

第3回救急業務高度化推進検討会 議事録

1 日 時 平成23年3月8日(火) 13時00分から15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、阿真委員、荒井委員、有賀委員、岩田委員、
川手委員(代理 窪田氏)、神戸委員(代理 金子氏)、
菊地委員、坂本委員、島崎委員、杉本委員、田中委員、
津田委員(代理 藤井氏)、横田委員

オブザーバー 新村課長(代理 中野専門官)

4 会議経過

1 開会 [事務局]

2 議事

【座長】

委員の皆さん、年度末のお忙しいところ多数お集まりいただきましてありがとうございます。それではまず資料の確認からお願いいたします。

【事務局】

資料を確認させていただきます。まず一番上が次第でございます。続きまして委員の名簿、続きまして資料1としまして報告書案、トリアージ関連の概要のテーマでございます。資料2、救急車利用マニュアル。資料3、こちらメディカルコントロール作業部会の概要でございます。資料4、蘇生作業部会の概要でございます。資料5が本年度の報告書となっております。資料お手元を御確認いただきまして過不足ございましたら事務局までお願いいたします。よろしいでしょうか。それでは撮影は終了と

させていただきます。以降の進行をよろしく願いいたします。

【座長】

ありがとうございます。それでは議事に入りたいというふうに思います。まず事務局から報告書（案）の構成について説明をいただきまして、その後各作業部会から報告をお願いしたいというふうに思っております。それでは事務局よろしく願いたいと思います。

【事務局】

それでは資料5をごらんください。資料5の目次でございます。3枚めくっていただきますと目次の項目となります。構成につきましては第1章から第9章及び資料編で構成されてございますが、まず第1章につきましては本検討会の目的とテーマを記載しております。第2章でございますが、改正消防法への対応、これは親会での対応についてコメントをいただいております。3章以降でございますがそれぞれ作業部会で検討していただいた内容でございますが、それぞれ章の横にそれぞれの作業部会の担当箇所を記載してございます。なお担当の部会の記載のない第2章、第5章、第8章につきましては親会になります本検討会の議題内容になっております。また最後に第9章をつけてございまして、全体のまとめの総括をつけてございます。なお資料編といたしましては委員名簿、救急車利用マニュアルをつけてございます。資料の構成は以上でございます。

【座長】

ありがとうございます。それではまず部会からの報告を願いたいと思います。まず重症度・緊急度の判定選別（トリアージ）に関する作業部会であります。まず部会長から説明をいただき、その後先ほど資料2についております事務局から救急車利用マニュアルの説明を願いたいと思います。また質問でございますけれども、各それぞれの部会の報告が終わってから説明の後に質疑応答をお願いしたいと思っておりますので、御協力のほどよろしく願いたいと思います。まずそれでは〇〇先生よろしく願いたいと思います。

【〇〇委員】

では今の話ですと平成22年度の検討会の報告書は資料5ということになります。5の目次の第3章、救急の各段階における緊急度判定の第1節と第2節が今の部会のテーマです。きょう配られている資料1というのが第3章第1節と第2節のまとめの

はずです。これを用いてかいつまんで御説明申し上げます。今資料の冒頭にあります※のところについて僕が今見ながらお話しをしたところであります。第1節はここにありますように各段階における緊急度判定における役割分析ということで、今までもさまざまに緊急度の判定というのが行われてきた。やはりこの部会においては緊急度判定のあり方を少し合理的にしていきたい。もっと平たく言ってしまうと、緊急度の低い患者さんをこれから2人連れて行きますけれどもいいですかというふうな言い方があれば、それはそれでいいですよと言って受けることもできるし、緊急度の高い患者さんをこれから1人行きますいいですかといったら、ちょっと待ってくれということも多分できるだろう。そういうふうな意味で、運ぶ側と受けとる側が緊急度の判定についての一定のルールを共通言語として共有することは多分意味があるだろうということがとっかかりの初めの初めだったと思いますが、ここに書いてあるように背景としては、今言ったような標準化がなされていない、関係者間でばらばらだと。だから極端なことをいえば、患者さんがおれは超緊急だと言え、背中がかゆくても超緊急とこういうふうな話になるわけでありまして。そんなようなことがあるのでそこにあります資料1の1、救急の各段階における緊急度判定の現状、今どのようになっているのかということを見て、その次ページをめくっていただきますと2、各段階におけるあり方というのがあります。この各段階におけるあり方についての議論がたくさんなされたわけですが、順番からいくと緊急度判定の現状、本文でいうと24ページ以下は何があるかといいますと、全国の消防本部にアンケートをした。下を見ておわかりのように、119番通報を受けたときにしているかしていないかと言えば、判定基準がなくもしている、要するに極めて重篤だということと、それから余りにも重篤ではないんではないかという程度のことはどうやら見ているようだということはこれでわかります。119番通報で判定基準を持って実施しているところもあるしそうでないところもあるということだけおわかりになります。それから現場において、緊急の搬送、要否の決定については基準を持ってやっているということが全部で13%、これはn=802というのは消防本部の数ですから、東京消防庁も本部の1つですので、この図で見る限り800分の1の重みづけですが、東京消防庁は全国の人口の10%を面倒見ているから、そういう意味では東京消防庁はどうだということは興味はあると思いますけれどもこれは一応802消防本部について。現場の病院選定について、ではどうしているかという、ルールをもって判定しているというのが26%、上

記以外でやっているというのもどうもあるみたいだと、こういうことです。これは現在どうなっていますかということなので、それぞれの地域のそれぞれの景色をそのまま追認した形でグラフに落としたということになります。ですから、判定基準があるやなしやといったときに、これで一体判定基準と言えるのかとか、立派な判定基準ですぬということについては問うていないということになります。こういうふうな現状をとりあえず確認した上で次の2ページ、各段階におけるという、この表の3-4は実は総務省の関係者が学会の関係者らと北米の様子を見学に行った際に、超緊急蘇生レベルが青、その次が赤、黄、緑、白というような5段階になっています。相当程度に救急医療において需要と供給のミスマッチが起こって、日本の言葉で言うと「救急医療の崩壊」というそういう状況を経験した北米における救急医療の展開の仕方が、結構我が国の今後の有益かもしれないということで見えてきたということになります。緊急における緊急度の定義というか、レベルは一応こういうようにベーシックに定義づけることができるだろうということで3ページに行きますと、家庭においてはこういうふうな形、消防本部においてはこういう形、現場においては青が復活していますけれどもこういう形ということです。それぞれの意味するところは全く同じかといえば、家庭で例えば東京消防庁の相談の電話を見ればわかりますけれども、病院で赤だというのに比べて電話の向こうで赤だというのはよりたくさんのオーバートリアージをしているに違いない。消防本部が119で聞いたときにも赤というのと、病院の玄関先で赤だというのは随分違いうだろうというのはおわかりだと思いますけれども、一応こういうふうな色分けによる全体のシンクロナイゼーションがあっているのではないかという議論をしてきたところでもあります。最後の4ページは病院の中ですが病院の中においてはカナダのトリアージ基準に従った形で既に勉強会を少しずつ学会などの水準で始めているところでもあります。救急外来でのトリアージについて、既に5年10年の歴史を持っている病院も日本国の中には先駆的に幾つかありますが、それらももとをただすとどうやらカナダやトロントなどのトライアルを持ち込んできているということで、そのまま患者さんを見続けなければいけないというか、蘇生を続けなくてははいけないというのが青、15分以内には是非見ようねというのが赤、30分以内というのが黄色、それから1時間以内にみればよさそうだという判断はグリーン、それからそれ以上は非緊急ということで白の色分けをしている。だからもし病院でこれを展開するようになれば、看護婦さんが赤や黄色を判断したときにドクターが

見て、やはりこれは緑じゃないとか、やはりこれは黄色じゃなくて赤だったねということを経験しながら、赤、黄、緑などの精緻性を高めていくと、このようなことが必要だろうという議論であります。今後の課題のところにありますけれども、救急度判定については、病院のそれをベースにしながら上流へ向かって啓発をしていくというふうなことになるんですけども、今回はとりあえずこういうふうなシンクロさせるような方法論についてはもっぱら大人を対象にしていると、ただまねをしたカナダの方法も子供さんがあります。子供さんがあるといっても日本の15歳が向こうでは17歳ですけども、それから熱中症があるかということカナダにはどうも熱中症はなさそうだということもありますので、多少アレンジしながら日本国のものをつくっていかないといけないんですが、いずれにしても小児を含めて今後発展させていかななくてはいけないだろうと。それから緊急度判定の体系について、今言ったさかのぼるという話で、オーバートリアージを許しながらもちろんさかのぼるわけですけども、医師の確定診断による緊急度の判定と最終的にはここには「突合」とあります。事後に検証しながら精緻性を高めていく必要があるだろう。それからこういうふうなものを社会全体で共有するというふうなことをぜひ進めていかないといけないので、国民のコンセンサスを得ていく必要がある。これは患者さんたちそれぞれはすべて善良な国民であるということを前提にしても、自分がどうやら赤だというふうに思ってしまって夜救急車を呼んでしまうということになるわけですから、その部分はもうちょっと教育、啓発を進めていくことも必要ですし、即座に勉強しろと言ってもそれは無理なので、場合によっては電話のルールをもっともっと世の中に普及させていくことによって、限りある資源を上手に使うことについて国民全体でコンセンサスを得ていく必要があるだろうというふうなことであります。ちょっと長くなりましたが、家庭で使用できるマニュアルについては後からお話しします。今お話ししたその過程に向かったの、つまり上流に向かったのこの話がマニュアルになりますが、第2節のほうを先に説明します。

これは「緊急安心センターモデル事業」の効果分析ということで、平成21年の10月からだったということになるんでしょうか、東京でやっている電話相談を奈良県、大阪市並びに大阪市の周辺を含めた大阪府、それから愛知県などでモデル事業を出発させています。そのモデル事業についての効果はどのようなかという話で検証作業の部分が第2節であります。1にありますように、有効性の検証ということで、ここに書

