

平成22年度第1回 全国メディカルコントロール協議会連絡会

平成22年6月2日（水）

三田共用会議所 講堂

13時00分から15時30分

1 開 会

2 「搬送・受入れに関する実施基準の策定と救急相談事業について」

【座長】横田順一郎 先生（市立堺病院副院長）

(1) 改正消防法の施行状況について

長谷川 学（総務省消防庁救急企画室）

(2) 大阪府における搬送・受入れに関する調査・分析と実施基準の策定について

金森 佳津（大阪府健康医療部保健医療室）

(3) 栃木県における搬送・受入れに関する調査・分析と実施基準の策定について

山下 圭輔（自治医科大学救急医学教室）

(4) 東京都における救急相談事業

～東京消防庁救急相談センターの現況と今後の課題～

森村 尚登（東京消防庁救急相談センター運営協議会）

(5) 救急安心センターおおさかについて

磯淵 久徳（大阪市消防局警防部）

(6) 奈良県救急安心センターモデル事業実績

武末 文男（奈良県医療政策部）

3 「AEDの適正管理・使用について」

(1) 消防機関におけるAED不具合事例について

長谷川 学（総務省消防庁救急企画室）

(2) AED不具合事例への対応

飯村 康夫 (厚生労働省医薬食品局)

4 「エピペン投与とMCとの関わり」

(1) 救急救命士がエピペン投与を行った事例について

阿部 和巳 (東京消防庁救急部)

(2) アドレナリン自己注射 (エピペン) の処方を受けている児童生徒の情報に関する教育委員会と当市消防局との連携について

渡邊 仁次 (千葉市消防局警防部)

5 各省庁からの連絡事項

6 閉 会

【長谷川専門官】

大変長らくお待たせしました。それでは、平成22年度第1回全国メディカルコントロール協議会連絡会を開催させていただきます。本日の司会でございますが、総務省消防庁救急企画室の長谷川が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。まず、全国メディカルコントロール協議会連絡会、小林会長にごあいさつをお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

【小林会長】

皆様、こんにちは。ただいまご紹介をいただきました会長の小林でございます。きょうは400名近い、MCにかかわりの深い皆様方がお集まりでございます。消防庁関係、あるいは行政の方は勿論なのですが、今回は地域の医師会の先生方、それから、中核医療機関の先生方にも多数ご参加をいただいております。心より御礼を申し上げます。さて、我が国の救急医療体制は、いろいろな課題が山積しているのはご存じのとおりでございます。とかく医師不足が前面に出て、医療側の問題がクローズアップされておりますけれども、医療と救急搬送の連携不足、あるいはメディカルコントロール体制の地域間格差等の問題も大きな問題であります。このたびの消防法の一部改正によりまして、都道府県はMC協

議会等の協議会を設置すること、消防機関と医療機関の連携を強化すること、そのために必要な各種の実施基準を策定すること等が義務づけられております。このような状況を考えますと、このMC協議会連絡会の果たすべき役割はますます大きなものになっていくと考えられます。後ほどまたご報告いただきますが、最近のAEDにかかわる不具合の事例を全国のMC協議会を通じて集積し、そのデータを専門家のチームが解析いたしましたけれども、このような全国規模での消防と医療の連携、これを支援する作業もまたこの当連絡会の使命の大きな1つと考えております。本日は消防法改正に伴う消防と医療の連携のうち、搬送と受入れに関する実施基準の策定、それから、救急相談事業、この2つのテーマにつきましていろいろな地域の取り組みをご紹介いただくことになっております。また、先ほどご紹介したAEDの適正管理、適正使用について、あるいはエピペン投与とMCとのかかわりということについても報告をしていただくことになっております。会場にお集まりの皆様方には、意見交換に積極的に参加されまして、その成果を参考にされましておのこの地域で救急医療体制の発展、向上につなげていただければ幸甚に存じます。よろしく願い申し上げます。どうもありがとうございました。

【長谷川専門官】

小林会長、ありがとうございました。それでは、早速、議事を進めてまいりたいと思います。まず、「搬送・受入れに関する実施基準の策定と救急相談事業について」のテーマに関しまして、日本救急医学会理事・市立堺病院副院長の横田順一郎先生に座長をお願いいたします。横田先生、よろしく願いいたします。

【横田座長】

皆さん、こんにちは。市立堺病院の横田でございます。本日の大きなテーマであります搬送と受入れの実施基準の策定についてと、もう一つ救急相談事業について、いろいろな方面で工夫をされている方々にご発表願って、その上で皆さん方とディスカッションをしたいと思います。僭越ではございますけれども、座長を務めさせていただきます。それでは、早速、発表に入りたいと思います。最初は総務省消防庁救急企画室の長谷川救急専門官から改正消防法の施行状況について、長谷川様、よろしく願いします。

【長谷川専門官】

それでは、冒頭に本日ディスカッションの1つ目のテーマの基礎資料として消防庁から簡単に、消防と医療の連携の推進について発表させていただきます。まず、消防法が改正されてございますが、協議会と搬送ルールの策定の2点が大きなテーマでございました。

まず1点目の協議会でございますが、都道府県に設置。構成メンバーはこちらに記載のとおり、消防機関、医療機関、あとは地方の医師会等々、都道府県、学識経験者等々で構成されるメンバーによって、それぞれ傷病者の搬送及び受入れの実施状況に関する協議、実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に関する連絡調整を行うこととなっており、その結果につきましては都道府県知事に対して意見具申が可能です。また、関係行政機関に対しては協力要請を行うとなっています。2つ目の実施基準の策定でございますが、都道府県が策定し、公表を行うものとしております。大きく分けて4つございまして、1点目が傷病者の状況に応じて適切な医療の提供が行われるように分類された医療機関のリストを作成。2点目が、消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先、医療機関を選定するためのルール。3点目が消防機関が医療機関に対し、傷病者の状況を伝達するためのルール。4点目が速やかに搬送先が決定されない場合に医療機関との調整を行うためのルール等々ございまして、私ども総務省消防庁と、厚生労働省から情報提供させていただくとともに、各協議会のほうで議論をいただくということになっております。まず、改正消防法の施行状況についてでございます。5月17日現在の資料でございますが、左側、協議会の設置状況でございますが、現在、5都道府県、神奈川、奈良、佐賀、熊本、宮崎を除きまして、設置されております。一方、ルールの策定が右側でございますが、現在、東京、石川、香川、愛媛、鹿児島のほうで策定済みでございます。基本的なデータをこちらで紹介したいと思います。こちらは私ども消防庁が各消防本部のご協力を得て得たデータでございますが、こちらは医療機関の受入れ状況調査でございまして、今年の3月に取りまとめたものでございます。これは平成19年からのデータをお示しておりますが、照会回数4回以上の事案を占める割合をピックアップして挙げております。例えば東京都のように大きく下がっているところがございます。一方で、奈良についてはまだ横ばい状態となっております。また、心肺停止の方々を対象とした調査も行っておりまして、全国調査ということで平成21年、昨年12月、1カ月間を用いまして消防機関にご協力いただいて調査をしております。そちらからの結果を示したのですが、これは現場出発から病院収容までの時刻の変化、時刻の時間ということで、例えば京都、大阪、沖縄のように短いところがあれば、一方で、秋田、山梨、和歌山のように時間がかかるところもあり、これは地域特性がそれぞれあるという状況でございます。次は照会回数別の構成比でございますが、こちらについては例えば奈良県のように照会回数が非常に多い都道府県もございまして、一方で多くが1回目、一発で決まっているという都道府県

もでございます。こちらが搬送先の構成比でございます。それぞれ初期、二次、三次で示しておりますが、例えば東京や佐賀のように三次医療機関がメインで受入れているところもあると、秋田や長崎のように一次、二次が中心となって受入れているところということで、ほんとうに地域特性が伺える資料でございます。次に大阪と栃木におきまして詳細な調査、上乘せ調査をしてございます。こちらから得られたデータについて、ホームページ等々で公表していますが、搬送先の根拠別照会回数が多いものを見たところ、例えば自損の患者さんについては照会回数が4を超えているというところがございます。こちらが搬送先決定までに要した時間でございますが、こちらも同様に自損の患者さんについては時間がかかっているというところなんです。次に照会回数を示したものでございますが、例えば薬物中毒、精神疾患、飲酒、過去に問題のあった傷病者につきましては照会回数が増えているというところ、また、搬送の決定の時間でございますが、それにつきましても同様の傾向が伺えております。次が救急隊による判断とドクターの評価の違いを示したのですが、これは後ほど先生からもご説明があると思いますが、救急隊が初期対応が必要と思ったもののうち、71%が一次対応で十分であった。二次対応のものが28.2%であったというところなんです。ここで問題になるのはアンダートリアージ、つまり、軽い方だと救急隊が判断したが実は重症の患者さんでしたというケースがございますが、これにつきましては、割合は一定程度に抑えられていると考えています。次が救急隊選定根拠と初期診断の合致率ですが、例えば大阪のデータで言いますと、外傷、妊産婦につきましては合致率が高い。こちらは栃木の例でございますが、栃木も大阪と同様の傾向でございました。私からは以上でございます。

【横田座長】

ありがとうございます。改正消防法に伴って、それぞれ協議会の設置、そして実施基準の策定というのが宿題になっているわけです。今回、皆さん方のお手元の資料の1のところに目次がございますが、この前半部分では改正消防法の協議会の設置と、実施基準の策定についてお二方からご発表願いたいと思います。医療資源が多い都市型を代表して大阪府から、もう一つは恐らく医療のリソースが少し限られている平均的な都道府県を代表して栃木県からです。その中でどういう工夫をしていくかということで、それぞれご発表願いたいと思います。それでは、まず大阪府健康医療部の救急医療対策課長、金森様、よろしくお願ひしたいと思います。

【金森医療対策課長】

こんにちは。大阪府の医療対策課の金森でございます。本日は、今ご紹介いただきましたように、大阪府の実施基準の検討状況、どういった点に留意して検討、作成を進めているかということをご紹介させていただきたいと思っております。横田座長にお世話になっておりまして、先生の前で発表する生徒のような気分で緊張しておりますが、拙いところをご容赦いただきたいと思います。大阪の概況ですが、都市部とご紹介いただきましたように、人口が約880万人、救急需要も非常に多くて年間の救急搬送人員が大体40万人ぐらいです。若干微減の傾向ですけれども、大体40万から41万人という状況で、急病がそのうち約30万人、また、軽傷者の比率が全国平均に比べて非常に高く、大体この数年、60数%で推移しているという状況です。しかし、告示病院の数も非常に恵まれてはおりまして、かつては320ほどございましたが、減ってきたとは言えるものの、三次救命が14、二次救急が265という状態です。ただ、先ほど消防庁の専門官の数字にもございましたが、照会件数が4回以上の搬送事案というのが非常に多くなっておりまして、東京都は激減されたのですが、大阪はほとんど下がっていないというより、少し上がり気味でございます。重症の患者さんで約8.9%が4回以上の連絡を要しております。また、小児においては6%、周産期は少し減って6%ぐらいということで、ここに記載しておりませんが、これ以外に救命救急センターに最終的に搬送された患者さんが1万人弱あります。そのうち中等症ぐらいの患者さんについては、非常に搬送連絡回数がかかっておりますので、4回以上が1割ぐらいあるという状況です。私どものほうでは法に定める協議会を大阪府救急医療対策審議会という衛生分野の方が所管している審議会を当てております。メディカルコントロール協議会とどちらを協議会と位置づけるかという議論はあったわけですが、行政的な事務局をどちらが持つかというような技術的な問題もありまして、もともと条例設置であった救対審と呼んでいる審議会をこの協議会に当てさせていただいております。ただ、実質的な中身の議論というのは、メディカルコントロールにご参加いただいている先生方のご支援なくしてはできませんので、具体的な議論はこの協議会のもとにワーキンググループを設置しまして、メディカルコントロールの会長兼救命センター長、そして消防関係、医師会の先生方に入っていただいて、実務的な作業を進めております。同時に基準の具体的な中身は一部、二次医療圏で完結して作成していただく部分がございますので、各二次医療圏の保健医療協議会という、これもやはり衛生サイドの協議会を大きな器とし、そのもとにメディカルコントロールの先生方にご参画いただいて、合同で設置

