

第1回救急業務高度化推進検討会 議事録

1 日 時 平成22年6月21日（月） 10時00分から12時00分

2 場 所 三田共用会議所 第三特別会議室

3 出席者

メンバー 山本座長、阿真委員、荒井委員、有賀委員、金森委員、川手委員、神戸委員、菊地委員、坂本委員、島崎委員、津田委員、南委員、山口委員、横田委員

オブザーバー 新村課長

欠席者 石井委員、岩田委員、杉本委員、田中委員

4 会議経過

1 開会 [事務局]

2 あいさつ

【株丹次長】

消防庁次長の株丹でございます。大変お忙しいお仕事をそれぞれお持ちの皆様には委員を引き受けていただきまして、大変ありがとうございました。第1回目、いろいろな事情がございまして、月曜日、週の始まりの午前中ということで、大変出にくい時間の設定となってしまいました。お詫びを申し上げます。今年度、平成22年度も3カ月目に入っているわけですが、この間事務局といたしまして、今年度の救急業務高度化推進検討会の準備をさせていただいていたところでございます。多くの委員の方、引き続きお引き受けいただいておりますので、もうご案内のとおりでございますけれども、昨年、消防と医療の連携をいわば標榜する格好で、消防法の改正をさせていただいたところでございます。今となりましては、昨年だったのでできたのかなとい

う気持ちも少しございますけれども、ただ、法律が施行されてから8カ月目に当たる状況でございます。法律の中で都道府県、従来救急搬送の方といたしましてはそれほど密接な慣例ではなかったかもしれませんが、都道府県に協議会を置いていただいて、その協議会で実施基準をつくっていただくということで、鋭意やっております。後程ご説明いたしますが、若干、それぞれ課題を抱えている中で、私どもが思っておりますよりも難航している部分もあろうかと思いますが、私どもといたしましては、これを強力に、先生方のご指導を得ながら進めさせていただきたい、こういうふうに思っております。もちろん、法改正あるいはそこでそれぞれやらなければいけないという格好になっておりますことは、いずれも手段でございますが、当面これがきちんと現場でもって実際の活動にプラスになっているのかというのが大変大事だと思っております。そういう意味で、この検討会、作業部会も設けさせていただきたいと、こう思っておりますが、同時に、いわば親になりますこの検討会でもって実際の法改正、現実の場でどのように動いているのかフォローアップをしていく必要がある、それが大変重要だと思っております。その趣旨は、この場でもこれまでご指摘をいただいたところだと思っております。また、救急救命士の処置範囲、これの拡大という問題もございます。厚生労働省がむしろ実態としては中心かと思っておりますが、救急搬送側にとっても大変大きな問題でございます。こういった問題を踏まえて、先生方のこれまでに変わらぬご指導を受けながら、私ども、積極的にご指摘ご指導を受けながら資料を出していきたい、そこでご審議を十分に賜って、さらに一歩進めてまいりたいと思っております。大変お忙しい中での委員のご就任と、それから今後も我々をご指導いただきますようお願いをしまして、冒頭のあいさつとさせていただきます。よろしく申し上げます。

3 委員紹介

事務局より、委員、オブザーバーの紹介が行われた。

4 座長紹介

【事務局】

当検討会の座長でございますが、昨年度からの事案の踏襲としての検討会でございますので、事務局といたしましては、引き続き山本委員にお願いしたいと思っております、いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

【事務局】

それでは、一言、ごあいさつをお願いいたします。

5 座長挨拶

【座長】

ありがとうございます。そして、おはようございます。先ほどから、株丹次長等々からのお話もありますとおり、昨年からの踏襲という流れもあるかもしれませんが、これもひとえに、委員の先生方のご指導のたまものだったというのは、もう当然でございます。今年もぜひ頑張りたいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。昨年は、やはり消防法の改正というのが一番大きなテーマだったのではないのかなと思ひますが、そのほかにもまだ救急安心センター、あるいはトリアージ、あるいはプロトコールを、業務の拡大でのプロトコール等々も動いておりましたけれども、まだまだ今年は胸突き八丁のところに来るのではないのかなと思ひます。それは、先ほどの次長のお話の中にもありました改正後のフォローアップがどうなっているのかというところを、やはりこの検討会で考えなければいけないのではないのかなと思ひます。そして業務の拡大をどういうふうを考えるのかというのも、大きなテーマの1つではないのかなと思ひます。そういうこともすべて含めまして、委員の先生方のご指導をいただきながら、スムーズに会を運営させていただければありがたいと思ひます。よろしくお願ひしたいと思ひます。ありがとうございます。

6 議事

【座長】

ありがとうございます。それでは早速、議事を進めていきたいと思ひます。資料の確認でございますけれども、時間の都合で、どうぞ、簡単にお願ひできればと思ひます。どうぞ、説明も含めて、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【事務局】

承知いたしました。本日の資料でございますが、まず議事次第と構成員の名簿、開催要綱、続きまして本日の資料となっております。それでは早速ではございますが、資

料のご説明に移らせていただきます。まず最初に高度化推進検討会、親会の説明を申し上げます。まず1枚めくっていただきまして、こちらポンチ絵がございますが、平成22年度救急業務高度化推進検討会の下で、今年は3つの作業部会を設定を考えてございます。まず1つ目でございますが、重症度・緊急度の判定・選別（トリアージ）に関する作業部会、メディカルコントロール作業部会、救急蘇生作業部会の3つの部会の構成で考えてございます。さらに1枚めくっていただきまして、救急業務高度化推進検討会、親会の検討内容についてご説明申し上げます。まず下の1ページ目でございます。①、平成22年度における検討事項でございますが、今年度は大きく3つを考えてございます。1つは、3つの作業部会の統括でございます。2つ目でございます。改正消防法への対応についてでございますが、改正消防法につきまして、各都道府県における実施基準の策定状況等のフォローをいたしますとともに、救急搬送の実態を調査・分析し、ガイドラインの見直しを含めて都道府県の取り組みの支援について検討してはどうかと考えてございます。続きまして2ページ目、3つ目のポツでございますが、救急救命士の処置範囲拡大への対応についてでございます。こちらでございますが、厚生労働省の救急救命士の業務のあり方等に関する検討会におきまして、以下の3つ、「①血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」「②重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用」「③心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施」の3行為につきまして、救急救命士の処置範囲に追加する方向で検討がなされてきております。平成22年度からは、厚生労働科学研究班が中心となりまして、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行う予定となっております。総務省消防庁といたしましては、厚生労働省と連携し、消防本部において実証研究を実施する環境を整備するとともに、本検討会におきましても、プロトコル、教育プログラム等々について検討を行ってはどうかと考えてございます。なお、厚生労働省の研究班の具体的な内容につきましては、後ほど厚生労働省のからご説明いただきます。次に、めくっていただきまして3ページ目でございます。検討2つ目の改正消防法の事案につきましてご説明申し上げます。まず、協議会の設置状況でございますが、左側の円グラフ、現在45都道府県におきまして設置済みでございますが、未設置は神奈川県と佐賀県でございます。また、実施基準の策定状況でございますが、現在6つの都道府県、栃木、東京、石川、香川、愛媛、鹿児島におきまして策定済みとなっております。1枚めくっていただきまして4ページ目でございます。現在、6つの都道府県で実施基準が策定されておりますが、その区域の設定につきましては、都道

府県全体を1つの区域として定めておる団体が以上の5つ、栃木県、東京都、石川県、香川県、鹿児島県でございます。一方で、医療圏ごとに定めている団体は愛媛県でございます。続きまして5ページ目でございます。こちらは、6つの都道府県で分類基準で定めている項目につきまして整理いたしております。これを見ますと、まず脳卒中、心筋梗塞につきましては、すべての都道府県において策定がなされています。また、石川県につきましては脳卒中、心筋梗塞メインで策定されております。一方、他の都道府県におきましては、重篤な状況、また熱傷、妊産婦につきまして設定がなされているところがございます。一方、特殊性に関しましては、精神疾患等々、急性アルコールにつきましては設定されているところが限られているというところがございます。次、6ページ目でございます。こちら、受け入れ医療機関確保の基準についてでございますが、まず栃木県。搬送先医療機関が速やかに決定しない場合の設定等々でございますが、栃木県におきましては、心肺停止の状態の場合は、第二次救急医療機関におきましては、最寄りの救急医療機関が受ける。また、救命救急センターの対応としては、受け入れが困難な場合であっても、重篤な救急患者であっては、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として受け入れるとなっております。また、下の2つ目のポツ、妊婦健康診査未受診の妊婦への対応でございますが、選定に迷う場合は、総合周産期母子医療センターへ搬送となっております。次に東京都でございますが、5カ所以上の要請を行っても決まらない場合、連絡開始から20分以上が経過した場合につきましては、地域救急医療センターは地域内の救急医療機関に受け入れ要請を行うほか、自院での受け入れにも努める。また、上記の調整でも決まらない場合は、救急患者受け入れコーディネーターが調整を行うとなっております。石川県におきましては、受け入れ医療機関が速やかに決定しない場合は、三次医療機関または三次医療機関に準ずる地域の基幹病院において受入れるとなっております。次に香川県、照会回数5回または現場滞在時間30分以上の場合は、県が実施する空床確保事業により受入れの調整を行う。また精神疾患につきましては、精神病床を有する総合病院を身体合併症拠点病院に指定することで、受け入れ先を確保するとなっております。続きまして愛媛の場合でございますが、愛媛の場合は、病院群輪番制参加の医療機関が傷病者の受け入れを応諾するまで繰り返し受け入れ要請を行うとなっております。鹿児島県におきましては、疾患別の受け入れ体制の整備や、地域の中心的な医療機関において一旦受入れるなど、地域の実情に応じた基準を定めるとなっております。続きまして7ページ目でございます。こちら、救急救命

士の処置範囲の拡大に関する実証研究のイメージでございます。こちらの資料につきましては、後ほど厚労省からご説明させていただきますが、本日資料で一番下に挟み込んでございますが、「救急救命士の処置範囲の拡大について」という資料でご説明をいただければと思います。それでは、お願いいたします。

