

## 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

- I 日 時 平成 21 年 7 月 30 日 (木) 9 時 30 分～11 時 30 分
- II 場 所 銀座会議室 三丁目会議室
- 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、西原氏（齋藤委員代理）、坂本委員、  
佐々木委員、森野委員、安田委員、横田（順）委員、  
石井委員（日本医師会）  
長瀬氏（山崎委員代理 日本精神科病院協会）

## IV 次 第

- 1 開会
- 2 委員紹介
- 3 座長選出
- 4 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
- 5 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 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を開催させていただきます。本日の司会は、総務省消防庁救急企画室、救急専門官を拝命しております、私、溝口が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

では、第 1 回の作業部会の開催に当たりまして、事務局といたしまして、総務省、そして厚生労働省からそれぞれごあいさつをさせていただきたいと思えます。まず、総務省消防庁救急企画室長、開出よりごあいさつをさせていただきます。

開出室長 | おはようございます。消防庁の救急企画室長の開出と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、本作業部会に、朝早い時間設定で大変恐縮でございますけれども、お集まりいただきまして、大変ありがとうございます。既にご案内のとおり、さきの国会におきまして消防法の一部を改正する法律が通りまして、5月1日に公布されたところでございます。施行は6カ月以内ということで、今のところ10月30日を念頭に政府内の調整を行っておりますけれども、いずれにいたしましても10月末にこの法律が施行されるということになります。

法律の内容につきましては、都道府県に消防、医療の関係者から構成される協議会を設置いたしまして、救急搬送に係る実施基準を策定していくということでございますけれども、この実施基準、都道府県が具体的に地域の医療事情を考慮して決めていくということでございますけれども、国としてもガイドラインを示していきたいということでございます。そのため、総務省と厚生労働省で合同の検討会を設置しまして、親会につきましては、去る6月29日に1回目ということでございますが、その中でも議論がございましたが、具体的な内容につきましては作業部会で中身をもんでいただきまして、親会でご了承ということで考えている次第でございます。

この実施基準、今の救急搬送が当面している問題に対しても、国民の期待といえますか、どういうものになるかという関心も高いところでございますし、より救急搬送における質の向上ということで、救命率や予後の向上ということにも資する内容ということでございますので、国民的な関心も非常に高いところでございます。この作業部会でそれぞれの専門の先生方からアドバイスをいただきまして、いいものにまとめていきたいと思っておりますので、ぜひよろしく願いいたします。どうぞよろしく願いします。

事務局 次に、厚生労働省医政局指導課、指導課長、新村よりごあいさつをさせていただきます。

新村課長 ただいまご紹介いただきました新村と申します。7月24日付で交代したばかりでございますので、今後よろしく願いいたします。

会の趣旨については、今ごあいさつがあったとおりでございますけれども、厚生労働省でもやはり救急の問題、ずうっと大きな問題としてありましたが、昨年、一昨年など社会的問題になったといったこともありまして、引き続き搬送件数も非常に多いという中で、医療機関の負担をどうするかということが大きな問題だろうと思っております。そういう意味で、この消防サイドと救急サイドの現場の調整ということも非常に大事なことで、こういった消防法改正に基づいた取り組みというのも非常に大きな意味があるのではないかと考えていますし、消防庁と厚生労働省と一致協力して対応したいと思っておりますので、先生方もぜひよろしく願いしたいと思っております。

以上、簡単ですが、よろしく願いいたします。

事務局 ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

さて、当作業部会を進めていくに当たりまして、まず座長の選出でございますが、事務局といたしまして、事務局案でございますが、有賀委員にお願いしてはどうかと考えておりますが、いかがでございましょうか。

(拍手)

ありがとうございます。では、席を移動していただいた後に一言ごあいさつをいただければと思います。よろしくお願いいたします。

座長 今、事務局から座長を、ということで選出されました。おそらく平成20年度救急業務高度化推進検討会の消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の座長をしていたという話があつてのことだと思いますので、それらの流れを踏みながら、本件、消防法の改正に伴うさまざまな諸問題を議論していきたいと思ひます。どうぞよろしくお願いいたします。

以上です。

事務局 よろしくお願ひいたします。

では、座長に以降の議事進行をお願いしたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

座長 では、ここにあります議題1、傷病者の搬送及び受入れの実施基準等についてとあります。その後にはその他とありますが、何はともあれ、最初から実施基準、その話になるのかどうかわかりませんが、資料がありますので、とりあえずそれをご説明いただくのが先だと思いますので、よろしくお願いいたします。

事務局 それでは、事務局より資料の確認と資料の説明をさせていただきたいと思ひます。

お手元に、委員の皆様のところには作業部会の資料一式と、あと、1枚のものになっておりますが、こういう形の、参考資料ということでは書いておりませんが、「消化器疾患救急トリアージシート&救急活動票(案)」という形で、委員より提出いただいた資料を配付させていただいております。あと、参考といたしまして、親会に当たります第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のほうも、これは委員の皆様限りにはなりますが、親会の資料も参考として配付させていただいております。

では、資料の確認といたしまして、作業部会の資料をお手元にご準備いただければと思います。作業部会の資料でございますが、作業部会の構成員名簿、親会を含めました開催要綱、座席表、横書きの資料になっております、資料と題しました厚目のものが一部。そしてもう1つは、右肩に参考資料と打っているA4縦のものになりますが、これは委員より提出いただきました資料という構成になっております。不足等ございましたら、事務局にお申しつけいただければと思います。よろしくお願いいたします。

なお、資料の説明に入る前に事務局から確認させていただきますが、本検討会の進め方としましては、特に委員からのご意見があった場合を除きまして公開ということで進めたいと思います。なお、撮影はここまでで終了とさせていただきます。記者の方はご了解ください。ありがとうございます。

では、資料の説明からさせていただきたいと思います。横書きの資料、「資料」という形で入っておりますスライドの資料をお手元にご準備いただければと思います。「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」でございます。

1枚おめくりいただきまして、親会でどういった意見が出たのかというものを事務局でまとめさせていただきました。最初でございますが、搬送・受入れの基準ということについて、地方や都市部では選択肢が限られている、医療資源が限られているということから、ガイドライン、このガイドラインというのは都道府県が実際に実施基準をつくるに当たってのガイドラインというイメージになりますが、ガイドラインは柔軟性のあるものでなければ機能しないのではないかといったご意見。あるいは、医療機関側が対応できる体制をとれるかどうかというのが非常に重要だと。そしてあわせてですが、特に昨今、コモンディージーズを扱う2次救急医療機関が非常に弱くなってきたというのが1つの問題ではないかといったご指摘をいただいております。そして、医療的なこととは少し別の理由で受入れが難しい患者さんが発生しているということは、医学的なことは大事だけれども、そういうところも整理して対策を考えていく必要があるといったご意見。あるいは、医療提供体制側における慢性期の部分といったような議論にまで発展するのではないかと。あるいは、少しネガティブな形でのご発言ということ、警鐘を鳴らす意味でのご発言ということでございますと、医療機関のリストといったような公表の仕方、やり方をきちんと考えなければ、ウォークインの患者さんが殺到して、逆にうまく回らなくなってしまうといったような危惧もあるのではないかとご指摘もいただいております。そしてまた、下から2つ目ですけれども、精神障害あるいは、特に認知症といったことでの救急搬送体制というのが非常に問題になっている。一番下でございますが、コーディネーターということでの役割というのが非常に大きいのではないかとご意見もいただいております。

2ページ目でございます。こういうルールをつくる、基準をつくるに当たっての協議会でございますが、協議会は現存の資源を生かすといったような形で、メディカルコントロール協議会や救急対策協議会といったものを生かすという運営もあるのではないかとご指摘をいただいております。そして調査、分析ということに関しましては、基準をつくって、それを見直すに当たりましては調査、分析ということが当然必要になってくるかと思いますが、特に悪いケースばかりク

ローズアップされる傾向にあります。成功した事例の分析を行うということも重要ではないか。あるいは、今回消防機関と医療機関の連携ということですので、情報の連結、マッチングというのが重要ではないかというご指摘もいただいております。3つ目の大きな丸でございますけれども、医療機関に対する支援ということでも、親会で非常に指摘をいただいております。財政支援が重要である。特に公立、公的医療機関ということだけではなく、民間の病院に対しても財政支援が重要ではないかといったご指摘をいただいております。一番下の丸のその他でございますが、これが親会のメッセージの統括的なことになろうかと思っておりますけれども、地域によって資源や協議会のレベルというのは非常にさまざま、結局最後は地域の実情に合わせていけないといけないという部分がございますが、患者さんの状況をどう判断して、どういった医療機関に搬送すればいいのかということについては、とにかくしっかりつくる必要がありまして、親会からも作業部会に期待するといったご意見をいただいております。

3ページ目でございますが、以上のような親会での意見を踏まえまして、本作業部会の目的は2つにまとまるのかなと思うことで提示させていただいております。すなわち消防法改正に伴います、都道府県がつくることとなりますガイドラインの具体的な検討、そして2つ目でございますが、調査、分析の方法あるいは都道府県が設置する協議会の役割に関する事項というのが検討事項かと考えております。

4ページ目、5ページ目でございますが、消防法改正の概要をつけさせていただいております。4ページ目、都道府県が、消防関係や医療関係の方々を構成メンバーとして協議会を都道府県に設置するということとなります。役割としては、傷病者の搬送及び受入れの実施基準に関する協議、そして調査、分析を行うということとなります。そして都道府県知事に対して意見具申あるいは関係行政機関に協力要請をするというのが消防法改正の一つの要約された内容となります。

5ページ目でございますが、では、消防法改正の中で、実際にどんな実施基準をつくるということがうたわれているかということになりますと、4つでございます。改めてご説明させていただきますと、①でございますが、医療機関のリスト。どういった形のもので受けられるかということで、医療機関側の体制を踏まえての医療機関のリストがあり、そして2番目でございますが、消防機関側はそのリストに応じて医療機関を絞り込み、そしてどこに照会をかけるのか、どういう形で、その中から医療機関を選定していくのかというルールがあり、そして3つ目でございますが、消防機関からは、医療機関に対して照会をかける際に傷病者の状況を伝達するわけですが、伝達でそごが起きないように一つのルールが必要だろう。そして4番目、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合

にも、どういう対応をするのかというのをあらかじめルールとして決めておきましょう。そういったものを都道府県が調整を行いまして、策定、公表をしていくというのが消防法改正の概要でございます。そして、現在我々の立ち位置は、この5ページ目の右上になります総務大臣、厚生労働大臣から情報提供等の援助という部分がございますが、この部分で都道府県が実際に実施基準をつくっていくに当たってのガイドラインといったものを示していきたいということで、今、我々の作業部会を開催させていただいているという立ち位置にあります。

6ページ目をお願いいたします。実際にガイドラインの内容に入っていきたいと思いますが、傷病者の観察からディシジョンツリーになっておりまして、重篤という形で救命救急センター等に流れる部分、そして四角で囲った部分になっておりますけれども、いろいろな医療機関に、そこから分かれていくという部分を医療機関のリストということでのイメージとして提示させていただいております。特に、ここの四角の枠で囲みました、疑われる疾患、症状・主訴、診療科といったものを、ガイドラインとしてどう示していくかという部分が議論する部分になろうかと考えております。

こういったガイドラインをつくるに当たりまして、皆様方それぞれの立場から、都道府県としては、実際につくるとき、どう調整するような場合にどういった内容があればいいのか、あるいは医療機関側からすると、受け入れるに当たってはどういった内容が実際に入っていればいいのか、消防関係の方は、搬送する際にはどういった分類がの中で具体的にガイドラインとして示されていれば、実際に地域でこういったルールをつくれるのか、そして全体に係ることですけれども、こういったガイドラインに示すことによって、地域住民にとって、そして傷病者にとってよりよいものになるのかという、それぞれの立場を念頭に置きながら、実際に自分の地域でつくるということを想定しながらガイドラインの議論をしていただければと思います。

