

平成 26 年度第 1 回救急医療体制検討専門委員会議事録

- 1 開催日時 平成 26 年 8 月 21 日（木） 18:30～20:30
- 2 開催場所 県庁 2 階 第 2 応接室
- 3 出席委員 二山委員（座長）、片岡委員、喜多村委員、清藤委員、田村委員、西山委員、根岸委員、山下委員
欠席委員 浜田委員、福山委員、前田委員、御川委員
（事務局） 医療政策課 川内課長、豊永企画監、浅野課長補佐、前田チーフ、中岡主事、鍋島主事
消防政策課 猪野チーフ、佐竹主事

4 内 容

（事務局）ただ今から平成 26 年度第 1 回高知県救急医療体制検討専門委員会を開催させていただきます。開会にあたりまして医療政策課の課長の川内よりご挨拶申し上げます。

（川内課長）皆さん、こんばんは。

お忙しい中、本日の救急医療体制検討専門委員会にお集まりいただきましてありがとうございます。

まず、今月初旬から大雨が降り続き、なかなか晴れた日が無い状況ですが、この一連の災害で先生方も色々と対応されてきたかと思えますし、また実際、その被害にあった病院もいくつかあります。今後も台風シーズンですので、災害医療は平時の救急医療の延長線上にもありますので、この救急医療体制といった連携体制を強化していければと思います。

最近の話題として、先日、近森病院さんの新棟が竣工され、後、来年に大学の新棟ができてヘリポートができ、そして赤十字病院の移転も決定し、ドクターヘリの県下全体の運行を考えると、基地病院以外にも病院ヘリポートができるという状況になり、またドクヘリを中心とした連携体制も進んでいくのではないかと期待をしております。

それと、今年度は、こうち医療ネットの改修をやっております。先般、入札をいたしまして委託業者が決定しました。現行と同様の国際航業株式会社さんです。ノウハウもありますので円滑にいくかとは思いますが。救急隊員にタブレット端末を持っていて病院との情報共有をする。それと、搬送された患者さんのデータが蓄積されているということで、今後の搬送時の判断にも迅速に対応していけるのではと思います。

例えば、今日、消防政策課から提出していただいているようなデータも消防の方々の手を煩わせることなく、翌日にはこんなデータが出て来ていると。先生方がすぐ分析できるというような、データが提供できるというように思います。

本日は議題が少し多いですが、実りのある議論を期待しておりますので、よろしくお願いいたします。

（事務局）続きまして、新たに委員となられました方の紹介をさせていただきます。

本日ご欠席しておりますが、くぼかわ病院外科医長 浜田伸一委員です。後、国立病院機構高知病院副救急部長 福山充俊委員です。本日、ご欠席の連絡をいただいておりますが、県立あき総合病院前田委員。以上の方が欠席になっております。

それでは、ここからの進行は二山座長にお願いいたします。

(座長) 二山です。どうぞよろしくお願いいたします。

今日、野並先生がオブザーバーとしてご出席されています。高知県医師会で、今後おそらく救急担当の常任理事で、まだはっきりはしていませんが、私は、災害の方を、野並先生は救急の方で分けていこうという方向性を医師会でとっているもので、今日は救急担当の医師として、医師オブザーバーとして参加していただきました。

それでは、早速議題に入りたいと思います。

第6期保健医療計画の評価について、皆さんご存知と思いますが、医療法に基づいて5年ごとに計画が作られていますが、今回は平成25年4月に施行されました。毎年、進捗状況を管理しまして目標の達成状況や取り組みを評価していくのですが、ここに書いてありますように、計画、実行、評価、課題、改善ですか、こういうふうにPDCAを回していこうということです。それでは、事務局からの説明をお願いします。

(事務局) 資料1をご覧ください。この計画の評価についてはこの会議で評価をしていただきまして、8月26日開催予定の医療審議会の下部組織である保健医療計画評価推進部会に諮りました後、9月に開催予定の医療審議会へ諮らせていただく予定となっております。なお、10月開催予定の救急医療協議会には報告という形であげさせていただきたいと考えております。

では、資料1の右端の目標欄をご覧ください。3つの項目を目標として掲げております。

1つ目が、救急車による軽症患者の搬送割合。目標設定時は23年になりますが47.3%、目標30%としているところを24年度、この計画が始まる前になりますが、45.8%と若干減少しております。

2つ目の項目、救急隊のうち常時救急救命士が配備されている割合で、23年度78.7%で、目標としては100%を掲げておりますが、24年度は78.3%と若干減少しています。

一番下の救急医療情報センター応需入力率、23年度42.3%だったものが、25年度45.5%と100%の目標には程遠いですが、若干上がっている状況です。

裏面をご覧ください。

まず左側の計画、Pの欄ですが、1つ目の項目、救急医療の適正利用の啓発について、実行のDの欄をご覧ください。新聞広告やテレビ、ラジオ等様々な広報を実施しております。

評価の欄を飛ばしまして右側、課題の欄ですが、救急車による軽症患者の搬送割合を減少させることが今後必要ということと、軽症患者の約9割が成人以上であり年齢層を絞った啓発が必要で、今後の対策としては、引き続き成人以上を中心に県民への啓発を行う

ことと、26 年 2 月 3 日に開設しました四万十市急患センターの広報を行う必要があると考えております。

下の段の左へ戻りまして、救急搬送体制の充実。実行の欄ですが、救急救命士養成研修へ 19 名参加しております。その下、MC 委員会を 2 回開催し、症例検討などを実施しております。後、救急救命士の再教育にかかるクレジット制について調査し、再教育体制の検討を実施しております。「高知県傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する基準」について、搬送状況を調査し検証を行っております。研修としましては、J P T E C や M C L S 研修を開催しております。

評価の欄へ行きまして、救急救命士は 23 年度から 24 年度へかけて 12 名増えております。

課題の欄ですが、救急救命士は増加しているが、常時救急隊に配置されている数が増えていないと書いていますが、ここが記載誤りとなっておりまして、「増えている」が正しい状況です。それと、さらなる資質向上の機会を増やすために救急隊員に対して救急関係の研修の情報提供が必要と考えております。

下の段へいきまして、救急医療提供体制の充実ということで、(1) 医師確保につきましては、実行の欄ですが、高知大学に設置した災害・救急医療学講座において若手医師を育成しております。

右の端の今後の対策へ飛びますが、若手医師の育成とともに県外からの医師の招聘に向けた取り組みを継続します。

左側へ戻りまして、(3) 救急医療連携体制の充実。実行の欄ですが、I C T を活用した救急医療連携体制や二次、三次救急医療機関間の連携体制について検討を行い、26 年度に高知県救急医療・広域災害情報システムの改修を行い、動画伝送をはじめ、搬送実績や患者情報、位置情報を関係者間で情報共有できる仕組みを導入することとしております。

課題の欄へいきまして、未だ三次救急医療機関へ患者が集中している状況です。また、二次救急医療機関の対応力の低下がみられております。この対策については、次の議題で検討しますので説明を省略いたします。

一番下の枠へいきまして、救急医療情報提供の充実で、実行の欄をご覧ください。各医療機関へ応需情報の更新依頼を毎年年度当初に行いまして、更新率が低い医療機関に対しましては、25 年度となっておりますが 26 年度の誤りで、26 年 3 月に個別に電話をかけるなどして依頼し、更新できない理由等を把握して、更新率をあげる取組をしております。

今後の対策としましては、今年も既に 2 回行いましたが、3 ヶ月ごとに応需更新率が 90% 未満の二次救急医療機関に個別に働きかけを行っていきます。現在、二次救急以上で更新率が 95% 以下の医療機関は 41 病院のうち 19 病院となっております。

資料 1 の説明は以上です。次に、資料 2 をご覧ください。

救急医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標です。様々な指標を示して数値で進捗状況を確認していくというものです。黄色の部分が直近値を新たに追加した部分です

