

「第2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」 議事録

1 日 時 平成21年10月2日（金）

2 場 所 三田共用会議所 大会議室

3 出席者

メンバー 山本座長、阿真委員、荒木田委員、有賀委員、石井委員、岩田委員、
遠藤委員、岡井委員、田村氏（川部委員代理）、井上氏（黒瀬委員
代理）、金森氏（笹井委員代理）、島崎委員、田上委員、田中委員、
津田委員、野口委員、前野委員、山崎委員、横田委員

消防庁 河野長官、株丹次長、石井審議官、開出室長、溝口専門官

厚生労働省 新村課長、中山室長、高宮補佐、中野専門官 以下2名

事務局 加藤企画官、和田補佐、森田補佐 以下6名

欠席者 坂本委員、杉本委員、宮坂委員、山本委員

4 会議経過

1 開会[事務局]

2 委員紹介

事務局より、委員、オブザーバー及び代理出席者の紹介が行われた。

3 資料確認

事務局より、配布資料の確認がなされた。

4 議事

【座長】

それでは、まず作業部会の報告について、作業部会長であります〇〇先生から報告をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

【〇〇委員】

では、資料「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報告書」につい

て簡単に、その後、事務局から詳しくご説明をと思います。基本的な骨格なのですが、目次を開けていただきますと「はじめに」とあります。ここはこの親会でのコメントになると思います。消防法の改正、このうち1の消防法の改正で、6ページを開けていただきますと、下に1、2、3、4とページが振ってありますが、6ページを開けていただきますと、消防法の改正のところの2の一から七まで漢数字がありますが、ここら辺が眼目だということです。それらについて目次の1～7というところに振られた説明が並ぶことになってございます。目次3、協議会についてとありますが、4に調査・分析についてとございます。これは救急搬送のクオリティをよくしていこう。つまり、人々にとってそれが必要ですから、そのときに救急隊が搬送して下さった症例と病院での最終的な診断、もっと言えばその後の治療結果も必要かもしれませんが、いずれにしても病院の情報と救急隊の情報をマッチングさせることが必要ですよねという議論がございまして、その調査・分析については患者さんのカルテ上の情報も取り扱わなきゃいけないことがございますので、私たちの作業部会においては法律の第1号から7号までについてどのような形で説明するかもちろん議論しましたが、分析についての大事なことについても議論をしました。全体は〇〇先生にこれから説明していただきますけれども、それぞれの地区というか都道府県にこれが行くわけなので、それぞれの都道府県の状況にあわせてこれが参考になれば、つまりこのとおりすればよいというものではなくて、これを参考にして地域で考えていきながら、搬送・受入れがうまく行きますようにと議論した次第であります。〇〇先生には、具体的により詳細によりしくをお願いします。

【消防庁事務局】

では、資料につきまして事務局よりご説明をさせていただきたいと思います。お手元に資料と書かれております作業部会報告書をご準備いただければと思います。まず、目次をご覧いただければと思いますが、目次の中には「はじめに」というのが入っております。一応「はじめに」の部分は親会でご審議をいただくことで除く形での構成にしております。その上で1～5と5つの項目立てがされております。1つ目ということで消防法の改正についてということで、背景ですとか改正の内容を記載しておりますが、ここの一番最初の前段の精神の部分は特に親会の中でもご議論をいただくべき内容かと思っております。そして、2つ目の項目でございまして、傷病者の搬送及び受入れの実施基準についてということで、内容を書かさせていただいております。先ほど〇〇先生からもございましたが、非常に細かにこの基準について、これを作ってくださいという形で、最初事務局としてはかちっとこれを作ってくださいと。少なくとも脳卒中については作ってくださいという形で、構成立てをしようと考えておりましたけれど

も、議論の中でどちらかというと、そういうのは例示をする形にとどめて、先ほど先生から調査・分析の話もございましたが、都道府県が考えてやらないとしょうがないという話が前提であって、考えることについて何かサポートする資料ということを提出していったらどうかということで、構成をまとめております。そして、3つ目でございますが、協議会ということはどういうメンバーが入るのかということ。4つ目、調査・分析。先ほど来触れておりますが、調査・分析が非常に重要だということ。5つ目の項目で、都道府県間の調整に関することでまとめさせていただいております。おめくりいただきまして、1ページ目でございます。1ページ目、背景のところを整理しておりますが、消防法改正に至る経緯となりましたそもその背景といたしまして、搬送困難事案がございました。ちょうど背景の一段落目でございますけれども、重症以上というところに限りまして、一段落目の真ん中あたりでございますけれども、そのうちの大体4.1%に当たるものについては、30分以上現場に救急隊が到着してから医療機関に選定を終え、現場を出発するまで、いわゆる現場滞在時間が30分以上を要するといった事態になっていることもデータとして明らかになってまいりまして、こういったことにどうしても対応していかないといけないということで消防法改正ということになってまいりました。そして、2つ目の段落でございますが、選定困難の問題を解決するためにどうしようと。構造的な問題をぜひ解決しなければいけないということがもちろんございますが、医師の確保ですとか、勤務条件の改善といったものがもちろん背景としてはございますが、当面現状の医療資源でどうにか対応していかないといけない。すなわち、医療崩壊をしているなら、崩壊をしているなりにどうにか対応していかないといけないだろうと。そのために、関係者間でどうにかルールをつくりながら最大限その資源を利用しながら救急搬送・受入れをやっていこうという流れでございました。3つ目の段落でございますが、非常に医療資源が困窮している状況にあることがある一方で、近年の医療の進歩によりまして非常に早い段階で対応できれば、患者さんの生命、あるいは予後を改善できるといった医療行為がございまして、非常に医学的に高いレベルのもの、すなわち非常に早い段階で医療へのアクセスができればどうにか患者さんが助かるというものについて、きちんとどうにか対応をしていくと。地域の中でベターなものを探っていくことも大事だということで、今回の消防法改正を行っております。2ページ目でございますが、以上のまとめといたしまして4段落目にそういった搬送困難の事案の解決と医学的観点からも質の高いものを目指すのだということを書いてございます。5つ目の段落でございますが、今回は選定困難事案を契機ということでこういった関係者間で調整をしてどうにかやっていこうということが話として出てきたわけですが、そもそもうまく医療資源が充足

して選定困難事案が発生していなかったとしても、救急をよくするという意味ではこういう関係間での調整を行って、適切な者に適切に医療資源が配分されることが大事なんだということで、作業部会の中では議論を進めさせていただいたということになっております。改正の内容に続きますが、今、改正の内容を報告書として誰に出すのかということを改めて整理をさせていただきたいと思いますが、救急搬送を行うに当たって、119番通報が消防に来まして、救急隊が現場に到着すると。現場に到着して、傷病者の観察を行いまして、観察に基づいて医療機関にこういう患者さんですけれども受け取れますかと、1時間前から右手足のしびれがある患者さんですけれども受け取れますかと、医療機関に照会をかけます。照会をかけて受けた医療機関が、いやいや、今、脳外科が手術中なので対応は難しいんじゃないか、あるいはその患者さんであればt-P Aの可能性があるので大至急連れてきてくれといった医療機関との照会、受入れ要請に対する応受可能か不能かといったことの調整を現場の中で行っていきませんが、調整業務のところを非常にスムーズにするためにどうしようと。調整のところの責任を誰が持つのか明確にしようということで、都道府県が関係者間の協議会での協議を経た上で、調整をあらかじめ行っていくという流れになっておりまして、この関係者間の調整を行う都道府県に対してその資料となるものを現時点で報告としてまとめて提出をしていこうという流れになっております。改正の内容ということで2ページ以降記載しておりますが、細かな内容というよりもこの中で作業部会で一番重視されましたのは3ページ目でございますが、すなわち関係者間でルール、基準を作っていくことはあるのだけれども、その基準は調査・分析をかけて常に見直しを行っていくのだということ。3ページ目の一番下の図でございますが、消防機関と医療機関が一緒になって調査・分析を行って行って、その実施基準、自分たちの運用のところをどうにかよくしていこうということを決めていくのだと。その内容によっては、自分たちでは解決できないけれども、これをどうにか行政として行ってほしいということに関して意見具申ということで、都道府県に対しては、その協議会として意見を言えるという枠組みになっていると。細かな内容というよりも大前提としてPDCAを回すのだということ。そして、必要に応じて都道府県には意見具申をするのだということを前提として最初に書かさせていただいております。4ページでございますが、4ページも非常に作業部会の中で出た意見、事務局からもともと提案したというよりも、作業部会の中で出た意見でございますが、公表に関することについて非常に議論が行われました。消防法改正の中では、各傷病者の状況に応じて分類をつくり、その中の医療機関のリスト、医療機関名は公表しないといけないことになっておりますが、親会の中でも指摘を受けましたけれども、実際に実施基準を運用する際の実務的な情報の公表

