

滋賀県メディカルコントロール協議会 議事録

(平成 24 年度)

1 日時

平成 25 年 3 月 26 日 (火) 11 時 00 分から 12 時 15 分まで

2 場所

滋賀県庁本館 2 階防災対策会議室

3 出席者

出席委員：廣瀬邦彦会長、井原政美委員、大橋善之委員、大林豊子委員、金子隆昭委員、岸本弘司委員、茂森利洋委員、辻井弘子委員、鶴田宏史委員

代理出席：岩佐卓實委員（代理出席：貝村昭吉氏）、桐畑幸成委員（代理出席：杉江伸之氏）、新宮裕委員（代理出席：丸山忠司氏）、中村隆志委員（代理出席：塩見直人氏）、山下勇委員（代理出席：上田謙治氏）、渡邊一良委員（代理出席：岡林旅人氏）

欠席委員：市川正春委員、江口豊委員、越智眞一委員、小野進委員、瀬戸昌子委員、花澤一芳委員

関係課：前田課長補佐（滋賀県健康福祉部障害福祉課）

事務局：西島参事、藤田副主幹（滋賀県防災危機管理局）

田中参事、高橋主幹（滋賀県健康福祉部医務薬務課）

4 内容

開会

(1) 会議の公開等について

事務局：本日は、お忙しい中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、只今から滋賀県メディカルコントロール協議会平成 24 年度会議を開催させていただきます。私は、滋賀県防災危機管理局の西島と申します。よろしく願いいたします。

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
会議公開方針および傍聴要領に基づきまして公開することとなっております
が、会議の開催について告知しましたところ、傍聴希望者と報道関係者の申
し出はございませんでしたので御報告いたします。

(2) あいさつ

事務局：それでは、協議会を開催するにあたりまして、滋賀県防災危機管理局の小
笠原防災危機管理監から御挨拶を申し上げます。

小笠原防災危機管理監：

皆さんこんにちは、滋賀県防災危機管理監の小笠原でございます。皆様には、
年度末のお忙しいところを御出席いただきまして、ありがとうございます。
併せまして、本県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厚く御礼を申し上げます。

さて、平成 21 年度の消防法改正によりまして、各都道府県に傷病者の搬送
および受入れの実施に関する基準の策定が義務づけられました。本県ではこ
の協議会で御検討いただき、その御意見を踏まえまして、平成 23 年 3 月に実
施基準を策定し、同年 4 月より運用を開始しているところでございます。

実施基準につきましては、その実効性を担保するために、医療機関および
消防機関が持っている情報を併せて調査や分析を行い、必要に応じて見直し
をすることとされております。

このため、今年度も実施基準策定部会が開催されまして、その検証に取り
組んでいただいたところでございます。

また、病院前救護体制といたしましては、メディカルコントロール部会に
おきまして、救急救命士業務活動モデルの改正等について御検討をいただ
いたところでございます。

本日は、事務局より、これらの検討結果につきまして、御説明を申し上げ
まして、御審議を賜りたいと存じております。

本県におきましては、救急搬送と受入れが、全国に比べ迅速な対応がなさ
れているという状況ではございますけれども、この体制を一層充実させるた
めに、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
ざいですが、開会にあたっての挨拶とさせていただきます。

本日は、どうぞよろしく願い申し上げます。

事務局：ありがとうございました。小笠原防災危機管理監におかれましては、公務

の関係によりまして、ここで退席させていただきます。

(3) 委員紹介

事務局：それでは、会議を始めるに先立ちまして、資料の確認をさせていただきます。資料は、机の上に配置させていただいておりますが、席次表と次第、資料は から までをお渡しさせていただいております。お手元の方に揃っておりますでしょうか。

ありがとうございます。

続きまして、委員の紹介でございます。資料 の2ページを御覧いただきたいと思っております。そこに滋賀県メディカルコントロール協議会委員名簿を載せさせていただいておりますが、御覧いただきますでしょうか。こちらが、当協議会の委員様となっております。

なお、本日、御出席いただいております委員の皆様には、座席表がございますが、そちらを御覧いただきたいと存じます。

本日、滋賀医科大学医学部附属病院の江口委員は、急遽欠席と聞いております。

また、東近江保健所の瀬戸委員も、本日、連絡がございまして、欠席とされております。

また、連絡はありませんが、滋賀県病院協会の花澤委員も、今のところ欠席となっております。

なお、長浜赤十字病院の小野委員、高島市民病院の市川委員、そして滋賀県医師会の越智委員の3名の方は、既に欠席という御連絡をいただいております。

本日出席いただいている委員の皆様は、出席が9名、代理出席が6名、欠席が6名となっておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

次に、資料 を御覧いただけますでしょうか。資料 にメディカルコントロール協会の構成図が書いてございます。当協議会の下にメディカルコントロール部会と実施基準策定部会の2つの部会を置くことになっております。その部会の委員構成につきましては、3ページにメディカルコントロール部会の委員名簿、その裏側の4ページに、実施基準策定部会の委員名簿となっておりますので、御承知いただきますようお願いいたします。

それでは、これからの議事の進行につきましては、要綱第6条の規定によりまして、廣瀬会長の方に議事の進行をお願いいたします。よろしくお願ひいたします。

廣瀬会長：皆さんこんにちは、年度末の本当にお忙しい中を御出席いただきまして、ありがとうございます。

開始時間も11時ということで、非常に出にくい中で、御出席いただきありがとうございます。

できましたら12時ぐらいには終わりたいと思っておりますので、議事の進行に御協力をよろしくお願ひしたいと思います。

最近のことですが、埼玉県で大変な事案がございました。30何回ですかね、たらい回し事案ですが、最終的には搬送先の医療機関でお亡くなりになられたという事案がございました。

