

最近のトピックでは脳卒中も入れたとして、これをそのまま並べるというのも1つの考え方ではありますよね。いろんな並びが出てくると、「溝口〇〇」とかいつて皮膚科の病名みたいに、難しく次から次へと出てくるといことが起こり得ますが、どうでしょうか。

事務局

一応この並びなのですが、1番と2番は脳卒中と心筋梗塞は非常に重症度・緊急度の中でも重要な話だということと、治療にどれだけ早くつなげるのかということが重要であること。そして、医療計画の中に書き込まれているということがございまして、脳卒中と心筋梗塞を1番・2番に持ってきています。3番の胸痛はさすがに心筋梗塞とあまり外れたところに書いても、ぴんと来なくなるだろうと思ひまして、3番目のほうに挙げました。4番目からは実は島崎先生の順番に沿って、外傷・熱傷・中毒という形になっています。そして、7番と8番はあえてと申しますか、島崎先生のほうでは意識障害のところは次の順番としては入ってきます。胸痛を外しますと、そして、呼吸困難が入ってきます。意識障害と呼吸困難というものを考えていくに当たって、さすがにそれは広過ぎるのではないかなといて、産みの苦しみで出てきたのが痙攣と喘息でしたので、痙攣と喘息は、何か順番がちよっと違和感のあるような形で入っております。そして、その後からまた島崎分類に戻りまして、消化管出血と腹痛という順番になって、先生ご指摘のとおり、周産期と乳幼児は落としています。説明はできるのですけれども、だから何だと言われてしまいそうな説明です。

座長

これは、だから、書き手の思いということになって、例示ですからあまり深く追求しまくるようなことではないような気がしないでもない。ちよっとここはおそらく救急隊側は「証拠によって」ということがより強くあるので、おそらく折衷することになるのでしょうか。脳卒中についても、脳卒中ってわかるかどうかといえば、多分こういうルールに従って判断できるといったって、例えばシンシナティ病院前脳卒中スケールでやったって、東京での経験では100のうち70ですもんね。

委員

はい。

座長

あとの30は外れですから。だから、そういう意味ではあまり拘泥する理由はないのですけれども。順番にご意見をお願いします。

委員

要するにこれは島崎先生のレポートの後の4疾病・5事業という概念があって、それを載せながら透かしながら、という形に見えますね。だから、あの4疾病・5事業という項立てが大体おかしいのですよね。だから、それと島崎レポートと2つ並べると、どのみち苦しくなる。だから、その2つを併置するのか、こういうように1つにまとめるのか、そこだけ議論はしておいたほうが良いと思います。苦労の跡は見えますし、それを入れるべきだと、僕は言った覚えがありますので、それが入っているというように見えます。

座長

どうぞ。

委員

この中にはいわゆる病態疑いということで項になっている部分と、そのまま症候というのですか、主訴が出ている部分があって、いろんなものがまざっているのを並列に書こうするから、順番を決められない原因だろうと思います。病院側の立場で言いますと、リストをつくって、こういうことができますよと言うときに、何が大きな根拠になるかといったら、専門的な処置です。救急傷病の多くはほとんどが内科の先生、いわゆる総合内科的な能力で、初診対応していただけますが、しかし、ACS（急性冠症候群）について言えば、直ちに冠動脈カテーテル検査、いわゆる血管拡張処置ができるかどうかとか、あるいは脳血管障害であれば、その施設においてt-PAをやれるかどうかという、あえて専門的な処置が可能かどうかということが重要になってくると思う。そうでないと、リストをつくってもほとんどあまり意味のないリストになってしまいます。

ちなみに、第2回するときにも私どものところでやっている医療機関リストづくりは、どうなっているかというのを説明させていただきましたが、横長の資料「拡大MC協議会の概要（堺市二次医療圏）」の例のように、医療機関側からまずその病態及びその処置別の収容の受け入れ可否リストを出していただいて、その上でつくってこうと、そうしないと、あまり細かく分けても意味がなかるうということになっています。

資料の3枚目を見ていただければ分かるように、結局は最終的に疾病救急で病院リストが必要になってくるのは、循環器救急、特にACSを疑う場合とか、あるいは脳血管障害の中でも特に梗塞をどうやって拾うのかとか、あるいは私どもの地域で収容困難と言われている消化管出血でした。特にこれに対しては、当番による抜けない医療機関リストを作りました。その上で、それをどうやって選ぶのかといったことを示しました。即ち、緊急度の次は専門性というのか、特異性というのか、どのカテゴリーに入るかは別にして、その次はこういうカテゴリーで選ばせんかという工夫なのです。だから、ガイドラインのほうはあまり細くなるよりは、少し考え方が伝わるようにしといてやらないと、地域、地域によって医療資源には差がありますし、少しメディカルコントロールに立たれている先生方にも、考え方に多少違いがあるために、そこはもう少し、結果からいえば、細かく過ぎないほうがいいのではないかという気はいたします

座長

そうすると、せっかくの資料なので、3枚目の真ん中のC PA、ACS、脳血管障害、消化管とつながっています。その上の外傷とか熱傷とか、そこら辺について、ここにはトリアージシートって書いてありますので、シートがあって、その後に救急隊が行く先についてのリストもお持ちなのですよね。

委員

よろしいですか。

座長

はい。

委員 それでは、時間を少しいただいて説明します。まず1ページ目を見ていただけますか。これは先ほどの事務局が説明された資料ともよく似ていますけれども、最初に病態あるいは処置別に受けられるリストを提供していただいて、それをリスト化するという作業があります。次に、そのリストが作成された病院に対して、どうやって連れていくのだという基準をつかって、消防機関と受け入れる病院の両方に納得していただく。実際に搬送という行為があった後、あとはデータの集積・分析しましょうというスキームだと思ってください。

