

「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」

第1回 議事録

- 1 日時 平成21年6月29日（月）
- 2 場所 全国都市会館 地下1階 第3・4会議室
- 3 出席者
- メンバー 荒木田委員、有賀委員、岩田委員、遠藤委員、岡井委員、川部委員、宮本氏（黒瀬委員代理）、坂本委員、高山氏（笹井委員代理）、島崎委員、杉本委員、田上委員、田中委員、津田委員、野口委員、前野委員、宮坂委員、山崎委員、山本（修）委員、山本（保）委員、横田委員
- 消防庁 岡本長官、株丹次長、石井審議官、開出室長、溝口専門官
- 厚生労働省 外口局長、榮畑審議官、三浦課長、中山室長、高宮補佐
- 事務局 加藤企画官、君塚補佐、森田補佐 以下6名
中谷補佐、中野専門官 以下2名
- 欠席者 阿真委員、石井委員

4 会議経過

1 開会[事務局]

2 あいさつ

【岡本長官】

皆様、こんにちは。岡本でございます。委員の皆様方には、お忙しい中、本検討会の委員をお引き受けいただき、また本日もご出席いただきましたことを厚く御礼申し上げます。

お集まりの皆様方、もう既に私どもと、かなりの問題意識を共有させていただいております。この傷病者の搬送と受け入れという問題に関しましては、役所的に言いますと、私ども消防庁と厚生労働省、この2省でよく連携をして、この制度をつくっていくとい

うことが常々求められてまいったわけでございますけれども、お集まりの委員の皆様のお手伝い、ご指導をいただきまして、この4月に消防法を、共管の形で改正をさせていただきまして、搬送と受け入れの、消防と医療の、いわゆる連携に関する制度をつくらせていただきました。5月1日に公布をいたしまして、11月の初め、この秋の施行を目指して、現在準備をいたしているところでございます。一番国会の議論でご指摘をされましたことは、1つは、このシステムをどのように回していくのかという議論。それからもう1つは、この制度をつくったことによっても、すべての救急医療でいろいろ問題になっていることが解決されるわけではないのではないかということ、大きく言えば2つのご指摘であったかと思えます。2つ目の指摘に対しましては、ほとんどの委員会で私どもと厚生労働省、連日一緒にお答えさせていただきましたけれども、私どもは、今持っている医療資源の体制の中で、最大限これを傷病者の方に、どうすれば救急医療で一番実のあるものを提供できるのか。そのために、搬送と受け入れといったものを切れ目なく行うことによって、またこれを24時間・365日、システム的にきちんと運用していくことによって、救急医療のサービスを国民に提供していく、そのための制度であるというふうにご説明をまいりました。実際に、この制度をこれからつくってまいりますのは各都道府県で、各都道府県のそれぞれの医療資源、あるいは体制の中でこれを現実化していくわけでございますけれども、今回皆様方をお願いいたしておりますのは、各都道府県におきますこのシステムのガイドラインと申しますか、1つのベースになるいろいろな観点といったものをぜひご審議をいただき、ご示唆をいただくことによりまして、それぞれ各47都道府県におきます基準作成の一番のベースになるものを、ご審議をお願いいたしております。そういう意味で、ここにお集まりの皆様方、それぞれの分野におきます第一人者の皆さんでいらっしゃいますから、ぜひ皆様のお知恵をいただきまして、それぞれの県、地域におきまして、救急医療が万全のものとなりますように、ご指導、ご支援いただきますようお願い申し上げます、冒頭のごあいさつとさせていただきます。

【事務局（溝口）】

続きまして、厚生労働省医政局長外口より、ごあいさつ申し上げます。

【外口局長】

医政局長の外口でございます。第1回の会議の開催に当たりまして、ごあいさつを申し上げます。わが国の救急医療、救急業務につきましては、すべての救急患者が必要な

医療を迅速に受けられる、救命率の向上、後遺症の軽減が図られることを目指し、医療関係者や消防関係者、地方公共団体、国等が力を合わせて、救急医療体制の確保に取り組んできたところであります。しかし近年、救急搬送が増加する一方で、医療機関の減少、中核的な救急医療機関への負担の集中などにより、救急患者の受け入れ能力の限界も生じてきております。こうした状況を改善するため、救急医療体制の充実を図っていくことに加え、先ほど岡本長官からご説明ありましたように、今国会において、医療機関と消防機関の連携を強化することを盛り込んだ消防法の一部改正が行われました。救急患者が症状に応じた適切な医療機関に、より円滑に受け入れられるようにするためには、地域全体で各医療機関が、医療機能に基づき役割分担、連携を行う体制を構築するとともに、消防機関がそれぞれの医療機関の役割を理解し、適切な医療機関に搬送する体制を構築することが必要と思います。ぜひ委員の皆様方から、率直なご意見をいただきまして、各都道府県が地域の実情に応じて、実効性のある実施基準を策定できるようなガイドラインをつくっていきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

3 委員紹介

事務局より、委員、オブザーバー及び代理出席者の紹介が行われた。

4 座長選出

事務局からの推薦により、山本保博委員（東京臨海病院院長）が選出された。

5 座長挨拶【山本（保）座長】

東京臨海病院の山本でございます。

このたびは、このような非常に重要な検討会の座長ということで、非常に緊張しております。この改正法は、4月24日に国会を通過して、5月1日に公布ということでありますけれども、その間いろいろところでディスカッションをしてきたことを、ついきのうのように思い出します。

これからのルールづくりというのは、この法律に心を、あるいは真心を入れていくわけでございますので、私には荷の重いことは重々わかっております。委員の皆様のお力をかりながら、スムーズに、そして所期の目的を達するように最善の努力をしていきたいというふうに思いますので、ぜひご協力のほどお願い申し上げます。

6 資料確認

事務局より、配布資料の確認がなされた。

7 議事

【山本（保）座長】

まず、議題1「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について」でございますけれども、議題1について、事務局から説明を願いたいと思います。

【事務局（溝口）】

では、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会資料」をご準備いただければと思います。まず検討会の目的から始めまして、消防法改正に関する概要、そして現時点での医療提供体制がどうなっているかということ。そして、消防法改正で位置づけられております基準に関すること、協議会のメンバーに関すること、調査・分析に関すること、そして最後にスケジュールに関することというような形のアウトラインで、ご説明をさせていただきたいと思います。1ページ目でございますが、本検討会の目的でございます。消防法の改正というのが5月1日に公布しております。そして、現時点では6カ月以内に施行するということになっておりまして、この準備を行っているという状況でございます。消防法の中では、実施基準と協議会という2つの柱がございまして、都道府県がそういう実施基準ですとか協議会というものをつくっていくということになりますけれども、そこについてのガイドラインというものを、当検討会の中では議論をしていくという形になります。

この検討会の進め方でございますが、本日の議論を踏まえまして、また座長ともご相談の上ではございますけれども、作業部会というようなことも立ち上げて、詳細な部分は検討をしていく必要があるだろうというふうに、事務局としては思っております。

その作業部会をする際に、状況によっては、親会の先生たちにもオブザーバーとして参画していただくかどうかといったことも含めて、座長の山本先生とご相談をしたいと思います。2つ書いてありますが、実施基準のガイドライン、そして協議会に関する検討といたしまして、構成メンバーのこと、そして調査・分析の方法といったことを提示していくというのが、本検討会の目的になります。2ページ目でございますが、消防法改正に関することでのご説明です。協議会という形で、都道府県に、消防機関です

とか医療機関のメンバーから成る協議会を置きます。役割といたしましては、実施基準に関する協議、あるいは調査・分析を行い、必要に応じて、意見具申というような形で、都道府県知事のほうにも言っていくという形、枠組みになっております。3ページ目は実施基準についてですが、協議会の協議も得まして、都道府県が策定・公表するというような形で、実施基準、搬送受け入れについて、地域できちんとルールをつくっていきましょうと。これまで搬送受け入れについて、地域でルールがあるところもございますが、ルールがないところもあります。どういう状況かといいますと、普通の救急搬送においては、119番が入って、救急車が出動して、そこで患者さんの状態を見て、医療機関にこの患者さんを受け入れてもらえますかという照会をかけて、オーケーが出たら救急搬送を行うということをやっているわけですけれども、そういったものを傷病者の状況に応じて、こういったような形で搬送受け入れを行っていくかということ、地域全体で答えを出していこうというような枠組みになっております。1から4まで項目挙げておりますが、1といたしましては、医療提供体制側が、こういう形で受け取れますと。2といたしましては、1のリストにどうやって消防機関側がマッチングしていくか、傷病者の状況を確認してマッチングしていくか。3といたしましては、患者さんの情報を伝言ゲームをするといいますか、伝達をするときにきちんと伝わるよう、こちらも共通の認識を持っていきましょうと。4といたしましては、いろいろなルールを決めていてもうまくいかないような場合があると、どうしても患者さんの手術対応中で患者さんを受け取れないというような場合もあるということがございますので、速やかに決定しない場合においてどうするかということも、地域全体の共通の認識としてあらかじめ持つておきましょうということが、消防法の改正でございます。そして、総務大臣、厚生労働大臣が情報提供等の援助をするという、この1つがガイドラインの策定でございまして、今我々がまさに検討を行っているというものが、都道府県に提示されていくということになります。こういった枠組みに魂を入れていくという作業が、現時点での段階でございます。4ページ目は参考でございます。きちんと条文ベースで書いたもの、搬送受け入れに関する基準とルールということでの法の条文を書いております。5ページ目からは、現段階での医療提供体制がどのような枠組みの中でなされているのか。これは医療法に基づく内容になりますけれども、医療計画という中で医療提供体制が整備されております。4疾病5事業と言われますが、その中に救急医療というのも入っております。6ページ目でございますが、救急医療については、この医療計画の中で、3

次、2次、初期というような形で大きくは分かれております。3次というのが、非常に重症ですとか、複数の診療科領域にわたるといったような、100万人に1つですとか、都道府県に1つしかないような大きな医療機関と。そして2次救急医療機関というのが、入院といったようなことに対応する、地域で完結する医療機関。そして初期という形で、比較的軽症のウォークイン、自分で受診するといった形での医療機関という形で大きくは分かれておりまして、消防のほうでもこれを念頭に置きながら、搬送を行っているという状況になります。7ページ目でございますが、ではということなんですけれども、そのピラミッドの初期・2次・3次だけですべて搬送が決まっているかということ、そういうわけではございませんで、傷病者に応じて、これは脳疾患の方だからこの医療機関に運ぼうといったようなことがあるのではないかということで、今回の消防法の枠組みを準備して、きちんとルールを決めていこうという状況になっています。8ページ目でございますが、それをもう少し基準ということに落とし込むために図にしたものでございます。傷病者の観察をして、最初のひし形のところでございますけれども、決定としてはバイタルサイン、これは脈ですとか呼吸、血圧、体温、生きているあかしといいますか、非常に生命反応のところをまず見て、これはもうまずいと、早く運ばないと死んでしまうというようなときには、ほんとうに高次の医療を提供できる救命救急センターのところに、何をもってしても救命救急センターということで、まず1つ病院というものを分けられるだろうと。それはもう極めて特殊な、高度な医療を提供できるということで、医療機関のリスト上も分かれるだろうという形で、事務局の図として提出をさせていただいております。その上でそこを越えた後は、いろいろなことを考えながら消防のほうも運んでいるというのがございますけれども、医療機関を分類するというところになった場合においても、救急医療という中では、そういった医療機関のリストをつくっていくということに当たっては、幾つか分類方法があるだろうということで、事務局より、3つの段階に分けて図をつくっております。疑われる疾患ベースのもの、脳疾患、心疾患といったような形のもの、あるいは症状・主訴、外傷、意識障害、腹痛ですとか頭痛ですとか、そういったものも入ってくると思います。診療科、小児科、産婦人科、整形外科、あるいは精神科といったようなことも入ってくるかと思いますが、それぞれいろいろな軸からの判断をもって、脳疾患のところから分かれておりますけれども、非常に重症度・緊急度が高いと、これはもう高度な医療が必要だというときに、またそこに対応できる医療機関がリストとして上がってくるといったようなイメージになるかということで、

