

第6回救急業務高度化推進検討会議事録

- I 日 時 平成21年3月23日(月) 16時00分～18時00分
- II 場 所 金融庁中央合同庁舎第7号館西館9階903会議室
- III 出席者 福浦氏(川手委員代理)、岩佐氏(小出委員代理)、坂本委員、
島崎委員、野口委員、樋口委員、佐々木氏(前田委員代理)、
南委員、山口委員、山本委員、米村委員
横田氏(メディカルコントロール作業部会代表)
有賀氏(消防機関と医療機関の連携に関する作業部会代表)

IV 次 第

- 1 開会
- 2 報告事項
救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査結果について
- 3 議題
 - (1) メディカルコントロール作業部会報告書(案)について
 - (2) 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会報告書(案)について
 - (3) トリアージ作業部会報告書(案)について
 - (4) 平成20年度救急業務高度化推進検討会報告書(案)について
- 4 その他
- 5 消防庁次長挨拶
- 6 閉会

V 会議経過

- 事務局 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第6回救急業務高度化推進検討会を開催いたします。
- 本日司会は、救急企画室救急専門官溝口で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。
- それでは、議事進行を座長に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 ありがとうございます。年度末でお忙しい中、大勢お集まりいただきまして、ありがとうございます。今回、第6回救急業務高度化推進検討会でございますが、これが本年度の最後の検討会となります。ぜひよろしくお願いいたします。

事務局 それでは、まず事務局から資料の確認を願いたいと思います。
お手元に資料ご準備いただければと思います。大変分厚いものになっております。配布資料の確認をさせていただきたいと思います。

1 枚目、次第の内容の一番下に配布資料とございますが、そこに沿って確認をお願いしたいと思います。1 枚目、検討会の次第というような形で1 枚入っております。そのあと座席表と、そして構成員の表が1 枚ございます。そのあと資料1 になりますが、資料1 につきましては補足説明資料もついておりまして、資料1 のものは縦書きのものと横書きのものと2 つのセットで資料1 ということになります。資料2、こちらがメディカルコントロール作業部会報告書（案）ということになります。資料3、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の報告書（案）でございます。こちらについては、別添1 と別添2 という形で別添資料が2 冊つく形になっており、資料3 は3 部構成という形になっております。資料4 でございますが、資料4－1 といたしまして、トリアージ作業部会の報告書（案）、そして資料4－2 といたしましてその補足資料になっております。さらにもう1 つついておりまして、法的検討課題というものが別冊の形で（報告書案）という形でついております。ここまでが資料4、トリアージ作業部会関連ということになります。そして資料5 でございます。資料5 が救急業務高度化推進検討会報告書（案）ということでの資料になります。このあとは、添付資料1 といたしまして第5 回救急業務高度化推進検討会の議事録、そして添付資料2 といたしまして救急医療情報システム利用状況等に関する調査概要という構成になっております。この時点で資料の不足がございましたら、事務局にお申しつけいただければと思います。また、資料が大変多くなってございますので、会議の途中でも資料の不足ということに気づいた場合には、事務局までお申しつけいただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

座 長 ありがとうございます。

それでは、まず議事次第をごらんいただきたいと思いますけれども、第2 の報告事項のところでございます。事務局から報告事項について説明を願いたいと思います。

事務局 ご報告をさせていただきます。お手元に資料1 をご準備いただければと思います。資料1 とその補足説明資料という後ろについております横書きのものと2 つセットでごらんいただければと思います。

資料1 でございますが、平成2 0 年中の救急搬送における医療機関の受入状況と実態調査という形で、今回厚生労働省とともに実態調査を行いました。この発表を3 月1 9 日に消防庁として行っております。この内容についてご報告をさせていただきます。

当調査は平成2 0 年中の救急搬送について調べた調査でございます。平成2 0

年中の救急自動車による総搬送人員が約467万ございます。ポイントのところに1、2、3、4と4区分書いておりますが、それぞれの区分に該当するものについてということで調査を行っておりまして、例えば重症以上の傷病者ということであれば、約53万人という形で調査を行っております。なお、この重症以上、産科・周産期、小児傷病者、そして救命救急センター等搬送事案というそれぞれは、重複を認めているといいますか重複も含めた調査になっておりまして、1から3まで重症以上、産科・周産期、小児傷病者ということで重複を除いた合計数ということになりますと92万ということで、467万の総計の大体2割ぐらいをとらまえた調査ということになります。

この結果について大きく3点、今回の状況についてご報告をしたいと思えます。この1ページ目の全体の状況という下3分の1のところをごらんいただければと思いますが、1つ目といたしまして、照会回数4回以上の事案の推移といいますものを、平成19年と平成20年で比べましたけれども、この4回以上の事案ということで見てみますと、例えば平成19年重症以上傷病者搬送事案が、割合としては3.9%ございました。これが平成20年では3.6%ということになっておりまして、若干これを改善したと見るかどうかということはあるんですが、この程度の数ということになりますので、おおむね同一水準での推移ということになろうかと思えます。依然として件数としては、逆に言いますと1万4,000を超えるぐらいの数はあるということになるというのが現状でございます。

おめくりいただきまして2ページ目でございます。ご報告をしたい点の2点目でございますが、では、現場滞在時間が30分以上の事案がどうだったかということで見てまいりますと、30分以上の割合、重症以上で見てみますと、例えば平成19年ですと、同じく1万5,000を超えてきまして4.0%ということになりまして、平成20年でいきますと4.1%ということで1万7,000近い数になっておりますが、こちらパーセンテージという割合という形でいきますと、こちらについてもそれほど大きな、推移上は同一水準での推移だったのだろうという分析結果でございます。ただ、件数といたしましては、いずれにいたしましても相当数あるということで、だからいいという話ではないのですけれども、同一水準での推移だったということになっております。

そして3点目でございますが、お手元に配付しております補足説明資料をごらんいただければと思います。補足説明資料の8ページ目をごらんいただければと思います。資料が前後して申しわけありませんが、補足説明資料の8ページ、そして本体資料の38ページ目をごらんいただければと思います。先ほど同一水準ということで申し上げましたが、補足説明資料の8ページ、そして本体資料の38ページ目をごらんいただければと思いますけれども、若干状況が推移している地区があるというのも、状況としてわかった次第でございます。補足説明資料の

奈良県のところをごらんいただければと思いますが、奈良県については、平成19年時点で産科・周産期という区分につきましては、照会数4回以上、あるいは現場滞在時間30分以上いずれも全国平均を上回るあたりとなっておりましたが、平成20年については、逆に照会回数4回以上の割合、現場滞在時間30分以上の割合が、産科・周産期で全国を下回る結果という形で改善しております。このあたり、奈良県に問い合わせましたところ、消防機関と医療機関とで、こういった搬送体系がいいかということについていろいろ議論を重ねてきたということがあるので、そういったことの反映ということではないかと、そういったことが一因ではないかということで回答を得ているところでございます。

同様に、ほかにも改善した地域というのがございまして、例えば大阪府南東部、重症以上という形で見ていきますと、資料の8の下方になりますけれども、平成19年と平成20年でそれぞれ照会回数4回以上、現場滞在時間30分以上ということで比べますと、減少率が約3割ということで改善しております。この改善について大阪府全体と比べてみた場合ですが、もともとの値がどうかということもありますが、非常にこの大阪府の南東部については、搬送困難事案があったということもあるのだと思いますが、改善しているということでございます。こちらについても、関係者間でこういった搬送がいいか、特に搬送困難事案についてこういった搬送体制とするかということを経験して議論していたと、それでそういったことを実施に向けて調整をしている段階ということで、そういった調整をしているということが重要だったのだらうということで、大阪府からはコメントをいただいております。

9ページをお願いいたします。東京都の状況でございますが、東京都、重症以上というところで見ただけでございますけれども、特に東京都で特徴的なところといたしましては、照会回数が非常に多くなっている事案、すなわち照会回数が11回以上あるいは照会回数21回以上というところで件数として非常に減少しております。ですので、照会回数4回以上ということでは、依然相当数の数があるわけでございますけれども、非常に回数が多い、11回以上、21回以上といったところでは改善傾向が認められるのではないかと、このあたりも東京都のほうでは、いろいろな機会を通して東京ルールといったようなこともまとめられていると伺っておりますので、そういったことでの反映ではないかと思えます。

以上、資料といたしましては、全体の本文の話がございまして、そして補足説明資料といたしましては、それぞれ各都市における状況と、あるいは本文のポイントといったような形でまとめさせていただいております。簡単ではございますが、以上、事務局より受入状況と実態調査の報告をさせていただきました。こういった各地域での取り組みによる改善というところが地域によっては認められたということが、1つのポイントになるかと思えます。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

平成20年中の搬送の受入実態調査を報告いただきました。いかがでございますでしょうか、これにつきまして、これが報告書の1つのデータになってくるわけですが、ご質問、あるいはご意見等がありましたら、どうぞ遠慮なくお願いしたいと思いますが、東京都の状況について、よろしゅうございますか。

委 員 それでは1つ。これはほんとうに我々消防の仲間の話の中で、この本体の報道資料の1ページ目の照会回数をちょっと見ていただきたいのですけれども、重症以上傷病者搬送事案というのが、平成19年での割合が3.9%と、平成20年が3.6%とこのように載っておりますけれども、このパーセンテージからすれば4回以上要した事案というのが減っていると読めるのですが、実は各消防本部と話してみますと、今のいろいろな状況を踏まえて、従前はある消防本部では救急隊が単独で出て行って、その傷病者の重い、軽いにかかわらず、救急隊が病院を探すというのが基本原則だったのですけれども、多くの本部でなるべく早く病院を見つけようということで、救急隊だけではなくて、本部自体がかかわって一緒に病院を探すということが、かなり徹底しているような気がするんですね。そういう中で、この照会回数というのがパーセンテージ的にも減ってきているというのは、逆に言うと、私なんかは回数自体が増えているのではないかと思っていたのです。しかしながら減っているということは、やっぱりこれだけこういった公表を通して、今度は消防側だけではなくて、医療機関の方たちにも何らかの地域ごとに、先ほど事務局から東京ルールという話もしていただきましたけれども、やっぱりその地域は地域としていろいろなこういった救急に対する受け入れというのが、ある意味では何らかの形で話し合いが行われて、進んでいる少しの証拠もあるのではないのかなとも感じました。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

東京の場合は、回数というのは、指令室のほうで一緒に探すということで、コンピューターで同時にドーンとはじいておりますので、このように照会回数は非常に多くなるというところもあるようだとということでよろしゅうございますね。

委 員 はい。

座 長 どうぞ。委員。

報告者 あまり本質的な質問ではないのですけれども、テレビなどでますます悪くなったみたいな報道があって、僕自身はまじめにそれを見ていませんのでよくわからない。確かに数は増えているかもしれないけれども、パーセンテージはきつとよくなっているのではないか。全体の数が増えたからきつと何かの数が増えたのだろうみたいに、尋ねられても中途半端な答えしか言えなかったのですけれども、

(消防機関と医療機関の連携に関する作業部

会)以下、消
医報告者
座 長
事務局

事務局これはどの部分をマスメディアは悪くなったと言って報道しているのですか、そこだけちょっと教えてください。

事務局、どうぞ。

どの部分をとるかということについては、例えば地方においては、先ほどの平成19年、20年と比較して悪くなったといったような話をするとところもあるかと思ひますし、例えば本体のほうの2ページ目でございますが、結局同程度での水準での推移ということにはなろうかと思ひますけれども、30分以上の事案の推移ということで単純に割合だけを見てもみますと、重症以上、産科・周産期、小児、いずれについても割合自体は若干伸びているということにはなります。ただ、これを伸びていると見るのか、同水準と見るのかということはあると思いますけれども、少なくとも割合のパーセンテージとしては、ポイントは上がっているということはあると。

