

第3回

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会作業部会

議事録

- I 日時 平成21年9月11日(金) 15時00分～17時00分
- II 場所 三田共用会議所
- III 出席者 有賀委員、井上委員、岩田委員、玉作氏(金岡委員代理)、
金森委員、木村委員、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、
石井委員(日本医師会)
- IV 次第
1 開会
2 議題
(1) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について
(2) その他
3 閉会

V 会議経過

事務局 本日は集まりいただきましてありがとうございます。
定刻となりましたが、事前に事務局のほうで資料の確認からさせていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。
では、お手元に資料ご準備いただきまして、クリップを外していただければと思います。1枚目に次第がございます。そこから、座席表、構成員の名簿がございます。そして、資料につきましては、スライド形式の資料1が横のものが1つ、そして、資料2と題しまして「作業部会報告書(案)」というものがございます。そして、その次には横田委員よりご提出をいただいております「拡大MC協議会(仮称)の概要」ということで、堺市二次医療圏という資料を1セット準備させていただいております。そして、添付資料といたしまして第2回の議事録を配付させていただいております。こちらの議事録は皆様方に一度はご確認いただいたものでございますが、さらに加筆・修正等ございましたら、来週中に事務局のほうにお申しつけいただければと思います。よろしくお願いいたします。
加えまして、東京消防庁より「東京ルール」ということで「救急医療ルールブ

ック大切な命を助けるために」ということで、右上に保存版と書いてありますパンフレットを配付させていただいております。そして、委員限りではございますが、委員の皆様方には島崎先生の研究によります「重症度・緊急度分類の報告書」、そして、消防法の本文言を確認いただくために白い冊子ですけれども、「消防法の一部を改正する法律案関係資料」というものをお手元のほうに配付をさせていただいております。

以上が資料の一式でございます。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。よろしくお願いいたします。

では、少し予定しておりました順番は前後いたしますが、本日、この一連皆様方にご議論いただいております搬送及び受入れの実施基準に非常に関係する大きな制度がスタートいたしました。「東京ルール」でございます。8月31日からのスタートでございますが、この件について事務局よりぜひご紹介いただければということで、齋藤委員のほうにお願いをしているところでございます。

では、もしよろしければ、動画のほうから先に、どちらがよろしいですか。

委員 どうぞ、はい。

事務局 では、いただいております動画を、まず上映させていただきたいと思っております。少々お待ちください。

(ビデオ上映)

事務局 今、東京消防庁より、参考ということでいただいております動画を放映させていただきます。

有賀座長、よろしければ、引き続き「東京ルール」の説明を、齋藤委員にお願いできればと思います。

委員 それでは、「東京ルール」の粗々の説明をさせていただきます。お手元のパンフレットでございますが、1枚おめくりいただきますと、そこには「東京ルール」のことが書いてございますけれども、大体今の動画はイメージということでお考えいただきたいと思います。要は東京消防庁管内、昨年60万人ほどの搬送人員がありまして、そのうちの6%ほどの約4万人が、受け入れが決定するまでに5病院以上、それから、時間にして平均すると30分程度ということがかかっておりまして、そこは諸般のさまざまな事情があつてのこととございまして、そういうことがあつて、「東京ルール」がこの8月31日から稼働いたしました。

「東京ルール」の中身としましては、そこに書いてありますとおり、ルールⅠからⅢまであります。ルールⅠが救急患者さんの迅速な受け入れと、これに対応した画像が先ほど見ていただいたもの。ルールⅡは「トリアージ」の実施ということで、こちらは、今、東京消防庁で実施しております現場でのトリアージ、それから、また院内でのトリアージ。それから、ルールⅢにつきましては、都民の方々の理解を得ていくという構成になっております。

今ごろになっていただきましたのは、東京都の福祉保健局が主体となった事業ですけれども、これは受け入れ体制ということで、いわゆる医療機関選定困難事案、5病院もしくは大体時間的には20分程度受け入れ先がなかなか決まらない場合に、都内12の医療圏がありますけれども、その医療圏ごとに受け入れの調整をしていただくための地域救急医療センターが、東京都から指定をされており、救急隊はそういった選定困難事案に遭遇したときに、最寄りの地域救急医療センターに受け入れの調整の依頼をいたします。それを受けた地域救急医療センターが、自分の医療圏内の中の主に二次救急病院のところに受け入れの調整をする。医療圏の中でうまくおさまれば救急隊はそちらのほうに向かう。なお、このとき救急隊はその地域救急医療センターに受け入れの調整をお願いしますけれども、同時並行で救急隊もまた指令室も、受け入れ先と一緒に探すという仕組みになっています。医療圏の中でなかなか調整がままならない場合には、今度は東京消防庁の指令室に、他の医療圏の調整役を担います救急コーディネーターという職種の人が、今、配置になっておりまして、もう一つは周産期コーディネーター。こちらのコーディネーターのほうが他の医療圏の地域救急医療センターに調整の受け入れを依頼する、簡単に言いますとそういう流れになっております。

8月31日の9時にこの事業はスタートしまして、まだ日が浅いのですけれども、ちょうど1週間たったところで、ちょっとその数字を眺めてみますと、全体で162件の事案がございました。おおむねこの162件ともに、スムーズに地域救急医療センターに一時もしくは受け入れをしていただいております。ただ、まだ12医療圏のうちの7医療圏でのスタートですので、全体はまだそろった状況ではありませんけれども、7医療圏で稼働した中で1週間の数字として162件ございました。あと、医療圏の中でおさまらないのも幾つかありましたが、比較的患者さんの受け入れの時間は短縮になっていて、傾向からしますと、地域救急医療センターの1つの役割といたしましては、医療圏内の中の受け入れの調整という役もあるのですが、どちらかというと、今のところ即受け入れをいただいていると、そんなところが目立ちまして、救急隊からすると助かると、患者さんも助かるといえるところだと思います。