それを具体的にやっていくのに、2枚飛ばしていただいて、先ほどの4枚目の「疾病救急トリアージシート」をみてください。これは現場で使うシートだと思ってもらって、内因性の疾患のときはこちらを使います。2枚目に次のページには外傷、熱傷の場合に使う外因性の場合です。まず疾病救急で見ていただいたらわかるのは、生理学的兆候の異常を評価するために、これは緊急度の高いものをスクリーニングするための基準を示しています。これは先ほどの消防庁で示していただいた基準とおおむね一致しています。それでひっかかれば主として救命救急センター等に運んでいただいて結構だということです。これで重症度がある程度以上である傷病者を先に篩い分けすることができれば、次は適切な病態の判断をして、適切な処置ができる医療機関に搬送するという概念で、観察内容と医療機関選定リストを作成しています。先ほど言いましたように、循環器、脳血管障害、出血、手術の必要とする急性腹症ができました。1枚1枚初めは基準を設けていましたが、何枚もシートがあつては、現場ではそれは使えないので、大きく網にかける枠だけを1枚のシートにしました。大きな網掛け方式で、これにひっかかれば右手に書いていますC、いわゆる疾病別医療機関リストを活用していただきたいということになります。リストには2番、3番、4番、5番という○番号を記載していますが、○番号と一致した病態別医療機関リストがつけられていて、これを参考に病院選定することになっています。最後の次の次のページにリスト②というのがありますが、これはPCIができる循環器の疾患のリストです。循環器については当番決めなくても通年固定でいけますので、リストの提示だけで運んでくださいということになっています。

一方、リスト④というのは消化管出血ですが、曜日別・時間帯別で作成しています。というのは、24時間365日埋まらないので、当番病院を指定して埋める必要があるためです。それが右手の当番指定病院①、当番指定病院②というのがあって、それを集中的に活用していただくというようにしています。

こういうような形で、私どもは受け入れ側の基準をつかって、先ほど言っている確認事項というのは、実はこのシートで言うところの真ん中のトリアージシートの中に書いてあるチェック項目が、観察と確認をしたということの意味で救急隊がこれを使うことになります。このシートを持って病院に行き、病院にこれを

残してきます。下半分にはその後の経過が病院側で記載されて、収集してデータ分析に使いたいと思っています。なぜ使いたいのかというと、具体的にはまだこれを収集するのにどうするかというのは、現場で、今、議論されているところです。したがって、先ほどの説明で、専門性及び特殊性といったところに記載されていたのが、私どものトリアージシートで言う真ん中の欄の主訴・症候・症状別に書いたところだと、思っていたらいいかなと思います。以上です。

座長 どうもありがとうございました。

だから、おそらく地域で話をしている具体的な、躍動感に満ちたこういう資料を手にする、そうだよな。おそらく救急振興財団のころのお話は、外傷・熱傷・中毒以下の乳幼児までありますけれども、全国をずっとズームアップして見ると、これらの項目について重症度・緊急度について議論していたほうが、全国的なシェアから見ると安全だろうという話だったのでしょ。というようなことで、安田先生、いかがですか、今のリスティングについての事務局の話と、それから、そのもとになった救急振興財団と、それから、今の脳卒中、心臓、腹部と。

委員 症候別・疾患別いろいろ分けて記載することは、どうしても前回から言っているグレイゾーンでわからないのがたくさんあるのですね。それを言い出したら切りがないので、典型的なものを挙げていくわけですけれども、事務局が言うように、やっぱり脳梗塞のt-PA治療をどうするかは1つ大きなポイントですし、それから、ST上昇伴った急性心筋梗塞にPCIをやって、ダイレクトにPTCAをやれば通すとか、そういうことは非常に重要ですから、これを上のほうに持ってくるという発想は非常にいいと思うのですね。それ以外にいろんなことをガイドラインとして挙げていくことは、典型例を挙げていくのでいいと思いますね。

座長 それから、この基本は搬送、119番してから病院到着するまで、全国平均35分以上かかっているというようなのを何とかもう少し早くしよう。早いだけではなくて、適切な医療機関に搬送しようということが目的になってくるわけで、その時間短縮を考えたときに、やはり背景にいろいろある患者さん、それから、複数の科目にまたがる患者さんですね、この間も妊婦が急性重症肺炎になって、千葉県から東京まで運ばれてきたのがありましたですけれども、そういうような複合した患者さんを、どうするかということまで言及していかないと、時間短縮にはならないのではないかなという気がします。

座長 今のお話は、最初の単なる緊急性の比較的単純な話と、それから、専門性並びにその後の特殊性を言って、だから、それぞれそういう意味では、例示ということだけでいけば、そんなに複雑怪奇にする必要もなかろうと。ただ、こいつだけは押えろという話だろうと思うのですね。寺澤先生、どうぞ。

委員 今の大体意見と同じなのですが、地方では結局搬送困難になる可能性のある

患者さんというのは、ちょっと都会とは違うこともあって、例えば小児の顔面の外傷で形成外科医はきょうどこがやっているのだとか、やっぱり神経精神科の自殺の患者さんとか、複数の問題を持った人とか、だから、大枠でその地域の実情に合わせた搬送困難になる可能性の高いものに関して、しっかりしたルールづくりをしなさいという、その大筋が最初にあって、例としてこういったやり方もありますよって書いていただかないと、何かこれがそのまま文章でおてきますと、僕の想像では、福井県関係の人がいたら怒られるかもしれませんが、大体、病院関係は医務薬務課、消防は消防防災課とか危機対策課、2つの課はそれほどうまくいっていない。

