

第3回救急業務高度化推進検討会議事録

I 日 時 平成20年10月23日(木) 10時00分～12時00分

II 場 所 三番町共用会議所 大会議室

III 出席者 石井委員、川手委員、岩佐氏(小出委員代理)、坂本委員、
島崎委員、中川委員、野口委員、樋口委員、平島委員、
前田委員、南委員、染谷氏(山口委員代理)、山本委員
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2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) 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会関連事項
- (3) その他

4 閉会

V 会議経過

事務局 定刻となりましたので、ただいまから第3回救急業務高度化推進検討会を開催いたします。本日もどうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、議事進行につきまして、座長に本日もお願ひしたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

座 長 ありがとうございます。

それでは、議事を進めていきたいと思ひますけれども、まず資料の確認からお願ひしたいと思ひます。

事務局 資料の確認をさせていただきます。お手元に資料をご準備ください。

議事次第まで含めると6セットの構成になっております。

まず1枚目、議事次第がございまして、その裏に委員の構成員の名簿をつけさせていただいております。その後ろに、委員の座席表、席次表をつけさせていただいております。そして、資料1、資料2、資料3がございまして、そして、最後に添付資料という形で、第2回の議事録をつけさせていただいております。議事録につきましては、訂正、事実誤認等ございましたら、今週中に事務局のほうにご連絡をいただければと思ひます。よろしくお願ひいたします。

この時点で資料の不足がございましたら、事務局にお申し付けいただければと思います。よろしく願いいたします。よろしいでしょうか。

本日、マスコミの方も多数いらっしゃっていただいておりますが、撮影等はここまでということにさせていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

座長 この委員会には3つの作業部会があるということをご承知のとおりでして、その中で、前回、MC作業部会の中で、法的位置づけ等で相当活発なご議論がありました。その続きと申しましょうか、その延長線上で、今日、そのところを少し議論いただければと思います。もちろん、そのMCの中のいろんなところがありますけれども、それをもんでもらいまして、もう一つは、消防機関と医療機関との連携に関する作業部会、そしてトリアージ作業部会というふうに進めていきたいと思っておりますので、ぜひよろしく願いしたいと思っております。

まず、MC作業部会について、事務局からお話をいただくということにさせていただきたいと思っております。

事務局 第1点目のメディカルコントロール作業部会の関連事項ということで、メディカルコントロールの位置づけについて、前回、この検討会でご議論いただきました。いろいろなご意見をいただいたわけでございまして、今回、また引き続きということでございますが、MCの作業部会については、前回と今回の間に開いておりません。いろいろ大きな方向のご議論をいただいたので、引き続き検討会のほうで、そのあたりの方向を出していただければということでございますが、事務局のほうで用意いたしました資料、座長とメディカルコントロール作業部会会長に、一応、ごらんのような形で用意させていただきましたが、事務局のほうで作成した資料ですので、事務局からご説明させていただきたいと思っております。

座長 よろしく願いします。

事務局 資料の2ページ目に、第2回救急業務高度化推進検討会の主な意見ということで、(1)(2)とございます。

前回のご議論の要約ということでございますが、1つはメディカルコントロール協議会を法的に位置づけることについてどう考えるかという点につきましては、いろいろなご意見がありまして、メディカルコントロール協議会が機能していない地域がある以上、底上げを図るためには法制化という手段も有効ではないかというご意見。救急業務について法的に位置づけがされている以上、検証等についてもしっかりやる必要があるのではないかという意見。あるいは、3番目でございますけれども、特に医師法との関係というお話の文脈だったと思っておりますが、組織をどうするかということとは別に、役割や行うことができる範囲を明らかにすることに意味があるのではないかというようなご意見があったかと思っております。4番目でございますけれども、メディカルコントロール体制、非常にいい

システムで機能しているということでありますが、法制化によらない第三者機関としての位置づけ、独自の運営で行ったほうがいいのではないかというご意見。行政の下部組織ということで、芽を摘んでしまってはならないというご意見もいただきました。

次の趣旨も、法的に規定されたものでないから発展してきた面があるのではないかと、法制化で何か落ちてしまうような気がするというようなご意見もいただきました。

あと、名称の変更。救急業務協議会というようなことで、前回、お話をさせていただきましたので、中身が変わるという点についても、しっかり考える必要があるというご意見もいただきました。

位置づけについては、このようなご意見があったのではないかと考えております。

3ページでございますけれども、もう一つ大きく議論がありましたのは、消防と医療の役割分担をどう考えるかということで、非常に幅広いご提案の形でご議論いただいたので、どこまでの守備範囲を、お互いどう考えるかという点についてもご議論いただいたということだと思います。

1番目でございますけれども、地域で救急医療の受け入れ困難という状況が生じているという背景の中で、メディカルコントロール体制がかかわることによって、事後検証等をしていくことは重要ではないかということです。救急医療対策協議会、これは衛生行政になると思いますけれども、そちらにもメディカルコントロール協議会の考え方を提示していただきたいというご意見がございました。

2番目でございますけれども、病院前救護をよくしていこうという中で、医療体制について言及しないと解決できない話も出てくるということで、メディカルコントロール協議会がどういにかかわり、位置づけになるのかということが現場のサイドから議論が出てきたというような背景についてのご意見もあったと思います。

3番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がどこまで医療体制についてカバーするのかということで、医療体制そのもののあり方について、メディカルコントロール協議会で全部カバーすることは困難ではないかというご意見をいただきました。主にそういった医療との関係についての言及があったところですが、最後も同様なご意見でして、医療提供体制そのものということを決めるということではなくて、救急業務はその接点ですので、医療とのかかわりで、協議会がどういうことができるかということが論点になったのではないかとご指摘もいただいたと思います。

あと、救急医療全体について、政策医療ということですので、行政が主体を持って、とる責任、主体は行政にあるべきじゃないかというようなご意見もいただ

いたところでございます。

前回の主なご意見、このような状況だったと思いますが、それを踏まえて、事務局のほうで整理し、資料を用意させていただいております。

4ページ、5ページは、今回、検討の背景にあります問題意識ということを再度整理したものでございます。

4ページは、左に一般人でも可能な応急手当の部分から、救急隊員が一定の講習修了という資格のできるもの、拡大9項目までございます。あと救急救命士が行う特定行為を含めた救急救命処置という図が下から上にずっと伸びているということでございますが、メディカルコントロール体制がこれだけ整備されてまいりましたのは、救急救命士の処置範囲の拡大の前提として、こういった体制をとるべきだという国の通知に基づきまして発展してきたということでございますので、後にご説明しますが、やはり救命士の特定行為を主な核として、現在の取り組みが行われているという背景があると思いますが、救急隊員が広く応急処置を行っておりますので、その下の部分もカバーする必要があるのではないかとという問題認識で議論がスタートしているのではないかと考えております。

それと、5ページでございますが、4ページは主に応急処置についての概念整理ということでございますが、この図でいきますと、現在、グリーンのところ为中心的に実質的にカバーしている部分ということですが、これをもう少し左に拡充する必要があるのではないかとという概念図でございますが、さらに処置ということではなくて、救急搬送のあり方そのものについても医学的な判断が必要とされるものが出てまいりますので、その質を保障するという、こちらの救急搬送についても、救命士、救急隊員問わず広げていくことが望まれるのではないかとというような問題意識を概念づけした図ということになってございます。

6ページでございますけれども、現在のメディカルコントロール協議会がどういう活動実態を持っているかということの、消防庁として調査をいたしておりますが、いろいろな数値の出し方があると思います。開催回数でありますとか、予算措置額であるとかあると思いますけれども、事後検証の実施状況ということでまとめたのが6ページでございます。

これは都道府県MCの単位でやっておられる地域と、地域MCが主体になっているところがございまして、数値がどちらかに偏っているところがある表になっております。特に※の団体につきましては、地域MCを組織しないで、都道府県MCが地域MCの役目も代替しているということで、例えば、東京都については地域MCがバーになっておりますけれども、それはそういう意味でございます。

右下に合計値がありまして、都道府県MCでは事後検証数が2万1,000、うち心肺停止症例が9,800ということでございますが、地域MCにおきましては

事後検証数が22万件、心肺停止症例が5万ということで、心肺停止以外にも症例を検証されているというところが、比較でいいますと、地域のほうが多いということです。全国の状況は、こういう状況でございます。

7ページ、8ページが、個々の都道府県の状況ということでございます。A、B、Cというのが比較的盛んな地域ということですが、A県におきましては特定行為をベースにしながらも、例えば、地域1におきましては、目撃あり、バイスタンダー処置があった症例であるとか、外傷症例で意識レベルが一定の数値以上、医師が要検証と判定した症例も対象にするというところでありまして、地域3のように、現場滞在時間が一定の時間以上のものについても検証対象にするというようなもの、地域7も同じように時間的な要素も入れておりますけれども、幅広く検証対象とされている地域と、B県、C県は、基本的には心肺停止症例を中心に、医師が必要と判断した症例も含めるというようなところもございます。

一方で、8ページでございますが、心肺停止症例や特異事案を対象とするとしておりますが、実際の検証例は非常に少ないという地域もございまして、現在の体制の中では、事後検証で見た場合の差が相当あるということになるのではないかと思います。

ちなみに※の下にございます搬送面について検証しているとお答えになった団体は、今のところ少数でございまして、時間であるとかアンダートリアージについて対象としているのは、それぞれ3団体、2団体ということになってございます。

以上がMCの活動実態ということでございます。

9ページからは、救急搬送・応急処置に関し訴訟となった事例ということで、これも事務局で全国の消防本部の平成15年以降の5年間の訴訟事例についてご報告をいただいたものをまとめたものでございます。中には、ストレッチャーから落として、けがをさせてしまったとか、そういった事案もあるのですが、そういったものは除きまして、処置、あるいは搬送の判断が争いになった事例を取り上げましたところ10件ほどあるんですが、中には搬送の、現在、消防が直面しております受け入れとの問題について、訴訟となった事案があるということでございます。

例えば、2番の千葉県の事案でございまして、これは単独の交通事故ということでございますが、飲酒にかかわる事故ということでして、消防側としますと、病院側の受け入れが難しい可能性があるんで、家族の到着を待って搬送したところ、ご家族の方から、後にお亡くなりになったわけですが、速やかに搬送に着手すべきであったということで、損害賠償の訴えが提起されたということでございます。これは裁判所のほうで和解勧告がありまして、和解金の支払いと和

