

## 【第17回千葉県救急業務高度化推進協議会 議事概要】

1 日 時	平成26年9月2日（火） 午後3時30分から
2 場 所	プラザ菜の花「榎」
3 出席者 (委員)	<p>平澤 博之（千葉大学大学院医学研究院救急集中治療医学名誉教授）                  森本 浩司（千葉県医師会副会長）                  小林 繁樹（千葉県救急医療センター病院長）                  亀田 信介（医療法人鉄蕉会亀田総合病院病院長）                  伊東 範行（千葉県麻酔科医会）                  青木 一志（君津市消防本部消防長）                  古元 重和（千葉県健康福祉部保健医療担当部長）</p>
(代理出席)	<p>伊良部 徳次（総合病院国保旭中央病院救命救急センター長）                  北村 伸哉（国保直営総合病院君津中央病院医療局救急・集中治療科部長）                  庄古 知久（国保松戸市立病院救命救急センター長）                  中西 加寿也（成田赤十字病院救命救急センター長）                  岡本 健（順天堂大学医学部附属浦安病院救急診療科教授）                  福家 伸夫（帝京大学ちば総合医療センター救急集中治療センター長）                  卯津羅 雅彦（東京慈恵会医科大学附属柏病院救命救急センター長）                  深井 幸徳（千葉県消防長会 千葉市消防局警防部救急課長）                  宮崎 重忠（習志野市消防本部警防課長）                  青柳 一明（銚子市消防本部警防課長）                  齊藤 光雄（松戸市消防局救急課長）                  吉田 篤史（千葉県防災危機管理部消防課長）</p>
(オブザーバー)	<p>山口 誠（千葉市救急業務検討委員会事務局／千葉市消防局）                  大園 雄一（市原地域救急業務メテイルコントロール協議会／市原市消防局）                  中嶋 公夫（印旛地域救急業務メテイルコントロール協議会／四街道市消防本部）                  河野 利之（君津地域救急業務メテイルコントロール協議会／君津市消防本部）                  来栖 哲行（千葉県東部地域救急業務メテイルコントロール協議会／旭市消防本部）                  小川 健吉（東葛飾南部地域救急業務メテイルコントロール協議会／八千代市消防本部）                  松寄 正（南房総地域救急業務メテイルコントロール協議会／夷隅郡市広域市町村圏事務組合消防本部）</p>
4 副会長選出	<p>新たに委員の委嘱をしたことに伴い、副会長を選出した。                  副会長に千葉県医師会副会長の原委員が選出された。</p>
5 議 題	
(1) 報 告	<p><b>報告1</b>：第16回千葉県救急業務高度化推進協議会議事概要【資料1】  <b>報告2</b>：救急救命士の処置範囲拡大に伴う追加講習及び実習修了者の認定状況【資料2】</p>
(2) 協 議	<p><b>協議1</b>：救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施に</p>

<p>(3) その他</p>	<p>係る講習及び実習の実施について【資料3-1~4】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指導救命士について【資料4】【参考1】</li> <li>・地域MC協議会の区域割について【資料5-1~2】</li> <li>・茨城県南部の消防本部との連携について</li> <li>・救急搬送時間等の状況について【資料(その他)】</li> </ul>
<p>6 議事概要</p> <p>報告1 (事務局説明)</p> <p>&lt;委員発言&gt;</p>	<p>(【報告1】及び【資料1】により事務局(消防課)から説明が行われた。)</p> <p><u>第16回協議会の議事概要について</u></p> <p>内容については、年度当初に委員及び各消防本部に送付しているため省略された。</p> <p>特になし</p>
<p>報告2 (事務局説明)</p> <p>&lt;委員発言&gt;</p>	<p>(【報告2】及び【資料2】により事務局(消防課)から説明が行われた。)</p> <p><u>救急救命士の処置範囲拡大に伴う追加講習及び実習修了者の認定状況について</u></p> <p>平成26年4月から、救急救命士の処置範囲拡大に伴う追加講習及び実習修了者の認定状況は、平成26年8月22日現在、対象者1,056名に対し、千葉市MC協議会70名、印旛MC協議会148名、その他地域MC協議会3名の計221名となっていることが説明された。</p> <p>また、君津MC協議会においては、実証研究に参加した救急救命士に対し、今年度中に3時限の追加講習を実施する予定である旨の説明がされた。</p> <p>特になし</p>
<p>協議1 (事務局説明)</p>	<p>(【議題】及び【資料3-1~4】により事務局(消防課)から説明が行われた。)</p> <p><u>救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施に係る講習及び実習の実施について</u></p> <p>救急救命士の処置範囲拡大に伴い、実証研究に参加していない救急救命士に対する、厚生労働省が示した24時限以上の追加講習について、審議をお願いするものである。</p> <p>まず、追加講習及び実習についての検討経緯について、概略が事務局より説明された。</p> <p>追加講習及び実習の内容については、厚生労働省医政局指導課長通知により定められた条件と、これを受け、前回の県MC協議会において、決めた前提を報告した。</p> <p>そのうえで、「千葉県消防学校における追加講習等の実施について(案)」と「各地域MC協議会において追加講習を実施について」の説明がされた。</p> <p>なお、地域MC協議会における追加講習等の実施については、前回の協議会でも説明があったとおり、千葉市MC協議会で実施を予定しているほか、一部</p>

