

令和6年度 静岡県メディカルコントロール協議会会議録

項 目	概 要	
日 時	令和7年1月29日（水）午後3時00分から午後4時05分まで	
場 所	Web 会議（事務局：県庁別館5階 危機管理センター東側）	
出席者 職氏名	委 員 計13名	秋山委員（会長）、佐藤委員、渥美委員、柳川委員、伊藤委員、小柴委員、中田委員（代理：救急科副部長 大鐘氏）、登坂委員、三木委員、松島委員、早川委員、土手委員、安立委員（代理：駿東伊豆消防本部 高木氏）、池田委員（代理：静岡市消防局 大久保氏）、太田委員（代理：浜松市消防局 小久江氏）、木村委員（代理：永井医監兼中部保健所長）
	事務局	健康福祉部 奈良理事、地域医療課 松林課長、消防保安課 櫻井課長
	地域医療課	山下総括主査、宮田主任
	消防保安課	村井課長代理、梅原班長、土井主任
内 容	1 議事 ① 「救急搬送及び受入れに関する実施基準」の実施状況 ② 静岡県メディカルコントロール協議会作業部会の開催状況等 ③ 気管挿管及び薬剤投与等講習・実習の実施状況等 ④ 医療機関に勤務する救急救命士の特定行為について ⑤ 救急安心センター事業（#7119）について 2 その他 厚生労働省実証実験事業「救急医療情報連携プラットフォーム」について	
配布資料	・次第、委員名簿 ・資料1 「救急搬送及び受入れに関する実施基準」の実施状況 ・資料2 静岡県メディカルコントロール協議会作業部会の開催状況等 ・資料3－1 気管挿管及び薬剤投与等講習・実習の実施状況等 ・資料3－2 気管挿管及び薬剤投与等 認定証交付状況 ・資料4 医療機関に勤務する救急救命士の特定行為について ・資料4－2 救急救命士の認定を必要とする救急救命処置実施に係る認定要領（案） ・資料4－3 医療機関に勤務する救急救命士の気管挿管病院実習実施細則（案） ・資料4－4 医療機関に勤務する救急救命士のビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管病院実習実施細則（案） ・資料5 救急安心センター事業（#7119）について ・報告 厚生労働省実証実験事業「救急医療情報連携プラットフォーム」について ・別冊－1 静岡県メディカルコントロール協議会設置要綱 ・別冊－2 静岡県メディカルコントロール推進事業実施要領 ・別冊－3 静岡県の地域メディカルコントロール協議会の区域等 ・別冊－4 認定を要する救急救命措置等に対する状況 ・別冊－5 静岡県における指導救命士運用要領	

※議事内容は別紙のとおり

令和6年度 静岡県メディカルコントロール協議会 議事録

1 議事

- ① 「救急搬送及び受入れに関する実施基準」の実施状況（資料1）
事務局が、資料1により「救急搬送及び受入れに関する実施基準」の実施状況について説明
⇒委員からの意見等はなし。
- ② 静岡県メディカルコントロール協議会作業部会の開催状況等（資料2）
事務局が、資料2により作業部会、地域メディカルコントロール協議会、救命救急士の活動状況の概要を説明
⇒委員からの意見等はなし。
- ③ 気管挿管及び薬剤投与講習・実習の実施状況等（資料3）
事務局が、資料3-1及び資料3-2により気管挿管、薬剤投与、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管、静脈路確保等の講習、実習、運用状況等について概要を説明
- ④ 医療機関に勤務する救急救命士の特定行為について（資料4）
事務局が、資料4により医療機関に勤務する救急救命士の特定行為の実施に係る認定の具体的な手続（案）を説明

秋山会長：

指導救命士が令和6年末で89名とのことだが、県内に救急救命士は何人いるのか。充足されているのか。これから増やしていかなければならないのか。

松林課長：

医療機関に勤務する救急救命士は、平成29年4月時点では3病院8名だったが、令和5年4月には22名となり、病院の救急救命士も広がった。令和6年度は12病院で救急救命士を活用していると把握している。議論を始めた頃と比較すると救命救急センターを中心に様々な病院で救急救命士を雇用し活動していただいているので、今回医療機関に勤務する救急救命士についても特定行為の認定を行うことにした。