特にキーワードといったら変なのですが、162件の対象となった方の背景を見ますと、やはり一番多いのはご高齢の方が37件でした。それから、次いでアルコールに起因するものと、それから、精神に起因するもの、それから、薬物、住所不定等々で、またその他といたしましては透析の患者さんだとか、下血・吐血といった方々が、この162件を構成しているという状況です。まだ1週間しかたっておりませんので、この辺はまたデータを蓄積して、それから、医療圏ごとに地域の会議が開催されると、これは福祉保健局の主催となりますけれども、

そういった地域の会議で検証の場ということですので、消防機関としてもそちらのほうに参画をさせていただいて、我々のデータなりを提供して、受け入れ側の地域救急医療センターの先生方とも、その辺の突き合わせをさせていただければと思っております。これからまたいろいろと新たな予想外の問題も発生するかもしれないかもしれませんが、とりあえず順調とっていいかどうかわかりませんが、とにかくスタートをしたというところでございます。説明は以上でよろしいですか。

座長 ちょっと追加していいですか。

委員 はい、お願いします。

座長 「東京ルール」の話について、先ほどまで、たまたま東京消防庁の野口部長と一緒にでした。それで、精神的な症例、それから、アルコールの症例、それから、住所不定の症例が野口部長からは出ていました。実は、今、百六十何件といただきましたが1日で割ると23件ですよ。

委員 そうですね。

座長 僕たち東京ではおそらく1日100件ぐらいはあるだろう。1医療圏で10件ぐらいの面倒を見ないといかんのではないかということで始まったのです。だから、我々の予想の半分なのです。そういう意味では、どうしてこうなのだろうということは少し分析する価値がありそうだと、野口部長は言っていました。ですから、ほんとうにまだ出発したばかりでどうなるかわかりませんが、結構混乱するかと思ったら意外と混乱しないというか、また逆に言うと、今まで東京の今言った住所不定だとかアルコール酩酊者だとか、それから、精神医学的に少し困った人たちについても、もともと一生懸命診てくださっている病院が、それなりにまた診てくれているということなのかもしれないという議論でした。

委員 あわせて、済みません、申しおりましたが、今、有賀先生からお話しあったとおり、162を単純で1週間割り算すると1日23件平均。昨年1年間大体毎日100件ペースで、この数字が挙がっていたわけですけれども、今のところはそんな程度と。あと、やはり精神疾患に起因する方がおったわけですけれども、これは大幅に短縮になりまして、短縮といってもやはり3時間、4時間はかかっています。それ以前は一昼夜救急車内にとどまっている、あるいはなかなか行き先が決まらないとかあったので、それだけ見ても非常に短縮は図られているのかなと、迅速な搬送に近づいているのかなと思います。

それで、1週間眺めてみますと、ウィークデイよりもやはり土曜日・日曜日、先週の日曜日が35件で土曜日が34件でした。あと発生時間帯からすると夕刻以降早朝にかけて集中していると、当然といえば当然かもしれませんが、そんな状況です。

委員 少し質問させていただいていいですか。

委員 はい。

委員 大変早くスタートでき、なかなか立派な活動かなと思うのですが、2点だけ教えていただきたいと思います。まず、救急医療センターの施設基準といいますか、能力的をどうように規定しましたか。言いかえますと、三次のように重症あるいは幅広く救急患者を受け入れる能力を持っている病院ということなのか、あるいは救命センターとは切り離して、コーディネーター的な役割をさせていただいたような病院を指定したのか、いずれなのかという質問が1点です。

委員 それから、もう一つは、搬送困難事例の患者さんにはさまざまな背景があり、その内容は、今おっしゃったことになりませうけれども、医療機関側にとり例えばMSWであるとか、民生委員であるとか、あるいは行政のサポートであるとか、医療以外の部分のサポートがないと、病院側というのは受けたのはいいけれども、なかなか処理できないという実情があります。そういったことを解決するために、今回スタートさせるに当たって、東京都ではその病院に対する何か支援策をとったのかという、この2点だけ教えていただきたいと思うのです。

委員 では、私の知る範囲で、私、東京消防庁の人間なものですから、まずその指定の基準といいますか、これは福祉保健局のほうで定めたものなのですから、要は地域の救命センターではなくて、いわゆる指定二次病院、救急医療機関として標榜している二次医療機関を中心に指定をしたと。その中で、手挙げ方式のようなことは聞いております。今、実は固定のところと、それから、輪番のところとさまざまな形態で今動いておりますけれども、ですから、固定で頑張るところというのでしょうか、あるいは、毎日がわりで役をかわっていく医療圏と病院というところで、さまざまのところですが、いずれにしても、1週間足らずの数字ですが、ある病院は1晩で4件ぐらい受けているという医療機関もあって、そこが少し私からいうと僭越ですが、大丈夫かなと思っておりますが、一応指定基準につきましては二次病院が中心となっております。

委員 二次病院の固定もしくは輪番でということですね。

委員 そうです。

委員 はい、わかりました。

委員 それから、2点目でございますけれども、基本的には地域の指定救急医療センターにつきましては、調整役ということで役目があるということで、そのための人件費分としての補助金が出ると。もう一つの出口だとかいろいろな問題がありますけれども、そこはまだしっかりとつながっていないと思います。あくまでも地域の指定二次病院が中心となって受けていただいていると。そのために、今後、その地域の会議だとか、オール東京都の会議、研修の会議ありますので、特に地域の会議含めて今携わっているのは、東京都の福祉保健局の救急災害医療課とい

委員 うところなのですね。それにあわせて精神科を担当しているところ、福祉を担当しているところと、合同の会議を開いていくと聞いております。

委員 要はお金を出しているけれども、人的資源を提供する行政的な支援はされていないということですね。

委員 そうですね、そうなると思います。

委員 お金を出しているということですね。

委員 はい。

座長 そういう意味では、基本的なイメージとしては、夜のMSW（メディカルソーシャルワーカー）というような形でコーディネーターが働いてくれるといいなというように、ずっと言葉の上では言い続けていました。けれども、なかなか福祉保健局の行政の方たちが、病院のそういうような意味での「夜の病院のうごめく姿」というのですか、そういうようなところに関する理解がやはりまだ不十分なのではないかなと思います。ですから、コーディネーターという言葉で漠然と呼んでしまったところが、場合によって少し裏目に出ているのかもしれない。結局、一時的な保護預かりというのは、例えば住所不定の症例について、朝が来たら無料・低額医療を行っている済生病院のようなところに運んでもらうとか、それから、結核だとかの方たちや精神疾患の方に関しては、夜は診療をやらないけど朝が来たら診療をしてくれる病院は幾らでもありますので、朝が来たらそういうようなところへ運んでもらうのではないかと。

