

## 第1回救急業務高度化推進検討会議事録

I 日時 平成20年5月23日(金) 13時30分～15時30分

II 場所 三番町共用会議所 大会議室

III 出席者 川手委員、小出委員、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  
山口委員、山本委員  
オブザーバー：佐藤氏

### IV 次第

- 1 開会
- 2 あいさつ
- 3 委員紹介
- 4 座長選出
- 5 議題

(1)平成20年度救急業務高度化推進検討会検討項目について

- 6 閉会

### V 会議経過

事務局 第1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。私は荒木の後任として救急専門官を拝命いたしました溝口です。本日進行を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。

まず、開催に当たりまして、消防庁次長の大石よりごあいさつをさせていただきます。

挨拶 委員の先生方には、大変お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

この救急業務の高度化の検討会でございますが、平成17年度から、救急需要対策検討会という形で始めさせていただいたわけでありまして。平成16年に救急搬送件数が500万件を超えるという中で、いかに緊急性、重篤な方を速やかに病院に搬送して命を助けるか、こういう問題意識のもとに検討会を発足させていただきました。以来、山本座長はじめ委員の先生方には大変お世話になっております。今回また委員の方々の拡充をさせていただきまして、さらに具体的な検討を進めたいということで、今年度第1回目の運びとさせていただいたわけでありまして。

こういう検討をやっている過程で、ご案内のとおり、昨年救急搬送をめぐる問題が大きな社会問題になったわけでもございます。なかなか受け入れ先病院が決

まらないということと、消防と医療の連携はどうなっているんだということで、報道でも随分取り上げられ、ご批判もいただいたわけでございます。

そういう中で、昨年はこの検討会に消防機関と医療機関の連携に関する作業部会というものも新たに設けさせていただきまして、従来からやっておりましたトリアージの検討、それからメディカルコントロールの検討、合わせて3つの部会のもとに検討をずっと進めてきたわけでございます。

やはり一番大きな問題でございます、いかに命を速やかに救うかという意味では、引き続き医療と消防の連携というのは非常に大事であると。私ども昨年、搬送と受け入れ体制の実態調査というものもやらせていただきましたが、やはり医療体制のほうに大きな問題もあると。ということであれば、いかに受け入れ医療機関の体制を強化していただくか。私どもとして、そういう観点からまた協力できることがあるのではないかとということで、今年度その辺も重点的に、消防と医療体制の連携ということについて突っ込んだご検討をいただきたいと思っております。

それから、受け入れ病院を選定するに当たって、やはりメディカルコントロール協議会に一定の役割を果たしていただく必要があるのではないかとということで、私どもそういう問題意識のもとに厚生労働省にも働きかけをしているわけですが、メディカルコントロール協議会はそもそも救急業務の質の高度化ということで、消防に対してご助言いただくという形で、かなり大きな成果を上げていただいているわけでございますけれども、これからは受け入れの検証、検討等の機関としてもメディカルコントロール協議会に一定の役割を果たしていただければ非常にありがたいということも含めてご検討いただければありがたいと思います。

それからトリアージの問題でございますが、トリアージというのは、やはりいかに重篤、緊急性の高い患者さんを速やかに搬送するか、そのための手段として17年度から検討してきている課題でございます。坂本先生中心にプロトコルの検討をずっとやってきております。これもいよいよ今年度は最終的な形で、具体的なプロトコルの作成ということにして仕上げをしていく段階ではないかと思っております。

この3つの作業部会をさらにまた活用させていただきながら議論を深めていただければと思っております。

ということで、私どもこの検討会、世の中、国民の間で医療の問題、救急の問題が大変関心が高い中で、大きな役割を果たしていただけるものと期待をいたしておりますので、ぜひともまたご議論を深めていただきながら、その検討を踏まえて消防庁としても救急体制の強化を図っていただきたいと思っておりますので、よろしく願い申し上げます、冒頭のごあいさつにさせていただきます。

事務局

よろしく申し上げます。

次に、事務局より各委員のご紹介をさせていただきます。

**【省略】**

次に、座長の選出でございますが、事務局からの提案としまして、今年度も引き続き山本先生にお願いをしたいと思っております。いかがでございましょうか。

(「異議なし」の声あり)

では、山本委員には席を移動していただいた後に、一言ごあいさつをいただければと思います。お願いいたします。

(山本委員、座長席へ移動)

座長

ありがとうございます。私、この4月1日から日本医科大学の救命救急センターから東京臨海病院のほうに移りました。これからもよろしくお話ししたいということがまずもってのお話でございます。そして、このようにまた座長という大きな仕事をさせていただくということで、私自身皆様の絶大なご支援のもとに最善を尽くしていきたいというふうに思っていますので、ぜひぜひよろしくお話ししたいと心から思っております。

また、委員の先生方にありましては、お忙しいところお集まりいただきまして、心から感謝申し上げます。また、蒸し暑い日が続いておりまして、何か既に梅雨のはしりに入ってきたのかなというふうにも思っている次第であります。

また、昨年度はこの検討会での活発なご意見をいただきまして、心から感謝申し上げます。あのご意見をもとに報告書をまとめさせていただきまして、全国の各消防本部に配付させていただき、非常に参考になったという声をいろいろなところから聞いております。心から感謝申し上げます。心から感謝申し上げます。

救急行政というのは、国民の期待がますます大きくなっているところでありまして、その中でもさらなる高度化の必要性ということをいろいろなところで聞かれるわけでありまして。そのためにはやはりメディカルコントロールということの重要性がますます大きくなっていくのではないのかというふうに私は考えております。そして、さらなる充実のためにこの検討会でも作業部会として、先ほど次長からのお話にもありましたけれども、メディカルコントロールの作業部会をぜひつくっていただき、メディカルコントロール体制のあり方についてさらなる検討をお願いしたいというふうに思うわけでありまして。

また、最近の救急搬送というのは、救急医療機関の収容困難事例というのがだんだん大きくなっていくわけでございますので、この問題を取り上げてトリアージということのあり方を、もう少し救急業務をめぐってのトリアージをぜひ検討

していただければありがたいというふうに思っております。

この2つ、そして医療との連携ということの3つの課題についてさらなる検討を続けていきたいというふうに思っておりますので、各委員の先生方におかれましては、ぜひぜひこの課題についての忌憚のないご意見をいただきたいと心から思っております。よろしくお願ひしたいと思ひます。

事務局 では、座長に以後の議事進行をお願いしたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

座長 早速でございますけれども、議事を進めていきたいというふうに思ひますので、事務局から資料の説明をまずいただきたいと思ひます。

事務局 資料の確認をさせていただきます。1つは、第1回救急業務高度化推進検討会次第、もう1つのは、平成20年度救急業務高度化推進検討会参考資料です。

事務局からご連絡でございますが、ここで撮影は終了とさせていただきます。

座長 最初の議題でございますけれども、この検討会そのものことでございますけれども、昨年同様公開としたいというふうに座長として考へておりますけれども、いかがいたしましょうか。よろしゅうござひますか。ありがとうござひます。

それでは、検討会については公開ということにさせていただきますというふうに思ひます。

それでは、本論に入つていきたいと思ひます。本年度の検討課題と作業部会の設置につきまして、事務局から説明を願ひたいと思ひます。

事務局 救急企画室長です。説明をします。縦書きの紙の一番最後のページに平成20年度救急業務高度化推進検討会検討項目(案)という1枚紙がついてです。そこに3つの作業部会とその作業部会で検討いただければと思ひます項目につきまして、①、②等で並んであります。

もう1つのパワーポイントの横書きの資料ですが、これは参考資料ということで、主にこちらのほうで内容をご説明したいと思ひます。

今年度の検討会は、座長のお話にもありましたが、作業部会を3つ設けさせていただきますというところでして、パワーポイントの資料の1ページ目にありますが、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会、メディカルコントロール作業部会、トリアージ作業部会ということなんです。

まず、1番目の消防機関と医療機関の連携に関する作業部会につきまして、どういったテーマについて事務局のほうでご検討いただきたいかと思ひているのかについてご説明します。

2ページは項目でして、縦書きの紙と同じものですので、3ページをお開きいただきたいと思ひます。昨年の連携部会におきましては、当面する救急搬送における諸課題を検討するに当たりまして、早急に対応できるものということで、救急医療情報システムの改善でありますとか、救急患者を受けるコーディネーター

のあり方等についてご議論いただいたわけですが、その中の議論でやはり受け入れ医療体制の充実強化ということも非常に重要ではないかというようなお話がありました。

3ページは現行の救急医療体系図ということで、3次、2次、初期ということですが、この医療機関についていろいろな支援、診療報酬における支援でありますとか、公的な財政支援というものもあろうかと思いますが、4ページに数字の資料をつけさせていただいておりますけれども、この分野におきましては、いわゆる国の、地方分権の関係の三位一体改革によりまして、救急医療対策関係事業、国庫補助事業がかつて100億を超えるような補助金額ということで推移しておったわけですが、順次、初期、2次と3次の一部について一般財源化ということで、地方団体の財源をもって賄うということで、税源移譲をされていったわけですし、今、救命救急センターの私立分について国のほうで補助金を持っているということです。それ以外につきましては一般財源化されたということでありまして、この部分の地方財政措置が非常に大きなウエートを占めるようになって参っておりますので、このあたりも含めた救急医療機関の運営に対する支援のあり方についてご検討を進めていただければというふうに思っております。

