

# 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 次 第

日時：平成21年10月2日（金）  
10時00分～12時00分  
場所：三田共用会議所 大会議室

## 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

### 【配布資料】

資 料 傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会作業部会報告書

添付資料 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議事録

## 傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会開催要綱

### (開催)

第1条 総務省消防庁救急企画室及び厚生労働省医政局指導課（以下「事務局」という。）は、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会」（以下「検討会」という。）を開催する。

### (目的)

第2条 検討会は、消防法の一部を改正する法律(平成21年法律第34号)により、都道府県が傷病者の搬送及び受入れの実施基準を定めるとともに、当該実施基準に関する協議等を行うための消防機関、医療機関等を構成員とする協議会を設置することとされたことを踏まえ、当該実施基準及び当該協議会に関する基本的事項について検討を行うことを目的とする。

### (検討会)

第3条 検討会は、次項に掲げる構成員をもって構成する。

- 2 構成員は、関係各行政機関の職員及び救急業務に関し学識のある者のうちから、総務省消防庁長官及び厚生労働省医政局長が委嘱する。
- 3 検討会には、座長を置く。座長は、構成員の互選によって選出する。
- 4 座長は検討会を代表し、会務を総括する。
- 5 座長に事故等ある場合は、座長が指定した構成員がその職務を代行する。
- 6 検討会には、構成員の代理者の出席を認める。

### (作業部会)

第4条 座長は、必要に応じ検討会に作業部会を置くことができる。

- 2 作業部会の構成員は、関係各行政機関の職員及び救急業務に関し学識のある者のうちから、座長が指名する。

### (構成員の任期)

第5条 構成員の任期は、平成22年3月31日までとするが延長を妨げないものとする。

### (庶務)

第6条 検討会に係る庶務は、事務局が行う。

### (委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか、検討会の運営その他作業部会に関し必要事項は、座長が定める。

### 附則

この要綱は、平成21年5月25日から施行する。

傷病者の搬送及び受入れの  
実施基準等に関する検討会  
作業部会報告書

平成21年9月

# 目次

## はじめに

- 1 消防法の改正について
  - (1) 背景
  - (2) 改正の内容
  
- 2 傷病者の搬送及び受入れの実施基準について
  - 第1号（分類基準）

傷病者の心身等の状況に応じた適切な医療の提供が行われることを確保するために医療機関を分類する基準

    - ・参考（分類基準に関するもの）
  - 第2号（医療機関リスト）

分類基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称
  - 第3号（観察基準）

消防機関が傷病者の状況を確認するための基準

    - ・参考（観察基準に関するもの）
  - 第4号（選定基準）

消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準
  - 第5号（伝達基準）

消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準
  - 第6号（受入医療機関確保基準）

傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項
  - 第7号（その他基準）

傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項

（号数は消防法第35条の5第2項各号を指す。）

    - ・参考（第1号～第7号の実施基準に関するもの）
  
- 3 協議会について
  
- 4 傷病者の搬送及び受入れに関する調査・分析について
  
- 5 都道府県間の調整について
  - ・参考（都道府県間の調整に関するもの）

## 1 消防法の改正について

傷病者の搬送及び受入れをより適切かつ円滑に行うため、「消防法の一部を改正する法律（平成21年法律第34号）」が平成21年5月1日に公布され、同年10月30日に施行されることとなった。

### (1) 背景

平成18年及び平成19年に奈良県で、平成20年に東京都で発生した妊婦の救急搬送事案など、救急搬送において受入医療機関の選定が困難な事案が全国的に発生し社会問題化したところである。こうした事態を受け消防庁と厚生労働省が行った、救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査によると、平成20年において、重症以上の傷病者の救急搬送約41万件のうち約1万7千件（約4.1%）の事案で、また、産科・周産期傷病者の救急搬送約1万6千件のうち約1千件（約6.3%）の事案で、救急隊が現場に到着してから医療機関の選定を終え現場を出発するまでに30分以上を要するなど、傷病者の搬送及び受入れは大変厳しい状況となっており、また、選定困難事案が首都圏、近畿圏などの大都市部に多く見られるなど、地域的な特徴も明らかとなったところである。

こうした選定困難問題を解決するためには、救急医療に携わる十分な医師の確保、勤務条件の改善などの構造的な課題を解決しなければならないことが指摘されているが、当面の対応として現状の医療資源を前提に消防機関と医療機関の連携を強化するなどの対策を講じることが必要である。事実、大都市部においても、傷病者の搬送及び受入れの際に、傷病者の状況に応じた搬送について関係者間で明確なルールを共有することで、円滑で質の高い救急搬送及び受入れを行っている地域もあるところである。

このような状況に加え、近年の医療の進歩とともに、傷病の発生初期に実施すると効果的な医療技術が発達しているところであり、傷病者の救命率の向上及び予後の改善等の観点から、救急搬送における病院選定から医療機関における救急医療の提供までの一連の行為を迅速かつ適切に実施

することの重要性が増しているところである。

今回の消防法の改正は、地域における現状の医療資源を前提に、消防機関と医療機関の連携体制を強化し、受入医療機関の選定困難事案の発生をなくすとともに、医学的観点から質の高い、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入体制を構築することを目指すものである。

なお、選定困難事案を解決しなければならないということを契機に、一般の消防法改正が行われたことは事実であるが、仮に、医療資源が充足しており、選定困難事案が発生していなかったとしても、傷病者の救命率の向上等のため、地域の実情を踏まえ傷病者の状況に応じた、より適切な救急搬送及び受入れを実現していくことは重要な課題である。関係者はこのことを十分認識した上で、適切な者に適切に医療資源が配分されるよう、救急搬送及び受入体制の構築に取り組むことが重要である。

## (2) 改正の内容

今回の消防法改正により、各都道府県に、消防機関や医療機関等が参画する協議会を設置するとともに、救急搬送及び受入れの実施に関するルール（実施基準）を策定することが義務づけられた。

また、併せて、協議会において実施基準に基づく救急搬送及び受入れの実施状況を調査・分析し、その結果を実施基準の見直しに反映させることとされた。

これは、実施基準を機能させるためには、データに基づいた策定と評価、見直しが重要であるという認識によるものである。実施基準の策定については、客観的なデータに基づいて、いわゆるPDCAサイクル（plan-do-check-act cycle）を活用し、より質の高い救急搬送及び受入れを目指すものであり、消防機関と医療機関がそれぞれ保有する客観的なデータを収集・分析することが極めて重要である。

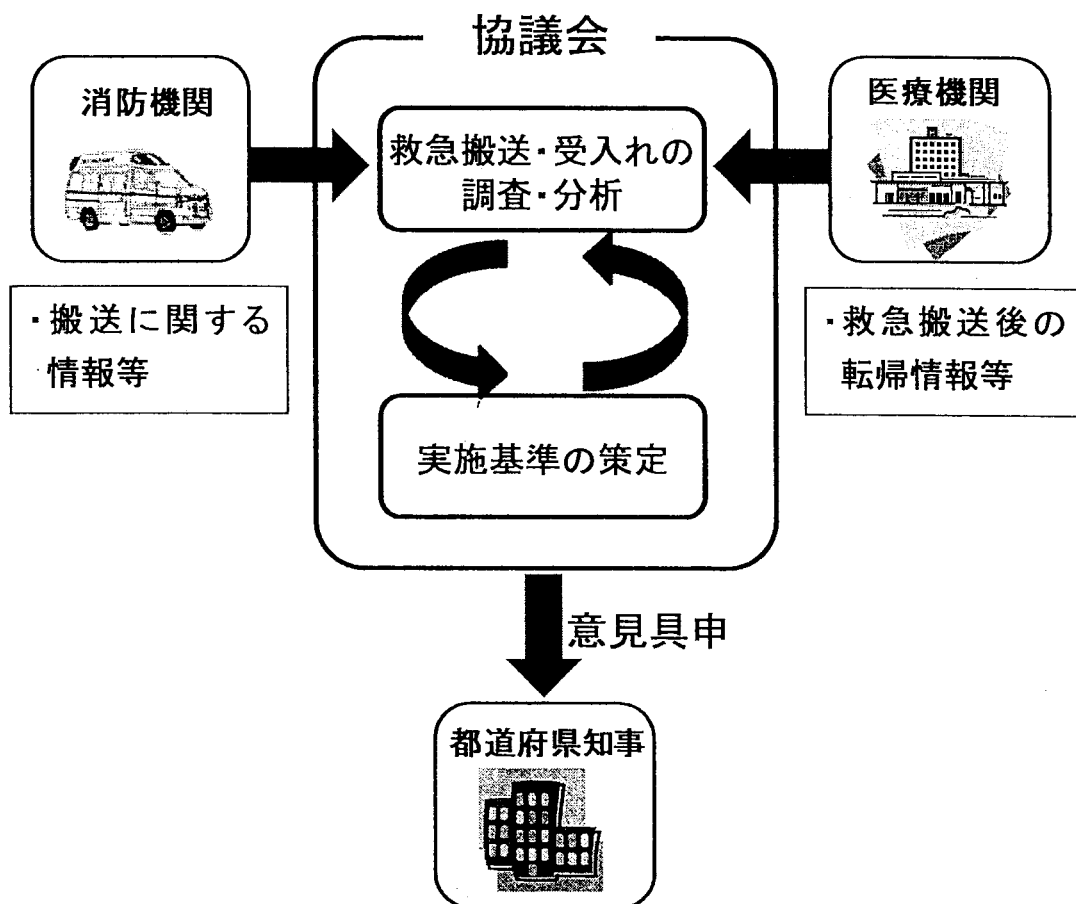
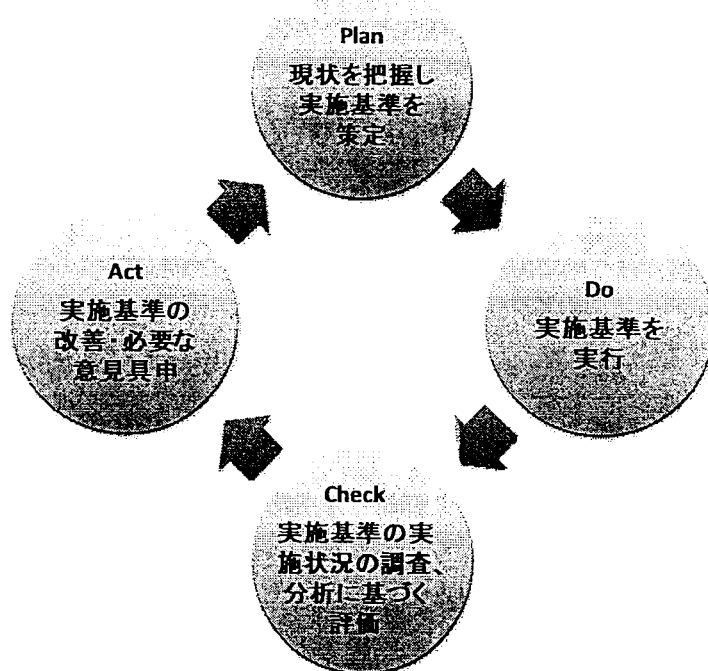
特に従来、消防機関が保有する搬送に関する情報と、医療機関が保有する救急搬送後の転帰情報等を合わせて分析することが一般には行われていないが、傷病者の状況に応じた適切な医療を提供するための実施基準の

策定とその見直しを行うためには、両者の情報を合わせて分析することが必要である。

これらの調査・分析に基づき地域の実情を把握し不断の見直しを行うサイクルを構築することが重要である。

また、協議会は、都道府県知事に対し、傷病者の搬送及び受入れの実施に関し必要な事項について意見具申できることとされており、例えば、協議会での検討の過程で医療提供体制そのものの充実強化の必要がある等の認識

が得られた場合は、その旨、都道府県知事に対し、意見を述べる事が出来るとされている。



さらに、都道府県でどのように救急搬送及び受入れの迅速かつ適切な実施を図っていくのか、そのルール（実施基準）について、公表することとされており、都道府県は傷病者の状況に応じた医療機関のリスト等を明らかにすることとなる。

なお、実際に実施基準を運用する際の実務的な情報の公表については、各都道府県の判断となるが、慎重に対処する必要があるとの指摘がある。これは、こうした情報の公表の仕方によっては、例えば、手術治療を念頭に調整している医療機関に、ウォークインでの外来患者が殺到し、その対応のために、手術対応が困難になるなど、それほど余力がない医療機関では、住民の受診行動によって、機能麻痺になってしまう恐れがあるという懸念によるものである。

一方で、救急車及び救急医療は、必要な者に適切に配分されるべき、公共性の高い資源であることについて、住民へ情報発信し啓発に努め、不要不急での利用を避けるなど、住民への協力を求めていくことが重要であることが指摘されている。



## 消防法改正(1):協議会について

### 協議会

都道府県に設置

#### ○ 構成メンバー

- ・ 消防機関の職員
- ・ 医療機関の管理者又はその指定する医師（救命救急センター長など）
- ・ 診療に関する学識経験者の団体の推薦する者
- ・ 都道府県の職員
- ・ 学識経験者等（都道府県が必要と認める者）

#### ○ 役割

- ・ 傷病者の搬送及び受入れの実施基準に関する協議
- ・ 実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に関する連絡調整（調査・分析など）



意見具申

- ・ 実施基準
- ・ 搬送・受入れの実施  
に関し必要な事項



協力要請

- ・ 資料提供
- ・ 意見表明

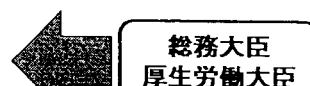
## 消防法改正(2):実施基準(ルール)について

### 実施基準(ルール)

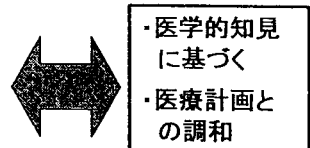
都道府県が策定・公表

- ① 傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるよう分類された医療機関のリスト
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するために、消防機関と医療機関との間で合意を形成するためのルール等

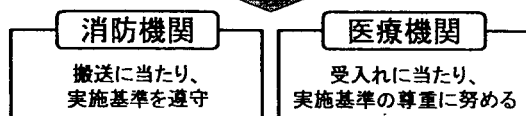
※都道府県の全区域又は医療提供体制の状況を考慮した区域ごとに定める。



情報提供  
等の援助



基準策定時  
に意見聴取



協議会

第7章の2 救急業務

第35条の5 都道府県は、消防機関による救急業務としての傷病者（第2条第9項に規定する傷病者をいう。以下この章において同じ。）の搬送（以下この章において「傷病者の搬送」という。）及び医療機関による当該傷病者の受入れ（以下この章において「傷病者の受入れ」という。）の迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下この章において「実施基準」という。）を定めなければならない。

2 実施基準においては、都道府県の区域又は医療を提供する体制の状況を考慮して都道府県の区域を分けて定める区域ごとに、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 傷病者の心身等の状況（以下この項において「傷病者の状況」という。）に応じた適切な医療の提供が行われることを確保するために医療機関を分類する基準

二 前号に掲げる基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称

三 消防機関が傷病者の状況を確認するための基準

四 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準

五 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準

六 前二号に掲げるもののほか、傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項

七 前各号に掲げるもののほか、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項

3 実施基準は、医学的知見に基づき、かつ、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画との調和が保たれるように定められなければならない。

4 都道府県は、実施基準を定めるときは、あらかじめ、第35条の8第1項に規定する協議会の意見を聴かななければならない。

5 都道府県は、実施基準を定めたときは、遅滞なく、その内容を公表しなければならない。

6 前3項の規定は、実施基準の変更について準用する。

第35条の6 総務大臣及び厚生労働大臣は、都道府県に対し、実施基準の策定又は変更に関し、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うものとする。

第35条の7 消防機関は、傷病者の搬送に当たっては、実施基準を遵守しなければならない。

2 医療機関は、傷病者の受入れに当たっては、実施基準を尊重するよう努めるものとする。

第35条の8 都道府県は、実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に係る連絡調整を行うための協議会（以下この条において「協議会」という。）を組織するものとする。

2 協議会は、次に掲げる者をもって構成する。

一 消防機関の職員

二 医療機関の管理者又はその指定する医師

三 診療に関する学識経験者の団体の推薦する者

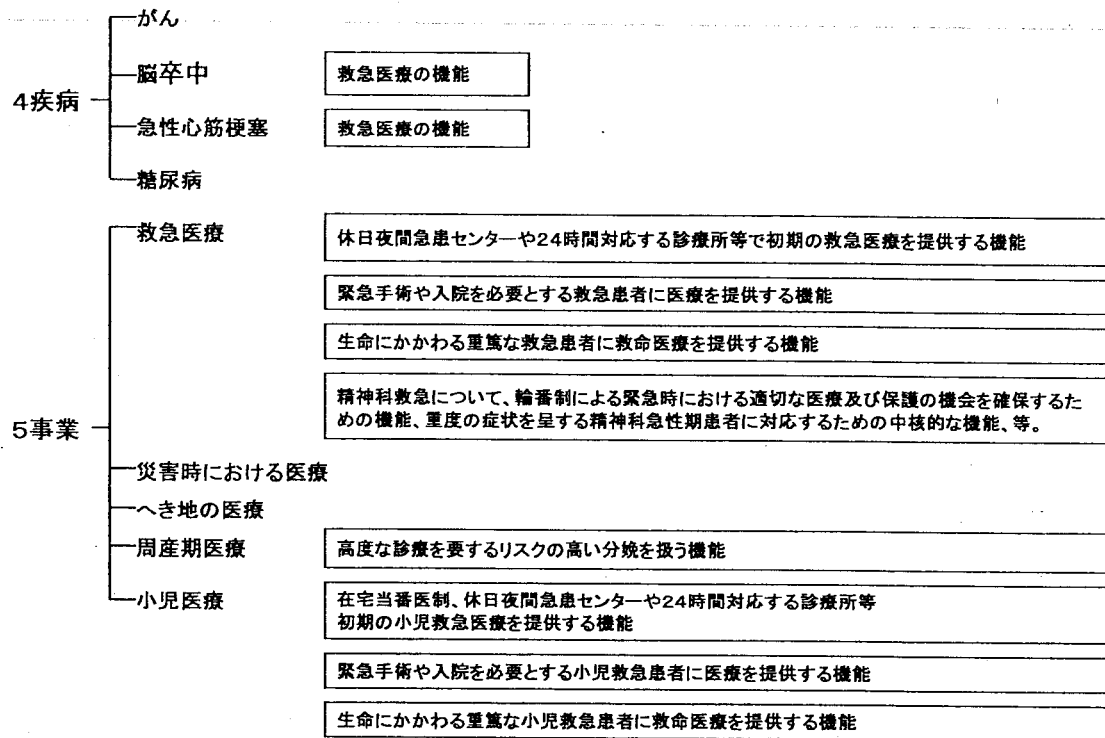
四 都道府県の職員

五 学識経験者その他の都道府県が必要と認める者

3 協議会は、必要があると認めるときは、関係行政機関に対し、資料の提供、意見の表明、説明その他の協力を求めることができる。

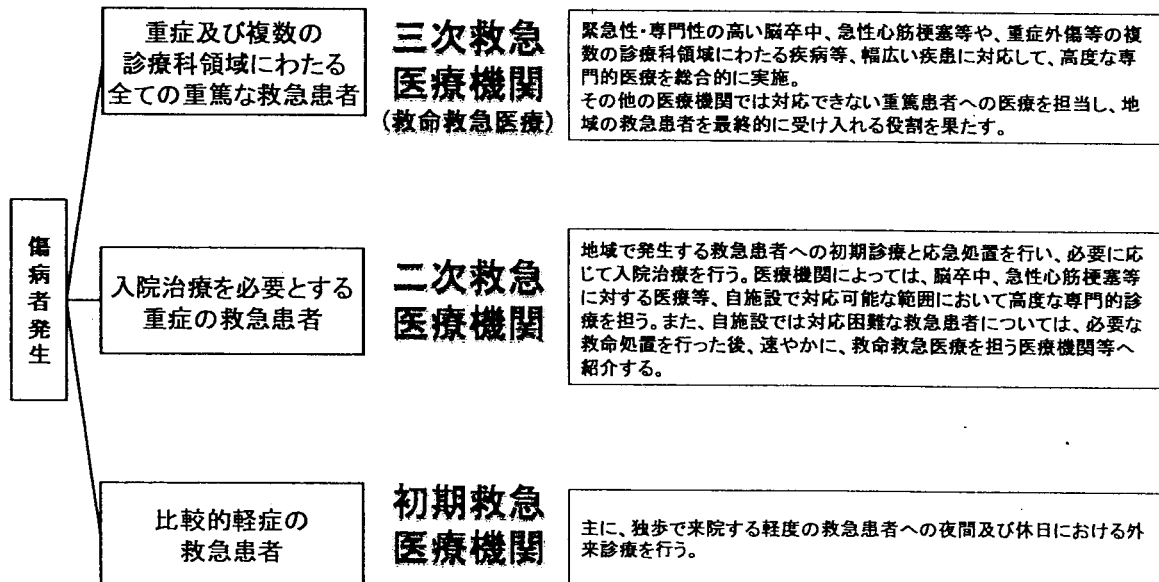
4 協議会は、都道府県知事に対し、実施基準並びに傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し必要な事項について意見を述べるることができる。

## 医療計画において明示される救急医療に関する機能



「医療提供体制の確保に関する基本方針」(厚生労働省告示)

## 医療計画における救急医療提供体制



参考:「疾病又は事業ごとの医療体制について」(厚生労働省医政局指導課長通知)

## 2 傷病者の搬送及び受入れの実施基準について

都道府県は、消防機関や医療機関等が参画する協議会における協議を経て、消防法第35条の5第2項各号に規定する傷病者の搬送及び受入れの実施基準を策定していくこととなる。

当該実施基準の策定は、現状の医療資源等を活用し、傷病者の搬送及び受入れをどのように行っていくべきか、消防機関及び医療機関等が共通の認識の下で、当該都道府県における対応方策を決定していくことを意味するものである。

従来、救急隊は、傷病者を観察し、適当な診療科に当てはめることにより受入医療機関を選定してきたが、救急隊がエックス線撮影やエコー検査、血液検査等を現場で実施できるわけではないことを念頭におくと、診療科に応じて傷病者を当てはめるのではなく、傷病者の症状等に応じて対応出来る医療機関をあらかじめ整理しておくことが、適切な傷病者の搬送及び受入れを実施していく上で重要である。そのため、消防法では、各都道府県において、傷病者の症状等を分類基準として策定し、その症状等に応じた医療機関を明らかにしていくこととされており、その上で、当該医療機関に傷病者が適切に搬送されるよう、救急隊の観察や伝達の基準について定めることとなっている。

また、これらの基準に基づき、受入医療機関が速やかに決まることが望まれるが、一方で、受入医療機関の選定に時間を要し、医療機関への照会回数が多くなる事案も起こっており、こうした事態にも対応する必要があることから、受入医療機関が速やかに決まらない場合の医療機関の確保方策についても、関係者間で協議し、都道府県が実施基準として策定することとなっている（参考（第1号～第7号の実施基準に関するもの）参照）。

以下、消防法第35条の5第2項各号について整理する。

### 第1号（分類基準）

傷病者の心身等の状況に応じた適切な医療の提供が行われることを確保するために医療機関を分類する基準

#### 1 総論

第1号の基準（分類基準）は、傷病者の状況に応じた適切な医療の提供を行うために、医療機関を分類する基準を定めるものである。

救急搬送は、その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者等を搬送するものであることから、分類基準は、当該傷病者の生命の危機の回避や後遺症の軽減などが図られるよう定められる必要があり、優先度の高い順に緊急性、専門性、特殊性の3つの観点から策定される必要がある。

