

第2回 救急業務高度化推進検討会 議事録

1 日 時 平成 22 年 12 月 10 日（金） 14 時 00 分から 16 時 00 分

2 場 所 都道府県会館 101 大会議室

3 出席者

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

オブザーバー 宮本室長

事務局 株丹次長、濱田審議官、松元室長、滝川補佐、谷本補佐
長谷川専門官

4 会議経過

1 開会 [事務局]

【事務局】

定刻となりましたので、第2回救急業務高度化推進検討会を開催させていただきます。

本日の司会は救急企画室、長谷川が務めさせていただきます。よろしくお願いいたします
ます。

2 出欠状況の報告等

【事務局】

それでは、委員の出席状況について御報告いたします。宣伝会議編集室長田中委員、
杏林大学山口委員につきましては、業務のため御欠席との連絡を受けております。オブ
ザーバー、厚生労働省医政局指導課新村課長につきましては、代理で同局宮本救急・周

産期医療対策室長に御出席いただいております。阿真委員につきましては、御欠席というところでございます。また、事務局に異動がございましたので紹介申し上げます。審議官の濱田でございます。救急企画室室長の松元でございます。同室課長補佐の滝川でございます。なお、検討会の進め方ですが、特に委員からの御意見があった場合を除き、事務局としましては、公開ということで進めさせていただきます。なお、ここで撮影は終了とさせていただきます。それでは、山本座長に、以降の議事進行をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

3 議事

【座長】

ありがとうございます。師走のお忙しいところにもかかわらず、たくさんの委員の先生方にお集まりいただきまして、ありがとうございます。きょうは2つの大きなテーマがあります。1つは、改正消防法への対応についてという非常に大きなテーマについては、前回、この親委員会で、みんなでディスカッションし、あるいはサジェスチョンをいただきながら進めていこうではないかという話でありました。それから、我々には3つの部会がありますが、きょうはその部会の中間報告をいただく。この、2つの大きなテーマで進めていきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたしますというふうに思います。また、本日は、少し報告等が多いわけですが、報告の先生方は、ぜひ、よろしくお願いいたしますというふうに思います。それでは、まず、事務局から資料等の説明をお願いいたします。

【事務局】

それでは、事務局より、資料1について御説明いたします。お手元の資料1、「改正消防法への対応について」をごらんください。まず、1ページでございます。実施基準の策定状況といたしまして、12月2日現在——本日現在でもございますが、11団体が策定済みとなっております。前回、第1回から5団体が新たに策定しております。また、年内策定予定の団体は15団体ということで、年内には計26団体と、過半数の団体が策定をする予定でございます。また、残りの21団体につきましても、年度内の策定を予定しております。続きまして2ページでございます。分類基準（1号基準）で定めている項目についてでございますけれども、緊急性、専門性、特殊性の分類に基づい

て、各協議会で議論をいただき、策定をしております。緊急性の高いものとして、脳卒中・心筋梗塞は、すべての団体において策定をしているところです。また、専門性につきましては妊産婦・小児について10団体が策定をしております。そのほか特殊性につきましては急性アルコール中毒が2団体、精神疾患につきましては8団体が実施基準を策定しているという状況でございます。次に3ページでございます。受入医療機関確保基準（6号基準）についてでございますけれども、まず、上の段でございますが、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合の設定といたしまして、照会回数を条件として設定しているのが5団体、現場滞在時間等で条件を設定しているのが8団体でございます。また、受入医療機関を確保する場合の設定としましてはコーディネーターによる調整が1団体、基幹病院による調整が3団体、また、機能別に最終的な受入医療機関をあらかじめ——医療機関名を特定して設定をしているのが4団体となっているところでございます。4ページ、5ページにつきましては、その6号基準について事務局で概要を取りまとめたものでございます。時間の設定としては20分ないし30分、また回数については4回ないし5回というところで基準を設定している団体が多くなっています。続きまして6ページでございます。策定された実施基準における都道府県域を越える搬送の例ということで、例えば鹿児島県では、医療機関リストに県外の医療機関を掲載しているということで、2県5医療機関、熊本と沖縄の医療機関について医療機関リストに掲載し策定しているという取り組みがなされているところでございます。これにつきましては、県が県下消防機関を対象に実施した搬送状況調査をもとに医療機関リストを策定したと聞いているところでございます。続きまして7ページ、8ページでございます。まず7ページ、実施基準の策定等に関する意見交換といたしまして、秋田県、岩手県、群馬県、神奈川県等について行政機関、消防機関、医療機関等と、実施基準の策定状況に関して消防庁及び厚生労働省で訪問し、意見交換を行ってきたところでございます。その中で質疑として、医療機関リストに掲載する医療機関の条件的なものについての疑義について、例えば転院を前提とせずに治療が可能な医療機関しか掲載できないのか、また24時間365日対応なのか、この辺につきましては各協議会において、地域の救急医療体制として整理するのであれば、それが可能な医療機関でなくても掲載して差し支えないとの見解を示しております。また、実施基準の策定に関して聴取した主な意見といたしましては、都道府県からは受入医療機関の選定困難事案の発生がほとんどないため、その必要性についての疑義が寄せられているとか、観察基準については県全体で共

有するのであれば実施基準上は緩やかに定め、後は地域で任せるといった意見がありました。また、医療機関からは、実施基準の策定で期待しているのは中等症患者の2次救急医療機関での受入促進である。医療機関リストについては時間限定でも受け入れてくれば、その分、3次救急医療機関への負担が軽減される、といった意見が寄せられています。また、8ページでございます。対象症例に関しまして、都道府県からは現状の医療資源において対応体制が構築できる症例から策定を進めている。腹部外科や多発性外傷、整形外科などは、対応体制を現状では構築できないため、この部分については改めてまた実施基準の見直しの中で策定していきたいという意見が出たり、また、精神科救急やアルコール中毒、精神疾患、住所不定者といったものについては、なかなか、医療機関リストの策定が難しい状況にある、などの意見が寄せられています。また、6号基準に関しましては、実際に受入医療機関をコーディネートした場合に医療機関が対応してくれるかどうかについて疑問との声が挙げられているところでございます。また、救急医療の現状・課題に関しての意見といたしましては、救急については救急病院の入り口の問題も重要だが、救急受入病院から他の医療機関への転院、すなわち出口の問題が大きな課題である。また、急性期は3次救急医療機関が担い、慢性期のリハビリは地域の病院が担うという役割分担構築が重要といった意見が出されました。引き続きまして、9ページでございます。実施基準の活用状況といたしまして、実施基準を策定済みの7団体に対しまして、公表や運用の状況等についてアンケートを実施しております。主な項目でございます。実態調査・分析の項目別実施状況といたしましては、医療機関への照会回数、救急現場での待機時間について、3団体が調査をかけており、また6号基準の実態調査について現時点で調査を行っているのは1団体にとどまっております。また、一部団体におきましては、調査を実施していないところもございます。また、実施基準の見直し時期でございますけれども、およそ1年後と回答したところが3団体と、一番多くなっております。次に、10ページでございます。問の(4)でございますけれども、医療機関確保基準といたしまして、適用事案の要因ごとの対策の有無について、既に要因ごとに検討しているところは東京でございます。ここについて、今後どのように検討を行っていくかというところについては後ほど御議論をいただければと考えているところでございます。また、問の(6)でございますけれども、救急隊員の実施基準活用上の工夫といたしまして、救急車に積載し状況により活用しているというのは、栃木県で御回答いただいた消防本部はすべてということで、次の11ページ

に、栃木県が実際に作成しているハンドブックにつきまして、掲載をしているところがございます。また、東京におきましては車載端末に取り込んで活用するなど、各消防本部において実施基準の活用の工夫がなされているところがございます。続きまして12ページでございます。医療機関分類基準、医療機関リストに対する、救急隊員の実感ということでアンケートをとっておりますが、医療機関が明確に分類されるようになった、または症状に応じた医療機関の選定が可能となった、などの意見が寄せられている一方、特に以前との変化は感じられないという救急隊員の実感があるという本部もございません。続きまして13ページでございます。6号基準を適用した事案の効果をどのように感じるかということで、東京都では1本部が、受け入れ困難事案がおおむね解決されたが、一部、搬送先の決定に時間を要した事案もある。また、栃木県においても受け入れ困難事案が迅速に解決されている、といった実感を一部の救急隊員が持っているところがございます。しかしその一方で、6号基準を適用した事案がまだ発生していないと回答した本部もございません。また、6号基準を適用した事案の内訳について、問の(9)で尋ねています。精神科、薬物中毒、高齢、アルコール、複数科目の選定を要する事案など、先ほど実施基準の策定に当たって困難であると都道府県等から回答があったものと一致しているところが見られます。続きまして14ページでございます。6号基準を適用した事案のおおよその割合を聴取しております。東京都は2本部とも5%未満との回答。また、栃木県においては適用症例なしが10本部、石川県については回答した3本部のうち5%未満が2本部。香川、愛媛等につきましては、そこに掲げておりますとおり、適用症例なしが多くなっているところがございます。また、問の(11)で聴取いたしました、6号基準を適用し搬送した医療機関について固定される傾向にあるかということにつきましては、東京都においては2本部とも特に固定する傾向はない。一方、栃木県につきましては、やはり3次医療機関への固定傾向があるという回答を多くの本部が寄せているところがございます。最後に15ページでございます。傷病者の搬送及び受け入れに関する調査・分析等といたしまして、2つ目の丸でございますが、実施基準を有効に機能させるためには、協議会において、実施基準に基づく傷病者の搬送及び受け入れの実施状況を調査・分析し、PDC Aサイクルを構築することが重要であるということ、前回まとめた報告書で触れているところがございます。また、平成21年の消防法改正が、受入医療機関選定困難事案が発生した状況を受けて行われたものであるということを踏まえ、受入医療機関確保基準、いわゆる6号基準が実効性のあ

るものとして策定されることが重要であると考えているところでございます。また、傷病者の搬送及び受け入れに関する調査・分析や協議会での議論を通じまして、各都道府県における傷病者の搬送及び受け入れや救急医療のあり方を検討することも重要ではないかと考えているところでございます。そこで、本検討会としての提言を報告書にまとめるということですが、事務局からの論点案として、以下3点を提示させていただいております。実施基準の見直しのために、都道府県が調査・分析を行うべき項目。また、実効性のある受入医療機関の確保基準（6号基準）の策定に向けた議論のあり方。傷病者の搬送及び受け入れの円滑な実施のための方策や転院搬送への実施基準の活用など、協議会で議論をすべき事項。こういったものにつきまして、皆様の御意見をいただければと、事務局として考えているところでございます。私のほうからは以上でございます。

【座長】

ありがとうございました。まず、第1点目の、改正消防法への対応につきまして、各消防本部での対応をまとめていただいたものであります。委員の先生方からの御質問、あるいは御意見、何でも結構でございますので、よろしくお願ひしたいというふうに思います。そして事務局からは、3つの論点項目を例としていただきました。もちろん、これではなく、違う論点あるいはサジェスション、御質問、何でも結構でございます。いかがでしょうか。それでは、私から口火を切らせていただきます。6号基準について、入り口だけではなかなか難しく、出口の問題も非常に大きいという話が出ておりましたが、今の8ページのところをごらんいただきたいと思います。受入基準に関しては、最終的には大学病院等を核とした体制づくりの必要性等がありましたけれども、それだけではなく、出口について、やはりしっかり考えないといけないのではないかと。あるいは出口のほうが、より大きな問題になっているのではないのかというのも、この8ページに出ておりましたけれども、その辺のところは、アンケートあるいは各消防本部では、どのように理解しているのでしょうか。

【事務局】

お答えいたします。各消防本部へのアンケートにおいて、その出口の部分については今回のアンケート項目には入れておりませんでしたので、また来年度以降の実施基準の見直しに当たって、アンケート等で調査すべき項目として、また取り上げさせていただければと思っております。また、寄せられた意見といたしましては、先ほどありましたように、6号基準をつくっても本当にそれが実効性のあるものなのか、医療機関につい

ては遵守義務ではなく努力義務というのが改正消防法のスキームでございますので、その部分について、やはり医療機関や、特に消防機関からは疑義の声が、このほかにも、意見交換の中で寄せられていたところでございます。