もう1点が、救急搬送受け入れ医療体制の実態に関する詳細調査ということですが、5ページにありますのが昨年度消防庁のほうで行いました救急搬送における医療機関実態調査の項目、左に項目がありまして、4つのカテゴリーで、重症以上であるとか、産科・周産期、小児、救命救急センター搬送事案という4カテゴリーにつきまして、それぞれ照会回数であるとか、受け入れに至らなかった理由等を調べました。その中で、例えば調査票の3に、受け入れに至らなかった理由の中で、ベッド満床という理由がありまして、これもかなりの比率があったわけですが、そのベッドの中でも、いわゆる救急の専用ベッドがいっぱい受け入れられなかったのかということなのか、後方のほうの一般の病棟についての理由だったのか、このあたりがもう少しわかれば姿が見えてくるのかなというご指摘もありますし、その右の処置困難につきましては、これも大きなウエートを占めておりましたが、処置困難の定義は設備、資器材がないというハード的な理由でありますとか、スタッフ不足ということでソフト面の問題があるわけですが、そもそも当該医療機関では手に負えないような状態、傷病者であったということで断る場合も入っているという定義です。

中には、いろいろなリスクの問題もありますので、これらのものも入っているというご指摘もあるわけですが、この背景についてもう少し姿が見えてきたら今後の対策につなげられるのではないかということで、このあたりをもう少し調べたらどうかということです。

もう1つは、傷病者の方の具体的な事情、下に○がありますけれども、例えば

年齢区分ですとか、各消防本部の調査では疾病の中でも中毒であるとか、例えば開放性骨折なんかはなかなか医療機関が決まらない例が多いというようなお話もあります。そういった傷病の状況、あるいは、傷病者個人の要因、既往症、精神疾患であるとか、個別には肝硬変であるとか、寝たきり、住所不定等とありますけれども、傷病者の要因につきましてももう少し背景がわかればということがあるかと思えます。

今のお話の関連で6ページに、昨年の調査の中でここまではわかったというような情報ですけれども、いわゆる2次、3次の医療体系の中で、昨年の調査から見えました姿が6ページにありまして、3次機関におきましては、手術中・患者対応中でありまして、ベッド満床という、いわゆるキャパが手いっぱいということで、これ以上受け入れられないということが大きな理由になってますけれども、2次以下の機関におきましては、処置困難というのがトップの理由でして、この背景がもう少しわかれば対策につなげられるのではないかというような問題意識の1つです。

あと、年齢につきましては、7ページに現在の消防機関が搬送しております搬送人員の年齢別の内訳ということですが、現在の統計では、年齢で言いますと65歳以上という1つのくくりしかありませんで、高齢者と成人と少年以下と。少年以下も18歳未満ということですが、よく言われますのが、この10年間で救急搬送自体、全体で50%増えているということですが、高齢者が2倍以上になっているというところまで、この背景がどういうものであるのかということを追及する必要があるのではないかというようなお話をよくいただくところです。

関連で8ページですが、これは人口統計の中からとってきたこの10年の推移ということにして、日本国全体での高齢者の人口の推移で見ますと、これは直近が平成19年ですので、1年ずれているわけですが、平成9年から19年の変動率というのが、65歳以上で見ますと39%ということにして、これが救急搬送については増えているのはなぜかということになるわけですが、当然のことながら65歳以上の方につきましても75、85と10歳で区切っていきますと、上の階層の方のほうの伸び率が高いわけにして、特に今後の推移ということですが右の3つ、平成19、29、39とあるわけですが、これは将来推計の年齢の刻みが65歳から75ではなくて70になっていまして、あとが10歳刻みということでそこがずれているのですけれども、19年の棒グラフを見ていただくと同じ高さになっていまして、その年齢が5歳ずれているのですが、19年以降は10歳刻みということになっております。

それをごらんいただきますと、特に今後10年間で、80歳代の方が46%増、90歳代が83%という形で、逆に65のちょっと越えたあたりは29から39にかけてはマイナスになるということですが、今後10年間で、高齢者の中でも

年齢の高い方の部分が非常に爆発的に増えるということですので、我々の救急搬送の実態についてももう少し年齢的なものも見ていく必要があるのではないかとということでご意見をいただければと思っております。

9ページですが、傷病種別ということですので、昨年の調査でも我々がこの背景をできるだけもう少し知りたいということでしたが、現在の救急搬送の統計ではこの疾病区分のくくりしかありませんで、ごらんいただく限りのこういう形なのですけれども、背景を探るには不足している。

例えば、よくあります薬物の中毒の関係ですとか、睡眠薬飲んで自損行為というようなものはこのくくりでいきますと多分その他に入ることですが、そういったものも個別の傷病者の方の状況に深入りといいますか、もう少しデータがないとわからないわけですが、このあたり厚生労働省さんとも協議をいたしまして、さらに詳細な調査が行えればということですので、以上の2つの大きな柱を1番目の消防医療の連携部会でご検討いただければと思っております。

事務局からこの部会については以上です。

座長 それでは、事務局からのご説明がありましたが、この資料の中の9ページまでの流れで連携に対する作業部会のところをお話いただきましたけれども、ご意見をいただきたいと思いますが、いかがでございましょうか。どうぞ。

委員 この部会でやる一番初めの救急医療機関の運営に対する支援のあり方です。済みません、事務局の説明がよくわからなかったのですけれども、要は、ここに書かれている国庫補助というものに対して検討されるということなんですか。

座長 今のは2ページの1をお話ししておりますが。どうぞ。

事務局 国庫補助金そのものは厚生労働省さんのほうで所管されておりますので、私どもこの委員会で直接取り上げるということは適さないのかなと思っております。先ほどごらんいただいた4ページの表はむしろ国庫補助金の額の推移なのですけれども、一般財源化ということで地方財政措置の部分に移行してきているという姿がありますので、補助金もちろん重要なのですけれども、一般財源とされた部分について何らかの工夫なり支援の拡充等の必要があればここでご意見をいただければというふうに。そういう地方負担部分について、我々は主に念頭に置いているということです。

委員 わかりました。

座長 よろしゅうございますか。どうぞ。

委員 今の委員と同じ支援のあり方についてという部分なんですけれども、3ページ目の救急医療体系図という図を出していただいておりますけれども、この第3次、第2次、初期というものの施設の数等は基本的には医療の実態をどこでやっているかということではなくて、あくまでも補助金であるとか、つまり財政的な応援をしている病院の数がこれだけあるということであって、これは2次救急医

療機関が3,143カ所しかやっていないとか、これ以外にも輪番でなくてやっているところもあると思いますし、これはもともとおそらく救急告示病院の制度からこのような1次、2次、3次というふうなシステムに変えられてきたわけですが、その中で、2次医療機関はどうあるべきかということはおそらく厚労省側のほうできちんと議論をすべき議論ではあるんですけども、ただ、同時にどのような施設に運ぶということが適切に病院前救護を行えるかという観点からすると、非常に消防、救急側のほうの協力のもとで救急医療の体制自体をもう1回今考え直す時期ではないかなというふうに思います。

そういう面では、もちろんお金のことも非常に大事なのですが、このような初期、2次、3次という救急医療機関が、どういう救急医療機関がこういうところに当たるべきか、あるいは2次を担当するということはどんなリソースを持ってどんなことをしなければいけないのかということ消防側からもどんどん注文を入れて、一緒に考えるというふうな意味合いがあれば、今委員がおっしゃられたように国庫の補助金を増やすとか減らすとかということよりもうちょっと大局的な話になるのではないかなというふうに思いますけれども、いかがでしょうか。

座長 今のお話は厚労省と合同して調査あるいはディスカッションしていく必要もあるのではないのかというような中身だったように私は今感じましたけれども、何かご意見がありましたら。

委員 そうですね。きょうここにおいでの方の中でもかなりの方がご存じだと思いますけれども、あり方検討会というのを開催しております、その中はもともと救命救急センターの適正配置等々からスタートをしたはずなのですが、最近2次救急をめぐる問題がクローズアップをされてまいりまして、きょう県の方もいらっしゃってなかなか言いづらいのですけれども、県の方にお任せしているだけでは、私どももいろいろとご批判を浴びることが多いものですから、2次救急というものの位置づけとか、資質とか、そういうものについてお任せしますというだけではどうも都合が悪くなったのかなと、ぐあいが悪くなってきたのかなという感じですので、前回ぐらいからそのあり方検討会の中でも2次救急医療機関の位置づけなり評価なり、あるいは要求される水準とか、そういうものについてもご議論いただくような形になっております。

ここであまり全部言ってしまうなくてもいいのですが、次回のあり方検討会の中でも2次救急病院をどうするかということについて少し踏み込んでご議論いただきたいと今考えているところです。

座長 委員、どうぞ。

委員 私、ほんとうに何も知らない上でということでもまず申し上げますけれども、この作業部会、第1の部会をつくって、今までもいろいろな調査をやってきました

すが、今回それをさらに掘り下げようことをやってみたいというご説明だったと思うのです。そこで、もう既に考えられていることかもしれないと言わずもがなのかもしれないのですが、聞く側として、次のようなことが可能かどうかと感じた点があります。

これから、例えば1年たって何らかの統計処理がまたなされるようなこういうデータが出てきて、こういう新しいことがわかりましたということが出てくるのだらうと思いますが、やはり日本も広いので、ここの会議でも県別のようなデータが出てきたことがあります、それに関連して次のようなことが可能ならと考えます。そう簡単ではなく難しいかもしれないのですけれども。

それは、救急の体制でもやはり日本全国どこでもまずつなっているとか、どこでもうまくいっているとかそういうことはなくて、やはり地域によって格差があるはずです。

そうすると、私の単純な頭では何かモデルでいいのですけれども、モデルとしてここは比較的うまくいっている地域というのがあれば、それは一体どういう要因があつて、こういう形でうまくいっているのかという話があり、別に非難のためではなくてうまくいっていない地域ももう1つ具体的に上げていただいて、ここではやはりこういう問題があるからなかなかうまくいっていないというようなことが出てきて、さらに、日本の中で平均的なところはどこなのかわかりませんが、平均的なところはこういうところで、そこはこういうような形になっているというようなものが……。

だから、自分がやるわけではないので申し訳ない話ですが、そういう形で、後で、1年後でも何でもいいのですが、何かAモデル、Bモデル、Cモデルみたいな形で提示されて何らかの分析がなされる、比較対照がなされるというようなことがもしあると素人的にはわかりやすいかなと感じました。ないものねだりみたいな発想だったかもしれませんが。