解事項ということで、遺憾の意の表明ということと、今後、要救護状態の者を医療体制が整った施設に速やかに搬送することに努め、救急業務体制の整備に努めるということを約束するという和解となっております。

3番の大阪府の事案でございますが、3歳の男の子の熱性痙攣による救急出動ということで、これはご家族が3次医療機関相当のB総合医療センターへの搬送を希望されたわけですが、医療圏の輪番制により、当日は2次医療機関であるA総合病院が小児科受け入れ可能だということで、その旨をご家族に説明し、了解の上、搬送したということですが、A病院では症状が改善しなかったということで、B総合医療センターに転院ということですが、障害を負うことになったということで損害賠償請求が提起されました。一番は棄却ということですが、大阪高裁のほうで和解勧告がなされまして、被告C市は、特定の医療機関への搬送依頼があったときには、その症状や緊急性、通院歴の有無、受け入れ可能であるかどうかということ、医療機関相互の救急医療体制の受け入れ整備状況等を総合考慮の上、可能な限り依頼された医療機関に搬送するよう努力することが和解の条項となっております。

もう1点、10ページでございますけれども、同じ大阪府ですが、50歳女性が息苦しさを訴えているという通報で出場した事案でございます。救急隊のほうで、現場到着後、観察、応急手当の後、2次医療機関であるA病院に搬送し、処置が行われたわけですが、専門外ということで、循環器対応が可能なB病院へ搬送したということですが、その途上、心肺停止となり、10日後にお亡くなりになりました。これは速やかに専門治療を受けられる病院への搬送を怠った救急隊員に職務上の過失があるということで、損害賠償請求が提起されまして、現在係争中ということでございます。

その他、搬送をめぐる事案も、昔はあまり聞かなかった側面ですけれども、最近、訴訟が提起される事案があるということで、こういった法的リスクも考えなければいけないのではないかとございまして、いずれも消防のみでは解決不可能な受け入れ医療体制も含めた全体を問うておる訴訟形態ということでございまして、こういった点についても考える必要があるのではないかと考えております。

次に、前回のご議論で大きなテーマになりました消防と医療の関係をどう整理にするのかということでございまして、12ページに簡単な資料を用意させていただいております。左側が救急業務ということで、消防法によって規定されている事務ということでございまして、右側が救急医療ということで、これはおそろくいろいろな医療、医事関係の法律あると思いますけれども、医療提供体制については医療法が規定するというところでございまして、

前回、MC作業部会のほうから5点いただきました中の都道府県を基本とし

て、救急業務基準を、今までの応急処置等だけでなく、搬送についても一定の基準というものをつくったらどうかということを含め救急業務基準を都道府県が策定すると仮にした場合に、MC協議会は名称的には法令用語ということで救急業務協議会ということになっておりますけれども、救急業務の関係者からなる今のMC協議会を引き続き引き継ぐことを事務局としては考えておりますけれども、その協議会の意見を十分専門的な観点からご検討を踏まえて策定していくということになりますと、ちょうど対になる受け入れ医療体制につきましては、右側でございますが、医療法の規定によりまして、都道府県が医療計画を策定する。4疾病5事業ということで、中に救急医療があるということでございますけれども、医療審議会の意見を聞いて策定するというところに、現行法上なっているということでございます。

ちなみに、医療計画を定める場合に、救急医療の分野もございまして、医療法の規定によりまして、医療計画を策定する場合には、医療審議会、左側にありますけれども、市町村の意見を聞くということになっておりまして、救急業務を処理する一部事務組合も含むということで、救急業務実施主体が関係ありますので、その意見を反映するという仕組みになっているということでございます。

前回、新しい救急業務協議会が、医療体制そのものまで議論することは、役割の限界を超えているのではないかというような意見が提起されたと思っておりますけれども、そこまで広げるといことは、やはり論理的にもできないわけですので、この医療計画の策定に際するかかわり、現在、市町村、消防の救急業務実施主体がその位置づけにあるわけですが、そことの関係で、どういった仕組みが必要なのかということ、今後、厚生労働省と協議していかなければならないということでございますが、そのうまい連携が図られるような仕組みがあれば、相互交流という形になる可能性もあるのではないかというふうに考えております。以上がMC体制の位置づけの話でございます。

それで、前回、論点になかったもので恐縮ですが、13ページに資料があるわけですが、前回の救急隊員の応急処置の位置づけ、法的な理解、位置づけについてもご議論があったわけですが、一連の検討の中で、PA連携というものが最近行われておるわけですが、ポンプ車に乗車している救急科講習修了者が応急処置を行うことは、非常に救命率の向上に重要ということでございますけれども、現在の消防法の規定の中では、救急業務とは、救急隊によって医療機関その他の場所に搬送することであると、救急業務の中に救急隊による応急手当の位置づけがあるのですが、ポンプ車等に乗っている有資格者の処置については法的位置づけがないという、実態は先行しているんですが、法律が後追いということもございまして、今回、一連の法的な検討の中で、救急業務への位置づけというものも必要ではないかということで、新たに論点としてご提示した資料でござい

ます。

15ページの資料は前回の検討会でも、応急手当の正当業務行為であるということ整理した経過を出ささせていただきましたが、14ページが、その一連の考え方の基礎になる検討会の報告書ということでございます。昭和53年に消防庁に設置された検討会におきまして、医学関係の学識経験の先生、日本医師会副会長、厚生省の医務局長、当庁の次長という関係者が集まりまして、応急処置のあり方についてご検討いただきました。1が応急処置の必要性ということで、これは搬送に尽きることなく、必要な応急処置は当然に含まれると解すべきであることが次の理由から医学的にも意味、必要があるとされました。広い意味での救急医療体制の一環をなしている行為ではないか、さらに社会的な意義として、国民生活の中に定着している事務であるという背景から、応急処置は必要であるということが導き出されております。2でございますけれども、基準を作成する必要があると報告されています。当時の状況では、訓練にも統一的な方向が見出せない、また、地域による不統一があるということが、広い意味での救急医療体制の障害になっているということで、一定の基準を示す必要があるということで、医師法との関係も含めまして検討がなされた結果が基本的に昭和53年の応急処置の基準、消防庁告示の中に入っているわけで、それが現在まで、拡大9項目についてはつけ加えるという形で整理されてきたということでございます。1ページ目にお戻りいただきますと、この黒字の部分が前回の検討会にMC作業部会の報告ということで、メディカルコントロール作業部会の作業部会長からご報告いただきましたものを黒字で表示しております。今回、事務局のほうで、※書きの2点、基準の策定と協議会の設置ということを入れさせていただきましたが、幅広くご議論いただくことはもとよりでございますけれども、今後の大きな方向を決める上で、この2点について、特に中心的にご議論いただければと思っております。

事務局の説明は以上でございます。

座長 ありがとうございます。前回のMCの作業部会の報告をまとめていただきまして、ありがとうございます。

今、1ページの3にメディカルコントロール協議会の役割がありますね。これと12ページの図で、メディカルコントロール協議会というのがありまして、その下に救急業務協議会というのが、新しいメディカルコントロールを救急業務協議会というふうに、これから考えていくというような流れで、救急業務協議会という名前が出たのかと思っておりますが、それでよろしいですか。

事務局 はい。

座長 そうすると、この1ページ目の救急業務協議会（メディカルコントロール協議会）というのは、12ページとのずれが多少あるのではないかという気がします

が、いかがでしょうか。

事務局 このメディカルコントロール体制、メディカルコントロール協議会の概念が、おそらく人によって、かなり広がったり狭かったりすると思いますが、実効的に今行われている、都道府県の平均的な形をいうと、5ページのグリーンの部分がメディカルコントロール体制でカバーされている部分であると考えています。そこを起点に考えると、今回は救急隊員、搬送について拡大するというような感じですか。

座長 なるほど。12ページのメディカルコントロール協議会から出ている矢印は、メディカルコントロール協議会を救急業務協議会という名前にしたらいかがだろうかというような意味ですか。

事務局 はい。救急業務全般をカバーするという意味です。

座長 そういことですか。

事務局 はい。

座長 わかりました。

総論的なところは、私、そこが難しかったところでございまして、いかがでしょうか。これからご議論をいただきたいと思います。フリーディスカッションで行いたいと思いますので、どちらからでも結構でございます。あるいは、この作業部会の作業部会長から、まずコメントをいただいて、それから行きましょうか。

報告者 先般もお話をさせていただきましたが、現状のメディカルコントロール業務である救急救命士個人の行為を検証するとか、あるいは、その結果、医学的のどのように再教育するとかだけでは病院前救護の質を上げられないのではないかと、もう少し業務の拡大を図って、病院前救護の全体を整理していく必要があるというのが作業部会の主旨だったのです。だけど、あまり広がり過ぎますと的が絞れないのでということで、本来の救急業務の中の搬送の部分について、緊急度、重症度の判定とか、あるいは病院の選定とかいったところをどうするかに焦点を絞るのがよいだろうということになりました。その際、法的に明確にしたほうがいいのかというご意見と、いやいや、そういうのは今のメディカルコントロール協議会の活動の実態を生かしながら拡大していけばいいのではないかと、意見が分かれたということも事実です。そういうところで、先ほど事務局のほうから説明のあったように、わかりやすくするために業務全体を5ページのような形にしていってどうだろうかというのが趣旨だとご理解いただきたいと思います。

座長 ありがとうございます。

事務局で非常にわかりやすく作成いただいたということでございます。委員どうぞ。

委員 私は横浜市に住んでいるので、前回のこちらの委員会に参加したのをきっかけ

に、実は横浜市の救急業務委員会というのがございまして、そこにメンバーとして参加しております。

ここに書いてあるMC協議会はMC協議会って横浜市はございまして、まさに医療の分野、救急医療の分野に特化した議論をされているのだと思います。そこには私は参画しておりませんが、MCはMCできちんちんと行われていると聞いておりました、その上で、今回のコールトリアージの実施とか条例化のこと、別に今回のコールトリアージ以前からずっと、救急業務に関する議論を、その業務委員会がされてきたようで、ずっと報告書が出ておりますが、何となく、そうか、横浜でやっているMC協議会の部分と、それから救急業務委員会というものが両方一緒になったような場が、ここで言うところの救急業務協議会なのかなというような感じを持ったんですが。たしか横浜の場合は、救急業務委員会というのは設置要綱になっていて、そういう位置づけで、たしか諮問機関だったと思いますが。多分、事務局のほうが、その位置づけとか、私も委員のメンバーでありながら、あまり詳しくないので、その設置の位置づけとか経過とか、もしご存じでしたら、その辺のところを少し補足していただければと思います。あとは、横浜でこういうことをやっているということ、ご紹介等を込めてコメントさせていただきました。もし、何かそのことについての補足事項とか、そういう救急業務の別の委員会みたいなものを持っている、ほかに自治体とかがございましたら、参考までにご紹介していただければと思いますが、いかがでしょうか。

