

滋賀県メディカルコントロール協議会 議事録

(平成22年度第1回会議)

1 日時

平成23年2月8日(火) 15:00から16:15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、磯部亀三郎委員、市川正春委員、江口豊委員、
角野文彦委員、笠原恒夫委員、勝身真理子委員、久保善久委員、
佐藤公彦委員、須貝順子委員、瀬戸昌子委員、中野宗城委員、
中村隆志委員、八田敬次委員、森村秀紀委員、山下勇委員、
若林正道委員、渡邊一良委員

欠席委員：小野進委員(代理出席：田畑貴久氏)、金子隆昭委員、田中賢治委員、
渡邊信介委員

事務局：西島参事、藤田主査(滋賀県防災危機管理局)
森本参事、岡本主任主事(滋賀県健康福祉部医務薬務課)

傍 聴：なし

4 内容

開会

(1) 会議の公開等について

事務局：只今から滋賀県メディカルコントロール協議会平成22年度第1回会議を開催いたします。私は、滋賀県防災危機管理局の西島と申します。どうぞよろしくお願いたします。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基づきまして公開することになっておりましたが、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

小椋局長：滋賀県防災危機管理局長の小椋でございます。委員の皆様には、ご多忙の中、滋賀県メディカルコントロール協議会に御出席を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、本県の救急医療と消防・防災行政の推進に多大なる御協力と御支援をいただいておりますことに、この場をお借りして御礼を申し上げます。

平成21年の5月に消防法が改正されました。この法律は、傷病者の搬送と受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、都道府県が傷病者の搬送および受入れの実施基準を定めるとともに、当該実施基準に関する協議を行うため、医療機関や消防機関等の関係者を構成員とする協議会を設置するよう法律として定められたものでございます。

これに伴いまして、滋賀県では滋賀県メディカルコントロール協議会を知事の附属機関として位置づけまして、昨年2月9日に協議会を設置させて頂いたところでございます。その中で、協議会のもとに実施基準策定部会を置きまして、実施基準策定に向けた検討を進めることが決められたところでございます。

当該実施基準策定部会におきましては、昨年5月14日に開催いたしました第1回目の部会を皮切りに計4回にわたって開催いたしましたところ、部会委員の皆様には熱心に議論を重ねていただいたところでございます。また部会で審議された内容をもとに各地域MC協議会でも議論をしていただくなど広く関係者の意見を伺いながら実施基準のとりまとめにあたっていただきました。

本日の協議会では、部会でまとめられました実施基準につきまして、皆様に御審議をお願いしているところでございます。今回いただきます審議結果につきましては、後日、協議会会長から知事に答申をしていただく予定としております。

消防法改正の背景ともなりました、御承知のことではございますが、救急車の搬送に時間を要するいわゆる「たらい回し」事案につきましては、幸いなことに本県では発生いたしておりません。これもひとえに、県内の医療機関や消防機関の関係者の皆様のたゆまぬ御努力によるものと重ねて御礼を申し上げます。

救急医療に携わる医師や施設、設備を十分に確保するという中長期的な取り組みべき課題はございますが、本県では絶対に「たらい回し」事案を発生させないためにも、今ある救急医療資源をもとにした実施基準の策定が必要であると認識いたしておる次第でございます。

本日、御審議いただく実施基準の本格運用につきましては、今年の4月以降

となりますが、本県の適切な救急搬送と受入体制をより一層確保できますよう、県といたしましても実施基準策定以降も尽力をして参りたいと考えている所存でございます。

結びにあたりまして、本県における医療救急体制を一層充実させるため皆様方の御支援、御協力をお願い申し上げまして、はなはだ簡単ではございますが、開会にあたっての私からの挨拶とさせていただきます。

本日は、どうぞよろしくお願い申し上げます。

(3) 自己紹介

事務局：それでは、今回は今年度第1回目の会議ということでございますので、本日お集まりの皆様の御紹介をさせていただきたいと存じます。資料1に、滋賀県メディカルコントロール協議会の委員名簿をお配りさせていただいておりますが、私の方からは、席次表の順番で御紹介をさせていただきますので、大変申し訳ございませんが、その場でお立ちいただきまして所属等の簡単な自己紹介をお願いいたしたいと存じます。最初に、大津赤十字病院の院長でいらっしゃいます廣瀬会長です。

廣瀬会長：廣瀬でございます。よろしくお願いいたします。

事務局：滋賀医科大学医学部附属病院の江口会長代行でいらっしゃいます。

江口委員：江口です。よろしくお願いいたします。

事務局：今日は、滋賀県医師会の理事でいらっしゃいます野洲病院長の渡邊信介先生がお越しの予定でありましたが、諸用のため欠席をされておられます。

滋賀県病院協会の佐藤委員でいらっしゃいます。

佐藤委員：佐藤です。病院協会からまいりました。よろしくお願いいたします。

事務局：済生会滋賀県病院の中村委員でいらっしゃいます。

中村委員：中村でございます。よろしくお願いいたします。

事務局：公立甲賀病院の渡邊委員でいらっしゃいます。

渡邊委員：渡邊です。よろしくお願いいたします。

事務局：近江八幡市立総合医療センターの須貝委員でいらっしゃいます。

須貝委員：須貝でございます。よろしくお願いいたします。

事務局：彦根市立病院の金子委員でいらっしゃいますが、本日は、欠席をされておられますのでよろしくお願いいたします。

続きまして、長浜赤十字病院の小野委員に代わられまして、今日は、田畑先生が御出席をいただいております。

田畑氏：小野の代理でまいりました田畑です。よろしくお願いいたします。

事務局：公立高島総合病院の市川委員でいらっしゃいます。

市川委員：市川と申します。よろしくお願いいたします。

事務局：今日は、大津市消防局の田中委員が諸用のため欠席をされておられます。湖南広域消防局の中野委員でいらっしゃいます。

中野委員：湖南消防の中野でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局：甲賀広域行政組合消防本部の森村委員でいらっしゃいます。