消防法の医療機関のリストのイメージという、基準のところを図にしております。これを実際の表にしていきますと9ページになりまして、それぞれの項目ごとに医療機関のリストが入ってくるということになります。一番下の注釈をごらんいただければと思いますけれども、上記の基準は例示であり、どの程度まで分類するかは地域の実情に応じて決定されるということを加えております。これはもう医療資源の地域の状況によって変わってくるということになるかと思えます。より詳細に分類したほうがマッチングがうまくいくのか、あるいは粒度というものを大変粗くしたほうがうまくいくのかというのは、地域の実情になるかと思えます。さりとて、10ページでございますが、いろいろな考え方には軸があるということございまして、どういった軸で医療機関のリストをつくっていくのが適切かということ、この検討会の中ではご示唆をいただければと思っております。11ページ目でございますが、ここにいらっしゃいます島崎先生が平成16年にまとめた検討会の資料より、表に分類したものでございますけれども、以前の知見ということでご紹介させていただきますけれども、島崎先生がまとめた分類としましては、救急隊員が活用しやすいようにという観点から、重症度・緊急度というのを分けるということでの1つの成果を出していただいております。それぞれ症状を中心に10種類の分類ということになりまして、横軸で、生理学的な評価ですとか症状といったようなものがあるだろうと。そして外傷については少し特殊です、解剖学的な評価ですとか、受傷機転ということで、車外へ放り出されたといったようなことも見ていかないといけないだろうということで、まとめられております。これは参考資料2のほうにも提示をさせていただいておりますので、適宜ご参照ください。なお、先生のまとめられた中でも、周産期、乳幼児という部分は、完全に症状というだけではないというものも入った上で、10種類に分かれております。12ページ目でございますが、これはその報告書の中から抜き書きしたものでございます。全体の流れとしてはこういうような形で、重症と中等症というので分かれているということで、報告書はなされております。第1段階、第2段階という形です。我々としたしましては、こういったものを活用しながら、いかに搬送受け入れのルールで活用できる医療機関のリストをつくっていくのかというのが命題ということになります。13ページ目からでございますけれども、いろいろなこういった基準、これから我々がつくっていく基準というものについて、具体的な例を幾つかご提示させていただきたいと思えます。東京都の中では、脳卒中ということについては、こちら有賀先生もいらっしゃいますけれども、こういう形でルー

ルというのが決まっております。13ページ、14ページのような形で医療機関のリストというのが決まっております、15ページによって救急隊が状況を確認し、伝達するということが決められております。そして16ページ目でございますが、これは脳卒中からまた外れはしますけれども、同じく東京都、これは東京消防庁さんの観察カードですけれども、傷病者の状況を確認し、伝達するに当たって、どういったものを確認し、どういったものを伝達するのか。うまくお伝えするというようなことについては、例えばこれは外傷のルールですけれども、外傷の中でも外見から、無表情でうつろになっているとか、冷や汗が出ているとか、受傷機転が右下にございますけれども、いろいろ、車から放り出されたといったようなものは重要なものとしてとらえるべきだというようなカードがつくられておまして、今東京のご紹介をさせていただきましたけれども、いろいろな地域に応じて、こういう確認・伝達についてもルールを決めていくと。ポイントは、これを消防側だけでやっても仕方がなくて、医療機関側もこういったものをもとに照会がなされるのだという、関係者間でちゃんと共通のルールとして認識をしていくべきだろうと。それこそが基準、ルールというような形で進めているという現在の枠組みでございます。17ページ目は、医療機関が速やかに決定しない場合にどういった方法があるかということで、非常に搬送受け入れの医療機関が決まらないといったような場合のときに、コーディネーターというような形で地域調整をやるというやり方もあれば、とりあえずまずは一旦受けて、応急的に処置をした上で、適切な医療機関に搬送するといったような形での方法、これも地域の医療資源の実情に応じていろいろあるかと思えます。そして18ページ目でございます。基準の1つということにはなりますが、少しミクロではなく、マクロのところから入っていきたいと思えますが、都道府県間の調整が重要であるといったことが、国会の審議の中でも出されております。そして、都道府県間の調整が必要であるというようなことが、医療計画の中でも書かれております。これが18ページ目から19ページ目にかかわるところでございます。そして19ページの中段下、ドクターヘリと書いてありますが、今回の消防法改正の中では、どういった搬送手段を使うのかということも、1つの共通ルールとして全員で共有するというようなことも可能になります。消防防災ヘリ、ドクターヘリ含めて、いろいろな搬送手段ということもあります。そこを踏まえた上で、都道府県間の調整についてということでの説明ですが、20ページ目をごらんいただければと思えます。今回初めて出させていただきますデータですけれども、都道府県でどういった調整が必要なのかと、

これはもう現実問題としてどういう状況かというデータですけれども、救命救急センター、先ほど申し上げました一番高次の医療機関にどういう搬送がなされているのかというのを、消防側のデータから分析したのになります。一番下にございますが、平成20年中の救急搬送における状況というものを、救命救急センターに運ばれた事案ということで整理したのになります。例えば、茨城県をごらんいただければと思いますが、栃木県のほうに635件、そして千葉県のほうに616件。この辺の土地勘がある方は、あそこの病院だなといったようなことがわかるかと思いますが、こういったデータを出した意味というのは2つございまして、1つは、こういう都道府県間の調整が必要でしょうということ。そしてもう1点は、こういう調査・分析といいますか、こういうデータというのをまずきちんと把握していく必要があるだろうということでのデータ提示でございます。医療機関を都道府県を越えて選択するというのは、自分で医療機関を選択する場合には往々にしてあるところでございますけれども、救急でのポイントは自分で選択できないということにございますので、それを念頭に置いた上で、自分で東京のあそこに行きたいからということではなくて、救急車で運ばれるということが前提で、各個人が選択できないんだということを前提に、こういったデータを踏まえた上で基準づくりが必要だろうということでのデータでございます。21ページ目は、それを関西というような形で整えたデータになります。わりと都道府県内で調整が行われているのかなというデータにもなりますが、兵庫のところは少し鳥取のほうには行っておりますけれども、大阪、奈良などはほとんど自分のところで行っているのかなというデータになります。22ページ目は、その素データを表にしたものになりますけれども、奈良県と、佐賀県を参考にご説明させていただきたいと思っております。奈良県の欄をごらんいただければと思いますが、救命救急センターに運ばれた全搬送数が855件ということになっています。区域外搬送数、これは都道府県の外に運んだというのが23件。このパーセンテージが2.7%ということになります。その次に、全照会数ということになりますが、これは医療機関に、搬送していいですかと、受け取ってもらえませんかということで問い合わせをしたのが1,650件ございまして、それを都道府県以外の救命救急センターにやったというのが71件ということになります。全照会数のうち、区域外、都道府県外にお願いをしたのは4.3%でございまして、都道府県外にお願いをして、いいですよとヒットしたのが大体3割ぐらい、32.4%ということになります。片や佐賀県で同じデータをずっと見ていただきますと、非常に区域外搬送数、bのところ

になりますけれども、1,140件という形で、すべての搬送の中で大体3割近くが外に依存していると。照会をしたものの中でも大体3割近くが、ほかの都道府県外のところに照会をかけている。しかしながら、外にお願いをして、いいですよと言ってもらえる率は実に9割を超えているといったようなデータが出てまいります。都道府県を越えるのが良い・悪いということではなく、こういったデータをとらまえながらやっていく必要があるということをごさいますて、23ページ目をごらんいただければと思いますが、これが完全に機能しているかどうかということとはともかく、データ上は、先ほど申し上げましたように佐賀県の場合ですと、佐賀県以外のところにお願いをして、オーケーですよと言われるのが9割を超えているわけですが、佐賀県の保健医療計画の中では、救命救急センターということで、佐賀県のデータだけでなく、福岡県ですとか長崎のデータも入っているという状況になっています。この辺は行政が、各救命救急センターですとか、あるいはほかの福岡県ですとか長崎県にもお願いをした上で、こういった記載をしているというふうに伺っております。24ページ目でございますが、いろいろな基準がつくれますよというご紹介をさせていただきましたけれども、そのほかにもこういった基準を読み込めますということでのご紹介です。「その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項」というような形で、例を①から③まで挙げておりますが、救急医療情報システムという厚生労働省で行っている事業がございますが、その事業における表示項目ですとか、情報更新頻度といった運用基準も決めることが可能ですし、②番、こちらは119番通報時点で、非常に重症度や緊急度が高いということが疑われた場合に、実際に救急車が着く前に、119番を受けた指令側で、もう既に医療機関を確保すべく選定を開始しようといったようなルール、これは事前管制と言われるものですが、そういったものも基準として共通ルールにできるのではないのでしょうか。あるいは災害時の搬送受け入れの連携に関するもの。そして、丸の2つ目ですが、傷病者の搬送及び受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項」ということで、①番、ヘリコプターはどのようなヘリコプターを使うかというようなこともルールとしてできますし、②番、ドクターを現場に同乗するといったようなことも基準として決めることが可能です。25ページ目は、こういった基準の策定について、こういったメンバーでやりましょうというものについてですが、ひし形のものには主に法律の中に書かれたものがございますが、具体的には、例えば消防であれば、中小規模の消防本部も含めてきちんと協議していくべきではなからうかということ、事務局案として提示をさせて

