

な痛みだとかは、どこの先生方にも受け入れられる基準です。私どもの地域の先生方は、心電図モニターの指導を行ってII誘導に加え、CC5だとかCM5だとか、隊員に日ごろ教育しています。だから、それを早いところ観察して、少しでもSTに変化がある事案は、無症状であっても、不快感を訴えているだけでも連れてこいというようなことを言っています。その基準には議論もあり、国の基準として示すほど普遍的ではありません。医学的には多少の議論はあるのだけれども、地域の受けるほうの病院の先生が「それでいいから連れてこい」というのであれば、その地域の搬送の基準になってもいいわけですね。

ですから、何度も先ほど来言いますけれども、こういったつき合いは、メディカルコントロールという、例えば日ごろの検証を通して知り合った先生と隊員との間の顔の見えるつき合いの上に醸成されてきた成果ですので、今度は病院の選定基準ということについても、メディカルコントロールの活動の過去の遺産は引き継ぐべきだろうと僕自身は思っています。大事なのは、あまりがちがちの基準を国から示すのではなくて、標準的に言われているようなものがあるけれども、それは地域ごとの受け皿となる先生方のほうから積極的に基準を出してもらうということが必要なのではないかと思います。

座長 まだご発言のないドクターとして、また安田先生が残っていますが、あと森野先生。

委員 いいですか。人口も少なく医療施設も限定される地方の福井県では、病院のリストは救命士の頭の中にもうあるのですね。搬送の事例検討会なんかで我々がふだんから事例検討で、この病院とこの病院にこういう患者さんを搬送するのはオーケーだけれども、あそこは現時点ではこういう科はないのであそこはだめだというのは、小さな県なので、ふだんからの教育でほとんど行き渡っているのですね。彼らにしてみると、こういうのを決めていただくというのは、ある意味ありがたいけれども、ある意味迷惑というのがきっと実感だと思います。ありがたい点は、やはり教育につながりますよね。新人の救命士や、あるいは地方には救命士がまだ乗っていないで走る場合があるのですね。救急隊員だけで走っているときがありますね。その救急隊への教育に使えるし、それから、署長さんがまだ理解のないところがありますよね。救命士がJPTECで習ったことを生かしてトラウマバイパスして運んだら、署長に怒られるというのがまだあるのです。それがきちんとした基準がおりてくることで、署長さんにも理解が深まりますよね。で、患者さんにも説明できますよね。そういう点では、すごい前進で、何らかのガイドラインがおりてきて、地方に合わせてそれを少しアレンジして現場で使うというのはすごくメリットがあつてありがたいと思います。

ただ一方では、ファジーにしておいていただいたほうがありがたい面が幾つかあつて、超高齢者だとか、特定の総合病院に長くかかっている方が基準に基づい

て別のところに運ばれるということが発生し始めると、うまく何とか回っていたところがぎくしゃくすることも出てくるので、その辺が、地方の裁量でオーケーが出る必要があるという気がします。

もう一つ、すごく気になっているのは、これは局地的な問題なので少しお聞きしておきたいのですけれども、例えば石川県の南部の加賀の南部の地方の救急車は実は今全部うちの大学に来ています。一度も断ったことはありません。同じように福井県の高浜という南西部の救急車の主なものは、舞鶴共済さん、つまり京都府に行っています。メディカルコントロール協議会同士でオーケーし合って、県境を越えているのですね。今回の法律でこのことは救済されるような条文があるのでしょうか。つまり、病院選定に関して都道府県が責任を持つということになると、石川県の南部の患者さんは石川県が責任を持つということになるので、今まで比較的短距離で福井大学まで来ていた石川県の加賀の人は、北上して金沢まで行かないといけなくなる可能性も出てきます。福井県の南部の患者さんは、今まで京都府に依存してうまくいっていたのが、それは福井県で何とかしろという話になると、実際の住民の方々はかなり苦しいことを強いられることになるので、この点は少し救済されるのでしょうか。そのあたりがすごく、現場は、地方ではこのように助け合って何とかしのいでいるので、この法律でこのことがかえって難しくなるのは、あまりいいことではないような気がしています。

座長 妊婦の搬送だって、例えば、東京が国境封鎖のようなことをすると、おそらく埼玉とか神奈川は厳しいですよ。東京都が面倒見ている10のうち3はたしか県外ですね。結局そういうことですよ。MC協議会も3つぐらいの県と一緒にやっているところがありましたよね。