が、詳細の説明は省略させていただきます。以上です。

（座長）この評価内容につきまして、委員の先生方何かご意見やご質問、ございませんでしょうか。

（喜多村委員）先ほどご説明のあった救急救命士の増加の配備の割合は「増えておらず」が、「増えている」ということですが、数値的には前のページの乗っている数は減っていると思うのですが、これは配備というのは人数的な問題で増えているけれども実動は乗っていない救急隊が多い。配備というのは、救急救命士が、資格を持った救命士さんが増えているということで、実際に乗っているのとは違うということですか。というふうに理解していいのでしょうか。

（座長）事務局、分かりますでしょうか。要するに絶対量が増えているのか乗っている人が配備されて増えているのかということですが。

（喜多村委員）おそらく、資料2でいくと、平成23年から24年で救急救命士は12人増となっているので、全体の救急救命士の数は増えているが、乗っている救急車は減っているというのは、この資料1の数値なのかなというふうに理解したのですが、それでよろしいのでしょうか。

（事務局）消防政策課、佐竹です。

ご指摘の通りですね、評価Cの列の平成23年206人から平成24年218人の12人増というのは、救命士の資格のある者をデータから取ってきているものでして、この常時、救命士が配備されている割合のところは、こちらの数値が増えているということです。

（西山委員）資料1の78.3%から78.7%になったことを増えていると考えているわけですね。

（事務局）再度、調査元のデータを精査させていただいて、整合がとれるよう修正をさせていただきます。おかしい数字になっています。

（喜多村委員）おそらく、救急救命士の資格を持った方が偉くなって、救急車両に乗らない偉い人が増えているということなので、消防全体で考えると、救急のことを分かってくれる救急隊の人達が増えるという意味で考えると非常にいい傾向だと思うんですけど、他の地域にないくらい。

（西山委員）それが、喜多村先生、平成23年は78.7%だったのが、平成24年は78.3%に下がっているわけですね。

（喜多村委員）救急車に乗っていない人が増えているということですね。

（西山委員）これは、国の方から各救急隊、出動する時には、救命士は必ず1名以上いるように、それが常時、救命士が配備されているというふうに考えているはずです。

だから、全く救命士が乗っていない出動隊が、100から78.7を引いて21.3%だったのが、今回21.7%。横ばいか、あるいは増えているぐらいなのですけどね。けど、まあ横ばいだと思うんですね。

だから、救命士が乗らず救急隊員のみでの出動が 21.7%まだあるというのが、この結論でしょうか。

(喜多村委員) 配備という言葉の定義をはっきりさせた方がいいと思います。

(座長) 事務局の方、それをはっきりさせて、もう一度報告してください。

(事務局) 申し訳ございませんでした。確認します。

※後日、事務局で再度確認

(1) 救命救急士の数が増えているが、配備されている割合は減っていることについて

- ・ 配備というのは実際に救急車に乗っていることをいうのか、配備の定義について明確にしたい。

⇒ 配備とは、救急車出動時に救急救命士が搭乗していることをいうもの

- ・ 救急隊が出動する際、救急救命士は1名以上いることが望ましいとされており、常時、救急救命士が配備されている割合を目標としていると思われる。その考え方でいけば、まったく救命士がいない出動を減らすことが目標となり、非救命士のみの出動が、未だ 21.7%であるということが結論となるのでは。

⇒ 救急隊の出動時には、1台の救急車に3人の救急隊（うち1名は救急救命士）が搭乗することとされており、常時、救急救命士を搭乗させるには、更なる人員確保が必要となるものです。このため、「課題」欄については、修正しないこととしています。

(田村委員) 資料1の裏の、救急医療適正利用の啓発の課題というところに、軽症患者の約9割は成人以上と書いてあります。成人というのは20歳以上という意味ですか。

(事務局) そうです。

(田村委員) 人口割合から言えば9割以上というのは当たり前じゃないですか。子どもが少ないので。

そういう分け方ではなくて、高齢者が多いかどうかということが、視点として、もっと大事じゃないかと思います。20歳以上という区分けでは、あまり意味が無いと思います。例えば65歳とか60歳で区切るかわかりませんが、もっとポイントとしてやるべきだと思います。

(事務局) 老人の割合が48.4%になっていますので、ここの課題の表記としましては成人以上ではなく老人、高齢者ですけど、高齢者を対象というふうに修正をさせていただきます。

(西山委員) 今、おっしゃられたように、老人という言い方は消防の方では、もう使われなくなったんですね。高齢者になりますので。大昔は老人と言っていたんですけど、もう65歳は老人じゃないですから。高齢者ということですので。高齢者の割合は、まだ高知は48%ないはずだけれども、救急車の搬送では48.4%占めているということで、高齢者の割

合が増えてきているということを言いたいわけですね。

（座長）分かりやすく、書き直してください。

（事務局）はい。修正させてください。

（座長）その他、この評価についてございませんか。

それでは、2番目の二次救急医療機関及び三次救急医療機関の連携体制についての議題について、事務局からの説明をお願いいたします。

（事務局）資料3をご覧ください。

救急医療機関間の連携について。まず、上の図で見やすく記載していますので、そちらを説明させていただきます。

二次救急医療機関の課題としましては、左の端の枠になりますが、課題、受入体制の強化ということで、CPA患者の直近受入、後「専門外」を理由とした受入拒否。その対策案としましては、輪番制の検討、ICLS研修等の受講、受入拒否状況等の報告。その対策を行いました効果としましては、医師のスキルアップと、二次の意識変容を行いたいと考えております。

三次救急医療機関の課題としましては、右側の枠になりますが、二次のバックアップ。二次での受入困難症例の受入、いわゆる出口問題、転院調整をスムーズに行い、三次の空床確保をしていくこと。後読影支援。その対策としましては、既に取り組んでおりますが、三次の処置可能な診療情報等についてリアルタイムで提供。案としましては、読影の支援体制を整備していく。その効果としては、二次のバックアップが可能ではないかと考えております。

また、二次救急医療機関と三次の連携としまして、意見交換会の定期的な開催をしてはどうかというものです。

それでは、課題1の二次救急医療機関の受入体制の強化について。この課題については、前回の会議でも課題としてあげまして、ご意見をいただいたものですが、今回、その課題に対する委員の方からの意見と今後の県の対策について示しています。

課題1、前回の県からの提案としては、各地域での受入体制を強化するため、受け入れ先が決定しない場合、一時的に患者を受け入れる二次を位置付けてはどうか。

処置後、当該病院で対処ができないと判断した場合、指定の三次が必ず受け入れる。万が一、指定の三次が受け入れできない場合、当該病院が残る2つの救命センターと受入調整を行う。

提案の主旨としましては、国の補助制度を活用した二次の支援の検討を提案したものです。この事業は26年度新規事業で、現在、国の方で取りまとめ中ということで、全国の活用状況が分かっていない状況です。

提案に対する委員の方からの意見としましては、①県医師会では、二次の応需体制や採算面から、県中央部での輪番制の必要性について検討している。②三次のバックアップが

確約されていれば二次も受け入れられる。それが確約されていない中では、受け入れを続けるのは難しい。③救急医療は二次を中心にして考えていく必要があり、二次を三次がバックアップしていかなければならない。④二次が断る理由をつぶしていくということが大事では。専門外という理由が多いが、症状によっては受け入れるより、まず三次に行った方がよいという判断をする場合もあり、症状によっては三次がバックアップしてくれたら受け入れられる。

次のページ、2ページをご覧ください。

⑤カウンターパート等は非現実的なのではないか。もっとやれることをやるのがよいのでは。三大疾病と多発外傷にポイントを絞って個別にできることから地域の医療機関と三次で一緒に考えていくのがよいのでは。

委員意見をふまえた対応及び今後の検討方向としまして、これまでの対応としましては、こうち医療ネットの改修により、三次の処置可能な診療情報についてリアルタイムで提供していく予定です。

今後の取り組みとしましては、受入拒否状況等の報告を求めることを救急病院の認定及び更新要件に定め、データ収集を行うとともに、ご自分の病院の状況を把握していただくことで、二次の意識変容を求めていくというものです。