いただいております。26ページ目以降でございますけれども、こちらからは、調査・分析がいかにか重要かというようなことで、今私どもが持っておりますデータを提示させていただいております。こういったものを踏まえて、地域で調査・分析を行っていくというイメージでの例示です。例えば照会回数、そして現場滞在時間といったものを、消防庁としてデータで出しております。26ページ目、27ページ目、28ページ目から、棒グラフのある29ページ以降、最終的には34ページ目までのものは、こういった搬送受け入れについて、いろいろな地域差があるということでのデータでございます。ここまでのデータは、詳細な説明は割愛させていただきたいと思っております。35ページ目でございますけれども、2次と3次の役割分担というのも非常に地域で重要になっておりまして、こういったデータも、例えば35ページは、最終的に救命救急センターに運ばれたという事案ですけれども、そこに至るまでにいろいろ医療機関で、うちは受け取れませんと断ったという事案がありますが、そういった事案をとらえてみた場合に、3次医療機関が断る理由としましては、ベッド満床や手術、患者対応中という、受けたくてもキャパの問題で受けられないと。逆に2次医療機関の場合においては、処置困難や専門外ということで受けられないといったようなデータが出ておりますが、こういったものも踏まえて、いろいろと地域の実情に応じたルールをつくっていく必要があるだろうと。36ページ目でございますが、それぞれの救命救急センターの受け入れ率というのも、地域によって異なっております。そして、37ページ目でございますが、救命救急センター受け入れ率と一口に申しましても、受け入れ数がどこまでかということのデータも非常に重要になってまいります。ですので、この1つ1つの青いプロットは、救命救急センターがどれだけ受け入れをして、どれだけの受け入れ率かということになりますが、非常にたくさん受け入れて、非常に受け入れ率もいいという場所もあれば、そうでない場所もあると。ただ、これを受け入れ率がいいと、受け入れ数が多いということをもって、ああよかったねと見るのか、非常にもうぎりぎりの状況でやっていますというふうに見るのか。あるいは、この受け入れ数の中でも非常にばらつきがございますように、全部が一律に、救命救急センターで受けるべきものと一般的に言われている概念と一致するのか、それとも、初期まで含めて、非常に幅広にもう救命救急センター対応でやっているのか、いろいろな状況がこの中には、地域の実情というのがあるということになるかと思っております。38ページ目でございますが、これは東京消防庁管内での1週間近くの状況について、さらに詳細な情報を調査したということでのご紹介です。

実情を知るというために、39ページ目をごらんいただければと思いますが、いろいろな搬送受け入れに関するデータを、非常に詳細に調査していこうという取り組み。そしてさらに、39ページ目右下の備考欄でございますが、「救急隊から医療機関に伝達した情報」というような形で、それは40ページ目にもつながっていくのでございますが、傷病者に関する情報といたしまして、いろいろな背景情報も含めてとっていこうということで、詳細調査を各関係機関で連携して行いました。40ページ目をごらんいただければと思いますが、こういうコード表をつかって、それこそこの調査を行うにも、消防機関と医療機関が同じルールに基づいて調査を行ったというものになります。そして41ページ目でございますが、どういったことがわかったかという概要がまとめられております。42ページ目は、こういった詳細なデータをとることによって、「傷病者背景あり」というものについて少しデータがわかってきたという部分がございます、「傷病者背景あり」の丸の2つ目でございますけれども、1人の傷病者において、複数の傷病者背景が把握されたものもございますが、精神疾患ですとか急性アルコール中毒ですとか、複数科目、認知症といったようなことは、伝達する中で伝達している事項であり、そういった背景を伝達したものについてどういうデータだったのかというのを見ていきますと、43ページ、44ページ目をごらんいただければと思います。例えば、精神疾患、急性アルコール中毒というのが、ございますけれども右の列が照会回数になっておりますが、この傷病者背景を遠目に見ていただいた中でも、照会回数が非常に多いカラムの中にデータが入ってきているなというのがわかるかと思えます。これをまとめたものが44ページの表になりますが、照会回数が1回から始まりまして、「11回以上」「合計」という形の縦の欄がございます。そこで一旦この表というのは切れる表になっておりますけれども、精神疾患と急性アルコール中毒について、横に見ていただければと思いますが、4回以上という、一旦小計を行った後、再集計をしたところの項目をごらんいただければと思います。精神疾患の場合は4回以上で決まりました、要するに3回は、ちょっと今は難しいですということで決まったというのが36.1%。急性アルコール中毒については、38.2%が4回以上かかったと。逆に言いますと、6割近くは3回以内で決まったということになりますけれども、これを全数ということで見ていきますと、一番上の欄を見ていただければと思いますが、4回以上「どうですか」という問い合わせをするのは8.3%でございますので、全体平均からするとなかなか決まるのが難しいといったようなデータが出てきたという状況がございます。もちろん、これのほん

どうの理由はどうだったのかとか、あるいは急性アルコール中毒については、意識というものが非常に見にくいという医学的な背景も全部含んだうえですが、少なくともこのようなデータをとらまえながら、今後、搬送受け入れというものを具体的に、運用面という側面からのルールを決めていく必要があるだろうと。医療計画というのが医療提供体制のハード的な意味合いとするならば、今回の消防法改正で、そういうソフト的な運用というものを、現実のデータに基づいて決めていく必要があるだろうと考えております。45ページ目は、スケジュールということになりますが、5月1日の公布ということが行われまして、都道府県関係者向けの説明ビデオというものを現在発表しておりますが、現時点は6月29日ということで、この検討会を実施しております。5月1日の公布が、10月末までには施行ということになりますので、それまでに何らかのガイドラインを発出したいという形で進めております。説明が非常に長くなりましたが、以上でございます。

【山本（保）座長】

事務局、ありがとうございました。非常に詳細にご説明をいただきました。最後にもありましたとおり、我々これからやっていかなければいけないのは、ガイドラインづくり、そしてもう1つは協議会、そして協議会の実施基準等々をここでもうつくっていかねばいけないというところがあるわけでありまして。もちろん構成のメンバー等に関しては、なかなかここで決めていくというのは難しいものがあるのではないのかなと私も思いますので、できれば事務局と座長にその辺を一任させていただくということを前提にしながら、作業部会で細かいことはやっていこうと。だけれども、今日はこれからの時間を有意義に、どこからでも結構でございますので、この辺のところはどういうふうに考えたらいいか、あるいは質問でも何でも結構でございますので、いかがでございましょうか。ご質問、あるいはご意見等がありましたらお願いしたいと思います。私、まず皮切りに、まだ今日初めての委員の皆さんもおられると思いますので、既に我々の動いている協議会、あるいは検討会等々がありまして、それと今回のこの協議会との役割の違い等について、多少ご説明をいただければと思います。その中で1つは、やはり搬送ということになりますと、全国メディカルコントロール協議会があるわけです。それから受け入れのところは、救対協と言っておりますけれども、救急医療の対策協議会等々が各都道府県ではあるわけでございますが、この2つと、今回のつくらなければいけないという協議会の役割の違いと申しましょうか、いかがでございましょうか。開

出室長、どうぞ。

【開出室長】

座長のほうからありましたが、現在メディカルコントロール協議会ということで、都道府県単位では全部、47の都道府県に設置されておりますし、都道府県の中に細かい地域のメディカルコントロール協議会がございます。従来、なぜメディカルコントロール協議会というものができたかといいますと、救命士法の制度創設以後、救急救命士が行う救急救命処置を医学的に、その質を保証するという体制、消防機関、医療機関が参画する協議会ができたという経緯がございますが、これについては救命士を含む救急隊員の行う処置の行為の質の保証ということで、中心的な活動を行ってきております。もちろんその中にも、病院の選定だとか、応急処置だけではなくて救急搬送についても取り組みをされている協議会があるわけですし、典型的には東京都が一番、いろいろな資料も今日ご説明申し上げましたけれども、進んでおるわけでございます。私どもは、そういったベースがありますので、今回消防法の中で設置が義務づけられました協議会につきましては、地域のそういったメディカルコントロール協議会というものが組織的にも重なりますので、ベースとして第一に考えられるのかなということを思っておりますけれども、ただ、都道府県におきましては、座長のほうからお話がありました医療審議会の系列の救対協、救急医療対策協議会というふうに言うと思いますけれども、医療提供体制のほうからの協議会というものもあるわけですし、そちらで今回の協議会なり、実施基準策定等をやっていくほうがまとまるという声もお聞きしております。今回の消防法の法律で設置が義務づけられております協議会というのは、何とか協議会ということが法律で縛りがあるわけではありませんで、今日の資料でいいますところの、2ページにあります構成メンバーからなり、搬送受け入れについて協議を行うと、実施基準を都道府県が定める場合の意見の聴取対象になる協議会ということですので、この要件を満たしておれば、どういった協議会でも可能ということに法律上はなっておるわけですが、ぜひ地域の実効性ある検討母体をベースに、今回の法定の協議会というものを立ち上げていただければというふうに考えております。

【山本（保）座長】

ありがとうございました。我々親委員会としては、2ページの協議会のところ、そして3ページの実施基準のガイドラインをどのようにつくっていくのかという2本柱で進めていくということになるわけですが、いかがでございましょうか。あるいは、

この母体になりました救急業務高度化推進委員会の中で、消防と医療の連携のところの部会長をされて、大変ご苦労なさいました有賀先生、何か追加があれば。

【有賀委員】

横田先生のほうがいいと思いますが。

【山本（保）座長】

横田先生、よろしいですか。

【横田委員】

はい。今の話の中で、1つは、そもそも論といたしますか、法令が改正される以前の地域の実情として、メディカルコントロール協議会といたしますか、メディカルコントロールの体制が、極めて先進的にやっている地域と、格差があって少し活動のおくれている地域があるという実態がありました。ところが、先進的にやっているといたしますか、いわゆる精力的にやっているメディカルコントロールの活動の中で、救急隊員の質を保証するための活動を中心にしても、実は傷病者を病院に受け入れていただくところの問題がどうしてもやはり出てきて、それを関与している医師、あるいは医療機関側も声を出して言わないと、結局のところ隊員に傷病者の観察や応急処置を指導しても、結果としてはそれが実践する段階になったら円滑に進まないということがあったわけです。したがって、私は高度化のメディカルコントロール作業部会を担当しておりまして、各委員の方々からいただいた意見は、メディカルコントロール協議会の諸業務といたしますか、あるいは活動の範囲を広げて、しかも少し行政的に、あるいはできれば法的に位置づけを明確にさせていただきたいという多くの意見がありまして、高度化検討会のほうにかけて、そういう方向で話が進んだ経緯があると私は認識しているわけです。そういう意味においては、活動がもう既に、実態としてメディカルコントロール協議会がなされているところが、格差はあるとはいえ、大変熱心に進んでいます。ですから、個人的な私見を申し上げますと、そこはそれが活かされるようにしていただきたい。裏を返しますと、新たな協議会がまた生まれて、従来やってきたメディカルコントロール協議会の活動が、実はまた違うというような組織づくりなり体制なりで動いてしまうと、それなりに活動してきたところの地域、あるいは都道府県というのは、かえって混乱を来しますよねという話もでてくるのかなというのが1点ございます。それからもう1つは、やはり受け入れ側から見た病院側の問題としては、従来のメディカルコントロール協議会の活動実態では、確かに医療機関の方々の連携、あるいはシステム化というのがなか

なかとれないという実態があったので、この先、例えばMC協議会を発展的にするにしろ、それを包括した上で新たにつくるにしましても、一番大きな問題は、特に2次の救急医療機関を中心にしたその協議会への強い関与といたしますか、そこがおそらくキーワードになるだろうというふうに思っています。少しご指摘いただいた論点から外れたかもしれませんけれども、以上でございます。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。有賀先生、いいですか。どうぞ。