座長 いや、それほど難しい話ではないのではないのかなとは思いますが、事務局、いかがでしょうか。

事務局 昨年の調査でも受け入れ困難事案という見方だったですけれども、大都市部と地方とかなり違うということがわかってきましたし、おそらくことしの調査もどこだけ取り上げるというところとまたいろいろと問題がありますので全国調査になると思いますけれども、その中で、A、B、Cなのか、そういう視点を当てて、そこを掘り下げるといふようなこともできるだけやっていきたいというふうに思います。

座長 ぜひよろしくお願ひしたいというふうに思います。今の委員は、うまくいっているところで、うまくいっているからという意味ではなくて、どこにその原因があるのか、うまくいっていないのはどこに原因があるのか、掘り下げていけばも

もう少し我々の検討での明らかなデータ的なもの、あるいは理由がわかるのではないのかなと。とても私、アイデアとして取り上げてみたいなというふうに思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

いかがでしょうか。

委員 今のことに絡んでくるのかな。あるいは、委員のご意見に絡んでくると思う。5ページの実態調査がかなりいろいろと今後の大きな対応にかかわってくるところかなとは思っているのですけれども、救命センターを別にして、2次救急医療機関等の処置困難とか、あるいは、傷病別分類で慢性疾患をどうするか、どういう実態かというようなものを引ってくるめて、この調査対象医療機関、左の上の1の4つ、これだけで実態が出ますか。そこがちょっと心配なのですけれども。

特に処置困難等は2次救急医療機関が中心だと思うのですけれども、この4つで大体引っかかりますか。これは対象医療機関というのではなしに全2次救急、3次救急の中からこういうのを出すという意味ですか。

事務局 左上のところは医療機関のくくりではなくて、傷病者の搬送の初診の傷病程度が重症以上とかということで、傷病者に着目した分類ということなのですけれども、昨年年間490万人運んでいる中で、重複を除いて95万人ぐらいということですので、大体2割を調べた格好になるのですけれども、ちょっと私どももくくりがこれで十分なのかどうかということもありませんして、特に軽症事案が52%ほど占めていますので、そこも調べる必要があるという要素もあるので、どこを対象とするかということもご議論いただければと思っております。

委員 搬送医療機関は救急車の実態からということですよ。

事務局 そうということです。

委員 それは大体先ほどの3ページのこれに合うのでしょうか。

事務局 救急搬送でということですので、大体この中に入ってくる。2次、3次が中心で運んでいるということになると思います。

委員 わかりました。

座長 どうぞ。

委員 今の5ページ、6ページ、7ページの調査の関係で確認をしたいんです。多分去年は受け入れ困難ということに焦点を当てたのでこういうような調査設計になっているのだと思うのですけれども、今委員のほうからお話もあった慢性の話ですとか、軽症の話なんかも当然項目に入ってくるのだと思いますけれども、医療施設というだけでなく、介護施設のようなものとかそういうところにいらっしゃる方とか、もともと退院してきて自宅で治療中なのかとか、何で救急に運ばなければならないかということをもう少し見ていかないと、多分先々の高齢者が増えてくるという数字に対して、ただ単に数字以上に多分増えてくるだろうと思われるような根拠があれば、もう少しここで何をしていかなければいけない

か、どんなことが求められるのかなとわかるのですが、その辺は何か具体的にどのような調査設計をしようとかという考え方がありましたらお示しいただければと思います。

単にまず結果であるように、高齢者の数字以上に増えている部分は、多分在宅で何かがあったらすぐ救急車で運ばなければいけないというか、そういう状況に置かれている人たちが結果的に増えているということであらわしているのだろうと思うのですが、その辺が実際に調査の運んだ人の中に見えてこないとおかしいのかなと。そういう人たちに対して、実際にほんとうに救急車でなければならなかったのか、何らかの病院救急の仕組みとか別の方法で何かなかったのかとか、そんなようなことを見ていくためにそういうことがわかるような調査であってほしいと思うのですけれども、その辺についてはどのようなお考えでしょうか。

事務局 具体的にはそこも含めて部会のほうでもんでいただければと思っておりましてけれども、事務局では今のところ、今委員のお話にあった中で、傷病者の方の搬送もと、在宅の方なのか、老健施設等に入っておられた方なのか、そのあたりもできればとればなという考えはあるんですけれども、それは手間の問題と両方の要素も考えなければいけませんので、そこをちょっと見ながら項目については絞っていきたいというふうに思います。

座長 委員、よろしゅうございますか。

委員 はい。

座長 重要なポイントだと思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと。委員、どうぞ。

委員 東京都の中で救急医療の対策会議をやっているんです。いろいろな角度の中で、今委員がおっしゃられたように、基本的に皆さんご存じのとおり、病院に行かれる患者さんは自分で行かれる方もいれば救急車で行く方もいらっしゃるわけで、比率としては救急車のほうが少ないのです。

その前置きは別として、何を言いたいかという、私は今回ここでやられるいろいろな角度の中で、結果として病院の収容が困難になった理由を突き詰めてみようではないかというような意図がこの調査の中にあるだろうというふうに思っているわけです。そのやり方というのは、今事務局がおっしゃられたように、これから専門部会というか、そこで検討されるのでしょうか、1つ参考なのですけれども、東京都の中で、9ページを見ていただきたいのですけれども、我々も角度として、こういった症状別の中で搬送の病院の収容が困難になる事案があるのかなというふうにして当たりをつけてやってみたのですけれども、症状そのものにはそれほど有意差は出てこないのです。それは先ほどからおっしゃられている高齢者の方の搬送が増えているそのボリュームの中で、高齢者がかかり

やすい病気というのですか、例えば心疾患だとか消化器系だとか呼吸器系が多いというようなことが出ているぐらいで、そういうようなボリュームの多さが実は搬送に反映しているというのが1つありました。

それからもう1つは、ちょっと前へ戻っていただくと、5ページの議論なのですけれども、確かに委員がおっしゃったように、これをやるに当たってもただ単にベッド満床とか処置困難というの、ケースによってやはり随分違いがありまして、つまり、発生している患者さんの内容によって処置困難が出てきてしまったり、ベッド満床が出てきてしまったりするものだから、非常に多様な、クロスするような集計をしないとなかなか出てこないというのがあるけれども、これは非常に意義があるというふうに思いますし。

それから、だんだん突き詰めていくと、高齢者の方の搬送の中で、特に東京なんかは、介護老人福祉施設とかいろいろなところからの要請に対して、その後の病院がなかなか決まらんという実態も、きょうほかの消防本部の方も見えていますけれども、多分全国的にそういうような傾向がやはり出てきているのではないかなと思います。

ぜひともここでこういった調査を全国的にかけるといろいろな都道府県がこれから具体的な検討をするに当たっての資料としてなるのではないかなと思います。

座長 ベッド満床、処置困難というのはなかなか聞きづらい、難しい、ではどうしたらいいのという、そここのところの何かアイデアはありますか。

作業部会のほうにそれをお渡しすればいいなという気もしますが、いかがでしょうか。

委員 結局、先ほど委員がおっしゃったように、地域によってある程度病院とこういった搬送する側とのやりとりというのが非常に濃密なところにおいては一定の約束事はできるような気はします。あとは単純に言うと、何で断るのというのをしつこく聞くしかないという状況であります。

座長 どうぞ。

委員 この医療機関の4ページにございますように、やはりこれだけ補助金が減ってきているような中で、基本的には財源が根本にありまして、その中で例えば施設が受け入れができないとか、あるいは処置困難、マンパワーが足らんとか、基本的にはそこが源になっているいろいろな問題が出てくるかなというふうに思うんです。

ですから、一般財源化の中で各都道府県がほんとうにまちまちなんです。各都道府県で2次の救急告示病院、あるいは2次機関に対する補助金を出しているところもありますし、税を免除している、例えば固定資産税を減免しようというところもありますし、いろいろな形で各都道府県やっていると思うのです。この辺

のところをまずきっちり調査して、その中で考えていくようなことも必要なというふうに思うのですけれども。

座長 重要なポイントの1つだと思いますので、この作業部会でも補助のことについてもぜひ取り上げていただければと思います。ありがとうございます。

ほかにかがでしょうか。

委員 先ほどの話をいろいろ伺っていますと、詳細な調査といったものを進めていくと実情が新たに浮かび上がってきて、それが支援という方向にもつながっていくかと思うのですけれども、支援の中身も単に財政的な問題だけではなく幅広く議論しようということになると、1つの結論として、ここにありますメディカルコントロールの問題だとか、あるいはトリアージの問題だとか、そういった問題にもいろいろ波及してくる可能性が十分考えられるのではないかと思うのです。

したがって、支援そのものの範囲をどこまで限定して議論していくのかというのもひとつ考えておかないと、これは何でもという話になってくると、かなり絶対の問題になってくるので、それはそれとして、重複して進めていっても構わないというのであればそこそこでいいと思うのですが、その辺の焦点の当て方も少し頭の片隅で考えておく必要があるのかなと率直な感じがしましたけれども。

座長 これも重要なところで、前回もディスカッションを私は記憶しているのですが、この3つの作業部会というのは、意外とオーバーラップしているところも出て、今回の報告書の中でもオーバーラップしているところがあったなど。それはそれでいいのではないのかなと私は思っておりまして、この話の中でリピートしなければいけないところが実はあったわけですが、その辺のところも今回はどういうふうにしたらいいのか、少し考えながらの作業部会にしていったほうがいいのではないという意味ですね。

委員 はい。

座長 どうぞお願いしたいと思います。委員から手が挙がっています。

委員 実態調査のところで、先ほどベッド満床、処置困難等々ということで、さらに細かい分析、なかなか本音が聞けないということもございましたけれども、そもそもこの受け入れ困難の理由の分類自体がおそらく消防側がつくって、なおかつ我々が断ったときにそれを具体的に何かこの項目で断りますというふうをお願いしているのではなくて、通信指令を聞いている方が今のニュアンスはこれだなということで丸をつけられているというふうなことだと思います。

