

第4回救急業務高度化推進検討会議事録

I 日 時 平成20年11月28日(金) 10時00分～12時00分

II 場 所 三田共用会議所 大会議室

III 出席者 石井委員、川手委員、坂本委員、島崎委員、中川委員、
樋口委員、平島委員、前田委員、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 第3回救急業務高度化推進検討会議事録

3 議題

(1) メディカルコントロール作業部会関連事項

(2) その他

4 閉会

V 会議経過

事務局 ただいまから、第4回救急業務高度化推進検討会を開催いたします。どうぞよろしくお願いたします。

それでは、議事進行を座長にお願いしたいと思います。本日もどうぞよろしくお願いたします。

座 長 ありがとうございます。

早速、議事のほうに移っていきたいと思いますが、まず資料の確認を事務局からお願いします。

事務局 議事次第を含め6部の構成になっております。議事次第、構成員名簿そして、席次表でございます。次に、資料でございますが、資料1は、救急業務高度化推進検討会資料、そして参考資料と添付資料がございます。1つは、公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書でございます。もう一つの資料は第3回救急業務高度化推進検討会の議事録になっております。

以上、6部の構成になっております。資料の欠損がございましたら、事務局までお申しつけいただければと思います。よろしいでしょうか。

それでは座長、よろしくお願いたします。

座 長 ありがとうございます。資料の確認が終わりました。

前回、いろいろ議論がなされました。まだ決着のついてないところも多々あったと思います。それらを含めて、今日、もう少し議論を深めていただきたいということでもあります。

まず、事務局から説明をいただき、議論をしていきたいと思います。事務局お願いいたします。

事務局 それでは、資料のご説明をさせていただきたいと思います。お手元の資料1をお開きいただければと思います。

1ページでございますけれども、前回の第3回検討会での主な意見ということで、2枚にまとめさせていただいております。非常に多岐にわたるご意見をいただいたわけですが、大きく4つにテーマが分かれるのではないかとということで、事務局のほうで整理させていただき、項目に分けて記載させていただいております。

1点目は、メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大についてということでございます。

従来、メディカルコントロール体制、いわゆるコア事業と言われております救命士を中心とした救急隊員の活動の医学的な検証、質の保障ということでやってきたわけですが、その点については、より広く所掌事務を拡大して、搬送の面についても取り上げることが必要ではないかというご意見がございました。救急搬送における緊急度、重症度の判断や、病院選定のあり方等についても救急業務の質の向上に資するものであるので、そういった分野も取り入れたらどうかということだと思います。

2番目につきましては、地域の救急医療における搬送をどうするかも踏まえて救急活動全体を考えていく必要がある。そのために、搬送基準を定めることや、救急医療の問題を地域で議論することが必要ではないかというご意見があったと思います。

3番目は、やはり救急隊の搬送基準を応急手当の基準等と並べてとらえるべきではないか。消防法の救急業務というのは、そういった要素で成り立っているというご意見があったかと思います。

2つ目の論点ですが、メディカルコントロール協議会の法制化につきましては、両面のご意見があったと思います。

1番目には、メディカルコントロール協議会の活動内容について、地域にかなりの差があることを踏まえて、組織の継続性、財政支援等にもつながるのであれば意義があるのではないかとご意見がございました。

2番目では、協議会が決める基準と組織のあり方の関係について、法制化という話の中で言われているのは、一つ一つの基準の内容を法的に位置づけるということではなくて、協議会という受け皿を中心に、各地域におい

て、各都道府県で基準を作成するという仕組みの法制化と考えるべきではないかということで、そうであれば、従来、通知によりMC協議会で基準を策定するようにという、国として求めてきた流れに合致するのではないかというご意見がございました。

組織の法制化と活動の中身につきまして、協議会が法的に位置づけられたとしても、ただちに行政の下部組織になるということではないのではないかと、独立した協議会ですので、活動の質の向上、情報提供については独立した形でできるのではないかと、そうすべきではないかというご意見があったと思います。

あと、メディカルコントロール協議会と、前回、私どもが救急業務協議会という名称で申し上げましたので、その概念がちょっとよくわからないと。将来的に、救急業務協議会にメディカルコントロール協議会が含まれることになるのか、別のものなのかというご意見があったと思います。

さらに、救急行政、行政体制を整備すれば中身がうまくいくというのは幻想ではないか、地域ごとに何が問題かを議論する現状の協議会のあり方がむしろ望ましいのではないかと、というようなご意見もあったかと思えます。

2枚目、3つ目の論点ですが、消防は市町村単位で行っているということとの関連でご意見があったかと思えます。

1番目でございますけれども、消防の業務は市町村単位で行うのは適している。火災であるとか、救助であるとか、そういった側面がありますが、救急業務については、広域的な搬送が日常化しているということで、市町村の枠におさまりに切れない面がある。枠組みと合致しない部分が出てきたので、今、やっておりますMC協議会を通じた、市町村と医療機関の橋渡しといたしますか、都道府県のレベルで、接点として調整することについてはメリットがあるのではないかと、うお考えがあったかと思えます。

2番目、法制化についても、MC全体をどうするかということとは別に、今、市町村単位でばらばらに実施されていることを、現実問題としてどう対処するかというベーシックな問題を、まず念頭に置いて考えるべきではないかというご意見があったかと思えます。

あと、今、消防の広域化が進んでおりますので、単位も大きくなっていくわけですが、かなり姿が違ってくると、広域化とのかかわりが見える形での説明が必要ではないかというご意見もあったかと思えます。

最後でございますが、4つ目の論点として、消防と医療は別途の法体系で業務がなされておりますけれども、両者の関係について整理する必要があるのではないかと、うご意見があったかと思えます。

1番目のご意見でございますけれども、救命士、隊員の行為であっても、医療の質を保障するという意味では、今、救急業務、医療業務と区切りがあるところ

が邪魔ではないかということで、そこをある程度明確にするためにも、行政的位置づけ、法的位置づけが必要ではないかというご意見があったかと思えます。

メディカルコントロール協議会の法制化等の議論になりますと、現行、医療法の体系になるかと思えますが、救急対策協議会、救対協と言われていると思いますが、そちらとの役割分担がどうなのかというところを明確にする必要があるのではないかというご意見があったかと思えます。

3番目、4番目は、前回資料に、医療と消防の間に点々が入った図がございましたけれども、そういった垣根は将来的には一つになるべきだと。名称についても、よりそういった方向性が出る名称にするべきではないかというご意見があったかと思えます。

最後、5番目でございますけれども、医療サイドの救対協がどのような機能を果たしているかを議論しないで、メディカルコントロール協議会の法制化だけを考えるというのは単純ではないかというご意見があったかと思えます。

以上、4つの論点のご意見を紹介させていただきましたが、これに沿いまして事務局のほうで資料を作成しておりますので、引き続きご説明させていただきたいと思えます。

3ページと4ページは前回資料の図と同じでございます、3ページは救命士の処置範囲の拡大の条件として、前提としてMC体制が整備されてきたことを、隊員の応急処置にも広げる必要があるのではないかという図でございました。4ページについては、隊員の部分に応急処置を広げるということと、救急搬送の問題も取り上げるべきではないかということで、緑の部分をピンクに拡大していくべきではないかということでございます。前回、この点については、おおむねそういう方向のご議論があったかと思えますけれども、3ページ、4ページはその関係の図でございます。

5ページ、6ページは前回抜けておりまして、この図があったらもう少し概念がわかりやすいというご指摘をいただきました図でございます。5ページは、現在のメディカルコントロール体制、いわゆるコア事業の流れということでございます。6ページは、昨年度の本検討会でご提言、問題提起がされたもの、左に現在のMC体制の図がありまして、それに追加するというところで、症状の判断、あるいは傷病程度に応じた病院選定等、搬送についてもMCで協議することにしたかどうかということで、右に矢印がございます。これらを果たすためには、所掌事務の拡大と位置づけの明確化が必要ではないかということが提起されたわけですけれども、それについての図をつけているということでございます。

事務局のほうで考えておりますMC協議会の、より広い救急業務に対する質の確保を図るための拡充の流れの一部になると思えますが、7ページは、現在、救急搬送における医療機関の選定が非常に困難な状況にある中、この問題につい

て、どう考えるかを図示したものでございます。

ここで改めて、消防に属する救急隊が医療機関に傷病者を運ぶまでの流れを図示したものでございますが、左の①、患者さんが発生しまして、救急車が119番で駆けつける。その次に観察を行いまして、医療機関の選定ということになるわけですが、消防と医療との間に菱形で「搬送 Yes/No」とございますが、救急車は医療機関に傷病者の情報を伝えまして、受け入れの許諾をいただいて走り出すということで、その Yes/No の部分がないと救急車が動かないということになっております。許諾をいただきまして、医療機関に搬送する、医師に引き継ぐということでございます。

