

第1回救急業務高度化推進検討会 メディカルコントロール作業部会 議事録

1 日 時 平成22年8月24日（火） 15時00分から17時00分

2 場 所 東京ガーデンパレス2階「天空」

3 出席者

メンバー 横田部会長、伊藤委員、飯原委員、岡本委員、尾形委員、
織田委員、齊藤委員、竹中委員、竹村委員、谷川委員、
橋本委員、森脇委員、渡邊委員

オブザーバー 中野委員

4 会議経過

1 開会 [事務局]

2 あいさつ

【救急企画室長】

総務省消防庁救急企画室長を7月27日付で拝命いたしました松元と申します。どうぞよろしくお願い申し上げます。本日は大変お忙しいところ、またお暑いところ、「第1回メディカルコントロール作業部会」に御出席賜りまして、誠にありがとうございます。当作業部会ですけれども、救急業務を構成いたします救急搬送と応急処置の双方につきまして、医学的観点から質の向上を図ることについて検討することとされております。

昨年5月に改正公布されました消防法改正に伴う救急搬送、受け入れに関する調査分析の手法についての検討でありますとか、救急救命措置を安全確実に実施するために有効と考えられますビデオ喉頭鏡についての検討などを行っております。本年度ですけれども、お手元の議事次第にも記載がございますが、救急業務におけるICTの活用につきましては、大臣より、救急だけではありませんが、これを活用していくべきだということで指示を受けております。こういったICTの活用でありますとか、あるいは消防

が持っております救急搬送情報と医療情報を連結することによりまして、より精緻かつ意味のある調査分析ができるということなどについて、あるいは救急救命士を含みます救急隊員の教育、生涯教育等のあり方につきましても、お願いをしたいと思います。また、メディカルコントロール協議会のあり方についてということで、どのテーマも非常に重たいテーマではありますけれども、こういったことについて重点的な検討を委員の皆様方をお願いをできればというふうに考えております。こうした多くの課題であります。限られた時間、皆様、お忙しいとは思いますが、いろいろ御助言、御意見をいただきまして、御議論をお願いできればと考えております。簡単ではありますけれども、冒頭に当たりまして、私のごあいさつにかえさせていただきます。よろしくお願ひ申し上げます

3 委員紹介

事務局より、委員の紹介が行われた。

4 座長紹介

【事務局】

当作業部会の部会長でございます。先日開催されました救急業務高度化推進検討会にて、〇〇委員の就任で同意をいただいております。皆様、どうぞよろしくお願ひいたします。それでは、〇〇部会長より、一言ごあいさつをお願ひいたします。

5 部会長挨拶

【部会長】

皆様、暑い中をお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。今回、メディカルコントロール作業部会の部会長を仰せつかりました市立堺病院の〇〇です。私は現場で、消防の方々とメディカルコントロールの実務を行う一方で、日本救急医学会で、メディカルコントロール体制検討委員長を務めている関係で、今般、部会長を仰せつかったのだろうと理解しております。昨年までもこの部会で働かせていただきましたが、今回、留任の方も一部おられますけれども、委員を一新して委員会活動をしていきたいと思っております。よろしくお願ひしたいと思います。特に今、室長からお話がありましたように、改正消防法に関係する問題というのが、非常に大きいかと思っております。現実には救急業務の本質的なところを法で定めて、救急隊員による観察結果に応じて傷病者

を適正な医療機関に搬送をしていただきたいという主旨が込められており、今、全国どこの都道府県でも協議会を設けて、実施基準等の作成にかかっているという段階だと思います。その中で大事なのは、医学的観点からどうなんだということを、しっかりとしたひな型なり意見なりをこの作業部会から出していただいて、救急業務高度化推進を通して全国に発信できるような意見が出ることを期待しています。加えて、それに付随する多くの課題、例えばICTを利用する問題であるとか、あるいは救急隊員の技術的な向上を図るためにどうしたらいいのか。あるいは、メディカルコントロールの中での再教育をどういうふうにしていくのかということ、皆さんと一緒に御意見を出していただいて、答えを出せたらなと思っております。ひとつよろしく願いをいたします。

6 議事

【部会長】

それでは、本日の用意している議題に沿って進めたいと思います。本日は、事前に4つの議題を用意しています。時間の都合もございまして、早速1番目の議題から審議に入っていきたいと思っておりますので、まず事務局からご説明をお願いします。

【事務局】

救急企画室の〇〇です。よろしくお願いします。それでは資料1に基づきまして、御説明させていただきたいと思っております。資料の目次をめぐっていただきまして、まず議題1に参るまえに、当メディカル作業部会の位置づけにつきまして、御説明させていただきます。ページ数でいきますと2枚目です。この作業部会は、今年度の救急業務高度化推進検討会の3つある作業部会のうちの1つの部会に位置づけられております。資料をめぐっていただきまして、作業部会での主な検討課題というのが、本日議題として挙げさせていただいた、表示してあります4つの項目についてでございます。まず、「救急業務におけるICTの活用について」御説明させていただきます。本年度の検討会の進め方なんですけれども、ICTの活用につきまして、大きく分けて2つの項目について検討をしていこうと思っております。まず、「病院交渉時におけるICTの活用についての検討」と「救急現場におけるビデオ喉頭鏡の活用についての検討」が大きな2つの項目でございます。まず、病院交渉時におけるICTの活用につきましては、傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準に基づいて医療機関を選定し、交渉をする際に画像伝送を活用し、その効果を検証していきたいと思っております。現在、救急隊が使用しています広域

災害・救急医療情報システム、以下EMISと略させていただきますが、これについて救急隊が活用しやすい表示項目への変更について検討してきたいと考えております。2番目の救急現場におけるビデオ喉頭鏡の活用につきましては、まず実証研究を実施したい。1つの項目が、救急現場におけるデータ収集。これは対象地域を選定させていただきたい。2つ目の項目に関しましては、病院実習において、データ収集を行います。これは広島大学病院が事業主体として行うものでございます。実証研究の後に、現場の活用に向けた検討を実施していきたいと考えております。検討項目におきましては、①～③を案として出させてもらっておりますが、ビデオ喉頭鏡を用いた、例えば気管挿管業務プロトコル、気管挿管認定救急救命士への教育体制、また病院実習のカリキュラムについて、新規養成であるとか再教育を含む項目について、検討していきたいと事務局案として御提示させていただきます。資料をめくっていただきまして、ICTの活用に関する実証研究のスケジュールなんですけれども、まず医療情報システムの構築に関しましては、9月末に対象地域を選定させていただいて、システムの改修をさせていただき、10月からの運用開始案を持っております。「救急業務におけるICTの活用に関する実証研究」は、画像伝送とビデオ喉頭鏡の活用についてなんですけれども、これについては、9月下旬を目途に実証研究を開始したいと考えております。12月に中間報告をして、年が変わって2月に実証結果の提出ということで、このスケジュールに基づきまして、当作業部会の開催案として、偶数月、10月に第2回目、12月に中間報告を受けるということで3回目、2月に4回目、作業部会のまとめというスケジュール案を持っております。次のページに行きまして、個別のことにつきまして具体的に説明をさせていただきたいと思っております。資料をめくっていただきまして、8ページが、病院交渉時におけるICTの活用についてのイメージ図です。昨年までは、救急車内から画像伝送を活用して各医療機関に送っていたんですけれども、1つ違うのは、救急現場に画像伝送システムを持ち出して、救急現場からも画像を送るシステムについて検証していきたい。ここにビデオ喉頭鏡の画像を送って、先生から指示をもらいたい。病院交渉をする場合に、医療情報システムを活用して事前にいただいている医療情報システムから医療機関を選定して、それに基づいて画像伝送を行いながら、病院交渉に活用できないかというような検証を行ってきたいと考えております。ページをめくっていただきまして9ページなんですけれども、これが平成19年度の検討会からの抜粋なんです。ビデオ情報システムの現在の利用状況のアンケートが出されたものがございます。都道府県

の医療情報の表示項目につきましては、主に科目別の表示、内科であるとか外科であるというような表示項目ですが、これにつきまして、救急隊がより活用しやすい表示項目へ変更してはどうかという案があります。表示項目例につきましては、疾病分類、例えば脳卒中、急性冠症候群、重症外傷であるとか、それに基づく医療機関の受け入れ体制について表示すれば、どうでしょうかというような提示案でございます。資料をめぐっていただきまして、まず病院の受け入れ体制を定めた上で、次に画像伝送をする対象事案なんですけれども、これは実施基準に基づいて作成された急性冠症候群であるとか、このような疾病分類をした上で、対象症例を絞って病院選定をし、画像伝送を行うというような案です。次に資料をめぐっていただきまして、画像伝送をする上での検証の視点なんですけれども、時間的な効果、救急隊の活動時間であるとか病院交渉回数、画像伝送をする上において、応急処置の項目数がどのように変化していくのか。また、医学的な効果についても検証していきたい。ここからはアンケート調査になると思うんですけれども、救急隊と医師の満足度、負担感についてアンケート調査を実施したいと思っております。次のページをめぐっていただきまして、今回の実証試研究に関しまして収集するデータとして、救急隊側からは、搬送業務実施報告について調査したいのとアンケート調査、指示を受けていただいた指令センターの医師並びに搬送先医療機関の医師に対しても、画像伝送の活用方法、救急隊員の指示、指導・助言の内容、画像伝送の有用性についての改善点についてのアンケート調査を実施していきたいというふうに考えています。次のページをめぐっていただきまして、本画像伝送の実証地域の選定についてなんですけれども、ICTの導入を本格的に検討している本部、24時間365日体制で指令センターに医師を配置していることと、昨年度の実証研究の実績があるということで、千葉県消防局に行っていただきたいというふうに考えております。千葉市の体制なんですけれども、実証研究の協力機関としまして、市内の医療機関に画像伝送装置を設置していただく予定にしております。設置先の医療機関は、地域のMC協議会にて検討していただいた上で、5医療機関を選定していただく。EMISについてなんですけれども、千葉県の場合については、科目別のみでなく、特殊病態、例えば重症熱傷であるとか切断の表示項目があるのと、千葉県の救急医療情報システム部会にて了承が得られているということがございました。画像伝送装置の搭載救急隊なんですけれども、千葉県消防局全25隊中12隊の救急車に画像伝送装置を搭載する予定でございます。搭載した後、画像伝送搭載救急隊と非搭載救急隊の比較検討ができるのではないかとこのように

