

第4回

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会作業部会

議事録

I 日 時 平成21年9月29日(火) 16時00分～18時00分

II 場 所 銀座会議室三丁目会議室

III 出席者 有賀委員、田川氏（井上委員代理）、岩田委員、
玉作氏（金岡委員代理）、川平氏（金森委員代理）、
木村委員、齋藤委員、佐々木委員、森野委員、安田委員、
横田(順)委員、横田(裕)委員

IV 次 第

1 開会

2 議題

(1) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について

(2) その他

3 閉会

V 会議経過

事務局 それでは、定刻となりましたので、第4回傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会作業部会を開催させていただきます。本日の司会は救急企画室救急専門官の溝口が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日も有賀座長に以降の議事進行をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

座 長 では、早速始めたいと思います。お忙しい中、少し蒸し暑い気候ですが、お集まりいただきましてありがとうございます。

では、資料などを事務局からよろしくお願い申し上げます。

事務局 まず資料の確認をさせていただきます。お手元に資料をご準備ください。

まず一番上が次第でございます。座席表、作業部会の構成委員名簿が続きます。資料1といたしまして、横になっております作業部会資料1ということで、前回

までの主な意見が書き込まれた資料になります。資料2といたしまして、作業部会報告書（案）をつけさせていただいております。今回は参考資料ということで、金森委員提出資料ということで、大阪府の泉州医療圏における救急医療体制ということで、取り組みに関するスライドをちょうだいしております。そして、添付資料といたしまして第3回の議事録を添付させていただいております。この議事録につきましては、既に加筆修正等をいただいたものでございます。

そして、各委員の皆様限りということになりますが、「泉州地域における救急医療体制について（報告）」というものをお手元に配布させていただいております。これはまだ少し地域内での調整もあるということですので、委員限りでの配付とさせていただきます。以上が資料でございます。不足ございましたら、この時点で事務局までお申しつけいただければと思います。よろしくお願いいたします。

なお、ここで撮影は終了とさせていただきますので、カメラをお持ちの方には、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

座 長

では、実質的な議論に入りたいと思います。最初に忘れてしまうといけないので申し上げますが、作業部会として本日のこの会が大事な会になります。近々親会を予定されていることになっていて、そこに本日の議事でまとめという形で報告をしていきたいと思いますので、作業部会としての取りまとめは本日をもって…ということで、その後は事務局が頑張るという話になると思います。きょうを逃すと言いついてしまったということについて、次回に持ち越すことができない可能性が高いので、本日ぜひ実の多い議論で締めていきたいと思います。先生方にはどうぞよろしくお願いいたします。

では、資料が幾つかございますが、いずれにしても、まとめなくてはいけないのが資料2ということになるはずです。事務局から説明いただけますか。

それから、泉州保健医療協議会の医療部会からのものについて、これは議論の途中で場合によってはさせていただくかもしれない。それから、参考資料については議論の途中できつと出てくるだろうと、こういう話でいいのですよね。

資料1は今までの意見をサマライズしてくださっていますので、これは振り返りながら、ということになると思います。事務局、ご説明をお願いいたします。

事務局

資料の説明をさせていただきます。資料1と資料2を事務局から提出させていただきます。大阪の話は金森委員からの提出でございますので、適宜、本日は代理でご出席をいただいておりますが、川平委員代理よりご説明をいただければと思っております。

では、まず資料1から第3回の議論を改めて思い起こすという意味でご説明をさせていただきます。1ページ目をお願いいたします。大きく4つ分

類させていただいておりますが、1つはガイドライン全体についてということでございます。ガイドライン全体について、前回どのようなご指摘をいただいたかと申し上げますと、1つ目のポツですが、日常的な業務の流れや言葉を念頭にもう少しわかりやすく書かないといけないと。そして、2つ目のポツでございますが、地域の実情にあわせたルールが必要なのだと。ですので、具体的な例示は必ずそれをやらないといけないということではないのだと。混乱を招かないように書き方を工夫しないといけないというご指摘をいただいたところです。3つ目の点ですが、定期的な見直しが大事だということをどこかに盛り込むようにということとさせていただいております。そして、4つ目ですが、よりイメージがわくために実例といったものをいろいろ盛り込んでいくというのが一番ためになるのではないかとさせていただいております。

そして、2つ目の大きな丸ですが、分類基準についてということでございまして、緊急性・専門性・特殊性ということを1つの観点としてまとめさせていただいておりましたが、「専門性」という言葉は通常の救急医療システムから外れるという意味であり、医学的一般で使われる専門性と異なるということはゆめゆめわかるようにきちんと書くようにということでございました。

そして、救急性・専門性・特殊性というのは完全に分かれるものではなく、必ずオーバーラップするのだと。こういうオーバーラップする観点があるのだけでも、各都道府県でどの観点が重要かは異なってきますし、各観点についてどのようなアプローチをしているのか、どのような弱点があるかというのを再認識して分類基準を策定する必要があるというご指摘をいただいております。

そして、最後ですが、問題解決をするためにこういった自主基準をつくるので、解決できる課題についてきちんと医療機関をリストアップしていくことが重要なのだということがわかるような形にすべしというのをいただいております。

2ページ目をお願いいたします。

前回一番指摘をいただいた部分と認識しておりますが、調査・分析について、前は途中で書くのが力尽きたというような話でご指摘をいただきましたけれども、調査・分析こそが大事なのだと。どのような理由で収容困難な症例が発生しているのかをきちんと把握して、その上で実施基準を作成すべきということをきちんと書くべきだということ。

そして、このデータがなぜ大事かということのもう1つの観点として、時間的な意味でとにかく搬送困難を減少できればいいという話ではなくて、それで質も向上させないと、元も子もないということのご指摘をいただいております。

そして、その他でございますが、こういったいろいろな各地域での取り組みは全国のメディカルコントロール協議会連絡会などできちんと情報共有を図って、フィードバック作業をすることが重要であるということ。

そして、救急隊員が仮に実施基準に定めてあることしか判断しなくなるといったことのないよう、そういった喚起も重要であるといったご指摘をいただいております。

その上で、資料の2をごらんいただければと思います。

資料の2、まず目次でございます。目次をご覧いただければと思います。まだ、「はじめに」はございません。「はじめに」は最終的に報告書として親会で最終的にはつけていただくことになろうかなと思ひまして、「はじめに」のそのものはございません。もし、作業部会のほうで何か意見があるようであれば、「はじめに」にはこうしたらどうかという意見を本日はいただいてもいいかとは思っております。

その上で5つに分けております。消防法の改正についてと。どうしてこの消防法改正をしたのかということを1つ目にまとめまして、その上で2といたしまして、実施基準をまとめております。そして、そこまで実施基準を述べた後で協議会についてということで3つ目にまとめまして、4つ目に調査・分析、そして5つ目に都道府県間の調整というストーリーにしております。

1ページ目からでございます。消防法の改正について、特にこの背景のところを今回書き込ませていただきましたが、背景というところからでございますけれども、大きく4つの段落からできておりますけれども、1つ目の段落といたしましては、搬送困難事案というのが起きて社会問題化したのだということ。

そして、2つ目の段落でございますが、そういったことのためには、例えば救急医が少ない、勤務条件の改善など、構造的な問題解決が必要なだけでなく、とにかく当面は現状の医療資源を前提にどうにかしないといけないですよということを書いております。

そして、3段落目は、そういった事案が起きてはいるけれども、逆に近年の医療の進歩によって、とにかく早く適切な医療機関にアクセスできれば救命率の向上ですとか、擁護の改善に非常につながるということが背景として挙がっているということでまとめております。

2ページになりますが、4つ目の段落として、すなわち選定困難事案をどうにかしたいという話と、医学的観点から質の高い搬送を目指したいということを目指しているのだということでまとめております。

そして、2つ目で改正の内容でございますが、これは、まさに運用上のところをどうにかしていきたいということをねらっての法改正だということをご説明したいと思ひまして、改正の内容としましては、実施基準をつくっていくのだけれども、PDCAサイクルを回していくのだと。PDCAサイクル、よくいろいろなところで使われる言葉ではありますが、まさに今回の場合は現場を回すと、実務を回すということですので、あえてよく使われる言葉をここでもあえて使う

ということで出させていただいております、実施基準をつくと、それは現状を把握し、実施基準をつくと、そして実施基準を実行すると、そして、その実施基準の実施状況を調査・分析し、評価すると、そして改善、必要な意見具申を行っていくのだということをPDCAサイクルという形で改めて出させていただいております。

そして、3ページ目の一番下ですが、全体像がなかなか見えにくいというお話がありましたので、イメージとしては、この消防機関と医療機関がある中で、お互い協力して協議会をやるのだということ。そして、お互いデータを持ち寄って調査・分析をやるのだということ。それを持ち寄った上で実施基準を策定して、どうにか現場を回していくのだということ。そして、必要があれば意見具申を都道府県にやっていくのだという全体を俯瞰する図を3ページの下につけております。

その上で、4ページは消防法改正についてこれまでもずっと使ってきた図ですが、都道府県が責任を追って、協議会と実施基準をつくっていくのだということを、これはどちらかというと法律の文言に沿ってまとめた概要図をつけております。

そして、5ページには消防法改正の主たる部分を全文掲載させていただいております。

6ページは医療計画、いわゆる医療提供体制側の計画である医療計画の参考資料を載せているという構造にしております。

7ページ目をお願いいたします。

7ページ目が実施基準ということになりますが、実施基準は前回も申し上げましたけれども、中段のところが最も重要な点でございまして、これまではどちらかというと救急隊は適当な診療科に傷病者を観察して当てはめると、診療科に当てはめると。それで医療機関を選定してきたということがございますが、昨今、診療科に応じて傷病者を当てはめるということではなく、傷病者の症状等に応じて対応できる医療機関をあらかじめ整理しておくことが適切な傷病者の搬送及び受入れを実施していく上で重要であると。そのために、もう一度再整理をするのだということを書かせていただいております。この中には記載しておりませんが、例えばt-PA治療ということになった場合に、診療科ということにもはやとらわれませんで、脳神経外科なのか、あるいは循環器内科なのか、神経内科ということもございまして、そういう診療科ベースというよりも、傷病者のどの症状に対応できる医療機関なのかということをもとめていくことが必要だということで書かせていただいております。

そして、8ページでございまして。この分類基準が一番肝になるところだとは思っておりますが、観点は緊急性・専門性・特殊性はそのまま継続をさせていただ

いておりますが、9ページの上にありますように、時間的優先度が高い緊急性というものがある、緊急性には該当しないが専門性が高いというものがあり、特殊性というのは同じく緊急性には該当しないが、特殊な対応が救急のシステムの上では必要なものということでまとめさせていただいております。この辺のところは前回までのところを踏襲する形でまとめさせていただいております。