搬送についていろいろな困難な状況がありますれば、搬送・受け入れのルールといたしますか、一定の取り決めを、現在の医療体制の中で、医療体制の増強自体は別途議論されているわけでございますけれども、現在の体制の中でこういった工夫が必要かというルールの策定、現在の事案の調査でありますとか、分析でありますとか、統計的な数字の分析が中心になると思いますけれども、実態を踏まえて取り決め、ルールをつくっていくことが必要ではないか、そのための協議組織を法的に位置づけたらどうかということをご提案させていただいているわけでございますけれども、それを図示したものでございます。

真ん中に協議会と2つありまして、枠で囲ってあるところが、事務局の考えでは消防と医療が連携した協議組織ということでございますが、この枠の中については、後ほど補足させていただきたいと思っております。

8ページは、前回のご議論で、市町村消防と医療の所管、管轄範囲のずれがあるというご意見がございました。消防におきましても、救急については市町村の枠を越えているということでございます。これは簡単な図でございますけれども、左が消防ということで市町村単位に消防本部がございまして、管外に搬送することが、日常的に行われているという状況を示したものでございます。医療提供体制につきましては、医療計画に基づいて県が定めているということでございます。ここの両者が連携して業務を遂行しなければいけないわけですが、市町村単位で個別の医療機関と調整することは現実的ではないのではないかということで、両者間の調整、あるいはルールの策定等については、県レベルで統一することが必要ではないかというご指摘もございましたが、事務局としてもそういった考え方であり、それを図にしたものでございます。

9ページでございますけれども、先ほどの真ん中の協議組織、協議会でございますが、ここの協議会と、新たに法的に位置づける協議会、前回、私どもの説明で救急医療協議会と申し上げた部分ですが、その協議会と従来のMC協議会、それと救対協等の医療法に基づく協議会組織、ここの関係を整理する必要があるのではないかというご意見をいただいたところでございます。

事務局の考え方としますと、現在のメディカルコントロール協議会、先ほどの図が左下にございまして、この所掌が狭まって救急業務協議会になるという、そんな印象を受けるというご意見もございましたが、そうではなくて、現在のメディカルコントロール協議会の業務の拡大、拡充ということで、新たな協議会が位置づけられるという整理をし、図にしたものがございます。拡充の中身は、一般の救急隊員の質の保障と、搬送に関する医学的質の保障ということでございます。

もう一つは、地域医療対策協議会や医療審議会、医療体系の中の協議組織との関係でございますが、ここについては従来のMC協議会の拡充という形で、新しく法律的に位置づけられる協議会が発展していくという形でもいいと思います。一方で、地域によっては救対協、地域医療対策協議会や地域医療審議会が消防と医療の接点のルールづくりについても取り組む地域があろうかと思えます。そういった地域の実情に応じて、既存の協議会等の組織を活用することも可能にするような、幅を持った柔軟な運用が必要ではないかということでございますが、法的な位置づけをする場合にも、どちらがどちらということではない、実情に応じた対応が可能な仕組みにする必要があるのではないかと、図にしたものが9ページということでございます。

先ほどの、取り決める中の搬送・受け入れルールのイメージということでございます。10ページでございます。これは、従来の救急隊が行う活動の手順に従って、こういった取り決めにすればより円滑な搬送につながっていくのではないかと、1番目が傷病者の観察、症状（緊急度、重症度）を判断するためのルール、判断基準のようなものになると思います。

その判断に従って、2番目でございますけれども、緊急度、重症度に応じた適切な搬送先、医療機関があるわけですが、その選定のためのルールでございます。

3番目は、選定が行われた後、個々の医療機関に対して傷病者の症状を伝達するためのルールでございます。

最後でございますが、医療機関が決まらない、いろいろな事情がある場合において、救急車の中に患者さんがいるのではなくて、いずれかの医療機関に速やかな医療的な手当てをいただくためのルールもあらかじめ決めておくことができれば、現在の状況は改善されるのではないかと、図にしたものがございます。例えば、輪番の病院体制をとっている場合は、一たん、いずれかの輪番の病院、あるいは基幹的な病院に収容して、その後の搬送先を選定するというところでありますとか、コーディネーターの取り組みも地域で進んでおりますけれども、一定の状況に達しましたらコーディネーターの調整にゆだねる等のルールを、あらかじめ策定するというようなことが必要ではないかと、図にしたものがございます。

現段階での搬送・受け入れルールのイメージということで整理させていただいたものが、10ページでございます。

資料については、サブスタンスがあるものは以上でございまして、前回もおつけした資料がございまして、参考資料として11ページ以降に、制度改正の状況、通知でありますとか、MCの活動状況等についての資料を添付してございます。

この資料の中で、20ページをお開きいただければと思います。先般も、周産期の搬送につきまして、東京都におきまして困難事案があったということでございますが、参考といたしまして、消防機関が運んでおります産科、周産期の患者さんの搬送状況についての平成19年データでございます。490万人いる中の約1%の4万6,000人を救急車で運んでいるということでございますが、ごらんいただきますと、転院搬送の割合が、全搬送でいきますと1割程度ですけれども、産科・周産期傷病者に関しては約半数が転院搬送ということで、病院間の転送が多いということでございます。この引き算いたしました2万4,000人ほどが、一般の家庭から救急要請があつて、救急隊が独自に病院を選定するという事例でございます。その2万4,000人を母体にした調査ということになります。

照会回数等は既に報道発表したものでございますので、21・22ページはご覧いただければと思います。

前回の分析の中でも、選定困難事案は大都市に多いという状況がございまして、今回事務局で、23ページでございますけれども、18大都市、政令市と東京消防庁管内についてグラフにしたものでございます。これは、現場滞在時間30分以上の事案が占める割合ということで並べたものでございまして、周産期も含めて救急全体で首都圏、関西圏が高い状況になってはいますが、産科・周産期につきましては、黄色をつけたところが平均以上ということでございますけれども、時間的に見ると東京、横浜、川崎あたりの比率が高いという状況になっているということでございます。

24ページが医療機関に受入れの照会を行った回数でございますが、回数で見ますと、関西もそれなりに高い数字が、全体にばらける形でございますけれども、時間的な要素で見ますと23ページのような状況になるということでございます。

25ページですが、受け入れに至らなかった理由について、背景がわかればもう少し姿が見えてくるということでございますけれども、5、6、7のところを見ますと、東京消防庁におきましては処置困難が一番高い比率になっております。横浜、川崎につきましては、手術中、患者対応中が多いということでございます。これは、救急医療情報システムの整備の状況も違いますし、その他のいろいろな地域要因があると思いますけれども、この検討会のもとに設けられております消防機関と医療機関の連携に関する作業部会において、この背景がもう少しわかるような調査を別途進めておりまして、まだ調整中でございますけれども、そういったものからもう少し姿が見えてくればということで考えている資料で

ございます。

事務局の説明は以上でございます。よろしく申し上げます。

座長 ありがとうございます。

各作業部会の一つ一つをまとめていただいたということになります。まず、全体でのディスカッションの前に、各作業部会長から、今の事務局の説明にコメント等がありましたらいただき、そして全体のディスカッションに入っていきたいと思えます。まず、メディカルコントロール作業部会長からお願いします。

報告者 前回の検討会の後、作業部会は開いておりません。メディカルコントロール体制のあり方を議論する作業部会なのですが、この高度化推進検討会のほうで少し方針を出していただかないと、どういう方向に進めていいのかわからないというのが実態でございまして、前回から今回にかけては開催しておりません。先ほど事務局から今までの議論を整理していただいて、少し議論の想定がわかりやすくなったのかなというところが正直なところでございます。

MC 報告者 以上です。

座長 ありがとうございます。

前日もメディカルコントロール作業部会長から、これ以上先に進むには、検討会で何か方向性を出していただきたいという話が出ておりましたけれども、相当明確に出てきたのではないかと思いますので、後からのディスカッションに供してください。ありがとうございます。

それでは、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会長、いかがでございましょうか。何か追加はありませんでしょうか。

報告者 今、事務局がお話になった最後のところで、ベッド満床とか、処置困難というページがございます。これについては地域の病院の側から見ると、ブラックリストに載っていて、絶対にお金を払わない患者さんもいるわけです。またその人が来るといったときに、どういうパフォーマンスをするのかという話も、かなり深刻な問題としてあるわけです。それはお金の問題だけではなくて、訴えてやると言いながら救急車をおりてくるような患者さんもいるわけですから、病院側から見れば、ベッド満床とか処置困難という問題もあるのですけれども、もう少し深く現状の認識を客観的にできるような統計をとっていききたいという議論が実はございます。

その議論のために、一気に全国でそういう、ちょっと言葉は選ばないといけません、社会の吹きだまりのような状況が救急医療の現場において展開するわけですので、その部分が、病院側から見てかなりつらいということもわかるような統計をぜひとりたい。そういう状況で大変苦しい救急病院、特に2次救急医療に当たっている、いわゆる救急病院ですが、そういう苦しい局面を知っていただいた上で、救急隊との円滑な連携を構築していかなくてははいけません。しかし、そ

のような統計を全国的に展開するには少し難しい面があるかもしれないということで、今のところ、東京消防庁に一肌脱いでいただいて、東京都ではおそらく1週間か2週間で1万件ぐらいのデータが得られる可能性がある。それでうまくデータが得られるのであれば、それを使って全国的な統計をとることに進みたいと思っています。

