

## 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作業部会

#### 議事録

- I 日 時 平成21年8月25日(火) 14時00分～16時00分
- II 場 所 三番町共用会議所
- III 出席者 有賀委員、田川氏(井上委員代理)、岩田委員、金岡委員、川平氏(金森委員代理)、田所氏(木村委員代理)、齋藤委員、坂本委員、佐々木委員、寺澤委員、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 報告事項 第1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
  - 3 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
  - 4 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作業部会を開催させていただきたいと思います。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。よろしくお願いいたします。
- 座 長 それでは、本日の進行につきまして、有賀座長にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。
- 事務局 では、早速、第2回目の本作業部会を開始したいと思います。お手元にたくさんの資料が置かれていますので、最初にこの資料のご説明を賜ることになると思います。よろしくお願いいたします。
- 事務局 まず事務局より資料の説明に先立ちまして、資料の確認をさせていただきたいと思います。お手元の資料、クリップを外していただきまして、まず次第がござ

います。そして、構成員名簿と座席表になります。そして、本日の資料につきましては、1つ横のセットになっております右肩に資料と銘打っております「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資料」というのが1冊ございます。そして、参考資料といたしまして、杏林大学・島崎先生がまとめられました「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書」、そして添付資料といたしましては、第1回の議事録をおつけしております。そのほかに、本日は堺市の横田委員より資料の提出がございましたので、配付資料の一覧の中にはございませんが、横書きの資料をお手元に配付しております。

以上でございます。資料の不足がございましたら、事務局にお申しつけいただければと思います。

引き続きまして、まず資料の説明からさせていただきたいと思います。お手元に横でのセットになっております資料をご準備いただければと思います。1枚おめくりいただきまして、1ページ、2ページ目は前回までの議事録の要約でございます。前回の第1回の中での主な意見を5つに分けてまとめております。

1つ目、「協議会について」でございます。「協議会について」でございますが、現在県でありますメディカルコントロール協議会と救急医療対策協議会、双方の機能が消防法改正に関しては必要だと。合同会議を行ってはどうかという意見がございました。各種議論がございましたが、都道府県が判断するということが適当ではないかというお話がありまして、最後の締めといたしましては、迷っている、どういう形で設置するべきか、ということに迷っている都道府県もあると考える以上、十分に議論して、議論したことを残しておくということが必要ではなからうかというご意見をいただきました。

2つ目の丸でございます。「ガイドラインのあり方について」ということでございますが、現状でも非常にうまくいっているような地域では、新たに基準、ルールを定めることによって、かえって搬送時間が遅延したりするといったようなことが危惧されるような声もある。地域のリソースが偏在しているということ念頭に置きまして、作業部会で詳細にわたって示すというのはかえって混乱を招くおそれがあるということを十分に考えた上で、むしろ方向性ですとか、考え方といったようなことを示すことが重要ではないかというご意見をいただきました。

3つ目の丸でございます。「実施基準について」でございます。さまざまな疾患について搬送先を細かく決めるといった形でのルール作成は非常に負担が大きい。しかしながら、一方で緊急性が高いと判断されるものについては、受入医療機関のリストと搬送の基準をきちんと定める必要がある。そして、受入機関のリスト作成に当たっては、各科の担当医師の当直状況など、詳細を地域で把握した上で調整をすることが重要ではないかという意見をいただいています。

おめくりいただきまして、2ページ目でございますが、引き続き「実施基準について」ということで、救急隊がどのような評価基準で現場活動を行っているのか。そういうことについて、医療機関側、消防機関側で共通認識ができれば、消防機関側の評価基準に応じて医療機関側もどのような受入体制が必要なのかといったことを検討することが可能となるのではないかと。そして、ヘリコプターの利用を例にとった発言でございましたが、救急隊によって種々対応が異なっている。認識に大きな差がありまして、医療資源の有効活用を含めて、議論と基準の策定が必要ではないか。そして、受入医療機関のリストについてですが、日々状況が変わるということが考えられますことから、更新状況をどのように管理するのか、あらかじめ考えておく必要があるといったことですか、実施基準を定めた後のことといたしまして、医療機関側の情報が救急隊員に明確になるという効果がある一方で、医療機関側からは、救急隊員に対して、観察や判断の的確性といった期待が高まるということでのご指摘がございました。

