

滋賀県メディカルコントロール協議会 議事概要
(令和元年度第1回会議)

1 日時

令和2年2月14日(金) 14時00分から14時50分まで

2 場所

滋賀県危機管理センター1階 災害対策室8

3 出欠状況

出席者：石川 浩三 会長、立川 弘孝 会長代行、安井 達治 委員、堀井 英幸 委員、
本田 修二 委員、田中 豊昭 委員、岡田 広幸 委員、吉里 定晴 委員、
塩見 直人 委員、吉川 浩平 委員、中村 誠昌 委員、市川 正春 委員、
上田 勝彦 委員、小林 靖英 委員、黒橋 真奈美 委員、田畑 貴久 委員

欠席者：久保田 誓 委員、岡林 旅人 委員、重永 博 委員、卜部 優子 委員、
酒見 浄 委員

事務局：奥野副参事、吉村主幹(滋賀県知事公室防災危機管理局)
大友参事、青山副主幹(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、お忙しいところお集まりいただき、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令和元年度第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) 資料確認・出欠状況報告

(司会)

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をお配りしておりますが、お手元に揃っていますでしょうか。(→不備無し)本日の会議の出欠状況は、出席者が16名、欠席者が久保田委員、岡林委員、重永委員、卜部委員、酒見委員の5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、よろしくお願いいたします。

(3) 傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の改正案について

(議長)

会長の石川でございます。年度末のお忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。効率よく会議を進めて参りたいと思いますので御協力をお願いいたします。それでは、お手元の次第に従いまして議事を進めさせていただきたいと思っております。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改正について」です。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、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改正」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、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、本県におきましては、資料の②-2の2枚目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、空欄は対応不可を示しております。

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および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、当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、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。

「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令和元年12月17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7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。具体的には、資料②-2の2枚目のとおりです。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31年4月1日から令和元年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るよう平成 30 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、全搬送数の令和元年の数値としましては、救急搬送人員は 3 万 338 人。前年同時期に比べまして、132 人減っております。照会回数 4 回以上も 24 人で 8 人の減、現場滞在時間 30 分以上は 374 人で 81 人の減、率にして約 18%の減となっています。続いて、重症以上ですが、令和元年は 1,367 人で前年同時期に比べて 17 人増えております。照会回数 4 回以上の人数自体は相当少ない数ですが 1 人で、前年と比べて減っています。現場滞在時間 30 分以上も 19 人で 5 人の減となっています。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。平成 29 年度、県の保健医療計画が改訂され、救急に関しては 7 ブロックから 4 ブロックに変更されたことから従来の 7 ブロックの数値と保健医療計画に合わせた 4 ブロックの数値としております。なお、4 ブロックとは、大津と高島で 1 ブロック、湖南と甲賀で 1 ブロック、彦根と湖北で 1 ブロック、東近江だけで 1 ブロックの計 4 ブロックとなります。まず、上段 7 ブロックの全搬送数ですが、令和元年の管内・管外・県外の割合は前年同時期と比べて、ほぼ変わらない状況です。重症以上は、管内の割合が若干増加し、その分管外の割合が減少しております。下段 4 ブロックの表ですが、全搬送数の管内の割合が 95.6%で 7 ブロックの管内の数値と比較しますと、若干高くなっており、重症以上では 6 ポイント高くなっています。次に受入照会・搬送状況ということで、令和元年の全搬送数について、照会回数は 3 万 1,910 回。搬送数は 3 万 338 人ということで、受入率は 95.07%。前年に引き続き高い受入率となっています。重症以上の受入率は 92.62%で、前年から若干下がっておりますが、90%を超えており、依然として高い受入率を維持しています。一番下の表の「照会するも受入れに至らなかった理由」は、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。全搬送数で最も多いのが「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は、「処置困難」、「手術中、患者対応中」、「ベッド満床」の順になっています。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、令和元年の全搬送数 3 万 338 人のうち、②精神疾患搬送数は 784 人。そのうち、精神科病院への転院搬送数は 13 人。「目まい」の搬送数が 38 人、「呼吸困難」の搬送数が 141 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 21 人減っており、率にして 2.6%減少しています。続きまして 2 つ目の表、照会数・現場滞在時間は、搬送数 784 人のうち、照会回数 4 回以上が 2 人、現場滞在時間 30 分以上が 56 人。照会回数 4 回以上はそもそも数が少ないですが 1 人で、前年同時期と比較して 1 人の減、現場滞在時間 30 分以上も 56 人で 17 人の減となっています。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 分以上は「目まい」の搬送数が 1 人で前年に比べて 1 人の減、「呼吸困難」の搬送数は 11 人で前年に比べて 5 人の増となっています。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、それ以外の医機関に分けて、割合を出しております。令和元年の救急告示病院への搬送につきましては 85.08%、精神科当番病院が 12.84%、その他の医療機関が 2.08%で、前年と比べまして、救急告示病院への搬送