この間、墨東病院のような事件もございましたので、産科に関して言えば、きちんと母子手帳というか、フォローアップを受けている患者さんもいますし、引越しとか、仕事の関係でそれがままならないという人もいるでしょうし、それとは全く無関係にというか、気がついたら産む瞬間だったみたいな妊婦さんもいるわけですから、ベッド満床とかを調べるときにそういうことも一緒にやっぴこうということで、今、進めています。できれば年内にとは思いますが、年が明けてからかもしれません。今、そういう状況で進んでおります。

そういう議論をすればするほど、消防と医療側の連携という問題で、先ほどMC協議会が拡大と言っていましたけれども、あれは拡大という問題ではなくて、当然の帰結としてあのことを議論するのは当たり前であって、その当たりの延長線上に厚生行政に関連する病院の問題があつて、それらはお互いにシームレスに議論し合わないといけない。なぜかという、運ばれているのは患者さんだからということ。

以上です。

座長 ありがとうございます。

特に大都市での処置困難という中には、まだまだ深い、いろいろな理由がある。それをもう少し考えていかないと、ほんとうの意味が明らかになってこないだろうというところで、パイロットプロジェクトを設けてという話が出ておりました。ありがとうございます。

それでは、トリアージ作業部会長、追加発言することがありましたら、どうぞお願いいたします。

報告者 (トリアージ作業部会)以下、トリアージ報告者 今回、トリアージのことが直接のテーマではないので、前回どおりで結構だと思ひます。

あと、前回の議論でこれが出たかなと思ひしたのは、一つは、PA連携、救急業務というものを整理していく中で、ポンプ隊が行う、現場での応急処置のみ、搬送を伴わない業務の位置づけ、あるいはそれに対するMCも少し考えなければいけないのではないかと論点があつたと思ひます。

あと、搬送・受け入れルールのイメージのところ、これはあまり今まで議論されていなかったことですが、トリアージの中で出ていた議論では、現場での重症度、緊急度の判断というときに、それをもとに搬送先を選定するルールというのは非常に大事ですが、もう一つ、医師の委任状を求めるためのル

ール、つまりドクターカー、あるいはドクターヘリコプターを要請するためのルールも、この中に入っているのではないかと思いました。

座 長 なるほど。ありがとうございます。P A連携の問題、搬送・受け入れのルールも中に入れ、ディスカッションに供していきたいと思います。

事務局、どうぞ。

事務局 P A連携の話は、今回、資料に入っておりません。大変申しわけございません。事務局の考えといたしますと、前回の議論の中で、委員からご指摘いただいたと思いますけれども、今、救急隊ということになっていますが、ポンプ車に乗っていても、必要な処置をする場合はそういうものではないかということで、もう話にもならないというご指摘をいただいたと思いますけれども、事務局も全くそのとおりだと思っています。現在、ポンプで駆けつけた消防隊も応急処置等を行っていますので、そこは救急隊というがちがちの言葉ではなくて、救急隊員であるとか、資格を持った者がやるということについても位置づけするように、別途、検討を進めているところでございますが、今回の資料に入っておりませんので、お答えしておきたいと思えます。

座 長 ありがとうございます。

これから先は、フリーディスカッションでいきたいと思えますけれども、いかがでございましょうか。委員、どうぞ。

委 員 この土日、マニラに行って参りまして、アジア太平洋の医師会の方々と情報交換してきました。メインテーマは「気象変動と健康」だったのですが、その中でいろいろな情報交換をしますと、最後の統計資料にありますように、都市部の問題と都市部のインフラストラクチャーの問題は、どうも日本だけの問題ではないみたいです。ご承知のとおり、今、世界中で都市への人口集中が進んでいまして、集中した都市に何が起るかというと、インフラがもたなくなった瞬間からスラム化が起きる。それで、医療、健康の問題が非常にサポートしにくくなっている。そうすると、今度、治安が崩れていくわけです。そういう状況は、どうも今、同時進行のように見えます。

ドクターも都市に集中している、国民もそうです。両方集中して、ドクターが集中したから東京だけはいいだろうと思うと、そうならない、しからば、地方はどうなのかというと、日本全体でドクターがいなくなって限界集落化が進行している。これは、どうもこの国だけの問題ではないようです。まず、その文脈から始まらないと、「日本は特殊で、ここに大きな問題があつて」という話をしても、がちが明かない、何か大きな事象があると感じて帰ってきました。

具体的な話に入りますと、今回、資料をまとめていただいて、大分明瞭化したと感じますのは特に9ページです。消防と医療機関が連携する協議会はメディカルコントロールのアップバージョンだと書いてありますが、どうも見るところ、

これは逆ではないか。つまり、MCの働きの中の一部、救急業務に関するパーツを何とかしたい。法制化もその議論であると置きかえますと、そうかもしれないと納得できるのですが、発展解消だと言われると、ひっくり返っているのではないかということが非常によく見えた、というのが私の印象です。

1 ページ前に、都道府県の役割ということ、これも前回に申し上げましたが、都道府県の行政区で区切っても既に困るような状況というのは、委員ご指摘のとおり、ドクターカーとかドクターヘリとか搬送手段がマルチになる、それから4 疾病5 事業をこの上に重ねる、その瞬間にもものすごい複雑系になりまして、こんな単純なスキームにはならないと思います。それをこれからどうやって解決するかというのが、我々の目の前の問題だろうと思っています。

ですから、搬送業務というのは、非常に大きな問題として我々の前にあると思いますが、もう一度戻りますけれども、9 ページの概念は逆ではないかと思えます。そういうことを含めまして、例えば日本医師会が共催という形で入っています全国メディカルコントロール協議会連絡会は、厚生労働省と総務省と三者でサポートするという形をとっているわけですが、特に医師会とは何か、いろいろな言い方はありますけれども、地域医療を守りたい、コミュニティーヘルスをどうやってプロモートするかということにずっとかかわってきたのは医師会なのです。そういう意味で入れていただいていると思うのですが、そういうバージョンと9 ページを見ますと、消防のパーツは別途というか、その中でもっと集中化しましょうというならMCの中に置く、ワンパーツとして入っていただく。それならという印象を持ったということです。

座 長 ありがとうございます。

その議論の延長線上で、今、9 ページで委員はお話をしておりましたが、7 ページをご覧いただきたいと思えます。前回、消防と医療の間に点々が入っていたのがなくなりました。そして、協議会と、地域医療対策、救対協等々がブルーに入っています。そうすると、この協議会の中に、MCがメインに出てきていいだろうと考えてもよろしゅうございますか。この協議会というところがですね。

委 員 今現在、そうなのではないでしょうか。

座 長 これがメインだから、ここにMCを入れて、そのまま、下部組織に例えば救急業務協議会、あるいは他のものが出てくるのでという流れのようにお聞きしましたけれども、これは事務局、いかがでございましょうか。

事務局 最初に、9 ページのMCの拡充というところですけども、事務局の考えでは、現在のコア事業としてやっている位置づけのMC協議会ということで、通知も後ろのほうにつけてございますけれども、救命士の処置範囲の拡大に対応した協議組織ということで、総務省、厚生労働省でそれぞれやってきたものをベースにして書いているのですが、あるべきMCといえますか、今、地域によってはもっと

広いこともやっているわけですので、委員がお触れになったイメージのMCは後者のことかと、感じましたが。

座長 コア事業のMC協議会というものと、少し拡大した、我々が通常言っているその他の、もうちょっと拡大したMCと多少違っています。事務局のMCというのは、コア事業の4つだけを言っているということですよね。

事務局 そうです。通知に基づいたというか、今、がっちりと事務としてあると。

座長 そういうことですね。

消医報告者 僕が最後に言ったのも、そういうことです。MCを一生懸命やっているところは、そういう意味では拡大している。

座長 もう拡大になってしまっているのですね。

消医報告者 拡大と書くから拡大なのですが、真ん中を一生懸命やればこうなります。これは拡大と書いてありますけれども、そういう意味では充実ですよ。委員がおっしゃるのは、当然の帰結としてそうなっているのが協議会だ、だからMCはそうだという話なので、そういう意味では、結論は一気に委員が言ってくださっているわけですよ。

委員 いきなりそう言われても。

事務局 事務局は、そういう整理で書いております。ドクヘリについても協議の場がありますが、それをMCでやるということもあると思いますし、あるべきといえますか、拡大した、「本来の」と言ったらちょっと語弊があるかもしれませんが、MCについてはもっと広いと私どもは考えております。

7ページの図でいうと、MC協議会はどちらなのかということになりますが、事務局のイメージは、オレンジと青がかぶさった、外枠のところ広い意味のMCかと思えますけれども、オレンジの部分は救急業務だけに特化するという考えではありませんので、これが本来のMCの位置づけであるとするれば、より広い概念ということにとらえるべきだろうと思います。