一方で、おそらく2次医療機関も救命救急センターも含めて、我々医療機関側も自分の病院がほんとうは何人断っているのかと、どういう理由で断っているのかというのは、実は病院としてきちんとこれは把握していく必要が、厚労省側としても今後はあるのではないかというふうに思っています。その中で、共通の言

語で、つまり例えば処置困難というのは何を意味するのかと。処置困難と専門外というのは何が違うのかというようなことをきちんと明確に決めて、それで断るときには3番の理由でとか、4番の理由でというようなことを、明確に記録に残せるような形でしていくようなシステムというのをつくったほうが、調査も非常に正確になりますし、病院側も自分の病院は何でこんなに断っているのかということが明確になってよろしいのではないかなと。

実はここが今まであうんの呼吸でやっていたので、もう少し明確にするということも始めたらいかがかなというふうに思います。

座長 そのメディカルタームというのか、用語のところをもう少し明確にしてから入っていったらどうだということはよくわかりますけれども、これまた難しいところがあるわけですが、ありがとうございます。

手が挙がったようでございます。

委員 今回の同じ意見です。本音実態がある程度把握できるような形にしないと。おそらくこれだろうと対応したときにまた違う対応になってしまう可能性があるため、それがうまく実態把握できるような形で作業部会が動いていただいたらというような気がします。

座長 きょうは第1回の検討会でございますので、委員の先生方のご意見を皆さんお聞きできればありがたいというふうに思いますが、どうぞ、何かありましたら。

委員 まことに申しわけないのですが、レベルで私はちょっとわからない部分が多くて、今意見を述べられるような状態ではございますので、ちょっと差し控えさせていただきたいと思います、済みません。

座長 委員、いかがでございましょうか。

委員 実は、先般私ども札幌で言いますと、3次医療機関のドクターと議論をしまして、3次医療機関が受け入れ困難等々も含めて受け入れなかった場合の、その後の処置がどうなっているかという議論になりまして、やはり断った側は、ドクターが断った側と、事務局側の部分だとかいろいろありまして、その後の処置がどうなっているかという流れがドクターとして非常に心配だということもあって、やはりこういう医療機関として受け入れできなかった後の流れも、今後医療機関同士でそういう連携をし合いながら困難を解消する機会を設けていただければなというようなことがドクター側からの話としてありまして、今鋭意、そういう3次医療機関同士の検討も進めている状況でございます。

今回のこの調査の中にそういうようなニュアンスのものが出てくれば非常に進めるかなというふうにも思っております。

座長 なるほど。1対1、消防と医療機関だけではなくて、A、B、そういうふうな立体的というのか、複雑になった組み合わせも必要であろうということでもあります。ありがとうございます。どうぞ。

委員 ちよっと今、委員からの話があってそうだったんですが、これは厚生労働省のほうに聞くべきことなのかもしれないんですけども、病院のほうで、例えば私が病院の関係者で、うちの病院で救急の搬送が来たときに、1年間でもいいし、この1月でもいいのですが、何件ぐらいはちゃんと受け入れていて、何件ぐらいは断っているというのが、自分たちでわからないというか、それをまた全国調査するなんて大変なことだと思うのです、何らかの形でその実態の把握を、厚生労働省がやれるようならしてくださるといいと思うのです。日本全体で全部やるというような話になるのならすごく大変だとは思いますが、どこか拠点の病院だけでもよい。そういうものはさっき話にでてきた救急医療のあり方検討会であれ何であれ、病院側から見て自分たちの実態把握というのがどの程度進んでいるのかについてお聞かせ願えればありがたいと思いますが、それが何もわからないという話はないのではないのかと素人的には思うのですが。

委員 時間が限られていますので手短かに申しますが、ほとんどわからないと思います。つまりものすごく忙しい現場で、例えば電話はだれが受けるかもわかりませんし、さっきから何度か出ていますけれども、お医者さんが受けることあるだろうし、看護師が受けることもあるだろうし、当直の事務が受けることもあるだろうし、それを全部チェックして、そしてしかも、断ったときの理由が手術場があかなかつたためなのか、放射線技師がきょうは当直で出てこれないと言ったのか、あるいは輸血の血液が間に合わないのか、そういったことも含めて全部チェックしていくというのは、やらなければいけないという認識は個人的にはありますが、現時点ではどのくらいの医療機関で断った現実を把握しているか、データベース化とまではいかないまでも把握しているかという点と非常に難しいのかなと思っています。ほんとうにそれこそITでも使って、着信履歴でも、通信履歴でもきちんととっていくというような形で、モデル地区、モデル病院でも選んでやっていけばまた別かもしれません。

委員 だから、大々的なことを考えなくても幾つかモデル地区、モデル病院だと思うんですけども、それでそこから全体を推計するのはほんとうはなかなか困難かもしれないけれども何も無いよりはいいので、そういうことはやはり考えてみていいような気がしますけれども。

委員 数だけで言うと2次救急が多くても、2次救急はさすがにつかまえないんですが、救命救急センターは今209ありまして、これについては、新しい救命救急センターの評価の中ではどれくらい受けているかというのは、どこまで詳しいかは別として、一応記録するよう求めているところです。

座長 今の、私も全くその話でございます。救命センターのほうはある程度、何%ぐら断っているよというのは評価の項目の中にありますので、それは消防本部のほうでも3次救急のほうは把握しておりますね。

事務局　それで、今回の調査も基本的には消防本部の持っている情報を報告していただいて分析ということで、医療機関のサイドでやっていただくとなると、今委員の話にあったような事情もあるのかなということなのですが、ただ、項目で、例えば処置困難の場合、どういうふうに分けたらもう少し姿が出てくるかということについては、医療機関側のご協力もいただかなければいけませんので、そのあたりお知恵をかりて、具体的にはすり合わせは済んでいませんけれども、消防庁と厚労省の共同調査ということで、医療機関側にもいろいろご協力いただきながらできればというふうに思っています。

座長　ほかにいかがでございましょうか。まだご意見いただいてない先生方おられますが、あと作業部会2つあります。その辺のところをお願いしながらと思いますが、委員から手が挙がっています、どうぞ。

委員　茨城県では、昨年救急医療対策検討会議というのを半年かけて、消防ですとか、それからお医者さん、それから県の関係者、多様なメンバーで検討を行いまして、一応のこれからの方向性というのをまとめたところです。その実態調査の中で、救急車を呼んだ方の半数が実は初期救急で十分間に合う方であったということがありました。限られた医療資源の中で、なかなかそこで判断するのは難しいにせよ、初期のところが大分省けますと茨城県の救急の実態が随分変わってまいりますので、そういうことを含めて県民への期待ということで、県民への啓発を行うということにいたしました。このような時、そういった住民側からの視点のような調査がありますといいのかなというふうに1つ思いましたことと、特に高齢者ですと、茨城県は特に介護保険の利用も低い県でございまして、在宅の方が多い、独居の方が多く、甚だしい方になりますと、1人で20回とか30回とか年間に救急車を呼ぶという方もございました。ですから、なぜ病院側のほうが受け入れ困難かということと併せて、逆に救急車を呼ぶほうの側の実態調査のようなものがあると少し参考になるかなという感じがいたしました。

座長　なるほど、救急車を呼ぶリピーターの実態調査をしたらどうだというようなお話も出ました。ありがとうございます。作業部会で詰めていただきたいというふうに思います。

ほかにいかがでございましょうか。

委員　私も長いことかかわらせていただいているのでいろいろ思うところはあるのですが、やはり立場上情報をどういうふうに国民に出したらいいのかという視点でいつもこの問題を考えているんです。それで、昨年最後のころにたしか委員が言われたと思うんですが、実際データを見てみると世の中ではこんなに救急が追いついていないと言っているのに、実は数字で見ると、救われている例もかなりあるというような印象があると、それはやはり情報の出し方にいろいろな課題があるなというふうに私も思っているのです。

この調査もまた結局、調査をした結果でマイナスの部分とといいますか、そういう方面ばかりを出していきますと、結局世の中の救急が現状に追いついていないとか、すごくそれが国民の不安とかにも結びついていく。

今委員が言われたような視点とといいますか、やはり国民にもう少し救急の実態はこうなので、救急車は呼んでいただいて構わないけれども、やはり考えてくださいよというようなところのそっちの情報の出し方というのが、これはほんとうに自分自身に対してなんですけれども、そこをどうやってうまく出していくなと。情報の出し方の問題というのをやはりすごく感じますので、調査の仕方もうそういうことも考慮に入れてやっていただけたらなというふうに思います。

座長  
委員

どうぞ。  
大阪市なのですけれども、先ほど委員がおっしゃったように、情報の出し方なんでしようけれども、例の奈良のあの件から、ことしに入りまして今5月の末になりますけれども、大体5,000件ほど救急件数が減っているんです。だから、もちろん国のほうでもやはり必要なときというふうに広報していただいていますし、我々地方は地方でそういうようなことを訴えかけている。

それはやはり大きな効果ができているのではないかなと思うのです。ですから、やはり情報の出し方というのは必要なかというふうに思います。

座長  
委員

どうぞ。  
横浜でも去年減ったりとかはしたわけですがけれども、ではほんとうに減ったのが適切なのかどうかという話もあるわけで、かかわらなければいけない人が増悪をしたりとかいうケースも聞いてはおりますし、ですから、まさにこの調査に明らかにしなければいけないことは、軽症者が多いというのは一体何でなのかという話になりますし、もともと軽症者は多かったわけであるでしょうし、急に増えたわけでないわけで、それを無理やり軽症者が増えたというような形にして押し込めてしまうのはおかしいのではないかと。それは委員がおっしゃったように国民の不安をあおるだけになるわけで、結局この調査の中で出てくるであろうということが期待されるのは、例えば、かかりつけ医であるとか、退院時に、自宅なりに帰るときにお医者さんがどういうときに病院にいらっしやいと、救急になるような前にいらっしやいであるとか、そういう指導であるとか、もちろん介護施設とか何かであれば、そういうところで救急に至る前にどうやって対応していくかということをきちんとまずやっていく。