森村委員：甲賀消防の森村です。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局：東近江行政組合消防本部の久保委員でいらっしゃいます。

久保委員：東近江の久保です。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局：愛知郡広域行政組合消防本部の磯部委員でいらっしゃいます。

磯部委員：愛知消防の磯部です。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局：彦根市消防本部の笠原委員でいらっしゃいます。

笠原委員：彦根消防の笠原と申します。よろしくお願いいたします。

事務局：湖北地域消防本部の若林委員でいらっしゃいます。

若林委員：湖北消防の若林です。よろしくお願いいたします。

事務局：高島市消防本部の山下委員でいらっしゃいます。

山下委員：高島消防の山下です。どうかよろしくお願いいたします。

事務局：県の医務薬務課長の八田委員でいらっしゃいます。

八田委員：八田でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

事務局：東近江保健所長の瀬戸委員でいらっしゃいます。

瀬戸委員：瀬戸でございます。よろしくお願いいたします。

事務局：防災危機管理局の副局長の勝身でございます。

勝身委員：勝身でございます。よろしくお願いいたします。

事務局：健康推進課長の角野委員でございますが、本日、別の会議が重なっておりまして、会議が終わり次第、出席される予定となっております。

続きまして、事務局職員について御紹介をさせていただきます。健康福祉部医務薬務課の森本参事でいらっしゃいます。

事務局：森本でございます。よろしくお願いいたします。

事務局：同じく岡本主任主事です。

事務局：岡本です。よろしくお願いいたします。

事務局：防災危機管理局の藤田でございます。

事務局：藤田です。よろしくお願いいたします。

事務局：西島です。どうかよろしく申し上げます。

(4) 会長あいさつ

事務局：それでは、本日の議題に入らせていただきます。最初に、会長挨拶ですが、廣瀬会長より御挨拶をいただきまして、その後の議事進行につきましても廣瀬会長にお願いをいたしたいと存じます。

廣瀬会長：改めまして廣瀬でございます。よろしくお願いいたします。先ほど、小椋局長から御挨拶がありましたとおり、最近でこそ新聞報道がございませんけれども、一時は、頻繁に「たらい回し」の事案があり、飛び込み出産、重症合併症の方が亡くなられたこともあり、非常に社会問題になったことは御存知だと思います。

幸いなことに滋賀県におきましては、そういう新聞報道になるまでの事案はありませんでした。それは、お互いに喜ばなければならないことですし、胸を張らなければならないことだと思っております。

ただ、そのような事案を背景にして平成21年5月に消防法の一部改正がございまして、同じ年の10月に施行されました。その中で、メディカルコントロール協議会を都道府県ごとに設置して、実施基準を作成することが法律で述べられたところございまして、当県におきましても、昨年2月9日にメディカルコントロール協議会が発足したところでございます。

当時は、協議会の名前の問題でもめていたのですが、従来からメディカルコントロール協議会がございまして、消防法のメディカルコントロール協議会との整合性をどうするかということがあり、第1回の協議会の中で、実施基準策定部会と、従来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とするということで、2つの部会を設けるということで御了解いただいたところでございます。

そうした中、MC協議会実施基準策定部会で、法律に決められている迅速で適切な受け入れ態勢をどうするかというマニュアル作りを行ったところございます。

この実施基準策定部会は、ここにおられます 委員が部会長として、昨年、非常に精力的に、また、熱心に協議していただき、4回にわたって協議いただきまして、本日ここに、案として提案させていただくところでございます。

ここにおられる委員の方々も、実施基準策定部会の委員として協議に参加していただいたところでございます。また、消防機関の方々もたくさん御参加いただいて、この案の施案に御協力いただきましたことに改めまして御礼申し上げ

げます。

それでは、この案について、本日の会議で御検討いただきますことをお願いして私の挨拶にかえさせていただきます。

(5) 実施基準(案)について

廣瀬会長：それでは、議案にそって進めさせていただきます。議題の2でございます。

実施基準案について、よろしくお願いたします。それでは、先生から御報告をいただきます。

委員：でございます。小椋局長そして廣瀬院長からお話がありましたように部会を4回、その過程で、地域メディカルコントロール協議会を開いていただき熱心な御討議をしていただきました。そのおかげをもちまして、消防法改正の趣旨に添う滋賀県の現状にあった案を作成することができました。

この場をお借りしまして、部会また各地域メディカルコントロール協議会の皆さまに御礼を申し上げたいと思います。

本日は、その御審議について、よろしくお願いたします。

廣瀬会長：ありがとうございました。それでは、事務局より説明をお願いします。

事務局：防災危機管理局の藤田でございます。私の方からは、お配りさせていただいております資料1から資料5までを簡単に説明させていただきます。

まず、資料1でございますが、これは滋賀県メディカルコントロール協議会の委員名簿となっております。委員の任期につきましては、平成22年2月9日から2年間となっております。今回の名簿につきましては、平成22年4月1日の人事異動を反映した委員名簿となっております。この委員の皆様につきましては、消防法で定められております1号から5号委員という形となっております。1号委員につきましては消防機関の職員、2号委員につきましては医療機関の管理者、また3号委員につきましては診療に関する学識経験者の団体と、4号委員につきましては都道府県の職員、5号委員につきましては学識経験者と、それぞれ御推薦いただきまして、資料1の委員名簿の形となっております。

次に、資料2ですけれども、実施基準策定部会の委員名簿であります。実施基準の策定部会につきましては、平成22年3月25日からの任期となっております。こちらにつきましても、4月1日の人事異動を反映した名簿となっております。今年度、この部会委員の皆様の実施基準の案を作成して頂いたとこ