事務局 一度データをお示しさせていただいたのですが、この親会になりますけれども、都道府県の調整というのは私どもも非常に重要と思っておりますし、国会の審議の中でも非常に重要視された中でございます。実際にデータを見ていきますと、例えば佐賀県などは、福岡県や長崎に非常に依存した形で提供体制を整えていまして、逆に県外にお願いをしたときの、成就するというか、救命救急センターで受け取ってもらえる率が実に9割を超えている。実際の全体の搬送の救命救急センター搬送の中でも3割近くはそういう状況になっているということですので、逆に言うと、そういうところも含めて都道府県できちんと責任を持って調整してくださいよというメッセージは出していきたいというスタンスに立っています。逆にこういうガイドラインの中でもそういったことをぜひ書き込むべきだということでご了承いただければ、そういうものもアピールしていければなということになります。

委員 今のお話の続きみたいな部分ですけれども、非常に大事な問題で、この搬送に関して、リソースがどのくらいあって、どのくらい患者さんがいるかというこ

とによって、地域ごとにどうあるべきなのかというのは全く異なってきますので、1つの都道府県の中でも、中心部の都市部と辺縁部では、直接根本的な治療するところに運んだほうがいいのか、とりあえず一たん近くに運んだほうがいいのかということもおそらく変わってくると思うのですね。ですから、そういうことも含めて県の中の地域性に合わせてルールが選べるようにつくっていかないと、都道府県単位であっても、その都道府県が全部均一ルールということになると、中心部ではいいけれども、周辺部では厳しいとか、かなり大きな問題が出てくるのではないかなと思いますので、その辺も配慮いただければと思います。

委員 例えばMC協議会では病院前を主体とするという立場からの分析評価となります。したがって県だとか行政単位での視点からの分析となってしまうのですけれども、2ページの調査・分析というところにぜひ医療機関側からの視点の分析となります。そういう見方からすると、今言ったように、搬送時間が長くて、転帰が悪かったとか、よかったとかという部分は、それが公表されることによって、地域の医療体制がさらに改善していくというきっかけになるのではないかなと思います。したがって、この調査・分析という部分は、ぜひ病院前だけではなくて、我々医療機関にとっては少しづらいつらいつらところもあるのかもしれないけれども、医療機関側の視点に立った分析というのもぜひ織り込んでいただくといいのかなと思います。

座長 ありがとうございます。

委員 同じく田舎のほうの山形なのですけれども、福井県とほぼ同じようなことが言えるということです。特に高齢化率が結構ある状況では、症候で絞りますと、要するに田舎と言っていいのか、そういうところから救命センターに運ぶのかという、そんな議論がぼつりぼつり出ていたりもしていますので、そのあたりの裁量というのはある程度地域ごとに認めていただく必要があるのかなというところがあります。

ただ、今度は逆に、メディカルコントロールという医療の質ということで言えば、とりあえず地域ごとにかなり格差が出てくる可能性があるのかなというのが、これからの課題なのかなというところがあります。

座長 そうようなことがありそうなので、議事録の最初の3分の1ぐらいはそこから辺を議論した。先生、お願いします。

委員 救急搬送される患者さんを病態で見ると言いますが、今までの議論で欠けているのは、もともとの病態、年齢を加味して、高齢者、あるいはもともと寝たきり状態が急に血便が出たとか、少し血を吐いたとか、それは若い人とかかなり違う病態であって、それを専門病院あるいは救命救急センターに運ぶ必要があるかという、今までは救急隊員の判断で、こういう病態だったらいいではないかということができたわけですけど、あまりかた苦しうとそれが難しい

かだと思います。やはりトリアージするわけですけど、3つに分けるといいますか、救命救急センター、あるいはいろんなことができる専門病院に運ぶのか、明らかに軽症なのか、その間のグレーゾーンなのか、この3つに分けることだと思います。そして、ガイドラインをつくれるのは、明らかに救命救急センターに、あるいはいろんな難しい治療ができる専門病院に運ぶ患者さんを見逃さないことなのです。それは例えば高エネルギー外傷の患者さんは救命救急センターへ運びますよ。呼吸不全の患者さんは救命救急センター、ショックの患者さんは救命救急センターですよ。あまり高齢者、もともと寝たきりは少し考えるかなということは考慮に入れながらですね。それから、脳血管障害、軽い脳血管障害は、私ども中小病院でもたくさん見えていますけれども、やはりt-PAを必要とする脳梗塞の患者さんを見落としてはいけないですね。それから、開頭血腫除去手術を必要とする高血圧性脳出血を見逃してはいけないわけです。クリッピングを早期に必要とするクモ膜下出血。そういう患者さんは専門性のある病院に行く。そのガイドラインをつくるべきだと思います。