10ページ、11ページにはその具体的内容ということで、緊急性の中には重篤というもの。そして、(イ)が11ページの上に出てきますが、症状・病態などによって重症度・緊急度が高いということで整理されるものというものがありますねということで整理をしております。

前回までは、特に(イ)の後ろに具体例をたくさん挙げておりましたが、あまり直接の文の中に例示が挙がり過ぎると、それを必ずやらなければいけないということに見えてしまうということがありまして、具体的な例示はさらに後ろのほうに回しております。11ページの下3分の1のところでございますが、専門性ということでつなげて、一通り流れで読めるような形でしております。専門性といましては、妊産婦、そして小児ということで挙げております。

12ページ、下から3分の2のところですが、特殊性ということでまとめまして、特殊性の中には、前回でのご指摘もいただきまして、四肢の断裂ですとか、眼科疾患、目の疾患、そして鼻出血などもつけ加えております。

13ページの下線のところですが、地域においてどの医療機能が不足しているのか等の実情に応じて検討していくこととなるということでまとめさせていただいております。

13ページのところですが、なお現場での混乱がないように、参考として堺市においては生理学的評価、循環器疾患、脳血管障害、消化管出血、急性腹症、外傷、熱傷等について基準が定められていると。あの堺市ですら全部を網羅してつくっているわけではないのだよということをここで言うことによって、混乱を避けられるかなということで思っております。

その上で、14ページから具体的な例示を書かせていただいておりますが、書きぶりは少し変わっておりますけれども、前回と同じように脳卒中、心筋梗塞、胸痛、外傷、熱傷、中毒、痙攣、喘息、そして、16ページですけれども、消化管出血と急性腹症というような例示を挙げて、そしてその例示にプラスしまして、島崎先生の分類についても例示として挙げております。ここまで例示で挙げた上で堺市の実際どうやって運用しているのかというところの図表も17ページ、18ページに加える形にしております。

19ページ以降も参考資料でございまして、22ページ目までは厚生労働省で議論された検討会の具体的な対応方策というようなところでまとめられているものを抜粋したものを載せております。

それで、23ページでございますが、その上で医療機関のリストを作成していくことになりますけれども、具体的なイメージがわきますように、医療機関のリストというのはこういう形で挙げるということで一覧表にしたものをつけております。

なお混乱のないように、23ページの一番下でございますけれども、しつこいぐらいに注釈を入れておりまして、上記の基準は例示であり、分類基準をどう策定するかは地域の実情に応じて決定されるということを書いております。

24ページは具体的事例ということで、東京都の脳卒中の医療機関リストをつけさせております。

25ページですが、観察基準のところでございます。消防機関が傷病者の状況を確認するための基準ということで、1号、2号を踏まえた上で観察を行っていくということになりますけれども、この観察も脳卒中に具体例を挙げていろいろなスケールを出してはいたしましたが、どのスケールを使うのかというのはいろいろあるのだよということを少し詳しく書かせていただいております。ちょうど中段のところになりますけれども、t-P A療法を活用するということに仮にしたとしても、脳卒中が疑わしいものをすべてt-P A実施可能な医療機関に集めるという①の方法ですとか、あるいは②の方法としまして特にt-P A適用の疑いがあるものを絞り込むのだというやり方、あるいは③としまして、脳卒中が疑われた場合はとにかく一旦どこかに搬送して、それからt-P A可能なところに転院搬送する、いろいろな戦略があるのだと、その戦略に応じて観察基準というものはつくっていくのだということを書き込ませていただいております。

そして、26ページまでが観察基準でございますが、観察基準に策定されているものだけ観察すればいいということではなくて、傷病者の状況に関する総合的な観察が必要であるということで締めをさせていただいております。

そして、27ページは観察基準の参考ということで、脳卒中に関係する内容をまた例示として出させておりまして、29ページには心筋梗塞疑いの例示、そして、29ページの下にはそういったものの運用方策といたしまして、東京消防庁の観察カードをおかりして資料として提示をさせていただいております。

30ページでございますが、選定基準、伝達基準と続きます。こちらは前回までとあまり変わりませんが、少し内容を書き足したというところでございます。

31ページ、受入医療機関の確保基準、このところもほとんど変更はございません。

そして、33ページ、34ページも表現こそは変えてはおりますが、基本的に内容といたしましては変わっておりません。そして東京都の脳卒中カレンダーを活用させていただいているという状況です。

そして、35ページ、その他基準といたしましても、搬送手段の選択に関する基準、災害時における搬送及び受入れの基準、こういったいろいろな基準が定められるのだよということを例示で示しつつ、少し説明ぶりを追加しております。

ここまでずっと基準の説明をした上で、36ページにまとめをしております。

前回、有賀先生からも36ページの図はもともと最初に持ってはきてはありましたが、全部の説明を理解した上で初めてわかる図だというご指摘をいただいておりますので、後ろのほうに参考資料としてつけさせていただきました。

その上でこういったことをするために協議会というのが必要なのですよということで、37ページからは協議会のメンバーというものをまとめさせていただきました。そして、38ページはご議論をいただくべきところだと思いますけれど、調査・分析、前回は3行しかなかったというご指摘をいただきましたが、丸々1ページ使いまして調査・分析のところは書かせていただきました。調査・分析が1つ目の丸ですけれども、どの消防法の条文に含まれるのかということから始めまして、次の2つ目の丸ですけれども、調査・分析というのがこの実施基準について、実施基準の策定と見直しを行うために重要であるという総論的なことを書きまして、3つ目の丸ですが、こういった傷病者が救急搬送されているのかという、そして、医療提供体制がこういったものが必要なのかという需要状況をまず把握する必要があるということで調査・分析が大事だということ。

そして、4つ目の丸でございますが、救急隊の搬送及び処置が適切であったのか。そして医療機関の受入れ、それは基準が適切であったのかということ客観的にきちんと把握してフィードバックさせないと前進しないですよということを4つ目の丸に書かせていただいております。

5つ目の丸は、少し欲張りかもしれませんが、こういうデータをとって基準をつくっていくということの最終的な形としましては、救急隊の搬送と処置と、要するに時間かその場で何らかの処置を行うこと、どちらを優先させることが傷病者の救命予後の向上の観点から適当なのかと。あるいは、各地域において救急がどうあるべきか、これは病病連携も含めてということになると思います。が、どう地域でやるのがベストな回答なのだとすることを、データをもって検討していけるということが一番の理想なのですよということを欲張って5つ目の丸には書かせていただいております。

そして、6つ目の丸ですが、こういった見直しを行うということはもちろん適宜やっていくのだけれども、少なくとも年に1回は実施基準全体をこういったデータに基づいて見直してくださいねということを書き込ませていただいております。

この38ページは、おそらくこの仕組みの中の一番肝になる部分でございますので、前回は途中で力尽きて文章がなかったところでございますので、議論をして

いただければと思っております。

39ページは都道府県の調整というものも大事ですということで、佐賀県の医療計画を例にとりまして、都道府県の調整が大事だということを載せさせていただいております。佐賀県をなぜ載せたかと申しますと、少し字がつぶれて見えにくいかもしれませんが、佐賀県の医療計画の中では、救命センターの搬送につきまして、自分の佐賀県の救命センターだけではなくて、福岡県あるいは長崎県の救命センターも医療計画にもともと載っておりまして、実際データを見てみましても、県外搬送をする場合、都道府県外の救急救命センターの応需率が非常にいいというデータも出ておりまして、ほかの都道府県に頼ればいいというものではないですが、そこは何か住民のためにとって重要かということで調整していく話ではないでしょうかということを書かせていただいております。

以上、説明が長くなって恐縮でございますが、抜本的な組み直しということにはならなかったかもしれませんが、一応事務局としては少し整理をさせていただいて、事務局案を提示させていただきました。以上でございます。

座 長 どうもありがとうございます。

すでに委員の先生方には目次立てに沿って一度議論したこともありますし、先ほど来、言葉足らずであったというところにつけ加えたということもありましたが、言葉足らずでも議論は色濃くやったというようなこともございますので、それを文字にさせていただくと38ページのような、こんなようになるのかなということもおわかりいただいたと思います。

これを作業として最終的な形に持っていくという話でいいのですけれども、この参考資料はどういうしますか、これは議論する中できつと触れられるのでしょうかね。

事務局 どのタイミングでもそれは結構なのですが、具体的な例ということで、大阪の泉州地域の取り組みも非常におもしろいというお話を伺ったものですから。

座 長 これはもう一度、辞書をABCから読むという言い方をするかどうか知りませんが、すでに目次に沿っての議論は一度やりました。今も僕も気がついたところとして、これだけ付箋が入るわけですね。

ですから、どこからでもいいと思いますので、ここはこんなものではないのかというような話を時間の限り議論するということで私はいいいのではないかとと思うのですが、いかがでしょうか。せっかくですから、泉州医療圏における救急体制というこれをもって、もし議論をするとしたならば、どこら辺がどんなようになりそうでしょうか。

事務局 これの事務局としてお願いをした一番のポイントは泉州地域ではわりといろいろなデータを取りながら対応を練っていったということがこの消防法改正の考え方、議論をいただいていた考え方に沿うものかなということもございまし

て、今回お願いをしております。ですので、冒頭、アウトラインをご説明いただいてもそれはいいのではないかと。川平委員になります。

委員 私の方から金森の代理として出席させていただいておりますので、ご説明を申し上げます。

大阪府はご存じのように、医療機関も多く人口も多いのですが、南北に長い中で、やはり医師不足の影響を受けているということで、とりわけ大阪府の中でも一番南部に当たります泉州圏域が救急医療機関の疲弊という部分について一番影響をこうむっているということで、消防救急搬送の問題が顕在化しているところということで、平成20年度から泉州救命救急センター、これは実は横田順一朗先生ご出身で、その後任の所長の方を中心に地域の医療機関、消防機関の方に集まっていただいてご検討していただいた結果、一応、今、実績に機能している体制ということでご説明を申し上げます。

今、事務局からお話がありましたように、ここには載せておりませんが、まず、医療機関の機能がどのくらい泉州圏域であるのかという調査をこの事前の段階として綿密にやっております。それは救急告示医療機関だけでなく、實際上、救急告示機関以外でも救急搬送等を受けていただいているところにもアンケート等で協力していただけて出てきたもの、それと消防で起きている救急搬送上の問題というのをかみ合わせた上で、この検討を始めているというものでございます。

2ページに書いてございますように、問題認識は大体多くの地域で同じような問題認識だと思うのですが、二次救急医療機関の疲弊が顕著になっていると。これは数が減っているとか、特に勤務医の過酷な勤務環境とか、そういったものにあらわれていると思うのですが、そういったものが出ていると。

それから、多様な病態の救急患者、いろいろな患者さんがいらっしゃいますので、それに個々の医療機関単体によってそれぞれで恒常的に医療提供サービスしていくというのは困難ではないかという認識に立っているというものでございます。