滋賀県でなくて良かったと思っております。滋賀県の場合は、照会回数、現場滞在時間を全国的に見ましても非常に良好な状況となっております。これもひとえに皆様方の御支援と御努力の賜と思っております。

そうした中で、滋賀県におきましては、先程お話しがありましたとおり、従前からメディカルコントロール協議会がありましたが、消防法の改正により協議会を設置することとされたことから、新たにメディカルコントロール協議会を設置し、従前のメディカルコントロール協議会をメディカルコントロール部会に改めまして、実施基準策定部会も設けたということでございます。先程から御説明があったとおり、平成22年度に1年間かけて検討し、実施基準を策定しまして、平成23年4月から運用を開始したということで、ちょうど2年経った訳でございます。2年間、この実施基準策定部会に関しましては、何回も熱心に部会を開催していただいたところでございます。本日、体調を崩されて欠席されております江口先生が部会長として精力的に実施基準策定部会を開いていただいております。その報告を今日していただくということですが、江口先生が体調不良で欠席になったということで、御了解いただきたいと思います。

昨年の実施基準策定部会で、一番大きな課題であったのは、精神疾患の取り扱いでございます。精神疾患をどのように取り扱うかということ、これは我々委員の間だけではなかなか調整が難しいということが分かりまして、精神科救急の担当者、滋賀県の精神疾患の医療関係者と協議の場を設けることを、我々の意向として打診した訳ですが、精神科の先生方もお忙しく、色々な体制の問題もあり、直ぐには無理だということもありまして、今年度に協議を行うことが出来なかったところであります。

また、従来からの課題でありました眼科、耳鼻科の体制をどうするかということが残っております。検証をしたところ、重症の事案が少ないものとなっておりますことから、当面は実施基準に載せないという検討結果となっております。精神疾患の場合は、非常に事案が多くなっており、病院選定に

時間を要する案が多数ございます。今年度も精神科救急の委員会と調整を図ったところですが、引き続き調整を行い、来年度は1歩でも前に進めたいと思っているところでございます。

一方で、御存知かと思いますが、救命救急センターにおいて、今年4月1日から看護体制が変わります。今までは、7対1の看護体制としておりまして、7対1の看護体制というのは、患者7人に対して、看護師1人という体制でございます。7対1、10対1、15対1と色々ありまして、今まで7対1が一番多かった訳ですが、昨年の診療報酬の改定で、1年間の猶予の後に、今年4月1日から救命救急センターは、4対1の看護体制をとれということが決まっております、もう目の前でございます。来週から4対1の看護体制をとらなければならない。それまで認められていた7対1から更に厳しく4対1という看護体制を持たなければなりません。現有の看護師の数であればベッド数を減らさなければならない。私の病院ですと、26ベッドがあったのを20ベッドに減らします。多分どこの病院でもそのような対応を迫られていると思います。看護師は急に増やすことはできませんので、7対1が4対1になりますとベッド数を減らさざるを得ない。看護師を増やすことができればベッド数を増やすということになります。ということは何が起きるかと言いますと、受入れベッド数が制限されるということとして、たらい回し事案が滋賀県でも発生する可能性があるのではないかと非常に危惧しております。そういうところを含めまして、平成25年度のメディカルコントロール協議会でどのように調整するかということ、環境が厳しくなった中でどのように体制を構築するかということが課題として残っております。

本日は、平成24年度の協議会における締めということでございますので、御審議をよろしくお願ひしたいと思います。

簡単でございますが、挨拶に代えさせていただきます。

(4) 傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準(実施基準)の検証結果について

廣瀬会長：それでは、議事に沿っていきたいと思います。まず、議題1でございます。

お手元の資料を見てください。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。本来なら、部会長の江口委員から報告する訳ですけども、欠席ですので、事務局より御説明いただきたいと思ひます。

事務局：防災危機管理局の藤田です。それでは私の方から、今年度の実施基準策定部会での検証結果を報告をさせていただきます。

まず、資料の につまましては、現在の実施基準の内容となっております。

次に、資料 を御覧いただきたいと思ひます。資料 につまましては、平成 23 年度に総務省消防庁で実施された実施基準のフォローアップということで、各都道府県に実施基準の検証項目を策定するよう通知がありましたので、昨年度の当協議会で承認を得まして、ここに記載している 3 つの項目につままして、今年度、実施基準策定部会で検証をしてまいりました。

まず、1 点目としましては、救急需要に応じた分類基準の運用ということで、精神疾患の追加について、精神科救急医療システム調整委員会と当協議会で調整を図ったということでございます。

2 点目が医療機関リストの実効的な運用ということで、現在の医療機関リストの記載内容につままして、各地域 MC 協議会に依頼しまして、その記載内容の確認と検証をしていただき、その結果を報告いただき、修正を行ったということでございます。

3 点目は選定困難事案の対応ということで、照会回数 4 回以上、現場滞在時間 30 分以上の事案について、その概要を確認し、検証を行ったことです。

今年度につまましては、この 3 点について検証したということでございます。

資料 - 1 が今年度の実施基準策定部会での検証結果になります。資料 - 1 の 1 ページにつまましては、現在の実施基準の概要となっておりますので、この部分につまましては、本日、説明は省略させていただきます。