の率が上昇している一方で、「目まい」、「呼吸困難」は精神科当番病院への搬送の率が上昇しています。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 30 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までの 1 年間です。以前は、12 月までには全国の調査結果が各都道府県あてに通知されていたのですが、近年は遅れており、現時点でも未通知です。ただ、本県の数字につきましては、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 29 年のデータを付けております。基本的には、重症以上、産科・周産期、小児、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、各表とも搬送人員から転院搬送数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。照会回数 4 回以上の人数はいずれも前年より増えておりますが、構成比はほぼ前年と変わっていない状況です。また、現場滞在時間 30 分以上の人数はいずれも前年より減っており、全国における本県の状況は概ね良好な数値ではあります。確認・検証結果であります。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。具体的には、資料②-3 の 1 ページ、「3 傷病者の搬送および医療機関の受入れ状況」の下線部、これは先程説明しました国の実態調査の数値に更新しています。あと、15 ページの医療機関リストを令和元年 10 月 1 日の状況に更新しております。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、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が、何かご意見、ご質問はございますか。(→意見等なし) 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)

(4) 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。

(中村委員)

先日、全国救急隊員シンポジウムに参加し、色々発表を聞いてきたのですが、通信の部門で湖北と湖南が発表していた。湖北の救急体制は非常に特殊な形態をとっていて、車内収容から現場出発までの平均所要時間が 3.5 分くらい。その程度かなと思っていたが、全国的にはかなり短い。湖北は 119 番通報の段階で病院選定が終わっている。湖北地域には救急病院が長浜日赤、市立長浜病院、湖北病院の 3 つしかないという特殊性があると思うが、指令の段階で病院が決まっている。余程変な状況でない限りはそのまま受入先が決まり、救急隊が

病院を選定することはない。なので、あっという間に病院に搬送されるという仕組みになっている。シンポジウムの中での議論の時にも「すごいですね」という意見と「地域が特殊だから…大都市ではできないですね」という意見があった。滋賀県内を見ても、うちの地域とよく似ている地域がいくつかあって、例えば、近江八幡であれば八幡総合しか行かないですよ。であれば、病院選定をうちみたいにすれば早くなるのではないかと思う。そういう仕組みはとりづらいものなのか。うちは昔からこのやり方でやっている。田畑先生がおられた時からですか…。

(田畑委員)

歴史的に昔からだと思う。

(市川委員)

高島も同じ状況で、うちしかほとんど来ないので、消防に通報があった時点でうちの病院に連絡が来る。

(中村委員)

やはり、そういう仕組みの方が早いのかなと個人的には思う。病院が嫌がるという意見もあるけど、受けるところが限定されるのであれば、病院側も仕方がない考える。こういう仕組みをとっていない地域はどのようにされているのか、少しお聞かせ願いたい。

(石川会長)

こういうやり方が、照会回数 4 回以上となるケースを発生させていないということも考えられると思うが、大津の状況はどうか。

(安井委員)

以前は、通信指令課員が通報内容あるいは現着した救急隊から報告された傷病内容を踏まえて病院選定を行っていたが、近年は救急隊員が現場で傷病者の状況をつぶさに観察した上で最適な病院選定を行っている。それと、近年、救急出動件数が大幅に増えてきており、大津の昨年の救急出動件数は 17,666 件となっている。これを一つ一つ通信指令課員が病院交渉していくと、他の緊急通報に対応できない恐れがあるので、基本的には現場で救急隊員が病院選定している。

(中村委員)

やり方を変えて良くなったのでしょうか。

(安井委員)

今のところスムーズに対応できていると思っている。

(中村委員)

救急救命士が病院選定するのが普通だと思うが、どこまでメリットがあるのかと思う。我々には救急隊から第 2 報という形で直接連絡が入ってくるが、それを聞いてもわからない時もある。聞いてる内容と全然違う形で搬送されてくることもある。であれば、早い方がいいのかと思う。

(安井委員)

多数傷者が発生した場合は、通信指令課で病院に重傷者などの受入可能数を確認し、現場の救急隊員に連絡した上で、現場で病院選定を行っている。

(田中委員)

東近江消防も大津消防と同じような対応をとっている。また、車内収容から現場出発までの時間を短縮できるよう努めているところであり、実際の救急搬送においても時間短縮が図られている。

(田畑委員)

現場選定か中央選定かという話だが、昔、無線を使用していた時は中央選定でやっていて、救急隊に携帯電話が配備されてから現場選定に移行しているのだと思う。湖北の場合は特殊で、どの病院に行くにしても走る方向がほとんど一緒だが、他の管内は走る方向が変わってくる。例え大津の場合でも、南郷の奥の方であれば、現場を出発してから車内で病院交渉している。大津管内のどの病院に行くにしても、まずは(病院の)近くまで行かなければならない。地理的な要因がかなり大きいのではないかと思う。一概には言えないが、ある程度補助的に使うのは有りかもしれない。かかりつけ医がわかっている、その疾患でということであれば使うのも有りだが、そこまでやるメリットがどこまであるのかと言うと、少し検証してみないとわからないのかなと思う。

