかというのを、決めてほしいなという思いがあります。

座 長 それは、だから、堺でやっている横田先生が出してくださったトリアージシート、これはそれを言っているわけですよ。だから、こういうようなものを例示しながら、今言ったようなことを説明していけばおそらくいいのではないかな。佐々木委員、そういうようなことでよろしいですね。

委 員 はい、わかりました。

座 長 ほかに何か意見ありますか。いいですか。

今どこまで行ったのですかね、専門性の子どもと妊産婦は、こういうような分類でいいですか、どこにあってもいいような気がしますけど。

それから、その次の特殊性については、開放性骨折も東京で言えば、明け方あたりがかなり難渋するのですよね。

委員　そうですね。

座長　ちょうど当直の先生が大学に戻るころかという、エアポケットみたいな。そういうようなこともあって、1つ1つ例示を挙げていくとおもしろいと言えばおもしろい。これも都会においてはこうだよねということがあるので、こう書いたのだとは思いますが…。ご意見ございますか。

委員　よろしいですか。

座長　はい。

委員　開放骨折とかと同じ整形分野ばかりになってしまうかもしれませんが、現場でかなり高い精度で疑いがとれて、搬送先見つかりにくいもののもう一つが、脊髄損傷の疑いというか……。

座長　脊髄損傷？

委員　脊髄損傷ですね。

座長　脊髄ね。

委員　脊髄ですね、要するに階段が落ちたにしても何にしても四肢が動かないということ、これはやはりかなり搬送先決定が難しいことがあって、これもちょっとこの並びであればもう一つ、例としてはもしかしたら挙げてもいいかもしれないと思います。

座長　この17ページの①「医療機能が限られる」というと、確かに限られるといえれば限られるのです。その後、背景があるものについてまた並べていますが、これはこれで先生としては納得的でよろしゅうございます？　この辺も書き手の思想が露骨に出るところなので。

委員　よろしいですか。

座長　はい。

委員　先ほど来、地域性とかね、それから、その地域の既にそれまでの伝統といえますか、こういうようにやってきたよということなど、差があると思うのです。したがって、その地域において何が不足し、どのような理由で収容困難なことが起こっているか、地域としての特殊性を、先に拾い出す作業をしてから、リスト化する必要があると思います。その地域でまずは基礎調査なり従来のデータなりで、何が問題なのかということを整理した上で、リスト化しなさいよという、そういうのがちょっと1行か2行入れていただきたいような気がいたします。

座長　確かに言われてみればそのとおりですが、だけど、数が出るというより、むしろ関係者が集まって一度議論しておけば、議論によるおおよそのコンセンサスが得られるでしょうから、体にしみ込んだ恨みつらみがいっぱいございますので。ですから、そういうような観点で、この特殊性の部分をもとめていくと、いいですよ。

委員　ちょっとよろしいですか。

座長 はい。
委員 今回の議論全体を含めてなんですが、この特殊性というのは、ほんとうはもっとあると思うのですが、あえてそれをどんどんどんリストを増やさないで、現場でという考えに僕も賛成です。そして、その場合なのですが、このリストを1回つくると、これがもう古文書みたいになるまで、ずっとその地域で使うというのは逆に困るわけです。災害医療でもそうなのですが、例えば協定書をつくったり、いろいろマニュアルをつくったら1年で1回見直すと、おおむねそういうことはやってもらいたいと思うのです。でない、もうほんとうに現実と乖離してしまっ、そういう運用では一番困ると思いますので、ぜひそこだけできれば毎年見直すということが、望ましいかもしれないような書き方をに入れていただければと思います。