そして、4つ目の丸でございますが、「調査・分析について」ですけれども、本来こういった基準をつくる場合には、需要と供給のバランスについて検証を行うということが必要不可欠ということになります。現状ではデータが皆無である。適切な医療機関に搬送されているかどうかということについても、消防と医療がマッチングする形で正確に調査・分析していく必要があるのではないかとのご指摘をいただいています。

「その他」として3点挙げておりますが、受入医療機関のリストを示すことは救急隊にとってはありがたいが、果たしてそれをきちんと運用できるのか。医療機関側がどこまで受け入れられるのかというのが重要であって、逆に言うと懸念事項でもある。

そして言動が粗暴等の傷病者に対してどうするのかといったような、医療面だけでないようなところでの指針も必要ではないか。

そして、最後でございますけれども、改正消防法に基づく実施計画、医療計画、そして救急医療情報システムのバージョンアップという、この3点が非常に大きなキーアイテムになるのではないかとのご指摘をいただいたところで。

3ページ目をお願いいたします。一応前回までの議論を改めて惹起していただくために少し丁寧にご説明させていただきました。議事録の中にもございましたが、各都道府県がどのような形でこの消防法改正の協議会を準備しようとしているかということについて事務局でお調べしたものを提示させていただいております。

47都道府県の状況を調査いたしました結果、現時点ではメディカルコントロール協議会を活用して消防法の協議会に対応するものとしていこうと考えてい

るのが28都道府県ございまして、救急医療対策協議会を活用しようとしているのは2都道府県、新設の組織でと考えているのが4、未定であるという回答が13都道府県ございました。これは報告でございます。

4ページ目から6ページ目でございますが、こちらは消防法改正を改めて説明した概要ペーパーをまた再度入れさせていただいておりますけれども、搬送・受入れに関して都道府県が責任を持つ。そして責任を持って調整するに当たり、協議会を置く。協議会は、実施基準に関する意見具申、その他必要な意見具申を都道府県にすることでございます。

そして、5ページ目でございますが、この実施基準について策定するに当たって、総務大臣、厚生労働大臣で情報提供等の援助ということで、技術的助言、ガイドラインを示していこうという流れの中にありまして、当検討会、そしてこの作業部会があるという中におります。ですので、我々のミッションと現在この検討会でのミッションというのは、都道府県が実施基準の関係者を調整して協議の上つくるという実施基準についてのガイドラインを示すという中にあるという状況でございます。

6ページ目は、実際の消防法の状況でございますので、割愛させていただきます。

7ページ目、いろんな関係事項を資料として入れてございますが、駆け足で説明いたしますと、医療計画、4疾病5事業という形で、医療提供体制のほうは整備をされておられて、それをいかにソフト的に運用していくかというのが今回の消防法改正の流れでございますけれども、実際今、整備をしている医療計画の中では、4疾病5事業の4疾病のほうでは、2つの事項、脳卒中と急性心筋梗塞が、そして5事業の中では、救急医療、周産期医療、小児医療という3つの事業が主に救急搬送・受入れという中ではかかわってくる事項ということになります。

8ページ目でございます。イメージということでございますが、まず医療機関側として、医療機関側がこういうような形で受け入れていくという地域での調整を図るに当たってのイメージ図でございますが、傷病者の観察を救急隊のほうで行って、そして医療機関のリストに振り分けをしていくという作業が前提になりますけれども、まず救命救急センター等に搬送されるというのは、重篤（バイタルサイン等による）というものがあって、そこで重篤な方たちが救命救急センター等のほうに概念としては対応するというような形で、除いたものの中でどういうような形で制度設計をしていったらいいかということで議論を進めてきたところでございます。