事務局 私も横浜市のことを正確にご説明できないのですけれども、救急業務に関して条例を持っている団体が幾つかあります。その中で委員会を、今まで言及しているものがあるかどうか、わかりませんが、可能性とすれば位置づけるということはあるとは思いますが。ただ、実際には、いろいろな要綱なり、その消防部局の業務の実施の基本を決めていただく諮問機関みたいな形だと思いますので、要綱等を設置するところもあると思います。

条例は東京都のほうでお持ちだと思いますので、委員会の設置等について、ご説明いただければと思います。

座長 委員、どうぞ。

委員 確かに、今おっしゃられたように、東京の場合は救急業務に関する条例というのを持ってまして、ただ、我々が持っている委員会というのは、救急業務懇話会というものがあります。これは救急の地域における東京の制度自体を、各般にわたって審議していただいているわけで、今、委員にやっていただいております。

この12ページの中で出ている、もともとMCというのが応急処置、特に救命士の行為に対する質の確保というところから始まったMCが、発展的にいろいろ議論していくと、救急隊という、つまり救命士も1つの構成メンバーとなっている救急隊と地域の医療という問題との接点を、どういうふうに結合していく

か。これに対して、いろいろ意見を言う形で、救急業務協議会というように発展していくと思います。名称的にね。というようなこととは東京の懇話会はちょっと違うというふうに私は思います。

それで、次に発言させていただきたいと思っていたのですが、よろしいでしょうか。

座長 委員、どうぞ。

委員 これは、ある面では消防機関側から、この12ページですけれども、MCが、すなわち既存の今やっていることを素直に考えれば、結果的には、どういうふうにつくるかは別として、地域の救急医療における搬送をどのようにするかというようなことを踏まえながら、救急の活動というのを考えていく必要があるというのが私の結論です。

どういうことかという、東京のメディカルコントロール委員会については、少なくとも事後検証という中で、日々救急隊が行っている活動というのを検証していただいております。その結論というのを考えてみると、結果的に、それは東京の地域における救急医療というものの目的であります患者さんというものに対して、いかに社会復帰まで含めた質のいい医療をどう提供するかということの中で、ある瞬間に、病院に行くまでに、救急隊というのは、どんな活動をすべきなのかというのに尽きるのです。そうすると、話の内容は、救急の活動を議論していただいているようでありながら、実は地域の救急医療、場合によっては隘路とか、または充実しているということを踏まえた議論をしています。それが結果的には事後検証というところで議論されて、地域の救急医療とのマッチングとを考えた上で、この救急隊の活動の全般にわたる基準になります処置基準という問題に、多分、発展しているんです。

ここで皆さんに言いたかったのは、いろんな地域の中で、多分、MCという中で議論されているとは思いますが、その内容というのは、多分、地域の救急医療とどのように適合するかというところの視点がなければ、なかなか具体的な話が出てこないだろうということです。そうすると、東京の場合について一例を挙げますと、今、お子さんの在宅医療というのが結構多いんです。しかしながら、日常的な活動としては、なかなか見られないわけです。多いのですけれども、活動としては見られない。ところが救急隊は、行ったときに、その医療器具というのが何なのかわからないということで事後検証に上がってきたケースが実はあります。これをいろいろと考えてみますと、当然、これからは知るようにしようという結論が事後検証に上がってくれば処置基準はそうなりますが、じゃあ、地域の救急医療の中で、ここが大事なんですけれども、当然、病院にいるという前提の方が、いろんな理由の中で在宅をしているというところがあるわけであって、そうすると、その方たちに何らかの緊急性があったときには、もともとかかって

いる病院との連絡をどうしたらいいのかとか、こういったことが必ず出てくると
思います。そうなる、これは地域の救急医療というものをどうつくっていくか
という提言にもなるし、意見にもなるはず。ところが、現実にはそういうふう
にやっているはずですが、いまだかつてMCというものについては、通知という
ものがある、MCって一体何をやるのと言われたときには、救急隊の、しかも
救命士の特定行為に絡む問題について議論していますと言うに終わってしまう
というのは非常にもったいないのではないかと気がするわけです。

もう一つは、そういうような認識の中で、大変残念ながら、全国を見ると、活
発にMCが、先ほど言ったような、本来は地域の救急医療とのマッチングとか、
適当だとか、場合によっては隘路の中でお互いがどう助け合うとか、役割分担を
するかということをはなしながら、それに対して、表に向かって持っていく方向性
が出てこぬというようなことも、実はあるのではないかと。であるならば、この1
2ページに書かれているように、現実の姿を見ていけば、メディカルコントロ
ール協議会という名称はちょっと置くとしても、機能としては、この点線で書かれ
ている救急搬送基準というものに対して、救急隊が行うべき基準というの、も
ちろん定めることも出てくるでしょうし、場合によっては、右側にある救急医療
という問題の中の地域との意見を述べていくというようなことも、私は必要な
のではないかと考えるわけです。

それから、ちょっと言い過ぎるかもしれませんが、2つだけ言わせていただ
きますと、東京都のメディカルコントロールは、今日、おおむね来られている先
生方は、皆さん、東京都のMCなんです。これだけの陣容がそろえられるという
のは、東京都以外はないと思っています。地域の消防に聞きますと、ある先生が
非常に熱心にやっているときはMCが活発なんです。しかしながら、その先生が
いらっしやなくなると、組織上の、よく言う組織的継続性というのがなかなか
難しいというようなことが、実はあるんです。これが現実の消防の悩みだと私は
思います。そうすると、前回も言わせていただきましたけれども、このMCの法
制化が、実はそういう、本来、MCが持っている機能の継続というものにつな
がるのであるならば、私はそのようにしていただきたいというように思います。

ちょっと最後のやつは言い過ぎたんですけども、そのように思います。

以上であります。

座長 ありがとうございます。

そこまで踏み込まれると非常に難しくなってくるところもありますが、12ペ
ージの搬送基準というところが点々になっております。その仮称の中が点々にな
っています。それから、真ん中のところにも細かい点々が、線があります。そして、
この救急業務協議会という新しいMCの協議会的なところは、搬送までというこ
とになると、先ほど事務局から、医療計画の策定まで、ある程度考えないと、搬

送というところまでは行かないということになるのは、今、委員からのご指摘も含めて考えていきますと、この縦の線というのが、なくなってくる傾向に当然あるということ、委員の先生方が思われるのは当然だと思いますが、ここに点々とあるのは、やはり厚生行政と消防行政との流れのところ、ここにあるのではないのかなと思いますけれども、これについては、どなたからコメントをいただいたほうがいいと思いますが、委員、どうでしょうか。

委員 将来的な話ですか。

座長 そうですね。将来的なところですよ。

委員 この意見聴取と書いてある点線がなくなって、1つになるのではないということですか。

座長 いいえ、今、委員は、ここまで来ると、搬送のところまで考えたり、もう少し大きく、新しい救急業務協議会というのを考えないといけないのではないだろうかという意味ですね。

委員 名前はどうか、業務内容としては、基本的には、これ全体が1つになるほうが動きはいいですし、やっぱり、そのベースには、ちょっとおっしゃったような法制化がないと、いろんな意味で、現場は動いたとしても、組織の持続性とかを含めて、意味がないと思うんですよ。だから、そういうものをひっくるめて、経済的なもの、あるいは行政の補助等をひっくるめて、1つの形にして、何らかのシステム化を図るとするのは、将来はそうなるのでしょうか。

メディカルコントロール協議会の機能と救急業務協議会の機能が、名前はどうか、この両者がきっちりすみ分けできるのか、あるいは将来的に救急業務協議会というようなものに1つになるのか、その辺のところ、どうもちょっとあいまいで、はっきりしないのが1つ。

もう一つは、救急救命士のこの5ページの緑のところ、現在、MCを中心に、東京都は別ですけどね。東京都は、実はピンクのところもひっくるめて全部やっているわけですよ、先生中心になって。だけど、全国的に見ると、確かにこの緑のところを中心だろうと。それには法的な位置づけが全くないということがあって、それがずっと問題になっているわけですけども、今度、このピンクを入れた、緑も入れた全体を救急業務協議会という名前にして、それを法制化していくということなんですかね。そうすると、中の緑の部分が法制化していないのに、全体が法制化あるということになると、そちらに変わってしまうということになるんですか。その辺、ちょっと、僕は頭の中で整理がつかないんですけど。

委員 おそらく一つ一つの処置の基準が法律というわけではなくて、このような協議会を中心として、各都道府県で処置基準をつくるということ自体に対する法制化だと思います。今までの歴史を見ますと、例えば、処置基準のうちのごく一部の特定行為にかかわるものとして、具体的な基準というのが国から出てきてい

るわけですが、当初は国から全国にこれでやれと出ているのが、気管挿管の際には、医政局の指導課長と救急企画室長の両方からの通知という、たしかレベルで、各地域のMC協議会で、これを適宜変更して使うこととされたはずで、最終的に薬剤投与のときの処置基準については、やはりその両方から通知で、これを参考に、各地域MC協議会で策定することというような形で、たしか通知が出ていたと思います。そういう面では、今までは通知。法律と通知の関係はよくわからないですが、そういう通知のレベルでは、少なくともMC協議会で、それを策定することというふうに言っているから、それをさらにきちっと広く、その他のものまで含めて拡大してやりましょうということであれば、今までの方向に合っているのではないかと私は思います。

座長 今の通知と法律というのは、法律をいじるというのはなかなか難しいもので、どういうふうに運用でここを動かせるかということを考えると通知になるんですよね。だから、その辺のところは法律の中でやっているということではないのかなと思います。

委員、どうぞ。

委員 MCが今何をやっているかという話は、前回の委員のチャートが非常によく表現されていたと思います。あのチャートに盛り込まれた多彩な内容と、ここで議論している内容というのが、既にもう違っているような気がするんです。