るであります。実施基準策定部会の委員につきましては、滋賀県メディカルコントロール協議会の設置要綱の中で、県メディカルコントロール協議会の会長が指名するものとなっておりますので、会長より指名して頂きました医療関係と消防機関の関係者ということで17名となっております。実施基準策定部会の医療関係の先生方につきましては、MC協議会の2号委員また5号委員の先生方に兼務という形で就いていただいております。また、消防機関の職員につきましては、救急救命士の資格をもった職員ということで、各消防本部から御推薦いただいた委員に就いていただきました。資料2にあげておりますメンバーで実施基準について議論していただいたことになっております。

次に、資料3でございます。資料3につきましては、昨年度から今日までの経過をまとめております。この内容につきましては、簡単に説明をさせていただきます。まず、平成21年5月に消防法の一部を改正する法律が公布されております。内容につきましては、県で実施基準を定めること、実施基準は医療計画との調和を保つものであること、実施基準はその内容を公表すること、消防機関は実施基準を遵守すること、医療機関は実施基準を尊重すること、県は実施基準策定に関する協議会を組織すること、協議会は実施基準に関する必要な意見を述べることができるという改正になりました。これが10月30日に施行されまして、11月18日に滋賀県メディカルコントロール協議会の設置要綱を施行させていただいております。これまでの滋賀県メディカルコントロール協議会を消防法改正に基づく法定協議会ということで知事の附属機関として新たな協議会を設けた形になります。平成22年2月9日に第1回目の滋賀県メディカルコントロール協議会を開催させてもらっております。その時に、協議会のもとに実施基準策定部会とメディカルコントロール部会を置いて議論を進めるということの了解をいただいております。そして、5月14日に実施基準策定部会の第1回、続いて7月9日、12月3日また1月7日と開催しまして、今年度の実施基準策定部会は4回開催させていただきました。また、8月から9月の間に、各地域メディカルコントロール協議会で、実施基準案についての意見のとりまとめをしていただき、医療機関リストについても作成していただいております。なお、今年度につきましては、実施基準の策定が最優先ということで実施基準策定部会の開催を数多く開催させていただいたところでございます。そして、2月8日、本日ですが、今年度の第1回目の滋賀県メディカルコントロール協議会ということで実施基準の審議をいただく場となっております。また、今後の予定としましては、2月中に、本日の協議会で実施基準案の御承認をいただきましたら協議会の会長より知事へ実施基準の答申をしていただくことになっております。また、知事への答申が終わりましたら3月中に滋賀県での決裁を得て、4月1日に実施基準の施行ということで、今後、

事務を進めたいと思っております。

続きまして、資料4であります。実施基準（案）の概要をまとめさせていただきました。また、資料5が実施基準策定部会で作成していただきました案となっております。それでは、資料4と資料5を使いながら説明をさせていただきます。

まず、資料4の実施基準（案）の概要についてであります。実施基準の取り扱い等ということで、まず実施基準の策定の前提であります。1つ目に現状の医療資源を前提とすること、2つ目に新たな義務を医療機関に課すものではないこと、また3つ目が医療機関と消防機関の連携強化をはかるもの、4つ目が救急搬送から救急医療の提供までの迅速かつ適切な実施を図るものという前提となっております。次に実施基準の取り扱いですけれども、1つ目が医療機関と消防機関が取り扱うものであり、実施基準につきましては一般の方が取り扱うものではないということで、あくまで関係者が使うルールになっております。2つ目に県で定めるものと、これは消防法で定められております。3つ目に実施基準を消防法で定める以下のとおり分類するということで、第1号から第7号までの分類をさせていただきます。4つ目が医学的知見に基づき医療計画との調和を保つ、5つ目が実施基準の内容を公表するということで実施基準が策定できましたら県のホームページ等で公開していきたいと思っております。6つ目が消防機関は実施基準を遵守する、7つ目が医療機関は実施基準を尊重するよう努める、8つ目が策定後も必要に応じて実施基準の検証を行うと、以上が実施基準の取り扱いとなります。それでは、第1号から第7号まで分類しておりますが、実施基準策定部会におきましては、消防法で定めます第1号から第6号までについて議論をしていただき策定させてもらっております。第7号のその他の基準につきましては、都道府県で定める事項ということになっておりますので、この部分を除いて、実施基準策定部会で議論していただいておりますので、知事への答申の後に第7号のその他基準を付け加えて県で決裁を得たいと思っております。

それでは、まず第1号の分類基準ということで、資料5の1ページからになります。こちらにつきましては、緊急性と専門性の2つの分類としております。緊急性につきましては、生命に影響を及ぼすような緊急性の高いものということで、重篤、脳卒中疑い、心筋梗塞疑い、外傷、中毒、熱傷としております。また、専門性につきましては、専門性が高いものということで、重症度・緊急度が高い妊産婦、重症度・緊急度が高い小児、心臓・大血管損傷が疑われる外傷、切断（不全切断を含む。）としております。国が示しておりますのは、緊急性と専門性に加えて特殊性という3つの分類になっておりましたが、滋賀県におきましては、特殊性は、今回の議論から外すということで、緊急性と専門性

の2つに絞って議論を進めさせていただきました。ただし、特殊性につきまして実施基準に反映させる必要があるというような状況になりましたら、その時点で実施基準を改正という形で内容を見直していきたいと思っております。とりあえず、スタートの段階といたしましては、緊急性と専門性の2つの分類という形にさせてもらっています。1ページにつきましては、緊急性の重篤と重篤の判断のバイタルサインをあげさせてもらっています。2ページにつきましては新生児・乳幼児の重篤を判断するバイタルサインをあげさせていただいております。また、症状・病態等によって重症度・緊急度が高いものとしまして脳卒中、心筋梗塞、外傷、中毒、熱傷をあげさせていただいております。4ページにつきましては、緊急性における搬送先医療機関のフロー図ということで、救急隊が傷病者の観察を行い、このフロー図に従って、搬送先がどの病院になるのかを導き出すフロー図となっております。5ページにつきましては、専門性の内容についてあげさせてもらっております。以後、6ページ、7ページ、8ページがそれに関係するフロー図となっております。第1号の分類基準につきましては以上であります。