9ページ目をお願いいたします。地域で救急体制をどうやって運用していくかということに当たって、傷病者の心身等の状況に合わせて医療機関を分類して提

示していきましょうという中で、どのような考え方でやるかということをお前回も提示させていただきましたが、前回より少し考え方というのを、ご意見をいただいて、再整理をしております。

一応3つの軸があるということでお事務局では考えておまして、緊急性。これは特に医療資源が必要だという緊急性の部分。そして、緊急性の部分を除くと、専門でないとお対応できないという専門性の部分、そして丸の3つ目でございますけれども、特殊性ということで、地域に必要な項目といったようなものについて、こういう医療機関を分類していくといったような分類の方法を設定するというおことになろうかと考えております。

10ページ目はその説明でございます、緊急性ということになると、特に生命や予後に影響を及ぼすものがあるだろうということで、具体的な例証を挙げております。

そして、11ページ目は、専門性ということで、各専門領域における専門性の高い医療の提供が求められると。1つ目の緊急性というところを除いた中での専門性というのが考え方としてはあるのではないかと。

そして、12ページ目は特殊性という形で、搬送に時間を要している事案など、地域の実情に照らして改善方策が必要といったものについても、実際に搬送・受入れの基準をつくるために医療機関を分類するといったようなことが必要ではないかということでご紹介をしております。

その上で実際のガイドラインをつくっていくというのを議論していくわけでございますが、13ページ目は、杏林大学・島崎先生が平成16年にまとめられました重症度・緊急度に関する報告書を一覧表に事務局でまとめたものでございます。本日の議論の中でお参考になるとお思いましたので、参考資料という形で実際の報告書はお手元に配付させていただいております。適宜参考にしていただければおと思います。

14ページも、島崎先生の報告書の具体的な一例をとったものでございますが、実際の報告書、参考資料としてつけておりますので、そこを適宜ごらんいただければおと思います。

さて、その上で、15ページ目、ここからがまさに議論していただくというイメージの資料でございます。先ほど重篤（バイタルサイン等による）というところが救命救急センター等に運ばれるのだということでお示しいたしましたが、ここは皆そうだろうとお同意をいただけるところかとおと思いますが、きちんと言葉に落としていきますと、重篤な傷病者（バイタルサイン等による）という患者さん、傷病者は、救急搬送のときに救命救急センター等の医療機関に運ばれる。「重篤」という言葉が非常に重要でして、一応重篤を示すバイタルサインということで、重症度・緊急度、島崎先生の報告書をもとにデータとしてあえて示しますと、意

識、呼吸、脈拍、SpO<sub>2</sub>、その他といったようなどれかに当てはまる参考値ということで、データ等バイタルサインを示すことができますが、この参考値というものは、あくまで絶対的なものということではなくて、こういった参考値を参考に、「重篤だ」というものは救命救急センターに運ばれるのだということになるかと思えます。そして、バイタルサインの急速な悪化ですとか、不安定なバイタルサインといったものも重篤ということに当たるのだろうと事務局としては考えられるだろうということで提示をしております。

その上で、16ページ目からをお願いいたします。具体的に、では、どういうものについて都道府県は医療機関のリスト化を図っていけばいいのですかという話に答えていくために、幾つか事例を挙げて議論をしていければと思っておりますが、まず1つ目、脳卒中を挙げております。脳卒中、これは医療計画の中にも含まれているものですが、脳卒中を救急搬送しようとするときに、いろんな基準があるかと思えますけれども、症状ということで一番左のほうの枠の中では、日本脳卒中協会が出しています一般向けに出されている文言をそのまま入れております。例えば片方の手足・顔半分の麻痺・しびれが起こった場合には急いで救急車を呼んでくださいねといったようなことを日本脳卒中協会は啓発しているということになります。

もう少し評価と申しますか、病院前で脳卒中を見きわめようという絞り込みをかけていこうということになりますと、1つに、シンシナティの病院前脳卒中スケールがありまして、これはシンシナティの3つの兆候がありまして、そのうち1つでもあれば脳卒中の可能性は72%ということとされています。