したような形の小委員会を設けて検討を進めているという状況です。この図は策定、それに関する調査、さらには実施後も含めて、それぞれ協議会という新たに設置した場と消防と医療側がどういった役割を担うべきか。それを条文と関連づけてお示ししたものでございます。あらかじめ実態を把握するために、まず消防機関の調査をする必要がございますし、医療機関側では医療資源の現状を調査する必要があるということで、両面からの実態把握と運用後、そのルールを遵守しつつ、最終的にはデータの集積と検証を行っていくという必要があるということでございます。詳細は後ほど少しだけ触れさせていただきます。私どもの実施基準なのですが、先ほどデータで少し一部紹介されていましたが、実際、搬送連絡回数が非常に多いのは薬物中毒の患者さんであるとか、飲酒があるとか、色々な背景因子が影響している場合が多いです。しかし、それに着目してこの実施基準を作ろうというのは、正直なところ不可能だと思っております。ある程度それは別の枠組みの中で、他の保健福祉の仕組みも連動させて議論を進めないという良い基準はできないでしょうし、実際の救急搬送の救急医療の質の向上ということは図れないと考えております。したがって、中心としてはスライドで赤字になっております成人の身体的異常のある傷病者、この中で特に緊急度が高く重症度が高いと思われる患者さんをいかに適切な処置のできる医療機関に運ぶか、こういう点に焦点を絞って実施基準を策定するというをまずポイントとしております。この中身については、詳細な共通モデル案を先ほどのワーキンググループで作成をいたしまして、現在、おおむね80万人から、多いところで100万人を超える二次医療圏、それぞれ救急告示機関は大阪市内でしたら90以上ございますが、他の圏域は大体20から30という病院の中で、ある程度完結してリストを作ってください。そしてルールも決めていただくということで作業をお願いしている段階です。それ以外に産婦人科領域の傷病者で、これまでの産婦人科のかかりつけ医の医療機関を入りにしたリスク管理では搬送がうまくいかない患者さん、未受診、受診をされていない患者さんであるとか、あるいは最重症の合併症がある妊産婦さん、こういった患者さんについては大阪府内全体で限られた医療資源を生かして受入れられるリストをつくるという考え方に立っております。また、ウォークインの患者さんが非常に多い、また、軽症の患者さんが多くて、初期の診療体制を充実させる必要のある小児についても、基本的には府内全域で1つのルールを決めていくという考え方に立っております。枠組みの中は、先ほど搬送連絡回数を増やしている大きな要因となっている幾つかのものがございましたが、そういったものについては、例えば精神科の既往のある患者さんについては、精神科の医療機関の救急シス

テムと連携をしないと解決を図ることができませんので、別の検討会を設置し、今後、自殺未遂等も含めて新たに枠組みを決めていくということです。これらについては医療機関リストをつくらうとしても積極的にそういった患者さんを受けていただけるリストに名前を載せていただける医療機関が今の仕組みの中では当然ないと思っておりますので、そういうことを考えた上で、将来的には実施基準の中に何らかの形で組み込んでいきたいと考えています。協議を進めていく上で私どもが先行して幾つかの地域でやってきたことも踏まえて感じていることを幾つかご報告したいと思えます。最大の課題は関係する、消防というのは行政機関ですのでともかくとして、各二次病院の先生方との間で共通の目標と問題認識を持つということが最大のポイントです。大阪のように民間の病院が多いとやはり経営の問題もありますし、それぞれの病院の特性というものも大きく影響しますので、単純に行政がルールを決めようといっても、ご病院としてはそれを素直に「はい」と言うわけにもいかないというところもあって、全体として救急医療をどうしていくのだという共有する目標を理解していただく必要があるということをお聞き、強く感じております。おまけに、この基準で解決できるのは、ある搬送と受入れの一局面に焦点を絞って、現在の医療資源を有効活用してやれることをやるのだということをはっきりしておかないと、当然、私ども行政にはもっと根本的な課題解決ということも求められているわけですが、それも何もかもこの場で解決するということは不可能であって、この局面でやることをはっきりやるということをまず入り口で共有することが大前提になるかと感じております。そのためにも地域の救急搬送の実態をリアルに把握して、同時に医療資源がどんな状況なのかということも把握する必要がある。その上で、これまでは各医療機関が救急告示を上げてよということで協力診療科を申し出ただいて告示をさせていただいているわけですが、その単体の医療機関としてできることを存分にやっていただくというだけではなくて、地域全体で1つの集合体として体制を組んでいただくということをお願いしております。その場合にはやはり各医療機関が得意とされている診療機能の特性を生かしていただくこと、また、どういった患者さんを積極的に受入れてやろうと考えてくださっているかという、そういう意向を踏まえるということ。その上で足りないところはやはり少しご無理をお願いして不足するところを補い合ってください。ある程度ルールを決め、また、発生数がわかってくると、一定の受入れの見込みを立てて、その受入れ体制を整えていただくこともできますので、やみくもに特定の医療機関にご負担をかけるというのではなく、少しは負担の軽減につながる可能性もあるということで病・病連携を強めるという点につ

いてご理解をいただくようお願いをしております。そのために具体的には搬送の実態調査を実施し、また、医療機関の機能調査というものを記載のような内容で行っております。先ほど消防庁のほうからお話があったのは、12月に大阪市のMCと関係病院、消防のご協力を得て1カ月調査をしました。そういうことをするとかなり数量的にはっきりといろいろなことがわかってきまして、例えば脳血管障害の患者さんというのは、大阪市内に266万で、1カ月580人ぐらい消防が疑ったというのがありました。しかし、その患者さんに対してt-PAが実施されたというのはわずか8件しかない。これが果たしていいのか悪いのかということが議論されるべきだということでございます。この詳細な調査の分析については、恐らく今後、救急医学会等の場で、私どもの府立の急性期総合医療センター等で今、分析中ですので、データのご紹介はさせていただくことになると思うのですが、一例を挙げればそういう実態がありますし、また、400件以上おられる循環器の患者さんについて、かなり循環器が得意とされているご病院にアクセスしようという努力はされていていいのですが、ほかにも同様の処置ができる場所があっても、ある特定の医療機関に重ねて搬送連絡を入れているために、やはり断り率もそれなりに高くなってしまっている。もっと分散してその機能を把握して搬送すれば速やかにいくのではないかとというようなことが考えさせられるようなデータが出てきたりしております。一方で、医療資源についても協力診療科のレベルでは実際、最近のように専門性が高くなりますと、ご来場の先生方のほうがはるかに詳しいと思いますが、すべての医療機関が24時間365日、同じレベルの同じ専門性のある先生を当直していただいて、同じ機能を提供していただくというのは現実問題としては不可能です。そこをやはり全体でどのように地域の救急医療として標準的な診療機能を提供していただくかということを知るためには、かなり具体的な時間帯や曜日まで区分けした診療機能の実態ということを把握する必要があるということで、現在、各医療圏でそういう調査を実施しております。それを踏まえて、私どもがつくろうとしている医療機関のリストの枠組みをお示ししております。これは地域の実情に応じてアレンジ可能ということにしているのですが、1つのモデル案として私どもが大阪府内全体に提示しているものです。救命救急センターの役割、当然、明確にされる必要がございますし、その上で大きな一番広い範囲の四角の部分、ここがこれまで一括で二次告示の救急医療機関ということでご協力をいただいていた医療機関の部分ですが、これについて重症度が高く緊急性が高い特定の病態を救急隊が一定の選定をして、判断をして、選別して運ぶということで、急性冠症候群ほか、CPAも含めて10のカテゴリーを設ける

と考えております。そして一方で、現場で病態の特定ができない場合、あるいは緊急度が高いと思うのだけれども、もう少し幅広く受けていただく必要がある場合に、重症初期診療対応医療機関と仮に名付けておりますが、複数の特定病態の診断、処置が一定やっただけで、場合によっては必要に応じて専門のほうに水平、あるいは高次への転送をするという前提で少し幅広く受けていただく医療機関のグループをつくる。なおかつ、重症度の高い人は無理だけれども、軽症や中等症については協力するよという医療機関をグルーピングする、こういうイメージです。当然、医療機関は1つの枠組みにエントリーしていただくのではなくて、それぞれの機能に応じて複数の分類にリスト化させていただくという考え方でございます。そういったリストを運用し、最終的にはある程度継続的にその実施基準が運用されている実態を把握するために調査データ集積を行いたいと考えております。救急事案の病院前の情報について消防の協力を得て、一定現在の救急活動記録表に加えて、今回の実施基準で定められた選定の判断根拠を示して何を根拠にしてその患者さんの病態を特定したのかというデータも含めた総合的な病院前の傷病者情報と、受入れていただいた医療機関側の情報をマッチングしていく必要があると感じておりまして、横田先生の堺市でありますとか、大阪の南部のほうでは一部、特定の疾患についてはそういった取り組みをスタートさせていただいております。救急医療情報システムという情報共有の仕組みもありますので、こういうものを使って相互のデータを入力して、それを検証していきたいと考えております。それをやることによって実際に私どもがつけさせていただいた実施基準というものが適切なものであったのかどうかということが明らかになるでしょうし、また、それが合理的に現場で有効に運用されているのかどうかということも解ってくると思います。現に同じようなルール決めをやっていただいている地域においては、やはり観察的的確性、先ほど合致率が出ておりましたが、リストなしで一定の選定のチェックカードだけをもってやっていただきますと、先ほどご覧いただきましたように、外傷のようにかなり明らかに外から確認できるものを除くと6割前後の合致率でございましたが、堺や泉州地域では脳血管障害や循環器等についても8割前後の合致率まで上がってきておりますので、やはり具体的な選定、判断基準を示して、なおかつどの病院に運ぶかということまで念頭に置いて運用していただくと、当然、救急隊の方の合致率はかなり向上してくるのではないかと考えています。その結果、当然、搬送側の救急隊活動の質の向上にもつながりますでしょうし、私ども医療提供体制を整える責任のある医療側がなすべきこと、この実施基準ではフォローできないところも含めて課題もあらわになって、今後の

対策、充実を図れるのではないかと考えております。私からは以上でございます。ありがとうございました。

【横田座長】

金森さん、ありがとうございました。恐らくフロアの方々、この発表に対して質問とか確認とかあろうかと思えますけれども、後の総合討論のところでご質問を受けたいと思います。時間の都合もありますので、先に発表を済ませたいと思いますので、ご協力のほどよろしくお願いします。引き続きまして、次に自治医科大学の山下先生から「栃木県における搬送・受入れに関する調査・分析と実施基準の策定について」ということでご発表いただきたいと思います。よろしくお願いします。

【山下准教授】

よろしくお願いします。栃木県の自治医科大学の山下でございます。表題のようなテーマですが、実施基準についてはまだ策定したばかりということなので、その評価は十分ではありません。初めに少しこれまでの経緯をお話しします。我々のところの協議会、分科会では、私のところの救命センターを中心にしてやっておりますが、地域型、郊外型といえますか、三次救急だけをやっているわけにはいかないということで、一次から三次までを適正にどこかが見ていかなければいけない、救命センターでも見なければいけないという状況でした。ただ、2004年ぐらいからは非常に急患が増加、一次患者が増加したという状況で、院内の悲鳴が聞こえてきた。それで、これでは救急車対応も障害されるということでいろいろな方策をとってきました。このように右肩上がりですごん急患数が増えていますが、重症患者入院数はそんなに変わっていない状況でした。当地の状況ですが、栃木県の南部に位置しまして、その寒色系で書いた小山、下野、真岡というのは今回の分科会の地域で、我々が管轄している一次医療圏であります。それと非常に密接に関係している茨城県西部の筑西地区、ここが主な一次医療圏、救急搬送も非常に多いところなのですが、ここに時間外診療所がなかったところを2006年、7年、8年と診療所をつくっていただいて、医師会の先生方に運営していただくという方法で一次救急の患者の減少を図りました。栃木県からもこういうふうなパンフレットを全戸に配っていただいて、適切な救急診療をしましょう、受診しましょうということで呼びかけていただいたというようなことで、2006年からは急患総数が減ってきて、入院数はほぼ同じというような状況が出てきて、院内のほうに少し余裕が出てきたということでもあります。まとめとしては、こういうことなのですが、救急搬送の問題はまだ未解決で、やっぱり二次病院の

ほうはどうなっているのだろうかということで、今回の調査の前に2008年の7月に一度、この4地域、ピンクの筑西地域も含めた地域の救急搬送調査、全数調査をしました。大体のこの病院の配置なのですが、当院がここにありまして、黒丸は二次病院であります、その丸で囲ったところは比較的充実している。当直も2名以上、内科、外科ぐらいいてくれる病院。ほかの四角は二次病院といっても100床以下、当直も1人、検査もできないというようなほんとうに、1.5次と言うのは失礼なのですが、なかなか大変な病院であります。そういう状況で、全数調査をすると全国の調査と比較して重症搬送4回以上というのが全国平均で4%だったのが、当地では6.9%、栃木県の4.39%よりも多いという状況で、これをやはり重症に限るとやや少なくなってくる。つまり、軽症、中等症は三次救急医療センターまで行かずに何とか地域で、その近くで見ようということで問い合わせを多くしてもらっているという状況が見えてきました。こういうようなバイタルに異常のあるような例では1回で決まる率がかなり高くなっていますが、むしろ正常で低い。それから、外因です。骨折、打撲、創傷などではやはり1回で決まる率が非常に少なくなっています。救急隊も大体病院の状況をわかっていますから、外科系の先生がいるところということで問い合わせているのですが、こういうふうに非常に受入れにくい。また、精神科関連、これもなかなか決まりにくいというような状況は見えてきました。これは全国調査とほぼ同じなのですが、その不受理の理由というのは、専門外、処置困難、精神科、小児科領域が多い。満床というのは少ないですね。外因でも同じような専門外、処置困難ということが非常に多いということで、適切な病院に早く何とか受入れてもらえないかというところが難しいです。この2008年の調査のまとめでは、重症例は比較的速やかに、しかし、軽症例は回数が要した。外因性、背景疾患があるところは受入れにくいし、その理由は専門外、処置困難が突出して多いということがわかりました。これが今回の調査していただいたものの、消防庁でまとめていただいたものです。やはり満床は比較的少なくて、対応中、これはしょうがないとして、処置困難、専門外、医師不在、これも担当する医師がいらないという意味だろうと思います。それがやはり多い。病院の特性が非常にあるということですね。救急隊は三次はなかなか聞かないので軽症が多い。軽症は回数が多いということになって、この二次病院のリアルタイムの情報はなくして特性がよくわかっていない。それから、救急隊は二次判断でお願いできるのではないか。病院では、これはうちでは無理だよというようなずれがある。この辺の二次病院のずれが問題であろうと思います。二次病院はどうなっているかということ調査するというのもあって、今回、これが1

