

滋賀県メディカルコントロール協議会 議事概要
(平成 29 年度第 1 回)

1 日時

平成 30 年 2 月 19 日 (月) 14 時 00 分から 15 時 15 分まで

2 場所

滋賀県危機管理センター2 階 災害対策室 8

3 出欠状況

出席者：石川 浩三 会長、荒川 庄三郎 委員、樋口 孝行 委員、高田 忠見 委員、
久保田 誓 委員、笠原 米和 委員、塩見 直人 委員、岡林 旅人 委員、
立川 弘孝 委員、吉川 浩平 委員、中村 誠昌 委員、志村 俊治 委員、
嶋村 清志 委員、小西 文子 委員

欠席者：江口 豊 会長代行、伊藤 善紀 委員、藤村 春男 委員、市川 正春 委員、
越智 眞一 委員、花澤 一芳 委員、丸山 英明 委員、

事務局：吉村副主幹（滋賀県総合政策部防災危機管理局）

大友課長補佐、東浦副主幹（滋賀県健康医療福祉部医療政策課）

4 内容

(1) 会議の公開等について

(司会)

本日は、お忙しいなかお集まりいただきありがとうございます。定刻となりましたので、ただいまから滋賀県メディカルコントロール協議会平成 29 年度第 1 回会議を開会いたします。なお、本日の会議につきましては、滋賀県メディカルコントロール協議会公開方針および傍聴要領により公開することとなっております。会議の開催につきまして告知しましたが、傍聴希望者はなしとなっております。また、本会議の結果につきましては、事務局におきまして議事録を作成し、1 か月以内に会議資料とともに閲覧に供するものとし、併せて、県ホームページに掲載することとします。

(2) あいさつ

(司会)

それでは開会に当たりまして、滋賀県防災危機管理監の松野からごあいさつを申し上げます。

(松野防災危機管理監)

皆さん、こんにちは。いつもお世話になっております。滋賀県防災危機管理監の松野でございます。皆様には、年度末の御多用中のところ、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、日頃から、本県の救急医療行政および消防防災行政の推進に多大な御支

援と御協力を賜っておりますことに対しまして、厚く御礼申し上げます。さて、本県における傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準につきましては、平成23年4月の運用開始後も、より実効的なものとするために、実施基準策定部会において、毎年、調査・分析を行い、その検証に取り組んでいただいております。また、メディカルコントロール部会におきましては、3年ぶりに「滋賀県版救急救命士業務活動モデル」の改正について検討いただき、改正案を取りまとめていただきました。本日は、事務局よりこれらの検討結果等につきましてご説明申し上げ、皆様に御審議を賜りたいと存じます。本県における救急搬送と受入れにつきましては、救命救急センターを中心に全国に比べて迅速な対応がなされている状況であります。この体制をより一層充実させるため、皆様方の御支援と御協力をお願いいたしまして、はなはだ簡単ではございますが、ご挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくをお願いいたします。

(3) 資料確認・出席委員等の紹介

(司会)

松野防災危機管理監におきましては、ほかの公務の都合のため、ここで退席させていただきます。それでは、まず資料を確認させていただきます。資料につきましては、机の上に配布させていただいております。席次表、次第、資料①、資料②の1、2、3、資料③の1、2、3、資料④をお配りしておりますが、お手元にそろっていますでしょうか。本日の会議の出欠状況は、出席者が14名、欠席者が越智委員、花澤委員、江口委員、市川委員、丸山委員、伊藤委員、藤村委員の7名となっており、委員の半数以上が出席していることから、当協議会設置要綱第6条第2項の規定に基づき本会議は成立となります。それでは、これからの議事の進行につきましては、当協議会設置要綱の規定により、石川会長にお願いしたいと存じます。石川会長、よろしくをお願いいたします。

(4) 傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の検証結果について

(議長)

会長の石川でございます。この時期はインフルエンザが流行しており、循環器系の患者さんが多くて、救急搬送等大変忙しいと思います。ただ、この滋賀県はおかげさまで皆さんの協力によりまして、救急搬送の受入れが、他府県に比べると大変いい状況でございます。みなさんに感謝いたします。これからもよろしくをお願いしたいと思います。それでは、早速議事に入らせていただきます。議題(1)「傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の検証結果について」でございます。実施基準の検証については、実施基準策定部会で行われましたので、その内容について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

