

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 次 第

日時：平成20年9月4日（木）

10:00～12:00

場所：三番町共用会議所1階

A・B会議室

1 開 会

2 挨 拶(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

【配布資料】

資料1 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

別 紙 東京消防庁傷病名等コード表

資料2 平成21年度消防庁予算概算要求（救急企画室関係）

資料3 第1回メディカルコントロール作業部会資料

※添付 第1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

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)

1 調査対象期間

平成20年10月中旬から1ヶ月を予定

2 調査区域

東京消防庁で調整中

3 調査対象事案

- (1) 全搬送事案(重症以上傷病者搬送事案含む)
- (2) 産科・周産期傷病者搬送事案
- (3) 小児傷病者搬送事案
- (4) 救命救急センター等搬送事案

4 調査項目

- (1) 搬送人員
- (2) 医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数
- (3) 現場滞在時間区分ごとの件数
- (4) 受入に至らなかった理由ごとの件数
- (5) 照会回数11回以上の事案における受入に至らなかった理由等
- (6) 救命救急センターにおける救急搬送の受入状況

5 詳細調査の内容

- (1) ベッド満床→4区分
- (2) 処置困難→4区分
- (3) 既往症→東京消防庁使用のコード表(別紙1参照)
- (4) 傷病種別→東京消防庁使用のコード表(別紙1参照)
- (5) 傷病者の背景→医学的背景10項目、社会的背景8項目(別紙1参照)
- (6) 発生場所

(様式1) 全事案調査(重症以上傷病者含む)

市町村用

消防本部名			
調査期間中傷病者搬送人員		うち 転院搬送	

1 医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数											
回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
重症以上											
中等症											
軽症その他											
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
回数	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21以上	
重症以上											
中等症											
軽症その他											集計不能
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

2 現場滞在時間区分ごとの件数							
時間区分	30分未満	30分以上	60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	
重症以上							
中等症							
軽症その他							集計不能
計	0	0	0	0	0	0	

2次以下の傷病で、複数科目にまたがり対応できない場合は、**専門外へ**

手術中と患者対応中をひとつにまとめた。
* 受入確認電話での回答により判断する。

・小児科医等、専門医の不在は**専門外へ**
・病院内に医師が不在は**医師不在**へ

3 照会するも受入にできなかった理由とその件数(延べ件数)														
理由	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)	応答なし	理由不明その他
		1 救急専用ベッド	2 集中治療室等	3 一般病床	4 その他	1 設備・資器材不足	2 手術スタッフ等不足	3 高次医療機関での対応	4 その他					
重症以上														
中等症														
軽症その他														
計	0	0		0	0							0	0	0

例示
・ICU
・CCU
・NICU等が入ります。

例示
・看護師
・診療放射線技師等のコメディカル等が入ります。

例示
・当該医療機関では、技術的に対応困難

(様式1-2) 全事案調査

市町村用

4 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

実数記載

東京消防
庁の基準

別紙参照

事案 番号	事故 種別	受入照会 回数	現場滞在 時間(分)	受入に至らなかった理由とその件数															傷病種別等																				
				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)	応答なし	理由不明 その他	年齢	既往症	傷病 種別	傷病 程度	傷病者の背景							時間帯	発生場所	收容先 区分								
					1	2	3	4	1	2	3	4										医学的背景			社会的背景			その他											
																						救急専用 ベッド	集中治療室 等	一般病床	その他	設備・資器材 不足	手術スタッフ 等不足					高次医療機 関での対応	その他	1	2	3	1	2	3

・火災
・自然災害
・水難
・交通
・労働災害
・運動競技
・一般負傷
・加害
・自損行為
・急病
・転院搬送
・医師搬送
・資器材等輸
送
・その他

(注) 欄を追加すること。

5 最大の事案の概要

例示(ブル
ダウン)
・住居内
・老健施設
等
・その他

例示(ブルダウ
ン)
・1・2次
・3次

* 最終受け入
れ
医療機関

市町村用

消防本部名			
調査期間中傷病者搬送人員		うち 転院搬送	

[illegible]

2 現場滞在時間区分ごとの件数							集計不能
時間区分	30分未満	30分以上	60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	
重症以上							
中等症							
軽症その他							
計	0	0	0	0	0	0	

3 照会するも受入に至らなかった理由とその件数(延べ件数)														
理由	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)	応答なし	理由不明その他
		1	2	3	4	1	2	3	4					
		救急専用ベッド	集中治療室等	一般病床	その他	設備・資器材不足	手術スタッフ等不足	高次医療機関での対応	その他					
重症以上														
中等症														
軽症その他														
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

市町村用

消防本部名			
調査期間中傷病者搬送人員		うち 転院搬送	

[illegible]

2 現場滞在時間区分ごとの件数							集計不能
時間区分	30分未満	30分以上	60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	
重症以上							
中等症							
軽症その他							
計	0	0	0	0	0	0	

3 照会するも受入に至らなかった理由とその件数（延べ件数）														
理由	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）	応答なし	理由不明その他
		1	2	3	4	1	2	3	4					
		救急専用ベッド	集中治療室等	一般病床	その他	設備・資器材不足	手術スタッフ等不足	高次医療機関での対応	その他					
重症以上														
中等症														
軽症その他														
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0

(様式2～3－2) 産科・周産期傷病者用、小児傷病者用

市町村用

4 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																									
事案 番号	事故 種別	受入照会 回数	現場滞在 時間(分)	受入に至らなかった理由とその件数												傷病種別等									
				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)	応答なし	理由不明 その他	年齢	既往症	傷病 種別	傷病 程度	傷病者の背 景	時間帯	発生場所	収容先 区分
					1	2	3	4	1	2	3	4													
					救急専用 ベッド	集中治療室 等	一般病床	その他	設備・資器材 不足	手術スタッフ 等不足	高次医療機 関での対応	その他													
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									

(注) 必要に応じ記載欄を追加すること。

5 4のうち照会回数が最大の事案の概要

市町村用

消防本部名			
調査期間中傷病者搬送人員		うち 転院搬送	

[illegible]

1-2 左のうち救命センター等に照会を行った回数			
重症以上			
中等症			
軽症その他			集計不能
計			

2 現場滞在時間区分ごとの件数							集計不能
時間区分	30分未満	30分以上	60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	
重症以上							
中等症							
軽症その他							
計	0	0	0	0	0	0	

[illegible]

(様式4－2) 救命救急センター用

市町村用

4 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																							
事案 番号	事故 種別	受入照会 回数	現場滞在 時間(分)	受入に至らなかった理由とその件数												傷病種別等							
				手術中・患 者対応中	ベッド満床				処置困難			救命救急 センター 対象外	専門外	初診 (かかりつけ医な し)	応答なし	理由不明 その他	年齢	既往症	傷病 種別	傷病 程度	傷病者の背 景	時間帯	発生場所
					1	2	3	4	1	2	3												
					救急専用 ベッド	集中治療室 等	一般病床	その他	設備・資器材 不足	手術スタッフ 等不足	その他												
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							

(注) 必要に応じ記載欄を追加すること。

5 4のうち照会回数が最大の事案の概要

(様式4-3) 救命救急センター別受入状況

[illegible]

東京消防庁傷病名等コード表

既往症コード

1	呼吸器系
2	循環系
3	中枢神経・神経系
4	消化系
5	腎・尿路系
6	内分泌系
7	血液
9	その他

初診時傷病名大分類コード		初診時傷病名小分類コード	
21	開放性骨折	210	開放頭蓋骨・顔面骨
		211	開放体幹部
		212	開放鎖骨・肩甲骨
		213	開放上肢
		214	開放骨盤
		215	開放下肢
		219	開放骨折その他
22	非開放性骨折	220	非開放頭蓋骨・顔面骨
		221	非開放体幹部
		222	非開放鎖骨・肩甲骨
		223	非開放上肢
		224	非開放骨盤
		225	非開放下肢
		229	非開放骨折その他
23	内部損傷	230	頭蓋内損傷
		231	気胸・血胸
		232	心肺損傷
		233	腹腔内損傷
		234	骨盤腔内
		235	心肺破裂
		236	腹腔内
		237	骨盤腔内破裂
24	熱傷2度以下	240	頭
		241	体 幹
		242	上 肢
		243	下 肢
		244	頭 + 上 肢
		245	体 幹 + 上 肢
		246	体 幹 + 下 肢
		247	頭 + 体 幹
		248	全 身
		249	気 道
25	熱傷3度以上	250	頭
		251	体 幹
		252	上 肢
		253	下 肢
		254	頭 + 上 肢
		255	体 幹 + 上 肢
		256	体 幹 + 下 肢
		257	頭 + 体 幹
		258	全 身
		259	気 道
26	開放創	260	頭・頸
		261	胸
		262	腹
		263	背
		264	臀
		265	性 器
		266	上 肢
		267	下 肢

27	離断	270	耳・鼻
		271	手 指
		272	手 首
		273	上 肢
		274	足 指
		275	足 首
		276	下 肢
		279	その他
28	打撲・血種	280	頭・顔・眼
		281	胸
		282	腹
		283	背
		284	臀
		285	性 器
		286	上 肢
		287	下 肢
29	挫傷	290	頭・顔
		291	胸
		292	腹
		293	背
		294	臀
		295	性 器
		296	上 肢
		297	下 肢
30	脱臼・捻挫	300	顎
		301	肩
		302	肘
		303	手 首・手 指
		304	股
		305	膝
		306	足 首・足 指
		307	ア キ レ ス 腱
		308	頸 捻 挫
		309	その他
31	脊椎・髄損傷	310	頸髄損傷
		311	胸髄損傷
		312	腰髄損傷
		313	上 肢
		314	下 肢
		315	頸椎損傷
		316	胸椎損傷
		317	腰椎損傷
		319	その他
32	中毒	320	薬 物
		321	食 物
		322	ガ ス
		329	その他
33	窒息	330	酸 欠
		331	気 道 閉 塞
		332	溺水

34	異物・誤飲	340	眼
		341	耳
		342	鼻
		343	咽 頭 ・ 咽 喉
		344	気 管 支 ・ 肺
		345	口
		346	食 道 ・ 胃
		347	性 尿 器
35	外傷系その他	350	高 温
		351	低 温
		352	高 ・ 低 気 圧
		353	動 揺
		354	飢 餓
		355	咬 傷
		356	電 撃 傷
		357	後 遺 症
36	複合骨折	359	その他
		360	全身打撲
		361	骨 折(頭 + 体 幹)
		362	骨 折(頭 + 上 肢)
		363	骨 折(頭 + 下 肢)
41	感染症	364	開 放 創 + 骨 折
		410	腸管感染症
		411	食中毒
		412	結核
		413	発疹を伴うウイルス疾患
		414	ウイルス肝炎
		415	その他のウイルス疾患
		416	性病
		417	真菌症
42	新生物	419	その他感染症・寄生虫症
		420	胃の悪性新生物
		421	小腸・結腸及び直腸の悪性新生物
		422	気管・気管支及び肺の悪性新生物
		423	女性乳房の悪性新生物
		424	子宮の悪性新生物
		425	白血病
		426	その他及び部位不明の悪性新生物
		428	その他の良性新生物
43	内分泌疾患	430	甲状腺の疾患
		431	糖尿病
		432	痛風
		439	その他内分泌栄養・代謝免疫障害
44	血液疾患	440	貧血
		449	その他の血液及び造血器の疾患
45	精神障害	450	老年期及び初老期の器質精神病
		451	統合失調症
		452	躁うつ病
		453	その他の精神病
		454	神経症
		455	アルコール依存
		456	急性アルコール中毒
		457	その他の非精神病性精神障害
		458	知的障害

46	精神系疾患	460	自律神経障害
		461	脳性小児麻痺及びその他の麻痺
		462	てんかん
		463	その他の中枢神経系の疾患
		464	末梢神経系の障害
		465	白内障
		466	結膜炎
		467	その他眼の疾患
		468	中耳炎
		469	その他耳の疾患
47	循環系疾患	470	リウマチ熱及びリウマチ性心疾患
		471	高血圧性疾患
		472	心筋梗塞・心臓梗塞
		473	狭心症
		474	冠塞栓等
		475	不整脈
		476	心不全
		477	急性・慢性肺性
		478	粥状硬化症
		479	その他循環系の疾患
48	脳血管疾患	480	くも膜下出血
		481	脳出血等
		482	脳梗塞等
		483	脳虚血等
		484	高血圧性脳症
		485	その他脳血管疾患
49	呼吸器系疾患	490	急性上気道感染
		491	急性及び詳細不明の気管支炎等
		492	慢性副鼻腔炎
		493	アレルギー性鼻炎
		494	肺炎
		495	インフルエンザ
		496	慢性気管支炎
		497	喘息
		499	その他呼吸系疾患
50	消化系疾患	500	歯及び歯の支持組織の疾患
		501	胃及び十二指腸潰瘍
		502	胃炎及び十二指腸炎
		503	虫垂炎
		504	腸閉塞及びヘルニア
		505	肝硬変
		506	慢性肝炎
		507	その他の肝の疾患
		508	胆石症及び胆嚢炎
		509	その他の消化系の疾患
51	泌尿生殖疾患	510	腎炎及びネフローゼ
		511	腎不全
		512	泌尿系の結石
		513	その他泌尿系の疾患
		514	前立腺肥大症
		515	その他男性生殖器疾患
		516	月経障害及び閉経期障害
		517	乳房及びその他の女性生殖器疾患

52	妊娠分娩等	520	流産
		521	妊娠中毒症
		522	正常分娩
		523	分娩に伴う新生児
		529	その他の妊娠、分娩及び産褥
53	皮膚等疾患	530	皮膚及び皮下組織の感染
		531	皮膚及び皮下組織の疾患
54	筋骨格系疾患	540	慢性関節リウマチ
		541	変形症関節症及び類似症
		542	腰痛症
		543	その他の脊柱疾患
		544	肩の障害
55	先天異常	549	その他の筋骨格及び結合組織
		550	心臓の先天異常
		551	先天性股関節脱臼
56	未熟児等	559	その他先天異常
		560	胎児発育遅延、胎児栄養失調症
		561	未熟児
57	症状・その他	562	新生児の疾患
		570	全身症状(意識障害を含む)
		571	神経系・筋骨格系及び皮膚症状
		572	頭及び頸に関する症状
		573	心血管系に関する症状
		574	呼吸系・その他胸部に関する症状
		575	消化系に関する症状
		576	泌尿系に関する症状
		577	腹部及び骨盤に関する症状
		578	非特異性異常所見
		579	診断名不明確又は原因不明の病因
		580	その他異状なし等

受入に至らない理由

受入に至らない理由	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)	応答なし	理由不明その他
		救急専用ベッド	集中治療室	一般病床	その他	設備・資器材不足	手術スタッフ等不足	高次医療機関での対応	その他					
コード	A	B-1	B-2	B-3	B-4	C-1	C-2	C-3	C-4	D	E	F	G	H

傷病者背景

(1) 医学的背景(3項目まで複数回答可)

精神疾患	認知症	中毒	吐血	透析	周産期	結核	開放性骨折	複数科目	CPA
------	-----	----	----	----	-----	----	-------	------	-----

(2) 社会的背景(3項目まで複数回答可)

住所不定者	高齢者	老人福祉施設	一人暮らし	生計困難者	酩酊	外国人	ブラックリスト
-------	-----	--------	-------	-------	----	-----	---------

平成21年度
消防庁予算概算要求
(救急企画室関係)

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) (新規)(予算要求額:3.8億円)

背景・課題

- 市民の安心・安全の確保を担う消防機関が医療機関と連携し、救急相談サービスの提供や救急患者の医療機関による円滑な受入を推進することが求められている。
- これらを推進するためには、救急相談事業に従事する医師等の確保、緊急性のある相談に対する救急車の出場との連携等の課題があり、実際の検証に基づく効果的な仕組みを構築することが必要。

救急安心センターモデル事業(3ヶ所)

都道府県、消防機関、医師会等と連携し、国としてモデル事業を実施。
全国的に展開するにあたっての課題の抽出、具体的な対応方策の確立。

対応策

救急相談・指令業務連携システムの構築

- 救急相談窓口を24時間365日体制をとる消防機関に設置
- 緊急性がある場合、ない場合の双方に対し迅速・的確な対応
 - ・ 緊急性がある場合には直ちに救急車を出場させることにより、真に緊急を要する事案への迅速・的確な対応
 - ・ 緊急性のない場合は救急相談で対応

救急搬送情報システムの構築

- 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
 - ・ 救急医療情報システムとの連携による円滑な医療機関選定
 - ・ 分散収容等による効率的な救急搬送

