

救急業務高度化推進検討会
第3回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12月7日(火) 14時00分から16時00分

2 場 所 全国町村会館2階 ホールB

3 出席者

メンバー 横田部会長、飯原委員、伊藤委員、岡本委員、尾形委員、
織田委員、松川委員(代) 畠山氏、鈴川委員(代) 加藤氏、
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 中野専門官、新濱氏

4 会議経過

1 開会[事務局]

2 あいさつ

【松元救急企画室長】

3回目となりますメディカルコントロール作業部会を開催しましたところ、委員の皆様には大変師走のお忙しい中、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。

前回、第2回を10月13日に開催いたしまして、それから2カ月近くが経つということになります。テーマにつきましては、お手元に議題がありますが、ビデオ喉頭鏡、ICTの問題、あるいは救急教育の再教育の話など非常に盛りだくさんの内容となっております。本日も各委員から様々な御報告がなされるというふうに聞いております。

実は、今週の金曜日には、親会であります救急業務高度化推進検討会が開催されることになっており、各部会からも中間的な報告ということで、特に横田部会長には非

常にお世話になりますけれども、本日の議論もある程度踏まえまして、親会の方にも御報告できればと思っております。非常に重要なテーマですので、我々も委員の皆様方の御意見を十分踏まえて対応を考えていければと思っております。

特に横田部会長には、盛りだくさんの内容で、取りまとめで非常に御苦勞をおかけしますけれども、引き続きよろしく御指導方お願い申し上げます。

3 委員の出席状況

事務局より、委員の出席状況が報告された。

4 議事

【部会長】

はい。それでは皆さん、大変お忙しいところメディカルコントロール作業部会に出席していただきましてありがとうございます。本日、用意しております議題並びに内容も豊富ですので、進行のほど御協力のほどいただきたいと思っております。中身については、ぜひ濃厚な議論も重ねてやっていきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

まず事務局の方から、資料の確認を先にお願ひできませんでしょうか。

5 資料の確認

事務局より、資料の確認がされた。

【部会長】

それでは、議題に沿っていききたいところですが〇〇委員が少し遅れるようでございますので、ビデオ喉頭鏡の病院実習の件につきましては、委員が見えられた後で行いたいと思っております。

議題2の救急業務におけるICTの活用について、千葉市の実証研究が始まっているということですので、そのあたりから御報告をしていただきたいと思います。

【委員】

千葉市の〇〇でございます。平成22年10月18日から11月17日までの31日間、救急業務におけるICT活用状況について、資料1にまとめてございますので、それをもって説明をさせていただきます。

資料1の14ページをお開きいただきたいと思います。始めにICT設置救急隊と非設置救急隊の活動状況でございますが、出動件数については4,181件、3,777人の傷病者を搬送しております。ICT設置救急隊12隊の出動件数が2,220件、非設置救急隊13隊の出動件数は1,961件と、ICT設置救急隊の出動件数が多くなっておりますが、これは比較的出動が多い救急隊にICT機器を設置した関係かと思っております。ICTの活用により、搬送時間が短くなり結果出動件数がふえるということも考えられますので、今後調査を進めてまいりたいと考えております。

次にICT設置、非設置救急隊の扱った傷病者の程度割合ですけれども、ごらんの通り双方に大きな差は見られない状況でございました。

次にICTの使用状況ですが、15ページをごらんいただきたいと思います。出動件数2,220件のうち、ICTが53件使用されております。2.4%の使用率でございました。傷病程度別の使用率につきましては、軽症が1.4%、中等症が2.2%、重症が11.6%、死亡が44.0%と程度が重くなるにつれましてICTの使用確率が高くなるという状況でございます。軽症等でのICTの使用についてですが、幼児や高齢者の傷病者の容態や観察時において、常駐医師に指導、助言を得るために活用されているのではないかとこのことが言えると思っております。

資料には載せておりませんが、循環器、脳疾患、外科、熱傷等さまざまな病態において活用されております。常駐医師からも前年度の実証検証から比較すると、画像や音声の質が向上しているなどから、活用効果が高くなってきているという評価をいただいている状況でございます。

次に、事故種別別の搬送人員を資料16ページに取りまとめておりますのでごらんいただきたいと思います。事故種別別のICT活用率ですが、出動件数の多い急病が最も高く62.7%を占めておりますが、特に注目するのは「その他」の事故種別で、一般負傷と同じ使用率があるということでございます。「その他」の事故種別は御承知のとおり、目撃がなく路上で倒れていた場合など、事故の内容、経緯が不明な事故をその他の事故としておりますが、当然意識不鮮明等の状況から傷病者の容態について判断し難い場合が多くあり、このようなときに常駐医師から指導と助言が大変有効でありICTの活用が高くなってきていると感じております。

千葉市の救急出動につきましては、1日約130件程度でICT設置救急隊12隊でのICT使用は平均すると1日2回程度でございます。これで全救急隊にICTを設置

するならば、1日4件から5件のICTの使用があるのではないかと予測ができます。ICT設置により常駐医師から指示、指導、助言を得ることが非常に多くなっていくというように考えております。このことからICTの有効性というのは高いものというふうにとらえております。

今後、蓄積いたしますデータを詳細に調査し、ICTの活用状況について報告していきたいと考えております。以上でございます。

【部会長】

ありがとうございました。ただいま千葉消防局で行われているICTの実証の研究ということで御報告いただきました。むしろ常駐医師として派遣されている医師の側から見た御感想といたしますか、〇〇委員の方から少し追加していただくと幸いです。

【委員】

はい、私も、これが始まってから2回程度でしょうか、実際に常駐医師として勤務いたしました。前回に比べると画質もよくなっています、音声も問題なく、それから画像転送も5病院となり、病院間のディスカッションもやりやすくなっています。ただ、思ったほど活用されていないと、今数字を見て思いました。もう少し活用していいかと思えます。その辺は救急隊員にももう少し周知をして、有効活用するようということによっていただければいいかと思えます。

常駐医が、これがあることでかなり興味もわきますし、いろいろな助言もできるということを言っておりましたので、もう少し救急隊員の方に活用を呼びかけていただければいいと思えます。以上です。

【部会長】

ありがとうございます。この件に関しまして御質問あるいは確認しておきたいことがございましたらお願いします。

【委員】

〇〇です。ICT活用は重症になるほどパーセンテージが高くなると言われました。ICT活用の基準に関連すると思うのですが、重症例に使うのもいいと思いますが、中等症の判断から早い時期に悪くなり重症化するような病態に対してICTを活用するのもいいのではないかと考えています。救急搬送では軽症者も多いため、当然のごとくICTが活用できるパーセンテージは低いと思えます。そのなかで重症比率が高い

と言うことは、最初から重症にICTを使う方向で考えられているのか、それとも効果的なICT活用のためにはいろいろな重症度で活用すべきと考えられているのでしょうか。死亡事例でのICT率が高くなっていますが、ICTの有効性からみてどうなのか教えていただければありがたいのですが、いかがでしょうか。

【委員】

実はこれは1カ月間の状況で始まったばかりでありまだデータがそろっておりません。結果として重症のところと死亡のところが高くなっておりますけれども、また2カ月、3カ月と状況を見ると内容が変わってくるのではないかと感じます。少しお待ちいただければ詳細も報告できると思います。ただ傷病者の容態あるいは病院選定ということととらえておりますので、中等症または重症に限らず活用するというのを、今盛んに救急隊員に呼びかけているところでございます。もうしばらくお待ち願いたいと思います。

【委員】

ありがとうございます。

【部会長】

現実そうしますと、今回は中間報告といいますか件数あるいはどういった対象、傷病者に使われたかといった内容ですが、この先はいわゆる利点がどのようなのがあったのか、あるいは逆に課題がどうであったのかというのも含めて御報告いただくとありがたいと思います。各委員におられまして、こういったこともデータとしてまとめておいたらいいのではないかと御意見があれば、ぜひ千葉消防局の方をお願いをしたいと思いますがどうかでしょうか。

【委員】

ぜひお願いしたいと思います。

【部会長】

ぜひ、この折りに御自身が考えられておられた、ほかの委員からぜひこういう機会だからというのがあればデータを取っていただけたらと思います。

【委員】

先ほどの質問に関連します。ICT活用の中で、搬送するときと搬入後の実際の重症度が大きく違う、あるいは想定疾患が大きく変わった事案に対してどのくらいICTが使われたか、具体的な内容や数値を出していただけますか。それにより本当に活

用すべき事例がフィードバックでき、ICTがよりの確に重症度をとらえられる事例の判断材料になるような気がします。その辺のデータをぜひ教えていただければと思います。

【部会長】

そういったことも含めて、恐らく数値としてマクロ分析をすると少し見えないところもあるのですが、個々の症例で隊員あるいは常駐医師がケースごとに感じ取ったことなども、ある意味で列挙していただいて今後の活用方法を見出す一つのネタにいただけたらと思いますので、またよろしくをお願いします。

【委員】

はい、わかりました。

【部会長】

きょうは、少し短いですが中間報告ということで御報告いただきました。ありがとうございます。

〇〇委員がお見えになりましたので、早速ではございますが議題1に戻りまして、そもそも最初から、昨年から引き続いて懸案になっておりますビデオ喉頭鏡、病院実習の教育を含めて大変精力的に研究していただいております。〇〇委員の方からビデオ喉頭鏡についての御報告を聞きたいと思います。よろしくをお願いします。

【委員】

おくれてまいりまして申しわけございませんでした。それでは資料5ページ、第3回MC作業部会中間報告書というのをごらんになってください。今回、宿題をいただいた技能習得のための病院実習というところは、すべての実施は臨床できておりません。部分的ですけれども御紹介したいと思います。

6ページをごらんになっていただきたいのですが、今回総勢で8名の救急救命士がAWS（エアウェイスコープ）の病院実習を行っています。うち3名が新規の救急救命士、5名が、気管挿管の認定を受けております救命士の再教育によってエアウェイスコープの効果を試しております。

対象となった患者さんですが合計41名、新規が15名、再教育が26名となっております。この41件につきまして、エアウェイスコープを使った教育をまず行いまして、ビデオと講師による指導、実習等を行いました。結果としましては41例、全員気管挿管できております。その内訳を見ますと1回目で気管挿管できた者が24件、2回目