だから、こういうのが2つの課に一気に文書がおてくると、どっちがリーダーシップをとって取りまとめをするのか、そこからめ事が始まります。結局メディカルコントロール協議会に投げろという話になって、メディカルコントロール協議会で何するかというと、我々と消防の人たちの代表の救命士の古参の関係の人とか、救急医のちょっと若手の元気のある人たちが、作業部会みたいのをつくって、うちの県ではきつとこういうことが一番問題になるから、指の切断の場合にどこどこがOKだとか、何か福井県で問題になりそうな搬送困難事例に関して、わりとしっかりしたルールづくりをし、あとはここら辺全然問題なくいっているのではないか、だから、あまりうちで細かいルールづくりは要らないだろう。

ただ、奥越とって山のほうの消防とか、若狭湾の消防に行くと、俄然またここに出てきたやつを利用して、少しルールづくりをうまくやるように背中を押してあげる、きつとこれくらいの作業だと思うのです。ですから、あまりここでそれを頑張って深く突っ込んでかかわり過ぎると、何かこういう例示が出てくると「これをやるのか」みたいな感じで、かなり地方は結構混乱してしまうかもしれない。

座長 そうですね、症状Aはやつつけた、次はBだ、次はCだとかいってね。わかりました。だから、今言ったような意見を入れて、さらりと品よく、しかし読み手からすると「私たちのまちのことを、きちつと考えよう」という話ができるようにしておこうですね、いいですね。

事務局 はい。

座長 では、そういう意味では……。

委員 いいですか。

座長 どうぞ。

委員 この例示を見ていると、脳卒中疑いだとか、心筋梗塞疑いというのは、それを疑えばというところで何となくわかりやすいのですけれども、そのほかのものについては、例えば重症度・緊急度が高い胸痛だとか、重症度・緊急度が高い腹痛だとかいうのが出てくるのですよね。胸痛だとか腹痛ということであれば、まだ

救急隊でも判別つくかなと思うのですけれども、そこにさらに重症度・緊急度が高いというような話になってくると、果たしてそれを救急隊がうまくいかに、判別できるのかどうかというのがちょっと心配なのです。

座長 僕の頭の中ではもうこれから既に離陸してしまっていて、今言った心筋梗塞や脳卒中について行政が出している何かにプラスして横田先生の種類を加える。それに寺澤先生がおっしゃったようなことを入れたものが、ここにできているのではないかなと思ったので。拘泥していませんよね、別に先生ご自身が書いた緊急性の高い腹痛とかいうことには。

事務局 えっ……。

座長 いや、今おっしゃったこちらのものがね、そうは問屋がおろさないよと今おっしゃったので、僕の考えは、もうそれからは離れて、横田先生がおっしゃったり、安田先生がおっしゃったり、寺澤先生がおっしゃったようなことで、多分ここはまとめていけばいいのではないかなと思った。そのように答えたのですが、それでいいのではないかと。

事務局 地域の実情に落とすのでいいのだと思います。あとはもういろいろ皆様からいただいて、どの例示がいいかという、そのチョイスだと思っていまして……。

座長 だから、結局、例示ですから、極めて具体的にはもう大阪の堺で、こういうような例示でやっているという話がありましたね。それプラス田舎では、例えば切断とかいう話があったり、子どもの顔面外傷なんかも場合によっては問題になったりし得ると。だから、地域性を持ったところでうまくやってくれやという話になるわけですね。だから、そういうような意味では専門性というところも、今回では小児のことと、それから、妊婦のことがとりあえず出ていますので、これをそのまま書いてしまってもいいとは思いますが。

事務局 1つだけ、重症度・緊急度が高いというところを入れたところは、一応書いたところとしては、重症度・緊急度が高いというのを地域でどのように判断するかというのを、決めてほしいなという思いがあります。

座長 それは、だから、堺でやっている横田先生が出してくださったトリアージシート、これはそれを言っているわけですよ。だから、こういうようなものを例示しながら、今言ったようなことを説明していけばおそろくいいのではないかな。佐々木委員、そういうようなことでよろしいですね。

委員 はい、わかりました。

座長 ほかに何か意見ありますか。いいですか。

今どこまで行ったのですかね、専門性の子どもと妊産婦は、こういうような分類でいいですか、どこにあってもいいような気もしますけど。

それから、その次の特殊性については、開放性骨折も東京で言えば、明け方あたりがかなり難渋するのですよね。

委員 そうですね。

座長 ちょうど直前の先生が大学に戻るころかという、エアポケットみたいな。そういうようなこともあって、1つ1つ例示を挙げていくとおもしろいと言えおもしろい。これも都会においてはこうだよねということがあるので、こう書いたのだとは思いますが…。ご意見ございますか。

委員 よろしいですか。

座長 はい。

委員 開放骨折とかと同じ整形分野ばかりになってしまうかもしれませんが、現場でかなり高い精度で疑いがとれて、搬送先見つけにくいもののもう一つが、脊髄損傷の疑いというか……。

座長 脊髄損傷？

委員 脊髄損傷ですね。

座長 脊髄ね。

委員 脊髄ですね、要するに階段が落ちたにしても何にしても四肢が動かないという、これはやはりかなり搬送先決定が難しいことがあって、これもちょっとこの並びであればもう一つ、例としてはもしかしたら挙げてもいいかもしれないと思います。

座長 この17ページの④「医療機能が限られる」というと、確かに限られるといえれば限られるのです。その後、背景があるものについてまた並べていますが、これはこれで先生としては納得的でよろしゅうございますか？ この辺も書き手の思想が露骨に出るところなので。

