

めて、長期的な検討は必要だということを総論の中で、今回のあり方委員会としては、3つのものに限定してそれをどうするかという話で、もしそれがOKだとしても、私の理解では、もしやってもいいですよということであればできるというような形で理解しているのですが、それでいいのですよね。事務局、いかがですか。

○中野専門官 そのとおりです。

○杉本構成員 議論としては、その3つ。

○島崎座長 総論的な話の中で、郡山先生の話が出てきたのですが、各論的には、今から3つについてどうしようという話で、時間がだいぶ過ぎていますがそのつもりでおります。

○杉本構成員 その中で、アメリカの話が出ていたのですが、ほかの国も含めて、特にアメリカはそうですが、州によって全く違うし、場所によって全く違いますよね。アメリカは連邦政府としてこうしましょうという議論をしているわけではないのです。ところが日本の場合は、日本政府として日本全国こうしましょうという話になっている。そのところは少し分けて考えておかないと、日本の中でも、例えば東京はどうしようかというのだったら、全く違う形のものがあるかもしれない、大阪もそうだろうと思いますが、ところが、北海道でどうしようか、できるものは何かという議論になってくると、東京や大阪とは全く違う話になってしまう。ですから、これはあくまで日本全体としてこうするのだという前提に立ってやっていると理解しておかないと、話が全く違うようになってしまっているのではないかと思います。

3点目は、ちょっと気になったのですが、郡山先生が非常に合理的な、考え方としてよくわかる、理解しやすいお話をしてくださったのですが、その中に、低血糖というのが入っていないというのは、どういうことなのか。片や低血糖をいま議論しようというのだけれども、7頁の表1に低血糖そのものが入っていない。これを我々はどう考えたら良いのかということですか。

4点目は、コメントと言っているのですが、基本的には、私自身は救急救命士の業務を拡大していくということには賛成の立場なのですが、気管挿管もそうですし、ほかのことに對してもそうなのですが、教育等を含めて、随分と経費がかかります。非常に大きな経費をかけて、人的にもそうだし、医療側の負担もそうですが、非常に大きな経費、コストがかかってくるわけですから、その中でどれがいちばん有効なのかというものの見方をしておかないと、あれもやっつけていいよ、これもやっつけていいよ、そのためにもっと教育しましょうよと、それはそれで大いに結構なのですが、コスト面の問題を考えないで、実現は非常に難しい。特に、小さな消防本部は、人員的にも非常に限られているから、講習なり実習に行くと誰かが休んでいる間、ほかの者で補えるほどの人員的な手当ても行われていない。そのことを考えないでやっていると、人員的に恵まれている所とそうでない所の差がますます大きくなってしまふようなことが起こってくる。そういう意味合いを含めて、やはりコスト面でどうするかというような考え方が必要なのではないかと思います。

もう1つ。これは最後の質問なのですが、各論に少し入りませんが、郡山先生が示してくださった図5に対してですが、確かに訓練の効果で短くなったという形で出ているのですが、これはハイポボレミックショックに対しての訓練の話なのではないでしょうか。というのは、心肺停止をしている方の輸液をとる、あるいはショックでない方の輸液をとる、これは比較的容易ではないかと思うのですが、私の理解では、少なくとも出血性ショックに対して、末梢から輸液路をとるのは非常に困難を伴うことが一般的であって、2分足らずで輸液をとれるのかというのは、非常に疑問です。これは、後でも結構ですから、お答えいただけたらと思います。

○島崎座長 まず最初の、今回の委員会の報告のゴーあるいは駄目だというのは、オールジャパンの話で、もちろんそれに付随して、地域によってMCが充実しているとか、実習が十分行えないとか、教育システムが不十分だということは、それなりにシステムが充実してからと。その温度差というか、場所によって実施の差が出てくるのは当然だと思えますが、できるという前提のもとで、オールジャパンとしてできるという話だと思います。

それから、いま言ったお金のある所、ない所、教育システムが充実している所、できない所、ボトムを全部揃えて、はい、ゴーというわけではなく、地域によっての差が出てきても、それはいいということですよ。

○中野専門官 そういうことになります。

○島崎座長 当然でしょうね。3番目は郡山先生。

○郡山構成員 先生ご指摘の、7頁の表になぜ血糖が入っていないのかということですが、ここで選んでいる疾患というのは、要するに病院前の機能が分化をしている、しかも超急性期の医療が非常に特徴的だということと、血糖チェックなんて二次医療機関でいいでしょう、どこでもできるでしょうということと外してあります。したがって、今回、理屈だけで攻めているつもりで、私は血糖の測定をするということに、決して反対ではないのですが、私のガイドラインからいくと、これは入ってこない。だけれどもそれは私の考えであって、それをどう検討していくのかということだと思っています。

