

第1回メディカルコントロール作業部会における検討会の議事録

- I 日時 平成21年10月1日(木)14時00分～16時00分
- II 場所 法曹会館 3階富士の間
- III 出席者 齋藤委員、鈴川委員、竹中委員、橋本委員、(代)北村
福本委員、森野委員、横田委員
オブザーバー：中野専門官

IV 次第

1 議題

- (1) 第1回メディカルコントロール作業部会 検討項目について
- (2) その他

V 会議経過

事務局 それでは、定刻となりましたので、第1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。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の司会は、救急企画室救急専門官が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、開催に当たりまして、当室救急企画室長より一言ごあいさつ申し上げます。

事務局 救急企画室の開出でございます。本日はお忙しいところお集まりいただきまして、大変ありがとうございます。

昨年、この作業部会で、メディカルコントロール体制、特に協議会の法的な位置づけにつきまして大変難しいご議論をいただき、その報告を高度化の親会のほうにさせていただきまして、そこの親会のほうでもいろいろ難しい議論を経て、ことしの5月1日に厚生労働省と共同で、政府として消防法の改正を提出いたしまして、可決・成立、全会一致で成立ということになったところでございます。その間の横田座長を初めとして部員の皆さんの大変なご労苦に改めて感謝申し上げます。

ご案内のとおり、10月30日から施行ということで、各都道府県に消防機関、医療機関等から構成される協議会を設置いたしまして、搬送・

受け入れに当たりましての実施基準を策定していくということが、これから11月以降ということになると思いますけれども、各都道府県でスタートするわけですが、その実施基準の策定につきましては、また別の委員会のほうで国としての方向づけを出すためのいろいろ検討を進めていただいているところですが、当作業部会におきましては、それと密接に関係いたしてまいります調査・分析といえますか、消防機関が行う救急搬送と、患者さんが医療機関の中に入った後の予後の情報等の医療機関の情報、これをうまくマッチングいたしまして、地域の救急医療を取り巻く実情の分析、今後の対策に結びつける具体的な調査・分析の手法についてもご検討頂くということでございます。消防法の改正というのは、たらい回し防止ということだけではなく、救急救命率の向上、救命処置の向上、医療体制のあり方等の質の底上げということに結びつくことだと思っておりますので、大変重要な作業ステップになっていくのではないかと考えております。

また、後ほどご説明申し上げますが、救急救命士の処置範囲の拡大・高度化が図られているわけですけれども、救急隊員、一般の応急処置の質の向上といったものも引き続き重要だということでございまして、いろいろな新しい器具等使われている実情もございしますので、そちらの検討についてもお知恵をお借りしたいと思っております。

テーマ的には、また今年もいろいろ盛りだくさんといえますか、ご議論を重ねて頂くテーマが多いかと思っておりますが、第一線の方々にお集まりいただいておりますので、ぜひ有意義なご議論をいただきまして、ご指導賜りたいと思っております。冒頭のごあいさつとさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、開催に先立ちまして、各委員のご紹介をさせていただきたいと思っております。お手元に構成員名簿を配布させていただいております。五十音順に従いまして、事務局よりご紹介させていただきたいと思っております。

～委員紹介省略～

座長 今年度の作業部会につきましては、11名の委員の方と1名のオブザー

バー、計12名のメンバー構成で進めさせていただきたいと思います。
どうぞよろしくお願いいたします。

事務局 なお、本作業部会の座長でございますが、親会である高度化推進検討会の委員ともご相談いたしました結果、昨年度に引き続いての検討課題ということでございますので、昨年度に引き続きまして横田委員にお願いしたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。
事務局 それでは、早速横田委員のほうに議事の進行をお願いしたいと思いま
す。今年度もどうぞよろしくお願いいたします。

座長 今、座長の指名を賜りました横田でございます。本年度、第1回目のメディカルコントロール作業部会ということで、ご審議、あるいはご討議のご協力のほど、よろしくお願いいたします。

先ほど室長のほうからもご説明がありましたように、本年度は、去年とは違い、また宿題をいただいております、新たな宿題に取り組んでいきたいと思っておりますので、よろしくお願いをしたいと思えます。

事務局 それでは、最初に、事務局のほうより資料の確認をしていただきたいと思います。よろしくお願ひします。

事務局 では、資料の確認をさせていただきます。お手元のクリップどめを外していただきまして、まず次第がございます。そして、次に構成員名簿、そして座席表をつけさせていただいております。次に、横組みの資料になっておりますが、右肩に「資料」と銘打ちました、「第1回メディカルコントロール作業部会資料」という1セットのものと、もう1つは、「参考資料」と右肩に打ってございます、横田委員より提出いただいております「メディカルコントロール作業部会の検討項目」という、以上が本日の資料構成となっております。不足がございましたら、この時点で事務局のほうにお申しつけいただければと思えます。以上でございます。

座長 ありがとうございます。

座長 それでは、まず、1つ目の資料であります、事務局のほうで用意いただきました「第1回メディカルコントロール作業部会資料」という中身をご説明いただきたいと思います。よろしくお願ひします。

事務局

では、資料の説明をさせていただきたいと思います。お手元に、右肩に「資料」と書いてございます「第1回メディカルコントロール作業部会資料」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、この作業部会の位置づけでございますが、平成21年度救急業務高度化推進検討会という全体を取りまとめる検討会がございまして、その中の作業部会という形で検討を進めて頂くという位置づけになります。

2ページ目でございますが、この親会の中で今年度こういった作業部会で検討を進めていくべきか、ということについて少し議論がされておりまして、親会、高度化推進検討会の中で出された意見といたしまして、3つに分類して提示させていただいております。

まず1つ目、これが一番出た意見でございますが、救急に関する評価・分析の必要性等についてということございまして、こういったメディカルコントロールの中でいろいろと医学的見地からの質の向上を図っていくに当たりましては、救急搬送と受け入れの双方の質の向上を図るということのために評価・分析がこれまで以上に必要ではないかということがございました。2点目が、非常に具体的な話ですけども、例えば、脳卒中ではないと思って搬送したが、実際には脳卒中であったといったようなケースをどうにか改善していくことが今後できるのではないかとということでご指摘をいただいております。そして、3つ目のポツでございますが、救急隊と医療機関のデータを連結しての評価・分析というのは、冒頭、室長のほうからも触れさせていただきましたが、現在行っております消防法改正での搬送、及び受け入れの実施基準といったものに今後密接に関係してくる事項だということでご指摘がございました。

その上で、こういった評価・分析をどんどん進めていくということになりますと、個人情報保護のことですとか、守秘義務といったことについても整理をしていく必要があるだろうということで指摘があったところです。ただし、本日、ご欠席でございますが、委員より、救急の質の向上や効率化という明らかに公的な目的がある場合であれ

ば、情報を取り扱うことそのものについて、法律が技術的な意味合いで障害になるということは基本的に考えにくいだらうというコメントをいただいております。そして、1つの方法でございますが、医療機関が救急の質の向上のために傷病者の情報を活用するというのをあらかじめ院内に掲示しておくといったような対応もあるのではないかというご指摘もいただいております。ただし、この辺は、どういった調査・分析を行うのかという念頭に置いてあるものが、それぞれの委員の方で非常に異なっていたということがございますので、もう少し交通整理をしながら検討していく事項だらうというふうに考えております。

その他といたしまして、将来的なことも見すえた上でということになると思いますが、病院の電子カルテと救急搬送との一体化を図っていくことでデータの連結ができるのではないかとといったこと、あるいは、病名については、さらに詳しくしていくようであれば、ICD-10に準拠するかどうかといったフォーマットも検討する必要があるというご指摘をいただいております。

3ページが、本日の一番重要な事項ということになります。先ほどご紹介しました親会での指摘を踏まえまして、大きくは2点、そして項目に分けますと3点のことが検討事項になると考えております。

1つ目でございますが、救急に関する評価・分析ということで、データのマッチングも含めまして、どのような形で救急搬送業務全体というものを評価・分析できるのだろうかということについてご検討いただければと思っております。

そして、2点目でございますが、これは救急業務の質の向上ということで整理させていただいております。昨年までの流れでございますが、処置だけではなくて、搬送についても、そして、救急救命士だけでなく救急隊全体として質の向上を図っていくという流れの中にありまして、(1)でございますけれども、1つには、救急救命士だけではなく救急隊員の育成のあり方について提言できるものがあるのではないかとということ。そして、2点目でございますが、こちらは

救急救命士に関して、現在いろいろな新しい機器が出てきておりますので、そういったものについてもこのメディカルコントロール作業部会場で検討していったらどうかといったようなことが、今年度の検討課題になるものと考えております。

4ページ以降は、それらの詳細の説明資料となっております、評価・分析について事務局案をまとめさせていただいております。親会のご議論も踏まえますと、こういったデータを連結して評価・分析するということの目的は、効果的な救急搬送業務の実施に資する情報を得るんだということが大前提となります。その中で、本年度は実際に調査を試みていこうということ、まずはとっかかりとして、救急隊による三次医療機関等の選定が適切であったかということを検証してはどうかということたたき台としてお示ししています。医療現場では、「何でこうした状態の患者を運んで来たんだ」とか、「よくぞこの患者を運んできた」といったことは、消防機関側、医療機関側、視点に応じていろいろあるかと思えます。こうしたことは三次医療のみならず、二次、一次医療においてもあると思えますが、まずは三次医療機関の部分から、救急搬送時の情報と医療機関側が持っている情報のデータマッチングを進めていったらどうかということでございます。そして、対象として、これもたたき台ではございますが、調査期間内に救急救命センター等の医療機関に救急搬送された全患者を想定しています。

そして、調査の流れでございますが、先ほど個人情報保護の指摘があったということをご紹介させていただきましたけれども、現在ウツタイン統計というものを消防庁のほうではやっております、心肺機能停止の方についてのデータを集めているという実績がございます。そのことについては一定の法的整理をしているということがございますので、そのスキームに載せてデータをとることが1つの方策だろうということで、医療機関、消防機関、そして都道府県、総務省消防庁へというデータの流れがあるんじゃないかということで提示させていただいております。

5 ページが実際の調査項目の中身ですけれども、1 事案を 1 データとして消防機関の有する救急搬送に関する情報と、医療機関の有する患者に関する情報を連結ということでございます。例えば、消防機関の中では、6 点挙げておりますが、観察所見ですとか、実施した応急処置にかかった時間ですとか、あるいは病院選定に要した時間や照会回数といったものがあるだろうということを出しております。そして、医療機関側の評価からすると、その選定が正しかったかどうか、初診時診断、確定診断、転帰ですとか、入院、手術の有無といったものがあるだろうということで挙げております。この辺は、ぜひ今回ご議論頂くべき事項だと思っております、具体的な例を幾つかご準備しておりますので、またここに立ち戻ってご議論いただければと思っております。