については、各都道府県の判断となりますけれども慎重に対処する必要があることが指摘されております。4 ページ目の真ん中あたりになりますが、そういう指摘がございました。それは何故かと問われるならば、手術・治療を念頭に医療機関を必死に地域で調整した場合に、ウオークインでの外来患者さんが殺到してしまうと。その対応のために手術対応が困難になるなど、余力がないような医療機関では、住民の受診行動がその情報によって左右されることによって、機能マヒになってしまうおそれがあるということでの指摘がありました。何でもかんでも公表すればいいという話しではないのだと。それは慎重に対応する必要があるということでの指摘があったところです。ただし、4 ページ目の一番下の段落でございますが、一方で救急車及び救急医療が必要な者に適切に配分されるべき、公共性の高い資源であることについては、住民へ情報を発信し啓発に努め、不要不急での利用を避けるなど、住民への強力を求めていくことが重要であるという指摘がなされたところです。ですので、情報は出さなくていいという話ではなくて、いかに出すかというところまでも考えるべきだということが作業部会の中で出された意見でございます。一番最後の段落などは法律事項ということではなくて、法を運用していく上ではこういう考え方が大事だということで、作業部会からいただいております。5 ページにつきましては、消防法の全体の協議会と実施基準の内容でございますが、これは第1 回でもご説明をさせていただきましたので、必要があれば適宜戻らせていただきますが、協議会と実施基準ということのみでご説明は省略させていただきたいと思います。一応、我々の立ち位置といたしますと、5 ページの一番下の表になりますが、総務大臣と厚生労働大臣が情報提供等の助言がちょうど真ん中、やや下あたりの右側にございますが、総務大臣と厚生労働大臣、情報提供等の援助という中の一つとして、現在皆様方にご議論いただいております報告書の内容がございまして、これを都道府県が策定公表していく実施基準を定めるに当たっての援助を行っていくのだという立ち位置にいる状況でございます。6 ページは、消防法の主な変更点の部分で搬送・受入れに関する主な内容でございますので、適宜ご参照ください。7 ページ目には、医療計画の内容についての概要を入れさせていただいております。8 ページでございますけれども、8 ページからが搬送及び受入れの実施基準のメインになったものでございます。8 ページの特に真ん中の段落、3 段落目をご覧くださいと思います。地域によっていろいろではございますが、従来、救急隊は傷病者を観察しまして、適当な診療科に当てはめると。医療機関側が、うちは脳神経外科をやっているよ。循環器内科をやっているよという医療機関側の診療科に当てはめまして、受入れ医療機関を選んで搬送を行っているという作業をやってまいりました。救急隊がX線撮影ですとか細かな血液検査を現場でできるわけではないことを

念頭に置きますと、診療科に応じて傷病者を当てはめるということそのものがなかなか現在、厳しい状況ではないかということでのご指摘がありまして、そうではなくて救急隊が観察できるレベルの傷病者の症状等に応じてそもそも対応できる医療機関はどうかということです。あらかじめ整理しておくということが重要ではないかというご指摘がされたところです。

すなわちその心としては幾つか事例がございましたけれども、今、t-P Aという脳梗塞の詰まったものを溶かすという治療がございますが、それは脳神経外科で対応したり、神経内科で対応したり、循環器で対応したりと診療科もばらばらでございます。そもそも脳卒中疑いの方にどの医療機関が対応できるのかという話しで整理をしていかないといけないという状況ですとか、あるいは、消化器外科が今いますということで医療機関側の情報があつたとしても、今、麻酔科医がいませんので手術はできませんという話になる可能性があります。それならば、やはり急性腹症といわれる非常にお腹の手術の可能性があるような方を今受けられる——今ということではないかもしれませんが——そもそも受け取れる医療機関はどこなのかという形で再整理していかないと、結局電話をかけていいですか、悪いですかという話しをずっと繰り返すことになってしまいます。その辺の調整をスムーズにするために、再分類といいますか、もう一度きちんと整理を仕直しまして、非常に必要なルールを決めていくべきではないかということでまとめております。9ページは、分類基準のところをメインで説明しまして、あとは少し簡単な説明とさせていただきたいと思います。まず、冒頭申し上げました医療機関がどのような形で患者さんを受け取れるのか。どのような患者さんを受け取る形で医療側を整備していくのかという話しでございますが、1つ、緊急性、専門性、特殊性という3つの観点から傷病者の心身等の状況、傷病者の状況を分類してはどうかということで議論を進めさせていただきました。10ページは、緊急性、専門性、特殊性、オーバーラップはしますけれども、それぞれ非常に、反射神経的に、とにかく救命センターに運ばないといけないのだという話ですとか、あるいはいろいろなものを考えて重症度、緊急度が高いということで専門病院に持っていくとか、あるいはこれは特殊と言いましても調整をしておくのが非常に難しい傷病者背景をお持ちの方などについて、どう対応するかといったことを決めていくということ。いろいろな、3つの観点から整理をしていってはどうかということで議論を進めてきたところです。11ページから具体的な内容に入りますが、それぞれ観点の説明を書かせていただきまして、具体的な内容につきますと16ページから参考ということで、参考に落とす形で記載させていただいております。15ページにいきなり飛ばさせていただきますけれども、こういう3つの観点を参考に傷病者の状況を分類していかないといけないと。分類した上で、必要

な医療機関名を第2号になりますけれども、リスト化する分類を設定していくのだということで議論を進めさせていただきましたが、あまねくすべての分類をつくることではなく、必要なものをきちんと都道府県で話し合いをして作っていくのだということでございます。備考のところでもまとめておりますが、3つの観点を参考に整理し設定していくことになるかということで、例えば、先行していろいろな医療提供の体制といいますか、救急体制を調整しております横田先生の堺市では幾つかのものを特にピックアップをして、分類基準をつくっていらっしゃいます。そういったものを紹介させていただいております。一番イメージがわくかと思いますので、堺市の例示をさせていただきますと、19ページをご覧くださいと思いますが、これは医療機関を選定するときにこういったものを特に医療機関とマッチングさせていくかということで、堺市で試験的運用も含めてされているものだと伺っておりますけれども、19ページをご覧くださいと、一番左に脳血管疾患疑い、②循環器疾患、③脳血管障害と書いてございますが、あえて正確に書くならば、救急隊員での判断ですので、脳血管障害疑いになるかと思っておりますけれども、そういう疑いといったものはどういうものを観察すればいいのか。これは後ほどの観察基準になりますけれども、観察基準がまとめられておりまして、そこをチェックしていくといった形のトリアージシートがつくられている状況でございます。こういったどんな傷病者の状況に応じて、その医療機関のリストを作っていくのかといったものをやっていくのだということで、とりまとめをしております。その上で、ページを飛んで申しわけございません。25ページをご覧くださいと思いますが、都道府県の中で緊急性、専門性、特殊性、種々の観点から整理したものについて医療機関のリストを作っていくのだということになります。27ページになりますけれども、先ほど来つくりました医療機関の整理、分類基準に応じて、どういう形で観察をして当てはめていくのかということが観察基準でございまして、こういった内容を特に観察して持っていくのか。それは患者さんを非常に幅広くにバクッと脳卒中の疑いがある人は全部捕まえようという戦略でいくのか、あるいは突出したt-PAといわれる、ものすごく患者さんを絞った形で観察して医療機関のマッチングを図るのか。あるいは、とにかくにも、心臓か脳の何らかの疑いがあった場合には、一旦近くの医療機関に搬送して、とにかく広く捕まえて搬送して、その上で転院搬送をかけるのかといったものは、都道府県で医療資源に応じて戦略を考えないといけないということでございまして、戦略に応じて観察基準、これは救急隊が1から10まで観察をする。はしの上げ下げまで全部を書くといった報告書の構成にはなっておりませんで、特に重要なものはそういった医療機関の選定に関する観察基準を書くことが必要ではないかということで、まとめさせていただいております。

参考資料がずっと続きますが、次の基準といたしましては32ページ、選定基準になりますけれども、選定基準につきましては先ほどの観察基準に基づきまして、前にございました医療機関のリストの中から選定をしていくのだと記入しております。もちろんこの中では総合的に判断することについて、医療機関が現在受入れ可否がどうなのか。あるいは、かかりつけ医がいるのかどうなのかと、搬送時間はどうかといったことを総合的に判断するのだということを記載させていただいておりますが、特に医療機関とのマッチングということであれば、第1号、第2号の医療機関リスト、あるいは傷病者をどう分類するのかがみという形で、この辺の選定基準は相対するものとして出てくることになろうかと思います。33ページが伝達基準ですが、以上の内容を踏まえて医療機関に何を伝達するのかということも関係者間で情報共有を図りながらルールを決めていくべきだろうということでもまとめております。34ページでございますが、これは受入医療機関確保基準と書いてございます。これは冒頭申し上げました、特に搬送困難事案が起きていることでの対応ですけれども、これまでどちらかといいますと、搬送困難事案が起きた際に、それにどうやって対応するのかが事前に決められていないことがしばしば取り上げられてまいりました。逆に言いますと、そういう危機的状況が陥ったときにどう対処するのかが、あらかじめ地域間で決められている場所においては起こっていないことになるのだと思いますけれども、搬送困難事案にもいろいろなルールは決めているけれども、もし陥ったときにどうするのだろうということも関係者間できちんと決めておきましょうということもございます。この内容につきましては、例えば、35ページでございますけれども、コーディネーターという形でどうにか調整を図る、あるいは基幹病院か自分で受入れるかどうかも含めて、コーディネート機能を発揮する、あるいは応急的な処置をとにかく直近で受けて対応して、その後、対応が可能なところにどんどん転院を図るとかいった対応があるのだろうということで、取りまとめをしております。その上で、35ページの一番下の(2)が一番最後の行に入ってしまったけれども、そのほか医療基幹の確保ということで36ページでございますけれども、輪番制をどうする。あるいは、37ページでございますが、救急医療情報システムをどう運用するといったことも関係者間で決めていってはどうかということでもまとめております。38ページは、さらに必要なものがあれば、都道府県の中で決めていくということで、救急車で搬送するのか。ドクターヘリを使うのか。あるいは、救急車に医療従事者を一回ピックアップして搬送するのかといったことも基準として決められますし、災害時の対応といったことも決めておくことが可能ですということを整理しております。39ページでございますけれども、非常に文章だけのものを説明させていただきましたが、今までの流れの中のもの