もう一つは、行政の会議で、東京中心のご意見で、じゃあ、日本全体をくくるという話に、そのまま移行できるのかという議論が、もう一つ抜けている気がします。

私は地方の人間として、話しますと、地域で見れば、いわゆる行政が主導する救急対策協議会（救対協）で、その地域医療、特に救急医療に関してどうするかという会議の議論と、それからメディカルコントロールと言って、救急医療に関連する医療側、それから搬送業務に関連する方々、それから行政、そういうところで話されている議論の中身というのは、重なってもいますが、かなり違うと思うんです。もう一つは、どこがプライオリティーをとるかという意味で、MCというのは、もっと自由な場だと思っているのです。だから、MCを救対協のように行政主導にするということは、要するに、救対協はどこに行ったのかなと。救対協とこれと2つ、二本立てにすると、何かいいことがあるのだろうかという、幾つかの議論の質、中身に関して整理が必要なものが残っていて、それを、ここで法制化しましょうと、よって、自動的にMCは発展的解消という議論まで行ってしまうと、どうも議論の多くが抜け落ちるような気がするんです。

救対協でも行政が主導して集めたときに何が起きてくるかということ、結局、地域医療という面の医療をどうするかといった場合には、必ず公立の医療機関と民間の医療機関なりと、その間をつなぐ搬送業務の媒体としての救急隊なり救急救

命士と、どう連携するかという話になるのです。その中身は地域によってかなり違うのです。過疎地に行くと、公立医療機関しかないところもあります。公立医療機関すら存続できないところもあります。そうすると、隣接地域とどうやって連携するかとか、ドクターヘリコプターを含めたほかの媒体もありますが、そういう連携をどの場でやるのかと、それが救対協というものがちゃんと機能しているのであれば、逆に言えば、今言っている議論は要らないわけですよ。そういう言い方もできるのではないかと思います。

だから、この方向性、目標、その辺の整理を、もうちょっと詰めていく必要がありますが、詰めながら多彩なところを切り落とさない議論と、この2つのお話が必要じゃないかなと、とりあえずはそこまでにします。

座 長 ありがとうございます。

救対協と、これから新しくなってくるでしょう救急業務協議会というような、あるいは医療審議会等も入ってくるのかもしれませんが、役割をもう少しある程度示していただいて、そこで、どこまでが一緒になったら、あるいはどこまで役割分担をしたら、その辺のところを少し明確にさせていただいて、次のところで、その話の続きを少しささけていただきたいというふうに、思います。これはどこが一緒になって、そして大きくなればいいというだけでは、オールジャパンでいったときには、なかなか難しい問題があるだろうという指摘は私も全く同感でございますので、事務局に宿題をお願いしたいと思います。

委員、どうぞ。

委 員 救急業務の現場を預かる者として一言申し上げたいのですけれども。

済みません。その前に、この資料の6ページに、メディカルコントロール協議会における事後検証の状況ってあるんですけども、全都道府県あるんですけども、大阪府だけございませんので、私どもの大阪市の部分だけですけども、大阪市域のMCになりますけれども、事後検証数が1,494でございます。うち心肺停止の症例数が1,271、それから全心肺停止症例が2,392、大阪市域のMCだけの数字ですけども、一応、ご報告させていただきます。

それから、もとに戻りまして、現場を預かる人間としては、根本はやはり消防法になると思うんです。消防法の2条の第9項ですけども、これが我々の業務の、いわゆる憲法になるわけです。1つは、やはり患者さんを救急隊によって医療機関へ運ぶというのが1つの使命です。それから、これは追加されましたけれども、傷病者が医師の管理下に置かれるまで、緊急やむないと認める場合は応急手当をすると、この2つが我々の大きな使命だと思っています。

そんな中で、これを担保するような、医療機関へ搬送するというようなことであれば、救急の搬送の基準とか、あるいは医師の管理下に置かれるまでの応急の手当をするだとかいうのであれば、その基準、あるいはその検証をどうして

いくかというようなことも含めて、何らかの法制化が必要じゃないかなと考えております。

それがメディカルコントロール協議会となるのか、救急業務協議会となるのかわからないのですけれども、範囲が拡大しますと、救急業務協議会的な名前で起こしていけばどうかと思います。これはあくまでも行政の下部組織じゃなくて、独立した協議会だというふうなことで、現場の救急隊員の質を上げる、あるいは行為が正当かどうかというのも判断する、そして社会にこの協議会を通じて情報を提供していくというふうなことも必要じゃないかなと考えております。

以上です。

座長 ありがとうございます。そのとおりだと思います。ぜひぜひ、そのようなところもノートしておいていただきたいと思います。ありがとうございます。

委員、どうぞ。

委員 法制化の流れというのは、基本的には、私どももそのように流れるのが非常にありがたい方向だなというふうに思います。北海道の状況で言いますと、実は先般、医療計画の中の4疾病5事業の部分とは違う疾病での会があって、その中で話をしたときに、いろいろ議論をしている中で、搬送というものが議題になりまして、北海道を地域的に見ると、1医療圏で、医療圏というか、1つの医療機関が持っている圏域が四国全県よりも広い地域を持っているという状況で、こういう議論はいかなものかという話が出まして、私どももその中で、搬送していく医療機関もそうですけれども、搬送側もこういう状況の中でのいると、両方が疲弊してしまうのかなというような感じがしています。地域のために頑張ろうと思っても、やはり非常に難しい問題が出てくるものですから、そういう面に真っ向からやろうとすれば、法制化の中で議論していただいて、絡めていくことが我々にとっては非常に早い動きになっていけるのではないかなと思うものですから、ぜひ、この議論の中では、法制化という部分が、北海道のような非常に市域というよりも、市町村同士離れているところの中では非常にこの動き。平成13年に出た通知から、救命士を主体に、メディカルコントロールの強化が図られてはいるんですけども、なかなかそれが札幌を離れていくと、非常にそれも一緒になって薄くなっていくというのが現実な部分もありますので、ぜひ、この部分を、この議論をもっと進めていただければありがたいなと思います。

座長 委員、ありがとうございます。北海道という、特殊な広い範囲をカバーしなければいけないというところからのご意見をいただきました。

委員 今のような意見が出ると、お聞きしたいのですが、北海道の救対協は何をしているのでしょうか。

委員 申しわけありません。その辺については、詳しく理解していません。

委員 だから、行政的な救急業務に関する会議が何を機能しているかを議論しない

で、メディカルコントロールを行政の下に置けば何かがよくなるという議論はあまり単純過ぎると思うのです。

入り口の問題、出口の問題が、救急で今、非常に大きな問題になっていますね。昨日、今日も話題をにぎわせています。これをどうするかということを使う。それから質の問題、こういうことを考える場合に、これは我々日本医師会を含めて、地域医療で声を上げているのは、予算を削って質を云々するというのは無理だということをお願いしているわけです。診療報酬改定では今回救急医療に手厚くしていただいたわけです。その分、ほかの医療の部分には泣いてもらったわけです。そういうことを中医協の場で、やむを得ずお認めしたのですが、その結果、何もよくなっていないとの評価です。ということは、医療、社会保障全般と言ってもいいですが、そのコストは質に見合う予算になっていない証左ではないかなと。こういうものを国民的に見ていただかないと、救急の行政の細かなところを整備すれば救急業務が日本中うまくいくというのは一種の幻想ではないかと思うのです。地区で今何が問題なのか、そういうことを議論する場も、それも医療をベースというか、メディカルな議論を集約する場というのも必要だと僕は思うんです。その上で議論しないと、さっきのような、事後検証云々のことだけで下部組織化すれば、地域医療の救急業務はうまくいくというのは、ちょっとロマンチック過ぎるのではないかなと思います。

座長 この問題については、議論は尽きなくなってくるだろうと思いますので、このぐらいにさせていただきたいと思いますが。

委員 今の委員のお話、よくわかるのですが、僕、1つだけわからないのは、法制化という問題と行政の下部組織化ということがイコールなのか、法的にきちんと位置づけられていて、行政とは別個の専門家集団として、きちんと意見を言うようなものを、きちんと法律でつくればいいのかということがいま一つわからなくて、結局、法律でつくれば、監督官庁の下で言うこと聞かなきゃいけないものしかつくれないということが前提でよろしいのでしょうか。

座長 それは先生ですか。

委員 これは前回お話したことにつながるんですが、もう一つ、事後検証という問題と、いわゆる事故調と呼ばれている第三者機関の立ち上げの法制化と、これはある程度、やっぱり関連はせざるを得ないんです。救急の場合には、搬送業務プラス医療というところで非常に特殊性があるということを、この間も指摘させていただきましたけど、事故調の今の形を見ると、そういうところは考慮されず、医療機関内の事象について検証するということになっていますね。ただ、これが今のところ今回の国会でも提出されないということで、サスペンドになっています。となると、その入り口のところの議論としてこちらだけ先に法制化すれば、これはフライングにもなるんじゃないかと危惧しています。最終的に、救急医療

にとっては、こういう姿が好ましいという形にしないと、救急の先生方は2回事
故調査を受けるような、一番悪い場合を考えればですよ、いろんなことが、まだ
想定されるわけです。そうなってしまったら、業務が苦しい、大変だと言ってい
るところで、もう一つ、また業務を増やすことになりますよね。そういうことを
含めて、これはやっぱり大人の議論をやっていく必要があると思うんです。

座 長 ありがとうございます。このぐらいに、そこはさせていただきたいと思いま
すが。

委 員 例えば、救急業務協議会としましても、別に法律で定めたからといいまして、
行政の下部組織になるということでは、すぐそういうふうを考えなくてもいいと
思うんです。協議会として独立した、法律では定められていますけれども、独立
した機関ってたくさんあるわけですから、むしろ独立した機関として物が言え
る、業務ができるというふうな協議会に僕はすべきだと思いますし、先ほど検証
だけの話がありましたけれども、再教育の問題。これは救急救命士の再教育だけ
じゃなくて、やはり救急隊員、250時間以上のいわゆる応急手当をやります救
急隊員の再教育のことも考えなきゃいかんでしょうし、あるいは医師の指示、指
導、その辺のところも考えていかなきゃならん。大きな範囲の業務になるんでは
ないかなと思っております。

座 長 ありがとうございます。どうぞ。

委 員 議論が大分大きくなってきたんですけども、現場サイドからこの問題を考え
ていったときに、救急業務協議会の具体的なイメージというのが、まだ1つはつ
きりしない部分があるので、お互いとり方がいろいろあるものですから、いろん
な議論が出てくるのかなという感じがしました。

