

## 第2回メディカルコントロール作業部会議事録

- I 日時 平成20年9月12日(金) 10時00分～12時00分
- II 場所 三番町共用会議所
- III 出席者 赤松委員、(代)後藤氏、鈴川委員、関委員、高橋委員、  
(代)伊川委員、橋本委員、平山委員、森野委員、八木委員、  
横田委員  
オブザーバー：田邊氏

### IV 次第

#### 1 報告事項

第1回メディカルコントロール作業部会議事録

#### 2 議題

- (1) 救急業務における協議会のあり方について  
(2) その他

### V 会議経過

- 事務局 第2回メディカルコントロール作業部会を開催します。  
本日の司会は、救急企画室救急専門官・溝口が務めます。  
それでは、座長に以降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 おはようございます。それでは、第2回メディカルコントロール作業部会を開  
かせていただきたいと思います。  
それでは、まず事務局より資料の確認をお願いしたいと思います。よろしくお  
願いします。
- 事務局 資料を確認します。一番上に第2回メディカルコントロール作業部会議事次第  
という1枚。この1枚と、資料の1～5までクリップ止めをしたものです。あと  
本日、森野先生から2つ資料をいただいております。
- 座長 はい。それでは、第1回目のメディカルコントロール作業部会の議事録につい  
て、ご説明を事務局のほうからお願いしたいと思います。
- 事務局 資料1として、第1回メディカルコントロール作業部会議事録を配付してあり  
ます。一度ご確認はいただいているものでございますが、修正点等ございましたら、  
来週中までに事務局までご連絡をいただければと思っています。  
資料2の13ページ、そして14ページに、第1回でご議論いただきました主

な意見を掲示しています。

13ページからですが、前回のご議論では、例えば医師法等との関係性ということで、医師法17条、20条との関係についてご意見をいただきました。また、メディカルコントロール体制そのものについて業務の拡大の話もあるけれども、メディカルコントロール協議会そのものの役割の明確化ということが重要ではないかというご意見をいただいたところです。そしてメディカルコントロール協議会の法的位置づけについて、メディカルコントロール協議会というものが消防と医療相互の状況を知り、話ができるという点で非常に重要だ、きちんと法的な位置づけというのをすべきではないかというご意見をいただいたところです。

14ページです。そのほか、メディカルコントロール協議会で搬送ということについても協議内容とすることについて、やはり都道府県のメディカルコントロール協議会で広域的な話の場として、搬送についても議論してほしい、市の対策というような形よりも広域的な対応が必要であるといったご意見をいただいています。

そして、関係機関との整理ということで、保健福祉行政、医療行政で行っております医療計画や医療審議会、救急医療対策、救対協といったところとの役割分担や調整が必要ではないかといったようなご議論をいただいたところです。

そして、15ページ、16ページは、前回ご議論をいただいた内容に関するものとして、資料をつけています。

以上でございます。

座長 ありがとうございます。先の議事録の要約を13ページ、14ページに事務局のほうでまとめていただいております。今日のまた議論の続きのもとになるかどうかと思いますので、少しお目をお通しいただいて、もし議事録等にこういうことは修正を加えていただきたいということがあれば、今、事務局が申しましたように、後で申し述べていただきたいと思います。

この点いかがでしょうか。よろしゅうございますでしょうか。はい、それでは先へ進ませていただきたいと思います。

次は、事務局のほうでご用意していただきました「救急業務におけるあり方について」というご説明、まずお願いできませんでしょうか。

事務局 では、説明をさせていただきます。お手元に資料2をご準備ください。第2回メディカルコントロール作業部会資料です。

1ページ目～3ページ目までは前回提示した資料と同じものです。

1ページ目ですが、救急業務についてこれまでどういう形で整えられてきたかということの時系列で提示しています。平成3年には救急隊員の行う応急処置等の基準が改正されて、9項目が拡大いたしましたし、同平成3年には救急救命士法が制定されたといったような時系列を提示させていただいております。これは

前回の資料どおりです。

2ページ目は、メディカルコントロール協議会の中でこういったことが役割として現在機能しているかということを図にしたものです。医師の指示、指導・助言体制、事後検証の実施、再教育体制の整備、プロトコルの策定という形でサイクルが回っているということの図です。

3ページ目は、現在メディカルコントロール体制ということについては、医学的観点から、救急活動の質を保障するという役割を現時点でもメディカルコントロール協議会の機能として担っているということがあります。ただし、これは消防と医療の連携の検討の中で出てきたことですが、右のほう、円滑な救急搬送体制を確保するための役割ということも含めて、メディカルコントロール協議会の役割として機能できるのではないかという話が提示されているということをご紹介します。

そして4ページ目です。ここからが新しい内容の資料になります。基本に戻るといいますか、消防側から提示させていただく検討ですので、そもそも消防機関が持っている救急業務とは何かというものを整理しています。

救急業務、消防法2条9項のとおり、救急業務とは傷病者を救急隊によって医療機関等に搬送すること、そして応急の手当てを行うことを含むということで規定されています。すなわち、救急業務は応急処置という部分、そして救急搬送という部分に大きくは分かれます。

そして、応急処置につきましては、救急隊員の行う応急処置等の基準、告示になりますが、こういう基準が出され、そして各種プロトコールというものがあると。こういった体制は上のほうの囲みになりますが、現在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の保障がされている。ただし、その体制はあくまでも通知による体制だという状況です。

一方、応急処置と同じく救急業務の1つの大きなファクターであります救急搬送についてどうかと。現在、救急搬送そのものについては、特に基準といったようなものは定められていません。しかしながら、搬送についても医学的観点から質を保障する基準といったようなものの策定が必要ではないかと考えております。

5ページ目、6ページ目についてご説明させていただきます。この救急搬送について、その医学的観点から質の保障が必要ではないかということでご説明をしたいと思います。

この救急搬送に関する基準のあり方についてですが、こちら5ページ目で紹介させていただいているのは、平成16年3月に救急振興財団から出されました報告書「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書」です。こういった知見も出ているということでの紹介です。この報告書そのものは、目的と

して、救急隊員の病院選定の適正化、観察判断の資質の向上、応急処置の適正化ということで出されている報告書です。

具体例を示しておりますが、傷病別のプロトコールという形で、重症度・緊急度判断基準という部分と、そして処置に関するプロトコールということで構成されております。

左のほうからご説明します。重症度・緊急度判断基準。例えば胸痛のところをとっていますが、第1段階で生理学的評価が意識、呼吸、脈拍、血圧、SpO<sub>2</sub>その他といったようなバイタルによりまして、重症以上と判断をするかどうかの判断基準が示されています。そして、この第1段階で仮に重症以上と判断されない場合につきましては、その症状等ということで、第2段階の判断に移る。そして、第2段階の判断の中で、チアノーゼの有無ですとか心電図上の不整脈、そして胸痛の持続性、そして背部の激痛があるかないかといったようなことが判断基準として入ってまして、その中のどれか該当するものがあれば、イエスということで重症以上と判断し、なければ中等症以下と判断する。

ここでのポイントは、赤字にしていますが、重症以上と判断した場合の医療機関選定は、救命救急センター等の三次救急医療機関、あるいはこれに準ずる二次救急のところに運ぶということが書かれている。判断をして、どういったところに運ばばいいのか、それをきちんと判断しましょうということになっています。

右のほうの説明をします。処置に関するプロトコール。これは重症度・緊急度判断という、左側の部分と同時進行で行っていくものになりますが、処置に関するプロトコール、これも胸痛の部分抜き出してあります。ショックの症状というものをまず見る。そしてショックであれば、ショックのほうのプロトコールに移るということになりますが、この菱形の部分が判断をするということでのシェーマになっていますけれども、ショックの症状がなければ心電図に移り、胸痛の持続があるかどうかということでまた分かれていく。そして、呼吸困難の有無によって判断をするということでのフローチャートとなっています。そして、このフローチャートが行き着いたところによりまして、速やかに高次医療機関へ搬送、速やかに適切な医療機関へ搬送、速やかにどういった医療機関に運ぶべきか、どういった疑いで運ぶべきなのかということが提示されています。

※1ですが、急性心筋梗塞などによる心原性ショック、大動脈解離、肺血栓塞栓症などを疑い、救命救急センターまたは循環器専門医のいる医療機関へ。あるいは※2であれば、狭心症や大動脈解離などの鑑別可能な医療機関へ搬送という、どういった機能を持つ医療機関へ運ばばいいかということが、処置のプロトコールとともに出ていているという紹介です。

6ページ目です。P S L S コースガイドブック。これは日本臨床救急医学会の監修しているものから抜粋しました。プレホスピタル・ストローク・ライフ・サ

ポートということで、脳卒中の可能性の兆候を現場で迅速に行いまして、適切な治療が行える医療機関へ迅速に搬送するということでのガイドブックです。

これはゴールデン・タイム3時間、プラチナ・タイム10分ということですが、血栓溶解薬のt-P Aを使う基準というものが非常に時間との勝負になっている。脳梗塞が発症した場合に、3時間以内にt-P Aを静注すれば良好な予後が期待できる。この3時間であればいいということではなく、できるだけ早ければ早いほうがいいということで、このプラチナ・タイムというものも設定されていまして、119番通報から病院到着までを仮に目標1時間としますと、観察に与えられた時間は10分、この10分で判断して、どの医療機関に運ぶべきなのかというものを判断すべきというガイドブックが出されているところなんです。

そして、下方の枠に移りますが、救急搬送におけるトリアージという議論も現在行われているところなんです。現在、消防庁におきまして救急搬送におけるトリアージの導入についても検討しています。これをどの時点で導入するか、あるいは導入しないかも含めて、まだ検討しているところですが、仮に将来的にトリアージを運用するといった場合には、それに対応する救急搬送に関する基準といったものを作成しなければ、おそらく運用できないということになるかと思えます。