櫻井課長：

救急車に乗車する消防職員としての救急救命士の人数は令和5年4月1日現在781名である。

早川委員：

消防の救急救命士については概ね充足していると認識している。退職される方もいるので入れ替わりがある。指導的役割を担っている指導救命士については、十分に活用できるようになっているかどうか、引続き注視する必要がある。

秋山会長：

これから増やしていくべきか。

早川委員：

指導救命士でないと指示を出すにしても難しいことがあるので、各消防本部で積極的な活用を追求していく必要がある。

- ⑤ 救急安心センター事業（#7119）について（資料5）

事務局が、資料4により本県における救急安心センター事業（＃7119）の実施等について概要及び事業内容案を説明

伊藤委員：

地域ごとの件数は出るのか。

櫻井課長：

35市町ごとと毎日の件数が出ている。今後、利用推進協議会等で報告したいと考えている。その際には県民にも広く情報共有したい。

高木氏：

相談員の数について、今年度は看護師が3～5名、来年度は2～4名と体制が変わる。駿東伊豆消防本部では10/1～12/31の間に、119番に問い合わせがあった中で、28件は相談後の救急要請だったが、＃7119が繋がらないから119番通報したという件数が、7件あった。24時間体制になる中で窓口の数が減るように感じるがいかがか。

櫻井課長：

民間業者に委託するにあたり、今年度の入札の仕様上は、相談員は2～3名としていた中で、業者からの提案で最大5人という対応になっている。令和7年度の仕様は、2～4名としているので、今年度と比べると仕様上は1名増である。仕様をふまえて、プロポーザルによる業者選定に当たり、配置について提案してもらう。基本的には今年度以上の配置となるような提案を期待している。

感染症の流行もあり、想定以上の問い合わせがあった中で、応答率が年末年始に限っては全体平均の85%には届かなかった。それ以前は90%をキープしていたが、年末年始で3ヶ月の平均が下がってしまった。その実績を踏まえて来年度の業者と協議し、より充実した体制で対応できるよう検討していく。

高木氏：

増員されるということで安心した。救急件数増える中、効率よく利用していただけるよう、協力してPRしていく。

秋山会長：

静岡市消防局、浜松市消防局でも＃7119が繋がらないために119番通報したという事例はあったのか。

大久保氏：

駿東伊豆消防本部のような統計は取れていない。実施された効果が検証できない状態。来年度1年事業を行う中で、実際に適正利用に繋がったかという統計を取ってもらい、さらなる＃7119の対応の改善につなげてほしい。

小久江氏：

細かな統計は取っていない。救急隊員の声としては、＃7119に繋がらず119番を要請したという声は何件か聞いている。

秋山会長：

1億円以上かかっている事業なので、よく検証してもらいたい。

2 その他

厚生労働省実証実験事業「救急医療情報連携プラットフォーム」について事務局が、報告資料により事業概要を説明

秋山会長：

浜松市は輪番制があると思うが、実証期間中にこのプラットフォーム上で例えば2病院が手をあげたらどうなるか。

早川委員：

事業そのものの成果は十分に理解できていないが、従来通り救急隊は医療機関に受入の要請をする。それに際してプラットフォームに傷病者の情報を打ち込む。一つ目の病院に断られれば、二つ目の病院に電話をするが、もう一度同じこと言わなくてもプラットフォームを見れば傷病者の情報が分かるだろうということは期待して良いと考えている。

小久江氏：

1から10まで言わなくてもプラットフォームを見ればわかる。さらにプラットフォーム上で受入可能とすると追加情報を共有できるシステムと理解している。これまでもより早く受入先が決まるようになればと期待している。

土手委員：

先日消防と患者情報の共有を行ってみた。バイタルサインなどの数値情報は共有しやすいが、それほど情報量が増えるわけではない。同じ情報を多くの施設で共有することには意味がありそうだが、それ以上は使ってみないとわからないという印象。

