

第2回救急業務高度化推進検討会議事録

- I 日 時 平成20年9月19日(金) 14時00分～16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、福浦氏(川手委員代理)、熊田氏(小出委員代理)、
坂本委員、島崎委員、中川委員、野口委員、平島委員
前田委員、南委員、米村委員、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1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からの報告及び検討
- (2) 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及び検討
- (3) トリアージ作業部会からの報告及び検討
- (4) その他

4 閉会

V 会議経過

事務局 定刻となりましたので、第2回救急業務高度化推進検討会を開催させていただきます。本日、司会は救急企画室溝口が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは座長、本日の議事進行をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

座 長 ありがとうございます。それでは、早速、議事に移っていききたいと思います。我々のこの検討会には3つの作業部会がありますが、本日は各作業部会から報告をいただき、それに基づいてご検討いただいていくという形で進めてまいりたいと思います。まず、メディカルコントロール作業部会から、同作業部会の座長に本日ご出席いただいております。ありがとうございます。それからもう一つ、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会から、同作業部会の座長にご出席いただいております。よろしくお願いしたいと思います。

事務局 ここでカメラでの撮影は終了とさせていただきたいと思います。

そして、資料の確認をまず事務局のほうよりさせていただきたいと思います。

お手元に資料のご準備いただければと思います。

資料は本日、資料1から4をご準備させていただいております。お手元の一番上のほうには議事次第と、裏には構成員、座席表を配付させていただいております。そのほかといたしましてはそれぞれ冊子になりまして、資料1から資料4までそれぞれ1セットごと、4セットのものをお手元に配付させていただいております。資料の不足がございましたら、この時点で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、お願いいたします。

座長 最初の報告事項でございますけれども、第1回検討会の議事録について事務局から説明を願いたいと思います。

事務局 ご説明させていただきます。資料1といたしまして、第1回救急業務高度化推進検討会の議事録をお手元に配付させていただいております。この議事録自体は、委員の各皆様におかれましては既にメール等でご連絡をさせていただいたものになりますので、詳細な説明は割愛させていただきます。第1回の高度化検討会の中でそれぞれの作業部会をどう設置するか、そしてその中でどういう検討を進めていくかということについてご議論をいただいたものになります。この内容につきまして修正等が特にごございましたら、また事務局のほうにお申しつけいただければと思います。本日、議論を進めていく際の参考資料という意味合いも込めて配付をさせていただきました。

以上でございます。

座長 ありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思いますが、まずメディカルコントロール作業部会についてでございますが、資料2をお開きいただきたいと思います。作業部会の座長からまず説明をいただき、そして議論をしていきたいと思います。

よろしくお願いいたします。

報告者 よろしくお願いをしたいと思います。

(メディカルコントロール作業部会)以下 MC 報告者 資料2を使いながら、この作業部会での今までの経緯と、こちらでまとめた内容をご報告させていただきたいと思います。

早速ですが、1ページ目を開いていただきまして、この作業部会は本年度に入りまして2回開催いたしました。その結果、本年はまずメディカルコントロール体制のあり方をいま一度きちっと整理をして、その業務範囲あるいは本来の救急業務との関わりにおいて、きちっとした整理をする必要があろうということで議論を始めました。

そこで、1ページに書いてあるような検討事項の概要ですけれども、サマリーを最初にお話をさせていただきます。

まず、救急業務に関する基準等の策定について。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るが、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かというのが1つ目のまとめであります。

2つ目ですが、基準等の策定主体と役割については、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。市町村レベルでの基準等の策定については、都道府県単位や二次医療圏単位で基準等を策定することが望ましいとする意見と、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がありました。地域の独自性を認める場合にも、許容される範囲を明示する必要があるのではないかという意見も出ております。

そして、3つ目です。メディカルコントロール協議会、言葉をあえて救急業務ということに置きかえて、救急業務協議会としての役割ということですが、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。さらに、救急搬送・受入医療体制に関する問題点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のが、この作業部会での主な意見とまとめでございます。

次のページから少し詳細にお話をしたいと思います。

そもそも現在行われているメディカルコントロールの業務の内容でありますけれども、四角の図の2の真ん中で囲んでいますように、現在は基本的には通知で出ておりますように、医師からの指示、指導・助言といったものを受けて、救急隊員あるいは救急救命士が応急処置を行う。なされた行為の後、事後検証が実施されている。さらに、それに沿って再教育を行って、病院前救護の質を高めていこう。その指示・助言、あるいは検証、再教育をするためのその前提になるプロトコルの策定ということも、現状ではメディカルコントロール体制の非常に大きな役割になっています。

現状ではこういう業務の中で、主に応急処置といいますか、救命救急処置を含めた応急処置を中心にメディカルコントロール体制がなされていますが、果たしてこの範囲にとどまるのかどうかという議論から始まりました。

3ページ目です。現在、主に行われているメディカルコントロール体制の部分というのは、おそらく消防法2条9項に規定される救急業務のうち、上段に書いています応急処置の部分を医療の質を保障するという意味で具現化した形になっているのだろうというように解釈されます。しかしながら、現在のメディカルコントロールの業務を行っていると、実際に救急救命士あるいは隊員に重症度、緊急度を判断させたり、あるいは適切な病院の選定をしていただいたりして、

実際には搬送という業務が入ってまいります、その部分については特段基準が決められていないという現状があります。したがって、救急搬送について、一層医学的見地から質を保障する基準等の策定が必要ではないかという意見が出ました。

次のページですけれども、救急搬送における重症度・緊急度判断基準等作成委員会報告書に見られるように、既に救急隊員には適正な病院選定、観察判断の資質の向上、あるいは応急処置の適正化を目的として、プロトコルの例を示されているわけですが、こういったことの先に、4の図のピンク色で示したところですが、最終的には適切な医療機関の選定というところ、重症度や疾病の内容に応じて運びなさいというところまで書いておりますが、この部分について現在のメディカルコントロール協議会といいますか、体制の中ではまだまだ不十分な状況ではないかという実情があります。

5ページですけれども、さらに最近になりまして、脳血管障害、特に脳梗塞の患者さんについては、3時間以内に処置が終えられる医療機関を選定することが望ましいという医療界の流れがありまして、こういったことを救急業務の中の救急搬送の中に織り込んで基準をきちっとしていかないと、搬送先の適切な選定はできないのではないのでしょうかという話が出てきております。

その結果、6ページですけれども、いわゆるメディカルコントロール業務というのは、本来、左側に書いてありますプロトコルを作ったり、指示、助言、事後検証、再教育といった今現在行われているところに加えて、右側に書いてあります追加協議事項として、1番目、傷病者の症状、あるいは傷病程度に応じた適切な病院選定等救急搬送のあり方、この辺をきちっと整理して、業務範囲として明確にする必要があるのではないかと。そして、円滑な救急搬送体制を確保するために受入医療体制といいますか、救急医療体制の整備に関してしっかりと提言していくべきではないかということ、そこまでを包括するような機能を持った協議会、あるいは現状のメディカルコントロール協議会の所掌業務の拡大といったことが必要になっていくのではないかとということが議論されました。

結局、その2つ、追加的な事項を含めた協議会というのは次7ページでありますけれども、先ほどの消防法に乗っ取って協議会をつくるとすれば、救急業務協議会なのでありましようけれども、現状のメディカルコントロール協議会の実勢を考えますと、それを拡大した協議会であつてもいいのではないかとということで、括弧づけで書かせていただいております。

この位置づけですけれども、諮問機関の業務として位置づけられる機能があつていいのではないかと。すなわち既にある応急処置に関わらず、救急搬送に関する基準等の策定について意見を述べられることとしてはどうかということが1点。上記以外の機能としては、黒字で書いてあることは現在のメディカルコント

ロール協議会の中で行われていることですが、新たに救急搬送の事後検証、これは現在、救急隊あるいは救急救命士の個人の資質に対して事後検証をやっている部分が多いのですけれども、むしろ搬送の業務そのもの、病院選定を含めてですけれども、その部分を事後検証に加えてはどうか。それから、救急搬送・受入医療体制に関する検証結果等の公表をやっていくべきではないか、それから改善策等も提言していくべきではないかといったことも追加機能として考えていってはどうかという意見もあったことを付記しておきたいと思います。

8ページ目ですが、結局のところ、救急業務協議会といいますか、業務拡大を想定したメディカルコントロール協議会の構成であります。そこは大きく書いていますように、消防機関と医療機関がコラボレートして行う。しかも、そこに行政の方に入っていて、一定の質を保障するためいろんな方の参画が必要だろうと。最終的に救急業務に関する基準等を策定していくという位置づけになるのかなと。

9ページをお願いします。実際、こういう形をつくるにしても、まず国のほうで最低基準はこういうものだろうということを定める必要があるのではないか。それも応急処置のみに関わらず、救急搬送に関する部分について、両者についてしっかり取り決めをする。それを都道府県レベルで、地域の事情に加味した基準を策定することとしてはどうかというところまでは大体意見がまとまっておりますが、問題は市町村レベルに落として、その事情を加味した基準を策定することというところについては、市町村それぞれのレベルの規模、医療資源、消防機関とメディカルコントロールの大きさの違い等があって、この辺はまだ議論が要りますということになっております。

このような、国から都道府県レベル、あるいは市町村という一つの救急医療サービスの例として、ニューヨーク州の救急業務高度化推進体制の参考例を事務局のほうでご用意していただいておりますけれども、いずれにしてもこれは州から地域へいろんな基準を落として、地域の医療資源に応じた形でメディカルコントロールを整備しているという一つの例でございます。

ということで、今までこういう形でまとめておりますけれども、11ページ、メディカルコントロール作業部会ではそのほかに幾つかの意見が出てきましたので、その部分についても少しご紹介をしておきたいと思います。11ページ、12ページが第1回目のメディカルコントロール作業部会での意見、13、14ページが2回目の作業部会での意見であります。

簡単に説明しますと、まずこのメディカルコントロールの所掌業務、あるいは位置づけを明確にしようという議論を始めるに当たりまして、11ページに書いていますように、医師法等との関係等についての議論がたくさん出ました。

まず、医師法17条、医師以外は医療を行ってはならないという条項と、救急

救命士等に救急処置を委託しているという部分の住み分けは不明確ですよとか、対面診療を規定されている医師法20条等から見れば、電話だけで指示を出していいのかという問題も解決されないと、なかなかこの整理は難しいですよという意見が出ておりました。

それから、メディカルコントロール体制そのものについて、業務拡大とか、所掌業務の拡大と言うけれども、協議会の役割の明確化を行い、その上で業務の拡大を整理すべきではないかと。拡大だけやっても役割は違うということでは混乱をしてしまうというところで、協議会の役割は何なのかをもっと議論する必要があるという話も出ております。