座 長 ごめんなさい。そのところは確かにあるんです。一番先に委員が、MC作業
部会で、今の3本柱のMCの協議会というのは、こういう役割だと。これからも
う少し広げてくるところなるぞという、あの資料があると、もっとわかりやすい
ですよ。今度、あれを資料としてつけていただくとありがたいと思いますね。

委 員 それともう一つ、仮に協議会を各都道府県で回していく。実際に回していくと
き、委員のいらっしゃる東京都とか、そういうところと、そうでない地方と、か
なり格差が出てくるのは、そのとおりだと思うんです。そうなったときに、扱っ
ている事案というのが、ほんとうに医学的な分野から地域医療体制全体までの議
論が当然出てくるはずですよ。そうなったとき、1つの協議会のメンバーで、
実際問題、うまく回っていくのかどうかというのが、なかなか難しい面が、技術
的な面があるのではないかというような率直な感じがするんです。かなり医学的
な細かい議論から始まって、地域医療とは何かと、そういったところまで議論
していくとなってくると、実際、これを運用していくに当たっては、そのメンバー

だとか、内容とか、どういうことをやるのかと、きっちり整理していかないと、またこと同じような議論が都道府県版で出てくるのではないかと、そこをちょっと危惧するんですけどね。

座長 ありがとうございます。
どうぞ。

報告者 (消防機関と医療機関の連携に関する作業部会) もともとMC協議会の議論の中から法律の話が多少入ってきたというのは、事の流れとしては、私は理解しているんです。ただ、委員がおっしゃるように、MC協議会そのものの話を直に法律云々ということになると、何となく地域地域によって行われているMCの景色が違うので、法律によって枠を決めると、あたかもその役人に何かされるような、そういうふうな話になってくるのかもしれない。

以下、消防医報告者 そもそも、この12ページの表で示されているのは、消防法という火消しの一部の救急隊が運ぶ話があって、強いて言えば運び屋ですよ。その運び屋のルールが、今や医療を担うというふうな話になっているわけですよ。だから、そういう意味では、もともとの消防組織法というんですか、昭和23年だかにできた、あの市町村が面倒見ますよというふうな、基本的なフレームワークそのものが、もう既にそうっていないわけですよ。隣の町へ運ぶわけだし、隣の隣へ運ぶわけで、北海道でいえば、四国の端から端まで運んでいると、今、話があったわけですね。だから、そういう意味では、まずMC協議会の議論そのものを、どういうふうに法的に位置づけるかという話は、確かに話としてはおもしろいと思いますし、それがうまくいくのであれば、きちんと組織的な継続性が保障されて、なおかつ、それを後ろから支えるお金の話がきちんとできるというのであれば、まさにそれは法的な形をとるいいことだと思います。なぜいいことかといえば、患者さんにとっていいことだから。だから、そういうふうな話はあるにしても、やはり地域地域の消防が分断されているような現状の組織のフレームワークそのものをどういうふうにしていくかと。つまり警察だって、県警を超えると、多少何となく調子悪いという話がありますね。消防なんか、一部事務組合といたって、北海道の一部事務組合なんて、形だけ一部事務組合みたいなところがいくらでもありますよね。そうですね。だから、一部事務組合、昔の消防の地域だけで救急車が走っていて、こっちからこっちに行かんという、そういうふうなところだってあるわけですよ。だから、そういう意味では、消防組織法と言うのが正しい名称かどうかわかりませんが、とにかく市町村消防を何とかすると、そこら辺からきちっと積み上げて、それでもってMC体制へと論ずるのが良いと思います。僕はMC体制については、メディカルコントロールですので、医師または医療による統括体制というふうに訳すのが一番いいのではと心の中で思っています。去年の救急隊シンポジウムのときに聞いたら、まだいい日本語が

ないと言っていましたから、いい日本語がないということは、何を言っているかという、これはあちらこちらでやられることが、きちっとした日本語として表現できないということですよね。何で言っているかという、概念が決まっていなからです。概念が決まっていなから、いつまでたっても外国の言葉を使っているわけですよね。だから、そういうふうなときに、これを法律化しようという話は、ちょっと横に置いておいて、もっとベーシックな部分の法律のところを先にして、それからMCの話へ持っていくというような順番が多分いいのではないかなと思います。

座長 ありがとうございます。先生のご意見、拝聴させていただいております。これもまた、なかなか難しいところがあります。

委員、どうぞ。

委員 先生が都道府県消防か市町村消防かという話にちょっと触れちゃいましたので、現実を考えてみると、確におっしゃるように、救急業務というのは、我々も認識していますけれども、市町村という枠でおさまり切れないというのは十分わかっておりますし、一方で、間違っていたら訂正してほしいんですけど、医療というのは、どちらかという都道府県というもので全体を統括しているような気がするんです。

委員がおっしゃったように、いろんな議論はしなければいけないわけで、それを私はあえて云々とやりませんが、特にMCの私は法制化に期待していることということを最後に言わせていただくのは、現実に市町村というもので消防が成り立っているというメリットはあるわけです。それは言うなれば、特に救助だとか、こういったようなものを活動する場合についての戦略上考えた場合には、都道府県では、なかなか円滑な活動ができないという一面はあるんです。つまり消防が担っているいろんな業務の中の幾つかを考えてみると、市町村で合致するものと、しかし、それで始めた救急というのが、どうも市町村では合致しないという部分が出てきたわけで、その中で、このMCというものが、広く都道府県なり、場合によっては医療という全体の情勢の中で救急をどうしていくかということ議論していただくのは非常に私はメリットがあるし、もっと言うと、これはまた、今日は少し言い過ぎるかもしれませんが、市町村という枠で我々やっている消防というのは、なかなか都道府県とか、そういったものに対する接点というのが、やっぱりあるようではないわけです。そうしたときに、この会議というのが、それをすくい上げていくということも、大事なことはないかなと思います。そういった意味で、私はこの法制化というものに期待する部分があるということでもあります。

座長 ありがとうございます。

今日、まだお話を伺っていない先生方がおられると思いますので、委員、どう

ぞ。

委員 1点だけ。今の市町村消防の話が、今、消防の広域化の話が進んでいる中で、圏域消防なんかがどんどん増えていきそうだという話があって、どこまで進んでいるのかとか、その辺のことを含めて、消防の組織が東京消防庁に近いようなものになっていくとすれば、多分、ちょっと議論がまた違うのかなと。その辺のことも含めて、もし何か次に議論、資料整理したり、先ほどの対策協議会とのかかわりとか、見えるような格好で説明していただけるとありがたいなと思います。

座長 じゃあ、このところも、事務局、次回までに整理をしていただければと思います。ありがとうございます。

MC 報告者 最後にちょっと。

座長 最後じゃありません。まだまだ、まだ大丈夫です。どうぞ。

MC 報告者 最後、この部会の作業部長としては、そもそも論のところを聞いていただきたく思います。12ページの図を見ていただいて、先ほど座長がおっしゃったように、真ん中に入っている線がどうなんだろうという点です。そもそもメディカルコントロールは、医師が医行為の一部を委託し、その行為をいわゆるコントロールすることから始まっているという原点を考えますと、その担い手が消防の組織の中にいる救急救命士、あるいは隊員であるため、あくまでも医療の質の保証をするという意味においては、この線が邪魔なんです。その線を挟んで救急隊員、あるいは救急救命士、そしてメディカルコントロールに係る医師たちが軸足をどこに置いて活動していいかわからないということがありますので、その辺のところを行政的な位置づけ、あるいは法的な位置づけで、この部分を明確にさせていただきたいというのが議論の発端であるということ、最後に申し添えておきたいと思います。

以上でございます。

座長 ありがとうございます。先生のご意見、よくわかりました。ありがとうございます。

手が挙がっておりましたが、委員ですか。違いますか。いかがでしょうか。委員、何かありましたら、どうぞ。

委員 私ども県の保健福祉部ということで、12ページの図で申しますと、右側の部分で、救急医療の体制整備を担当しております。

現在、茨城県におきましても、特に、2次の救急医療について問題になっておりまして、県としても、地域の救急医療体制の確保について、主に右側の体系のもとで、今、議論を進めているところでございます。

MC協議会については、当県の中でも、地域によって、活発なところ、そうないところは、ございますが、それぞれ救急の専門の先生方と、消防の方々のご努力いただいていると思っております。

今までのきょうのご議論、代理でございますので、これまでの議論を十分承知していませんけれども、実際に都道府県における救急の医療体制については、基本的に、右側の体系のもとで、これまで取り組まれてきております。これから、今のMC業務の発展として、搬送業務、病院前救護というところをよりよくしていく、そこに救急医療、もしくは救急の専門医とのかかわりがさらに必要であるということについては、まさにメディカルコントロール協議会、もしくは救急医療協議会の発展がとても期待される場所であると思います。しかしながら、先ほどもご指摘ございましたように、さらに議論を進めていくためには、新たな方向性の協議会などについて、具体的なイメージが、もう少し整理されることが望ましいと思いますので、その辺、事務局には、恐縮ですが、お願いしたいと思います。

座長 確かに。ありがとうございます。

ここは大事なところですが、実は代理で来られる委員の先生方は、前のところが少しディスカッションがわからないところがありますので、その辺のところも少し我々工夫をこれからしていきますので、よろしくお願ひしたいと思います。

委員、手が挙がっています。どうぞ。

委員 今までの議論と、ちょっと方向を変えたいのですが。

座長 どうぞ。

委員 世界医師会の会議に出てきますと、この間、WHOに行ってきました。グローバルヘルスという、世界的なボーダーを超えたヘルスマネジメントという概念に対立する概念としては、コミュニティヘルスなんですね。コミュニティヘルスの集合体が、だんだんグローバルなものになっていくということです。また、もう一つは、タスクシフトという概念があるんです。これをどういうふうな体系に組み上げるかというのは、各国で今、いろんな問題というか、問題提起が起きているんです。

日本も含む先進国医療業務分担の調整の話題になりますが、もう一つ、日本でも起きているような、もう医療のリソースが完全に足りないところは、別な職種の人にとどこまで分担するかしないかという議論を含めて、大きな世界中の話題なのです。