それから、一般の人に対しては、横浜も今度は減らしていただきましたけれども、全戸にいろいろ、どういうときに救急車というのは呼ぶのですよと。実はこういうときのほうが危ないから、酔っぱらって頭がくらくらすると思っても、実は脳が急変かもしれませんというようなことも含めてキャンペーンをしているわけで、そこはちゃんとそれが見えてくるような形の中でやっていただく。

多分、次のMCの話にかかわってくるかと思うのですけれども、最終的には看取りの話まで含めて、どうやってどこで役割を果たしていくか。それを全部個人が1人で判断できるわけではなくて、何らかの格好で救急車で運ばれる方というのはお医者さんの手を受けている方がいらっしやると思いますので、その辺がわかってくると、どこでどういうふうに処置をしているのか。では、そういうことをお医者さんが患者さんである人に言うということが義務であるのか何なのかとみたいな話になるとまたややこしい話もお金の話もかかわってくるのかもしれないけれども、そんなことも含めて見ていかないと、全部消防がキャンペーンをして、それで片づく問題ではないと思うのです。

ぜひそういうことも見えてくるような、もしくはそういうことも見るために次の調査をしなければいけないような手がかりになるようなものを得られるような詳細調査をぜひお願いしたいなと思います。

委員

救急車の利用のやつなのですけれども、我々が持っているデータは東京だけなんですけど、毎年どういうときに救急車を呼びますかという調査をやっているのです。ですから、よろしければそのアンケートをこの分科会というか専門部会の中でご利用いただければいいのではないかなと。

やはり一番多いのは、これは調査の聞き方の問題かもしれませんが、体が動かなかったとか、それからあとはやはり不安だったからとか、症状の問題もあるのですが、かなり主観的な不安というのが救急車を呼んでいるという部分もあるし、先ほど山口委員が言われたように、ではその結果としてどうかというと、東京の場合も6割が軽症という判断がありますから、多分茨城県のおっしゃっていることとそう変わらないなと。ぜひご利用いただきたいと思います。

それから、運営に対する支援のあり方というやつの参考なのですけれども、我々としては今言った利用の問題がありましたので、実は東京都医師会だとか、それからきょう参画されている先生方、座長には懇話会で提言いただきましたけれども、救急相談センターというのを立ち上げられたんです。これはある面では、消防が独自にやっている話ではなくて、運営に対する支援のあり方という、地域の救急医療というものに対する、ちょっと直裁に言う問題があるかもしれないけれども、軽症者対策というか、そういったものに対してこういう方法もあるというような方向で持っていかれるものかもしれません。

座長

どうぞ、南委員。

委員

1つ、もしやっていないければこういうのをやったらどうかなと思うのですが、今のどういうときに呼びますかという調査もぜひ見せていただきたいのですけれども、実際3次救急と2次救急で、それぞれ、先ほど委員が言われたように、医師に定期的にかかっている方が救急に搬送されているのか、それとも全く前に医療を定期的を受けている方ではないのかというような数字はあるんでしょう

か。

座長 私自身は聞いたことありませんが。いかがでしょうか。救急車を呼ぶというのは、かかりつけ医というのか、いつもかかっている皆さんのほうが呼ぶのが多いのか。どうでしょうか。

事務局 そこはわかりません。今回の調査でも初診（かかりつけ医なし）という項目はあるのですけれども、ほかの属性を調べているわけではありませんので、かかりつけ医のある方がどれだけという統計は持っていません。

委員 もしかかかっている方であれば、先ほど委員が言われたような啓発の仕方もあるわけですね。ですから、それもちよっとおもしろい数字になるのではないかという気はするのですけれども。

座長 それでは、時間も限りがありますので、消防と医療機関の連携というところでの作業部会の項目についてのフリーディスカッションはこの辺にさせていただきたいと思います。

その次でございますけれども、次はメディカルコントロール作業部会の検討項目について事務局から説明願いたいと思います。

事務局 メディカルコントロール作業部会につきましては資料が2枚だけでございまして、11ページをお開きいただければと思います。項目は事務局のほうで4つを想定しておりますけれども、この紙でご説明いたしたいと思います。

これは昨年のメディカルコントロール作業部会で再教育を中心にご検討いただいたわけですが、その中の議論でありますとか、全国MC協議会連絡会等でお話が出ていますが、従来の、現在のメディカルコントロール体制につきまして、この図でいきますと左です。救命士をはじめとする救急隊員のさまざまな処置につきまして、指示、指導・助言をすとか、事後検証、再教育という形で医学的な観点から救急活動の質を保障するというところで、そのコアの事業として進んできたというふうに理解しております。

その中で、消防機関サイド、医療機関サイド、行政の職員も入りまして、いろいろな協議をする中で、昨今の救急搬送におきますいろいろな諸課題がある問題についても地域によっては話し合いをしていただいていたかなりの成果を出しているということも聞いております。

そういった流れの中で、追加的な協議事項ということで、いわゆる救急搬送をもう少し幅広くとらえた形でこのMC協議会の中で協議が行われることが非常に有効なのではないかということでございます。

1にございますが、病院選定というのは救急業務の中で非常に重要なポイントでございますけれども、傷病者の症状、傷病程度に応じた、2次、3次、適切な病院選定をするということにつきましても検証、協議の対象にさせていただいて、救急搬送のよりクオリティーの高いものを目指していくということが1つある

のかなと。

それと2番目でございますけれども、円滑な救急搬送体制を確保するための受け入れ医療体制の整備ということでございます。それは消防の救急隊のサイドから言いますと、受け入れ医療機関というのはそのパートナーということでございますので、この受け入れ医療体制がどうあるのかというのは非常に重要な点でございます。その体制の整備については、県で言いますと衛生部局のほうで医療機関のことを持っておられますので、そちらのほうで救急医療対策協議会のような組織があります。具体的な整備についてはそちらのほうの所管ということでございますが、MC協議会のほうからも提言といたしますか、そちらのほうに橋渡しをするような救急、消防のサイドから見たらこうではないでしょうかというようなところの提言的なこともできたらどうかというような、右側でございます円滑な救急搬送体制を確保するための検証、協議事項というものも有効ではないかと。

これらトータルに合わせまして、救急業務全体の高度化ということをやっていたらどうかということでこの紙をつくっております。

そうしていきますと、MC協議会というのは今役所の通知でつくっていただいているわけですが、法的な位置づけ、行政的な位置づけとあると思いますけれども、もう少し明確にしていっていいのではないかなというようなお話もいただいているところでして、このあたりもかなり骨太の議論になってくるわけでございますけれども、ご審議をいただければというふうに考えております。

その関連で、そういったよりMCが拡充することの関係で、12ページに現在の救急隊員と救急救命士の処置の範囲ということで表になっていまして、これは皆さん既にご承知の内容ですが、救急救命士につきましては救急救命士法によって業務の実施について規定があるということですが、一般の救急隊員の救急活動につきましては、左下に薄いブルーですが、消防法の中で救急業務とはということがあるわけですが、そもそも法律に救急業務が位置づけられたのが昭和38年ですが、この中で括弧内の応急手当について規定が設けられたのが昭和61年ということでした。

ただ、あくまでも緊急やむを得ないものとして応急の手当てを行うことを含むということでございまして、いわゆる緊急避難的な行為として行うということになっておるわけでございます。

ただ、実態は、当然救急車が行って傷病者を搬送するに際しまして手当てをすることが基本であり、むしろ求められているということでございまして、MC体制の中で救急隊員についても質の向上ということが図られてきておりますので、昭和61年から20年ながしかたって、このあたりについてもそろそろしっかりと位置づけてもいいのかなという時期かということでございまして、あわせて

ご検討いただければということでございます。

検討項目の最後に④というのがありまして、救急業務をめぐる法的リスクの問題ということでございまして、これにつきましては恐縮でございますけれども、10ページに戻っていただきますと、MCの関係の先生方から時々お話がありますMC協議会でいろいろなプロトコルを策定しまして活動が行われるわけですが、プロトコルに従った処置の結果、損害が発生したというような場合に、その策定に参画した医師等が何らかの責任を負うのかというような問題でありますとか、医療機関の選定の妥当性を問われる問題、これも最近もいろいろ事例としてあるわけですが、このあたりの法的な責任の所在、リスクの問題等についても幅広くご議論がいただければということで、検討項目の案として提示させていただいております。

事務局から説明は以上でございます。

座長 それでは、どうぞ委員の先生方、フリーディスカッション、検討項目をお話しいただきました。ご意見、あるいはご質問、何でも結構でございますので、いかがでございましょうか。どうぞ。

委員 今、事務局のお話の中にもありましたように、特に2番のMC協議会の法的な性格を、今のご説明の中にもありましたように、通知でいつまでもこうやっていくというのは非常に問題がございまして、やはり我々行政マンの中で通知というものの法的性格が非常にあいまいな部分だと思うんです。

ですから、これをまずはっきりと法的な位置づけをするということと、そこでメディカルコントロール協議会の法的な位置をしっかりとつけて、4番にありますこういうリスクの問題を議論する。

だから、協議会の存立というのですか、法的な性格、位置づけがしっかりされた上に、その後、例えば、プロトコルに従って、そのプロトコルはどういう法的な性格になるんだと。それで段階的に法の整備をしていくということをしないう限り、例えば、今後医療過誤と同じように何か事故が起こったときに大きな問題になって、本来、これは非常にいい制度だったのにそのところの法的な結果によって、国民の方だとか、県民の方、市民の方に批判されるような形になっては元も子もないと思いますので、せつかくの機会ですので、この作業部会でそのところの立法化というんでしょうか、位置づけをきちんとしていきたいなと思うんですが。

