

第3回 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会 議 事 次 第

日時：平成20年10月6日(月)

14:00～16:00

場所：三番町共用会議所

2階大会議室

1 開 会

2 挨 拶(座長)

3 議 事

(1) 救急医療機関に対する支援のあり方について

(2) その他

4 その他

6 閉会

【配布資料】

資料1 救急医療機関に対する支援のあり方について

資料2 厚生労働省資料(救急患者受入コーディネーター事業について)

※添付 第2回消防機関と医療機関の連携に関する作業部会議事要旨

平成20年度
第3回消防機関と医療機関の
連携に関する作業部会

平成20年10月6日
総務省消防庁

救急医療機関に対する支援のあり方について(検討の背景)

- 昨年度の当作業部会中間報告において、円滑な救急搬送・受入医療体制を確保するため、早急に講じるべき対策として、救急医療情報システムの改善、救急患者受入コーディネーターの配置、救急搬送に関する検証・協議の場の設置等の対策が提言されたところ。
- 一方、「**問題の根本的な解決のためには、救急医療体制の充実・強化、救急医療に携わる医師の勤務条件等の改善や救急車の適正利用の推進など国民の協力等も必要であり、今後の検討課題として指摘したい。**」とされたところ。
- また、今年度、当作業部会において、救急搬送における医療機関の受入状況に関する詳細調査を実施する予定であるが、調査結果を今後の対策に活かすツールとしても、救急医療機関に対する財政的な支援のあり方について検討する必要がある。

救急医療機関に対する具体的な支援のあり方について(1)

1 3次救急医療機関(救命救急センター)に対する支援

昨年度実施した「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」において、3次救急医療機関の受入に至らなかった主な理由は、「ベッド満床」や「手術中・患者対応中」であった。

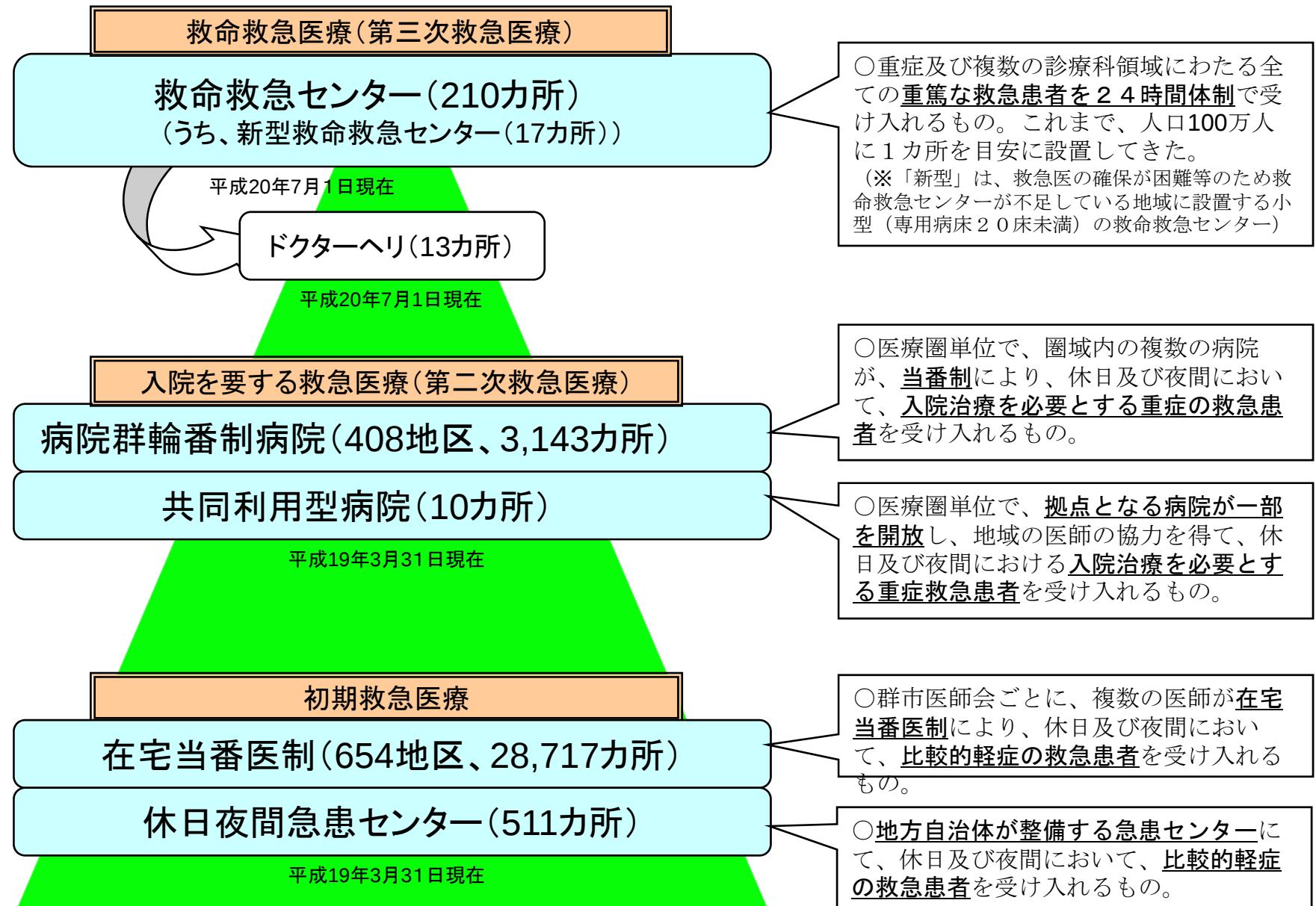
3次救急医療機関においては、救急患者を受け入れるため、ベッドやスタッフを常に一定水準以上確保する必要があり、そのための経費が追加的に必要となる。これらの経費については、診療報酬の算定上できる限り考慮することが望まれるが、一方で3次救急医療機関の実際の収支差額に対応した支援についても考慮することが必要ではないか。

2 2次救急医療機関に対する支援

- (1) 2次救急医療において公立医療機関は大きな役割を担っており、地方公共団体が公立2次救急医療機関について支出している繰出金額の水準に対応した地方財政措置について検討することとしてはどうか。
- (2) 民間の救急医療機関数は公立の救急医療機関数を大きく上回っているが、その役割に応じた支援についてどう考えるべきか。

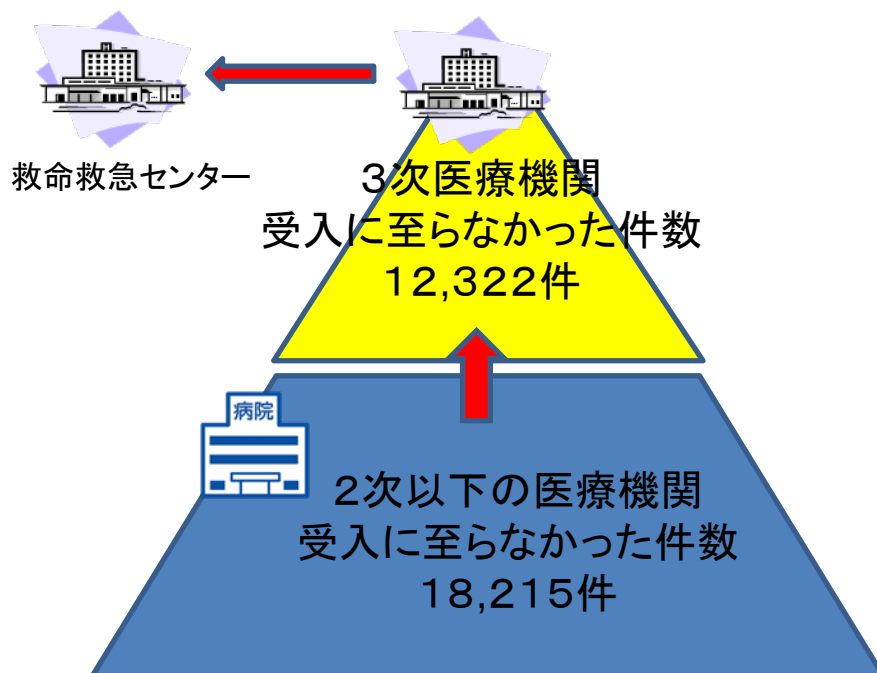
- (3) 2次救急医療機関については、救急患者の受入実績等にかんがりのばらつきが有り、公平の観点からも、そうした実績等に応じた支援内容とすることが受入体制の強化につながるという意見もあるが、どう考えるか。

救急医療体系図



救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査

救命救急センター等搬送事案における受入に至らなかった理由



3次医療機関における理由

- ・ベッド満床 37.8%
- ・手術中・患者対応中 34.5%
- ・処置困難 12.7%

2次以下の医療機関における理由

- ・処置困難 39.0%
- ・手術中・患者対応中 16.2%
- ・ベッド満床 15.6%
- ・専門外 10.3%

病院区分等		手術中・患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明及びその他	合計
2次以下	件数	2,947	2,835	7,098	1,868	886	41	2,540	18,215
	割合	16.2%	15.6%	39.0%	10.3%	4.9%	0.2%	13.9%	100%
3次	件数	4,248	4,657	1,564	145	81	1	1,626	12,322
	割合	34.5%	37.8%	12.7%	1.2%	0.7%	0.0%	13.2%	100%
合計	件数	7,195	7,492	8,662	2,013	967	42	4,166	30,537
	割合	23.6%	24.5%	28.4%	6.6%	3.2%	0.1%	13.6%	100%

※集計可能な宮城県、埼玉県、東京都、静岡県、愛知県、広島県、福岡県における数値

開設者別の救急医療機関数

	救急医療体制上の位置付け				救急告示 病院 (再掲)
	三次救急	二次救急	初期救急	総数	
総数	188	3,677	1,583	5,448	4,166
国	24	149	23	196	162
厚生労働省	－	4	－	4	4
その他	24	145	23	192	158
公的医療機関	111	818	236	1,165	1,097
都道府県	41	129	29	199	162
市町村	32	485	174	691	666
その他	38	204	33	275	269
社会保険関係団体	2	98	14	114	104
公益法人	8	213	52	273	197
医療法人	6	2,043	1,065	3,114	2,171
学校法人並びにその他の法人	36	138	48	222	167
会社	1	31	8	40	23
個人	－	187	137	324	245

都道府県	41	129	29	199	162
全体に占める割合	21.8%	3.5%	1.8%	3.7%	3.9%
市町村	32	485	174	691	666
全体に占める割合	17.0%	13.2%	11.0%	12.7%	16.0%
都道府県＋市町村	73	614	203	890	828
全体に占める割合	38.8%	16.7%	12.8%	16.3%	19.9%

注：当該調査における各開設者の定義

国	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他(国の機関)
公的医療機関	都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人
個人	個人
その他	公益法人、学校法人、社会福祉法人などの上記以外の法人

三位一体改革等により一般財源化された救急医療対策関係事業の 国庫補助額(実績)の推移

(単位:百万円)

	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
救命救急センター	5,621	5,715	5,523	5,550	2,993 公立分を一般財源化
病院群輪番制等病院	3,728	3,703	3,699	一般財源化	
在宅当番医	852	867	一般財源化		
計	10,201	10,285	9,222	5,550	2,993

○ 地方公営企業法(抄)

第三章 財務

(経費の負担の原則)

第十七条の二

次に掲げる地方公営企業の経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする。

- 一 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが適当でない経費

○ 地方公営企業法施行令(抄)

(一般会計等において負担する経費)

第八条の五

法第十七条の二第一項第一号に規定する経費で政令で定めるものは、次の各号に掲げる事業の区分に応じ、当該各号に定める経費(当該経費に係る特定の収入がある場合には、当該特定の収入の額をこえる部分)とする。

- 三 病院事業看護師の確保を図るために行う養成事業に要する経費、救急の医療を確保するために要する経費及び集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政として行われる事務に要する経費

公立救急医療機関に対する財政措置(2)

特別交付税措置

○ 救命救急センター

- ・ 都道府県立： 1床当たり1,760千円×病床数(ただし、上限48,600千円)
- ・ 市町村立： 1床当たり2,384千円×病床数(ただし、上限66,400千円)

○ 救急告示病院

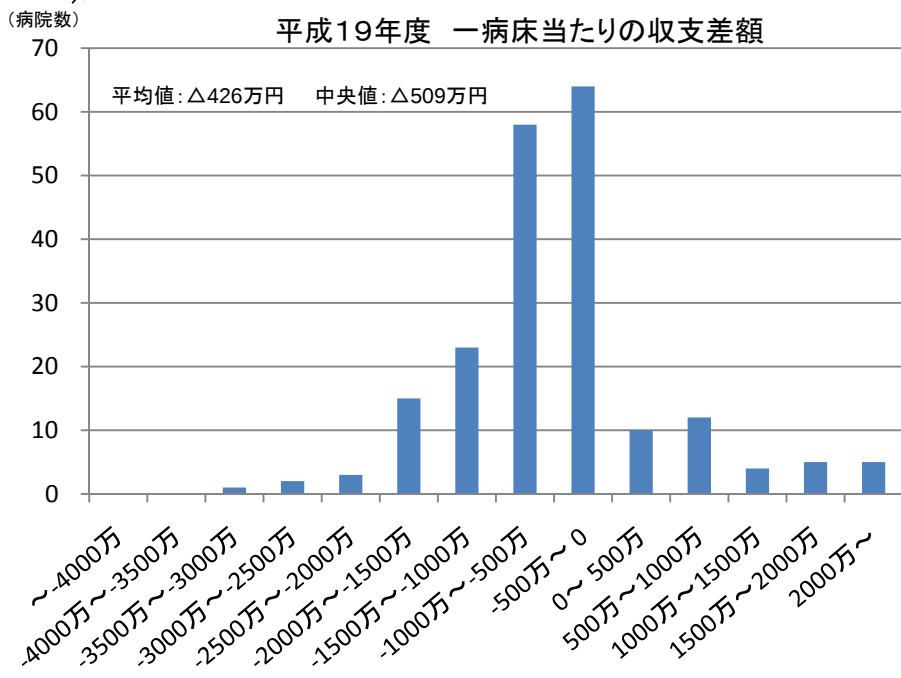
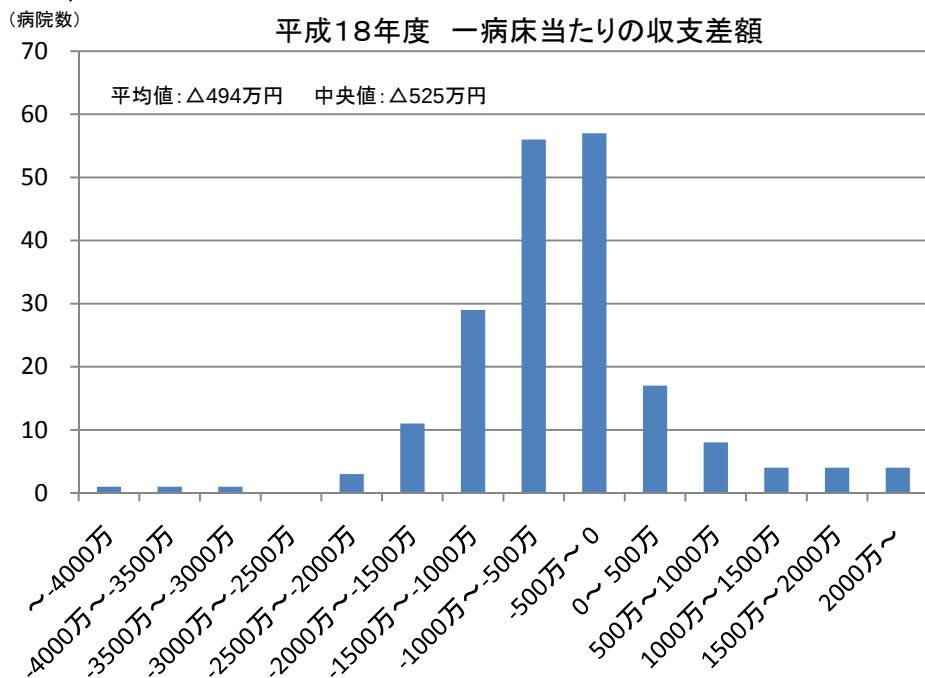
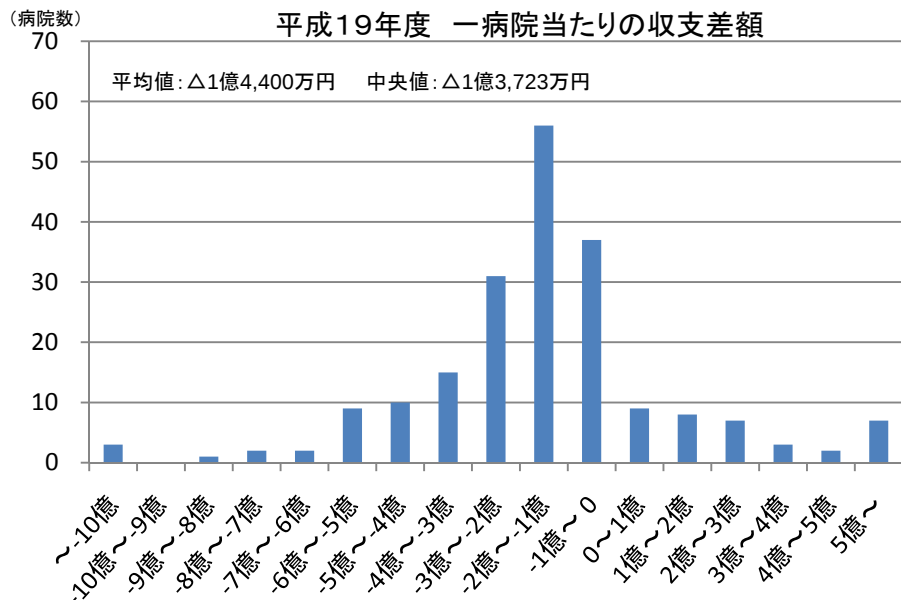
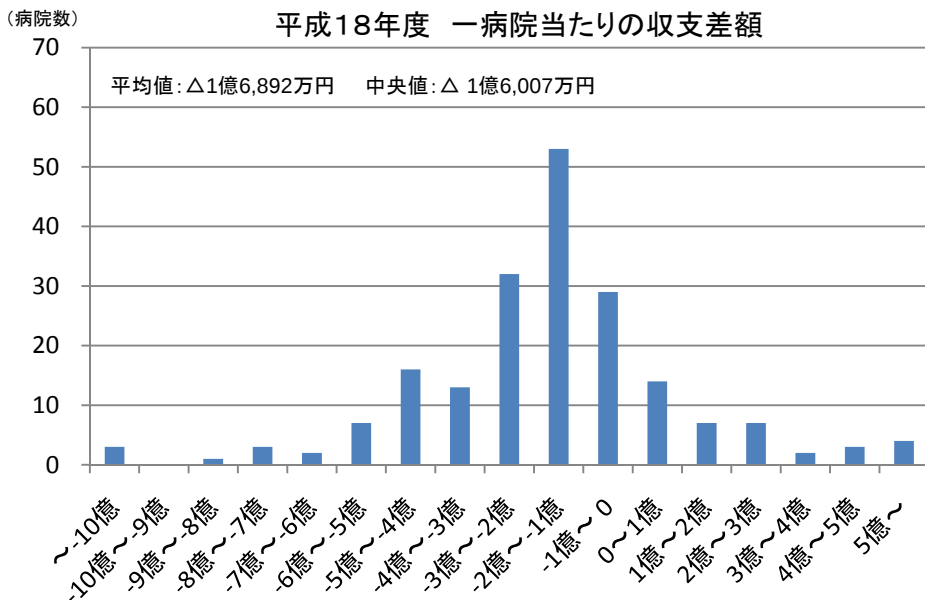
区分1病院当たり金額