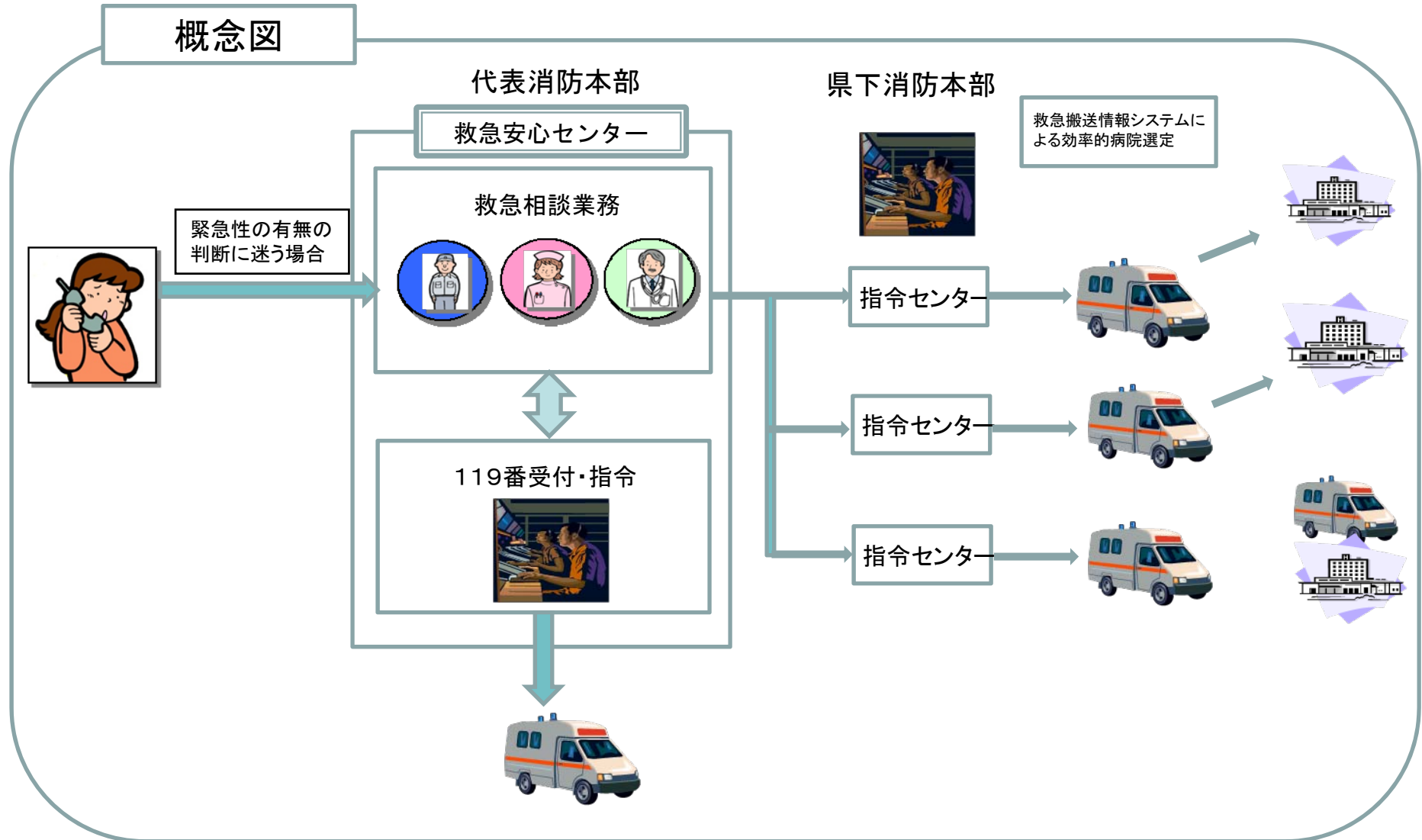
救急安心センターモデル事業に必要な指令センターの設備整備については、新たに消防防災設備整備費補助金のメニューに追加。

成果

モデル事業の成果を活かして救急安心センター事業を全国的に展開

救急安心センターモデル事業

概念図



消防と医療の協議システムの構築推進(新規)(予算要求額:0.4億円)

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状況にあり、円滑な救急搬送・受入医療体制を確保するため、消防と医療の一層の連携推進が求められている。

背景・課題

救急搬送における受入状況

照会回数が4回以上の選定困難事案数

- 重症以上傷病者搬送事案 14,387件
- 産科・周産期傷病者搬送事案 1,084件
- 小児傷病者搬送事案 8,618件
- 救命救急センター等搬送事案 6,990件

受入に至らなかった主な理由と地域別の状況

- 受入に至らなかった主な理由は、「処置困難」、「ベッド満床」、「手術中・患者対応中」、「専門外」など
- 地域別では首都圏、近畿圏等の大都市部に集中

※ 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査(平成19年中のデータ)

対応策

救急搬送・受入医療体制に関する検証・協議の推進

- 受入医療機関の選定困難事案を少なくするため、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・検証を行うとともに、具体的な対応策について協議を行う。(10都道府県において実施)

成果

円滑な救急搬送・受入医療体制の構築による国民の安心・安全の確保

消防と医療の連携による安心・安全な救急体制の確保

市民の安心・安全の確保を担う消防と医療が連携し、救急相談サービスの提供、救急患者の医療機関による円滑な受入れ等を推進する。

1. 救急安心センターモデル事業（新規）**3. 8億円**

市民が救急車を呼ぶべきかどうか迷う場合の相談窓口（24時間、365日対応）を消防機関へ設置するとともに、救急隊の搬送情報を関係機関で共有するシステムを構築し、搬送先医療機関のより効率的な選定を図る。このためのモデル事業を都道府県、消防機関、医師会等からなる協議会を組織して実施し（全国で3ヶ所）、その成果を活かして全国的な展開を図る。

※ モデル事業実施により必要となる消防指令センターの設備整備についても、新たに補助対象とする。（総務省消防庁）

2. 救急搬送に対する支援体制の確保**17億円**

救急患者受入コーディネーターの配置、救急医療情報センターの運営等、救急患者の受入れを確実にを行うための取組を推進する。（厚生労働省）

3. 消防と医療の協議システムの構築推進（新規）**0.4億円**

受入医療機関の選定困難事案を少なくするため、消防と医療の協議組織において、医療機関で受入れに至らなかった事案について実態調査・検証を行うとともに、具体的な対応策について協議を行う（10都道府県において実施）。（総務省消防庁）

4. ドクターヘリ導入促進事業の充実**21億円**

早期治療の開始と迅速な搬送による救命率の向上を図るため、ドクターヘリ（医師が同乗する救急医療用ヘリコプター）事業を推進する。また、昼間の利用にとどまっているドクターヘリを夜間にも利用できるように照明器具の設置等を行う。（厚生労働省）

5. 救助消防ヘリコプター等の整備推進**52億円**

引き続き救急車の整備を推進するとともに、救急患者の搬送体制の一層の拡充を図るため、救助消防ヘリコプターの整備を推進する。（総務省消防庁）

※ この他、救急医療の改善策の推進のため、次の新規事業等を要求（厚生労働省）

・ 救急医療を担う医師の支援（新規）**41億円**

救急医療の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う医師の手当への財政的支援を行う。

・ 管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援（新規）**38億円**

平時から地域全体の医療機関の専門性に関する情報を共有し、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を振り分ける体制を整備する。

・ 救急医療機関での受入れを確実なものとする支援策の実施（新規）**11億円**

夜間・休日における第二次救急医療機関を地域の診療所医師に応援してもらうために、診療所医師の手当への財政的支援を行う。

平成20年度
第1回メディカルコントロール作業部会

平成20年8月6日
総務省消防庁

救急業務について

法令関係

告示・通知等

昭和38年

- 消防法 改正
 - ・ 救急業務 制定(消防法第2条第9項)

昭和39年

昭和53年

昭和61年

- 消防法 改正
 - ① 事故以外の急病人への拡大
 - ② 応急手当の明文化

平成 3年

- 救急救命士法 制定

平成13年

平成15年

平成16年

平成18年

- 救急業務実施基準 制定(消防庁長官通知)
 - ・ 救急隊の編成
 - ・ 救急自動車に備える器具等

- 救急隊員の行う応急処置等の基準 制定(消防庁告示)
 - ・ 応急処置の原則
 - ・ 応急処置の観察、方法等

- 救急隊員の行う応急処置等の基準 改正
 - ・ 9項目を拡大(①自動心マッサージ器 ②在宅療法の継続 ③ショックパンツ ④血圧測定 ⑤心音呼吸音聴取 ⑥血中酸素飽和度測定 ⑦心電図伝送等 ⑧経鼻エアウェイ ⑨喉頭鏡・マギール鉗子)

- 救急業務の高度化の推進について(救急救助課長通知)
 - ・ メディカルコントロール体制の構築

- 病院前救護体制の確立について(厚生労働省医政局指導課長通知)
 - ・ 二次医療圏単位の協議会とメディカルコントロール協議会との一体的な運用

- 救急救命士法施行規則 改正
 - ・ 包括的指示下での除細動が実施可能に

- 救急救命士法施行規則第21条第3号に基づき厚生労働大臣の指示する器具(厚生労働省告示)

- ・ 気管挿管が実施可能に

- 救急救命士法施行規則 改正
 - ・ 薬剤投与が実施可能に

メディカルコントロール体制の概要

【協議会構成員】

- ・ 消防機関
- ・ 救急救命センター等の医師
- ・ 医師会等
- ・ 都道府県（消防防災部局、衛生主幹部局）

医学的観点から救急活動の質を保障する役割

プロトコルの策定

- ・ 応急処置
- ・ 救急救命処置
- ・ 緊急度・重症度判断

医師の指示、指導・助言体制

- ・ 特定行為の指示
- ・ 処置の指導・助言
- ・ 病院選定への助言

再教育体制の整備

- ・ 病院実習の実施
- ・ 救急救命士の再教育の実施
- ・ マニュアルの策定

事後検証の実施

- ・ 救急活動記録表の検討
- ・ 救急救命処置の効果検証
- ・ 症例検討会の実施

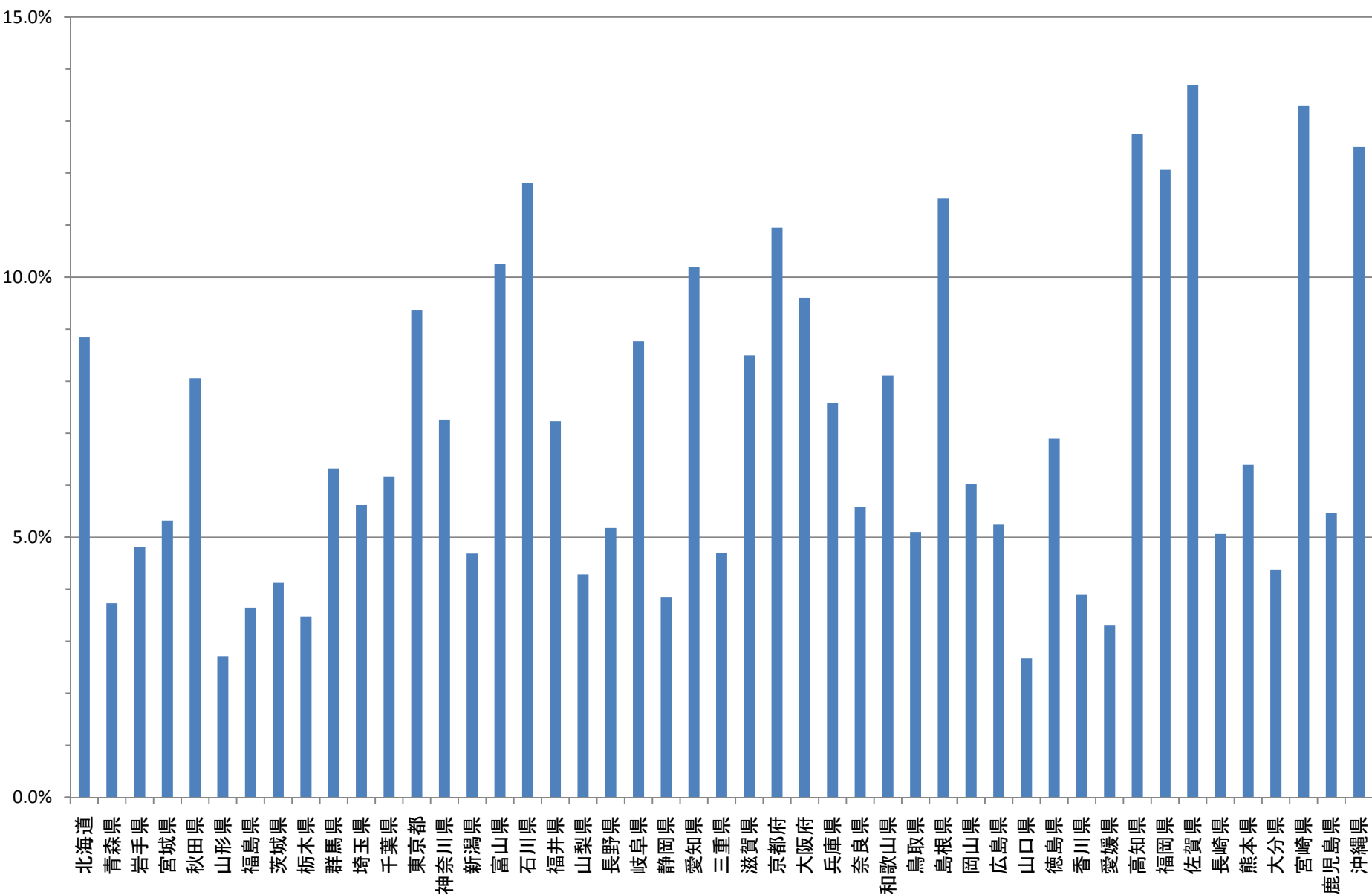
○ メディカルコントロール協議会の役割

メディカルコントロール協議会の担当範囲内の救急業務の高度化が図られるよう、救急救命士に対する指示体制や救急隊員に対する指導・助言体制の調整、救急活動の事後検証に必要な措置に関する調整、研修等に関する調整等いわゆるメディカルコントロール体制の構築に係る実質的な調整を行うこと。

○ メディカルコントロール協議会の協議事項

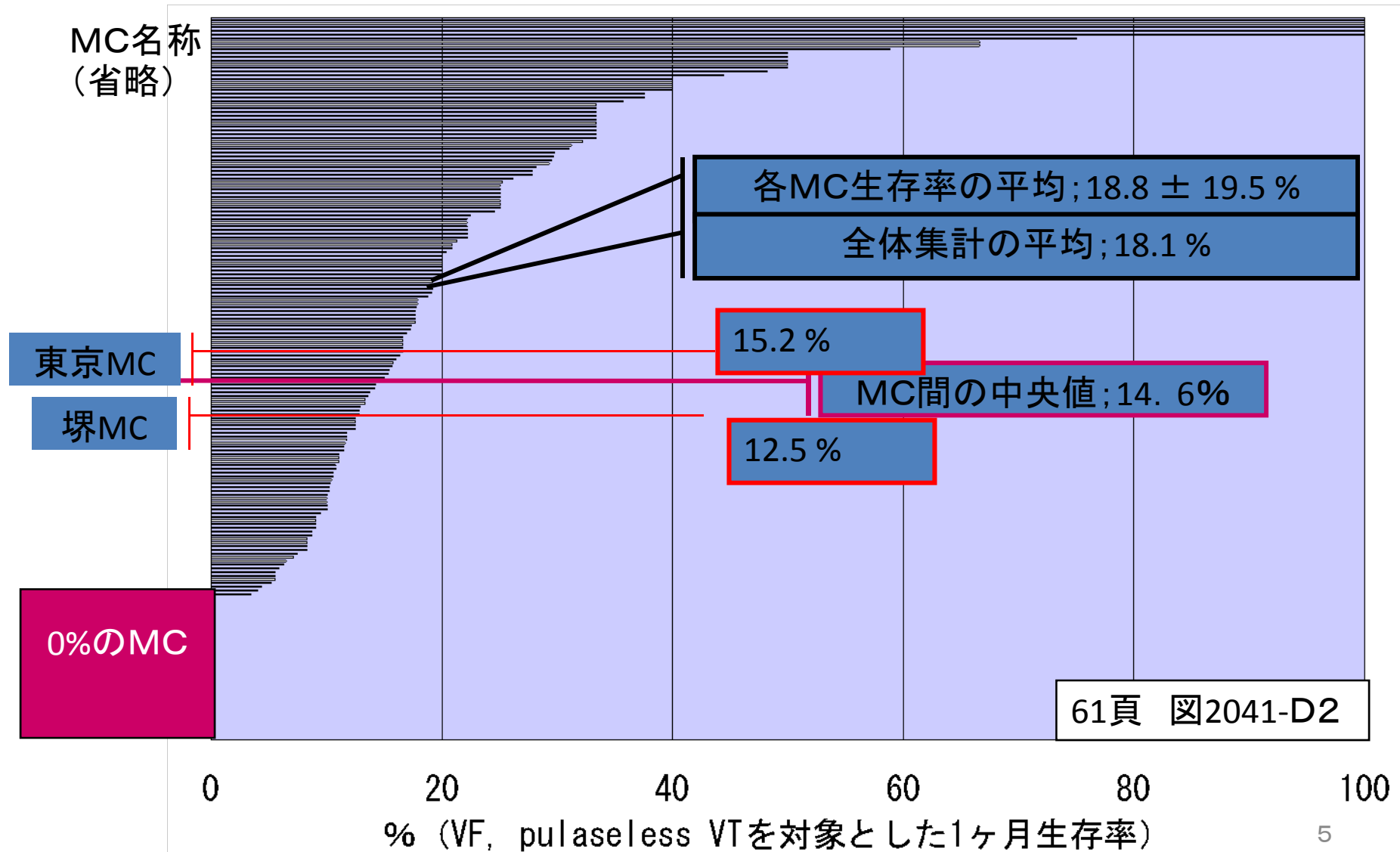
- ・ 救急救命士に対する指示体制、救急隊員に対する指導・助言体制の調整
- ・ 救急隊員の病院実習等の調整
- ・ 地域における救命効果など地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証
- ・ 救急活動の事後検証に用いる救急活動記録様式の項目又は検証票様式の項目の策定
- ・ 救急業務の実施に必要な各種プロトコルの策定
- ・ 傷病者受け入れに係る連絡体制の調整等救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整
- ・ その他地域のプレホスピタル・ケアの向上

