

平成24年度第2回千葉市救急業務検討委員会

議 事 録

1 日 時 平成24年8月1日（水） 19時00分から21時00分

2 場 所 千葉市中央区長洲1丁目2番1号
千葉市消防局（セーフティーちば）1階 講堂

3 出席者

（1）委 員（10人）

平澤 博之委員長、織田 成人委員、中村 弘委員、増田 政久委員
山本 義一委員、谷嶋 つね委員、斉藤 博明委員、中村 真人委員
太枝 良夫委員、田中 正委員

（2）事務局

佐藤警防部長、大極救急課長、山口救急課長補佐、反田救急管理係長、
梅澤高度化推進係長、高山司令補、石垣司令補、植田司令補、坂本土長

（3）オブザーバー

安部 隆三医師（厚生労働科学研究事業実証研究担当医師）
千葉県：中村室長（医療整備課）、旭副課長（消防課）
千葉市：白井係長（健康企画課）

4 議事概要報告

「平成24年度第1回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

5 報告及び議題

報告1 厚生労働科学研究事業「救急救命士の処置範囲に係る研究」について

- （1）実証地域選考結果について
- （2）実証研究における実施体制について
- （3）実証研究参加に必要な教育について（中間報告）
- （4）実証研究に関する市民及び関係機関への周知について

議題1 厚生労働科学研究事業「救急救命士の処置範囲に係る研究」に関する
実証研究に該当する傷病者の搬送先について

報告2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡追加講習実施結果について

議題2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る実習医療機関の追加について

報告3 消防ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動実績について

6 その他

平成24年度第3回千葉市救急業務検討委員会の開催予定について

7 議事概要

(1) 「平成24年第1回千葉市救急業務検討委員会」議事概要報告

平成24年5月21日（月）に開催された、平成24年度第1回千葉市救急業務検討委員会の議事概要は、平成24年度第2回千葉市救急業務検討委員会の会議資料として、各委員あてに事務局から事前配布されていたことから、議事概要に関する疑義、意見等はなく了承された。

(2) 報告1 厚生労働科学研究事業「救急救命士の処置範囲に係る研究」について

ア 実証地域選考結果について

事務局から、本年7月9日付けで本実証研究、厚生労働大臣が指定する市町村の消防機関として正式に指定されたことについて報告があった。

イ 実証研究における実施体制について

事務局から、指示体制について、医師の具体的指示により実施するとの説明があり、処置範囲拡大に係るプロトコルは、国の研究班が示したプロトコルを基本とし実施するとの説明があった。

また、データの扱い方法と調査書の取扱いについて説明があったほか、傷病者の有害事象の取扱いについて説明があった。

ウ 実証研究に必要な教育について

千葉大学医学部附属病院救急集中治療部の安部医師から、講義内容、及び、時間数に基づき教育を実施中である旨の報告があった。

エ 実証研究に関する市民及び関係機関への周知について

事務局から、市民周知として既に市長会見を実施し多数の報道機関に取り上げられたことについて説明があった。このほか、ポスターの掲示場所について説明があった。

(3) 議題1 厚生労働科学研究事業「救急救命士の処置範囲に係る研究」に関する実証研究に該当する傷病者の搬送先について

事務局から、千葉市消防局の救急隊員現場活動マニュアルによる搬送基準を踏まえ、本実証研究に該当する傷病者の搬送先を指定することなく現行の体制で実施する旨の提案があり、審議の結果、了承された。

(4) 報告2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡追加講習実施結果について

事務局から、国で示された追加講習カリキュラムにのっとり4時限の教育と3時限の実技教育を実施し、気管挿管認定救急救命士及び気管挿管病院実習待機救急救命士の137人が修了しているとの報告があった。

(5) 議題2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る実習先医療機関の追加について

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡追加講習修了者の実習先受入れに当たり、計画的な養成を図るため、新たに3医療機関を実習施設として追加したいとして事務局から提案があり、審議の結果、了承された。

- (6) 報告3 消防ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動実績について
事務局から、本年1月4日から7月末までの運用状況について以下のとおり報告があった。

ア 総出動件数24件（うち、医師が実際に現場まで出向した件数は9件）

イ 9件の内訳（内因性7件、外因性2件）

ウ 搬送件数（消防ヘリ7件、救急車2件）

また、本年6月より千葉県救急医療センターからの協力が得られ、2医療機関による出動体制となっているとの報告があった。

- (7) その他 平成24年度第3回千葉市救急業務検討委員会の開催予定について
事務局から、平成24年度第3回千葉市救急業務検討委員会は、平成24年3月初旬に開催するとの説明があった。

8 審議概要

山口補佐	ただいまより、平成24年度第2回千葉市救急業務検討委員会を開催します。本日の委員会は、千葉中央メディカルセンターの中村委員、千葉脳神経外科病院の湧井委員、みつわ台総合病院の中田委員が欠席となっております。また、千葉大学医学部附属病院から安部先生に御出席いただいております。今回の委員会におきましても、オブザーバーとして千葉県から消防課旭副課長、医療整備課から中村室長、千葉市保健福祉局より健康企画課の白井係長に御出席いただいております。それでは、開会に当たり佐藤警防部長よりごあいさつを申し上げます。
佐藤部長	警防部長の佐藤でございます。本日はお忙しいところ、千葉市救急業務検討委員会にお集まりいただき誠にありがとうございます。本日の開会に先立ち一言ごあいさつさせていただきます。今回の本委員会では、救急救命士の処置範囲拡大に係る実証研究事業について、これまでの当局の対応について御報告させていただくとともに、実証研究期間中のメディカルコントロール体制などについて御審議いただくためお集りいただいた次第であります。本実証研究に参加するに当たっては、メディカルコントロール体制が十分確保されている地域であることが大前提となっており、本市におきましては、本委員会の委員の皆様方の多大なる御協力のもと実施しております常駐医師制度を始めとした救急業務に対するメディカルコントロール体制が高く評価されたものと認識しているところであります。現在、救急救命士に対する処置範囲の拡大のための必要な教育を実施しております。教育状況について、7月31日に当局の消防学校に視察に行っていました。視察では、実技などはともかくといたしまして、傷病者、あるいはその御家族に対する同意を得るためのスピーディーでスムーズな説明が当初想定していたより、幾分懸念を抱いたことが正直なところでございます。本日は委員の皆様方に忌憚のない御意見を賜りまして、それを踏まえた上で効果的で安全な実証研究にしていきたいと考えております。また、本委員会の報告の中で、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用した気管挿管について、実習先医療機関の追加も計画しておりますので、委員の皆様方の御意見を賜りたいと思います。どうぞ活発な御議論を頂きますようお願い申し上げます。私のごあいさつとさせていただきます。よろしくお願いいたします。
山口補佐	それでは会議資料の確認をさせていただきます。まず本編資料、赤いインデックスですが、表ページは本日の会議の次第となっております。次にインデックス議事概要ですが、平成24年度第1回の委員会の議事概要となっております。次にインデックス1ですが、報告1と