委員 だから、今は例えば安田先生のところへお願いするけれども、安田先生のところでは朝が来たら結核病院へ運ぶからねと、こういうようなイメージです。そのように一生懸命言って、始まるまでに結核病院の人たちを1回集めて話をしようではないかとか、いわゆる無料・低額の病院——一番大きいのは済生会中央病院ですけれども、そういうような済生会のような病院、多摩地区だと多摩済生病院とか幾つかありますから、そういうようなところ集めて、住所不定者に関して夜は安田先生のところへお願いするけれども、朝が来たらそちらへ移してほしいということについて、コーディネーションしてくださいという話です。しかし、なかなかそこまで十分な時間がないまま、この日が決まった。これは何か行政の予定ですよね。

委員 そうです。

座長 そうですよ、だから、今言った1・2医療圏のうちの何か所かの医療圏がまだ十分できていないという、見切り発車のなところはそういうこともあるようです。ですから、そういう意味では、まだストラクチャーというか、お金も不十分ですし、プロセスというか、工夫についてもまだ十分に練れているわけではないことだと思います。

委員 巣鴨病院の安田と申しますが、現実にはどうい病院が手を上げるかということ

で言われたことは、当直医2名を置いて、そして、調整担当医、これをコーディネーターと呼ぶのかと思ったら、うちのほうの説明会では大手町の指令センターがコーディネーターと呼ぶけれども、地域の地域救急センターにいるのは調整担当医と呼ぶのだと言っていました。その調整担当医をずっと置いて、24時間365日置いてほしいということで、そのための補助金が900万円くらい出て、24時間置くには少し金額的に新たに雇うには難しいような金額だったです。

それから、トリアージ・ナースを置いてほしいということで、その補助金が年間に600万ちょっとということで、それを聞くと私どものような中小病院では、それをずっと置くことはちょっと無理です。2名の当直医を置くことさえ無理なので、手を挙げられなかったというのが現状です。私どもは区部西北医療圏というところに入っておりますけれども、手を挙げたのはやっぱり大学病院系と都立病院系ばかりです。中小病院はみんな手を挙げてないですね。

座長 ほんとうは大学病院とか大きい病院が手を挙げるのではなくて、小さい病院が頑張れるような、そのような原資が回っていくことを切に願っていた。そうでなければ、医療そのものが全体として底上げとならないので。だけど、現状においては安田先生のおっしゃるとおりだということですね。

委員 最後、一言だけ済ませません、私はもう長いこと消防で仕事をしているのですが、かねてからこの問題がずっとあって、こういった選定困難といいますが、これまでは東京都福祉保健局に対して、東京消防庁として事案が起こった結果をいろんな機会を通じて、こういうことがあったから何とか改善してほしいという話をしてきたのですが、これは個人的な見解になるかもしれませんが、ようやく福祉保健局の救急医療体制をつかさどる部局が、この選定困難事案に対して一応向き合うことになったと。ですから、彼らも同じデータを所有することになったところが、1つ大きな意義があるのかなと、先生方のいろんな問題はありますけれども、私としてはそんな思いがしております。

事務局 本日の作業部会の進行はイレギュラーであります、これから資料の説明をさせていただきますと思います。今、消防法の中で言いますと特に今の「東京ルール」は、確保基準と申しますか、うまくいかなかったときにどうするかという話です。東京が非常に進んでいるとか何と申しますか、地域におろすとそういう搬送困難の風景も違って、ほんとうに医療が必要な人に医療の提供が厳しいという状況のところと、東京のような風景といろいろあるのだらうとは思いますが、大変ありがとうございます。

「東京ルール」の話は私もまだいろいろ聞きたいところございますが、本日の資料を一通り説明させていただきます、本日の検討に進むことをお許しいただければと思います。

まず資料1をご準備いただければと思います。こちらは前回までの議論の主な意見をまとめさせていただきました。1ページ目をごらんいただければと思いますが、前回、この第2回の作業部会の中で「基準について」ということで、さまざまご意見をいただきました。大きく7点を挙げさせていただいております。1つ目でございますが、今まで診療科目別のということで医療資源を分類していた。しかし、これが症状の緊急度・重症度といったような形で、再分類していくという考え方になるだろうと。こういう傷病者を中心に置いたような形での分類・区分にやることによって、救急においてよりふさわしいような連携体制がとれるのではないかとのご意見がございました。そして、そういった基準を機能させていくために、地域ごとの受け皿となる病院や医師からも積極的に意見を求めるべきであると。そして、基準を決める1つの視点といたしまして、今、「東京ルール」のほうはどちらかという、精神やアルコールといったキーワードが出ておりましたが、一応、原理原則からいたしますと、ガイドライン策定については明らかに救命救急センターに搬送すべき傷病者や、専門医療が必要な傷病者を見逃さないよう留意しないといけないということでもございました。一方、分類をどんどん詳細化していくと、理解しやすいような部分もある反面、運用面では複雑なものよりも、シンプルなものに集約していかないと難しいのではないかとご意見をいただいております。

そして、救急隊がどのように観察を行って、どのような根拠で病院を選定したのかということ、このことを医療機関と相互の認識、「共通言語」ということで、この基準というものが機能していくのではないかと、そのことが重要ではないかというご意見もいただいております。そして、救急隊がこういう基準に基づいて、重症度・緊急度高と、高いということで搬送したものを、さらに医療機関の中でもトリアージやるということで、よりめり張りのきいた迅速な対応につながっていくのではないかと。そして、最後は懸念ということでございますが、こういうルールを定めることによりまして硬直化して、逆に県外搬送ですとか、複数院の既往がある高齢者の搬送といった整理が難しいものについては、かえって現場が混乱するのではないかとご意見をいただいたところでした。