<p>&lt;委員発言&gt;</p>	<p>の地域MC協議会から実施方法等について相談を受けている状況である。</p> <p>先ほど、消防学校が実施する講習では、約4年で全員に実施見込みと説明しましたが、地域MC協議会や、国の財団での講習を合わせれば、それより早く全員に実施できるものと考えている。</p> <p>(平澤委員)</p> <p>前回、審議した内容に則ってやりたい形を提案もらった。この方針で追加講習を行っていく。</p> <p>(伊良部委員)</p> <p>各地域MCの講習会において、消防と企画の議論が進行しており、県でもだいたいの内諾は得ているはず。</p> <p>各MCでの講習については可能であると認識している。</p> <p>(平澤委員)</p> <p>伊良部先生のところでもやっていただけるということですね。</p> <p>千葉市はまたやるのか？</p> <p>(山口オブザーバー)</p> <p>千葉市消防局では昨年度3月に講習を行い、今年度も10月16日から千葉市消防学校にて行う予定です。</p> <p>(平澤委員)</p> <p>県消防学校のほかに、旭中央病院、千葉市でも行うときいている。</p> <p>事務局が示した方針での追加講習を行うこととしてよいか。</p> <p>&lt;委員発言&gt;</p> <p>特になし</p> <p>(平澤委員)</p> <p>認めたものとし、講習実施へ準備をお願いします。</p>
<p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">その他1</span> (事務局説明)</p>	<p>(【その他1】、【資料4】及び【参考1】により事務局(消防課)から説明が行われた。)</p> <p><u>「指導救命士」について</u></p> <p>指導救命士に係る基本的事項を整理し、今後の検討事項について確認する。</p> <p>全国で一定の質が担保された救急業務を行うため、指導的立場の救急救命士や救急隊員の教育について全国で統一された指針が必要とされ、平成25年度末に「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針Ver. 1」が策定された。</p> <p>さらに、「救急業務に携わる職員の生涯教育のあり方について」(平成26年5月23日付け消防教第103号消防庁救急企画室長通知)が発出され、県MC協議会、地域MC協議会、消防本部において、積極的に指針を活用した教育が実施されるよう、周知依頼があった。この国の通知では、資料4のとおり示されている。</p> <p>こうした通知の内容を踏まえ、指導救命士については、県MC協議会で認定することとなるが、3の①～⑦の要件の細目については、地域の実情に応じてそれぞれ決定されたい、とされている。</p>

そのため、今後、各地域MC協議会事務局、消防学校の現状を把握した後、県MC協議会等で協議したいと考えている。

なお、参考として、国の通知「救急業務に携わる職員の生涯教育のあり方について」を添付する。

<委員発言>

(平澤委員)

指導救命士という制度があれば、救急の専門の先生方の負担となっている、対救急隊への講義等が軽くなると考える。

一方で、全て任せることも心配と言うことで国から通知がきている。

いつからこの制度が動き始めるのか？

(事務局)

開始時期の決まりはない。

MC協議会で検討いただき、内容が揃った段階で認定等の手続きとなる。

(平澤委員)

具体性に欠ける。「要件の細目については、地域の実情に応じてそれぞれ決定されたい」と言われても、困る。

極端なことを言うと、同じ指導救命士でも、地域によってレベルが異なるということもなりかねない。

(事務局)

全国的に見て、地域差が生まれることはありうる。

例えば、特定行為の件数についても、国の参考値と地域の医師数によっても増減がある。

千葉県MC協議会として、件数・一定期間の病院実習をどうするか今後考えていく状況である。

(小林委員)

おそらく、指導救命士と言うのが必要な時代となるが、システムの成長の仕方によっては質の差など危惧される。有名無実化しないためにも、こういう立場の人たちにインセンティブをつけ、ある程度の経験を積んだら指導に回ることを目指す形をつくりたい。

(平澤委員)

指導救命士は国家資格ではないのか？

(事務局)

国家資格ではない。あくまで県MCが認めるだけである。

(卯津羅委員)

