

救急業務高度化推進検討会
第4回メディカルコントロール作業部会

平成22年2月16日
三番町共用会議所別館1階A会議室

1. 開会

(〇〇専門官) それでは、定刻となりましたので、第4回メディカルコントロール作業部会を開催させていただきたいと思っております。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

本日は、〇〇先生、そして〇〇先生から公務のため欠席とのご連絡をいただいております。なお、東京消防庁の〇〇参事におかれましては、若干おくれるとのご連絡をちょうだいしております。そして、下関市のほうからは、〇〇委員にかわりまして〇〇補佐に代理でのご出席をいただいております。ありがとうございます。

そして、本日は、オブザーバーといたしまして、大阪市のデータが出るということもございまして、大阪府の〇〇参事にオブザーバーとしてのご出席をいただいております。よろしくよろしくお願いいたします。

それでは、〇〇座長、本日も議事進行をどうぞよろしくお願いいたします。

(〇〇座長) 皆さん、おはようございます。

それでは、第4回メディカルコントロール作業部会を開催したいと思っております。2時間、皆様のご協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは、事務局のほうから資料のご説明をお願いします。

(〇〇専門官) まず、資料の確認をさせていただきたいと思っております。お手元に資料を配布させていただいておりますが、次第がございまして、構成員名簿、座席表になってございます。

そして、救急業務高度化推進検討会作業部会資料といたしまして、お手元に1セットのものを配布させていただいておりますが、4ページに落丁がございまして、白黒で挟み込みをさせていただいておりますので、よろしくお願いいたします。なお、一部の方におかれましては、コピー機の関係で、50枚しかホチキスがとまらないということもございまして、資料のほうがりセットになっている方もいらっしゃいますので、その点をご容赦いただければと思います。

そして、別添1といたしまして、〇〇先生よりご提出いただきました資料を配布させていただきます。別添2といたしまして、救急救命九州研修所よりまとめられていますシナリオトレーニングのほうも資料として配布させていただきます。

あと、委員の皆様限りではございますが、前回の議事録もお手元に配布させていただきます。議事録の中で訂正等ございましたら、今週中に事務局のほうまでお申し付けいただければと思います。

以上でございます。不足等ございましたら、よろしく願いいたします。

(〇〇座長) 資料の確認はよろしゅうございますか。足りない方は事務局のほうへ申し出ていただけたらと思います。

2. 議事

(〇〇座長) それでは、きょうの議事の進め方ですけれども、皆様方のお手元でございます次第を見ていただきまして、議題のところ大きく3つ、1つ目は先の作業部会でお話をしましたビデオ喉頭鏡について、2点目は傷病者の搬送受け入れに関する調査の報告書がまとまっております、非常に興味ある内容になっているようでございますので、このお話に時間をかけたいと思います。最後に、これもずっと〇〇委員を初め九州研修所の先生方から隊員の教育についてデータをいただいておりますので、時間の許す限り議論してみたいと思っております。

(1) ビデオ喉頭鏡について

(〇〇座長) それでは、まず、1つ目の議題、ビデオ喉頭鏡についてということで、まず、事務局のほうから資料説明をお願いできませんでしょうか。

(〇〇専門官) では、お手元に作業部会資料をご準備いただければと思います。

1枚おめくりいただきまして、1ページ目でございます。前回ご議論いただきました主な意見としてまとめさせていただきます。主な意見といたしまして、ビデオ喉頭鏡についてでございますが、救急救命士が気管挿管を実施する以上、効果的と考えられる機器であれば選択できるようにしておくことが合理的ではないかという指摘があった一方で、各地域のメディカルコントロール体制でそのデバイスを使うかどうか判断するのであれば、そもそも気管挿管そのものについての効果を疑問視する声もあることを踏まえて、もう少し判断材料となるようなデータの収集、提示が必要ではないかというお話をいただいたところでございます。

総括しますと、ビデオ喉頭鏡については、長所といたしまして、手技の安全性・確実性の向上ですとか、研修期間の短縮化といったことがある一方で、短所として、口腔内の異物の除去には適さない、あるいは出血や粘液物で視野の確保が困難になる可能性があるといったご指摘をいただいておりますが、最後に、実証データをきちんと収集して、そこで全国的な体制のあり方というのを検証していくべきではないかというご議論をいただいております。

あと、救急隊員の教育についても、前回の主な意見をご紹介させていただこうと思います。救急救命士について再教育の枠組みというのがあるものの技術水準の維持が非常に重大な課題となっている、2点目でございますけれども、救急隊員に対しどのような教育を実施するかが1つの課題となっているということ、関連してですが、3つ目のポツでございますけれども、今、非常に水準が上がったこともあって、消防本部として必要な知見を集積し継承していくということを探している時期にあるのではないかとといったご指摘をいただいたところでございます。

2ページ目、本日の検討課題等についてということで、先ほど〇〇先生のほうからもご指摘がございましたとおり、本日はこの4点について検討いただきたいと思います。

1点目のビデオ喉頭鏡について、3ページをお願いいたします。前回の議論の中で、〇〇先生、〇〇座長のほうからも、そもそもウツタイン、心肺機能停止傷病者についてオールジャパンでデータを取っている中で気管挿管というのはどういう状況にあるのかというデータは示してほしいというご指摘がございましたので、その全国調査の状況についてご報告したいと思います。

気管挿管の中でデータを比べていこうとした場合に、気管挿管そのものを評価しようと思いますと、非常に条件がよくないということがそもそも背景としてございます。どういうことかと申しますと、気管挿管ができる条件というのは、地域によっては差がある可能性もありますけれども、基本的には、心臓もとまっていて、呼吸もとまっているという方が対象でございます。一般的に心肺機能停止ということになりますと、心臓がとまっている、または呼吸がとまっているという対象になるのですけれども、気管挿管の場合には、呼吸を扱う器具でありながら、心臓がとまっていることも条件になっているのが背景としてございます。

その上で4ページをごらんいただければと思いますが、そういった背景も踏まえて、心原性、心臓が原因で倒れたということを見ていきますと、どうしてもAEDの影響なども

ございまして、非常にデータの分析が難しいということもございまして、本日のあらあらの集計の中では、非心原性、心臓ではないというような形で倒れた傷病者について、気管挿管の実施の有無で1カ月生存率を見たものが左、社会復帰率を見たものが右の表になっております。1カ月生存率だけで見ますと、非心原性のは気管挿管を実施したほうがデータのほうにはよい、しかし、社会復帰率ということで見ていきますと、気管挿管が実施されているものは比較的よくはないというデータ結果になっております。

これはどういうことかということですが、データの限界もございまして、これは比較する群の差というのがそもそもの背景としてございまして、5ページの四角の枠で囲んだところをごらんいただければと思いますけれども、気管挿管の実施ありというものは、心停止かつ呼吸停止、しかしながら、気管挿管の実施なしというものの中には、心停止または呼吸停止ですので、気管挿管の実施されていないものの中には、どうしても比較的条件がよいものが含まれているというのが条件でございまして。いろいろな分析を考えているところではございますが、データの限界という部分もあるかなと思っております。しかしながら、不利な条件下で1カ月後生存率が高くなっているということは1つの評価になるのではないかと考えております。

6ページをごらんいただければと思いますが、少し切り口を変えまして、気管挿管というのはどういったときに実施されているのかと。前回までの議論の中で、医療機関のアクセスの問題もあって、医療機関までの搬送が非常に遠いようなところでは気管挿管も非常に大きな武器になるという地域差といったような話も出てまいりました。これは、「3万未満」と出ておりますのは、どのくらいの人口規模を対象にしている消防本部かということを出したデータでございまして。6ページの下の方をごらんいただければと思いますが、それぞれ消防本部が割り振られておまして、オールジャパンでの消防本部数が803でございまして。ですので、東京消防庁さんも803の中の1つということでの集計でして、それぞれの消防本部の管轄人口規模別に気管挿管の実施率を見ています。ここでの分母は、その消防本部における心肺機能停止傷病者数というのが分母になっておまして、心肺機能停止傷病者の中で一体どれくらいの割合で気管挿管を実施しているかという形でデータを見ていきますと、人口規模が少ないところのほうが気管挿管の実施率は高いというデータになってまいりました。

これをもう少し細かく見ようということで分析したものが7ページでございまして。6ページは管轄人口でしたけれども、今度は人口密度ということで見てみたものになります。

人口密度が比較的少ないところと非常に多いところとを比べますと、地方と都市部ということになるかと思いますが、50人未満の人口密度が非常に少ない地域では、むしろ、一人は気管挿管の実施率が落ちて、そのあと人口密度50から100のところでは気管挿管の実施率が高くなり、人口密度が高まるにつれて実施率が下がり、逆に、700以上になってまいりますと、ここ以上はメディカルコントロール体制の充実といったようなこともあるのかもしれませんが、気管挿管の実施率が上がるといったデータになっております。現状でもこういった地域差があるといったこともデータ上明らかになってまいりましたので、こういったことも踏まえて検討していかないといけないというふうに考えております。

8ページは、実際、人口密度と言われてもぴんと来ないということがございますので、参考までに人口密度の分布表を載せております。

9ページが総括でございますが、こういったことを踏まえ事務局としてまとめた内容でございます。(1)、もし厚生労働省とも調整の上、やってよいということであれば、検証実証を実施すべきかと考えております。この検討会の中での結論とすると、検証事業ということになるのかなと考えております。どういうことかと申しますと、ビデオ喉頭鏡の長所・短所があることを踏まえて、データを収集し、検証することが必要ではないか、地方と都市部ということで検証も実施すべきではないか、その中でこういった訓練用人形を用いた訓練をやって、②ですが、病院実習をやって、③ですが、こういったプロトコルをやってといったようなことを検証した上で、オールジャパンでのデザインを整えていくべきではないかというふうに考えております。(2)でございますが、検証事業のフィードバックということを重要だろうという結論になるのかなと。これは、こうしたいということよりも、あくまで第3回までにご議論いただいた中で、こういった検証事業というのが必要となってくるのではないかということで、事務局のほうでまとめさせていただいた今後の課題という総括でございます。

以上でございます。

(〇〇座長) ありがとうございます。

最初のビデオ喉頭鏡の話の中で、特に心肺蘇生にかかわる気管挿管のウツタインデータからのデータの整理をしていただいて、最終的に、ビデオ喉頭鏡の利点と、今後、その利点はあるものの、使用していくに当たっていろいろな問題もあることを検証するというところでやったらいかなものかという事務局のまとめでございます。