座長 なるほど。

委員 よろしいですか。

座長 委員、どうぞ。

委員 今のお話、委員のお話もよくわかります。結局、9ページの図の消防機関と医療機関が連携する協議会というのは、今、消防と医療の連携作業部会長もおっしゃったように、普通にMCをやっていれば、今のメディカルコントロール協議会は大きいほうの、拡充された枠の範囲内でやっているというのは当然ですけども、要するにネーミングの問題で、メディカルコントロールとは何ぞやという、日本語にできないものをいつまでも協議会の名前で引っ張るのか、そこをもうちょっと明確に日本語化することなのか。メディカルコントロールという言葉は、救急救命士の特定行為に関する部分に限定して使う、今までの通知と整合

するのかという問題なのではないかと思うのですが。

座長 なるほど。言っていることは皆さん同じですね。

消医報告者 前回と同じですね。

座長 ありがとうございます。

委員、どうぞ。

委員 すいません、ちょっと岡目八目的なところで物を言います。前回から比べると、確かにわかりやすくなりました。直感的な物言いですけれども、前はどこに法制化しなくてはいけない問題点があるのかよくわからなかったのですが、何をしなければいけないかは何となくわかったような気がします。

9ページの図のところの説明されたように、地域の実情に応じた対応もいろいろ可能な形にしたいとおっしゃっていただいたのが、実際に法律的文言でどう書けるのかというのはちょっと気になっているところです。1ページのメディカルコントロール法制化についての○の3つ目のところで、行政の下部組織ではなくと書いてあります。多分、今のMCがある意味でそうでないからこそ、進んだMCは広いところまで行っていますよという話でしょう。もう一つ広いところまで行こうとすると、プレホスピタルだけではなくて、ポストホスピタルまで考えていこうという議論さえ出ていると私は理解していますので。そこまで実情に応じた対応も可能となると、直感的に法制化でいいのではないかという気がします。

「今、地域でMCをやっていれば、当然、進んだところはここに行っているよ」という方向性を担保するよう、今後もポストホスピタルとか、医療全体とどうつながっていくかなどのいろんな課題がある中で、当然、今のMC協議会に期待される役割りはすごくありますので、できればそういうところまでルールを引いてほしいと思います。

そうなると、医療の領域にかなり入り込んでしまうので、そこをどうしたらいいか、私もこの場でできるのかわからないのですが、MCの独立性を担保しつつ、ポストホスピタルの状況など地域の実情に応じて協議していくのであろうと思います。ある程度、医療の領域にかかわらないとうまくいかないだろうと思います。そこが実際に法律の文言に書けそうなのかどうか、私は法律用語の専門家ではないのでわからないのですが、もし書けるとしたら、法制化も可能ではないかなという感じがしてまいりました。そんな印象でございます。

それともう一つ、今、委員がおっしゃった言葉の問題で、「コントロール」と、「連携」という言葉の感じを申しあげますと、最近の言葉づかいのイメージからは、「連携」というのはいい言葉だなという感じがします。「連携」という言葉で横につながる感じがありますし、連携は消防機関と医療機関だけではなく、福祉関係機関とか、いずれは患者・傷病者となりえる一般市民までも含めた連携をねらってほしいと思います。先ほど委員がおっしゃった社会資源の問題を考えたと

きに、一人一人も当事者だということも含めて見えてくると、救命士、医療機関の方も含めて、社会の問題に向き合っていけるのかなと考えます。そうなってくると、先ほどおっしゃった、過激なクレーマーに対しても、社会がもっと毅然と向かい合っていけるような気がいたしました。

ちょっと感想めいた話で失礼しました。

座長 貴重な意見、ありがとうございます。

今日、オブザーバーとして、厚生労働省から来ていただいておりますので、何かございましたら、どうぞお話をいただきたいと思います。どうぞ。

オブザーバー ありがとうございます。ご指摘ございましたように、医療と救急の連携は必要であることは言うまでもないと思います。私ども医療行政を担当する者として、その体制が十分整っていないと患者さんの受け入れに困難を来すことがありますので、そういう意味では、いわば後方を固める役割として、搬送の問題にも当然かかわってくると考えております。

座長 ありがとうございます。

委員 よろしいですか。

座長 委員、どうぞ。

委員 そうすると、今ここで議論されていた中身を念頭に置いた場合に、ちょっと確認したいのですが、9ページの、既にあります地域医療対策協議会、あるいは医療審議会の役割、その辺はどういうふうに理解していけばいいのでしょうか。

座長 事務局、どうぞ。

事務局 先ほどの委員のご指摘とも関連しますが、この協議会は救対協でもできるという法制的な仕組みについては、もっと詰めなければいけないのですけれども、7ページの図でござんいただきました、法律的な側面での必須事項というのは、我々とする、消防と医療が連携した協議会の設置とルール策定ということになるとは思いますけれども、これは患者さんに救急車に乗っていただきまして、お運びするところの、搬送と受け入れというのは全く接点になるところでして、真ん中にあるのですけれども、患者さんが救急車にいる救急業務遂行中の連携ルールということですので、今、考えているのは、消防法の中にそういった協議会の位置づけの規定を設けることを前提に考えています。

その場合、例えば前回みたいに救急業務協議会と名称まで限定しますと、非常に幅が限られてきます。一方、地方分権の関係もあって、県に法律でそういうものを設置することを求めることとなりますけれども、名称まで限定というのはどうか。別の受け皿があれば、別のものも活用していいという側面もあります。したがって、その協議会も機能、やる仕事の内容と、権限といいますか所掌事務については法定化しないといけないと思いますけれども、名称とか、どこでやりなさいということについては、がちがちに書かない。そういった機能を持った

組織であれば、地域の実情に応じて救対協、医療法に基づく組織で動かしたほうがやりやすいということであれば、既存の組織を使っていたいただいてもいい。ただ、やる内容は、消防法で求める所掌事務の仕事をしていただかなくてはならないわけですが、受け皿は柔軟に考えたらいいのではないかというのが1点です。

あと、いろいろな医療提供体制の話、医師の確保であるとか病床の確保とかあると思いますが、それはもうまさに医療法の体系の中で、医療行政として進められているということですので、消防法の協議組織が所管するという事は理屈としておかしいと思いますので、今回そこまでやるという考えではございませんが、協議する中で、いろいろな提案というか、より改善につながるような話があればお伝えするという形になると思いますけれども、そこで何か決めるということにはございません。ただ、県の場合であれば、国と違って県知事というのは全体を統括していますので、その中でうまく処理していくということになると思いますけれども、そういった役割分担を踏まえつつも、組織については柔軟にということで今のところ考えております。

座長 ありがとうございます。

今、委員のご質問に対してのお答えをいただきましたけれども、実際のところ、9ページの拡大したMCと、医療審議会なり地域医療対策協議会が一緒になった協議会の設置、その一緒になったものが、7ページの青い「地域医療対策協議会もしくは医療審議会」と、オレンジの「協議会」が合体した協議会的なものをつくったらいいのではないかと、そういう流れの話でよろしいのでしょうか。

委員 あえて違う話を言いますが、結局、国民が何を求めているかといいますと、いい救急車に乗りたいとか、いい搬送条件に入りたいとか、それはあくまで経過の話であって、最終的にその次に来るべき医療を含めて質を担保してほしい、また時間も即時的に対応してほしい、これが国民の願いだと思います。ですから、先ほど合意というような話があったのであえて言いますが、10ページの搬送・受け入れのルールを、消防機関が主導するとされていますが、これはひっくり返っていると思うのです。私は、これは反対です。例えば、情報システムを整備しようとか、いろいろな議論がありますが、主体は国民であるべきです。医療は、もともとそういうふうにつくり上げられているものですから、国民、患者さんが望まないものは、ここで別の行政主導のシステムがあっても、これが動いているからいいだろうというのは質の向上には結びつかないと思います。ですから、そういう意味では……。

座長 10ページというのは、ペーシャント・オリエンテッドになってないということですね。

委員 なってないです。ですから、話は戻りますが、9ページで、僕が

先ほど、メディカルコントロールの総体の中にサブディビジョンとして消防と医療に係わるようなパーツが何か整備される、それならいいのではないのでしょうかと申し上げたのであって、メディカルコントロールは医療が全体を見なければいけないにもかかわらず、医療という傘を取ってみることに僕は全く合意できません。メディカルであるべきです。それは、ヒューマン・オリエントです。そうでなければ、コンピューターがマッチングをしたからどうだとか、そういう議論に置きかえるのはやはり間違っていると思います。コンピューターはただの電子そろばんですし、救急は国民の願いに応えるために一生懸命やる場であり、医療はその総体をどうやってやるか。その傘は必要なのであって、それはこの通知、12ページ、13ページを見れば、特に13ページ、包括指示下の除細動の早期実現というときにメディカルコントロール体制の整備を図ること、この趣旨は生きているのではないか。その中でどうするか、搬送業務はどうするか。これはオーケーだと思うのです。メディカルコントロールの上に搬送業務があるという概念づくりは、僕は全く賛成できません。

座長 委員が言っていることと、皆さんが言っていることとそんなに違いはないので、9ページで、委員は、搬送業務もMCに加えていいという流れの中には、MCの充実というのか、拡充というものがあって、オレンジの枠のところまではこういう形になっていいわけですね。そうすると、こうなるとMCという言葉がわからないので、なかなか言いづらいのですけれども、これは救急連携になるのかわかりませんが、もう少し言葉を変えて、MCと同じ意味をすることで皆さんディスカッションしているのではないかと。私は、聞いていてそう思ったわけですね。