委員 よろしいですか。

座長 はい。
委員 最後にぜひ言っておきたいことです。29ページに3「傷病者の搬送及び受入れに関する調査・分析」というところが、3行しか書いてなくて寂しいなという気がします。前回提言したにも関わらず、今回改めてまた資料出ささせていただいたのは、それを言いたいがためです。実は先ほどのこの書式ですけれども、要は今までの話を聞いていると、確かに時間的な意味で収容困難は少なくなりましたというのでは、ほんとうに質が高いのかどうかということはありません。要は量を片づけたけれども、質は全然は問題としては残っていますよねということになってしまっ、今回の消防法は逆に弊害を生み出すだけにしかないのではないのでしょうか。やはり実際に運んだ後はどうだったのかという、そのデータをやはり双方で持ち寄って分析する。そうすると、つくってみたリスト、搬送の選定のための基準、やっぱりおかしいよねというところが、必ず出てきますので見直していく。

また、石井先生がおっしゃったように、いろんなことを調べると、こういう特殊性はこの地域でもう一度やり直さないと、いけないと違うかということも見えてくると思いますので、29ページの3というのは、あるいは4にも多少かかってくるのかもしれませんが、このようなところが法文上の中でどこに書かれていて、あるいはむしろそこが大事なのだというような文にしないと、後ろのほうに少し出てきているのは、私自身個人的には非常に不満なのです。以上でございます。

事務局 今29ページは横田先生からお話しのあったところはそのとおりでして、今まで議論があったように、やはりここの調査の分析についても、消防が持っている搬送情報と入った後の医療機関の情報、ここでも議論いただきましたけれども、そのマッチングを踏まえた調査・分析が必要だということはそのとおりですの

で、ここはもう少し分量を書くようにしたいと思います。

あと、もう1点、同じ横田先生からありました特殊性、17ページのところですけれども、あまり決め打ちでやるのではなくて、地域の実態に応じてメインの項目をやっていくべきではないかというところは、私どもも全くそのとおりに思っています。17ページの特殊性のところの4行のところは、まさに地域の実態を踏まえて、そこで抽出された分野について、カテゴリーを設けていったらどうかということを書かせていただいたのです。ただ、特殊性の部分はそういう形だと思えるのですけれども、緊急性と専門性の部分については、地域の実態ということも当然あるのですが、それ以前に患者さんの状態に応じてやはりいち早い医療の提供が必要だというところは、特殊性よりわかるころはあると思うので、そこはある程度方向を示して、いずれにしても、医療事情と全然地域の空気が違いますので、その分析を踏まえて、見直していくということが必要かと思えますので、そういう思想をしっかりとわかるように書いていきたいと思えます。

委員 済みません。

座長 はい。

委員 今の特殊性のところにこだわって申しわけないのですが、この例示はちょっとわかりにくいのではないかなという気がしてならないのは、開放骨折とか吐血・下血が入っていますよね。これと②というのは全然違う意味のもので、先ほど来こういったものも地域によって搬送困難になっているからということなのですが、この議論なんかを詳細に聞いていない、あるいは各地域でどういうことをやっているかということが、念頭にイメージとしてお持ちでない県からすると、やっぱり前の緊急性・重症度、それから、専門性というものと特殊性というのが、どう違う視点で選べと言われているのかというのが、わからないといけないと思うのです。そうすると、消化管出血のようなものが前に入っていて、吐血・下血が後ろに入っていると、何となくわけがわからなくなる。

よくまた事務局で考えてくださると思うのですが、私的には何となくここには患者さんの症状程度とか、あるいは提供されるべき医療、その症状程度に応じて適切に提供されるべき医療機能が限られているというようなこと以外に、つまり、どちらかというと、②のようなそういったことと違う事情があつて、その地域の実情を調べてみると搬送困難になっているもので、なおかつ医療機関をリストアップしたら解決する見込みあるものを、ここに選び出してくださいというように示すほうが、わかりやすいのではないかなと思います。あくまでも医療機関を分類すると、リストをつくるための分類基準ですよ、分類しても解決しないものについて、ここで選び出しても意味がないところがありまして、実際は急性アルコール中毒の患者さんとか、そのリストができればいいですけれども、非常に難しい。精神疾患と何かげがされているところも難しい。でも、こう