次に、資料4に戻りますけれども、第2号の医療機関リストについてでございます。この医療機関リストにつきましては、二次救急医療を担う救急告示病院の現状に応じたリストを作成するという事で、県内の33の医療機関を掲載させてもらっております。また、重症度・緊急度が高い妊産婦にかかるリストについては、周産期医療体制整備計画との整合を図るということで、医療機関リストの別表という形で表を設けさせていただいております。また、分類基準で定められた緊急性と専門性の他に、内科系と外科系を記載しております。また、対応できる専門医が常勤しており、常時対応できる疾患については「 」を、時間帯によって対応できる疾患については「 」を記載しております。

その医療機関リストにつきましては、資料5の10ページになっております。医療機関リストとして、1ページに収まるように作成しております。これにつきましては、保健医療圏ごとに三次救急医療機関と二次救急医療機関の33の医療機関を記載しております。このリストの中央あたりに二重線で仕切らせていただいているのですが、これより左が分類基準に基づきます緊急性と専門性について、対応できる疾患は「 」また時間帯によって対応できる疾患は「 」を記載させていただいております。二重線よりも右側につきましては、内科系と外科系として分類基準以外の疾患の傷病者を医療機関に搬送する場合の判断材料にするということで、消防機関からの要望もあり、分類基準以外の疾患を内科系と外科系という診療科目で記載をさせていただきました。「 」につきましては、専門医が常勤しており、オンコール対応を含めて24時間365日対応できるものを、「 」につきましては、時間帯によって対応できるものを記載

させていただいております。ただし、「 」になっておりましても、必ず24時間365日対応するという事は現実的に不可能な部分もありますので、一応常時対応できるということになっております。従いまして、「 」になっていても対応できない場合もあるということで御了承願いたいと思っております。この医療機関リストにつきましては、各地域MC協議会で2回にわたって、議論させていただいて「 」と「 」の記載をさせていただいております。また、この記載部分につきましては、来年度以降、「 」が「 」に、「 」が「 」に変更となることも考えられますので、状況に応じて変更を加えていきたいと思っております。次に、11ページですけれども、専門性の重症度・緊急度が高い妊産婦の部分だけ別表としております。これにつきましては、周産期医療体制整備計画との整合性を図るということで、このような別表を作成しております。医療機関リストにつきましては以上でございます。

次に、第3号の観察基準であります。これにつきましては、現状の各消防本部の救急救命士の方の観察基準を参考にするということ、またガイドラインも参考にするということで資料5の12ページから15ページまでが観察基準ということにさせてもらっております。この内容につきましては、実施基準策定部会の皆様にも確認いただいておりますし、これまでの業務の中で活用していただいている内容をあげさせてもらっています。

次に、第4号の選定基準につきましては、消防機関が傷病者の搬送を行う医療機関を選定するための基準ということで、傷病者に適した区分の医療機関の中から搬送時間が最短の医療機関を選択することを原則としております。ただし、救急現場では色々な状況が考えられますので、その状況に応じて選択するために病院群輪番制の当番医療機関、かかりつけ医療機関、救急告示医療機関以外の医療機関、救急医療情報システムまた傷病者等の意向、県外の医療機関等から総合的に判断して選定することとしております。

資料5の16ページに、1番から8番まで選定基準を記載しております。冒頭の説明文の後に、括弧書きで「順不同」と記載しておりますが、この番号は、1番、2番、3番と順番に選定にあたるのではなく、大原則としては一番搬送時間が短い医療機関を選択するということになるのですが、ここの番号付けによって順番にやっていきますと、逆に病院の選定に時間がかかってしまうということで、実施基準を策定したにも関わらず逆に搬送に時間を要する結果となってしまっただけは困りますので、番号はつけていますが、順番という事でなく項目として8つを意味するものでありまして、状況に応じて医療機関を選定した理由が、どれかに該当するように項目を記載しております。以上が選定基準であります。

次に、第5号の伝達基準であります。消防機関が傷病者の搬送を行う時に

医療機関に対して傷病者の状況を伝達するための基準となっています。まず伝達基準としましては、医療機関選定の判断材料になった事項をわかりやすい言葉で伝達する。救急救命士等が情報伝達にあたり、医師等が対応するように努める。また、年齢、性別、受傷機転、観察結果、既病歴、応急処置内容、かかりつけ医などの伝達事項を伝える、また、伝達事項以外でも状況に応じて必要な情報を伝達することとしております。資料5の17ページですが、とにかくわかりやすい言葉で医療機関に伝達するというので、3の伝達事項に(1)から(12)までの事項を記載しております。ただし、伝達事項の全部を報告するというのではなく、その場の状況に応じて必要な情報を医療機関に提供するというのと、逆に、伝達事項にない項目につきましても必要に応じて伝達するというようにさせてもらっております。

次に、第6号の受入医療機関確保基準ですが、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と、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ということで定めております。資料4の第6号の(1)の傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関の合意の形成をするための基準ということで、まず救急隊は搬送先医療機関の医師の要請により転送に対応できるように協力するものとさせていただきます。また、搬送先医療機関が決まらない場合は、「照会回数4回以上」または「現場滞在時間30分以上」と定めております。搬送先が確定できない時は、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させていただきます。(2)は、その他傷病者の受入れを行う医療機関確保ということで、病院群輪番制や救急医療情報システムを活用するというようになっております。