そういう意味においては、メディカルコントロール協議会の法的な位置づけについて言及される委員もおりました。救急救命士法ができる前は、救急と医療で明確な区分けがあったが、救急救命士法ができて以降、メディカルコントロール協議会で医師と救急救命士が激論していると。相互の状況を知り、話ができるという点で、メディカルコントロール協議会は非常にいい場だと感じている。現在のところ消防庁からの通知で設置されている状況なので、行政担当としては、少なくとも協議会の設置については何らかの法的な位置づけをしていただいて、その後、政省令で内容を決めていただきたいという意見も出ておりました。

12ページですけれども、さらに搬送についても協議をしていきたいと思います。その点についての賛否両論。地域だけでは搬送が終了しないという事態が発生している。市の医療体制関連の会議だけでは問題が解決しなくなっており、より広域的な会議の場として都道府県のメディカルコントロール協議会で搬送についても議論してもらいたいとか、当該都道府県のメディカルコントロール協議会では、既に救急搬送のあり方、救急医療情報システムの改善等追加的な協議事項を議論している都道府県もあります。救急搬送によって適切な医療機関へ運ばれて、救急医療が実施される。昨今、搬送選定困難事案という問題が出ているが、それを解決していこうという中で、追加的な協議事項が出てきたものと思料している。関係機関が連合して選定困難という事案を乗り越えていくことは、非常に大きな役割があると期待しているということで、メディカルコントロール協議会に搬送先の選定、救急医療体制についてのところまで言及できるという意味においては、医療従事者が入っている協議会なので、大変期待しているという意見がありますが、一方で、先ほど言いましたように、法的な問題をもう少し明確にしていきたいというのもここであったということをお伝えしておきます。

次のところに、搬送を協議事項とすることは、救急医療体制の整備にもかかわる非常に大きな問題ではないとか、医療行政上は医療審議会や医療対策協議会で医療対策について議論しなければならないということになっている。メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大をどんどん進めていくと、それらに類す

る位置づけになってしまうということで混乱するのではないか。この意見につきましては、都道府県の医療行政担当部署の委員のご意見で、既に医療審議会あるいは救対協のようなものがあるので、その辺との兼ね合いはどうするのですかという話も出ていることも事実であります。

こういう意見が1回目出されて、一番の大きな問題で委員が一番疑問に思っておりましたのは法的な解釈であります。少し飛びますけれども、19ページ、1回目の作業部会の後で、今までの経緯の中で、救急救命士法が定められたときの答弁内容がありますよということで参考に出していただいております。平成3年3月26日の参議院の委員会での答えです。ちょっと読ませていただきます。

医師の指示というのが、医者が診てもいない、診察もしていない患者に対して、ただ救急救命士の方の報告を受けて、そしてそこから指示を与えるのですから、なかなか難しい問題だと私は考えております。

さて、もしこの途上で、5分何秒、5.何分という平均搬送時間ということをしき消防庁から承りましたが、この間で医療事故がもし発生した場合はどなたが責任を負うのでしょうか。

これは厚生労働省かということに対して回答ですけれども、当時の厚生省健康政策局長の回答で、下線を引いていますけれども、一般的に事故が起こった場合の責任主体につきましては、患者の傷病の程度あるいは医師の指示の内容、救急救命士の行った処置の内容、事故の状況等々によりまして異なってくるという具合に思うわけでございます。

しかし、医師が患者の状況を踏まえまして救急救命士に対して行った指示の内容に明らかな過失があると認められる場合には医師の責任が問われるという具合に理解いたしております。それからまた、救急救命士が医師の指示に反した処置を行い医療事故を起こした場合等、明らかに救急救命士に過失があると認められる場合には救急救命士が責任を問われるという具合に考えておるところでございますというところが1つ。

それから、20ページのところに医師法との法的な整理をしていただいております。まして、1つ目、昭和61年の消防法改正前は、救急隊員が行う危険性の低い一定の応急手当については、刑法第35条の正当行為に当たるものとして医師法第17条についての違法性はないものとなっていた。この場合に違法性がないものとして認められる範囲に限界があることから、具体的な範囲については厚生省・消防庁協議の上、消防庁告示（昭和53年告示）の形で示されていますということです。

それから、昭和61年の消防法改正により、救急隊員の応急手当についての規定が法令上盛り込まれ、また平成3年8月に、消防庁告示が改正され応急手当の範囲が拡大されたが、これは、従来医師法上違法性がないものとして扱われてい

た部分について、確認的に救急隊員の業務として定めたものであり、新たに医師法第17条について特例を定めたものではないというところがあるようです。

それから、救急救命士法の制定で、「救急救命処置」が定義されたが、救急隊員が消防法に基づいて、救急救命処置に含まれる応急手当を行った場合の医師法上の扱いは従来と変わっていない。仮に当該救急隊員が救急救命士の資格を持ち、合法的に救急救命処置を行ったとしても、それはあくまでも救急救命士の行為としてとらえられるものであるということで、現状の医師法に触れるものではないという解釈をしていますという参考文献を1回目の後に返していただきました。

それで引き続き、それならば、ということで2回目の議論を行って、2回目の討議の主な意見としては、おおむね先ほどの答えに出てくるような議論に焦点を当てて行うことになりました。

1つ目は、救急搬送における医学的観点からの質の保障等についてというところですが、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の質が保障されているが、救急搬送については、そのような医学的観点からの質の保障が不十分である。救急搬送についても、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の基準等が必要であるというのがまず出されました。

救急搬送について一定の基準等があれば、救急隊員の活動が後で保障されることとなる。例えば「なぜ救命救急センターに搬送しなかったのか」といった疑問に答えやすくなるという意見もあります。

プロトコルに従って行動していたかどうかが基準となって、救急隊員の行為が正当化されるのであって、救急搬送についてそうした基準等がないことは問題である。だから、基準が必要であると。

救急搬送について一定のプロトコル等があれば、傷病者にとって、何がよかったのか、何が悪かったのか、アウトカムを検証することができる。また、こうした検証こそ、メディカルコントロール協議会の役割ではないか。

専門医や2次・3次医療機関の地域分布に応じて救急搬送と医療機関での対応が行われるよう、何らかのルール、調整機能が必要。一医療機関で対応できる話ではないということで、上4つはこういう救急搬送の一定の基準、プロトコルをつくったらいいい。それに対して病院の選定先ということになると救急医療体制に絡むので、それは医療機関の問題でしょうということで、そこに一つの意見も出ておりました。

基準等の策定主体等についてということですが、応急処置や救急搬送について、国の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医療資源等を勘案して、地域の基準を策定することとし、こうした地域での基準

等の策定に、メディカルコントロール協議会が関与してはどうか。

基準等の策定について、市町村レベルでの関与をどうするかについては検討の必要がありますということで、下に書かれているようなさまざまな問題、アイテムが出されました。

次の14ページですけれども、救急業務協議会等の役割についてということで、救急搬送について基準を定めて、医学的観点とは別に、例えばブラックリスト、薬物・アルコール中毒といった要素で受け入れられないことがあるなど、メディカルコントロール協議会だけで解決することが困難な問題があります。したがって、こういった問題も扱うのでしょうかという話もございました。

メディカルコントロール協議会のレベルですべて解決しようというのではなく、救急搬送の状況について事後検証を行い、その結果に責任を持って公表していくことこそ重要ではないかという意見が出されております。

メディカルコントロール協議会で解決策の提言まで踏み込んでいいのではないか。メディカルコントロール協議会で解決困難な問題があっても、それは提言があった後に初めて明らかになってくる話ではないかということで、しっかり表向きに発言をする場として使っていいのではないかという意見として、救急業務協議会の役割についての意見が出されております。

医療・福祉行政との連携等についてでありますけれども、メディカルコントロール協議会が関与できる部分と医療行政が担当する部分と、その隙間で困っているのが救急隊員であり、さらに一線で活躍する救急医であります。したがって、メディカルコントロール協議会と救急医療対策協議会等の医療機関側の協議会との調整や連携が必要なのではないかという意見、場合によってはメディカルコントロール協議会がそれを傘下に入れることができるのかどうかという意見もこの議論の中でなされました。

これは少し外れた意見かもしれませんが、病院選定に時間を要するのが老人施設からの搬送であると。どこまで救急に関する資源を使うのか、施設の医師をどう活用するのか等、病院搬送要請前の問題であって、解決方策を具体的に国で示す必要があるのではないか。こうした問題の解決がなければ、結局、搬送基準等をつくっても、機能しないのではないか。この意見はどういうことかといいますと、昨今、老人介護施設等からの救急要請がありますけれども、果たしてそういう基準をつくってもなかなか実態に合わないものがあるので、もっと国レベルで考えて搬送の基準、あるいは病院側がどうすべきかということをしっかり知っておいてほしいという意見でございます。

ということで後は補足であります。これは今回、報告することもございません。

あと、法的なことで、15ページから18ページまでは、1回目の作業部会のときに法的な位置づけが云々することについて知識として整理をする必要があ

るということで、消防庁、事務局のほうでご用意していただいた救急業務に関する、あるいは法令等の整理であります。

その中で1つ申しておきますと、16ページでありますけれども、救急業務の基準に関する規定については、隊の編成、装備の基準等については法律で、あるいは救急隊員の資格等については政令、省令以下から規定はされているようなのですけれども、活動基準について見てみると、消防組織法4条のところではあまり具体性がなくて、基本的には告示・通知といった中でやられていますということだというように整理されたように記憶しております。

また、次のページの、他の消火・救助と比べると、いろんな法制上の整理は以下のようになっていますということで、参考資料を付記していただいております。

18ページというのは、これは救急隊員が応急処置等の基準ということで、消防庁から出ています告示の内容を参考資料として挙げてもらってあります。

少し長くなりましたけれども、以上が2回にわたる作業部会での概要でありまして、もう一度もとへ戻っていただきまして、どういうことをやれと答えを出したのかというところは、なかなか明確にすることができないほどたくさんの意見が出ましたが、結局のところ、表のわかりやすいのは3ページでしょうか。現状、メディカルコントロールという業務の中では、処置に関するとところ、すなわち救急隊員ですので、応急処置と用語で言われているところですが、救急救命士ですと救命救急処置、こういったところについては病院前救護を医学的に、ないし質を保障しようという意味での業務はかなりのところやられている。しかしながら、その先の問題として、搬送業務、救急業務といいますか、救急搬送について重症度あるいは緊急度に応じて適切な医療機関、あるいは疑う傷病名に応じて適切な医療機関を選定して運ぶという、その部分についての基準とか、行政上の通知とか、法的整備がないということ、ここをもう少し明確にすればいいのではないのでしょうかというのが、今回の作業部会の意見でございます。