委員 ちょっと追加しますが、言葉を変えることも反対です。今、ここまで組み上がってきた日本の文化としてのメディカルコントロール、それからまた、それを実現するための場である協議会、こういうものを概念として今、変える必要は全くないと思います。

座長 そうすると、私、質問させていただきますが、このMCのコア事業の4本柱、いわゆるMCと、もう少し大きくなってきたMCというのは、言葉としてどういうふうに分けたらよろしいですか。

委員 結局、地域における救急業務なり、急性期医療の病院も含めて包括するのがメディカルコントロール体制というものですから、それをそのまま残していただくのが一番いいと思います。

座長 そうすると、いわゆる3本柱、4本柱との整合性はどういうふうな。

委員 もともとこれは、全部メディカルコントロールでやっているわけですから。

座長 全部として考えていい。そうすると、これ、みんな同じになってしまうのですね。

委員 だから、名前を変える必要はない。ただし、連携の部分をもうちょっと明瞭化しようとか、そういうのは別に。

座長 上の大きいものをメディカルコントロールと言って、この3本柱をMCと言ったらいいのかもしれませんがね。ああ、同じか。

委員 もう一点、いいですか。

座長 ちょっとごめんなさい。事務局、どうぞ。

事務局 私も大分整理されてきたような感じがするのですがけれども、やはりMCというのは、言葉の問題はちょっとありますけれども、概念とすると広いものだと思いますので、委員がおっしゃられるとおりでと思います。その中に、消防と医療の接点の問題が別途ありますので、そこは中ということになると思いますけれども、位置づけるということもご示唆いただいたところですので、ただ、法制化と、通知とか行政の取り決めというところと手法は違うと思いますけれども、やはり広いものは広いという、MC自体は広いということでは理解しておりますので、事務局はそのような考えで進めていきたいと思っております。

座長 委員、ごめんなさい、どうぞ。

委員 一般的に世の中は大体これで動いているだろうと言えますけれども、座長はもうとっくにご存じのとおり、例えば養生はどうなっていますか。こうではないわけです。そういうことを含めてメディカルコントロールという概念があるのは、座長、ご存じのとおりのとおりです。消防業務だからこうだとか、そういうものではなくて、全体をひっくるめた概念でしょう、と思うのです。

座長 そのとおりです。
委員、どうぞ。

委員 今回の事務局から、消防法改正の範疇でというところにかかなりの限界があって、これはおそらく11ページにある、昭和38年の消防法改正のときからずっと引きずっている問題で、消防法が先に昭和38年にできて、救急車の搬送業務が法制化されて、たしか昭和39年に、それに対して厚生労働省が救急告知医療機関ということで、受け入れ側のほうを後づけで決めてきたというような歴史がある中で、10ページに立ち返ってみると、結局、消防法という範疇だから、先ほど委員がおっしゃったように、主語が常に「消防機関が」なんですね。

例えば、2つ目の項目で、「消防機関が搬送先医療機関を選定するためのルール」とありますが、僕としては、その前に医療機関が消防機関からの搬送を受け入れるためのルールを医療機関がきちんと作って、こういうルールで医療機関は受け取りますから、消防機関はそれに従ってこういうルールで患者さんを選んで運んでください、3次医療機関、救命救急センターではこういう患者さんを診るのが社会のためになります、脳卒中の施設ではこういう患者さんがためになります、そのためにこういうふうを選んでくださいと医療側が先にきちんとした態度

を示して、それを消防に提示しないとできないことが、常に消防が先に、現場がある消防が先に進んでいるので、消防機関がということになっているので、そこにちょっとそごが出ていると思います。

ちょっといいですか。

東京の先生方は知っておられますように、t P Aが保険で使用可能になった後の東京都では、東京都脳卒中医療連携協議会が作られたが、それで何の風の吹き回しか、僕、その会長をさせられています。そして、実はMC協議会の処置基準委員会の委員長もやっています。ですから、ここで議論されている中で、特に脳卒中に関する病院前救護と受け手の医療機関に密に関与しています。後者の協議会の中に、基本的に地域の医療という意味で医師会の先生方もいっぱいおられます。それらの議論をしていると、先ほどお話しがあったように、当然、急性期医療の次のリハビリの話が瞬間的に出るわけです。治療は流れていきますから、救急隊が患者を運ぶという話は、その後も流れていないと流れになりませんから、当たり前の話としてそうなります。

ただ、今、先生がおっしゃられるように医療機関がと言いながら、t P Aでもやはり先に患者と抱き合いになっている救急隊の方から話が出ているのです。これはしょうがない事です。医療機関側としては、ドクターヘリとか、ドクターカーのように現場に出ていく、DMA Tのように出ていくことがあれば、相当程度この手の話に、時間的な経過から見てもより早くに関わる話です。けれども、t P Aの議論も、論理的には医者たちは皆わかっているのですけれども、具体的に患者を引き受けてしまった東京消防庁の救急隊の方が、やはりこれは何とかしないといけないという話になります。患者は何処に運ばれるかという話が先に来ます。その後、衛生局もその気になったという経緯があります。基本的に国民が中心にいるということはもう当たり前で、もし議論がおかしくなったらそのことをもう一回思い出さなければなりません。

10ページも、議論が別におかしくなっているわけではないのです。これは、どこが主語であれ、基本的には国民のためにやろうとしているわけです。手練手管的にこうなっているだけの話です。もっと言えば、消防を所管してきた官庁が、結局、患者さんのために一番いいことをやろうと思ったら、MCを拡充させて、前回の会議で、その拡充させたMCは基本的に財政的にも連続性を保ちながらとありましたね。つまり、普遍的に連続性を保ちながら、財政的にきちんとした形で国民のためにやろうという話ですから、そういう意味では、法制化の話が消防法の延長線上であったとしても、後はその人たちに任せるといっていいのではないかと思うのです。委員が言われるみたいに、地域に行けば行くほど現場に住んでいる人たちの話になりますから、医師会の先生が突然知らないうちに、知事の下でゴリゴリゴリと頭をやられて、働けという話にはならないと僕は思いま

す。そのところだけです。

座長 ありがとうございます。委員、どうぞ。

委員 いろいろ議論を聞いていますと、そのとおりだと思います。ただ、この問題は、委員が提起されたように基本中の基本だと思いますので、あらゆる場面で、MC といふのか、メディカルコントロールといふのかわかりませんが、きちんと認識を押さえた上でいろいろ議論を進めていくことが大切なのではないかと思います。

座長 ありがとうございます。そのとおりです。委員の情報の共有化がないと少しずつずれていく危険性がありますので、委員、ありがとうございます。

委員、どうぞ。

委員 10ページの搬送・受け入れのイメージ、委員がおっしゃったこと、ちょっと僕も同じように思っていたのですけれども、これは受け入れルールが入ってなくて、搬送ルールが書かれています。まさに搬送先医療機関がこういうルールで充実させたいから、それに合わせてやっていただきたい。

というのは、患者サイドにしても、搬送というのは一つの手段で、充実した医療機関できっちりした医療が受けられるシステムをつくっていただければ、我々としては名前を含めてどうでもいいわけです。6ページ、現行のメディカルコントロール協議会が左上に黄色で書かれていて、右側の追加的な協議事項の2番目に、「円滑な救急医療体制を確保するための」と書いてあることが少し問題だと思います。受け入れ医療体制の整備をきっちりやっていたら、MCの中にこれを足すのか、あるいは厚生労働省が2番目をきっちりやるのか、あるいは新しい名前のもとでやるのか。それは、患者、あるいは受け入れる医療機関側にとっては継続性、あるいは財政的な問題を含めて、どちらでもいい、きっちりやっていただきたいということだけです。今、ここで消防のほうで、そこまで私たちがやりますということであれば、我々は、そうやっていただけるならぜひともやってほしい。厚生労働省が、いや、私たちがやりますというのであれば、文句だけを言うのではなしに、ちゃんとそういうことをきっちりできるシステムを提示してほしい。

座長 まあ、そうですね。よくわかります。

どうぞ。

MC 報告者 結局、作業部会でも出てきた内容と同じような議論がなされているようですから、もう一度整理をします。一番わかりやすいのは、7ページの図を見ながらお話をさせていただきますと、メディカルコントロール作業部会の中で、本来は救急隊員の質、個人の質を医学的に保障するための業務を中心にやってきた。そういう業務の中で、重症度とか傷病者の傷病が何であるかということで、今度は病院選定という問題が関連して出てくるわけですが、日常業務の中では、やはり選

定の問題、最終的に収容先の決定というところで、具体的な問題が生じているわけです。ですから、医師が医学的に、こういう患者さんはこういう病院に連れていきなさいといくら指導、助言をしても、現実的なところ、うまく歯車が回らないことをまず知っていただきたいのです。

