

救急業務高度化推進検討会 合同作業部会

(メディカルコントロール作業部会・消防機関と医療機関の連携に関する作業部会)

- I 日時 平成21年2月23日(月) 10時00分～12時00分
- II 場所 三田共用会議所 第3特別会議室
- III 出席者 **メディカルコントロール作業部会**
赤松委員、熊田委員、鈴木委員、西原氏(関委員代理)、
伊川氏(鶴巻委員代理)、橋本委員、森野委員、八木委員、
横田委員
- 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会**
相澤委員、浅見委員、有賀委員、寺崎氏(石丸委員代理)、
伊藤(博)委員、海野委員、岡村委員、渡邊委員
- オブザーバー：中野氏

IV 次第

- 1 開会
- 2 報告事項
 - (1) 救急業務高度化推進検討会における検討について
 - (2) 消防審議会答申について
- 3 議事
 - (1) 救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果について
 - (2) その他

V 会議経過

事務局 | それでは、定刻となりましたので、救急業務高度化推進検討会におきましてのメディカルコントロール作業部会、そして消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の合同作業部会を開催させていただきたいと思っております。

本日の司会は、救急企画室救急専門官の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。

では、配付資料の確認をさせていただきたいと思っております。お手元に資料をご準備いただければと思っております。まず、議事次第と、そして座席表、そして構成員の

表という形で3枚、1枚ずつの資料がございます。そしてその後ろに資料1、資料2は縦のものになりますが、資料3という横のもの、資料1と資料3が横のもの、資料2が縦のもので、3セットの資料になっております。資料1から3までの3セットの資料となっております。それぞれ分厚いものとなっておりますので、途中ページが抜けていたりございましたら、会の途中で結構でございますので事務局にお申しつけいただければと思います。資料としては、資料1から3の3セットということになっております。現時点で不足があれば、事務局までお申しつけください。よろしゅうございますでしょうか。

では、本日は報告事項ということで先に事務局からさせていただきたいと思っております。現在の消防機関と医療機関の関係、そしてメディカルコントロールに関する関係ということの内容としまして、救急業務高度化推進検討会、親会で議論が進められてまいりました。最終回は2月5日に第5回ということで、開催されてまいりました。こちらはなかなか作業部会のほうに落とすというよりも、具体的な方向性を決める案件だということで救急業務高度化推進検討会のほうで検討が進められてきたところでございます。

そして、流れといたしましては2月9日に消防審議会、こちらの位置づけも後ほどまた改めてご説明させていただきたいと思っておりますが、私ども消防庁として長官の諮問に応じるということでの審議会でございますが、その審議会の中で、救急業務高度化推進検討会が出された結果を消防審議会のほうにもご報告をいたしまして、そして消防審議会でも迅速にそういう対応を進めるべしという流れになっているという状況でございます。以上の状況につきまして、資料1と資料2でご説明をさせていただきたいと思っております。

まず、お手元に資料1をご準備ください。資料1でございます。資料1、最初は統計のデータが続きます。1ページ目といたしまして救急搬送の現状ということで、救急隊数、救急出場件数の推移といったような表を載せております。こちらのほうは皆様ご存じのとおりかと思っておりますので割愛をさせていただきます、2ページ目以降からでございます。

2ページ目からずっと重症以上、産科・周産期、そして小児ということでデータが続きます。データといたしましては、医療機関に受入の照会を行った回数の話、そして現場滞在時間がどの程度であったかという話を載せております。

左のほうに簡単な概略を載せておりますが、全体を通して申し上げますと、例えば2ページ目の重症以上をごらんいただければと思いますけれども、大体1から3回までで96%、90%以上は決まるということになりますが、4回以上という区分で見た場合にもそれなりの件数が出てくる。

左のほうに説明を書いておりますが、3回受入に至らずに4回目で受入に至ったというような案件が1万4,000あるということでございます。そして、現場

滞在時間ということで見ましても、同じく30分以内、30分未満で決まるもののほうが9割を超えていますけれども、30分以上で見たときにそれなりの件数が上がっているということでございます。そして首都圏、近畿圏等、大都市を含むような都道府県において、そういった傾向が見られるのではないかとということでございます。

同じような内容につきまして、3ページ目は産科・周産期の内容を、そして4ページについては小児傷病者の内容を載せているところでございますが、おおむね早目に決まるものが大半ではあっても、しかし、4回以上、あるいは30分以上でしか決まらないというものがそれ相応の数が出ているということのご報告でございます。

5ページ目は、その傷病者ということで切った統計ではございませんで、最終的に救命救急センターに運ばれたというものの表になりますので、少し意味合いが変わってまいります。最終的に救命救急センターに運ばれたというものですので、1回と挙がっているものは、最初から救命救急センターということで打診をして1回で決まったという図になりますので少し意味合いが変わってまいります。一番下の救命救急センター等の救急患者受入率というもので見てみますと、これもいろいろと地域差がありますねということになります。このデータの意味づけは、ほかに選択肢があるかどうかといったような話も含まれてくると思いますので、前のほうの図と一律に比較することはできませんけれども、こういうデータも参考として載せております。

6ページ目以降は、大都市部でどうしても多そうだという話がございますので、それぞれではさらに都市部の市町村と政令市というような形でデータを見てみましょうことを見たものになります。それぞれ30分以上と4回以上照会ということで種別に見たものになりますが、実は大都市での問題だと言われつつも、非常に差があるというのがデータ上わかってまいりました。

6ページ目をごらんいただければと思いますけれども、これは産科・周産期の30分以上の事案が占める割合ということでの表ですが、東京、横浜、川崎のあたり、関東近辺でございますと、非常にその率が高くなっている。しかし、大都市と言われつつも、そういった事案が実はパーセンテージとしては上がってこない都市部もあるということがデータ上明らかになってまいりました。

7ページ目をごらんください。その時間がかかるということとある程度関係性がある、まあ、ないような都市もありますけれども、関係性があると思われる照会回数についても地域差があるということがわかってまいりました。

そして、8ページ目ですが、8ページ目は平成19年の状況につきまして、では、どういったものが理由として多いのでしょうかということ、その照会するも受入に至らなかった理由というのも載せております。都市で見ますと、実は手

術中・患者対応中というのが非常に多い地域もあれば、ベッド満床ということで、キャパが足りないということで無理だということも対応としてはあったということでございます。この辺、もう少し詳細に見ていかないとわからないというようなご意見もあるかと思いますが、そういった話は、この会議の後半にもまた出てまいるかと思いますが、詳細は割愛をさせていただきますが、地域差というようなことでいろいろあるということでございます。

そして、9ページにつきましては重症以上に見た場合、重症以上につきましては同様に、若干関東のほうが状況としては厳しいという状況、相変わらず市によっては非常に低い地域がある。名古屋市ですとか、福岡市や北九州市の場合はおおむねうまくいっているのではないかという状況が出てまいった次第です。

10ページ目は同じく4回以上ということで、重症以上の傷病者について割合を見たものになります。この辺、回数だけは非常に飛び出ているという大阪市などの場合もありますので、状況は一概に言えませんが、時間というものが大事なのですけれども、実は回数というのがパラレルではないようなところもあるのだというのが資料としては出てまいっております。

11ページ目も同じくその理由ということで挙げております。詳細については割愛をさせていただきたいと思えます。

そして、12ページ目、こちらも小児ということで限って見た場合においても非常に地域差があるということがわかってまいりました。ただし、傾向といたしましては、おおむね関東地域のほうが大変で、関西のほうはわりとうまくいっているのではないかという状況です。小児については、横浜市などは実はうまくいっているのではないかという形で、単年のデータではありますが出てきているところです。

13ページ目は、同じく照会回数ということで区切ったものになります。

14ページ目は、その理由ということで、それぞれ地域差があるということを示すために出させていただいております。

そして、15ページ目からでございますが、15ページ目から、このような状況を、すべては言い表せるものではございませんが、地方と大都市部ということで区切って見た場合、今のは大都市部の比較であったわけですが、おおむね最初の都道府県別のデータをごらんいただきましたが、地方はどうもうまくいっているらしいというデータを見た上で考えられることといたしまして、丸がその傷病者でございます。そして、二重丸が重症度・緊急度の高い傷病者、四角が2次医療機関、二重の四角が3次医療機関ということになりますが、地方はそれぞれマッチングをする場合に、逆に選択肢がないがゆえに、選択ということだけをとりまえて言うと、うまく決まるだろうと。

大都市部の場合には、ルールがきちんと定められていないような場合には、医

療機関側とすれば、ほかにより適切な医療機関があるだろう。今、うちが無理して受けるとするのは、むしろ患者さんによくないだろうというようなこともありまして、受入の辞退というのが発生しやすい状況にあるのではなからうか。選択肢が多いがゆえに、逆に多いといっても余裕がないがゆえに厳しい状況にあるのではないかということでの図でございます。そして、搬送・受入ルールの策定が必要ではないかというところで議論としては高度化の中で進んでまいりました。もちろん、この地方の状況がそれですべていいという話ではありませんが、少なくとも選定ということに限った話で言いますと、搬送・受入を少なくとも選定において、医療機関の選定において円滑にするためにはルールが必要ではないかということでございます。

16ページ目、そういったルールをどういった単位で決めていくのが適切かということになります。消防は市町村消防ということで、市町村単位で運営を行っております。では、その市町村単位ですべてルールを決めていけばいいのかということになりますと、例えばA市をごらんいただければと思いますが、A市は3次医療機関を持っているということになりますけれども、3次医療機関という資源は都道府県がいろいろなところから患者さんが運ばれてくるということになりますので、市単独ということではやはり厳しいだろうと思っております。

一方、右のほう、医療でございますけれども、都道府県という単位で、その中で2次医療圏というものをつくって政策を打っているということを考えますと、行政単位といたしましては、一応、基本的には都道府県レベルでのルールの策定が必要ではないかということ議論がなされました。

17ページ目でございます。17ページ目でございますが、メディカルコントロール、医学的に質を保証するという議論が進んできた中で、そういう中でやはりこの受入の円滑化、そのルール化ということについても同様に考えていく必要があるだろう。みんなが決めたルールで、みんなが従うというような話が必要だろうということで、この中でも太枠になっておりますが、消防・医療連携による協議というものが需要ではないかということ議論が進められました。そういう協議、いろいろなルールを決めていきたいと思いますという話をする際には、調査・分析に基づいてルールを策定していくのだと、そういう流れができてくるということになるかと思えます。この辺については法的な位置づけも含めて議論がなされてきたところです。

若干前後しますが、先につけ加えさせていただきますと、メディカルコントロール協議会そのものの法的位置づけというものは、特にメディカルコントロール作業部会のところでも話がずっとされてきたわけですが、左のほう、救命救急処置等の質の保証、これまでメディカルコントロール作業部会が特に、少なくともここだけは行ってきたという部分になります。この部分も法的位置づ

けは当然検討がなされたわけですが、なかなかレギュレーションといいますか、これを絶対やらねばならないというような話にはどうにも内容としてはそぐわないだろう。

逆に翻ってみますと、医療法の中でも医者がこういうことをやらなければいけないという処置の内容そのものまでは法的には位置づけられておりませんので、少なくとも左のほう、ここの左のほうの救命救急処置等の質の保証というような話は、「ねばならない」とったような形、あるいは「してはならない」といったようなレギュレーションというような形にはどうにも若干そぐわないだろうというようなことで現在は検討がなされておまして、むしろ右のほうの消防・医療連携に関する協議という、その協議するという内容そのものについては、みんなで集まって、みんなで決めましょうという部分は法的にそぐうといいますか、法的位置づけができるのではないかということで現在検討が進められているところではあります。

