

平成21年度全国メディカルコントロール協議会連絡会

平成21年11月27日（金）

金沢歌劇座 大集会室

14時00分から16時00分

1 開会

2 病院前救護の向上とメディカルコントロール協議会

【座長】 島崎先生（杏林大学救急医学教授）

（1）救急救命士の今後の業務のあり方について

中野 公介（厚生労働省医政局指導課救急・周産期医療等対策室）

（2）大阪府メディカルコントロール協議会の現状と課題

杉本 壽（大阪府救急業務高度化推進連絡協議会
大阪府医師会副会長）

（3）石川県MCの現状と問題点

稲葉 英夫（石川県メディカルコントロール協議会
金沢大学医薬保健研究域医学系）

3 救急搬送体制におけるメディカルコントロール協議会の役割

【座長】 山本先生（東京臨海病院長）

（1）「救急医療の東京ルール」の概要について

越阪部 剛（東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課）

（2）北九州市における機能別応需体制について

竹村 保美（北九州市消防局警防部救急課）

（3）消防法の一部を改正する法律について

開出 英之（総務省消防庁救急企画室）

4 関係省庁からの報告事項

5 閉会

【溝口専門官】 それでは定刻となりましたので、平成21年度全国メディカルコントロール協議会連絡会を開催させていただきます。

本日の司会は、総務省消防庁救急企画室救急専門官を拝命しております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。

まず、全国メディカルコントロール協議会連絡会の小林会長にごあいさつ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。

【小林会長】 ご紹介いただきました小林でございます。

本日は、大変お忙しい中を全国からメディカルコントロール協議会にかかわっておられる先生方こんなにたくさんお集まりをいただきまして、まことにありがとうございます。主催者を代表いたしまして厚く御礼を申し上げます。

この連絡会は、日本臨床救急医学会、それから本日の全国救急隊員シンポジウムにあわせて開催するという事で定着をしてみいました。ところが残念なことに、ことし6月に大阪での日本臨床救急医学会にあわせて開催する予定でございました本年度第1回全国メディカルコントロール協議会連絡会が新型インフルエンザの影響によりまして急遽中止となってしまいました。新型インフルエンザはますます猛威を振るっておりますけれども、本日、無事にこの連絡会を開催できますこと、大変喜ばしいことでございます。関係の皆様には厚く御礼を申し上げます。

さて、この救急医療を取り巻く環境、近年大変大きく変わりつつございます。今日も救急隊員シンポジウムでいろいろな観点から掘り下げたディスカッションが行われたのはご承知のとおりでございます。とりわけプレホスピタルケアの分野では、消防法の改正によりまして大きく変わっていくということが予測されます。消防機関による患者搬送と医療機関による患者受け入れの実施基準を定めるということとともに、この実施基準の円滑な調整を行うための協議会を設置するということが都道府県に求められることになりました。この協議会がメディカルコントロール協議会と直接結びつくものではないようですが、全国のほぼ3分の2の都道府県ではメディカルコントロール協議会が消防法改正という協議会の役を果たすということになっているようでございます。

これまでメディカルコントロール協議会がうまく機能していた地域におきましては大きな変化はないかもわかりませんが、機能していなかった地域を抱える都道府県では、地域の救急医療体制の改善に格段の努力が求められてくるということになってまいります。こ

れを機にしまして、地域救急医療体制が底上げされまして、地域間格差が減少することが期待されております。

本日の連絡会では、このような背景を踏まえまして、「病院前救護の向上とメディカルコントロール協議会」「救急搬送体制におけるメディカルコントロール協議会の役割」という2つのシンポジウムを企画いたしました。それぞれ島崎修次先生、山本保博先生にご司会をいただくことになっておりますので、実のあるシンポジウムになるものと存じます。

会場の皆様方におかれましては、ぜひ積極的に意見交換に参加されまして、いい点を学び持ち帰っていただいて地域の救急医療に役立てていただければ幸いに存じます。

それでは、よろしくお願いをいたします。ありがとうございました。（拍手）

【溝口専門官】 小林会長、ありがとうございました。

小林会長からのごあいさつの中でもちょうだいいただきましたが、本日、お配りしております冊子の1ページにございますように、2部の構成で進めさせていただきたいと思えます。1部の議事の進行といたしまして、「病院前救護の向上とメディカルコントロール協議会」というテーマにつきまして、杏林大学救急医学教授の島崎先生に座長として進行をお願いしたいと思います。

それでは島崎先生、どうぞよろしくお願いいたします。

第1部「病院前救護の向上とメディカルコントロール協議会」

【島崎座長】 島崎でございます。

早速に始めたいと思いますが、最初、3人の演者の方が15分程度ご発表をいただきまして、残りの時間をできるだけフロアとのディスカッション、意見交換にしたいと思いますので、ぜひともご質問等をお考えいただければというように思います。

それでは早速お話をお伺いしたいと思います。

まず、厚生労働省医政局指導課救急医療専門官の中野先生から、「救急救命士の今後の業務のあり方について」、よろしくお願いいたします。

【中野専門官】 皆様、こんにちは。厚生労働省医政局指導課救急医療専門官を拝命しております中野と申します。どうぞよろしくお願い致します。

本日は、貴重なお時間をいただきまして、まことにありがとうございます。

皆様もご承知のとおり、救急救命士の処置範囲拡大について現在検討しております。今

日は、そのことについて少しご説明をさせていただきたいと思います。まず、救急救命士の現状、処置範囲拡大、お知らせということでご説明をさせていただきます。

救急救命士の現状につきましては、ご存じのとおりだと思いますが、救急救命士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、名称を用いて、医師の指示のもとに重度傷病者が病院または診療所に搬送されるまでの間に救急救命処置を行うことを業とするものということで、平成3年に救急救命士法により制度が創設されました。

国家試験を受けまして免許を登録するというようになっておりまして、現在、免許の登録者数が3万7,000人余りいらっしゃいます。これが消防庁の暫定版データなのですが、消防機関に属していないと働けないということになっておりますので、現在、消防機関、消防職員で救急救命士の資格を持っている方が2万3,000人余り。実際に現場で働いている救急救命士の方が1万9,000人余りとなっており、救急救命士運用隊が91%となっております。

行える処置としましては、特定医療行為。医師の具体的な指示で行うということで、心肺機能停止状態の傷病者に対しまして静脈路確保と気道確保、強心剤の投与となっております。また、プロトコール等を含む包括的な指示でいろんな行為があります。今般、ことしの3月から「エピペン®」の使用も許可になりました。

これも消防庁のデータからいただいたのですけれども、救急救命士が行う処置の件数の推移として年々増加しておりまして、平成20年では9万2,000件余り。一番多いのは器具による気道確保となっております。

処置による効果なのですが、これはちょっと古いデータなのですが、ウィットネスがあつて心原性のC P A症例で救急救命士によっていろんな処置が施された症例としては、生存率が高くなっております。こういったこともあり、いろんな背景もあるのですが、現在、救急救命士の業務範囲の拡大について検討しております。

平成3年に救急救命士法が施行されまして、当初、除細動が特定行為にありましたが、平成15年に包括的指示になって、気管挿管とか薬剤投与とかそういったものが順次可能になってきております。

ことしの3月25日に検討会を開きまして、現在3行為について検討しております。3月に検討会を開いて、ちょっと時間は経過しているのですけれども、現在、厚生労働科研の研究班においてさまざまな課題を検討していただいているところでございます。

3行為としましては、血糖値測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与ということと、重症喘息患者に対する吸入 β 刺激薬の投与、心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施、こういった3行為について現在検討しているところでございます。

厚生労働科学研究の野口先生の研究班で検討していただいております。こういった方向で救急救命士の処置範囲を拡大するか、といったことが余り明確に示してなかったもので、今回、総論的にこういったことを検討して、今後どのように処置範囲を拡大していくかということもまとめていただいております。

良質かつ適切な医療提供の一環であること、診断の確実性とか緊急度が高いもの、エビデンスがあるもの、迅速な搬送を妨げないようにすること、処置が単純明解でプロトコール化できること。そういったことを念頭に検討していただいております。

3行為については、医学的有効性とか、安全に救急救命士の方が行うことができるか、教育とか事後検証体制、研修内容とか、そういった体制がどうなのか。そのようなことを念頭において現在検討していただいているところでございます。

いろんな課題があると思うのですが、手技自体は血糖値測定と心肺機能停止前の静脈路確保、喘息なのですが、昨日、今日と救急隊のシンポジウムとかいろんな先生方にご意見をいただいて、おそらく血糖値測定に関しては範囲拡大とする予定でございます。

というのも、手技自体は簡単でありますし、患者とか家族とかもやっているということ。あと、指示指導体制もそれほど延長する時間はないかと思いますので、おそらくこれは拡大という形でなるかと思います。

低血糖の補正に関しましては、静脈路確保との問題もあるのですが、血糖値を測定して低血糖であれば脳卒中の可能性が低いということで、救命センターではなくて2次病院に搬送するとかそういった病院選定に関しても有効であると思いますので、これはそういった方向になるかと思います。

喘息に関してなのですが、装備の問題とか教育とかMC体制の充実とかいろいろ問題はありますが、これは検討中でございます。

あと心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施についてなのですが、教育体制とか各地のMC体制とかの充実が必要であるということもあります。実施する方向で考えたいなと思っているのですが、対象症例がこういったものを対象にするかということで、幅広く認めて、プロトコールをがっちりつくって、救急救命士が現場で迷ったらオンライン

でその都度指導、助言を仰ぐといったことにするのか、あるいは限定的に外傷で出血性ショックとか吐下血とかで明らかに出血性のショックであるような患者さんに対して静脈路確保をするのかとか、こういった形で対象疾患をやるのか検討中という状況でございます。

タイムスケジュールとしましては、1月中には第2回検討会を開いてある程度の方向性はつけたいと思うのですけれども、恐らく予算措置とか体制の再構築とかいろいろ関係機関との調整とかありますので今すぐにはということではできないと思うので、段階的にやっていくかと思います。おそらく早くて平成23年度ぐらいだと思うのですけれども、それも状況によると思います。

あとはお知らせなのですが、以前、たしか一回、平成19年の9月ぐらいにお知らせはしたと思うのですけれども、小児医療に関する行政評価・監視ということで、総務省が行政の運営全般を対象として適正性、有効性、効率性とかそういった観点からいろんな評価をしているというのがあるのですが、小児医療に関して、小児に対する業務のプロトコールの状況を調査して、国が示したものと各地のMCで調査したやつと違うものがあれば、それをいろいろと検討しなさいという勧告が平成19年にあったらしいので、以前ご連絡を行いましたが、再周知という形でご連絡させていただきます。

総務省で各地の業務プロトコールの状況を調査しましたが、薬剤が8歳以上で除細動が1歳以上というのが、国が示している適応年齢でございます。気管挿管と静脈路確保は、国としては具体的には示しておりませんでした。あとは各地のプロトコールの状況を調査しまして、こういった状況になりました。

こういった勧告がありまして、こういったことを国が明確に示していないので、これを示せという指示がありました。日本救急医療財団の心肺蘇生法委員会で、「日本版救急蘇生ガイドラインに基づき救急救命士等が行う救急業務活動に関する報告書」というものを平成19年の3月にまとめていただいて、挿管の対象年齢が15歳以上で、静脈路確保は8歳以上、そういったある程度の目安を示させていただきました。