	しまして、厚生労働科学研究事業「救急救命士の処置範囲に係る研究」に関する報告、及び議題１としまして実証研究に該当する傷病者の搬送先についてとなっており、この資料といたしまして、インデックス資料１、４ページの選考結果から２２ページまでとなります。続きまして、インデックス資料２としまして搬送先医療機関について、また報告１に係る参考資料としまして、クリップをつけず、机の上にお配りをさせていただいております。参考資料につきましては、カラー版の喘息薬一覧表、参考１救急救命士法施行規則の一部を改正する省令等の施行について、参考２救急救命士業務マニュアル、参考３医師業務マニュアル、参考４実証研究オンライン MC 医師記録票、参考５研究班事務局発行のニュースレターとなります。次にインデックス２ですが、報告２及び議題２としましてビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る教育実施結果及び実習先医療機関の追加について、この資料としてインデックス資料３ビデオ硬性挿管用喉頭鏡追加講習実施結果についてと、インデックス資料４ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る実習医療機関の追加についてとなっております。赤いインデックス報告３ですが、消防ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動実績について、この資料としまして、インデックス資料５、消防ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動実績についてとなっております。赤いインデックスその他ですが、次回の平成２４年度第３回千葉市救急業務検討委員会の開催予定についてとなっております。最後に青いインデックス参考ですが、前回の本委員会におきまして、平成２３年中の救急出動におけます各種項目別受入照会回数や、現場滞在時間等についての資料をお配りいたしております。乱丁、落丁等はありませんでしょうか。それでは、資料の確認を終わります。以後の議事の進行を設置条例第５条の規定に基づきまして平澤委員長にお願いしたく存じます。
平澤委員長	平澤でございます。各委員の皆様方におかれましては、大変暑い中、またお忙しい中、平成２４年度第２回の千葉市救急業務検討委員会に御出席いただき大変ありがとうございます。本日も活発な議論をお願いしたいと思います。それでは早速、次第に基づいて、議事概要の報告から進めさせていただきます。事務局からよろしく願いいたします。
山口補佐	それでは議事概要報告をさせていただきます。平成２４年度第１回千葉市救急業務検討委員会の議事概要について、でございます。お手元の資料インデックス議事概要をお開きください。平成２４年度第１回千葉市救急業務検討委員会は平成２４年５月２１日月曜日、委員９人の出席により消防局で開催し、４件の議題及び３件の報告事項を取

平澤委員長	り扱いました。なお、議事概要の説明につきましては本委員会の開催に先立ち、委員の皆様方に事前に御確認いただいておりますことから省略させていただきたく存じます。以上で、平成24年度第1回千葉市救急業務検討委員会の議事概要について説明を終わります。御指摘などございましたら、お願いいたします。 ありがとうございます。第1回の本委員会の議事概要についての報告がありました。今、事務局が申し上げましたように、各委員へ前もってお渡ししてございますが、何か御指摘事項等はございませんでしょうか。あるいは訂正事項等はありませんか。よろしいでしょうか。それでは議事概要の方はお認めいただいたということにしたいと思います。引き続き、議事に移りたいのですが、その前にお断りしておきたいことがございます。次第を御覧いただきたいのですが、従来は議題を先にやりましてそれから報告事項をやっていたのですが、今回は報告事項の内容はそれぞれ議題と深く関係しております。また、報告事項の内容を踏まえた上でないと、議題の検討がよくできないということが打ち合せのときに分かりましたので、今回に限り、まず報告事項を先にしていただいて、それに関連する議題1について検討します。議題2についても同様の形で議事を進めたいと思います。報告事項3は関連する議題がないので報告だけということになりますので、どうか御了承ください。それでは早速、議題の報告事項1、厚生労働科学研究事業「救急救命士の処置範囲に係る研究」について、事務局から報告をお願いいたします。
大極課長	救急課長の大極です。どうぞよろしくお願いいたします。本実証研究に参加するにあたりまして、当局の体制について御報告をさせていただきます。さらに実証研究に係る処置に対する指示体制、プロトコール、同意書及び広報や周知方法について併せて御報告をさせていただきます。詳細につきましては担当より御説明をさせていただきます。
梅澤係長	実証地域の選考結果について御報告させていただきます。本年の7月9日付で、本実証研究における、厚生労働大臣が指定する市町村の消防機関としまして千葉市消防局が正式に指定されました。全国では、129の消防本部が指定されております。この通知につきましては、参加消防本部に該当いたします各都道府県知事あてに発出されております。参考資料の救急救命士法施行規則の一部を改正する省令等の施行については、後ほど御確認いただければと思います。実証地域選考結果の報告は以上でございます。引き続き、インデックス資料1の5ページをお開きください。こちらは、実証研究に係る指示体制の報告でございます。本実証研究に係る指示体制につきましては厚生労働大臣が認めた救急救命処置であり、実証研究に参加する消防本部に限定

	して認められた正式な行為であると法的に位置付けられておりますことから、これまで医師の具体的な指示が必要である、いわゆる特定行為と同様に常駐医師が指示を行うこととなります。これは救急救命士法施行規則に正式に示されております。指示体制につきましては、以上でございます。引き続き、インデックス資料１の６ページをお開きください。プロトコールにつきまして御報告させていただきます。プロトコールにつきましては、研究班が示しております統一プロトコールを基本としたマニュアルを作成することとなっており、当局におきましては、このプロトコールに基づいて実施するという形になります。続きまして、インデックス資料１の７ページをお開きください。今回、処置範囲拡大となります３つの行為がございますが、血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与のプロトコールを記載してございます。続きまして８ページをお開きください。重症喘息に対するβ吸入刺激薬の使用でございますが、右下にございます下線を引いている箇所、特に救急救命士が使用できる今回のβ刺激薬でございますが、こちらの参考資料で御説明しております、カラー版の喘息薬一覧表をお開きください。こちらの一覧表にございます６ページと７ページ、赤枠で囲っている吸入薬が今回、救急救命士が使用できる薬剤となっております。こういったスプレー式の吸入刺激薬が数種類あるということで、傷病者がどのような薬剤を使用しているかについての確認方法は、現場の救急救命士と常駐医師の先生方の双方が名前を確認しながら使用することといたします。また救急救命士が使用いたします救急救命士業務マニュアル、常駐医師が使用いたします医師業務マニュアル。こちらを参考資料２と３として配布してございますので、後ほど御確認いただければと存じます。プロトコールの説明は以上でございます。
平澤委員長	お分かりいただけましたでしょうか。今日初めてお聞きになる委員もいらっしゃるかも知れません。さらに説明してくれないと分かりづらいと思います。重症喘息に対するβ吸入刺激薬の使用については、傷病者が前もって処方された喘息薬を持っていた、その喘息薬で今おっしゃった使用可能な喘息薬を持っている場合に限り、本人が使えなかったら救急救命士が代わりにやっていいですよということですね。
梅澤係長	はい。そのとおりでございます。
平澤委員長	そういうことですね。これは誤解があるといけませんので。それでは、説明を続けてください。
梅澤係長	はい。続きましてインデックス資料１、１０ページをお開きください。この実証研究の概要でございますが、３行為を行うに当たりまして、まず対象者が２０歳以上の傷病者となります。またこの３行為を