こういった搬送についても、医学的見地からの保障をもって、あるいは何らかの基準を持ってきちんと運ぶということをしなければならぬのではないかと思います。ただし現状では、明確な基準といったものは定められていませんので、こういった形でやりましょうといったようなオールジャパンでのきちんとした基準や計画といったものは制定されていないというのが現状です。

7ページ目です。対する応急処置についてはどういった基準が現時点であるのかというのをご紹介したいと思います。「救急隊員の行う応急処置等の基準」というのを消防庁告示として発出しています。この中に、いわゆる救急隊員がどういふものが行えますかということが非常に細かく書かれているところです。

応急処置の原則ということで、短時間に行うことができ、かつ効果をもたらすことが客観的に認められている。あるいは複雑な検査を必要とすることなく、消防庁長官が定める装備資器材を用いて行うといったことが原則となっています。

そして、観察ですが、例えば意識の状態の項目の区分を取り出しておりますけれども、意識の状態の区分の観察を行う場合には、方法としては、言動の観察をすとか、呼びかけや皮膚の刺激に対する反応を調べる、瞳孔の大きさ、左右差、変形の有無、懐中電灯等光に対する瞳孔反応を、瞳孔反射と言いますが、調べるといったようなことが具体的に書き込まれて、告示として提示されています。

そして、応急処置の方法、どういった観察に基づき、どういった処置をするの

かということもこの告示の中で明文化されていまして、意識、呼吸、循環の障害に対する処置としては、気道確保、人工呼吸、胸骨圧迫、心マッサージ、除細動、酸素吸入とそれぞれの方法が明文化されています。例えば気道確保のところでの（ウ）の咽頭異物の除去につきましては、ハイムリック法による咽頭異物の除去といったようなこともきちんと明文化される形で、消防庁告示、応急処置等の基準ということで明文化されております。

この観察ですとか応急処置につきましては、それぞれそのほかのものについても明文化され提示されているところですよ。

続きまして8ページ。救急業務の基準に関する規定というものは、ほかのもの、例えば救急隊の編成ですとか装備の基準ですとか救急隊員の資格といったものと比べて、どういったものが活動基準については法律、政令、省令、告示・通知などで定められているのかといったようなものを表にしたものが、8ページですよ。

救急隊の編成ですとか装備の基準につきましては、法律事項でも定められています。消防法35条の9ですよ。この省に規定するもののほか、救急隊の編成及び装備の基準その他救急業務の処理に関し必要な事項は政令で定めるということで、政令事項として落としています。

そして、政令事項としては、救急隊の編成、装備の基準、救急隊員の資格といったようなものが定められていまして、さらに省令事項として、救急隊の編成や救急隊の資格といったようなものは詳細部分が定められているという構造になっています。

一方、活動基準のほうをごらんいただければと思いますが、活動基準そのものについては、告示・通知の中で救急業務実施基準ですとか、救急隊の行う応急処置等の基準といった形で、通知・告示の中で基準といったものが定められているという状況ですよ。

9ページ目ですよ。消防という中には、救急だけでなく、消火や救助という業務があります。それと比較して、救急の法整備というものはどうなっているのかというものを表にしたものが、9ページですよ。消火、救助、救急業務に関する規定ですよ。

それぞれの基準と整備指針といったようなものになりますが、消火に関しては、法律、政令、省令事項というよりも、告示・通知という中に、隊の編成ですとか装備の基準ですとか隊員の資格といったものが定められています。

一方、救助については、隊の編成というものが法律事項として消防法36条の2に、省令で定める基準に従い、人命救助のために必要な救助器具を装備した消防隊を配置ということが書き込まれ、隊の編成が法律事項となっています。そして、省令事項でも隊の編成、装備基準、隊員資格が定められています。



いますが、真ん中の図にありますとおり、メディカルコントロール協議会を念頭に置いたものです。消防と医療というものが一番上段にございますが、この消防と医療が連携して救急医療、救急というものを連携して対応しているということになります。

この消防と医療を円滑に業務を遂行していくということになりますと、メディカルコントロール協議会をさらに発展させたものといえますか、法的に位置づけるのであれば、仮の名前といたしまして救急業務協議会と説明の中では呼ばせていただきますが、この救急業務協議会という中で関係者間できちんと話をする、消防、医療、行政がきちんと集まる、そして医療がなぜ必要か、医学的観点から質を保障するために、医療関係者の参画が必要だろうと考えています。

こういった協議会で決めたものをどう形としてアウトプットとして出していくかということの1つといたしまして、地方公共団体が救急業務に関する基準等を策定してはどうかというのが、1つの役割として考えられるのではないかと思います。

12ページ目です。この救急業務協議会、メディカルコントロール協議会ですが、救急業務協議会、この役割は、こういったものになるのかというものをまとめたものが12ページです。

この救急業務協議会、先ほどの11ページ目で、地方公共団体が救急業務に関する基準等を策定するという事とした場合には、諮問機関の業務として位置づけられる機能があるだろうと。応急処置、救急搬送に関する基準といったものの策定に関し、意見を述べる。イメージとしては、諮問を受け答申をする、そこでの意見が反映されて、地方公共団体が救急業務に関する基準などを策定するといったような機能があるのではないかと。そして、上記以外の機能といたしまして、これまでもメディカルコントロール協議会で対応いただいております医師の指示、指導・助言体制の整備ですとか、応急処置・救急搬送の事後検証、これは今時点では応急処置部分が事後検証対象ですが、救急搬送も含めた事後検証、救急隊員の再教育体制等の整備、そして救急搬送・受け入れ医療体制に関する改善策の提言といったものについても、どう考えるかというか、重要な機能になるのではないかと位置づけになろうかと考えています。

法的にいろんな基準という体制組みをするという中においては、赤字で提示させていただきましたが、こういった意見を述べる、そして地方公共団体が一定の基準等を策定する、そういう体制というものが考えられるのではないかとということで提示させていただいております。

この13ページ、14ページは、前回ご議論をいただいたところでの主な意見です。先ほどご説明をさせていただきましたので割愛をさせていただきます。

そして15ページ、16ページにつきましても、前回お話をいただきました。

例えば15ページ目でございますが、いろいろと消防と医療、メディカルコントロール体制の中でだれが責任を負うかといったような話が前回出ましたので、ここに対する国会質疑での内容につきまして提示をさせていただいています。政府としてどう考えているか。

そして、16ページ目ですが、16ページ目も正当行為に当たるものかどうなのかといったような医師法との関係性についてですけれども、前回ご議論がありましたので、どう考えているのか、どういう考え方になるのか、正当行為に当たるものと考えているといったことでの資料を提示させていただいています。

この15ページ、16ページは、委員の皆様方にはメールで事前に送信、送付させていただいておりますので、また議論の中で出てまいりましたら、改めて説明はさせていただきますが、この部分につきましても割愛を現時点ではさせていただきたいと思えます。

以上が資料の説明です。

座長

ありがとうございました。1回目のメディカルコントロール作業部会におきまして、このメディカルコントロール協議会の場をどういう位置づけにしていくのかということ、この協議会が病院前救護の質を保障する意味でどういう形でやっていくか、いわゆる所掌業務の拡大とか法的位置づけということを最初念頭に置いて議論をしていただきました。十分時間を尽くせないまま先般終わったこともあり、今回始まるに当たりまして、この作業部会の方向性があまりにも広くなりすぎましたので、消防庁側がお考えのところをちょっと整理していただくという意味で、もう一度議論の再整理ということを含めて資料をお願いいたしました。

先の作業部会のときに出た意見に対する回答を一番後ろにいただいておりますので、メディカルコントロール協議会云々ということも一応さて置いておきまして、そもそも消防業務、消防の救急業務とはという原点に立ち戻って整理をしていただいたかのように思います。

今日はそれ以外に資料をいただいている先生もございます。必要に応じて使っていくといたしまして、この事務局のほうからご提示いただきました方向性にとつて、まず自由にご議論をしていただきたいと思います。

おそらく1つの要になるのは、今日の資料の4ページだろうと思います。応急処置、その中でももう少し各論を言えば、救急救命士にあつては救急救命処置なのでしょうけれども、救急隊員の行うという意味においては応急処置という業務がある一方、傷病者の重症度を判断し適切な医療機関に搬送するという大きな業務がもう1つありますのでその部分についてももう少し踏み込んで整理をしていただきたいと思います。それを合わせて救急業務ということになっておるとというのが消防法の建前であるのご説明いただきました。

一方、メディカルコントロール体制というのが既に、実態として医療機関と消

防機関を取り持つ非常にアクティビティーの高い活動になっておりますので、それをメディカルコントロール協議会というのも考えて方向性を示していけないだろうかというのが、おそらく先ほどの最後のほうに出てきた案でなかったかというようには思います。

そういうことで、まずこの辺の資料からご議論を開始したいと思いますけれども、どうぞ自由に。

委員 基本的に日ごろ私が考えたり発言したりする内容と、今お示しいただいた流れがほぼ一致しているので、そのことについては全然文句ないというか、むしろ進めていただきたいというのが私の本心ですけれども、ただ、4つほどちょっと気がついた点があるので、話題提供という意味でお話しさせていただきたいんですけれども。

4ページの表で、応急処置のほうは私、別紙の別添で資料をつけましたので、そちらを読んでいただければ話は進みますので、問題は、今日新しく提供された救急搬送というところですが。実は、公的な機関といえば、エルスタその他で救命士の年間約1,700人の教育に当たっていて、最後に質疑応答のときにいろんな意見を聞くのですけれども、一番地方・東京問わず出てくるのは、搬送困難事案なのですね。選定が困難事案。それは別に自分たちの問題だけではなくて、医療機関側にも問題があるのではないかと。

つまり、何を言いたいかということ、具体的に言うと、例えばブラックリストに載っているととりません。それから住所を聞いて、そこは行きません。例えば東京の某所みたいに体洗い月三十何件、要するに体を洗ってこなければとらないよというところもあるわけです。あるいは、差額ベッド代を払う気があるのですか、ないのですか、聞いてくださいと言われてしまう。こうなると結局、救急隊員の本来の搬送選定の基準のほかの問題がたくさん出てきてしまっている。だから、それを解決しないと、いくらここで立派な基準をつくっても全く意味がないのだと。