そして、三次と二次の意見交換の場を設けてはどうかというものです。これまで、こういう場がありませんでしたので、年1回程度定期的に行なってはどうかと考えております。その場では救急医療の現状や三次と二次の連携体制の必要性、担う役割等について意見交換ができればと考えております。

次に、病院によって診療科も限定されることが想定されるが、輪番制は有効か。輪番制を導入するのであれば、診療科単位又は全科で体制をとるのか。

引き続き、課題2について説明をさせていただきます。C P A患者の直近受入の支援について、前回の提案はC P A患者について、蘇生した場合は必ず三次が受け入れることを前提として、直近の二次で受け入れ、救急処置を徹底できないかというものでした。

提案に対する意見として、①C P A患者は、直近の二次で診てもらう必要がある。そうでないと、何故二次として手を挙げているのかということになってしまうのでは。②現時点でC P A患者の受け入れをしていない病院は、今後も新たに受け入れをしないのでは。③三次が快く受け入れるという姿勢があれば、二次も受け入れようというふうになるのでは。④高齢者のC P A患者は今後確実に増えていく。三次ではできる限りの治療をせざるを得ないが、地域の病院なら患者への治療の必要性も十分理解しており、患者への必要な治療の判断ができるのでは。⑤直近の二次で治療する方が良いため、もっと二次救命処置を地域の医師に普及させていくことが大事では。心配蘇生法や外傷研修を実施しているが、参加者が少ない。三次はバックアップすると言っているので、一定規模の病院なら受け入れるルールを作らないといけないのでは。医師全員が心肺蘇生法や外傷研修を受

けるようにする方が対策としては望ましいのでは。⑥二次の医師がいない場で話をしても、現場はなかなか受け入れられないため、集めて話をした方がいいのでは。⑦救急病院の3年に一度の更新時に、研修指導や救急病院の現状の周知が出来るようにすることが良いのでは。3年ごとの更新時における対応は県で検討ということになりました。

3ページへいきまして、委員意見をふまえた今後の検討方向として、二次、三次でC P A対応が可能となるよう、救急医療に従事する医師全員にI C L SやA C L S研修等を受講していただくことを救急病院の認定及び更新要件に定めてはどうか。県では、J A T E Cもやっております、将来的にはそちらの方も是非受けていただければと思います。

次の「・」ですが、三次と二次の意見交換の場を設けてはどうか。これは再掲になります。後、その場ではC P A関係につきましては、ウツタイン統計等のC P A患者データ、循環器等の専門医がいなければ対応できない事例の場合等を提示するなど、地域の受け入れに繋がたいと考えております。以上です。

(座長) これは、以前からずっと懸案になっていまして、二次救急の受入体制の強化と三次のバックアップということが、永遠の課題になっていますが、今回、県の事務局の方から、具体的な取組として、3番目にも出てきますが、救急病院の認定及び更新要件等もふまえて、具体的な取組が提案されております。

まず、課題の1。二次救急医療機関と受入体制の強化ですが、具体的な案としては、受け入れを拒否したら、件数とか理由を追うことは、今まではあまり厳しく言っていなかったらしいですが、そういうのもあげてみたらどうかという、事務局の提案です。そうすることで、二次救急である医療機関の意識も、悪い言葉で言えれば少し変わるのではという意見です。

それから、三次と二次の同じ場所で同じ話し合いの場がなかったから、そういうのも作ってみればどうかと、事務局の意見です。

それから、以前、高知市で整形の輪番制を考えていたのですが、途中で都合で潰れてしまいましたが、もう一度やってはどうかという意見も出ていますけど、まだ科単位でやるとか病院でやるとか地区でやるとか、具体的にはなっておりません。話が出始めているというふうなことしか、今のところは言えません。

そのことに関しまして、今までの事務局の説明に関して、二次救急医療の受入体制の強化について、どなたかご意見や問題点ございませんか。

(清藤委員) 資料1のところの二次医療機関の対応力の低下が進んでいるという文言がありますが、理由はこれですか。

二次救急医療機関の対応力の低下が進んでいるという理由が、全くこの医療機関の連携についてというのが見えて来ないのですが、単にこれはどういう評価で二次医療機関の対応力の低下が進んでいると県は判断しているのでしょうか。

(事務局) 三次への救急搬送件数が多くあります、割合としても。それをもって二次の受

け入れがもう少し必要ではというふうに思っています。後、軽症患者もすごく多くなっておりま

（清藤委員）それは、二次医療機関が断った患者が軽症であったということですか。三次まで行けと断っていたのが軽症であったという理由、救急車で行ったのが軽症であったという理由ですか。

（事務局）そういう事例も多くなっています。

（清藤委員）事例が多くなっているということですか。

（事務局）例えば本来、二次救急の患者さんであれば地域で受け入れていただく必要がありますが、そういった患者さんが三次まで来ている現状はあります。

（清藤委員）二次救急機関は、我々みたいな病院には、どういうふうにやれという、もうちょっとレベルアップをしながら二次救急をやれということでしょうか。

（事務局）本来、二次患者さんであれば、地域で受けていただいて、三次はやはり三次の患者さんを中心に診ていただく必要があると考えております。

（清藤委員）それは、もちろんやっていると思うのですが、それ以上うちの病院でレベルアップしろというふうに言われると、これ以上どうやってレベルアップしたらいいのか、わからないのですが。

（喜多村委員）おそらく、今日来てくださっている先生方の病院というのは、ちゃんとしたレベルと言ったらあれですけど、二次病院の中にも多分、受け入れが良いところと悪いところとあると思うのですが、悪いところと言ったらあれですけど、結構、救急隊にも、あそこはかけても断られるからかけていませんという電話が三次の方にかかってくる、いわゆるウォークインでもいいような症例がたくさん僕等のところにも舞い込んで来ます。

そういうところが多分クローズアップされてこういう表現になっているので、全部が全部ひとまとめに二次救急医療機関という表現になるとちょっと語弊があるとは思いますが、実際、そういうところも、あるのはあると思います。個人的なデータはないのですが、印象としてです。

（座長）医師会の二次救急をやっている先生方の中には、せっかく人員配置して設備も配置してやっているけれども、ほとんど来ないという先生もおられて、要するに非常に効率が悪いのだと、そういうお話をお聞きしますので、やはり輪番制ということも考えたら、少しはそういうのに寄与するのかなという意見もあります。そういう意見は色々ありますので、なかなかこれはまとまりにくいと思いますが。

（事務局）説明が抜かっていましたが、今日お配りした、A3の縦長の二次救急病院等の救急患者受入状況一覧表がございます。

現在の救急告示病院の受入状況을載せています。病院名は除けていますが、真ん中の欄に救急自動車搬送受入人員というところがありまして、右側に年間時間外救急自動車搬送受入人員という欄がございます。⑤年間受入人数というところを見ていただくと、年間の

受け入れが一桁というところもあり、多いところもあれば、かなり少ないというところもあるのが現状です。

（清藤委員）数字がひとつ、安芸医療圏で間違っているところがあると思います。うちの病院のミスだと思いますが。

安芸医療圏で多分、2番がうちだと思うんです。救急専用病床が40床ということはあり得ないので。84床の中の40床というのは多分、病院が間違っただけだと思います。2床くらいに訂正しておいていただければと思います。

（事務局）気付くべきでした。すみませんでした。

（事務局）これは、認定の時に、病院から届けられてきた数字をそのまま転記して出すので、一定ここは形式上の数字ではあるのですが、更新の時に是非。

（清藤委員）多分、救急の病棟の数を全部入れただけだと思うので、すみません。言っておきます。

（座長）これは永遠の課題だと思いますが、どなたか。

この二次と三次の場を作るというのはいいことだと思いますので、話し合いの場、そういうのを県の方も考えてもらえたらと思います。

それと、3番の救急病院の認定及び更新要件の方にも関係してくると思うので、この受入体制の強化は、そちらの方でもまた議論していただいて、次の課題の2のCPAの患者さんの二次救急医療機関での受け入れの問題についてのご意見、ございませんか。