消医報告者

これは世の中に喧伝されているのですか、ここの2ページの上の部分が。いや、まじめにテレビを見ていないので、多分事務局でフォローされていると思うので。

事務局

むしろ、この同水準ということをもって、例えば窮状が改善されずといったような形で新聞紙面等では出ております。悪くなったというよりも、窮状が改善されていないというような形での報道はあったということになったと思ひます。

消医報告者

ありがとうございます。

座 長

ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。どうぞ。

委 員

よろしいですか。

消防庁が発表する前に、3月5日に市議会の予算特別委員会の中で答弁がありまして、その中で小児の13回というものがあつたものですから、それを取り上げられて、地元紙に書かれたような状況があります。我々としましては、やはり病院がうまく見つからない状況ですと、指令課だとか救急隊だとか結構人手をかけてさまざまなところに一遍に連絡をするというようなところがありまして、最終的に覚知から病院到着まで67分ぐらいの事案ではあつたのですが、そういうような状況があつて回数が増えてしまったというようなところがありました。ですから、確かに回数が増えると時間はかかるのですが、時間といひますか回数だけがすべてではないかなというような感覚もいたしておりますが、もちろん少ない回数で時間をかけずに連絡がとれば一番いいのかなとは思ひますけれども、札幌市の平成19年、20年の状況を見てもみますと、救急現場での活動時間が、0.1分ほどですけれども平均的に延びていまして、さらに1回で決まる率というのが、若干ですが下がってきているというような状況がござひます。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

 それは質問としてではなくて、コメントとして、ということでよろしゅうございますか。

委 員 はい、結構です。

座 長 ありがとうございます。

 委員、どうぞ。

委 員 私も2点だけ申し上げますけれども、今、委員もおっしゃったように、例えば私が今見ているのは、本体部分の資料1の38ページというところをさっき見てみるようにと言われたので、これで各県別のこういう統計がそのまま出ていますね。これだけの表でも、私のような素人が見てもおもしろいのですが、私みたいな素人が、あるいはメディアは素人と言っただけではいかなののでしょうか、そういう人がこういうものを見て何を読み取るかというのはやっぱり重要なことなので、これは、だから、そういうように読む方は読んでくれないかもしれないのだけれども、やっぱり消防庁のほうでこういうように読んでくださいという注意書きも付けて、それを含めておっしゃってくださったほうがいいのかなという感じがするのですね。だから今札幌の方もおっしゃいましたが、回数だけの問題だけでなく、ほんとうはある意味で非常にこれを単純化しているわけですね。かつ、こうやって都道府県を並べていると、この前の学力テストではないけれども、何かそれで競ってもしようがないような話が一方であって、しかしそうなりがちでもありますね。だから、これは一応の目安で、都道府県ごとに今こういう状況、趨勢があって、こういう問題点もあるのだけれども、とりあえずここではこういう数字になってあらわれていますというような注意書きが1つずつあると、あまり誤解されないという話も出てくるかもしれません。しかし、これは数字ですから、逆にごまかしのきかないような印象も与えるので怖いわけですね、どういうように読み解かれるのか。ですから、こういうものの丁寧な読み方というのですか、専門家から見ての読み方、消防庁だけではなくて、各県のほうで報告されるときに、こういう数字が出ているのはこういうことだと考えるというようなこともつけていただいたほうが、どんどん資料を厚くしろと意味ではないのですけれども、そういう配慮も必要なのかなと考えました。これが1点です。

2つ目はその上でなんですけれども、その単純な私のような人を見ると、例えばですが、今日茨城県の人もしらっしゃるので、小児のところを茨城県で見ていただくと、4回以上の割合ですが今度は前に比べて何倍もの4.2%、それで時間30分以上も1.5から2.3%というので、ちょっと突出した数字が出てきていて、これは何かあったのか、それとも何もなくただ単に偶然こういうことなの

か、ああやっぱり興味を持ったり——興味を持つという言い方はいけないのかも
しれないのですが、どうなのだろうかと思ったりもするのですね。そうするとや
っぱりここへ括弧して、ここになくてもいいのですけれども、茨城県ではこうい
う事情があったというような話があれば、それはそれで問題点なら問題点として
指摘してあれば、非常にいいのではないだろうかなと考えました。もし時間があ
るようでしたら、今の点でご発言もいただければありがたいと思いますけれど
も。

座 長 わかりました。委員、何かコメントありますか。

委 員 うちの県は10万人当たりのお医者さんの数が全国で下から2位というこ
とで、本当に周産期にしても小児科にしても困っている地域ではあるのですけれど
も、特に何か平成19年と平成20年を比較してこういうことが明らかに違った
ということは特にないと認識しております。ですから、今私もこれを見て困った
なと思っていたのですけれども、何か特別なことがこの2年間の間にあったかと
いうと、そういうことはなくて、どれぐらいの母数かも今把握していませんけれ
ども、何らかの要因でパーセントだけではこういうように跳ね上がったのかなと
思います。

座 長 ありがとうございます。

事務局、何か4.2%まで跳ね上がったところ、あるいは1.5から2.3%、こ
の辺のところを説明ができる理由というのは何かあるのですか。

事務局 そのポイントについては、こちらとしてもきちんとした要因というのは、考え
られる一因といったものは把握しておりません。

座 長 ありがとうございます。

事務局 今、各委員からいろいろいただいた点は、私ども発表するに当たって非常に
悩んだ点でもありまして、前回19年に発表したときはほとんど回数しかやって
いませんで、照会回数がもうこれだけ多かったということで報告させていただ
いたのですけれども、たしかこの委員会でも委員のほうから、回数だけではなくて
やはり時間も大事だということで、今回ほとんどフラットに照会回数4回以上と
30分以上ということで、両方の指標で見たというところにはちょっと気を使っ
てみて、先ほどお話があったように何病院も同時に照会するという指令センタ
ーの取り組みもありますので、それでやったということと、あと、個別の県の状況
と全体の状況で、消防庁と厚生労働省とで共同でやっているわけですので、国と
してどう見るかというところのサマリーは、実は非常に難しいまとめでして、私
ども、全体の状況ということで、4回以上と30分以上のそれぞれのカテゴリー
ごとの平成19、20年の比較というのが、全体の報告書の1ページ、2ページ
にあるわけですが、ここで見ると、全体的に言うと報道では悪くなったとい
う言い方はなかったと思いますが、改善が見られるというような部分もあった

と思いますけれども、そう大きく総数として動いている状況ではないのではないかとすることは、ひとつメッセージとしてお伝えしたいと思っておりました。

地域ごとの状況、我々も特に38ページを見て、ちょっと高いところ、数値的にはよくなったところ、低くなったところにいろいろ気がつきましたので、気がついたところには県にお聞きしてみたのですが、大方のところは、ちょっと今原因がどうだということがコメントできる状況にないという県がかなり多くて、ただ、先ほど事務局のほうから補足説明で説明させていただいた地域は、この問題がいろいろ議論される最初になった奈良県の妊婦の状況であるとか、富田林市の事案もありましたけれども大阪府の南東部、それと東京都でも妊婦の事案がありましたけれども、ここがどういう状況かということはいさし押しさえないということで、いずれも幸いにして、といいますか、数値的にはいい数字になっておりましたのでお聞きしましたら、いろいろな地域で、大阪府の場合だと搬送ルールを地域で議論して、本格的にはこの4月から運用するとか、奈良県においても初期の産科の救急体制をとったというようなことがありましたので、こういったことは非常にお伝えする価値があることですので、また別途地域を切り離してご報告したわけですが、中には悪くなっていると思われる地域もあるので、私もこれから各地域の状況についてはきっちり調べて、お伝えすべきことは国からもお伝えいたしますし、また各県でこのデータはそれぞれ把握されていますので、これ以外にも救命センターの状況とかも、かなり県のアウトプットとしての差が出ているところがありますので、県でも地域の分析をしていただきたいと思いますけれども、そういった情報提供を我々も気をつけていかなければいけないと思っていますので、今後もそういうことに意を用いていきたいと思っています。

以上です。

座長 ありがとうございます。

「今この表はこういうように読んでもらいたいのだ」というようなレジェンド的なものを、後ろにちょっとポイントで書いていただいたらどうなのだという委員の最初のコメントでありますので、補足説明であるよというのはわかりますけれども、補足説明だけでは十分ではないと思いますので、これも多少考慮を願いたいと思います。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

報告者 (メディカルコントロール作業部) 少々質問をさせていただきます。先ほど来意見が出ていますけれども、受け入れられない理由という中で、重症例を対象にした場合と、全く軽症であり救急車の安易な利用で受け入れができなかった場合とは、事情が全然違うと思います。医学的には重症例がどういう理由で受け入れることが困難なのかという問題と、実は数の上では時間が延びたり照会回数が多いですよねという中に、軽症なりあ

会)以下 MC 報告者	るいは救急事案と思わしくないような症例が混じっている場合が多々あるわけです。それが数値の上で一緒になって解析されているものですから、少し判断が難しいような気がします。
	抽出されているのは、重症以上あるいは産科・周産期、小児科、救命救急センター事例ですけれども、それぞれにせつかく「軽症、その他」というところ17%程度、あるいは小児ですと71.3%ございますけれども、こういった傷病者に対する受け入れの困難な理由というのは、例えば10ページの上を書いてあるような区分けの中では表現されない理由があって、言いかえますと、いわゆる救急車の適正利用というような意味においての方向性が、なかなかこれだけでは出てこないと思うので、将来的にはその辺を考慮した統計のとり方も少し配慮していただきたいと思います。
	以上です。
座 長	ありがとうございました。非常に大事なポイントだと思います。 手が挙がっていますので、事務局どうぞ。
事務局	重要なお指摘かと思えます。消防機関と医療機関の連携に関する作業部会報告書にも出てまいります、そこでの詳細調査なども関連する事項かと思えます。 以上でございます。
座 長	ありがとうございます。 いかがでございましょうか。このぐらいでよろしゅうございますか。ありがとうございます。 それでは、またもちろんバックしても結構ですので、報告事項に対する質問はこのぐらいにさせていただきまして、我々の検討会の中には3つの作業部会があります。これからその作業部会の報告をいただいて、その作業部会からの抽出物を報告書の中に入れていくという形をとったわけでございますので、まずいかがでございましょうか、メディカルコントロール作業部会について、お話をいただきたいと思えます。
MC 報告者	メディカルコントロール作業部会長でございます。 資料2を説明させていただきたいと思えます。まず1ページ目ですけれども、平成19年度の救急業務高度化推進検討会では、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会からの報告において、メディカルコントロール協議会の活用の問題について提言されました。また、メディカルコントロール作業部会においても、再教育プログラムを検討する過程において、メディカルコントロール協議会の果たすべき役割、特にその法的位置づけなどの議論がなされました。こういったことを受けて、メディカルコントロール協議会のあり方は今後検討すべき重要な課題であろうということで、救急業務高度化推進検討会のほうから、次年度の活動指針として、メディカルコントロール作業部会のほうでそのことについて検討す

るよう作業の使命を承りました。特にメディカルコントロール協議会について言いますと、これまでは下の図に示しますように、救急救命士を含む救急隊員により実施される救急救命処置の医学的な観点から質の保障をするというようなことが活動の中心でありました。しかしながら、並行してメディカルコントロールの検証等を行っておりますと、傷病者の病態に応じて病院を選定し、受け入れを確保するというような搬送と受け入れの問題においても検証していく、タッチセざるを得ないということになりまして、そういう役割も整理検討していく必要があらうということになりました。

