

なってくるということで、地域性を考えると、どうしてもそのあたりをまとめ上げるような議論がないと、とてもではないけれども、なかなか難しい。

委員 それは非常に重要で、もう一度5ページに戻っていただいて、ルールづくりのときに、①からずっと書いていますけれども、実はこの①、②、③、④、基本的によくできていると思います。ただ、1つ落ちているのは、医療需要と医療供給の地域のバランスがどうなっているのかというデータがないのです。要は、今、おっしゃったように、脳卒中だったら、どこへ行っているか。県を越えて行っているよとか、医療圏を越えて行っているよ。要するに、うちのある一定の医療圏であるとか地域ではどうも確保できていないという実態がわからない。ということで、例えばきょう金森委員も来られていますけれども、大阪で消化管出血をとってくれるところはないよねという話が出たときに、では、人口80万、90万程度のところで、一体年間どれぐらい消化管出血で受け入れてもらわないといけないのか。その数がある程度わかっていると、医療機関のリストをつくってもらって、〇〇病院にお願いねといっても、1日に10人も20人も来るようだったら、今の数ではどうもやっていけない。だけど、その医療圏で1日で大体1人ペースだよということになれば、そうだったら当番制でやったって何とかなるよねというような話にもなります。

ということで、何を言いたいかというと、①、②、③、④の、本来は①の前にゼロがあって、いわゆる需要と供給のバランスはどうなっているのだというデータをしっかりと取りましょうね。で、①、②、③、④と順次やっていったときに、今度は結果として取用先にしる、またデータどうなったか、そういったことをもう一度振り返って、需要と供給のバランスで、地域では何の病態の何を受け入れるのが足りないのだということで、悪いけど、都道府県の知事さん、こういうところにはこんな病院をつくってくれないとだめだよということはきちんと言えるのかなと思うのですね。

そういう意味では、僕はこの検証、実施基準のルールづくりの中に、後でも時間があつたら言おうと思ったのは、今、消防の搬送される傷病者のデータというのを、医療機関のある程度の、親会でも少し言いましたけれども、マッチングさせるというか、しっかりと共有できるようなことも、ぜひガイドラインの中には入れるべきだろうと思いますけれどもね。

座長 事務局の説明に、今の話、どこかにあったよね。

委員 親会の意見の中にありましたよということ。

事務局 親会の意見としてあったということで。

座長 そうか、そっちな。失礼しました。

事務局 2ページの調査、分析のところ、親会の中でも連結の話があったということです。

委員 その親会でもやはりマッチングの話は非常に重要で、考え方としては、1つは500万件の搬送全部に関して、長崎の医師会などがやっているような、すべて最終的な診断名を上げてちゃんとマッチングをしてできるかということもありますけれども、それよりも、まず、先ほどの脳卒中とか心筋梗塞とか、今の消化管出血とか、今回まさに緊急性が高くて、きちんとしたリストをつくらなければいけないと考えているものは、少なくともそれについては事前にきちんと調査をして、まず、心肺停止は既にウツタインである程度行われているわけですから、それに準じたような形である程度調査をして、その上できちんと需給がどうなっているかということを見た上で考えるという委員の意見に全く賛成です。

座長 テーマ別に決めていくという話は、話としてはそのとおりでもいいのですよ。ただ、東京の脳卒中でいくと、100件運んだうち脳卒中だったというのは70件ですよ。この間のデータで、で、脳卒中でないと思って運んだ中に脳卒中があるかもしれないのですよね。結局全部やらないと、つまるところテーマは完結しないのですよね。だから、500万件が大変なのか、東京の60万件が大変なのか、私は知りませんが、大変なのは大変でいいから、委員が言うみたいに、全部マッチングさせるといような話でいかないと、結局どこか食い足りないというか、片手落ちになるというか、消化不良というか、吐血ではないですが、食ったものがそのまま出ていってしまうというような、そういう何か一つ足りないところが出てしまう。その辺は、委員はできるところからやっつけていこうという現実的な対応だとは思いますが、長崎のようなことをみんなでやろうではないかという話は無理なのですかね。

委員 ぜひ500万件と思います。それから、ただ、すべてを、例えばちょっとした捻挫で搬送したというのと急性心筋梗塞を、同じ調査項目で同じ濃度でやるわけにはおそろしくないないので、いわゆるそういう面で重点的に調べなければいけない項目がやはり少し違ってくるとは思いますので、そういう意味で濃淡をつけていけばいいのだと思います。

座長 そういう意味では、入院したものに関してはやるかという話でいけば、濃淡はできるわけですよ。わかりました。どちらにしても、ガイドラインとして出さなくてはならないという話でいけば、委員が丸のゼロとおっしゃいましたけれども、そういうような意味での地ならしの部分をきちんとやろうではないかという話が1点ある。

それから、地域で、先ほどお話しした搬送を急げという話のものについては、それなりの搬送、キャッチャーを含めた搬送のルールをつくれ。それから、時間に関していえば、脳と心臓と、心肺停止は当たり前ですけれども、外傷と吐血などについてもつくれと。こういう話ですね。小児とか妊産婦も、結局何だかんだいいながら、やはり重要なテーマになっていくのではないかと、私、思うので

すけれども、妊産婦はまだ何となくイメージがわくんですけれども、子供というのは一体どうように考えればいいのかですね。

委員 小児の問題、おそらく小児の中のいわゆる重症、内因性及び外因性の重症の子供をどうやって集約して見ていかなければいけないかという話と、それから、実際には小児のほうで搬送例の中で軽症例が非常に多くて、非常に軽くて、医療機関に負担がかかっている部分をどうしたらいいか。これを分けて議論しないといけないのではないかと。後者のほうに関しては、おそらく小児科の専門施設へすべて搬送する必要があるのかどうかというような話になっていくと思いますし、前者に関しては、救命救急センターと小児科もしくは子供病院との役割分担をどうしようかというような、厚生労働省があちこちでやっているような議論を、やはりきちんと取り込まないといけないのかなと思います。