座長 全くそのとおりでございまして、今年度はそのところをもう少し掘り下げて検討してみたいというところでありまして、ありがとうございます。どうぞ。どこからでも結構でございますか。どうぞ。

委員 先ほど申し上げたことを一応ここで確認しておきたいと思うのですが、当然調査の結果でいろいろ見えてくることがあろうかと思うのですが、今までの救急救

命士と救急医というだけでなく受け入れ医療機関という3次救急なり2次だけでなく、その患者がもともとかかっていた、例えば退院させた医療機関であるとか、それからもちろんそのかかりつけ医であるとか、あともしくは介護施設なりそういう施設からたくさん来られているのであればそういうところだとか、何かそういうところの、もともとその患者さんに対して手が届いているところをあわせてコントロールしていかないと、マス自体がどうしても増えてくることを前提にしてMCがどんなふうになしていくのかということ、具体的に今年度の中で調査が出てこないとしたら難しい部分もあるかと思いますが、根拠もないので難しいかと思いますが、そういうビジョンだけは何か持っておいていただけるとありがたいと思うんですが、多分従来の救急救命士と、それから救急医さん、救急の病院とだけではきっと難しい部分があるかと思うのですけれども、その辺について、正直、今拡大していく中で、どの辺までウイングは検討できるのか。もちろん、これは多分MCだけではなくて、医療のあり方全体みたいな話になっていくので難しいかとは思いますが、でも、少なくともそういうところから患者さんが増えてきて運ばれていくことがもし……。去年、おととしの議論なんかでも幾分かはあるだろうという話は、直感的な話として1割とかという話もありましたから、そんなものを含めてどうやってこの中にうまく一緒に議論してもらおうかというのを、方向性として見えていることがありましたら教えていただければと思います。

座長 事務局、どうぞ、ありますか。

事務局 救急医療の背景には非常に幅広い問題があると思うのですけれども、ちょっと私どもイメージしたのは、あくまでも救急業務という消防機関の救急隊員がやっている業務の高度化ということで、11ページにあるような、右の上のところの部分までが限界かなという感じはいたしますけれども、ただ、2なんかは医療体制との橋渡しの話ですし、さらに背景にいろいろな福祉的なものもありますので、関係はするのですけれども、あまり一気にそこを増やすと巨大なMCになっていきますので、我々のイメージは救急業務の高度化というところで考えております。

座長 よろしいですか。どうぞ。

委員 多分、最初はそれでいいのかなと思うのですが、ただ、何らかの格好で地域の医師会であるとか、医師会全体であるとか、老健とか、そういうところに対する働きかけ、中にいきなり入れて一緒に議論は難しいと思うのですけれども、どうしていきましようかというような格好でのかかわりののりしろみたいなのは多分あってよいのかなと。

実際に今いろいろな地域でMCがやられているところで、そんなところまでやられているところがあるのかどうか私もわからないんですけれども、もしそうい

うようなモデル的なものがあつたらそんなものも参考になつたらいいでしょうし、先ほどの樋口さんがおっしゃつたような、いろいろなモデル的なものを見る中で、実は地域にそういうプライマリーケアとか何かしっかりしているところだとそういうものがうまく働くとかというものが、もし見えてくるものがあればそんなことも、こうせい、ああせいではなく、こういうやり方もやっている地域があるみたいな格好で事例として紹介されると、ここ自体を大きくするのは難しいかもしれませんが、のりしろの部分としてそういうものも大事だよということはあるのかなと思うんですが。

座長  
委員

ほかに。どこからでも。どうぞ。

救急隊員による応急処置と救急救命士による救急救命処置の位置づけというところで、これもずっと議論になっているところなんですけれども、ちょっと確認なんですけれども、例えばAEDを使った除細動、我々は医師が行えばもちろん診療報酬をとって行う医行為になります。一般市民が行えば、これは緊急避難として善意でやったやむを得ない行為ということになると思います。救急隊員がやった場合には、今のところこれは業務ではなくて一般市民がやったのと同じ緊急避難で病院に着くまでにやむを得ずやったという位置づけになる。

ところが、全く同じことを資格が救急救命士であるというだけで、それは緊急避難ではなくて業として行うことで、これは医師が医行為として行うように彼らの業務として救急救命措置として行うという位置づけに現在はなっていて、それがいいのか悪いのかという議論ということでもよろしいでしょうか。

座長  
事務局  
座長  
委員

私はそういうふうにご考慮しておりますが、何か事務局ありますか。

今おっしゃつたような問題意識でということです。

そこは今の作業部会の検討項目の4のところですよ。救急救命処置でのという問題が出るわけですね。

よろしいですか。はい。それと、その際におそらく今問題とされようとしていることは、救急隊員が実際ほとんど業務の一環として心肺蘇生やAEDを使って病院に運んでいるわけなんですけれども、その部分もやはり救急隊員というものの本来業務の中にそういうようなものを入れて、緊急避難ではなく、これは業務だということその質を管理していくという方向の議論なのか、あるいは、やはり事故があつたときに業務としてやっているとその責任を追究されるので、そこはあくまでも緊急避難ということやっていくための方策を考えようという話なのかという、その辺の方向性が見えないので、もし教えていただければと思います。

座長

今の質問は12ページの消防法2条9項のところでありましてけれども、いかがでございましょうか。このところを変えるのかという意味に私は理解しましたけれども、

事務局

はい。まさに問題意識的にはここを変えることを含めて、あり方をご検討いた

だきたいということですが、そこは歴史的にも非常に難しい問題がありますし、業として位置づけるということになりますと、今救命士は診療の補助行為ということで、保助看法の除外規定ということで、試験による資格制度の一環としてそういうことをやっているということですが、救急隊員はそういう資格制度がありませんので、そういった形のまま業として位置づけられるのかという問題があると思います。

そもそも救急隊員が行っているのは実態としても診療の補助行為ということなのか、そのあたりは我々ちょっと今整理がついていないのですけれども、そこも含めてご議論いただければと思っておりますけれども、実態的には、今救急隊員がいろいろなことをやっているものは緊急避難として法的な責任は軽いのかどうかというと、実際は責任を問われる行為ということで、社会的には思われているのではないかなと思いますけれども、そこをしっかりと業務的に位置づけるということになると、より責任が重くなりますし、そこをMCの全体の体系の中でプロトコルに従ったということで免責されるのか。あるいは、項目の④で、そもそもそういう緊急事態を扱う救急業務全般については、法的なリスクの免責の問題等もあると思いますので、ここは非常に奥深い話で、どこまでできるかわからないのですけれども、一度ご議論いただければなということでございます。

座長 どうぞ。

委員 4 ちょっと僕はまだ十分理解していません。救急救命士は日本の国家の厚労省の資格ですから、それをとればどこの県、どこの都でも救急救命士として働けると。今、救急隊は特別な資格、試験がないということですが、ただ、やはりこれも長い目で見ればメディカルコントロール下で現場の人を担保していくということであれば、本来的には一定の基準というものがきちんと示されていくべきだろうと。

各都道府県で標準課程等でいわゆる救急隊員を養成した場合、都道府県ごとの互換性というものはあるのか。あるいは国として何か登録制度があるのかということについて、例えば、アメリカではおそらくEMT-Basicのような形で国の登録があって、州を越えた場合には何か追加試験を受ければできるとかというふうなことになっていると思うのですけれども、その辺実はばらばらなんですか。何時間という一定の講習時間があることは存じておりますけれども。

座長 いかがでしょうか。

事務局 その辺の明確なルールはないです。ただ、もともと職員が異動するというのも消防機関の間ではあまりないと思いますけれども、ルールがありませんが、もし異動するということになると、また行った先のMCの認定といいますか、そういったことでやられるということではないかと思っておりますけれども。

座長 その標準課程、1次、2次課程等々がありますけれども、あれは全国的にはど

ういうふうな公的な位置づけになっているのでしょうか。

事務局 消防法に基づく消防法施行令で救急隊員の資格、250時間の要件が加えられていますので、国家資格というわけではないですけれども、救急隊員が満たすべき全国的な基準というのは国のほうで示していますので、半ばそういったナショナルスタンダードをクリアした方しかできないというところで縛っていますけれども、あくまでも救急業務を実施するのは市町村単位ということですので、最終的には市町村の責任においてやっているということになると思います。

座長 よろしゅうございますか。

委員 現状がわかれば結構です。

座長 これについては、やはり厚労省との合同検討というの必要なところも出てくるのではないのかなというふうにも思いますが、何かご意見ありますか。今MCの背景でございます。

委員 先ほどから議論の幅がどのくらいかというご質問が出ていますので、もしかすると私の申し上げることはその外なのかもかもしれませんけれども、もしも仮にMC協議会とそれに関与するお医者さん方の責任問題というものも少し明確にして、法的に保護していきたいみたいなお気持ちがもしおありだとしたら、それについてだけ1つコメントしておきますと、私はこれに似たような事例と申しますか、パターンで何があるかなとぼうっと考えていたんですが、ぴったりではないんですが、おそらく予防接種がそうかなと思っておりまして、予防接種というのは市町村事業でして、予防接種を担当するお医者さんというのは医師会の先生方だったりするわけですが、そうした方が予防接種において事故が起こった場合にどうやって保護されているかという、基本は一種の約束のようなものが交わされておりまして、法的には何も無いのですが、約束が交わされておりまして、もし重大な故意や過失がない限り、これで事故が起こっても結果責任を問われることはありませんということで、一時的に非常勤公務員のような形にするという契約の結び方をしているようです。

非常勤公務員にしまして、何度も言いますように、重大な故意や過失がない限り、そのお医者さんは公務員ということですから、もし事故があっても市町村が一義的に責任を。あるいは、予防接種プログラム全体に問題があるとすれば国が責任を負うということですから、この間あまり私どもにとってはうれしくない裁判が続きましたけれども、その裁判の中でもお医者さん個人が責任を問われたということではなくて、基本的には市であったり、国であったりという形で流れてきております。