そういうことで、その図の本来左側がメディカルコントロール体制のコア部分であったわけですが、本作業部会においては追加的な事項として、1つ目、傷病者の症状、傷病程度に応じた適切な病院選定と救急搬送のあり方という問題を検討する必要があるだろうということになりました。2番目に、円滑な救急搬送体制を確保するための受入医療体制の整備に対しても必要なのではないかとということで、協議を重ねました。

次のページですけれども、そこで翻って救急業務とはという根本的なところに一度立ち返りまして、救急業務については、消防法の規定によると、1つは傷病者を救急隊によって医療機関に搬送するということと、もう一つはその過程において応急手当を行うというこの2つの内容が含まれていると規定されています。ということで、この2点について検討を加えました。その真ん中の図に示しますように、救急業務のうち救急隊員が行う応急処置等の基準につきましては、既に昭和53年の応急処置等の基準で示されておりまして、一定の基準のもとに運用されているということが言えると思います。また、ここでは書かれておりませんが、救急救命士法で規定される救急救命士に対しては、プロトコルの作成あるいは医師の指示、それから指導・助言の確保、事後検証の実施、さらには再教育の体制といったことが確実に構築されております。ひいては救急隊員全体に対しても、応急処置については、メディカルコントロール体制の中でその医学的質を保障していこうという動きが確立されております。しかしながら、あわせて考えなければならない救急搬送につきましては、特に基準が定められていないという現状がございます。

ということで4ページのほうへ進んでいただきまして、その救急搬送については、その基準の策定について制度的に求められていないことから、地域によって対応に大きな差があるのが現状であります。しかしながら、近年医療の進歩とともに傷病の発生初期に実施すると効果的な医療技術が発達していることから、救急搬送における病院選定から医療機関における救急医療の提供まで、一連の行為を円滑に実施することが傷病者の救命率の向上及び予後の改善、医学的観点から極めて重要な課題となっているということはあるかもしれません。

例として下に示しますように、例えば脳卒中に関する病院前救護の最近の考え方としては、脳梗塞に対してはt-P A 静注療法を発症後3時間以内に行うのが効果が上がるということになっておりますので、搬送ということについては、少なくとも発症時間のロスタイムを1時間差し引いて、あるいは医療機関で診察を開始してから薬を投与するまでのやはり1時間を差し引きますと、搬送時間に費やされる時間は1時間以上を超えないのが望ましいといことが言われております。これは例でありますけれども、それ以外の傷病においても、急性期に適切で短時間のうちに治療を開始すれば予後がよくなるというのは当然のことです。したがって、地域の医療資源等の実状に応じて、こういった搬送に関しても、医学的観点から質を保障する体制の整備が必要であるといことが、この作業部会のほうでおおむね結論となりました。

それで5ページですけれども、それに対して現状のメディカルコントロール協議会はどうなっているかといいますと、先ほどの本日の報告事項の1番にもありましたけれども、各地域でのメディカルコントロール体制への取り組みというのは、各種報告書あるいは調査、全国メディカルコントロール協議会の報告などを見ましても、地域格差が大変大きいといわれております。したがって、救急搬送を含めた消防機関と医療機関との協議の場としてメディカルコントロール協議会を機能させていくためには、この協議会を法的に位置づける等何らかの体制強化が望ましいと我々は考えました。

そういったことで、最終的な結論を出す前に、ご存知のようにこの高度化推進検討会のほうに先般ある程度の方向性を出していただくようにお伺いを立てて、最終的に先月23日に作業部会を開き、最終的な報告書をまとめました。それを6ページに書かせていただきました。ということで、メディカルコントロール作業部会は上記のような課題を検討してきて、さらに検討を深める事項として、下記のとおり、救急業務高度化推進検討会に報告させていただくことにいたしました。

1番目ですが、救急業務に関する基準等の策定。応急処置については、メディカルコントロール体制によって医学的観点から質が保障されていますが、重症度や傷病内容に応じたより適切な救急搬送を行うため、救急搬送についても、基準等を策定することが必要ではないでしょうかということ。

それから2番目ですが、基準等の策定主体と役割についてという点については、基準等については、国レベルで最低基準を定め、都道府県レベルでは最低基準を遵守しながら、地域の医療資源等を勘案して、地域に適用される基準等を策定することとしてはどうかということです。さらに、市町村レベルの基準等の策定については、都道府県単位や2次医療圏単位での基準等を策定することが望ましいとする意見と、一方、市町村の地域事情を考慮して柔軟に対応できるように

することが望ましいとする意見もございました。地域の独自性を認める場合にあっては、許容できる範囲というものを明示しておく必要があるのではないかという意見もございました。

3つ目です。救急業務協議会の役割。現状メディカルコントロール協議会というように想定しての役割ですけれども、救急業務に関する基準等の策定について、諮問機関として意見を述べることにしてはどうか、実際に行われた応急処置・救急搬送について、事後検証を行い、その結果を公表することとしてはどうか、救急搬送・受入医療体制に関する問題について検討を行い、改善策の提案等を行ってはどうかというような検討内容の結果をまとめて、この会議のほうに提言案として報告させていただきたいと思います。

以上でございます。

座 長 ありがとうございました。

いかがでございましょうか。メディカルコントロール作業部会の報告書の案としてご提示をいただきました。特に6ページの検討概要を1、2、3に的確にまとめていただきまして、いかがでございましょうか。委員の先生方からのご質問あるいはご提案等々をお受けしたいと思いますが。

部会長、私、今6ページの概要の3番を見ておりますけれども、これ、救急業務協議会というようになって、あるいはメディカルコントロール協議会の役割と括弧書きでなっておりますけれども、これが途中で出てきておりました協議会という名前であり言葉を、その先はいろいろ地域であるだろうというようなところで、協議会ということが今こういうように具体的なところになってきたということではよろしゅうございますか。

MC 報告者 そういように解釈していただいていいと思います。本来メディカルコントロール協議会そのもののあり方を検討していく過程で、現実的なところの話ということになると、既存の各種存在する協議会の活用とか、あるいはオーバーラップといいますかそういったことも考えられるということで、イコールではないですけれどもこういう形で表現させていただいたということではございます。

座 長 ありがとうございます。

いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。非常に的確に報告書をまとめていただいておりますが、いかがでしょうか。

それでは、質問もないようでございますので、このメディカルコントロール作業部会の報告書についてはこのぐらいにさせていただきます、その先に移っていきたいと思います。その次は消防機関と医療機関の連携に関する作業部会でございます。よろしゅうございますか。

消医報告者 では、資料3というのは医療機関との連携に関する作業部会の報告書の案です。付録は別添1と別添2ということになります。

報告書案をめくっていただきますと、最初の1ページ目に「はじめに」というのがあります。それから真ん中辺に「実態に関する詳細調査について」というのがあって、それをぱらぱらめくっていきまると、最後の6ページに「救急医療機関の運営に関する支援のあり方について」とあります。つまりところ報告書の案は、「はじめに」というのと、それから1ページのⅡという詳細調査についてというのと、それから最後の6ページのⅢの支援のあり方についてという3部立てとなります。3部立てですけれども、「はじめに」のところは、何が書いてあるかというようなことが書いてあるだけの話であって、そこにありますように平成20年度において云々というのがありますが、Ⅱ実態に関する詳細調査についてのことと、それからⅢ支援のあり方についてという2つのことが以下に並んでいますよと書いてございます。

Ⅱのところの、この報告の前の年に、全国の消防本部を対象に救急搬送における医療機関の受入状況などの実態調査を行ったけれども、いろいろな理由の中で、例えばベッド満床とした場合、それからそれが救急専用ベッドなのか集中治療室なのかなどと、要するにその背景がよくわからないというその背景は、単に医学的な背景やそれからストラクチャーに関する背景だけではなくて、多分なかなか難しい。時々私たちが言う、救急医療は社会の、言葉としては適切かどうかわかりませんけれども、ある意味吹きだまりのようなどころもありますし、社会的弱者の方たちがどうしてもはみ出てしまうというようなことを否めないことがありますので、そういうようなことも含めて東京消防庁に一肌脱いでもらいまして、1ページのところにありますように12月16日から22日までに、次の2ページにありますような形で調査をしたというようなこととなります。

たくさん書いてはございますが、別添の1を、ちょっと分厚いのを手にとっていただいて、その最後58ページが全体のまとめということになりますので、あと事務局にフォローしてはいただきますけれども、その前の55ページからが調査結果概要が載っております。55ページは全体のことがあり、重症以上、産科・周産期のこと、小児科のこと、救命救急センターのこと、平成19年度の比較のこと、それからお年を召した方があって、57ページの傷病者背景の2つ目の○にありますように、複数の傷病者背景が把握されたものもあり、合計するとこれこれで、精神疾患、急性アルコール中毒、複数科目、認知症、要介護が多かったとか、処置困難なところにありますように、処置困難があった389事案の中に、傷病者の背景ありとの事案が25%あったとか、それからその次の○に、傷病者背景あり96事案の受入医療機関が決定するまでに行った照会回数を見ると、44回以上のものが80%、6回以上のものが58%、10回以上のものがこれこれとなっており、傷病者背景ありの全事案の割合よりもさらに上回っていると。要するに、社会的背景についてやはりそれなりのことを考えないと、ど

うも単に連携がいいとか悪いとかという問題だけではなさそうだということになるわけであります。

58ページのところの真ん中の○にありますように、傷病者背景がある事案においては、受入照会回数それから滞在時間ともに全国平均を上回っているのだと、それらが選定困難事案となりやすいと。特に精神疾患、急性アルコール中毒、結核、過去に問題のある傷病者、これはいわゆる地域ではもうクレーマーとしてリスティングされていて、いわゆるブラックリストを師長さんたちが、「院長先生、その患者さん絶対とらないで」という、過去に問題がある傷病者、それから全く未受診の妊婦において選定が困難な傾向となったと。産科については1週間ぐらいなので、ちょっと正確な傾向は難しいと。というようなことで、今回はこのようなことが東京消防庁でやられたということになります。後からこちら辺について、事務局からもうちょっと具体的に説明をいただきたいとは思いますが。

そのことプラス先ほどお話しした6ページに救急医療機関の運営に関する支援のあり方。これは、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会、これはたまたまこの直近の年度についての議論を今ここで報告申し上げているのですが、最初の最初の最初のときには、まさにこの救急医療機関そのものが、ふだんの診療もままならないという苦しい経済的な状況に立ち至っているときに、救急医療の話だけするのはけしからんということが結構ございまして、背景についての状況をみんなで共有しようではないかということをしたことがありましたが、そういう意味で救急医療機関の運営に関する支援というものが少し浮かび上がったのだとは思いますが。ここの最後のパラグラフにありますように、地方公共団体への救急医療対策関係に対する財政支援のあり方を検討するために調査を行ったというようなことになります。これら大きいIの「はじめに」以外の2つのことについてご報告を、今作業部会長として報告させていただきました。

別添2は支援のあり方についての資料ですが、これらも含めて事務局によりしくお願い申し上げます。

座長 いかがでしょうか、事務局、報告を。

事務局 それでは、詳細調査について、事務局のほうから補足の説明をさせていただきます。別添1 救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果というのをご用意ください。

まず3ページ目をお開きください。コード表となっております。今回の調査では、東京消防庁と東京都医師会、あとは東京都福祉保健局の協力をいただいて実施したわけですが、3ページの上半分、受入医療機関決定までに受け入れに至らなかった理由というところで、今まで救急隊から病院へ連絡して、そのやりとりの中で判断したわけですが、今回は例えば手術中・患者対応中であればアルファベットのA、ベッド満床の救急専用ベッドであればB-1とかこういうコード表