要件にて、参考値の算出が消防本部の平均値となっている。

指導救命士の要件は個人の指導や発表、経験数とあるが、参考値が地域の数値となっており、個人が気管挿管等をよくやっている者が評価されるわけではないように見受けられる。

どう解釈しているのか。

(事務局)

この参考値は薬剤投与、気管挿管の認定を受けた救命士が5年間でだいたい

	<p>どれくらいの件数をやっているかの参考値である。</p> <p>これを地域の特性に応じて定めたいため、平均値以上である必要があるか等も含めて検討をお願いしたい。</p> <p>また、国の平均値が26と記載してあるが、千葉県の24年の気管挿管、薬剤投与の実施件数をみると25.8、ほぼ26という数値で国と相違ない。</p> <p>(卯津羅委員)</p> <p>地域の実情は把握していないが、気管挿管を積極的に成功させている救命士とそうでない救命士がいるなか、どのような人を指導救命士に推薦していくのかが見えない。消防長からの推薦の一言はあるが、現場での評価をどう汲み取っていけばよいのか見えない。</p> <p>(平澤委員)</p> <p>地域によって、経験数も含めて質に差があるが、その地域のなかである程度優れている人を指導救命士とし、その地域の教育を担ってもらおうという考えであろう。偏差値50のところも70のところも、それぞれの地域である程度できる人が、50や70を目指してがんばってもらおうということか。</p> <p>千葉市は指導救命士をやっていたと思うが意見あるか？</p> <p>(山口オブザーバー)</p> <p>千葉市では、平成22年4月から指導救命士制度を立ち上げ、千葉MCの医師の担保の元、千葉MCの中だけでの要件を定め、認定を行っている。</p> <p>実は、国の指導救命士の検討について、24、25年度に千葉市が構成員となって検討に参加してきた。</p> <p>平澤会長にお話しいただいたとおり、地域ごとに先行して指導救命士のような形をとっているところがあり、それぞれの地域MCが担保した中で医師の補助、指導的立場での教育といったことを行っている。</p> <p>今年度も引き続き、指導救命士教育のマニュアルを作るために千葉市が招集されているため、そこで情報が入れば、県MCにも還元したいと考えている。</p> <p>(平澤委員)</p> <p>小林先生のおっしゃったとおり、インセンティブの有無は士気に関わる。</p> <p>指導救命士の資格を取った方に何らかの処遇を考えて頂いて、ワッペンだけが違うのでは可哀そうなのでもう少しいろんな事を考えていただければと思います。</p> <p>今後、指導救命士の実現に向けて検討していくことにする。</p>
<p>&lt;委員発言&gt;</p>	<p>特になし</p>
<p><b>その他2</b> (事務局説明)</p>	<p>(【その他2】、【資料5-1~2】により事務局(消防課)から説明が行われた)</p> <p><b>1 地域MC協議会の区域割</b></p> <p>本県においては、県内を8つの地域MC協議会に分け、救急救命士に対する</p>

指示体制及び救急隊員に対する指導・助言、救急隊員の病院実習等の調整、救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証、救急業務の実施に必要な各種プロトコルの策定等を行っていただいている。

また、メディカルコントロールを担当する救急医療機関の選定、地域MC協議会の担当範囲の区域割の調整・決定については、千葉県救急業務高度化推進協議会運営要綱第3条の規定により、県MC協議会の協議事項となっている。

今般、千葉県東部MC協議会から県MC協議会に対し、東千葉メディカルセンターを、メディカルコントロールを担当する救急医療機関とした新たな地域MC協議会の設置について、検討の要請があった。

ついては、今後の検討手順について確認することとしたいので、内容について御意見をいただきたい。

地域MC協議会の設置経緯につきましては、メディカルコントロールを担当する救急医療機関、各地区医師会、各消防本部等の意見を踏まえ、県MC協議会において検討し、平成15年に、県内に8つの地域MC協議会を設置したものである。

その際の区域割に係る考え方としては、

- ・ 基本は二次医療圏単位であるが、救急搬送は医療圏を越えて実施されているので、実態を重視。(二次医療圏とは切り離す)
- ・ メディカルコントロールを担当する救急医療機関は、救命救急センターとそれに準じた医療機関を中心に、その医療機関と地域の実情に応じたその他救急医療機関とされていた。

## 2 千葉県東部MC

そうした中、千葉県東部MC協議会管内においては、東千葉メディカルセンターの開設に伴い、山武郡市広域行政組合消防本部管内における救急患者の管内搬送率の上昇がみられるなど、その影響が顕著になっていることから、当該協議会から同センターを中心とした新たな地域MC協議会設置について、県MC協議会に検討が要請されている。