2 ページを御覧いただきますと、今年度の検証内容となっております。

まず、今年度に部会を 3 回実施しております。

次に、実施基準の検証項目につまましては、先程の資料 の 3 項目について検証を行っております。

次に、3 番の分類基準の精神疾患につまましては、滋賀県精神科救急医療システム調整委員会と調整を図るなど必要な調査を行ってまいりました。まず、精神科救急医療システム調整委員会との調整経過につまましては、平成 22 年 11 月に実施基準の概要を説明し、その時点においては、実施基準に精神疾患の記載は引き続き検討すると決定されております。昨年度、精神科救急医療システム調整委員会において、実施基準に精神疾患を記載することの確認をいただいております。今年度につまましては、何とか実施基準に精神疾患を追加できるよう平成 24 年の 11 月に当事務局の方から精神疾患の案を作成し、これを示して説明をしております。そこで案に対する意見を伺ったところでありますが、その案が、資料 - 3 になります。資料 - 3 が当事務局から精神科救急医療システム調整委員会の方に案として示しました実施基

準における精神疾患の内容となっております。まず、分類基準としましては、特殊性に分類する案としております。特に身体合併症ということで、精神疾患の方が身体疾患を発生した場合、どのように対処するかということの内容を記載しております。医療機関のフロー図、資料 - 3の3ページになりますが、精神疾患の傷病者の観察からどのようにして病院を選定するかということで、このフロー図につきましては、かかりつけの医療機関、もしくはかかりつけの医療機関がなければ、滋賀県精神科救急医療システムのブロック別当番病院または県立精神医療センターという形で、案として示させていただきました。また、下の 印で身体合併症により緊急性が高い場合については、緊急性の分類基準により判断して対応できる医療機関へ搬送する。身体疾患の治療後において、引き続き精神疾患の治療が必要な場合においては、対応可能な医療機関に転院するということとし、身体合併症については、まず、2次、3次の救急告示病院で身体疾患の治療を行い、身体疾患の治療後において、引き続き精神疾患の治療が必要な場合は、精神疾患の対応可能な病院に転送するという内容で、その部分の役割分担を明確にする内容となっております。

また、1ページに戻りますが、精神疾患の医療機関リストということで、現在の滋賀県における精神科救急医療システムの当番病院という形で、圏域ごとに記載させてもらっています。また、観察基準につきましては、救急隊が現場において観察する基準を記載させてもらっております。また、選定基準につきましては、救急隊が病院を選定する場合の基準として、滋賀県精神科救急医療システムを考慮するという形で記載させてもらっています。

次に、2ページですが、受入医療機関確保基準ということで、受入れ先の病院がなかなか決まらない、最終的にどこが受け入れるのかということにつきましても、2重線の下線を引いておりますが、精神疾患については、滋賀県精神科救急疾患医療システムによるものとするということで、このシステムにより最終の受入医療機関を決定することとし、また、精神科救急医療システムを活用して受入医療機関を確保するという内容で、この部分が、実施基準における精神疾患の追加内容として精神科救急医療システム調整委員会に示させてもらっています。この内容につきましては、資料 - 1に戻りますが、とりあえず、この意見を伺ったということでありませう。

資料 - 1の2ページは、精神疾患の実施基準における全国の策定状況となっております。これは平成24年8月時点となっておりますが、まず、32都道府県で、実施基準の中に精神疾患が記載されておりまして、68.1%の都道府県で策定されています。その内、身体合併症については、25の都道府県で策定されているというような状況であります。

次に、3ページになりますが、精神疾患の救急搬送状況調査を各消防本部に照会させていただきまして、平成24年1月から12月末までの期間で、どのような救急搬送があったかという調査をさせてもらっています。まず、全搬送数につきましては、滋賀県全体で54,118人、そのうち精神科病院に搬送されたのが401人ということで、全体の割合は、0.8%となっております。

また、その下には、照会を行った回数ごとの件数と現場滞在時間区分ごとの件数ということで、精神科病院の搬送数につきましては、照会数が5回以上となったのが、0.2%となっております。また、精神科病院の搬送数の現場滞在時間につきましては、30分以上の割合が、19.2%となっております、やはり精神疾患につきましては、病院収容に時間を要しているということで、どうしても現場滞在時間が長くなるということが、この調査結果から読み取れます。結果としまして、精神疾患につきましては、平成24年11月の滋賀県精神科救急医療システム調整委員会におきまして、現在のこのシステムが警察や保健所の通報による措置観察の体制のみということで、救急隊からの受入体制は、まだ整っていないということで、この体制が整ってから実施基準に精神疾患を記載すべきであるということが委員会で確認がされましたので、この内容につきましては、来年度も引き続き、当協議会と精神科救急医療システム調整委員会と調整を図っていくということで、今年度の結果とさせていただきます。

次に、4ページでございますが、医療機関リストの検証であります。これにつきましては、各地域MC協議会に照会をさせていただきまして、その記載内容を確認していただいた結果、現在、記載している33医療機関の内11医療機関で、対応できる疾患と診療科目の修正がありました。これにつきましては、平成24年11月付で実施基準の改正をしております。

次に、5番の医療機関の受入確保基準ということで、照会回数4回以上、現場滞在時間30分以上の調査を行い、検証を行っております。まず、1回目の調査が平成24年4月1日から7月末までの調査と、5ページの上には平成24年8月1日から12月末までの調査となっております。まず4月1日から7月末の医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数の中段ですが、照会回数5回以上につきましては、下欄に%があがっております。括弧書きしているのが重症事案の割合、括弧から外れているのが、全体の割合ということで、まず照会数5回以上が全搬送数につきましては0.05%、重症事案につきましては0.09%。またその下の現場滞在時間30分以上、全体としては1.32%、重症事案にあつては2.18%となっております。