【座長】

ありがとうございます。

【〇〇委員】

9ページ、質疑応答というところで先ほどお話がありました。医療機関リストについては、当該症例について、根治が可能な医療機関しか形成できないのかということに関して、転院搬送を前提とした初期対応が可能な医療機関を掲載しても差し支えないというお返事で、これは確かに実態としてやむを得ないこともありますけれども、ただ、本来これは、例えば脳卒中であれば発症からできるだけ早い期間に根治的な手術ができる、外傷でもトラウマバイパスで重症外傷を運ぶ。それから心筋梗塞も早期に再灌流をするということを目指して、やはり根治できるところに早く届けるということが、この基準をつくった最大の目的だと思いますので、あんまり安易に、結局、名前だけを残す形でいっぱい病院が出て、実際の現場で、どこに行ったら本当に早くできるのかわからないようなリストができて、これはやはりいけないと思いますので、載せるのであれば、やはり初療だけをするとすると、それから根治がすぐできるところということを明確に分けて、リストに掲載していかないと、結局、今までの救急病院のリストと大差ないものになってしまうのではないかというふうに思いますので、ここはちょっと御注意いただきたいと思います。

【座長】

非常に大事なポイントだと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。リストだけではなく、もっと、機能、あるいは、どこまでできるのかということも、ということですね。

【〇〇委員】

今の〇〇先生の論点ですが、僕は必ずしもそうとばかりは言えないのではないかと考えています。とりあえず、今、メインのこれを何とか見てもらえるところがあるかどうかというものと、根治というのは、例えば多発外傷だったら、ほかの部分もあるわけですし、今、現場では疾病構造が変化してしまっていて、主原因の病気のほかに、さまざまな合併症を持った方とか、さまざまな要因を持った方がふえていますので、そのあたり、

どこを根治と言うかという定義づけの問題もありますが、全部治せるところが手を挙げなさいと言うと、結局これは一極集中のモデルそのものになってしまうのではないかと思います。やはりある程度分散しておいて、その中でもうまくマッチングをとっていくということではないかと思っています。もう一つ、座長が最初に問題提起した点ですが、医師会としては、地域において、かなり病床削減に無理が来ているということを感じておりまして、そういう話を、方々でさせてもらっていますけれど、これがようやく、救急の入り口、搬送・受入れの段階で、全体のネットワークの議論が、だんだん乗り始めるのではないか、上から削減目標をかけている今までの手法が、どうあるべきかという議論が、ようやく実効性をもって、この次の年度から出るのではないかと期待して、その辺を含めて、ぜひ、今までの、余りにも財政主導の方式だけではなくて、現場から上がってきた声を見るような、そういう行政のやり方をやっていただければと痛感しております。

【〇〇委員】

栃木県でございます。現場から、これまでの運用の状況等について御報告させていただきます。栃木県につきましては、ここに書いてあるとおり、5月に策定し、医療機関、消防機関、市町村等々への周知期間を3カ月ほど設けまして、8月から動かししました。あわせて、先ほど紹介いただきました、傷病者搬送・受入実施基準ハンドブックを作成し、これを全救急隊員と医療機関に配って周知を図ってまいります。また、事後検証等につきましては、今回の実施基準を踏まえまして、3つの観点から検証しています。1つ目は、消防本部の協力を得て、11月の1カ月間、約5,000件の全搬送について、事後検証を行っております。2つ目は、栃木県の搬送基準につきましては、精神科関係につきましては、まだ全体の調整がとれないこともありまして、もう少し議論をしてから、取り入れていく方針ですので、精神科に関する救急搬送についての実態調査を行っております。3つ目は、特記事項とか課題等を報告いただき定性的な分析をするということでございます。このような3つの観点から、今、事後検証ということをさせていただいているところでございます。実施基準を策定して、救急搬送がどのように変わったかということですが、今回、初めて実施基準として救急搬送についての共通の言語ができたということで、今回策定した実施基準の事後検証を実施しながら、長い目で見て、少しずつステップアップしていく、その1段階目に入ったと考えているところでございます。今後は、事後検証の結果を踏まえて、必要に応じて実施基準の見直しを検討して参りた

いと考えております。さらに、他県との連携でございますが、今、各隣接する県と調整しているところがございます、状況によってはどうしてもほかの県に運ぶという事例もございますので、そのときには、お互いに搬送先の県の搬送基準を尊重しながら搬送すると考えております。何か遺漏がありましたら、御教示いただければありがたいと考えておりますので、よろしくお願いたします。現場からの報告ということで発言させていただきます。

【座長】

〇〇委員にちょっと御質問したいのは、このハンドブックは非常におもしろいわけですが、どの程度までお配りになっているのでしょうか。

【〇〇委員】

県内の全救急隊員と、医療機関リストに記載のある書いてある医療機関、その両方に配っています。

【座長】

恐れ入りますが、各委員に回していただけますか。あるいは1部ずつ、お土産にいただけるとありがたいのですけれど。

【〇〇委員】

きょうは1部しか持ってこなかったものですから……。簡単なものですが、回覧させていただきます。

【〇〇委員】

現場でメディカルコントロールをやっている立場から、ちょっとお話をさせていただきます。搬送と実施基準をどういう形で作るかというのは、非常に議論の多いところで、例えば都道府県全体でまとめろと言っても、温度差があることも事実です。その背景は、どうしても地域性——大体30分以内に運ぶであろう地域の医療のリソースのバランスで大分変わってきます。私が言いたいのは、1つは、病院の区分をつくるときに、さまざまな考え方がありますが、ともかくその地域の特性に合わせて、まず、こういう形であれば受けられます、これだったらだめです、というようなことは、まず、話し合いでつくるべきだろうと。2点目は、先ほども少し出ていましたけれども、消防機関側が使うリストというのではなくて、病院間搬送にも応用する。そうすると先ほどの7ページのところのアンケートの回答にもありますけれども、いわゆる病院のリストというのは、医療機関に使っていいのか。もちろん使っていいということになりますと、

実際どういうことかということ、専門性の高い病院は、循環器で言うとP C Iができます、というものの、それ以外は余り取れないんですね。ところが、循環器にかかわる、どんな疾患でも——例えば急性心不全を呈していようが、取りますよ、と。ただしP C Iをやらないといけないときは、時間帯によってはどこがあるのかということがわかると、非常に受けやすくなる。というようなことがあるので、地域で話し合いをすれば、カテゴリーが変わってきます。そうすると今度は、救急隊員に、P C I適用の純粋な症例だけを選ばせる方法と、広く循環器疾患がまざっても構わない、広く受けられるような搬送のカテゴリーをつくってあげればいいんだろうと思います。それからもう一つ、ああだこうだと言う都道府県もあるようですけども、ともかくやってみて、早くP D C Aサイクルを回さないと、本当に机上の空論で、いいものが生まれてこない。実は大阪府も来られていますけれど、全体をまとめようと思うと確かに大変なだけけれども、各地域の医療圏あたりでいきますと、それなりのスタートを切っているところも多々あるかと思いますので、そういうところをボトムアップ的に積み上げていくということで、都道府県がうまく調整をするという形のほうがいいのではないかというのが私の個人的な意見です。

【座長】

ありがとうございます。病院の基準をつくる時に、医師会的な発想と、純粋に学問的な発想というのと、2つあるわけですけども、その辺はどういうふうに考えますか。

【〇〇委員】

それは先ほど〇〇先生がおっしゃったように、いわゆるプライオリティーの高いのは、適切な治療をしてあげれば、それなりにアウトカムはよかったですよということを優先させるというふうに考えれば、当然のことながら、専門性の高い処置ができるということをやりにやほり考えないといけないと思います。だから、循環器は取れますよといっても、その地域で24時間どこもかしこもP C I、心カテができないというような状況では、これはもう全然話にならないということになりますよね。だから、ともかくP C IならP C Iができる施設というのはどこで時間帯はどうだということは、まず明らかにしないとけない。そういうことだと思います。

【座長】

ありがとうございます。ほかに、いかがでしょうか。

【〇〇委員】

結局、救急医療というのは、それぞれの地域によって、随分と歴史もあるでしょうし、今のリソースの面からしても、もう、全然違うわけですから、そもそも国が言う「こういうふうにしましょう」という話を、自分たちの地域にそのままおろすという話は、多分、ないだろうと思います。骨格的なというか、骨組みそのものは、恐らく、こういうふうなところで議論したことが、その骨組みになるわけですが、血や肉は、現地の血や肉がつくしか、多分、方法はないわけです。今の、いろんな意見が出ている、7ページとか、そのあたりを見ますと、やはりどうも、お上の言うことに従わなければいけない、だけど何をしたらいいかわからないというふうなことがある場所も、どうやらあるみたいですね。そういうふうなことがあるので、今、いろんな方が言われているように、そもそもはこうだ、だけど地場産業としてはこうだ、それでもって、とにかく一回つくらないと、どうにもならないだろうというようなことで、やはり、かみくだいて、それぞれの地域に合わせるような形で、とにかく出発しましょうというふうにしなないと、100年たっても何も変わらないということになりかねない、そういうことでは、どうにもならないと私は思います。総務省の方と厚労省の方が現地へ行って意見を聞いてくるという話のときに、多分、ディスカッションをされていると思いますので、単に上からと言ってもおかしいですけど、決まったことをそのまま金科玉条のごとく、読むのと聞くのとが全く同じというような、そういうふうな形で行っているとはとても思えませんけれども、やはり地域の方たちの、本当に困っているところを、だから、こここのところはここから出発しましょうというふうな、そういうふうなことが、きっと必要だろうと、つくづく思います。〇〇先生が言われたみたいに、相当程度に温度差があって、とてもたくさん課題のある、難しいテーマだとは思いますが、7ページですか、実施基準策定の2番目の丸、困難事案の発生がほとんどないため、なぜやるのかわからない——これなんかは究極の理解のなさですね。いまだにこう状況だというのは何とも言いようがないので、やはり、ここでの議論を上手にかみくだくような、何かそういうものがないといけないのではないかという感じですね。空回りしているというか。

【座長】

いえ、よくわかります。ありがとうございます。それから今、最後に論点項目として挙げていただいた、1番目、2番目の「・」はありますが、3番目の「・」のところの、受け入れの円滑な実施のための方策や転院搬送への実施基準の活用、等々について、何

か御意見がありましたらお願いします。

【事務局】

先ほどの〇〇先生のお話、また、それぞれの委員の方からのお話がありましたが、私も実際、厚労省のと一緒に、現地のほうに行って、これは国の考えを押しつけるというのではなくて、本当にディスカッションをするという感じで行いました。私が聞いたのは、この2番の、先ほどの生の声として、「自分のところは、たらい回しはありません。なぜなら行く病院が1カ所しかありません」という話がありました。これはここだけを切り出しておりますけれども、ただ、そうは言っても、やはり医療機関がまず限られている。その中でも重症の患者はどこに運ぶのか。3次救命センターに運ぶと、先ほど、救急の入り口と出口の話が出てまいりましたけれども、そういった方を3次に運んでしまうと転院待ちが——どこの県とは言いませんけれど、20%とか、そういう形で転院待ちのところで、逆に言うと3次もなかなか受け入れづらくなっているという課題が、そういう地方部の救急としてもあるという話なので、この、2番目の切り出しはそう書いてあるんですが、そうは言っても、たらい回しということではなくて、広く救急について、よりよくしていきましょう、と。救急と医療について、今回の改正消防法を機に、いろいろ議論をしていきましょうということでは、非常にいい機会であったということで、それは資料からはちょっと抜けているんですけども、そういうことでありますので。ですから本当のたらい回し防止というところから広げて、いろいろ使い方として、かなり広がってきているなあという印象を持ちましたので、ちょっと補足させていただきます。

【座長】

そのところは解決の方向性が、多少見えているなあというような印象を受けている、と。そういうことでよろしいですか。

【事務局】

はい、非常に議論を進めておりますので、そういうことで、現状から少しでも上に上がっていく、と。さっきの出口の話も含めて、今後、議論しましょうか、と。こういう協議会の場で議論できるんですかねえ、という話もあったんですけども、それはもちろん自治体の独自の判断で可能じゃないですか、というお話もしましたし、いろんな形で広がっていったような感じはします。