事実上、救急搬送を受けている医療機関というところが非常に一部の医療機関に過剰な負担がかかっているというもの。それから、二次適用患者の搬送というのが三次の泉州救命救急センターに結構増加しているということで、三次救急の機能を損ねる危険性があるという問題認識に立った上での検討ということになっております。

3ページですけれども、この後、具体的な絵柄を見ていただくのですが、その基本的な考え方、ポイントとなるものですが、とりわけ軽傷の患者をどのように振り分けていくかということで、負担の分散ということを1番目に掲げております。医療機関の機能に応じた役割分担、受け皿機関の拡充、これは

後で申し上げますけれども、告示機関以外でも軽傷の患者をできるだけ受けていただきたいということで、すそ野を広げるという観点から行っているものでございます。それによって、役割分担することによって、重症救急患者の受入機関を確保すると。

それから、その中でも特に、後ほど申し上げます脳卒中と吐血、下血に関する特定疾患病態に対しては輪番制、ここでは一応当番制という言い方をしておりますが、当番制で、最終受入病院を指定していくという形で体制を整えるということでございます。

その前提となるのは、泉州全域の病院において、病院と病院の間の連携による協力体制を強化していくということが根底にあるということでございます。

それと、先ほど申し上げましたように、泉州救命救急センターという三次救急医療機関とのそれぞれの病院との信頼関係、密接な連携がないと体制全体がうまくいかないということで、そういったものが根幹にあるということでございます。その上で実施の効果を検証して、必要に応じて見直しをしていくということと考えております。

大きく3つ、一応、4ページ以降示しておりますが、まず、4ページに示しておりますのが内科、内因性疾患全般についてということでございますが、軽傷患者を受け入れる初期診療病院と、もっと重篤な患者を受け入れる中心的二次病院という区分を大きくしまして機能分担を行っているというものでございます。

上のほうに書いてございますように、初期診療病院は泉州を北部と南部に分けてまして、7病院と11病院それぞれをリスト化していると。そういったところに軽症から中等症の患者さんを運んでいくということになるのですけれども、先ほど申し上げましたように、ここには救急告示を掲げている病院以外のところにも協力要請を行って、すそ野の拡充を図っているというものでございます。初期診療病院をお願いをしている役割としましては、初期診療に加えて経過観察入院、いわゆる1.5次ぐらいまでの提供をお願いしていると。その上でトリアージをしていただいて、もし必要があれば中心的二次病院とか、専門病態対応病院へ後送していくという形を考えているものです。

より、重症の患者を受けます中心的二次病院というのは7病院をリスト化しておりますが、入院を必要とする重症救急搬送患者に対応すると。当然、オーバートリアージについては容認していくというスタンスに立っております。

中心的二次病院は満床であっても緊急処置を必要とする患者には初期診療等を提供した上で転送していただくと。このための中心二次病院間の連携協力体制についても常に密接にとっていただくというように考えています。

中心的二次病院の中で、とりわけその専門病態に対応する病院というのを中でもリスト化をしておりますが、右側の吹き出しに書いていますように、吐血、下

血、急性腹症、循環器救急とか、6種類のその専門病態に関してそれぞれリスト化をしております、専門病態を必要とする場合には救急隊はそちらのほうに最初から運ぶことができるという仕組みにしております。

救急隊のほうは救急車の下に書いてございますように、現場トリアージと病院選定を的確に行っていただくということを改めてお願いをしていると。それから特定の医療機関に、中心的二次病院の中でも偏りがないように、搬送が集中しないように配慮をお願いしているということでございます。

それから、初期診療病院に運び込んだ後も、転送があり得るという前提に立っていただいて、転送を想定した迅速な対応をお願いしているということでございます。

これが内科全般についてということでございまして、その専門病態対応の中でもとりわけ吐血、下血と脳卒中につきましては、先ほど申し上げましたように最終受入病院の当番病院というのを設定しております。

5ページをごらんいただきますと、こちらのほうが吐血、下血なのですが、緊急性、専門性の高い患者ということで、最終受入機関としての当番病院を指定しまして確実に受入体制を構築しているということで、大きく分けますと診療時間内に吐血、下血に対して対応可能な病院というのは15病院あるということでリスト化を図っています。

その中でも、診療時間外にも対応可能な病院というのを5病院、一応リスト化をしております、その中で診療時間外に対応可能な病院の最終受入れ病院という吹き出しのところでございますが、入院を必要とする泉州地域の患者というのが一日一、二例というデータが出ておりましたので、一日1病院を当番制により指定をしているという形にしております。

対応可能なこの5病院をリスト化しまして、5病院の当番制によって最終受入をやっているということでございますが、当番病院につきましては、内視鏡医だけではなくて、外科的止血も想定した消化器外科診療体制も整備していただくということをお願いしております。

もう1つ重要なのは、一番下に書いていますように、5病院ありまして、当番病院以外のところ、当番日でもない場合でも、これについても可能な限り診療を提供してくださいということをお願いしております。これは当番でないからと、安易に当番病院を誘導しますと、最終受入ということでございますので、その信頼関係が重要になってきますので、当番日以外でも積極的に診療を提供していただくということをお願いしております。

救急隊のほうにつきましても、これは順番に見ていただいたらわかりますように、まず、最終受入病院、当番病院いきなり要請をするのではなくて、1番に書いてございますように、救急搬送が起きたところから直近の病院にまず要請を

していただくということがルールになっております。その上で直近病院ができるだけ対応していただくのですけれども、対応不可能な場合に当番病院が最終的に受入れをするという形になっております。

その次に書いてございますように、こういった体制を支えるためにも、患者の容体とか最終受入病院でも受入困難な場合には、泉州救急緊急センターが機能していただくということを位置づけしているものでございます。

診療時間内につきましても、先ほども申し上げましたその15病院の中で、5病院以外の10病院が中心になってくるかと思うのですが、当番病院の負担を減らすためにその15病院のうち直近の病院ができるだけ受けていただくということを診療時間内においてやっていただくということをルール化しているものでございます。

6枚目は脳卒中についてです。大体、吐血・下血と同じような仕組みなのですが、大きく違うのは、泉州の脳卒中の入院を必要とする患者が一日4例前後ということでございますので、こちらのほうは北部と南部に分けまして、南部のほうには泉州救命も一日程度当番として入っていたというような形で体制を整えているというものでございます。

吐血、下血の場合には救急隊の場合はわりと判定がしやすいと思うのですが、この脳卒中につきましては、左側に書いてございますように、脳卒中病院前救護ガイドライン、これは大阪府のメディカルコントロール高度化連絡会協議会の横田先生につくっていただいているところですが、そのガイドラインに沿って選定をしていただくというような考え方をこの中に組み込んでいるものでございます。

冒頭申し上げましたその実証については、次の7ページが吐血、下血で、8ページが脳卒中のデータシートということで、これを救急隊が症状等ももちろんのこと、その病院選定で受入困難な理由とかまで書き込んでいただいたものをそれぞれ保健所のほうに設置した小委員会等で集約をするような形で実証、検証を図っていくという体制までとっているものでございます。

簡単でございますが、以上でございます。

座 長 はい、ありがとうございます。

先ほど、泉州でも、というようなことが事務局からあって、どちらかで泉州の引用している、17、18ページですよ。これは泉州からの…。

事務局 これは泉州というより堺になるのです。

座 長 ごめんなさい。そういう意味では、例えば今のお話では38ページの調査・分析についてという、まず地域においてというところの3つ目の丸ですよ。そこから出発して、そして、その議論のプロセスで脳卒中だとか、内因性疾患全般、それから、吐下血、脳卒中についてのルールが定まっていくという話ですから、

これをそのまま真似するかどうかは別にしても、まず、地域においてこういった傷病者が搬送されていて、どのような医療体制を作成していくのが大事なのかというようなことは、こういうところに例がありますよという形で、やはり例を示すのが一番わかりやすいのではないかと思いますのです。

だから、許していただければ、この泉州医療圏における救急医療体制のまず地域によってこういった傷病者が搬送されているのかを見ながら、こんなことを決めていきますねというようなことで例示を入れ込むと。ページは厚くなっても例示がたくさん入っている分にはだれも文句はないと思うのですよね。

事務局 わかります。

座 長 だらだらと書いてあるときにはとても読む気はしないですけども、例示がたくさんある分には私はいいのではないかと思いますので、そういうような観点ではこれはよくわかるのだと思うのですけれども、皆さん、いかがですかね。

委 員 よろしいですか。泉州も堺も基本的には同じようなことをやっています。泉州地域で最初やっていただいたときの方法で堺でも役に立ったのは、消化管出血の当番の病院リストをつくりましょうというときに、医療機関の病院長なり担当の部長に集まっていたいて話をしたことは、年間どれくらいの患者がいるのかということでした。でないと当番をつくったけれども、私の病院でベッドを1つ空けているが、1人も来ないではないか、あるいは逆に一晩のうちに3人も4人も来るような状況になるのではないかという問題が生じます。要は、まず現実はどうなのだというデータが欲しいということになりまして、そのときに泉州地域というのは人口80万足らず、それで消化管出血ってどれくらいあるのかねという話を聞いてみますとね、約400少々ぐらいだということでした。年間400ぐらいだったら一日1人が2人ではないか。一日1人か2人だったら当番決めてもそんなに負担にはならないから手を挙げましょうかということになったのですね。

そういうようなことを考えるとデータがないと、リストをつくって、あなたのところ当番とか、あるいは受入れのことをやってくれといっても、なかなか医療機関側からすればイエスとは言えません。したがって、データがあつてこそ計画が立てられますので、事前調査というのは大事なのではないかと思います。

座 長 東京の脳卒中も、始めはそうでしたよね。3万人ぐらいいるかなといって始めて、結局その半分ぐらいかなというところに今のところ落ちついてはいます。

だから、そういうことって、私も最初は多分必要だと思う。やはりそこら辺は取りかかるときに、やればみんなそういうところから出発せざるを得なくなることに気がつくのでしょうけれども、実際やってみると個々の病態に関して、いろいろ分かる。

そういうようなことがそもそも必要だという話はもう先行したところではそ

うというようなことをしてある。ここでは、まず地域においてと38ページに書いてありますけれども、どこかに強調するような形で、予備校の先生が受験生に教えるみたいな感じで、そこから出発すると短い時間のうちに目標に行くのが近いよというような形で少し工夫をいただければなと思います。

それから、今、同じページで38ページなのですけども、先生、下から2つ目の丸で、各地域における救急がどうあるべきか、というのは、各地域における救急医療がどうあるべきなのかということですか。救急の体制がということですか。救急といっても、各地域における救急医ではないですよ。