いてあります。統計学的にどのぐらいのことがいえるのかということがありますから、この真ん中のところの○にありますように、「軽傷者の搬送割合が減少する傾向もみられるところであった」と言います。けれども、これはあくまでも割合がそうなったということで、お年寄りの搬送がふえていますので、そういう意味では重症の方たちがふえているということがあって、救急安心センターモデル事業の有無にかかわらずこういうふうな傾向が見える可能性があるというふうなことがあります。その一方、報告書の66ページにたくさん記載されているように、相談したところ、え、そんなことまで相談していたんだと言ってあわてて救急車が出て行って、そして患者さんを救っているということが大変多数ありますので、これはさっき「善良な市民」という言い方をしましたけれども、やはりこういうふうな行政のというか社会の手助けがあると、ほんのちょっぴり足りなかった判断を上手に救急車を使うということに結びつけるという意味では地域にとって存在感のある安心センターなんではないかと思います。ちなみにここには出てきませんが、本物の46ページをあけていただけますか。これは東京消防庁の救急相談センター事業のそれぞれの地域地域で、救急相談センターをどのぐらいその地域に住んでおられる方が知っているかということと、それから時間外の緊急入院についての相関性を見ようということとやってみたデータです。真っ赤のところや真緑のデータがございますが、真っ赤のところは周知度が低くて時間外緊急入院率の前年差が多いと、とにかくがんがん入院するけれども全然周知されていない、そういう話になるわけです。どちらかというと薄い黄色とか薄い緑のあたりがちょうど頃合いよく周知率が高まってなおかつ時間外入院率もそれほどひどくないということがどうもあるらしいということがありますので、全く統計学的に何も言えないのかといえば、東京での少し長目の年余にわたる3年ぐらいのデータを見れば、じわっと社会に効いてきている可能性はどうもありそうだとということがわかります。こういうことがありますので、今後引き続き頑張らないといかんねという話になります。5ページの2は、全国的な展開に向けた留意点ということで、アンケートをやっている。ただ地域によっては人的資源が非常にきついなということもありますので、より広範囲をカバーするような形でこの事業は展開をする方がいいのかもしれないとか、東京でも既に地域で起こっていますが期待して電話してもなかなかつながらないとか、そういう問題があるということがあります。それから3ですが他の相談事業とオーバーラップ、今まで先行するものがたくさんございますので、そこら辺を上手に

調整する必要もあろうねということもあります。まとめはそこに書いてあるとおりです。ということで第1節と第2節はこういうふうなことで話をしてきました。

最後に救急車の利用マニュアル、この白いやつが直近の会議のときまでに出てきて何とか皆でわあわあやっつて、もうちょっと何とかならないかと、つまりイラストを入れ込んでつまりマンガをたくさん入れてわかりやすくしようねといっついで間に合ったのがこれです。ぱっと目で見ると「救急車利用マニュアル」とありますが、緊急度について社会全体がある程度共有していけば、つまり急ぐものは急ぐけれども、急がなくていいものについては急がなくていいよということについての社会のコンセンサスが得られれば、限りある資源を使い切ってしまうと社会が壊れるということを防げるということになる。従って、救急車の利用だけではなくて救急医療そのものの利用マニュアルというふうなスタンスだよねということがあって、「～救急医療の向上を目指して～」というふうになっています。総務省がつくるので「利用マニュアル」になって「向上を目指して」になるんでしょうか、本当のことをいうと「救急医療利用マニュアル」という担当直入な言い方のほうがいいかもしれません。ページをあけてみると次のページに救急車の呼び方が書いてあります。「火事ですか？救急ですか？」と聞くんですよということを素人の人は知りませんから。それからその次に110番と間違えるなど書いてあります。まだこれからイラストが入るということがあって応急手当、自分でできることはこんなことをしましょうとか書いてあります。それからためらわずに呼んでほしい。これはこの次の4ページと5ページです。4ページは大人、5ページは子供さんだと思います。15歳未満。いずれにしてもこういうふうなマンガで、こういうときはためらわずに呼びましょうということでありました。それからその次のページの6ページは、「判断に迷ったときは、お近くの救急相談窓口」とあります。東京やその他で救急安心センターを既に始めているところについては#7119ですし、従前からある#8000も相談に乗れるだろう。さっき言った交通整理の話はこういうようなことになりますし、それから中毒110番とかその他もいろいろな水準でアクセスできますので、そこら辺もいずれいろいろ整理していかないといけないのではないかなと思います。これらについては、恐らく普通の119番でも相談に応じている地域があるということでしょうから、最終的な詰めまではいま一つです。その次の7ページと8ページが参考というか付録のようになっています。7ページはこれから先とっても大変だよという呼びかけになっております。それから7ページの

下の右の欄外にありますように、軽症が多いねという話につなげて、救急医療の受診について、これは議論がありますし8ページの下3分の1はあつという間にここに来て業界用語がちりばめられていますので、「トリアージ」という言葉もここにぽんと出てきても何のことかよくわからない。お年を召した人にはさらにわからないというふうなことになります。この8ページにきて多分力尽きたんではないかなと想像しますが、こういうものをつくろうということで議論をいたしました。長くなりましたが以上でございます。終わりにします。

【座長】

ありがとうございました。この利用マニュアルについては事務局のほうで何か追加ありますか。よろしゅうございますか。このトリアージ特にいろいろな場面でのトリアージが非常にきれいに説明されているのではないのかなというふうに思います。それから救急安心センターというのはその中の家庭のトリアージとコールトリアージの間みたいな感じがしているなという気がしておりましたし、この利用マニュアルというのもそのところが少し足りなかったなということがこのように出てきたということでもあります。後からまたディスカッションをお願いしたいというふうに思いますので、続いてメディカルコントロール作業部会のほうに移っていきなさいというふうに思います。〇〇先生から報告をお願いしたいと思います。

【〇〇委員】

それでは私のほうからメディカルコントロール作業部会の御報告をさせていただきます。まとめてあるのが資料3でございます。それから資料5の報告書(案)の中では第4章ページ数で言いますと73ページからです。少し報告書の資料が多くございますが要点だけかいつまんでお話をさせていただきたいと思います。メディカルコントロール作業部会のほうでは大きく検討する内容がまず第1節に書いてありますように、救急救命士を含む救急隊員の教育のあり方ということをもまず検討いたしました。その検討の方法としてまず一つ目はアンケート調査を行っております。そのアンケートの方法は800人の消防本部と、それから4,910名の救急隊員すべて悉皆調査の形でもってもれなく調査をするという形をとりました。その結果を74ページ以下に書いてございますが消防規模本部で分類してどうだったのかということですが、75ページのところを見ていただきますとわかりますように、救急救命士のアンケートについて見てみますと、いわゆる基礎行為手技の向上の時間が多くとられてい

る。重症度緊急度の把握というのは3つ目になりますよということであってあります。それから76ページを見ていただきますと、人口規模の多い30万以上のところではいわゆる救急隊員に対する年間の教育訓練が非常によくなされておりますけれども、小規模のところではその訓練がやや少ない傾向があるということです。それから基本的なところで基礎行為手技の維持向上について見てみますと、やはり、小規模のところと大きなところの違いを見てみますと、大規模なところではどちらかというと安全あるいは医療機関の選定のための判断交渉といった非常に幅広い教育をなされておりますけれども、小規模のところではそこまで手が届いていないという実態もあります。総じてアンケートの中からはわかるところは、課題としては、救急隊員にとって時間がない、あるいは費用の負担が大き過ぎる、あるいは教育すべき内容が多過ぎるという問題がある。しかしその一方で、今後どうしてほしいかという、基本的な観察能力や手技の向上教育が必要であり、あるいは統一的な指針を示していただきたい、あるいは、自己学習できるようなインフラを整備していただきたいという前向きなアンケートの結果が得られております。ということで、全体として見られることは、一番最後の83ページのところの結論ですけれども、全体的な傾向としては、応急処置中心の教育を行っている消防本部・救急隊が多く、観察能力や重症緊急度評価の向上に取り組んでいる消防本部・救急隊は少なかった。その原因は先ほど言いましたように時間がないとか費用負担が大きという問題が見られたということでもあります。しかしながら全体としていろいろな意見の交換をしたところ、基本的な観察、特定行為に特化したような学習に限らず重症度、緊急度、病態の把握に必要な基本的な観察を今後再教育の中に盛り込んでいく必要があるというのが作業部会の答えです。それから84ページですけれども、そういった中で先進的な取り組みがなされている地域の報告がございました。一つは栃木県小山・芳賀地区のほうですけれども、ここでは一つは通信指令員との連携を高める合同練習、あるいはホームページを使っての自己学習の企画、あるいは指導救命士が後輩を教える薬剤投与連携確認などのような新しい取り組みをやっていますという報告がなされました。また北九州市消防局のほうからはワークステーションをベースにして救急隊員に業務と並行して修練させること、やはりいろいろな意味で利点がありますということでもあります。しかしながら、その問題としてはやはりそれを指導する医師の確保という問題はまだまだ解決すべき課題としてはありますということでございます。これが1つ目の検討項目といでございま

す。もう一つの検討項目の大きい項目は、救急現場におけるICTの活用ということで、87 ページ第2節で、87 ページをごらんください。これは特にオンラインメディカルコントロールを正確かつ迅速に行うツールとしてICT、特に画像伝送を用いることによっていかほどの効果が得られるのかということを検討いたしました。これは千葉県消防局において、88 ページを見ていただきますとわかりますように、現在あります25 隊を2つに分けて画像伝送の装置を搭載した12 隊と、載せなかった13 隊を分けて比較検討しております。その内容についてはあるいは図をごらんになって後でごらんいただければいいと思います。結論から言いますと、97 ページの表をごらんいただきたいと思います。画像伝送が行える隊と行わない隊を比べてみて、特に画像伝送を行った隊が到着から現場を出て行くまでの時間比較をしてみますと、真ん中の列ですけれども中等症では、グレーで塗りつぶしているところですが、中等症ですと30.5分で済んでいる。それが画像伝送を使わなかったら39.4分、約10分ほど短くなっていますよと。しかしながら逆に重症度が高い場合現場での滞在時間が少し長くなっている。これはなぜかということ、中等症、軽症ではその画像を送ることでいろいろな指示内容あるいは病院の搬送の助言をいただくことに効果があったということで搬送先が決まりやすくなった意味合いがあるんだろということだそうです。それから101 ページのところをちょっと開いていただいて、結局この実証研究のところからわかったもう一つの効果としましては、真ん中のところに「また、搬送予定の医療機関では、脳血管障害（脳梗塞など）の事案では傷病者収容後の検査方法の優先度を収容前から検討していたり、重症交通外傷の事案では処置の準備を進めていたりするなど、治療手順を選定する上で活用されていた」、すなわち受け入れとなる病院では事前に画像を見ることで、搬入後の処置を前倒しで準備することができるような利点があったということが報告されております。この作業部会の3つ目の検討事項は104 ページ第3節のところに書いてあります、ビデオ喉頭鏡の活用についてでございます。これはかねてより誤挿管あるいは食道挿管を回避するためのツールとしてビデオ喉頭鏡が安全に使えるのではないか、それを検討してみてもどうかということで検討いたしました。その検討に先立ちましてこの本検討会でも、本来直視下挿管ということに限定されているのではないかということに対する解釈の問題がありましたが、そもそもこれができた当時は盲目的に挿入する食道やラリngeアルマスクに対しての直視下という意味であるので、必ずしもビデオ喉頭鏡がそれにあたらないとい