資料5の18ページですが、この部分につきましては、まず1の(1)につきまして、救急隊は状況に応じて搬送先医療機関の医師の要請によって転送にも対応できるように協力するものとしておりますが、この部分につきましては、どのように表現するのかということで色々な意見がございまして、相当に御議論をいただいたところでもあります。実際に、病院に一旦搬送してから他の病院に転送するというのを現場の救急隊の方にさせていただいているということでございますが、それを文章上どのように表現するのかということで議論を重ねた結果でございます。とりあえず医療機関に傷病者の受入れをしていただくのに全ての処置を頼みますと、断られる医療機関もあると。一部の処置なら対応できる病院もあるということで、一部の処置をできる病院に一旦搬送して、残る処置を行える病院に転送していただくということで、少しでも受入病院を増やし、病院側も受入をしやすくして頂くことにしました。その部分で救急隊の方に転送への御協力を願うということでございます。また、転送先の医療機関の選定につきましては、医療機関の先生の協力を得て消防機関が選定

することとしました。その部分での必要な情報につきましては、医療機関同士で連絡していただくという内容になっております。次に、傷病者の受入れに時間を要する場合とは、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」となった場合をいいます。その場合に(3)で記載させてもらっています最終的な県内の医療機関の受入先ということで救命救急センターと後方支援病院である滋賀医科大学医学部附属病院に搬送するというようにさせていただいております。次に、2の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ということで、1つ目に病院群輪番制の活用、2つ目に滋賀県広域災害・救急医療情報システムを活用するというのでこの2つの事項を記載しております。以上が、今年度の実施基準策定部会で作成して頂きました実施基準の案となっております。

資料4になりますけれども、第7号のその他基準は、都道府県で定める事項ということで、この号につきましては、別途、防災ヘリコプターとドクターヘリコプターの要請等に関する事項について記載したいと思っております。以上で実施基準の案について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。只今、委員より報告と事務局より説明がありましたが、専門的な事項も出てきましたので、これについて委員の皆様方の御協議をよろしくお願いしたいと思います。冒頭に発言がありましたとおり、特殊性については、今回は省いております。今後、必要であれば協議するという形にさせていただきましたので御了承ください。何か御意見等はございませんでしょうか。

委員：先ほど分類基準の中で、今回は特殊性を外すという説明があったのですが、その特殊性という言葉の意味ですが、現在、防災ヘリとドクターヘリの運用がありますね。ドクターヘリの運用につきましても、選定基準は、これに右にならへで使われるのですね。

廣瀬会長：ドクターヘリに関しましては、御存知のとおり大阪府との共同運航ということになっております。今のところは共同運航に関する策定作業をやっているところでありまして、別途、運航委員会で行っています。

委員：その部分が、特殊性にあたるのかどうかと思ひまして。

廣瀬会長：特殊性の説明につきましては、事務局からお願いします。

事務局：ここの特殊性につきましては、急性アルコール中毒、また国で例示しているものでは精神疾患などが挙げられています。精神疾患につきましては、別に精神医療の協議会がございます。その協議会から、現時点では実施基準に精神疾患を載せないでほしいという御意見をいただいておりますので、今後、この精神医療の協議会において実施基準に精神疾患を載せるという判断になりましたら、実施基準に記載したいと思っております。ただし、精神疾患を、特殊性として載せるのか、専門性として載せるのかについて議論が必要となると思っております。

廣瀬会長：他にも耳鼻科とか眼科救急など、挙げだしたら色々あるわけですが、この特殊診療科のことに关しましては、今回は触れておりません。

委員：わかりました。

廣瀬会長：他に何かございますか。

委員：1つ確認させていただきたい点と、1つは言葉の表現としてどうかという点があるのですが、資料5の17ページに伝達事項が12項目ある中の12項目目に「かかりつけ医、あれば患者のID番号」とありますが、この「あれば」という表現をしなければいけないのかと。例えば3番のように括弧書きで拾っておくとか。突然に「あれば」という表現は、文章表現的にどうかと思いました。もう1つの確認は、18ページの1の(2)の「照会回数4回以上」または「現場滞在期間30分以上」を要する場合は、(3)に最終的な受入医療機関が救命救急センターまたは滋賀医科大学医学部附属病院となっておりますが、この場合は、救命救急センターか滋賀医科大学医学部附属病院でフォローしていただけるわけですから「たらい回し」といったものは、必然的に短時間で解消できるという解釈をしておけばいいのかどうかということを確認させていただきたいと思います。

委員：御質問ありがとうございます。18ページの「あれば患者のID番号」の「あれば」という部分は、随分議論したのですが、ID番号探すために取りに帰るとか、そういう時にどうするだろうということで、「あれば」という曖昧な表現ではありますが、現場では、このような表現でわかるのではないかなという気がしておりました。取りに帰る必要はないと、わかる範囲内という意味で、このような表現にしたと理解しておりますが委員の皆様いかがでしょうか。

廣瀬会長：こういう文書では出てこない表現という意味で、違和感があるという御指摘です。

委員：救急隊に言われても、救急車から降りて家族が家の中に取りに帰るというようなことは無いということです。

廣瀬会長：意味はわかっているわけですね。事務局から何か案はありますか。

委員：確かに、口語調でよくないということは理解できます。

廣瀬会長：そういうことです。他の表現がないのかと。言っていることは、もう十分ご理解されています。

委員：病院側としては、できればIDが「あれば」ということでありまして。

事務局：今の「あれば」の部分ですが、伝達事項の枠の中の米印に、上記の全て伝達するのではなく傷病者の状況に応じて必要な事項を選択し簡潔に伝達するという米印の文章が入っていますので、この「あれば」という表現を取っても別に絶対条件ではないというように読み取れるかなと思いますが。