に考えております。次に、ビデオ喉頭鏡の活用についての検討についてなんですけれども、資料 15 ページが昨年度までのビデオ喉頭鏡についての検討項目でございます。16 ページは、昨年度の検討課題を踏まえ、今年度の実証研究までの流れとしまして、まずモデル地域を選定させていただき、モデル地域内における協議会での検討、例えば研修方法であるとか、プロトコール、安全管理、危機管理についての検討をしていただいた上で、MC 協議会の協力を得た後に実証研究を実施していただく。実証研究に当たっては、24 時間体制で医師が画像を介して、オンラインメディカルコントロール体制下で、救急救命士が行う操作について担保する体制を確保した上で実施していただきたい。実施した上において、この作業部会の中で状況を提示していただいて、次につなげていきたいというふうに考えております。資料をめくっていただきまして、救急現場における実証研究の概要（案）ですけれども、目的に関しては、救急現場（救急車内を含む）におけるビデオ喉頭鏡の有用性について確認をしていただきたい。実証研究地区の案なんですけれども千葉県消防局を想定しております。研究体制につきましては、先ほど御提示させていただきましたように、メディカルコントロール協議会の中で実施に向けての検討、プロトコール、指示・指導・助言体制、事後検証体制について御検討していただき、あわせて事前研修であるとか内容についての検討を行っていただく。事前の講習体制につきましては、御紹介したとおりで、気管挿管認定救急救命士 60 名に対して、千葉大学のほうで麻酔科救急医の指導のもとにやってもらう。これに関しては、千葉県消防局の救急課がメインとなってやっていただく。この件に関しては、千葉市の救急業務検討委員会にて了承が得られております。実証研究に当たりましては、気管挿管実施全症例について、リアルタイムで消防局指令センターの常駐医師に画像伝送を実施する。実施に当たってはオンラインメディカルコントロール下で実施する。研修期間については、9 月下旬、機器が整いましてから 2 月下旬までの実施予定という案でございます。資料をめくっていただきまして、救急現場における実証研究における検討項目ですけれども、まず喉頭鏡を用いた気管挿管との比較。食道閉鎖式エアウェイとの比較。また実施する症例数であるとか、実施期間についての検討を行いたい。実証研究後の当作業部会での検討項目ですけれども、ビデオ喉頭鏡の有効性・安全性についてとビデオ喉頭鏡の現場活用について、もし現場活用されるのであれば、そのスケジュールと導入カリキュラムについて、当検討部会のほうで検討していただきたいと思います。次のページをめくりまして、病院実習における実証研究の概要ということで、これは事業主体である広島大

学病院の〇〇先生が中心になってやられるということでございます。ビデオ喉頭鏡に関する病院実習カリキュラムについての検討のための調査研究で、対象病院につきましては、広島大学病院を中心とした他4カ所の病院。対象者につきましては、従来型気管挿管技能取得のための病院実習を目的とした、救急救命士に対して行われます。実習内容につきましては、従来型マッキントッシュ型喉頭鏡を用いた気管挿管30症例プラスAWSを用いた気管挿管5～10症例。救命士1人当たり35～40症例になります。研修体制につきましては、手術室実習前研修として、講義・マネキン実習及び実技テスト後に実習。実施機関につきましては、広島大学病院を含む5施設において、22年9月から23年5月までを予定されております。実習に当たりましては、5医療機関から協力を得られているというふうに聞いています。次の20ページ、病院実習における実証研究の研究項目（案）ですけれども、ビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管手技についての検討と、それからビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管プロトコルの作成。必要な病院実習症例数。また、病院実習カリキュラムの作成。現状の気管挿管業務プロトコルの検討（特に適応と禁忌）についての項目について、検討していただく。また、実証研究に当たりまして、研究後に当作業部会へ研究結果の報告をいただき、当作業部会では、ビデオ喉頭鏡の有効性、安全性、ビデオ喉頭鏡の現場活用について、スケジュール、導入カリキュラムについて、検討していきたくないと考えております。ざっとになりますけれども、議題1に関しては、以上です。

【部会長】

ご説明、ありがとうございました。資料が膨大ですので、部会長のほうから議論をすべき論点の確認をさせていただきます。1つ目のところでは救急業務におけるICTの活用についてということで、その内、1つは従来あるEMISに画像伝送のシステムを足すことによって、搬送と受け入れの実施基準等が円滑に動くかどうかということを見たいという1点。2つ目は、かねてより言われている気管挿管に使うエアウェイスコープについて検討する。それがさらに2つあって、1つは画像伝送の仕組みの中で検証していく点と、もう一つは、病院実習の中でどういうふうな実際問題としてやっていただけるのかという点で、ビデオ喉頭鏡については2点の検討があるというふうに理解してよろしいですね。画像伝送そのものを構築して検討していただけるのは、千葉県消防局と千葉大学と伺っています。その中にエアウェイスコープの画像も入っていますということを御説明いただきました。もう一点が広島大学で中心になって、エアウェイスコー

プを使った病院実習のあり方を検討していただく。ということで、委員の方々からご意見をいただきたいと思いますが、まず初めにこの資料の中で確認等ございませんでしょうか。よろしいですか。それでは順番に検討したいと思います。資料1のところ、1) 病院交渉時におけるICTについての検討の1枚目、8ページのイメージ図のところですが、今回検討していただくのは、消防の指令センターに指導医がいますが現場から画像を送ることで、いわば救急隊の目の一助として、指導医にその画像を見ていただいて、助言・指導をいただく。それが処置あるいは病院搬送先の選定などに、どれだけの効果が出るのかということを検討したいということによろしいですね。この件について、何か御意見ございませんでしょうか。

【委員】

〇〇でございます。確認ですが、これは指令センターの指導医の先生を介して病院選定がされるということになるわけでしょうか。と申しますのは、現場の画像を通して、病院選定の交渉に使うという言葉がありますが、現場活動中の救命士自身がICTを活用して選定先交渉をすることになれば、現場滞在時間に影響します。病院選定は救急隊が行うわけではなく、その画像を指導医の先生に送り、指導医の先生が適切な病院リストの中から選んで、指示をされるというふうに解釈していいでしょうか。

【事務局】

指導医の先生にいただくのは、あくまでもアドバイスであって、どここの病院に行きなさいという指示ではないというふうに御理解いただければと思います。

【委員】

そうすると、画像は端末が設置されている医療機関へダイレクトに送るのではなく、必ず指令センターを経由するのでしょうか。

【事務局】

両方同時送信というふうに考えていただければと。指令センター常駐の指導医師にも画像が送れるんですけども、その情報が医療機関にも送れる。

【委員】

そうことですね。

【事務局】

はい。

【委員】

この画像を送った後で、医療機関選定が行われるとします。この作業は搬送中ですか、それともあくまで車内収容から現発までの間に行うことがメインだというふうに解釈してよろしいのでしょうか。

【事務局】

結構です。救急隊が観察を行い、観察結果に基づいて適切な医療機関を選定する。それが今の定められている実施基準だと思うんですけども、そこに対象の医療機関に画像伝送システムが構築されていれば、指令センターを通じてそのの病院にも情報が行くと考えています。

【委員】

ありがとうございました。

【部会長】

オンラインメディカルコントロールにおいて、ICTを使って、情報を指令室と受け入れ先となる病院にも、音声情報だけでなく画像を使ったらどれだけプラスになるのかということですね。委員が言いかけてきたけれども、恐らく時間的な間が延びるということが、逆に事例によっては欠点になる可能性も出てくると思いますが、その辺も検証の中で見ていただけたらと思います。何かほかにご意見はございませんでしょうか。せっかく今そういう話が出ましたので、千葉県消防局並びに千葉大学のほうでどういうお考えを持ってやっっていこうと考えているのか。事前にお話を進められているんですね。どういう方向性とどういう論点で検証していくのか、ご説明をいただくと助かりますので、よろしくをお願いします。

【委員】

千葉大学の〇〇です。実は昨年同じような実証実験を千葉市で行いました。そのときは救急車5台に搭載して、それを消防指令センターと3次救急医療機関である我々の施設と千葉県救急医療センターの2病院に同じ画像が送れると。お互いにインターネットを介して、現場とは直接病院のほうからは話ができないんですけども、病院間と指令センターの医師、2病院の医師の間では話ができるんです。ですから、基本的に千葉市のシステムは、指導医が病院選定まではしないというのが原則なんです。ただ、こういった画像で情報が送られますと、やはりこれはここが適切だろうという病院が、ここという個々の病院までは特定できませんけれども、例えば3次対応、2次対応でしかも実際に映像を送られている病院で、これはもううちで受けるべきだろうということであれ

ば、そこにすぐ行くということでやっておりました。基本的にはそういう形で今回も行われるのかなというふうに思っています。昨年の実験期間は短かったんですけども、3カ月間でしたか、やりまして、外傷例とか病院選定に救急隊員が迷うような症例では、明らかに画像で情報を送ったほうが現場滞在時間は短かったというようなデータが出ております。

【部会長】

ありがとうございます。ハード的なことも影響はしてくると思うんですけども、ちょっと伺ってよろしいですか。実際には、隊員がビデオカメラと伝送装置に相当するバッテリーつきのものを携えて車外へ出て活動するということになるわけですね。

【委員】

昨年は車内の映像しか送っていませんでしたので、それでよかったんですが、今回は現場でビデオ喉頭鏡を使用するとなると、伝送装置を持ち出して喉頭鏡のカメラですので、それを入力して送るということになる。通常の資機材とは別に、大きさとして多分30センチ四方くらいですか。トランスポーターといいますか、情報を送る装置が必要になるということになります。

【部会長】

はい。〇〇先生、どうぞ。

【委員】

広島大学の〇〇です。非常にすばらしいシステムではないかと思っています。幾つか質問をさせていただきたいんですが、まず、現場情報について、ビデオ等の映像装置を持っていくことに関しては、例えば市民の肖像権とか、その辺の関係の調整ということについてお伺いしたいということ。もう一点は、指令センターと現場だけの映像ではなくて、医療機関にも同時配信されるということなので、医療機関となると、恐らくそれは診療情報としてとられる可能性があるのではないかと。そうしたときに、例えば医療機関に搬送するときに、ごらんになった先生のところに搬送するときに、それを診療情報として扱うのか、扱わないのか。そのあたり、どのようにお考えなのか、お伺いしたいんですけども。