この結果が出た後に一回ご連絡はしているかと思います。アンケートとかも厚生労働科研の山本先生の研究班で再度調査をしていただいて、いろんな各地の状況がありました。ある程度の国の目安としては、救急医療財団が示した報告書があるのですが、各地によっていろいろと医療提供体制とか医療資源とか、救急車に積んでいる器材とかそういったものの関係もあると思いますので、あとは各地でこれに基づいて検討していただければなど

思います。

以上でございます。ありがとうございました。（拍手）

【島崎座長】 ありがとうございました。

質問等を含めて後ほどということにさせていただきます。

続きまして、「大阪府メディカルコントロール協議会の現状と課題」ということで、大阪府救急業務高度化推進連絡協議会の会長で大阪府医師会副会長の杉本先生。

【杉本先生】 皆さん、こんにちは。

大阪府には救急業務高度化推進連絡協議会があり、その会長は大阪府医師会の救急担当副会長が務めることになっております。今日は大阪府救急業務高度化推進連絡協議会会長の立場でお話しさせていただきます。

まず、大阪府のメディカルコントロール協議会の現状についてですが、特別大きな問題はないかと思います。大阪府のMC体制設立の経緯を説明します。平成14年にまず救急業務高度化推進連絡協議会準備会をつくりました。これは大阪府医師会が中心になって、予算措置も含めて大阪府と折衝しました。そのこともあって、今も大阪府医師会の副会長の救急担当者が救急業務高度化推進連絡協議会の会長を務めることになっております。準備会が平成14年2月にできて、その年の5月には救急業務高度化推進連絡協議会を立ち上げ、8つの地域MC協議会を救急業務高度化推進連絡協議会のもとにつくりました。それが大阪府のMC体制の基本形です。これは恐らく多くの地域が似たようなものだろうと思います。

大阪府は、全国でも香川県に次いで狭い面積に880万人の人間が密集して住んでいるのですが、その大阪府、一つは淀川、もう一つ大和川という奈良から流れてくる川、この2つの川の北、間、南で区分し、さらにそれぞれの地域を山側と海側で分けた上で、大阪市と堺市の二つの政令指定都市は独立させるという形で8地域に分けて、それぞれに地域MC協議会を置き、検証作業等の実務は各地域MC協議会にお任せする体制をとっています。そして、それぞれの地域MC協議会には、それぞれの行政と消防、医師会、救命救急センターと救急病院に参加していただいています。

このうちピンクでかいてある3つの協議会に関しては大阪府医師会が運営を受託しています。

これは大阪府のMC体制が、どんなことをやっているかということを示したものです。

向かって左側、大阪府救急業務高度化推進連絡協議会で、まず事後検証に関して府全体の基本的な検証体制を運営委員会で協議したのちに、それぞれの地域MC協議会におろします。地域MC協議会ではそれを地域の実情に合う形に手を入れて検証小委員会あるいは検証会議に実務を委ねる形で進めています。つまり、大もとは高度化推進連絡協議会が決めて、それぞれの地域の特性に応じてそれぞれやっただこうというようになっております。

これは教育についても同じです。

救急業務高度化推進連絡協議会は、そういう形態で平成14年の第1回から、ことしの2月の第14回の連絡協議会まで、大体1年に1回から2回のペースで開催しています。最近では体制的にも大体落ちついてきたので余り高度化推進連絡協議会を開く必要もなくなってきましたが、ただ、気管挿管の病院実習、あるいはCPRプロトコルを改定しないといけない、あるいは脳卒中とか急性心筋梗塞のガイドラインを作成しようとか、あるいは救急救命士の再教育についてというようなテーマがあるときには年に2回開くというような形をとっております。

事後検証に関してですが、大阪府全体としての搬送件数は大体41万件です。そのうちの検証件数は6,200件。全体として1.53%ぐらいを検証しております。そのうちの4分の3までがCPAなのですが、それ以外の重症例も4分の1検証しているというところです。

それぞれの地域MC協議会の例を見てみたらこういう形なのですが、ところによってかなり検証の件数も違う。大阪市はやはり大きいですから1,500件ぐらいあるわけですが、南河内になると280件と、300件に達しない。かなり差があります。そして実際に検証率にしましても、大阪市は数が多いものですから人手とか、あるいは経費の問題もありますから率が低くなっています。泉州は2.45%。この程度の差があります。

また検証の対象の傷病の種別、これも基本的にはCPA、心肺停止症例ということにしているのですが、それ以外の検証に関しては、それぞれの地域のMC協議会の会長を中心とした検証会で決めていただくことにしています。その結果、このように検証対象にそれぞれの特徴が生まれています。

大阪大学は豊能というところにあるのですが、ここは比較的CPA以外に重症例を含めて検証するというようになっております。これは検証の結果です。事後検証では、問題ないというのがBに当たるのですが、90%を占めています。残りは優れているものA、やや

問題ありCが、ほぼ同数です。大体これはどこも同じではないかと思います。

豊能なんかは比較的厳しく見るのかもしれませんが、検証結果に若干の地域差があります。そんなに大きな差ではありませんが。

事後検証はそれぞれの地域によって回数はいろいろなのですが、それぞれの症例数、検証する事例の数によっても違います。他方、教育に関しては、救急隊員の教育のあり方検討委員会というものを設定して、その中でどういう方針でいくかというのを決めた上で、やはりこれも地域MC協議会におろして教育小委員会に任せるという形をとっています。

その中で、例えばCPRの基本のプロトコール、非常に煩雑ですけれどもこういうものを決めて、基本的にはこれを方針として示し、あとはそれを基にモディファイ、少し変更するということはそれぞれの地域の裁量に任せることにしています。

気管挿管病院の実習に関しても、小委員会を地域MC協議会の中につくってやっております。これは大阪府の救急のリソースを示したものです。大阪府全体で280台の救急車が走っていて、救急隊員数は2,451人となっておりますが、兼任の方もいらっしゃって、専任だけでは1,500名ぐらい。そのうちの救急救命士は1,491人となっています。

その中で運用救急救命士1,172人のうちで気管挿管の認定を受けている者が483人、そして薬剤投与のできる者が478人、両方の認定を受けているのが370人です。恐らく全国的に見ても気管挿管に関しては一番多いのではないかと思います。

これは、大阪府には5大学ありますが、こと救急に関してはどの大学も非常に仲よく協力的にしているものですから、5大学麻酔科の教授の先生方を中心にぜひとも協力してやろうということで、関連病院も含めてやっていただいているおかげだろうと思います。

今まで大きな事故はなく来ているのですが、若干新聞をにぎわすようなことも最近あったようです。

大阪と東京、運用している救急救命士の数は大体同じようなものですが、東京のほうが大学の数も多いのに、気管挿管認定者が少ないというのは恐らく気管挿管に対する考え方の違いもあるのだらうと思いますが、東京に比べて余り遜色がないぐらい、大阪ではよく協力してやっていただいていると思います。

各地域のMC単位でそれぞれの気管挿管あるいは薬剤投与の認定を見ても、余り大きなばらつきはないと思います。それぞれの地域、それぞれの人数に応じた率で、ほぼ順調にそれぞれのところから気管挿管あるいは薬剤投与の認定救急救命士が出ているというところ

ろだろうと思います。

もう一つは、それ以外の教育の中では、脳卒中・心筋梗塞ガイドライン作成委員会で、プロトコールをつくっていただいております。4 疾病 5 事業の中で特に急性心筋梗塞、脳卒中が重点項目として挙げられていることもあり、早くからガイドライン作成に取り掛かってきました。大学の脳外科とか脳卒中科、それと循環器の教授にお願いして、専門医をそれぞれの領域から出していただきました。それ以外に救急の指導医クラスにも入って頂きました。この人たちはそれぞれの救命センターの所長です。そして救急救命士 4 名にも加わっていただき、フィールドで実行可能なものをつくることを目指して検討してもらいました。昨年の 7 月に第 4 回まで開いていただいて、ここに示すような基本的な方針を示していただきました。

今後の課題についてです。今のところ大阪府に関して、どちらかというと大阪府の南部、関西国際空港側のほうが医療的な資源という意味合いでは厳しいという地域格差の問題があるのですが、そこも含めて余り大きな問題も起こらず、むしろそれぞれ活発にやっただいていてくれるかと思います。これは医師側もそうですし、救急救命士の人たちも非常に熱心なおかげだろうと思っています。

その中であえて言えば、今日も出ていましたが消防組織の広域化という問題がやはり大阪でもあるかと思います。大阪府には、大阪市は 18 万件と突出して多く、堺で 4,000 件ぐらいなのですが、ほかのところはそれぞれの小さいところになると 1,000 件にも満たない消防本部がたくさんあります。ここで救急救命士のトレーニングをちゃんとやりなさい、あるいは教育で病院実習をやりなさいといっても交代要員そのものがないところではなかなか難しい面があるかと思います。これは大阪における大きな組織的問題だろうと思っています。

大阪府も消防広域化推進委員会で、きょうも救急隊員シンポジウムで総務省の開出室長からお話がありましたけれども、広域化についての議論をしてきました。その結果、広域化を推進し、33 消防本部を 6 消防本部にまとめようという答申が出されました。私も委員の一人でしたが、私自身は 6 本部などと中途半端なことを言わずに警察と同じように全てを統合して一つの本部体制にしてしまったらいいのではないかとやったのですが、いろんな問題がこの領域にもあるようで、6 消防本部ぐらいに分けるということに落ち着きました。先ほど言った淀川と大和川を中心としてこういうように分ける。そして政令指定都市は別につくるというような発想で進めようとしています。一応、総論としては皆さん賛成

されているのですが、各論になるとなかなか進まないところがあります。

一昨年の年末に、富田林市というところで89歳の女性が30数カ所に断られて吐血で亡くなったということがあったのですが、それはちょうど大阪の南部のこの辺に当たります。富田林消防は管轄している領域も狭いものだから、その周囲の他市の病院がどういう状態かということも十分つかまえていない。あるいは他市の消防署がどこへ運んでいるかわからないようなこともあります。これだけ小さく消防本部が分かれてしまうと、その辺のことも難しくなるのではないかと思います。この問題をどう解決するかは大阪府の大きな課題だと、私自身は考えています。

消防法の一部改正によって、協議会をつくって搬送することになりましたが、これは実際に我々のところでも進んでいます。先ほど厚生労働省の中野先生からの話もありました。大阪府では救急業務高度化推進連絡協議会とは別に、大阪府の知事の諮問機関となっている救急医療問題対策審議会、救対審があるので、消防法の一部改正に伴う協議会はそこに置いて、その下にワーキング・グループなどの実行部隊をつくって、実務をお願いする方向で検討されています。

以上です。ありがとうございました。（拍手）

【島崎座長】 ありがとうございました。

続きまして、「石川県MCの現状と問題点」、石川県MC協議会会長、金沢大学医薬保健研究域医学系教授の稲葉先生。

【稲葉先生】 地元の石川県のMCの現状についてご紹介させていただきます。

石川県の特徴としましては、1県に1つのMCしか置かないというか置けないという形で運用しております。石川県の人口の7割ぐらいは中央地区に集まっておりまして、そのほかの地区には人口分布も少ないですし救急の医者もいないということで、1MCという形で動いております。

特に地震で被害を受けた奥能登医療圏は過疎化、高齢化が進んでおりまして、地震の中心源だったところでは高齢化率が5割という地域もございます。

それから広域消防本部が多いのも特色なのです。形式的な広域化という形で、以前の消防本部の権限が強くて広域の決定権が弱い消防本部もございます。通信指令がもとのまま、一つの通信指令にまとまっていない消防本部もございます。