それでは事務局から説明させていただきます。議題(1)「傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の検証結果」について、資料②の1、2、3に基づきご説明申し上げます。まずは資料②-1をご覧ください。今年度から委員に就任いただいている方もおられますので、傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準いわゆる実施基準の概要について、少しご説

明させていただきます。資料 1 ページです。平成 18 年、19 年に奈良県で、平成 20 年に東京都で発生しました妊婦の救急搬送事案など、救急搬送において受入医療機関の選定が困難な事案が全国各地で発生し、社会問題化したことを受けまして消防法が改正され、各都道府県に消防機関や医療機関等が参画する協議会を設置するとともに、傷病者の搬送および受入れの実施に関するルール、いわゆる実施基準を策定することが義務付けられました。このことにより、平成 22 年 2 月に「滋賀県メディカルコントロール協議会」を、同年 3 月に「実施基準策定部会」を設置し、実施基準の策定に向け、検討・協議が行われました。そして、平成 23 年 2 月に協議会会長より知事に実施基準の答申がなされ、同年 3 月 25 日に実施基準を策定し、同年 4 月 1 日から運用を開始しております。この実施基準の内容につきましては、消防法第 35 条第 2 項で第 1 号から第 7 号まで規定されておまして、その各号の内容が、資料 1 ページ記載の第 1 号から第 7 号になります。

まず、第 1 号「分類基準」は、緊急性、専門性、特殊性の観点から策定する必要があり、県 MC 協議会として、資料に記載していますとおり、緊急性については 6 つ、専門性については 4 つ、特殊性については 1 つという形で分類基準を定めております。

第 2 号「医療機関リスト」ですが、分類基準に基づいて分類された医療機関の区分ごとに当該区分に該当する医療機関の名称を記載しております。本県におきましては、資料の②-2 に添付している形で定めております。この表につきましては、○、△、空欄で表示をしておりますが、○は常時対応できるもの、△は時間帯によって対応できるものを示しております。

第 3 号「観察基準」は、消防機関が傷病者の状況を確認するためのもので、受入医療機関を選定するために、傷病者の状況が第 1 号の分類基準のどの分類に該当するのかを判断するための材料を正確に得るためのものです。これは、各消防本部の観察基準やガイドラインを参考に定めております。

第 4 号「選定基準」は、救急隊が傷病者の観察に基づき医療機関リストの中から搬送すべき医療機関を選定するためのものです。搬送時間が最短となる医療機関を選定することを原則としておりますが、病院群輪番制の当番医療機関やかかりつけ医療機関などから総合的に判断することとしています。

第 5 号「伝達基準」は、救急隊が搬送先として選定した医療機関に対して傷病者の状況を伝達するための基準を定めるものです。本県では、年齢、性別、受傷機転、観察結果、既往歴、応急処置内容、かかりつけ医などの事項を伝え、これら以外にも状況に応じて必要な情報を伝えることとしております。

第 6 号「受入医療機関確保基準」は、傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項について基準を策定するものです。具体的に言いますと、先ほど申し上げました第 5 号までの基準に従って傷病者の搬送および受入れの実施を試みてもなお、傷病者の受入れに時間がかかるケースが発生することも想定されます。本県では、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合を「医療機関への照会回数が 4 回以上」または「現場滞在時間が 30 分以上」と定め、このような場合は、救命救急センターまたは滋賀医科大学医学部附属病院に搬送するという運用を取っております。

最後に第7号「その他の基準」は、傷病者の搬送および受入れに関して県が必要と認める事項について定めるもので、本県におきましては、ドクターヘリや防災ヘリの活用について定めております。