13 件、2 回以上を要した者が 4 件で、3 回目で全員挿管できております。

この中で新規の救命士が 15 件、気管挿管を行ったのですが、1 回で挿管できた者が 11 件、2 回が 2 件、3 回が 2 件。再教育に関しましては 26 件合計で気管挿管しておりますが、1 回目で挿管できたのは 50%、半分の 13 件、2 回目は 11 件、3 回目が 2 件ということで、どちらかというとな新規救命士の方が早く挿管できているということ、これは恐らく気管挿管の喉頭鏡を用いた気管挿管の技術のところが認定救命士に関しましては、少し邪魔をしていた可能性があるということになります。

この原因としましては、喉頭蓋が持ち上がらないということがよくありまして、従来の喉頭鏡と違ってイントロというエアウェイスコープの喉頭鏡では、そのブレードを喉頭蓋にかけるのですが、一昔前の触媒体のピラ型の喉頭鏡と同じようなアプローチなのですが、その辺の戸惑いというものがあったということが本当です。以上、この救命士成功率と挿管回数ということになります。

7 ページをごらんになっていただきたいと思えます。気管挿管が成功しましたので、どのあたりを習熟曲線といえますか修得曲線として必要とされる件数を想定する上で材料になるのかということで、今回、気管挿管にかかる必要時間を検討しました。全体では T 1、T 2、T 3 とありますが、T 1 は喉頭鏡ブレード AWS を入れれば声門部視認、いわゆる録音時とかミサイルがポンとします、あぁいった表現ですが「挿管行きますよ」というところまで、そこまでの時間を T 1。それからチューブを挿入し終わったことの時間、それから換気が行われるまでの時間というのを T 3 で示しておりますが、それぞれ 26 秒、42 秒、67 秒、実はこれも新規の救命士の方が若干短い傾向が認められたとなっております。

8 ページをごらんになっていただきたいのですが、これは個別にそれぞれ救命士の習熟曲線ということで 1 例から 5 例まで、実はある程度終わったケースになるのですが、それぞれの経験係数の時間を示しております。左側が新規の救命士、右側が再教育救命士ですけれども、実は経験とはそんなに関係がないということが少しわかりました。1 症例目、2 症例目、3 症例目、4 症例目、5 症例目を見ていただきたいのですが、新規救命士に関しましては 3 症例目まで赤の b という救命士は、赤の折れ線グラフですけれども、3 症例目まではよかったのですが、その後ぴょんと、長時間ということもあります。

また再教育に関しましては、赤いのも同じような傾向がありまして 3 症例目までは

順調に行ったのですが、その後かなりポンと伸びているということです。これはやはりいろいろなバリエーションで、特に喉頭蓋を持ち上げる作業というところ等が一つ引っかかって時間の原因になっていると判断しております。

残念ながら今回、病院自身の関係で5例でストップしておりますが、残りが実は市民病院と広島病院あと新規が3名残っております。その中で5例等の、この時間的なファクターというものを追ってみたいと考えております。ですけれども現時点で中間報告の中でどれぐらい必要かというところ、これは本委員会から宿題をいただいておりますので9ページをごらんになっていただきたいのですが、今回は従前の気管挿管（マッキントッシュ型気管挿管）を用いた修練を行っておりませんので比較はできません。ですので、エアウェイスコープ、ビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管ということだけに限らせていただきますと、少なくとも5例は必要ではないかと。再教育に関しましても少なくとも5例、新規に関しましてやはり安全域をとって10例ほどを一応提案、あくまで提案ですが、させていただきたいと考えております。このあたりは、事前の教育を非常に大事にして、今回もアンケートを年間ですべてしておりますけれども、事前の講義と実習ですね、人形を使ったり、ビデオ喉頭鏡の場合は例示が非常にたくさんありますので、いかにそれを見ながらイメージトレーニングをするかというところに重要性と、これ次第によっては非常にこの習得期間での可能性は今回習得されています。

このあたりですね、大事なことは恐らくいずれ喉頭鏡を現場で用いる場合に、これを指導する先生方をいかに説得するかということが一番課題ではないかと思えます。これは麻酔科学会であり、実際の麻酔科指導医であろうと考えます。本結果につきまして、来年度に麻酔学会の方で一応発表する予定にしております。

最後のページになりますが、今回のエアウェイスコープに関する追加講習カリキュラムの案ということでここに提示しております。気管挿管そのものに関しましては、実はもう少し厚い教育が必要であろう、気道確保一般の中では一般挿管ということですので、ですからここはエアウェイスコープに特化したものというところを中心にやっております。ですので、時間としては恐らく1日で十分であろうと考えています。ただし、時間としてはそれぐらいで済むのですが、やはり手法をしっかり研修する必要があるということで、今回の資料にはつけ加えていただけないのですが私と〇〇先生、〇〇、〇〇という調査グループの中でAWSの学習項目等について一応テキスト、マ

ニュアルをつくっております。それで1番を消防局の方から御紹介あるかと思いますが、必要であればそのテキストを差し上げたいと思いますので御連絡ください。

それから最後になりますが、気管挿管認定救命士に対する教育、11ページになりますが、これについては今回エアウェイスコープのみに関しては大まかな方向性は示しているかと思いますが。再教育に関しましてはやはり地域、地域において病院で手術するのかあるいはどうと、いろいろなところがあるかと思うのですが、いきなりエアウェイスコープはちょっと難しいだろうというのが治療に当たった多くの先生方、そして実際に経験した救急救命士の声でした。

それと12ページ、このビデオ喉頭鏡を用いたときの案ということでAWSによる気管挿管プロトコル、これは前回の今から4、5年ほど前になるかと思いますが、マッキントッシュ型喉頭鏡を使って、気管挿管プロトコルを参照にしてエアウェイスコープ用には書きかえています。この中でポイントとなりますのは、エアウェイスコープに関しましては口腔内吸引をまずしているということ、これは前回のこの委員会でもディスカッションがあったと思いますけれども、やはり分泌物に対して弱い、ですから従来型喉頭鏡、これは標準カルテ修了の救急隊員が行える喉頭鏡を使って除去という流れの中で、しっかり口腔内吸引をしていただくということです。

それから時間に関して、場合によっては喉頭展開しない方が入るかと思いますが、いわゆるスニーピングポジションは必要ないということで割愛しています。それからチューブの挿入からになりますが、この間は原則胸骨圧迫を中断することなく入れることができる場合がほとんどです。ですからここには書いておりません。最小限にとどめるということです。

それともう一つはイントロックを離脱するときですが、エアウェイスコープを入れた状態で換気の確認を行う。換気を確認できたところでイントロック、いわゆる上から気管挿管を離脱させるという形にしております。

もし気管挿管のチューブ位置が不確定な場合には、再度入ったままのエアウェイスコープで声門確認ができるというエアウェイスコープの利点を生かしたものです。また確認に対しましては今回ガイドライン選定委員の方で呼気CO₂の波形を用いたモニタリングということは推奨されておりますので、今回中身を新たに加えています。以上です。

【部会長】

ありがとうございます。ということで、〇〇先生の方からは病院実習、特に新規の実習と既に気管挿管認定を持つ救命士とに分けてそれぞれ御検討いただきました。確認ですが、やはりちょっとうまくいかなかったという背景には6ページにも書かれています、イントロックによる喉頭蓋がうまく持ち上がらないというのが最も多いのですが、それ以外にやはり分泌物で視野が見えにくいといったこと、あるいはどこかに義歯、入れ歯の問題があったとかいうのもあったように思いますけれど、恐らくそういうことが従来の喉頭鏡で、先に口腔内の異物あるいは分泌物を吸引してから開始しようというプロトコールにさせていただいたというふうに認識します。

皆さん方、今の御発表に対して御質問ございませんでしょうか。皆さん方のお手元の資料の後ろの方に、事務局の方に昨年の勉強会の資料をつけていただいております。エアウエイスコープによる気管挿管というのと、〇〇先生の昨年勉強会を開いたもの、それから〇〇先生の九州研修所のラーニングカーブ、イントロックについてちょっとイメージがわからない方は、このエアウエイスコープによる気管挿管という絵の終わりのところに写真がありますので、それを見ていただければわかるかと思えます。

またシミュレーション、今回のデータでも全員が3回できるということですがけれども、今から議論を始める一つの資料として、〇〇先生が去年説明をされたときの資料の8ページ、9ページのあたりを見ていただきますと、これは通常の喉頭鏡で気管挿管するときのラーニングカーブですけれども80%の確率で入るようになるのが22例というところに線を引かれております。ところがレジデントに事前習熟なしにやりますと8割を超えるのに35例あるいは9割を超えるのに57例だと、だから9ページの下に学習シミュレーション教育を先にするなりして始めれば、立ち上がりはラーニングカーブはもっと少なくて済むということで、昨年は勉強をしました。現在は30症例というのが通常の喉頭鏡による気管挿管が、全く根拠がないわけではなくラーニングカーブを8割を超えるのがちゃんと学習した上でやれば、22例やれば行けますよねというのが一つあるということを入れておいていただいて、それと今回のエアウエイスコープの習熟、ラーニングカーブというのはそれよりも恐らく早いであろうということです。それが最低5例あればいいのだけれども安全を考えて10例ということで、〇〇委員の方からいただきました。

ということで議論の焦点を、きょうの資料1のホチキスどめの9ページのところですけれども、それでは病院実習をどれぐらいにしていけばいいのかという議論になっ

てこようかと思えます。新規に気管挿管を認定する者については、講義時間とか実習はちょっと割愛されているようですが、病院実習についてはビデオ喉頭鏡を用いたものはやはり5例というよりも安全をとって10例。従来の喉頭鏡を用いた気管挿管というのは、現状は30例ということになっていますので、その辺を新規の場合はどういうふうに決めていけばいいのかということの一つ御議論願いたい。

2つ目は、既に気管挿管認定救命士の場合にエアウェイスコープに限って教育をするとすれば、〇〇委員の今回の研究では事前学習が2時間、2時間、2時間、1時間行って、病院実習は5例以上やれば安全でしょうという研究報告をいただいております。ということで認定救命士については、今のようなことをもちろん議論しないといけませんけれども一応最初にさせていただいていますので、この部分と上に書いてあるところをどういうふうにすり合わせていけばいいかということを含めて議論いただきたいと思います。皆さん御意見いかがでしょうか。