事務局 これはすいません。消防のほうの救急業務と医療提供体制のほうとすべて含めて救急という言葉で一応使ってみました。バランスの話もあると思いますので。

座 長 では、そういうように書いていてもいいのではないですか。

事務局 わかりました。

座 長 それから、39ページに都道府県間の調整とありますけれども、これは例えばヘリコプターが岐阜から患者さんを拾い上げて静岡の子ども病院に運んで助かったという事例がありましたよね。ああいうような県域を越えてヘリコプターが飛ぶという話もいいのですけれども、利根川の上流のほうの茨城県と埼玉と千葉県でしたっけ。県が3つか4つ重なっていて、西南医療センターでしたか、あそこの救命センター長が全体をこうやっていて、お金は茨城県からしかきませんけれどもとか何とか言いながら私たちはやっていますと言っておられた。MC協議会そのものは4つの県か何かを一気に集めてやっているところがありますよね。たしかここでもああいうようにやっているところがあって、都道府県、つまり都道府県ごとに、といった途端に分断されるのではないかというような意見が出ました。ですから、そのような都道府県の調整もあってよい。そういうような実務的には隣の県と一緒に、いわゆる医療圏とMC協議会の地域の違うところって結構あるみたいでしょう。それもぜひ、例えばということで入れておいていただければ、いろいろな地域が安心すると思うのですよね。

事務局 わかります。では、合同でMCをやっているところの情報は確認をした上で…。

座 長 合同でやっているMC協議会がこの協議会かどうかという話はまた場所によっては意見があってもよい。この協議会ができるのを機会に、今までのMCはリセットにしようとかと言っている人も中にはいるらしい。だけど、それはちょっと横に置いておいても、利根川の上流でやっているような話はぜひ、と思いました。

事務局 確認します。

座 長 ほかにありますか、先生方。

それから、37ページに協議会についてとございますけれども、これはどういう協議会にするのか、このメンバーについてその一例をと書いてあるのですけれ

ども、一例だからいいのですけど、この消防機関の職員、代表消防本部って何を意味しているのです。

事務局 すいません、これは逆に代表消防本部を取り立たせたいということではなくて、消防機関の職員とした場合に、代表消防本部しか入らないということもあるので、そうではなくて中小規模の消防本部も含めて構成するというような形で。

座 長 これは、例えば東京都における代表消防本部は東京消防庁という感じなのですか。

事務局 そうですね。東京の場合は少し特殊ではありますが。

座 長 だけど、そんなこと、例えば愛知県だって、代表はやはり…。

事務局 名古屋市。

各都道府県の消防長会の幹事をやっている消防本部です。

座 長 それが、この代表消防本部というのですか。消防の方たち、そういうものなのですか。

委 員 石川県では、金沢市が代表という形でやっておりますもので、代表というより消防長会の会長の立場という形で表現しております。みんなのイメージ的には代表という形で。

座 長 代表消防本部と書いてあって、みんなイメージできると思うのだけど、こういう言葉ってあったのですかという単純な質問なのです。政令市等大規模消防本部というのは、政令市の大規模な消防本部という話なのでこれはわかるのですけれども、代表消防本部という言葉はあるのですか。

委 員 多分、俗に使っているものではあると思います。

座 長 ああ、そうですか。

委 員 正式なものとしてはわかりませんが。

座 長 それならいいです。

事務局 そこは少し意識がずれてないかと聞いた上で、こだわっているわけではないので。

座 長 僕もそういう言葉があって、そのようでしたらその都道府県を代表する消防本部としてお兄さん格として一定のことをやっていただかないといけませんよね。

委 員 今、主に38ページの調査・分析のところに、この泉州のデータシートは非常に感心しているのですけれども、これは消防機関の方が入れるというようなつくり方ですね。だから、一部下のほうに医療機関のアウトカムの部分もあると思うのです。しかし、実際、その調査・分析を行うというように考えたときに、その主体は多分、協議会になってくると思うのです。その病院前の部分と救急医療機関での治療の過程との突き合わせ、突合みたいな作業があると思います。本当の救急のクオリティーを考えるとときには、この医療機関の情報というのはもう少し詳しいほうがいいのではないかとこのように思うのですね。例えばこれは脳卒

中のデータシートですけど、治療に関して書いてありますけれども、例えば死亡と転院だけです。どの程度のADLになったかということも多分、大きく関係してくると思います。協議会が主体で医療機関側からのデータももし集積するとしたならば、もう少し詳しいデータ集計もあっていいのかなというように思いました。

ただ、これは作業としては増えてしまうので、我々医療機関としてはそれだけ負担にはなることもあるのですが。

座 長 もっと追加すると、東京では、脳卒中で運んだ患者さんの7割は確かにそうだった、確かにシンシナティのスケールを使えばそうなるだろうと言われていたりおりましたのですね。だから、そういう意味では、この脳卒中のデータシートをもし使ったとしても、脳卒中ではないという診断名が転帰のところに入る可能性があるわけですね。入ると言っても具体的に大阪はどうしているか知りませんが、少なくともそういうようなことが起こるわけです。今言ったこと、つまり地域によってどういった傷病者が搬送されているのかといったときに、救急隊が脳卒中であると思って運んだ患者さんでも、運ばれたうちの3割ぐらいは実は脳卒中ではなかったということがありますので、そういうようなことでいけば、どういった傷病者が搬送されているのかというのは、病院側からのデータとマッチングさせてようやくほんとうのことがわかる。それはきっと必要だよねという議論はずっとやってきています。そういう意味では、調査・分析についてということに、そういうような、つまり、もうあと1ページ分ぐらいの説明を場合によっては入れる必要がありそうです。東京消防庁の救急部長によれば、そもそも病院がそういうものは出す義務があると言っていました。つまり、地域のインフラストラクチャーとして出す義務があるというようなことです。確かにそれはわかるけど、そんな体力はないのだよねというだけの話で話は済んでいます。だから、調査・分析のところにマッチングの件を入れるということだと思います。

委 員 まさしく横田裕行先生がおっしゃったことは私、同感なのです。それで前回も前々回も出させていただいて、例えば17ページの、これはファイルの印刷で少し字がつぶれていますけれども、アウトカムをみるために搬送先医療機関からとるデータが下なのですけれども、これは1枚の用紙で選定基準のチェックとそのまま医療機関から返ってくるデータとを一緒にして使いましょうということにしてあるのですけれども、この辺はやはり先ほどの38ページの調査・分析の1つの工夫です。

もう1つは、今、座長がおっしゃったように38ページ、観察の実例、あるいは選定基準の実例、資料がたくさんあるのですけれども、途端に調査・分析のところになると資料がなくなっています。おそらく、これは救急業務高度化推進検討会のメディカルコントロール作業部会のほうにも調査・分析が必要で

すよねということで宿題になっていて、その作業部会で検討したようなものが本来この辺に挟まってくるのだらうとは思っています。ここはやはり何度も言いますが、大変重要で、この部分が何となく1ページで終わっているというのは物足りなくて、もう少しいろいろな実例を上げるべきではないでしょうか。例えば、長崎の白書もありますよね。それから、最近、岐阜で始めようとしているGEMSISというITを使った実例がありますよね。あるいはこういう紙媒体で消防機関と医療機関との協力でやっていますよという実例がもう少しあってもいいのかなという気がいたします。

座長 それでもし可能であれば、そちらに法律の方たちが結構たくさんおられるので、法的なことについて追加いただきたい。東京で脳卒中の話で、長崎の先生に来てもらって1回話をしたときに、カルテの内容をそのまま流すときのその法的根拠というか、ウツタインのように総務省消防庁がやれというのだからやっていますというのとは少し違うのではないのかという議論もいろいろ出ました。結局、カルテの、診療記録の情報を出すということに関しての考え方みたいなことがきちんとないと、例えば本人の承諾を得なければいけないのかどうかとか、いろいろな話が錯綜したのですね。

結局、どうせ今はできないのだからといって、話はそのまま先送りになっているのですよ。だから、もし、そのことでもう1ページないし2ページ、例示を入れれば十数ページになるかどうか知りませんが、そのときにそういうようなことも、ぜひ解決の糸口になるような考え方なりを出していただくといいのではないかなという気がするのです。そんなことで悪さをしようなんて思っている人はだれもないわけで、少しその辺は何かご意見ありますか。

委員 いや、あまり大したことはないのですが、私も、事務局のほうから、多分、今、座長がおっしゃったこのウツタイン統計活用検討会という報告書、平成20年の3月に出ているのをいただいている、少しウツタインの場合と違うという可能性もあると思うのですが、基本的に行政の個人情報保護法であれ、要するに医療機関から消防であれ、メディカル協議会に情報を出すということの根拠だと思うのですが、幾つかその病院の形態によってその法律は分かれています、多分、基本的には行政が法律とか法令の根拠に基づいて何か事務をやることに協力する場合で、しかもいちいち本人の同意をとろうと思うと大変な場合については出してもいいですよという、第三者の提供の例外みたいな情報がそれぞれにほぼ同一の形であるのだと思うのです。その部分は既にこの報告書の中にもきちんと明示してあって、多分、それが正しい解釈だと思いますので、強制的に出せとは言えないのだと思うのです。協力したことについてそれが何か個人情報保護法に違反するということにはならないということは何かわかりやすい形で今、座長がおっしゃったようにどこかに一言、一段落ぐらい入れておくというのは重要なこ

とかなというようには思います。

座 長 結構、いざとなると、そういうようなことで議論が起こって、だれも整理がつかないのですよね。実は、発言する医者も答える医者もただの医者なので、今の
 事務局 わかりました。
 座 長 何となく後ろの部分から来てしまいましたけど。少し僕も知識不足だと思うの
 事務局 見られます。インターネットも載せるようにいたします。インターネットで全
 座 長 そうですか。
 事務局 これは主に提言部分を全部書いておりますが、前の段階のところでいろいろ書
 座 長 だから、これに当たって少し勉強したいなという人は本物に当たるでしょう。
 事務局 はい。読めます。
 座 長 では、インターネットで見られるときの何かお作法みたなものがあつたではな
 事務局 わかりました。それは資料として用意したいと思います。
 座 長 それから、13ページに未受診の妊婦の下に、地域によって異なっていて、分
 事務局 実は、先生、これはもう真似は、もはやできない形になっておりまして、もう
 座 長 座長、これはもう真似は、もはやできない形になっておりまして、もう
 事務局 座長、これはもう真似は、もはやできない形になっておりまして、もう

に見るという意味では、3 ページなどが果たして読んでわかるかどうかというようなところもご議論いただければなと思っております。

座 長 おそらく多くの方はそんなに難しいことでなく読めているのだと思うのですね。強いていいますと1 ページに背景のところ、「こうした選定困難問題を解決するためには」というパラグラフがございますね。そこに、構造的な問題を解決しなければならないこと等が指摘されているけれども、当面の対応として、となっていますよね。解決しなければならないことが指摘されて、よしんば構造的な問題が相当程度に解決されている状況においてすら、今、僕たちが議論していることはクオリティーをよくするためには必要なのですよね。だから、これをどう書くか知りませんが、例えば野球のピッチャーが投げ込みしますよね。あれはなぜ投げ込みをするかという、疲れてくると合理的なピッチングフォームに変わってくるとい話があるのです。つまり疲弊してくると、極めて合理的な形に何とかしようとするということが起こってくるので、うんと体力があるときでもそのピッチングフォームが大事なわけです。うんと体力があっても、クオリティーをよくしようと思えばこの手の議論はあるのだと。