(岡田委員)

滋賀県のシステムとして病院群輪番制というものもあるので、それをどう取り扱っていくのかということも検討していかなければならないと思う。

(吉川委員)

輪番制をわかっている、その段階で二次を聞いてみてもいいのかなと思う。事後検証で回ってくるものしか見ていないが、実際に彦根消防の車内活動時間は重症で時間がかかる症例でもおそらく10分以内で収まっているので、軽症の車内活動を含めるとそれほど長くないのではないか。

(岡田委員)

基本的に長くならないように活動する方針なので、現在のところ、支障なく対応できていると思う。

(吉川委員)

私も目標10分以内で指導している。CPA症例、多発外傷、脳卒中を含めて10分以内に収まっているので、軽症も含めると、もう少し短いのではないか。ただ、うちの地域も長浜とよく似ていて、二次救急病院は4つあるが、彦根消防が管内に搬送した傷病者の82%がうちの病院に来る。そういう意味では、病院選定は難しくないで短くなる。CPAに関しては現場ではなく中央からファーストコールでうちの病院に聞いてくるし、それ以外の場合でも現場で病院選定しても、それほど長くはかかっているのではないかと思う。

(石川会長)

少し違った視点からの意見になるが、現在、地域医療構想で各病院の機能を中心に考えられている。そうしてくると、救急搬送だからと言って重症とは限らないので、救急搬送の中で重症度によって病院を決めていかなければならない事態がより明確になってくるのではないかと思う。そうなってくると、一応現場で見てから判断というのは必要なのではないかと思う。(中村委員からの)いい御意見で、どちらがいいのか判断するのは難しいところがある。

(中村委員)

もう一点。湖南消防の発表で、通信指令課員がバイスタンダーCPRを指示する際、現場にもう一人いれば、その人にバイスタンダーがうまく胸骨圧迫ができていないかどうかを評価するように指導しているとのことであった。湖北消防の通信担当に聞いたところ、湖北消防ではそのような取り組みは行っていないとのことだった。県内でこのような良い取り組みをしているのであれば、学会発表で聞いているだけではもったいないので、消防同士で共有できる場があれば良いと思う。

(堀井委員)

指令に配置できる職員数にもよるのかと思う。現在6名配置しており、若干余裕があるのかもしれない。

(塩見委員)

検証会でこのような事案があれば検証医がチェックしている。

(田畑委員)

今までの検証作業の中でバイスタンダーCPRがうまく出来ていないということが検証医で問題になり、口頭指導を検証しようということで、全てのCPA症例について電話の内容を起こして書類に落としもらって検証している。その中で、口頭指導がうまくいかなかった原因を検証した結果、現場に複数人いる場合は評価してもらおうという流れになった。他の消防本部で口頭指導まできちんと検証されているかどうかはわからないが、湖南消防では、こうした検証医の要望全てに対応された結果、こういった取り組みが行われるようになった。

(中村委員)

湖北消防の通信指令課員に見学させてもらうことは可能か。

(堀井委員)

可能です。

(塩見委員)

一つ目の話に戻るが、湖南管内の場合、非常に狭いエリアに6つの病院があるため、最初の病院を選定することが難しい場合がある。また、現場から受入交渉をしても、受入れOKを出すまでかなりの時間を要する病院があり、それが原因で現場滞在時間が延びるのであれば、消防よりも受入病院に問題がある。この点については、検証会でも指摘することはあるが、なかなか検証医から直接病院には難しい。そこで一つの提案だが、かかりつけの病院がわかっている、現場である程度病態もわかるのであれば、最初に病院に対してかかりつけである旨の連絡を入れ、その後現場に救急隊が到着した段階で第2報を入れ、受入れが可能かどうかをすぐに返答してもらおうといったシステムを作ってもいいのかもしれない。

(議長)

色々意見が出ましたので、参考にさせていただければともいます。他に意見はございますか。

(→意見等なし)事務局から何かありますか。

(事務局)

医療政策課です。昨年9月1日に局地災害のシステムを稼働させていただきました。これまでに4回使っていただいております。災害拠点病院のみなさまにはスムーズに受入情報

を入力いただき、消防本部のみなさまにはその情報を活用いただいていると聞いております。これまでに使っていただいた4回は全て交通事故による多数傷者事案です。食中毒や熱中症なども考えられますので、今後とも積極的に御活用いただきますようお願いいたします。

(事務局)

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5期委員の委嘱期間が終了し、令和2年4月1日からは第6期になります。今後、第6期委員の推薦を依頼させていただきますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。また、新委員が決まりましたら、第1回会議を年度当初(5~6月頃)に開催させていただく予定をしております。事務局からあらためて日程調整させていただきますのでよろしくお願い申し上げます。事務局からは以上です。

(議長)

それでは、以上で議事を終了させていただきます。

(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