以上でございます。

座 長 非常に丁寧に説明いただきましてありがとうございます。

さて、ご意見、ご質問等ありましたら、どこからでも結構でございますが、いかがでございましょうか。

委 員 幾つかお話ししたい部分があるので、まず一番大事なところからお話しさせていただきます。

救急搬送の現場について、医学的な観点からお話をされましたが、実際は4疾病5事業という国の方針の中で、新たに一般救急の上に専門救急の網をかぶせて、もっと円滑にやりましょうという大目標が設定されているわけですから、救急医療全体は政策医療として僕はとらえるべきだと思っております。ということ

は、政策医療としての責任、主体はやはり行政にあるべきであって、昔、こういう答弁があったからとか、そこに戻って議論を始めますと、これは非常にゆがんだ話になるのではないかなと思います。まず、それをベースにしながら、一緒に議論させてもらえればと思います。それが僕の考えです。

その上でもう一つポイントを申し上げますが、メディカルコントロール協議会は、全国協議会が立ち上がってようやく今ここまで来ました。その中に、いわゆるある種の神学論争だと僕は思っているのですが、存立があいまいであるとして法制化という話がずっとつきまとっています。そういうように見えるメリットもあるのですよという話を私も何度かお話しさせてもらっていると思うのです。医療の事故調、第三者機関をどうやって立ち上げるかという話が、県立大野病院問題も含めて随分議論がされていますが、こちらにも相変わらず神学論争が入っています。これではなかなか合意までいかない。今、政治的に小休止になりましたので、法制化の話もおそらく小休止状態が続くのではないかと考えています。

その中で、救急の先生方はそちらにもいろんなご意見を出されていますけれども、実は救急の現場ではこのメディカルコントロールという財産をお持ちなのです。救急搬送との連携を含めてメディカルコントロール協議会で事後検証をし、そして再発防止を考え、場合によってはそれをデータファイリングし、全国にそれを広げようというシステムをもう少し育てれば、実は改めての事故調の意義は低くなるのではないかと僕は思っているのです。個々で独自にやること、つまり普通の病院の中の事故調査委員会というものが法制化とは別に立ち上がっているところはもう立ち上がっていて、うまくいっている、それによっていろいろなトラブルがだんだん少なくなっているというお話を漏れ聞くのです。

救急医療は、この搬送業務プラス施設での医療と両方が一体ですから、これを検討するというのは、MC協議会が育って、もう一歩先までいけば、法制化に頼りすぎない独自の運営ができることになるのではと私は考えているのです。ですから、ここであまりに法律で縛ることによってその芽をつんでしまったら、困ることになるのではないかなと思うのです。

ですから、行政に乗って色々やっている部分がありますが、事後検証プラスアルファのところはぜひとも第三者機関としての位置づけというものを合意の上で育てていただければ、今の法制化の話とは別な進み方ができてしまうと私は信じているのです。ぜひその辺もご理解いただきながら、一緒に議論できればと思います。よろしくお願いします。

座長 ご意見としてお聞きするという事で、座長、よろしゅうございますか。何かお話しありますか。

MC 報告者 委員のおっしゃるような議論というのは、この作業部会でも当然のことながら本来メディカルコントロール、病院前救護をよくするために新たな枠組みとして

必然的に生まれてきたものであって、そのコアになる業務のところ、これは今、石井委員がおっしゃったように、かなり実体のあるもので、救急医療現場をよくするベクトルの方向に動いているわけなのですが、ただ、実際に携わる医師、それから反対に救急隊員の人たちの意見を聞きますと、救急医療体制の枠組みのところに大きな壁がある。壁があるというのは、救急医療体制そのものにも言及しないと、いろんなものが解決しませんよねというような同じような議論が出てきます。

ということになると、メディカルコントロール協議会という枠組みをどういう位置づけにするのだと。今、委員がおっしゃったのと同じことになるわけで、既にある救急医療対策協議会とか、あるいはもっと大きな意味の都道府県レベルの医療対策審議会のようなレベルで、含まれた仕事になるのかならないのか、線があるのかなのかといった議論も当然また出てきたということも事実なのです。だから今、委員のおっしゃったのは、基本的にはこの作業部会の委員としては同じような考えだというふうに考えていただいていいかと思います

委員 要するに行政の下部組織になるような位置づけを文書で決めてしまえば、これは事故調を別に作らなければいけません。そうしたら、あの議論の中に本気で入るしかありません、ということを私は言いたいのです。だから、既存の行政の下部組織としての救急医療対策協議会というのが各都道府県にあるだろうと思いますが、それと別にMC協議会があるのに意味があるのです。

座長 先生のご意見は貴重なご意見としてテイクノートして、作業部会のほうでもこれを動かしてください。

MC 報告者 補足させていただきます。この救急業務協議会という名前が新たに出てきて、これが今、委員のおっしゃる新たな行政の枠の中にはまった一協議会じゃないのということで、おそらくご反論の意見が出たのだらうと思うのですが、いや、そうではないですよ。これは現状あるメディカルコントロール協議会というものを位置づける、いわゆる拡大解釈して位置づけるという意見が100%一致しなかったというところも若干あります。そういう意味でこういう形になっているとご理解いただきたいと思います。

座長 委員は反論をしているわけではないのだと僕は理解しておりましたけれども、いかがですか。

委員 何種類かの議論がここに混在しているように見えるのです。だから、それは整理する必要がある。名は体をあらわすで、名前を変えということは質が変わります。名前の問題は慎重に議論していただいたほうがいいと思います。

質の話になったからついでに申し上げますが、質の保障をするために基準をつくるという話がこの中に書いてありますが、医療の質を保障するために何かをつくるということは難しい話です。各専門分野のガイドラインというのは今いろい

ろ出ていますが、ガイドラインも質の保障に必ずしもなっていないということは各専門の先生方がよくおっしゃっています。質の保障の議論とこのメディカルコントロールの位置づけを強固にするとか、文章をがっちり作るとかっていうのは、それは難しいのではないかと思います。世界医師会で医療の質の問題についての議論の中で、質は絶えざる自己努力、プロフェッショナルオートノミーという医療に関わる専門職全員が常に努力する、その姿勢の中でしか保障できないという議論になっていることを一応お話させていただきます。

座 長 そうですね。その辺のところはまだ議論をしていかなければいけないところだろうと思います。

その中で今の続き、メディカルコントロール協議会という言葉と、先生方の救急業務協議会という括弧書きにしているというところに何となく違和感があるのですけれども、これは同じ意味であるというようにとっているのか。あるいは先ほどから委員が言っているいろんな方向性があるのだけれども、こういう方向性もメディカルコントロールということで救急業務も考えていいというように考えていいのでしょうか。

この点につきましては、いわゆる将来的な法制上といいますか、行政的な流れを見たときに、メディカルコントロール協議会というのはまだ行政上の言葉に出てきていないというか、そういう意味でいえば、先ほどのいわゆる消防法でいう救急業務という枠の中で考えたときに、救急業務の中に搬送と応急処置があって、それを規定するものという意味での救急業務協議会という名前を置きたいというのが、どちらかというと消防機関側の委員の意見であります。

しかしながら、医療サイドとしては、メディカルコントロールの業務の拡大ということでもいいのではないですかというところで、意見がそこで分かれているといいますか、実際に2つのものをつくっては混乱しますよ、別個のものではだめですよというのは、それは皆さん、委員の中では一致していることです。

座 長 わかりました。今のところは概要のところでもありますし、その後からも出てくるところでございますので、医療側と消防側の意見が、多少そのところであるのだということでしょうか。

MC 報告者 そうです。

座 長 どうぞ。委員、手が挙がっておりました。

委 員 2つあって、1つは今まさに座長がおっしゃったことで、この業務協議会という言葉がMC協議会とどういう関係にあるのかということと、それからもう一つ、先ほど少し先生がおっしゃっていたけれども、救対協とどういう関係にあるのか。この業務協議会の中身を見てみると、むしろ救対協に近いと。救対協とMCをどうするかというのは前々からの議論なので、単純にそれをここでどうするかと考えておられるのかということが1点。

それからもう一点、6ページの追加的な協議事項、これをMCの中で取り入れてやりたいということですよね。業務何とか会という新しい中に取り入れてやりたいということですよね。

1つは、上は先ほども少し紹介された4ページの以前に、搬送の基準のあり方で、やった内容とどう関連づけるのかというのが1点と、それから2番目も、現在、私が座長でやっている救急医療体制のあり方検討会の中で、まさにこれを今検討して、中間報告が出たところなのですが、それらとの整合性、兼ね合い、つまり今まで先生がMCの中でやっておられた周辺に救急に関わるいろんな問題点があって、それぞれが厚労省、あるいは総務省消防庁でやっておられるやつを、全部まとめた話になっていますが、そういう形で今後MCを動かしていきたいと思っておられるのか、その辺を聞きたいのですが。

MC 報告者

作業部会の中の委員の医師側の委員といいますか、私も含めてですけども、今、委員がおっしゃったように後半の部分ですね。だから、現在行われているメディカルコントロールの業務よりももう少し幅広い、言いかえると、例えばデータベース化、あるいはいろんなことを含めて資質の改善のためのいろんな作業とか、そういうことも含めて、それはメディカルコントロール協議会の業務でしょということまでの意見を持っている委員もおります。しかし、そういうことになると、非常に業務の拡大が大きくなることと、もう一つは委員がおっしゃったように、既にある救急医療対策協議会とか、都道府県においては救対審と呼ばれる、いわゆる医療主管部局の協議会がございしますが、その業務とどう住み分けするのか、あるいはそれと一緒にするのかという意見がありました。

行政の人たち、特に医療主管部局の委員の人たちからは、既にそういう都道府県レベルでの医療対策の関係として、救急医療体制あるいは搬送の先のこともしっかりとやっていますよと。何もメディカルコントロール協議会の拡大業務の中に入れる必要はないとまでは言いませんけれども、そこまでやると話はややこしくなりますねという意見もありました。ということになってくると、拡大するのどこかで線を引いてやるのかということになってきたのが実態です。

最終的にわかりやすくするために、特にこの作業部会はいわゆる消防機関の消防署群の業務ということで軸足を考え直した場合、救急業務というところで、処置と搬送でまず話をきっちり整理しましょうと。

もう一つ意見が出たのは、救急隊員と救急救命士という、今度は資格の違いで医師との関わりが大きく変わってくるのではないかという話もあったのですが、それもまずは話のわかりやすい救急隊員のほうに軸足を置いて話をしましょうということになると、やはりベースは消防法というところに戻って、こういう先ほどの図6に書いてあるような図の整理から始まったというのが現状であります。

以上です。

委員

ちょっと話が分かったような、分からんような話なのですが、つまり中でブレインストーミングされて、その話をそのままここへ出しておられるなら、それはそれでいいのですが、そうではなくMCとしてはこうしたいのだというやつが、かなりほかのところとバッティングするような状況になっていて、実はそれは今いろいろな意見が出て、こういうことなのですよという説明では、少し弱いと思います。