うわけではないという解釈のもとに使えるという認識に立ってビデオ喉頭鏡の是非を検討いたしました。これは、広島大学の谷川先生のところでやっていただきまして、簡単にいいますと105ページのところに書いてあります、ビデオ喉頭鏡の利点というのは、いわゆる首を中間位で挿管することができる。そして従来型のマッキントッシュ型の喉頭鏡に比べて挿管が容易で習熟度が早いです、ただし欠点としては異物除去のときは向きませんし、口腔内の分泌が多いときは不向きであるという欠点を持っている。実際に実証していただいてもそういう傾向が見られました。例えば109ページのところの上の図ですけれども、左上の図は新しく気管挿管の実習を受けた新人さんにやらせた場合の、Lock on といいまして声門が見えるまでの時間ですけれどもこれを調べたものです。右側が既に認定救命士を持っておられる方にやらせた時間。遜色はない。ただし、非常に時間がかかっているのはいずれも分泌物が多かった症例についてうまくいかなかったという結論をいただきました。こういったもろもろの実証研究の後、結論としてどういう結論に至ったかと申しますと、113ページを見ていただくといいでしょうかね。気管挿管認定を持つ救命士については、5例程度の実習を重ねることでこの新しいビデオ喉頭鏡が使えるようになるでしょうということ。場合によっては2時間程度に減ずることができる。根拠は中に書いています。1例2例でも7時間の実習をやった上でやらせてみると、ほとんどの方が挿管ということはできてしまうので、それはメディカルコントロール協議会の各地域で考えて判断していただいてもいいのではないかと。ただし5例程度が望ましいと。それから新規に気管挿管の実習をなさる場合は先に従来どおりの30症例をやっていただいて、その上で5例程度重ねていただきたい。プロトコルも谷川研究班のほうでつくっていただきました。それが114ページ、115ページ、116ページ、117ページとプロコールが続いています。そこで従来プロトコルの上に書き添えたものですが、ビデオ喉頭鏡を使うことがある場合に特に注意すべきなのは114ページのところでは※1と※2、すなわち挿管をするときに口腔内異物あるいは分泌物に対する対応が十分できるかどうかというところを注意してプロトコルが書かれてあるというというのがこのビデオ喉頭鏡の検討でした。ということで、ビデオ喉頭鏡についてはこの作業班としては認める方向で案をまとめました。その数は5例程度で良いが、既に気管挿管認定救急救命士を持ったということが前提であり、新規認定の場合でも従来30症例の上に重ねてビデオ喉頭鏡実習5症例ということで、結論をださせていただきました。最後に

少し飛びますけれども、この作業部会に課せられたもう一つの課題でありまして、実は第6章の第4節のところに、救急搬送情報と医療情報を連結した調査・分析についても検討しなさいということで、これは消防法の改正に伴って病院選定の是非を見るためには、プレホスピタルのデータと病院でなされた診療行為のデータが突合されて分析されなければいけないであろうということがありまして、それは厚生科学研究、国立循環器病センターの飯原班においてデータの分析が可能かどうかやってみました。これはまだ研究途中であり結論が出ておりませんが、簡単にいいますと病院前救護で使った特に脳血管障害の患者さんを運んだデータと搬送先の診療情報、DPCデータを突合してICDの共通した病名でマッチさせることでデータ分析しましょう。それで入院日、性別、年齢を見てみますと約80%ぐらい合致しますので、個人情報扱いに注意しても十分分析できるであろうところまでは結論をいただいております。答えは今現在研究中。それから先進的な取り組みをしているところでは、138ページですけれども、出雲市消防本部さんの脳卒中患者さんを運んだ後病院でどうなったかというデータ、あるいは堺市二次医療圏において4疾病5事業のうち疾病別のトリアージでなされている救急活動記録表がありまして、それを突合している例などが紹介され検討されています。少しデータが多うございましたので、報告もやや冗長になりましたけれども、以上でございます。

【座長】

〇〇部会長ありがとうございました。教育の問題、そしてICTの問題それからビデオ喉頭鏡の問題それから突合の問題非常に重要なテーマをお願いしたわけでございますけれども、これにつきましてもすべてが部会のお話をいただいて総合討論に移りたいと思いますのでしばらくお待ちをいただきたいというふうに思います。次に救急蘇生作業部会につきまして〇〇部会長から報告を願いたいと思います。

【〇〇委員】

救急蘇生作業部会では3つのワーキンググループで検討を行いました。一つは第6章にあるような救急に関する統計のあり方、そして二つ目が第7章で検討されている救急蘇生ガイドラインの更新に関する対応、そして三つ目が第7章のAEDの不具合への対応ということで報告書の中でもその部分になってまいります。まず統計の部分ですけれども最初にまず消防庁のオンラインシステムについてということがございます。121ページ、122ページでございますけれども、現在既にオンラインシステム

が総務省消防庁では動いておりまして、全国で500万件の集計をしているわけですが、このオンラインシステムが平成23年に改修が予定されております。改修に伴って入力するデータの内容あるいは定義等の変更修正が必要かどうかということ、そして実際そういうふうに変えた場合に個々の消防本部がそれに対応可能であるかということ、それらについての検討が行われております。まず最初に具体的にそのような変更について各消防本部の対応能力、これがいかにかということに関しての検討が122ページからございます。結論としましては現在のシステムで全消防本部の一応73%が対応可能であるというふうなお答えをいただいております。また平成23年でするので2年後の改修ということですので、調査項目等について確定をさせていくと、それぞれの消防本部でその消防本部内の独自のシステムについても同じものを盛り込んでいくという時間的な余裕がございますので、2年間の経過措置があればそれぞれの消防本部でこの23年度版のオンラインシステムに対応したシステムがつけられるだろうということで88%の消防本部、これは主に大規模な消防本部あるいは政令指定都市等は独自のシステムを使っていますので、そのようなところも2年間の経過措置で可能であろうというまず実現可能性についての検討が行われています。実際にそれでは具体的にどのような調査項目が改訂をするといいかということについては、125ページ以降検討してございます。趣旨としては年齢、非常に大ざっぱな区分ですけれどもこれについては実年齢として入力をした上で後で年齢の差別解析をするほうがより現実的である。もちろん年齢不詳がございますのでその場合には隊長の判断での推定年齢ということになります。また疾病分類、これにつきましては先ほどの〇〇委員のほうからも医療機関での最終診断での突合ということで、本来病名がきちんと入れればいいんですけども、なかなか現場のレベルでそこまでするにはいかないということで、やはり救助隊の搬送時にどんな診断であったかという搬送時の診断というのが非常に重要なんですけども、しかしこれも今現在は病態で運んでいきますとその他あるいは不明確というところに入るものが多くて、もう少し具体的にいえば循環器疾患が疑われるということがあっても、大きな区分としてはその他に入ってしまうということがあって、なかなか業態別の区分が細かくできない、その他が大部分を占めてしまうということもありますので、これらについては中分類で循環系、呼吸器系等というところまで少し踏み込んで推定された疾病分類を入力すること。発生場所についてはこれは今非常に大ざっぱなんですけれども、より中項目以上ということで、こ

これは現在消防救急ということを考えると、消防が現場にいったときにその現場がどこにあるかということに関してはかなり消防の中で記載する様式に関しては統一されておりますので、その火事のとくと同じ様式を使って発生現場をもう少し分類を明確にしていくこと。それから医療機関との最終的な突合ということを考えて、医療機関行動これは都道府県別に保険で振ってある番号をそのまま入力していただくというようなことが今回は提案されています。また追加としては、ドクターカーヘリの要請あるいは今般問題になっていた受け入れ要請回数、何回以上が多数の受け入れ要請かということに関して定義は後でできますので、具体的な実施回数を書いていただく。それから救急隊の応急処置の内容、あるいはP A連携等の他隊連携、そして救急隊が現場で緊急性が高いと考えたか低いと考えたか、これは先ほど〇〇委員のほうからも現場でのトリアージということに関連してくると思うんですけども、現場で救急隊が赤と考えたか青と考えたか緑と考えたか、いろいろな緊急度というのがございます。また緊急処置に関してはこれは実施時間及びすべての実施項目を入れること、特にウツタインデータについては現行のウツタインデータで特に研究者のほうから、このデータがないので非常に解析が不明確になるということで指摘を受けているものを4つ追加を考えています。まずはバイススタンダーによるA E Dによる除細動の有無それから救急救命士の乗車人数及び資格。それから母集団の中はかなり心停止後時間が長期間たっていて蘇生の可能性はない、しかし、救急搬送するというものも含まれておりますので、これらも含めてもちろん今の法律上では心肺停止蘇生対象なんですけれども、そのような心停止後長時間時間が経過していることが疑われる兆候があるかどうかというようなことも、その母集団を均一化することで入れることになっていきます。また非心原性というひとくくりの中に外因性、外傷その他もう少し細かい分類を入れようということがあります。また現時点ではまだ研究団体というか試行段階でございましてけれども心停止前の輸液あるいは気管支喘息に対する β 刺激薬等の新しい処置範囲拡大については、適宜新しいものが出てきたらそれが入力できるような項目を追加できる仕様にしていこうとこういうことが考えられております。次の救急蘇生統計これは従来発表しているウツタイン統計でございましてけれども、これのデータの質の向上及び公表の仕方についての検討を行いました。データにつきましては今までの幾つかの研究班の中からやはりまだ十分な成果が得られていない部分もあるということで、25%以上のデータエラーがある場合には消防本部で再確認をしていただく