17ページ目でございますけれども、これをさらに脳卒中の中でも申しますか、例えばt-PAという脳梗塞を溶かすということを前提に置きますと、さらに脳卒中らしさといいますが、脳卒中絞り込みを行うということの1つに、倉敷の病院前脳卒中スケール、これはNIHSSと言われる病院前の評価を簡略化したものになりますけれども、この倉敷のスケールでいくと、さらにもっともっと絞り込みが図られて、より脳卒中らしい、強いて言うとt-PAの適応があるのではなかろうかというものが絞り込まれてくるということになります。

18ページ目でございますけれども、そういったものを念頭に置いて、脳卒中疑いの患者さんを少し分類して考えていきますと、脳卒中疑いだろうということとでとらえた方の中には、実際に脳卒中の方、いわゆる脳血管障害の方がいらっしやって、逆に脳卒中以外の方もこの脳卒中疑いの中には含まれてまいります。そして、脳卒中と言われた中には、脳梗塞、脳出血といったものがあります。今、脳梗塞の中でもわりとフレッシュな脳梗塞に非常に適応があると言われていたt-PAの適応のことが患者さんのためになるということを仮に考えていくとするならば、救急隊が絞り込みをかけて、その対応医療機関に搬送するというこ

とが望ましいということになりますので、t-PA対応医療機関というのを分類として設定しまして、その医療機関名を列挙して、そこに合わせる形で消防が運んでいく、救急隊が搬送を考えていくということになりますが、しかしながら、そういう詳細なルールを設定できない、それは無理だと。そこで医療機関をリスト化しろと言われても無理だといったような地域になれば、むしろ広い分類で医療機関をリスト化していくということが適当になるのではなかろうかということで資料をまとめております。ただし、この考え方というのは、いろいろな考え方がありますので、医療機関のリスト化をどういったような形でやるのか。そして絞り込みをどういった形でやるのかというのは、いろいろご議論をいただければと思います。

19ページ目からは、今の脳卒中と同じように各種いろいろな症状ですとか疾患といったものをまとめておりますが、同じく医療計画に登場します急性心筋梗塞についてまとめたものが19ページ目からでございます。一応急性心筋梗塞といったようなものを考えていく場合には、胸痛が1つのキーファクターになってきますので、胸痛とともにまとめております。そして、一番下には、重症度・緊急度判断基準とありますが、胸痛があつて、なおかつこの症状があつたような場合には重症度・緊急度が非常に高いということで、島崎先生の報告書の中でまとめられているものを1つのペーパーの中にまとめております。

胸痛というものがあつた場合に、いろいろな原因はございますが、致死性に至るようなものを挙げますと、虚血性心疾患ですとか大動脈解離、緊張性気胸、肺血栓塞栓症といったものがございます。その中でも、虚血性心疾患、ほとんどがその中では急性冠症候群ということになりますけれども、そういったものにスポットを当てて、急性心筋梗塞というものにスポットを当てて医療計画というのは計画がなされております。

20ページ目でございますが、踏まえた上で、では、こういった流れの中でこういった部分について医療機関をリスト化するのが適当なのだろうということの問題提示する形でまとめてみました。1つには、急性冠症候群疑い傷病者。これはいわゆる虚血性心疾患に当たりますけれども、虚血性心疾患疑いの傷病者というものを広くとらえて、そこでの対応医療機関、医療計画と合わせるような形で対応医療機関をリスト化して、そこに目指して救急隊が搬送していくといったような設計にするほうがいいのではないかとということも1つ提示させていただくと同時に、では、大動脈解離はどうなのだとということで、資料の中には入れております。いやいや、そういう詳細なルールを設定できないといったような地域では、むしろ胸痛対応医療機関、胸が痛いということに対応する医療機関をリスト化したほうがいいのだろうかとということで挙げさせていただいております。