そういうことで、皆さん、どうでしょうか。まず、最初にお示しいただいた、ビデオ喉

頭鏡の利点・欠点ということは、前回の検討会でかなり見えてきたところがあるかと思
います。それについては、先ほどまとめておられました、最初の1ページのところへ戻っ
ていただいて、ビデオ喉頭鏡の長所として、手技の安全性・確実性ということは、〇〇委
員、あるいは前におこしいただいた〇〇先生のご説明もあったかと思えます。その一方で、
欠点も少し持っている。それは、口腔内異物の除去に適さない、あるいは、出血や粘液
物で視野の確保が困難になるといったような欠点もあります。さらには、実際に救急救命
士が使っていていいですということになれば、費用、教育、それ以外にも周知徹底の方法など、
まだまだ課題もありますよということが話題になったかと思えます。それを踏まえて、ま
ず、データの整理、本当にCPAに対して気管挿管という手技がアウトカムをよくしてい
るのかどうかというところを整理した上で検討しませんかということになったかと思いま
す。

委員の方々、どうでしょうか。今回おまとめいただいた気管挿管の評価についてですが、
〇〇先生、この整理を先生の立場で見られてどうですか。

(〇〇委員) 気管挿管の評価に関しては、さっきも言われたように、非常にコントロー
ルが取りにくい要素が絡んできていますので、ここだけではなくて、もっと学術的なとこ
ろできっちり整理をしていただくというのがいいのかなと。私は、ここで議論するのは、
気管挿管を今からやっていくか、やっていかないかではなくて、ビデオ喉頭鏡を気管挿管
の道具として使えるかどうかという認識で説明させていただいていたので、それに関し
ては、この間も説明しましたとおり、非常に有効な道具ではないかと。すごく難しい道具で
はなく、本当に喉頭鏡の一種として使える道具だと思っておりますので、またモデル地
区を通じて、実際にどういうところでよくて、どういうときに困るかということを出して
いただければと思っております。

(〇〇座長) わかりました。〇〇委員のご発言は、前回もそうおっしゃっていただけ
れども、挿管の方法としての利点があるところが論点であって、CPAに対する気
管挿管の効果がどうかということは、それはそれで重要な点はあるでしょうけれども、こ
のビデオ喉頭鏡を排除する根拠になるかどうか、そういう議論にすりかわるのは問題だ
ということをおっしゃっているのだらうと思えます。まさしくおっしゃるとおりだと思いま
すが、ただ、それにも増して、便利だから使いますということになるときに、本当にその
成果はどうかという議論が一方でありましたので、事務局にこういうデータをまとめ
ていただいたということもご理解いただきたいと思います。

〇〇委員。

(〇〇委員) ちょっと今のとずれるかもしれませんが、6ページ、7ページの大変おもしろいデータをいただいたのですけれども、大きな医学的な判定の基準をどうするかというものは別にして、これから国、消防庁としての取り組みで基本となるのが、この前もお金の話が出ましたけれども、この実施率を見ると、やっぱり都市部と過疎地域、あるいは人口密度のすごくおもしろい相関が出ていて、さっき〇〇さんはオールジャパンで考えようとおっしゃったのですけれども、これから本当にオールジャパンで考えられるのかどうか。つまり、長崎県が一番典型ですが、例えば、5分以内に着くのだったら、しなくていいと基準に書いてあるのです。つまり、医療設備が整っているときは、搬送だけを考えてください、単純なのです。でも、これを見ると確かに、過疎地域で救急搬送が30分以上のところは、自分たちがやらなかったら何もできないです。そう考えると、地域的なことも考えて国の指針というのはつくっていかないと、格差は広がるのですけれども、そのことは捨象しておいて、もう一步、突っ込んだことをやらないと、全部が平均的でどうですかという議論は、この6ページ、7ページを見ると、ちょっと難しくなってきたのかなと。そういうことを踏まえた上で議論をしていただけたらいかかなというふうに私は思いました。

(〇〇座長) 6、7は、オールジャパンを目指すためのデータというよりも、その逆の方向性もあるということに取れなくもないという、〇〇委員のおっしゃることはまさしくそのとおりだろうと思います。この点についていかがでございましょうか。

(〇〇室長) 全国的にと言ったのは、全国的に均一にということではなくて、これを見ますと、地域によって事情というのが全然違いますので、全国的な色分けを踏まえた、一番特性に合ったものをしていただくということを考えなければいけないという、まさに〇〇委員がおっしゃったとおりだと思うのです。救急救命処置は、今まで認められたものについては、どこでも基本的にやるというベースだったと思いますけれども、その色分けをして、国のほうで指針というか、メニューみたいなことになるとは思いますけれども、国のほうでこの地域はこうなさいということではなくて、こういった効果が見受けられるので地域のMC等で議論していただきたいという方向になっていくということだと思いますので、まさに〇〇委員がおっしゃった問題意識を我々も持っているということです。

(〇〇座長) そういう考えは、例えば、山形の立場で見るとどうですか、〇〇委員。

(〇〇委員) 2点ありまして、1つは、都道府県ごとにプロトコルのあり方が違うの

で、それを背景に入れた解析が1つ。あとは、国レベルでこれだけのデータを持っているところというのは、ほかを見てもないので、この統計処理に関しては、専門家の方を取り入れて分析すると、またすごいデータが出てくる可能性があるのでは、それを提案したいとい。我々がぱっと見ても結構なデータが出てきているので、ちゃんと処理すると、もっと違うデータが出るのではないかと、あるいは、我々が行こうとしている方向を進めてくれるようなデータが出るのではないかとという気もします。

(〇〇座長) ウツタインのデータ等、消防庁に寄せられるデータをどういうふう加工していくかというのは、この検討会の本論ではないのですが、消防庁では別の検討会も持たれているようですので、またその辺で議論をしていただいたら。

(〇〇室長) 今、その点は、ウツタインについて、かなり統計的な手法、解析を含めて深掘りしているのですが、森野先生がおっしゃったように、すごいものをデータとして持っているのでは、救急統計をいかに活用していくかということになると思いますので、来年度もそのあたりに力を入れてやっていきたいというふうに思っています。

(〇〇座長) ビデオ喉頭鏡を今後どうするかということにもう少し焦点を当てて何かご意見は、消防機関の方、どうでしょうか。本日の資料の9ページですけれども、長所・短所があるということを踏まえて、救急業務の中でデータを収集し、有効性等を検証していくことが必要なのではないかというところが、要は、ここでどうするという結論を出す前に、もう少しデータ収集をやってみませんかということが提案としてまとめられていると。そのやり方としては、ひょっとしたら、地方と都市で、気管挿管そのものの適用に差があるのではないかとということもあるかもしれませんし、あるいは、先ほど出たプロトコールの書き方によってもかなり違うかもしれません。そういうことも踏まえて、ビデオ喉頭鏡の持っている利点を反映できるのかどうかということの評価をいただこうという方向で、この議題についてはまとめたいというふうに思っておりますが、いかがでしょうか。もしご意見がなければ、事務局に対して、ビデオ喉頭鏡の件については、さらにデータを収集して、評価・検証できるような機会をぜひ設けていただきたいというのが、この作業部会からの答えということで、よろしゅうございますか。

そういうような形で継続していきましようということで、この議題については終えたいと思います。

(2) 傷病者の搬送と受け入れに関する調査について

(〇〇座長) それでは、2つ目の議題について、傷病者の搬送と受け入れに関する調査

を消防庁のほうでやっていただいて、たくさんの資料が集まっているようですので、ご説明願いたいと思います。

(〇〇専門官) では、お手元の資料の10ページをごらんいただければと思います。傷病者の搬送と受け入れに関する調査ということでございまして、イメージしているのは、消防側のデータと医療側のデータを連結させることも含めて、各地域で調査・分析する際に参考となるような調査方法や調査結果を示していく、あるいは、効果的な応急処置や救急搬送のあり方について検討を進めるということを念頭に置いた調査でございます。

大きく2つの調査を実施しておりまして、1つは全国の調査でございます。この全国の調査というのは、先ほど来、話にありました、ウツタイン様式と言われます心肺機能停止傷病者を全数調査している例年行っております調査の中で、12月のものを抜き出して追加的な調査項目を入れたものです。2つ目は地域、これは大阪市と、本日、〇〇先生はご欠席でございますけれども、小山・芳賀地区のほうでなされた、これは心肺機能停止に限ったものではなくて全傷病者に対して行った調査ということになります。それぞれ12月いっぱいでの調査ということになりますが、注意点といたしますと、地域の調査のほうは1週間予後となっております。

では、11ページからお願いいたします。その全国版、そして大阪市、小山・芳賀地区、それぞれのデータですけれども、全国の調査のほうは、今、2週間分、約5,000件のデータが集まっております。ウツタインの心肺機能停止傷病者の昨年のデータが11万3,000ございましたので、大体イメージとして月1万の心肺機能停止傷病者が発生しているということになります。そこからいきますと、5,000という数は非常にきっちり集まってきた数かなと思っております。そして、大阪市のデータでございますが、救急隊側の票で1万3,000、医療機関側で1万1,000、きちんと連結できたものが約1万ということになっております。小山・芳賀地区でも同様の操作を行いまして、データマッチングできたものが大体1,000というデータになっております。

12ページからは、調査票でございますので、少し説明は割愛させていただこうと思えます。一応、12ページについてのみ少し補足での説明をいたしますけれども、赤枠で囲った部分がウツタイン様式に今回追加した事項、P A連携の有無ですとか、現場出発時間、あるいは、死後硬直または死斑疑い等があった事案ということで、調査項目をふやしているということになります。12ページから16ページまでが、それぞれの調査票でございます。ちなみに、大阪市と小山・芳賀地区は、項目をそろえた部分もかなり多うございますが、

過去の経緯もございまして、継続して取っていきたいデータもあったということもございまして、大阪市、小山・芳賀地区も若干のモディファイはあるということもございまして、調査票に立ち返りたいというときは、12 ページから 16 ページまでのものを適宜ご参照いただければと思います。

まず、全国調査のほうのご説明をさせていただきたいと思います。少し資料の量が多いので、まずは全体的なところを駆け足でご説明させていただきまして、追加での説明、あるいはよくわからなかったといった部分がございましたら、ご指摘をいただければと思います。

では、17 ページをお願いいたします。先ほど申し上げましたとおり、5,000 のデータでございます。この 5,000 のデータがどういう状況かということを示したものの、男女比、そして年齢構成比を出しております。この 17 ページだけを見てどうかと言われてもわからないということになると思いますので、ページ番号が抜けておりますが、18 ページと 19 ページは、毎年やっておりますウツタインのデータを載せております。18 ページ、19 ページを見た後で 17 ページをごらんいただければ、大体合っているデータだなと。例えば、男性と女性の比が 3 対 2 ぐらいになっているな、あるいは 80 代あたりでピークがあるな、しかし、若干高齢化率が進んでいるかなといったことが推測できるかと思いますが、この辺は背景データですので、こういった分布になっていて、通常のものとはさほどずれていないということをごらんいただければと思います。