	都道府県	市町村
・ Aランク	15,300千円	44,200千円
・ Bランク	8,700千円	25,300千円
・ B'ランク	7,300千円	20,900千円
・ Cランク	6,000千円	17,300千円

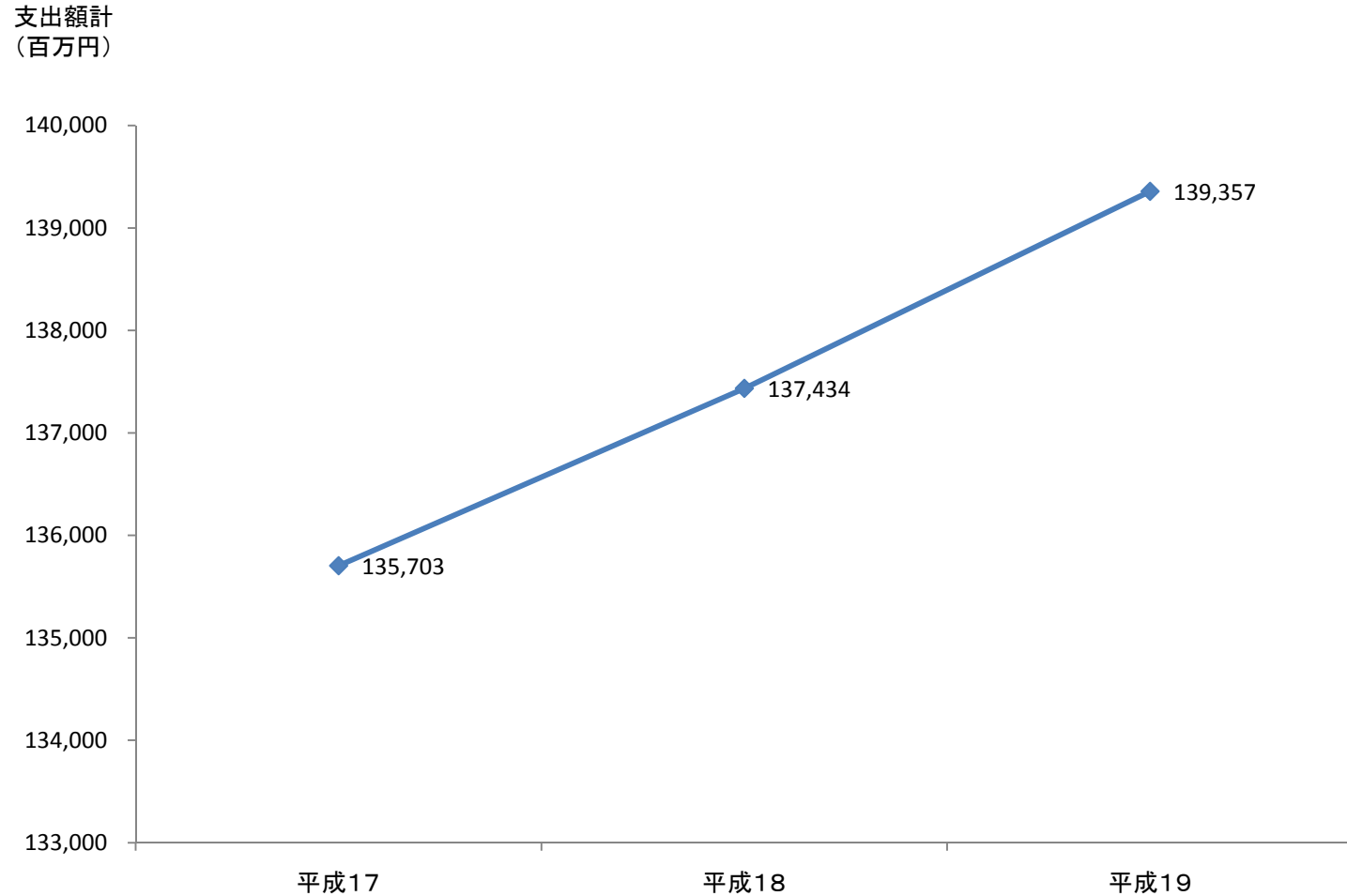
※ 区分については次の3項目の合計点数による(A:11点、B:7-10点、B':6点、C:5点以下)

- 1 専用病床数 7床以上(3点)、4床以上7床未満(2点)、3床以下(1点)
- 2 待機体制 医師看護師が 各2名以上当直(6点)、各1名以上当直(4点)、待機(2点)
有事に出動(1点)
- 3 施設・設備 救急専用入口、救急専用処置室、救急専用手術室、救急専用自動車のうち
2部門以上(2点)、1部門(1点)、なし(0点)

救命救急センターにおける収支差額



地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(1)

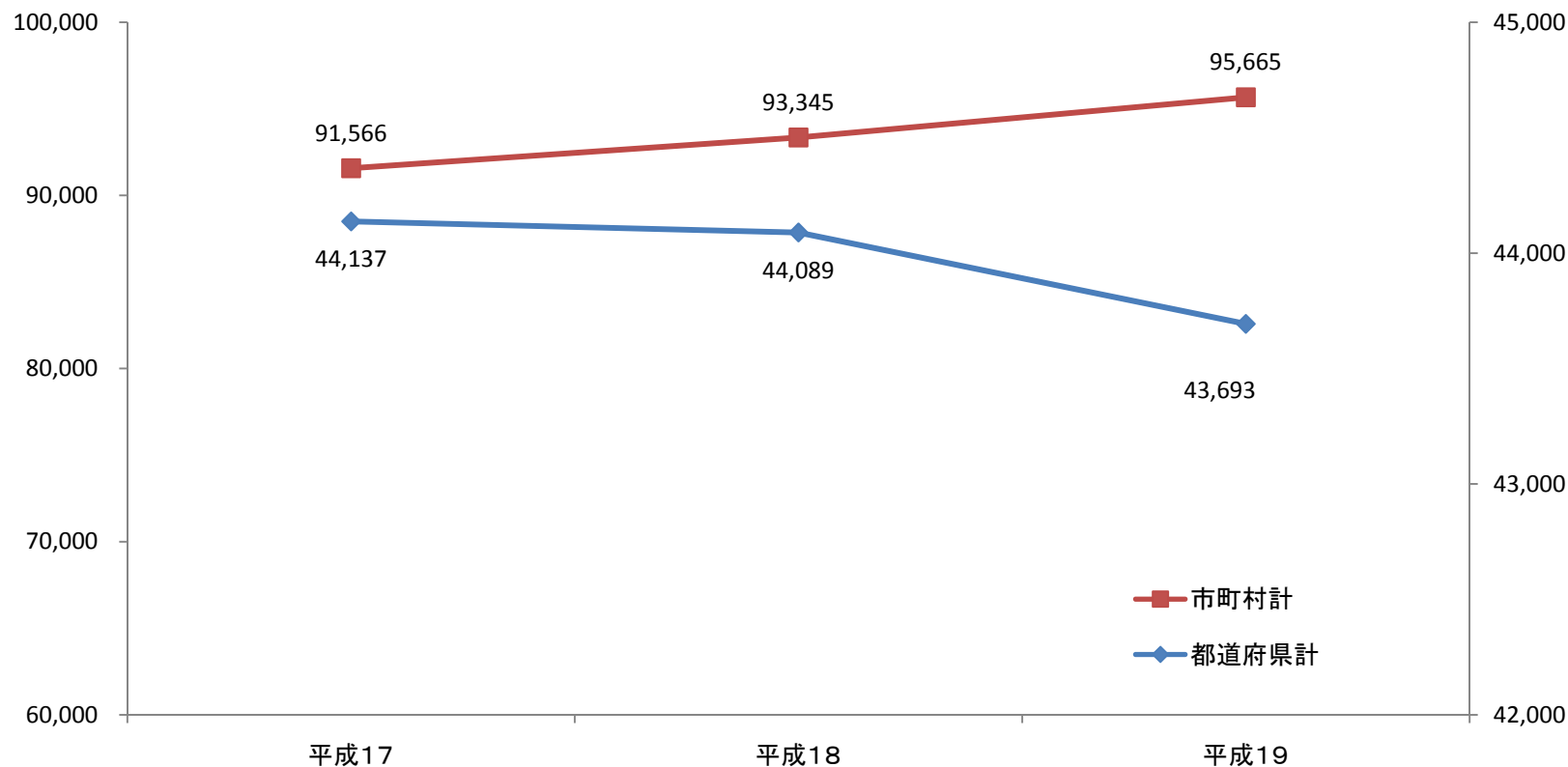


- ・ 地方公共団体(都道府県・市町村合計)の救急医療機関への支出額(公立病院に対する一般会計からの繰出金、民間病院等に対する補助金等の額)は、3年間で約37億円増加している。

地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(2)

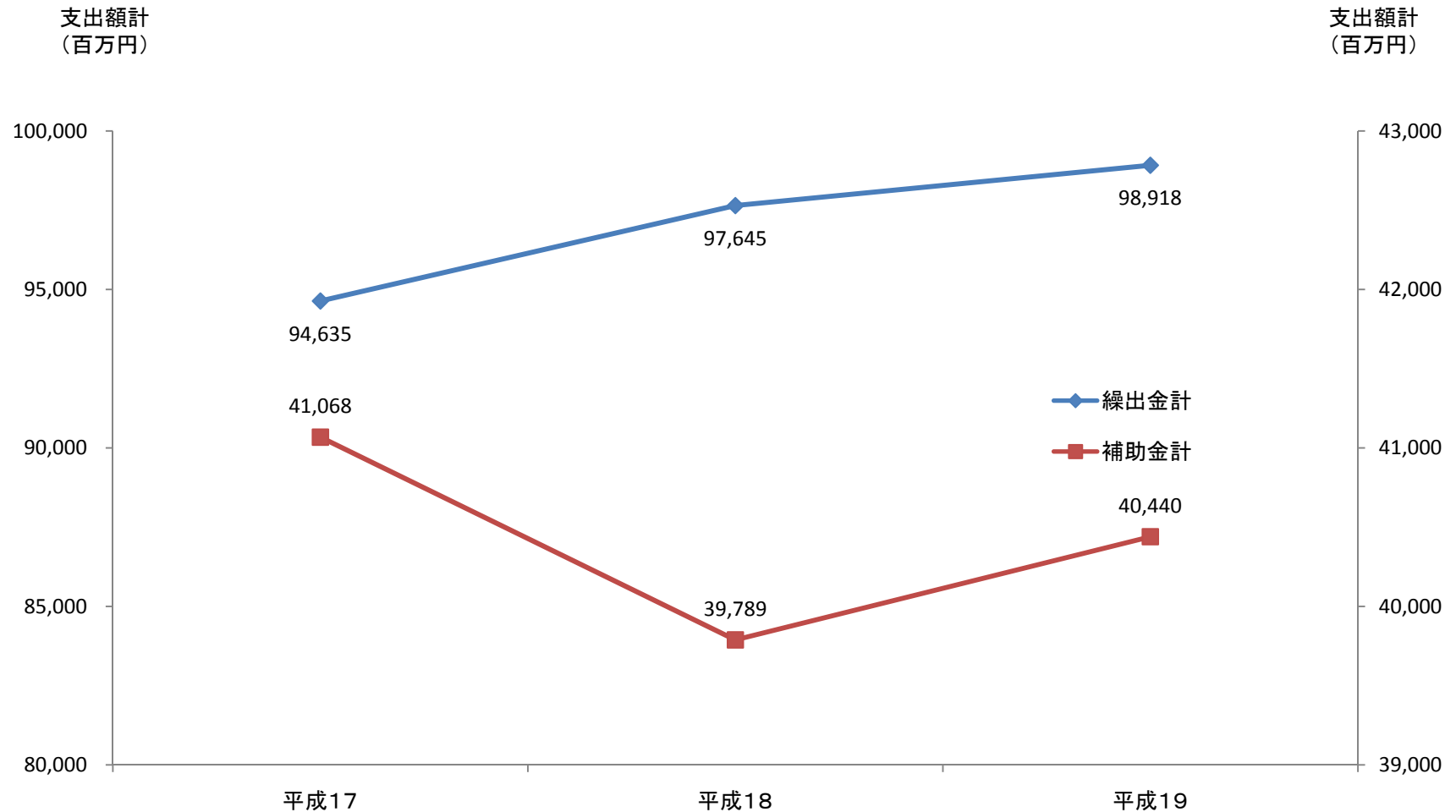
支出額計
(百万円)

支出額計
(百万円)



- ・ 市町村による救急医療機関への支出額は増加傾向にある(約41億円の増)。
- ・ 都道府県による救急医療機関への支出額は、微減である(約4億円の減)

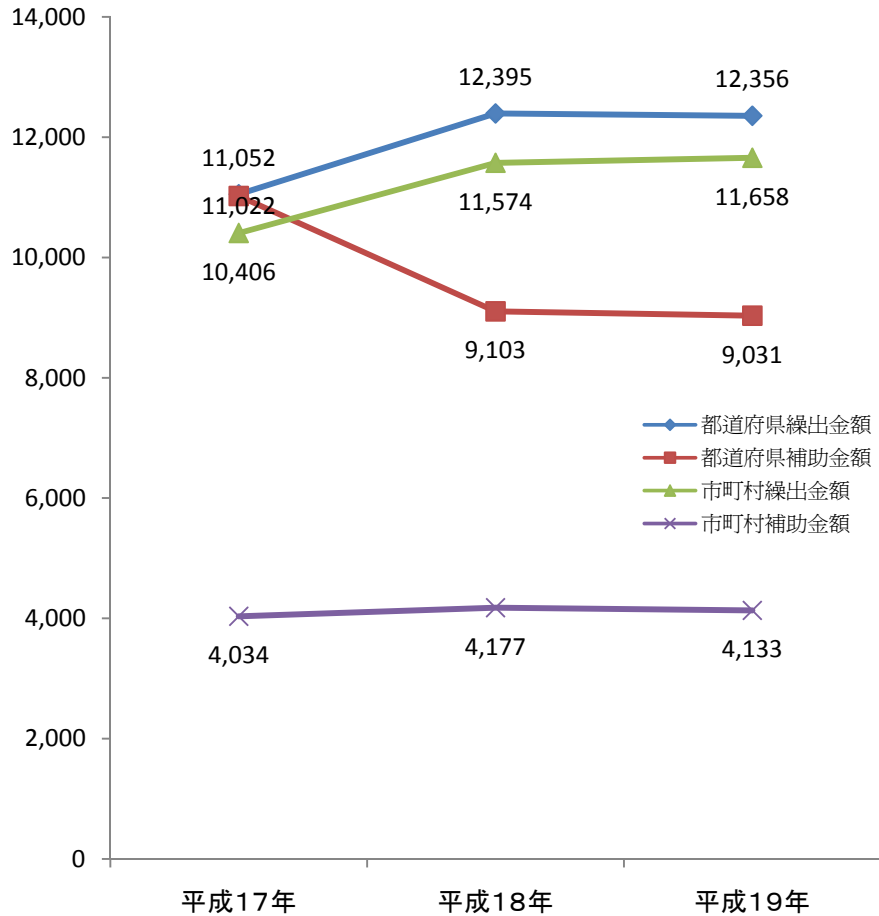
地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(3)



- ・ 公立病院に対する一般会計からの繰出金額は増加傾向にある(約43億円増)。
- ・ 民間病院に対する補助金額は微減である(約6億円減)。

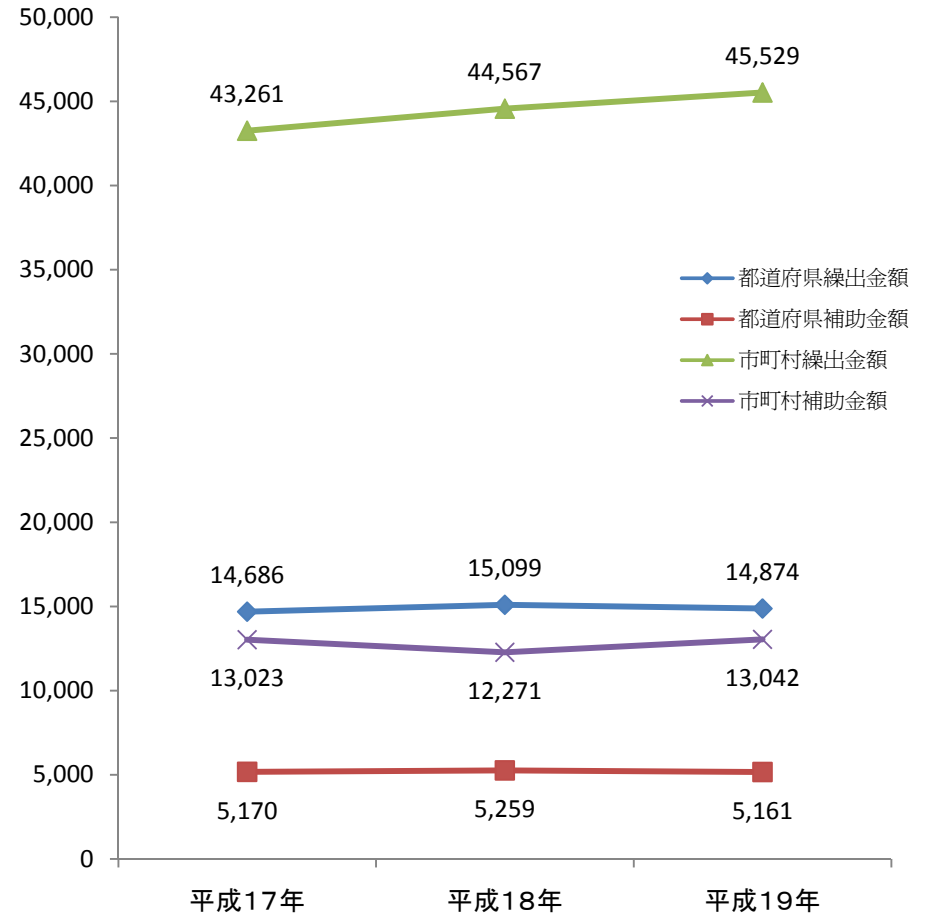
地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(4)

支出額計
(百万円)



三次医療機関に対する支出額

支出額計
(百万円)



二次医療機関に対する支出額

地方公共団体の救急医療機関に対する繰出金・補助金の支出状況(5)

