

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、ぜひよろしくお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

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、今後よろしくお願いいたします。

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ございますので、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お願したいと思えます。

以上、簡単ですけれども、よろしくお願いいたします。

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、いかがでございますでしょうか。

(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るのだと思いますので、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っております。どうぞよろしくお願いいたします。

以上です。

事務局 よろしく願いいたします。

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

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っております。

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っております。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、特に昨年、コモンディジェーズを扱う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。あるいは、少しネガティブな形のご発言ということ、警鐘を鳴らす意味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も、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といった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えますけれども、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で、結局最後は地域の実情に合わせていか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ことになります。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になります。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になります。

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を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くと思いますが、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る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けば、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る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ことについて、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っております。提示

させていただいております。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ありますけれども、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るかと思いますが、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るということでも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、重篤あるいは致死的な疾患、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、こういう特出して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にはどうする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ね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、どちらかというと、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いる、医学的な観点から活用している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考えて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こと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が、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してけれども、枠囲みでござ

いまして、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を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こと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す。

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よね。

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。

そうはいっても、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。

そうなってきたときに、これも確認なのですが、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で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ございますか、お示しするというようなことになるかと思いますが、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ございますか、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えます。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、そちらでもいいことを思っております。そここ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も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話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か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、東京都に考えろといえ、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けれども、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たということがあるので、だから、協議会をど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ね。

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し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すよね。ですから、そういう意味では、ある意味、過疎なのすよね。砂漠みたいなのがありますから。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いたり、あるいはどういう形でそれを運用していくのかというようにこの議論の中で、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けば、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すよね。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を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る、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で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ありますが、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入って、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、私どものところです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、足場が組んでいる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理上は定めています。

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ろう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して、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、話をませ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けれども、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けれども、都道府県といったって、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。言葉は悪いのですけれども、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思うのですね。

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、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と。これは、そういう意味では、結構苦労するのです。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ことで、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して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んですけれども、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ところぐらひは少なくとも示さないと、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うようなことを、自分の頭の中では少し考えた次第なのです。

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いのですけれども、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、これを少し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。

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、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、具体的なということだと思のですが、今回の法律まで改正して、総務省と厚生労働省の共管の法律で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ことにおっしゃっているわけ。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、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と。

大阪などは、最終的にどちらになるかまだ決まっていなくても、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いただかなくても、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、時間がかかるのではないかとというのが、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ません。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、おそろ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の、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ふ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の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、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な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かでないいいのではないかと思います。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けども、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。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によって決まっていたわけですよ。逆に言えば、取り返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。幾ら盛り上がりしても、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けども、今回の話は、それとまた違うのだと思うのですよ。

入り口の話とせつかくしていますので、僕なりの入り口の話としますと、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。その上で、一緒に、この線でもう一つ試みようということでもまわったと思うのですが、実はその前振りがある、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と、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

こちら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と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つけるかという話だと思うのですよ。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と。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りますが、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かとかやっていらっしゃるとう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けば、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と。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て、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たって、つくれないよねという話で、空中に舞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議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、救急に行つて、そこで診断がついてから専門施設に行つ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きますので、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、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どころで、重篤ということで救命救急センターに行く線なのかと思って、一応そんな形で、島崎先生のも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、脳とか心臓とか心臓肺停止、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ると。

委員 受入れ側のリストと搬送ルールをきちん決めたい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ると。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。それでいいですね。

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、まず分かれます。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んですね。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、ここでも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下さいというときに、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っていないので、別のところへ行って下さいというようなのが現実だったんですね。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けれども、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いいますか、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くださいというこ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、どういかにそれを咀嚼して、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か、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ませんが、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ろうと思うのです。

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という気はしますけれどもね。

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いますが。

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けれども、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、歩いて来るこう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すけれども、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。だから、僕もこのところはどのように料理するのかなどは思っていたのですけれども、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いないのです。あとは、田舎ですと医療のリソースが非常に偏在しています。

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次医療圏の中に都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