のを基準という形で1枚の概念図にまとめますと、四角の1、四角の2といったものが各号に対応いたしますが、一番右、医療機関側では傷病者の分類に応じて医療機関の区分を設定しようというのが1号、2号でございまして、該当する医療機関の名前を2号ということに入れていくと。一方で、消防機関側はそれに合わせる形で、特に重要な観察基準、選定基準をもちろん医療従事者、医療関係者、都道府県を含めて関係者間で決めていくと。5号のところでございますけれども、伝達、医療機関にどういったものを伝えて、あるいは、こういう選定基準であなたの医療機関に今受入れ要請をやっていますというものがわかるものを基準として定めて、医療機関ではそれに答えると。6号基準ですけれども、左下になりますが、そういうきれいな対応方を練っていてもどうしてもうまく行かない。手術対応中といったことはどうしてもあり得ることになりますので、速やかに決定しない場合に、どうするのかも決めておく。これが俯瞰した概念図でございます。40ページでございますが、そういったものを議論する協議会のメンバーについてまとめておりますが、ここは割愛をさせていただきます。41ページでございますけれども、作業部会の中で一番議論になりましたのが、調査・分析でございまして、とにかく調査・分析をしてフィードバックをかけていくのだということが作業部会の中で最も強調されたものの一つでございます。調査・分析が1つ目の○ですけれども、消防法の中でどこに含まれているのかということで、協議会の業務である連絡調整の中に含まれていますということ。○の2つ目でございますけれども、傷病者の状況に応じた適切な医療を提供するための実施基準の策定と見直しを行うためには、消防機関側、医療機関がそれぞれの情報をきちんと出して、それぞれどういう状況なのかを照らし合わせた上で策定していくことが重要であるという大前提のところをまず書かせていただきまして、細かな内容ということで○の3つ目からになりますが、こういった地域において、こういった傷病者が救急搬送されていて、その患者さんに対応するためにどの程度の医療提供体制が必要なのかという需要状況を把握する必要があるだろうと。その上で、現時点での体制で、こういったものができるのかを確認した上で、実施基準をつくっていく必要があるだろうと。そして、○の4つ目でございますが、いろいろデータをやっていくに当たって、実施基準に照らすに当たって、その実施基準が適切にうまく動いたのかどうなのかということの検証ということで、救急隊の搬送及び処置が実施基準に照らして適切だったのか。あるいは、医療機関の受入れは実施基準に照らして適切であったのかということデータをもちてフィードバックすると。実施基準がうまくないということであれば、実施基準をきちんと直していくことが重要だということを書かせていただいております。5つ目の○でございますけれども、非常に高い目標といたしますか、最終的な最後の目標になる

かもしれませんけれども、現在、傷病者の搬送と処置——すぐに搬送したほうがいいのか。あるいは、その場で処置をしたほうがいいのか。あるいは、どの医療機関に運んだほうがいいのかという、ベストアンサーをどうにか目指していくという一番最終的な患者さんのアウトカムにどうやったら繋がるのだということまでをも関係者間で面としてきちんと検討していくことが大事だということがご指摘をされたところです。一番下の6つ目の○ですけれども、これはそれまでの上の○とはまた違う趣旨の内容でございます。こういった見直しをきちんと行いまして、もちろん適宜行っていかなければいけないけれども、少なくとも年に1回はきちんと実施基準全体を見直す必要があるということでのご指摘をいただいたところです。以降も資料が続きます。飛ばしまして、46ページの都道府県間の調整でございます。都道府県間の調整につきましては、作業部会の中でも強く主張、意見が出されたところでございます、すなわち都道府県が今回、調整責任を負うという形で、都道府県完結の色が強い形で出してみますと、特に隣接の都道府県と境界周辺のところは都道府県を超えての対応が難しくなったりしてしまうような、逆に消防法改正を行ったが故にうまくいっているものを破壊してしまうことにはならぬようにということでご指摘がなされたところです。あるいは、医療支援が非常に限定されているようなものについては、都道府県を超えて広域的な対応といったことも考える必要があると。そのことはきちんと明文化するようにということでご指摘をいただきまして、46ページの一番下の図は医療計画の内容でございますけれども、佐賀県の中では、例えば、三次救命センターということで、佐賀県以外の福岡や長崎のものも記載しておりまして、実際、佐賀県の県外搬送を見ますと、応受率が非常にいいということで行政が調整をもう既にやっているということでの一例ということで46ページはつけさせていただいております。以上が全体の説明でございます。済みません。あまりにも飛ばしすぎましたので、少し実際の内容の部分になりますけれども、先ほど、緊急性・専門性・特殊性と申し上げました分類基準のところに戻らせていただきたいと思います。11ページをご覧くださいと思います。実際、傷病者の分類するに当たりまして、緊急性・専門性・特殊性という観点で分けることをご説明させていただきましたけれども、例えば、緊急性の中にはどういったものが含まれるのかということになりますと、重篤、これは11ページの一番下にバイタルサインが書いてありますけれども、見た瞬間にこれはまずいと、これは死にそうだといったものは、もう反射神経的に救命救急センターなり、非常に医療資源を投入できるところに運ばないといけないだろうと。12ページでございますが、反射神経とはちょっと異なるのだけれども、重症度・緊急度が高くなるという内容があるだろうと、具体的な事例ということで、例えば、16ページをご覧ください

だけだと思います。例えば、16ページの①でございますけれども、脳卒中が疑われるもの。これは命にかかわるということで、脳卒中疑いですとか、あるいは②の心筋梗塞（急性冠症候群）疑いといったもの。こういう疑いがあるものについては、特に、生命に強く影響を及ぼす可能性があるということで重症度・緊急度高ということで対応していかないといけないということで医療機関のリストをつくってはどうかと、具体例を挙げております。12ページに戻っていただければと思いますが、脳卒中や心筋梗塞疑い、外傷、熱傷、中毒とか急性腹症といった種々の内容について、医療機関を最初からリストアップしておく。そのための分類基準を設定しておくことを取りまとめさせていただいております。そして、参考文献としてお手元に配付しておりますが、島崎先生がまとめられた重症度・緊急度判断基準などを利用して、各都道府県で設定していく。12ページ、専門性でございますが、もちろん重症度・緊急度が高い内容でございますけれども、特に、一般救急とはちょっと色合いが違うものを専門性でまとめておりまして、妊産婦、13ページは小児の話でございます。③という形で、開放骨折ですとか、眼科疾患、耳鼻科疾患といったものも場合によっては、きちんと確保ルールをつくっておかないと、各地域においては、重症度・緊急度が高そうな場合には対応が難しいのではないかとといったものを、専門性という形で整理をさせていただいております。13ページの下でございますが、特殊性の観点、これは搬送に時間を要している傷病への対応等ということで、先ほどの（1）（2）がいかに医療機関の医療資源のところにマッチングさせるかという高度な医療を提供するかという発想でまとめておりますが、（3）のところはさらに色合いが違ってまいりまして、搬送に時間を要している事案についてきちんと分析をした上でどういう対応をするかを考えていってはどうかということでございます。例えば、透析——透析だけというよりも、透析がプラスアルファされた場合の患者さんについて、対応できる医療機関を最初からきちんと整理をしていく。背景として精神疾患がある方、急性アルコール中毒の方、未受診の妊婦の方といったものについて、だから受けられないのですということだけではなくて、どうやって対応していきましょう。そもそもの話しとして、むしろここでは事例を挙げておきますが、14ページが大事でございますが、搬送困難となっているものは何なのかを調査・分析などに基づき、設定することが大事ではないかということで記載をさせていただいております。実際にデータを出した東京都の例、文字が細かくて恐縮ですけれども、こういったものが搬送困難になりやすいのかをそもそも都道府県において把握しておられますかということで、参考として出させていただいております。なお、こういったデータに基づき、いろいろな体制を練っていくことについては、委員限りではございますが、お手元の泉州地区のものを配付させていた

だいております。この泉州地区のものにつきましては、実際にこういったものが搬送困難になっているのかも含めて、体制を構築していったことでの一例になろうかと思います。以上でございます。済みません、説明が長かったことをお詫び申し上げます。

【座長】

ありがとうございました。部会の先生方、ありがとうございます。非常に膨大な時間を費やしたのではないのかと、心から感謝申し上げたいと思います。いかがでございましょうか。この作業部会の報告書につきまして、どうしましょう。どこからでもいいというふうにしましょうか。あるいは、少しずつ質問を受けていきましょ。事務局、どうでしょう。あるいは、部会長、どうでしょう。

【〇〇委員】

どこからでもいい……。

【座長】

どこからでもいいですか。

【〇〇委員】

私はそう思いますけれども。

【座長】

よろしゅうございますか。

【〇〇委員】

結局全体としては有機的に繋がっていますから、どこから切り込んでいってもいろいろなところへ話が飛んで行くと思います。最初からやっても同じことが起こるのではないかという意味です。

【座長】

ありがとうございます。それでは、部会長のお話もあります。どこからでも結構でございますので、作業部会の報告書につきまして、どうぞお話しをいただきたいと思います。ただ、その前に前回の親会の、いろいろ委員の先生からお話しが出ました。そのお話のところは大体は入っていると考えてよろしゅうございますか。

【〇〇委員】

はい。

【座長】

どこからでも結構でございますが、いかがでしょうか。それでは私、まず皮切りに、今のと

ころを3つの特殊性・専門性・緊急性がありましたけれども、これ、ここのところが1つのキーになるのだろーと思いたすが、中では緊急性の中に重症度と緊急度という2つに分かれて、もう一つのほうには専門性と特質性と分かれて書いてあるように思いたすが、この場合、重症度と緊急度と、緊急性の中に重症性と緊急性は両方入っているということによろしいですか。