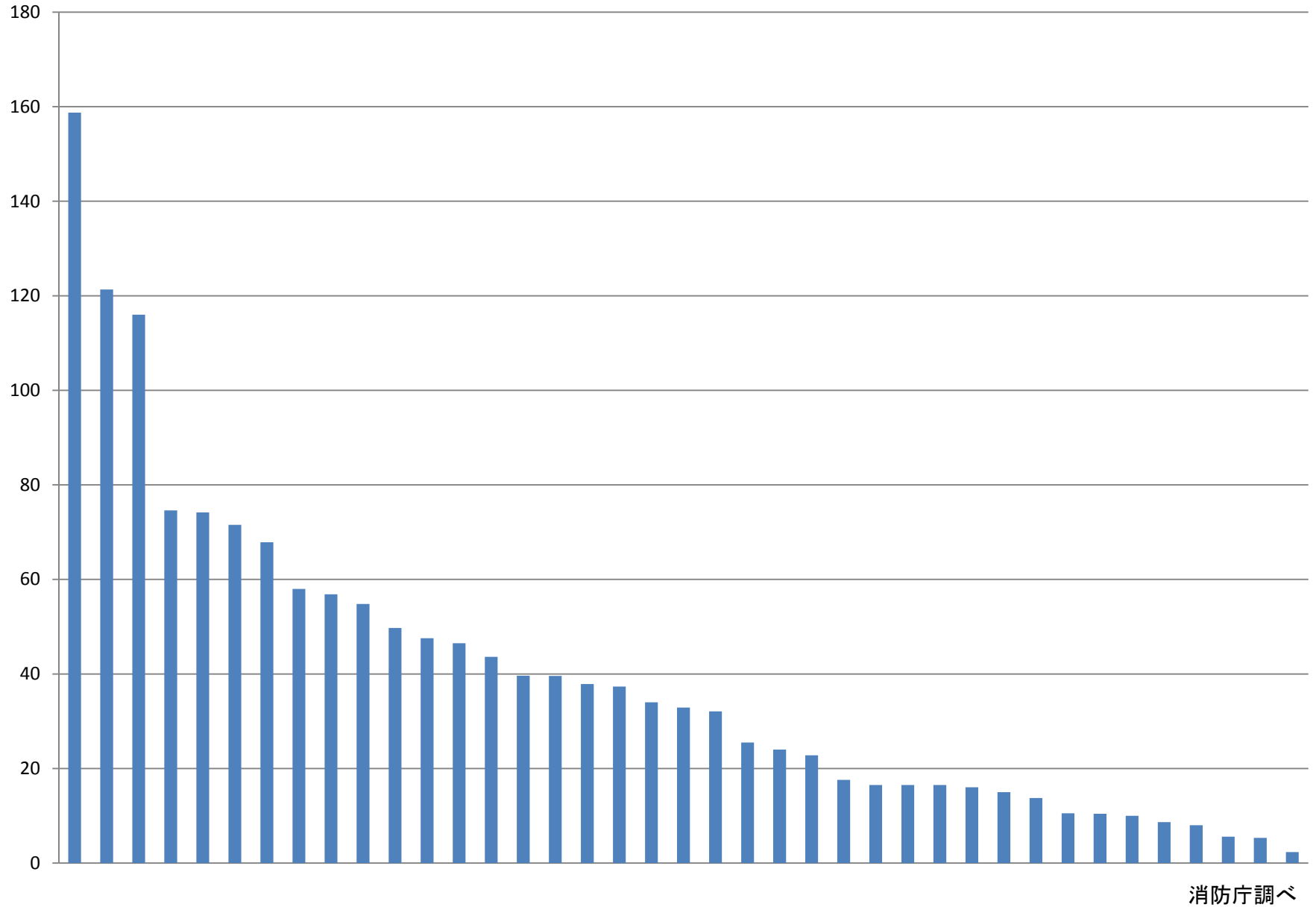
単位:百万円

	都 道 府 県						市 町 村					
	繰出金額			補助金額			繰出金額			補助金額		
	平成17	平成18	平成19	平成17	平成18	平成19	平成17	平成18	平成19	平成17	平成18	平成19
三次	11,052	12,395	12,356	11,022	9,103	9,031	10,406	11,574	11,658	4,034	4,177	4,133
二次	14,686	15,099	14,874	5,170	5,259	5,161	43,261	44,567	45,529	13,023	12,271	13,042
初期	113	193	147	798	827	918	12,727	11,451	11,833	6,688	7,663	7,803
その他	1,296	1,213	1,200	0	0	6	1,094	1,153	1,321	334	491	346
計	27,147	28,900	28,577	16,990	15,189	15,116	67,488	68,745	70,341	24,079	24,602	25,324

注: 滋賀県(県分)、福岡県(市町村分)が未算入。

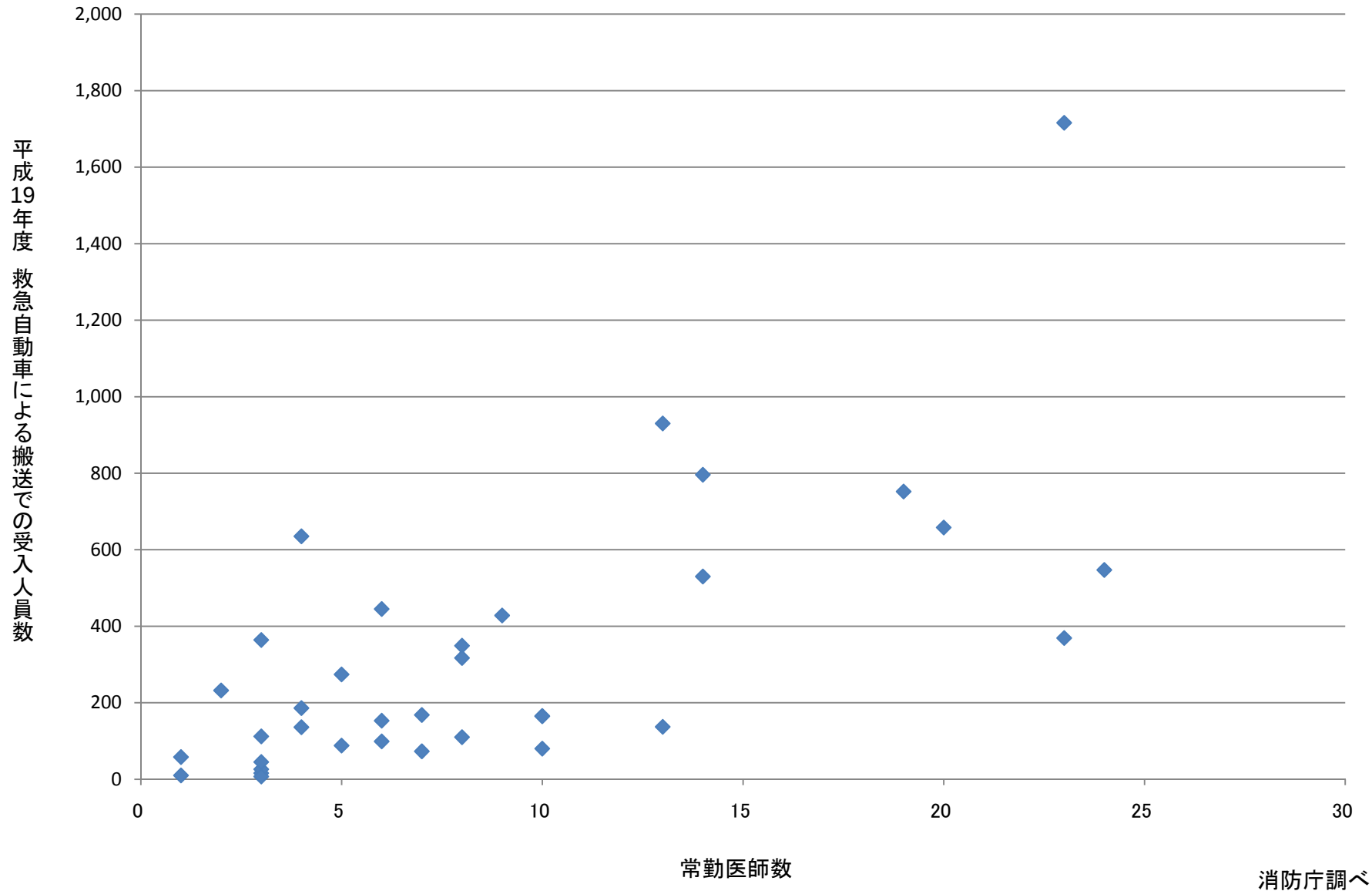
ある都道府県における二次救急の各病院の常勤医師一人当たりの年間救急自動車搬送受入人員

(平成19年度 救急自動車による搬送での受入人員数／常勤医師数)



ある都道府県における二次救急の各病院の常勤医師一人当たりの年間救急自動車搬送受入人員

(平成19年度 救急自動車による搬送での受入人員数／常勤医師数)



平成 20 年度医療提供体制推進事業費補助金交付要綱（抜粋）

別表 1

1 事業分類	2 事業区分	3 事業者
(2) 救急医療対策事業	ソ 救急患者受入コーディネーター事業	都道府県

別表 2

1 事業分類	2 事業区分	3 種目	4 基準額	5 対象経費	6 補助率
(2) 救急医療対策事業	ソ 救急患者受入コーディネーター事業	ー	1 か所当たり 29,589 千円	救急患者受入コーディネーターの確保に必要な給与費（常勤職員給与費、非常勤職員給与費、法定福利費等）、委託料（上記経費に該当するもの。）	2 分の 1

救急医療対策事業実施要綱

(救急患者受入コーディネーター事業抜粋)

第13 救急患者受入コーディネーター事業

1. 目 的

この事業は、都道府県が地域の実情に精通した救急医等を「救急患者受入コーディネーター」（以下「コーディネーター」という。）として医療機関等に配置することにより、救急搬送困難事案の解消を図り、円滑な救急搬送受入体制を構築することを目的とする。

2. 補助対象

都道府県又は都道府県知事の委託を受けてコーディネーターを配置する救命救急センター又は周産期母子医療センター等を補助対象とする。

3. 運営方針

夜間・休日を中心に、救急隊が搬送先の選定に苦慮する場合において、消防機関等からの要請に応じてその搬送先医療機関の調整を迅速に行う。

また、医師がコーディネーターとなる場合は、必要に応じて救急隊に対し、適切な救急救命処置又は応急の手当を行うために指示・助言を行う。

4. 整備基準

(1) 体制・役割

コーディネーターは、原則として医師が務めることとする。ただし、医師の確保が困難な場合においては、医師以外の職員が務めることができるものとする。この場合、医師をオブザーバーとして選任する等により、搬送先医療機関の調整に時間を要する場合等に医師が速やかにバックアップできる体制の確保を図ることとする。

本事業の目的が適切に果たすことができるよう、コーディネーターの役割、具体的な業務内容、消防機関との連携体制その他必要な事項について、都道府県が主体となって地域の実情等を踏まえながら明確にすること。また、定めた業務内容等については予め消防・医療機関等の関係機関に対して周知徹底すること。

(2) 支援体制の確保

コーディネーターは、日頃より同一県内の関係医療機関及び医師と意思疎通を図りやすい体制を築いておくよう努めることとする。

また、産科等一般の救急医療体制とは別の診療体制が必要な患者に対応するため、例えば周産期医療ネットワーク等既存の医療機関間ネットワークにコンタクトポイントを設定する等により、必要に応じて搬送先医療機関の調整を依頼できる体制を確保することとする。

(3) 県境を越える患者搬送体制の整備

県内医療機関では受入困難な救急患者の搬送については、予め関係都道府県間により定められた搬送ルールに基づき、コーディネーターが搬送照会を行うことが望ましい。

(4) 連携体制の構築等

コーディネーターの選定及び業務内容の検討、事後的な検証及び検証に基づく改善策の検討等については、必要に応じて都道府県メディカルコントロール協議会や地域メディカルコントロール協議会と連携を図ること。

5. 上記によりがたい場合は、あらかじめ厚生労働大臣に協議の上適当と認めたものとする。

第2回救急業務高度化推進検討会 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会議事録

I 日 時 平成20年9月4日（木）10:00～12:00

II 場 所 三番町共用会議所1階 A・B会議室

III 出席者 相澤委員、浅見委員、有賀委員、石友委員、伊藤（博）委員、
伊藤（裕）委員（代 川平氏）、海野委員、岡村委員、安田委員、渡邊委員、
オブザーバー田邊氏

IV 次 第

1 開 会

2 挨拶（有賀座長）

3 議 事

(1) 救急搬送・受入医療体制の充実・強化に向けた実態把握のための詳細調査の実施について

(2) その他

4 報告事項

(1) 平成21年度消防庁予算概算要求（救急企画室関係）

(2) メディカルコントロール作業部会検討状況

5 その他

6 閉会

V 会議経過

【事務局】 おはようございます。時間となりましたので始めさせていただきます。

開催前に資料の確認をしたいと思います。1枚目に本日の議事次第、A4・1枚でございます。次に資料1としまして、救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査について事務局案A4とあとは調査用紙が8枚ついております。次に資料1の別紙としまして、東京消防庁傷病名等コード表がついております。

資料2としまして、「平成21年度消防庁予算概算要求（救急企画室関係）」、表紙のほか4

枚つづりとなっております。

資料3としまして、「平成20年度第1回メディカルコントロール作業部会」資料、表紙のほか14枚つづりとなっております。あと添付としまして、第1回の議事録を添付させていただいております。そのほかに参考配付としまして、厚生労働省のほうから救急医療対策事業実施要綱と、補助金の要綱抜粋で、3枚つづりを配付させていただいております。

それでは定刻となりましたので、第2回消防機関と医療機関の連携に関する作業部会を開催いたします。それでは、以後の進行を座長にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

【座長】 おはようございます。

第2回の作業部会ということで、お集まりいただきまして、ありがとうございます。早速、作業部会を開催したいと思います。議事は今、ご説明があった議事次第というところの議事その1、受入体制の強化に向けた実態把握のための調査ということがあります。おそらくその他や報告事項は淡々と説明ということになりそうなので、この1が今日の眼目ということでよろしいですね。

【事務局】 はい、お願いします。

【座長】 早速ご説明頂くのですが、たしか搬送の受入の困難という話の中にベッド満床だとか、手術中だとか、それから処置困難だとかという、幾つかの項目があって、委員でしたよね、もっと掘り下げたというか、ほんとうの話というか、社会的弱者のことはどう言うんでしょうか、吹きだまっている入口の状況を少し説明いただきました。その後に事務局にもともと示してくださったのが、その手のことを考えていくと、かなりその他が多くなってしまって、やったことにならないのではないか、という議論があったと記憶しています。ですから、そこら辺のことを今回の詳細な調査を実施する中で、どんな形で入口の部分の難しさをきちっと把握できるかということが大事なんだと思います。そういう全体の把握をちょっと思い出していただいて、それからと思います。

ベッド満床とかというのは、後ろへの渋滞が起こっているということになります。しかし、全体としてはさまざまな奥の深い問題が山ほどありますけれども、今回はその部分についての連携の具体的な内容をよくよく吟味するための調査という形になるんだと思います。

事務局からご説明を賜りたいと思いますので、お願いします。

【事務局】 それでは資料1と資料1別紙を使いまして、詳細調査についてご説明いた

します。第1回の委員の意見を踏まえまして、現在、詳細調査につきまして、東京消防庁と調整を行っております。資料1の事務局案でございますが、修正点につきましては、下線を入れさせていただいております。調査期間にありましては、平成20年10月中旬から1カ月を予定ということですが、これについても調整中のところでございまして、決定はしておりません。あと調査区域については、東京消防庁と事務局のほうで調整中でございます。

3の調査対象事案と、4の調査項目については、第1回から変更はございません。

5番の詳細調査の内容でございますが、(3)の既往症、(4)の傷病種別、(5)の傷病者の背景について、東京消防庁の傷病名のコード表などを使いまして入力させていただくと。あと傷病者の背景については、委員の意見を踏まえまして、事務局案を提示させていただきます。

それでは資料1、1枚おめくりいただきたいと思います。様式1、全事案調査（重症以上傷病者含む）ですが、下のほうの3のところ「照会するも受入に至らなかった理由とその件数」のところですが、前回は手術中と患者対応中を2つに分けていたところを1つにまとめて変更しております。その他については、様式1について変更はございません。

1枚おめくりいただきたいと思います。様式1-2の4番で「受入照会回数が11回以上であった事案における受入に至らなかった理由等」についてですが、既往症と傷病種別について東京消防庁の基準、傷病名等のコードを使うこととします。資料1の別紙をご用意ください。1枚おめくりいただきまして、既往症コードということで、1番が呼吸器系、2番、循環器系、3番、中枢神経・神経系ということで、その他まで含めたこの分類で入力していただくことになります。

別紙を1枚おめくりいただきまして、傷病名の種別ですが、傷病種別については、東京消防庁で使っております傷病名コードの小分類コードを入れていただくことになります。

1枚目から外傷、あとは疾病等、かなり細かく分類していただくことになります。最後のページになりますが、「受入に至らない理由」ということで、救急隊と病院共通の表をもって調査をすることで、より詳細に調査ができるのではないかと、掘り下げることができるのではないかとということで、例えば手術中、患者対応中をコードとしてA、ベッド満床、救急専用ベッドのところをB-1、集中治療室をB-2、一般病床をB-3など、コード表をつけております。

あと下のほうになりますが、傷病者背景につきまして、第1回の委員の意見を参考にい

たしまして、事務局のほうで案をつくらせていただきました。背景を医学的背景と社会的背景に分けまして、それぞれ3項目まで複数回答かということにさせていただきまして、いずれにも該当しない場合はその他に入れていただくと。その他に入れた場合は、括弧書きで、実際の背景となるものを書いていただくというようなところを考えております。

詳細調査の前回からの変更点等は以上でございます。

【座長】 今ご説明をいただきましたが、その他についてはほとんど何も変わっていないんですね。今ご説明していただいたところ以外は。

【事務局】 はい。

【座長】 今ご説明をいただいたところ以外のところは、資料1の目次というか、10月中旬から約1カ月、それで先回は全国でという話でしたね。それを東京消防庁というか、東京の区域で限局的にやろうと。それは今言った詳細な調査をする上で全国一気という話はかなり難しいこともあろうし、医師会との関係とか多々あって、消防側の負担というか、それなりに気を遣ったところで何も出てこないだろうという話で、こうなったんだと思います。調査対象は全搬送、それから産科・周産期、それから小児、それから救命センター。搬送、調査ほか人員と、回数ごと、照会をもらった回数の件数と、それから滞在時間の件数と、受入に至らなかった件数、11回以上、それから救命センターにおける、少し思い出すところも含めて、この調査項目のところをちょっと触れてもらえますか。この4番の2、3、4、5あたり、ちょっとどこにありましたっけ。

【事務局】 それでは資料1を1枚おめくりいただきまして、(1)につきましては、これは調査期間中の搬送人員ですので、おわかりいただけるかと思います。(2)の医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数というのは、1番のところでありまして、軽症、中等症、重症に分類いたしまして、例えば1回の照会で決まった場合には、1回のところにカウントしていただくと。例えば5回目に病院が決まりまして、結果、中等症ですと、5回のところの中等症に1が計上されると。