あと、心臓疾患ならば、急性冠症候群の中で、PCIを必要とする、先ほどのお話にもあったST上昇を伴った急性冠症候群はやはり運んだほうがいいと思います。それだけではないですけれども。

それから、胸痛があって、急性大動脈解離が疑われるなど思ったならば、専門病院に。手術を必要とするような患者さんが含まれているなど思われたならば、専門病院に搬送するガイドラインが必要だと思います。

あと消化管出血において、私ども、軽い消化管出血、何もしないで見ていて、すぐよくなっていく人が非常に多いですけれども、その中に、内視鏡で止血手術をしなければいけない患者さん、あるいはどうしても緊急手術をしなければいけない患者さんがたまにいます。それを見逃さないガイドラインが必要だと思います。

あと、今まで議論になかったので、四肢切断された患者さんをどこにどう運ぶかというガイドラインを各都道府県はつくったほうがいいと思います。また、ハードな精神科救急という、自傷他害のある患者さん、その患者さんをどこに運んでどこに収容するのか、今決まっていなくて非常に苦労していますから。あるいは精神科救急だけではなくて、ブラックリストに入っている暴れる患者さん、暴言を吐く患者さん、そういう人たちをどうするかというガイドラインもできたらつくっていただきたいと思います。

それから、妊産婦救急、非常に問題となっていますので、これをどこに運ぶのだということをきちんと決められたら、このガイドラインをつくる大きな意味があると思います。

座長 大体きょうの話を総合しますと、少なくとも目次立ては決まってきたような気

がします。だから、その他のところで、データのマッチングの件もありますし、それは救急隊から見た救急隊の出動という話もあるでしょうけれども、病院側のデータも必要だという話になっているわけですね。先生がおっしゃったのはそうですね。

委員
座長

そうです。

なぜそんな時間がかかるのかという話も、去年の12月に東京で行われたような、ああいうようなことも場合によっては視野に入れて、地域で考えろという話になると思うのですね。これは、もう定性的に当たり前と。さっきの暴れる患者さんの話も出ましたけれども、住所不定だとか。そういうような社会的な背景がある人は、やっぱり収容しにくいよねとか、とりにくいよねという話は、データとして出たわけですね。ですから、例えば福井県とか石川県がという話も、病院が足りないから仕方がない、定性的には全くそのとおりのんだけど、では、今より何倍にすればどのぐらいどうだという、そういう意味での定量的なデータは、その気でもとらないととれないのではないかなということもあります。そういう意味では、なぜ運ばれにくいのかということについてのデータもとれるような仕組みを、都道府県はと言っていいかどうか知りませんが、地域で持ってくださいなど、こういう話もあっていいと思います。

それから、さっき言った県境の話。これは具体的にはどこだってみんなやっているわけですから、これを無理矢理行政の区域ごとにまとめてしまうと多分わけがわからなくなると思いますので、現在やっているところはそれなりのお話ということになります。多分東京も町田のあたりは神奈川へどんどん運んでいるわけですね、救命センターに。そうですね。

委員
座長

はい。

だから、そういう意味では東京としてはそういうようなものだというのをどういうように考えて、向こうに行った患者さんを東京の中で分析するときはどういうように分析するのかという話は、運ばれた医療機関からどういうようにこっち側のほうにデータをもらうかという話になりますよね、もしマッチングするのであれば。だから、そういうようなことを都道府県が責任を持ってやってくれというようなことでいけば、前向きの話になるのではないかなという気がします。

もともとの病態を含めて、運ばれ勝手についてという話はいつも出ますけれども、なかなか文字面にしにくいというのがあるのですね。言っていることわかりますよね。そういうのは、行政のこういうような作文のお作法みたいなものはあるのですか。散文としては幾らでも書きようがあるのですけれども。そういう難しさ。まあ、人相手ですから、そんなきちきちと決まるはずもないわけで。この患者さんはこういうような形で近くの病院で看取ってあげるのがいいのではないですかというようなことは、地域の救急隊が知っているわけですね。そう