7ページ目でございます。医療機関のリストを、先ほどのディシジョンツリーを表の形にしますと、こういった形になろうかと考えておりますが、一番下に米印で書いておりますけれども、あくまでガイドラインですので、例示ということでございますが、柔軟性を確保するという意味では、地域の実情に応じて、こういった表もどこまでの粒度になるのかといったものが決定されていくということになろうかと思っております。

8ページ目でございます。実際この医療機関リストをガイドラインとしてつくっていくに当たりまして、幾つか話をまとめさせていただいております。医療機関リストを策定するという事について、幾つか議論を進めていくに当たりまして、検討を行う上で軸を3本立てさせていただきました。緊急性、特殊性、地域性といったようなものが検討の際の一つの判断軸になろうかと思ひまして提示

させていただきます。そしてこの中で、ガイドラインとして提示する分類項目を作業部会として設定していきたいと考えております。そして医療機関リストを策定しまして、その後医療機関の選定ルール、医療機関リストで、いろいろな医療機関、幾つかの医療機関群と申しましょうか、群に絞り込めた後、さらにその中からどの医療機関に優先的に照会をかけていくのかといったような選定ルール、搬送時間ですとか、かかりつけの有無といったようなものが上げられるかと思いますが、そういったところもガイドラインに示していきたいと思っております。

次のページからは、医療機関リストを策定するに当たっての参考資料ということで始まっておりますが、医療機関リストを策定するに当たっては、次のページでございますが、日本臨床救急医学会の資料を載せておりますけれども、これとは別に親会の資料では出ささせていただいておりますので、お配りした資料を適宜参考にしていただければと思いますけれども、医療計画の中での4疾病5事業というところも一つ枠組みとしてある中で、そのほかの参考資料をご提示させていただいております。1つは日本臨床救急医学会で各種出ている標準コースと呼ばれるものを提示させていただきましたが、この中でも症状という形だけの分け方ではなく、意識障害という症状という分け方だけではなく、心疾患ですとか脳疾患ですとか、多軸と申しましょうか、いろいろな分け方によってコースが決まっているという形になっております。

10ページ目は、その中で幾つか、意識障害と脳卒中の中のものを取り出しておりますけれども、意識障害という症状の中でも脳卒中というアルゴリズムを別につくっているということでの参考資料です。

11ページ目も同じくアルゴリズムを少し詳しくしたものですが、意識障害や脳卒中によってつくられているというものを参考資料として提示させていただいております。

12ページ目は、これが現時点では一番網羅的にまとめた資料ということになろうかと思いますが、杏林大学・島崎先生がかつてまとめられました重症度、緊急度の判断基準ということになります。それを1枚の表にまとめたものになります。報告書の中では、救急隊員が活用しやすいように、心疾患や脳血管障害といったような疾患ではなく、症状を中心にまとめていこうということでまとめられております。ただ、10種類の症状、外傷から始まりまして腹痛まで、そして周産期、乳幼児という10種類になっておりますが、最後の2つ、周産期、乳幼児のところは症状ではなく、違う周産期と乳幼児という分類で10種類の分類で示されております。

13ページは、報告書で示された分類の中の1つ、胸痛というものを参考として提示させていただいております。委員の皆様方のお手元の親会資料の中に実際

の報告書をそのまますべてつけさせていただいております。

14ページ、そして15ページも参考資料でございますが、14ページは東京都の脳卒中救急搬送体制ということで、東京都がまとめられたツリーでございます。15ページ目は、実際に東京都の脳卒中急性期医療機関ということでリスト化されて、東京都のホームページには既にアップされているものを参考資料としてつけさせていただいております。

16ページ目をお願いいたします。ここからがまさに議論ということになるかと思いますが、事務局として提示させていただきました3つの軸をベースにまとめておりますけれども、緊急性、医療の提供等が、特に生命や予後に影響を及ぼすものということでまとめておりますが、重篤あるいは致命的な疾患、これは疾患別に分けると脳疾患や心疾患、あるいは重症度、緊急度が高い症状、主訴といったような切り口でさらに例示させていただいております。この辺の例示、具体的にガイドラインとしてこういうものについて医療機関リストをつくってくださいというものを示すに当たって、こういった分類が適切かどうか、あるいは多いか、あるいは少ないかといったことを、実際にガイドラインをもとに実施基準をつくるということを想定しながら議論いただければと思います。

17ページ目をお願いいたします。先ほどの緊急性という軸だけではなく、少し特殊な小児、産婦人科といったものは別につくる必要があるかもしれないということで提示させていただいております。ただし、こういう特出しで診療科別というものをつくった場合に、先ほどの緊急性の項目と当然オーバーラップする部分がございます。小児で意識障害の場合にはどうするか、小児で消化管出血の場合はどうするのかといったところの交通整理といったものは、ガイドラインの中でもある程度つけていかないといけないかと思っております。もともと基準自体が交通整理をしていくということが前提ですので、ガイドラインの中でもその辺は議論していかなければいけないかと思っております。

18ページ目でございますが、今までの2つの軸は、どちらかという、今ある医療資源をもとに適切な形で患者さん、地域住民に今の医療資源を活用して、こう、医学的な観点から活用してこうという部分でございましたが、18ページ目は、特に搬送に困るといったような観点から、医学的に迅速性、緊急性が非常に高いということとは別に、搬送に時間を要している、搬送が困難といったようなものもルール化していく必要があるという考え方もあるのではないかと。ということで提示させていただいております。症状、主訴でいいますと、開放骨折ですとか吐血、下血、あるいは傷病者背景ということになった場合には透析患者さんですとか、あるいは親会でも指摘のありました精神疾患の患者さん、そして急性アルコール中毒、未受診の妊婦といったようなものも、この辺をどこまでガイドラインとして示していくかということは議論になるかと思っております。



19ページ目をお願いいたします。先ほどは医療機関のリストというところでもございましたが、医療機関をある程度絞り込んだ後、消防から医療機関に照会をかけますが、その際に重要になるポイントといたしまして、傷病者をどのように確認、観察するのかということ。そして伝達するに当たっては、何から医療機関に伝達するのか。この辺の話は、もともとプロフェッショナルとして消防機関側はやっている話ではございますので、ガイドラインとしてどこまで書くのか、地域としてどういったものを全体として共有すべきなのかというのをご議論いただければと思っております。

後ろのページからは参考資料になりますが、例えば東京消防庁の場合ですと、外傷観察カード、このほかにも幾つかカードがございまして、どういったものを重症と判断するか、どういったものを観察しなければいけないかといったことがあらかじめまとめられておりまして、こういった情報は医療機関の方も救命救急センターの方などはご存じであるというような状況になっております。

21ページは、例えば病院前の中でいろいろ観察していく事項ということで、脳卒中の中で現在言われているような内容としまして、シンシナティの病院前脳卒中スケールですとか倉敷のスケールといったものもございまして、参考として提示させていただいております。

22ページをお願いいたします。22ページは、また別の切り口での基準、先ほどまとめさせていただいております4ページ、5ページの消防法の概要からいたしますと5ページの④になりますけれども、うまく医療機関が決まらなかった場合に、どういう形で医療機関を確保していくのかということでのルールというイメージ図でございます。これも、どういう形でセーフティーネットをしいていくかということもガイドラインの中で書き込むということが必要になってこようかと思っております。

23ページでございますが、今回の消防法改正の中では、そのほかにももう少し幅広くいろいろなことを決めることができます。これを例示にとどめるのか、あるいはこの中でもガイドラインとして、特に地域で書き込むべきという話にするかというのは判断ございますが、一応紹介させていただきますと、例えば「(例)」という枠囲みの中の①、上のほうの①でございますが、救急医療情報システムに関すること、運用基準といったことを、この消防法の基準の中で読み込んでいくということも可能でございます。あるいは②でございますが、これは、通報を受けた時点で医療機関を決めていく、現在事前管制と呼ばれたりしますけれども、通報を受けた時点で指令センターが医療機関を、とにかく患者さんからの電話だけで決めていこうという基準を決めるということも可能でございますし、あるいは災害時の搬送受入れの基準をあらかじめ決めておくといったことも読み込むことは可能です。そして下の事例でございますけれども、枠囲みでござ

いますが、ヘリコプターを使う場合の搬送の手段に関する基準を決めることも可能ですし、医師に現場への同乗を要請するための基準、すなわち搬送受入れに関する非常に幅広い内容を、さらにこういったことについても消防法改正の中で、消防法の基準の中で読み込んでいくことが可能だということ为例示させていただいております。

24ページから26ページは、参考としての資料でございます。これは、現場滞在時間と照会回数がどういう関係にあるのかというのを都道府県別に見た、重症以上、そして産科・周産期、小児ということで見たものになりますけれども、47都道府県を見てみますと、現場滞在時間30分以上の割合、照会回数4回以上の割合というのを見てみますと、当たり前というご指摘を受けるかもしれませんが、やはり消防側が医療機関にいろいろ相談をしてというような割合が非常に高いところでは現場滞在時間が長くなっているのかなど。この辺のところ、いい病院を決めるために照会をかけるというステップが大事という状況はもちろんございますが、時間ということを考えますと、やはりあまりにも照会回数が多いようなところというのは、そこをできるだけスムーズに円滑に決まるようにして、できるだけ早い搬送というのが重要であろうということ、そしてこういったデータというのが大事であろうということで提示させていただいております。これが、相関をかけますと直線になるということで、重症、そして産科・周産期、小児というのを1つのデータとしてご提示させていただいております。

最後でございますが、今後のスケジュールでございます。消防法改正の公布を5月1日に行いまして、これを実際に施行するというのが6カ月以内ということになっておりますので、10月末を念頭に置いております。その間、皆様方のお知恵をいただきましてガイドラインを発出していきたいという状況で動いております。

以上でございます。

座長 どうもありがとうございました。

最初に少し確認しておきたいのですが、この作業部会、この会議は、作業部会で議論したことを、検討会、先ほど来言われている親会に報告するというような位置づけでよろしいわけですね。

事務局 はい。親会に報告をさせていただきます。

座長 というようなことになりますので、委員の先生方におかれましては、親会のほうも適宜頭に入れながら議論するという話になるのだと思います。

それから、事務局からしばしばフレーズとして「実施基準策定のためのガイドライン」という言葉をおっしゃっている。具体的には、脳卒中でいえば14ページとか、心臓でいえば13ページというような話を資料としてお使いになりながら、究極的には6ページのような、そういうリストを携えながら運ぶのだという

ようなことを、各地域で決めてくれという話になるのだと理解はするのですが、そういう議論に行く前にもうちょっと確認しておきたいことがあります。これは多分委員の方たちも同じだと思いますが、27ページの右側のページに「協議会成立準備」とございますよね。昨年度、委員がメディカルコントロール作業部会の座長で、僕も消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の座長でというようなどころで行われていた総務省の議論では、もともとあるMC協議会について、その役割を議論していくそのプロセスで、搬送という業務そのものも、つまり現場で救急隊員が質の高い作業をしたとしても、その瞬間に行く病院を決めて、そこに速やかに運ばないと、何やっているかわからないという話があるわけで。そういう意味では、搬送先を決めるというようなこともMC協議会の重要なテーマであるはずだという話で議論があったのだと記憶していますが。

そうはいつても、例えば東京でそれらの議論と同時進行で脳卒中の搬送に関する議論をしていたときには、MC協議会側の守備範囲と、それから、どこかのページにありましたけれども、救対協、救急医療対策協議会、つまりどちらかという医療提供側の病院会側ということになるのでしょうか、東京でいうと東京都医師会を軸にする病院、医療提供側との間で情報を行ったり来たりさせたというようなことがあって、そういう意味では、27ページに書いてある協議会というのはどのようなことを想定したらいいのかというようなことも重要だと思います。つまり、地域にこの手の話がまかれるときに、おそらく比較的重要な案件になるのではないかと、実は想像するのですよ。