オブザーバー ゼロの話で、別な視点でこういうこともということを1つ申し上げると、救急のニーズそのものが伸び縮みしているのです。要するに、例えば大半が軽症例であるという統計が出たり。ということは、いわゆるコアの救急の患者さんの部分と、それからその周辺部分と、それから、時間が経過したり、いろいろな合併症があることによって、最終的に救急に入っていくとか、いろいろな要因がありまして。

例えば、前に聞いたデンマークの話などをすれば、デンマークではゲートキーパー制度が非常によく発達している。ですから、そこを通らなければ、決して病院に行けない。そういう制度を国内全部に普及したそうです。そうすると、全部ウェイティングリストに入りまして、必要な医療のところまでなかなかアクセスできない。で、どうなったかという、とりあえず救急車を呼んでしまう。そうすると、とりあえずどこかの病院にもぐり込めると言うことで、救急のニーズの掘り起こしになったのだそうです。

だから、よかれと思ってやったことが、逆にそういう別な流れをつくったり、そういうものというのはあるので、救急にインセンティブをつけるとか、いろいろな話が医療保険の評価の中にもありますが、あまりつけ過ぎると、今度はそちらがメインになって、一般医療を減らしてでもそっちとか、別の流れが起きますので、入り口の話は、結果としてとりあえず全体をどうするかから始まるのがどうだという、座長の考えには賛成なのです。ただし、別な面を考えながらやっていく。結果的に、そういう軽症例はこうしたらどうかというのは、地域なら言えるのですよ。国レベルで、そのルール、こういうのは取り除くべきだとかということは難しいのですけれども、除外は。それは地方になるべくやってもらって、そういうデータづくりは賛成です。

もう1つは、軽症が10人いて、重症が1人いたら、救急隊はどれをどう対応するべきかというようなのは、ほんとは大事な命題ですね。軽症例をおくらせ

ても重症例をマッチングさせる。結果的に数字的には見えが悪いかもしれないけれども、パフォーマンスは上がっているかもしれないですね。だから、そういうことを考えながら、ぜひ考えて行ければと思います。

座長 各地で、場合によってはやろうとしていて、うまくいくかもしれない。救急外来におけるトリアージとか、救急隊員そのものが119番通報を受けたときにやっているトリアージだとか、いろいろな選別の話は、今、先生がおっしゃったように、救急患者って、何？ という話に結構そのまま議論が移っていきますので、大事な話ではあるのですよ。だから、今言ったゼロの話で、片端からデータをとるのかという話もありますけれども、とりあえず救急車が搬送するという話でこのテーマが発効していますので、救急車が搬送したものについては、そういう意味ではデータをマッチングさせようというようなところが、出発点ではないかと思うのです。ただ、委員が言うみたいに、捻挫までとるのかといえますけれども、捻挫までとる余裕があればとっていいのかもしれない。そういう意味では、ほんとうの救急患者さんを救急隊はこのようにして運ぶべきだという話に議論は結着するわけですから。

救急隊の方たちから比較的発言が少ないですけれども、東京消防庁からいきますか。今の議論を聞きながら、ここで出さなくてはいけないガイドラインの目次立てみたいな話で。

委員 先ほどから話を伺っていて、私なりにイメージしているのは、多分消防側から見ると、この協議会なり何なりで話をしていくというのは、究極の現場合わせをどうしたらいいかという話をしようとしている協議会だろうという理解でいるのです。先ほど座長から、東京都の事例で話しました tPA の表でいくと、青の部分に軸足を置いて、その置きつつも、赤の部分に、ちゃんとここでコネクタを用意してやりましょうよということで、保健衛生部局側からの参加者を募って、消防側としての現場合わせをどうするかというのを、少なくとも医療に責任を持つ都道府県レベルで、共通認識を持つ場でやらなければ勝負できないという状況が今まで続いてきて、それを何とか、例えば今、消防本部があるのは800ぐらいですかね、800ぐらいの消防本部がそれぞれの消防本部の中でやってきたのが今までの風景で、それはちょっともう勝負できないでしょう、お互い医療と消防、搬送するピッチャーとキャッチャーの中で勝負できないから、まず、ここでは消防側の現場合わせという軸足を置きつつという、先ほどの話の考えで、私は話を受け取っております。

ここで話すメニュー立てのイメージとしては、まず、消防側の視点からいうと、どんな評価基準で消防側が見ているのですよというのを、医療側に知ってもらう。それを、どういうスタンダードを示しましょうかという項目立ての話で、例えばここで例があるのですけれども、東京消防庁としてはこういう観察カードで

何種類かそろえて、まず、見た目の疾病で、外傷なら外傷の観察カードで重症だと判断したら、それはもう救命に行きますとかというルート、これは医療提供側と共通認識を持ってやっています。そういったルールをつくっていく元となるのは、救急隊が現場で何を基準に判断しているか。それを、まずスタンダードをつくりましょう。そういった話。その次に来るのが、こういったスタンダードで投げてくるのであれば、キャッチャー側としてどういった受けをつくらなければならない、もしくは今つくらなければならない。これは、先ほどの赤側、東京都でいえば救対協側の話なので、今の中でどういった受け口があるのですよというのをつくっていかなければならない。

多分私なりの理解でいうと、一旦リストをつくるということというのは、過去にもされたし、例えば救急医療計画の中でもある程度、何とか医療機関とか、基幹医療機関というのはそろっているのだと思います。一番のネックは、日々動いていて、その場その場の瞬間断面でそういった医療機関がどういう動きをしているかという情報が、救急隊の中にない。それを今どうやっているかという、約800の消防本部がそれぞれ何らかの工夫でとっている。