を救急隊と医療機関が双方で持って、共通の認識のもとに調査を行ったというのが1つの大きな特徴になります。

それで下半分なのですが、傷病者に関する情報と、傷病者背景というところになるのですが、結核、感染症、精神疾患等14項目につきまして、救急隊が現場で把握したものを病院へ伝達し、病院がそれをこの背景をもとに断ったものなどを集計いたしました。この傷病者背景につきましてもアルファベットでコード表をつくりまして、救急隊、医療機関双方で共通の認識のもとに調査を行ったということになります。

それで結果なのですが、39ページをお開きください。傷病者背景ありということで、下のほうに結核、感染症、精神疾患、急性アルコール中毒等ありますが、今回多かった精神疾患、急性アルコール中毒等を見ますと、精神疾患ですと4回以上の照会回数が36.1%、6回以上ですと17.4%、急性アルコール中毒ですと4回以上が38.2%、6回以上が21.1%というような状況になっております。4ページ目に戻っていただきたいのですが、4ページ目は今回の調査全体を示したのですが、全体を見ますと4回上の割合は8.3%、6回以上は3.1%と、傷病者背景のあった場合は受入困難になりやすいというような状況が、この調査で明らかになりました。あとほか重症以上、小児、救命センター、65歳以上の傷病者等事細かに調査しておりますので、その点につきましては後ほどごらんいただければと思います。

以上です。

座 長 ありがとうございます。

委員。いかがでございましょうか、補足がありましたらどうぞ。

委 員 今、救対協の中で東京ルールというのを具体化するために、いろいろ関係機関が集まって議論しておりますが、この詳細調査というのがある面ではベースになって、これから東京では、一時的にでも医療圏ごとに受け入れる病院をコーディネートしてやっていこうと、そうした場合、では、どういう患者がそこに発生するのかというようなことのデータにするとか、そういったことにもこれを使っております。

それで今回は12月という時期の中で、今度は東京消防庁としてのコメントですけれども、1週間ということで非常にいろいろな調整が国のほうで積極的にやっていたかしまして、場合によってはもうちょっと11月ごろというのがよかったのかもしれませんが、暮れに差しかかる、かなり救急としては過密になる時期の中でこういったことをやったわけでありまして、私としては、ふだんの風景が、特に先ほど事務局のほうからご説明しましたように、いわゆる病院がなぜ患者さんをお断りするのかといったことについての、ある面では分析というのが一歩進んだという感じがいたします。

それで、今後これを続けていくとなれば、先ほどMC作業部会長もお話したと思うのですけれども、受け入れるかどうかという判断は、はっきり申しまして結果的にはこれは病院側の問題なのです。我々が間接的に聞けるというのは、つまるところ処置困難だからとか、またはベッドが満床だからということでお聞きしているわけでありまして、今回はそれを一歩お互いが意思一致した中でやって、これだけのことを得たということなのですね。ただ、今後こういったデータをさらに活用していくということを考えた場合に、では病院として主体的にこういう調査をどう取り組んでいくかということもやはり考えないと、限界が出てくるのではないかと思います。

以上です。

座 長

ありがとうございました。

作業部会長、これでよろしゅうございますか。

消医報告者

報告は報告でよろしいのですけれども、今委員が図らずも言及してくださいましたように、病院側が例えば39ページにありますような、例えば全く未受診だとかの妊婦はまだ今回少なかったのですけれども、そういう負荷に耐えなければいけない。アルコール中毒だって、急性アルコールではない人と、アルコール中毒でも医療行為としては似たようなことをやっても、とても負荷が違うわけですよ。ですから、そういう意味で今回はいろいろな理由で、いわゆるホームレスについてはここには入ってはいないのですけれども、入れようと思えば入れなければいけないだろうと。今のお話のように、たまたま救急隊がそういう患者さんにめぐり合っただけでこういう状況になっているという話なのであって、その人は前からホームレスですし、前から過去に問題がある傷病者ですし、前から認知症があり、前から酔っぱらっては粗暴な言動があるわけですね。ですから平たく言えば、そういうような救急隊員に直接的に責任のない状況ですよ。救急病院側も、実は医療という広い意味においては責任がないということはないのですが、やはり正味の医療を展開することプラスアルファの部分についての負荷があるということになります。ですから、この負荷に対する、何と申しましょうか何らかの対価というようなことを考えていかないといけない。社会的に面倒を見損なっていた部分を、ある日あるとき救急隊とそれから救急病院が面倒を見ているというような景色を、社会全体としてどういうようにして困らなくするかと。ところで、ぜひこの手の話を続けていきたい。少なくとも運ぶことに関してのみ言えば、委員が今言われたみたいにコーディネーターをつけて、それで東京ルールの一部にこれを入れ込んで、そして上手にやっ払いこうではないかということでもいいのですけれども、やはりそこには、しばし病院側としてはそれで頑張ると思うのですけれども。しかし、もともと社会が取りこぼしている部分に関して救急医療がこういうようなことをやっているということからすると、それなりの負

荷に対してどう考えていくのかという大所高所からの意見、見地とiiいうんでしょうか見解というか、そんなようなことをぜひこの場においても、私は議論していただきたいとは思っています。

座 長 なるほど。その辺のところと、救急業務というところとの兼ね合いに多少難しさがあるのかなとも思って、私聞いておりましたけれども、そのところも議論したほうがいいのではないかと思います。

どうぞ。

MC 報告者 先ほどメディカルコントロール作業部会の検討概要のところでもちょっと触れましたけれども、3つ目のところに応急処置・救急搬送についていわゆる検証を行い、その結果を公表したらどうかという提言の、文章化されてしまいますと非常に「えっ、そんなことするの」ということになりますけれども、この本質的なところを少し言いますと、やはり傷病者が病態に応じて治療に適切な医療機関に選ばれて搬送されたかどうかということを、やはりきちっと見ていかない限りにおいては、単に数値の上で時間が長かったり、あるいは回数が多かったからまずいですねということにはならないと思うのです。そのことの1つの問題は、今作業部長がおっしゃった、非常に背景因子といったことが1つ出てくようと思うのです。ただ、純医学的に考えた場合は、やはり患者さんのアウトカムといえますか、重症度とそれに応じた転帰とがある程度データとして結びついていないと、将来メディカルコントロール協議会等に係る医師が、搬送先が適正かどうかということをチェックしなさいと言われても、まことに失礼な言い方ですが、こういうこの程度のデータでチェックしろと言われても、なかなかきつことがあります。そういう意味においては、個々の症例のもう少し質といえますか内容が見えるような体制づくりが必要なのだらうと。それで私が個人的にこの場をかりて、厚生労働省のほうからも来られていますので、お願いなのは、例えばがんの成績はどうかといえば、がん登録ということをやっていきましょうというのがあるのと同様に、それをいわゆる急性期疾患についてもある程度のデータの集積をシステム化するというか、それは本来は地域単位できちんとすべきなのでしょうけれども、最初のステップであれば、2次の救急医療施設や救命救急センターにあっては、急性期疾患のそのデータをあるところまでわかるようなデータをプレホスピタル、いわゆる救急患者搬送のデータと結びつけた登録制度、あるいはそれをどこがどうするかということはまた今後の課題だと思いますけれども、そういったデータがないと、病院前救護や救急医療に係る医師に何らかの評価をしろというのは大変難しい問題なのです。

すぐにはいかないにしても、そういう方向性をぜひ、ここは消防庁の土俵の場ですけれども、厚生労働の行政としてやはりそこは接点を、どう活用するかということについてちょっと考えておいていただけたらなというのがお願いでござ

います。

以上です。

座 長 今外傷ではトラウマレジストリーが非常にはやって、我々でもどんどんやっているところでございますけれども、それを例えば救命センターの患者レジストリーとか、あるいは蘇生が成功したもののレジストリーとか、蘇生患者のレジストリーとかいろいろなものが出ると思いますが、そういう方向性もいかなものだろうかと、それで相当データ的にははっきりした、選定困難にもつなげられるのではないのかということで、それもまたもつともな話だと思いますけれども、オブザーバーから何かご意見がありましたらと思いますが。

オブザーバー この会はもともと救急と医療の連携というのを非常に大きな課題にされていると思ってまして、こういう受入困難事例というのは、救急隊員によって起きてそこに責があるということでもないし、また今部会長がご説明いただいたように、病院側にその責があるのかといえ、それだけでは解決できない社会全体の問題があるということのご指摘だろうと思います。そういう意味で、この問題というのはどちらがどっちということではなくて、総合的に救急と医療がどのように連携していくかということでしょうから、そういう方向性の上でよく消防とも私ども話をしていきたいと思っております。

座 長 ありがとうございます。

そこで1つだけ、私、作業部会長に、患者背景というような言葉を使いますと、一般的に臨床の現場の先生方は、その選定困難事例の患者背景というようなところには気が及ばないで、例えば既往歴とか現病歴とか薬とか、あるいはそのような一般的な患者背景のほうにふと考えて及んでしまいますので、この患者背景というのは、選定困難事案に対する患者背景というようなところが、ちょっとコメントで出たほうがいいのかないのかなという気が、私していましたが、事務局、いかがでしょうか。

事務局 患者背景の中のいわゆる選定するに当たって一般的になかなか難しいというところ、今回入っていませんけれども住所不定も含めてそういった部分と、今回の調査では一応医学的にも意味のある既往の情報も一部入っていますので、そこはしっかり使い分けて分析する必要があると思っています。

あと、先ほどMC作業部会長からお話があった、こういった評価をしっかりとするためには予後も含めた全体の中でということで、今回平成20年の搬送実態調査の中には、回数とか時間とかそれを消防本部のほうから今回報告をいただいたのですけれども、その調査様式の中にも、今後医療機関に入った後の予後についても追加の調査があり得るということでお願いしてございまして、具体的には今厚生労働省とやり方について詰めているところですが、そこまで含めて分析なり押さえなければいけないということは認識として持っておりますので、そこ

もししっかりやっていきたいと思います。

座 長 ありがとうございます。

 どうぞ、手が挙がっています。部会長どうぞ。次に委員にお願いしましょう。

消医報告者 座長がおっしゃったことがちょっと理解できないので、4ページにありますのは全体の結果で、一発回答が7割と、いいですね。それで、2～3回がというようなことでつながっているわけですね。39ページは、こういうような背景の場合に、例えば結核に関しては一発が2件で、2～3回が3件でとかという1週間のデータが並んでいると。だから、結核だとかアルコール中毒だとか妊婦だとか透析だとかという、だからこれはしたがって社会的な背景でもあるし、医学的な背景でもあるしと。だから僕は漠然とこういうような患者さんは多分つらいので、いろいろな理由をつけてちょっとどこか別の病院が診てくれるといいなと、だから例えば愛隣地区——今何て言うのですかね、いいのよね、愛隣地区で、山谷のあたり……。

委 員 山谷ですね。

座 長 愛隣というのは、西のほうです。

消医報告者 何かごちゃごちゃになってごめんなさい。失礼しました。

 先生、たしかあそこにM病院ってありましたね。あそこの院長先生が、そういうような患者さんを嫌がらずに一生懸命やっておられて、僕も卒業してしばらくお手伝いをしたことがあるのですが、今2代目の院長先生ですね。ああいうところの院長先生みたいな人がいないと、こういう患者さんはなかなか行けないというのが、もう身にしみて知っているわけですよ。それがたまたまデータとして出たということなので、これは患者背景というのは、照会を行った回数が増えてしまう人はこういうような背景があるということが、ある程度は僕らは体では知っていたのですね。