ということ。さらにそれぞれの消防本部でこの入力に関して十分な研修をしていくための体制を整えるということが検討されております。今現時点このウツタイン3年目から心原性については都道府県別に非常に粗い数値がございますけれども、さまざまなデータが公表されてきております。平成21年からは非心原性についても同等の分類がされて、救急救助の現況で公表が行われました。これら都道府県別ということ自体もその母集団自体が異なるあるいは医療体制も異なるということで、その数字自体が一人歩きをするということでは意味がないわけですが、ただそれぞれの地域での患者背景あるいは救急体制を考える中では非常に重要な数値だろうということが考えられてきました。その中で都道府県別と言いましてもやはり県の中にはその県庁所在地の比較的都市部とそれからそうでない部分がございますので、それら全体の平均ということであるとやはりこれは自分の地域、特にMC協議会ごとに自己検証等が行われていますので、それはMC協議会のレベルでやはりMC協議会の中での質の向上にフィードバックするようなデータの提供が必要であろうというような議論が行われました。これはそもそも提出する段階でMC協議会でそのデータを全部自己検証を行って通読しておけば、MC協議会自体で自分のところ出すことができる数値でございますけれども、こちらで集計した数値をフィードバックすることによってよりそれが促されるのではないかとということが議論されております。それらの中で自分の消防本部の位置づけ、全国の平均に対してどのような状況であるか。あるいはどのような点で今後努力をしていくと日本全体の向上率に対して自分の地域の向上率がどのようになるかということも含めて、全国の度数分布に関してはお示しして、そしてそれを自分のMC協議会から自分のところの数値をフィードバックしていただいた上で自分のところの位置づけを検討していただいて、MC協議会として改善策を見出していただくことがいいのではないかと。ただ、これらについては度数分布についてそもそも背景となっている心肺停止のとらえ方等がMC協議会ごとで異なるということもございますので、それらについては十分注釈をつけた上でのフィールドワークが必要ではないかという議論が行われました。いずれにしてもこのような分析を行うこと、それから同時に一昨年から行っているウツタインの生データの研究者への提供、実はこれを介して非常に多くの英文論文が日本から発信されております。これらはAEDの有効性あるいは小児に対する人工呼吸の必要性と、国際的にも非常に有用なデータが提供されておりますし、我が国の救急医療体制の今後の方向性を決め

るといふ点でも非常に重要ですので、これらは非常に細かい統計的な解析、行政でできる範囲ではなくてやはり専門の疫学者が行うべきものでございますので、これらの詳細分析につきましては専門家への提供を続けて、その結果を反映させていくということを持続していくことを考えております。サーベイランスシステムですけれども、情報のサーベイランスシステムは各消防本部からのデータを上げていただくということで非常にリアルタイム性が高いということ、ただ、注目したものについてしかサーベイランスがとれないということで、昨今では新型インフルエンザ及び昨年の夏非常に多発した熱中症についてのサーベイランスが行われました。これら非常に発生動向あるいは今後いろいろな天候との関係との研究等にも資されるということもございますので、これらについても継続していくということが議論されております。それからガイドラインへの対応第7章になります。これは昨年の10月にドラフト版として示されたガイドライン2010、国際コンセンサスに基づいた日本のガイドラインについて消防としてどのような対応が必要になるかということで、大きく分けると3つ、1つは現場で救急隊員もしくは救急救命士、消防職員が行う現在のプロトコールがどのように変わるべきかということ、それから消防機関が国民に提供している応急手当普及啓発活動、この内容をどうするかということ。そして3つ目が、その中で今回のガイドラインで非常に重視されている口頭指導のあり方についてどうあるべきかということが検討されました。救急救命士が行う一次救命処置、二次救命処置につきましては、最終的にはガイドラインの確定版が年度内には出ますので、それに基づきながらかなり医学的な内容でございますし、前回2005年の段階も厚生労働科学研究の中で実際かなりの検討が行われたということもございますので、この辺は厚生労働科学研究の中で検討がなされる予定になっております。また応急手当の普及活動については、ガイドラインの変更点として一番大きな変更点は恐らく最初の2回の人工呼吸がなくなって胸骨圧迫から始めるということになったわけですが、その部分に関してはそういうふうに変えるということで特に議論はございませんでした。その他の細かい点としては呼吸の確認の仕方、あるいは胸骨圧迫の位置をどのように支持するか、あるいはAEDの電極の貼付位置、特に埋め込み式のペースメーカーや除細動器がある場合の場所、そして感染防護具の取り扱い、あり方についてどうするか等についての検討が行われておりました。これらについてガイドラインに基づいて一定の見解が専門家の議論の中で出されました。また講習については現在の普通救命講習3

時間、年間約 150 万人が受講しておりますけれども、それに加えて今現在その他講習として約 250 万人を対象として行われている講習の中で、特に短時間の講習、これは通常の普通救命講習と紛らわしくないような形で名前をつけるということが決まりましたけれども、その中でより入口を広げてより多くの方に救命講習を受講していただく機会をつくるということが議論されております。その際には胸骨圧迫を中心にして、人工呼吸についてはその場での実技を習得するというよりはその必要性を理解するという範囲にとどめて時間を短縮する方法について議論が行われ、また対象については小学校の 4 年生以上約 10 歳以上ぐらいを対象とするということで、従来より少し若年のほうも講習対象者とする、そしてそれ以外に今度のガイドラインでは特に乳幼児に接する機会に多い方に関しては、乳幼児に対しての蘇生法を特別に教育すべきだと言うことが議論されておりますので、そのような講習を消防機関として提供するかどうかということについても引き続き検討を行うこととなりました。いずれにしても 3 時間という講習は受講者側からしても仕事を休んでということで負担が大きいと、それがひとつの受講者数の限界の原因になっておりますので、このような工夫に加えて、今現在東京消防庁が行っている e ラーニングあるいはその他視聴覚教材等も使って、事前学習等も使うことによって少なくとも拘束時間を短くするようなことは検討すべきだろうということは議論されました。口頭指導につきましてはもちろん心肺蘇生の手順そのものを教えるということも大事なんですけれども、実は死戦期呼吸などのようなあるいは全身がけいれんをしているという段階でいかに心停止を見抜くかというトリアージとの部分が不可分でございます。この点についてはトリアージの作業部会で今後実態把握も含めていかに心停止を見抜くかという点について検討していくという議論が行われました。最後に A E D の不具合ですけれども、これは平成 21 年に幾つかの A E D の不具合例が報告をされて、全国メディカルコントロール協議会連絡会を通して調査が実施されました。その結果は厚生労働科学研究丸川班で分析が行われたわけですけれども、幾つかパターンがございまして A E D 自体の感度、特異度の問題、あるいは A E D 自体ちょっとまだこれとは不十分、それからそれ以外にも救急車内でそもそも想定されていない使い方をすることの限界であるとか、あるいは一般の市民用の普通の A E D とそれから救急救命士が従来使ってきた半自動除細動器の性能の違いに起因する問題等々がございました。その中でやはり看過できないような不具合というのは幾つかございましたので、それらについてはメーカ

一にフィードバックをして既にプログラムの修正という形でおこなわれておりますし、現在も幾つかの機種に関しては不具合が報告されて、それを契機にしてメーカーが自主回収修理と言うことが起こっています。これらについては総務省消防庁だけの問題ではございませんので、製造業者そして所轄官庁の厚労省、そして現在では消費者庁がこのような不具合について一括して消費者保護の立場でここに対応することになっておりますので、これらがそうごできる体制ということを考えてきました。そして必ず消防本部にはこれをフィードバックしていくということで、AEDに関しては厚労省も医療機器ですから厚労省の管轄ですけれども、その一番現場を使っている場面に直面してAEDのデータを収集しないといけないのは救急救命士なり総務省ですので、これに関してはMCと同じ枠組みで厚労省と連携して今後もAEDの改善に務めていくということが望まれるということで検討が行われました。報告は以上でございます。

【〇〇座長】

〇〇部会長ありがとうございました。今のが我々救急蘇生部会の概要をお願いしたわけでございます。統計の問題そして母集団の均一化の問題あるいは心原性、非心原性、その非心原性というひとくくりの中にもう少し考えなければいけないのではないかというようなところの考察、そしてガイドライン 2010 の対応等々をお話をいただきました。このすべてが報告書の中に入っているわけでございますけれども、報告書は委員の皆様のお手元にはもう届いているわけでございますが、それらをお考えになりながら今の3部会長のお話につきまして御議論をいただきたいというふうに思います。その前に事務局から報告書(案)について追加説明がありましたらお願いしたいと思いますがいかがでございましょうか。事務局どうぞ。

【事務局】

先般 12 月に開催しました検討会におきまして改正消防法御説明しておりますが 8 ページをごらんいただきたいと思います。それ以降の変更点といたしまして改正消防法に基づきます実施基準の策定状況であります。3月2日現在 28 都道府県におきまして実施基準の策定済みとなっております。残りにつきましてもほとんどのところで3月に策定されるものというふうに考えておりますので、この点だけ報告させていただきます。

【座長】

ありがとうございました。その他のところで、でもこの親委員会での議論がこの報告書の中にちりばめられているのは御存じのとおりだというふうに思いますけれども、どこからでも結構でございます。今三部会あるいは親委員会での議論、御質問あるいは御意見等ありましたら御遠慮なくどうぞお願いしたいと思います。どうぞ。

【〇〇委員】

メディカルコントロール作業部会のビデオ喉頭鏡、非常に興味あるデータだったんですけども、一つだけ気管挿管の適応という中でもともと異物というのが恐らく一番プライオリティが高いということだったんですけども、逆にビデオ喉頭鏡ですと先ほどのお話のように異物に対して対応がしにくいということで、そうすると気管挿管の適応自体を少し見直す必要があるだろうか。ビデオ喉頭鏡を使うのかマッキントッシュを使うのかということについてが一つ。それからもう一つは気管挿管の前の段階としてそもそも救命士ではなくても普通の救急隊員が喉頭鏡とマギール鉗子で異物除去ができると、本来そこで十分現場経験を積んで喉頭展開、異物除去をした上でそのうち挿管ができるようになるのが自然の流れだと思うんですけども、今まで余り喉頭展開、異物除去に関してどのような訓練をすべきかとか、それに関して習熟度がどうかということも議論されていなかったと思うんですけども、その辺に関して特にビデオ喉頭鏡が出た段階で何か御議論があったら教えていただきたいと思いません。

【座長】

〇〇部会長どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇委員の今おっしゃったように、まずプロトコールとして新たにこれが追加されたことによって従来型のもものとビデオ喉頭鏡のものでどう使い分けるかということとは議論しないといけませんねということになりました。しかし一つは 114 ページ、115 ページのところ、従来の気管挿管プロトコールの書かれたプロトコールの手順とそれからプロトコールの具体的な個条書きの項目を全部ビデオ喉頭鏡のための書き直すのは大変ちょっと混乱が大きいということで、追加をして書くということにいたしております。それからもう一つは、二つ目の御指摘ですけれども、救急隊員はそもそもマッキントッシュ型の喉頭鏡を用いてマギール鉗子を使えるという技能を持っているはずだということも前提に考えると、それができるのであるんだからマッキ

ントッシュ型で今 30 例やっている通常の挿管方法を割愛してでも、ビデオ喉頭鏡だけで修練させてもいけるんじゃないかという意見も実は出ました。しかしながら、やはり挿管をする際にビデオ喉頭鏡のみで異物あるいは分泌物が多いために気道確保が困難な場合には従来型の気管挿管に戻れる技能を持っていないとやはり今の時点では大変危険である。要するに今の救急隊員の喉頭鏡とマギール鉗子を使えるということが 100%形上はできているんだけど実態としてはそこまでの能力が担保されているのかということがありますので、〇〇委員がおっしゃったような方法での、議論は出たんですけども、そういう短絡的な導入というのは控えた方がいいというのが結論でした。それでよろしいでしょうか。