そして、6 ページでございますが、結果の分析といたしまして、収集するデータの項目にもよりますけれども、救急隊の医療機関選定に対する医療機関側からの評価と救急搬送の状況、医療機関選定に要した時間、現場滞在時間、受け入れ照会回数と転帰の実態、あるいは救急救命センターに搬送されている傷病者の疾患の種類、そして、三次医療機関等に転送、この転送は消防関係の方はすぐにわかるかと思っておりますが、数としてはかなり少ないとは思いますが、一端他の医療機関に運んだけれども、これはうちの医療機関では対応が難しいというようなことで、次なる医療機関にそのまま搬送されたといったような事案がもしあったような場合には、そういったものは、どうしてそういうことになったのかということ掘り下げると、何か質を向上するヒントになるのではなかろうかということで、分析対象として入れております。

そして、CPA 症例でございますが、搬送と受け入れに関する検証、CPA だとすぐに搬送先が決まるという話、逆に CPA だと搬送先が決まらないという話、担当としていろいろなお話を各機関からいただいております。この辺もウツインデータは取っておりますが、搬送の状況とあわせて実態を分析したいということになるとデータがな

い、そして、搬送が適切であったかといったことに対する検証というものもまだなかなか難しいんだろうということで、分析対象として入れさせていただいております。

7ページ以降でございますが、ここからは少し内容を割愛させていただきながら説明させていただきたいと思います。7ページ目から10ページまででございますが、これは平成19年度のウツタイン統計活用検討会の中で、個人情報保護上、問題がないかどうかといったことについて整理されたことについて資料としてまとめております。個人情報保護の観点から申しますと、医療機関からの情報、そして消防機関に対してそういった情報を渡すということに関しては、基本的に個人情報保護法上、問題ないであろうということでの整理がなされています。そして、それを消防機関側から都道府県が集めるということ、そして都道府県から総務省消防庁が集めるということに関しては、およそ法的には問題ないと考えられるであろうということについてまとめられておりますので、そのことについて抜粋するような形でまとめさせていただいております。また、この辺のあたりは必要に応じて立ち戻るといような形でさせていただきたいと思います。

その上で、飛ばさせていただきまして、11ページでございます。11ページは、消防機関と医療機関の情報の連携、私も今までの説明の中で「マッチング」という言葉を多用して使っておりますけれども、連携についてもいろいろな形態がございまして、少し頭の整理をしながらでないかと議論がかみ合ってこないのではないかとということもございまして、少し事例を出させていただいております。

マッチングをするに当たりまして、消防機関側で情報を収集するというのが1つの方法でございます。例としますと、ウツタイン統計というのが真っ先に挙げられますが、これは、消防機関側が搬送したその後の心肺機能停止傷病者の状況について医療機関側から情報をもらいまして、保管してデータセットをつくるという形になっております。そして、本日、長崎市からもおこしいただいておりますが、長崎では、基本的には消防機関側で情報を収集するといような形で整理

がつけられるものかと思います。

そして、3つ目の例でございますが、詳細調査というのは、昨年、東京消防庁にご協力いただきまして、東京都医師会、東京都の衛生主管部局にもご協力を頂き、受け入れ状況等の実態調査をやったというものでございますが、消防機関側が主体となって情報を集めたという収集の方法でございます。

そして、もう1つの方法が、医療機関側で情報を収集するというものがございまして、これは、基本的に救急搬送した事案について、その場で病院が持っているフォーマットにあわせて搬送の状況などを記載して帰るといったような形でのデータ連結をしているといった方法がございます。

それぞれについて、詳細は割愛しながら少しご紹介したいと思えます。ウツタインそのものは資料に入れておりませんので、長崎県版の検証票からご説明したいと思います。

長崎県の検証票でございますが、もともとの背景としまして、患者さんの発生状況、治療・転帰の状況が不明だということに端を発しております。長崎版ということになりますと、既に10冊目の白書を刊行しておられます。長崎県全体まで広げデータを連結して集計をしていらっしゃるという統計になっております。

13ページでございますが、調査票は4枚複写式で、救急隊用、検証用、医療機関用、返信用という形で調査を実施されていらっしゃる。そして、救急隊が4枚複写のものを書き込んだ上で、A表とB表を持ち帰り、C表とD表を医療機関に置いていく方法をとられていると伺っています。医療機関側では、Dの調査票の中に確定診断ですとか、7日目の転帰、手術の有無といったものを記載し、返すというような形で進められておられます。この辺のデータの流れは14ページに整理させていただいておりますので、14ページを参考にいただければと思いますが、実際の調査票そのものは15ページと16ページに掲載させていただいております。1冊の本になるような非常に細かな情報収集をされていらっしゃると思いますが、17ページをご覧いただければと思

ますけれども、県全体の中でこういった疾患のものが、そして、それぞれの疾患に対してどういう医療提供がなされたか、すなわち、外来のみだったのか、入院したのかどうだったのかということがわかっております。そして、転帰といたしまして、現在入院中なのか、退院したのか、死亡したのかといったような情報がわかるという形になっておりますし、18ページは、外傷、骨折ですとか、さらに細かな傷病についても分類があるということで、1例を示させていただいております。

長崎のデータについては、これだけではなく、他にもいろいろな切り口で分析がされておりました、地域別にこういった風景になっているのかといった情報についても取りまとめられておられます。

19ページは、これはもうご覧になられている方も多いかと思しますので、これも飛ばしながら説明させていただきたいと思っております。救急搬送における医療機関の受け入れ状況等詳細調査です。東京都の衛生主管部局、そして東京都医師会、そして東京消防庁と協力をさせていただきまして、約1週間の情報について調べた内容でございます。これは、救急隊の方から医療機関に対する問い合わせをする、医療機関は、こういったものが聞かれるから、受け入れに至らないというようなときには、こういう調査票のフォーマットで返してくださいという申し合わせを、それぞれコード表という形で、20ページにあるようなコード表をお互いに持ち合わせておいて、それで調査を行ったというものになります。

結果ではございますが、22ページと23ページにまとめておりますが、こういったデータをとることによって、傷病者背景がある方についてはなかなか搬送が難しいというものを、定性的なものから定量化することができたというところでございます。傷病者背景ありのデータについては、23ページのところに概要としてまとめさせていただきまして、精神疾患ですとか、急性アルコール中毒ですとか、認知症といったものが、どの程度の件数、どの程度の割合があったのかということデータをとして出させていただいております。

そして、24ページでございますが、これは医療機関側からデータを集めているといった取り組みの1つでございます。ご協力をいただきまして、帝京大学でやっている調査票をお借りしました。これは、救急隊が搬送した後に医療機関に置いてある、この調査項目を全部記入するという形での調査票になっておりますが、こういったデータ連結は、医療機関側の視点として考えられる方法の1例でございます。ただし、我々の立ち位置といたしますと、救急搬送全体、そして消防の行う救急業務の評価を面として行っていきたいという目的がございますので、この辺のデータも扱いながらではございますが、もう少し幅広い形で対応するというところもあるのかなと考えております。いずれにしてもいろいろな方法を検討しながら進めていく必要があるんだろうと思っております。もちろん、どちらから行っても、データを連結してしまえば、同じ結果が出るということにはなるかもしれませんが、医療機関調整を行いながら、広く医療機関からデータを集めるという方法、あるいは、消防機関側からデータを集めてくる方法が想定されます。いろいろな方法がございますけれども、今回の資料で提示しておりますのは、情報収集の妥当性についての法的整理も考えますと、ウツタイン統計の流れを利用するというのは1つの案として考えられるのではなかろうかと考えての資料でございます。

そして、26ページからは少し内容が変わってまいります。26ページは、2つ目の課題でございます。救急業務の全体の質の向上でございます。救急隊員の教育についてということで銘打っておりますが、これまで救急救命士をどうしようという話は非常にたくさん出てきたわけでございます。そして再教育といったようなこともガイドラインとして取りまとめてまいりましたが、救急隊員についてどうかということについても、非常に地域差があるのではないかなというところのご指摘をいただいております。

そういうことで言いますと、例えば、でございますが、この下の1つ目の枠組みの中ですけれども、救急業務実施基準の中で「消防長は、隊員に対し、救急業務を行うに必要な学術及び技能を習得させるた

め、常に教育訓練を行うようつとめなければならない」という項目が
ございますけれども、この中でこういったことをやっていくのが一番
いいのか、より効果的な底上げになるのかといったようなことも、1
つの見解としては出していくという主眼があるのではなかろうかと
いうことで、ご議論を進めていただければと思います。

この中の話としましては、例えば、いろいろなデータが出てくること
によって、そのデータをきちんとフィードバックしていこう、今の時
点でも、事後検証というものを救急救命士の処置を中心にやっていた
だいておりますが、きちんとフィードバックさせていくといったよう
なやり方についても念頭にご検討いただければと思います。あと、も
う1点、最近のトピックとなっていることといたしまして、救急救命
士の中では、これまではどちらかというと消防に入った後で救急救命士
の資格を取るという方が多かったわけですが、救急救命士とし
ての資格を取った後に消防機関に入ってくるという救急救命士も増
えております。その方たちについて、消防職員として、救急隊員とし
ての基本的教育体制といいますか、必要な教育事項といったものを準
備することがある程度出てくるのではなかろうかというようなご指
摘もあるところでございます。

いずれにしましても、救急救命士だから処置だけといったようなこと
ではなく、救急業務全体に対していかに医学的観点から質を向上させ
ていくかということについてご議論いただければと思っております。
27ページは、こちらは、処置の中でも1つの機器が、最近、疑義照会
などで上がっておりまして、喉頭鏡の話でございますけれども、非常
に具体的な内容となっております。喉頭鏡、気管挿管ができるという
ことで、これは救急救命士の特定行為の中の1つということにはなり
ますけれども、その中で使うブレードが、ミラー型、マッキントッシ
ュ型、いろいろございますが、直視をするブレードについては認めら
れています。28ページを見て頂きますと、直視ではない、間接的に観
察できるといったビデオ喉頭鏡といったものは、現時点では、一応、
通知上認められていないということの見解で進んできております。役

人的というような話になってしまうかもしれませんが、その理由は、30ページに記載しております。30ページの一番最初の冒頭のところでございますが、厚生労働省と総務省消防庁との通知によりまして、その中で気管挿管の業務プロトコールの中に、赤字でございますが、「直視下経口挿管に限定する」という、この「直視下」という文言があるがゆえに、間接的に見ているというものは含まないという、いかにも役人的な整理がなされておりました、現時点では使用できないということになっているという状況でございます。