座 長 ええ、全くよくわかるのです、そのとおりなのです。けども、一般的な患者背景というと、いろいろな既往歴とかいろいろな……。

消医報告者 家族歴とか……。

座 長 アンプルというあの流れが出てきてしまうのではないのでしょうかということ、不可患者背景というか、選定困難の患者背景というのと、多少言葉として違うのではないかと……。

消医報告者 結果としてこれらが搬送困難の事例だということが、数字上よくわかるようになったというのが今回の結果なのですね。

座 長 そうですね。

消医報告者 だから最初からそういうような背景は困難だということを定量的に。定性的には思っていましたけれども、定量的には出てこなかったと。

座 長 そのとおりですね。

消医報告者

だからそういうように使わないと、この患者背景ありきみたいな話になっちゃうので、またちょっと数字が勝手に歩くといけないので。

座 長

そうですね。ありがとうございます。

委員から手が挙がっています。どうぞ。

委 員

ちょっと私もこれから申し上げることは、どうも発言しにくいような感じを自分で持って申し上げるのですけれども、こういうデータが出てきて、これは現実的な話ですからこのとおりなのだろうと思うのですけれども、私は自分の属している大学で医事法という授業を始めまして、それでこの前試験問題の1つに次のようなものを出しました。これは医師法の基本問題であり、だから厚生労働省にも少し言及してもらってもいいのですけれども、そのほうがいいのかもしいのですが、「医師法上の応召義務が問題になる場面、現代において問題になる場面」というのを2つ挙げて、それについて法的な観点から論じてください」という、なかなか設問をつくるほうは簡単なのですが、どう答えたらいいかというのがなかなか大変な問題ですが、それとの関連で、例えばこの別添1の39ページでもいいのですが43ページのところに、傷病者に関する情報として、救急隊から医療機関に伝達した情報、それでさっきから問題になっているものに関連した論点が浮かび上がります。一番わかりやすいのは、たとえば「過去に問題の傷病者」とある、これはその病院にとって非常に迷惑だった患者だということに私は理解しますが、例えばAさんがかつて入院していたときにとんでもないやつで、とにかくそれで「またAさんが救急でそちらの病院へと言っているのだけれど」と言って病院が断っているのは、これはだからちょっと現場の感覚と、それから医師法というか法律的な議論だけでこういうのがほんとうに議論できるのかどうかわからないのだけれども、さっき委員がおっしゃったように、医学的な背景があってこれはどうしても引き受けられない、うちではこういう専門家がいなかったとか、今お医者さんが、その専門の人がそもそもほかの患者に当たっているのだという、それはもうもったもな「受けられないよ」という話なのですが、こういう社会的な背景でほんとうに断ることができるのだろうかという点をあえて指摘しておかなければならないと感じた次第です。ただし、何が何でも応召義務というのがあるから、それでそんなのはみんなだめに決まっているではないかというところまでちょっと私は割り切れないような法律学者なので、だから一番初めに言ったように、こういう問題をどういう形で提示するのがいいのかというのがわからなくて発言もしているので、だからほんとうは発言すべき状況にはないのかもしれないですが、やっぱりこれ、認知症だからとか、どうして受け入れられなかったという理由に社会的な背景も入って、単に医学的な話だけではないという状況が現実にあると思いますけれども、それでほんとうにどうしたらいいのかというのは、さっきの委員がおっしゃったような、そういう問題がこの救

急のところだけにかかってくるのはおかしいではないかということに結局帰ってくるのだらうと思いますけれども。

座 長 いや、よくわかるのです。だから私も、さっきの患者背景とってこれがずっと出てしまうと、やっぱりちょっと一般的に言っている患者背景とは違う負荷がかかる患者背景、あるいは選定困難の要因になりやすい患者背景なわけですよ。だから、ほんとうはこういうところで我々は、何と受入困難にはなるようなものではないというところも当然あるわけなのですが、これについてお答えいただける委員、おられますか。

消医報告者 もう救急の病院の、これはマジョリティが2次救急医療機関ですが、その現場の景色をそのまま申し上げれば、委員も多分理解していただけると思うのです。結局救急患者を診るという話は、入院患者の責任を持っている当直医がその患者さんに対応すると。ですから、全くフリーハンドで小説を読みながら患者を待っているわけではないのですよね。ですから、あるドクターが自宅の診療所の電話が鳴って、「こういうわけで先生診てください」と言ったときに、「酔っぱらって診られない」とか「勘弁してくれ」と言って断るとかというのは少し景色が違って、実際問題としては仕事をしながらその患者に当たると。そのときに、この仕事をやめてその患者を診ようとなったときには、そういう意味ではいつでも実は処置中であつたり、いつでもベッド満床であつたりという状況があつて、で、なおかつ救急隊からすれば、「こういう患者さんなのだけれども、先生、何とかありませんか」という話なのです。これはなぜかという、「そんなことも言わないで連れてきた」のかという話があれば、そこの救急隊長はその病院からブラックリストで「あいつはうそを言う」という話になるわけですね。ですから、そういうような状況で救急隊長が病院に電話したときに、院長の医師が何をしているかという、患者を診ていると。で、向こうから「吐血です」と、「いや、吐血というのは、純粋医学的背景だけれども今面倒を見るスタッフがいないし、おれもちょっとこれから手術だから勘弁だよな」とかなると、実はそれは一発回答は43%だけれども、急性アルコール中毒はその半分ぐらいの20%ぐらいになったと、こういうようなことで、吐血に比べれば急性アルコール中毒で外来で嘔吐する人のほうがちょっと厳しいと。それは今言ったみたいに、ぎりぎり言えば応召の義務とか何とかと言っていますけれども、そんな応召義務も何もなく、今現在働きながら面倒を見ているという状況で理解しなければいけないというところに、単純に言えばこの話の難しさが実はあるということなのです。だから、今先生が学生さんにお出しになった問題をつくったそのときのイメージと、それから救急病院のこういう患者さんを一生懸命診ている病院の景色とは違うということです。

委 員 ちょっとよろしいですか。

座 長 よろしゅうございますか。どうぞ。

委 員 一応私も法律家の端くれでありつつ、救急病院の当直業務なども臨床医として行っている関係で、大変悩ましいのはこの応召義務とこの救急患者の受け入れの問題です。おそらく消防機関と医療機関の連携に関する作業部会でお調べいただいたのは、まさに生の現実であるわけですが、法的にどうかということは、それを踏まえた上で議論すべきことで、これをもってすぐに何か現状に対する評価を下そうというのは、おそらくあまり好ましくないことなのだろうという気がしているところです。しかし、法的に言えば、おそらく今作業部会長がご指摘になったような事例でも、応召義務違反となるケースというのはたくさんあることになると思います。要するに、医師法では正当事由がない限りは診療を拒んではならないということになっており、その正当事由というのは非常に厳しく解釈されるというのが通常の医師法の解釈です。そうしますと、よほどに状況が厳しくて、受け入れてもその患者さんの診療がそもそもできないというような状況であればともかく、そうでない限りは応召義務がかかるというのが少なくとも普通の医師法の解釈であろうと思われまして、どういう患者背景であれそれは変わらないわけでありまして、ところが、現実にはそれでは動かないというのがまさにこの問題であると思います。例えが悪いかもしれませんが、要するに道路交通法の規定を守っている車がどれだけあるのかということと似たり寄つたりの状況になりつつあるということなのですね。そういうことで果たしてよいのかどうかというのがまさにここで問題になることであります。それには2つのアプローチがあって、現場が法律を守るようにするというのが一般にしばしば考えられるアプローチなわけですが、そうではなくて法律を変えるということも十分あり得るわけです。何でもかんでも厳しくすればいいというのは、全くもって単純な発想でありまして、やはり社会の中で起こっている問題というのはそれぞれ背景があって起こってきているわけで、法の前提と社会の実態の齟齬というのは、それはそれとしてきちっと受けとめた上で考えなければいけないものだろうと思います。

ですので、こういったデータを読んだ人から、「これは違法だから話にならん」と、「救急病院は一体どういう法認識でいるの」か、あるいは「そもそも法令遵守なんていうことがわかっていないのではないか」というようなことが言われる可能性はもちろんあるわけですが、おそらくそういうような発想でこのデータを読んではいけないのだろうと思っております。どういう事例で実際問題病院に対して負荷がかかっていて、それは何に原因があるのか、ということを考えるのが重要だろうと思います。私個人の意見を一言だけ申し上げますと、まさに先ほど作業部会長がおっしゃったとおり、病院がすべての社会的弱者の面倒を見るというような格好にならざるを得なくなってしまうという、それだけではないかもしれませんが、幾つかある問題の1つはそこだろうと思います。そういう場

合に、ではどのような形で病院からほかの福祉なり社会保障のシステムに流していくのかというところが本来は問題になることであって、ホームレスであったり高齢者であったりといった人々をいつまでも病院に置いておくわけにはいかないというときに、すぐに引き受けてもらえるような社会システムができていないと、病院の中に滞留する人が増えると、そうすると新しく受け入れる人も当然減る、出口が確保されなければ入り口を幾ら整備してもだめだということは、私は常々思っているところでございます。そういう意味で消防機関と医療機関との連携というのも、これは前回のこの会でお話ししたことですが、大変結構だと思うのですけれども、ただ要するに医療機関同士、ないしは医療機関からほかの社会システムへの連携がとれていないと、病院の満床状態がいつまでも続くということでは、入り口のほうを整備してもあまり意味がないということにもなりかねないわけです。そういうことを含めて、やはり法的な立場で、医師法の改正だけではなくて、もっともっと広い視点で考える必要があるのではないかと考えているところでございます。

座 長 ありがとうございます。

このぐらいにさせていただきまして、先に進んでいきたいと思います。時間も制限がありますので、また戻ってきても、時間がありましたらどうぞ。

次でございすけれども、トリアージ作業部会からでございます。作業部会長から説明をお願いしたいと思います。

報告者 トリアージ作業部会は、5回の作業部会を開きまして、資料4-1のちょっと分厚い報告書案を用意してございます。時間もございすので、ちょっとこれに全部目を通すのは大変なので、その中の骨子の部分に関しまして、資料4-2ということで抜き書きをして補足資料をつくってございすので、資料4-2についてご説明をさせていただき、そして法的検討課題についてという部分に関しての報告書案、これは縦書きのとじたものですけれども、これについての概略をご説明させていただきたいと思います。

資料4-2を開いていただきまして、最初のページにありますのは救急車の現場到着時間が年々遅延しているということで、これの短縮を図る必要があると。ただ有限の資源ですべてを短縮するということはできないので、やはり緊急性の高いものに早く行けるようにしなければいけないというのが、まず言えることでございす。

3ページで今年度何をしたかということですが、2つのことを今年度は検討いたしました。1つは平成18年に一度このコール・トリアージ・プロトコルにつきましては、1回実地検証を行ったわけですが、これの再検証ということで、内容を少し詰め、そして検討を行いました。それからもう一つは、トリアージを行った後にどのような運用を行うかということがないと、これはトリ

アージをただけでは何も変わりませんので、その運用の案ということで、制度設計の1つのシミュレーションを行わせていただきました。

資料4ページからが実際のコール・トリアージの再検証ということで、具体的には資料5ページにあるような形で、この後は詳細に細かいところは続くのですが、それはまた資料4-1で見ていただいて、従来のやり方をより簡便にわかりやすくしたものをつくりました。そして6ページにございますけれども、実際には4消防本部にご協力をいただいて、1カ月間のデータの収集を行いました。この間の4消防本部の救急搬送件数が約1万2,000件ですので、1万2,000件についての検証を行うことができました。平成18年に同様な検証をしたときには、実は指令員が全部聞けていないと、聞き漏らしていることが非常に多くて、すべてのデータがそろっているデータが約半数だったのですが、今回は指令員に事前にこちらから出向いて、聞く内容等を細かく説明させていただいた疑義照会等も行って、九十数%でデータがすべて入っているというようなデータが得られました。したがって、少し評価にたえるデータが出たと思います。例えば心停止に関しては、心停止のうちの何%を見つけることができたかという感度と、それから心停止と判断して、実際に心停止だった陽性的中度という2つを主として検討していきました。