廣瀬会長：下の米印の注釈から、「かかりつけ医、患者のID番号」とするということですね。

事務局：この(1)から(12)の全てというわけではないという米印の説明書きがあるためです。

委員：救急隊の運用でございます。救急隊の皆様の御意見を尊重させていただいたらいいと思いますけども、言葉で誤解がないように伝えればと思いますが。

廣瀬会長：持っている人とかね。わざわざそのために探しに帰れという事はやめた方がいいかなと思います。常にID番号を持って歩く人は少ないと思いますけどね。

委員：「その他患者のID番号など」という表現の方が表現的にはいいのかと思ったのですが。

委員：口語調ですが、こういう「あれば患者の ID」というのは、現場の救急隊の人がわかりやすいというならば、これは現場での活用でございますので許されるのかなとも思います。現場の皆様の御意見はいかがでしょうか。

廣瀬会長：どうでしょうか。他の委員の方々、使うのは救急隊ですので。わかればいいということでもよろしいですか。この件は、こういうことでさせていただきます。それからもう1つのご質問の2の事ですね。(2)のところでは4回以上または30分以上ということと、次の(3)の事との関係を聞かれているわけですけども。

委員：これが、今回の消防法の改正の核心だと思うのですが、滋賀県の救命救急センターは疲弊しておりますので、今回、緊急性と専門性以外に、内科系と外科系という二次救急病院を頼る項目を作りまして、できるだけ救命救急センターに集まらないようにしましたので、「たらい回し」がなくなるというのが原則でございます。従いまして、「照会回数4回以上」「現場滞在時間30分以上」であれば救命救急センターと滋賀医科大学医学部附属病院は断ることができないと理解しております。

廣瀬会長：ありがとうございます。よろしいでしょうか。一局集中という事だけは、やめたいというのが趣旨でございますので。

委員：消防の ですね。今の質問に関連しまして確認ですけれども、先生がおっしゃいましたように、我々消防として、この実施基準における救急搬送に関して一番関心が高いのが第6号ですけども、管内の救命救急センターへ搬送が集中すると管外の救命救急センターへ搬送が必要になりますが、そういうことがなくなると期待してよろしいのですね。

委員：県内4か所の救命救急センターの中での振り分けということですね。その内容については、そこまで想定していなかったもので、直近の救命救急センターだと私は理解していたのですが。実際に大津赤十字病院では、管外から傷病者が来ているというのが現状でございます。実際にそういうことが起こっているのですが。救命救急センターの現状から 病院の 先生、何か御意見はございますか。

廣瀬会長： 先生、 病院の現状からお願いします。

委員： 病院の現状を申し上げますと、湖南圏域以外の救急車を実数として、トータルで年間5,000件近くありますが、その内の15%くらいです。

廣瀬会長： 病院の 先生はどうでしょうか。

委員：東近江圏域でも管外からはもちろんいいのですが、今、御議論いただいている6号の1の(2)と(3)の理解が、共通認識をもっておかないと、最終の滋賀医科大学医学部附属病院と4救命救急センターが全て吸収できるかということ、我々のところもベッドが満床という状況はありますので、ここは共通認識を持っていただきたいなと思います。

廣瀬会長：極端な話、最初から救命救急センターに搬送したら考えなくてもいいのではないかなってしまいますので。それが今回の一番のポイントです。 病院の 先生お願いします。

氏： 病院の場合ですと、二次医療圏としてみた場合は、ほぼ90%は受入れをさせていただいていると思います。三次医療圏として彦根管内が入ってくるのですが、彦根管内と高島管内の北部からも来ますので、二次医療圏以外の三次医療圏は10%弱くらいだと思います。

廣瀬会長：よろしいでしょうか。考え方としては全県的に広い範囲で受け入れるということがもともとの発想の基本でございますので、救命救急センターに集中するというだけでは、最初から運ぶということはできるだけ避けたいという発想のもとにできあがっているんです。

委員：わかりました。去年までは、救急搬送件数が少し減っていたのですが、今年の救急搬送件数が増えまして、これからもっと増えてくるのではないかなという懸念をしています。

廣瀬会長：おっしゃるとおりだと思います。確かに昨年の暮れから増えているのですよね。その他に何か御意見はございますでしょうか。

委員： 協会の です。従来の救急体制と、これを作ってから体制と一番基本的に違うところはどこでしょうか。

委員：先ほど申しましたように二次救急医療病院の内科系と外科系の医療機関リストを作りましたが、それを担当するドクターが異動しますと対応内容が変わります。しかし、それを認めてリアルタイムで救急医療情報システムにリンクしておりますし、形骸化したものではなくて、実際に各病院の対応をしっかりと表記するという具体的なところがいいところかと思っております。各告示病院等々、実際のオンコール対応も含めて「 」「 」を記載しましたので、しっかりやっていきたいと思っております。

委員：病院の情報を出すということはよくわかりましたけど、ここにある選定基準の第4号と各委員の方が話されたところをうつしますと、これまでとそんなに変わらないので安心したといえますか、いい実施基準を作っていただけてよかったと思っております。やはり医療資源というのはそんなに変わるものではないですので、変に基準をきつく作られると、病院はたちまち困ってしまうのではないかと思いましたが、この内容を見てると安心するような感じのもので、ありがたいなと思っております。

廣瀬会長：ありがとうございました。全くそのとおりでございまして、現在の滋賀県の体制というのは、私は、非常にうまくいっているのではないかと基本的に思っておりますので、それらをいじらずにということが1点目、2点目は、救急告示病院の活性化ということもお願いしたいということがあると思っております。そういうふうに見ていただけたらいいと思えますし、こういうことをやった上で、救急告示病院の活性化が絵に描いたとおりになっているかどうかということも、今後、見直していく必要があるかと思っております。そういう意味においても、より良くなる可能性のためにしていかなければならない作業だと思っております。