座長 そういう意味では、地域の実情に合わせて、救急隊が困らないようにカレンダーをつくりましょうというような話をどういうようにうまくやるようにするかという話だね。

委員 その2つが軸だと思います。

座長 ピッチャーとキャッチャーでいけば、とりあえず患者はピッチャーが持っていますから、ピッチャー側からメッセージはガンガン出さないといけないだろうという話でいいのですよね。

委員 はい。

座長 札幌はいかがですか。

委員 今の議論の中で、緊急性をまず見ながら、で、その後の専門性だとかということとはよくわかると思うのです。例えば札幌市も190万の都市で、その中で札幌市の救急医療体制というのがきちんつくられていまして、初期、2次、3次と。札幌も大きな町ですから、救命センターも5つありますし、2次の医療機関も各科でもう指定がされていて、その辺はでき上がっていますので、札幌市内の救急医療体制が今回のこれで大きく変わるとは思えないのですけれども。

ただ、私も札幌市内しかよくわからないという部分がありますけれども、北海道はかなり広くて、地域に救命センターのあるところというのはそんなにたくさんありません。もしかすると、その地域に1つの病院とか1つの診療所しかないとかというところも結構あるのだと思うのです。そういう中で、例えばこういう基準をつくりましたということで、北海道にポンと投げられたときに、北海道の各地域でものすごい格差がありますから、そこの中で同じように3次医療機関ま

でのピラミッドというような形の医療体制って、ほんとにつくれるのかなというところが非常に心配なのですけれどもね。

座長 北海道に関していうと、2つ質問がございまして、1つは都道府県と言うけれども、道ときた日には、2次医療圏が1個の県みたいな、そんなような景色で考えたほうが、北海道はむしろわかりやすいのではないかなと思ったことがある。

委員 そうですね。

座長 もう1つは、消防本部ごとというのか、市町村ごとというのか、私、よく知りませんが、隣の町にはヘリコプターが頻繁に来るけれども、こちらの町にはヘリコプターが来ないと。どうしてですかと聞いたら、いや、協定していないからだ、堂々とおっしゃるとい話は、ほんとにそれでいいのだろうかというのがあって。ここにもありましたけれども、ヘリを使うという話は、それは消防のヘリであれ、ドクターヘリであれ、北海道のようなところではもう少し普遍的にヘリを使って、先ほど言った緊急性などについての議論をしてもいいのではないかと思うのですけれども、そこら辺の温度差というのは、北海道の地域にまだあるのですか。

委員 北海道全体としてはさまざまなことを考えているはずなのです。今、ドクターヘリに関して、札幌に1機だったのが、今年度中に旭川という北海道の真ん中ぐらいと、釧路という道東のほうに2機入るといことになりましたけれども、それでもまだカバーできないところがたくさんありますし。

座長 いや、僕が聞いているのは、ヘリを呼ぶという、そのパフォーマンスが消防本部ごとに違うのではないですか、大丈夫ですかということを知っているわけですから、そういう意味では、今言った地域に投げるにしても、規範として、どの地域にあっても、北海道であればヘリをきちんと使いましょうねという話は、これに関連して出してもいいのかなと思ったから。

委員 なるほど。

委員 いつもそうやって、都会と地域でのあり方が違うので、同じ土俵で論じるのは厳しいですよという意見は、救急をやっていると毎回出てくるのですけれども、1つ基本的なことを提言したいのは、例えばここにこういう1枚物の資料があります。これは、まさしく今、現場でいろいろ勉強会をやりながら、地域の医療圏で使いましょうというシートなのですから。

座長 消化器疾患というものです。

委員 消化器疾患。これは、本来はすべての疾患を落とす込むプロトタイプなのですが、要するにバイタルサインとか生命危機があれば、どうしましょう、いや、それは特に問題ないけれども、主要な症候として、ある疾患群を想定させるような場合はどうしましょうというのを現場でわかるようにして、それでその結果、下半分は搬送先の救急搬送通知書としてデータをマッチングさせるために回

収めようというのでやっています。

それで、全部説明する時間がありませんが、その右手の上のフローチャートを見ていただきたいのです。私も衛星都市ぐらいになりますと、例えば心肺停止だったら、直近の医療機関はほとんどとってきますので、直近の医療機関へ運んでいいですよと。心肺停止にはならないけれども、非常にバイタルが悪いですよということになると、我々の地域ですと救命救急センター等へ運んでいいですよと。ある一定の症候群が明確で、消化管出血だとか何だとかいうことになれば、それは2次の当番のリスト、これは細かく作っています。では、そのリストを使ってください。1個もヒットしなければ、それ以外の救急というか、通常の方法でやりましょう。

これを北海道の過疎地域に当てるとすると、上から、心肺停止だ、心肺停止は、どう考えたって遠くへ運べないわけだから、直近の診療所を含めて心肺蘇生をすということでもルールは決めませんか。バイタルサインが非常に悪いですよ。これについても、搬送にある程度限定があるというのであれば、その地域では今度は搬送手段も考えて、ある一定の医療機関のリストづくりをしませんか。もう一息置ける、30分、1時間は置けるのだ、よく見てみると、消化管出血が続いているので、消化器内科、どこか探しませんか。だから、このCのリストづくりをしませんかというのは、私に言わせれば、このストーリーさえしっかり守っていれば、A、B、C、Dのリストづくりというのは、地域に合わせて、搬送手段も含めて議論していただいたらいいのですよ。