【部会長】

事務局、どうでしょうか。お答えできますでしょうか。

【室長】

個人情報の問題というのは、今回も一定程度、それにかけてクリアをしてやっております。喉頭鏡による映像は、中の部分だけとなりますが、持ち出せるタイプは外も映せるわけですから、そこでどういう情報を個人情報との関係で送れるのか、送れないのかというのは、一定程度整理する必要があると思います。我々が考えているのは、あくまでも傷病者の情報を送りたいということなので、今ここで考えているのはそういう状況ですけれども、例えばこれをもうちょっと広げて、災害現場全体の状況をビデオで送りたいとか、そういうニーズが出てきたときには、またそれはちょっと違うものが要のかなと思っております。診療情報として扱うというのは、私どもでは判断に難しいところがあります。

【部会長】

ちょっと〇〇先生の意見、もうちょっと具体的に、どういう意味合いの質問を指しているか。

【委員】

例えば恐らく医療機関のほうから、実はこれが一番今後ポイントになると思うんですけれども、病院の先生が脳卒中なら脳卒中と診断をする際に、その映像情報をもとに行うということになるわけです。そうしたときにそこでの診断が正しいか、正しくないか。後でトラブルが起きたときです。どこから先生と現場との、あるいは患者さんとの医療契約が始まっているのかということです。恐らくここでは解決しない問題だと思います。実は、広島のほうでICTの事業ということで、具体的にもう業務として来年度から映像伝送のシステムが始まります。それも1つの課題にはなっています。あくまでも病院前の情報として、診療情報として扱わないという決めでどこかでしておいたほうがいいと。診療情報として扱うとなると遠隔医療との関係になりますから、長年過去10年間遠隔医療学会とやり取りがあったみたいですが、まだそこが片付いていないですから、それはそれで片付けていく必要がある課題だなと思ったものですから。

【部会長】

はい、〇〇委員、お願いします。

【委員】

〇〇さんがいらっしゃるから言いにくいんですけど、これはあくまでも病院前から、緊急事務管理の範囲です。要するに診療契約を結ぶのは、あくまでも現実に病院の門をくぐって、黙示の診療契約が結ばれてからですから、したがって、前からつとに

申し上げているように、指示指導医の身分が各消防本部の属する公共団体の非常勤公務員、嘱託公務員になっていれば、指令室等に常駐していなくても、指示指導医として活動する瞬間は公務員になっていますから、国家賠償法の対象になってきますので、今ご指摘の、後で指導医に誤った判断があったのではないかというトラブルが発生した場合にも、医師個人として訴えられることもないし、指導医の先生が個人的に責任を問われる可能性はなくなります。これは、極めて希有の事例とは思いますが。また、災害以外の場合は、プライバシーの問題は相当厳しいと思うので、例えば千葉市で広報を流すとか、事前の市民の同意を得ておかないと、そこに映るのは何も傷病者だけではないし、傷病者情報だって流してほしくない人は必ず出てくるわけです。それは1割もないでしょうけれども、しかしいろんなことが考えられますから、相当その辺は慎重にやっておかないと、いい話も結局つまらないことでつぶれる可能性があるんで、その辺は押さえておかないといけないのかなというふうに感じています。

【部会長】

ということで、〇〇委員から意見が出された、画像というものの肖像権というか個人のプライバシーの問題をどうするかということと、それからプレホスピタルの情報といっても、診療契約に乗っかる情報の可能性もなきにしもあらずなので、その辺は整理しておくべきであろうということで、ちょっとこの辺は議論を進めても答えは出ないかもしれません。事務局で次回までに整理をして、あるいは研究を始める前に一度議論をして、その点をしっかりと詰めていただくということにしたいと思います。

【委員】

プライバシーの面に関しましては、かなり千葉市で去年やるときも話題になりまして、メディカルコントロール協議会の中で話し合いました。一応広報するということで、救急車に傷病者の情報を指令センターに送って指導助言に用いますということを書いて、たしかやったというふうに記憶しています。それから伝送するときに情報が漏れるという問題があります。それに関してもある程度暗号通信とかそういったもので、今回も恐らくそういうことを要件の中に入れていたと思います。もう一つはビデオ画像を記録に残さないということを原則としてやるということでやりました。テレメディスンとの比較が出ましたけれども、実は実際やってみますと、ワンセグ程度の画像なんです。ですから、動きがのろいのと映像の画質自体も、とても実際にカメラを通じて診察あるいは診断をつけられるほどの精度の高い画像ではないんです。あくまでも救急隊から送られ

てくる情報の補助ということであって、決して診療をするというレベルのものではないというふうに思っています。ただ、その辺は、〇〇先生や〇〇先生がおっしゃったように、きちんと区別がつくようにしておくべきだというふうに思います。

【部会長】

倫理委員会という言い方はおかしいかもしれませんが、倫理上の問題を解決するために、事前にそういう委員会を設けて、検討することはお考えなんですか。

【委員】

実は私、前はそういうことは余りやらなかったんですね。メディカルコントロール協議会で、それをやることを許可して、それから映像伝送していますということを市民に広報することでそれはいいんじゃないかということになったんですけれども、実は今回最初の案を持ってきていただいたときに、病院での転帰とかも調査したいというようなこともありましたので、もしそういう医療情報をこの実証試験で必要になるのであれば、それは倫理委員会を通すべきではないかなということを提案したんですけれども、きょう出た実際に収集するデータとかを見ますと、そういうところまでは書いてありませんので、その辺はどうかなというふうに思います。ただ、先生がおっしゃるように、倫理的な面で問題がないということ、例えばこの協議会なりでお墨つきをいただければ、広報をするほうとしても恐らく力強い、心強いのではないかなというふうに思います。

【部会長】

はい。ということで、実施に当たっては、今のような問題を多少とも抱えているようですが、こういうところをしっかりと押さえておいたほうが良いというような気がいたします。ほかの御意見はございませんでしょうか。〇〇委員。

【委員】

ちょっとイメージがつきにくいので、お伺いしたいのですが、最終的に医療機関に画像伝送装置は幾つぐらいまで、どの病院まで設けるのかということと救急隊が一斉に電送を送ったときに、どのくらい受け入れるかというのがちょっと気になったんですが。例えば千葉市さんは、今度12台一斉に送って、病院は今回5病院のようなんですが、それで救急隊と直接話はやらないという話なので、その辺はどうなのか、ちょっと疑問になりました。

【室長】

システム的なことになるとと思いますが、今回使おうとしているシステムでは12分割です。12カ所には送れるということを聞いています。これは技術の問題ですので、今後改善される余地はありますけれども、余り多くのところに送り過ぎて大変なので、2次医療圏の中でどういったところへ送るほうが、このメディカルコントロール体制の強化という意味でいいかということ、今後検討しながら、これは各地域で決めることになると思います。このシステムの限界と有効性についてのバランスをとりながら、やはり先ほど織田先生のほうからありましたように、1対1ではなく1対Nというんでしょうか、何カ所かに同時に送れて、しかも関係しているところでも話ができるということが、今回ICTの活用という意味では一番大きいところだと思いますので、そこを最大限に生かせるような形にしていければと思っています。

【部会長】

よろしいですか。それでは、もう一つ大きな論点がございます。ちょっと話を先に進めまして、その中でビデオ喉頭鏡の話があります。ビデオ喉頭鏡については、昨年も導入に向けて現場使用での利点と問題点、あるいは習得のためのラーニングカーブなどをこの部会でも報告していただきました。今回はそれを基礎にまず広島大学のほうで病院実習の中で、実証研究をやっていただくということ。同時に先ほどの千葉消防局で行われる画像伝送においても行うということなので、ビデオ喉頭鏡に論点を移したいと思います。ビデオ喉頭鏡については、〇〇委員あるいは〇〇委員が詳しいと思いますが、私のほうで昨年論点になったことだけを言いますと、ビデオ喉頭鏡は、15ページのところを見ていただくとわかると思いますが、本来のマッキントッシュ型とは違って、喉頭を物理的に展開するのではなくて、エアウェイに沿って挿入して喉頭を直接のぞいて、のぞいた位置を確認したらそのまま気管チューブを入れるというようなもので、仕組みが全く違います。利点としては挿管困難例が少なく、食道挿管が少ないことです。その上、学習するのに短時間で習得できるといったような利点があります。しかしながら、欠点としては、喉頭を展開しない分、異物の除去であるとか喉頭を観察するということが、スペースの問題上できないとされています。あえて次にもう一つ欠点といえれば、現状はいわゆるマッキントッシュ型の喉頭鏡をベースにした病院実習と日常での挿管が従来型で行われているので、プラスアルファを行うということについての費用、病院実習、あるいはそれ以外の問題、別のプロトコルを書き直さないといけない問題とか、いろいろな細かいことは、多少の欠点としては出てくるのかなということです。○

○委員、それでよかったですか。もし補足がそれ以外にあれば、どうぞ。お願いします。

【委員】

今、○○先生がおっしゃったとおりなんですけれども、エアウェイスコープというのは、直接喉頭展開して見るのではなく、喉頭にCDCカメラを入れて見ることができるというのが最大の長所で、エアウェイスコープは操作が簡単で、挿管困難者を減らす。それから食道挿管という最大の気管挿管に伴う合併症の抑止という点で、非常にいいと。その挿管困難症と食道挿管というのは、気管挿管をする上での最大の危険な点でありますので、それを極力減らすことができるということが、一番いいのではないかと思います。

【部会長】

それで皆さん方の資料の後ろのほうに参考資料1、参考資料2というのがございます。これは昨年メディカルコントロール作業部会で検討したときの資料を改めてもう一度添付しておきました。資料1は、○○委員のほうでおまとめになった資料そのもので、表に書いてあるのが利点と欠点ということです。もう一枚の参考資料2というのは、○○先生にオブザーバーで来ていただきまして、病院前救護における気管挿管、実際に学習をどうやってするんだという問題をいろいろデータも踏まえてご説明いただいたときの資料です。この点についてはこういう利点と欠点があるんだということなどを参考にしてください。これらの資料を基にして今後、実際に使えるかどうか、パイロット的に実証していきましようというのが、今年の課題というふうに考えていただければいいと思います。それでまず、○○委員のほうに具体的にどういう方向でどういう検証をしようかとされているのか、ご説明をいただけないでしょうか。