【消防庁事務局】

非常に難しい話だと思いたす。少し補足をさせていただきますと、重症度は命に影響がある重たい疾患になりますが、ものすごく急いで処置をしないとイケないかどうかは異なってまいります。命には非常に影響があるのだけれども、少し、3時間、5時間ぐらひは待てるという話しなのか、緊急性になりますと、命には別状はないのだけれども、死にはしないのだけれども、例えば、四肢の断裂などはそうですね、とにかく早くアクセスしないと予後なんかにものすごく影響があるという2つの考え方があるのですけれども、重症度、緊急度、分けて考えていきますと、どちらもオーバーラップする部分もございまして、今回の場合には重症度・緊急度ということで、まとめにさせていただきます。そして、重症度、緊急度という観点は、あえてその観点の中では特出しするような形では出さずに、10ページでございすけれども、そうではなくて、急ぐ必要があるのですという緊急性の部分という形で飲み込めるものは飲み込むという形で整理し、専門性、後のもの、非常にスパンと早く、とにかくにも早く、そうじゃないと死んでしまうという緊急性とはまたちょっと違っ、例えば、四肢断裂のような場合にだと、整形外科の非常なプロフェッショナルがいるようなところに持っていけないといけないという専門性があるという形で整理をさせていただきます。この辺はおそらく概念はいろいろ緊急性も専門性もオーバーラップしますので、あまり包含関係などをやり始めますと全部かぶるという話しはあるよねということは、作業部会の中でも指摘をいただいたところですよ。

【座長】

ありがとうございました。どうぞ。

【〇〇委員】

ここら辺は純粋に医学的な議論を展開するとしますと、今、事務局がおっしゃったみたいに、ぎりぎりと言が進んで神学論争的な話の場合によってはなり得るところなんです。むしろ、搬送の現場においては、それらのことが常に頭の中で錯綜しながら患者さんが運ばれていることがあります。とりあえず9ページにありますように、緊急性、専門性、特殊性と分けてはございすけれども、物事を人に説明したり、また説明された人が物事を理解するときに、ある程

度は分類しながら説明して、全体としてまとめてまた理解するというプロセスだと理解していただければよい。これは事務局のとりわけ努力をされた部分だと思います。ここには緊急性・専門性・特殊性と書いてあるのですけれども、よくよく見ると、緊急性・重症度となっていたり、重症度・緊急度となっていたりということがあるのはそういうことだと理解してください。あまりぎりぎりやっていると、ほんとうに訳がわからなくなっちゃうということでございます。以上です。

【座長】

ありがとうございます。この辺からでもどこからでも結構でございますが、今、私、参考の16ページの先のほうは緊急度、重症度の高い疾患、あるいは緊急度が高いけれども、重症度は低い疾患ということがずっと並んでおりますので、この辺のところも少し考えの中に入れながら、緊急性というところで、搬送という短時間のところは考えていこうではないかという話で、私よく理解できますけれども……。

【〇〇委員】

追加します。参考と書いてあるところは、みんなほんとうの意味において参考です。つまり、読み手がこういう読み方があるのだということで、それぞれの都道府県で議論していただくきっかけになればという形での参考となります。

【座長】

ありがとうございます。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

この報告書の中で、これをどう位置づけるかということを逆にご意見をお伺いしたくて聞きますが、要するに救急隊の搬送におけるいわゆる患者性状を評価する基準と、病院がそれを受けて収容を承諾する評価の基準とがここに書かれていますよね。これに対して都民だとか住民がどういうふうに自らを評価するかということも出てくるはずなのです。そうすると、これ、よく臨床救急医学会なんかで言っている、病院内におけるトリアージだとか、救急隊がやる現場のトリアージをこの協議会の中でどこに位置づけてやっていくのかと。ちなみに、7号のその他の基準の中には、搬送手段の問題だとか、災害時における搬送が書いてありますけれども、基本的にそういう円滑に行うための院内トリアージだとか、そういったものをどのようにやっていくかということ、ここで書くかどうかがいかがでしょうかというのが1つです。そういうトリアージということを前提にするならば、例えば、東京、大阪なんかの消防の中で行っている電話相談事業をどういうふうに位置づけていくのかとか、その辺のことをご意見と

して、逆に言えばお伺いしたいと思っているのですけれども。

【〇〇委員】

ありがとうございます。今の話は全体のトリアージという概念だろうと思います。それは電話のコールトリアージ、あるいはフィールドトリアージ、あるいは病院の中でのトリアージという概念を報告書の中にはどういうふうに考えていったらいいだろうかということ。これは事務局どうぞ。

【消防庁事務局】

38ページをごらんいただければと思います。今、〇〇委員よりご指摘があったとおり、第7項のところでは災害時における搬送及び受入れの基準と、3行では足りないという話にはなるかもしれませんが、一応やることができるということでは書かせていただいております。この辺はやることができるという形ですので、ねばならないという話では法律上はありません。ですので、報告書として検討会の見解として、ぜひ書くようにという話に持っていくということであれば、それは検討会の見解として書いていただくことは、もちろん可能ではございますが、この消防法改正の発端がどちらかというと搬送及び受入れの選定困難事案が起きたということ。あるいは、医療が非常に発展したことで、マッチングが非常に厳しくなったということがございますので、これは補足的なところに今回の中では落ちている状況でございます。この辺をどこまで強調するかはまさにご審議いただく事項だと思います。もう一つ、電話相談の話がございました。電話相談も広く読み込んで、第7号の中で考えていくといった考え方もあるかとは思いますが、一応搬送受入れという形で関係者間で取り決めをしていこうという流れの中でございますので、今回の報告書の中では特に触れられている部分は現時点の中では書かれてございません。以上が補足の説明でございます。

【座長】

ありがとうございます。今のは災害時というところ、今、〇〇委員の質問はそれだけではない。今の電話相談。あるいは、コールセンター等での記述はいかがなものでしょうかということでございますが。どうぞ。

【〇〇委員】

事務局が言われたとおりで、私はいいと思うのですが、消防法の改正をメインテーマにした作業部会の報告書ということになったときに、消防法の改正がどの範囲のものをどういうふうに考えているのかという話しにもろに直結するのです。私自身もそういう意味では、例えば、先ほど、受入れに関する調査とか分析とかいった話しは、消防法の改正のどの部分にどう書い

であるのかをしつこく事務局に質問というか、むしろ詰問かもしれませんが、そういうことをした覚えがあるのです。今、〇〇委員さんがおっしゃったみたいに、消防法の改正がこの部分にそれが含まれて理解できるはずだという話していけば、作業部会の報告書はそういう意味ではまだ不完全なので、その部分を補足するための付録をもう一回つくり直すことが私は必要だと思います。日本臨床救急医学会などで議論しているように、トリアージという概念は家庭の中から病院に入るまで広くどこでも起こり得る話なので、消防法の改正の根幹を成すコアの心というところまで行きますと、〇〇委員さんが言われることも入っているのかもしれないという気がしないのでもない。しかし、そこら辺は僕らの頭の中では事務局のおっしゃるとおりにやってきたというのが実態であります。つまり、すでに触れましたけれども、そもそも不幸な事例をきっかけにしてこの法律が云々と事務局がおっしゃいました。実はそんな不幸な事例があってもなくても、この手のことを議論することは実はクオリティをよくするという意味では必要だという話は確かにそのとおりで、そういう考え方はくつつけてもいいと思うのです。この法律そのものはどの程度のものかという話にかかわってきますので、その辺はつくり手の人たちと、それを批准したという法律として通した国会議員にそれこそ聞いてみたいものだ。

【座長】

ありがとうございます。ほかの委員の先生方、今のところについていかがでございましょうか。トリアージという概念を報告書の中でもう少し入れてみたらいかがなものだろうかと。もちろん災害は出ておりますが。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

今、〇〇委員から病院でのトリアージの紹介がありました。病院前においてもまさしくトリアージをするという必要性があるわけで、本質的なところはほとんど同じだろうと思います。実は、法律の号に沿って書かれているので、かえって見にくくなっているのでしょうけれども、実際には3号、4号というところが観察して病院を選定するというところが、おそらくトリアージに相当し、どういう基準を設けるかというところに一致すると思うのです。この全体の報告書の中に自分が作業部会に入っていないながら言いそびれたことがあるのは、本来ここに医学的な根拠、すなわち、先ほどの医療機関の分類にもいろいろ書かれていましたけれども、医学的な根拠にのっとって観察基準、あるいは病院選定の基準を設けましょうということになると、〇〇委員がおっしゃったように、病院内で行われているトリアージと本質的に一致してくるだろう。もう一つは、最後に実際に傷病者の搬送された医療機関がよかったのか悪かったのかを評価・分析をして、それをフィードバックかけましょうというのは最初に説明されましたけれ

ども、そういった業務を行う、具体的な場は、おそらく今の現状で行きますと、メディカルコントロールの協議会であって、検証等を行っているグループだと想定できます。そうしますと、そこにも医学的な根拠でもってもう一度検証しますということが出てくるのだらうと思います。そういう意味で、トリアージという話しが出てきたついでに言いたかったことは、最初の分類もそうですし、観察をして病院選定をつくる基準もそうなんだけれども、医学的な、即ちメディカルコントロールの立場でやるべきではないかということをも足しても良かったのかという気はいたします。以上です。