そして、実施基準につきましては、協議会において同基準に基づく傷病者の搬送および受入れの実施状況を調査・分析し、その結果を実施基準の見直しに反映させることとなっております。本県におきましては、毎年度、実施基準策定部会を開催して、これらの調査・分析を行い、実施基準の見直しを行っているところでございます。それが資料②-1の2ページ目以降になります。資料2ページ目の一番上、「1 実施基準の検証の検討経過」ですが、今年度の実施基準策定部会は平成30年1月23日に実施しております。「2 実施基準の確認・検証項目」ですが、実施基準策定部会では次の2項目について確認および検証を行っております。1つ目は、「医療機関リストの実効的な運用」として、医療機関リストの内容について各地域メディカルコントロール協議会を通じて確認を行っております。2つ目は、「搬送先医療機関選定困難事案等への対応」としまして、救急搬送状況や搬送先選定困難事案について各消防本部からの報告等を基に検証を行っております。まず、医療機関リストについてですが、「3 医療機関リストの確認」に記載のとおり、県内31の救急告示病院のうち4つの医療機関におきまして、対応できる疾患および診療科目が変更となっております。資料②-2の1枚目をご覧ください。公立甲賀病院の専門性・切断が○から△に、湖東記念病院の内科系・呼吸器内科が○から△に、日野記念病院の内科系・呼吸器内科が空欄から△に、それと内科系・その他内科が△から○に、長浜赤十字病院の緊急性・熱傷が△から○に変更となっております。この医療機関リストにつきましては、今後も各医療機関の医師の異動等により対応できる疾患や診療科目に変更が生じることから、随時、各地域メディカルコントロール協議会を通じて当協議会に報告いただくこととしております。以上が医療機関リストの確認になります。次に、搬送先選定困難事案等の検証ですが、資料②-1の3ページ目をご覧ください。「4 搬送先選定困難事案等の検証」ということで、毎年、各消防本部から最新の救急搬送状況のデータを提出いただいて、それを基に検証を行っております。なお、調査期間につきましては、平成29年4月1日から9月30日までの半年間になります。調査項目といたしましては、この半年間の全ての救急搬送数、そのうち重症以上の救急搬送数としておりまして、前年同時期と比較できますように平成28年のデータも併せて掲載をしております。まず1つ目の表ですが、全搬送数の平成29年の数値としましては、救急搬送人員は2万9,171人。前年同時期に比べまして、1,072人増えておりまして、率にして3.8%増となっております。ただ、照会回数4回以上、現場滞在時間30分以上はほぼ同数となっております。続いて、重症以上ですが、平成29年は1,504人。前年同時期に比べまして、25人増えておりまして、率にして1.7%増となっております。これにつきましても、照会回数4回以上、現場滞在時間30分以上はほぼ同数となっております。2つ目の表になります。管内・管外・県外別ということで、救急隊が搬送した医療機関を各消防本部の管内・管外・県外別で割合を出しております。全搬送数ですが、平成29年の管内の割合が92.31%、管外が6.84%、県外が0.86%。前年同時期と比べて、ほぼ変わらないような状況です。重症以上は、管内が86.7%、管外が12.3%、県外が1%ということで、こちらも前年同時期とほぼ変わらない状況です。3つ目の表になります。