それからもう一つは、MCの部会はまさに守備範囲をどこまでにするかというのと、それからもう一つ考えるべきは、今のMCの中で質をもっと高度化していくとか、クオリティをどうすべきかを考えるということが結構大切ではないかなと思っているのですが、そちらの業務範囲、守備範囲の拡大の、むしろそちらのほうを中心に僕は考えられているのかなと思っていたのですが、これは守備範囲の拡大を考えておられるような気がして、その点を含めてもう一回議論されて、こういう意見があったということをもとにして議論されたほうがいいのではないかなと思うのですけれど。

座長

今のは質問というよりも、この作業部会に対してご意見、あるいはサジェスションをいただいたというようにおとりいただいたほうがいいのだろうというように思いますが、どうぞ。

MC 報告者

1つよろしいですか。正直言いまして、医学的な視点に立脚して議論するのと、現実のいわゆる病院前救護で実働している人たちの直近のいろんな諸問題をどうするのというところと一緒にあって議論しているところがなかなか結論の出にくいということは、ひとつご理解いただきたいと思います。

今、座長がおっしゃったように、ここで例えば親会議の中でどのような枠を議論しろと逆に宿題をもらわないと、メディカルコントロール協議会のあり方について考えなさいと言っても、これははっきり言いまして答えは出ません。この作業部会は2回しか開いていませんが、言いかえるとフロアを含めて、日ごろ意見はたくさん聞き及んでいますので、ある程度コンセンサスを得ている部分だけ申し上げますと、今現在、メディカルコントロールをやっている中身というのは、基本的には対象はほとんど救急救命士を対象に、例えばプロトコルに書いて、それに従って指示、助言をとりながら活動する。行った行為に対して検証して、再教育をして、そういう活動がどの地域においても毎月大体検証を含めてやられているというのが実態です。

それに対して、実際にこの傷病者はこういう患者さんです。胸が痛い。心筋梗塞かもしれない。循環器の急性病院へ運びましょうというところまで指導したいけれども、本当はそういう指導をして、実際にそこへ運び込まれてアウトカムはどうだったかというところを適正にきちっと評価することで、初めて病院前救護

及び救急医療の質が保障されてくると思いますが、そのときに病院選定という問題があります。それで、委員の形ではあるのですけれども、行き先まである程度決めましょうよということになると、そのことについての検証が必要になってきますねと。

それを検証すると何が問題になってくるかという、そういった病院はありません、そういった病院はとってくれませんということになってくると、救急医療体制そのものを論じないといけませんねという話になります。実態として、そこまで論じようと親会議がメディカルコントロール作業部会に言うのであれば、それは新たな違った物の考え方が出てくるのかなというように思いますので、むしろ逆にどういう方向性でこのMC作業部会はやりなさいと。作業部会ですから、宿題をいただいて答えを返すわけですので、ポリシーをこちらで討議していただかないと、基本的にはその手作業はできないというのも、作業部会の座長としては申し上げたいと思います。

事務局

メディカルコントロール作業部会座長からお話があったとおりでして、これはむしろ我々消防庁の事務局サイドの問題かもしれませんで、昨年も3部会設置していただいて、それぞれの部会でわりとパーツの分野のことをご議論いただくということで、昨年のメディカルコントロール作業部会は再教育の問題を中心にやっていたいたということですので、今年のテーマはメディカルコントロール体制がどうあるべきなのかということも含めてお話しいただいたので、今のメディカルコントロール体制をどうするか、どう高めるかという話を越えた、そもそもどうあるべきなのかというところを今年の作業部会にお願いしてしまったわけです。作業部会を2回、突貫作業でやっていただきましたので、こんな状況になっているわけですが、私共とするとメディカルコントロール協議会のあり方そのものが非常に大きな岐路というか、転換点にもあると思いますので、作業部会で一応論点を整理していただいて、メディカルコントロール作業部会座長のほうからご報告いただいたのですが、できましたらせつかくのこの親会がありますので、この中でご議論をさらに深めていただければという点が1点。

あと、メディカルコントロール作業部会座長からもご報告いただいたのですが、そもそも医療と消防の救急業務という問題はあるのですけれども、私どもこの検討会自体が救急業務高度化推進検討会ということで、救急業務というところに軸足を置いているわけですが、従来、救命士の指示体制等非常に高度なところをいろいろやっていたいるわけですが、救急の現場では救急隊員がベースになっているわけですし、消防業務としてやっているというところのあり方についてご検討いただけないかということで、ベースとして思っているところでございまして、医療とのかかわりについて作業部会でも、メディカルコントロール作業部会座長のほうからご報告があったように、いろいろな関わりのことが

ありましたけれども、軸足は救急業務、救急隊員、救命士も当然その中に含まれるわけですが、そこに軸足を置いてご検討、ご議論いただければというように思っております。補足で申し訳ございません。

座 長 ありがとうございます。その中でも、今の検討概要という1ページ目がありますけれども、この1ページ目がポイントになってくるところではないのかなというようにも思いますので、先ほどこの中でもありました質の向上策というのをMCでどのように救急業務の質という、その辺のところ、あるいは拡大という流れは、私、第1回の親会の議論で、いわゆる選定困難事例についてどうように考えたらいいのだろうかというところだと、もう少しMCを利用していくということが打開策の一つとしてあるのではないのかという流れも出てきたわけがあります。それがこの流れの中で追加的なところにいつているのではないのかなというようにも思って聞いておりました。

今言っているのは6ページのところです。追加的な2つのところですが。そのようなディスカッションもあったわけですが、本日ここで、ある程度またいろいろ流れをつくっていただきまして、それを作業部会のほうにお渡しして、議論を深めていただければいいのではないのかというように思いますので、今、医師の先生方がメインに出ておりましたけれども、これから法的なところ、あるいは消防の皆さん、どんどんご意見をいただきたいと思います。

委 員 すみません。ただいまのお話に法的な話が多かったもので、私の方で今消防法の条文等を確認させていただきましたが、私も専門にやっているわけがないので、なかなか理解するのが難しい分野だなというのが率直な印象でございます。このMC協議会のあり方を考えるに当たって、法的な問題というのは非常に多方面の事柄が出てくるのだらうという気がいたしますけれども、そもそもこれをまず法制化しようという話が多分1つあるのだらうと思われま。それをするかしないかというのが当然論点になるわけですが、法制化することのメリットとしてどういったものをお考えかというのが、1つお聞きしたいことでございます。

その上で具体的に今年度中にどこまで検討をするべき、あるいは検討したほうがよいとお考えなのでしょうか。要するに親会としてある程度の方針をお出しするというのは当然だらうという気がいたしますけれども、先生方のご議論の中でどのあたりまでであれば、話として詰められそうだというご感触をお持ちなのかというところをお聞きしたいと思います。

MC 報告者 まず、メディカルコントロールの業務を法制化するというのは、法制という言葉が適切かどうかわかりませんが、いわゆる位置づけを何か法制上で、あるいは行政上で明確にしていいただかないと、特に救急医療を行っている医師、それから現場で働いている救急隊員が非常に不安な部分もありますよねというところが

ございます。最初に、そういう意見がたくさん出ました。ですから、最初に医師法と救急救命処置として救急救命士に行為の一部を渡しているということと指示を出した医師と、それを受けて行為を行った救急救命士との行為の、例えばマルプラクティスがあったときの過失案分というのはどうなるのかという問題は、今、メディカルコントロール協議会の中で検証したり、指導したりしているけれども、そのことも含めて位置づけが不明確です。

ですから、期待としては何か明確な位置づけ、あるいは場合によっては法上の解釈でわかりやすいものがないのでしょうかというのを最初に議論しましたけれども、そうするとこの議論の土俵は総務省消防庁という立場のところでの議論ですが、実際には医療に係る部分、あるいはそれ以外のところにも当然関連する分野がありますので、果たしてそこで議論をして答えが出せるような方向性を示せるのかどうかというところで、正直なところ、その先議論するのが少し手詰まりな状態であるのも事実でございます。逆にいい意見があればお聞かせ願いたいというのが正直なところです。

委員　　そういう意味でちょっとだけお話しいたしますと、法制化することのメリットというのは今お話になった各関係者の責任の範囲というのがはっきりするというので、これは責任の問題というのが1つあるのだと思います。それからもう一つ、救急業務全体の制度設計をする中で、メディカルコントロール協議会の権限を明らかにする。これは権限の側面といってもよいと思うのです。大体この2つが、大きく分けていうとあるのではないかと私の中では考えているところです。

ただ、この権限の問題をぎりぎりと詰めていくということになりますと、先ほど委員からお話があったように、周辺的な制度との関係であるとか、具体的な権限の中身を法律なり政省令の形で書き込むということになるわけですが、そのためにはかなり厳密な議論をしなくてはならないということになりますので、これはなかなか短期的にできる話ではないかもしれないという気が致します。しかも、そういうようなカチッとした制度をつくること自体に、おそらく委員などはご異論がおありなのだろうという気がしますので、そういうところも含めて考えるということになりますと、かなり大変な作業になるというのが率直な印象でございます。

ただ、それとはまた別に、おそらく今日お話しいただいたことの一つの大きな柱は、どのような位置づけであるとしても、メディカルコントロール協議会で決められることはどういうことなのかということをはっきりさせたいというお考えだと思います。これは要するに、例えば医師法違反になるような業務を救急隊員に行わせるという形でプロトコルをつくることはおそらくできないということになります、そこがはっきりしていないので、メディカルコントロール協議

会の役割なり、権限というものははっきりさせなければならない、という問題認識がおりなのではないかというように伺いました。

そうだとしますと、これはメディカルコントロール協議会をどのような行政組織にするかという事とは無関係に、どういう組織形態であってもここまでの事しか決められません、あるいはこういう事であれば決められますということをはっきりさせておくということにそれなりの意味があるという気がいたしますので、その範囲であれば、ぜひ法的な部分も含めてご検討いただければというように私としては希望いたしております。

座 長 委員のご意見としては、これは法制化をしたほうがよりメリットは大きくなるのか、法制化しないでも位置づけだけをしっかりすればいいのか、あるいはその中間なのか、委員はどのようにお考えですか。

委 員 位置づけ自体はしっかりしておいたほうがいいと思います。位置づけというのはちょっと曖昧な言い方ですけども、今、まさに先ほど私が最後に申し上げたことですね、どこまで決められるのかという事は、はっきりさせておいたほうがよろしいのではないかと考えております。

あまり細かい話は控えたいのですが、救急隊員の話と救急救命士の話というのはおそらく次元の違う話ではないかと思っております、救急隊員というのは要するに消防法上の救急業務に当たるかどうかという話ですので、これは人単位で考えている問題、法律関係ではないのだろーと思います。ところが、救急救命士というのは国家資格という形になっておりますので、これは人単位での問題ということで考えられる話なのだろうと思います。おそらく次元の違う話ですので、重なってくる部分もあれば、食い違ってくる部分もあるのは当然であろうという気がいたします。そういう部分も含めて、メディカルコントロール協議会で何を決めて、どういう形で行えば、少なくとも現行法令上問題がないということになるのかということは決めておく必要があるのではないかと思います。