【委員】

参考資料4をごらんになっていただきたいと思いますけれども。実はこれは疫学研究という扱いです。当初は臨床研究ということで、新たなデバイスということでの申請をしていたんですけれども、既に薬事を通っているということで、倫理審査委員会の疫学研究の話であるということで、比較研究の扱いになります。最初の2ページ目、3ページ目については、今、皆さんがおっしゃったとおりなので割愛したいと思います。具体的に、今回対象となります救急救命士さんですけれども、病院実習に来られる救命士さんということで、対象の患者さんは、比較的健康的な、手術を受ける予定の患者さんということになります。4ページですけれども、評価項目というところが書かれています。ここで

は最終的な評価項目は、挿管の成功になります。挿管の成功にまで至る例数、一応今は5例～10例の間であろうという、これははっきりとした根拠はないんですけども、そのあたり、私どもの臨床的なインプレッションから見て、もっと早いかもしれない先生もおられるんですけども、一応5例～10例のという数値を設けてラーニングカーブを書きたい。ただ、それだけではなかなか評価はできない項目がありますので、時間的なファクターです。ブレードが歯牙を超えてから実際にチューブが入るまで。もうひとつは、従来の喉頭鏡と違うのは、イントロップというブレードの中にチューブが入っていますので、そのまますぐ見えた途端挿管ができるというメリットがあるわけです。こうしたことで、もろもろに必要となる時間というものもプラスの要因として考えるというふうにしたいと思います。5ページに、その記録票といいますが、今回の病院実習エアウエイスコップを用いた病院実習での記録用紙を載せています。6ページに目標症例というのを書いています。10症例ということです。ただ、大学病院でも今年度あと2人ぐらいです、気管挿管実習に来られるんです。なかなか数として少ないものですから、大学の関連病院なり協力病院なりをお願いしまして、市民病院、県立病院、広島総合病院、尾道総合病院というところをお願いしまして、症例を確保しようということにしております。今回は、私どもだけではできませんので、ほかの先生方にも協力をいただいているということがございます。今回の研究におきましては、先ほど申し上げましたように、疫学研究として行いますが、最初に問題になったのが、歯が折れたりとか合併症が起きたときにどういった形で賠償するのかということで、これについては賠償保険等の保険会社に確認はしているんですけども、一応厚生労働省と総務省でそのあたりは、最終的に救急救命士が用いる機器として何かが起きたときに、賠償の対象になりますというところの確認をお願いしているところです。今年度中の事業なり研究になりますが、中間解析を一遍行って、それによっては早目に終了できるかもしれません。少なくとも5～10例の間にラーニングカーブをして、将来的には、エアウエイスコップ等を用いるビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管がメインになる時代が恐らく来るんだろうと考えていますので、その資料にしていければと思います。と同時にその間、幾つか実習プロトコルをつくっておりますので、これは病院実習に入る前、手術室に入る前にマネキン等を用いたプロトコルを今つくっていますので、その原案をこの際確認できればと考えています。

【部会長】

はい。まず、しっかりと確認しておかないといけないのは、先生のご研究では、このエアウェイスコープを従来の気管挿管病院実習と同様、いわゆる健常な予定手術の患者さん麻酔導入時の気管挿管でビデオ喉頭鏡を用いた実習をさせるというものです。その効果がいかほどのものかを見ようというふうに理解すればよいわけですね。

【委員】

はい。

【部会長】

この件についてはどうでしょうか。しっかりとした実施計画書が書かれており、これはもう大学の倫理委員会を通してあるわけですね。これを踏まえて確認なのは、千葉市の先ほどの話の中で、ビデオ喉頭鏡を使った画像を送るということが、デザインされていましたが、これはさらに話は先に行っていますよね。病院実習が終わっていない、病院実習をするのかどうか。ビデオ喉頭鏡を使える能力を救急隊員に与える、言いかえると病院実習を終わって十分できる能力を認めた上でやるということが本来前提になると思います。この場合ステップとしてはたくさんの経過を踏まないといけないんですけれども、その点について最初からそれが気になっていたものですから。ビデオ喉頭鏡を与えて、はい、そのまま画像を送りなさいというわけにもいかないと思いますね。その辺は今の計画の中でどうなっているのか。厳しい質問かもしれませんが、非常に重要な点ですので教えていただきたいんですけれども。

【事務局】

資料 17 ページを見ていただくといいんですけれども、まずプロトコルですが、現状行っている気管挿管プロトコルから逸脱するものではない状況でやっていただきたい。その辺のことについてがまず 1 点と、それから指示・指導、助言体制ということで、ここでの確認事項としては、ビデオ喉頭鏡というのは、従来用いています喉頭鏡との違いというんですか、気管挿管の業務プロトコルにおいて、挿管をやることに対するデバイスの確認と、あとは直視下でやるというふうなところの確認というのが、大前提としてはあるのかなと思います。今ある業務プロトコルに基づいてやっていただくのは、気管挿管認定救命士に限るということです。既に 30 症例の病院実習を終わっている方々に対して、講師としては大学病院の先生の麻酔科と救急医の先生。講習のカリキュラムというのは、今後の参考になると思うんですけれども、挿管認定救命士の方に病院実習が必要かどうかというのは、議論があるかと思うんですけれども、喉頭鏡を使った気管

挿管ということに関して言うならば、そこまでの必要性というのを、まず事務局としては。

【部会長】

わかりました。ということは、本来ならきちんとした病院実習で、救急隊員にビデオ喉頭鏡が使える技量を身につけさせて、その上で現場に出て、実際にそれを使用する際の画像を送ることでどれだけ値打ちがあるんだというステップになろうかと思います。現計画だと、気管挿管認定救命士を取られている人を仮認可にして、使えるんだったら使いなさいということになってしまいそうですよね。そうすると、それに先立つプロトコールと実際には多少とも実習をさせないと使えないと思いますが、その辺はどうなんでしょうか。ほかの委員の先生、あるいは〇〇先生、どういうお考えか、ちょっと教えていただけませんか。

【委員】

千葉県消防局としては、再教育の形で、ビデオ喉頭鏡に関して、4日間かけて、もちろんマネキンを使った実習を我々のところの医師が指導してやるということにしているようです。それが9月の初めぐらいに。

【委員】

8月下旬に2回。

【部会長】

要は人形を使ったトレーニングをして、そのまま現場で使わせて、画像を送らせようということですね。この辺は極めて大事な点なのでご意見を伺いたと思います。

【委員】

ちょっと〇〇さんに確認したいんですけども、気道確保のときの器具というのは決まっていますか。これはそもそも入っているんですか。

【委員】

現状はまだ入っていないですね。

【委員】

だから救急隊員が使うことは、今のところは原則できないはずです。

【委員】

この器具が入るかどうか、今うちのほうで検討しておりますので。

【委員】

そこはまだ不確定でしょう。

【委員】

始まるまでには、と思っています。

【委員】

現場活動を想定すると危惧することがあります。実際にビデオ喉頭鏡を使う場面は、CPAが事前に確認できている、あるいはCPAかどうかわからないときです。この15ページの写真を見れば、コンパクトなので、1人でこの機材をプラスして持っていても余り問題はないかもしれません。しかし、傷病者の気道閉塞があつて、通常の気管挿管がすぐにできないとき、喉頭展開や吸引もするわけですね。そうすると、常にマッキントッシュ型も持参する必要があり、どこでマッキントッシュ型を用いて、どこでビデオスコープに切りかえるのかの判断について、恐らく指導しないとイケない気がします。逆に言うと、ビデオスコープを使えない場面についてのトレーニングが要る気がしますが、いかがでしょうか。

【部会長】

それは昨年の議論でも出ましたが、ビデオ喉頭鏡の持つ利点に対して一方の欠点がそこなんです。そうしたときに、本来のマッキントッシュ型の喉頭鏡とどう使い分けるかが重要です。Aがだめなら、Bをどういうときに使うのか。BがだめならまたAに戻つてするかということをしかりと教育した上で使わせないとイケません。これは確かに〇〇委員がおっしゃるように、食道挿管を回避するという意味においてツールとしては、非常にいいんだけど、医療現場でなくてプレホスピタルケアでCPAの患者さんの気道確保をするというストレートな意味において言えばバリエーションがたくさんあるので、そこは少しいろいろな検討しなければイケません。今まさしく先生がおっしゃったような問題を、事前にどうすればどうしなさいといったことを、プロトコールが必要なんじゃないか。それこそがメディカルコントロールにおける包括的指示、すなわち事前指示になるんだろうというふうに思います。部会長みずからがこういうことを言うのは失礼なんですけれども、まず最初の前提は、習得がどれくらいの症例でできるかなど、〇〇先生のところでやられる、これは全然問題なからうというふうに思います。しかし、直ちにビデオ喉頭鏡を隊員が使えるという前提に画像まで送らせるというには、余りにもそのステップが飛び過ぎているのではないかという気がします。まずプロトコールを書いて、挿管ができる研修もして、その上で、現場で使用し、画像を送ればどれだけ値

打ちがあるのかという検証であろうと思っていたんですけれども、その間が飛んでいることについて、私は部会長としてちょっと問題を投げかけたいと思っている。

【室長】

部会長から重要な論点というか御指摘がございましたので、私どもも何が何でもということをやっているわけではありませんので、そういう諸問題がクリアできた段階で進むということになると思います。厚労省の方から様々なお話もありますし、私もビデオ喉頭鏡を見させてもらいましたけれども、それだけではなくて、マッキントッシュ型でなければできないものと組み合わせも重要であります。そういうことも含め、しっかりとした検証ができた段階で進むということで、よろしいのではないかと私も思っています。