2ページ目をお願いいたします。この基準の議論の中で1つのキーワードとしてメディカルコントロールというものが、前回議論の中で出てまいりました。メディカルコントロールということで3つ意見を整理しておりますが、メディカルコントロールはこれまでも、病院前救護の観点から育成されてきた文化ですので、この財産をきちんと引き継いで、こういったルールも機能させていくべきだというご意見をいただいております。そして、メディカルコントロール協議会、これまではどちらかという救急救命士の事後評価、分析評価というようなところでしたが、医療機関側も分析対象として盛り込んでいくという発想もあるので

はないかということをお願いしております。ただし、このメディカルコントロールについても、医療機関で十分理解しているところと、そうでないところがありますねという指摘でございました。

そして、都道府県間の調整ということで、今回ルールの設定が都道府県ということが責任になりますが、都道府県完結ということにこだわるあまりに、隣県との協力体制が崩壊しては意味がないといったご指摘をいただいております。

そして、その他として4点整理しておりますが、家族や患者の希望といったものも、ある程度くみ取りながら救急を行っている、そういうところもある程度自由度がきく形にしたほうがいいのではないかという話。あるいは、「救急カレンダー」ということで病院名が公表されますと、あまりにしっかりした体制をかけると、回りのほうからどんどんやってきて困るのではないかという話。そして、下から2つ目のボツですけれども、いわゆる住民にもきちんと啓発といいますか、強く理解を求めることでルールを回していく必要があるということ。そして、最後に搬送困難事案といったものについては、今の東京消防庁さんからの話にもありましたけれども、きちんと検証できる体制の構築というものが、重要であろうといったご意見をいただいております。

より詳細なご意見は議事録をお配りしておりますので、そちらを適宜ご参照いただければと思います。

済みません、少し長くなりましたが、資料2をご準備いただければと思います。作業部会も2回開催をさせていただきました。その意見をいただいたものを受けて、そして、消防法に合わせていくような形で、現在、この作業部会報告書(案)をたたき台として提出をさせていただいております。

1枚おめくりいただきまして、目次という形で内容を列挙しておりますが、最初のページ、1ページ目から6ページ目までのところをご説明いたします。1ページ目から6ページ目までのところは、2つの内容で構成されておまして、「消防法について」ということで消防法の改正の内容、すなわち協議会が必要、そして、実施基準を定めていくのですということに記載させていただいております。そして、もう一つの内容は医療計画、そして、医療提供体制のことでございまして、資料という形になりますけれども、医療計画のことが5ページに、そして、6ページには救急医療提供体制ということで、現時点での提供体制のことについてまとめております。

また後で文言についてはお読みいただくことといたしまして、7ページ目をあけていただければと思います。ここからがまさにご議論いただきたい内容でございますが、7ページ目でございますが、まず立ち位置といたしまして、今回、消防法の改正に伴う消防法の実施基準、「当該実施基準の策定は」と始まる2つの段落目のところでございますが、何をやっているかという、消防機関及び医療

機関等、これは行政も含めてですが、共通の認識のもとでその都道府県における対応方策というのを、きちんと決定していきましょうという立ち位置で今回検討を行っております。そして、その次の段落でございますけれども、実際に救急隊がいろんな検査ができる、機器を使って検査ができるというわけではない現場での判断というものをもとに、それを受け入れる医療機関というものを、どう形づくっていくかという、戦略を面通しでつくっていきましょうという話で進んでいるところでございます。

8ページ目をお願いいたします。それを概念図としてかいたものでございますが、1、2、3、4、5、6、7という番号は、消防法の第35条の5第2項という各号を示しております。まず右上の医療機関のほうからご説明いたしますと、医療機関のほうがこういう傷病者の分類が大事だねということで分類をやりまして、そして、そこに合わせる形で医療機関をリストアップすると。こういう形で受けとめますよと、有賀座長のお言葉をかりれば、キャッチャーミットを構えるということになるということになるかと思えます。

消防機関側はその分類区分が、どうやって分類区分を設定したかという基準をきちんと認識しながら、傷病者の確認、すなわち観察を行っていくと。観察を行って行き着いた医療機関のリストに合わせて医療機関を選定していく。選定、どこに運ぼうというプライオリティが決まった段階で、受け入れられますかということになります。そして、6号・7号ですが、実際にそういった基準をもってしてもうまくいかない場合ですとか、そのほか必要な基準というものを定めていこうということで、ルールづくりということになっています。特に地域として必要なルールを、特出しで定めていきましょうということになるかと思えます。

9ページをお願いいたします。9ページはそれぞれの各号についてでございます。一番重要になってまいりますのが、第1号の分類基準というものになるかと思えます。この分類基準というものは、先ほどの主な意見の中にもございましたけれども、医療機関を診療科目ではなく傷病者の心身等の状況に応じて、再整理していこうという発想に立つものですが、検討するに当たりましていろいろな議論を踏まえ、3つの視点というのを設定させていただいております。すなわち緊急性、専門性、特殊性ということで整理をさせていただいております。どの軸が、どの視点が一番重要かといったようなことは、地域によって異なってくると思いますが、10ページをお願いいたします。

緊急性というのが、より優先度といいますか、時間軸からすると非常に急がないといけない、一番時間的な経過を考えまして、緊急性が一番左のほうに位置しております。そして、極めて緊急性がその中でも高いような重篤といったようなものは、救急救命センターに行くんだという一連の流れのものを、10ページの

下のほうの図で示しております。そして、緊急性で対応すると、しかしながら、それ以外に専門性ということで、少しきちんとルールをつくっていかないといけないというものがあまして、さらに特殊性という形で、地域の実情として搬送困難になりやすいといったようなものを、ルール化していくといったようなものが全体の概要ということになろうかと思っております。

