

事務局 法文でいうと6ページ目の漢数字の二ということになります。

座長 31ページの【3】というのは、これは……。

事務局 6ページの漢数字の三になります。

座長 5ページでいうと？

事務局 5ページでいいますと、状況を確認するということですので、②ということになります。

座長 ②ですね。

事務局 はい。

座長 33ページの【4】というのは、5ページでいうと③でいいわけですか？

事務局 はい、伝達になります。

座長 いいのですよね。

事務局 はい。すみません。

座長 つまり、僕がなぜこれを言っているかという、ガイドラインの全体としての、例えば目次立てをつくっていくと、事務局が案として言ってくださっている9ページや29ページや31ページの【1】【2】【3】、33ページの【4】とか、36ページの【5】とか、37ページの「その他」というのをそれぞれの大きな目次立てとして設営して、それで生産物をつくっていけばいいのかなということです。まずは全体像の整理としてそういうように表してほしいというのであれば、そうかなということは今確認しているのです。それでいいのですね。

事務局 すみません。今回の資料作成は、いわゆる5ページの概要に沿った形ではなくて、私がきちんと説明をしなかったので申しわけありません、6ページ目の法律の一つ一つの条文に沿うような形で資料を作成しております。

座長 そうすると、9ページ、29ページ、31ページ、33ページ、36ページ、その他、37ページの【1】、【2】、【3】、【4】、【5】、その他は、6ページにある一、二、三、四、五、その他でいいのですね。

事務局 はい。

座長 そうような形で、最後の七は、おそらく東京ルールみたいな話が場合によっては入り込むのかなという形式で事務局はご説明くださったと思います。そういう意味では、基準等を考えたときのその基準等というのは、事務局がおつくりになった【1】、【2】、【3】、【4】、【5】、「その他」という大きな見出しごとに物事を考えて整理すると、話としてはよろしいのではないかというような理解です。それでよろしいですかということなのです。いいのですよね。

事務局 はい。

座長 あと、資料に関するご質問等ございますか。資料全体の思想背景が今わかりましたので、そういうようにしてつくっていけば、どうやら話としては先に進みそうだというような感触ですが、よろしいですね。

ちなみに、きょうの資料は、第1回の添付資料の、例えば最後の安田先生がおっしゃったことは本質的なおもしろい話を言ってくださったのですが、横田先生にお出しいただいたこれは、僕が、記録として残しておけば、それを読んでいただければ、地域で適宜うまくやってくれるよねといった、あの協議会の全体像、協議会ってどういようにするのですか、みたいな話を補足するための資料ということではよろしいのですか。

委員

きょうの議論で多分出てくるであろう協議会のつくり方云々もさることながら、病院の受入医療機関のリスト化とそれを選ぶ選定基準といった話について、現場で使い得るような具体例を想像するならばどのようなものかということで、今、地域で進めている我々の方法を例として持ってきました。

このついでに言わせていただきますけれども、事務局で大変うまくまとめてもらっているように、病院選定をするためには、観察と判断と、そして、その結果選ぶであろう病院の優先順位、すなわち、どういう順番で選んだらいいかということの方向性は、詳しいほどよくわかりました。しかし、現場の救急隊員にとっては、非常に短時間の間に、これが脳卒中で、これが心筋梗塞の疑いで、これが吐下血でということも全部引くくるめた上で実際どうするのですかということにもう少し検討していかないと、国からガイドラインを示しても、そんなの使えないよということになるだろうと思って、今、我々の現場で議論されていることを資料として持ってきたということなのです。ほかの委員の方々のご意見があるかと思えますけれども、もし議論の途中であれば、またお話ししますし、もし時間が許されるのであれば先に説明しておこうかなと思います。