【有賀委員】

今、横田先生がおっしゃったのは、例えば東京ではというふうにして、具体的な事例でお話申し上げたほうがいいかもしれないので、せっかくのご指名ですので追加します。例えば13ページをあけていただきますと、東京都の脳卒中救急搬送体制についてという骨格図があります。この骨格図のピンクの、救急隊が患者さんにめぐり会って、重症度判定をして、そして搬送先を決めると。この「脳卒中の疑いあり」とか「脳卒中の疑いなし」とかは、15ページにあるような救急隊がとるべき作業として、時々「お作法」なんて呼んでいます、救急隊のお作法として脳卒中の疑いありや、なしやという話を決めると。それはMC協議会の、例えば救急処置基準委員会、そういうふうなところで、このことを議論するわけです。その議論は、同時進行で、ここに脳卒中の急性期医療機関とございますが、東京都における救急病院の中で、脳卒中の疑いありといったときに、患者さんを受けられるよと、とくにtPAの問題がございましたから、超急性期にtPAも打てますよというのと、tPAは打てないけれども、普通の脳卒中だったら普通に見られるよというところもあります。勿論、それから脳卒中は勘弁、受けられませんかというところもあるわけですね。そういうふうな救急医療機関側での、キャッチャーとしての体制を整えるという意味においては、これは今のお話でいくと救対協側の議論になります。だから、横田先生も言われたみたいに、救対協側の構えと、それからMC協議会側の搬送をまさにしようとするというようなところで、2つの大きな会がシンクロすることによって、この13ページはできている。ですから、例えば3ページに、今回の消防法改正による実施基準のルールについてというのがありますが、③の消防機関が状況を伝達するためのルールは、今言った救急隊が患者さんを観察して判断したそのプロセスを、決められたルールに従って伝達をします。その伝達をするときには、一定のリストの中から医療機関を選んでいる。それは、そのすぐ上に書いてある②なんですね。

ですから①、②、③、場合によっては④もそうですが、これを東京都において全く別個の協議会をつくって、もう1回最初からやろうなんていう話には多分ならなくて、東京都においてはMC協議会、全県1区ですが、そのMC協議会と救対協側との議論を、今回の消防法の改正をきっかけにして、よりシンクロさせるような形で、新たなというのかわかりませんし、相互乗り入れとっていいのかもしれませんが、協議会をつくっていくというか、協議会をそういう意味では相互乗り入れして運営していくといったほうがいいのかもしれませんが。ということなのかもしれませんが、一応東京都でやってきたということで。今、野口さんと目が合いましたが、それでいいですよ。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。

【野口委員】

引き続きよろしいでしょうか。

【山本（保）座長】

どうぞ。

【野口委員】

済みません、東京の話ばかりで申しわけありませんが、私は消防機関という立場から、今、お話になっているMCという問題も含めて、風景がこうなっているということをお話しさせていただきたいと思います。現実には、さっき開出室長がご説明していただいたように、我々消防の救急というのは医療機関に搬送する、「(搬送するまでの応急処置を含む)」というのが大体法律の構成なんですね。MCがこれまでやってきていただいた成果というのは、まさに病院に行くまでのもろもろの救急の処置をどうするかということを中心にやっていただきました。これは横田先生がおっしゃったとおりであります。それがかなりやはり蓄積されてきて、かなりのレベルに上がってきたということは事実だと思います。しかしながら、そういうことを通しながら、例えば内因性の患者さんについてはどういう処置をするとか、外因性の患者さんについてはどういう処置をするというところとセットで、ではそういう方たちというのは、地域の中のどの病院に運んだらいいのかという議論が必ずあるわけです。これはもう、例えば科目でいうならば、先ほど言った脳卒中の問題だとか、周産期の問題だとか、さまざまなものに出てくるわけです。MCというのは、我々消防機関からすると、現実にある地域の医療というものと、どういうふうにマッチングさせていくかということまで踏み込んだ議論をしていただ

いていると思っています。それが先ほどの資料の中で、どのように症状の程度を見るかという中で、島崎先生の研究されたやつが出ておりましたけれども、我々は単純に重症以上であれば救命センターだねと。つまりそれぞれの、例えば内因性、外因性はあったとしても、重症以上であるならば、それは救命センターだねと。これは言うなれば、救急隊員のMCの教育というもの、これを我々観察と呼んでいますけれども、見立てに近いものの中で病院を決めていく。それから次に、そうでなければというところで、もろもろの決め方が出てくる。これがまさにこれからやろうとしているルールづくりだろうと私は思います。そういうルールというのは、基本的には保健医療計画の中であるべき話なんでありましてけれども、しかしなかなか、これはそれぞれの地域の中では、ちょっと言葉としては非常に申しわけないんだけど、例えばそのときの体制の365日の変化の中で、必ずやはりそれは恒常的にそうだと言えない部分がたくさん出てきているわけですね。現に、ちょっと話が外れますけれども、ついせんだって救急告示医療機関の認定審査会に行きますと、ほとんどの2次医療機関と言われているところが、実はベッドの稼働率が80%だというわけです。そうなってくると、存在はするけれども、なかなか病院が決まらないということも実は出てきているのが現実なんですね。そういう状況の中で、病院前というところの中で、それをどのように処置をしていくかということと、ではそれが決まらない場合どうしていくかということは必ず相関関係がありまして、それをやっています。そういうような実はノウハウがMCというものにあって、先ほど有賀先生がおっしゃったように、例えばtPAをどうするかというときに、そのtPAの治療を提供する病院側の会議と、それから病院前というものの、東京都なら東京都の中でどういうふうにマッチングさせていくかという、これは非常にそれぞれ両立した中で連合を組んでいく話なんですね。ちなみに東京の場合は、東京消防庁だけではなく。東久留米市消防本部とか稲城市消防本部があります。なおかつMCを構成しているのは島も含めてなんですね。そういったところを、それぞれMCが関与している中で、救急隊の活動というのはこのようにやっていこうではないか、このように病院を決めようではないかというようなところと、それから今後できるであろう協議会が、さっき開出室長もおっしゃっていましたが、多分それぞれの地域の持っている機能というのがあらわれて、この会議をどちらでやったらいいのかという必然的な結論になってくるのではないのかなと思います。

【山本（保）座長】

ちょっと済みません、ちょっとだけ時間をください。

【野口委員】

はい。

【山本（保）座長】

実は田中委員が急用がありまして、2時半でここを出なければいけないということでございますので、野口委員、ちょっとだけお待ちいただきまして。

【野口委員】

いや、結構です。済みませんでした。

【山本（保）座長】

田中委員、どうぞ。

【田中委員】

申しわけありません。では、失礼いたします。今お話を受けて、そうだなと感じていたところ、17ページのところに、今回の中のルールのイメージで、コーディネーターの方による調整というのがありますけれども、やはり今よく批判されるのがたらい回しみたいな問題で、患者さんも大変ですけれども、搬送されている方も大変なご苦労があるわけで、そのあたりの改善には、やはりこのコーディネーターの方の役割というのが非常に大きいんだろうなということと、やはり私ども、短時間でこういう緊急の場合に、みんながその持ち場で最高の力を発揮するというのをやるためには、情報がとても大事ですので、この情報をどのように集約していくかというのがこの会の趣旨の1つでもあるのかなと思っておりました。私も子供がおりまして、救急医療のお世話になった立場からさせていただくと、やはり救急医療を受ける側の知識とか認識というのがほとんどない状態です。こういうこと自体も、こういう場で何を発信するかとか、何を聞いていただいて答えるのかとか、そういうふうなことがふだんから非常に重要だなということも思っております。あと、私はふだんの仕事の現場で、いろいろなことのガイドラインですとか、いろいろなことをつくるビジネスの場なので、命にかかわることというのはまずないわけなんですけれども、そういうガイドラインをつくる時の重要性というのは、やはりいろいろな過去の事例を分析するところがありまして、今回も議題の中に入っていますけれども、これまでは、あまりうまくいかなかったケースだけが発表されるケースがあると思うんですけれども、大体は成功していて、その成功の分析というのも必要だろうなと思っていましたのと、あと成功した中でも、もっと良い方法が

あったのではないかという分析もありまして、それ自体が共有されることで、ここにかかわる方々のモチベーションに繋がったりですとか、またさらなる改善につながるということもあるかなと思っておりますので、初動があって、その大切さと、その分析と、それを共有していくということと、これがコーディネーターの方に情報が集約されて、いろいろな形で活用されるというふうなところに行くのがベストかなと思っております。本当に今途中で話した、情報がまだまだ一般市民のほうにも足りないなというふうなことのテーマは感じておりますので、そこを何らかの形で、やはりこれを機会に、伝わる状況があるといいなと思っております。途中で、ありがとうございます。

【山本（保）座長】

ありがとうございました。今の田中委員のお話に対して事務局、何かお話しすることありますか、よろしいですか。 開出室長、どうぞ。

【開出室長】

まさに田中委員、お話ありました情報の過去の分析といいますか、これからガイドラインをつくるわけですけれども、私どもも今日の資料の中に幾つかつけておりますが、こういったたぐいの情報というのは、なかなか今までございませんで、ここ二、三年の中で出てきたものということですので、そこはしっかりやっていきたいと思えます。特に、新聞等にはやはり悪い例が非常に出るわけですけれども、大半の場合ほうまくいつているわけですので、そこをしっかりとめていきたいということと、コーディネーターが実際うまく機能するためには、域内の情報が適切に集約されていなければいけませんので、この情報システムについても重要な課題と思っておりますので、そちらのほうもしっかり対策を講じていきたいと思えます。以上です。

【山本（保）座長】

ありがとうございました。申し訳ありません、野口委員、途中になってしまっております。

【野口委員】

いえ、とんでもないです。つついしゃべり過ぎるもので、申しわけございません。実は2つ、今日は岡井先生も来られていますけれども、東京の場合は、例の都立墨東の問題があって、スーパー総合周産期というのをつくっていただきました。実は何を言いたいかというと、こういうルールづくりというのはものすごく大事だという、成果だと

思うのでありますけれども、スーパー総合周産期というのができた以降、6事案ぐらい、このスーパー総合周産期、つまり母体救命を必要とするというのがあったのですが、非常に救急隊と病院の連携というのがかなり緊密になっています。これはやはり共通の認識の中で、ルールと言っていいかどうか、ちょっとこれは岡井先生に怒られてしまうかもしれませんが、そういうやはりシステムをお互いに共有するというのはものすごく大事だなと思いました。ですから、こういったものをぜひとも推進していただくということは、非常に我々消防としては期待感を持っているのが1つです。もちろんこれは主体的に取り組むという意味も含めてです。それからもう1つは、先ほどの3ページの④の問題なんですけど、「速やかに決定しない場合」というのが、先ほど溝口専門官も、東京の中である一定の期間、いろいろ患者さんの社会的背景を含めてだったと。実はこの認識が、これははっきり言って医療だけで解決できる問題ではないものも含んでいて、我々消防機関からすると、保護というものに近いような方たちもたくさんいらっしゃいます。これをどのようにやっていくかというのが、今までは救急隊が、ある病院にお願いして、その病院とのやりとりの中でやってきた。言うなれば、ある面では病院の善意とか、病院の熱意という中でやってきている部分がたくさんあります。しかしながら、これはもう、少なくとも全体の社会的風景からすれば、その病院だけがすべて片づけるというわけにはいかないわけです。そうした場合、どのようにこのルールをつくっていくかというのは、まさにこういう病院、それから我々救急の関係、衛生の行政の方、そしてMCの先生方を含めたこういった場の中で、地域としてどう解決していくかということは非常に大事なことではないのかなと。そういうことも含めた、多分ルールづくりになっていっていただきたいなど、このように思っております。以上であります。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。それでは、今まで消防の搬送のところがメインにお話を伺ってございましたけれども、もう1つ受け入れというところで、非常に重要なテーマが実はあるわけです。それは、状況に応じた搬送先の医療機関のリストづくりというのが最初にあるわけでございます。そしてそのリストから医療機関を選定していくということになるわけでございますが、最初に7ページ、8ページ、9ページ、11ページぐらいまでのところで、一番ご苦労なさいました三浦課長、何か追加がありましたら、どうぞお願いしたいと思います。

