

第3回 救急需要対策に関する検討会議事要旨

- I 日時 平成17年8月29日(月) 16時00分～18時00分
- II 場所 日本消防会館 5階 大会議室
- III 出席者 山本座長、赤坂委員、朝日委員、井関委員、小川委員、坂本委員、櫻井委員、島崎委員、鈴木委員、関澤委員、高橋委員、谷口委員(代)、南委員、山崎委員、雪下委員

IV 次第

- 1 開 会
- 2 座長あいさつ
- 3 議 事
 - (1) 「第2回 救急需要対策に関する検討会要旨」説明
 - (2) 事務局資料説明
 - (3) 緊急性の基準について
- 4 次回の日程
- 5 閉 会

V 会議経過

救急需要対策に関する質疑応答及び意見交換が行われた。主なものについては、次のとおり。

- | | |
|-----|---|
| 座 長 | 本日の議論の進め方ですが、まず「救急需要対策の基本的な考え方」を事務局から提示していただき、それについて議論することと、外国の救急制度と緊急度判断基準について議論していただきたい。 |
| 事務局 | 前回の検討会では、病院間搬送、交通手段がない、病院が分からない、頻回救急要請者の対応等の緊急性が低いと思われる事案について議論したが、緊急度の明確な基準がないため、基準を明確にしないと議論は進まないとの意見が多かった。それを踏まえ、事務局として、本検討会の需要対策の基本的な考え方を整理した。それは、①緊急性の低い搬送対策②消防機関における業務の効率化の2つの柱があると考えている。これら対策を行っても問題が解決しない場合は、消防力を増強していくことになると考えてい |

る。

緊急性の低い事案に対しては、緊急度の基準を作成する。

また、転院搬送に関しては、本検討会では検討を行わず、「救急搬送業務における民間活用に関する検討会」で議論を行う。

交通手段がないとか、病院がわからないという救急要請者に対しては、その代替手段としてタクシーや民間救急の紹介等を行うことを検討する。

頻回要請者については、前回の検討会でも地方都市の対応を紹介したが、個別に対応していくのが有効と考えている。

消防機関内の効率化については、従来の画一的な救急隊の運用ではなく、需要量に応じた効率的な運用方法について検討する。

委員

A消防本部で、不適切な搬送の状況を聞いたが、医療機関が検査目的で救急車を使用している例があった。また、病院がわからない者に対しては、指令室で受診可能な医療機関を紹介しているとのことであり、不適切な搬送を減らす工夫は、現状でも行っているようだが、まだ減少はしていない。

座長

消防庁では、病院間搬送の場合に、検査目的で救急車を利用するということについてどのような立場で指導しているのか。

事務局

救急車は、緊急性の高いものを搬送するという大前提があり、検査目的で利用することは、消防の救急がやることではない印象を受ける。ただ、病院間搬送の中にも急変をして、高次の病院へ搬送するような病院間搬送もある。

座長

病院がわからないために救急車を要請することはどうか。

事務局

現在、119番通報の対応の中でも、病院案内に近いものが、かなりの割合で見受けられる。病院案内に関しては、制度が分かりにくい。今後は、わかりやすい情報の提供の仕方も考えていく必要があると考えている。

委員

医療機関の案内は、ほとんどの県で既に機能している。また、休日夜間急患センターも全国で511カ所あり、急患に対応している。

委員

救急医療情報センターの整備については、国民への周知と、随時的確な情報の蓄積という両面の問題がある。

委員

例えば、A県では、医師2人が情報センターに待機して情報を提供する形態で、空きベッド等の情報を毎日集めて更新している。しかし、市民からの利用というのは意外に少なかった。