【委員】

確認ですが、この病院実習の10例以上という意味は、30例の中での10例、あるいは10例以上が必要というお話でよろしいのでしょうか。例えば、エアウェイスコープだけを使うという条件での認定の場合10例だけでいいというお話も含めた議論になっていくのでしょうか。

【部会長】

9ページをもう一度見ていただきます。上は、新規に気管挿管の資格を取る、初めて研修させる群には例えば従来の喉頭鏡によるのが何例にし、エアウェイスコープを何例にしましょうかという議論なんです。現状は、喉頭鏡は30例以上になっていますので、素直にここを30例と書いて、新規にやるのだったら10例ということになるのですが、30例というところから引き算がありなのか、なしなのかという話も含めて議論していただく。というのは、先ほど過去の研究がありますよということをちょっと説明したのは、その意味も含めてなんです。で、どうでしょうか。

【委員】

私自身は今までの30例という症例数から考えると、これからエアウェイスコープも使うのであればトータルで30例のうちに10例をエアウェイスコープ実習にする、あるいはもう少し多くとかとあるいは半々でもいいのではといった気持ちでいます。ただし、これは漠然とした意見です。

【部会長】

トータル 30 例でいいのではないかと、後は比率分けをすればいいのではないかと
御意見ですか。

ほか、御意見ございますでしょうか。特にこれは医師の委員の御意見を伺いたい
と思います。

【委員】

〇〇先生にお聞きしたいのですが、実際にやった救命士が訓練をした後どちらを選
ぶと言っているのか、彼らは、やりやすいからエアウェイスコープを習熟したらそれ
だけをやっ払いこうとするのか、あるいは習ったけれどもやはり従来どおりがいいと
思っているのか、その辺はいかがでしょうか。

【委員】

具体的には、今回それについては聞いていないのですが、感想と言いますか少数派
の意見としては、やはり従来型のマッキントッシュがいいという意見はあります。で
すけれども多くは、やはりエアウェイスコープと言いますかビデオスコープの有用性
というものを重視しているような印象が強かったです。具体的には聞いていません、
私の印象だけです。

【委員】

そうすると、やはりこれは例えば異物除去には使えないということを考えると、従
来どおりのマッキントッシュをきちんと使いこなせないといけないということであ
れば、20 例ぐらいはやらないといけないかと思えます。残り 10 例ぐらいをエアウェ
イスコープという形でもいいのかと思えます。

【部会長】

はい、どうでしょう、これは〇〇さんどうですか、せっかくです御意見を願
います。

【委員】

気管挿管の従来型のラインカーブを見て 30 例という数字が根拠を持って出して
いただいているので、やはりこの 30 例の中には、例えば誤挿管したときに、一部に誤
挿管であることがわかることであるとか、そういったことを担保するための経験とい
ふふうに考えると、30 というところは譲れなくて減らしても 25 とか 20 のところ
まではやはり従来型の挿管をした上でという考え方があると思うのが一つ、プラスち
よっ

と突然の提案ですがC P Aに対しての病院での気管挿管を数だけふやすというのであれば、例えばオートマの免許のように、エアウェイスコープだけが使える認定救命士 10 例だけ実習してありという認定ができるのかどうかというあたりもちょっとどうかかなと思っていますが、いかがでしょうか。

【部会長】

前半は数の話で、先生の御意見は 25 とか 20。後半はそれだけのいわゆるそれに特化した認定というのもありではないか、あるいはできるのかどうかということですが、それは先生、医学的にどうなのかということもあります。先ほど来言っているように、エアウェイスコープだけできますよということでスタートしたけれども、では今度はその代替として喉頭鏡による挿管ができるのかと、もちろんマス換気すればいいという基本的なところに戻ればいいのでしょうか。

【委員】

まず先ほどの確認の話ですけれど、実は挿管に必要なラーニングカーブといわゆる誤挿管するときの確認に必要なラーニングは違うのです。誤挿管したときに肺に入っていればチューブが入っているか、これラーニングカーブがついている 15 例を 100% できると思います。ですので、実際気管挿管は 30 例で大体、80%強ですけれども、確認に関しては、確認に重点を置いたトレーニングをした場合は 15 例、大まかな内数ですけれども 15 例前後という結果がでています。

それともう一つ、今導入に話がありますけれど、やはり一番の問題は再教育が問題に実はなっています。やはり病院実習で再教育という話が来たときに、改めて彼らに技能をもとに戻すことは無理なのです。やはり 10 例とか 15 例をもう一遍しないといけない、新しいのを何をしているかという少なくとも 4, 5 万を使ってエアウェイの状況をつくり出して確認しているのですが、何を教育しているかというチューブがちゃんと入ったか入っていないかの確認できること、それとこれは無理だと思っただけで退散できること、この 2 点だけを再教育の方で確認するようにしています。

ですからやはり今 20 例、30 例と僕はそんなに大きな問題でないような気がいたします。やはり問題なのは、その技能の維持と 3 年後、6 年後どうするのかということ踏まえた上で喉頭鏡のあり方を考えて行く必要があるかと思えます。

【部会長】

ありがとうございます。そうしますと新規に挿管を認定する者に対して何例という

ところは、議論を尽くせば、時間があっても足りないぐらい議論が出てくると思います。と言いますのは、同時に教育するというのは人間の学習で言いますと、特に喉頭展開が全然違います。同じのを続けて20回やるのと、それにまぜてエアウェイスコープを使うということになりますと、学習能力の双方が落ちる可能性もあるのではないかとありますし、きょういただいた意見としては、先生が新しく挿管をされるのだったら10例以上、そして従来の喉頭鏡については委員の先生方からは減らしてもいいのではないかと御意見をいただいていますけれども、最終的にここで出すのはなかなか難しいのかもしれません。

ちょっとその前に大事なことを言われたのは、特に認定救命士が3年後に再教育を受けるときに、もう一度喉頭鏡で気管挿管を再教育させるというぐらいであれば、このエアウェイスコープをその時点で5例以上やらせて、技能を補完して使うということがむしろいいのではないかと御意見と考えてよろしいですね、そういうことです。ちょっとこちらの方が話の焦点が絞りがやすいので、その再教育といえますか、認定を既に持たれている救命士について病院実習をした上で、人形を使ったシミュレーションあるいはケースシミュレーションをして、5例以上やればいいのではないかとということについてはどうでしょうか。

大体よろしゅうございますか、基本的には30例やっている経験をお持ち、臨床的にも現場で1、2例やっている、あるいは多い人だともっとたくさんやっている可能性あります。これも去年でしたか一昨年でしたか、データが北九州市と他の消防とで救命士一人当たりの挿管回数が物すごくばらつきがあると、1を超えないところもあれば3、4例だったか一人1年間でやっている地域もあって、やはり格差があるので再教育の問題としてとらえるならば、このエアウェイスコープを付加的に再教育に使って認めていくというのはこの作業部会としても提案してもいいのかなというふうには、委員長判断で思っているのですけれどもいかがでございましょうか。

【委員】

よろしいと思います。その方が現実的。

【部会長】

現実的な感じですが。問題は、その上の新規の認定の取得についてということになりますと、現状の30例のところを減らしてもいいという意見がありましたけれど、これは作業部会の意見として出し得るには相当の根拠を持って言わないと。

【委員】

今でも現場でなかなか気管挿管ができない状況下で、エアウェイスコープが再研修のメインの手技になると、マックイントッシュによる挿管手技に不安があってもエアウェイスコープの手技のみ再研修することになります。いままで異物除去などはマックイントッシュの従来型で処置していたわけですから、再研修もエアウェイスコープの手技が中心になるのであれば、エアウェイスコープを用いた異物除去のやり方をきちんと習熟しないといけません。また、エアウェイスコープの手技のみでマックイントッシュの気管挿管の手技を再研修でやらないことになると、必然的にいずれ気管挿管はすべてエアウェイスコープを使うようなことになりそうですが、そういう解釈でよろしいでしょうか。

【部会長】

これは先生、現実的には値段の問題、それから逆に指導する側の医師の医療機関の普及度合いもあります。ですから先生がおっしゃるように、消防庁の検討会でこういう方針だよと言ってもなかなか現実的な問題も少し。

【委員】

お金がかかる話です。そうすると、例えば5例のうち1例だけはマックイントッシュの手技を必ず再研修に入れておくなど、マックイントッシュを用いた手技を思い出させるような研修にすべきだと思います。

【委員】

やはり再教育は、基本的にはマックイントッシュ、例のシミュレータを使って喉頭展開で通常の気管挿管をやった上で、このエアウェイスコープを使えるようにするという形にするのがいいのではないかと思います。それで先ほどもお金の話が出ましたが、一斉に例えば新たに気管挿管を認定するときに、症例をプラスするかあるいは30例の中で、もしこれを新規の気管挿管認定をする人に実習を義務づけましょうということになったときに、一斉にできるかということそれは無理ではないかと現実的に思うのです。ですから当面はこれが普及するまでは、再教育の中でエアウェイスコープを組み込んでいって、新規の教育は従来どおり普通の喉頭展開で、マックイントッシュでやる30例という形で、当面は30の中でやっていくという形がいいのではないかと。

【部会長】

はい、30例の認定救命士というのは再教育のときにはマックイントッシュによる挿管

をもう一度復習して、補完的にエアウェイスコープを使うのは認めるといいますか、そういう方向でより確実性の高いのを習得していただいていいですよという方向性、そのうちに普及していくであろうということですね。先生、何かやられていて御意見ございますか。

【委員】

ここ10例というのは、僕は先ほど〇〇先生が言われたのですが、いわゆる従来型喉頭鏡トレーニングをやる前に、それは彼らを出していいペースですね。10例というところで。そのまま世に出せませんというところで10例という数字がある。ですから恐らくこれを、従来型の気管挿管をひっくりかえした形ということであれば、もっと少なくてもいいのかもしれませんが。ちなみに今回、全員すべての新規に関しましては、これの5に30例やっていますから、大まかなラーニングカーブは書けるかと思います。実は救命士の多くは、ポジティブな効果だと思うのですが、咽頭解剖について非常に理解が深まっているという、逆に最初にエアウェイスコープを入れるということによって深まっているという印象がありましたので、これは今回中間報告ですから御報告できなかったのですが、今年度、従来型喉頭鏡を使ったその後のトレーニングのラーニングカーブも報告したいと思います。