【オブザーバー】

厚生労働省医政局指導課の〇〇でございます。それでは、資料の「救急救命士の処置範囲拡大について」というものをご説明させていただきたいと思っております。1枚おめくりいただきまして、最初に検討会の報告書についてでございます。現在、救急救命士の処置範囲拡大について、3行為を検討しております。この検討は、最初の概要のところでございますが「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」ということで、〇〇先生を座長としまして、①から③までの行為について、救命士が病院前で行うことについて適当かどうかを検討していただきました。検討会の報告書が4月28日に公表されまして、基本的な方向性として、2番の「報告書のポイント」でございますが、3行為ともに、基本的には拡大することはオーケーなのですが、検討会の議論の中で、果たして病院前でやるのが有効性があるのかとか、症例があるのかとか、必要があるのかとか、そういったことも検証しないといけないと、そういったこともありましたので、3行為とも拡大することはオーケーなんですけど、その前段階として、幾つかの地域で3行為を実証、パイロットスタディーみたいな形で幾つかの地域で3行為をやってみて、そのデータを集積して検証して、最終的にはそれが実際にやるのが適当かどうか、再度検討会で検証しようと、そういった流れになりました。2番の「報告書のポイント」でございますが、とりあえず3行為ともに、まずは厚生労働科学研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行うと。その結果を踏まえて、再度救急救命士の業務のあり方等に関する検討会においてさらに検討することが適当であると、そういった結論になっております。現在、その実証研究というものをやるに当たっていろいろと調整中でございます。実証研究においては、救急救命士の教育体制や指示を与える医師の具体的な指示体制等が十分に確保された地域において、実際にやる救命士に関しては、必要な教育を受けた救命士が、個々の事案ごとに医師の個別具体的な指示を受けた場合にと、包括指示ではなくて具体的な指示のもとに3行為を実施すると、そういった形にしております。3番の今後の予定でございますが、厚生労働科学研究班を中心に、今年度から実証研究を行う予定でございます。おめくりいただきまして、次が実証

研究のイメージ図でございます。下のほうの図でございますが、厚生労働科学研究班、これが藤田保健衛生の野口先生を班長としまして、研究班を今立ち上げております。その研究班において、研究班のメンバープラス医療関係者や消防関係者、あるいはこの検討会である救急業務高度化推進検討会の先生方に参画していただいて、いろいろとやっていきたいと思っております。研究班において、まず実証研究の全体のデザイン、研究デザインをどうするかとか、あるいは実証地域はどこにするかとか、教育内容、教育体制や、実際に行う場合のプロトコルをどうするかとか、MC体制をどうするかとか、そういったいろいろと検討すべきことがありますので、実際に幾つかの地域での実施に当たり、研究班や関係者の先生方において、実証前の取り組みとしまして、実証地域の選定基準の策定や、実際に実証地域を選定すること、教育内容・教育体制の検討、業務プロトコルの作成、医師の具体的な指示体制の検討、事後検証体制の検討と、いろいろと検討すべきことがございます。そういったことを検討していただきまして、その都度あり方検討会と連携していきたいと思っております。現在は、実証研究についていろいろと開始する予定で調整しております。厚生労働省と総務省消防庁が連携してやるという形になっておりまして、実際に実証研究をやる場合でも、地域のMC協議会との連携も必要でございますので、そういった方々も交えていろいろとやっていこうと思っております。一応、来週あたりに研究班の第1回の班会議を開始する予定でございますので、そこからいろいろとやっていこうかと思っております。その具体的なイメージとしましては、研究班はあるんですが、その下にいろいろとワーキングをつくりまして、研究デザインやデータ分析をするグループや、倫理問題検討班、実際に救命士が現場に行き、患者や家族に対してインフォームド・コンセントをとる場合の方法とか、あと法的な問題とか、あるいはこの研究デザイン自体が倫理的に問題がないかとか、そういったことを検討するグループ、あるいはもう1つ、実際に救命士の方が現場に行き、どういった手順でこの3行為について行うか、そういったマニュアル作成班、この3つの作業ワーキングをつくらうと思っております。そこでいろいろと検討していただいてやっていこうかと思っております。おおまかな今後のスケジュールでございますが、プロトコル作成やその研究デザインがどれぐらいかかるか、2年ないしは3年ぐらいかかるかと思っておりますが、なるべく早い段階でやりたいと思っておりますので、どうぞご協力をよろしく申し上げます。以上でございます。

【事務局】

どうもありがとうございました。それでは引き続きまして、トリアージの部会につきまして、事務局のほうから説明申し上げます。

【事務局】

それでは、もとの資料にお戻りいただきまして、「重症度・緊急度の判定・選別（トリアージ）に関する作業部会」のご説明をさせていただきます。表紙をおめくりいただきまして1ページ目をお願いいたします。昨年度から委員の交替がありましたので、若干簡単に救急安心センターモデル事業のご説明をさせていただきたいと思います。現状のところに書いておりますけれども、近年、救急出動件数が非常に大幅に増加しているということがございますが、その背景といたしましては、右上に書いておりますが、救急車を要請すべきか、あるいは医療機関に行くべきか、そういう迷う場合の相談窓口が整備されていないことが、119番通報増加の1つの要因だろうといわれております。このため、こういった相談に対応する窓口を整備しようというのが、救急安心センター事業でございます。下にイメージ図を書いておりますが、専用の回線、#7119という専用の短縮ダイヤルを用いまして、救急安心センターというところで救急相談を受け付けまして、緊急性の高い通報の場合には救急車の出動につなげると、緊急性のない場合には医療機関案内をすると、そういったサービスを提供しております。これによる効果といたしましては、右側の中ほどに3点書いておりますけれども、一番直接的な効果といたしましては、緊急性の低い事案について救急相談に対応することによって、救急出動を抑制するというものであります。また、緊急性の低い事案に対する出動の抑制に伴って、救急出動を緊急性の高い事案に集中するというのが1点目でございます。2点目としては、救急相談の結果、逆に緊急性の高いことが判明して、そういった事案に対して救急出動させることによって、奏功事例というか、助けるというものがございます。それから3点目としては、単に救急出動を減らすだけではなくて、救急相談により適切な受診行動をアドバイスすることによって、ウオーク・インによる患者についても適切な時間に受診していただくということがあります。不要不急の時間外受診を抑制するという医療資源の適正利用の観点からも効果があるのではないかと考えております。今年度の検討課題につきまして、大きく2点ほどまとめております。まず2ページをお願いいたします。1点目の検討項目といたしましては「救急安心センター事業の効果分析」でございまして、昨年10月からモデル事業を開始したばかりでありまして、まだ十分

な効果分析ができておりませんので、その点について掘り下げて分析したいと考えております。具体的には、下にポツで幾つか書いておりますけれども、この救急相談事業による救急出動件数の動向でありますとか、軽症者の搬送割合、こういった救急相談センター事業の効果の詳細な分析をしてまいりたいと考えております。あわせて「また」以下で書いておりますが、サービスを利用した住民でありますとか、あるいは医療機関に対してアンケート調査を実施いたしまして、救急安心センター事業が119番通報あるいは住民の方の受診行動に与えた影響について、これも分析していきたいと考えております。以上が検討項目の1点目でございます。検討項目の2点目が次のページ、3ページでございますけれども、とりあえず表題としては「電話救急相談プロトコルの改訂等について」ということで書かせていただいておりますが、ちょっとイメージをつかんでいただくために4ページを、恐縮ですがおめくりいただければと思います。救急搬送の全体に係るトリアージの全体像というのをまとめてみました。救急搬送のそれぞれのステージで、いろいろなトリアージが現在行われているのではないかと考えております。まず、一番左下の住民の段階ですが、住民の方が119番通報して救急車を呼ぶのか、あるいは医療機関に行くのか、そういった住民の方が家庭で自己診断をするレベル、それから救急安心センターに電話救急相談をして、電話救急相談で救急車の要請の有無を判断するレベル。それから一番左上ですが、コールトリアージということで、119番通報を受けた消防本部の側で、緊急性の高いものについてはPA連携等によって手厚く対応すると、緊急性の低いものについては通常出動するといった、119番通報での判断のレベル、それから救急現場に行きまして、救急現場で搬送の要否を判定する現場トリアージというレベル。それからその後どこの病院に判定するかという病院選定のレベル、それから医療機関で院内トリアージをするというレベル。それぞれいろいろな段階でトリアージがあるわけでございますけれども、こういった各段階で共有できるような選別の体系、JTASというものの構築について、現在関係の学会で検討が進められているとお伺いしておりますので、そういった動向を踏まえつつ、そのうち救急業務に関連する部分、救急相談、コールトリアージ、病院選定、このあたりの部分について作業部会では検討を深めていきたいと考えております。あわせて、その成果を受けて、一番左下の住民が自己診断をする場合におきまして、その住民の自己診断に役立つようなマニュアル、こういったものの策定をこの作業部会では今年度やっていただきたいと考えております。5ページ目が、今、JTASというものを申し上げましたが、JTA

SのもとになりますのがCTASといいまして、カナダのほうでこういった救急トリアージの支援システムが策定されておりまして、その日本版の、ジャパンのJTASが現在検討されております。その動向を踏まえながら、この作業部会は進めていきたいということでございます。最後に、昨年度の救急安心センターモデル事業の成果について、簡単にご説明をさせていただきたいと思っております。6ページと7ページに全体をまとめておりますが、8ページ以下にグラフをお示ししておりますので、グラフのほうで見ていただければと思います。まず8ページが総受付件数の推移でございますが、昨年度大阪市、奈良県、愛知県の3団体に救急安心センターをやりましたが、この半年間で受け付け件数の合計は9万1,257件ということになっております。2月、3月は少し落ち込んでおりましたが、4月、5月を見ていただきますと、4月、5月とまた相談受け付け件数が増えておりまして、引き続き需要があるというような状況になっております。次の9ページが、相談実績をもう少し詳しく分析したものでございます。左側に救急相談というところの項目の、人口10万人当たりの件数というところをご覧いただきたいのですが、大阪府で人口10万人当たり921件、奈良県が361件、愛知県が70件ということになっておりまして、一番右端に平成19年6月から始めた東京消防庁の数字を入れていますが、東京消防庁が244件ということで、開始半年にしてはそれに遜色のないほどの相談実績が上がっているという状況でございます。東京消防庁はたしか始まってから2.5倍ぐらい相談件数が増えていますので、おそらく初年度は10万人当たり100件程度だったと思っておりますので、それから考えると、大阪府については10倍近い相談件数ということで、非常に高い相談が寄せられているという状況になっております。それから、相談実績(2)ということで10ページをお願いいたします。全体の総受付件数につきましては9万1,000件余でしたけれども、そのうちいわゆる救急相談になったものにつきましてはおおよそ3分の1で、3万4,693件となっております。そこからさらに救急要請、救急出動となった件数が2,111件ということで、全体の6%程度という状況になっております。大阪府につきましては、大阪府の指令センターに安心センターがあることもございまして、その後実際に搬送したときの症状の程度が残っておりますが、それを見ますと中等症以上の方が379件ということで、全体の23.1%になっております。これと同じものの東京消防庁の分が次の11ページにございまして、東京都における救急相談事業の結果救急要請となった割合につきましては13%と11%ということで、ほぼ2倍になっております。プロトコールとしては、大