事務局の方で提案がありましたね。研修を受けていただくというのは良いことだと思いますが、この研修を認定とか更新の要件の中に入れていくというのは、ここで検討されたようですが、現実問題としては、災害医療の時にも意味はあると思いますが。あまり強制をしましたら、認定を受ける医療機関が少なくなるといった兼ね合いはあると思いますけど。研修はできるようであれば、すればいいんじゃないかと。是非、意見交換の場というのは作っていただければありがたいと思います。どなたか委員の先生方、ご意見はありませんか。

（西山委員）以前ですね、平成14年くらいの時は、我々の病院に心配停止が実は241例来ていたんです。それは、60分間心肺蘇生しながら我々の病院に運んで来ると。来た時はもう救急隊員は汗びっしょりですね、そういった状態だったんです。これはちょっといくら何でも助からんだろうということで、やはり地域の方である程度蘇生をしていただかないと、そこでもし戻ったら、その後は繋ぐことはできるだろうと。おそらく救急隊員の救急車の中での心肺蘇生60分では、まず助からないでしょう。

ということで、どんどん、直近の方に寄りなさいと我々の方も言ってきました、今、我々の方も100例くらいになっています。100例くらいでここ3年間くらい横ばいですので、そのへんはいけているんじゃないかと思っています。

そういった時に、患者さんを、例えば二次病院が受け入れなかった時の理由の1つとし

て、医師不在だから、処置困難だから受けられなかったというのがあります。医師不在なのに、どうして二次救急の告示病院をとっているんですかということになるわけですよね。処置困難だって、心肺蘇生は何とかできるでしょうというようなことなんです。

しかも、例えば老健施設から 95 歳の方が我々のところに、本当に 30 分、40 分かけて来られるんですよね。それで、家族が来たら、「あ、先生、何もしなくて結構です」となるんですよね。家族もこちらまで来るの、大変ですので、せめて、そういった年配の方々の心肺蘇生などは地域の方で完結していただければなど。そこでもし、心肺が戻れば、こちらの方に言っていただいたら、また我々の方でも頑張りますしということになる。

あるところの病院は、うちは循環器内科の先生がいないから心肺蘇生できないと言うって言われていたのですが、実際、循環器内科が、その次に心肺停止がきて、そして心肺蘇生ができて、その次に循環器内科に渡す例というのは極々僅かなんです。ですから、もしそのようなことがあれば、我々 3 つの救命救急センター、患者さん、いただきに行きますので、それでやっていただいたらいいと思います。

ただ、是非ともその地域で、心肺蘇生はとにかく時間との勝負になっていますので、直近のところで対処していただきたい。

内科医学会の方も全ての医師がこれができるように、最近は J M E C C といって、内科認定医を受ける時にこれを受けないと、内科認定医の受験資格は無いとしていますので、内科医は全てにせよと、それから、救急蘇生行為をできるようにということを内科医学会の目標に掲げていますので、地域の、せめて告示病院と言われているところはやっていただきたいなと思っています。

（座長）更新時、認定時を含めて、研修を受けてもらう制度ができることであればあった方がいいという気はします。

いずれにしても、二次と三次の意見交換の場というのは是非あった方がいいとは思いますが、話が両方で平行線をたどっているのはどうしようもないと思います。

（西山委員）そういった研修制度は I C L S 研修にしろ J M E C C にしろ、コース開催が多数ないと、おそらく皆さんも受けられないと思いますので、県の方もバックアップしていただければ、そのへんの開催は 3 つの救命救急センター及び大学なんかも教育機関ですので、やりながらやっていったらいいんじゃないかと思います。それができれば、皆さんもそれを受講していただくということで。

3 年に 1 回必ず受講しなさいというよりも、まずは心肺蘇生ができないから、その患者さんを断ったということはないようにしていただきたい。実は、大学病院自体もそうなんですけども、大学病院も救急隊に聞いたら、当直の先生によっては何でも受け入れてくれる人と、心肺停止を受け入れてくれないというの、ありますので、そのへんなんかは教育機関ですので、おそらく協力していただけるとと思います。

（座長）例えば、I C L S 研修なんですが、医師会で県からの委託を受けてやっていまし

たが、段々参加者が少なくなりまして、看護師さんとか救命士さんまでに増やして募集しても、ほとんど集まらなくなってしまって、その後結局、今は医療センターで年に2回くらいやっていたいでいるんですかね、県で。

（喜多村委員）今はもう、それもなくなっているというか、減っています。

（座長）せっかくしても、その参加者が増えなければ、悪い言葉で言えば、やはり半義務的な何かがなければ、なかなか参加していただけないんじゃないかなと。

（西山委員）せめて救急告示病院はやっていただかないと。

（座長）そのあたりで、やはり県の方も少し、考えていただけたらと思います。

（根岸委員）同じような感じですが、講習は、ある程度積極的に受けて欲しいと、うちも大体平均年5回ぐらいICLSやっていて、受講生36人のうち半分を院外に開放しています。看護師さんとかは結構受けに来ます。ただ、医者が少ないというのが気になるところで、もうちょっと気軽に受けていただけたらありがたいなと思っています。

（片岡委員）3市3町村の、人口10万人余りの中核病院で、働かせていただいています、隣に四万十市民病院というところがあって、主に黒潮町、それから四万十市内で発生したCPAは必ずとってくださいということで、二次救急病院、うちが三次とは言いませんけど、2.5次と、それから四万十市民病院が二次だというふうに仮定すると、個人的にそういう話し合いの場を、意見交換の場を設けて、時々話し合いをしています。

そこで、四万十市民病院さんから出てくる話が、CPRはします。でも、助からなかった場合の後の処置がわからない。検死になった場合にどうしていいかわからない。もしAIということでCTを撮る時にも技師を呼び出さないといけないということで、そういう体制でとってくれないというケースがあります。

黒潮町から40分、50分かけて搬送されて来た患者さんが、救急救命士さんの力で、途中で心拍再開した場合はとっていただけません。なので、四万十市民病院さんとしては、死亡確認という意味ではCTはとって、もちろんCPRはしてくれるんだけど、もし戻ってしまった場合はうちがとりますよというのでバックアップはできているつもりなのですが、いざ最終的にそこで入院をさせるということも難しければ、死亡確認で、死亡診断を家族の方に説明することも難しいという体制になるということで、今ちょっとお話し合いになられている、講習を受けて、CPRが必ずできるようにという論点から少しずれるかもしれませんが、そういうことで悩まれている病院さんは高知市内の方にはおありにならないんでしょうか。

（喜多村委員）おそらくそういう話し合いの場がないので、そういう情報が入っていないのだと思いますが、同じような状況というのは、起こり得ているんですかね。想像の域を超えていますけど。

（田村委員）高岡郡医師会では、医療センターと、医療センターの現状報告とか、こちらの要望とか意見交換の場というのは年に1回はやっています。日赤、近森病院とはそういう

う交換の場は今のところないですね。

（座長）何らかの形で、やはり二次、三次の話し合いというわけでもないですけど、交流の場を是非作っていただいた方がスムーズにいきそうな気はします。

ただ、参加者が少ないと困りますので、開催だけで終わってしまったのでは、どうにもならないとは思いますが。それは是非実現の方向に向けて動いてもらいたいとは思いますが。

（事務局）課題３にいきます。３ページ。

三次からの転院調整をスムーズに行い、三次の空床を確保する仕組みを構築することで、二次のバックアップ体制を強化できないか。

前回の提案としましては、受け入れ先が決まらず、やむを得ず三次で受け入れ、入院となった中等症患者等について、翌日すぐに他の医療機関への転院調整をし、空床を確保する。各病院での対応ではなく一元的に情報集約し、転院調整を行う。又は、各救命センターに退院調整コーディネーターを配置し、連携しながら調整するという内容です。

提案の主旨としましては、国の補助制度を活用した支援の検討を提案したものです。25年度の全国の実施状況ですが、６県で事業を活用している状況です。

今後の検討方向ですが、まずは三次からの転院先となる医療機関、これは二次もありますし診療所も含まれますが、そういった医療機関の空床情報の共有について検討することとしてはどうかと思います。これは、やることになれば、こうち医療ネットの改修が必要になります。この情報があればスムーズな転院調整に繋がるのかご意見をいただきたいと考えております。