【座長】 例えば様式の……。

【事務局】 様式の1。

【座長】 様式の……。

【事務局】 1の消防本部とか調査期間中搬送人員の下のところ、1、医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数のところに計上されることになります。

【座長】 産科は産科なりに、小児は小児なりになるんでしょう。

【事務局】 そのとおりです。

【座長】 そうすると、例えばその次の様式1－2は全事案で、様式2というのが産科ですよね。

【事務局】 はい。

【座長】 産科のところの消防本部名があつて、期間中の搬送人員があつて、その次に重症以上で何回が何回と、そういうことだね、これ。

【事務局】 そのとおりです。

【座長】 だから、重症以上で一発回答と、重症以上で11発以上というものが何件ありましたかというところが、その計のところに入ってくるわけですね。

【事務局】 はい、そのとおりです。

【座長】 そういうことでいいんだよね。

【事務局】 はい。

【座長】 その下が滞在時間で、重症以上で30分未満がどのぐらいかということですね。

【事務局】 そうです。現場出発までの時間を滞在時間としています。

【座長】 それが現場滞在時間区分ごとの件数と、4の(3)ですよね。4の(4)というのが、照会するも受入に至らなかった理由とその件数、例えば今の産科、様式2でいきますと、様式2の最も下の四角です。

【事務局】 そうです。照会するも受入に至らなかった理由とその件数のその延べ件数です。

【座長】 これも東京消防庁がこの期間、これを入れると、それでいいんですね。

【事務局】 そうです。

【座長】 それを入れるということで入れたとして、それと照会回数11回以上というのはどこにあるんだ、そうすると。調査項目の4の(5)というのはどこに入ってくるんですか。

【事務局】 様式1－2、全事案調査というのがありますが、これ、全事案が産科・周産期、小児、すべて共通になりますので、この様式に照会回数11回以上の事案をすべて入れていただくということになります。

【座長】 様式1でいいわけですか？

【事務局】 はい。例えばこれ、様式1－2になっておりますが、産科・周産期になり

ますと、これが様式１－２として、産科・周産期傷病者の照会１１回以上の事案をこちらに入れていただくと。様式２－２になります。

【座長】 様式２はありますよね。

【事務局】 様式２－２はちょっと今ついておりませんが……。

【座長】 様式２－２はついていて、それを書く紙がついていると。

【事務局】 はい。ちょっとおめくりいただきまして、産科・周産期、小児、その後ろに様式２－２から、ちょっとこれわかりづらいんですけど、様式２－２と様式３－２ということで、産科・周産期傷病者用、小児傷病者用ということで、それがそれぞれ産科・周産期の後ろにつくような形になります。

【座長】 皆さん、おわかり？

【委員】 ちょっと伺ってよろしいですか。この全事案調査の別に２－２でも１－２でもいいですが、そのところで、ある意味１１回断られますよね。そのとき、それぞれの事案に関して、どういう理由で断れたところが何カ所あるという形で数字を入れていくということですか。

【事務局】 １１回以上の事案について、例えば手術中のところが２病院あったら、手術中・患者対応中のところに２を計上する。例えばベッド満床で救急専用ベッドがありませんよというところが３カ所だったら、３を計上されて合計……。

【委員】 それでまとめてそれが回数に合うような形になるということですね。

【事務局】 はい。

【座長】 そうやって少し復習を兼ねてやらないと、新しいプラットフォームに行くときに、前のプラットフォームをちょっと重ねておかないといけないので、この議論をしています。

そうすると、救命救急センターについても同じですよ。全部この産科と小児科と、それから救命センターですよ。

【事務局】 はい。

【座長】 いいですよ。

今、委員がおっしゃったみたいに、１１回の中の２回がベッド満床だとか、処置困難が３回だとかってあったとしますね。それはそれで、前回までならそれでオーケーという話なんですけど、詳細な調査ということになったときに、今言ったことでいきますと、東京消防庁のスタッフはどの表に何を書き込んでいくかということになるんですか。

例えば、この最も最後のページに様式4－3とありますよね。これは救命救急センターの受入状況で、これは単に横に例えば昭和大学病院とかそれが入るだけか。

【事務局】 はい。

【座長】 個別事案について、個票をつくっていくときに、東京消防庁の傷病名のコードだとか、既往歴のコード、それからその次に初診時傷病名のコードがたくさんあって、それから最後のページに眼目の部分が下にありますけれども、それらはどの表にどういふふうに入れるんですか。

【事務局】 それでは様式1－2、全事案調査のところを見ながら説明させていただきます。事故種別、受入照会回数とかずっと続いています、受入に至らなかった理由とその件数の計上の仕方は今ご説明させていただきました。その横に年齢がありますが、年齢は傷病者の年齢をそのまま入れていただくと。

【座長】 ここに事故種別が入って、この受入に至らなかった理由とその件数のところはさっきと一緒に……。

【事務局】 はい。年齢はそのまま入れていただくと。既往症のところに資料1別紙の既往症コードを既往症のところにに入れていただくことになります。

【座長】 その傷病者背景のこの最後の紙がありますよね。その紙の上の受入に至らない理由というところは、これは東京消防庁ならではのものでは別にないわね。

【事務局】 受入に至らない理由は、これは違います。東京消防庁独自のものではございません。

【座長】 これは総務省の方たちもずっと今までやっていた、先回出てきたものと同じですよ。

【事務局】 はい、受入に至らない理由については、前回整理させていただいたものとほぼ同じですが、前回と変わっているのが、手術中と患者対応中を1つにまとめたというところと、あとはコード表をつけたというところですよ。

【座長】 なるほど。そうすると、この様式1－2のいきますと、別にコード表があってもなくても、何かやっていけそうですけれども、とりあえずコーディングをしたということですよ。

【事務局】 はい。

【座長】 医学的背景については、これはコーディングじゃなくて言葉で書くことに今のところなっていると。

【事務局】 はい。

【座長】 大体、僕の理解のプロセスで委員の先生方、おわかりですか。委員、わかった？

【委員】 わかりましたけど、断るときに、これを救急隊員がどれかわからないかもしれないですね。結局、「こういう患者さんですが」と言って、当直医がこうして、「うーん、それは診られないな」と言って、断ってくれと言いますけど、それがどれに入るかというところと難しい。専門外ということもあるし。

【座長】 究極はそこの部分なんですけれども、東京消防庁はやりとりをするときの「ひな形やりとり」、つまり、「先生、受けてもらえますか」と委員に電話して、「だめだよ、忙しいんだよ」となってしまったら、どうにもつけられませんよね。

【委員】 そういう場合にはもう、その他と。

【座長】 そこで、例のあれでいきますとって、それで委員が例えばコードBの1だよとか、Cの3で言ってとかって言ったとしますね。その後、傷病者背景で、だって認知症があって透析できないし、結構かかりそうだと、というようなことを言ってもらわないといけないわけですよね。そこのところですよ。

【委員】 ただ、これは1つの表に入っていますが、私のほうは各医療機関と救急隊の共通コードの認識というのは、この上の受入に至らない理由、これだけでいいと思います。

【座長】 下は？

【委員】 下は救急隊のほうで傷病者からいろいろな状況を聞いて、それを選定するときには病院にお伝えしている内容ですので、救急隊も既にここら辺はわかっているんです。

【座長】 そうすると、救急隊は上位3つは必ず言うよ。

【委員】 いや、あればですよ。

【座長】 あれば。

【委員】 はい。

【座長】 なるほど。

【委員】 例えば、高齢者のひとり暮らしで結核を持っているとか。

【座長】 ちょっと待って、高齢者ってないよ。

【委員】 一番下のところ。

【座長】 こっちか。下から言ったのね。高齢者で、ひとり暮らしで……。

【委員】 結核を持っていらっしゃる方。

【座長】 結核の既往がありますと。

【委員】 そこら辺の状況は救急隊が医療機関選定のときには、情報として必ずお伝えしていますから。

【座長】 そうすると、事務局、今言ったことは、患者さんの背景で、その背景そのものは直接的に断られた理由かどうか分からないよね。

【事務局】 やりとりの中で、病院側のほうで……。

【座長】 すごく微妙なことを今言おうとしていて、ほんとうにそれでもって断っているかと言われたときに、委員もそうだとは、早速言うか言わないかといったら、委員の弟さんは言うかもしれないけど、お兄さんは言わないかもしれないというような微妙な問題じゃないですか。だから、それでもいいということで行くんですよね。

【事務局】 そのやりとりの中で、わかったものについて書いていくということにしか、ならざるを得ないと思うんですけども。

【委員】 それはあらかじめ、救急病院にこういう調査をしますよということを示すわけでしょう。そして、断る場合はどういう理由か、こういうことだから選んで断ってくださいとか、そういうことをあらかじめ連絡してからやるんですか。

【事務局】 ええ、どこまでその事前のコードみたいな形にできるかとありますけれども、実際やるときには医療機関側のご協力、ご理解がないとできないので、また東京消防庁さんともご相談して、例えば医師会なりお話をすることは必要なと思っています。

【座長】 少なくとも僕の理解では、こういうことをしているということをパートナーのドクターというか、救急病院が知らないという話はないと思うんです。だから、救急病院側に負荷をかけるのであれば、それなりですけども、今のお話を聞くと、それほどの負荷はかからないだろうと。負荷はかからないけど、こういうことをやっています、よろしく願いますという程度には地元の医師会に言っておかないと、何だ、そんなことをやっていたのかというのも何となく少し変だと。

日常的に救急隊がお願いして断られて、または、そういうことが5%あるとか、6%あるとかということがありますから、全体としてデータをとっていることはわかりますけれども、一つ一つの状況で患者の背景を記録に残しながら、受入に至らなかった理由などについて分析的なことをやっているというようなことはやっぱり医師会の先生方に知らせておくというのが、これは紳士的なやり方ですよ。おとり捜査とは言わないけど、言わな

いほうが結構変ですよ。

【委員】 一応文書としてはやっていますという通知は残しておくべきです。ただ、それが末端まで伝わるかどうかは病院の問題ということになるでしょうけど。

【委員】 断る場合には、こういう中から選んで、ある程度わかるようにしてほしいということを伝えるかどうかということですね。

【座長】 でも、これは先生、ベッド満床といったときに、例えばBの2にするか、Bの3にするかというあたりは、やっぱり救急隊のほうも尋ね方と、それから向こう側から言ってくることをある程度わからないと、コーディングできませんよね。

【委員】 そうです。それはこの上のコードをつけていただいたというのは、やはり医療機関側はこっちからの連絡を受けるドクターなり看護師なりが共通のものとしてこれを持っていないと、例えばベッド満床だよと言われても、そうすると救急専用病床ですか、一般病床ですかと聞けません。それだけどんどん時間がたってしまうので、それでこういうコード表をお互いに持っていれば、一発で理由はBの1だよと。

【座長】 だから、例えば委員の病院が夜中、時間外であれ、時間内であれ、救急隊から救急患者さんを受けるとき、救急専用病床をもっぱら使っているというようなことであれば、電話口でBの1ですと言ってしまえばそれでいいわけですよ。だから、その患者さんに関して言うと、Bの2ということを書いてもらえるような、その程度には情報の持ち合いをしていたほうがいいだろうということになるんだと思うんですが、それは委員、いかがですか。

【委員】 二次救急病院の規模が小さいところが多いですから、救急専用病床なんてあってないようなものであって、ベッドが全くないということは非常に少ないんですね。ある程度あることはあるんですけど、完全に対応できるベッドがないところを満床ですと言わないですね。「ああ、すみません、ベッドがないですね」と言うときには、酸素が使えるベッドがないとか、そういう不穏状態になる患者さんに対応できるベッドがないとか、幾つかの要因を考えて、その患者には対応できないなというときに、ベッドがないですよという形で答えますから、それを救急隊の方がこれにつけられるかどうかですね。

【委員】 まして、医療機関側でも、例えばこのコード表をこういうふうにお願いしますと言っても、同じ先生がずっといるわけじゃないですから。常勤の先生もいらっしゃれば、非常勤の先生もいらっしゃる。中には看護師さんがたまたまそこにいて電話をとって対応される。その人たちがすべてこれを理解していないと、うまくコンタクトできない。

【委員】 なかなか本音を言わないということですね。きょうの当直医は内科の医者だから、外科的なものに対応できなかったり、自分の手に負えないと思ったなら、いろいろなことを言いますけれども、ほんとうのところと実際言うことはちょっと違うかもしれないけど、その辺はしょうがないかもしれませんね。

【座長】 この救急専用病床といっても、一晩に2床とか何かありましたよね。

【委員】 補助金の金額に応じて、夕方5時の時点で3ベッドと2ベッドあけておくところがありますね。

【座長】 だから、そういう救急専用病床とは何かといったときに、とりあえずそれだと勝手に解釈すると、Bの1というのは先生、あるわけですね。

【委員】 そうですね。

【座長】 今日は、2階のあそこと3階のあそこと、そうでしょう。

【委員】 3床あけておくといっても、幻のようなものですけどね。

【座長】 いや、とにかく。だから、そう思えばBの1というのは、さっき3人埋まっちゃって、4人目も無理したんだけど、5人目はさすがにアウトですよといったときに、そういう意味でBの1を選ぶか、それともBの3を選ぶか。またはBの2を選ぶかという話は、今言ったように、相当程度ファジーなところがありますね。どうしますか、ここは。救急専用病床とか一般病床とか、その他のこの割り振りというのは、国全体のもともとの何かそういうのがあったんでしたっけ。事務局、何かわかりますか？ベッド満床とか処置困難のこの項目立てについての、よって来るゆえんは。

【事務局】 よって来るゆえんですか。

【事務局】 これは特段こういうくくりというのはなかったんですけれども、ただ、実際ベッド満床のときに、ICUが足りないとか、いろいろな特殊な要因があるというお話がありましたので、それとベッド満床といっても、トータルの1年間の年間稼働率でいくと、70、80とかいうことであいているはずだけど、ベッド満床はおかしいというような話もあったので、どこのベッドがほんとうに足りないんだということを掘り下げるとすると、こういうくくりなのかなということ、これは事務局のほうで今回つくったということで、特段こういう整理というのは厚労省さんのほうでもお持ちでないかなと思います。

【座長】 これは厚生労働省さんたちの知恵でこうなったんでしたっけ？

【オブザーバー】 いえ、違います。

【座長】 だから、そういう意味ではあまり知恵のない状況でこれができていると。

【委員】 私は厚生省令のほうで救急病院等を定める省令の中で、要件なんですね。その中で救急専用病床と救急優先病床を決めておきなさいよというのが厚生省令で決まっていますので、私はそのことだろうなとは思っていました。

【座長】 わかりました。

【委員】 ただ、これに東京の場合にはまた別の事業で休日全夜間診療事業の中で、3床とか2床を確保してくださいねという別の事業をやっていますので。

【座長】 その厚生省令というのをオブザーバー、説明してもらえ。

【オブザーバー】 それは救急病院の定めとして……。

【委員】 救急病院等を定める省令。

【座長】 ちょっとわかりやすく。

【オブザーバー】 総務省消防庁の救急車を搬送する先の病院は、厚生労働省が決めるというふうになっていて、「厚生労働省は救急病院とは」といった形の中で、救急専用病床を何床なり、ちょっと幾つか忘れましたが、持つことといった形で、幾つかそれ以外の要件を決めていると。

【座長】 救急車が入る、救急車がとまるスペースがないといけないとか……。

【オブザーバー】 そうです。

【座長】 心電図がとれるとか、あれですね。

【オブザーバー】 はい、そうです。

【座長】 その中に救急専用病床という言葉は多分あるらしいと。

【オブザーバー】 ええ、ちょっと今持ってきておりませんが、ありますね。

【座長】 その中に集中治療室とかなかったような気がするけど……。

【事務局】 Bの1の概念は省令にもありますし、大体東京都はじめ自治体が救急病院に補助金を出す場合には、専用病床の確保ということですね。Bの1というのは、ある程度概念が共通のものがあるのかなという気がしますけれども、集中治療室等については、省令にも書いていないですけれども、やっぱり特殊なICU等が用意できないので、小児も含めて受けられないという話がいろいろ報道もされていますので、ここは事務局としてとるとすれば必要かなと。

【座長】 わかりました。この辺は委員、それならそれで、しばらく1カ月ぐらいは協力してみようかということではよろしゅうございますかね。

【委員】 それはいいんですけど、実際現場で救急隊員の皆さんはどれにつけるかとい

うのが、非常に悩んで、どれにしようかなといって、ぽっとつけるしかしようがないようになっちゃうんじゃないですかね。それほど病院側は細かく言わないですよ。

【委員】 ですから、それは救急隊員の判断ではなくて、お互いにこの表を持っている中で、Bの3だよとか、Bの1だよとか、医療機関側が……。

【委員】 それはやる前に病院側が集めて、ある程度説明しておかないと難しいでしょうね。

【委員】 そこら辺も事前の連携……。

【座長】 だから、説明すると言っても、こういうときにBの1、こういうときにBの2、こういうときにBの3とか。そうじゃない、Bの4としか、もうやりようがないと思うよ、今言ったみたいに。委員だって、病院の中でドクターに説明するときに、いろいろな質問が来たときに、細かく答えられないと思う、今言ったみたいに。

【委員】 なぜ断るかという、いろいろな要素を総合的に考えて言いますから、どれか1つと言われたときに困るところですよ。

【座長】 集中治療室が必要だねというときに、これはちょっと集中治療室の適用を考えると、ベッドはないよと。これはこれでいいわけだね、今言ったように。年間で通してベッドが余っているのに、満床って一体何なんだという話は、素人の人々が言うだけの話なのであって、厚生省の技官がきちっと説明できないところに問題がありますから。そんなことはどうでもいいんだけど、おそらく病院も万が一患者さんを断るようなことがあれば、それはもう集中治療室が満床だとか、CCUが満床だとかという、これは論理的にはありますよね、先生。

【委員】 ありますね。

【座長】 ありますね。だから、これはとりあえず東京の一部で、とにかくいったんやってみましょうかという話なので、病院の景色からフィードバックしていただくために今、質問したんですけど。その患者さんが一般病床でも普通に寝ているという状況であれば、おそらく一般病床でもいいけど、さっき委員がおっしゃったみたいに、暴れるとかあれば……。そうですね。

【委員】 そうですね。

【座長】 それから、したがって、寝ている相部屋の人たちがみんな起きちゃうみたいな状況があれば、一般病床の適用だけど、“ベッド満床”という言い方で断ることはありますよね。

【委員】 可能性としてはあります。

【委員】 満床と言わないで、ベッドがないですと言います。

【委員】 そうですね。

【委員】 満床ではないんだけど、その患者さんに対応できるベッドがないですよと。

【座長】 だから、“ベッド満床”という“満床の意味”は何だという話でやるしかないと思うんです。だって、救急隊も現場に行って、「ひ・ふ・み・よ」と数えて、あるじゃないという話にはなりませんからね。

【委員】 これはこの手の統計調査をするときの限界というのがありますけれども、個々の症例検討をしていたら、とてもじゃないけど、このやり方では無理で、サンプルをおそらくこれは数十とか数百ではなくて、もっとものすごい数になりますから、ある程度割り切ってやらないと、調査自体が多分できないだろうと思います。あとは、個々の誤差は数が集まることによって、過剰に出ている分とか、過小に出ている分が打ち消し合うことになるので、数がある程度何万とかいう数になってくると、全体の像は見えるのではないかなと思うんです。