千葉県東部MC協議会の状況について、当該協議会は銚子市消防本部、旭市消防本部、山武郡市広域行政組合消防本部、香取広域市町村圏事務組合消防本部、匝瑳市横芝光町消防組合消防本部の管轄区域を担当範囲としている。

この地域では、平成26年4月に、東金市内に東千葉メディカルセンターが開設され、救命救急センターとして指定されたことから、地域の救急患者受入の一端を担うこととなった。

その結果、山武郡市広域行政組合消防本部の搬送状況につきましては、記載のとおり、東千葉メディカルセンター開設前は、約4割程度が管外に搬送されていましたが、本年4月以降は、約25%程度の管外搬送となっている。

今後、きめ細やかなメディカルコントロール体制の構築のため、東千葉メディカルセンターを中心とした地域MC協議会の設置について、千葉県東部地域MC協議会において協議され、県MC協議会に対し検討が要請された。

なお、地域MC協議会の役割につきましては、国の通知により「担当範囲内の救急業務の高度化が図られるよう、救急救命士に対する指示体制や救急隊員に対する指導・助言体制の調整、救急活動の事後検証に必要な措置に関する調

整、研修等に関する調整等いわゆるメディカルコントロール体制の構築に係る実質的な調整を行うこと」とされている。

また、地域MCにおける協議事項については、

- ・ 救急救命士に対する指示体制及び救急隊員に対する指導・助言体制の調整
- ・ 救急隊員の病院実習等の調整
- ・ 地域における救命効果など救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証
- ・ 救急活動の事後検証に用いる救急活動記録様式の項目又は検証票様式の項目の策定
- ・ 救急業務の実施に必要な各種プロトコールの策定
- ・ 傷病者受け入れに係る連絡体制の調整等救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整
- ・ その他地域のプレホスピタル・ケアの向上に関すること

とされており、今後、地域MCの役割とされている内容の実施について当該地域において検討していただき、メディカルコントロールを担当する医療機関の意向も確認した上で、その内容について、幹事会、協議会で協議したいと考えている。

なお、新たな地域MC協議会の区域につきましては、今後、周辺の消防本部や医療関係者等の意向を確認し、幹事会、協議会で協議したいと考えている。

### 3 東葛飾南部MC

本日欠席されている船橋市立医療センターで救命救急センター長を務められ、東葛飾南部MC協議会の会長でもある境田先生から、電話連絡があった。

東葛飾南部MC協議会においても、新たな地域MC協議会の設置が協議されているとのことである。

事務局としては、先ほど説明したとおり、地域MC協議会の役割とされている内容の実施について当該地域において検討いただき、地域MC協議会、メディカルコントロールを担当する医療機関の意向も確認した上で、その内容について、幹事会、協議会で協議したいと考えている。

<委員発言>

(平澤委員)

平成15年に8つの地域MC協議会を決めた時にすでに協議会の会長でしたので覚えているのですが、救急隊員の手挙げ方式みたいなもので「自分達はこの病院によく連れていくから」として、医療圏とは独立した形の分けだっただけだと思います。

それがずっとうまくいっていたのですが、地域によっては救命救急センターがなかったので随分広い範囲をカバーしてくださっている地域MC協議会もあるわけで、新しい病院ができたのでそこを中心に、区域をもう少し細かく分けたいという事であったと思います。

前段の、伊良部先生の旭中央病院でみていただいていた千葉県東部の方から、山武地域を独立して東千葉メディカルセンターを中心にした地域MC協議会を立ち上げる事を検討して貰いたいということですが、千葉県東部のMC協議会の会長である伊良部先生からのご意見、何かありますでしょうか。

(伊良部委員)

印旛、山武は一つの医療圏であったが、救急搬送の実態にあわせて、MC協議会は山武地域は旭一帯として動きたいという希望があって県の協議会でお認め頂いたという歴史的な背景がございまして、今回は東千葉メディカルセンターが救命救急センターとして4月にスタートして、実績があがってきたのでこれを中核とした新たなMC協議会を設置した方が現実により適用して小回りもきいて救命部医療が進展するであろうということで、現在の東部MC協議会から離脱して新たな協議会を設置した方が望ましいということでご提案させていただいたのでよろしくご検討をお願いします。

(平澤委員)

手続きはどうすればよろしいか。

(事務局)

手続きについて、MCを担当する医療機関の関係、研修を含めたMC業務をして頂ける事を各幹事会で確認頂いてから、最終的に県の協議会で協議頂いて結論を出していただきたい。

(平澤委員)

地元の行政組合の方達と話すと、予算の関係もあるので年度でやって頂きたいと言うので、27年4月当初からの形に手続きを進めて頂きたい。

次に東葛南部のMC協議会設置について

(岡本委員)