受入照会・搬送状況ということで、平成 29 年の全搬送数について、照会回数は 3 万 983 回。搬送数は 2 万 9,171 ということで、受入率は 94.15%。前年は 93.5%ですので若干上がっています。重症以上の受入率は 93.47%で、前年の 93.9%から若干落ちております。一番下の表の「照会するも受入れに至らなかった理由」は、3 つ目の表の受入照会から搬送数を差し引いた数を、理由別に挙げています。最も多いのが「処置困難」、続いて「手術中、患者対応中」「専門外」となっており、この順番は前年と同様となっております。重症以上につきましても、「処置困難」「手術中、患者対応中」が多くなっています。続きまして、資料 4 ページになります。こちらは救急搬送のうち、精神疾患等に関する救急搬送の状況で、まず一番上の表ですが、平成 29 年の全搬送数 2 万 9,171 人のうち、②精神疾患搬送数は 900 人。そのうち、精神科病院への転院搬送数は 20 人。「目まい」の搬送数が 39 人、「呼吸困難」の搬送数が 151 人となっています。精神疾患の搬送数は前年同時期に比べて 67 人減っており、率にして 6.9%下がっています。続きまして 2 つ目の表、照会数・現場滞在時間は、搬送数 900 人のうち、照会回数 4 回以上が 6 人、現場滞在時間 30 分以上が 84 人。照会回数 4 回以上は前年同時期とほぼ変わらず、現場滞在時間 30 分以上は若干減っています。また、「目まい」、「呼吸困難」について、照会回数 4 回以上はともに 0、現場滞在時間 30 分以上も前年に比べて減っています。最後に 3 つ目の表ですが、搬送先医療機関ということで、救急告示病院、精神科当番病院、それ以外の医療機関に分けて、割合を出しております。精神疾患の搬送数 900 人のうち転院搬送の 20 人を除いた 880 人が対象となります。平成 29 年の救急告示病院への搬送につきましてもは 87.5%、精神科当番病院が 11.59%、それ以外が 0.91%ということで、前年と比べまして、救急告示病院への搬送の率が高くなっています。なお、精神疾患搬送数には身体合併症も含まれます。続きまして 5 ページの(3)「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」ですが、この調査は、毎年、消防庁と厚生労働省の連名通知により実施されております。調査期間は、平成 28 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までの 1 年間です。例年ですと、年末頃には全国の調査結果が各都道府県あてに通知されるのですが、今年度につきましてもは、まだ届いていないため、実施基準策定部会でもここに記載のとおり、全国の平成 28 年については未通知とさせていただきます。現時点におきましても、まだ届いておりません。ただ、本県の数字につきましてもは、消防庁に報告している数字がありますので、それを記載しております。また、全国との数値比較の参考データとして平成 27 年のデータを付けております。基本的には、重症以上、小児、産科・周産期、救命救急センターの 4 区分に分けて調査をされていまして、基本的には各表の搬送人員から転院搬送を差し引いたものがこの調査の分析対象人数となっております。そのうち、照会回数 4 回以上が何人で、その割合がどれだけか、現場滞在時間 30 分以上が何人で、その割合がどれだけか、が示されております。重症以上につきましてもは、滋賀県の平成 28 年が 3,032 人で、前年よりも若干落ちておりますが、照会回数 4 回以上が 2 人だったものが 4 人に増えておりますが、構成比は 0.1%ということで前年と変わらない状況となっております。全国と比べても滋賀県は非常に少ない率です。現場滞在時間 30 分以上の構成比は前年とほぼ変わらず 1.8%です。平成 27 年の全国の構成比と比べましても大分低い数値となっております。産科・周産期につきましてもは、滋賀県の平成 28 年は 138 人。照会回数 4 回以上が 2 人、現場滞在時間 30 分以上が 7 人で、

前年に比べて倍増に近い数値となっています。全国の構成比に比べてまだ下回ってはいますけれども、この率が少し高くなっています。小児につきましては、滋賀県の平成 28 年が 4,521 人。照会回数 4 回以上が 8 人、構成比 0.2% で前年とほぼ変わりません。現場滞在時間 30 分以上が 52 人、構成比 1.2% で前年から若干上がっております。ただ、いずれも全国の平成 27 年の構成比と比べまして、大分低い数値になります。救命救急センターですが、滋賀県の平成 28 年が 1 万 9,696 人。照会回数 4 回以上が 28 人。これは前年から半減をしています。現場滞在時間 30 分以上は 377 人でほぼ前年並みです。これにつきましても全国の構成比と比べますと大分低い数値となっています。最後に 6 ページですが、救命救急センターにおける救急患者受入率ということで、県内 4 つの救命救急センターの照会数が 1 万 9,786。受入数が 1 万 9,696 ということで、率にして 99.5%。前年が 99.2% で全国 2 番目に高い率ですが、さらに上がっています。照会回数 4 回以上、現場滞在時間 30 分以上の事案で、なお搬送先が決まらない場合は救命救急センターに搬送するという運用を取っていることから、数値が上がってきているものと思われます。県内の救命救急センターには非常に高い率で受け入れていただいているという結果になっています。確認・検証結果ではありますが、以上のことから、本県の救急搬送と受入れについては、概ね迅速な対応がなされており、たらい回し事案も発生していないことから、実施基準につきましては、医療機関リストのみの修正ということで、実施基準策定部会において結論付けさせていただいております。なお、この結果を反映したものが資料②-3 になります。今回、本協議会でご承認いただきましたら、案を取りまして、本日付けの改正として関係機関あて通知をさせていただきたいと考えております。事務局からは以上です。

(議長)

ありがとうございます。実施基準の見直しについて、医療機関リストの確認と搬送先選定困難事案の検証結果について説明してもらいましたけれども、何かご意見、ご質問はございますか。

(吉川委員)