13頁の図5ですが、これは人形での訓練です。ただし、実は生体でやるときのというか、挿管を1つ例にとってなのですが、人形で訓練することで、ラーニングカードがどのように変わるかというのを、私どもはつい最近、ある一定の結論を見いだしているところがあって、立上りをかなり早くして教育効果を上げるというのをグラフ化することができましたので、そういうところに反映できるのではないかなと思っています。

○島崎座長 ほか、いかがでしょうか。

○佐々木構成員 いま杉本先生からお話があったとおり、教育体制や研修体制を充実させるというのは、かなりお金のかかることなのだと思うのです。今回、3つのことに関して、やれるようにするかしないかというような話なのですが、さまざまな条件なり現状がありますから、いろいろなことが救急救命士もできれば、それはそれにこしたことはないと思います。いろいろな条件の中で、これはやったほうがいい、やらないほうがいいというのは、もちろんあると思うのですが、先ほどから北海道が出てきていますが、確かに札幌市内は、それなりに病院もたくさんありますし、それほど時間はかからないで搬送できる地域だと思うのです。ほかの地域だとどうかなというところはありますと、やはり北海道内はかなり広いですから、さまざまな地域があるのだと思います。その中で、3項目ができるようになる。それに対してきちんとした質を確保しなければいけないですから、その教育・研修体制を作る。ただ、例えば札幌市内でそういう患者さんが出たときに、100%それをやるかと思ったら、やらなくてもいいかもしれない。普段は本来やらなくてもいいものなのでしょうけれども、ただ、条件によっては、もしかすると1%でも2%でもやるケースが出てくるとなると、やはりそれなりに、きちんとできるように、訓練なり研修をしておかなければいけない。それをずっと維持するというのは、結構大変なことなのかなという感じがします。

消防で参画しているのは、うちと東京消防庁さんですから、大きなところでの意見で、この3つをつぶしたくないなというところはあるのですが、先ほど樋口先生がおっしゃいましたように、一律でやらなくてもいいということにはなるのですが、条件によっては東京でも札幌でもやらざるを得ない、やらなければいけないという条件があるとすると、やはり質的には全国救命士一律でできるようにしておかなければいけない、ということになってしまふのかなという感じがしました。

○永池構成員 私からも、私の解釈を確認させていただきます。この検討会は、やはり「より良い病院前救護」を目指して、安全性や診断の確実性を確保しつつ、いかなる救急救命士の業務が拡大できるのかを現在検討していると思っています。その際に、ここで示された処置拡大の3点が、いま拡大できる行為と判断するかどうか、この検討会で議論して回答を出していく。ご参考に、これまで科研で野口先生等がおやりになられた結果を見ながら、安全性や実行性を判断し、最終的に結論を出していく。そこまではよろしいでしょうか。

○島崎座長 はい。プレホスピタル。

○永池構成員 プレホスピタルでよろしいですよ。そういういたしますと、この報告書を私が読んでどのように解釈したかと申しますと、むしろ3行為はできるであろう。さらに状況であったり、条件整備であったり、指標を使うことによって、プラスアルファいくつかの処置も拡大できるであろうというように現時点で読めてしまうのです。ですが、いま郡山先生からの説明の際には、いや、そうではないと、教育が整わなければいけないということが前提にあるので、先ほどおっしゃったような、処置を拡大すべきとの結論に至るといふことは、ここで修正されたというように解釈してよろしいでしょうか。

つきましては、現実的にいって、教育の体制がこういうことをやろうとした際には不十分であり、さらに充実した教育が必要であるので、長期的な視野に立って、まず検討すべきことはそこにある。そして、郡山先生がお話されてはいなかったのですが、私はこのように考えます。そうした教育体制が整備され、教育が実践され、費用対効果等もありますが、実践された際には、また改めて、教育の効果であったり、技術的な訓練の効果を検証した上で、同様にこうした検討会が開催されるべきであろうと受け止めてよろしいのでしょうか。

○郡山構成員 私が書いた報告書については、「郡山一明」と書いてあるので、私が責任を持っておりますので、私は全くそのように解釈しております。

○島崎座長 今回は郡山先生が、今後検討すべき項目も入れて、本来こうあるべきだということを総論の中でおっしゃっていて、今回は具体的には、この3つについては教育・研究システム、あるいはMCの状況などを含めて、できるかどうかを検討したいということです。ですから、あと30分の間に、3つを検討する。