これを、通知解釈という形で、「やっていいですよ」という話にすることは、手続きとしてはそんなに難しいことではないのですが、ただし、このビデオ喉頭鏡というブレードは、特殊なブレードになりますので、これを使うに当たっては何らかの訓練が必要になるんじゃないか、あるいは、総合的に勘案しまして、例えば、口腔内の異物除去といったようなことについて、本当にどこまでできるのかといった考え方を少し整理した上で、使えないならその理由を、そして、使えるのであれば、どういう条件下なら救急救命士が使用できることとして整理していいのかといったようなことが1つの課題として上がっておりますので、検討課題として俎上にのせさせていただいております。

以上でございます。大変説明が長くなりましたことをおわび申し上げます。よろしくお願いいたします。

座長

ご説明、どうもありがとうございました。

それでは、きょうは、資料説明の冒頭にありましたように、このメディカルコントロール作業部会で検討を行う大きな項目、3ページに書いております、まず1つ目、救急に関する評価・分析という題目について時間を十分とりたいと思います。そして、少し時間を残しまして、後のほうでご説明がありましたけれども、救急隊員の育成のあり方といたしますか、再教育のあり方、それから、救急救命処置での喉頭鏡、特にビデオ喉頭鏡の使用についてご議論いただこうかなというふうに思っております。きょうは、作業部会の第1回目ということでもあ

りますので、いろいろな意見を自由に聞かせて頂くといいのかなというふうに思っております。

それでは、最初の項目については1時間ほどとりたいと思いますので、よろしくお願いします。

与えられている課題ですけれども、救急に関する評価・分析です。より効果的な救急業務の実施に資するべく消防機関の有する救急搬送に関する情報と、医療機関の有する患者に関する情報を連結し、評価・分析する方法について討議しなさいということです。これが出てきた大きな根拠というのは、消防法の改正で、病態別といいますか、疾病区分別に医療機関のリストをつくって、それに対して搬送先を選別する、あるいは傷病者の重症度、病態を評価して病院を選定する、そういった実施基準をつくっていきましょうということです。そのためには、行った行為、いわゆる搬送した結果がどうであったのかということが出てこない、実施基準を修正したり、また、新たな病院選定の基準を設けたりできないんじゃないかということです。したがって、病院前の本来、消防機関が持っているデータと、その後、医療機関で診療がなされた結果、診療情報といいますか、それを突合する必要があって、そういう分析をしないといけないでしょうと親会で議論されました。そういったことを先ほど溝口さんから説明を承ったと理解しております。

この問題については、2ページのところで、この評価・分析をするに当たって、どういう方法でデータを集積するんだということが1点だろうと思います。もう1つは、データを集めるのはいいんだけど、評価・分析は個人情報保護法との関係でどこまでできるか、その辺は法的にしっかりしておかないと作業部会でも困りますよということがありましたので、本作業部会には法関係に詳しい方にも委員に入らせていただいていますので、ご助言をいただきながらやっていきたいというふうに思います。

データの突合の仕方という問題、それについては、先ほど説明がありましたように、いろいろな方法があります。たとえば、消防機関ペー

スで集める場合、データベースは大体ポピュレーションベースに近くなりますけれども、一方、医療機関サイドから集めるということになると、これはホスピタルベースになりますので、部分的なデータしか集まらないということになります。データにおける内容の深さという意味では、医療機関が主体になると当然詳しいわけですがけれども、この辺をどういう形で整理したらいいのか検討を要します。

また、この作業の目的をはっきりさせなければいけません。本来は病院前救護の質の向上ということについてやっていきましょうということですから、決して疫学調査のようにものになってはならないと思います。あの項目も、この項目も調べようなどと、そのうち目的がわからなくなってしまうというようなのではちょっとだめだろうと思います。そういった意味では、プレホスピタルでの行為、あるいは搬送先の決定というのが、患者さんにとって不幸な転帰にならない、言いかえると、プリベントブル・デス（防ぎ得た死亡）だとか、プリベントブル・ディサビリティ（防ぎ得た後遺症）というのを招かない最良の方法を見つけることが目的だろうと思います。そういった方向でちょっとご議論いただきたいなというふうに思います。

大体、この方向性というのはそうなんだろうなというイメージを持っていただいて、議論に入っていきたいと思います。

こういう話をするのに、例を挙げて、資料もたくさんいただいていますので、最初の切り口として、ここ10年、長崎県では長崎救急白書というのを毎年出されています。それは、最初のうちは長崎市のほうから始まって、と私も聞いております。その後、県全体で消防のデータを医療機関に入った後の1週間のデータとあわせて年次報告を出しているということです。そういう意味で、福本委員、長崎は今どういう状況か簡単にご説明頂くと助かるかと思うのですけれども。

委員

恐縮ですが、長崎県版の検証票ということで14ページから、実際の検証票については15ページ、16ページということで、活動記録票を挙げております。実は、平成4年あたりに若いドクターに中心になっていただいて、まだこの白書をつくる前ですが、救命士ができて、

搬送だけをするような救急隊でいいのだろうかというようなご意見もいただきまして、若い先生方が、救急隊もドクターも看護師も一緒になって実地救急医療連絡会というような連絡会をつくって、その中でいろいろな検討をしてみようではないかということで、まず最初に発足しました。

その中で、いろいろな勉強会をずっとやってきて、まず最初のほうは、医療機関のほうから、先生方がそれぞれの病院のデータを持ち寄って検討なされていたというのが実情でございます。平成9年に消防局も医師会も全部入って、行政も入って何かやれないかということで、このプレホスピタルレコード、事務引継書というものを、救急隊が使っていた救急活動報告書とは全く別に、3枚つづりで、救急隊が3枚つづりを書き込んで、1枚は救急隊が持ち帰る、先生にこういう処置をしましたよと引き継ぐ、もう1枚は、一番最後ですが、病院側から返ってくる。そして、そこに、先生方の救急隊の処置に対するコメント、それと、この病院で本当によかったのかとか、救急隊の処置はちょっといかななものか、たまには、接遇でこんな態度ではいけないなど、そういうおしかり、またご指導の言葉も入れてもらいながら、それを進めてきました。

そして、平成9年から救急医療白書というものを、当時は長崎市と近隣の10カ町分を受けていましたものですから、その長崎市消防局管内の疾患の状況とか、そういうものをしていたということです。その救急医療の先生方が中心になって、その内容を見まして、やはり病院選定が間違っているのではないとか、実際、処置がどうだったのかというものを、先生方に救急研修会というものを開いていただきまして、その中で十分な症例検討を行ってきました。そして、救急隊を育てようというような言葉をいただきました。

我々とすれば、白書の中身は当初なかなかつかめなかったのが実態です。医療のデータという部分を見て、これを医療機関側がどういうふうに使われるんだろうと。白書を見ましても、結構数字のデータが並んでいる、これを救急隊としては別に活用することはないのですが、

医療機関としてどう使われるのかなと我々も考えていたところだったのです。ただ、救急隊としては非常にありがたいご指導を受けるところで、まだMC（メディカルコントロール）の協議会等ができる前の段階でしたものですから、非常に意思の疎通が図れていい内容だということで、消防局も積極的に進めてきたというところがございます。

平成15年、16年で、メディカルコントロール協議会というものが立ち上げられまして、県全体で県のMC、地域のMCとなったときに、もう県下統一した活動記録票にする必要があるのではなかろうか、長崎県は10消防本部あるのですけれども、各地域ばらばらでやっていたんではよくないということで、当時、私は救急の事務局にいましたが、各消防本部が部会をつくりまして、国に示していただいた活動記録票をもとに、それと、我々長崎市がずっと使っていた活動記録票をあわせまして、今回、この4枚つづりの県下全般にわたっての活動記録票、検証票、それに最後の統計的なものということでやりましょうということで、大体、年間5万件近く、約90%の回収率というところで、長崎市域にあっては95%程度の回収率でございます。

これを見まして、先生方のコメントも入ってきますものですから、メディカルコントロール協議会の中に検証医もいらっしゃって、MCとしても検証部会、検証をやっているのですけれども、それ以前に、直接患者さんを引き継いだ先生からコメントをいただけるというところで、救急隊には刺激になっています。

それと、転帰とか確定診断、そこら辺は消防局も入力していますので、自分たちが扱ったデータについては消防局の救急隊員も見られるようにしておりますので、各救急隊員がどうだったのかというようなときに、やはり確定診断、そして患者さんの転帰、特に高次の医療機関への転帰ですね、それと、自分が運んだ病院とは全く科目違いのところへの転帰とか、そういうものがあつた場合に、それは検証の対象にしようということで、そういう部分では救急隊員の教育には有意義になっているのではなかろうかなというふうに思っています。

それと、県版の医療機関の白書をとりとめられた以降、脳卒中関係の搬送機関とか、そういうものを医療機関側がとりとめられまして、平成20年から県内でのセンターの指定ということで、脳卒中が疑われる場合については、この地区はこの病院に運びなさいというような指定をされたところでございます。3年前には、特に長崎は離島を抱えているものですから、離島圏の搬送状況、それに病気の状況、二次病院なのか、三次病院に搬送されているのか、当然、離島には三次病院はないわけですが、そういう科目とか、そういうものを統計的に出されました。やはり離島医療ということでは、ドクターヘリが必要ではなかろうかということで、県にドクターヘリを導入し三次の医療センターに常駐させまして、特に多発外傷、脳卒中等につきましてはドクターヘリで搬送するというようなことの資料にも使われているということです。

実は、6日に、MCの協議会を利用してといいますか、消防法第35条関係が改正になりましたものですから、1回目の協議会が立ち上がるようになっております。当然、その中でも、今、病院群の輪番制度で休日・夜間はやっているのですが、これをどうにか科目別の輪番制度あたりの受け入れ体制をやってもらうことができないのかとか、そういう部分での協議もなされるということも聞いておりますし、その会議にも出る予定にしておりますから、今後、そういう資料を使った受け入れ体制、救急の搬送体制というのに我々は期待をしているというところでございます。

以上でございます。

座長

ありがとうございます。

ということで、そもそも救急隊員が運んだ先でどうなっているか、あるいは、それをフィードバックしていただいて、そのプロセスがそのまま救急隊員の再教育的なフィードバックになっていました。そこへ持ってきて、メディカルコントロールのことが出てきたので、検証と相まって、さらにこのデータの内容が充実してきたというのが、恐らく実情だろうというふうに思います。