11ページをお願いいたします。その具体的内容を事務局としてたたき台として提出をさせていただきます。1つ目の視点である緊急性についてですが、まず重篤と、重篤感ということもあろうかと思っております。容態の急速な悪化・変動といったものに代表されるような重篤というものがあまして、こちらはどんな疾患を疑うかということよりも、とにかくもう反射神経的により高次の医療機関で、命をつなぎとめようとするという対応になろうかと思っております。そして11ページの下ですが、その重篤ではないけれども、重症度・緊急性が高いという分類について、11ページの下から12ページに始まりして整理をしております。

この12ページからの整理は、症状などから緊急性・重症度が高いということで、緊急性ということで整理をしておりますが、内容といたしましては10の項目を挙げさせていただいております。すなわち「脳卒中疑い」、これに応じるような医療機関をリストアップしていこうということで脳卒中疑い。そして、その下にはさらに「脳梗塞について」ということで、脳卒中の中でも「t-PA適応疑い」という分類をつくることも考えられるでしょう。そして、2点目「心筋梗塞（急性冠症候群）疑い」といったものもあるでしょう。3つ目として胸痛、この胸痛というルールをつくりましたのは、心筋梗塞の特徴的な症状の1つが胸痛ではございますが、必ずしも全部心筋梗塞を疑えるわけでもない。しかしながら、種々大動脈解離といった重要な疾患がございますので、胸痛という分類も例としては提示をさせていただいております。そして、外傷、熱傷、中毒をそれぞれ挙げさせていただいております。

⑦と⑧ですが、痙攣と喘息、こちらは少し色が違うような形ではございますが、意識障害ですとか呼吸困難といったようなものも、島崎先生の重症度・緊急性の分類を、お手元にも配付させていただいておりますけれども、例えば意識障害や呼吸困難という形ですと、非常にさまざまな要因によって起こり得るということもございまして、ほかの症状と合わせて総合的に少し判断をして、病院の選定が発生しているということになるのかなと考えまして、意識障害や呼吸困難での重症度・緊急性が高いという分類は、あえて事務局案の中には提示せず、痙攣と喘息というのを逆に特出しするような形で出しております。この辺のところはどういったものが、具体例と示すのに適しているかというのは、ご議論いただければと思います。そして、13ページの一番下ですが、消化管出血、そして、1

4ページには腹痛ということで設定をしております。

この辺の一連、今10項目について説明をさせていただきましたが、これはガイドラインの中に載せる例ではございますが、11ページ目にまた戻っていただければと思いますけれども、これら具体例というのは、議論をする上では具体例が必要だろうということでの例示でございますが、例示した事項はあくまで各地域で分類基準を策定する際の参考例ということで考えております。したがって、どの事項を採用するかは地域の実情に応じて決定されるべきものだと、すべての事項に従って分類しなければならないというものではない。ここの11ページの一番上のところはしっかり言っていた上で、議論の参考になるようなものを、ガイドラインとしては提示していければと考えております。以上が緊急性のところでございます。

14ページの上3分の1ぐらいから専門性ということで始まりますが、専門性については小児と妊産婦を挙げさせていただいております。それぞれ小児であれば病状が急変する可能性が高いということですか、妊産婦であれば妊婦のことも胎児のこともあるといったようなことで挙げさせていただいておりますけれども、同時に厚生労働省で既にされております検討会の内容も、抜粋をして提示をさせていただいております。

少し議論のほうに先に進めていきたいので、説明は割愛をしつつ17ページをお願いいたします。特殊性ということで整理をしております。この特殊性といえますのは、搬送に時間を要している傷病への対応といったものを想定しております。列挙しておりますのが開放骨折、吐・下血、あるいは、透析、精神疾患、急性アルコール中毒、未受診の妊婦といったようなものがあるかと思っております。ただし、この辺のものは分類をして医療機関名を列挙できるような分類もあれば、なかなか医療機関名を挙げるのも難しい、むしろ医療機関の確保ルールというような形で、別のほうのルールで持っていくべきかという考え方もあるかもしれません。少し具体例を挙げたほうが話をしやすいかと思っておりますが、例えば精神疾患といった場合に、いわゆる精神救急というよりも、傷病者背景で精神疾患があるものの救急でして、一番表層に出ているのはリストカットであったり、飛びおりであったり、いわゆる外傷の疾患がメインにあるのだけれども、背景に精神疾患があると。それをどういう医療機関が受けるのかというリストアップというのは、総合病院のようなものが非常に多い地域であれば可能でしょうけれども、そうでないところであれば、むしろコーディネーター機能ですとか、先ほどの「東京ルール」ですとか、病院連携の話といったものが出てくるのだらうと思っております。

18ページ目でございます。その第1号の分類基準に基づきまして、今度は医療機関をリストアップするというのが第2号の消防法の内容でございます。そし

て、第3号が確認基準ということで、救急隊が傷病者の状況を確認するという基準です。なお、この第3号の基準は救急隊が行う確認をすべて網羅して書くと、設定するというものではありませんで、当然、確認基準に基づく確認のほか、傷病者の状況に関する総合的な確認（観察）というのは、もちろん必要ということが前提で、全員で共有してどういったものをちゃんと確認していきましょうという、全員で共有するような内容、そして、それはアップデートしていかなければならないような重要項目について、共通理解を持っていきましょうということになるかと思います。

19ページから、これは何度も出しておりますけれども、例えばということで、何をもちってその地域で脳卒中を疑うのかといったようなことを、きちんと決めていきましょうということになるでしょうし、21ページは心筋梗塞についても、何をもちって設定するのかというのは、前回の堺市立病院の横田先生のほうでも、どの項目があれば急性冠症候群を疑うのかといったような話は、堺市の例なども出していただいたと記憶しております。そして、21ページの下ですが、東京消防庁の観察カードを参考として、こういう運用面で実効性を高めていくためのツールということで、参考として出ささせていただいております。また、22ページ、そして、23ページは横田先生から提出いただいた資料、疾病救急トリアージシートと、外傷・熱傷トリアージシートを参考ツールとして提示をさせていただいております。