彦根市立病院の吉川でございます。昨年も議題になったことですがけれども、この現場滞在時間 30 分以上にフライトドクターの診療時間は入っているのでしょうか。フライトドクターの診療時間まで現場滞在時間に含まれているとすると、それは現場滞在が長くなったという評価にはなっていないと思いますので、それはもう一回見直すべきなんじゃないかという話が昨年あったかと記憶しているのですが、いかがでしょうか。

(事務局)

へりの中に収容しなければ医療機関に搬送したということにはなりませんので、フライトドクターが救急車の中で診療している時間は、おそらく現場滞在時間にカウントされていると思われます。

(吉川委員)

そうすると、データとしては実際より悪くなっている。

(事務局)

おっしゃるように、数値としては悪く出てまいります。

(吉川委員)

京滋ドクターヘリを運用してからは、重症者の場合、現場滞在時間が長くなっているのではなくて、実際は現場で診療が行われている可能性が含まれていますので、それは訂正すべきかと、考慮すべき問題なんじゃないかと思うのですが、いかがでしょうか。

(塩見委員)

私の理解では、ドクターヘリが関わってもヘリに収容して病院に搬送した全ての時間が現場滞在時間となっていると思います。昨年、私も指摘したと思うのですが、ドクターヘリが関わることで現場滞在時間が長くなってしまうということはあるので、それは省く必要がある。結局、現場滞在時間 30 分以上を問題にするのは、初療時間が始まるまでの時間が問題なので、フライトドクターが現場に着いた時点で初療は始まっているので、他の現場滞在時間 30 分以上の事案と同じように扱うのはおかしいと思います。

(議長)

ありがとうございます。今の意見に対して、事務局としてはどうですか。

(事務局)

消防本部からは、国が実施する実態調査と同じ定義で数値を報告いただいているので、改めて事務局から指示をしない限り、今後も同じ捉え方で数値が報告されることになると思います。

(事務局)

ドクターヘリは、全国で既に 51 機導入されています。今回の意見については本省に確認させていただきます。また、滋賀県の実施基準策定部会として、国の基準とは別に、滋賀県はフライトドクターが初療を始めた時間からは現場滞在時間としないというような検討をしてもいいのではないかとと思いますが、消防本部からの意見も伺いながら来年度に検討させていただきたいと思います。

(議長)

両方の数値をそれぞれまとめるとなると実際には大変だと思いますので、手間を考慮したうえで、やはり国の基準が変わるまでは今までどおりとすることも考えられると思いますが、一旦、事務局で検討していただけますでしょうか。他に意見はございますか。

(中村委員)

資料の②-1 の 3 ページの搬送先選定困難事例の検証のところで、管内・管外・県外という分け方をしているのですが、来年度からは救急のブロック化の話もあるので、管内の考え方をどう捉えていくのか検討が必要だと思います。この数値を出しているのは、なるべく管内に搬送しなさいよ、という意味だと思いますが、そこに固執してしまうと、折角ブロック化したのに、結局は消防本部管内に搬送することが優先され、ブロック内搬送への妨げになるし、これをどう捉えていくのか。新たな救急のブロックを管内と考えてこれからやるのか、そのあたりを来年度からどうするのか提示していただきたいと思います。

(議長)

事務局からいかがですか。

(事務局)

今いただきました意見を考慮して、来年度の調査の仕方を検討させていただきたいと思えます。あくまでこの実施基準策定部会の中を出している数字ですので、当協議会の中だけの解釈でいいと思います。

(中村委員)

大きな考え方としては、ブロックの中、今までの管内よりはもうひとつ広い管内の中で、ある程度ものごとを完結できるほうがいいという考え方でいいですか。

(事務局)

そうですね。

(中村委員)

これは政策なので、単に調査方法を検討するのではなく、今後の本県の救急体制についてどう進めていくのかということを考えて、どういう統計の取り方をすればよいか検討する必要があるのだと思います。だから、今までどおりの管内のデータを出すと、やっぱり下がりにたくないという思いが残ってしまって、やっぱり外に出さずに何とか従来の管内でやってしまうところがあるのではないかと思うんです。そのあたりを、政策として、新たなブロックの中でいい数字を出してほしいのであれば、そういう形で統計を取らないといけないと思います。県がブロックの中でという方針を出していただければいいのかなと思います。

(議長)

今の意見は病院側の思いだとは思いますが、県としてはどうですか。

(嶋村委員)