今はたまたま体力がなくなって構造的な問題がさまざまに出てきて、あちらこちらに矛盾が生じてきているので、この手の話の議論が始まったということは歴史的な事実として否めないのだけれど、実はもし体力が十二分にあったとしても、この手の話をきちんと議論することは地域の住民にとって大事なのだと、そういうようなことを読み手がそうよねと、厳しいからこれをやるのではないよねということも、背景の中か「はじめに」だかわかりませんが、少しそれを書くようにしてみていただくとありがたいなと思います。

事務局 わかりました。

座 長 僕は自分たちが一体何をやっているのかということを考えたときに、疲れているから困らないようにしよう、というその対処療法ではなくて、そもそも必要なことを議論しているのだということも非常に重要だと思うのですよね。

事務局 わかりました。最後のまとめ、背景の最後か、あるいはその少し前あたりに少し総括的な意味でその辺の言葉は追加しようと思います。

座 長 よろしく。きっかけはそうだったとしても、きっとそうなのだとすることで。

委 員 よろしいですか。

座 長 はい。

委 員 今、有賀先生がおっしゃったことは大変重要で、収容困難あるいは不応需の問題があるから、こういう問題が出てきたということに終始するというのは、大変本質に欠いていると思います。本来、英語でよく言われているのが、「The right patient in the right time to the right place」という言葉がアメリカのプレホスピタルケアではしょっちゅう言われている言葉で、その「right」というのは「迅

速」という意味と「的確」な意味と両方かけた言葉なのですがけれども、要は重症な患者さんとか急がないといけない患者さんについては、急いでしかも適切な場所に運びなさいという言葉と同時に、裏に言葉があって、決して重症ではないですよねということになると、必ずしも「right time」というのは何も急いでいなくていい、要するに時間がかかっても構わないのですよ。しかも場所もどこでもいいといっではしかられますけれども、別の問題があるのだということで、言いかえますと、収容困難だけが医療の質を上げる問題ではなくて、その収容困難になっている背景の中には、確かに医療をよくしないと問題の起こる部分と、少し言葉は適切でないかもしれませんが、モラルハザード的なファクターがたくさんあって、そもそも資源の分配性に正当性を欠くようなのをだれかが行うために利用できなくなっているというところを明らかにするということもあると僕は思うのですね。

ですから、単に一元的に問題を解決しようとしてこういうことが始まったのではないということをもう少し書かないと、消防法の改正そのものも何かゆがめられた解釈されるような気がしますね。

座 長 最後になっていい議論ですよ。あと「はじめに」のところにはまだ何も書いてないって、いずれ書かなければ…という話だけれども、ここに場合によってキーワードみたいなものが、もし思いつけば、いくつか言っていただけでもいいかもしれませんね。

事務局 そうですね。それを親会には、作業部会ではこんな意見が出ましたということをご報告するという形に。

一応、作業部会の報告書をもって親会に上げて、最終的には親会の報告書というような形でオーソライズをしていく形になると思います。書き方はいろいろなバリエーションがありますが、そこはちょっと親会とも相談と。

委 員 少し細かな話ですがけれども、よろしいですか。先ほど12、13の、17は緊急度・専門性・特殊性ということで事例を示されているということなのですが、13ページのところに少し自分のところの関係なので、「参考として、堺市においては生理学的」云々という2段目のパラグラフを挟んでいますが、この場所は適切ではないような気がして、そもそも緊急性と専門性を同時に見たいがためにああいう表が生まれてきたので、ちょっとこの位置、これは何も特殊な参考例として挙げた例ではないということで、ちょっと配慮してください。

事務局 了解です。すいません、ここは前かどちらかにしたいと思います。一応ちょっと段落を変えて、1、2、3の特殊性まで説明を。

委 員 本来1、2、3全体にかかるのを1枚でやってしまおうとするとこうなりますよという意味ということです。

もう1つは、この全体の中にモデルとして出てこないのは頻度による範囲の大

きさです。救急の病態別によって一定のモデルが書かれているわけですが、当然のことながら、ポピュレーションが違いますよね。例えば、未受診妊婦の問題であるとか精神科の問題ということになってくると、どちらかというと広域でやらないと医療資源がたくさんあるわけではなくて、広域での対応が必要です。一番後ろに都道府県間の連携として話は落としていますけれども、少し意味合いが異なります。この8から13ページの疾患群別にこういう色分けをして運ぶのですという中に、疾患、小児、救急、妊婦、精神科、あるいは脳血管障害いろいろありますけれども、おそらく場合によっては受け皿を広げてやらないとだめなはずです。逆に、医療資源が比較的豊富で、頻度も多い疾患については基本医療圏とまでは言いませんけれども、小さな医療圏でもこなせますというのを考えてもいいのではないかという例もあるべきだろうと思います。

例えば大阪というところを例にとっても、妊婦の一般救急の患者さんをどうしましょうかという話になりますと、たとえ人口が80万ぐらいある堺市の医療圏だけではとても解決しません。200万から300万とか、大阪府全体をせいぜい3つに割ったぐらいの医療資源を活用しないとできないのですね。そういうように対象となる急性期疾患によっては膨らんだり狭めたりということが必要になってくるとというのが少し見えないのですね。

あえて最後に、都道府県でよう問題解決しなければ都道府県間でやりなさいというような、あれは単に地理上の問題で県境とか都道府県境のところはこっちと手を組まないとおかしいのではないかというのをちょっと論じているだけだと思います。そうではなくて、私が言っているのは当然、一都道府県であっても全県でやらないといけない病態と、もう少し地域の小さいところでこなせるというのはあるのと違うのということも、僕は大事なのではないかなという気がするのです。

座 長 20ページですよ、周産期のところで、県境を越えた医療機関、ネットワークをとというのがありますよね。これは今、13ページのところで横田先生が言及された、場合によっては、パッと今言ったエリアが広がるといったときに、周産期のときにはそういうことも考えろという話になっていて。

委 員 そうですね。13の終わりのパラグラフのところに追加していったら……。

座 長 そこら辺はこれらを引用する形で、今言ったようなことを触れておいていいかな。小児もそんなようなことを言っていたような、たしかニュージーランドが何だかんだと言っていたような気がするので、そういうような話を少し入れて、例えばこんなようにということで、付加的な説明をここで加えたらいかがでしょうかね。

事務局 了解です。全体に係るような形でゾーン、医療圏と言うとかえって混乱するかもしれませんが、その広がりの方は入れようと思います。流れとして、わ

りと重症度、緊急度が高いとか、特殊疾患とか都道府県で調整しなければ仕方ないのではないかというばかりを書いていたので、先生おっしゃるように全部その辺はオミットした形でほとんど述べずにやってきましたけれども、ゾーンの話はこの中で触れておきたいと思います。

座 長 ここは参考としてぱっと読みながら、例えば、という形でいろいろなものに当たっていくというところだと思います。そういう意味ではいろいろな例を、いずれはそれこそたまっていくのだと思います。年次で各地域がステップアップしていけば。

委 員 ついでに13ページの最後の部分になるのでしょうか。前々回、私、確カリクエストしたと思うのですが、救急の体制を維持していくというのは、地域住民の理解と協力という部分が絶対どこかに書き込んでおいたほうがいいと思うのです。それぞれの地域で、地域の住民の方々が救急システムを理解して、それを守っていくというルールをどこかに書き込んでほしいと思います。それは「はじめに」でもいいのですが、どこかに入れていいのではないかと思います。

座 長 この法律そのものの第1号から第7号までであったとして、今、横田裕行先生がおっしゃったことは、改正消防法の中では、直接的にこの部分だよねというところはないのでしょうか。

事務局 4ページ、5ページをごらんいただければと思いますが、啓発ということとはちょっと異なりますけれども、4ページの下の実施基準のところをごらんいただければと思いますが、都道府県が策定し、公表すると、情報発信するのだというところは、オープンにしていくのだということまでは消防法の中では触れております。ですので、公表の仕方としてというのは……。

座 長 公表を受けた地域の人々は、今言ったようなことを勉強するということまでは、しろと書いてわけではないのだよね。

事務局 ではないですね。そういうことが必要であるといったようなこと、これは検討会ですので……。

座 長 そもそもそれが前提ですよ。

事務局 検討会ですので、そういったことはこの公表に絡めて書くという整理になると思います。ちょっとそこは持ち帰りましてまた検討します。どこかに入れる形で。

座 長 だから、おそらく東京でもそうだけど、東京のいろいろなルールの話をやったときに、結局、最後にそれがつくではないですか。それはそもそも論としてつけなくてはいけないということと、今みたいにいろいろな政策を考えていったって、それを理解してもらわないといかんから、結局そうなるよねというか。

だから、この改正消防法もそういう意味では地域の住民というか国民にこういうような形で法律に従って頑張ろうといったときには、そもそも勉強していつて

いただかなければいけないよねというようなノリでいいとは思いますが、読み手はやっぱりそうなのだなと。だから、これでもって頑張るときには同時進行で地域の人たちに勉強する会をやろうとかキャンペーンを張ろうとかという話になってくるのではないかなと思うのですけど。

事務局　ちょっと前のほうになると思います。搬送と受入れの実施基準というところとはちょっと離れる。そういうのを知っておいてねという話でしたので、まさに東京ルール of 広告をオールジャパンでテレビCMを見られるわけではないので、ちょっとその辺も。

委　員　　よろしいですか。直接この中に織り込む話ではないのかもしれませんが、今までにも何回か出てきたことですが、今、ちょっと出てきたので話しますけれども、35条の第5項の「遅滞なく、その内容を公表しなければならない」という解釈なのですが、要するに医療機関のリストづくり、あるいはそれを選定するための基準づくりはつくりました、それは公表するというのは大事なことなのですが、具体的にカレンダーも含めてどの医療機関も公表しなければならないのかという話が必ず質問として出てくると思うのです。

先行してやっている地域の実態からいいますと、隣の医療圏がやってなくて、うちの医療圏はやっているということになると施設が利用されるだけで非常に不公平感が出てきます。

もう1つ、これは消防機関に対する受入れのリストであって、ウォークインを対象としたリストではないということです。そうでないと救急車の受入れのためにリストをつくったのに、ある病院には脳血管障害と称して、毎日、口が回らないとかしびれるという患者が歩いてくるというようなことが起こってしまいます。この第5項の「都道府県は、実施基準を定めたときは、遅滞なく、その内容を公表しなければならない」という中に、どこまで出すかということが必ず出てくると思うのです。これは今、どうしようにお考えなのか。