【委員】 よろしいですか。産科・周産期のところで、2つぐらい気がついたことがあるんですが、1つは産科・周産期で断る場合の大きな要素として、産科が断るんですけど、NICUが足りないという話があるんですね。その場合に、その集中治療室というくくりでやった場合に、その部分はわからないというのが1点ですね。

それからあともう一つは、この傷病名コードなんですけど、産科の部分というのは、後ろのほうのコードナンバーだと500番台なんですけど、52が妊娠分娩等で、56が未熟児等になるんですが、このコードをつくった背景は、実際に一般の方が救急車を呼ぶ場合に、こういう症例が多いというのがあるんだと思うんですね。ただ、今回は転院搬送も含めての調査になりますから、昨年やっていただいた調査でも、周産期の場合は半分が転院搬送になります。

それで、その転院搬送の中で一番多いのは切迫早産ですとか、これとはまた全然別の疾病群になるので、それで要するにこれでやると、その他というところ、529が半分以上占めることになるのは確実なんですね。ですから、その辺のところ、前回の調査のときに転院搬送の病名が多分わかっていると思うんです。去年の10月にやられた調査がありましたね。消防庁と指導課で一緒にやられた調査。あれでその傷病名を一応加えたほうが、全体としての全貌はわかるかなとは思いますが。

【事務局】 転院搬送については、10月の産科・周産期について調べたものでは、対象にしたんですけれども、翌年3月に傷病を拡大したときには、転院搬送を除いていました……。

【委員】 それはいいんですけど、この記載には「うち転院搬送何件」というのがあるので、転院搬送は調べるんだなという。

【事務局】 転院搬送の数字だけ調べまして、選定困難の理由とか、それについては外すということで考えていたんです。

【委員】 そうですか。

【事務局】 一応、救急要請があって、運ぶ類型について調べようかということで、転院搬送は基本的には救急車からすれば行き先が決まっている中での話ということで……。

【委員】 別に問題はないからということですね。

【事務局】 はい。

【委員】 でも、いずれにしても、この病気だと、実際の3分の2は529になるでしょうね。

【座長】 これ、具体的に東京消防庁のデータだとそうなっているんですか、この妊娠・分娩の52のコーディングのところは、520、521、522、523、529とありますけど。

【委員】 今はこの部分で。

【座長】 今のところは、委員が言うみたいに、その他のこの529が結構たくさんいるということになっているんですか。

【委員】 結局、だから早産事例が相当あるはずなので、ですから、それが全部まとめられちゃう形になっていますね。

【座長】 このコーディングについてはそれなりの歴史があるんでしょう。大昔からやっているものだから、なかなか変えられないといって、現状に至っているんですよ、たしか。

【委員】 そうです。むしろ先生方からおかしいぞという話をいただいていたして、来年度からは国への報告基準に基づいた形に修正してみますので、これは全く変わってしまう。

【座長】 なるほど。

【委員】 今回は調査ということで、ご相談を受けて、1つの予防法としてはこんなも

のがあるよという。

【座長】 でも、これはとりあえず、今のところ東京消防庁ではこれを使っているわけですね。

【委員】 今現在はこれです。

【座長】 僕みたいに東京消防庁との付き合いがある程度長くなりますと、しょうがないなと思いながら、そうかなと思うんです。急に東京消防庁のこれを見たときは、何とおくれた医学なんだろうということを感じることもあったことは事実なんですね。だけど、そうは言いながらも、歴史があるものだから、急に若造が来てああでもない、こうでもないと言っても、これは失礼だろうなということがあって、こうなっていると。ですから、全体の景色を見るという意味では、ある程度許していただいて、少し走ったほうがいいんじゃないかなとは思いますが。

【委員】 僕が一番引っかかっているのは、この522の正常分娩というものです。それって、正常かどうかというのは判断できないはずなので、だから分娩というのはわかるんです。お産が始まっていますということで救急隊が呼ばれるという状況です。

【座長】 これはとりあえず運んだ後でというか、そのときに……。

【委員】 そうです。これはあくまでも初診時の……。

【座長】 初診時の判断ですよ。

【委員】 傷病名をいただいていますので、それがどこに入るか。

【座長】 だから、その後のことまで考えれば「わからないじゃない」としか言いようがないというのが今の話ですよ。

【委員】 というか、現場で522という回答をするのは、非常に困難なはずだと思いますので。

【事務局】 これは初診時の傷病名ですので、お医者さんから聞いている…。

【座長】 だから今、委員が言っておられるのは……。

【委員】 だから、その医師がです。実態として522というカテゴリーで答えている例はそんなにあるはずないと思うんですよ。

【座長】 でも、おそらく答えているんですよ、先生。3回目、4回目、5回目の子供さんで、ここにマルをつけて書いているという方々は多分あるんですよ。でしょう。実に522に正の字を書いていくと、結構たくさん並んでいるということなんでしょう、実際問題として、東京消防庁の結論的には。

【委員】 ちょっと今数字は持っていないんですが、事例としてはあると思います。

【座長】 あると。だからそれは初診時のドクターが好意的に書いてくれていると。

【委員】 それはわかるんですけど、要するにいずれにしてもこれはほんとうの患者さんの実態を把握するのでは無理なんじゃないかなというコード分けですよということをお願いしておきます。

【委員】 何度も言って申しわけないですが、どうしても救急隊の人がどれにするか、病院と話し合って困るのは、例えば多いのは浮浪者が公園の脇で寝ているのを通報されてきて、それ、汚い、のみやしらみがいるような患者さんが来たときに断りますけれども、病院さんは他はあまりないから、断らないかもしれませんが、東京はほかに当たってほしいという気持ちが出てきたとき、それに対するベッドがないですよと言うか、その汚い患者さんに対して処置困難ですよと言うか、その辺はある程度決めておかないと、つける人によってばらばらでしょうし、精神異常があって、いつ暴れ出すかわからない依頼があったとき、それに対応できるベッドがないと言うか、その人に対して処置ができないと言うか、どっちとも言えますよね。開放性骨折の患者さんが来たときに、それは専門外ですよと言うか、処置できないですよと言うかですよ。それは救急隊員の人にそれぞれつけたらもうばらばらになりますね。そういう断る患者が多いです。そのところが、みんな勝手につけ出すと、あまり意味がなくなるんじゃないかという気がしますね。

【委員】 前回、委員からそういう話が出ましたが、はっきり言って公の場では多分初めてのことだと思います。今回、この調査の中で、病院側としては、こうした背景だからだめだよということは多分おっしゃらない。上の理由でお断りということになります。我々は選定困難という事例を随分データを集めたんですけども、そこら辺で何がキーワードになってくるのかなということで調べましたところ、やっぱりこういうのが出てくるわけですね。それで委員もまさに現場の医療の中から同じことをおっしゃっておられます。

ですから、この調査の結果で、医療機関側のお断りの理由と、この傷病者の背景、ここら辺ががっちりリンクしているとしているとしてとるのか、あくまでも1つの参考情報で、こういったときに選定困難な状況が多いんだよというようなことで見るのか、そこら辺によって、この調査をやった結果を出すときに、これを傷病者の背景を公にしていけるのか、そこら辺も1つ問題になってくる。

【座長】 だから、一発回答のものと、2発目で言ったものと、3発で言ったものとがみんな出るわけですよ。重症、中等症、別に全体が。だから、とりあえず東京のある地

域で1カ月ぐらいやって、それでそれを見て、それで使えるようであればその先へ行く、もしそうでなければ、少し調整しながら先へ進むという話でいいんじゃないかなと思うんですけれども。ちょっと統計的なことが出てくると、何とも言いようがないので、ちょっと委員に補足して頂きたい。

【委員】 これは要するに受入に至らない理由をとりますよね。それで、あと下の傷病者の背景というのは、隊員の方が判断してつけられると。だから流れとしてはこれ、上と下の結局相関が、どこの部分であるかというのを数が集まってやっていくと、ほんとうはこういう理由で断っているけれども、ここはこういうほうが集積しているというのが、集計しては出てくるので、ほんとうに一人一人を細かくチョイスできるんだったらいいんですが、それは実際に不可能ですから、逆に言うと上と下は独立しているほうが、むしろ相互影響しないからいいということになりますので、数がある程度あると、どこのところにどういう背景のところが集中しているというのが出てくるので、それは解析上判断していくことができるのではないかと思います。

今度は当たりがついたら、もっと細かくできるところで症例検討していったら、ほんとうの実態がわかるということになりますし、もっと簡便化して、もっと全国的に調査をするという、今、2通りの行き方が多分考えられるんですけれども、今までののは多分こういうのがないので、どこかでやっぱりやってみないとわからないのかなと思います。

【委員】 多分、委員の心配って、僕、すごくわかるんですよ。おそらく病院が一番断りやすい理由はベッドがないからということなんですね。専門医がいなかったら、何でという話になって、救急病院に指定されているだろうの話になって、結局、病院とすれば、ベッドが満床だからという。救急ベッドが足りないんだ、足りないんだという話になって行って、実際は余っているのにもかかわらず、ないということがひとり歩きしちゃうということを多分相当心配しておられると思うんですね。それは、実態と全く違っちゃう。

じゃ、この調査は何のためにやるのと。この受入に至らない理由というのがあって、チェックしてもらって、その統計をとる、集める理由は何なのというのが明確であれば、多分委員もなるほどと思うと思うんですが、このままで行くと、多分相当数ベッドがないというところにマルがついてくる実態にはなるのではないかと思います。

【座長】 ですから、そういう意味で、実態の把握といったときに、単純に今言ったように、このページで言えば上の段の話で物事がすっきり行くはずもないだろうというのが

あって、当初、下のことをあまり気にしないような形でデータの集積を考えたんですよ。でも、それってほんとうは違うんじゃないという話になって、それで実態の把握というのはこういうふうなことがあるはずだという、僕らの共通の内的な経験的なものを言って、それでここに出してきたんですね。

だから、今言ったようにベッドが満床でいっぱい断られているけど、山ほど断られているのはやっぱり酩酊とか外国人が多いんじゃないのとか、中等度に断られているのは、何だかんだ言いながらやっぱり福祉施設からの患者が多かったねとか、こんなようなことがある程度わかれば、そこから先はそれを見ながらやっていく。とことん断られたのはどうもこのブラックリストだけだというふうになれば、これはもうブラックリストの内容をどうするかという話に多分なる。ということで、「実態の把握」というのは、そういう意味での本音の部分を取りあえず都会での本音を知ろうとしている。

さっき委員、この診断じゃ、とてもじゃないけどとおっしゃった。そのことをもうちょっと補足的に決着つけちゃいますけれども、これ、東京消防庁が初診時にマルをつけてもらうときに、これを入れるんですね。だから、脳血管障害のところを見ていただくとわかると思うんですが、「その他」があるんですよ。来てすぐに、ちょっとおまえ、手伝えやとか言って、CTをとって、「おう、脳出血だったね」と言って、脳出血にマルをつけると、診断は脳出血なんですけれども、そうじゃないものは、「その他」の脳血管障害なんですね。その他の脳血管障害は山ほどあるんです、東京では。結局、そういうことになります。

ですから、そういうことがあるので、この初診時の診断については東京都ではきちっとやって頂く議論を始めた。

【委員】 ちょっと私、根本的なことがよくわからない。11回というのは何で決まったんですか。

【事務局】 ここは割り切りというか……。

【座長】 バナナのたたき売りの話だと思いますね。

【委員】 全体11回というのはわかるんですけど、周産期とか小児というくくりでも11回にしたという理由は何ですか。昨年度調査で、周産期搬送の中で、10回以上というのは日本全体で45件なんですね。そうすると、今回の調査で、その限られた期間だと、数件しか出てこないはずなんですね。

【座長】 いや、数件も出てこないでしょう、先生。

【委員】 だから、それで調査する意味はあるのかなと思って。

【座長】 まあ、8回か9回でみんな落ちついていれば、先生、それでもいいんでしょう。

【委員】 だからわからないですけど、その調査の目的として、それを数件やって、何かこの今回の周産期を加える意味が出てくるのかと。

【座長】 もともと東京消防庁は5回以上でしたっけ、統計をとっているのは。

【委員】 5回以上連絡、もしくは30分以上のときに……。

【座長】 そうですね。だから、それと比べると少し違うなとは思ったんですけども。

【委員】 だから、全体として11回というのはわかるんですよね。それはだからその件数がそうだ。だけど、個別の細かい分野についての検討をしようという場合に、そうすると、ぐっと数が減るわけですから、それでよろしいんですねという確認のつもりなんです。

【事務局】 前回の調査で11回以上というのが、全事案の中で0.3%とか0.2とかそのレベルでして、その比率はそんなに傷病者区分ごとに差がないんですけども、そこで11回って、横に切っちゃっているんですけども、ただ、そのときは我々は全国調査を念頭に置いていたので、全国で言うと、相当な件数が出てきますので、大変なことがあったんですけども、今回、東京消防庁の一部のエリアということですので、ちょっとこの回数はまた東京消防庁さんともご相談して、もう少し現実的に拾えるところは考えたいと思います。

【座長】 でも、東京消防庁だって、公表に当たれば、データを20回とか25回とかとっているわけですね。

【委員】 はい。

【座長】 そうですね。だから、僕はこの11回というのは前回のそれがそのまま来ていて、理由を聞かれば、バナナのたたき売りとか。ぱさっと切ったというのは「ここだ」というだけの話で、深い理由は何もないと。それでも11ぐらいまでやっておけば、それはそれで、11回、15回までと、15回以上20回までにえらい差があるよな。そういう景色って、あまり考えなかったんで、11回でもいいのかなという話ですが。またこれも統計、委員、フォローして。

【委員】 それもサンプルサイズと分布によるんですけども、最終的にかなり数が少なくなつて、個表まで残っているということであれば、とりあえずどこかで便宜的に引つ

張っておいてもあまり問題はないだろうと。

【委員】 あと、大抵断るときに、既にさっきの救急車が重症患者さんを運んで来て、医者もそれで手いっぱいだとか、あるいは入院中の患者さんが急変して、それで手がいっぱいだという断り方をどこにしようかなというときに、これで行くと、この「手術スタッフ等不足」になるかと思うんですけど、この「手術スタッフ等」というと、これでいいのかなと、ちょっと悩むですね。もう少しそういうふうに医師や看護師が重症患者さんに手をとられていて新たな患者さんに対応できないと答えるときは、ちょっとこの言葉だとはっきりしないんじゃないかという気がします。

【座長】 左側がいわゆる物不足ですね。そうすると、この次は人不足ですね。その人不足というのは相対的なことでしか不足と言いやうがないわけですから。

【委員】 最初のAにすればいいんですかね。「手術中・患者対応中」。

【座長】 Aでもいいですし、それは……。だから、どういうときAで、どういうときBで、どういうときに何だという話はそれなりにしておいたほうがいいんじゃないですかね。

【委員】 だけど、多い症例のパターンを幾つかやって、それがこうですよと、少し例を出さないと、ばらつきが大き過ぎる気がしますね。

【委員】 ちょっとすみません、男性のベッドはあいているけど、女性のベッドがないとか、そういうときにはないのでしょうか。結構、うちはそういうことで断るときがあるんですけれども。

【委員】 ありますね。

【座長】 それはベッドのBの3に入るんですかね。でしょう。

【委員】 ベッド満床ということなんでしょうね。男性ベッドだけでも満床。

【委員】 女性ベッドがあいていても満床と。

【委員】 そうですね。

【座長】 だから満床というのはどういうことかということですよね。さっき事務局が言ったみたいに、年間通してはベッドがあいているじゃないかと言って、勝手に思い込むという話は役所の周辺にいる人が教えないから、そういうことを言うわけで、ベッド満床というのはそういう問題じゃないんですよね。それはわかっていますよね。だって、病院だって、芋のタルをこうやってやるのと同じで、こうやってやれば、ベッドは出てきますよ、それは。でも、これをやることはいかにクレージーかということであって、今言った

みたいにベッド満床はベッド満床なんですよね。男と女を一緒に入れるという話があれば、それはできますよ。子供と大人を一緒にするのができればできますよ。それから意識障害の患者、植物状態になったような患者と、意識がはっきりしている人を一緒に入れるというのはできますよ。わかりますよね。そうじゃないということですよ、だから。

【委員】 いざとなったら、男女混合病床にしますけれどもね。

【座長】 僕だって、それはやったことがありますよ。

【委員】 症例によって、そこまでして入れることはないというんだったら、断りますしね。

【座長】 婦長と朝、話をして、この部屋の男性と、この部屋の女性はきょうから一緒にしようということで、やったことがありますよ。それはそうなんだけど、今言ったみたいに、タルをこうやってふるのとは違いますから。事務局、ちょっと教えておいてあげて。あなたたちがちゃんと説明しないから、みんなが困るんだよ。

【事務局】 いや、消防庁側はベッド満床にもいろいろあるだろうとは思っておりますが。

【座長】 ちなみに、さっき言ったみたいな本当の病名は入院した後にわかりますので、東京の脳卒中の議論の中では、脳卒中だと言って救急隊が運んだというものを含めて、救急隊が運んだものと、入院の後の病名をマッチングさせることをぜひ来年以降やっていこうねという議論をしています。これは多分、この手のことをやっていく究極の重要な部分の1つとして残るはずですから、それはそれで、ちょっと記録には入れておいてください。救急隊が運んだものと、それからその後の病名がわかるという、これは今のところ長崎県と船橋市のみがやっています。

その次に、今言ったような形でやると仮定して、それなりの結果がわかるためには期間が1カ月だとして、どのくらいの数が必要かという話は先生、いかがですか。

【委員】 要するにこれは全数ではないですから、対象地域の数ということによるんでしょうけど。

【座長】 今のところ東京消防庁の比較的郡部の景色と、それから都会のすさんだ景色とを2つぐらいでもいいんじゃないのかなと、僕は意見としては言っているんですけど。総務省と東京消防庁の話し合いではどのようなんですか。

【事務局】 大体そういう感じで、区部、23区の真ん中のあたりと市部。そこは東京消防庁の場合、方面本部制をとっておられますので、その単位で行くか、そのイメージ

は先生がおっしゃったような都会と郊外という感じで2カ所という方向で考えております。

【委員】 先生、単純計算なんですけれども、まだこの方面が決まっていませんので。大体年間で六十二、三万人搬送していますね。それを月……。

【座長】 70万人じゃなかったっけ。

【委員】 搬送人員は63万人弱。単純に1カ月で割って、10個の方面のうち2つの方面で行くと、大体1万件近くは行くのかなと思います。

【座長】 年間62だから、これを12で割ると……。

【委員】 月、大体5万ぐらいですね。

【座長】 月、5万。2方面でやれば1万ぐらい。10方面あるので、1方面が5,000だとすると、2つやれば1万。

【委員】 先ほどのコード表の最後の受入に至らない理由と、傷病者背景のところをクロスして見ていくというのが最終的な目的……。

【座長】 でいいんじゃないですかね。

【委員】 流れとしてはですね。

【座長】 景色の把握ですから。

【委員】 はい。ということになりますと、通常、これ、項目がいっぱいあるので、数字で何人と出すのは極めて難しいんですけれども、基本的に1万件というか、1万人あれば、この統計のほうには必要十分だろうと思います。