我々MC協議会の検証対象としましては、心肺機能停止、重度外傷、これは過去からや

っております。消防法改正の動きも踏まえて重症患者についてはこれまで期間を限定して2回ほど実施しておりました。その中で問題になったのは、脳卒中と急性冠症候群でございまして、これについては本年度よりプロトコールをつくって検証を始める予定でございます。

もう一つは、検証票は主に心肺停止、重度外傷について記載していただいているのですが、搬送連絡票については、各消防本部でいろんなスタイルのものがございました。それを県下で統一しまして、検証票に近い形にモディファイして、脳卒中、急性冠症候群について検証を行う予定でございます。

MC協議会ができてからいろいろな成果を上げたとは私と考えているのですが、取り組んだ内容についてご紹介させていただきます。

基本的な口頭指導プロトコールを県下で統一いたしました。それから気管挿管に関しては、認定更新制度を日本で最初と思うのですが、開始しています。実際どうやっているかと申しますと、隊として消防学校に来ていただいて、その隊の活動を見せていただく。そしてOSCE形式で評価をする。その会には消防長にも来ていただきまして、自分の部下がどれだけすぐれているのか、どれだけ情けないのかというのを実感していただいて、また署内での研修に励んでいただくというような形をとっております。

生涯教育の単位制度、これも国から最近通知がありましたが、その以前からやっております。病院実習が実質的に内容の乏しいこともありまして、自主的研修とかJPTEC、ICLS、学会出席等を積極的にエンカレッジする意味からも、生涯教育の単位としてそれらを認定して、実質的な病院の実習期間を半減するということが過去からやっておりました。

それから、検証医だけが見るのではなくて、消防署内での集団的な事例検証というのをお願いしました。一人の指導者だけが見るのではなくて、救急救命士が集まって一つの事例について検討して、問題点をまとめて検証医に諮るというような体制ができております。

それからAEDの話になりますが、救急救命士は普通に指示で使えると思うのですが、救急隊員がファーストタッチする場合もございますので、救急隊員資格者のためのAEDプロトコールの講習会を開催し、PA連携を推進するとともに、認定制度をとっております。それから、昨今は重症患者搬送プロトコールをつくらせていただきました。

こういったことに取り組んでまいりまして、石川県の心原性の目撃心停止の予後は改善

してきております。一部暫定のデータもございますが、2003年度にMCができたときには左側のピンクと赤の部分、赤が除細動適用の生存退院、そしてピンクが除細動適用症例であった非生存退院例です。これを見てわかるように、だんだん除細動の適用率が伸びてきております。心原性で目撃があれば3人に1人ぐらいいは除細動適用になっています。そしてまた最近では、そのうちの4人に1人ぐらいいまで助かる、社会復帰するようになっていっているというのが現状でございます。

ただし、県全体で見てもこうなのですが、これを地域別に見ますと、K消防本部というのは一番大きな消防本部ですが、ここでは石川県全体のデータに近いのですが、能登の地域や南加賀の地域では社会復帰率が低く、そして中央地区が非常に高い。地域格差が依然としてあるというような状態でございます。

石川県でお話しできることと言えば、危機管理体制の構築ではないかと思います。これも日本で早々と始めさせていただいたのですが、MC協議会の内部に危機管理委員会をつくっております。その背景としましては、今日もご紹介ありましたように、特定行為は今後もどんどん拡大していくと思います。実施頻度も増加していますし、医療器具の使用頻度、またその多様化ということも進むと思います。ですから、新しく導入された特定行為そのものがリスクの根源になりかねないという考えを持ちました。

検証票は確かに役に立つのですが、検証票には最終結果のみが記載されます。うっかりこういうことをしそうになったけれども結果的にはしなくて済んだとか、そういうヒヤリハットをした体験があらわれてこない。必ず間違いというのは起こるわけで、その間違いをいかに減らすかという努力をする必要があります。MCができたときから本当はこういうものをつくって並行してやっていかなければならなかったのではないかと反省に立って、このような体制をつくりました。

こういうことをMC協議会に提案しますと、抵抗勢力がございました。救急隊員自体からも、ヒヤリ・ハット報告なんか出せば、これを消防長が見て、報告が多いやつは昇給を見合わせるとか左遷されるのではないかとというような危惧もございました。始末書との区別ができていない方もおられました。

それから消防本部には、何とか無記名でこういうことを報告してもらったかどうかというように申し上げたのですが、管理上それはできないということでした。妥協案という形で、一応は記名で提出していただいておりますが、消防長には一筆書いていただいて、その

書類を人事等の参考資料にしないと明言していただいております。

これが要綱です。過去にご紹介していますので流していきたいと思いますが、目的も定めました。

定義としましては、複雑なレベル分類せずに、事故とヒヤリ・ハット事例の2つに分類して、それぞれ定義を定めております。

この危機管理委員会では、分析、再発防止策を検討しまして、また防止のために行ういろいろな指示、そして啓蒙、教育に関することを検討しております。必要に応じて委員会による調査を医療機関、消防機関等の協力を得て行うことになっております。

これが組織図ですが、協議会の下に危機管理委員会というのを設けました。事故は病院側に着いて初めてわかることもありますし、搬送中にわかることもあるのですが、そういう場合に対するフローチャートを定めております。これは病院内の危機管理組織と似ているかと思います。

先ほど申しましたように、ヒヤリ・ハット報告書に対しては、体験者は記名式という形になりました。そのほか経験年数とか多忙度とかを書いていただいております。それから医療機関と同じように、未然に防げたことであればどのような防止策があったか、そういうアドバイスを体験者自体からいただくようにしております。

検討件数は、平成19年1年間の結果ですが、結構ございます。報告が多く上がってきております。ヒヤリ・ハット事例は、60例近く1年間に報告されるようになっていきます。今年度も既に60を超える数になっているかと思います。

それぞれについて検討し、問題点を提起しまして、マニュアルを整備していただいたり、通達文書で対応しましたり、また個々に注意を与えるというようなこともございます。

背景因子の分析には、一般的なSHELモデルを使いまして、ソフトウェア、ハードウェア、環境、当事者という部分から検討して、問題の根幹をつかむようにしております。例えば、器具の保守点検が非常にあいまいな消防本部もございましたので、そのためのマニュアルを徹底しました。実際にハードウェアの面でも資器材に欠点があった、弱点もあったということもございまして、これに関してはメーカーに報告するようにしています。

せっかくの機会ですから、こういうことがMC協議会でなされるようになった場合、それを総務省として受け入れて、まとめてメーカー側に指示ないし助言をしていただく体制をとっていただくようお願いしたいと思います。

それから、隊員に関する問題として、階級と資格の差がございます。例えば、救急救命士が隊員で救急隊が隊長というような場合もございます、そういう隊ではさまざまなヒヤリ・ハットが発生しやすいようです。

それから、救急救命士の中には特定行為が拡大されている中で、それに対するストレス・マネジメントができていない方がいらっしゃって、行為の拡大自体が救急救命士のストレスになっている。また、MC協議会が厳しいプロトコールを定めれば、それがストレスを助長して、その人自体の活動能力自体を減退させるというような事態も報告されております。

通知の具体例としましては、間違いやすい病院名のリストの作成。実際に間違えて名称の似た病院に運んでしまいそうになったという例も報告されました。それから、点検マニュアル。いろいろな器具の固定の不十分さを視覚的に認識できるような方法を提案したり、情報開示の原則等を確認したこともございます。針刺し事故もございまして、対応マニュアルも作成させていただいております。

もう一つは、特定行為、認定制度の更新制度の見直しです。先ほど紹介しましたように認定審査会を行って、実務経験の少ない新規採用者の救急救命士の特定行為の認定に関しては、1年以上の実務経験を条件に設けさせていただいています。いきなり実習が終わればやってもいいということでは負荷が強過ぎると思いますので、こうさせていただいています。

導入後、最初は反対勢力もあったのですが、だんだん消防本部の理解もありまして、1県のMCの中で消防本部並びに職員がMCを理解してくれるようになったかと思います。

最後にMCの課題を数点挙げさせていただきます。

一つは重症患者管理プロトコールですが、脳血管障害、急性冠症候群に関しまして消防法改正との関連でつくらせていただいたのですが、搬送先選定のための基準までを定めております。その後どこに運ぶかということは、おそらく救急医療協議会で決められていくのではないかと考えております。

生涯教育と特定行為の技術ということでは、先ほどお話ししましたようにポイント制を導入しております。

気管挿管に関しては、経験症例数に応じて病院再研修もやらせていただいております。

静脈路確保技術を高める必要性を痛感しております。石川県の場合、静脈路確保に至ら

ないケースが非常に多い。適応症例の4分の1から5分の1。これは技術的に静脈路確保に習熟していないことが問題かと思っています。

少ない救急医がMCにかかわっている現状では、非常に負担が大きいのが現状で、やはり財源的なもの、人的な措置が急務ではないかと思っています。

最後に、消防法改正の話が出ていますが、果たして石川県でこれが追い風になるのかということを考えてみました。求められている委員会は、おそらくMC協議会とは別に組織される委員会になる県になるのではないかと思います。最初はMC協議会の立法化と聞いていたのですが、それでは今まで献身的な医師によって形成されていたMCが終わって、別の委員会が主体になってしまうのではないかなというような危機感を抱いている医師も多いかと思います。

事実、今までのMC協議会は総務省と消防防災課の管轄でございまして、救急隊員、救急医の参画と協力、自治体消防の財源で行われていると思います。県レベルで見ますと、政治力や財源が非常に小さい。厚生労働省と相まって、消防法の改正がなされた場合には、病院、医師会、非常に財源の多い医療対策課のような方が主体となって運営される委員会ができて、この2つの委員会がどう整合性をとってうまくメディカルコントロールを進めるかが問題になるのではないかなというような危惧も感じております。

以上でございます。ご清聴ありがとうございました。（拍手）

【島崎座長】 ありがとうございます。

今話が出ておりました消防法の一部改正に伴う法律ということで、プレホスピタル、救急医療現場と医療機関がより密接な連携をもって協議会のようなものを都道府県に設けて連携を深めなさいという話になっているわけです。

まさにMC協議会がそれと連携するか、どういう格好であるかということなのですけども、ちなみに少し申し上げておきますと、従来のMC協議会がそのまま消防法改正の協議会に横すべりするというのが47の回答のうち28、救対協が協議会に横すべりするというのが2カ所、それから残りの13が検討中ということなのです。そういう実情です。

この協議会は、もともと寄ってきたところが従来のMC協議会の全国版なのです。本当はこのMCの性格をどうするかというのが一番、私はその協議会ができたときに、これとどういう連携をとるのかということだと思うのです。恐らくそのままスライドするのが、私個人の考えですよ、一番自然かなというようには考えておるのです。協議会は各地方自

治の中で行われますけれども、協議会も恐らくそれぞれが独立してやると、問題点の抽出というようなことになると消防法の改正に伴う協議会の全国版というのはおそらく必要になるのでしょうか。そうすると、これになるのかなというような。これは雑談ですが。

さて、3人の講師の先生方にお話を伺いました。

まず中野先生の処置拡大等を含む問題に関して、どなたかご意見なりございますでしょうか。

【質問者】 兵庫県災害医療センターの小澤と申します。

昨年、この会で私発言したと思うのですが、特定行為でC P Aの患者さんに気管挿管と静脈路確保でアドレナリンを打ってもそれほど救命率は上がらない。むしろ生きている患者さんに静脈路確保、それとかブドウ糖を打ったほうが救命率は上がるだろうと。そういうことを申し上げたのですが、そのときには時期尚早と言われたのですが、非常に早くそういうところに取り組みられて、ありがとうございます。