阪のプロトコールのほうが赤の範囲が広がっておりまして、救急出動の範囲は大阪の方が広いので、大阪の方が救急要請割合が高くなってしかるべきなのですが、これは逆になっているということで、このあたりはもう少し深く分析してみる必要があるのかなと考えております。同じように、中等症以上の割合につきましても、東京消防庁のほうが高いということで、この点についても1つ検証してみる必要があるのかなと考えております。あと、①の救急相談の割合が、東京消防庁の安心センターにおきましても、この1年間で5割以上増えているということで、全体の受付け件数の増が1割強ですので、特に救急相談の需要というもの、住民の方のニーズというものが非常に高いということが読みとれるのではないかと考えております。次の12ページが、救急安心センターの一番のねらいというか、直接的な効果として出そうなものが、これによって救急搬送人員が減るのではないかとということで、このモデル事業実施団体の6カ月間の前年度の比較を載せたものでございますけれども、予想と反しまして、いずれも若干微増ということになっております。この要因は、今年の作業部会で分析する必要があるだろうと考えておりますが、1つの要因として考えられますのが、次の13ページに載せておりますが、新型インフルエンザがちょうど流行している時期と、この安心センターをやっている時期というのが非常に一致しておりまして、このあたりが救急搬送が減らなかった原因かなと考えておりまして、この点についてももう少し掘り下げて考えていきたいと考えております。その救急搬送にどれぐらい影響があるかということで、もう1つの資料として14ページに東京消防庁救急相談センターの受付け件数の推移を入れております。東京消防庁におきましては、平成19年6月からスタートしておりまして、20年に本格始動という形になりますけれども、その20年を見ますと救急出動件数が前年に比べて4万件程度落ちているということで、一定の効果があったのかなと思っておりますが、これいろいろな要因がありますので、これはやはりさらに詳しく中身を見てみないと、これだけでなかなか、ほんとうに減ったのかどうかというのはなかなか言えないところがあるのですが、1つのデータとしてこういうものがあるという状況でございます。それから15ページ、これが3団体、それから東京消防庁にも共通して出ている顕著なデータでありまして、軽症傷病者の割合の推移でございます。平成21年に比べまして、平成22年1月から3月を見て見ますと、モデル事業を実施した3団体ともに2ポイント程度、軽症傷病者の搬送割合が減っているという状況でございます。それから、赤いグラフが東京消防庁ですけれども、赤い東京消防庁を見ていただきますと、相談事業を始め

る前、平成18年は60%を超えておりましたが、平成22年に入りますと55を切っているということで、5ポイント以上低下しているという状況でございまして、これは相当程度この救急安心センターの影響というのがあったのではないかとというのが伺えるデータかなと思っております。それからまた違った面から安心センターの効果を見たものとして、16ページをお願いいたします。これは、奈良市の消防本部における、いわゆる消防とか火事とかそういった緊急出動以外で119番にかけてきた件数の推移をあらわしたものでございます。見てみますと、10月、11月はむしろ前年よりも増えていまして、これはおそらく新型インフルエンザがちょうど流行した時期で、とりあえず電話先がないのでここに医療機関案内等電話された方がいたために、#7119があるにもかかわらず増えているのかなと考えておりますけれども、流行が落ち着いた年明けから見てみますと、やはりかなり減っておりますので、これまで119番で医療機関案内とかをされていた方が#7119に移ったということで、より緊急通報に対応できるようになっているという1つのデータかなと考えております。それから17ページをお願いいたします。これも奈良県のデータでございまして、奈良県の県立医科大学附属病院における時間外患者数の推移を載せております。表の一番下「差引延患者数」、ここがいわゆる時間外にウオーク・インで来た患者の数でございまして、一番右下の合計のところを見ていただきますと、前年に比ばましてこの半年間で約10%の減という状況になっております。救急安心センター、直接的には救急車の出動を減らすということもありますが、一方で、適切な時間への診療を促すということによって、時間外患者の件数も減るのではないかと考えておりますが、こういったデータも出ているということで、この点についてはもう少しほかの団体でもいろいろなデータを取ってみて、さらに掘り下げて考えてみたいと思っております。それから最後に、大阪市における救急安心センターの奏功例ということで、この救急安心センターに電話したことによって助かった事例ということでございます。例えば通し番号の2番目、上から2つ目ですけれども、この方は仕事先で頭痛がするものの、仕事先の関係上、救急車を呼びたくないで、とりあえず病院案内を希望されたという事案でございまして、相談の結果早く救急車で病院に行ったほうが良いということで、本人は病院案内を希望されましたが救急出動して医療機関に行ったところ、クモ膜下出血が判明して手術したという事案でございまして、救急相談事業は救急抑制だけではなくて、これによって助かるということもあるという1つの例かなということで、こういった効果ももう少し分析したいと考えておりま

す。20ページからも資料をおつけしておりますけれども、これは東京消防庁の資料、それから昨年度のモデル事業のそれ以外の分析、そういったものをおつけしておりますので、また後ほどご覧いただければと思います。説明は以上でございます。

【事務局】

続きまして、メディカルコントロール作業部会についてご説明させていただきます。まず表紙をおめくりいただきまして1枚目、昨年度に関しましては、救急搬送・受入れに関する調査・分析について、その手法について検討していただきました。それから、新しい医療機器、特にビデオ喉頭鏡を活用した安全・確実な救急処置についてもご検討していただきました。今年度の作業部会に関しましては、4つの項目について検討していきたいと思います。まず1つ目に関しましては「救急業務におけるICTの活用について」。これは大きく分けて2つです。まず、傷病者のバイタル情報や画像情報を救急車から伝送するシステムにつきまして、大規模な実証検証を踏まえた検討を行いますとともに、ビデオ喉頭鏡の救急現場における活用について検討したいと思います。それから、救急医療情報システムの表示項目について、現在は診療科目別になっているのですが、これを実施基準に準拠した形での、傷病者の症状別への改修について検討していきたいと思います。資料をめくっていただきまして、2つ目の項目につきまして、救急搬送情報と医療情報を連結した調査・分析について、今年度については検討していきたいと思います。特に、脳卒中傷病者の救急搬送に関しまして、救急搬送情報と医療情報を連結した全国調査を実施しまして、地域の救急搬送、受入れ医療体制の質的向上に資する検討を行いたいと思います。医療情報につきましては、厚生労働省と連携させていただきまして、DPC情報の活用についても検討していきたいと思います。それから、3つ目につきましては、救急救命士を含む救急隊員の教育のあり方について、昨年引き続き検討していきたいと思います。それから、メディカルコントロール協議会のあり方につきましても、事後検証、再教育の実態調査を行うほか、県MC、地域MC、またMC協議会と消防法上の協議会の関係など、MC協議会のあり方について検討していきたいと思います。資料をおめくりいただきまして、救急業務におけるICTの活用について詳しく説明させていただきたいと思います。まず検討項目につきまして、実施基準、消防法改正に伴いまして実施基準が策定されているのですが、これに伴いまして、病院交渉時にICTを活用していった検討を行いたいと思います。あわせて、広域災害・救急医療情報システムについて、救急隊が活用しやすい項目の変更について検

討していきたいと思ひます。それからもう1点、ビデオ喉頭鏡の現場における活用につきまして、再教育病院実習についてのビデオ喉頭鏡の活用についてデータ収集を行いたいのと、対象地域を選定させていただきまして、救急業務の中でデータ収集を行ってきたいと思っております。次のページをめくっていただきますと、今年度のICTの活用に関するイメージ図がございます。これに基づいて説明させていただきたいと思ひます。まず、救急車内におきまして、画像伝送を用いて、これはイメージ的には指令センターに指導医がいるのですけれども、これは病院の中とかでもイメージしていただければと思うんですが、指導医師に画像伝送をしながら状況を報告して、EMIS情報に基づいた病院選定についてのアドバイスをいただいたり、これに基づいて医療機関選定を行うのが1点と、それから救急現場に画像伝送システムを用いまして、画像伝送の情報から医師に指示要請をいただいたり、あわせてビデオ喉頭鏡の画像を用いて、医師から直接指示をいただきながらの検討を行っていきたくて思っております。それから、画像伝送システムに関しましての、次のページになるのですけれども、これが昨年度行いました、画像伝送システムを活用した効果なんですけど、まず、活動時間が短縮したという効果がございました。表につきましては、交通事故で一番時間差が短縮したというデータが出ております。それから次のページをおめくりいただきまして、画像伝送システムを活用した奏功事例の紹介なんですけど、昨年度に関しましては、まず事例1番目としまして、右手第5指を切断した傷病者がおられまして、再接合の判断について画像伝送を活用した指示をしていただきましたところ、再接着が可能な手術が適応ということで、これに基づきまして搬送先医療機関を選定して搬送したという事例がございました。それから事例2につきましては、交渉件数12回という病院収容困難事案に関しまして、画像伝送を活用しまして先生に指示していただいて、搬送先病院について選定していただきました結果、1週間前の脳挫傷という診断をされたという事案がございました。これが画像伝送システムを活用した大きな奏功事例になるのかなと思っております。それから今年度についての活用案につきましては、先ほども説明させていただいたんですけども、特にEMISの医療情報の表示項目につきまして、現状では科目別、内科とか外科とかについて表示されていると思うんですが、これを救急隊が活用しやすい項目、例えば疾病分類別、例としまして脳卒中であるとか心筋梗塞であるとか、重傷外傷であるとか、こういう表示項目の変更について、画像伝送システムを活用しながら検討していきたいと思っております。それから、詳細な分析といいますか、活用の内容なのです

が、伝送を装着した隊と装着していない隊とで比較検討ができないかどうか。検討項目については、時間的効果でありますとか、医学的評価についての検討を行っていきたいと思っております。それから、次のページをめくっていただきまして、ビデオ喉頭鏡についてなんですけれども、これは昨年度につきましても検討していただいた項目でございます。写真で説明させていただいておりますのが、ビデオ喉頭鏡説明画面のポツの3つ目、チューブ誘導機能を有する間接声門視認型硬性喉頭鏡のうちの1つのエアウェイスコープについて写真説明をさせていただいております。昨年度についての検討会の課題なんです、今後の検討の課題としまして、当初より全国的な実態調査に踏み切るのではなく、救急業務の中でデータ収集を行って、有効性について検討することが必要ではないかという課題をいただいております。次のページをめくっていただきまして、今年度における活用項目、検討の項目についてなんです、まずデータ収集及び分析作業を実施したいと考えております。それから、地域選定、これはあくまでも案なんです、画像伝送を活用して、指示、指導・助言を受けることができる地域、具体的には、現場映像、ビデオ喉頭鏡映像を指示医師が確認しながら実施できる地域を選定していったらどうか。その地域を選定した上で、地域MC協議会でプロトコルの作成であるとか、どのような訓練をするか、それから既存の気管挿管認定救急救命士に対する教育カリキュラムについてはどのようにあるべきかについてを、検討していきたいと考えております。それから、そのようなデータ収集、実証検証に基づきまして検討していただきたい。喉頭鏡を用いた気管挿管の比較でありますとか、現状で救命士が行っている食道閉鎖式エアウェイとの比較、またどれぐらいの症例数が必要なのか、実施期間がどれぐらいなのかについても検討していきたいと思っております。それからあわせて、別観点からの検討としまして、病院内、再教育病院実習での検証についてでございます。それから、ビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管の手技については、どのように行うべきか。またビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管プロトコルはどのようなプロトコルがいいのか。ビデオ喉頭鏡に基づく病院実習が何症例ぐらい必要なのか。また病院実習カリキュラムはどのようにあるべきなのか。あと現状の気管挿管プロトコル、これに特に適応と禁忌があると思うんですけれども、これについても検討を行っていただきたいと思っております。作業部会での検討項目は、ビデオ喉頭鏡が現場で使えるかどうかの有効性と、現場活用についてと、もし現場に導入するのでありましたら、そのスケジュールと導入カリキュラムについても検討していきたいと考えております。それから次に、救急搬送