あと、それから郡部と真ん中を見るときに、件数がどういうふうに分かれているかということが若干出てくるかと思いますが、全体としての景色はそれで十分見えるだろうと思います。

【座長】 郡部のほうが比較的断られる件数は少ない、人数からすると。区部と郡部だと、区部が3倍住んでいましたっけ。

【委員】 はい。

【座長】 1対3ぐらいでしたっけね。

【委員】 ただ、方面ごとに見ても、それほど大きな差はない。

【座長】 そうですか。

【委員】 この選定困難な状況でしたら。

【座長】 じゃ、地方のほうと都会のほうでやると。ただ東京消防庁のそれぞれの方面本部に所属する救急隊がその方面本部のエリアだけに運んでいるわけではありませんよね。

【委員】 そうです。

【座長】 だから、極端なことを言うと、こういうことをやっていますということを東京都医師会から全体におろしていただいていたほうが、場合によっては安全ですかね。つまり、板橋から品川に運ぶことだってあるんですよね、実際問題としては。

【委員】 そこをどうするかというのをまたいろいろ打ち合わせしないといけないです。

【座長】 だから、もし第2方面本部でやるんだとすれば、南のほうの品川だとか大田区のほうの医師会の先生方には少し濃い目に話をすると。だけど、第2方面本部が新宿へ連れていったり、中野に連れていったりすることだってありますよね。そうすると、中野とか新宿の先生たちは、突然、「先生、Bの2でいいですよ」と言われて、「Bの2って何」という話になったときに、どれどれという話で、うだうだとやるのはちょっと非現実的ですよね。だから第2方面本部がやるにしても、大田区と品川に連れていくときはこれをするとか、だからその辺の微調整はしなければいけないかもしれませんね。

【委員】 そうですね。それと、傷病者背景の1つのキーワードですね。これは全部の件数について出てくるわけじゃない。

【座長】 もちろん。

【委員】 こういう特殊な事例のときに、結構陥りやすいというようなことでピックアップしているので、全然これに該当しないときには、この欄は空欄にあると。

【座長】 いいんでしょう、それで。どんな人もみんな高齢者で、ひとり暮らしで酩酊なんていうことはあり得ないわけだから。

【事務局】 先生、1点よろしいですか。先ほどの11回以上のものについて、前回、1年間調べたときの数字で行きますと、重症以上傷病者で、東京都で11回以上断られたというのが614件ありまして、産科・周産期が……。

【座長】 東京ですか。

【事務局】 東京都です。産科・周産期が31件。小児が49件ということでして、今回、それに加えて全事案をやりますので、その母数自体が増えるんですけども、大体そのような数字ですので、先ほどお話があった11回だけでやると、ちょっとサンプルが少ないのかなという感じが確かにいたしますので、そこは例えば東京消防庁の場合は、5回以上と30分以上というクロスでとらえているとらえ方もあるので、ちょっとその数によると思うんですけども、もしそのくくりの中で、理由をとらえることができるのであれば、そういうようなこともできないかなとは思いますが。ちょっと多くなり過ぎますか

ね。

【委員】 それは別の方法でやっていますので。

【座長】 614を12で割ると、50だよ。今回そうでしょう。

【事務局】 そうですね。さらに方面が大体5分の1のような感じですかね。

【座長】 そうそう、10。

【事務局】 10ということですね。重症以上の傷病者の方ですね。重症以上の傷病者というのは、全体の大体1割ぐらいだと思いますので、全事案入ると、その10倍ということになります。

【座長】 10倍、100。

【事務局】 そのあたりの数字がちょっと妥当かどうかというのはちょっとご議論いただければ。

【座長】 でも、何も別に十進法だから、多分11が出てきたぐらいの話だから、分析するときに、例えば5回以上とやって、その中の特に8回以上とか、そうやってやりながら、少しじっと見ながらやっていくことになるんじゃないかなと想像しますけど。だって、東京消防庁は少なくとも5回以上。

【事務局】 ただ、そこは最初に決めないと、救急隊のほうも記憶しにくいですよ。何回以上というのが決まっていないと。

【委員】 それで、前回の全国調査は10回以上ということでされていますので、やはり同じ条件でやったほうがよろしいんじゃないでしょうか。

【座長】 それはそれでいいんでしょう、東京都の消防庁のやり方で。これは時間も入るんでしょう、結局は。

【委員】 時間も30分、25番のあれですね。

【座長】 だから、嫁入り先を探し始めて何分という話も、行き先探し始めて何分というのをデータとしては入るわけ。

【委員】 はい、それは……。

【事務局】 はい。現場滞在時間ということで入ります。

【事務局】 現場滞在時間は入るんですけれども、選定困難事案を抽出する段階では、回数しかカウントしないということでやっているんですけれども、で、11回以上ということですから。

【座長】 だけど、東京消防庁は5回以上、または30分以上で、重なっているものも

入れて何%というふうにやっていますよね。

【委員】 大体6.何%。

【座長】 6.何%ですよね。そういうデータのとり方は今回のこの1カ月方法でやってもわかりますよね、だって。

【委員】 この調査と？

【座長】 この調査をやるときにも、現場滞在時間というのが、厳密な意味で現場滞在なのか、探しながら新宿に向かって走っているという話もありますから、これはわかりますよね。だから、ほんとうの意味で滞在かどうかわかりませんが、少なくとも行き先が決まるまでの時間がこういうときには何分だという話は今回のこの調査をする結果として得られるんですよねという質問なんです。事務局、それは無理？無理じゃないよね。

【事務局】 すみません、時間とあれですか。

【座長】 時間は最初から全部そんなの関係ないやとやっているわけ。

【事務局】 いや、現場滞在時間ということで、現場に到着してから出発するまでの時間というのは入りますね。

【座長】 そうでしょう、だからいいんでしょう、これで。

【事務局】 時間の概念は入っています。

【座長】 これ、入っているんだよね。

【事務局】 はい。

【委員】 受入照会回数の現場滞在時間の詳細を見ると、入っていますね。

【座長】 だから、それでいいんでしょう。

【委員】 あとは、ナマチあって、どこでどういうふうにするかというのは、何回をもってたくさん断っているのかというのは、分布を見てから切ってもできる話なので、最初……。

【委員】 でも、この様式1、2というのは、今の段階では11回以上の事例だけについてつくるわけですよね。

【座長】 いや、違うでしょう。全症例でしょう。

【委員】 全部じゃないです。

【座長】 全部だよ。

【事務局】 様式1は、これは全部書きます。照会回数が1回から21回以上まで含めて、現場滞在時間の……。

【委員】 その１－２の話。

【事務局】 １－２は１１回以上だけです。全事案じゃなくて、１－２については特に……。

【座長】 いや、だってこれは全事案だよ。

【事務局】 全事案というのは、重症とかそういう傷病程度にかかわりなく、中等症も軽症も入れてという意味で全事案としています。

【座長】 だから、その全事案に関して、社会的背景も何もみんな入れるわけだから。さっき言ったみたいに、おそらく１回ぐらいで、決まるものは、社会的背景のところはほとんど何も入っていないだろうという話で、さっき彼が言った。

【事務局】 だから、１回以上はこの調査表自体はつくらないんです。様式１－２は受入照会回数が１１回以上だった事案におけるということで、特に選定が困難だった事案についての背景の深堀調査ということになりますので。

【座長】 何だ、じゃ、この１１回以上というところがナンセンスなんだよ、だから。

【事務局】 ですから、そこは１１回以上なのか、サンプルの数、先ほどの見ますと、産科なんか１１回以上が３１件なので……。

【座長】 何だ、僕が誤解していたよ。先生が１１回にこだわったのはわかったよ。私はこれを読んでいなかったから、ここのところ。僕は全部やるのかと思ったから。だから、僕の頭の中ではこれは受入回数が１回以上というもの、１回も含めて、みんなやるかと思ったから……。

【事務局】 それはちょっと数が大きくなり過ぎますので。

【座長】 大きくなったって、東京消防庁で言えば、１カ月にやればそのぐらいの話になるんじゃないですか。だって、５回というのも結構な数だよ、もう。５回お願いするという話は。だから、そういう意味では最低５回にしておかないと、東京にとっては何の役にも立たないよね。出てこないよ、そんなもの。僕はみんなやるかと思った。

【事務局】 先生、ちょっと様式１と様式１－２と見比べてごらんいただければと思いますけれども、様式１は、回数に関係なく全部やるんです。全事案について全部やるということです。重症も中等症も軽症も、１回行って決まったものも、３０分未満も全部やりまして、そこの３の表があります。様式１の一番下に３というのがあって、照会するも受入に至らなかった理由とその件数という、この大きなくくりの理由については、全部についてまとめるということになるんです。さらに、その様式１－２というのが、その背

景の深堀ということで、そこで11回……。

【座長】 だから、それが11回以上って、そんなの東京でやったって、だって数がこれだけしかないんだもの。

【事務局】 ええ。先ほど申し上げた数なので、産科なんかだったら、ほとんど1件とかいうことになっちゃうので、私はちょっとそこは……。

【座長】 僕は全然そう思っていなかったから。この社会的背景は片っ端からやるかと思ったから。

【事務局】 そこは、ちょっと相当な負担になるので。

【座長】 いや、負担の話はだって、こういう患者さんですというときに、この言葉を使うかどうかだけだもの、だって。

だって、85歳のひとり暮らしのおじいちゃんなんだけどと言え、こことここだということになるわけですよ。それはふだんだって、僕らは聞いていますよ。だから少なくとも5回以上というところでやらないと、東京にとってはやったって、何の価値にもならない。東京消防庁さんが一生懸命に「東京ではこういう社会的背景があって、社会的弱者はこんなふうに困っているんだ」ということを東京の救対協の中で一生懸命言っておられる。その話を東京に演繹しようと思ったら、11回以上じゃなくて、5回以上でこれはやらないと。このままなら東京消防庁にとってはただやりましたというだけの……。

だから、僕は30分以上とか5回以上というところでデータがとれるんですよねと言ったのは、一生懸命それを意識していたわけ。委員が何で11回にこだわるのかと思ったよ。失礼しました。僕は最初からみんなやるのかと思っていたから。

【委員】 ちょっと私は思っているのですが、実際にこの例えば様式1というのは、各消防本部から全体に上がってくるために、消防本部が最後にまとめて書くための書式ですよ。それで、結局、これをつくるために、個別事例に関して、この1-2に似たような形のそういう個票みたいなのをずっと書き入れていって、それを最後に集計する形になると思うんですよね。それを考えると、結局、そこでその傷病種別の部分というところがある表をつくるのか、ない表をつくるのかというところの違いだと思うんですね。現場で救急隊が実際に最終的にデータをまとめる際。ですから、その辺で何とか何件以上に関してはこれはまとめるんだという形のフォーマットをつくって提示をすれば、もう少し現場のほうでは対応しやすくなるのかなという気はするんですが。

特にこの症例1-3の部分というのは、結局病院側がどう対応したかということのまと

めでして、実際の患者さんの、これは延べ件数になっちゃうから、患者さんが何人というところが消えちゃうので、その患者さんがどういう背景があるかというのはここからではどうしても出てこない部分だと思うんですね。なので、そうすると、やっぱり必要なと思うんです。

【委員】 だから、先ほどの受入に至らない理由と傷病背景とかのクロスを見るときに、先ほどの数として、私は全数だと思っていたので……。

【座長】 僕もそう思った。

【委員】 11回以上だと、これはこの数ではとても集計が不可能です。

【座長】 だからやっぱりもし東京でといった場合には、最低限といったって、5回以上やらないとしようがないですね。もっと言えば、一発回答のものから片っ端から、ブランクばかりでもいいじゃないですか。そうやって、傾斜的に回数が増えていくにしたがって、何が増えていくのかという話だってできるわけ。そういうふうなことをやった暁に、全国的にどうしようかということになる。パイロットスタディーって、そういうものだと思う、やっぱり。東京消防庁も11回以上だと思っていたのですね。

【委員】 最初の前提が、そういうつくりだったので。

【座長】 だから、それはちょっと今の話、どうもかみ合わないというのは、そこなんだな。片っ端からこの患者背景を一緒に入れてもらえばいいだけの話じゃないですか。だって、東京だって高齢者って山ほど住んでいるわけじゃない。だから高齢だけで物事が決まっているわけじゃないという話があるかもしれないでしょう。委員のところに行くときに高齢だけで断っていることはないですよ。高齢でアル中なんてなってくると、ちょっとどうかなとか、高齢でお宿がないなんて来たら、もう完璧に何とかしてくれという話になるかもしれない。高齢だってお金持ちだっているよね、先生。個室を希望するお金持ちだって問題がある。そういう話ですよ。東京消防庁もそれで行きましょうよ、この際。

【事務局】 我々とすれば、全くおっしゃるとおりで、データがきっちり多いほうがいいんですが、全く現場でどこまでが対応できるかという話かもしれないですね。

【座長】 それで大変だったら、2週間で手を打つとか、もうここで清水の舞台から飛びおりて、それで行きましょう。

【委員】 例えば激減させる方法は、3回以上にするとかってすれば、そうすれば、1回、2回で決まるケースが圧倒的に多いわけでしょうから、全部というのとは大分現場の印象が違うんじゃないでしょうかね。

【座長】 これもだから、バナナのたたき売りの的なところがありますよね。複数回にするのか、3回にするのか、5回にするのか。

でも、そういうところでちょっとやるということでお持ち帰りいただいて、決めていただけないか。

【事務局】 わかりました。

【座長】 この場の議論に裨益できるようなデータを東京で出すという話は原則論的にそのとおりなので、今言った線でちょっともんでいただいて。

【事務局】 わかりました。

すみません、1つだけちょっと。この背景の中の一番下の右側なんですけど、「ブラックリスト」という言葉を使っているんですが、これ、ちょっと……。

【座長】 これ救急隊はわからないんじゃないかなと思うんですけどね。

【事務局】 表に出るとあれかなと思いますので。

【座長】 でも、現場からすると、また呼ばれているという人がいるでしょう。

【事務局】 常習とか何とか、そこら辺ちょっと……。

【委員】 常習って、うちなんかも常習がありますけどね。

【座長】 常習？

【委員】 常習者って言いますね。

【座長】 では「ブラックリスト」は改め「常習」。

【委員】 常習だけじゃないですからね。1回入ったけど、お金を払っていないということもありますね。勝手に逃げ出した人とか暴れた人とかですね。

【委員】 問題患者さんですよ。いや、ほんとうにいるですよ、お金を払わないからと、3回も4回も来る人。

【委員】 リピーター？

【事務局】 何か問題ありみたいな感じですか。

【座長】 問題だったら、私の存在だって、家族から見れば問題かもしれませんね。常習？ でも常習って何か常習犯って。

【委員】 何か今まで発言されていなかった方が、ここで一発、これがいいという。

【委員】 ブラックリストは病院側でないとわからない場合もありますよね。救急隊とかが知らないときも。

【委員】 救急隊はほとんど……。

【委員】 結構、その人が動き回っている場合なんて、違う救急隊だと知らないですね。

【座長】 でも、これ、ブラックリストの後ろにクエスチョンマークをつければ、救急隊だって、そうかなという感じですね。だから、先生のところでお困りの症例かもしれませんけれども一発入れれば、確かにそうだというので、これは入るかもしれませんね。

【事務局】 ちょっとブラックリストという言葉自体が引っかかるということなので、例えば問題ありとか、何の問題かちょっとわからないですけども。

【座長】 だから、これですよ。

【委員】 過去に問題があった傷病者とかね。

【座長】 じゃ、過去に問題があり。

【事務局】 過去に問題があった……。

【委員】 問題があった傷病者。

【座長】 これは救急隊もわかりますよね、過去に問題があった。

【委員】 ええ、それは消防側として、ある程度通報は常に入るわけですから、病院側さんばかりじゃなくて。

【座長】 いいですよ。じゃ、過去に問題があり。松本もそうでしょう。

【委員】 あります。

【委員】 病院さんのほうで持っている部分と、消防側で持っているものと、マッチングする場合としない場合がありますからね。自分で常にその病院に行く場合と、私たちの119番に入ってきて、常に利用すると。その絡みはその言葉になっているようですが、表現上は問題がある……。

【座長】 要するにパイロットスタディーということでお願いします。

議題の1はこんなところでよろしいですか。では、東京消防庁の双肩にかかっていますので、さっき言った一発回答はいいとしても、2回以上か3回以上かとか、どうするか。過去のことで考えて、負担が大きければ4週間改め2週間とか。でも一定の数が出れば、それなりの分析に耐えるだろうということを言ってくれていますので、それで宜しく願いしたいと思います。

【委員】 ちょっと出しておきます。

【座長】 では、議事のその2というのがございますが、これは何でしたっけ。

【事務局】 (2)、何か委員の皆様からこの機会に何かございましたらと思いまして、一応その他なんです。

【座長】 これは消防と医療機関の連携に関する作業部会としては、この実態の把握という一番のキーの部分をしぼしやらなければいけないということです。それに関連してその他ということをつくってくださってはいるんですけども。特にご発言がなければ。後でまたその下の報告事項の１と２をお聞きになって、場合によってこんなこともこの作業部会の重要テーマとして記録しておいてほしいというようなことが出れば、ここでご発言ください。

では報告事項の１からご説明をよろしくをお願いします。

【事務局】 報告事項を２つ、本日提示させていただきたいと思っておりますが、１つ目のほう、平成２１年度消防庁予算概算要求ということでご報告をさせていただきます。お手元に資料２をご準備してください。消防庁の予算概算要求の資料になりますが、この中で特に消防と医療ということで、新規で出しておりますものを１冊、そして最後に消防と医療の連携による予算の全体像という形で厚生労働省の予算ともセットで資料を準備しております。

１枚おめくりいただきまして、１ページでございます。これが新規で出した玉の１つ目でございます。市民の救急相談に応じる窓口の設置（救急安心センターモデル事業）ということで、予算要求額は３．８億円ということで要求をしております。

背景といたしましては、相談を受けるところ、そしてそこから救急につなげるというようなこと、そもそも市民の皆様方が救急車を呼ぶべきかどうかを迷っている相談があつて、そこに受けられる窓口があり、それを場合によっては救急車の出場ということにつなげていくということが重要であろうという認識での事業でございます。

対応といたしまして、救急安心センターモデル事業を３カ所設定いたしまして、これは都道府県、消防機関、医師会等と連携いたしまして、国としてモデル事業を実施すると。国として３カ所にモデル事業をしていただいて、その後、そこでの問題、課題の抽出、具体的な対応方策を確立いたしまして、全国的に広げていきたいと考えております。規模といたしましては都道府県単位というような形で、３カ所を考えております。

実際、その事業は２つに分かれておりまして、１つは「救急相談・指令業務連携システムの構築」と、対応策の左の枠の中に書いてありますが、基本的にその相談窓口というものを２４時間３６５日体制で消防機関に置くと。消防機関に置くということによりまして、丸の２つ目でございますが、緊急性がある場合、ない場合の双方に対し、迅速に対応が可能であると。緊急性がある場合には、直ちに出場をします。緊急性のない場合には救急相