【三浦課長】

こういう患者さんの受け入れを行うというのは、先ほど来議論がございましたとおり、それぞれの医療機関の地域における役割だとか機能というのが非常に重要になってくると思います。そういう意味で、それぞれの病院がどんな機能を持っているのかというのが、病院の中だけではなくて社会や地域の中に浸透している、そういうことが重要でありますし、その前に、それぞれの病院がどのような機能を持つのかということ、みずからそれを決めていくといいでしょうか、そういうことが必要になってくると。私ども、地域医療計画というものが、地域で、それぞれ都道府県の行政の中で定められて、それぞれの役割を持つことになると思いますので、先ほど来出ていた議論ではございますけれども、医療計画において明示されている機能と、それからもう1つ、今般の消防法の改正に伴って明示されることになる病院の機能というのがそれぞれマッチして、国民のニーズに、地域の住民のニーズに合うようになっていくということになるのではないかと思います。また、その中で、かなり具体的な問題といたしまして、課題としては、5ページにございますように、医療計画において、この中では4疾病5事業という形で、救急医療そのものが1つの大きな医療計画におけるターゲットになっているわけでありまして、それ以外にも4疾病という形で、脳卒中や急性心筋梗塞という疾病についての対策もとられているというわけでありまして、したがって医療計画においても、複合的な位置づけというのは当然ある。そういう意味で、これも先ほど来出た議論としての、医療側と救急側の連携というのが、こういう面からも進められていくことになるのではないかと考えております。以上でございます。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。中山室長、何かありましたら、どうぞ。

【中山室長】

先ほど山本先生からご紹介ありました7ページ以降につきまして、各地域、各都道府県、2次医療圏単位でこういった仕組みが実際にできてきているところにつきましては、おそらくうまく流れがいつているのであろうと。先ほど来、東京都の事例についてご紹介いただきましたけれども、やはり各地域で、各地域の実情に応じた受け入れ体制というのがあると思いますので、その基礎となるガイドラインづくりというのを、この場ないしはワーキンググループで進めていただければというふうに思っております。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。その先のところでございますが、実は重症度・緊急度判断基

準作成委員会で、いろいろお骨折りをいただきました、これは島崎先生のデータでございます。資料11ページでございますけれども、11ページ、12ページ、島崎先生、何か、これだけではなくても結構でございます、どこでも結構でございますが、ご意見をいただきたいと思っております。

【島崎委員】

島崎です。先ほどから新しい搬送基準等をつくってということで、7ページから10ページまでの、主に8ページを中心とした、あるいは9ページを中心とした、これの基礎になるものを、結局私たちが以前作成した11ページと、13ページから16ページまで、おそらくそこを足したような、一緒にしたような形で新しく作業部会で作っていただけるというように思っております。ぜひとも現場に即したいものをつくっていただきたいと思っておりますが、それに関連して、結局新しいものができると、この9ページの医療機関リストを、おそらく2次医療圏、あるいは各地域での医療機関のリストをつくって、その左側の傷病者の状況に協力する医療機関ができ上がるということになると思っておりますが、そうしますと、おそらく手挙げ方式になるのか何かわかりませんが、それに対する予算措置等が非常に重要になってくるというように思っております。予算にかかわるところは、後ほどご説明があるのでしょうか。それとも今日はこの実施基準だけで、予算はもう全く別の会で行われるのか、その辺をお聞きしたいんですけれども。

【山本（保）座長】

わかりました。それに関してはいかがでございましょうか。

【開出室長】

今日は実施基準の、これからつくっていくものの大枠のフレームの話の主にとっておりますが、参考資料で、厚生労働省さんのほうから予算関連の資料もつけていただいておりますので、もし適宜必要であれば、そちらのほうもと思っております。

【山本（保）座長】

わかりました。三浦課長から少し追加説明をいただきたいと思っております。

【三浦課長】

救急医療体制についての予算ということでまとめたものが、参考資料3でございます。21年度の予算ということで、最初の1ページ目の上段でございますけれども、平成20年度の予算100億円に対しまして、21年度の予算は205億円ということで、2

倍強増えております。その枠組みの中に①から⑤までございまして、救急医療を担う医師をこれからどうやって支援していくのか、また救急医療そのものも充実を図ること。そして新しい考えとして、特に2次救急の施設などに対する支援を手厚くしているということ、③として、管制塔機能病院というものを新たに設けたということ。そのほかドクターヘリですとか、周産期医療についての手当てというのを、今年度の予算の中では行っております。特に、あえて申し上げますと、2ページ目をめくっていただきますと、救命救急センターの運営につきましては、ちょっと小さい字で恐縮ですが上段の①、救命救急センターというのがございまして、対前年でほぼこれも倍増しております。それから、補助単価も従前の1.5倍ぐらいまで膨らんでいるというようなこともございます。それから、管制塔機能病院のことを先ほど申し上げましたが、3ページ目の上のほうに、これは先ほど野口委員からもお話が出ました、いわゆるスーパー総合周産期と同じような概念でございますけれども、要は地域の中で受け入れが困難な患者さんが発生した場合に、地域の中であらかじめ、必ず受けてもらう病院を定めておいて、その病院に対する支援を周りの医療機関が行う。こういうような地域における面的な救急医療体制を整えるというような場合において、私どもとして特に重点的に支援を行うというような仕組みがございまして、それから、4ページ目でございますけれども、下段をごらんいただきますと、周産期医療対策事業ということでございまして、その中で、いろいろ細かい字でこれも書いてありますけれども、解説の3行目に、母体搬送コーディネーターというものの配置についての予算化が具体に行われてございまして、要は周産期医療において、母体搬送を円滑に行うという観点から、地域においてあらかじめコーディネーターを定めて、コーディネーターが受け入れ医療機関の選定などを行う場合において、そのコーディネーターの設置にかかわる費用を支援する、こういうような仕組みがここに書いてあるわけでございます。最後の6ページ目でございますけれども、21年度補正予算の中で、全国で3,100億円という予算額ではございますけれども、救急医療を含めて地域の医療課題に総合的に取り組んでいただき、解決に向けて取り組んでいただくと、こういうようなことを取り組んでいただく医療機関に対する地域の支援体制というものを今回予算化いたしました。モデル例として書いてございますけれども、左側が現状、右側が実施後ということになります。細かい字で大変恐縮ではございますけれども、例えば、楕円形の一番上にA病院と書いてありますが、この地域医療再生計画に基づいて資金を投入する内容の1つとして、A病院を救命救急センター化していくという

ようなこと。あるいは、一番下のところにE病院というのがありますけれども、E病院については、地域周産期母子医療センターとしてこの役割を担うと。このようなことで、救急医療や周産期医療を重点化するとしたら、地域の中での展開の方法の例示としては、このようなものがあるのではないかと。今現在、各都道府県において、この計画の策定を行っていただいているところでありまして、10月末までには、各都道府県で確定していただくということになっておりますので、今般の消防法の改正に伴って、各地域での救急医療機関の体制強化というようなことについては、先ほど申し上げた当初予算で取り組みも可能でございます。あわせて、こういう新しい補正予算での対応というのも可能になっているということでございます。以上でございます。

【山本（保）座長】

三浦課長、ありがとうございました。

【島崎委員】

よろしいでしょうか。

【山本（保）座長】

どうぞ。

【島崎委員】

この地域医療再生基金とか、救急医療の倍増、100億が21年度200億になると、これは非常にそれぞれの地域での救急医療システムには非常にありがたい話ですけれども、今日のお話の消防法の改正に伴うことで行われるのは、総務省と厚労省の共管で行う事業ですよ。そうすると、今のお話は厚労省の補正予算、あるいは21年度予算ということで、総務省のほうは、その辺どうなっているのでしょうか。

【山本（保）座長】

開出室長、どうぞ。

【開出室長】

総務省の方もやっております、特に公立病院中心ということですが、今日は資料をおつけいたしておりませんが、これは救急と産科と小児、特にそういった政策上非常に重要だということございまして、地方財政措置の中で、従来2,900億円ほど地方交付税措置をしておりましたけれども、今年度700億円ほど増額とかいうことがございます部分と、また、当然厚生労働省さんのほうで、民間の医療機関等にこういった補助金とかが出るものの地方負担分があるわけですし、そちらのほうの地方財政措置に

についても、両者連携してということですので、総務省の所管の部分と、厚生労働省が補助金中心に持っておられる部分と、ここはうまく共同して、これからやっていくということでございます。

【山本（保）座長】

ぜひよろしくお願ひしたいというふうに思います。今日は、この関連として、産科学会あるいは小児関連学会からの先生もお見えでございます。まず、産婦人科を代表して、岡井先生、いかがでございましょうか。今のことで、その関連ではないところでも結構でございます。

【岡井委員】

周産期の症例で救急搬送をしていただくというのは、全体に占める割合からすると少ないんですね。ほかの疾患、ほかの領域の病気で救急搬送される患者さんのほうが圧倒的に多いわけですが、しかしながら救急搬送で扱われる事例と申しますのは、やはり妊婦さん、これからお母さんになる人の命を預かるとか、これから生まれてくる生命ということになりますので、社会的にも大変注目されているところでございまして、そこは何とか、この搬送のシステムの中できちんとやっていかなければいけない領域だと思えます。先ほどもお話がありましたけれども、東京都では昨年の大変残念な事例を受けまして、お母さんのほうの生命にかかわるような状態、直ちに救命処置が必要な状態の患者さんに対しては、特別なシステムを構築しました。周産期というのは、いわゆる一般の患者さんと違う特徴がございまして、お母さんの救急の場合は、一般の救急と変わらないところもあるのですが、おなかに赤ちゃんがいると、生まれてきた新生児に対する診療が必要になります。実際に搬送で、救急隊のお世話になっているような患者さんの9割は、お母さんの問題ではなくて、おなかの赤ちゃんの問題、また生まれてからの問題を考えて患者さんが搬送されています。そういう特殊なところがございまして、これまで、周産期をやる医療施設の間でネットワークをつくって患者さんを搬送していたという歴史があります。そこに至る経緯として、周産期の場合は、一般の家庭で患者さんの状態が悪くなって、119番して患者さんが運ばれるということは少なく、1次医療で診ていた患者さんを高次の医療に搬送することが多いので、そういうこともあって、周産期医療をやっている機関同士でネットワークをつくっていたということがありました。今度私たちも、いわゆる救急医療の対策の中に周産期も入れていただきました。東京都では、これまで周産期関係の人はMC協議会に入っていなかったんですが、今年か

ら入って、一緒にさせていただくことになりましたし、このシステムを考える上では、周産期も一緒に入れていただくという形に現在させていただいております。そういうことですけれども、この会が何をやるのかということについては、先ほど有賀先生からお話がありましたように、東京都に関してはMC協議会をやって、救対協があつて、どちらもしっかりやっていると思います。それらに加えてもう1つ会をつくるのかというと、私の印象では何か屋上屋を重ねるようなことがあるので、両者の合同会議みたいなものにするという形でいいのではないかなという気がしております。以上です。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。今までは、周産期あるいは産婦人科の先生方だけで、グループでやっていたのを、これからはこの救急医療体制、あるいはMC体制の中で頑張ろうではないかというようなご意向のようでありまして、ありがとうございました。それでは、長野県立こども病院の宮坂先生。