20 ページに飛んでいただければと思います。人口の分布と、高齢化率を反映して、一体どの程度の心肺機能停止傷病者が発生しているのかということもございまして、これも背景、母集団となる心肺機能停止傷病者数が一体どのくらいあるのかということをごらんいただければと思います。注意しなければいけない点は、例えば、島根をごらんいただければと思いますが、島根の場合は、母集団がそもそも 13 しかないということになりますので、1 つのデータが、事象が起きるかどうかということによって、大きくデータの割合というものは変わってくるということは念頭に置いていただければと思います。逆に、東京であれば、500 を超えるオーダーでのデータですので、かなり全体的なことをあらわしているサンプルということになるかと思います。

21 ページは、これから 9 つの項目に分けたデータを示させていただきますということで列挙しておりますが、実際のデータを見ながらのほうがりんと来るかと思いますが、そのまま 22 ページに進んでいただければと思います。

PA連携、すなわち傷病者の救急要請につきまして、救急車だけではなくてポンプ隊も出るという運用を一体どの程度やっているのかということを見てまいりますと、実施割合が、オールジャパンで46.4%、私個人とすると、思っていたより多いなというデータでございました。逆に、東京などであれば、心肺機能停止傷病者の方であれば、9割を超えるPA連携が実施されているということがございます。このPA連携の値も、地域によってかなり違うものの、半数近くはもう既にPA連携というのが進んできているという状況がごらんいただけるかと思えます。

23 ページでございます。PA連携の話から飛んでしまいまして恐縮ですが、これは24ページと順番が逆のほうがよかったです、混乱するのでページの順番どおりに進めたいと思います。今回、地域のいろいろな状況を見ていくという中で、非常に大きく指摘をいただいておりますのが、②、③という形で書いておりますけれども、家族の方が救急救命処置を望まないといったような状況にある傷病者をどこまで運ぶのか、あるいは、③でございますが、もう既に死亡徴候が出ている方をどこまで運ぶのか、これは裏返せば、不搬送として対応する割合といったようなことも影響してきますが、かなりもともとのベースが違うだろうというご指摘をいただいております、そういったところもちゃんと見ないと、地域の実情はわからないし、データを比較していく上でフェアでないといったようなご指摘をいただいていたところ。これは私の勝手な感覚かもしれませんが、これまで一般的に、都市部においては、そういった方たちでも、110番通報があると運ばざるを得ない状況に追い込まれてしまうのだといったような主張があったかと思えますが、データをごらんいただきます限り、決して低い値ではないですけれども、家族の方が1人でも望まないといったような状況にあるのが、都道府県全合計の2.6%と比較しますと、都市部が非常に突出して割合が高いという感じでもないというのが伺えるかと思えます。

そして、死亡徴候についても、都道府県合計が5%、逆に、死亡徴候が出ているのが5%あるのだというのは、それはそれでインパクトのある数字だと思いますけれども、その5%という値と比べて都市部が非常に突出しているかということになりますと、確かに東京であれば8.5%ですので、若干高いという印象は受けますが、逆に、大阪であれば1.5%ということになりまして、一概に都市部だからどうかという問題でもなさそうだという風景がわかるデータかと思えます。なお、n数といたしまして、心肺機能停止傷病者がどの程度発生している地域かということは、一応、下に出させていただきます。

こういった状況も踏まえて検討していきましようということで、またPA連携の話に前

後して戻りまして恐縮です。24 ページは、P A連携と現場到着時間・傷病者接触時間というものを、ロスで見たデータになります。ここでまた集計をするに当たっての限界が少しあったのですけれども、ウツインデータは、基本的には救急隊のデータになっている部分がありまして、本当にポンプ隊が到着したというデータではなさそうですが、少なくともそういった運用をしているところでは、救急隊が多分メインになっているのですけれども、現場到着までの時間が若干早くなっておりまして、大体 36 秒ぐらい到着が早く、そして接触までの時間も円滑に行えて、大体 30 秒ぐらい早いのかなという状況がわかってまいりました。ただし、繰り返しますが、この現場到着、そして接触というのは、ベースには救急隊のデータということになっておりますので、ポンプ隊の現着、あるいはポンプ隊の接触といったようなことがどこまで分析できているかは、もう少しデータを見てみないとわからないという状況がございます。

どンドン話は変わっていきます、25 ページをお願いいたします。地域を見るという今回のテーマに照らしてみたときに、そもそも医療機関までのアクセサビリティーが違うといったようなことも、地域での救急を考えていく上では重要になってくるということがございまして、現場出発から病院収容までの時間、これは、渋滞などを除くと病院までの距離を反映しているものになると思いますけれども、もちろん近くの二次医療機関に運ぶのか、あるいは三次医療機関に運ぶのかということで変わってまいりますが、アクセサビリティーというものをごらんいただいたときに、これも都市部だからものすごく近いという形にはなっていないということがわかるかと思えます。逆に、都市部でありながら、渋滞なども加味した上でということになりますけれども、大阪府さんがいらっしゃっているから持ち上げるわけではございませんが、病院までの時間ということで見ると、大阪というのは非常に短い時間で到着できるという状況かなと思えます。

26 ページをお願いいたします。また非常に内容が変わってまいりますが、では、照会回数、医療機関に打診するというような形でデータを見てみますと、これは私も驚きましたけれども、一番下に表を載せておりますが、照会回数の 3 回以内で決まる割合が全合計でいきますと 96.8%になります。ですので、心肺機能停止傷病者であれば、救急隊の 3 回までのコールで 96.8%の傷病者については医療機関が決まると。ごらんいただきますと、都道府県においては、3 回までいくとほぼ 100%というところがかかなり出てまいります。奈良県だけちょっとデータが悪いかなというのが現状でございます。奈良県の場合には、3 回までのコールを行って 80%までが決まるということでございますが、若干ここは低いかな

ということですが、心肺機能停止傷病者は、おみとりなども含めて対応が難しいという傷病者も相当数含まれている中であって、オールジャパンでは 96.8%対応ができていたというデータでございます。これをさらに5回までといった形になりますと、データの的に上がってくるということになります。

ではということで、27 ページをお願いいたします。そういった心肺機能停止傷病者をどういった医療機関が受けとめているか、最終的にどこで受けとめているかということでございます。非常にシンボリックなので東京をごらんいただければと思いますけれども、東京の場合は、三次の紫の部分が非常に層が厚いといったイメージになります。ただ、これだけではちょっとわかりづらいので、28 ページに実データのほうを挙げさせていただいております。初期、二次、三次、最終的にどこに運ばれたのかということで区切っております。その中でも 60%を超えたものについては黄色、70%を超えたものをオレンジ、80%を超えているものをピンクという形で色分けをしております。5 番目の秋田県さんですが、これは少しデータの欠損がございまして、うまく取れないものがありましたので、その他のところが多くなっておりますので、秋田は少し除いて考えていただければと思います。

上からいきますと、3 番目の岩手であれば、二次医療機関で 8 割以上のものを対応しているということになります。逆に、13 番の東京になりますと、三次の医療機関で 6 割以上のものを担っているということになります。一方、15 番、16 番、新潟、富山ですが、二次医療機関のほうで 7 割以上のものを担っているというデータになっております。同様に、右のほうもごらんいただきますと、京都などでは二次医療機関で 8 割を対応ということになっております。以下、データをごらんいただければと思いますけれども、例えば、山口の場合などでは、三次と二次がそれぞれで分担してというような形になっておりますし、長崎県の場合は、逆にまた二次のほうにシフトしているといった状況になっております。この辺は、まさに医療機関のアクセサビリティーと機能ということで分かれてくるということになりますが、都道府県別に見た状況でもこれだけ地域差があるということでございますので、さらに都道府県の中から地域におりていきますと、当然と言えば当然でございますけれども、状況は非常に違うのだということがうかがい知ることができるのではないかと思います。鹿児島なども非常におもしろくて、38.5%も初期医療機関で対応しているといったようなデータがございまして。また、これは、データ量がさらに半月分集まった後で改めて見てみたいというデータになってこようかと思っております。

29 ページをお願いいたします。受け入れに至らなかった理由というのを見てみますと、

心肺機能停止の場合には、初診、かかりつけでなかったというのが断られる理由に挙げられるというのが特徴的かと思います。これは、心肺機能停止傷病者の特徴ということが言えるかと思います。どうしてかと申しますと、30 ページをごらんいただければと思います。これは、以前に消防庁のほうで実施している調査ですけれども、重症以上、産科・周産期、小児、最終的に救急救命センター受け入れということでデータを全部見ていきますと、処置困難ですとか、手術中・患者対応中といったところが比較的高いデータとして出てくる中で、この初診（かかりつけ医なし）というところのデータは、割合とすると少ないという状況だったのですけれども、29 ページをごらんいただくと、心肺機能停止傷病者に限ってそのデータがふえているという特徴がございます。

31 ページでございます。〇〇座長のほうから、そもそも処置に時間をかけたほうがいいのか悪いのかということところはちゃんと見てほしいというご指摘をいただいたところです。どういうことかということ、消防法の改正もあって、とにかく早く医療機関に行けばいいのだという面ばかりが強調されすぎているのではないかと、そこは危惧するというご指摘をいただいております。では、傷病者に接触した時間から現場を出発するまでの時間、すなわち現場でおよそ処置をしていたであろうと思われる時間帯と、そして社会復帰率と生存率というもののデータを見た場合、どうも2つの山があるのではないかなというふうに見ております。すなわち、最初のほうの数分間というのは、これは処置らしい処置はあまりせずにとんどん運ぶということだったかもしれないけれども、1カ月後生存率は高いながら、社会復帰率というものは緩やかに下がっていくということになるかと思っておりますけれども、ちょうど20分、22分を超えたあたりのところから、恐らくこのあたりは一生懸命処置をしたというところになってくるのではないかと思います。1カ月後の社会復帰率が再び立ち上がってまいります。ちなみにn数ということでいきますと、これは2分単位ごとにまとめたデータになりますが、下にn数のデータを出しておりますので、例えば、28分のデータであれば、59の症例があった中で1カ月後生存率と社会復帰率を出しております。逆に、処置があまりに長いと確かに問題でございます。34分以上かけたところになると、ほぼ生存できないというようなデータが続くということになります。もちろん外的にぼんと上がったデータは出てまいります。34分、36分を境目にとすると、ほぼ0が続くということで、データはここまで切っております。

32 ページでございますが、そういった接触時間や現場出発時間を出すに当たって、病院へのアクセシビリティを単に反映しているだけではないかということではないということ

とを示すために単に示したデータですので、32 ページは参考まででございます。

33 ページからは大阪と小山・芳賀地区のデータです。33 ページ、34 ページは、背景となるデータです。今回の大阪市、小山・芳賀地区の場合には、心肺機能停止傷病者ではなくて、すべての傷病者だと頭を切りかえてください。33 ページ、34 ページは説明を割愛いたします。35 ページも、大阪市の状況ですけれども、こういった搬送件数になっているかというところ、大阪市さんは特にデータ量が多いので、こういったところも示しておりますが、これも背景データなので、説明を割愛いたします。