座長

先のほうが、後で時間切れになるよりいいと思います。デスマッチとは言いませんが、大変混乱した状態になると思いますので。

委員

それでは、「横田（順）委員提出資料」という横書きの資料を見てください。協議会をどうするかという議論はまた後で行うとしまして、まずやらないといけない主な業務というのを資料の上の四角で囲んでいますように、現場でも緊急度・重症度、あるいは症候、病態、あるいは必要とする処置を考慮した受入医療機関のリストをつくるのが最初のステップになります。ただ、実はその前にそれぞれに該当する病態、あるいは手術や処置を必要とする傷病者がどれほどあるのかという基礎資料がないとなかなかつけれないという実態がありまして、それは最後に言います④のところとも関係はしますけれども、まずリストをつくります。

そうしたときに、次はリストから病院を選定するために、先ほど来何度も出てきた、要するにトリアージ基準に相当するような選定基準づくりが必要であり、その結果、病院が選定されるわけで、この①、②について、きょうの作業部会でおそらくお話しされることだろうと思います。

で、③番は、病院前の判断でもって実際に病院を選びましたよということになります。そして、重要なことは④で書いていますように、診療が行われた結果としてのデータとのマッチングと申しますか、データを収集するシステムが必要です。いわゆる病院の選定基準も、病院のリストも、果たしてよかったのか悪かったのか、どう修正していいのかというのがわからないので、多分この4つの作業が主体になるだろうということで今議論を重ねています。

それを図式化しますと、真ん中で、まず病院側から対応可否リストをいただきまして、それを行政の方にも入っていただきまして、リストづくりをします。この際、時間帯、曜日、第1、第2、第3、第4の土日も含めて、祝日も含めて時間帯別に、さらに症候別、あるいは処置別のリストをつくって、その上で、それを使うトリアージ基準をつくって、消防機関と医療機関の双方に周知をして搬送していただきたいというのが実情です。その後でデータの集積を行って、双方にフィードバックをかけるというのが大きなスキームだと思ってください。

細々なことですが、病院長だとか事務局長だとかに説明するためには、「何でこんなことをやるの」という背景の説明が必要なので、そういった骨子を次のところの(1)書いております。きょうお話しされてきた内容のほとんどがそこに出ておりますけれども、地域の特性を生かしてやりますよと書いています。私どもの地域ですと、現在CPA、ACS、脳血管障害、消化管出血、外科的処置を必要とする腹痛に区分した病態別病院リストをつくっています。私どもの地域で言えば、脳血管障害、循環器の救急、こういったものは、当番を特に決めなくても、おおむね収容が可能な状態なので、受け入れられる病院のリストだけをつくって、それを利用してくださいという形にとどまっています。ところが、消化管出血と緊急の手術が必要となる腹痛については、外科医だけではなく、麻酔科医が時間帯に調達できないというために受入れの障害となることが多く、そのために、曜日別、時間別等で分けて、当番病院というのを2病院指定し、受入れ困難な状況に漏れのないようにつくっているというのが特徴です。

あと、そういった細々な基準をつくって、最終的にどうしているかというところ、4枚目のところに疾病救急トリアージシート兼救急活動記録票というのがあります。右端に書いておりますのは、先ほど来緊急度を優先して病態別でいきましょうという、いわゆるフローチャートを、隊員が現場でもわかりやすくするために書いております。これはまさしく昨今行われるプレホスピタルケアのロードアンドゴーの仕組みと全く一緒です。それを右側にチェック項目として示しています。例えば先ほど来てきたバイタルサイン、すなわち、生理学的兆候の評価を行って、それでチェックがはいれば重症度が高いということで、救命センター等に搬送するようにしております。

次に全身の観察、すなわち身体所見の中で、ここが重要なポイントとなります。

先ほどの説明では、これは脳卒中の分け方ですよ、これはACSですよ、これは何々ですよと、トリアージ基準が別用紙になっていましたけれども、隊員にとって現場では、「そんなに多く分けられたってどうしようもない」というのが現実です。病院選定をしないといけない重要な病態についてのみチェック項目で引っかかるようにして、ACS、脳血管障害、吐下血、消化器の手術のチェックが入れば、それぞれに用意された病院選定リストを使うことができます。あとは、細かにメディカルコントロールが示す別の基準もありますので、それを利用した場合にはそれに項目を入れる。