【部会長】

ありがとうございます。〇〇先生まだ中間報告なので最終的には、この上の〇〇のところももう少し、ひよっとしたら同時に、同時にと言いますか新規のビデオ喉頭鏡と従来の喉頭鏡でそれぞれ例えば20とか25がいいのではないかと、ひよっとしたらまとめられるかもしれないという、そういう意味で理解してよろしいですか。ありがとうございます。

きょうの議論の中では認定救命士について、特に再教育のときに今後十分プラスαとして推奨していくということについては、恐らくこの検討会としては一つの答えを出してみようかなという気はします。

せっかくですので消防機関の方から現実問題としてどういう課題があるのか、ないのか、実習用の従来の違うところなど御質問があれば、この際ですから。

【事務局】

この件に関して事務局から資料の追加の説明をさせてもらってよろしいでしょうか。参考資料の3、救急隊員の生涯教育のあり方のアンケート調査という中の7ページを

ごらんいただければと思います。病院実習における特定行為の実施というのを、アンケート調査をしています。nに関しては682ですが、この中の③が救急室における器具を用いた気道確保と④手術室における器具を用いた気道確保、これが全国の消防局のアンケート調査をした結果で、器具を用いた気道確保ですので、この中に挿管も含まれます。それぞれ3割ぐらいが器具を用いた気道確保について病院実習を行っているということを報告させていただきます。

【部会長】

上が救急室ですか。

【事務局】

救急室です。掲示により実施しています。下が手術室、病院実習については手術室での再教育ということで、特に挿管、これは直接患者さん本人に説明と同意を求めてやっているという状況です。

【部会長】

ありがとうございます。消防機関の委員の方がでしょうか、何か追加、よろしゅうございますか。またそれでは時間が余ったら戻って、どの議論でもよろしゅうございますので意見をいただきたいと思います。

それでは次の議題に進めさせていただきたいと思います。3つ目の議題は、救急搬送情報と医療情報を連結した調査・分析、これは改正消防法の一つの側面でもあるわけで、実際に病院のカテゴリあるいは重症度別に医療機関をリスト化したりして、隊員にそこへ運んでくださいと行った場合に結果としてそういったデータがどうなのか判断したと、病院選定の判断と最終的に診断されて治療を受けた内容がある程度データがわからないと、搬送と受け入れの実施基準等をつくれと言われてもなかなか難しい問題があるだろうというのが当初から言われております。そういう意味で、一つの側面として病院のDPCデータと救急搬送の情報を適合させた研究をしていただいております。〇〇委員に少しその研究の成果を御報告いただけたらと思います。よろしく申し上げます。

【委員】

私は、厚生労働科学研究で、厚生労働省と総務省の消防庁の救急企画室と合同して班研究をしております。資料の19ページを見ていただいたらよろしいかと思います。班の題名は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ござ

ざいます。11月27日に東京で、第3回の班会議をしまりました。今回はその一端をお示ししたいと思います。

次のページに行ってくださいまして、DPCデータというのは、DPC参加病院というのは、日本の急性期病院のほとんどが入っていると考えていいのですが、そのDPCデータから見た、本邦の包括的脳卒中センターの実態が現状ではどうなのかというのを見たい。包括的脳卒中センターというのは、簡単に言えば脳卒中の軽症から重症までを24時間、365日対応できると、具体的には脳卒中の内科あるいは神経放射線科、脳神経外科医が常駐して常に対応可能であるということです。

DPCデータというのは、厚生労働省の保健局の方に、全病院から提出されてDPCのコードに従って脳梗塞だったら10060というのが、あとは下にずっとつくのですか、そういうコードがそういう疾患がどのように入ったかということがわかるわけです。ですから将来的には、例えば消防庁のデータと厚労省のDPCデータをくっつけることができれば脳卒中に限らず、非常に大きな研究のデータバンクができるという理論上はそのようになっています。ですから、そういうことに向けての基礎的な研究と御理解いただければよろしいかと思います。

去年に消防法の一部が改正されたあとで、最初に後ろの研究をしたいと考えておりまして、まず21ページを見ていただきたいのですが、DPC情報というのは平成20年度に厚生労働省から出された、日本の先ほど申しましたDPCコードですね、具体的には脳梗塞これは10060ですが、それと非外傷性頭蓋内出血が10040です。それとくも膜下出血、10020です。この3つのコードでどれくらい日本のDPCの参加病院が治療されているかというリストがあります。そこからその個別の医療機関の名前が出るのは、月1.6件以上治療されています。すなわち半年で10件以上治療されていたら、個々の病院名が公開されているわけです。ですから、今さっきお話した包括的脳卒中センターというのは、脳梗塞も対応できて非外傷性頭蓋内出血も対応できて、くも膜下出血も対応できるという病院と仮に定義をすると、その3つのコードである程度治療しているということが候補として挙がるということになるわけです。

そういうことをやりますと、それが21ページの表でございまして少し荒っぽい操作ですが、現状では全国で227カ所ありました。ただしこれは幾つか脳卒中をたくさん扱っているハイボリュームセンターでもDPCに参加していない病院もございまして、これはすべて実態を正確に把握しているわけではございません。都道府県別で見ると、

中央値が4ということで4施設ぐらい、死亡範囲IQRが2から6と、大体都道府県当たり2から6カ所ぐらいそういうのがあって、愛知県は最大16、一番多くて、最小が富山です。こういうあたりはDPCの参加関係では1件しか拾えなかったということになります。

その右側は県当たりの人口ということで、どのくらいの人口をカバーしているかということになりますと、中央値が53万人、最大は愛媛県です。先ほど左の図で最小が1ですから、人口を割ったということがございます。最小は秋田県の19万人ということになります。

22ページが、国立循環器病研究センターは二次医療機関ですか、救急医療機関になっていますが、大阪北部の豊能という地域にあります。ここの地域は、ことしの7月と8月の2カ月間に脳卒中に限らず救急の搬送の疾患調査をいたしました。そのデータから当病院に搬送されたデータだけをいただいて、当院のDPCデータとの突合作業を行いました。

目的は先ほどお話ししたように23ページでございますけれども、将来的に全国規模の調査を始める前に、ホスピタルベースで個々の病院でDPCデータと救急データを突合がどういうふうに可能なのかということを見ってみました。

次の24ページに行きますと、先ほど申しましたように救急のデータは7月と8月、これは豊能のMCの協議会、〇〇先生から承諾を得てセンターの分なら使っていいよということでセンターの分だけいただきました。DPCの方は、当院のそういうふうなデータ管理室の方から様式1と言って、患者情報です。その部分だけ7月から9月に退院した分だけいただきました。だから搬入されて1カ月後の分に退院することを考えています。少し1カ月分後ろに延ばしていただきました。

基本的なことは、入院日、性別、年齢だけをもとにどれぐらい結合できるかということです。患者名は両方ともデータを匿名化されているので、その状況でこの3つのデータだけでどれぐらい突合できるかということを考えました。

25ページに行ってください、具体的には救急搬送データが循環器病センターへ搬入した症例は、この2カ月間で321件ございました。そのうち例えば入院しなかった症例が107件。お断りしておきますが、この救急搬送のときは、一週間後の確定診断が病院から救急本部へ戻っています。そういう状況だと理解してください。だから救急本部も一週間後の確定診断を持っているという状況です。25ページにまた戻ります

が、入院の診療科が周産期だとか小児科、心臓内科、内科とわかったものはすべて除外したいところです。入院の確定診断が明らかに異なるものも除外しました。このDPCデータですけれども、いただいた分は、今回脳卒中だけ合わせる目的でしたから、脳外科と脳内科の入院データだけです。ですからほかの疾患に関しては、DPCデータはいただいてないという条件下です。今の25ページにございますように、これだけ除外できて残ったのは124件ありました。

【部会長】

ちょっとごめんなさい、25ページの197件除外したのは、一週間後に消防側が先生のところから聞いた病名で。

【委員】

そうです。救急搬送データですから、そのとおりです。

【部会長】

消防側の書かれている病名として、こんな名前の疾患として診断名として挙がっていたのは除外しましたよということですね、これはDPCデータからではないですね。

【委員】

そのとおりです。

次の26ページ、この3カ月に退院した症例でただ診療科は先ほど申しましたように脳内科と脳外科でDPCのデータが684件名、退院症例がございました。ただDPCというのは24時間以内に死亡した症例というのは入ってこないんで、そういう症例は自動的に除外されているわけです。これからどういう症例を除外したかと言いますと、DPCの様式1というのは入院日の情報がございます。年齢と性もありますし、患者の郵便番号も入っています、ですからそういうふうな状況がもろもろ入っています。去年からは、患者の退院のときの状況ですね、量を示すモディファイランキングスケールというのが入ってきているのです。それはそれとして、また戻りまして入院日が7月1日より前のデータ、だから退院日がここまでですから、7月1日以前に入院した症例は自動的に除外できます。129件除外できて、入院日が8月31日までの救急搬送と合わせるんで、それ以降に入院したデータも省いています。113件です。

DPCの中には救急搬送か否かという項目がございますので、それで救急搬送でない症例が410件ございました。それと予定入院かどうかという項目もあって、それも除いたら結局残ったのは164件ありました。

27 ページに行きまして、これを自動的にSASというコンピュータプログラムがございまして、入院日と性別と年齢だけでマッチさせるという作業をさせました。そうしたら合ったのが82件ございまして、救急の124件を母数とすると66.1%が合ったということになります。

次に行きまして28ページをごらんください。ところが実際、脳卒中の患者さんですから救急隊の方が得られる年齢の情報というのは意外と間違っていることがある。患者さんがうそを言っている場合があるのです。それは病態のために正確なことを言えない可能性があるので、1歳間違っているということももちろんあり得るという状況です。実際は夜中の11時半に搬送されたら、入院日は翌日の日づけになっていることもあるわけです。ですから入院日の1日違いというのも許容すると、もちろん入院1日違い、年齢も1歳違いも許容しました。それが4例だったりとか、あるいは2歳違いとか1例あって、まれには性別も間違ったというこれは記録の間違いかもしれませんけれど、そういうのもございまして。そういうことも許容する、と合ったのが102件に増大して、一致率が82.3%になります。