談のほうで対応するという形でございます。

もう一つ、右のほうの枠組みでございますが、救急搬送情報システムの構築と、こちら「救急搬送情報の集約と共有による円滑な救急搬送体制の構築」と書いてございますが、医療側からの情報発信というような形で、EMISがあるわけでございますが、消防側でも情報を入力できるような形にすると。そういう形で医療機関側からの情報入力もあり、消防側からの情報入力もあり、そして情報を全体で把握するというような形が円滑な医療機関の選定に役に立つのではないかと考えているところでございます。

そういう形で、救急隊がどこの医療機関に向かっているのかといったような情報まで、そこまでのものができるかどうか分かりませんが、そういった情報まで入れれば、どこの医療機関に今どのくらいの救急搬送が集中しているとか、あるいは救急搬送の実態として、ここの医療機関は今受け入れた、受け入れなかったと。あるいはどういうEMIS上の設定ではこうなっているけれども、救急搬送をした実態としては、こういう状況であったといったような、消防側からそういう情報を入力し、全体で情報共有をしてはどうかということでの2つのセットでこのモデル事業を1つのモデル事業として考えているところでございます。

1枚おめくりいただきまして、2ページでございますが、2ページ目は今ご説明させていただいたものを概念図で出しているものになりますが、緊急性、救急車を呼ぶべきかどうか迷うと。119番がいいのかどうなのか迷うという方が、まず救急相談のほうに、救急安心センターのほうに電話をすると。電話の内容によっては、そのまま119番受付・指令のほうにつないでいくと。119番という形での救急出場が必要ないという場合には、その相談のほうでそのまま対応すると。

これは県一本で行いますので、その代表消防本部での119番といいますか、救急出場でないような場合には、県下のほかの消防本部のほうにそのまま電話を回して、それぞれの消防本部の指令センターから救急出場という形で対応していくということで考えております。

先ほどの救急搬送情報システムによる効率的病院選定というのが右上のほうに載っておりますが、これは全体にかかるわけでございますけれども、いろいろな医療機関に運んでいくという状況についても、消防側からも情報をいろいろ入れて、全体で共有してはどうかということでのモデル事業でございます。

続きまして、3ページ目をお願いいたします。これは新規の事業の2つ目でございます。

「消防と医療の協議システムの構築推進（新規）」ということで、4,000万円ということで予算要求をしております。救急搬送において受入医療機関の選定困難事案が多発しているということを受けまして、この作業部会のほうでも検討していただいているところですが、円滑な救急搬送・受入医療体制を確保するために、そういう消防と医療の一層の連携推進が求められているという課題を認識しておりまして、そういう課題に対応していくために、消防と医療が協議するシステムというのを構築していこうということでの事業提案でございます。

救急搬送における受入状況として、いろいろ困難な事案が起きているということは委員の皆様ご承知のとおりでございますが、対応策にございますように、救急搬送・受入医療体制に関する検証・協議の推進ということで、受入医療機関の選定困難事案を少なくするために、消防と医療の協議組織において、医療機関で受入に至らなかった事案について実態調査・検証を行うと。そして具体的な対応策について協議を行うということで、対応してはどうかと。

このお話をさせていただいたときに、メディカルコントロール協議会というのを念頭に置き、メディカルコントロール協議会を実施すると。その中で、この救急搬送・受入医療体制を協議会という場の中において実態調査・検証と、そして具体的な対応策をどうしようということをまさに協議していただくということで、10都道府県においてこうしたデータを取りつつ対応策を練るということを実施していただければということで、新規の予算要求をさせていただいております。10都道府県につきましては、特にデータ上、非常に受入がなかなかうまくいかなかったという都道府県がございますので、そういったところがこの事業を活用していただければと思っているところです。

そしてもう一枚おめくりいただきまして、最終ページでございますが、これは消防庁と厚生労働省で、合わせてどういう予算を要求しているのかというものを1枚にまとめたものでございます。1番から5番までが消防と医療の連携による安心・安全な救急体制の確保ということで、それぞれ総務省のもの、厚生労働省のものの予算を挙げさせていただいております。

今、説明させていただきましたのは、救急安心センターモデル事業、1番で入っている総務省のもの。そして3番、消防と医療の協議システムの構築推進という1番と3番をご説明をさせていただきました。

そのほかにも、米印の下になりますが、救急医療全般ということでは、もちろんこれ以

外にもたくさん厚生労働省のほうでも事業展開をされておりますが、予算要求をされておりますが、地域医療の改善策ということで、厚生労働省のほうで、新規で出されている内容についてもそれぞれ3つ挙げさせていただいております。連携でこういう形できちんとやっていきたいと思いますということで、予算要求についても合同でつくったものを提示させていただいているところでございます。

以上です。

【座長】 これは1個ずつ報告して少しわからないことがあったら聞いてくれという文脈ですか。

【事務局】 そうですね。基本はまだ要求ベースですので、どの程度お金がつくかということもまだ決まっていないところですが、こういった新たな事業をやりたいということ考えているということをご報告させていただきました。

【事務局】 2枚目の0.4億円というほうが、今回の調査と非常に関係がありまして、今回、東京消防庁さんの……。

【座長】 3枚目ですか。

【事務局】 3ページですね。東京消防庁さんにご協力いただいて、今、まさにご議論をいただいた詳細調査の様式の調査が、結果が出るようであれば、来年、これは国費ということで、1カ所当たり300万円ぐらいになると思いますけれども、調査員をつけて、同じような状況といいますか、受入が難しいような県、大都市部に多いので、そういった深堀調査というか、詳細調査をやっていこうという関係ですので、これがまさに今回ご議論いただいている調査表の来年以降の展開ということになります。

【座長】 おそらく、さっきMC協議会のことを事務局が言われたのはたしかこのページでしたよね。

【事務局】 はい。

【座長】 そうですね。MC協議会は基本的に救急隊の行う医行為を含めた救急隊のパフォーマンスについて、質をよくしようという話ですね。ですから、その中に搬送先の選定というのもMCの対象になるはずだということを東京で僕は発言してきた記憶があるんですけども、そういうことを含めて、MC協議会がどういうことをやるのかということについての標準的なありさまというのはまだないという認識なんですか。それとも、もう既に救急隊の搬送先の選定もMC協議会のクォリティーコントロールの中に入っているはずだという考えなのですか。そこら辺、ちょっと教えてください。

【事務局】 その辺も含めて、座長、もしよろしければ、報告事項の2のほうのメディカルコントロール作業部会検討状況を説明させていただければと思います。

【座長】 では、一緒に説明していただいたほうがいいかな。お願いします。

【事務局】 はい、わかりました。お手元に資料3をご準備ください。平成20年と第1回メディカルコントロール作業部会ということでの資料です。これは構成的には最初にメディカルコントロール協議会というものがどういうものであったかというようなことを説明させていただきまして、その後にはいろいろ地域差がありますねと。地域的にばらばらな状況というのがいろいろありますねということ。そして全国のメディカルコントロール協議会連絡会の話ですとか、あるいは法的位置づけについて、しっかりしたほうがいいんじゃないかというようなご意見をこれまでいただいたものの資料。そして最後に海外の状況というような資料構成になっております。

全体説明をさせていただきますが、例えば13ページ目でございますけれども、13ページなどは昨年度、この作業部会の中でもメディカルコントロール協議会として、円滑な救急搬送体制を確保するための役割というのもしっかりと考えていかないといけないんじゃないかといったような意見を受けての表になっております。

では、簡単に全体をご説明させていただきたいと思います。この資料そのものは8月6日に行われました、メディカルコントロール作業部会の中で使われた資料になります。この内容自体が、非常に消防と医療の連携とも密接に関係する内容ということでございますので、ご報告をさせていただきたいと思います。

では、おめくりいただきまして、1ページ目からお願いいたします。この1ページ目から3ページ目までがいわゆる救急業務やメディカルコントロール協議会がどう位置づけられてきたかということでの説明でございます。

1ページ目は「救急業務について」ということで、これまでの昭和38年以降の流れをまとめたものになります。おめくりいただきまして、2ページ目でございます。メディカルコントロール体制ということでの概要ですが、メディカルコントロール協議会の構成員としては消防機関、救急救命センター等の医師、医師会等、都道府県というような形が構成員となりまして、医学的観点から救急活動の質を保障するということで、医師の指示、指導・助言体制、事後検証、再教育、そしてプロトコルの策定といったようなことが基本的にメディカルコントロール体制ということで、現在定着している役割でございます。

3ページをお願いいたします。3ページ目はこの「救急業務の高度化の推進について」

という、平成13年に救急救助課長通知ということで、初めて通知されたものでございます。メディカルコントロール協議会の役割ということが、この通知で初めて書かれたわけですが、実は3ページ目の一番下段のほうになりますけれども、メディカルコントロール協議会の協議事項という中には、指示体制のことなどももちろん入っているわけですが、丸の3ポツ目になりますけれども、地域における救命効果など、地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証ですとか、一番下から2つ目をごらんいただければと思いますが、傷病者受入に係る連絡体制の調整等救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整ということで、実は平成13年当時はかなり幅広く、いわゆる協議会としていろいろなものが協議事項に挙がるだろうということが通知の中では言われていたと。ただし、検証としては、2ページ目にあるような形で、医学的観点から救急活動の質を保障する役割ということが、もちろん救急救命士との関係もありまして、今の時点では定着し、そういうことが非常に大きな役割となっているところでございます。

次、4ページ目以降をごらんいただければと思いますが、4ページ目から9ページ目まではいろいろと地域差がありますということでのご紹介でございます。4ページ目はウツタイン様式からとったデータでございますが、心原性の心配停止傷病者の1カ月後生存率というのが非常にいろいろばらつきがありますねと。ウツタイン様式の調査そのものの制度等についてはいろいろ議論がありますが、1カ月後生存率ということで、地域を見た場合にも、いろいろばらつきがあるということを提示させていただいております。

そして5ページ、6ページ、7ページは厚生労働科学研究がされている研究報告から抜粋させていただいたものになりますが、成果の評価と。これはメディカルコントロール協議会別での調査結果でございますが、1カ月後生存率と、これはVF、pulselessVTを対象とした1カ月後の生存率というものについてメディカルコントロール協議会ごとにいろいろとばらつきがありますねと。全体集計の平均は18.1ですが、一番上から一番下までの真ん中をとると、中央値としては14.6%ですねと、ばらつきがあるということを示された研究結果になっております。

6ページ目でございますが、搬送件数規模によるメディカルコントロールと、メディカルコントロール体制とVFに対する除細動の実施率ということですが、搬送件数が非常に多くなってくると、どんどん100%に近づいてくるわけですが、搬送件数が非常に少ないところになりますと、このVFに対する除細動の実施率が非常にばらつきを持って出てくるということで、示されております。

7 ページ目でございます。7 ページ目は搬送件数規模別で見たメディカルコントロール、それぞれのメディカルコントロール体制、協議会の状況と除細動実施時間の関係でございます。こちらでも搬送件数が非常に多いメディカルコントロール体制のメディカルコントロール協議会の地域では、非常に除細動の実施時間が少ないところで収束していきませんが、搬送件数が非常に少ないところでは、非常にその時間というものにばらつきがあるということが示されております。

8 ページ目は小児医療に係る行政評価・監視ということで、総務省、これは消防庁ではなく、総務省の行政評価ということで出された勧告でございます。この勧告の中では、非常にメディカルコントロール体制下によって、それぞれの地域によって、薬剤投与、除細動、気管挿管、静脈路確保それぞれについて見た場合に、プロトコルの実態がばらばらですねということで、勧告を受けたということのご紹介でございます。

9 ページ目でございます。これは先生方もご存じの表になるかと思いますが、照会回数4回以上ということでの割合が、重症以上の傷病者について見た場合に、全国平均を上回る団体というのがこれだけありますねということでの表になります。非常にこれも重症以上傷病者の照会回数4回以上ということで切り取ってみた場合にも、全国平均は3.9%ですが、もちろんこれは先生方がご存じのとおり、照会回数というものをどういうふう to 受けとめるのかということでの問題もあるわけですが、いろいろと都道府県によって差があるということが判明したことを提示したのになります。

そして10 ページ目、これは全国メディカルコントロール協議会の連絡会というものを立ち上げているということでのご紹介です。全国のメディカルコントロール協議会の質の底上げというような形で取り組んでいる事案をご紹介させていただいたと。こういう連絡会を持って、全国的な底上げを図っていますということでのご紹介です。

11 ページ目でございます。11 ページ目はメディカルコントロール協議会というものの法的な位置づけをしてはどうかということで、これまでにいろいろなご議論がほかのいろいろな検討会などで出されておりますが、そのご紹介でございます。こちらの消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の親会、あわせてメディカルコントロール作業部会での親会にも当たりますが、第1回の救急業務高度化推進検討会を5月23日に開催いたしました。その構成員からもメディカルコントロール協議会の位置づけについて、いつまでも通知ということで持っていくには、非常に問題があるのではないかというご発言がなされております。通知ということでは非常に法的性格があいまいであると。これをまずは

つきりと法的に位置づけを行った上で、リスクの問題というものを議論すべきと。

協議会の存在が法的な性格として位置づけがしっかりされた上で、その協議会のプロトコールというのはどういう法的な性格になるんだと、段階的にきちんと法体系上整理をしていく必要があると。そういうことをしなければ、今後、何らか事故等が起こった場合に大きな問題になって、非常にいい制度であるにもかかわらず、批判されるような形になっては、非常にもったいないということでのご発言がございました。

そして下段のほうになります、第3回の全国メディカルコントロール協議会連絡会の中でも、研究成果という形で、発表者が行ったアンケート調査のご発言がありましたので、その紹介をさせていただいております。例えば、協議会の法的位置づけが必要であるかという問いに対しまして、地域のメディカルコントロール協議会ではすべての地域メディカルコントロール体制の中で、法令での位置づけが必要という回答があったと。ただ、都道府県での協議会に聞いたところは、法的位置づけについては見解が分かれるといったような回答があったことをご紹介させていただいております。

おめくりいただきまして、12ページ目はメディカルコントロール協議会の活用に関する検討会報告書等ということですが、この中で上段のほうは、まさにこの作業部会での昨年度の中間報告をご紹介させていただいております。早急に講じるべき対策ということで、この検討会の中で、作業部会の中で救急搬送に関する検証・協議の場の設置についてということで挙げていただいております、整理して3点にまとめさせていただいておりますが、救急搬送の適切な実施を確保するためには、救急医療情報システムへの医療機関による情報の迅速・正確な入力、救急隊による正確な傷病者観察と、それに基づいた適切な医療機関選定・情報伝達、受入可能と表示した医療機関による受入体制の確保、コーディネーターによる受入調整等が円滑に行われることが必要ということが意見として出されまして、そういったことを有効に実行に移していくためには、メディカルコントロール協議会といいますか、何らかの協議する体制というのが必要だと。その受け皿としてメディカルコントロール協議会の活用があるのではないかという意見をいただいたところです。

下段のほうは、救急医療の今後のあり方に関する検討会の中間取りまとめ、こちらは厚生労働省のほうで既に案がとれたものになっておりますが、厚生労働省の検討会の中でも触れていただいているという状況でございます。

13ページ目は、先ほどもご紹介しましたが、当作業部会の中で出されたものをポンチ絵にして、昨年度の報告書の中で出ているものでございます。

14ページ目はニューヨーク州の救急業務高度化推進体制ということで、メディカルコントロール体制ということで、州で決めたものを受けて、地域で決めているというような体制もございますということでの紹介です。

大体一連の資料を提示いたしまして、メディカルコントロール体制、メディカルコントロール協議会がどうあるべきかということについて、現在、メディカルコントロール作業部会のほうで議論をさせていただいているところでございます。

すみません、説明が少し長くなりましたが、現在、このメディカルコントロール作業部会でこういった資料をもとに検討を行っているという状況につきまして、ご報告させていただきました。

【座長】 ありがとうございます。時間がもうありませんが、委員の先生方から、最初のとっかかりで、今ご説明がありましたけれども、MC協議会の作業部会の12ページのところに、早急に講じるべきというのがありましたよね。4の①、上に「救急医療情報システムへの医療機関による情報の迅速・正確な入力」というのがあるじゃないですか。これは、おそらく消防が市町村消防で隣町、またその隣というか、情報をお互いに持ち合いをしながら、広域搬送に耐えるようにしていこうという話の1つの重要な話になるんですが、それと今回の平成21年度消防庁予算概算要求というんですか、資料2の1ページの救急安心センターモデル事業というのがあるじゃないですか。3カ所って、これの左側の救急相談・指令業務連携システム、これは東京でやっているのと比較的似ていますので、何となくイメージがわきます。この右側の救急搬送情報システムの構築とあって、そこに救急医療情報システムとの連携によるとあるんですけれども、つまり救急医療情報システムへの医療機関による情報の迅速・正確な入力という話と、この救急搬送情報システムの構築というところは、どんなふうに連動しながら、僕らのふだんの仕事ぶりについて景色がどうなってくるんですか。

【事務局】 救急医療情報システムが基本的に医療側からの入力だけでございますので、そこに対して補完的情報になるんだと思いますが、消防側からもどういう状況かということの情報を入れると。そこを共有するというものがあって……。

【座長】 どういう情報を例えば入れることになるんですか。

【事務局】 愛知県でモデル的に今やられているんですけれども、携帯で、救急隊が例えばA病院に交通事故の方を搬送依頼としたと。何時何分マルだったと。受入がされたというような情報を救急隊が入れていくんですね。バツだったらバツと、その救急隊は情報

が共有できますので、あの病院には今3隊入って、いよいよマルが続いたけれども、バツになったということで、結構いっぱいなのかなというような、救急隊の病院収容情報を入れるというシステムであります。救急医療情報システムというのは医療機関でマルバツを入れていただいていますけれども、それがリアルタイムになるべくやっていただくということは一方であるんですけれども、救急隊の搬送情報を共有すれば、それを補完するような形で、より状況が見えてくるのかなということで、そのトライアルを来年やっていただきたいということです。

【座長】 それはAという病院に患者さんを運んだというときに、Aという病院は男性1名と女性1名とだったんだけど、今、女性1名が埋まったよと。そういうことがその救急隊の情報によってもわかるということですか。

【事務局】 そうですね。照らし合わせると推測できるということになると思いますね。

【座長】 それって、病院側が女性をすぐにバツにするということが瞬時に起これば、それでもいいわけですね。

【事務局】 そうですね。

【座長】 だから、それは場合によって、愛知の話は興味があるので、また聞いてみたいと思いますけれども、病院情報を救急隊側が、女性が今入って満床になったよという状況を救急隊の手で入れたとして、「それを病院側が追認する、または確認する」という議論をたしかしたような気がします。それですね、今のは。

【事務局】 直接救急医療情報システムを救急隊が変えるというのではなくて、救急隊が持っている情報というか、自分の搬送してマルだった、バツだったということを入れるということで。