こういったことで搬送して、これを救急搬送通知書と従来の使い方を同じようにして、2葉のうち1葉を病院がキープします。残る1葉で初期診療と入院後退院に至るまでの簡単な医療情報データをフィードバックしていただきます。ただし、この具体的な方法については、医療機関と調整中です。事務局長レベルで、「うちはこのぐらいは手伝いますよ」と言ってくれるところもあるし、「ちょっと仕事量が多過ぎる。ある症例に限ってであれば協力するけれども、全例、消防にしても年間約4万件というのはちょっとやめてほしい」というようなことがあって、今調整中というのが実態です。

が、私は何を言いたいかというと、きょうお話しさせていただく2点は、国が示すのに、こういう病院選定のガイドラインの考え方として今まで診療科別にあったのを、少なくとも緊急度、病態別で分けるという考え方をやりなさいというのは、これはまず1つキーワードだと思います。だから、あまりにもそれが行き過ぎて、きょうの資料のように盛りだくさんになると、現場はなかなか使えませんで、そこは地域の医療資源を活用させるため、せいぜい1葉か2葉にまとめたトリアージ基準ということになってくるのだろうということを2点目として強調します。

さらに、3点目に重要なのは、データの集積です。そうでないと検証とか分析とか、あるいは病院のリストをつくっても、手挙げだけはしてくれるのだけれども、実態はとってくれないではないのということになります。今まではそういう現実が多かったのですけれども、今度は、とってくれないというのではなくて、とれない理由がそれぞれ病院にあるので、それが一体どういうことになっているかということも含めて、今回こういう枠組みの中で活動しないと、結局は、従前の問題の積み残しということになってしまうのかなと思います。

最後は外傷でして、外傷、熱傷については従来から使っているシートです。

あと、少し戻りますけれども、私の横書きの3枚目のところに、病院選定の策定基準の現況ですけれども、小児救急、妊婦の救急、あるいは精神科といったところ、これもやらないといけません。小児科は今検討中ですけれども、妊婦、精神科ということになると、人口80万人程度の医療圏だけではなかなか解決しな

くて、大阪府とも一緒にやるぐらいの大枠で考えないと、なかなかこれはできていかないだろうと思います。

といったことが私どもの医療圏での概要です。

座長

ありがとうございます。事務局が冒頭にお示しいただいたところの消防法の漢数字の一、二、三、四、五、それから六、七に関連して資料をつくっていただいている。その資料に、おそらく横田先生のおっしゃっている地域のアクティビティを上手に織り込むことはできそうだと、ということはわかるのですね。ただ、織り込むときに、現場の地域の景色を十分に容認する形で上手に品よく織り込んでいかないと、やられるかみたいな話になるだろうという話だと理解できません。

委員

一言追加させていただきますか。最後1つ言い忘れたのですけれども、現実的にこれを現場でやるということになると、医師の関与が必要です。オフラインで事前にこういう基準がありますよというのを示すのも医師の仕事だとすると、ここから外れるときには、やはりオンラインでの助言も必要になってくるわけです。そうすると、細かく医学的な根拠で傷病者を分けていくということになると、現場で仕事をする方はもちろん救急隊員なのだけど、それを支援する中核の人はだれなのということになります。これはとりもなおさず救急をされている医師の仕事になってしまいます。すなわち、オンラインメディカルコントロールを通して、わからなければ聞いてくださいよということになってくるだろうと思います。

そうすると、協議会をどうするのだという議論が最初にありましたけれども、本来メディカルコントロールの活動に戻っていただろうと思います。したがって、新たな協議会については、あまり肩書の重い人たちがたくさん集まるというのは、権威づけという意味である程度意味はありますけれども、現場の医師が入っているほうが活動しやすいわけで、動いているメディカルコントロール協議会をうまく活用するというか、あるいは中核に据える必要があるのではないかというのが私の個人的な意見だと思ってください。