【座長】

オブザーバーから何か追加がありましたらどうぞ。

【オブザーバー】

今お話しいただいたとおりでございますけれども、私どもが思った以上に、好意的に言っていた場面が多かったかなあというふうに思います。これをきっかけに考えることができたというふうに、お話をいただいておりますので、私どもとしては、少し胸をなでおろしているような、そういったところでございます。

【座長】

だけど現実はそのじゃなくて、本当はもっと厳しいぞ、というのもあるかもしれません。〇〇先生、何かありますか。

【〇〇委員】

この委員会のメンバーのたちの多くは、医療側としては大学病院、あるいは救命救急センターの人たちが中心ですよね。ところが現実には、救急医療の多くは2次救急、いわゆる救急病院、なかでも私的病院に多く運ばれています。今回のことについてその辺の病院の先生方の得は得られているのかどうか。ここが非常に大きいポイントではないかと思います。というのは、実は大阪で、病院が集まっている団体の中で、私理事をやっているのですが、私はそこでいつも非常に非難されます。私もついこの間まで大学にいて救命センターのことをやっていたわけですが、こういう中央の委員会なども含めて、あれは大学とか救命救急センターとか、そういう——彼らの言葉によると、救急医療の2%とか1%しか診ていない世界の人たちだけで決めている、と。2次を含めた98%までの救急医療をやっているのは、実は私的病院がほとんどではないか、と。いわゆる救急病院と呼ばれているところの意見がほとんど反映されないで話が進んでしまっているんじゃないかというふうに、常に私は非難されます。何か、私が悪いかのようによく言われることが多いものですから……。逆に今、私自身は大学をやめて、勤めている病院というのは2次の救急病院なんですが、そういう立場から見ると、確かに2次救急の問題——特に今ここで問題になっているような点は、〇〇先生がおっしゃるように、地域によっても随分違いがあるし、事情に大きな違いがあります。特に病院がたくさん集まっているようなところになると、どういう患者が来るかということに関心が集まります。アルコール絡みとか薬物絡みとか、幾つかの問題がありますが、要は、それぞれの病院の立場から見たら、余り診たくない、歓迎されない患者さんがどこに運ばれ

るか、搬送の問題という意味あいでは大きな問題になります。そういう患者さんを、それじゃあ、どこが診るのかというふうになってくると、恐らくやはり、2次の個人病院を含めたところが診ていらっしやると思うんです。その辺のことを解決しないといけない。大阪市の調査等にしても、やはり搬送困難の最大の理由というのは、今言った以外で言えば消化管出血でした。それ以外のものに関しては、ほとんど社会的な問題が、搬送困難の最大の理由になっているわけだから、それらをどういうふうに入れられるか。実際に救命センターでそれを受け入れるというわけにも、なかなかいかないところがあるでしょうから、それを受け入れられている、それぞれの都道府県の2次病院の意見というのは、やはり、ぜひとも、よく聴取されないと、絵にかいたもちになってしまうのではないかというふうに思います。そういう意味あいでは、特にそれぞれの都道府県が策定されていく、あるいは既に策定されて実施されているところに関しても、その辺のことを、やはりよく聞いて、肉づけしていかれることが必要ではないかというふうに思います。

【座長】

ありがとうございます。今の御意見も全くそのとおりで、東京なんかは80%あるいは八十数%が私的な2次病院に救急搬送されているというデータがあるわけですので。

【〇〇委員】

だから東京では、したがって、どういう議論をしているかというところ——横に〇〇委員がいますので、わかってくださっているとは思いますが、2ページですか、この1号基準に定めている項目というのがありますけれど、こんなことよりも、その下の、コーディネーター云々の出てくる、そっちのほうに、より多くの時間を使って議論がなされているわけです。全く〇〇先生が言ったのと同じで、せいぜい、たった3%か4%を診ているのが救命救急センターで、97%とかその辺はもう、一般の病院が診てくれているわけです。だから、社会的に問題になっているものについて、医学的な理由で運ばれているかのようであり、実は社会的な背景が問題になっているものは、みんなでシェアしないといけないんじゃないか。ということで、2次救急病院に、とにかく、平たくやろうじゃないかという議論なんですね。ただ、その中で、少し、救命救急センターが頑張っちゃっているというふうな地域もあるんですね。それはもう、地域ごとの事情があって、しょうがない。地域で救命センターが6号基準まで頑張っちゃっているところ

が実はあって、そうなると今度、2次救急病院が、6号基準のような患者さんについてのシェアをする部分が、実は脱落するんですね、社会の中で。ですから、やはりこういうふうなものを決めておくときに、地域におけるあり方をどういうふうに構築していくかという話は、やはり多少時間がかかっても、2次救急病院の先生方が入ってきて、全体で見られるようなことをやっていかないといけない、そういうふうなことを強く感じる次第です。救命センターで6号のことをやってくださっている先生がいて、非常に大変だということなんですけれど、いつまでも長続きするはずはないんじゃないかというようにも思っています。これは今、〇〇先生が言ったのと同じことを、違う面から言っているだけかもしれませんが、東京ではそういう状況が起こっています。

【〇〇委員】

2次病院の立場ということで、ちょっと現場の話をさせていただきますと、私がいる医療圏には救命センターがありません。けれど、この基準をつくるに当たって、2次の病院の先生方の、しかも各診療科の部長、科長というところに集まっていたいてつくりました。それから2点目は、検証も、その先生方にやっていただいています。そうすると、いろんなことがわかってくるということと、いわゆる地域のスクラムで解決していこうという、簡単に言えばそういうところが見えてくる。ただし周りの救命救急センターには、こういうときは送りますよということは、当然、了承していただいている、そういう前提があった上での話なんです。そういうことも現状としてつけ加えておきたいと思います。

【座長】

ありがとうございます。そこに、かてて加えて、経済事情の悪化によって2次病院が非常に疲弊し、そして2次病院の数がどんどん減っている。一方で、救急患者は急激にふえている。そのところに、非常に難しさがある、そういうところもあるんだろうというふうに思います。

【〇〇委員】

実はこの中で議論されていないというか、テーブルに上がっていないところでは、一つは、例えば東京でさえ周産期医療の半分は民間のクリニックがやっている。まして全国レベルでこういうふうにする場合、やはり一極集中モデルは、そういう意味でも困るんじゃないか、それからもう一点は、分散したときに、リスクの分散にもなるんですが、ようやく最近、メディカルツーリズムという言葉が出なくなりつつあるので、少し安心

しているんですが、お金のある外国人を受け入れていないじゃないかという議論です。実際には救急で、日本国籍でない方々の、いろんな事情の方々が搬送されて、それが未収金になってしまっている。したがって、よく選ばないと受け入れづらいんだという現場の声もあるわけです。そういうところでまた2次病院では、経営の問題を抱えてそれでも歯を食いしばってやっているという状況があるわけです。だから、言葉の壁だとか文化の壁だとか、そしてお金の問題、それも含めてこの中に全部入っている問題なのであって、日本の医療機関が外国人の医療に優しくないとか、そんなことを言われるいわれは全くないと思っていますので。もちろん、お金のある方も診ますし、でも、できるだけすべてを受け入れるのがやはり地域医療のシステム論ではないのかなあと考えています。

【座長】

ありがとうございます。それでは、このぐらいにさせていただきまして、次に、資料2のほうに移りたいと思います。「救急救命士の処置範囲拡大について」でございます。それでは事務局からお願いします。

【事務局】

資料2「救急救命士の処置範囲拡大について」を用いまして御説明申し上げます。1ページでございます。昨年度、本日御出席の〇〇委員が座長の「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において、救急救命士の処置範囲拡大についての議論が進められておりました。その中で、以下の3点、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重症ぜんそく患者に対する吸入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につきまして、検討が進められておりました。報告書の中身でございますが、今後、厚生労働科学研究班が中心となって、実証研究を行い、その結果を踏まえて、再度、あり方検討会のほうで検討することとなっております。3番でございますが、現在、平成22年度の取り組みといたしまして、本報告書を踏まえて、総務省消防庁とともに厚生労働科学研究班——藤田保健衛生大学の〇〇先生のもとで実証研究が実施されております。2ページ目でございます。現在の状況ですが、厚生労働省、総務省消防庁がアドバイザーとなりまして、厚労科学研究班のほうで検討が進められております。具体的な検討の状況ですが、まずは研究デザイン・データ分析班、マニュアル作成班、倫理問題検討班、それぞれに分かれて課題の抽出とデザイン、及び諸課題の検討を行ってございまして、実証の地域であるとか、あとは実証後の取り組み、データの分

析等々について検討が進められているところでございます。事務局からは以上でございます。

【座長】

ありがとうございます。いかがでしょうか。救命士の処置範囲拡大、特に三行為についての実証研究が、今、行われているところであるというお話をいただきました。これについて、委員の先生方から御意見をいただきたいと思っております。今まではドクターの皆さんが非常に多かったわけですが、現場で救命士を育てていただいております消防本部の皆さん、どうぞ御遠慮なくお願いしたいと思っております。それでは、〇〇委員からお願いします。

【〇〇委員】

この三行為につきましては、私も委員に入れていただきまして、検討に入っておりますけれども、来年度、早期の段階で、一定の研修を行って、検証に入っていくという、ただいま事務局から説明があったとおりの状況でございます。3つ、すべての行為について、東京で実証研究に取り組めるかどうかは、ちょっとわかりませんが、東京都のメディカルコントロール協議会の先生方と十分協議をした上で、一定のものについては検証に入り、今後の処置拡大に向けた取り組みを図っていきたいと考えているところでございます。

【〇〇委員】

この3点の、今現在進んでいる項目以外について、この機会にお話しさせていただきたいと思っております。御存じのように除細動は、今、半自動式除細動という形で使わせていますけれども、それであっても解析は機械任せでありまして、そのために私どもは2007年以来ずっと——救命士がVFと判断したにもかかわらず機械が認識せずに落ちなかったという例は、〇〇先生らの中間報告もございますけれども、私どものところでも、2007年で5例ありました。詳しく検討してみますと、その間の胸骨圧迫中断時間が平均でやはり15秒ぐらいになってしまいますが、みずから判断して充電を落とすとなりますと4秒半ぐらいでできるわけです。今、いわゆる完璧なオートメートということで、非医療従事者等が行える御時世に、専門性の知識を持って資格を持った救命士が、やはりまだ機械に依存しないとVFを認識させて落とせないというのは、ちょっとやはり、この三行為の拡大以上に重要な項目だろうと私は個人的にかねがね思っております。ということで、〇〇座長並びに厚生労働省のほうにおいて、半自動式除細動の——これは

細則も変えないといけないのかもしれませんが、いわゆる解析をさせた上で落とすということがなくて、彼らの判断でもって除細動が落ちるようにするというのも、この救急処置拡大の項目の一つ加えていただきたいというのが、私の個人的な感想でございます。

【事務局】

救急搬送に関するAEDの不具合に関しましては、本日御出席の〇〇委員の救急蘇生作業部会の中で、検討を進めることになっております。昨年の12月、全国メディカルコントロール協議会連絡会の皆様の御協力を得まして、不具合事例を集めてまいりました。メーカーの皆さんとも意見交換をさせていただいておりますが、メーカーの立場で言いますと、どうしても機械による設定ですから、感度と特異度という、相反する問題があります。感度を上げると特異度が下がり、特異度を重視すると感度が下がるという問題がありまして、メーカーの方々がおっしゃるのは、やはり人の目による判定が一番確実なんだということです。とは言うものの、現行の救急救命士が可能な処置の範囲は限られておりますので、現行の中での対応ということになりますので、私どもといたしましては、メーカーに対して、感度・特異度の両方を上げる形の取り組みを進めていただくよう求めているところでございます。