東葛南部MCの副会長もしているのですが、今までの経緯について、ご説明させていただきます。東葛南部6市の消防局から構成しているが、そのうち市川、浦安の両消防局から新たなMC協議会を設置したい提案があった。

東葛南部は平成15年に発足され、相当年月が経っている。その間この地域の人口増加は著しく、救急業務に関しても地域によって実情が異なっている。

救命救急センターも2か所あり、将来的にはもしかしたら3か所になるかもしれないという話も聞いている。三次に准ずるような医療機関も複数存在している。

人口、面積とも大きすぎて、市川浦安地域は他の構成地域と実情が異なっている為、現東葛南部の協議会から離脱してより機動性の高い、細やかな新しいMC協議会を立ち上げるべく関係機関等と調整を行っている。来年度設立に向けての準備委員会を2回程開催している。これに関しては、現MC協議会でアンケート調査も行い16名中、12名の委員からは離脱の賛同を得ている。円満な離脱が出来ることをご報告いたします。

医師会の先生方を中心とする市川浦安地域救急医療に関する検討会が先日開催され、全面的に新MC協議会の設立をバックアップするとの回答を得た。

来年4月にむけた運用開始を検討頂きたい。

(平澤委員)

ありがとうございます。何かご意見ありますか？



(亀田委員)

来年が千葉県地域医療計画の地域医療圏の見直しの時期と思いますが、MCの範囲と支離滅裂である。MCが2つ3つであろうと、地域医療で重要なのが救急医療であり、介護の部分。これを地域の中で考えていかななくてはいけない。

エレクティブのガンとかは地域を越えるに決まっている。肝心の救急医療の活動と医療圏が全く整合性がない。1つのMCが2つ3つの医療圏にまたがってしまうのは、現実にやりにくい。

これは県にお願いですが、MCの区割り部分と地域医療圏の区割り部分を整合性をもう少し持たせるように、今回の見直しでお願いしたい。

(平澤委員)

とても大きな問題です。区割りをするときこれを踏まえてやって頂きたい。

新しいMC区割りを実現するには幹事会と親会議になると思いますが、東千葉メディカルセンターを中心としたMC協議会だけではなくて、東葛南部の新しい区割りも一緒に検討する事でよろしいでしょうか。

(事務局)

この場で了承頂ければ事務局でも様々な移行確認を含め、準備をさせて頂きたいと思います。

(中西委員)

きめ細やかなMCと千葉県東部、東葛南部を分けることがイコールなのか検討が必要では。

一つのエリアに二つ救命センターが出来たので二つにするのは比較的やり易いかと思いますが、例えば、北総病院と成田赤十字がやっているように、スケールメリットがあると思う。単なる検証だけではなくて気管挿管の実習とか様々な教育をきめ細やかに追求していくためには、マンパワーも含めたある程度のスケールメリットが必要かと思います。6人で一つのものを見るのと、二つに分けて3人で一つのものを見る。パワー的には単なる1対2ではないのではないか。

本当にきめ細やかなMC体制を考えたときに3人よりも6人になれば2倍でなく3倍の仕事ができると考えると、割ることがきめ細やかとイコールなのか、メリットとデメリットはどうなのか。

もう1点、消防広域化に向けて動いている中で、プロトコルがMC単位で柔軟性が高くなると、エリアを超えた時どうするか、何年か前、何かの会で話しましたが、そのような問題もあると思います。現エリアのままで2病院が共同していくことはできないか、どちらがメリットがあるのか。

(平澤委員)

いろんな要素があってケースバイケースですね。

私が当事者である東千葉MCについていえば、半島の東側外房地域を二つの地域を二つに分けるのは物理的に無理である。広い範囲で真ん中に病院がなかったので、無理やり2つに分けた。

マンパワーと言うよりも、物理的に無理だった真ん中に救命センターが出来

たので、そこを独立させるのは自然な成り行きかと思うし、顔の見える関係を築くにはあまりにも広すぎる。以上が東千葉メディカルセンターを中心とした山武地域MCの考えである。

東飾南部に関してはどうですか。人口の検討もありますか。

(岡本委員)

分離が予定されている市川浦安の両地域において、救急車のほぼ100%が市川市内の医療機関で何らかの治療を受けている。問題となってくるのはいかに、救急患者をスムーズに受け入れるため各病院にネットワーク環境を強化してスムーズに受入れ体制を築くか、こういう問題をMCで強化したい。

MC協議会の業務の多くは事後検証ですが、地域内で起こった事例に関して、知った人間がそれを検証してそれをフィードバックしていく、例えば、我々が船橋で起こった事例に関して、むこうはドクターカーも独立してやっけて、運用状況が違うのでそれに対して事後検証を行うのは無理がある。