【部会長】

ほかの委員の方はどうでしょうか。

【委員】

まずエアスコープですけど、100%ではありません。すべての器具はそうです。やはりメリットとデメリットがあります。ただ、異物に関して言うと、私も実はほとんどCPAも含めてエアスコープでやっています。異物で口の中がどろどろであってもやっています。いずれにしても、気にしないといけませんので。その辺は使い方というのがあります。今後整理していく、プレホスピタルでの使い方を整理していく必要、これは私どもの役割だと思います。もう一つ、研究のプロトコルの進め方というのが、実はあります。私は今日研究計画書を出していますけれども、これ以外のたくさんの資料を臨床研究委員会にも出して、それでステップ・バイ・ステップで進めています。同じようなことを、ほかの医療機関でもやっています。今後、総務省等で恐らくこういった研究というのは、進んでくると思います。それなりの研究計画とか患者さんにとってのメリット、デメリット、承諾書をどうするのかとかそういうことについても、検討した上で研究という形のあり方を検討していただければと思います。

【部会長】

〇〇委員。

【委員】

昨年提示した参考資料1というのの欠点というところ、1ページ目のエアウェイスコープの欠点なんですけれども、異物除去操作不可能と書いてあるんですが、実際には今

おっしゃったように、どろどろとした分泌物であるとか血液であるとかというのは、ある程度を吸引ポートがついていて吸引の管を入れるので、エアウェイスコープを入れながらも吸引はできるのはできるんです。ただ、固形物といいますか、窒息の原因になるような食べ物、肉であるとかそういうものがある場合は、喉頭展開をしてマギール鉗子を使いますよね。そういうことはできない。入れるだけなので、マギール鉗子を入れるスペースは全くないというようなことで、ここに書かせていただいている。吸引はできることはできるんです。

【部会長】

わかりました。ですから、使う御本人たちが、利点と欠点はこういうふうに、できないものは何ができないかということを中心にトレーニングを受けて、その上で現場で使うんだというステップが重要ではないでしょうかというのが、先ほどの話です。画像伝送の是非をオンラインメディカルコントロールの中に組み入れることによって、救急活動であるとか病院の選定がやりやすくなるという研究目的であれば、何もビデオ喉頭鏡をいれなくても、目的がもう少し明確になるのではないかというふうな気がします。一方で、〇〇委員のほうで、きちんとした病院実習のあり方から含めて、それでよしとなったら、その人たちに現場へ出ていただいて、画像伝送をさせればどうなるのかというステップがあるのではないかという気はいたします。ほかの委員の方、御意見はどうでしょうか。

【委員】

私はビデオ喉頭鏡もこの画像伝送の中に入っているのもっとビデオが進んでいるのかと思っていたんです。だけどきょう来まして、実は我々のところで教育をするというと、教育の材料とかどういうふうなことを教えるとか、そういうものも既にあってそれでやるのかというふうに思っていたんですが、どうもそうでないようなので。それと倫理的な面もあります。恐らく喉頭展開とちょっと違った意味合いの処置になるわけですね。そういうことを含めると、やはり〇〇先生のところできちんとしたそういったものをやっていただいた上で、現場に持っていったほうがいいのかという気がします。

【部会長】

私も部会長でありながら、事前に情報が足りなかったのは、〇〇先生のところで行うような病院実習も含めて、千葉のほうでざっと研修をやって、プロトコルを書いて周知させて、現場で送らせるというようなことのステップを考えていたんですが、どうも

この短い期間の間ではそれは不可能だろうということも考えられます。いやそれでもぜひ早く進めたいという御意見もあるのかもしれませんが、ここはちょっと事務局と見解の相違があるんですけれども、どうぞごさいましょうか。

【室長】

今いろいろ御意見も出ましたので、また持ち帰って検討をして、やるときにはちゃんとお話をした上でやりたいと思いますし、今のままではなかなかすぐという感じはないのですけれども、何ステップか飛んでいるという御指摘は、まさにそのとおりだと思いますので、そこがどの程度の問題があってということを検証した上で対応していきたいと思います。

【部会長】

ありがとうございます。ということで議題1については時間を費やしましたが、御提案いただきました検討項目のうち千葉市消防局等において行われる予定のビデオ喉頭鏡については再検討するということにして、他はこのまま進めてよかろうということで御意見、御異存はございませんでしょうか。もし時間が余って、後でまた議論をすることがあれば、この議論に戻りたいと思います。それでは、時間の都合上、2つ目の議題に入りたいと思います。事務局のほうから御説明よろしくお願ひします。

【事務局】

資料1の21ページ目からでございます。「2. 救急搬送情報と医療情報を連結した調査・分析について」です。まず、22ページをごらんください。こちらは先般開かれました高度化推進検討会の中でメディカルコントロール作業部会の項目、2つ目として、救急搬送業務と医療情報の連結を検討することが課題に入っております。これは長年の課題ですが、今年度検討を行う事項として、具体的に申し上げますと、22ページの2つ目の○ですが、「脳卒中傷病者の救急搬送に関し、救急搬送の情報の医療情報を連結してデータの解析を実施し、地域の救急搬送・受入医療体制の現状を踏まえ、搬送の質的向上に資する検討を行う」ということです。なお、「医療情報については、厚生労働省と連携し、DPC情報等の活用を検討する」となっています。具体は23ページにDPC情報の説明を下に書いてございますが、DPCと申しますのは、急性期入院医療の診療分類に基づく包括評価制度の支払いの方式ですが、DPC制度に基づきまして、DPCの病院におきましては、患者の臨床情報及び診療行為の情報が細かく記録されています。その中には患者の基本情報であるとか病名・術式などが含まれております。また、退院

時の状態についての把握が可能という情報です。これらを救急の搬送情報と連結できないかというものでございます。具体は、23 ページです。こちらは厚生労働科学研究費の研究班ですが、「包括的脳卒中センターの整備に向けた脳卒中の救急医療に関する研究」で、本日御出席いただいております飯原先生が主任研究者です。こちらと共同で調査分析が実施できないかというものです。具体的に言いますと、その下の図でございまして、消防庁といたしましては、救急隊員が記載しています救急搬送に関する調査を用いまして、脳卒中に関して救急搬送に関するデータを整理する。一方、厚生労働科学研究班におきましては、医療機関の協力を得ましてDPCデータを集約し、医療機関におけるデータを整理する。それぞれの個票を統合いたしまして、データを連結し、統合データベースを個票ベースを脳卒中に関して作成する。その後、データの分析、政策への反映でございまして。これによって得られる分析結果ですが、例えば四角に課題ということで例示してございまして、搬送先医療機関選定の妥当性であるとか、救急隊の症状把握の妥当性、救急隊の処置の妥当性が医療機関の余後情報と対比することで、可能になってくるというものです。現在、研究班において御検討いただいておりますが、現在は研究班でデータの連結の可能性について、病院を幾つか絞り込みまして、消防庁のデータベースとDPCデータの突合が可能かどうかの検討を行っているところでございます。なお、今後、当メディカルコントロール作業部会におきましても、このデータの整理、分析項目について御検討をいただき、御意見を賜ればと考えている次第です。私からは以上でございまして。

【部会長】

ありがとうございます。病院前の救急隊が持っているデータと医療機関が持っているデータを突合して検証するという話につきましましては、昨年までの消防法改正の議論の中でも非常に重要であるとの意見がありました。病院前救護の段階で、救急隊員による観察や症候の判断で病院選定をおこなうのだけれども、その最終的な診療の結果がどうだったかということをつなげないと評価できないだろうということがありまして、ずっと議論になってきました。今年始まった救急業務高度化推進検討会の最初のところでも、やはり改正消防法の中で、実際に検証していく上では、このデータの整理ということ、分析が大事だろうということがありましたので、1つの試みとして、DPC病院を対象にして、DPC病院の皆さんは御存じのように、厚生労働省並びに研究班にデータを届けていますので、そのデータと消防のデータをマッチングさせようとする試みがありま

す。その中で脳卒中について、診断名のあるものを拾って研究していただくということなんです。その中から病院選定の妥当性、あるいは救急隊の症状の把握といいますか、観察あるいは判断の妥当性というのを検証できないかどうかという御研究を進めていただけるようです。〇〇先生、進捗状況を御説明いただけますか。

【委員】

今回は、平成 22 年 4 月から研究が採択されましたところございまして、現在のところ、厚生労働省の医政局指導課と総務省消防庁と我々の研究班の 3 つの合同プロジェクトということで、現在 2 回班会議をしております。〇〇専門官からお話ございましたように、現在のところ、DPC のデータというのは基本的にこういうものが有効に使えるれば、医療機関側の負担が少ない、統合した大きなデータベースができるので、地域ごとの比較とかそういうことも可能になるかというふうに考えています。現在のところは、ポピュレーションベースの比較というのは、最初の段階としては難しいので、まず病院レベルで突合の妥当性とか可能性について、検討を進めているという段階でございます。

【部会長】

ありがとうございます。せっかくですので、同じ研究をされるのだったら、メディカルコントロール作業部会として、こういうところに焦点を当て、やっていただきたいというような御意見とか、現実はこちらなんだよというような御意見とかございませんでしょうか。

【委員】

島根県出雲市消防本部ですけれども、我々のところは t-P A が医療認可、保険適用ということで、平成 17 年ごろから島根大学医学部と一緒にやらせていただいております。逐一講習を受けさせていただきまして、運んだ患者さんの症例、t-P A を投与した症例、その余後についてということで、年 2 回フィードバックをしていただいているんですけれども、ことしからその体制にもう 1 病院、県立中央病院が加わりまして、データのオンライン化をことしの 4 月からしております。チェック票というのが倉敷のスケールとシンシナティとを合わせたようなチェック票を使いまして、複写式で 1 枚は病院に置いて帰る。もう 1 枚は持ち帰って、救命担当のほうでパソコンにインストールしてやるということで、それが 2 つの病院に暗号化されて、神経内科のほうで予後の計画もしくは t-P A を使用した事例ということで、ある程度定期的にまとまってきて、担当医師のほうから半年に 1 回ずつフィードバックしていただいているということがございま

す。なかなかなかなか患者さんの意識レベルが下がったときに、必ずしも欲しい情報がすべてチェック項目できるかという、その辺の難しいところがあるんですけども、おかげさまでだんだんと的中率というものです、というものもかなり上がってきましたし、一般市民に対してt-PA、3時間以内ということで強く広報をしていると、頭痛を訴えた、手足がしびれたというときには早い段階で救急車を要請していただけるようになったのが、かなり顕著になってきたかなという感じが現在はしております。