委員 よろしいですか。

座長 はい。

委員 先ほど来、地域性とかね、それから、その地域の既にそれまでの伝統といえますか、こういうようにやってきたよということなど、差があると思うのです。したがって、その地域において何が不足し、どのような理由で収容困難なことが起こっているか、地域としての特殊性を、先に拾い出す作業をしてから、リスト化する必要があると思います。その地域でまずは基礎調査なり従来のデータなりで、何が問題なのかということ整理した上で、リスト化しなさいよという、そういうのがちょっと1行か2行入れていただきたいような気がいたします。

座長 確かに言われてみればそのとおりですが、だけど、数が出るというより、むしろ関係者が集まって一度議論しておけば、議論によるおおよそのコンセンサスが得られるでしょうから、体にしみ込んだ恨みつらみがいっぱいございますので、ですから、そういうような観点で、この特殊性の部分をもとめていくと、いいですよ。

委員 ちょっとよろしいですか。

座長 はい。

委員 今の議論全体を含めてなんですが、この特殊性というのは、ほんとうはもっとあると思うのですが、あえてそれをどんどんどんリストを増やさないで、現場でという考えに僕も賛成です。そして、その場合なのですが、このリストを1回つくと、これがもう古文書みたいになるまで、ずっとその地域で使うというのは逆に困るわけです。災害医療でもそうなのですが、例えば協定書をつくったり、いろいろマニュアルをつくったら1年で1回見直すとか、おおむねそういうことはやってもらいたいと思うのです。でないと、もうほんとうに現実と乖離してしまって、そういう運用では一番困ると思いますので、ぜひそこだけできれば毎年見直すということが、望ましいかもしれないような書き方をに入れていただければと思います。

委員 よろしいですか。

座長 はい。

委員 最後にぜひ言っておきたいことです。29ページに3「傷病者の搬送及び受入れに関する調査・分析」というところが、3行しか書いてなくて寂しいという気がします。前回提言したにも関わらず、今回改めてまた資料出させていただいたのは、それを言いたいがためです。実は先ほどのこの書式ですけれども、要は今までの話を聞いていると、確かに時間的な意味で収容困難は少なくなりましたというのでは、ほんとうに質が高いのかどうかということとはわかりません。要は量を片づけたけれども、質は全然は問題としては残っていますよねということになってしまっただけ、今回の消防法は逆に弊害を生み出すだけにしかならないのではないのでしょうか。やはり実際に運んだ後はどうだったのかという、そのデータをやはり双方で持ち寄って分析する。そうすると、つくってみたリスト、搬送の選定のための基準、やっぱりおかしいよねというところが、必ず出てきますので見直していく。

また、石井先生がおっしゃったように、いろんなことを調べると、こういう特殊性はこの地域でもう一度やり直さないと、いけないと違うかということも出てくると思いますので、29ページの3というの、あるいは4にも多少かかってくるのかもしれませんが、このようなところが法文上の中でどこに書かれていて、あるいはむしろそこが大事なのだというような文にしないと、後ろのほうに少し出てきているのは、私自身個人的には非常に不満なのです。以上でございます。

事務局 今29ページは横田先生からお話のあったところはそのとおりでして、今まで議論があったように、やはりこの調査の分析についても、消防が持っている搬送情報と入った後の医療機関の情報、ここでも議論いただきましたけれども、そのマッチングを踏まえた調査・分析が必要だということはそのとおりです。

で、ここはもう少し分量を書くようにしたいと思います。

あと、もう1点、同じ横田先生からありました特殊性、17ページのところですけれども、あまり決め打ちでやるのではなくて、地域の実態に応じてメインの項目をやっていくべきではないかというところは、私どもも全くそのとおりと思っていて、17ページの特殊性のところの4行のところ、まさに地域の実態を踏まえて、そこで抽出された分野について、カテゴリーを設けていったらどうかということで書かせていただいたのです。ただ、特殊性の部分はそういう形だと思ふのですけれども、緊急性と専門性の部分については、地域の実態ということも当然あるのですが、それ以前に患者さんの状態に応じてやはりいち早い医療の提供が必要だということ、特殊性よりわかることはあると思うので、そこはある程度方向を示して、いずれにしても、医療事情と全然地域の空気が違いますので、その分析を踏まえて、見直していくということが必要かと思ふので、そういう思想をしっかりとわかるように書いていきたいと思ふです。

委員 済みません。

座長 はい。

委員 今の特殊性のところにこだわって申しわけないのですが、この例示はちょっとわかりにくいのではないかなという気がしてならないのは、開放骨折とか吐血・下血が入っていますよね。これと②というのは全然違う意味のもので、先ほど来こういったものも地域によって搬送困難になっているからということなのですが、ここの議論なんかを詳細に聞いていない、あるいは各地域でどういうことをやっているかということが、念頭にイメージとしてお持ちでない県からすると、やっぱり前の緊急性・重症度、それから、専門性というものと特殊性というのが、どう違う視点で選べと言われているのかというのが、わからないと思ふのです。そうすると、消化管出血のようなものが前に入っていて、吐血・下血が後ろに入っていると、何となくわけがわからなくなる。

よくまた事務局で考えてくださると思ふのですけれども、私的には何となくここには患者さんの症状程度とか、あるいは提供されるべき医療、その症状程度に応じて適切に提供されるべき医療機能が限られているというようなこと以外に、つまり、どちらかという、②のようなそういったことと違う事情があって、その地域の実情を調べてみると搬送困難になっているもので、なおかつ医療機関をリストアップしたら解決する見込みあるものを、ここに選び出してくださいというように示すほうが、わかりやすいのではないかなと思ふです。あくまでも医療機関を分類すると、リストをつくるための分類基準ですよ、分類しても解決しないものについて、ここで選び出しても意味がないところがありまして、実際は急性アルコール中毒の患者さんとか、そのリストができればいいですけれども、非常に難しい。精神疾患と何かけがされているところも難しい。でも、こう