8月1日から12月末の期間につきましては、照会回数が5回以上の事案は、全搬送数にあつては0.06%、重症以上の事案につきましては0.07%、また、

現場滞在時間が30分以上の事案につきましては、全搬送数においては1.49%、重症以上の事案につきましては1.57%という結果になっております。

選定困難事案の理由ということで、部会において各消防本部の方からその内容を説明いただいたところ、主な内容は、ここに記載させてもらっているものになります。まず、CPR事案ということで現場でのCPRに時間を要した。また、交通事故の救助事案ということで傷病者の救出に時間を要した。また、転院搬送事案で病院側の転院の準備に時間を要した、また、精神疾患事案で救急車収容に時間を要したということとなっております。

次に、その下につきましては、総務省消防庁と厚生労働省の連名通知で実施された平成23年中の救急搬送における調査結果となっております。全国との状況と滋賀県の状況を記載させてもらっています。照会回数4回以上の事案と、現場滞在時間が30分以上の事案と、救急患者受入率について記載しております。項目につきましては重症以上、産科・周産期、小児、救命救急センターとなっております、いずれも全国の数値を下回っておりますが、ただ唯一、現場滞在時間30分以上の事案のところの産科・周産期におきましては、全国が6.8%に対して、滋賀県は7.4%ということで、この項目だけが全国の数値よりも上回っております。また、救命救急センターの受入率につきましても、全国では90.8%に対しまして、滋賀県は99.28%ということで、救命救急センターの受入れにつきましても全国と比べしっかりと対応していただいているという状況になっております。6ページですが、結果としまして、本県は全国に比べて迅速な対応がされており、たらい回し事案も発生していないという状況になっております。

次に、実施基準の改正内容であります。平成24年11月20日付けで実施基準を改正しております。それにつきましては、医療機関リストの変更を行うということで、ここに記載しております11病院の内容を変更しております。ただし、網掛け部分の長浜市立湖北病院の中毒、循環器内科、呼吸器内科、その他内科につきましては、平成24年11月20日以降の報告でしたので、この分につきましては、今年度中に実施基準の改正手続きをしたいと思っております。

以上、簡単でございますが、今年度における実施基準の検証結果の説明とさせていただきます。

廣瀬会長：ありがとうございました。只今、事務局から御説明いただきましたことに関しまして、何か御意見や御質問がありましたら発言をお願いします。

廣瀬会長：先程も言いましたが精神科救急の課題がありますが、今後、解決すべき課

題でございます。それから精神疾患における身体合併症をどのように対応するのかという課題がございます。救急告示病院が33病院ございますので、江口先生も、常々言っておられますが、まず救急告示病院でプライマリーケアをやって、その後の対応を精神科病院がするようなことで、救急告示病院には、更なる御協力をいただきたいということを常々申し上げているところでございます。それから選定困難事案につきましては、CPRとか交通事故とか精神疾患という事案でございました。

また、全国と比べて滋賀県の場合は、救急搬送と受入れの状況が良好となっておりますが、産科・周産期だけは、先程も言いましたが、全国の状況よりも少し悪くなっておりますが、この原因は何でしょうかね。事務局の方でお判りですか。私は、周産期医療の協議会の委員でもありますが、このところは周産期医療の会議でもあまり話題になっておりませんが。

事務局：この部分の具体的な理由といたしましては、そこまで検証ができていないという状況でございます。

廣瀬会長：このデータは、周産期医療の協議会に渡してありますか。

事務局：このデータは、健康長寿課には渡しています。

鶴田委員：近江八幡市立総合医療センターの鶴田でございます。東近江地区にしましては、毎回の会議でも皆さん御存知いただいているように、救急搬送時間が課題となっております。特に、その受入れの照会の要請時間が他の地区に比べて長くなっております。東近江地区の体制自体がなかなか厳しいということで東近江の医療再生計画でも認識していただいているところですが、新年度から東近江市の国立病院機構滋賀病院が総合医療センターとして新たに開院されます。それにより体制の強化を図るということで感謝しているのですが、当初、私どもが聞いていた予定よりも救急、あるいは病院に関する医師数の確保や体制の調整等が遅れているのではないかと思います。右肩上がりで頑張らせていただいているのですが、当院についても、この1月から3月にかけて救急事案の受入れが、満床で破綻をきしている日数が多くなってきて、東近江地区は、当院と国立病院機構滋賀病院しかありませんので、是非、東近江市の総合医療センターの充実を早期に図っていただきたいと思っております。

廣瀬会長：国立病院機構滋賀病院の先生にしても、なかなか簡単には医師、看護師の

確保は難しいとおっしゃっておりまして、開院後が、踏ん張りどころかと思っております。他に何かございますか。

金子委員：先程、廣瀬会長が言われた周産期医療のことですが、御存知のように我々の地区は、周産期医療に関しては大きな問題を抱えておりまして、実際、当院としては十分な対応ができておりません。民間の機関が対応している訳ですが、ここで発生した妊婦で緊急を要する症例はですね、周辺の周産期病院にお願いしても受入れていただけない時には、大垣市まで搬送しております。県を超えて搬送して、そこで受入れてもらっているという事例が年に何件かあるということが判りました。大垣市は救急車で搬送すれば、大津市に搬送するよりも時間的には短いのですが、県外の民間の機関でそういったことが行われているという事実があることを十分に認識していただきたいと考えております。

廣瀬会長：只今、金子委員からお話がありました周産期医療に関しましては、周産期医療の協議会で議論を重ねておりまして、現在、滋賀県は7つの医療圏となっておりますが、周産期医療に関しましては4つの医療圏に、この4月から変わります。そうすることによって、人員のより効率的な配置を行おうという考え方を協議会で議論しておりまして、少しでも改善されるのではないかと私は期待している訳でございます。周産期医療のことは、より大きな問題で、産科の医師数が絶対的に足りないという中で、これからも精神科と並んで大きな問題と捉えております。

よろしいでしょうか。

各委員：(異論なし)