いつも都会側から、ここへ救命救急センター等と入ってくるから、北海道の旭川あたりにいる先生たちは、うちはこんなに近くに救命センターはないので行けませんということになって、議論がかみ合わないのですけれども、これは地域で、長崎の離島であれば、違う、それぞれの緊急度の高い流れの中で、どう医療資源を活用していくかということとを協議されてはどうですかというのが、僕は国のガイドラインだろうと思っています。

座長 そのときに、市町村消防という形で消防が分断されていて、隣の消防とこちらの消防のパフォーマンスが、同じ病態にあっても違うということを経験した。それは、地域の救急医療体制についての、救急医学会の研究の一環として、少し田舎のほうの消防本部を二つ三つ訪ねながら研究したときに、そういうようなことがあった。おそらく地域といったところで、ヘリについてはやはりこういうように考えればいいのではないですかという話を投げれば、先生の言ったようなところになるのだと思うのです。そうしていかないと、結局、先ほどの話ではありませんが、地方に投げるのは、それはそれで構わないけれども、いや、うちはヘリを使いませんからと言うような消防本部があるときに、話としてはどうにもならないというようなことになる。それで、ちょっとお聞きした。それだけの話で

す。

委員 確かに消防本部ごとの救急隊ごとに考え方が違うというのはちょっと。

座長 この町に住んでいる人と隣町に住んでいる人と、ヘリで運んでもらえるかどうかで差があるということもあるわけですね。そういうようなことがあったので。だから、やはり国がそれなりのものを示すというときには、そういう意味では普遍的なものをやはり出さないといけない。そういう意味では、北海道という一つの五角形のあの島をそのままボンと持ってきたところで、やはり2次医療圏ごとに考えないと、きめの細かいことはいかないのかなと思ったのも、僕の実感だったのですね。

こちらはいかがですか。

委員 委員が先ほどおっしゃいましたように、石川県もかなり温度差がございます。2次医療圏、4つに分かれておまして、奥能登のほうと能登、やはり中央地区のほうには医療がすごく充実しておまして、南加賀のほうになりますと、どうしても隣の県の搬送が多くなっております。ですから、このような形で医療機関のリストをつくっていただくのはすごくありがたいことなのですが、ただ、消防側から、として、そういうリストと搬送ルールをつくっていただくわけになります。医療機関にお願いしたら、ある程度受け側がしっかりとその約束どおり受けていただけるかどうかということが、かなり問題になってくるのではないかなと、私は思っております。

あと、消防法の改正で、正直言いまして、消防組織法、消防法、目的任務が、第1条が救急搬送の適切な搬送ということで、第1条でうたわれたということになりますと、消防職員としてかなり重いものがございます。ですから、そういう責任重大な立場になりましたことを、今、すごく実感しているわけでございまして、こういうルールづくりが適正にいくには、やはり医療機関の受け側もある程度しっかりとした形で受けていただけるような体制づくりも、この中に織り込んでいただければなど、消防からの思いで。

座長 そうですね。最初お話ししたように、提供側の顔色を見ながらという話は、地域においてはあり得るわけですからね。

委員 ええ、そうですね。やはり地方になると、そういうことが色濃く出てくるようなことが多いかなと思います。

座長 京都はいかがですか。

委員 京都は今、医療圏としては6つで、そしてまた消防本部は15あるのです。全体としては、各地から病院搬送までも、統計的には全国でも非常に短い時間で患者さんを運んでいるという状況なのですけれども、個々に見ていきますと、やはり地域のリソース、医療機関の状況も違いますし、そしてまた消防本部でのそれぞれの力も違いますので、そしてまた消防本部ではそれぞれやり方が、本部によ

って個々に違うのですね。現場で救急隊のほうで医療機関の調整をするところもあれば、指令のところで調整しているところもあるということで、その辺で一律に都道府県として基準づくり当たっても、今までのそれぞれのやり方というのをどうマッチングさせて、それを生かしていくのが非常に難しいことは出てくるのではないかと考えています。今、既に大体ある程度統計的には非常に短い搬送時間でやっているところにとっては、新たに都道府県が決めたルールがかえって遅延を招くようなこともあり得るのではないかとというような、今までのルールどおりやらせてもらったほうが早く運べるのではないかとということも出てくるのではないかと、そんな声も聞いておりますし、その辺は非常に地域差というのか、地域の実情を踏まえてルールをつくるのは難しいところかなと思っております。

座長 先ほど、箸の上げおろしでみたいなお話はおそらくあり得ないわけで、すごく総論的な、参照するとすれば、概論に当たるようなテキストブックみたいなガイドラインだと、私は思います。そのようであれば、地域の邪魔をするとは思えないのです。ただ、地域が、もしデッドロックに当たれば、それを参照すれば、少しは先へ進むだろうと、多分そういうようなものをつくっていかなければいけないのだと思う。うまくいっているところを邪魔するなどという話はさらさらないわけです。ただ、うまくいっているという話が、究極の人間関係みたいな、例えば大阪の妊産婦のあのシステムは、偉い先生の、あなたの病院で取ってもらえますね……。

委員 コーディネート事業ですか。

座長 やっていますよね。

委員 はい。

座長 あれば、一見うまくいっているけれども、ほんとにシステムと呼べるのだろうかみたいな話をすることがあります。そういう意味では、今うまくいっているところが、これからは未来永劫うまくいくような基本的な骨格をつくることに資するようなものはやはりつくっていかねばいけないのではないかなとは思っています。

香川県はいかがですか。

委員 大体皆さんがおっしゃったことと同じようなことになるのですけれども、今回医療機関のリストというのをつくっていきますよね。そこから症状などに合わせて選定していくということになるのですが、やはり消防現場の意見を聞いてみないと、リストというの、今、医療情報ネットなどを運用していますから、そのリストにかわるようなものは、今でもあるわけですよね。ただ、そういう中から検索していても、実際に電話で照会かけると断られるケースもあるということなので、こういうように法律の上でリストをつくるというようにしているわけで