【部会長】

出雲市消防局からお話がありましたように、現在、恐らく全国で組織的にデータをマッピングしているところは、まださほどないと思うんですけども、長崎県、長崎市は古くから消防のデータと病院のデータとを結合させています。この消防法改正が動き出してから、各都道府県でもかなり動きがあって、例えば私がいる大阪府の堺・泉州地域では、もう既に医療機関のデータと結びつける作業をして、検証することも始まっています。それはそれとして、既にあるデータベースを利用するという意味において、1つの研究の分野が開けるのかなと思いますので、期待するところは大きいと思います。ちょっと部会長の方から2～3点、話題提供させていただきます。私どもは虚血性の脳血管障害の症候をベースに、こういうチェックがあったら選びなさいということでやっているんですけども、そうしたときにフォールスネガティブ（偽陰性）、言いかえると判断基準となる症状、症候に相当しないので脳血管障害ではないだろうということで、医療機関を選定したんですけども、結果は脳血管障害だったというのが、実は80%ぐらいあるんです。これは何でなんだろうと思って、データをつぶさにみると、脳梗塞の既往を繰り返しながらその随伴症状で救急要請された方、それから何年か前に脳梗塞があって、今回ちょっと様子がおかしいのでまた救急車を呼んだりした方など、その病名がすべて脳梗塞ということになってしまいます。結果、脳梗塞と診断名は意外と安易につけられているので、たとえ病院のデータをいただいても、急性に発症した脳梗塞、いわゆる脳血管障害でないデータが入っているんです。それで〇〇先生にお願いなのは、DPCは幸いなことに、資源病名ともう一つは入院の契機になった病名を分けて書けるようになっています。また合併症病名も別に分けて書けるようになっていますので、しっかりそこを分けて、今回の救急で入ってきたのは、恐らく入院の契機病名のDPC病名を拾われないと、フォールスネガティブに引っかかってしまうということです。もう一つは、今ちょっと意見が出ましたけれども、救急隊員が何を観察すべきかという項目を、事前に決め

ておく必要があります。恐らく後ろ向き研究だと、その分析が難しくなると思うんです。救急隊員は、ろれつが回らないので脳血管障害を疑ったとか、さまざまな症状、症候で判断していると思うんですけれども、そもそも、それが出血型の脳血管障害を対象にしているのか、くも膜下出血を対象にしているのか、虚血性のような脳血管障害を対象にしているのかにより判断基準が変わると思います。御専門の先生が見られるとわかるように、かなり症状、症候が違うので、ある程度カテゴリーを分けておかないと、その辺も分析をするときにおかしなことになるのかなという危惧がございます。ほか何か御意見ございますでしょうか。データを合わせるということについて、この委員の方々の中で今の出雲市のように既に実行されている、やられているということがあれば、次回ちょっとデータを出していただいて、次のディスカッションのネタに進められるのかなと思いますので、何が問題で何がよかったのか。恐らく、DPCデータを利用していく上でも、実態としてはここを押さえないとだめですよというのをちょっと資料を持ち込んでいただくようなことがあれば、〇〇先生の次の研究に役立つのかなというふうに思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

【委員】

関連です。東京消防庁の〇〇です。東京都では、今年の2月なんですけれども、1週間をかけて脳卒中の患者さんの、救急隊からすると傷病者の調査を東京都福祉保健局と東京都の脳卒中の協議会と連携をしてやりました。今その統計データを集計中で、確かに今先生がおっしゃったように、ヒット率はまあまああるんです。逆に脳卒中でないと判断した人が、最終診断で脳卒中だったというのも混ざり合っている。その辺の中身の検証は委託をして、専門のところでやってもらっているところです。最終的な成果物はまだちょっと先になりますけれども、その辺の経験があるので、参考になるのであれば検証結果が出た際には資料を提出したいと思います。

【部会長】

ぜひ出していただきたい。実は、消化管出血とか脳血管障害とか急性冠症候群とかという病態別に分けたときに、脳血管障害が一番難しいんです。消化管出血というのは判断根拠もやさしいですし、フォールスネガティブというのは少ないです。ところが脳血管障害はそこに意識レベルを入れちゃうと、物すごく感度が上がるんですけれども、逆に、肺炎になって意識がもうろうとしているということで実は運んでいったら、全然脳血管障害ではないということもあったりして、病院前救護では、一番難しいカテゴリー

なんです。そういう意味において、方向性をしっかりしないと、せっかくのデータもうまいこと分析できないのではないかと懸念がちょっとあります。各消防それぞれ今、病院のデータをいただいて、分析をする工夫をどこもかしこもトライされているようなので、そういったときに救急隊員が観察した項目が整理されていないと、何で脳血管障害と判断したんだというところが、なかなか難しいんだろうと思います。その辺は整理していただかないといけないので、次回までにデータがあるということになれば、事務局へ御提示いただければ、また流していただくなり何なりして、この作業部会の資料にしたいというふうに思います。よろしくお願いします。

【委員】

東京都の脳卒中の連絡協議会の中で、t-P Aに対応する病院とそれ以外の病院とA Bに分けて、ネットワークをつくったんです。迅速に受け入れるという前提で始めまして、昨年3月から動いているんですけども、この1週間の調査の中で、これはここにも課題に書いてありますけれども、これはあくまでも救急隊側からの話なんですけど、ふたを開けてみると、東京の事情で、困難事例に対して、脳卒中と救急隊が判断した患者さんの収容連絡に意外と手間取っているということがありまして、搬送する側だけでなく、受け入れ先の医療体制のそういったところも少し眺めていただくと、救急隊としても救急だけのフィードバックだけでなく、全体の中で脳卒中の体制に反映できればなと思います。

【部会長】

本当は悉皆調査みたいなものをやれば、実態として脳血管障害を受け入れる救急病院が患者が年間この地域で、いかほど必要なんだというのがわかります。恐らくD P Cデータベースも、悉皆調査に近いのが出てくると思いますので、そういったことになれば受け入れ側の病院は、今度は厚生労働省側からこれこれしかじか要るんだという話になってくるんだろうと思います。だから、データが非常に重要だということで、まずそういう話もそろえていただいて、次回機会があれば、お話を進めたいと思います。〇〇先生、よろしいですか。何かほかに聞いておいて参考になるようなものがあれば。消防の方も全国の方がおられますので。

【委員】

D P Cデータを使用する問題点はまさしく先生がおっしゃったようなことでございます。オーバーコーディングとかアンダーコーディングとか含めて、まだ実際の確定診断

との乖離というのは、実態把握する必要があると思います。私たちもこれから皆様のお知恵を拝借して、長崎とかそういった先行事例、東京消防庁とかそういう先行事例を参考にさせていただきながら、進めてまいりたいと思います。よろしくお願いいたします。

【部会長】

よろしくお願いいたします。議題3に移らせていただきます。「救急救命士を含む救急隊員の教育のあり方について」ということで、事務局のほう、よろしくお願いいたします。

【事務局】

それでは、資料1の25ページからの説明をさせていただきます。説明させていただきます。題目として、「救急救命士を含む救急隊員の生涯教育のあり方について」ということで、まず四角で囲っている(1)～(3)番につきましては、昨年度の報告書から抜粋させていただいております。消防法改正に伴う実施基準に基づきまして、救急隊員に求められる技能と知識というのがこの3つの項目になるのではないかと。観察基準に基づいた適切な観察と、観察・評価に基づく医療機関選定、医療機関への伝達能力。伝達基準に基づく医療機関交渉というのが、救急隊員に求められる技能であり知識である。では、こういったものを身につけるためにといいますか、維持、向上させるため生涯教育というのはどのようなものかというのを、この検討会で御検討していただきたいと思っております。ページをめくっていただきまして、進め方なんですけれども、救急隊員の教育については、全国的に一定の質が担保された救急業務を実施するために、救急救命士のみならず救急隊全体における教育体制の充実強化が必要ではないかというのが、昨年度のこの作業部会での御提案でございました。検討項目につきましては、先ほど御説明させていただきました項目、適切な傷病者の観察と評価ができるために必要なものとは何か。伝達基準に基づく医療機関交渉ができるために必要な能力とは何かということが、まず1つ目の検討です。現状と課題についてなんですけれども、救急救命士に対する生涯教育は、メディカルコントロール協議会において実施することとなっております。また一方、救急隊に対しては各消防本部や地域のメディカルコントロール協議会、あるいは都道府県とさまざまな主体で教育が実施されています。現状と課題を踏まえまして、現在救急隊に対する教育体制の現状及び教育を行う上で必要なことを把握するために、まず全国にアンケート調査を実施して、その中で現状を踏まえて望ましい教育体制のあり方について検討していきたいというふうに考えています。検討項目案として、再教育に必要な時間であるとかカリキュラム、指導者等の養成について検討して

いただいて、全国的に一定の質が担保された業務を実施していきたいというふうに思っております。次のページなんですけれども、これが実際に行うアンケート調査の概要(案)でございます。目的に関しては、救急隊に対する生涯教育の現状であるとか、教育を行う上で必要なことを把握するのを目的として、調査対象は各消防本部。方法につきましては、都道府県を通じて配布。時期につきましては9月中に調査票を配布して、結果につきましては、次回のメディカルコントロール作業部会で報告していきたいというふうに考えております。調査項目につきましては、ごらんとおり羅列しているんですけれども、あくまでも案ということで救急隊員数(資格別)についての調査等救急救命士の生涯教育の実施状況、生涯教育のカリキュラムについての運用状況、これは病院実習以外についてなんですけれども、その調査と救急隊員の教育カリキュラムについて、先進的な消防本部では、到達目標であるとかそのようなものも組み込まれて、救急隊員についての教育が行われていると思いますので、その実態を把握したい。救急隊の教育を行っている主体であるとか、実施形態について、また評価方法について、教育を担当する者について、自己学習の実施状況について、その他について、全国の消防本部に調査をしていきたいというふうに考えております。29ページ以降につきましては、今回、救急隊員の教育のあり方についての参考ということで、19年度に出されました救命士の再教育についての現状と昨年度の報告書から抜粋させていただきました救急隊員の教育の実施方法についての説明、それから救急隊員による応急処置と救命士による救急救命処置の違い、これは技術の部分ですけれども、資格種別ごとの処置の違いと、参考としまして東京消防庁の継続的な教育ということで、これも昨年度の報告から抜粋させていただき、参考資料として出させていただきます。資料については以上です。