- 委員 B消防本部では、情報システム端末が消防局の指令センターに入っており、119番回線に医療情報や医療相談が入った場合は、別の電話番号にかけ直してもらい対応している。
- 委員 C消防本部では、県で医療情報を管理するシステムがあり、その端末が消防指令情報センターにもある。ただ、病院の空きベッド等の情報が信頼性に欠けており、本システムに信頼を置いていないのが実態である。
- 委員 D消防本部では、年間26万件の医療機関案内を行っており、その中で約23万件が専用電話番号のテレホンサービスで、3万件が署所での対応となっている。
- これとは別に、衛生部局で実施している「ひまわり」という医療機関案内がある。
- 委員 病院案内は色々な機関が行っている。ただ、利用者の側から見れば状況に応じて問い合わせ先を選ぶのは難しい。どこに問い合わせをしても、リアルタイムの情報が得られるよう関係機関が互いに連携しネットワークを構築する必要がある。
- 委員 病院情報提供については、消防機関がどこまで責任を持って情報提供していくのか、医療関係機関との連携のありかを含めて明確にする必要がある。
- 委員 小児救急に関しては、近年折に触れて報道しているが、一般的に報道は、何か特異な事例があった場合に引きあがるという現状がある。病院情報提供については、国民に知っていただく方法を考えないといけない。
- 委員 今までの議論で、交通手段がないとか、病院がわからない話は、日常的な情報提供であり、行政の任務の一環として、整理できると思う。また、救急需要が増大する中で、いかに全体の需要を適正な規模にとどめる施策ができるのかという観点が必要である。場合によっては、搬送を断るという可能性が留保されなければ仕組みとしては動かない。仕組みはトータルで考える必要があると思う。
- 委員 市民は、救急の需要がどのくらい多いのか知らないため、消防機関が現状をいかに知らせるかという観点も必要である。また、医療情報等提供することによって救急の需要を減らすことができた事例があるので、消防機関の中で共通の認識としていただきたい。
- 座長 検討の方向としては、病院情報のきめ細かい提供、頻回の利用

者の対応は個別対応、さらに、救急現場の現状の国民への周知等も課題に加えながら、検討していくということでご了解いただきたい。

次に、海外の救急の現状について、事務局から説明をいただきたい。

海外の救急の現状については、ニューヨーク市、フランスのサン・ドニ県、ドイツのミュンヘン市の3都市についてまとめた。

ニューヨーク市の場合、要請は警察の指令室（911番）にかかる。ボランティアの救急隊もあるが多くの場合は911番に要請している。救急要請の件数は年間111万件あり、東京消防庁と比較すると、要請件数は約2倍、人口当たりの要請件数は、約3倍になっている。

救急車の数は、消防機関が最大300台、民間事業者が150台ある。指令室はトリアージ基準に従い、出場体制を決め、緊急度・重症度に応じ対応している。

料金体系は、ニューヨーク市消防局が搬送するものについては、約5万円程度であり、民間救急会社の場合は、会社ごとに料金が異なっている。ただし、個人保険に入っていない方からは、料金徴収困難な状況である。料金徴収率は約4割である。

救急隊の運用体系は、基本的には8時間勤務で2名乗車。救急車の待機場所は、路上とか駐車場で待機であり、地域に出動可能な救急車がない場合、順次、他の地域の救急車が対応する。

フランスの場合は、SAMUという組織があるが、地域により体制も違う。救急要請、医療相談、病院紹介等は、15番、18番、112番という3つ番号で対応し、電話を受けた組織は、互いに連携をとり対応している。救急業務はSAMUと消防機関の2つの組織があり、消防機関は救助を前提にして、屋外での一般負傷、急病、心肺停止状態等に対応する。SAMUは、屋内での急病に出場する。ただ、明確な基準がないので、要請内容に応じて調整している。

SAMUの指令室では、明確な指令（ディスパッチ）のプロトコールはなく、専門のドクターが緊急度・重症度を電話で聴取し判断している。料金体系は組織によって異なり、SAMUによる処置、搬送は、30分単位で1回252ユーロ、約3万4,000円、消防機関による処置、搬送は無料である。

運用体系は、指令室は24時間体制で、医師4名、医療管制補

助手（パーマナンシア）1名が常駐している。医師が救急搬送する場合は集中治療車で、医師、看護師、運転手の計3名で出動する。

ドイツ（ミュンヘン市）の場合は、市民は、直接救急要請は行わず、ホームドクターを介して救急要請をする。しかし、心肺停止など緊急事態では、直接市民から消防指令室に救急要請する場合もある。

ミュンヘン市の場合は、救急車は、非ドクターカーとドクターカーの2種類であり、料金体系では、非ドクターカーの場合は、基本料金が501ユーロ日本円で約6万7,000円であり、ドクターカーの場合は、加金（100ユーロ）される。料金は個人が全体の2割から3割負担で、あとは社会保険で負担している。