課題４も続けてご説明します。

二次の技術的支援、読影の支援ということで、前回の提案です。二次で撮影したレントゲンやＣＴ画像をへき地医療情報ネットワークを活用して三次に診断してもらうことはどうか。

提案に対する意見としましては、ＩＴも活用して二次をバックアップしなければならない。例えば読影については、県外にお願いすることで県内の放射線科医師の負担を減らすことも可能では。専門外の医師が受けた時のサポートとして有効では。

委員意見をふまえた今後の検討方向としましては、現在、県内の方でへき地医療情報ネットワークがありまして、概ねへき地診療所において活用されております。また、病院でも21の施設が接続をしており、その活用状況ですが、救急に限った数字ではありませんが、25年度中は嶺北中央病院で年間約70件、田野病院では約100件、椿原病院では30件となっています。主に読影する責任は医療センターということをお聞きしております。

文章へ戻りまして、読影の支援医療機関情報、その日の読影支援が可能な医療機関を周知することとしてはどうか。後、読影する医師は、放射線の専門医あるいは救急医とするのか、ご意見をお聞きしたいと考えております。

（座長）まず課題３の転院先の空床情報、どんなふうに情報提供するというのですか、そ

ういうところから、まず皆様のご意見を、今度の医療ネットの改修にちょうどのつかってという意図もあると思います。よろしくお願ひしたいと思います。

（西山委員）三次からの転院調整をということですが、2つの場合を考えていまして、1つは、例えば大腿部頸部骨折、夜中は我々のところでいた、翌日くらいに大腿部頸部骨折を手術していただける病院を探すということ。こういった1つのパターンですね。夜中の間は僕達がやりますのでという形ですね。

もう1つは、うちの病院でとにかく空床確保のために転院調整していかなければいけないのですが、転院がなかなかできないのは保険の問題なんですね。保険がない。それからお年寄り、1人で暮らして身寄りが全くないというような方。そういう方は転院調整をお願いすると、やはりなかなかとっていただけないです。

このへんを非常に苦勞しながら我々の病院はやっているわけです。皆さんも病院ごとでおそらくそういうことをやられていると思いますが、市の福祉の方に電話をかけても、そっけない返事しかもらえず、我々の病院が苦勞しなくてはいけない。病院の前で、名前も不肖な状態でも我々はとると。とって色々分かってきて、市の福祉の方に保険とか全部そんなのお願いしようかと思っても、なかなか市の福祉も動いてくれない。

だからこういった2種類の問題があると思うんです。予め身寄りも分かっていて、科別がしっかり分かっていて、そしてお願いできないかというのは、このネットを改修することで何とかできないかなと思っています。

それ以外には、今言ったような、どこもとりにたがらないという患者さんが、実際に我々救命救急センターに非常に多く来てしまっているということ。この2つの解決策、何かないかなと思います。

（座長）西山先生がおっしゃられました、俗に1人暮らしというんですか、二次救急、診療所があまり受けたがらない、これをどうするか。公的にどうこうということはできないんでしょうかね、ある程度の。

（西山委員）本来であれば、公的な支援の入っている病院が、その患者を受けていただければありがたい。

（喜多村委員）時々、うちにも電話がかかってきまして、この方、保険が無いので医療センターでお願いしますという話が来て、まあ、仕方ないねと言って受けたりというのをやっていますけど。これは一次とか二次とか三次とかという話とは、また変わってくる話ではあるので…。ちょっと病院あげて検討をさせていただきたいと思います。

もう一点の方で、お話ししてもいいですか。

まずは、三次からの転院先となる医療機関の空床情報の共有でITを用いたということでしたけど、応需情報が入力できていない今、これを活用するというのは、リアルタイムとは言えない。それなら、救急患者退院コーディネーター事業という補助制度を利用して、二次病院と、いわゆる顔の見える関係をつくれるコーディネーターを育成する方がスムー

ズに受けとってもらえそうな気がするのですが、いかがですか。

I C Tで空床を入れて、内容に全てよるので、この中には多分、保険の有り無しとかは入ってないでしょうし、という意見です。

（根岸委員）数字で例えば何床空いているからといって、じゃあ、空いてるから電話したからとってくれる、そう簡単なものではないと思うんです。やはり患者さんの条件で全然変わってきます。行き先がない場合は全然とってくれませんし、若くてもあつという間、1週間で帰れそうな人はとってくれることもありますし、そういう意味では数字が出ていても、あまり実用的ではないような気がします。そのへんは、今言ったとおり別のことを考えた方がいいような気はします。

（田村委員）うちなんか、MSWもそういう役割をしていますが、夜間とか日曜日は、なかなか対応はできないのですが、ウィークデーの昼間であればいつでも対応はできるようにしています。

（座長）これは結局、二次、三次だけの問題ではなくなってしまうんですけども。二次がなければ、三次はまたあかないという、要するに、つまってしまうわけですね。

ここに平成25年、6県で事業活用しているのが、徳島、香川と書かれていますので、このあたりの何か具体的な例、どんなふうに活用されているか。一度調べてもらえますか。

これも結局、なかなか妙案といいますか解決策にならないでも、継続審議的な部分になってしまうのでしょうか。

続きまして、課題4の方に移ってみたいと思います。

西山先生、以前、県外でもこのお話、提案されておいでで、何かご意見ございませんでしょうか。

（西山委員）読影する医師についてですが、これができるとして、放射線科の読影医が読めば、保険の点数がつきますよね。救急医が読んでも、これは点数つかないと思います。ということから考えれば、読影医は点数のつく場合、放射線科読影医、診断医になるのではないかと考えています。

放射線科の方は、診断医と治療医の2種類があるということですね。治療医と診断医の数も県の方で調べていただいていると思うんですが、何人くらいですか。

（事務局）へき地医療情報ネットワークへ接続している21施設のうち16施設で放射線科の先生がいらっしゃいます。

（西山委員）治療医は少ないですね。治療医の方は確か4名から6名くらいで、残りの方々は、もうほとんどは放射線診断医ということになります。その方が診断すれば、保険点数つきますので、それで、人数が少なかったら県外の方にもお願いしたらどうかなという気もするのですが。

ただ、二次病院側として、これを結構使いますか、どうでしょうか。

（清藤委員）うちは医療センターと直接で100件くらいはありますが、その画像を送って

くださいと言われて送るだけで、それで共有してそっちでみてくれますか、じゃあ、送りますかというだけの判断をさせていただいているだけなので、救急に関しては、うちはうまく機能していると思うのですが。

読影となるとね、また違うニュアンスになってくると思います。

（西山委員）その時の責任の所在は、やはり先生のところの病院の先生が持つということですね。電話でちょっとみてよ、とやっているわけだから、その医療センターの先生が責任を持つわけではなくて、その意見を聞いて先生が判断されたということだから、先生のところの先生が責任を持つのですね、患者さんに。

（清藤委員）そうです。それで送ってと言うなら送るという。

（喜多村委員）大体こちらに、転院搬送で、こちらで手術してくださいとかという場合の時に、こちらの受入準備をするのに画像を見て、例えば脳外科の先生だったり神経外科の先生だったり準備を、こういう絵だったらこういう処置をやろうという形で準備をされるのにCTを見られることが多いですね。

梶原病院とかの事例に関しては、大体、救急という観点もありますが、どちらかというと地域医療的な方で、昼間に、こんなCTなんだけど、ちょっと脳外科の先生にみてもらえないかという、そっちは結構、専門の先生に引き継いでみてもらうと。

（西山委員）夜中はどうですか。夜中に急患が来た時に、写真を撮ってそれを見てもらうというのは多いですか。

（喜多村委員）多くないです。

（西山委員）それとも夜中はあまりしていないですか。

（喜多村委員）していないというか、そういう依頼があれば当直の脳外の先生とか循環器の先生とかおられるので、そういうことに関しては引き継ぐことはできますけど、ほとんどないです。