すから、リストに登載するための手続みたいなものが必要なかもしれませんが、リストに登載したからには、それなりに救急搬送したときにはできるだけ受け入れするような位置づけといいますか、そういうようにしていただきたいということと、あとは、リストをつくっても日々状況が変わるようなこともあるかと思えますので、更新はどういうようにしていくのかというようなことと、それが管理するののかというようなことも考えておく必要があるのではないかと。

座長 それは、先ほどオブザーバがおっしゃった情報のネットワークを、国としてどういうように考えて、地域でやっていってもらおうかという話と……。

委員 今は、香川県にもそういう医療情報ネットはあるのですけれども。

座長 例えば心筋梗塞で面倒を見なくてはいけない患者さんが、1人目やっていると、まさに30分後に2人目が来た。2人目は、もう運が悪いとしか言いようがありませんよね。だから、人の命も、そういう意味では運が左右するということなどをどの程度容認するか、しないかという話になってくるわけで。それをここで示すことが適当かどうか知りませんが、医療とはそもそもそういうものなのだと、どうするかです。

死ぬためだけだったら面倒を見てもいいよということであれば、2人目の心筋梗塞が来て、その場で死ぬというようなこともあるかもしれませんが、けれども、ただ、病院に連れていけばいいというだけの話でもないことも事実です。そのときにはもっと遠くへ連れていかうという話でいけば、東京の脳卒中でいけば、とりあえずここで探せ、でも、だめなときはもうちょっと向こうへ行け、もっとだめなら、うんと向こうへ行けという話でやるわけですよ。そういうようなことも、リストの中には多分入るだろう。

次城県の西南医療センターでしたか、あそこは次城県と埼玉県と千葉県が一緒にメディカルコントロール協議会をつくっていますよね。だから、そういうようなこともありますので、おそらくここでいろいろな議論をしていって、行き着く先は結局地域の当事者たちになってくると思っていますので、そこら辺は、今言っみたいに、リストに上げたら絶対にとれよな、とか言ったって、そんなものはけんかが起こるだけです。

委員 まあ、それはいろいろな事情はあるのでしょうけれども。

座長 それは、東京だってそうですよ。だから、更新をどういうようにして円滑にしていこうという話になりますから。

委員 現実に大阪で一部やっている中で、消防さん側の期待もよくわかるのです。もちろん確実にとってほしいと。だけど、冒頭で座長がおっしゃったように、このもとの発想が消防と医療の連携という作業部会から出てきたように、結局お互い、今ある資源でしかよくできないという状況ですので、絶対にとってもらえないと困りますということになれば、だれも協力しないというのが、今の2次医

療機関の現状なので、やはりそういう実情を消防さんも実感として知っていたいて、互いのコミュニケーションと情報共有の密度を濃くするものだとすることを、まず、地域で理解していただかないと、決してうまくいいものがないというのが根本にあると思うのです。

リストを綿密につくれば、今よりは必ずよくなる。内科としか書いていないところでは、ほんとうに消化管出血に対応できるのかどうかというようなカレンダーがわかれば、これは間違いなくよくなりますし。リストをつくると、受入れ側が明確になって、よくなる部分があると同時に、今度はまた医療機関側からは、消防さんに観察とか判断的的確性への期待値が上がるのですね。それが両方進んでいくうちに、救急活動の判断とか観察もよくなり、医療機関側の体制を整える、待ち構える状態もよくなりということが、それぞれの地域で実施基準をつくって、体制を整えていくということになるので、そこの足場を、お互い大変な者同士なので、理解するというのが根本にあるので、相手方への期待値は上がるのは仕方がないのですが、向こうの実情をお互い知るといい機会でもあるのではないかと思います。

大阪でやってみると、やはりそういうことが進むと、それこそ先ほどのうちのコーディネート事業ではないですけども、今までいわゆるベテランの救急隊長が人間関係でとってもらっていたというだけではなくて、消防と医療のシステムとしての連携ができるようになるというように、やはり消防サイドもお考えいただけたらありがたいなという感じがします。

座長 東京でも、意識100の脳卒中は、何で脳卒中の専門施設に持ってこないのだという話ももう出てきていますよね。基本的な骨格の部分に抵触する話が出ていて。そうするともう、救急隊はもっと脳卒中を脳卒中らしくきちんと表現する必要が出てくるわけですよね。今は、100点だったら救命センターに連れていけばいいところを、脳卒中らしい100点だったらこちらへ連れていかなくてはならない。だから、救急隊のレベルが上がるまでちょっと待ってくれというのが、脳卒中医療連携協議会の会長の立場なのですね。つまり医療提供側の病院がそういうような意見を言ってきているので、ピッチャー側がまだそこまで高まっていなからちょっと待っていてくれという話をしているわけです。だから、これはおそらくピッチャー側の技量の水準に合わせて、受け手側の水準も連動しているという話になります。いいですよね。

委員 はい。

委員 今回の議論の中で、やはり消防機関側から見たら、断らずにとってほしい。それはわかるのですが、医療機関側から見れば、先ほど言ったように、なぜ連れてこなかったのだという話もあれば、どうして立て続けに集中的に連れてくるのだという話もある。やはり病院と消防機関の情報共有というところが一つの大きなテ