○永池構成員 あくまでも報告書では、いま3つの処置を拡大すべきという結論には至らなかったということ。

○島崎座長 今からそれを検討するというのですよ。

○郡山構成員 実は報告書で言っていることは、有効性のことについて、私どもは検討してきました。要するにポリシーオプションをまず出して、その有効性について十分に検討を行った。実際にこれを日本全国ですということにあたっては、実行性をこの場で検討しなければいけないと思っていて、そここのところを明確に分けたつもりなので、ここで、実行性が駄目だということになれば駄目でしょうと考えております。

○総務省消防庁（溝口救急専門官） 総務省消防庁の溝口と申します。先ほどから地域の話とオールジャパンでの方向性という話がありましたが、地域差の話はされる中で、できる所からやるという発想と、そうではなくて、必要な所からやらなければいけないという発想の方と二分されるのではないかと思っておりました。非常に重要な点は、おそらく必要な所と念頭に置いている所は、医療資源もかなり乏しくて、MC体制の構築なども非常にシビアな状況にあるような所かなというのが私の感想です。オールジャパンでやるときに、どちらを指すのか。やれる所からやる、ガイドラインの作成のときにはよくやることですが、わかっている所からやるという形にするのか、そうではなくて、必要な所から攻めていくのだという方向性に行くのかは、検討しながらでいいと思いますが、そこはちょっと切り分けないといけないのではないかと印象を受けましたので、一言コメントをさせていただきます。

○島崎座長 座長としては、必要な所からすべきなのですが、必要な所がいちばんプライオリティーが高いという格好でいくと、結局時間的に必要な所ほどいつまで経ってもできないというようなことがあり得るわけです。そうすると、やはりできる所からやっていくというほうが、現場としてはより本来の適切な医療をできるだけ早く現場に持ち込むという意味では、意味があるのかなと思います。もちろんプライオリティーの高い必要な所への教育システム等を含めてどうするかというのは、非常に重要だと思います。

○野口（英）構成員 実は、先ほど私はプロトコルが簡単にできるということに、患者の同意はどうするかと、もう1点は、ある処置をしていた薬に対して、救急救命士が必然的にそれをやる必要があるのかと、2つ申し上げましたが、私は現場として、地域の救急

医療の中で消防救急というのは、その地域の医療の提供体制と、自ら持っている病院前救護における技術力と住民の理解なのです。ですから、理解というのは不可欠だと思いますから、できることからではなくて、必要な所からやるという視点ではないかと思えます。

○島崎座長 必要な所の教育システムをきっちり組んでくださいということですよ。それは当然です。

○郡山構成員 たぶんそうに考えていくときに、いちばん最後の所に「時間短縮」と示しましたが、要するに全国から集めて、一定の所でやるというように教育を変えれば、それは全く可能なのです。

○野口（英）構成員 まさにおっしゃるとおりなのです。だから、これはある面では、救急救命士の処置範囲の拡大と言いつつも、基本的には地域の救急医療をどう設計するかという問題なのです。であるから、住民がそこだけ求めるのなら、先ほど佐々木先生が言ったように、必然的に市町村消防の単位でやるかやらないかという経緯を論じて、ナンセンスだと私は思います。

○島崎座長 そのとおり。一応総論的な話としては、いまのようなことでディスカッションを打ち切りたいと思います。基本的には、皆さんおっしゃっていることは当然の意見です。

もう30分しかないのですが、3つについて、一つひとつ大体10分弱でお話を伺いたいと思います。各論の血糖と喘息、心肺停止の静脈の確保の資料の中身については、それぞれが各論のデータを出していただいているのですが、簡単に説明しただけですか。

○野口（宏）構成員 いずれも最後の結論のところを。23頁の喘息です。結論的には有効性があると。病院前救護で救急救命士にこれをやっていたことに対して有効性があるという結論で、我々の委員会ではそういう報告書にいたしました。

22頁の安全性ですが、我が国では一般に使用されているSABAに関しては、この辺が少し意見が分かれたところが無きにしても非ずで、我々の委員会では、大体これで結構だということですが、心血管系への影響は軽微であるということです。これを非常に心配される学者もおみえになるということをあえて申し上げます。

高齢者は若年者に比べて副作用が現われやすいということですから、その辺は注意をなささいという注釈を付けた上で、6番の救命士に必要な教育ということで、喘息の発作の病態、この辺りは郡山先生がおっしゃっているところですが、観察、判断、乳幼児の場合にもし使うとすれば、SpO₂をきちんと測定できているかどうかを見極める能力が必要になるということ。そして薬剤の副作用と、もし吸入器を使うとすれば、その理解が必要であるというようなことです。