2月の調査なのですが、栃木県の小山、芳賀地区というところで、大阪市とちょうど同じ時期に同じ項目で調査していただきました。救急隊全数の調査で、受入れ医療機関でも受入れ後の転帰調査が行われています。迅速な搬送、適切な搬送が行われているかを検証する。アンダートライアージということで調査しました。これは全数の調査であります、ブルーが現場滞在時間です。エンジが選定時間ということで、この選定時間は救急隊申告ということになります、現場選定時間、栃木県の実施基準では15分以内に重篤な症例は運びましょうということだったので、15分のところで見ると大体これぐらい、96.5%は15分で決まっていますが、長い例もあります。長い例を見てみると、60分以上かかっている例もありますが、こういうのは一例を上げると精神運動興奮状態で、何日も前から不穏である。おうちの人がもう疲れ切っていて、どこも精神科もとってくれないというようなのを何とか行政を動かして収容したというようなものとか、透析中の患者さんが主治医が指示する病院に行かなくて非常に困ったというような地域特性があって、そういうものにも対応していかなければいけないというような例もありましたが、おおむね重症患者はうまく運ばれているだろうということ。初診時程度で見ますとCPAは全例15分以内で、重症ではほとんどこの2例を除いては15分以内に運ばれています。もちろんCPAはほとんど2分以内に選定されている例が多いのですが、一応、15分で切るとこういう形になります。個別には、この2例は頭痛、これは脳梗塞の既往がある方で再発が疑われたのですが、どちらも救急隊も病院も二次判断で、ただ重症という判断はされましたが、受入れがなかなか見つからない。3件でも受入れに、選定に15分以上、30分かかったという事例。もう一つは、子宮外妊娠、これはバイタルの変動はなくて下腹痛のみでなかなかわかりにくかったという事例です。件数が何件か重なると問い合わせが重なるといことと、1件対応に時間がかかる。1件連絡したら事務から医師に連絡が行って、それが返ってくるまで何分もかかってしまうという、ハマってしまったというようなこともある。これは改善の余地があると思いますが、こういう事例もありますが、多くの事例は短時間で選定されているということを考えました。それから、これが決まったばかりですか、実施基準なのですが、心肺停止は二次も含めて直近に、それから、バイタルの異常のある重篤なケースは三次の救命センターにというのがこの実施基準です。あと重度の外傷、熱傷、これらが三次に行くべきというトライアージになります。これだと非常に限定されるんですね。それに合致するのは全体65で、そのうちの1例のみ時間がかかっていたということだったので、これはJCS100なのですが、目を開けないという急性アルコ

ール中毒の患者はさすがになかなか受入れてくれなかったということで、問題はないかなと思います。それプラス重症の兆候、なかなか一般病院では見にくい。これは心血管イベントがある。それから、吐下血、脳卒中の疑い、呼吸困難、急性腹症ですぐ手術しなければいけないとか、受傷外傷で手術が必要とかいう場合が想定されるものを基準にすると、この全数の中でやはり何件か時間がかかっているものがあります。これが83歳の呼吸困難の例で、サチュレーションが、酸素飽和度が下がるということにはなかったのですが、なかなか受入れてもらえなくて二次病院に行ったところ、転院して今度は挿管されて人工呼吸管理となったというような例もありました。こういうような例が少しあります。やはり選定時間がかかり過ぎというところもありますが、おおむね良好でありました。救命士判断の三次対応ということになると、この2例は救命士は三次対応としていたのですが、病院がなかなか受入れてくれなかったということです。病院判断の三次対応であるべきとされたものの中の時間がかかったものは、これはなぜこれが三次になるかわからないようなものもあったので、おおむねこれも問題はないだろうとは考えました。その三次対応、二次対応というトリアージが適切かというところを検証したのですが、これが栃木県の消防庁でまとめていただいた結果ですが、いわゆるアンダートリアージ、先ほどもありましたが、この率は非常に高いといえますか、14.6%、三次の症例、三次であるべきと病院が考えた症例の半数以上がアンダートリアージとされています。適切、この緑の範囲は63%。これが高いのか低いのかというところが、ちょうど大阪市のデータがありましたので比較させていただくと、全数が全く、人口が10倍近く違うのでこのとおりで思うのですが、三次対応の数が、医師が判断する数にしても全く栃木県のほうが割合が高いです。二次対応と考えている割合、まあ、それは一緒なのですが、三次対応の割合が非常に高い。三次に期待される構造、二次の分担というのが違うのではないかというのがこれでわかってきます。アンダートリアージ率にしても、二次のアンダートリアージ、三次でやるべきところが二次、一次に行ったというのは非常に低いんですね。全体では半分ぐらいなのですが、この三次のあるべき症例の中のアンダートリアージの率は全体から見ると非常に低い。栃木県のほうが高い。この辺を少し個別に検証してみますと、アンダートリアージとされた三次要件の1件は、これはJCSが30以上の意識障害があるということですが、救命士は二次と判断した。重症の兆候があると思われるような心血管イベント、脳卒中、これは実施基準では三次ではないですね。専門病院ということになっているのですが、そのとおり救急隊は判断しているのですが、病院はこんな手術もできないし、やっぱり三次では

ないのと判断しているのですが、ここは実は内容は合致しているのではないかと、
そんなに狂いはないであろうと。数字ほどアンダートリアージの率は高くはないだろうと
は思いますが、ちょっと注意すべきは、くも膜下出血の3例は、これは救急隊はあまり把
握していない。それから、外傷の中に急性硬膜下血腫が混じっていたというようなところ
があります。こういうのは十分にフィードバックしていかなければいけないだろうと。病
院選定時間は大体15分以内ということで守られていますが、軽症では多少時間をかけて
も適切なところに運ぼうという努力はされている。これは地域性で仕方がないと思います。
また、定義上のアンダートリアージでいくとあるのですが、実質はアンダートリアージは
少ないのではないかと思います。ただ改善の余地はあって、こういう注意すべき病態はあ
るということはわかりました。これらのことでトリアージのレベルはもっと上げて、これ
が転帰の「キ」が違いますが、これらの症例の転帰まで考えて影響がほんとうにあったか
どうかということは今後検証していきたいと思います。それから、大阪府の話でもありま
したが、二次医療機関というのは非常にこの栃木県の地域、郊外型というところでは機能
が限られている。ですから、二次医療機関として一律に手を挙げていただいたのですが、
やはり役割分担、曜日、専門科ということを確認していただいた上で救急医療に協力し
ていただく。当然、三次医療機関は三次だけではなくて、本当はこれは初期も含めてとい
うことになるのですが、一応、重症二次もスムーズに受入れ努力をしていかなければなら
ないのではないかと考えました。以上です。

【横田座長】

山下先生、ありがとうございました。この件についても質問があろうかと思いますが、
後でご質問の機会を設けたいと思いますので、よろしくお願ひします。引き続きまして、
次、3題同じ内容でそれぞれの違った都道府県の方々にお話を聞かせていただきたいと思
います。救急相談事業につきまして、いわゆる#7119の事業、先行しているところか
らお話をしていただきたいと思います。まず、東京都救急相談センター運営協議会、森村
先生からご発表をお願いしたいと思います。よろしくお願ひします。

【森村運営協議会委員】

皆さん、こんにちは。帝京大学の森村と申します。今日は、東京都の救急相談センター
の運営協議会の委員という立場でお話させていただきたいと思ひます。東京都の重点事業
として救急相談センターが2007年6月1日から始まっております。これは2005年
ごろ、特に救急需要の非常な増大を背景にして、救急懇話会等々の答申を経て救急需要対

策の一環として始まったわけでございます。救急車利用された都民に対するアンケート調査を行った結果、いわゆる安易な利用というよりは、傷病の緊急性に関してわからなかったという結果が多々得られたというところがありまして、その緊急性に対して、それでは相談をする受け皿を設けようではないかというのが主たる趣旨だと思います。運営協議会は、ここに書かれていますように東京都医師会、福祉保健局、東京消防庁と、救急医学に関する専門医という4つの団体からなっております。どんなことを行っているのかというと、受付番号の#7119に連絡が入って、ここで傷病の緊急性を判断して非常に緊急性が高いと判断すれば、そのまま119番に転送。そうでないようなケースに関しては、それぞれの緊急度に応じて受診手段と受診時期、それから、受診の科目を提供するというような事業であります。実際のセンターは東京消防庁内に置かれております。ナースが主たる救急相談のプロバイダーになります。その前の段階での振り分けのためにコールテイカー、あるいはコールハンドラーとして通信員の方が行っております。医師も常駐しておりますが、常勤ではありません。したがって、そのような状況でどのように質を担保するか。これはまさに概念としてはメディカルコントロールだと思うのですが、特に非救急車対応をどうやってそれで過小評価を防ぐかというところに念頭を置いて体制を作る必要がありました。その1つの方略、解決手段の1つとしてプロトコールを引こうということがあります。プロトコールは実際、運営協議会の下に置かれました実務委員会の外側に出るような形で東京都医師会の中にプロトコールの運用部会をつくりまして、そこでもんで、この協議会のほうでまた使っていただくという、こういう構図であります。実際のプロトコールは全部で98ありますが、クエスチョン・ライブラリーと言われます質問の図書館といったようなところでしょうか。幾つかの質問の束というか、群があります。それぞれの色で示されたカテゴリーに従って受診手段や時期、紹介科目、あるいは口頭指導内容を展開するという、そういうプロトコールです。緊急度のカテゴリーは、これからもまたいろいろ変化していく可能性はありますが、現時点で使っているのがこの5段階です。赤は119にすぐに、橙は119以外、すなわち搬送中の急変はあまりないだろう。しかし、急いで受診したほうがよかろうというのが橙。黄色が6時間から8時間ぐらいを目安とした早期受診、緑は当日ないしは週末であるなら週明けに一度受診を。青は、これはスタートしてから1年半後に導入していますが、経過観察ということで行かなくてもよろしいというようなことであります。これらの相談結果に基づいて相談者の方に何らかの医療機関の受診先をご紹介しますということで、ここはみそであります。使っているのは、多くはこの

救急病院情報端末という東京消防庁に置かれている救急病院のデータベースがありますが、そこからご紹介する。あとは、夜間休日診療所情報というのが地域、地区の医師会から提供されておりますので、これは全地域ではありませんが、それらの情報をもとにご紹介する。そして、東京都福祉保健局のWebサイトで「ひまわり」という医療機関情報、非常に詳細なデータベースがありますので、これをそのまま利用してご紹介するといったような方法をとっています。実際に主役となっているのは看護師であります、それに対する検証体制も徐々に確立してまいりまして、現在、看護師全体で22名おりますが、ちょうど昨日また3人入職されましたが、新任看護師さんには4週間で83時間の座学、シミュレーション、それから、いわゆるコミュニケーションスキル、接遇に関するような、そういうトレーニングを行います。その後はベテランの上級の看護師及び担当のドクターがつきながらオン・ジョブのトレーニングを4週間やって、その後、フォローアップの面接を受けてから一人立ちするというような形です。同様な枠組みの中で新任の通信員、それから、監督員の方も行っています。あと、現任の看護師さんももちろん現在使っているプロトコールや事案を通して研さんを積んでいただいているというところでもあります。後半は統計と、それから、その効果であります、まず統計に関しては、お手元にも詳細を示させていただいておりますが、これは2年で切っておりますけれども、6万8,177件の救急相談があります。それから、これ以外にこの約10倍ぐらいは医療機関案内、要するに何科にかかりたいというような、そういう案内も同じこの#7119が受け皿になっております。ここで示したのは、いわゆる看護師が対応している件数ということで、だんだん増えているということがおわかりになるかと思えます。時間帯では、これは多くのデータと同じですが、既報告と一緒に、大体午後7時、8時が受け付けのピークになります。それから、明け方にもう一度軽いピークがあるということになります。休日は少しこの特徴が和らげられますが、それでもだらだらとですけれども、準夜帯に上がっていくという傾向を見せています。(このスライドは) ちょっとビジーで申しわけないのですが、最新のこの1年間の2009年の1月から12月のどういった流れで受け付けから緊急度評価されていったかという、その評価と転帰についてお示したのですが、全体で31万件の電話がかかってきて、そのうちの16.9%の5万件以上が救急相談という形で看護師に入ります。残りは先ほど言いましたような、ほとんどが医療機関案内になります。プロトコールの5段階に従って緊急度評価した上で、そこにいる医師、あるいは看護師の判断を加えます。プロトコールよりも多少、過大に評価する場合もあるし、過小に評価する場