いうことを書かれると、どこでもこういうものは非常に搬送困難になっているので、何か無理やりこういうものをつくらなければいけないのかなというようにも思いがちで、やっぱり実施基準を今回法改正されたのは、あくまでも実施基準というものをつくることによって解決できる課題については、これでしっかり迅速で円滑な搬送してくださいという意味だと思いますので、そういうことがやっぱりわかるように、何かこの1・2・3の分類の視点というものを示していただいたほうがいいのではないかな。

座長 よくわかります。もう一言で言えば、あくまでもこれは表現するという国語の力そのものです。ですから、今言った精神的な、または急性アルコール中毒とか住所不定者を受ける病院の、そんなリストはあるのかといたら、あるわけではない。ただ、東京の例などを参考にすると8ページの6号と7号ですか、「受人医療機関が速やかに決定しない場合の対応等」というところであぶり出されてきます。その中で、そういうようなことが全体としてわかるような表現を、きちっとするというのが大事だと私は思ふです。ですから、これはもう事務局が最終に書く文章に当たっては、そう困ることはないと思ふです。で、いいのですよね。

事務局 はい。

座長 では、そういうようなことで、特殊性のところも大体議論をさせていただいて、18ページにリストがあります。このリストは「例えばこうですよ」ということで、東京の脳卒中中のリストをつけたり、その他さっきの横田先生のところの心臓のリストだとかありましたけど、そういうような、例えば「こんなようなリストですよ」というものを例示さえすれば私はいいのではないかな。だって、こういうリストをつくれと言っても、救急医療は地場産業ですから、リストのつくり方はもうその場その場で考えていただくしかありません。そういうことでよろしいですよ。

それから、その次の確認基準もさっき言った観察という話になる。その時には例えば19ページの脳卒中疑いで、例えばシンシナティのスケールでやっているという方法は、東京消防庁がこれでとりあえず出発しましたよね。

委員 はい。

座長 だから、その次の倉敷のような比較的定量的の高いものについては、次のステップで考えるべきなのではないかと。だから、t-PAのことをより強く意識すると、この程度には定量的に評価して、搬送の先の医療機関に情報入れて、だったら連れてこいという話におそくなるのではないかなという、ピッチャーとキャッチャーのやりとりです。ですから、これも例示で私はやっていくしかないのではないかなと思ふです。

消防法の改正によって、救急隊の方たちが行う観察の景色が変わること

については、例えば東京消防庁では脳卒中に関して、もともとの観察の基準については、ある意味網羅的には書いてはあったのですよね。それを少しアレンジして、脳卒中はこうですってわかりやすくとか、みんなにわかりやすくしたというのが実際だと思うので、こちら辺はどの程度まで踏み込むかはよくわからない。けれども、さっき言った横田先生の地域でやっているようなトリアージシートのなものであれば、それはそれでよろしいのではないかなという気もある。ちょっと意見を。

委員 ちよつとよろしいですか。

座長 ええ。

委員 先ほど横田先生のトリアージシートは、拝見させていただきましたけれども、東京の場合は観察カード、21ページに紹介されていますが、外傷、疾病、乳幼児だとか、熱傷だとか5種類ほどの観察カードがあって、これは現場で使っています。その現場でこれを判断するその前提となる活動基準が、疾病ごと外傷ごとにちよつと分厚いものになりますが、一応MC協議会が立ち上がる以前から、専門家の先生方にいろいろと協議していただいたものが、一応手持ちとしてございまして、その中で、先般、t-PAの脳卒中に係るプロトコルがMCの協議会の中で策定されて、なおかつA病院・B病院の医療機関のリストも同時にでき上がった。ですから、今後は順次、この協議会、東京の場合、MC協議会を母体に協議会という位置づけにしようということで今動いています。そのMC協議会の中でさらに基準を定めていくとか、検討していくということになると思います。

座長 このあたりでとくにご意見、あまりないのではないかなとは思っています。第4号、もうせつかくですから24ページまで行きますと、2番と3番を使って4番で実施せよと、こういうからくりでいいのですよね。

そうすると、2番・3番があるということは、自動的に4番ができ上がるということになるのだと思います。4番をやろうと思えば2番と3番をやれと。ここに「搬送先の選定にあたっては、総合的に判断することが必要である」と書いてある。当たり前なのですが、今言ったみたいに2番と3番を上手に利用しながら、総合的に判断しろという話なのですよね。

事務局 はい、そうです。

座長 やっぱ横田先生が持って来られたものなどを上手に入れ込むと、結構読み手としてはわかりやすくなるのではないかなと思います。よろしくをお願いします。

事務局 はい。

座長 伝達基準も4の同時進行とか、嫁入り先を見つけたときに、その嫁入れ先に何を言うかという話になります。これも今の東京ではシンシナティのスケールを使っていますが、少し練れてきたら、場合によっては倉敷病院前脳卒中

スケール程度にはバージョンアップするかもしれないということで、私は理解しています。ここは何か。

委員 よろしいですか。

座長 はい。

委員 ここに下線引いてある「伝達基準として設定されている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立った伝達が必要である」というか、おそらく判断が必要である、その判断したことを伝達することが必要であるということなのだろうと思うのですけれども、この部分は重要です。とかく非常にコンパクトに搬送基準等をつくると、救急隊員に対してちよつと失礼な言い方もかもしれませんが、どうしても紋切り型で判断してしまって、こうなのだからこう運んできたのだと、ここに書いてあるからというような、きわめて単純な判断になってしまっていますが、やっぱり傷病者の観察というのはダイナミックに変化もしていますし、1個の観察だけで決められるものでないはずである。本来、こういうことを、救急救命士は勉強して知っているはずなので、紋切り型に使うのではないよという意味で、強調したいところを下線でちよつと喚起しておくということが重要なかなという気がします。僕はこういうのは賛成です。