情報と医療情報を連結した調査・分析につきましてですが、これは昨年度行いました実態調査に関しまして、救急隊の搬送先選定根拠と初期診断の关系的な中度をあらわしたグラフでございます。これに関しましては、救急隊側から見て、それぞれの疾患別にいった場合の的中度についてをあらわしてございます。それから次のページをめくっていただきまして、次は救急隊の搬送先選定根拠と初期診断の関係の感度についてをあらわした表でございます。これは、医師側から見た感度でございます。こういう項目に基づきまして、昨年度に関しましては、救急隊の搬送状況に関しまして、いろいろ調査・分析したんですが、今後は受入れ医療機関側から見たのと突合させていったデータを収集していきたい。これに基づきまして、先ほど説明させていただきましたように、特に脳卒中傷病者について検討していきたいと思っております。それから次の表なんですけれども、これも昨年度の実施したデータを大阪市と栃木県についてご説明させていただいております。まず、救急隊が初期対応必要と判断して、医師側が初期対応が必要と見たものについてが71.5%、それから二次二次というのが青で説明したものでございます。それが大阪市とそれから栃木県小山地区で行いましたそれぞれのものにつきまして、13ページ、14ページについて、昨年のデータを資料として提出させていただいております。それから3番目としまして、救急救命士を含む救急隊員の教育のあり方についてのことでございます。これも昨年度からの引き続いての検討ですけれども、まず現状の救急隊員を取り巻く環境と求められる技能につきましては、搬送のまず適切な傷病者の観察・評価が必要だと。それから、観察・評価に基づく医療機関選定、それから医師への伝達能力、これが実施基準に定められております3つの項目でございます。こういうのを必要とする技能を身につけるための教育体制について、それぞれ、昨年度からの課題が出ているのですけれども、これについて検討していただきたいと思っております。それから、救急隊員への教育のあり方について、これは案なんですけど、生涯教育に必要な活動実績をまず把握して、日常的な教育体制についてはどのようにあるべきか、また教育カリキュラムはどのようにしていくべきなのか、また救急隊員への生涯教育に費やす時間についてはどのようにあるべきなのか、救急隊員を指導する指導者についても、どのような方々がそれぞれ指導していくべきなのか検討していただきたいと思っております。それから次のページが、去年出されました検討項目、今回、今年度検討していただきます具体的な検討項目についてであります。昨年度に引き続きましてこのような実施主体、内容、評価者、規模、形態に基づきまして検討していきたいと思っております。それ

から17ページに関しましても、昨年度からの課題で、具体的な内容についてをご説明させていただいております。それから18ページの資料4番、メディカルコントロール協議会につきましては、最初に冒頭説明しましたように、MC協議会における事後検証、再教育等の実態を調査するほか、県MC、地域MCとのあり方、MC協議会と消防法の協議会の関係などについて検討していきたいと思っております。メディカルコントロール作業部会につきましては以上でございます。

【事務局】

それでは、引き続きまして蘇生救急作業部会についてご説明申し上げます。今年度実施したい内容は3つでして、1つ目が救急蘇生統計につきまして、さらに効果の検証を行っていくというものでございます。これにつきまして簡単にご説明申し上げます。まず2ページ目をご覧ください。こちら、昨年度お示しした資料でございますが、救急隊の接触から現場出発までの時間別の生存率・社会復帰率でございます。救急現場におきましては、救急隊が現場におきまして安定化措置をどの程度行うのかというのがテーマでございます。バイタルの確認から始まり、安定化の措置、救急車に運んで、そこから搬送先の調整、搬送と移りますが、安定化の処置につきまして、最小限で行い、できるだけ早く病院に運ぶほうがいいのか、それともきちんと安定化させてから運ぶほうがいいのかというのが1つのテーマでございます。これにつきまして分析を進めておりますが、4ページ目をご覧ください。こちらでございますが、先ほどのグラフのうち、接触から現場出発時間別でございますが、接触から救急隊のCPR開始まで1分以内の生存率・復帰率を示したものでございます。これは簡単に申し上げますと、接触からCPR開始まで1分以内ということでございますから、救急隊が現場到着時、傷病者は心肺停止状態であったと思われまして、救急隊は、1分以内にそのバイタルが確認できますので、そういう意味で心肺停止状態であったと思われまして、これにつきましては山が2つございまして、0分から4分間に1つの山、さらに12分から16分間にもう1つの山が出現してございます。次に5ページ目でございます。こちら、CPR開始まで2分以上の傷病者に関しましてでございますが、これはおそらく救急隊が傷病者に接触した時点では心肺停止はなかったと推察されております。その後心肺停止状態になり、CPRを開始したと考えられます。通常の救急隊であればそのバイタル確認に2分もかかるということはないということの前提での分析でございますが、これで見ますと2分から6分で1つの山、またさらに28分から38分間にもう1つの山がございまして、後ろ

の山につきましては標本数が少なくなっておりますので、統計的なばらつきという可能性もございます。もう1つめくっていただきまして6ページでございます。これは病院前に心拍再開ありの事例でございますが、これで見ますと4分から16分の間に1つの山、また後半にももう1つの山がございます。これにつきましては、もしかすると接触後、接触時は心肺停止状態になかった傷病者が途中で心肺停止になり、救急救命士の目の前で停止し処置が行われたものの可能性がございますが、これについても標本数の関係で統計的なばらつきの可能性もございます。最後のページでございます。初期心電図波形がVFまたはパルスレスVTの場合の接触から現場出発時間の関係でございますが、こちらにつきましては2分から8分の間に1つの山、14分でもう1つの山となっております。一番後ろの山につきましては、標本数が少なくなっておりますので、これは統計的なばらつきと考えてございます。以上のように、さまざまな分析が今後可能でございますので、作業部会におきまして、委員の先生方のご指導を仰ぎながら、さらなる深掘りを進めていきたいと考えております。1ページに戻っていただきまして2つ目でございます。救急蘇生ガイドライン2010への対応でございますが、今年の秋にガイドライン2010が策定されることを踏まえまして、救急隊員及び消防職員が行う心肺蘇生について検討を行うことを考えています。さらに、一般市民への普及啓発についても検討を行うこととしてはどうかと考えてございます。最後に3つ目でございます。救急隊用AEDに関する検証でございますが、救急隊用AEDにつきまして不具合事例の検証を行い、その対応についても検討を行ってはどうかと考えてございます。説明につきましては以上でございます。

【座長】

先生方ありがとうございます。ただいま事務局から3つの作業部会のご説明がありましたけれども、この作業部会について、部会長を決めなければいけないということがあります。しかしながら、前年度からの流れでちょっとお話をさせていただきたいと思いますが、トリアージ作業部会については、救急相談あるいはJTASあるいはCTASとのかかわりの内容でございますので、〇〇委員に部会長をお願いしたらどうかということでもあります。それから、2番目でございますが、メディカルコントロール作業部会でございますが、これは昨年度に引き続きまして検討事項がまだまだあるわけでございますので、〇〇委員に、そして今、お話がありました救急蘇生作業部会については、統計の活用でありますとか、ガイドラインの2010年の問題もすぐ出てくるわけでござ

います。その対応も考えなければいけないということもありますので、〇〇委員にお願いしたらいかがでありましようかというのが、座長からのお願いでございますが、いかがでありましようか。ご承認を受けたいと思っております。よろしゅうございませうか。

(「異議なし」の声あり)

【座長】

ありがとうございます。それでは、それぞれの作業部会の議論についても当然あるわけでございますけれども、まず最初に一番先に出てまいりましたこの親会ですね。救急業務高度化推進検討会そのもののご意見を、最初にずっと資料の中で出てまいりました。1ページは3つの作業部会があり、その先のところはこの親会の検討で作業部会を総括する、あるいはこの対応あるいは業務の拡大等々がずっと入っておりましたが、この高度化推進検討会の内容について、まず少しご意見をいただければありがたいと思っておりますが、いかがでありましようか。作業部会そのものについては後ほどといたしまして、親会のほうでございます。どうぞ、どこからでも結構でございます。お話をいただければと思っておりますが、いかがでありましようか。この流れそのものはよろしゅうございませうか。あるいは、というところもあるのかもしれませんが、まずいかがでありましようか。一番この中で、〇〇委員は東京消防庁でいろいろ、既にいろいろなことが始まっておりますので、〇〇委員からお話をいただくということにいたしましう。

【〇〇委員】

わかりました。ありがとうございます。東京消防庁、〇〇でございます。ちょっとランダムな発言になりますけれども、全体的にまずお話を申し上げたいと思っております。まず、救急安心センターでございます。東京では救急相談センターという名称で、先ほどご案内がございましたとおり、開始して3年目を迎えているところでございます。先ほど、統計の数値についてご紹介をいただきましたが、実は、すべての入電をした電話がデータになっているわけではなくて、現実にとり切れない電話もかなりあるという実情にございます。カウンターをつけまして、回線がいっぱいになってそれ以上に入ってきた電話の本数などを把握するように、最近努めております。あるいは、ただいま電話が込み合っておりますので、しばらくしておかけ直してくださいといった、何か通販番組のようなテープも実は最近流し出すようにしたところでございまして、そういう意味では

かなり一般の方々の需要は非常に高いようだという印象を持っております。相談を受ける通信員ですとか、相談というか受け付けをする通信員ですとか、実際に相談業務に当たる看護師の方々の増員などを毎年図っておりますけれども、それでもかなり多くのご利用をいただいているという状況でございます。成果のあらわれ方はいろいろ分析があるかと思いますが、先ほどご紹介ありましたように、軽症者の比率が、かつて東京は全救急搬送のうち6割が初診時程度で軽症であったということではありますが、今それが55%を切るぐらいの数字になってきておまして、本来の救急車のご利用をいただけるような状況に、もしこれがほんとうにつながっているのであれば、かなり一定の成果を上げている事業になっているのではないかと考えているところでございます。それから、ちょっと話はランダムで飛んで申し訳ございません。やはり今年度、大きなテーマになってこようかと思えます救急救命士の処置拡大についてでございます。昨年度、厚生労働省で行われました検討を踏まえまして、今年度は総務省消防庁とそれから厚生労働省と連携をして、実証研究に入っていくということございまして、私どもの中でもいろいろ検討しておまして、3つ一遍に実証ということに踏み切るべきなのか、段階的な優先順位をつけるべきなのか、私どもの中でもいろいろ今検討しているところでございます。ちょっとまた処置拡大という、今回の資料にはなかった視点の違う点でございますが、東京消防庁というよりも個人的に以前から気になっていたポイントを1つだけお話させていただきたいと思えます。実は、化学災害に出動する化学機動中隊という部隊が、東京をはじめ多くの政令指定都市に配置されております。例の地下鉄サリン事件でもありまして、当初災害の現場に出場した場合に、サリンがまかれているような現場かどうか、最初からわかっているわけではなくて、けが人がいる模様とか、地下鉄で火災が発生した模様というような119番通報で部隊が出場していて、かなり多くの職員が実は、目が縮瞳になったり、多くの公務災害といえますか、現場での災害を実際にサリンによって受けたわけでございますが、そういうことを踏まえまして、消防隊員の自己注射ならこれは医師法に抵触しないということで、自己注射用の硫酸アトロピンという薬剤とパムという薬剤の配備を既に開始しております。5年間で、東京消防庁自体が各部隊に600セットを整備するという、今年ちょうど3年目になっておりますので、600を5分の3で割ったぐらいの数が、都内の各消防隊に配備されているところでございます。これはあくまでも罹災した消防隊員用の自己注射、災害現場で防火服の上からでも打てるものということで配備しているわけでございますが、実際にこ