【部会長】

ありがとうございます。再教育につきましては、昨年までの本部会においても、議題としては毎回挙がっていて資料も毎回用意していただきましたが、消防法改正等とか先ほどのビデオ喉頭鏡の話が先行したために、余り深い議論はされていませんでした。ただ、平成19年のときは、再教育をどうすべきかということで、そのときは病院実習2年間128時間というのが何とかならないだろうか。実際には病院実習は、短期間でもコモンディージーズを対象にした観察力を中心にやるだけで効果が上がるというのが、結論になりました。先ほどの参考資料を後ろにつけていただいておりますけれども、29ページが実態として、このときにガイドラインを出させていただいたという経緯がございます。

それで恐らく 128 時間という 2 年間の再教育の時間を、多くの消防本部はこれにのっかって、一部 48 時間を病院実習に充てて残りを、研修会、セミナーを受けたりとか、いろんな他のカリキュラムの得点でもってクレジットにしてやっているところが多かろうというふうに思います。しかしながら、今の資料説明にもございましたように、最近、改正消防法で非常に重視されているのは、傷病者を観察してどういう病態であるかということです。今まではどちらかというと CPA を対象にして、それに対して特定行為をどうするかということに焦点がかなり費やされてきましたけれども、消防法改正によって、この患者さんはどれほどの重症度を持っているのか、緊急度を持っているのか、どういう病態を呈していて、だからどういう病院を選ばないといけないのかという、救急業務の本質的なところを求められるようになりました。その結果、救急隊員にとって大事なものは傷病者に対する観察能力の向上を、どうやって再教育の中で取り組むかということが恐らく課題で、再度事務局のほうから挙げていただいたんだらうというふうに思います。ということで 1 つはアンケートをやってみますよということが、今年度の大きなお仕事のように思いますが、調査をするのであればこういうことは聞くべきではないか、等々、今の内容をごらんいただいて御意見をいただければと思います。どうぞ、お願いします。

【委員】

傷病者の観察を詳しく行うことで想定病名の精度を上げ、搬送先が少し離れていても、余裕を持って送れるかどうかまで判断できるかどうかは非常に大切です。実は北九州では 18 告知病院がありますが、救急搬送の 5 割を 5 病院で受けています。受け入れる医療機関としては、疾患や重症度を考えながら 2 次機関搬送でいいのか、3 次機関搬送が必要かを判断し、分散搬送してもらえるのかどうかは非常に大切です。できればアンケートの中で、常に救命センターに送るのではなく、近くの医療機関へ送るときに問題となること、あるいは搬送先選定で迷うところを聞いていただき、それを再教育の中に取り入れることができればと思います。重症の傷病者を受け入れる病院として、これはどう考えても軽症だなどという事例が時々あります。再教育の中では、その辺をもう少し選別していただけるようにすることも必要です。そのためには、救急隊員が判断に迷う、困っている実情についてを聞き直していただけるような項目があればいいなと思います。ぜひお願いします。

【部会長】

29 ページ、平成 19 年度にまとめた再教育の対象とすべき項目として、緊急度、重症度、あるいは病態は何なんだというのを見る能力、この点は充分やっていないとだめですよということですが、一つの方向性を示したつもりです。今、〇〇委員が言われたように、地域の中で今度は病院選定をするに当たって、もちろん地域特性ということを知っておかないといけないという前提はありますけれども、この中に項目として、再教育すべき項目を、もし文字で挙げるとすれば、どういうふうに書いてあげればよろしいでしょうか。

【委員】

例えば、キーワードか何かで想定病名を選び出したとして、この程度なら 2 次医療機関でいいと思う判断は、実は私たちと救急隊員では違うのではないかと思います。再教育の中では、このキーワードだったらこういう疾患や重症度を想定しなさいというところまでは学習できると思います。搬送先についてもこれから先はある程度決まると思います。しかし、救急隊員が搬送先を判断する際に本当に困る点はなにか、搬送を躊躇する別の理由がないのかということ、自分たちから余り聞いたことがありません。救急隊員みんなに共通する問題点があるのかどうか、一度拾っておいて頂きたいと思います。

【部会長】

確かに、いわゆる病院搬送に係る調査ではないので、教育上の項目として、どういう教育をされているのか。あるいは教育上何が欠けているか。恐らくそういうことをとろうとしている目的だとすると、聞きづらい項目ですよ。どうなんですか、事務局。今の御意見に対して。

【室長】

この 25 ページで、今回救急隊員に改正消防法を踏まえて求められる技能とか知識というところで、逆に言うと、そういうところを教育すべきだという話で、学ぶ、救急隊員側で見るとどういうところが、難しいのかとか、課題なのかというところについて、どちらかという教育をするほうから、今回アンケート調査を組み立ててはいますが、教育を受ける側のほうからどういう問題点があるのかとか、そういうことについてもある程度は聞けると思います。大事な視点だと思いますので、何か求められる能力に対して受けるほう、救急隊員のほうとしてどういうところが今難しいと感じているのかとか、どういう教育がとか、そういう形で、ある程度はできるかもしれません。すべてを満足するのはなかなか難しいかもしれませんが、非常に大事な御指摘だと思います。

【委員】

その項目をなるべくお願いします。

【部会長】

どうぞ、〇〇委員。

【委員】

これは自由記載方式なんですか。それとも何か項目を挙げてやるんですか。

【室長】

ある程度項目を挙げてやることになりますけれども、自由記載の部分も若干入れているとは思っています。

【委員】

機会を得て全国各地の消防本部を訪問してみると、色々工夫しながら救急隊員の再教育や救急隊長研修をやっているところが少なからずあることを見聞しています。例えば、部会長とご一緒した茨城県もそうでした。そういうのをどんどん情報としてもらってこないといけない。もう一つ、室長がおっしゃったように、隊員のレベルからする、やってほしい教育というのは、はっきり言って消防本部によってかなり違うわけです。それをどうやって吸い取っていくかというのが、これからの一番の課題です。例えば典型的な例は、国や例えばMC協議会がいろいろ決めても、それが下に伝わってこない。上に調査をしたって話にならない。隊員に対して調査をする。そういうのもフォローアップするようなことをやらないと、多分将来的に言うところの本当のところはちっともよくなりません。いんじゃないかと危惧しています。

【部会長】

〇〇委員が最後に言われた、現場の目線の情報を吸い上げられるようなプロセスも非常に大事だということです。いつもトップダウン的にデータをくださいということになると、ほぼ管理職あたりがそれなりのデータを集積して、そろえちゃうというところがあります。そうならないように隊員が教育を受けるべきところでどういう問題を持っているのかというのがわかるような仕組みにしていきたいと思います。どうしても管理職で、私どももよく消防職員と話をすると、やはり教育を受けさせたいんだけど、まず時間がないんだというところから始まってしまうと、そこから先に進まないという問題もありますので、そうじゃなくて、隊員がどういう教育を受ければもっと自分たちは搬送しやすくなるのかということを考えてあげられるようなアンケートにさせていただ

きたいと思います。この件についても時間があれば戻りますけれども、先に議題を進めて、協議会のこととまた関連してくると思いますのでその際に議論していただきたいと思います。4つ目の議題、よろしくをお願いします。

【事務局】

当作業部会で検討していただく4つ目の議題、メディカルコントロール協議会のあり方について、御説明させていただきます。資料35ページ、検討会の進め方については、まず、協議会についてもアンケート調査を実施して、調査結果をもとに検討していただきたいというふうに考えております。検討項目につきましては、メディカルコントロール協議会における救急隊活動の事後検証の状況、都道府県MC協議会と地域MC協議会の関係、またこれが一番大きな課題かと思うんですけれども、既存の都道府県MC協議会と消防法上の協議会の関係についてのアンケート調査を進めていきたいと思っております。次のページですが、アンケート調査の概要案でございます。目的と背景につきましては、MC協議会はこれまで救急救命士を含む救急隊により実施される救急救命処置の医学的観点からの保障を主な役割としてきたんですけれども、平成21年10月の消防法改正により、都道府県に消防機関と医療機関が参画する協議会の設置が義務づけられたんですが、MC協議会のような既存の協議会がある場合には、それらを活用することが効果的かつ現実的であると考えられております。これらのMC協議会については、従来の役割のほか地域における円滑な救急搬送受け入れ、医療体制を確保するための検証・協議を行う場としての役割を期待されているのではないかということで、これらの状況を踏まえて、MC協議会の現状や今後の都道府県の方針を把握させていただいて、従来のMC協議会と消防法上の協議会のあり方について検討していきたいと考えております。37ページ、最後の資料ですけれども、調査対象は全国の都道府県。方法につきましては、案としてEメールによる配布・回収。項目につきましては、先ほど説明させていただいたようなことをそれぞれ箇条書きにさせていただいております。回答形式に関しては、自由記載としてアンケート調査を実施したいと考えております。以上です。

【部会長】

ありがとうございます。これも非常に重要な問題でして、法上のいわゆる協議会というのと、従来実態として活動してきたメディカルコントロール協議会と二重構造になっているのもあれば、オーバーラップさせているところもあるし、一元化した都道府県もあるというふうに聞いています。これを現状の方向性がどうなっているのかということ

を調査しようということでもいいんですよね。そのときに本日は厚労省の〇〇専門官もおいでなので、ここはやはり当局が省庁の縦割りではなくて厚生労働省並びに総務省が、足並みをそろえてやっていただいているということが必要です。厚生労働省は厚生労働省でアンケートが来る。消防庁からは消防庁でまたやるということになっても、これは現場は大変困る。現場にいる人間としては大変なので、厚生労働省として、この協議会等々あるいは従来のメディカルコントロール協議会との兼ね合いをどういうふうに指導あるいは調査されているのかということと、きょうここに挙がってきた議題とうまく調整できないかという御意見がもしあればお願いしたい。よろしいですか。