【宮坂委員】

長野県立こども病院の宮坂です。2つの点でお話ししたいと思います。私は3年前まで首都圏で医療をしていましたが今は地方にいます。今日の議論を聞いていて気になるところは、1つは、冒頭山本先生がおっしゃったように、既に存在するいわゆるMC協議会と救対協の活動実態に差があることです。今日の話しの委員会がどう位置づけられるのかです。長野県はそれ等が比較的よく機能しているところだとは思いますが、おそらく今回提起されている問題は、ここで提案される委員会では基本的な議論の場がないと思います。その場合、各論としての搬送などのガイドラインを考えることと、送る側の病院と受け皿の病院の役割や機能、その辺の両方の事情を勘案して話し合いができるところが現状で存在しません。それらを踏まえて、3つ目の委員会を作るのか、または既存の2つの委員会の機能をしっかりさせるのか、いろいろ考え方があると思います。何れにしても、小さな世界ですので、地域の実情に合った決め方をしないといけません。特に受け皿医療機関に関しましては、病院の機能自体もそうですが、経営母体が違う病院を束ねての医療圏レベルの議論ですので、それはどちらかというと救対協の議論の問題だと思います。現実の個々の搬送の質の確保やガイドラインは、どちらかというとMC協議会の参加メンバーが関わる議論のほうがふさわしいかもしれないですから、このあたりは整理しておく必要があると思っています。先ほど岡井委員のおっしゃったような産科の議論に関してですが、例えば長野県では、母体が重症の救急と赤ちゃん

が重症な母体救急は非常に明確に分かれていますので、母体をどこに運ぶかということはおそらくほとんど問題にはならないと思います。しかし、実際にどういう状況の患者さんをどのように、どこに運ぶかという、救急隊員に向けた、いわゆる搬送基準のガイドラインはしっかりと作らなくてはならず、東京都、都会は、やはり地方と随分と違うところがあるかなという地域差の存在が一番お伝えしたいことです。もう1つは、小児医療の代表ということでの発言ですが、小児といっても代表で小児の内科としての小児科の先生が参加するのと、広く小児の総合医療を手がけている医師が参加するのでは随分違う議論になる可能性があります。こうした委員会を構成する人材に関しても、地域の差が大きくなると思いますので、ここではある程度大きな視野での考え方を示し、あとは地域で実情にあわせてやっていただくというふうにする必要があると思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございました。非常に貴重なご意見をいただきました。この辺のところは、これから作業部会でしっかり頑張っていたかかないといけないなというところの、1つのキーワードではないかなと思います。ありがとうございました。杉本先生、どうぞ。

【杉本委員】

ご指名なので言いますが、こういう形で病院前に一定のルールを決めて、それぞれ進めるという形としては非常に望ましい方向だろうと思います。ただし、先ほどからも議論が出ていますように、基本的には受け入れ側がちゃんとそれに対応できる態勢をとれるのかどうか、もうほとんどここにすべてがかかっていると思うのですね。今救急をやる常勤医が辞めるという状態で、多くの2次病院が救急からむしろ撤退しようとしている中で、このような形でやっていったときに、果たして手を挙げてくれる病院が本当にあるのかということが、私一番危惧するところです。ここに書いてありますように、改正された消防法35条7の第1項ですか、消防機関に対しては「実施基準を遵守しなければならない」という形で義務づけになっていますが、他方、医療機関側に関しては「実施基準を尊重するよう努めるものとする」と。非常に消防機関側に関しては、このルールを守ってぜひともやりなさいとする一方で、医療機関側に対しては、できるだけそれを尊重しようねという、何となく力弱さというところに、私はそれを感じる場所があるのです。と言いますのは、例えば厚労省のほうからもご説明がありましたし、私もそれは非常にいいことだろうと。こういう形で予算をつけていかれるのはいいことだろうし、特に補正予算で出されたのは画期的なことだろうと思います。と言いますの

は、今まで大体厚労省が出してこられる予算というのは、3分の1は国が出しますよと、都道府県は3分の1を出しなさい、事業者が3分の1というような形で出されてきたわけですが、実際には事業者で、そんなに余裕がある病院は非常にまれだと思います。3分の1なんてとても、そんなこと言うなとなってしまう。それではだめだとなるでしょうし、まして、東京都の財政状況は比較的いいだろうと思うのですが、ほとんどほかの道府県は、非常に厳しい財政状況の中に置かれてしまっている。まして市町村においては、さらにもっと厳しい状態になっている。その中で3分の1を出せと言われても、それはどうして出せるんだろうということになってしまうので、結局こういうものを買って絵に描いた餅になってしまうことがほとんどで、どちらかという、こういう形で施策は打っているんですよというアリバイづくりにしかすぎないことが多々あったかと思います。そういう意味で、今回に関しましても、私が特に心配するのは、東京はそういう形でうまくいくときに、例えば周産期も含めて何らかの形で、受けるものに対してそれだけの補償をしますよという形があって可能なんだろうと思います。補償もなしに、これを持って帰られて、それぞれの都道府県、例えば私は大阪府ですが、大阪府からも代表が来ていますが、この話を持って帰ってきて、さあこれをやれよといったときに、だれが手を上げるのか。府のほうはどう答えるのか。府が答えるときに、いやいや、本来2次救急に対しては市町村の責任になったのだから、そのお金は市町村が出すべきものですよという話になるはず。例えば妊婦さんの健診14回に伴って、国のほうからたしかお金が出ているはず。だけれども、実際に市長村が妊婦さんに支払った額は大阪府が全国でも最低だったと思いますが、ごくわずかしき出さない。その残りのお金はどこに行ってしまったのよと言いたくなるのですが、現実にはそれぞれの地方自治体がそこまでひどい状態に追い込まれていて、そのお金をそんなことよりも、もっとこっちに、食うか食わずかということも含めて、そういうところに回さざるを得ないのだよという状況に陥ってしまっているのです。そういう状況の中で、こういう話を持って帰っても、救急医療をぜひやりたいという病院ばかりだったら、それは喜んで手を挙げるところはたくさんあると思うのですが、むしろできたら救急医療、堪忍してよという病院が多い中で、果たしてこれを都道府県に落としていったときに、どれだけの都道府県ができるのかということをよく考えておかないと、ここで幾ら議論しても、単に「ああよかったね」というだけの、絵に描いた餅になる可能性があると思います。だから、ぜひともそれは避けるような形で考えて手を打っておくことが必要ではないか

と思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。非常に貴重な意見だと思います。作業部会のほうの先生方にも、これから決めていくと思いますが、ぜひ今のお話、よろしくお話ししたいと思います。いかがでしょうか、事務局から追加発言、よろしいですか。私、法律用語として、「遵守」というのと「尊重」というのと違うだろうという話ですが、実はこの「尊重」という意味も、尊重義務という形である程度義務化があるんだということを聞きましたが、法律の先生、ここにおられますが、いかがでございましょうか。「遵守」とは、もちろん格は違いますが、ある程度「尊重」というのも重要、尊重すればいいのだというだけではないんですよという。いかがでしょうか。今日は岩田先生おられますね、今の私の話を含めていかがでしょうか。もちろんそこだけではありません。どうぞ。

【岩田委員】

岩田でございます。どういうふうにお答えすればいいのか、ちょっと迷うところではありますが、いずれにしても、私自身こういう問題にあまり熟知していないものですから、そもそもここにいていいのかというふうに思っているのですが、言葉の具体的な使い回しというのはいろいろな配慮があって使われているんだろうと思います。ここで「遵守」と「尊重」の差を議論してもきっとあまり意味がなくて、むしろそういうことが書かれているということで、例えば医療機関のほうも、これが「尊重」だから私たちは守らなくていいのですよという話にはきっとならないと思いますので、だからそういう意味では積極的に考えていいのだろうと思います。先生方の専門的なご意見の中で、私はほんとうに素人的な意見しか申し上げられないんですが、ちょっと外在的なことで、既にもう何人かの先生がご意見を言われたようなことについて、私も一般の消費者というか患者になる立場として、一言だけ申し上げられればと、既に、予算の問題が非常に重要だという話が何人かの先生から出てきたと思うのですが、やり方としては、協議会では、基本的には消防と医療の搬送をめぐる効率化というところが中心だと思うのですが、そこから出てきて、効率化しても解決できない問題というのが絶対に明らかになると思うんですね。だからそういう中で、ある意味では、証拠を突きつけるという言い方は変ですけども、効率化してもなおうまくいかないということについては、それをどこの場でやるかというのはいろいろ議論があると思います。作業部会であれ、この親委員会であれ、ほかのところであれ、何らかの形で、こういう効率化してもうまくいかないんで

すと。だとすると、やはり予算措置も含めて検討してくださいというような形で、やはり医療は崩壊されては絶対困るものですから、そういう形で、この実施の効率化だけではなくて、さらにほかの医療全般をめぐる問題についても、ある意味では下から積み上げていった中で問題を提起していくというような形になれば、既にもう厚労省のほうも予算を大きくつけてくださったということですので、この1年間だけで終わらず、さらに継続的に何かそういうものができ上がっていけばいいのかなと。もしかすると理想論なのかもしれませんが、そういう形でコンセンサスをつくっていければ、大きな第一歩になるのかなと思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。どうぞ、杉本先生。

【杉本委員】

今の尊重と遵守、これはやはり非常に大きな問題だろうと思います。もしこの「尊重」というのを、もちろん積極的に医療機関が尊重しようという気持ちを十分持とうというのはよくわかるのですが、まるでそれは義務であるというようなとらえ方になってくると、これはかなり多くの医療機関にとって難しい問題があると思います。と言いますのは、事をもっと簡単に言えば、例えば今幾つか搬送困難例、急性アルコール中毒もありましたし、産婦人科で言えば未受診の妊婦もそうだろうし、あるいはお金を払わないことは明らかだろうと思われるような方々を、今脳卒中はここへ行きましょう、こうでしょうということと言えるけれども、このようにどこもが診療したくない、受け取りたくない患者さんをどうしますかと、それを受け取る病院が決められるんですかという話だと思います。そのことができなければ、結局たらい回しというよりも、それは患者さん側にも大きな責任があるだろうし、もっと言えば日本がそういう人たちを含んでいるということになってしまうのかもしれませんが、そういう患者さんたちを、まるで病院がそれをやるのが義務であるというような形でやってきたということがあると思います。そこのところを少しちゃんと整理しておかないと、結局は何回も問い合わせても、「いやいや、その患者さんは結構」という患者さんは、やはりどうしも出てくるのではないかと私は思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。その辺のところは、作業部会でも少し話してもらわないとい