心原性の心肺停止傷病者の1ヶ月後生存率

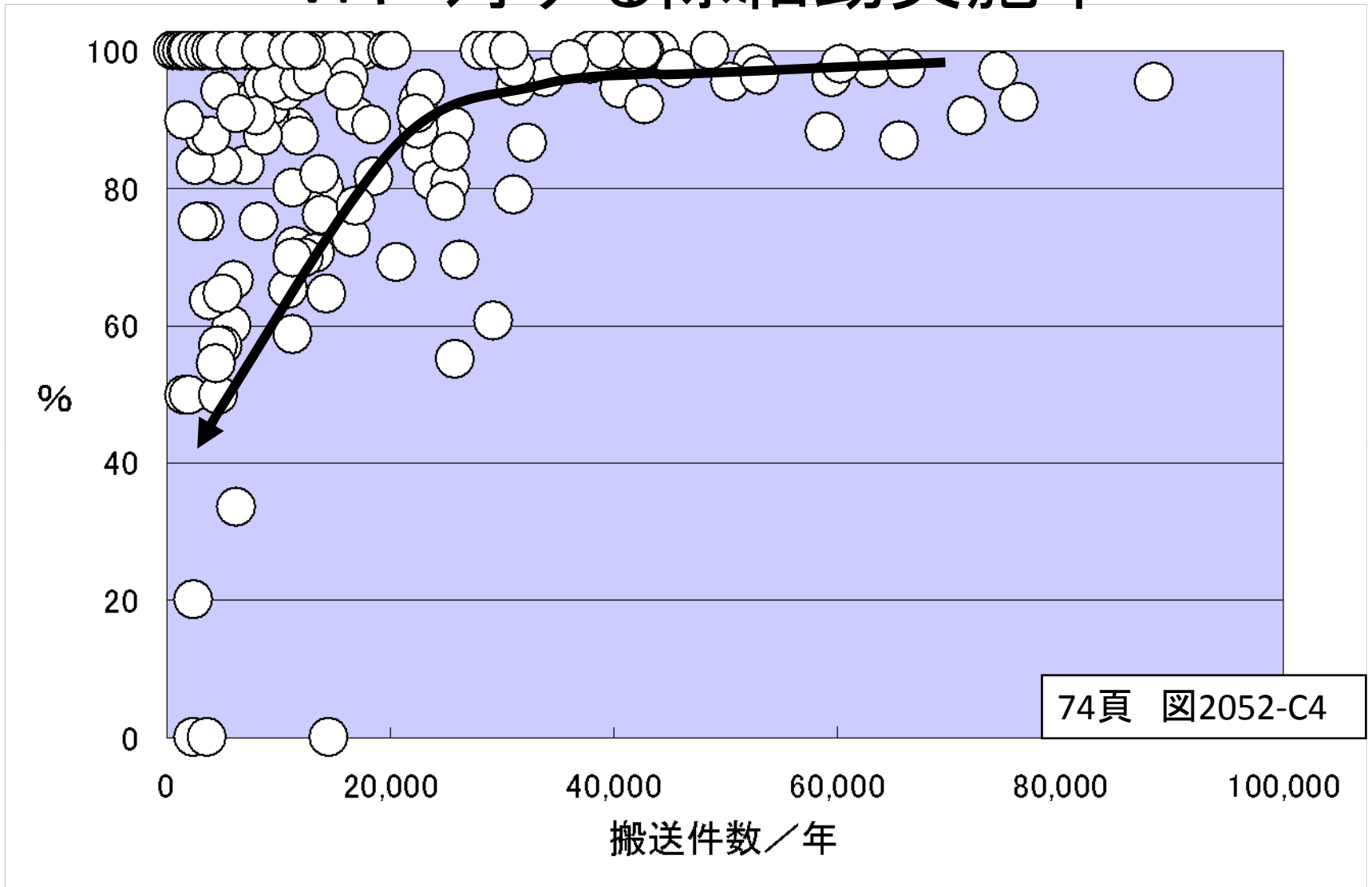


※ 心原性でかつ市民等による目撃があった心肺停止傷病者について調べたもの

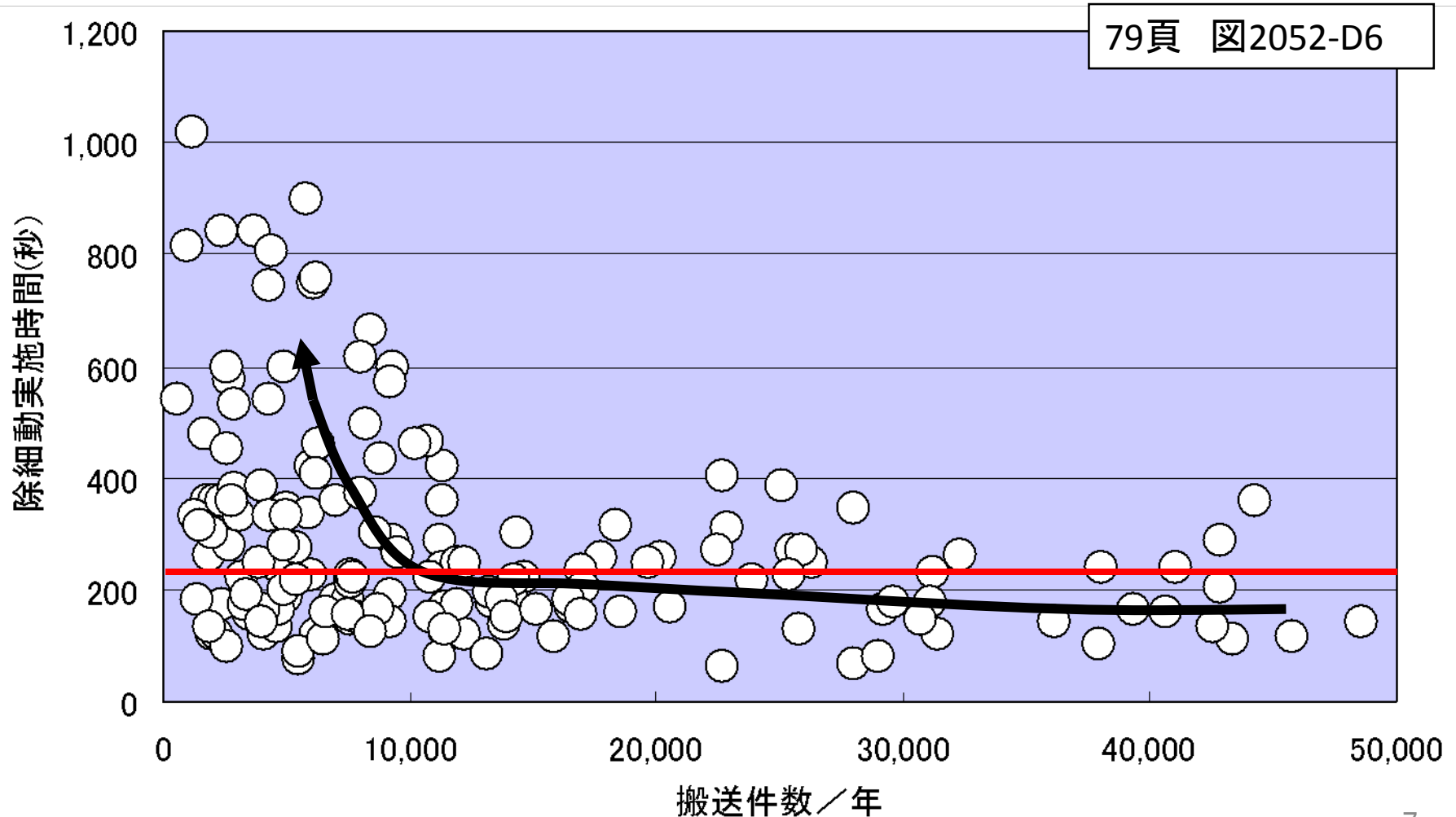
成果の評価; 1ヶ月生存率



搬送件数規模によるMCと VFに対する除細動実施率



搬送件数規模で見たMCと 除細動実施時間の関係

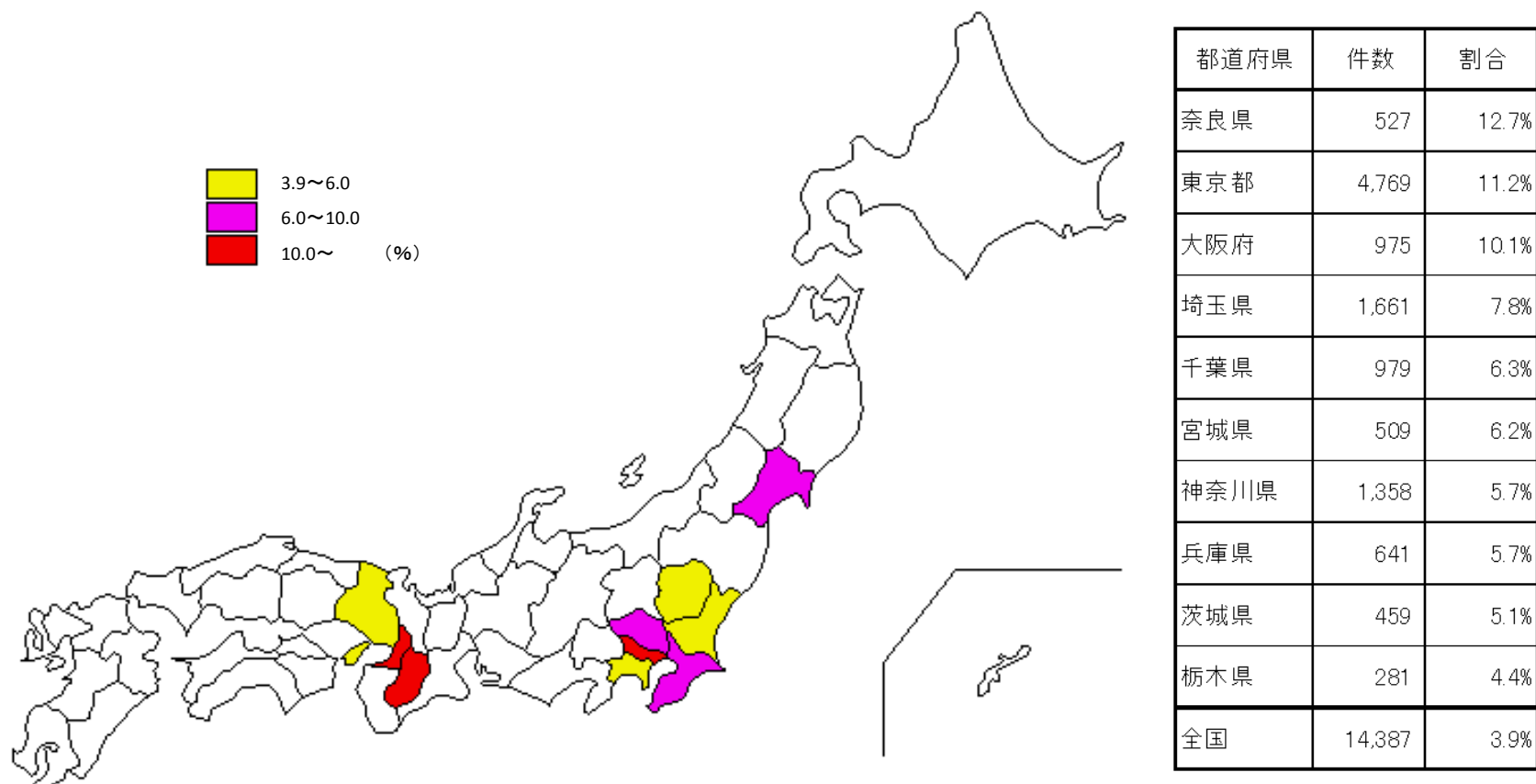


救急救命士が行う処置の業務プロトコールの 作成状況調査結果（総務省調べ）

救急救命処置	国の示した 適応年齢の目安	一部地域の プロトコールの実態
薬剤投与 (特定行為)	8歳以上	国と同じ目安:73% 国と異なる目安:23% 未設定:5%
除細動	1歳以上	国と同じ目安:90% 国と異なる目安を設定:7% 未設定:2%
気管挿管 (特定行為)	示していない	8歳以上:38% 15歳以上:14% 年齢・体重等の組合せ:10% その他 17% 未設定:21%
静脈路確保 (特定行為)	示していない	8歳以上:6% 8歳以上・体重25kg以上 1% 未設定:93%

救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査

照会回数4回以上の事案の割合が全国平均を上回る団体：重症以上傷病者



全国メディカルコントロール協議会連絡会

【設置目的】

関係機関と協力・連携し、全国のメディカルコントロール協議会の質の底上げや全国的なメディカルコントロール体制の充実強化を目的として、全国の関係者に対し、情報提供と議論の場を設けるため、「全国メディカルコントロール協議会連絡会」を立ち上げた。

【開催実績】

平成19年度

第1回(平成19年5月18日)

- ・全国メディカルコントロール協議会連絡会設立の経緯について
- ・地域メディカルコントロール協議会の区分について

第2回(平成19年9月14日)

- ・メディカルコントロール協議会に係る現状と課題について
- ・メディカルコントロール協議会の新たな役割と可能性

第3回(平成20年1月25日)

- ・メディカルコントロール協議会の地域をまたがる場合のメディカルコントロール体制について
- ・メディカルコントロール協議会等の法的役割について

平成20年度

第1回(平成20年6月6日)

- ・救急救命士の再教育について ー個人の業務実績を生かした再教育ー
- ・メディカルコントロール協議会を活用した救急医療体制の構築
ーメディカルコントロール体制のさらなる充実を目指してー

【参考】

メディカルコントロール協議会設置状況(平成19年9月1日現在)

都道府県メディカルコントロール協議会 47

地域メディカルコントロール協議会 248

※ 都道府県メディカルコントロール協議会が地域メディカルコントロール協議会を兼ねている都道府県が8あるため、重複を除くとメディカルコントロール協議会の総数は287となる。

メディカルコントロール協議会の法的位置付けを求める主な意見

第1回救急業務高度化推進検討会(平成20年5月23日)

【構成員の主な発言】

メディカルコントロール協議会の位置付けを通知でいつまでも行っていくのは非常に問題がある。通知では、法的性格が非常にあいまいである。これをまずはっきりと法的に位置付けをした上で、リスクの問題を議論すべき。協議会の存立が、法的な性格として位置付けがしっかりされた上で、その後、その協議会のプロトコルはどういう法的な性格になるんだと、段階的に法の整備をしていく必要がある。そういうことをしない限り、例えば、今後医療過誤と同じように何か事故が起こったときに大きな問題になって、本来、これは非常にいい制度だったのに法的な問題によって、国民に批判されるような形になっては元も子もないと思う。

第3回全国メディカルコントロール協議会連絡会(平成20年1月25日)

【発表者が行ったアンケート調査から抜粋】

○「協議会の法的位置付けが必要であるか」

- ・ 地域メディカルコントロール協議会 : すべての地域メディカルコントロールで法令での位置付けが必要。
- ・ 都道府県メディカルコントロール協議会 : 法的位置付けについては見解が分かれる。

○「明確な法的位置付けがないために、運営等で苦労している点がありますか」

- ・ 地域メディカルコントロール協議会 : 予算措置が苦しい、医療機関の協力を仰ぐのが難しい。
- ・ 都道府県メディカルコントロール協議会 : メディカルコントロールの役割が非常に不明確、決議事項の拘束力や責任の所在が不明確。

○「仮に法的位置付けがされた場合に、担うべき、期待すべき役割はどうか」

- ・ 地域メディカルコントロール協議会 : 消防と医療機関の連携強化、特に受け入れ体制の部分について期待したい。
- ・ 都道府県メディカルコントロール協議会 : 救急救命士等の質の保障の部分の強化が必要。

○ その他

- ・ 地域メディカルコントロール協議会 : 地域差解消のためにぜひとも法的位置付けを期待したい。
- ・ 都道府県メディカルコントロール協議会 : 現行の救急救命士法、いわゆる救命士の質の保障的な部分を超えたメディカルコントロール体制の構築を目指すのであれば、現在の消防関連の法との調整も必要ではないか。
メディカルコントロール協議会を法令に位置付けを行う場合には、メディカルコントロール協議会の役割を明確にした上で検討すべき。
病院前救護の質を担保する強制力を与えなければ本来の機能が発揮できないということで、地域の救急医療、病院等に調査、提言、要請できるような権限を持った組織とすべき。

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

平成19年度 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会(中間報告)(総務省消防庁)

Ⅱ 早急に講じるべき対策

4 救急搬送に関する検証・協議の場の設置について(メディカルコントロール協議会の活用)

- ① 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。
- ② これら一連の行為は、消防機関、医療機関が連携して行うものであり、その適切な実施を確保するために、消防機関、医療機関等の関係者による検証・協議の場を設置し、救急搬送・受入医療体制について事後検証を行うとともに、検証に基づく改善策について協議することが有効。
- ③ 検証・協議を行う場としては、都道府県・地域メディカルコントロール協議会の活用等が考えられる。

救急医療の今後のあり方に関する検討会(中間取りまとめ)(案)(厚生労働省)(※)

5. 救急搬送における課題と円滑な受入れの推進について

(1) 医療機関と消防機関の連携

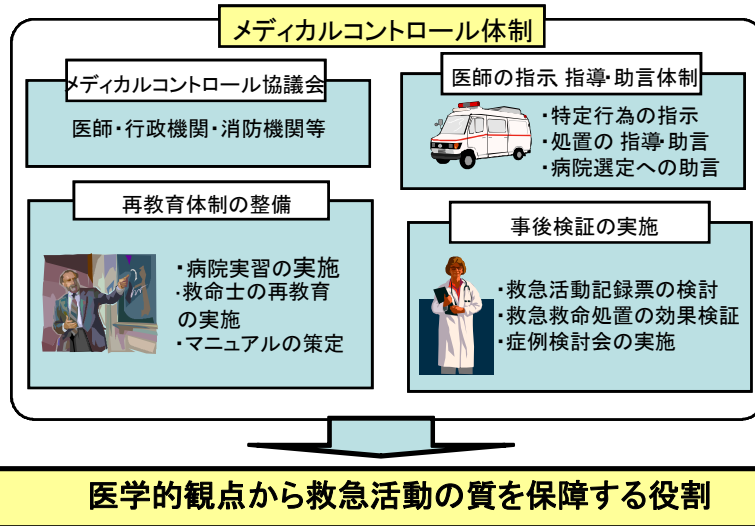
いうまでもなく、医療機関が救急搬送患者を円滑に受け入れるためには、医療機関と消防機関との連携が欠かせない。(中略)

この他にも、今後、第二次救急医療機関も含め、救急医療情報システムへの地域の救急医療機関の入力状況等についてメディカルコントロール協議会等で検証を進める必要があり、この点については、本検討会と同時期に総務省消防庁において開催された救急業務高度化推進検討会においても指摘されたところである。

メディカルコントロール協議会の機能の強化

現在のメディカルコントロール体制

救急救命士が実施する救急救命処置について、医師の指示、指導・助言、事後検証、再教育体制を整備し、救急活動の質を保障する体制



追加的な協議事項

- 1 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
(救急搬送のあり方、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活用、に関する検証・協議)
- 2 円滑な救急搬送体制を確保するための受入医療体制の整備に対する提言