座長 東京消防庁で言うと、何メートル飛んだからもう救命センター扱いという、いつものあのパターンです。要するに生理学的にも解剖学的にもあまり変化がないけど、決まっていますから。だから、そこら辺をもう少し品よく、救急隊も心と心が通じるような伝達の方法をとることが、多分、必要なのだというように思うのです。

自治体の委員から何かございますか、いいですか。

委員 はい。

座長 大丈夫ですか。最後の合意形成基準、確保基準、これは何かというとさっきの8ページの図でいくと、「受入れ医療機関が速やかに決定しない場合の対応」、6番と7番がある。この7番は別に受け入れが決まらないときというわけではないのでしょうか。

事務局 7番はそのほか何でも必要があれば、決めていいですよということで、例えばということでヘリの要請基準みたいなものを……。

座長 だから、この8ページの図でいくと、7番の位置はもう少し別のところにあらまほしいという感じですか。

事務局 7番はどこにでも入り得るので、一応対応等の中の「等」に入れたというぐらいのイメージです。

座長 そうですか。でも、これは速やかに決定しない場合の対応というのと、それから、7番のことをちよつと別個に書かないと。

事務局 わかりました。ちよつと7番は自由度をきかせていることだということで、ち

座長 よっと別に配置したいと思います。

座長 ということで、1～7まで一気に来た。もう一回確認させていただこうと思いますが、28ページまでは大体の景色としては、あらかじめ共有できたのではないかと気がしますが。

委員 ちょっと1点だけよろしいでしょうか。

座長 はい。

委員 先ほど座長さんもちょっと触れられたと思うのですが、第4号のところを選定基準のところなのですが、わかるといえばわかると思うのですが、これはやはり観察に基づいて、その上で搬送時間とか、ここに書いているようなことを総合的に判断するというので、観察というのが前提になるというのを、ガイドラインであるのだったら、わかりやすく盛り込んだほうがいいのかと思います。

座長 よろしくお願ひします。

事務局 はい。

座長 では、29ページ、いつでも前へ戻っていいのですけれども、せっかくですから29ページの「受入れに関する調査・分析」について。ちょっと確認なのですが、きょういただいたこの資料、「平成二十一年、第百七十一回国会」とか書いてある「関係資料、総務省」とありますが、今言った「受入れに関する調査・分析について」というのは、この法律の固まり全体によると、どこにそれが書いてあることになるのか、ちょっと教えていただけますか。

事務局 新旧対照条文という、こういう2段になったようなものがあるかと思いますが、上下2段になったものをごらんいただければと思いますけれども、その中に協議会の内容のところが出てまいります。それというのは……。

座長 何ページですか。

事務局 上下になっているので4ページでございます。4ページ、第35条の8というところが出てきますが、「都道府県は」というところから始まりまして、「実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に係る連絡調整を行うための協議会を組織する」となっておりまして、この連絡調整の中に調査・分析というものも入ってくると。協議会の任務といいますか、協議会の機能としてそういう調査・分析も含めた連絡調整というのが、入っているということになっております。

座長 この第35条の8というところは、「(以下この条文について「協議会」という。)を組織するものとする」と書いてありますよね。

事務局 はい。

座長 この協議会が調査・分析をするというのはどこに書いてあるのですか。

事務局 「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」というところなので、法律を書くときにもっと「搬送及び受入れの検証」とか「調査」とか書く案もあったのですが、個別にあまり細かく検証を行うということとか、具

体的にねらい打ちみたいな形で書くのではなくて、もっとほかの検証・調査以外にも意見交換等ありますので、連絡調整という言葉は非常に広いのですけれども、この中で調査・分析が入るだろうということで、条文文言で言うと、連絡調整の中に調査・分析が入っているという整理になります。

座長 わかりました。ここにはそんなもの入ってないはずだと言う人が、場合によってはあり得ますか。

事務局 まあ、あるかもしれませんけれども、実際、実施基準をつくるに当たって、現実の先ほども話し出しましたが、搬送の実態と医療資源の状況を踏まえてつくというのが本来ですし、PDCAで回していく場合の必須のもので、そこは当然入るということで共有されるのではないかなと思います。

座長 そうですか、わかりました。

委員 ちょっといいですか。

座長 はい。

委員 済みません、この35条の8の③・④を読んでいただければ、これは協議会というのは行政よりちょっと外にあるとしても、必要があると認めるときは、関係行政機関に対して資料の提供、意見の表明、説明その他の協力を求められるわけですね。その上で、今度は都道府県知事に対して、必要な事項について意見を述べると、これは非常に強い権限だと僕思うのです。ですから、これは要するに県庁のどこに対しても資料提供を求めて、最終的にその一番上にある長に意見を述べる。述べたものを無視したら、これ大変なことになりますから、専門集団のその地域に1つしかない組織がやるわけですから、これでかなりのところは担保されているのではないかなと思います。

座長 いや、わかりました。

委員 条文的にどうですか、法律的に例えば……。

座長 先生が今おっしゃったのは、この3ページに協議会とは、また実施ルールとあるではないですか。これが極めて重要な……。

委員 3ページはどれの3ページ？

座長 先生ごめんなさい、この事務局が作成した報告書(案)です。

委員 ああ、これの3ページ。はい、そうです、そうです。ここに意見具申、協力要請と。

座長 だから、横田先生がおっしゃる、横田先生の資料の搬送と診療がこうあって、その最後に「検証とフィードバック」という(4)がありますね。この部分は事務局がおっしゃったところのPDCAを回すことだとおっしゃっていて、ここまでやろうぜということで、この会はみんな一致団結する熱い心でやっていると思うのです。けれども、さっきの話ではないですが、法律を見て「こんなこと書いてない」ということはないのかということがちょっと心配だったので、それでお聞