いうことを書かれると、どこでもこういうものは非常に搬送困難になっているので、何か無理やりこういうものをつくらなければいけないのかなというようにも思いがちで、やっぱり実施基準を今回法改正されたのは、あくまでも実施基準というものをつくることによって解決できる課題については、これでしっかり迅速で円滑な搬送してくださいという意味だと思いますので、そういうことがやっぱりわかるように、何かこの1・2・3の分類の視点というものを示していただいたほうがいいのではないかと。

座長 よくわかります。もう一言で言えば、あくまでもこれは表現するという国語の力そのものです。ですから、今言った精神科的な、または急性アルコール中毒だとか住所不定者を受ける病院の、そんなリストはあるのかといたら、あるわけではない。ただ、東京の例などを参考にすると8ページの6号と7号ですか、「受入医療機関が速やかに決定しない場合の対応等」というところであぶり出されてきます。その中で、そういうようなことが全体としてわかるような表現を、きちっとするということが大事だと私は思います。ですから、これはもう事務局が最終に書く文章に当たっては、そう困ることにはならないと思います。で、いいのですよね。

事務局 はい。

座長 では、そういうようなことで、特殊性のところも大体議論をさせていただいたとして、18ページにリストがあります。このリストは「例えばこうですよ」ということで、東京の脳卒中のリストをつけたり、その他さっきの横田先生のところの心臓のリストだとかありましたけど、そういうような、例えば「こんなようなリストですよ」というものを例示さえすれば私はいいのではないかと。だって、こういうリストをつくれと言っても、救急医療は地場産業ですから、リストのつくり方はもうその場その場で考えていただくしかありません。そういうことでよろしいのですよね。

それから、その次の確認基準もさっき言った観察という話になる。その時には例えば19ページの脳卒中疑いで、例えばシンシナティのスケールでやっているという方法は、東京消防庁がこれでとりあえず出発しましたよね。

委員 はい。

座長 だから、その次の倉敷のような比較的定量性の高いものについては、次のステップで考えるべきなのではないかと。だから、t-PAのことをより強く意識すると、この程度には定量的に評価して、搬送の先の医療機関に情報入れて、だったら連れてこいという話におそらくなるのではないかなという、ピッチャーとキャッチャーのやりとりです。ですから、これも例示で私はやっていくしかないのではないかなと思います。

消防法の改正によって、救急隊の方たちが行う観察の景色が変わること

については、例えば東京消防庁では脳卒中に関して、もともとの観察の基準については、ある意味網羅的には書いてはあったのですよね。それを少しアレンジして、脳卒中はこうですよってわかりやすくというか、みんなにわかりやすくしたというのが実際だと思うので、こちら辺はどの程度まで踏み込むか私はよくわからない。けれども、さっき言った横田先生の地域でやっているようなトリアージシート的なものであれば、それはそれによろしいのではないかなという気もある。ちょっと意見を。

委員長 　　ちょっとよろしいですか。

座長 　　ええ。

委員長 　　先ほど横田先生のトリアージシートは、拝見させていただきましたけれども、東京の場合は観察カード、21ページに紹介されていますが、外傷、疾病、乳幼児だとか、熱傷だとか5種類ほどの観察カードがあって、これは現場で使っています。その現場でこれを判断するその前提となる活動基準が、疾病ごと外傷ごとにちょっと分厚いものになりますが、一応MC協議会が立ち上がる以前から、専門家の先生方にいろいろと協議していただいたものが、一応手持ちとしてございまして、その中で、先般、t-P Aの脳卒中に係るプロトコールがMCの協議会の中で策定されて、なおかつA病院・B病院の医療機関のリストも同時にでき上がったと。ですから、今後は順次、この協議会、東京の場合、MC協議会を母体に協議会という位置づけにしようということ今動いていますが、そのMC協議会の中でさらに基準を定めていくとか、検討していくということになると思います。