基本的な結論を申し上げれば、特にアレルギー学会の先生方は是非やらせてくださいということ。以上です。

○島崎座長 続いて血糖は。

○野口（宏）構成員 血糖は25頁です。低血糖に関して、血糖測定の意味に関してです。極めて当たり前ですが、27頁に正直に書かせていただきました。「6時間以内と比較的短時間でも重度の後遺症を残しうる可能性が示唆される」というところで、極めてエビデンスの高い報告は、我が国では見つかりませんでした。ただ、最近では外国でいろいろな研究があって、まだエビデンスを測るところまでいっていないようですが、後ほどの痴呆の原因になるというペーパーがちらほら出てきていることは事実で、その程度であるということです。これはデータがあると思いますが、現場の救急をやっている人たちの中で、低血糖そのものの事例はかなり多いということと、もう1つは、副次的なことと我々は捉えて報告書にも書いていますが、意識障害の方に、まず低血糖の鑑別診断を病院前で、少し搬送に時間がかかるような場合にはしていただくと、低血糖であるということがわかれば、そこでブドウ糖の投与をして意識が改善すれば、次の病院選定に役立つ可能性がかなりあります。こういう事例が現場ではかなり多いということで、委員会としては、これも病院前でやっていただくことは有効であろうという結論に達しました。

○島崎座長 3番目の心肺機能停止前の静脈路確保。

○野口(宏)構成員 これは先ほども杉本教授からありましたが、まずスキルに関しては、基本的には問題がないと報告書には書かせていただいています。当然、個人の力量においては個人差が大きいのということも加味しておかないといけないということです。ただ、これは我が国でも、ある地域からかなりしっかりしたレポートが出ています。特にドクターカーやドクターヘリからのデータでは、病院前で多発外傷に輸液をすることの有効性は証明されているという論文がありますので、病院前救急で行うことに対して、特に救急救命士がすることに対しての有効性は高いという結論を出しました。以上です。

○島崎座長 ということで、大体先ほどからのディスカッションで、それぞれ端々に各論的な話が出ていますが、まず血糖測定と低血糖発作へのブドウ糖投与の処置拡大に関する問題点、課題。教育システムが必要だ、MCの充実が必要だ、実習等の教育医療機関をどうするかという話は、3つに共通することですから置いておきまして、それを除いて各論的にこのことに関していかがでしょうか。順番が喘息からとなっていますが、いかがですか。

○杉本構成員 資料2の3頁の下にある「患者の条件」というのは、①、②、③すべてが満たされているという理解でいいのでしょうか。

○野口(宏)構成員 そうです。

○島崎座長 この3つはand。

○杉本構成員 ①+②or③というわけではないですね。

○島崎座長 これ、andで、①で②で、しかも③だというと、③がわからないことがあるのではないですかということでしょう。

○杉本構成員 血糖を測るからいけるということですね。

○野口(宏)構成員 そうですね。

○島崎座長 だからこれは①、②、③という理解で。侵襲のときであろうが何であろうが、血糖値を測定して、その上でという理解でいいわけですね。

○野口(宏)構成員 そうですね。

○島崎座長 「測定を行う条件」。意識障害で、周りに誰もいなくてわからなければ駄目だということですね。そういう患者の血糖を測定するのは駄目だということですね。

○野口(宏)構成員 駄目というか、ちょっと曖昧ですね。

○島崎座長 プロトコールも、もしできれば。

○杉本構成員 血糖測定だけ、ちょっとここのところ、こうだということにやっておかれたほうが。

○島崎座長 andはどうなるのですかね。それはディスカッションで話が出ましたか。特に出なかったですか。

○野口(宏)構成員 そうですね。ちょっと記憶にないです。申し訳ございません。

○杉本構成員 どちらとも、間違えられるといけないからと思って。

○島崎座長 ほかにいかがでしょうか。野口先生がちょっとおっしゃっていた、非観血的測定装置を使った血糖測定は、まだはつきりしないので、当分はペンディングにすることですか。

○野口(宏)構成員 そういうことです。

○島崎座長 わかりました。

○永池構成員 低血糖のところでは「メディカルコントロール体制の充実が必要不可欠」と書いてありますが、具体的にはこれもオンラインメディカルコントロールと解釈してよろしいですか。