座長

今話を少し補足すると、例えば38ページを見ていただきますと、これは搬送先医療機関が速やかに決定しない場合に「管制塔機能を持つ病院が…」というような話がおそらく厚生労働省の最初のころの議論だと思います。ここに書いてあるコーディネーターというのは、例えば東京での議論をこれに接着させながらこの絵を見ると、このコーディネーターというのは、東京消防庁の消防本部にとりあえず置いて、そして調整をしてもらおうね、そういうような形なのです。このコーディネーターは、しかし、おそらく救急隊指導医とかなり近いところで目配せ的な仕事をする可能性もあるだろうという話にはなり得るわけです。しかし、コーディネーターはどちらかというところ、東京では社会的弱者というか、背景を持った人たちのことをある程度わかりながらコーディネートするというよう

なことになっているのではないかなと思います。今の話は、MC発でMC戻りではありますけれども、戻ってくるときには、なぜそれがとれないのか、なぜ円滑に運ばれないかという話は、地域によってかなり景色が違う可能性がありそうだという話になります。したがって、これも霞が関からの指示ではなくて、現地でよく考えてくれと。考える方法というか、考える手だてというか、きっかけというか。例えば東京ではどうだ、大阪ではどうだ、長崎ではどうだというような形での例示を示すなりしていくという話に、【1】、【2】、【3】、【4】、【5】、「その他」のところで、事務局が目次立てをされたところは、どうもそんなようなことと関係しているのではないかなという気も強くする次第です。

というようなことで、事務局の【1】、【2】、【3】、【4】、【5】、「その他」には、データのマッチングについては直に触れてはいないのですけれども、質をよくしておこうということでは、データのマッチングは、前回の議論だと、1、2、3、4、5でいけばゼロだという話になっていたような気もします。その他のその他でも、どこにあったって重みは変わりませんから、それはそれでいいのではないかと。

というようなことで、委員の皆様、大ざっぱな目次立ては、消防法の改正に伴う云々がありますので、6ページの一、二、三、四、五、六、七で事務局がお示しになったものがあります。それらを横田先生のように地域で行われていることで上手に入れ込むとはできそうではないかなという気もしますので、ご意見を賜りたいと思います。

委員

5ページの①から④の部分、特に1番、2番がそのポイントだと思います。それを前提に、例えば8ページのフローチャートを見て、先ほど横田順一朗先生の疾病救急トリアージというのを見比べてみると、8ページの場合は現場の救急隊として、フローチャートをたどっていくときに、出口がたくさんあるというのは、非常に迷う部分だと思います。例えば8ページの部分だと、重篤でイエスの部分はともかくとして、そうでない場合に、では、疑われる疾患だとか、症状とか、主訴、あるいは診療科のどこに持っていくのか、あるいはそれをたどったときに、それぞれ違った出口が出てくるというようになります。そういう意味で、横田順一朗先生がお示ししていただいた疾病救急トリアージというのは、出口が1つで、現場では非常にわかりやすい。自分の認識では、委員の資料のCとDの部分をこの会でディスカッションしていくのだろうと思います。このCとDというところは、事務局からの資料だと、9ページのところの緊急性、専門性、特殊性となります。緊急性というのは多分AとBの救命センター、あるいは直近の医療機関となると思うのですけれども、BとCのところ専門性とか特殊性とかというのが入ってくるわけです。となると、現場としては非常に使いやすいフローチャートとなります。すなわち、フローチャートをたどった結果で出口として1つと

なります。そこに例えば脳卒中なり、あるいは多発外傷、あるいは小児、産科というようなところの医療機関を入れていけば、①から④のイメージ、5ページですか、というのが現実化するのかなと思います。