そういった意味で、市川浦安の両地域において、より地域間で救急医療を完結するためにはMCから各主要な地域の機関病院のネットワークを強化していく、そういう目的で今回、分離をしたほうが望ましいのではないかと、という意見です。

(平澤委員)

中西先生のおっしゃるメリット、デメリットがあると思いますが、天秤にかけて独立することの必要性を感じていらっしゃるはその地域のMCにかかわっている人達だと思います。そこから強い要望があったら即OKと言うことではありませんが、少なくとも幹事会に取り上げて頂いて、幹事会の了承が得られて親会議でOKとなったら、その地域のMC協議会の地区割りはそういうことになるのではないかと。

医師会として森本先生、ご意見ありますでしょうか。

(森本委員)

市川の医師会から了解を得ているというので、問題の指摘はありません。

(平澤委員)

先ほど申し上げたように、天秤にかけてメリットのほうが多いと考えて地域の人から実際こういう話が出てきたと思います。また実務者会議がありますので幹事会でこれを検討いただいて、その開催時期も親会議を3月までに開いて決めて頂くことを見据えたいと、幹事会を招集して頂きたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

何か、他にご意見ある方いらっしゃいますでしょうか。

<委員発言>

特になし

その他3

(委員説明)

茨城県南部の消防本部との連携について

(伊良部委員)

鹿島南部の消防とうちの救急現場のみなさんが是非、問題提起として出して頂きたいということで発言させて頂きたい。

(平澤委員)

どうぞ。

(伊良部委員より説明が行われた。【資料なし】)

(伊良部委員)

実は鹿島南部の10%の患者さんは旭で搬送される訳ですが、県が違う為にMCは当然ながら別、意思疎通が全く出来ていないと言うことと、検証も出来ないという状況がある。

消防現場も困っているし救急現場も困っている、と言う事実があり、MC協議会の中で一体化するのは当然無理だと思いますので例えば、茨城県鹿島南部の消防のみなさんを千葉県東部MCの例えばオブザーバーとして参加しながら、検証も含めていろんな形で現場の声を吸収できないか、県にも言わせて頂きたい。そういう希望がありました。

例えば、茨城県の消防局、医療整備課、MC協議会と非常に複雑な問題を抱えていますので県のほうでも一筋縄ではいかない難題だと思うのですが是非、県の方で茨城県南部地域での消防が困った状況があるということをご理解頂いて、先方にそういった意見があるということ伝えて頂ければ有難い。

地域医療再生の中でも茨城県南部はうちの地域医療支援センターといろいろとタイアップしながらやっているという関係もございまして、その際は千葉県の医療整備課の了解を得て医療従事者を受け入れているのでそれも含めて議論できればありがたいということで提案させていただきます。

<委員発言>

(平澤委員)

地域MC協議会は医療圏をこえてつくっている訳ですが、そのハードルと県をこえるハードルは高さが違うようにも思いますが、実際には患者さんがどんどん来てるわけでそのあたりについて、事務方の方でご意見ありますか。

(事務局)

医療整備課の鈴木と申します。救急医療を担当させて頂いております。伊良部先生おっしゃったように、旭中央病院さんを中心としたエリアに茨城の方から患者さんが結構流れてきていることを私どもも聞いておりますので茨城県の方に申し入れする部分もあると思います。

県境でまたいでいるエリアで患者さんの動向があるところについてはなかなか把握しきれてない部分もありますので、医療も消防も、連携を密に行きたいと思っています。オブザーバーという形で先方が参加していただけるのであれば、是非参加して頂いた方がよろしいのかなと思っています。

(平澤委員)

極めて重要な事だと思います。今日初めて問題提起していただきまして、県、行政の方も認識したと思いますのでもう少し発展すると思います。ありがとうございました。他にありませんでしょうか。

<委員発言>

特になし

その他 4

(事務局説明)

(【救急搬送時間等の状況について】により事務局（医療整備課）から説明がされた。)

救急搬送時間等の状況について

(事務局)

救急搬送時間等の状況についてと言うことで簡単に説明させていただきます。私ども医療整備課と消防課の方で共同して資料の一番下のところに書いてあります「救急搬送実態調査」を23年24年25年と続けた調査の結果です。課題になっているのが、搬送時間が延びているという事で、この3年間で9月から10月の2か月調査させて頂いた調査で23年と25年の比較でこのような状況になっているという説明でございます。搬送時間が2年間で約2分伸びている状況。