(5) 平成25年度の実施基準の検証項目について

廣瀬会長：では、時間の関係で次の議題に進めさせていただきます。平成25年度の実施基準の検証項目についてよろしく願いいたします。

事務局：それでは、平成25年度の実施基準の検証項目についてでございます。先程の資料を御覧いただきたいと思っております。

これにつきましては、今年度の検証項目として作成したものでありますが、今年度の実施基準を検証するにあたりまして、当初、予定しておりました精神疾患の追加ができなかったということから、来年度も引き続き精神科救急

医療システム調整委員会と当協議会と調整を図っていくということで、実施基準策定部会では確認していただいております。医療機関リストの確認、また選定困難事案の確認につきましては、今後、毎年検証するものになっておりますので、特に分類基準の部分で、精神疾患の追加ということを引き続き来年度も取り組んでいくということで、資料 のとおり来年度の検証項目とさせていただきます。以上です。

廣瀬会長：よろしいでしょうか。平成 24 年度も精神疾患の受入体制ということに取り組んだのですが、なかなか難しいということで、平成 24 年度に引き続き精神疾患ということに関しまして、この協議会でも、実施基準策定部会でも取り組んでまいります。

江口委員と私も含めて、この件が、もう少し前進しないかというつもりでおりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

何か御意見はございますか。

各委員：(異論なし)

廣瀬会長：この件に関しましては、御了解いただいたとさせていただきます。

(6) 滋賀県版救急救命士業務活動モデルの改正について

廣瀬会長：では、次の議題に移らせていただきます。これは、メディカルコントロール部会にて検討した項目でございまして、日本救急医療財団心肺蘇生法委員会が作成しておりますガイドラインの変更がございまして、それに伴って、滋賀県におきましても、救急救命士業務活動モデルの変更を行うということで部会において取り組んだところでございます。

それでは、事務局から説明をお願いいたします。

事務局：それでは、滋賀県版救急救命士業務活動モデルの改正について説明させていただきます。資料 - 1 から資料 - 3 までとなっております。

まず、資料 - 1 でございます。これまでの滋賀県版の活動モデルの改正について、まず改正の経緯を説明させていただきます。

こちらにつきましては、平成 19 年 3 月に日本救急医療財団心肺蘇生法委員会において、日本語版の救急蘇生ガイドラインに基づき、救急救命士が行う救急活動に関する報告書がまとめられまして、それに基づきまして、平成 20 年 5 月に滋賀県の統一プロトコールということで、滋賀県版救急救命士業務

活動モデルを作成したということであります。

また、日本救急医療財団心肺蘇生委員会におきまして、平成 19 年に出された報告書が、平成 24 年 3 月に改正されましたことから、メディカルコントロール部会で活動モデルの改正について検討を行い、改正をしたということでございます。

まず、検討の経過としましては、平成 24 年 11 月に部会を開催しております。その時に御意見をいただきまして、改正案を作成しております。

これまで、平成 20 年 5 月に策定した活動モデルにつきましては、5 項目について定めております。今回につきましてもその内容についての改正ということで、項目の追加は行わない。また、プロトコール、手順 フローチャートについても、日本救急医療財団の報告書のフローチャートを基本とすることにしております。

また、県版の活動モデルにつきましては、県の統一事項として標準的な部分、基本的な部分をプロトコールとしてまとめているということで、具体的なプロトコールについては、地域MC協議会で実情に応じて作成していただくということで改訂版を策定しております。

その後、平成 24 年 11 月に各地域MC協議会に対して、改正案に対する修正意見等の照会を行っており、平成 25 年 1 月 23 日に、各地域からいただきました修正意見への回答をしております。

その後、平成 25 年 2 月 1 日ですが、メディカルコントロール部会を書面会議として開催し、地域からの修正意見等を踏まえて、まとめた改正案を部会の委員の皆様へ書面により意見を求めました。1 名の委員から修正意見が出されましたが、事務局から説明をいたしまして、承認を得て、委員の皆様の全員から承認を得たということで、平成 25 年の 3 月 1 日付けで、各地域MC協議会会長様へてに通知をさせてもらっています。

その内容が、資料 - 2 になっています。この活動モデルの改正の考え方につきましては、先程、申し上げたとおりとなっております。その後の資料が、平成 25 年 3 月 1 日に改正した活動モデルそのものとなっております。

資料 - 3 が、改正前と改正後の比較表となっております。まず、比較表の 1 ページですが、これまで改正前につきましては、活動モデルを定期的、2 年から 3 年ごとに内容の見直しを行うとしておりましたが、今回の改正においては、今後は必要に応じて、見直しをするということで、日本救急医療財団の報告書が改正されたなどの契機に見直すこととしました。

次に、比較表の 2 ページになりますが、この部分につきましては、心肺機能停止対応業務プロトコールの内容となっております。変更部分を下線で示させてもらっていますが、まず、1 の右側の方ですけども、の部分と の

部分の下線部分、この部分が、これまでCPRファーストとしていた部分をショックファーストということで、CPRよりもショックの方を優先するという内容に改正させてもらっております。他の改正につきましては、脈なしという表現は、無脈性ということで、日本救急医療財団の報告書の表現と統一をさせると、また、頸動脈の触知をこれまでは、10秒以内という表現をしていましたが、これも日本救急医療財団の報告書の表現に合わせて5から10秒という表現にさせてもらっています。

また、静脈路確保の施行回数、これまでは原則1回としていたところを、改正によりまして2回までということにさせてもらっています。

その下の3ページになりますが、心肺機能停止対応業務のフローチャートとなっております。このフローチャートにつきましても、日本救急医療財団の報告書のフローチャートをそのまま使ったということになっております。改正前の平成20年の県版のフローチャートにつきましても、その時点の日本救急医療財団の報告書のフローチャートにしていたということもありまして、今回も日本救急医療財団のフローチャートをそのまま記載させてもらっています。フローチャートの下の注意事項につきましても日本救急医療財団の注意事項をそのまま記載しております。