【委員】

ありがとうございます。MC協議会に関しては、今般、消防法が改正されて、消防法にMC協議会ができたんですけれども、各都道府県によって設置主体というか出身母体がさまざまなので、それは消防法は消防庁と厚生労働省が共同で出しましたので、一緒にやっていきたいと思っています。現在、厚生労働省において、救急救命士の処置範囲の拡大についての検討をしております。厚労科研を中心にやるんですけれども、消防庁とか高度化推進検討会とか、そういったもろもろの関係者を交えてやるという形にしております。それに当たって、3項について処置範囲の拡大を検討しているんですが、それをどの地域でやっていこうか。また、実証研究という形で幾つかの地域でやってみて、データを収集して、最終的にまたあり方検討会で検討しているんですが、やるに当たって、MC体制がひかれているところでやる必要がありますので、それに当たって全国のMC協議会、従来の促進に関するMC協議会になると思うんですが、その現状とか体系とかそういったことを調査する必要があるかと思っています。これに関して、厚労科研を中心としてできれば各MC協議会、地域MC協議会にアンケート調査とかをやりたいと思っていますので、消防庁のほうでこういった形でやるということがありますので、できれば一緒にやりたいと思っています。余りいろんな調査をかけても、都道府県の担当者が困りますので、できれば一緒に、なるべく負担がないような形でやっていきたいと思っています。よろしくをお願いします。

【部会長】

その言葉を聞きたかったんですけれども、できたら同じ調査をする。要するに問われている都道府県ないし地域のメディカルコントロール協議会とか、今回の改正消防法に係る協議会にかかわっているのは消防、医師といっても大体同じ人間なんですけれども、

アンケートが上から2つ来るとかということがあって、何を知りたいかということについて、恐らく切り口こそ違え、聞くことは同じであろうということであれば、ぜひ一緒にやっていただけたらと思うんですけども、室長、そういう方向でよろしいでしょうか。

【室長】

非常にありがたい話で、厚生労働省の方からもお話がありましたように、この点については、我々が関心があるところと厚生労働省が関心がある部分は多少違うと思いますけれども、そこを一緒にうまく調査できれば、これは一番いいと思いますし、今そういうお話がありましたので、我々としてもお話を進めさせていただければと思っております。

【部会長】

よろしく願いいたします。といいますのも、都道府県でもこれが都道府県の消防主管部局、当然消防庁さんは消防主管部局に流されると思うし、厚生労働省医政局からだと、大体衛生主幹部局に流れる。ところがまた都道府県は都道府県で御存じのように、ちょっとそれぞれ温度差があったりということで、非常に現場としては混乱します。同時に出るような格好でしていただくのがいいかなと思いますので、内容をちょっと両省庁でおつくりいただいてということで、お願いしたいというのが私の個人的なあれですけども。せっかくですので、各委員の方々、この協議会のアンケート、ちょっと一つさかのぼって先ほどの3のアンケート調査を含め、3番、4番の議題について、時間が少し残されていますので、御意見をいただきたいと思っております。

【委員】

今先生がおっしゃったのは、非常に重要だと思うんです。というのは、地方を回っていると県にいった情報、衛生部に行った情報が消防部に伝わっていないんです。そんなのあったのと言われちゃうので、その辺はこれからは一番重要で、せっかく今回の法改正は両省がうまくすり寄ってできたので、その辺もお願いしたいと思います。もう一点、それとの関係で実は東京だと救対協ですけども、そういうように県の衛生部関係の救急部会とそれとの関係がどうなっているかというのも実は入れてほしい。それから同時に新しい協議会の名称が各地ばらばらでそれにはいろんな意味があると思うので、その辺も調べてほしい。

【部会長】

ほかに御意見、どうぞ。ここは消防の方もぜひいろいろ言うておいてください。

【委員】

メディカルコントロール協議会に対するアンケートの件なんですけれども、都道府県に聞くということなんです、ぜひ消防の今後のあり方みたいな話を聞いていただきたい。これは要望として。都道府県ばかりのアンケートだけでなく、関係する消防にも、今後どうしたらいいかということ、多分いろいろ思っていると思いますので、聞いていただきたいと思います。

【委員】

今後の処置拡大の流れを考えると、恐らく再研修の手技の中で、ルート確保の病院実習が重要になると思います。すでに調査されたことがあるのかもしれませんが、実は地域によって患者さんへの同意の取り方がまちまちです。C P A以外のルート確保では、医師がしても救命士さんがしても、同じぐらい上手ですよと言えるようにならないとコンセンサスは得られにくいし、それには病院でどんどん実習するしかないと思います。現在、ルート確保の実習は院内掲示のポスターだけで大丈夫ということにはなっていますが、本当に大丈夫なのかどうかについて、全国の同意の取り方の実態がどうなっているのか知りたいところです。

【部会長】

今の項目は特定行為の実施率ですよ。

【委員】

そうです。実施率とその説明です。

【部会長】

これは気管挿管の数とかいうのは、それなりに定期的に集計はしていますよね。ないですか。

【事務局】

特定行為の実施状況、実際の救急現場でやった処置に関しては、数は出ています。

【委員】

普通の患者さん、すなわちC P A以外の患者さんの病院実習について、全国のルールがどうなっているのか、もう一遍確認しておきたいと思っています。

【事務局】

全国のルールといいますか、病院実習のカリキュラムの中で、項目がA B Cでランク

分けされていまして、指示のもとでできるという、生体というか、患者さんにルートがとれるという項目があって、それに基づいて全国ではやられているとは思いますが、ただその実態は把握はしていません。

【委員】

同意の取り方には、ポスターだけ張ってOKとしている、救命士さんによるルート確保を言葉で説明して了解をとっている、あるいは書面で了解をとっている、の3段階あります。これから先の処置拡大のなかで、再研修ではルート確保が一番の侵襲処置であり、基本になるような気がします。適切な同意の取り方について、もう一回教えておいていただければありがたいと思います。

【部会長】

おっしゃることは、1つはどのような項目が、病院実習をさせている中で、ICをとるのに包括的ICなのか、個別ICなのか、病院掲示で済ませているのかといったような、いわゆる現状の問題を少し織り込んでほしいということですよね。

【委員】

はい。

【事務局】

参考に。平成19年度のこの作業部会での病院実習の細目の中で、表として出ているのが、輸液のルート確保については院内掲示で可能という。

【部会長】

包括ICでやっていますね。

【事務局】

包括ICということで、実施してOKですと。

【委員】

それがほとんどなわけですね。

【事務局】

それがほとんどで、実態調査というのはまだしていません。

【部会長】

だからそれをやってほしいという。

【事務局】

了解しました。

【部会長】

せっかくですので、この再教育の問題、あるいは協議会の調査は、ちょっともう時間があれですので、またさかのぼって、先ほどの千葉市で行っていただく画像伝送の検証についても結構ですし、病院前救護と病院のDPCのデータをマッチングさせるという研究についても結構です。残りの時間ちょっと自由に発言をしていただいて、たくさん資料と内容が豊富だったものですから、発言し損なったとなっては困りますので、何でも構いません。どうぞ。

【委員】

こういった調査はどこに送るのかというのが大事じゃないかと思います。MC関係部局であれば、消防関係、消防士のほうが大体対応されます。となると、MCの先生方の意見がなかなか出てこないですね。一応確認してある地域もあるかと思いますが、ですからどこに送るかというのが非常に先ほどの教育のことについて出ましたけれども、末端の救命士さんを含めて、そのあたりからの吸い上げが大事なというふうに思います。もう一点ですけど、処置とか観察とかあるんですけど、何かもっと別の評価というのが救命士さんの業務評価はないのかなと思います。これは先日私はあるところで話しする機会があったんですけど、メディカルコントロール体制が入ってよくなりましたか、悪くなりましたかという医師会の先生から質問があって、僕はよくなったとはっきり答えたんです。それは一つは蘇生率が上がって確かにそうなんですけれども、非常に困難な症例で救命ができたというケースが、病院前評価で何例かあります。数としては、私個人ですから少ないんですけど、そうした何らかの、従前の処置をどれくらいした、処置を行ってどうなったかということ以外に、実は評価する方法はないのかなと、いつも考えていますけれど、そういったところのディスカッションを、今後この部会のほうでお願いできたらと思います。

【部会長】

ありがとうございます。恐らく〇〇先生たちがDPCデータとのマッチングということで、本当は病院前救護のファクターが、その患者さんのアウトカムにどういい影響があったのかということや地域別あるいはメディカルコントロールの活発、不活発さによってどういう影響を受けているかというのが出てくれば、恐らくある程度のあれがわかってくるんでしょうけれども、そういうことも、何をインディケータンにして評価していけばいいのかということも、また次回、次々回も含めて御意見をいただければという

ふうに思います。本日、御発言の機会が少なかった、ほかの県でもぜひこういう部会で議論をしていただけたらとか、あるいは何かコメントがございましたら、委員の方々、よろしゅうございますか。ということで、1回目のメディカルコントロール作業部会は、時間になりましたので、事務局にお返しをします。最初にこの後のメディカルコントロール作業部会の進め方とか高度化推進の簡単な日程表がありましたけれども、今後のこの部会の予定がある程度わかりましたらお願いしたい。

【事務局】

参考なんですけれど、今回お渡ししました資料1の6ページの一番下を見ていただきますと、作業部会の予定ということで、今後の作業部会に関しましては、今回が第1回目であと3回開催する予定にさせていただいております。2回目に関しましては、10月をめどにやっていきたいというふうに考えています。この資料についてはICTのことなんですけど、2回目の内容は各種アンケート調査であるとか、今回ですと、ビデオ喉頭鏡の件が、ペンディングになっていますので、その件を含めてまず10月で検討して、この場に提示していくということと、千葉での実証実験がどのような進捗になったのかというのをやりながらということになるかと思います。12月中旬で中間報告、それぞれの件に関しての報告と、最終は2月下旬に第4回でまとめとして、報告書をまとめていただいて、親部会のほうに提示という流れになるかと思います。以上です。

【部会長】

ありがとうございます。ということであと3回皆様方に御協力を願いたいと思いますので、よろしくお願ひします。なお、事務局、消防庁さんのほうでそろえていただく資料、大変重要なんですけれども、せっかくですので本日の4つの審議事項について、ぜひ御自身お持ちのあるいは御自身の周辺がお持ちの資料があつて、委員会の資料にしたいということがあれば、次回持ってきていただくほうが議論の資料になるのかなと思いますので、御協力のほどよろしくお願ひいたします。これで終わらせていただきます。皆様どうもありがとうございました。

——完——