というような心遣いの部分までぶち壊すようなものはつくるべきではないと思うのですが、かといって、全部が全部それでいいのかという話もなかなか難しい。もともとの病態に関してというあたりは、事務局として何かありますか。どのような景色になるのか。僕はほんとうに現場でやっていくしかないねと。救急隊は救急隊でその地域のお年寄りの施設の方たちと一緒に話をしている。調布とか立川はそうですよね。

事務局

もともとの病態という中にもいろんな種類があると思いますので、医学的な既往といえますか、透析の患者さんがこういう症例を発症したときという場合もあると思いますし、今おっしゃったのは、むしろ高齢者の中でも、特にご高齢の方が、この基準でいえば、多分救命センターというところに形式的には当たるといえることがあることについておっしゃっていると思いますけれども、それは非常に難しいですね。そういったケースのことを今、行政のお作法というか、作文ということをおっしゃいましたけれども、そういうことを明文化して書くみたいなことは非常に難しいし、それ自体大議論が必要だということになると思います。ただ、島崎先生の報告書の中でも、一律に数値があつて、がちがちで、これに当てはまったら、もうフローチャートは1個しかないということではない形でもととつくられていると思いますので、そこは現場の救急隊なりの工夫の中でやってきている部分があると思いますので、そこはもし間違つたメッセージ、基準というものが今度法律のもとでがちがちになるということと誤解を受けて、今やっている現場の運用が阻害されるということがあつては元も子もありませんので、そこは難しいのですけれども、何らかの注意書きといえますか、留意事項ということを書くことも必要なかなということ、我々も内部的にそういった議論を何回かしているのですけれども、今のところ明確なものはないのですけれども、そういった問題意識は持っていかなければいけないなと思っています。

座長

島崎先生の報告書、皆さん手元にお持ちだと思うのですが、13ページに書いてある項目以外にもたくさん並んではいるのですけれども、坂本先生は、これ、一緒にやっておられた？

委員

やってないです。

座長

この中で一緒にやっておられた方は、横田先生はおられるのですかね。

委員

やりました。はい。

座長

幾つかつくつてあるのですけれども、横田先生がおっしゃったようなACSのときにこうなのだとか、地域のプラスアルファは認めるにしても、この中から、これとこれとこれを拾えばいいやということなどがあるだろう。例えば13ページはそういうような形で外傷、熱傷、中毒、意識障害、胸痛云々と並んでいるわけですね。基本的にそういうようなものをピックアップして、それでこれに似た形で、安田先生がおっしゃった救命センターへ運べという話と、それから専門病

院に運べという話と、それから場合によってはグレーゾーンというところでの仕分け、こういうようなことでまとめていけば、事務局が一生懸命お考えになっている漢数字の一とか二とか、そこら辺のところについてはうまくいくような気もしないでもないです。

委員 　そもそもつくり出したきっかけは、全国的なスタンダードを作成するという目的が1つと、あと、さっき坂本先生がおっしゃったように、症候を主体に現場の判断をたしか議論したと記憶しています。とはいっても、これはやはり明らかに心臓の疾患だな、あるいはどう考えてもこれは産科の疾患だなという救急もあるはずなので、専門性というキーワードは残しておいてもいいと思います。例えばさっき安田先生が言われたように、胸痛で左右差があつてというような部分は、外科的な対応のできる循環器系疾患の病院というようなところが重要になってくると思いますので、症候というところをメインとは考えつつも、専門性という部分もやっぱりあっていいのかなと思います。また、東京都の先ほどの脳卒中に関して、救急隊の方が現場で脳卒中の可能性が高いと判断して、それぞれ24時間以内と24時間以降で区別して搬送してくるわけなので、専門性というのも一部残しておいていいのかなと思っています。