円滑な救急搬送体制を確保するための役割

※ 現在、都道府県単位及び地域単位に287のメディカルコントロール協議会が設置されている。

両者を含めた救急業務全体の高度化を推進する機能を果たすためには

- MC協議会の所掌事務の拡大
- MC協議会の法的、行政的な位置づけの明確化が必要ではないか。

ニューヨーク州の救急業務高度化推進体制

州

州救急医療サービス協議会 (State Emergency Medical Services Council)

- ・ 救急サービス、州全体の緊急医療サービス体制、EMT (Emergency Medical Technician) の訓練・試験・認定等に係る最低基準を法規として定める(第3002条)

州救急医療諮問委員会 (State Emergency Medical Advisory Committee)

- ・ SEMSCのメディカルコントロール、三つのT(treatment, transportation, triage)のプロトコル、緊急医療用の医療機器や医薬品等に係る最低基準案をSEMSCに提案(第3002-A条)(採択されなかった場合、法的効力を有さないガイドラインとして活用される)

州レベルでの基準に反しない範囲で地域独自の条件を勘案した基準を定立可能

地域

地域救急医療サービス協議会 (Regional Emergency Medical Services Councils)

- ・ 州法が定める人員配置基準の特例を認める権限を有する(第3005-A条)

地域救急医療諮問委員会 (Regional Emergency Medical Advisory Committees)

- ・ 三つのTに係る基準への地域事情の反映、オンラインメディカルコントロールを行う医師の認定、地域のメディカルコントロール体制の整備を行う。

第1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7月25日（金）13:00～15:30

II 場 所 三田共用会議所2階 第2特別会議室

III 出席者 相澤委員（代 宮田氏）、浅見委員、有賀委員、石友委員、伊藤（博）委員、
伊藤（裕）委員、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（消防庁審議官 石井 信芳）

3 委員紹介

4 座長選出

5 議 事

(1) 平成19年度当作業部会の検討概要について

(2) 平成20年度検討項目について

(3) その他

6 その他

V 会議経過

【事務局】 開会前ではございますが、お時間をいただきまして配付資料の確認をさせていただきますと思います。クリップ止をしてありますので、ご確認願います。

1枚目に消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の議事次第を配布しております。
1枚おめくりいただきまして、座席表。次に、資料1としまして当作業部会の構成員名簿。
資料2「平成19年度消防機関と医療機関の連携に関する作業部会中間とりまとめ(概要)」
1枚でございます。資料3「第1回救急業務高度化推進検討会資料」、A4横で表紙を除き
まして13ページとなっております。資料4「第1回救急業務高度化推進検討会議事要旨
(消防機関と医療機関の連携に関する作業部会部分抜粋)」、1枚物となっております。資
料5としまして「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査(概要)」、A4横、表
紙を含みまして12ページ物となっております。資料6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用紙（事務局案）」、1枚物と調査用紙8枚、その他2枚のつづりとなっております。そのほかに「平成19年度救急業務高度化推進検討会報告書」を机上に配布させていただいております。

資料に欠落等ありましたら、事務局までお知らせ願えればと思います。よろしいでしょうか。

それでは定刻となりましたので、ただいまから救急業務高度化推進検討会 第1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。

開催にあたりまして、消防庁審議官からごあいさつ申し上げます。

【事務局】 消防庁審議官を務めております石井でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

委員の皆様方には、ほんとうに猛暑の中、またそれぞれお仕事、ご多忙の中を時間を割いていただき、当作業部会にご出席を賜りまして誠にありがとうございます。

当作業部会は、ご存じの皆様は多いと存じますがけれども若干経過を申し上げますれば、昨年の8月に奈良県で発生いたしました妊婦搬送事案をはじめ、救急搬送におきましての受入医療機関の選定困難事案を踏まえまして、円滑な救急搬送また受入医療体制を確保しようということで、昨年の12月に急遽設置させていただいたところでございます。その後精力的なご議論を重ねていただきまして、3月には中間とりまとめということで本日の資料にもございますけれども救急医療情報システムの改善でありますとか、救急患者受入コーディネーターの活用等々、貴重なご提言を賜ったところでございます。

さて、今年度に入りまして第1回の作業部会をお願いしたわけでございますけれども、これからぜひご議論を深めていただきたいテーマといたしましては、救急搬送受入医療体制の実態に関する詳細調査、これが1点ございます。また救急医療機関の運営に対する支援のあり方、これも非常に大事なご検討いただきたいテーマと考えております。これら大きく2点についてのご検討を深めていただき、また貴重なご意見を賜りたいと考えているところでございます。

作業部会の委員をお願い申し上げました皆様方はそれぞれのお立場で、救急業務、救急医療といった分野でご尽力、ご活躍なさっておられる方々ばかりでいらっしゃると思います。ぜひ忌憚のないご意見、ご指摘を賜りましてご議論を深めていただきますようお願い申し上げます。ご次第でございます。どうかよろしくお願い申し上げます。

【事務局】 続きまして、各委員のご紹介をさせていただきます。

【省略】

【事務局】 なお、オブザーバーで厚生労働省の田邊救急医療専門官が出席の予定ですが、所用のため若干おくれしております。

それでは、本年この部会を担当いたします事務局を紹介させていただきます。

【省略】

次に、座長の選出に移りたいと思います。

座長の選出でございますが、事務局からの提案で、昨年に引き続きまして有賀委員をお願いしたいと思っておりますが、いかがでございましょうか。

（「異議なし」の声あり）

【事務局】 ありがとうございます。

【座長】 有賀と申します。よろしくお願いします。

【事務局】 ここでカメラの撮影は終了とさせていただきます。

それでは以後の進行を有賀座長によろしくお願いいたしますと思います。よろしくお願いいたします。

【座長】 では議長ということで発言をいたしたいと思います。よろしくお願いします。

議事は、作業部会の議事次第にありますように、平成19年度の検討概要、それから平成20年度の検討ということで並んでおります。資料もたくさんありますので、平成19年度の作業部会の検討の概要を、私にとっては思い出すことになりますし、新たに委員になってくださった方には概要を理解していただくということがポイントになると思いますので、事務局からどうぞよろしく。

【事務局】 昨年度の作業部会の概要を進める前に、この検討会を公開か非公開かということで、事務局の提案で公開ということで委員の方々のご賛同を得たいと思いますが、よろしゅうございましょうか。

（「異議なし」の声あり）

【事務局】 それでは公開ということで進めさせていただきます。

引き続き、事務局から昨年度の当作業部会の検討内容をご報告いたします。

【事務局】 では、説明させていただきます。お手元に資料2をご準備いただければと思います。

こちらは、昨年有賀委員に座長を務めていただきました、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の報告書につきまして概要をまとめたものになります。先ほど審議官より

もご説明させていただきましたが、そもそも奈良県の妊婦が搬送途上に死産となったという大変嘆かわしい事例を契機といたしまして、総務省消防庁でいたしましたが、厚生労働省とともに産科・周産期傷病者の救急搬送についての緊急実態調査等を行いまして、その調査結果を受け、救急搬送における消防機関と医療機関の連携の重要性が再認識されたということで、第1回目は平成19年12月13日に急遽検討会を開催させていただきました。大変お忙しい中、先生たちには非常に重要な、貴重なご議論をいただいたところでございます。

その中のポイントといたしまして、早急に講じるべき対策ということで4点挙げていただいたところです。1点目、救急医療情報システムを活用した受入機関情報の収集について。この(1)で活用状況というのがございますが、ほとんど利用していない、全く利用していないといった消防本部が、合わせまして約半数近くあったということを踏まえまして、(2)でございますが、使えるようにするため、よりよく使うためにどうするかということで改善点として3点挙げていただきました。リアルタイムの情報更新、表示項目の改善、そして広域連携等という形でご指摘をいただいたところでございます。

2点目でございますが、消防機関から医療機関への情報伝達についてということでございまして、これは少し詳細な項目がもちろんございますけれども、例えば救急度、重傷度の判断が困難だった事例についてはメディカルコントロール協議会での事後検証を行っていくべきではないかといったご指摘をいただいたところでございます。

3点目、医療機関選定における消防機関と医療機関の連携について。こちらにつきましては、「受入医療機関を調整する救急患者コーディネーターの権限」ということで書いてございますが、こういうコーディネーターというような役割を連携体制を構築するにあたって明確にし、設置してはどうかということをご指摘いただいたところでございます。

4点目、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ございます。消防機関、医療機関の関係者による検証・協議の場を設置し、救急搬送について事後的な検証を行うとともに、その検証に基づく改善策等について協議することが極めて有効であると。こういう検証・協議を行う場としまして、都道府県メディカルコントロール協議会の活用などがあるのではないかとというご示唆をいただいたところでございます。

そして、早急に講じるべき対策の次に、最終的な締めの部分といたしましては、救急医療体制等の整備についてということでございまして、この問題解決するにあたりましては、救急医療体制の充実・強化ですとか、救急医療に携わる医師の勤務条件等の改善といった

消防機関や医療機関側の努力というものも必要であるけれども、救急車の適正利用の推進など国民側の協力も極めて必須条件なのだとということで、報告書をまとめていただいたところでございます。

以上でございます。過不足等ありましたら、また座長からもコメント、補足をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

【座長】 ありがとうございます。

資料2に従ってということなのですが、もともとはこの報告書の抜粋ということになるわけですね。報告書そのものは後ろの、色変わりのページから後ろが本作業部会の中間報告ということでよろしいんですね。資料2はⅡの早急に講じるべき対策があって、この報告書によりますと、早急に講じるべきというのは1、2、3、4となっていて、そのそれぞれがこの大きい1、2、3、4と基本的に同じだと思っていいんですね。

【事務局】 はい。

【座長】 そうすると、早急に講じるべき部分を説明いただいて……。

この3番に「コーディネーターの権限」という言葉があるんですが、ここには確かに「コーディネーターの権限、具体的な業務内容」とあるのですが、あのとき、権限ということの中にどんなことを入れて議論してきましたっけ。この中間報告の6ページの一番上に、これと全く同じ「受入医療機関を調整する上でのコーディネーターの権限、具体的な業務内容等について、メディカルコントロール協議会の議論を経て明確に云々」と書いてあるのですが、ここの文脈はどういう議論があったか覚えておられますか。これは田邊さんですかね。MC協議会等の議論を経てというのは多分、救急の対策協議会とかそういうのも広くみんな入っているのではないかなと想像するんですけども。

【事務局】 そうですね。「権限」という言葉は、言葉としても若干議論があったと思いますけれども、それほどがっちりしたものでない。もともとコーディネーターですから調整ということなので、機能というようなニュアンスかもしれませんが、そのあたりはまあ、あまり厳格に考えずにということで、コーディネーターの役割だとか具体的な業務内容というのが出てくるので、それを関係者で事前に明確にする必要があるというような議論だったと思います。で、その場として、MC協議会もありますし、他の適切な組織なり場があればそちらで、関係者が事前によく話し合っておく必要があるというような流れで議論されたんじゃないかと思いますけれど。

【座長】 あらかた説明をいただいた中で少しずつ思い出しながら、また前後の脈絡な

どについて踏まえながら、どなたでも。

【委員】 今のコーディネーターのことで、たしか前回の議論のときは、これから厚生労働省が新しい事業として始めるんだけれども、具体的な役割等についてはまだ十分検討というか煮詰まっていない部分もあるので、それは実際に新しい年度に変わった時点でどういうふうになっていくか見守ろうみたいな雰囲気があったと思うんですね。ですからその辺のところをちょっと、厚生労働省のほうでどういうふうな感じで進んでいращやるのか、実際に実態上どうなっているのかということをお話していただくと議論がしやすくなるかと思うんですが。

【オブザーバー】 確かに、このときの議論の際には権限といったものではなくて、調整を行うという立場ですよと言ったので、こちらとしては「調整」という言葉で書いていただきたいというお話をしたかと思います。

現状についてですけれども、今、都道府県から幾つか問い合わせがある中で、その都道府県との要望と合わせてどういった形で要綱を決めようか、調整をしているところでございます。

以上です。

【座長】 つまり。

【オブザーバー】 紙としてお出しできる状態ではなくて。

【座長】 紙じゃなくてもいいんですけど。具体的には都道府県からどういう意見が上がってきているんですか。

【オブザーバー】 聞いているのは、都道府県がこのコーディネーター事業というものをやるにあたって、厚生労働省としては特に分野を絞らずに救急医療全般についてのコーディネートを行う形で考えているといった中で、産科分野に限ってコーディネートをするということについて補助ができるのかできないのかといった問い合わせを受けていると。

【事務局】 私ども、報道で聞く限り、大阪府さんでコーディネーターを検討されているとお聞きしたんですけど、ちょっと突然で申しわけないですが、もし何かお話がありましたらと思うんですけど、いかがでしょう。

【委員】 大阪府の医療対策課長の伊藤でございます。

コーディネーターの関係につきましては、大阪府は実は周産期の部分では従来から民間の先生方に頑張ってもらっていて、周産期の緊急搬送システムということで産科と新生児科の関係のシステムを組む中で、コーディネーター業務はそれぞれ基幹の病院がやってきた

と。それが奈良の問題もあったんですけど非常に大変になってきて、負担になるということ。実は昨年、府立の母子保健総合医療センターが産科の場合はその基幹の情報センターの役割をして、そこのドクターがコーディネーターの役割をしていたんですけど、特に時間外は2人当直をやっている中で、コーディネーター業務に非常に時間がかかるということで、昨年から1名別枠で予算を取りまして人をつけるということで、ほかの産科専門の先生方にご参画いただいて3人体制で、そのうちの1人がコーディネーターの役割をするということで。半年ぐらいの経過ですけども、それまで大体50分ぐらい1件の調整にかかっていたんですけども、30分ぐらい短縮をしたということが成果として挙がっております。

今回、周産期以外の一般の救急での導入についてということで、私どもは年末年始からいろいろとご迷惑をかけているんですけど、大阪でああいう事例が発生したこともありまして、いろいろ議論をしてまいりました。大阪の場合、救急告示病院が昨年度末で260ぐらいありますので、それをコーディネートできるのかということを中心に議論いたしました。その結果、全体ではなくて、今構想しておりますのは三次の救命救急センター、今年の2月1日で3つ認めていただきましたので13箇所あるんですけども、三次救命救急センター間でのコーディネートをやると。ですから二次救急病院でどうしても受入が困難という事例については、そのコーディネーターに相談をしていただいたら、三次救命救急センター間の情報をコーディネーターがつかんでおいて、どこの救命センターに運べばいいのか調整する、ということでコーディネート業務ができないかということ調整させていただいております。そういったことについて国で補助対象としていただけるのかご相談させていただいている現状でございます。

【座長】 補助の対象ということが最後に出ましたけれど、東京でちらっと聞いたんですが、救急隊指導医として東京消防庁の大手町または多摩地区でやっている、救急救命士の医療行為に対する直接的な通信を用いた指示のときに登場する救急隊指導医がいます。その件とコーディネーターの補助のことに関連して、あの金がこっちのコーディネーターに行くとかよくわからないことを聞いたんですが、コーディネーターはコーディネーターとして今まであったいろいろな補助とは別の、新しい形での補助事業なんですよ。

【オブザーバー】 それについてもこちらとしては新しい補助事業という形でやっておりますけれども、例えば東京都のように今までの既存の救急隊への指示、助言をするための医師を雇っている中で、その方がまた新たにコーディネーターという機能を付加するの

であれば、それに対しても補助してくれないものかといった要望はいただいているところでございます。

【座長】 東京では、それはそれ、これはこれということでコーディネーターの業務はまた別だろうということで話し合っています。その話の輪の中に私も入っているんですけども、救急隊指導医は指導医としてやっている。それはそれで重要な業務なのでやっていて、このコーディネーターはコーディネーターでやるということで話をしているんですが、お金の流れとして、厚生労働省は救急隊指導医のほうにも実は補助していたことはないんですか、あるんですか。そこら辺がちょっと。コーディネーターの補助というのがほんとうに補助として別個にあるのか、それとも何か別のものをこっちの補助に変えたということがあったと聞いたのですが、それは違うんですね。

【オブザーバー】 個別具体的な例はちょっと確認してみないとはっきりと答えられません。

【座長】 ほかのところは、東京都の話をもし披露しろというなら、僕が委員に披露していただければいいとは思いますが。

【委員】 救急医療情報センターの補助金要綱の中で、救急隊指導医のような業務をやる人については補助ということだったと思います。

ただ今年度分ですか、東京都からいただいたものの中にはそれがなくなっていて、このコーディネーターという言葉が載っていたので、これはどういうことなのかなと今、質問をしているところです。

【座長】 東京都から見ると別個の補助事業が新たに加わったというのではなくて、今まであったものの名前を変えてコーディネーターに使えるという話に僕たちとしては理解しようとしていて、それを了解することができるのかという議論が、本体の議論とは別個にある。言っていることわかりますよね。だから財務省から厚生労働省のコーディネーターにお金が出て、現場でそれが使えるような形になるのか、あるというのが一番理想なお金の流れ、理想的というのも変な言い方ですが、そういうものかなと僕はア priori に思っていたんですけども……。どうも東京から見ると、今まであったお金の名前を変えてコーディネーターとして使えるという話になっちゃって、少し理解の度合いが違う部分で僕の記憶に残っているという話です。そのところは。

【オブザーバー】 確かに、救急医療情報システムで今までつけていた人件費を今回削って新たに、それと関連があるかどうかは別にして、それとは別途コーディネーター事業

を立てているという実態はございます。

【座長】 つまりそういう形で、新しくコーディネーターをつくったのでという言葉の向こう側には「・・・」を消したという話があって、例えば小児の救急医療の二次救急にお金をつけたときには、脳神経外科の救急医療事業のお金をそっちに回しているんですね。だから脳神経外科のほうの二次救急の医療事業については今年度からゼロになって、そのかわり小児に新しくついた。だから小児のことだけ考えると小児のほうについたとなりますけれど、全体から見ると右から左に移しただけという話になるので、コーディネーターとして新たにというふうに田邊さんたちが去年説明してくださったことからすると、少し違っているのかなと東京都では感じたという話であります。ほかの道府県はどうなっているのか知りませんが。そこら辺の説明の仕方も丁寧にさせていただいたほうがいいのかもしれませんね。