だから、その辺の実は正式な調査をして、そしてさらにそれを公表する必要があるのではないかと。つまり、国民の側でもそういうことがあるのだららということを知ってほしいし、医療機関も知ってほしいというのが1つ。

それに絡めて、実は、東京で調布方式があつて、今、搬送困難というか、現着してから出発まで一番長くなるのは老人施設に行ったときである。そうすると、老人施設との関係もきちんと、つまり3Kの職場であつて、職員がきちんと内容を知らないで、病歴も薬も知らないで、ただCPAになったから呼んでしまう。だから、どうしていいかわからないというようなことで長くなってしまふ。だからその辺も、解決方法を具体的に国のほうで示していく必要があるのではないかと。それがないと、救急搬送の基準をいくらつくっても全然前へ進まないのか

なというのが、この4ページ目で感じたことです。

それから、簡単に言っていきますけれども、あと6ページ目で感じたのは、実はここではあまりしてはいけない議論ですけれども、例の東京都の秋葉原の事故があってから、トリアージという言葉が誤解を招く。要するにタッグの関係で誤解を招いているのではないか。つまり、重症度・緊急度判断とか、搬送順位の決定で使っているのだと思います、ここでは。にもかかわらず、トリアージって確かに選別なのですけれども、黒タッグがあるために、一般国民とか市民は何か変な誤解を招いているので、こういうところでお使いになるときは注意してほしいなというのが私の日ごろの考えなのです。

トリアージという言葉が熟して、みんな意味がほんとうにわかるときはいいのですけれども、今のように、あいまいな表現で週刊誌みたいに書き立てるときに、こういう表現を使うと何か誤解を招くので、この辺も実は国としては、言葉の使い方としてももう少し配慮してほしいなというのが私の感想です。

それから3点目は、10ページに関連して、各都道府県その他で基準をつくるのはいいのですけれども、前のときも申し上げましたけれども、ローカルルールをつくるのは結構ですけれども、どの幅でつくれるかという基準を示さないと、いわゆる医療水準と医療慣行の関係みたいに、慣行レベルにしてしまうとどんどん下がって行ってしまふ。これは一番やっぱり危険なので、ローカルルールをつくるにしても、どの範囲まで、あるいはどこのトップだったらそれを認めるのかというのを明確にしていかないと、このレベルが随分上がったたり下がったり、勝手にしてしまうのではないかと危険性があるのではないかと。

それから、12ページの最後の赤字で書いてあるところですがけれども、これは私、大賛成なのですけれども、要するにMC協議会の実態に即して考えると、やはり諮問機関としてメディカルコントロール協議会があって、逆に言うと、だからこそこれは地域消防本部ですね。消防組合とか消防本部が責任を持って基準をつくる。最終的な法的責任は、地域の、あるいは組合の消防本部にあるのだということ逆を明確化したほうがいいのではないかと。

つまり、MC協議会はこのように諮問機関で結構です。その意見は尊重しましょう。だけど、最終的に責任をとるのはここですよということを明確にする必要が、こういうやり方するときには必要ではないか。それが、実はいろんなMCも、種類というか、ごめんなさい、質がありますから、そういうことを考えると、こういう落とし方が一番いいのだけれども、その辺も注意していただきたいな。その4点を私は今少し話題提供させていただきます。以上です。

座長

はい。ということで、まず4ページの中での救急搬送にかかるところ、これはやはりある一定の基準を設けていかないといけないだろうという、そういうご意見が1点。それから、それはなぜかという理由も今おっしゃられました。

老人の問題はいろいろあります。あるいはトリアージという言葉の使い方。最後に非常に重要な点をご指摘されましたけれども、MCを1つの諮問機関に位置づけて、それぞれ最終的な責任をしっかりとやっていくのは市町村消防といいますか、そういう形のほうがすっきりするのではないかというのが委員の説明だったと思います。

どうぞ。

事務局

1つ目のいただきました委員からのご意見ですが、消防のせいではないという話はありませんけれども、では、ブラックリストや体洗いが医療機関のせいかという、そこもやはり、だからこそ協議しないといけない事項になるのかなと思います。

ほかの検討の消防と医療の連携のほうの検討会の中でこういった実情を調査していきたいということでの検討を行っておりますが、逆に言うと、それは消防か医療かということではなく、それ以外といいますか、福祉的なところも含めてということでの検討が必要なのかなというのを補足でコメントさせていただきたいと思います。

すいません、どうしても消防のせいではなかったら医療のせいだよということだけでの対立構造なのかということころは、きちんと整理をしていきたくて思いましたので、すいません、補足でコメントをさせていただきました。だからこそ行政も入るといふことなのだと認識しております。

座長

どうぞ。

委員

決してそれは対立構造ではないと思うので、同じ土俵の上で一連の活動としてやっていることだと思うのです。この4ページの表を見ると、救急業務を大きく応急処置と救急搬送と分けていますけれども、ここで言う救急搬送というのは、その次のページあたりに出てくる、いわゆるどういう病院に搬送しようかという、その判断までの部分なわけで、実はこの次にもう1個あるわけですね。これが委員のおっしゃった、どこの病院へどう入れましょうかという。ですから、救急搬送というのは2つに分かれるのか、もう1個、3個目が出てくるのか、病院選定という問題が。そこまでひっくるめないと一連の救急活動というのは終わらないわけですので、ですから、救急搬送という、今言っている、委員もおっしゃった病院選定というのを入れるという解釈でよろしいのでしょうか。

座長

それはおそらくちょっとご議論していただいて。

委員

そうですね。はい。

座長

私自身も、救急搬送というのは、これは手段とか、あるいは方法といったものの物理的なものではなくて、おそらく傷病者の重症度とかあるいは疾病の予測に応じて適切な医療機関を選定して連れていくという、そういう意味においてのソフトウェア的な意味が入っているというようには考えていますのでね、私個人的

には。

おそらくそれを、では、どこまで基準を決めるのだということになったときに、最終的に選んだのはいいけど、受けてくれるか、くれないかということになると、今度は医療機関との大きな接点をつくらないといけませんね。

委員 ですから、MCの中に消防だけがやっているわけではなくて、医療機関も入っていて、さらに医療行政という、そちらの行政も入っていく中でどうあるべきか。要するに起承転結最後までちゃんと面倒見た、一連流れたというためのまたMCではないかなと思うので、ぜひそこまで守備範囲を広げて考えていただければと思います。

座長 どうぞ。

委員 この12ページのところ、今話題になっているところですけども、赤字で書かれているところの応急処置・救急搬送。応急処置に関しては、地方でどういったプロトコルを決めるとか、それはあまり大きな違いはないのではないかなと思うのですが、その次の救急搬送に関するのですが、これは都会ではそういうように病院選定を困るかもわからないですけども、地方に行きますと、選定しようがないですね、ほかに。ですので、ここに大きな基準を設けたからといって、我々のところではあまり関係ないなという気がいたします。

もう1つの意見なのですが、オプション的なお話で、最後にお話ししようかなと思ったのですが、委員のほうから、老人ホームからの搬送で非常に救急隊が困るというお話がありましたけれども、ここのところですね。まず3ページに戻りますけれども、メディカルコントロール協議会の機能の強化のところ、追加的な協議事項に、円滑な救急搬送体制を確保するという目的があるということなのですが、今、今日説明していただいたのは、円滑な救急搬送体制を確保するための方策としては、119番を受けた以降のお話を主にされてしまったけれども、むしろ、老人ホームからの依頼などに関しては119番へ依頼する前の問題なのですよ。

どういうことかといいますと、普通は契約しているドクターがいらっしゃるのです。日中はその先生たちがごらんになって、今日今夜危ないかもわからないというようなときに、夜になると出てこないのですよね。それで119番をかける。そうしますと、救急隊は救命士が働かないといけない。救命センターが働かないといけない。その上に検死をやらないといけないので警察も働かないといけない。非常にむだと言ったらしかられますよね。回避できるような人々の動きを動かさないといけないという意味で、やはり回避できるところは回避すべきではないかなと。これがその担当の先生が出てこられると、死亡診断書を1枚書けばいい話なのですが、例えば90歳で長い間寝たきりの方を、救急システムを全部動かすのか、やっぱり回避できるものではないかなと思うのです。

それに対して今のシステムでは指導できる立場の方がいらっしやらない。もちろん救急のほうからは、消防のほうからはそういうお願いぐらいしかできないですし、では保健行政のほうで指導できるのかというと、なかなか難しそうなお話をされますので、今日は厚生労働省の方がいらっしやらないですけれども、私は救急搬送体制を円滑にするためには、もう1つ以前のところも少しお話に入れていただきたいなど。

座長 それはそもそも老人、介護施設に限らず、一般の方の救急車の適正利用という、それ以前の問題というとしかれますけれども、包括的な非常に重要な問題で、一方ではマスコミを含めて議論もされていますけれども、それはそれで少し横へ置いておいて、先生が先にお話しになったところの話で、地方では重症度の観察をして判断をして、病院選定まで基準をつくっても、ほとんど行き先が大体決まっているので意味ないよということですが、ちょっとその辺は、ただしほんとうにそうなのか、そうなのですか。

委員 私のところですか。

座長 ええ。

委員 そうですね。救急病院、例えば私の医療圏では救急病院は4つほどしかありませんけれども、行き先はもうほとんど決まっていますので。ですので、選定をしたからってあまり意味がないような気がする。最終的に問題は、問題がないわけではないですよ。本来ならば受け入れるべき二次病院が全部断って、救命センターに運ばれてくるということはよくありますので、だから救命センターとしては最後の砦として何でもかんでも受け入れる体制は、非常に軽症でも受け入れるということになるのですけれども、そういったときに先ほどの問題が出てくるのですよね。