座長 　　このあたりでとくにご意見、あまりないのではないかなとは思っています。第4号、もうせつかくですから24ページまで行きますと、2番と3番を使って4番で実施せよと、こういうからくりでいいのですよね。

　　そうすると、2番・3番があるということは、自動的に4番ができ上がるということになるのだと思います。4番をやろうと思えば2番と3番とをやれと。ここに「搬送先の選定にあたっては、総合的に判断することが必要である」と書いてある。当たり前なのですが、今言ったみたいに2番と3番を上手に利用しながら、総合的に判断しろという話なのですよね。

事務局 　　はい、そうです。

座長 　　やっぱり横田先生が持って来られたものなどを上手に入れ込むと、結構読み手としてはわかりやすくなるのではないかなと思います。よろしくお願ひします。

事務局 　　はい。

座長 　　伝達基準も4の同時進行とか、嫁入り先を見つけたときに、その嫁入れ先に何を言うかという話になります。これも今の東京ではシンシナティのスケールを使っていますけれども、少し練れてきたら、場合によっては倉敷病院前脳卒中

スケール程度にはバージョンアップするかもしれないということで、私は理解しています。ここは何か。

委員 よろしいですか。

座長 はい。

委員 ここに下線引いてある「伝達基準として設定されているものだけ伝達すればいいというものではなく、基本的に総合的に系統立った伝達が必要である」というか、おそらく判断が必要である、その判断したことを伝達することが必要であるということなのだろうと思うのですけれども、この部分は重要です。とかく非常にコンパクトに搬送基準等をつくると、救急隊員に対してちょっと失礼な言い方かもしれませんが、どうしても紋切り型で判断してしまって、こうなのだからこう運んできたのだと、ここに書いてあるからというような、きわめて単純な判断になってしまいましたが、やっぱり傷病者の観察というのはダイナミックに変化もしていますし、1個の観察だけで決められるものでないはずである。本来、こういうことを、救急救命士は勉強して知っているはずなので、紋切り型に使うのではないよという意味で、強調したいところを下線でちょっと喚起しておくということが重要なのかなという気がします。僕はこういうのは賛成です。

座長 東京消防庁で言うと、何メートル飛んだからもう救命センター扱いという、いつものあのパターンですよね。要するに生理学的にも解剖学的にもあまり変化がないけど、決まっていますからと。だから、そこら辺をもう少し品よく、救急隊も心と心を通じるような伝達の方法をとということが、多分、必要なのだというように思うのです。

自治体の委員から何かございますか、いいですか。

委員 はい。

座長 大丈夫ですか。最後の合意形成基準、確保基準、これは何かというときっきの8ページの図でいくと、「受入れ医療機関が速やかに決定しない場合の対応」、6番と7番がある。この7番は別に受け入れが決まらないときというわけではないのでしょうか。

事務局 7番はそのほか何でも必要があれば、決めていいですよということで、例えばということでヘリの要請基準みたいなものを……。

座長 だから、この8ページの図でいくと、7番の位置はもう少し別のところにあらまほしいという感じですか。

事務局 7番はどこにでも入り得るので、一応対応等の中の「等」に入れたというぐらいのイメージです。

座長 そうですか。でも、これは速やかに決定しない場合の対応というのと、それから、7番のことをちょっと別個に書かないと。

事務局 わかりました。ちょっと7番は自由度をきかせていることだということで、ち

よつと別に配置したいと思います。

座長 ということで、1～7まで一気に来た。もう一回確認させていただこうと思いますが、28ページまでは大体の景色としては、あらかじめ共有できたのではないかという気がします。

委員 ちょっと1点だけよろしいでしょうか。

座長 はい。

委員 先ほど座長さんもちょっと触れられたと思うのですが、第4号のところで選定基準のところなのですが、わかるといえばわかると思うのですが、これはやはり観察に基づいて、その上で搬送時間とか、ここに書いているようなことを総合的に判断するというので、観察というのが前提になるというのを、ガイドラインであるのだったら、わかりやすく盛り込んだほうがいいのかと思います。