ういった薬剤を使用する場面を想定いたしますと、災害の現場でサリンなどがまかれた現場ということに気づかないで、通常の装備で出場して被災してしまった隊員が現場で打つということになります。当然、一般の国民というか、都民の方々もその現場では倒れている可能性がある。さてさて、消防隊員だけが自己注射をするというのは、かなり厳しい選択を迫られるようなことになるのではないかとということも、実は懸念をしているところでございます、これは処置拡大という範疇で考えるべきものなのかどうかちょっとわかりませんが、こういった観点からもちょっと視点を置いていただければ、私ども現場の者としては、大変ありがたいと感じている次第でございます。長くなりました、失礼しました。

【座長】

ありがとうございました。後にこれは大きなディスカッションの1つになると思います。ありがとうございました。どうぞ、委員の皆さん、3つの作業部会については後ほどお願いしたいと思っておりますけれども、全体を通していかがでございましょうか。〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

救急業務高度化推進検討会について①という、1ページの最初ですが、その改正消防法の対応についてということについては、引き続き円グラフなどがついていきますのでそういうことかなと思うんですけども、この各都道府県の対応についてのまとめ方というか、例えば先ほど脳卒中や心筋梗塞の図とかありましたが、5ページのこれはおそらく最初にいろいろ議論したときの項目をこいうふうにまとめているわけですよ。都道府県のそれぞれから出てきた実態について、受け身的に情報をまとめなくちゃいけないというようなことがあるので、こういうふうな表にならざるを得ないのかもしれないんですが、もうちょっとこう、平たく言うと、総務省消防庁から見てあるべき姿というのが多分ある程度イメージとしてあって、そのあるべき姿というイメージに照らすと結構こっち大変なんじゃないのというようなことは、おそらくあるはずなんです。ですから、ある意味、受け身的なのではないと言えましょうがないんですが、もうちょっとこう、心の動きがわかるみたいなのとか、そういう図をつくるような、そういうふうなことがあってもいいんじゃないかなと思うんですが、そこら辺はやはり地方自治は地方自治だということで、中央からどかっに行くということにはなりにくいようであり、またはそれをやらなきゃいけないようであり、バランスの問題もあるとは思いますが

れども、ちょっとそこら辺、今後まとめていく上で、座長もただ表があればいいというものじゃないというようなことはもうおわかりだと思うので、難しいこととは思いますが、何とか意を酌んでいただきたいというのがあります。

【座長】

室長、どうぞ。

【開出室長】

そこは非常に難しいところで、去年この会と別に実施基準ガイドラインの検討会を設けたときもその議論はあったと思います。そのときの議論でも、この5ページの部分がいわゆる一番大事な分類基準ということで、こういった傷病者に対応したルールは必要ではないかということで、特に一番左の項目について、どういう項目を各地域で定めるべきかという議論があったときに、やはり国で一律にこれを決めなければいけないということを定めるのは、地域の、受け手の医療機関の状況も違うということで、そこは自由選択ということになったと思います。ただ、我々としても、何でも自由に地方で決めていただければいいということではなくて、およそ考えられるものとするれば、救急患者の搬送についてはこういった項目について少なくとも検討の必要があるんじゃないかということで、左の重篤からずっと始まりまして、特殊性も含めてこういった視点について考えてくださいと。しかし、どう選ぶのかは地域の、それこそご判断でという整理になったと思います。ただ、私ども、この表をつくったのは、例えば同じ脳卒中の患者さんの搬送についても、一般的な脳卒中のルールだけがあるところと、t-P Aの処置についても対応できる取り決めを決めている地域と、やはりこのあたりが今後議論になっていくと思いますので、この丸をこう示したのは、その薄さ濃さといいますか、そこも出るようにという気持ちもちょっと若干込めてということですが。特に昨年来ご議論があります搬送情報と医療情報をあわせて地域の調査・分析をしたらどうかというところの中で、今回の資料の中でもご説明しましたが、脳卒中の搬送について、その後の予後も含めて、医療機関の情報も含めて全国調査を今年やりたいと思っておりますが、そのあたりでもいろいろ地域の差が出てくると思いますので、国とするとその標準化といいますか、あるべき姿ということを見せながら、そういった比較ということもやっていく必要があると思いますので、そのような考え方で取り組んでいきたいと思っております。

【座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

畳みかけるわけじゃないんですけれども、4ページに都道府県の区域を分けてというのがないですか。区域の設定についてという。基本的には都道府県を、全体を1つのというイメージだと思うんですが、例えば愛媛県が、私たちは全県を上げて区域ごとにやっていますという話は、これどこにおいても論理的には成り立つわけです。つまりMC協議会が小さく分割されているところはよくあって、ひところ、どこでしたっけ、自治医科大学の鈴川先生が、とてもじゃないけれども大変だという話をされた、あの景色は、そのままそうですよと言えばそれでよいのか。私たちの地域においてはそういうふうにしていますと言えばそれはそれでいいということになると、改正消防法の全県1区というのは金科玉条ではないことはよくわかるのですが、やはりどこまで何をするのかという、それぞれの行政の、何ていうか、気持ちの入れ方に多分差が出てきているのではないかと想像してしまう。そこら辺もやはりせっかくのこういう仕組みなので上手に利用する話があってもいいんじゃないかなと思うんですが、どんなものなんですか。

【開出室長】

区域の設定についても、これ愛媛県も二次医療圏中心ということですが、全くばらばらに調整せずにということではなくて、決める県の協議会は全体を見てということなので、その調整をとられているということだと思います。このあたりは私も、今考えているのは、地域ごとの、特に搬送受け入れの状況が違うといえますか、わりとうまくおさまっている——愛媛なんかおさまっていると思います、いわゆるたらい回しという点から見ると——そういったところは地域の医療圏ごとにしっかり受けとめていくということがベースになる場所もありますし、やはり医療圏を越えて考えなければいけない地域は、その医療圏を越えた調整ということでいろいろ決めなければいけないということもあると思いますし、そこはかなり現場の状況というのが反映されているのかなと見ていますが、ただ最終的にやはり県の協議会というものが全体のものを調整しなければいけないので、そこはしっかりやっていただくということで、引き続き見ていきたいと思っています。

【座長】

はい。今のはとても大事なところだと思うんですね。やはり1つ1つの県で1つ1つの地域で、魂の入った分類基準をやはりつくってもらいたいというのが我々の熱い希望だろうと思いますので、それを〇〇先生、お話をいただいたんだと思います。どうぞ、〇〇委員。

【〇〇委員】

それに関連する話になるかと思うんですが、実施基準を未策定の団体が41団体、現在あるわけですが、その41団体がどういう状況なのか、そういったことはちょっと教えていただくと、いろいろ議論の深まりが出てくるんじゃないかと思うんですが。

【座長】

いかがでございましょうか。

【開出室長】

3ページに今、お話のあった41ということだと思います。41の中に、昨年10月ということですが、約1年以内、今年の12月までにやるということは27というところで、それ以降というのが14ということですが、私ども聞く中で、県の取り組みにはいろいろな濃淡がやはりあって、1つはしっかりしたルールをつくるために、地域の実情をしっかりと、傷病者のカテゴリーごとに見きわめたいという、いわゆる調査分析作業をしっかりとやっていたらいいという県、〇〇委員がおられて、ちょっと補足していただければと思うんですが、大阪府さんのようにそういうしっかりやっているところと、まあちょっと取り組みがそれに及ばず、むしろ関係者の調整に手間取っているところといろいろあるわけですが、ちょっと比率はわかりませんが、半々ぐらいかなという感じだと思います。我々とする、若干時間がかかる理由があるところはしょうがないと思います。それだけしっかりしたものを、バックグラウンドを調べてやるということになると思いますが、いずれにしてもこれ施行後、昨年施行されてからもう半年以上たっているわけですので、我々としても先ほど申し上げた全国調査みたいな形で、地域の基準を標準といいますか、比較することでプッシュするとか、いろいろな先進県の実情をご紹介、担当課長会議をやったり、全国MCでやったりしているわけですが、そういったところで情報提供して、その加速、策定の加速を進めていきたいと考えています。

【座長】

ありがとうございます。

【開出室長】

できましたら、大阪府の、ご苦勞も含めてちょっとお話しいただければ。

【座長】

〇〇委員、どうぞ。

【〇〇委員】

すみません、〇〇です。せっかくの機会をちょうだいいたしましたので、ご参考までにお話ししますと、先ほど有賀先生がおっしゃったのはほんとうにそのとおりで、実は区域をどう定めるかという問題も、都道府県で1つか医療圏ごとかということの事実だけをお知らせするのでは、おそらく都道府県として考えていく材料にならないのではないかと思います。大阪府は併用型でして、病院の数もある程度恵まれているところでありますから、一般的な救急は各8医療圏で一応自己完結させる。一方で、例えば周産期とかそういった病院になりますと、さすがに大阪でも非常に限られた医療資源しかございませんので、そういったものについては全県で1つの基準を決めるというふうに、理由があつてそういう区分けをしているということがありますので、そういう中身を含めて、ある程度各県には共有していける情報があるのではないかというのが1つです。それと、我々まだ実施基準はできておりませんが、標準モデル案というのはかなり詳細なものを示して、一応全圏域で、既に調査が済んでいるところもありますが、再度つけ足しの調査をやっているところも含めて、搬送実態調査を1カ月から2カ月間、病院側の診断情報も含めて突合する作業を現在やっております。8月ぐらいまでかかると思いますが、その上で並行して集めている医療機能の情報とあわせて、10月ぐらいには各圏域からすべての実施基準案が出そろってくるという状態です。こういったことをしている中で感じるんですが、先日全国メディカルコントロールの連絡会でも私、少し発表させていただく機会もあつて、いろいろなご質問も受けましたが、大阪のようなある程度均質な地域ですら、なぜこれをつくるのかということのご理解を病院や消防両方から得ることが非常に難しいんです。だから、難航されている地域というのはまた違う事情があると思うんですが、消防法改正の本当の狙いというものを共有してもらおうというのがなかなか難しく、大阪の府内でも、そんなものつくる必要ないだろうというご意見もあります。脳卒中や循環器なんか、いっぱい病院あるから、みんなわかってちゃんと運