貴重な御意見をありがとうございます。保健医療計画の改訂をいたしますが、その中に現在の二次医療体制を維持することはもう困難になってきていますので、県としては、4ブロックで考えていくと正式に計画の中に書き込ませていただきます。そのためには、本日も消防長の皆様に来ていただいていますので、この4ブロック化に向けてご協力をいただきたいと思います。また、体制や予算の関係も出てきますので、時間をかけて調整させていただきたいと思っています。あと、統計の取り方についても同様になってくると思いますのでご協力いただきたいと思います。

(議長)

それでは統計の取り方も県で判断いただき、ブロック単位で考えることでよろしいでしょうか。

(嶋村委員)

そうですね。

(議長)

今までと違った数字の取り方になってくるかと思いますが、事務局としてどうですか。

(事務局)

今まで各消防本部から出していただいていた数値をまとめる単位が変わることだと思えます。7消防本部管轄を管内と考えていたものを、保健医療計画の改訂に合わせて救急の4ブロック管轄を管内と考えることになると思えます。

(議長)

他に意見がないようでしたら、傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の改正についてご承認いただけますでしょうか。(→異議なし)あと、搬送先選定困難事案の検証報告ですが、これは報告ですので先ほどご意見頂いたとおりでございます。

(5) 滋賀県版救急救命士業務活動モデルの改正について

(議長)

議題(2)「滋賀県版救急救命士業務活動モデルの改正について」です。この議題については、メディカルコントロール部会で検討されました。これにつきまして、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

それでは議題(2)「滋賀県版救急救命士業務活動モデルの改正」について、資料③の1、2、3に基づきご説明申し上げます。まずは資料③-1をご覧ください。今回の改正は、基本的には消防庁から発出されましたこの通知に基づいて行うものでございます。資料の1ページの下記「1 背景」に記載されていますとおり、救急救命士等が行う救急活動については、平成24年8月31日に消防庁から発出されました「日本版救急蘇生ガイドラインに基づき救急救命士等が行う救急業務活動に関する報告書について」を踏まえて、県メディカルコントロール協議会において救急活動プロトコルとして「滋賀県版救急救命士業務活動モデル」を定めております。平成27年10月に一般社団法人日本蘇生協議会において「JRC 蘇生ガイドライン 2015」が取りまとめられ、平成28年9月には一般財団法人日本救急医療財団心肺蘇生法委員会から「救急蘇生法の指針 2015 (医療従事者用)」が発表されたところです。資料の2ページ目、「2 救急活動プロトコルの検討について」記載のとおり、消防庁において、この「JRC 蘇生ガイドライン 2015」を踏まえて救急活動に関して対応が必要となる部分について、科学的根拠および救急隊の活動の面から検討が行われました。その結果が3ページ以降の「救急活動プロトコルの検討について」になります。この検討結果を基に、各消防本部のメディカルコントロール部会の部会委員と現行の滋賀県版救急救命士業務活動モデルの改正箇所について協議を行い、併せて、今回のこの消防庁通知以外で現行の活動モデルの改正の必要性についても意見聴取し、協議を行いました。今回の改正につきましては、大きく分けて2カ所になります。その改正箇所につきましては、資料③-2でご説明を申し上げます。この資料③-2は、左が改正前、右側が改正後になっています。まず1つ目ですが、10ページになります。ここの左側の表「2-5 薬剤投与プロトコル」の①です。ただし書き以降に、薬剤投与を行わない傷病者を規定しておりますが、ここを修正しております。これにつきましては、資料③-1の5ページ「② アドレナリン投与のタイミング」の「イ 救急隊の活動」の3段落目以降になります。読み上げますと、「アドレナリン投与の処置の拡大を通知した『救急救命士の薬剤投与の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について』では、初期心電図波形が心静止の場合、アドレナリン投与の適応としては、『目撃者のある例』と記載され、この適応を参考に地域メディカルコントロール協議会において薬剤投与プロトコルを作成し、運用を図ってきたところである。しかし、ガイドライン 2015では、心静止においてもアドレナリンを早期投与することによって転帰を改善する報告があ