行うに当たり、必ず説明をしまして同意書に署名をしていただく必要がございます。なお、傷病者本人の意識レベルが低下しているなどのような理由で、実際に傷病者御本人が署名できない場合、こちらにつきましては代諾者いわゆる近親者でございますが、そちらの方に御署名いただき処置を実施することとなります。ただし、代諾者又は傷病者本人が同意されない場合は、この拡大された処置を行わず、通常の救急活動をしながら医療機関へ搬送することとなります。まずこちらの表書きの方、表と書いてございますが、こちらの用紙に署名いただいて、救急隊の控えとさせていただきます。また、裏と書いてございますこちらの用紙は傷病者御本人、又は代諾者の方に手渡すという形で持ち帰っていただくということでございます。この同意書につきましては、地域のメディカルコントロール協議会におきまして、構成を変更してもいいという研究班の回答を頂いております。同意書に署名を頂く、救急救命士の皆さんと、今回教育等に携わっている講師の先生方の意見を反映して作成しております。また、代諾者、傷病者御本人様がさらに説明を聞きたいというような場合は、裏面の用紙の下段にございます取り扱った救急隊の問い合わせ先に電話していただいて、説明や必要な対応を図るということになります。同意書の説明につきましては以上となります。続きましてインデックス資料1の11ページをお開きください。実証研究の大きな目的である処置範囲につきましてはの研究用のデータの収集方法について御報告をさせていただきます。データの収集につきましては、インデックス資料1の12ページをお開きください。こちらが実証研究で調査を行う用紙でございます。データの収集につきましては、処置を行わずして医療機関へ搬送する非介入期、並びに、実際の処置を行い医療機関に搬送します介入期、こちらに限らず実証研究期間中は継続しての調査を行うという形になります。この12ページに示している資料は救急隊が医療機関に手渡す傷病者登録用紙となります。医療機関でどのような調査について御協力いただくかというところでございますが、左の下の医療機関記入欄というところがございます。そちらに必要な事項を記入していただくこととなります。なお、記入後でございますが、搬送時その場で必要な事項が記入できれば救急隊が回収する。又は、14日以内にFAXで取り扱い救急隊へ送信するかのいずれかになります。傷病者の住所及び氏名は、この登録用紙に記入欄はなく、すべて番号で管理することでFAXでの誤送信に対応するような形で情報収集するという形でございます。また、こちらの登録用紙の回答をもって、実証研究班に消防局から情報を伝達するという形になります。データの収集方法については以上でございます。引き続きインデックス資料1、13

	ページをお開きください。有害事象発生時の対応について御説明させていただきます。有害事象発生時の対応につきましては、研究班が定めたアルゴリズムに沿ったものとなっております。14ページをお開きください。こちらは研究班が定めた有害事象のリストでございます。消毒による皮膚のかぶれから、実際処置を行ったことで傷病者に生じた好ましくない状況などがございまして、項目は全部で50項目に渡る有害事象のリストとなります。研究班では、特に、本実証研究に該当する処置で発生した死亡例や、後遺症が残るような重大な事象が確認された場合は、12時間以内に研究班へ報告することとなっております。具体的な対応でございますが18ページをお開きください。有害事象が発生した場合、医療機関から傷病者登録用紙と共に速やかに報告を頂きたいとしております。18ページのこちらの収容医療機関施設長あてですが、こちらの書類をお渡しして、有害事象発生時につきましてはすぐ取り扱い救急隊の方へ連絡するようにお願いしております。このような事態が発生した場合、重要症例調査専門部会等を緊急で開催するなどの対応を図ることといたします。また、有害事象が発生した場合の補償につきまして消防庁に問い合わせたところ、厚生労働省と消防庁とでは、有害事象の発生時の補償に関わる具体的な話し合いをされていないということでございますが、処置を行ったことにより死亡、又は極めて重大な事象が確認された場合は、できる限り速やかに実証研究班に報告してほしいという回答を得ております。実証研究の有害事象の報告につきましては以上でございます。ここまで何か御質問等はございますでしょうか。
平澤委員長	よろしいでしょうか。お分かりいただけたでしょうか。なかなか最初聞いたときは全体像がつかめない説明だったのですが、とりあえず続けてください。
梅澤係長	ありがとうございます。実証研究に必要な教育につきましては、本日オブザーバーとして出席いただいております、本実証研究のメディカルコントロールの担当医師でもある千葉大学医学部附属病院の安部先生にお願いしたいと存じます。安部先生よろしくお願いいたします。
安部医師	千葉大学医学部附属病院救急部集中治療部の安部と申します。救急救命士の処置範囲に係る研究の千葉市における実証研究に必要な教育を担当しております。教育の内容や時間割に関しましては、厚労科研の研究班の方から指定という形で時間数、講義の内容、実習の内容が示されていますので、基本的にはそれにのっとった形で教育を行っております。その内容としましては、それぞれの3つの手技、低血糖が疑われる傷病者に対して血糖を測定して血糖が低かった場合に50パーセントのブドウ糖液を投与するというものと、重症喘息発作の傷病

	者に対して本人が既に処方されて所持しているβ刺激薬の吸入薬を救急救命士が吸入させるというものと、あともう1つはショックが疑われる、若しくはクラッシュ症候群が疑われる傷病者に対して静脈路を確保する、というその3つのものですが、その3つの内容に関しての病態に関する講義と手技の実習ということで行っております。この事前教育は先週7月23日から既に開始しております、千葉市消防学校で行っております。対象者は千葉市の救急業務に従事している救急救命士のうち、心肺停止患者に対するアドレナリン投与の薬剤認定を持っている救急救命士74人で、3日間で22単位、22時間の講習を受けるという形でございます。この講義自体は千葉大学医学部附属病院と千葉県救急医療センターの医師により行っております。同時に、実習は救急救命士の中の指導救命士の方が連日4人来られて、実技の指導を行いながら医学的な内容の助言や指導をその方々が行っています。最終的に今ちょうど、74人中の約半数が受講し、修了しまして、最終的に8月14日で修了する予定となっております。教育に関する報告は以上です。
梅澤係長	ありがとうございます。引き続き、実証研究に関する市民及び関係機関の周知について御報告をさせていただきます。事務局といたしましては、市民へ処置範囲についての実証研究事業を広く周知しなければならないという必要性から市長会見を行ってございます。こちらが平成24年6月28日に多数の報道機関に対しまして、千葉市が実証研究に参加する旨を発表してございます。また、本実証研究で必要となるデータの収集につきましては、千葉市医師会及び民間病院協会へお願いしており、千葉市医師会には医師会全員に実証研究の説明資料及びデータ収集の協力依頼について周知をしていただいております。また、テレビ取材もございました。教育訓練の風景取材でございますが、こちらは7月24日18時、21時半と千葉テレビのニュースで訓練状況を放映していただいております。また、こちらの会場の入口にポスターがございまして、こちらのポスターの掲示につきましては、市内の主な医療機関並びに各消防署所に掲示するという形で広報対応をいたします。事務局からの報告は以上でございます。
平澤委員長	はい。ありがとうございます。お分かりいただけたでしょうか。報告事項なので議決を必要とするわけではありませんが、もう1回ちょっとかいつまんでいえば、従来、救急救命士がやれる特定行為というのは、気管挿管、気道確保、薬剤投与とあるのですが、でもこれらは心臓が止まっている人にしかできなくて、救急救命士が行うことのできる救命処置を広げてはどうかという議論があります。それで今回、考え方によっては3つとも4つともいえますが、乳酸リンゲル液を用