だけども一つ、多分問題点は法的な問題なのです。法的というのも、救急救命士さんも同じリスクを負うと思うのです。今の救急医と同じ。それをクリアできるか。

といいますのは、最近私どもで検証Cにしたものが報道されまして、ちょっと問題になったことがあるのです。どうしてもそういうことが出てくると思うのです。それをどうクリアするかということをお願いします。

【島崎座長】 訴訟時等を含む問題が起こったときの対応。

【中野専門官】 確かに処置範囲を拡大した場合に、救急救命士の方が行った処置で何かトラブルが起こった場合に、救急救命士の方と指示したオンラインドクターにもだと思うのですが、訴えられる可能性はあるかと思うのです。医師の指示のもとにということで、オンライン指示を受けたということで、ある程度救急救命士の方のリスクは分散されると思うのですが、確かに法的な問題に関しては十分に考えられる問題であります。

これは今検討しておりますので、何とか救急救命士の方がやりやすいように、そういった方向にやりたいと思うのですが、これは今後検討していくものなので、またご報告ができればと思います。

【島崎座長】 オーケーになったときは、従来のC P Aで、言葉は乱暴ですが、これ以上容体は悪くならないのだからという状況と、今度の新しい厚生労働省が考えておられる内容が少し違いますよね。ですからその辺のところはかなり救急現場も腹をくくって

やらないと、救急救命士の方も腹をくくってやらないと、いろいろ問題になると思います。
ぜひともその対応をよろしくお願いします。

【中野専門官】 わかりました。

【島崎座長】 他にいかがでしょうか。

【質問者】 岐阜県立多治見病院の間瀬と申します。

私は麻酔科の部長も兼任しておりまして、気管挿管の実習のことで確認をさせていただきたいのですが。

先般、羽曳野市で事故が起こりまして、お亡くなりになったということで、気管挿管実習に関する同意の取りつけが非常に難しくなっております。大阪で起こったようなことが起こらんでしょうねと言われても、大阪で起こったことが一体どうなっているのか僕はよく知らない。これは杉本先生にお伺いしたほうがいいのかもしれませんが、何が一体起こって、どういう問題があったかということを国として検証して我々に教えていただけるような。過去に、愛知県で食道挿管をしたときに、比較的早い段階で検証が行われて我々に公開されましたけれども、我々が患者さんに同意をとるときに説明する上で、一体何が起こったのか、我々のところでも起こるリスクがあるのかという、そういう材料は提供していただけるのでしょうか。

【中野専門官】 その大阪の件は、詳細についてまだ把握していないのです。けれども、そういった事案があったら早急にいろいろ検証して情報提供はしたいと思うのですが。

【質問者】 もう患者さんは知っているのですよ。新聞に一部載ったから。それを聞かれるわけですよ、我々、麻酔科医としては。

【杉本先生】 僕も実はきのう大阪府のほうから聞いたところなのですからけれども、これに関しましては、病院のほうの院内調査がまず終わってから、正確に答えようということになっております。まだ院内調査そのものが終わっていないので、新聞記事の内容がどこまで正確であるかということもわからないので、大阪府というか救急業務高度化推進連絡協議会としての話なのですが、院内調査の調査結果が出れば公表すべきところは公表できるかと思います。

【質問者】 メディカルコントロール協議会としての検証は行われると理解してよろしいのですね。

【杉本先生】 ええ。

ただ、非常に微妙な問題でもあるし、刑事訴訟になる可能性もあるものですから、まずは院内調査が正確に終わって、こうだと発表されると思います。その上で我々としても、その調査結果をもとに対処したいというところなので、少しお時間をいただいたほうがいいかと思います。

【質問者】 ぜひそれを教えていただかないと、我々としては非常にやりにくいということだけ、よろしくお願いします。

【島崎座長】 現場は非常にセンシティブにその問題はなっていますから、やはり正確な情報をできるだけ早く出されるようにその医療機関にもおっしゃっていただいて、MCが関係しているなら関係している、全く関係ないなら関係ないということを早く出していただいたらありがたいと思います。

【杉本先生】 公式には、その病院の調査結果が出てきて、その上でどうだという話になる。それまでは高度化推進連絡協議会においても、その問題は調査結果が出るまで待っておこうということにしております。

【島崎専門官】 では、中野先生に対する質問は、もし時間があればその時に、ということでしょうか。

杉本先生に対する御質問はいかがでしょうか。大阪府のMCのお話なのですが、将来的には消防の広域化を考えておられるということで、アクティビティの低いMCは確かに広域化したほうが、そこへ取り組んでいろいろ教育したほうがいいのじゃないでしょうか。

【杉本先生】 私自身が言っているのは、広域化するのは大阪府内の活動水準が低いからというわけではないのです。どの地域も非常に高いのですが、ただ単位が小さ過ぎる。消防本部の単位が小さ過ぎるところがあるということです。

それともう一つは、情報です。情報そのものが、A病院は今これだけあいていますよとなっても、実際にはその時に近く別の市の消防隊が運んでいるのにその情報が入っていないので、受入れられないということが起こるから、その地域の病院全体の状況が伝えられる体制にあるほうがいいだろうという意味合いで、広域化したほうがいいということです。

【島崎座長】 今回の救急隊員シンポジウムで、MCの非常にアクティビティの低いところは新しいMCの区域割りを見直したらどうなのだという意見があったので、一つのそういうやり方もあると。

【杉本先生】　そうですね。大阪のほうは、ちょっとそれとは事情が違うということです。

【島崎座長】　ありがとうございます。

ほか、いかがでしょう。

ところで、高度化推進連絡協議会とMCの関係、ちょっとわからないのですけれども、簡単にいうとどういう関係なのですか。

【杉本先生】　一般に県単位のMC協議会というのがありますね。それが大阪の場合は大阪府救急業務高度化推進連絡協議会という名称になっており、その下に地域メディカルコントロール協議会があるという体制です。名称がそうになっているというだけのことです。

【島崎座長】　都道府県MC協議会がそういう名前になっていると。

【杉本先生】　はい、それだけの話です。

【島崎座長】　ほか、いかがでしょうか。

では、もし時間があつたらまた後ほど。

稲葉先生のご発表について…。

【質問者】　所沢市消防本部救急課の大河原と申します。

気管挿管の再教育について、病院研修3年ごと最大5件。このやりようというのですか、要するに経験数が現場で3件だったらあと2件やるとか。

【稲葉先生】　そういう意味ではございません。経験した症例の検証票を提出していただきます。それから実際にどのくらいやられたか。それから地域の院外心停止の発生数等がかんがみて、認定委員会のほうで病院実習が必要かゼロでいいのか、3例なのか2例なのか5例なのかを決めさせていただいています。認定審査委員会の中の委員で、複数の委員の意見で決定させていただいております。

【質問者】　なるほど。そうしたら、個別の救急救命士ごと、この救急救命士は最大5例やらせないと。そういう話になるのですか。

【稲葉先生】　そうですね。5例、今までやらせた方の中には数少ないですがおりました。

【質問者】　それは麻酔科へ行行ってやるという。

【稲葉先生】　そうです。病院実習で再度技術を体得していただいております。ただし気管挿管の手技に関しては、麻酔科の先生のご指導とは別に、認定委員会で、実際の隊としてどういうように気管挿管をやられているのか、どういうときに気管挿管をやられているのかを見せていただいております。

【島崎座長】 結構きめ細かく。

【稲葉先生】 ええ。

【質問者】 地方とすれば、国が3年ごとに再教育が必要と言ったきり、どうしろとも言わないものですから苦勞しているところで、興味深く思いまして質問させていただきました。ありがとうございました。

【質問者】 多治見病院の間瀬です。

我々も気管挿管の、生涯研修の一環としての気管挿管実習をやらなければならないだろうとは思っているのですけれども、ただ同意をとらないといけないので、今いわゆる気管挿管実習、新たに始める人の場合は30症例やらなければいけないことに国のルールでなっています。この人たちは資格をとるために30症例やるので協力してほしいということをお話しして同意をとるわけですけれども、この人はやらなければいけないようになっているのでやらせてくれとは麻酔科の部長としてはなかなか言いにくいのですけれども、正直に言わないといけないのですけれども、その辺は、この人は不合格になったという言い方はおかしいかもしれませんが、技術が、あるいは経験が伴っていないからやるわけですよ。それを正直に申し上げるのですか、患者さんに。

【稲葉先生】 麻酔科の先生はその説明はしていないと思います。実習に来られていますということだけを説明されて、同意をとられていると思います。ですから新規の方と全く同じです。

【質問者】 なぜこの人がその実習をするかということは説明していない。

【稲葉先生】 ええ、しておりません。

【質問者】 僕いつも説明しているのですけれども、国はこういう制度になっていて、30症例やらなければいけないのだと。それで資格をとるのだということをお話した上で、納得してもらった人はやるのですけれども。

【稲葉先生】 それをやると、この人は下手だったからもう少し……ととらえてしまうかもしれないので、それは、しないほうがいいかなと。

【質問者】 そうだと思うのです。そこは難しいなと僕は思っているのですけれども、そこをどうクリアしているのかお伺いしたかったのです。

【稲葉先生】 そういう点は区別せずに、実習に来られています、ご協力お願いしますという形で、文書で同意を得ているだけだと思います。

【質問者】 わかりました。

【島崎座長】 以後の質問は、簡単をお願いします。

【質問者】 鳥取県メディカルコントロール協議会の野島と申します。

稲葉先生に発表していただきまして、きょうの発表、とにかく1県で1つのメディカルコントロール協議会、そしてその中で危機管理委員会をしっかりと立ち上げられて、メディカルコントロール協議会の中における危機管理をしっかりとやっていこうという、その方向性に感心いたしました。

現在、非常に医療界では医療安全ということが第一ですから、病院の危機管理と同時に、プレメディカルの危機管理委員会ということは非常に今後の方向性を示すのではないかと思います。

これを例えば全国のメディカルコントロール協議会で危機管理委員会をやっていくということは、各県でいろんな問題が起こったときにそれで対応していくという組織的な問題にもなりますし、そして総務省としても、総務省における危機管理委員会という形でいろいろ考えていただいたら、先ほど大阪でどうこうとおっしゃったことに対しましても、大阪の危機管理委員会があって、そこで対応していけば特に問題になるようなことではないわけですから、稲葉先生の今までやってこられた方向性というのは、全国、私たちがいろいろ見習っていく必要がある大変いろんなものを示唆していただいているのではないかと想着、そのことが言いたくて発言させていただきました。

【稲葉先生】 ありがとうございます。

【島崎座長】 クオリティアシュアランスというのですか、リスクマネジメント、病院の中では常時やっていることで、横田先生が言っていたのか、地域全体が病院だというそういう考え、地域医療そのものですけども、必要でしょうね。ヒヤリ・ハットと。

時間が5分ほど過ぎましたが、山本座長、あとよろしく願いいたします。

【溝口専門官】 島崎座長、ご発表者の皆様、本当にありがとうございました。よければ、いま一度盛大な拍手をいただければありがたいと思います。（拍手）

ありがとうございます。

第2部「救急搬送体制におけるメディカルコントロール協議会の役割について

【溝口専門官】 引き続きまして、「救急搬送体制におけるメディカルコントロール協議

会の役割について」ということで第2部を進めさせていただきたいと思います。

東京臨海病院院長の山本先生に座長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。

【山本座長】 ありがとうございます。

それでは、今まで処置というところを中心にメディカルコントロール協議会という流れでございますが、その次は救急搬送体制、搬送と受け入れ、両方のところが出てくると思いますが、MC協議会の役割というところでお話をいただきたいというように思います。