したがいまして、何が言いたかったかという、もしかすると、MC協議会を法的に位置づけないとお医者さんの側の責任も含めた地位が守られないとかということをお考えであるとすれば、今後もそれで行けるのかどうかわかりませ

ん、世論が結構厳しいですから、そのまま行けるのかどうか分かりませんが、これまでの医療行政とか、役所、行政との関係で言うとそういう方法でも十分守られている例があるということだけちょっと披露させていただきます。

座長 ありがとうございます。非常に貴重な意見をいただきました。ありがとうございます。

それから、このMC協議会の、ここでもう少しもんでいただきたい1つ、私の意見でございますが、全国的にどのぐらいの事例が事後検証で行われているのか、そして、その事後検証の事例を実態調査等々をしてみると、先ほどからお話が出ている質の問題、あるいは医療機関との連携の問題、もう少し違ったところが出てくるやもしれないなというふうに感じておりました。この辺のところもMCの作業部会のところでちょっともんでもらうとおもしろい方向性が出るやもしれないなと思いましたので、いかがでございましょうか。

事務局 山本座長から貴重なご提案をいただきまして、ありがとうございます。我々はそのあたりはデータを持ち合わせておりませんので、この中でできるところまでやってみたいと思います。

委員 私の発言はあくまでも委員としての個人の発言ということにさせていただければと思います。消防本部を代表してとなるとまたいろいろと難しいこととなりますので。

まず、我々東京都メディカルコントロール協議会というのが既に存在している活動していただいている、当然、先ほどから出ているように、救急隊の活動そのものに対する諸々のご指導いただいて、ある意味では質を確保していただいている。かなり飛躍的に東京の救急というものの質は伸びたと。これは自慢の話ではないですけども、まさにメディカルコントロールの成果だと、このように思っております。

今回、11ページの右のほうに、追加的な協議事項というのがありますが、ここに書かれている特に1の括弧書きのほう、救急搬送のあり方、これは私なりに解釈すると、これからの議論だと思うんですけども、地域にある救急医療サービス、いわゆる地域にある医療資源をどのように使って、救急がそこにどうドッキングしていくかと。こういったコーディネートというのは、やはり今までなかなかできていないと私は思っております。

もちろんこういう救急搬送のあり方というのを議論しようとするならば、例えば救急医療対策協議会というようなものもありますが、いかんせん、なかなか横断的な話し合いというのはなされないままに来たように思います。したがって、今後こういった既に地域にある委員会とMCというものとをどのように関連づけていくかということは非常に難しいわけで、その関係で一番下のほうに、先ほど室長が骨太と言われた、どのように法的に位置づけるかとか、権限をどうする

かとかという問題はあると思うんですけども、ぜひとも私はこの括弧書きに書かれている内容というのが、まさに地域の救急医療を強くする大事な項目であると思いますし、また、地域のメディカルコントロールに参画していただいている先生は、ほかの委員会にも入られてはいますけれども、特に救急の現状というもの踏まえた、諸々の、ある面では風景というのをよく理解された上で物事を進められるだけの力量をお持ちの方だと思いますので、ぜひともこの辺を議論していただいて、追加的な協議事項というものを実現していただければなと思います。

座長 3番目の作業部会でありますトリアージ作業部会の検討項目について事務局から説明を願いたいと思います。

事務局 トリアージ作業部会につきましては、資料1枚だけでございまして、13ページということになります。トリアージ部会につきましては、坂本委員がおられますけれども、昨年委員長としてまとめていただきまして、プロトコルの精度向上のための作業でありますとか、法的な問題につきましてご議論いただいたところです。

昨年の報告にもありましたが、昨年はその2点にかなり深入りして検討していただいたということで、(1)のトリアージ導入の制度設計というところになりますが、そもそもトリアージを導入する場面といいますか、日常的にある程度の確率で発生し得るような集中時において導入する心構えで検討いただくのか、極めて例外的にしか発生しない異常事態のような集中時において導入するのかと、その立ち位置によって、やはりトリアージのプロトコルの基準も違うし、法的な問題にも絡むということですので、ここについては時間的な関係もあって検討があまり深められなかったということです。で、(1)の制度設計の話と、関連いたしますが、(2)の導入した際のオンピーク時においてトリアージの適用と裏腹の関係で、救急隊が出払ってしまった場合によそからどう持ってくるかというような隊の運用の話というものもあるということで、昨年、ある消防本部の事例等でやってみたわけですが、このあたり実際にトリアージを導入する場合の大きなハードルとしてあろうかと思っておりますので、そういった制度設計関係の話を、現場の声も聞きながらやっていただければなということで用意しております。

引き続き(3)のトリアージに関する法的問題。これは今までのテーマにも共通しておりますけれども、やはり救急業務がいろいろな工夫をして複雑になってきますと、それに派生した法的な問題というものも出てまいりますので、これも引き続きご検討いただければなということです。

あと、2のプロトコルの精度向上ための実証研究につきましては、これまでやってきたものに加えて、消防本部の幾つかにご協力いただきまして、さらに

事例を集めてこのあたりを深める作業、研究ができればということでございまして、この大きな柱でご検討いただければというふうに事務局として考えております。

座長 この作業部会も非常に重要なポイントであると私はいつも思っておりますけれども、いかがでございましょうか。トリアージの部会についてのフリーディスカッションをお願いしたいと思います。どうぞ、ご質問あるいはご意見、何でも結構でございますが。

委員 この作業部会を仰せつかって昨年までずっと報告を出してきたわけですがけれども、今までわかってきたことは、要するに、通信内容からある程度の重症度、緊急度の判断はできると。それに対して精度を上げていくためにはどうしたらいいかということはわかってはきたわけですがけれども、トリアージというのは、要するにそのような、単に緊急度の順番をつけてみるのが目的ではなくて、その結果として、では重症、最緊急とされた方にはどういう対応ができるのかとか、あるいは緊急度が高くない方には、ではどのようなサービスを提供できるのかという、その具体的なプランがないと、その線で切ることが妥当かどうかということが結局何も言えない。

ですから、具体的な線引きをこれからもし考えていくということであれば、やはり具体的に、その結果としてどんな対応があるのかということ、これはやはりコール段階、あるいは現場段階、それはやはり具体案を出していかないとこれ以上先に進まないだろうということが1件ございます。それを考えていきたいと思えます。

その中で当面、本人が、搬送を希望する者に対してコール段階でお断りをするというふうな運用というのはかなりリスクが高いので、それ以外の部分で考えていくというようなことが1つです。

それからもう1つは、きょうは野口部長もいらしてございまして、東京都では119番通報もトリアージではないのですけれども、先ほどご紹介があった救急相談センターということで、救急車を呼ぶべきかどうか、あるいはすぐ病院に行くべきかどうかというふうな相談に対するアドバイスのサービスと。これがかなりプロトコルの、だんだんとバージョンアップをされて完成されてきております。

一方で、平成15年に東京都医師会が行った調査で、軽症患者、つまり救急車で運ばれてきて結果的に軽症だった患者さんの中で、どのような理由で救急車を呼ばれたかというふうなことでいくと、やはり自分が重症か軽症かわからないとか、あるいはどこの医療機関に行っていかわからないから救急車を呼んだという方がかなりいると。おそらく全体10%とか20%は、潜在的には119番をして救急車を直接呼びたいのが真からの気持ちではなくて、まず相談したいとい

う部分が実は119番にもかかってきている部分があるだろうと。

ですから、もし119番通報の中で、そういうふうな因子のものを切り分けて、これを相談に回せるというふうなことがトリアージできていくのであれば、これは本来何を望んでいるかという国民側のニーズに合うサービスができるというようなことで、その辺も大きな検討課題ではないかなというふうに考えて、今作業部会のテーマと考えております。

座長 その中で私からもお話し申し上げたいのは、東京消防庁のほうで救急相談センターができております。その辺のところもぜひこの作業部会の中で実際に見ていただき、そしてセンターの職員の皆さんとディスカッションしていただくと少しまた変わってくるのではないのかなと思っておりますので、よろしくお願ひしたいなというふうに思います。

いかがでございましょうか。

委員 ことは横浜市から入っていないので、私が横浜のことを言わなければいけないのかな。横浜の救急業務委員会にもメンバーとして入っておりますのでなんですが、ご存じだと思います、昨年横浜市の方が報告されていると思うのですが、ことしの10月から実際に運用が開始されるということになっていきますので、コールトリアージの結果と、それから実際に119から、既に東京都さんがやっている電話相談のところに回していくような運営もやろうとしているところら辺なのは、多分何らかのデータをいただいてご検討いただくような話になっているんだろうなと私は思っているんですが、それだけ1点確認なんですけれども。

私が、差はありながらおまえはちゃんと横浜市民なり、救急業務委員会に出ている人間としてこの委員会に反映させろということがありましたら、ご勘弁いただければありがたいですが。

座長 いかがでしょうか。よろしいですね。検討いただければと思います。

ほかにどうぞ。

委員 トリアージして結果何ができるんだというのが一番なのかなと思うんです。考え方としては、いろいろな考えがあると思うのですが、例えば白い車のかわりに、場合によっては赤い車を出す。赤い車といたしても、例えば大阪市の場合なんかでしたら3,500人職員がいるのですけれども、そのうちの2,800人が、いわゆる救急の資格を持っているわけです。ですから当然赤い車に乗っているわけです。そういうこともできるかなというふうに思いますし、この前の検討にもありますように、救急車が満杯のときはちょっと時間がかかっても遠いところから、でも時間がかかっても仕方ないということもできるでしょうし。あとは、いわゆる医療情報を与えるというようなものも出来るでしょう。