んでるじゃないかというご意見もありますし、一方ではやはり困っていると、搬送困難だというのがありますし、またそんな中から、単なる高度専門医療ではない、なかなか難しい背景がある患者さんについてどうしていくかという、これだけで解決できない問題もより顕わになってきて、そういう丁寧な作業をしていくのでないと、かなり熱心に我々は一生懸命やってきたつもりなんです、それでも書き物だけに終わってしまうという、そういう危惧はあります。一覧表をつくったけれどもということになりますので、やはり観察がどれだけ大事か、選定がどれだけ大事かということ消防のほうは理解し、なぜこれだけたくさん病院があってもそういうリストをつくる必要があつて、それに協力する必要があるのかということについて、医療機関の先生方にかなり深くご理解いただけないと、良い基準にならないのかなという気がしております、それが一番の苦労かなというところでございます。

【座長】

ありがとうございます。そのポイントのところ、大阪の消防のほうでご苦労なさっております〇〇委員。

【〇〇委員】

今、〇〇委員からお話がありましたですけれども、今ちょうど大阪では、それぞれ8つのメディカルコントロールに案がおろされてきたという段階です。大阪市のメディカルコントロールとしては、非常にこの問題を真摯に受けとめておりまして、ぜひこの機会にしっかりしたものをつくろうじゃないかということで、先ほどちょっと例にも挙げられましたが、これから搬送実態を、実際の救急隊にいろいろな資料をつくらせてやってみようじゃないかと。それが将来的には自分らのためになるんだという思いで、ですからこの12月までにはできると思うんですが、若干遅れることもあり得るのかなと。そういった意味で、8つの中にはまだこの大阪市のような思いを持っておられるところばかりではないというの聞いておりますので、それは我々消防側としてそういった話をしていきたいなど。自分たちのためにもなるということをしかりと伝えていくのが大阪市の役目かなということで今取り組んでいるところでございます。

【座長】

ありがとうございます。それからこの親委員会の中で、厚労省からもお話をいただきましたけれども、救命士の処置拡大についての実証研究というのがありました。この3項目についての、7ページでございますが、この辺のところも大きな話題になってくる

のではないのかなと思いますが、今日オブザーバーで厚労省が来られておりますけれども、何かご追加することありましたら、いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。〇〇先生、オブザーバーとして来ておられますが、何か追加することは。

【オブザーバー】

今回、消防と医療の連携という形でやっていきますので、実証研究の進捗状況等は適宜この高度化検討会でもいろいろと情報提供させていただいて、一緒にやっていきたいと思っておりますので、よろしくをお願いします。

【座長】

是非よろしくお願ひしたいと思ひます。また、荒井委員からもちょっと出ていました、災害時については、多少平時とは違ふのではないのかと、その辺のところの業務拡大というものも総論的に考えていただきたいというのがありました。その辺のところもどうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。それでは、このぐらひにさせていただきます、また戻つてきても結構でございますので、次の「重症度・緊急度の判定・選別（トリアージ）に関する作業部会」ということでございますが、この部会についてのご意見をいただきたいと思ひますが、いかがでございましょうか。ご意見の前に有賀委員からまずお話をいただきますでしょうか。

【〇〇委員】

「重症度・緊急度の判定・選別に関する」というこの言い方は、臨床救急医学会の議論で、災害時のトリアージという言葉と、それからこのやうないわゆる救急外来におけるトリアージナースと言つたときのそのトリアージという言葉は、僕ら玄人筋ではそれほどびっくりすることはない。しかし、どうも患者さんたち、またご家族の方たちがトリアージという言葉から出てくる、何ていうか、思ふインプレッションというのは、やはり災害時のあの黒タグ、見捨てられるのかという、そこら辺の話がかなり強烈にどうもありそうだという議論があります。それでトリアージに関する作業部会というのがつくられるのは構わないけれども、緊急度の判定とか選別とかというやさしい日本語をぜひお願ひしたいと、関係の方に話したのを覚えております。ですから、そういうふうな、トリアージでいいんですけれども、緊急度の判定とか選別というやうな日本語にして、それでもって具体的な仕事をしていくのが多分いいんじゃないかなと思ひます。2ページですか、救急安心センターの効果の分析だとか、それから今のトリアージに関するプロトコールの改訂とか、どれも皆、要するにメディカルコントロールの作業部会に

しても、その次の作業部会にしても、それから全体の会とは当たり前ですがすべて連動します。そこで、私が一番のポイントだなと思うのは、この4ページの救急搬送にかかわるトリアージの全体像ということで、住民が119番したときのコールトリアージ、それからその後の現場のトリアージ、それから院内のトリアージ、救急搬送の部分は先ほど来のお話で聞くと、これたしか〇〇先生だったと思いますけれども、救急隊があたかもERにおいて患者さんの選別、患者さんの振り分けをしているかのようだとおっしゃったので、そういうふうな意味でも、病院の選定も広い意味ではトリアージの中に入ってくるんだと思います。CTASとか先ほど言ったJTASというのは、このトリアージの、つまり緊急度の判断と選別に関する基本的な共通の尺度、物差しというような意味合いがあるので、これは臨床救急医学会や日本救急医学会なども、それから救急看護学会も挙げて取り組まなくてはいけないテーマになるという、そういうふうな認識なんです。ですから、学会レベルでもこの4ページに書いてある絵は、そのとおりだなと思うんですが、いかんせん、例えば救急安心センターの東京消防庁で使われているものについて、とりあえずひな型があったと仮定して、それとその次のページにあります、最近発刊された翻訳のCTASは、色別の景色が少し違うとか、もろもろのことがこれからたくさんございますので、全体像についてというこの絵は極めてよくわかりますし、これに向かってばく進しなくちゃいけないとは思いますが、相当程度に、何ていうか、作業のエネルギー、時間と人々の知恵がかかると。ただ、かける価値はあるというふうなことになりますので、やらないといけないとは思いますが、そういうふうなもんなんだということを認識した上で、作業部会を進めていきたいと思っている次第です。以上です。

【座長】

ありがとうございました。今、部会長からお話をいただきました。どうぞご意見をいただきたいと思いますが、どうぞ。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

この〇〇先生の部会に対する意見と、この高度化の検討会に対する希望も含めて、ちょっとお話をさせていただきます。先生のところのこのタイトル、トリアージを重症度・緊急度の判定・選別といいますか、ということになると、病院を選定するときの従来の重症から軽症に至るまでの縦軸判定についての基準を、時間的階層に応じて、あるいは場所の階層に応じて検討していきますよということで、非常にわかりやすいんですけれ

ども、検討会の1つの大きな項目になっております改正消防法で病院選定をどうするかというときには、横軸として意識障害など症候別カテゴリーの課題がでてきます。大きく意識障害でくくるのか、脳血管障害というふうにもう少し絞るのか、いやいや、t-PAができる医療機関までの絞りを絞って、それに応じた搬送をするのかというような意味においても、病院選定の判断基準というのが出てくるわけなんです。昨年までの消防と医療の連携という意味においては、その縦軸だけではなくて横軸も一緒に連携のあり方を考えられるということがあったと思います。私の部会のところ、メディカルコントロール作業部会のほうにデータの分析を兼ねながらどういう判定基準、実施基準をつくっていけばいいかということを検証しましょうということにはなっていますが、そこはその縦軸、いわゆる緊急度の縦軸で三次へ運ぶのかどこへ運ぶのかといったことだけではなくて、この横軸のところ非常に重視されてくるんです。なかなか切り離せない。おそらく現場はそれは切り離せないで、一体ものとして実施基準として考えていけないといけないということで、少し横軸の色合いももう少しわかる場所も同時に検討していただけないかなというのが希望です。

【座長】

トリアージという言葉をもう1度復活させたらどうだろうという意味ですか。

【〇〇委員】

いえ。

【座長】

そこまではいかない？

【〇〇委員】

トリアージはトリアージで結構なんですけれども、病院選定の最終的な重みというのは、これは緊急で赤ですよ、だから三次ですよとか、そういう緊急度・重症度の縦軸だけではなく、もう少し面でというか、横軸でといいますか、症候や病態の判断が必要なのです。たとえば、意識障害、これは呼吸困難から来ている意識障害なのか、脳血管障害、あるいは血糖値の変化から来ているものなのかというようなことが、もう少しその面も必要になってくると思います。それを無視してはなかなか緊急度・重症度というのは出てこないだろうと。例えば、CTAS、JTASの中でも、それぞれ症候別に重症度・緊急度がつくられているということを考えると、その辺も同時に考えていただくと、例えばメディカルコントロール作業部会のほうで検証しようとするデータとの

整合性がわかりやすくなるのかなということ、作業部会のほうにお願いということでした。

【座長】

わかりました。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

CTAS、JTASの話は、私たちの現状の歴史的な位置づけに関して言うと、やはり医療提供側の話から出発はしているのですが、どちらかというと、もしこの4ページの先ほどの絵でいえば、安心センターやそれから、何ていうか、そちらの利用される方たちに対する資源の有効配分のような、そういうふうなツールとして、ツールというか方法論として入り込んできたということもあって、したがって単純に救急隊と病院という中で議論されてきた従前からのものとするとは少し違う色合いが入ってくるということです。従って、これはどちらが最終的に共通言語かみたいな、オール・オア・ナッシングみたいな話ではなくて、多分両方が上手にすみ分けをしながら地域地域で活用されていくんだろうと思うんです。ですから、この絵でいうと、住民、ちょっと頭を押さえてうつむいているこの女の人が、自力通院と書いてありますが、自分が赤なのか黄色なのかという話をもし、この人はこの人で家庭の中でトリアージをしようと思えば、おそらく救急安心センターやその他の場面で使われているものを、住民がわかりやすい形で読めるような、そういうふうな形で広めていくというようなことになるんだろうなと想像はするんです。ただ、想像はするんですが、今お話のように大事なお話なので頑張らないといけないのですが、結構手間暇かかるだろうと。その間に、〇〇先生が今おっしゃったような、従来からの僕たちが持っていた文化水準を上手に入れ込みながらやっていかなくちやいけないんだろうなというようなことだと思います。まあ、やってみないとわからないので、もう少し時間をという感じがします。

【座長】

ありがとうございます。是非よろしくお願ひしたいと思ひます。どうぞ、ご意見をいただきたいと思ひますが、よろしゅうござひますか。それから、4ページ、いろいろなところでも出ておりますが、緊急度のほうは縦軸と横軸にタイムをとると、救急車の出動というのはまず緊急度のほうは非常に大きくなつていて、それから病院のほうに行くにしたがつて重症度のほうが多くなつてくるというの、いろいろなところで表が使われますが、重症度というのを先にするのか、緊急度というのを先にするのかというの、