ちなみに東京のコーディネーター業務の議論は、今、大阪は産科に比較的特化した形で行われていますが、東京では救急医療対策協議会の下部の組織の中で議論していて、それは委員と一緒に議論していますから、もともと都市部における、いわゆるたらい回しの対象になっているような、数回以上問い合わせようやく収容先が決まるとか、または30分以上かけてようやく収容先が決まるとかというものの多くが、単に医学的な理由、つまり手術をしたいんだけど手術をする病院が今空いていないということもあるんですけども、例えば患者さんが結核を患っていて結核病床の対象は今すぐには得られないとか、精神科的な背景があってどうしても一般病院では難しい、外傷を受けているとか障害があってアルコールばかり飲んでいてというようなことで、とりあえず一般病床の適用なんだけれど精神科的な背景があるとか。それからいわゆる行路病人と言うんですかね、お金が払えないという形で「そういう人をまた僕の病院で診るの……」というような形で逡巡するとか。純粋に医学的じゃない部分がかなりたくさんあるんじゃないかということが、困難事例をずっと渉猟していくと出てくるんですね。

そういう意味では医師が、つまり産科のドクターが産科全体の景色がわかった上で割り振りするという問題ではなくて、むしろ東京都の衛生部門は、従来から結核だとか精神科だとかの患者さんの流れについて東京都医師会といろいろやってきている。したがって、朝が来ればその流れに乗せることができると思われるとか。行路病人などに関してはもともと衛生部門というより福祉、何々済生病院というようなところに補助金のような形で、どういってお金かわからないけどとにかく何らかの富を注入して、済生病院で面倒見てもら

えるよう、うまくやっていけるようにするというようなルールがあるので、コーディネーション、調整というときには福祉の部分や衛生部門や、僕ら医師としての純粋な部分の全部をまとめたみたいなの、つまり医師会も背負うし東京都の衛生局の看板も背負うし、福祉の看板も背負うし、それから医師としてのふだんの日常業務の中で病院間の連携についての知識を持っていると。そういった形でコーディネーションをすべきであろうと。したがって、身分は医者であっても医者でなくてもいいだろうと。それで電話をするときは、例えばこれは僕が言ったんですけども、夜中のうちにある結核の病院に電話をする。そこはもちろん救急病院ではないので今すぐ患者を診ることはしませんが、「今までずっと結核のことで面倒見てくださったおたくの病院は、明日からまた同じような形で結核の病院としてあり続けますよね」と。「もしそうであれば、明日の朝になったら院長先生に。こういう患者さんがいるのでお昼ごろまでには受けられるように調整を始めておいてください」と言って、朝が来たらそちらの病院に連絡をとって、そちらに受けてもらうと。その間、例えば巣鴨病院で「こういうことがあるので、朝が来たらどこどこ病院に行くことになりそうなので、それまでは一時的お預かりしていただきます」という形で一時預かりしてもらう。そういうのを東京ルールという形で議論しているところです。ですからこのコーディネーションをする人が、医師なのかそれとも東京都の行政の人なのか、または東京消防庁の方なのかはだれでもいいといった形で、衛生や福祉や医師会の看板を背負いながら、総合的に相談をかけて、そして朝が来たらそちらへ行けると。だから一気にその日の夜中のうちにものを解決するのではなくて、夜中のうちは一時逗留という形でお願いすると。多分やっておられると思うんですね、相澤病院も。そういう形で逗留していただいておいて、朝が来たら本格的なところへ移っていただく。こういうことだったら、夜の夜中に2時間かけて、場合によっては埼玉まで電話をして結核患者を運ぶというウルトラCはなくなるんじゃないかというような議論を今している。委員、それでいいんですよね。

【委員】 はい、そのとおりです。

【座長】 東京都はそういう議論であります。ほかでもし具体的なコーディネーションの議論があれば、少しここで付加しておくのと先々助かると思うので。

【委員】 周産期救急の話なんですけれども。コーディネーターをどういう形で運営していくかということで、それぞれ都道府県ごとの事情がありますので、いろいろな試みが行われつつあります。大阪府ではある先生が非常に熱心にやっけてくださいます、実際にそのコーディネーター業務をやっけていらっしゃる先生方は各病院の部長のOBクラス、

ですから非常に発言力のある先生方に泊まっていたいただいて、大阪はそうじゃないと見つかからないのかもしれないんですが、いよいよ厳しければ自分のところで引き取るというようなスタンスが背景にあるので、それだけうまくいっている部分もあるんだと思います。

神奈川に関しましては、県の医師会に委託されてやっております救急医療情報センターで周産期救急のあっせんをやっている状態で、そちらは事務の方が24時間体制でやってくださっているわけですが、基本的には周産期の救急受け入れ、ハイリスク患者を受け入れられる医療機関を対象としての連絡業務ということで、もう1年ちょっとたちますけれども大きな問題は生じないで現場としては非常に助かっているということで、比較的円滑に運用されていると思います。

ですから地域の実情といいますか、それぞれでどっちのやり方もやろうと思えば多分できるんだと思うんですね。あとは具体的にそれぞれの地域の先生方はどういう形がやりやすいかという形で進めていくことは可能なんじゃないかと思います。ただ周産期の場合には、基本的に患者さんの発生は、未受診者以外はまず医療機関で発生する形になりますから、その辺のところ一般の救急とは少しレベルの違う問題がございますので、その辺はそういうことかなと思います。

【座長】 ということで、同じ救急医療といってもジャンルがあって、例えば脳卒中は脳神経外科とか、今の新生児救急と、冒頭に発言があった最初は妊産婦の行き場所がなかったという話ですから、それは新生児救急というよりはむしろ妊産婦救急といったことになるのでしょうか。だからそれぞれジャンルがありますので、一気に救急医療といってガサッと網をかけても、実は分析しながら最終的にはまた統合するというようなプロセスが多分必要だと考えています。

今のところ大都市での議論が多かったみたいですが、その他中小、広島とか、あまりこの手の議論は。今のところはありませんか。

【委員】 ありませんね。兵庫県では聞いてません。

【座長】 わかりました。

この権限というところで、今言ったように看板を背負いながら「そういうことがあるので、これからもよろしくね」みたいなことで話をするのが、権限ではないけれど一定のプレッシャーにはなり得るんですよね。当たり前と言えども当たり前ですが。大阪の例はといえば師弟関係というヒエラルキーを潤滑油として使っていると、品よく言えば。そこら辺は地域によるところがあるので、さまざまなので、同じ権限といってもそれは限りなく調整

的なものだと言務局はおっしゃいましたが、東京でもそれなりのプレッシャーを感じるような形で物事を展開しないといけないかもしれない。けれども、「おまえ、やれ」というような形での命令とその命令を聞く義務があるというような形での話は、どうもなじまないだろうという議論にはなっています。

これも結構奥が深いんですが、この作業部会はそもそも親の救急業務高度化推進検討会というのがあって、その下で今年もこんなふうにしてくれということがとりあえずあるわけですから、先にそっちのほうへ進めたいと思いますが、よろしいですね。

ではお願いします。

【事務局】 ではご説明させていただきます。お手元に資料3と資料4をご準備ください。

まず資料3からご説明させていただきたいと思います。1枚おめくりいただいて、横向きの資料になります。

先生からもございましたが、先に位置づけを説明し、この報告書をご紹介させていただくのが話の流れとしてはよかったかと思いますが。当会は、消防機関と医療機関の連携に関する作業部会は、親会といたしまして平成20年度の救急業務高度化推進検討会というものがございます。これが5月23日に本年度開催しまして、座長としましては山本先生が就任されたということで動いているところでございます。他にも2つの部会がございまして、メディカルコントロール作業部会、トリアージ作業部会がございまして、それぞれ8月6日、7月28日に第1回の会議を開催する予定で進んでいるところでございます。

1枚おめくりいただけますでしょうか。この親会の高度化推進検討会の中で、本年度この消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の検討項目といたしまして2点挙げられており、そしてこの方針でということでした承されたところでございます。1点目が、救急医療機関の運営に対する支援のあり方について。そして2点目、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です。本日の資料は、特に2点目の救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査についてという資料構成になっております。1つ目のほうは財政面というような話になりますけれども、これはまた今後の部会の中でご検討いただければと思います。

では3枚目でございます。こちらはもうあえて説明することではないかもしれませんが、救急医療体系図という形で厚生労働省さんの資料を活用させていただいております。皆様方ご存じのとおり、救急医療は三次から二次、そして初期という形まで分かれた風景とな

っているということでございます。

4枚目でございます。先ほど支援ということが今年度の1点目の項目であるのご紹介いたしました、特に厚生労働省さんで持っている補助金がどういうふうに推移したのかということでの参考資料でございます。平成14年度時点では102億円強、平成15年度においては約103億円の補助金があったものが、平成18年度では29億円、30億円弱になっているということでございます。これは単純に減ったかということ、一般財源化という形での対応になっているということでございますが、少なくとも補助金はこういう経過をたどっているということでの資料でございます。この辺をいかにどういう支援体制ありきかといったようなご議論は、繰り返しになりますがまた後々の部会でご相談させていただく形で、こういう風景をとらえていくかは、ご検討いただきたいと思います。

そして5枚目でございます。これは皆様方ご存じの方が多いと思いますが、平成19年に消防庁といたしまして「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」というものを行っております。この結果概要はまた別途の資料ですが、説明はまた少し後に回させていただきますが、例えばベッド満床ですとか処置困難といった理由で受入を断る、断らざるを得なかったといった案件があるというものをとらえた調査をさせていただいております。この説明はまた後ほど詳しくさせていただきたいと思っております。

6枚目も同様に、後ほどご説明させていただきたいと思っております。

7枚、8枚目でございますが、これは参考的なデータとしてつけさせていただきました。救急需要が非常に伸びていることの一因といたしまして高齢化ということが挙げられるわけですが、この赤いバーの65歳以上のところが増えていると。平成8年から平成18年で見ますと、65歳以上が108.1%という率で変動しているといった資料でございます。7枚目は単なる人口ということではなく、救急自動車による搬送人員の年齢構成の推移ということで資料を挙げさせていただいております。

そして8枚目は、実際の救急搬送ということではなく、人口全体の構成はどうなっているのかということでの参考資料でございます。今平成19年までは総務省の推計人口ということで出させていただいておりますが、平成19年以降39年までは、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口」出生中位ということでの推計を載せさせていただいております。非常に高齢化社会がやってくるという資料でございます。この8枚目と7枚目を合わせて、ますます搬送体制の強化が重要であるということの基礎資料になるかと思っております。

そして9枚目でございますが、これは受入照会、先ほども少し触れさせていただきました「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」の中で出てきたものでございますが、受入照会回数が11回以上であった事案の傷病種別ということで、このうち重症以上の事案で11回以上も照会を行った事案ということで、その背景を探ったものになります。このあたりの反省点、今後改良すべき点としては、交通事故、一般負傷といった状況での項目と、脳疾患、心疾患に始まる傷病の分類があり、そしてその他のバーが非常に突出していますが、この中身がわからないといったところがございます。このデータにつきましても、これを深掘りすることで今回議論いただきたいと思っておりますので、また適宜立ち返りながらご紹介、ご説明に使わせていただきたいと思います。

10枚目以降はほかの部会、メディカルコントロール作業部会以下の資料になりますが、参考までということで今回配布させていただいております。

次に資料4をご準備いただければと思います。

1つ目は、先ほどの繰り返しになりますが、今年度の消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の検討項目としましては、1つ目として救急医療機関の運営に対する支援のあり方、2つ目として救急搬送・受入医療体制の実態に関する詳細調査について検討すると。この方針が決定されたところでございます。

そして以下、主な意見をまとめさせていただいております。上の2つの丸でございますが、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、この高度化推進検討会で出た意見といたしまして、受入に至らなかった理由の中でベッド満床というのがありますが、救急専用ベッドが満床なのか、後方のベッドが満床なのか明らかにできなかったと。2つ目の丸ですが、処置困難について、設備・資器材のハード的な理由なのか、スタッフ不足というソフト面なのか明らかにできなかったと。この2つの丸は、どちらかというと事務局の反省事項ということで意見をさせていただいたところでございます。

3つ目の丸からですが、全国の中でうまくいっている地域、うまくいっていない地域、平均的地域を示してほしいと、地域別が見たいというご意見があったと。

そして傷病別分類で慢性疾患をどうするかというご意見がございました。後ほど詳細をご説明させていただきますが、事務局といたしましては、これは既往症という形でどうか対応できるのではないかと考えております。

要請する方が、介護施設からか、あるいは自宅からか、おそらく高齢者の在宅で救急要請が多いのではないかと。すなわちどこから来たのかということをとらまえてはどうかと

いうご意見がございまして、これに関しては発生場所という形でとらまえることが可能ではないかと事務局としては考えているところでございますが、この深掘りした調査票につきましてはまた後ほど説明させていただきたいと思います。

次の丸でございます。ベッド満床、処置困難の内容を、救急隊側からするとなかなか困難ではないかと。

次に受入困難の理由の分類を消防側でつくり、病院側が断ったときのニュアンスで分類している。これはやむを得ないところだと思いますが、断る理由について共通の言語で番号にするなど工夫し、記録に残せば正確性が増すのではないかと。もちろんここまでできれば増すことになるかと思いますが、なかなか共通言語の獲得というところまでは難しいのかなと考えておりますが、その一歩となるべくこういった調査というものもあるのではないかと思います。

そして何らかの形で実態把握を厚生労働省がやれるようなら、やるほうが望ましいのではないかと。

そして医師に定期的にかかっている方が救急搬送されているのか、医療を受けていない方が搬送されているのか、可能であれば調査することが望ましいのではないかと。これはかかりつけ医がいるかないかといったことでの話かと受けとめております。

以上でございます。

【座長】 ありがとうございました。

全体の検討会の下部組織としての本作業部会という位置づけによって、今回のこの部会でやらなければならないことについての説明になっていますが。

資料3と4を説明していただいたんですが、メディカルコントロール作業部会の取りまとめはどなたでした。

【事務局】 今年度のメディカルコントロール作業部会につきましては、また座長の選出を行いまして。

【座長】 去年はどなたでしたか。

【事務局】 去年のメディカルコントロール作業部会は。

【事務局】 横田先生。大阪の堺の。

【座長】 そうすると、トリアージのほうは坂本哲也先生。

【事務局】 そうですね、はい。

【座長】 どちらの先生も、今年もその作業部会の中に入っている。

【事務局】 ええ、委員として入っておられるんですけど、1回目が順次ありますので、またそこで座長を選んでいただくという段取りです。

【座長】 そうすると僕みたいな目に遭う可能性があるわけですね。

【事務局】 その可能性が高いかなと。

【座長】 いや、いいんです。ちょっと議論を思い出すためにお聞きしました。

ちなみに2ページの上のところの「支援のあり方について」、これはどういう文脈でこういう言葉が作業部会におりてきたんですか。議論そのものは別の機会にまた適宜展開することになると思うんですが、親委員会でこの2つの大きな項目が出てきた。平たく言えば山本先生がどういうふうに1番と2番をおっしゃっていたのかちょっとお聞きしたいと。そんな感じですが。

【事務局】 1と2のうち、1の運営に対する支援のあり方というのはいろいろな支援があると思いますけれども、大きな内容は財政的な面での支援という格好になると思うんですけども。昨年の当作業部会のまとめの中に、先ほどの資料2のⅢのところですけど、当面の対策ということで救急医療情報システムであるとか新しい予算が見えておりましたコーディネーターとか、今使えるツールの中でどれだけ工夫できるかという話がありましたけれども、委員さんのご議論の中では、やはり背景となる救急医療体制の問題を同時に解決しなければこの問題は解決しないだろうというお話があったと思います。そちらの話になりますと厚生労働省さんの所管といたしますか、担当してやってきておられるわけですけども。

先ほどの資料3の4ページに表がありますのは、医療機関に対する支援といっても診療報酬による支援だとか、公的な国、地方公共団体からの財政支援とメニューがいろいろあると思いますけれども、そちらの補助金についていうと、三位一体改革による一般財源化というものが一方の流れとして、これは分権の流れの中で出てきていますので、これを踏まえてどういうあり方が望ましいのかということになりますと総務省の中でも消防庁でなく財政局になるんですけども、そちらがそのあたりの全体を統轄していますので、我々とするとは消防は医療機関と連携を組んだまさにその当事者ということで、パートナーである医療機関の体制整備に必要なものがあれば、消防の目から見た医療体制の支援というのはどういうものが必要なのか、そのアウトプットで財政的な、公的な支援ということが中心になると思いますけれどもご意見をいただければ、我々はつなぎ役というか所管のところにつないでいきたいと。そんな問題意識ということでございます。

【座長】 とりあえずこの2ページの1と2の、下のほうのことは早速取りかかろうと、取りかかってくれというのが山本先生からのリクエストというふうに理解していいんですよね。

【事務局】 そうですね。

【座長】 では、1についてはまたいずれということで。今、総務省全体というふうにおっしゃったので、公立病院などのいわゆる自治体病院も、そういう意味では極めてきつく関係ありますよね。

【事務局】 そうですね。

【座長】 地域医療を担うということで、戦後にも随分たくさん自治体病院ができてきましたよね。そういうこともこの運営に対する支援のあり方という意味では多少とも関係しますものね。

【事務局】 そうですね。で、まさに1と2というのは連動していて、2で出てきた姿で1をどうすべきかということにつながと思いますし。

1についてはちょっと事務的に、いろいろな自治体の実態とかデータが必要だと思いますので、それを事務局で集めさせていただいて、そこでまたこの部会で数字等を提示してご議論いただきたいと考えています。

【座長】 資料4には第1回の親の検討会の抜粋がありますが、この辺も理解というか認識を深めるためには少し質問があったほうがいいのかもしれませんが、いかがでしょうか。