【座長】

ありがとうございます。事務局、いかがでございましょうか。あるいは、もう確かにそのとおりだという……、どうぞ。

【消防庁事務局】

38ページで、先ほど災害の話しが書いてありますということはご紹介させていただきましたけれども、災害時に医療機関を確保するためにどういうことをやるのかということでの基準、そして〇〇委員からもご指摘がございましたけれども、観察や選定の基準を逆に観察や選定だけではなくて、そのときに医療機関をどうするのかも含めて、災害全般は書き込むことができるが、おそらく38ページに災害時と書いてあることをもって、ご理解をいただけるのであれば、それでいいのかなという印象もございます。というのも、災害時を全部に入れていくのも、少し構成としては難しいのかなと。入れることはできるのですが、わかりにくくなってしまうのではないかとすることが若干懸念はされるかという印象はございます。そして、もう1点、医学的見地からというお話につきましては、41ページになるかと思います。41ページ、調査・分析のことで書いてございますが、この中に、例えば、5つ目のポツなどには傷病者の救命や予後の向上の観点からといったことは書き込ませていただいておりますが、医学的観点から見直しが必要なのだということは少し41ページも重厚にすることは考えていいかと受けとめております。以上です。

【座長】

ありがとうございます。そして……。

【消防庁事務局】

ちょっと補足で。

【消防庁事務局】

よろしいですか。もともと〇〇委員のおっしゃったトリアージをどこに位置づけたらいいか

という問い自体がこの基準の中に現場でのトリアージとか院内トリアージを位置づけたらいいのかというご指摘であれば、今回の消防法の改正は救急搬送、消防機関が行っている搬送と医療機関の受入れの接点の部分の搬送・受入れの基準を定めることがメインですので、おそらく救急隊の現場トリアージ、フィールドトリアージの話は、搬送におけるルールということですので、位置づけることがより近いのかなと思います。例えば、医療機関内のトリアージをここに書いていいのか。あるいは市民の自分のトリアージを位置づけたらいいのかは、基準の中に書くのは、今回の法の守備範囲を若干超えているのかなという感じはいたしますが、〇〇委員のおっしゃった医学的な意味での観点が必要だということについては、全般にもうちょっと補足をしたほうがいい。どこにということではなくて、全体の考え方にかかるとは思いますが、そういった意味を書き足していくことは必要かと思えます。また、基準にどう書くかという話と別に、この協議会は搬送・受入れの実施についての幅広い連絡調整を行うことも協議会の位置づけの中にありますので、業務の中で市民の段階からのトリアージ、救急車におけるトリアージと病院内ということを幅広く話し合っていきたいと思います。これは当然必要になってくるので、この報告書の中にもそういったもうちょっと広い見地の検討なり協議が必要だということ的位置づけることは非常に大事なことだと思いますので、そういった方向の整理でもしよろしければ考えていきたいと思っております。

【座長】

ありがとうございます。院内トリアージは少し超えているのかなという話が出ましたけれども、これは今日、厚労省の皆さん、先生方も来られておりますがいかがでございましょうか。

【厚労省事務局】

先ほど、消防庁事務局から話がありましたように、法の趣旨から言いますとこの中に入るのなかなか難しいかという感じはしておりますが、先生方のほうでこの中にそういったところの趣旨も含めて書いてほしいということであれば、それはどういう形で書くかどうかはありますけれども、検討する内容かとは考えております。

【座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

まだこの報告書のはじめにの部分はありませんし、おわりにの部分もありません。だから、「はじめに」のところにそもそも論として、全体の景色を言って、その中のこの部分にスポットを当てたものと書いてもいいですし、終わりに書くとすれば、このような議論の延長戦

というか、議論をすることそのものはそもそもこういう広い視野があったのですよという形で書くということで、品よくうまくやればいいのじゃないかという気がします。

【座長】

ありがとうございます。確かに、これ、はじめにとおわりにがないからですね。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

今、座長などが言ってくださった形でいいと思うのですが、私も実は作業部会に参加させていただいて、私自身の勉強になったので、その意味では非常に私にとっては有意義だったのですが、作業部会の最後のところで少し申し上げたことがあって、それは報告書の4ページのところにあることに関連するのですが、先ほど〇〇委員が言われたことに関連するような形で言えればいいと思うのですが、消防法の改正の基準の中で医療機関とかの名前を出さなきゃいけないという話が出たときに、医療者の方々からはそうすると救急搬送のためにそういう医療機関をリストアップしているのに、普通の消費者が押し寄せて、かえって救急搬送がうまく行かなくなるんじゃないかということが言われて、ここの4ページにどういうふうにするかのやり方として、一例として書いたのだと思うのですが、結局そういうことが起こるのは、私自身消費者で小さな子供を3人ほど持っていますが、不安になると結局そういうことがどういう形であれ起こるのです。だとすると、県なり都道府県なり国も含めてですけれども、こういう国民に安心を与える形で情報発信とかをしなければいけないのだと思うのです。例えば、先ほど言われた電話相談もそういう一つだと思いますし、東京のいろいろな、5ブロックだと思いますけれども、やられている初期の夜間の救急みたいなものも多分そうだと思うのです。そういう救急搬送に流さない体制整備も含めて、うまく住民に向けて、国民に向けて、情報発信しないと結局うまくやろうと思ってできた基準もだめになってしまうので、その意味では基準の中に入れることは難しいと思いますけれども、はじめになり、おわりになり、もしくは4ページのところで情報発信の中身の中でそういう体制整備も含めて、書くことはあながち消防法の改正の中身と関係ないという話にはきっとならないのではないかと私は考えています。

【座長】

ありがとうございます。非常に重要なところだと思います。はじめにのほうがいいのかもしれませんが、何かに限れていくという趣旨だけは、どうぞお酌み取りいただきたいと思います。どうぞ〇〇先生。

【〇〇委員】

僕もこの検討の議論に参加していましたので、今の話しの流れは非常に成熟した議論で、さすが親会議だと思って聞いていたのです。それで、情報提供としてお話ししますと、「#（シャープ）8000」という小児の電話相談がありますが、その議論を市民団体・子育てのお母さん達と一緒に議論した折りがあったのですが、そこで出た話しで印象深かったのは、「これで私たちの広場ができたという表現だったのです。子育てのお母さん方にとって、この電話が開いていることが、まさに今、〇〇先生がおっしゃった安心感に通じるような、いつでも入れる広場がある、そこで一緒に語れる場があるということなのだ」というとらえ方だったのです。専門の議論からはなかなか捉えにくい視点なのですが、そういう見え方があるのだと非常に印象深かったのでここでご披露するのです。それで、ここで誰のためにあるのかという論議がちょうど今ありましたので、そういう意味で申し上げると、先ず、基準づくりや、専門家のために作っているのだという概念が片方にあり、それをもっと詰めていこうと。しかし、もう一方で、社会の中で今必要とされているものという概念からすれば、あまりにわからない言葉を連ねて、だれが読んでもどう理解していいのかわからない分厚いものを出すだけでなく、コアのところはこれです、そして、国民にお見せして救急の担い手達はこれの中で一生懸命頑張るということで、こういうふうにつくっているというのをお見せしないといけないと思います。せっかくなつくたけれども、だれも理解できなかつたり、分厚くなって専門家も使いにくいものになったり、そうすると、1年ごとに見直しましょうという方向さえ変わってしまうと思うのです。だから、あまり分厚くしないで、まず1度公開して、国民の目を見ていただいて、そこからもう1回フィードバックするという作業は絶対必要だと思うのです。前書き以下どこかにそういう視点が入れば完璧なものになるのではないかと思います。

【座長】

ありがとうございました。どうぞ、〇〇先生。

【〇〇委員】

〇〇委員、〇〇委員のご意見に全面的に賛成です。私も報告書の4ページの第2段落に書かれた「実務的な情報の公表については慎重に対処する必要がある」とのくだりに疑問を感じました。指摘されているとおり、情報の公表の仕方によっては医療機関にウオークインでの外来患者が殺到し、機能麻痺に陥る恐れはあるかもしれません。しかし現状は情報不足による不安行動が問題なのではないでしょうか。一方、救急医療に対して国民の関心は高まってきており、限りある救急医療を適切に活用するよう意識が少しずつ形成されつつあります。その意味でも、

情報は積極的に出し、住民間で共有することで救急医療システムを改善することを大前提にして、その弊害の克服策を考えていくのが、検討会の報告書の趣旨になるべきだと思います。ですので、第3段落の「一方で」以下で書かれている「住民へ情報発信し啓発に努め、不要不急での利用を避けるなどの、住民への協力を求めてくこと」という部分の方が、重要であって、懸念をなくすためにどういう情報発信をしたらいいのかという部分をより詰めていくべきではないか。それを都道府県での検討に求めるのが、よろしいかと思います。

【座長】

全く同感でございます。事務局、是非よろしくお願ひしたいと思います。先生方、ありがとうございました。今、まだまだ総論のところでございます。もう少し各論の中に入っていきたいと思いますが、いかがでございましょうか。前回の議論、あるいは新しい議論でも結構でもございますが。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

今回の消防法の改正が、産科、小児科、あるいは脳血管障害の患者さんが俗に言うたらい回しがあったことで、この検討会につながったのですが、本日の資料の14ページにも、東京消防庁管内で平成20年12月16日から22日までで発生した、受入れ困難理由という回答で疾患がその下に書いてあります。急性アルコール中毒、精神疾患、複数科目、薬物中毒、認知症と書かれており、実に精神科関係の疾患が、ここにある急性アルコール中毒、精神疾患、薬物中毒、認知症とベスト5のうちの4つを占めています。全体に占める割合としても、ざっと見て70%近く受入れを断られているという実態があるわけ訳で、一方では別立ての精神科救急という制度の中でも受入れ切れない結果としてこういう数字が出ているということだと思います。したがって、精神科の救急としている三次救急、二次救急といった外来救急の他に前回の検討会でもお話したように、精神科病院に入院している患者さんの急激な変化、例えば、心筋梗塞を起こしたとか、脳卒中を起こしたとかいう合併症を併発したときの病病連携もうまくいくような仕組みを作って欲しいと思います。あと、5番目にある認知症の対応が、これからここ5年、10年の少子高齢化でかなり出てくることを考えると、認知症の患者さんの救急対応をどうするのかもきちんと整理して、考えなければいけないと思います。