きました次第です。金森委員が前から言われるように現場にこれがおきていくと、熱い心なんかもう一切わからずに、単なる国語の文章になってしまいます。国語力だけが勝負になりますので。

委員 いいですか。

座長 はい。

委員 石井委員と同じ部分なのですが、さっき③で石井先生おっしゃったように「資料の提供」という言葉がございますので、資料の提供というのを、手持ちで既につくっている資料を公開せよということなのか、マッチングとかも含めてこういう資料をつつて、提出せよということまで含むのかというところで、行政にちゃんとマッチングした資料をつくつて、協議会に提出しなさいということを要請することができるのであれば、かなり調査権があるのかなと思ったのですが、こちら辺は法律的に読みとしては資料の提供といった場合にはそういう資料は集めていませんから「ありません」と言われれば、それは求められないということ……。

座長 とりあえずこのガイドラインでそこまで言うておけば、それを無理やり無視するような都道府県の知事さんは、私はいないとは思いますが、法律ではどこまでそれを想定しているのかという話になると……。

事務局 ③は情報提供という広い意味の情報とか見解の表明を求めるということですので、「資料の提供、意見の表明、説明その他の協力」ということで、最終的にはその他と広く拾っていますので、当然、資料がない場合でも説明を求められますので、その中でつくってくれとかいうこともありますが、目的を達成するために必要な情報を集めるということですから、そこは入るといいと思います。

座長 わかりました。読み方の作法として？

委員 今、事務局のほうから言うていただいたとおりでありますし、最初から議論があったように、こういう調査・分析とかいうのはこの実施基準とか、要するにうまく救急の搬送をしようというときに必須の部分ですね。だから、必須の部分を法律条文で具体的に文章がないからといって、できないなんてことはあり得ないので、そこは今言われたように何かちょっとある意味では、普通では読めないような形で読んでいる、一応それが説明づけなのですが、基本的な考えからするとそれを排除するということが、あり得ないというように理解していただければ十分だと思うのです。

座長 わかりました。本件については私の地元消防本部はいかんせん年間60万件もあって、こんなことできるのかという議論をしてきた記憶が少しあります。せっかくの消防法改正でガイドラインをつくるのであれば、そこまで踏み込みたいというのはもうそのとおりなのです。とにかく、やりましょう、いきましょうと

いうことでいいのですよね。

では、そういうような理解が新しい法律の主旨だということを、今、確認できました。先ほど来、29ページの3行のところ、この部分を踏まえてPDC Aサイクルを回すのだということとやりましょう。検証とフィードバックという、横田先生がせっかくつくつてくださったこの図をちょっと借用させていただくなりして、ここを重たく発信したい。そのように地域に頑張ろうぜというメッセージを、ぜひ入れていただきたいと思います。よろしく願います。いいですよ。

委員 はい。

委員 ちょっといいですか。

座長 はい。

委員 あまり荒っぽい話は言いたくなかったのですが、ちょっとだけ思っただけ、要するに政治目標としての2,200億の切り下げというのがあるうちは、ここで何を言ってもなかなかできなかったわけですよ。でも、それはもう明瞭に完全になくなったわけですから、ということは、我々は各地で問題点を洗い出して、問題があればこれを全国MCに出して、それでそれを何とか解決しようという作業を、このフィードバックが大事だと思うのです。これ全部を押しつけて、あとは現地で解決しなさいというように見えますが、そうでないことをやっぱりここで確認しておく必要があると思いますので、無保険者の問題だとか、国籍がどうなっているとか、終末期医療の搬送をどうするかとか、いろんな問題ここにいっぱい隠れています。それはぜひこれから共有化して、あらわにして、また情報発信する、そのフィードバックの作業をぜひ委員長にも共有していただければと思いますので、よろしく願います。

座長 今言われた看取りを目的にした救命救急センターへの搬送というのが、東京でも現実には多々あります。それはもう社会の安寧と秩序のためにそうなっているしかないのだから、頑張つてやろうぜというのが僕らの現場の景色なのですけれども、それは社会の安寧と秩序がそれによってようやく守られているという、脆弱な状況に今立ち至っていると、そういう話を言うてくださっているわけです。そういうようなこともこの受け入れの実施基準の中には、多分含まれるということになってくるのでしょね。だから、そういう意味では、日々の生活の中で感じていることを、ぜひ上手に入れながら展開していきたいと思っます。

もう時間がないので、最後の都道府県の調整というところがありますが、これは前回、結構国境沿いのところでは、隣とうまくやっているところがいっぱいあるという話がたくさんあった。そういうようなところがフリーズしないように、うまくその人たちがもっと元気になるような形で、書いてもいいのではないかと、いう話が出ました。



委員

何かご意見ございますか。お願いします。

前から申し上げているように私は素人なので、全くわからない中でここにさせていただくこと自体が、少し申しわけない気持ちでいて、だから、これから申し上げるのは基本的には無視していただくことを前提に、一言だけ言おうと思うのですが、これまでの先生方の議論を聞いてみると、事務局の方は日本の官僚は優秀なので、文章作成のプロだと思いますので、私が心配することはないと思うのですが、ここからどうやってさらにこの文章をつくっていくのは、ちょっと私自身は事務局が、相当苦労されるのではないかなというのをちょっと感じたのです。

だから、無視していただくことを前提に言うと、例えばですが、これ多分法律の条文の説明を入れながら、それが目次になって具体的な基準みたいのも入っているのですが、何か法律条文の日常用語でない部分のわかりにくさと、何かいろんなご意見がまじっているような感じがしたのです。例えばですけど、一番重要なのはここで先生方が日々努力されている、熱い思いと先ほど座長が言われましたが、そういうものとか基本的な考え方、もしくは法律が改正されたことの基本的な考え方を、簡単に最初に「はじめに」みたいな形で説明しておいて、その中に基準としてこういうものがありますとか、こういうことを決めなければいけませんとかいうのは入れておいていいと思うのです。