29 ページです。総務省消防庁の上がるデータがウツタインで年齢階級になっているわけです。ですからそれはもっと短い階級で、5歳階級で結合したらどうかというと、これも余り変わらずに83.9%合うと、これは日づけとか性別のずれは許容していない状況でこれが合うということです。ただしこれは合ったというのは、本当に正しい患者を拾っているかどうかはもう一回詳しく見ないと言えないところです。

30 ページです。この合致例に色づけて、今度救急とDPCの診断名が異なるということもあるわけです。これはもちろん救急病名というのはけいれんの疑いというものまで来て、DPCの病名では脳梗塞であったり、ただしそれは病態として主訴はけいれんだと、しかしながら意識障害もあってDPCの病名では脳梗塞ということがあるわけです。あるいは心原性脳梗塞で救急隊が搬入されて、DPCの病名は下腹部膿瘍、なぜかという心原性脳梗塞で入院されたのだけれども、入院中に続発症を発症してそれがDPCでは医療資源を最も投入したということになると他院転院時の病名ということです。そういうふうなことです。救急病名と違うのが一応あるということになります。

以上、これは説明可能で入院中に続発したこと、結果としてDPCの病名が変わったとか、確定診断がそのように変わったとかそういうのもあります。

31 ページ、それで結局自動計算、このSASというコンピュータである程度のずれを許容した範囲で大体8割5分だったという状況ですが、なぜ合致しなかったかというのを考えますと、一つはもちろん7、8月に入院しても9月までのDPCデータしかとっていないので、それ以降に退院した場合はもちろんそれが抜け落ちるわけです。12.5%が8月末で未退院と予想されるということで、それを勘案すると85%。年齢のずれとかさっき言いました日づけのずれ、性別の間違いがあつた、今回の救急搬送のデータというのは豊能の救急搬送データですから、二次医療圏を超えて入ってきた場合というのは普通に入っていないのですが、それは幸い1%程度であつたということです。

32 ページにまいります。救急データの状況ですが、一応t-PAは5%ぐらいあつた。1週間後の転帰は疾患調査で、予防調査で検証の調査ですが、ちゃんと病院から救急本部へ100%返していただきました。これはセンターのあれですが、それ以外の病院だったらわからないですが、救急のいろいろな搬送のパラメータ、時間、覚知から現着すべて入っていますし、現着から収容も100%です。発生場所も入っていると、これは84%入っていました。あとは患者さんのさまざまな傷病者背景、これが記載してあつたのが7%。照合回数、これはさすがに100%入っていますし、ドクターカーの使用状況も入っています。

33 ページに入ります。今度はDPCのデータです。こちらの方は自動的に大体診療管理士さんも含めて入れてくるので、最近この追加になった退院時のモディファイランキングスケールのみが76%になっています。これもちゃんと普及してくればもう少し上がると思います。これは循環器病研究センターでもこれぐらいの数字なので、全体でどれぐらい入っているかちょっとまだわからないです。

今後、患者の郵便番号が入ってくるのがすごく貴重な情報で、患者さんの自宅発症であれば、自宅発症の郵便番号と関連郵便番号から地理情報システムを使えば大体通常の搬送の時間というのがわかるわけです。ですからそれと消防庁の搬送時間との乖離を見れば、大体消防とかそこら辺に照会に時間がかかったとか、そういったずれがわかるかもしれないかと、あるいは地方によって雪が降ったときとかシーズンでまた少し違ったりするとか、そういう可能性も見られるのではないかと思います。

34 ページに移っていただきまして、〇〇先生、産業医大の〇〇先生がこれは私たちとは別に二次医療圏の中に一つしか急性期病院がないところで、この突合を始めてい

ただいているというお聞きしております。

最後、今コンピュータでやった突合だけ話をしたのですが、その後なぜ突合しなかったというのは、救急外来のあれからもう1回引っ張り出してきて見ました。20例ぐらい見たのですが、実際のところそのうちの半分ぐらいはこの性別、年齢、入院日も合っていたのです。ですからソフト上の問題だと、そこら辺の原因は究明中です。ですから、そういうことを考えると、恐らく90%を超えるくらい、入院日と性と年齢で少しずれを許容したら合うのではないかというふうに考えています。以上です。

【部会長】

ありがとうございます。救急情報と病院側のDPCデータを突合する具体的な手続のお話をしていただきました。それで豊能地区の内容で言えば、入院、性別、年齢の若干のずれを修正すれば90%以上のデータ突合は可能であるということの報告が一つ。それからそれぞれ持ち合わせているデータから何が検討できるかということが32、33ページで、それぞれのデータの入力率がこうなっているので、後はそれぞれの研究目標といいますか分析の目的いかにいろいろな分析が可能なんだろうという御研究です。

まず質問の前に、このデータの分析のプロセスで何か御質問がございませんか、よろしゅうございますか、私の方からちょっと確認ですが、例えば30ページの合致したのを見たときに、救急病院名及びDPC病名、これは一致しませんということで結論からすればいずれも説明がつくのですよというお話ですが、ここで誤解を招かないようにもう一度確認したいのは、救急病名というのは基本的に救急搬送後よく消防機関の方から搬送直後なりあるいはその後電話問い合わせで「病名は何でしたか」というふうにして、一応は医療機関からいただいた診断名と考えていいのですね。

【委員】

はい、そのとおりです。

【部会長】

そうすると、いわゆる救急の初期診療あたりでわかっている病名だと思っていただく、DPCは、やはり今おっしゃいましたけれども入院契機病名とか資源病名とか、いわゆる併存病名とかたくさん実は病名を拾うことができるのですが、ここに書かれているDPC病名は、資源病名、要するに診療報酬上の主たる病名と考えていいのですか。

【委員】

これは主病名。

【部会長】

だから資源病名ですね、だから一番資源を使った、恐らく2番目などは心原性の脳梗塞というのは、それはそれなりに正しいのですが実は入院中に主に処置をしたのは下腹部膿瘍なので、診療報酬としては膿瘍の手術等が主体なんだからこれでとりましようということで、恐らく病院側の判断なのだろうと思うのです。そのように考えていいですね。

こういうことも含めて、割合と初期診断における大体の病名と実際に病院側で、その病院が何の治療をしたかということもある程度わかります。救急側がお持ちのデータであれば、時間、発生場所等々があります。それからDPCの方では転帰がわかってくるということですが、ちょっと私、部会長ばかり質問するのもおかしいのですが、救急搬送データの中に病院選定の根拠になったデータというのは入力ないのですか。豊能地区の救急隊。

【委員】

残念ながら打たれてないです。一応、プレホスピタルに脳卒中スケールみたいな項目がございまして、うちに入った症例に関してはそれに該当するところは麻痺とか顔のゆがみとか、そこら辺は結構ありますけれども、全体の中でどういう患者さんがうちに来たかということに関しては情報をいただいていません。

【部会長】

恐らくこういうデータが突合できるのだということで、あと使うのだということになれば、やはり救急隊員がなぜ脳血管障害の疑いと判断したのかというような判定の判断の根拠なりあるいは症状、徴候なりがちょっと一定のリスト化された形でチェックがあるともう少しおもしろいデータが出るのかもしれないという気がいたしました。どうでしょうか、どうぞ。

【委員】

25 ページの搬送データの除外です。この124という精度が今回の何パーセントに達するかという情報提供、つまり10例違くと10%違ってしまうということで、この診療科ということと確定診断というのは、診療科だけでカットしているのでなくあくまで確定診断名ということでカットされているということよろしいでしょうか。診断

名だけでカットしているのではないということですか。

【委員】

診療科が抜け落ちているところは結構あります。確定診断名は一応事後報告で一週間後の診断に関しては書いています。

【委員】

それがより優先して除外されているということでしょうか。

【委員】

はい、今回はD P Cのデータが脳外科と脳内科の分類しかとっていませんので、これは他の診療科ですと明らかに除外するのは大変だった。

【委員】

わかりました。

【部会長】

そもそも何か大きなデータベースとして研究できる方向性がないかということで、消防庁の事務局の方で、こういう研究が進んでいるので、一度救急の病院前救護のデータと、病院側はD P Cのデータを使ったものの突合の可能性というのを発表していただきましょうということで、〇〇専門官の方から以前にこういう研究のあれが進んでいますよということで御紹介いただきました。

今後、この方向性が、例えば定着していったらそれなりの分析が可能にするためには、まだまだ事前にこういうデータを入れておかないと、やはり単に突合したからだけではわからない。ただ疫学調査あるいはいわゆる地理的救急情報とか時間情報というのは、ひょっとしたらきれいなのが出てくるかもしれません。かねがねD P Cの研究班の〇〇先生とか〇〇先生などは、郵便番号を使うと救急搬送の病院と発生場所を特定できるので、救急のいわゆる消防本部の再構築など、いろいろな分署をどこにつくるというようなことも含めて結構いいデータにはなりますとおっしゃっていたことがありますので、消防機関の方も、こういう研究手法で地域の消防の大変時間のかかるデータがどれだけあるのかということも分析できますよということにはいい研究手法だと思います。また参考にしていただけたらと思います。

せっかくですので、この研究についてもこういうことも付加的に突合できたときには、こういう消防側のデータあるいはこういう病院側のデータを拾っておいて検討していただきたい、あるいは検討できるのであればやっていただけないかというのがあ

れば〇〇先生の方でまた検討いただけると思います。何か御意見ございませんでしょうか。

よろしいですか、そうしたらまた後で、ちょっとこのデータの突合ということと、病院前の救急情報と病院のデータを一致させることについて何が重要なことなのかという、私の個人的な意見もありますので、資料4を5分ほどいただきまして説明をさせていただきますと思います。