まず、「「救急医療の東京ルール」の概要について」ということでございますけれども、東京都福祉保健局の救急災害医療課長の越阪部さんからお願いしたいと思います。

【越阪部課長】 どうも皆さんこんにちは。東京都福祉保健局の越阪部と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、全国MC協議会連絡会で東京ルールの話をとという依頼をいただきました。まだまだ完成しているわけではないのですが、8月末から困難事案に対する受け入れを迅速にというようなことで運用を開始させていただいております。今日はその救急医療の東京ルールを、この場で紹介をさせていただきたいと考えております。

まず、他の道府県と同じように東京都保健医療計画というものがベースになって、東京都としても患者中心の医療体制の構築というような中で、初期あるいは2次、3次という救急医療体制を作って運用をしているところでございます。

そういう中で、高齢者の人口がかなり急速に増加している状況がございます。その中の搬送件数も右肩上がり。ここ3年ぐらいは若干鈍化しているところもあるのですが、非常に上昇カーブが高くなってきています。

一方で、平成10年には411という救急医療機関があったわけなのですが、平成20年4月には335ということで約20%の減少ということになっております。

また、医療機関の選定の開始から決定までに30分あるいは5つの医療機関に連絡を要した事案というのが東京都全体で1日約100件ありました。平成20年は3万5,700強で、全搬送件数の6.1%、約6%がそういう30分以上を要していました。しかし、逆に言い返せば、94%に近いものは今の救急搬送の仕組みで30分以内に受け入れ先まで届いているという状況もあろうかと思います。

選定困難事案の発生状況を曜日別に20年の部分を見ますと、平日に比べてやはり土曜、日曜が約2割増というところでしょうか。月から金までについては、ばらつきは余りありません。また、時間帯別で見ますと、21時から翌0時が2,000件を超えています。その他でも前後で1,000件の後半、2,000件に近いような状況で、谷間の8時、9時、10時あたりはそれに比べると低くなっているという状況です。

この背景なのですが、医療を提供する側としては、医療、医師の専門分化などがあります。また、医療機関を利用する側としては、先程申し上げました高齢化あるいは核家族化、単身世帯の増。俗にいうコンビニ受診の増などがあります。さらに、制度、構造的な問題としては、救急医療を担う医師の不足。また、救急は意外と恵まれていないと言っているのかと思うのですけれども、診療報酬が厳しい状況に置かれています。

そういう状況の中、都民あるいは医療機関、消防機関、行政機関、こういうような各機関が協力、協働して東京ルールを推進していくことが必要です。

「ルールⅠ」では、救急患者の迅速な受け入れということで、一時受け入れ・転送システムを導入しております。一時的な受け入れ医療機関で応急的に医療を提供し、専門的治療などは他の医療機関に転送します。

それから、地域でのネットワークを構築するということで、地域での核となる救急医療機関として「東京都地域救急医療センター」という名称で指定させていただいております。地域救急医療センターは、2次保健医療圏の中の患者受け入れ調整を行うと同時に、なかなか決まらない場合については自ら受け入れに努力をするということとしております。

また、地域で完結しない場合も出てくるわけですから、そういう場合については東京都全域、全体での受け入れを目指すということで「救急患者受入コーディネーター」を配置しています。救急患者受入コーディネーターは他の地域、発生したほかの医療圏の地域救急医療センターと協力しながら患者の受け入れ調整を行います。救急患者受入コーディネーターは、東京消防庁の総合指令室、救急管制員の方がいらっしゃる場所に配置をしております。

それから「ルールⅡ」でございますけれども、地域救急医療センターが中心にトリアージを実施していきます。トリアージといえば、救急隊の搬送時トリアージもありますが、地域救急医療センターや病院内での院内トリアージ、あるいは救急相談センターでの相談トリアージなど、各場面であるのですが、地域救急医療センター等でも院内トリアージを

推進していきたいと思っています。

3つ目は、「ルールⅢ」の都民の理解と参画ということで、救急隊員シンポジウムのディスカッションの中にもあったかと思うのですけれども、住民というか東京都民の理解というようなものがないと、なかなかすべてがうまくいくことにはならない。そのために都民の理解と参画というようなシンポジウム等を開催すると同時に広く都民に周知し、東京消防庁で実施しています救急相談センター（＃7119）のような相談機能も充実させていくことにしております。

実際に東京ルールの該当事案としては、救急隊の観察結果が、まず重症以上の場合については東京の場合23カ所あります救命救急センターにホットラインで結ばれておりますので、中等症以下で救急隊が5医療機関、5つたたいて成立しなかった、選定できなかった場合について、搬送先の医療機関が決定していない場合に発生医療圏の地域救急医療センターに調整依頼を行う。まず地域で受け入れるという取り組みを行っていただく。

先程言いましたように、地域で受け入れが不調に終わった場合については、東京消防庁の指令室に配置しております救急患者受入コーディネーターに都全域での全体調整を依頼する。SOSをここに出していくということになっております。

図解したものです。まずここに救急車がございますが、A病院からE病院まで5つの施設に収容依頼をかけてみたものが見つからなかったということになりますと、その圏域の2次医療圏の地域救急医療センターに受け入れを依頼します。同時に、救急隊が併行選定あるいは救急管制員のほうでも併行選定というようなことになります。今までは救急隊と管制の選定だったのですが、それに加えて地域救急医療センターも地域のネットワークを活かして選定していくことになります。この中の2次救急医療機関に地域救急医療センターと受け入れの連絡調整を行っていただいて、OKだということになりますと、その連絡を搬送先決定ということで救急患者受入コーディネーターに連絡する。救急患者受入コーディネーターはすぐそばにおりますので、管制にF病院で決まったというような連絡をして、管制から救急隊のほうに搬送先の決定ということでその場所に搬送していくということになります。

これは基本的なパターンになるわけですが、これでだめだという場合については応用パターンとして、救急患者受入コーディネーターが他の圏域の地域救急医療センターに連絡して収容先を探すというようなことも場合によっては出てきております。

救急患者受入コーディネーターの方は、ここにありますように20分ぐらいたっても連絡がないときに時間管理というようなものもあわせて行っております。

地域救急医療センターですが、東京の場合、伊豆七島、小笠原諸島を除きますと12の2次保健医療圏がございます。そこに概ね2カ所指定するということで、24カ所という規模で予算的には措置をしています。ただ、先程、冒頭で申し上げましたように都全域ではまだまだ完成形に至っていないと申し上げましたが、今は12の医療圏のうち8つの医療圏で実施できています。

指定の要件としては、救急告示医療機関の中で、休日、全夜間帯で入院ベッド、空床を確保している医療機関が東京都指定2次救急医療機関、このように呼んでいるわけですが、この中でさらに地域内の調整を行う調整担当医を配置。それから放射線、臨床検査技師等の常駐（画像検査及び臨床検査を速やかに行える院内体制）、受け入れ依頼の窓口を一本化するというようなことを基本的には原則として、こういうことができる医療機関について指定しております。

現在は固定型で、24時間365日で受けていただいているところが8病院、それから地域の中で幾つかの医療機関が輪番というか当番で地域センターを担っていただいているところが28病院ございます。合わせて現在36病院を東京都の地域救急医療センターということで指定させていただきます。

また、救急患者受入コーディネーターですが、私ども東京都福祉保健局の非常勤職員という位置づけで任用しております。配置場所は東京消防庁災害救急情報センター内。資格については、救急救命士の資格あるいはその他の同等の知識を有する職務、これは看護師さん等で救急の経験があるような方にその資格というようなことで採用しています。今年の11月現在で合計12名、これは日勤と夜勤、24時間交替制で配置しております。現在この12名の方は、すべて救急救命士という資格の方々を非常勤職員として配置させていただいています。

東京ルール具体化に向けては、東京都の救急医療対策協議会の報告以後、東京ルールの検討委員会の検討を経て、ことしの3月には第1回の説明会、それから6月には第2回の説明会を実施し、希望の医療機関の個別説明を実施しました。

それから、今振り返りますとここが結構大事だったなと思うのは、「地域救急会議準備会」。地域救急会議準備会というのは、私ども行政の方で声をかけさせていただきまして、

地域の2次医療機関に集まっていただき、その中で地域救急医療センターをこういうところに指定して東京ルールを開始するという合意形成を行い、その合意をとった上で8月31日にスタートしました。最初は7医療圏、1つ増えまして8医療圏。さらに1月ぐらいを目指して今1カ所がスタートに向けて着実に準備をしているというところでございます。

発足後は、各医療圏での本来の各地域救急会議を実施しながら改善などを図っていくということにしております。

このスライドは8月31日の運用開始に向けた開始式の絵でございます。これは、東京消防庁総合指令室の中で、この位置に救急患者受入コーディネーター。一方、周産期搬送コーディネーターも隣席に配置し、同時に8月31日からスタートしております。また、東京消防庁の救急隊管制員の方が後ろに控えているという状況です。

このスライドは、上から見た図です。救急患者受入コーディネーターは、現在2名ずつ24時間配置しており、この位置です。周産期搬送コーディネーターが隣席にありまして、この後ろに救急管制員の方、その後ろにはさらに監督員というような形でセンター内の配置をさせていただいています。

患者、都民向けのルールⅢですけれども、東京消防庁で実施している救急相談センターの充実。それから、東京ルールで手順書といいますかマニュアル、あるいは今日お手元に届いているかと思うのですけれどもガイドブック、こういうものの策定。それから患者家族との対話の推進。

それからテレビ等のマスメディアの活用。ルールⅠとルールⅡについて15秒のCMを制作し、救急医療週間の9月5日から12日中で150ぐらいのコマでCMを流しました。俳優の佐々木蔵之介さんと子役の方と、ほのぼのとした絵になったかなと思うのですけれども、そういうようなCMでの広報活動ということも実施いたしました。これはパンフレットなのですけれども、佐々木蔵之介さんと2人での、CMも流れました。

実際の東京ルールの運用状況です。8月31日9時から運用を開始しました。今月の23日の0時までで2,000件を超えて2,083件。これを医療圏で平均しますと24～25件。先程1日当たり100と申し上げたのですが、7医療圏でのスタート。今現在8ですけれども、他の医療圏ではやっていないところもあるので若干減っているのかなと感じています。

それから、100の時の統計が医療機関の選定依頼を5回、4回だめで5回以上の部分という統計と、今回は5回たたいて6回目からということで、そこで回数がずれているという

ことも影響しているのかと感じております。

1日の最大数は、祝日だったのですけれども47件。最小数は1日12件という日がありました。ほとんどが圏域内で収容。8割以上収容しているわけなのですが、私どもの柱の一つが地域で受けとめる救急医療体制ということですから、8割以上（81%）が地域でおさまっているということに対しては一定の評価をしてもいいかなというようには考えております。

ここに不救護とあるのですが、搬送の過程で患者さんみずからの搬送拒否というものの若干4%程度含まれている。

今の地域内でおさまった8割の中で地域センターにどのくらいでおさまっているかというと、83%。地域救急医療センターに8割以上は収容していただいています。

責任感であるとかそういう面で地域救急医療センターが担っていただいていることが感じられるわけですが、こういうのを見ると今後の課題としては、この地域救急医療センターがパンクするのではないかとということも数値だけを見ると感じられます。今後どういうようにしていくか。また、出口の方をどういうようにしていくかという課題はあると感じております。