最初の立ち上げの段階で回避できるやつがどんどん入ってきますので。今おっしゃられたように、ブラックリストであるとか、そういうのは二次救急病院では全部断りますので、最終的に三次救命センターに運ばれてくる。そこは、裏と言ったらいけませんね、回避できるのではないかなと思うのですけれども、それを指導する人たちがいない。

座長 少し整理すると、医療リソースが少ないので、基準を決めてもさほど大きな意味がないと仰いますが、少ないからこそ、その基準を設けておくべきだという考えもあるわけではないのですかね。1個しかなければしかたがないですが。

委員 基準を決めても、受け入れるところが同じですので。

座長 うん。だからこそ、同じであって問題がないのであれば問題にはならないのですが、今、先生のお話では、やはり全部救命センターへ来てしまうということになると、救命救急センターへ連れてくる基準は、やはりこういう程度以上のものなのですよということは必要ではないですか。

委員 もう既に、不文律と言ったらおかしいですけども、地域のMCで既にそういう役割はしていますので、こういうものを連れてくるべきだということに決まっていますけれども、それを守らない、守れない救急病院がありますので、それに対する指導がむしろ私は必要ではないかなと。指導するためには基準をつくらないといけないのかもわからないのですけれども。

座長 そこがおそらく、後でもう少し煮詰まってくると議論が出てくると思います。搬送という話の中の3つ目、書くべきなのはどこの病院だというようにある程度基準が決まったら、おそらく地域でやるべきことは、A病院さん、B病院さん、このレベルのものは受けてくださいねということのある程度情報のストックとして持たないことには、委員会で取り決めたりリストだけあっても実態は役に立たないということになってしまいかねない。そういうときに、先般の作業部会から出ているMCの拡大する業務の中で、そういった作業をも引き受けてやるのか、やらないのか、そうすると、医療機関との強い連携、保健医療協議会等々も実態としていろいろありますけれども、そういったものとの連携をどうするのかというのは、もしかしたらしたら最後に出てくるのだろうと思います。

ということで、もう一度せっかくご提示いただいている救急業務、それに包括しているのは応急処置等の基準づくり、これは救急救命士に対するプロトコールも含めて、ある程度やっていますよねということで、この辺のところはそう、この業務の中に1つの枠としてあって、これはそんなに大きな委員の方には議論のあれはないと思うのですけれども。

今般、この図で示していただいた救急搬送という、これは古くて新しいネタですね。そもそも昭和30年代、40年代のころに交通事故がどんどん出て、運んでくださいという消防法で決めて、決めただけでも、全然病院はとってくれない、だから救急告示病院という制度をつくってでもいいから、受け入れてくださいというように旧厚生省が後付けでやったという時代の流れがまさしくあって、もう一度、今風にきちんと整理をしないとイケないという意味で、おそらく消防庁の事務局のほうから、こういう位置づけでご提示されたのだろうと思いますけれども、この方向性でもう少しご議論いただくとありがたいと思います。

委員 ちょっといいですか。この救急搬送のところは確かに基準がなく、実際、私は新潟市消防局でも、ここで提示されている、この63年、財団がつけられたのを今準拠して運用しているというのが実態なのです。多分、県内はほとんどそうなのですけれども、実は救急搬送するとき、新潟はそれなりの人口があるので、医療機関も結構あります。

実は先般こんな例がありまして、外傷で結構重症な方がいて、最終的には搬送後に1日後に亡くなったのですけれども、どうして救命センターに運んでくれなかったのだということで大分私、説明に行ったら責められたのですけれども、そ

のときに、ここの基準があったので、いや、うちはこういうことに基づいてやっていますよということで説明して、何とか納得はしてもらったのですけれども、確かに搬送するというある程度の医療機関があると、こういうルールで一応医療機関を選定して運んでいますよということが言えるので、逆に救急隊員の要するに活動を後で保障できるというか、そういう部分は確かに、あまりがちがちになるとちょっと、日本全国にはさまざまな地域があるので大変だと思うのですけれども、一応大まかなものはあってもいいかなという気は確かにするのですね、現場でそういう事例があったことを私も経験したので。

座長 ちなみに新潟のほうは、平成16年に出された振興財団の重症度・緊急度判定基準をほとんど使っているわけですか。

委員 そうです、はい。

座長 新潟消防局の管内ですか。それとも新潟県全体。

委員 新潟市消防局ですね。

座長 局の管内でね。

というようなことで、消防、現場のほうのご意見としては、一定の基準があるということが活動をする上で非常にやりやすいということで望んでおられるわけですが、ほかの委員、いかがでしょうか。

委員 今回資料はわかりやすくなって非常に論点整理はよかったなと思いました。今のお話を、例えば搬送基準でこういう症例がありましたというのは、既に例えばJPTECではこうですか、そういうのを含めた救急搬送で、こういうのはここに運ぶべきでしょうか、そういうのは既に、例えば私たちのメディカルコントロールの検証会や何かではそういう話は今わりあい出てきている話だと思うのですね。

もちろん私も基準をしっかりとつくる、しっかりというのでしょうか、その地域に合った基準をつくっていくというのはもちろん必要だと思うのですが、今回の話は、委員が最初におっしゃったようなところの、そういう基準があったとしても、結局運べなかったよと、あの病院は断ったからというところまで、このメディカルコントロール協議会というのか、救急業務協議会というのか、そこが踏み込んで、話をするものをつくるのか、そのときに私がちょっと整理しておかないといけないと思ったのは、救急医療協議会というホスピタルのことをやっているものが既にあって、そこはあまりよく動いてはいないかもしれませんが、それとの棲み分けはちゃんと何か決めておいた上で、どこまでやるのですか。つまり、あなたの病院、あなたはこの前とらなかったでしょう、どういうことなのです、県から補助金をもらっているのにというのが、うちの地域でのいつも議論しているところですが、そこに今の状況では僕たちから何も踏み込めていない。それが委員の最初におっしゃった、救命士がいつも文句を言っている

ということなのだろうというように思うのですね。

それで、私たちのところは7月いっぱい、全例調査をやったのです。全部、どうして断ったのか。そうするとやっぱり、今集計中なので今度できれば出したいかと思えますけれども、普通の症例は大体うまくいっているのです。どちらかという、いわゆるブラックリスト、焦げつき、外国人、ヤク中、アル中というのは徹底的に断っていると。そういうことに対して、では私たちはどのように対応するのですかと。行政も入った、福祉も考えた救急業務協議会というのをつくって、それで対応しましょうということがまとまるのであれば、それはそれで私もいいのではないかとも思えますけれども、もうちょっとそこを整理して議論、そういうところに踏み込むのかどうかということにかかっているかなというように思いました。

座長

2つ、今おっしゃったことで、1つは、選定先の病院とのコラボレーションしたときに、結局とってくれないではないかという、むしろ医療要請上の調整役である、例えば保健医療協議会とか救対協というのがあるところとないところとあるかもしれませんが、そういうものがきちっと指導的に定期的開催をして、あるいは医師会を巻き込んで開催をして、メディカルコントロール協議会の意見を吸い上げるなり、あるいは一緒に合同開催するなりというのが、タイプはどのようなタイプになるのか知りませんが、今、先生がおっしゃったのは、ここの救急業務協議会と位置づけたときは、その医療機関の行政上のところを取り込めるのか、取り込めないのか。それはおそらく法制上は取り込めないのかもしれませんが、保健医療行政上の問題については問題なのだ、いつまでもそれを放っておくと、隙間でいつも苦労されるのは救急隊員であり、救急の先生、大体この二者がいつも困っているわけなのです。だから、この際議論が必要なのだろうというのが、今、先生の意見ですね。

2点目は、先ほど委員がおっしゃったのと共通がありまして、その受け入れたくないというか、いろんな問題事例、これは今度は消防機関もそうですけれども、受け入れ側の病院も同じで、二次の救急病院が最近疲弊している大きな原因であることも事実であるのですね。

だから、消防機関側からそういうようなものをとってくださいよと決めても、今度は病院側が、いや、ちょっと待ってくださいという摩擦があるということも事実です。なので、それは重要な問題として議論する必要があるのですけれども、このメディカルコントロール作業部会では重い問題ではないかと思えます。

大変重要な問題ですよ、先生。僕らはやっぱり救急をやっている立場では、受け入れる側としてもそういう方が来られると、ほんとうに診療すべき人たちの円滑な診療には妨げになってしまうというのは事実ですので、それは消防の救急業務においても同じだろうと思うのですね。

ということで、ちょっと話がそれかけましたけれども、重要なご意見をいただきました。だから、受け入れ側の病院、これをどこまで包括できるのか、この救急搬送という問題ですね。そのときに、内容的なもので問題事例のありそうな、経歴のありそうな人をどのようにするかということ、そんな問題も当然出てきますと。とれというほうと、とりたくない、紙の上は書いていても現実は無という話は当然出てくるわけで、それも問題視として置いておかないといけないというような問題を提起していただきました。

委員

今の問題で、私の資料が、応需不能例に関する検討をしたものがあります。うちの救命センターにおける患者受け入れの現況というのと、もう1つは、前回のメディカルコントロール連絡協議会で少しお話しした内容なのですけれども、この厚いほうの当救命救急センターにおける患者受け入れの現況というのを見ていただくと、そのまとめのところを見ていただきます。私の資料なのですけれども、その一番後ろのところです。

重症に関して、いわゆる重要患者の定義も少し問題があると思うのですけれども、44件ぐらい断っています、1年間。平成18年ですね。それは断らざるを得なかったのですけれども、その部分、1つは医療整備が未整備な市町村からの重要患者の受け入れが結構あるということで、それからもう1つは、患者受け入れができなかった理由としては、ベッドの確保が困難なのですけれども、このベッドの確保が困難というのは、多くの場合、このデータはちょっと今回出してないのでけれども、先ほどから問題になっている、ぐあいの悪くなった老人を引き受けてしまうがためにベッドが埋まってしまうというような状況がかなり、我々がふだん診療していると、あります。