資料4には、私がメディカルコントロールの業務をしております堺市の二次保健医療圏での行っている仕組みと、その結果何がわかったかということを少し御説明したいと思います。次のページをめくっていただきますと、上のところは改正消防法に伴って具体的に動いている協議会と、協議会が病院側と消防機関で搬送と受け入れの実施基準をどういうふうに運用しているかという模式図です。病院側からは病態とか処置別の収容の受け入れ可否情報を曜日、時間別でいただいて、それぞれのカテゴリー別でリストをつくっています。それぞれのカテゴリーに対して、どういう搬送基準、判断基準をつくれればいいのかというのをメディカルコントロール協議会でつくって、それを消防と医療機関に同じ資料を渡して、搬送後そのデータで集めています。

実はそのデータを毎月検証している。メディカルコントロール協議会と地域の保健医療協議会の医療部会との合同でやっている。実際にどういうことの流れかということとは真ん中飛ばしますが、4ページと5ページを見ていただいて、実際に救急業務ということになると、病気の場合は病態が多岐にわたりますので、それぞれの病態を別々のプロトコールをつくりますと大変なことになるというのが現場の意見でしたので、例えば左側は現場が使っている救急活動記録表の中に病院の選定基準を簡単にチェックできるように、最初に重症度あるいは心停止等を選ばせるのに上をチェックさせて、そういう病態がある程度問題ないとすれば下の循環器にかかわる症状、徴候、それから脳血管障害、特にこれは閉塞性の脳血管障害の症候ですけれども、拾わせる処置をして後は消化管出血、それから手術が必要となるであろう急性腹症、なぜこういう項目になっているかという循環器はそれぞれコロナリーでP C Iの病院だけでリストをつくっているんで、P C Iを24時間できる病院を選定するときの判断根拠になっています。

2番目は、脳血管障害はt-P Aを対象として、脳外科医の病院は大体わかっていますので従来どおりでいいのですけれども、t-P Aは少し別のカテゴリーで進んでいま

すので、閉塞性の処置、脳血管障害のカテゴリー。このようにしてチェックをさせて搬送をさせています。このシートを使って搬送してリストの医療機関を使った場合は、これは実は複写式になっているのですが、下書いてあるのは搬送先医療機関のデータの書き込み欄ですけれども、それを救急外来での初期の診断名と最終的に退院に至るまでの最終診断名と処置をそこに書かせているわけです。外傷も同じようなことをやっています。

その結果、次の6ページに毎月検証している内容の中身を書いておりますが、7ページ以降、私ども地域の二次医療機関の固有名詞の病院が入っていますので、取り扱いには、ほかのところに流すとなる時だけ御勘弁いただきたいのですが、どういうことがわかるかと言いますと、実際に7ページの上のところ、全搬送件数これ実は半年ちょっとですが35,376人を運んで、結局こういう消防法改正にかかるような病院群をつくって、とりあえずシートを使っていたのは、まだ3%弱にすぎない。けれどもその中でそのデータについて、逆に病院のデータと突合することが可能で、救急隊員がその病院のリストを使うに当たっての判断根拠が全部分析できますので、例えば消化管出血を吐血、または血清、吐物、下血もしくは消化管出血、高度な貧血というのがあれば連れていきなさいとすると、陽性的中率は90%近くになります。逆に先ほどのデータと同じで、擬陰性を消防が拾った通常の診断名の中で漏れだけを拾いますと、余り漏れていないと、26.8%が擬陰性と。

同様にずっと見ていきますと次のページですが、脳血管障害ですと陽性的中率はここに書いてある根拠、これはHAから推奨されている項目ですけれど結構当たる。ところが脳血管障害になると漏れも結構ある。陰性で73%漏れる。同様に、急性冠症候群も当たるのはよくあたるのだけれどもPCIの病院を選ばせるのは、この項目さえ拾えば当たるのですがやはり漏れは80%ぐらいある。このようなことをやっていきますと、これは二次のそれぞれ部課長さんに集まっていたいで毎月これを研修していただきますと、例えば擬陰性は別として、擬陽性で消化管出血の中に鼻出血とか喀血とかまざるのがあります。鼻出血は、まだあってもいたし方ないですね、受け手の方もそれぐらいは許容しましょうとか、と言っただけです。例えば脳血管障害でもてんかん、認知症まざってくるのだけれども、てんかんの場合はけいれんで始まる結構頭蓋内病変もあるので、それはそれで許容しますよというようなことが受け手の病院もはっきりとわかっていただけるといふことで、この2点から何がわかるかという

と、1つは搬送基準の是非ということを検証する過程で、受け手の先生方には救急隊員が症状、徴候だけである一定のカテゴリの病院を選ぶのに結構苦勞しているのです。だから擬陽性としてまざるような部分のうち幾つかを容認してとってあげましょうということが言っていただけ。

逆にもう1つは、意外と救急隊員がここに書かれて非常に簡単な症状、徴候なんですけれども、本当にこういう症状、徴候がきちっとチェックできているのかと、例えば一側のしびれ感、あるいは一側の運動まひといっても、それがちゃんと病院前救護の段階でどの程度の判断能力があるのだということが問われております。

ということで私の方から言いたいのは、こういうデータの突合で見えてくるのは搬送、特に病院選定で収容にかかるときに、病院側の理解を得るために一つの非常にツールになっているということが1点。もう1つは、救急隊員に症状、徴候を主体にチェックはさせますが、意外とその観察力にまだまだ問題があるのではないかとということで、地元の医師たちは特定行為等の学習をさせるのももちろん重要だけれども、もう少し基本的な患者観察というものをできる能力を身につけないと、病院選定基準をつくっても「なかなか厳しいですよ」という意見をいただいているということです。

ということでデータの突合と検証、分析ということの一つの参考として堺のことを御説明させていただきました。またこの点について、御意見がございましたら後で私の方に言っていたいただければと思います。

データの突合について、こういう踏み込んだところまでDPCデータにおいてできるのかどうかちょっとあれですが、方向性としてはそういうところも救急隊員の再教育であるとか、あるいは救急隊員の病院選定の上でかかわってくる根拠といったものが、救急情報側に残っているように恐らく消防機関にも期待したいと思うのです。そのようなことで私の意見です。

【委員】

資料3-1、3-2でお願いしたいと思います。出雲消防の〇〇です。私ども現時点では、島根大学医学部附属病院と島根県立中央病院と脳卒中における患者についての対応ということでやっておりますので、その概略を説明させていただきます。

御存じのとおり、平成17年にt-P Aの保険適用となったことを受けまして、島根大学医学部の方からの提案で、脳卒中スケールを使用した病院前の情報をいち早く取り入れてt-P Aを早く施行したいということで、救急隊員側の医学的指導は島大の

方からしますということ。それから脳卒中患者について、早期受診を促す広報等を救命講習を通じて消防側をお願いしたいということの提案が発足でございました。

裏面の救急セミナーと研修会ということで平成 17 年 12 月に実施して、仮運用ということで当面 100 傷病を目指してということで、平成 18 年 1 月 1 日からスタートしております。その右側に当初の段階のスケールチェック表を載せております。当初、このような形で運用して、不具合な点があればどんどん改正していこうということできずとやっておりました。今年に至るまで平成 18 年から 20 年、平成 20 年には P S L S コースを開催しております。

それから本年 1 月 1 日からオンラインで本格運用になったのですが、島根大学附属病院と出雲消防本部、新たに県立中央病院のこの 3 者が一緒になって脳卒中のスケールを活用していくことに話し合いができて、今年の 1 月からやっております。これに至るまでに、当初の段階では平成 18 年からスタートして若干モチベーションが下がってきたということで、ここでもう一度見直しをして活を入れようということも大きな要因になっております。

次をめくっていただきまして、I S 症例のフローチャートでございますが、脳卒中と救急隊員が診断した場合、I S 症例として司令塔を通じて病院側に連絡させていただきます。県立中央病院については、一手に救命センターのドクターで処置をしていただけるのですが、島根大学の方は上の方から神経内科のドクターがすべての症例でおりに来ていただいたのですが、症例数が多くなるとそれも厳しいところが出てくるということで、プラス 2 時間以内の発症を連絡した場合は、上の神経内科の方のドクターがおりにきて診療に当たっていただけるというふうに、若干今回変わりました。

それからプログラム、データは少し古いデータで申しわけないのですが、私どもと島根大学附属病院の 2 つの機関でやったときのデータですが、脳梗塞疑いが 91 名ありまして、データにはつくれませんが、この中で t-P A 症例、t-P A を施行された方が 10 名いらっしゃいます。3 名については、転帰の方良好ということでお返しして、2 名については不幸な転帰の方をたどっていかれたということで報告を受けております。

その次の救急隊の合致率をごらんいただいたとおりで、脳梗塞の方は大体 6 割、脳出血 57% で、残の方については 7 割というところでございます。

オンラインシステムについて次のページに移っていただきますと、チェックリスト

をオンラインで搬送先の病院にデータ送信いたします。そういたしますと、下のよう
な画面で病院側から転送画面、診断名をチェックされてこちらに戻ってきて、私ども
の方で事後検証の方に挿入して、各隊員の方に返すという作業を行っております。左
からお名前と性別、年齢、発症時間がわかるものについては書いております。それか
ら何時間、2時間以内であるかどうかということ、最後診断名ということでございま
す。

本年1月からスタートしまして10月末まで一応IAS宣言をさせていただいたの
が185件ということで、病院からのデータも、医局等の事務の方で早急にできていな
いということですので、またでき次第また研修会を開いていただこうかと思いま
す。

最後に3-2というチェックリストがございます。当初に比べまして、これが現時
点での最終形でやっております。KPSSの点とCSSの点を加えて、これでまた見
る点があれば今後改善していこうかということで、一応これは2枚複写になっており
まして1枚は病院の方へ、1枚は私どもの方へ返ってきて、オンラインで入力し
て病院側の方へ再度送信するといったシステムになっております。以上です。

【部会長】

ありがとうございます。出雲消防局の方では脳血管障害、特にこれはIzumo
Pre-hospital Apoplexy Scale というのをつくってチェックをさせて、データの突合
と言いますか集約化については、コンピュータを使って入力をしているということ
ですね。

一つだけ質問していいですか、これを使おうという前提はどういう症状、この頭
の中にこれを入れておいて、呼ばれたときに「手が何となくしびれる」とかいうと、
これを使おうということにしているのですか。