合もあります。全体の11%、この全体というのは救急相談に対しての11%何がしが119番で実際に患者さんを病院に搬送しています。これを覚えておいていただきたいのですが、そのうち中等症以上になったのが全体の約4%で2,000人を超えているということでもあります。さて、こういった作業課程を検証しなければいけないのですが、検証は従来のやり方にのっとってストラクチャーはどうか、プロセスはどうか、アウトカムはどうか、この3つの視点からやっております、プロトコルの構造に関してはアルゴリズムがしっかりしているか、タイトル、つまり、種類をもう少し増やさなくていいか、質問の順番を変えなくていいか等々です。プロセスに関しては、実際に看護師さんがどのようにやっているのかというのをチェックしていく。これは時間の因子とか、それから、プロトコルがあるのに使っていないのか、そういったことを調べるということです。この精度に関しては、まだまだ議論のあるところですが、我々が予測するところは、現時点では赤と判断した場合は緊急入院になる率が高いほうがよいのではないかというような仮説のもとにアウトカムを見ています。プロセスについては、看護師さんが中心になって、自分たちの使い方を1次検証、2次検証、3次検証という形で行っております。それから、全体のほんの数%ですが、クレーム、これは潜在的にはもう少し両方とも多いのだと思いますが、これはメールや電話で来たものですが、その中で一番多いのが「対応が悪い」ということで、これはコミュニケーションスキルに関係することが非常に多いということで、プロトコルやトレーニングで今対応しているところがございます。あと、最後に導入の効果です。よく言われる救急需要抑制ということ論ずる前に、まず救急車を使う市民のほうからの視点ではどうだったかということ、実は多くの選択肢を提供することができている点で、これは意義があったらろうということ、きょう多くを示しませんでした、一番多く使われているのが0歳から5歳の子供さんに対する相談で、恐らく#8000を補完するような形になっていると思うのですが、こういう小さな子供を持つ親にも寄与したと。それから、先ほど覚えておいていただければと言った4%が、実は、たったの4%ですけれども、nで言うと2,000人でございますので、それらが緊急入院になっている。恐らくは119番を躊躇したであろうというような方々に対しての第2のふるいになった可能性はあるだろうというのが効果だろうと考えられています。EMSからの視点ではどんなものがあるかということ、救急車利用が2万2,000件ほど前後で少し減った点です。因果関係に関してはいろいろ議論のあるところだとは思いますが、そのほかには、時間外診療負担の軽減や救急車・救急医療機関の有効な運用、コストの削減など挙げられます。き

よう、その一例だけお見せしますが、これは人口100万人当たりの東京都における年間救急車の利用数の年次推移ですが、徐々に下がってはいたのですが、この黄色の導入後に関しては、この下が変化率を示しますが、マイナス5%近くということで急激に下がっているというのが見て取れます。それから、このこちら側の右側は、救急車を搬送した後、緊急入院した方の率です。実は年々このようにその率は下がっていたのですが、導入後はこのように上がっている。絶対値としては36.5から7.8とほんの1.3%ですが、nが大きいものですので統計的には有意差が出ております。今後の課題ですが、大分認知されてまいりまして、同時にたくさんかかってきて全部受けられない場合があるので、まさにトリアージをしなければいけないということで、そ対処方法について今検討しています。それから、登録医師が大分増えてきました。東京都医師会の、特に地区医師会の先生方の多大なるバックアップを受けておりますので、500名ぐらいの登録医師になっております。勤務時間は、1人4時間の短いスパンから24時間という、オプションを持ってやっているのですが、研修体制が今後の問題です。それから、プロトコール検証のための、軽症に判断した場合のその後というのを今、IDを相談者に付与してやっている最中でございます。それから、後でご発表のある大阪や奈良、あるいは名古屋、そういった他地域との連携もこれからは考えていかなければいけないのだろうということと、#8000も含めた既存の他回線とのいろいろな意味での整合も徐々に視野に入れていく必要があるかと思えます。まとめです。救急相談業務の医学的質というものは定期的かつ継続的なMC、これもメディカルコントロールの手法によって担保されるものだと思います。以上、東京消防庁救急相談センター事業の概要をお話ししました。

【横田座長】

森村先生、ありがとうございました。それでは、この事業が、次に、大阪、愛知あるいは奈良で行われておりまして、大阪では大阪市消防局で始まりましたが、次年度からは大阪府から全体に広げていく計画があります。ここについては大阪市消防局警防部の磯淵救急施策担当課長からご報告願いたいと思います。磯淵さん、よろしく申し上げます。

【磯淵救急施策担当課長】

大阪市消防局の磯淵でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。私どもの事業につきましては、昨年の10月から実施しまして、まだ8カ月、ちょうど8カ月たったところでございます、今ご紹介のあった東京都のような、まだ分析とか、効果とか、そこまで言えるようなことにはならないのですが、今ご紹介のありましたように、この4月から

周辺の都市と手を携えてこの事業をやっております。あとに話される奈良県との形ともまた違う。こんなやり方があるのだなと。ここに消防の方もたくさんおられると思うのですけれども、消防署のつながりの中から、こういう形でもこの事業ができるのだなとところのご紹介、その中で8カ月やってきたような仕組みであるとか、若干、統計につきましてご紹介させていただきます。まず、大阪の救急安心センターでございますが、今申し上げましたように21年10月から6カ月間、消防庁のモデル事業としまして全額国費で実施いたしました。場所につきましては消防局の指令情報センター内に開設しまして、サービスを開始しております。このサービス開始までは、全国の消防が同じようにやっておられると思うのですけれども、電話が指令室のほうにありまして、整形外科に行きたいんだけれども、近くの病院を教えてくださいよというような質問に答えておりましたが、何分、対応者が消防職員でありましたので、そもそも病院に行くべきか、あるいは救急車を呼ぶべきかというような医学的見地からの紹介ということではできておりませんでした。概要になります。もうご存じの方もおられると思うのですが、安心センターということで判断に悩んでおられる相談者からの電話を24時間、365日、指令室センターのほうで常駐する医師、看護師、相談員が対応いたしております。まず、相談員というのは救急経験のある者、あるいは指令管制の経験のあるような消防局のOBがまず電話を受けまして、病院案内や簡単な応急手当については対応いたしております。医療案内、医療の内容になってきますと看護師に引き継ぎまして、看護師では対応困難な場合につきましては、隣におります医師のほうから助言をもらって、それを相談者に返すというような形になります。相談内容からすぐさま救急車の出動が必要ということになりましたら、その場合については指令室の中に現職の職員が、これはマネージャーとしてついておりますので、そこが連携をしましてすぐさま救急車を出すということで、電話を切らずワンストップでつないでいく。ほかの市町村のほうからの相談もたくさんあったのですけれども、そういう場合につきましては、従来の消防本部間のホットライン、指令センターでホットラインがありますので、これでボタン1つでまたつなぐ。聴取内容について、症状等について、そちらへお話をして、救急車の要請を依頼するという形で、これもワンストップということになっております。一応、事業のコンセプトということになりますけれども、1つ目は救急車を利用した市民へのアンケート結果で、漠然とした不安感で救急車を呼ばれるというケースが大阪市の場合、非常にたくさんありました。そういったことから、判断に悩む市民の不安をまず和らげて安心感を与えることが必要ではないかということで、その結果として救

急搬送における軽症者の率の軽減が図れるのではないかと考えています。2つ目は、相当重症であるにもかかわらず自覚症状がない。または病院に行くことを躊躇されている方々、この方々に医学的見地から判断して救急車を出動させることによって、潜在的な重症者の救護を行うこと。これはコンセプトと同時に、この事業のねらいであるかと思えます。3つ目は、後ほど説明させていただきますが、プロトコールを使用してサービスの質の向上を図る。対応者のレベルの平準化を図ることによって均一な相談体制を図ることになります。先ほど紹介いたしました現在ですが、このモデル事業を開始しまして2カ月ほど実績が出てきました。この有益性を高めていくということで、大阪府内の消防本部の連携について働きかけていったところ、このモデル事業終了後、22年4月から大阪府内の12消防本部、15市が参画することになって対象地域が広がっております。対象人口が大阪市の266万人から、現在は600万人を超えている形になっております。それに伴って体制を拡充しまして、現在は医師1名、看護師、相談員はそれぞれ3名から5名、先ほど申し上げたマネージャー1名、そして電話回線を4回線から10回線に拡充して現在は運用をしております。着信ケースとその内訳でございますが、事業開始からこの5月まで8カ月間で10万5,426件ありまして、そのうち救急相談件数は3万7,583件で割合が35%となっております。また、地域が拡大した4月、5月の2カ月間で言いますと、1日当たり500件ということで件数が伸びておりまして、このゴールデンウィークの一番大きかったときは1,200件を超えた件数がかかってきております。また、大阪市内からの救急相談と病院案内の割合ですが、救急相談が3、病院案内が7になっております。大阪市以外では救急相談が逆に6、病院案内が4ということで、やはりこの辺は医療資源の差が出ているのではないかと考えておりますが、これに伴って市外からの着信件数が確実に増えてきておりますので、現在、35%となっている救急医療相談の割合が増えることになるのではないかと考えております。次に相談対象者の内訳ですが、男女比はほぼ一緒でございます。年齢別では15歳未満が55%、65歳以上が10%となっております。また、相談内容では疾病に関する相談と小児に関する相談で8割以上を占めております。相談の結果、救急搬送が必要と判定され、救急搬送された方の中には心臓のカテーテル手術や血栓溶解療法などで命が助かったというような奏功事例が32件判明しております。また、ここでの奏功事例、これは定義があるのですが、これには当てはまりませんが、地方から大阪市内の親戚のところを訪ねてこられた方が病院案内を希望されて電話してきたのですが、話を聞いていますと、これは救急車で搬送するほうがいとナース、医

師のほうが判断しまして救急車を出しました。その結果、今までその地域で見ておられたところ以外で病巣が発見されまして、後ほど10年来、苦しんでいた頭痛からこれで解放されると喜ばれた感謝の電話があったということもありました。また、相談内容から安心センターが救急車の出動を要すると判定し、救急搬送した件数が大阪市内だけで1,869件あります。診察の結果、軽症となった割合が72%で中等症以上の入院された方が24%ありました。この軽症者の中にも早く病院に行ったおかげで入院を免れた方や先ほどのような例の方が含まれていると考えております。プロトコールについてでございますが、安心センターで使用しているプロトコール、先ほど東京のほうでご紹介があったのですが、少し私どもの形が違いまして医師等7名で構成するプロトコール作成検討委員会で作成したもので、その特徴としましては1つ目として点数制を採用しております。先ほど東京のほうで紹介のあったのは色分けをされていて、赤に丸がつくとその対応をされるということを知っておりますが、私どものほうは例えば緑がいくつか、あるいは黄色がいくつかと、こういうことになるとそれに点数をつけておりますので、積み上げ方式をしまして、それが60点を上回ると救急車の出動が必要やというような、まずそういう基準を定めてつくっております。そして、後々のプロトコールの変更の簡便化や、また季節性の疾患に対応できるようにシステム化ではなくファイル化を採用しております。3つ目はプロトコールで判定の結果、今申し上げた60点以上で救急の出動、要ありと判断するところであるのですけれども、聴取内容によって60点未満でも医師の判断で救急車を出す場合があります。このような事案については、その事案を後ほど追いかけて、これについてまた検証を実施して、必要があればプロトコールを見直すという作業をしております。4つ目でございますが、相談を受けながらパソコンをクリックしていくことで、統計の自動集計ができる機能をプログラムに付加しております。次、プロトコールの点数というところで着目しますと、大阪の場合はこの下の9点から19点が非常に多くなっています。いわゆるこれで言いますと緊急度が少ないということになるのですが、これが1万173件、41%となっております。また、これ、60点未満に満たないものを合計しますと、全体の約85%になっております。この救急安心センターのサービスがなければ、119番で救急車が要請されているケースがかなりあったのではないかと。大阪は非常に救急搬送が多いというところですが、やはりこういうところに1つ先ほど申し上げた市民の不安というものがあって、これを解決する手段が個人ではなかなかないというところで、まず救急車ということになっているのではないかとということで、ここの数字に着目しております。今後の施

策を打つ上では、このあたりに何かしらの手を打っていこうかなと、今着目しているところでございます。相談に要する時間ですが、約5分間が平均です。ただ、この60点、いわゆる救急搬送が必要というような範囲のところにつきましては、約10分ということで倍ぐらいの時間を要しているというのがここで伺えます。今後の展開ということで、先ほどの中の、今、16市でやっておりますけれども、これを大阪府内の全域へ進めていこうかなということで、再度、まだ未加入の消防本部、いわゆる各市のほうへ働きかけをしているところでございます。次に事業の検証ということで、まだ8カ月ですのではなかなかそこまではいかないのですけれども、まずサービスの質の向上を図るということで、具体的には通信や電話の滞留、これをしっかり見まして、特に先ほども申し上げた1日1,200件余り出るようなゴールデンウィーク、今後についてはお盆、あるいは年末に向けてのこの看護師、相談員のシフトの体制、これについてしっかりやっっていこうということを考えていまして、また、アンケート結果などをとってサービスを利用された方が、このサービスがなかったらどんな行動をしたのかというような問いかけや、これの認知度などの調査をしながら新たな施策を打っていこうと考えております。最後に、こういう形で消防からスタートしておりますが、やはりこれはスタートするまでには大阪市内の各部局の連携が非常に大事でありました。大阪市の言いますと、健康福祉局、これは医療関係の形を統括する部局でありますし、病院局というところで、これは市のドクターの方々を統括する部局でございますが、ここの環境をしっかりやっていかないと、幾ら消防なりが先頭で旗を振ったところでこれはできなかつたかなと、こう考えています。それと、大阪市から広がっていくというところにつきましては、大阪市の場合は消防の中で常に顔の見える関係を築いています。それは広域応援の災害であるとか、普段の訓練、あるいは研修制度、お互いの受入れ制度、こんなことをやって顔の見える関係をやっておりますので、この事業についてやはり現場で一番実感している救急体制の中、業務に当たっている人間同士なので、効果というのはまず想像がつかます。ただ、それを踏み込むというところについては、それはまた市の部局がそれぞれありますので、垣根はあるのですけれども、その部分をやはり消防と消防でまずその信頼関係、普段からある部分を話をしながら、この事業についての理解を深めていく。その中で消防のほうからまたその市長部局へ上げていく、こういう作業を続けていって、現在、立ち上がっていったという状態で、この作業についても今後やっていかないかと思っております。この事業、非常にいい事業やと思って反響もいいのですが、ただ、1つの市町村で始めるについては、かなりの経費がかかりますので、