座長 ほかにございますか。

委員 横田順一郎先生の資料、非常によくできていて素晴らしいと思います。これは先ほどもありましたけれども、科別ではなくて、ましてや救急隊の現場から見れば症候別でいくべきだろう。やはりリストを使う人が何をもって分類するかによってくると思うのですね。救急隊が現場で見て搬送するという観点からいけば、これは基本的には症候別でいくというのがおそらくいいだろうと思います。それから、同じようなもので、例えば医療機関が一たん診断をした上で、より高度の医療が必要だ。例えば大動脈解離が手術できる病院の当番を知りたいとかというのは、手術ができるかどうかというもっと具体的な治療の行為自体がそのときでできるかどうかというようなことでやるべきだと思いますけれども、今、とりあえずこれは消防法という範疇で、まず救急隊から選ぶリストというのであれば、症候別でいくのがいいのではないかなと。

その目で見えていくと、事務局につくっていただいた11ページの専門性というのが、これはいわゆる診療科になっているのですけれども、これは逆に従来の負の部分の少し引っ張られていて、特に緊急性とは別個の専門性ということになると、緊急性がないのだけど専門性が高いものを消防救急として運んでいく必要があるのかと。それは、緊急性がないのであれば専門性の高いところに行くのは個人で行けばいいのではないかという話になってくると思いますので、ここに入れてくると、結局急いで脳外科にかかりたいとか、急いで循環器にかかりたいとかというような、そういうような声になってしまうのかなというのと、もう一つ、先ほど脳卒中を例えば神経内科で対応するのか、脳外科で対応するのかということではなくて、t-PAであればどちらでもいいわけですし、手術であれば、手術ができるところ。脳外科医が1人だけいて、麻酔科がいなければ手術ができないわけですから、やはりそういう面で、この診療科というのは、今回は、今まではこれで長年やってきたので、これから少し脱皮する形で考えていくのがいいのではないかなと思います。

座長 脱皮という表現がふさわしいのかどうか難しい。進化というか、昇華というか。

委員 病院リストのつくり方について一言提案させていただきます。今の例のようにt-PAができる医療機関は比較的わかりやすいですね。しかし、「脳卒中をとっていただけますか」という問いでリストづくりをすると、実は「外科医の調達というのが時間帯、あるいは勤務時間帯によってうちはいつでもできるというわけではありません」となります。今までだと、脳外科を標榜している救急病院だということで、リストには出ているのですけれども、実態はクリッピングはう

ちはできませんということになってくる。そこで、病院リストをつくるために、事前に各部長さんに集まってもらって、緊急内視鏡ができる医療機関、オンコールでも結構ですから、対応できる時間帯と曜日を入れてリストを出してください。内視鏡で止血できなければ外科対応になりますので、外科医が対応できる病院を、あるいは同時に行える病院があれば内視鏡の先生と外科対応ができる日をそろえて出させていただきます。しかも、昼間帯、準夜、深夜帯にわけてリストを埋めるわけですが、週末がどうしても埋まらない。あるいはある曜日の深夜が埋まらない。それをもう一度集まってもらって、各部長に「こういう事情なので、先生のところ、もう一肌脱いでいただけませんか」というようにさらに当番の依頼をして、何とか穴埋めをするというような形でリストをつくる。そうすると、今度はそれを利用する限りは、リストづくりのために調整しましたから、今度、私のところに連れてくる限りはきちっと連れてきてくださいという話に当然なります。したがって、搬送をするための基準を明確にして、そのチェックリストに従って先生のところの病院が選ばれて収容依頼を行うことになっているので、了解しておいてくださいと説明できます。だから、私の先ほどの最初のページの表に書いてあるのは、消防機関にこういう基準を順守しなさいということは言うけれども、リストに参加してくれている病院の受け皿になるほうの先生にも、その選定基準の了解を求めることが重要だと思います。その両者への周知がないと、「何でこんなの連れてきたのですか」と言いたくなるようなこともあれば、「何でとってくれないのですか」という救急隊の思惑もあって、いつかみ合わなかったという過去の課題がありますので、そういう努力はしているということもご理解いただきたいと思います。