委員

実は、危機管理としての法律学の視点から申し上げますと、医学的に、あるいは再教育の面からすると素晴らしい試みであって、調査としては評価できるものえだっても、必ずしも手放して評価できないところもあるのです。ご存知のように、平成16年に東京地裁から活動記録票に対する文書提出命令が出されて以降、公文書である活動記録票は裁判所に提出されて公にされます。そのうち、検証票に関しても同じようになるでしょう。医師の初診時の診断と救急隊員の観察の結果考えた病名が食い違っていた場合、あるいは、検証医による誤解を招くような決め付けた記述があった場合に、調査のためといっても、あるいは再教育のためといっても、一旦書かれてしまうと、それが独り歩きして、それを見た人によって、どのように利用されか不明瞭です。例えば、それを不心得な弁護士が見た場合に、これは救急隊の活動ミスだ、国賠法の対象だととらえれば、そのような訴訟に発展する可能性もあります。これからは、厳しい訴訟社会になっていくといわれていますので、こうした項目を設けることは危うい面もあるのだということ認識されて調査を実施していただきたいと感じました。せっかくの貴重な調査に水をさすようで、余計なことかもしれませんが、一言申し上げました。

座長

委員のおっしゃることは、データを突合するという問題で、それはそれでいいんだけど、その救急活動記録の中に搬送先の転帰のよしあしを評価した内容まで書くのは、少し慎重にしたほうがいいだろうというお話と理解していいんですね。

そういう注意事項も今、承った上で、せっかく長崎県の救急白書のご紹介があったものですから、そのデータをマッチングといいますか、あるいは突合して分析をするという、プロセスの工夫というのをどうなされているかというのが実情として興味のあるところなんです。ちょっと教えてほしいのは、これは、病院に4枚つづりのうち2枚を置いてきて、その2枚のうち1枚を、7日目時点の転院先医療情報を医療機関が記載しますが、その記載された調査票を、消防機関が集めに行くのですか。それとも、一定のルールがあって、郵送なり、ほか

の手段なりで、役所なり、消防署なりで集めるのか、その辺の実態をちょっと教えていただけますでしょうか。

委員 16ページをお開きいただいたらとよろしいと思います。1-3表、1-4表、これを病院のほうへお渡しするわけです。1-3表は、救急隊の引き継ぎ用ということで医療機関が保管します。1-4表の上の住所とか氏名欄を外した点線のほうから下のほうが回収ということになるのですけれども、二次医療機関については、一応、消防局のほうに送付して頂きますが、場合によっては救急隊が1週間後に、救急搬送したときのついでに回収するという場合もございます。医療機関にあっては、封書と切手をお渡ししておいて、長崎消防局のほうに郵送して頂く、もしくは、これを入力する地域保健課という市の機関のほうに持参していただいているところもございます。一次医療機関については、医師会のほうで集めていただいて、それを消防局のほうで一括して集めて、入力をする地域保健課のほうに渡す、そしてまた入力が済んだら長崎消防局のほうに返ってくる、そうすると保管は消防局のほうでやるという流れでございます。

座長 そうすると、郵送の場合もあるし、医師会に持ち込んで、消防にそれを集約する、幾つかの方法をとっているということですか。

委員 パターンは幾つかございます。一応、病院のほうにお尋ねいたしまして、「どうでしょうか、回収しましょうか」ということで、事務局の方のほうで、「いいですよ、私のほうで準備しておきますから、救急隊が来たときに取りに来てください」という場合もございます。

座長 回収率が87%というのはすごいですね。督促をかけたりののですか。

委員 全くやりません。

座長 やらなくてこんなに集まってくるのですか。

委員 基本的に、長崎市域は95%程度だったのですが、当時はこちらのほうから出せないという医療機関もございました。最初のほうは、消防局がお願いをしているということではございませんでしたから、そういう取りまとめをされている実地救急の先生方が、病院のほうと話をし

て、協力をしようというような形で、ずっと回収率が上がっていきま
した。16年度以降については、医師会の先生方、二次病院、三次病院
の先生方が関わっておられますので、この調査についてはもう出さな
いというようなことではなくて、回収漏れ、若干出てこなかったとい
うような数字が出て、90%程度ということになっているということ
でございます。

座長 ありがとうございます。

委員 今のご説明を聞いた中で、ちょっと確認というか、教えていただき
たいのは、この4枚複写の検証票をすごく活用しているのですが、13
ページの上から2つ目の○のところですけども、「救急隊は患者情
報やプレホスピタルレコードを記載し」という記述があるのですが、
どこまで扱った患者さんの情報をここに記入して医療機関に渡して
いるのか、詳細な観察情報等を含めて、医師引き継ぎまでの間にこれ
を書いて引き継ぐには、その辺のところの作業がどうなっているのか
教えていただければと思うのですが。

委員 15、16ページの1-1から1-2、1-3、1-4、これは複写式と
なっておりますので、基本的には救急隊は1-1を記入するのみにな
ります。1-2、1-3、1-4はすべて複写で出ることになります。
出場場所、指名、傷病者住所等は、搬送中、もしくは口頭で、先生に
引き継ぐ場合に、ほとんどのところは埋めて病院側に渡すというよ
うな形にいたしております。搬送途上、車の途上で書けなかった場合
については、住所・氏名等と覚知時間、処置、それと、一番最初の接触
時の状況を丸で囲みます。ただ、記載するいとまがないときについ
ては、丸でかいて、処置がなければバツにしてお渡しをするというよ
うな状況です。1-1表だけを、できるだけ埋める、1-3表と1-4
表を先生のほうにお渡しするというような形にいたしております。

委員 そうすると、原則は、一応、ここに書かれている内容を記載してお渡
しする、そういういとまがなければ、最小限の情報だけ記入して、病
院側にこの検証票を置いてくる。そうすると、いとまがなく、持ち
帰って、消防署でまたこの中身を記入して、その中身をまた医療機関

のほうにお知らせするという作業はないのですか。

委員

基本的には、1度渡したものを、帰ってきて追記するということはさせておりません。先生方にお渡しした部分については、活動記録としてそのまま残すというのを原則としております。問い合わせ等があった場合について、また部分的にお答えしたり、余白に書いたりはしますけれども、原則、1度お渡ししたものの追記・訂正等はさせないということではしております。

検証票というのは、部内検証、そして、MCの検証票は1-2になりますものですから、あくまでも1-3表というのは救急隊の活動状況ということで病院側が持っているらっしゃって、カルテにとじられる場合もあろうかと思えます。ただ、1-4については、切り取り線以下が返ってくるということになります。

座長

4枚複写で、要は、病院前救護の患者観察についてのところというのは、現場で書いて、病院到着後でもいいんでしょうけれども、記載して、病院に置きますので、共有の情報として病院側もキープできるし、今度、検証票のところでも見ることができるというふうに理解したらいいということですね。

先ほど、委員からご指摘のあった、MCでの検証で書く検証用の所見というところは、このデータのマッチングにかかわらず、通常の検証の書き方の注意事項だろうと思うのですが、1-4は、切り取って、いわゆる匿名化をした形というか、情報が漏れない形で、連結できない形にしておいて、一たん集めて、幾つかの情報整理に使うのが1-4ということでもいいのですね。

委員

そうです。

座長

こういう工夫をされて、データを収集して、分析したり、細かな内容をどうするかということは、ディスカッションをそこまでやるべきかどうかちょっとわかりませんが、大変苦労されて、かなり成熟した形のツールになっているような気がいたします。せっかくですので、この際ですから、ちょっと聞いておきたいということはいかがでしょうか。

委員

検証をどのようにやるかということで、私たちも、1カ月間、すべての症例をうちの周りのものを集めたりということをしてきましたが、結局、それをやっても、どこに運びましたはわかります、どこがどう断ったかは、わかります、その理由もわかります。けれども、結果として、それがいい搬送だったのか、悪い搬送だったのかというのは、なかなか出てこないのです。A病院に運びました、それはよかったのでしょうか、悪かったのでしょうか。長崎のこれは非常にすばらしいと思うのです。今度、調査で三次医療機関だけというようなのもあったのですけれども、僕たちは、どちらかという、三次医療機関に運ばなかった症例が悪い結果になった場合というのをピックアップできないということで、長崎のように、病院のほうからも、消防のほうからも、それこそまいマッチングで、三次医療機関以外のところも含めたマッチングでないと、本当のところは出てこないんじゃないかというのがすごく気になります。長崎の場合、この搬送はよかった、この搬送はよくなかったというのは、どこで出てくるのかというのが、もしそういう場所がどこかにあるなら、どういうようにそれをフィードバックされているのか。医者意見というのはわかったのですけれども、もう少しグローバルに見て、長崎全体としてこういう搬送はよかった、こういう搬送はよくなかったというのは、この検証票のどこから出てくるのか、それをちょっと教えていただきたい。

それと、さっき考えていたのですけれども、最初に事務局がおっしゃったことで、委員のご意見についてですが、例えば、2ページに、脳卒中ではないと思って搬送したが、実際に脳卒中であったというケースを改善していくことができるのではないかとするのは、委員のご意見からすると、こういうのは非常にデータとして危ないということになります。では、どうやって検証して、どうやってフィードバックしていくかということ、しっかりとつくっておかないと、これから何もできないんじゃないかというのがすごく気になります。文句を言っているのではなくて、ぜひ教えていただきたいという意見です。

座長

それは事務局からお話しできますか。

事務局

長崎でどのようなフィードバックをかけているかというのは、私は感想しか言えないので、ちょっと後回しにします。

先生のほうから、今、4ページにありましたような、三次医療機関の選定が適切であったか検証してはどうかというところでございますが、それこそまさに二次が重要だろう、二次ではなくて三次に運ぶべきだったのではないかというのをちゃんととらまえる、そうでないと、2ページでございますけれども、親会で出てきたような、アンダートリージをしてしまったというようなのは拾えないのではないかとご指摘は、まさにそのとおりだと思っています。実は、委員にも、本当は二次が取りたいのですというご相談を事務局としても申し上げたところです。ただ、二次を取るとなると、ある程度、網羅的にその地域の二次を取りにかかるといような形でないと、恐らく調査ができないのではないかなと思っておりまして、今年度、事務局として提案させて頂く流れとしましては、とにかく1回、調査をやってみるとい、試行もちょっとやってみたいなという腹づもりがございます、そういうことを念頭にご議論をいろいろいただきたいと思っている立ち位置でございます。

その上で、次のステップとしては、どこまで機能するかというのはなかなかわかりませんが、消防法改正を行って、現在、搬送受け入れについて一定のルールを決めていきたいと思いますということで進んでおります。その中で、こういうものに合致したものを脳卒中疑いとして運びましょう、それは都道府県で調整された事項ですからという基準として1回設定できれば、それは、救急隊が誤ったというよりも、その基準そのものがよかったか、悪かったかというような形でフィードバックがかけられるので、そこまで行き着いた暁には、委員の懸念をもう少しだけは超えられるような形で、調査・分析とフィードバックができるのではないかなと夢を抱きながら資料をつくっているという状況です。