委員 ニューヨーク市の場合も救急需要が増加していると思うがその対策を伺いたい。

事務局 ニューヨーク市は人口当たりの救急出場件数が東京消防庁の3倍であり、過去に消防機関の効率化を図った際に、ディスパッチの方法を考えたそうである。

委員 ニューヨーク市においては、トリアージするのは、誰かが伺いたい。

事務局 911番は、警察機関であるが、専門のセクションに転送される。救急専門の職員が電話内容を聴取する。

委員 アメリカの場合は、消防機関主体のものと、それ以外の自治体主体のものと、救急業務を行う組織が千差万別であること、もう一つは、一般職員が少しの訓練を受け、プロトコール任せという土壌でプロトコール社会であること、そういうことも踏まえ検討をお願いしたい。

委員 ニューヨーク市で、心肺停止、窒息といった緊急度が高い事案の平均現場到着時間が5分22秒、東京消防庁の3倍の救急車が出動しているにもかかわらず、緊急度の高い場合は救急車2台と消防車でいち早く現場到着するという体制は見習うべきである。

座長 前回、A委員に緊急度のプロトコールの作成を依頼したがこの件についてご説明をいただきたい。

委員 通報内容による緊急度の基準についての考え方は、今まで明確に示されたことがないので、通報内容により緊急度が判断できるかどうかを検討した。まず、東京消防庁、横浜市消防局の統計から患者の主訴、特定の主訴の傷病程度を分析した。しかし、特に

緊急度が低いことを通報内容から判断するのは非常に難しいことが明らかとなった。

その上で、このニューヨークのプロトコール等を参考にして、緊急度の判断に必要な考え方を検討した。

本検討会で提示した考え方の案は、医学的な立場から、緊急度が高い病気・病態を提示することを第1ステップとした。すなわち病気・病態による緊急度の医学的な判断根拠を明確にすることである。その上で、どのような症状が緊急度の高い病気・病態につながるかを次のステップとして、通報電話あるいは現場の観察で緊急度の分類が可能かを判断する方法を考えた。もしも、できないのであれば、緊急度の高い傷病者と同じ症状を示す傷病者は全て緊急に搬送するしかない。

提示した緊急度の基準（案）ですが、①「現場において緊急に応急手当が必要な疾病」は、医師、救急救命士、救急隊員、消防士、一般市民等が、現場において応急手当をすれば、傷病者の予後の改善が期待できるような病気・病態で、緊急度としては一番高い。

②「現場もしくは搬送中に緊急に医行為が必要な疾病」は、非常に緊急度が高く、現場または救急車内で、医療行為をすれば、傷病者の予後が改善するのではないかと考えられる病気・病態である。

③「医療機関に緊急に搬送すべき疾病」は、緊急度が高く、病院に緊急に搬送して一刻も早く本格的治療を行うことにより、傷病者の予後の改善が期待できると考えられる病気・病態である。

④「医療機関に急いで搬送すべき疾病」は、生命の危険はないが医療機関に急いで搬送したほうがよいものである。本人の苦痛を早くとる、あるいは治療期間を短縮する等の目的で搬送する病気・病態である。

⑤「医療機関に急いで搬送する必要性が低い疾病」は、医療機関を受診する際に、救急車を使用して搬送する必要性が低い病気・病態である。

実際に、通報電話や救急隊員が現場で判断できるかどうかは、プロトコールを作成して、日本のいずれかの地域で検証を行う必要がある。

委 員

今までの議論（転院搬送、交通手段がない医療情報）とは異なり、現場での緊急度を判断しトリアージすることは非常に大きな

問題で、正当性を1年ぐらいかけてチェックし、プロトコールをつくるとかが必要になる。そこを決めておかないと、緊急性の低いものは救急車を利用しないでくださいと言っても意味がない。

また、実際に実施する場合は、救急隊員が判断し、間違っただけの場合にどう対応するのかを明確にしなければ、現場は怖くてできない。従って、それら危険を全部込みでやるとすれば、一般市民からのコンセンサスを得る必要がある。

従って、他の救急需要対策の議論とは、違った方向で十分に検討したほうがよい。

座長 判断基準について、A委員の研究班等で考えるということでもよろしいか。

委員 研究班では、ニューヨーク市等数カ所のプロトコールを参考に、どれほどの成功率が得られるかを実際に検証していく。特に緊急度で患者を①②③の分類に切り分けるというのであれば、長い期間をかけて検証していかなければならないと考える。また、⑤の分類については、急いで搬送する必要がない病気・病態の典型的な事例を幾つか抽出し、市民への啓蒙に利用できるようにしたい。

座長 ディスカッションの中で、委員の方々には救急需要に対する考え方の共通認識ができたのではないのかと思う。次回は、緊急性の基準をもう少し掘り下げることと救急隊の運用体制もディスカッションしていくことが重要であると思う。