長くなって申しわけありません、一気に全部を説明していきたいと思いますが、4号といたしましては選定基準でございます。選定基準はもともと1号・2号が決まっておりますので、1号・2号というのはすなわち分類基準と医療機関のリストアップが決まっておりますので、その医療機関リストの中から搬送先医療機関を、選定していくという救急隊の動きでございます。そして、伝達基準ということで、医療機関に対して傷病者の状況を伝達するということになります。ここまでの第5号までのものが、通常の救急の一連の流れを全員で共有しながら協議しながら、ルールとして決めるべきものを決めていこうという流れでございます。

そして、第6号でございますが、これは合意形成基準と確保基準というものに分かれておまして、前者のほうは傷病者の受け入れに関する消防機関と医療機関との間の合意の形成でございますけれども、特に医療機関の選定に時間を要する、受け入れまでに時間を要するといったものについて、地域でどういふふうに対応していくのか。先ほど「東京ルール」のビデオであればコーディネーター役をしていたような中核の病院が、うまくいかなければ自分のところで引き取るといったような話があったかと思いますが、そういったうまくいかなかったときの対処法も決めていこうということになります。26ページにはその

具体例を載せております。

27ページにはその他の確保ルールということで、横田先生のほうからもございましたし、ここの資料といたしましては、東京都の脳卒中カレンダーを出しておりますが、事前の調整といったもの、あるいは輪番制度といったものが考えられるということになるかと思われ、非常にリアルタイムの話での確保ということになりますと、救急医療情報システムの利用といったことになるかと思われ。

28ページは7号といたしまして、その他基準ということで、例えばヘリコプターを使う場合の要請基準ですとか、災害時における消防と医療の連携の基準といったものを、書いていくことも可能ということになります。この辺、ガイドラインの中でこうした7号までのルールに、何を具体例として盛り込むのが、都道府県という地域に戻ったときにためになるのか、あまり細か過ぎても問題でしょうし、何も書いてないというのも問題だということで、先生方にはご指摘をいただければと思っております。

29ページは、そのほかの消防法の内容でございまして、再三話が出ております調査・分析、実施基準を不断に見直すために、この調査・分析が必要なのだということ、そして、都道府県間調整が重要であるということ、内容としては書かせていただいております。

以上でございます。この辺の内容を精査いただきまして、作業部会報告書として取りまとめをお願いできればと思っております。よろしくお願いたします。

座長

どうもありがとうございました。

この会議の究極の目的は作業部会報告書という、資料2をある程度つくり上げていくという話になります。前回、目次立てをとにかくこんなような形でという話をさせていただいて、それは議事録などで多分確認できるのだと思いますが、目次立てはもともとのものは消防法の改正ということがありましたので、そこにありますように1号、2号、3号、4号という形でとりあえずまとめていただいたと。

「はじめに」の次の1の「消防法について」と、それから、2の1、2、3、4、5、6、7号までありますが、3とか4も基本的には消防法の中から読み取らなくてはいけなくて、そういうテーマなのですね。

事務局

はい。

座長

わかりました。全体がそういうことになります。どこからでもいいと思うのですが、順番に始末していきたいと思いますが、よろしゅうございますか。「はじめに」というのはどこかにきくと出てくるのでしょうかね。

事務局

いや、「はじめに」はまだ入っておりません。目次ということでそのままつけております。

座長 わかりました。それで、「消防法について」というところの(1)の「協議会について」というのと、それから、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準について」と、こちら辺の消防法の基本骨格、並びに従来からある5ページですか、その辺のもともとの背景ですよね。ということで書かれてありますが、こちら辺はこんな形におおらくなるのだと思います。先生方、何かご意見ございますか。

6ページの絵について、これは2行目の括弧の中に書いてある。これは何からとってきたことになるのですか。

事務局 これは厚生労働省から提出をいただいた資料でございます、現在の救急医療提供体制の整備例ということで挙げていただいた資料です。よろしければ補足説明を。

事務局 既存の事業を3つ、代表的なものを挙げさせていただいたということで、救急に関するまず救命救急センターの運営事業、管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援事業、あとコーディネーター事業というのが、既存事業としてございますが、一応、これを参考として事例として挙げさせていただいたというものにすぎません。

座長 そうすると、例えば大阪などでは管制塔機能を担う基幹病院、支援病院支援診療所とかって、こちら辺のスキームはあるのですか。

委員 いえ、ございません。厚生労働省の今年度の新しい事業だったと思いますけれども、ほとんどの県やっておられないのではないかと思うのですが、なかなか難しく、特定のベッドをあけて搬送困難になる患者さんを、そこである程度確実に受けられるようにしてほしいということで、確かに国の補助もつくということだったのですが、なかなか都道府県側としてはついていっておりませんし、現実にはちょっと稼働してないのではないかなと考えております。

座長 齋藤さん、これは東京都のイメージとしては、これを知っていたことにはなっていたとは思いますが、例の地域救急医療センターが管制塔機能を担う医療機関として、厚生労働省からお金をもらっているわけではないのですよね。

委員 あれはお金の流れは違うと思いますが。

座長 そうですね。

委員 表現は確かに東京都福祉保健局も管制塔機能という、たしか……。

座長 書いたことは書いてあったものね、紙にね。

委員 ありましたですね。

座長 僕は管制塔機能を担う医療機関というのは、極めて漠としているので、これって何なのだろうということで、この言葉そのものは東京都の議論ではあまり使ったことなかったのですよね。

どうぞ。

事務局 東京都のほうからは、この管制塔機能を担う新事業について申請は出されてき

ています、事業をやりたいということで。

座長 お金は出たのですか。

事務局 まだ精査中という形になっています。

座長 いや、つまり僕が言っているのは、この絵をここにそのまま引用すると、あらぬ誤解というか、東京都の地域救急医療センターも、そういう意味では管制塔機能を担っているかどうかということに関してはよくわからないのですね。「とは何か」がよくわからないから、だから、そこら辺ちょっと困るかも知れない。坂本先生、どう思われますか？