そうやってきたときに、これも確認なのですけれども、こういうようなことでやろうねというように作業部会で決まったことを親会で報告したと仮定して、親会から全国のだれに、何を言うということになるのですか。総務省にしても厚生労働省にしても、2人の大臣は、だれに対して何かをやれと言うことになるのだというように理解すればいいのですか。これが、協議会の、MC協議会でもいいでしょうし、救対協でもいいでしょうし。極めてベーシックなところをもう一回確認しておきたいと思って、質問しています。ちょっとお願いします。

事務局

ガイドラインについては、最終的にどういう形を出すのかというのは、これから厚生労働省と詰めるのですけれども、一般的には両省の通知のような形で、役所から実施基準をつくるに当たっての留意点といいますか、お示しするというようなことになるかと思えますけれども、それは役所として各都道府県に通知するというような形になると思います。この作業部会と親会については、役所に対して、そのためのアドバイスをいただく、知見をいただくというような位置づけになると思います。

だれに対してというのは、おそらく総務省と厚生労働省から各都道府県に、都道府県がこれから協議会を設置して実施基準をつくっていくということになり

ますので、それに際しての方向性といいますか、留意点をお示しする。それをガイドラインというように呼んでいますけれども、そういったことになっていくと思います。

協議会のあり方については、親会でもご議論がございましたが、今いろいろ、地域においてMC協議会でやったり、救対協ベースでやっているところもあると思いますけれども、それと別にこの消防法の法定の協議会というのをつくらないといけないのか。それは、地域の取り組みをまた無駄な、といいますか、二重行政的なことになるので、既存の組織を生かしてというようなご議論が多かったと思いますけれども、私どもも、今、一番近い仕事をしているのはMC協議会だと思いますので、MC協議会がそのまま法定の協議会に位置づけられて、そこでしっかりした基準をつくっていくということが一番典型的なパターンかと思います。ただ、申し上げたように、救対協など、衛生部局サイドでやっておられる協議会の中でMCの仕事もやっている地域も、あるみたいですので、そちらをベースに今回は消防法の協議会を位置づけたいということが合理的であれば、そちらでもいいということをおもっています。そのところは実情に応じてということですが、協議会のあり方についても、どういう形が考えられるかということはお示していきたいと思っております。

ただ、実はこの作業部会で主にご議論いただきたいと思っておりますのは、実施基準の搬送のルールのところをお詰めいただくということで、協議会の組織のあり方については親会で主にやっていたのかなという考えでございましたけれども、実際ご議論いただく中で、そこもやはり両方ディスカッションしたいということがございましたら、作業部会でもご議論いただければと思います。

座長

実際問題、10種類のテーマ別に考えていくにしても、何にしても、ある程度目次立てが決まれば、多分それは地域にそのまま振ったと仮定しても、例えば脳卒中について、東京都を考えろといえ、1年かけてそれなりに考えてきたという経緯がありますので、おそらく目次立てさえそれなりのものを投げれば、それはそれで、局地的にはそれなりの知恵が地域にはあるわけですから、例えば山形県でやれと言え、山形県の先生方が集まって、脳卒中をどうしようという話だってできるわけですし、心臓をどうしようという話だってできるわけです。ひな形的なものを示すという話では、示すことができれば、それはそれでいいのですが、むしろ、例えば、では、「山形県で議論しろ」といったときに、例えば山形県の消防、つまりMC協議会側だけが、おれたちがリストをつくるぞといっても、実を言うと、それはつくれるはずもないわけなのです。東京都の経験からすると、医療提供側がそれなりの情報を整理整頓しながら、MC協議会のほうへ投げてきたということがあるので。だから、協議会をどうのように地域で考えていくかということをしておかないと、例えば京都府でMC協議会のほうで

リストをつくれと言ったって、MC協議会だけでリストがつかれるはずもないわけなのですよ。

ですから、そういうようなことを考えないと。多分つまり先生たちがおつくりになったようなものをもう一回つくるのかという話で、それはそれでいいのですけれども、例えば東京都のMC協議会が、そのままMC協議会として医療提供側の情報を握るといような形で搬送のルールを決められるかという、おそらく決められませんよね。受け手のカレンダーをどういようにつくるかという話が。東京都は医療機関がたくさんあるではないかと言うかもしれませんが、人口割にしたら、実は下から数えたほうが早いですよね。ですから、そういう意味では、ある意味、過疎なのですよ。砂漠みたいなどころがありますから。だから、その辺の議論を少ししておかないといけないかなというのが、僕の個人的な意見なのですけれども。

委員 最初から座長がいろいろな意見を提出しておりますけれども、この作業部会で受入れの基準をつくったり、あるいはどうい形でそれを運用していくのかといういようなことの議論の中で、おそらく先生のお話が出てくるのかなと思います。そもそもメディカルコントロールの活動をしていれば、今、座長がおっしゃったように、救急隊員の個人の技能の質の向上のためにいろいろな教育をしたり、あるいは実業務の中で助言や指導をしたりしているということの延長線上に、最終的に適切な医療機関に運んだのかというところが、要するに彼らのアウトカムなのですよ。そのときに、最後のところのコネクションが悪いので、やはりMC活動を通してそういうところがはっきりなってきたということがわかったということがあります。具体的に今おっしゃるようなことを進めようとする、従来のMC活動の協議会の体力では少し力不足だねと。最終的に受入れを、あるいは病院側の情報をきちんと出してほしいです、あるいは出しましょうという話のときは、少なくとも別途につくるというのではなくて、そういう事情をよくわかってい、おそらくMCの活動をしてきた人たちを軸にして、行政と消防がしっかりと絡まないとだめなのだろうなと思います。

一例を挙げますと、例えば私は堺市という2次の医療圏でありますけれども、メディカルコントロール協議会では日々いろいろな活動をしていいますが、中期的に見たときに、どういった医療機関にどういった傷病者を運びましょうかという調整をするには、あと2つ協力を求めないといけませんでした。1つは、やはり地元の医師会です。医師会のいわゆる会長名なりのことで、具体的に病院関係者が動いてくれる。いわゆる主要病院長と一緒にいって、イエスをくれる。2番目は、大きな調整役は行政です。医療主管部局の、地域保健医療計画にのっとっている作業を進めようとしているところ、私どものところだとやはり健康福祉局長の名前。結局、今こういう作業を進めようとするときに、MCを膨らます方

法として、MC会長名と医師会長名と行政の、本来なら市長とか、そういうトップの名前でいくべきなのでしょうけれども、具体的な作業を進めるという意味では医療主管のところで名前を出す。そして本当にそういうところで先に枠をつくと、今度は、また後で言いますけれども、現場が非常に動きやすくなるということがあると思います。

だから、別途につくるのではなくて、足場が組めているMCの母体は、僕は活用すべきだろうなと思います。

以上です。

事務局 本日の資料でいきますと4ページ、5ページになりますけれども、今度の消防法の中で、実施基準を定める主体というのは都道府県でございます。条文を申し上げますと、都道府県は実施基準を定めるときは、あらかじめ協議会の意見を聞かなければならないものとするということになっていまして、これまでMC協議会などが主体でいろいろなものをつくってきたといった部分ももちろんいろいろございますが、今回の実施基準に関しては都道府県が定めるということになります。ですので、メッセージの送り先は都道府県でして、その都道府県が定める協議会として、条件としてはこういう構成メンバーにしてくださいねということを経済上は定めている。

その前提があった上で既存のものも使えるような枠組みで組んでいまして、例えば〇〇協議会といったような名前なども縛ったりはしていませんよということなのです。ですので、イメージは都道府県がつくるに当たってというイメージですので、そこは、我々としましては、都道府県がどういった協議会をつくるのがベターというのを、今の資源を見て考えるという、それは都道府県が考えるということになるかと思っていまして、1つの選択肢としては、先ほど委員からも指摘がありましたけれども、今、活発に動いている、そして処置から搬送が大事だというような話も発展しているMC協議会を活用するという枠組みもあるのではないですかというご提示をさせていただいているということでございます。都道府県がつくるということを念頭に置いて議論を進めていただければと思っております。

座長 いや、話をまぜ返すために言っているわけではなくて、具体的に、例えばきのうは私、大阪に日帰りしてきたのですが、川崎医科大学の先生方と脳卒中の話をして少しやりました。いずれ消防法の改正にあつては、この秋にこんなことが起こるのだよねという話題を言ったのですが、都道府県といたって、では、具体的には県のMC協議会がどんなことができるのかねという話になるわけです。例えばね。言葉は悪いのですが、提供側の医師会の先生方の顔をうかがいながら仕事をしているような地元の消防の仕事ぶりから見れば、簡単に法律どおりいくなどということはさらさら考えられないと言うのですね。

だから、東京においてすら、と言ったらおかしいでしょうけれども、東京のMC協議会は全県1区で、島まで入れてかなり強力にやっているというように、皆さんお思いになっていると思いますけれども、それは、消防との関係においては極めて強力にやっていますけれども、医療提供側から見れば、それは単に一MC協議会がやっているというだけの話で、提供側からすれば、やはり脳卒中に関していえば、もう十二分に彼ら医師会側の、提供側の一致団結の中でこそこの手の話は成り立つわけで、消防側から話を持っていっても、ああ、そうですかということにならざるを得ない。

だから、僕はMC協議会の一員ではありましたが、医療提供側という意味では救対協の傘下の脳卒中の医療連携協議会の立場で医師会の先生方と議論しながら、どのような情報を消防側に出すかという話をした。結局行ったり来たりしているのですよね。だから、パントマイムではないですけども、白い顔と黒い顔をこういうようにしながら仕事をしている。それは、極めて現実的に言えば、要は今の委員の話の延長線上で言えば、もし協議会ができるのだとすれば、それぞれの会の、ここで言うような作業部会、ワーキンググループみたいなものをそれぞれのひもつきでつくってしまっ、行ったり来たりしなくてもいいようにしてくれればいいなというのが、僕の体験上のイメージなのです。

だから、例えばMC協議会側と救対協側があったと仮定して、こちらの議論をどちらかがのみ込むような形でやっていくというような話ではなくて、こちらの子供とこちらの子供が一緒の子というのか。そういうようなイメージで、こちらの価値規範とこちらの価値規範の整合性を持たせながら議論していくというようなことをしないと、この手の話はどうも成り立たないのではないかなど。これは、そういう意味では、結構苦勞するのです。同じ検証という言葉を使っても、こちらで言う検証とこちらで言う検証は違ったりしますのでね。だから、こちらで検証したいといった話を、こちら側と違うではないかというので、島崎先生などはこちらの会長ですから、島崎先生に、こちらで言っている検証というのはこういうことを言っているのですと、翻訳しながらやっているというようなことが起こるわけです。

事務局　　そういうイメージはあるものですから、消防法の中でも医療計画との調和が保たれるように、そういう……。

座　長　　うん。だから、僕が言っているのは、今言ったみたいに、岡山県にしても、大阪府全体はどうかはよくわかりませんが、例えば何ページかの脳卒中みたいな、こういうようなものをつくってくださいというようなものを、もし出すとすれば、考える場の設定も、例えばこういうようなことをして、そういう場をおつくりなさいませというようにしていかないと。結局消防は、実は中規模、小規模の消防が全国にばらまかれているわけですよね。県でまとめるといったところ

で、実は十分まとまらなかったから、MC協議会だってでこぼこができたわけですよ。だから、都道府県でやれと、霞が関から言うのは簡単なのですけれども、どこまでそれを言うかは別にしても、結局は当事者がやらなければ、どうにもなりませんから。だから、箸の上げおろしまで言うかどうかは別にしても、大枠の部分は、考える場はこういうような場でもってというようなところぐらいは少なくとも示さないで、結局今までMC協議会のでこぼこができたのと全く同じことが、またここでもでこぼこが起こるといようなことを、自分の頭の中では少し考えた次第なのですよ。