どうぞ後で部会のほうで考えてください。

【〇〇委員】

これも多分、今までの歴史を引きずりながら先の先があるというようなことで、私は理解していますので、これはもう題目ですから、大事だといえば大事ですが、中身のほうがもっと大事というようなことで、今座長が言われたようなことを考えながらやればいいんじゃないのかなと思います。

【座長】

ありがとうございます。そんなところでよろしゅうございますか。ありがとうございます。それでは、その次に移りたいと思いますが、その次はメディカルコントロール作業部会についてであります。いかがでしょうか。まずは部会長からお話をいただきましょう。

【〇〇委員】

たくさんの宿題をいただいた作業部会ですけれども、一番目のICTの活用の中で、画像伝送については、長い間、いろいろ試みられてきましたが、ツールが昨今よくなってきて、今一度、使えるかどうかということで検討しようという、これはこれで新しい宿題としてやらせていただきたいと思います。その中の1つで、少し部会長として皆さん方にご相談をしておかないといけないのは、ビデオ喉頭鏡の活用について、今年の議論で、ツールとしての利点、逆にそれが持っている特性がゆえの欠点というのは明らかにしたつもりでございます。ところが、問題は、現在救急救命士が特定行為として気管挿管をする対象が、心肺蘇生患者であること。言いかえると、心肺蘇生患者にこのいわゆる気管挿管という行いをやることで、アウトカムに、どの程度の成果が上がっているのかというの、昨年ちょっと議論の合間に出ました。要するに利点が相当あるんだということになれば、ツールのよくなったことを利用して欠点を克服してでもやっていかないとはいけないうらうと思っています。気管挿管の成果を見つけるためには、3つ目の作業部会とも関係すると思うんですが、心肺蘇生のウツタインのデータなりの中から、気管挿管を行ったことと行わなかった症例を対象として、アウトカムがどうなんだということをもう少し掘り下げないといけません。したがって、こういうデータを、メディカルコントロール作業部会のほうに提供していただかないと、単に画像伝送してうまくいきます、いきません。だからやりましょうというようなのでは、作業部会としては答えを出すのが厳しいのかなと思います。いわゆるメディカルコントロールというのは、

やはりそれなりの質と安全を保証するための作業ですので、その目的意識をしっかりとさせるためにちょっと気管挿管によるアウトカムはどうなのかということをお〇〇部会長のほうからご提供いただけたらと思うのが1点ございます。あるいは、そちらで議論をさせていただいてもいいのかなと思っていました。それから、2点目のところで、今回全国調査の中で、搬送と受入れの実施基準についてのおそらくひな型になるといいますが、脳血管障害、脳卒中の病院前の情報と、医療機関で行った情報を連結して調査いたしますということですので、これは是非私ども、じっくりとやっていきたいと思っています。つまり、地域地域、あるいは都道府県単位で、病院前救護と病院の中で経過、あるいはその後社会復帰に至ったかどうかということも含めたようなデータが分析されることで、今回の改正消防法の是非も問われてくるのかなと思いますので、ここはちょっと力を入れさせていただきたいと思っております。それから、救急隊のあり方については、これはずっと何年かやってきた中で、やはり観察力というところに焦点を当てて、現場の中に立脚した形でやっていくつもりでおります。それから4番目ですが、これは各都道府県協議会の設置の形態が、従来のメディカルコントロール協議会と一致させているところ、あるいは別途協議会を設けているところ、それぞれに欠点利点はあろうかと思いますが、情報収集してやっていきたいと思っております。部会長として以上の考え方を持っているということをご理解いただきたいと思います。

【座長】

ありがとうございます。まず、ディスカッションの前に、〇〇委員からいかがでございましょうか。オーバーラップ、あるいはお話を。どうぞ。

【〇〇委員】

今の〇〇先生からの宿題は、気管挿管が果たしてその心肺停止の傷病者の予後をよくしているかどうかということの検証をまたないと、さらにそれに対して新しい道具を使うということに関しての検討が難しいと、全くそのとおりだとは思いますが。ただ、今行っている救急蘇生統計の中からその部分が抽出できるかどうか、まだちょっとわからないのですが、これはまた後でお話したいと思っておりますけれども、この救急蘇生の中で研究として、学問として必要なものはそれぞれいろいろな研究者に渡すということになっていますが、その中で直接救急隊の活動範囲等々、行政として必要なデータの解析ということに関しては、ここでできるだけやって、できるだけ早くMCのほうにもフィードバックするというふうにしたいと思っております。

【座長】

ありがとうございます。〇〇先生、何かいかがでございましょうか。

【〇〇委員】

今の……。

【座長】

今のでも、違う……。

【〇〇委員】

全然違うことであるんですけども、後でじゃあ話します。

【座長】

じゃあ、全体のところでどうぞ。ほかに、〇〇先生は何かいかがでございましょうか。

【〇〇委員】

特にこの作業部会については……。

【座長】

よろしゅうございますか。

【〇〇委員】

はい。

【座長】

もう、非常に大変な作業部会だなというのはにじみ出ておりますけれども、〇〇先生よろしくお願ひしたいと思ひます。それでは、全体を通して、ごめんなさい、その前に救急蘇生作業部会、〇〇先生からまずちょっとお話をいただきましょう。

【〇〇委員】

救急蘇生作業部会もやはり3つの宿題をいただいております。最初のページのところにございますけれども、救急蘇生統計については今お話ししたとおりで、昨年まで救急統計活用検討会の中で行われていた議論の継続だと思ひますが、そこで全国のウツタインデータに関してクレンジングをして、そして消防本部あるいは大学等で研究を希望する者には配付するというようなことで、既に日本からの大規模なデータベースによる研究ということで、ニューイングランドジャーナルあるいはランセット等にアクセプトされて、非常に世界的にも注目されているところだと思ひます。それぞれ、そのような形で、疫学的な研究ということに関しては、そこに出すデータのもともとのものをどういうふうにもうちょっとリファインしていくかということに関しての検討が必要だと思ひ

ますし、それからもう1つは、今の気管挿管の問題等も含めて、ちょっとどこで線を引いて切り分けるかは難しいのですが、やはり直接救急隊の活動にかかわる部分に関して、ここでこの高度化検討会の作業部会として出さなければいけないデータは何なのかということに関しては、ちょっときちっと検討してみたいと思います。それから、ガイドラインへの対応ということについてございますけれども、これは前回2005年のガイドラインが出てから、例えば当時であれば救急隊の行う心肺蘇生の人工呼吸と胸骨圧迫の比率を変えるとかというようなことで、あるいは一般市民への教育の内容も変えるというようなことで、この部会の中で議論されてきたこととなります。これに関しては、一応今のところは10月18日に国際的にもあるいは日本からも新しいガイドラインが出る予定になっていますが、それまではかなり守秘義務が厳しく言われている状況でそのガイドラインの検討が行われていますので、発表以降に残りの半年を使って、来年度のいろいろな教育等に間に合うような形で考えていきたいと。作業自体は10月18日以降にしたいと思っています。それから、最後のAEDに関する検証について、これはもともとは全国のメディカルコントロール協議会連絡会で提起がされて、全国の消防本部からデータを収集していただいて、去年は厚生労働科研の丸川班の中で検討がされて、実際に本来だれが見てもやるべき、電気ショックをすべきなのに、そういうふうなメッセージが出なかったり、あるいはその逆のことが起きているということは確かであると。これについて、去年大体その一番大きな問題点については幾つか指摘されているんですが、具体的な機械のもともとの仕様であると。機械の限界の問題であったり、あるいは使い方としてメンテナンスが悪い等々の使い方の問題であったり、あるいは一般市民用に使う、2分ごとに強制的に自動解析が入るような機種を、救急搬送という救急車の中で使うということについての目途、当初の使用目的との違いによる限界等々、いろいろな点が指摘されております。その辺について、さらにもう少し個別に検証して、さらに新しいデータを全国消防本部からもらって、このAEDの安全性、有効性をより高めるというようなことについて、だからこれはおそらく、ここで消防が窓口でデータを集めるということはあるんですが、もともとAED自体がメディカルコントロール体制下で検証しながら行うというふうなことが、平成16年の最初の認可のときの通知の内容ですし、厚労省のほうにもこれは機器の認可というふうな安全制度のこともありますので、これは連携してやっていただければと思います。以上です。

【座長】

先生、ありがとうございました。3つの作業部会でのお仕事の概要がお話しいただけましたけれども、いかがでございましょうか。ご説明に対する、もちろん質問でもご意見でも結構でございますが、AEDの検証ですが、企業の特許というのか、あるいはブラックボックス等々のことで、なかなか公開をされていないところがあるのではないのかというところもよく言われますけれども、その辺のところはいかがなんでしょうか。

【〇〇委員】

そのとおりですけれども、やることとしては、実際の現場で取られた波形を見せて、そしてこれでこのA社のものはショックの適用とならないというような現実があって、企業の方はそれはブラックボックスだけれども、仕様と言っているということを世の中に公開して、企業のほうからそれを修正する努力としていただく原動力とするというようなことしかないかなと思っています。

【座長】

ありがとうございます。どうぞ。

【事務局】

恐れ入ります。AEDに関しましては、実は今後厚生労働省とメーカーとも今現在調整を重ねるところでございまして、当然こちらの作業部会でも検証をお願いしたいと思っておりますが、あわせて、厚生労働省とメーカーと私どもの合同で、何らかの検証を今後引き続き実施していくつもりでございます。それで、メーカーに関しましても、最近は今向きに取り組んで頂いております。どうぞよろしくお願いいたします。

【座長】

そうですか。それはよかったですね。ありがとうございます。いかがでしょうか。今日はまだお話がいただけていない皆さん、おられましたらどうぞ、ご遠慮なくお話をいただきたいと思います。そう、〇〇委員から今日はお話がありません。どうぞ、全体を通してで結構でございます。

【〇〇委員】

全体のことでよろしいですか。

【座長】

どうぞ。

【〇〇委員】

救急安心センターのことについて1つお話したいと思うんですけども。私どもの団体は小児医療の基礎を学ぶ講座を毎月1回あるいは2回くらい開催しております、年間300人ぐらいのお母様、お父様方に基礎ですとか#7119のお話ですとか、そういったお話をしております。その講座に来てくださる方々に、#7119ご存じですか、#8000ご存じですかというアンケートをとってまいりまして、もう3年ぐらいになります、私たちの講座に来てくださる方、年間300人とか500人ぐらい、それぞれの共催の相手先によって人数は変わりますが、300から500人ぐらいの方々、もうほとんどご存じで、8割9割、アンケートもうやる必要ないかなというぐらいご存じなので、講座の参加者についてアンケートをとることをやめたぐらいです。ですが、毎年3回、4回ぐらい、子育てイベント、全く医療とは関係ない、全くの子育てのイベントにも出展しております、ブースに、前回#7119のポスターをお借りしたりですとか、東京消防庁さんからいただいたりしながら、それは全く医療とは関係ない、一般のほんとうにお母さんたちが、マタニティーのお洋服を見に来たりとか、そういうところに出展をしますと、この間3月15日の杉並のメッセというものに参加しましたが、150人の方が私たちのブースに、スタンプラリーで訪れてくださるんですが、そのときの150人は全員知りませんでした、#7119。その差がなかなかおもしろいと思って、私たちの講座に来てくださる、医療をもうちょっと知ろうとしてくださっている方々は全員ほとんど知っている。逆に全く医療に関係のないイベントに出ていくと、その人たちは全く知らない。ですが、お話をして、こういうものがありますよというお話をすると、本当に知らなかったって、すごくいいものがあるんだねと、普通に私たちの会のリーフレットに#7119のこととか#8000のことが書いてあって、これ冷蔵庫に張っておきますねなんて、普通に言うてくださるので、まだまだ、とてもよく知っている人たちと全く知らない人たちの格差というのがすごくあって、そういう意味で私たちももうちょっといろいろなところに出て行って、普及とかそういったことに力を注いでいけたらと思っています。#7119についての今の感想です。