【委員】

はい、もう頭蓋内病変だったら、これ行きましょうということで救急隊員が判断
します。

【部会長】

だけど、例えば「熱が出てしんどい」と言われて救急要請を受けたと行って、すべ
ての症例にこれ利くわけではない。どういうようなときにこれを使えと言っている
のですか。

【委員】

この病院前診断で下に4項目あるかと思うのですが、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血とあるので、救急隊員がこれに該当する病名であろうと判断したときには、これを大体使うみたいですけど。

【部会長】

なぜこの質問をするかという、隊員にとっては「少し息苦しい、しんどい、手足がしびれる」といった訴えで呼ばれます。このシートを使うべきかどうかというのは隊員の判断で、実は使わなくて搬送したけれども結果は脳血管障害だったという例もあるでしょうし、一生懸命にチェックして書いたけれども、もちろんそれは上でできていることもあるでしょうが、その辺はまだ余り統一はされていないのですか。

【委員】

病院側に運んで、このチェックシートがなくてその症例だというのは別枠でまた。

【部会長】

いずれにしても、非常に前段階としてしっかりとしたチェックリストがあって病院との連携で、これはだから島根大学並びに県立病院が協力してくださっているわけですね。ほかの病院のデータはどうなっていますか、ほかへは運ばない。

【委員】

いえ、運びますが一応t-P A、もう一つ二次でt-P Aを使っている病院があるのですが、メインで三次救急でバックアップに脳外がしっかりしている病院ということで。

【部会長】

それからもう一つ確認したいのですが、コンピュータ上で病院から返送されてきた画面の中に名前が入っていますが、実際運用上はどうされているのですか。要するに病院にもこの画面が見える。消防でもこの画面が見える。アクセス権はどうなっていますか、制限されていますか。

【委員】

私ども2人しかアクセスできません。

【部会長】

PCの上で、こういうのをやろうかというところもいろいろやられているようですが、先ほどの私どもの堺のところは手作業で匿名化して帰ってきたのが、そのまま名前がついていませぬので直接紙ですので、限られた人間がチェックする、1つはPC

でやっているということですが、いかがでしょうか。こういうことで一つのデータの分析というふうに紹介していただきました。

実はきょうの議題（４）というのが別にありまして、消防庁の方でアンケートしていただいたものが次ですね、こちらもやってしまいましょう。

【事務局】

それでは、議題の救急隊員の教育のあり方についてのアンケート状況について御説明いただきます。アンケートの実施概要につきましては、消防本部へのアンケートと救急隊長へのアンケートという２つの報告について実施しております。その概要につきましては資料の 37 ページが大まかな該当でございます。

38 ページは、アンケート調査の回答状況でございます。消防本部に関しましては 12 月 1 日の時点で 802 消防本部、すべてから回答をいただけておりますが今回のアンケート調査を集計しましたのが 11 月 24 日時点におけるものでございますので、n につきまして 682、85%の回答をもとに集計したことを御了承いただきたいと思います。同じように、救急隊長に関しましても 12 月 1 日までに 3,650 隊、74.3%からの回答はいただいているのですが、報告では 11 月 24 日時点における 3,619 隊で集計をしますので、御了承をいただきたいと思います。

39 ページに移りまして、消防本部の主な結果ですが、救急救命士の再教育実施時間ですが、2 年間の再教育実施時間のうち病院実習にあてている時間は全体での平均は 79,1 時間という状況がありました。病院実習以外の履修項目につきましては「基礎行為手技の維持・向上」、「特定行為手技の維持・向上」、「重症度・緊急度評価と病態の把握」というのが上位の 3 項目になっていました。

40 ページに行きまして、消防本部における主なアンケート結果で、救急隊員の教育訓練についてどうかという問いに対して、教育訓練を年間計画で定めているのは全体では約半数ございました。そのうち 30 万人以上の本部につきましては 76.8%と非常に高かったということがございます。履修内容としましては、いずれの規模の消防本部におきましても「基礎行為手技の維持・向上」、「特定行為手技の維持・向上」、「重症度・緊急度評価と病態の把握」という 3 項目が挙げられております。

41 ページでは、消防本部のアンケートで問題点や今後の課題ということですが、特に多かったのが「時間がない」、「費用負担が大きい」の順でした。その他としまして、10 万人未満では「教育すべき内容が多すぎる」とあったり、「救急隊員のレベルに差が

ありすぎる」、「国から具体的な指針が示されていない」というような課題がアンケートとしてありました。

42 ページに行きまして、救急隊員の教育に関する意見、そのような大きな「時間がない」、「費用負担が大きい」というところの中でも苦勞されて、毎月やっている消防本部もありましたので、その点を御紹介させていただきます。主な内容としまして「基本的な観察能力や手技の向上をはかる教育が必要であり、統一的な指針を示していただきたい」というアンケートだったりとか、生涯学習システムにつきましては、「総務省で行っている e-カレッジ等で救急に関する項目を追加して自己学習を行える環境を整え、生涯学習のポイントに加算できるような場を提供してほしい」、「救急隊員個人を評価するシステムをつくってほしい」でありますとか、指導的救命士の要件として「認定看護師制度などと同様に、救急救命士の中でも指導的立場を担う者に対する資格要件があればよいと考える」との意見もいただいております。

搬送受け入れの実施基準を検討する協議会に関する意見についても、消防本部の方から御意見をいただいております。傷病者観察に関する教育の重要性ということで、「救急隊もより一層のスキルと詳細な情報の聴取、観察が望まれる」という御意見もありました。「救急現場で判断した緊急度・重症度を医学的に伝え、適切な治療をする医療機関へ傷病者をお連れすることを迅速に実施することだと思う。消防はその適切な搬送を実施するための教育訓練が重要になる」という御意見がございました。

策定における意義と課題に関しましては、「さまざまな要件や制約があることが改めて確認される点では非常に有意義である」といった主な意見がございました。

次に行きまして救急隊長の主なアンケート結果ですが、救急隊長として勤務時間内に自隊に対して教育訓練を行っているというのは、1年間平均で131.8時間ありました。人口規模が多くなるほど、その時間数が多くなっているということで、内容別に見ますと表の中の赤い字の項目についてが、特にやられているということです。

救急隊長の今後必要な教育訓練についてどのような訓練が必要かという問いに対しては、プロトコルであるとか、他隊への連携という項目が多かったというのがございます。

46 ページに行きまして、問題点や今後の課題に関しては、一番多かったのが「兼任業務が多い」ということと「時間がない」が主な問題点や課題でした。

隊長のアンケートの中では国が求める施策、意見ということで「ウェブ上で訓練の

プロセスの提示・提案を公開して、全国の救急隊がそれを参考に訓練できるような態勢ができればどうか」という意見がございました。

教材や研修機会に関して、「失敗事例や対処に苦慮し結果的にうまく行かなかった事例が発表されていないので、そういうのも共有していきたい」ということでした。特殊病態について「標準訓練をどのようにやっているかわからないので、プロトコルやビデオを作製してほしい」。また一部で、「法律を学ぶ研修もやっていただきたい」といった御意見がございました。

指導的救命士の育成に関しても、「救命士を教育する救命士の育成に力を入れていただきたい」という意見がございました。

次に、国に求める施策、意見としまして、医療機関からのフィードバックを通じた教育ということで、「搬入した傷病者の経過を知ることにより、活動内容の適否や病態の把握などにつながるのではない」ということ「臨床症状の観察力を上げるために、医療機関からフィードバックがあれば次の業務につながります」といった意見がございました。

アンケート結果に関しましては、現在のところ分析まで行ってませんで、主な意見などを集めております。今後詳細に分析していきたいと思っております。以上です。

【部会長】

ありがとうございます。全国の消防本部並びに救急隊長あての調査ということで、一部最終集計にはなっていないということを前提に考えていただきたいと思います。それぞれ本部はこういう回答、現場の隊長はこういう回答をしてきたというふうに御理解していただければと思います。

どうでしょう、ざっと見られてアンケートですからどうだったのだということはないでしょうけれど、何か感じる場所があれば御意見いただきたいと思います。全体を見ますと、本部も隊長も再教育の中での標準化とかあるいはひな形をつくってほしいということ、もう一つは基本的な観察能力というのは、ここにも観察力を上げるための再教育ということが両者とも、管理している方も隊員の方もそういう回答が多いように思います。なかなかいいアンケートです。いかがでしょうか、〇〇先生どうぞ。

【委員】

この調査でもよくアンケートにあらわれていると思うのですが、これから再教育の中でも一番大事なのはオンザジョブをいかにやるかで、多分認定救命士という言葉が

もう遊び始めていますけれども、そういう言葉がいいかどうかは別にしてシニアがジュニアを教育する機会をうまくつくってあげるためには、何をすべきかということ在这里決めていけばいいのかと思っています。今、例えば横浜や埼玉ではいろいろとやっていますが、聞くといろいろ問題点があるので、むしろそういうのを総務省の方で吸い上げていただいて、これとは別個に、そこで例えば認定救命士を始めたところがありますから、そういうところで何が問題かということを出していただくと次のステップへ行くと思うのです。要は、自治体はお金がないですから、研修もなかなかできないとなると、ここにあるように131時間もやっているとか、よくやっていると思います。すばらしいことだと思うので、こういうことを生かすためにどうするかということを考えていただきたいと私は感じます。

【部会長】

ありがとうございます。今のことは大事なことです。かねがね〇〇委員はプロフェッショナルな職業として、特に救急救命士などは先輩が後輩を教える、オンザジョブと言いますか就業中のトレーニングということは非常に重要なんだということで、いつまでも医師に頼らずに自分たちで教えられるものは教えていけという考えをお持ちです。この際、制度としても少し前向きに検討してもいいのではないかと。本部のアンケートにも若干人事考課的な話がありますが、個人を評価するシステムだとか、あるいは救急救命士の中でも指導的立場を担う者に資格要件をはっきりさせてほしい、場合によっては資格要件が今度その消防機関の中の組織としてどういう位置づけで使うことができるのということもある程度ひな形を示してやった方がやりがいがあるというのか、と思います。ただ、それぞれ自治体消防ですので、階級となかなかそぐわないところが出てくるのかもしれませんが、こういった点消防庁としてはどうなんですか。