少し前後しましたが、詳細な内容を18ページ目からご説明したいと思います。今、17ページで太枠のところをご説明いたしましたが、太枠のところはどういう話をするのかということですが、18ページ目、消防・医療連携による協議会というものを都道府県に設置いたしまして、都道府県が構成メンバー、消防機関の職員ですとか、救命救急センター長、あるいは医師会の推薦する者といったようなものも含めまして構成メンバーを構成する。そして、役割としては傷病者の搬送及び受入の実施基準に関する協議や調査・分析を行う。そして、都道府県知事に意見具申を行うし、関係行政機関には協力要請をやるという枠組みになるのだらうということで検討がなされました。

19ページ目をお願いいたします。では、実際にそこで決めていく搬送・受入の実施基準、ルールといったものはどういったものがあるのかということになりますが、まず1つ目、傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト、こういったところがどういう患者さんの状況のものを受け入れられるのですかというルールがあって、その②でございませけれども、消防機関が①で定められたリストに当てはめていくために、どのような形で傷病者の状況を確認して、そのリストに当てはめていけばいいでしょうかと。

そして、3番目ですけれども、伝達のルールを書いておりますが、うまくきちんとその状況を伝えて、それできちんと搬送してきてくださいといったような話になる場合、逆に伝達がうまくいかずに、コミュニケーションがうまくいかずにその搬送がうまくいかないというようなことは防止しようというルールがあって、そして4番目でございますが、そういうルールを決めていても、なおうまく決定しないような場合においてはどうやって対応していきましょうというルールまで決めていくという一定のルールが必要だらうということで話がなさ

れました。

この4番目のルールとしましては、ここと輪番制のようにする決め方もあれば、あるいは一晩だけとどめ置いてくださいというルールや、コーディネーターといったようないろいろなやり方があるかと思えます。そういったルールに基づいて消防機関側は搬送し、医療機関側は受け入れるに当たって、その遵守に努める。そういったルールをつくるに当たっては、右上ではございますけれども、国としてもきちんと厚生労働省、総務省として情報提供等の支援を行う。総務省、厚生労働省として支援を行う。そして、厚生労働省のほうでやっている医療計画や、あるいはそもそもの医学的知見というものにも基づきながらやっていく必要があるだろうということ考えております。

20ページ目からはイメージでございます。これで決まったというわけではございませんで、今後いろいろそういうルールを考えていかないといけないでしょうということでのイメージ図でございます。20ページ目のように、いろいろな種類に応じていろいろな医療機関が出てくるということになりますが、地域によってはこういう流れと申しましょうか、ディシジョン3の中でどういうレベルで医療機関を決めていくというのが変わってくることにはなると思えます。

21ページ目は、もう既に東京都のほうでは、こういったやり方で決めていきたいと思いますかといういろいろな議論がなされておりますので、例として出させていただいております。21ページ目、医療機関のリストというのが21ページと22ページ目が連続したものになりますけれども、東京都のほうでは22ページのように、既に脳卒中の急性期の医療機関リストといったようなものを既につくっておられまして、t-PAの実施がありやなしやといったようなことまでも公表情報として出ております。

23ページ目は、消防機関がそのリストにどうやって載せていくのかというルールの1つといたしまして、傷病者の状況に応じてどういう状況だったら運んでいきたいと思いますというような話が同じく東京都のほうでは出ております。

24ページ目でございますが、24ページ目はその脳卒中の話とは別に、東京ルールというような形で現時点でも議論が進められていると伺っておりますが、いろいろコーディネーターの設置ですとか、地域ネットワークの構築といったようなことが東京都の中では既に話がされております。

25ページ目をお願いいたします。25ページ目は、こちらは平成16年に救急振興財団で出された一定の医学的知見に基づいた重症度・緊急度の判定のプロトコールと処置に関するプロトコールになります。処置に関するプロトコールと言いつつも、どの医療機関に運ぶといったようなことまで書いてあるわけがございます。ただ、医学的なことだけではうまく完結できないほどにその医療資源というのが現時点では深刻な状況にある。そのような状況の中でどうにかうまく地

域での工夫によって円滑に搬送を決めていきたいと思いますというルールを定めていく必要があるというのが現時点での救急業務高度化推進検討会で検討がなされたものの流れでございます。

26ページ目と27ページ目でございますが、実際、そういう流れというのは高度化の中以外でも議論がなされておりまして、26ページ目は地域医療の機能強化に関する関係閣僚会議ということで、総務大臣をはじめとしました閣僚会議の中でもきちんと地域医療を取り巻く厳しい状況という中で、きちんと連携して、協力して対策を総合的に推進していきましょうということで流れが進んでおります。その中で消防機関と医療機関が連携した協議の場が必要だということもご指摘をされているところです。

そして、27ページ目でございますが、27ページ目、すみません、ここにいらっしゃる先生方の中で名前を挙げさせていただいている先生以外にも参画されている先生がいらっしゃいますけれども、厚生労働省のほうでされております周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会というのが開催されておりまして、まだ報告書そのものはまとまっておりませんが、その報告書の中でも搬送体制という中で協議会の中でいろいろなルールを決めながら搬送していかないといけないだろうといったような議論が進められているところです。

28ページ目以降は、これまでの議論があったことの参考資料として出させていただいております。本日の議論の参考資料として載せております。28ページ目はメディカルコントロール体制の現状ということで、現時点でコア事業がどのように回っているのかという図になります。

そして、29ページ目は、昨年度高度化推進検討会のほうで出されました既存のメディカルコントロール体制の医学的観点の質の保証ということだけでなく、円滑な救急搬送体制の確保も重要だという指摘を昨年度以降からも受けての流れだということでの資料でございます。

そして、30ページ目でございますが、30ページ目は、いろいろ今回、資料を掘り起こしまして、平成13年、そもそもメディカルコントロール協議会というものが設置されたところでの通知に当たったわけですが、実はそもそもメディカルコントロール協議会、最初の理念といたしましては、アンダーラインを引いておりますけれども、搬送体制に係る事項、あるいは事後検証といった事項、そして受入に関する連絡体制、調整等といったようなことも最初の理念としては入っていた。それ以降、おそらく救急救命士を実際に地域で育てていくという、救急救命士を活用していくという中で必須な事項というのが、先ほどのコア4事業ということで全国で発展してきたという流れということになるかと思っております。

31ページ目も参考資料でございますが、現在、メディカルコントロール協議

会というのは非常に地域差があると言われておりますが、その地域差ということを示す一端ということになると思いますけれども、事後検証の状況がどうかという資料でございます。都道府県MCで活発に事後検証をやっているところ、地域メディカルコントロール協議会で活発にやっているところとあります。

例えば山梨県などを見ていただきますと、地域メディカルコントロール協議会ではなくて、都道府県メディカルコントロール協議会でやっている。そして、全心肺停止症例数よりも多い事案を検証しているということになっておりますので、おそらくほかから入ってきたものも含めて事後検証をやっているということになるかと思えます。ほか、いろいろな活発でないようなところもあるということになります、非常に地域もばらばらで動いているということになると思えます。

32ページ目と33ページ目はそれぞれ、32ページ目ですといろいろな事後検証対象の症例をどのように決めて、都道府県下である程度検証件数が多いようなところ、33ページ目は残念ながらそうでもないといったようなところを挙げておりますが、状況としてはいろいろあるということでございます。

そして、34ページ目でございますけれども、メディカルコントロール作業部会での検討概要ということで、こちらは一番右下にあります、平成20年の9月19日の第2回の高度化推進検討会にメディカルコントロール作業部会の議論の報告ということで3点挙げております。これは既に既存の資料として9月19日に出たものになりますが、救急業務に関する基準等の策定ということで、そもそも応急処置については現時点でどうにか質が保証されてきておりますけれども、その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。

そして、2つ目、基準等の策定主体と役割ということで、都道府県レベルで最低基準を遵守しながら、その基準等を策定することとしてはどうか。一方で、その市町村レベルということについては、いろいろな意見があったということでの報告をさせていただいております。そして、地域の独自性を認める場合にも、一定の許容が必要ではないかということ。

そして3つ目、救急業務協議会、この時点ではこういった名称でも呼んでおりましたけれども、メディカルコントロール協議会の役割として、救急業務に関する基準等の策定について意見を述べる。そして実際に行われた救急搬送についても事後検証を行う。そして、問題点についての検討を行って改善策の提言等を行う。そもそもはこちらの34ページ目が親会に上がってから、親会で先ほどのような議論が進められていったということになります。

そして、資料が前後いたしますが、資料の17ページ目に戻っていただければと思います。現在ではメディカルコントロール協議会という名前ではなく、その

救急搬送・受入の調査・分析、あるいは搬送・受入ルールの策定を行う協議会が必要でしょうと。5つ、名称の限定はかけておりません。先ほど申し上げましたように地域にいろいろな状況があるということです、こういう機能をきちんとやっていたらということ、逆にある程度地域の柔軟性は確保しつつ、こういった機能をきちんと発揮してくださいということで書いております。ただし、この受け皿としてはメディカルコントロール協議会というものを念頭に置くということになるかと思えます。

引き続きまして、長くなっておりまして恐縮ですが、資料2をごらんいただければと思います。資料2でございますが、こうした高度化の動きを受けまして、消防審議会、こちらは長官の諮問事項に依拠するというので、消防庁全体としてどういった動きを進めていくかというものの最終決定を行う最終的な長官の諮問に対する答申を行う消防審議会でございますが、最初が概要になっております。

背景といたしましては、救急搬送における病院選定から医療機関における救急医療の提供までの一連の行為を円滑に実施することが重要な課題であるといったようなことから始まりまして、対策1、救急搬送・受入に関するルールの策定、そして対策2、救急搬送・受入に関する組織の設置というような形で、高度化で出された意見をもとにぜひそういった流れを進めていくべしということが改めてこの審議会でもなされた。

そして、資料2の一番下でございますが、メディカルコントロール協議会等の既存の協議会等があるような場合には、その活用を図ることがより効率的で実効性が高いといったような答申と結果としてまとめられたという流れでございます。

一応、後ろの4ページ目をごらんいただければと思いますが、「おわりに」ということで、この中でも総括をされたわけですが、おわりに」という部分の中段あたりをごらんいただければと思いますけれども、救急搬送・受入というような形のルールについて、その策定をすること、そして組織を設置することということだけでなく、これはもう法的事項としてもきちんと進めていくべきだ。制度改正等を早急に行うことを求める。そして制度改正や策定されたルールについては、その実施状況等を検証しまして必要な見直しを随時行うとともに、教育もさらに充実させるべきであるとするのが大切であるといったような答申結果となっております。

最後のまとめですが、できるだけ速やかに所要の措置を講じ、この答申の実現に努めるよう要望するという形で、高度化の報告を受けまして消防審議会の中でも法的整備も含めてきちんと進めていくべきであるというような流れになっております。

現時点では親会、そして消防審議会のほうで、もともとメディカルコントロール作業部会で端を発しました議論をもとに全体の方向性というのが議論されて現状にあるということでのご報告でございました。以上でございます。長くなりまして恐縮でございますが、この事案に関しましては、以降進行をメディカルコントロール作業部会長にお願いしたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

MC 座長 ご説明どうもありがとうございました。

私、メディカルコントロール作業部会の座長を仰せつかっております。今回、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会との合同でということで、メディカルコントロール作業部会にとっては初めての委員の方々もおられますが、よろしくお願ひします。

ただいま事務局から説明をしていただいたとおりなのでございますけれども、座長のほうで、もう少し補足をさせていただきますと、本年度に入りましてメディカルコントロール作業部会のほうでは、メディカルコントロールのあり方をもう少し踏み込んで整理しましょうという議論を始めました。そのときに法制化をにらんだメディカルコントロール体制の位置づけが必要なのではないかというご意見をいただきまして、議論を重ねましたが、作業部会のほうで方向性を決定すること自体が困難なので、親会議といえますか、救急業務高度化推進検討会のほうで方針を明確にさせていただきたいということで、親会議のほうで検討していただきました。