これはなかなか垣根が高いと思うのですが、この大阪のやり方ということ、費用の負担ということになるのですけれども、スケールメリットを生かして、最初に手を挙げたところもまた後に参画された方についても、どちらにもメリットが出てくるということは考えたらずぐわかると思うのですが、このあたりをやっていく。やっていく上においては各市町村の特色がありますので、作業部会ということで我々設けてやっているのですけれども、その地域の要望をしっかりとらえてやっていく。何も5都市であるところが全部決めて引っ張っていくわけではなくて、そういった意見を聞きながらやっていかないと、この事業の継続性がないと思っております。そういうことで今後の……。

【横田座長】

ありがとうございます。スケールメリットを生かすという意味で、それと協力が必要だということで、ありがとうございました。時間が大変押しておりますので、申しわけございませんが、ご発表時間のご協力をお願いいたします。次は奈良県医療政策部の武末部長から、奈良県救急安心センターモデル事業の実績についてお話ししていただきたいと思っております。

【武末医療政策部長】

奈良県の医療政策部の武末でございます。もう時間が押しておりますので早く進めたいと思っております。奈良県、ご存じのように救急の指標がございますけれども、ここに述べましたようにほとんど40代という非常に低い状態でありまして、どん底からのはい上がりというところを今、目指しております。これは後の討論で、奈良県のこの安心センターの事業ですけれども、東京都と違いまして、どちらかという大阪市と同じ、受診をするまでもない患者の救急電話相談で対応しよう。高次の救急医療機関へのウォークインを減少させましょうということで始めております。そのために実は奈良県の特徴としまして、その#7119というセンターを病院協会の医療機関関係のほうに設置しているというのがこの特徴でございます。その背景では119番に救急医療相談が多いという話であるとか、公開されていないはずの二次輪番に軽症者が来るという問題をこの事業で何とかしたいと考えておりました。具体的には、もうこの構造はほかの事業と同じです。構成メンバーも同じですので省略させていただきますが、相談して受診しない、軽症の方は夜間休日センターに振り分ける。必要があれば救急隊が出動するということがございますけれども、ただ、当初やったときに消防の指令に置かなかつたことで119番の出動がおくれるのかというような懸念がございましたけれども、後で検証しましたが、今のところそうい

うことは起こっていないということを先に述べておきます。将来的にはというところで、実際、二次医療機関、三次医療機関などのどこの医療機関に救急隊が行くべきかということとを管制、あるいは病院のコーディネートをするような事業を目指しております。具体的には今年の総務省の事業のほうに応募して、たしかきょうか明日が締め切りになっております。繰り返しになりますが、実施主体は奈良県の救急安心センター運営協議会というのを設置しまして、主にこれは病院関係と団体でございます。期間が10月から3月まで、24時間やっております。実施地域は県全体でございますけれども、実は奈良県、市町村合併が進んでおりませんで、県内に140万の、政令指定都市ぐらいの県なのでございますが、消防が13ございまして、なかなか県全域というところで、そのところが課題だったかと思います。相談実績が8,400件ぐらい、1日平均46.2件でございます。こういったチラシをつくって10月と3月に広報しました。ちなみに、#8000番、小児の普通の相談窓口もございまして、こっちの#7119は救急の相談、こちらは子供の病気の相談という二本立てで電話相談を展開しております。あと、皆さんご存じのように新型インフルエンザが11月流行しましたので、その関係で検証がなかなか難航してございます。実際、年齢分布にしましても1歳から6カ月が多うございますけれども、これがほんとうにそうなのかというのはわからない。今後の継続的な検証を見ていきたいと思っております。先ほども申し上げました、実際に相談があった中で消防へ搬送したのは17件、また、119番へかけ直しを勧めたのが217件、合わせて234件、約3%ございましたけれども、これで特に救急搬送が遅れたとか、予後に影響したというようなことはないということとは検証しております。対応者の内訳でございますけれども、これはちょっとわからないので後で教えてほしいのですが、対応したのは主に看護師でございました。相談員の経験不足があるのかな、看護師の対応が多かったのかなとは思いますが、これはほかとの比較が必要かと思っております。当然、相談は土日が多かったという結果でございまして、朝から9時に上昇があつて、13時から20時台にかけて上昇があつて、特に500件以上というのは5時から22時というのは予測されているような内容でございます。検証でございますけれども、したがって、ほとんどできないのですが、ほんのわずかですが、ここが軽症のところですか。20年、21年を比べると少し減っている。中等症が少し増えているということがありますが、これは何とも言えないところだと思います。もう一つ、先ほど申し上げた消防に対する相談が減っているかどうかということに関してでございますけれども、ここに奈良市消防の相談件数、21年、20年度、それと#719

9の奈良市の分ということで抜き出しておりますと、1月まではインフルエンザの影響がありましてちょっとよくわかりません。ただ、2月、3月で見ますと101件、279件と確かに何か消防のほうに救急の相談するのが減っているのかなというところがございしますが、この事業、先に申し上げますと地域医療再生基金をいただいて継続することになっておりますので、引き続き検証してまいりたいと思っております。奈良市と並んで生駒消防という大きな消防がございしますが、そちらも同じような傾向でございします。1月以降、消防の相談が減っております。あと、最後、奈良県で一番大きな附属病院のウォークインでございしますが、これも見ていきますと総件数が大体572件減っている中で、ウォークインが532件減っておりますので、ひよっとするとこれは時間外のウォークインの患者の減少には役に立っているのかなと。ある意味、軽症患者のコントロールには寄与しているのではないかと思います。まとめですけれども、今言ったようなことでございします。新型インフルエンザの流行の影響がございしますので、引き続きこの検証をやっていくとともに、単年度事業ということでなかなか周知が徹底しておりませんでしたので、今後、県民に対する十分な周知を行っていきたいと考えております。私からは以上でございします。

【横田座長】

ありがとうございました。5人の演者の方々にそれぞれの立場からご発表願いました。事務局から少し時間を延ばしてもいいということですので、予定より少し時間をいただきまして十分討議をしたいと思っております。ご発表者の方たちにご登壇願う準備を事務局お願いできますでしょうか。その間に座長スライドをできましたら1枚、出していただきたいと思っております。この会議は皆さんご存じの通り、メディカルコントロールという1つのテーマで全国の人たちの情報交換をしましょうということで、このメディカルコントロール協議会連絡会というのが始まりました。原点に立ち戻って、いわゆるメディカルコントロールの仕組みというのは一体何なのかということをし少し整理した上でディスカッションしていただきたいと思っております。救急隊員の方々は傷病者を適切な病院に運ぶという業務と、もう一つは、傷病者を悪化させない、いわゆる安定化を図る業務があります。場合によっては救命処置を行うといった業務です。Aと書いてあるところを見て下さい。傷病者を観察するというのが第一に始まるわけですが、その結果、Bに書いてあるところ、傷病者を安定させるということで、いわゆる救命救急処置等を含めて、処置拡大が過去なされました。その折に医行為の委託を受ける救急救命士にとってどういうふうに質を確保して

いくのかという点でメディカルコントロールという言葉が出てきたように思っております。今まではAとBのところ非常に関心があったのがメディカルコントロールであります。しかしながら、一昨年以来、議論が高まったのが病院の選定と搬送の業務です。この病院の選定及び搬送という、本来、救急隊員がなすべき仕事について医学的見地からしっかりとした基準づくりをして、搬送された患者さんが、どういう転帰になったのかということの検証も含めて、医学的な見地から見ていきたいと思いますということも実はメディカルコントロールの傘の下に入っているわけです。ということで、消防法改正にかかわるところというのは、Cのところもメディカルコントロールという傘のもとで見ていきますよということです。もう1枚、スライドをいただけますか。一番下に示すように、そもそも患者さんにとって自分が病気なのか、あるいは急いで病院に行かないといけないのか悩んでいる方が多くいらっしゃいます。単純に病院に行けばいいやということになると、二次救急病院も大変なことになります。そのような人たちにも的確な情報を提供するのが後半の安心事業の1つ、いわゆる相談センターなのだろうと思います。と同時に、上段に示すように、救急車に乗せられた傷病者が緊急度あるいは重症度が高いということで三次救急医療施設へ行く基準については、一定のコンセンサスが得られてきたところであります。しかし、二次救急病院を対象にする場合は、その中のどこに運ぶのだということが医療の資源の不足も加わって、大変な社会問題になっていることはご承知の通りです。そこで改正消防法により、選定基準と病院のリストをつくって、どう運べばいいのかということきちっと見ていきたいと思いますという、スライドの真ん中のところに、今回、恐らく焦点が当たったのだらうと思います。座長のスライドを消していただいて結構です。どうぞ上がってください。その間、長谷川先生、何かご発表ございますか。

【長谷川専門官】

結構でございます。後ほどで。

【横田座長】

わかりました。実は45分ほど残す予定だったのですがけれども、討議時間を延長して、15時までいただくことにしました。皆さん、ディスカッションに近い内容もしゃべっていただいておりますのであれですがけれども、演者の最初の2つの演題について、まず焦点を絞りたいと思います。搬送と受入れの実施基準ということで、大阪市及び栃木県の話題が出ました。この発表に対してご質問、確認、まず演者の方々の中でちょっと聞いておきたいということはありませんでしょうか。ないですか。どうぞ。

【森村運営協議会委員】

帝京大の森村ですが、金森先生のご発表の中で救急医療情報システムのお話が出てきたと思うのですが、あれは入力者と入力タイミングとか、頻度とか、それが今どうなっているか、あるいは構想は今後どうするのかというのを聞き漏らしたかもしれないのですが、お教えいただければ。

【金森医療対策課長】

現在の救急医療情報システムは搬送選定をするための救急変動情報の入力しかございません。病院側の情報というのは、入院をされた患者さんの一部データについては入れていただく仕組みはございますけれども、先ほど申し上げたような完全な仕組みにはなっておりません。救急変動の情報は二次病院、三次病院すべてに端末を置いて入れていただいております。また受入れた患者さんの中で入院された患者さんについてのみ主病ほか、一部のデータを入れていただいているというのが現在の仕組みです。これを私どもは改良して、救急隊は救急活動記録票は従来から作っておられますので、ある程度それを使うのか、あるいはそれと別個に実施基準で定めた判断根拠について整理した情報を入力する画面を救急システムの中に組み込みたいと考えております。これは消防側からデータを入力していただく。一方で、現在、入院した患者さんだけについてデータをいただいている病院側から、長崎県が10年にわたって調査をされてきた実績がありますが、あれをお手本にしたような形で、最初の外来での診断名、それから、入院されたか、外来で済んだか、確定診断名、そして主な処置、それから、期間をどれぐらいおくかはまだ決まっておりませんが、3週間なり1カ月後の転帰というような情報を病院側から、それに合わせて入れていただくということを考えておまして、それはすべて1つのデータベースの上で管理をして、検証にも使っていけるのではないかとイメージです。

【横田座長】

よろしいでしょうか。特にこの実施基準についてのところで、どうでしょう、大阪府、栃木県のご発表がございました。あるいはそれぞれの都道府県で始めようとしているところがあって、こういう取り組みをしている、あるいはこういう課題も持っているというようなご質問を会場のほうから受けたいと思いますけれども、いかがでございましょうか。どうぞ。所属施設とお名前をお願いします。

【質問者（ウカイ）】

愛知県のウカイと申します。よろしく願いいたします。大阪府の金森先生にお伺いし

たいと思います。愛知県でも消防法に基づく実施基準の策定を進めているところなのですが、きょうのパワーポイントの中で原案といたしますか、共通モデルを各二次医療圏といたしますか、地域に示しまして医療機関リストを策定していただいているというような説明がございました。各二次医療圏に示したというのは、きょうお示しいただいた基本的な概念図、三次とか二次とかの概念図だけなのか、それとも医療機関リストをつくるに当たっての具体的な病院、あるいは疾病ごとの基準、例えば手術症例が何例あるとか、常勤医が何人いるとか、そういったある程度の基準というものを府全体でつくられているのか、その辺のところを教えていただければと思います。

【金森医療対策課長】

今のご質問に対してお答えしますと、おっしゃったような手術件数でありますとか、施設機能の調査というものをを行う予定はございません。どちらかというアンケートみたいなものだと思っていただいたらわかりやすいのかもしれませんが、診療機能についてお答えいただく調査をするのですが、私ども先ほど挙げました脳血管障害、循環器ほか10個に分類すると申し上げましたが、例えば脳血管障害であれば診療機能として初期の診断や検査等ができるかという初期対応、それから一定の集中治療、t-P A、血腫除去術、脳動脈瘤手術、血管内手術というような項目について、それぞれ診療を曜日別、時間帯別でどのように提供いただけるかというようなことを聞いていく、そういうイメージです。これらは例えば循環器疾患であれば心不全の対応ができるか、P C Iができるか、冠動脈手術ができるかというような項目をモデルとして設定をして、それを標準形として非常に詳細になっておりますので、標準形として地域の実情に合わせて少しアレンジをして調査をしていただくというイメージです。実績を聞いたり、手術の件数を聞いたり、施設を聞いたりということは一切する予定にはなっておりません。