【座長】

感度が上がって特異度が下がるのは今までのことですが、それを両方上げるように頑張ってもらうのは当然でしょう。

【〇〇委員】

機械による解析のテクニックが向上するということは、当然、期待しないといけません。それは、いわゆる非医療従事者が使うAEDにおいてこそ重要だと思います。しし

私が言いたいのは、いわゆる医療関連行為を行える資格を持った救命士にとって、除細動というのは、いわゆる日常の業とする中では非常に重要な位置づけを占めている。言いかえると、VFも認識できる能力はあるという前提に立って、機械に頼らずとも落とせるように、法的な解釈のところも考えていただけないでしょうか、というのが私の個人的な考えです。

【座長】

よくわかります。〇〇先生、どうぞ。

【〇〇委員】

そもそもAEDについては、2000年、2005年のレベルのガイドラインの時代の検証では、医師や救命士が判断するよりも、VF、VTの判断が、感度・特異度ともに高いという、欧米の調査結果をもとに、それに全面的に頼るということになっていたと思うんですけど、ただ、実際に使ってみると、かなり不具合例があるということで、去年、先ほどお話があった〇〇班のほうで検討をして、これはそれぞれのメーカーによって特徴的に、判断が不十分なところがあって、一部のメーカーは、そのデータを突き合わせることによって、全部プログラムを入れかえて修正をしてきているというようなことがあります。ですから、一つはやはりAEDの精度というものを、我々はきちっと科学的に検証して、それが診断に足るかどうか、特に救命士の現場でどうかということを検討しなければいけないというのが一つあると思います。それからもう一方で、最近出た論文では、少なくとも院内では、AEDを使うほうが、マニュアル除細動機よりも予後が悪いという報告が出てきていまして、それはやはりAEDを使うときに解析の時間ということで、かなり手を離している時間があるので、プロが使うんだったらマニュアルのほうがいいんじゃないかという意見が、また再度、それもやはり出てきております。ただ、救急の現場では、恐らく病院の中よりもVFの占める率が多少は高いと見ますので、一概には言えないと思うんですけど、それも含めて、やはりこれは検証していくものだと思います。

【座長】

ありがとうございます。ぜひ、この辺も、処置範囲の拡大の中で考えていただければというふうに思います。ほかに、いかがでしょうか。同じところでも結構です。

【〇〇委員】

〇〇でございます。今の半自動AEDの関係ですが、これは、いわゆるVT、VFのデータベースという問題もあるんじゃないかと思えますし、また、アルゴリズムが公開されていない中においては、感度の検証をしっかりとやらなければ、現場では、救急隊員は少し混乱するのかなあ、と。その辺もよろしくお願ひしたいと思ひます。それから、この三行為の部分ですけど、やはり厚労省の研究班と、そしてこのメディカルコントロール協議会とが合同で、フィールドを早く広げながら、内容、データを解析していただひて、早期に実現をしていくようにお願ひいただひければ大変ありがたいと思ひますので、よろしくお願ひいたします。

【座長】

ありがとうございます。この〇〇班の研究のゴールというのは、大体いつごろまでを
考えられているのでしょうか。オブザーバーからお願いできますか。

【オブザーバー】

実証研究の実施を来年度に行うべく、現在、準備を進めております。具体的な日程ま
では、まだ今のところお示しできる状況ではないのですけれど。

【座長】

来年から始まるということですか。

【オブザーバー】

来年度にその実証研究を行うような、そういったスケジュールを念頭に、今、作業を
進めております。

【座長】

ありがとうございます。ほかに、いかがでしょうか。この中で、もう一ついرونなど
ころで出てくるのは、災害時の問題があるわけです。それは、災害のときに、非常に忙
しい、あるいは、どこに電話をして、どこで指示を仰ぐかというのもわからない。ある
いは電話をしても通じない。そのようなときに、どこまで考えなければいけないのかと
いうところが時々出てきます。この中でも、前回も出てきておりましたけれども、これ
について、いかがでしょうか。ある程度、先生方の中で、あるいは消防の委員の中で、
この辺まではお願いできたらいいんだがなあ、というぐらいのところは、いかがでしょ
うか。

【〇〇委員】

実は今年の11月18日に、全国の消防長会で組織されている会がありまして、その救
急委員会の常任委員会の中で、今、〇〇先生がおっしゃった内容についても、実は議論
が出ております。特に大規模災害時の救急隊員の活動ということで、その中でやはり、
特定行為が必要な場合には、指示をどこからもらうのかという内容でございます。例え
ば通信回線が遮断されている場合はどうなるのかとか、あるいは指示が必要な場合の具
体的な指示医師は、どこの指示医師なのか。現場の医師なのか、派遣元の医療機関の医
師なのか。あるいはプロトコールについても、北海道のプロトコールと関東のプロトコ
ールでは、若干のニュアンスの違いがあろうかと思えますけれども、こういった問題も
含めて、ございましたので、ぜひ、この辺について一定の基準を示していただくよう、

御検討いただけるとありがたいのですけれど。

【座長】

ありがとうございます。ほかに、その辺のところ——前回のディスカッションの続きですが、いかがでしょうか。

【〇〇委員】

今、世界医師会の中で、そういう全体のフレームワークをどう呼ぶかという、名前づけの話なんです。タスクシフティングという言葉の中で、コアになるドクターの、メディカルコントロールなりメディカルスーパービジョンとよく言っていますが、そういう状況をどうやってチームでネットワーク化してつないでいくか、また、どこまでそれを伸ばせるのか、しかもアフリカとかいろんな地域で、本当にリソースが少ない医療従事者が少ない地域で、どこまでできるのかという議論が、これはもう引き続き、継続されてやっています。その中でタスクシフティングのガイドラインを宣言としてまとめた経緯があります。合意した内容で言いますと、医療側ないし医療に従事するチーム側だけで解決できない問題が、やはりある、その場合には、ヒューマニズムのベースで考えれば、ある程度、拡大解釈して伸ばさざるを得ない状況もあるだろうと思います。ただしそれは、早急に解消するよう行政は努力をするようなサポートなしには解決に至らないわけです。解決しない状況を、そのまま置いておくということは、その地域住民なり国民なりがずっと不利益をこうむるということですから、やはりセカンドベストの医療はだれも求めているので、そういう概念の中でしっかりと考える必要があると思います。〇〇先生が前におっしゃったように、トリアージというのは一時的に駆けつけたメンバーがやり、その後、バックアップで、どんどん中身を高めてやっていく、そうすると、だんだん精度も上がっていく、それと同じ概念が、こういうチーム医療の中であっていいんじゃないかと思います。

【座長】

ありがとうございます。〇〇先生のお話の続きとして、もう一つ、災害時は、即時にその行為を行わないと、自分もそうだし、あるいは被害者も死に至るような、例えばサリンとか、あるいはタブンでもVXでも何でもいいですけど、そういう化学的なものがあつた場合、どういうふうを考えるのかというところは、とても大事なことだというふうに思っております。これについて、〇〇委員からお話をいただいてよろしいでしょうか。〇〇委員はサリンの現場で非常に苦勞した経験がおありです。

【〇〇委員】

今、ちょうど座長から、サリン事件のお話が出ましたので、東京消防庁から発言させていただきます。前回のこの会議でも、ちょっと議論があったかもしれませんが、そういった、通常はちょっとあり得ない災害ではあるかもしれませんが、万が一、テロのような事態で特種な化学薬剤をまかれたような事件が起きた場合、極めて短時間のうちに一定の処置を行う必要があります。それは医療機関に搬送してからではなくて、災害の現場で一定の処置を行うことが非常に大事である。そのような場合に、仮に薬剤がどこかにあるとして、救急救命士も現場に出動しているとして、現行法制のもとでは、それについての活用ということは救急隊にはできないけれども、これを使うことが大事だということは認識されているといったような事態が——全く想定されないことが現実起きてしまえば、それはもう出たところ勝負ということになってしまうのかもしれませんが、一定の事態が想定される以上は、何らかの準備をしておくということが、やはり必要ではないかと思います。特に消防機関が救急隊を運用しているというところは、そういった場面で最大の価値が出てくるのではないかなあと考えるわけです。今、まさに、先ほど前半の議論でもありましたとおり、消防法も改正をされまして、都道府県単位でメディカルコントロール協議会といった、医療と一体となった救急業務というものが図れるようになってきておりますので、地域ごとの各メディカルコントロール協議会の会議のもとで、例えば、万が一のときにはこういう薬剤を備蓄しておいて、救命士にやらせようではないかとか、そうした基準をあらかじめ策定できるような、それが違法ではないんだというような仕組みが、ぜひ必要ではないか考える次第です。ちょっと災害とは離れますけれども、ことしの4月から、アレルギーの疾患でエピペンを投与される方に対する、エピペンの救命士による投与が——御本人が使えない場合に限ってということですが、できるようになりました。これについても、東京都のメディカルコントロール協議会では、救急指導医へ報告をした上で投与するという、いわば東京版の活動基準を定めまして、それに基づいて運用を図って、既に何例か実施をしているところでありまして、地域ごとのMCの関与のもとに、さまざまな災害を想定した事態に備え、かつ、その際に医師法違反だとか、いろいろな問題が出ないような仕組みというものを、当然、考えていく必要があるのではないかと考えたことを、日ごろ考えている次第でございます。

【座長】

ありがとうございます。即時に対応しなければ傷病者が死に至るといふようなときに、救命士はどのようなふうに対応するのかというところを、今、お話しいただいておりますが、それについては厚労省もおられますので、ぜひ、事務局で、少し練っていただきたいというふうに思います。そんなところでよろしいですか。

【オブザーバー】

はい。

【座長】

ありがとうございます。それでは次に、中間報告に移っていききたいというふうに思います。中間報告は3つありますが、この3つにつきまして、時間の都合もありますので、部会長の先生から、10分程度お話をいただき、すべてのお話が終わったところでディスカッションに入っていきたいというふうに思います。まず、重症度・緊急度の判定・選別（トリアージ）に関する作業部会、〇〇先生からお話をお願いします。

【〇〇委員】

トリアージの作業部会の話させていただきますが、その前に、例の三行為のうちの③の、心肺機能停止前の静脈路確保と輸液は、恐らく外傷によるショックまたはクラッシュみたいなものについては、多分、十二分に俎上にのるような気がします。そういう意味では、この③は、ぜひ進めたいというのがあります。それでは、資料3について説明します。私たちの作業部会における検討項目は、1ページにありますように、「1. 救急安心センターモデル事業の効果分析」と「2. 各段階におけるトリアージの役割分析について」の2点です。後者の「各段階における」というのは、つまり医療機関ほうからさかのぼると、医療機関、それからその前の病院の選定、それから救急の現場、それから場合によっては救急が出るときの119番において、それから最近では電話相談。そういうふうなところで、もし同じような尺度を持ち得るとすれば、それを家庭で使ってもらえれば、場合によってはそれも「各段階における」ということになるのではないかとことです。そういうことで、この2つのテーマについて検討しています。3ページ、救急安心センターモデル事業の効果分析については、平成21年度と平成22年度の概要など、いろいろ議論してきました。それから電話医療・救急相談事業の実施状況調査。この辺は後でまた、事務局のほうで少しかいつまんで話していただいたほうが、僕が話すよりもなれている分、いいと思いますので。それから全国展開。これはどの程