委員：もう1点、一旦、患者を診れば責任が生じて、最後まで見なければならぬのではないかという救急の現場のストレスがありまして、それを軽減するためにも、転送を救急隊に御協力願って、自分の病院で診られるとをしっかりと診て、診られない部分は、次の病院にお願いするというシステムを、地域全体で、滋賀県全体で医療の質を上げたいという願いがございますので、各病院におきましては、受入れの敷居を高くして、予防的に止まることの無いように配慮してございまして、廣瀬院長が言われたようにそういう活性化ができるのではないかと理解しているところです。今後、変えることでデータを集積して、それを現場にお返しして活かしていきたいと思っておりますのでよろしく願います。

廣瀬会長：ありがとうございます、その他に何か御意見はございますでしょうか。

委員： 病院の です。今、先生がおっしゃったように二次救急医療病院の活性化を図るために今回の取り決めを、現場のドクターに届ける必要があると思いますが、現場がころころと変わるという状況をですね、前回、地域に持ち帰って集まっていたいて、状況がどうなっているのかよくわかったのですが、そういう救急の問題を取り扱う場が欠けている病院が、二次救急医療病院でも、規模が非常に小さければ色々な問題を扱ってその場で急遽話し合っただけであればいいと思います。そもそも病院でも、救急の専門の委員会というようなものがございませんし、病院によっては、そういたしますと、こういった問題が変化した時の対応がなかなかできないのではないかというようなことを危惧いたします。

廣瀬会長：おっしゃるとおりだと思います。ただ、規模の小さい病院にあんまりプレッシャーかけると離脱してしまうということもあると思います。それを、我々の仲間として受け入れる寛容さというのにも必要なと思いますので、そのバランスが難しいかなと私は思っております。できるだけ一緒に、同じ肩を組んでいきたいと思っているんですけども。 先生、それでよろしいでしょうか。

委員：そうですね。救急の委員会がないというような病院があるかどうかちょっとわからないのですが、通常は話し合う場が、普通はあるような気もするんですけどね。病院としてはそうでしょう。

委員：お言葉を返すようですけども、二次救急医療病院でも、そのあたりが曖昧なところがあるのではないかと思いますし、それはそれで現状がそうなのは仕方がないと思います。その場合でも、病院のドクターは、決まったことは周知できるということが地域で必要であると御理解いただくということなのですが。

廣瀬会長：わかります。おっしゃるとおり間違っていないと思います。そこまで言ってしまうといいんだろうかということで非常に私は悩んでいるわけですけども。今、先生がおっしゃったとおりですね、きちっとそれぞれの病院がそういう体制を整えていくのも当然必要なことですし、まだできていないことはこれから作っていただくということでもよろしくお願いしたいと思います。他に何か御意見はございますか。

委員： 病院の です。先ほどから二次救急医療病院の活性化ということが出ておりますけども、我々も二次救急医療病院なのですが、1つには、これを活性化して受け入れることになると転送の件数が増えるだろうと思うのですね。消防機関の皆さんには、一旦は受けて、やっぱり手の範囲を超えていたので診られないところが増えてくると思うので、その点の理解をあらかじめいただいております。1つと、それから患者さんになりうる一般市民の方に、運ばれたら最後まで全部診てくれるんだということでもないということを啓発していただくことも必要ではないかと思えます。

廣瀬会長： 只今の、上り搬送が増えるだろうということですが、こちらの方は救急側の方はよろしいでしょうか。これはもう当たり前かと私は思いますし、これが一番の基本ですので、ここが崩れたら困りますので、よろしく願います。

委員： 下りもあり得るのですか。

廣瀬会長： 下りのことに関しましては、色々と問題がありまして、今回は触れていません。

委員： 消防の と申します。先のことをお伺いしたいんですけど、資料4で実施基準の取扱い等の(8)ですが、策定後も必要に応じて見直しと検証を行うということで、私どもの任期も平成24年の2月8日までであるのですが、実際に4月から運用開始という事でどうなるかという事になると思うのですが、今後、大体でも結構ですからどういう形で見直し検証をされようとしているのか教えていただきたい。

廣瀬会長： 事務局どうぞ。

事務局： 事務局の藤田です。その分につきましては、後ほど説明させていただく予定でしたが、説明させていただきます。実施基準を、今年の4月1日に施行予定ということで進めさせてもらっておりまして、その都度、見直しと検証を行うということで、見直しと検証につきましては、今後、実施基準策定部会でさせていただきたいと思っております。当然、見直しに必要なデータ収集などの業務もございまして、一番現場で活動されておられる救急救命士の方の御意見も必要であろうかということもございまして、実施基準の策定部会で、今後は見直しと検証をするという予定であります。どのようなデータを集めてするか

についてはこれから具体的に詰めていきたいと思っております。その点の御了承をお願いいたします。

廣瀬会長：よろしいでしょうか、重要な部分ですので、それだけ欠かせないということでございます。他に何かございませんでしょうか。

委員： 病院の と申します。このシステムで重要な役割をしていますのが救急医療情報システムの入力が円滑に行われるかということかと思うのですが、現状として二次救急医療病院での入力はどうなのでしょう、順調にしているのでしょうか。そのあたりを心配しているんですけども。

事務局：二次救急医療病院には、一日のうち朝と夜の2回の入力をお願いしております。それにつきましては、各病院とも入力の方をしていただいておりますので、状況に応じて情報の更新が必要であればいただくというお願いは、引き続きしております。

廣瀬会長：よろしいでしょうか。他にございませんか。熱心な議論をありがとうございます。それでは、実施基準案につきましては、このとおり確定させていただきます。御了承願いたいと思います。今回確定いたします実施基準につきましては、メディカルコントロール協議会会長として知事に答申したいと思います。よろしくをお願いいたします。