結果、いろいろな議論がございました。例えば委員の方々には、先ほどの資料1の28、29ページが作業部会の委員の方々の記憶にあらうかと思ひます。すなわち29ページの絵で申しますと、議論を始めたころのメディカルコントロールの体制のあり方というのは、オフライン、オンラインを含めて、そこに書いてある4つの項目を主体にやっていることを確認しました。それに対して追加的な事項として、傷病者の観察を行って重症度、あるいは病態に応じて適切な病院を選定するという非常に重要なこともメディカルコントロール体制に入るのではないかという議論がありました。

そういったところに明確に業務の拡大する、あるいはメディカルコントロールの位置づけを持っていくためには何かしっかりと行政的な位置づけが必要なのではないでしょうかということで29ページの議論が始まりました。その結果、事務局で説明していただきましたように、たくさんの意見をまとめていただいて、34ページのように整理していただきましたが、作業部会では、これ以上の検討が難しいので親会議において方向性を出していただきたいということにしました。その後、5回の親会議を開いて、その結果、最終的には最新の資料が17ページ、そしてその詳細を18、19ページで、この3枚が親会議のほうで決定していただいた最終的な筋道ということにならうかと思ひます。この方向で

今現在進んでおりますよということを説明していただきました。

ということで、作業部会の委員の方々には、別の観点からご意見もあったかもしれないかもしれませんが、こういう方向で救急業務のほうの親会議でまとめていただいたということを受けて、逆にもう一度ここでご意見をいただけたらと思います。後でまた消防機関と医療機関の連携に関する作業部会長のほうから説明があるかと思いますが、結局は最終的にどこの病院を選定するのだということまでメディカルコントロールの話になってきますと、当然、消防機関と医療機関の連携というところをもっとしっかり位置づけ、それこそ明確に、あるいは調査をしてどうあるべきなのかということになってきますので、きょうは合同の作業部会になったとご理解していただければなと思います。

ということで、この資料1及び消防審議会に出された資料2を含めまして、忌憚のないご意見をいただけたらなと思います。もちろん、消防機関と病院の連携の作業部会の委員の先生方のほうからもご不明な点がございましたらご質問等いただけたら幸いかと思います。

データについて再確認だけさせていただきませんか。大変、受入が困難である。しかも、都会と地方とでは事情が違って、そういった意味での受入の困難事例というのがそれぞれの疾病別で見てもある程度特徴が出ていることは出ているのですが、5ページの救命救急センターと搬送傷病者のデータのとり方についてだけ、ほかと少しニュアンスが違っておっしゃいましたが、これは救命救急センターに1回で――要するに救命救急センター側に収容した患者さんを母集団にして、その救命センターに最初の1回目の依頼で受けたのが9万7,320で80%を占めるという意味でしょうか。それ以外の救命センターか、一般の2次の救急医療機関かわかりませんが、一度どこかに依頼したが、結局、2度目か3度目に受けた場合が14.2%である、そういうように考えたらいいのでしょうか。

事務局 ご指摘のとおりです。この5ページ目でございますが、照会回数が1回以外のところもあるわけですが、ずっと救命センターにアプローチをし続けたというのではなく、いろいろなところにアプローチしていった結果、最後の最後、救命救急センターにアプローチをしたというものも含めての統計でございます。ご指摘のように、救命救急センターに最終的に運ばれたというものを母集団として見たという統計になります。

MC 座長 そういことですね。ですから、初めから救命救急センター適用疾患だからというような統計ではなくて、場合によってはこの中には本来なら2次の医療機関で十分なのだけでも、まあ、少し言い方が適切でないかもしれませんが、どこも収容できないので3次医療機関にお願いしたという結果になったということが入っているということでよろしゅうございますね。

消医座長 が入っている？

MC 座長 が、入っているということですね。

消医座長 最初から救命救急センターを1件目、2件目、3件目とやるか、または一気に3件かけるかは別にして、救命救急センターだけの3回というようなものも入っているわけですね。

事務局 もちろん、そういう状況ができる都道府県というのは限られるかもしれませんが、入っている。

消医座長 いや、もちろんそうですね。

事務局 最終的に救命救急センターにおいて運ばれたと。

MC 座長 だから、失礼かもしれませんが、東京都だったらそういう事態は多く含まれている可能性があるのかもしれないね。

こういった調査の資料などについてもご質問があれば確認をしつつ、ご意見いただけたら幸いですけれども、委員。

委 員 質問なのですけれども、先ほどMC協議会の法制化のお話が出ていたのですけれども、それと例えばこの17ページの表の新しい連携協議会との関係というのはどういう関係。つまり、片方は法制化の動きはそのまま残しておいて、別個にこれをつくって、その位置づけはどのような形になるのでしょうか。

MC 座長 どうぞ。

事務局 今、お話があったのが、先ほどの図で言うところの17ページの図で、今度、消防法でと考えておりますけれども、消防法で位置づける協議会というのは、真ん中の部分の協議会。今まで通知に基づいて事実上、左の薄い枠の処置について主にやってきた。ただ、地域によっては太線のところもやっていて、本来の思想で言うと、太線も含めて両方やるということが必要だということで、いずれにしても今度の法制上の、消防法上の協議会とメディカルコントロール協議会、従来やってきたのは全くメンバーも同じですので、我々は法定協議会、今度できるものも既存のメディカルコントロール協議会がそのまま移行するのが一番事務負担もないですし、本来の当初のあるべき思想を具現化するものなので、そういった形でやっていただきたいなと思っております、また別に新しい組織を立ち上げて、今までとはまた別のルートで行くというようなことではなくて、既存組織を使ってやっていただきたいなという考え方ではおります。

MC 座長 委員、よろしいでございましょうか。実際、その協議をする場というのを、従来、今まで活動してきたメディカルコントロール協議会という場の拡張型で考えるのか、いわゆる救急医療対策審議会であるとか、救急医療対策協議会であるとか、あるいは保健医療協議会の中に医療部会を設けてやっているところもございまして、そういった医療主幹部局の何らかの既存の協議会とどういう関係なのということは、親会議のほうでも相当議論がございました。

そもそもこの絵の救命救急処置等の質の保証というところでメディカルコントロール協議会がなし得てきた過去のことを考えると、やはりそういう体力があるところは、そのメディカルコントロール協議会であり、その拡大でいいのではないかというように落ち着いたようにも思います。もちろん、それぞれの既存の協議会を活用して、構成メンバーは当然オーバーラップするでしょうから、当初はこのメディカルコントロール協議会も入れる入れないという議論は相当あったようには聞いております。結局はこういう形で落ち着いたのかなと思いますけれども、よろしゅうございますでしょうか。事務局のほうで補足することがございますでしょうか。

事務局 先ほどの座長からありました5ページの救命救急センター等の数字なのですが、これは救命救急センター等とありますのは、厚生労働省の認定している救命センターだけではなくて、大学の救急部のようなものがあるので「等」と入っている。いわゆる3次扱いをしているものということなのですが、最終的にこの3次医療機関に運ばれたもので、本来、2次選定だったけれども3次に行ってしまったものも入っているものなのですが、ただ、ここの右下の照会数、受入数とあるのは、そういった事案の中で3次に照会したものだけを抽出して、いわゆる2次が断ったものは、2次に照会して断ったというものは除外して、除外できた県が統計的には少なかったのですけれども、いわゆる3次に対して受入照会して受入に至った数、86.6%ということなのですが、そういう数字になっているということです。さっき2次の照会の部分も入ったようなご理解になってしまったかもしれませんが、この数字自体は3次のセンターの受入率ということになります。そこを少し補足させていただきたいと思います。

MC 座長 もう一度再確認。

事務局 すみません、上半分と下半分で実は数字の意味合いが違っているということのご説明でございます。5ページ目の上半分といいますか、表の2つですね。医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数、そして現場滞在時間、区分ごとの件数は先ほど座長からもご指摘があったように、いろいろな2次医療機関分もいろいろ含めてでしょうというのが上2つの表でございます。しかし、下の率を出している表については、救命救急センター分のみを抽出しまして、さらに出したということで、日本地図が入った表の分とが意味合いが違うものを少し載せているということで、しかも、説明、注釈などが若干不足しているということでございます。

MC 座長 再確認をもう一度させてください。あの下だけ、大変興味がありますので。簡単に言いますと、これは照会をした数に対して実際に受け入れた数がこれだけですよということですから、それを受入率とおっしゃっていますので、例えば東京都を例に挙げますと、救命救急センターに照会をかけたのが3万4,651件あつ

て、その照会に対して、これは1発、2発、3発、要するに何回目であっても構わないということなのですか。

しかも、その救命センターに1回目かけたのだけれども、次は別の救命センターにお願いをして、結局はまた救命センターへ入ったよということも含めて、結局、とっていただければ、とっていただいたと。だけど、どこも断られ、救命センター全部断られて、結局は2次の医療機関へ行ってしまったという場合はヒットしないので数から外れているということなのですか。

事務局　ごめんなさい。一応、一言だけつけ加えていいですか。上半分と下半分と違うと申し上げましたが、上半分は確実に救命救急センターに最後運ばれたもの、下半分は救命センターに照会をかけた分と、救命救急センターで受け入れたものという数を単純に都道府県で挙げてきたというものになりますので、下の日本地図の表のほうに3次救命救急センターへの照会数、3次救命救急センターでの受入数ということで単純に見ていただければいいかと思います。上半分と下半分で少し意味合いが違うということでございます。

MC 座長　どうぞ。

消医座長　東京都が69%と書いてありますよね。救命救急センターに電話がかかってきて、幾ら何でもあなた、それはその老人ホームで看取ってくださいと、そういうようなことが時々ありますから、この照会数と受入数を単純にはできませんけれども、患者さんが2万3,925人いて、照会が3万4,000件だから、つまり、つまるどころ7人の患者さんに対して10件の救命センターにとりあえず当たったと、こういうことでしょうか。7割だとすれば、つまり、ほとんどはどこかの救命救急センターに行っているのですよ。

だから、受入数は救命救急センターに行った患者さんの数で、その前の照会数というのは、したがって、7人の救命センターへの搬入があったときに、10件の救命救急センターがかかわったと考えればいいのでしょうか。だから、さっき言ったみたいに一遍に3カ所かけたりすることがあるときはどうなのかということがしょっちゅう問題にはなっているけれど、ということなのですよ。

MC 座長　ありがとうございます。これはまた後で資料3の説明と並行してまた出てくるかもしれませんが、なぜこういうことを聞いたかといいますと、今回重視されているのが搬送・受入のルール策定と同時に、救急搬送・受入の調査・分析といいますか、実態はどうなのということを数値化し、塊になってしまうと、元のデータをどうやってとったのかということで解釈に悩む場合があります。すなわち、何を目的にとったのかというのがわからなくなることがありますので、少し再確認をさせていただきました。

今回、おそらく重要なことは、この受入のルールの例というのは、後ろに先ほど東京都の例とか、たくさん書いていただきましたし、私たちが重視するのは、

その受け入れた結果、傷病者、言いかえると患者さんにとって非常にいいことをやったのか、悪いことをやったのかという、その検証の流れが今までは救急救命士の個人の資質の担保のためにやっていた作業が、今度はいわゆる搬送業務を含めてプレホスピタルケア全体の検証をしていくといえますか、それにとっては収容先のデータをも含めた連結データの整理というのが非常に重要になってくるのかなと思います。この辺は今後の課題なのでしょうけれども、今回、この法制化の中の太枠で、そこまでやりなさいよということはある程度、法制の中に入っていると解釈していいのですよね。事務局、そうですね。ということになりますと大変重要な項目になってくるのかなと思います。