##### （1）緊急性

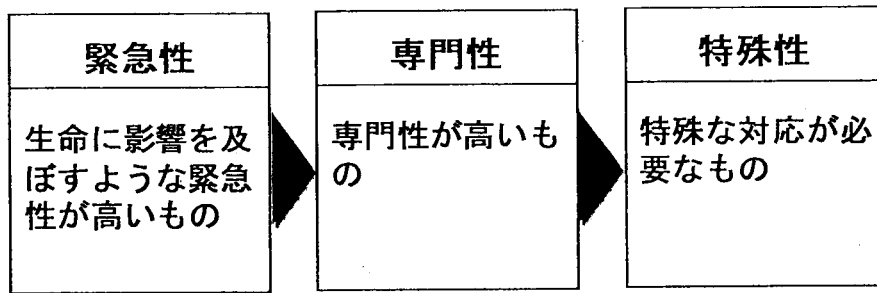
生命に影響を及ぼすような、緊急性が高い傷病に対応するもの。

##### （2）専門性

専門性が高いもの。

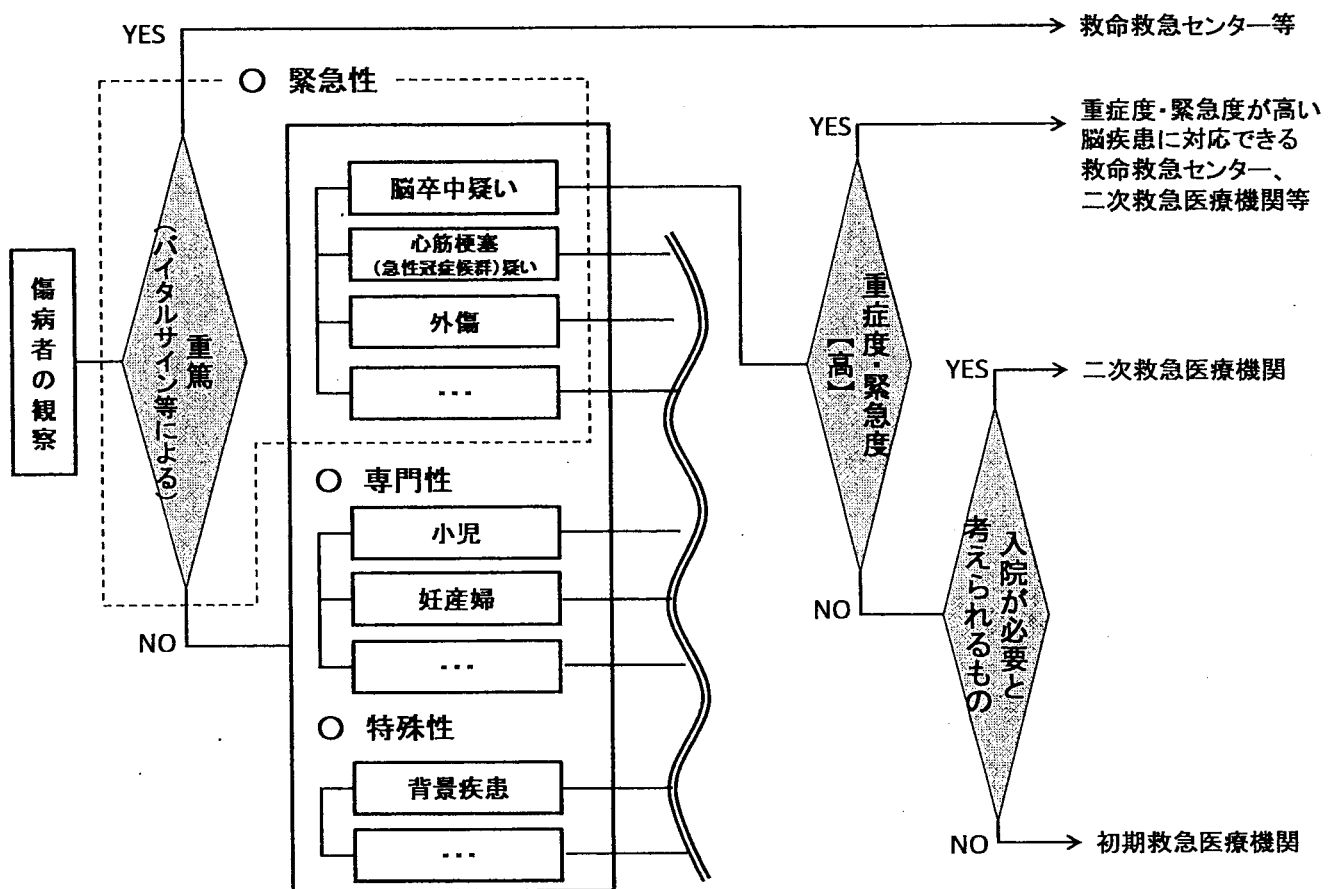
##### （3）特殊性

搬送に時間を要している傷病等、特殊な対応が必要なもの。



なお、各地域で救急搬送について何が問題となっているかを協議会として認識し、その認識に基づきどの症状について分類基準として策定するか協議会で決定することが重要である。

そのためには、消防法第35条の8に規定する協議会の役割である「実施基準に係る連絡調整」の一環として、救急搬送及び受入れの状況について調査・分析を行い、その調査・分析結果に応じて分類基準を策定することが考えられる。



## 2 具体的内容

以下、各項目について具体的な内容を例示するが、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なるものである。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であり、全ての事項に従って分類基準を策定しなければならないというものではない。

### (1) 緊急性

生命に影響を及ぼすような、緊急性が高い傷病に対するもの。

#### (ア) 重篤

特に重症度・緊急度が高く、生命への影響が極めて大きいもの。緊急的に対応できる体制を構築しておくため、分類基準を策定することが適当であると考えられる。医療資源を特に投入できる救命救急センター等の医療機関に、直ちに搬送する必要がある傷病者の症状等が想定される。

- ・ 重篤感あり
- ・ 心肺機能停止
- ・ 容体の急速な悪化・変動

#### 重篤を示すバイタルサイン参考値

- ・意識： JCS100以上
  - ・呼吸： 10回/分未満又は30回/分以上、呼吸音の左右差、異常呼吸
  - ・脈拍： 120回/分以上又は50回/分未満
  - ・血圧： 収縮期血圧90mmHg未満又は収縮期血圧200mmHg以上
  - ・SpO<sub>2</sub>： 90%未満
  - ・その他： ショック症状
- ※上記のいずれかが認められる場合

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(平成16年3月)  
(財)救急振興財団 委員長: 島崎修次(杏林大学教授)を参考に作成

(イ) 症状・病態等によって重症度・緊急度「高」となるもの

症状・病態等によって、重症度・緊急度が高いと考えられるもの。

救命救急センターまたは、傷病者の症状等によって、専門性が高い二次救急医療機関で対応することについて、調整し体制を構築しておく必要があるため、分類基準を策定することが適当であると考えられる。

生命に直結する **脳卒中** や **心筋梗塞（急性冠症候群）** が疑われる場合や、重症度・緊急度が高い **外傷**、**熱傷**、**中毒**、**腹痛（急性腹症）** などが想定される。

こうした重症度・緊急度が高い症状を呈する傷病者については、傷病者の搬送及び受入れが比較的うまくいっている地域においても、実際にどのように実施しているのか関係者間で改めて確認し共通認識を持つことが重要であると考えられる（参考（分類基準に関するもの）参照）。

参考文献として、平成16年3月に「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」（（財）救急振興財団 委員長：島崎修次杏林大学教授）が報告されている。

(<http://www.fasd.or.jp/tyousa/hanso01.pdf>)

(2) 専門性

専門性が高いもの。

① **重症度・緊急度が高い妊産婦**

重症度・緊急度が高い妊産婦では、妊婦及び胎児の両者に対応する必要があり、また、妊産婦特有の傷病を念頭に置く必要があることから、分類基準を策定することが適当であると考えられる。

ただし、妊産婦における脳卒中疑い等、緊急性が高い場合は、むしろ緊急性の観点から対応すべきであること等について、関係者間



で認識を共有し、分類基準を策定することが適当である。

② **重症度・緊急度が高い小児**

重症度・緊急度が高い小児では、病状が急変する可能性が高いことを念頭に対応する必要がある、小児特有の傷病を念頭に置く必要があることから、分類基準を策定することが適当であると考えられる。

ただし、小児における手術の可能性のある腹痛等、緊急性が高い場合は、むしろ緊急性の観点から対応すべきであること等について、関係者間で認識を共有し、分類基準を策定することが適当である。

③ その他、地域において医療資源の確保が困難なもの等を勘案し、以下のような分類基準を策定することが考えられる。

- ・ 開放骨折
  - ・ 四肢断裂
  - ・ 眼疾患
  - ・ 鼻出血
- 等

(3) 特殊性

搬送に時間を要している傷病への対応等、特殊な対応が必要なもの。

○ 搬送先の選定が困難になるものとして、傷病者背景に

- ・ 透析
- ・ 精神疾患
- ・ 急性アルコール中毒
- ・ 未受診の妊婦

等があるものが指摘されているが、これらの項目等について、実際に何

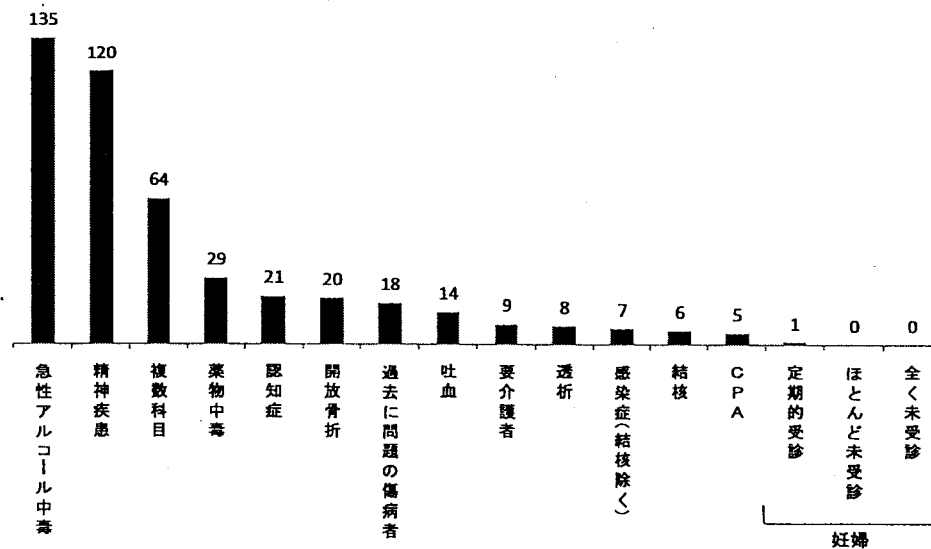
が問題となっているかは地域によって異なっており、何を分類基準として策定するかは、各地域の調査・分析等に基づき設定することとなる。

参考：医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(傷病者背景あり)

		1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回以上	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大回数
全数	件数(a)	6,628	2,003	488	231	60	9,410	779	291	60	25
	割合	70.4%	21.3%	5.2%	2.5%	0.6%	100%	8.3%	3.1%	0.6%	
傷病者背景	件数(b)	225	202	94	86	40	647	220	126	40	25
	割合	34.8%	31.2%	14.5%	13.3%	6.2%	100%	34.0%	19.5%	6.2%	
結核	件数	2	3		1	2	8	3	3	2	15
	割合	25.0%	37.5%		12.5%	25.0%	100%	37.5%	37.5%	25.0%	
感染症(結核除く)	件数	3	5	2	2	2	14	6	4	2	24
	割合	21.4%	35.7%	14.3%	14.3%	14.3%	100%	42.9%	28.6%	14.3%	
精神疾患	件数	52	47	29	18	9	155	56	27	9	17
	割合	33.5%	30.3%	18.7%	11.6%	5.8%	100%	36.1%	17.4%	5.8%	
急性アルコール中毒	件数	39	55	26	25	7	152	58	32	7	20
	割合	25.7%	36.2%	17.1%	16.4%	4.6%	100%	38.2%	21.1%	4.6%	
薬物中毒	件数	6	9	6	7	2	30	15	9	2	16
	割合	20.0%	30.0%	20.0%	23.3%	6.7%	100%	50.0%	30.0%	6.7%	
妊婦	定期健診	4	3				7				2
	ほとんど未受診										
	全く未受診										
透析	件数	1	1		1	1	4	2	2	1	13
	割合	25.0%	25.0%		25.0%	25.0%	100%	50.0%	50.0%	25.0%	
認知症	件数	8	3	3	4		18	7	4		7
	割合	44.4%	16.7%	16.7%	22.2%		100%	38.9%	22.2%		
要介護者	件数	32	21	6	2	4	65	12	6	4	16
	割合	49.2%	32.3%	9.2%	3.1%	6.2%	100%	18.5%	9.2%	6.2%	
過去に問題の傷病者	件数	35	12	5	4	5	61	14	9	5	25
	割合	57.4%	19.7%	8.2%	6.6%	8.2%	100%	23.0%	14.8%	8.2%	
CPA	件数	2	7	1	5	3	18	9	8	3	17
	割合	11.1%	38.9%	5.6%	27.8%	16.7%	100%	50.0%	44.4%	16.7%	
吐血	件数	7	6	1			14	1			5
	割合	50.0%	42.9%	7.1%			100%	7.1%			
開放骨折	件数	10	5	5	3		23	8	3		8
	割合	43.5%	21.7%	21.7%	13.0%		100%	34.8%	13.0%		
複数科目	件数	1	2	2	3	1	9	6	4	1	13
	割合	11.1%	22.2%	22.2%	33.3%	11.1%	100%	66.7%	44.4%	11.1%	
妊婦	件数	23	23	8	11	4	69	23	15	4	13
	割合	33.3%	33.3%	11.6%	15.9%	5.8%	100%	33.3%	21.7%	5.8%	

※1人の傷病者で複数の背景がある場合は、それぞれの背景に計上

### 救急隊からの情報に対して医療機関から 受入困難理由として明確な回答があった内容



※ 救急隊が伝達した傷病者背景に対し、医療機関が受入困難理由として明確に回答した件数を計上(457件)しており、1事案において複数の医療機関が傷病者背景を受入困難理由として明確に回答した場合は、延べ数として集計している。

消防庁平成20年救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査(東京消防庁管内12月16日~22日)

#### (4) 備考

分類基準については、緊急性、専門性、特殊性の3つの観点を参考に整理し設定していくこととなるが、一例として、堺市においては、生理学的評価、循環器疾患、脳血管障害、消化管出血、急性腹症、外傷・熱傷等について分類基準が定められている（参考（分類基準に関するもの）参照）。

妊産婦、小児、精神疾患への対応については、それぞれ、厚生労働省で別途検討されている、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書」、「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会中間取りまとめ」、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書」を参考に体制を構築していくことが考えられる（参考（分類基準に関するもの）参照）。

## 参考（分類基準に関するもの）

分類基準を考えるに当たっての参考例を以下に示す。

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なるものである。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であり、全ての事項について分類基準を策定しなければならないというものではない。

### ① 脳卒中疑い

- ・ 脳卒中については、治療が開始されるまでの時間が、予後に大きく影響を及ぼすため。
- ・ さらに、脳梗塞について、迅速に治療を開始するために、医療資源の状況に応じて「t-PA適応疑い」を分類することも考えられる。

### ② 心筋梗塞（急性冠症候群）疑い

- ・ 心筋の虚血があった場合には、再灌流療法を始めとした治療が開始されるまでの時間が、予後に大きく影響を及ぼすため。
- ・ 特徴的な胸痛はないが、心電図所見や不快感等その他の症状により心筋梗塞（急性冠症候群）が疑われる場合があることから、「重症度・緊急度が高い胸痛」に含めることは適当ではないとの考え方もある。

### ③ 重症度・緊急度が高い胸痛

- ・ 心筋梗塞（急性冠症候群）を疑う主な症状の一つとして胸痛があるが、必ずしも心筋梗塞（急性冠症候群）を疑う典型的な所見がない胸痛もあり、その中には大動脈解離等、緊急性の高い傷病が含まれるため。
- ・ 胸痛と共に強烈な痛み、背部の激痛がある場合等。

④ 重症度・緊急度が高い外傷

- ・ 高エネルギー外傷等、受傷機転（車が高度に損傷、車から放出されている場合等）から重症化を予測し、適切な医療を提供する必要があるため。

⑤ 重症度・緊急度が高い熱傷

- ・ 熱傷の重症度判定基準（A r t z の分類）等による、重症度が高い傷病者については特に、適切な医療を提供する必要があるため。
- ・ 以下の状況等。
- ・ II度 30%以上
- ・ III度 10%以上、もしくは顔面・手足・陰部のIII度熱傷
- ・ 気道熱傷、広範囲の軟部組織の外傷、骨折の合併
- ・ 化学熱傷、電撃傷

⑥ 重症度・緊急度が高い中毒

- ・ 発生状況から明らかに誤飲・誤食等が疑われる場合だけでなく、原因がよく分からない意識障害の場合等、急性中毒を疑って、適切な医療を提供する必要があるため。
- ・ 毒物、医薬品、農薬、麻薬等を摂取した疑いがある場合、何を飲んだか不明である場合、集団で発生している場合等。

⑦ 痙攣

⑧ 喘息

- ・ 傷病者の生命の危機に関連する可能性があるため。
- ・ 重積発作がある場合等。
- ・ 意識障害や呼吸困難の分類基準を策定し、その中で対応するという考え方もある。ただし、意識障害や呼吸困難について分類基準を策定し、広く特定の医療機関で受け入れるという考え方がある一方で、意識障害や呼吸困難については、様々な要因により起こる症状であるこ

とから、特に、他の症状等とあわせて総合的に判断すべきであり、**脳卒中疑い**や**心筋梗塞（急性冠症候群）疑い**等、その他の分類基準の中で対応すべきとの考え方もある。

⑨ **消化管出血**

- 消化管出血（吐血・下血と血便）については、急変する場合も念頭に、緊急内視鏡検査の対応が必要となる場合があるため。
- 大量の出血、肝硬変の既往がある場合等。

⑩ **重症度・緊急度が高い腹痛（急性腹症）**

- 緊急手術が必要となる可能性があるため。
- 腹壁緊張がある場合等

○ 参考：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

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  
 （平成16年3月（財）救急振興財団 委員長：島崎修次杏林大学教授）

※ 救急隊員が活用しやすいよう、心疾患や脳血管障害等の疾患別ではなく、症状を中心に10種類の重症度・緊急度判断基準を作成。

	外傷	熱傷	中毒	意識障害	胸痛	呼吸困難	消化管出血	腹痛	周産期	乳幼児
生理学的評価	意識：JCS100以上 呼吸：10回/分未満又は30回/分以上、呼吸音の左右差、異常呼吸 脈拍：120回/分以上又は50回/分未満 血圧：収縮期血圧90mmHg未満又は200mmHg以上 SpO <sub>2</sub> ：90%未満、 その他：ショック症状 等 ※上記のいずれかが認められる場合									意識、呼吸、脈拍、血圧、SpO <sub>2</sub> 等について新生児、乳児、幼児に分けて基準を設定
症状等	-	・気道熱傷 ・他の外傷合併の熱傷 ・化学熱傷 ・電撃傷 等	・毒物摂取 ・農薬等 ・有毒ガス ・覚醒剤、麻薬 等	・進行性の意識障害 ・重積痙攣 ・頭痛、嘔吐 等	・チアノーゼ ・20分以上の胸部痛、絞扼痛 ・血圧左右差 等	・チアノーゼ ・起坐呼吸 ・著明な喘鳴 ・努力呼吸 ・咯血 等	・肝硬変 ・高度脱水 ・腹壁緊張 ・高度貧血 ・頻回の嘔吐 等	・腹壁緊張 ・高度脱水 ・吐血、下血 ・高度貧血 ・妊娠の可能性 等	・大量の性器出血 ・腹部激痛 ・呼吸困難 ・チアノーゼ ・痙攣 等	・出血傾向 ・脱水症状 ・重度の黄疸 ・痙攣持続 ・ぐったりうつろ 等
解剖学的評価	・顔面骨折 ・胸部の動揺 ・穿通性外傷 ・四肢切断 等	-	-	-	-	-	-	-	-	-
受傷機転	・車外へ放出 ・車の横転 ・高所墜落 ・機械器具による巻き込み 等	-	-	-	-	-	-	-	-	-

報告書を基に消防庁で作成した概要

以下、実際に傷病者の搬送及び受入れの実施基準を定め運用している堺市域二次医療圏(拡大メディカルコントロール協議会(仮称))の例を示す。

疾病救急トリアージシート & 救急活動記録票									
救急隊名					発知日時 平成 年 月 日 時 分				
医療機関到着日時 平成 年 月 日 時 分					搬送先医療機関:				
傷病者情報 氏名: □男・□女, M, T, S, H 年 月 日生 ( 歳)					ID:				
生理学的評価	初期評価				無	有	評価せず	状況評価 心肺停止 あり(CPA) → A なし → 初期評価で有にチェック 有り → B なし → 症状で有に該当 有り → C なし → D	A 直近の医療機関等 リスト①
	気道閉塞、無呼吸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B 救命救急センタ ー等				
	脈拍触知せず	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	GCS 4-5-6 = ( )	8 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	または JCS = ( )	30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	呼吸数 = ( )	10 未満 30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	SpO2 = ( )	90% 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	脈拍数 = ( )	50 未満 120 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	収縮期血圧 = ( )	90mmHg 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	体温 = ( )	34℃ 未満 40℃ 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
重症不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
主訴、症状、症状	全身疼痛観察 (SAM) (R/E)				無	有	評価せず	通常救急医療機関へ 隊長コメント 初期診療担当医コメント	
	① 40 歳以上	20 分以上の持続する胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		肩、下頸(歯)、上腹部、背部の激痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		心臓病+胸痛不快感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		心電図モニター(II, CBS, CM2)でSTの上昇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		MCが示す別の基準 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	② 成人対象	片側の麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		一側のしびれ感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		言語障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		片側の失明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		失調	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		MCが示す別の基準 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	③ 消化器	吐血または血性吐物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		下血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	消化器症状+高度な貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	MCが示す別の基準 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
④ 急性胸痛	急な発症の腹痛(尿路結石を強く疑う場合は除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	筋性防御、反跳痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	歩行時に響く腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	(♂) 鼠径部腫脹+腹痛+嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	MCが示す別の基準 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
医療機関選定理由: ( □A, □B, □C#, □D )					収容決定までの医療機関への依頼回数: ( 回 )				
#: Cの活用した場合					病院; □依頼せず/□収容可/□収容不可; 不応理由→				
③④における当番病院名					病院; □依頼せず/□収容可/□収容不可; 不応理由→				

搬送先医療機関記載			
救急外来	初期診療担当	診療科:	担当医:
	病態・処置	病態または診断名:	処置:
	初期診療後の経過	□帰宅 □外来死亡 □入院 □同日転送**	
	**転送先医療機関名		
入院	入院後の担当	診療科:	主治医:
	確定診断名		
	主たる治療	□保存的治療 □PCI □t-PA □開頭術 □開腹術 □内視鏡的処置	
内容	<input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 心臓カテーテル <input type="checkbox"/> 内視鏡検査と処置 <input type="checkbox"/> その他	所見:	術名または処置内容:
退院日	年 月 日		
転帰	退院時の状況	□自宅退院、 □転院、 □死亡	
帰	転院先医療機関名		
回答	回答部署:		回答者:

連絡簿	
消防機関-医療機関	MC協議会検証

### 外傷・熱傷トリアージシート & 救急活動記録票

救急隊名			覚知日時 平成 年 月 日 時 分		
医療機関到着日時 平成 年 月 日 時 分			搬送先医療機関 ( )		
傷病者情報 氏名: <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女、M, T, S, H 年 月 日生 ( 歳) ID:					

初期評価		無	有	評価せず
生理学的評価	気道閉塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ショック症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	意識低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GCS 4-5-6 = ( )		8以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
または JCS = ( )		30以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸数 = ( )		10未満 30以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脈拍数 = ( )		50未満 120以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
収縮期血圧 = ( )		90mmHg未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