【座長】

ありがとうございます。先生、非常に貴重なご意見をいただきましたが、この報告書の中にどのように取り入れたらよろしいのかというところ、いかがでございましょうか。これを精神科救急の項立てをして、少し考えろという意味では……。

【〇〇委員】

精神科関連を別の項立てして、ポイントとしては2つあって、1つは一般診療科とかぶっている急性アルコール中毒、あるいは薬物中毒、認知症のところをどういうふうにトリアージするのが1点と、もう1点は精神科病院に入院している患者さんが、合併症を併発したときの急性治療の受入れをどういうふうにつくっていただけるかを、2つ別々に書いていただきたいと思います。

【座長】

15ページの最後の行、ご覧いただきたいと思いますが、『今後の精神保健医療のあり方に関する検討会報告書』を参考に改正の構築をしていくことが考えられるということで、ここにはこのようにうたってありますけれども、もう少し詳しく書いたらどうだという意味でございませぬ。

【〇〇委員】

いいですか。

【座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

先週の金曜日に、あり方検討会の最終報告書が出たのですけれども、今、指摘した部分についてほとんど書かれておりません。

【座長】

そうですか。ありがとうございます。それでは、事務局、補足を願えますか。

【消防庁事務局】

実は、精神といったときに、少し詳しく申し上げますと、いわゆる精神が大変で救急にかかる人もそれはいらっしゃるのですが、精神が背景にあって、例えば、リストカットですとか飛び下りだとかといった話しがあって、表層的には非常に外傷がメインになっているとか。例えば、先ほど認知症がございましたけれども、認知症で転倒して、それで外傷が起きているといったものが非常に難しいことがございまして、どこまで書き込むかは非常に事務局としても苦慮したところございまして、そのことを非常に強く主張いたしまして項立てをするとした場合に、例えば、医療機関のリストということで、25ページの中に精神合併のところという話を書き込んで、じゃあ医療機関のリストアップができるかという話に非常に直面いたしました。仮にやるとするならば、おそらく脳卒中疑いの中で精神にも対応できる場所はどこです

かという形でチェックを入れるといったぐらいの話になるのかと思っております、この部分は連携を図るという話し——先ほど山本先生からも報告書のご指摘がございましたけれども、逆に精神を非常に専門としている厚生労働省の報告書の中でもなかなか苦慮しているところがございます、いきなり例えば二、三行などでスパンと書けるのかというのは難しい思いながら資料としては作成してきたところでございます。もちろん精神は大事なのですが、逆に救急の先生方たちの中からここはこういう形に書いてもらえれば連携がうまくいくのではないかというお話しがあれば、是非承りながら報告書の作成に事務局としては進めさせていただければと思うところでございます。

【座長】

ここは救急医療財団の理事長がおられますので、〇〇先生。

【〇〇委員】

難しいところだけを振られても困るのですけれども、実は25ページで最初にご質問しようかと思って。これが最終的には現場での石井先生もおっしゃったような、あるいは情報開示の一部としての具体的な一番結論になると思うのです。まず一つ、左のおそらく、これ全国共通にこういう傷病者の状況が出てくる訳で中には今おっしゃった精神疾患を合併した患者の——精神疾患だけだと、その病院名を挙げておけばいいのですけれども、精神疾患を合併した患者の云々という話だと、掛け算になるわけで、そこをどう書くかという話、それは結局右側になりますから、そうしますと右の報告書が各都道府県に上がるのです。そういうことですね、この報告書はね。

【消防庁事務局】

左も含めてということでございます。

【〇〇委員】

そうすると、具体的な話なのですけれども、各都道府県の中の協議会、あるいはMCでこの右側をつくる形になるわけです。質問になるのですけれども、一つは各都道府県の協議会でこのリストをつくるのか。あるいは、MCでつくるのか。どういう形で都道府県がリストアップを具体的に考えるかというのが質問として一つ。その寄って来る左側の傷病者の状況はおそらく全国共通ですから、今の精神疾患を含めた、左側の状況は作業部会で、具体的に全部……。例えば、先ほどの話ですと、18ページのようなもの、あるいは11ページからずっと続いているようなものを、報告書の中で書かれるのか。それも各都道府県別につくるのか。その辺、お聞きしたいと思っていたのです。質問されて質問で申し訳ないのですけれども。

【座長】

書けないところもあると思いますが、事務局何か。

【消防庁事務局】

25ページをベースに説明させていただきます。25ページのベースでございますが、一番下に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ものであるということとして、一番左、傷病者の状況をどう割っていくか。具体的にいきますと、脳卒中疑いだけをやるのか、あるいはt-P A適応疑いをやるのかについても、都道府県で考えて下さいというのが作業部会での検討の結果でございました。逆に、そういうことがあるので、そういう何を立てたらいいのかということをちゃんと考えないといけませんよねということで、調査・分析のことをしっかり書き込むようにいうことになっております。医療機関のリストアップの話もございましたけれども、医療機関のリストアップは法的には消防法に基づく協議会が設定することになります。運用上はどこかからの知見を経てリストアップする、あるいは地域で考えるといった形はもう都道府県の中での運用になろうかと思います。そういった点も実は作業部会の中でも議論されましたけれども、そこは地域の実情に応じて都道府県判断しかないのではないかということで、委員の中からは意見をいただいたところでございます。長くなりまして済みません。若干の補足でございますが、今の精神の話も含めてですけれども、13ページに特殊性という観点で整理をしている中に入れさせていただいておりますが、特殊性の議論の中でございますけれども、13ページから14ページにかけてですが、実はこういったもの。定性的にはいろいろなものが指摘されておりますけれども、これらの項目について、実際何が問題となっているかは地域によっては異なるという意見がございまして、逆に急性アルコール中毒も全然困っていない地域もあるといった話しがございまして、何を分類基準とするのかということそのもの。むしろ、ほんとうに何が問題になっているのかを調査・分析することが、今の段階としては大事だという指摘がございましたので、そういう構成で報告書は作成をさせていただいております。

【座長】

ありがとうございます。

【〇〇委員】

よろしいですか。各地域の特質性があるので、25ページ、全般を各地域にお任せというお答えだったと思うのですが、左は一応つくられて、今、事務局が言った中身のことを書いて、そこをさわることにされたほうが、投げられたほうはやりやすいのではないかという気はする

のです。全部が全部地域のMCなり協議会にお任せですと。例示として出すならかなり具体的にすぐ使えるような格好でこの左側の例示はせっかく作業部会の先生方がおられるので、そこまでつくっていただければ非常にいいかなという気は、投げられたほうはするのではないかと思います。

【座長】

これ、ここまでは大変だったなというのは、よくよくわかっている中でのもう一つというところで、事務局、それはそのぐらいにさせていただいてよろしいですか。少し検討していただくと。〇〇委員からの精神科疾患をもうちょっとどこかに入れていただくとありがたいという話しも検討いただければと思います。東京では、最初は僕、覚えておりますけれども、熱傷とか急性心筋梗塞、あるいは重症小児等は全く選定困難だったのが、ネットワークをつくって、そういうものは熱傷ネットワークでいきましょう。心筋梗塞ネットワークでいきましょうという流れをつくっていったら、なかなかうまくいったという事例もありますので、そういうところの延長線上で、精神疾患ネットワークをつくっていただいて、精神科の先生にある程度お願いするところも……。いやいや、それでもなかなかうまくいかないのはわかっておりますが、そういうアイデアもあってしかるべきではないのかという気がします。その辺のところを少し加筆いただければと思います。どうぞ。

【〇〇委員】

精神救急の話は、実にご指摘のとおりだと全く同感です。しかし、このところの流れの中で、救急医療に周産期医療、小児科を相乗させていこうというところは十分コンセンサスができて、しかもそれに対する議論がだんだん進みました。次の救急のあり方の中ではそこに必ずネットを組みなさいという話題が入ってきております。精神科に関してはそれが不十分だというのは全く同感なのです。歴史的な話していえば、予算も違っていた施策からなのです。精神科救急は精神科救急の整備事業をやり、一般救急は一般救急でやりました。周産期医療はようやく一般救急と一緒にすることとなったのですが、精神科救急に関しましては、まだ、特に地域レベルでいうと、どこかの病院が待機していますということだけでは、ゾーニングも含めて非常に不十分なのです。だからそこは解決しなければいけないのです。解決するのは、まず国のレベルでいえば、もう少し論議を深める必要があると思います。もう一つは、地域のレベルでいうと、整備の仕方がずれていましたので、まず地域のリソースで何ができるかを一回ブラッシュアップして、そこで問題点が見えてきたときには、それを日本全体で解決しなければいけない問題がここにあるということも共有できると思うのです。私自身では精神科救急と一般

救急にずれがあるという認識はありますが、日本全体でどうなっているかはとらえ切れないし、おそらくそれはこれからではないかなという思いがあるのです。ですから、フィードバック作業はこの状態で検討してくださいと言ったら、検討したらこういうことになり、問題点がありましたというのは、地域のメディカルコントロール、都道府県のレベルでこそあらわになりますので、それをどうするかという作業がこれから大事なことになると思います。この10年、自殺の数を減らせていないこの国で、こういうことをやらなければいけないインセンティブはかなりあるのです。ですから、やらなければいけないのですが、そのためにもここで書き込まないとこれを出せないという形になりますと、逆に作業はおくれる印象があります。僕の印象ですが、そう思います。以上です。