事務局　表現が難しいと思っております、この公表しなければならないのは実施基準そのもの、どういう形でやりますかという基準は示さないといけないということになっている。そして、もう少し詳細部分を申し上げますと、対応する医療機関というのは、その医療機関の名称が35条の5、第2項第2号のほうに漢数字で二と書いてあるところに医療機関名と書いてありますので、医療機関名は公表しなければならないということになっていますが、カレンダーの内容ですとか、例えば救急医療情報システムのリアルタイムの全部オープンにしなければいけないかというのは、それはもう運用上の話ですので、基準とはまた異なるものだと考えています。

これを少し疑義があるところもありましたので書き込もうかとも思ったのですが、書き込むとなると公表しなくてもいいよとガイドラインに書くのも

少し難しい話だなというのと、特に例えば、大阪府は医療機関の名前ということであれば、実は医療情報の提供システムはホームページでもかなり詳しいものが出ていまして、大阪の方がいらっしゃるから言うわけではないですが、脳卒中、脳外科系、診療科ベースだったと記憶していますけれども、医療機関を地域別にいつあいているかをリストアップするという話は、実は既にオープンになっているところもかなり……。

委員 実は大阪府のホームページの話にこそ問題があるのですよね。大阪府や大阪府医師会のホームページは、救急病院は、と称して二次病院名が公開されているのです。それがゆえに二次病院からは絶えずクレームがあります。

本来は二次救急というのは救急車を中心に受け入れるために体制をとっている病院で、初期診療、時間外、初期の救急ということについてはかならずしも責任を負っていません。自治体の責任でもって時間外急病診療所がそれなりの責任を果たしているはずなので、そちらのほうをしっかりと宣伝しないといけないのだけれども、逆に大阪府のホームページは、我々から言うと少し問題があるのです。実際、その認識があまりないのだろうと思うのですけれども、現場としては救急告示病院にウォークインが押し寄せてきて、しかも救急車が来てというところで、病院側の実態からいうとそこが大きな問題になっているということは、実はこの中には一切触れられていない。これは別のところで議論しないといけない問題なのですけれども、今、これは単に救急車を受け入れる窓口をどうしますかという話なのです。そうしたときにこの公表という意味が、一般の国民にすれば受け入れると書いてある病院があるではないかと。だから、歩いていったら受けてくれなかったら、悪く言えば、救急車を呼べば行ってくれるのかというような使い方にもなりかねない。だから、この辺はどういうようなところまで公表すべきなのかということに慎重でないと、特に二次の医療機関の協力はなかなかうまく得られない。

事務局 先生、ちょっとそこはもろ刃の剣かもしれませんが、地域でどうやっているのですかと。例えば別にポジティブにはちゃんと質が高いものという話を求めるということになりますけれども、もう少し裏を返すと、何でおまえのところが受けたのかとか、何であんなところに運んだのだと訴訟になるケースもありまして、そういった訴訟に対しての対抗措置とすると、こういう形で都道府県調整の結果、こういう基準でやっているのです、だからあそこに運んだのです、だから受けたのですというのを公表していかないとだめなのだろうという意識もありまして、関係者間でしか認識していない基準だけで回せばいいという話の持っていく方も難しいということと、法の精神からすると医療機関名までは出さなければいけないという話になってしまっているというところもありまして、そこはバランスなのだろうと思うのですが、書き方として公表しなくていいですよとい

- うガイドラインの書き方はなかなかその線引きは難しい。
- 委員 なぜこんなことを言うかといいますと、現場で、私が例えば堺市の医療圏で二次の病院の院長とかあるいは担当する部長に集まっていたいて、こういうのを受けてくださいと。それはいいよ、リストづくりも結構だよと。ただし、この法文まで知ってしまうとこれは公表するのと。要はホームページまで掲載されるよということになると、ちょっとそれは待ってくださいと。消防が受けるという意味においてのリストを出せというのであれば、その協力はしますけれども、というような話が必ず出てきたのです。
- 座長 だから、それは国としての見解はこう書いてあるから、例えば、消化管出血が受けられる病院さんはこうですよというぐらいは公表するけれども、いつ受けているという話は業務上の書類だということで公表しないというところで堪忍してくださいで済まされるのかどうか。
- 委員 いや、東京はそうしていますよ。齋藤委員、そうですね。t-P Aが使える病院というのを「ひまわり」で見られますよね。
- 委員 そうですね。
- 座長 だけど、それだけで、きょうのこの時間の5時30分に、この地域のどこどこが受けているかというカレンダーは公表されていない。
- 委員 そういう範囲での公表と。
- 座長 これは「都道府県は、実施基準を定めたときは、その内容を公表しなければならない」といったときには、例えば「〇〇飲食店」がメニューを定めたときは、その内容を公表、そのメニューの内容を公表するという意味では、ラーメンがあるとかチャーハンはあるということは公表するけれども、隠し味の中身まで公表しなければいけないということになりませんよね。これは実施基準を定めたときには、こういうときにはこうやって脳出血の患者さんを運びますと。強いて言えば、運ぶ病院の対象として、東京では「ひまわり」を見れば、そういうところで手を挙げている病院がわかりますよというところがあれば、それはもうそれで十分ではないですか。それ以上は、日替わりメニューになる訳ですし。
- 事務局 あとここで私が発言していい話かわかりませんが、病院紹介みたいな話の行政の対応もいろいろあることを考えますと、むしろウォークインの人たちはこっちのほうに行ってくださいねという情報発信の仕方もありますので、なかなかガイドラインでここまでしか出さなくていいですという書き方よりも、むしろ書くのであれば、日本医大の横田先生がおっしゃったように、公表が大事だという話とウォークインの人たちを誘導するような情報発信が大事ではないですかという前向きな書き方のほうが、おそらくガイドラインとしては……。
- 座長 それも例えば東京の脳卒中ではこうしていますというように書くことだって、公表については東京ではこうしていますと書けば、おそらくそれを真似しろとい

う程度だろうと理解すればよい。それはそれでもいいわけですよ、さっき言った例示。事務局の言葉で言っちゃうと、どこかでほころびが出たときに危ういから、ということではないですか。

委員 この問題は結構地域に説明したときに重要で、この4ページの図を見せて、ひっかかるのは公表のところなのです。どういう形で公表されるかということについて、かなり敏感に医療機関もなっているのです。事務局が心配されているように、公表しなくてもいいよという書き方を我々も望んでいるわけではなくて、本来の法の精神はこういうことであって、こういう考え方に基づいて公表しなさいという記述をしていただきたいという思いです。

今、座長がおっしゃったように、例えばこういう公表の仕方がありますよねというのを例示的に書いていただくということは示していただいたほうがいいと思うのです。でないと、この幅のとり方をかなりきつくとらえると、それだけでもしり込みしてしまう医療機関が出てきてしまうというのをすごく懸念していますので、そこはちょっとお願いしたいと思います。

事務局 わかりました。いろいろ加味したいと思います。実はそういう議論をするときに一番難しいなと思うのが、医療関係者であれば、何となく感覚的にはわかるのですけれども、それを公表するのをなぜ医療機関がしり込みするのかというのも、多分、あまり理解は難しいかもしれないし、ひょっとすると全部さらけ出すと、あまり何も起こらないかもしれない。その辺も難しいなと思っていますが、少しその辺はいたずらに混乱させたいわけではないので。

委員 だからこそ、今、厚生労働行政上の、いわゆるもう20年以上続いている初期、二次、三次という救急医療体制が、もうそれがゴールドスタンダードの形になっているのだという前提で言うなれば、今、この救急車に乗った患者さんは少なくとも二次、三次の受入れの話をしているわけです。そうすると初期救急と言われている患者さんたちの救急医療体制はどうするのですかという話は、厚生労働の行政の中でいま一度そのはっきりとしたすみ分けを、あるいは地方での責任の分担、あり方を実はほんとうはもう混ざっているのです。病院にウォークインも来る、救急車も来るとごちゃ混ぜになりながらやっているところに、二次の救急病院の医師不足で疲弊して、うちは救急はやめだという話が、実はそういう形で乗っかってきているのです。少なくとも救急車はこれでよくわかった。だけど、今度はもっとたくさんいる救急患者さん、救急車を呼ぶまでもないけれども、どこへ行ったらいいのだという話からスタートしないと、それはこっちへ置いて議論していますので、だからこそ病院の名前を公表しろというところに抵抗があるのはそこなのです。

座長 だから、初期、二次、三次が実は国民から見るともう既に破綻しているのです。品川区の子ども初期救急のための診療所にお母さんが行かないのだから。多く

のお母さん達は昭和大学病院に来るのです。それはなぜかと言えば、診療所に行くよりも昭和大学病院に行ったほうが安心するのですよ。入院する施設があって、そこに行って、入院しなくていいよといえば、ああ、そうかいって帰るのです。だって、その診療所には入院するところがないではないか、だったら入院施設のある所へ行きますとなるわけ。つまり、品川区では子どものための初期救急の事業を昭和大学の中でやることにしたのです。言いたいことはわかりますよね。だから、もう既に今言った初期、二次、三次がある意味ではもう崩れているわけです。つまり昭和50年代の初めにできたときとは違うのですね。

したがってここで公表といったときは、私たちが歩いていく病院とは、そのまま救急隊が行く病院なのだよということが起こってしまっている。救急医療に携わっている人たちは、そのような最前線で苦勞している。だから、そういう意味で真正面から言うのであれば、この話を公表するのは救急隊に公表することであって、そうではないものは公表しないというのも1つの見識なのだと思う。でも、そこまで厚生労働省が居直れるかなのです。ちょっと政治家に何か言われたらぐらっとぐらつくような、例えば、臨床研修のような、あんなことをやっというて、まずきちんと説明できるとは思えない。そういう意味では、厚生官僚がきちんと説明できるのであれば、僕は、これはこれでいいと思うけれども、できないのだとすれば、東京ではこういうようにしていますよということを言っておくのが中庸ではないかなと私は思います。

委員 すいません、素人があまり口を出すのはよくないと思いますけれども、例えば、確かに事務局の方が懸念されるように、この報告書の本文にここまで公表しなさいとか、ここは公表しなくていいというのは、何か文章としても違和感があるので、例えばQ&Aみたいな形で、公表というのはどういう意味ですかというQ&Aを立てというて、まず、例えば医療機関名を公表することは重要です。例えば、東京ではこういう形で公表していますと、東京ではなくても幾つかこういう形でやれば、本文にこれは公表しなくていいという消極的なニュアンスは大分抜けるのではないかと思います。