【座長】

ありがとうございました。〇〇委員から全体を通してというところで、ご意見、ご質問等がありましたらどうぞ。

【〇〇委員】

今までの発言の中で、実は〇〇委員のお話で、救急隊員の自己注の話、あれ、パム、アトルピン等を含む自己防衛上、私は護身的に必要なだと思っているんですけども、あれはどこかでそうしようというのを決めましたか。

【〇〇委員】

救急隊員の処置ではないので、MCの協議内容ではなかったかと思うのですが、自己注射用ということで整備を開始していると記憶しております。

【〇〇委員】

先ほどから言いますように、個人的には非常に、私自身も賛成ですし、米軍なんかはあらゆる薬剤を自己注用に持っていますから、非常に有効だと、特に災害時には有効だと思うんですが、自己注できるよというところは厚労省、総務省、どこかでやっておかないと、各MCで、私は各MCで決めてもいいのかなと思うんですけども、その辺の見解どうなんですかね。僕は今、実は初めて聞いて、「えっ」と思ったんですが、それは一応話は、できた話なんですか、厚労省、総務省のほうでは。あるいは、MCで降ろしてそれぞれご随意にということなのか、その辺の話はどうなんでしょうか。

【座長】

僕の記憶では、MCで降ろしてという形だったのではないのかなと思いますが……。

【〇〇委員】

それはどこで？災害で？

【座長】

災害時のというところで、限定使用ということでの話だったと思いますけれども。どうぞ。

【開出室長】

私どもの国のレベルで、総務省と厚労省と調整したということはやっていないんですけども、ちょっと正確かどうかわからないんですが、この話、隊員にパムを投与するという、自己注射用ということですが、その話があるというお話を、東京消防庁のほうからお話は聞いておったと思うんですが、その際にたしか厚労省さんと個別に相談をしてと私は記憶しているんですが、ちょっと正確にそのときのやりとりを把握していないのですが、たしか個別の事案として東京消防庁さんと厚労省さんと話しされたんじゃないかな。

【〇〇委員】

すみません、発言しておいて申しわけありません。詳しいやりとり、ちょっと手元には準備しておりませんが。ただ、勝手に買うということはありませんので。

【座長】

そうですね。

【〇〇委員】

うん、おそらく勝手にはやっておられないと思うんですけども、非常に重要で、どうなのでしょう。

【オブザーバー】

じゃあ、ちょっといいですか。

【座長】

どうぞ、オブザーバーとして課長。

【オブザーバー】

私も一般論だけ申し上げますけれども、まず私が所属しているのは医政局の指導課で、救急医療を担当していますが、一切相談を受けたということは私はございません。で、自己注射というのは、自分に打つとかあるいは糖尿病の場合の患者とか、あるいは家族がかわりに打つとか、それを医事法制の解釈の中で、それは医業じゃないと、それは医師であれ看護師であれ救急救命士であれ、それがやれば医業、あるいはそれに付随する業務としてやるということですから、法律的な解釈は問題になりますが、患者自身が行うと、あるいは救急隊員が自分のためにやるということは、ちょっと違う話になると思いますので、ただその解釈は、医事課になりますので、ひょっとしたら東京消防庁が医政局の医事課に問い合わせをされたのかもしれませんが、私は一切存じていません。

【〇〇委員】

そのところ、はっきりしていただいて、もし今言ったような〇〇さんの話で進んでいるなら、少なくとも東京都MCには降ろしてもらわないと、それはまずいと思います。

【〇〇委員】

もちろん、やっちゃおうという話ではなくて、現に幾らかの薬剤を備蓄が始まっておりますので、それについての議論をちょっと必要なということで、先ほど私のご提案でございまして、今災害があったときにやっちゃいますよということではもちろんございません。そこはもう、先生、よく存じて、私どももそのつもりでありますので、よく

承知をいたしております。

【〇〇委員】

もし東京都MCなりでそれオーケーだよ、あるいは行政から東京都に降ろされて、東京都MCで検討してオーケーだよということになれば、僕は早急にむしろ全国MC等で各地区にそれは降ろされて検討されるか、あるいはそうしますというような格好で早く現場はそういう形にしたほうがいいと思うんですが、医師会との関係とかでどうなるのかわかりませんが、ぜひともご検討いただきたいと思います。

【座長】

ありがとうございます。じゃあ、次の機会までに〇〇委員のほうで事実関係のそのところ、ちょっと調べていただきたいと思います。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。どうぞ。

【〇〇委員】

札幌の〇〇でございます。時間も押しているようでございますけれども、2点だけお話をさせていただきたいと思います。まず1点目でございますが、7ページの、先ほど厚労省が実証検証のイメージということでお話を賜りましたが、実証検証というのはやはりパイロットスタディーと申しますか、どの地区で検証するのかということも大事になるわけでありまして、また実施に対して地域のMCの検証を含めるというお話もございました。したがって、地域のMCの役割、指示、指導・助言というのが含まれるわけでありまして、この辺についても部会のほうでしっかりやっていかなければならないのかなと思ったところでございます。それと2点目でございますが、これ〇〇先生の部分だと思いますが、エアウェイスコープの関係でありまして、検証は直視下での解釈をモニターでという方向だと思っております。ICTの場合、やはり直接画像を医師が確認するということになりますので、それなりの件数がとれるプロトコルを作成する必要があるのではないかと考えております。それと、救急現場での時間短縮のデータも重要であります。やはり安全性をどのように国民にアピールするかということも重要ではないかと考えております。

【座長】

ありがとうございます。〇〇委員、何かありますか。直視下というのをモニターでという……。

【〇〇委員】

それは昨年度、消防庁のほうで、ビデオで間接的に見ているのが直視下に当たらないのではないかという疑義に対しては、直視下と解釈でき得るという回答をいただいて、前に進めていると理解しております。先ほども言いましたように、挿管という技術についての検証というのか研究はかなりできておりますので、あとそれを実際に病院実習で、あるいは費用の面も含めて、それを活用するのがいいのかどうかというところについてさらに進めないといけないだろうという話になっておることを、ご理解いただきたいと思っております。

【座長】

ありがとうございます。そんなところでよろしゅうございますか。あるいは、まだ今日お話をいただいておりません〇〇委員、何かありますか。

【〇〇委員】

栃木県の〇〇でございます。栃木県では、国の消防法改正を受けまして、救急搬送・受入れ実施基準を、今年3月30日に救急搬送受入協議会から答申を受けて、パブリックコメントを経て5月26日に策定しました。8月1日からの全県統一での実施に向けて周知等々を行っているところでございます。さらにその後、実施基準に基づいた搬送・受入状況の調査・分析等もしていかなければならないと考えております。国の検討会報告書でも実施基準に基づく搬送・受入れ実態の調査・分析等々の必要性について書いてございます。また、救急医療情報システムの消防機関における利活用等についても、作業としてやっていくということで書いてありますので、是非それらにつきましても我々都道府県に対してご指導ご助言いただければありがたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

【座長】

ありがとうございます。まだ、〇〇委員、何かありますか。どうぞ。

【〇〇委員】

すみません。今日の議論を伺っている感想みたいなことを1つと、それとちょっともう1点申し上げたいと思います。感想みたいなことは先ほど〇〇委員がご指摘された、まさに救急隊員の自己注射ということで、私もそんなことまで進んでいるのかというような、ちょっとびっくりした印象があって、こういう問題というのはおそらく一般の関心も非常に高いのではないかという気がしております、〇〇委員が先ほどいみじくも

おっしゃいましたが、果たしてそこに倒れている一般の方もいる中でそれはどうなのかという視点というのが、おそらくこれからかなり具体的な問題になるのかなという印象を持ちました。それともう1つは、〇〇委員が先ほどちょっとおっしゃったんですが、この検討の中での言葉の問題なんです、このトリアージという言葉、これはかなり一般の人に浸透している言葉なんです、先ほど〇〇委員がおっしゃいましたように、かなりネガティブな印象が持たれているんです。是非、これからこの救急医療の問題、一般の国民にとって非常に関心の高いテーマですので、私としては是非お願いしたいのは、この先ほどの4ページにあるような、こういう図みたいなもので、非常にわかりやすく国民にもわかるように、救急のときのどういう対応があるのかと、そこでトリアージというのはどういうことなのかということ、もうかんで含むように丁寧に、決してネガティブな意味合いではないんだと、いつぞや〇〇先生だったかと思うんですが、ほんとうに医療資源が適切に配分されるために、それがきちんと適切に配分されないと、非常に社会正義上問題があるというような視点からきちんと説明をしないと、そのトリアージという言葉がもたらす意味というのが、まさしく見捨てられると、戦場で見捨てられるというような意味合いに思っている方が多いということ、重々肝に銘じていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

【座長】

ありがとうございます。よろしいですね。〇〇先生、まだ、これで最後で、いかがでございましょうか。

【〇〇委員】

検討事項の2つ目の改正消防法の対応につきまして、この改正消防法は消防とこの検討委員会、消防と医療の連携という観点から非常に大きな意義と思いがこもっている法かと認識しております。ですので、実際の施行に当たっては、速やか確実な履行が望ましいと考えますけれども、先ほど〇〇委員からご指摘がありましたような、プロセス上に生じてくるいろいろな数々のご苦勞や出てきた問題点についても、きちんとモニター注視したいなと感じているところでございます。以上です。

【座長】

ありがとうございました。全体のご意見あるいはご質問等を今日は中心に、第1回の親委員会と申しましょうか、全体の会議をさせていただきましたけれども、3部会の先生、部長、特によろしくお願ひしたいと思ひますし、今年は全体の検討会のテーマも相

当前回よりも多くなっているようでございますので、是非よろしくお願ひしたいと思ひます。読売新聞でも是非いろいろなところで使つて、検討していただければと思ひます。このぐらいで、第1回は終了させていただきたいと思ひます。時間を少しオーバーしております、申しわけありません。事務局よろしくお願ひしたいと思ひます。

【事務局】

皆様、活発なご意見、ご議論、ご審議ありがとうございました。次回の開催につきましては、改めてご連絡をさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。以上で第1回救急業務高度化推進検討会を終了いたします。ありがとうございました。

——完——