そういう議論を積み重ねていくと、救対協であるとか、あるいは医療対策審議会等の中で、初期、2次、3次の救急医療施設はこういう仕組みになっていますといくら言ってみても、現実とは合わない部分があります。それを調整する役割をMCが担っていく必要があるのではないかというのが作業部会の結論です。ちょっと比喻がよろしくないかもしれませんが、例えば旅館業をやられている旅館がたくさんあって、観光地へ行って、どのホテルに泊まりたいかと思うときに、今はネットで個々に探しますけれども、多くは旅行代理店の人が非常にうまくマネジメントをして、適切なお客へ、満足する旅館に入れてもらうということがあります。

言いかえると、おそらくメディカルコントロールをやっている協議会の仕組みは、たくさん傷病者を実態として運んでいるのを調整しているような役割があるわけです。だから、医療機関側が、私のところは2次救急ですよ、脳外科の医者もいますといくら看板を上げて、患者さんが救急車に乗ってから収容までのマッチングで非常にまずいことが起こっているの、その調整をわかりやすくするための法整備、あるいは、行政的な整理をしていただきたいというのが作業部会の結論です。

もう一つ比喻で言えば、例えば臓器移植法案などのように、脳死患者が生まれて臓器がありますというときに、法案がなければ、おそらく個別のルートで臓器を要る側に提供したと思うのですけれども、法案ができたことで、公平性を保って、順序づけをしてやりましょうというのがわかりやすくなったはずで、その法律の中身はとやかく言いませんけれども、ああいったような位置づけで、消防、医療と言っていますけれども、実は医療を提供する側の一つ資源があって、救急車に乗って医療を受けたいと思う人たちの仲介をしているのが消防機関になっているわけですから、そこをもう少しわかりやすい法整備なり、行政的な言葉でしっかりと、通知の形にしてもらいなり、それが必要なのではないかとということなのです。

その辺に戻って、もう一度、検討会のほうでこうした方がいいのではないかとという方向性を出していただき、作業部会でその方向性で検討しろということであれば、汗をかくことを厭いません。

以上です。

座長 MC作業部会長は、MCのコア業務、そして、もう少し大きくなった拡充、その辺をある程度示して下さいとのことでした。そして、救対協でもいいですし、

医療対策協議会との連携も、ある程度我々の中でどういうふうになるのかということワーキンググループでディスカッションしてくれという流れを作らなければ、作業部会はもう動かないというところまで来ている、というところだったと思います。

委員、どうぞ。

委員 今、7ページを改めて見返しますと、これは間違っています。消防と医療が完全に真ん中で分かれて、右側、医療は医師の管理下と書いてありますが、左には何もない。そうではなくて、これ全体がメディカルコントロールでしょう。だから、言葉が、名前がという話がありますが、ドクターズコマンドとか、ドクターズコントロールではなくて、メディカルコントロールと言っているのは、もっと広い意味で、医療連携の中に消防が組み込まれているという概念があるからではないですか。それが12ページ、13ページの連名の通知の中にもあるわけで、だから、この図は正確に言うと間違っていると指摘したほうがいいと思います。

もう一点は、MC作業部会長が指摘されたコーディネーター機能というのは、厚生労働省のほうでも、今回、予算化していただきましたし、今日、持ってこなかったのが残念ですが、日本医師会としてのレポートをまとめましたので、水曜日にプレス発表いたしました。帰ったらお手元に届けるように手配しますけれども、地域の中でどうするかというような文言を書きましたので、お読みいただければと思います。

座長 よくわかりました。消防の中の救急業務とかいうところにも、搬送とかいうところにもメディカルコントロールというのが、傘があるというのは全くそのとおりだと思います。

MC報告者 ちょっと追加させていただきます。

座長 どうぞ。

MC報告者 今、委員がおっしゃられたのはまさしくそのとおりでして、我々もメディカルコントロールというのは、病院を離れたところで既に救護から医療が始まっていますという意味において、医師が救急隊員、あるいは救急救命士に指導や助言をやっているというのがそもそもの姿と言えます。医療の開始というのはどこなのか。お家でも開始できますよね、あるいは救急車の中でもできますということになります。法的な意味で、今、枠組みがはっきりしているのは、医療法は病院、診療所という枠の中を規定してわかりやすくなっていますけれども、病院を出て、医師がそこへ行っていないのですが、救急救命士からスタートしたとき、そもそもそこから始まっていることになります。そこへどういう医学的コントロールができるのかというところの法整備がありません。

その辺の議論をここでやっていただかないと、法規上どうもいつも狭間になってしまいます。厚生労働省は、例えば遠隔医療において対面診察義務に反しない

ように医師法を解釈されるように、外で医療行為をやるときに様々な形で法律を解釈されますけれども、消防に対して医療的な助言をしたり、指導したり、場合によっては、やったことに対して私たちが検証したりという作業をすると、法規上、その辺が不明瞭なため、そこをしっかりと検討会のほうで議論していただきたいと思います。

座長 委員、どうぞ。

委員 私、前回、業務のために欠席をさせていただきました関係で、なかなか議論についていくのが難しく、今日、先ほどからの先生方のご議論を伺って、ようやくついていけているという感じを抱いております。そのような中で、私だけ違う雰囲気発言をさせていただくような格好になると大変申しわけないような気がしておりますが、お話を伺っていて、どうしても気になる点がございます。

確かに、社会事象として救急と医療がつながっているというのは、まさしくおっしゃるとおりでございます。両方をきちんと見通した上での検討、整理が必要であるというのは私も全く異論はございません。ただ、もし消防法ないし医療法を全面改正して、単独の法律をつくってやりましょうという検討をしている中でのご議論であれば、非常にすっきりといきますが、消防法も医療法もそのままにして、MC協議会をどうするかという議論でこれが出てくるとなると、制度が軌道に乗った段階で現状のMC實際上、難しい判断を迫られる場面が増えてくるのではないかと懸念しております。

中身は同じなのですけれども、具体例になるかどうかわかりませんが、2つほど指摘をさせていただきたいのは、1つは中央と地方の関係、もう1つは法律と下位の機関の決定の関係ということについてです。

MC協議会は地方ごとにできることとなりますので、中央で決めるべきことと地方で決められることの切り分けをどうするのかという問題が、まず出てくるだろうと思います。これをやはりしっかりとっておかないと、地方でそれぞれがこうしたいと思っても、それをほんとうにできるのですかという問題が出てくる可能性があるのではないかと。法制化をしないといけないというのは、おそらくそういうことも含んでのご見解だろうと思うのですが、それをしっかりと決めておかないと、なかなか大変なことではないかという気がしております。

それから、法律とそれ以外との話の切り分けがどうなるのか。救急隊員の範囲が何なのかという問題が前回の検討会でも議論になったと伺っておりますけれども、例えばある地域で、PA連携のような格好で独自の試みをしたい、より拡充した試みをしたい、あるいは地域ボランティアを活用した救急業務を行いたいと考えたとして、それをすべて消防法上の救急隊員に含めるという決定を地方のMC協議会でほんとうに合法的にできるようになるのかというのは、かなり難しい問題ではないかと思っております。

やはりそういったいろいろな、ある種外在的な制約という部分はあるのかもしれないですけども、現在の法体制なり、行政システムの中でこれを組み込むことになったときに、具体的にどういう形でMC協議会を機能させていったらいいのか。そこの具体的なところを考えていったときに、いろいろ難しい問題が出てきそうな気がしております。確かに、所掌事項として広くやったほうがいいというのは私も全く同感ですけども、この所掌事項の中をどういうふうに検討するのか。そこが重要なのではないかという気がしております。

座長 ありがとうございます。

事務局、何か発言ありますか。どうぞ。

事務局 今の点は全くおっしゃるとおりでして、例えば、現在、応急処置の基準は消防庁の告示で出ています。それは厚生労働省と調整して出ているわけですけども、搬送に比べますと、処置の関係はやはりナショナルスタンダードといいますか、国として所管する要素が強いということになると思います。それは、現在の消防組織法の中の救急業務に関する基準という項目が消防庁の所掌事務になっているわけですけども、それを根拠にやっているという面と、搬送の面については、地域の医療資源の状況が違うので地域の決めるべき要素が強い。その切り分けは私どもきっちりしていかななくてはいけないと思っておりますので、そこは整理したいと思います。

ただ、1点、委員からございましたように、一度に全部一括してやるということになりますと大変なことになりますので、私どもは、その中で特に緊急性もあり、明確な接点の部分について、今回考えておりますけれども、全体の整理を示した中で挙げていかななくてはいけないというのはご指摘のとおりだと思います。

座長 ありがとうございます。

特に消防というのは、自治体消防というところで中央と地方との温度差とか、いろいろなものが出てくる危険性があるというところも、ぜひテイクノートしてください。ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

委員 13ページ、要するに業務拡大した平成15年にメディカルコントロール体制を整備する、下にもありますが、その整備を前提に救急業務の拡大をしているわけですから、先ほどのMC作業部会長の発言だと、法整備がないから、ないままやっているという言い方にしてしまうと、我々は今、アウトローの世界をやっているのかという話になりますが、それはちょっと違うのではないかとということだけは指摘させていただきます。