このうち現場滞在時間が、これは消防が現地についてから、現地から出て医療機関に向かうまでの時間ですが、これも延びています。この中で処置が行われる場合もありますが、概ね交渉時間と認識しております。医療機関との交渉を開始する、あとは医療圏外への搬送率と言うことで、これは消防が持っているデータだとだいたい消防管内の搬送率を使うことが多いのですが、これが私ども健康福祉部の調査ですので医療圏外ということで保険医療圏の外に出る率がこのくらいある、ということでございます。医療圏外の搬送率については地域によって様々な状況になっている。

搬送時間が救急の件数と比例する部分がありますが毎年伸びている状況になっている。

(古元委員)

ここで伺いたいと思っておりますのは1点でして今、説明したとおり現場の滞在時間の中に含まれる受入れの交渉の時間の部分をいかに短縮できるのか、皆様の地域の工夫やアイデアがあったら教えて頂きたいとよろしく願います。

<委員発言>

(亀田委員)

時間というのは消防に依頼がかかってきてから病院到着までの、迎えに行つてピックアップして運ぶトータルの時間がこの40分ですか。

(事務局)

そうですね。

(亀田委員)

という事は到着まで時間がかかれば、これは延びるということですか？

(事務局)

そうですね。今回是非アイデアを頂きたいのは、20分程度の現場滞在時間の中には処置して頂く時間とか様々あるでしょうけれど、同時に受け入れ先を探したり交渉の部分、特に医療機関との交渉がもう少し短くならないか、県民の方々の声も大きいものですからこういった場でお時間を頂きまして、地域の皆さんの知恵を拝借したい。

(平澤委員)

ようするに、医療機関との交渉回数が多い、それを少なくする方法は何かないかと。

(事務局)

交渉回数、それから交渉にかかる時間についてです。

(平澤委員)

いかがでしょうか？

現場滞在時間というのは、現着から現場発までの時間という事ですよ。搬送時間は覚知から到着までの時間。

医療機関との交渉回数を少なくするそれがひいては、現場滞在時間、搬送時間の短縮に繋がるのでそれが長いと言う意見もあるので短くする策はおもちですかという質問だと思うのですがいかがでしょうか。

(中西委員)

先日、日本全国の赤十字の救急医療担当者会議が東京でありました。その中で話ですが、東京ルールというのがあります。滞在時間が20分を超えた場合とか、収容交渉が5回を超えた場合は決められた病院に電話して、そこがとらええず、とるという事になっているそうです。昨年1日あたりの東京ルール件数が昨年の秋から急減に減ったそうです。つまり収容回数が5回を超える事が減ったということらしいです。2週間くらい前、警察も含めて医療関係者、消防関係者が集まってデータを見て原因を探したが、結果個別の事情が分からないので答えは出なかったのですが、出席した面々の間では、おそらく救急告示病院等へ補助金の一律配布をやめて、件数によって分けるよう変えるという決定をしたのが、昨年の秋らしいです。その後5件以上の収容依頼が明らかに減ったそうです。

東京医科歯科大学の大友先生も理由は絶対それだよと。基本的に救急センターだけで全ての救急患者をさばくのは無理な話で、それぞれの救命救急センターの役割を考えた時に1次2次までそこに駆け込んでくると、こういう事がおきてしまう。我々のところでもよくある事ですが、例えば目にゴミが入って鼻血が止まらないだったら、まず2次をあたってくださいませんか？という話をしても周辺の2次5～6件あたってもダメで10回目くらいになって戻ってくるとか、そうなると、現場滞在時間は伸びますし、ということです。ですから東京ルールの発動件数が明らかに減ったというのは救急車をとった回数で補助金を変えるというシステムになったからではないかという話です。

(平澤委員)

そういうのも、あると思います。

(山口オブザーバー)

先ほど部長さんからお話があった現場滞在時間の短縮が病院収容までの短縮に繋がると言うことで、実は9月1日から千葉市では、全救急隊と市内主要の医療機関の先生方であったり看護婦さんにモバイル端末を配布して持って頂いて、救急隊側は傷病者の生体バイタルサインを入力して先生方病院の方は

受入れにかかる、例えば科目、手術が可能か、ベッドが空いてる等の情報を入力しておいてもらって、それを直近の現場にいる救急隊が一括して例えば5か所の対応する病院にモバイル端末で情報を送ってサーバーで判断した大丈夫だよという病院に収容可能かどうかあたって頂くという事をこの9月からトライアルで約1カ月行います。現在6医療機関で昨日から始めたのですが9月末からは18から20医療機関くらいにモバイル端末を使って、病院の収容交渉を行っていくことをしている。