だから、事務局と、例えば委員のどなたかが2人で疾病ごとのものを三日三晩どこかにこもってつくれば、おそらく4つか5つ、すぐにできますよ。時間さえかければ。たたき台ですからね。だって、それは地域に投げるわけですから。地域に投げたら、もっと細かなことをやるわけです。例えば東京では、脳卒中に関しては、急性期に関してはいろいろな議論があったけれども、今のところ24時間以内、第1病日だと、t-PAが使えるところに運ぶようになっているのです。第1病日ですよ。だから、12時間でも18時間でも、そこへ運ぶわけですよ。その時間であれば、もうt-PAも何もありませんからね。だけど、ぼくらはt-PAのために働いているわけではなくて、脳卒中全体のためにやるのだから、それでいいのではないかという議論になって、そのようになった。おそらくバージョンアップしていくときに、第1病日の中の12時間以内なら、とか、これからはそういうような形になっていくと思う。それは、こちらで言う検証をしながら進んでいくだろう。

だから、そういう意味では、地域に投げたときにはいろいろなことが起こっているのですけれども、そういうような場についての議論をしないまま同じことをやれば、またMC協議会みたいになってしまうのではないかということをおそれているという話です。その点について、丁寧な議論をしておかないと、空中分解するかもしれませんので。

事務局

場について、こういうように、こういう場がどうですかというのは、そこは法律に書いてあるので。この資料でいうと4ページ、5ページが今回の法律の内容ということで、4ページが協議会の組織のあり方、5ページが基準ということで、ここは法定事項なので、どういったメンバーがというのは、4ページにございます消防機関の職員と救急医療の現場を持っておられる医療機関の管理者または医師、あと、診療に関する学識経験者の団体の推薦する者というのは、地域の医師会を念頭に置いているということと、あと、都道府県の職員と、その他の学識経験者ということですが、今回の作業をするためにどうしても必要なのは、医療提供側のご意見を踏まえないと、今回のリストというのも意味がありませんので、消防が主体とか医療が主体とかではなくて、まさに共同の、



座長  
事務局

両者が相まって参画する協議会が必要だということになります。

総論はね。僕は、総論を理解した上で言っているのですよ。

はい。座長がおっしゃっているのは総論ではなくて、具体的なことだと思うのですが、今回この法律まで改正して、総務省と厚生労働省の共管の法律ということになったのは、まさに地域の消防側とすると、救急搬送を行うという問題があるけれども、なかなかそれがうまくいかない。で、医療と連携をとっていかねばいけない。細かい連携の話と、また医療提供体制についても消防側としても考えるところがあるということがあって、そこをうまく接点を設けなければいけないわけですが、その両方のいわゆる接着剤になる搬送から受入れに至るところの部分についても、調整なり取り組みをもう少ししっかりやるべきではないかということで、今回の仕組みができたということです。

そのために、作業部会、検討会を含めて、国の役所というと総務省と厚生労働省の共管事業ということでやっているわけですが、都道府県においては、国よりはもっとクリアで、同じ都道府県知事が医療も消防も両方所管するということになるわけですから、そこのところは、国よりもっと動きやすいと思うのですけれども、現実にはやはり消防防災部局所管のMC協議会という実態と、衛生行政が持っている医療審議会の系統の救対協というのと別々に、なかなかキャッチボールがうまくいかなかったというようなところもあると思います。

どういった組織体を使うかということについては、また新しい第3の協議会を立ち上げてやるよりは、既存の組織を使ったほうがより現実だろうということで、先ほどMC協議会をベースにということで申し上げましたけれども、ただ、これから果たしていく機能というのは、先ほど座長がおっしゃったような、両方の協議会の一部の子供同士が合体してやるというような、そんなことだと思うのですけれども、そこのところはエネルギーがかなり必要なので、各県にも頑張っていたきたいし、特に我々からすると、消防本部のほうもなかなかばらばらになっていたところがありますので、そこは頑張っていたきたいと思っています。そこのところは、まさに最低限満たさなければいけない条件というのは法律の中に仕組みができていますので、そこをどうやって実際ワークさせていくかというのは、現場のご努力がかなり必要かと思っていますけれども、我々はそちらの組織のあり方も含めて、両省共同で、うまいやり方についてアドバイスしていきたいと思っています。

座長

ですから、例えば14ページを見ていただけますか。この脳卒中の一番下の青いところ、ありますね。この青いところについては、今言った救対協側で議論して、自分たちをラインアップしたわけですよ。ピンクのところはMC協議会側で、キャッチャーの様子を途中で情報を得ながら、ピッチャーとしてどういうように患者を投げるかというようなことを議論しているわけなのですね。今のお話のよ

うに、これはたまたま脳卒中ですけれども、でき上がりはこういうような、地域の病院のリストがあって、そしてその地域の病院のリストの中から、困った状況のときにはこうしましょうねというようなことを決めていくことを含めて搬送の全体像を円滑にしていきたいと思いますというのは、ここで議論する中核的な話になるのだと、私は思うのですけれども。

結局、地域に行きますと、このピンクの部分と青い部分とが現にあって、ピンクがそのまま青の面倒を見切れないということを、私は言っているわけです。だから、そういう意味では、今、委員が言うみたいに、結局医師会なり衛生行政の方たちとの合作作業はポイントになりますよというようにおっしゃっているわけで。総務省の、4ページにあるような、そういうような法律ができたので、その法律に従って協議会をつくれという話は、新しい人造国家をこれからつくるのであれば、私はそのとおりに従ってやればいいのではないかと思うのです。けれども、そうではなくて、既存のアクティビティーがあって、それなりにやっている。岡山県の状況は、県のMC協議会が、医師会側を含めてイニシアチブがとれるとはとても思えないと、大学病院の脳卒中と救急の教授達が言うわけですよ。だから、そういうようなことを考えると、やはり先ほど言った子供の産み方みたいな部分を、ここで議論しておかないと。会長さんたちはいいかもしれませんが、現場の人たちはやはりもう少し具体的なことを欲しいのではないかなと思ったので、言っているのです。おわかりですよ。

委員 私、多分唯一健康医療部局側から、参加させていただいていると思うのですが、大阪は、先ほど委員がおっしゃったように、堺市でもやっていますし、泉州地域や南河内地域でもやっています。ただ、先ほど来、座長は問題提起をされつつ、多分ご自分の中に、おっしゃっていることに答えがあると思うのです。二面性があって、実際は幾らガイドラインやここの部会でどういう子供の産み方をしろと言っても、都道府県においてはやはりMCのアクティビティーの差もありますし、医療側の協議会との関係もばらばらですし、また地域メディカルコントロールレベルになるとさまざまだと思うのです。

だから、結局は、先ほど東京でもとおっしゃったように、2つの側面から絶対に離れられないので、あとはもうテクニカルな行政の実務的な問題で、どちらを器というか、もとの土台にして、そこに組み込むのか。全く2つとは新しい別個のものをつくるのか、MCが非常に有効であればMCであるのかというのが、ここでいろいろな、やりやすいようにと考えたところで、最終的には一つずつの医師会を説得したりとか、そういうことのレベルにもうなってしまうのではないかと思うのです。

その議論をし始めると、そちらにすごく時間がかかりかねないと思いますし、そういうことも含めて実施基準を、絵にかいた餅にせずにつくるには、こういう

ことに留意して、こういうメンバーとこういう議論をすべきだという、やはりガイドラインの本体の議論をここでしていただくほうが、都道府県としても動きやすいのかなど。

大阪などは、最終的にどちらになるかまだ決まっていないですけども、おそらくどちらでもできるのです。MCを中心にしてもできるでしょうし、保健医療部局のほうでも。ただ、どちらが中心になっても、中心になった側ともう一方側を取り込むというか、一部のメンバーを入れるとか、あるいはそこの間でやりとりは不可欠なのですが、そこはもう行政の実務的な問題もありますので、行政側が条例なり要綱で、どちらをどう位置づけるかというようなことは、やりやすいほうでやる。県によって消防防災課と衛生部局側の行政のスタンスとか熱心さもばらばらだと思いますので、そんな感じで、私は、ここで、今おっしゃっている作業部会の位置づけとか、都道府県側に具体的にあまりお示しただかなくても、時間がかかるところもあるかもしれないですけども、それは結局示していただいても、時間がかかるとはならないかというのが、実際に行政やっている人間の感覚なのです。

座長　　そういう意味では、いわゆる地方自治というか、自治のオートノミーがある程度育っている場所については、ほったらかしにしても、私はいいと思うのですよ。でも、東京ですら、と言ったのは、結局仕組みが既にそれぞれあって、言葉は悪いですけども、それぞれに気を遣いながら行ったり来たりしたという経験があるので。だとすれば、1足す1を2にするような、でかい協議会などということはあり得ない。3分の1足す3分の1、大きさからすれば、せいぜいそのぐらいのものが機能的に存在すれば、おそらくいいのではないかと。新しい協議会をつくる必要はないだろう。MC協議会の子供かもしれないし、救対協の子供かもしれないみたいな、というようなものをベースにしながら、こういうようなものをつくるというようなことをある程度は言ってあげないと、岡山県みたいなところが山ほどあるのではないかと、僕は心配しているわけですよ。

委員　　1つのモデルを示してあげたほうがいいではないかとおっしゃるのは、わからないでもないです。

座長　　そういう意味では、ここでの議論を別にまとめる必要はないわけで、公開されているわけですから、僕が言ったみたいに、10足す10の20をつくるのではなくて、3足す3の6みたいなもので、それぞれのワーキンググループみたいなものの位置づけで、救対協側から見てもワーキンググループですし、MC協議会側から見てもワーキンググループみたいなものがあるって、医師会は、どちらかというと救対協側で従来頑張ってきたという歴史があって、消防側は、どちらかというとMC協議会側で頑張ってきたという歴史があって、それぞれに子供がいるというような形にしないと、行ったり来たりしたのがえらかったというだけの話

なのです。

委員 わかります。

オブザーバ 医師会という言葉が何回か出ていますけれども。

座長 先生がしゃべってくれないから。(笑)

オブザーバ 座長がおっしゃるような医師会というイメージというのは、それは座長の医師会のイメージであって、医師会というのは基本的に全員参加型の、ほとんどボランティア活動の仕事ですから、あまり限定的に言っていただかないでいいのではないかと思うのですよ。例えば先生が医師会の大幹部になって、何かを言ったりすることは一向に可能なので。行政と医師会は当然違うものですが、話し合いはするチャンスはあるということは言えますけれども、それと、例えば救急の現場とが乖離しているという図式にする必要は別にはないのではないかと。

座長 いや、乖離なんかしていないのですよ。現にできていたわけですから。

オブザーバ もう1つは、聞いていますと、先生のおっしゃっていることの大きな論点の一つは、今、地方分権と言われていたことの実態が、考えていくと結構大変だという話。これは、いろいろなところで聞こえるのですが、その一つなのではないかと思うのですね。基本的に、僕も地方にずうっといましたので、そこで感じたのは、結局3割自治というのがまさにその段階なので。従来は予算もその程度、関与もその程度で済んだわけです。だから、逆に言うと、本庁はどう言っているのだということを決まっていたわけですよ。逆に言えば、取り回しは今までできなかったわけです。独自の立ち上げとか、独自の試みというものはやりにくかったわけです。幾ら盛り上がっても、最後に本庁の意向でこうだということ、全部それは無くなったわけですが、今回の話は、それとまた違うのだと思うのですよ。

入り口の話をもっと詳しくしていますので、僕なりの入り口の話をして、消防法改正、これによって今の会議が行われているわけですが、その議論の中にも、救対協、MC、さまざまな地方のばらつきとか、いろいろな話が含まれていたのですね。その上で、ご一緒に、この線でまずいってみようということでもとまったと思うのですが。実はその前振りがあって、それはこの資料の中にもありますが、地域医療計画をつくるということは、医療法改正というのが、まず先にありまして、それで4疾病5事業を含めて、4疾病5事業の中に救急その他雑多に入っていますが、そういうもので地域医療計画をつくりなさいと。で、地域で運営しなさいということ、まず都道府県に振ったわけですよ。そのラインの上にこの消防法改正がありますので、都道府県単位というのが出てくるのはなぜかというと、その前振りがあるからだ、僕は思います。ですから、その時点でこの2つがシンクロして、さあ、どうするのだと。で、10月だとなりますと、そんなに時間の猶予はないので、そんなに大変な中身の煮詰まったものを、例えばこ