ただ、その上でメディカルコントロール協議会自身を、行政組織としてカッチリした権限のあるものとしてつくるべきかどうかということは、かなり問題がいろいろありそうに思いますので、今の段階では私のほうではこうしたほうがよいということは申し上げづらいところでございます。

座 長 わかりました。今、法整備というのは、多少簡単にはいかないのではないのかというご意見でございます。

委 員 今、委員のほうから救急救命士にとっての場合と、救急隊員にとっての場合と違うのではないかとということで、今回のこれを見ますと、従来、総務省消防庁は救急隊員が行う応急処置については、搬送途中で緊急やむを得ず緊急事務管理、あるいは緊急避難としてやるという見解でずっとやってきたように思うのですけれども、今回のこれを見ますと、救急救命士が業として行うというのと同じ

レベルでこれを行うと。それに対してのメディカルコントロールというニュアンスにとれるのですけれども、ここはその辺、見解は少し変えていらっしゃるのでしょうか。

座 長 事務局からお願いしたいと思いますが。

事務局 ここは我々もいろいろ再度調べて、結論的にはあいまいな、今までもあいまいだったのかなということなののですけれども、20ページにございますが、当時の整理は反復継続して、医行為に当たるのだと思いますが、危険性が低いという一定の類型については、刑法35条の正当行為に当たるということで、医師法の17条との関係で違法性がないものとされてきたと。緊急避難的というのと緊急避難としての行為というのは若干違うと思いますけれども、緊急避難の要件に当たる場合でないと違法性がないということではなくて、行為自体が当時の考え方では、告示をすることによって正当行為に当たるということになっていたのだと。

61年の改正では、緊急やむを得ない場合においては応急手当ができるということではなくて、緊急やむを得ぬものとしてということにして、そこが若干あいまいなところだと申し上げたところなのですけれども、緊急避難的なものをあらかじめ予測される類型として消防法に位置づけたということで、そこは緊急避難行為として違法性が阻却されるのではなくて、一定の類型についてはもともと業務として正当行為に当たるのではないかという整理であったようでして、それをベースに今回議論をしていただければというように思っております。

委 員 ちょっと根本的な問題に戻って申し訳ないですが、メディカルコントロール作業部会の委員達が議論していただいた中で一番押さえないといけないのは、委員もおっしゃったように、このMCってどう機能させるのだという問題ではないかと思うのです。現場を抱える我々からすると、歴史的にこのMCがつくられてから飛躍的に何が一番よくなったかという、我々の活動、これは業務というよりもまず救急活動をイメージしていただきたいのですけれども、患者さんが発生して、最終的に我々の仕事というのはある病院に収容してもらうところで終わるわけですが、その病院との関係が孤高的に形成されていたものが、このMCというものをつくっていただくことによって、結果的にこの活動というのは、まず医療との関係の中でどのように行われているのだという理解を生んだということと、それからその理解を生む中で病院としてはどのように受け取っていくかということとのコラボレーションが出てきたということなのです。

何を皆さんにお話ししたいかという、先ほど座長もおっしゃった追加的な協議事項の中の1と2というのは、当然発展的にあって然るべき話であって、これをやるとかやらないかという問題ではなくて、当然に歴史を重ねる中で、ましてや社会的に収容困難という状況が生じている地域の救急医療の中で、我々は救急というのがどう役割を分担していくかということを考える上においても、単な

る消防と病院の関係ではなくて、そこにMCというような組織が介在して、いろいろな検証も必要でしょうし、それから例えば委員もおっしゃったように、地域にあるいろいろな医療との会議の中で私がぜひ望みたいのは、MCとして出ていただきたい。つまりMCというものの持っている考え方とか、救急の搬送のやり方とか、そういったものを表現していただきたい。

だから、抽象的な言い方で大変申し訳ありませんが、MCと元々ある既存の救急関係の会議とどのように位置づけるのかという問題は、救急という、つまり病院と衛生行政と搬送、いわゆる流通部門になっている我々があるとするならば、その流通部門側のほうの切り口の中で、言うなれば地域の救急というのをどのように形づくっていくかということを、ぜひとも発言をお願いしたい。だから、委員には大変申し訳ないですけども、これが機能なのだろうと思うのです。だから、それをどれまでやるかということがまず一つあるべきだと私は思います。

今度は、例えば名称、位置づけという問題が出てくるのですが、これはその機能をどのようにやっていくかという中で、必然的に出てくる話ではないのかと思うわけです。全国的な風景を見ると、これは今言ったやつと少し矛盾するかもしれませんが、MCが非常に機能している地域とそうではない地域が現実にあるのです。そうした場合に、ある程度の底上げをしていくという意味の中で、例えばこの位置づけということが機能するならば、これは私はやっていただきたい。

MCが機能している地域の中で、現実に東京については、本日、東京のMCの委員の方々にいらしていただいております、座長もそうですが、t-PAだとかっていう、そういう脳卒中一つにしても既にもう機能しているのです、MCというのが。何を言いたいかというと、根拠という前に既に機能として認知されている部分があるのです。しかしながら、それがまだ認知されてない地域の中には、これを認知する一つの手段として、こういった法制化というのも私はあつて然るべきじゃないのかなというように思います。

以上であります。

座 長 ありがとうございます。いいご意見をいただきましたが、まだ消防の皆さん、たくさんおられておりますが、いかがでしょうか。どうぞ。

委 員 今回のメディカルコントロール作業部会のご説明をお聞きしまして、今回、事務局からお話がありましたとおり、1つはメディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大というお話がありましたね。もう一つは、やはり先ほどお話がありましたように、協議会の法的、行政的な位置づけ、この2つをいろいろな角度から議論していただいたというように、ご説明を聞きながら思いました。特に所掌事務の中には、先ほどおっしゃったように、逆に搬送側、いわゆる消防側から医療機関に対して、こういうようなことで受け入れていただけなかった、というよう

な状況を検証していく必要があるだろうなというのが1つ。

そして、法的な位置づけですけれども、これもやはりもうちょっとまだ議論の中で踏み込んでいただいてもいいのではないかなと思うのですけれども、できたら私としては法の中で一定の救急業務を実施するに当たってのそのような位置づけといたしますか、検証といたしますか、そのようなものを、その名前がメディカルコントロール協議会になるのか、救急業務協議会になるのかよくわかりませんが。そのような一定の法的な位置づけは、救急活動業務については、こういうようにやるというのが法律で決められているのですけれども。その後の救急業務の質を保証する分がないというのもおかしいなというように思いますし、これは法的に必要なというように自分としては思いますけども。

座 長 ご意見、ありがとうございます。まだメディアの代表の委員方、あるいはその他の本日代理で出ておられます消防の皆さん、よろしゅうございますか。どうぞ。

委 員 すみません。MCに関しては私も現場にいるわけではなく、横目でいろいろ救急医療の方の議論を眺めて、この10年近く見たところで、先ほど委員がおっしゃった、決められていないというか、そのプロセスで随分議論とかを、メーリングリストというある種の地域に属さないMCの場を見させていただいている中でのお互いの意思の深め合いとか、問題点の共有化というのに遭遇なされていたのを見てまいりました。

委員がおっしゃった底上げになるのであればというのはわかる気がするのですが、多分、この間、ずっと果たしてきた役割がようやくここまで来て、先ほどおっしゃったように全国的なところである程度ここまで言えるということまで来たのだから、ほとんどその差というのは、位置づけはある意味であり法律的にきちぎち詰めたものでなかったからこそできたものがすごくあったのであろうと思っていますし、ちょっとメディア的な物の言い方をすると変かもしれませんが、法律で決められていて、役割ががっちり与えられてやっているとこでないところでの関係者の、特に救急の先生方は皆さん熱いですから、そういう皆さんの現場に対する思いというのは、法律のところにぎりぎり追い込んでしまおうと思うと、何かが落ちてしまうような気がいたします。

もちろん底上げのところに何があるか、本当にやらなければいけないのは何かあるのかもしれませんが、そこのところだけは何か決められるようなことがもし見えてくれば、あり得るのかもしれませんが、私はそれが何に当たるのか今見えないところでは法律にという、あったらあったであまり気は行政的にはわかる気がしますけれども、それによって逆に手を縛られてしまったりとか、事務はここまで決められているのだからというように逆に言われてしまって、例えば先ほどおっしゃった、ここにある1、2なんていう話は別にやってもいいのではないかと。

まさに私もそう思うのであって、それはMC協議会として社会的に提言することに対して何らどこかにしてはいけないという事がなければ、それぞれの立場に応じて与えられた社会の役割を提言されればよいのであって、何もそれは縛られていないところも、時代は変わりますし、医療体制も変わりますし、それに沿ったことが法律的にできるのかという、実際にこれから例えば5年後、10年後を考えたときにできていけるのかというように思うと、今のこのMCがこの10年間やってここまで来たプロセスを考えると、あんまりそこに、あるといいなという気持ちはわからなくないですけども、そこにいつてしまう怖さというのはちょっと逆に感じます。そこで気が付いた時に、何をやっているのだみたいな話を私たちの立場の者が言わなければいけないようなことになるのがとても残念なので、そちらの方には行って欲しくないなと思っています。また、その分はある意味では関係者の皆さんの善意というか、そちらに向かおうとする何かを信じたいという気はしております。感想的なことでごめんなさい。

座 長 ありがとうございます。ここまでみんなでディスカッションできるところまで来たのだよというところも大事なかなというようにも思います。

実は、我々はまだあと2つ部会の話をしなければいけません。まことに座長の不手際でこうなっておりますが、またここに戻ってきても結構でございますので、いかがでございましょうか。次の連携のところにさせていただいて、また時間があれば戻るということにさせていただければありがたいと思いますが、よろしゅうございますか。

委 員 ですから、この作業部会の報告書に対して、ある程度の方向性といいますか、何か宿題をやれと言え、宿題をやることはいといたませんが、やっても受け付けられない宿題ばかりやっても徒労に終わりますのでね。

座 長 確かに。ただ、今のディスカッションは、ある程度の方向性が出ているのではないのかなというように思います。それは事務局と座長で少しもませていただいて、委員の皆様にもまた提示させていただいて、こういうことでどうだというようにさせていただければありがたいと思いますが、ありがとうございます。それでよろしゅうございますか。

すみません。次のところにいかせていただきます。それは次の消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の座長からまず報告をいただいて、ディスカッション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と連携する部分があると思います。

報告者 東京のMCはそれなりの実行支配的な水準で、連合軍でやっている。だから、
(消防機関 法律には多分なじまないだろう。ただ、うんとおくれているところがもしあった
と医療機 とすれば、それなりの法律をつくってあげないと明治時代の日本と同じですか