ただし、いささか事務局とすると、言い過ぎかもしれませんが、緊張性

気胸は、ここに緊張性気胸対応医療機関と書くのは少し書き過ぎかなという感がありまして、少しエクスキューズ的に、逆に選定をするための基準という中で、傷病者の状況から適応医療機関に搬送するだけの時間的余裕がない場合には一時的に医療機関を選択することを考慮といったような中ですとか、あるいは、重篤感ということを持って対応していくということになるのかなということ提示をさせていただいております。このペーパー1つをとっても非常に議論があるところだったと思います。どういう形で医療機関を分類していくのか。それは何のために分類するのかというのは、救急隊にとってみると、医療機関を選んでいく、選定していくと。昔のように一番近いところに運べばいいということでは今許されない状況になっておりますので、どういう形で医療資源を活用するために、そして患者さんのために医療機関を選定していくのかと。そのためにはどういような形でリスト化をして医療機関側とすると手を広げるといのが、その地域の実情によっては適当なのかということ考えていければということでの構成になっています。

21ページ目をお願いいたします。同じく外傷、熱傷、中毒に関して、重症度・緊急度等ということで挙げられているものを、これはそのまま報告書から抜き取って書いておりますが、22ページ目をお願いいたします。外傷、熱傷、中毒についても、外傷対応医療機関、熱傷対応医療機関、中毒対応医療機関というのがそれぞれ存在していて、そこを確認するという作業が大事なのではなかろうかということで、事務局としては提示をしております。

おそらくこういったものに対応できる医療機関、地方に行きますと、中核となる医療機関のみだという話になるかもしれませんが、それはそれで、その病院しかないのだということを改めて認識しておくという作業が大事なのではなかろうかということで、そのまま対応する医療機関が大事ではないですかということでの問題提示形式のペーパーにしております。

23ページ目は、意識障害についてでございます。意識障害に対応する医療機関を列挙するというのは非常に難しいと思うこともあるかもしれないですけども、参考ということで、意識障害をきたす傷病、これ以外にもたくさんあると思いますが、列挙をさせていただいております。しかしながら、意識障害という中で、例えば脳卒中も入るでしょうし、急性冠症候群も入るでしょうし、胸痛、胸が痛いといったようなことも入るでしょうしといったオーバーラップする部分があるかと思いますが、では、原因がわからない意識障害といったようなものは、やっぱり重症度・緊急度が高そうな意識障害を受けとめる医療機関をちゃんとリスト化していたほうがいいのかどうなのかというのは、これは消防機関側からも医療機関側からもコメントをいただければと思っております。

24ページ目は、呼吸困難でございます。呼吸困難も、同じく急性冠症候群で



すとか、胸痛といったこととかぶる部分があるだろうと。しかしながら、ある程度の致死性もあるぜんそくといったものに特化してぜんそくでネットワークを組んでいるところもございますので、ぜんそくについて医療機関をリスト化するというようなものを促すようなガイドラインを我々が作成するということが適当なのかどうなのかということについてご審議いただければと思います。

25ページ目でございますが、消化管出血。資料の構成がずっと同じような形だったということもあるのですが、少し消化管出血の場合は踏み込みまして、現在消化管出血も、外科的な適応もあれば、緊急内視鏡検査で出血箇所の検索と止血術を同時に行うといったようなことが出てきております。こういったもの、特に消化管出血の場合には、急変して突然、死に至るといったような場合もございますので、ある程度地域で整えていってはどうかといったようなトーンで資料を作成しております。消化管出血に対応する対応医療機関といったものをリスト化してはどうかというような形になっております。

26ページ目は腹痛でございます。腹痛についても、どれだけ対応医療機関をつくれればいいのかという話になりますが、もちろんそれぞれの医療機関は重複すると。何回も何回も登場するという医療機関もございますが、逆に言うと、搬送するときのどういう医療機関に運ぶのだろうというのを感覚論ではなく、全体で共有しようというときに、どういうリスト化が必要だろうかという話になりますと、やはり腹痛についても、一定度の重症度・緊急度「高」の腹痛については、緊急手術が必要となる可能性も前提に消防機関側も運ぶということを考えますと、医療機関のリスト化も、腹痛対応医療機関と。もちろん重症度・緊急度等「高」に限るということになりますけれども、そういったリスト化も必要ではなからうかということでもまとめております。