次に、東京ルール事案のキーワードなのですけれども、745例の中でアルコールあるいは精神科系の既往症がある、あるいは薬物中毒、ここで約30%になっております。そのほか以下の高齢者、住所不定、常習者等がありまして、約6割が何らかの背景を持っている。また、傷病分類ができる骨折、透析等については約4割でした。

このスライドは、総務省消防庁が今年2月に発表された12月16日から22日の6日間での詳細調査ですけれども、これもアルコール、精神、薬物が、率は違うのですけれども上位3つの背景については変わっていません。背景があるのが約8割、その他が2割ということですから、さっきの6割、4割とは若干違う数字。ただ、12月16日から22日という暮れの時期ですから、アルコールなんかが率としては入っているという影響もあったのかなという推測はできます。

「救急医療の東京ルール」の今後については、都民の理解と参画の促進。理解というのはもちろん住民、都民も含めた理解と、先ほど申し上げました地域救急会議の中で、今担っていただいている地域救急医療センター以外のさらなる参画、こういうような話も医療圏の地域会議では話は出ております。それで追加となって、プラスで指定しているところ

もぼつぼつ出ておりますので、こういうようなことを今後促進していきたいと考えます。

それから出口の問題として、先ほど精神の事案も十数%含まれており、精神科救急医療システムというものも東京都の医療体制の中ではあるのですが、それが十分機能しているところまではいかないので、こういう情報センターも含めてそういう体制であるべきなのかとか、あるいは無料低額診療事業施設などの協力、結核のネットワーク、こういうようなものの機能強化を図っていく必要があるのかなというように思っております。

地域ネットワークの構築は、やはり地域の救急会議が重要になりますので、私ども行政もその中に参画しながら、それから消防機関だけではなくて警察の参画もいただく、あるいは行政の中でも福祉の関係も議論に加わるとか、そういうようなこと。顔の見える関係をつくっていったら東京都全体に反映していきたいというように、さらなる協力、協働して連携し、東京ルールが成熟するように努力をしていきたいというように考えております。

以上でございます。ご清聴ありがとうございました。（拍手）

【山本座長】 越阪部課長、ありがとうございました。東京ルールについての詳細をお話しいただきました。しばらくお待ちいただきたいと思います。

それでは次に移りたいと思います。「北九州市における機能別応需病院体制について」、北九州市消防局の竹村救急課長からお願いしたいと思います。

【竹村課長】 皆さん、こんにちは。北九州市消防局の竹村です。

北九州市における機能別応需体制について説明させていただきます。

まず北九州市の概要ですが、北九州市は昭和38年に全国で6番目の政令市に指定されましたが、だんだん人口が減ってきており、現在では98万2,000から98万4,000で推移しております。その人口に対して、救急隊は20隊、本市は3部制を採用しておりますので実際は60隊で運用していることになります。昨年の救急出動件数は4万5,000件余りでした。

これは総務省消防庁からのデータなのですが、病院手配に関しての照会回数4回以上の事案の占める割合を示しております。北九州市は、一番右端の最も少ない数値となっております。

北九州市の救急の特色なのですが、全国平均と比べると軽傷者の割合が少ないということが言えると思います。全国平均が50%ぐらいなのですが、北九州市では30%とかなりの差が開いております。これは北九州市の高齢化が進んでいるということと、市民の適正利

用の理解が得られているものと考えております。

次の表も大都市における選定困難事案の状況です。現場滞在時間30分以上の事案の占める割合ということで、これもやはり右端の北九州市は少ない状況となっております。

なぜこのような状況になるのかという要素をちょっと考えてみたいと思います。

これは人口10万人に対する施設数、病床数を挙げております。北九州市は上から2番目で、札幌市に次いで施設数、病床数ともいい状況にあります。医療資源は充実していると考えております。

北九州市の救急医療体制です。救急救命センターが2施設、大学病院1施設、2次病院群輪番制で18施設、告示病院18施設、それと後ほどご説明します機能別応需病院30施設。これは重複しておりますので全部の合計ではありません。そのほか小児救急センターなどがあります。

それから、昭和53年から始まっていますテレホンセンター。これは消防局がやっているわけではないのですが、保健福祉局でやっている救急相談センターみたいな形のもので。昨年度は約7万件の相談を受けているということで、保健福祉のほうには消防局の指令センターにホットラインをつないではどうですかと投げかけております。

真ん中の黄色い部分が機能別応需病院です。内科、小児科、外科、整形外科などありまして、全部で29の科目があります。

機能別応需病院というのは、その病院の中で一番機能している診療科目については24時間365日受けましょうということで、昭和62年に医師会が独自の体制ということで始まった制度です。本市の医師会ですが、ドクターがいれば診ましょうということで診療時間外でも診られることがあれば積極的に診てあげましょうというような風土がありました。そういうことから始まったと思います。告示病院ほど厳密ではないのですが、ミニ告示病院のような感じで昭和62年、告示病院の制度が始まって20年ぐらいたっていますが、ミニ告示病院のような形で受け入れ体制ができております。

機能別救急医療体制の運用実績ということです。左の網かけしているほうなのですが、収容率は94.3%です。標榜している科目については94.3%。真ん中にありますその他の科目で87.9%。機能別応需以外の分でも受け入れていただいている。これが本市の救急医療がうまくいっている原因の一つでもあるのだと考えております。

病院手配に関しての照会回数別ということです。平成20年中、救急隊が直接携帯電話で

病院に当たっているのですが、3回以内で99.7%、ほとんど3回以内で病院の手配が終わっている状況です。

ただ、数は少なくとも、まだ10回以上という部分もあります。全国的に多分同じだと思うのですが、精神科とか周産期、あとブラックリストに載った患者さん、病院で粗暴な言動を認めるとかいう患者さんについては病院が受け入れを拒否するということはあります。

周産期についてですが、本市の周産期基幹病院は4つあります。初診は診ませんがハイリスクは診ますということで、北九州の周産期医療は大丈夫だと思っていたのですが、本年度になりまして妊婦さんが救急車を呼んで運ぼうとしたのですが、救急車を利用する妊婦さんというのは健診されていない方が多いですね。病院にかかっていないので初診ということになってしまいます。基幹病院でも初診は受けませんよという形になっておりますので、だったらどうするのだ、どこも受け取るところがないではないですかということで、医師会とか周産期部会、保健福祉局などに投げかけております。関係部局に一斉にそういう情報を出しまして、情報の共有化を図っております。

次に、救急活動の平均時間ということで、真ん中の現場滞在時間をピックアップしております。5年ほどで約2分、滞在時間を減らしております。

これは2つの要因がありまして、一つは救急隊の活動時間の短縮です。ふだんの訓練や研修などをやりまして、本市の活動方針として現場滞在時間10分以内でやりなさいということにしております。もう一つは、受け入れ側の医療機関のほうだと思います。病院の手配回数まで含めて10分ということで、医療機関がすんなりと受け入れてくれる状況にあるというのがここから見てもわかると思います。

現在、救急業務をやっております、すべてがうまくいっているわけでもありません。問題が生じた場合の対応ということで、関係局、医師会、事案の情報を共有して検討する。それから、日常的にさまざまな部門の連絡会議等に参加します。委員であったりオブザーバーであったり事務局であったり、いろんな部分があるのですが、なるべくそういう会議に参加して顔の見える関係をつくっております。あとは緊急に集まって対応すべきことについては、すぐ集まって今後どうあるべきなのかということは協議しております。

これは行政区の一つでアンケートした結果なのですが、市民が救急隊に望むことをアンケートしております。

早い現場到着、これが5割。病院への早い搬送2割。あとは症状に応じた応急処置。この3つを合わせて大体9割。市民はこれを望んでいるということで、消防に対しては早く連れて行ってください。その間に適切な応急手当をやってください。これが市民ニーズだと思っております。

本市の救急は、病院搬送が約24、25分なのですが、事案終了まで50分。一回出て帰ってくるまでに50分。病院の手配回数は3回で99.7%。非常にいい状況であると思っておりますが、ほとんどを受け入れていただいている機能別応需病院の37%、30病院のうちの11病院に集約していて、90%がその11の病院にお願いしている状況にあります。

機能別応需病院も始まって20年たって、この制度が未来永劫続くとは考えておりません。今回、消防法の改正がありましたので、ちょうどいい機会だと思いますので再構築を行って、今までよかった部分についてはそのまま継続し、苦勞していた部分については何らかの改善を図っていききたい、そのように考えております。

以上で発表を終わります。どうもありがとうございました。（拍手）

【山本座長】 竹村課長、ありがとうございました。機能別、特に内科、小児科、外科、整形外科等の機能別の応需体制の北九州のすごさというのを述べていただきまして、本当にありがとうございました。

それでは最後に移りたいと思いますが、最後は総務省消防庁救急企画室長の開出室長から「消防法の一部を改正する法律について」お願いしたいと思います。

【開出室長】 総務省消防庁救急企画室長の開出でございます。どうぞよろしくお願い致します。

私のほうからは、消防法改正の背景と、今我々がつかんでいる情報をご説明したいと思います。

今回の消防法の改正、内容につきましては皆さん大体ご承知だと思いますけれども、背景が2つあると思っております。

ご承知のように、救急業務、これは消防法の2条に規定があるわけで、昭和38年に法制化されたわけですが、従来は搬送だったわけでございます。医療機関へ患者さんを搬送するのが消防の任務。左に点線で囲んでありますけれども、昭和61年に括弧書きで応急手当というものが入ったということで、構造的には、救急業務というのはベースにある搬送と処置が加わったものということになると思います。

MC体制の中で、特に救急救命士の処置拡大に対応いたしまして、処置についての医学的な質の保障の体制ということで、ご存じのようなPDCAサイクルがありまして、ぐるぐると回って質を確保するということになると思います。

先ほどのご発表にもございましたが、左の現在のメディカルコントロール体制、これは地域単位でやっているものですが、ここの質の保障という体制と同時に、今まで搬送の問題については地域で努力してやってきたわけですが、救急搬送、こういった症状の方をどの医療機関に運ぶのが適切なのかという部分の質の保障という問題。もう一つは、この問題は消防で解決できる問題ではないわけですし、救急医療体制はどうあるべきかということにつながる問題ですが、この2つを同時に達成しなければ救急業務全体の高度化は図れないということです。

その中で、組織の位置づけ、従来通知でやってきたわけですが、その明確化と所掌事務の拡大とありますけれども、搬送についてもカバーしていく体制が必要ではないかということが背景にございました。

それと、いわゆる今までの発表でもございますが、搬送困難事案が特に都市部で起こっているという社会的な搬送の問題が連動して、今回の消防法の改正に結びついたのかと思います。

稲葉先生のお話にもありましたけれども、従来通知でやっていたMC体制を法的に位置づけるという流れも私もいろいろな点から検討してまいったわけですが、今回の消防法の改正は、いわゆる右の部分の搬送についてのルールをつくる実施基準と、そのための協議会の都道府県への義務設置という形になったわけです。

では、左の部分はどうかということをよく聞かれます。ここの法制化については、非常にややこしい問題なのですが、政府の方針で新しい法律をつくるのは、法律をつくらなければ物事が動かないという法律事項と言っているのですが、非常に限定的にしか法律はつくらない。法律が今非常に多いわけなのですが、その中で左の部分、救急業務、搬送の質を高める体制については、現在の消防法の中でも消防庁長官の都道府県、市町村に対する指導権限というのがありまして、それに基づいて通知でこういった体制でやっていただきたいということをお願いしていたわけですが、新たに法律で書かなくても動いているのではないかという法制担当のほうからの指摘があったということ。