あと、むしろ実態としては例えば横田先生がやられているような、どのような考え方に基いてこういうことを、こういう努力をされているかという、具体的な地域、地域による基準を具体例みたいなものを何か幾つか例として、もっと濃密に出していただければ、そのほうが例えば堺市でやっていることとか、東京でやっているとか、もっと地方で、先ほど先生方が言われたこの地域ではこういうことぐらいやればいいのではないかなというのを何か文章化すると、いろんなところで何か使えるような文章になって、その中からさらに何か例えば調査・分析にせよ何にせよ、前のほうにこういうことが大事なのでと、PDCAを回すことが重要なのですとかというような、何か基本的考え方と具体例と、というような何かつくり方みたいなものが1つあるのかというように、私の杞憂だと思うのですがちょっと感じたので、つくり方は事務局のほうにお任せしますが、何かこのままどうやってこの報告書をつくられるのかというのは、ほんとうに大変なのではないかと思ったので、一言だけ余計なことですけど、申し上げさせていただきます。

座長

どうぞ。

委員

岩田委員と全く同じです。地方に行くと、僕はすごく気になっているのは、10ページの優先度の書いてあることなのですが、やはり坂本先生もおっしゃっていましたように、緊急性・専門性・特殊性というものが完全に分かれず、必ず

座長

オーバーラップしてくると、それから、各都道府県によって緊急性・専門性・特殊性のマルの部分がおそらく大きさが違うのだと思うのです。ですから、考え方としては、緊急性、それから、専門性・特殊性に対して、今、自分の都道府県がどういうアプローチをしているのかというので、この中にいろんな医療機関も入れ込んで、その中でどこが弱いところなのかということをやっぱりある程度再認識して、そこから何かこういうアプローチをなささいというような方向性のほうが、何かわかりやすいのかなというような気がいたしました。

基本的な骨格をつくったその後に、この報告書を利用するに当たったというのが前にあったりしてもよい。それから、後ろのほうには資料集がどつと載っていたりとかいうこともあってよい。そういう意味で読み手にやさしいものを、つくっていくという話なのだと思います。どうしても厚生労働省の方たちと話をするといつも出てくるのは、全国一律のものはつくりようがないと、だけど、それなりのものをつくって示さないといけないということをよくおっしゃる。確かに言葉はそのとおりなのですが、それで現場ではほんとうに役に立つのかというと、実は全国一律のものという話でいきますと、実は役に立たない。だから、結局やる人たちは何をやっているかという、似たような地域ではどうだろうかとか、例えば東京だと大阪ではどうやっているのだろうかとか、大阪だと福岡や東京ではどうやっているのだろうかとか言いながら、お互いに資料を探りながらやっているというのが実態になりますので、場合によっては、今言ったように後ろに資料集がついていて、似たような町でこんなようにやっているのだといって「まねをしよう」というようなところがあってもよい。そうすると、もうちょっとこの報告書というか、法律を読みながら現場でどうするかの説明書が、余計わかりやすいかもしれませんね。

どっちにしても、文章の中でわかるというのはの上の上ですよ。具体的なものを見てその文章の内容がわかるのは中で、そうでしょう、僕らは症例報告を読んだだけではわからないわけですよ。現場で患者さん見てわかるわけですから。そういう意味では、読む人々も普通の人でしょうから、だから、普通の人はやはり例示を見てわかるというようなことです。そのようにやりたいなという気がいたします。こんなところでよろしいですかね、先生。

委員

ちょっといいですか。

座長

はい。

委員

ちょうどいい話になったので、1年見直しという話をさっき言ったではないですか。だから、そのときに見直す、では、勝手に見直しなさいではなくて、そのときには取りまとめたものが非常に大きなファイルが、多分できてはいるはずなのです、1回目の作業の。それを実際のいろんなそれに対する反省だとか何かを含めて共有化すると、そうすると、2年目にはものすごく別な肉厚のものになっ

ていく。それを5年ぐらいやればかなり、とりあえず使えるかなというような感じがあるのです。それでさっき申し上げたので、資料を添付する、それは資料を添付というのは今回限りではなくて、実はこの後、ここがどうか、事務方がプラットフォームになって、全国にそれをお配りするという作業が1つあるのだと思います。

あと、前文に関しては、これはあくまでテクニカルな作業部会ですから、これは親会議のほうで、こうあるべきだとか、こういうコンセプトだとかいうのはまた検討してもいいのではないかと、ちょっとそう思いました。

座長 親会のほうに、こういうようなコンセプトでもって、文章をぜひ入れ込みたいというような提案をすればいいということですよ。

委員 ええ。

座長 これも親会のほうにこういうような形での報告書がいく。親会に対する1つの報告ということになりますので、そこで肉づけなりが再び起こるといふふうには理解すればいいのではないかなと思います。

よろしいですか。

事務局 ありがとうございます。まだまだご議論をいただきたいのですが、これで閉会とさせていただきます。

本日活発なご意見・ご議論ありがとうございます。9月29日（金）16時から銀座会議室で開催したいと思います。皆様に電子ファイルはお送りいたしますので、ここはこう変えるようにと、ファクスでももちろん電子媒体でも結構でございます。いろんなご意見をいただければ、この29日までにブラッシュアップして、またあるいは途中で出せるようであれば皆様方に還元しながら、最終的にまとめていきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。本日もありがとうございました。

座長 どうもありがとうございました。

— 了 —