	いた輸液、血糖値の測定、ブドウ糖の投与、そしてβ刺激薬の喘息患者への投与という3行為がやれるようになったと。でも、全国的に一斉にやるとちょっと色々と問題があるので、全国でいくつか地域を選んで実証研究をやってみましょうよ、ということで手上げ方式でやりましたところ、千葉市が選ばれ、それに対してこれをやるために色々な準備が整いました、という話です。それでこの3つの行為はやっぱり医療行為に近いものですから、やるに関してはメディカルコントロールの常駐医師の指示に従って統一したプロトコルで、しかも傷病者の方に同意書に署名していただいた上で、同意が得られた時点で傷病者に対してこの3つのことを適応があればやってもいい、条件が整えばやってみてそれを報告して集めて、このままで全国的に広げて展開していいかどうかということを実証しましょうということなのですね。そのためにはかなり色々なことをやらなくてはいけなくて、市民への周知もありますし、安部先生達が頑張って教育もしてくれなければいけませんし、それからやってみて有害事象が発症する可能性もありますので、それは発症したら速やかに、野口先生という藤田保健衛生大学の方を班長とする研究班がありますので、そこに速やかに通知するとか、あるいは千葉市には独自の重要症例調査専門部会を立ち上げた経験もありますので、必要に応じてこの専門部会を開催して対応するということが準備が整いましたよ、ということです。この報告を踏まえてこれから議題ということになります但引き続きお願いいたします。
大極課長	それではこれまでの報告を前提といたしまして議題1、実証研究班より本実証研究対象となります傷病者の搬送について、本実証研究のためにあらかじめ地域で定められた基準に従って行うということとなっているところでございます。当局におきまして収容医療機関の現状を踏まえ、委員の皆様方に御審議をいただくものでございます。詳細につきましては、事務局の担当から御説明いたします。
梅澤係長	事務局から御説明いたします。まず本実証研究の対象となります傷病者の搬送先につきましては、国の研究班の方から本検証のためにあらかじめ地域で定めておくということでございました。それにつきまして、まず当局における本検証にかかわります収容先医療機関につきまして、現行の搬送基準を踏まえて検討したいと思っております。最初に、これまでの当局の基準でございます。救急活動につきましては、まず救命を主眼とした活動になります。また、傷病者の観察及び必要な応急処置を行いまして、速やかに適応する医療機関、その他の場所に搬送することを原則としております。こちらの方は救急救命士に限らず、千葉市消防局の救急隊全員に周知されているところでございま

平澤委員長	す。資料2の23ページでございますが、この規定に従い実施しているところでございます。また具体的な活動につきましては、千葉市消防局の救急隊員が活用しています現場活動マニュアルというものがございます。こちらに重症度緊急度判断基準というものがございまして、救急隊員の第1段階で生理学的評価を行います。このとき、痛み刺激を行っても反応がないJCS100以上、また、呼吸回数が1分間で10回未満、又は30回以上、さらには、呼吸音の左右差がある、異常呼吸がある、また、脈拍につきましては120回以上、又は50回未満、血圧は90未満、又は200以上といった場合、こちらを生理学的評価でこちらの項目に1つでも引っ掛かってチェックが入った場合においては、第2段階の症状等に進み、進行性の意識障害があるとか、チアノーゼ、高度脱水、このような症状があった場合にはこの傷病者は重症と判断し、救命センター等の三次医療機関や、又はこれに準ずる二次医療機関に搬送するということになってございます。これまでの活動を踏まえた場合、本実証研究のために改めて特定の医療機関を定めることなく、従来どおりの医療機関収容体制で実証研究に必要な調査を行うこととしたいということでございます。次の24ページをお開きください。実証研究のスケジュールを紹介させていただきます。まず先ほどオブザーバーであります安部先生から御報告がございました事前教育が、7月23日から8月14日まで千葉市消防学校で行われます。この3行為の処置に該当する傷病者を確認した場合に医療機関に搬送しますが、そちらの調査は、非介入期を9月1日から10月31日までの2か月間、また、実際の処置を行いながら医療機関に搬送します介入期間が11月1日から1月31日までの3か月間となっております。平成22年、23年の救急統計から、推測しますと5か月間で低血糖が約50人、喘息発作が約34人、ショック又は高エネルギー事故が約25人となっております対象となる見込みでございます。事務局からの報告は以上でございます。 ありがとうございます。先ほど、報告があった実証研究をするときにプレホスピタルケアを行った後に収容する病院をどこにするかという話なのですが、研究班からの取決めではあらかじめ地域で定められた基準に従い行うということです。千葉市の場合には、今、説明がありましたように基準にのっとって千葉県救急医療センターなどの三次医療機関、あるいはこれに準ずる二次医療機関及び地域の基幹病院とするということにしたいということの提案です。この喘息発作5か月で34人くらいと書いてありますが、この中に自分で常に薬を持って歩いている人って何人くらいいるのですかね。半分くらいいるものなのですか。この数っていうのは要するに喘息発作の数だから、ネブ
--------------	--

梅澤係長	ライザーを持っているかどうかでことでは分からないわけですね。 はい。こちらの喘息発作に関する人数は実際に収容病院の医療機関の医師が喘息発作で入院が必要であるといった統計でありまして、実際にその場で気管支拡張剤等を持っているかどうかというところまでは把握はしておりません。
平澤委員長	そこまでの把握は難しいですね。今の御提案の趣旨はお分かりいただけでしょうか。
中村（弘）委員	大体分かったのですが、気になったのは、これは指示で動かなければいけない処置ですよ。となると最も重要なのは常駐医師に対する教育というか周知ですよ。それに関する資料とか提案がなかったような気がしました。どうやって行っていくのか、それから常駐医師に対するマニュアルが今日の資料では分かりづらい。特に喘息とか余計なものがたくさん書いてあって、訳が分からないですよ。使える種類だけの記載が必要で、それ以外は使っちゃいけないよっていうなら分かりますけど。だからその辺のことをよく考えて欲しいということ。同時に介入期、非介入期っていう言葉は最初読んだとき、何のことかさっぱり分からなかったのですが、今聞いて分かりました。これを常駐医師の先生が読んだ場合、全然分からないですよ。その辺をよろしく願いいたします。
平澤委員長	今、説明全体に対する要望だったのですが、それを踏まえた上で受入医療機関は国の提案に従った形であるので、実際にはどうかということがあります。喘息の薬がこれほどにたくさんあるのかなと思いましたし、ちょっと使用方法もいろいろあるので、常駐医師への教育はどういうふうにするつもりでしたか。
梅澤係長	常駐医師につきましては告示医療機関に全て事務局であります救急課員が出向きまして御説明に上がりたいと思っております。また、こちらの資料を医師業務マニュアル等だけではなく、実際の救急隊がどのような活動をするかというDVDがございますので、そちらを持参しまして常駐医師の方々に御説明に上がりたいと思っております。
平澤委員長	そうするとそれは、非介入期というのはコントロールですよ。コントロールは9月までには終わるということですね。そうじゃなくて11月までに終わればいいのですか。
梅澤係長	はい。10月中に終わります。また、具体的な指示を行うのが11月からでございますので、そちらのところは介入期として処置が実施されるということでございます。ただし、調査用紙の協力依頼もありますので、できる限り早期に、11月というギリギリまでにならずに医療機関へ説明に伺いたいと考えております。以上でございます。
中村（弘）委員	ちょっとよろしいでしょうか。非介入期っていうのは救急救命士が