全身観察		無	有	評価せず
開放性頭蓋陥没骨折				
顔面・頭部の高度な損傷				
頸部・胸部の皮下気腫				
外頸静脈の著しい怒張				
胸部の動揺・フレイルチェスト				
腹部膨隆、筋性防御				
骨盤の動揺、下肢長さ				
頭頸部から鼠径部までの脱臼損傷				
1.5%以上の熱傷または気道熱傷				
両大腿骨折				
デグロビング損傷				
四肢の離断				
四肢の麻痺				

受傷機転		無	有	評価せず
自	同乗者の死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
勤	車の横転	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
車	車外に放り出された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乗	車が高度に損傷している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
車	救出に20分以上要した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中	60km/h以上での衝突	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
車	バイクと運転手の距離 大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歩	30km/h以上で走行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行	車に轢過された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
者	5m以上はねとばされた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
の	衝突部のバンパーに変形あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
機	機械器具に巻き込まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
械	の体幹部が挟まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
の	高所墜落 (6m以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医療機関選定理由: ( A, B, C, D )

収容決定までの医療機関への依頼回数: ( 回)

必要理由

病院: \_\_\_\_\_

病院: \_\_\_\_\_

状況評価

心肺停止 → **A** 救命救急センター等

なし → 初期評価で有にチェック → **B** 救命救急センター等へ搬送またはオンラインMC

全身観察 → 車内収容 → 搬送病院選定

状況で有に該当 → **C** 救命救急センター等へ搬送またはオンラインMC

なし → **D** 通常の救急医療機関へ

隊長コメント

初期診療担当医コメント

### 搬送先医療機関記録

救急外来	初期診療担当	診療科:	担当医:
	病態・処置	病態または診断名:	処置:
	初期診療後の経過	<input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 外来死亡 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 同日転送**	
	**転送先医療機関名		
入院	入院後の担当	診療科:	主治医:
	確定診断名		
	身体区分別 maxAIS	頭頸部 ( ), 顔面 ( ), 胸部 ( ), 腹部 ( ), 四肢骨盤 ( ), 体表 ( )	
	ISS/Ps	ISS:	予測生存率 (Ps):
	主たる治療	<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開胸開腹術 <input type="checkbox"/> TAE <input type="checkbox"/> 観血的修復固定術 <input type="checkbox"/> その他	
退院日	年 月 日		
転帰	退院時の状況	<input type="checkbox"/> 自宅退院, <input type="checkbox"/> 転院, <input type="checkbox"/> 死亡	
	転院先医療機関名		
回答	回答部署:	回答者:	

消防機関→医療機関	MC協議会検証
-----------	---------



厚生労働省：周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書  
～周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向けて～  
(平成21年3月4日)

<概要>

- ◆ 救急患者搬送体制の整備
  - ・ 救急患者の病態に応じた搬送・受入基準を作成
  - ・ 重症患者に対応する医療機関を定め、地域の実情に応じた受入迅速化、円滑化の方策を検討・実施
  - ・ 県境を越えた医療機関との救急搬送ネットワークを構築
- ◆ 搬送コーディネーター配置等による救急医療情報システムの整備
  - ・ 情報通信技術の活用等により周産期救急情報システムを改良
  - ・ 搬送コーディネーターを地域の中核医療機関又は情報センター等に配置
- ◆ 地域住民の理解と協力の確保
  - ・ 地域住民への情報公開
  - ・ 地域住民の啓発活動  
住民主催の勉強会の開催など地域住民による主体的な取り組みを支援し、住民とともに地域の周産期医療を守っていくことが重要。
- ◆ 対策の効果の検証と改良サイクルの構築
  - ・ 搬送先決定までの時間等のデータを収集し、地域ごとの実績を定期的に公表
  - ・ 周産期救急医療を救急医療対策の中に位置づけるよう、医療計画に関する基本方針を改正

<本文>

4 救急患者搬送体制の整備

(1) 母体搬送体制

母体搬送には、妊産婦救急のための搬送と胎児及び出生後の新生児の治療のための搬送がある。特に母体救命救急に対しては、病態に応じた搬送体制の整備が急がれ、以下の対応が求められる。

- ・ 専門家が医学的見地から十分に検討した上で、救急患者の病態に応じた搬送基準を作成する。同時に施設間転送と救急隊による直接搬送それぞれについての手順を定める。
- ・ 周産期母子医療センターは、上記の基準に照らして救急患者の病態に応じた受入基準を作成するとともに、対応可能な病態を公表する。
- ・ 周産期母子医療センターは、自院の体制を踏まえ、救急患者の受入れが円滑にできるよう関連診療科と綿密に協議し、連携を図る。

- ・ 脳神経外科等の関連診療科を有しない周産期母子医療センターについては、近隣の救命救急センター等といつでも連携できる体制を整える。
- ・ 都道府県は、周産期医療協議会、救急医療対策協議会やメディカルコントロール協議会といった医療関係者や消防関係者が集まる協議会等を活用し、周産期に関連する救急患者の受入先の選定、調整及び情報提供のあり方等を検討する。消防機関の搬送と病院前救護の質向上のためには、メディカルコントロール体制の確保が重要であり、メディカルコントロール協議会に周産期医療関係者も参画するなど、メディカルコントロール協議会においては周産期医療との連携に十分配慮する。
- ・ 都道府県は、救急患者の搬送及び受入基準の運用にあたり、必要に応じて、重症患者に対応する医療機関を定める等、地域の実情に応じた受入の迅速化、円滑化の方策を検討し、実施するとともに、そのために必要な医療機関に対する支援策を行う。

## (2) 新生児搬送体制

NICUのない施設や自宅で出生に至った低出生体重児などを搬送する新生児搬送体制についても整備を強化する。また、新生児の迎え搬送、三角搬送、戻り搬送などを担う医師等の活動を適正に評価する。都道府県が主体となって新生児搬送や母体搬送に対応できるドクターカーを備え、併せて運転手、搬送担当医師及び看護師を確保する。その場合、ドクターカーの設置施設及び搬送の具体的な運用等については都道府県の周産期医療協議会で検討する。

## (3) 広域搬送体制

地域の必要性に応じて、県境を越えた医療機関及び救急隊との救急搬送ネットワークを構築する。

関係する都道府県及び周産期母子医療センター、周産期救急情報システムの役割については周産期医療対策事業の見直しの中で、明確にする。

広域搬送に際しては、救急医療用ヘリコプターや消防防災ヘリコプター等を活用した搬送体制を検討する。更に、県境を越えた搬送症例においては、家族の利便性の観点から、また母親が児に接する機会を増加させる意味でも戻り搬送の必要性は高く、これに対する体制整備を推進する。

## (4) 戻り搬送

総合周産期母子医療センターが受け入れた妊産婦及び新生児を、状態が改善し搬送元医療機関での受入が可能になった時に、搬送元医療機関等に搬送する体制（戻り搬送）を促進する。この時、病院及び家族の経済的負担を軽減するための対策等も検討する。

厚生労働省：重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会  
中間取りまとめ（平成21年7月8日）

1 小児救急患者の搬送と受入体制の整備について

小児科医を構成員に含む協議会を都道府県に設置して、小児救急患者の搬送及び受入れの実施基準を定める必要がある。その実施基準の中で、消防機関が小児救急患者の緊急度や状況を確認するための基準を策定する必要がある。

小児救急患者の受入体制について、医療計画の中に明示し、住民にわかりやすく伝える必要がある。

2 小児の救命救急医療を担う救命救急センターの整備について

救命救急センターの実施要綱における小児救急専門病床の要件については、本検討会での議論に基づいた見直しが必要である。

また、小児の救命救急医療を担う救命救急センターにおける医療の質の確保や実績の評価については、今後関連する情報を集め、専門家による検討が必要となるとともに、そのような機能や評価に応じた適切な支援が求められる。

3 小児の救命救急医療を担う小児専門病院・中核病院等の整備について

小児の救命救急医療を担う小児専門病院・中核病院等については、従来の救命救急センターの小児救命救急部門と同等の機能を有する「小児救命救急センター（仮称）」として、必要な支援を行っていく必要がある。

4 小児集中治療室の整備について

小児集中治療室については、財政的支援が充分でないことを一因として整備が進んでいない状況にあり、今後は、整備を推進するための支援の充実が必要である。

今後は、小児の救命救急医療体制の中で集中治療室が受け皿として普及することが求められており、そのためには、小児の集中治療を担う医師の確保・養成が必要である。また、小児集中治療室に必要とされる小児科医、麻酔科医や専門とする看護師の要件等について、前出の「小児集中治療室設置のための指針」を参考に、質の確保と量の拡充の視点から、更なる研究を行う必要がある。さらに、各地域において、小児集中治療室を整備する医療機関や必要な病床規模について、地域の実情に応じて実現に向けた検討をしていく必要がある。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/07/s0708-3.html>

厚生労働省：今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（平成21年9月24日）

(3) 改革の具体像

①地域生活を支える医療機能の充実・強化

ア 精神科救急医療体制の確保

- 地域の実情を踏まえつつどの地域でも適切な精神医療を受けられる体制の確保を図る観点から、都道府県による精神科救急医療体制の確保等について、制度上位置付けるべきである。
- 精神科救急医療システムの基礎的な機能について、都道府県等がモニタリングを行い、適切にシステムを運用できるよう、国が指標を設定し評価を行うとともに、都道府県等が基礎的な機能を超えた優れたシステムを構築する際にも、財政的な支援の充実を図るべきである。
- 精神科救急情報センターが、精神科救急と一般救急との連携・調整や、精神・身体合併症患者の紹介の機能を果たすよう、機能強化及び医療関係者への周知を図るべきである。
- 都道府県において救急患者の搬送・受入ルールを策定することとする消防法の改正（平成21年）が行われたことを踏まえ、当該ルールにおいて、精神・身体合併症患者も対象とするよう促すことについて検討すべきである。
- さらに、一般病床における身体合併症患者の診療体制を確保する観点から、精神疾患と急性期の身体疾患を併せ持つ患者に対する精神科リエゾン診療の充実について検討すべきである。（再掲）

また、一般救急医療機関に搬送された重篤な身体合併症を有する精神疾患患者への診療体制を確保する観点から、救命救急センター等における精神医療の確保や、救命救急センター等から他の総合病院等の精神科医療機関への転院の円滑化のための方策についても検討すべきである。

イ 精神科医療施設の精神科救急医療体制における機能

- 再診や比較的軽症の外来患者への対応など、一次的な救急医療について、診療所を含めた地域の精神科医療施設が自ら役割を担うとともに、情報窓口の整備・周知等を図り、夜間休日を含めた精神医療へのアクセスの確保を図るべきである。
- 常時対応型施設については、救命救急センターを参考に、施設の機能評価を行い、機能の向上を図るべきである。そのための指標の作成を進めるべきである。
- 総合病院精神科における精神病床の確保とともに、その機能の充実を図るための方策について検討すべきである。（再掲）

第2号（医療機関リスト）

分類基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称

第2号の基準（医療機関リスト）は分類基準に基づき分類された医療機関の区分ごとに、当該区分に該当する医療機関の名称を具体的に記載するものである。

表示の仕方は任意であるが一般に理解しやすい表示方法の例を以下に示す。

なお、都道府県は、各分類基準について、対応可能な医療機関を調整していくこととなるが、どの程度の地域ごとに、対応可能な医療機関を調整していくかは、分類基準によって異なり、例えば、重症度・緊急度が高い妊産婦について、より広域で医療機関の調整を行うことも考えられる。

傷病者の状況			医療機関のリスト	
緊急性	重篤（バイタルサイン等による）		A救命救急センター、B救命救急センター	
	脳卒中 疑い	t-PA適応疑い	B救命救急センター、D病院	
		その他	C病院、E病院	
	心筋梗塞（急性冠症候群）疑い		A救命救急センター、E病院	
	胸痛		A救命救急センター、B救命救急センター、D病院	
	外傷	多発外傷	A救命救急センター、B救命救急センター	
		その他	C病院	
	…		…	
	専門性	妊産婦		B救命救急センター、F病院、G病院
		小児		B救命救急センター、Jセンター、K病院
…		…		
特殊性	開放骨折		A救命救急センター、B救命救急センター、F病院	
	四肢断裂		B救命救急センター	
	…		…	

※ 上記の基準は例示であり、分類基準をどう策定するかは地域の実情に応じて決定されるものである。

○ 参考：東京都における脳卒中の例

### 東京都脳卒中急性期医療機関リスト

このリストは、「東京都保健医療計画」における脳卒中急性期医療機能を担う医療機関の一覧です。

平成20年2月31日現在

【注】

◇このリスト掲載の医療機関は、脳卒中急性期患者の受入可能な態勢をとれる日や時間帯があるということです。

また、救急医療現場の状況は、時々刻々と変化するため、受入可能な状態かどうかは常に変化します。

◇「t-PAの実施あり」の欄に「○」のついている医療機関は、t-PA治療(\*)実施に必要な態勢をとれる日や時間帯があるということです。

(\*) t-PA治療…超急性期の脳梗塞治療で、発症後3時間以内に遺伝子組み換え型t-PA(組織プラスミノゲン・アクチベーター)製剤(薬剤名:アルテプラゼ)の静脈内投与による血栓溶解療法を指す。

◇このリストは、毎月1日付で更新します。

医療機関名	住所	t-PAの実施あり
東京通信病院	千代田区富士見2-14-23	○
駿河台日本大学病院	千代田区神田駿河台1-8-13	○
聖路加国際病院	中央区明石町9-1	○
東京都済生会中央病院	港区三田1-4-17	○
せんぽう赤十字輪病院	港区高輪3-10-11	○

### 第3号（観察基準）

#### 消防機関が傷病者の状況を確認するための基準

第3号の基準（観察基準）は、救急隊が傷病者の症状等（状況）を観察（確認）するためのものである。この基準は、受入医療機関を選定するために、傷病者の状況を正確に把握するためのものであり、特に、第1号の分類基準のどの分類に該当するか判断するための材料を、正確に観察することを定めるものである。

例えば、脳卒中疑いについては、一般に救急車を呼ぶべきと啓発されている内容から、シンシナティ病院前脳卒中スケール、さらには倉敷プレホスピタル脳卒中スケールといった観察基準がある。これらのうちどの基準を用いるかは、地域の医療資源の状況等によるものであり、第1号の分類基準による分類による。

t-P A療法を活用する場合、

- ① 脳卒中が疑わしいものを全てt-P A実施可能な医療機関に集める
  - ② 脳卒中が疑われる中でも特にt-P A適応の疑いがあるものを救急隊で絞り込んでt-P A実施可能な医療機関に搬送する
  - ③ 脳卒中が疑われた場合には一旦、診断可能な医療機関に搬送し、必要に応じてt-P A実施可能な医療機関に転院搬送する、
- 等、種々の対応方策が考えられるが、こういった対応方策で実施するか協議した上で、観察基準が決定されることとなる。

心筋梗塞（急性冠症候群）疑いについても同様であり、心筋梗塞（急性冠症候群）が疑われる症状等は、いくつかあるが、例えば堺市の場合では、循環器疾患という形でまとめ、まずは「40歳以上」を前提とし「20分以上の持続する胸痛」、「肩、下顎（歯）、上腹部、背部の激痛」、「心臓病+胸部不快感」、「心電図モニターでのST上昇」を基準として採用し、メディカルコントロール協議会が示す別の基準を付け加えるという形で整理を行っている（参考（分類基準に関するもの）参照）。

なお、傷病者の観察は、観察基準に策定されているものだけ行えばいいというものではなく、観察基準に基づく観察のほか、傷病者の状況に関する総合的な観察が必要である。

また、救急業務に関しては、活動要領等を策定し一定の基準に基づき実施している消防本部もあるが、傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準を機能させるために、協議会での検討結果を踏まえて、こうした活動要領等について適宜見直し、整合性を図っていくことが重要である。



## 参考（観察基準に関するもの）

### 脳卒中疑い

- ・ 突然に以下いずれかの症状が発症した場合等

- ・ 片方の手足・顔半分の麻痺・しびれ(手足のみ、顔のみの場合あり)
- ・ ロレツが回らない、言葉が出ない、他人の言うことが理解できない
- ・ 力はあるのに、立てない、歩けない、フラフラする

社団法人日本脳卒中協会HPより一部改変

- ・ シンシナティ病院前脳卒中スケール

(CPSS : Cincinnati Prehospital Stroke Scale)

### シンシナティ病院前脳卒中スケール(CPSS)

- ・ 顔のゆがみ(歯を見せるように、あるいは笑ってもらう)  
正常— 顔面が左右対称  
異常— 片側が他側のように動かない。図では右顔面が麻痺している
- ・ 上肢挙上(閉眼させ、10秒間上肢を挙上させる)  
正常— 両側とも同様に挙上、あるいはまったく挙がらない  
異常— 一側が挙がらない、または他側に比較して挙がらない
- ・ 構音障害(患者に話をさせる)  
正常— 滞りなく正確に話せる  
異常— 不明瞭な言葉、間違った言葉、あるいはまったく話せない

解釈: 3つの徴候のうち1つでもあれば、脳卒中の可能性は72%である



脳卒中病院前救護ガイドライン(脳卒中病院前救護ガイドライン検討委員会  
(日本救急医学会・日本神経救急学会))

倉敷プレホスピタル脳卒中スケール

(K P S S : Kurashiki Prehospital Stroke Scale)

倉敷病院前脳卒中スケール(KPSS) Fig. 4		全障害は13点	
意識水準	完全覚醒	0点	
	刺激すると覚醒する	1点	
	完全に無反応	2点	
意識障害	患者の名前を聞く		
	正解	0点	
	不正解	1点	
運動麻痺	患者に目を閉じて、両手掌を下にして両腕を伸ばすように		
	口頭、身ぶり手ぶり、パントマイムで指示	右手	左手
	左右の両腕は並行に伸ばし、動かずに保持でき	0点	0点
	手を挙上するが、保持できず下垂する	1点	1点
	手を挙上することができない	2点	2点
	患者に目を閉じて、両下肢をベットから挙上するように		
	口頭、身ぶり手ぶり、パントマイムで指示	右足	左足
	左右の両下肢は動揺せず保持できる	0点	0点
	下肢を挙上できるが、保持できず下垂する	1点	1点
	下肢を挙上することができない	2点	2点
言語	患者に「今日はいいい天気です」を繰り返して言うように指示		
	はっきりと正確に繰り返して言える	0点	
	言語は不明瞭(呂律がまわっていない)、もしくは異常である	1点	
	無言。黙っている。言葉による理解がまったくできない	2点	
計	_____点		

脳卒中病院前救護ガイドライン (脳卒中病院前救護ガイドライン  
検討委員会 (日本救急医学会・日本神経救急学会))

※ NIHSS (national institute of health stroke scale) における  
病院前部分の簡易版

心筋梗塞（急性冠症候群）疑い

- ・ 20分以上の胸部痛、絞扼痛
  - ・ 心電図上のST-T変化、持続性の心室頻拍
  - ・ 放散痛（肩、腕、頸部、背中）
  - ・ 随伴症状（チアノーゼ、冷感、嘔気・嘔吐、呼吸困難）
  - ・ 既往歴（狭心症（ニトロ服用）、心筋梗塞、糖尿病、高血圧）
- 等

○ 確認の実効性を高める工夫について

特に重要な事項等について、観察カードの策定や活動記録票等を工夫し、関係者間で共通認識を図ることが、確認の実効性を高める上で有効である。

- ・ 参考：東京消防庁観察カード

外傷観察カード <東京消防庁>

総合判断  A  B

外見	状態	歩行可能・不能(仰・側・腹・坐・その他)	
	顔色	正常	黄・紅潮
	表情	正常	興奮・不安・苦悶
	嘔吐・失禁	なし	嘔気・嘔吐・吐血・喀血
バイタルサイン	皮膚体温等	正常	乾燥・発熱・濡潤・発汗・浮腫
	脈	正常	
	呼吸	正常	
	意識	清明	1 2 3 10
呼吸	性状	正常	
	数(回/分)	成人 16~19	20~29 10~15
	乳幼児	24~30	31~34 15~23
	呼吸音	正常	左右差(なし)
脈拍	緊張度	正常	強 弱 左右差(なし)あり
	リズム	整	
	数(回/分)	成人 50~100	101~110
	乳幼児	80~120	121~149
血圧	測定値	/	/ 左右差(なし)あり
	収縮期血圧	140~90 mmHg	141~199
	SpO <sub>2</sub>	93~97%	90~92%
	瞳孔	大きさ 正常	縮小(両側)、不同(左>右)
瞳孔	反射	正常	にぶい
	偏視	なし	

左( ) 1 ● 2 ● 3 ● 4 ●

右( ) 1 ● 2 ● 3 ● 4 ●

※1 赤枠の項目が1つでもあれば、重症と判断する  
 ※2 緑色の項目は総合的に重症度を判断する

主訴・局所状態	痙攣等	なし	ふるえ・戦慄・痙攣・痙攣(局所・四肢)
	痺痺	なし	重篤・知覚
	部位	頭	顔・額・鼻・口・耳・眼・眉・鼻・頬・顎・背・腕
		前肢	前胸部 上肢部 上肢左(肩・上腕・肘・前腕・手)
		前肢	前胸部 下肢部 右(肩・上腕・肘・前腕・手)
		後肢	後胸部 後肢部 下肢左(もも・大腿・膝・下腿・足)
	後肢	後胸部 右(もも・大腿・膝・下腿・足)	
	痛み	なし	鈍痛・激痛 腹筋・放散 同位・特異
	出血	なし	皮下出血 出血・特異 出血量 少
	創傷等	なし	擦傷(創) 打撲(挫傷) 刺創(刺) 切創(切) 裂創(裂) 打撲(挫傷) 刺創(刺) 切創(切) 裂創(裂)
骨折	なし	捻挫・脱臼・脱臼(関節)・骨折・骨折	
既往症	なし	心疾患・糖尿病・高血圧・消化・泌尿・その他	
処置	薬剤使用歴:		
	最終飲食時刻:		

2006

#### 第4号（選定基準）

消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準

第4号の基準（選定基準）は、救急隊が、傷病者の観察に基づき医療機関リストの中から搬送すべき医療機関を選定するための基準である。

搬送先の選定には、傷病者の観察の結果、医療機関リストのうち当該傷病者に適した区分に属する医療機関の中から最も搬送時間が短いものを選定することが基本であるが、当該医療機関の受入可否状況や搬送すべき傷病者の、かかりつけ医療機関の有無等を考慮し、総合的に判断することが必要であり、あらかじめルール化できるものを基準として定めておくことが考えられる。

こうした選定基準について、観察基準と同様、観察カードの策定や活動記録票等を工夫し、関係者間で共通認識を図ることが、選定の実効性を高める上で有効である（参考（観察基準に関するもの）「○ 確認の実効性を高める工夫について」参照）。

## 第5号（伝達基準）

消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準

第5号の基準（伝達基準）は、救急隊が、搬送先として選定した医療機関に対して、傷病者の状況を伝達するための基準を定めるものである。

分類に当てはまる症状、選定の根拠となる症状等、搬送先医療機関を選定する判断材料となった事項について優先して伝達する。

なお、傷病者の伝達は、伝達基準に定められたものだけ伝達すればいいというものではなく、基本的に総合的に系統だった伝達が必要である。

## 第6号（受入医療機関確保基準）

傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項

第6号の基準（受入医療機関確保基準）は、傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準及びその他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項についての基準を策定するものである。

### （1）傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準

○ 第5号までの基準に従って、傷病者の搬送及び受入れの実施を試みてもなお、傷病者の受入れに時間がかかるケースが発生することが考えられる。そのような場合に傷病者を速やかに受入れるため、消防機関と医療機関の間で合意を形成する等のルールを設定しておく必要がある。