この絵そのものが「はじめに」の次の「消防法について」の実施基準についてのところに入ってきている。先生、この絵を説明するための作文していただけますか？

委員 いや、管制塔機能というのは漠としているのは、管制塔には飛行機は着陸しないのです。ただ、この管制塔は滑走路が込んでいるときは着陸する管制塔なので、ヘリコプターだったらおられるのかもしれないのですけれども、ちょっと管制塔という言葉がひとり歩きしてよくわからないということ、あと、実際、今の東京で「東京ルール」が始まって、現場で非常にやはり困っているのは、医学的な内容でほんとうに例えば周産期の赤ちゃんを、どこかへ何とか入れなければいけないという話をやるのは、管制塔は非常にふさわしい作業だと思うのですが、さっき言った背景のある患者さんをどこが何とかするかということ、医者で医者の間で一生懸命相談することを管制塔機能発揮するというのは、これはかなり厳しいというような印象もありますので、ちょっとここは難しいかなと思います。

座長 ほかに地域から見えている方たちが……。

委員 ちょっといいですか。

今の話はおそらく初めて収載された予算、初めての事業で、さて、やはり始まってくるとは東京、どう見てもそういう形です。東京でやってみようとしたらこういうものが見えたということは、これは次年度に向けてこれは緩和していただくことと、それから、要するにどこでも使えるようなものにどんどんしてってもらいながら、中身、要するに予算のほうは膨らませてもらうと、そういう作業がおそらく必要になってくるのだと思います。先ほどの議論でも安田先生のほうから、受けようと思ったけどそんな予算では受けられないという話になると、それでは結局絵にかいた餅ですから、それは実質的な実のあるものにしていくという作業は、これは残っているのだと思います。その辺はきょうここで議論してもしょうがないので、みんなでもたいろんな立場から声を挙げるという作業と、中山室長にそれをご理解いただいておくという作業が必要だと思いますけれども、中身として方向としてはこういう方向を目指しながら予算づけをお願いする

と、ついた予算は使えるようにしていくということで、どうかと思います。

座長 そうすると、安田先生のお話で追加しますと、おそらく2人ないし3人とか複数いるような当直体制のときには、そういう当直体制のところこういうような役目を付加したら900万円とかって、きっとそういうニュアンスなのでしょうね。でないと、この金額で人1人を雇って、それをもって夜勤けという話は、こんなひどい話があるのかという話になります。だから、そういう意味では、もうちょっと何とかしてくれという話はそのとおりです。ちなみに、もとへ戻しますと、6ページの絵そのものはもしこの報告書に入れるのだとすると、今のような相当程度に易しい……。

委員 考え方ですよ。

座長 易しい説明を入れておかないと、そもそもの消防法改正の話と関係はするのでしょうかけれども、どう関係するのかがちょっとわからなくなってしまいます。読み手が困ってしまうと思う。都道府県の担当者、例えば金森委員みたいに縦・横・斜めがわかっておられる方が見ると「ああいうことかな」となるのですが、MC協議会などに「ぼん」と出てくると「おれたち、これのどこになるの?」という話になって、多分困ってしまうのではないかな。横田先生、それでいいのでしょうか。

委員 そうですね、結構かと思えます。

座長 少しその辺はよろしくと。

それから、そうすると最初の1の「消防法について」というところはそういうようにしていただいて、その次の2の「傷病者の搬送及び受入れの実施基準の策定について」というところは、7ページに説明がございます。その2番目のパラグラフが一番重要だということになるのですね

何かご意見ございますか。8ページのこの図は、全体を読んでもう一回戻って見ると非常によくわかると思います。つまり、この概念図は全体を1回通して読んで、またここへ戻ってくると非常によくわかるのですが、ページごとに見ていくと、おそらくここで分からなくなる。消防法の1号からずっと何号まで、おわかりになっている人から見るとよくわかるのですけれども、これやさしい言葉でやっぱり説明していただいたほうがいいですよ。

事務局 はい。

座長 そもそも消防法の策定についての1号・2号・3号は、こういうようなことになっていますという話は目次ではわかるのです。けれども、例えば3番のところの確認基準とありますが、これは消防の救急隊で言うと「観察」ですよ。だから、齋藤先生、観察のときに「確認基準」という言葉は出てくるのですか。

委員 東京では観察……。

座長 例えば京都なんかでは「確認」でいいのですか。

委員 いや、観察だと思いますね。

座長 だから、法律は「確認」なのでしょう。僕ね、法律に従ってまとめる方がいいって言いつつ、法律そのものがこうやってまとめたことについての基本的な哲学とか、つまり言葉遣いを含めて、そこら辺はおそらく法律のプロがおつくりになっているので、そういう意味では間違いはないと思うのですけれども、現場の働いている人たちからすると今言った観察と確認というのは、同じことをどうも言っているらしいけど、少し違うかもしれないということについての、その少しがよくわからない。だから、そういうことになるとちょっと易しくしてほしいなというのがあるのですが。

事務局 8ページの全体を見ると少し説明もということは、8ページの下空欄のところ少し各号のところのエッセンスとか、全部を見えるという形のところに、もう少し言葉も下のほうに足していくという形でさせていただきたい。

座長 お願いします。やはりふだん使っている言葉で僕たち理解しようと思うので。ふだん使っている言葉というのは、まちを歩きながら使っているのもふだん使っている言葉ですけど、MC協議会などで使っている言葉まで広めて、ふだん使っている言葉ということです。ですから、おそらく救急隊の選定というのはいいと思うのです。だけど、確認ということになると、今は確認するための基準と書いてありますけれども、これ結果としては観察をしているわけですから。その程度のことで、あまり深い意味はないのですが。

何かご意見、どうぞ。

委員 今の点は座長さんもごもっともだと思います。私、最初この説明を先ほどずっとお聞きしたときに非常に何かかた苦しうって、こういう書き方をしてしまいますと、何かいかにも合意形成基準とか、非常に現場の運用とは少し違う世界の書き物をつくってしまうような印象がすごく強くなると思うのです。ただ、政令でそういう文言をもう特定されているという前提は崩しようがないと思いますので、だけど、ガイドラインというものを今回お示しいただくために、我々ここで議論しているということから考えると、今、座長おっしゃったように、日常的に業務をするに当たって使っている流れに沿って、この分類基準というものはこういうものであるとか、合意形成とかいうのはこういうことであるというように書かないと、おそらく書いたものだけつくることに、都道府県ではなってしまうと思うのです。だから、そこは非常に要注意な点で、実は言葉の問題とはいえ、大切なところではないかなと思いますので全く賛成です。