平澤委員長	こういう処置をしないってということなのですね。この期間は。その後は同意をとってこの処置をすると、そういう意味なのですね。 コントロール期間が2か月、実際にあるのが3か月ということですね。
中村（弘）委員	わかりました。ちょっと難しい言葉なので。もう1つ聞かせてください。非介入期のときも常駐医に報告してまねごとみたいなシミュレーションはやるのですか。
梅澤係長	研究班の方ですと、その指示は必要ないということになっております。
中村（弘）委員	いや、指示は出ないにしても、要するに報告する練習をしなくちゃ本当はいけないでしょう。
梅澤係長	はい。該当したものににつきましては、今、このような報告でございますが、常駐医師の方々に連絡をするという対応を整えようと思っております。実際に指示はいただきませんけれども、このような状態の傷病者を現在、救急隊が取り扱っているという報告はさせていただくというようになります。
中村（弘）委員	でも、この介入期になって同意書が得られなければ患者さんがいてもそれはやらないということですね。
梅澤係長	はい。そのとおりです。
中村（弘）委員	同意書を取るまでに時間がちょっと長くなるかもしれませんね。
梅澤係長	実際に教育等を消防学校で行ってございますが、処置についての説明と同意の実習ですが、最初の内はやはり長く、この同意を取得するまでの組み立てのところ、これまでの救急救命士の経験がない領域でございました。ですけれども、この教育の中では2時限、同意の取り方として実技訓練を実施しておりまして、安部先生を始めとして、色々な同意の取り方につきまして、日々良いもの、より良いものという改善を加えながら訓練を重ねているところでございます。
平澤委員長	非介入期の間にそういうこともみていて、介入期にはこうするのだと思いながら患者さんをみているということでしょうね。
山本委員	実際にこういう重症な患者さんから同意書で了解が得られるのでしょうか。
平澤委員長	ですから、周りの人でも構わないわけじゃないですか。
山本委員	周りの人っていうのは。
平澤委員長	家族などです。
山本委員	いや、家族はいいのですけれども、例えば外に出かけていて一人でいた場合に、近くに誰かがいてもそれは完全に第三者だったらどうでしょうか。
平澤委員長	そういう事例は、この実証研究の対象にはならないということにな

山本委員 平澤委員長	ります。 要するに家族ですよね。 そうですね。自宅であつたら、あるいは同伴者がいて外出していたら別ですけど、そうじゃなくて全く一人でどこかで倒れていて意識がなかったり、十分意思の疎通ができないような状態だったら、実証研究の対象にはならないということだと思います。
中村（弘）委員 平澤委員長	ショックの傷病者のときはどうなるのですか。 これが全国的に拡がったときに同意書を取るかどうかということとはまた別です。少なくとも今は実証研究の段階ですので、有害事象があつたときに困るし、その期間は一応、同意書を取った上で慎重にやりましょうという体制だと思います。では、話をちょっと戻しまして議題の内容ですが、本実証のために医療機関を特定するのではなくて、これまでと同様の体制でやっていただいて、恐れ入りますが医療機関でそういう患者様が搬送されたときには、先ほどの説明にありました調査用紙の左下のところを記入して送っていただくということによろしいでしょうか。それでは、次に報告事項２、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡追加講習実施結果についてということでもう報告からお願いいたします。
大極課長	はい。ビデオ硬性挿管用喉頭鏡追加講習の、教育報告につきまして、前回の本委員会において委員の皆様方に御議論いただきました。その講習が千葉県消防学校において行われ、先般無事終了したところでございます。その教育結果について担当より説明をさせていただきます。
梅澤係長	インデックス資料３、２６ページのビデオ硬性挿管用喉頭鏡追加講習実施結果について御確認ください。前回の親会でビデオ硬性挿管用喉頭鏡につきまして救急事故現場で使用してよろしいということで御理解をいただきまして、今回ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に必要な追加講習を実施いたしました。実習につきましては、国が定めました７時限の教育を千葉県消防学校で行ってございます。こちらの教育内容につきましてはインデックス資料３の２７ページをお開きください。こちらが教育カリキュラムでございますが、実技を主体とした教育となります。こちらにつきましては、千葉県救急医療センターの荒木麻酔科部長に御協力いただきまして、指導救命士とともに実習を開催してございます。まず、消防学校で人形を使いまして３時限の教育を行ってございます。こちらの教育が済みました人数でございますが、気管挿管認定救急救命士及び気管挿管病院実習待機救急救命士１３７人に教育を行ってございます。また、こちらの教育状況が、２６ページの写真でございます。今後、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の追加講習を受講し

平澤委員長	た救急救命士につきましては、今年度中に、気管挿管認定救急救命士から病院実習を開始する予定であります。ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る追加講習の実施結果につきましては、以上でございます。 ありがとうございます。この前実物を見せていただきましたが、気管挿管をする上では文明の利器といいますか、ビデオ付きの喉頭鏡を使ってやると易しいということで、それを使えるということに法律が変わりましたが、でもこれを行うためにはビデオ硬性挿管用喉頭鏡に必要な講習を7時限、それから病院実習を30例行った気管挿管ができる救急救命士に対して、さらに病院で実習をやるということになったわけです。そのための準備が整って、千葉県救急医療センターの荒木先生には大変御苦労いただき中心となって講義をやっていただいて、それからシミュレーターを使って消防学校で実技をやったという報告ですね。それでビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使う、実施をするための準備は大体整いましたよということです。よろしいでしょうか。今の報告を受けまして議題の2に行きたいと思うのですが、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る実習医療機関の追加についてということで議題の説明をお願いします。
大極課長	はい。先ほど、御説明いたしました通り教育が修了しましたことから、病院実習を行う必要があります。実習医療機関につきましては、従来から気管挿管実習を受けていただいております4医療機関に加え、委員会の構成医療機関でございます3医療機関に実習をお引受けいただけるよう調整を図っているところでございます。この実施に係る協力等につきまして、委員の皆様方に御審議を賜りたく提案するものでございます。詳細につきまして、担当より御説明させていただきます。
梅澤係長	はい。ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る実習医療機関の追加について、説明させていただきます。インデックス資料4の28ページをお開きください。これまでの従来型の喉頭鏡、いわゆるマッキントッシュ型の気管挿管の認定につきましては、千葉大学医学部附属病院、千葉医療センター、千葉市立海浜病院、千葉市立青葉病院の4つの医療機関の御協力によりまして病院実習を行っているところでございます。またこの4つの医療機関につきましてはビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る実習につきまして、協力いただけるということになっておりますが、従来型の気管挿管の病院実習については、実際に手術室において実習するに当たり、患者様に御協力いただきまして気管挿管を30症例以上成功する必要がございます。これまでと同様に、従来型の病院実習の受入れがあり、新たなビデオ硬性挿管用喉頭鏡の受入れにつきまして、なかなか計画的に、受入れする範囲に限りがあるというようなと

平澤委員長	ころがございす。こちらにつきまして、当局といたしましては、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡は安全、なおかつ気道確保の有効性が高いということでございすので、更に計画的に養成する必要がございす。今般ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の病院実習先といたしまして、若葉区のみつわ台総合病院及び千葉中央メディカルセンター、中央区の千葉メディカルセンターへ相談いたしましたところ、お引受けしていただけるということのお返事を受けておりますことから、実習協力医療機関としての承認について、御審議をお願いしたいと思ひます。事務局からの説明は以上でございす。 はい。ありがとうございます。ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使える様になるための座学とシミュレーターを使った実習は修了したので、今度は、病院実習になるわけですが、気管挿管の実習は今おっしゃったように、最初のマッキントッシュ型喉頭鏡を使った30例というのなかなか達成できなくて気管挿管実習浪人もいるわけで、そういう中で、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の実習を引き受けてくださる病院があるのでしたら、前に決めました4医療機関のほかにやっていただけるといふのは大変ありがたいことなので、みつわ台総合病院と千葉中央メディカルセンターと千葉メディカルセンターの3つの医療機関に、さらにビデオ硬性挿管用喉頭鏡の実習病院として追加で加わっていただくということをお承認いただけないかということなのです。大変ありがたいことでやっていただけるなら、この委員会としても是非認めていただきたいと思います。もう1回確認なのですが、これは受入れていただける病院さんに何か負担を掛けることにはなりません。もちろんその患者さんを選んで同意を得るのに時間を掛けなければいけないとかはありますけれども、経済的な負担とかそういうのとか。実際にビデオ硬性挿管用喉頭鏡は準備するのですか。
梅澤係長	はい。ビデオ硬性挿管用喉頭鏡につきましては当局で今年ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を準備いたしましたので、今年度はそちらのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を持参して実習をお願いするということになってございす。
平澤委員長	そのビデオ硬性挿管用喉頭鏡はやってくださる医療機関が7つになっても十分行き渡るだけの数がありますね。
梅澤係長	はい。現在、ある程度のビデオ硬性挿管用喉頭鏡を準備いたしました。こちらを持参して実習するという形になります。
平澤委員長	はい。ありがとうございます。今日はみつわ台総合病院の先生も千葉中央メディカルセンターの先生もおいでになってなくて、千葉メディカルセンターの先生がおいでになっているのかな。
山本委員	先週、消防局の方に来ていただいて、麻酔科の先生とこのことにつ