（座長）それは、このへき地医療情報ネットワークを利用されているわけですか。

（喜多村委員）そうですね。コンピュータにフォルダがありますので、そこに入れてもらうとこっちで見られるという。

（座長）結構、私は全然わからないですけど、すごく便利ですか。

（喜多村委員）そういう意味ではすごく、こちら側としては、送ってくださる患者さんの情報が早く手に入るので準備が早くできる分、外科の先生とかは特に重宝しておられます。

（座長）こういうネットワークを使ってできるという情報をあちこちにもっとPRと言ったらいいんでしょうか、知らせるべきじゃないんでしょうか。

（田村委員）うちなんかは、まだ当然集まってないのですが、1人、放射線科のドクターが常勤でおりますので、夜間とか、スマホで送ってみたり、たまにはあります。そのCTにしても何にしても、緊急ではオンコール、レントゲン技師とか検査技師のオンコールになっていますので、夜中でも一応とる体制にはしています。

（座長）そうしたら、医療情報ネットワークは非常にメリットがありそうな感じ、これを皆さんにPRしてもらって、常勤の先生がどうなるかじゃ、なかなか限定はできないと思いますけど。

（喜多村委員）もう一点、よろしいですか。

おそらく、さっきからこの話ばかりしますが、二次病院、先生方の病院とかは多分大丈夫なんですよ。そうでなくて、受入が少ない病院とか、そういう病院こそ多分、救急隊員のお断りの文言に、CTが読めないから、責任とれないからと言う可能性が高いんじゃないかと、これは想像ですけど。そういうことがあるとすれば、あまり活動されていない二次病院の先生方のご意見を収集された方がよいのではと思いますが、いかがでしょうか。

（座長）それ、事務局でお願いしたいと思いますが。

（事務局）確かに、そういった病院の方の意見は非常に大事だと思いますので、それを独自に集めるのか、先ほどから話があります二次と三次との話し合いの場をもって、そこでこういった情報も紹介しながら、それぞれの持っている課題をお話いただくとか、そういったことも考えていきたい。どちらにするかは、また事務局の方で考えていきたいと思います。

（座長）これがおそらく今日の一番重要な議題だと思います。3番に移りたいと思います。救急病院の認定及び更新要件について、事務局からのご説明をお願いします。

（事務局）今回、救急病院等の認定及び更新要件について、議題に出させていただいた目的ですが、亜急性期病棟が9月いっぱい廃止されるということで、新たに地域包括ケア病棟が設けられることとなっています。

その要件が幾つかございますが、その1つに救急告示病院というのがございます。二次の受け入れ強化が課題となっている中、救急告示病院になるうえでは一定の受け入れをお願いしていきたいと考えており、今回の提案となっております。

1番から説明します。これまでの認定・更新の審査方法。救急病院等を定める省令及び厚生労働省通知に基づき実施ということで、飛びますが、2ページ、次のページの5番をご覧ください。省令や国の通知がどうなっているか、まず概要説明をさせていただきたいと思います。

1つ目の○、救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関。その下にいきまして、ただし、疾病又は負傷の程度が軽易であると診断された傷病者及び直ちに応急的な診療を受ける必要があると認められた傷病者に関する医療を担当する医療機関は、病院又は診療所とする。

体制要件としまして、1つ目の○、救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事している。2つ目の○、病院群輪番制や在宅当番医制の充実している地域等においては、救急病院・救急診療所、消防機関、医師会、都道府県等関係者の協議により、当該地域の救急医療の確保に支障の無い範囲で交替で、休日夜間等において休診と

することも許されるものであること。なお、その場合には予め、休診の時間帯を消防機関、警察機関に連絡するとともに、地域住民に対しても、自治体の広報誌等により周知徹底を図るようにすること。

その下の設備要件です。1つ目の○、エックス線装置、心電計、輸血及び輸液のための設備その他救急医療を行うために必要な施設及び設備を有する。その下の○、外科等を標榜する病院については、医療法上手術室が必要。

3 ページへいきまして、施設要件としましては、救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ傷病者の搬入に適した構造設備を有する。救急医療を要する傷病者のための専用病床又は当該傷病者のために優先的に使用される病床を有する。

その他の要件としましては、消防機関、警察本部、医師会、救急病院等との関係者、学識経験者等の意見を聞くよう配慮する。なお、そのための方法として、救急医療対策協議会を活用する方法や消防機関、警察本部、医師会、救急病院等の関係者、学識経験者等からなる認定審査会を設けることも考えられること。ただし、医療計画に救急隊による傷病者の搬送先として記載された医療機関を認定する時は、この限りではない。

という要件になっておりまして、4 ページ以降には、その省令の全文と国の通知を添付しておりますので、またご覧いただければと思います。

1 ページへ戻らせてください。

先ほどご説明したものが現在の要件になっておりまして、2 番にいきまして、他県の県独自の認定要件の規定状況について説明させていただきます。

他県では、要領等において規定している県が 12 県ございます。

その例としましては、専用病床 3 床以上。優先病床 5 床以上。専用または優先病床として 1 科につき 2 床以上。研修会に年 1 回以上参加。常勤医師・看護師数、夜間救急患者取扱い件数、救急隊の搬送件数、救急医療情報システム夜間応需件数、医療監視の結果等にもとづいて採点した合計点数が一定の基準を満たしている。直近 1 年間救急車搬送数 100 件以上、または直近 3 年間 300 件以上。転送が必要な場合の協力医療機関の承諾書の添付が 3 県ございます。医療審議会、協議会等における認定が 7 県。県独自の認定要件の定めがない県が多くて 29 県ございます。

3 番へいきまして、高知県独自の認定要件について案を説明させていただきます。

①救急医療協議会で認定の承認を受ける。

現行の体制と比較して、救急告示の認定を受けるにあたり、いかに体制が整備されたかを確認する。現状の体制と変わらない場合や、受け入れの多くがかかりつけ患者である場合は認めない。かかりつけ以外も積極的に受け入れることが必要と考えております。

その下の 3 つの項目については、医療機能評価機構で示しております評価の視点と要素が示されておりますが、そこから引用した内容になっております。

救急担当部門と病棟との連携の手順が明確であることを確認する。入院の可否や調整に

時間がいたずらに費やされることがないことを確認する。受け入れなかった症例について判断の是非等の検討を行っていることを確認する。

②へいきまして、救急医療に従事する医師について、これまで I C L S や A C L S 研修等を受講したことがない場合は受講する。

③毎年、受入状況の報告を行う。受入件数、三次への転送件数と理由、受入を断った件数とその理由、かかりつけ患者を除いた受入人数などを考えております。

④応需情報の更新率を 1 日 2 回以上、95%以上とする。

2 ページをご覧ください。

4 番ですが、こちらは更新要件になります。更新は 3 年に 1 回となっておりますが、先ほどの内容と重複するものになっていますが、①が研修受講。②が受入情報の報告を行うこと。③が応需情報の更新率を 95%以上とする。④が救急医療協議会で更新の承認を受けることとしております。

(座長) 実は、皆さんご存知の通り、10 月から、亜急性期の条項が外されました。先ほどご説明ありましたように、地域包括ケア病棟の条件の中に、救急告示病院という項目があり、点数が高いと言ったら悪い言葉ですが、そういう要件をクリアすると。そういう要件にこの救急告示病院というか、医療機関が入っていますので、既に県の方に 2 件申請があるんですかね。

(事務局) はい。

(座長) 申請準備中のものが数件あるというふうに聞いております。省令の規定だけでしたら、手をあげれば以前のように認定されてしまいますので、今までベッドの満床だとか専門外だとか、専門医というか急患の救急医がいなくて、当直がいなくて断っていた二次救急というのものがたくさんあるようなので、それだけではだめじゃないかと。県独自の基準をつけて指定の要件にすることが必要ではないかという考えで県の方も案を作られているので、これは救急、最終的には医療協議会で承認をもらう予定です。