36 ページをごらんいただければと思います。これは、大阪が、まさにデータが多いのでできるデータです。まず、左のほうは、こういった傷病が疑われたか、搬送の根拠として救急隊側が何を疑ったかということと、搬送先決定までに要した時間と照会回数を出しております。特に、8 番の自損を見ていただければと思いますが、自損については、医療機関の選定に時間もかかるし、照会回数もかなり多いということになります。

右のデータは、こういった傷病者かということについて、左のほうは傷病ということになりますけれども、右のほうは傷病者背景になります。すなわち、飲酒があるとか、住所不定があるとか、認知症があるとか、あるいは、年齢と書いてあるものは、あまりにも年齢が高すぎるとか、子供だと年齢が低すぎるといったようなことを反映してのデータということになるかと思っておりますけれども、背景として、とにかく印象があるものをベースと考えていきますと、薬物中毒で非常に高いデータが出ておまして、薬物中毒であれば、搬送先選定までに要す時間が平均で 25.4 分、そして照会回数が 7.6 回ということになっております。東京のデータはつけておりませんが、東京のデータは、飲酒、あるいは精神疾患が高かったというところを踏まえますと、薬物中毒といったもののデータの立ち上がりというのは 1 つの地域差ではないかと思っております。

37 ページは、救急隊による判断と医療機関による判断ということで、クロスをしたものでございます。すなわち、救急隊による判断として、初期が適当、二次が適当、三次が適当と判断したものと、医療機関側のほうで、確かに初期だね、確かに二次だね、確かに三次だねといったものと、どのぐらいマッチングがなされるかということを示したものがブルーのところでございます。逆に、赤枠で囲んだところは、救急隊側のほうが低く見積もっている、少しアンダートリアージぎみに持っていったのかなというのを示すデータになります。大体マッチングしている一方、それ相応にアンダートリアージぎみになっている部分もあるのかなというのがわかるかと思っておりますが、38 ページをそのままごら

んいただければと思います。

小山・芳賀地区ではデータ量が少ないので、難しいのですが、大阪市のデータを、それぞれ循環器疾患疑い、脳血管障害疑い、消化管、急性腹症、呼吸疾患、外傷という形で分けていきますと、大阪市で見られる特徴ということでは、脳血管障害疑いをごらんいただければと思います。38 ページの図ではアンダートリアージぎみのものを黄色でマーキングしておりますけれども、初期対応が適当だろうと救急隊が思って搬送したのだけれども、医者側からの見立てだと、これは二次対応が適当だろうというアンダートリアージぎみのものが 28 症例、65.1%あったというのは、特に脳血管障害のところでは特徴的に見られておりました、ほかのものは、大体、アンダートリアージに行くのはゼロから、高くても 30% 前後という中で、ここのデータはちょっと高いかなというのが出てまいりました。ここだけでもいろいろな説明ができるのですが、さらに飛ばします。

39 ページでございます。もう少し確定診断との割合で見えていけないか、要するに、救急のほうが、こういう疾患ではないかと疑ったもの、医療機関のほうではこの疾患だったよというものとマッチングというものを、小山・芳賀地区のほうではやっております。大阪市のデータは、もう少し確定診断の幅を多く取りたいということもありまして、コーディングにちょっと時間を要しております、大阪市のデータは出せておりませんが、小山・芳賀地区のほうで出したデータになります。上段のほうで救急隊をベースに 100%を出したものの、例えば、4 番の脳血管障害疑いで見てみますと、救急隊が脳血管障害だろうなと思ったうちの大体 7 割、かなりすごいですね、私より診断能力がよほど高いと思います、7 割は脳疾患ということになるということになります。逆に、下の段でいきますと、医療機関側のほうで脳疾患だろうということで見つけたものを見ていきますと、44.7%が救急隊のほうも疑ったものということになります。逆に、いろいろな要因のものを確定診断のほうで拾っていきますので、患者家族の希望という中で搬送された中でも、かなり脳疾患のものが含まれていたよといったようなデータになるかと思えます。100%の取り方が上の表と下の表で違うというデータになります。

こういったものを見ながら、地域の搬送受け入れというものを考えていく必要があるだろうということで、かいつまんでデータの説明をさせていただきました。以上です。

(〇〇座長) 大変興味あるいいいますか、1 つひとつ見ていくと、もっといろいろなものが出てくるのかもしれませんが。前半部分が、ウツタイン・プラスアルファのデータということで、12 月の 1 カ月間のデータをまとめていただきました。後半が、大阪市と小山・芳

賀地区の全搬送症例のデータ集計という調査でございます。

そもそも消防法改正に伴って、傷病者の重症度の判定、そして病院の選定、それから、病院の受け入れ側から見れば、そのときに病院の区分を考えてリストをつくるということにはなっていますが、現状がどうであるのか、しっかりした事前の調査がなされていないと、地域での搬送、及び受け入れに関する実施の基準をつくることすら難しいでしょうということで、パイロット的にこういうデータを取っていただいたというのが実態です。

皆さん、それぞれ聞きたいと思うところがあるかと思しますので、これは、私自身もぜひ次に活用してみたいというようなところもありますので、時間があれば議論してみたいと思います。まず、前半部分のウツタインのデータについて、ご意見、ご確認、あるいはこれはこうではないだろうかというような質問を兼ねてでも結構です、どうぞ遠慮なく意見を出していただけたらと思います。P A連携のことを踏まえて出されております。ただ、都道府県ごとに見たときのベンチマークは、n ナンバーが少ないところがあるので、比較という意味において意味があるかどうかというのは、慎重に取られたほうがいいでしょうというお話でした。

(〇〇委員) お聞きしたいのですけれども、P A連携でPが何をできるかというのは各地域で全部違いますよね、そこを抜かしてやってもしょうがないと思うのですけれども、そこはいかがですか。

(〇〇専門官) そこはあると思いますけれども、ちょっと限界かなというのは、最初のところでも指摘を受けた上ででしたけれども、我々もデータを取るに当たって、Pで何が出ているのかということですか、隊としても、ポンプ隊ということだけではなくて、救急隊も3名から4名に手厚くしてやっているところもあるとか、いろいろなバリエーションもあったのですけれども、本当はもうちょっと取りたいものがございまして、Pで何が出ているのかということ、そして、救急隊の隊員数はどれだけ出ているのか、あと、救急救命士は何人乗っているのか、あと、救急救命士も、気管挿管ができるのか、薬剤投与ができるのかといったようなことをフルセットで取りたかったのですが、正直言うと、そこまで手が回らなかったというか、あまり複雑にやってもデータが取れないかなということなので今回は出しています。先生がおっしゃるとおり、Pで何で出ているのかといったようなことは限界ですし、あるいは、どの程度プロトコルに従ってやっているのかといったような分析も現時点ではできておりません。

(〇〇委員) その関連で、P A連携のポンプ隊の活動ですが、全国 803 ある消防本部の

うち、803がやっているのか、多分、そうでないところもあるとは思いますが、そこが1つあるのかなど。それから、東京の場合ですけれども、ポンプ隊に積載している、AEDを含めて応急処置のできるものは積んでいるのですが、乗務する資格によってばらつくというか、あと、対応の限界もあるということで、今、一応ローテーション乗務をしまして、たまに救命士がポンプに乗ったりすることもありますし、標準課程の人が乗ることもあるし、応急手当指導員だけのセットで行くこともあって、うちも、資機材があってもその資機材を使いきれない場面もあるのですけれども。ただ、去年、東京の場合、65万5,000件、救急出場件数がある中で、15万件ほどポンプが出ていまして、AEDが積載されていますから、そういう部分での効果というのは非常に高まっていると思うのですね。救急隊が到着する前にポンプ隊が行って、その差はわずかですけれども、そういう部分で、かなりの都道府県で頑張っているなという風景はわかりましたけれども、PA連携をさらに充実する方向にぜひ進めていただければと思います。

(〇〇専門官) ちょっと僕の説明が舌足らずだったのですけれども、今、参事のほうからご指摘があったように、実は兼務隊というのがおまして、1つの署所で人数が少ない場合には、そもそも2台、救急車とポンプ車を両方出動させるのは人数的に無理というところがあります。しかし、2台は無理だけれども、厳しい場合には、とにかくポンプの人も救急車に乗って行く、それで3人から4人になる、それはPA連携か、「いや、Pは出ていないですよ」という話もちょっとあるという状況でございます。ですので、そもそも物理的にPA連携をできない署所もあるということは、ちょっと念頭に置いていただければと思います。

(〇〇座長) これは、せっかく消防機関の方が来られていますので、ご意見をどうぞ。

(〇〇委員) PA連携が進まない要因というのは、そういう物理的な問題ということにとらえておられるのでしょうか。

(〇〇専門官) それだけではないと思います。担当個人とすると、進まないというよりも、逆にこんなにやっているのだという感じではありました。

(〇〇座長) 例えば、このデータだけ見ますと、〇〇さんの埼玉は高いですよ。

(〇〇委員) 全消防でやっているというふうに認識していたので、全国で見るとかなり差があるのだというのが。

(〇〇座長) 関東全体が高い傾向がありますよね。長崎、山口のほうはどうですか。

(〇〇委員) 九州では、熊本さんあたりは、CPAのときには救急を2台出して、AA

連携をやっていたんですね。今回、PAにかえたいというような調査がかかっています。ここ2カ月で、3消防本部から4消防本部あたりで、各地からのPA連携の調査がかかっています。まだまだPA連携をやっていないというような本部も多いです。県内においても、10消防本部のうちの2消防本部がPA連携と。長崎の場合は、一応、CPAはすべて出しましょうということで、CPA対応として、もう1つのPA連携は搬送補助というような形です。特に長崎の場合は坂が多い、搬送距離が非常に長いということで、まずAが先に出ても、搬送するのに相当時間を要する、救急隊員のマンパワーが必要だという場合については、119番を受けた場合にも、地図で表示されますので、ここはすぐPを出そうとか、出場途中の中で、Aの隊長がPが欲しいという状況であれば要請するというふうな形で、指令室の中、もしくは救急隊の隊長の判断で、CPA以外については即時出動、もしくは後発出場で臨みなさいという体制を取っていますので、搬送補助の部分が非常に大きく、救急隊にとっては助かっているというような状況です。

それと、搬送距離があるものですから、自動式のΣあたりを、これからはどんどん導入して、救急車が現場の玄関口まで到着できる部分とできない部分ということで、CPA全部に評価させたのですが、長崎の場合は、玄関口まで行けない、搬送距離が非常に高い、消防自動車が届かないというところの1カ月生存率が非常に低い、極端に言えばゼロに近いと。そちら辺の高台地とか、そういうところの生存率を高めていくというような形で、積極的にPA連携をやろう、そして自動式のΣあたりをどんどん導入しようということで進めています。