座長

協議会の発展のプロセスをあらかじめ予測するような話なのかもしれません。地域によっては、でこぼこがあるといったことがありましたから。ちなみに東京の脳卒中の件を言いますと、実は話のきっかけはt-PAなのですね。そういういい薬があるのに、どうして東京に住んでいる人はそういうような恩恵を受けることができないのかみたいな話をマスメディアが新聞で書いたのですね。では、つくろうという話になって。だけど、何が起こったかという、救急隊は脳卒中であるらしい患者はわかると。さっき言った7割2分は脳卒中であるらしい話はわかる。しかし、脳梗塞か脳出血かはわからない。クモ膜下出血は、いろんな症状から、そうかなということぐらいはわかるかもしれませんが。結局、t-PAができる病院というのは、もともと脳神経外科のアクティビティーも比較的高い病院だったということがあって、または、t-PA、内科系の先生が主な病院なのだけれども、ふだんから脳神経外科の先生方に、例えば脳出血で患者を転送する、またはクモ膜下出血で転送する。これらは別に2時間以内に開頭手術をやらなければいけないという話にはもちろんなりませんから、そういう意味では、従

来の医療連携をそのままの形で残しておきながら、t-PAのお話を乗せたような形で東京では始まった。結局のところ、t-PAができる病院とできない病院と分けたのですけれども、できる病院には、第一病日の脳卒中を連れていくという形になっているのですね。これはt-PAのためだけにとというか、救急隊がt-PAの適応かどうかなんてわかりませんから。わかりませんというか、脳出血かどうかわからないという意味では、全くわからないわけですから、そういう意味では、第一病日の脳卒中については、t-PAのできる病院に運ぶというのが私たちの今のルールなのです。

おそらく脳梗塞だということであれば、t-PAに必ず結びつくだらうという話をもっともっと色濃く救急隊の側に話がいけば、すなわちシンシナティではなくて、倉敷の脳卒中スケールを使って、t-PAっぽいものはt-PA可能な施設へ運んだほうがいいという議論に場合によってはなるかもしれない。なったときにはなったときで、またルールを変えてみんなで頑張ればいい。しかし、そのときに何が起るかという、医療機関側がそこまで先鋭的に頑張るぞという話が出れば、逆に言うと救急隊もK P S Sを使って、何点だから今から連れていきたいけどどうかという話をできなければいけないという話になります。つまり、横田先生がおっしゃったように、医療機関側と救急隊側は、そういう意味では同じ程度にはいつも頑張ってやらなければいけない。こういう話だと思います。救急隊の方たちが結構いますけれども、齋藤さん、何か補足してもらえますか。

委員 東京消防庁ですけれども、補足というか、今いろいろお話を伺ってまして、東京側の資料にはありますが、観察カードだとか、こういう歴史がありまして、これは主に重症度だとか緊急度を確認すると。これがイコール病院の選定の科目に、それは全く関係ないわけではないのですが、ちょっとその辺の趣旨が違うのですけれども、今回の消防法の改正の中での医療機関のリストの作成については、私もお話を聞いていて、今は科目ごとになっていますので、症候別のほうがやはりシンプルで、救急隊はわかりやすいのではないかなという印象を持っています。

ただ、例えば横田順一郎先生の疾病トリアージシートの例えば脳血管障害のところのサンプルなんかは、まさにこれをチェックしていけば、症候別のオーケーの病院に連絡すればいいと。一々救急隊が脳外なのか、どうなのかなということよりもですね。その後は医療機関のほうでトリアージしていただければ、さらに迅速な搬送にもつながっていくのかなと思いました。

座長 先ほど坂本先生も少し触れましたけれども、基本的に医療機関から医療機関へという形での搬送については、議論の軸が少し違ってきますので、現場の、こう言うてはいけないかも知れませんが、バージンケースというか、もう既にどこどこにかかっている、こんなことが起こったらぜひ連れてこい、こういうような話