救急専用ベッドが満床なのか、後方のベッドかとありますけれど、この後方のベッドというのはどういう文脈で使っていたんでしょうか。例えば救急部門というのが病院の中に別個に存在していて、その部門で救急患者さんを入れている病院もありますし、病院全体としては特にそういうものを設営せずに、女性が来たらここに入れる、男性が来たらここへ入れる、小児が来たらここへ入れるという形でなるべくベッドをあけておいて、その中で利用しようというようなところもある。いずれにしても行政に対しては「本日の救急専用ベッドは5床あります」という形で補助金などの流れにきちっと乗っていくようなことがありますけれども。ここに書いてある後方ベッドが満床なのかというのは、救急専用ベッドはあるけれども後方のベッドが満杯なので救急専用ベッドが使えないという意味では、この前段の救急専用ベッドが満床なのかというのと、何がどうあってAなのかBなのかという議論になったのか、教えていただけますか。

【事務局】 説明をさせていただきます。資料3の5枚目をあけていただければと思います。この後方ベッドという文脈をどうとらえるかということよりも、そもそもベッド満床という形で断ったというのが一定数出てきたわけでございます。ベッド満床だけではよく風景がわからないという文脈の中でそういうご発言があったところです。要するに救急のベッドが足りないということなのか、それとも病院全体で足りないんだという話なのか、あるいは一たん引き取って持ったにしても、病院の中で各科に入院させてくれという話を持っていくとき、非常に困難な状況であると。その患者さんの症状を見てということだろうと思いますが、患者さんの症状から察するに今対応できるベッドが、脳神経外科なら脳神経外科のベッドがあいていないといったようないろいろな風景があるだろうと。ベッド満床という1つの言葉でくくるのはなかなか難しいんじゃないかということでのご発言があったということです。

【座長】 肺炎の方がいて、以前どちらかの病院でレスピレーターを使ってようやくウィニングができて、自宅に帰っている。似たようなことが起こっているのもその方は多分、酸素療法だけではなくて人工呼吸器を使わなきゃいけないかもしれない。そういう状況であれば、強いてICUに入れなくてもいいし、ICUは今いっぱいだと。そうなれば、呼吸器科の病棟でナースステーションに一番近いお部屋、例えば2人部屋に時々レスピレーターをつけて使っていると。そんなところがいっぱいだというとき、これは一般病床が満床だということになるんですね、今の話でいけば。病院というのはもっとダイナミックに動いているんですよ。だから、後からまた議論が出るとは思いますけれども、どういうふうにして言葉で表現できるか、そういう病院の状況を言葉で示すことができるようになれば、病院長は医者じゃなくてもいいという話になるわけで。

その部分はここにさらりと書いてありますけれども、ベッドが満床といったとき、一体何が起きているのかということについて言葉で説明できるかできないかというところに、究極の病院医療のあり方について大事なところが入ってくるんですね。そのことを単に専用ベッドが満床なのか、また後方ベッドが満床なのかというフレーズで示そうとするところはかなり、言わんとしていることの深い内容に対する考察が行き届いた質問のように思えない。それで、今聞いているんですけど。先生もそれはわかっておられますよね。

【事務局】 実は先生の思っていることとそんなに意見自体は変わらないんだと思います。結局ベッド満床という1つの言葉だけで全部を把握しているようでは、やはり難しいでしょうということなんだろうと受けとめております。ただ、今日まさにその内容

をご議論いただきたいと思うんですが、特に消防側から見た風景として、電話の対応などでの調査の中でどこまでできるかと。

【座長】 まあ、良いのですが、患者さん相手に救急の専用ベッドを使いながら救急医療をやっているという中でいけば、言葉による表現をするのはむしろ行政の方たちのほうが得意なわけですから、言葉による表現については行政の方たちに一步先を行っていただいて、僕らのやっている内容を表現していただくことになるんじゃないかと僕は思いますよ。そこら辺が何となく寂しい感じがしますが。

その次のスタッフ不足というのは、処置困難という中でしばしば言われているのが、スタッフ不足といったとき、例えば整形外科のドクターが循環器科の患者さんかもしれない左肩の放散する痛みを訴えている中年の男性を診るとき、循環器内科の医者がいないという意味でのスタッフ不足という意味なんでしょうか。それとも、今手術をしていて、もう1人手術しなくてはならないけれども外科のドクターが足りないという意味なんですか。この処置困難について、今言ったみたいにスタッフ不足という中には限りなく、今度の事故調じゃございませんけれども、手をかけた途端に手錠がかかるんじゃないかということに関して、スタッフ不足ということを意味している可能性があるんだよねというのは処置困難の中で議論されましたよね。ここでは親委員会の中でどういう議論があって、スタッフ不足はハードの面なのかそれとも人なのかという、親委員会で一体何を議論したんだろうというのはわかりませんので、教えてもらえますか。

【事務局】 ここも、処置困難という1つの言葉だけではとらえ切れないだろうという文脈の中で出てきた発言でございます。資料6に移って今度の事務局案という説明をさらにさせていただきたいと思っておりますが、この時点では先ほどの資料3の5ページをコード化いたしましたのがこの資料ですので、ご覧いただければと思います。

先ほどありましたように、「手術中」「患者対応中」というものはここの5ページの3番目になりますね、「照会するも受入に至らなかった理由とその件数（延べ件数）」でございますが、「手術中、患者対応中」という項目は設定してございます。そして「専門外」というところも設定してございます。ただ、処置困難という言葉は非常に範囲が広過ぎて、この処置困難に何が入っているのか、どこまで詳細にやっても見えない部分はあると思いますが、非常に見えづらいということでのご指摘をいただいたところでございます。

【座長】 何かございますか。僕ばかり聞いて。

うまくいっている地域と平均的な地域と、うまくいっていない地域とありますけれども、

よい子、悪い子、普通の子ではございませんが、平均的な地域があるというふうに思う理由は何なんですか。僕はこの救急医療に関しては、地場産業というか地域地域の状況が色々あるので、平均的な地域という言い方で何が示されるのかわからないんですよ。だから平均的な地域というのは一体何を言うんだろうかと前々から思っていたんですね。厚生労働省さんたちが標準的なことを示せば、あとは地域のやり方に従ってと言うんですけれど、その標準的、またここで言う平均的というのはどういう意味なんだろうかね、この救急医療に関して。

【事務局】 これは、どちらかというと医療従事者というよりも色々な風景があるんだという話を聞いたとき、一体どういうふうに、一応都市部とか農村部とかそういう分け方ができるかどうかはまだわかりませんがカテゴライズして、こういう風景なんですと示せるようなものがあると非常に理解がしやすいというご意見だったと認識しております。その平均という言葉そのものには、先生がおっしゃるような「これがスタンダードだ」というような認識、主張というよりも、風景が見えにくいので見やすく、何らかカテゴライズできるならしてほしいということでのご発言だと認識しております。

【座長】 それは、地域から上がってきた人たちにそういうことを投げるといことなんですか。例えばMC協議会も、みんなで集まってくるのでようやく自分の位置づけがわかるという話ですよ。みんなを集めてきているのは、まさに総務省であつたり厚生労働省だったりするんじゃないんですか。

【事務局】 ちょっとそこは補足で。親会のほうでここで委員から意見があつたのは、資料5で後で搬送実態調査のことをまたご説明しようと思うんですけれども、いわゆる選定困難事案を調べたんですけれども、県で区分したわけですけど相当数字に違いがあると。都市部問題ではないかという地域的な傾向、まあ、ラフなあれですけどそういうご報告をした際に、委員さんの中では救急医療は大変だと聞いていたので全国どこでも大変なのかと思っていたと。ただ本当に大変なところと、そうでないところがあるらしいと。この中でこれをご発言された方は、うまくいっていないところですね、大都市部で、何が原因で選定困難が生じているのかということが、全国的な平均な数字でなくて地域の風景みたいなものがわかってくと我々も理解しやすいと。逆に言うと、うまくいっているところがあればそういうところを教えてほしいというようなことをおっしゃっていて。平均的なものを示してほしいというところにはむしろウエートはなくて、全体を十把一からげに議論するんじゃなくて、いいところ、悪いところ、どういう特徴があつてうまくい

っているのか、うまくいっていないのかということがわかると、これから議論がしやすいんじゃないかと。そんなご趣旨だったと思います。

【座長】 うまくいっているところというのは、その発言者にとってはイメージがあるんですね。

【事務局】 私どものご報告で、選定困難ということだけで見れば地方は、要するに1回か2回でほとんど決まっているんですね、病院選定で行き先が決まっていると。そんなに10個も20個もないわけで。それを見ると、うまくいっているように見えるというか。病院選定という面で見ると、悩みがないというか困っていないところは、何でそうなのかということも、もう少し背景情報があれば理解しやすいというご趣旨だったと思います。

【座長】 定性的にはわかりますよね。ついにその病院がなくなったというふうにしてすべての矛盾がバンと出るだけですから。ね、先生。

その発言者がどういう意図でこういう発言をしたのかよくわからないので、お聞きしました。多分物事がよくわかっていない可能性もありますよね。

【事務局】 その方は全然医療の専門家ではなくて、法律の方なんですけれど。

【座長】 まあ、適宜上手にうまく説明してあげてください。

ここまでで、私たちがやらなくちゃいけなさそうなことについてのご説明をいただきました。ついでにどんな議論だったのか聞いて先へ進みたいと思いましたので、お聞きしました。

一番下の定期的にかかっている方というのは、これはもともとの病気があっていよいよ悪くなったというときに救急搬送する場合もあるし、病気が同じ程度に進行していたんだけど、医者になんか行っていないという人が急にという、例の産科のときの最初の事例みたいな、ああいうイメージでいいんですよね、これは。

【事務局】 産科のかかりつけもあると思いますけれど、かかりつけ医なしで、検診を受けていなくていきなり飛び込み出産みたいなんですね。産科でもあるし、普通の救急でも。

【座長】 そのイメージなんですね。

【事務局】 ええ、そういうイメージです。

【委員】 それとプラス、かかっているにもかかわらずその医療機関との連絡がとれないとかそういう問題もあり得ますよね。現実には産科でもそういうことが起きているので、かかっている人が必ず診てもらっているところで診てもらえるかどうかということも、も

しかすると問題なのかもしれないと思いますね。

【座長】 というふうなことがあって。この2のほう、搬送と受入医療体制の実態に関する調査を詳細にという話は、事務局としてのたたき台的な案をここでお示しいただいたほうがよろしいですね。それは資料5と、さっきのお話の資料6ということになるんですね。では、一緒にお願いします。

【事務局】 ご説明させていただきます。資料5と資料6をお手元にご準備ください。資料5は、救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査ということで、昨年行ったものになります。これを横目で見ながら資料6をご覧くださいければと思います。

簡単に資料5からご説明させていただきたいと思います。

1枚目おめくりいただきまして2枚目でございます。この調査は、一番下の星マークのところにございますけれども、全体の総搬送人員492万人の約2割に当たる95万人を調査したということでございます。調査対象といたしましては重症以上の傷病者、産科・周産期傷病者、小児というくくりがあり、それとは別に救命救急センターに運ばれた傷病者をそれぞれ調べたということになります。

3枚目でございます。重症以上のところに限ってご説明させていただこうと思いますが、1回の照会で決まったのが84.0%、2回から3回まで含めると96%近くは1回から3回で決まっているということですが、パーセンテージはともかくにしても、それ以上の回数をもってしても決まらなかったものが数として相当数あると。11回以上やっても決まらなかったのが、1,000件以上あるということでございます。

4枚目でございます。回数はともかく現場滞在時間がどれくらいだったかということですが、30分未満で大体96%決まっていると。それをよしという意見はあるかもしれませんが、30分以上も決まらなかったのが残りであるという実態が明らかになったところです。

そして各地域にばらつきがあるといったことは、時間の関係上割愛させていただきます、最後の12枚目をご覧くださいければと思います。

この調査でわかったことの1つとして、全体の風景ですが、三次医療機関における受入に至らなかった理由というのを見てみますと、ベッド満床や手術中・患者対応中が多いと。要は診られるんだけど、ちょっと診たいんだけど今大変なんだと、今ちょっと手があいていないというような風景なんだろうと。一方、二次以下の医療機関を見てみますと、処置困難というのが多いという風景が明らかになったということでございます。

こういった調査をやってきたということですが、先ほどの資料3の5ページのところにも立ち返るのですけれども、まだまだわからないところが多いと。先ほど座長から処置困難といっても色々あると、ベッド満床といっても色々病院の背景があるんだということがありまして、高度化推進検討会の委員におかれまして、もう少し詳細をとらまえることができないかと。先生たちが当然だと思っているようなことをきちんとデータとして上げてくるには、風景をとらえるにはこの受入状況ということでもう少しとらえるやり方があるんじゃないかと。で、前回調査の深掘りをしてはどうかということで、資料6に移るわけでございます。

資料6をお手元にご準備ください。

新たに調査をまた今年度も行いたいと考えておりまして、調査対象期間は平成20年10月中旬から1カ月程度、あるいは2週間程度で大丈夫だということであれば、そういったことで調査をしたいと考えております。

調査対象でございますけれども、全搬送事案という形で、前回の調査では重症以上に限ったわけでございますが、そういった重症度分類も加えた上での全搬送事案をやりたいと。そして産科・周産期、小児傷病者、そして(4)は「等」を消していただければと思いますが、救命救急センターの搬送事案を調査対象にしたいと。

調査項目としましては、搬送人員ですとか、医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数ですとか、現場滞在時間区分ごとの件数、受入に至らなかった理由ごとの件数、照会回数11回以上の事案における受入に至らなかった理由等、救命救急センターにおける救急搬送の受入状況といった調査項目にしたいと考えております。この調査項目については、後ほど詳細をご説明させていただきます。

そして詳細調査の内容。前回からすると特に6点が充実したかと考えておりまして、ベッド満床のところをさらに深掘り、処置困難のところをさらに4区分して内容を見てみると。そして既往症、傷病種別、傷病者の背景、発生場所といった調査をしたらどうかと考えているところでございます。

この資料6の構成をまず全部、ご説明を先にさせていただきたいと思います。

1枚目をおめくりください。様式1となっておりますが、これが全事案調査（重症以上傷病者含む）ということで、全事案について、この重症分類を含めた形で把握したらどうかと思っている調査票になります。

右肩に「市町村用」と書いておりますが、これを各市町村の消防本部に書いていただき

まして、最終的には都道府県に集計をしていただき、そして消防庁で全国的な集計を行うというイメージでの調査票になります。

1枚目おめくりください。こちらが全事案調査の、一番左上のところが見にくくなっておりますが、「受入照会回数が11回以上」ということでの調査項目でございます。これは事案番号という形で1、2、3、4、5と出ておりますが、11回以上選定にかかったものについては、各1件1件の事案ごとをデータとしてとっていきたいということでございます。

おめくりいただければと思います。様式2となっております。これは産科・周産期傷病者用ということで、出させていたいております。

そしてもう1枚おめくりください。同じような調査票になっておりますが、小児傷病者用ということでご準備しております。

もう1枚おめくりいただきますと様式2～3-2で、産科・周産期傷病者用、小児傷病者用という形で、こちらも受入照会回数が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ということで、これは数を集計というよりも事案番号という形で1件1件を挙げてもらおうということでの調査票になっております。

もう1枚おめくりいただければと思います。これはどこに運ばれたかということで、救命救急センターに運ばれたものをとらめるための様式4でございます。

そしてもう1枚おめくりいただきますと、これも同じく11回以上のものを救命救急センター分についてもとらえていこうと。

そして最後、これがこれまでとちょっと違う票になっておりますが、これは救命救急センター別という形で、どういう状況があったのかと。受入状況、照会数、受入数といったものが出ておりますけれども、これは医療機関という切り口でデータをとってはどうかという調査票でございます。

もう1枚おめくりいただければと思いますが、ここからは統計、調査票を考えていく上での参考資料でございます。これは我々どもが行っている現況調査からご呈示させていただいているものでございますが、今消防で行っているデータとしては、分類項目としては循環器系から始まっておりますが、こういう分類で行っておりますということをご呈示するためにこの資料をつけております。この中でICDというWHOからの国際分類ということで、International statistical classification of disease and related health problemということになりますが、先生方の中ではDPCという支払いの中でも若干使われ

ている分類になりますし、統計的には人口動態統計ですとか患者調査の中でも使われている分類をベースに、ベースといいますか章立てのところを使っているということになります。

1枚おめくりいただきますと、このICDの内容も入った形での参考資料になりますが、厚生労働省での患者調査で使われております大分類を、ご議論のための参考資料としてつけさせていただいております。

では改めまして、また資料6の詳細をご説明させていただきたいと思います。

様式1をあけていただければと思います。これは数を書いていただくタイプのものになりますが、上からご説明させていただきたいと思います。

1つ目といたしまして、医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数という形で、重症以上、中等症、軽症でどのくらい回数照会を行ったかという数を書いていただきたいという調査票でございます。

そして2つ目は、現場滞在時間区分ごとの件数でございます。

3つ目でございますが、照会するも受入に至らなかった理由と件数を、延べ件数で書いていただきたいという調査票でございます。手術中、患者対応中という回答があったものは、この「手術中」「患者対応中」ということで書きたいと。ベッド満床で無理ですよという話があったときには、それはどんなベットなんですかと聞くことによって、全くわからなければその他になると思いますが、救急専用のベットがなかったのか、あるいは特定の特殊なICU、CCUなどがなかったのか、一般病床がなかったということであればその件数を、わからないということであればその他になると。

処置困難というお話があった場合にどうかということでございますが、二次医療機関のような場合だと、先ほど座長のおっしゃったように専門外で処置困難というのは右のほうの「専門外」というところにカウントしていただきたいと。そして4区分に分けておりますが、1つ目の区分といたしまして設備・資器材が不足していた、要はハードが足りなかったと。手術スタッフ等の不足というところには、ナースですとか技師さんがいなかったということでの件数を挙げていただきたいと。3つ目といたしましては高次医療機関での対応ということで、当該医療機関では技術的に対応が無理だったと。ですので、1つ目からいきますとハードが厳しい、2つ目はスタッフの量が厳しい、3つ目はスキルが厳しいということで分けていければと思っております。そして「専門外」「医師不在」「初診だから」、あるいは「応答なし」は電話をしたけれども電話が繋がらなかった、そして「理