(事務局) 救急医療協議会で最終承認をいただきます。

(座長) という予定で進めております。委員の先生方のご意見をお聞かせ願いたいと思います。

(清藤委員) これは①②③全部をクリアしなければ、更新はさせないということですか。

(事務局) そうです。

(喜多村委員) 揚げ足取りみたいな話ですけど、更新要件については、①の I C L S、A C L S 研修等を受講したことがない場合は受講するというのは、更新ではなく認定のところに受ける話が出ていましたね、②で。出ているので、受けたことないことはないのでは。

(西山委員) ドクターはどんどん変わりますからね。

(清藤委員) これは受けてないと当直させられないとなると大変なことになる。

(喜多村委員) 1 人しか医者がいない場合というのもあるということですか。

（田村委員）うちなんか当直1人ですから。受けてないドクターは当直させられんとなると当直が回らなくなります。

（清藤委員）多分、回らなくなりますね。

（喜多村委員）更新要件ですから、例えばこれ、先ほどの話だと、どんどん受けるようにしていこうという意味では、3年間のうちに少しでも受けてない人がいたら受けてもらうとか何か、3年間で1人、2人受けてもらえる。

（田村委員）今、臨床研修医制度ができているから、2年間の間に全員、これを受けさせたら。

（西山委員）全員、やっています。

（清藤委員）結局は、その常勤の先生で当直が回らない、他に頼みますといった時に、もしやってない先生が当直という話になったら、じゃあ、その時は二次救急閉めますという、そんな日替わりのことをしなきゃいけなくなってしまう。

この3つの項目を全部クリアしないと更新できませんよという、もうちょっと柔軟性をもって考えていただければと思うのですが。

（西山委員）更新要件の方は、②番、③番はやっていただけるように。③番は、これ今のところ40何%ですから、95%以上というのは努力義務みたいなものですよね。②番に関しては、毎年受入情報の報告を行うことはやっていただいた方がいいと思います。③番については、とにかく努力目標を掲げていただくということ。①番についても、医師も次から次へ新しい医師が来ますので、全員がというのはなかなか難しいかもしれませんが、結局はICLSとかACLSなどを受講するように努めていただくということが病院の方の責務ですよ。

何か言い回しを考えていただければ、②番についてはそれでいいのではと思っています。③番を努力目標とするのかパーセントを下げて書くのかどうなのかというところですね。パーセントを数字などではなく抽象的な表現の方にするとか。あるいは報告するように義務付けるということはできると思います。それはやっていただいた方がいいと思います。

（座長）西山先生がおっしゃられました言い回しの部分で、例えば受講に努力する、例えばですけど、逃げ道になってしまうかもしれませんが、何か良い表現は。

（西山委員）受講していないから心肺停止患者を受け入れられないということが無いよう、受講を促していただきたい、意味はそういうことです。

更新要件は緩くていいと思うのですが、認定要件の方は、しっかりと定めておかないといけない。

更新要件の方は、今やっていただいているわけですから、その結果をとにかくちゃんと県の方にしっかりあげてくださいと。医師が不在だから、医師ができないからというのは少なくしましょうという、そういった統計資料をとるわけですから、そんな形でよいのでは。

この県独自の認定要件の方については、ある程度 I C L S、A C L S の研修等を受講したことがない場合は、全員が受講というのはなかなか難しいと思いますので、そのへんはちょっと文言を考えていただいて、③番も、毎年、受入情報の報告を行うのは、絶対やっていただいて、応需情報の更新率もこれも同じですね、パーセントを書くかどうかということです。①の方で、救急医療協議会で認定する場合、現行の体制と比較して救急告示の認定を受けるにあたり、いかに体制が整備されるかを確認するだとか色々書いていますが、この＊印の3つ目が、救急担当部門と病棟との連携の手順が明確であることとあります。

これが、医療機能評価機構の、一般病院の方に書かれていますが、救急患者の受入方針の手順がしっかりしていること。夜間休日の対応体制の整理ができていること。緊急入院などへの対応ができること。自院で受入ができない場合の対応ができること、例えば、自分の病院では無理だった場合はどこかに転送するとか。それから、児童虐待、高齢者虐待、障がい者虐待、配偶者からの暴力を受けた疑いがある場合の対応の手順がちゃんとできていること。ということが書いてあるんです。それぐらいはせめて入れておいた方がと思うのですが。

（座長）大筋で大体このぐらいの案でということですよ。特別これが厳しすぎるとか、もう少し要件を追加するというようなご意見はございませんでしょうか。

（喜多村委員）1つの案ですが、I C T の整備をしていますので、不応需情報というのがある程度明確に I C T で出てくると思います。不応需の理由も救急隊の方に伝えられた理由をチェックしてもらって、それを数として出しても、そこを使うといいのかなと一瞬思ったんですけど、その数を出したらとって、この認定要件には入れられないですね。

（事務局）それは1つの考え方としてあって、更新の②の受入状況の報告、次の医療ネット、入力したら即報告となるような形の判断基準にするという手は1つあります。

このほどの改修に物理的に追いつくかどうかというのは、既に業者は決定して、改修の段階に入っていますので、どこまで追加項目を盛り込めるかというところがあります。そういう聞き合いがあるわけです。

逆に言うと、そこから漏れたような項目でも、どういう形で報告していただくとか、調査を行うかというのは、やり方です。少なくとも県の要請にはちゃんと答えていただくということ。嫌だということはないと思いますので、そういう意味では効果はあるかなと思います。

（根岸委員）文言の確認なのですが、県独自の認定要件の①の2番目、受入の多くがかかりつけ患者である場合は認めない、「多く」というのは、半分とか、パーセンテージとかあるのでしょうか。わりとかかりつけでもとってくればありがたいと思っているのですが。

（事務局）件数が多いところもあれば少ないところもありますので、地域によって、また医療機関によってパーセンテージをどうするのかというのを検討していきたいと考えてい

ます。

（事務局）仮に認めないということではなく、かかりつけ以外をちゃんとしっかりとってくださいということも認定の時に確約条件として宣誓していただくとか。根岸先生のおっしゃるとおり、かかりつけでもとってこれれば。

（西山委員）かかりつけすらとってこれないところもあります。

（根岸委員）そうそう、それが言いたいです。

（事務局）今、現に申請があがっている施設については、ほとんどかかりつけのところですよ。

（座長）細かい部分は、事務局で詰めてもらって、最終的には救急医療協議会にあげるわけですよね。それも10月、もう1ヶ月くらいしか余裕がないわけですね、とりあえず今回は。その間にどうするかということを決めないといけないと思います。

できたら、それまでに二次救急、三次救急の方、交流会というか。9月中というのは無理ですよね。

（事務局）救急告示の要件が定まりましたら、それを一定周知する必要がありますので、その場と一緒に併せて意見交換会を開けたらとは考えておりました。

（座長）それはその方向でお願いしたいと思います。

（事務局）今、現に申請があがっている2施設については、現行の基準で認定をせざるを、現行の手続きで認定をせざるを得ないという状況ではあります。

次の救急医療協議会で案を承認いただいて、これはですね、県の規則等では大体、正式なパブリックコメントの手続きは本当は必要なんですけど、二次の各施設に周知をして意見交換、それで、こういう規定を制定する。そこから先を新規更新に適用ということになってきます。更新の方は多分、一定経過措置の期間は多少必要かなと思います。そうすると、その時点までの申請だとか、あるいは現行の規定でやらざるを得ないですが、大体これに沿ったような形で協力していただけますかという意味合いは話としてあるかなとは思っています。よろしくお願いします。

（座長）そうすれば、こちらの方はこれで一応よろしいですか。

報告事項の方に移りたいと思います。事務局からお願いいたします。

（事務局）消防政策課の猪野といいます。よろしくお願いします。

それでは、報告事項の1つ目。高知県傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準にもとづく搬送状況等の調査結果について、ご報告させていただきます。

毎年6月には、この救急搬送状況の調査にご協力いただき誠にありがとうございます。この調査はメディカルコントロール専門委員会の方で行っているものですが、このとりまとめ結果をこの場でもご報告させていただきます。