いきなり長崎のように調査をするというのも、多分、無理だと思いますし、今、できるところから少しずつ進めていこうとすると、その後

座長

のいろいろな関係機関との調整を考えると、三次医療機関を対象にするのが妥当かなということがありまして、今、こういう資料となっております。他の方法についても是非ご相談したいと思っています。

委員がおっしゃるとおり、親会でも出てきたことですし、私は、個人的にも、三次へ運ばれたデータということに焦点を当てるよりも、運ばれなかった、アンダートリアージの拾い出し作業のほうが重要だということは、常々言っているところなのです。消防庁のほうで今年度中に取りたいデータということについてのディスカッションはちょっと置いておきまして、もう少し本質的なところを先に議論しておきたいと思うのです。

大体、データの突合の仕方と、従来、メディカルコントロールをやるべき隊員の質の維持のための作業としての検証をうまくマッチングさせて、データを取ってきた経緯があるということで、その方法論は使えるのではないかというふうに思っています。最初にもちょっと言いましたけれども、そもそもこのデータの評価・分析をする必要性というのは、搬送の実施基準等を定めるに当たってというところで、最終的にそういったデータがないことには、病院のリストをつくるにしても、例えば、脳卒中と言っても、t-PAができる病院を選定してつくるということになったら、どういう状態だったら運んで行くのかという観察項目と、その運ぶためのチェックリストというのができていなければいけない。しかしながら、現場の救急隊員にとっては、目の前にいる傷病者が、それこそ脳卒中だろうということで、脳卒中のリストだけを出すわけにいかない、心筋梗塞かもしれない、ほかの病気かもしれない、ごまんとある傷病の観察項目の中から何かキーワードになるのを選んで運ぶという、非常に難しい作業を強いられるわけです。

その一方で、脳血管障害については、とくにt-PAができる病院、あるいは脳外科的手術ができる病院というのをリストアップしておきなさいというのが、恐らく方向性なんだろうと思います。そういった選定基準をつくるためにはどのようなデータを収集しないといけない

のかということを少し議論していただきたい。そうすると、最初、三次に集めようと言っているデータが、次に、まずこういう形で集めていかないと意味をなさないということが出てくるのかなというふうに思います。

ちょっと僭越ではあるのですが、私が持って来た資料を、5分ほど時間を割かせていただいて説明したいと思いますけれども。「参考資料」、「横田委員提出資料」、「メディカルコントロール作業部会の検討項目」と書いております。

まず、病院選定の基本となる傷病者観察の医学的な基準というのは、これはメディカルコントロールですから、医学的に病院を選定する確かな基準、判断根拠があるのかどうかということを押さえておかないといけないと思うのです。事務局から常々、過去、島崎修次先生が救急振興財団のほうでつくられた重症度緊急度判定基準作成委員会の報告書がよく紹介されます。あれも、それなりの価値のある1つの雛形だろうというふうに思います。それ以外に、地域でいろいろな先生が工夫されている資料もあろうかと思えますし、最近では、日本臨床救急医学会のほうで、病院のトリアージに使う1つのツールとして、カナディアン・トリアージ・アクイティ・スコアというのを日本版に置きかえて紹介しようということになっておりまして、恐らく病院前救護でも同じような形で観察項目が使えるだろうというふうに言われています。そういった選定基準をどうするかということが重要です。

それから、2番目は、搬送結果のデータの収集と分析ということで、医療機関から集めるデータという内容がどこまでなのか、どういう目的に使うか、したがって、どういう項目が必要なのかということはよく考えないと、先ほども言いましたように、まるで疫学調査をしているような結果になってしまいます。しかも、医師が書く診療情報というのは山ほどあります。1つの病名でも複数の表現がありますし、そうなりますと、用語の統一も必要です。親会議でも、最近ではDPCが入っている病院が多くなってきたので、その背景にはICD10

が使われていますから、そこでルール化された用語を使うのかどうかとか、誤搬送の場合、あるいは不応需の場合は、コード化しておいて、理由になる根拠がカテゴリ化できるようにしておかないといけないなど、いろいろな問題があるのかなというふうに思います。これは、私個人の提言です。

2ページ目を見ていただきたいのですが、先ほど来、出ていますように、去年、あるいは一昨年もそうでしたけれども、メディカルコントロール作業部会でメディカルコントロールというのはどうあるべきか、ということを議論したときに、そもそも救急隊員の行うべき病院前救護のプロトコールをつくって、それを守るように実践をさせて、後で検証して、再教育をすることで質の向上を図ろうというのがコア業務であるところと異論のないところだと思います。メディカルコントロールの検証をやっていると、左上に書いているように、病院を選定する問題というのが同時に出てきます、いわゆる救急医療体制そのものにも具現していかないと、隊員の話だけではおさまらないということが出てきます。そうすると、教育の問題がありましょうし、翻って財源の問題も出てきます。そして、一番大事なものは、こういった中で患者さん本位のデータというのはどうなっているのかというところが、クオリティインプルーブメントにつながっていくんだろうというような議論をしたことはあります。

次のページを見ていただきたいのですが、今回、消防法の改正で、搬送の実施基準等をつくり、搬送先まできっちり検証しましょうという話になってくると、「Core②」と書いてあるところですけども、当然、脳血管障害とか、循環器の冠動脈拡張治療ができる病院のリスト作成が先決ですが、これはこれで一方の地域医療協議会等を巻き込んでリストをつくるにしても、その病院にどうやって運ぶのかという基準をつくらないといけない。その基準を周知させて、それでもって隊員が実際に観察して、適合したら運んでいただきます。運んだ後は、そのデータがどうだったかというのを見て検証する、そして、この言葉は委員からまた言われるかもしれませんが、よかったか、悪かった

か、適切であったかということも含めて、当然、それは応需すべき医療側にも問題が出てくることもあろうかと思っておりますので、そういったものも含めてフィードバックがかかっていくのだろうと。この部分のところというのは、医学的に適切な判断根拠を示して、そういう観点でフィードバックをかけることが重要であるため、そういう意味でまさしくメディカルコントロール業務の一つだと思っております。これを「Core②」とあえて書かせていただきました。長崎は、恐らくこのCore①とCore②がほぼ一緒のような形で成長してきたんだらうというふうに思います。

私どもの地元でも、Core②のほうをもう少し目に見えるような形でできないかということで検討してきました。次のページですけれども、堺で行おうとしている方法は、メディカルコントロール協議会の拡大バージョン、なぜ拡大バージョンかといいますと、実は、受け入れの病院をすべて網羅する必要性から、組織的には行政と医師会という力がもう少し入ってこないとできませんので、病態、あるいは処置別の受け入れ可否情報をきちんと取って、それをカレンダー、時間、曜日で落とせるリストをまずつくるという作業をして、その病院を選定するための基準を作成しました。同時に、搬送実施後、データを集めて検証しましょうという、従来の隊員に対するメディカルコントロールの図柄をそのまま搬送に置きかえた形でやってみましょうということにしました。

次のページ2枚は飛ばさせていただきますけれども、具体的にどのようにするかといいますと、ここに疾病救急トリアージ及び活動記録票というのがありますが、これは東京都消防局もやられていますし、長崎の先ほどのような基準もありましたけれども、上半分は現場の観察項目、それから、その観察項目の内容に応じてそのまま病院選定できるようにしています。上から緊急度の高い観察項目をチェックさせて、救急救命センター等に収容する患者を先に拾い出して、そうでなくても、専門性の高い病院に運ばないといけない疾病を拾い出せるように工夫しています。循環器であれば、これはA C S、心筋梗塞等を

拾わせるためのチェック項目を、主要なものを選んでいきます。次は脳血管障害を拾い出すような項目立てになっていて、次は消化管出血、それから、外科的処置の必要となりそうな急性腹症というふうに列挙しています。

ここにチェックが入ると、それぞれ②、③、④、⑤に相当する病院リストがあります。その病院リストというのは、次の次のページとか、最後のページのところに受け入れ可能病院が、月曜から土曜までのカレンダーでこういうふうに入っています。

こういう基準をベースにして、先ほどのシートに戻っていただきたいのですけれども、運んだ後、その下にある搬送先医療機関から取るデータが入っておりまして、目的となる②から⑤のいわゆる病態別病院の中で、そこに運ぶ目的が、処置とか手術だったので、それがそういう適用として使われたのかどうかということを中心に拾う目的で、そういったところを目的に返してもらおう、それで転帰を返してもらおうということです。だから、これは、選定の基準と選定の対象となった病院のリストがそれぞれうまくマッチしたかどうかということを目的にデータ収集しましょうという例だと思っていただきたいと思います。したがって、隊員の質の評価をするようなことは、この中には一切出てきません。

そういうことで、さっきのCore①とCore②の業務を分けた形の検証結果ということになっているのです。こういうやり方についてご意見、ご批判があれば、また地域で変えられるだろう、そういうような例だと思って、ちょっとご紹介させていただきました。

委員 これは今はもう実施しているのですか。

座長 始めようとしているところです。

委員 「活動記録票」と書いてありますが、これだと不足している部分があります、それは別紙にあるわけですか。

座長 本来の活動記録票はあります。

委員 本来の票のほかにこれを書けと。

座長 そういうことです。活動記録票というのは、それこそ病院選定のトリ

アージシート、前半部分だけに重きを置いていると考えていただければ結構です。

私どものところは、長崎県とは違って、だれが集めに行くのとか、集める費用はどうするんだとか、今、非常に大きな壁には当たっていますけれども、概ね消防法の改正もあるからこそ先行してやりませんかというところで、消防機関は結構乗り気になっていただいているところがあります。

ここで問題なのは、医療機関側のリスト、名前をどこまで出すのかというようなことは多少議論の対象になっておりますけれども、ちょっとこういうのを参考にしてください。僭越ながら、こういう座長の手前みそのような資料も検討の対象にさせていただきながら、いま一度、消防庁のほうで年度内にいろいろなデータを取りたいとおっしゃっていることの方向性についてもう少し議論を進めていただけたらというふうに思います。

委員 前に座長から伺ったことがありますけれども、先生の地域は二次医療機関と消防の管轄範囲が一致しているから、二次医療機関も含めて、いろいろなことが可能だと思うのです。しかし、多くの場合は、分断されているか、またがっているかということですから、その辺も含めたデータの取り方をこちらからサジェスチョンしてあげないと、現実にはなかなかうまくいかないのではないかと思います。