座長 事務局、いいですよ。法律家から見ると許せないとか、そういうことはないでしょう。

事務局 いやいや、確かに法律つくる段階で、例えば3号の確認するための基準という確認という言葉を使うに当たって、観察というのが救急隊の一般の用語なのです

けれども、そのほかに診察ってありますね。診察行為の診察、これは医師しかできないとか、いろいろな概念の言葉を1つずつぶしていく中で、これは救急隊員が観察といっているものは、ある症状の事実の確認行為だろうということで、法令の用語とすれば確認という言葉に最終的になったわけですが、18ページのところで各号の解説をしているところで、確認（観察）ということで、現場の言葉では観察ということを使っているということで、使っているわけです。今、金森委員からもお話しましたが、例えば合意形成基準も受け入れ医療機関を確保するために、あらかじめ決めておくということが、一般用語といいますが、口語で使う話なので、ただ、これは法律の文言としてあるので、そこはそれとして、それをかみ砕いて言葉にしたらこうだということ、8ページのところに入れるのが、一番わかりやすいかなと思いますけれども、少し工夫してみたいと思います。

座長 はい、そのほうがいいと思います。何も難しい漢語を和語にしようということを行っているわけではなくて、私たちが業界で使っている言葉に上手に置きかえていただければ、読み手が立ちどまらないようにしていただきたいというのが感覚なのですよ。

委員 そのとおりだと思っています。

座長 では、済みません、多分順番に読むと思いますので、一気に読んでからもう一回もとに戻るみたいな、受験の参考書みたいなことはしませんから、では、そういうようなことで、全体を俯瞰するとそのような議論があったと。具体的には第1号に分類基準とあります。ここの緊急性、専門性、特殊性というのは前からもう議論がありましたので、大体このような切り口で、物事を決めていくという話はいいのではないかなと思います。具体的な内容に行く前に、全体的に緊急・専門・特殊、こちら辺は坂本先生がお強いと思うのですが、こんな形で進めてよるしいのですよね。

委員 今までの議論で少し強いて言えば、特殊性というところに開放骨折、吐血というのがありますけれども、それは緊急性のところでも緊急性・重症度が高い外傷であるとか、あるいは消化管出血ということで実は出ている部分なので、これもあえてここで重複させるのか。ここの部分はほんとうの意味で特殊性ということで、背景因子等に絞ったほうがいいのかというのは、少し議論が必要かなと思います。何か二度出てきてどういうことかなとは思いますがもしも。

座長 でも、このターミノロジーとして(1)・(2)・(3)が並べられていて、順番に議論しようという、その骨格はよろしゅうございますよね。

委員 骨格はいいです。強いて言えば、要するに脳卒中の治療とか心筋梗塞の治療は別に、専門性が要らないわけではなくて、これはやはり非常に専門性が高いのですけれども、きっとここで言っている専門性というのは、通常の救急医療システ

ムで診ているものは専門性がなくて、通常の救急医療システムから少し外れるような、小児の重症救急だとか周産期を専門性といっているの、少し専門性という言葉が医学一般で使うときの専門性とは、ちょっと違うのだと言っておかないと、心筋梗塞の専門の先生が「おれは専門ではないのか」と怒るかもしれないという気はします。

座長 わかりました、よろしく。結構ナイーブだけど、おもしろい意見がたくさん出ている。横田先生、どうぞ。

委員 いや、坂本先生と同じように、ただ、特殊性ということなのか専門性なのか、どちらに入れたらいいのかは解釈次第だと思います。現実問題として、例えば一般救急の中で一番困ってくるのは、眼科的傷病、あるいは耳鼻科的疾患ということになってくると、それは専門性という言葉でいいのか、いや、それは救急の中でも非常に特殊性だよということなのか、例としてどこに入るのだということ、この中では触れられていません。しかし、現場ではしばしばやはり眼科救急をどうするのだ、耳鼻科救急をどうするのだというのは、日常の問題になりますので、どこかに枠組みとしてはあるのかなという気はします。

座長 今は使っているかどうかかわからないが、よく「特殊診療科目」という言葉があって、たしか眼科とか耳鼻科だとか、そうですね、先生、精神科だとか。だけど、つまり特殊診療科目の中に「小児科も入ってしまったのだよね」みたいな、そんなような使い方もしたりしますので、そういう意味では特殊性といった特殊というのが、平たく眼科とか耳鼻科など以外に、今言った社会的背景まで入ってくるということがあるらしい。今ここでは社会的背景がかなり十二分に入っているということがありますので、そこら辺の専門性が高いものを専門性とか、特殊な対応が必要なものを特殊性、これではまるで小学生の説明みたいになってしまいます。今言ったようなことを上手に、品よく……。

委員 何かやっぱり必要は必要だね。

座長 では、そういうようなことだと仮定して、上に優先度ってありますが、これも濃いほうが余計優先だろうということになるのだとは思いますが、これも議論するとエンドレスゲームになるので、先へ行きたいと思います。

その次に「具体的内容」とございます。緊急性については事務局も随分練ったあげくにこうなったということです。重篤、それから、症状・病態によって①が脳卒中②に心筋梗塞があって⑩までございます。こちら辺についての並べ方は、例えばということなので、どう並べても、並べなくてもいいのではないかということでもあり得ますが、ご意見ございますか。例えば、島崎先生の救急振興財団の報告書に従って目次を見ると、目次の第5「症状別緊急度重症度・緊急度判断基準」とあって、外傷から下の乳幼児まででございますよね。周産期などはちょっと外したとしても、ここに外傷、熱傷、中毒とあって、意識障害があって、だから、