由不明」ということで分けております。

1枚おめくりいただければと思います。様式1－2全事案調査という形で、11回以上選定医療機関が決まらなかったものにつきまして、事案番号が出ていますとおり、1件1件内容を聞いていきたいということでございまして、ここは非常に議論があるところかと思えます。深掘りをしていく内容でございます。

1つ目は事故の種別といたしまして、交通事故なのかあるいは自損行為なのかといったことも含めて、これはプルダウンで出てきまして選択をしていただきたいと。11回以上と言うけれども実際に受入照会回数はどれぐらいかかったのか、現場滞在時間はどのぐらいかかったのか、そして「手術中」「患者対応中」から始まりまして処置困難のところまでは、先ほどご説明したとおりでございます。「専門外」「医師不在」も先ほどのご説明どおりでございます。

右のほうの「傷病種別等」というところが非常にポイントになってまいりまして、まず年齢を聞こうと。これは各事案の集計ですので、その方が何歳だったのかを聞こうと。そして既往症、その方の背景に何があったのか、例えばこの中で出てきますとおり、消化器系の肝硬変があったとか、泌尿器系の慢性腎不全があったというような、断られるとき一番ポイントになった既往症を書いていただきたいと。既往症と書きますといろいろな既往症を持っている方が当然いらっしゃると思いますが、受入が困難になったポイントとなった既往症を書いていただきたいということで書いておりますので、1つ選んでいただくことになります。何もないければ何もないと、受入困難のキーになったような既往症はないということになると思います。

そして傷病種別でございます。これは先ほど11回以上というものの風景を見たときにその他が非常に多くなりましたというご説明をさせていただきましたが、この傷病種別をどこまで見るのかということになりますけれども、この資料の後ろから2枚目のところに分類項目という形で消防の統計のときに使われる分類を書いてありますが、循環器系から始まって消化器系、呼吸器系、精神系、感覚器系、泌尿器系、新生物、その他という形で分類項目、これは消防の方にはなじみが深い分類かと思えますけれども、その分類はその分類で1つ置いていて、外因性という形で例えば開放骨折がわかるような形で書いてはどうかと。そして薬物中毒、アルコール中毒といったものも付加して全体の傾向もわかりつつ、外因性というところももう少し深掘りできるようなデータを入れ、さらに薬物中毒やアルコール中毒といったものも入れてはどうかということで考えております。

その次は傷病程度でございますが、重症、中等度、軽症ということになります。

そして次が傷病者の背景。これは受入の選定困難のお話をいろいろ聞く中で、患者さんそのものの背景があるんだと。例えば要介護者ですとか、住所不定者ですとか、あるいはこの人はかかりつけ医がない一見さんなので、情報が少ないのでとりたくないといったことがわかるのではないかと。これもキーポイントになった背景というのを書いていただいてはどうかということで考えております。

そして時間帯。これも非常にキーワードでございまして、夜間なのかあるいはお昼なのかといったことを把握したいと。

そして発生場所でございますが、先ほどの老健施設などでの話、あるいは在宅での高齢者ではないかといったこともございましたので、「住居内」「老健施設等」「その他」という3区分でとってはどうかと。

そして最終的に行き着いた収容先区分といたしまして、一次、二次、三次ということをとってはどうかと考えております。

そして様式2、様式3、様式2～3－2までは、ほぼデータとしては一緒でございます。

様式4の救命救急センター用でございます。3つ目の「照会するも受入に至らなかった理由とその件数（延べ件数）」のところをご覧いただければと思いますが、これまで項目としまして「医師不在」というのを書いておりましたが、救命救急センターで医師不在というのはあり得ないということで、その調査項目は落とし、逆にこの症例は救命救急センター対象外だということで、最終的には救命救急センターに至った症例になるわけでございますけれども、至る前までにはそういう形で断られたような事案をとらえてはどうかということで、「救命救急センター対象外」という調査項目を新たにつけております。

そして様式4－2もそういう形で、他のところは他の調査と同じものを踏襲いたしまして、そして様式4－3だけが病院というまた違う切り口でデータを再集計するという形で調査票になっております。

以上が、今回さらに新たな調査として前年の調査を深掘りする、さらに救急というものの状況を、この調査だけで全部わかるものではないと思いますが、この受入医療機関選定困難というものの風景を客観的なデータをもってとらえたいということで、調査を行いたいと事務局で考えているもののたたき台でございます。

一番議論になる、おそらくこの様式1の部分あるいは様式1－2のところをメインとしてご議論いただければということで考えております。

以上でございます。よろしくお願いいたします。

【座長】 ありがとうございました。

最初に、あまり大した議論じゃないんですが、資料6の一番最後のICDの話ですけれども、ICDに基づいたということでそれはそれでいいんですけれども、ICDそのものは死亡のことがメインで出発している分類ですよ。この夏に有賀は診療録管理学会の学術大会というのを昭和大のキャンパスでやりますので。ちなみにICDは今イレブンバージョンアップがされようとしていますよね。このICDの話をあまり前面に出すと、普通のお医者さんやお医者さんに教わっている救急隊員の方たちは多分、普通の教科書とは違う分類なので、知っている人はわかるんですけれども、知っている人と初めて見る人の間のギャップは相当程度あるんですよ。僕も教えていますのでわかるんですけど。そういう意味ではあまりICD、ICDと言ってしまうとむっとすることが多いので、むしろ最初からこういう分類ですよ。で、横のほうにICDに準拠していますということで、少しICDを使っているけれども厚生省や総務省の人たちがわかりやすいような形でアレンジしてもいいんじゃないかなというのが僕の意見です。ICDにのっくと困るところに迷入していつてしまうことがありますので、ICDを出せばWHOが出てくるので、おまえら言うこと聞くだろうと思っているのかもしれませんが、これはそういうことがあることを知っている人は知っていますから、よろしくお願いします。

【事務局】 あくまで参考資料でございます。逆にICDそのものでいきますと1万4,000程度の分類になりますので、それをつけてくださいという話になると逆に全然わからないことになると思いますので、あくまでも参考と。

【座長】 診療録管理士もそれで苦労していますから。

【事務局】 そういうことでご覧ください。

【座長】 では実質的な議論に入りますが、資料6はそのままたたき台でよろしいんですよ。ですから、これを見ながらどうかということで行きたいと思います。

【委員】 この調査の目的は、やはり地域の救急医療現場の状況を改善することが最終的な目的ですよ。この調査を行うのは実際には各消防本部で、消防本部で全部入力をして提出してくれということですよ。ということは、消防の救急隊の人たちが受入を医療機関と交渉するとき、何で受けないんだということをこの全部を確認できるまで聞いて、その上で「じゃあ、すみませんでした。仕方ありません」といって電話を切ることを繰り返して調査せよということですね。

【事務局】　　いいえ、そこはもちろん消防からの情報からしか我々とはとれませんので、消防機関がどういうやりとりをしているかということですから、今おっしゃった根掘り葉掘り聞かなければ全部分類できないかもしれません、まじめにやろうとしたら。ただそれは不可能だと思うんですね。実際は急いでやっていますので。

【委員】　　ですから要するに調査の質の問題で、調査の質を高めようとしたら今のようなことをしなきゃならない。だけど救急の現場で医療機関との微妙な人間関係もありながらやっているところですから、その中で聞けることは限られていると。そうすると、結局その他になっちゃうんじゃないかというのをおそれるんですね。

それで私が思いますのは、要するに病院が何と言って断ったのかというのが問題で、それでみんな「ああそうですか」と言って電話を切って、また次に回っているというのが現実だと思うので、病院が何と言って断ったか、その言葉が問題なんだと思うんですよ。だから、たくさんのその他があるのは、それがあまりにもたくさんいろいろなことがあるからなんです、その生の言葉が救急隊の記録の中に、多分最初の一次記録には残っているのかもしれませんが、それを集計するという作業をしない限り、救急隊と医療機関の間で何が問題になっているのか、どういうコミュニケーションが行われているのかという実態はわからないと思うんですね。

だから、この調査をやると今言ったような負担がものすごく救急隊にかかるだろうというのが1つあるのと、それで実際に集計したものによって何がわかるんだかよくわからないと思います。要するに消防本部にとって知りたいのは、やりたいことは、救急搬送がうまくいくように医療機関との間の情報連携をうまくしたいということだと思うので、そのためであれば私は、どこの病院が何と言って断ったかという統計をとればいいんだと思うんですけどね。

【座長】　　今のどの程度現場の状況に迫り得るかという話は、おそらくこれを365日やり続けると言ったら多分無理ですよ。だから最初言われたように統計のプロの方が入って、最初のページに「統計学的にどうか」と書いてあるじゃないですか、2週間程度云々。だから3日間だけやれと言え、おそらく詳細な電話のやりとりを紙の上に落とし、そして報告することもあながち無理じゃないだろうと。10月の中旬から1カ月を予定と書いてありますが、これはどのぐらい集まるとどのぐらいの分析に耐えて、そして今後の議論がいけそうかというそこら辺はどうなっているんですか。ちょっと教えてください。

【事務局】 そこら辺はというと非常に、なかなか簡単に申し上げるのは難しいんですが。先ほど申し上げました昨年の調査になりますが、資料5をご準備いただければと思いますけれど、この注釈の一番下に総救急搬送人員数となっておりますけれども、総数を見ると約500万件の搬送があるわけですし、これを12で割ると、ざっとでございますが1カ月やっても全部把握すれば40万件ぐらい出てくるといえると思います。これをベースにすれば、40万と言えば相当数ですので、全体把握であれば幾らでもできると思うんですが、ただ非常にまれな案件、要は11回以上転院搬送にかかったといったようなもの、どんどんおめくりいただいたものは1年ということでの想定数ですので、これを12分の1にしていいただければと思うんですが、例えば3枚目の産科・周産期傷病者の11回以上を見ますと53件ということになっていますので、これを単純に12で割りますと4とかそういう値になるので、それでどこまでわかるのかというところは、どこに軸足を置くかということになってくるんだと思います。

ただ、実際に記録を1年全部探れということではなく、前向きに詳細調査をやるんだということで今回集めますので、しかも消防ですのでその期間はしっかり調査ということで偏りはないことになりますので、その辺負担感と実現可能性なんかも考えると、1カ月あるいは2週間程度でも相当数が上がるのでいいのかなと。

【委員】 その数の問題なんですけれども、1つの調査をするとき、特に救急の場合は曜日によるゆがみというのが当然発生してきますので、期間が短ければいいというものでもおそろくないんですね。ですから例えば1週間とると、たまたま祭日が1日あるとかなり状態が変わってきてしまうので、普通の考え方というと年末年始、ゴールデンウィークを挟まない普通の1カ月をどこかとるとというのが、やり方としてはまず妥当だろうと思います。

それからもう1つは悉皆調査なので、一応その間の人は全部とると。悉皆調査というのは、基本的には統計学的というのは必要ないんですね。母集団を推計するために統計検定するので、全部とるのであれば統計も何も全部超えた話になってしまうので、要はゆがまないような日のとり方でとると。それでも普通の統計手法というのは大体千単位とか数千単位のをやるためにつくられている手法なので、これが何十万となってくると、全体の集計としたらそんなにゆがみはおそらく発生しないだろうと思います。

それからもう1つ、個々の事例を見ると、そうは言いながら40何万件で病院がどうなったかというのを見て、パブリックコメントとして発信することはまず不可能ですから、

とりあえず数字になるところは抑えると。で、先ほどいったように今は11回とかありますけれど、そこの線引きを10回にするか9回にするかは別になるんですけれども、そこは適当な数になるところで、細かく見る形で分けていくのが多分現実的かなと、今聞いていて思ったところなんですけれども。

【座長】 そうすると、2週間でもいいというわけですね、要するに。おそらく。

【委員】 そうですね。ただ現場の負担感と祭日とかの入り方を見ると、まあ、ほんとうは長いほうがいいので、この場合は1カ月ぐらいのほうがいいかなという気がします。それはもう、そんなに大きくは変わらないと思うんですけれども。というところに多分なるかと思います。

【座長】 その他というところがおそらく、かなり増える可能性が高いですよ。だって、微に入り細に入り、どうしてですかとこれに丸をつけながら電話をしていたら、多分病院は怒り出しますよね。そういうことを考えると、今ご意見があったみたいに単純にやりとりを日記風にしたって別にいいのかもしれない。ただ、日記風にしちゃうと、今度は統計処理するときはどういうふうを考えるのかというところで難しくなるのね。

【委員】 ですから、末端でそれぞれの部署で分類してもらうのか、それともデータを集めたところで分類し、セントラルで統一の基準で分類し直すのか、どういう調査の戦略を考えるかということだと思います。

【座長】 ざっと見て、救急隊の方からすると、例えば様式1の「照会するも受入に至らなかった理由」というところで、重症以上だと何件、これが何件と出るわけなんですけれども、これって救急隊が決められることなんですか。ベッド満床と言われたって、「先生のところは救急ベッドが満床なんですか」とか「集中治療病床が満床なんですか」って尋ねても、「この患者にとって適切な病床がないと言っているだけだ」、ガチャンと切ればそれで終わりですよ。だから、救急隊員の方たちは地元の諸々の事情を知っていますから、そういう意味では「ベッドがないんだよ。何とかならないかな」、「他を当たってからもう1回当たってくれよ」とか言われてから、5分間の間に他を当たって、「先生、やっぱり」というと、今度は「よし、来い」と。こういう景色じゃないかと思うんですよ、アクティビティーから見れば。そこら辺の機微、情の機微が入っているということを含めて……。

これ、救急隊の方はどう思われますか。意見を1個ずつ言ってください。

【委員】 かなり難しいですね。

姫路市の場合いろいろな問題がありまして、受入照会マニュアルを作り、前の項目で国

が統計しているのでこちらから問い合わせたとき、この中の項目で返事をくださいという形で各救急告示医療機関を回らせてもらったわけです。それをまた再度細かく分けた形で返事をもらわなければならない形になりますので、また説明が必要になりますし、かなり難しいというところと、受けられない理由が複合している場合が結構あるんです。例えばベッドも満床だし、処置も困難であるというような場合もあります。その場合はどう入れるんだろうということも出てきます。当然これは救急隊の交渉の中で、これを問い合わせていけば時間がかかるだけなので、余計搬送先が決まるのに時間がかかってしまいますからできませんので、別の機会にまた問い合わせるということになればそれもまた手間になりますので、大変難しいと思います。

【事務局】 そのこの手間の話は我々も、今の通常のやりとりの中でわかる情報で答えていただくというのが大原則で、緊急のやりとりをしているわけなので、「ベッドといってもどこですか」なんてことを改めて聞かなければ答えられないみたいなやりとりを付加していただくことは考えていないんです。今の通常のやりとりの中でわかるもの、消防のほうでつけていただくようなことを回答していただきたい。

ただ、我々が思ったのは、厚生労働省さんとまたきっちり話し合わなければいけないんですけれど、両方の連携の調査ですので、できれば厚生労働省から医療機関に文書なり何なりやって、こういう調査があるので断るときにももうちょっと詳しく答えていただきたいというようなことを医療機関サイドにもお願いしていただければいい姿が、正確なものに近づけられるんじゃないかと。

あと、調査は10月ぐらいになると思うんですけれど、調査する前にいきなりやるのではなくて周知期間というか、お互い消防機関と医療機関の心の準備も必要でしょうから、そういうやり方で何とかできないかということなんですけれど。原則として、特別な操作をこの救急のやりとりの中でつけ加えることは考えていないと。今の普通のやりとりの中で拾えるものということでございます。

【座長】 だから、そうなるほとんど「その他」になるんじゃないかと心配しているということが、今あるということですよ。

ほかにはいかがでしょうか。

【委員】 今皆さんがおっしゃったように、この調査で特別に負荷がかかって、消防救急隊員の現場滞在時間が長くなるということについては、今のお話では通常のやりとりというお話がございましたが、そうなる今までやった調査と比べてどこまで精度が上が

ってくるかということは若干心配しております。

それとちょっとお聞きするんですけど、今までのやり方と若干違うということで、例えば10月なら10月の1カ月と。これは来年度以降もまた継続して定期的にやられるというお考えなんですか。

【事務局】 来年以降のことはその結果次第で、必要なものかどうかはわからない、それを見てということになると思いますけれども。ただ、今年3月にやったものは期間を限らず年間の調査なので、それはまたどうなっているかというのは国民の関心も高いと思うので、全体の調査というのはまた年明けの3月ぐらいにお願いすることになると思うんですけど。この期間を区切ったもうちょっと深掘りというのは毎年やるのかどうかは、その結果を見て判断するというところで今考えています。

【座長】 これそのものがどういうフルーツを産むのかという話もありますよね。その他ばかりだったらやっぱり進まないわけで。

個人的にはもうちょっと、例えばさっきの平均的じゃございませんが、都市部1箇所と農村地帯とか田園風景の広がる場所での消防本部1箇所ぐらいをやってみて、どんなふうになるのか考えてから全体に広めるという手もあるのかなとは思いますが。

お隣はいかがですか。

【委員】 直接救急と医療機関との兼ね合いで、私たちの町も11月に多発外傷の患者について1時間ぐらいかかってしまっていて搬送しているということで、全国的な記事になったわけでございますけれども。それ以降は正直なところ先ほど、良い地域と悪い地域という話もございましたけれども、うちの事故でたらい回しの要素があったのは、たまたまそういった状況が今まではほんとうにあり得なかったですし、その後は地元医師会と話し合いをしながら各二次病院の先生方と話を詰めて、輪番制をとっておりますので、積極的に収容していただいている環境にはなっているんですよ。

ですが、こういった統計上の細かい点の調査になりますと、うちのほうは指令課というところで病院手配等をしている、市町村の救急体制なんですけれども、救急隊が直接交渉することは、先生から要望がない限り会話はしないようにしておりまして、病院手配は指令課の職員が手配するんですが、細かい点のお話をするとせっかく地元地域の根強い先生方とのコミュニケーションというところで会話が若干ずれていしまい、環境が悪くなる場合も、やはり我々現場としては気になる部分でありまして。先ほど姫路の方もおっしゃったように、後日収容できない場合はどういった方法で収容できなかったかという追跡は、