けないところだなと思いますね。有賀先生に行って、開出室長に。

【有賀委員】

今、杉本先生がおっしゃったことをもう少し具体的にこの場できちんと行って、そして行政側に腹を据えていただかないと議論は一切進まないということを、きちんと座長がやってくくださるかどうかわからなかったのが、今ここで発言します。35ページを見ていただきますと、2次以下の医療機関が処置困難や専門外という理由で断っています。先ほど聞きましたけれども、東京の告示機関は、どうやらベッドが80%台で、満杯にはなっていないらしいと。僕は知りませんでした。ですからそのような状況で、なおかつもう病院は診ることができない。その理由は、事務局からご説明があったように、44ページを見ていただくとわかりますけれども、全数の4回以上が8.3%、右から4番目のカラムですね。にもかかわらず、下にありますところの傷病者背景ありになると、それが34%にはね上がっている。この中で、例えば今妊婦の話が出ましたが、全く未受診、これは数が少ないので、断定的なことを言うのははばかる例となりますが、患者さん側の理由で、こうやって4回以上の人たちがこんなにいる、それが50%なのですね。ですから、島崎先生が、このルールをやるうというときに一体どういう予算措置があるのかと言ったのは、新しいルールだから新しい予算措置をするという意味ではなくて、もともと消防機関や救急病院が責任を持たなければいけないような、そういうふうなものではないテーマに対して、一肌も二肌も脱いでいると。この状況を、病院に運ばれる前の社会の状況としてどのように考えるのかという話と、それから今日はあまり出ませんでしたけれども、脳卒中がうまくいっている、これは大うそです。今年までに脳卒中は東京がなくなりました。しかしその後の流れが、多分東京では滞ります。そうすると、もう既にどこかの地域では起こっていますけれども、脳卒中の患者さんがいっしょに来ますから、そして次のところに行けません。何が起こるかという、新しい患者さんが入らないのです。だから、これは救急医療で、きれいな絵が厚労省によってかかれていますけれども、そういう問題ではなくて、社会全体でどのように患者さんが流れていくかというダイナミックな部分を見ないといけない。したがって慢性期の部分まで入れて、入り口の話をしないと、これは話が成り立たないのです。そのようなことで、この場では行政の方たちに、今、岩田先生が言われたように、とりあえず細かなことを詰めながら、必要なものは要求していけばいいじゃないかというようにおっしゃっていますが、これはもう既に明らかなのです。そして、その明らかなことを面倒見てこなか

ったからこうなっているだけの話で、今からでも遅くないので、面倒を見ていただかないといけない。この会はルールを決めると言えば、それはルールですけれども、ルールができて、ルールを守ることができなければ、ルールでも何でもありません。ですから座長には、このお金の件を何とかきちんと位置づけるような集約を、半分ぐらいのパワーを使ってやっていただかないと、残りの半分はいろいろな人たちができます。けれども、これはやはり、島崎先生が最初におっしゃった部分はそういうものなのだと。ぜひ、お願いしたいと思います。以上です。

【山本（保）座長】

全くそのとおりなのですが、そこばかりでやっている、このルールづくり、あるいは……。

【有賀委員】

並行してやってくれと言ったのです、僕は。

【山本（保）座長】

ぜひ並行してやるということにしましょう。どうぞ。

【開出室長】

ちょっと先ほど法律の話が出ましたので補足をとったのですが、参考資料1の7ページに条文がありますが、消防機関のほうは「遵守しなければならない」とあって、医療機関は「尊重するよう努めるものとする」とありました。これは私ども遵守義務と尊重努力義務と言っていますけれども、同じ「義務」と言っているのは、語尾の「しなければならない」というのと、「ものとする」というのは、法律的には同じような意味で、「義務」ということなのですから、ただ義務づけの内容が、やはり消防機関と医療機関で違いまして、消防機関は公的な機関ということもあまして、これは遵守義務があるということもございますけれども、医療機関のほうは尊重努力義務ということで、いろいろな今の医療機関の置かれた環境もありますし、医療機関の中には私の機関もあるということで、義務づけの中身について差があるのは、法律上も差があるわけです。ただ、岩田委員から説明していただきましたように、その義務の内容には差があるわけですから、これは消防機関、医療機関が参画した協議会で、このようなことできこうと決めたルールということ、その実施基準が法的に位置づけられているということですので、基本的にこれを守ろうというのは当然の前提ということですから、若干法的な効果に差があるということが1点。それと、同じページの35条の8の④というところ

ころに、協議会の権限ということでございますが、「搬送受入れの実施に関し必要な事項について意見を述べることができる」と入っておりますものは、幾らそのルールをいろいろ議論してやってみても、その工夫の中で、現在の医療資源を前提にできることにも限界がある場合も当然あるわけですし、今そのお話が噴出してきつつあるわけですが、そういった医療提供体制の予算等絡む問題、体制の整備について、やはりここを何とかしなければならないということも、この協議会の議論の中で出てくる場合が考えられますので、それについて知事に意見を言うということでございますけれども、そういった機能も付加しているということを、補足で説明させていただきたいと思っております。以上でございます。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。今のところ、よろしゅうございますか。それから、今日はたくさんの方の消防の代表の皆さんも参っておられます。いかがでしょうか、消防の先生方、まだお話をしていない先生方、多々おられると思いますが、どうぞ遠慮なく手を挙げていただければと思いますが。

【田上委員】

鹿児島県さつま町消防本部、田上と申します。本日のこの会議に出席いたしまして、まず2つ感じたことがあります。1つは、地域の実態がどこまで把握されているのかなという思いであります。と申しますのは、今回医療機関のリストアップをされるということではありますが、地方は選択肢がないわけでありまして。例えば、心停止で救命センターに運ぶという選択肢があったとします。私の本部からセンターまで60分かかります。そうしますと、その間の傷病者の管理をだれがするのかという、非常に大きな不安を抱えての救急業務に従事している訳であります。したがって、今後この医療機関のリストづくりにつきましては、そうした地域の実態にあわせた、弾力的な幅のあるリストづくりをしていただきたいというのが要望であります。それからもう1点は、ここは善良な市民を対象とした搬送づくりだと思っておりますが、先ほど来ありますように、救急患者の中には、診療費を支払わない常習の者がおります。これはもう入り口のところで、医療機関は拒否をされるわけでありまして。そうした場合に、救急隊は長時間説得をしながら、救急現場で適時適切な業務に従事しております。そうしたことも含めて、医療搬送の時間が長時間にわたっている、あるいは現場待機時間がかかっているということも含めて議論をしていただきたい。そうした善良な市民だけではないのだということ

も含めて議論をしていただきたいというのが、地方の実態であります。以上であります。

【山本（保）座長】

それは地方だけではなく、どこも同じようなところがたくさんあるんでございますが、非常に重要なポイントだと思います。ありがとうございます。ほかに、いかがでございましょうか。

【坂本委員】

よろしいでしょうか。この1ページの一番最初のところ、「本検討会の目的」の2の(2)に、「傷病者の搬送及び受入れに係る調査・分析の方法」というようなことがございますけれども、このような搬送体制に関しては、必ずこれを検証して評価して、さらに改善していくというふうなプロセスが必要になってくるわけですけれども、消防側からの、単に何回電話をしたとか、何分以上かかったというふうなことでは、実は全く不十分で、医療側から、適切な疾患が適切な医療機関に運ばれているかどうかということがマッチングする形できちんと調査されないと、これは評価できないと思います。これをやるのはものすごく大変なので、これを現場に負担をかけないでやるためには、先ほどのお金の話も含めて非常にたくさんの方が必要になります。また、それを厚労省がやるのか、あるいは日本医師会なり病院会なりがやるのか、どのようなデータを使っていくのかというふうな枠組みも考えていかなければいけないと思うのですけれども、この点について厚労省として、この500万件の救急搬送の疾病だとか処置が適切であるかどうかというようなことを検討する予定があるのか、あるいは、もう病院に運ばればそれによしとするのかという点について、教えていただければと思います。

【三浦課長】

今度の消防法の改正というのは、救急医療についてのPDCAサイクルを回していこうということが基本的な考え方であるというふうに理解しています。そのために、協議会において搬送の状況について評価・分析するというような機能も位置づけられているわけでありますので、私ども、それは国がということだけではなくて、それぞれの地域における分析というものもあるでしょうし、そういうのと連携しながら現状を把握し、国として解決するべき問題があれば対応していくことになるかと考えています。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。消防のほうで、大阪消防の津田部長、何かありましたらどうぞ。

【津田委員】

私どものほうの意見のまとめとしては、野口委員のほうからほとんど言っていただきましたが、今回この委員会へ出席するに当たって、我々の中で話していたときに、先ほど杉本先生がおっしゃったように、まさにそういう医療機関のリストができるのかなというような心配が、非常に多く意見が出てまいりまして、特に小児科、産婦人科などのリストが出ると、もう一般の患者の方がウオークインで行くのではないかなと。そうすると、そういうおそれから、逆にリストの公表を避けられる、おりられるというふうなことの懸念があるのかなということで、非公表というのですか、どういう形で、必ずしもリストをつくっても公表しなければならないとは思わないので、そういったことも含めて検討していかなければならないのかなと思っております。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。小児科、産婦人科、あるいは救急、そんなリストができるのかなという、あるいはここで、受け皿の一番大きな病院会の会長であります山本修三先生が参っておられます。何かご意見がありましたら、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【山本（修）委員】

ご指名をいただきましたので、少し発言をさせていただきます。今日の議論を聞いていまして、今日ここに来た理由が、搬送と受け入れの施設基準をつくろうと、ガイドラインをつくっていこうというような話で、この会が立ち上がったというように聞いていましたけれども、基本的には地域の協議会は、もうMC協議会もあるし、救対協もあるというようなことで、それがもう動いているということで、そうすると、ガイドラインをつくって、どうやって受け入れるようにしようかということが一番メインのテーマになるのかなと思って聞いていましたら、今度は予算の問題に移ってしまったものですから、なかなか難しい問題だなと思っています。私は、やはり基本的には救急患者さんは受け入れなくては行けないという立場で、救急専門にやってきた人たちは、そこはぶれては行けないと思ひますね。ただ、その環境をつくれということだろうと思ひます。その予算は極めて大きなオーダーパラメーターですから、これは国として考えなければ行けないけれども、我々も、これだけの予算をつけてくれれば、このようにして受けますよというようなことも、意見としては言っていかなければ行けないだろうと思ひます。要は、やはり患者さんを受け入れなければ行けない、その仕組みをどうつくろうかということでございますので、例えば7ページのリストの問題が出ましたけれども、

物事というのは、あまりきちんと決めてしまうと動かなくなってしまうということがあります。ですから、考え方はこれでよくわかりますけれども、A病院は何々、B病院は何々みたいなことでやると、おそらく地域の格差を考えたときに全然動かなくなってしまう地域が出てくると思います。ですからガイドラインとか、こういうリストというのは、やはりフレキシビリティのある仕組みにしていかないと、おそらく受け入れられないのだろうと思っています。もう1つ申し上げますと、地域格差の中で典型的なものがございますけれども、20ページの表で、関東のものですが、茨城を見ていただきたいと思います。茨城は全部外へ行っていますよね、受け入れよりも外へ行ってしまいうほうが断然多い。すなわち、この地図でいう太平洋側、千葉から福島の太平洋側に産科を受ける施設が1つありません。そういう厳しい地域もある訳です。そのようなことを踏まえたときに、一番中心になって考えるのは、地域がやはりそのような患者さんをどのように受けていこうかということを考えなければいけないと考えています。もう1つ申し上げますと、この1次、2次、3次という形の救急医療の中で、これはもう救急医療をずっとやってきた先生方はよくご存じでしょうし、私は救急医療をやめてから随分たちますので、少しずれているかもしれませんが、1次、2次、3次の中で何が今一番問題になっているかという、3次に軽い患者さんがどんどん来てしまうというようなことがあって、それはなぜかという、2次救急が極めて弱くなっていることが一つの理由と考えています。非常に専門分化してきて、救急そのもののレベルは上がってきたし、すばらしい先生がたくさん出てきました。しかし肝心のコモンディージーズの救急を扱うべき2次救急が、非常に力が弱くなってしまったために、今のようなことが起こっていると。だからそういうことを含めた受け入れの考え方を、少し知恵を出したらいいかなと、そんなふう感じていました。ありがとうございました。