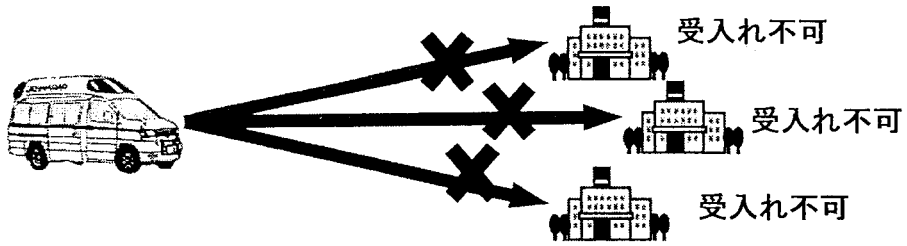
#### ① 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合の設定

- ・ 当該ルールを適用すべき場合について、照会回数\_\_回以上、現場滞在時間（or 医療機関の選定に要している時間）\_\_分以上等を設定

#### ② 受入医療機関を確保する方法の設定例（次頁参照）

- ・ コーディネーターによる調整
- ・ 基幹病院による一時受入れ
- ・ 機能別に最終的な受入医療機関をあらかじめ設定

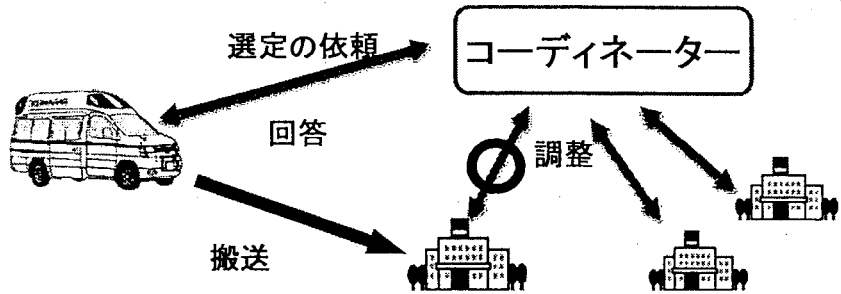
受入医療機関が速やかに決定しない場合



(例)

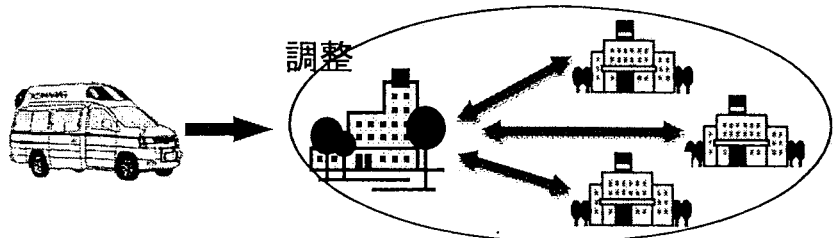
コーディネーターによる調整

コーディネーターが  
受入医療機関の調  
整を行い、その調整  
結果に基づき受入れ  
を実施



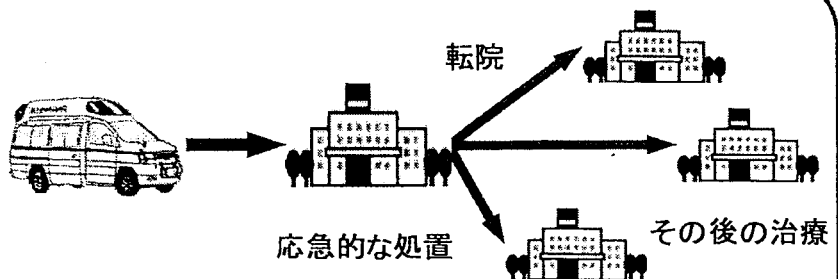
基幹病院による調整

地域の基幹病院が、  
地域内で患者受入調  
整を行うとともに、自  
院での受入れにも努  
める



一時受入れ・転院

一時受入病院が、応  
急的な処置を行い、  
その後の治療は必  
要に応じて転院先医  
療機関で実施

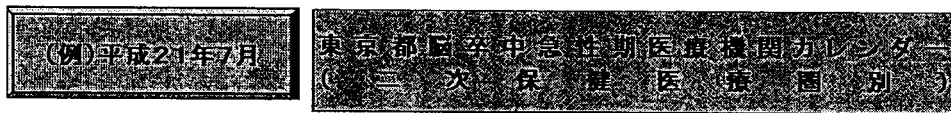


(2) その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項

① 受入医療機関に関する輪番制等の運用に関する基準

受入医療機関に関して、輪番制を組むことで、対応する方法がある。医療機関として、体制を継続的に強化することは困難でも、週に数回であれば可能等、それぞれの医療機関の対応能力を考慮し、地域全体として医療機能の確保を行う。救急全般に対応する輪番や、t-PA療法など、特定の医療機能を継続的に維持するための輪番がある。

※ 参考：地域によっては、事前に医療資源の調整を行うため、分類基準による特定の分類に対し、医療機関リストで名前があがっている医療機関において、あらかじめ医療機関を調整・確保している。



A. t-PAによる治療が可能な時間帯 ※6月1日現在の情報であり、最新の情報が反映されていない場合がある

医療機関名	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日
	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)
医療機関名	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

以下、同様に、日勤帯・夜勤帯において、患者の受入が可能か○×で表記

B. t-PA以外の治療が可能な時間帯 ※6月1日現在の情報であり、最新の情報が反映されていない場合がある

医療機関名	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日
	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)
医療機関名	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×

以下、同様に、日勤帯・夜勤帯において、患者の受入が可能か○×で表記

※島しょを除く二次保健医療圏別ごとに、圏域別事務局病院等にて関係各医療機関の情報を集約し作成  
 ※都で12圏域分を集約し、東京消防庁等と東京都脳卒中急性期医療機関(圏域別事務局病院等経由)に通知

東京都脳卒中カレンダーより一部改変(実際には医療機関名が入る)



② 医療機関の受入可否情報の提供に関する事項

救急医療情報システムにおける更新頻度に関する運用を実施基準として、1日定時2回、当直体制の変更時、手術室がふさがり等の受入れに重大な影響を及ぼす事態が生じた際の当該情報等、決めておくことができる。

また、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を機能させるべく、表示項目を傷病者の状況に応じたものにすることが考えられる。

## 第7号（その他基準）

### 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項

第7号は、第6号までの基準以外に傷病者の搬送及び受入れの実施に関して、都道府県が必要と認める事項について策定するものである。

以下に例を示す。

#### ○ 搬送手段の選択に関する基準

消防防災ヘリやドクターヘリを活用する場合には、基本的に消防機関が要請を行うこととなる。即ち、ヘリコプターを効果的に活用するためには、適切なヘリ要請が必要である。そのため、救急車の活用と、ヘリコプターの活用等と、どちらが傷病者の生命や予後の観点から適当か等、当該地域においてあらかじめ検討した上で、一定の要請基準を設定することが考えられる。

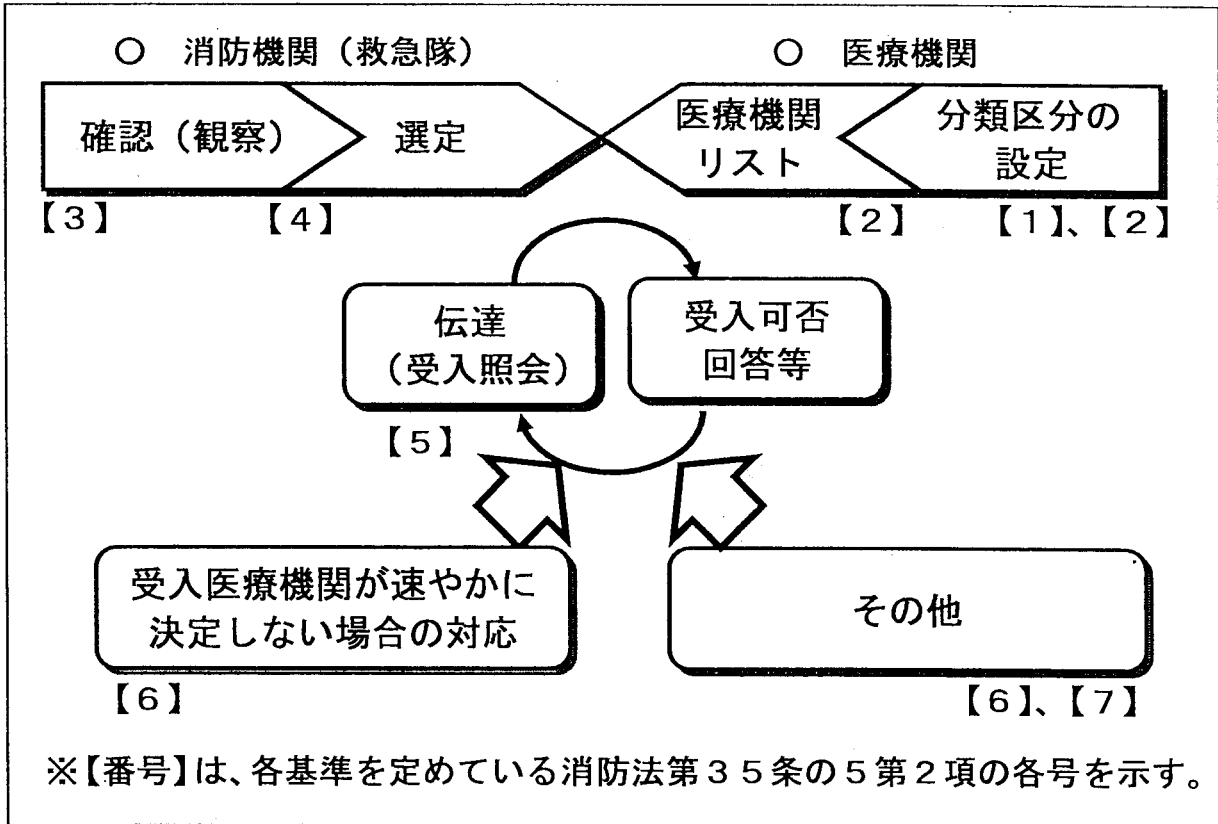
#### ○ 災害時における搬送及び受入れの基準

災害時、特に多数発生した傷病者に対し、消防機関と医療機関がどのように連携を図るかについて、傷病者の搬送及び受入れの観点から、実施基準としてあらかじめ策定しておくことが考えられる。

## 参考（第1号～第7号の実施基準に関するもの）

消防法第35条の5第2項の各号について、以下に概念図としてまとめる。

傷病者の搬送及び受入れの実施基準概念図



### 【1】第1号（分類基準）

- 傷病者の状況に応じた分類の策定

### 【2】第2号（医療機関リスト）

- 分類に応じ医療機関の名称を具体的に記載

### 【3】第3号（観察基準）

- 傷病者の状況の観察の基準

### 【4】第4号（選定基準）

- 医療機関の選定の基準

### 【5】第5号（伝達基準）

- 観察に基づいた傷病者の状況の伝達の基準

### 【6】第6号（合意形成基準、確保基準）

- 医療機関の選定が困難な場合の対応
- その他医療機関を確保するための基準

### 【7】第7号（その他基準）

- その他必要な基準

### 3 協議会について

消防法が都道府県に設置を義務づける協議会は、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を策定又は変更するに当たっての協議や、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する連絡調整を行うためのものであり、消防機関及び医療機関をはじめ、関係する事業を代表する者がもれなく参画するものでなくてはならない。

協議会の構成メンバーについてその一例を以下に示す。

① 消防機関の職員

- ・ 代表消防本部
- ・ 政令市等大規模消防本部
- ・ 中～小規模消防本部

等

② 医療機関の管理者又はその指定する医師（救命救急センター長等）

- ・ 救命救急センター、地域中核病院
- ・ 二次救急医療機関
- ・ 小児科、産婦人科、精神科等の特に特定の医療機能を有する医療機関

等

③ 診療に関する学識経験者の団体の推薦する者

④ 都道府県の職員

- ・ 消防防災部局の職員
- ・ 衛生主管部局の職員

⑤ 学識経験者等（都道府県が必要と認める者）

消防機関と医療機関等との間の意見調整や傷病者の搬送及び受入れに関する合意の形成を行うことから、こうした関係機関における一定の責任を有する者が協議会の構成員となることが望ましいと考えられる。しかし、同時に、実施基準を現場の実情に即したものとするため、現場の意見を反映させることも不可欠である。そのための対応として、協議会の構成メンバーに現場の消防職員や救急医療に携わる医師を加えることや、協議会にこれらの者からの意見陳述の場を設けること等も考えられる。

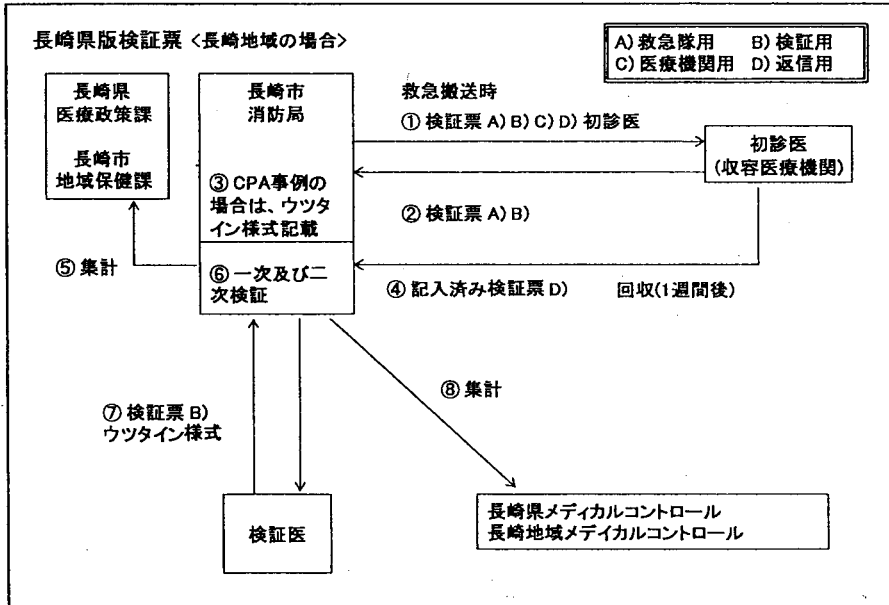
#### 4 傷病者の搬送及び受入れに関する調査・分析について

- 協議会の機能である「実施基準に基づく傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に係る連絡調整」（消防法第35条の8）として、傷病者の搬送及び受入れの状況についての調査・分析が含まれている。
- 消防機関が有する搬送に関する情報と、医療機関が有する救急搬送後の傷病者の転帰情報等をあわせて、その地域での救急の状況を分析することが、傷病者の状況に応じた適切な医療を提供するための実施基準の策定とその見直しを行うために重要である。
- まず、地域において、どういった傷病者が救急搬送されているのか、また、それらに対応するために、どの程度の医療提供体制が必要なのか、需要状況を把握する必要がある。その上で、現時点で地域における医療の供給体制を踏まえ、手術等が出来る体制をどの程度確保しておくべきか等、データを基に実施基準を検討していく必要がある。
- また、救急隊の搬送及び処置が適切であったか、そして、医療機関の受入れは適切であったか、それぞれのデータをもって客観的に把握し、フィードバックさせることで、実際に機能する実施基準にしていく必要がある。
- さらに、救急隊の搬送と処置と、どちらを優先させることが傷病者の救命や予後の向上の観点から適切か、また、各地域における消防機関と医療機関とがどうあるべきか、検討していくことが望ましい。
- 実施基準を策定し、検証に基づいて実施基準の見直しを行い、より有効な実施基準を、状況に応じて適宜策定していく必要があるため、少なくとも、年に一回は調査・分析に基づき、実施基準全体を見直す必要があると考えられる。

# (1) 地域の取組について

## ○ 長崎救急医療白書

- 地域における患者の発生状況、治療・転帰の状況を明らかにするために救急現場から医療機関へ正確な情報を伝え（プレホスピタルレコード）、治療結果をフィードバック。



長崎県版救急活動記録票 (救急隊用) 兼出番報告書

署長	副署長	課長	主任	検査担当者
1-1				
出場場所	長崎市	発生場所	住宅 商業地 事務所 仕事場	発生時刻
氏名		生年月日	性別	年齢
病名	[ ] 出場場所と同じ			
不搬送	[ ] 搬送 [ ] 死亡 [ ] 現場処置 [ ] 帰院 [ ] 他			
市民地域	有・無 人工呼吸のみ・心マのみ・CPA・ABD・他			
主治	不明・無・有 (病名)			
部位	頭部 [ ] 顔面 [ ] 頸部 [ ] 胸部 [ ] 腹部 [ ] 四肢 [ ] 全身 [ ]			
所見	正常 [ ] 異常 [ ] 不明 [ ]			
経過	1. 搬送前 2. 搬送時 3. 搬送後 4. 院内経過 5. 転院経過 6. その他			
備考				
救急隊の到着	有・無			
救急隊の処置	有・無			
救急隊の搬送	有・無			
救急隊の搬送理由	1 死亡 2 重傷 3 中等度 4 軽傷			

長崎県版検証票 (検証用)

1-2

検証票	検証日	発生場所	住所
所見	[ ] 意識 [ ] 瞳孔 [ ] 呼吸 [ ] 脈拍 [ ] 体温 [ ] 聴診 [ ] 触診 [ ] 神経系 [ ] 泌尿器 [ ] 消化器 [ ] 循環器 [ ] 内分泌 [ ] 免疫 [ ] 皮膚 [ ] 骨格 [ ] 生殖器 [ ] 他		
経過	1. 搬送前 2. 搬送時 3. 搬送後 4. 院内経過 5. 転院経過 6. その他		
備考			
救急隊の到着	有・無		
救急隊の処置	有・無		
救急隊の搬送	有・無		
救急隊の搬送理由	1 死亡 2 重傷 3 中等度 4 軽傷		

出発場所	長崎市	発生場所	住所: 大塚町入道所 辻等第
氏名		生年月日	年 月 日
年齢		性別	男 女
病状	出場所と同じ		
不規則	脈なし	呼吸なし	瞳孔なし
不規則	その他	意識	停止
不規則	その他	心電図	心電図 (3分)
不規則	その他	心電図	心電図 (3分)

出発場所	長崎市	発生場所	住所: 大塚町入道所 辻等第
氏名		生年月日	年 月 日
年齢		性別	男 女
病状	出場所と同じ		
不規則	脈なし	呼吸なし	瞳孔なし
不規則	その他	意識	停止
不規則	その他	心電図	心電図 (3分)
不規則	その他	心電図	心電図 (3分)

医療機関からの情報は、長崎県内の救急統計資料に活用させて頂きたく御協力をお願いします。  
 切り取り線より上にある出発場所・年齢・性別についてそれぞれ記入をお願いします。  
 住所の年齢 性別 上記出発場所を市・町・丁目まで記入してください。  
 性別 男・女 ( )市・区 ( )町 ( )丁目・番  
 上記搬送患者について、次の各項目に記入をお願いします。  
 搬送先 医療機関名 医師名  
 診断コード  
 1 〇外傷のみ 〇入院中 〇退院 〇外来死亡 〇入院死亡  
 〇高次医療機関への転院 〇その他の転院  
 手続: 〇有 〇無  
 CPA 有・無 ( )月 ( )日手続 退院・転院・死亡日 月 日  
 ※下記の確定診断コードに基づき、上記の「診断コード」に記入をお願いします。  
 内傷性疾患コード (疾患名に続く数字が診断コードとなっています)  
 脳 脳内出血 (111), くも膜下出血 (112), 脳梗塞 (113), その他脳疾患 (119)  
 循環器疾患 急性心筋梗塞 (121), 狭心症 (122), 急性大動脈解離 (123), その他循環器疾患 (129)  
 呼吸器疾患 気管支喘息 (131), 肺炎 (132), COPDの急性増悪 (133), その他呼吸器疾患 (139)  
 消化器疾患 消化管出血 (141), 穿孔性腹膜炎 (142), その他消化器疾患 (149)  
 その他 精神障害 (151), 産婦人科疾患 (152), 分類不明 (153), その他内臓性疾患 (159)  
 ※ 分類不明とは、腰痛・意識消失・胸痛・腹痛・呼吸困難・発熱などをさす。  
 外科性疾患コード (疾患名に続く数字が診断コードとなっています)  
 外傷 外傷性頭内出血 (211), 心・大血管・脾臓 (212), 肝臓脾臓損傷 (213)  
 骨折 骨盤骨折 (221), 大腿骨骨折 (222), その他骨折 (229)  
 その他 1 重症多発外傷 (231), 脊髄損傷 (232), 盲腸 (233)  
 その他 2 熱傷 (241), 溺水 (242), 中毒 (243), その他外科性疾患 (249)  
 ※ 重症多発外傷とは、命にかかわる臓器損傷を2箇所以上負った外傷をさす。  
 ※ 消防機関では全国レベルで心停止復蘇者のウツライン統計に準じた統計を行っています。  
 搬送現場または搬送途中で発生した心停止症例に限り、消防の担当者から1か月後の状況について連絡をさしあ  
 げる場合があるかと存じますが、その際はご協力をお願いします。  
 長崎県メディカルコントロール協議会  
 長崎地域メディカルコントロール協議会  
 救急用返信票に関する連絡先  
 〒850-0032 長崎市興隆町3番1号  
 長崎市消防局 消防課 担当: 救急室助保

### ○ 大阪府泉州地域の取組

- 救急搬送及び医療資源、供給両面での実態を把握し、その上で、内科 (内因性疾患) 全般及び吐下血・脳卒中について緊急の対応が必要と判断し、体制を構築。
- 救急搬送の実態調査により、二次救急告示医療機関に患者が集中し過度の負担となっていることや、特に吐下血・脳卒中等の特定の疾患について搬送先の選定に難渋する実態を把握。また、特定の疾患については従来の固定通年制に加えて当番制の導入が必要との認識に立ち、各医療機関における提供可能な診療内容について調査を行っている。

○ 調査・分析における傷病者の情報の取扱いについて

(1) 傷病者に関する情報の取扱いについては、「事後検証における患者に関する情報の取扱いについて」(平成17年3月31日付け医政指発第0331005号・消防救第97号)及び「医療機関に搬送した傷病者に関する情報について」(平成17年3月31日付け消防救第95号)等において整理されており、以下のように考えられる。

- ① 調査・分析のために、個人情報保護に関する法律第2条第3項に規定する「個人情報取扱事業者」に該当する医療機関が保有する患者に関する情報を関係行政機関に提供する場合は、同法第23条第1項第3号及び第4号に該当すると考えられること。
- ② 調査・分析のために、行政機関の保有する個人情報保護に関する法律第2条第1項に規定する「行政機関」に該当する医療機関が保有する患者に関する情報を関係行政機関に提供する場合は、同法第8条第2項第3号に該当すると考えられること。
- ③ 調査・分析のために、独立行政法人等の保有する個人情報保護に関する法律第2条第1項に規定する「独立行政法人等」に該当する医療機関が保有する患者に関する情報を関係行政機関に提供する場合は、同法第9条第2項第3号に該当すると考えられること。
- ④ 調査・分析において、関係行政機関が、医療機関の保有する患者に関する情報を公表するに当たっては、傷病者を特定できないよう匿名化する等により、個人情報保護に関する法律(平成15年法律第57号)第2条第1項、行政機関の保有する個人情報保護に関する法律(平成15年法律第58号)第2条第2項及び独立行政法人等の保有する個人



情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第2条第2項に規定する「個人情報」に該当しない範囲内の情報にとどめること。