こからお出しできる状態というのは、それはなかなか難しいのだろうなど一応思っているのですが。

その上で、4疾病5事業の医療法改正の中を読みますと、雑多なところを取り去っていきますと、救急関連でいえば、一般救急がまず1つ、これは頑張ってやりましょうということが書かれているわけですね。その次に小児と妊産婦と、それから脳卒中、心疾患、それに精神救急、こういうことも書かれていたと思います。それぞれのところを、要するに専門救急をどうやって……。一般救急のネットワークは、とりあえずできた。で、今、この10年、大分痛めつけられて、ほころびが出たり、大変な状況も起きています。その上で、まず、その上に専門救急をどうやって乗っけるかという話だと思えるのですよ。そうしますと、この検討会でやるべきことの中に織り込まれることは、いずれそういうものが必要になるのかなど。ただ、先ほど言ったように、この会議でそれを全部、それぞれのガイドラインをつくって、10月にお出しするという形になるかどうか、いささか疑問だなと思いつつ来たのです。

それともう1つは、災害対策などで問題になるのは、透析の患者さんの扱いですね。これはまたカテゴリーが少し変わるのですが、その方々のサポートは、透析プラス何々ということが必要になって、これもまた地域で、アクティブなところは透析のネットワークの中で災害時対応をどうしようとかやっていたりしてるところがありますね。そういうものをまた広げる必要は出てくると思うのです。

あともう1点だけ。救急情報システムのバージョンアップ化というのを、この間から経済産業省と厚生労働省ベースでやって、今年トライアル、来年各地に配るといことがあります。おそらく医療計画、消防法改正、救急情報システムのバージョンアップ、この3つは来年にまたがって地域医療の現場に入ってくる非常に大きなアイテムで、それをそれぞればらばらにやっていたら、それこそ予算のむだ遣い、それからリソースが断片化していく。そうではなくて、何とかそれを都道府県単位で統合する方向に持っていけば、とりあえず数少ないリソースでどうやって国民のニーズにこたえるか、住民のニーズにこたえるかという形になるのかなど。今ちょうど胸突き八丁だと思うのですが。そう言っても、そんなに簡単ではないと思っていますので、基本はこうかなと思うことを申し上げましたので、もし何かご意見がありましたら、その辺からまた、ぜひそういう視点からの議論もしたいなと思っています。

以上です。

座長 全体状況というようなことをしっかり頭に入れておけという話だと思いますが、話をずうっとズームアップというか、高いところから見ようとしていきますと、それはそれでこの作業部会の一つの方向性みたいなことも見えてくるのかも

しれません。けれども、逆に、話がものすごく大きくなっていった、一体どうしましょうという話になってしまいますので、オブザーバとして状況の監査役というか、学会でいうと監事というのですかね、そういうようなところで、時々ご意見をいただきたいとは思っています。

そうすると、むしろ少し具体的にイメージを地域に振ろうという意味においては、前半の話を議事録にとっておけば、その議事録を読んでもらえば各地域は各地域で考えることができるだろうというようなことでよろしいと思います。例えば3分の1足す3分の1みたいなことを無理やり押しつける話ではないはずだとは思っています。ただ、そういうような議論を地域でしておかないと、あそこで何をやっているの？ という話になってしまって、消防の人たちも、おそらくリストをつくれと言われてたって、つけれないよねという話で、空中に舞い上がった途端にそのまま止まっているというような話が起りかねないので、よろしくをお願いします。

では、事務局のイメージからすると、先ほどから臨床救急医学会のアルゴリズムなどの話が出てきていますので、多分こういうようなことに関して、先ほどの話だと目次立てみたいなものをつくってしまったほうが早いのではないかなというように提案があるのだと思いますけれども、この辺は委員に皆様、意見ございますか。委員は、島崎先生のやっておられた仕事の延長線上におそらくある仕事を請け負っていますよね。

委員 はい。

座長 地域のMCプラス救対協のピッチャーとキャッチャーのスキームを考えていく中で、今の話でいけば、脳卒中だとか心臓だとかという大きな時間軸で物事をきちんとしておかないと、患者にそのまま不利益が来るような場合と、それから、必ずしもそうではなさそうだけれども、やはり専門的なところへ持っていかないとどうにもならない。精神科救急などは、その最たるものだと思いますけれども。その辺で、どのような目次立てで地域に考えろというように振っていくというのがいいか、意見ありますか。

委員 今、座長がおっしゃったように、やはり時間軸というのは、緊急性というのがかなり大きな問題だと思います。受け取り手が一発で決まらないと、病院間を転送しているようではもう間に合わないというようなものと、一旦、どこか2次救急というか、救急に行って、そこで診断がついてから専門施設に行っても間に合うようなものというようなところが、おそらく重症度というのは緊急性の違いだと思います。

今、緊急性ということで、発症から治療開始までの時間が明らかに予後に悪くなるということがわかっているものは、いわゆる心肺停止と、今お話があった脳卒中、それから急性心筋梗塞をはじめとする冠症候群、それからおそらく重症外

傷。これらのものは、やはり決定的な治療が開始されるまでの時間が長くても3時間とか数時間の単位ですから、どこかでワンクッション入っていると間に合わない。場合によってはヘリコプターの搬送も必要である。これらに関しては、もう現場でその可能性があるものを見つけて、それが治療できるところに運ばなければいけないというようなくくりで、現場でもそういうように探さなければいけないですし、受け取り側も、そういう面では、現場でそうだと言われれば、オーバートリアージでも受け取らなくてはならないようなものになるのではないかと思います。

一方で、もうちょっと時間的な余裕があるけれども、専門的なものとしては、妊婦というのは少し特殊なのですけれども、精神科であるとか、小児であるとか、あるいはさまざまな消化器の救急であるとかというようなものについては、おそらく一旦2次救急で受けて、そこで治療ができればいいし、できなければさらに必要なところに運ぶというようなことでいけますので、そういうものについては、例えばお腹が痛いという人を、手術が必要な急性腹症なのか、あるいは経過観察で抗生剤だけをやればよくなるような腸炎なのかというようなことを、救急隊のレベルや現場のレベルで判断する必要はないですね。彼らは何を見なければいけないかというと、その人の呼吸や循環の状態が非常に危険で、差し迫って全身を補助するような治療が必要であるか、あるいはそうでないかということだけであって、結果として、お腹が痛いという人が運ばれたところで、医療機関で診断を受けて、その上で手術ができる場所に運んだり、そうでないところで診たりというようなことの見分けができるか。

ですから、あまり細かく、さまざまな疾病、疾患に対して搬送先を細かく決めるようなルールをつくるのは負担が多くなるので、もちろん現場の救命士のレベルがどんどん上がっていけば、将来的にはいいかもしれませんが、当座ということであれば、そこはあまり細かくいわずに、主にバイタルサインをきちっと見て、バイタルサインで緊急を要するもの、これは、先ほど出てきた重篤から救命救急センターに行くという諸般の個別の疾患の前のところ、重篤ということで救命救急センターに行く線なのかなと思って、一応そんな形で、島崎先生のを実際に現場で使うルールという形で、当面必要なものとしては、そういうように考えております。

座長 そうすると、大きなしつらえで作業部会が出発はしていますけれども、直感的にわかるというのはおかしいですけれども、脳とか心臓だとか心肺停止、外傷に関しては都道府県で搬送のルールをきちっと決めろと。

委員 受入れ側のリストと搬送ルールをきちん決めたほうがいいだろうと。

座長 受け手を含めた、キャッチャーのリスティングを含めたピッチャーのあり方をきちん決めろと。これがまず1点ですね。

委員 はい、そのとおりです。

座長 それから、その他のものも含めて重篤なもの、重症なもの、これを緊急性が高いと呼ぶのか、重症以上と呼ぶのか、よくわかりませんが、そういうようなものに関する搬送のルール、今言ったキャッチャーを含めた搬送のルールを決めると。これが2つ目ですね。だから、この辺に関しては、そういうようなものを決めるべきだというようなことは、メッセージとして出す必要があるだろうと。それでいいですよ。

委員 それでいいと思います。

委員 大きな枠組みというか考え方というのは、今、委員がおっしゃったように、生命に危険が及んでいるかどうかということの中での、まず分かれ道。そうでなければ、病態とか、あるいは疾患別といった、今度はその選択肢の中でどの病院を選定するか。おそらく国がこういうガイドラインを示すときには、あまり事細やかなことを言っても、それは地域のリソースがかなり偏在していますので、あるいは格差がありますので、かえって混乱というか、議論のもとになってしまうと思うのです。ですから、はっきり示すのであれば、今ある医療体制の中で、救命救急センターと重症が受けられるところがある程度核になっているという前提で話をすれば、そういうバイタルサインと生命の兆候が悪いですねといえ、まずはそういった基幹病院にまず選定しなさい。その次の段階で、少し一息置いて、しっかり観察できるよねということになれば、今言った病態別、あるいは疾患別、あるいはそういったことで病院の選定を決めましょう。こういった程度のことを示せばいいのだろうということが1点。

もう1つ、今の話の中で、例えばきょうの資料の7ページを見てほしいのですが、選定先の病院のリストをつくっておきましょうというとき、ここでちょっと注意しないと、現場の感想から言いますと、かつて救急告示病院の手を挙げてくださいますときに、内科系であれ外科系であれ、いや、うち、大丈夫ですよというようなことで、リストは簡単にできました。しかしながら、実態はというと、実は土曜日の晩、外科系なのだけれども、耳鼻科の先生しか泊まっていないので、別のところへ行ってくださいというようなのが現実だったのです。ですから、この病院のリストづくりのところについては、やはり少しノウハウを言うべきだろう。

どういうノウハウを言うべきかを議論したらいいと思うのですが、少し簡単な意見を言いますと、病院側の事情を考えますと、救急医療に対応できる当直体制と申しますか、それはもう非常にばらばらです。しかし、救急を受けるときに、それぞれの専門性を生かせるような当直体制を組むことは不可能ではないのです。言いかえますと、消化管出血の患者さんが来たら、内視鏡をやって、場合によっては血をとめないといけないよねということになると、24時間365



日消化器内科、内視鏡ができる先生を、その病院が確保するという事は不可能です。とすれば、地域で医療機関が10個あれば、10個の中の先生がどの時間帯、どの曜日におおむね集中的にオンコールなり当直に入っていただくという事の調整は可能なはずですよ。可能なのです。

もう少し細かく言うと、消化器内科の先生に言わせれば、血がとまらないときはすぐに手術できるように、外科の先生との連携も要るよね。今度は、外科医は、僕らは手術をやってもいいけれども、麻酔科医がいない。だから、手術も少し困難ということになってくると、どうもその病態を整理しようとするときは、消化器内科医、外科医、麻酔科医といったものが比較的集中的に曜日、時間帯を通してできるようなことを、地元、地域で調整したほうがいいでしょうというような言い方になると、僕は思うのです。

座長 全くそのとおりで。だから、先ほど言った医療提供側では、今言った脳卒中の面倒をずうっと見られるわけではないので、この日のこの時間帯はいいとか、この日のこの時間帯は勘弁してねとかという話を、東京の地域ごとにつくって、それを出してもらおうというようなことで搬送のルールをつくっていく。だから、病態別に、面として、そこに住んでいる人が困らないようなカレンダーをきつと作ってくださいというような話を出さないと、全部の病院が全部四六時中やってくれと言ったら、もうどうにもならないので。