もう一つの理由は、左の部分は救急救命士法がございます。そことの整合性をとった法

律にするのは非常に難しい。消防法の中で救急救命士法の規定内容、特定行為の指示については救急救命士法に書いてありますけれども、そこも含めてということになると、多分救急基本法とかいう体系の中で改めてやっている組織が違うものをリシャッフルして新たに作り直すということが必要になる。

その非常に難しい問題がありまして、その2つの理由で今回は右側の部分の位置づけがされたということです。

なぜ右側の部分を法律にかけたかということについては、明確な法律事項が、今回県が定めます実施基準の法的効果ということで、非常に緩い効果なのですが、消防本部には遵守義務、医療機関には尊重努力義務ということが書いてあるわけですが、その部分が明確な法律事項ということで、そこを根っこに都道府県に協議会の設置と実施基準の策定を義務づけるという部分が法律化されたということでございます。

実際、法律の中身につきましては、この仕組みについてはご承知かと思います。こういったルールを決めていくということですが、一番大事な分類基準につきましては、患者さんの症状、程度に応じてどういった医療機関が受けるかということをもずり口の部分で書いていただく。決めていただく。共通認識を消防と医療が共有するということでございます。

この実施基準のガイドラインにつきましては、厚生労働省と私ども共同で委員会をつくりまして、山本先生に座長をしていただいたわけですが、国としてのガイドラインを10月末に示させていただいたわけです。その中でもいろいろ議論がございまして、一番下に※で書いてありますけれども、非常に地域によって医療資源の状況が異なりますので、何を書くか。重篤の患者さん、脳卒中、心筋梗塞、いろいろ例示がありますが、どのカテゴリーを位置づけるかということについては地域の事情が余りにも違いますので、国のほうから決め打ちでどれとどれをつくらなければいけないということにはなっておりません。例示を示しておりますけれども、これは地域の実情に応じて策定していくということになると思います。

これは東京都の事例ということで、具体的なリストでありますとか救急隊員の観察基準。これは脳卒中の場合ですが、こういったものをつくるかという例示でございます。

今回、搬送困難、選定困難の場合のルールということで、先ほど越阪部課長のほうからお話がありました東京ルールのようなものが想定されるということでございます。

いわばP D C Aサイクル、実態に基づいてルールを変えて、それを浸透させていくというものが、先ほど最初にごらんいただきました左に処置があつて右に搬送ということですが、それが両方でぐるぐる回るというようなイメージになってくるかと思います。

いろいろ検討会でご議論いただいた中で、協議会の役割の中で、今まで右と左に消防と医療、いろいろな情報を持っていますけれども、地域で何が起きているかということを目に見える形に可視化していくということが重要だと。救急隊の情報というのは我々総務省のほうでいろいろご報告いただいているわけで、かなり正確に上がってくるわけですが、医療機関の搬送後の転帰情報をあわせて分析しないと地域の実情といいますか本当の姿のパフォーマンスが見えてこないのではないかということで、これをあわせた情報の調査分析が非常に重要で、これがすべてのベースになるということで考えております。

後で総務省消防庁から、12月にウツタインの心肺停止の患者さんのこの1カ月、全国調査をやりたいと思っておりますけれども、そういった調査分析が必要だということと、下に矢印が出ておりますけれども、どうしてもいろんな問題、工夫の中で解決できない、そもそも救急医療体制の充実強化が必要ではないかという話も当然出てきますので、その点に関する意見具申機能をこの協議会に設けているということです。

実際の調査分析、細かくはご説明し切れませんが、地域の全搬送を分類しているものとして有名な長崎県の例があるということ。あと、先ほど越阪部課長からもお話ありました東京都、東京消防庁と医師会、ご協力いただきまして6日間の事案を調べた中で、よく医療機関がどうして受け入れなかったかという情報を我々分析しているんですけども、救急隊の判断で書いていますので、医療機関が本当にどこで受け入れられなかったのかということの認識が一致しない場合があるということで、共通のコード表を医療機関にも持たせていただきまして、どの理由だということをお互いに同じ水準で同じ認識で答えていただくという工夫をしているということ。

下の傷病者に関する背景情報、これはなかなかやるときにいろいろな難しさを伴ったわけですが、ここも含めていろいろな姿がわかってきたということがございます。

こういった医学的な意味だけではない搬送が難しい事案というものについても分析の上、必要なルールを定めていくということが考えられるのではないかと思います。

伝達基準を定めていただく中で、ある地域でこういうことが起こりました。首つりの場

合、なかなかご家族とかがいて首つりということを伝えるににくい場合に、救急隊のほうから「縊頸（いっけい）」という言葉を使った事案がありました。受けた方が看護師の方だったのですけれども、すぐ理解できなくて「胃けいれん」とか別の言葉を想定してしまったということが伝達の際あったわけです。

現実にはドクターが受けるとは限りませんので、事務員の方が受ける場合もあるので、わかりやすい言葉でということで例を書いております。ブルーの冊子の中にも、今考えられるものということで入っておりますので、ご参考にいただければと思います。

MC協議会と今回の消防法の協議会はどういう関係なのかというのが非常に議論になるわけですが、私どもが調べましたところ、全国で47ある中で既存の組織を活用するというのが35ございまして、新設が9、未定が3ということです。35の既存の組織を使うという中で、MC協議会を消防法の法定協議会に位置づけるというのが27ございまして、救対協を位置づけるというのが6団体、その他未定が2団体ということで、27のMC協議会が消防法の協議会になるということです。

我々消防庁といたしますと、処置の問題と搬送の問題というのは協議する方も内容も非常に連関しますので、MC協議会の活用というものは考えられるということは通知の中でもお出ししているわけです。ここもちょっと法律的な話なのですが、分権の中で、地方の協議組織について国が方向を決めるということはなかなかできませんので、そういった消防法の中身になっているわけです。組織が別になっても当然、連動するものですので、いろいろな県の考え方があって二またになる場合もあるということかと思いますが、その連携はぜひ十分とっていただきたいと思います。

あと、先ほどの事故の話もありましたが、この全国メディカル協議会連絡会ということで割と任意の結びつきということでやっていますけれども、これから処置範囲の拡大もいろいろあるとすれば、国レベルでもこの全国メディカルコントロール協議会連絡会をしつかり位置づけていくということも必要かと思っておりますので、またいろいろご意見伺いながらそのあたりも進めてまいりたいと思っております。

以上でございます。どうもご清聴ありがとうございます。（拍手）

【山本座長】 開出室長、ありがとうございました。

それでは、いかがでございましょうか。時間の許す限りディスカッションしていきたいと思っております。

まず、東京ルールについてお話しいただきました越阪部さんに関して、ご質問どうぞ。

【質問者】 川崎医大の救急の鈴木と申します。

どうも発表ありがとうございました。

ちょっと不安といいますか、発表をお聞きしていて不安に感じたことがありますので質問させていただきたいと思います。

東京都では約60万件、300ぐらいの告示病院が対応されているということだったのですよね。年間、多分1施設平均すると2,000件を受け入れるということになるわけですが、告示病院が頑張ってやっているところで、さらにこういうルールをつくって確実に受け入れてくださいということをやっていくと、医療機関が疲弊して、それこそつぶれてしまうのではないかという心配を非常にしながらお聞きしていました。

告示病院はどんどん減っていく。搬送件数はふえていく。そういう中で、さらに青息吐息でやっている病院にもっと頑張れという格好になるのではないかという気がして、その辺の見通しといいますか、ちょっとお聞きできればというように思います。

【越阪部課長】 今のご質問のとおり、やはり私ども実施運用に際して説明会や準備会等を開いたときに、必ず受け入れなくてはいけないのではないかなという意識で医療機関さんのほうが受けとめた例がかなりありました。これは必ず受けなくてはいけないという義務というものではなくて、地域が協力して、東京の場合1医療圏で40近い救急医療機関があるところとか、あるいは多摩地域の方へいきますと6つ7つぐらいでやっているようなところがあります。そういう医療機関が例えば1件ずつ入れていけば、1件ずつみんな入れていきましょうという、精神的にはそういう精神で、どこかに責任感あるいは使命感というもので、何しろ自分のところで入れてしまうのだというようなことではなくて、みんなで協力しながら、だから地域救急会議をこれからやって、問題点あるいは事後検証みたいなものをやる中で、地域で救急医療を支えていこうということが発想なのです。

ただ、先程の結果で8割が地域救急医療センターに入っているという現状としては、地域救急医療センターに多少負荷がかかっているというものも実態としては、この3カ月余りのことですけれども、あるかなというように思います。

今後、そういうことで地域救急会議に私ども行政のほうも参画して、いかに集中しないようにするとか、あるいはいかに出口をしっかりと整備するというか、そういう環境をつくっていくか。2次医療機関を中心にそういうところで議論して行って、改善をして成熟を

させていきたいと考えております。

【質問者】 ありがとうございます。

【山本座長】 よろしゅうございますか。あるいは東京の中の地域救急医療センターから来ている先生おられますか。

どうぞ。

【坂本幹事】 帝京大学の坂本です。

うちの病院、今、輪番で、7病院で180万の医療圏に対して、地域救急医療センターです。から7回に1回の割合で回ってくるのですが、先ほどお話しがありましたけれども、ほとんどが中等症以下ですから医学的に本当に緊急性のある患者さんはかなり少ない。本来であれば福祉で対応しなければいけないような、ホームレスで栄養が不足しているとか、あるいは統合失調症でどこかにかかっている人が不穏状態で困っているというような方が運ばれてきて、それは非常に医療機関としては負担になります。

これは本来、医療の中というよりは、東京都福祉保健局ですので、もっと福祉のほうがりっかりそういう方をカバーしていただければ、僕ら本来の救急医療をちゃんとやれば、もっと問題ないのではないかなというように思っています。

【山本座長】 ありがとうございます。これは3次の医療ではなく2次の医療での問題でありまして、我々のところも地域の救急医療センターになっておりますけれども、できる範囲でやるというところが一つのキーだろうというように思いますので。

関連ですか。どうぞ。

【有賀幹事】 結論的にいいますと、衛生部門の方がコーディネーターと呼んでおられますけれども、本当は夜のMSWと呼ぶのがよかったのではないかなと私は思います。つまり坂本先生が言ったみたいに、今晚はとりあえず、例えば〇〇病院が預かってね。朝が来たら済生医療の対象なので××病院に移っていただきますよというようなコーディネーションをするということがそもそもの発想だったはずなのです。

ところが、どういう方がコーディネーターになったかというところ、なかなかそういうことについて理解できていないところにこの話の、今発展途上と言われましたけれども、行政部門におけるこの手の問題の整理整頓の仕方そのものも実は発展途上なのです。衛生部門は、そういう意味では、このルールは地域社会における、言葉は悪いですが弱者とか吹きだまりとか、坂本先生はかつて灰汁と言いましたけれども、そういうよう

な人たちがどういうようにしてうまくやっていけるかということを夜中のうちに頑張ろうねという話なのです。ちゃんとこれを財務当局に説明しなかったので、たった2カ所しか1医療圏にももらえなかったのではないかと私は思っております。

当たっているかどうか知りませんが、そういうようなことなのではないかなと思います。

【山本座長】 ありがとうございます。

どうぞ先生。

【質問者】 佐賀大学の瀧です。

ちょっと教えていただきたいのですが、東京ルールは非常に素晴らしいのです。東京においては非常に重要なシステムだろうと思っているのですが、ただ、救急隊から医療施設に患者を搬入するための連絡の中には、十分意味が伝わらない内容が多いのではないかと。それは奈良県の事案でもそうでしたし、実は私の県でも同じように非常にたくさん見つからなかった事案があるわけなのです。