【山本（保）座長】

山本委員、ありがとうございました。非常に最後、示唆に富むご意見をいただきました。その中でも予算の問題というのは、私も重要視しなければいけないのではないのかなと、山本委員とは多少違うところでございますが、島崎先生、何か最後にこの予算の問題について、ここでいくのか、作業部会でいくのか、その辺の大まかなところを少し、先生のご意見をいただいて終わりにしたいと思いますが、いかがでしょうか。

【島崎委員】

ちょっとそう言われても困るのですが、作業部会は受け入れ実施基準のガイドライン

をつくるだけで、予算にかかわることはやらないでしょう。

【山本（保）座長】

でしょうね。

【島崎委員】

だから、もうそれは我々としてはこういう問題があるからということで、今ここで皆さんがほとんど同じように思っておられる、受け入れ医療機関側に対する、ある種経済的支援を含めて、ぜひともそれは厚労省、それから総務省とも考えていただきたいというように思います。それから、先ほど開出さんのほうから、700億出していただけるということで、幾つか、我々が危惧するということでもないのですけれども、1つは、総務省からはおそらく自治体を通してそういうお金がおりるのでしょうか。そうすると、先ほど杉本委員がおっしゃったように、自治体の人は病院よりも、もっと別の大切なものがあるよというような話になって、ほんとうに、まずその700億がきっちり救急にかかわる医療現場におりるのかどうかというのが1つ。そこが一番危惧するんですけれども、おりた場合に、例えば産科とか小児とか新生児とか、それから救命センターとかいろいろな所がありますよね。その救急患者の受け入れの実態に応じたような配分で、きっちりとその予算が自治体からおりるような仕組みをぜひとも考えていただきたいというのが2点目。それから3点目は、おそらく自治体からですか、これは国公立ですか、それとも公立だけの病院ですか。例えば予算が自治体からおりるとしたら、その辺のところはどうなのでしょう。

【開出室長】

交付税の公立病院に対してやっているのは、純粹の自治体立と、あと公的な医療機関ですね、赤十字とか、位置づけられたものまで対象にしています。今回もう少し、公益法人のところまで拡充ということになっていますけれども、基本的には公的な位置づけがあるところです。

【島崎委員】

差し当たって今回がこのような共管で、医療機関に総務省がお金を出すというのは非常に画期的だと私は思いますが、実際に出るとしたらです。思いますけれども、来年度からすぐというのでなくてもいいですけれども、民間病院の救命センター等含めて、かなりそこが救急医療の現場にかかわっていますから、民間病院へも自治体を通して支援が行くようなことを、ぜひとも考えていただきたいというように思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。

【山崎委員】

座長、済みません、最後に2点。

【山本（保）座長】

どうぞ、先生。

【山崎委員】

日本精神科病院協会副会長の山崎です。精神科の救急というのは独自に、精神科救急システムということで実施しているのですが、現在、精神科の会員病院が非常に困っているのは、精神障害者が合併症を起こしたとき、例えば統合失調症の患者さんが心筋梗塞だとか脳卒中を起こした、あるいは、うつ病の患者さんが自殺企図で飛びおりて、脊髄損傷で麻痺の状態になってしまったという患者さんを受け入れてくれる病院がほとんどないのです。これは脳卒中、あるいは心筋梗塞、あるいは整形外科の病院にお願いしても、統合失調症という診断がついていたり、自殺念慮があるうつ病ということで、ちょっと勘弁してくださいというのが実態です。したがって、このようなことを検討するときに、精神障害を合併している患者さんの扱いについてどのようにするかということも、1つ大きな検討課題だと思っています。それと、救急の搬送の実態にも入っていますけれども、認知症の患者さんが最近非常に増えております。団塊の世代が後期高齢者に入ってくる20年後ぐらいになりますと、この認知症の救急搬送をどういうふうにするかという、非常に社会的に大きな問題が出てくると思っています。したがって、その辺を含めて検討していただきたいということと、これは精神科とはあまり関係ないのですけれども、今日の資料の23ページに、佐賀県の救急医療の体制というのが図で出ているのですが、各都道府県、1次救急、2次救急、それから3次救急ということで、問題は、都道府県側の市町村レベルの救急を支えている2次救急医療のところの病院群輪番制病院、あるいは救急告示医療機関です。というのは、法的にどのような資格で、どのような指定をされていて、どのような診療機能を持っているかということと、この次の検討会までに資料をちょうだいしたいと思います。現在、救急の現場が当直医を含めて医師が少なくなっておりまして、勤務医から救急に特化すると、そんなに救急をしるというならもう辞めると言われることが多くなり、病院自体が救急から逃げ出しているという実態があって、その届け出をしたときの病院の診療機能と、その後の今日現在の診

療機能が果たしてきちんと合っているのかという検証をすることが大事で、当然診療はできるのでしょうかということではないと思うので、その辺を含めて、どのようなチェックの機能があって、どのような条件で病院を指定しているかというデータをちょうだいしたいと思います。

【山本（保）座長】

わかりました。

今大きく2つあったと思います。救急告示病院の件については、中山室長、よろしくお願ひしたいと思います。それから精神科疾患、あるいは認知症の受け入れの非常に難しいというのは、もういろいろなところで出ているわけでございます。特にこの中でも40ページあたりの、コードの中の情報に、疾病に関する情報で、精神疾患、アルコール、それから認知症、この辺のところはこれからも非常に大きな問題によりなってくるのではないのかなと。先生のお話、そのとおりに作業部会でもお話しさせていただきたいと思います。ありがとうございました。そろそろもう時間でございますが、岡本長官、あるいは外口局長、いかがでございますでしょうか。長官からいきましょう。

【岡本長官】

いろいろご意見、ご指導、ありがとうございました。いろいろいただいた点で、またこれから作業部会で詰めていただくことと存じますけれども、そういう点でいって2つ大きなお話があって、1つは進め方のお話がありまして、今あるMCでありますとか、そういう協議会を各県でやるときにどうするか。多くの先生方からお話ございましたように、既存のいろいろな協議会と屋上屋を重ねないようにやっていくということであろうと当然思います。そのためにも、このガイドラインの中で、どういうことをこの協議会できちんとしなければいけないのだということを明示的にしていただけることによって、ではそれをきちんとやっつけようとするならば、既存の今の協議会でこういうことをやればいいのかということも、おのずとはっきりしてくると思います。そのような意味でも、ぜひ作業部会でやろうとすることを、ある意味では具体的、明示的に示すということが重要ではないかというように考えております。それからもう1つ大きな、お金の話がございました。これは厚生労働省のほうの国費によっていろいろやっつけらっしゃる予算、それから私どもが中心的に地方財政措置を講じてやっておりますいろいろな措置、これをあわせて講じることによって、いろいろ今ご指摘、ご心配あったようなことを解消していくということだろうと思います。それで1つ、総務省のほうでやっ

ております中で、島崎先生のお話の中の、どういう病院かということ、対象はどこだというお話がございましたけれども、我々この数年間、いろいろな病院のこういう地域の医療をどうやって確保していくかというときに、私ども総務省全体として持っております問題意識は、今まで、ともすれば公立病院にいろいろなことをやってまいりましたけれども、地域の医療を確保するために、それぞれの医療機関がどういう機能を果たしているか。その果たしていただいている機能に着目して、県なり市町村がお金を出していく、そういうものを想定しながら、我々としては交付税なり何なりの地方財政措置を考えるべきなのではないかというふうに考えております。そういう意味で、ではその医療機関がどういう位置づけなのかということ、ある意味では私ども役人でございますから、制度的にきちんと位置づけるということと、よりそういう仕組みがつくりやすいということになりますけれども、今回の消防法の改正で、消防機関と医療機関、それを県が入って、こういう意味では実施基準という形で位置づけるわけでございますから、この実施基準に位置づけられた病院は、当然、公立であろうが何であろうがその機能を果たすという中で位置づけられているわけでございますから、そういうものが果たすことに、どれだけ、いわゆる財政需要があるかということに着目しながら、そのような財政措置を講じていくことを、ぜひ前向きに進めていきたいというように考えております。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。外口局長、お願いいたします。

【外口局長】

消防法の改正に基づきますこのガイドライン策定についての議論から始まりましたけれども、その中で地域医療、救急医療をめぐる課題について、さまざまご指摘をいただきました。今の状況をより改善していくためには、やはり予算制度、診療報酬といったいろいろな仕組みを通じて、これを短期、中期、長期と組み合わせて取り組んでいくことが必要だと思っております。行政としても、必要な対応が進められるよう、努力してまいります。

【山本（保）座長】

ありがとうございました。それでは、もう時間が参ってしまいました。今後のディスカッションは、細かいところが出てくると思いますので、作業部会を設立して、そこで進めていって、この親会にそれをご報告して、よりよいルールづくりを目指す、そして協議会を目指すというところで、ご了解をいただきたいと思います。それでは、この辺

で事務局のほうにバトンタッチをさせていただきます。事務局、お願いします。

8 閉会

【事務局（溝口）】

ありがとうございます。皆様、ほんとうに活発なご議論ありがとうございました。次回の開催、あるいは作業部会のご案内等は、事務局のほうよりまた改めてさせていただきたいと思います。1点、担当として、済みません、私の領分を超えたことかもしれませんが、この消防法改正のすさまじさを少し皆さんと共有させていただきたいと思います。私は、正直言いますと恐怖です。杉本先生がおっしゃったような絵に描いた餅ですとか、さつま町のここまでしかできません、あるいは大阪のウオークインの話、それはウオークインで病院が、病院を公開したらうまくいかなくなりましたというところまでデータとして出せますかというようなことを突きつけるような、これは改正です。そして、有賀先生が特におっしゃったような、当たり前のことだよねというのは、データにするのがいかに苦しかったかということは共有できているのではないかと思います。関係者間のコモンセンスは暗黙知です。それを出せというガイドラインをつくるか、それを突きつけて、そのデータを出す覚悟があるのかというのを問うというのが、この検討会のやっている作業です。私は時々これで目が覚めるぐらい恐ろしい思いに駆られているということを、あえて申し上げさせていただきたいと思います。金というよりも、金をどこにつけなければいけないか、そのためのデータをほんとうに出す覚悟がありますかという話だと思っておりますので、ぜひよろしく願いいたします。済みません、出過ぎた発言をしてしまいましたことをお許しください。どうぞ、今後ともよろしく願いいたします。本日はありがとうございました。

【山本（保）座長】

ありがとうございました。

速記担当：(株) 大和速記情報センター

藤田 貴子