【座長】 だから、A病院はマルとマルになっているけど、ほんとうはマルとバツだねという話ですね、今の話で行けば。

【事務局】 そうですね。そういうようなことになっております。

【座長】 東京で議論しているのは、例えば品川、大田区にAからZまでの二十幾つの病院があったとしますね。それが今どういう状況かということを昭和大学病院の情報も周りの病院がわかるし、周りの病院の情報を僕らもわかると。だから、例えば足が折れている患者さんがいて、周りがもうバツなので、とりあえずうちでいったん受けて、それから手術ができるところへ行ってもらおうと。周りがこんなにバツだったんなら、しょうがないから、いったん受けてもいいんじゃないかということがわかると。つまり、今いっぱい

だよというときに、周りもいっぱいなんだねと。では、数時間逗留はオーケーだねと。頑張ろうというようなことのために、周辺の情報も一緒に持ち合いをしようということを今議論をしているんですね。それは今の救急隊が持っている情報を病院がわかるということと重なるようであり、重ならないようでもあるんですけども、つまりはどういうふうになるんでしょうね。

【事務局】 そのE M I Sの情報を病院間でも共有できるということは、また一步必要なというか、一種の有効な手段だと。

【座長】 地域全体を守ろうというときに、非常にわかるわけですね。自分たちも頑張っているけど、みんな頑張っていて、いよいよどうにもならないので、じゃ、一肌脱ごうじゃないかという話は、全員がバツだとわかるわけですね。だから、そういうふうな全員バツ状況というのが、消防隊の情報でわかるようでもあり、わからないようでもあり、何かよくわからないんですけども、ちょっとそこら辺はどうかなというので、今聞いてみたんですけど。せっかくモデル事業をやるんだから。

【事務局】 医療機関相互間の話はきょう、厚生労働省さんもおられますけれども、E M I Sの中のシステム改変という話になると思いますので、ちょっと約束はあれですけども、厚生労働省さんがやっていたいていところの改変の余地もありますし、我々は救急隊のほうの搬送情報というのも使えるのかなということで、それを補完的に出していくと。それが統合されて全体がわかると、非常によく見えてくると思います。一步近づけよう。

【座長】 どちらの事業でもいいんだけど、今言ったような、最終的にはその地域社会は、急な患者さんたちがそこそこ出ても耐えられるような地域になっていかなくちゃいけないという話だと思います。ですから、総務省であれ、厚生省であれ、どちらであれ、乗り合いの状況というのは多分あっていいのかなという気がしたので、お聞きしました。ヘリコプターなんかまさにそうですからね。厚生労働省のヘリコプターだけで世の中がうまくいくとはとても思えませんから。

【委員】 ちょっと私も大阪で救急医療情報システムの見直しをずっとやっておりました。確認だけなんですけど、今の話からすると、医療機関側からは救急搬送情報システムのほうのデータというのは見られないということでしょうか。消防隊の中で一応閉じている情報という理解になるのか。

【事務局】 それはシステムの組み方次第だと思いますけれども、サーバーにアクセス

できるようになれば、それは見られると思いますので。

【事務局】 ちょっと確認してやってもらってない。

【事務局】 ちょっとそこは見えるようになれば、よりいいということです。

【委員】 愛知県でモデル的にやっておられるとおっしゃったものは、そこまでオープンにしてやっておられるものなののでしょうか。

【事務局】 ちょっとそれは今確認をしたいと思います。

【座長】 それから、この相談システムの左側なんですけれども、東京では相談システムが出発するのと同時に、救急隊による現場のトリアージも始まった。横浜なんか電話だけでかなり厳しくやろうかという議論もあるみたいですが、やはり、より重篤な患者を運ぶことに救急隊を回さなきゃいけないということがあって、東京では現場で救急隊が「あなたは軽いから、遠慮してくださいね」という話も同時に出発しているんですね。それは「だって相談する先がなかったんだもの」と言われちゃいけないから、2つの事業は一緒に行くわけですね。つまり相談する話と、それから現場で救急隊がより重篤な患者さんを運ぶために軽い人は遠慮してねという話が二人三脚的に行くわけです。このモデル事業での左側の相談は、相談として、その次のページにありますけれども、今言ったような消防側の救急搬送に関するトリアージという話は、総務省の中では何か議論があるんですか。

【事務局】 トリアージそのものは、今後どうするかという話は別の作業部会で検討しています。ただ、この相談窓口にどこまで絡めるのかという話は、ちょっとそこまでの議論は今のところしておりません。ただ、少なくとも相談という形で、119番、私しようかしら、どうかしらと迷っている人たちに、それは119番じゃなくてもいいんじゃないかというような形で、そういう余地を残すという形で、そういう意味での相談を分けるということは……。

【座長】 ということは、つまり、救急隊が現場に行った時に、傷病者はそもそも悩むべき人だったんだという話をどう絡めるか。私はこの件について聞いたんです。そもそも論として、相談することそのものが総務省、消防庁の仕事かどうかということでは、余裕があれば相談をしてもいいんですよ。だけど、もともと運ぶという話が先行するので、運ぶときに、「こういう相談をあなたはしているはずだったんじゃないですか」という形で絡めるのがいいんじゃないかなと思ったわけです。今二人三脚と言ったのはそういう意味なんですよ。言っていることはわかりますね。

【事務局】 わかります。

【座長】 相談だけだったら、別に厚生労働省さんがやればいいんだから。

【事務局】 ポイントは119番にそのまますぐつながれるということが消防の強みということはあるんだと思いますが。

【座長】 そうそう。もちろんそれは使わなきゃいけない人はそうなんです。使わなくてもいい人がいて、より使わなきゃいけない人が119番してこないところに問題があるわけですから。いいですね。

【事務局】 はい。

【座長】 119番に対応するといったときに、適正利用というのは、より重篤だけど使わなかった人たちもいっぱいいるから、どうしますかという話をきちっとやっていかないと、単に減らせればいいという話ではないと私は思います。この部分は陥りやすい隘路かもしれないので、強いて発言しています。

それから次のページの救急車が発信していますね。それからこの県下消防本部の一等右の救急車・病院でいいんですけど、3つ目の救急車はその次に救急車と病院の漫画があるんですけども、これはどういう意味なんですか。

【事務局】 病院の一番下に救急車がとまっているということです。既にこの病院に搬送されていますというようなイメージで。

【座長】 行っちゃった後のイメージね。わかりました。

【事務局】 すみません。

【座長】 いいです。いろいろな救急車がいるから聞いたの。

あとはどなたかご質問等ございますか。

【委員】 もう一点。その次のページの3ページの消防と医療の協議システムの構築推進について確認させていただきたいんですけど、我々も救急医療の体制のほうの充実ということで今検討をしております、それは各医療計画で定める二次医療圏ごとに保健医療協議会というメディカルコントロール協議会と並列するような協議会で検討を進めているんですけども、ここでおっしゃっている検証・協議の推進で、例えば都道府県で実施する分についてはそういったものも念頭に置いていただいているのか、それともメディカルコントロール協議会に限っておられるのかというのをちょっと確認したいんです。

【事務局】 そこはメディカルコントロール協議会と救対協との関係という、衛生部局を持っているほうと消防防災を持っているところの関係の話はあるので、どちらがどうだという話は整理しなければいけないと思っているんですけども、念頭に置いているのは、

メディカルコントロール協議会で、全県的にやっていただくところというふうに今考えています。そこは実体的にそちらの救急医療の協議会のほうが代替しているような地域があれば、いろいろお話を伺いたいと思います。基本的にはメディカルコントロール協議会でやるというふうに考えています。

【委員】 参考に申し上げますと、我々MCのほうでも当然実証とかという話はやっているんですけども、ここで書いていただいている具体的な対応策について協議を行うとなると、多分、救急医療機関側の組み方ということが具体的な対応策になってくることが結構多いので、そうすると、我々で言う保健医療協議会で検討するほうが適切なんじゃないかいう、我々の中では今、そういう仕切りになっていますので、そこをちょっとお考えいただけるとありがたいなと。

【座長】 それは、例えば東京で言うと、救急医療対策協議会と、MC協議会の二本立てで、これらが部分的に重なるというような議論をせざるを得ないですね。今、大阪でもきっとそうだし、どちらも頑張ればおそらくそういうことになる。だから具体的な対応策といったときに、より病院にシフトした形であれば、衛生部門が相当程度に出ばらなきゃいけないし、救急隊側でのテーマであれば、おそらくそういう、今、事務局がおっしゃったようなことなんだというふうに考えられますよね。

【事務局】 そうですね。

【座長】 だから、そういう意味でMC協議会の全国のばらつきを何とかしようと思えば、つまり、そういうばらつきを減らすということであれば、ここに書いてある、MC協議会はある程度法的な位置づけをシャキッとしろやとなる。こういう話はいろいろな理由が書いてありましたけれども、全国のばらつきを何とか……。ありましたよね。11ページにMC協議会地域差解消のためにぜひとも法的位置づけを期待したいというところは、多分そのことと関係しているんじゃないかなと、少し思います。勝手に思うですけど。そうですね。

【事務局】 そういうことです。

【座長】 思うところを共有していますねというだけの話で。

大体いろいろな議論が出たので、もうよろしゅうございますか。委員、何かありますか。いろいろと僕らからみると莫大なお金が動きますけれども。

【委員】 実際に現場でやって、救急のそういう会議に入っていると、やはりどうしても総務省の流れと厚生省の流れが、地域へ来るとこっちはこっちという感じで、なかなか

かその融合が現場では難しいところがあるんですね。そういうようなところを法的な整備ですと、ここを一緒にやるんだというのをつくらないと、なかなか今難しいと思うんですね。

私は旧の流れで、救急医療等を行う医療機関のそういう会の会長をやっているんですが、片やメディカルコントロールのところは、長野県の場合は厚生省の流れが強くなっていて、そこがどうしてもうまく一致しないというところがあって、両方の委員会があって、両方とも同じような検討をしているんだけど、結局、いざいとなかなかみ合わないというのがあって、そこを何とかしていただきたいと思っています。

実は、私たちの地域は1年に1回、救急隊と医療機関から全部アンケート調査をもらって、搬送側と受入側でどういう問題があるのかということの一例一例の検討をやっているんですが、1つ挙がってきたのは、警防課が手配しますよね。そうすると、実際に119番しようかどうか迷っている人じゃなくて、もう119番しちゃって、119番の人が相談に何か応じていて、ばかな時間を使ってしまうと。119番をどこかそういう相談窓口に戻したら、すごい楽なんだがなという意見があったのが1つ。

それからもう一つは、第一報ってありますよね。入って、警防課からこういう患者さんだけど受け入れてくれるかというのを聞くと。それと救急隊が現場に行って、生体情報をとったと。それを流すと、その時点で受入をすると言っていた医療機関が急に受け入れないと変わって非常に困るというのがありまして、先ほどの話で、ほんとうに最初に消防が医療機関に連絡した時間からとるのか、現着して、それからやっている時間をとるのか、おそらくもう警防課が指令を発した時点から多分病院探しは始まっているので、何か現着の時間よりは、119番を受けた時間から僕はやったほうがいいんじゃないかなという感じがちょっとしたので、そこだけちょっとと思います。

【座長】 東京消防庁の30分というのは、どこからどこですか。30分以上とよく言いますが・・・。

【委員】 病院への連絡開始から、最後のオーケーまで。

【座長】 だから、現場に救急隊が行って、そこから現場が始まる。だから、到着時間よりも後からですね。

【委員】 後です。

【座長】 だから、先生の今おっしゃったルールで計算しますと、東京消防庁であれば、30分以上というのは、実は三十何分以上ですね。現場に行ったという時間からでは。

119番を聞いたということで行けば、それプラス6分かそれ以上ということになります、そういう意味では119番通報を聞いてからということになると、40分以上とか、そういう話となりますね、おそらく。

【委員】 やはり現着して、救急車のほうで状況を観察したり、状況を聴取したり、その上での病院選定です。

【座長】 そこから出発ということでやっているのね。

【委員】 東京と地方とちょっと違うかもしれませんが、松本の場合は通報があった時点で、そこから受入先の病院は大体当たって、そして救急隊が着いた時点で、こここここの医療機関の受入可能だからということで、今度現場でいろいろな情報を救急隊員がとって、それをまた流すことによって、こちらの医療機関が適当だとやっているの、ほんとうはもう通報をもらったときから始まっているのではないかなと思ったものですから、ちょっと聞きました。

【座長】 わかる。今の話は資料3の9ページの照会回数何回以上の割合があるじゃないですか。都市部が寂しいという話。これと関係ありますよね。例えば、長野県ではこういう患者さんが大体行く病院はここだろうと。または、ここじゃなければあそこだろうという程度のイメージがもう消防本部にあるわけですよ。ですから、そこで情報を聞いて、やっぱりそうだねと言え、第2報で、さっきの患者さんが今出発しますと、こうなるわけですよ。だからそういう地域と、現場に行って社会的背景もみんな噛んで含んで、その後に搬送先候補へ電話を始めるという地域とは違うという話ですよ。だから、これ、総務省のデータでしょう。

【事務局】 はい。

【座長】 この総務省のデータが社団法人の日本病院会に行ったときに、何が起こったかということ、ひな壇におられる執行部先生方が、地方ではたらい回しは一切なくて、問題がないと発言しているんですね。いかにきちとした説明がされていないかですよ。地方では今のような状況があるので、多分、あそこに行くだろう。またあそこしかないねというようなところに行くわけですよ。だから、何だかんだ言っただって、3カ所かそこら辺でもう大体おさまるわけですよ。

だけど1発目が断り、2発目が断って、3発目がもし断ったら、その患者さんには死ぬということなんですね、地方では。だから、東京では医療界がきついという話じわじわと進行して行きますけれども、地方だと1発で病院が倒れるわけだ、ぱーんと。銚子市民病

院が倒れるみたいに。そうすると、もう行き場がなくなると。だから、ここで書いてあることについて、つまり都会で起こっていることと地方で起こっていることを丁寧に行政が説明しないから、日本病院会の執行部が間違ったことを言うんですよ。

だから、今のようなことを考えて、これから先の全国的な分布をどう考えるかという話をぜひしていきたいなと思います。だからといって、先生の地域のルールを否定したわけじゃありません。単に先生、おくれてきたから指名したわけです。

【委員】 申しわけありません。

【委員】 詳細調査の件についてなんですけれども、メリットといいますか、前回の調査については、消防機関が1年さかのぼって、自分の中のデータを洗い出したと。ですから医療機関の方たちは知らなかったんですね。それで結果がまとまって、公表された。ああ、センセーショナルだと。

ということで、結構、今回のパイロットスタディー、それからそれを踏まえた全国調査に行くときに、先ほど言ったように、同じようなコード表を持って、共通の意識を持ってやっていく。当然医療機関の協力をいただけない。そのときに、医療機関側というのはこの調査をやると、警戒心を最初持たれると思うんですね。ですから、そうじゃなくて、この調査というのは、こういうことに役立って、こういうメリットが医療機関にもあるし、住民にもこういうのがあるんですよということをご理解いただかないと、中には冗談じゃないよと、断られてしまうところも出てくるのかなと、ちょっとそれは心配なものですから。

【座長】 だから、先生、結局、ほんとうの背景を知ることによって、僕たち急性期の医療機関の困った部分がわかれば、それをどうするかということが分かる。これは東京で言えば東京の衛生行政であったり、国であれば厚生行政だという話になっていくわけで、無から何も生じませんから。結局何だかんだ言ったって、ひとり暮らしなんて病院では解決できませんよね。ホームレスも解決できませんよね。それは厚生行政がこれからどういうふうに日本国の福祉をどうするかという話に行くわけですから。そのプロセスで病院はそういう人たちが来たらどうするかと。その次のこの参考配付は説明されますか。

【オブザーバー】 いや、これは時間があれば……。

【座長】 これはコーディネーターという事業を厚生労働省が説明している。対象は都道府県または知事の委託を受けて、コーディネーターを配置する救命センター、または母子何々センターとなっています。だから、都道府県またはとありましたら、おそらく全県

一区、きっと、そういうようなことになるんでしょうね。

【オブザーバー】 はい。

【座長】 そうですね。だから、そういう意味では、都道府県それぞれのコーディネーションの景色が違うはずですよ。いいですよ、それで。

【オブザーバー】 ええ、そうです。

【座長】 違うんだけど、お金をつけるという意味では、こういう基本骨格でやりますよということによろしいですね。

【オブザーバー】 はい。これは前回委員からご質問がありましたので、このようにしました。

【座長】 そうすることなので、コーディネーターの中でおそらく東京では想像するに、社会福祉的な観点でコーディネーションができるような仕組みを背中に背負ったような人がコーディネーターとしていないといけないだろうということを議論しています。

だから、単に医療という面で、こういうふうな未熟児をあそこの病院だったらいけるねとか、この患者さんはあそこだったら手術ができるねという医療の面でのコーディネーションにプラスして社会福祉的な、つまり行路病人というんですか、行き倒れの人たちを面倒を見るような医療機関、何とか済生病院ってあるじゃないですか。ああいう済生病院が夜中やっているとは思いませんから、朝が来たら、そういう病院に転院できるとか、または結核患者さんで言えば、朝が来たら結核の病院に行けるとかをコーディネートする。そういう意味で、福祉だとか衛生行政だとか、透析もそうですよね。そういうふうなところに行けるといようなことをコーディネーションできるような、そういう人が都会では必要だろうという議論をしている。議論ですよ。ということです。

だけど、国としてはそういうようなものは、地域によってうまく考えてほしいということで、これができていると。いいですね、先生。説明は。

【オブザーバー】 はい、結構です。

【座長】 間違っていないでしょう。

【オブザーバー】 ええ。

【座長】 何か補足するものがあつたらよろしく。

【オブザーバー】 そのとおりで結構です。

【座長】 いいですか。何か1カ所あたりで2,900……。

【オブザーバー】 3,000万弱という。

【座長】 2,958万9,000円くれるということですね。

【オブザーバー】 はい。

【座長】 わかりました。

ほかに、今回に関して、ほかに何かございますか。事務局、最後に締めていただくと。ちょっとごあいさつ、いいですか。

【事務局】 親会のほうが9月19日に救急業務高度化推進検討会ということで、当作業部会の関係を座長のほうから詳細調査についてご報告いただきたいと思いますと思っております。先ほどちょっと回数の11回云々のところは、ちょっと私ども事務局で、東京消防庁さんともご相談して、また座長とも相談して……。

【座長】 役に立つデータをとらないきやいけませんから。

【事務局】 はい。そういう形でご報告いただくことになります。

当作業部会は次回、10月6日ということで、詳細についてはまたメール等でご連絡したいと思います。

【座長】 親会はいつですか。

【事務局】 親会は9月19日の14時から16時ということで。

【座長】 10月6日は。

【事務局】 午後で調整させていただきます。

【委員】 この第3回の主な議論は、どういう形になるのですか。

【事務局】 今はまだ用意しているんですけども、もう一個のこの作業部会のテーマの医療機関に対する支援のあり方ということで、財政的なことについて、データが集まりましたらご報告、ご議論いただきたいと思いますと思っています。

【座長】 では、実質的なお話はここよろしゅうございますか。

【事務局】 はい。それでは、今日はこれで。ご議論いただきまして、ありがとうございました。また、次回以降引き続きよろしくお願いします。