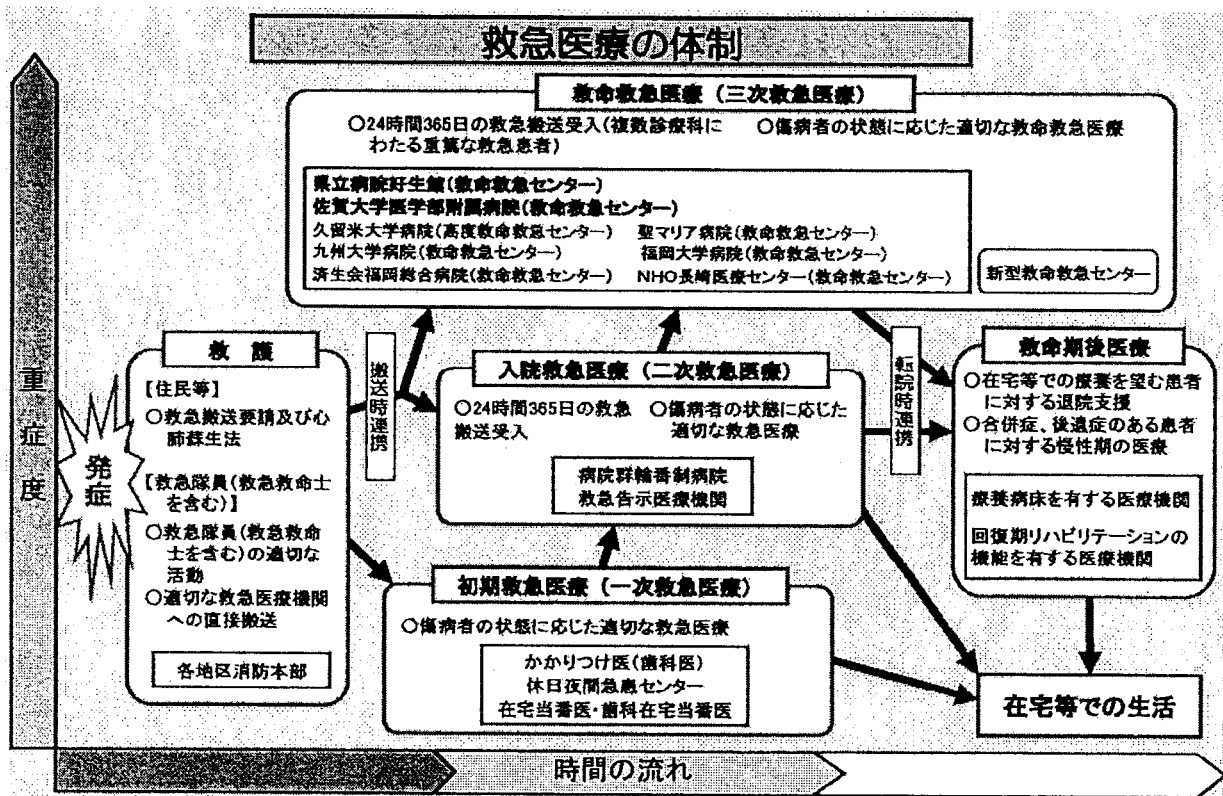
- (2) 氏名、生年月日、住所等を消去することで個人情報を匿名化すること等については、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（厚生労働省・平成16年12月24日（平成18年4月21日改正））のⅡの2.「個人情報の匿名化」等を参考にする  
こと。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/dl/170805-11a.pdf>

## 5 都道府県間の調整について

- 傷病者の状況に応じた適切な医療機関について、都道府県で確保していくことが原則ではあるが、医療資源の状況等によっては、都道府県を超えて広域的な対応が必要となることが考えられる。
- また、医療計画においても、都道府県は、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとされている。
- 例えば、佐賀県は、救命救急センターへの搬送において、福岡県や長崎県等と連携し対応を行っている。

・ 参考：佐賀県保健医療計画（平成20年4月）



○ 都道府県を越えた搬送については、隣接都道府県及び隣接都道府県の医療機関と連携し、以下の方法を調整することが考えられる。

- ① 医療機関リストに、隣接都道府県の医療機関をリストアップする方法
- ② 受入医療機関選定困難事案発生時等、医療機関を確保できない場合の対応として、隣接都道府県の医療機関を合意形成基準において位置づける方法

○ 備考

- ・ 中部地区では、メディカルコントロール協議会相互の情報の共有を図り、より効率的に高度なメディカルコントロール体制を構築するため、中部地方メディカルコントロール協議会連絡会を開催している。
- ・ 複数の都道府県にまたがる形でメディカルコントロール協議会等を運用している地域もあり、そうした実情を踏まえた上で、都道府県は都道府県間の調整を行うことが重要である。

## 参考（都道府県間の調整に関するもの）

### 【消防法一部改正法案採決時に付された附帯決議】

- 衆議院総務委員会（平成21年4月17日）（抄）
  - ・ 大都市圏を中心に救急搬送が広域的に行われている現状にかんがみ、都道府県が策定する実施基準が都道府県の区域を越えた広域的な連携に十分配慮した実効的なものとなるよう、必要に応じ、情報の提供、助言、その他の援助を通じ、都道府県間の調整を図ること。
- 参議院総務委員会（平成21年4月23日）（抄）
  - ・ 大都市圏を中心に救急搬送が広域的に行われている現状にかんがみ、都道府県が策定する実施基準については、都道府県間の調整が図られ、区域を越えた広域的な連携に十分配慮した、実効的なものとなるよう、必要に応じ、情報の共有、助言、その他の援助を行うこと。

### 【医療計画】

#### 「医療法」(昭和23年第205号) (抄)

- 第30条の4第9項  
都道府県は、医療計画を作成するに当たつて、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。

#### 「医療提供体制の確保に関する基本方針」(厚生労働省告示) (抄)

- 救急医療において、高度救命救急センターを医療計画に明示する場合
  - ・ 広域に対応する隣接都道府県のセンターを医療計画に記載することも可能
- 周産期医療
  - ・ 周産期医療体制の整備を進める中で、隣接都道府県との連携体制を必要に応じて確保することや救急医療との連携体制を確保することが重要
- 救急医療や災害時における医療
  - ・ 患者の緊急度、重症度等に応じた適切な対応が求められるため、救急用自動車はも

とより、ドクターカー、ヘリコプター（ドクターヘリ、消防防災ヘリ等）等の搬送手段を活用することにより救急医療の確保を図ることが重要

【ドクターヘリ】

「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」（平成19年法律第103号）（抄）

○ 第5条（略）

2 都道府県は、前項の場合において、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療が、隣接し又は近接する都道府県にまたがって確保される必要があると認めるときは、あらかじめ、当該都道府県と連絡調整を行うものとする。

## 「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」

## 第1回 議事録

- 1 日時 平成21年6月29日(月)
- 2 場所 全国都市会館 地下1階 第3・4会議室
- 3 出席者
- |       |   |
|-------|---|
| メンバー  | 荒木田委員、有賀委員、岩田委員、遠藤委員、岡井委員、川部委員、宮本氏(黒瀬委員代理)、坂本委員、高山氏(笹井委員代理)、島崎委員、杉本委員、田上委員、田中委員、津田委員、野口委員、前野委員、宮坂委員、山崎委員、山本(修)委員、山本(保)委員、横田委員 |
| 消防庁   | 岡本長官、株丹次長、石井審議官、開出室長、溝口専門官  |
| 厚生労働省 | 外口局長、榮畑審議官、三浦課長、中山室長、高宮補佐   |
| 事務局   | 加藤企画官、君塚補佐、森田補佐 以下6名<br>中谷補佐、中野専門官 以下2名   |
| 欠席者   | 阿真委員、石井委員   |

## 4 会議経過

## 1 開会[事務局]

## 2 あいさつ

## 【岡本長官】

皆様、こんにちは。岡本でございます。委員の皆様方には、お忙しい中、本検討会の委員をお引き受けいただき、また本日もご出席いただきましたことを厚く御礼申し上げます。

お集まりの皆様方、もう既に私どもと、かなりの問題意識を共有させていただいております。この傷病者の搬送と受け入れという問題に関しましては、役所的に言いますと、私ども消防庁と厚生労働省、この2省でよく連携をして、この制度をつくっていくとい

うことが常々求められてまいったわけでございますけれども、お集まりの委員の皆様のお手伝い、ご指導をいただきまして、この4月に消防法を、共管の形で改正をさせていただきまして、搬送と受け入れの、消防と医療の、いわゆる連携に関する制度をつくらせていただきました。5月1日に公布をいたしまして、11月の初め、この秋の施行を目指して、現在準備をいたしているところでございます。一番国会の議論でご指摘をされましたことは、1つは、このシステムをどのように回していくのかという議論。それからもう1つは、この制度をつくったことによっても、すべての救急医療でいろいろ問題になっていることが解決されるわけではないのではないかということ、大きく言えば2つのご指摘であったかと思えます。2つ目の指摘に対しましては、ほとんどの委員会で私どもと厚生労働省、連日一緒にお答えさせていただきましたが、私どもは、今持っている医療資源の体制の中で、最大限これを傷病者の方に、どうすれば救急医療で一番実のあるものを提供できるのか。そのために、搬送と受け入れといったものを切れ目なく行うことによって、またこれを24時間・365日、システム的にきちんと運用していくことによって、救急医療のサービスを国民に提供していく、そのための制度であるというふうにご説明をまいりました。実際に、この制度をこれからつくってまいりますのは各都道府県で、各都道府県のそれぞれの医療資源、あるいは体制の中でこれを現実化していくわけでございますけれども、今回皆様方をお願いいたしておりますのは、各都道府県におきますこのシステムのガイドラインと申しますか、1つのベースになるいろいろな観点といったものをぜひご審議をいただき、ご示唆をいただくことによりまして、それぞれ各47都道府県におきます基準作成の一番のベースになるものを、ご審議をお願いいたしております。そういう意味で、ここにお集まりの皆様方、それぞれの分野におきます第一人者の皆さんでいらっしゃいますから、ぜひ皆様のお知恵をいただきまして、それぞれの県、地域におきまして、救急医療が万全のものとなりますように、ご指導、ご支援いただきますようお願い申し上げます、冒頭のごあいさつとさせていただきます。

**【事務局（溝口）】**

続きまして、厚生労働省医政局長外口より、ごあいさつ申し上げます。

**【外口局長】**

医政局長の外口でございます。第1回の会議の開催に当たりまして、ごあいさつを申し上げます。わが国の救急医療、救急業務につきましては、すべての救急患者が必要な

医療を迅速に受けられる、救命率の向上、後遺症の軽減が図られることを目指し、医療関係者や消防関係者、地方公共団体、国等が力を合わせて、救急医療体制の確保に取り組んできたところであります。しかし近年、救急搬送が増加する一方で、医療機関の減少、中核的な救急医療機関への負担の集中などにより、救急患者の受け入れ能力の限界も生じてきております。こうした状況を改善するため、救急医療体制の充実を図っていくことに加え、先ほど岡本長官からご説明ありましたように、今国会において、医療機関と消防機関の連携を強化することを盛り込んだ消防法の一部改正が行われました。救急患者が症状に応じた適切な医療機関に、より円滑に受け入れられるようにするためには、地域全体で各医療機関が、医療機能に基づき役割分担、連携を行う体制を構築するとともに、消防機関がそれぞれの医療機関の役割を理解し、適切な医療機関に搬送する体制を構築することが必要と思います。ぜひ委員の皆様方から、率直なご意見をいただきまして、各都道府県が地域の実情に応じて、実効性のある実施基準を策定できるようなガイドラインをつくっていきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

### 3 委員紹介

事務局より、委員、オブザーバー及び代理出席者の紹介が行われた。

### 4 座長選出

事務局からの推薦により、山本保博委員（東京臨海病院院長）が選出された。

### 5 座長挨拶【山本（保）座長】

東京臨海病院の山本でございます。

このたびは、このような非常に重要な検討会の座長ということで、非常に緊張しております。この改正法は、4月24日に国会を通過して、5月1日に公布ということでありましても、その間いろいろところでディスカッションをしてきたことを、ついきのうのように思い出します。

これからのルールづくりというのは、この法律に心を、あるいは真心を入れていくわけでございますので、私には荷の重いことは重々わかっております。委員の皆様のお力をかりながら、スムーズに、そして所期の目的を達するように最善の努力をしていきたいというふうに思いますので、ぜひご協力のほどお願い申し上げたいと思います。



## 6 資料確認

事務局より、配布資料の確認がなされた。

## 7 議事

### 【山本（保）座長】

まず、議題1「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について」でございますけれども、議題1について、事務局から説明を願いたいと思います。

### 【事務局（溝口）】

では、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会資料」をご準備いただければと思います。まず検討会の目的から始めまして、消防法改正に関する概要、そして現時点での医療提供体制がどうなっているかということ。そして、消防法改正で位置づけられております基準に関すること、協議会のメンバーに関すること、調査・分析に関すること、そして最後にスケジュールに関することというような形のアウトラインで、ご説明をさせていただきたいと思います。1ページ目でございますが、本検討会の目的でございます。消防法の改正というのが5月1日に公布しております。そして、現時点では6カ月以内に施行するということになっておりまして、この準備を行っているという状況でございます。消防法の中では、実施基準と協議会という2つの柱がございまして、都道府県がそういう実施基準ですとか協議会というものをつくっていくということになりますけれども、そこについてのガイドラインというものを、当検討会の中では議論をしていくという形になります。

この検討会の進め方でございますが、本日の議論を踏まえまして、また座長ともご相談の上ではございますけれども、作業部会というようなことも立ち上げて、詳細な部分は検討をしていく必要があるだろうというふうに、事務局としては思っております。

その作業部会をする際に、状況によっては、親会の先生たちにもオブザーバーとして参画していただくかどうかといったことも含めて、座長の山本先生とご相談をしたいと思っております。2つ書いてありますが、実施基準のガイドライン、そして協議会に関する検討といたしまして、構成メンバーのこと、そして調査・分析の方法といったことを提示していくというのが、本検討会の目的になります。2ページ目でございますが、消防法改正に関することでのご説明です。協議会という形で、都道府県に、消防機関です

とか医療機関のメンバーから成る協議会を置きます。役割といたしましては、実施基準に関する協議、あるいは調査・分析を行い、必要に応じて、意見具申というような形で、都道府県知事のほうにも言っていくという形、枠組みになっております。3ページ目は実施基準についてですが、協議会の協議も得まして、都道府県が策定・公表するというような形で、実施基準、搬送受け入れについて、地域できちんとルールをつくっていきましょうと。これまで搬送受け入れについて、地域でルールがあるところもございしますが、ルールがないところもあります。どういう状況かといいますと、普通の救急搬送においては、119番が入って、救急車が出動して、そこで患者さんの状態を見て、医療機関にこの患者さんを受け入れてもらえますかという照会をかけて、オーケーが出たら救急搬送を行うということをやっているわけですが、そういったものを傷病者の状況に応じて、こういったような形で搬送受け入れを行っていくかということ、地域全体で答えを出していこうというような枠組みになっております。1から4まで項目挙げておりますが、1といたしましては、医療提供体制側が、こういう形で受け取れますと。2といたしましては、1のリストにどうやって消防機関側がマッチングしていくか、傷病者の状況を確認してマッチングしていくか。3といたしましては、患者さんの情報を伝言ゲームをするといいますか、伝達をするときにきちんと伝わるよう、こちらも共通の認識を持っていきましょうと。4といたしましては、いろいろなルールを決めていてもうまくいかないような場合があると、どうしても患者さんの手術対応中で患者さんを受け取れないというような場合もあるということがございますので、速やかに決定しない場合においてどうするかということも、地域全体の共通の認識としてあらかじめ持つておきましょうということが、消防法の改正でございます。そして、総務大臣、厚生労働大臣が情報提供等の援助をするという、この1つがガイドラインの策定でございまして、今我々がまさに検討を行っているというものが、都道府県に提示されていくということになります。こういった枠組みに魂を入れていくという作業が、現時点での段階でございます。4ページ目は参考でございまして、きちんと条文ベースで書いたもの、搬送受け入れに関する基準とルールということでの法の条文を書いております。5ページ目からは、現段階での医療提供体制がどのような枠組みの中でなされているのか。これは医療法に基づく内容になりますけれども、医療計画という中で医療提供体制が整備されております。4疾病5事業と言われますが、その中に救急医療というのも入っております。6ページ目でございますが、救急医療については、この医療計画の中で、3

次、2次、初期というような形で大きくは分かれております。3次というのが、非常に重症ですとか、複数の診療科領域にわたるといったような、100万人に1つですとか、都道府県に1つしかないような大きな医療機関と。そして2次救急医療機関というのが、入院といったようなことに対応する、地域で完結する医療機関。そして初期という形で、比較的軽症のウォークイン、自分で受診するといった形での医療機関という形で大きくは分かれておまして、消防のほうでもこれを念頭に置きながら、搬送を行っているという状況になります。7ページ目でございますが、ではということなんですけれども、そのピラミッドの初期・2次・3次だけですべて搬送が決まっているかという、そういうわけではございませんで、傷病者に応じて、これは脳疾患の方だからこの医療機関に運ぼうといったようなことがあるのではないかとということで、今回の消防法の枠組みを準備して、きちんとルールを決めていこうという状況になっています。8ページ目でございますが、それをもう少し基準ということに落とし込むために図にしたものでございます。傷病者の観察をして、最初のひし形のところですけれども、決定としてはバイタルサイン、これは脈ですとか呼吸、血圧、体温、生きているあかしといいますか、非常に生命反応のところをまず見て、これはもうまずいと、早く運ばないと死んでしまうというようなときには、ほんとうに高次の医療を提供できる救命救急センターのところに、何をもってしても救命救急センターということで、まず1つ病院というものを分けられるだろうと。それはもう極めて特殊な、高度な医療を提供できるということで、医療機関のリスト上も分かれるだろうという形で、事務局の図として提出をさせていただいております。その上でそこを越えた後は、いろいろなことを考えながら消防のほうも運んでいるというのがございますけれども、医療機関を分類するというところになった場合においても、救急医療という中では、そういった医療機関のリストをつくっていくということに当たっては、幾つか分類方法があるだろうということで、事務局より、3つの段階に分けて図をつくっております。疑われる疾患ベースのもの、脳疾患、心疾患といったような形のもの、あるいは症状・主訴、外傷、意識障害、腹痛ですとか頭痛ですとか、そういったものも入ってくると思います。診療科、小児科、産婦人科、整形外科、あるいは精神科といったようなことも入ってくるかと思いますが、それぞれいろいろな軸からの判断をもって、脳疾患のところから分かれておりますけれども、非常に重症度・緊急度が高いと、これはもう高度な医療が必要だというときに、またそこに対応できる医療機関がリストとして上がってくるといったようなイメージになろうかということで、

消防法の医療機関のリストのイメージという、基準のところを図にしております。これを実際の表にしていけますと9ページになりまして、それぞれの項目ごとに医療機関のリストが入ってくるということになります。一番下の注釈をごらんいただければと思いますけれども、上記の基準は例示であり、どの程度まで分類するかは地域の実情に応じて決定されるということを加えております。これはもう医療資源の地域の状況によって変わってくるということになるかと思えます。より詳細に分類したほうがマッチングがうまくいくのか、あるいは粒度というものを大変粗くしたほうがうまくいくのかというのは、地域の実情になるかと思えます。さりとて、10ページでございますが、いろいろな考え方には軸があるということをごさしまして、どういった軸で医療機関のリストをつくっていくのが適切かということ、この検討会の中ではご示唆をいただければと思っております。11ページ目でございますが、ここにいらっしゃいます島崎先生が平成16年にまとめた検討会の資料より、表に分類したものでございますけれども、以前の知見ということでご紹介させていただきますけれども、島崎先生がまとめた分類としましては、救急隊員が活用しやすいようにという観点から、重症度・緊急度というのを分けるということでの1つの成果を出していただいております。それぞれ症状を中心に10種類の分類ということになりまして、横軸で、生理学的な評価ですとか症状といったようなものがあるだろうと。そして外傷については少し特殊でして、解剖学的な評価ですとか、受傷機転ということで、車外へ放り出されたといったようなことも見ていかないといけないだろうということで、まとめられております。これは参考資料2のほうにも提示をさせていただいておりますので、適宜ご参照ください。なお、先生のまとめられた中でも、周産期、乳幼児という部分は、完全に症状というだけではないというものも入った上で、10種類に分かれております。12ページ目でございますが、これはその報告書の中から抜き書きしたものでございます。全体の流れとしてはこういうような形で、重症と中等症というので分かれているということで、報告書はなされております。第1段階、第2段階という形です。我々としたしましては、こういったものを活用しながら、いかに搬送受け入れのルールで活用できる医療機関のリストをつくっていくのかというのが命題ということになります。13ページ目からでございますけれども、いろいろなこういった基準、これから我々がつくっていく基準というものについて、具体的な例を幾つかご提示させていただきたいと思えます。東京都の中では、脳卒中ということについては、こちら有賀先生もいらっしゃいますけれども、こういう形でルー

ルというのが決まっております。13ページ、14ページのような形で医療機関のリストというのが決まっております、15ページによって救急隊が状況を確認し、伝達するということが決められております。そして16ページ目でございますが、これは脳卒中からまた外れはしますけれども、同じく東京都、これは東京消防庁さんの観察カードですけれども、傷病者の状況を確認し、伝達するに当たって、どういったものを確認し、どういったものを伝達するのか。うまくお伝えするというようなことについては、例えばこれは外傷のルールですけれども、外傷の中でも外見から、無表情でうつろになっているとか、冷や汗が出ているとか、受傷機転が右下にございますけれども、いろいろ、車から放り出されたといったようなものは重要なものとしてとらえるべきだというようなカードがつくられておまして、今東京のご紹介をさせていただきましたけれども、いろいろな地域に応じて、こういう確認・伝達についてもルールを決めていくと。ポイントは、これを消防側だけでやっても仕方がなくて、医療機関側もこういったものをもとに照会がなされるのだという、関係者間でちゃんと共通のルールとして認識をしていくべきだろうと。それこそが基準、ルールというような形で進めているという現在の枠組みでございます。17ページ目は、医療機関が速やかに決定しない場合にどういった方法があるかということで、非常に搬送受け入れの医療機関が決まらないといったような場合のときに、コーディネーターというような形で地域調整をやるというやり方もあれば、とりあえずまずは一旦受けて、応急的に処置をした上で、適切な医療機関に搬送するといったような形での方法、これも地域の医療資源の実情に応じていろいろあるかと思えます。そして18ページ目でございます。基準の1つということにはなりますが、少しマイクロではなく、マクロのところから入っていきたいと思えますが、都道府県間の調整が重要であるといったことが、国会の審議の中でも出されております。そして、都道府県間の調整が必要であるというようなことが、医療計画の中でも書かれております。これが18ページ目から19ページ目にかかわるところでございます。そして19ページの中段下、ドクターヘリと書いてありますが、今回の消防法改正の中では、どういった搬送手段を使うのかということも、1つの共通ルールとして全員で共有するというようなことも可能になります。消防防災ヘリ、ドクターヘリ含めて、いろいろな搬送手段ということもあります。そこを踏まえた上で、都道府県間の調整についてということでの説明ですが、20ページ目をごらんいただければと思います。今回初めて出させていただきますデータですけれども、都道府県でどういった調整が必要なのかと、