【座長】

ありがとうございます。この関連質問でも結構でございますがいかがでございますでしょうか。どうぞ。

【〇〇委員】

札幌の〇〇でございます。関連でありますけれどもビデオ喉頭鏡の導入ということで115ページを見ますとプロトコールの中に適応症例が増加するというふうに書かれていますけれども、やはり住民の生命につなげるためにはこれが必要なのかなと思っております。しかしながら、現状では気管挿管の対象処理が限局といいますか狭まっているということとあわせて、状態の呼吸停止とか循環器の停止を含めた双方が条件になっているということでもあります。そこでビデオ喉頭鏡そのものの普及を図るために、値段的なことも含めてかなり高額とお聞きしておりますので、こちら辺の体制支援とあわせて呼吸停止と循環器の双方をクリアしなければならないということは将来的にもっと検討していくような方向をぜひお願いを申し上げたいということを2点お願いいたします。

【座長】

わかりました。それは追加で報告書の中に書いてくれという意味だと思いますけれど、〇〇委員何かありますか。

【〇〇委員】

気管挿管の適応そのものというのは今回の作業部会の検討項目にはなくて、挿管のツールとしての是非を検討したというふうに解釈していただきたいと思います。気管挿管のいわゆる適応を改めて検討するのは一から検討し直さないと、最初に書いてあ

るように「異物による窒息の心肺機能停止症例」というのを外して、では例えば呼吸停止だけでも挿管ができるのかとかいう議論はまたちょっと別だろうと思いますので、それはまた本検討会においてどういうところで検討すればいいか御検討いただければというふうに思います。以上です。

【〇〇座長】

ありがとうございます。それから今〇〇委員からのこのビデオ喉頭鏡についてはA社、B社どこまであるのかそしてそのコストの問題をどういうふうにお考えになっているのかその辺はいかがでございますか。

【事務局】

事務局から今時点の考えを申します。ビデオ喉頭鏡につきましては国内のメーカー海外のメーカー数社出ているというふうに聞いておりますが、かなり値段的にも高価なものだと聞いております。当然数の問題で今後どういう値段になってくるかというのがもちろんありますけれども、我々といたしましてはこれにつきまして厚生労働省さんとの協議なりも必要でございますので、本当に導入となった段階では地域のほうでどういったスケジュールでこのビデオ喉頭鏡に取り組まれるのかというのをお聞きした上で必要な財政措置なりについても検討していくことになろうかと思っております。

【座長】

ありがとうございます。その辺のところも考慮しているということで御理解いただくということにしましょう。それからもう一つこの30症例であとの5例というのは、25例プラス5でもいんでしょうか、それとも30、その後の5例なんでしょうか。

【〇〇委員】

結論からいいますと従来の指導については30例を守りますということで結論となりました。ですから新たにビデオ喉頭鏡による気管挿管の認定を行う場合は従来の30プラス5例程度が望ましいというのを結論とさせていただきました。

【座長】

わかりました。ありがとうございました。はい。

【〇〇委員】

そういう検討結果ということはいくつわかりました。ただ気管挿管の実習は麻酔科に研修生を派遣したときに、実際の症例がいつ出てくるかなかなかわからないということもございまして、30症例をこなすのに2カ月3カ月、病院によってそのときどきに

よって何か月間の研修になるかわかからないでかなり苦勞しているという現実がございます。できることなら合わせて 30 症例がよいのではと感じています。プラス 5 症例をさらに追加するということになるとなかなかこれが進めて行きにくいなのというのが正直いって今実感として感じています。あとちょっとこれは事務局さんにお尋ねする話かもしれませんが、この報告書が正式に確定するのを待つて各地域のMCでビデオ喉頭鏡の研修を始めようとするればできるものなのか、厚労省さんの省令改正か何かの手続きを踏むものなのか、その辺をはっきりしていただいたほうがよろしいかと思ひます。

【座長】

事務局どうぞ。

【事務局】

まず 30 症例の話ですが、これにつきましては 118 ページのほうで部会のほうでもこれについては議論がありました。ただ現状では今回はビデオ喉頭鏡についての有効性なりいろいろなプロトコールの検討を進めておりますので、それとあわせてやるというよりは将来的にこの 30 症例をどうするかというのが今後の課題として改めて検討されるべきだというふうなことにしております。また今後のスケジュールですけれども本部会につきましても厚生労働省さんにも入っていただきながら作業を進めておりますが、このプロトコールにつきましては当然厚生労働省さんの通知なりが必要でございますので、今を持ってすぐできるようになるかということではありません。厚生労働省さんとともに通知を出すなりという対応が必要ですので、いましばらく時間がかかるということになると思ひます。

【座長】

ありがとうございます。症例についても今 30 プラス 5 でありますけれども、今後検討の余地はあるだろうと。そういうところでよろしゅうございますね。ありがとうございます。こればかり言っているとよくありません。ほかのところでもどうぞ、3 部会あります。どうぞ。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

自分で発言しながら結局時間切れと言っちゃった例の 8 ページなんですけれども、この 8 ページ僕らの部会でも 1 ページからずっともんできていけばいいんですが、いかんせんマンガができてきたのがきょう最終ということがあって。マンガが出てこな

いところでマンガが入ってきた議論をしていると結局8ページまで議論がいかなかったというのが正直なところであります。今ほかのページはそこそこマンガが出てきてイメージがわいているんですけども、8ページだけは下半分マンガがもちろんありませんけれども、例えば家庭での自己診断、「自己診断」というのも随分だと思えますが、自己診断という言葉が国民の言葉になっていたと仮定して、電話相談というのがどれぐらい地域で普及しているかというほとんどまだ普及していないわけですね。それから119番通報があつてここにショータの顔がありますけれども、このショータもずっと見ていると憲兵隊のように見えますが、ショータはすぐにトリアージというかPA連携というのがあつて、これもPが先なのにPがあとにくっついていたりします。それはいいんですけども「コールトリアージ」という言葉も、それからその右にあります「搬送トリアージ」という言葉も、「院内トリアージ」という言葉も、これだけ見て〇〇さんがわかるかという〇〇さんですらわからないのではないかと。このページについてはもうちょっと考えて、例えば本文の27ページに、これは救急現場で救急隊がこんなふうに見ています、だから同意の有無にかかわらず自力受診を前提としては、運ばないことは、救急隊はこんなふうに見ています。同意の有無にかかわらず自力受診を前提としては運ばないことは、消防本部のうち3%はルールがありますとか、26ページに緊急度が低い場合には自力で行ってもらっていますよというふうなものが実に85%ありますよと、答えてくれた。こういうのを少し優しくかいつまんでここに入れておいておいたほうが現時点においてはよいだろう。5年後は恐らくこんなことを言っていないでしょうが、2年3年はここに書いてあるようなことを言っていないといけない。今現在においてはやはり実際問題としては、緊急度が高い場合はこうしています、低い場合はこんなふうにしていますとか、現場においても場合によってはこういうことをやっていますということそのまま真っ正面に書いて説明したほうが、多分これを手にとった市民の方たちはわかりやすいんじゃないかなと僕は思うんです。ここに来てどんでん返しをするようで申しわけないんですけども。

【座長】

事務局いかがでございましょうか。多少わかりづらいよと。

【事務局】

ありがとうございます。特に8ページのところ「コールトリアージ」をはだかで使

っておりまして、大変わかりづらくなっていたかと思います。御指摘を踏まえましてわかりやすい同意が得られた場合の自力受診のリスクとかなるべくわかりやすくなるように、きょうの御意見を踏まえてまた修正するつもりでしたので修正させていただけだと思います。また御相談させていただきます。

【座長】

先ほど私は安心センターでの話というのは、住民の皆さんが考える評価そして119番コールトリアージとの間ぐらいにあるんだよというそのところなんですね。だからそれをもう少しやさしく。

【〇〇委員】

こういうふうな観点で緊急度について、社会全体をシンクロさせていって皆でよい社会をつくりましょうとそういうふうな話なんだと思うんですけども、その具体的なものがここにいっぱいあるということです。最後のページでもうちょっとわかりやすくしたいねという話で、そこで一番下にありますように、「こうした緊急度の判定基準を共通のものとして、救急医療を効果的に提供する体制を作っていきたい」、ここに書いてあることは全くそのとおりなんです。だからこの冊子の思想はこれですから、これを具体的に書き込むことは必要だと思うんですけども、今このマンガを使っちゃうと何のことかわからなくて困る人がいるんじゃないかというそういうふうな感じなんです。

【座長】

わかりました。そのところもう少し事務局ともども頑張りたいと思いますので御了承ください。〇〇委員どうぞ。

【〇〇委員】

今のことに関して〇〇委員が御説明の中にありましたように、救急車マニュアルよりも救急のマニュアルというようなイメージで推し進めなければいけませんよねと言っていたことと関連してお話をさせていただきたいのは、こういった消防庁で救急車利用及び救急車利用の一つのプロトタイプの、大阪ですと「安心コール」ですけども。#7119ですね。ところが実際国民レベルで見ると少し熱が出た、家でどうしようかというところからスタートを切ると、地域医療ではどういうパンフレットを配布しているかという、例えば医師会と地域の保険行政は時間外診療はこうですよと時間が書いてあります。それが府単位と県レベルでは医療情報センターというのはござ

いますというのが書いてある。中毒があるときは中毒情報がありますよと書いています。また救急車の利用に当たってというのは、恐らくこういうのがリプリントされて、その横に#7119と110番の使い方というのが出てくる。これは私が地元の市民団体の人と話をしたときにそういったのが1つのパンフレットの中に山ほど列挙されておいて、先生、ちょっと熱が出るときと救急車を呼ぶときと時間外で、平日のまた病院があいているときをどう使い分けてどこから入っていったらいいんでしょうという素直な意見を伺うことが多いです。私はこういう仕事をしているものですから、これはこうであればこうだと説明をしますけれども、なかなか難しいという実態が恐らくあるんだろうなと思います。皆さんも恐らくそういうことは御存じの上でなかなか整理できないのが現実なんだろうなと思いますけれども、厚生労働省がオブザーバーで入っておられますのでその辺を恐らく地域地域におろすときは御勝手にじゃなくて、こういう形で市民サービスとしての案内を出すほうがいいんじゃないかというところまでもう少し丁寧なやり方をしてあげないといけないのかなというふうに〇〇委員の先ほどの報告を聞いて思います。