【座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

先生のおっしゃるように、精神科救急と一般救急が分離されて、整備がなされてきたということと、精神科救急に使われている財源が非常に少ない財源で、したがって精神科救急の現状がおざなりになっていたという歴史的事実があります。また、今度の四疾病五事業の救急のところでも、先生ご承知のように、精神科輪番病院群の救急しか入っていないのです。本来、精神科救急は高次の社会防衛的な三次救急救命事業もしている訳ですが、このような病院機能を着目した項目は全然入っていません。また、どうしてこういうことをお話しするのかというと、今精神科の現場で医療裁判がものすごく増えています。例えば、救急外来に来て、それで精神症状があって入院させたのだけれども、次の日検査をしたら急性硬膜下血腫だったと。すると、一晩何でほっておいたのだという事になります。さらに、不幸にして患者さんが亡くなってしまったとすると、前の晩に、救急受診した時点で診断がついて、しかるべき病院に搬送していれば救命ができたはずだとなります。したがって、精神科病院の先生方が安心して患者さんの治療に専念できる合併症対応のシステムをつくっていただきたいと思います。

【座長】

ありがとうございます。よくわかりました。ありがとうございます。どうぞ。

【〇〇委員代理】

私、一都道府県の担当者として、お願いというか、率直なところを申し上げたいと思うのですが、私は作業部会には入れていただいていたのですけれども、親会議の先生方から今出ていた、相談や安心を与える住民啓発、また、今の精神科の問題などは、すべからくどこの都道府

県でも重大な問題として認識していると思うのです。しかし、この一消防法のこの改正でもって、すべてを都道府県の協議会で考えるべきことということで下ろされても、我々も既にいっぱいいっぱいみたいな感じがありますので、もう少しそれは、今、一部では救急医療対策基本法とか、もっと大きな枠組みの議論の必要性も言われている中で、一段ステージを上げたところでもっと検討するということであって、いわゆる実施基準を中心とした対策の中ですべてを織り込んで解決せよということが、果たして都道府県に下りてきて、耐えられるのかどうか、現実問題としては無理だと思います。もっと本質的な議論が必要な部分があるのではないかなと思うのです。ですので、先生方がたくさんおっしゃっているご意見に私は何の反論もありませんし、全くもってそのとおりだと現場の感覚からも思うのですが、今作ろうとしている、このガイドラインがどんなものでもどんどん投げ込めば、それは法律で読めるよとか、あるべきだとかいうのはあると思うのですけれども、そうではなくて、一番根幹の救急隊が搬送する。選定を適切にするとところをコアにしたものでお示しいただいた方が都道府県は対応しやすいですし、たとえそうであったとしてもほかの問題をないがしろにするつもりはありませんので、「はじめに」や「おわりに」でそれを多少お示しいただいたらいいと思うのですが、そんなふうに整理をいただかないと、おそらく地方に下りてきたときには、もうお手上げというか、頭がくらくらしてしまっていて何もできなくなってしまうと思うのですけれども。

【座長】

よくわかります。よくわかりますけれども、こういうところの議論がそのまま入るわけではありません。これは非常に重要な議論がたくさん今、やられていると思いますので、それを部会長、事務局、あるいは我々が吟味しながらとっていきますので、その辺のところはあとでご覧をいただければおわかりのとおりです。この部の報告書を出すまでに、多分何十時間もやってきたと思うのです。それが全部入っているわけがないのです。だから、そのとおりで、どうぞご安心をいただきたいと思います。

【〇〇委員代理】

安心いたしました。

【座長】

ありがとうございます。ほかに、そろそろ、もうあと10分、15分になってきておりますが、いかがでございましょうか。まだまだディスカッションをしていないところもあるのではないかと。先ほどから精神科の疾患に対する保険料、あるいは経済的なメリットは非常に少ないのだという話がありましたが、この報告書についても、あるいはこの実施基準、あるいはこ

のものについても前回ディスカッションが出ておりましたが、経済的なところについては今回の報告書はどういうふうになったのでございましょうか。そこは、まだ少し抜いたほうがいいのかというところだったのでしょうか。

【消防庁事務局】

前回、親会の中であった議論の中では、作業部会の中では特に法律の中に特化するということとして、作業部会の中では、特段予算措置の話は全く出なかったとは申しませんがでもないという形で議論を詰めさせていただいております。

【座長】

これはだれが出たのだとか忘れましたが、〇〇先生でしたかな。それでよろしゅうございませうか。

【〇〇委員】

いや、よろしくないと思います。是非ともその受入れ医療機関側の問題がかなり消防法改正の大きなキーになっている訳で、受入れ医療機関側の大きな問題の一つに診療報酬、あるいは補助金等を含めたいろいろな問題等がありますので、その辺のところは是非とも一言入れておいていただかないと、これを読んで、じゃあ自治体なりが何とかしようという話しになればいいですけども、要望としてはきっちり入れておいていただかないと、負荷ばかりかかるという格好になりかねませんので、是非とも入れておいていただきたいと思います。

【座長】

わかりました。それはこのぐらいにさせていただきます。議論が尽きなくなるといいます。手が上がっておりますが。どうぞ。

【〇〇委員】

よろしいですか。この検討会の名称は、傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会なのです。先ほどから出ている話しはほとんど搬送の部分で、今、〇〇先生からもお話があった受入れのところは、これは医療機関側の問題になるので、消防法の改正では何も言えないと。医療法の方で何とかしようという話しにもなるかもしれませんが、実際には本当をいうと搬送の基準だけ作っても、受入れ側が対応できなければ、実際的には機能しない訳で、せっかくこういうタイトルがついているのだから、もう少し受入れる医療機関に対するルールみたいなものも検討していいのではないかと。これは医療法の改正までいかなくても、協力してやっていきましょうレベルでいいのですけれども。そういう形も含んだ報告書にさせていただきたいと、私は思っております。

【座長】

これではまだ足りないぞということ……。

【〇〇委員】

受入れ機関のことに対してもう少し突っ込んでほしいなと。

【座長】

なるほど。事務局どうぞ。

【消防庁事務局】

その話は消防法の中にも一つ組み込まれていまして、要するに、ルールを、搬送と受入れの特に救急搬送の接点の部分を議論して、ルールを作って、その調査・分析をして改善していくというサイクルだけでは片づかない問題があるのではないかと。今、〇〇先生がおっしゃった部分と〇〇先生の話も軌を一にすると思うのです。そういった問題は実態を見る中で出てくるので、この協議会の中でも3ページのところで記載があるのですが、搬送・受入れの実施に関して、必要な事項について都道府県知事に意見を述べるができるというところは、まさにその意見具申ということで、要するに、この協議会としての範囲を超えますけれども、衛生行政と医療審議会とか、都道府県の衛生行政が担当している分野にこういった問題があるので、例えば、精神の問題にしても福祉にかかわる問題にしても、提言ができるという機能もありますので、ちょっと今お話になった趣旨を、このあたりであるとかはじめにのあたりに加えていくことをしたいと考えております。

【座長】

〇〇先生、よろしゅうございますか。

【〇〇委員】

まあ……。

【座長】

よろしくない。どうぞ。

【〇〇委員】

実際問題として、事例を申しますと、東京都で妊婦さんの搬送先を選定するのに時間がかかった事例がありまして、相当社会に対して大きな反響を及ぼしたと。東京都の周産期医療協議会で検討して、母体の重症な患者さん、重症かつ緊急な処置を要する患者さんを受入れるルールをつくったのです。それは我々の仲間の間だけのルールです。そのルールをつくって、実際に必ず受入れる当番病院は別として、そうでない協力病院を22病院かな、みんなでやってい

る訳ですが、そこでみんなで話し合って、そういう自分たちの約束事だけです。法律どうこうとは全然問題ないのですが、相当それで状況が変わっているのです。だから、そういうことは法律とか何かじゃなくてもできる。それはその病院の、そういうことを担当する医師の、本当に個人のちょっとした意識の問題で相当違ってくる。それは事実としてありますので、そういうことを各地域でいろいろやってもらえば、また変わってくると思うのです。精神疾患を背景に持った人の外傷だとか、重篤な疾患に関しては、精神科の医療を担っている人たちと救急をやっている人たちの間のコンタクトをよくしろ、こういう協議会を持て、連絡会議をやれということを——それも法律ではなくていいのです。みんなでやりましょうでいいのですけれども、それをやるだけで相当違ってくると僕は思うので、そういうことをここで提言するとか、何かやっていけばいいのではないかと思います。

【座長】

ありがとうございました。ごめんなさい。〇〇先生、ちょっとお待ちください。事務局、どうぞ。

【消防庁事務局】

簡単に。40ページを開いていただければと思いますが、協議会のメンバー構成については一例を占めさせていただいております、一応小児科、産婦人科、精神科ということで。すみません、説明がここには触れませんでしたけれども、一応こっさりではないですが、こういう中に協議会のメンバーとして入れることによって、きちんと話し合ってくださいと。どこの診療科だけで話し合えばいいという話しではなくて、搬送受入れの全体の中で、特に、小児科、産婦人科、精神科は特出しで、この協議会のメンバーとしては組み込みをさせていただいております。捕捉です。この部分にもう一つ加筆をと。もう少し具体的に内容をということも含めまして、もしあれば、またこの会議の後でもいただければと思っております。すみません。発言の前に割り込みをさせていただきました。

【座長】

〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

先ほど、先生方もおっしゃっていた情報発信について付加させていただきます。救急医療は助けを求める、一報を入れるところから始まりますので、その一報の入れ方にもかなり大きい問題があると思っています。今の段階で、市民が知っている情報は限られていますし、現状を正確に理解している方は多いと言えません。私も家に新聞の折り込み（東京ルールの手冊）を