もう1つは、専門医がうまく対応できないということで、専門医の地域における分布というのもやっぱり少し考えなければいけない。

今おそらくここで議論されているベースは、医師であればとりあえず何でも見れると、そういう前提のもとでの議論になりがちなのですけれども、実際にはこういう基準をつくっていきますと、こういう搬送基準を決めると、この患者さんだったらここに運ばなくてははいけない。ここへ運ばなくてははいけないのだけれども、そこには専門医が何人いる。その何人いるのだけれども、その人が手術をしていて入れない。そうすると、いくらその基準に合致して、そこに送らなければいけないのだけれども、その病院は満タンだ、あるいはその病院で専門医が疲弊してしまってもうだめだということで、よそに行ってくださいというような形にも結構なるということが、今回この検討ではある程度できる。

それは、1つの病院だけの努力ではどうしようもないということで、おそらく少なくとも二次医療圏の中での何らかの調整機能を持った組織がないと、おそらく解決できないだろうというように考えています。

座 長 これは最近の消防庁で調べていただいた全国調査のときにも、三次救急医療施設はベッド不足とか処置中であるという理由で断りが多くて、二次医療機関は専門外ですよというデータが出ていたと思いますけれども、基本的にはよく似ていますよね。だから高度医療をやる場所は1人、2人来て、3人目というところちょっと待ってくださいと。一挙に重なってしまうと、どうしてもできない。そうしたときのバックアップ機能は病院連携をどうするのだということになりますよね。

ちなみに大阪では、三次については13機関ある、オール大阪で横の連携で依頼したところの救命がダメなら、直近の救命に連絡を入れて、とるといような形で三次はやりましょうと。ところが、二次がやはりなかなか解決策がありません。

そういう意味において、もう少し議論を先へ進めますけれども、この搬送先、重症度の判定をして、あるいは緊急度の判断をして、その先、もう1つ、では、この病院、適切な医療機関、あるいはこのレベルですよということまではよいとして、具体的にその病院を地域でノミネートしてという言い方はおかしいのですけれども、やろうとすると、これは保健医療行政と非常に大きく絡んでくることですよね。そういう意味では、先の委員会の中でもちょっと発言があったと思うのですが、どうでしょうか。医療行政のほうのお立場で。

委 員 いや、前も申し上げたのですけれども、決してそれを議論しなくていい問題というわけではなしに、皆さん同じ意見なのですから、非常に重要な問題で、それはきちんと解決していくようなことを考えていかなければいけないと思うのです。

ここの委員の資料にも書いてありますけど、専門医とか救急医とか看護師の増員とか、こういう課題も挙がってくるわけで、そうすると、私らの県でもそうなのですから、ちょっと中山間地の救命センターなんかは非常に医者が足りなくなってきた、それで救急の受け入れが困難になってきている。そういう中でも、大きい岐阜市あたりから非常に遠いような飛騨のほうなんかは、岐阜まで運んでくるのもなかなか大変なものですから、極力皆さん努力していただいて、受け入れていただいているのはおるのですけれども、そういった中での課題が医師確保であるとか看護師の確保であるとか、それからさっき言われたようなブラックリストの問題とか老人ホームの問題とか、さまざまな問題、保健医療行政だけでもまた解決できないような福祉行政も解決しなければいけないような問題も出てくる。

さっきの老人ホームの問題なんか、私のところなんかでも、嘱託の医者が出てこないのはけしからんではないか、それは医師法違反だと、そのような苦情まであるわけで、週に1回の規定で、週に1回、半日程度の嘱託医でよろしいというのは、福祉行政の考え方の中で、夜中に患者さんが亡くなったときまで出てこな

ければいけないなんて、そんな厳しい規定をはめると、そんなの嘱託医は引き受けてくれる人なんかいなくなるでしょうと、そのような話なのです。

そういったような、ちょっと話はずれましたけど、非常に大きな問題、さまざまな問題が複雑に入り組んでおりますので、これをメディカルコントロール協議会の所掌事務にまで持ち上げていくと、一体どれだけの人を集めて、どれだけの回数を開催したら解決していくのかという、ちょっと荷が重いのではないかと。当然、保健医療関係の審議会とか協議会とか、ああいったところとの棲み分け、役割分担というのももちろん問題にはなりますけど、ちょっとこれ今聞いていまして、あまりにも荷が重すぎるのかなという印象を受けました。

今回、消防庁のほうからこういった格好で仕分けしていただいたものは非常にすっきりしているのかなというようには思っておりまして、聞かせていただいております。

委員

よろしいですか。私が最初口火を切ったのは、これをMCのレベルでやろうなんていうようなむちゃなことは言っていないので、そうではなくて、情報発信としてのMCであってほしいな、つまり、MCがそれを言わなければいけない。言うべきだということを私は言いたかったのです、これを全部取り込んだら、これはとてつもない話で無理な話ですから、情報発信は責任を持って下さいよということを私は言いたかったのです。

むしろ大事なことは、委員がさっきおっしゃったように、救急搬送の基準を設けていなかったらこれは大事ですよという話。つまり、現場の救急隊員を守るためには、救急隊員の行為が正当化される一番大事なことは、要するにプロトコルに従って行動しているかどうか基準になって、プロトコルがないときに問題になってしまうわけで、だからむしろ、こう赤字で書いてあるということは、もしかしたらつくっていない地域もあって、そのほうが大事で、まずそれをやりましょうと。それが無い上には先へ進まない。

だから、まず基本的に、実は救急搬送の病院選定が一番難しく、実はおそらく救急隊長が裁量権を持っているとすると、ここだけなのです。どの病院を選ぶかということの裁量権はある程度与えてあげなければいけない業務だと思うので、逆に言うと、その訓練をどうしましょうという話は、今度MC協議会で話す話ですから、そういうのもやらなければいけませんよというのをここでは議論すべきではないかなというように私は思っています。

座長

ということで、保健医療から見ても、そういう調整、いわゆる本来の所掌業務としての病院の受け入れ、あるいはそういうことはやっている。それを、一方、消防で今、救急搬送というところから、それをMCと仮に置いた場合に、それをそこまで傘をかぶせるのはちょっと荷が重いという話が出ました。ということになると、ある程度、大体軸足が見えてきておるのですけれども、どうでしょう。

ちょっと座長の意見を言いますと、私の出している資料をちょっと見ていただ

きたいなと思います。大阪府の救急業務高度化推進連絡協議会と書いて（案）、今はもう案ではないのですけれども、何を言いたいかということを書くと、実は、今、救急業務の応急処置と救急搬送という話を分けてみました。処置ということについていえば、例えば救急救命士を中心に言えば、CPRのプロトコール、あるいは気管挿管のプロトコール、そういったものを提示して、実際に具体的指示も出し、実践を行った後、検証し、再教育するという一連の流れがあります。それについては例えば大阪府の場合で挙げますと、こういう形でプロトコールを示していますよと。これは基本的には共通してやられる。この部分がMCのコア業務になっています。

ちょっとめくっていただきますと、外傷・熱傷のシートとなっていますけれども、これは実は重症度評価と搬送先決定のための基準であります。5ページのところです。これは現に使われています。

次、6ページからずっと最後まで、今年から脳卒中と急性心筋梗塞については大きく網をかけて、重症、その疑いの強い傷病者をそれなりの病院に運ぶためのチェックシートをつくらせて、やっていきたいと思いますということに決まったところです。これはむしろ処置のためのプロトコールというよりは、先ほど来話の出ている救急搬送の中での傷病者に網をかけて、搬送先を決めようということです。外傷、それから脳卒中、心筋梗塞の疑いの患者をこういう形で受けて、実はこの先、この判断をしたことと搬送していった先のことと、そしてその結果のアウトカム、こういうのを検証していかないとだめでしょうね。そうでないと、この基準がよかったのか、何がよかったのか、あるいは逆に何が悪かったのかわからなくなります。

こういうのをつくることで、今までは救急救命士なり救急隊員の個別の資質のところに特化したメディカルコントロールのあり方が、今度はもう少し傷病者のほうに利潤が向いた、最終的に搬送先も決めた形のことをやって、それも検証したりできる形でやっていけば、メディカルコントロール協議会としての位置づけが少し明確になるのではないかということです。

ところが、1つ問題があります。これを具体的に二次医療圏レベルで、ここは机上の上で救命救急センター等とか、あるいは適切な医療機関とか書いていますけれども、ここのリストづくりが課題でありまして、救命救急センターはわかりやすいのですが、そこから外れた症例はどこへ連れていくのかもっと明確にしろというのが、消防機関側から希望だと思えます。そうでないと、この先ちょっと進みませんねということです。おそらく、それが先ほど来出ている話の最終的な、どこで調整するのという話と同じなのだろうと思います。これが私どものちょっと個人的な行動のご紹介ということでご理解いただきたい。

ということで、救急搬送のときの基準、一定の基準を決めて、それもまた

検証して、さらに問題があれば、それを保健医療協議会とか医療行政機関、医師会等に声を大にしていって、どういふようにあと調整をしていくかということが問題になってくるのかなと思います。

ということで、この点についてはどうでしょう、作業部会としては、救急搬送及び、重症度の判断基準があつて、それに応じた病院先を決めて、そういうものを包括した救急搬送の部分、これを救急業務の中にしっかりと位置づけして、やっていますということにおいては、この作業部会で提言できる意見として出してよろしゅうございますでしょうか。

そうすると、4ページのところ、具体的にはどうするのだというのはまたこの先いろいろあるかもしれませんが、大枠でご賛同いただけそうだということです。

あとは、10ページ～11ページ、この辺がちょっと分担のあり方といいますか、あるいは救急業務協議会という仮称なのですけれども、そういったものの位置づけですけれども、この辺についてご意見をいただけたらと思います。