(〇〇座長) きょうは、〇〇様が代理ですけれども、下関の状況はどうですか。

((代) 〇〇氏) 下関も、長崎と同じ、地形が丘陵地で、それと、昔ながらの街並みで道路が狭隘なので、そういう意味では、患者さんや家族に喜ばれる以前に、救急隊にとってポンプ隊の支援というのがあるがたいという状況ですので、積極的に取り入れています。ただ、この山口県の17%は、県内の状況を把握していなかったもので、意外に少ないなというふうに感じました。

(〇〇座長) 実を言いますと、大阪も少ないんですね。私が所属している堺市でも、やっと1年半ぐらい前から、署単位の判断で動いているというような状況だったのが、今は、本部の一定の業務基準の中で、先ほど言いましたように、支援というのが目的でして、PA、AAという形は最近ふえてきました。ただ、メディカルコントロールという意味においては、逆に、時々Pの中にも救急救命士がおりまして、3人ぐらいで1人の傷病者に当

たることがありまして、だれが責任を持ってやっているのかという問題があったり、医学的には非常に問題があるときがあります。検証するのも、一体だれの責任でもって救急活動記録票を出して検証を受けるのだということがあります。医学的にどうなのだというのとちょっと切り離して、救急業務を円滑にしたり、あるいは業務を支援する、あるいは、体制的にまだリソース、いわゆる人員が足りないとか、ケース・バイ・ケースでいろいろな状況があってというふうなことにおいて、これだけの差が出てくるのかなというふうには思います。一番最初に〇〇委員がおっしゃられたように、どういう根拠があって運用しているかということ、最初にデータを取るときに決めておかないと、単に比較してもという話も当然ございますので、これはこれでそれなりにおもしろいデータだと思います。

あとは、出発から病院収容までの時間も、それなりに都道府県で差が出てきて、これは当然なのでしょうけれども、福井と大阪、あるいは徳島というところが短いですよというお話です。

その次のところは、この辺から、CPAに関してのみの受け入れ回数に差があるというようなデータも出ております。この辺はどうでしょうか。あるいは、収容先が二次、三次、初期という区別においても都道府県差がありますというお話でした。

(〇〇委員) 23 ページで、処置を望まない人がいますね、これと現場滞在時間の相関関係と、もう1つは、こういう人をどこに運んだのかというデータはお取りですか。

(〇〇専門官) データベースで持っていますので、分析は可能です。すみません、まだ出していません。

(〇〇委員) というのは、地方へ行くと、僕の場合はこの質問が一番多いのですよ。つまり、この事案で、どのぐらいまでいいのですかとか、その場合は二次なのか、三次なのかというのが、現場の隊長さんが一番困っている事案なので、その辺のデータが欲しいと思っていたので、それだけです。

(〇〇座長) 救急救命処置を望まないというときに救急隊が困るのは、CPRをしたいけれども、してくれるなと言っている、だけど、呼ばれて来たわけで、何もしないで病院へ行ったときに、医師から何を言われるかわからないというところでの苦悩は、皆さん、おっしゃいますね。

(〇〇委員) 一番大事なのは、このとき説得する時間がありますよね、それが長くなると、当然、現場滞在時間が長くなって、こういうグラフに出てくると思うのです。その辺が、実際こういうのにどのぐらいかかっているのか、それだったら早く運ぶためにどうす

ればいいのか、あるいは、そのときに三次に持って行っているのか、二次に持って行っているのか、直近でどこかに行ってしまうのかという。それが、恐らく後ろのデータにも少しずつ反映しているのではないかなど。

(〇〇座長) そのときは、n ナンバーが少ないから、全国をがらがらぼんで見ないとわからないでしょうね。

(〇〇委員) それだけですから、データさえいただければそれでいい話です。

(〇〇専門官) 座長にもご指摘いただきましたとおり、例えば、n ナンバーがずれていますけれども、島根県は、30%で多いように見えますけれども、島根県はもともとn ナンバーが13 ですので、全国ベースでのデータになるかと思いますが、分析はしてみたいと思います。

(〇〇座長) 討議の途中で申しわけないですけれども、以前、このデータを研究として使っていただいて結構ですよというふうになんかアナウンスがあったのは、この部分のデータについてということですか、そうではなくてウツタイン全体ですか。

(〇〇専門官) 先ほどの〇〇先生のご指摘も関係してくるのですけれども、現在、ウツタインのデータというのを毎年10 万件ずつ取り扱っております、このデータがかなりデータセットとしてそろってきましたので、当然ながら、お願いいただいております市町村、都道府県に対しては申請があれば出すという体制を整えたことが1 点です。もう1 点といたしまして、学会あてにですけれども、申請があればお出ししますということでの通知を出しております、全40 万件、年間10 万件のデータベースのほうを出すというような形にしています。今回のデータは、限定をかけると、かなり個が見える側面もありますので、こちらについては最終的な方針はまだかためておりませんが。

(〇〇座長) もし興味があれば、今の〇〇委員のようにこういう分析もしてほしいという、この作業部会を介しての希望は聞いていただけますか。

(〇〇専門官) それは、作業部会を介してであれば、事務局としてデータの集計はさせていただきますと思います。

(〇〇座長) ほか、どうでしょうか。

(〇〇委員) 今の話ですけれども、23 ページの②のところは、DNR というものがはっきりしている人に対してどうかというもの、ずっと心肺蘇生をやってきたのだけれども、病院に来てみたらDNR だったという人が結構いて、DNR というのは蘇生を望まないという。そのDNR の解釈も、主治医と家族との間で非常に乖離があって、主治医は「これ

はDNRだ」と言っているのだけれども、現場に行ったら、家族に「CPRをしてくれ」というふうに言われたという、臨床をやっていると、そういう混乱は結構あるので、もしわかれば、そのあたりのこともデータとして。

(〇〇専門官) データの調査票は、12 ページで、DNRという取り方もあるのではないかとコメントをだれかからいただいたのではないかと思いますけれども、逆に、DNRと言っても、DNRの定義がどこまでやれるかというのと、家族で意見が割れることもございまして、一応、今回では、ぎりぎりここまでではないかという話は、12. になりますけれども、家族及び関係者が傷病者への救急救命処置を望まない旨、言われた事案ということで、1人でも言ったとか、全体の総意とか、本人の意思までは、今回の調査ではデータとしては持っておりません。

(〇〇座長) 割と大きくとらえていますよね、家族でも、つきそいの人が「ちょっとやめてください」というようなことを言ったら、イエスとなっている可能性は高いですよ。

(〇〇専門官) 逆に言うと、救急隊の受けとめ方にもよるので、客観性という意味では厳しいデータの項目になるかもしれません。

(〇〇座長) CPAに関してのデータについてはどうでしょうか、あと、確認とか、希望とか、こういうデータの意味は何なのだろうとか。確かに、31 ページは、説明を聞いていてわかったようなわからないような、社会復帰率、生存率、最初の一番大枠もそうだったのですけれども、これは何なのですかね。接触時間から現場出発時間、要するに、現場で滞在していたことと、生存率・社会復帰率、しかも、生存率と社会復帰率で様相が全然違うというのは何なのですか。

(〇〇専門官) データ量もあってまだ分析ができていませんけれども、これをまたさらに心原性と非心原性に分けていくと、もうちょっと違う見え方がするかもしれません。

(〇〇委員) できるだけ早いうちに出発できたほうがいいかなという印象だけはあるのですが、今おっしゃったように、心原性かどうかという。

(〇〇座長) 1か月後生存率と社会復帰率のパターンが乖離する説明というのはかなり難しいでしょう。この母集団ではないけれども、一番最初にご説明された社会復帰率と1か月後生存率は全く違いますよねというデータが4ページにありましたけれども、非心原性を対象にして、これはウツタイン全体のデータですけれども、全体を見て、1か月生存だけをとりまえてみると、気管挿管ありのほうが確率が高いわけですね。社会復帰率は、むしろ、挿管していない群のほうが確率が高いのですよという解釈も、何だかよくわから

ないです。

〇〇先生は医学的にこれをどんなふうに聞いていましたか、ちょっとよくわからないです
すね、こういうのもあるのでしょうか。

(〇〇委員) 僕は、DNRの観点からすると、青がたくさんあっても、これは家族が困
る状況ですね、病院にくくりつけられているのですから。赤はすごくいい、家族だったら
意味があるのです。でも、青を伸ばしたところで、医療費はかかるし、何があるのですか
というのも考えなければ、本当はいけないことですがけれども、こういうところでしか言え
ない話ですがけれども。

(〇〇座長) もう少し突っ込んで言いますと、社会復帰率が高いというのは、翻って現
場の状況を推測してみると、いわゆる低酸素脳症の時期が短いことにほかならないわけ
ですよ。そうしますと、非心原性を対象にしていますから、これだと、恐らく窒息といっ
たものが想定される、早く解除されてという状況の対象群がこちらに多いとしか言いよう
がないだろうと思うんですよね。それが、挿管をしなくても済んでいるということは、い
わゆる窒息の解除が早くできるような状況で、あとマスク換気か何かでいっているという
症例が入っているのではないかと。本当はそういうミクロの分析をもう少し突っ込んでやら
ないと、だから、これは、大きくカテゴリーを分けてみて、その中をつぶさに分析するよ
うな方法をやってみないと、このまま対比して荒っぽく出されても、医学的に何なのだろ
うという気がしますけれども。それと同じようなのが、今回のデータをお取りになったと
ころでも言えるのかなという気がしましたので、お忙しいとは思いますが、またその辺を。

(〇〇専門官) 1つは、現場で頑張りすぎてしまうと悪いというのは、データ上言える
のではないかと考えていまして、少なくとも40分近くも現場で費やすべきではなからうと
いうのが5,000のデータからは出てくると。逆に言うと、二十数分間費やすのが絶対に悪
いというデータでもないということは言えるかなというのはあると思います。ただ、その
中で実際に何をやっているかというのは、出せるかどうかも含めて、ちょっとにらめっこ
してですがけれども、少なくとも一概に時間をかけたら全部悪いよという話は正しくない、
かけすぎると悪いというのは確からしいというのは言えるのではないかと。思います。

(〇〇座長) また話はかわりますけれども、収容先が二次、三次、これも恐らく都道府
県のメディカルコントロールの収容先の指示の違いによるのかなというのと、やむを得な
いすよねという状況の都道府県があって、こういう結果になっているというのものもあるか
もしれません。

C P Aばかりに時間をかけて、またもし時間が余ったらこちらに戻ってくるとして、もう1つの調査のデータについて、大阪と小山・芳賀地区のデータの部分について、先に移りたいと思います。これは、大変貴重な資料だと僕自身は個人的に思います。例えば、大阪市の36ページは、ある疾患群を疑って、それに収容、あるいは照会回数の多さで見たときに、どこに力点を入れて解決していかないと収容が円滑にいかないのかというのも、これだけでデータが出ているわけですから、例えば、従来言われていましたように、消化管出血、あるいは、もちろん自損は高いのですけれども、じゃあ、自損の収容先のプロトコールを書けと言われたら、これは大変難しいわけで、それを除きますと、医学的な疾病で見ると、大阪の場合を例に挙げれば、消化管出血、あるいは外傷といったところの収容を図る整備が必要なのかなと、このデータから見えてくるのだろうなと思います。一方で、患者さんの持っている背景因子としては、今回は薬物中毒が浮き彫りになっていると。もちろん自損も、受傷機転という意味においては同じなのかもしれませんが、こういったことがちょっと興味あるところだろうと思います。