これはもう現実問題としてどういう状況かというデータですけれども、救命救急センター、先ほど申し上げました一番高次の医療機関にどういう搬送がなされているのかというのを、消防側のデータから分析したものになります。一番下にございますが、平成20年中の救急搬送における状況というものを、救命救急センターに運ばれた事案ということで整理したことになります。例えば、茨城県をごらんいただければと思いますが、栃木県のほうに635件、そして千葉県のほうに616件。この辺の土地勘がある方は、あそこの病院だなといったようなことがわかるかと思いますが、こういったデータを出した意味というのは2つございまして、1つは、こういう都道府県間の調整が必要でしょうということ。そしてもう1点は、こういう調査・分析といえますか、こういうデータというのをまずきちんと把握していく必要があるだろうということでのデータ提示でございます。医療機関を都道府県を越えて選択するというのは、自分で医療機関を選択する場合には往々にしてあるところでございますけれども、救急でのポイントは自分で選択できないということにございますので、それを念頭に置いた上で、自分で東京のあそこに行きたいからということではなくて、救急車で運ばれるということが前提で、各個人が選択できないんだということを前提に、こういったデータを踏まえた上で基準づくりが必要だろうということでのデータでございます。21ページ目は、それを関西というような形で整えたデータになります。わりと都道府県内で調整が行われているのかなというようなデータにもなりますが、兵庫のところは少し鳥取のほうには行っておりますけれども、大阪、奈良などはほとんど自分のところで行っているのかなというデータになります。22ページ目は、その素データを表にしたものになりますけれども、奈良県と、佐賀県を参考にご説明させていただきたいと思っております。奈良県の欄をごらんいただければと思いますが、救命救急センターに運ばれた全搬送数が855件ということになっています。区域外搬送数、これは都道府県の外に運んだというのが23件。このパーセンテージが2.7%ということになります。その次に、全照会数ということになりますが、これは医療機関に、搬送していいですかと、受け取ってもらえませんかということで問い合わせをしたのが1,650件ございまして、それを都道府県以外の救命救急センターにやったというのが71件ということになります。全照会数のうち、区域外、都道府県外にお願いをしたのは4.3%でございまして、都道府県外にお願いをして、いいですよとヒットしたのが大体3割ぐらい、32.4%ということになります。片や佐賀県で同じデータをずっと見ていただきますと、非常に区域外搬送数、bのところ

になりますけれども、1,140件という形で、すべての搬送の中で大体3割近くが外に依存していると。照会をしたものの中でも大体3割近くが、ほかの都道府県外のところに照会をかけている。しかしながら、外にお願いをして、いいですよとってもらえる率は実に9割を超えているといったようなデータが出てまいります。都道府県を越えるのが良い・悪いということではなく、こういったデータをとらまえながらやっていく必要があるということでございまして、23ページ目をごらんいただければと思いますが、これが完全に機能しているかどうかということとはともかく、データ上は、先ほど申し上げましたように佐賀県の場合ですと、佐賀県以外のところにお願いをして、オーケーですよと言われるのが9割を超えているわけですが、佐賀県の保健医療計画の中では、救命救急センターということで、佐賀県のデータだけでなく、福岡県ですとか長崎のデータも入っているという状況になっています。この辺は行政が、各救命救急センターですとか、あるいはほかの福岡県ですとか長崎県にもお願いをした上で、こういった記載をしているというふうに伺っております。24ページ目でございますが、いろいろな基準がつかれますよというご紹介をさせていただきましたけれども、そのほかにもこういった基準を読み込めますということでのご紹介です。「その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項」というような形で、例を①から③まで挙げておりますが、救急医療情報システムという厚生労働省で行っている事業がございまして、その事業における表示項目ですとか、情報更新頻度といった運用基準も決めることが可能ですし、②番、こちらは119番通報時点で、非常に重症度や緊急度が高いということが疑われた場合に、実際に救急車が着く前に、119番を受けた指令側で、もう既に医療機関を確保すべく選定を開始しようといったようなルール、これは事前管制と言われるものですが、そういったものも基準として共通ルールにできるのではないのでしょうか。あるいは災害時の搬送受け入れの連携に関するもの。そして、丸の2つ目ですけれども、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項」ということで、①番、ヘリコプターはどのようなヘリコプターを使うかというようなこともルールとしてできますし、②番、ドクターを現場に同乗するといったようなことも基準として決めることが可能です。25ページ目は、こういった基準の策定について、こういったメンバーでやりましょうというものについてですけれども、ひし形のものには主に法律の中に書かれたものでございまして、具体的には、例えば消防であれば、中小規模の消防本部も含めてきちんと協議していくべきではなかろうかということで、事務局案として提示をさせて

いただいております。26ページ目以降でございますけれども、こちらからは、調査・分析がいかにか重要かというようなことで、今私どもが持っておりますデータを提示させていただいております。こういったものを踏まえて、地域で調査・分析を行っていくというイメージでの例示です。例えば照会回数、そして現場滞在時間といったものを、消防庁としてデータで出しております。26ページ目、27ページ目、28ページ目から、棒グラフのある29ページ以降、最終的には34ページ目までのものは、こういった搬送受け入れについて、いろいろな地域差があるということでのデータでございます。ここまでのデータは、詳細な説明は割愛させていただきたいと思っております。35ページ目でございますけれども、2次と3次の役割分担というのも非常に地域で重要になっておりまして、こういったデータも、例えば35ページは、最終的に救命救急センターに運ばれたという事案ですけれども、そこに至るまでにいろいろ医療機関で、うちは受け取れませんと断ったという事案がありますが、そういった事案をとらまえてみた場合に、3次医療機関が断る理由としましては、ベッド満床や手術、患者対応中という、受けたくてもキャパの問題で受けられないと。逆に2次医療機関の場合においては、処置困難や専門外ということで受けられないといったようなデータが出ておりますが、こういったものも踏まえて、いろいろと地域の実情に応じたルールをつくっていく必要があるだろうと。36ページ目でございますが、それぞれの救命救急センターの受け入れ率というのも、地域によって異なっております。そして、37ページ目でございますが、救命救急センター受け入れ率と一口に申しまして、受け入れ数がどこまでかということのデータも非常に重要になってまいります。ですので、この1つ1つの青いプロットは、救命救急センターがどれだけ受け入れをして、どれだけの受け入れ率かということになりますが、非常にたくさん受け入れて、非常に受け入れ率もいいという場所もあれば、そうでない場所もあると。ただ、これを受け入れ率がいいと、受け入れ数が多いということをもって、ああよかったねと見るのか、非常にもうぎりぎりの状況でやっていますというふうに見るのか。あるいは、この受け入れ数の中でも非常にばらつきがございますように、全部が一律に、救命救急センターで受けるべきものと一般的に言われている概念と一致するのか、それとも、初期まで含めて、非常に幅広にもう救命救急センター対応でやっているのか、いろいろな状況がこの中には、地域の実情というのがあるということになるかと思っております。38ページ目でございますが、これは東京消防庁管内での1週間近くの状況について、さらに詳細な情報を調査したということでのご紹介です。



実情を知るというために、39ページ目をごらんいただければと思いますが、いろいろな搬送受け入れに関するデータを、非常に詳細に調査していこうという取り組み。そしてさらに、39ページ目右下の備考欄でございますが、「救急隊から医療機関に伝達した情報」というような形で、それは40ページ目にもつながっていくのでございますが、傷病者に関する情報といたしまして、いろいろな背景情報も含めてとっていかうということで、詳細調査を各関係機関で連携して行いました。40ページ目をごらんいただければと思いますが、こういうコード表をつかって、それこそこの調査を行うにも、消防機関と医療機関が同じルールに基づいて調査を行ったというものになります。そして41ページ目でございますが、どういったことがわかったかという概要がまとめられております。42ページ目は、こういった詳細なデータをとることによって、「傷病者背景あり」というものについて少しデータがわかってきたという部分がございます、「傷病者背景あり」の丸の2つ目でございますけれども、1人の傷病者において、複数の傷病者背景が把握されたものもございまして、精神疾患ですとか急性アルコール中毒ですとか、複数科目、認知症といったようなことは、伝達する中で伝達している事項であり、そういった背景を伝達したのものについてどういうデータだったのかというのを見ていきますと、43ページ、44ページ目をごらんいただければと思います。例えば、精神疾患、急性アルコール中毒というのが、ございまして右の列が照会回数になっておりますが、この傷病者背景を遠目に見ていただいた中でも、照会回数が非常に多いカラムの中にデータが入ってきているというのがわかるかと思っております。これをまとめたものが44ページの表になりますが、照会回数が1回から始まりまして、「11回以上」「合計」という形の縦の欄がございます。そこで一旦この表というのは切れる表になっておりますけれども、精神疾患と急性アルコール中毒について、横に見ていただければと思いますが、4回以上という、一旦小計を行った後、再集計をしたところの項目をごらんいただければと思います。精神疾患の場合は4回以上で決まりました、要するに3回は、ちょっと今は難しいですということで決まったというのが36.1%。急性アルコール中毒については、38.2%が4回以上かかったと。逆に言いますと、6割近くは3回以内で決まったということになりますけれども、これを全数ということで見ていきますと、一番上の欄を見ていただければと思いますが、4回以上「どうですか」という問い合わせをするのは8.3%でございますので、全体平均からするとなかなか決まるのが難しいといったようなデータが出てきたという状況がございます。もちろん、これのほん

どうの理由はどうだったのかとか、あるいは急性アルコール中毒については、意識というものが非常に見にくいという医学的な背景も全部含んだうえですが、少なくともこのようなデータをとらまえながら、今後、搬送受け入れというものを具体的に、運用面という側面からのルールを決めていく必要があるだろうと。医療計画というのが医療提供体制のハード的な意味合いとするならば、今回の消防法改正で、そういうソフト的な運用というものを、現実のデータに基づいて決めていく必要があるだろうと考えております。45ページ目は、スケジュールということになりますが、5月1日の公布ということが行われまして、都道府県関係者向けの説明ビデオというものを現在発表しておりますが、現時点は6月29日ということで、この検討会を実施しております。5月1日の公布が、10月末までには施行ということになりますので、それまでに何らかのガイドラインを発出したいという形で進めております。説明が非常に長くなりましたが、以上でございます。

【山本（保）座長】

事務局、ありがとうございました。非常に詳細にご説明をいただきました。最後にもありましたとおり、我々これからやっていかなければいけないのは、ガイドラインづくり、そしてもう1つは協議会、そして協議会の実施基準等々をここでもうつくっていかねばいけないというところがあるわけでありまして。もちろん構成のメンバー等に関しては、なかなかここで決めていくというのは難しいものがあるのではないのかなと私も思いますので、できれば事務局と座長にその辺を一任させていただくということを前提にしながら、作業部会で細かいことはやっていこうと。だけれども、今日はこれからの時間を有意義に、どこからでも結構でございますので、この辺のところはどういうふうに考えたらいいか、あるいは質問でも何でも結構でございますので、いかがでございましょうか。ご質問、あるいはご意見等がありましたらお願いしたいと思います。私、まず皮切りに、まだ今日初めての委員の皆さんもおられると思いますので、既に我々の動いている協議会、あるいは検討会等々がありまして、それと今回のこの協議会との役割の違い等について、多少ご説明をいただければと思います。その中で1つは、やはり搬送ということになりますと、全国メディカルコントロール協議会があるわけです。それから受け入れのところは、救対協と言っておりますけれども、救急医療の対策協議会等々が各都道府県ではあるわけでございますが、この2つと、今回のつくらなければいけないという協議会の役割の違いと申しましょうか、いかがでございましょうか。開

出室長、どうぞ。

【開出室長】

座長のほうからありましたが、現在メディカルコントロール協議会ということで、都道府県単位では全部、47の都道府県に設置されておりますし、都道府県の中に細かい地域のメディカルコントロール協議会がございます。従来、なぜメディカルコントロール協議会というものができたかといいますと、救命士法の制度創設以後、救急救命士が行う救急救命処置を医学的に、その質を保証するという体制、消防機関、医療機関が参画する協議会ができたという経緯がございますが、これについては救命士を含む救急隊員の行う処置の行為の質の保証ということで、中心的な活動を行ってきております。もちろんその中でも、病院の選定だとか、応急処置だけではなくて救急搬送についても取り組みをされている協議会があるわけですし、典型的には東京都が一番、いろいろな資料も今日ご説明申し上げましたけれども、進んでおるわけでございます。私どもは、そういったベースがありますので、今回消防法の中で設置が義務づけられました協議会につきましては、地域のそういったメディカルコントロール協議会というものが組織的にも重なりますので、ベースとして第一に考えられるのかなということを思っておりますけれども、ただ、都道府県におきましては、座長のほうからお話がありました医療審議会の系列の救対協、救急医療対策協議会というふうに言うと思いますけれども、医療提供体制のほうからの協議会というものもあるわけですし、そちらで今回の協議会なり、実施基準策定等をやっていくほうがまとまるという声もお聞きしております。今回の消防法の法律で設置が義務づけられております協議会というのは、何とか協議会ということが法律で縛りがあるわけではありませんが、今日の資料でいいますところの、2ページにあります構成メンバーからなり、搬送受け入れについて協議を行うと、実施基準を都道府県が定める場合の意見の聴取対象になる協議会ということですので、この要件を満たしておれば、どういった協議会でも可能ということに法律上はなっておるわけですが、ぜひ地域の実効性ある検討母体をベースに、今回の法定の協議会というものを立ち上げていただければというふうに考えております。

【山本（保）座長】

ありがとうございました。我々親委員会としては、2ページの協議会のところ、そして3ページの実施基準のガイドラインをどのようにつくっていくのかという2本柱で進めていくということになるわけですが、いかがでございましょうか。あるいは、

この母体になりました救急業務高度化推進委員会の中で、消防と医療の連携のところの部会長をされて、大変ご苦労なさいました有賀先生、何か追加があれば。

【有賀委員】

横田先生のほうがいいと思いますが。

【山本（保）座長】

横田先生、よろしいですか。

【横田委員】

はい。今の話の中で、1つは、そもそも論といいますか、法令が改正される以前の地域の実情として、メディカルコントロール協議会といいますか、メディカルコントロールの体制が、極めて先進的にやっている地域と、格差があって少し活動のおくれている地域があるという実態がありました。ところが、先進的にやっているといいますか、いわゆる精力的にやっているメディカルコントロールの活動の中で、救急隊員の質を保証するための活動を中心にしても、実は傷病者を病院に受け入れていただくところの問題がどうしてもやはり出てきて、それを関与している医師、あるいは医療機関側も声を出して言わないと、結局のところ隊員に傷病者の観察や応急処置を指導しても、結果としてはそれが実践する段階になったら円滑に進まないということがあったわけです。したがって、私は高度化のメディカルコントロール作業部会を担当しておりまして、各委員の方々からいただいた意見は、メディカルコントロール協議会の諸業務といいますか、あるいは活動の範囲を広げて、しかも少し行政的に、あるいはできれば法的に位置づけを明確にさせていただきたいという多くの意見がありまして、高度化検討会のほうにかけて、そういう方向で話が進んだ経緯があると私は認識しているわけです。そういう意味においては、活動がもう既に、実態としてメディカルコントロール協議会がなされているところが、格差はあるとはいえ、大変熱心に進んでいます。ですから、個人的な私見を申し上げますと、そこはそれが生かされるようにしていただきたい。裏を返しますと、新たな協議会がまた生まれて、従来やってきたメディカルコントロール協議会の活動が、実はまた違うというような組織づくりなり体制なりで動いてしまうと、それなりに活動してきたところの地域、あるいは都道府県というのは、かえって混乱を来しますよねという話もでてくるのかなというのが1点ございます。それからもう1つは、やはり受け入れ側から見た病院側の問題としては、従来のメディカルコントロール協議会の活動実態では、確かに医療機関の方々の連携、あるいはシステム化というのがなか

なかとれないという実態があったので、この先、例えばMC協議会を発展的にするにしろ、それを包括した上で新たにつくるにしましても、一番大きな問題は、特に2次の救急医療機関を中心にしたその協議会への強い関与と申しますか、そこがおそらくキーワードになるだろうというふうに思っています。少しご指摘いただいた論点から外れたかもしれませんが、以上でございます。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。有賀先生、いいですか。どうぞ。

【有賀委員】

今、横田先生がおっしゃったのは、例えば東京ではというふうにして、具体的な事例でお話申し上げたほうがいいかもしれないので、せっかくのご指名ですので追加します。例えば13ページをあけていただきますと、東京都の脳卒中救急搬送体制についてという骨格図があります。この骨格図のピンクの、救急隊が患者さんにめぐり会って、重症度判定をして、そして搬送先を決めると。この「脳卒中の疑いあり」とか「脳卒中の疑いなし」とかは、15ページにあるような救急隊がとるべき作業として、時々「お作法」なんて呼んでいますが、救急隊のお作法として脳卒中の疑いありや、なしやという話を決めると。それはMC協議会の、例えば救急処置基準委員会、そういうふうなところで、このことを議論するわけです。その議論は、同時進行で、ここに脳卒中の急性期医療機関と申しますが、東京都における救急病院の中で、脳卒中の疑いありといったときに、患者さんを受けられるよと、とくにtPAの問題がございましたから、超急性期にtPAも打てますよというのと、tPAは打てないけれども、普通の脳卒中だったら普通に見られるよというところもあります。勿論、それから脳卒中は勘弁、受けられませんかというところもあるわけですね。そういうふうな救急医療機関側での、キャッチャーとしての体制を整えるという意味においては、これは今のお話でいくと救対協側の議論になります。だから、横田先生も言われたみたいに、救対協側の構えと、それからMC協議会側の搬送をまさにしようとするというようなところで、2つの大きな会がシンクロすることによって、この13ページはできている。ですから、例えば3ページに、今回の消防法改正による実施基準のルールについてというのがありますが、③の消防機関が状況を伝達するためのルールは、今言った救急隊が患者さんを観察して判断したそのプロセスを、決められたルールに従って伝達をすると。その伝達をするときには、一定のリストの中から医療機関を選んでいる。それは、そのすぐ上に書いてある②なんですね。

ですから①、②、③、場合によっては④もそうですが、これを東京都において全く別個の協議会をつくって、もう1回最初からやろうなんていう話には多分ならなくて、東京都においてはMC協議会、全県1区ですが、そのMC協議会と救対協側との議論を、今回の消防法の改正をきっかけにして、よりシンクロさせるような形で、新たなというのかわかりませんが、相互乗り入れとっていいのかもしれませんが、協議会をつくっていくというか、協議会をそういう意味では相互乗り入れして運営していくといったほうがいいのかもしれませんが。ということなのかもしれませんが、一応東京都でやってきたということで。今、野口さんと目が合いましたが、それでいいですよ。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。

【野口委員】

引き続きよろしいでしょうか。

【山本（保）座長】

どうぞ。

【野口委員】

済みません、東京の話ばかりで申しわけありませんが、私は消防機関という立場から、今、お話になっているMCという問題も含めて、風景がこうなっているということをお話しさせていただきたいと思います。現実には、さっき開出室長がご説明していただいたように、我々消防の救急というのは医療機関に搬送する、「(搬送するまでの応急処置を含む)」というのが大体法律の構成なんです。MCがこれまでやってきていただいた成果というのは、まさに病院に行くまでのもろもろの救急の処置をどうするかということを中心にやっていただきました。これは横田先生がおっしゃったとおりであります。それがかなりやはり蓄積されてきて、かなりのレベルに上がってきたということは事実だと思います。しかしながら、そういうことを通しながら、例えば内因性の患者さんについてはどういう処置をするとか、外因性の患者さんについてはどういう処置をするというところとセットで、ではそういう方たちというのは、地域の中のどの病院に運んだらいいのかという議論が必ずあるわけです。これはもう、例えば科目でいうならば、先ほど言った脳卒中の問題だとか、周産期の問題だとか、さまざまなものに出てくるわけです。MCというのは、我々消防機関からすると、現実にある地域の医療というものと、どういうふうマッチングさせていくかということまで踏み込んだ議論をしていただ

いていると思っています。それが先ほどの資料の中で、どのように症状の程度を見るかという中で、島崎先生の研究されたやつが出ておりましたけれども、我々は単純に重症以上であれば救命センターだねと。つまりそれぞれの、例えば内因性、外因性はあったとしても、重症以上であるならば、それは救命センターだねと。これは言うなれば、救急隊員のMCの教育というもの、これを我々観察と呼んでいますけれども、見立てに近いものの中で病院を決めていく。それから次に、そうでなければというところで、もろもろの決め方が出てくる。これがまさにこれからやろうとしているルールづくりだろうと私は思います。そういうルールというのは、基本的には保健医療計画の中であるべき話なんでありましてけれども、しかしなかなか、これはそれぞれの地域の中では、ちょっと言葉としては非常に申しわけないんだけど、例えばそのときの体制の365日の変化の中で、必ずやはりそれは恒常的にそうだと言えない部分がたくさん出てきているわけですね。現に、ちょっと話が外れますけれども、ついせんだって救急告示医療機関の認定審査会に行きますと、ほとんどの2次医療機関と言われているところが、実はベッドの稼働率が80%だというわけです。そうなってくると、存在はするけれども、なかなか病院が決まらないということも実は出てきているのが現実なんですね。そういう状況の中で、病院前というところの中で、それをどのように処置をしていくかということと、ではそれが決まらない場合どうしていくかということは必ず相関関係がありまして、それをやっていただいています。そういうような実はノウハウがMCというものにあって、先ほど有賀先生がおっしゃったように、例えばtPAをどうするかというときに、そのtPAの治療を提供する病院側の会議と、それから病院前というものの、東京都なら東京都の中でどういうふうにマッチングさせていくかという、これは非常にそれぞれ両立した中で連合を組んでいく話なんですね。ちなみに東京の場合は、東京消防庁だけではありません。東久留米市消防本部とか稲城市消防本部があります。なおかつMCを構成しているのは島も含めてなんですね。そういったところを、それぞれMCが関与している中で、救急隊の活動というのはこのようにやっていこうではないか、このように病院を決めようではないかというようなところと、それから今後できるであろう協議会が、さっき開出室長もおっしゃっていましたが、多分それぞれの地域の持っている機能というのがあらわれて、この会議をどちらでやったらいいのかという必然的な結論になってくるのではないのかなと思います。

【山本（保）座長】

ちょっと済みません、ちょっとだけ時間をください。

【野口委員】

はい。

【山本（保）座長】

実は田中委員が急用がありまして、2時半でここを出なければいけないということでございますので、野口委員、ちょっとだけお待ちいただきまして。

【野口委員】

いや、結構です。済みませんでした。

【山本（保）座長】

田中委員、どうぞ。

【田中委員】

申しわけありません。では、失礼いたします。今お話を受けて、そうだなと感じていたところ、17ページのところに、今回の中のルールイメージで、コーディネーターの方による調整というのがありますけれども、やはり今よく批判されるのがたらい回しみたいな問題で、患者さんも大変ですけれども、搬送されている方も大変なご苦労があるわけで、そのあたりの改善には、やはりこのコーディネーターの方の役割というのが非常に大きいんだろうなということと、やはり私ども、短時間でこういう緊急の場合に、みんながその持ち場で最高の力を発揮するというのをやるためには、情報がとても大事ですので、この情報をどのように集約していくかというのがこの会の趣旨の1つでもあるのかなと思っておりました。私も子供がおりまして、救急医療のお世話になった立場からさせていただくと、やはり救急医療を受ける側の知識とか認識というのがほとんどない状態です。こういうこと自体も、こういう場で何を発信するかとか、何を聞いていただいて答えるのかとか、そういうふうなことがふだんから非常に重要だということも思っております。あと、私はふだんの仕事の現場で、いろいろなことのガイドラインですとか、いろいろなことをつくるビジネスの場なので、命にかかわることというのはまずないわけなんですけれども、そういうガイドラインをつくる時の重要性というのは、やはりいろいろな過去の事例を分析するところがありまして、今回も議題の中に入っていますけれども、これまでは、あまりうまくいかなかったケースだけが発表されるケースがあると思うんですけれども、大体は成功していて、その成功の分析というのも必要だろうなと思っていましたのと、あと成功した中でも、もっと良い方法が



あったのではないかという分析もありまして、それ自体が共有されることで、ここにかかわる方々のモチベーションに繋がったりですとか、またさらなる改善につながるということもあるかなと思っておりますので、初動があって、その大切さと、その分析と、それを共有していくということと、これがコーディネーターの方に情報が集約されて、いろいろな形で活用されるというふうなところに行くのがベストかなと思っております。本当に今途中で話した、情報がまだまだ一般市民のほうにも足りないなというふうなことのテーマは感じておりますので、そこを何らかの形で、やはりこれを機会に、伝わる状況があるといいなと思っております。途中で、ありがとうございます。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。今の田中委員のお話に対して事務局、何かお話しすることありますか、よろしいですか。 開出室長、どうぞ。