は別に搬送先に苦慮しているわけではない。例えば、女子医大のどこどこに連れていけということであれば連れていくわけですから。そういう意味では、外傷並びに内因性の幾つかの症候についての搬送のルールを地域でおつくりなさいましという話となる。例えば13ページですか、島崎先生の報告書がありますが、外傷、熱傷、中毒、それから意識障害というのは、この場合には、場合によっては脳卒中かもしれません。事務局の資料は脳疾患で、あと胸痛がある。これらについてつくりなさいとしておいて、それでもって、例えば脳卒中ではこんなこと、あの地域ではこの地域ではどうしていますと。だから、東京みたいな大きな地域ではこうしています、函館あたりではこうやってうまくやっていますという例示があれば、おそらく自分たちの地域の医療資源を考えながら、地域は地域で考えることができるだろう。先ほどの、横田先生の急性腹症と消化管出血ですか、おなかの病気についてのことについてはこういうようなことをしていますよというようなものがわかれば、それを地域でまねするというような話になるのではないかなと思うのですね。都道府県でやれと言ったって、例えば兵庫県でやれといったって、兵庫県の南側と日本海側では全然景色が違うわけで、山脈を乗り越えてヘリコプターが行ったり来たりするわけではもちろんありませんから。おそらくそういう意味では、地域といったときには、都道府県がイニシアティブをとるにしても、それなりの地域という話に割れていくのだと思うのですね。そういうようなものをつくってあげれば、事務局のつくってくれたかぎ括弧1のあたりは氷解するのではないかと思うのですけれども、事務局いかがですか。

事務局 氷解すると非常に助かるなと思っています。つくってくださいと言って、何の材料もなくつくれるところは、逆にそれでいいのだと思っていて、そこは学会主導でも、お互いに高め合うということでもそれでいいのだと思うのですけれども、国がガイドラインで示したものについてつくりますという流れもどうしてもあるものですから、ある程度底上げになるようなものとして、これだけは提示しておいたほうがいいのではないかとといったものをご指摘いただければ非常にありがたいなとは思っています。

座長 医療機関を分類する基準というのは、これは脳卒中とか心筋梗塞とか、そういうようなことに関してどうだ。また2もそういう意味ではそうですね。だから、それは国がリストするはずもないわけですから、だから、今言ったような形で地域ごとに。

例えば…京都から来られているのですよね。

委員 はい。

座長 京都はうまくいっているとこの間どなたかが言っていたような気がしないでもないのですけれども。うまくいっている場所とうまくいってない場所があるのだと思うのです。今のような形で、国が示すといっても、つまるところ、自分たち

の場所で考えなければいけないわけですね。そうですね。自分たちの医療圏で考えなければいけないという話になってきますと、医療圏のことを一番よく知っているのは住んでいる人たちですね。そうすると、皆さんが何かをつくるときに参考にするものは、事務局が言ったみたいに、国が示すとは言っていますけれども、国はあちらこちらのものを拾い上げることはできるわけです。国は震が関の救急医療についてはつくることができるとは思いますが、京都が参考になるようなものをつくることは多分できないのです。だから、そういう意味では、どういうものをつくらなければいけないかという話と、それから、地域で参考になりそうなものの例示があれば、おそらく京都は京都でつくっていくことができると思う。しかし、その辺はいかがなのですか。たまたま僕の横に座っていたから京都の方にとっただけの話で、順番に聞いていきたいと思いますが。