関の連携
に関する
作業部会)
以下消医
報告者

ら、そういうようなことを少し思いました。

そういう意味で地域、地域によっていろいろあるということがありますので、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の資料も、実際のところ前回とか、年度の前にご説明したように、都会においての景色と、それから多少医療資源の少ないところの景色とが相当程度違うということなども確認したところでございます。今回はこの救急作業部会の検討というのは、受け入れの状況の実態そのものに関する詳細な、もう少し現場の事実在即したものを統計的に把握することが大事だろうということがあって、7月25日と9月4日に作業部会を開きました。

詳細調査というのはその次の、表紙からすると3枚目になりますが、調査対象や対象区域をここに書いてあるような形でやっていこうということでもあります。見ておわかりだと思いますが、調査対象区域を東京消防庁管内で調整中と書いてございます。これは実は相当程度に肉薄した形での議論をしたいということがございましたので、全国でやりますと似たようなことが起きてしまって、どうにもならないだろうと。

それから、肉薄するためには、消防にもかなりの負荷がかかろうということがございましたので、負荷を一肌脱いでくれるところ、または矛盾がかなり凝縮しているだろうということもあって、パイロットスタディという形で、ですからこれで全国を全部見られるということは到底ございませんけれども、肉薄した実態を調査しろということになれば、極めてパイロットスタディ的にこれでいけるかということをやらざるを得ないだろうということがあったので、約1カ月間、東京消防庁の一部分でやってみよう。

それで、対象は11回以上聞いたものとか、いろいろありましたけれども、一発で回答したものは、そういうような意味での実態について、実は肉薄する一つの理由ではないかというものが、どんどん一発回答で決まっているということがあるかもしれませんので、全事案についてやってみよう。調査項目は種別、回数、滞在時間、理由とその件数、それで傷病種別のこれらについてですが、具体的にはその下にありますように、ベッド満床といってもどのようなベッドなのだろうとか、処置困難といっても一体何なのかだとか、それから既往症や傷病種別、それから医学的な背景、社会的な背景、ここら辺の私たちの作業部会の委員はかなり現場でつらい思いをしている救急隊やドクターたちがおりますので、社会的背景等についての議論が結構たくさんありました。

次のページにありますように、救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査用紙というのは、受け入れに至らなかった理由というようなところで、ベッド満床のところを少し区分けしてみよう、処置困難のところも少し区分けしてみよう。医学的な背景のところは次のページでまた説明しますし、社会的な背景につ

いても説明させていただきたいのですが、これらの表に書き込むことによって、先ほどの調査対象の項目が埋まっていくだろう。

その次のページですが、上の受入に至らない理由コード、これはベッド満床といっても、いろんな解釈の違いがありますので、きちっと決まるかどうかわかりませんが、少なくとも会員の中ではこの程度にはしておいたほうがいいのではないかと、処置困難もこの程度でよろしいのではないかというところになっていて、このカラムができ上がってございます。

医学的な背景というところを見ていただきますと、これは救急隊が、もともと精神疾患があつて人工透析もしている患者さんが、たくさんの薬を飲んで意識水準がこんな調子ですというような形で、患者さんの情報を病院に届けると。そういうところで2つ、3つは埋まっていくだろうという形で、例えば結核の患者さんがいて、内科と場合によっては整形外科が必要だということになれば、それで医学的な背景がある程度決まるだろう。

多くの場合、そこで東京消防庁の方たちは、正直にひとり暮らしの高齢者だとか、ホームレスでこういうわけだとか、実は結構たくさんお酒を飲んでいるようで、嘔吐していると。このような状況を言いながら、社会的な背景をプレゼンテーションしながら患者さんを運ぶということがございますので、そういうことをチェックしながら1回断られ、2回断られということがあれば、それなりの情報を積み上げていくと。おそらく1カ月間東京消防庁でやれば、万の単位はいくだろうということがありますので、それを分析することによって少し受け入れ体制の実態に肉薄できるのではないかと。断られるときには単に医学的な理由だけではなくて、または医療資源の問題だけではなくて、患者さん側の社会的な福祉、いわば福祉的な行政の社会的な意味での弱者が厳しいことを被っているかもしれないということについてもわかるだろうねという議論でございます。これが、私たちが今考えようとしているところであります。

最後のページに議事録の抜粋と書いてありますが、第2回の議事録の抜粋もございますけれども、第2回目のほうを見ていただきますと、おわかりのように、詳細調査を実施するためにお願いしますと1番目にありますが、医師会に言っておいたほうがいいだろう。というのは、結局、医師会のほうでも、こういうわけで断りますよといったときのこういうわけだという中での医学的な幾つかの理由がございしますが、ベッド満床だとか、ベッドの満床もどういうベッドが満床だとかということがありますが、一定の水準で言葉のやり取りの理解、言葉の定義というように言っているのかどうかわかりませんが、共通言語的なそういうセンスで議論するためには、該当する医師会、例えば東京消防庁の第2方面本部でやろうということになれば、大田区と品川区の該当の医師会の病院の先生方には、最低限こんなことをしましょうということで聞いておいってください

ということでお願いしたほうがいいでしょうし、理由などについて分析的なこともやりますのでよろしくということも、分析そのものは私たちがやるにしても、先生方に知らせておくというのが紳士的なやり方なのだろうということがあるのであります。

ですから、その他調査項目に関する意見とか、公表に関する意見とか、いろいろございますけれども、とりあえず現場の救急隊に多少の負荷はかかりますけれども、得られる真実というのは欲しいですけれども、単に医療資源だけの問題でないかもしれない問題についても含めて、今回の連携の状況を把握しながら、よりよい連携に持っていくと。先ほどのメディカルコントロールでいけば、6ページに円滑な救急体制を確保するための受入体制の整備に対する提言とありますけれども、これも自動的にMC協議会などでやっていけば、こうなるはずだという話はこれを見てもわかりだとは思います。

ということで、とにかくやってみようというところになっていますので、やってみようというときにこのようにしたらいいのでないのかという議論があれば、ここで拝聴したいということでもあります。

以上です。

座 長 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会座長、ありがとうございました。いかがでございましょうか。何となくこうなのだけでも、エビデンスはどうなのといつも言われているところを本当にやるのという感じがしますけれども、どうぞ。

委 員 今まで医療機関側から直接理由を言わずに、消防のほうからの推測だけだったものを、こうやって医療機関、消防、双方で共通の定義を決めて入れるというのは非常にすばらしいなと思います。

ただ、それでも例えば専門外と医師不在とかというのをどう定義、つまりどのように入力、選ぶかというガイドがないと、例えば開放骨折の患者さんをお断りしたという時に、そもそもうちでは整形外科はやっていませんというときは専門外で、整形外科は標榜しているけれども、今日はいませんというのが医師不在なのかとか、あるいは手術スタッフというのは整形外科の医者はいるけれども、麻酔科が来ないからだめというのが手術スタッフだというような具体的な実例を挙げて、こういう場合はここに分類してくださいというような選ぶガイドをつくって、病院同士、あるいは病院と消防で解釈があまり変わらないようにしていただくと、よりいいデータができるのではないかなと思いました。

座 長 ほかにいかがでございましょうか。

どうぞ、委員。

委 員 これは消防機関と医療機関の連携に関する作業部会座長のお立場で、学問的にぜひともこういうトライアルをやってみたいということは全く反対しません。

なぜそういうことを言うかという、今、救急医療をめぐるいろんな情勢というのは、現場のここだけの問題で解決できない 이슈 が幾つかあるわけです。というのは、例えば複雑化・高度化したことによって患者と搬送先医療機関とのマッチングが複雑になって、搬送時間が延びている、それから結果として、集約化ということでも搬送距離が延びるわけですから。これも行政がそういう方向を進めたことによって、それは当然延びるわけです。それから、ドクターの偏在・不足という点は医師会も指摘していますので、ご承知だと思いますが、それがここにどのようにあらわれてくるかというのはなかなか難しいだろうと思いがながら読みました。

それからもう一つは、医療費を含めた社会保障費を切り下げてきた結果、今まで何とか成り立っていたものが成り立たなくなっているという現実、委員の方もお話のとおりだと思うのです。そういうものもここに結果は出てこないと思うのです。ですから、そういう別種なパラメータを除いたこの現場の話としてはこうでありますよという締めくくり、のために、データとしては貴重だと思いますが、これは学問的検証としてやっていただくのがまず大事ではないかなと思うのです。

というのは、結局これがひとり歩きすることによって、逆に現場の方々が困る事態になることは一番好ましくないと思うのです。何とかそれを逆にしたいという願いは共通の願いとしてあると思うのです。ですから、学問的検証の上でそのデータをどう扱うかというのを、この場で考える必要があると思うのです。そうしないと、例えば断る回数が増えてしまっているのは誰が悪いのだという議論のパターンは社会的にもまずい展開になるのではないかなとの危惧を申し上げました。

消医報告者

委員の言っていることは120%わかっているつもりです。もっと露骨に言えば、今、最後におっしゃったようなコンテキストで記事を書こうとしている人たちが実際にいます。ですから、そういう意味ではそもそも医療者性悪説みたいな記事を書かんとしていると。その手の人たちから言わせれば、結局、生活困難者や外国人は断っているのかみたいな、そのような意味でのポジティブキャンペーンにしようと思えば使えるわけです。

ただ、救急医療の私たちの現場は、救急隊が困っているとかさつきありましたけれども、今困っているのは患者さんが困っているわけですから、その患者さんが困っている状況の中に、単に救急医療という問題だけではなくて、当然のことながら議論の中に出てくるとは思いますけれども、後方への流れをどう考えるのかということであれば、後方ベッドの問題は山ほど出るわけですから、入り口の部分においても社会的な弱者というか、社会の矛盾というのか、そういうものが覆いかぶさっていると。そこを避けて通して、4回が2回になったからいいと

か、15分が10分になったからどうだという話をしても、多分何となく夢のような時間が過ぎていっただけで、何も残らないだろうということがあって、このような医学的な背景なり、社会的な背景について議論しようと。

これはそれぞれの地域で、それぞれも多分議論していると思いますけれども、最低限私の所属する東京都においては、MC協議会にしろ、救対協に関連した会議にせよ、どちらかというところのような理由で受け入れの医療機関が相当程度に逡巡すると。そういうような患者さんをさっき受けたのに、また同じような患者さんを受けるのといったとき、また同じようなというときは、また骨折を受けるのというのは違うのです。ここにはMSWの方というか、そういうような人が何とか頑張らなければいけないような患者さんをさっき受けて、また受けてということが起こると、僕たちの病院は一体どうなってしまうのだろうという素朴な部分があって、委員が言うみたいに、それをどのような形できちっと社会に対して説明することができるかという一番難しい部分にチャレンジしているのです。ぜひご理解いただきたいと思います。