座長 実は、私は、メディカルコントロールの会長として、以前いたのは泉州地域で、1救命センターに対して10消防本部、市町村は11ぐらいあるところで、結構凹凸があるのですが、逆に、府から委託されている保健医療協議会として集めてしまうと、消防は結構横並びにやっただけです。けれども、こういう協議会をどういう形でつくるのかというのは、メディカルコントロールという体制ではちょっとしんどかったです。今いるところは、逆に、おっしゃるように、ほぼ消防と医療圏が一体化していますので、行政もほぼ1本です。高石というのがちょっと入っていますけれども、おっしゃるように、フットワークは軽い、早く進みますね。そういう工夫はあると思いますけれども、

そういう意味において、都道府県主導で、分断されているところは強い牽引力が必要なんではないかと思うのですけれども。それは、恐らく消防庁からそういうふう強く押さないと、個々の自治体消防に任せていては、多分しんどいだろうなと思います。

このデータを収集する方法とか、あるいは項目の内容とか、それは一体何の目的で結果をどう使うんだというようなことも含めて、ご意見はないでしょうか。委員のほうから、例えば、山形でこういったデータを評価・分析すると想定した場合、どうでしょうか。

委員

まず、書類がたくさんふえる、記録するものがふえるということが、実は、先月、トライアルとして、心筋梗塞を疑う方の、こういうシートをつくってやってもらったのですけれども、ある程度説明しないと、「何でこんなことをするんだ」というような意見も消防のほうから出てきてしまうというところがあります。あとは、こういう書類がふえていくと、これをつくるのに予算請求しなければいけないとか、あるいは、検証にかかる費用とか、そういったものに関するお金が絡んでくると、かなりスピードが下がるというようなところが1つあります。ただ、ご自身の救急隊のレベルをある程度上げるためのツールとして使ってくださいというような説明をして、一応、それについては理解していただいたのですけれども、要するに、病院も含めて救急医療の体制をある程度変えていくということになると、かなり病院側の先生方の意見も取り入れていかないと、なかなかうまくいかないのではないかと。こういうデータを集約して、それを、医療側からも吸い寄せないといけないので、そういうことになると結構大きな話になってくるというのが、先月、一応、準備してやったのですけれども。

座長

山形県に救命センターは幾つありましたか。

委員

救命センターは、今のところは2つです。

座長

山形県で、先生の病院と、もう1つはどこでしたか。

委員

公立置賜で、もうすぐ日本海ができるかもしれないという状況です。

座長

三次救急医療施設といえども、救急救命センターといえども、いわゆる搬送の基準といえますか、受けてあげますよという基準は、恐らく

同じ県内でも温度差が少しあろうかと思うし、ましてや、山形県、先生のところが三次を受けている基準と、大阪や東京は全く違うと思うのです。別の委員会に出席されている、福井のところのような救急センター、うちはコンビニから始めていますと。要は、一次から三次まで全部とっているんだよというような救命センターがあります。そうすると、一定の基準で受けるというひな形があったとしても、実際に山形と大阪と東京と福井の搬送結果を評価するということは、この基準そのものが違うんだから、いわゆるベンチマークはできません、要は比較はできないということになります。

そういうことで、先ほどアンダートリアージでちょっと問題だという話があったのですけれども、消防庁さんに、なぜ三次に運ばれたデータを取って、そこで搬送の実施基準がよかったのか云々ということなのかということ、ちょっとお聞きしたいのですけれども。

事務局

実は、三次がものすごく均一というか、質が全く同じようなものであれば、それこそ我々事務局として三次というのを出すこと自体がナンセンスだと思うのですけれども、先生がご指摘のように、どうも三次という話を聞いていても、地域によっていろいろ風景が違うらしいというのがありまして、結局、皆さんが正しい、正しくないと言っているのは、かなり尺度というのが違うんだらうというのが感覚としてはあるのですけれども、それがどんなふう違うのかというのがよくわからないというのがありまして、その辺も少しベースのデータとして出していてもいいのかなというのは、ちょっと思っているところだったのです。

座長

水を差すような言い方になって大変失礼なのですけれども、先ほど言いましたように、三次の医療施設の受ける基準というのは、都道府県の中でもそうですけれども、全国で全体に見るとかなり差があると思います。翻って、病態別というか、処置が可能かどうかというようなことで、例えば、t-PAやら、即座に開頭術ができる脳血管障害の対象になるような患者さんをすぐにとれる、これは救命センターでこなしている地域もあれば、二次のいわゆる脳卒中病院といえますか、

脳外科専門病院、今、何とか記念病院といっているいろいろあります、地域によってはそこが特化してやっているというところもあります。循環器も全く一緒ですので、救命センターでこなしているところもあるし、ほかでもこなしている。別の検討会でも出ましたけれども、そうになると、そもそも初期、二次、三次のような体制の上にとつとつてのデータ取りということ自身が、意味をなさないのではないか。逆に、この実施基準等のところが出てきた、t-PAが受けられる脳卒中病院はどこですか、心カテがすぐできる病院はどこですか、そのリストを出しなさい、そこへ観察して運びなさい。そういったことが実態としてどの程度なされているのかということ言えば、私に言わせると、何も救急救命センター対象ではなくて、むしろ、そういう顔つきがはっきりわかっている病院を対象にして、搬送が適切になされているかというデータをパイロット的にとるほうがまだ生きてくるのではないか、そういう気がいたします。

委員

今、厚生科学研究で医療の連携に関する研究というのがあって、私の担当が、二次の病院の地域における連携はどういうふうになっているのかについて少し検討しなさいというお話だったのです。一応、長崎と山形と青森が入って、そのデータもどういうふうにしようかということをお話ししたのですが、今ちょうど座長がおっしゃったようなことを少し調べてみようかということで、要するに、患者さんがどこの病院に運ばれたときには、どういうふうに高次の病院、三次まで流れていくのか、あるいはそこでもう終息しているのかということについて、どんな患者さんがどういう形で運ばれているのか。それには、ある程度、運ばれるまでの時間とか、そういったものを調べてみて、全体的に1つの県の中で、山形なら山形の中でどういうふうに患者さんが流れていくのか。そういうのを見ていると、ある疾患については、そこで全部頑張るといふ病院もあるし、そうでない病院は、いきなりスルーパスで救命センターに送っているとか、そういうような実態がわかるのではないかということで、一応、そちらのほうを今ちょっとアプローチしているような状況なのですけれども、そういうアプロー

チはやっぱり必要なのかなと気がします。

座長 このデータを本年度中に取りようということは、改めてどういう分析をするためにどこのデータを取るべきかという考え方の整理をした方がよいかと思います。

事務局 そのこのところは、中でもかなり議論があって、先ほど事務局のほうから割と建前的な、三次を取る理屈をつけたと思うのですがけれども、やっぱり消防法の地域の事情をあぶり出すということと言うと、長崎でやっておられるような全体を見て、あるいは、初期、二次、三次ということではなくて、病態別というか、脳卒中とか、心筋梗塞とか、そういう分け方になるのかもしれませんが、そちらのほうがいいだろうという議論は多々あったのです。ただ、昨年、深掘り調査と書いていますけれども、患者さんの背景を調べてみようということで、東京で東京消防庁と医師会にご協力いただいてやったのですがけれども、そのときも相当いろいろ議論というか、労力をかけて、最終的には、医師会さんが相当前向きにやっていただきましたので、基本的には指定二次の医療機関全部に協力していただいてということのできたのです。長崎の87%というのはすばらしい協力率だと思うのですがけれども、そこがいきなりできるかどうかちょっと難しいという議論もあったので、三次であれば、データの取り方として確実に取れるんじゃないかということがあって、今みたいな話になったのですがけれども、きょうの議論を聞いておまして、何のための目的かというところがないと、労力をかけてやる意味がないので、そこはご議論を踏まえて考えていきたいと思います。

イメージ的には、三次を対象にするけれども、割と地域的には広く、全国ができれば一番いいと思いますし、政令市に全部とか、三次に絞るけれども、割と日本全土を横断的にやるようなイメージでいたわけです。ただ、医療機能に問わず、二次も含めてということになるとすれば、座長に甘えるわけではないのですがけれども、堺でそういうことができるんだったら、幾つかのパイロット都市でやってみるとか、もうちょっと地域を絞って、地域の消防も、医療側も、医師会等も含め

て協力できるところでやってみるか、そういった選択をしなければいけないと思うのです。どういうテーマでどういう目的でやるかというところが一番大事だと思しますので、そこはご意見をいただいて決めていきたいというふうに思っております。

座長 ありがとうございます。

委員 多分、次のテーマと合致してしまうのですけれども、底上げというのがもう1つございます。要するに、救急隊員の底上げが一番重要なので、そうすると、必ずしも三次ではなくて、二次も含めてやったほうが、別に、一次救、二次救、三次救の分類を立て直しましょうというような議論ではないと思うので、あくまで消防でやっていますから、そうなると、パイロット的にどこかでやるほうが、次のテーマとのマッチングからするといいのかなというふうに直観で思ったのです。

座長 私の個人的な意見を言いますと、地域で救急病院として熱心な病院は、「こんな傷病者を見たら、当院に搬送してください」と言って、救急隊には積極的に接しているのです。その基準というのは、自分の得手なところを中心にとってあげますよと言って、基本的にホスピタルベースでみんなでき上がっているのです。そういうふうなものの集合体だから地域ですき間がいっぱいできるわけです。

重症度、緊急度の高い症例、救命センターみずからがこういう症例をうちに運ぶことができなさいと示しているところは、本当は示さなければいけないのですけれども、現実には全国200幾つあるうちの救命センターは恐らく何も示していないと思います。あうんの呼吸で、「重症だったらうちなんだよ」というのが生きているだけです。

消防機関の方々、実際はどうですか。東京都は割と信頼しているけれども、共通して、消防機関に医療機関側からこういう患者観察でこういときはこの病院、あるいはA病院、B病院、C病院、こういときは救命センター、救命センターは比較的どこでも大体はやっていると思いますね。それでも抽象的です、呼吸が早いとか、ショック状態であるとか、意識レベルが低下していたら救命センターという程度であって、けれども、消化管出血でバイタルが悪いんだけれども、こ

れはどこに連れて行ったらいいですかというときに、そこまで示している医療圏というのはそんなにないと思います。

一方、法改正のあの議論では、実施基準をつくれということだけでも、病院のリストづくりというのは、病態別、処置別とか、あるいは症状別でつくることは可能だけでも、その病院を選定させるための傷病者の観察と、観察を行った後、こういうことだからあなたのところの病院を選んだ、このリストを使いましたという、その情報伝達がまだ未熟ですね。