○島崎座長 これは基本的に3つともメディカルコントロールですよ。

○永池構成員 オンラインと解釈してよろしいですね。

○野口(宏)構成員 はい。

○杉本構成員 血糖はこの文面からいくと、教育体制・研修体制等ということになってく

ると、オフラインメディカルコントロールで十分という意味合いで私は理解したのですが、そうではないのでしょうか。

○島崎座長 私は3つともオンラインだと思って話を聞いていたのですが。

○杉本構成員 血糖を測定するのですか。

○島崎座長 測定ということですか。

○杉本構成員 測定して、要するに血糖値。

○島崎座長 私はそういう具合に解釈していたのですけれども。

○杉本構成員 そこはちょっと正確に決めておいたほうが。

○島崎座長 and、orのところも含めて、オンラインで聞けばいいのかなと思ったのですが。

○野口(宏)構成員 郡山先生、どうでしたか。私は、この辺のところはすべてオンラインだと思うのですが。そのもとの指示を得てということで、許可というあれですが、相談をしていただくということで、先ほど樋口先生からもアメリカの話が出ましたが、アメリカは、実は勝手にやっていることはほとんどないのです。それが事前・事後も含めて、みんなオンラインです。ですからオンラインを原則に、私はするべきだと思うのです。

○郡山構成員 まず、するかしないかを有効性で決めて、それをやるならば、オンラインにするかオフラインにしていけるのかとか、そのようにやっていけばいいのではないかなと思います。

○島崎座長 まずやるかやらないかを決めて。

○郡山構成員 とにかくオンラインでならよさそうだなと。要するに、それは患者に対する侵襲の問題ですよ。オンラインでやるか、オフラインでやるかは、侵襲はどうかということと、それに対する安全性がどうかというのは、まさにコストパフォーマンスの問題などいろいろあるので。

○野口(英)構成員 どうしても有効かどうかという、先生方が研究されたことについて私は言及はできませんが、消防救急から必要性ということはどうしても考えてしまうのですが、いいですか、この追加資料を。

○島崎座長 簡単をお願いします。

○野口(英)構成員 追加資料1を見ていただくと、これは昨年の4月1日～12月31日の速報です。いちばん初めに、「糖尿病及び喘息に纏わる」と書いてありますが、要は搬送人員なのですが、その4月～12月ですから約9カ月間なのですが、初診時程度で“糖”と名のつく病気で運んだ方たちは、死亡した方が1人、重篤が46人と、ずっと書いてありまして、トータルで3,835人というのがうちの数字です。この分母というのが、約43万8,000人なのです。43万8,000人の中のトータルが3,835人ですから、大体1000分の8ぐらいです。どの方たちを症状として対象にするかということによって、よけいパーセンテージが違うということです。

“低血糖”と明確に書かれた方は、同じように43万8,000人のうちの2,869人。

下の枠を見ていただきたいのですが、意識レベル10以上というのは、要するに正常な会話ができるかできないかという境目で判断しますと、“糖”を含む傷病者が1,256人、“低血糖”と書かれたのが1,152人です。こういったボリュームの中で、有効と必要性というのを私たちは考えてしまうのですが、例えばこういった地域の中で、たぶん佐々木さんからもデータを出されていると思うのですが、どの程度の頻度があるのかということが出てきて、ちょっと話がずれますが、先ほど杉本先生もコストという話をされましたが、まずそれが出てくるのが1つです。

もう1つは、救急救命士法そのものは、もともとが命にかかわるところから始まって、救急現場において必要な処置というもので我々消防機関も賛成してきているわけです。しかし、この話は、資格ができたあとに更に何をやらせるかという議論じゃないですか。そうなるべくと、本当にこれが必要なのかと、または望んでいるのかという、その辺が非常に疑問だということが1つあります。

それから、対象を見たときに、先ほどの話をぶり返して申し訳ないのですが、我々はい

ま MC では、重症以上は救命救急センター、中等症の場合に二次救急医療機関と言われてい
ます。そうすると、わざわざ耳たぶを傷付けるとか、そういう状況でやるだけの必要性は、
医療の中における病院前救護としてあるのか。どうしてもそれが納得できません。

○島崎座長 血糖の測定と、糖の投与に関する、少し批判的な現場でのご意見というよう
に受け取っていいですか。

○野口（英）構成員 そのとおりです。

○島崎座長 全国救急隊シンポジウムがこの前金沢でありましたね。消防本部を含めて 80
%か 90%近い回答率の全国アンケートで、かなり信憑性が高いなど思っているのですが、
あれは総論的な話なのですが、糖投与にかかわるほかのものもひっくるめて、やったほう
がいいだろうという意見に 80 から 90%ぐらいの方は賛成されていました。野口委員がおっ
しゃったことは、実はそれまで少しひっかかかっていて、現場は救急救命士から見て、ある
いは救急隊員から見て本当にどうなのだろうと思っていたのですが、あれを見て、意外と
そういう方向で現場も考えているのだなというには受け取ったのですが。野口さんが
言う各論の各地域と、実際の総論的に言う話とはちょっと違うかもわかりませんが、私は
そういう具合に受け取ったのですが。そういう意見があるというのは、現場に負担ばかり
かかるよという話は出ておりました。ほかにいかがでしょうか。