度の全国展開になるのかわかりませんが、今後に向けて広く——例えば大阪府は大阪府へ、奈良県は奈良県全体へというような形で今後展開することになりますので、その辺のことについての議論をしました。その下の4ページには、今の(1)に関するデータが載っています。その次のページには、平成22年度のモデル事業の概要ということで書いています。下にありますように、大阪府全体がやっというふうなことで、12月1日からですから、もう既に出発しているということになります。それから電話の相談事業については、6ページにありますように、#8000など、要は、今までも電話による医療の相談というのはあったわけです。もっと言うと消防本部に電話をして、「きょう、目医者でやっているところはありますか？」というふうに聞くのも相談事業と言え相談事業になりますので、そういうふうなことも含めて、下のほうに、全国の都道府県がどんなことを、どれくらいやっているかというデータがございます。これも後で事務局に説明していただきたいと思います。その次の7ページは、全国展開に向けた留意点ということでもあります。これも事務局に説明していただきますけれども、具体的にはこの右側にある大阪府と、それから奈良県がやり始めています。消防本部そのものが、都道府県においてほぼ1カ所でやっているのは東京だけですので、大阪府が中心になって大阪府全体をカバーするような形でやり始めるというのは、そういう意味では各府県がこのような救急安心センターというような仕組みを県下全域で展開するといふときには、大阪府をまねしてもいいのではないかと、という話になります。それから確かに奈良県にも十幾つの消防本部があつて、そういう意味では同じように、ほかの県がまねをすることは多分できると思うんですけど、やはり医療のリソースのかなり厳しいところ——大阪も東京も、人口で割ると厳しいと言えれば厳しいんですが、少なくとも、非常に少ないところに比べてどうかと言えれば、あるわけですので、そういう意味で、奈良県でのトライアルも、多くの府県でまねをするのにはいいんじゃないかと、ということになります。大阪では、やはり今までのメディカルコントロールなどでわかるように、相当程度に、消防本部が分断されてはいても、一体となった救急医療が今までも展開されてきたというようなことがありますので、そういう意味では、結構なお兄さんということになりますが、奈良県は、やはり、それぞれの消防本部がばらばらでやっていたというようなことがありますので、たまたまこれは電話相談ですけども、十幾つの消防本部が、機能的に、一体的に、これからやっというふうなことに限しては、非常によいシミュレーションになるのではないかと、思います。それから2番の、各段階にお

けるトリアージの役割分析についてということでは、検討項目は、先ほどの僕の説明ですと、最後に家庭というふうなことを言いましたけれども、この検討では、早速役に立つ可能性がありそうだということで、「家庭で使用できる救急車利用マニュアルの作成について」というようなことと、緊急度判定について、各段階において云々という、この2つを検討しています。1つ目は、その次のページにありますように、家庭で、特にお母さんたちが使えるようなものというふうなイメージであります。東京での電話相談の内容は、トップ10で6割か8割だったかと……。

【〇〇委員】

4割ぐらいだと思いますが。

【〇〇委員】

4割は別のところじゃないですか。

【〇〇委員】

ああ、子供さんがいるんですね。

【〇〇委員】

子供さんはもっと多いんですね。

【〇〇委員】

はい。

【〇〇委員】

全体ではそのくらいですけど、子供さんだけですと、ベスト10で、たしか8割方まで行ったと思います。だからそういう意味では、片っ端からマニュアルをつくるというわけじゃなくて、それぞれの電話相談でやっているようなものを核にして、幾つか——まあ、10もつくれば十分だろうという話もありますが、マニュアルをつくってみてはいかがかということで話をしています。その次、「2. 各段階におけるトリアージの役割分担について」というのは、これは医療機関でのトリアージの仕組みを、現場においても使えないか、また、119番通報でも使えないか、電話相談でも使えないかということで、その次のページにありますように、通常の救急搬送に関しては、これはカナダの医療をまねていますが、コードブルーのブルーを1個上にして——これはだから、そのまま診なければいけない患者。それから15分で診る患者、30分で診る患者は黄色、1時間で診る患者は緑ということで、つまり患者さんへ投資する医療資源を傾斜配分する。こういうふうな観点で、救急医療の効率化を図っていこうというふうな議論をしております。

ます。大ざっぱな話をしましたので、事務局から追加をお願いします。

【事務局】

資料の4ページ、救急安心センターモデル事業の実施ということで挙げております。上のグラフは軽症傷病者の割合の推移ということで、大阪市、奈良市、また参考として挙げている東京消防庁、いずれも各年において軽症傷病者の割合が右肩下がりになっているというのがデータとして挙がってきております。また、相談実績をその左下の表に示しております。大阪市で約16万6,000件余り、そのうち医療機関案内が9万件余りで救急相談——救急を呼ぶべきかどうかといったものが6万4,000件、そのうち話を聞いて救急要請となった件数が2,899件、うち中等症以上で620件ということで、その中には奏功例として右に書いていますけれど、大阪市で家族のほうから様子がおかしいということで#7119に電話があったところ、話を聞けばすぐに救急出動を要請すべき事案だということで、救命がされたという事例も54件ほど報告をいただいているところでございます。続きまして6ページでございます。電話医療・救急相談事業の実施状況調査結果ということで、都道府県につきましてはすべての都道府県が何らかの相談事業を実施しているということで、小児救急相談（#8000）の相談窓口が47都道府県すべてにおいて開設されております。また、どこの医療機関に行けばいいかといった医療機関案内については42の都道府県が行っているところでございます。一方、市町村や消防本部につきましては、その割合は、それぞれ14.3%、30.2%と、そこは若干低くなっておりますが、何らかの相談窓口を開設している自治体もあるということでございます。最後に7ページでございます。救急安心センターの全国的展開に向けた留意点についてということで、先ほど参考となる事例を〇〇部会長からおっしゃっていただきましたけれども、調査結果のまとめとしまして、導入の際の留意点として、研修の実施状況や、その他事業との役割分担・連携についてということで、小児救急については#8000を案内するなど役割分担を行っているということや、各相談窓口ごとの連携をどのようにしているかということ、また、救急相談センターのプロトコールについてということで、プロトコールをどのように作成しているか、また、その研修体制、見直し体制をどのようにしているかということについてアンケートをして、取りまとめているところでございます。私のほうからは以上でございます。

【座長】

ありがとうございました。御質疑はまとめてお願いすることとして、2番目は、メデ

ィカルコントロール作業部会の〇〇部会長からお話をお願いします。

【〇〇委員】

メディカルコントロール作業部会の中間報告をいたします。資料4の1ページをごらんください。今年度は、そこに書いてあるように大きく4つの項目について——救急業務におけるICTの活用について、救急搬送情報と医療情報を連結した調査・分析について、救急救命士を含む救急隊員の教育のあり方について、メディカルコントロール(MC)協議会のあり方について、検討しようということでございます。まず、1番目のICTの活用については2項目ございます。1つ目は、ビデオ喉頭鏡を活用というか現場に持ち込むのに、どういう問題があるのかということを検討しております。3ページをごらんください。これは広島大学の〇〇先生のグループにお願いをして、既に気管挿管認定救命士をお持ちの方々に、ビデオ喉頭鏡を使って、いかほどのラーニングカーブで習得できるかということが1点。もう1つは、新たに気管挿管の認定を取る病院実習の際に、あわせてビデオ喉頭鏡を行った場合に、習得までにどれほどの回数が必要かということを検討しております。結果から言いますと、4ページは広島大学で行っている事前実習の教育の内容です。現在、中間報告でいただいているのは、5ページの真ん中の水色のところ、黄色のところの、それぞれの α のところは何症例ぐらい必要なかということをやっけていただいております。認定救命士——既に30例を終えている救命士ですけれども、その方については、5例で十分、習得が可能だろうということをお願いしております。それから、初めて気管挿管の病院実習をする救命士については、5例でもいけるけれども、安全を考えれば10例ということになるのではないかと。ただし従来型の喉頭鏡について、今は30例をやらなくてはいけませんが、あわせてやる場合に30+10なのか、現状の30から幾つか引き算ができるのかというのは、今、現在、検討していただいているところでございます。ビデオ喉頭鏡を使うに当たっては、それぞれ利点として、いわゆる誤挿管についての技術的な利点はある一方で、欠点もありまして、従来の喉頭鏡と操作が違う、また、異物や口腔内の分泌物を吸引することについては不向きである、というような欠点があるために、使うに当たっては、きちっとしたプロトコールを示しておく必要があるだろうということで、6ページは関係ありませんが、既にビデオ喉頭鏡に限定した気管挿管のプロトコールの試案のようなものをつくっていただいて、その是非も、作業部会のほうで、次回、もむことになっております。それから、次に7ページですけれども、ICTの活用の2番目は、画像伝送を行うことによ

って、救急隊員の目を伝送させることで、通信指令にいる医師から助言や指導が得られないか、そういう利点が画像伝送の中にあるのではないかということで、千葉市消防局のほうで、昨年から続いている画像伝送の仕組みを拡大して検討していただいております。実際には8ページのところにありますように、25隊のうち12隊にカメラを積んで伝送ができるようにし、残る13隊は従来型で、対照比較するような形で、今、どういう利点があるのかというのを調査していただいております。9～13ページは、それぞれ、どういうインフラかというのと、平成21年度とどこが変わっているのかということを書いてあるだけです。基本的には、もともと平成21年度までやっていた中では、救急医療情報システム（ちば救急医療ネット）の救急医療情報を活用できる点と、画像伝送ができる点を同時に生かしたら、特にオンラインメディカルコントロールということで病院の選定にも有用なのではないかということで、今、検討をいただいております。現在、7日の委員会のとときに聞きましたところ、画像が非常によくなっているということで、通信指令にいる医師からの助言については、極めて有用であったという事例も散見されているというふうな意見をいただいております。ただ、カメラを持っていったり、いろいろ煩雑なことも必要なので、その辺のところはもう少し総合的に最終報告をお願いしますということでやっております。次に、3つ目です。3つ目の検討事項は、救急搬送情報と医療情報を連結して調査・分析するというところで、これは先ほど来の、改正消防法が一番最後のところでも非常に重要な事項であるので、メディカルコントロール作業部会のほうで少し検討を加えております。15ページをごらんください。1つの作業の方法としては、救急医療情報をDPCデータと連結させて分析できないかということで、これは国立循環器病センターの脳神経外科部長の〇〇先生にお願いしまして、まず、悉皆調査として、豊能地区のすべての救急搬送データと、その地区の病院、搬送を受けたほうのDPC病院のデータを、性、年齢、及び入院日でもって、それぞれ匿名化されているデータを突合させるという作業をしていただきました。その結果、やはり、きっちり、日付も年齢も性も一致させると、ちょっとマッチング率が悪くなります。というのは、DPCデータは御存じのように、入院日というのと救急搬送日がずれる場合があります。例えば11時に来院したけれども入院に決まったのは翌日だとか、それから年齢についてもずれる可能性がありますので、それぞれ誤差として±1を認めるというふうな手法をとれば、9割を超える突合が可能であるということは、事前調査でいただいております。今度は、そのデータの分析の内容がどこまでできるのかということで、

循環器病センターにのみ入院した患者さんについて突合していただいて、データの内容を見ていただいております。結構、救急の初診時に、消防に返した初診時診断名と、最終的に国立循環器病センターで退院間際についている病名、要するにD P Cの資源病名ですけれども、これを一致させると、結構一致します。ただ、もちろん合わないのもあります。合わない根拠は、幾つかの原因が考えられるけれども、それは、D P Cは御存じのように資源病名ですので、入院契機病名ではありません。だから救急で運んだときの、契機になっている病名とか病態と、実際に病院側が治療費を請求する診療報酬上の資源病名とはずれてくるので、そういうずれが生じるという話です。それからもう一つ、気になったことは、突合でデータはきれいに見ることができますけれども、救急情報側に——消防機関の情報の中に、どうしてその病院を選んだのかとか、その当時のバイタルはどうかとか、あるいは症状・兆候がどうかというデータが、やはり救急側のほうで欠落しているので、将来、プロスペクティブにやるのであれば、その辺のデータを消防側がしっかり埋めておかないと、突合させても、消防法改正に伴うような詳細な分析は、少し難しくなる可能性がある、というようなところがわかっております。それ以外に、個別の取り組みをしているところとして、出雲市消防局のほうから、データをマッチさせて、どういうことがわかったか。それからもう一つは、堺市域2次医療圏においても、データをマッチさせた例を、個別に少し照会をしながら検討を進めているということでございます。それから4つ目の項目ですけれども、救急救命士を含む救急隊員の教育のあり方については、アンケート調査を主体にやっていただきました。これは私が言うよりも事務局のほうから後で細かいところを御説明いただきたいと思えます。アンケートはアンケートで、御説明はあると思えますけれども、最後の項目の、メディカルコントロール協議会のあり方をどうするかということへ持っていく段階で、一つは搬送と受け入れの実施基準等をやるときに、やはり救急隊員の、症状・症候のとり方、いわゆる観察力が重要であるということがわかってまいりまして、そうすると、やはり教育の中にもコモンディジーズの観察力というものが、やはりもっと求められるので、やらないといけないだろう、と。それから、そういったことを含めた仕事としても、今まではC P Aに対する特定行為が中心に検証されてきたというのが、メディカルコントロール協議会のあり方ですけれども、消防法改正に伴って、病院の選定、あるいはその選定に至るための観察というのがあるわけで、それを検証していくという作業をも含めたメディカルコントロール作業のあり方が出てくるのではないかとというのが、作業部