	いて、ちょうど去年の秋にうちの病院も2器入れました。急患室とオペ室とに置いてありますが、モニター付きが2器置いてあって実際に使っています。麻酔科医によってこのビデオ硬性挿管用喉頭鏡についての考え方に少しちょっと違いがあるみたいですが、非常に熱心な先生がいらっしゃるの、その先生にお願いして秋からの実習に協力してもらえるとということになりました。たまたま消防局の機器と同じものだったので良かったと思っています。消防局さんは実習に際して持参するという事でしたか。
梅澤係長	麻酔科の先生と打ち合わせまして、消防局にてイントロックを用意して伺うことにしております。
平澤委員長	ほかに御意見ございますか。なければ、今まで決まっていた4つの実習病院に加えて、このみつわ台総合病院、千葉中央メディカルセンター、千葉メディカルセンターの3つの病院にも加わっていただくということでこの委員会でお認めいただけますか。ありがたいお話なのでよろしくお願いしたいと思います。それでは事務局は準備を進めていただきたいと思います。続いて報告事項の3に移りたいと思います。消防ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動実績について御報告をお願いいたします。
大極課長	はい。報告3です。本年の1月から7月末までにおける消防ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動実績について報告をさせていただきます。
梅澤係長	それでは事務局から御報告をさせていただきます。インデックス資料5、30ページ、消防ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動実績、こちらにつきましてお開きください。消防ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動でございますが、本年の1月4日から現在まで24件、ドクターピックアップが適応と疑われた事例がございます。そのうち、実際に医師が救急事故現場の直近の緊急時離着陸場に出動した症例が9件ございます。9件の内訳でございますが、外因性の事故が7件、内因性の事故が2件でございます。傷病者様を緊急時離着陸場から医療機関まで消防ヘリで搬送したのが7件、実際に患者様を診て救急車で搬送してもよろしいだろうと判断されたのが2件ございます。右脇に写真が3枚ございますが、こちらは6月に千葉県救急医療センターが新たに協力医療機関として加わる前の実災害を想定した訓練のときの状況でございます。現在、千葉県救急医療センターにおきましてはこの9件のうち2件の出動をしております。消防ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動実績につきまして、御報告を終わらせていただきます。
平澤委員長	ありがとうございます。今年の1月から市長さんが記者会見を華々

織田委員	しくやって始まったわけですが、最初は千葉大学医学部附属病院だけが医師をピックアップして緊急時離着陸場へ行っていたのですが、6月からは千葉県救急医療センターにも加わっていただいて、両方でやっているということですね。数はそんなに多くないですよ。8月末で医師が出動したのが9件ということですので、ひと月4件ちょっとということですかね。これは今後増えそうなのですか。どうなのですか。織田委員、中村委員。
織田委員 平澤委員長 中村（弘）委員	医師が出動した件数としては予想した範囲内だと思いますけど、実際に見ていると指令センターにいてもそんなに適応になるような症例は、1日に1件あるかないか、だと思います。5キロ圏外が適応というのもありますので、あとは多数傷病者事故もそう滅多にあるものではないので、件数ではこのくらいで、そんなに急激に増えるとは思っておりません。 中村委員はありますか。
平澤委員長 中村（弘）委員	増えるか増えないかは知らないですけど、1つお聞きしておきたいことがありました。家族搭乗の問題です。例えば脳梗塞のT P A治療とか、あるいは心臓の緊急を要する治療とか実は北総のドクターヘリは家族を絶対乗せないということですが、君津のドクターヘリは以前家族を乗せてきてくれました。ですからすぐに治療することができたという経緯があります。千葉市内なのでそんな大きなタイムラグはないと思いますけど、やはり救急治療をする場合にはどうしても乗せていただけるとありがたいんですけど、色々問題もあるのかなと。千葉市はどういうお考えなのですか。
平澤委員長 山口補佐	インフォームドコンセントをもらうために家族がいないと治療に関して遅れがあり得るわけですが、そういうことに関してはどうですか。
山口補佐	千葉のヘリの場合は、ケースバイケースで乗せるということで最初のドクターピックアップのときに取り決めをしております。ただし、ドクターヘリよりは搭乗できる人員が多いのですけれども、消防職員1人を降ろして乗っていただく、あるいは医師と看護師で来ていただいた場合には、看護師の方に降りていただいて家族に乗っていただくということで対応しているというところでございます。その辺は収容先医療機関の先生の方から必ず家族を連れてきてほしいということであればそのように対応いたします。
平澤委員長	可能性としては現場で判断して、家族が一緒に行った方がいいと思ったら、乗って行った人を1人降ろして家族を1人連れてきてくれる可能性がある、ということなのですね。
織田委員	あと1つ要望なのですから、搭乗する医師からの要望ですから、ヘルメットを用意してもらえますかと。急に揺れたりして頭を

山口補佐	打ったりすることもありますし、それから災害の現場に行くこともあるので、できればヘルメットを用意していただきたいと。最初はこっちで買おうかっていう話もありましたが、なかなか適当な物がないし、本来だったらそっちで用意してもらうべきじゃないかということになっています。是非よろしく御検討お願いします。 その件につきまして、実は医局の渡邊先生の方からお話しをいただいております、私はよく存じ上げなかったのですが、ヘリにヘッドセットを装備するとなると難しい問題がございまして、要するに合致する物品を装備するというのが前提でございます。それを今、航空課の方で確認をさせております。もうしばらくお待ちいただければと思います。
平澤委員長	これはコストパフォーマンスっていうか、分岐点はないわけですか。あんまり適応症例が少なく、なおかつずっとこれをやっている意義があるかどうかとか、そういうことの判断というのはいつの時点かでなくていいのですか。可能性があるとか多い方がいいとか、そのコストは度外視できるとか、そういう考えなのですか。
織田委員	今回は、何かコストとかの問題ということではなくて、実際に搬送された傷病者が、今まで助からなかった傷病者が助かっている事例がでております。明らかに効果があるので良い方向ではないかと考えます。
平澤委員長	ちょっと言い方がまずかったかも知れませんが、すごく効果があるのだけれども、その効果を発揮するような人はいくら待っても1年に1人で、それでずっとスタンバイしていてその度にやるというコストと、その1人助けるためのコストと、どちらがどうだという議論はやがてはないのですかと、そういうことです。例えば、AEDがすごく役に立つからといってすべての家庭にAEDを1台ずつ配置すればそれは効果があるかも知れないけど、コストの関係でそんなこと不可能じゃないですか。それと似たような議論はしなくてよいのですかということですよ。
大極課長	確かに現在の段階では、消防局の組織方針としては救急ヘリを継続化していくという方針で動いてございます。千葉市は2機ヘリコプターを運用しております。災害対応と救急対応となっております。そのコストについて、ただ今議論が出ているところでございますので、今度のヘリの更新時期のときにはその議論が出てくる可能性があるというふうに思います。以上でございます。
平澤委員長	それはまた別次元の話なのですが、そういうことを考えなきゃいけない時期が来るかもしれないですね。わかりました。何かほかに、ありませんか。よろしいでしょうか。それではこの報告事項3につい