○樋口構成員 現場を知らない人が、何だかんだと言うのもちよつとは思いますが、今
の野口さんの発言は、結局のところは、全く may と must が一緒になっているという話です
よね。そんな権限は要らないよと。やれるようにされたら我々は迷惑だと言わんばかりの
話というのは、ちよつと私は筋が良くないのではないかなと思います。できるという話
があった上で、その上で、本当に必要があるかどうかという話を考えるだけの専門家の裁量
を発揮するのはそれからであって、入口のところでもシュリンクするというのはいかがな
ものだろうと、素人的な感想ですが。

○島崎座長 僕も全国救急隊シンポジウムのデータを見て、意外とそういうことに関して
は、それなりの積極性があるなというようには受け取ったのです。ですから、樋口委員が
おっしゃるような方向で考えていたのですが。

○総務省消防庁（溝口救急専門官） 一応データの話なので。あれは有効回答率が何パー
セントかという話だったのと、インターネットにアクセスして回答したというので、そも
そもそこで若干バイアスがあるということなので、オールジャパンの全体の救急救命士の 8
割がそうだったという話とは、ちょっと違います。

○島崎座長 回答者のでしょう。

○総務省消防庁（溝口救急専門官） 回答者の有効回答率ということなので、そこでちよ
つとバイアスが。

○島崎座長 回答者の有効回答率が 80%ぐらいで、その 80%か 90%が、新しい 3 つの方向
には賛成だったという話だと思うのです。

○総務省消防庁（溝口救急専門官） かなり意識が高いというのが。

○島崎座長 だから、まさに樋口委員がおっしゃったような話だと思うのですが。

○野口（英）構成員 私は樋口先生のおっしゃるのはよくわかります。それで、ちよつと
提案をしたいのですが、本当はこういうのは試行するのがいちばん良いのです。つまりや
ってみて、どれだけの有効性があるかということです。別に先生のおっしゃっていること
はそのとおりなので、私はそれで結構だと思うのですが、試行といっても、じゃあ実際に
やるのかという話なのですが、やはりそういったことはなかなかやりづらいのだろうと思
うのです。

そうすると、各消防本部にはそれなりに活動記録というデータがあるじゃないですか。
何時何分に救急隊が要請されて、最終的にどのように現場で処置をして、その後病院に搬
送したと。我々は、その後の確定診断というのを持っていないわけです。ですから、先ほ
どお見せしたように「疑い」とか、そのように記載されるとしか言いようがないので
す。そうなってくると、実際にどのような活動事例があったのかということと、1年ぐらい

前なら、病院でもある程度の回答を、プライバシーの問題はよくわかるのですが、その辺
を継ぎ合わせてみて、いまここに書かれているいろいろなものが、どのように反映できる
のかということをやってみるといっても、私は必要ではないかなと。

○島崎座長 試験的運用。

○野口（英）構成員 まではいきませんので、データをもった症例研究というのが必要な
のではないかなと。そうなると、よけい問題点や有効性が出てくるのではないかとい
うことを提案したかったのです。

○島崎座長 ここにある数の患者の実際の確定診断と予後をもう 1 回出せばいいのではな
いかということですか。

○野口（英）構成員 我々が持っているデータの中で、少なくとも東京消防庁ならばこれ
だけの件数があるわけですから、そういった事例を前提にして、この有効性をそこで確認
したらいかがですか、ということをおし上げています。それには病院から確定診
断をいただかないと、単なる低血糖という初診の程度だけでは明確ではないでしょうから、
そのあとの予後からしてどうだったというようなこともできるのではないかと思います。
そういう事例研究というか症例研究をやると、よけい有効性が見えてくるのではないか
ということですか。

○島崎座長 野口先生、どうですか。

○野口（宏）構成員 それは全くおっしゃるとおりだと思います。何ごとによらず、そう
いうデータがなかなか取りづらいので、これを前提条件にするかどうかは別にしまして、
基本姿勢としては全くそのとおりでございます。是非おやりいただければと思います。

○島崎座長 例えば OK になったら、OK になったそれなりのシステムを作っていく中で、も
う 1 回、そういうのも検討してほしいということですか。それとも、それが出来たら是非
を決めるということですか。