座長 よろしくをお願いします。

事務局 はい。

座長 では、29ページ、いつでも前へ戻っていいのですけれども、せっかくですから29ページの「受入れに関する調査・分析」について。ちょっと確認なのですが、きょういただいたこの資料、「平成二十一年、第七十一回国会」とか書いてある「関係資料、総務省」とありますが、今言った「受入れに関する調査・分析について」というのは、この法律の固まり全体によると、どこにそれが書いてあることになるのか、ちょっと教えていただけますか。

事務局 新旧対照条文という、こういう2段になったようなものがあるかと思いますが、上下2段になったものをごらんいただければと思いますけれども、その中に協議会の内容のところが出てまいります。それというのは……。

座長 何ページですか。

事務局 上下になっているので4ページでございます。4ページ、第35条の8というところが出てきますが、「都道府県は」というところから始まりまして、「実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に係る連絡調整を行うための協議会を組織する」となっておりまして、この連絡調整の中に調査・分析というものも入ってくると。協議会の任務といいますか、協議会の機能としてそういう調査・分析も含めた連絡調整というのが、入っているということになっております。

座長 この第35条の8というところは、「(以下この条文について「協議会」という。)を組織するものとする」と書いてありますよね。

事務局 はい。

座長 この協議会が調査・分析をするというのはどこに書いてあるのですか。

事務局 「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に係る連絡調整」というところなのですけれども、法律を書くときにもっと「搬送及び受入れの検証」とか「調査」とか書く案もあったのですが、個別にあまり細かく検証を行うということとか、具

体的にねらい打ちみたいな形で書くのではなくて、もっとほかの検証・調査以外にも意見交換等ありますので、連絡調整という言葉は非常に広いのですけれども、この中で調査・分析が入るだろうということで、条文文言で言うと、連絡調整の中に調査・分析が入っているという整理になります。

座 長 わかりました。ここにはそんなもの入ってないはずだと言う人が、場合によってはあり得ますか。

事務局 まあ、あるかもしれませんけれども、実際、実施基準をつくるに当たって、現実の先ほども話し出しましたが、搬送の実態と医療資源の状況を踏まえてつくというのが本来ですし、PDCAで回していく場合の必須のもので、そこは当然入るということで共有されるのではないかなと思います。

座 長 そうですか、わかりました。

委 員 ちょっといいですか。

座 長 はい。

委 員 済みません、この35条の8の③・④を読んでいただければ、これは協議会というのは行政よりちょっと外にあるとしても、必要があると認めるときは、関係行政機関に対して資料の提供、意見の表明、説明その他の協力を求められるわけですね。その上で、今度は都道府県知事に対して、必要な事項について意見を述べると、これは非常に強い権限だと僕思うのです。ですから、これは要するに県庁のどこに対しても資料提供を求めて、最終的にその一番上にある長に意見を述べる。述べたものを無視したら、これ大変なことになりますから、専門集団のその地域に1つしかない組織がやるわけですから、これでかなりのところは担保されているのではないかなと思います。

座 長 いや、わかりました。

委 員 条文的にどうですか、法律的に例えば……。

座 長 先生が今おっしゃったのは、この3ページに協議会とは、また実施ルールとあるではないですか。これが極めて重要な……。

委 員 3ページはどれの3ページ？

座 長 先生ごめんなさい、この事務局が作成した報告書（案）です。

委 員 ああ、これの3ページ。はい、そうです、そうです。ここに意見具申、協力要請と。

座 長 だから、横田先生がおっしゃる、横田先生の資料の搬送と診療がこうあって、その最後に「検証とフィードバック」という(4)がありますね。この部分は事務局がおっしゃったところのPDCAを回すことだとおっしゃっていて、ここまでやろうぜということで、この会はみんな一致団結する熱い心でやっていると思うのです。けれども、さっきの話ではないですが、法律を見て「こんなこと書いてない」ということはないのかということがちょっと心配だったので、それでお聞