いかがでございましょう、それぞれ委員の方々。委員。

委員 今回のこの会議、資料の最初のところにございますように、受入医療機関の選定が困難である、これが社会問題化しているということで会議が始まったわけなのですけれども、そこで最終的にこの資料1の17から19、このスキームといえますか、フローチャートをつくっていただきました。これは少なくとも私がこの会議でお願いしていたようないい形にまとめていただいていると思うのですけれども、途中、事務局のほうで、こういうルールをつくって、みんなが決めたルールにみんなが従うということをおっしゃいましたけれども、このルールの強制力といえますか、これはどうなのだろうかというのを私は疑問に思うのですけれども。

従来、医師の応召義務があり、さらに告知病院、あるいは輪番制のシステム、こういうシステムがあるにもかかわらず、2次救急をはじめ、救急病院、いろいろな理由をつけて受け入れないという状況があつて、こういうような社会問題が起こっているわけですので、こういう新しいこの形、ルールをつくっていただいても、それを守らせるという強制力がなければやはり同じような状況になるのではないかなということをお慮するわけなのですけれども、そこはいかがなのでしょう。

MC 座長 事務局、お願いします。

事務局 そこは19ページのルールの性格といえますか、拘束力の部分で、19ページのルールが丸く書いていまして、下にブルーで矢印が2つ出ています。これもいろいろ議論がありましたのですけれども、実施基準をどう担保するか。消防機関のほうは、市町村という行政主体がやっているということで、実施基準を遵守しなければならないというような、法律的にはそんな表現になっていくかと思えますけれども、医療機関についてどうするかということの議論がございました。医療機関についても守らなければいけないとかいう、いろいろな言い方があると思えますけれども、医療機関は公立病院等の、公立病院と言っても、いわゆる行政執行権ではなくて病院経営ということで公営企業としてやっているわけです。

れども、公立的な、公的なものからプライベートな病院から、いろいろな主体がある。

それと現在の医療機関における非常に厳しい態勢の状況を見ると、この実施基準を守らなければならないというような表現はさすがに難しいのではないかといいことをございました。ただ、これは関係者が参画して決めたルールということですので、基本的にはそれを尊重してもらわなければいけないということ、実施基準、尊重に努めるものとするというようなことになるとは思いますけれども、そういった表現にしております。ただ、これはやはり法律でということ、縛るといふことになりますと、民間の方についても一定の義務を課すということになりますと、かなり強い手法ということになりましますので、私どもは表裏的には実施基準の尊重に努める、できるだけ守っていただくということに位置づけをしたいと考えております。

MC 座長 どうぞ。

消医座長 今、図らずもみんなで決めてという話になったので、東京都では少なくともMC協議会なり、さっき出ました24ページとか、脳卒中の21ページとか、23ページですか、これ、みんな決めるときに基本的には東京都医師会が、とりあえず地場で働いてくれている病院の代表として医師会の先生方に入ってきていただいているのですね。多くのメディカルコントロール協議会がそうなっていると思うのですが、例えば18ページだとか、それから、28ページにそのまま医師会という名前は出てこないのですけれども、これはもともとはMC協議会は漠然と医療機関の代表という意味では、多分、医師会の人たちの、例えば公衆衛生担当だとか、救急担当だとかという方たちがコミットしながらやっている。地元の病院部会だとか、それから、救急に関する委員会だとかという形でやっているのですけれども、これ、こういうところにはそういうような景色、わかりやすい景色を書き込むということにははばかるのですか。

事務局 18ページ目をごらんいただければと思いますが、医師会とは書いておりませんが、構成メンバーの中に診療に関する学識経験者の団体というものを書いてございます。診療に関する学識経験者の団体ということになりますと、おおむね医師会などが当たるということでございます。

消医座長 いやいや、わかって聞いているのですよね。だから、書くことははばかられるのかという質問です。少なくともこの作業部会の上の親会には日本医師会の先生が入っておられるのですね。先生のような、日本医師会のような、このような上部団体になってしまいますと空中戦をしているようですけれども、地元の医師会はきちっと陸の上で働いていますから、この手のことに十分に作用するのですよね。ですから、そこら辺の書き方に対してのお作法について、もしあるなら教えてください。

事務局 お作法についてと言われますと苦しいですが、この辺は医療法の書きぶりにそろえたというのが1点と、あと地域によって、それは医師会がいいところもあれば、別に私がいい悪いを言うつもりはないですけども、病院会のほうが適切なところもあればと、それは地域によって違いがあるのだと思います。そこは都道府県に設置と書いてありますが、都道府県が責任を持って、そのコンセンサスを得るためにどういう団体と構成メンバーに入れてしなければいけないのかというのは、逆に言うと国が一律に特定のこの団体と決めるというのはなかなか難しいということになると思います。これは法律……。

消医座長 今までも実はそうだったのですね。

事務局 はい。医療法の中でもこういう書き方になっております。

消医座長 そうすると、28ページは医療機関がそれを代表しているということ？

事務局 28ページ目は協議会構成員の中で「等」という形で少し内容を丸めてしまったのと、学識経験者の中に入るということがあります。どちらかというところ、このプロトコルの策定そのものみみたいなところは、実は医師会もちろんメディカルコントロール協議会、入っているところは多いのですが、救命救急センターの先生と直にといいますか、そこに関係する消防機関で決めているという色合いも強いということはあるかと思えます。別に意図を持って特段外したというようなつもりもありませんし、意図を持って特段ぎちぎちにはめ込むというつもりもないということになりますが、医師会は当然、念頭に置いてはおります。

MC 座長 よろしいですか。

消医座長 はい。

MC 座長 せっかくですので、作業部会のほうの委員の先生方、特に消防機関の方のご意見、いかがでございましょう。委員などは最初から法制化の話もしっかりとお話しされていましてけれども、この案をごらんになられていかがでしょうか。

委員 今まで全然法的な位置づけがなかったもので、とりあえずそこに法的な位置づけをされるということで、新潟県の委員のMCの先生方はそれを一応歓迎しているということです。結局、搬送する医療機関が見つからない場合も、私もちょっと調べてみたのですが、責任の所在がよくわからないという部分がありますよね、収容機関が最後に見つからなくても。そういった問題とよく似ているというか、今回のこの今お話しされている内容についても、強制も結局できないというか、医療をやる分についてはお願いしている部分が多いので、その地域で集まった医師会の方とか、さまざまなグループの方に。ですので、今、事務局のほうで説明されたような内容にせざるを得ないのかなという気はしています。

MC 座長 ほか、ご意見どうでしょう。行政、法制上、例えば委員、どうごらんになりますか、ご意見いただけたらと思いますが。

委員 ご説明の消防機関と医療機関というのは、そもそも行政なのか、行政ではない

のかによって、法律でどのような強制をかけるというのは、違ってくるのは当然であろうかと思うのですけれども、努力義務規定にした場合に、その後の検証体制というのですか、努力義務規定にした後、その努力義務規定がどのようなように運用され、守られていくのかという検証体制まで考えておかないと、その法律で努力義務規定を書いたから終わりというだけではいけないだろう。逆に言うと、医療機関のほうとしても、そういう努力義務規定を検証されるから前向きな形で対応していくということになっていくのだらうと思うので、そこら辺のシステムをどのようにしていくかというのはかなり議論をしておかないといけないのかなという気はします。

MC 座長 ありがとうございます。

これはまだこれから細かな文言、あるいはというようなことは、これから議論を進めながら国会に提出するというのが流れなのでしょう。ちょっとその辺。

事務局 高度化検討会の親会の方向性が出て、消防審議会で答申もいただいたということで、今、状況を申し上げますと、おそらく来月の中旬にということは、間もなく国会に法案を提出させていただきたいということで、今、各省で協議申し上げている。もちろん厚生労働省さんとともにやっているという状況です。文言的には、もうかなり詰まっているわけなのですけれども、委員からお話があった検証の部分、18ページにございますけれども、協議会の役割というところで、これが組織を設ける場合の、いわゆる所掌事務ということになるのですけれども、1つ大きいのは実施基準に関する協議ということ、これは実施基準というのは消防・医療共通したルールですので、まさにこの協議会でこのルールづくりの基本的な場を担わなければいけない。

その次のポツが2番目にありますけれども、搬送・受入の実施に関する連絡調整ということになっています。法律の文言上もこういった表現になるかと思えますけれども、この連絡調整というのは、実際、消防と医療が現実そのルールにのっとって運用していった場合に、こんな問題点が出たよというようなことがありますので、そこについて調査・分析、これには検証という行為も入っておりますけれども、実際にそのルールの運用状況を観察というか、データを集めまして、実施状況はどういうことなのかということ踏まえて、また基準のルールの改定に反映させるとか、場合によっては同じ18ページの右横の上のほうに意見具申ということで出ていますけれども、搬送・受入の実施に関して必要な事項について、県知事に意見を申し出ることができる。建議機能というものも書きたいなど。

これは34ページに、まさにMC作業部会のほうからいただいた基本的な方向性というところの3の役割の中の3番目のポツに議論がございました。ルールを運用で一生懸命やっても、やはり医療体制の問題、医師の確保だとか、いろいろな問題があるのではないかという点について、改善策の提案等ができるというこ

とも必要ではないかというようなお話もありまして、そこもこの協議会の役目に位置づけたいと思っていますけれども、先ほどの強制力の問題、いろいろ現時点でできることとの絡みの中でいろいろなご意見があると思いますけれども、まずはこのルールを動かしてみ、実際に適用してみ、こういったルール自体を変えていかなければいけない、あるいは医療体制についていろいろな必要なものがあるということも順次フィードバックしていけるような体制が必要なのかなと考えています。

MC 座長 どうぞ、委員。

委 員 周産期もこの27ページの確保と連携に関する懇談会の議論の中で、基本的には救急体制の一部として加えていただく形で運用するような方向でご検討いただく方向になると思っております。

それで、そういう中で、今お話を伺っておりまして、周産期救急のほうで議論していることとの関係で申し上げて、幾つかのキーワードがあるかと思うのですが、1つは今問題になっています、今議論になっていました「ルール」という言葉ですね。実際には強制力がないのだとすると、これはルールではないのではないかと私は思うのですが、これは要するにその実際に現場で実施される手順を示して、それで、救急隊のほうでこういう手順が進められるという、それで医療機関もそれを承知して、それに対して適切に対応するという、その手順を示しているのを「ルール」という言葉を使うと、これが言葉がひとり歩きして、その現場側からの強い反発が起こるのではないかと私は危惧いたします。

それから、周産期救急のほうでの議論の中で出てきている言葉に情報センターの問題、あとコーディネーター、それからあと広域搬送の問題がございます。それで、16ページの都道府県の役割の中で、消防業務が市町村単位であるということが物事のうまくいかない1つの要因として、これも周産期のほうでも全く同じ議論をしておりまして、これを考えるとすると、そうするとこの19ページの②の選定するためのルールというところに、情報センターをどういうように位置づけて、どこでどういう規模でつくっていくのかということが検討されなければならないのだらうなと思って見ていたのですけれども、この中にはそういうことが1文字も書かれていないようなので、その辺はどういうご議論がこれまで進んでいるのかをご教示いただければと思います。

それからあと、周産期救急のほうでは都道府県単位で救急搬送が完結していない都道府県が20ほどございまして、ですから、そういう実態があるものですから、そうすると、そういう中でこの都道府県が策定、公表する実施基準ということで、実際に物事が進められるかどうかということに関して、これもあらかじめ書かれていないと都道府県はやってくれなくなるということを現場では危惧いたしますので、その辺も、これはきちんと言葉に入れていただけるようお願い