10ページのところで、仮に、先ほども議論がありましたけれども、国が最低基準を決めると。国といいますか、おそらく決めると。それを都道府県レベルに落として、当然都道府県レベルではそれを加味して、遵守しながらプラスアルファをして細かくリソースを考えながらつくと。

それで、その下ですね、問題の1つは。市町村レベルというところ、消防は自治体消防ですので、基本的には市町村の責任においてなされているわけですけれども、この辺のところのご議論を少ししていただきたいと思うのですけれども。

といいますのは、メディカルコントロールの単位は都道府県によってさまざまかもしれませんが、基本的には大体二次医療圏くくりでなされていて、いわゆる保健医療行政の単位で大体なされていると思いますが、その枠組みと市町村消防あるいは組合消防もしかりでしょうけれども、枠が必ずしも一致していないということがありますので、その市町村レベルのところにと落とすときというのが、メディカルコントロール協議会にしる、保健医療協議会にしる、どちらの立場へ行っても、私はいつも何でこんなボタンのかけ違いが起こっているのかなというのは絶えず感じるころではあるのですけれども、医療機関と消防機関の軸足が違うものですから、その辺がいつも大きな問題ですね。

都道府県によっては、消防機関、特に政令指定都市の局があるところになると、かなり中心的に動いてはいるのですけれども、その政令指定都市をくり抜いてしまうと、それ以外の市町村というのは非常に気の毒な実態がありまして、その辺を、それでは都道府県全体で面倒を見れるのかという話が出てきますけれども、この辺ちょっとご意見何かございませんでしょうか。

委員 愛知県ですけれども、今都道府県のMC体制はいろいろ形があると思うのです

けれども、愛知県は県に協議会があって、その下に4つの地区MCがあります。この表を見たときに、市町村というのがそれぞれ個々愛知県で37の消防本部があるのですけれども、そこで基準をつくるのか、あるいは4つのMCなのか。

今は基本的にはMCである程度基準をつくっているのですけれども、ただ愛知県の場合は、愛知県の協議会がある程度基準をつくって、それを地区で運用していくという形でやっています。

そういうのを考えていくと、今の実態として、市町村でこの基準をつくって、医療機関とそれを調整して、実際に運用していくというのは非常に難しいのかなという感じがしているのですけれども、そういう実態というのを今後調べていかなければいけないかと思うのですけれども、もう1つ、教育という面ですね。例えば消防学校で今、標準課程の教育を行っているのですけれども、例えば市町村ごとにそういう基準が違っていたときに、その教育をどうするのかとか、そういったものを考えていくと、ある程度都道府県ぐらいで統一したほうが、その教育とか、そういったものを考えたときにいいのかなと。ですから、市町村まで全部市町村でつくってくださいといっても、なかなか難しいところもあるのかなというのが、この表を見て感じます。

座長 ほかはどうでしょう。流れはだれもこれは否定しないと思うのですね。国が最低基準、こういう方針でやってください、都道府県レベルでは大体ほとんどの行政が都道府県レベルできちとしたものに修正を加えて、そういう展開をする。これはいいと思うのですけれども、現実、消防機関のユニットが市町村消防ですので、今度はそこへ落とすときの話がいつも問題になってくると思うのですね。

委員 ただ、同一の二次医療圏の中で、市町村に独自の基準策定の権限を認めますと、同じ医療圏でありながら特定の市だけが全く違う基準を採用する、かなり違う基準を採用する、それはぱっと見かなり問題であるように思うのですが、そういう理解でよろしいでしょうか。

座長 そうなってしまうよ、ここの図柄でいくと。おそらくそれは、最終的に、先ほどちょっと出ていましたけれども、MCが諮問を受けて、こうしたほうがいいのではないかと、最終的にこういう行動でやることを、最終責任をとるのは自治体の、例えば市長さんです。消防機関がそうですから。だとすると、A市、B市が同じ医療圏にあっても、都道府県で示された基準の、うちはAダッシュでいきますとか、うちはAダッシュではどうも合致しないので、おかしな話だけれども、A2ダッシュでやりますとかって微妙に違うということは起こり得なくもないとなりますよ。

委員 それが、いや、地方分権でいうと、それが地方分権の真の姿だといえればそれまでなのではけれども、ぱっと見、実際の実務は相当混乱しそうな感じはします。

座長 しますね。

委員 あともう1つ考えるとしたら、二次医療圏の中で市町村がすべて一致して共通の基準を採用すると。あくまで最終的な権限は各市町村が持っているという前提に立ちながら、しかし、決めるときは全市町村が一致して1つの基準を採用するというのは、一部事務組合といえればいいのか、よくわかりませんが、そういう方向はないわけではないかなとは思いますが。

委員 いや、だからこれはフレキシブルに対応しないと怖いところがあって、県の消防学校で標準課程、救Ⅱ課程やっているとする、それは同じ教育しかできませんから、それを市町村に、東京都もそうですけれども、微妙に違うときがありますよね。その再教育をしなくてはいけない、その予算もないときにはそれが一致しないとまずいでしょうけれども、わかりやすく言うと、例えば船橋と市川市でドクターカーを持っているところと持っていないところと一緒にできないわけです。同じ東葛南部でやっているわけです、MCは。そうすると、やっぱりそれは差別しないとできない。

だから、これは消防の一番細分化したときの弱い面がここに出てきていて、フレキシブルに対応するような法制度をつくっておかないと、やっぱりうまくいかないのではないかな。単純に、こうしましょう、ああしましょうといっても、そこから必ず外れるところが出てきますから、それを許してあげるのがこの作業部会の一番難しいというか、そこをやるのがこの作業部会ではないかなと私は感じているのですけど。

座長 作業部会でメディカルコントロール……。

委員 いや、この部会でそれを周知徹底させるための基準をつくるというのが目標ではないか。ただ、全県1つの消防本部もあります。それから細分化した、例えば神奈川県なんていうのは相模川から西側は16市町村あるけど、結局東海大学が全部面倒を見て、ヤマモト先生が全部面倒を見ている。だけど、ヤマモト先生は16全部目配りして、全部違う基準をつくってあげているわけですよ。

そういう先生、すごい先生もいるけれども、それがほんとは理想なのだけれども、人がいなくなったらこれはつぶれてしまう話なので、だからその辺も実態にできるだけ即したように考えていかないと、実際機能しないのがこの問題なので、ここは難しいところだろうと思うのですよ。

委員 いいですか。そこは、ここの10ページの表でいけば、この書きぶりだけを見ていけば、最低基準というのをつくって、都道府県でさらに裁量権を認めて、それは守らないといけないわけですよね。

座長 そうです。

委員 それ以外のところで独自性はこれですよというのを、明確に示せるかどうかは別にして、どうやってそのそれぞれ市町村あるいは都道府県がどういうところに裁量権があるのかというのを明確に示してあげないと、おかしくなってくると

いうことですね。

委員 だから私が再三再四、ローカルルールをどこまで認めるかが必要ですよというのは、そこなのですよ。

委員 そうですね。だからローカルルールが勝手なことをやるのではなしに、その前提として、そこを外してはいけない基準というのをどこまで明確にしていくのかということなのかな。それは整理できるのかな。

もう1つは、救急業務というのは先ほど来議論がある、ずっとご議論を聞いていて、医療機関と消防機関の連携というのが本質的に求められるという話ですね、消火とかは違って。そういう前提でいけば、そういうのを仕組みとして法制度なりに入れていかないとおかしくなるのではないかな。例えば、メディカル協議会であるのか、救急業務協議会というのが連携のシステムとしてあるならば、これを制度として、仕組みとして、何らかの形で制度論として位置づけていかないと、なかなか連携体制というのが任意の連携体制では守れない。

何かというと、救急業務自体がそもそも連携しないとできないという、連携したほうがいいですよではなしに、しないとできないという前提があるので、何らかの救急業務協議会というのを制度上システムとして制度として位置づけて、その中で裁量をどうやっていくのか。それは諮問機関という立場で、都道府県と市町村の裁量を確保するように使うのかどうか、何かそういう手だてで明確に位置づけていかないと、回らないのかなという気がしますね。

座長 ちょっと質問させていただいていいですか。例えば救急業務協議会という諮問機関として、どちらかという救急業務を主体に考えて、軸足が消防庁所管の形の地域の機関だと。そのときに、今おっしゃったように、医療機関との連携ということになると、医療行政上の保健医療協議会と、あるいは都道府県だと医療審議会という大きな枠組みがあって、それをあわせて調整をできる行政上の仕組みというのはあるのですか。私はそれがわからないのです。

委員 それを言い出すと、さっき言ったすべてのところをどこが解決するのだという非常に大きな問題におそらく当たってしまうので、1つの考え方とすれば、さっき委員がおっしゃられた課題とかを発信していくとか、諮問機関として意見を言う、それを実際解決するには、それぞれの医療であり福祉であるという専門的な組織があるなら、そこが実際やるという仕組みをとるのかどうか、そこは仕組みのつくり方の話のような気がします。

委員 1点だけですけども、国レベルでは厚労省と総務省で縦割りという若干の弊害があるわけですが、都道府県の場合はある意味そういう縦割りが解消されやすい仕組みではあるのかなと。要するに県知事が一番上にどんと立っている。その知事レベルでは……。

座長 いえ、都道府県レベルといえども、それはありますよ。

委員 いや、法的な仕組みとしては県知事が上にどんと立っていて、最終的な調整はすべて県知事がやるという建前にはなりますから。実際はそうではないとは思いますが、そこは法律をつくるという話なので、そこは一番上の県知事が調整するのだというフィクションを全面に出してもいいのかなとは思いますが。その中がどうなるかはちょっと我々の手の届く話ではないのかもしれませんが。

座長 ちなみに私がいたところは、例えばメディカルコントロール協議会の委員というのはすべて知事委嘱できちっとした委嘱状が出ているのです。だから、検証業務もはじめ、教育をして、引き受けて、いろいろやっていることのあれはおそらく、おそらくですよ、最終責任は委嘱をいただいている限りは、府ですよ、最終的には。そういう業務をやりなさいと言っているわけだから、受けているわけですから。