ーマなですね。例えば市町村消防が7つほどあって、医療圏を構成している。主たる医療機関が3つぐらいしかないというようなときには、Aという病院に複数の市町村消防が連れていった連携ができていない。要は、先ほどはA市の消防が来た。もうそのほとんど数珠つなぎで、後ろにB市の消防も来ているというようなことが現実には起こっているのです。ところが、東京消防庁ぐらいの1つの大きな管轄で見ていると、それでも起こっているかもしれませんが、ある一定の広域の情報を管轄が、あるいは隊がやはり消防機関も努力して、先ほどどこの病院へ連れていったのだということは感知していないと、それは病院でけんかになるのは当たり前なのです。受けられないとか。

そういったことも含めて、やはり受入れをよくしようとすれば、コーディネーターとか、人のことも大事ですけども、双方がどういう情報を共有するか、それはやはり一つのひな形あるいはガイドラインを示して。自治体消防があまりにも細切れになっているという欠陥も出ているのだから、そこは広域で……。先ほど委員がおっしゃいましたけれども、それぞれの消防がやっているので、都道府県から言っても、果たしてとおっしゃいますけれども、そこは強く指導力を発揮しないと、いつまでたっても解決しないのかなというところはありますけれどもね。

座長 東京だって、そうですね。僕ら、東久留米と東京消防庁の端境にいましたからね。

というわけで、時間が少し延びてしまっただけで、でも、エッセンスになるような議論は出てきて、そちらでメモしていただいていますので、いけると思います。あと、今見ましたけれども、こんなのが。これ、まだ作業部会をやるよという話ですよ。だから、これをファクスいただければ、また次のことになると思います。

委員 委員に締めをさせていただいて、終わりにしたいと思います。

委員 何といひましても、2次救急病院が減っているのが、東京も相当減っていますけれども、地方も公的な病院、医者がいないということがありますから、この会は国レベルでやって、都道府県に指導するのだと思いますけれども、心臓だったら、こういう流れで助かるべき命を助けるのですよ、脳梗塞だったら、こうやってtPAを早くやって助けるのですよと、その流れを示して、それがすべての人に行き渡るようにちゃんと整えるのですよということを指導すべきだと思うのです。いろいろなことがあるかと思いますが、それに補助金を出してみたり、いろいろなことをしながら、24時間365日助けられる体制をとるようには指導すべき会だと思えるのです。それを示していくことが大切だと思います。

それから、判断に迷う狭間の病気、症状があるのです。何科に入るかわからない。意識がないけれども、低血糖なのか、脳疾患なのか、ほかの病気なのかかわからないような患者さんを、どこが診るかということは、地域によって違うと思

うのですけれども、やはりすべてそれを救命センターが診る地域もあるかもしれませんが、それを全部救急センターで見たら、やはりオーバーワークになってしまうので、そういうことを診ることができる2次救急。2次と3次の中間をどちらが診るかというところがありますけれどもね。やはり東京などでは2次救急病院がどんどんつぶれていっていますけれども、2.5次と申しますか、そのような患者さんを診られる……。

座長
委員

10年間で20%減。

そうなのですね。ものすごい減少で、さらに減少しそうですからね。それで、そういう2次救急病院を守っていくということをしなければ、大病院だけでこの多くの患者さんを診ていくことは難しいかと思えます。

それから、座長も言っていましたけれども、地域性の中の精神疾患とかホームレスの問題。東京では受入れ困難症例が大体6%ぐらいありますけれども、多くはホームレスであるとか、あるいは精神的に不安定な患者とか、そういう患者さんがいて、それをどうするかという問題がありまして、地域救急医療センターというのをつくらうと申して、今、動きでやっていますけれども。一般の病院が、そのような患者さんをとることは非常に大変ですね。現実として、そのような患者さんをとると、ほかの患者さんへの影響が非常に強いのですね。言動が粗暴な患者さんで、医療従事者がけがをしたり、そういうことも非常に大きくて、やはりそれを地域で解決しなさいというのは無理があるので、それは大きな国あるいは都道府県レベルで、そういう患者さんにはどうするかというところの指針を示さなければいけないのではないかと思います。

以上です。

座長

指針を示すよりも、もちろん指針は示さなければいけないのだとは思いますが、そういう人がいなくなるような社会をつくってほしいですね。実際問題。

というようなことで、もう時間が来てしまいましたので、これで終わりにしたいと思います。次回は、先ほど言った、これを事務局に出していただければ、次の会の設営をお考えくださると思います。

では、少し延びてしまいどうも失礼しました。どうもありがとうございます。終わります。

— 了 —

拡大MC協議会(仮称)の概要(堺市二次医療圏)