その場合、やはり問題なのは、法的な問題かなと。基本的には市町村に訴えが

あったり、あるいは個人が過失を犯したなら個人に来るでしょうし、MC委員会の委員の方には直接法的な問題というのは、今は起こり得ないかなと思いますけれども、不法行為があった場合には直接市町村や個人に訴えが行くかなというふうなことは考えられると思いますけれども。

その辺のこと、何ができるかなということも含めて考えていって、集約していったらどうかなというふうには思います。

座長 ぜひ検討の中に加えていただければと思います。

ほかにいかがでしょうか。

委員 これはほぼ1年間にわたる作業本部なんですけれども、教育というのは、やはりこの中では、将来的には考えるんですか。例えば、トリアージの導入の制度設計をやられますよね。ある程度のトリアージというものに対するイメージが出てきますよね。それはある面では機械を使いながらも結果的には人が関与するわけで、そうなってくると、済みません、そういう職員に対する教育って結構大事なのではないかなと思うのですけれども、その辺、いかがでしょうか。

委員 委員のご指摘のとおりです。この2番の実証研究というところに実は今まで何回かデータをとらせていただいていたわけなんですけれども、その中で、やはりデータの精度が上がらない最大の理由の1つとしては、やはり現場での通信指令員に対してプロトコルの中身の周知というようなことが十分できていないというようなことが1つ原因としては挙げられております。

もちろん、先ほどの軽症例に対する相談ということになりますと、これは膨大な医学的知識と大きな教育が必要になってくるわけですが、少なくとも重症例を見つけるということに関しても、やはり一定の教育をしてその成果を上げないと精度は上がらないだろうということで、その部分に関しての検証が含まれております。

委員 わかりました。

座長 実証研究の中にトリアージオフィサーに関する教育も含まれているよという意味にとってよろしゅうございますか。

委員 はい、結構です。

どうぞ、どこからでも結構でございますが。

委員 先ほど委員のほうから話ありました受け付け時のトリアージの部分では、実は札幌でも、受け付けの場合に多分119番というものに要請している救急事案として要請者は思っているのでしょうかけれども、どうも話をとっているとなかなかそうではなくて、とりあえず相談する相手がいないからという部分が多くて、そういうものの比率がどうなのかなということを少し研究してみなければならぬのではないかなということで、これというのはかなり社会的な要因もあって、その部分も1つ傾向として見てみながら受け付けする側の考え方も整理しなけれ

ばならないかなという部分では、そこに対して非常に期待をしたい部分があります。

委員 例えば、欧米で救急の搬送サービスが、全体の救急医療全般の中の一部として位置づけられた電話ですと、かけてきた電話に対して搬送を望んでいるのか相談を望んでいるのか、あるいはもう少し福祉を望んでいるのかということとその場でいろいろ聞いて聞き分けるということが本来業務としておそらくやられてきている伝統があるんだと思うんですけども、我々の今日本の消防救急ですと、基本的には搬送ですから、そこで運ぶか運ばないか、あるいはどこに運ぶかというふうなことがもともとで、やはりそこに相談という新しい医療サービスのものを少し入れていくということに関して、おっしゃるようにニーズがあるのは、かける側からするとまず間違いないんですけども、それをどういうふうに位置づけていくかということとは大きなここでの研究テーマにもなりますし、実際にそれをやるとなると、おそらく消防のサービスの中で、119番にかかってきた中で、いわゆる救急医療の相談を答えるというのも業務の中に入ってくると大きく仕事の変革になると思いますので、いきなり仕事を変えるということにはおそらくならないと思いますけれども、そういうニーズがどのくらいあるかということとはやはり1つ大きな調査対象かなというふうに思っています。

座長 確かに。ありがとうございます。それから、最近の病院の選定困難事例と言ったらいのかもしれませんが、その選定ができていないというところでのトリアージの重要性というのはこれからますます重要視されているのではないのかなというふうに思いますけれども、この選定困難事案等をトリアージということで、どういう深さがこれから出てくるのかなというところは、坂本先生、何かご意見ありますか。

委員 トリアージ、特に通信時だけでなく、現場トリアージで非常に重要なことはその患者さんの緊急度を決めると。そしてその緊急度に応じた搬送をするということは非常に重要になるわけですけども、その中で、今はっきりと時間の単位、つまり、1時間、2時間おけるとこの患者さんは命が危ない、あるいは、予後が悪くなるというものの代表は心臓と脳卒中というようなことになると思うのですけれども、実は選定困難というのは、最初からきちんと、例えば心臓のカテーテル処置ができる場所を探そうと思えば3つも4つも探さなければいけない、あるいは10個探さなければいけないけれども、とりあえず近くに運べばいいというのであれば、その後そこからどこかへ転院になっていいというのであれば、最初から一発で見つかるかもしれないわけですけども、患者さんにとって一番大事なのは決定的な治療ができる場所に何分以内で運ばれるかということで、だから、それが現場でたくさん探してできる場所にいきなり行くのがいいのか、あるいは、どこかに行って、それから次々と受け渡してできる場所に

行くのがいいのかということ議論していかないと、単に何件探したということとはまた違ってくると思いますので、そういう面では、このトリアージと選定困難ということからいうと、やはり探した数の問題よりもそういうふうな時間的な制約の多い患者さんがいかに時間以内に運ばれるように、現場でその病気を見つけることができ、そして搬送先を見つけることができるかということは、今病気を見つけるということに関してはトリアージの部分でやらなければいけない部分ですけれども、これも運用ということを考えれば、見つかった結果として運び先がないというのではシステムとしては成り立たないので、その部分は不可分の問題だと思います。

座長 ありがとうございます。その辺のところも、単に20回、いわゆる選定困難で20の病院を探したとか、1時間かかったとか1時間半かかったというだけの問題ではないよということもぜひディスカッションしていただきたいと思えますし、私最近アメリカなんかでERを見ていると、軽症の人なんていうのは半日ぐらい待っているのがあるのです。

だから、病院の中でたらい回しではありませんけれども、院内たらい回しと言うと言葉が悪いかもしれない。もちろんそこで緊急度の非常に高い、重症度の高いのはERですぐ診るというのも1つのトリアージなのかなともふと思っておりましたけれども、その辺に関してもどうぞご検討いただければと思います。

ほかにいかがでございましょうか。

委員 愛知県の通信指令のプロトコルですが、自慢できるところは、まず119番がかかってきたときに、心肺停止の場合なんですけれども、どういう症状かという聞き取りが非常に上手にできているというんですか、分けがわかる、聞き取りがうまいという、これはうちの各消防本部の訓練のよさというのと、病院との連携がよくできているところです。

だから、この患者はどこへ搬送したらいいかというのが通信指令の第一義的な受け付けをするところで相当区分ができるということがありますので、これもどんどんうちのMC協議会なんかで広げていこうということで研究をして、また助成金なんかもいただいてやっていこうと思っております。

ですから、いい例の中に愛知県の中でもこういうのがありますよとか。ですから、どれだけ回数も減っているのだという例の一例では出せるのでは……。まだ戻って確認しないと了解がとれるのかどうかわからないですけれども、非常に評判がいいというんですか、相当熟度が高いというのでしょうか、そういうふうには評価されていると思っておりますので、ちょっとご報告まで。

座長 とてもありがたい話でございまして、我々親委員会、あるいは作業部会、両方がいいのかな、かもしれませんけれども、委員、何かテープでも、あるいはビデオでもちょっと撮っていただいて、どこかで発表していただくと非常におもしろ

いなという気が今しておりますけれども。

委員 戻って皆さんに了解をとらないといかんですけれども。

座長 検討いただければと思います。

いかがでございましょうか。

委員 この部会でやはりもう1つ重要なのは、救急という限られた資源を有効に使うためにはこういう方法をとらざるを得ないのだというふうなことです。やはり国民的なコンセンサスを得るためにどういうふうにしていったらいいかということ。まずこれはしっかり検討していかなければいけないのと違うのかなというふうにちょっと思うのですけれども。

座長 そのとおりだと思いますが、ぜひよろしくお願ひしたいというふうに思います。

そろそろ時間も押してきておりますけれども、いかがでしょうか、もうお一人、お二人のご意見をいただければと思いますが。どこからでも結構でございますが。

それから、きょうは審議官が初めておいでいただきましたけれども、いかがでございましょうか。お願ひしたいと思います。

事務局 事務局のほうから発言していいかどうか迷いつつも。

座長 どうぞ。

事務局 実は私は審議官になる前、ことしの3月まで岐阜県に勤務しておりまして、4年間副知事ということをやってきたわけでございますけれども、やはりそのときにも救急体制のあり方、特に奈良県の問題、とても人ごととは思えない話でございまして、岐阜県でも同じようなことが起こったらどうしようかということで、周産期医療については、大体岐阜県の場合は5つの圏域に分かれるんですけれども、それぞれ圏域ごとでたらい回しだけは絶対やめようと。最後のとりでをつくっておこうということで、地元の医師会等々と相談をして、最後ここに来れば必ず受けるという形で周産期医療については対応していこうというような制度をつくった記憶がございます。

いずれにしても貴重な皆さん方のご意見を受けて、我々としてできることをやっていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひします。どうもありがとうございました。

座長 【山本座長】 ありがとうございます。そろそろ意見も出尽くしたようでございますので、この辺で第1回の検討会を閉じさせていただきたいというふうに思います。

貴重なご意見をたくさんいただきましたので、このご意見を作業部会のほうでぜひ生かしてよりまとまった報告書、そして皆さんに利用させていただける報告書をまとめていきたいというふうに思っておりますので、どうぞご支援をいただきたい

というふうに思います。

それでは、事務局、よろしくお願ひしたいと思ひます。

事務局

本日は貴重なご議論、ほんとうにありがとうございました。先生方の本日の議論を踏まえまして作業部会を調整し、進めさせていただきたいと思ひます。

そして、本会の次回開催につきましては、また作業部会の進捗を踏まえまして、日程調整のご連絡等をさせていただきたいと思ひておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

本日はどうもありがとうございました。

— 了 —