きした次第です。金森委員が前から言われるように現場にこれがおりにくと、熱い心なんかもう一切わからずに、単なる国語の文章になってしまいます。国語力だけが勝負になりますので。

委員 いいですか。

座長 はい。

委員 石井委員と同じ部分なのですが、さっき③で石井先生おっしゃったように「資料の提供」という言葉がございますので、資料の提供というのを、手持ちで既につくっている資料を公開せよということなのか、マッチングとかも含めてこういう資料をつつて、提出せよということまで含むのかというところで、行政にちゃんとマッチングした資料をつくって、協議会に提出しなさいということのを要請することができるのであれば、かなり調査権があるのかなと思ったのですが、こちら辺は法律的に読みとしては資料の提供といった場合にはそういう資料は集めていませんから「ありません」と言われれば、それは求められないということ……。

座長 とりあえずこのガイドラインでそこまで言うておけば、それを無理やり無視するような都道府県の知事さんは、私はないとは思。けれども、法律ではどこまでそれを想定しているのかという話になると……。

事務局 ③は情報提供という広い意味の情報とか見解の表明を求めるということですので、「資料の提供、意見の表明、説明その他の協力」ということで、最終的にはその他と広く拾っていますので、当然、資料がない場合でも説明を求められますので、その中でつくってくれとかいうこともあると思いますし、目的を達成するために必要な情報を集めるということですから、そこは入るといいと思います。

座長 わかりました。読み方の作法として？

委員 今、事務局のほうから言うていただいたとおりでと思いますし、最初から議論があったように、こういう調査・分析とかいうのはこの実施基準とか、要するにうまく救急の搬送をしようというときに必須の部分ですね。だから、必須の部分を法律条文で具体的に文章がないからといって、できないなんてことはあり得ないので、そこは今言われたように何かちょっとある意味では、普通では読めないような形で読んで、一応それが説明づけなのですけど、基本的な考え方からするとそれを排除するということは、あり得ないというように理解していただければ十分だと思うのです。

座長 わかりました。本件については私の地元の消防本部はいかんせん年間60万件もあって、こんなことできるのかという議論をしてきた記憶が少しあります。せつかくの消防法改正でガイドラインをつくるのであれば、そこまで踏み込みたいというのはもうそのとおりなのです。とにかく、やりましょう、いきましよう

いうことでいいのですよね。

では、そういうような理解が新しい法律の主旨だということを、今、確認できました。先ほど来、29ページの3行のところ、この部分を踏まえてPDCAサイクルを回すのだということでやりましょう。検証とフィードバックという、横田先生がせっかくなつくってくださったこの図をちょっと借用させていただくなりして、ここを重たく発信したい。そのように地域に頑張ろうぜというメッセージを、ぜひ入れていただきたいと思います。よろしくお願いします。いいですよ。

委員 はい。

委員 ちょっといいですか。

座長 はい。

委員 あまり荒っぽい話は言いたくなかったのですが、ちょっとだけ思っただけ、要するに政治目標としての2,200億の切り下げというのがあるうちは、ここで何を言ってもなかなかできなかつたわけですよ。でも、それはもう明瞭に完全になつたわけですから、ということは、我々は各地で問題点を洗い出して、問題があればこれを全国MCに出して、それでそれを何とか解決しようという作業を、このフィードバックが大事だと思うのです。これ全部を押しつけて、あとは現地で解決しなさいというように見えますが、そうでないことをやっぱりここで確認しておく必要があると思いますので、無保険者の問題だとか、国籍がどうなっているかとか、終末期医療の搬送をどうするかとか、いろんな問題ここにいっぱい隠れています。それはぜひこれから共有化して、あらわにして、また情報発信する、そのフィードバックの作業をぜひ委員長にも共有していただければと思いますので、よろしくお願いします。