27ページからは、少し様相が変わりますが、周産期・小児という特殊な専門分野がございますけれども、それぞれ救急をどういう体制に整えていくかということについて厚生労働省でも検討がなされておまして、周産期の検討会での報告書の概要、そして28ページには、重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会という、それぞれの検討会で検討の成果、報告書が出されております。その中では、27ページでございますけれども、体制の整備ですとか、コーディネーターの配備、そして地域住民への理解と協力の確保、そして方策の効果の検証と改良サイクルの構築といったようなことが挙げられております。流れとしては、我々の議論と同じような形という、我々もこういったものを参考に議論していくということになろうかと思っております。

そして28ページ目は、小児科、これは重篤な小児患者ということに非常に限定的にされた議論でございますので、1つの参考ということになろうと思っております。

けれども、28ページの1ポツの中では、例えば、まさに消防法改正で対応していることになろうかと思えますけれども、小児科医を構成員に含む協議会を都道府県に設置して、その体制の整備を努めていこうといったようなことが挙げられているという状況にあります。この辺の周辺状況も含めてどういったガイドラインを策定していくかということになろうかと思えます。

29ページ目でございます。今までが病院のリストをどうやって分類しようという説明でございました。こういう形で分類しようというものが決まった後に、法律にそのまま従いますと、そこに医療機関の名前を入れていきましようということになります。具体的には、30ページ目をお願いいたします。東京都の脳卒中急性期医療機関リストですけれども、こういうような脳卒中の急性期に対応する医療機関を分類しようという考えがあって、その中に具体的な医療機関名を入れているというのが東京都の例でございます。

31ページ目をお願いいたします。法律の状況、次の号に進みますけれども、もちろん今の1号、2号を踏まえた上でということになりますが、消防機関が傷病者の心身等の状況を確認するための基準、すなわち観察をどうやっていこうかというものも基準として調整を図ることが可能という形になっております。非常にシンプルに原則を書きますと、傷病者の状況は、客観的な観察結果に基づいて、バイタルサインですとか、傷病者等からの聴取内容、傷病者の症状、受傷機転などをとらえて行うということになろうかと思えます。この辺も、地域でどういう形がよかったのか、どういう形が悪いのか。あるいは、消防も市町村によって異なりますので、評価をして質を高めていくといった意味合いも込めて、ルールを考えていくことができるということになります。

32ページは、これは観察ということだけではなく、医療機関に伝達するときにも使うということになろうかと思えますけれども、東京消防庁さんで作成・使用されています観察カードを例示として挙げさせていただいております。

33ページ目でございます。これがもう一つ重要なことになろうかと思えますが、医療機関を分類して医療機関のリスト化を図ってということにした後、対応する救急搬送・受入れを完遂するためには搬送側、消防機関側での運用も重要になってまいります。医療機関をリスト化して決めた後、運用面における基準としては、どの日、どの時間帯において医療機関が該当する医療機関を、機能を提供できるのか、できないのかということについては、いわゆる救急カレンダーといったものを策定してはどうかと。これは前回までの議論を得て、こういった書き方をしております。

地域としましては、機能が重複しているような時間帯や不足しているような時間帯を調整して、継続性のある救急体制を構築するというのが1つの考え方だろうと思えます。もちろんこれ以外の考え方もございまして、東京のように非常に

医療資源があるところでは、救急医療情報システムを使って、まさにリアルタイムで対応できるか、できないか、コモンディジェズの場合にもそうなるかと思えますけれども、そういった運用方法もあろうかと思えます。

あとは、運用上の、まさに搬送先を決定する際にはどういう形でやるか。症状が複数ある場合には、特に重症を優先しましょうですか、あるいは、先ほど少し触れましたが、傷病者、患者さんの状況から時間的猶予がない場合には、高次の医療機能でなくても、近くの医療機関を一時的に選択するといったようなこともあるでしょうし、あるいは、一番下の丸、重症度・緊急度が非常に高いという状況ではなくて、救急業務上の支障がそれほどでもないというような場合には、診療を受けている医療機関、いわゆるかかりつけの医療機関を選定するといったことも重要になってこようかと思えます。