委員

それでは、京都府の井上委員の代理で参りました田川ですけれども、前回、井上委員から発言がありましたように、救急搬送につきましては、全国でも比較的短い時間でさせていただいております。京都につきましては、二次医療圏ごとがそれぞれ、また救急患者を受け入れるのだという姿勢でやっておられますので、今回の消防法改正については、そういった医療計画の救急医療体制を基本にして、今、おっしゃっていただいた重篤患者についてはどうするのかといった、医療計画ではカバーし切れない部分、これについてご意見を参考に、それをどう落とし込んでいくのかという形で進めていければいいのかなと感じております。また、医療計画のほうでも、昨年度につきましては脳卒中については、t-PAの対応可能施設についてのリストアップの作業を医療サイドのほうでされておられ、本年度については、心疾患についてもされるというような動きもありますので、そういった部分と歩調を合わせて進めていければと考えている次第でございます。以上でございます。

座長

ちょっと畳みかけるようで申しわけないのですが、事務局の【5】というのがありますよね。救急隊が傷病者の状況を伝達するための基準とあるではないですか。3.6ページ。これはおそらく救急隊が医療機関に傷病者の状況をリアルタイムで上手に伝達するためには、こういうようなことを見落とすなよと、そういうような話なのかもしれません。現に今やっているわけですね。救急隊は医療機関に傷病者の情報を伝達していますよね。

委員

はい。

座長

この5番のところから、今以上にどういようなものがプラスアルファされるべきだとお考えですか。以下の事項について言うと、これは事務局がいろいろお書きになったと思うのです。これは医学的な言葉で言えば現症と現病歴、それから多少得られるサインを知らせろということですね。

委員

救急隊からの報告でよろしいのですか。

座長 ええ、もちろん。

委員 実際活動報告という形で先生にはそのまま伝えているはずなのですが、あとのMCのほうで定めている様式で、活動報告も出させていただいて、後でまた検証結果をいただいたりするものですから、救急隊の活動自体がMCの指示なしでは何もできないものですから、だから、そのとおり……。

座長 ここで言うべきことではないかもしれませんが、救急隊長によっては比較的对象となる医療機関がとりやすい言葉を選んで発言していて、実は患者さんを受けてみたら、相当程度違っていたという話は全くないわけではない。したがって、こういうような真正面からの議論というよりも、むしろ日々の隊長さんのキャラクターも含めたモディフィケーションというか、そういうのがあって、何とも言えないのですけれども、この部分は、よってきた理由は、真正面から言うとなんのですか。

事務局 伝達の部分についてお答えしますと、伝達は、搬送・受入れの話が非常に困難だという話になったときに、しばしばあるのが、「そういう状況だとわかっていたら受けたのに」という話になります。それは、そうではなくて、きちんとルールを決めておいたほうがいいのではないですかということで書いたのですが、1つには、座長がおっしゃったように、とってもらいたいがために、アップコーディングといいますか、より重く見積もったり、よく軽く見積もったりといったような話が出てきます。それは、背景からすると、もしかすると医療資源が乏しい市町村から医療資源が非常にある市町村のほうに運ぼうとするときにそういうのが起こるかもしれませんけれども、あまりそういう状態が常態化してしまますと、正しく伝えたときに正しく伝わらないとか、そういうことも起こり得るといことがあって、この中に入れてあります。もちろんこの辺の話は、検証してフィードバックするという、調査・分析が協議会の中での1つの役割になっていきますので、何かあったときにちゃんと地域でフィードバックしましょうよということも含めて入れている内容になっています。

委員 その点についてよろしいですか。ですから、どういう観察を行って、どういう根拠をもって病院を選定したのだということが、選ばれた医療機関側からすると、共通言語として持っていなければなりません。そういう意味では、私どもの疾病急病トリアージシートのところを見ていただきたい。例えば我々の地域ですと、循環器でPCIをやる病院というのは、日勤帯だけだと結構ありますが、夜間含めて24時間対応できるのは3病院になります。その3病院の先生方は、院内のPHSでホットラインを作っています。その先生方に、どういう基準で彼らが運んでくればいつでもとってくれるのということになると、例えばトリアージシートのACSのところを書いてある上3つまでは一般的な基準です。すなわち、40歳以上で20分以上持続する胸痛だとか、あるいは次に書いてあるよう