次に、5ページにつきましては、包括的指示下除細動プロトコールということで、 につきまして、除細動の適用は全年齢が症例の対象になったということで、これまでは、1歳未満の乳児には除細動の処置を行わないとされていましたが、今回の改正では、全年齢の傷病者が除細動の対象となったということで、その部分を改正したということになります。包括的指示下除細動フローチャートは、日本救急医療財団の報告書のとおりになっております。

次に、7ページにつきましては、器具を用いた気道確保プロトコールということで、左側の改正前につきましては、3のところに からアイウエオとありますが、それを全部削除ということで、改正前の の部分だけをそのまま残したという形になります。

次に、8ページの気道確保のフローチャートにつきましても、日本救急医療財団の報告書のとおりで。

9ページの気管挿管のプロトコール、これにつきましても、日本救急医療財団の報告書のとおりで。

11ページの薬剤投与のプロトコール、これにつきましても、脈なしという表現を無脈性と、また、総頸動脈の触知を5から10秒以内という表現を、5から10秒で行うという表現にいたしております。その下の薬剤投与のフローチャートにつきましても、日本救急医療財団の改正された報告書のとおりになっております。

以上、簡単ではございますが、滋賀県版救急救命士活動モデルの改正の説明とさせていただきます。

廣瀬会長：ありがとうございます。この活動モデルを初めて御覧になった方は、難しい内容になっていると思いますが、この内容は、現場の方々を交えて検討した結果でございます。さらに日本救急医療財団心肺蘇生委員会のガイドラインに沿って全国で統一するということでございますので御了解いただければと思います。非常に内容が細かいことで申し訳ございません。少し目を通していただけたらと思いますが、何か御意見はございますか。

部会では十分に論議しておりますので、御了解いただけたらと思っておりますが、特に御意見はございませんでしょうか。

各委員：(異論なし)

廣瀬会長：それでは、御了解いただけたということで、次に進ませていただきます。

(7) ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管について

廣瀬会長：それでは、次の議題のビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管についてでございます。事務局から御説明をしていただけますでしょうか。

事務局：それでは、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管につきまして、資料で説明させていただきます。

略してビデオ喉頭鏡と表現させていただきますが、これにつきましては、平成23年8月1日付けで消防庁と厚生労働省の連名通知によりまして、ビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管の適用がされたところであります。この通知を受けまして、本県における今後の方向性について、メディカルコントロール部会で今年度検討を行ったところであります。

まず、平成23年8月に国から通知されましたビデオ喉頭鏡の気管挿管の概要について、簡単に説明をさせていただきます。

この根拠につきましては、平成23年8月1日付けの消防庁と厚生労働省の連名通知によりビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管の適用がされたものです。

概要につきましては、気管挿管の資格を持っている救急救命士について、追加の講習と病院実習を受けることによって、ビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管を行うことができるとされております。また、追加の講習につきましては、7時間以上となっております。1時限を50分とする7時限以上を受講する

こととされております。また、病院実習の内容につきましては、気管挿管の成功症例を原則 5 例の実施とされておりますが、ただし書きで成功症例数については、2 から 5 例の範囲内で、県MC協議会または地域MC協議会で、実習生の習熟度に応じて定めるとされております。

つきまして、現在、気管挿管の資格を持っている救急救命士について、7 時間の追加講習と気管挿管の病院実習で成功症例を原則 5 例実施により、ビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管の適用が認められるというものになっております。

2 ページ以降は、今年度に検討した内容になっております。ビデオ喉頭鏡の検討につきましては、平成 24 年 11 月 2 日に開催しましたメディカルコントロール部会で実施しております。部会での検討内容につきましては、本県における今後の方向性の確認となっております。

まず、ビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管の全国の実施状況ですが、これにつきましては、平成 24 年 4 月時点の全国調査の内容となっております。平成 23 年度に実施済みが奈良県の 1 県となっております。平成 24 年度につきましては、この時点では 12 都道府県で実施するという調査結果となっております。実際に実施されているかどうかについては確認しておりませんが、今年 1 月の全国MC協議会連絡会に出席しましたところ、この時の説明では、全国で取り組まれているのは 3 都道府県とのことでした。全国的に見ましても、まだまだビデオ喉頭鏡の適用の動きが進んでいないという状況です。

また、本県におけます気管挿管の認定救急救命士の状況につきまして、平成 24 年 4 月 1 日時点における状況ですが、県内の消防職員につきましては、約 1,500 人となっております。そのうち救急救命士の資格取得者は、320 人ということで、消防職員の 21% が救急救命士の資格を持っている状況です。また、救急救命士の資格を持っている者のうち気管挿管認定者につきましては、88 人ということで、消防職員 1,500 人中で占める割合は 5.7%、また、救急救命士の資格を持つ者の中では 27% となっております。

また、ビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管の問題点等を部会で整理いたしました。

1 点目が、病院実習が修了しないことにより気管挿管の認定を受けていない救急救命士が多数いるということで、ビデオ喉頭鏡の前に、通常の気管挿管の認定を受けるには、病院実習で成功症例 30 例の実施が必要になるということで、病院実習を修了していない救急救命士が、まだ多数いるという状況になっております。先程、説明しました調査票のとおり救急救命士の 326 人中、気管挿管の認定を受けている者が 88 人ということで 1 / 4 程度となっており、残る 3 / 4 の救急救命士は、まだ気管挿管の資格を持っていないとい