委員が言うみたいに、そういう意味でのキャンペーンに使おうと思うと、比較のおもしろおかしくなります、これは『週刊〇〇実話』みたいになってしまっ。でも、そうではなくて、自分たちの国の形をどういうようにしたいのだという事にまじめに使おうと思えば、逆にこれもちょうど使えるわけですね。ということです。座長、以上です。

座長 委員の皆様、医学的背景、社会的背景、これは要らないよ、これを追加してくれよという何かありましたら、また後からでも結構でございますので、事務局なり消防機関と医療機関の連携に関する作業部会座長にお話をいただければありがたいと思います。そして、このような形でいいデータが出てきたら、とてもおもしろいというのは、医学的な見地だけからでも大事なことだろうと思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思いますが、どうぞ。

委員 医学的な見地からということですが、今、おっしゃったような、ある種医療機関側の本音が聞けるようなアンケートの中身というのは、とればとっておいたほうがいいのかなと思うのですけども。例えば受け入れに至らない理由、これは高度ですけれども、例えばその中のコメントに、浸潤する理由にメリットがないとか、経済的に問題だとか、あるいは今、委員がいろんなことをおっしゃいましたよね。そういうのが書けるようなアンケートを入れておくのも一つの手かなと。少し性格は変わりますけれども、と思うのですけど。

消医報告者 実は双方にとって、それほど負荷はかからない形でパイロットスタディをやってみようと思いました。ですから、やった暁に、今、委員がおっしゃったような形で、例えば5回以上とか、東京でいえば30分以上のことに関してのみ、今度、後からそのときの当直、ないし院長先生にコメントを求めるということをやって

もいいのではないかということはあると思います。

今は医師会の先生方が、例えばさっき委員が言いましたように、手術スタッフ不足に指示2にしてというルールをつくっておけば、指示の2と言えればいいと。わかりましたね。やっぱり指示の4にしておいてと。その他というのは、これ以外なのか何なのかわからないものはみんなその他に入りますから。ですから、だらけてやればその他がいいから、山ほど増えてくるということになるのでしょうか。でも、今は双方にとって負担のかからないような形で、だからこの下の傷病者の背景とか社会的背景は、救急隊がプレゼンテーションする中でチェックしていくだろうということで、医療機関側としては聞いている。だから方法としては、医療機関側が、うちの病院は外国人はだめということを言うことは想定してないのです。

ですから、そういうようなところでやろうとしているということで理解していただければありがたいと思います。

座 長 ありがとうございます。どうぞ。手短にお願いします。

委 員 4 ページ、傷病者背景の（１）医学的背景の真ん中より右の結核とありますね。これは結核だけでなく、これは新興感染症を含めて感染症とか、そういう項目のほうがいいのではないかなと。

消医報告者 これは東京でしばしば問題になるのは、感染症というよりはむしろ結核患者さんが朝までずっと決まらないということが山ほどあったので、結核となっているのです。

さらに、エイズとかその他の感染症とか入れてもいいのかもしれない。

委 員 あと、調査結果の扱いについて心配をしているというのはご理解いただけたのですよね。

消医報告者 これは医師会の先生方に説明するときにも、同じ質疑応答が生じるだろうということを十分わかってやろうとしています。

委 員 扱いについては最後にご一緒に相談しませんか、この会議で。

消医報告者 もちろん、もちろん。それは、報告書を書くのは座長ですから。

座 長 ありがとうございます。それでは、何か具体的などころでもう少しご意見があるようでしたら、どうぞ、よろしくお願ひしたいと思います。

時間もそろそろ残り15分ぐらいになってまいりました。最後、トリアージ作業部会からの報告をお願いしたいと思います。よろしくお願ひしたいと思います。

委 員 トリアージ作業部会は、7月28日、8月20日と2回作業部会を開かせていただきまして、本年度の検討項目につきましては大きく3点、1つはトリアージプロトコルの精度向上のために実証検証をするということで、これはかつて平成18年度に1度実証検証をしているわけですが、当時まだ通信指令員の教

育であるとか、言葉の定義ということが不十分な段階でやりましたので、少し精度を高めた上でもう一度やってみるということを行いました。

これに関しては札幌市、仙台市、川崎市、京都市の協力を得て、約1カ月程度のデータ収集を行う予定でございます。今回は事前に十分予備期間を置いて、現地の通信指令員あるいは救急科の方と、チェックシートのそれぞれの項目の持つ医学的な意味について十分説明をさせていただいて、その趣旨を十分説明した上で、今回はやらせていただきたいと思いますと思っております。

トリアージの結果、1つは救急隊員が現場で観察をして、先ほど現場での重症度・緊急度というものが出ていましたけれども、あれに合うような形で、特にバイタルサインから見た重症度。それからもう一つは、病院到着時の最終的に医師が判断する入院の可否、あるいは3週間以上の入院が必要であるという観点から見た重症度。それから、一部の消防本部とMC協議会が協力を得て、1週間後の確定診断名等をこの通信の内容と比較して、その精度を確認するということを考えております。

法的な課題につきましては、3つのポイントについて問題を抽出させていただいております。まず1つは、実際トリアージを行った際の具体的な法的責任がどのように発生しているのかという観点。このトリアージをするということに関して、通信指令員への責任なのか、あるいはプロトコルをつくった人の責任なのかという問題。それから、実際にトリアージのプロトコルをつくったときに、この実施が法的に正当化されるかどうか、あるいはそれを地域ごとに地域の実情に合わせた形で使っていくということが、先ほどのMCで全国と地域という関係もございましたけれども、どの程度許されるのかという検討が必要であるということ。それから、実際にこれを運用する段階になったときに、どのような形で実施を決めるのか、あるいは運用体制を決めていくのかということに関して、その法的な問題を検証する必要があるだろうということで、これもまた後で質問があれば受けたいと思います。

それから3つ目、2ページにいきまして、今までこのトリアージに関しましてはずっと議論をしてきたのですけれども、具体的に赤だったらどうするのか、黄色だったらどうするのか、緑だったらどうするのかという具体的な運用があんまり絵にかかれず、単に机の上で重症度を決めているだけということをやっとご批判を受けておりました。

もう一回ここをきちっと考えるべきだろうということで、赤、レベル1というふうに考えていいと思いますけれども、これは基本的には大至急、一刻も早い緊急搬送が医学的にも必要であると。場合によっては現場にドクターが行くDr.カー、あるいはPA連携等よりたくさんの隊員を現場に派遣するという心肺停止、ショック等を考えたものが赤の中心になるというように考えております。

黄色というのは、今現在の通常の救急搬送の対応となるもので、これに関してエビデンスはないのですが、東京都でやっていらっしゃる救急相談センターのプロトコルで、救急搬送の必要なものというのは1時間以内に病院に行くことが望ましいものという一つ区切りがございましたので、これをお借りいたしまして、大体救急車で病院に行けば、おおむね1時間以内に行けるものが圧倒的に多いというように考えられますので、1時間以内に病院に行くことが医学的に大きなメリットがあるものと。これが黄色というように医学的には位置づける。

そして、緑については1時間以降でいいと。その中には6時間以内ぐらいには行ったほうがいいというもの、翌日でもいいもの、あるいは最終的に病院に行く必要のないものも含まれてくるというように考えられます。

それでは、具体的な対応ということで、赤と判断されたときはということで、これはもちろん最迅速対応ということで、どのように救急車が込んでいても、赤の傷病者に対しては常時即刻対応ができるような体制を組むことが望ましい。そして、可能であれば、もちろんファーストレスポnderとしてPA連携ということで、複数隊、あるいはDr.カーの運用等もこれを実際の運用としては考える。

黄色というのは、今の通常の救急対応というように考えていただく。

緑というのは、現状では普通に救急対応をしているわけですがけれども、これらは救急車の運用が非常に厳しい時間帯、これは今回の作業部会でも消防本部によって非常にばらつきがある。年間何十回も出払ってしまうような地域もあれば、出払うことはほとんどないと。常に予備があって、余裕があるというところもありますので、そういう中で逼迫したような状態があるときには、緑の方には少し待っていただくと。そして、救急車を温存するということも運用としてはあるのではないか。あるいはこの緑の方については、あまり搬送ニーズが高くないのであれば、救急相談センターにボタンタッチをして、そちらで救急相談をするということがより適切なものもあるだろうということで考えました。

この3つの分類というのは分けることはもちろん可能ですけれども、赤を見つけ出すということは今までのトライアージ、2年前の検証でもかなりある程度の確率、精度で可能であるということがわかってまいりました。

それから、黄色については、黄色の中で特に、ある程度重症なもの、これは非常に見つけることが可能、つまり脳卒中や心筋梗塞についてキーワードを聞いて見つけることは可能ですけれども、黄色と緑、つまり1時間以内に行ったほうがいいかどうか微妙であるというところに関して、これは実は非常に多くの医学的な質問をしなければいけないところで、この間を見るのは今の通信指令員の訓練・教育等ではとても無理であるというのは、例えば東京の消防相談センターで見ますと、ここは救急相談看護師が判断に一番苦勞するところで、非常に多くの質問を多くの時間をかけて、医師の助言を得て決めていることが多いという部分

になりますので、ここについてはそのすべてを簡単にプロトコルで決めていくことは難しいと。

ただ、その中で非常に特異的な症状、つまり非常に軽いけがであるとか、そういうものについてはある程度見つけ出すことができるのではないかということが、ここでは考えられました。

したがって、具体的な運用としては、黄色と緑の区別をつけて運用するのであれば、そのためにかなりの通信指令員の訓練をまずしなければいけないのではないかと今考えられています。今回の実証検証の中で具体的に赤と黄色を分ける、それから黄色の中で特に重症のものを見つけていくと。そして、その中で黄色と緑が分けられるかどうかということについても、具体的に1カ月間のデータをとって、データを出して、またここで示させていただき、先の方針を決めたいというように考えております。

後ろにくっついている資料の3ページは、プロトコルの現在の初期対応で、通信指令員がどのような言葉で聞くかというものが3ページ、4ページとございます。それから、5ページ、6ページにあるのは、これは実際、通信指令員が机の上に置き置いて、電話をとりながら聞くものですが、具体的にすべての傷病者に7番までは聞きます。患者の話ができるかどうか、意識があるかどうか、呼吸をしているかどうかだけは全員に聞きますけれども、そこまで聞いたところですべて救急車は出してしまいます。救急車を出した後で、現場に向かった救急隊が、より適切な活動をするためにもう少し詳しく状態のお話をお聞かせくださいということで、8番以降の詳細な状況を聞かせていただくということで検証をする方向になります。

6ページ目は、同じく外傷に対する、主に受傷機転、損傷部位等に関しての質問用紙です。

7ページ目は、東京消防庁が現在、相談看護師が1日に70件から80件の救急相談を既にしておりますので、そこで使っているものと少し色が紛らわしくなるので、考え方の整理ということだけで出させていただきました。東京消防庁の救急相談センター、これは一番下にありますように、あくまでも医学的知識を有する看護師が医師の監督のもとで十分な時間をかけて行うトリアージということになります。東京消防庁では赤を救急車要請が必要、橙を1時間以内の救急受診が必要、黄色が6時間以内、そして緑が当日ないし翌日の日勤帯受診でいいだろうというように分けております。