そういうことに対する救急救命士への教育という問題点は、この東京ルールが決まるときにいろいろ議論なり、またはそういう対策というものが何かとられているのでしょうか。教えていただければと思います。

【越阪部課長】 今のご質問は、東京ルールを運用していく上でということでしょうか。

【質問者】 運用の前に、こういうことが起こってくる段階で、救急救命士と医療施設との間に、いわゆる東京ルールでは最初に連絡して5つなり6つだめだったら次のコーディネーターにいきますよね。その前の段階のここの部分で連絡が的確に行われると非常にメディカルコーディネーターに行く数は減るのですが、そこがあいまいな適当なやり方で、お願いします、だめです、お願いします、だめです、の繰り返しをどんどんやっていくと、どんどんメディカルコーディネーターが……。

【有賀幹事】 今の件は、産科救急と一般救急に関しては、先生がおっしゃったことが実際に起こりました。しかしこの件については、主な議論としてはありませんでした。

以上です。

【山本座長】 手が2つ挙がっていますけれども、どうぞ。

【質問者】 鳥取県のメディカルコントロール協議会の野島です。

先ほどいろんなかなり改善されたシステムをお聞きしたのですけれども、一番びっくり

したのは、5回断られてから次に行くというように聞いて驚きました。地方で5回も断られたら、医療機関が無くなってしまいます。普通、地域は民間、いろんなところも含めて、私たちが最後のとりでだと思ってやっていますので、それが5回なんていうことが当たり前だと思ってやっておられるのに東京都の病根が深いのではないかというように思いましたので。

有賀先生、またその辺もよろしくお願いします。（拍手）

【有賀幹事】 東京の救急病院そのものが病根のネタだと言わんばかりの言い方だけは、どうか勘弁してください。私たちは、そういうような社会の病根に、ある日ある時めぐり合っちゃってこうなっているのです。東京では5回でびっくりしてはいけません。50回がありますから。

【山本座長】 ただ、今の質問では、私お話ししますが、実はコンピュータ上で打っているわけで、1つがだめで1つがだめで、いちいちはやっていないので、その辺のところも意外とスムーズに行っているのですよというところだけはお話しをさせていただきたいというように思います。

そのぐらいにさせていただきまして、越阪部課長、ありがとうございました。

その次の竹村課長、北九州市の非常にすばらしいお話がありましたけれども、いかがでございましょうか。竹村課長にご意見、いかがでしょうか。よろしゅうございましょうか。

それでは開出室長にいかがでございましょうか。

【質問者】 たびたび済みません。簡単です。

先ほどお話しされましたけれども、各疾病についていろいろ考えているとおっしゃいましたけれども、既に厚生労働省がかなり以前に、4疾病5事業の事業ということで地域にいろんな保健所、各地域によって違うと思いますけれども、保健所を通していろんな医療機関の考え方を聞いて、もうまとまっているところが多いと思います。そういうデータにつきましては今回、総務省としてはどのように取り扱われるつもりなのか。また一からいろいろ考えていかれるのか。それを十分参考にして、地域の特殊性で、それでいいとしていかれるのか。その辺を教えていただきたいと思います。

【開出室長】 医療計画の中で4疾病5事業というのは既にありますし、それぞれのルールをつくられている地域もあります。東京都なんかでは、かなり脳卒中のものであるとか心疾患のルール等ありますので、既存のルールがあるものは当然またやり直しということ

は無駄ですので、ベースにさせていただいていいかと思いますけれども、その点も含めて既存のルールで対応できているのか、まだ見直しが必要なのか、あるいは新しくつくらなければいけないかということをまず地域の実情を調査分析してルールづくりにつなげていただきたいということで、既存のものは十分それを活用できるものは活用していくということが必要かと思います。

【山本座長】 ありがとうございます。よろしゅうございましょうか。

【質問者】 高知赤十字病院の救急部の西山です。

この一つのルールによりますと、一つのやり方として基幹病院のほうに患者さんを例えば夜間だったら収容して、その翌日に各病院のほうに転送しようとかいうようなことも言われています。そうした場合に、我々の病院でもそれを考えてみたのですけれども、事務処理がすごく煩雑で、各科の先生が、ただ夜間受けて次の日にほかの病院に行くに当たって、診療情報提供書は書かなければいけない、また別の書類も書かなければいけない、退院証明書も書かなければいけない。そういう事務作業に負われて困ってしまうということで、事務職員の増員が認められてはいるのですけれども、その方々がすべてやってくれるかといったら全部できないと思うのです。その辺について、もうちょっと柔軟に事務職員の方がいろいろなことができるようにしていただきたい。法律上やれる範囲が決まっていますよね。その辺についてはどうでしょうか。事務的な作業をしていただければ非常に助かるなというように思うのです。

【開出室長】 私どもより厚生労働省のほうが適しているかなと思いますので。

【中野専門官】 おっしゃるとおり入院して1泊してまた転院というときに診療情報提供書とか退院証明書とかいろいろ煩雑だと思うのですが、一応事務補助作業員の補助を昨年度から予算上盛り込んではい入るのですが、事業者がそういった方を雇わないと補助ができないので、先生のおっしゃるとおりだと思うのでこれは何とかしないといけないのですが、検討してみます。

【質問者】 それができれば大変助かると思うのです。もうちょっと補助をね。

【山本座長】 ありがとうございます。どうぞ。

【高島幹事代理】 救急振興財団の高島でございます。

私、特に総務省消防庁ということではなくて、今お3方のご説明を聞いていて思いましたのは、東京ルール、北九州市の機能別応需体制、総務省消防庁の新しい消防法に関して

のルールづくり、結局、現行システムの持っている問題を各地域がそれぞれ何らかの新しいルールをつくって解決しようという試みだろうと思います。それは非常に多としなくてはいけないと思うのですが、私は一度この場でご議論いただきたいと思うのは、今の救急医療システムが持っている内在的な問題を解決しないと、このことは根本的に解決しないのではないかなというように思っております。

と申しますのは、救急から始まりまして最終的に病院で完結するというシステムでございますけれども、救急の関係ですと総務省消防庁、医療は厚生労働省と行政監督が2つにまたがっているわけでございますけれども、救急医療システムが根本的に持っている問題は、患者さんのほうにこのシステムに参入する自己決定権がほとんどないわけです。医療の選択権もない。

一方で、しかし医療機関のほうには経営上の問題があるから選択権があるということで、公的な管理システムになっているのですけれども、問題は最終的な意思決定権者、権限の所在が不明確で、結局だれが最終的にそのシステム全体を管理するかということがあいまいになっていることが問題の本質ではなかろうかと思っております。

ただこれは、では、先ほどの東京ルールのようにある程度強制色を持たせた形で地域医療機関にご協力いただくというのは、またその待機コストといいますか救急部分の空きベッド分について、その分のコストをどう見るのかという問題が発生してくると思います。

ですから救急システム全体の中で、財源の問題も含めて、システムの今の現行法等をよく見直して解決していかないと、各地域のルールづくりだけでは根本的解決につながらないし、ルールをつくれれば、またそのルールに基づいていろんな問題が発生するというイタチごっこになっているのではなかろうかと思っています。

これは要望になりますけれども、総務省消防庁のほうでも東京都とか北九州市のお取り組みなど、よくご存じだと思っておりますけれども、各地域でそういうご苦労なさっている取り組み、また、きょうお集まりの救急医療関係者の医療機関の皆さんの経営以上の善意に基づくご努力で今のシステムが成り立っていると思いますので、ぜひ一度根本的に救急医療システム全体を最適化できるような方向で、またご議論賜ればいいのではないかなというように思っております。

恐らくきょうお集まりの皆さん方は、そういう方向でご議論されるということであれば一致するのだらうと思います。

ある程度、強制力を持たすということが必要であれば、強制力を持たせたことに伴って救急医療の診療報酬なりに何か適切な対応をしていくとか、現行の体系の中で考えるのではなくて、少し新しいルールづくりというものをきょうお集まりのこの全国MC協議会連絡会等を通じて考えていくということが求められる時期に来ているのではなかろうか。そうしないと、いつまでたっても自己決定権のない患者さんにとっては、やはり必ず何か結果がうまくいかなければ不満がたまるという状況を改善できないのではなかろうかと思っています。

そういう意味では、要望になりますけれども、ぜひ総務省消防庁のほうでもいろいろご検討いただいて、きょうお集まりの皆様方が満足し納得できるような最終的なシステムの解決という方向にご尽力いただければとお願いかたがた申し上げました。

ありがとうございました。

【開出室長】 今のお話で、救急医療というのは本当に地域医療の姿を一番あらわすということだと思います。今回の消防法の改正というのは、総務省が単独でやったわけではありませんで、厚生労働省と共管の法律という位置づけで、ここは非常に今回連携が今までよりもとれたなと思っていますし、一番大事なのは地域の問題ですので、今回の都道府県知事の権限が位置づけられたわけですけれども、だれの責任かという最終責任者ということについては関係者すべてだということだと思いますけれども、消防が市町村の単位でやっているのに対しまして医療計画は県でやっているというところを、地域で、統合的に全体で見るということになりますと、やはり県の役割が大きい。特に都道府県知事の職責が大きいということで、今回のような形になったかと思っています。

その仕組みをただ現場で、ルールづくりで苦労して解決するということではなくて、協議会のところでもご説明しましたけれども、地域の救急医療体制そのもののシステムの点検、見直しも必要だということで、その意見具申も今回機能として位置づけたということです。

今のお話、全くごもっともなことだと思いますので、我々も政府としても一体となって頑張っていきたいと思っています。

【山本座長】 ありがとうございました。

私の不手際で少し時間が延びておりまして、申しわけありません。

東京あるいは大阪、非常に大きな都市での受け入れ困難事案というのが非常に多い。そ

れよりも、もっと人口の少ない小規模な地域のほうは受け入れ困難事例が非常に少ない。そして二、三の病院を当たれば、それでもう終わってしまう。それはよくわかる、わかりますけれども、実は人口の多い、困難事案が多いほうが進化した形ではないのだろうかという流れも多少、救急隊員シンポジウムのディスカッションの中にありました。その中に入ってから、一つの病院しかないという地域で、病院に入って、それからすべてがうまくいっているのかというところは、やはりもう一度考えてみないといけないということもあるのだろうというように思います。

まだまだ議論は絶えないと思いますけれども、時間でございますので、きょうの全国メディカルコントロール協議会連絡会はこれにて終了させていただきたいというように思います。

どうぞ事務局、よろしくお願ひしたいと思います。ありがとうございました。（拍手）

【溝口専門官】 ありがとうございます。

では、全国メディカルコントロール協議会連絡会事務局からお伝えいたします。

AEDに関して、不具合と考えられる事案がいくつか起きておりますが、それ以前に心電図上、AEDが作動すべき時に作動しない、あるいは作動すべきでない時に作動してしまうといった事案があるのではないかと、いう事がございまして、その点について当連絡会の幹事会からご指摘がございました。そのご指摘を受けまして、総務省消防庁としましても、そのような事案について収集したいと考えておりますので、ご協力の程お願いいたします。以上でございます。

本日は、多数ご出席いただきまして、ありがとうございました。

これにて平成21年度全国メディカルコントロール協議会連絡会を終了いたします。

— 了 —