

## 「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てけれども、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すが、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たいと思います。

## 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っております。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しますが、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が、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して、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、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えますか、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ろうかということで、

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けますと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が、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をごさしまして、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して、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、少しマイクロではなく、マクロのところから入っていきたくと思いますが、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います。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ものになります。一番下にございます、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ことになります。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・分析といえますか、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ような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せんが、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えます。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でございまして、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か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して、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つ目ですけれども、「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けれども、ひし形のものには主に法律の中に書かれたものでございまして、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ろうかということで、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まえてみた場合に、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、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かうということで、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して、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の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、ございまして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というのがわかるかと思っております。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。もちろんその中でも、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が、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、