そのときに、現場のほうの主導的なところは、消防機関さんが検証会議をやり、オンライン業務をやるために先生こうしてください、ああしてくださいというようなことで、どちらかというと事務的な動きというのは消防主体で動いていますけれども、そこへ医療機関が入ってやっていてという実態があるのですけれども、おそらく、私どもの立場というのは、委嘱を受けた者が最終的に出した知事であろうということであれば、都道府県単位で責任を持ってやっていますよという解釈でいいのかなと思うのですけどね。

委員 今、10ページのところを話しているわけですよ。

座長 はい。

委員 市町村にどういう権限を持たせるかということだと思うのですけれども、従来、気管挿管であるとか、気管挿管にかかわる実習であるとか、薬剤投与、薬剤投与にかかわる実習であるとか、そういうところに関してもやはり国からの指示があって、それから都道府県の基準があって、さらに地域である程度裁量権を持たされていたような気がするんですけども、それと同じではないかなという気がするのですが、何でここでそんなに問題になのかなという気がします。今までそれで無事やっているのではないかなと思うのですけれども、それはいかがなのでしょう。

座長 だから今言っているのは、市町村ということと、メディカルコントロール協議会のいわゆる地域メディカルコントロール協議会の枠というのは違うので、だから、以前消防庁さんでも調べていただいたMC協議会の枠組みが、ある都道府県によってはほとんどが消防単位でMCを組まれているところと、それから基本的に医療行政、二次医療圏単位で組まれている。二次医療圏単位というのは、おっしゃったように、たくさん自治体消防を抱えているところがある。現に私がいた泉州救命センターも9市2町が入っていて、消防が10隊もおる。消防庁になかなか同じように足並みがそろわないというのがありますよね。だからさほど問

題ないというわけでもないのですよ。

委員 でも、今までのところでも病院実習にかかわるときに、もし救命士さんが病院実習で問題を起こした場合に、これは最終責任をその所属の消防署、要するに市町村の消防署の責任になったのではないかなと思うのですけれども、ただ、そのプロトコールに関しては、その地域でのMCでつくっているということですので、基本的に同じではないかなという気もするのですけれども。

委員 いや、今怖いことをおっしゃって、実は病院実習に関して法的責任はあいまいなまま実習しているのですよ。これはおわかりのとおり、病院はどんな国公立病院でも民法が適用されます。それから実習生は各公務員として委託を受けて、公務として行っているわけです。事故を起こすわけです。

となると、実は事故を起こしたときには救命隊員個人の責任になってしまうということ、ふたをして今実習していますから、そんな単純な話ではないので、これはちょっと録音してほしくないのですけれども。だからその辺は実はあいまいなまま行われているので、そういうことも実はこういうときに解決するのかなと思ったのですけれども、そういう余計なことまで言わないことにします。

委員 いや、言っているのか、いや、契約はきちんと契約書で交わしていますけれども。だから事故があった場合には、こういう場合には消防のほうが責任を持ちますというような契約書を病院と交わして実習に入っていますので、私はそういう問題はなかったと思ったのですけど。

委員 いや、改めて協議するというのは多分ひな型ですよ。改めて協議するというのは国のひな型で、それでおそらく、鳥取県は知りませんが、ほかは全部そうやって実習しているのだと思います。

委員 ああ、そうなのですか。

座長 非常に重要な問題です。これは医療機関においては、例えば昨今いろいろ問題になっている医療事故に伴う事故調査委員会の大綱の問題とまさしく同じで、非常に直近の問題としてそこはきちんと整理していないと、こういう侵襲度の高いといえますか、あるいは危険な領域を伴う人の業務としてはなかなかすっきりしないところがありますので、非常に重要な問題なのですが、きょうのテーマにしてしまうと、どんどん別のところへ行ってしまいそうなので、少し元へ戻させていただきたいと思います。

国、都道府県、その下、最終的には市町村長が消防機関の責任者としてももちろん責任を持つという意味では、この流れ図なのでしょうけれども、国、都道府県ぐらいまではいいのかなというように思いますが、あと、例えばメディカルコントロール協議会自身が都道府県から市町村という役割のところ、既にいろんなタイプがあるということを考えると、これもあまりがちがちにしないほうがいいのかなという気はいたしますね。実態に応じてやらないといけない。

11ページですけれども、消防、医療機関、行政、これが入って、医学的観点からいろいろな人を集めて協議をしますと。この位置づけが、橋本委員がおっしゃった最初は、やはり諮問機関としての動きで、意見をしっかり言う、いろんなことを策定して、こうしてという位置づけがいいのではないかというご意見でしたけれども、ほかの委員の方はいかがでございましょうか。

事務局 先ほど委員が、少し事態の公表といったような、そういう考え方もあるのかと、話として少しお伺いしたいと思ひまして、挙手させていただきました。

座長のほうよりいただいた資料から、座長のほうから先ほどこういう医学的なフィードバックをかけるためにも、こういった基準があつて、フィードバックをかけて医学的によりよいものをしていくためにも、基準が必要なのだというご説明があつたのではないかと理解しております。

ただ一方で、先ほど来からも話に出ておりますブラックリストや体洗いといったような、医学的だけでは解決できない部分についての問題も、やはり原因を分析して、フィードバックをして、どうにか解決するということが重要なのではないかなという認識でおります。

委員のほうからは、それは案件が重すぎるのではないかという話もあつて、確かにそれはそうなのかもしれないですけど、何が一体原因だったのかとか、きちんと分析をしないと次につながらないというのはあるのではないかなと。何ていうのでしょうか、これまでどおりだれかの善意に押しつけておけばいいという話では回っていかない事態なのかなと思つているのですが、先ほど委員がおっしゃった公表の話ですとか、あるいは全例調査しているという話がありましたので、その辺についても若干コメントをいただけるとありがたいと思つておるのですが、いかがでございましょうか。

座長 はい。事務局のほうから少し意見があればということで出ましたけれども、どうですか。

委員 一部だけ。フィードバックをしてということについて、メディカルコントロール協議会なり何なりの荷が重い、全くそのとおりだと一方で思いつつ、今のままで発信をして、こんなに困っていますよという話は、世間には幾つか出しているわけですけども、それで、ではどうやって解決したらいいかというところが、これは全くお手上げの状態なので、みんなが困っているのだというように思うのですね。

そこをもう1つ踏み込んだ、先ほど新しい組織をつくるなり、何か制度をつくるなりという話もちんちらあつたので、そういうことなのかなとも思うのですが、今のままではちょっと解決できないものがありそうなので、そこで、これがどこまで踏み込めるかということできつきお話ししたのですけれども。

どういふような踏み込み方でももちろんいいと思ひます。救対協とこのように

きちんと棲み分けて、ここの部分については救対協にきちんとフィードバックをすることによって、救対協がまだ告示病院の指定とかやっていますので、そういうところへ対しちゃんと圧力をかけて、ほんとうにフィードバックできるようなシステムをつくれますというのであれば、それもいいですけども、私として何をしたらいいか、まだ出ないのですけれども、何か現状を少し打破するための方策を考えないとだめだなとは思っています。

座 長 　だから、意見を言うのはいいけれども、一步踏み込んで、その先が解決できる機構というのがないのでというお話ですよ。

委 員 　すみません、1点だけ。先ほど委員からの少し荷が重いという話の続きなのでですけども、12ページが一番下、受け入れ医療体制に関する改善策の提言ということで、問題を発見した後に、こうすればきっと改善するに違いないという改善策の提言まで踏み込む、その機能を追加するという話は、これはこの提言機能それ自体についても、やはりこれは荷が重い、こういうのを認めるべきではないという、そういうお考えなのでしょうか。

委 員 　いやいや、別に提言していただいても別に結構だと思うのですけれども、ただ、なかなか難しく、みんなが本当に困っていて、どうして解決していいかわからない部分ばかりぼんぼん入れてこられたのでは……。それがさっき委員が言われたような……。

委 員 　ただ、それは提言があった後の話ですよ。

委 員 　そうですね。

座 長 　ちなみに、今ちょっと消防救急業務のほうから医療側に物事がとられたときに、当然それは国として、今日オブザーバーで先ほど来、先生が来ておられますので、今までの経緯をちょっと簡単に、途中で来られたので、聞いていただいていたとは思いますが、救急業務という枠の中で一度きちっと整理し直して、従来の応急処置というか、処置の部分と、それから搬送という部分、その搬送というのは重症度・緊急度を判断して、適切な医療機関を選んで運び終わるところまでのストーリーを考えると、後者の部分のところをしっかりとした基準づくりが要りますねという話になりました。

それを包括して、救急業務協議会というか、あるいはメディカルコントロール協議会を含めた意味合いで、どういう位置づけにしたかいいか。今の流れは、諮問機関的な要素でしっかりとした立案をして、提言をするというところまでやってもいいのではないかとということになったのですが、最終的にそういう受け皿になる医療機関とか、あるいはなかなかその間に介在する医療側の問題を医療のほうに振っても、もちろん医療側が解決しないといけない部分もありますよということで、厚生労働省としては、地域ごとの病院調整ですよ。

重症度に応じた、初期、二次、三次という昔からの枠組みは、それはそれとし

てあって、もっと細に至ってこの先、今の救急医療の事情を考えて、何か策をお持ちでしょうか。現時点での、予算概要云々ということも最近あったかには聞いていますけれども、そうではなくて、今、救急車で受け入れる側の医療機関をどうように調整していけばいいか、国レベルの方向性というのは新たに検討されているのかどうか。

オブザーバー  
座長

それは、初期、二次、三次とかいったことではなくて……。

というよりも、やはり不応需の問題、いわゆるこの患者さんは重症度を決められたので、今から先生のところへお願いします、いや、うちはいっぱいだ、こっちへ行きます、こっちもいっぱいだという問題も出てきていますし、先ほど来出ているように、いわゆる社会的問題でもって、うちはノーノーと言っている問題もありますよね。