7ページを見ていただきまして、これが今回の検証の心停止に関する結果でございます。1aというのは、最初の主訴がもう呼吸がない、あるいは脈がない、あるいは水没している、冷たくなっているというような主訴のもので、これに関しては最終的に感度が60.1%でございました。A市、B市、C市、D市と7ページにありますけれども、それぞれ規模も大きさも違う市なのですが、それほど大きな違いはなく、どこの市でも大体60%前後ということで、これはかなり普遍的な数字、つまり電話の第1報で即傷病者の訴えから心停止というものが疑われるというのは、心停止のうちの6割ぐらいを占めているということがわかります。そして、このような訴えがあったときには、83.6%というこれが陽性的中度、下線が引いてあるものですが、実際に5人のうち4人はほんとうに心停止であると、これもA市、B市、C市、D市、77.8～95.3%まで多少ばらつきはありますが、おおむね8割は心停止であるということがわかります。

しかし、これだけでは4割程度の取りこぼしがあるということで、通信指令員のほうから、呼んで反応があるかどうかということ、それから呼吸はふだんどおりしているかどうかというこの2点について確実に聞いていただいて、両方に異常がある、つまり呼んでも反応がないと、そして呼吸がふだんどおりでないという両方を満たしているものをさらに1bとして、この1aと1bと足したものをすべて心停止の疑いと考えると、レベル1と書いてあるところになりますけれど

も、全体の79%の心停止が拾えることになります。つまり残りのうちの約半分がここで抽出できます。ただし、実際に患者家族からの、通報者からの情報が意識も呼吸もおかしいということがあっても、実際に心停止である的中率というのが12%ということで、大体8人に1人程度であって、8人に7人ぐらいは実際には心停止ではないというようなことがわかりました。

実際前向きで検討しても、この通信段階での心停止に関する的中率というのがこのような数字であることがわかりました。あと報告書のほうでは、これをさらに陽性的中度を上げるために高齢者のみを対象にするとか、あるいはより広く拾うために、呼吸もしくは意識のどちらかに異常があつて、より高齢であればすべて心停止の疑いがあるとした場合にはどうなるかといういろいろなシミュレーションをしましたけれども、実際にはなかなかこれを大きく上回ることは、現時点での聴取能力では難しいということがわかりました。ここまでが実地の検証の部分でございます。

それからその次のページで制度設計に行きまして、今の心停止にまず話を絞って、これがそれでは、実際に現場でどのような搬送時間と予後の関係であるかということが、今回の総務省消防庁のウツタインのデータをもとに検討させていただきました。これは総務省消防庁から1月に発表されたデータで、10分のところにかかなり大きな閾値がありまして、心停止の目撃から救急隊員が心肺蘇生を開始するまで10分以内の場合には、1カ月生存が11.4%、1カ月後の社会復帰率が6.1%であるのに対して、10分を超えて10~15分になると、これがそれぞれ7.1%、3.2%とかなり低下してしまうと。しかし、実際にこの10分以内にこれが始められているものというのは全体の半数以下であると、つまり過半数の事例では実際には10分以上かかって、この社会復帰率3.2%以下のほうに過半数の事例が入っているということが実態であるということがわかりました。

したがって、今現在の現状認識としては、実際心停止に対してでもできるだけ多くの方が10分以内に心肺蘇生が救急隊員によって始められれば、より社会復帰率が上がるはずであるのに、これが実際に過半数の症例でそれが満たされていないということがわかりましたので、10ページに行きまして、1つの目標時間というものを設定させていただきました。これは今のウツタインのデータをもとに考えて、目撃から救急隊員が接触するまでを10分以内にする、そしてこれは先着隊というのは少なくともAEDを持って心肺蘇生がきちっとできれば、これはPA連携のポンプ隊、消防隊でも構わないと。それから、主に救急救命士を念頭に置いて、薬剤投与や気道確保等AEDを行った後に高度な処置をする、これは大体当初2サイクル（4分間）の蘇生を行ってからその手の高度救命処置を行いますので、そこからさらに4分遅れて14分以内に到着するということ

が、全体のその地域の事例の今は半分以下なのですけれども、これを一定の割合以上に上げることが可能かどうかということをシミュレーションで行いました。

11ページで具体的なこれはある都市を例に挙げまして、ここの都市の実際の年間のある1日の平均的な活動件数の日と、それから1年間の中で最も繁忙であった日の件数、出場の実態を出しまして、その中で実際に先ほどのコール・トリアージ・プロトコルでいきますとレベル1というのが全体の約20%、つまり心停止の可能性があるというのが全体の2割、心停止の可能性が低いというのが全体の8割なので、全体の2割はPA連携をすると、そして残りの8割は心停止の可能性は低いので通常の救急隊のみの活動をすると、そして、そのときの感度それから陽性的中率が先ほどのデータであるということを仮定して計算をしてみました。

12ページにそのシミュレーションの結果がございます。B市とE市と2つの市のデータをいただきまして、そこで実際に計算をしました。実際には救急隊の配置の中で空白地帯のような場所があるので、忙しい時間帯にはそこに救急隊を移動する、あるいは忙しい時間帯には予備隊を移動するということを次の13ページにあるような形で行った場合に、どの程度いけるかということを図ってみました。B市においては、現状では10分以内に先着隊が着くのが78.3%、そして救急隊到着が14分以内なのが95.6%であったわけですが、このような形でトリアージをした上で行っていきますと、全体の90%以上で10分以内、あるいは14分以内ということが満たされるということがシミュレーション上わかりました。

同様にE市においても90%以上、そして救急隊接触以内に救急救命士隊が14分以内に来るというところに関しては95%が、標準的な日ではほぼ100%が可能であるということで、ポンプ隊や予備隊の出場件数が増えてある程度負荷を増せば、現実的な獲得目標として、このようなB市、E市という比較的人口密度の高い地域では90%以上の事例でトリアージを行って、心停止の可能性のあるものに対してはすべて10分以内にそのAEDを持った隊が着くと、そして14分以内に救命士隊が着くということが可能であるということが、一応シミュレーションとしては出てまいりました。

その結果どういようなことが起こるかということ、14ページで書いてございますけれども、今のような形で配置の変更、予備隊の活用等を行いますと、10分以上であったところの症例数、事例数が減って、それが5～10分のところに山が移動するという、これは非常に大ざっぱな計算で、元データからの計算ではないのでこのような計算なのですけれども、これにそれぞれ5～10分、あるいは10～15分、15分以上のときの社会復帰率を掛けますと、今のシミュレーションの結果どのぐらい心停止の生存率が、あるいは社会復帰率が向上するかと

ということが計算できました。それが15ページにございます。

これは現在と比べまして、もしレベル1aのみ、つまり通信指令の内容が心停止の可能性が高いというものに対してすべてPA連携等を行って、90%の事例を何とか10分以内に到着することができれば、CPAの社会復帰率が上昇して年間239例の助かる方が増えるということがわかります。さらに、通信指令員が呼吸及び意識の異常をとらえて、それを心停止とみなして、これに対してPA連携等の活動を行うと、年間の救命できる数は314人増えると。年間今病院が心停止の救命数が千数百ですから、実際にはかなりの、20～30%、病院が心停止の方の救命率を上げられる可能性があるということが、トリアージをすることによって得られる、トリアージを行い、さらにそのための制度設計をすれば行えるのではないかとということが、シミュレーションとしてわかりました。

このような結果を踏まえて、16ページですけれども、レベル1までをCPAと予測するトリアージを、やはりコール・トリアージでは最低限したほうがいいだろうと。つまり、きちっと意識及び呼吸についてお聞きして、それがともに異常あれば心停止と予測して、それなりの対応をとると、そしてその場合に何とかその90%について10分以内にAEDを持った隊がCPRを開始に行ける、そして救急救命士隊が14分以内に行けるというようなことが行えれば、日本で年間200～300人助けられる人が増えるのではないということをもって、トリアージをしていくということを市民啓発の1つの理由にしていくということは重要ではないかということを考えました。

そのために何が必要かということ、17ページにございますけれども、まずはやはり今の指令員、そうはいいまして聴取する言葉の精度が不十分であります。今回も予想したよりもやはり陽性的中度も感度も低い。これは先行して既に現場でかなり経験を積んでいる横浜市消防などはこれよりかなりいい数値を出しておりますので、これはやはりより訓練を積むことによって精度を上げていくことができるだろうということ。それから、全体の90%以上で何とかAED到着を目指したいということに関しては、もちろん都市部においてはPA連携の活用というようなこともあるわけですが、ただ、消防だけでこれは解決できる問題ではなくて、例えば消防団の活用であるとか、あるいは警察機関、警察官、あるいは学校教員や災害ボランティア等、要するに社会資源として心肺蘇生がきちっとできてAEDを使える人ということをやはりより活用していかないと、消防だけでこの90%を満たすのは、特に非都市部では難しいということで、この辺はやはり地域ごとに応じた解決を持ちながら、やはり全体としてはこの90%を目標に努力すべきだろうということ。

そして18ページに行きまして、救急救命士隊がさらにトリアージをされたものに対して14分以内に行くということに関しては、今の24時間同じ救急隊の隊

員数あるいは配置場所ということではなくて、やはりそのときの、今実際やられているところもございますけれども、繁忙期に予備隊をもう事前に十分出す準備をする、あるいは空白地帯が生じたら、そこを埋めるような形で救急隊を移動するというような形で埋めていくということが必要であろうというようなことを考えました。

最終的な課題としては、コール・トリアージ・プロトコルをさらに年々改良していく必要がございますし、レベル3というのは、軽症患者をどうやって見つけるかということに関しては、やはり依然として軽症患者さんを把握したときにどうするかという対応に関しての問題がございます。それから、今のような助けられる人が増えるのだという数値を示した上で、トリアージを行うことの住民合意というものが必要であるだろうということ。それからやはり最終的には足りないところには受入医療機関あるいは消防機関も、減らすことだけではなくて、必要などころには配置するということを考えていく必要があるだろうということを、一応課題とさせていただきます。

続いて法的検討課題につきまして、概略をご紹介させていただきたいと思えます。よろしくお願いします。

委員 法的検討課題のご説明をさせていただきますが、時間の関係もございますので、お配りした別添資料に沿って全体の概要につき手短にお話をさせていただこうと存じます。

まず「はじめに」の部分におきまして、今回の検討課題について概略をご説明させていただきました。基本的には平成19年度のトリアージ作業部会の報告書におきまして、トリアージを行うに当たっての法的な課題といたしまして、いかにアンダートリアージを少なくするか、そのためにどういったトリアージ・プロトコルが必要であるか、あるいはどういった制度設計が必要であるかということが、今後詰めるべき検討課題ということで挙げられておりましたので、今年度は具体的な制度設計のあり方を踏まえながら、種々のことを検討させていただいたということになります。

具体的なところは2、3、4というところで書いてあるところでございまして、1ページの後半が2ということになります。3ページの一番下のほうから「3. トリアージの実施体制の在り方」、それから6ページの後半に4という部分がございます、順にお話をさせていただこうと存じます。

まず2の「トリアージに関する法的責任」ということでございますが、これはトリアージをすることによって、あるいは不適切な方法ですることによって、公務員個人ないしは国、地方公共団体に法的責任、特に国家賠償責任が中心でございまして、そういった責任が発生しないようにする必要があるということで、そのためにどうすればよいかということの検討でございます。基本的にはトリアー