だから、私は、もし消防庁がデータを取られるんだったら、ある地域ごとに、例えば、消防機関に対しては、病態、特にこういうときにこんな患者さんはここへ運べという搬送基準が既に病院から示されていますかというのを、1度聞いてみるとよいと思います。恐らく9割ぐらい示されていないと思うのですが。救命センターは結構示されていると思いますけれども。示されていないければ、消防法改正で言う実施基準というのは、これから一からつくらなければいけないということです。多分、その辺が大きな宿題で、消防庁はそこをまずつかんでおかないと、もう一方の会議のところのあれ、前に進むのが大変ではないかなというのを私は思いました。

それから、2番目の問題は、いわゆる不応需、取っていただけない医療機関が多うございます、時間がかかりますという数値が強調されすぎている問題です。確かに社会問題化しているように見えますけれども、実は、緊急度が高い、重症度が高い、あるいは適切な医療を受けないと不利益をこうむるといふ傷病者については、先にきっちり収容しています、そういった傷病者はちゃんと運んでいますという事実の把握が重要です。その一方で、有賀先生風に言えば、個人的にいろいろ条件のついた傷病者さんの収容先というのがなかなか困っているんだという事実も明確にしなければなりません。そこをしっかりとデータとして分けて、搬送回数が多いとか、時間がかかっているというのを、表に出すだけでなく、実は、重症例は救命センターに、消化管出血はちゃんと適切な消化器内科医のいる病院にちゃんと運んでい

ます、実は運ばれなかった症例というのはこういうのですというのをあぶり出すための調査でないと恐らくだめだろうと思います。

東京消防庁で、去年やられたデータにしろ、その前にやられたのは、確かに断られる理由、背景はわかった、しかも、緊急度の高いものは比較的早く入っている、それに似たようなデータが日常ずっと拾われていって、緊急度の高い、適切な処置をしないといけない人が入りづらくなっている地域は改善する必要がありますけれども、そうでなければ、あと社会問題として残された課題しか残っていないんだということがあぶり出されれば、消防機関にとっては、そう大きな社会的叱責を受ける問題はないでしょう。第2点目の、データを取るならそういうところを目標にさせていただきたいというのがあります。

ほかにどうでしょうか。救命士の教育をされている立場から何か。

委員

病院前救護の質の向上という意味で、今言われたように、救命士の教育的立場からは、選定違いかどうかということは教えてもらいたいです。だから、そこを病院側からはっきり知らせて頂くというのはすごく大事なことだと思います。ですので、先生の書かれている活動記録票にある、同日転送等は知っておきたいし、確定診断が何であったかというところをフィードバックとして知らせて頂くというのは非常に大事なことだと思います。

あとは、処置が足りなかった等フィードバックしていただけたら、救命士側にとってはすごく勉強になるのではないかと。例えば、生まれたての赤ちゃんを妊婦さんを運んだというときでも、全然保温もせずに運んできた等あればそこをちゃんと言っていただきたいです。あと、ものすごくチアノーゼがあるのに呼吸管理を十分やっていないとか、そういうところをフィードバックしていただけたら、搬送する上での質の向上にはなるのかなと。

選定は最も大切なところですがけれども、どちらかというと三次というのは、割と何でもとってくださるところが地域的には多くて、座長の言われたように、特化している二次病院というところに間違えて運んでしまった場合というのが非常に問題になると思いますので、

運んだ後の診断と、病院でなされた手術や処置、その後の転帰についても情報があるとよいと考えます。

座長 指導していく上で、特に、特殊病態に応じて運ばざるを得ない二次病院へ運んだ後の結果が返ってこないと、救急隊員にも観察項目の再教育がなかなかしづらいというのが本音ですね。

委員 そうです。

座長 ありがとうございます。

消防のほうから見て、せっかくこのデータを収集して分析しようという限りは、こういったところに注意してほしいとか、こういった希望があるよというご意見はありますか。

委員 私は、勉強不足で、恥ずかしいことを言うかもしれませんが。今、先生方が言われたように、現場での判断や処置がこれでよかったのかということが、こういった紙に落としていって、その開示を求められたときに、その矛先が消防に、救急隊に向けられるのではないかと、単純に考えています。

それと、今、先生方は、多分、恵まれた地域での理想を求められていると思うのですが、地方では三次でも温度差があるというふうに先生方も言っていますけれども、さらに二次ではもっと温度差がありまして、そういう中で、病院によって個々に違うし、ドクターによってもまた違うという、非常に後ろ向きな意見で申しわけないのですが、その中でこういった事柄を進めていくということは、相当なエネルギーが必要になってくるというふうに思っております。

座長 ありがとうございます。

一番最後の言葉は、頭の痛い話で、曜日・時間帯で実力差が顕著に出るというのが一般病院の日常のあり方です。だからこそカレンダー、あるいは時間帯も含めて、消防にきめ細かな受け入れのリストを、本当は地域でつくらないといけないだろうと思うのです。従来の救急情報と言われる二次の告示を3年通してやったところは手を挙げなさいというような手挙げ方式で告示病院制度をやっていますが課題はあります。本来は当直の先生は誰であるというのがわかるぐらいの力

レンダーが消防にあったら一番いいんでしょうけれども、ちょっとそれはやりすぎで、やはり地域で病態に応じた受け入れが見えるような形にしてあげないといけない。そうは言っても理想論で、なかなか難しいので、やれる範囲でどうしましょうかとなると、地域で搬送基準を決めたり、いろいろやらないといけないんだろうと思います。

ほかに、消防のほうからこういった病院前のデータと、医療機関の中の診療の行われたある程度の結果も含めてデータを集めてくるということについて、どうでしょうか。

委員

基本的には必要だと思いますし、方法論のことになると思いますけれども、ざくっとした感じですけども、とりあえず東京の場合、二次病院はたくさんありまして、救命センターが23なのですね。こちら側からしますと、救命センターにはさまざまな病態の人を搬送しますと。当然、二次病院にはまた別な特化した、東京では脳卒中、CCUとか、いろいろありますけれども、ここに書いてあるとおり、確かに脳卒中ではないと思ったんだけど脳卒中だったというのは、その脳卒中の医療機関ではないところへ運ばれるとか、さまざまあるのですけれども、とっかかりとして、私の感覚では、救命対応した重症度、緊急度判断についてどうだったのかということフィードバックしていただいて、その辺で、ここも必ずしも救命士に限らず、3人のチームでやっていますから、そこのところで何がしかの隊としての、あるいは消防機関としての実力のアップにはつながっていくのかなというふうに思います。先ほどのご意見で、そうは言っても、三次もいろいろまちまちということはありませんけれども、これは東京の場合で恐縮ですけども、一応、共通した重症度判断のもとでというか、MCのプロトコールの中で定めたものを使ってやっていますので、そちらのほうが一番最初としては入りやすいのかなという感じがします。

あと、データの件ですが、一応、東京は47分ということになっているのですけれども、少し分解して眺めてみると、救命対応の場合は、非常にまで行きませんが早くも早いと。軽症、中等症、重症等々を含めた全体を見ると47分という結果になっているのですが、少し分けて見

ると、その受け入れ体制もまた変わってくるということがあります。ですから、その辺も、病院のリストというのも必要ですけども、程度別で時間の差が出ているというふうなところも実態としてはあります。

座長 ありがとうございます。

1つ目の項目の議論だけでもまだまだ議論を重ねないといけないと思います。1回目ですので、思っているところのご意見を頂くことにしましたが、座長もそれなりに言ってしまったところがあります。また、次の作業部会のときには、きょうのこの1つ目のところ、すぐには思いつかなかったこともあるでしょうし、データを評価・分析することについて、こうすべきだろうというご意見があれば、事前に事務局のほうに言って頂くと助かります。

事務局 事務局からですが、今年度、この流れの中でできるところから手をつけていきたいなと思っております、ご意見などはメールでもやりとりをさせていただきながら、その結果を踏まえて第2回は開催していくというような流れで、開催前にもいろいろやりとりをさせていただければありがたいなと思っております。それで、先生方にお持ち帰りいただきまして、恐縮ですが、もし自分の地域で、例えば、堺の全体ですとか、東京の三次ですとか、自治医大近辺とかでできるということであれば、調査・分析にかかるようなところは消防庁としてご協力させて頂くということで、個々にそれぞれいろいろご相談させていただければなと思っております、どうぞよろしくお願ひしたいと。

座長 ちょっと確認ですけども、今回、消防庁自身がデータを評価・分析したいという根拠は、消防法改正にかかる実施基準の策定だけから流れてきた命題というわけではないのですね。要は、従来あるメディカルコントロールのいわゆる隊員の質向上を図るために、「観察項目、よくないよ、よかったよ」という従来フィードバックをかけていることを評価するためにも、その傷病者が病院の中に入って、実際受けた処置、転帰まで見たところ、「あなたの観察項目は結局はよかったね」とか、「もう少し努力すべきでしたね」というような、個人の評価、

事務局 従来のデータのメディカルコントロールをやっている業務にも活用できるという意味でのデータのマッチングと理解していいのですね。だからこそこのメディカルコントロール作業部会でご議論させていただいていると。

座長 私が提案したところのCore①、Core②、両方とも、あのサイクルをしっかりと回すために、病院選定だけでなく、個人の技能・知識を向上させるためにも、患者さんの最終的なデータをどういうふうに連結させて評価するかということをご提言してほしいというふうに理解すればいいということですね。

そういうことなので、委員の方々が、そういう意味で見たら、今やっているメディカルコントロールの検証のあり方もだいぶ変わってくると思います。今は、あまり病院のデータは出てきません、今の検証は、生きたか、死んだか。大体、消防機関は、PCPAの患者さんを病院の門前まで運ぶまでの資料しかなくて、ウツタイン資料でもせいぜい1週間、1カ月、大阪ですと半年も取っていますけれども、その顛末がどうなったかはほとんど分かりません。すなわち、検証のときは、そこまでの長期フォローをせずに、ほとんど病院前のところのデータだけで評価しているのが実態です。今度は、病院の中のデータを一緒に抱き合わせることでどういったフィードバックがかけられるのかということを見すえて、どうあるべきかということ、ちょっと頭の中で考えておいていただいて、またご意見をいただきたいと考えています。また、そういう要望はどんどん消防庁のほうに送っていただきたいと思います。

時間がなくなりまして、あと2つ議論するように言われているのは、一般のいわゆる救急隊員の教育のあり方を論議しなさいという点。もう1つは、喉頭鏡は、消防用で「直視下で」と書いてあるということで、行政上は「結構ですよ」と言えないわけでもないけれども、それなりの検討をしてほしいという点です。