【事務局】

非常に大事な指摘をいただきました。私どもアンケートを見させていただいて救急救命士ももう20年を経て、やはり指導や再教育の体制についても考えていかなければなりません。指導医や認定看護師等のいろいろな教育制度があると思いますので、救急救命士についてもこれらをモデルとしながらいろいろなことも含めて新たに考えていく必要があると感じています。たしかに自治体消防ではあるのですが、この意見にもあるように国でも様々なことを指針として示してほしいとか、やはり専門的な知見

に基づくものについては、こういう部会や検討会を通じて指針を示す。「そのとおりやってほしい」ということもあるかもしれませんが、それこそ「ある程度基準にしてやってください」と、いろいろなタイプはあると思うのですが、新たな次のステップに行くときには国としてもしっかりとした考えを示すことが大事だと思っております。

【部会長】

ありがとうございます。これは消防機関そのものそれぞれ規模によっても、地域によっても考え方が多少、例えば現実的な問題と国が示してくれないとなかなか前に進めないというのがあるかと思いますが、消防機関の方、御意見どうでしょう。こういう回答に対して、組織としてあるいはこういうところは前向きにとらえていいのではないかという内容と、何かございませんでしょうか。

こういうことの意味が、次のメディカルコントロール協議会のあり方というところにもつながってきて、先ほどはデータをどういうふうにして分析、検証していくかという話もありました。その中からやはり救急隊員、救急救命士に対しての教育のあり方というのがその次に話題になっているのですが、トータル最終的にはやはり地域の先生方のメディカルコントロールを受けていないと、失そうしてしまうというところがありますので、恐らく3番、4番、5番というところは、すべて最終的にはメディカルコントロール協議会のあり方と再教育のあり方にかかわってきますので、ぜひここは消防機関の委員の方御意見ございましたらどうでしょう札幌市さんどうですか。

【委員】

意外だったのは、救急隊長のアンケートの中で131時間何がしが教育しているというのと、46ページで「時間がない」というのが30万人以上都市を持った、救急出動がふえていて救急隊単体でのOJTと言いますか、そういうところはやはり少なくなっているのかという印象が僕は持ったのですが、実は131時間ぐらいとれて30万以上で158時間という恐ろしい数字が出ているというところがちょっと驚きでした。

ただ、札幌市の今の仕組みとしましては、いわゆる救急救命士の指導者的役割を救急ワークステーションというところで担っておりまして、彼らが病院の中、それから救急現場でも指導しているという中では、一つ指導的役割の位置づけにはなっているかと。ただ、ここで言っているキャリアですとか資格的要件をクリアしているのかどうかについては我々もまだまだだと。我々の考え方の中では、ワークステーション制度の2年、3年という指導を経験しながらもみずからも成長していくということを期

待しながら今いるところです。以上です。

【部会長】

札幌消防局は、施設病院とのワークステーションでのコンビネーションでオンザジョブとオフジョブのちょうど境界型のことをやっておりますので生かせるかと思いません。広島消防局の〇〇委員、何か御意見ございますでしょうか。

【委員】

ここにアンケートに上がっている御意見まさにそのとおりだと読ませていただいたのですが、やはり大きな集合研修での教育というのはなかなか難しい状況がある中で、隊レベルであったり小範囲であったりというそういう小さなベースの教育ということが重要になっていくだろうと思うのです。そうした中で、メディカルコントローラーがしっかり動いているところはいいのですが、そうでなければやはり各隊長の経験値に基づいて思い思いの教育をしているというところがあると思うのです。ですから、どういったコンテンツはどのような方法で教えるかといった、標準化されたようなものが何らかの形で示していくべきではないだろうかという気がしております。

【部会長】

ありがとうございます。北九州市の〇〇委員どうでしょうか。

【委員】

このアンケート結果を見て考えていたのですが、救急救命士、救急隊員の観察能力が低いと言われております。確かにそうだろうと思います。うちの職員でもかなりのレベル差がありますので、全国的に言えばかなりあるだろうと思います。その中でこれを見て考えていたのですが、基本手技や特定行為の手技ばかりやっているという形かなど、観察能力を上げるという項目がないと思っていたのですが、まず自分のレベルが多分わかってないのだろうと、客観的に自分のレベルがこの辺まであるのだというのがわかるようなシステムとか e-ラーニングみたいな形で、自分で「自分は今この段階なんだ」とわかるようなシステムがあるといいのではないかと思います。

それと救急現場での観察と病院に入ってから診察では、患者さんの態度が変わるというのがあるのです。例えば救急現場に行ったときに「頭が割れそうに痛い」と言うのですが、病院に連れて行ったらそういうことを言わなくなる患者さんなどいるのです。診察と観察というのはちょっと違うのではないかと思います。救急現場の中です。

【委員】

私どもは研修病院が一つしか持っておりませんので、その研修病院におんぶにだっこという格好でやらせていただいているのですが、医師に聞いても、やはり各救命士のランクがあからさまにわかる時代になってきたということ、搬送してうちの病院を選定した理由はと聞いても 100%の答えが返ってくる救命士としどろもどろの言葉しか言えない救命士がいます。そこをもう少し何とかならないと言われて、個人的に教育はできないので、ある程度全体をもったモチベーションの教育しかないの、あとは個人力をいかに打ち出すかというのは非常に大きいところです。報告書を見ても、隊によってかなりばらつきが出てきている状態ですので、そこら辺どうしようかと、まだ解決策は出ていないのですが、あからさまに隊ごとでランクが出てきているような状態です。

【部会長】

ありがとうございます。きょう代理で東京消防庁の〇〇さんどうですか、御意見、特に再教育、東京消防庁はいわずもがないろいろなことをやっておられるところなので、このアンケートを見られて一言御意見をいただきたいと思います。

【委員】

今のいろいろな御意見を聞きながら、やはり現場の救急を抱えているという点において、先ほど〇〇先生のお話にもございましたオンザジョブという形で先輩が後輩を教えるという指導者になるといいますか救急部というところに救急指導課というところを中心に、一定の技術について指導するところがございます。そういった方々が、救急車と一緒に同乗しながら、その都度教えていくという同乗研修という方法、東京消防庁の場合には10の方面本部がございまして、各方面本部ごとに集まっていたいて今は動いているそういった医学的な話を含めた技術についての教育、あるいは実地をやらせてみるというような教育をさせているのですが、それでも人数が非常に多いものですからなかなかうまく行かないと思いますが、東京の救急というのは東京都一つというわけではなく、それぞれの地域性がございます。その地域性における救急隊員のやり方と言いますか、地域に合った解決策を現場でやっていくというようなオンザジョブのやり方もやらせていただいているのが実態でございます。

合わせまして本部教養においては、こういったことでいろいろと御意見いただいた内容についても情報提供をしながら、新しい技術についての傾向やあるいは勉強の仕

方についても情報提供していると同時に、個人的には学会等への参加についても促進をしているところでございます。

【部会長】

ありがとうございます。千葉市消防局としての再教育について、御意見をお願いします。

【委員】

救急隊員のレベルを上げようということで、教育訓練について今いろいろと検討しているのですが、実は今年から千葉市救急業務検討委員会の承認をいただきまして「指導救命士制度」を導入いたしました。要するに救急隊員の指導について先生に頼ることなく、救急救命士が救急救命士を育てるというのもいいのではないかと始めたことです。

【部会長】

先ほどの中にありましたね。

【委員】

はい、それで今年度から取り入れ、今救急の集合研修等においてその者が訓練指導を行うという態勢を整えたということでございます。

【部会長】

指導専従ですか。

【渡邊委員】

いえ、現場にいて集合研修があるときにということで専従ではありません。

それと先ほどICTとも関係がありますが、オンザジョブトレーニングではないですが画像を見ながら先生に指導も受けられるのではないかとということで、副作用としてそっちの方も活用できるのではと考えています。

【部会長】

ICTの教育用の活用もあるということですね。

【委員】

と思います。

【部会長】

ありがとうございます。この再教育については、メディカルコントロール協議会の作業を今検証であるとか並行してやはり、地域の先生方、医療機関の先生方と教育の

あり方を一緒にやっていく機会だろうと思います。まだメディカルコントロール作業部会、年度末まではまだありますので、一度具体的にこのアンケートの内容をよく吟味していただいて、この委員の方々のところで再教育のあり方、要するに消防側としてのあり方などを、次もし資料などをお持ちで、今ちょうど指導救命士の話が出ましたけれども、もしよければ次回にでもデータなどあれば提供していただくとありがたいと思います。事務局の方からも先進的に取り組む、このアンケートのe-ラーニングにしろ、指導的なことにしろ、あるいは資格をどうするにしろということがありましたが、いろいろ全国で聞いていただいておりますおもしろい取り組みをしているところがあるよといったことも、次回にでも出していただければと思います。一つよろしくお願ひしたいと思います。

【事務局】

各地域で、かなり先進的な取り組みがあるということはアンケートでもいろいろなお話の中にも出てきましたので、ある程度タイプごとにいろんな先進事例を含めて御紹介したいと思います。

【部会長】

お願いします。時間もまいりました。まだまだ意見、お一人に委員について発言時間が大変短くて申しわけなかったと思いますけれども、時間も来ましたので第3回のメディカルコントロール作業部会をこれで終了とさせていただきます。

途中で高度化推進検討会があつて、そこにお話を乗せたあと、もう一度4回目の開催の計画をされているのですね。だから最終のそれぞれの、今検討中あるいは検証中の資料を次回はいただけるものと期待しております。事務局へこれでお返ししますのでよろしくをお願いします。

【事務局】

ありがとうございました。先ほどの救急隊員のアンケートに関しまして参考資料3の方でもっと詳しいのをつくっておりますので、よろしくお願ひいたします。

【事務局】

本日は皆様、活発な御意見、御議論をいただきまして本当にありがとうございます。次回の開催につきましては、改めて事務局の方から御連絡を差し上げたいと思っております。

また、第2回の前回の検討結果におきましては、ホームページに掲載いたしますの

でよろしくお願いいたします。議事録についても、近日ホームページ上に掲載いたしますので、修正、加筆等がございましたら、大変申しわけございません明日までに事務局まで御連絡いただきたいと思いますと思っております。

以上で「第3回メディカルコントロール作業部会」を終了いたします。どうもありがとうございました。

(了)