【座長】

ありがとうございます。これは最後の利用マニュアルですけれども今お二人の意見を聞いていますと相談センターが真ん中にあるので、真ん中はやはり住民であり国民であり、そしてこの住民が真ん中にあるので、そして住民がどういうふうの流れっていくのかというふうに持って行ったほうがずっとわかりやすいんじゃないのかなという気がしますので、〇〇先生もそれを言いたいのかなという気がしておりましたが、どうぞ。

【〇〇委員】

今のことに関連してですけれども今の8ページの救急医療の受診についてというところ、恐らく救急車の適正利用ということに関しては総論としては国民的には十分理解が得られてきて、タクシーがわりに使うべきではないとか軽症だったらできればそうでないほうがいいというふうには思っていて、ただどんなときに呼んだらいいのかわからないというところが恐らく問題なので、方法論の話をどんどん進めていけばいいなと思うんですけれども、その後ろのほうの平日休めない、日中は用事がある、あしたは仕事だから夜の病院にかかるんだということに関して、実はこれが救急医療の現場からするとかなり医療現場が疲弊している原因にはなっているんですけれど

も、ただ逆にこれが国民側の視点で行くと何でこれが悪いんだと、コンビニも 24 時間やっているじゃないかということに関して、いやそう言う使い方をしていると皆が疲弊して本当に大事なことができなくなるんだというところ理解を求めるところが、かなり我々提供側とそれから国民の間でギャップがあるところではないかと思えます。そこをていねいに説明していかないと、何でかということがちょっと理解していただけないかなというふうに思いました。

【委員】

全くそのとおりでそれも議論したんです。こっちのほうも報告書の中にはそれらしいくだりがありますので、じっくり読んでいただくといいと思います。簡単にいいますと、私たちの国はそんなに贅沢にものを使いまくるような国では実はなかったんです。ですから僕たちが議論をしたときには、あんなふうに食物を残すような国民にいつからなったんだと。つまり食べる量しか最初は食卓に並ばなかったわけです。それが今はばんと並んでばんと残飯を出しているということと全く同じようなことが救急医療でもどうやら起こっているかもしれない。それは本当に待てるのであればあしたでもいいだろう。ただ国民の生活がかわってきていますし、女性がどんどん社会参加していますから子供さんが病気になったときいつ行くのかといったときやはり夜に行かざるを得ないだろう、そういうふうなことも起こっているので単純に夜はいけない昼はいいという話でないこともわかっている。だからそういうふうな状況において、さて今どうするかと言ったときに、やはり必要なときは必要なものを使ってくれという話になるんです。究極的に行くと、またこの絵に戻ってくる可能性があるんですけれども、それらのことを余り難しく全部を一気に説明してわかってもらうというのは多分難しいと思ったので、ぼくはこの絵でいくことについてこの間までは賛成していたんですけれども、やはりこの絵だけ見ると、前の絵がうまくいっちゃうとこの絵だけ見るというのでさっきの発言なんです。今の話に関連して言うと、例えば僕の家のマンションの下には、救急車の呼び方については書いていませんが、#7119 は 3 カ所ぐらい張ってある。今 AKB 何とかという女の子と一緒にのっていますけどばんと出てくる。それから別のところにも載っている。だから #7119 の話は相当程度に説得力がありそうだ。もし書くのであればそのことをぜひ入れたいと思うんですが、全国的にみて #7119 のような仕組みそのものがまだ普遍的に得られるわけではないので、119 でも恐らくそれはやっているということはどうもありそうなので、そういうふう

なことを入れながらこのページには現状においてもこういうふうにしています、頑張っています、皆頑張らしましょうねというところではないかというそういう感じですか。

【座長】

よくわかりました。ありがとうございます。手が挙がっています。〇〇委員どうぞ。

【〇〇委員】

大変今回の資料を見せていただきまして医療側と救急側の本当に大変な体制と本当に日本のこの分野での素晴らしいなということを実感させてもらっているんですけども、利用マニュアルここまでつくっていただいて本当に一般市民も有益だと感じているところなんですけれども、これは使われることを大前提としますとどのぐらい配られるかこれからの議論になると思いますけれども、こういう冊子だったら本当に有料でも入手しておきたといというふうに思われるような内容になっていると思うんです。ただ、今、御意見出ているようなちょっとしたところを改善していくと本当に有益に使えるものになるなというふうに思っていて、最初に救急医療の受診という、8ページ目にあるこれがもしかすると一番最初にあるべきなのかなというふうに思っていて、電話をするときの注意事項とか流れです。これが裏表紙のところにあったほうが使う立場としてはいいのかなというふうに思っています。タイトルも「救急医療の医療マニュアル」みたいにさせていただいて、「救急医療の向上を目指して」というのは内部側の理念とか志みたいなところですので、利用者側からすると「あなたにもできる適切な判断と行動」とかそういう感じで、使う側の視点でいざというとき御活用くださいと書いていただいているので、こういうもので少しリメイクするといざというときにこれを見てこういうふうになればいいんだなということがよりどころになると思いますので、こういうものがあると本当に有益だなと思いましたしちょっと組み直していただくとかなりいいのかなというふうに思います。普段のときにはまず受診についての、まず考えてみてください、こういうとこだけは知っておいてくださいということがあるといいのかなというのがありました。

【座長】

ありがとうございます。

【〇〇委員】

これをつくるとき僕たちみたいなおじさんばかりつくっているんですね。ここまで

はぼくたち一緒にいるんです。ここから先の色つきは皆初めて見ているんです。それで一生懸命しゃべっている。おじさんたちがつくったというのはこの項目を言っているんです。そう言う意味で〇〇さんと〇〇委員みたいな方にパーソナルコネクションでいいですからこんなふうにしたい。「救急医療マニュアル」といっても今言ったみたいに「あなたにもできる判断と社会の仕組み」みたいなキャッチコピーを入れたほうがいいんじゃないかということですね。そういうのは若い人はそういうのがいいと思いますので。

【〇〇座長】

わかりました。ではぜひ見てやってください。〇〇先生から手が挙がっていますどうぞ。

【〇〇委員】

救急あんしんセンターのモデル事業で少し気になっているところがあるんですけども、東京はもちろん先にやられているんですが大阪市と奈良県と愛知県がなったかと思うんですが、奈良県は恐らく展開するのが難しいかなと思っているんですけども、きょうのデータを見せていただくとむしろ愛知県のほうがその利用率が低いような結果になっています。愛知県のほうは名古屋市も含めて比較的しっかりした大きな消防施設があるから大丈夫だろうと思っているんですが、そのことに関してはその後その愛知県がどうなったかというのは余り書かれていないんですけども、全国にこういうシステムを展開するという意味合いでは恐らくそのことは議論されて検討された上で報告書に書かれているんだろうと思うんですけども、報告書に入れる入れないは別にして、その辺のことで何かあれば少し教えていただきたいと思うんです。

【〇〇座長】

ディスカッションの途中にそれが出てきたのかあるいは事務局いかがでございますでしょうか。

【事務局】

愛知県の状況なんですけれども、平成21年度にモデル事業として取り組みました。45ページをごらんいただければと思いますけれども45ページに愛知県の事業主体なり対象地域が書いてあります。実はここの設置場所のところに（愛知県救急医療情報センターも設置）というのを書いてあります。愛知県は従来から救急医療情報センターということで病院の案内をかなり専用の番号でかなり続けておりました。実はその

関係もありましてこの#7119 と既存の番号と併存するような形がなかなか難しいと。どちらかというとな愛知県のほうはまだこちらの救急医療情報センターの番号が定着をしている中でなかなか医師の配置とかも含めて財政的な面も含めてそのままモデル事業として続けるのがなかなか難しかったということでございますが、ただ、本事業についての効果については愛知県のほうもかなり認めておりますし、これで全く終わりということでは私としてはないのかなと思っておりますので、しばらく状況を見てまたお考えになるのかな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。〇〇先生よろしゅうございますか。

【〇〇委員】

ええ。結構ですが、私の知る限り救急医療情報センターというのとかこういう相談センターという機能は少なくとも大阪府に関しては随分と違いがあるんじゃないかと思っただけです。愛知県のほうがむしろそういう救急の情報センターそのものがそういう相談センター的な役割を果たしている、あんしんセンターを果たしているということであればそれでいいかと思うんです。

【座長】

ありがとうございます。よろしゅうございますね。それではどうぞきょうまだ御意見をいただいております先生方いかがでございますでしょうか。

【〇〇委員】

ありがとうございます。〇〇委員に少し関連してお話をさせていただきたいと思っております。消防庁のオンラインデータシステムについてちょっと興味がありますのでお話をさせていただきたいんですが、これは今後データのとかアプリケーションの改善を図っていく課程の中で調査項目をふやしていきますよということなんだろうと思います。3つ目のデータコンバータ運用ということで私がちょっと関係していますいわゆる診療情報のデータとの突合作業というのは恐らく将来的にも通常の業務としてではなくてもあるパイロット的なスタディーで消防のデータと医療機関のデータをあわせて検証したいというようなことが出てこようかと思うんですけれども、そのときに活用の方向性とかあるいは将来は医療機関のほとんどがぶら下がった電子カルテの仕組みになっておりますので、そういったデータとの突合がしやすくなると思うんですけれども、そういった議論は何かされたんでしょうか。あるいは事務局の

消防庁のほうでも将来的なことを考えたこのアプリケーションの整備というのを考えているんですかということをお聞きしたいんですけれども。

【事務局】

ありがとうございます。報告書の126ページをごらんください。実は今回④の部分でございますが搬送医療機関入力を消防機関に求めたいという提案になっております。これにつきましては都市部の消防本部におきましては既に医療機関名入力されているところも多々ありますが、されていないところもあるそういう状況で、実はこの入力については消防機関が相当な負担になろうと思います。とはいうものの実はメディカルコントロール作業部会のほうで〇〇先生が中心に御検討いただいた結果、搬送情報と医療機関の突合については医療機関情報とあと傷病者の年齢であるとか発症の時間等々を突合しますとほぼ8割以上患者さんの特定が可能である、連結が可能であるということがわかってございます。そういう意味で実は医療器機関をきちんと入力いただけると8割以上の突合の可能性が広がってくるということもありまして、現在消防法の改正で実施基準策定における実態の把握というものを求めておりますし、今後救急隊の活動内容についての検討等々も必要になってまいりますので、この分についてまず高次の医療機関、3次と2次につきまして保険者コードを入れていただきたいという御提案をさせていただきます。