確かに、電話で1件ずつ「先生どうでしょうか、こういう患者さんでバイタルがいくつで」「今手術中なんだよ」と言われて「すみません、ではまたお願いします」と言ってまた次に電話するとどうしても現場滞在時間がかかってしまうので、モバイルに入力する、サーバーに判断させることで時間短縮を図っていかうという試みを行っています。

(平澤委員)

うまくいくといいですね。前にも類似で空床情報を報告するシステムがありました。なかなかうまくいかなかったのですが、今度はシステムが違うのでうまくいく事を願っています。

(小林委員)

ここでは救急全体の事が医療圏ごと書かれて、数字が悪くなってる事になっているが実際には問題の重さは重症度によっても違いますし、もう少し細かい分析、例えば軽傷だからこそなかなか行き先が決まらないでやりとりしてる時間が過ぎる事もありますし、以前にこの分析を初期の頃にさせていただいた時は、重症、中等症、軽傷でそれぞれ医療圏のなかでも問題が違っていましたし、もう少し複雑なので、この数字をもって体制が悪くなっていると一般の方は解釈されるのかもしれませんがもう少し細かい分析が必要かなと思います。

また、交渉回数を少なく、なるべく早く病院に収容する事だけをあまり強調してしまうと、例えば千葉から東京よりでよく調査をしていると、例えばAMIの患者さんでうちではPTCAすぐ出来ないが、隣だったらすぐ出来るのでそっちをあたってください、という交渉もある訳です。それを「何でもいからとってしまいなさい」と言うと、とったところで患者さんは待たされる訳です。それが本当にいいことか、病院にただ、早く着くことだけがいいのかとなると、重症の患者さんに関しては微妙な問題がでてくる。

この数字をみて県民から現場滞在時間を効率よく短くできないかという声が出るのは良く分かるが、それについてはもう少し細かい分析を持ってなされた方がいいのかな。

それと、もうひとつドクターヘリが患者さんにファーストタッチした段階で到着という記録をたしかしているところと、そうでないところとがあったりして、統計の取り方自体が実は正確でない部分もあって、その辺もきちんと整理しないといけないのではないかな

(亀田委員)

確かに現場滞在時間と搬送時間が平行で現場滞在時間の伸びが搬送時間の伸びになっているように見えるが、現場滞在時間が交渉の時間なのでしょ

うか、と言うのは我々のところは田舎で、すごい細い道があり、私も2つの病院を行ったり来たりしてるので結構移動しているんですが、結構、救急車が止まっているんです。そこからは入れなくて救急隊員の人達が家に上がり込んで、独居の人はどこに寝てるのか分からない、どういふかたちで通報がきたのか、いろんな判断があつて本当に交渉回数とこの伸びがパラレルというか、交渉回数が増えているのかという事もありますし、ファクターとしては滞在時間で一番はその家に行ってある程度状況を見て救急車まで運んでくる、そういうのに多分かなり、かかっているのではないか、と思うんですがその辺いかがなんでしょうかね。消防隊の方じゃないとわからないと思うんですけど、結構長く、確かに停まって居るんです。でもどう見ても交渉して停まっている感じではないんです。

(北村委員)

亀田先生、小林先生がおっしゃったとおりなんですけど、全部一緒にしてしまうと何の意味もなくなってしまうと思います。医療機関の交渉が1.4回、それでいいじゃないですか、1回断られて2回目全部取ってくれる訳ですよ、平均で言えば。実はそうじゃなくて重症度の重い人はわりととって付けているけど、それ以外の中で10回も20回も断られるのはいっぱいあるんです。平均しちゃうとこれなんです。バラつきがあるわけです。

なのでこういうのを出していくときには、小林先生おっしゃったように、重症度で考えていかなくてはいけないし、時間が飛びぬけてかかっているのは、亀田先生おっしゃるような搬送時間のかかるものもある。やはり平均じゃなくて飛びぬけてるのをなんとか避けるような工夫とか、そういった分析をしていかないと全部平均してやったんじゃ全く何も出てこないのではないかと。

そこはよくやった方がいいかなと思います。

(平澤委員)

医学的な事を考えて言うと一番納得し易いのは、治療成績が上がったかどうか最後はそれになるのではないかと。今まで助からなかった人が助かった、最善の方法で収容先を選んで時間は少々かかったけれども結果良かったということであれば、それでいいのかなと思います。事務の方で問題提起していただきましたが、もう少し細かい分析をして頂けると有難いという事なのでそういう事も踏まえてまたご検討頂ければと思います。

収容困難例が非常に多い事が問題になっていた時代からいろんな事を努力して行って今や交渉回数を減らそうとか滞在時間を短くしようということになったのである意味、前よりはすごい進歩かなと思います。

よろしいでしょうか。

<委員発言>

特になし