したいと思っております。

以上でございます。

MC 座長
事務局

どうでしょう、事務局、ご説明いただけますか。

今時点での状況を申し上げますと、まず全体のところから、今、これを方向性として進めようと思って、ということで進んでいるところでございます。ですので、より詳細な内容、それは情報センターを活用するのか、あるいはそもそも19ページにございますけれども、19ページ、総務大臣、厚生労働大臣が情報提供等の援助、何の援助をするのかというこの中身については、逆に言うと、この法整備が進んでいく中で、それこそ共同所管という形で厚生労働省とも同時に検討会などを開いて検討していかないといけないということになると思います。ですので、もちろん周産期の議論が進んでいることは重々承知の上ではございますけれども、全体のその枠組みとして、そこは今後検討して提示をしていかないといけないということになっていきますので、そこは流れとしてご了解いただければと思います。

そして、19ページに「ルール」という言葉が出てきますが、ここは言葉をどうするかは我々の中でも非常に悩ましく思ったところですが、都道府県が最終的に調整を行いまして策定、公表するものにはなりますが、そもそもその協議会という中で話し合いをして、協議をして決めたものをベースに都道府県が策定、公表するというものになります。言い方としては、おそらく実施基準というものが話としては適切なのだろうと思っておりますし、法文言ということになりますと実施基準になりますが、「ルール」という言葉がイメージする概念が非常に小さかったり、大きかったりするのを恐縮なのですけれども、いきなり「基準」という言葉だけで説明を書きますと、また逆にわからないという意見もございまして、ここでは括弧書きで便宜上「ルール」という形で載せておりますが、強制力がないのにルールでいいのかという言葉の話は、今後資料を作成する上で考えないといけないということにはなるとは思いますけれども、事務局としては実施基準というもので考えているということでご了解いただければと思います。よろしくお願いたします。

MC 座長

少し補足させていただきますと、29ページの図を少し見ていただきたいのですが、そもそも最初のころ議論を始めるときは、この右手に書いてあります追加的協議事項、もっともたくさん協議をしましょうということがございました。少なくとも傷病者の症状、傷病程度に応じた適切な病院選定等、救急搬送のあり方、これは搬送ということになってはおりますけれども、それを取り巻く例えば医療情報システムをどうするのだ。先生から今ご指摘がありましたようなコーディネーターの活用、コーディネーターも必要ではないのですかとか、あるいは検証等々どうするか、データをどうするかといったことも包括的に作業部会で

は最初のころ議論されてきました。法制化とか位置づけということになったときに、ある程度集約をしてこういう形になってきたという経緯をご理解いただけたらなと思いますが、よろしゅうございますでしょうか。

委員 その辺の理解はできるのですけれども、私、この16ページの図がとてもよくできているなと思って、せっかくこう書いたのなら、これを具体的に、では、どうするのかということに関する議論は行われたに違いないので、それがきょう出てこないのはどうしてなのかなと思ったというだけのことなのでございます。

事務局 議論が行われたのは間違いないのですが、逆に言うと、その方向性がこれでいいのかということもようやく今コンセンサスを得て、今、その方向に向けて枠組みづくりが進んでいるというところでございます。

委員 私はその情報センターが、東京や大阪はいいのかもしれないのですけれども、各県でもうばらばらになっているという状況で、実際に現実に機能していないというのがこちらのほうの作業部会の議論の中でずっとあったと思うのですね。ですから、今、この出ている資料は、両方の作業部会からまとめて出ているという資料だと思いますので、そういう意味では、その議論はそこにどう生かされたのかわからないなと思って、それで、結局、県単位でやる方向で進んでいるのかどうかかわからないので伺ったわけですが。

事務局 16ページの図は、むしろメディカルコントロール作業部会を受けた親会の議論の中で、こういう実情を踏まえなければいけないという図でして、この共通のルール、実施基準をつくるとすると、少なくとも県単位以上になるのではないですか。もっと圏域を超えた広域連携の話もあるので、という図になります。情報センターの話は、また別途、周産期の厚生労働省の検討会を受けて、経済産業省と厚生労働省、総務省消防庁もオブザーバーで入っていますけれども、むしろシステムの技術的などを中心にして議論がスタートしたと思いますけれども、今の救急医療情報システムというのがあまり活用されていないという問題もありますので、その運用とかいうことについても、むしろハードよりもソフトの議論がこれから進められると思うのですけれども。

例えば今の救急医療情報システムの表示項目というのは、診療科別にバーッと出ていますけれども、今回のこの実施基準ということを含めていきますと、先ほどの20ページのようなフローがベースとなっていくと思いますけれども、より病態別の救急隊が実際に病院選定するに当たって、それに合った表示項目にしないとなかなかEMISのほうも活用されていかないとかいう議論が出てくると思います。そこはいろいろな現状を踏まえた議論が出てくると思うので、我々、厚生労働省とそこは詰めていく方向になると思いますので、今もEMISの運営は県がやっていますけれども、より広域的な、県が運用しながらも市町村の消防の実態に合ったものに変えていくという作業をこれからうんと詰めていくとい

う格好になると思うのですけれども。

MC 座長 よろしゅうございますか。

委員 はい。

MC 座長 それでは、委員。

委員 多分、今の議論、全然かみ合っていないのは、おそらくこの議論というのは法律の内容、条文の内容を検討するのか、方向性を検討するのかということで、それがごっちゃになっているからだと思っているのです。多分、おそらく消防法35条何がしというのは、こういう業界の憲法ですから、もともとおよそのことしか書けない内容です。おそらく、次にお考えなのは、細則とか、あるいは通知とか、関連法案とかでそれを埋めていくという議論だと思うので、その話と根本法をつくるかどうかという議論がごっちゃになっていて、その中に方向性が入っているからおかしくなるので、もっと具体的に言えば、もし3月に上程するのであれば、既にもう素案、ドラフトはできているはずですから、それをお示しいただいたほうがもっとわかりやすかったのかもしれないのですけれども、それはまずいのかもしれないですけれども、だから、何かその辺がちょっとかみ合わないのかなと思っているので、その辺を整理していただいたほうがいいのだと思うのですけれども。

MC 座長 よろしいですか。例えば法案のドラフトというのは、こういう作業部会、あるいは親の委員会を含めて、いつぐらいから討議、議論の対象としてディスクロージャー、表に出すことができるのかどうか伺ってよろしいですか。今、委員との関連のこともございまして。

事務局 法案自体は、通常、各省の協議でかなり細かいところ、今まだ詰めをやっているところですので、今、まだ政府としてまとまっていない段階のということの状況なので、今回お持ちできなかったのですけれども、当然、閣議決定されていくわけですけれども、これから固まっていきますので、近いうちにお配りというか、委員さんには情報提供したいと思っています。

ただ、まさに委員がおっしゃったように、法案にはそんなぎちぎち書いていかないものでして、大体、ここに17以降の、具体的には18、19に書いてある主要な点は、全部ここに書いてありまして、あとは法律的に表現すると、他法との関連で表現が変わるというだけでして、基本的にはこのイメージということでごらんいただければと思っていまして、私どももそういった法案の内容がほとんどこの語り言葉になっていきますけれども、この内容ということなので、これでご議論いただければ、ほぼ出てくるものと同じというようにご理解いただければと思っております。

MC 座長 ありがとうございます。

消医座長 追加の質問。

MC 座長

はい。

消医座長

今のディスカッションの追加の質問で、先生とも関係があるのだと思うのですが、17ページのこの消防と医療の連携に関する協議を都道府県のレベルで消防法の法律的な部分で補強しながらこうなりますよ、というところはわかったのですが、そのことと、それから、今少しEMISの話が出ましたけれども、各消防本部が使っている、または使っていないかわかりませんが、各消防本部が医療施設と連携するために、消防本部ごとにやっている情報そのものを全県一区にしていくということは、これは今度の法律とどういうように直接的に関係がありそうなのですか。

さっき、経済産業省のITを使ってというのは、あれはあれで方法論的には確かに電子カルテと同じようで、みんな同じような電子媒体を使えば、まとめるのは簡単だという意味では確かに全県一区になるのですが、この法律と消防が使う情報を全県一区としてまとめていくということとはどういう関係になるのですか。ちょっと教えてください。先生もそれがわからないので周産期の話が宙に浮いてしまうのではないかみたいな、そういうようなことを心配されているのだとは思いますが。

事務局

座長がおっしゃった、消防が今使っている情報を全県一区にまとめていくというのは、救急医療情報システムを使っている本部と、フレーム自体は県が医療機関から情報を収集して提示して、あるサーバにためてホームページで見える状態になっていると思います。パスワードを入れたらどこも見える。先生がおっしゃっている、消防が今やっているというのは例えば電話をかけるとか……。

消医座長

いや、だから、それを北海道から沖縄まで同じように、どの県でも同じようにできるということがあらましい姿だとして、この法律とはどういう関係があるのか、そのこととこれとはどういう関係にあるのかという話です。

事務局

この法律自体が情報の扱い方を一本化するということ、直接は関係しないと思います。

消医座長

ええ。直接関係ないので、関係を聞いているのです。

事務局

直接関係しないのですが、この協議会の中で搬送・受入の実施に関する連絡調整ということで、いろいろな課題が話し合われると思います。このルールを決めても、やはり適切な医療機関の受入情報が入っていないと、いかに美しいフローチャートを書いても、その現時点の、医療機関の機能はわかりますけれども、今空いているかどうかわからないということなので、そこをどうしなければいけないとかということの見直しの加速になるというか、促進作用はあることになります。この協議会を設けてその仕事をやっていきますので。ただ、情報を強制的に統合しなければいけないとか、直接のあれはないのですが、そういった意味で見直しにうまく寄与するのではないかなと考えているということ。

消医座長 そうすると、周産期のネットワークも基本的には神奈川県だと、神奈川全体を視野に置いて産科の先生方がおつくりになっているネットワークなので、この手の話とシンクロすると思うのですよね。そういう情報を全体としてまとめ上げるような、そのベクトルが働かないと、周産期の先生方は永久に周産期の閉じた空間の中で電話をしまくっているというような話になってしまうのではないかと考えたので聞きました。

事務局 わかりました。周産期の場合は、おそらくある程度の独立したシステムが必要だという歴史の中で築かれてきたと思いますけれども、この一般救急のシステムと当然連動しなければいけないので、今おっしゃったような方向性でうまい関係をつくっていくという格好になる。

消医座長 だから、そういう意味では東京都においての、例えば東京都MC協議会の中には積極的に産科の先生や新生児の先生方に早く入っていただいて、それで例えば21ページでありますよね。救急隊が重症度を判断して云々という表がありますよね。これはMC協議会の仕事になるわけですし、その次の22ページは、これは東京都の急性期医療機関のリストで、こっちのほうはどちらかというとMCではなくて、従来からある救急医療対策協議会というか、医師会ベースで、つまり、省庁別に言えば厚生労働省ないし衛生局のほうからの情報でこれが入ってくる。それで上手にお見合いが成立する、こういう話なのです。だから、そういうようなことを周産期でも考えていこうと思うと、情報が全県一区になっていく話を同時進行でいかないと、単にMCの中に、周産期に精通した先生が入ってきたからといって話がきれいにいくわけでは必ずしもないということだと思うのですよ。

MC 座長 委員のおっしゃったこと大変重要ですね。おそらくそのためのステップアップするための足場が少し、今まで野放しだったのが、足場をちゃんとつくりますよということまで来たと理解すれば、あとはおそらく都道府県単位のもっときめの細かなやり方というのが次に見えてくるのかなと思います。