【座長】

ありがとうございます。どうも〇〇先生、追加ありますか。

【〇〇委員】

今のは医療機関コードの話で、〇〇委員の御質問は消防が入力する部分に関して、都道府県あるいは消防本部ごとに使っているデータベースなりのソフトから少し標準化されたコンバートのシステムを提案されたらどうか。これは我々医療機関からすると電子カルテに入れたさまざまな情報を全国レベルでのいろいろな疾病ごとのレジストリに入れるときにそこからデータを抽出するというときの標準形が必要であるからだというそういう御質問ですか。それに関してはここに書いてあるように、3つの案が出してございまして、比較的小さい消防本部は直接ウェブで入力をしていって実際現在も実はこのシステムは今のバージョンで動いておりますのでやっています。それから新しくはこの消防庁が提供しているオンラインソフトでやっていただくことになればそれを使って、その消防本部のデータベースとして使ってなおかつそ

れを提出にも使う。これらを使う利点は入力時にさまざまエラーについて入力段階で例えば救急車を呼んだ時間よりも病院についた時間が早い時間に入力されたらそこでデータをはねるとかそういうのは全部自動的にいくという点がございます。ただ大都市の消防に関して消防の中で全体の中のシステムの一部として、今の病院の電子カルテのように救急の情報についても全部データベース化されておりますので、そこに関してはこのCSVファイルで出力していただいてそれをコンバートするということを提供する、ここがなかなかチェックを働かせにくいので、ここに関してはどういところが間違いやすいかという情報などは提供して、それぞれの消防本部で新しいシステムを開発するときに参考になる情報は提供できるのではないかと思いますけれども、そこまでなかなか総務省として消防本部に直接介入するというのは難しいかなと思います。

【座長】

なるほど。よろしゅうございますね。ありがとうございます。きょう〇〇先生、全体を通じましていかがでございましょうか。御質問あるいは御意見をありましたらお願いしたいと思います。

【〇〇委員】

全体は非常にうまく進んでいるように思うんですけども、個人的に各論でちょっとお聞きしたいことがあるんですけどもよろしいですか。これは6章の救急統計になるんですかね。病院到着の定義が結構今まで各消防本部でばらばらで、病院到着までの時間がかかるというのがメディア等でいろいろ批判されたりしているんですけども、今回〇〇先生は病院の収容時間となっている。

【〇〇委員】

はい。到着時間と収容時間を分けて、いままで収容時刻のみだったのを今度到着時刻を追加することになった。128 ページでございます。

【〇〇委員】

128 の新しいのが●ですよ。これを今後書いてくださいということなんですけれども、実態は病院収容時間というかこれは患者が医師に手渡される時間ということですか。

【〇〇委員】

基本的には医師に手渡される時間で、定型的には処置室に運んでそこで引き継いだ

ところですが、ただ地域によっては医師が救急対応の前まで救急車がくるとい
うと出張ってきて、救急車をおりるところでドアをあけて医者が引き取るというところ
がありますが、その場合は処置室ではなくて救急車をおりた瞬間です。到着時間に
非常に近くなります。それからもう一つはトリアージナースのことが今度進んでいま
すので、訓練を受けたトリアージナースが現場でまず引き受けると。医師に引き継ぐ
場合はトリアージナースでもいいんじゃないかという議論になっています。

【〇〇委員】

メディアの批判等にさらされているときに例えば病院到着時間と、病院の中で医
者が待っていて救急隊員、救急救命士が直接ベッドの上に乗せる時間、10分ぐら
いはある間に違っちゃうんですね。その10分で到着時間が違うというのはかなり大
きな資料としては差が出てきて問題になると思うので、それは実態を直接反映してい
なかつたら余計問題になると思いますので、どこかできっちり、これはMCに言う
のかな、消防本部にこういう形で時間をきっちりやってくださいということと言わな
いと、時間の長いのは実は医師にハンドオーバーするまでの時間ですとか、あるいは
短いのは病院の玄関に入ったときの時間ですよと、ある種エクスキューズに使われ
る可能性があるんで、きっちり決めた時間で統計データを出されたほうがいいように思
います。1分2分を現場で短縮してやって10分ぐらいが病院の中で出てきたら何の
ことかわからなくなる。

【〇〇座長】

これは多分通達あるいは条例等で何と決まっていると思いますけれども、いかがで
ございましょうか。事務局どうぞ。

【事務局】

確かにこれは「病院収容時間」という形で発表しております。私どもがこういう統
計のときに言うておりますのは、病院収容時間というのは医師の管理下に入る時間だ
と。その定義というのはいろいろ違いますけれども、医師に引き継ぎを直接やる場合
もあれば、医師の指示を受けたトリアージナース等に引き継ぐ場合でもいいと言
っております。あと実際の救急隊の現場の活動におきまして、本当に病院の医師の方
が玄関先まで来るケースの地域もあればそうでない地域もあるものですが、我々とし
ては統計として病院収容時間というのは非常に重要なので、ただ今回新たに病院到
着時間を設けることによりまして、こちらのほうはより多分客観的に、多分病院の敷地内

に入ったとかいう形で整理できますので、病院到着時間については全国かなり一律的なものになりますけれども、病院収容時間についていうと、救急現場のいろいろな活動の仕方、医師との引き継ぎとか違うところがあるんですが、それまでどっちがいいというわけでありませぬのでどうこうしなさいとはなかなか言いづらいものですから、あくまでも我々としては医師の管理下に入った時間というふうにしておりますので、そこは動かさずに、新たに病院到着時間を設けることによってより客観性を高めるといふふうにしたいと思っております。

【〇〇座長】

ありがとうございます。条例的には医師の管理下に入るところが正しいところである。その管理下というのが引き渡しなのか引き継ぎなのかいろいろな場面であるでしょう。そういう意味でよろしゅうございますね。どうぞ。

【〇〇委員】

今の件に関してはウツタインで提示されていないでしょうか。もしウツタインで出ている時刻、それぞれの時刻で国際的な意味合いでの統一された基準が、私ちょっと正確に覚えていないんですが、もしあるんだったらそれをしておかないとウツタインのものとそれぞれ違うということになってしまいますとまずいので、そのところはぜひ確認だけはしておいていただけたらいいと思います。

【〇〇委員】

たしかですけれども病院到着時間はウツタインでは救急車が最後に停車した時間になっていると思います。ウツタインを使っているもともとの国たちが、救急救命士、パラメディックがALSサポートをしているので、余りどの段階で医師に引き渡すかということが恐らく余り重視されていなかったと思いますので、そういう面では病院収容時間というのはいまもしかしたらなかったかもしれないです。

【〇〇座長】

そのところはしっかり調べて委員の皆さんにお示しするということにさせていただきます。〇〇先生よろしゅうございますか。

【〇〇委員】

はい。病院到着時間と言っても、エンジンを切った時間なのか、今の事務局の話だと病院の看板が上がっている大きな門を通った時間になりますね。それも5分10分違ってきちゃうので、僕は何が言いたいかという現場での処置に数十秒1分を短縮

するためにいろいろなことをやっているわけです。そのところは非常に限界まで努力していて現場は大変だと思うんですけども、到着時間はあっという間に数分なり10分が違ってくるのをいい加減にしておいたら、全体に与える統計データとしてはかなりルーズになるのでそこをきっちり決めて、決めたら到着時間でもあるいは収容時間でもいいですけどもそれできっちり決まったやつを出すという格好にしたほうがいいのではないですかね。

【座長】

わかりました。

【〇〇委員】

今「医師の管理下に」ということをおっしゃっていましたね。病院の敷地に入った途端に病院長の管理下ですからね。だからお書きになるときに少していねいに書いていただく。僕は到着は車がとまったその瞬間でいいと思うんです。飛行機なんかは出発時間はゲートから離れる時間ですね。だからそういうふういきちっと決めていただいて、それに皆が従うということについてぜひお願いしたい。

【〇〇委員】

定義を明確にしたいと思います。

【〇〇委員】

〇〇先生のおっしゃるとおりだと思います。東京はやはり病院収容は医師への引き継ぎが終わった時間でデータをとっております。ということは、こういう救急の現場でした、処置はこういうことをやってきました、家族の皆さん御本人から既往症とか様々なことこういうことを伺ってきましたと、すべて医師にお伝えをし終わった時間でとっております。それが東京の全案件の昨年一年間の統計で覚知から51分でございます。病院到着まさに救急外来などの玄関に救急車がとまった時間これは39分あります。そうすると病院到着から医師引き継ぎ完了まで12分間ございます。この12分間は、処置室に実際に傷病者を搬送していったり看護師さんたちがその間にいろいろ準備をしていたりとか、医師が出てこられて医師の方に救急隊員がいろいろな状況をお伝えして、よしわかったぞと言っていただいた時間まで玄関到着から12分平均値かかっているということで、これは恐らく、くどいようですけども多分消防本部によって若干取り方が違っていると思うんです。それがごちゃまぜになって都道府県単位で公表されるとやはり誤解を招く面がどうしても出てくるということで、細か

な病院到着とか収容時間とか分けてデータを取っていたのは非常にいいことだと私は思います。ぜひやっていただきたいと思います。あわせて、収容という言葉がちょっとわかりにくいんですね。処置室のベッドに傷病者の方を乗せた瞬間なのか、説明がドクターの方に完了した時間なのか、こういうものを収容というんだぞというのはぜひ例示として示していただいたほうがいいのではないかなと。特に市町村の消防本部に通知が流れる会は都道府県が開催しますので、都道府県には消防の現場をやっていらっしゃる方はいらっしゃるわけですから。そういう意味でそういったデータの取り方に向かっていくのが非常に大事ではないかと思います。

【〇〇委員】

そういう面では医療機関、引き継ぎ時間とかに言いかえたほうがいいのかもしれないです。これは従来あったもとの項目が使用時間なので、継続性ということでそれに関してはちょっと見直しを考えたほうがいいかもしれません。

【座長】

ありがとうございます。それぐらいにさせていただきたいと思います。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

ほとんど〇〇委員と〇〇委員のお話にあったんですけども、利用マニュアルのことで、全体を見てこれはあっちだこれはあっちだ思うところはあると思うんですけども、使ってほしいという気持ちがあるから、自分にかかわることだと思ってもらうためにはやはり最初に余り「利用マニュアル」という言葉とか「救急医療の向上を目座して」というのはちょっとどうかなと。できるだけ自分にかかわる、救急車をどんなときに利用しますか、あとためらわないでこういうときは受診してねということもあるんですけども、こういうところが前面に出てくると、自分にかかわることだと思ったりやはりあけると思うんです。まずはあけてほしいと思うので、全体を見ている、一番最後のページとかもいろいろ思うことがあるんですけども、一番最後まで読んでくださればもう御の字という感じで、うちのパンフレットなんかはかなりわかりやすくつくっているつもりですけども、あけてもらえないということがあって、まずはあけてもらって、自分に関係することなんだと思えば読み進めていくと思うので、そこら辺のつくり方とかをもう一回私たちも簡単なものをつくって提案をちょっとさせていただきたいなと思います。