それと同時に、先ほど横田先生がたしか言われたのだと思いますが、国民への啓蒙活動という部分は、結局この文章を国民が読むことはよほどのことがない限りあり得ないので、そこに書いてもほんとうは意味がないので、むしろ例えば都道府県なり国の義務として、国民に向けて安心した医療を提供するために、それこそ二次救急と初期救急の区分けみたいなものを十分、まさに啓蒙する、初期救急はここにいけば十分安心できるのですということを公表するということです。だから、それは行政側がそういう責任を負っているのですということを何かどこかに文章で明確な形で書くということは重要なのかなと思います。

座長 確かにそうですね。ここで公表と書いてある以上は、ガイドラインだから、今

言われたようなことで取っかかりがないと、不完全なものだということになってしまふかもしれないですね。何となくわかりますか。

事務局 はい。共同事務局の厚生労働省とも相談して、ちょっと調整しようと思います。消防法の限界も若干はあるのですが、検討会のお話としてどこまでまとめられるかは内部調整したいと思います。

座 長 社会はほとんど生き物ですから、昭和50年代の初めごろと今とが同じだと思うほうが、そもそも無理がある。横田先生が大阪で苦慮されていることが、そのまま全国に飛び火しないようにしたほうがいいと思います。

安田先生、いかがですか。

委 員 11ページの専門性と特殊性、ちょっと気になるのですけれども、(2)専門性で「緊急性には該当しないが、専門性が高いもの」と書きながら、①緊急度が高い妊産婦と、これはちょっと矛盾するのではないかと思うのです。ですから、緊急度が高い妊産婦、12ページの重症度・緊急度が高い小児も、緊急度が高かったら緊急性のほうに入ると思うのです。ちょっと矛盾するのではないかと思います。

それから、12ページの特殊性に入っている開放骨折とか四肢断裂、四肢切断と言ったほうがいいのか気はするのですけれども、眼疾患は特殊性ではなくて専門性、急性緑内障発作で頭が痛い患者さんは眼科に行かなければどうしようもないところがありまして、やはり専門性、開放骨折も整形外科の専門のところのほうがいい。そういう専門性の話だって、特殊性は傷病者の背景があるもの、そういうようにしたほうがいいのか気はするのです。

やはり東京ルールで該当するような何かしら問題のあるような患者さんのことを避けて通っているようではすけれども、119番通報してから病院に入るまでに全国平均が35.5分でしたか、これを何とか短くしたい。なかなか出たきり救急車が帰ってこないから、次にまた出るのがおくれるので、119番通報されてから救急車が到着するまでに7.7分、そういうように延びたということが問題で、それを何とかしなければいけないというガイドラインづくりだと思うのです。

そのためには東京ルールで該当するような患者さんを二次救急で入院させなければいけないのだけれども、二次救急病院が収容不可能であるという患者さんをどうするのかということに言及しないと、これは逃げたガイドラインだと私は思うのです。書きづらいとは思いますが、どういう人が東京ルールか、この間齋藤さんがお話ししていたように、もともと寝たきりのような老人が悪くなって入院が必要な患者さん。それから、もともと野宿している人が体調を崩したとか、精神疾患を背景にしてケアをしたとか、何か病気になった患者さんをみんな嫌がって、三次救急で仕方がなく救命救急センターでとりますけれども、二次

救急だとどの病院もできたらうちではとりたくない、精神病棟は入れないけれども、病院スタッフや他の患者さんに対して問題行動があるとか、そうするとスタッフなどからはもう嫌がって入院させないでくださいと言いますけれども、リピーターのように何度も何度も来て、帰してもまた来たとかそういう患者さん、どこまでこのガイドラインに記載できるかわかりませんが、俗に言われるクレマー、モンスターペイシェントとか、そういうことを全く避けてこのガイドラインをつくったのでは、一番大事なところが抜けているような気がするのです。ですから、多くの病院が受入れられないような二次救急患者さんは、輪番体制で受け入れるのを原則とすると、そういうことを入れていかなければ逃げたと私は思います。

事務局 10ページ、13ページの後者のご指摘のところからお答えさせていただきますが、定性的にはいろいろな話が言われております。おそらくそれは正しいことなのだろうとは思いますが、今、定量的にデータがある中でいきますと、この12ページの下ですが、精神疾患ですとかあるいは急性アルコール中毒、未受診の妊婦ぐらいが、ぎりぎり東京都で出せたデータの中では、あるデータということになろうかと思っております。ほかは行路病者の話なんかはかなり地域差がありまして、逆に行路病者であればとれるといったような地域もないわけではなくて、行路であれば診療報酬の部分…ということも、検討会の中でこんな話をしているのかわかりませんが、というのもありまして、これはどちらかという気づきを地域でやっていただくしかないところだろうと思っています。

座長 これも場合によっては例の報告書を引用しますか。

事務局 そうですね。東京の報告書の詳細調査を。

委員 その中に特殊感染症、結核も入ると思うけれども、感染症の問題とか、今、言葉もあんまり変な言葉を書けないので、例えば終末期医療に相当するような救急搬送も非常に問題、そういう意味でいえば介護施設であるとかいろいろなところとの兼ね合いでなかなかとりづらいのがあるという、それは東京都のあれでは出てこなかったのですか。

事務局 なかなか顕著な形では出てきていないです。若干、感染症……。

座長 一応、傾向があったところに今言ったようなところがあるので。

委員 まだ3週間しかたっていないので。

座長 あれは1週間のデータですからね。

委員 しっかり中身を除いたわけでないので、あそこはこれからちょっと……。

委員 確かに実態のある言葉で書けばいいのでしょうね。

座長 別に逃げているほど卑怯な書きぶりだとは思いませんけれども、今、言った特殊性とか、最初から問題になっているこの言葉そのものは、そういう意味では、安田先生が言われていたみたいに、ずるずるっと移して、特殊性の部分はそこに

特化してしまったという考え方が一つはありますね。

事務局 あるのだと思います。おそらく緊急性・専門性・特殊性は1つの議論をする上での観点として設定はしているのですが、救急搬送である以上、本来は全部緊急性でないといけないというところもありまして、医療は全部専門性だろうという話もありまして、救急である以上、サービスを選べないのだから全部特殊性だろうと、全部かかるのだと思っています。

座 長 けれども、緊急性には該当しないけれども、専門性が高いとはいいいながら、緊急度が高い妊婦は日本語としては難しいよねという話は確かにそれで少し修正したほうがいいのかもしれないけど。

事務局 該当しないというのを削ったほうがいいのか。削ったら削ったでどんな関係なのかという話が言われてしまうと、9ページの図ですが、ここは少し優先度に準じてやっていて、反射神経で動かなければいけないような緊急性と、反射神経ではなくてちょっと観察しなければいけない専門性ぐらいのニュアンスなのですが。

委 員 それこそ特殊性の①で書いてあるのは、逆にいうと専門性の③にして、必要な医療を提供できる医療機関が限られた専門性の高い疾患という意味では、そっちに持っていても医学的には違和感はむしろないですよ。要するに対応できる医療機関が少ない専門性。だって開放骨折は整形外科の専門医がきちんとしないと非常に問題ですから、これを特殊と見なすよりはむしろ消化管出血と基本的には一緒だと。

座 長 それはそれでいいのではないですか。そういうようなものもどこに入っても組上に載せろということだから。けれども、今言ったみたいに医学的には確かにそのとおりで、3番として必要な医療を提供できる医療機関が限られているのはこれだけありますという話で上に上げて、それから、緊急性には該当しないというけれども、これは反射神経には該当しないと書けないのでこう書いていると思います。要は専門性の高いことに問題があるということだよ。だから、日本語としてうまくするようにしていただくと。

事務局 この考える上での取っかかりとして、少し優先部も考えながらやりましょうという話で、おそらく緊急、専門、特殊は全部オーバーラップしながら……。

座 長 そういう意味では国語の問題だから、究極的には。

事務局 あと医療関係者が思うワーディングと順番に整理していきましょうということでの一般用語としてのワーディングとまたちょっと難しいのかなとは思っております。

座 長 あといかがですか。

委 員 最初の議論にもあるのですけれども、2ページのPDCAサイクルが結構出てくるのですけれども、そのところで、特に今回の議論の中で強調されていたの

は、最初のプランニングの段階でしっかり実情を把握するようなデータを調べてくださいということをこのあたりに盛り込んでおいたほうが、最初のこのガイドラインをつくって、出てくる過程がどういうことを意図しているのかなというのが、このPDCAサイクルがいきなりぼんと出てきても、それとこのガイドラインをどうやってつなげるのかなというのがわかりづらいような気がしたので、このところにデータ収集をはじめ、実情把握が非常に大事ですよという、それがあって初めてプランニングできて、実施基準が生きてくるというところをこのあたりに入れ込んだらどうなのかな、というように思います。

あと専門性等については、私も安田先生のご意見に賛成です。

座長 いかがですか。

委員 さまざまなところに地域の実情にあわせて参考だとか例示ということで書かれているようですので、その辺ではがちがちに決まったものだという印象から随分離れたかなということがあります。その辺はよかったと思います。

座長 齋藤さん、いかがですか。

委員 東京都は11月の上旬を目指して立ち上げをしようということでやっていますけれども、詳細なところはまだ別に議論していませんけれども、私も大分この中身は見えてきて整理できたかなと。そういう意味では早くガイドラインを作成したいのですが、いろいろと確かにあちらを立てれば…というところもあるかもしれませんが、ある1つの基準線としては、各都道府県の皆さんも待ち望んでいると思うので、よろしくお願ひしたいと思います。

座長 いかがですか。

委員 ちょっと細かい話ですが。

大勢に影響があるという話ではないのですが、4ページ、今回の消防法の改正を具体的に図表化、わかるような形で書いていただいているのですが、実施基準のルールで、法律で言ったら35条の5の2項で1号から7号までということで、それを具体的に①から④と書いていただいているのですが、①のところは実は法律の2項の1号、2号の部分だと思うのですが、分類基準を定めるという部分が、このままでは読み取りにくいので、分類基準を定め、これに基づく医療機関のリスト、そのことを挙げていただいたらいいのですが、そういうようにすれば①の中で1号と2号が入る。②の中には既に3号と4号が入っていますし、③が5号、④が6号。7号は必須のものではなくて必要に応じてつくることですから、これは「等」という形でいいのかなと。①に法律で言う2項の1号を盛り込んだらよりよくわかるかなという気がします。

それから、これは体裁の話なのでどちらでもいいとは思いますが、分類基準のところ、いろいろと参考という形で脳卒中とか具体的な症例とか、市立堺病院の横田先生のトリアージシートなんかも具体的に出てきている、参考資

料という形で出てきているのと、最後の３６ページからまた参考というので、参考資料みたいなのがその都度出てくるのがいいのか、まとめて最後のほうに集約するのがいいのか。これは好みもあるだろうと思うのですが、私は３６ページのこの図は非常にわかりやすいなと思っているので、説明するときにもこれを使えばよくわかるかなというように思っています。ちょっととりとめがないですが。