34ページは、東京の今まさに取り組んでいらっしゃる、非常におもしろい取り組みということで、脳卒中の救急カレンダーを資料としていただきましたので、34ページ目、35ページ目のほうに提示をさせていただいております。35ページ目をごらんいただければと思いますが、医療機関名がそれぞれ入っております、t-PAが可能な時間帯、対応可能な医療機関がどこにあるのかというのを1カ月単位でずっと追っていくという作業をしております。これをもとに救急隊としては、搬送先のめどをつけるということで、救急搬送業務を完遂させているという状況でございます。

36ページ目でございますが、いざ救急隊が、この医療機関にこういう理由で運んでいこうという医療機関の固まりといいますか、医療機関群を設定したときに、医療機関に対して搬送をお願いするといった場合に、傷病者の状況を伝達することになります。その伝達については、なぜその医療機関を選んだのかということについて、重要な内容と、そして、実際傷病者を観察した観察内容を伝達するということになるかと思えます。そして、医療機関到着後も引き継ぎを行う。この辺のところも記載をさせていただいております。

37ページ目でございますが、その他消防法に基づき定めることができる基準ということで2つ挙げておまして、受け入れを行う医療機関の確保に資する事項ということで、例えば救急医療情報システムの運用に関する事項ですとか、指令センターで119番を受けた、通報を受けた時点で医療機関を探し出すという、管制塔機能と俗に言われるものですが、そういった機能ですとか、災害時における搬送及び受け入れの基準。下のほうの枠囲みになりますけれども、ヘリコプターを呼ぶ基準、出動要請基準ですとか、医師への同乗を要請するための基準といったようなこともこの消防法の中では基準として設定することが可能ということになっております。可能ということを示すということも1つですけれども、我々の作成するガイドラインの中でどこまで踏み込むかという

ことが1つの議論のポイントになろうかと思えます。

38ページ目でございますが、38ページ目は、いろいろルールを決めてもうまくいかなかったときに、その場合にどうするかというルールについてもきちんと調整しておいてくださいというのが今回の消防法の核心でございます。1つの対応方策としては、コーディネーターというものがあり、1つの方策としては、基幹病院による受入れというものがあるだろうということで提示をしております。

39ページ目は、一連の流れのスケジュールでございます。10月30日に消防法が施行されます。現時点では公布をされておまして、法自体は成立をされて、公布されて、いずれ施行されますよという状況になっておりましたが、正式に10月30日にこの消防法の運用が開始されるという状況でございます。すなわち、ガイドラインとしては、その前の段階で都道府県にお示しする必要があるという中で動いております。

説明については、以上です。

座長 どうもありがとうございました。実質的には今のお話をもとに搬送及び受入れの実施基準等に関しての、事務局はしばしばガイドラインとおっしゃっていますけれども、そういうような基準をつくってほしいと。

「今ごろ気がついたのですか」と事務局にしかられるかもしれないのですけれども、例えば9ページの左上に【1】とありますよね。この【1】というのは、5ページの①に該当するのですよね。

事務局 そのとおりです。5ページは、法律を概要としてやったものでございまして、正確に言うと6ページ目の条文が該当します。

座長 平たく言って、5ページの①でいいのですよね。

事務局 はい。

座長 おそらくそうではないかなと思うのです。今、ガイドラインなるものの全体の景色を整理するために発言しています。それで、29ページをあげますと、そこには左の上に【2】というのがあるのですね。この【2】というのは、先ほどの5ページの②でいいのですよね。これも6ページの二になるのですね。

事務局 私の資料の構成がよくなくて、もう少し詳しく説明をさせてください。5ページの概要は①から④になっておりますが、実際にこれは法律の条文に落としていきますと、6ページになりまして、例えば①を構成しているものは、1号と2号、漢数字の一と二になります。分類を決めて、その中に医療機関の名称をリストアップしていきましようという1号と2号が合わさって①なんです。今回の資料構成は条文に沿って、因数分解をした形で構成しておりますので、この概要ともう少し膨らませた形になっています。

座長 そうすると、29ページの左上の【2】というのは、法文でいうと……。