【横田座長】

どうでしょうか。

【質問者（ウカイ）】

ありがとうございました。

【横田座長】

私、同じ地域ですので、少し補足させていただきます。大阪府としては先ほどのスライドの13の右の上にあるような、いわゆる病院の機能を緊急度、重症度の縦軸と、病態や処置の内容に応じたカテゴリーを横軸にした分類をひな形にしました。しかし、大阪府と

いえども地域でかなり差がございます。ですから、地域の医療圏、あるいはメディカルコントロール協議会の地域の単位でこれを手本に修正しましょうということになっています。しかも、曜日、時間別で受け入れられるきめの細かなリストというのは生き物ですので、短い期間で更新しましょう、というような現状とご理解していただければいいのかなと思います。この件に関して、または、実施基準や協議会の設置に関して、ご意見はありませんか。どうぞ。

【質問者（ヤマダ）】

岐阜県の本沢記念病院のヤマダと申します。金森先生にお聞きしたいのですが、岐阜県の場合は地方なものですから、基幹病院、その地域にある基幹病院がすべてを受け取って、それから重症なものは高度な救命センターに送るとか、そういう形でハブ的な要素をやっているところがあるのですが、結局、その病院が満床になってしまったら、そこからたらい回しが始まってしまうわけですね。そこに入れないということで。そういうことで病・病連携の強化ということをおっしゃられましたけれども、その満床を解消することや、あるいは施設に流すとか、そういうところのフローまでお考えになられていることはあるのでしょうか。

【横田座長】

難しい質問ですね。

【金森医療対策課長】

実施基準の中では、そこまでは書いておりません。ただ、一部、例えばよく以前紹介させていただいた泉州地域というのがわりと大阪の中では非常に恵まれない地域になっておりまして、そういうところで一部の疾患についてやる際には、実は二次告示をとっておられない病院にも協力依頼をして、経過観察等であれば可能かどうかというような診療機能をお聞きして、一定、最初の入り口での分散搬送へのご協力をいただくと同時に、翌朝、急性期の処置が落ち着いた段階で転院に協力してほしいということをお願いして1年たっているのですが、実はまだここはほとんどうまく機能していません。具体的に動かすとなるとやはりもう少しいろいろ考えないとだめなのかなというのが今の考えているところです。

【質問者（ヤマダ）】

ありがとうございます。それともう1点、結局、当院などは一次から三次まですべて来てしまうものですから、今は三次の出口の話をしているのですが、今度、入り口の

段階で、例えば夜間、時間外診療がないエリアとか、そういうところも存在してしまっていて、そういうところを医師会に対して県のほうからやってくださいという形で進めていって、二次の受入れを非常に幅広くするような活動もされておられるのでしょうか。

【金森医療対策課長】

すみません、初期軽症者対象については手をつけられておりません。市町村での初期救急診療というのが大阪でも休日のみに限られておりまして、もう少し時間延長するとかいうことが必要かと思うのですが、まだその部分に関しては対策を講じられていないという状態です。

【質問者（ヤマダ）】

ありがとうございます。

【質問者（オオトモ）】

東京医科歯科大学のオオトモでございます。配付資料の16ページの表をご覧いただきたいのですが、私、データを見て驚いているのですが、医師が救急外来で三次と判断した症例、これは一部誤解もあるということでしょうけれども、やはりきちんと診察をし、検査をした結果の判断だというふうに考えられますけれども、例えば大阪市内で、救急外来で医師が三次対応が適切と考えた症例が263例あるのですが、そのうち救急隊が三次と判断したのは117例しかなくて、二次が139、初期と判断したものは7例ということで、半数以上は実は救急隊の判断では三次ではなかったということなのですが、これは救急隊の三次ということを信頼して、それだけを受入れていると半分は取りこぼすということになってしまうのですが、これはこれで正しいのでしょうか。これが本当だとするとかなり仕組み自体を見直さなければいけないことになるのではないかなと。つまり、二次の中からの転送を当てにして三次で吸収するという、そういうことをしなければいけないのかなと考えるのですが。

【横田座長】

山下先生、いかがでしょうか。

【山下准教授】

栃木県の分析は一応お示ししたのですが、医師側の評価の分析はあまりできていないんですね。ただ、わかる範囲では医師側の評価のほうはかなり曖昧といいますか、三次選定基準以外の症例も三次と。こんなのは三次のほうがいいんだよ、あるいはこれは三次の病院でフォローしている患者が急変したからやっぱり三次に行くんだよと、そういう。

【質問者（オオトモ）】

ということは、栃木県の分析では、医師の三次という判断自体がかなり実は違うのではないかということですね。

【山下准教授】

はい。そうですね。救急隊のほうがより正確ではあると考えました。

【質問者（オオトモ）】

そうですか。ただ、非常にデータが大阪と栃木県で似通っていて、ほぼ同じぐらいの比率になっているように見えたので、そういう地域性というよりは、根本的にそういうことが起きているのかなという気がしたものですから。

【横田座長】

森村先生、何かご意見。

【森村運営協議会委員】

今の答えになるかどうかわからないのですが、先生が言われたように、多分、評価する側のほうの判断の尺度がちょっとぶれているのかもしれないということで、これは少し古いデータですが、8年ぐらい前に私が横浜市で、単一機関で専門の医師と一緒に同乗して、救命士さんとかいうのを調べたことがあります、そのときはやはり80%ぐらいの感度をもって三次を選定していましたので、ある尺度を一定にすればこういうことはないのかなと思いました。コメントです。すみません。

【横田座長】

実を言いますと大阪府も小山、芳賀地区も、二次、三次を選ぶための基準や病態を選ぶための基準は同じで調査しましょうということだったと思います。ただ、大阪市の場合は、この基準でもって搬送先を決めるというのではなくて、帰署後に調査票を記載したデータです。したがって、実務の中から出てきたデータではないので、少しバイアスがかかっているということを考えて見ないといけないと思うんですね。ただ、言えることは、恐らく三次に対する適用が地域によって違うのだということも顕著にあらわしていると思うんですね。最初に山下先生がおっしゃったように、大阪の三次というのは全く三次しかとりませんけれども、栃木県の自治医科大学の場合は初期、二次、三次も対応した救急医療機関として対応しているということになってくると、どうしても、通常三次だけとっている機関から見るとオーバートリアージが多いという形になるのでしょうか。

【質問者（オオトモ）】

いや、大阪も栃木もほぼ同じぐらい、つまり、大阪で言えば263が本来三次だとすると、そのうちの百四十数例は二次以下として判定している。それで、栃木でも84例のうちの44例が二次以下ということなので、比率的には同じなんですね。だから、どういうことなのかなということだったのですが、地域性ではないのではないかなということなのですが。わかりました。では、何か一定の基準のもとにやってみたら、こういう結果だったということで、実態とは違うということでもいいんですね。

【横田座長】

そうです。

【質問者（オオトモ）】

わかりました。ありがとうございました。

【横田座長】

どうぞ。

【金森医療対策課長】

これだけではなかなか分析が難しいと思うんです。といいますのは、大阪は、これ、大阪市内だけのデータで90数病院、二次病院ございますけれども、ある特定の病態に関してはほとんど三次と変わらない機能を提供してくださる病院もたくさんありますので、です。逆にまた三次の救命センターの先生方から見ると、大阪であれば、あの専門診療科のあの病院でとれる二次適応の患者さんではないかという判断も働きますので、一言で三次適応というの、その専門の病態かどうかによってもかなり幅が出てきますので、この大きなくくりだけではなかなか受入れの適切性とか、救急隊の判断との適切性というのは見分けられないと思います。

【有賀幹事】

昭和大の有賀と申します。きょうのこのシンポジウムで、前半で協議会、都道府県一括の協議会の話があって、その後、安全・安心センターなのですけれども、最後に奈良県の武末部長から、26ページのパワーポイントの右の上、救急安心センター事業の全貌というところで、点々の下側の将来の発展というのがあったではないですか。その部分は奈良県全体として救急隊の管制というか、前半で出ましたところの大阪や東京やその他、全県一区でやっているところと、やっていけないところとの話を少し咀嚼しながら、奈良県全体がああやって救急隊の管制までという話を発展させるのだとすれば、本日ご参集のとい

うか、私もそうですけれども、都道府県、県下全体として協議会をつくるという話はどういう景色なのかなというのは僕自身もよくわからなかったのですけれども、武末部長にもしあそこの将来の発展のところを説明していただくと、多分、救急安心センターそのものは当面は私たち市民ですけれども、将来の発展で救急隊の管制というところまで行けば、各地域でのメディカルコントロールと少しコラボレートしながらお話できるのかなと思って、あそこら辺を少し丁寧に説明していただくと。時間がなかったので飛んだのだと思いますが。

【武末医療政策部長】

まだやっていないのであまり胸を張って言えることではないのですけれども、将来の発展として、要はコーディネート機能、受入れ可否の情報の事前の共有、事前に二次病院、三次病院が受入れ可能かどうかというようなことを把握しておこうと。それを踏まえた上で救急隊がどこの病院に行くのかというのを県下で1つの消防指令をつくって、13消防の広域化よりも先行して、その指令の一元化をやった上で13消防の消防隊がどこの病院に行くかというのを指示する。これをやりますと、メリットは2つございまして、消防が一々自分で行き先を探さなくていい。少し感覚的なものなのですけれども、それはリアルタイムに何かを調べるということではなくて、恐らくその日の当直の先生が大体どういう治療をできる人かということを知っておけば、大分賄えるのかなと。と申し上げますのは、きょうも多少話題になっていますが、今、二次の救急病院がかなりまだらになっています。守備範囲が狭くなって専門性が高くなっていますので、どこにどの専門家がいるかというのを事前にこのコーディネート機能で今晚の状況などを把握しておいて、あともう一つは、このMCの課題である救急隊ができるだけ、例えば脳卒中であれば脳卒中の患者であるらしいという確度の高い情報を発信していただいて、その救急隊が発信した患者情報と指令の一元化をした管制等が持っている病院情報をマッチングさせれば、かなりの確率で正確に救急搬送ができるのではないかなという発想です。奈良県、先ほどご紹介しましたように140万人ですので、人口的には政令指定都市1個分しかありません。ただ、一方で市町村事業としての消防救急が13あるという意味では、普通の県と同じ状況ですので、そこを考えますと消防の広域化を待つ前に指令の一元化をやるべきではないかなと。ちょうどそう考えていたときに、ある方からは奈良のためにつくった法律だと言われたのですが、搬送のルール化という消防法改正がございまして、そういうような、その搬送のルール化をしていく過程で救急隊から出す患者情報と病院が持っている受入れポテンシャル、これ

をマッチングしていこうというのが目指しているところでございます。

【横田座長】

有賀先生、有難うございます。ぜひ将来の発展ということで、実際こうなっていますよということを二、三年後にでもまたここでご発表願えたらと思います。恐らくまだまだご質問されたい方はたくさんいるでしょうが、そろそろ時間が参りました。救急安心センターについてはそれぞれ、しっかりとご説明いただいたので皆さんご理解いただけたかと思えます。一方、今回の改正消防法をうまく活用しないと、かえって医療機関が混乱したり、複雑怪奇なことになって、マイナス面が出てきてしまう恐れがあります。大事なことは、医療機関と地元の消防機関とがしっかりスクラムを組んで、受入れる側も透明性を出して、受入れられる時間帯、曜日を決めた上で運んできていただく基準をきっちりと病院側から示してあげるとというのがキーポイントなのだろうと思います。演者の方々の熱心なご発表と、座長の不手際で時間が延長しましたがけれども、このセッションはこれで終わらせていただきたいと思えます。どうもありがとうございました。

【長谷川専門官】

横田座長、ご発表の皆様、ありがとうございました。

(休 憩)

【長谷川専門官】

大変お待たせいたしました。それでは、ただいまより2つ目のセッションに移らせていただきますが、その前に消防庁からお知らせがございます。救急蘇生統計に関してですが、消防庁からデータの提供をしております。これに関する通知文を各都道府県、それとあと消防機関、また関係学会、医師会に情報提供しています。これは12月のウツタインのデータから、個人情報を除いた形でデータセットされていますので、ぜひこれをご活用いただきまして、各都道府県においては、協議会等々でご活用いただいたり、研究でお使いいただければと考えている次第でございます。2つ目でございます。今年度の新たな予算でございますが、二次救急医療機関への助成に係る地方財政措置を創設してございます。二次救急医療機関の私的な医療機関に対する措置でございます。なお、この措置でございますが、医療機関リストを都道府県の各協議会で作成いただいて執行となりますので、その作業、年内に行っていただく必要があるということで、協議会での検討も急ぎご検討いた