委員 ですから、8ページのところになりますと、今、委員がおっしゃった、上のリストづくりのところでは、例えば選ぶ側からすれば、まず、緊急性のプライオリティーが一番高く振り分けてください。これはいいですよ。特殊性があります小児、周産期、あるいは精神科といった、それはそれでカテゴリーは少し分けないとだめでしょう。これもいいですよ。問題は3番のところ、これ、今、搬送に時間を要している傷病等と書いていますけれども、こういう問題は、実は病院の地域のリソースをもう少し有効に利用できるような提言というところを示してやらないとだめ。この(3)のところを少し議論して、ある程度のガイドラインの作成の指針を示す。あとは、どういうようにそれを咀嚼して、自分たちのところ、予算が少ないところもあるし、多いところもあるのでしょうけれども、それは都道府県の責任で、足りなければ病院1個つくれよくらいのこともやらないといけないのかもしれないから、その程度の議論にとどめておく。その骨格の考え方を示すのがいいのではないか。

例えば、どうしてもそれで例を挙げろというのであれば、こういういろいろな地域のやり方を示せばいいのだけれども、後ろにあるような資料をポンと、「これが国のひな形ですよ」などという、大阪府ではこんなことはやっていないよとか、それこそ岡山県では浜側と山間部とでは医療資源が全然違うので、こんなのはできないよということになるのだらうと思うのです。

ですから、私たちが、作業部会ですから、親会議の検討会でやるような、ちょっと大きなことはさておいて、もう少し作業部会でこの作業工程や目標を決めて、どこまで、何を示すかぐらいは、座長から委員に。せっかく……。

座長 僕も聞いてから言おうと思っ

委員 投げかけてもらったほうがいいのかなという気はしますが

座長 せっかく消防の方たちがおられるので、ぜひご発言を賜りたいと思

委員 今のカレンダーのお話も、私も賛成だと言おうとしたことと、それから、今の委員の話聞いて、僕も地域性の問題は非常に大事だと思います。その中で、18ページを見ますと、事務局のほうから地域性ということで例示してくれているのですが、実は2つある丸は、ある意味ではおそらくベクトルが全く正反対で、上の丸のほうは、今言った手術であるとか、あるいは緊急内視鏡であるとかというような、かなり医学的にきちん議論して、医学的なことで地域として解決しなければいけない。これは救急搬送ということではなくて、歩いて来るという方もおそらくたくさんいるわけなので、そういう面では救急車の搬送にかかわらず、地域の救急医療のリソースとして、こういうようなカレンダー機能というものは、医療機関の間での照会も含めてきちんとつくらなければいけないだろうと思います。

一方で、下のほうの問題というのは、実際には今の救急医療にもっと大きいのしかかっている負担なので、これはそういうようなルールではおそらく解決できないので、これはまた別途議論しなければいけない問題だなと思って見ておりました。

座長 この地域性のところのこの下の半分は、地域の景色があまりにも違い過ぎて、東京の議論をそのまま岡山に持っていくことは全くできない問題なのですよね。だから、僕もここのはどういように料理するのかなとは思っていたのですが、とりあえず切り離すという話で、最後の余った時間でこれを議論するというようなことにしておいたほうが安全かもしれませんね。

委員 山形県は、今、メディカルコントロールのエリアと救対協のエリアが一致して

座長 救対協のエリアというのは全県1区でしょう？ 違うのですか。2次医療圏があるということ？

委員 2次医療圏の中に郡市医師会の中に幾つかの救対協を立ち上げているところと、あと、エリアが狭くて、そこしかないというところがあって、幾つか集まっているところは、うちには脳外がないからということで、何でもかんでも別の市町村にどんどん運んでいるというような、市町村消防の域を越えてMC単位で消防は動いているのですけれども、実際の受入れ側としては、先生が先ほどおっしゃっていますように、救対協で受入れ側のいろいろな話し合いがやはり必要に

なってくるということで、地域性を考えると、どうしてもそのあたりをまとめ上げるような議論がないと、とてもではないけれども、なかなか難しい。

委員 それは非常に重要で、もう一度5ページに戻っていただいて、ルールづくりのときに、①からずうっと書いていますけれども、実はこの①、②、③、④、基本的によくできているなと思います。ただ、1つ落ちているのは、医療需要と医療供給の地域のバランスがどうなっているのかというデータがないのです。要は、今、おっしゃったように、脳卒中だったら、どこへ行っているか。県を越えて行っているよとか、医療圏を越えて行っているよ。要するに、うちのある一定の医療圏であるとか地域ではどうも確保できていないという実態がわからない。ということで、例えばきょう金森委員も来られていますけれども、大阪で消化管出血をとってくれるところはないよねという話が出たときに、では、人口80万、90万程度のところで、一体年間どれぐらい消化管出血で受け入れてもらわないといけないのか。その数がある程度わかっていないと、医療機関のリストをつくってもらって、〇〇病院にお願いねといっても、1日に10人も20人も来るようだったら、今の数ではどうもやっていけない。だけど、その医療圏で1日で大体1人ベースだよということになれば、そうだったら当番制でやったって何とかなるよねというような話にもなります。

ということで、何を言いたいかというのと、①、②、③、④の、本来は①の前にゼロがあって、いわゆる需要と供給のバランスはどうなっているのだというデータをしっかりとりましょうね。で、①、②、③、④と順次やっていったときに、今度は結果として収用先にしろ、またデータどうなったか、そういったことをもう一度振り返って、需要と供給のバランスで、地域では何の病態の何を受け入れるのが足りないのだということで、悪いけど、都道府県の知事さん、こういうところにはこんな病院をつくってくれないとだめだよということはきちんとと言えるのかなと思うのですね。

そういう意味では、僕はこの検証、実施基準のルールづくりの中に、後でも時間があつたら言おうと思ったのは、今、消防の搬送される傷病者のデータというのを、医療機関のある程度の、親会でも少し言いましたけれども、マッチングさせるというか、しっかりと共有できるようなことも、ぜひガイドラインの中には入れるべきだろうと思いますけれどもね。

座長 事務局の説明に、今の話、どこかにあつたよね。

委員 親会の意見の中にありましたよということ。

事務局 親会の意見としてあつたということで。

座長 そうか、そっちか。失礼しました。

事務局 2ページの調査、分析のところ、親会の中でも連結の話があつたということです。

委員 その親会でもやはりマッチングの話は非常に重要で、考え方としては、1つは500万件の搬送全部に関して、長崎の医師会などがやっているような、すべて最終的な診断名を上げてちゃんとマッチングをしてできるかということもありますけれども、それよりも、まず、先ほどの脳卒中とか心筋梗塞とか、今の消化管出血とか、今回まさに緊急性が高くて、きちんとしたリストをつくらなければいけないと考えているものは、少なくともそれについては事前にきちんと調査をして、まず、心肺停止は既にウツタインである程度行われているわけですから、それに準じたような形である程度調査をして、その上できちんと需給がどうなっているかということを見た上で考えるという委員の意見に全く賛成です。

座長 テーマ別に決めていくという話は、話としてはそのとおりでもいいのですよ。ただ、東京の脳卒中でいくと、100件運んだうち脳卒中だったというのは70件ですよ。この間のデータで、で、脳卒中でないと思って運んだ中に脳卒中があるかもしれないですよ。結局全部やらないと、つまるところテーマは完結しないですよ。だから、500万件が大変なのか、東京の60万件が大変なのか、私は知りませんが、大変なのは大変でいいから、委員が言うみたいに、全部マッチングさせるといような話でいかないと、結局どこか食い足りないとか、片手落ちになるというか、消化不良というか、吐下血ではないですが、食ったものがそのまま出ていってしまうというように、そういう何か一つ足りないところが出てしまう。その辺は、委員はできるところからやっついこうという現実的な対応だとは思いますが、長崎のようなことをみんなでやろうではないかという話は無理なのですかね。

委員 ぜひ500万件と思います。それから、ただ、すべてを、例えばちょっとした捻挫で搬送したというのと急性心筋梗塞を、同じ調査項目で同じ濃度でやるわけにはおそらくいけないので、いわゆるそういう面で重点的に調べなければいけない項目がやはり少し違ってくると思いますので、そういう意味で濃淡をつけていけばいいのだと思います。

座長 そういう意味では、入院したものに関してはやるとかいう話でいけば、濃淡はできるわけですよ。わかりました。どちらにしても、ガイドラインとして出さなくてはならないという話でいけば、委員が丸のゼロとおっしゃいましたけれども、そういうような意味での地ならし的な部分をきちんとやろうではないかという話が1点ある。

それから、地域で、先ほどお話しした搬送を急げという話のものについては、それなりの搬送、キャッチャーを含めた搬送のルールをつくれ。それから、時間に関していえば、脳と心臓と、心肺停止は当たり前ですけども、外傷と吐下血などについてもつくれと。こういう話ですね。小児とか妊産婦も、結局何だかんだいいながら、やはり重要なテーマになっていくのではないかと、私、思うので

すけれども、妊産婦はまだ何となくイメージがわくんですけれども、子供というのは一体どういように考えればいいのですかね。

委員 小児の問題、おそらく小児の中のいわゆる重症、内因性及び外因性の重症の子供をどうやって集約して見ていかなければいけないかという話と、それから、実際には小児のほうで搬送例の中で軽症例が非常に多くて、非常に軽くて、医療機関に負担がかかっている部分をどうしたらいいか。これを分けて議論しないといけないのではないか。後者のほうに関しては、おそらく小児科の専門施設へすべて搬送する必要があるのかどうかというような話になっていくと思いますし、前者に関しては、救命救急センターと小児科もしくは子供病院との役割分担をどうしようかというような、厚生労働省があちこちでやっているような議論を、やはりきちんと取り込まないといけないのかなと思います。

オブザーバ ゼロの話で、別な視点でこういうこともということを1つ申し上げると、救急のニーズそのものが伸び縮みしているのです。要するに、例えば大半が軽症例であるという統計が出たり。ということは、いわゆるコアの救急の患者さんの部分と、それからその周辺部分と、それから、時間が経過したり、いろいろな合併症があることによって、最終的に救急に入っていくとか、いろいろな要因がありまして。

例えば、前に聞いたデンマークの話などをすれば、デンマークではゲートキーパー制度が非常によく発達している。ですから、そこを通らなければ、決して病院に行けない。そういう制度を国内全部に普及したそうです。そうすると、全部ウェイティングリストに入りまして、必要な医療のところまでなかなかアクセスできない。で、どうなったかという、とりあえず救急車を呼んでしまう。そうすると、とりあえずどこかの病院にもぐり込めると言うことで、救急のニーズの掘り起こしになったのだそうです。

だから、よかれと思ってやったことが、逆にそういう別な流れをつくったり、そういうものというものはあるので、救急にインセンティブをつけるとか、いろいろな話が医療保険の評価の中にもありますが、あまりつけ過ぎると、今度はそちらがメインになって、一般医療を減らしてでもそっちとか、別の流れが起きますので、入り口の話は、結果としてとりあえず全体をどうするかから始まるのがどうだという、座長の考えには賛成なのです。ただし、別な面を考えながらやっていく。結果的に、そういう軽症例はこうしたらどうかというのは、地域なら言えるのですよ。国レベルで、そのルール、こういうのは取り除くべきだとかということは難しいのですけれども。除外は。それは地方になるべくやってもらって、そういうデータづくりは賛成です。

もう1つは、軽症が10人いて、重症が1人いたら、救急隊はどれをどう対応するべきかというようなのは、ほんとは大事な命題ですよ。軽症例をおくらせ

ても重症例をマッチングさせる。結果的に数字的には見えが悪いかもしれないけれども、パフォーマンスは上がっているかもしれないですね。だから、そういうことを考えながら、ぜひ考えて行ければと思います。

座長 各地で、場合によってはやろうとしていて、うまくいくかもしれない。救急外来におけるトリアージとか、救急隊員そのものが119番通報を受けたときにやっているトリアージだとか、いろいろな選別の話は、今、先生がおっしゃったように、救急患者って、何？ という話に結構そのまま議論が移っていきますので、大事な話ではあるのですよ。だから、今言ったゼロの話で、片端からデータをとるのかという話もありますけれども、とりあえず救急車が搬送するという話でこのテーマが出発していますので、救急車が搬送したものについては、そういう意味ではデータをマッチングさせようというようなところが、出発点ではないかと思うのですね。ただ、委員が言うみたいに、捻挫までとるのかといいますけれども、捻挫までとる余裕があればとったっていいのかもしれない。そういう意味では、ほんとうの救急患者さんを救急隊はこのようにして運ぶべきだという話に議論は結着するわけですから。