田中委員	てはこれで終わりたいと思いますが、全般として何か御意見、言い残したことはございませんでしょうか。 同意書についてですが、同意書の介入分が傷病者にもらうということで、最初に 2 か月間行う非介入分のこの患者さん達のデータというのはやはり送って収集するわけですよ。このときにいわゆるインフォームドコンセントっていうか、同意書は必要ないのですか。
平澤委員長	これは介入しなければ一般の傷病者として救急救助活動を病院前で救急救命士を含めて救急隊員がやるわけで、その活動報告書というのは自動的に様式が違うのでしょ。上がってくると思います。そこはどうなのですか。
梅澤係長	国の見解としましては、非介入期は同意書の必要はないというふうに見解を出しております。ただし、救急隊は色々なプロトコル中からその適応だった、低血糖ではないか、または輸液が必要ではないかということにつきましては、実際にこれを救急隊は低血糖を疑って先生の病院にお連れしたのですけれども、救急隊の判断が正しかったかについて、調査をお願いしたいというところでございます。同意書につきましては非介入期では必要ないということで国が見解を出しているということでございます。以上でございます。
平澤委員長	同意書はもちろん非介入群ですから必要ないのですけど、非介入群として期間をおくのは介入群との比較で効果があるかどうか検討するためにコントロール群としておくわけですよ。そうすると非介入群において介入群と同じようなデータっていうのが自動的に集まるものなのですか。これにのっとって記録を取らなくても、あるいは同意書を取らなくても記録だけは取っておくとか、何かそういうアクションはないのですか。
梅澤係長	傷病者登録用紙でございますが、今一度資料 1 の 12 ページをお開きください。こちらにつきましては先ほど委員長がおっしゃったように、まず救急隊が低血糖を疑ってお連れいたします。そうしまして医療機関の方で先生が血糖を測定していただいて、実際ブドウ糖の投与が必要だと、今回の処置範囲で必要だという 50mg/dl 以下であった場合は、確かに低血糖だったね、というようになってデータが蓄積されていくという形になります。また、低血糖だけに限らずショックにつきましても、救急隊は出血のショックを疑ったのですけれどもいかがでしょうか、という形で、こちらの医療機関の記入欄の所で出血又は、色々な先生方の診断に基づいたショックのものとありますし、逆にショックじゃないよ、というようなところも調査に入っております。これを非介入期及び介入期で行うということにしています。
平澤委員長	わかりました。そうすると同意書を取るかどうかということと、傷

梅澤係長 田中委員	病者登録用紙に記入するかどうかということは別で、傷病者登録用紙というのは、適応があるという患者になった場合には非介入期においても記入するということですね。 はい。そうでございます。 そうするとその非介入の時期の同様の症例はコントロール群として使われるわけですが、そのデータというのはやっぱり患者からは同意を取らなくていいのですか。そういうデータに使うよ、ということの同意は取らなくてもいいのですか。
安部医師	私はこの実証研究の厚労科研の研究班の事前の研修会議に行って来たのですが、最後にそういう話があって、私もそれは当然コントロール群も同意書を取ると、データとして使うという同意書を取るべきだと思いますが、一応、国の研究班の方で厚労省の人達と相談した結果として、これは通常の消防のデータの一部として扱うので、そこで同意書を取らなくてもよいということにしましたと回答を受けております。
中村（弘）委員	ちょっといいですか。もう1度聞きたいのですが、本当に皆さんの疑問って、僕らも倫理委員会で取り扱うときに、やはり厚労省、総務省からきちんと治験研究に対する倫理指針が出ていて、それに照らせば絶対必要になるかもしれません。あるいは少なくとも広報して、ホームページか何かにこういうデータを使いますよってことを出さなくちゃいけません。本当はいけないわけですよ。そういうふうに僕らは解釈してやってきたと思うのですよ。これは総務省が主導してやるから俺たちは関係ないからという言い草はちょっとおかしいなと聞いていて思いましたけど。随分身勝手な解釈ですね。どうですか。そう思いませんでした。
安部医師	そうですね。参加者みんなそういう感じでして、え、という感じでした。
中村（弘）委員	やっぱりそうなのですね。わかりました。そういう解釈もあるということに理解します。
平澤委員長	インフォームドコンセントに対する解釈って色々あって例えば300人のデータを点で表すと、何とかなの相関、そしたら300人分のインフォームドコンセントがないと点が打てないというようなことを言っている先生がいらっしゃったのです。でも今思えば、あまりインフォームドコンセントを取らないで使っていますし。
中村（弘）委員	ただ一番心配なのは、個人情報の問題にすれば、連結の可能性ってことがあればいいってかなり消えますよね。でもそれはどんなにやってもこういうデータっていうのは連結可能になってしまうのです。要するにデータがあるわけですから、理論的にはね。ま、その辺どこま

平澤委員長	でうるさく言うかどうかにかかっているのでしょうか。総務省が関係した研究なので良いのでしょうか。医学研究ではないということですね。 もう一度問い合わせてみてください。それでやっぱり今おっしゃったように、できることなら広報するとおっしゃっていたので、広報でこの期間からこの期間まではこういう実証研究をやって、それはやがては皆様の尊い命をより有効に救うための役に立ちますから、そういうときには匿名にしますから情報を提供していただくようお願いします、というようなことを出しておけばいいじゃないですか。
織田委員	あれに書いておけばいいじゃないですか。実証研究が行われますっていうポスターに書いたらいいじゃないですか。本来だったらそれでホームページにもデータを取りますという広報をしたいと思います。
山口補佐	実は今、全国各地で千葉市と同じようにこういった準備段階の教育が始まっております。それで厚生労働省の研究班とのやりとりにおいてリアルタイムで疑義が、このことばかりだけではなく実習自体の疑義をやりとりして、ほぼ1か月単位くらいでそういった疑義に回答という形で返ってきておりますので、先ほど委員長のおっしゃられたことを研究班の方にフィードバックするというやりとりをして、委員の皆様方にお示ししたいというふうに考えます。
平澤委員長	よろしいでしょうか。
田中委員	そうすると、差し当たっては各施設でのいわゆる倫理委員会の審査とかそういうのは必要ないと考えてよろしいでしょうか。
平澤委員長	介入、非介入に関する行為というのは、病院の中で行われることではなくて、病院前の救急医療活動の中で行われて、その後、搬送されてくるってことがあります。
田中委員	その病院では臨床研究、ま、一種の研究ですね。その研究にこういった形でデータを出すとかいうのは、特に各施設に倫理委員会はいらないのかどうか。何か少し、お墨付きを本当は頂きたいという気がするのですがいかがでしょうか。先ほどの疑義照会とかで明確にできれば良いと思います。
梅澤係長	よろしいでしょうか。倫理委員会につきましても、やはり安部先生と一緒に行了きました国の研修会でその問題は出てきました。そのときに厚労省の見解では、まず国で倫理委員会を定めてその倫理指針につきましては提示していくので、特に地域で倫理委員会を色々な医療機関で開催していく必要はない、とそのような見解です。ただし、いや、うちの病院では倫理委員会を開きますよということを止めるものではございません、という回答を頂いております。
平澤委員長	よろしいでしょうか。なかなか大変なようですけどよろしく御協力