る。そのため、目撃がない例でも、心停止に陥ってからの時間を考慮し、初期心電図波形が心静止の場合のアドレナリン投与の適応を拡大することで転帰を改善することが期待される。心静止のアドレナリン投与適応範囲については、地域メディカルコントロール協議会で検討した上で、プロトコルを作成し運用してもよい。」とあります。このことにより、従来、薬剤投与プロトコルの適応除外としていました①のあとイを今回削除・修正しております。また併せて、現行の業務活動モデルでは、静脈路確保のための穿刺は原則 2 回までとし、3 回以上を禁ずるとしていましたが、この取扱いをやめて、原則 2 回までとし、「早期搬送を妨げない限りにおいて、医師の具体的指示を得て、2 回までの再穿刺を行うことを認める」ことにしました。これは資料③-2 の 3 ページの右側の⑥になります。この⑥は、2 ページ記載の「1 傷病者対応フロー」に入りますが、この「傷病者対応フロー」というのは、この業務活動モデルのいわゆる総則的な位置付けとなっております。この総則に、⑥を新たに設けたことにより、個別の活動プロトコルで静脈路確保のための穿刺回数の原則を全て削除しています。該当箇所を申し上げますと、いずれも左側になりますが、4 ページの 2 つ目の※印の下線部、5 ページの一番上の行の下線部、6 ページの*5 の下線部、13 ページの⑦の下線部、そして 15 ページの*1 の下線部、17 ページの 1 行目から 2 行目にかけての下線部、最後に 18 ページの*2 の下線部になります。もう 1 か所は、資料③-2 の 10 ページの左側*1「PA 連携などマンパワーがある場合で、吐物の逆流により視野の確保が困難な場合などは、セリック法の併用を考慮する」です。ここを削除しております。これは、現在の救急隊の活動において、セリック法を実施することはないことから削除するものです。この意見につきましては消防側から出されまして、部会で検討した結果、削除することが適当と判断されたものです。これら 2 つが今回の主な改正箇所ですが、あと、事務的な改正として、1 ページ目左側の下、「そうした中で…」以降です。ここは、本活動モデル策定後の改正経過を文書として記載しておりましたが、今後も適宜改正を行っていくことから、右側記載のとおり【改正の経過等】として、改正日ごとに一まとまりにし、今回の改正を付け加えております。過去 2 回の改正については、同内容となっており、記載の仕方を変更しただけになります。なお、これらの改正を反映したものが資料③-3「滋賀県版救急救命士業務活動モデル（案）」になります。本協議会でご承認いただけましたら、案を取り、平成 30 年 2 月 19 日改正として、関係機関あて通知させていただきたいと考えております。以上が今回の改正箇所になります。

(議長)

ありがとうございました。資料③-2 でいくつか改正箇所がありましたけれども、何かご意見、ご質問ございますか。

(岡林委員)

救命士の静脈路確保の成功率というのは、大体どれぐらいですか。現場での処置なのでなかなか簡単に取れていない印象があるのですが、3 回目にチャレンジできる方がよいということでしょうか。

(中村委員)

たしか、この活動モデルを作った時に、静脈路の確保に 2 回チャレンジしてできず、もう 1 回チャレンジできたら良かったのというケースが 2 回ぐらいあったように思います。なの

で、今回の改正になっているのだと思います。

(立川委員)

地域性があって、東近江管内は搬送時間が長いので、搬送時間に支障がなければ3回目をやってもいいのではという事案がありました。

(岡林委員)

わかりました。

(議長)

他に意見はございますか。

(中村委員)

この資料③-1の消防庁救急企画室長からの通知なんですけど、7ページの⑤にデブリーフィングのことが書かれています。これは、消防庁は救命士に対して処置を行ったことについてデブリーフィングをした方がいいと言っている文書だと思うんですが、読み進めていくと、8ページのプロトコルに「AED等のデータを収集」と書いてあります。現在、AEDのデータを取るのにお金がかかるのですが、それでいて消防庁がこれを出してきたということは、AEDデータを取る算段がついたということでしょうか。もし、ついたのであれば、やりなさいよと言っているということだと思いますが、そうであれば、今後このプロトコルを滋賀県の活動モデルの中に入れていくべきかと思うのですが、このあたりの詳しい説明をいただけますでしょうか。

(事務局)

消防庁にこのプロトコルについて確認をさせていただいて、またご報告させていただくということでもよろしいでしょうか。

(中村委員)