う状況です。とりあえずは気管挿管の認定救急救命士の養成が優先であるとしております。

また、ビデオ喉頭鏡の気管挿管の認定を受けるためには、病院実習を受けることが要件となっており、現在の気管挿管におきましても30症例という病院実習を受け入れていただいているという中で、新たにビデオ喉頭鏡の病院実習が追加となると病院側の負担が増大してまいります。

また、ビデオ喉頭鏡の資機材の価格が100万円程度になると聞いております。高額な資機材ということでありまして、厳しい財政事情の中で、その予算を確保するのも難しいという状況でもあります。

また、気管挿管の病院実習を受入れる病院へ、各消防本部から実習委託料として負担いただいておりますことから、その部分での費用負担が増大いたします。

次に、現在の気管挿管における喉頭鏡を用いることの問題点が特段ないという中で、ビデオ喉頭鏡の方が有効であることの根拠が乏しいものとなっております。

また、気管挿管に用いる器具を現在の喉頭鏡からビデオ喉頭鏡に完全にシフトするのかということを確認する必要があるということで、平成24年11月のメディカルコントロール部会では、課題と問題点を整理しております。

4ページにつきましては、国の意向確認ということで、消防庁救急企画室の担当者に電話にて内容を確認しております。国の意向としましては、現在の喉頭鏡からビデオ喉頭鏡に完全にシフトするというような意向はないとの返事を受けております。現在の喉頭鏡による気管挿管の認定者の養成を優先しなければならない地域があるということは国も認識されております。今回のビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管につきましては、あくまで現在の喉頭鏡のプラスアルファとして適用を認めたものであるということが、国の意向でありますので、今後、完全にビデオ喉頭鏡へシフトするものではないことを確認しております。

とりあえず、メディカルコントロール部会として確認した結果としまして、現時点においては、気管挿管の認定救急救命士の養成を優先することとし病院実習の30症例の実施を優先する。また、気管挿管の認定を受けている者でないとビデオ喉頭鏡の資格を取得できないものとなっておりますので、まずは、その土台を整備することで確認しております。

今後につきましては、国や他の都道府県の動向を見ながら、状況に応じてビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管の適用にかかる検討をするということを部会で確認いたしました。

以上、簡単ですがビデオ喉頭鏡の本県における方向性の説明を終わらせて

いただきます。

廣瀬会長：ありがとうございました。消防庁と厚生労働省の通知がありましたが、滋賀県としては、先に説明があったとおり、まず、気管挿管の認定者を増やすということを第一に優先するということでもあります。ビデオ喉頭鏡は、今後の課題として取り扱いたいということでございます。
よろしいでしょうか。

各委員：(異論なし)

(8) 救急救命士の処置範囲に係る実証研究の取り組み報告について

廣瀬会長：それでは、次の議題に移らせていただきます。救急救命士の処置範囲に係る実証研究の取り組み報告について、事務局より説明をよろしく願いいたします。

事務局：医務薬務課の高橋です。昨年の3月に開催されましたメディカルコントロール協議会で御承認いただいた、救急救命士の業務に、血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与、重症喘息患者に対する吸入 刺激薬の使用、そして心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施の3行為を追加することの実証研究について、湖北地域で取り組まれました。実証研究については、昨年7月から本年1月末まで実施されまして、厚生労働省の研究班では、1月16日に中間報告がされたところです。本日は、湖北地域の実証研究の結果報告を湖北消防から説明いただくようお願いしておりますので、全国の状況も含めて御報告をしていただきます。

桐畑委員(代理出席 杉江氏)

：本来ですと、この協議会の委員であります、私共の消防長が御礼を申し上げるべきではございますが、本日は、私共の組合の関係で、担当課長共々出席できませんので、警防課参事の杉江が出席させていただきましたこと、一言お詫びを申し上げます。

まず、救急救命士の3行為の実証研究を報告させていただきます前に、昨年度の滋賀県MC協議会の席上、湖北地域MC協議会が、この実証研究に応募したい旨の意思表示をさせていただきましたところ、全委員様から参加するにふさわしい団体であると推薦をいただき、昨年9月1日から実施してまいりました本実証研究も今年の1月31日をもって問題なく終了させていただきました。

きました。

この場をお借りしまして心より御礼を申し上げます。皆様、本当にありがとうございました。

それでは、資料 に基づき結果を報告させていただきます。

まず、本実証研究の公募申請を昨年4月9日に行い、5月23日に内定をいただきました。そして、同月31日に決定が下されました。実証地域は、全国246地域のMC協議会のうち約16%にあたる39のMC協議会が参加されました。消防本部単位では、全国791あります消防本部のうち約16%にあたる129消防本部が本実証研究に参加いたしました。

当協議会では、実証研究を行うにあたり、医師、看護師、救急救命士から構成しました計14名の専門委員を立ち上げ、研究を行うにあたり、教育プログラム、そしてプロトコル等についての検討会を3回実施し協議してまいりました。

実証研究を行う前に、薬剤投与の資格を持つ救急救命士37名を対象に、22単位の教育を17日間実施後、非介入期間を9月1日から10月31日まで、そして介入期間を11月1日から1月31日に実施いたしました。

当協議会の実施結果ですが、資料 にも書いておりますとおり、非介入期間の該当症例は21件、内訳としまして、血糖関係は3件、喘息関係は0件、ショック関係は18件という状況になっております。

介入期間の該当症例は33件で、そのうち同意が取得できたのが14件、内訳としまして、血糖測定は4件、そのうち同意取得は2件です。ただし、ブドウ糖投与にいたる症例はございませんでした。あと、喘息の関係ですが、この関係は0件でした。そして3番のショック案件は29件、そして同意取得は12件ということになっております。この12件の状況は、静脈路確保成功症例8件、そして確保する前に病院到着してしまった症例1件、そして、1回実施したのですが、漏れがあったということで行った症例が3件という状況です。