救急隊の方たちから比較的発言が少ないですけれども、東京消防庁からいきますか。今の議論を聞きながら、ここで出さなくてはいけないガイドラインの目次立てみたいな話で。

委員 先ほどから話を伺っていて、私なりにイメージしているのは、多分消防側から見ると、この協議会なり何なりで話をしていくというのは、究極の現場合わせをどうしたらいいかという話をしようとしている協議会だろうなという理解でいるのです。先ほど座長から、東京都の事例で話しました t-PA の表でいくと、青の部分に軸足を置いて、その置きつつも、赤の部分に、ちゃんとここでコネクタを用意してやりましょうよということで、保健衛生部局側からの参加者を募って、消防側としての現場合わせをどうするかというのを、少なくとも医療に責任を持つ都道府県レベルで、共通認識を持つ場でやらなければ勝負できないという状況が今まで続いてきて、それを何とか、例えば今、消防本部があるのは800ぐらいですかね、800ぐらいの消防本部がそれぞれの消防本部の中でやってきたのが今までの風景で、それはちょっともう勝負できないでしょう、お互い医療と消防、搬送するピッチャーとキャッチャーの中で勝負できないから、まず、ここでは消防側の現場合わせという軸足を置きつつという、先ほどの話の考えで、私は話を受け取っております。

ここで話すメニュー立てのイメージとしては、まず、消防側の視点からいうと、どんな評価基準で消防側が見ているのですよというのを、医療側に知ってもらおう。それを、どういうスタンダードを示しましょうかという項目立ての話で、例えばここで例があるのですけれども、東京消防庁としてはこういう観察カードで

何種類かそろえて、まず、見た目の疾病で、外傷なら外傷の観察カードで重症だと判断したら、それはもう救命に行きますとかというルート、これは医療提供側と共通認識を持ってやっています。そういったルールをつくっていく元となるのは、救急隊が現場で何を基準に判断しているか。それを、まずスタンダードをつくりましょう。そういった話。その次に来るのが、こういったスタンダードで投げってくるのであれば、キャッチャー側としてどういった受けをつくらなければならない、もしくは今つくらなければならない。これは、先ほどの赤側、東京都でいえば救対協側の話なので、今の中でどういった受け口があるのですよというのをつくっていかなければならない。

多分私なりの理解でいうと、一旦リストをつくるということというのは、過去にもされたし、例えば救急医療計画の中でもある程度、何とか医療機関とか、基幹医療機関というのはそろっているのだと思います。一番のネックは、日々動いていて、その場その場の瞬間断面でそういった医療機関がどういう動きをしているかという情報が、救急隊の中にある。それを今どうやっているかという、約800の消防本部がそれぞれ何らかの工夫でとっている。

座長　　そういう意味では、地域の実情に合わせて、救急隊が困らないようにカレンダーをつくりましょうというような話をどういようにうまくやれるようにするかという話だよ。

委員　　そういうことです。その2つが軸だと思います。

座長　　ピッチャーとキャッチャーでいけば、とりあえず患者はピッチャーが持っていますから、ピッチャー側からメッセージはガンガン出さないといけないだろうという話でいいのですよね。

委員　　はい。

座長　　札幌はいかがですか。

委員　　今の議論の中で、緊急性をまず見ながら、で、その後の専門性だとかということとはよくわかると思うのです。例えば札幌市も190万の都市で、その中で札幌市の救急医療体制というのがきちんつくられていまして、初期、2次、3次と。札幌も大きな町ですから、救命センターも5つありますし、2次の医療機関も各科でもう指定がされていて、その辺はでき上がっていますので、札幌市内の救急医療体制が今回のこれで大きく変わるとは思えないのですけれども。

ただ、私も札幌市内しかよくわからないという部分がありますけれども、北海道はかなり広くて、地域に救命センターのあるところというのはそんなにたくさんありません。もしかすると、その地域に1つの病院とか1つの診療所しかないとかいうところも結構あるのだと思うのです。そういう中で、例えばこういう基準をつくりましたということで、北海道にポンと投げられたときに、北海道の各地域でものすごい格差がありますから、そこの中で同じように3次医療機関ま

でのピラミッドというような形の医療体制って、ほんとにつくれるのかなというところが非常に心配なのですからね。

座長 北海道に関していうと、2つ質問がございまして、1つは都道府県と言うけれども、道ときた日には、2次医療圏が1個の県みたいな、そんなような景色で考えたほうが、北海道はむしろわかりやすいのではないかなと思ったことがある。

委員 そうですね。

座長 もう1つは、消防本部ごとというのか、市町村ごとというのか、私、よく知りませんが、隣の町にはヘリコプターが頻繁に来るけれども、こちらの町にはヘリコプターが来ないと。どうしてですかと聞いたら、いや、協定していないからだと、堂々とおっしゃるという話は、ほんとにそれでいいのだろうかというのがある。ここにもありましたけれども、ヘリを使うという話は、それは消防のヘリであれ、ドクターヘリであれ、北海道のようなところではもう少し普遍的にヘリを使って、先ほど言った緊急性などについての議論をしてもいいのではないかなと思うのですけれども、そこら辺の温度差というのは、北海道の地域にまだあるのですか。

委員 北海道全体としてはさまざまなことを考えているはずなのです。今、ドクターヘリに関して、札幌に1機だったのが、今年度中に旭川という北海道の真ん中ぐらいと、釧路という道東のほうに2機入るということになりましたけれども、それでもまだカバーできないところがたくさんありますし。

座長 いや、僕が聞いているのは、ヘリを呼ぶという、そのパフォーマンスが消防本部ごとに違うのではないですか、大丈夫ですかということを知っているわけですから、そういう意味では、今言った地域に投げるにしても、規範として、どの地域にあっても、北海道であればヘリをきちんと使いましょうねという話は、これに関連して出してもいいのかなと思ったから。

委員 なるほど。

委員 いつもそうやって、都会と地域でのあり方が違うので、同じ土俵で論じるのは厳しいですよという意見は、救急をやっていると毎回出てくるのですけれども、1つ基本的なことを提言したいのは、例えばここにこういう1枚物の資料があります。これは、まさしく今、現場でいろいろ勉強会をやりながら、地域の医療圏で使いましょうというシートなのですからね。

座長 消化器疾患というものです。

委員 消化器疾患。これは、本来はすべての疾患を落とし込むプロトタイプなのですが、要するにバイタルサインとか生命危機があれば、どうしましょう、いや、それは特に問題ないけれども、主要な症候として、ある疾患群を想定させるような場合はどうしましょうというのを現場でわかるようにして、それでその結果、下半分は搬送先の救急搬送通知書としてデータをマッチングさせるために回



収めようというのでやっています。

それで、全部説明する時間がありませんが、その右手の上のフローチャートを見ていただきたいのです。私ども衛星都市ぐらいになりますと、例えば心肺停止だったら、直近の医療機関はほとんどとってくれますので、直近の医療機関へ運んでいいですよ。心肺停止にはならないけれども、非常にバイタルが悪いですよということになると、我々の地域ですと救命救急センター等へ運んでいいですよ。ある一定の症候群が明確で、消化管出血だとか何だとかいうことになれば、それは2次の当番のリスト、これは細かく作っています。では、そのリストを使ってください。1個もヒットしなければ、それ以外の救急というか、通常の方法でやりましょう。

これを北海道の過疎地域に当てるとすると、上から、心肺停止だ、心肺停止は、どう考えたって遠くへ運べないわけだから、直近の診療所を含めて心肺蘇生をするということでルールは決めませんか。バイタルサインが非常に悪いですよ。これについても、搬送にある程度限定があるというのであれば、その地域では今度は搬送手段も考えて、ある一定の医療機関のリストづくりをしませんか。もう一息置ける、30分、1時間は置けるのだ、よく見てみると、消化管出血が続いているので、消化器内科、どこか探しませんか。だから、このCのリストづくりをしませんかというのは、私に言わせれば、このストーリーさえしっかり守っていれば、A、B、C、Dのリストづくりというのは、地域に合わせて、搬送手段も含めて議論していただいたらいいのですよ。

いつも都会側から、ここへ救命救急センター等と入ってくるから、北海道の旭川あたりにいる先生たちは、うちはこんなに近くに救命センターはないので行けませんということになって、議論がかみ合わないのですけれども、これは地域で、長崎の離島であれば、違う、それぞれの緊急度の高い流れの中で、どう医療資源を活用していくかということ協賛されてはどうですかというのが、僕は国のガイドラインだろうと思っています。

座長 そのときに、市町村消防という形で消防が分断されていて、隣の消防とこちらの消防のパフォーマンスが、同じ病態にあっても違うということを経験した。それは、地域の救急医療体制についての、救急医学会の研究の一環として、少し田舎のほうの消防本部を二つ三つ訪ねながら研究したときに、そういうようなことがあった。おそらく地域といったところで、ヘリについてはやはりこういうように考えればいいのではないですかという話を投げれば、先生の言ったようなところになるのだと思うのですね。そうしていかないと、結局、先ほどの話ではありませんが、地方に投げるのは、それはそれで構わないけれども、いや、うちはヘリを使いませんからと言うような消防本部があるときに、話としてはどうにもならないというようなことになる。それで、ちょっとお聞きした。それだけの話で

す。

委員 確かに消防本部ごとの救急隊ごとに考え方が違うというのはちょっと。

座長 この町に住んでいる人と隣町に住んでいる人と、ヘリで運んでもらえるかどうかで差があるということもあるわけですね。そういうようなことがあったので。だから、やはり国がそれなりのものを示すというときには、そういう意味では普遍的なものをやはり出さないといけない。そういう意味では、北海道という一つの五角形のあの島をそのままボンと持ってきたところで、やはり2次医療圏ごとに考えないと、きめの細かいことはいかないのかなと思ったのも、僕の実感だったのですね。

こちらはいかがですか。

委員 委員が先ほどおっしゃいましたように、石川県もかなり温度差がございます。2次医療圏、4つに分かれておりまして、奥能登のほうと能登、やはり中央地区のほうには医療がすごく充実しておりまして、南加賀のほうになりますと、どうしても隣の県の搬送が多くなっております。ですから、このような形で医療機関のリストをつくっていただくのはすごくありがたいことなのですが、ただ、消防側から、として、そういうリストと搬送ルールをつくっていただくわけになります。医療機関にお願いしたら、ある程度受け側がしっかりとその約束どおり受けていただけるかどうかということが、かなり問題になってくるのではないかなと、私は思っております。

あと、消防法の改正で、正直言いまして、消防組織法、消防法、目的任務が、第1条が救急搬送の適切な搬送ということで、第1条でうたわれたということになりますと、消防職員としてかなり重いものがございます。ですから、そういう責任重大な立場になりましたことを、今、すごく実感しているわけでございまして、こういうルールづくりが適正に行くには、やはり医療機関の受け側もある程度しっかりとした形で受けていただけるような体制づくりも、この中に織り込んでいただければなど、消防からの思いで。

座長 そうですね。最初お話ししたように、提供側の顔色を見ながらという話は、地域においてはあり得るわけですからね。

委員 ええ、そうですね。やはり地方になると、そういうことが色濃く出てくるようなことが多いかなと思います。

座長 京都はいかがですか。

委員 京都は今、医療圏としては6つで、そしてまた消防本部は15あるのです。全体としては、各地から病院搬送までも、統計的には全国でも非常に短い時間で患者さんを運んでいるという状況なのですけれども、個々に見ていきますと、やはり地域のリソース、医療機関の状況も違いますし、そしてまた消防本部でのそれぞれの力も違いますので、そしてまた消防本部ではそれぞれやり方が、本部によ