資料は、H26年6月中の全搬送と80歳以上の搬送の比較というタイトル、グラフの、青い棒グラフ、こちらのペーパーをご覧ください。

まず 1 枚目です。まず 80 歳以上の搬送の比較と書いております。表の方に一番下、計で 2,822 ありました。こちら、6 月 1 日から 30 日までの救急搬送の状況の調査をさせていただきました。2,822 人というわけではなくて、1 人の方で複数の傷病がありましたら全てカウントしておりますので、2,822 人より少ない数の方の数字となっております。

6 月中 1 日から 30 日までの搬送が、全部で 2,822 例あっております。傷病名別の内訳はこの表のとおりとなっております。このうち 80 歳以上の方は、全部で 968 例、34.3%の割合となっております。中でもこの黄色で塗っている傷病が 50%を超えております。大腿骨頸部骨折が 71.6%、肺炎が 70.5%と非常に高い割合となっております。

右のグラフの方は、この傷病別の 80 歳以上の方の割合をグラフ化したものになっております。

次、2 枚目をお願いします。こちらは先ほどの調査の救急隊搬送した 2,822 例のうち 4 回以上医療機関に対して照会をした事例をまとめたものです。搬送した事例全部で 2,822 例のうち 4 ヶ所以上の医療機関に照会した事例は全部で 72 例、そのうち 80 歳以上の方は 21 例でした。事例が 21 例と少ないので、傷病別にどれがどうということは言えませんが、一応その 80 歳以上の方の割合が 50%を超えている部分を黄色で表示をさせていただいております。

この調査につきましては、医療機関の皆様にはご協力いただきまして大変ありがとうございました。この結果はメディカルコントロール専門委員会の方で報告し、活用をさせていただくことになります。これについての報告は以上です。

(座長) 報告事項 2 ですが、救急救命士の処置範囲の拡大にかかる高知県内での実施に向けた検討状況について。

(事務局) はい。それでは続きまして、報告事項の 2 番目についてご説明いたします。こちら、ペーパーの方は用意をしておりますので、口頭のみでの報告とさせていただきます。

救急救命士の処置範囲の拡大にかかる高知県内での実施に向けた検討状況についてですが、今、救急救命士が行うことができる特定行為といたしまして、心肺機能停止傷病者に対する静脈確保のための輸液ですとか、薬剤、アドレナリン投与といったものが定められております。

これが消防庁の方からの通知で、本年の 1 月 31 日の通知で特定行為が追加されました。心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈の確保及び輸液、また低血糖発作症例のブドウ糖液の投与といった行為が追加され、通知の上では追加されております。

ですので、こちら、今現在、メディカルコントロール専門委員会の方でプロトコルの作成、または、それと消防学校での講習ですとか実習についてのプログラム、こういったものするかといった検討の方を進めております。救急医療協議会の方で、またこちらの方を決定をしていただいて、決まりましたら、救急医療病院の方にはこういった内容で行う

ことになりますという通知をさせていただきます。

つきましては、実施する段になりましたら、救命士、指示、要請が来ますので、またこちらの方に指示の方をよろしくお願いいたします。報告は以上です。

(座長) 3 番の救急医療関係の研修の情報提供について、事務局よりお願いします。

(事務局) 本日配布いたしました平成 26 年度救急関連研修等の開催スケジュール、当日配布資料(差替え資料)と右上に書いているものをご覧ください。

こちらの 1 ページ、2 ページにわたる表は、県内各救急告示病院に情報提供をお願いしまして平成 26 年度の県内で開催される研修等の情報を表にしたものです。それぞれの研修ごとに開催日時、場所、定員等の情報を記載しています。

表の詳細については説明を省略させていただきますが、これらの研修等の開催スケジュールを二次医療機関、三次医療機関、各消防本部へ、来週には、それぞれの機関に周知を行なって皆さんに積極的な研修の参加を促していく取り組みを始めるところです。

また、県の医師会の協力をいただきまして、高知県の医師会報へ研修の情報を掲載し、また、県の方ムページでもこの開催スケジュールを掲載して広く情報提供を行う予定です。

消防への周知の際には、資料の 3 ページをご覧くださいなのですが、救急救命士の再教育にかかるクレジットのポイント情報について併せて周知しまして、研修への積極的な参加をお願いしたいと考えております。

(座長) それでは、4 番目、四万十市急患センターの受診患者の状況についてお願いいたします。

(事務局) 資料 6 の四万十市急患センター月別受診者数と書かれたものをご覧ください。

まず、上の四万十市急患センター月別受診者数をご覧ください。四万十市急患センターについて簡単に説明させていただきます。今年の 2 月 3 日に開設し、月曜から金曜日の午後 6 時から午後 9 時の 3 時間、診療科は内科ですが、小学生以上の子どもさんも受診可能となっています。

まず、月別受診者数の表の左にあります患者数をご覧ください。平成 26 年 2 月は 58 人、3 月は 92 人、4 月は 65 人という患者数でしたが、5 月、6 月、7 月は 30 人程度と患者数が低迷しています。

県から四万十市に対しては運営費の補助等も行っておりますが、開設初期に限定した補助となっており、平成 27 年度までとなっております。1 日当たり 12 人の患者があれば採算がとれる状況ですが、2 月から 7 月の 1 日平均を表の着色している部分にも書いてありますが、2.6 人となっており、厳しい状況となっております。今後、積極的な広報を行なう必要があると考えております。

また、四万十市急患センターや輪番病院、幡多けんみん病院間での連携が必要と考えております。

下の表、市町村別患者数の推移については、四万十市急患センターの患者のうち、四万

十市、黒潮町、土佐清水市のそれぞれの患者数についてグラフにしています。また、幡多けんみん病院のウォークイン患者の内科小児科別に参考に記載しておりますので、併せてご覧ください。以上です。

（座長）幡多けんみん病院のウォークイン患者は減ったんですか。目的はそうですね。

（片岡委員）お示しいただいたグラフを見ると、減っているのは事実だと思いますが、実際に病院の中で働いているスタッフから聞き取りをしますと、あまり楽にはなっていないというのが現実です。

それと、急患センター自体が、四万十市民病院さんの敷地内にありますので、受診された方が、四万十市民病院に行ってきたんだけどという形で、当院に紹介を受けることがあって、その広報をしていただく場合にも、これは四万十市民病院さんとは違う組織であると強調していただければありがたいという意見が先日の意見交換会でも出ていました。よろしくお願いします。

（座長）報告はそれぐらいで、その他の何か報告はございますか。

（事務局）当日配布資料としてお配りしています右上に26年8月21日当日配布資料と書いた「行旅病人・行旅死亡人及びその同伴者の救護」についてという、写と書いた2枚のホチキス留めの資料です。これについて説明させていただきます。

これは病院から相談があったものですが、行旅で倒れていた患者さん、いわゆる行き倒れの患者さんの受け入れ先について、病院から市町村に連絡しても十分な対応がしてもらえず対応に苦慮しているというご相談がありましたので、その取り扱いについて情報提供させていただきたいと思います。

行旅病人については、行旅病人及び行旅死亡人取扱法に基づきまして、その方が倒れている場所の市町村において医療救護を行うこととなります。その扱いについて、法律の方は2枚目にございますが、第二条のところに、「行旅病人ハ其ノ所在地市町村之ヲ救護スヘシ」となっております。これを根拠としておりまして、倒れている方の場所の市町村が責任をもって対応していただくことになります。

1ページに付けておりますのは、県の福祉指導課から各市町村の福祉事務所長に対して、その適正な取り扱いについて通知しているものです。高知市については中核市ということで出しておりませんが、高知市も法に基づきまして適正な対応をしていただくこととなっておりますので、情報提供をさせていただいたものです。

（座長）一応、本日の予定していた議題報告は終わったつもりですが、委員の方や事務局、何か特別なことはありませんでしょうか。

それでは、これで本会議を終了したいと思います。どうも皆様、お疲れ様でございます。長時間、ありがとうございました。

（事務局）次回の開催予定は12月を予定しております。お急がしいところ恐縮ですが、またご出席をお願いします。ありがとうございました。