【座長】

ありがとうございます。非常に貴重な意見だと思います。事務局ぜひよろしく願いたいと思います。国民の皆さんがこれを見なければ何の役にも立たないよというところをぜひお考えいただきたいと思います。ほかにいかがでございましょうか。

【〇〇委員】

済みません別の話題ですが。蘇生統計のデータの扱いでございしますが、131 ページのところになりますけれども、ウツインデータを各地域のメディカルコントロール協議会の単位で今情報提供をして、全体のうち各地域のメディカルコントロール協議会のどのあたりに位置をしているか、そして社会への公表については各地域のMCの判断に委ねるというふうになっております。自分の地域が、例えば東京消防庁であれば東京都のメディカルコントロール協議会が何%ぐらいの蘇生率で、全国的に見てどの辺の位置づけにあるのかというのを自ら検討するというのは当然といえば当然かもしれない。公表との兼ね合いですけれども、やはり全体の次ページ以降の棒グラフの中で、各地域の自らのMC自分の地域がどの辺の位置にあるのか、そしてそれが消防活動体制や消防力の配備、医療資源などのさまざまな観点から、どういうふうに評価検証すべきなのかということをも十分議論して、その上でもし必要があれば社会に公表なり意見を述べるというのが本来の姿だろうと思います。〇〇先生、〇〇先生、〇〇先生、〇〇先生、先生方とこれからの御相談になりますけれども、そのように自らの検証を経たうえで必要があれば公表なりあるいは何らかの機関から問い合わせを受けた場合には検証した上でそれに応じていくというのが本来の姿でということになるのではないかと思います。この132 ページ以降のグラフでこんなに地域で差があるのかなと、例えば図の6-5で1カ月後生存率というのが赤のグラフだけ、比較的大都市でしょうか、他で見ても1%のところから21%までありまして、CPA傷病者のいくら目撃ありの症例とはいえ、5人に1人の方が1カ月後生存している地域ってすごい地域だと思いますが、本当にこのデータはどのようなデータかなという感じもしなくありません。くやしませで言うわけではありませんけれども。そう言う意味ではやはり各地域がきちんと検証すべきだと、その上で必要があれば公表する、そうでないと数字だけが一人歩きをすると非常に世の中の皆さんに誤解を与えてしまう可能性があるんで、物すごく安全な地域ですとか物すごく危険な地域ですとか全くミ

スリードしてしまうんじゃないかという感じもします。そういう意味ではもしかすると全国MC等も含めてきちんこのデータの意味合いというのを検討した上で世の中で発信していくというほうが本来の姿ではないかなという感じがします。

【〇〇座長】

これがこういうふうになったのは、各県ごととか都道府県ではなく各MCごとのデータですね。だから意外とこういうふうになっているんだろうと。

【〇〇委員】

今の件について私堺市ですけれども、堺市は中規模よりちょっと大きいぐらいのメディカルコントロール協議会の単位ですけれども、それでも例えば目撃ありの心原性でVFの症例というのを選んできて1カ月生存という、もうn数が小さいんです。例えば昨年一昨年と比較していても1例多い2例少ないと言うだけで比率にすると大いに変ってしまう。ですから恐らくこういうデータにばらつきが多いのは、非常にテンプレートが細分化されておりますので、いわゆる母集団が小さくなってしまっている。それが1個ふえた2個減ったというのは余り意味をなさない可能性があります。ですから先ほど〇〇委員が言ったように、データの扱い方ということについては慎重な解釈が必要ですよということを前提におっしゃったのは、恐らくウツタインの研究をされている先生方皆そうなんでしょうけれどもそういうことだと思います。検証した上で公表した方がいいですよというのは、私も個人的にはそう思うんですけれども、先ほど言いましたようにいかんせん小さくばらばらにしてしまうとnが小さいものですから評価のしようがない。お隣と比べても分母大きいのに対して症例が1~2増えた減ったでパーセンテージが変わってしまうようなものではむしろ統計としての意味がなさないところがあって、分析できないんだから、すなわちそういうふうな見方をしてデータというのを使ってくれというのが恐らくメディカルコントロール協議会に対するデータの使い方の注意事項として出さないといけない。それはマスコミに対しても同じだと思います。この棒グラフそのものがぼんと出れば、恐らく〇〇委員がおっしゃったような解釈をされる人が山ほどいます。だけどこれを解析したことのある人は、実はこれを解析できないんだよ、nが小さ過ぎて、ということを知った上でデータを扱っているということです。

【座長】

全く私も。だからMC協議会ごとのデータですねというのはそこなんです。全体は

どのぐらいの協議会の数になっておるのでしょうか。

【事務局】

今現在全国MC協議会、グラフのほうの右上に書いてございますが、248 ということで県で1つの地域というのもございますので、そういうことになっています。先ほど〇〇委員のほうからもいろいろお話がありましたけれども、このデータの意味とか使い方につきましても全国MC協議会連絡会というのもございますので、そういったところでちゃんとその注意事項なども含めて徹底した上でデータについてもお渡しするというのが私どももいいのではないかなと考えています。

【座長】

ありがとうございます。そこを含めてこのデータそのものにも多少イジェンドをつけておいたほうがいいのではないのかというところは事務局と相談しますので、〇〇委員よろしゅうございますか。

【〇〇委員】

しつこいんですけれども、ていねいな説明をぜひ入れておいてください。ちょっと前にいわゆる preventable trauma death というのがありましたね。あれを「避けることのできた死亡」と言ってしまった人がいるわけです。そうするとメディアは生きるはずが死んだんだという話になるわけです。それが 20 例あったとするとあんたたち 20 例を失ったんだね、生きるはずが。こうなるわけです。P s 50%以上でなおかつ云々かんぬんというていねいな説明がないと。完全に一人歩きますのでよろしくをお願いします。

【座長】

ありがとうございます。もう少ししていねいに。

【事務局】

注意事項等につきましてもこのグラフのところに全部入れるようにさせていただきますと思います。

【座長】

ほかにいかがでございましょうか。そろそろ時間が詰まっておりますけれどももし御意見がなければこのぐらいにさせていただきたいというふうに思います。ありがとうございました。意見がないようでございますので、今後の流れといたしましては今の御意見を十分踏まえまして事務局と座長が誠心誠意答申書をつくっていくと

ということになります。そしてこれが最後にさせていただければありがたいと思いますので、座長に最終的なところは一任をお願いできればありがたいと思いますがいかがでございますか。(拍手) ありがとうございます。それでは座長と事務局で誠心誠意先生方の御意見を反映して最終的な答申書をつくっていきたいというふうに思いますので、これからまた最終的な御意見を各委員の皆様からいただくということにさせていただきたいというふうに思います。それでは最後事務局のほうにマイクをお渡しさせていただきます。

【事務局】

本日は活発な御審議をいただきましてありがとうございます。本検討会で議題となりました報告書につきましては、各委員会から意見がございましたので事務局のほうで座長と御相談のうえ取りまとめていきたいと思います。最後に次長の株丹から一言ごあいさつ申し上げます。

3 あいさつ

【株丹次長】

年度末近く3月の中ごろで大変お忙しいところおいでいただきましてありがとうございます。特に作業部会3つということで大変大きな検討会でございます。〇〇先生、〇〇先生、〇〇先生それぞれ部会のほうをまとめていただきました。本当にありがとうございます。座長におかれましては一任ということがございます。もしばらくは私どもとおつき合いをいただきたいと思いますと思っておりますが、〇〇座長にも本当にありがとうございました。座長が先ほどおっしゃっておられましたけれども、私どもきょういただきました委員の先生方からの貴重な御意見をいただきまして、もちろん報告書としてもとりまとめいたしますけれども、今後の消防行政の中に十分生かさせていただきたいと思っております。特にきょういただいた御意見の中実は前回は特に公表の問題がございましたので、その点が中心になるのかなというふうに思っただけですがそうはならず、もちろん最後に非常に重要な問題ということでちょうだいをしたわけでございまして、それはそれできちんとやってもらいたいと思っておりますけれども、私としては2点ちょうだいをしたと思っております。1つは〇〇先生に御提起をいただきました時間の問題でございます。先生方の御指摘はまことにごもつともだというふうに私は思っています。消防関係でこれまで統計をとっております時

間の関係のものの中にも、実は本部ごとの扱いが違っておったので、それを途中で統一をさせていただいて結果的にもちろんその前後の年で時間が長くなるというようなことをやったことがございます。今回は新たに取り組むということでございますので当然定義的な法的なものというものの説明はもちろんなんですが、それぞれの本部で実際に時間をとるものがちゃんとわかるような相互に納得ができるようなものとして特に統計上注意しなければいけないというふうに改めて思いました。〇〇部会長にまたあの点を詳しく御指導いただきながらきちんとやって参りたいというふうに思っております。もう一つはマニュアルというかパンフレットこれはさっき御指摘がありましたようにイラストの入ったものというのがなかなかでき上がりませんでした。私自身は出席はしていないんですけども、部会でもていねいな御議論をいただいてそれなりにやってきたところではあると思えますけれども、若干職業病みたいなところでこんなこともやっているとか、私どもはこういうことも考えているそこもわかってほしいというのが〇〇先生のおっしゃる8ページ目に凝縮して出てしまっただいかなというふうに思ったところです。私の上司長官がいるんですが、長官もまじえてマニュアルのことも実際にその議論をしたことがございまして、多分部会よりも前のタイミングなのでもっとかたいとか、おじさんたちがつくったような内容の段階だったというふうに思うんですけども、そのときに長官が言っていたのが、自分の家族に見せろと。一応我々も商売でやっていますのでどうしても専門用語が入ります、その上でものを見るわけなんですけれども、自分の家族が見てわかるのか、読もうと思うのか、そういうような点に気をつけろということがあったので、当然室長以下で自分の家族がいないものはあれですけども、見た上でやってきたというふうに思えますけれども、なおもし御協力いただければ委員の先生方にも再度ごらんをいただいた上でしっかりしたものをつくりたいというふうに思っております。本当に1年間おつき合いいただいたわけでございますけれども、毎回委員の信念それから情熱、消防関係いろいろあるんですけども、救急の関係というのはこれからやっぴかなければいけないしかし非常に現場としては苦しいというのがございまして、ぜひ暖かくそれから厳しく御指導いただきたいと思っております。どうもありがとうございます。

【事務局】

それでは以上で第3回救急業務高度化推進検討会を終了いたします。皆様本当にお

ありがとうございました。

—了—