○野口（英）構成員 そんなに難しい話ではないと思うのです。先ほど郡山先生もおっ
しゃったように、地域によっても違うのだろうと思うから、例えば都市部でこのようなこと
が起きたときには、このような症例があったよ、事例があったよという中で、具体性をも
って検討したほうが、いろいろなものが見えてくるのではないですか。搬送の時間とか、
いろいろと違いが出てきますから。

○野口（宏）構成員 全くおっしゃるとおりなのですが、そうするとこれは特区にする
なり何なりで。本来、いまは血糖測定自体が許可されていませんので。採血することすら、
どのような方向にしろ全く認められていませんので。

○島崎座長 だから、その症状だけを見て、それがどうなっているのかということのを、と
いうことでしょうか。

○野口（宏）構成員 わかりました。それは失礼しました。

○島崎座長 だけれども、それは東京消防庁がここに出してくださっているデータ以上に、
医療機関側のフィードバックがかかっていないからということですか。

○野口（英）構成員 そのとおりです。

○島崎座長 先ほど野口委員がおっしゃったように、日本にはほとんどデータはないの
です。いくつか症例報告的に小さなデータがありますが。実は、低血糖の予後、プレホス
ピタルでどうしたらどうなったというのは外国にもないのです。そういう意味で、データ
を集めるのは大変だという気はします。北海道からもデータをいただいています。こ
こには「診断された」と書いていますが、これは病院がそう診断したということですか。

○佐々木構成員 札幌のデータは、本来は初診時の数であるべきなのでしょうけれども、
後日、病院から診断名を確認させていただいています。それで出してきたデータです。

○島崎座長 説明していただけますか。

○佐々木構成員 1 番目「意識障害傷病者の血糖測定」ということで、低血糖の傷病者発生
状況です。低血糖と診断された傷病者は 706 人です。これは平成 20 年のデータで、6 万
2,788 人のうちの 706 人です。1.1%です。東京も 1.8%ですから、それほど変わらな

と思います。その中で傷病程度別に見ますと、死亡は1名、重症は11名、中等症は270名です。

事故種別で見ますと、急病の中が若干細分化されていますが、急病で672人。脳外科に関して65あることについては、推測ですが、意識障害などがあって脳外科を選定し、その結果は低血糖であったということだと思います。そのぐらいの割合です。先ほど、病院選定でもというお話がありましたが、0.1%ぐらいの搬送の中で、脳外科に低血糖で意識障害の患者さんが行っているということです。

○島崎座長 ということですが、どうでしょうか。いまからもう一度全部のデータを洗い出して、低血糖を各医療機関にフィードバックしてといたらすごく時間がかかるような気がするのですが。この低血糖のデータは医療機関のデータですね。

○佐々木構成員 医療機関からいただいた確定診断名から出しています。

○野口(英)構成員 すべてを洗い出すというのは難しいので、ピックアップした症例がどのようなものなのかを見ていただく中で、いま現在研究された内容を確認することが実証的になるのではないかと思います。

ですから我々としては、仮に東京消防庁が協力するとするならば、「傷病名に“低血糖”を含む」と書いてあるもので、中等症なら中等症というものが、少なくとも1,337件あって、そのうちのすべてを洗い出すわけにはいきませんから、我々が活動時間が平均だと思えるものの中で、ある事案をピックアップさせていただいて、これを場合によっては厚生労働省のご協力を得て、病院からの確定診断と突き合わせてみて、その中で、東京ではこのような事例が起こるのかということ、2、3こちらで報告させていただいて、野口先生たちが研究されたものと突き合わせてみる。

我々だと、搬送時間が7分くらいになってしまうので、そうなってくると、我々の都市部だけでは駄目なんでしょうから、例えば特区という話がありましたが、私はどこかわかりませんが、そこの消防本部が持っているデータの中で、こういう事例があるというものを同じように突き合わせてみるとか、そういうことが必要なのではないかと思います。そうすると実証できるのではないかと思います。

○野口(宏)構成員 やはり野口さんはわかっておられないのです。いま言っておられるのは、しなくてはいけないためのデータを集めなさいと言っているわけです。してもいいというだけの話、入り口のところだけの話なのに、必ずしなくてはいけないというのだったら、これだけの必要性が本当にあるかどうかを検証しなさいということを行っているの、議論を完全にすり替えているのです。してもいいという、本当の入り口のところだけの話なのです。