	をお願いいたします。確かに心肺蘇生法に対する治験なんていうのは難しいですね。それで外国の論文では市議会でこの期間からこの期間まで治験をやりますということを決定してそれを公表すれば、例えば極端なことをいうとアドレナリンを施行する群としない群に分けてCPRをやるといような治験を、ある地域に限って一定の期間だけインフォームドコンセントをウェイブされてやることができるそんなシステムに外国はなっているようなので、全体として公表しておけばいいということもあるのではないのでしょうか。ほかに何かございませんでしょうか。よろしいでしょうか。それではいくつか詳しい御報告とそれに基づいた議題を決定していただきました。大変ありがとうございました。これで本日予定していた事項はすべて終了いたしました。それでは5のその他について、事務局から御案内があるようですからお願いいたします。
山口補佐	それでは、その他について御説明させていただきます。平成24年度第3回千葉市救急業務検討委員会の開催日程についてでございます。次回平成24年度第3回千葉市救急業務検討委員会は平成25年3月初旬を予定しております。委員の皆様方におかれましては、お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、年明けの2月初旬に日程調整票をFAXにて送信させていただきますので、その際には御回答をよろしくお願いいたします。以上で平成24年度第3回千葉市救急業務検討委員会開催日程について説明を終わります。
平澤委員長 梅澤係長	この参考資料は特に説明はないのですね。 失礼いたしました。まず、前回の千葉市救急業務検討委員会の際に、搬送数や受入傷病者数、交渉件数、そちらについての御質問がございました。これにつきまして、インデックス参考としているものでございます。若干お時間頂いてもよろしいでしょうか。まず、インデックスの参考1でございます。こちらは厚生労働省医政局長から消防庁次長に出した通知でございますが、参考資料1枚目をお開きいただきますと、すぐ裏に両面刷りになっているのですが、厚生労働省の医政局長からこれは空欄になってございますが、各都道府県知事あてに本件の実証研究に係る省令が改正したこと、並びに各医療機関においては、これにつきまして協力していただくというようなことを県の衛生主管部局あてに発出してございます。また、次のページは救急救命士の処置拡大の3行為について認められた内容を記してございます。こちらが参考1という形になります。続きましてインデックス参考2でございます。救急救命士業務マニュアルでございます。こちらがいわゆる救急救命士のプロトコル、実際の処置範囲拡大に係るプロトコルにつきまして、低血糖時の対応、気管支拡張剤の対応、輸液投与につ

	きましても様々なプロトコルがこちらの方に写真付きで示してございます。続きまして参考3でございます。こちらが医師業務マニュアルということで、実際にこちらに基づいてオンラインメディカルコントロール、千葉市で言えば常駐医師の先生方でございます。常駐医師の先生方がこちらに基づいて実施するようということで研究班の方から提示されているマニュアルでございます。それぞれショックとすときの判断ですとか重症喘息に対すときの判断、こちらの3行為に関しましての解釈の仕方等が示されている書類でございます。続きまして参考4でございます。今回の実証研究におきましては、オンライン処置を行うたびに常駐医師の先生方に指示を頂くという形になりますので、こちらは研究班が提示しているオンラインの医師の記録票でございます。こちらの方に先生方がチェックしながら正確な指示をしていくというようなことを今回研究班が提示しておりまして、消防局におきましてもこちらの方の記録票を用いて指示を頂くというようなことを考えてございます。続きまして参考5でございます。これは厚労科研の研究班の方から適宜に情報共有として、今回第1号でございますが各実証研究に参加している地区の進捗状況等をお知らせしていただいております。現在7つのメディカルコントロール協議会が非介入期に入っております。それぞれ全体で低血糖が9件、重症喘息が1件、ショックが33件ということで7月1日から15日、半月のデータで約43件のデータが研究班に報告されているというところでございます。事務局からの説明は以上でございます。
平澤委員長	ありがとうございます。よろしいですか。今、本日これまでに使わなかった参考資料について御説明いただきました。ほかに何かございますか。なければ委員会の方はこれで終わりました事務局の方へお返しします。
中村（弘）委員	よろしいですか。とても不安に思っていることが1つあります。それは外科系の先生が結構多いと思うのですが、内科の先生はあんまり問題ないのかもしれませんが。輸液とブドウ糖は20歳以上ですよ。ね。ですが喘息は年齢制限なし。僕らが例えば、成人の喘息とかの吸入を目の前で見たことがありますけど、自分でやったことは一切ありません。まして、小児もやったことがないです。常駐医師として指令センターにいて、小児の喘息で吸入やっていいですかなんて言われたら、えっ、となりますよね。外科系の医者にとってはものすごいハードルですよ、実は。消防の方は何を考えているか知らないけど医者が何でも知っていると思ったら大間違いで、僕らみたいに割と専門分野にいて狭いところにいる人間にとっては、小児、さらに一般外科にいらっしゃる先生方というのは、喘息っていうものに対しては、適当な指示

安部医師	が与えられるかどうかというのは、それは各病院に行って常駐医師になる先生に説明すれば良いというようなことで済ませられるものでは、ちょっとそんなことできないって人が出てくると思います。 喘息も適応は20歳以上です。それと、喘息の場合は実際、現実的にはものすごく遭遇するというか、出現する可能性が低そうで。というのはこの本人がこのβ刺激薬を処方されていてそれを手元に持っていて、けども本人が自分では吸入できないという場合で、こちらで持っているものを吸わせることはできなくて、本人が処方されて持っているものしか吸わせることができないので、そういう意味では先生がおっしゃったような色々な問題を起こさずに済みそうなものということで、すごく狭く適用をこの実証研究の間は取ってあるという形になっています。
中村（弘）委員 平澤委員長	こちらの資料には書いてありますね。 先ほど申し上げましたようにそれはそうなのですが、ただ、先ほどの説明で、今の喘息の状態とその処方してもらったときの状態が違ってですね、本人の意識がなくて、その前から持っていた薬がそのときの喘息にちゃんと適応がある薬なのかどうかという、ちょっと疑問もありそうな気がします。でもシチュエーションとしてはその喘息の患者さんに合ったような薬を処方されていて、持って歩いていて、色々な理由で自分が吸入できないときにそれを探して、救急救命士がそれを実施できると、先ほど言ったようにステロイドなどの合剤は駄目ですよ。
中村（弘）先生 平澤委員長 中村（弘）先生 平澤委員長 中村（弘）先生	確認方法もいわれたのですが、これは俺の物だと。 まあ、だからポケットに入っているとかのケースでしょう。 そのような場合ですか。 ポケットに他人の喘息の薬を入れている人はいないと思います。 苦しんでいる人がいた場合に、本人以外の家族の薬があって、それを常駐医師として指示しろと言われたって、確信をもって指示できないですよ。わかりました。
平澤委員長	喘息の傷病者は5か月間で35人でしたか。非介入期間で21人ですか。それでそのうち薬を持って歩いているのは何人か。持って歩いていて、なおかつ、自分でできないような状態の人は何人かと。まあ、極めて少ないと思いますけど。よろしいでしょうか。それでは改めてお返しいたします。
山口補佐 佐藤部長	はい。ありがとうございました。それでは閉会に当たりまして、警防部長の佐藤よりごあいさつを申し上げます。 本日はお忙しいところ、大変ありがとうございました。遅くまで本当にお疲れ様でございました。この委員会で委員の皆様方より御審議

	いただきましたことを踏まえまして、万全の体制を構築していきたいと考えております。以上をもって閉会の挨拶とさせていただきます。夜遅くまでありがとうございました。
--	--

平成24年8月1日（水）開催の、平成24年度第2回千葉市救急業務検討委員会議事録として承認し署名する。

千葉市救急業務検討委員会