だければと考えている次第です。3点目でございます。救急安心センターモデル事業ですが、現在、全国3カ所程度を応募してございまして、先ほどご案内があったとおり、窓口を設定し、24時間、365日、医師、看護師、あとは相談員による相談受け付け等々でございます。費用については、100%国費で実施、約1億円ご使用可能でございますので、ぜひご検討下さい。もし何かございましたら、消防庁職員のほうにご連絡いただければと考えております。こちらが私のご紹介したい内容でございました。続きまして、AEDに関する次のセッションに移らせていただきます。AEDに関しまして、本日お配りした資料で簡単にご説明いたします。資料の30ページでございますが、消防庁と厚生労働省連名で各消防機関と衛生主管部局に対しまして通知文を發出してございます。31ページから載ってございますが、消防機関等々でのAEDの不具合が多数報告されてございまして、その内容を研究班で取りまとめてございます。まさにこの連絡会のほうで、その調査の依頼を各消防機関に發出したところでございます。この報告書では328件の不具合事例が上がってきておりまして、それを細かく分析したものが32ページ以降に続く報告書内容でございます。なお、丸川研究班での検討の結果を反映いたしまして、通知文を發出してございますが、救急救命士は心電図波形が確認できるAEDを使用してください、バイタルのチェックを必ずしてください、あとは解析のタイミングを選ぶことのできる半自動式の体外除細動器の使用を推奨する、圧迫骨折、胸骨の圧迫等々で振動がAEDに伝わりますので、その辺をご留意いただきたい、アーチファクトに関しましては可能な限り、その原因を取り除いてご使用くださいという点でございます。あと、重要な点が2つ目の自己検証体制でございまして、何か不具合がございましたら、メディカルコントロール体制で検討をお願いしたい。特に非医療従事者、要は一般で使われておりますAEDの不具合事例、幾つか上がってきておりますが、これにつきましても地域のメディカルコントロール体制の中で、再発防止のための検討をお願いしたいというところでございます。私からは以上でございます。引き続き、厚生労働省医薬食品局、飯村安全使用推進室長補佐のほうからAED不具合事例の対応についてのご発表をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

【飯村室長補佐】

ただいま紹介いただきました厚生労働省で医療機器の安全対策をしております安全対策課の飯村と申します。本日は10分という短いお時間ではございますけれども、AEDを中心にした不具合事象に関する厚生労働省の薬事法の観点からの対応等を簡単にご紹介さ

せていただくとともに、点検等の呼びかけ、あり方、それから実施について、是非ともご協力をお願いしたいと思いますので、簡単ではございますけれども、お話をさせていただきます。それでは、きょうお配りいただいております資料ですと40ページから私のところになっておりますので、そちらも見ながらご確認いただければと思います。まず、最初のスライドですけれども、これが薬事法で通常医療機器、医薬品も同じなのですが、その安全対策を説明するときに使っておりますスライドでございます。こちらにありますように三者、「メーカー」、「医療現場」、「行政」、厚生労働省とPMDAという、これは独立行政法人でございますが、この三者が一体になって市販後の安全対策を行っております。企業のほうは医療機関に添付文書を通じた情報提供、それから、重要なときには緊急安全性情報、あるいは日常的に定期的に訪問して情報等を収集するという活動をしております。医療現場のほうからは、問題があったときには企業のほうにこうした問題があったぞというようなことをお知らせするという話になっています。メーカーと国の関係というのは、国は何か問題があったら改修しなさいとか、添付文書を直しなさいといったような指導を行いますし、企業のほうは不具合が発生したときには、報告するような義務が薬事法の77条の4の2というところにかかっております。また、同様に医療現場から厚生労働省、行政についても、直接通達でAEDに関して言えば点検よろしく申し上げますというようなことを、通達を出しておりますし、医療現場のほうからも何かありましたときには、医療機関報告という形で国のほうに情報をいただくことがある。こういった三者が連携して市販後の安全対策に取り組んでおります。AEDの特徴はご存じかと思いますが、ここ（医療機関に相当するところ）が一般人が使用するようになっており、ここがすっぽり抜けているというような問題がございまして、きょうのポイントになるのですけれども、医療機関の先生方のところでは、医療法の規制がかかっておりますので、AEDも含めた医療機器の安全管理というのは、医療法の中で管理者に医療機器の安全管理は義務づけられているわけで、適切な管理が医療法の中では行われているのですが、AEDの特性といいますと、やはり駅等の公共機関にありますと、どうしても民間の方々が持っておりますので、医療法という規制もかかっておりませんし、薬事法という規制も業者に対する規制が中心ですので、かかっていないといったような問題がございまして、さまざまな問題が最近起こってきているのではないのかと考えております。少し唐突になるのですけれども、これからAEDについてお話をさせていただくのですが、AEDについて呼び方がちょっと紛らわしくて、整理させていただきたいと思います。AEDといいますと、実は3つのタイプ

に分かれます。ご存じのように、除細動適用の解析までを実際の判断、適用の判断までを自動でやるのがAEDでして、それも手動でやるのは手動式の、医師の先生方が使う手動式の除細動器となります。AEDの中にはこの3タイプございまして、いわゆるフルオートといいます解析開始、それから、除細動の実施、この両方を自動でやるものは全自動というものがあるのですが、これはまだ国内ではございまして、日本でAEDというのとあとの2つになります。1つが解析のタイミングを自動で行うもの、それから、手動で行うものでございまして、自動で解析を行ってくれるのが非医療従事者、一般の方が使うAEDでございまして、駅等に設置されているもの、これがPADと呼ばせていただきますが、狭義のAEDになります。消防機関の救急車等に積んでありますのが、この半自動式と呼ばれまして、解析のタイミングも自分でボタンを押して解析を開始する。それでAEDのほうで除細動適用と判断したら、除細動の適用のボタンを押して実際に除細動するという、この半自動式と解析も自動でやるPADと、この2つが薬事法では広義のAEDなのですが、一般の方の認識は、ここに書きましても、こちらのPADのほうを一般の方はAEDと呼んでおりますので、言葉の使い方を少し整理させていただきたいと思います。続いて薬事法に基づく副作用とか不具合の報告の件数でございまして、これは全体の件数なのですけれども、医薬品というは平成9年からのグラフになっておりますが、右肩上がりに増えてきております。大体20年度ですと3万1,000件に上がってきています。医療機器はきれいな右肩上がりにはなっておりませんが、この辺はかなりM字のばらつきが多くなっております。医療機器の特徴としては、実際、これはこうなった原因はインスリンのペンとインスリンの針に原因がございまして、そういった非常に流通量は何百万と出ているような医療機器で1個不具合が起こりますと、それで何千件、何万件と上がってきておりますので、ばらついております。これ、実はこの下の点線というのは、不具合の報告が多かった上位の3製品を除くだけで大体5,000から6,000件で医療機器となっています。なので、医療機器に関してはベースとしては五、六千件で、何か問題が起こりますと途端に1万件を超えてくる。こういったような報告の状況になっております。続いてAEDに関する状況でございまして、この不具合に関する状況といいますのは、先ほど冒頭のところで紹介しましたが、独立行政法人のPMDAと呼んでいますけれども、医薬品医療機器総合機構で不具合を受け付けておりまして、実際にその情報も公開しております。こちらのURLに示しました不具合に関する症例報告に関する情報についてというページで検索ができるようになっております。販売名でも検索できるのですが、ここは

薬事法上の一般的名称であります「半自動除細動器」というキーワードで検索しますと、21年9月分まで、16年からの分で検索しますと75件の不具合が上がってきます。うち24件が転帰死亡と表示されます。先ほど長谷川専門官からもご紹介がありましたけれども、消防庁は過去3年間を中心に調査した中では、328例の不具合というのがございまして、薬事法で受け付けているのは75件しかありませんが、これは不具合というと呼び方の定義が違いまして、消防庁様の調査の中ではアーチファクトが入ったとか、そういったものも不具合として報告は受けておりますけれども、薬事法上の不具合といえますのは、実際に健康被害があったり、機械のほうに欠陥があった、故障があった、そういったことに限定されておりますので、数字のほうはこの間の調査とはかなり違った数字になっております。この死亡例の内訳なのですが、あくまでも当該除細動器が使用できなかったということで患者さんがお亡くなりになっている事例でございまして、AEDが変に働きまして不整脈を誘発して直接的に死亡の原因となった、そういったような事例はございません。また、使用実態、頻度からも仕方がないのでしょうけれども、ほとんどの事例というのは半自動式でございまして、PAD、一般の方が使うAEDの死亡事例というのは少なくなっております。続いて製品の回収についてでございますが、こちらが平成21年度、昨年度の数字でございます。医薬品が183件になりまして、医療機器の373件と医療機器のほうが多くなっております。この中でクラスIというのが一番リスクが高いもので、死亡または重篤な健康被害があるおそれというものでございまして、IIのほうが重篤ではないですけれども、被害があるおそれ。IIIが健康被害はないといったような分類になっておりますが、このクラスIの中に医療機器11件、昨年度ございましたけれども、その中でAEDに関してはPADが5件含まれていた。こういったことで医療機器のクラスI回収の中でもAEDが、PADなのですけれども、半分を占めているといったような状況になっております。それから、半自動式とPADの合算したAEDの回収（改修）状況でございますけれども、平成20年度以降で、お配りしたスライドだと15件だったと思うのですけれども、これを登録した後にまた2件増えてございまして、昨日も1件、フィリップスのFR2+で改修がございまして、今日時点ですと、17件になっております。クラスI回収が10件という形になってございまして、非医療従事者向けのPADが14件と多くを占めています。これはやはりAEDの特徴で、特にPADの特徴でございまして、通常、先生方が使うものですと、情報提供で済むようなものも、あくまで一般人の方が使うという前提ですので、改修のほうには繋がりやすいといったような特徴がございまして、

通常の医療機器でしたら添付文書の改定とか、情報提供の案内文書の配布で済むようなことも、企業のほうで製品の改良につなげたいということで回収（改修）事例が多くなっております。続いてAEDのこれまでの対応でございますけれども、16年の7月に一般の方がAEDを使っても医師法違反には問わないというような取り扱いを示して以降、普及が進んでおります。昨年の4月に点検の重要性を呼びかけさせていただいておりまして、今年の2月に不具合事例を消防庁のほうで調査をして、328例というのが上がってきました。それを受けて厚生労働省としてもきちんと消防機関と連携してほしいとか、性能の改善を考えてほしい、こういったことを依頼したり、行政と企業の方々と取り組みについて協議をしている、こういったことを行ってきております。最後、非常に短い時間で恐縮でございましたけれども、お願いしたい事項になります。まず、AEDの不具合の疑いがある事例が発生した場合には、必ず製造販売業者、企業のほうに連絡をしていただきたいと思います。それが機械の問題、不具合であれば、企業は回収（改修）の必要性を検討いたしますし、使用法の問題であればきちんとこういった使い方に注意してくださいという情報提供を行います。また、性能限界と呼ばれるものがあれば、性能改善の検討に使うということで非常に重要な情報になりますので、情報を企業のほうに提供していただきたいと思います。それから、保守点検の徹底をお願いいたします。中には残念ながらバッテリーが期限切れで使えなかったという報告も若干ございますので、よろしく願いいたします。それから、先ほど長谷川専門官からもありましたけれども、使用するAEDでの解析は、半自動式なのか、それとも自動なのかというのをきちんと認識して使っていただきたい。それから、最後に発表のときに気をつけていただきたいというお願いになりますけれども、一般の方はあくまでもAED、単にAEDと言いますと、PADのほうを想定しますので、消防機関のAEDで何かあったときには、「救急隊用のAED」とか、あるいはAEDという言葉を使わないで「半自動式除細動器」、こういったAEDという言葉の使い方をぜひともお願いしたいと思っております。非常に短い時間で恐縮でございましたけれども、以上でございます。

【長谷川専門官】

飯村室長補佐、どうもありがとうございました。続きまして、第3部、「エピペン投与とメディカルコントロールのかかわりについて」に移らせていただきます。それでは、東京消防庁阿部課長補佐からご発表をお願いしたいと思います。課長補佐、どうぞよろしくお願いいたします。

【阿部課長補佐】

ただいまご紹介いただきました東京消防庁救急部救急指導課の阿部と申します。東京消防庁で救急搬送されましたアナフィラキシーの過去5年間の状況でございます。原因種別、重症以上となったものでございまして、食品によるものを赤色にしております。若干でございますが、平成20年でも8件という状況でございます。エピペン導入に至る経過といたしまして、平成21年3月に厚生労働省から救急救命処置範囲等についての一部改正について文書が発出されまして、これを受けまして総務省消防庁、文部科学省からそれぞれ関係部局に書類が発出されております。東京消防庁におきます状況につきましては、スライドに示しますように東京都メディカルコントロール協議会救急処置基準委員会で審議され、プロトコル、救急隊員の教育用ビデオを作成しました。また、救急隊員の教育に関する委員会では、救急隊員の救急方法について審議がなされ、平成21年12月から運用を開始しております。救急処置基準委員会で定められた中でエピペン投与の実施順位というものを定めております。第1順位はエピペンを処方されている傷病者本人、次に家族等関係者、学校で発生した場合には学校教職員、最後が救急救命士という順とさせていただきます。これが東京消防庁によりますエピペン・プロトコルのスライドでございます。アナフィラキシーの症状があり、本人がエピペンを所持していて、本人が投与の意思がある。もしくは本人、家族等関係者が投与できるという場合には、そのまま投与を促すわけございまして、傷病者によるエピペン投与となります。所持はしているのですけれども、ご自分で打てないという場合に限って救急救命士によるエピペン投与となります。この場合には救急隊指導医へ必ず助言を得てエピペンの投与となります。この部分でございます。指導医の指示を得て救急救命士によるエピペンの投与となるわけでございます。そして、エピペンを投与した傷病者の搬送でございますが、その際は必ず救命救急センターを原則としております。傷病者または家族等関係者に説明したにもかかわらず、救命救急センター等への搬送を拒否したという場合には、救急隊指導医の助言を得て搬送の医療機関を決定することとしております。それでは、救急救命士によるエピペンを投与した事例がございましたので、ご報告させていただきます。本事例はエピペンを処方されている5歳の男児が自宅においてコロッケを食べた後、アレルギー症状を発症したため、祖父が男児を連れ近医を受診したところ、医師から救急車を要請し、投与を依頼しなさいと指示されたため、自宅へ帰って、後に祖父により救急要請となったものです。救急隊はPHSにより情報収集を行っております。情報収集した内容は記載のとおりでございまして、ア