座長 　リストをつくる中でおそらくその手のことが強力に入ってくるのではないかなという気がしますよね。

委員 　札幌市消防局でございます。きょう資料を事務局から説明していただいたときにちょっと思ったのは、症候別の分類といいますか、トリアージのところ、非常に細かくて難しいのではないかなという感覚を持ちました。札幌市では札幌市の救急医療体制というのがありまして、診療科目別に毎日当番病院が決まっております。ですので、脳疾患か循環器疾患かというのを疑えば、その病院に行くということになっております。消防のほうに病院選定を任されたケースでは、消防側が当番の病院から病院を選択するというルールになっています。

ただ、今回、こういう形で基準をつくったときに、患者・家族の希望がどこまで容認されるのかというのが少し疑問なところがあります。札幌の消防局の病院選定基準には、まず患者・家族の希望を優先するというのがあります。症状に合っている病院に行くというのはもちろんなのですが、患者・家族が選定するケースというのが5割を超えています。消防が決めるのが30%ちょっと。そのほか転院搬送に関しては医師が決めるということになっていますけれども、そのような状況の中でやってきているのですね。ですから、細かく救急隊が現場でトリアージをしなければいけないのかということが少し考えるところでした。

あとは、t-PAの話につきましても、札幌、t-PAの病院どうしているのだろうという話の中で、札幌では脳神経外科の単科の病院が救急の当番をやっています、そこは13病院が毎日4つぐらいの当番をやっています。その中でt

ーPAをできる、できないがあるのかということで確認をしたところ、一応全部ができるということでしたので、そういうことがあるものですから、札幌の救急隊は、t-PA云々をあまり考えて搬送している状況ではないのですね。ですから、地域の医療機関だとか医療体制に合わせて救急隊もトリアージなり観察をしているのかなというところがあります。ですから、今回こういう基準をつくった中で、その辺の状況がどこまで変わっていくのかというのが、ちょっと考えるところではあります。

座長 東京のt-PAの話をしてしまったけれども、何もt-PAのために何かやっているわけではなくて、結果的にt-PAが使えればいいだけの話です。したがって、第一病日ということであれば、2時間以内に届いていけば場合によってはうまく使えるかもしれない。こういう話でした。

ちなみに、齋藤さんにお聞きしたいのですが、東京もその昔は家族の希望が相当程度に幅を利かせた時代があったのですよね。今でも全くないわけではないですよ。

委員 当然こういう時代なので、会話のできる患者さんというか、それから、かかりつけだと言い張る家族の方だとかがいると、一応今の観察カード等に基づいて病院選定はしますけれども、「私はこっちへ行きたい」ということになれば、今優先をせざるを得ないような状況がありますけれども、でも、やっぱり緊急性だとか、また専門性が必要だということについては、説得をしています。そんなに時間はかけませんが、それでもなおかつ「私の希望する病院へ連れていってくれ」というのであれば、それはそれで、記録を残した上で搬送はしております。

座長 希望する病院に問い合わせた場合には任せてくれとしか言いようがありませんよね。それでいいのですよね。

委員 ええ。

座長 搬送の実態というか、現場の景色から、大阪とか香川県の代表選手は今の一連の話をお聞きになっていかがでしょうか。

委員 よろしいでしょうか。都道府県の医療行政を担う立場で参加させていただいていますので、どうしても気になっている点を1つお願いしたいのですが、公表のあり方の話なのですけれども、先ほども話がありましたように、都道府県を超えた救急搬送ということで、これはお互い隣り合う県で助け合う話ですが、相身互いのようなところがあって、お互いで協力調整していくということは当然なのですけれども、実施基準を考えていくときには、その実態をとらえて検討していくべきだということもそのとおりだと思うのですが、これを実際公表するとすると、ちょっと考え方が変わってくると思うのですよね。例えば大阪府で奈良県と隣り合うところでは、脳卒中は奈良県の病院に運びますよということを明らかにオープンにしてしまうことについては、病院側とか県側の協力といいます

か、抵抗が大きいところが出てくると思いますので、そういった場合の公表のあり方をどうように考えるかということもこのガイドラインの中で言及していただければと思っております。