持って、置いていますが、いざという時どこをどうやって見ればよいか、理解できていないところがあります。今回、調査・分析をなさるということでしたけれども、その中で市民に誤解があったとか、情報公開が不十分だとか、情報の公開の方法がもしかしたらうまく行っていなかったとか、間違っていなかったという要因もさかのぼって検討すべきではないかと思います。市民は、一報の入れ方について研修を受けたり、認識を強く持っていることはありませんので、今後ルールを公表していく段階で、市民の行動指針となるようなルールの公表があるとよいのではと思っています。

【座長】

重要なポイント、ありがとうございました。どうぞ。

【〇〇委員】

2つ。なるべく控えようと思っていたのですが、1つは25ページのリストの件が先ほど来、議論になっています。医師会のメンバーの一人として心配することは、これがいわゆる金科玉条に扱われることは困るということです。あくまでこれはガイドとして使っていただくのであって、右にこういう病院名がある、左に病気があって、これがこうなったときこうでなかったのはなぜかとかいうことは、学問的な検証、一般的な検証は必要だと思いますが、それが何かの争いのもとになることは好ましくない。それは地域の医療の救急体制そのものをむしろ、崩壊させる原因にもなりうると思いますので、国民の皆様方にもそれは慎重に扱ってほしいと思います。というのは、例えば、私の知り合いの精神科医で、急性アルコール中毒など、緊急なことによく対応した方がいましたが、その後やめてしまいました。その方はもう亡くなりました。あくまで、医師としての意志を持ってやっている状態として、国民に見ていただくことが必要だと思うのです、それが1点です。それはほかの病気でも同じですので、救急隊にここまでトリアージして下さいと、いくらプレッシャーをかけても、難しいものは難しいのです。例えば、患者さんで、脊損があり脳腫瘍もあって、脑梗塞になった方がいます。その診断をどうやってするか、私達でも悩んで行う訳ですから、それを救急で最初にトリアージしなさいと言われても、それは無理なのです。そういう例もあるのだということは、議論の中で前向きに踏まえていただく必要があります。もう1点です。金めの話が足りないというご指摘がどうしても終わらないので、言わせていただきますが、地域医療再生基金は今、厚労省で単年度で約3,000億ですが、これは5年継続されるのが好ましいかと考えております。次年度の医療の改定がある際には、最低でも5%を超えるアップがないと地域医療がよみがえってこない、そして救急医療への国民の期待にこたえる力が出てこないというのは、かねがね我々、主張してお

りますので、これをこのペーパーの前書きに書いてくれとは申しませんが、ご理解だけはして情報共有していただくということで、〇〇先生、いかがなものでしょうか。

【座長】

ありがとうございます。貴重なご意見いただきました。先生、ちょっとお待ちください。今日はまだお話しをしていない委員の先生方が多数おられますので、お話しを……。

【〇〇委員】

大丈夫です。

【座長】

〇〇委員、どうですか。

【〇〇委員】

高度な話ばかりのところで差し込んで申しわけないのですが、私、気になったことがあります。8ページの8行目に、「従来、救急隊は、傷病者を観察し、適当な診療科に当てはめることにより」ということで、「適当な」と書いてあるのですが、適当というのはちょうどよいという意味もあるのですが、実はもう一つ反対に、いいかげんという意味があると思います。このいいかげんが皆さんにとられると、非常に消防の救急隊としたら心外なものですから、この辺もって検討してほしいなと思います。

【座長】

これは間違えた。適切。適切と間違えているのではないのでしょうか。

【〇〇委員】

下に適切とありますね。

【座長】

下では適切になっています。

【〇〇委員】

適当に書いていた。

【座長】

ありがとうございます。

【〇〇委員】

済みません。

【座長】

いやいや、貴重なご意見です。ありがとうございます。ほかにまだ今日発言していない皆さ

ん、いかがでしょうか。〇〇委員、いかがでしょうか。

【〇〇委員】

大筋で、すべての書き振りが都道府県単位で、これを踏まえてしっかり作るといった趣旨がしっかり出ているので。私も立場が札幌市という立場と、北海道という立場で言いますと、北海道全体を考えると、以外の府県と大分実情が違うものですから、そういう意味で北海道全体でものを作ろうしたときに、あまりがちがちな考え方をされると難しい。そういう意味では、都道府県の中で、これを踏まえて考えていく方向性を大事にさせていただいたと思っています。

【座長】

ありがとうございます。その先の〇〇先生、〇〇先生、その辺の皆さん、いかがでございましょうか。何かございましたら、ご意見をちょうだいしたいと思います。よろしゅうございますか。ありがとうございます。それでは、こちらのほう、どうぞ。

【〇〇委員】

済みません。北海道の次は鹿児島県のほうから発言させていただきます。〇〇委員の言われたとおりでありまして、それぞれ地域性がありますので、今回の報告書を見まして、内心ちょっとほっとしている訳であります。本日の出席に当たりまして、県からもしっかりと聞いてこいという宿題もいただいておりますが、本県については、実は昨日から防災ヘリを使った救急搬送が開始されました。本県においては救急搬送困難のパーセントが1%程度であります。したがって、先ほど山崎先生がおっしゃったのですが、どっちかというところでああいった分類の搬送困難事案が多いのが地域の特性であります。したがって、今後そういったことにメスを入れていただいたのは一つの方向性が見えてきたかということで、大変感謝申し上げたいと思っております。以上でございます。

【座長】

ありがとうございます。それでは、〇〇委員はまだお話がないと思いますが。どうぞ。

【〇〇委員】

前回、ウオークインの問題とか、いろいろ話をさせていただいたのですけれども、その結果、作業部会でもいろいろと……。

【座長】

書いておりますね。

【〇〇委員】

ご検討をいただいたということのご苦勞のあとも見えておりますので、我々いよいよしっか

りと、大阪さんもいらっしゃいますけれども、府の中で検討していかなければいけないと考えているところがございます。いずれにしましても、病院の受入れという部分、非常にウエイトを占めるのかとは我々も感じておりますので、協議会の場でもいろいろと話をしていきたいと考えております。ありがとうございます。

【座長】

ありがとうございました。〇〇委員、どうぞ。手短によろしくお願いします。

【〇〇委員】

精神科だけの問題ではないのですが、搬送先の病院の立場で考えると、私の近くの日赤病院が非常に救急をきちんと診療した結果として、非常にオーバーワークになって、勤務医がやめてしまうという現象が起こっています。院長は、準夜、深夜の軽症受診については有料にすることに踏み切ったところ、かなりの準夜、深夜の受診の患者数が減っています。その一方で、減ったからと言って、近くの特別料金をチャージしていない病院の患者さんが増えたかという増えていません。つまり、経済的なインセンティブをかけると、一晩我慢する患者さんがかなりいるという実態があることがあります。システムをつくる場合に、受けるほうの患者さんの啓発をどういうふうにしていくのかということ、救急車をタクシーがわりに使うという事があってはいけないと思います。もう一つ、病院サイドで考えると、救急搬送された患者さんや、ウォークインで来られた患者さんの中かなりの未収が発生しています。ＣＴが必要な場合は、オンコールで呼び出してＣＴを温めて、診断して、入院が必要か、帰っても大丈夫かというトライアージをするわけですが、準夜、深夜にＣＴを動かしたり、オンコール料を従業員に払った結果、それが全部未収になってしまう訳です。したがって、受入れるシステムの整備も大事ですが、受ける国民側の啓発もきちんとやってほしいと思います。

【座長】

ありがとうございます。とても貴重なご意見をいただきました。事務局、よろしゅうございますか。救急車利用に関する国民に対する教育、啓蒙もしっかりやっていただきたいというところをどこかにしっかり入れていただきたいということであります。ありがとうございました。そろそろ時間であります。最後に、河野長官、何かありましたら、どうぞ。

【河野長官】

大変熱心なご議論をいただきましてありがとうございました。お話を伺って、ますますはつきりしてまいりました。非常に救急搬送、あるいは救急医療の問題、大変に広範多岐にわたります。最初から言えば、１１９番から始まって、搬送して、医療機関で治療してもらい、退院

いただくというところまで全部のサイクルだと思います。この検討会におきましては、すべての問題について答えを出すのは大変困難だと思いますので、私の喫緊の課題として、問題意識を持って法律を改正し、お願いしておりますのは、救急搬送から医療機関に引き継ぐところをいかに円滑にして、全体に非常に時間がかかっている現状をいかに改善していくかでありますので、そこについてはかなりちゃんと都道府県が基準をつくるに当たって、参考になるものをぜひつくっていきたいと思っております。そういう意味では、大変ご熱心なお話をいただいておりますで大変ありがたく思っております。まだ若干の検討が必要かと思っておりますけれども、ぜひすばらしいものができ上がりますように、今後とも一つ、よろしくお願いを申し上げたいと思います。どうもありがとうございました。

【座長】

ありがとうございました。これにて今日の議論はすべて終了させていただきたいと思います。進行を事務局にお返しいたします。

5 閉会

【消防庁事務局】

活発なご意見・ご議論をいただきまして、ほんとうにありがとうございます。次回の開催のご連絡をさせていただきたいと思います。次回の開催でございますが、次回は10月16日、金曜日、13時から15時でございます。場所は都道府県会館大会議室となりますので、どうぞよろしくお願いいたします。なお、16日に向けまして、各種、私ども事務局に今回お示しさせていただきました作業部会報告書の中にこういう内容を盛り込むべきということがございましたら、ぜひご連絡を頂戴できればと思います。そういった意見をまとめまして、次回は検討会としての報告書（案）という形で資料を提出させていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。本日はありがとうございました。

— 了 —