小山・芳賀地区との比較で、一番大事なのは、次の37、38といったところの救急隊の観察によってどういった重症度、緊急度の施設がいいのかということ判断してもらったら、どうもアンダートリアージになりやすい部分がありますよということも、特に初期対応でいいとばかりは言えない結果も出ております。この辺について、ご意見、あるいは確認はどうでしょうか。きょうは、大阪市のデータを監督された大阪府の〇〇さんもおこしです。この辺の大阪市のデータをごらんになって、今の大阪の現状と、データと、日ごろ医療行政をやられている立場から見てどうですか。

(大阪府医療対策課・〇〇参事) 大阪の〇〇です。

今、〇〇座長もおっしゃったとおりでして、おおむね、我々が救急隊員から聞き取っているイメージというのはある程度根拠があるものだなというのもデータとして明確にわかってくると思います。ただ、総じて、大阪の場合は、搬送連絡回数が非常に多いものも消防庁の調査などにも出ていますけれども、基本的に重症度が高くて、適切に早く処置をしなければいけない、疾患が明らかな場合は、比較的うまく搬送されているのかなというのも一面あるということです。

我々のこの調査では、実は、全搬送件数が1万5,000件ほどあって、そのうち1万3,000件、大阪市街に運ばれている残りの千数百件が除外されています。さらに、今、大阪市消防局のほうで、突合する番号にミスがあったもののデータマッチングをしていますので、

1万1,000件を超えるぐらいのマッチングデータが集まるのではないかなと思っております。それに、この調査だけのデータではなしに、救急隊が通常、要は、指令に入った最初の事故概要から、現場での患者状態の観察、それから、処置内容等を記録しています救急活動記録票を同時に突合することを考えておりますので、それを加え、さらに約30の傷病別の診断コードを振って突合作業を行います。まず、今回の消防法改正で非常に重要な要素になる消防隊の選定の基準、あるいは、どういう選定根拠を置いたときに適切な医療機関を選択できるのかというような部分まで踏み込んで、ある程度分析したいと思っております。220万都市ですので、そう地域差がないとすれば、これでそれぞれの疾患ごとの搬送発生率というのもおおむね読めると思いますし、こういうものと、この背景との関係というのも、今は、それぞれの傷病ごとには、一切クロスした統計は出ていませんけれども、我々のほうで、より詳細にクロス分析をしたいと思っております。

一方で、病院の機能調査というのも独力でやっております。それで、受け入れ先病院と突合すると、消防法改正が意図している適切な選定、適切な搬送、適切な受け入れ機関というのが、現実にはどのような形で運用できるのかということが、かなり大きなデータをもとに分析・整理ができるというふうに考えております。

(〇〇座長) ありがとうございます。

大阪のほうのデータは、確定診断との突合という作業が残っていますということですが、ここに示されているデータは、日ごろ、消防機関、あるいは医療行政をやられている立場の人から見て、印象として持っているのと大きくそごはないということですよ。

先行して長崎県白書等を出されていた、経年的にずっとデータを出しておられていて、短期的にこういう、今回は消防法改正のこともあるので、今度はどういう収容の基準を設けていくかという前提としてこういう調査をされていますけれども、ずっとやってきた長崎県の立場で、こういったデータを見られて、こういうデータの分析をしたらよかったのではないかとか、何かご意見はございませんか。

(〇〇委員) 長崎も、リンクさせて、情報を共有しているのですけれども、救急隊が全署こういう判断をした、そして病院側の判断が一次対応か二次対応というのは、こういうデータのものは出していないのです。基本的には救急隊のほうにフィードバックはされますので、各救急隊員がコメントとか、もしくは転帰ですね、自分が運んだ患者さんがどういう病院に転帰をした、高次に行ったのか、それとも全然、疑った病名とは違ったところの病院に転帰されたのかとことについては、データは出てきますので、それを中心に救

急隊というのが評価して、いろいろな検証にも上げるというような場合があります。こういう数字的な相関図というのは出ていませんでしたので、興味深く見ていました。

特に、今度の基準についても、今どういう協議会をつくるか、4月からつくろうとしているのですが、長崎の場合は、病院を輪番制度にしているものですから、あくまでも受け入れの標榜科目で病院を分けているというわけではございませんので、そこら辺が、今後、受け入れ病院ではなくて、受け入れ科目的な体制、基準をつくっていただかないと、病院に運ぶという、輪番にできていても、その病院には科目がないと。じゃあ、次にどこに行くのかというと、片っ端から当たるしかないというのもございます。

4月から、長崎大学病院のほうに救命センターができて、運用を開始するというのが決まりましたものですから、三次病院も含めて、そういう輪番制度、そして、こういう診ていただく受け入れ科目、そこら辺を含めて、ちょっと時間がかかるのではなからうかなと。そういうことで、長崎市はどうやろうかと。ほかの市については、はっきり言って、病院はもう受け入れがここしかないよという形がありますので、多少、長崎県内で、ほかの市ではそれほど基準づくりに時間を要さないでしょうけれども、長崎は二次病院が多数ありすぎるとい部分もございまして、そこら辺、時間がかかるのかなという気はしています。

興味を持って見させていただきました。

(〇〇座長) 長崎白書というのは、むしろ、結果としての確定診断で、搬送された傷病者の確定診断としての数が地区ごとに非常に明確に出ているというところは、それなりの意義がありますけれども、今回は、そういうある程度の重症度、緊急度の区別と、病態がある程度くくったときの救急隊の判断、及び結果、それがどの程度マッチするのかというような集計と。こういったデータは、今後、各地域で、事前調査としても必要でしょうけれども、継続して、どういうふうにとって、収容の医学的な質を高めるにはどうフィードバックしたらいいかということについて、非常に重要な意義を持つてくると思うのです。

このデータを見ながら、ご意見はほかにございせんか。これは、よく見ると大変おもしろいデータだろうと私は思っております。ただ1つ、事務局に確認ですけれども、39ページ、私は、聞いていて、フォローしようと思っている間に終わってしまって、上と下の意味の違いが全然わからなくて、申しわけありませんが、もう1回説明していただけないか。

(〇〇専門官) 意味の違いは、パーセンテージの取り方の差です。上の表をごらんいただければと思いますが、左から横に流れる表頭の部分が、救急隊がこう思ったから搬送し

たというものになります。ですので、4番をごらんいただければ、脳血管障害疑いと救急隊が思ったというのが、ずっと縦に並んでおります。その縦を100%で取ったものということとです。

(〇〇座長) 下の段というのは、その疾患群を百分率化したものですか。

(〇〇専門官) はい。パーセンテージが違うだけでして、実際の数はいずれも一緒です。視点をどちらに置くかということで、割合を取るときに母集団をかえたというだけの話で、データは一緒です。

(〇〇座長) ありがとうございます。

(〇〇専門官) もしお許しいただけるのであれば、こういったデータセットを提示して、参考にできるところはどんどんするのだと思うのですが、実際にいろいろな市町村を抱えている大阪府内、堺市さんとか大阪市さんはデータを取っているけれども、ほかの市町村をどんなふうにお府さんが戦略を練ろうとしているのか、ちょっとお伺いできればありがたいと思うのですが。

(大阪府医療対策課・〇〇参事) 今おっしゃったように、ゼロからどういうデータを取るかというのを各地域で考えてもらうというのは、非常に手間もかかりますし、非効率でもありますし、それに、大阪府内はとりわけ地理的にも狭隘で、圏域間の搬送が入り乱れているところもありますので、一定標準的なモデルを大阪府が示すという方針にしております。特に、成人を中心とする一般身体救急の分野については、医療圏ごと、大阪の二次医療圏は大体60~70万人から90万人、大きいところで100万人という感じですが、その単位で個別の圏域内の詳細な医療機関のリストと分類をつくっていただくために、標準的な調査内容、調査項目、それから調査手順等を、我々大阪府全体で、実はこれも〇〇先生が座長で、お世話になっているのですが、ワーキンググループをつくっています。現在整理中で、今年度末には大体の方向性が出ますので、それを示して、大阪といえども医療資源の偏在はありますので、地域の特性ということ踏まえて、地域ごとに、項目は参考にしながら取捨選択をして、標準的な調査をやっていただくということを、そもそも前提にしています。ここまでみっちり搬送調査をやるかどうかというのは別としても、同じような形態のことを把握したということを前提に実施基準を策定するというのが我々の考え方です。

(〇〇座長) この39ページをじっくり見ていてわかるのは、上で見ていると、救急隊員が搬送先の根拠として、脳血管障害を疑いましたねと言いつつ、脳血管障害であったという

のが 72%にすぎませんが、救急隊員がこれは消化管出血だと言ったものは、間違いなく 100%消化管出血であると。これは、見た目には、吐血か下血かをしていて、消化管出血だというカテゴリーに外れないのは当たり前なんです。ところが、意識障害、ちょっとぼーっとしているというような対象者をどう評価して、脳血管障害を中心に扱っている医療機関さんに受け取ってもらえるのかということになると、その判断根拠、これは救急隊員だけではなくて、医者ですら同じぐらいの外れが出てくると思うのですけれども。こうやって見ていると、医療機関リストをつくっていく上で、脳血管障害を診る医療機関をリストアップしたとしても、かなりの外れを容認してもらわないとだめだということがデータでわかってきますよね。そうは言っても、もう少し絞って連れてきてくれないと、医療機関もパンクしてしまうよということも現実がありますので、こういったことの観察項目とかが経年的に、どんな根拠でもって運んで行ったら外れていた、どんな根拠でもって連れて行ったら当たっていたというデータが出てこない、次々とよくなっていかないだろうと思うんですね。私が先ほど来言っている、データを継続して取っていく必要性というのは、恐らくそこにあるのだろうと思います。

そうすることで、大阪は、今、〇〇さんがおっしゃいましたけれども、ある程度、南地区のほうはひな形になって動いているのがありますので、その判断根拠が、それを使ったらどうだったかということたたき台にして、また、次にちょっと変えてみましょう、こういう活動ができるようにほかの地域もやってくださいねというふうに大阪全体の姿をつくりたいというのが大阪の方針だと思っています。

もちろん、ほかの都道府県でもいろいろなやり方があるのかもしれませんが、ただ、こういうデータを見てどうするのかということぐらいは、国からもある程度考え方を示したほうがやりやすいのかなという気はしますけれども。