これが1つと、公表のことについてはもう一つありまして、都道府県の中でも医療機能をオープンにしていくというのが今の医療計画の考え方ですから、各病院の救急ではこういう役割を担いますよということをオープンにしていくことについては非常にいいと思うのですけれども、例えば資料の中で、33ページに書いてあるような考え方で、運用面における基準として、どの日のどの時間帯においてどの医療機関がどういう機能を担うかということまで、いわゆる救急カレンダーを策定して、それをオープンにしていくことは、この実施基準を運用していくことに当たって非常にマイナスになるのではないかと懸念が、各地域で話を聞いているときにありました。というのは、今この厳しい状況の中で、実際実施基準を順守することが義務とまでは医療機関はなっておりませんが、実施基準に名前を連ねることによって、一定の世間的な見方ともありますので、救急カレンダーに載るような部分までオープンにされると、協力すること自体が少し困難という話が非常に強い意見としてあります。ですので、横田先生につくっていただいた資料の2枚目の中でも、選定先の医療機関リストについては、市民及び他の医療機関、医療圏への公開を行わないということが前提として書かれていると思いますので、基本的な考え方は、医療機能のオープンということはいいと思うのですけれども、救急カレンダー的なものまでオープンにしていくことについては、どうように考えるかということは、これもガイドラインの中でひとつ考えていただく必要があるのではないかと考えております。

座長 脳卒中に関してのことではあまり深く考えたことがないので、t-PAが使える病院と使えない病院というのは、東京都のホームページをたぐっていくと当たれますけれども、カレンダーそのものは実は消防機関と医療機関が持っているのみなわけですね。この時間帯はどこどこがいて、この時間帯はオーケーだとか、心臓だとどこどこがこの時間帯はオーケーだという……。

委員 よろしいですか。それは極めて重要な問題として、現実走らせてみると、こういうリストづくりをつくったいわゆる健全と思われる地域が先行すると、必ず周りの地域から流れてくるのですよ。

座長 流れてくるというのは、患者がね。

委員 そうではなく消防が。要はそういうことなのです。ですから、私が言いたいのは、都道府県なら都道府県がそれぞれの地域ごとに細かなカレンダーをつくって一斉にやらないとだめだし、場合によっては、寺澤先生がおっしゃるように、例えば福井があるのだったら、福井の隣接県も一緒に、ほとんど同時に共有できる部分は共有しましょうということをやらないと、少し遠いけど県を越えていけば

結構とってくれる病院あるよというようなモラルハザードが必ず起こります。それを先にやってしまうと、先に先進的にやっているところが途中で倒れてしまうという現象が起こる。これは実態です。

座長　　そういうようなことを組織立ってやっているという話はどこかしています？
今のカレンダーをそのまま。

事務局　　カレンダーをそのまま出しているというのは、それは輪番の制度についてはオープンにしてというところは結構あると思いますけれども。

座長　　こういうように脳卒中はどうだとか、心臓はどうだとか、そういうのは多分ないのではないかと思う。

事務局　　神奈川で少しやっていたのではないかと思います、そこはちゃんと正確には把握していません。

座長、すみません、1つ。もちろん法律の中で実施基準をどうやるのかというのは、公表ということになっています。ですので、例えばこういうカレンダーというのまでおける話かわかりませんが、ちゃんとあわせていつがあいているかというのを調整してやりましょうというのは公表しなければいけない事項にはなると思いますが、では、具体的にマルバツのところまでを全部公表しろということまで法的拘束力がかかるのかといのは少し考えないといけない事項だと思っています。内部的な議論の中では、どういう形でやりましょうということは当然公表していく話になるのですが、ほんとのディテールのいつ何時何分にマルだったバツだったということまで全部スケルトンに必ず全部していかなければいけないという話とは、そこはちょっと違うのではないかなと思っています。そこは公表といったときに、ゼロか1かという話ではなくて、どういう運用でやるのか。まさに東京の場合には、脳卒中カレンダーでやっていきますよというのは検討会でも出されていますし、ホームページには載っているのですが、1カ月ごとのものを全部ホームページに載せなければいけないという話とはちょっと区別して考えていく必要があるだろうと思います。

委員　　今おっしゃったとおり、この条文だけを見て、今言われたようなカレンダーまで公表しなければいけないという話にはきつとまらないと思います。ただ、むしろ、法律の条文とは無関係にそういうものをどうのようにやっていくのが一番いいのかどうかということ、ここの場であれ、地域の場であれ、考えていただくということですね。当然救急車に乗らなくても救急患者は個人でも行くわけですから、それに情報を隠すような形でうまくいくのかどうかも含めて全部考えなければいけないということです。