アレルギー症状を呈していること、そしてエピペンを所持していることを聴取しております。観察結果につきましては、スライドの4番に示しているとおりでございまして、特筆するところは酸素飽和度が86%という状況でございました。そして、左の肺の狭窄音を救急隊は聴診器で確認をしております。救急処置といたしまして、スライドに示すように酸素吸入、心電図モニターを開始しております。そして、症状が進行した場合を想定し、エピペンの使用の可否を父親、これは後に駆けつけてきた父親でございまして、あと祖父に確認したところ、エピペンの指導を受けているのは母親のみであり、投与できない旨の回答があったため、エピペンを受領し、有効期限、薬剤の薬液の濁り等の確認を行っております。その後、咳き込み、悪心を訴え、酸素飽和度の低下が認められたため、救急救命士によるエピペン投与を判断し、救急隊指導医へ助言を得ております。救急隊指導医の助言は投与し、かかりつけの医療機関への搬送、大学病院でございまして、搬送の指示を受けております。傷病者の左大腿前外側にエピペンを投与し、かかりつけ大学病院へ搬送しております。傷病名はアナフィラキシーショック（中等症）でございました。時間経過をスライドに示します。覚知が19時06分、病院へ到着したのが19時45分となっております。本事例におきまして教訓といたしまして、1つ目が東京消防庁において初めての救急救命士によるエピペン投与を実施し、メディカルコントロール協議会で策定したプロトコル及び教育により確実な対応が行えたということ、2番目としましてエピペンは家族等であっても投与方法を知らなかったり、投与を躊躇することが予想され、救急救命士が投与する可能性が高いことが今回の事例でもわかりました。3つ目としまして、症例数が非常に少ないという中でエピペン投与プロトコルを携行しておくなど迅速で確実な対応が今後必要であると考えてございます。以上で発表を終わります。ありがとうございました。

【長谷川専門官】

阿部課長補佐、どうもありがとうございました。続きまして、千葉市消防局、渡邊課長からアドレナリン自己注射の処方を受けている児童・生徒の情報に関する教育委員会と当市消防局との連携についての発表をお願いいたします。渡邊課長、よろしく申し上げます。

【渡邊救急課長】

千葉市消防局の渡邊でございまして、よろしく申し上げます。それでは、千葉市消防局におきますアドレナリン自己注射（エピペン）の処方を受けている児童・生徒の情報に関する教育委員会と消防局の連携について発表をさせていただきます。救急救命士による

エピペンの投与につきましては、消防庁からの通知を受けまして当局ではエピペン使用の
プロトコールを作成いたしまして、千葉市のMC業務もお願いしております千葉市救急業
務検討委員会で承認を受け、救急救命士に対する研修を実施することといたしました。平
成21年7月30日、文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課長より通知を受けた
ということで、教育委員会のほうから消防局に消防機関との連携についてのご相談がござ
いました。教育委員会とは従前より教職員に対する救命講習、さらには応急手当普及員の
事項に関して連携協力が行われていたという実績から話はスムーズに行うことができました。
教育委員会では保健体育課というセクションが所管しており、相談内容について確
認いたしますと、連携通知の従前から重度アレルギー症状を呈するおそれのある児童・生
徒に対する対応について検討が行われていたということとございました。千葉市医師会の
学校保健担当理事、学校医ですけれども、この窓口を通じて学校ごとにエピペンの使用方
法に関する研修会等を行っていたということとございます。これは学校生活管理指導表と
いいます。アレルギー疾患に関する指導書でエピペンを処方されている児童・生徒の指導
はこの指導表によって行われるということをお聞きいたしました。これは平成20年3月
31日、財団法人日本学校保健会から発行されました学校のアレルギー疾患に対する取り
組みガイドラインの抜粋でございます。このガイドラインの中でもエピペンを使用されて
いる児童・生徒に対する対応が示されております。当局においても平成21年7月30日
付、消防庁救急企画室長からの通知を受けまして、教育委員会から連携の申し出があった
場合の対応について、どのような連携協力ができるかということをお聞きいたしました。入
電時の対応か、また、救急隊が現場に到着してからの対応化、また、これら
の対応をスムーズに行うためにはエピペン処方の児童・生徒の情報をあらかじめ入手
しておくことが大切かとの検討でございます。検討の結果でございますけれども、次の連
携を行うことといたしました。まず、消防の連携方法といたしましては、迅速な救急対応
を要するアナフィラキシー症状から入電時の連携に主眼を置くことといたしまして、あ
らかじめエピペンを処方されている児童・生徒の個人情報を消防局指令センターの情報シ
ステム、サーバーに登録しておき、エピペンが処方されている児童がアナフィラキシー症
状の発現により119番通報があった場合、その情報を指令サーバー上から出動救急隊に提
供するといった内容でございます。これにより学校への連絡やかかりつけ医療機関への収
容、搬送をスムーズに行うようにするものでございます。また、実際の現場では一刻を争
うということから決して救急隊を待つことなく、その場に居合わせた家族や教職員の方が

躊躇をすることなく、医師からの事前指示に従い、また、学校のアレルギー疾患に対する取り組み、ガイドラインを参考に迅速な対応を行うことをお願いいたしました。特に教育現場では教職員の適切かつ迅速な対応が重要であり、この点につきましては市の医師会と連携して事前に周知徹底を図ったところでございます。スライドは教育委員会からエピペンの連携に関する依頼の文書でございます。正式な依頼を受けまして、連携の内容に当たっては教育現場の理解が最も重要とのことから、まず市内の小中学校の校長が集まります学校長会議において、教育委員会から説明を行い、連携についてご理解をいただくことといたしました。スライドは保健体育課から学校長への連絡内容と保護者への説明内容でございます。学校長はこの内容を持ち帰りまして、自校の教職員とエピペンを処方されている児童・生徒の保護者に対する説明を実施しております。説明会では消防機関との連携に関するメリットの説明を行い、消防局の指令サーバーに登録する。個人情報の提供に関する同意をいただきました。これはエピペン処方の児童・生徒の保護者に対する個人情報の提供に関する同意書の見本でございます。保護者の方からは説明後、消防局に対しまして指令サーバー登録に関する質問が1件のみございました。この方を含めまして保護者の方全員から登録に関して同意をいただいております。所在登録も当初は学校地だけでしたが、保護者からの強い要望がありまして、自宅、さらには子供部屋の所在も登録し、これによりこの3カ所での119番通報に対応可能としております。これは指令サーバーへの登録項目で、氏名、年齢、生年月日、アナフィラキシー病状発現の有無、既往症、かかりつけ医療機関、保護者の連絡方法等でございます。これらの情報を指令センター、サーバーに登録し、必要な情報が瞬時に引き出せるようにしております。このスライドは指令センターのディスプレイ上に映された様子でございます。この内容を指令管制員は即座に救急隊に連絡いたします。また、当局の指令センターには医師が24時間体制で常駐しておりますので、この内容をもとに必要な指導を行うことができます。情報の更新につきましては、毎年4月と10月、学校のかわり時期と次年度入学する児童の健康診断時に消防との連携について説明し、保護者の同意を得てサーバーの登録、更新を行っております。当局と教育委員会におけるエピペン連携についてまとめると、次のとおりとなります。救急救命士によるエピペン使用の解禁にあわせまして、救急救命士自体のエピペン使用プロトコールを作成いたしました。あわせまして、教育委員会からの連携要領にこたえるべく、消防局と教育委員会とが数度の調整を行い、今回のエピペン連携を構築いたしました。では、その効果はということになりますけれども、これまでにエピペンの救急事案は3件発

生しております。このうち1件につきましては、学校と自宅が比較的近かったということで、保護者の方が学校に駆けつけエピペンを投与されております。他の2件につきましては、教職員の方がエピペンを投与したという事案でございます。119番入電時にエピペンの投与を確認いたしましたので、傷病者の状況について救急隊への周知とあわせて、かかりつけ医等を確認いたしまして指令課より即座に医療機関へ連絡をとり、状況報告とあわせて収容依頼を行っております。現場のほうからは迅速かつ適切な救急対応ができたという報告を受けております。エピペン処方の子供たちを不測の事態から守るという共通認識で教育委員会と共同することででき上がったシステムでございます。現在、登録児童は小学校123校、中学校61校の184校から48名の登録をいただいております。登録体制の構築に当たっては、市医師会、千葉県救急業務検討委員会の先生方の協力と教育委員会担当者の頑張りがなければできたかなということでもあります。関係者の皆様に敬意を表したいと思います。このシステム構築をきっかけに重度心疾患、児童・生徒の登録について協力が求められており、協議を進めているところでございます。今後も子供たちが安心して学校生活を送れるよう、関係機関との連携を図り、地域住民の生命を守ることに主眼を置いた救急行政に努めてまいりたいと考えております。ありがとうございました。

【長谷川専門官】

渡邊課長、どうもありがとうございました。それでは、続きまして、厚生労働省指導課から連絡事項がございますので、発表をお願いいたします。厚生労働省指導課、中野救急医療専門官、お願いいたします。

【中野救急医療専門官】

皆様、お疲れさまです。最後に厚生労働省のほうから救急救命士の処置範囲拡大についてご報告をさせていただきます。去年の3月から検討会で島崎先生を座長にしていろいろと検討していただきました。この検討会の中で三行為について検討しておりまして、血糖測定と低血糖発作症例のブドウ糖溶液の投与と重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用、心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施、この三行為について検討しております。この検討会において救命士が病院前において三行為をやることがいかどうかということで検討しております。4月28日に検討会の報告書を公表しました。現在、厚労省のホームページのほうにアップしている最中なので、また後日ご覧いただければと思います。ポイントとしましては、一応、三行為とも基本的には拡大する方向で考えようという方向性になりましたが、現状ではMC体制とか病院の自主体制とか、あと救命士の教育体制とか、

いろいろな問題が、整理しないといけない問題がありますので、三行為がOKということになっても、すぐさま全国でできるとは思えませんので、とりあえず、また、その検討会において病院前で果たしてこの三行為をすることが必要であるのかとか、有効性はどうなのかとか、そういったご意見もありましたので、基本的に実証研究という形で、幾つかの地域においてトライしてみて、そのデータをまた集積して、分析して、また再度その検討会において検討しようと、そういったことになりました。今後の方向性としましては、今年度から実証研究を行う予定でございます。その実証研究についてでございますが、一応、厚生労働科学研究の研究班、今、特別研究という1年の任期のものを申請中でございますが、藤田保健衛生の野口宏先生、以前から救命士のことについていろいろと研究していただいておりますので、野口先生を筆頭にして研究班長を今申請中でございます。一応、幾つかの地域で実証研究という形で行いたいと思っているのですけれども、それに関しては厚生労働省と総務省消防庁が協力していろいろと検討しながらやっていきたいと思っております。基本は厚労科研を中心にして医療関係者、消防関係者、あと救急業務高度化推進検討会、消防庁の検討会ですが、こういったものの先生方に参画していただきましてやっていきたいと。実証するに当たってはいろいろな研究デザインをしっかりとやって、実際にやるに当たっては地域のMC協議会の先生方や行政のほうにもかかわっていただきまして実証をやって、そのデータをまた分析して評価する。そういった形にしております。現状の進捗状況でございますが、厚労科研の特別研究というものが申請しております、恐らく来週ぐらいに認可が下りる、そういった内諾は得ております。それから、いろいろと研究班によって検討を開始したいと思っております。費用に関しましては、恐らく必要となるのは血糖測定するときの血糖測定器とか、あと、静脈路確保の輸液セットとか、そういったものになるかと思っております。喘息の吸入β刺激薬に関しましては、ご本人が持っているやつを救命士が介助するということなので、現時点ではβ刺激薬は救急車の方に常備するとか、そういったことは考えておりません。そういった費用に関しましては、現在調整中でございます。あと、実証地域についてでございますが、検討会のほうで基本的には三行為とも一緒にやっていただく、そういった方向になっておりますが、いろいろのご意見、ご要望等いただいておりますので、それはまた島崎先生等いろいろとご相談させていただいて検討していきたいと思っております。あと、実証地域の選定については、基本的には研究班でいろいろと検討したいと思っておりますが、可能であれば各地域のMC協議会の先生方にやりたいかどうかとか、そういったことも含めてアンケート調査を行うことも検討して

おります。以上でございます。ようやくこれから走り出したということで、今回、その三行為についてということでございますが、行く行くはいろいろとやっていけたらいいかなと思っております。また、ご質問等があれば、私、消防庁を通じてご質問をいただければと思います。どうぞよろしく申し上げます。

【長谷川専門官】

中野専門官、どうもありがとうございました。最後に消防庁からご連絡がございます。このたび改正消防法の関係で都道府県に協議会の設置が義務づけられておりますが、それに関連いたしまして各都道府県の協議会の名簿及びメディカルコントロール協議会の名簿の更新を考えています。10月までには調査をかけさせていただく予定でございますので、各都道府県の担当者におかれましては、どうぞよろしくお願いたします。本日は多数のご参加、また、皆様のご活発なご意見交換をいただきまして、ありがとうございました。次回でございますが、来年2月、愛媛の松山市で開催されます第19回全国救急隊員シンポジウムにあわせて開催する予定でございます。以上で、平成22年度第1回全国メディカルコントロール協議会連絡会を終了いたします。どうもありがとうございました。

——完——