これは、答えはまだありませんので、情報提供ということで、タスクシフトという概念が非常に大きな 이슈になってきているということだけご理解いただければと思います。

座長 委員、具体的には、タスクシフトというと、違う領域の、焦点が違うところから連れてくるなり、そこに行って物事を行うということなのですか。

委員 そういう意味ではなくて、さまざまな資格の方々に、どのぐらいの権限、業務が妥当であるかという意味です。

例えば、ドクターが全くいないところで死亡診断書をだれが書くという話とか、薬剤とか、いろいろなもの。だから救急業務も同じなのです。救命士と救急隊と、その間の持ち合いをどうするかというのは、まさに医療の一端をどうやって分担するかというタスクシフトの概念の中で考えていかなきゃいけないことなのだと思います。それはニーズと、それからリソースと、法令と、その中で考える話になると思います。

座長 なるほど。ありがとうございます。

今日、まだお話を聞きしていない先生方、まだおられますが、委員、どうぞ。何かありましたら。よろしゅうございますか。

先生方、よろしゅうございますか。オブザーバーの先生方、よろしいですか。委員、よろしいですか。どうぞ。

委員 私も何も建設的なことは申し上げられないのですが、やはり議論を聞いていますと、鶏が先か卵が先かみたいな部分がありまして、私もこういう幾つかの省庁にまたがるような会議に出ていますと、ほんとうに最終的に私たちメディアも、役割分担、ネットワーク、パートナーシップとかというのがキーワードになるんですね。じゃあ、それで何するのかというところが、結局、現場の方はそういうことを言われても、法的な裏づけがないと動けないとか、そういう話がほんとうに多いので、先ほど先生が言われたような、本来の法律の出発点と今の社会の違いというようなところが一番根源的な問題だとは思うのですけれども、そこから議論をしていきますと、もう国民は待てないという状況だと思います。ですから、やはりここは、どうしたらいいか、どうやったら具体的に事が動いていけるのかというようなことを先に考えつつ、根源的なところの検討をしていくと、同時並行で異次元の議論を進める以外にはないという印象を、きょうの議論を聞いていても強く持ちます。

もうほんとうにいろんな問題が起こっていて、東京都できのう起こっていたことも、ほんとうにいろいろ考えさせられる、問題の所在が非常によくわかる事例だと思いましたので、ぜひ、今すぐできることと根源的なことを同時に議論していただきたいと思います。

座長 ありがとうございます。

他に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。あるいは事務局のほう、何か追加することがありましたら、よろしゅうございますか、皆さん。どうぞ。

消医報告者 メディカルコントロール協議会を救急業務協議会というふうに読みかえるというのは、これはどなたがどこで決めたのですか。

座長 いやいや。これはもう既にMC作業部会の資料にも書いてありましたよね。この新しい、大きくなったときには、今のMCじゃなくて、何か協議会なり何なり

というのを。

消医報告者 日本語に変えることはいいと思うんですけども、こういうふうに変えたというのは。

座長 こういうふうには、この協議会の名称ですね。それは。どうぞ。

消医報告者 そもそも、メディカルコントロール協議会の業務拡大ということで、そのまま議論を進めると、いわゆる行政的な意味においては、消防庁の枠を超えるため、ちょっとなじまないというご意見を事務局のほうからいただいて、本来の搬送業務ということも入っていることを考えると、救急業務協議会というのにやっていただきたいというのが本質的なところだったと思います。

事務局 これは決まった話とかいうことじゃなくて、本来、ここは仮称にするべきですね。

座長 もちろん。案と書いておけばいいです。

事務局 概念のご議論ということで入れておくべきだったと思いますけれども、我々は消防法に基づいて救急業務を行っているわけですけども、今回、処置に対する医学転出の保障と搬送も入っているということで、救急業務という概念は両方含んでいますので、それを全体を医学的にコントロールすると、質を高めるということとして、名前として、スポンとここに入るのかなということです。

消医報告者 12ページの真ん中の点線があるじゃないですか。この真ん中の点線を越えた名前にはなっていないですよ。僕、その部分だと思うんですけど、今、委員が言われたのは。そのことがないと、いつまでたっても同じところでぐるぐる回っていて、おもしろくも何ともないんですね。

事務局 真ん中の点は、我々あえて点線にしたのは、ないほうがいいということは我々も思っています。これはもう同時に話さないで問題の解決に至りませんので、ないほうがいいですし、将来的には委員のほうからありましたけれども、特別な法体系ですね。一緒にしたものでやるというのが一番いいと思います。ただ、現実には、こういう行政主体、役割が違うものが現実に活動していますので、そこをどうするかということになるということです。我々の気持ちとすれば、この真ん中の点がないほうがいいですし、相互交流というか、今度の救急業務協議会も医療のほうにも、問題提起とか提言という形で、現場のことを一番伝える組織として適切だと思いますので、そういったものにしていけばいいのではないかといい気持ちです。

座長 ありがとうございます。

これから、仮称とか何かにしましょう。

消医報告者 座長。この点々がいずれ消えるかなと思うような、そういう名前をぜひ考えてください。僕、東京都の救急医療対策協議会の下部機関で、今回のような問題をなくすためにはどうするかという話を一生懸命やっております。そのときには、

この点々の右側から真ん中の問題を議論するわけです。MC協議会は、左側から真ん中の問題を議論しているわけですよ。だから、真ん中に問題があるんですよ。だから、そういうふうな真ん中を意識したような、そういうふうな。だから、救急医療対策協議会は、昔からある名前ですけども、MC協議会は最近できた名前ですから、ぜひ真ん中の一番大事なところに向かっていくような、そういう名前にしていただいたほうがいいと思います。ぜひ考えてください。

座長 先生は何と言ったらいいと。

消医報告者 私は、だから医師による統括体制というふうに説明するのが一番いいよと言っているだけで、MC協議会をそのまま訳したことはないです。

座長 わかりました。それは説明であって、何かいいネーミングがあるといいですね。このぐらいにしましょう。よろしいですか。

それでは、あと30分になってしまいましたので、他の、2つの作業部会のほうに移りたいと思います。消防機関と医療機関の連携に関する作業部会について、まず事務局からお願いしたいと思います。いやいや、それよりも、これは作業部会会長から行きましょう。

消医報告者 それでは、資料2についてです。資料は事務局の方がつくってくださいましたので、簡便にまとめられていると思います。

この消防と医療の連携に関する作業部会については、具体的に消防機関が患者さんを運ぶに当たり、なかなか円滑に運ぶことができないと。そういうふうな景色を、どういうふうに定量的に評価するかというようなことを含めて、ずっと議論してきました。その議論の最初の前段の部分で、これは委員もしばしば触れておられますけれども、最初の1ページの真ん中にありますように、問題の根本的な解決のためには、救急医療体制そのものが太くならないとどうにもならないだろうと、どんどんやせていってしまってはどうにもならないだろう。そんなことがあって、そういうようなことに関する強化策はどうしたらいいかというようなことの議論をしたものであります。そのために、2ページにありますように、救命救急センターに対する支援はどのようなものがあるのだろうかとか、2次救急医療機関に対する支援はどのようなものがあるのだろうかという議論であります。

あとは事務局から説明していただきたいと思うのですが、基本的に救急医療といたった場合には、救命救急センターは確かに大事ではありますが、ほとんどの患者さんたちは2次救急医療機関に行くわけです。東京でいえば100台走ったとしても3台か4台が救命救急センターで、あとの90何台は2次医療機関に行っている。ですから、2次医療機関がきちっと元気でない、3次救急医療のほうへ、沢山運んだとすると、3次救急医療もパンクして、すべてがパンクする。ですから、ぜひ2次救急医療機関において元気が出るような、そういうふう

なことがないと困るよねというようなことで、この2ページの下にありますように、公立の医療機関が大きな役割を担っている、その地域においては、こういうようなことがあるだろうし、民間が一生懸命やっているようなところについては、役割についてどうあるべきかというふうなことについての議論がございました。

4ページ以降はたくさん資料がありますが、ここら辺の資料を見ながらの話は事務局に補足していただきたいと思います。お願いします。

座長 わかりました。事務局よろしくお願いします。

事務局 我々のもともとの問題意識というか、考え方の、この資料の5ページにございますが、救急隊から見たパートナーである医療機関の受け入れが難しいという理由にどういうものがあるのかということ調べた中で、手術中・患者対応中、ベッド満床というのは、ある意味で人の体制が不足している、あるいはベッドに問題があるということであるとすれば、それに対するいろいろな措置、いろいろなものがあると思います。診療報酬の話もあると思いますし、行政からの公的な支援のツールの話もあると思いますが、そこを考えなければ問題解決につながらないということがございます。そこを何とかいい方策が見出せないかと。

その中で、7ページにございますが、行政的な補助金なりの関係でいきますと、これは分権改革の中で、三位一体改革ということで、従来、国のほうで持っておりました運営補助がかなりあったわけですが、順次一般財源化されて、地方の歳出で対応するというのを地方財政措置でやることになっておるわけですが、その分野でいきますと、私ども消防庁ですが、同じ総務省の中で自治財政局というところもありまして、そこが所管しておりますので、我々のほうからその現場の実態を踏まえて、いい提案ができれば、こちらの問題も解決につながるものがあれば非常にいいのではないかとということがございます。

作業部会のご議論では、現在の地方財政措置の状況の9ページなんかにあるんですけども、交付税の中で、3次の救命センターであるとか国立病院に対して、一定の算定指数があるわけですが、これが実態に即して妥当な水準であるのかどうかということでもありますとか、あるいは2次の民間病院において、市町村、地方団体から定額で補助を出すとかいうこともかなり多いわけですが、実際の受け入れ実態はどうなのかと、みんな同じように受け入れているのかということもございます。この資料でいきますと17ページになりますけれども、ある県におきます2次救急の常勤医師1人当たりの受け入れ人員というものも、かなりばらつきがあるという状況の中で、一律の財政的な措置が妥当なのか、ある程度、このあたりを考慮した手法が必要なのかということも委員の中からご指摘がありましたので、私ども、資料を用意させていただいて、ご議論いただきました。

これは総務省として答えが出せる範囲は、地方団体が救急医療機関に対して財政的な形で支援しているものについての国としての交付税等の地方財政措置ということになると思いますけれども、ご議論いただいた結果を、今、庁内で自治財政局のほうに我々としても要望しているところでして、こういった前向きの支援等にも救急現場のご意見をしっかり反映させていくような取り組みについても進めていきたいと思っております。