MC報告者 コア業務になっているところは通知としてきっちり出ていますので、これは明確です。だから、その先にあるものに踏み込まざるを得ない。先ほどから消防機関と医療機関の連携に関する作業部会長もおっしゃっているように、そういう業

務活動の中では、傷病者の観察をしたら病院の選定というところもあって、そういう業務は、当然、メディカルコントロール協議会はやっています。そうしますと、先ほど来何度も出てきますけれども、何回病院にお願いしても受け取ってもらえなかった、あるいはこちらへ運んだというようなことが、いろいろな問題が出てくるときにどうやって解決するのか。従来の救対協を動かして、もし地域の医療機関の整備をやりましょうといっても、組織的には別ですから、何ともならない地域もあるということが実態なのです。

委員　もう一点いいですか。

座長　どうぞ。

委員　先ほど、予算の話と法制の話がありましたけれども、僕は、これは別のものではないかと思うのです。というのは、メディカルコントロール体制はあって、そのための協議会があって、全国連絡会が去年から立ち上がって、実際行われているわけです。そして、今、救急の現場が、いろいろなものがショートしていますけれども、メディカルリソースの一つとして予算がショートしていることはもう明瞭なわけですから、今、次年度予算を組む年末までの作業の中で、やはり総務省、消防庁のほうも出せるものはできるだけ出していただければと。そして、医療現場、あるいは医療を支えるシステムを別途考えていただかないと、法制化ができないから1円も出せませんという議論だけでは、あまりにしゃくし定規ではないか。国民は、今、それを求めてないと思います。そこだけは分かれた議論として考えていただいて、法制化されたらもっと出すのは当たり前ではないかと思います。

座長　本日は、事務局に消防庁次長もおられますので、いかがでしょうか。どうぞ。

事務局　予算と法律は、もちろん国の組織ですので、両方を常ににらんで仕事はやっております。ただ、別段、法律等できなければ予算がないというわけではなくて、というよりも、ご案内だと思いますけれども、消防自体は自治体を中心でございしますので、経費的な側面も基本的には自治体でそれぞれ予算化をしております。

せっかくご指名いただきましたので、ついでに少しだけ申し上げたいのですけれども、私どもこれまでもずっと救急、といいましても中心は救急搬送でございしますが、いろいろな問題があるということで、こちら、あるいは小委員会も、多くの先生方に貴重な時間を割いていただいてご指導をちょうだいしております。委員のお話もありましたけれども、日本だけの問題ではなくて、特に救急というのは都市型のインフラの中で非常な危機に陥っているだろうと思います。そういう意味では、消防の行政の中でも、すぐに手だてを可能な限り打つべきものだろうと思ってございます。

これまでのご議論にもございましたけれども、そういう意味で言えば、消防側の発想がちょっと強過ぎるとあるいはお受けとめになっておられるかもしれま

せんけれども、消防・医療の連携というよりももっとトータルなものとしてやっていくというのは、将来的には私どももそういう方向になるべきではないかと思うのですが、他方で現状を考えますと、法的なもの、行政でございますので改正は提案をしていくわけでございますけれども、これまでの長い仕切りの中で、それぞれ分かれた法律があって、その中でどうやって連携をしていけるのかということでご議論をお願いしていると思っております。

役所ですので、もちろん若干縄張り争いの的なところはありますけれども、それを本旨でやっているわけではなくて、国民、患者さんのためにどうやったらというのが、特に消防職員の場合は現場にありますので、非常に気持ちが強いということがありまして、最近、やや個別の案件が非常にクローズアップされて、もちろんそれはそれで大変なことでございますし、私どもも国会でいろいろご質問もちょうだいし、お答えをしておりますけれども、早急に何かできるか。せつかくここまでいろいろご議論を積み重ねていただいておりますので、そういう観点からぜひ事務局として、公平中立な先生方のご意見をちょうだいして、多少私どもも考えた案を出すというのと、消防職員側の気持ち、両方ありますけれども、さらに言えば国民としての、私自身も、もしうまくいかなかったらどうしようというのは多少ありますけれども、いずれにしてもそういう気持ちで事務局はやらせていただいているということ、ぜひこの場をおかりしてお話しさせていただきたいと思っております。

座長 ありがとうございます。

今日、まだお話が出ておりません委員にお願いしたいと思っております。委員からどうぞ。

委員 私は法学部に属しているのですが、法律家の一人だと思っておりますが、同時に私、ずっと患者もやっております、法律家というよりは患者の一人として今日のような議論をどう見るか少しお話しします。

7ページのところに、これはきれいな図だと思っておりますが、とにかく救急の搬送というか、受け入れというか、そのシステムが示されています。実際にそれに問題があるかといえば、いうまでもなく、この前の墨東病院の事件であれ何であれ、やはり問題があります。日本全国、すべてが危機的状態に陥っているようなメディアの報道の仕方があるとするとそれは、私は基本的にはよくないと思うのです。大騒ぎして不安をおおるだけではしょうがないのだけれども、しかし地域によっていろいろ危機的なところがあって、何とかしないとイケないということも確かです。「何とかしてくれ」というのが患者からの声ですよね。そこで、消防庁であれ、救急に関係している人が何らかのことをやろうということで、今日のような議論も行われている。例えば、MC協議会というものが行われているけれども、やはり地域によって動き方が違っていたりもします。今回のような事例に

については、7ページの下のところですが、どうしてこんなことが起きたのだろうと、担当者、責任者に分析してもらわないといけないです。それで、何らかの改善をすることができるようなら、それを考えてもらいたいと常に思うわけです。

そこで、一般の患者とすると、私なんかも含めてですけども、救急の人たちと医療者との関係、それから役所間で、片方は総務省で片方は厚生労働省だという区別すら本当はわからないわけです。患者としては、緊急の時とにかく早く医療の厄介になりたい、お世話になりたい。先ほど委員がおっしゃいましたけれども、救急の初めから全部医療ですよ。とにかく医療のところへつないでもらって、自分の今の窮状を何とかしていただきたい。

そのときに、今回出ているのは、今あるMC協議会は地域により活動はさまざまであり、今後一層、つまり地域によっては、こういう医療への搬送における連携のところまで問題にしてないところがあるかもしれない。協議会の協議の対象に、アジェンダに含まれていると思ってないところもあるかもしれないけれども、ちゃんとやっていいのですよという確認をし、さらにそれを明確にして掘げようという話です。先ほど来の消防機関と医療機関の連携に関する作業部会長のお話であれ何であれ、実はすでにやっているところはいっぱいあってという話ですが、他方でそれをあまねくやっているわけでもないから、こういう必要があるのだったら、そういう協議会を通して医療と救急隊の連携を図る。つまり、患者の立場からすれば、はっきり言えば、とにかく両者仲よくやってくれということです。委員の言い方と同じですけども、ほんとうに仲よくやってくれということなのです。とにかく患者のためになるようなことをやってくれということです。

そのときに、こうやってMC協議会を使ってやっているところもすでにあるし、それをアジェンダとしてできるということを中央で確認してあげて、背中を押してあげるというのですか、大丈夫ですよと言ってあげるということです。こういう協議会で、地方それぞれで事情は違うかもしれないけれども、それを使って何らかの改善策を考えるような、まさに連携、仲よくやって、改善を図ることを考えることはできますと確認することに意味があるのであればやったらいいと、私なんかは単純に思うのです。

ただ、そこでいろいろな協議をしても、最後は医療の提供体制のそれぞれの地域における事情のところへ返ってきて、問題が浮き彫りになるだけかもしれない。しかし、それだっていいことです。それぞれの地域において、どういう問題が出てきているのかということがこういう協議会の場、それはMCと呼ぼうが何であろうが、それこそ患者にとっては何でもいい、はっきり言うと「仲よし協議会」でもいいのです。そういうところが出てきて、ある地域では意外にうまくいっているねという話が出てきたら、ほかの地域でうまくいってないところがその

まねをするというのですか、あるいは、そこから教訓を学ぶような話が出てくると本当にいいわけですね。

だから、こういうこともできますと確認し、10ページ目の搬送・受け入れルール、こういうようなことも相談していきましょうねと言ってくれるだけで、急に救急の何とかが全部解決するというほど楽観的な患者はいないと思うのですが、そのための一歩として、やろうというのだったら邪魔をする必要はなくて、やっていただきたい。これは全部が医療の話だということは、もちろん言うまでもないことなのです。

だから、委員に言葉を申し上げるのも出過ぎたことかもしれませんが、しかし、申しわけないけれども、あえて一言だけ申し上げると、例えば10ページの2つ目の○で、あるいはその項の全部がそうなのかもしれませんが、「消防機関が選定」というような言葉遣いにまでかみつくというのは、ちょっと患者サイドからすると、もしかしたら医師会の姿勢に疑問を抱かせるようなことになりかねない。それは委員の本意でもないでしょう。ほんとうに余計なことでしたが、お時間を取って申しわけありません。