(〇〇専門官) 実は、そこもご相談でして、そもそもこの疾患に関して基準をつくりなさいというような形で、かちつとしたガイドラインを示そうとしたときに、むしろ、そこを限定されると、地域で動きがとれなくなるので、限定してくれるなという話もあったという話なので。

(〇〇座長) 福井の先生方もそうですけれども、例えば、カテゴリーを細かく分ければ分けるほど、地域によっては困るのだというご意見があって、どういうカテゴリーをつくれればいいのかということ、地域の実情、特に医療資源のあり方に応じて分けて、それで調査をして、それを繰り返ししてやってくださいというようなことではないでしょうか。

(〇〇専門官) 逆に、一番大きな参考になるのが、今回この資料の中にも入れておられますけれども、どんな調査票でやったのかということを開示するということと、この39ページのようなクロス表ができますよというのを示すことかなと、担当個人としては思っています。

(〇〇座長) このとき1つ残念なのは、救急隊員の判断根拠になった、「脳血管障害疑い」と書いていますけれども、救急隊員が脳血管障害を疑ったその根拠を先に示さずに、今の救急隊員の持っている能力でもって判断させているというところが欠点なのです。だから、先に、この項目のどれかが当たれば脳血管障害ありとしてこのリストを使いなさい、それで行ったところ、「あなたはチェックした内容が合ったから、うちに来たんだね、だけど、こういうのは脳血管障害ではないんだよ」ということになれば、それはピックアップの項目としてはよろしくないのだろうというのが、医学的に洗っていけると思うんですね。そういう意味においては、そこへメディカルコントロールという医師がしっかりとした指導をしてあげないと、最初に判断根拠を示さないと、脳血管障害と思いましたがというようなアンケートになると、統計学的な精度は非常に落ちてしまうのではないかと予想しますよね。

大阪では、私が行っているところでは、昨年の高度化のときにもお出ししましたけれども、判断根拠にチェックを入れて、当たれば、このリストを使ってくださいというようなことを先に示して、1回データを取ってみるということを今やっている。カテゴリーは何であってもいいのしょうけれども、そのプロセスをある程度きちんと整理してあげないといけないのではないかと思います。

言いすぎました、座長がこんなしゃべりすぎたらいけませんので。

あと、ご意見、どうでしょうか、先ほどのCPAの話も、今回の2カ所の調査のデータについてどうですか。〇〇先生、全体像を見られて、ちょっと違った目線からご意見をいただけたらありがたいのですが。

(〇〇委員) 既に座長のほうからも言われましたし、事務局のほうからも言われたと思うのですが、完全に研究者の立場から言うと、2点だけ、データの取り方と利用の方法です。利用の方法については、全国調査については、もう既に学会とかにも、行政のほうを抱え込まないで、どんどん利用してくださいという態度をとられていると思うので、それは素晴らしいと思うんですね。それは、ここで言っていることなのかどうか分かりませんが、きっと全国レベルの調査だけではなくて、今やられた大阪さんとか、長崎

さんとか、さまざまな調査があるので、今、厚労省のほうでもナショナルデータベースみたいな話があるので、そういうものと連携を取りながら、行政以外で自由に、どれだけ研究者がいるのかわかりませんが、利用したいという人が別の視点から利用できるような、それが行政のほうにもフィードバックできるような体制が取られるとすごくいいのかなというふうに思いました。もう既にやられていることかもしれませんので、そういうことがあればという勝手な感想です。

2つ目は、データの取り方で、もう気をつけられていると思うのですが、これは、やっていけばやっていくほど、ここの部分が足りないというのがきつと出てくると思うんですね。全国調査で全国の傾向を見たり、県レベルで全体のレベルを見たりというのは、すごく重要だと思うので、それもぜひ続けていただきたいと思うのですが、逆に、どんどん詳細になると、それを全部やろうと思うと、救急搬送を一生懸命やろうと思っているのに、そちらのほうに手間を取られるというのは、本末転倒になるので、やろうと思ったときには、あるときには全国一律とか、全県一律とか、この地域全部というデータの網羅性よりも、ピンポイントでサンプリングをするというような手法をどこかでやって、その結果をフィードバックするというほうが、まさに大阪さんがやられているのはそういう手法だと思います。ほかの場面でも、日本で調査をやろうと思うと、とにかく網羅性をという方向に行ってしまうので、網羅性をちょっと排除しても、サンプリングでうまくいくという場合もあるので、そういうのを入れられるといいのかなという漠然とした感想です。

(〇〇座長) ありがとうございます。

ウツタインのデータ等については、網羅しているという意味において、それだけの解釈もできるのでしょうし、逆に、今回、搬送先の基準云々というのであれば、先生がおっしゃったような形で、1つのモデル的な、何かあぶり出したいという意味においては、いろいろな背景が違うところと一緒にやっても答えが出ないところもあるという意味においては、大変、〇〇委員のご意見は貴重なのかなというふうに思います。

(3) 救急隊員の教育について

(〇〇座長) ちょっと座長の時間的配分のまずさで、このデータのディスカッションをもっとやりたいのですが、やっているとこれだけで終わってしまって、毎回、〇〇先生には残り時間で、今回も慌てながらご説明いただかないと。2つ目の議題は横へ置いておかせていただいて、再教育の問題については、かねがね〇〇委員のほうから言われて

いますので、せっかくまた資料をそろえていただいています、ご説明をよろしくお願ひします。

(〇〇委員) 別添1「救急救命士の経験年数から見たスキルの評価」というのをつけているのですけれども、これは、処置拡大に伴う高度な処置以外も、もっと基本的な観察や処置についてのデータというのを、第2回のお見せしたのですけれども、それに当たって、そういう処置や観察事項に対して、経験年数によってどのようにそれが変化しているのかで、もし再教育をすればしたら、大体どのあたりを目安に考えたらいいのかというのを今回調査してみました。

うちの研修所に、薬剤追加講習で再度講習に来ている現役の救急救命士さんについて、九州研修所卒業の人だけを対象に選んだのがこの資料です。一応、九州研修所を卒業した人たちで、ある一定の年数のところで、ほぼ9年以下、大体10年ぐらいの間は大体同じような教育をしているので、統一した教育がなされていて、卒業したときには100%できているというふうに考えて……。

(〇〇座長) 先生はこの9年間ずっと具体的に研修所を見てこられた、それは貴重な。

(〇〇委員) 10年以上は、nが小さいので省いたというところもあるのですけれども、大体同じ教育をしてきて、卒業時に100%できたというふうに仮定して、それから卒業後の年数、3年、4年、5年とずっと出していまして、卒業時100%に対して3年目の人がどれぐらいできたかというのを解析した表です。

赤いところが、危険率5%以下で有意差が出たところが赤字で書いているところですが、グラフは、青字が有意差なしで、赤字が有意差あり、こちらのほうを見ていただいたほうが。

(〇〇座長) これは、卒業時点を仮に……。

(〇〇委員) 全部できたとして100として。この合格率を、nの分母が違いますので、それで解析したところ、頸動脈の触知がどうしてどんどん下手になっていくかわからないのですけれども、どちらにしても6年目以降頸動脈の触知が有意にできなくなっているというのはなぜか。そして、下顎挙上手技は5年目以降、バックバルブマスクのリークというのは、卒業して3年以降はもう既にできていないです。リークなしに換気というのは、その次のバックバルブマスクで胸が上がるだけの換気量か、だから、とりあえず換気はできていると。

(〇〇座長) 5年ぐらいまでだったら、まだできるんですね。

(〇〇委員) やはりこれも5年ぐらいまでですね。静脈路確保手技は、卒業後3年以降はできていない。静脈路確保手技とリークという点に関しては、初めからどんどん下がっているのであろうということがわかるのですけれども、恐らく静脈路確保に関しては、卒業しても練習する期間が少ない、もしくは症例にもあまり当たらないということも考えると、技術を保つのはかなり難しいのではないかと思います。あと、リークに関しては、胸が上がるだけの換気量ができていれば、少し自己流になったりしてリークしてしまうのではないかなということもあるのですけれども。今回は本当にnが少なくて、もうちょっとはっきりした数を出したほうがわかると思うのですが、おおよその傾向としては、大体5～6年目ぐらいで変化があるのだと。

(〇〇座長) ありがとうございます。

非常にショッキングなというか、逆に、大変貴重なデータで、救急救命士の生涯教育を考えるという意味において、どのあたりでブーストをかけ直さなければいけないのかというような1つの参考資料になろうかと思います。5年、6年というところが、1つのモデル化、母集団として正しいかどうかというのは、これはまたもう少し検討する必要があるのかもしれませんが、ただ、確実に下がっていくのだらうなということはあるようです。

〇〇さん、どう思いますか、東京消防庁はこんなことにはなっていないと。

(〇〇委員) ある事実だと思うので。東京の場合ばかりですみませんが、うちの場合、救命士の制度ができて、平成4年から救命士の養成には当然力を入れてきたんですね。それまでは、現任研修といって、何年かたった隊長だとか隊員を学校に集めて集合教育をしていたのですが、そのいとまがなくなったと。その後は、救命士の再教育をやっておりますけれども、よく眺めると、その再教育のカリキュラムの中身をもう少し考えなければいけないところもあるのかなと思うのです。

ただ、実際に救急隊を構成しているのは、救命士の人もいれば、そうではない標準課程の人と一緒にやっていると。特に救急隊長が中心となってチームワークを組んでやりますので、救命士であろうとなかろうと、隊長という職務をきちんと果たしてもらって、初めて1つの活動が終わるということなので、ようやく一昨年隊長だけ集めた現任研修を始めることができました。ただ、これも5年サイクルです。これは、単純に、物理的に人数で割って、学校のキャパがあるので、それでたまたま5年サイクルになったということですが、そうすると、かなり基本的なことをみんなが忘れていくというのでしょうか、日々応用はやっているのでしょうかけれども、まさにここに出ているように、基本的な事柄

については意外と危ない橋を渡っているところがあるかなど。それは、アンケートを取りましたら、異口同音にみんなそう言っていましたね。いま一度、手技だけでなく、基本的な救急隊としての心構えを含めた、そういった場を組織としてつくるということは非常に必要ではないか、そのように思っております。

(〇〇座長) 現任教育といいますか、再教育をしていく必要性を感じて実際にやっている、東京消防庁も、人は多いとはいっても、かつかつで回っているという意味があると、現実を考えるとなかなか難しいのかもしれませんが、努力はしているということです。

ほかの消防機関はどうですか、このデータを見られて何かご意見、これはまさしくこういうふうを受けとめざるを得ない……。

(〇〇委員) 私もそう思います。今、うちのほうも、個人技能とか、救急隊の部隊の運用とかというある程度の基準をつくってやらせよう、先生方にも参加していただくというふうな形でやっているのですけれども。薬剤投与についても、できなかった例という中で見ると、のどの確保ができなかったというのがすべてなんですね。うちの研修の先生方も、輸液のルートを確認できないのが、薬剤投与などもってのほかだというご指摘を受けていますので、まず、そこら辺から、薬剤投与云々よりも、もっと手前のルートをいかにきちんと確保できるか、そういう手技・手法あたりを救命士にもっと訓練させないといけないのではなからうか、そういうふうを考えています。