ジ、アンダートリアージがなるべく少なくなるような制度設計を組まなければいけないということが全般には言えるということになるわけでございます。その中では、基本的にはトリアージ・プロトコルの組み方というのももちろん重要なわけですが、その後のトリアージ・プロトコルの運用の際にさまざまな人的なエラーが起り得るわけですので、そういうようなエラーを少なくするためにはどうすればよいか、あるいはエラーがたまたま起こってしまった場合に、後でどう判断を修正していくのかということの仕組みづくりが重要であろうといったことを書かせていただいたということになります。

それと、今トリアージ作業部会長のほうからも今後の検討課題ということで挙げていただきましたが、最軽症のレベル3の事例に対してどのような対応をとっていったらいいのかということがもう一つの課題として挙げられるわけでございます。これについては、救急隊を出すか出さないかと、どちらが必要なのかということが若干問題になる部分があったのですが、それについては、出すにしても必要なことはしなければいけないし、出さないとしてもほかの手当があるようであれば、それはそれでも構わない可能性がある。いずれの選択肢をとらなければいけないということが法的に一義的に言えるというわけではないのだけれども、全体として総合的に医学的な不利益が発生しないような制度にするということが求められるということを書かせていただいたということでございます。

それから3の「トリアージ実施体制の在り方」に入らせていただきますが、アンダートリアージを防ぐためにやはり必要なのは、こういった実施体制の整備ということになろうかと存じます。こちらに関しましては、少なくとも今般の制度設計にとって最も重要なのは、地域ごとにどの程度の運用の違いが認められるかという問題です。地域、地域でいろいろ事情が異なりますので、そういった事情に合わせてトリアージの運用を変えていくということもある程度は認める必要があるわけです。しかし、トリアージ・プロトコル自体は、先ほどもトリアージ作業部会長からご報告いただきましたような詳細なデータをもとにつくられておりますので、それ自体を大きくいじるというようなことは好ましくはなからうと、どの程度までであれば地方で変えてもよいかということを、やはり決めるほうが望ましいのではないかとあるということでございます。

それから重要なのがもう一つ、メディカルコントロール協議会ないしはそれを発展させた新協議会の役割ということでございます。そういった地域、地域の実情に則して運用を変えていくということが必要でもあり、極めて有用だということがあるわけでございますが、それを検討するに当たっては、やはり地域の救急医療の現場におられる先生方を含めた、消防と医療の専門家を含めた協議会といったところできちんと検討した上で決めていくことが重要であろうということでございます。

4の「救急業務と相談業務の相互補完の可能性」は、比較的将来にわたっての検討課題ということで問題提起をさせていただいたということでございますが、トライージをするに当たって、救急業務だけですべてを対応していくということは、必ずしも必要ないかもしれないということでございます。例えば、相談を希望する人が、相談電話窓口を知らないがために119番通報するといったような場面があり得るわけですが、現在のところそういった119番通報に対して、相談業務のほうに電話を転送するといったようなことは実際なされていないということになるようでございます。そういった運用が果たしてできないのかどうかということが、ここで書かせていただいた問題でございます。幾つか行政内部の実施基準の問題等々が絡んでおりまして、一義的な答えはなかなか難しいわけですが、トライージを行うに当たっては、そういった格好で救急業務以外で引き受けられるものは、そちらのほうで面倒を見ていただくということをお願いするということもできる必要があるのではないかとということを書かせていただいたということでございます。

基本的には詳細な中身は省かせていただきましたが、以上が法的検討課題ということで書かせていただいた内容でございます。以上でございます。

座 長

ありがとうございました。

いかがでございましょうか。トライージ作業部会の説明をいただきましたけれども、ご質問を受けたいと思いますが、いかがでございましょうか。

まず私から質問させていただきたいのは、部会長に、この10分以内、14分以内というのは、とてもデータ的によくわかるわけですが、そうではなくて、我々はもう少し違うウィットネスがあり、バイスタンダーCPRがあつて、5分以内に現場ではバイスタンダーのCPRが開始されるというような流れが、今までできていたのではないのかと思います。それからAEDも、1分遅くなると7～10%ぐらいは救命率が下がるよと、だからなるべく早くAEDも、それはその中に今5分というのがあったのだろーと思いますけれども、そういう流れと、今回はバイスタンダーあるいはバイスタンダーによるAED等々がないようになった形になっておりますけれども、その辺ちょっと補足をいただければと思います。

トリ報告者

今回消防という観点からいきましたので、そのもととなっているのは、やはり消防のウツタインのデータで、10分のところでかなりのギャップがあるということですから、やはり、もちろん現場でバイスタンダーCPRがあること、それから現場でAEDをかけることは大事なのですが、もう一つ大事なこととしては、やはり救急隊、プロフェッショナルの蘇生をする人間が10分以内に行つて蘇生とAEDを行うということが確実に効果があるということは、実際のウツタインのデータから出てきたわけですね。ただ、すべての地域で、では救

急隊員が10分以内に到着できるかという、これは先ほどの制度設計のところでも言いましたけれども、ある程度人口密集地であればいろいろな工夫をすることによってそれは可能になってくるわけですが、もうそもそもそういうような工夫では無理な地域もございますので、そういうところではそれに準ずるような、いわゆるバイスタンダーというたまたま現場に居合わせた人がということよりは、救急隊のかわりに救急隊と同じ質でやっていただけるような心肺蘇生やAEDがもし10分以内に得られれば、かなりよくなるのではないかと。もちろんそれに加えて現場にいる善意の第三者が、そういう専門家が来るまでバイスタンダーCPRをしたりAEDを使うことは、その中にプラスアルファとしては当然含まれております。

座 長 なるほど。ぜひそのところもプラスアルファで書き加えていただくということの重要性もあるのではないのかなと私は思いましたので。

ほかにいかがでございましょうか。ありがとうございます。

もうちょっと時間が追っております、最後でありますけれども、また戻っていただいても結構でございますが、資料5のほうで、これが報告書の案になりますので、事務局からこの報告書の案に対するご説明を願いたいと思います。

事務局 資料5をお手元にご準備ください。今年度の救急業務高度化推進検討会報告書（案）と銘打っておりますが、全体の報告書をどのように形づくっていくかということでの報告でございます。

「はじめに」の部分で座長からのコメントをいただきまして、めぐりまして目次をごらんいただければと思います。目次でございます。「はじめに」以降、大きくは3つの構成を考えておりまして、第1章という形で作業部会での検討について、第2章という形で救急業務高度化推進検討会報告書、そして参考資料といたしまして、消防法改正関係の関係資料というのをつけるというような、大きくは3つの構成を考えております。消防法改正関係の資料は、今からお手元のほうに改めてお配りさせていただきたいと思います。そして第1章でございますが、これまで各作業部会長からご報告いただきました作業部会の報告が第1章の一番後ろに入るというような形で、お手元の資料、第2章書かれております救急業務高度化推進検討会報告書と、ページ数が真ん中あたりのほうから1ページという形で載っているところからごらんいただければと思います。

救急業務高度化推進検討会報告書といたしましては、特に親会の中では、先ほどMC作業部会長からもご説明いただきましたメディカルコントロール作業部会での検討概要というものを受けまして、この内容をベースに非常に活発なご議論をいただいたと理解しております。そして2ページ目でございますが、メディカルコントロール体制については、救急救命士の処置範囲拡大の前提として、歴史的には整備が進んできたということがございました。3ページ目でございます

が、応急処置ということだけではなく、救急搬送についても当然ながら医学的知見に基づいて検討が進められるべきであると、もうこの辺まですべて網羅されているところもあるということでもございましたが、その点についてはもちろんできていない地域もあるということでも進めるべきだというご意見を賜ったと理解しております。4ページ目でございますが、立ち返って見てみますと、もともとメディカルコントロール協議会、メディカルコントロール体制という中にはそういった役割も期待されていたということでもございまして、4ページ目の一番下には、そういった搬送について、これまでも構築されていたということですが、やはりそれを十分に生かせるほど医療資源の余裕がないというのが現状でございますので、そこをいかに効率性といいますか実効性の高い基準としていくかということが、ご意見としていただいたということでもございます。

5ページ目でございますが、では実際にどういったルールになるかという話になりますと4点、医療機関側がどういう形で受けるのかというような話を整えて、そういった①のリストに基づいて、消防機関側がどうやって医療機関を、運ぶ先を選んでいくかと。そして3つ目でございますが、その運ぶ際に伝達というプロセスがございますので、そのときにきちんとした情報伝達が、持っているものが伝わるようにというところ。そして最後ですけれども、速やかに決定しない場合にも、どういったルールが必要かといったような議論がなされたところでございます。

6ページ目でございますが、そういったルールについての主体ということになりますと、医療提供体制は都道府県が、そして消防業務については市町村単位で実施されているわけですが、市町村を越えた救急搬送というのも日常的に行われておりますので、都道府県が主体としては妥当であろうということが議論されたところでございます。

7ページ目でございますが、先ほどのルールを都道府県が策定・公表するということで全体的なものを考えていきますと、総務大臣、厚生労働大臣からの情報提供等の援助を受けてそういったルールを整えて、ただしルールをつくるに当たっては、医学的知見ですとか医療計画との調和を図ると、そして消防機関、医療機関がそれを守っていくという形での構成になるだろうと。

8ページ目でございますけれども、メディカルコントロール協議会というのがその受け皿としては1つあるということでもございまして、その役割ということでは実施基準に関する協議と、そして調査・分析というのがあると、そういったものをもとに都道府県知事に対する意見具申ですとか、医療行政機関に関する協力要請というものがあるだろうということで、9ページ目の最終的な図になります。こういった話も医学的知見を踏まえるということで、メディカルコントロールの1つの大きな枠の中だということでの議論がなされたと。

「結語」という形で、そういった内容をまとめて提言として望まれる事項であるということを受けまして、最後の括弧書きでございますが、消防庁においては、当検討会での議論を踏まえ、関係機関との連携のもと、改正作業に着手したという一連の流れを記録としてとどめるというような形で報告書の構成となっております。この後に参考資料が入るという構成になっております。なおこの構成全体、そして各作業部会の報告書につきましては、改めて委員の皆様方にご連絡をさせていただきまして、意見を取りまとめた上で、おおむね今週いっぱいぐらいに意見をいただきまして、座長と相談して取りまとめたいと考えているところでございます。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

もうこれで最後になってくるわけでございますので、ぜひ先生方のご意見を、もちろん作業部会のご意見でも、報告書のご意見でも結構でございますが、今週いっぱいに事務局のほうに、意見がありましたら、あるいは質問がありましたらお話をいただくということ、そして最終的には事務局と座長に一任を願えればありがたいと思うわけであります。それを含めていかがでございましょうか。この流れで報告書をつくっていったよろしいかどうか、あるいはもう少しこういう方向性もというご意見等がありましたらお願いしたいと思いますが。どうぞ、委員から、どうぞ。

委 員 報告書の件ではありませんが、時間がないところ恐縮ですが1つだけ訂正させてください。先ほどの報道資料の資料1の38ページで、茨城県の平成19年度の小児のところの4回以上が0.04ということで100倍もの違いがありまして、あまりにも不自然な数字だったものですから確認いたしましたところ、消防サイドのほうからの報告に誤りがございまして、実際は3.8%ということでございましたので、おわびして訂正いたします。