できないことではないですけれども、簡単に言えば根掘り葉掘りあまりそちらの組織の運営を聞き立てるというのも、地域的にはなかなか調査の中では難しいのかなと思いつつ、ちょっとお話申し上げました。

【座長】 ありがとうございました。

東京と、周辺の仲間たちはこれを見てどういうふうに対応してくれるかということも含めて、まず東京から。

【委員】 東京ですと、1カ月に限っても5万から6万件あります。作業の負担だとかそういうことは、こういう場合言っちゃいけないんでしょうけれど、新たな調査項目で細部にわかることは非常にいいのかなと思います。ただ、事務局がおっしゃいましたように、細部にわたって聞くんじゃないんだよ、今までどおりだよというふうに行くと、前回の調査とあまりかわらない回答になってしまうかなという心配はあります。

それともう1つ、やはり医療機関側の話なので、厚生労働省から各医療機関にこういう調査を行うよということで、断り理由を端的に回答してねということをしていただけるとスムーズに行くと思うんですが。

【座長】 さっきの共通言語じゃないけれど、表を見てイの6番とか、ハの5番とか言いながらね。ホの4番とかいって、だからだめとかいって、「はい、わかりました」というぐらいの話でないと。いかがですか。

【委員】 私は二次救急病院をやっておりますけれども、やはり当直医の力量ということがありまして。なかなか外科系の当直医を探すだけでも困難なんですけれども、何とか探してきて頼んだとしても、その先生の専門外が来たとき、受けてくれる先生もいるけれど、現代は専門外だというところで色々クレームをつけられたりすることが多いので、それは専門外だと言って断る場合、専門外と言わずに今、既に救急車を受けていると、実際に軽い患者さんでも受けていたときには「ちょっと今受けていて手が離せない」「病棟で患者が急変している」とかいろいろな理由を言うわけですね。だから、ほんとうは当直医の力量を超えている患者だとか、忙しい中でそれだけ重傷者をとるのは難しいというか、本音を言えないところがあると思いますね。

それから、病院が一番忙しいのは冬場の1月、2月ごろで、特にインフルエンザがはやったりしますと相当ベッドは満床になってきますから、そうすると残り1床、2床、3床となってきたときに、長くなりそうな患者さんは何か理由をつけて断るようになりますね。もっとほんとうに急を要する若い患者さんとかが来るのに、長年寝たきりのようなおじい

ちゃん、おばあちゃんがインフルエンザから肺炎を併発しているという、どう見ても入ったら2カ月、3カ月いるというような患者さんは、やはり断らざるを得ないことがあると思います。

患者さんの傷病からいくと、大体何をどういう人が断られるかもうわかっていると思いますね。それは透析をやっている患者さんが透析をやらなきゃいけないというわけじゃなくて、透析をやっている患者さんが何かおかしくなったというときですね。それから、開放骨折は入っていましたからいいと思いますけれど、精神的な異常を伴った薬物中毒、あるいは薬物中毒に関係なく精神病の既往がある、現在治療中はもちろん過去に精神病があったというだけでも当直医は断ることが多いですね。病棟の看護師さんはやはり夜暴れられるようなことがあると非常に困りまして、それを非常におそれますからね。

あとはブラックリストと我々は言っていますけれど、過去に入院したんだけど暴力行為があった、暴言があったとか、過去に入院してお金をまだ払っていない、未払い、未収という患者さんが結構いますけれどね。認知症があって、もう寝たきりみたいな認知症だったらいいんですけれど、ちょっと歩けるような不穏、異常行動をとるような認知症の患者さんは非常に嫌がりますね。それは医師も嫌がりますし、看護師も嫌がってとりません。そういうことで、一度あった患者さんはブラックリストとして表にして張ってあるんです。それで「患者さんの名前は何て言う方ですか。ああ、何々さんですね」、それはブラックリストですから断る。それがここに出てくるかどうかなんです。それから、やはりお金を払ってくれなさそうな外国人ですね。お金をどうしても払ってくれない、あるいは色々な問題がある外国の人ですね。それから東京は特に多いんですけれど、汚い浮浪者ですね。シラミがついているような浮浪者は結構多いですね。そういう患者さんは臭いがきついですから、時々ずっとほうっておかれて私もとるんですけれど、まずはお風呂に入れて洗ってからやるんですけれど、それでもなかなかにおいが取れないような患者さんを一般病室に入れなければならないんです。そうすると途端に病院の雰囲気が悪くなりますし、一般の患者さんが嫌がるわけですね。

今言ったような患者さんの条件として断る理由、それをあからさまに言うか、違う理由をつけて断るかだと思うんです。その真の理由がこのアンケートで出てくるかちょっと疑問ですね。

【座長】 先生、何かありますか。

【委員】 10月にやるというところが1つ、今もお話がありましたけど、一番ベッド

が混んでいるのは10月よりもう少し冬場のほうが多いですかね。相澤病院の去年のデータでは年間5,585の救急車を受けていますが、12月が518で、2月が391なんですよね。これだけ差がありますので、地域によって差もあるので、一番ベッドの混んでいる時期に、なかなか難しいと思うんですけどセッティングしないと、いい情報を得られないんじゃないかと。

【座長】 救急医療の話なので一番リスクなところを選んだほうがいいんじゃないかと。岡村先生が言われたのは平均的な医療の景色という意味では年末年始を外してというふうにおっしゃったんでしょうけれど、露骨に救急患者さんが迷惑をこうむるのは数が増えている時期ですよね。そういう意味ではそこら辺を設定するという話だって、別におかしくないんでしょ、テーマがテーマなので。

【委員】 目的によるんだと思うんです。一番繁忙期のところに合わせて実態を出すのか、それとも平均のところを出すのかということに多分なってくるかと思うんです。ただ年間の搬送件数の分布がわかっていると、全体の状況についてはそれである程度換算はできますから、基本的にはゆがみなくとるのが通常かなと。ただ逆に年末年始なんかが入っていると、それで1年間のことを考えてしまうと大丈夫かなという気が逆に出てきますので。

【座長】 これは少し事務局とお話しさせていただいたことがあるんですけども、一気に全国に行くというよりもどこか2カ所ぐらいで、例えば東京が2人いますので、東京が一肌脱ぐと。もう少し丁寧な質疑応答で、今言ったイロハのロとかマトリックスのどれという形で、そのマトリックスの中には委員がおっしゃったようなものも入れておいてもいいのかなという気もしないでもないんですけど、本音というか。その部分が、さっき僕が言ったコーディネーターがコーディネーションしなくちゃいけないところに、救急医療ではない部分の、例えば行路人の問題であったり、結核の問題であったりという周辺の諸問題の部分をコーディネートできることが必要なんじゃないかという話を東京都では議論していますといった次第なんですけれども。

例えば、そういう意味でやりとりの中で、芸能人が運ばれているとか、政治家が運ばれているとか、浮浪者が運ばれているというときに642とかやっているじゃないですか。あれは要するに単純に無線で暗号を使いながらやっているわけですよね。だからそういう、今委員がおっしゃったようなブラックリストの患者さんはこのマトリックスのどこというものがわかっていて、その状況で断っている。委員の病院がそれで断っているというよ

うな病院の個票を出す必要はないわけで、ブラックリストということで二次救急病院としてはかなり逡巡しているよと。最終的にはブラックリストの患者さんはどこかに運ばれたかわかるわけですから。さすがに東京消防庁が公園に捨てるようなことはしませんから、どこかに行くわけですね。

そういうことでちょっと前段のことをやってみないと、一気にダンとやっても、このままだと去年と同じことになってしまうかもしれませんね。

【事務局】 我々も全国でやるのか、地域を選ぶのかちょっと議論したんですけれども、例えば去年実態調査をやりましたので、ここで都市部に多いということがありますし、どの県というのも数字的にはあるので、例えば10県でというのもあったんですけれども、全国でとしたのはそういうところを狙い撃ちみたいな格好になるとどうかということもあって、広く客観的にということだったんですけれども。きょうもいろいろご議論がありましたし、先行的にというか、特に問題があるところを挙げるということだと思いますけれども、うまい切り口がとれるのであれば、あるエリアである団体でということもあると思いますので、ちょっとそこもご議論いただければと思います。

【座長】 だから項目で、普通のふだんの仕事をしながら、例えばさっき言ったみたいに暗号マトリックスがお互いにあって、縦の4番、横のイロハのハとか言って、それで断りますというようなことが医療機関と救急隊で瞬時にできるような背景があれば、うまくいけそうだねというようなことがあれば、それを使いながらやると。数が一定のところに限られるのであれば、その他の事項で本当のやりとりですね。つまりブラックリストのことを本当は何と言って表現しているのかという話だって、本当のやりとりを書き込んでいけば多分出てくると思うんですね。委員のところは多分ブラックリストと言っているかもしれませんが、他の病院だと「その患者さんについては色々ございましたので」とか言って、私たちの病院とは正常な医療者と患者との関係が構築できないことがわかっていますので、他を当たってくださいと。こういう言い方だってありますよね。それは金を払わないといってそう言うのかもしれませんが、暴れるからだというのかもしれませんが、看護婦さんが殴られたからとか、いろいろあると思うんですよ。だから患者と医療者との人間関係が構築できませんのでお断りさせていただきますというふうなやりとりなんだけど、実は縦と横のマトリックスでブラックリストと。

【委員】 1つ言わせていただきたいんですけれども、90日ルールで90日過ぎると丸めになってしまうので、病院としては収入が減るものですから、その辺があってやっ

ってもらった患者さんが3カ月でリセットされる前に来られると、そういう理由で断るといのは言いづらいですから、何か違う理由をつけて断っていることが多いですね。

【座長】 　　というふうなことが、わかったほうがいいんですよ、もう二次救急病院がここまで瀬戸際に来ていますので、徳俵から割らないにはどうするかと言えば、そういうこともやっているということもあります。先生、それでいいんですよ。

先生のところでやると、例えば松本市の患者さんの多くが先生のところに運ばれますよね。だからそういう意味ではバイアスがかかるんですよ、先生のところでやると。

【委員】 　　1つも断りません。全部オーケーです。

だから病院側で何とか、病院で書いてもらうというわけにはいかないんですかね。とてもその場では、先ほどのお話じゃないけど。

【座長】 　　実は断った患者さんのデータをどのような形で病院でもってきちんと整理できるかというのは、ある二次救急病院の救急医療を将来いい病院にしていくために大事なことじゃないですか。多分、先生のところはそういうようなことをしながらやってきているはずですよ。

先生のところでとることができるのは、先生の後ろへ流すことができるからですよ。だからそれは地域医療としてそういうことをやっている。だから、単純に先生のところにERがあるからという問題ではないんですよ。

そういう地域地域の状況があるので、例えば東京あたりで今言ったようなマトリックスみたいなことも含めて、ちょっとトライアルをどこかでやって、それでもってうまくいったらもう少し広げると。問題のあるワースト10でもいいと思いますし、そのほうがいいんじゃないですか。バイアスがかかったって何だって、今言ったみたいに地域で本当に上手にいつているところは、うまくいつているなりの理由を聞けば。これはうまくいついていない理由を聞こうとしているわけですから。だからうまくいつているところはうまくいつているところで、いろいろ聞いたってもちろん構わないわけで、それはそれで別途考えることにして、東京とか大阪とか比較的厳しいところが出たわけで、そういうところが10回以上とかいうのが出てくるわけで。

【座長】 　　だからそういう意味ではこのたたき台のための前段の、練習台としての地域として東京消防庁を選べば、国民の10分の1は東京に住んでいるわけですよ。それでどうしても東京だけで云々かんぬん言われるなら23区と多摩地区を分けてもいいですし、八王子とか檜原村を一緒にして、こっちの江東区と江戸川区のデータをとって、それでも

って田舎とこっちを比べるという話だって、やってやれないことはないですよ。

【委員】 そうですね、やり方についてはいろいろな方法があると思います。

【委員】 もう既に大体わかっていると思うんですね。特に東京消防庁はたくさん搬送していますから、救急隊の皆さんにアンケートをとってどういう患者さんが断られるのかと聞いて、そうすれば大体結果は見えてくるとは思いますけど。少なくとも都会型の断られ方はどうかということは見えてくる。それを確認するためにやるような形なのかなと思います。それを国民にほんとうに知らせるためには救急隊だけの意見ではちょっとまずいですから、それを確認するためのアンケート調査で、それを発表するというのがいいんじゃないかという気がしますけど。

【座長】 だから僕はマトリックスをつくるプロセスで、おそらく地域の医師会と1回は議論したほうがいいと思うんですね。だって医師会に調べられているよという話を知らせないと、「おとり捜査みたいなことをやっていたの、おまえら」ということになりますから。ですからそれは医師会にも、こんな話があるので早急にトライアルをやりたいと言って、東京都医師会と東京消防庁と僕らの代表選手のどなたかが説明に行って、お話をすると。そこら辺はわかっていることはわかっているけどそれを定量的にわかりたいという話であれば、委員が言われているように、あらかじめわかっているんだけど、じゃあ、どれぐらいなのかなと言われたとき、ブラックリストが金払わないやつは何倍あるかというのはわからないんですね。そういうことを考えればやる価値はあると思うので。

全国的にやってあまりせん方ない結果が出るよりは、ちょっと前段の練習をやって、その練習の結果を踏まえて少しアレンジしながら、全国の救急隊にとって楽な形で1カ月ぐらい展開すると。このぐらいのほうがいいんじゃないかという気がしますけど、だめですかね。

【事務局】 ちょっとやり方は東京消防庁さんのご了解も必要ですけども、代表選手ということでやるやり方も、あまり一挙にむだなことをやってもデータがとれないということであれば、方法としてあると思います。

ただ、今のお話で医療機関サイドの合意というか事前の打ち合わせみたいな形がないと、本音のところとか実際の姿が出てこないわけなので、そこは大丈夫なのかなという気がするんですが。

【座長】 だからそれこそ、ここにオブザーバーでおられる厚生労働省の方が、多少の一肌、二肌脱いであぐらと。僕がどういう立場かわかりませんが、私も東京都医師会の

会員ですので、そういう意味では東京都医師会としては、この程度のことを社団法人として日本国のために一肌脱げというような話は、私はあってもいいと思うんですよね。総務省の消防庁が主体的にやることは全く、それで引き続きやるということをお願いするとか、むしろここではやる主体だから、事務局がやると言えばやることになるんですけれども。

医療機関が断るわけですよね、医療機関に断られるわけですよね。だからその断られている状況を把握していることに関しては、「断っているあなたたちも知っていてね」ぐらいはないといけないわけですよね。だからそういうことで、少しまともなデータを得たいのということでは、今までと同じでは得られない。委員、そうですね。

【委員】 そうですね。

【座長】 同じでは得られない。だから、それでどうしようかという話ですから。ここは東京が2人いますので、とりあえず東京だけは何とか。委員も東京ですから、この際ちょっと。

【委員】 救急隊、消防は都単位で動いていますけれども、医師会は区単位で動いているからちょっと難しいですね。全部の区に知らしめるのは。

【座長】 だけど、やっているということと、こういうことで断るときには2週間はこの表を使ってくれという話は、場合によってはあってもいいのかもしれませんが。それをやらないと本当のことがわからないということは今わかったので、全国的にこれでいこうというにはちょっと、これでは大ざっぱ過ぎるということになりますので、これをベースにして、ほんとうの本音の断るところをサーベイするような質疑を盛り込んだ形で局所的にやらせていただいて。できるかどうかわかりませんが、それをもとにして先へ進むというほうがいいんじゃないかということを言っている。委員、それでいいんですよね。

【委員】 東京都がそれでほんとうにやっていただけるのであれば、それですばらしいと思うんですが。やはり現場のいろいろはあるだろうなとは感じますけどね。

【座長】 例えば個人的な関係で言えば、東久留米の消防本部に行って、「その昔、おれはこんなにたくさんやったんだぞ、少しは頑張れよ、おまえ」と言えばやってくれるかもしれませんよね。人間関係で言えば。

まあ、そういう感じなんですけれど、ちょっと僕たちに。

【事務局】 わかりました。今のご議論を踏まえて、事務局でまた考えてみたいと思います。

【座長】 もしそれで東京でやって、東京も全部じゃなくでごく一部でもいいんじゃないかという議論もあるんです。ほかでもありましたよね、確か。全体でやるんじゃないでここだけでやってみようとか。だからその方面本部だけでやってみるということも含めて、場合によってはちょっと東京と話をして、やってみていいんじゃないですかね。それでもって地方もやってみたらどうかという話になる。それで全国はどうかと。

【委員】 一般論の話に少しなるんですけれど、おそらく総務省から消防に行ったときの調査と比べて、例えばきょうは厚生労働省が来られていますけれども、厚生労働省から病院のほうに調査を落として、そんなに言ったから待ち構えて動いてくれるということは普通ちょっと考えがたいですよ。だから病院側にもし働きかけたとしても、結局一生懸命やってくれるところはパッパッとレスするんですけれど、一番問題のところは何も答えてくれないという状況が残りますから、まず総務省とかこちら主導でできるところはきっちと抑えておくということと、医師会と話をするときに「ご了承を」とやるといういろいろ入ってあれなので、もしやるなら「こういうことをやりますのでよろしく」というオプトアウトというかそういう形にしないと、おそらく運営することはできないのではないかと、現実的には考えます。

【座長】 じゃあ、そういうことでよろしいですね。少しまとめていただいて。

【座長】 まあ、筋書きどおりに展開しないことが時にはあると。でもいいじゃないですか、いいことをやるために少しぐらい。で、最後にダッシュかけて山を登ればいいわけ。登るべき山がどうもこんな形だということが大体わかってきたので、決まれば一気に6合目からピョンと行くことにしましょう。

で、この後どうなるか、事務局で。

【事務局】 どうもありがとうございました。

それでは本日の意見等、また事務局からメール等でお伺いすることもあろうかと思いますが、ご協力をお願いします。

今後の予定ですが、第2回の作業部会を9月4日に予定しております。詳細な時間、場所等につきましてはまた近々メール等でお知らせすることになるかと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは第1回の作業部会を以上で終了させていただきます。どうもありがとうございました。

—— 了 ——