座長 今言われた看取りを目的にした救命救急センターへの搬送というのが、東京でも現実には多々あります。それはもう社会の安寧と秩序のためにそうなっているしかないのだから、頑張るやろうぜというのが僕らの現場の景色なんですけれども、それは社会の安寧と秩序がそれによってようやく守られているという、脆弱な状況に今立ち至っていると、そういう話を言ってくさっているわけです。そういうようなこともこの受け入れの実施基準の中には、多分含まれるということになってくるのでしょね。だから、そういう意味では、日々の生活の中で感じていることを、ぜひ上手に入れながら展開していきたいと思います。

もう時間がないので、最後の都道府県の調整というところがありますが、これは前回、結構国境沿いのところでは、隣とうまくやっているところがいっぱいあるという話がたくさんあった。そういうようなところがフリーズしないように、うまくその人たちがもっと元気になるような形で、書いてもいいのではないかと話が出ました。

何かご意見ございますか。お願いします。

委員

前から申し上げているように私は素人なので、全くわからない中でここにいさせていただくこと自体が、少し申しわけない気持ちでいて、だから、これから申し上げるのは基本的には無視していただくことを前提に、一言だけ言おうと思うのですが、これまでの先生方の議論を聞いていると、事務局の方は日本の官僚は優秀なので、文章作成のプロだと思いますので、私が心配することはないと思うのですが、ここからどうやってさらにこの文章をつくっていくのは、ちょっと私自身は事務局が、相当苦勞されるのではないかなというのをちょっと感じたのです。

だから、無視していただくことを前提に言うと、例えばですが、これ多分法律の条文の説明を入れながら、それが目次になって具体的な基準みたいのも入っているの、何か法律条文の日常用語でない部分のわかりにくさと、何かいろんなご意見がまじっているような感じがしたのです。例えばですけど、一番重要なのはここで先生方が日々努力されている、熱い思いと先ほど座長が言われましたが、そういうものとか基本的な考え方、もしくは法律が改正されたことの基本的な考え方を、簡単に最初に「はじめに」みたいな形で説明しておいて、その中に基準としてこういうものがありますとか、こういうことを決めなければいけませんとかいうのは入れておいていいと思うのです。

あと、むしろ実態としては例えば横田先生がやられているような、どのような考え方に基づいてこういうことを、こういう努力をされているかという、具体的な地域、地域による基準を具体例みたいなものを何か幾つか例として、もっと濃密に出していただければ、そのほうが例えば堺市でやっていることとか、東京でやっているとか、もっと地方で、先ほど先生方が言われたこの地域ではこういうことぐらいやればいいのではないかというようなのを何か文章化すると、いろんなところで何か使えるような文章になって、その中からさらに何か例えば調査・分析にせよ何にせよ、前のほうにこういうことが大事なのですと、PDCAを回すことが重要なのですとかいうような、何か基本的考え方と具体例と、というような何かつくり方みたいなものが1つあるのかというように、私の杞憂だと思うのですがちょっと感じたので、つくり方は事務局のほうにお任せしますが、何かこのままどうやってこの報告書をつくれるのかというのは、ほんとうに大変なのではないかと思ったので、一言だけ余計なことですけど、申し上げさせていただきます。

座長

どうぞ。

委員

岩田委員と全く同じです。地方に行くと、僕はすごく気になっているのは、10ページの優先度の書いてあることなのですが、やはり坂本先生もおっしゃっていましたが、緊急性・専門性・特殊性というものが完全に分かれな、必ず