申しわけございません、我々、メディカルコントロール作業部会の報告、今回、これがメインなのでしょうけれども、時間も残り少なくなってきましたので、ここで委員のほうに座長を振りまして、一度ここで事務局のほうに返しまして、進行を次に進めていただきたいと思いますけれども。

事務局 ありがとうございます。今、座長のほうからもございましたけれども、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会ということで、より詳細な調査を実施してはどうかということで、東京消防庁、そして東京都衛生主管部局、東京都医師会などと協力をいたしまして実施した調査のご報告をさせていただきたいと思えます。

よろしくお願ひします。

資料3をご用意ください。消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の今年

度の検討項目の1つでありました救急搬送における医療機関の受入状況と詳細調査につきまして、東京消防庁、東京都医師会、東京都福祉保健局のご協力をいただきまして、このたび結果がまとまりましたのでご報告いたします。

1枚おめくりください。今回行いました詳細調査の概要でございます。調査期間にありましては、平成20年12月16日の8時30分から12月22日の8時29分まで行いました。調査対象事案につきましては、期間中に東京消防庁管内で救急搬送した全事案について行っております。転院搬送については除いております。調査項目については、3のところに掲げている項目について調査を行いました。なお、この期間中に回答した事案数につきましては、9,414事案について回答をいただきました。

1枚おめくりいただきまして、今回使用しました調査用紙でございます。上下段2段になっておりますが、上下段の右側に下の段がつくようなイメージで調査票を構成してあります。覚知、事故種別から始まりまして、受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数、傷病種別等について調査を行っております。今回の調査のポイントでございますが、ベッド満床を救急専用ベッド、集中治療室と一般病床、その他の4区分、処置困難につきまして設備・資器材の不足、手術スタッフの不足、高次医療機関での対応その他に細分化しております。ほかに電話をかけましたが応答がなかったもの、一度に複数の医療機関に選定をかけまして、ほかの医療機関に受入が決まったもの、傷病者・家族が断ったものを新たな項目として挙げております。

1枚おめくりいただきまして、今回の調査では照会にかける時間等の短縮を目的に救急隊と医療機関が共有するコード表を活用して調査を行いました。受入に至らなかった理由では、例えばベッド満床、集中治療室がいっぱいだった場合はB-2とか、処置困難で手術スタッフ等が不足する場合はC-2というようなコード表を活用しました。

また、作業部会の中で受入が困難となりやすい事案というのは、傷病者に関する情報、下のほうにありますが、例えば結核があるとか、急性アルコール中毒があるとか、こういう項目が単独または複数ある傷病者ではないかという指摘がありまして、今回の調査では傷病者に関する情報、傷病者背景につきましても調査を行いました。

また、救急隊がこの傷病者の背景を把握しまして、医療機関にお伝えし、医療機関がこれらの項目を明確な理由として断った場合にも、このコード表を活用して行いました。例えば結核ですと、小文字のaとか、精神疾患ですとcなどというコード表を活用しております。

4ページ目から調査結果に移ります。全体のまとめでございます。今回、9,414事案あったわけですが、下のほうにまとめをしております。1回で決まっ

たものが6,632件、70.4%、3回までの照会で決まったものを含めると91.7%が3回までの照会で決まっております。4回以上であった割合が8.3%、6回以上であった割合が3.1%、11回以上であった割合が0.6%となっております。今回の調査で最も照会回数が多かったものは、25回の事案がありました。

1枚おめくりいただきまして、現場滞在時間区分の件数でございます。今回は15分未満、15分以上30分未満、30分以上45分未満、45分以上60分未満、60分以上、90分以上、120分以上という区分で調査をしております。30分未満に現場を出発したものは87.7%で、30分以上であった事案は12.3%、60分以上かかった事案は107件ありまして1.1%でございました。

1枚おめくりいただきまして、医療機関決定までに受入に至らなかった理由とその件数でございます。受入に至らなかった総件数は6,453件で、全体的に見ますと、手術中・患者対応中が最も多く2,031件で31.5%。あと処置困難、4区分を合計しますと18.8%、ベッド満床が18.0%、この3つが主な理由として挙げられております。

1枚おめくりいただきまして、平成19年に行いました全国調査と比較するために重症以上の事案について調査をしております。重症以上であった事案は737件ございました。受入の照会回数ごとですが、3回までの照会で決まったものが93.1%で、4回以上の割合が6.9%、6回以上が2.3%、11回以上が0.3%となっております。

1枚おめくりいただきまして、重症以上の事案の現場滞在時間の件数でございます。30分未満で現場を出発したものが92.8%で、30分以上かかったものが7.2%となっております。1枚おめくりいただきまして、重症以上の受入に至らなかった理由とその件数でございます。件数合計が409件で、手術中・患者対応中が27.9%、処置困難も4つ合わせますと27.9%、あとベッド満床が23.5%で、この3つで主な理由が占められております。

1枚おめくりいただきまして、産科・周産期の事案でございます。産科・周産期につきましては、調査期間中に30事案ということで、事案数が少ないため統計上、取り扱いには注意が必要かと思われれます。30事案のうち、3回までに決まったものが25件で83.4%でございます。割合で示しますと、4回以上の割合が16.7%、6回以上が13.3%、11回以上が6.7%となっております。

1枚おめくりいただきまして、産科・周産期の現場滞在時間の件数でございますが、30分以内に現場を出発したものが73.4%となっております。12ページでございます。産科・周産期におけます受入に至らなかった理由とその件数でございます。産科・周産期につきましては、ベッド満床が4区分を合わせますと33.7%と最も高くなっております。その次が処置困難の4区分を合わせた1

7.9%、手術中・患者対応中が14.3%で、産科・周産期につきましてはベッド満床が最も高くなっております。

13ページ目、小児の状況でございます。今回、小児につきましては680事案がございました。小児につきましては、3回までに受入が決まったものが96.5%で、4回以上が3.5%、6回以上が1.2%で、今回の調査期間中、11回以上照会があった事案はございませんでした。

14ページ目、小児における現場滞在時間区分の件数でございますが、30分以内に現場を出発したものが97.3%ありまして、今回の調査期間中、45分以上現場に滞在した事案はございませんでした。

15ページ目、小児の受入に至らなかった理由とその件数でございます。総件数が278件で、最も多かったのが手術中・患者対応中で33.5%、続きまして処置困難が4区分、合わせまして19.1%、あとは専門外が15.5%、この3つが高くなっております。

1枚おめくりいただきまして、救命救急センターに収容された事案でございますが、これは最終的に救命救急センターに収容された事案でありまして、途中に2次医療機関へ照会している数も含まれていますのでご注意ください。救命救急センターに運ばれた事案は485件でございます。3回までの照会で医療機関が決まったものが93.6%、4回以上が6.4%、6回以上が2.5%、11回以上が0.6%という状況でございます。

1枚おめくりいただきまして、救命センターの現場滞在時間区分でございますが、30分以内に現場を出発したものが91.5%という状況でございます。

1枚おめくりいただきまして、救命救急センターへ運ばれた事案の受入に至らなかった理由とその件数でございます。最も多いのが手術中・患者対応中が33.0%、続きまして処置困難、4区分を合わせたものが27.7%、ベッド満床が24.2%となっております。

1枚おめくりいただきまして、19ページでございますが、受入の照会を行った回数ごとの件数を平成19年に行いました全国調査と比較したものでございます。重症、小児傷病者、救命センターにつきましては、4回以上の割合、6回以上の割合、11回以上の割合、それぞれ減少しておりますが、産科・周産期につきましては4回以上、6回以上、11回以上、詳細調査、今回の調査のほうが割合は増加しております。なお、先ほども申し上げましたが、産科・周産期につきましては、わずか30事案ですので、比較対照には注意が必要かと思われま

1枚おめくりいただきまして、現場滞在時間区分を平成19年の全国調査と比較したものでございますが、重症以上、小児傷病者、救命センター事案は、30分未満の割合が今回の調査のほうが増加している。産科・周産期につきましては若干時間がかかっているような状況でございます。

1枚おめくりいただきまして21ページ、受入に至らなかった理由とその件数につきまして、全国調査と比較したものでございますが、処置困難が各重症、産科・周産期、小児、救命センター等で割合が減っている状況でございます。産科・周産期につきましては、処置困難が前回の調査では38.4%であったものが、今回、17.9%と顕著に減少しております。逆に産科・周産期のベッド満床が前回の全国調査で16.6%であったものが今回は33.9%と約2倍に増えているというのが特徴かと思われま

す。1枚おめくりいただきまして、今回は全事案につきまして傷病者の年齢を記入していただきましたので、65歳以上の傷病者につきまして分析をしてみました。65歳以上の傷病者につきましては、3,894名で、今回の全事案の41.4%を占めております。年代別に見ますと、程度別の下に年代別が載っておりますが、65から74歳が1,287名、75から84歳が1,562名、85歳以上の方が1,045名となっております。65歳以上の受入ですが、3回までに受入が決まったものが92.9%、4回以上であった事案が7.1%、6回以上であったものが2.5%、11回以上であったものが0.5%となっております。

なお、65歳以上の疾病区分、傷病区分で見ますと、今回は創傷・打撲が689件と最も多く、その他、消化器系、循環器系、脳血管、呼吸器系などが多くなっております。

1枚おめくりいただきまして、65歳以上の現場滞在区分でございます。30分以内に現場を出発したものが86.7%となっております。

24ページ目、65歳以上の受入に至らなかった理由とその件数でございますが、総件数が2,316件でございます。最も多いのが手術中・患者対応中が26.3%、ベッド満床は23.2%、処置困難17.9%で、これが主な理由となっております。

1枚おめくりいただきまして、今回、発生場所もとっております。25ページ目では傷病者の年齢が65歳以上で、かつ発生場所が老人ホーム等であった事案について分析を進めてみました。総事案数は284件ありまして、3回以内に決まったものが92.6%でございますが、年代別のところを見ていただきますと、65歳から74歳につきましては3回までですべて病院が決まっておりますが、年代が高くなるにつれまして受入が困難になるような傾向が見られるかと思われま

す。1枚おめくりいただきまして、65歳以上の現場滞在区分でございますが、30分以内に85.5%の方が現場を出発しております。

27ページ目、65歳以上で、かつ発生場所が老人ホーム等であった事案につきましての受入に至らなかった件数でございますが、最も多かったのがベッド満床の4区分を合わせた32.8%、あとは手術中・患者対応中、処置困難などが主

な理由となっております。

28ページ目からは65歳以上の傷病者をさらに65から74歳、74歳から84歳、85歳以上というように年代を分けて分析したものでございます。ここは後で詳細に見ていただければと思いますが、ベッド満床につきましては、65歳から74歳ですと17.7%、75歳から84歳になると23.3%、85歳以上になりますと30.5%とベッド満床を理由に断る数は年代が高くなるにつれて徐々に高くなっているという状況でございます。

少しページを飛ばしまして37ページに移らせていただきます。今回、調査を行いました傷病者情報、結核とか、急性アルコール中毒とか、傷病者背景ありという事案につきまして分析を進めました。傷病者背景あり、救急隊が把握した事案につきましては566件ありました。受入状況を見ますと、1回で決まったものが36.2%、それで、3回までで決まったものが67.5%と4回以上の割合が32.5%、6回以上が17.7%、11回以上が5.5%と全体平均と比べますと、受入が困難な状況がおわかりかと思われます。

さらに38ページ目をお開きいただきまして、傷病者背景、1人で複数の傷病者背景をお持ちの方もおりますので、それをすべて抜き出しまして647の背景について分析を進めました。最も多いのが精神疾患の背景をお持ちの方155、急性アルコール中毒、複数科目、認知症、要介護などが多い状況となっております。