会の中間報告です。ということで、4番のアンケートについては事務局のほうからポイントだけ御説明願えますか。

【事務局】

それではアンケート調査ということで、19ページから簡単に御説明させていただきます。アンケートに関しましては消防本部へのアンケートと救急隊長に対するアンケート、2つの項目について行っております。なお、現在、集計結果のみの御報告になりますけれども、調査・分析につきましては、今後進めていきたいと思っております。救急救命士の再教育の実施時間に関しまして、まず、病院実習について2年間での平均時間を問うたのですけれども、全体で平均して約79.1時間行っているということがわかりました。病院実習以外に、どのような研修をやっているかということに関しましては、赤字で示しておりますような手技向上に関しての項目が多かったということです。それから20ページに関しまして、救急隊員への教育訓練として、消防本部でどのような内容を行っているかということと、年間の訓練計画を定めているのはどれくらいあるかということのアンケートをとりましたところ、約半数の消防本部が、年間の計画を定めている。実施している項目に関しましては、基礎行為手技及び特定行為手技の維持・向上という回答が多かったです。次に21ページ、22ページに関しましては、救急隊長に対するアンケートの結果でございます。年間で、勤務時間内にどれだけの教育をやっているかという回答をいただいたのですけれども、平均しますと131時間を勤務時間内で訓練に充てている。内容については手技の維持・向上のための研修をやっている状況でございます。また、今後の教育訓練について、どのようなことが必要かという問いに対しては、ごらんのように、各種プロトコールであるとか隊活動の連携について、今後取り組んでいきたいという回答が多かったです。教育の問題点や今後の課題について、消防本部に関しましては、時間がないとか、費用負担が大きい、教育すべき内容が多過ぎるといった項目が多かったのと、救急隊長アンケート結果では、兼務が多くて訓練に充てる時間が少ないというのが多く見られました。また、アンケートに自由記載を設けさせていただいたところ、その中から、今後、来年度に向けて参考にしたい御意見として、まず、基本的な観察能力や手技向上の教育を実施したいというか、そのような項目を定めてほしいという意見と、指導的救命士の要件などを定めていただければ、というような御意見がありました。アンケート結果につきまして、主な項目としては以上です。

【〇〇委員】

ということで、アンケートからも見えてくると、その前の、救急搬送情報と医療情報のデータをマッチさせていく過程で見えてきたのは、やはりメディカルコントロール作業部会としては、メディカルコントロール協議会のあり方そのものも大きくとらえて考えると、どうしてもやはり、もう少し守備範囲の広い仕事も必要になってくるのかなあというのが一つの結論です。

【座長】

ありがとうございました。それでは3番目の部会に移りたいと思います。救急蘇生作業部会につきましては、〇〇部会長からお願いいたします。

【〇〇委員】

資料5をごらんください。救急蘇生作業部会では、救急蘇生統計のワーキンググループ、ガイドライン2010に関するワーキンググループ、それから先ほどもちょっとお話が出ましたけれど、救急隊用のAEDに関するワーキンググループということで、3つのワーキンググループの活動を行っております。救急蘇生統計ワーキングにつきましては、これは実は、全国から集計する消防庁のオンラインシステムが、現在、改修の予定がございまして、それに合わせて、きょう、お手元にある救急救助の現況に合うような基本的なデータについて、収集項目の見直しをしようということで、その見直し項目の検討を行っております。4ページにタイムスケジュールがございませうけれども、最終的には平成26年から、その新調査項目による報告を各消防本部から求めるということになる予定ですが、その追加項目に関して、現在、検討して、これを来年の4月に、各消防本部に通知をして、2年間の猶予を経た上で、平成25年から各消防本部で新しいデータ調査項目の追加したものを集めていただきたいということで、現在、プランが立てられています。5ページにあるように、具体的にどんな項目かというのは、これは昨年から検討してきたことですが、〇〇委員からもありましたように、現場での救急度の判断——現場で緊急性が高いかどうかを判断したかという、この2番であるとか、あるいは年齢区分の詳細化。疾病区分に関しては、現在、「その他」「不明確」というのもあって非常に多数を占めるので、もう少しそれは、現場での症候として、循環器系の症候なのか、呼吸器系の症候なのかなどを見る。そして、突合ということも念頭に置いて、医療機関のコードの入力。それから7番の、受け入れ要請回数の追加などをし、受け入れ困難事例の検討をする。そして最後にPA連携の有無等、このようなものについ

て新しく追加するということを、今、提案しております。それに加えて心停止に関しては、5ページの右側にあるように、現在のウツタイン統計の中で、やはり非常に重要な項目ではあるけれども今までなかったものについての追加——バイスタンダー除細動実施回数の追加等を、現在、考えております。ウツタインデータベースに関しましては、今、現在、これは蓄積しているわけですが、このような追加調査項目の定義、用語の統一化などが、今後の精度の向上には必要であると考えますし、それから今までの問題点を洗い出したところ、やはり消防本部でまとめてデータを入れた後に、このデータベースのほうにデータを移入する際に、うまくチェックができていない、矛盾のあるデータが入ってくるということで、そういうことのチェック、アラートの設定などを求めています。また、消防本部ごとに入力要領や入力方法の周知徹底をし、そしてその結果を、それぞれの消防本部にフィードバックして、それぞれの消防本部で生かしていただくというようなことを考えております。データに関しましては、エラーが10%以上ある場合には、現在、消防本部に返して、再度、チェックをしていただいております。そしてデータの公開等についてですが、7ページにありますように、このデータに関しては各消防本部あるいは研究機関等で、現在、生データを提供して、いろいろな研究計画をもって研究していただいて、いろいろな学会発表、あるいは論文文化をしていただいているところですが、総務省消防庁としても、基本的な、疫学的なデータに関しては、しっかり押さえて経年的な変化を発表していくべきだろうということで、今、幾つかの例を挙げております。それらについては7ページの一番下にありますように、上位の消防本部については、やはりお手本になるということで、ほかからの照会等もできるように名前を公開してはどうかというような御意見がございます。なお、きょうのデータでは、まだ公開はしておりません。8ページ以降が1カ月生存率及び社会復帰率の、消防本部ごとのデータです。ちょっと御注意していただきたいのは、本来、ウツタインデータというのは、救急隊が現場に行ったとき、既にバイスタンダーCPRで心拍が再開していたものは除いた上で検討するというのが本当のウツタインなんですけれど、消防本部によっては、それらも全部入れているので、それらの予後は非常によいため、見かけ上の数字が非常によくなっているというものも含まれているということを念頭に置いて見ていただきたいと思っております。8ページは全消防本部ですので、非常に少ないところもあるので、ばらつきがございます。9ページ以降で、消防本部の規模ごとのデータをお示ししています。9ページは5年で60件以上ですから、5年間に平均して月1件以上あったところ。10ページは5

年で300件以上ですから、月5件以上あるところ。そして11ページは、主に政令指定都市を中心として5年で500件以上、年間100件以上があるような消防本部の生存率が出ております。次に12ページ以降、この色の違うものは同じことを社会復帰率で見たものですけれども、このような政令指定都市は、年間500件以上あるということで、統計的にはかなりNの大きいところでも、社会復帰率について、15ページで見ていただくと、低いところは4～5%、高いところは10%以上ということで、先ほど言ったように、最初から心拍が再開していたものが含まれているという可能性があるので、まだ、これで2倍の違いがあるとは言い切れませんが、やはり消防本部ごとに、地域の医療機関も含めてかなりの違いがあるというようなこともございます。したがって、いいところは、どんなところで工夫がされているのかということ、今後、やはり、きちっと検討していく必要があると思います。続いて救急蘇生ガイドラインのワーキンググループですけれども、17ページをごらんください。10月19日に国際コンセンサス、ILCORコンセンサスの発表と同時に、アメリカ心臓協会（AHA）、ヨーロッパ蘇生協議会（ERC）と同時に日本版のガイドラインを発表しています。これは日本版ガイドラインの策定合同委員会——日本救急医療財団と日本蘇生協議会の合同委員会で発表しております。これに伴って、今後、救急隊員の行う心肺蘇生をどのように変えていくか。それから救急、特に消防機関が行う市民向けの応急手当ての講習の中で、その心肺蘇生の部分をどのように変えるか。これが、このワーキンググループのこし大きな検討課題となっております。具体的な変更点については18ページにございますけれども、簡単に言いますと、まず、最初の2回の人工呼吸がなくなって、胸骨圧迫から心肺蘇生を始めることになったこと。深さが5センチ以上、速さは100回以上ということで、「強く、速く」が強調されたこと。また、AEDの適応年齢に関して8歳という中途半端な年をやめて、就学児・未就学児ということから6歳で分けたこと、等々のことがございます。これらをもとにして、今後、3月までには、前回、2005年のガイドライン改訂が行われたときと同じように、救急隊員の行う実施要領の改正及び応急手当ての普及啓発活動の推進に関する実施要綱を、このワーキンググループとして作成して、高度化検討会上げた上で、必要なものは総務省から通知をしていただくという予定にしております。ただ、この中に含まれないものとして、先ほどの気管挿管等も含めた救急救命士の活動につきましては、総務省というより厚労省で検討すべき問題ですので、これは前回と同じように厚生労働科学研究・〇〇班の〇〇分担研究のほうで、引き続き検討して、できれば、これにそれほどおくれずに、救命士の活動基

準についてもガイドラインへの適合を考えていきたいと思っています。それからAEDにつきましても、まだマニュアルが使えるかどうかという検討までは行っていませんけれど、やはり昨年から継続して集めていただいているデータで、先ほどの大阪のように年間5件、例えば本来はVFなのにショックのメッセージが出なかったというようなものもわかってきていますし、あるいは別の大きな政令指定都市では1件も不具合はないというようなところもありまして、この辺のばらつきが、まだかなりあるところなんです。このあたり、我々が不具合と思うものに関しては、AEDのメーカーのほうにデータを提供すること、それから、ゆくゆくは、やはりデータを全部集めて、もとの波形のデータベースを、日本におけるVF、VTのデータベースとして蓄積して、日本における最適なアルゴリズムをメーカーに開発していただけるようなものをつくるということも、これは厚労省、総務省の共同になると思いますけれども、そのベースになるようなデータをつくっていくということが、ここでの活動かと思っております。以上です。

【座長】

ありがとうございました。これで3部会の中間報告の説明を終了させていただきます。それでは、これからフリーディスカッションに入りたいと思います。3部会、どこでも結構です。

【〇〇委員】

特に後の2つの御発表の中には、医療情報、救急搬送情報、そしてその分析というような共通の部分が含まれていたと思います。これは実は、救急の現場では、メディカルコントロールにおける事後検証というルールが最初にありますので、比較的安定した文化の中でできると思うんですが、今、別のところで何が起きているかという、診療報酬のレセプト、要するに請求する書類から抽出したデータをナショナルデータとして、どういうふうに扱うかという議論が、もう片方であるわけです。そちらのほうでの議論を聞きますと、患者さんのコードナンバーはハッシュ関数というのをかけて、わからなくしましょう、と。ところが医療機関のナンバリングは残しましょうという議論がありまして、やはり場合によってはまずいんじゃないかと。学問的検証という場合には、やはり、そういうものは一度フリーにしたデータでやらないと、後でまた、いろんな、別な使われ方をされて、思わぬ結果になりかねない。あるいは現場の医療等が動かなくなるような使われ方をされると困るという議論が、今、行われている最中です。折しもウィキリークスとか海上保安庁の画像とか——やはりデータというのは非常に大事であ