【開出室長】

まさに田中委員、お話ありました情報の過去の分析といえますか、これからガイドラインをつくるわけですけれども、私どもも今日の資料の中に幾つかつけておりますが、こういったたぐいの情報というのは、なかなか今までございませんで、ここ二、三年の中で出てきたものということですので、そこはしっかりやっていきたいと思えます。特に、新聞等にはやはり悪い例が非常に出るわけですけれども、大半の場合にはうまくいっているわけですので、そこをしっかりとめていきたいということと、コーディネーターが実際うまく機能するためには、域内の情報が適切に集約されていなければいけませんので、この情報システムについても重要な課題と思っておりますので、そちらのほうもしっかり対策を講じていきたいと思えます。以上です。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。申し訳ありません、野口委員、途中になってしまっております。

【野口委員】

いえ、とんでもないです。つついしゃべり過ぎるもので、申しわけございません。実は2つ、今日は岡井先生も来られていますけれども、東京の場合は、例の都立墨東の問題があって、スーパー総合周産期というのをつくっていただきました。実は何を言いたいかという、こういうルールづくりというのはものすごく大事だという、成果だと

思うのでありますけれども、スーパー総合周産期というのができた以降、6事案ぐらい、このスーパー総合周産期、つまり母体救命を必要とするというのがあったのですが、非常に救急隊と病院の連携というのがかなり緊密になっています。これはやはり共通の認識の中で、ルールと言っていいかどうか、ちょっとこれは岡井先生に怒られてしまうかもしれませんが、そういうやはりシステムをお互いに共有するというのはものすごく大事だなと思いました。ですから、こういったものをぜひとも推進していただくということは、非常に我々消防としては期待感を持っているのが1つです。もちろんこれは主体的に取り組むという意味も含めてです。それからもう1つは、先ほどの3ページの④の問題なんです、「速やかに決定しない場合」というのが、先ほど溝口専門官も、東京の中である一定の期間、いろいろ患者さんの社会的背景を含めてだったと。実はこの認識が、これははっきり言って医療だけで解決できる問題ではないものも含んでいて、我々消防機関からすると、保護というものに近いような方たちもたくさんいらっしゃいます。これをどのようにやっていくかというのが、今までは救急隊が、ある病院にお願いして、その病院とのやりとりの中でやってきた。言うなれば、ある面では病院の善意とか、病院の熱意という中でやってきている部分がたくさんあります。しかしながら、これはもう、少なくとも全体の社会的風景からすれば、その病院だけがすべて片づけるというわけにはいかないわけです。そうした場合、どのようにこのルールをつくっていくかというのは、まさにこういう病院、それから我々救急の関係、衛生の行政の方、そしてMCの先生方を含めたこういった場の中で、地域としてどう解決していくかということは非常に大事なことでないのかなと。そういうことも含めた、多分ルールづくりになっていっていただきたいなど、このように思っております。以上であります。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。それでは、今まで消防の搬送のところがメインにお話を伺ってございましたけれども、もう1つ受け入れというところで、非常に重要なテーマが実はあるわけです。それは、状況に応じた搬送先の医療機関のリストづくりというのが最初にあるわけでございます。そしてそのリストから医療機関を選定していくということになるわけでございますが、最初に7ページ、8ページ、9ページ、11ページぐらいまでのところで、一番ご苦労なさいました三浦課長、何か追加がありましたら、どうぞお願いしたいと思います。

【三浦課長】

こういう患者さんの受け入れを行うというのは、先ほど来議論がございましたとおり、それぞれの医療機関の地域における役割だとか機能というのが非常に重要になってくると思います。そういう意味で、それぞれの病院がどんな機能を持っているのかというのが、病院の中だけではなくて社会や地域の中に浸透している、そういうことが重要でありますし、その前に、それぞれの病院がどのような機能を持つのかということ、みずからそれを決めていくといいたいまいしょうか、そういうことが必要になってくると。私ども、地域医療計画というものが、地域で、それぞれ都道府県の行政の中で定められて、それぞれの役割を持つことになると思いますので、先ほど来出していた議論ではございますけれども、医療計画において明示されている機能と、それからもう1つ、今般の消防法の改正に伴って明示されることになる病院の機能というのがそれぞれマッチして、国民のニーズに、地域の住民のニーズに合うようになっていくということになるのではないかと思います。また、その中で、かなり具体的な問題といいたいまいしょうか、課題としては、5ページにございますように、医療計画において、この中では4疾病5事業という形で、救急医療そのものが1つの大きな医療計画におけるターゲットになっているわけでありまして、それ以外にも4疾病という形で、脳卒中や急性心筋梗塞という疾病についての対策もとられているというわけでありまして、したがって医療計画においても、複合的な位置づけというのは当然ある。そういう意味で、これも先ほど来出た議論としての、医療側と救急側の連携というのが、こういう面からも進められていくということになるのではないかと考えております。以上でございます。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。中山室長、何かありましたら、どうぞ。

【中山室長】

先ほど山本先生からご紹介ありました7ページ以降につきまして、各地域、各都道府県、2次医療圏単位でこういった仕組みが実際にできてきているところにつきましては、おそらくうまく流れがいつているのであろうと。先ほど来、東京都の事例についてご紹介いただきましたけれども、やはり各地域で、各地域の実情に応じた受け入れ体制というのがあると思いますので、その基礎となるガイドラインづくりというのを、この場ないしはワーキンググループで進めていただければというふうに思っております。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。その先のところでございますが、実は重症度・緊急度判断基

準作成委員会で、いろいろお骨折りをいただきました、これは島崎先生のデータでございます。資料11ページでございますけれども、11ページ、12ページ、島崎先生、何か、これだけではなくても結構でございます、どこでも結構でございますが、ご意見をいただきたいと思えます。

**【島崎委員】**

島崎です。先ほどから新しい搬送基準等をつくってということで、7ページから10ページまでの、主に8ページを中心とした、あるいは9ページを中心とした、この基礎になるものを、結局私たちが以前作成した11ページと、13ページから16ページまで、おそらくそこを足したような、一緒にしたような形で新しく作業部会で作っていただけるというように思っております。ぜひとも現場に即したいものをつくっていただきたいと思っておりますが、それに関連して、結局新しいものができると、この9ページの医療機関リストを、おそらく2次医療圏、あるいは各地域での医療機関のリストをつくって、その左側の傷病者の状況に協力する医療機関ができ上がるということになると思えますが、そうしますと、おそらく手挙げ方式になるのか何かわかりませんが、それに対する予算措置等が非常に重要になってくるというように思っております。予算にかかわるところは、後ほどご説明があるんでしょうか。それとも今日はこの実施基準だけで、予算はもう全く別の会で行われるのか、その辺をお聞きしたいんですけれども。

**【山本（保）座長】**

わかりました。それについてはいかがでございますでしょうか。

**【開出室長】**

今日は実施基準の、これからつくっていくものの大枠のフレームの話の主にとっておりますが、参考資料で、厚生労働省さんのほうから予算関連の資料もつけていただいておりますので、もし適宜必要であれば、そちらのほうもと思えますが。

**【山本（保）座長】**

わかりました。三浦課長から少し追加説明をいただきたいと思えます。

**【三浦課長】**

救急医療体制についての予算ということでまとめたものが、参考資料3でございます。21年度の予算ということで、最初の1ページ目の上段でございますけれども、平成20年度の予算100億円に対しまして、21年度の予算は205億円ということで、2

倍強増えております。その枠組みの中に①から⑤までございまして、救急医療を担う医師をこれからどうやって支援していくのか、また救急医療そのものも充実を図るということ。そして新しい考えとして、特に2次救急の施設などに対する支援を手厚くしていこうということで、③として、管制塔機能病院というものを新たに設けたということ。そのほかドクターヘリですとか、周産期医療についての手当てというのを、今年度の予算の中では行っております。特に、あえて申し上げますと、2ページ目をめくっていただきますと、救命救急センターの運営につきましては、ちょっと小さい字で恐縮ですが上段の①、救命救急センターというのがございまして、対前年でほぼこれも倍増しております。補助単価も従前の1.5倍ぐらいまで膨らんでいるというようなこともございます。それから、管制塔機能病院のことを先ほど申し上げましたが、3ページ目の上のほうに、これは先ほど野口委員からもお話が出ました、いわゆるスーパー総合周産期と同じような概念でございまして、要は地域の中で受け入れが困難な患者さんが発生した場合に、地域の中であらかじめ、必ず受けもらう病院を定めておいて、その病院に対する支援を周りの医療機関が行う。こういうような地域における面的な救急医療体制を整えるというような場合において、私どもとして特に重点的に支援を行うというような仕組みがございまして、それから、4ページ目でございますけれども、下段をごらんいただきますと、周産期医療対策事業ということでございまして、その中で、いろいろ細かい字でこれも書いてありますけれども、解説の3行目に、母体搬送コーディネーターというものの配置についての予算化が具体に行われておまして、要は周産期医療において、母体搬送を円滑に行うという観点から、地域においてあらかじめコーディネーターを定めて、コーディネーターが受け入れ医療機関の選定などを行う場合において、そのコーディネーターの設置にかかわる費用を支援する、こういうような仕組みがここに書いてあるわけでございます。最後の6ページ目でございますけれども、21年度補正予算の中で、全国で3,100億円という予算額ではございますけれども、救急医療を含めて地域の医療課題に総合的に取り組んでいただき、解決に向けて取り組んでいただくと、こういうようなことを取り組んでいただく医療機関に対する地域の支援体制というものを今回予算化いたしました。モデル例として書いてございますけれども、左側が現状、右側が実施後ということになります。細かい字で大変恐縮ではございますけれども、例えば、楕円形の一番上にA病院と書いてありますが、この地域医療再生計画に基づいて資金を投入する内容の1つとして、A病院を救命救急センター化していくという

ようなこと。あるいは、一番下のところにE病院というのがありますけれども、E病院については、地域周産期母子医療センターとしてこの役割を担うと。このようなことで、救急医療や周産期医療を重点化するとしたら、地域の中での展開の方法の例示としては、このようなものがあるのではないかと。今現在、各都道府県において、この計画の策定を行っていただいているところでありまして、10月末までには、各都道府県で確定していただくということになっておりますので、今般の消防法の改正に伴って、各地域での救急医療機関の体制強化というようなことについては、先ほど申し上げた当初予算で取り組みも可能でございます。あわせて、こういう新しい補正予算での対応ということも可能になっているということでございます。以上でございます。

【山本（保）座長】

三浦課長、ありがとうございました。

【島崎委員】

よろしいでしょうか。

【山本（保）座長】

どうぞ。

【島崎委員】

この地域医療再生基金とか、救急医療の倍増、100億が21年度200億になると、これは非常にそれぞれの地域での救急医療システムには非常にありがたい話ですけれども、今日のお話の消防法の改正に伴うことで行われるのは、総務省と厚労省の共管で行う事業ですよ。そうすると、今のお話は厚労省の補正予算、あるいは21年度予算ということで、総務省のほうは、その辺どうなっているのでしょうか。

【山本（保）座長】

開出室長、どうぞ。

【開出室長】

総務省の方もやっております、特に公立病院中心ということですが、今日は資料をおつけいたしてありませんが、これは救急と産科と小児、特にそういった政策上非常に重要だということございまして、地方財政措置の中で、従来2,900億円ほど地方交付税措置をしてございましたけれども、今年度700億円ほど増額とかいうことがございます部分と、また、当然厚生労働省さんのほうで、民間の医療機関等にこういった補助金とかが出るものの地方負担分があるわけですし、そちらのほうの地方財政措置に

ついても、両者連携してということですので、総務省の所管の部分と、厚生労働省が補助金中心に持っておられる部分と、ここはうまく共同して、これからやっていくということでございます。

【山本（保）座長】

ぜひよろしくお願ひしたいというふうに思います。今日は、この関連として、産科学会あるいは小児関連学会からの先生もお見えでございます。まず、産婦人科を代表して、岡井先生、いかがでございますでしょうか。今のことで、その関連ではないところでも結構でございます。

【岡井委員】

周産期の症例で救急搬送をしていただくというのは、全体に占める割合からすると少ないんですね。ほかの疾患、ほかの領域の病気で救急搬送される患者さんのほうが圧倒的に多いわけですが、しかしながら救急搬送で扱われる事例と申しますのは、やはり妊婦さん、これからお母さんになる人の命を預かるとか、これから生まれてくる生命ということになりますので、社会的にも大変注目されているところでございまして、そこは何とか、この搬送のシステムの中できちんとやっていかなければいけない領域だと思えます。先ほどもお話がありましたけれども、東京都では昨年の大変残念な事例を受けまして、お母さんのほうの生命にかかわるような状態、直ちに救命処置が必要な状態の患者さんに対しては、特別なシステムを構築しました。周産期というのは、いわゆる一般の患者さんと違う特徴がございまして、お母さんの救急の場合は、一般の救急と変わらないところもあるのですが、おなかに赤ちゃんがいますと、生まれてきた新生児に対する診療が必要になります。実際に搬送で、救急隊のお世話になっているような患者さんの9割は、お母さんの問題ではなくて、おなかの赤ちゃんの問題、また生まれてからの問題を考えて患者さんが搬送されています。そういう特殊なところがございまして、これまで、周産期をやる医療施設の間でネットワークをつくって患者さんを搬送していたという歴史があります。そこに至る経緯として、周産期の場合は、一般の家庭で患者さんの状態が悪くなって、119番して患者さんが運ばれるということは少なく、1次医療で診ていた患者さんを高次の医療に搬送することが多いので、そういうこともあって、周産期医療をやっている機関同士でネットワークをつくっていたということがありました。今度私たちも、いわゆる救急医療の対策の中に周産期も入れていただきました。東京都では、これまで周産期関係の人はMC協議会に入っていなかったんですが、今年か

ら入って、一緒にさせていただくことになりましたし、このシステムを考える上では、周産期も一緒に入れていただくという形に現在していただいております。そういうことですけれども、この会が何をやるのかということについては、先ほど有賀先生からもお話がありましたように、東京都に関してはMC協議会をやって、救対協があつて、どちらもしっかりやっていると思います。それらに加えてもう1つ会をつくるのかというと、私の印象では何か屋上屋を重ねるようなことがあるので、両者の合同会議みたいなものにするという形でいいのではないかなという気がしております。以上です。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。今までは、周産期あるいは産婦人科の先生方だけで、グループでやっていたのを、これからはこの救急医療体制、あるいはMC体制の中で頑張ろうではないかというようなご意向のようでありまして、ありがとうございました。それでは、長野県立こども病院の宮坂先生。

【宮坂委員】

長野県立こども病院の宮坂です。2つの点でお話ししたいと思います。私は3年前まで首都圏で医療をしていましたが今は地方にいます。今日の議論を聞いていて気になるところは、1つは、冒頭山本先生がおっしゃったように、既に存在するいわゆるMC協議会と救対協の活動実態に差があることです。今日の話しの委員会がどう位置づけられるのかです。長野県はそれ等が比較的良好に機能しているところだとは思いますが、おそらく今回提起されている問題は、ここで提案される委員会では基本的な議論の場がないと思います。その場合、各論としての搬送などのガイドラインを考えることと、送る側の病院と受け皿の病院の役割や機能、その辺の両方の事情を勘案して話し合いができるところが現状で存在しません。それらを踏まえて、3つ目の委員会を作るのか、または既存の2つの委員会の機能をしっかりさせるのか、いろいろ考え方があろうと思います。何れにしても、小さな世界ですので、地域の実情に合った決め方をしないとけません。特に受け皿医療機関に関しましては、病院の機能自体もそうですが、経営母体が違う病院を束ねての医療圏レベルの議論ですので、それはどちらかという救対協の議論の問題だと思います。現実の個々の搬送の質の確保やガイドラインは、どちらかというMC協議会の参加メンバーが関わる議論のほうがふさわしいかもしれないですから、このあたりは整理しておく必要があると思っております。先ほど岡井委員のおっしゃったような産科の議論に関してですが、例えば長野県では、母体が重症の救急と赤ちゃん



が重症な母体救急は非常に明確に分かれていますので、母体をどこに運ぶかということはおそらくほとんど問題にはならないと思います。しかし、実際にどういう状況の患者さんをどのように、どこに運ぶかという、救急隊員に向けた、いわゆる搬送基準のガイドラインはしっかりと作らなくてはならず、東京都、都会は、やはり地方と随分と違うところがあるかなという地域差の存在が一番お伝えしたいことです。もう1つは、小児医療の代表ということでの発言ですが、小児といっても代表で小児の内科としての小児科の先生が参加するのと、広く小児の総合医療を手がけている医師が参加するのでは随分違う議論になる可能性があります。こうした委員会を構成する人材に関しても、地域の差が大きくあると思いますので、ここではある程度大きな視野での考え方を示し、あとは地域で実情にあわせてやっていただくというふうにする必要があると思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございました。非常に貴重なご意見をいただきました。この辺のところは、これから作業部会でしっかり頑張っていただかないといけないなというところの、1つのキーワードではないかなと思います。ありがとうございました。杉本先生、どうぞ。

【杉本委員】

ご指名なので言いますが、こういう形で病院前に一定のルールを決めて、それぞれ進めるという形としては非常に望ましい方向だろうと思います。ただし、先ほどからも議論が出ていますように、基本的には受け入れ側がちゃんとそれに対応できる態勢をとれるのかどうか、もうほとんどここにすべてがかかっていると思うのですね。今救急をやる常勤医が辞めるという状態で、多くの2次病院が救急からむしろ撤退しようとしている中で、このような形でやっていったときに、果たして手を挙げてくれる病院が本当にあるのかということが、私一番危惧するところです。ここに書いてありますように、改正された消防法35条7の第1項ですか、消防機関に対しては「実施基準を遵守しなければならない」という形で義務づけになっていますが、他方、医療機関側に関しては「実施基準を尊重するよう努めるものとする」と。非常に消防機関側に関しては、このルールを守ってぜひともやりなさいとする一方で、医療機関側に対しては、できるだけそれを尊重しようねという、何となく力弱さというところに、私はそれを感じるころがあるのです。と言いますのは、例えば厚労省のほうからもご説明がありましたし、私もそれは非常にいいことだろうと。こういう形で予算をつけていかれるのはいいことだろうし、特に補正予算で出されたのは画期的なことだろうと思います。と言いますの

は、今まで大体厚労省が出してこられる予算というのは、3分の1は国が出しますよと、都道府県は3分の1を出しなさい、事業者が3分の1というような形で出されてきたわけですが、実際には事業者で、そんなに余裕がある病院は非常にまれだと思います。3分の1なんてとても、そんなこと言うなとなってしまう。それではだめだとなるでしょうし、まして、東京都の財政状況は比較的いいだろうと思うのですが、ほとんどほかの道府県は、非常に厳しい財政状況の中に置かれてしまっている。まして市町村においては、さらにもっと厳しい状態になっている。その中で3分の1を出せと言われても、それはどうして出せるんだろうということになってしまうので、結局こういうものやっても絵に描いた餅になってしまうことがほとんどで、どちらかという、こういう形で施策は打っているんですよというアリバイづくりにしかすぎないことが多々あったかと思います。そういう意味で、今回に関しましても、私が特に心配するのは、東京はそういう形でうまくいくときに、例えば周産期も含めて何らかの形で、受けるものに対してそれだけの補償をしますよという形があつて可能なんだろうと思います。補償もなしに、これを持って帰られて、それぞれの都道府県、例えば私は大阪府ですが、大阪府からも代表が来ていますが、この話を持って帰ってきて、さあこれをやれよといったときに、だれが手を挙げるのか。府のほうはどう答えるのか。府が答えるときに、いやいや、本来2次救急に対しては市町村の責任になったのだから、そのお金は市町村が出すべきものですよという話になるはず。例えば妊婦さんの健診14回に伴って、国のほうからたしかお金が出ているはず。だけれども、実際に市長村が妊婦さんに支払った額は大阪府が全国でも最低だったと思いますが、ごくわずかしかなかない。その残りのお金はどこに行ってしまったのよと言いたくなるのですが、現実にはそれぞれの地方自治体がそこまでひどい状態に追い込まれていて、そのお金をそんなことよりも、もっとこっちに、食うか食わずかということも含めて、そういうところに回さざるを得ないのだよという状況に陥ってしまっているのです。そういう状況の中で、こういう話を持って帰っても、救急医療をぜひやりたいという病院ばかりだったら、それは喜んで手を挙げるところはたくさんあると思うのですが、むしろできたら救急医療、堪忍してよという病院が多い中で、果たしてこれを都道府県に落としていったときに、どれだけの都道府県ができるのかということをよく考えておかないと、ここで幾ら議論しても、単に「ああよかったね」というだけの、絵に描いた餅になる可能性があると思います。だから、ぜひともそれは避けるような形で考えて手を打っておくことが必要ではないか

と思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。非常に貴重な意見だと思います。作業部会のほうの先生方にも、これから決めていくと思いますが、ぜひ今のお話、よろしくお話ししたいと思います。いかがでしょうか、事務局から追加発言、よろしいですか。私、法律用語として、「遵守」というのと「尊重」というのと違うだろうという話ですが、実はこの「尊重」という意味も、尊重義務という形である程度義務化があるんだということを知りましたが、法律の先生、ここにおられますが、いかがでしょうか。「遵守」とは、もちろん格は違いますが、ある程度「尊重」というのも重要、尊重すればいいのだというだけではないんですよという。いかがでしょうか。今日は岩田先生おられますね、今の私の話を含めていかがでしょうか。もちろんそこだけではありません。どうぞ。

【岩田委員】

岩田でございます。どういうふうにお答えすればいいのか、ちょっと迷うところではありますが、いずれにしても、私自身こういう問題にあまり熟知していませんので、そもそもここにいていいのかというふうに思っているのですが、言葉の具体的な使い回しというのはいろいろな配慮があつて使われているんだろうと思います。ここで「遵守」と「尊重」の差を議論してもきっとあまり意味がなくて、むしろそういうことが書かれているということで、例えば医療機関のほうも、これが「尊重」だから私たちは守らなくていいのですよという話にはきっとならないと思いますので、だからそういう意味では積極的に考えていいのだろうと思います。先生方の専門的なご意見の中で、私はほんとうに素人的な意見しか申し上げられないんですが、ちょっと外在的なことで、既にもう何人かの先生のご意見を言われたようなことについて、私も一般の消費者というか患者になる立場として、一言だけ申し上げられればと、既に、予算の問題が非常に重要だという話が何人かの先生から出てきたと思うのですが、やり方としては、協議会では、基本的には消防と医療の搬送をめぐる効率化というところが中心だと思うのですが、そこから出てきて、効率化しても解決できない問題というのが絶対に明らかになると思うんですね。だからそういう中で、ある意味では、証拠を突きつけるという言い方は変ですけれども、効率化してもなおうまくいかないということについては、それをどこの場でやるかというのはいろいろ議論があると思います。作業部会であれ、この親委員会であれ、ほかのところであれ、何らかの形で、こういう効率化してもうまくいかないんで

すと。だとすると、やはり予算措置も含めて検討してくださいというような形で、やはり医療は崩壊されては絶対困るものですから、そういう形で、この実施の効率化だけではなくて、さらにほかの医療全般をめぐる問題についても、ある意味では下から積み上げていった中で問題を提起していくというような形になれば、既にもう厚労省のほうも予算を大きくつけてくださったということですので、この1年間だけで終わらず、さらに継続的に何かそういうものができ上がっていけばいいのかなと。もしかすると理想論なのかもしれませんが、そういう形でコンセンサスをつくっていければ、大きな第一歩になるのかなと思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。どうぞ、杉本先生。