座長 ありがとうございます。

委員、どうぞ。

委員 現場を預かる消防の立場から申し上げますと、先ほど委員がおっしゃったように、我々はやはり消防における救急業務をどうしたらいいかと考えておりますので、消防における救急業務をもっと医療という中で考えていけないといけないのかもしれませんが、我々としては実際に少しでも早く患者さんを搬送する、これはもう命題でございます。もう一つは、もちろん応急手当てというのがありますが、今、消防の現場でも、救急の現場でも、社会的にも問題になっているのは、やはり搬送の問題が大きくなっていると思うのです。

もともと、法の欠陥かどうかわからないのですけれども、消防としては基本的に患者さんを断ることはできない、どこかの医療機関にお願いしないといけないという現状がございます。例えば、妊婦さんが医療機関に間に合わなく出産されるケースがありますが、受け入れ医療機関が見つからなくて救急車内で出産されるというケースはやはりなくしていかなくてはなりません。そのために、やはり搬送体制も含めて、それがメディカルコントロールの中に入るのか、それとも大きな協議会の中でやるのかわかりませんが、そういうところをきっちり法制化していただくことが必要だと思っております。

お話を聞いていまして大分理解も進んでまいりましたので、基本的には市民の皆さん、国民の皆さんに定着している救急として活躍していきたいという思いがございますので、ぜひとも搬送の適正化について協議する場をつくっていただきたいと思っております。

座長 ありがとうございます。どうぞ、委員。

委員 現場のほうからしますと、消防の救急は患者さんを運ぶところから始まっていて、それが徐々に法制化なり、色々な部分から、病院前の救護が加わり、さらには救命士が出てきて、今のメディカルコントロール体制ができて、法的にもどんどん高度化になってきて、これは私どもが単純に病院に運ぶ業務から、そこでの行為から、市民に対して大きな安心を預けるための形がもっと厚くなってきたのだと思います。

いろいろ議論を伺ってしまして、特にMC協議会の中で議論をしていくと、結局は搬送の部分もきちんとしていかないと、ここが高くなっていかないといけないということになってくるものですから、このような議論をしていくと、やはり10ページにあるようなルールづくりが必要なのではないかと思います。現場において、これからさらに市民のために何ができるかというときには、やはりこの部分を厚くして、スムーズな病院への収容ができるルールづくりをやっていたら、非常にありがたいと思っております。

座長 ありがとうございました。

そろそろまとめていかなければいけないのですが、今日、まとめるとか、趣意書を全てつけるという意味ではありません。ただ、MC作業部会になんらかの方向性を示さないといけないというところがありますので、1つは、9ページ、我々のメディカルコントロールというのはコアの部分だけではなく、少し拡充されたものが今の状態であるというところが1点だと思います。

それから、7ページ目の下のところ、オレンジの協議会と書いてあるのと、青い医療のほう、救対協なり地域医療対策協議会、あるいは審議会のところは、もう少し一緒に何かできる、協議会でも何でもいいのですが、これはMCでもいいのではないかという委員の意見もあるわけでございます。言葉はわかりませんが、仲よくした連携、消防と医療の連携の協議会というものはやはり必要だということ。それは、仲よし会でも何でも、私も全くわかりません。そういうようなことでまとめていくことが救急医療、あるいはプレホスピタルケアの業務拡大に対して、非常に効果的になってくるのではないかというディスカッションのシリーズではなかったのかと思いますが、これでいかがでございましょうか。

委員 ちょっといいですか。

座長 どうぞ。

委員 今の議論にあわせて、今回で終わるわけではありませんので、次回にまた議論を深めていただくために、一つは、法制化という議論が出ましたので、できればもうちょっと具体的なイメージを次回に出していただければというのが一つ。

座長 法制化のですね。

委員 もう一つは、受け入れ・搬送体制のイメージ、10ページにありましたけれど

も、大事な議論なものですから、もう少し具体的な、イメージ的なものでもいいですけれども、議論を深めるために何かそういう資料を出していただければ非常に助かるのですが。

座長 今のところ、救急業務というのは、通知、告示、消防組織法で行っているわけでございます。搬送というのは消防法で行っているわけでございますけれども、そのところをどういうふうにこれからまとめていくのかということも、業務拡大の中で一つの流れにあるのかなとも思います。今の委員のお話は、連携のところも法制化という意味を含めておっしゃっておられるようですね。その辺はまだ議論しているところではないので、事務局としていかがでしょうか。

事務局 詳細な制度設計のところまでここでご議論いただくというのは、かなりヘビーなかなという感じはいたしますが、10ページのルールイメージについては、いろいろ取り組んでおられる地域等がありますので、そういった事例を紹介する形で議論を深めていただくことは可能だと思いますので、そういったことをやらせていただきたいと思います。ただ、この検討会でやるのか、作業部会のほうでやっていくのかという、かなり細かい話にもなると思いますので、そこは座長と作業部会長とご相談させていただければと思います。

座長 ありがとうございます。

委員 最後によろしいでしょうか。

座長 委員、どうぞ。

委員 もし法制化に向けてという話になるようであれば、今の10ページも同じことですけれども、6ページの追加協議事項の2の受け入れ医療体制の整備をどういう形でその中に組み込むのかということ、ぜひ検討していただきたいと思います。本来の救急医療のあるべき姿みたいなものを考えましたら、完成度から見たら、我々からすると搬送システムにかかわるところの完成度というのは、比較的な話ですけれども、結構高いと思います。一方、受け入れ側の医療機関の完成度というのは、2次、3次を含めて、救急の専門医が1人しかいないとか、あるいは1人もいないという救命センターが半分ぐらいあります。今、救急車の中に少なくとも救急救命士が1人乗っているような搬送システムがある一方で、もう一方の受け入れ側がそういう体制であるというのは、非常にアンバランスだと思います。我々はそれを言っているのです。そこをきっちりやっていただかないと、いくら高速道路をきれいにして駅に着いても、駅から電車は出ないというシステムが今、続いているので、そこを何とかやってほしいということで先ほどのような発言をしたわけです。よろしく願いいたします。

座長 ありがとうございます。

委員、どうぞ。

委員 今の委員のお話の続きで、17ページを開いていただきたいのですけれども、

既に救急振興財団で、重症度、緊急度をどう決めるかとか、搬送先をどう選定するかということはかなり議論の上で決まってきた、ただ、何でこれが絵にかいたもちのままであるかという、最終的にこれに従って運ぶ先が、このとおり運んだらとんでもないことになるからです。つまり、救命救急センターに異常に負担がかかってしまうとか、運ぶ先がないとか、ここで言っている2次医療機関は、どういう病院が本当にいいのかという具体的な提示がないということで、結局、現場で十分生かせていないという状況がボトルネックになっていると思いますので、今、委員がおっしゃったように、やはり受け入れ側のこともきちんと議論に入れる形で、搬送のことを考えていただければと思います。

座長 ありがとうございます。どうぞ。

消医報告者 その辺についての展望や、お考えを、オブザーバーからきちんとお聞きしたいと、私は思いますが。

座長 わかりました。何かご意見がありましたら、お願いします。

オブザーバー ご指摘のように、医療体制の整備は私ども厚生労働省として責任を持って進めなければいけない分野だと思っています。現在、先般生じた東京都内における妊婦の死亡事案などに関係して懇談会が行われておりますが、その場でも受け入れ体制の整備と、それに当たっての実際の搬送・受け入れ体制をどうやって組んでいくのかという議論が具体的に進んでおります。私どもとしては、そういう懇談会の議論を踏まえて、例えば制度的な充実や予算面での支援など、多方面の体制の整備を努力していきたいと考えております。

座長 ありがとうございます。

消医報告者 今のお話は、一般救急も含まれるんですね。

オブザーバー 今回の東京都の事案は妊産婦に係る事案ではございますけれども、それは広くとらえれば救急医療全体の議論であると考えておまして、そういう意味で、地域医療の観点から、救急医療体制の充実に向けた視点が欠かせないと考えています。

座長 ありがとうございます。

委員、どうぞ。

委員 確認だけさせていただきたいのですが、そうしますと今回の結論としては、今後、新しくできる協議会が、医療法上の医療計画とか、そちらのほうにもタッチできるように仕組みを法制度として考えていくと。それは事務局にお願いするのか、作業部会にお願いするのかは、私、よくわかりませんが、一応その方向性できょうは結論が出たという理解でよろしいのでしょうか。

座長 そこまではディスカッションしていなかったと思います。

消医報告者 でも、東京都の脳卒中の話でも、のめり込んで必死に仕事をしていますと、あなるのですよ。

座 長 今日ディスカッションの結論とはちょっと違う。
消医報告者 結論はまだ先かもしれませんけれども、あなるということだけは確認したい。

座 長 今からこれについてディスカッションしていただきたいということであり
ます。ご了承いただきたいと思います。

それでは、そろそろ時間でございますので、これにて議論を終了させていただきます
まして、事務局にお返しさせていただきます。ありがとうございました。

事務局 皆様、本日も活発なご意見、ご議論、ご審議をいただきまして、本当にあり
がとうございました。今後の対応につきましては、座長、各部会長とご相談した上
で進めさせていただきたいと思います。その上で、またご連絡をさせていただ
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。

以上で、第4回救急業務高度化推進検討会を終了いたします。本日もあり
がとうございました。

— 了 —