り、共有化して一緒にやるんですが、一方で、その使い方、または出し方によっては、とかくああいう話が起きることもある、そういうものだろうと思います。その中で言いますと、例えば最後のほう、〇〇先生のお話しになった資料5の1ページ目の2番の2つ目の丸ですが、消防本部・メディカルコントロール協議会ごとのデータの分析・検証とありまして、その後ろを見ていくと、消防本部ごとのデータにメインが移っていると思います。そうすると、メディカルコントロールというフィルタリングを経ないデータが別にいろいろ検討されているのかなあ、と。これはやはり、長い例と短い例があるのかと言っているうちはいいんですが、それが個別の事例になって、地域で同定されるような状態になった場合、冷静な議論になるか、ならないか、ということもありますので、やはりメディカルコントロールというのは、せつかくこれで全国に整備を図るのが消防法改正で、いよいよ動き出すわけですから、メディカルコントロールのフィルターをかけた上で、検証のときには——どうしてもこれは消防本部ごとも必要だというのであれば、その同定できるアイデンティティだけは残して、それ以外は消すとか、やはりちょっと賢さが必要ではないかなあとと思います。そうでないと、やはり現場が動かなくなるような情報の取り回しがされると、これは本当に大変なことになりますので。そういう心配があると思います。この、画像転送システムのイメージもそうです。資料4の15ページの、救急搬送と医療の連携に関する調査の脳卒中関連で、こういうふうに政策へまで反映したいという、そのポジティブな思いはよくわかります。よくわかりますが、この統合データベースの作成、データの分析というところに、どういうレベルのデータが、どう入って、どう解析されるべきなのか。そして、それが政策にうまく反映されるようにするということは、やはりデータの取り扱いに関して、別途、議論を経た上で、ぜひ、実際に動くような形をとっていただければと思います。以上です。

【座長】

ありがとうございます。これも非常に大事なところですが、事務局から何かコメントはありますか。

【事務局】

データの解析につきましては、最初のテーマの、実施基準の今後のPDCAサイクルを回すというところに、主に、いろいろ使っていきたいというふうに考えておりますので、あくまでもメディカルコントロール協議会単位が恐らく中心になってくると思います。ただ、その中でも、さらに消防本部ごとにどうなっているかといったときには、恐

らくそういう分析も必要かなあとしますので——これは部会のほうに落ちておりますので、部会でもそういう御意見を踏まえて対応することになろうかと思えます。

【座長】

取り扱い方につきましては、ぜひ、ぜひ、慎重の上にも慎重にお願いしたいというふうに思えます。ありがとうございました。ほかに、いかがでしょうか。3部会、どこからでも結構です。

【〇〇委員】

〇〇先生の、メディカルコントロール作業部会の中の、救命士を含む救急隊員の教育のところの議論で、全国の隊長さんや消防本部の自由記載から得られた貴重な意見として——資料4の24ページ、「アンケートの自由記載から得られた主な意見」というのがあります。左の一番下、救命士の中でも指導的立場を担う者に対する資格として、指導的救急救命士があるといいとか、それから右側の上から3つ目、これは救急隊長からですが、救命士を教育する救命士の育成ということで、指導的救急救命士の育成というのがあります。指導的な救急救命士ということで、まだ固有名詞にはなっていないと思うんですけど、この辺は恐らく、何となくそういうふうな人が出てきて、救命士が救命士を教える、または救命士が救急隊を教えて救急隊の中から上手に勉強しながらという、そういうのもあっていいと思うんですけど、具体的にはどういうふうな議論があるのか、ありそうなのか。

【〇〇委員】

アンケートの上だけではなくて、作業部会の委員の中からも、同じような意見あるいは希望というのは出ております。そのとき、どちらかというと消防機関以外の人の側から見てもそういう意見があることと、もう一つはやはり消防機関の中で、その身分的な取り扱いとの調整といったことが解決しさえすればウエルカムだというような意見とか感触があります。アンケートだけではなくて、作業部会の委員からも同様の意見が出ているというふうに考えていただければと思います。

【座長】

ありがとうございます。よろしいでしょうか。きょう、まだお話をお聞きしていない先生方がおられます。〇〇委員、何か、この3部会等について、いかがでしょうか。

【〇〇委員】

せっかく御指名いただきましたので、発言させていただきます。消防法改正にも絡み

ますし、今のデータ分析の話で石井先生のおっしゃっている点とも関連しますが、大阪では具体的に、そろそろ今月には実施基準を取りまとめて、今後、その適切性なども議論するために、データの収集と分析・検証の話というのは、かなり出始めているんですけども、やはり理想論と現実とでは、かなり乖離があります。実際、現実に行っている立場では課題が多いなあというのが、我々の、調整させていただいている上での実感です。それは、一つは負担感の問題と、もう一つは先ほどから出ているように、データの扱いの問題で、やはり、先ほど横田先生がおっしゃったのは、一部の地域で、本当に現場で直接携わっている先生だけがごらんになって、非常に密なコミュニケーションをするためのツールとして使うという点では、非常に理想的であるし、有用だと思われます。ただ、これを府県レベルであるとか、もっと大きな単位で行っていくというときには、まず、上手な仕組みをつくらないと、消防側にとっても医療側にとっても非常に過大な負担になるということと、データが勝手に一人歩きをするとか、病院の評価等も含めて誤解を受けるようなことにつながるという懸念もあって、実際、消防法改正に基づく実施基準をうまく運用して救急医療の体制をよくしようと思うと、不可欠ではあるんですが、思った以上に慎重で丁寧な議論と、行政側がどういう仕組みをつくっていくかということが必要だろうということを実感しています。

【座長】

ありがとうございます。行政の立場からお話をいただきました。それからもうお一人、ここには法学的な立場からいつもお話をいただいております〇〇先生がおられます。先生、いかがでしょうか。

【〇〇委員】

きょうはほとんど、法学的なことはなかったと思いますが、少しだけ感想を申し上げたいと思います。私も作業部会で関与させていただいていた、先ほど〇〇先生のほうから御報告いただいたところで、むしろ患者とか利用者の観点からということですけども、救急安心センターとか電話救急相談とかというようなところで、これは例えば東京とか大阪とか奈良で、すごく先端的なことをやってくださっているので、利用者にとっては、すごく安心が高まるような、いいシステムだと思うんですが、今後、進んでいくときには、これも作業部会のほうで議論がありましたけれども、いわゆるワンストップとか、例えば#7119に電話して、そこからうまく、救急の場合はその救急のところに直接連絡が行くようなシステムが、東京だけではなくて、いろんなところで広がって

いってもらえると、私たち患者にとっては、特に小さな子供を持つ親などにとっては、ありがたいなあというふうに思います。いろいろと、まだ始めたばかりで問題も——それこそ行政の枠を越えての問題とかということがあるかと思えますけれども、そこでお伺いしたのは、一部のところでは、もう既に行政の枠を越えてうまく連携ができていような話も伺っていますので、そういうのが、どんどんふえていっていただけると、大変ありがたいなあというふうな感想を持っております。

【座長】

ありがとうございました。きょう、まだ御意見をいただいている先生の中で、いかがでしょうか。〇〇委員、何かありますか。

【〇〇委員】

2点ほどあるんですけど、1点目は、救急蘇生作業部会のほうで、今までは都道府県別にデータを出していた。それについて、今後は上位の消防本部名とかメディカルコントロール協議会の名称を発表したいというふうな意見があるんですけど、これは通常の救急データの、出発から到着までの時間とか、あるいは病院到着までの時間とか、そういったデータと違って、蘇生というのは非常にデリケートな問題だと思うんです。発生原因とか発生から通報まで、119番までにかかった時間とか、医療環境とか救命士の経験とか、さまざまな要素が含まれて結果が出てきているわけですから、それを、何も知らない方がこの数字だけを見られると、非常に誤解される可能性もある。そういった意味からも、それぞれの本部にフィードバックするのは非常にありがたいと思うんですけど、公表するというのはどうかなあというふうな思いがあります。そういった面については、できればここだけでなく、全国の消防長会などにも諮っていただいて、どういうふうに検討していくのがいいのかというのを出していただけたらと思っております。

【座長】

まず、そこについて、何か事務局から御意見はありますか。

【事務局】

特に上位を公表するという話は、先ほど〇〇部会長のほうからお話がありましたように、我々の認識としては、その上位のところを公表することによって、そういう地域で、なぜ生存率や社会復帰率が高くなっているか、それについて、あとは精度の面でいきますと、始めてから、一応、5年間たっておりますので、ある程度、その精度は高くなっ

ている。あとは母数の問題として、一定以上、かなり件数の高いものに限定するという
ことも考えられますし、上位を公表するという意味は、そこを公表することによって、
我々が、その地域がどうして高くなっているかというのを調べるのが容易になる
ということなので、その他の手段で可能ということであれば、特に競争をあおるとか、そ
ういうふうなことが余りにも大きいということであれば、多分、またそういう判断にな
るのではないかと思いますけれど。そういう感じしております。

【〇〇委員】

私が申し上げたのは、上位、ベストもあれば、ワーストも当然出てきますので、そう
いった面を危惧しての話でございます。

それともう1点は、処置範囲の拡大で三行為の拡大を行っていくわけですが、先
ほど救命士の教育のあり方の中でも出ていたんですけど、非常に、時間がないという
ふうなことで、救命士は2年間で128時間の再教育をやっていますけれど、そういう中
にあって、この三行為の処置拡大に伴って、また時間がふえるのかなあということ、
なかなか、職員の少ない消防本部なんかでは非常に厳しい部分が出てくるのではない
かなあ、と。もっと大きく、全体で考えていただけるような方向でお願いしたいとい
うふうに思っております。

【座長】

ありがとうございます。三行為が出てきた場合、今、実施検証をしておりますけれど
も、また再教育の問題が出てくるということですが、これについては何かありますか。

【〇〇委員】

データをとることについて、こういうふうな言われ方があるので、一応、認識してお
いていただくと思います。よく病院の質の向上を図るために、臨床評価指標とか
クリニカルインディケータとか、場合によってはクオリティーインディケータとか、
いろんな呼び方で、いろんな指標を比べるという話が、はやりのようになりつつある
かもしれないんですけど、そのときに、今言ったベスト3は、まあいいだろう、と。し
かしベストもあれば、きっとワースト3も出てくるだろうというのと全く同じで、これ
はもう、あたかもしかられるためにデータを出すのか、というふうな議論がある。で
すから、むやみにデータをとって、そのデータを、もしも、わけもわからずパブリックに
そのまま公開するというふうな、ずさんなことをすると、恐らくデータそのものを出さ
なくなります。これはもう、病院の中での、病院間での比較というふうなときにも、そ

れは言えます。例えば日本医科大学と昭和大学で、胃がんの治療の成績はどう違うのかといったときに、日本医科大学の胃がんの患者さんたちの背景と、昭和大学の胃がんの患者さんの背景を比べて、それらのリスクをきちっと調整した上で、日本医科大学での死亡率は4割だけれど調整後の数字は3割5分だとか、昭和大学の死亡率は2割5分だけれど調整後は3割だというふうな話をしながら、業界の中できちっと議論ができるようなことを、まずやって、それからパブリックで物を言うというふうなことをしていかないと、恐らく業界の中ですら、この手の話が成り立たなくなる。しかられるためにデータを出すのか、というふうなことは、決してないようにしておくことが必要だと思います。

【座長】

それはもう、私も全く同感ですけれども、これをパブリックに発表していくという意味ではないんですね、これは。

【〇〇委員】

でも、例えばこの資料が出た瞬間に、東京の消防の幹部は、パブリックの代表の都知事から呼ばれるわけですよ。「どうなっているんだ？」と言って。つまり、データというのはそういうものなんですね。パブリックの代表が見られるということは、もう、既にパブリックに見せているわけですから。釈明はできるとは思うんです、〇〇委員は。だけれど釈明を聞かない、パブリックの代表と称しているマスコミの人たちがバーンと出してしまった後では、もう、どうにもならないわけです。

【座長】

51分でワーストというのが、もう、出ちゃっていますからね。

【〇〇委員】

だから僕たちは、業界の中で議論をしていますので、ひどいことをするとはとても思えませんけれども、そういうふうなものなんだと思わないといけないということだけは、やはり共通認識として持っていないといけない、そういう話です。