はい。今ここで決められることではないですから。将来的に救急活動に対する振り返りはやるものなんだろうと思います。ただ、実際にこれを書き込もうと思うと、誰がAEDのデータを取り出すのか、そのお金を誰が払うのか、という問題が生じるので、こうした点を整理しないとできないと思います。

(事務局)

それでは来年度のMC部会で、消防庁からの確認結果を報告させていただいて、必要に応じて、活動モデルを見直していくこととしたいと思います。

(議長)

それでは、事務局で確認いただいて、来年度のMC部会で報告いただくということをお願いしたいと思います。

(議長)

他に意見はございますか。(→意見等なし)それでは、この議題(2)「滋賀県版救急救命士業務活動モデルの改正」についてご承認いただけますでしょうか。(→異議なし)ありがとうございます。それでは承認いただいたものとさせていただきます。

(6) 滋賀県メディカルコントロール協議会認定指導救命士について

(議長)

議題(3)「滋賀県メディカルコントロール協議会認定指導救命士について」です。これもメディカルコントロール部会で検討されました。事務局から報告をお願いいたします。

(事務局)

それでは議題(3)「滋賀県メディカルコントロール協議会認定指導救命士について、資料④に基づきご説明申し上げます。資料④をご覧ください。今年度から同要領に基づき指導救命士の認定を行っているところですが、この第3条「認定要件」については、別表2で定めております。2ページをご覧ください。この別表2「認定要件」の(5)①におきまして、「県メディカルコントロール協議会メディカルコントロール部会が認める学会(県レベル以上)または機関誌等において、直近2年間で研究発表を行った経験を有すること」としておりますが、この「学会(県レベル以上)または機関紙」が具体的に何を指すのか明確ではないことから、改めてメディカルコントロール部会で検討いただきました。その結果が4ページ記載のとおりです。具体的な学会名、機関紙を挙げております。これは消防側から救急隊員が実際に発表する場で具体的にどういうものがあるのかを挙げていただいた上で、MC部会で認めていただいております。あと、継続審議となっております認定更新要件がございます。基本的には、認定期間は5年間となっておりますが、現在、認定更新要件をMC部会で検討しているところです。MC部会では、資料2ページの別表1、指導救命士の役割例に挙げている業務を点数化して、一定の点数をクリアした場合には認定を更新するという事で概ね方向性は決めております。その具体的な点数表を、来年度の部会で定めることになっております。以上です。

(議長)

ありがとうございました。確かに、昨年度、この認定要件の学会等と認定更新要件について検討するとこととなっていました。そのうち学会等については今回決めていただきました。学会等の要件はこれで承認いただけますでしょうか。(→異議なし)ありがとうございました。あとは、認定更新要件ですけれども、指導救命士認定後、認定更新要件を見据えて活動していくと思いますので、次年度はぜひ認定更新要件の結論を出していただきたいと思っております。

(事務局)

わかりました。

(7) その他

(議長)

それでは、定められた議題は以上ですが、最後にその他ということで、何かございますか。(→意見等なし)なければ、事務局からはいかがですか。

(事務局)

それでは1点だけご連絡させていただきます。今年度末を持ちまして、滋賀県メディカルコントロール協議会の第4期委員の委嘱期間が終了になります。平成30年4月1日からは第5期になりますので、来月に入りましたら、第5期委員の推薦をお願いさせていただきます。

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。私からは以上です。

(事務局)

先ほど医療政策課長からも申し上げましたが、保健医療計画が来年度4月1日から新しいものになります。計画期間は今まで5年間だったのですが、6年間に変わります。ただ、3年後に一度見直しを行う予定をしています。新しい保健医療計画では、救急医療体制の4ブロック化に向けて進もうとしております。今後、この4ブロック化に向けまして、地域毎に検討会等を設置し、色々なご意見をいただいて、3年後にこの4ブロック化の実現を目指して頑張っていきたいと思っておりますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

(議長)

ということですので、また委員の皆様におかれましてはご理解とご協力をお願いしたいと思います。では、他になければ、これをもちまして、このメディカルコントロール協議会を終了させていただきます。先ほど事務局が言われましたように、第4期の任期がこの3月末で終了となります。また新年度に向けてどうぞよろしくお願いいたします。ご協力ありがとうございました。

(司会)

委員の皆様方におかれましては、ご多忙のところお時間をいただき、ありがとうございました。以上をもちまして、本日の会議を閉会いたします。ありがとうございました。

以 上