横田(順)委員提出資料

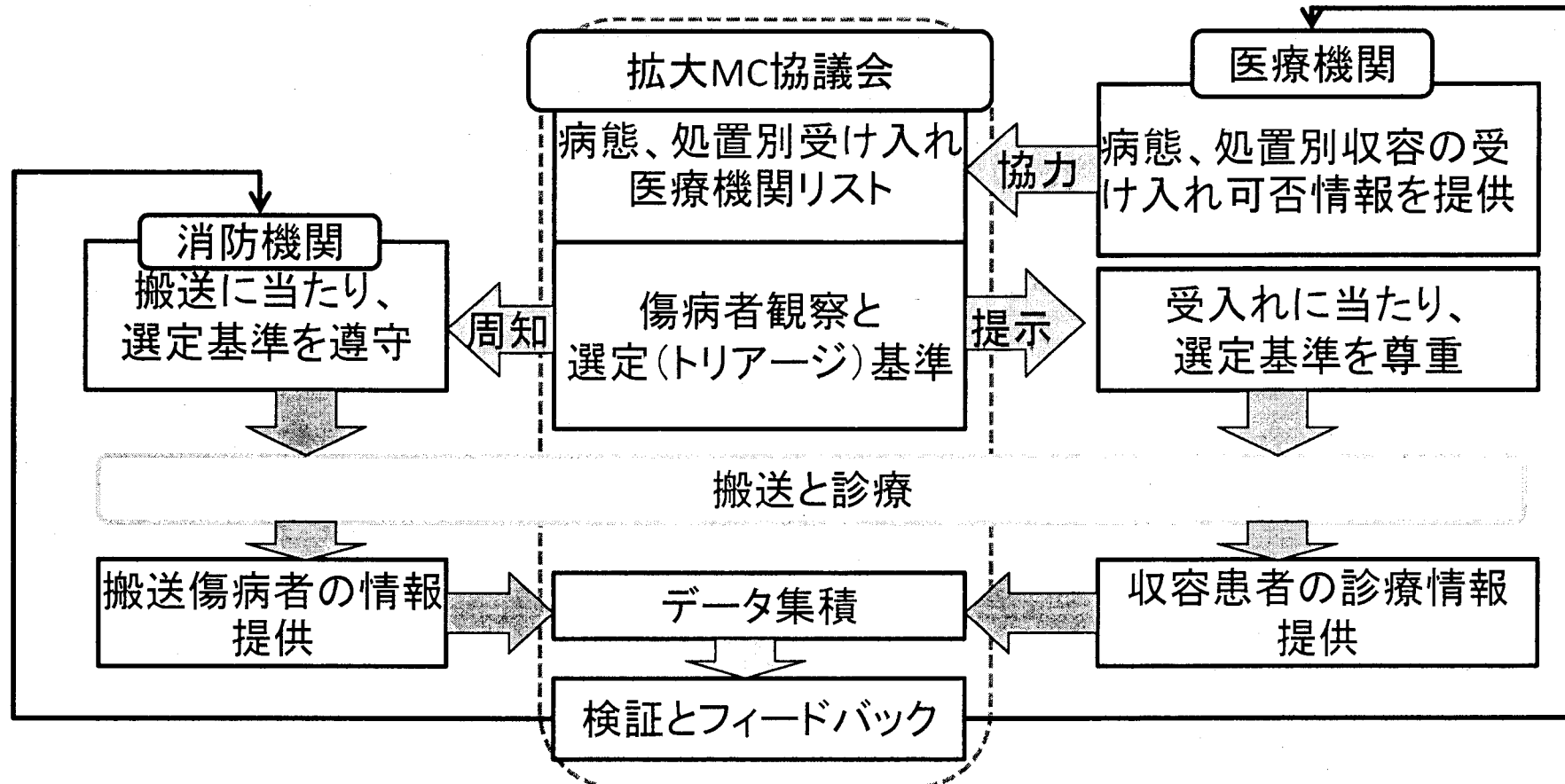
目的: 救急患者の適切な診療の保障と病院前救護の質の向上

調整機関: 堺地域メディカルコントロール協議会、堺市域保健医療協議会

堺市医師会、堺市(健康福祉局、消防局)

主たる業務:

- ① 緊急度・重要度、症候、病態、必要とする処置を考慮した受け入れ医療機関のリスト作成
- ② 傷病者トリアージ基準と病院選定の基準作り
- ③ 病院前救護と診療情報のデータ収集
- ④ 搬送事例の検証と①, ②修正のためのフィードバック



トリアージ基準および医療機関リストについて(1)

医療機関選定基準の作成について

- ・ 緊急度・重症度を優先し、まず、救命救急センター適応を抽出する
- ・ その上で、病態、症候および処置別など病院選定を判断しやすいグループ別基準を設ける
- ・ 二次救急医療機関の負担を軽減するために、曜日時間帯別応需可否を尊重する
- ・ 医療機関の特性を考慮し、得意な診療内容を中心に参画を求める

選定先医療機関リストについて

- ・ 消防機関(堺市消防局)と堺市・高石市内の救急医療機関のみの情報とする
- ・ 市民および他の医療圏への公開は行わない
- ・ CPA、ACS(心カテ、PCIが必要)、脳血管障害(t-PAおよび手術療法が必要)については、受け入れ可否情報にとどめる
- ・ 消化管出血(内視鏡的止血術および外科的処置の必要性が予測される場合)および急性腹症(緊急手術が予測される場合)についてのみ、受け入れ可否情報の病院リストに加え、時間外については曜日時間帯別で収容可能な医療機関を2病院指定する(当番病院と呼ぶ)。この場合、病院選定について①直近の医療機関を優先し、その後②当番病院を選定する

搬送時および搬送後のデータ収集について(救急活動記録票の扱い)

- ・ 消防機関は収容先医療機関に病院前救護情報とトリアージ根拠を提示する
- ・ 医療機関は、患者の診療経過と転帰を救急活動記録票に記載し、後日、協議会に提供する
- ・ 協議会において救急隊員の判断、処置、病院選定および医療機関の対応等を検証する
- ・ 検証結果を消防および医療機関に報告し、必要に応じ、病院リストとトリアージ基準を修正する

トリアージ基準および医療機関リストについて(2)

医療機関選定(トリアージ)基準策定状況

- ・ 疾病救急トリアージシート & 救急活動記録
- ・ 外傷・熱傷トリアージシート & 救急活動記録
- ・ 小児救急トリアージシート & 救急活動記録 (検討中)
- ・ 妊婦救急トリアージシート & 救急活動記録 (未作成)
- ・ 精神科救急トリアージシート & 救急活動記録 (未作成)

選定先医療機関リストと当番制の現況

- ・ CPA: 対応可能医療施設のリスト化
- ・ ACS疑い症例に対する緊急心カテ・PCI施行可能施設: 対応可能医療施設のリスト化①
- ・ 脳血管障害疑い症例に対するt-PA、緊急手術施行可能施設: 対応可能医療施設のリスト化②
- ・ 消化管出血に対する緊急内視鏡施行可能医療施設: 対応可能医療施設のリスト化+当番制③
- ・ 消化管出血に対する開腹止血術施行可能医療施設: 対応可能医療機関リスト+当番制③
- ・ 急性腹症に対して緊急手術が可能な医療施設: 対応可能医療施設のリスト化+当番制④