1枚おめくりいただきまして、その背景ごとに受入回数を見たものでございます。例えば結核ですと、1回で決まったものが2件、2回から3回が3件ということで11回以上の事案は2件ですが、11回以上になる割合が25%、あとは過去に問題があった傷病者なども11回以上になる割合が16.7%と患者背景があることによって受入が困難な状況がおわかりかと思われます。

あと、1枚おめくりいただきまして40ページ、現場滞在時間区分ですが、30分以内に現場を出発したものが62.4%と全体の平均より現場に滞在する時間が長くなっている状況がおわかりかと思ひます。

1枚おめくりいただきまして、背景ごとの現場滞在時間区分でございますが、例えば結核ですと、30分以上かかった事案が5件で62.5%、妊婦さんで全く未受診の方は75%が30分以上かかりました。過去に問題となった傷病者ですと72.2%が30分以上かかっているというような状況がおわかりかと思われます。

42ページ目に移らせていただきます。傷病者背景ありの方の受入に至らなかった理由とその件数でございますが、1,378件中、最も多かったのが手術中・患者対応中、あとは処置困難、ベッド満床が主な理由となっております。

43ページ目でございますが、今回、把握しました傷病者背景でございます。

上の段は救急隊が把握した傷病者背景でありまして、1人の傷病者で複数の背景がある場合がありますので、事案数566よりは多くなっております。647の背景を把握しております。先ほども申し上げましたが、最も多いのが精神疾患の155、急性アルコール中毒が152、認知症65、要介護61、複数科目69となっております。この情報を医療機関に照会するときにお伝えしまして、医療機関がこれらの傷病者背景を理由に明確に断った件数が下の一覧でございます。

ただ、例えば開放性骨折が、伝えた情報が9で、断った数が20になっておりますが、1人の事案につきまして多くの医療機関が断りますと、救急隊が伝えた背景より断った情報が多くなる場合がありますのでご注意ください。

1枚おめくりいただきまして、それでは、例えば数の多かった急性アルコール中毒というのはどのような傷病者であるのかというところで年代別に見てみますと、20代から30代の方が最も多く運ばれている。あとは下のところに程度別の受入照会回数が載っております。

1枚おめくりいただきまして45ページでございますが、急性アルコール中毒の背景がついた方が実際に医療機関ではどのような初診時傷病名をいただいているかというところで、最も多いのが急性アルコール中毒、酩酊等が108件になっておりますが、ほかにも消化器系、呼吸器系、循環器、外傷などの傷病名を多くいただいているのがおわかりかと思えます。

1枚おめくりいただきまして、46ページでございますが、精神疾患の年代別に見たものでございますが、20代、30代、40代、50代と幅広く今回運ばれております。

1枚おめくりいただきまして、精神疾患の方が医療機関でどのような傷病名をいただいているかというところでございますが、精神疾患にありました消化器系、呼吸器系、創傷・打撲等と多岐にわたって傷病名をいただいておりますが、薬物の中毒などが28件含まれているのが特徴かと思われま。

あと、1枚おめくりいただきまして48ページで複数科目がどのような年代が運ばれたかということなのですが、複数科目につきましては各年代ばらつきが見られるかと思えます。

あと、49ページ、複数科目の方の傷病名なのですが、これも多岐にわたってありますが、創傷・打撲等の中で特に頭部に関するものが多く含まれているのではないかと思われま。頭部外傷、頭部挫創、頭部全身外傷、頭部打撲などが含まれております。ただ、今回の調査では、例えば脳外科と整形外科なのか、何科と何科の複数科目なのかというところまでは把握することはできませんでした。

50ページでございますが、全国調査で処置困難が多くあったということで、処置困難がどのような状況にあるのかということの詳細に調査しております。処置困難な中でその他に計上されたものが389件ありました。その中で傷病者背

景ありのものが293件、傷病者背景ありが96件で、傷病者背景ありの方を見ますと、これは1回で決まったものが計上されておりますが、これは処置困難と矛盾しますので、1回のデータは削除していただければと思います。4回以上の割合が83.3%、6回以上が58.3%、11回以上が24.0%と全体平均を大きく上回るような状況になっております。

51ページでございますが、処置困難（その他）に計上されていたものの現場滞在時間の区分ごとの時間でございます。これも全体平均を大きく上回りました。例えば結核ですと、30分以上すべてかかっているというような状況がおわかりかと思えます。

あとは52ページ、53ページ、今回、11回以上の事案につきましては60事案ございました。それを52ページ、53ページに一覧で挙げております。11回以上あった事案の処置困難（その他）のところと救急隊が把握した傷病者背景を網かけしております。そうしますと、例えば29番目の事案でございますが、救急隊が薬物中毒、あと精神疾患での背景を医療機関に伝えておりますが、13回の照会のうち10回が処置困難（その他）に計上されているというところで、処置困難（その他）のところこういう背景のあった方の拒否が多く含まれているのではないかと考えられます。

あとは54ページに飛びまして、照会回数11回以上の事案の時間ごとの件数でございます。

あとは55、56、57ページ、3ページにわたりまして今回の調査結果のポイントを掲げております。

最後、58ページでございますが、今回の調査を通しましての考察でございますが、ベッド満床、処置困難を細分化したことで、平成19年の全国調査に比べ、受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由が明らかになったと思われまます。平成19年の全国調査に比べ、医療機関の受入の照会を行った回数における4回以上、6回以上の件数の割合、現場滞在区分ごとの件数における30分以上、60分以上の割合が今回の調査については減少していました。

傷病者背景がある事案においては、受入照会回数、現場滞在時間ともに全体平均を上回っており、選定困難事案となりやすいと思われました。特に精神疾患、急性アルコール中毒、結核、過去に問題のある傷病者、全く未受診の妊婦においては選定が困難な傾向となっております。

産科・周産期については、1週間程度の調査では事案数に限りががありますので、正確な傾向を把握するためには調査期間を延長する必要があるかと思われまます。

最後に、受入照会回数が多数に及ぶほど処置困難を理由に受入に至らない場合が多いと思われました。

最後に、地域に地域の救急搬送・受入体制の現状を分析・検証し、検証結果に

基づく改善策の策定等に今回の調査は有用な調査であったと思われま

以上でございます。

消医座長

では、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の座長ということで発言させていただきます。この詳細な調査結果、1週間ぐらいではありますけれども、かなり社会的な背景を勘案しないと、この手のことはどうもうまくないだろうという、考察するに当たってはその手のことをきちっとわかっていないと、なかなか議論が進まないだろうということで東京消防庁に一肌脱いでいただいたということになります。どうもありがとうございました。とりあえず、最後のまとめのところまで極めて重要なことが考察されていますけれども、それぞれのページのどこどこについてこれはというような、この調査に関するベーシックな質疑などがありましたらどうぞお願いします。

この3ページの傷病者に関する情報は、これは東京都医師会と消防の実務者として、たしか少し議論した結果、こうなったのでしたよね。

事務局

この項目につきましては、東京消防庁、東京都医師会、東京都福祉保健局、消防庁4者でワーキングを開きまして、この項目を決定しました。

消医座長

だから、したがって、開放性骨折とか、吐血とか、CPAとかという比較的純粋にメディカルな問題から、急性アルコール中毒だの、結核だのという、一見、医学的な診断名であるかのように、実は必ずしもそうでないというようなものでばらまかれていて、それなりに役に立つということになりますが、どなたかどうぞ。

では、先生。

委員

私たちも同じ全県調査を1カ月間やった結果と比べてみて、似ているところもありますし、違うところもありそうなのです。これはぜひ、もしよければこのデータをうちでも使わせてもらって、栃木県との比較を出したいなというように。つまり、東京都と地方の県とは内容が違うというのを出したいなというのが1つと、それから、これは病院名の調査もしているのでしょうか。つまり、こういうことをやると、どこがたくさん断っているというのが出てくるのではないかと。うちはそうなのですが、そういうのをを使って何かやろうというようなことまで考えていらっしゃるのか。その辺、私たちはストップしているものですから、どうしたらいいかというのは、ちょっと教えていただければ。

事務局

今回の調査では医療機関の名称までは調べてはおりません。そこまでは踏み込んだ調査を行っておりません。

消医座長

そういう患者さんを比較的よく面倒見てくれている医療施設だなど、定性的ですけれども、そういうような施設に関しては、僕ら現場で働いている者たちからするとよくわかるのですね。断る施設がどこかという話は実はなかなかよくわからない。ですから、そちらでとっていないければ永久にわからないと思います。

それから、これは栃木県に持って帰って議論していただいて結構なのですよね。事務局、いいのでしょうか。

事務局 ここに出た段階でオープンですからどうぞ、データなり提供したいと思いません。

消医座長 はい。どうぞ。

MC 座長 よろしいですか、少し確認ですけれども、最初の2ページ、3ページの調査をする際に、こういうカテゴリーを高度化して、消防側サイドからこの期間、全部とったというのはわかりますが、幾つかの結果の中に医療機関側のデータ集積とのマッチングが述べられていましたよね。何回以上断られた理由については、実は病院側から見たらこういう病名だったよというようなことをおっしゃったと思うのですが、医療機関側に対する調査というのは県全件調査なのか、それともある一定の照会回数が多かった事例についてだけ消防機関が問い合わせして調査をしたということなのか。そこを確認させてください。

事務局 いただいた傷病名につきましては、救急隊が医療機関に収容しまして、その場で先生にいただいた傷病名ですので、確定診断名ではないかと思われれます。あと、調査期間中におきましては、1件であろうが、十何件であろうが、すべての事案について救急隊のほうで集計をしたということになります。

MC 座長 ということは、医療機関側に対しては直接調査をせずに、いわゆる搬入にかかわった隊員によって最終傷病名並びに幾つかの医療機関からデータをその時点でいただいている。

委員 東京消防庁から今回の調査については、医療機関がお断りになる理由を集計しようということですので、我々、消防の救急隊員がこうであろうと判断をして計上することは一切しない。あくまでも医療機関のほうから、これこれ、こういう理由でというように明確に伝えられたもの、それを記録していくということですね。消防機関としては、まさに医療機関側がこの調査を——当初は反対されたのですけれども、実施していくということで、その調査に協力をさせていただく。そのようなスタンスでやっております。

MC 座長 わかりました。そうすると、3ページのコード表、こういう理由で断りますよというのを、このコード表にのっとなって断られた理由を救急隊員側でコード化していると考えていいわけですね。事前に各医療には、もしお断りになる場合は、こういうカテゴリーで調査させていただきますよということは事前にお話をされていると考えていいのですか。

事務局 このコード表につきましては、事前に東京都医師会を通じまして、各医療機関にこのコード表でということをお願いしております。ただ、徹底できない場合は、いつものとおり普段のやりとりの中でということで義務連絡、通知をもってお流ししています。

MC 座長
事務局

わかりました。

少し補足で、まさに座長がおっしゃっている点は、今までの調査の限界というか、今までは救急隊のほうで、活動記録表の中で、こういうやりとりをしたので医療機関はこう断ったのだろうということを書いていたわけです。だから、片務的というか、消防から見た医療機関の状況。それが問題というか、共通認識で立っていない場合がありますので、今回、3ページの受入に至らなかった理由、この中の上の表、上は医師会にも入っていただいて、全救急医療機関にこういった調査をこの期間にこういったやり方でやるのでということを知っていただいて、医療機関にも電話の横に置いておくとかいうことで、この番号で答えるよということをやっていただきました。ただ、全部コード、多分、現場のほうは委員のほうがお詳しいと思いますけれども、周知できなかつたので、言葉のやりとりもあるかと思いますが、この共通コードでやろうと。