そんなことも含めて、救急救命士あるいは救急隊員に重症度の判断をさせて、この病気はこうなったときはこういう病院へ連れていくんですよというように、こちらサイドとしてはやりますけれども、その受け皿になるほうがぐあいが悪い状況の場合は、当然、医療サイドの問題として調整しないとイケませんよね。

調整するのは、都道府県レベルでいえば、医療対策審議会とか救急対策協議会とかで調整をしながらやっていこうというのが本来の筋だと思うのですがけれども、それでもなお問題困難事例がたくさん産出してきているという実態において、さらに突っ込んで厚生労働省は、都道府県レベルに何か今策をお考えですかという質問なのではけれども。

オブザーバー

おっしゃるとおり、医療懇の流れの中で救急医療対策協議会と、今、都道府県で救急医療対策協議会あるいは救急医療協議会と呼ばれている話し合いの場、作業をする場を設けていただいて、その中でそういった問題を話し合ってくださいというふうをお願いしているところです。

ただ、なかなか話し合うだけでは解決していなくて、そのために救急車がなかなか受け入れられないといった実態がある。それを解決するためにまた新たに協議会をとという話ではもちろんなくて、それであれば、現状のやはり救急医療協議会あるいは救急医療対策協議会をどうやって支援していくか、そういったことも考えていくのだらうというように我々としては思います。

座長

わかりました。そうしたときに、今、消防庁として、例えば救急業務というのを明確に位置づけて、搬送に関する基準等も仮に設けたと仮定して、その協議会的なものがメディカルコントロール協議会になるのか、その名前を変えて救急業務協議会になるのかわかりませんが、仮にきちんとした行政上の位置づけの明確なのができるとしたときに、それと厚生労働行政としての救急協あるいは救急審といったようなものとの調整というのは、これもやっぱり都道府県レベルに割り振って、連携してやってくださいという形になるのですかね。

やはりメディカルコントロール協議会等の中で、救急搬送の受け入れ先が見つからない、そこを解決するためにいろいろ話し合いをするといった中で、もちろんMC協議会の中で解決できることもあるでしょうし、そこで解決できない、医療初期、二次、三次の二次の部分の部分が弱いとか、三次の部分の部分が足りないとか、そういった意見、あるいは救急医療を担うお医者さんがそもそも足りないのが問題なのだよといった意見が出るのだらうと思うのですよね。

そういった意見をMC協議会といったところを出ているといった意見を踏まえて、救対協なり救急医療協議会なりといったところで話し合いがなされると。そういった関係になるのだらうと思いますけれども、それはもちろん意見が出されて、その意見を聞いたら、そこで救急医療対策協議会で話し合えばすぐに解決するという問題にはなかなかならないのだらうと思いますけれども、今、枠組みとしては、そういった枠組みが用意されていると。

座長

わかりました。なぜ振ったかといいますと、1つは、もしこれが意見、声を出すのが協議会だよねということになったときに、その先の例えば救対協等でしっかりと受けとめてやれる道筋がないと、言うのはいいけれども、全然物事が変わらないよという鈴木委員のような話にもなりかねませんし、そういう意味では、こういうご時世であるだけに、厚生労働省としてもその辺の背中を押す作業をしていただきたいというのが感想でございます、申しわけございません、そちらに振って。

ちょっと時間もぼちぼち来ましたので、今回、この作業部会は与えられたテーマをゆっくり吟味して、ゆっくりとほんとうは作業をしたいところなのですが、事務局のほうから、親会議のほうにある程度の方向性をこの作業部会として出せということで、慌てて2回開かせていただきました。

次回、来週には、来週ですよ、親会議があるということなので、この方向性が具体的なところまでは出ませんでしたけれども、今日事務局から示していただいた中で、4ページの部分と、この救急業務を、消防が行う業務をこういうようにきちんと整理して、その下の救急搬送のところについて一定の基準というのが必要なのだらうと。それをやはり検証したり、いろいろな形をしていく業務ということをメディカルコントロールがやって担っていくという。

それを国が示して、都道府県に落としてやっていく必要があるのだらうということで、細かなところはさまざまな議論が出たのですが、その先ちょっとまだ議論の余地はあるものということで、作業部会の意見として提出をさせていただきたいと思いますが、もちろん、いやいや、こういう言葉を附帯事項としてつけておいてほしいというのであれば、今日出なかった意見以外に、作業部会の委員の中に列席しているのに、私の意見を聞いてくれなかったというのも困りますので、あれば、また後でも送っていただければと思います。

事務局

ということで、あとは事務局のほうから少しご説明をお願いできませんでしょうか。

資料5について、簡単にご説明します。資料5、事務局提出資料（メディカルコントロール協議会実態調査結果）です。これは今、45都道府県から集まってきたデータですが、現在メディカルコントロール協議会に対しまして、都道府県を通して調査をさせていただいたものですので、その結果について簡単にご報告します。

1ページ目ですが、協議会の構成員、大体都道府県レベルであれば平均20名程度、そして行政関係者が消防関係、医療関係で1名強ずつおまして、あとは消防機関が約6名、そして医師の関係者が10名強といったような形での20名構成になっているのが平均だということです。

そして1ページおめくりいただきまして、メディカルコントロール協議会の開催でございますが、開催がどうなっているのかという話を見たときに、平均回数で見れば、都道府県は1.5回程度、地域であれば2.5回程度が年度内には開催されている。地域のほうがやや活発なのかなと。都道府県を見た場合には、残念なことですが、平成19年度を見たときには、4都道府県は全く開催しておらず、予算的などころもついていない、これは話す内容がなかったのか、それとも何なのかというのはちょっとわかりませんが、そういう状況が出てきたということです。

1ページおめくりいただきまして、本日、搬送の話が出ましたけれども、その搬送について、都道府県MC協議会で協議しているかという話は、実はこれは事務局としては意外だったのですが、半数以上のところは搬送・受け入れ体制についても協議をしている。そしてさらに言うと、応需率、これは消防のほうから救急の受け入れ要請をして、受け入れた数ということになります。この応需率についても実は提示しているのが25%、4分の1程度はあるということで、非常に活発な議論をしているところもあるのだという推計が見えてきたものと思っております。

続きまして、プロトコールについては、実はいろんなところでプロトコールというのは非常に持っている。この中で搬送まで内容的に含んでいるかどうかというのは明らかになっておりませんが、プロトコールというある程度の基準というものを持っているのだということが明らかになったものと思っています。

次のページのグラフのところですが、グラフを見ていただきますと、ブルーの部分と赤の部分、青の部分と赤の部分、これは都道府県MC協議会で基本的にプロトコールをつくっている。赤のほうは、それを若干地域のほうでモディファイというか、修正をしているというような形で、青と赤は基本的に都道府県が主体的というような形で認識される。薄い緑の部分は、地域MCにおいてつくってい

ますよということになります。

この青と赤を足したものと緑を足したものと、それぞれの形がありますが、若干青と赤を足して都道府県レベルでやっているところがそれぞれのプロトコルで多いのかなというのが見えるかと思います。

この2ページ、一般救命処置プロトコルから始まりまして、外傷プロトコルのところ、若干外傷プロトコルのところは作成しているところも少ないということもありまして、風景が異なっています。都道府県レベルである程度のもをつくっているというのが多いかと。それでも地域別のところもある程度つくっているというのがわかるかと思います。

次ですが、静脈路確保の年齢といったようなことなのですが、この辺は先ほど来橋本先生のほうからも、その幅を持たせるところの議論になってくるかと思いますが、年齢を何歳以上で設定しているか、あるいは設定していないかというような話は、静脈路確保、除細動、気管挿管、その後に薬剤投与と、最後までページ続いているわけですが、この辺のところも、これは患者さんが、救急サービスというのは医療機関と違って、自分でどこにかかりたいかというのを選べない以上、国で一律に規定を決めたほうがいいのか、あるいは先生方のおっしゃるような、医療資源なんかに応じて幅を持たすという中に入れたほうがいいのかということも含めて、出てくる話題だと思いますが、例えば薬剤投与なんかにつきましては8歳以上というところはかなり多いといった図も見えるわけでございますけれども、いろいろこの辺も地域によって差があるということをもた改めてこういう形で調査し、明らかになったところです。

以上、簡単に解説させていただきました。

座長 ありがとうございます。

ということで、この調査について、ちょっと私委員長のほうからお願いしたいのは、よく消防機関のほうで言われますのは、ほとんど毎回のごとく、よく調査が入るので、調査項目などは定期的に決めて、その動向を知るようにやってくださいねと。またあれも調べる、これも調べると結構なあれなので、おそらく定期的に一定のいわゆる我々医療機関ではクリニカルインディケーターと言うのですけれども、一定の調べごとを決めておいて、それを年次でずっと調べていくと、改善したかどうかというのがわかるという意味においての調査項目をも、決めておかれたほうがいいのかという意見がございます。

その都度またアンケートに答えるのということで、何か消防のほうも大変業務が増えているようなことをちょっと聞いていますので、ひとつよろしくお願ひしたいと思います。

2点目は、こういう内容ですけれども、年齢が果たして、輸液の年齢がどうのこうのというのが外へ出ることがよくあるのですけれども、そもそも輸液をして

CPRの成績を上げるのは、年齢差を基準にして考えたときに、どこに意味があるのだという話から始めないと、単に数だけでやっているところがあります、やっていないところがありますというのも、我々はそういうところへこそちょっと医学的な、年齢に差があることに医学的に問題があるのですかという話から始めないと、こういったアンケートの数のばらつきがありますからというのをマスコミがつかむと、全国ばらばらなのだけど、どうなっているのだという話だけがひとり歩きしますので、ちょっとその辺もご注意くださいなと思います。

ということで、ちょうど12時になりましたので、これでこの作業部会、終わらせていただきたいと思います。どうも皆様、ご苦労さまでした。ありがとうございました。

— 了 —