(6) メディカルコントロール部会について

廣瀬会長：それでは、議題2、議題3と移らせていただきます。メディカルコントロール部会についてでございます。事務局より説明をお願いいたします。

事務局：事務局の藤田でございます。資料6ですけれども、メディカルコントロール部会について御説明をさせていただきます。資料6につきましては、現在のメディカルコントロール協議会の構成図となっております。平成22年2月に法定協議会として滋賀県メディカルコントロール協議会を発足しております。そのもとに実施基準策定部会とメディカルコントロール部会を設置しておりますが、今年度は、実施基準の策定が最優先ということで実施基準策定部会につきましては委員の推薦をいただきまして部会を立ち上げて検討させていただいたところでございます。しかし、メディカルコントロール部会につきましては、

構成委員も決まってないという状況であります。このメディカルコントロール部会につきましては、消防法改正前にありました滋賀県メディカルコントロール協議会が、そのままメディカルコントロール部会になっております。従いまして、事務としては、プレホスピタルケアや病院前救護体制の向上に関する事項ということになっております。来年度以降、メディカルコントロール部会の立ち上げをさしていただきまして、この部会でも検討する事項が来年度以降は出てくると思いますし、心肺蘇生のガイドラインも変更になっておりますので、現在、国の方でその検討が進められているということです。来年あたりには県のMC協議会で、その検討をしないといけないということもございまして、来年度につきましては、メディカルコントロール部会を立ち上げたいと思っております。メディカルコントロール部会の委員につきましては、協議会の会長から指名ということになっておりますので、後日また会長から指名をさせていただくのですが、今回、構成委員をどのようにするのかということで、委員の皆様にご意見をいただきたいなと思います。事務局で考えておりますのは、消防法改正前に存在しましたメディカルコントロール協議会の構成委員と同じメンバーでメディカルコントロール部会とするのが一番いいという思いがございまして、これまでの構成メンバーで言いますと各救命救急センター長と、関係団体代表者ということで医師会、病院協会、消防長会と、また学識経験者と、各地域メディカルコントロール協議会からの推薦者というような構成メンバーでメディカルコントロール部会を立ち上げたいと思っております。この構成メンバーにつきましては、委員の皆様にご意見をいただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

廣瀬会長：ありがとうございました。只今、事務局から説明がありましたメディカルコントロール部会の構成員について、皆さん、事務局の案でよろしいでしょうか。

各委員：(異議なし)

廣瀬会長：特に、医療機関側もよろしいですか。異議がないようでございます。それではそのようにさせていただきます。それではメディカルコントロール部会の構成については滋賀県メディカルコントロール協議会設置要綱第7条第2項に基づき、後日、私から示させていただきますので御了承願います。それでは、議題2の(4)その他に移らせていただきます。事務局から何かございますでしょうか。

(7) その他

事務局：今後、実施基準策定後の見直しと検証につきましては、実施基準策定部会でさせていただくということであります。救急医療システムについてでございますが、実施基準に定めます緊急性と専門性の医療機関リストにつきましては、救急医療情報システムに反映させられるように作業をすすめていくということでございますのでお願いします。その他につきましては、以上でございます。

廣瀬会長：事務局として先ほども申し上げたとおりでございます。何か追加の御発言は、ございますでしょうか。

委員：実施基準（案）の概要の資料4に、第7号が加わっているのですが、実施基準としては第7号も加えた形で答申ということになるのですね。第7号は、部会での議論が全然なかったんで、とってつけたように見えるのですが。

事務局：事務局の藤田です、第7号のその他の基準につきましては、この部分を外した形で、要は、資料5の第1号の分類基準から第6号の受入医療機関確保基準までの内容について、MC協議会会長名で知事へ答申していただきます。その答申を知事が受けまして、この第7号のその他の基準の都道府県が定める事項を付け加えて実施基準を作成し決裁を得て、本年4月1日から運用の実施基準につきましては、資料5に第7号のその他の基準が加わった形のものが最終の県で定める実施基準という形になります。

委員：4月1日に第7号が加わった形となるのですか。

事務局：そうです。

委員：第7号は、どなたが決められるのですか。議論が十分にできてないように思えるのですが。

廣瀬会長：第7号については、これからです。

委員：そうですよね。4月1日に付け加えてですか。

事務局：そうです。

廣瀬会長：間に合いますか。

事務局：間に合うようにやっております。

廣瀬会長：時間的に切迫していますが。

事務局：第7号につきましては、あくまで都道府県で定める事項でありまして、県の関係者の中で、この部分の案を検討さしていただいて知事の決裁を得て付け加えたいと思っています。当初、7月の2回目の実施基準策定部会で実施基準の案を示す時に、この第7号を付けるかどうかの話もあったのですが、これは県で定める事項ということで、協議会で検討する事項ではないとして外させてもらっております。第7号につきましては、MC協議会に諮るということではなく、都道府県の関係機関の中で内容を決めさせてもらいまして、知事の決裁を得るという予定であります。

委員：第7号は、策定している県が多いのですか。

事務局：消防法で第7号を策定することが決まっております。

廣瀬会長：時間があまりないのですけれど、ドクヘリに関しましては、その他に何かございますでしょうか。なければ、本日の議題は以上でございます。本日は、大変熱心な御協議をいただきましてありがとうございます。本日は、今回の実施基準の案ということで、御了承いただいたということに関しまして厚く御礼を申し上げます。先ほど事務局から申し上げましたとおり、今月中に知事に答申をして決裁をいただき、4月1日からの運用ということで進めていかせていただきます。実際に運用してみた中で、問題が出てくるかもわかりません。その場合は、実施基準策定部会で検討して改正できるところは改正するという方向で進めたいと思います。本日は、誠にありがとうございました。

事務局：委員の皆様には、本当に熱心な御議論をいただきましてありがとうございました。これをもちまして、本日の会議を終了させていただきます。本当にありがとうございました。