以上でございます。

座長 ありがとうございます。

委員、どうぞ。

委員 先ほど、ちょっと耳に痛い話も言っているんだというお許しをいただいたような気がするのですが、あえて質問したいのですが、7ページ。

この行財政改革によって……。

座長 すいません。それでは、もうフリーディスカッションが始まったということでよろしゅうございますね。どうぞ。

委員 いいですか。すいません。

こういうふうになりましたというご説明はわかるんです。問題は、これが国民にとっていい方向なのかどうなのかということが、改革という目標が達成されたということは書いてありますけど、それによって何が起きたかという検証がないと別の方向に行ってしまう。

それで、例えば、一般財源化したことによって、地域において、救急の担い手に、財政措置として十二分な手当として、ここに書いてある最初の14年度、15年度以上の予算が支給されているということは言えるのでしょうか。僕の聞いている話はその逆で、地方自治体もそれぞれ苦しいので、ちょっと減額してみたとか、そういう悲鳴のような話がいっぱい聞こえてきていて、国民のニーズというのは対応されないことになるのではないかと思うので、ちょっとお聞きします。

座長 ちょっと待ってください。この質問に、事務局が答えられるのかどうか、ちょっとわかりませんが、よろしいですか。

事務局 資料の11ページにございますが、我々、実際、財政制度の変更は、どういう地方の現場に影響があるのかというのを押さえなきゃいけない。これはいろんな各方面からご指摘いただいているところですけども、今回、要するに、地方公共団体が救急医療機関に対してどういう、公立病院に対する繰出金とか、民間病院に対する補助金とか含めてですけども、推移なのかということで調べましたら、このあたりは、地方団体苦しい中でも、救急医療については、少なくともカットしたりという対応は行っていないと。むしろ、若干ではありますけれども、微増という形で確保されているという実態があるということは申し上げたいと

思います。

ただ、中身的に、市町村、県のそれぞれのちょっと細かい話になりますけれども、補助金が国の方から市町村に移管したことによっての影響部分というのはあるようですので、そこはしっかり地方財政措置の中でカバーしていくということが必要ですので、我々はそこを頑張っていきたいということでございます。

委員 13ページを見ると、公立病院には増加したと、民間病院に対しては減少したというデータがありますね。

委員 17年以前がないと、まだ言えない。一般財源化したらどうなったかということだから、一般財源化した後の動きだけをいくら見ても意味ないんで、一般財源化の14年、15年からどうなったかというデータがこれになかったら、これは全然、今の話です。

事務局 そこは、できればそこまできっちり調べるというのが。

委員 いやいや、きっちり調べなくても、1つの点でいいですよ。17年以前の。少なくとも。

委員 よろしいですか。やはり一般財源化による影響を見るというところが結構大事だと思うので、この中で唯一で数字が出ているのは、おそらく17年から18年にかけて救命救急センターが公立分を一般財源化としたことで、25億円ほどが一般財源化されたと。それに対して15ページの地方公共団体のところで、例えば、この3次というところが確かに17年から18年にかけて地方の分担分が増えているとは思いますが、これが、要するに、総額として地方に一般財源化したらやせ細っていないかどうかは、そういうことを、きっと見ないといけないのではないかと思います。

事務局 一般財源化前後の数字は、私どもの今回の調査は、これもかなり膨大なもので間に合わなかったのですが、厚生労働省さんが、たしかその前後をとらえていたと思いますけれども、ほとんど変更がないというか、一般財源化で減ったということは言えないのではないかなというかなものはございます。もし、ただけなのであれば、次回以降、いただければと思いますけれども。

委員 地方自治体にいた立場から申し上げますと、一般財源化されたということは、地方公共団体の自由意思で物ができるということになるわけで、これは突き詰めるところは、各都道府県、あるいは市町村の救急医療に対するプライオリティーがどれぐらいたと、こういう議論になってくるわけなんです。もちろん、財政難だとか、そういうのはあるわけですが、その中で、一般財源化された分とそうでないのと比較して、補助金額が減ったからといって、それがどういうことかということ、結局、その自治体が、そこに対してプライオリティーをどういうふうに見たかということにつながってくるんで、その辺、別な言い方をすると、ちょっと正面切った議論にはなりませんけれども、やっぱりこういう救急医療とい

うのは非常に大切だと。委員が言うように、国民の生命、財産を守る基本的な部分だということを首長さんたちに理解させ、プライオリティーを高めるような施策というのをバックアップしていくことをあわせて考えないと、補助金が多いか少ないかという議論だけではなかなか難しいのかなと、背景がそこにあるものですから、そんな感じがしました。

座長 ありがとうございます。

ただ、この作業部会の中で、そこまで踏み込んでやっていったほうがいいのかどうかというのは、これまた難しい問題で。

消医報告者 手練手管だけ議論している話は手練手管としてはおもしろいんです。ただ、本質論的なものを議論しないと、手練手管は終始ずっと手練手管なんですよ。ですから本質的な議論もするんですよ。

座長 だから、こういうのをしなきゃいけない。いや、こういうのをすると、先生、厚生労働省の医政局のmatterじゃないですか。

消医報告者 だから、そういうことを言っているから、いつまでたっても整わない、先生。座長がそれじゃ、どうにもならないですよ。

座長 違います。答える人が、ここにいなきゃいけないので言っているんです。

消医報告者 いや、いなくても問題を提起するのは、先生、座長の仕事ですよ。

座長 わかりました。そこのところはわかりましたけれども、それは答えが出ないで終わりますよ。

消医報告者 座長、何だって答えが出るなんて最初から思うほうがおかしいんです、こんなものは。お金がなきゃ、どうにもならないことだって、いくらだってあるわけですよ。

座長 分かりました。どうぞ。言ってください。

消医報告者 だから、場合によっては、先生、消費税の話をしたっていいですよ。解決策の1つとして。そうでしょう。だって、事の本質は本質として存在するらしいから。だから、もし逆に言えば、さっき先生、僕、真ん中の点々と言いましたけど、今の厚生省じゃだめだと思えば、違う省庁に移してもいいんですよ、こんなものは。だって、そのほうが国民のためになると思えば、そういうふうにする。それはマスメディアの仕事かもしれません。そこに時事通信社と読売新聞社がいらっしやいますけれども、一体マスメディアは何をしているのかということにもなる。国民が今、困っているんですよ。だから本質的な議論をしようとしているのに、何かおかしいですか。

座長 いやいや、おかしくはないけれども。

消医報告者 答えが出なきゃおかしいのですか、先生。年次年次で答えが出なきゃいけないなんて、そんな話じゃないでしょう。次の世代、また次の世代に何を残すかっていうことを、僕らはどうしてまじめに議論できないんですか。

座 長 いやいや、その議論というのはとても大事なんですけれども、この連携のところでこれが出てきて、これですっと行くわけにはいかないんですよ。

消医報告者 もちろん言っていないです。だから、この間の話をここに出しているだけです。

座 長 わかりました。

委員、どうぞ。

委 員 ここで何を言うのか、ちょっとあれなんですけど。ずっと、この委員会の中で、こういう議論になってきたのは、私は個人的に、問題にきちんと向き合うべきですし、まさに先生がおっしゃるように、これから長期的に私たちがどこに向かわなきゃいけないかということだと思いますし、委員がおっしゃるように、逆に資格者の問題だけじゃなくて、いろいろ広くどうやっていくかとか、私も何度か申し上げているバイスタンダーの問題とかも含めて、国民とともに、どうやって救えるやつを増やしていくかということを取り組まなきゃいけないわけで、その中に消防機関と連携をどうするかというのは、ここまで視野に入れておく。それをここにこういう問題があるとか、こういうことについても、きちんと長期的に見据えていかなきゃいけないということは、やはり言っていかなきゃいけないことだと思いますが、現実的に、それを一個一個どうしていくかという話とは多分別ですし、それから、ここに一般財源化しても減っていないというのは、ある意味でも厳しい中で、一定の理解は得られているのだろうと思ったほうがいいのかなと思うんですが、多分、また、今朝の新聞じゃないですけども、こういうような問題が一個一個出てくると、多分、また自治体がやらなきゃいけない。だから、そこに向けて、手練手管とおっしゃるかもしれないですけど、こういうやり方がある、こういうやり方がある、こういうやり方があるというようなことの具体的ないろんな、多分、MCが多様にあるように、こういう連携のあり方も多様にあるんだと思うので、そういうのを、やっぱり先ほど先生がおっしゃったように、元気になる。こういうやり方をすると、こういう元気になるんだぞみたいなことを示していただく、具体的な、多分、それが委員がおっしゃる、すぐ役に立つようなことじゃないかと思えますから、そんなのも、ぜひ、本質論は絶対長期的に見ておかなきゃいけないことですけども、示していただけると、今すぐと言うとおかしいですけど、比較的、わりとすぐにできることがあるじゃないかとかいうふうに言って元気になるのかな。

多分、一個一個の現場の工夫というのは、それを聞けば、なるほどということがあり得ると思うので、ぜひ、そういうようなものが集まってきて報告になっていただけるとうれしいなど、個人的には思っております。

座 長 ありがとうございます。

委員、何か追加ありましたら、これで最後にさせていただきたいと思えます。

委 員 これもまさに先ほど申し上げたのとは、また別の次元で、本質的なことと、何

をするかということと同時に議論しないといけないということでもあると思いますけれども、国民から見ましたら、結局、生まれた場所によって助かる助からないが分かれるとか、そういうことが非常に不平等感みたいなものに通じるんだと思います。ですから、やはり全国、国として論じることと、それから地方として論じることというのは当然違っていいんだと思いますけれども、そこで提供されるものの質が違わないものであるということが必要なわけで、長期的には、やはり広域的というんでしょうか、地域での議論をしていく必要があるんだと思います。ですけれども、非常に問題になってきているのは、地域によって力も財力も違うという、そこに考慮した結果として、一緒になるような方向を、やはり急いでいかないといけない。

私たちがいろいろなことで議論している中で、明らかに改革によって、医療及びこういった救急などのセーフティーネットの部分に対するお金が決定的に足りなくなったということは、これはだれも否定する人は、もう今はいないと思います。ですけれども、だからといって、増やせばどうにかなるという話ではないということも片側にはありまして、きちんとするべきことをせずにお金だけ増やしても、結果は変わらないということも明記しないといけないという、そういうことだと思えます。

座長 ありがとうございます。

地域地域、地方地方によって、救急医療をどのぐらいの重点項目にしているのかというところで、一般財源化で随分変わってくるというのが、今おわかりのとおりでございます。読売新聞で、今、医療のキャンペーンしておられるのですから、特に救急医療は大事なんだというのを、ぜひぜひお願いできればありがたいと思えます。