オーバーラップしてくると、それから、各都道府県によって緊急性・専門性・特殊性のマルの部分がおそらく大きさが違うのだと思うのです。ですから、考え方としては、緊急性、それから、専門性・特殊性に対して、今、自分の都道府県がどういうアプローチをしているのかというので、この中にいろんな医療機関も入れ込んで、その中でどこが弱いところなのかということをやっぱりある程度再認識して、そこから何かこういうアプローチをなささいというような方向性のほうが、何かわかりやすいのかなというような気がいたしました。

座長 基本的な骨格をつくったその後に、この報告書を利用するに当たってというのが前にあったりしてもよい。それから、後ろのほうには資料集がどっと載っていたりとかいうこともあってよい。そういう意味で読み手にやさしいものを、つくっていくという話なのだと思います。どうしても厚生労働省の方たちと話をするといつも出てくるのは、全国一律のものはつくりようがないと、だけど、それなりのものをつくって示さないといけないということをよくおっしゃる。確かに言葉はそのとおりなのですが、それで現場ではほんとうに役に立つのかというと、実は全国一律のものという話でいきますと、実は役に立たない。だから、結局やる人たちは何をやっているかということ、似たような地域ではどうだろうかとか、例えば東京だと大阪ではどうやっているのだろうかとか、大阪だと福岡や東京ではどうやっているのだろうかとか言いながら、お互いに資料を探りながらやっているというのが実態になりますので、場合によっては、今言ったように後ろに資料集がついていて、似たような町でこんなようにやっているのだといって「まねをしよう」というようなところがあってもよい。そうすると、もうちょっとこの報告書というか、法律を読みながら現場でどうするかの説明書が、余計わかりやすいかもしれませんね。

どっちにしても、文章の中でわかるというのは上の上ですよ。具体的なものを見てその文章の内容がわかるのは中で、そうでしょう、僕らは症例報告を読んだだけではわからないわけですよ。現場で患者さん見てわかるわけですから。そういう意味では、読む人々も普通の人でしょうから、だから、普通の人はやはり例示を見てわかるというようなことです。そのようにやりたいなという気がいたします。こんなところでよろしいですかね、先生。

委員 ちよっといいですか。

座長 はい。

委員 ちょうどいい話になったので、1年見直しという話をさっき言ったではないですか。だから、そのときに見直す、では、勝手に見直ささいではなくて、そのときには取りまとめたものが非常に大きなファイルが、多分できているはずなのですよ、1回目の作業の。それを実際のいろんなそれに対する反省だとか何かを含めて共有化すると、そうすると、2年目にはものすごく別な肉厚のものになっ

ていく。それを5年ぐらいやればかなり、とりあえず使えるかなというような感じがあるのです。それでさっき申し上げたので、資料を添付する、それは資料を添付というのは今回限りではなくて、実はこの後、ここがというか、事務方がプラットフォームになって、全国にそれをお配りするという作業が1つあるのだと思います。

あと、前文に関しては、これはあくまでテクニカルな作業部会ですから、これは親会議のほうで、こうあるべきだとか、こういうコンセプトだとかいうのはまた検討してもいいのではないかと、ちょっとそう思いました。

座長 親会のほうに、こういうようなコンセプトでもって、文章をぜひ入れ込みたいというような提案をすればいいということですよ。

委員 ええ。

座長 これも親会のほうにこういうような形での報告書がいく。親会に対する1つの報告ということになりますので、そこで肉づけなりが再び起こるといふふうに理解すればいいのではないかなと思います。

よろしいですか。

事務局 ありがとうございます。まだまだご議論をいただきたいのですが、これで閉会とさせていただきます。

本日活発なご意見・ご議論ありがとうございます。9月29日（金）16時から銀座会議室で開催したいと思います。皆様に電子ファイルはお送りいたしますので、ここはこう変えるようにと、ファクスでももちろん電子媒体でも結構でございます。いろんなご意見をいただければ、この29日までにブラッシュアップして、またあるいは途中で出せるようであれば皆様方に還元しながら、最終的にまとめていきたい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した。

座長 どうもありがとうございました。

— 了 —