つけ加えましてお願いなのですが、この平成19年、20年という例えば2年間の比較でこれが公表されますと、上がるか下がるかしかないわけで、もう少し幅広にとっていただかないと、いろいろな意味で今回のような、特に大きく上がったようなところでは厳しい状況に置かれますので、その辺のところのご配慮をお願いしたいということと、あと先ほど委員がおっしゃったようなことも、何かここからこういうようなことが読み取れるというようなことも少しつけ加えていただけるとありがたいと思います。そうでなくても今医療は大変な状況で、私どものほうでも総務省からいただいております、公的病院の再編のネットワークでも、ネットワーク化構想を出した途端にいろいろと議論が沸き起こりまして、資料の出し方というところは、少しご配慮願えればありがたいと思っております。

- お時間のないところ、申しわけございませんでした。
- 座 長 いやいや、表の読み方も、こういうように読んでいただきたいというようなレジェンドをつけていただくように少し考えたいと思いますので、委員、ありがとうございます。
- ほかにいかがでございましょう。どうぞ。
- 消医報告者 これはトリアージ作業部会の報告書の中に入るのだと思うのですが、僕自身は、立場上は第1章の2のところだけ関与していればいいのかもかもしれませんが、ただこのトリアージ作業部会での法的検討課題というのは、結構奥が深いのだと僕は思うのですよね。パッと目に見て、これだけのたくさんの字面を一気に理解するというのはとてもではないが無理なのでわからないのですけれども、例えば3ページの軽症なところってあるではないですか、最軽症事例についてというところも、これはじっくり読んでみると結構大変——大変というのも変ですが、横浜でもたしか100件の119番のうち1件は相談業務へ回しているというのですよね。だから現実問題としてはそういうようなことは起こっている。それは横浜の方たちのお書きになったものを見ると「同意を得て」と書いてあるのですよね。電話で同意を得て、そのまま電話を回しているということになるのでしょうか。だからそういう意味では、わくわくするようなデータもおもしろいのですけれども、この法的検討課題については、これは底流をなす非常に重要なテーマなのですよ。これをこのままここへ入れ込むのかどうか知りませんが、もうちょっと素人にわかりやすくかみ砕いていただくと、法律の勉強をされている方なので、結構難しい言い回しでつらいのですよね。これ、いつも法律の先生に僕は言うのですけれども、易しい言葉にしてくださいって。だから、ぜひこれは上手にトリアージ作業部会長に入れ込んでいただくようお願いしたいと思っています。
- 座 長 場所的にはトリアージのところに入れざるを得ないなという気はいたしますけれども、それはそれでよろしゅうございますね。ありがとうございます。ほかに。
- 委 員 よろしいですか。
- 座 長 どうぞ。
- 委 員 この中に、先ほどからの話で受入状況の実態調査のデータって、どうこの中に、直接はかかわってこないのかどうかわかりませんが、先ほどの話で傷病者背景とかあるいは社会的背景とか、あるいは受入医療機関に負荷がかかる患者の何らかの今後のそれにかかわる支援とかがないと、やはり幾らこれをやっても、最終的にそれが足を引っ張るような状況に必ずなってくると思うのですよ。どこかに今後それを、何か受入医療機関側と支援を含めて考えるということは、ぜひとも入れておいていただきたいと思うのですけれども。

座 長 なるほど。事務局、いかがでしょうか。

委 員 ここへそぐわなければ、厚生労働省のほうの何かでもいいのですけれども。どこでもいいから、やっぱりそれが一番律速段階というか足を引っ張る大きな原因になっていると思うので。

座 長 2次病院に負荷がかかる背景ですね。そのところを文言だけではなくて、少しデータも入れてみたらどうだと。

事務局 親会のほうの取りまとめは、法改正というかそちらにつながる重い仕組みのことを書いていますが、消防・医療の連携作業部会、資料3のところの中に、2つ部会長からのご報告があったように詳細、深掘り調査と財政の調査というのをした部分がありますけれども、その中に例えば7ページのところの、本作業部会においてはということで、調査を受けていろいろな未収金に対する補助だとかいろいろな病院の支援のことも意見が出されたわけですが、今後の課題としてはというところで、ここでは救急患者の受入実績に応じた支援とか、これからの財政のあり方についてお話があったので、作業部会としての見識を示しているわけですが、そこに委員がおっしゃったような、もう少し円滑に傷病者背景の中のいわゆる社会的背景も踏まえたあり方についてもということをご意見として入れるという方向で、もしよろしければ、ここの部分を作業部会長ともご相談して、修正させていただきたいなと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

座 長 よろしゅうございますか、委員の先生方。

（「はい」の声あり）

ありがとうございます。ではそういう形をとらせていただきたいと思います。ほかにいかがでしょうか。ちょっともう時間が残り少なくなっておりますが、申しわけない。どうぞ。

消医報告者 セっかくお集まりになった各方面の方々に、こういう言い回しをしているということだけちょっとご説明します。東京では時々僕が言っているので東京の方は知っていると思いますが、救命救急センターは、この今言った社会的背景がある患者さんに関して、最終的なやはり地域での受け手になるわけですね。ですから、救命救急センターは医学的にクリティカルな患者はオーケーなのです、これは第一ですね。それからもう一つは災害医療みたいによくわからない、とにかく受けなければいかんということがどうやら起こっている、これはサリンだとかもそうなのですね。もう一つ、3つ目が地域の安寧と秩序と僕は言っています。「先生、何でこんな患者さん来るの？」って研修医が聞きます。そうすると、「これはもう社会が、この患者さんを私たちが診ないとどうにもならない、だから受けているのだよ」と言っていますので、もう救命救急センターが受けているというのは、それはそれでいいのかもしれませんが、おそらく2次救急に関しいうと、救命救急センターへ行く前にとりあえず頑張ってくれている施設に、

委員がおっしゃるような形で社会の安寧と秩序のために頑張っていると。それから、僕らが一旦受けてメディカルなことは解決した後にも、やはり社会的背景は背負ったまま地域にまた患者さんは戻ります。そういうようなときにも、ぜひそういう病院がその患者を受けるといことがないと3次救急を受けられませんから。もちろん病院の中にももちろん回しますが、病院の中に入っていったってまた地域へ戻るわけですから。だからそういうときにそういう意味での負荷を背負い込む、そういう病院をぜひ助けるような仕組みをつくっていただきたいと思います。今言った3つのことの3つ目です。ちょっと余計なことを言いましたが、わかりやすいので、よろしく。

座 長 いやいや、負荷に対する対価ということをだれかが言ったと思いますが、私も全くそのとおりで、この対価というのも非常に大事なのではないかなと思っておりまして……。

消医報告者 社会が払わなければいけないのですよ、結局は。

座 長 確かにどこかが払わないといけないだろうからね。ありがとうございます。

消医報告者 僕はみんなで払う税金だと思いますけれどもね。だから、5%で足りなかったら10とか15%でもいいのですよという議論を、昔僕らの部会ではしました。

委 員 ちょっとよろしいですか。

座 長 どうぞ。

委 員 今の補足の話なのですけれども、先ほどの例のデータを思い起こしていただきたいのですけれども、今回東京消防庁含めた東京都医師会なんかで行ったときに、実はもっともっと社会的背景ってあったのですよ。ところが、やっぱり病院の先生方から言われると、そのデータを例えば詳細にすればするほど「東京というのはそういう人に冷たいのか」と言われてしまうと、やっぱりこういう病院側の評判というのは非常にきつい話があるのですね。だから何を言いたいかというと、我々消防側からすれば、結局受け入れてくれないのは病院のせいなのだと、病院はこういうことで受け入れてくれないのだと言えは言うほど、我々としてはもしかしたら正義の味方になるのかもしれないのですよ。ただ、それを繰り返したって何の意味もないので、では、これをどうするのかというところの中でぎりぎり考えていくと、はっきり言って今、実は明日座長にうちの事後検証をやっていただきますが、今老人の問題というのはものすごく大きいのですよ。こういった問題なんかは、今おっしゃったようにはっきり言えばもう「みとり」に近いのです。要するに、もうご家族は呼吸が止まっているのはわかっているのだけれども、やっぱり何を頼るかといえば救急車なのですよ。で、行ってどこに運ぶかという問題を考えるならば、今度はそれを受ける病院の問題になってくる。こういった問題を解決しない限り東京は解決しないというような話もありましたので、補足させていただきます。

そして、あのデータの中で出ていないのは、実は救命センターなのです。これはもう完全に重症度というところで受けていただいている最後の砦になっている。しかしながら、結果的にその中で今日いらしていただいている先生方はすべてほとんど救命センターですから、それをどう処理していただいているのかということについては、かなりやっぱり苦勞されているのだらうと、このように思う次第であります。ぜひとも今の議論については、やっぱりこの消防の救急の環境を解決するためには、その辺の医療との問題を解決しない限りは、私は絶対に解決できないとこのように思っています。

座 長 ありがとうございます。

この法律が、新しいところの法律の案文が出ておりますが、後からごらんをいただきたいと思います。そしてこれを見てわかるとおり、消防庁と厚生労働省の共管になっている法律であります。そのことはぜひ、ぜひご了解をいただきながら報告書をつくっていただきたいと思いますし、多々厚生労働省と議論をしなければいけないところがあつたとも思います。

そんなようなことで、今日これで今年度の第6回の検討会でございますが、これにて今年度は終了させていただきたいと思うわけでございます。今後は事務局のほうからのお話をお聞きしたいと思いますが、1年間6回になります。そして作業部会をあわせると何回やったかわからないほどの気の入れ方だったのではないのかなと思います。これにて今年度は終了させていただきたいと思いますが、法の改正まで進んだということは、この検討会の1つのアウトプットとしてよかったのではないのかなと思います。ぜひ、ぜひこれからもよろしくお願いしたいと思います。

これにて事務局のほうにバトンをお返しさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

最後に、今日次長が参っておりますので、次長から最後のごあいさつをいただきたいと思います。

次 長 大変長時間にわたりまして、ご熱心なご議論をありがとうございました。毎回大変委員の皆様方には熱心にご議論をちょうだいしております。

問題が非常に、今日も出ておりましたけれども、消防あるいは医療というだけではない非常に広範囲の問題であるがゆえ、また委員の先生方がそれを少しでもよくしなければいけないという熱いお気持ちがあつたればこそと思っております。とりわけ座長におかれましては、的確に私どもをご指導いただきまして、何とか本日ここまで来られたと事務局として感謝申し上げている次第でございます。

座長のお話にありましたように、3月3日に今回のご議論の成果、すべてはございませんけれども、一部ということで消防法の改正法案、消防庁それから厚生

労働省共管でださせていただいております。あとは国会の審議ということでございますので、どうなるかというのは国会の先生方のお考えによるところでございますけれども、今回の法案は、予算に関連する法案のその次に、今ウェーティングサークルにしているという状態でございます。国会の先生方にお話、ご説明を申し上げている限りにおきましては、もちろんこれだけですべてが解決するということではないということだとは思いますが、一歩前進ということでご認識をいただいているのではないかと。ぜひともこれが一刻も早く審議をいただいて、成立をお願いしたいと思っておりますし、それに向けてもちろん法案の審議の準備をするのは当然なのですが、成立しました後に厚生労働大臣、総務大臣がそれぞれの知識を生かしまして、都道府県に対しまして必要な情報の提供あるいは助言をすると、そのための準備も、着々というか鋭意やっているところでございます。それも含めまして、消防の中の救急というのが今一番大きな問題を抱えていると思っておりますし、来年度においても、引き続きいろいろな形でお集まりの委員の先生方のご指導を受けるというように思っております。引き続きぜひよろしくをお願いしたいと思います。ほんとうにありがとうございました。

座 長 ありがとうございました。

事務局 それでは、ただいまをもちまして、第6回救急業務高度化推進検討会を終了いたしたいと思っております。この1年、ほんとうに活発なご議論、ありがとうございました。御礼申し上げます。ありがとうございました。

座 長 ありがとうございます。

— 了 —