【杉本委員】

今の尊重と遵守、これはやはり非常に大きな問題だろうと思います。もしこの「尊重」というのを、もちろん積極的に医療機関が尊重しようという気持ちをもつという気持ちは十分持とうというのはよくわかるのですが、まるでそれは義務であるというようなとらえ方になってくると、これはかなり多くの医療機関にとって難しい問題があると思います。と言いますのは、事をもっと簡単に言えば、例えば今幾つか搬送困難例、急性アルコール中毒もありましたし、産婦人科で言えば未受診の妊婦もそうだろうし、あるいはお金を払わないことは明らかだろうと思われるような方々を、今脳卒中はここへ行きましょう、こうでしょうということと言えるけれども、このようにどこもが診療したくない、受け取りたくない患者さんをどうしますかと、それを受け取る病院が決められるんですかという話だと思います。そのことができなければ、結局たらい回しというよりも、それは患者さん側にも大きな責任があるだろうし、もっと言えば日本がそういう人たちを含んでいるということになってしまうのかもしれませんが、そういう患者さんたちを、まるで病院がそれをやるのが義務であるというような形でやってきたということがあると思います。そののところが少しちゃんと整理しておかないと、結局は何回も問い合わせても、「いやいや、その患者さんは結構」という患者さんは、やはりどうしも出てくるのではないかと私は思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。その辺のところは、作業部会でも少し話してもらわないとい

けないところだなと思いますね。有賀先生に行って、開出室長に。

【有賀委員】

今、杉本先生がおっしゃったことをもう少し具体的にこの場できちんと言って、そして行政側に腹を据えていただかないと議論は一切進まないということを、きちんと座長がやってくくださるかどうかわからなかったので、今ここで発言します。35ページを見ていただきますと、2次以下の医療機関が処置困難や専門外という理由で断っています。先ほど聞きましたけれども、東京の告示機関は、どうやらベッドが80%台で、満杯にはなっていないらしいと。僕は知りませんでした。ですからそのような状況で、なおかつもう病院は診ることができない。その理由は、事務局からご説明があったように、44ページを見ていただくとわかりますけれども、全数の4回以上が8.3%、右から4番目のカラムですね。にもかかわらず、下にありますところの傷病者背景ありになると、それが34%にはね上がっている。この中で、例えば今妊婦の話が出ましたが、全く未受診、これは数が少ないので、断定的なことを言うのははばかる例となりますが、患者さん側の理由で、こうやって4回以上の人たちがこんなにいる、それが50%なのですね。ですから、島崎先生が、このルールをやろうというときに一体どういう予算措置があるのかと言ったのは、新しいルールだから新しい予算措置をするという意味ではなくて、もともと消防機関や救急病院が責任を持たなければいけないような、そういうふうなものではないテーマに対して、一肌も二肌も脱いでいると。この状況を、病院に運ばれる前の社会の状況としてどのように考えるのかという話と、それから今日はあまり出ませんでしたけれども、脳卒中がうまくいっている、これは大うそです。今年までに脳卒中は東京がなくなりました。しかしその後の流れが、多分東京では滞ります。そうすると、もう既にどこかの地域では起こっていますけれども、脳卒中の患者さんがいつきに来ますから、そして次のところに行けません。何が起こるかという、新しい患者さんが入らないのです。だから、これは救急医療で、きれいな絵が厚労省によってかかれていますけれども、そういう問題ではなくて、社会全体でどのように患者さんが流れていくかというダイナミックな部分を見ないといけない。したがって慢性期の部分まで入れて、入り口の話をしないと、これは話が成り立たないのですね。そのようなことで、この場では行政の方たちに、今、岩田先生が言われたように、とりあえず細かなことを詰めながら、必要なものは要求していけばいいじゃないかというようにおっしゃっていますが、これはもう既に明らかなのです。そして、その明らかなことを面倒見てこなか

ったからこうなっているだけの話で、今からでも遅くないので、面倒を見ていただかないといけない。この会はルールを決めると言えば、それはルールですけども、ルールができて、ルールを守ることができなければ、ルールでも何でもありません。ですから座長には、このお金の件を何とかきちんと位置づけるような集約を、半分ぐらいのパワーを使ってやっていただかないと、残りの半分はいろいろな人たちができます。けれども、これはやはり、島崎先生が最初におっしゃった部分はそういうものなのだと。ぜひ、お願いしたいと思います。以上です。

【山本（保）座長】

全くそのとおりなのですが、そこばかりでやっている、このルールづくり、あるいは……。

【有賀委員】

並行してやってくれと言ったのです、僕は。

【山本（保）座長】

ぜひ並行してやるということにしましょう。どうぞ。

【開出室長】

ちょっと先ほど法律の話が出ましたので補足と思ったのですが、参考資料1の7ページに条文がありますが、消防機関のほうは「遵守しなければならない」とあって、医療機関は「尊重するよう努めるものとする」とありました。これは私ども遵守義務と尊重努力義務と言っていますけれども、同じ「義務」と言っているのは、語尾の「しなければならない」というのと、「ものとする」というのは、法律的には同じような意味で、「義務」ということなのですけども、ただ義務づけの内容が、やはり消防機関と医療機関で違まして、消防機関は公的な機関ということもありまして、これは遵守義務があるということでございますけれども、医療機関のほうは尊重努力義務ということで、いろいろな今の医療機関の置かれた環境もありますし、医療機関の中には私の機関もあるということで、義務づけの中身について差があるのは、法律上も差があるわけです。ただ、岩田委員から説明していただきましたように、その義務の内容には差があるわけですけども、これは消防機関、医療機関が参画した協議会で、このようなことでいこうと決めたルールということ、その実施基準が法的に位置づけられているということで、基本的にこれを守ろうというのは当然の前提ということですけども、若干法的な効果に差があるということが1点。それと、同じページの35条の8の④というと

ころに、協議会の権限ということでございますが、「搬送受入れの実施に関し必要な事項について意見を述べることができる」と入っておりますものは、幾らそのルールをいろいろ議論してやってみても、その工夫の中で、現在の医療資源を前提にできることにも限界がある場合も当然あるわけですし、今そのお話が噴出してきつつあるわけですが、そういった医療提供体制の予算等絡む問題、体制の整備について、やはりここを何とかしなければならぬということも、この協議会の議論の中で出てくる場合が考えられますので、それについて知事に意見を言うということでございますけれども、そういった機能も付加しているということも、補足で説明させていただきたいと思っております。以上でございます。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。今のところ、よろしゅうございますか。それから、今日はたくさんの方の消防の代表の皆さんも参っておられます。いかがでしょうか、消防の先生方、まだお話をしていない先生方、多々おられると思いますが、どうぞご遠慮なく手を挙げていただければと思います。

【田上委員】

鹿児島県さつま町消防本部、田上と申します。本日のこの会議に出席いたしまして、まず2つ感じたことがあります。1つは、地域の実態がどこまで把握されているのかなという思いであります。と申しますのは、今回医療機関のリストアップをされるということではありますが、地方は選択肢がないわけでありまして。例えば、心停止で救命センターに運ぶという選択肢があったとします。私の本部からセンターまで60分かかります。そうしますと、その間の傷病者の管理をだれがするのかという、非常に大きな不安を抱えての救急業務に従事している訳であります。したがって、今後この医療機関のリストアップにつきましても、そうした地域の実態にあわせた、弾力的な幅のあるリストアップづくりをしていただきたいというのが要望であります。それからもう1点は、ここは善良な市民を対象とした搬送づくりだと思っておりますが、先ほど来ありますように、救急患者の中には、診療費を支払わない常習の者がおります。これはもう入り口のところで、医療機関は拒否をされるわけでありまして。そうした場合に、救急隊は長時間説得をしながら、救急現場で適時適切な業務に従事しております。そうしたことも含めて、医療搬送の時間が長時間にわたっている、あるいは現場待機時間がかかっているということも含めて議論をしていただきたい。そうした善良な市民だけではないのだということ

も含めて議論をしていただきたいというのが、地方の実態であります。以上であります。

【山本（保）座長】

それは地方だけではなく、どこも同じようなところがたくさんあるんでございますが、非常に重要なポイントだと思います。ありがとうございます。ほかに、いかがでございましょうか。

【坂本委員】

よろしいでしょうか。この1ページの一番最初のところ、「本検討会の目的」の2の(2)に、「傷病者の搬送及び受入れに係る調査・分析の方法」というようなことがございますけれども、このような搬送体制に関しては、必ずこれを検証して評価して、さらに改善していくというふうなプロセスが必要になってくるわけですけれども、消防側からの、単に何回電話をしたとか、何分以上かかったというふうなことでは、実は全く不十分で、医療側から、適切な疾患が適切な医療機関に運ばれているかどうかということがマッチングする形できちんと調査されないと、これは評価できないと思います。これをやるのはものすごく大変なので、これを現場に負担をかけないでやるためには、先ほどのお金の話も含めて非常にたくさんの方が必要になります。また、それを厚労省がやるのか、あるいは日本医師会なり病院会なりがやるのか、どのようなデータを使っていくのかというふうな枠組みも考えていかなければいけないと思うのですけれども、この点について厚労省として、この500万件の救急搬送の疾病だとか処置が適切であるかどうかというようなことを検討する予定があるのか、あるいは、もう病院に運ばればそれによしとするのかという点について、教えていただければと思います。

【三浦課長】

今度の消防法の改正というのは、救急医療についてのPDCAサイクルを回していこうということが基本的な考え方であるというふうに理解しています。そのために、協議会において搬送の状況について評価・分析するというような機能も位置づけられているわけですので、私ども、それは国がということだけではなくて、それぞれの地域における分析というものもあるでしょうし、そういうのと連携しながら現状を把握し、国として解決すべき問題があれば対応していくことになるかと考えています。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。消防のほうで、大阪消防の津田部長、何かありましたらどうぞ。



【津田委員】

私どものほうの意見のまとめとしては、野口委員のほうからほとんど言っていたと思いますが、今回この委員会へ出席するに当たって、我々の中で話していたときに、先ほど杉本先生がおっしゃったように、まさにそういう医療機関のリストができるのかなどというような心配が、非常に多く意見が出てまいりまして、特に小児科、産婦人科などのリストが出ると、もう一般の患者の方がウオークインで行くのではないかなど。そうすると、そういうおそれから、逆にリストの公表を避けられる、おりられるというふうなことの懸念があるのかなどということで、非公表というのですか、どういう形で、必ずしもリストをつくっても公表しなければならないとは思わないので、そういったことも含めて検討していかなければならないのかなど思っております。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。小児科、産婦人科、あるいは救急、そんなリストができるのかなという、あるいはここで、受け皿の一番大きな病院会の会長であります山本修三先生が参っておられます。何かご意見がありましたら、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【山本（修）委員】

ご指名をいただきましたので、少し発言をさせていただきます。今日の議論を聞いていまして、今日ここに来た理由が、搬送と受け入れの施設基準をつくろうと、ガイドラインをつくっていかうというような話で、この会が立ち上がったというように聞いていましたけれども、基本的には地域の協議会は、もうMC協議会もあるし、救対協もあるというようなことで、それがもう動いているということで、そうすると、ガイドラインをつくって、どうやって受け入れるようにしようかということが一番メインのテーマになるのかなど思ひて聞いていましたら、今度は予算の問題に移ってしまったものから、なかなか難しい問題だなど思ひています。私は、やはり基本的には救急患者さんは受け入れなくてはいけないという立場で、救急専門にやってきた人たちは、そこはぶれてはいないと思ひますね。ただ、その環境をつくれということだろうと思ひています。その予算は極めて大きなオーダーパラメーターですから、これは国として考えなければいけないけれども、我々も、これだけの予算をつけてくれれば、このようにして受けますよというようなことも、意見としては言ひていかなければいけないだろうと思ひています。要は、やはり患者さんを受け入れなければいけない、その仕組みをどうつくろうかということでございますので、例えば7ページのリストの問題が出ましたけれども、

物事というのは、あまりきちんと決めてしまうと動かなくなってしまうということがあります。ですから、考え方はこれでよくわかりますけれども、A病院は何々、B病院は何々みたいなことでやると、おそらく地域の格差を考えたときに全然動かなくなってしまう地域が出てくると思います。ですからガイドラインとか、こういうリストというのは、やはりフレキシビリティのある仕組みにしていかないと、おそらく受け入れられないのだろうと思っています。もう1つ申し上げますと、地域格差の中で典型的なものがございますけれども、20ページの表で、関東のものですが、茨城を見ていただきたいと思っています。茨城は全部外へ行っていますよね、受け入れよりも外へ行ってしまいうほうが断然多い。すなわち、この地図でいう太平洋側、千葉から福島の太平洋側に産科を受ける施設が1つありません。そういう厳しい地域もある訳です。そのようなことを踏まえたときに、一番中心になって考えるのは、地域がやはりそのような患者さんをどのように受けていこうかということを考えなければいけないと考えています。もう1つ申し上げますと、この1次、2次、3次という形の救急医療の中で、これはもう救急医療をずっとやってきた先生方はよくご存じでしょうし、私は救急医療をやめてから随分たちますので、少しずれているかもしれませんが、1次、2次、3次の中で何が今一番問題になっているかという、3次に軽い患者さんがどんどん来ってしまうというようなことがあって、それはなぜかという、2次救急が極めて弱くなっていることが一つの理由と考えています。非常に専門分化してきて、救急そのもののレベルは上がってきたし、素晴らしい先生がたくさん出てきました。しかし肝心のコモディージーズの救急を扱うべき2次救急が、非常に力が弱くなってしまったために、今のようなことが起こっていると。だからそういうことを含めた受け入れの考え方を、少し知恵を出したらいいかなと、そんなふうに感じていました。ありがとうございました。

【山本（保）座長】

山本委員、ありがとうございました。非常に最後、示唆に富むご意見をいただきました。その中でも予算の問題というのは、私も重要視しなければいけないのではないのかなと、山本委員とは多少違うところでございますが、島崎先生、何か最後にこの予算の問題について、ここでいくのか、作業部会でいくのか、その辺の大まかなところを少し、先生のご意見をいただいて終わりにしたいと思いますが、いかがでしょうか。

【島崎委員】

ちょっとそう言われても困るのですが、作業部会は受け入れ実施基準のガイドライン

をつくるだけで、予算にかかわることはやらないのでしょうか。

【山本（保）座長】

でしょうね。

【島崎委員】

だから、もうそれは我々としてはこういう問題があるからということで、今ここで皆さんがほとんど同じように思っておられる、受け入れ医療機関側に対する、ある種経済的支援を含めて、ぜひともそれは厚労省、それから総務省とも考えていただきたいというように思います。それから、先ほど開出さんのほうから、700億出していただけるということで、幾つか、我々が危惧するということでもないのですけれども、1つは、総務省からはおそらく自治体を通してそういうお金がおりののでしょうか。そうすると、先ほど杉本委員がおっしゃったように、自治体の人は病院よりも、もっと別の大切なものがあるよというような話になって、ほんとうに、まずその700億がきっちり救急にかかわる医療現場におりののかどうかというのが1つ。そこが一番危惧するんですけれども、おりた場合に、例えば産科とか小児とか新生児とか、それから救命センターとかいろいろな所がありますよね。その救急患者の受け入れの実態に応じたような配分で、きっちりとその予算が自治体からおりるような仕組みをぜひとも考えていただきたいというのが2点目。それから3点目は、おそらく自治体からですか、これは国公立ですか、それとも公立だけの病院ですか。例えば予算が自治体からおりるとしたら、その辺のところはどうなのでしょう。

【開出室長】

交付税の公立病院に対してやっているのは、純粹の自治体立と、あと公的な医療機関ですね、赤十字とか、位置づけられたものまで対象にしています。今回もう少し、公益法人のところまで拡充ということになってはいますが、基本的には公的な位置づけがあるところです。

【島崎委員】

差し当たって今回がこのような共管で、医療機関に総務省がお金を出すというのは非常に画期的だと私は思いますが、実際に出るとしたらです。思いますけれども、来年度からすぐというのでなくてもいいですけれども、民間病院の救命センター等含めて、かなりそこが救急医療の現場にかかわっていますから、民間病院へも自治体を通して支援が行くようなことを、ぜひとも考えていただきたいというように思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。

【山崎委員】

座長、済みません、最後に2点。

【山本（保）座長】

どうぞ、先生。

【山崎委員】

日本精神科病院協会副会長の山崎です。精神科の救急というのは独自に、精神科救急システムということで実施しているのですが、現在、精神科の会員病院が非常に困っているのは、精神障害者が合併症を起こしたとき、例えば統合失調症の患者さんが心筋梗塞だとか脳卒中を起こした、あるいは、うつ病の患者さんが自殺企図で飛びおりて、脊髄損傷で麻痺の状態になってしまったという患者さんを受け入れてくれる病院がほとんどないのです。これは脳卒中、あるいは心筋梗塞、あるいは整形外科の病院にお願いしても、統合失調症という診断がついていたり、自殺念慮があるうつ病ということで、ちょっと勘弁してくださいというのが実態です。したがって、このようなことを検討するときに、精神障害を合併している患者さんの扱いについてどのようにするかということも、1つ大きな検討課題だと思っています。それと、救急の搬送の実態にも入っていませんけれども、認知症の患者さんが最近非常に増えております。団塊の世代が後期高齢者に入ってくる20年後ぐらいになりますと、この認知症の救急搬送をどういうふうにするかという、非常に社会的に大きな問題が出てくると思っています。したがって、その辺を含めて検討していただきたいということ、これは精神科とはあまり関係ないのですけれども、今日の資料の23ページに、佐賀県の救急医療の体制というのが図で出ているのですが、各都道府県、1次救急、2次救急、それから3次救急ということで、問題は、都道府県側の市町村レベルの救急を支えている2次救急医療のところの病院群輪番制病院、あるいは救急告示医療機関です。というのは、法的にどのような資格で、どのような指定をされていて、どのような診療機能を持っているかということ、この次の検討会までに資料をちょうだいしたいと思います。現在、救急の現場が当直医を含めて医師が少なくなっておりまして、勤務医から救急に特化すると、そんなに救急をしるというならもう辞めると言われることが多くなり、病院自体が救急から逃げ出しているという実態があって、その届け出をしたときの病院の診療機能と、その後の今日現在の診

療機能が果たしてきちんと合っているのかという検証をすることが大事で、当然診療はできるのでしょうかということではないと思うので、その辺を含めて、どのようなチェックの機能があって、どのような条件で病院を指定しているかというデータをちょうだいしたいと思います。

【山本（保）座長】

わかりました。

今大きく2つあったと思います。救急告示病院の件については、中山室長、よろしくお願ひしたいと思います。それから精神科疾患、あるいは認知症の受け入れの非常に難しいというのは、もういろいろなところで出ているわけでございます。特にこの中でも40ページあたりの、コードの中の情報に、疾病に関する情報で、精神疾患、アルコール、それから認知症、この辺のところはこれからも非常に大きな問題によりなってくるのではないのかなど。先生のお話、そのとおりに作業部会でもお話しさせていただきたいと思います。ありがとうございました。そろそろもう時間でございますが、岡本長官、あるいは外口局長、いかがでございましょうか。長官からいきましよう。

【岡本長官】

いろいろご意見、ご指導、ありがとうございました。いろいろいただいた点で、またこれから作業部会で詰めていただくことと存じますけれども、そういう点でいって2つ大きなお話があって、1つは進め方のお話がありまして、今あるMCでありますとか、そういう協議会を各県でやる時にどうするか。多くの先生方からお話ございましたように、既存のいろいろな協議会と屋上屋を重ねないようにやっていくということであろうと当然思います。そのためにも、このガイドラインの中で、どういうことをこの協議会できちんとしなければいけないのだということを明示的にしていただけることによって、ではそれをきちんとやっつけようとするれば、既存の今の協議会でこういうことをやればいいのではないかということも、おのずとはっきりしてくると思います。そのような意味でも、ぜひ作業部会でやろうとすることを、ある意味では具体的、明示的に示すということが重要ではないかというように考えております。それからもう1つ大きな、お金の話がございました。これは厚生労働省のほうの国費によっていろいろやっつけらるる予算、それから私どもが中心的に地方財政措置を講じてやっておりますいろいろな措置、これをあわせて講じることによって、いろいろ今ご指摘、ご心配あったようなことを解消していくということだろうと思います。それで1つ、総務省のほうでやっ

ております中で、島崎先生のお話の中の、どういう病院かということ、対象はどこだというお話がございましたけれども、我々この数年間、いろいろな病院のこういう地域の医療をどうやって確保していくかというときに、私ども総務省全体として持つております問題意識は、今まで、ともすれば公立病院にいろいろなことをやってまいりましたけれども、地域の医療を確保するために、それぞれの医療機関がどういう機能を果たしているか。その果たしていただいている機能に着目して、県なり市町村がお金を出していく、そういうものを想定しながら、我々としては交付税なり何なりの地方財政措置を考えるべきなのではないかというふうに考えております。そういう意味で、ではその医療機関がどういう位置づけなのかということ、ある意味では私ども役人でございますから、制度的にきちんと位置づけるということと、よりそういう仕組みがつくりやすいということになりますけれども、今回の消防法の改正で、消防機関と医療機関、それを県が入って、こういう意味では実施基準という形で位置づけるわけでございますから、この実施基準に位置づけられた病院は、当然、公立であろうが何であろうがその機能を果たすという中で位置づけられているわけでございますから、そういうものが果たすことに、どれだけの、いわゆる財政需要があるかということに着目しながら、そのような財政措置を講じていくことを、ぜひ前向きに進めていきたいというように考えております。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。外口局長、お願いいたします。

【外口局長】

消防法の改正に基づきますこのガイドライン策定についての議論から始まりましたけれども、その中で地域医療、救急医療をめぐる課題について、さまざまな指摘をいただきました。今の状況をより改善していくためには、やはり予算制度、診療報酬といったいろいろな仕組みを通じて、これを短期、中期、長期と組み合わせて取り組んでいくことが必要だと思っております。行政としても、必要な対応が進められるよう、努力してまいります。

【山本（保）座長】

ありがとうございました。それでは、もう時間が参ってしまいました。今後のディスカッションは、細かいところが出てくると思いますので、作業部会を設立して、そこで進めていって、この親会にそれをご報告して、よりよいルールづくりを目指す、そして協議会を目指すというところで、ご了解をいただきたいと思います。それでは、この辺

で事務局のほうにバトンタッチをさせていただきます。事務局、お願いします。

## 8 閉会

### 【事務局（溝口）】

ありがとうございます。皆様、ほんとうに活発なご議論ありがとうございました。次回の開催、あるいは作業部会のご案内等は、事務局のほうよりまた改めてさせていただきますと思います。1点、担当として、済みません、私の領分を超えたことかもしれませんが、この消防法改正のすさまじさを少し皆さんと共有させていただきたいと思います。私は、正直言いますと恐怖です。杉本先生がおっしゃったような絵に描いた餅ですとか、さつま町のここまでしかできません、あるいは大阪のウオークインの話、それはウオークインで病院が、病院を公開したらうまくいかなくなりましたというところまでデータとして出せますかというようなことを突きつけるような、これは改正です。そして、有賀先生が特におっしゃったような、当たり前のことだよねというのは、データにするのがいかに苦しかったかということは共有できているのではないかと思います。関係者間のコモンセンスは暗黙知です。それを出せというガイドラインをつくるか、それを突きつけて、そのデータを出す覚悟があるのかというのを問うというのが、この検討会のやっている作業でして、私は時々これで目が覚めるぐらい恐ろしい思いに駆られているということを、あえて申し上げさせていただきたいと思います。金というよりも、金をどこにつけなければいけないか、そのためのデータをほんとうに出す覚悟がありますかという話だと思っておりますので、ぜひよろしく願いいたします。済みません、出過ぎた発言をしてしまいましたことをお許しください。どうぞ、今後ともよろしく願いいたします。本日はありがとうございました。

### 【山本（保）座長】

ありがとうございました。

速記担当：(株)大和速記情報センター

藤田 貴子