あと、傷病者の背景の状況というところで幾つかお話しさせていただいた中の43ページですね。傷病者の背景に関する情報というところは、上段と下段の数字が違うのですけれども、要するに上のほうは救急隊から医療機関に伝達した情報ということで、こういった背景を持った傷病者の方をこれから搬送しますということで受入照会するというので、下段がそういった提供された伝達情報に医療機関から、それでは困難だということを確認に答えていただいたということで、ここは矢印のピッチャーが投げたものとキャッチャーから答えたというところのやりとりなのですけれども、ここについては背景については、その2つの情報のとらえ方があるということでございます。

私どもが分析したのは、この上の救急隊が医療機関に伝達した情報ということで、今回の集計はしているということで、医療機関のほうは、いや、それならだめですということで、断ったものではない情報で分析していますので、その点ちょっと注意をしていただければと思います。

MC 座長
消医座長

はい。結構です。

43ページ、もう少し説明いただこうと思ったのですけれども、上のほうの段は救急隊から医療機関に伝達した情報、例えば認知症については65回伝えていますよ。その65回がどういう65回かは別にしても、医療機関から救急隊に認知症では勘弁してほしいなということで答えてくれたのが21件ということなのですよね。だから、開放骨折というように伝えたのが9件で、開放骨折では今とても勘弁してくれという話が20件というのは、さっき何とおっしゃったのでしょうか。

事務局

例えば1名の開放骨折の傷病者に対して3つの医療機関が開放骨折は勘弁してくれと回答すると……。

消医座長

3回になると。

事務局
消医座長 はい。3回計上いたしました。
わかりました。
委員、お願いします。

委員 聞き落としたかもしれないことを伺いたかっただけなのですが、19ページから21ページにかけての、この平成19年調査にとの比較がありますけれども、この平成19年調査というのは、たしか全国で1カ月間の数字を出されたのではなかったかなと記憶しているのですが、この出ている数字は東京都の数字なのですか。それとも全国の数字。

事務局 19年調査につきましては、平成19年、1年分のデータを集めたものです。今、比較しているものは東京消防庁のデータと比較しているものでございます。

委員 わかりました。ありがとうございました。

消医座長 平成19年の東京消防庁のデータ1年分を調べたと。
ほかにございますか。さて、そうすると、その考察のところの58ページですけれども、傷病者の背景がある事案においては、「全体平均を上回っている。選定困難事案となりやすいと思われる。」ということについては、特に精神疾患、急性アルコール中毒、結核、過去に何らかの問題がある、こういうのは院長先生に、もうあの患者さんはやめてと看護師さんが言うのですよね。情報が来ると。全く未受診の妊婦において選定が困難な——まあ、妊婦に関しては事例が少ないので、ほんとうにそうかどうかはもうちょっとというように言っていますが、どっちにしても問題のある傷病者やアルコール中毒や結核や精神疾患がという話になるわけですね。
これはもともと救急医療の局面において、このような患者さんが問題になるという話ですから、もともと精神疾患についてもそれなりの治療プロセスに入っていたり、アルコール中毒もあんなような飲み方をしなければとか、結核もちゃんとあらかじめ面倒を見ていればという話に多分なるのだと思うのですが、消防と医療の連携ということで行くと、僕が言うのも何なのですが、こういうようなことがあるに違いないということがある程度わかったので、ここから先はどういうようにこれを対応していくというようにしたらよさそうなのではないでしょうか。
データとしては極めてワクワクするようなデータだとは思いますが、これは挙げて、福祉だとか厚生行政そのものにも相当深く関係していますよね。たまたま救急車がそういうような事例にぶち当たって難渋している。でも、これは救急隊だけの問題ではないことは明々白々ですから。

MC 座長 大変おもしろいデータで、救急をやっている人間、あるいは救急隊員も日ごろこういう印象を強く持っていたと思うのですよね。今回といいますか、委員がご参加されていますけれども、周産期の問題がにわかになら表に出てきた、そのきっかけは、当然、周産期、あるいはNICUという個々の問題はそれぞれの領域の先生

方がシステム化し、かつ一生懸命やられてきた。ところが、表にポンと出てきたのは、妊婦が一般急病をもって、その受け皿がどうなのというところできっかけになりましたよね。確かに数は少ないのですけれども、我々医療界の人間にとっても非常に思わぬ落とし穴ということに気がついたわけですね。

なぜこんなことを言うかということ、ここで初めて救急医療と周産期との連携という言葉が出てきたわけですが、実は課題の多いのが、精神科疾患を有する救急患者です。都道府県単位ではどこの都道府県の協議会においても、精神科救急のそのシステムはそれなりにつくっているのだということをおっしゃいますし、その領域が目的とする救急の受入はよくできている。ところが、精神科疾患を背景とした身体疾患を患っている患者さんを運ぶ、あるいは収容して診療するという事になったときに、いろいろな問題を抱えているというのが実態なのですね。

ですから、座長がおっしゃったように、どう進めるのだという意味においては、医療の部分もそうでしょうし、おそらく厚生労働行政のほうに具申していかないといけないのは、それぞれの個々の領域がシステムとしてつくっているだけでは、救急医療というのはなかなかまいこといかないのだということです。したがって、精神科疾患にからむ救急医療体制においても、精神科領域の諸団体の方々と救急医療関係の団体との連携というのが大変重要になってくるのかなと思います。

精神科疾患というのは、一見、ストレートに言うといろいろな社会問題がありますけれども、それを取り巻くのは中毒もあれば、アルコール中毒もありますし、身体的疾患を治療して、気がついてみると、背景因子として精神疾患を持っていたという患者さんも非常に多いので、精神科領域の課題は救急医療では避けて通れないかと思うのですね。だから、そういった提言、提案ができる1つの、このデータはきっかけになるのではないかと私は思っていますけれども、いかがでしょうか。

消医座長

全くそのとおりなのですけれども、もともと僕らの消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の構成員の病院長が、きれい事を言っているかもしれないだろうと。もっと現場の厳しい状況をきちっと俎上に乗せるべきだということをおっしゃった。まあ、僕ら少しずつは思っているのですけれども、相当程度に強くお思いになった。私的医療機関では特にそうでしょうが、自分たちのインカムで自分たちの病院を回していかなくてはいけないというようなときに、急性アルコール中毒が来て暴れまくっても、別に診療報酬としては大したことになるということが山ほどあるわけですね。

そういう意味では、例えば先生も同じようなお立場で、社会の、言葉としてはどんなふうに言っているかわかりませんが、よく僕が言うのは、社会的弱

者という人たちでもあるし、場合によっては救急医療の立場からすれば吹き溜まっちゃったというようなことなのですよ。そういう人たちを救急隊は、少なくともこの程度には取り扱ってあげているということはわかったわけなので、どういようにこの話を進めていくかというのは、かなり重要なはずなのですよ。先生なりの普段から思っておられることに多分、肉づけするような形なのかもしれませんが、お願いします。

委員 救急医にとっては、そういう患者さんをぜひ診たいと思っているのだそうです。ただ、困るのは、受け入れた後どうするか。例えばそういう患者さんを受け入れて、精神科の医師を呼ぶと、「何でこんな患者を受けたのだ、」と言われるのが現状です。それを何とかするためにアメリカでは救急医が受けた患者さんを病院の専門医に照会したときに断ってはならないという法律がつくられていて、断ると罰則があるという話を聞いております。

日本でそこまでやるかは非常に難しいのですが、少なくともこの間、先生との、この会の中では、何かそういう救急医療の複雑性の指標のようなものをつくって、それを診療報酬で何とか面倒を見てくれないか、それがないとやはり救急医はみんなへばってしまうということがありますので、ここの会とは趣旨は離れるかもしれませんが、ぜひそのようなことを要望していくということも1つ、救急の現場では必要ではないかなというぐあいに思っております。

消医座長 ありがとうございます。

この話題は場合によってエンドレスになるので、とりあえず現状の認識としてここまで来たというようなところで、私はいいのではないかと思います。今のお話は先生がお使いになった資料1の24ページをあけていただくと、東京ではこのような結果が出ることを承知というか、変な言い方ですけども、とりあえず患者さんを一時受けてくれという、ありますよね、この東京ルール。このルールがどういうルールかって、こういうような横文字を使っている限りシャキッとしていないのかもしれませんが、いずれにしても迅速な受入の中の一時受入、これは医学的な理由で問題が存在するのではなくて、例えば結核の患者さんでもとりあえず見てくれないか、朝になったら何とかしたいとか、それから、精神疾患や中毒で、とにかく朝までは面倒見て、その後はよろしくというような、そういうような意味合いが非常に濃いのです。

そのためには、やはり小ぶりの病院だと多分無理だろう。少しは、つまり、当直医が3人ぐらいいて、2人が丁々発止やっけていても、1人が少し社会的な部分について相談ができるような、その程度のことがあってもいいのではないかと。というようなことで、この地域救急医療センターというのは、今のところ輪番で考えている。つまり、きょうは何々病院、きょうは何々病院ということになるのでしようが、そういうようなことで少し相談ができるような。救急の相談は、この東

京消防庁の中に、今言った社会的なファクターについての相談ができるような、そのようなコーディネーターにいてもらいたいと。

だから、この3ページのところの傷病者に関する情報で、ホームレスはその昔はあったかもしれませんが、今はないのですが、ホームレスについても、いわゆる行路病人というような人たちは、それなりの社会的なバックアップの支援の仕組みがあるみたいで、そういうような支援についてもコーディネーターが知っていて、そういうような病院には、明日の朝になったら、そういうような病院に必ずつなぐから、朝までしばらく面倒見てほしいというような形で看るということになって議論をしているのですね。

だから、今、先生がおっしゃった、病院では必ず救急医から言われたら絶対見ろと言われたって、そんなことを言ったって……という景色がありますので、十二分に医者がいればいいんでしょうけれども、そうはなかなかならないので難しいかもしれませんが、話としては、より後ろ側で何とか助ける。先生のおっしゃった病院の中で助けるという話は、多分、MSWが出てくるのだと思いますが、これは東京のルール1に関しては、そういうようなことを考えながらやっていかなければいけないよねということがここにあります。

もう時間が過ぎていきますので、救急医療の病院と救急隊との連携といっても、実はこういうような奥の深い、私たちの社会が抱えているさまざまな問題を瞬時にとは言いませんが、一晩のうちに片づけないといけない。まあ、片づける道筋に乗せないといけないという程度のことが今あるということを確認したということでもよろしいですよ。引き続きこの作業部会では、年度を超えるなりして議論を進めていかななくてはいけないのではないかなと思います。ただ、国民の1人としては、これが放っておかれるのは、とてもではないけれどもたまらないという感じもしますので、どうしたらいいかはよくわかりません。

事務局

まさにこれは今回、こういう結果が日ごろ何となくというか、大体こういうことだろうということがデータの的に出たわけですけども、このデータをどう生かすということがまさに重要であって、調べることだけが目的ではないので、搬送の中で処理できる問題もありますし、もっと出口の問題とか、あるいは福祉に絡む問題とか出てくると思いますので、かなり我々だけでできない項目も出てきますけれども、そちらにぜひつなげていきたいと思っております。

消医座長

もう時間もありませんが、どうされますか。

事務局

では、すみません、事務局で司会をまたお引き取りさせていただきたいと思えます。

今、先生からご指摘がありましたように、いろいろな基準を決めていくに当たって、こういった背景も決めていかないといけないという1つのステップになったかと思いますが、本年、先生方からご議論いただいたことというのは、また最

終的な取りまとめについてもご相談をさせていただきたいと思います。

本日は、ただいまをもちまして合同作業部会を終了とさせていただきたいと思
います。非常に貴重なご議論をいただきまして、どうもありがとうございました。

— 了 —