全国の症例数ですが、最終登録数は判明しておりませんので回答数となりますが、非介入期間での該当症例は2,045件、そのうちの血糖測定関係は539件、そして喘息関係は53件、ショック関係は1,453件です。

また、介入期間での症例数は1,677件、そして血糖関係は605件、喘息関係は20件、ショック関係が1,052件となっております。

以上、御礼かたがた簡単ではございますが、説明とさせていただきます。

廣瀬会長：ありがとうございました。新しい試みということで、滋賀県では湖北地域で実施されました。今後の動きを国はどのように考えているのですか。

事務局：厚生労働省に、今後、具体的にどうなるのかということを確認したのですが、実証研究の最終報告がされていない状態なので未定ですとの回答でした。

廣瀬会長：分かりました。最終報告がされてから、今後の方針が示されるということですね。

事務局：そうです。

廣瀬会長：分かりました。よろしいでしょうか。本当に御苦勞様でした。ありがとうございました。

(9) 救急活動記録票の統一様式について

廣瀬会長：それでは、次の議題に移らせていただきます。救急活動記録票の統一様式について、事務局より説明をよろしく願いいたします。

事務局：それでは、救急活動記録票の統一様式につきまして、資料 を御覧いただきたいと思います。救急活動記録票の様式の統一につきましては、平成 23 年度の実施基準策定部会において、県内の消防本部の救急活動記録票の様式を統一してほしいとの要望がありましたことから、県内の消防本部の救急業務担当者に集まっていたき、会議をこれまで 5 回開催し、また消防長協議会、また実施基準策定部会で、関係の方に説明し御意見を賜りながら、ようやく平成 25 年 2 月 13 日付けで救急活動記録票の統一様式が策定でき、防災危機管理局長名で各消防本部の消防長様あてに通知したところであります。資料の裏のページが、今回、県内で統一した様式となっております。

これまで、各消防本部の様式につきましては、用紙のサイズから、複写の枚数、記載内容などが統一されてなかったということで、検討を進める中で、医療機関に提出する搬送票の様式を統一するというので、その分についての統一を図ったものであります。

この様式につきましては、運用開始を平成 25 年 4 月 1 日以降とさせていただきます。本来ですと、県内で統一した日で運用開始するのが本来なのかもしれませんが、これまで、様式統一の検討や調整に、当初に想定していた以上の時間を要したということもございましたし、各消防本部が、現在、使っておられる様式の在庫数、また予算の確保という部分で、とりあえず平成 25 年 4 月以降で各消防本部の状況に応じて、新しい様式の運用の準備が整い

次第、運用を開始していただくということとさせてもらっております。

この統一様式につきましては、今回初めて取り組んだもので、初めての様式になっております。この様式を運用する中で、問題点等も出てくることもあるかと思いますので、修正の必要がある場合については、これまでどおり救急業務担当者会議を開催しまして検証を行い、必要に応じて見直しをするということにさせてもらっております。

また、これを受け取る医療機関の関係者の皆様の意見につきましては、実施基準策定部会において伺うこととさせていただきたいと思っております。

以上、簡単ですが県内で統一した救急活動記録票の様式になります。

廣瀬会長：ありがとうございました。従来の様式がございしますが、これまでの経過の中で、様式を統一した方がいいだろうという意見になりまして、この度、様式の統一が図られたところでございます。しかしながら、現在の様式の在庫があるということで、在庫が終わり次第、統一様式を運用していただくということで御理解いただきたいというところでございます。

よろしいでしょうか。御意見ございませんでしょうか。

各委員：(異論なし)

(10) その他

廣瀬会長：それでは、本日の協議事項は以上でございまして、最後に、その他ということでございます。何か御意見ございましたらいただきたいと思っております。

事務局：それでは、その他としまして、昨年度の協議会で確認していただいた事項を、改めて説明させていただきたいと思っております。

資料の2ページの協議会委員の名簿を御覧いただきますでしょうか。現在の協議会につきましては、第2期となっております。任期につきましては、平成24年2月9日から平成26年2月8日までの期間となっております。

この部分につきまして、人事異動の時期を考慮して任期を4月1日からの2年間という期間にすればどうかという御意見がございましたので、昨年度の協議会で審議をしていただいたところであります。とりあえず第2期が平成26年2月8日までとなっておりますが、平成26年2月9日から平成26年3月31日までの期間を追加で委員の皆様にご依頼をさせていただき任期を延長をさせてもらいまして、平成26年4月1日から2年間を第3期としまして、今後、4月1日から2年で交替という任期にさせていただきたいと思っております。

来年度、平成 26 年 2 月 9 日から 3 月末までの追加の委嘱をさせていただく必要があるので、改めて説明させていただきました。よろしくお願いいたします。

廣瀬会長：現在の任期が 2 月 8 日までと、中途半端な日になっておりまして、その後に人事異動が行われますので、また委員が変更となることがありますから、3 月 31 日までを任期とし、4 月 1 日からを次の任期とするということで、よろしくお願いいたします。

その他、何かございますでしょうか。

それでは、年度末のお忙しい中を、当協議会に出席していただきありがとうございました。来年度も新たな取り組みを考えていきたいと思っておりますので、今後ともよろしく御協力の程お願い申し上げまして、私の閉会の挨拶とさせていただきます。

では、事務局にお願いしたいと思います。

事務局：今日は、委員の皆様におかれましては、お忙しいところを御出席賜りまして、ありがとうございました。

これをもちまして、本日の会議を終わらせていただきます。

本当に、ありがとうございました。