事務局 法律では厚労省との合同の通知ですので、あくまで通知だけのレベルで、なぜかとめることができているという状況です。

- 座長 あと2～3分しかありませんが、麻酔科ご専門の先生お2人がいらっしゃいますので、ちょっとご意見を聞かせていただきますか。救急救命士が、従来のマッキントッシュ型の喉頭鏡ではなくて、いわゆるエアウェイスコープを使うということについて、医学的観点も含めてご意見をいただけますか。
- 委員 実は、九州研修所ではまだエアウェイスコープは使っていないのです。私は麻酔科医で、病院でも麻酔しているのですけれども、このエアウェイスコープは使わせてもらっています。使った側から言うと、とてもいいと思います。今、救命士が使っているマッキントッシュ型の喉頭鏡よりも、はるかに挿管困難を減らすこともできますし、今、病院実習を30例していますけれども、エアウェイスコープで30例もしたら、かなり挿管できるんじゃないかと思ってしまうほど、使い勝手は本当にいいと思っています。それでも、先ほど書いてありましたけれども、例えば、口腔内異物除去などの点では、口の中に入っている部分が大きいので、除去するのは難しいと思いますので、マッキントッシュ型の喉頭鏡を全く排除するということはできないと思うのですが、気管挿管に関しては訓練が必要かと考えます。
- 座長 先生はどれをお使いなっていますか、29ページにたくさん列挙されていますけれども。どれがいいとか悪いとかと言うと、ちょっと問題があるかもしれませんけれども。
- 委員 ペンタックスのエアウェイスコープです。
- 座長 先生のご意見としては、気管挿管の補助ツールとしてはマッキントッシュよりはすぐれているだろう、使っているだろうというご意見ですね。ただし、口腔内を吸引したり、直視的に異物をとるときには不向きなので、マッキントッシュの喉頭鏡は併用して置いておかないといけないということですね。
- 委員 それと、あと、このエアウェイスコープは、本体が定価で85万するので、そういう面から言っても。
- 座長 高すぎて。それは、また、需要がふえれば何とか下げさせるということもあるんでしょうけれども。

委員 エアウェイスコープだけちょっと特殊なのですね、挿管の方法が全然違うので、全く別物で、これを入れるのであれば、それなりにまた訓練をして、マッキントッシュの訓練はまた別だろうと思います。ドクターも恐らく別の訓練をしないと、最初は「何、これ」ということになるだろうと思います。それとは別に、ビデオ喉頭鏡は、教育の面から言えば、1人ではなくて、複数の人が見て指導ができますので、教育の面からいいと思いますので、直視下というところは何とか考えてもいいんじゃないかと僕は思います。複数で見て、そこはエピグロテイスだよという指導をきちんとドクターがしながら挿管ということを含めてできるようになる可能性があるものなので、直視下に無理にこだわらず、間接的ですけども、直視下と考えればいいのではないかと個人的には思います。エアウェイスコープは、確かに挿管だけはいいですけれども、吸引だとか、観察だとかというのにはちょっと向かないかもしれない、別物だという気がします。

座長 今、厚生労働省としてはどういう見解をお持ちでしょうか。

厚労省 やるとしたら通知を変えるだけなので、それは簡単ではあるのですが、従来型マッキントッシュでやらないといけないと思います。ビデオ喉頭鏡を使用できるようにするにしても、研修を補助的に、30例のうち何例かは限定して行うという形でいろいろ考えてはいるのです。消防庁とどのようにしたらよいか検討しているところです。

座長 それは、メディカルコントロール作業部会のほうである程度の結論を出すべき必要性があるんでしょうか、それとも、最終的にこんな意見が出ましたと高度化が言ったんで、じゃあ、厚生労働省と協議の上、変更しますというようなプロセスになるのですか、それはどうなのですか。

事務局 一応、親会には諮るという形になると。

座長 このような意見が出ましたという形でいいと解釈してよいですか。

事務局 そうですね。ただ、だめならだめな理由を構築したいですし、いいならいいで、どういう条件ならいいのかということは、交通整理をした

上で親会に諮っていければなと思っております。

座長 恐らく救急隊が独自にこういうトライアルをやっているということ
はまずないでしょうから。こういうのが最近出てきているという、存
在は知っていますよね。けれども、メーカーが情報提供に来られても、
直視下、マッキントッシュ以外のところまで使用できないので、消防
の裁量権で購入というのは、実際、進んでいないはずでしょうから。
事務局 教育の意味合いを込めて買ったりしているところはゼロではないよ
うです。

座長 ファイバービデオがあるかもしれないですね。それは使っているところ
はあるわけでしょうね。
そういうことで、この件について、今出てきたのは、エアウェイスコー
プのペンタックスのものなどは、それなりに大変利点はあるという
ことでした。ただし条件としては、異物除去、口腔内吸引というか、
のどの観察そのものについての直視下の喉頭鏡も必要なので、置き変
えることはできないので、必ず併用していかなければいけないという
ことです。また、操作が全く違う、手法が違うので、それなりにトレ
ーニングも必要ですよというご意見もいただきました。
委員、この件について何か追加することはありますか。

委員 特にはないですけども、オフ・ザ・ジョブですけども、エアウェ
イスコープを使って訓練したら短い時間でうまくできたとか、そのよ
うな発表はあります。

座長 あそこは発表はたくさんありましたね。先生のところはどうか。
委員 うち、麻酔科オンリーというか、機械が高いので、我々もまだ買っ
てもらえていないような状況で、一応、手術室である程度条件が整っ
た環境下であれば、非常に使いやすいというふうな話をされていまし
た。ただ、CPRをやりながらとか、そういう場合にどうかということ
については、麻酔科の先生からのコメントはいただけないというこ
とです。

座長 そうしたら、この中で、麻酔科ご出身の先生、あるいは知っておられ
る先生も多いと思いますので、まずはちょっとご意見を、特に委員は

麻酔の専門医ですし、いろいろな教育にも携わっておられるようですから、どういう印象をお持ちか、もしこれを救急隊員にやらせるとしたときに、どういった利点と、どういった問題点と、もし使わせるだとしたら、その問題点をかわすために訓練はこの程度やらなければいけないとか、出てくるんだろうと思います。もし、ご意見が新たに出てくれば、消防庁のほうにお伝え頂くと助かりますので、ほかの委員の先生もよろしくお願ひしたいと思ひます。

時間がなくなってしまうと、申しわけないのですが、救急隊員の生涯教育をやるのに、メディカルコントロールという立場でどういう形でやればいいのかということ、きょうは議論する時間がございませんでした。ただ、消防機関全体を見れば、救急救命士ばかりではなく、救急隊員そのものとして行動している人がいますので、その方々に対するメディカルコントロールをどうするかという審議がございます。きょうは議論する時間がございませんでしたが、次回には、討議しなければならないので、もう一度、26ページ、救急業務の質の向上、救急隊員の教育についてというところ、どういうところを議論しないといけないんだということだけ、最後に、もう一度、事務局のほうからご説明を願ひます。

事務局

26ページの一番下のところからごらんいただければと思ひますが、救急救命士については、再教育という形で、こんなことをずっと生涯教育として勉強していかなければいけないというのを、ある程度知見としてずっと出してきたという経緯がございます。しかし、救急隊全般について、実施基準という形で、例えば、第7条、上の四角の中でございますが、訓練を行うよう努めましょうということは書いてあるのですが、訓練を行うよう努めましょうということは書いてあるのですが、特にこういうことが大事だよとか、そういうようなことというのはほとんどされてきておりません。恐らく教科書を使うですとか、大きな消防本部であれば独自の研修システムなどを組んでいる、あるいは全くしていないとか、非常に温度差があるんだろうと思ひております。消防に求められることも今非常に高度になってきておりますので、最低限こんなものは参考にしてくださいといった、底上

げを図るような提言なりができていけばいいのではないかなと思っております。そこが最終目標でございますが、例えば、いろいろな消防本部でこんな取り組みをしているんだとか、あそこの消防本部の取り組みはいいらしいよというお話があれば、いろいろ情報発信していただけたらと思っております。

座長 わかりました。そういうことなので、次回、ぜひ議論をすることにします。

委員 今に関連して、先生方をお願いしたいことがあるのですけれども。僕みたいに、全国を廻る機会を得ている立場からすると、感じていることはたくさんあるのです。申し上げたいことは、何点かあるのですが、1つは、団塊の世代が卒業して、我々もそうですけれども、どの世界にしても質の低下があって、先輩が後輩を育てなくてはいけないうちに、「先輩、うざい」という体質になってきたときにどうするかという一番の問題があって、その中でとらえなくてはいけないという現実の問題。それから、法的な観点から言うと、CPAなどというのは因果関係の有無の立証が難しいことから争いにならなくて、実際には中等症のときに一番紛争が起こっていますから、それを防止するためにはどうしたらいいか。それから、もう1点は、それとの関係で、座長が熊本の全国救急隊員シンポジウムで座長をされたときに、シニアがジュニアを育てるためにどういうシステムが必要かということを議論していただけるとありがたい。それから、もう1つは、例の財政難で、救命士養成学校出身者がふえたときに、養成学校自体は救命士の経験のない救命士の方が教えている実態がある。そういう人が教えていて、消防に来て困ってしまう。だから、それを各消防本部でどういうふうクリアしていくかというのが問題です。私は問題提起だけで、各消防本部とか、九研とか、そこでどういうふう指導されているかを、ぜひ今度教えていただきたいと。以上です。

座長 ありがとうございます。

大変重要な問題として、最初の今日の話、情報を集めてどう評価するかということもありましたけれども、ファイバースコープの件、そし

て、最後に救急隊員の教育についてお話しをしてきました。、このよ
うな点について、特に消防機関の委員の方をお願いしたいのは、うち
はこういうことをやっているよ、あるいはこうすべきだよ、あるいは、
やろうと思うけれども、実はこういう問題もあるんだよというような
ことを、次回、できましたら、事前に資料があれば、2回目の作業部
会も議論しやすいと思いますので、出していただきたいと思います。
最後に委員から、いわゆる自己研さん、救急隊員といえども、自己の
勉強が大事で、しかも、自分たちの部下は自分たちが育てるという社
会的仕組みというのが、どうもまだ救急隊員には甘いところがあっ
て、そこも1つの大きな課題だというのは以前から言われていますの
で、どういう工夫をしているかというようなところも、次回には、資
料があればお持ちいただいて、全国に発信する標準の1つになればい
いのかなというふうに思いますので、よろしくをお願いしたいと思いま
す。

事務局 時間が長引いてしまって、申しわけございませんでした。

座長 最後に、事務局のほうから、締めるに当たってお願いがございました
ら、どうぞよろしく申し上げます。

事務局 本日は、活発なご意見、ご議論をいただきまして、本当にありがと
うございました。途中にも申し上げましたが、いろいろな事項につきま
しては、各委員の皆様方にご相談、あるいはご紹介などもいただきな
がら進めさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしく
お願いいたします。

第2回の開催につきましては、また追って日程調整等をさせていただ
きたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。

〔了〕