現実的にはそういう圧力がかかるだろうという意味は、本当はわかるのですが、そこを区別しないと議論は始まらないのです。札幌は札幌の事情があります。そういうことを全国一律でなくても許してあげるような仕組みを作ったほうがいいのです。それを入り口のところで、全部駄目だという話にしてしまうと、何も始まらない。

そういう何かの立証責任を負わせるというのだったら、してはいけないというデータを出してくださいというくらいです。してはいけないというように、そちらの方のデータを出してくれるのだったら、それは患者その他は納得します。こんなことはしてはいけないのだよというような話であれば。

○島崎座長 私自身は基本的に樋口先生のおっしゃることに賛成なのですが、野口委員がおっしゃっているのは、1%近い低血糖と言われている患者が、本当の意味で低血糖はこんなにたくさんいなくて、低血糖の測定と糖投与はやっても意味がないのではないかと思います。おっしゃりたいのですか。

○野口(英)構成員 先ほど私は、そのとおりだと言いましたので、それについては肯定しますが、私がお話していることは否定的に取られているのですが、現場の風景として、このような搬送が行われているということを知っていただきたいのです。それは決して否定するために出すのではなくて、その有用性を立証することにもなるのではないかと思います。

ことなのです。

つまり何かと言うと、現場でこういう患者さんが、こういう状態で発生しているということ踏まえて、有用性を議論したほうがいいのではないかとということなのです。それを地に着いて議論したほうがいいのではないかとということです。

○杉本構成員 基本的にはmayとmustの話があるのですが、片方は実務ですから、mayというのであれば、やってもいいというようなことは、救急救命士を含めて世の中にいっぱい増えてくると思います。ただ、これは実務として、それを実際にやらないといけないという立場になれば、必ずコストの問題は付いて回ります。

それと、もう1つは受ける人たちのモチベーションの問題です。これは絶対に必要だからやるよというもので、これも重要です。それは必ずしもmayとmustだけの話ではなくて、実務としてやる時にはどうなるかという見方をすべきだと思います。野口さんがおっしゃっているのは、東京の消防庁の責任者として、こうだろうという、当然の理論であると思います。

それと、例えば気管挿管もそうなのですが、気管挿管をやるのが本当に救命率上昇の役に立ったのかということも、実際に評価し直さないと、あのために費やしている経費は大きなものがあるし、医療側も麻酔科を中心として、患者さんも先生も含めて、大きな負担をかけているわけですから、何でもやってOKだよといかないのが1点です。

それともう1点は、これに伴って救急救命士の負担が増えることも事実です。救急救命士が、それはmayだからやれなくてもいいということ、それで国民が納得するならいいけれども、基本的には、どうしてやってくれなかったのかと。私の知っている中には、挿管をやることをあえて避けている救急救命士もいます。それは、いろいろなトラブルが起こったときに対する補償もはっきりしていないということにあるわけだから、効率性が高いのはいいのですが、効率性があまり期待できないものを救急救命士に負担をかけることについては慎重に考えておく必要があると思います。

○島崎座長 最後に樋口さんにお聞きしようと思っていたのですが、mayでいって、実際に実習してOKだということができる救急救命士がいたとして、それがやらなかったら、法律的に訴えられるのですか。ちょっと考えておいてもらえますか。

○郡山構成員 それは声を大にして言いたいのですが、そもそも救急救命士は医師の指示の下に行きますから、医師がオンラインでやるということであれば。

○島崎座長 やれと言ったときにやらなければ、法律的に問題か。

○郡山構成員 本来、オンラインのプロフェッションは自分で責任を取るべきなのです。それがプロフェッションの定義ですから。しかし、それが嫌だということであれば、医師が責任を取りましょうということでしょう。

○島崎座長 それがまさにメディカルコントロールですね。野口さん、そういうことなので、一部、札幌もこのようなデータが出ているので、いかがですか、そういう形で。血糖の測定と糖投与を一度やってみるという方向ではどうでしょうか。まだデータが足りないということですか。

○野口(英)構成員 ここは出したデータはすべて開示しなければいけないのですか。例えば我々の持っている、現実的にはこのような患者さんが発生しているということを見ながら議論していただいたほうが、有用性を確認するのもいいのではないかと思います。

○島崎座長 こういう患者さんもいますというのは、低血糖だと思ったけれども、低血糖ではなかった患者さんもたくさんいますという意味ですか。

○野口(英)構成員 いや、逆に言えば、低血糖というのがわかった患者さんについては、こういう場所、このように発生しているということを見ていただいたほうがいいのではないかと思います。

○島崎座長 そういう患者の発生率ですか。

○野口(英)構成員 そうです。だって、これはもともとは病院前救護の話ですから、そ