【座長】

そのとおりですね。

【〇〇委員】

データの議論が出ていますので、ぜひこれは——私どもも、東京消防庁だけではなくて、いろいろな消防本部の皆さんと交流をされていて、どういうふうに、どういうデータ

をとっているかということの情報交換をすることがあるんですが、やはりこういった統計をとるときに求めているような基準で、どの消防本部も同じような基準で、時間の管理とか数値の統計がとれているわけではないんですね。やむを得ず、何らかのデータを、国から求められたデータに、まあこれでいいだろうということで、くっつけてしまっているようなところも、ないわけではないようです。その辺の齟齬で、今、〇〇先生から、時間管理の問題も出ましたけれど、私どもでも、ちょっと、本当にこうなのかなあと思っているのが、バイスタンダーの応急手当の実施率ですが、あれもかなり都道府県によって相当の差があります。母数にしているC P A症者というもののとらえ方が、かなり、本部とか県によって違うのではないかと、応急手当の実施といったときの、応急手当をC P Rに限っているのか、例えば何か付き添っているのも応急手当と見るのかとか、解釈がちょっと、いろいろあるような感じはしていますので、やはり全国データを比較する場合には、そのあたりをちょっと整理した上でやる必要があるのではないかと。「東京がだらしがないぞ」と言われれば、もちろんしっかりやらなければいけないと思っていますけれど、そういった点を、どうかひとつ、ちょっと御配慮いただければと思います。

【株丹次長】

関連があることですので、お答えをさせていただきたいと思います。今、一連のお話をちょうだいしております、確かに直近で、救急の搬送の状態について、都道府県別で数字を——特に時間の関係ですが、私どもで出させていただいております。その取り上げ方というのが、時間だけを取り上げて、本来であれば、我々の統計としても、単に、無意味に長くとどまっているわけではなくて、例えば、そこで当然、救急救命士による処置が行われているものがあるから長くなるのかどうかというようなことを含めて、いろいろ、きちんと御説明をした上での数字であるべきだったんだろうというふうに思います。その点は、今後、我々が数字を発表するときには、よく注意をさせていただきたいと思います。それから、先ほど来のいろんな御指摘がございます。我々も、もう一度よく、いろんな形で検討させていただきたいというふうに思いますけれども、特に今回のことのもとになる消防法の改正に関しましては、P D C Aのサイクルを回していくという——何よりも今回の改正法の趣旨といいますのは、ある程度、医療資源がある、現状あるところが必ずしも十分に活用されていないので、俗に言う「たらい回し」等が起きているのではないかと、と。それに対応するためのことを、救急搬送だけではな

くて医療のほうにもお願いをして、一緒になってそのルールを考えて、つくっていく。そしてそれは単に現状を固定的に考えるだけではなくて、やっていって、それでは必ずしも十分でないところが明らかになっていけば、そこについてまた改正を——直ちには難しいかもしれませんが、行政だけではなくて関係者を含めて前向きにとらえていく。そのためにP D C Aを回していこうということであったと思います。それは単に都道府県単位だけではなくて、国全体としても取り組んでいく。恐らくその前提として、非常に重要なことが、本日、我々がお話しできるのは、とりあえずスタートした段階だけでしたので、アンケート等のもので中心であったわけですが、来年度以降については、できるだけ客観的なデータ等を皆さんに共有していただいて、それによってP D C Aを回していくというのが一番いいことではないか、と。ただ、その際に、要するにそれが何か犯人を捜すためのものになってしまうはいけない。本来は原因を明らかにして、原因をできるだけはっきりさせた上で取り組んでいくというためのものなのに、だれが悪いんだというような形にしかならないということであってはいけないということは、私どももよく考えているつもりでございますが、改めてその点を、具体的にじゃあどういうふうに、その、データの取り扱いをしていくのかということ、よく検討させていただきたいというふうに思います。

【座長】

ありがとうございます。

【〇〇委員】

そもそも、このウツタイン方式というのは、そういうデータの結果を比較するために出たものではないから、それぞれのところで社会復帰率がどうかを比較するという自身は全くナンセンスなことなんです。東京のほうからおっしゃいましたけれど、いろんな取り方がある、それじゃあ何のためにウツタインをとっているのか、と。ウツタインはそうじゃなくて、言葉まで定義して、それぞれの時刻というのも示して、その上で、一律の取り扱いをして、どこに問題があるかを洗い出すためのものです。それぞれの部署ですね、例えば今言っているバイスタンダーのC P Rがやられているか、もしバイスタンダーC P Rの実施率が違うとしたら、それを広げることは必要だろうし、あるいは例えば気管挿管が行われていますが、気管挿管をやると、ほかの条件が同じであっても社会復帰率が高いというんだったら、そのところに力を入れるべきだろうというような、要するに、今やられているシステムそのものの、どこに問題があって、それをどう

改善するかということのためのものである。このことを、もう一回確認しておかないと、今おっしゃっているように、例えば大阪なんかを例にとれば、非常に狭いところですから、すぐ現場へ行けますよね。それと、現場まで行くのに時間がかかるところのものを比較したからといって、それに意味があるかということ、全く無意味です。その辺のことを、よく共通認識しておくべきです。学問的に考えてもそうですから。マスコミ的に考えれば、こんな差がありますよと言って、おもしろいだろうけれど、それは何の進歩にもつながらないということは、よく理解していただきたいところです。

【〇〇委員】

搬送時間等の話をするとき、「いわゆる」がついた少し慎重な言い回しではありませんけれど、「たらい回し」という言葉がまだ使われるというのは——しかもこういう、我々の側から発信されるというのは、よろしくないと思います。昔言われた、30年も40年も前に使われた「たらい回し」という言葉と、今の状況のどこにそのアナロジーがあるのかというのは、よくよく検討しておかないと、中身が全く違っているわけですから、ぜひそこは指摘しておきたいと思います。

【株丹次長】

済みません。「病院選定困難な」というふうに申し上げるべきでした。

【座長】

御指摘ありがとうございます。それから、犯人捜しみたいなどころではなく、analysis mind でなければいけない。responsibility mind なデータの取り方をしないように、我々も注意しながら行きましょう。ありがとうございました。実はもう一つあります。最後の資料ですが、救急搬送の将来推計について。これは事務局からお願いします。

【事務局】

救急搬送の将来推計につきまして、時間もかなり押しておりますので、簡単に御説明したいと思います。2ページをごらんください。救急出動件数及び搬送人員の推移を平成11年から見ております。平成22年につきましては、これは後で出てくる上半期の数字をもとに予測したものでございます。これをごらんいただければわかるように、平成17年までは年率約5.7%程度で伸びております。それ以降は、多少の上下はありますけれど、ほぼ横ばいという形で平成21年まで来ております。それが本年上半期になりまして、かなり急に伸びているという状況から、この将来推計については、そういう問題意識でつくっております。3ページをごらんください。これは伸び率を比較したものでご

ざいます。平成22年になりまして、赤で示されている6.1%、これは上半期で1月から6月でございます。ことしについて言いますと、熱中症の影響がまだ入ってきておりません。ですから恐らく、平成22年中、1月から12月でいくと、かなりこれに近い数字、あるいはこれよりちょっと高い数字になるというふうに考えられます。上半期の状況について、4ページをごらんいただきたいと思います。全体では6.1%という数字でございます。2番をごらんいただきますと、これは事故種別出動件数でございます。全体では6.1%ですが、主に大きいのは10番の急病(7.2%)、7番の一般負傷(6.9%)が大きな部分を占めております。この理由につきましては、まだ速報ということで詳細な分析はできておりませんが、下のほうにありますように、高齢搬送者の増加、あるいは急病の傷病者の増加が原因というふうに、消防本部のほうでは分析をされております。次の6ページ以降ですけれど、先ほど私、平成17年～21年は横ばいというふうに申し上げましたけれども、この横ばい——若干、数字的にはマイナス5.5%というところなんですけれども、そのさらに詳細な分析を入れております。中身に変化がないかということ进行分析しているわけでございます。例えば年齢区分別で見ますと、搬送人員全体ではマイナス5.5%ですけれど、高齢者は、絶対数も下にあるようにふえておりますけれども、ボリュームが4.9%ふえております。逆に成人はマイナス14.7%ということで、人口の減よりもかなり大きく減っているということがわかると思います。ですから7ページにありますように、今回、全体としては減っているんですけれども、中身としては搬送人員の中で高齢者が絶対数としてもふえているということが、ここからわかるかと思えます。また、傷病程度別が8ページにありますけれども、これも全体ではマイナス5.5%ですけれど、軽症はマイナス7.9%という形で減っております。これにつきましては、恐らく平成17年度以降、いろんなキャンペーンでありますとか適正化もありましたので、軽症についてある程度抑えられていたという推測が成り立つかと思えます。次に10ページをごらんください。事故種別ごとで見ますと、この真ん中の交通事故がマイナス20.9%、約14万6,000件の減となっています。それに対し、急病も若干減ってはいますが、全体の伸び率がマイナス5.5%であるのに対して急病はマイナス2.8%ということですので、この、急病とか一般負傷(0.7%増)の微減なり増を、交通事故で相殺するような形で伸びが抑えられてきたのではないかと。先ほど、交通事故はことしから、横ばいないし若干ふえるような傾向が上期からも出ていますので、今後、交通事故が横ばいということになりますと、一般負傷や急病の影響がもろに出てくると

ということが想定されます。以降は、これらについてクロス分析などを行ったものでございます。15 ページをごらんください。将来推計ということで補足をさせていただきます。今回、搬送率ということで、我々がデータを持っている平成 19 年、20 年、21 年の、全国すべての都道府県の年齢階層別搬送率——これは 1 年間に 1 人の人が何回救急搬送を利用するかということでございますけれども、これを、かなり細かく区分して出しました。それと、公式に出ております将来の人口推計を組み合わせて、機械的に予測をしたものでございます。16 ページをごらんください。2007 年から 2009 年の搬送率は、一番左の上にありますように、全体では 3.72% なのですが、そのうち急病については 2.26% という状況になっております。済みません、時間を超過していますので、以下、駆け足で御説明させていただきます。結論は、19 ページ、20 ページのところに書いてございます。それを組み合わせていきますと、20 ページのほうでございまして、このスタート時点、2010 年は上半期がそのまま推移するというので、6.1% で伸ばしておりますが、そこを発射台といたしますと、2030 年、出動件数では 608 万 6,000 件ということで、年率 6.6% 上昇していく。それ以降は若干減っていくということでございます。これはあくまでも、先ほど申し上げましたように、搬送率の変化がない、あるいは社会情勢等のいろんな変化は考慮しておりませんので、そういう前提ではございますけれども、年率平均 6% で、2030 年までふえていくということで分析をさせていただきました。22 ページにつきましては、平成 18 年 3 月に出了された救急需要への対応策について、その当時の議論をまとめたものでございます。今後こういう議論も必要になってこようかと思っております。

【座長】

どうもありがとうございました。非常に素晴らしいデータをいただいております。この推計について、いかがでしょうか。

【〇〇委員】

これは最初のお話にあったように、救急の現場にまたリソースが必要になる。それから、入り口、出口を含めた地域のネットワークをもっと強化しないといけない。介護保険の改定もありますし、療養型病床だとか、そういうものと、今度は在宅を進めると言っていますから、その在宅とこれのつなぎ込みをどうやっていくのか。そうでないと、こんな数字でない、もっとオーバーシュートするような数字が出ると思います。目の前にある大変な問題によって、一回、プラトーに行ったのが、こうなってきたというのは

——しかも重症がふえていますから、軽症の搬送のアナウンスなんていうものでは対処できない、いろんな、幾つかの問題がここに入っていると思います。以上、コメントでございます。

【座長】

ありがとうございます。その辺が、これから非常に大きな問題になってくるのではないかという感じがしますが、いかがでしょうか。よろしいですか。もう実は15分以上過ぎております。この、すばらしいデータは、三菱UFJが中に入っているというところにあるんだろうというふうには思いますが。それから蘇生の作業部会のところでも、データは非常にきれいな正規分布をとっております。ごらんをいただきたいと思いますが、その辺のところも大変な作業だったのではないかなあというふうには思いつつ、これにて第2回の救急業務高度化推進検討会を終了させていただきます。

【事務局】

皆様、本日は活発な御議論をどうもありがとうございました。次回の開催につきましては、改めて御連絡をさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。

——完——