って個々に違うのですね。現場で救急隊のほうで医療機関の調整をするところもあれば、指令のところでは調整しているところもあるということで、その辺で一律に都道府県として基準づくりに当たっても、今までのそれぞれのやり方というのをどうマッチングさせて、それを生かしていくかが非常に難しいことは出てくるのではないかと考えています。今、既に大体ある程度統計的には非常に短い搬送時間でやっているところにとっては、新たに都道府県が決めたルールがかえって遅延を招くようなこともあり得るのではないかとというような、今までのルールどおりやらせてもらったほうが早く運べるのではないかとということも出てくるのではないかと、そんな声も聞いておりますし、その辺は非常に地域差というのか、地域の実情を踏まえてルールをつくるのは難しいところかなと考えております。

座長 先ほど、箸の上げおろしまでみたいな話はおそらくあり得ないわけで、すごく総論的な、参照するとすれば、概論に当たるようなテキストブックみたいなガイドラインだと、私は思います。そのようであれば、地域の邪魔をするとは思えないのですね。ただ、地域が、もしデッドロックに当たれば、それを参照すれば、少しは先へ進むだろうと、多分そういうようなものをつくっていかねばいけなないのだと思う。うまくいっているところを邪魔するなどという話はさらさらないわけですね。ただ、うまくいっているという話が、究極の人間関係みたいな、例えば大阪の妊産婦のあのシステムは、偉い先生の、あなたの病院で取ってもらえますね……。

委員 コーディネート事業ですか。

座長 やっていますよね。

委員 はい。

座長 あれは、一見うまくいっているけれども、ほんとにシステムと呼べるのだろうかみたいな話をすることがあります。そういう意味では、今うまくいっているところが、これからも未来永劫うまくいくような基本的な骨格をつくることに資するようなものはやはりつくっていかねばいけなないのではないかなとは思っています。

香川県はいかがですか。

委員 大体皆さんがおっしゃったことと同じようなことになるのですけれども、今回医療機関のリストというのをつくっていきますよね。そこから症状などに合わせて選定していくということになるのですが、やはり消防現場の意見を聞いていますと、リストというのも、今、医療情報ネットなどを運用していますから、そのリストにかわるようなものは、今でもあるわけですね。ただ、そういう中から検索していても、実際に電話で照会かけると断られるケースもあるということなので、こういうように法律の上でリストをつくるというようにしているわけで

すから、リストに登載するための手続みたいなものが必要なかもしれませんが、リストに登載したからには、それなりに救急搬送したときにはできるだけ受け入れするような位置づけといたしますか、そういうようにしていただきたいということと、あとは、リストをつくっても日々状況が変わるようなこともあるかと思っておりますので、更新はどういうようにしていくのかというようなことと、だれが管理するのかというようなことも考えておく必要があるのではないかと。

座長 それは、先ほどオブザーバがおっしゃった情報のネットワークを、国としてどうのように考えて、地域でやっていってもらおうかという話と……。

委員 今は、香川県にもそういう医療情報ネットはあるのですけれども。

座長 例えば心筋梗塞で面倒を見なくてはいけない患者さんが、1人目やっていると、まさに30分後に2人目が来た。2人目は、もう運が悪いとしか言いようがありませんよね。だから、人の命も、そういう意味では運が左右するというようなことをどの程度容認するか、しないかという話になってくるわけで。それをここで示すことが適当かどうか知りませんが、医療とはそもそもそういうものなのだということで、どうするかですよね。

死ぬためだけだったら面倒を見てもいいよということであれば、2人目の心筋梗塞が来て、その場で死ぬというようなこともあるのかもしれません。けれども、ただ、病院に連れていけばいいというだけの話でもないことも事実ですよ。そのときにはもっと遠くへ連れていくかという話でいけば、東京の脳卒中でいけば、とりあえずここで探せ、でも、だめなときはもうちょっと向こうへ行け、もっとだめなら、うんと向こうへ行けという話でやるわけですよ。そういうようなことも、リストの中には多分入るだろう。

茨城県の西南医療センターでしたか、あそこは茨城県と埼玉県と千葉県が一緒にメディカルコントロール協議会をつくっていますよね。だから、そういうようなこともありますので、おそらくここでいろいろな議論をしていって、行き着く先は結局地域の当事者たちになってくると思いますので、そこら辺は、今言っただけで、リストに上げたら絶対にとれよな、とか言っただけで、そんなものはけんかが起こるだけですから。

委員 まあ、それはいろいろな事情はあるのでしょうけれども。

座長 それは、東京だってそうですよね。だから、更新をどういうようにして円滑にしていくかという話になりますから。

委員 現実に大阪で一部やっている中で、消防さん側の期待もよくわかるのです。もちろん確実にとってほしいと。だけど、冒頭で座長がおっしゃったように、このもともとの発想が消防と医療の連携という作業部会から出てきたように、結局お互い、今ある資源でしかよくできないという状況ですので、絶対にとってもらえないと困りますということになれば、だれも協力しないというのが、今の2次医

療機関の現状なので、やはりそういう実情を消防さんも実感として知っていただいて、互いのコミュニケーションと情報共有の密度を濃くするものだとすることを、まず、地域で理解していただかないと、決してうまくいいものがないというのが根本にあると思うのです。

リストを綿密につくれば、今よりは必ずよくなる。内科としか書いていないところでは、ほんとうに消化管出血に対応できるのかどうかというようなカレンダーがわかれば、これは間違いなくよくなりますし。リストをつくと、受入れ側が明確になって、よくなる部分があると同時に、今度はまた医療機関側からは、消防さんに観察とか判断の的確性への期待値が上がるのですね。それが両方進んでいくうちに、救急活動の判断とか観察もよくなり、医療機関側の体制を整える、待ち構える状態もよくなりということが、それぞれの地域で実施基準をつくって、体制を整えていくということになるので、そこの足場を、お互い大変な者同士なので、理解するというのが根本にあるので、相手方への期待値は上がるのは仕方がないのですが、向こうの実情をお互い知るといい機会でもあるのではないかと思います。

大阪でやってみると、やはりそういうことが進むと、それこそ先ほどのうちのコーディネート事業ではないですけども、今までいわゆるベテランの救急隊長が人間関係でとってもらっていたというだけではなくて、消防と医療のシステムとしての連携ができるようになるというように、やはり消防サイドもお考えいただけたらありがたいなという感じがします。

座長 東京でも、意識100の脳卒中は、何で脳卒中の専門施設に持ってこないのだという話がもう出てきていますよね。基本的な骨格の部分に抵触する話が出てきていて。そうするともう、救急隊はもっと脳卒中を脳卒中らしくきちんと表現する必要が出てくるわけですよね。今は、100点だったら救命センターに連れていけばいいところを、脳卒中らしい100点だったらこちらへ連れていかなくてはならない。だから、救急隊のレベルが上がるまでちょっと待ってくれというのが、脳卒中医療連携協議会の会長の立場なのですね。つまり医療提供側の病院がそういうような意見を言ってきているので、ピッチャー側がまだそこまで高まっていないからちょっと待っていてくれという話をしているわけです。だから、これはおそらくピッチャー側の技量の水準に合わせて、受け手側の水準も連動しているという話になります。いいですね。

委員 はい。

委員 今回の議論の中で、やはり消防機関側から見たら、断らずにとってほしい。それはわかるのですが、医療機関側から見れば、先ほど言ったように、なぜ連れてこなかったのだという話もあれば、どうして立て続けに集中的に連れてくるのだという話もある。やはり病院と消防機関の情報共有というところが一つの大きなテ

一マなのですね。例えば市町村消防が7つほどあって、医療圏を構成している。主たる医療機関が3つぐらいしかないというようなときには、Aという病院に複数の市町村消防が連れていった連携ができていない。要は、先ほどはA市の消防が来た。もうそのほとんど数珠つなぎで、後ろにB市の消防も来ているというように現実には起こっているのです。ところが、東京消防庁ぐらいの1つの大きな管制で見ていると、それでも起こっているかもしれませんけれども、ある一定の広域の情報を管制が、あるいは隊がやはり消防機関も努力して、先ほどどこかの病院へ連れていったのだということは感知していないと、それは病院でけんかになるのは当たり前なのですよ。受けられないとか。

そういったことも含めて、やはり受入れをよくしようとするれば、コーディネーターとか、人のことも大事ですけども、双方がどういう情報を共有するか、それはやはり一つのひな形あるいはガイドラインを示して。自治体消防があまりにも細切れになっているという欠陥も出ているのだから、そこは広域で……。先ほど委員がおっしゃいましたけれども、それぞれの消防がやっているの、都道府県から言っても、果たしてとおっしゃいますけれども、そこは強く指導力を発揮しないと、いつまでたっても解決しないのかなというところはあると思いますけれどもね。

座長 東京だって、そうですね。僕ら、東久留米と東京消防庁の端境にいましたからね。

というわけで、時間が少し延びてしまっただけで、でも、エッセンスになるような議論は出てきて、そちらでメモしていただいていますので、いけると思います。あと、今見ましたけれども、こんなのが。これ、まだ作業部会をやるよという話ですよ。だから、これをファクスいただければ、また次のことになると思います。

委員に締めをしていただいて、終わりにしたいと思います。

委員 何といいましても、2次救急病院が減っているのが、東京も相当減っていますけれども、地方も公的な病院、医者がいないということがありますから、この会は国レベルでやって、都道府県に指導するのだと思いますけれども、心臓だったら、こういう流れで助かるべき命を助けるのですよ、脳梗塞だったら、こうやってt-PAを早くやって助けるのですよと、その流れを示して、それがすべての人に行き渡るようにちゃんと整えるのですよということを指導すべきだと思うのですね。いろいろなことがあるかと思いますが、それに補助金を出してみたり、いろいろなことをしながら、24時間365日助けられる体制をとるようには指導すべき会だと思うのですね。それを示していくことが大切だと思います。

それから、判断に迷う狭間の病気、症状があるのですね。何科に入るかわからない。意識がないけれども、低血糖なのか、脳疾患なのか、ほかの病気なのかかわからないような患者さんを、どこが診るかということは、地域によって違うと思

うのですけれども、やはりすべてそれを救命センターが診る地域もあるかもしれませんが、それを全部救急センターで見たら、やはりオーバーワークになってしまいますので、そういうことを診ることができる2次救急。2次と3次の中間をどちらが診るかというところがありますけれどもね。やはり東京などでは2次救急病院がどんどんつぶれていっていますけれども、2.5次といいますか、そういうような患者さんを診られる……。

座長 10年間で20%減。

委員 そうなのですね。ものすごい減少で、さらに減少しそうですからね。それで、そういう2次救急病院を守っていくということをしなければ、大病院だけでこの多くの患者さんを診ていくことは難しいかと思えます。

それから、座長も言っていましたけれども、地域性の中の精神疾患とかホームレスの問題。東京では受入れ困難症例が大体6%ぐらいありますけれども、多くはホームレスであるとか、あるいは精神的に不安定な患者とか、そういう患者さんがいて、それをどうするかという問題がありまして、地域救急医療センターというのをつくろうとって、今、動きでやっていますけれども。一般の病院が、そのような患者さんをとることは非常に大変ですね。現実として、そのような患者さんをとると、ほかの患者さんへの影響が非常に強いのですね。言動が粗暴な患者さんで、医療従事者がけがをしたり、そういうことも非常に大きくて、やはりそれを地域で解決しなさいというのは無理があるので、それは大きな国あるいは都道府県レベルで、そういう患者さんにはどうするかというところの指針を示さなければいけないのではないかと思います。

以上です。

座長 指針を示すよりも、もちろん指針は示さなければいけないのだとは思いますが、そういう人がいなくなるような社会をつくってもらいたいですよね。実際問題。

というようなことで、もう時間が来てしまいましたので、これで終わりにしたいと思います。次回は、先ほど言った、これを事務局に出していただければ、次の会の設営をお考えくださると思います。

では、少し延びてしまいどうも失礼しました。どうもありがとうございます。終わります。

— 了 —