委員 数字の確認ですけど。先ほどの論点ですけども、7ページで見ていただいて、救命救急センターへの国庫補助金が、17年度が55億5,000万、それから18年度が29億9,300万で、一般財源化によって減ったのが25億5,700万だと思えます。25億ですよ。100万単位ですから、それでよろしいですね。

それに対して、14ページを見ていただいて、14ページの左側が3次医療機関に対する地方公共団体からの繰出金・補助金の支出状況で、17年度の縦を全部足しますと、国と一緒にやっていたときは365億1,400万、18年度が、地方公共団体に移管された後が372億4,900万で、確かに7億3,500万増えているんですけども、国から25億5,000万減って、地方公共団体から7億増えたということは、正味18億が救急医療のプライオリティーを落として、別のことに地方公共団体がお金を回したというふうに、ここからは読み取れるんですけども、その理解でよろしいでしょうか。

事務局 それは違います。この14ページは、国庫補助金財源も含めた最終的な歳出ベースなので、国が減らしても、むしろ地方は手厚くということになります。

座長 そのぐらいでよろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、トリアージ作業部会から、作業部会長お願いいたします。

報告者 資料3にお示しさせていただいたのは、トリアージ作業部会からの報告の中の
(トリアージ作 1つで、11月に施行予定の実施検証における通信指令員のマニュアルでござい
業部会)以 ます。

下、トリアー ジ報告者 トリアージ作業部会では、実際にトリアージを行うための現場での体制をどうしたらいいかということと、それから、このトリアージの制度に関する検証、それから法的問題という3本柱で検討してございますけれども、その中で、これは11月の検証についてです。

平成18年ですかね。2年前に1度、同じようなことをやっているんですけども、当時、十分な準備をせずに、各消防本部に突然やっていただいたというような経緯がございましたので、今回はより各消防本部に詳細な、特に通信指令と救急の方に、この中の趣旨を十分説明するというので、私も事前に、札幌、仙台、川崎、それぞれの消防本部とメディカルコントロール協議会のほうにお邪魔させていただいて、そこでいろいろ内容を詰めた上で、さらに表現があいまいで誤解を招くようなところは全部修正をして、今この最終版になっております。

11月、1カ月間、4消防本部、それに京都を加えた4消防本部でデータをとらせていただいて、主として一番見たいのは、先ほどのPA連携の効果ということもございましたけれども、心停止、あるいは重篤な症例に関して、必ずしも指令段階でそれを認知していないことが今まで多いというようなこともございますので、それをまず、どのぐらい出るかということ、それを中心にして検証していく予定でございます。

実際、運用体制に関しては、今日、資料はございませんけれども、既に10月1日から、横浜市で、特区内で運用が始まっておりますし、それ以外に、そのような2名乗車の救急隊というようなものが運用できない従来のところでも、やはり、特に都市部では、出払っているときには、心停止等の非常に重症の患者が発生したときだけのために1台取っておくというふうな体制で運用すると、一体どのようなことになるかというようなシミュレーションをして、実際、シミュレーションの中で、今後、より計算を進めて、そういうような体制をすることによって、最終的に心停止の方が、何人救える命が増えるかというようなことを試算しようということで、今現在、作業を進めております。

以上です。

座長 ありがとうございます。

これはもう11月からパイロットプロジェクトが始まるわけでございますので、今から確認というわけにはいかないかもしれませんが、どうぞ、委員の先生方、何かここはこういうふうにしたらどうかというご意見がありましたら、事務局なり作業部会長に伝えてください。

手が挙がっています。委員、どうぞ。

委員 作業部会会長のお話でPA連携という言葉が出てきたので、それから、きょう、私もせっかく出てきたので、議事録に残すために一言だけ申し上げます。

今の話と直接の件ではなくなるかもしれませんが、資料1の13ページのところへ戻っていただいて、できることから1つずつ解決していこうという趣旨で申し上げます。このファーストレスポンスによる救命率の向上、PA連携に関する記述の中で、この2つ目の丸の部分ですけれども、ポンプ車に乗っている救急隊員ですね。救急科講習修了者等が行ってみて、応急処置をやっていかどうかについて、救急業務として法的に位置づけられていないじゃないかという議論があり得るという話ですが、私も法学部にいて、しかし、私が法律を代表するわけではないですけれども、普通に考えて、消防法第2条第9項の「救急隊によって」というのに、ポンプ車で行ったから救急隊ではないという形式的な理解をする法律家がいるとはとても思えない。これは法解釈としても大丈夫ですよと、救急業務として位置づけられているというふうに、少なくとも私は考えるということを議事録に残しておきたいと思います。せっかく来たので。

座長 そのとおりですね。これはPAの生みの親であります委員、何かありましたら。

委員 大変ありがとうございます。大いに、またうちに帰って、先生の言葉をそのままお伝えさせていただきたいというぐらいでありますけれども。

現実的に、現場では質だけは確保しているんです。現実にも、おかげさまで救命士も数が増えまして、一定の労務管理という問題もあるので、ある基準で乗りかえをさせたりなんかしていますと、必然的に、その方たちは、そこで休むのではなくて、現実的にはポンプ車というのに乗りまして、任務として、救急車が遠いところから行くような場合に、特に心肺停止の患者さんなんかについては、このポンプ車を先に出して応急手当をさせるといかのが、今の作戦なんです。そのときに、救急業務云々という問題をちょっと置くとしても、現場としては、これは多分、大阪も札幌もそうだと思うんですが、基本的に、やることというものに対して責任を持たなきゃいけないので、まがいの的にやれるというのではなくて、やれるということを前提にしてやらせていると。つまり、そういうような教育をして、実務的にも確保している人をやらせているというのが現状だということを申し添えさせていただきます。

座長 どうぞ。

事務局 その点で、この条文2条のところだけ持ってきましたので、何かあれなんです

けど。

今の消防法の体系、救急業務のところ、35条の何とかってあるんですけども、基本的に消防全体なんですけど、隊を中心に規定している。救急隊はちゃんとした設備を持った救急車1台と隊員3人ということになっているんですけども、そこと連動して体系ができていますので、隊がベースになって消防法の規定がなっているということです。

委員おっしゃったように、リーガルマインドをもって解釈すれば、それは救急隊じゃないかということだと思んですけども、思想はそういうことで、世の中が変わってきたんで、そうやって読むべきだと思いますが、現状では、直接読むのは難しいかなということですので、そこはきっちり、現実に追っていきたいということです。

座長 ありがとうございます。

これは、私の理解では、ポンプ車が火事でないのに、そんなものキンキン鳴らして行ってはいけないと言っているのではないんですか。緊急自動車が、ポンプ車が出るときは火事じゃないと緊急にはできないんで、そこに隘路があると言っているのではないですか。

事務局 緊急走行の話と、またその問題もありまして、そこも道交法との関係であるんですけども。

座長 だから、この人ではいいんだけど、ポンプ車が、火事でないのに、緊急走行で行くなよと言っているのかと思っておりましたが。

どうぞ、作業部会会長。

トリアージ
報告者 おそらく、行政の中の位置づけで、先ほどの緊急自動車の話も、病院の持っている救急自動車ですね。人が乗る予定のないベッドを中に入れておかないと、いわゆる救急車として認可されないの、医者が現場に駆けつけるための車なんですけど、形式的に人の乗るスペースをつくっているというふうな、そうするようなところが、やはりまだあるということで、人を運ぶ施設がなくても、現場に駆けつけて、そこで応急手当するんだということは、これはもう救急業務そのものなので、これをきちっと。ですから、今までの内閣法制局とか、今までの条文解釈ではなくて、それも救急業務にしてあげないと、いくらPA連携やっても、年間のいわゆる救急業務何件やったという統計にも入ってこないというようでは、士気にかかわるのではないかなと思うので、ぜひ、そういうふうにしていただければと思います。

消医報告者 統計とっていますよね。

座長 とっています。

トリアージ
報告者 ただ、救急業務には入れていない。

消医報告者

そのページに載っているよね。救急業務のページ。

委員

新しい質問が集中したので、よろしいですか。

座長

これを最後の質問にさせていただきたいと思います。どうぞ。

委員

まず、現場ですから、これは国の方とは関係なくしゃべりますけれども。

警視庁に相談すると、やっぱり今、作業部会長が言ったように、ポンプ車で救急業務をやってはいけないと言うんですよ。それはもう事実です。けども、これはやっぱり現場のところの解釈として、いや、救助業務をやっているんだと。要するに、人を助けに行くんだというようなところで折り合いをとっているということが現実にあるということだけ申し添えます。

それから、先ほど作業部会長がおっしゃったように、確かにそういうようなベースで積み上げてくると、ポンプ車でやっている活動って救助活動なのっていう部分が、まだまだあるんです。そういう認識で行っちゃったもので。しかしながら、統計的には、我々としては、これは心肺蘇生の蘇生率の問題なんかもありますので、きちんと統計はとらせていただいて、分析はさせていただいているし、必要な教育とか資機材なんかについても、ほぼ救急車に近いぐらいにですね。今、多分そうですよね。ほかのところも。そのぐらいのような配置は、今、着々と進めている。これは現場の話です。終わりです。

座長

このぐらいで、委員、よろしゅうございますか。

ほかに、作業部会長の、ぜひぜひ、まだ少し確認をいただいて、何かありましたら、どうぞ、作業部会長、あるいは事務局のほうにお願いしたいと思います。それはよろしゅうございますね。少しぐらいは大丈夫ですね。ありがとうございます。

全体を通じていかがでございましょうか。

ないようでございます。

今日はほんとうにありがとうございました。事務局のほうにお返ししたいと思います。

事務局

本日も非常に活発なご意見、ご審議をいただき、ほんとうにありがとうございました。非常に広い話から、非常に現場に即した話から。ただ、現場でも、今、答えがあるようでないと申しますか、どこに運ばれたか、どこに運ばれなかったか、どうしてこの処置がされたのか、されなかったのか、そういったところには近々に答えていかないといけないのではないかなということを、行政担当者として感じながら、全体の広いご議論を伺っております。

次回、第4回の検討会につきましては、先日、日程調整させていただきましたが、11月28日、金曜日に予定しております。詳細につきましては、またメール等でお知らせし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3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

座 長 ございました。
 ありがとうございました。

— 了 —