ただ、今回、我々が考えている通信指令室で指令員が極めて短時間で行うトリアージ、対象は救急相談ではなくて、救急要請に対して行うものですから、これと同じようなことを行うのは到底無理であるということで、そうするとまずこの赤の中で特に心停止の可能性のあるもの、あるいはショックなどのものをレベル

1として、これは先ほど言ったように口頭指導をまず行うこと、心肺蘇生の指導等を行う。そして、救急車プラスポンプ車、あるいはD r.カーをするということで、ここを見つけると。

それから、レベル2というのは、1時間以内の救急受診が必要であるということで、これはもちろん赤のと、それから1時間以内というのは、東京消防庁の救急相談センターではこれは自力でというようには言っていますけれども、実態としては足がなければ救急車に乗らざるを得ないということで、橙の中でもかなりものは最終的に救急車要請になっているものもございますので、ここまでが一応救急車対応レベルと考えております。

橙と黄色がうまくきれいに通信指令員が分けられるのであれば、ここでいいわけですが、ここが大きな課題というように考えております。

それから、レベル3の中で、特に明らかに救急搬送が必要ないものは先ほどの軽いけがであるとか、通信内容が相談に近いものに関しては、別途抽出できるかどうかを今回検証してみようと。こんな対比をつくっています。

8ページ以降は、東京消防庁の救急相談センターで使っている日本救急医学会監修の救急医療相談プロトコルの一部抜粋でございますので、ご参考にして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。今、お話をいただきましたけれども、このトリアージの作業部会というのは昨年も一昨年もやっておりましたので、委員の方はある程度ご存じだろうと思いますけれども、いかがでございましょうか。何かご質問、あるいはご意見がありましたらどうぞ。

委 員 それから、7 1 1 9というのは何で1 1 9なのって、ゴロ合わせなのですか。それは私に説明させてください。短縮ダイヤルなのですよ。今のN T Tの短縮ダイヤルで、井だから7 1 1 9の4けたの短縮ダイヤルを選べと言われたときに、たまたまうちの職員が調べていったら、7 1 1 9があいていたのです。それで今使ったのです。

座 長 それは何か意味はなかったのですか。

委 員 いろいろ考えたのだと思いますけれども、あまり深い意味はなかったのではないですか。

座 長 何はともあれ7 1 1 9でございますので。どうぞ少しまだ時間があるようでございますので、ご意見をいただきたいと思いますが。どうぞ。

委 員 1点、これは事務局に確認したほうがよろしいのかと思うのですが、とりあえず作業部会で当然このデータが出てくると思うのですが、今回メンバーに入っていないのですが、横浜のほうで10月からスタートするデータというのをもらって、こちらのところにいただくような形になっているのかどうか

- だけちょっと確認しておきたかったのですが。
- 事務局 そのところは横浜とよく連絡をとりまして、データは一定の期間は必要になると思いますけれども、また還元したいというように、事務局でその作業をしたいと思います。
- 座 長 これでやってもらいたいというところで、よろしゅうございますか。委員、ちょっとご意見がなかったのですけれども、何かありましたらどうぞ。全体を通じても構いません。
- 委 員 すみません。遅れてまいりましたので、十分議論を理解できていないかもしれませんが、特別にはございません。この＃7119のほうでこういう形でやることで、救急車要請の負担が多分非常に少なくなるのであろうというように思うのですが、これで今のところ非常に手おくれになったとか、そういうことはないわけですか。
- 座 長 委員、どうぞ。
- 委 員 今、委員がおっしゃったように、119番にかかってきた方に対してこれを行っているのではなくて、元々、例えばちょっと体調が悪いのだけれども、本人もしくは家族が病院を紹介していただきたいとか、または場合によってはもうちょっとレベルが高くて、最近は認知度がかなり高くなりまして、病院の紹介というよりはまず自分の状態がどういうことか知りたいと。その後、どう対応したらいいかを知りたいという方で、別でかかってきていますので。
- 多分、今、委員がおっしゃったのは、あくまでもあれは119番にかかってきたものの中でどのように見分けていくかという話なのですけれども、我々が今、福祉保健局だとか、東京都の先生方と連合してやっている相談センターというのは、本当に別のある面ではサービス事業というのですか。ただ、そうではありませんけれども、まだ因果関係はというか、相関関係は明確ではないのですが、確かに救急車の利用自体における軽症の比率が減ってきているのです。これは全国的にもその傾向があるので、一概に相談センターができたからというように明確には言えませんが、妙に数字が、先ほど委員もおっしゃったように、1日大体70～80件で、年間通すと大体2万6,000件ぐらいあるのです、今年の6月1日から始めまして。救急件数が、2万3,000件ぐらい減っているのです。これをもって直ちにそれはそうだというふうに言ってしまうといいかどうかわかりませんが、そういうふうな状況もございます。
- 委 員 そうしますと、今のところ119コールとはコネクトしていないわけですね。119に来た方を軽症そうだからということには全くしていないということですね。
- 委 員 それはしません。ご本人が119番したけれども、実はこんなことなのだという方がいたときには、ご本人の了解を得て相談センターにかけ直していただくこ

とはありますけれども、うちのほうから無理やりそっち用ではありません。

それから、ついでに、さっきからおっしゃっているように、これは赤だよ、これはすぐ行ってもらわなければ困るよというコールについては、逆に今度はうちのほうから119番がすぐ、同じ部屋でやっていますから、そちらから救急車を出すというような連動はしております。

委員 わかりました。

消医報告者 追加させてください。今、サービス業という言葉が出ましたが、実はそうではないということをきちっと言っていたかないといけない。

委員 申しわけありません。口が滑りました。

消医報告者 今の最後の話でいきますと、すぐに救急車を出しますよね。本人は救急車を呼ぼうかな、どうしようかなと思いながら相談に来た。けども、聞いた相談員が即救急車を判断した。そして行った。そして、心臓がとまりかけているのを助けたというのはありますので、そういう意味では重症患者さんについてきちっと面倒見るということで、電話をかけてよかったという症例の報告も何症例か上がってきていますので、この1年間かけてそんなことをやってきている。

今、ちょっとサービスの話で、強いてここではトリアージの話が出ていますので。実は東京消防庁では119番でのトリアージではなくて、119番で現場に行って、現場の救急隊員がこれは搬送するには値しないほど軽症中の軽症だというようなものを、プロトコルを決めて患者さんにご説明をして、その説明の結果、やっぱり乗らないよというふうな患者さんが実はいるのです。これは100人のうち、たしか60人ぐらいが乗らなくて自分で行きますとか、やっぱりそうだよねと。勝手に警察官が呼んだので、私が呼んだわけではないです、ごめん、ごめんということもあるかもしれませんが、いずれにしてもそのような症例がある。

そういうような事業のときに、呼ぶかどうかわからなかったから、呼んだのだというような話があり得ますよね。つまり、結局よくわからないので呼ぶということがあって、呼んでみたら軽症だったと。そこで、そんなこと言ったって、同意しろと言われたって、私は嫌だというようなことの一方に、実は相談するプロセスがありますよというものを、サービス業というかどうか知りませんが、として存在すれば、都民から見れば呼ぶときに相談するものがあると。実は呼んでしまったのだけれども、乗らなくていいよ。こういうのがあるのだね。要するに車の両輪みたいな形で、現場のトリアージと相談センターが絡んでいるというような理解をしてください。

座長 ありがとうございます。今、サービス業という中で、この相談センターに東京都の住民ではなく、北海道なり九州なり7119に。それは当然あるわけですよ。だから、それをみんな先生の院長のところまで全国全部でやっただけなのですか。

消医報告者

これは純粋に、医学的に橙色とか黄色とかっていう話はもちろんできますが、最終的にはあなたの地域にはこういうような医療機関があるので、週が明けたら何処何処と何処何処とどこかへ行かれたらいかがですかという形で話をまとめるということがありますので、ホノルルではとか、バンクーバーではという話になっても、これはどうにもならないし、札幌とか福岡でもやはりどうにもならない。だから、かけてくるのは仕方ないとは思いますが、結論的にはこういうことなので、地域でどうぞという形をとらざるを得ないということだと思えます。これは地域性を持っているものだと理解してください。

委 員

小児救急電話相談事業＃８０００との整合性と、小児救急相談事業では全国センターの設置要望との両方の話があります。たしか、子育て相談を含めると、一般相談のほうが圧倒的に多い。こちらの＃７１１９のほうでも小児のプロトコルを作成していますので、いずれこれは全体を包括していくという、そういう方向性が必要だろうなという概念は持っています。突然全部一括でというのは大変だと思いますけれども、いずれそういう方向をご相談させていただければとは思っています。

消医報告者

今、東京都の医療政策部長は交代していますけれども、前の医療政策部長はたくさんの相談が東京都に乱立というか、複数あると。それは使用する都民から見れば、整理していくべきだろうという議論がありますので、今、おっしゃったようなワールドワイドではなくて、日本国全体でいけば合理的な話だと思います。

座 長

ありがとうございます。

委 員

外国人の相談電話もありますよね。そういうことを含めて、外国語のものであったり、いろんなものが必要だと思います。

座 長

ありがとうございます。そろそろ時間もオーバーしてきておりますので、この辺で本日の議論は終了させていただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。そして、トリアージ作業部会もこの流れでパイロットプロジェクトを設けていきたいと。それについてもご了承をいただいたということにさせていただきたいと思います。札幌の皆さん、またよろしくお願ひしたいというように思いますが、ほかの部会の中で何か明日になったらこれはどうだというのがありましたら、どうぞご遠慮なく事務局なり私なり、あるいは作業部会の座長にどんどんご意見をいただければありがたいと思います。

それでは、本日また１０分ぐらい遅れてしまいました。申し訳なく思います。これで事務局のほうにバトンをタッチさせていただきたいと思います。

事務局

先生方、非常に内容の濃いご議論を短時間でいただきましてありがとうございます。まだまだご議論を伺いたいところでございますが、基本的に行政と消防と医療、けんかをしたいという話ではなく、消防と医療のどこがというせめぎ合いをするというよりも、協力をしていきたいという話だと認識して承っております。

た。今後も活発なご議論をぜひお願いいたします。

次回は10月23日（木曜日）10時から12時、同じ会場で開催したいと思っております。そしてまた、第4回をいつに設定し、日程調整をどうするかということも座長と相談の上、進めさせていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

座 長 23日は前回のときに日程をいただいていたところですね。

事務局 はい。

座 長 そうですね。ありがとうございます。

それでは、次回10月23日、よろしくお願いしたいと思います。ありがとうございました。

— 了 —