座長　　ありがとうございます。さっき香川と大阪と言ったような気がするんですけど。

委員　　お話のあったとおり、県全体としてやるほうがいいのではないかと横田先

生のご意見とか、あと、香川県は非常に小さい県ですので、寺澤先生が言われたように、病院のリストは救命士の頭の中に入っている。これは事実だと思います。実際に、救急車なんかを見に行くと、救急車の下のほうにリストが張ってあったりするので。その当務のときに、要するにこういう症例の受入可能な病院はここだというのは、そういう形で把握している。

現実の救急の現場の話聞いてみますと、傷病者の状況をきちんと判断できるかどうか。あるいはかかりつけの問題とか、そういうのも含めて、搬送先をきちんと整理して、正しいところを選べるかどうか。これは救命士の質の問題がありますので、そういった点についてMCを担当している立場からいいますと、どうフォローアップしていくかという視点が1つ。

それと、救命士の立場を考えると、運んでいった病院がどれだけそれを理解していただいて、きちんと受け入れていただけるかどうか。これが生命線になってくるだろうと思っています。そういう意味で、今回リストをつくって、それを公表することによって、MCに十分理解をいただいている病院と、先生もそうですけれども、いただけないと思われる方もいますので、そういったところできちんと議論していただいて、つくったリストが搬送の受入れにきちんと役立っているようにしていただくのが一番大事ではないかと考えています。

座長 言葉は悪いですけど、顔色をうかがいながら搬送しているということも景色としてはありますよねという話はもう出ました。そういうような多方面での難しい問題を上手に織り込みながら基準等をつくっていくのだろうと思います。

第2回作業部会はこころ辺にしておこうと思うのですが、絶対発言しなければいけないことはありますか。

委員 委員が座長で作られた、いわゆる東京ルールといわれる搬送基準をつくるときに、是非、私が強調をしてほしかった部分は、今の議論とすごく関係すると思うのですが、住民の方々の理解というか、現状はこうなので、我々はこう努力している。100%に近づけるためにこういうように努力しているので、地域の住民の方もぜひご協力、理解してくださいという部分をぜひ強調していく必要があると思うのです。そうでないと、それこそタクシーがわりの救急車の使用だとかが後を絶ちません。住民の理解というのは、地域でぜひ盛り上げてほしいというところは、この作業部会報告書のどこかに書き込んでいただきたいなと思っています。

座長 ありがとうございます。基本的には救急医療は地域医療ですから、地域を愛する心という話であると、僕は東京ではそうやって言っています。そういうような郷土愛についてきちっと考えるような、そういうようなことをやってくれないと、おそらく自分の町を自分で潰していってしまうよねということなのだよねという話をしているのです。ここでもそういうような視点で、それぞれの立場で頑

張らなければいけないとすれば、市民の立場はそうだろうというようなことなのだと思えます。それも先生、その他になるのか、はじめになるのか知りませんが、入れることをご勘案ください。

これで終わりたいと思うのですが、よろしいですね。これはあと何回あるかわかりませんが、さっき言った目次立てに合わせて、さっき横田先生が参加された、島崎先生の報告書を上手に入れ込んだ形で、具体的なイメージでこんなものができるといいなみたいな、そういうような形で資料をつくっていただきたい。そして、その他のところにデータマッチングの話とかMC、要するに県境のいろんな問題だとか、議論として役に立ちそうなことが並んでいると。だから、地域で、または都道府県でこのことを考えたときに、これを手にして、「ここにこう書いてあることはそうなのだね。だから我々はこうしよう」というようなものができればいいと思えます。押しつけがましいわけのわからないガイドラインができて、捨てられてしまうよりは、そのほうがいいと思えます。ですから、そういうようなイメージを共有するようなものをぜひ次回つくっていただきたいと思います。きょうの議論はそのためのネタだったということでお願いしたいと思います。

あとは事務局からご説明を賜ればと思えますが、いかがでしょうか。

事務局

本日も非常に貴重なご意見、ご審議いただきましてありがとうございます。この会が終わりました後も事務局のほうにいろいろご示唆をいただければと思っております。特にこういった話が国のほうから来ると非常に現場として動きやすい、あるいはこういう話だけは絶対に出してくれるな、咀嚼の方法、何でも結構でございますが、事務局のほうにぜひご意見をお寄せいただければと思えます。我々も捨てられるようなものよりも、見ていただけるものをつくれればと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

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 —