座 長 今の話でいけば、これは読み手に３６ページをあけるというメッセージが要所要所に入っていればいいということでしょう。最後まで読んでいくと３６ページに行き着くわけだけど、もうちょっと早目に３６ページを見てほしいという場面があれば、３６ページを見なさいという指差しマークか何かがあればよい。つまり、３６ページと書いてあれば見るわけだから、そうやって前へいたり後ろへいたりしてもいいという話だと思うのです。

事務局 了解です。

座 長 あと、大阪は言い残すことは。

委 員 この場でどうのこうのという話では多分ないと思うので、親会議でまた議論していただくことになるかもしれませんが、国の概算要求の見直しという話も出ておりますので、この消防法改正に伴う実施基準は都道府県で策定して今後実施していくということになりますが、ぜひその背景に必要な財政的措置について、何がしか親会議のほうでも議論していただいて、両省庁でぜひ財政的支援についてお考えいただければと思います。お願いいたします。

事務局 その財政的措置というのは医師確保とか勤務条件の改善とか、そっちのほうに重きを置いて今おっしゃったのですか。

委 員 それもそうですけど、具体的にもとの概算要求の中には、これを裏づけるような医療機関の体制確保についても予算措置がなされようとしていたと思うのですけれども、ああいったものについて、ぜひとも今度の新しい予算でもそのまま継続してつけられるようにということをご検討いただければと思うのですが。

事務局 ですから、この報告書で関係ある部分には、さっきも１ページで構造的な問題を解決しなければならない云々が書かれていた、その部分のことですか。

委 員 それはもちろんそうなのですけれども、実際にこの実施基準に沿って体制確保することに対しても予算確保を、概算要求の中のメニューに入っていたと思います。その部分です。

事務局 入っていたのですけれども、それがどうなるかというのは、まだちょっとかわったばかりで、親検討会の中でもそれが言えるかどうかというのは、今後の状況次第ということになるかと思います。

座 長 だから、消さないでねと書くのはおかしいから、実施するに当たってはそれなりのものが必要だよねという程度のことはどこかに書いといてもいいかもしれませんがね、よくわからないけど。でも、地方からすると突然お金がなくなるとか

という話があつて困るとテレビ等で報道されている、ああいうことでしょう。

委 員 そうですね。

座 長 長い目で見てくれと総理大臣も言っていましたね。いかがですか、もういいですか。

委 員 地方の救急隊の意見として、自分も現場に行ったりするときに特殊性なのですよ。そういう形で先ほど安田先生がおっしゃった形で苦慮することが多いということで、そういう形の医療機関のモチベーションとか、そういうこと検討等がある程度いただければ、現場ももう少しやりやすいかなと。地方のこういう形で難しいと思いますけれども、地方の意見ということでとらえていただければと。

座 長 東京では今言ったように純粋に医学的でない部分で苦慮する患者さんたちがいて、それを二次医療機関でシェアすることで、二次医療機関にその分のお金が少し回るといいなというのがあったわけです。だけれども、なかなかそんな皆さんの医療機関が潤うようなことには残念ながらなっていない。1つの医療圏で2カ所ぐらいしか地域救急医療センターの予算がとれなかった。それって江戸川区だったら6つから8つぐらい必要なのではないかと言っていたのが、あつという間にそうではなくなったので、今後どうなるかわからない。それでも事務局の言葉で書くとなれば、例えば、東京ではそういうことがあるので、こんなようにしてやろうとしていますと、そういうことでしょう。

委 員 そういうことです。

座 長 そうやって例示するような形で考える題材を与えるということにいけば、多くのものが氷解するのではないですか。

事務局 東京の詳細な調査も含めて。

座 長 東京ルールも何となく32ページにぼっと書いてあるけれども、この心は安田先生がおっしゃったようなことなのです。だから、コーディネーターと言ったのは恐らく失敗だった、「夜のMSW」と言えばよかったなとか思っていますが…。

委 員 これは東京ルールの例なのですね。

事務局 違います。東京ルールもちょっと意識はしていますが、いろいろな例があるということで、東京ルールは資料があれば。

座 長 資料は山ほどありますよね。

委 員 はい。

座 長 齋藤さん、出してくれますか。

事務局 よろしくお願いします。

座 長 先生方、いかがですか。

委 員 先生方にも議論をし尽くしていただいたところの中で、1点だけ素朴な疑問ということでまた教えていただければと思うのですが、17ページのトリアージシートなのですけれども、過去の会議資料を見ている中では、いわゆる消防機関の

観察なり伝達基準の参考資料という形で載せていただいていた部分というところで、こういった部分を観察して、こういったチェックシートをつくっていくと、あらかじめつくったリストにたどり着く、いい検討された例ですということでご紹介いただいていた記憶があったのですが、今、これを拝見させていただくと分類基準の参考という形でつけていただいているというところなのですが、この位置に資料がついたという理由を教えてください。

事務局 17ページ、18ページをごらんいただければと思いますが、結局、いろいろなものを複合してトリアージシートを横田先生方がつくっていらっしゃるという認識で、まず、生理学的評価、文字がつぶれてしまって恐縮ですが、②③の中で循環器疾患ですとか脳血管疾患といったものが挙げられた上で、観察基準が入っているという複合的なシートですので、最初のほうに持ってきたほうがわかりやすいかなということがありまして、最初に持ってきております。

ただ、観察基準の例ではなくなったというわけではありませんが、25ページの下段のところですが、心筋梗塞ということで、例えば堺市の場合ではという形で、堺市のものはいろいろなところで引用させていただいたという形で、このトリアージシートはおそらくいろいろなところの例示になるだろうというイメージで、ただ、非常にわかりやすいので一番前のところに持ってきての資料とさせていただいたという状況でございます。

座長 だから、36ページのこの表でいくと、今でこそわかりやすいということで評価が高いと思いますが、1番があつて、2番があつて、3番があつて、4番があつてということになります。つまり3番、4番があるということは1番、2番があるということですから、そうですね。だから、表裏一体と言っていいのでしょうか、要は。一連のものとして考えるわけですので、3番、4番を説明するときに1番、2番で出てきたものをまたここを見ればわかるようにしていけば、有機的に一体のものというのは説明されていくのではないのでしょうか。そういうことでいいのではないかと思います。

岩田先生、何か言い残すことはございますか。

委員 私が求めるというのは何か変だと思いますが、どこかで座長が言われたと思いますけれども、そもそもこの消防法の改正は、単に搬送困難な事例を解決することだけが問題ではないというようなことを言われたと思うのですが、その部分はこの背景のところの文章を少し変えて、どんな状況においても、どんな資源についてもきちんと効率的にやらなければいけないということを書けば、その前提として、医療資源の問題とかもきちんと解決しなければいけないというのはあると思うので、直接的にここでは多分、実施基準みたいなことをやるので、先ほど言われたように財政措置みたいなのは難しいと思いますが、そこは切り離すわけにはいかないということは、どこかで着実に書いていくということが

重要なのではないのでしょうか。

座 長 ありがとうございます。

 ということで、およその報告書の全体については議論が出たと思います。きょうもたくさん意見が出たので、事務局の仕事が延々と続くのではないかという…。

事務局 先生、1点だけ確認させてください。安田先生と森野先生、すいません。10ページ、11ページ、12ページ、この辺大事なことなので改めて確認なのですが、11ページに専門性と今現時点でやっているところは全部緊急性に入れてしまうような話だと。小児も周産期も緊急性の中で整理をすべき話であって、12ページの(3)特殊性がございしますが、今、特殊性の①で整理しているようなことがむしろ専門性という話であって、②で整理していることがまさに特殊性なのだというイメージで整理し直すということが適当ということになりますでしょうか。そのようにそこだけは……。

座 長 この辺の話でわかってくださっていると思うのでよろしく。

委 員 少し言いたいのは、これを読んでいると危ないのはみんなこういう大きな病院に運んでしまうのではないかという感じがするので、グレーゾーンはみんなこういう大きな病院にいて、そこに患者さんが集まってしまうような気がするんですけれども、その辺のところを上手に書いていただいて、救急はすそ野を広くして、多くの医療人が診ていって、その中でほんとうに緊急性の高いものがこういうところに行くんだということをはっきりわかるようにしていただきたいと思います。

座 長 地域のあり方そのものだと思うのですよね。どこかに集めてしまえばそれでいいという話は、論理的にはありますからね。実はそうではないよということを…。

委 員 地域によって集めて、そこから各医療機関へ逆に搬送すれば、三次から二次、一次といくのも手ですけどね。

座 長 もうこの議論に入れる必要はもちろんなのですが、東京ルールでやっている地域救急医療センターについては、基本的には二次医療圏で2カ所という寂しい状況なので、輪番にせざるを得ないのだと思います。けれども、今、どちらかの地域では固定的なところもありますよね、先生。

委 員 区中央部医療圏は固定ですね。

座 長 そうするとある意味、上り搬送ではなくて、そこでどんと集めて、そこからふるという初期、二次、三次の議論の前にあったメディカルセンターみたいな話も、場合によってはあり得る。社会現象としては起こりつつあるのかもしれないということがあるので、引き続いて議論は必要だと私は思います。困った症例を今、こういうようにしてはいますけれども、みんながそうなればメディカルセンター

で集めておいて、整形外科は向こう、脳外科は向こう、子どもは向こうでやるという形で割り振ったっていいわけですから。

委員 できるだけ多くの医療人が救急に参加するのだということがわかるように書いてほしいのです。救急は一部の救急専門の人がやればいいではないかという発想になると困るのですね。軽い患者はそれなりの医者に診てもらわなければいけないわけですから、そのところが文章の中からにじみ出てほしいですね。

委員 その（２）専門性のところが緊急性に該当しないかというところが今、一番問題になっているのですけれども、例えば、「救急搬送上」とかそういう言葉を入れておけば、すべてこの緊急性の中にぼんと入れて、救命センターに持っていけという話にはならないような気も、今、安田先生のお話を伺って。言葉の書き方という気がしないでもないのですが。

事務局 みんながそうだなと思っていただけるものが一番正しいのだと思いますので。

座長 皆様の息子さんたちが見て、お父さんはこんなものをつくったのだという、そういう歴史的な成果物になるといいと思います。

事務局 事務局から何かありますか。激しい言葉も出ましたけれども。

事務局 いろいろ作業部会、４回にかけていろいろなご意見をいただきましてありがとうございました。またこれはこれとして親会のほうに上がっていくものだと思いますけれども、また別に救急全体について、これまでのご意見を参考にさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

座長 よろしいですか。では、冒頭申し上げましたけれども、近々親会があるはずなので、そこに向かって事務局が必死でいろいろおやりくださいますと思います。形としては、おそらく事務局並びに座長にお任せくださいという話でよろしいですよ。

事務局 では、そういうことなのでお願いいたします。

事務局 では、どうも、先生方、ありがとうございました。

事務局 ありがとうございました。

— 了 —