搬送時および搬送後のデータ収集について(救急活動記録票の扱い)

- ・ (第1段階) CPA、外傷と疾病救急のうち当番制対象疾患(③④)のデータを回収
- ・ (第2段階) CPA、外傷と疾病救急のうちトリアージ基準作成対象例(①②③④)のデータ回収
- ・ (第3段階) 全救急症例のデータ回収
- ・ 回収は、消防機関

疾病救急トリアージシート & 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 ()			
傷病者氏名: 歳、 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 ID:						
初期評価			無	有	評価せず	
生理学的評価	気道閉塞、無呼吸		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	脈拍触知せず		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	GCS 4-5-6 = ()		無	有	評価せず	
	または JCS = ()		8 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	呼吸数 = ()		30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SpO2 = ()		10 未満 30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	脈拍数 = ()		90% 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	収縮期血圧 = ()		50 未満 120 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	体温 = ()		90mmHg 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	重症不整脈		34℃ 未満 40℃ 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
全身詳細観察、SAMPLE			無	有	評価せず	
主訴、症候、症状	A C S	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"/>
		C	肩、下顎（歯）、上腹部、背部の激痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			心臓病+胸部不快感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			心電図モニター（II, CB5, 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	S	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 吐血	下血	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 消化器外科	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"/>
		(♂) 鼠径部腫瘤+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"/>		

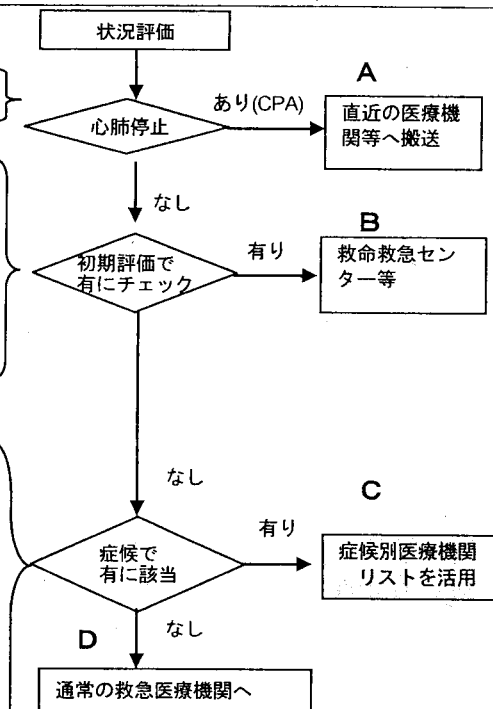
医療機関選定理由 (A, B, C#, D)

#: C の活用した場合 病院

③④における当番病院名 病院

不応理由 病院

収容決定までの医療機関への依頼回数: () 回



隊長コメント

初期診療担当医コメント

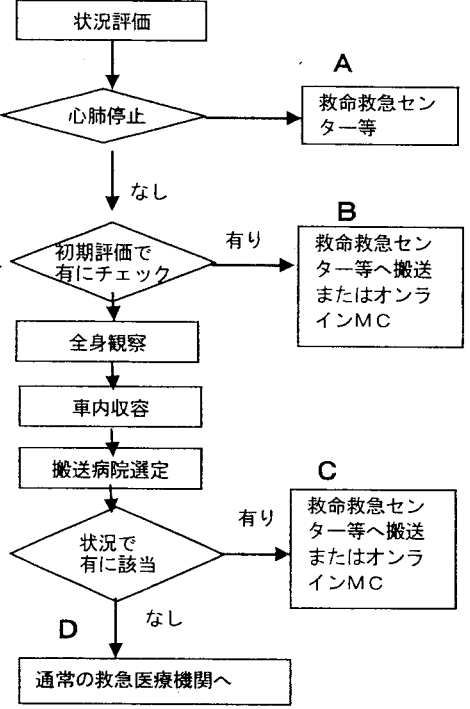
搬送先医療機関記載

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	<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			
	主たる治療	<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> 内視鏡的処置		
	内容	手術療法	所見:	術名:
		心臓カテーテル	所見:	処置:
内視鏡検査と処置		所見:	処置:	
その他				
退院日	年 月 日			
転帰	<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:		

連絡欄	MC協議会検証
消防機関→医療機関	

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 ()		
傷病者氏名: 歳、□男・□女 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"/>	
	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"/>
	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"/>
	全身観察			無	有
開放性頭蓋陥没骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
顔面・頸部の高度な損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
頸部・胸部の皮下気腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
外頸静脈の著しい怒張	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸郭の動揺・フレイルチェスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
腹部膨隆、筋性防御	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
骨盤の動揺、下肢長差	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
頭頸部から鼠径部までの鋭的損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15%以上の熱傷または気道熱傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
両大腿骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
デグロービング損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
四肢の離断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
四肢の麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
状況評価			無	有	評価せず
受傷機転	自 同乗者の死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	動 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"/>	
	単 バイクと運転手の距離 大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	車 30km/h以上で走行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	歩 車に轢過された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	行 5m以上はねとばされた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	者 衝突部のバンパーに変形あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	そ 機械器具に巻き込まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	の 体幹部が挟まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
他 高所墜落 (6m以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
医療機関選定理由 (<input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, <input type="checkbox"/> C, <input type="checkbox"/> D)			不応需理由		病院:
収容決定までの医療機関への依頼回数: (回)					病院:



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	<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"/> 観血的整復固定術 <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:		

連絡欄	連絡欄
消防機関→医療機関	MC協議会検証