(〇〇座長) 私ども医者の世界から見ると、これは非常に奇異な感じがするんですね。私は外科医ですけれども、卒業して、スキルというのは、患者さんの体をさわればさわるほどうまくなっていった時期があるのです、今はもうだめですけれども。実践をすることでそれなりに技能というのが上がっていくのと、維持されているというのが、プロの集団の現実のはずです。それが、腕が落ちてくる、下手になってくるというのは、経験を積まない、要するに、私が外科医でありながら手術場に入らなくなったりすると、これは下手になってきて当たり前ですね。救急救命士に認められているこういう手技があって、それが卒業と同時に悪くなっていくということになると、これは根本的に何か、本当は実践を積むからこそその技能がずっと維持されているというデータでなければいけないはずなんですね。

(〇〇委員) 全国的にいろいろ聞いて回ると、1年半に1回ですよ、それは平均で、たくさんやる人がいるから、普通、平均すると2年に1回しかできない、その人が気管挿管ができますかといったら、さびついてできないです。つまり、ドクターと違うのは、ドク

ターの場合、外科医だとどんどん手術します、救命士の場合はしないのです、だから、スキルが伸びるわけではないのです。

もう1つは、別の観点から、さっき〇〇参事がおっしゃったように、今度、モチベーションの問題、隊全体としてそれを維持するような何かがないと、自分たちで積極的にやろうとしないのですけれども、今だんだんそのレベルが下がってきていますから、絵にかいたモチのような再教育をやっても全く意味はないのではないかと私は実感しているのです。隊長研修でもそうなのですから。

(〇〇座長) 今、私は、わかっていて、あえて言ったのですよ。そこを根本的に一緒になって考えないと、救急隊員を、みんな救急救命士に資格のあるような薄く広く能力を持った者というようにしてみたところで、今、言った気管挿管の例にしろ、点滴をする例にしても、1隊員当たりの回数がますます薄まってしまって、決してプロの集団らしい技術力は持てないだろうと。そうすると、組織全体として、確実に行える人を中心に動くような隊の回り方というのもあるのかな。あるいは、一方で、厚生労働省と話をしないといけません、処置拡大の中で、技能をきちんとキープできるような処置の対象疾患を広げていくということもやってあげないといけないのかなということを含めて、私はわかっていてあえて言いました。医者は、勉強しようと思った後、普通どんどんうまくなっていくのですけれども。

(〇〇委員) 先生とお話しているから、わかっているからいいです。要は、これから救命士が何をすべきかとか、救急隊は何をすべきかというところから考えて、今、〇〇先生のデータに、基本的な手技と観察ができない、まず、これを全救急隊員に教育するシステムをつくらないと、チームとして3人体制は成り立たないですから、救命士だけ教育しても始まらない話で、そこをどうするかというのがこれからの課題だと思います。そうすると、もう1つは、格差が隊員で出てくるし、地域も出てくるし、格差が出てきたときに、それをいいとするのか悪いとするのか、そこを踏まえて、根本的に変えていかないと、どんどん下がってくると思うのです。これで、ご存じのように、メントリがふえてきたら、もっとその格差はひどくなって、そのメントリに対して、2,000時間の人はどう教えていくかということも踏まえてやっていかないと、もっと大変な時期になるので、僕は抜本的に変えていかなくてはいけないと思っています。研修所の役割も、例えば、九州だったら、薬剤投与も、少なくなってきたら、こういう方面で、救命士だけではなくて、1週間でも2週間でも、トレーニングの場に変えていけば、随分、変わってくると思うのですよ

ね。今は救命士がふえてきたから、この次はどうするかという問題を考えなくては、救命士の問題だけではないと思うのです、育てるための。

(〇〇委員) 実は、救命士習得後年数というのは、うちに来るのは、救急救命士を取った後の人しか継続的に見ている人はいないので、こういうデータしか取れていなくて、もちろん新規養成で、標準課程を卒業してどれぐらいかというのは、取れないから取っていないのですけれども。それと、あと、基本的に、標準課程の段階でこれは全部しておかなければいけないことなので、それをきっちり教育していくというのは、今、〇〇先生も言われましたけれども、非常に……。

(〇〇座長) これは、静脈路の確保を除けば、基本的には救急隊員全般に求められる技能ですから、それがキープできていないというのが如実に出ているデータと言えますよね。言いかえると、5年、6年たったらもうだめですよとは言うものの、マスク換気にしても、もう少し根本的に考えないといけないようなデータであるとも取れると思いますよね。

これは、どういうふうに解釈するかは、それぞれ委員の方々もお持ちで、これはどこまで使わせてもらっても構わないのかだけ委員として聞かせてほしいのですけれども。例えば、先生のご研究であるという出典を明記したら、別のところで使わせていただくことは可能でしょうか。

(〇〇委員) ぜひ。

(〇〇座長) よろしいですか。何かペーパーか何かにありますか。

(〇〇委員) ペーパーにはしていませんが、1つの学会では。

(〇〇座長) 発表はされていますか。そのまま一人歩きすることになりはしますけれども、大変いろいろなことを考えることができる研究だと思います。ありがとうございます。

きょうもこれで予定していた時間が来ました。委員の方々にはまだ、一言どころか、いろいろなことを聞きたい、意見を述べたいという方もいらっしゃるかとありますが、時間の都合で申しわけございません、このあたりでとめさせていただきます。

(4) メディカルコントロール作業部会としての救急業務高度化推進検討会への報告事項(今年度の作業部会報告書)について

(〇〇座長) 次は、4回行ったこの作業部会から救急業務高度化推進検討会、いわゆる親会議の検討会のほうに、どういった項目について報告書を作成するかということですが、ここで委員の方々の意見を求めても結構ですけれども、事務局のほうで案というのはございますか。

(〇〇専門官) 本日のご意見も踏まえましてこれから作成いたしまして、委員の皆様方にはご相談しようと思っております。例えば、教育の話などは提案というような形、今後の課題といったようなことになろうと思っておりますので、その辺はまたご相談させていただ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。もしこの場でということであれば、3月12日、座長の〇〇先生からもございましたけれども、〇〇先生には3月12日の親会にご出席いただいてご発表いただきますので、その場に当たってぜひ〇〇先生にこういう項目は入れてほしいといったような話があれば、この場、あるいは後ほど事務局のほうにお申しつけいただければと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

(〇〇座長) そういうことで、3月12日に高度化の検討会がございます。それまでには、皆さん方がご協力くださった内容をちゃんと報告したいと思っておりますので、ぜひこの点はこののは、ご遠慮なく事務局のほうにお伝えください。

これで、今年度終わりということによろしゅうございますか。

それでは、最後、事務局のほうにお渡ししますので、よろしくお願いいたしますと思っております。

(5) その他

(〇〇室長) 今回、第4回でございますけれども、今年度のメディカルコントロール作業部会ご協力いただきまして、大変ありがとうございます。

特に、きょう中心にご議論いただきました地域の救急搬送、救急受け入れ医療機関の実態調査というのは、消防法改正の中の一番大きな柱を占めます地域の実情を踏まえたルールづくりと、さらにそのルールに従って実施される救急業務の効果をまたきっちり調べて、フィードバックしてというサイクルの非常に重要な部分でございますので、大変貴重なご意見をきょういただいたと思っております。

実施基準の作成については、地域のほうから、事情が違うので、国であまりがっちりとしなくて、地域で考えさせてほしいというお話がありましたけれども、きょう座長からもありましたけれども、分析の手法については、ある程度、国としても示す必要があるのかなというふうに思っております。ただ、その内容は結構知恵を使わなければいけないということで、〇〇専門官もしばらく夜、眠れないかもしれませんけれども。

ちなみに、3月19日、今度の法定協議会の全国の担当課長会議を総務省のほうで行うわけですけれども、その中で、都市部と地方それぞれの取り組みで、進んでいるところのご報告をいただいて、大阪も候補としてぜひお願いしたいと思っておりますので、こんな分析をしてこういう姿が見えてきたということ踏まえて、実施基準をつくっていく

ということの、事例の紹介をさせていただいて、他地域にこういうやり方もあるのだということをご参考にしていただきたいと思います。まずはそういった情報提供を国としても積極的にやっていきたいと思っています。

ビデオ喉頭鏡につきましては、ここでもいろいろご議論いただきまして、いきなり右へならえと全国画一ということは難しいということで、実証事業といいますか、まずデータを取って、一步一步やっていったらどうかということで、これも厚労省さんと調整して、そういったことを来年度やっていきたいと思っています。

あと、ちょっとここから話が外れますけれども、今、救急救命処置の拡大についても厚労省のほうでご検討いただいているわけですが、それについても、一律に全国入れる入れないということではなくて、実証データに基づいて、そのあたりを見きわめた上で導入の可否、どういった形で入れていくのがいいのかということをやっていったらどうかということをご議論しておりますので、また、そういった実情に応じた救急業務の高度化についても検討していきたいと思っています。

最後に、教育については、今年度時間がありませんで、さらに引き続き来年ということになると思いますけれども、きょう〇〇先生からデータとしていただいたものは、厳密なテストの結果ということであると思いますけれども、かなり厳しい数字が出てきておりますので、ここは早急に対応を講じなければいけないところだと思いますので、引き続き、来年度このあたりもベースアップということで重点的に取り組んでまいりたいと思います。

いずれにいたしましても、4回にわたりまして、大変お時間をいただきまして、貴重なご意見をいただきました。我々も、さらに救急業務の高度化、着実化といいますか、それに向かって頑張っていきたいと思っていますので、引き続きご指導をよろしくお願いしたいと思います。大変ありがとうございました。

3. 閉会

(〇〇座長) どうもありがとうございました。

座長として、最後にもう一言言わせてもらいますと、ことしは、消防法の一部改正でもって、傷病者の搬送基準と受け入れの事業がありました。それに絡んで、こういったメディカルコントロールというのも非常に重要ですよということで、本当はこれに連結させて、もっと充実した作業をやらないといけなかったのですが、なかなか消防法そのものの改正を具体的にどうするのかということのほうで、皆さん、現場で大変忙しくされてい

と思いますので、この作業部会としては、今、事務局からもありましたように、ちょっと物足りなかった点はお許しいただきたいと思います。

ただ、今回、事務局の〇〇室長と〇〇専門官におきましては、この2年間、本当に消防法改正を含めて、メディカルコントロール作業部会、ご苦労さまでした。この事務局がしっかりしたおかげで、いい消防法改正に向かっていくものと私は期待しております。どうもありがとうございました。

これで終わりたいと思います。ありがとうございました。

〔了〕