渥美委員：

土手委員と同様、複数の医療機関で共有できるのは良いが、改善点も多い。実証事業を行う中で様々な意見が出ることを期待している。

佐藤委員：

#7119に期待しているが、検証はどうしても必要。事業を拡大していくのであれば、#7119を使うことで軽症の119番が減ったのか、受診勧奨が多いが、具体的にどこに受診を勧奨したのか、病院なのか診療所なのか、細かに解析してもらえると参考になるのでぜひお願いしたい。

柳川委員：

一番問題なのは、インフルエンザが流行してベッドの稼働率が非常に上がっていること。東部は内科系のベッドが満床の病院が多い。当院は使命感から満床でも断らずに救急車を受けていた。入院のベッドが当院にない場合、近くの関連病院などに収容を依頼するが、最近はどこに頼んでも満床なので転院を受け入れてもらえない。1人の患者の転院先を探すのに、20病院以上に電話をかけるなど、何時間も時間がかかっており、内科系、救急の医師の労力を要している。今後当院は満床の場合は受けられない、断ろうかと思っている。当院が断ったら東部の救急医療体制が破綻すると危惧している。改善策がもしあるとすれば、コロナのときのように感染症のチーム等が立ち上がって、これは県でも良いが、医師が何時間も電話かけて転院搬送の相談をするのではなくて、事務の方でもいいので他の方が転院先を探す仕組みがあるとありがたい。今すぐ決められる話ではないと思うが、東部は非常に困っている。中部や西部は困っていないのか、状況が気になる。

二点目は、厚労省により、下り搬送に関して救急搬送診療料が今年度から始まった。高次の病院から適切な病院に下り搬送することに手当をするという制度だと思うが、実際にどのように運用されているのか、情報があれば教えてほしい。

奈良理事：

登坂委員に発言をお願いしたい。

登坂委員：

この年末年始の実態としては、確かにかなり逼迫していて、日によっては藤枝市立総合病院や焼津市立総合病院にお願いしなければならない事案があった。一時期の逼迫状況を何とか乗り越え今は少し落ち着いている。地域内で収めるためには、地域におけるベッドの数、慢性期病床の数が少ないことが問題である。いわゆる状態が落ち着いた患者をどうやって転院させるか、転院させられないと次の患者を受け入れられないので、病床数を何とかしなければという意見を市の会議でも聞いている。当地域で収まりがつかっているのは、「救急搬送及び受入れに関する実施基準」の実施状況を見て分かるように、静岡地域は比較的照会時間が短く、あるいは照会回数が少なく収まっている。他の地域では、430に該当しなくても、照会に時間がかかったり、照会回数が多かったりする。静岡地区は輪番制をなんとか死守するということにより、コロナのときも同様であったが、持ちこたえていると思っている。

大鐘氏：

柳川委員に賛同する。ベッドが満床で救急車を受けたくても受けられないという事態が生じている。静岡市は輪番制があり、その日の夜中は絶対に救急車を受け入れなければならないので、できるだけベッドを空けるため、昼間は受入を断ることがある。コロナのときのように、静岡市全体で空床を把握するシステムがあると良いと思う。

三木委員：

インフルエンザとコロナの流行があり、年末年始は非常に混雑して、なんとか入院させていたところである。当院の病床を空けるために後方病院に送るが、後方病院も満床と言われる。特に、インフルエンザやコロナなどの感染のために部屋を分けたりすると、受入の規制がかかり、転院させられない。5類といえどもコロナだから受け入れられないと言われてしまうので、その状況を何とかしなければと考えている。一つの病院や地域で対応できる問題ではないので、引続き会議などで検討していかなければならないと思っている。

松島委員：

転院搬送で困ることはなかった。当地域に輪番制はない。ベッドの空き状況により、受け入れる地域を絞っていた。中東遠地区で例えば磐田市立総合病院の患者をこれまででは受け入れていたが今は受け入れない、菊川市立総合病院や市立御前崎総合病院の患者は受け入れないというように、当地域を守るというやり方でなんとか乗り切った。また、コロナ流行時と同様に、介護老人保健施設の方はサチュレーションが90を切らなければ明日まで様子を見るようにという通達を出した。そうやって少し制限したことで2～3件搬送件数の減少に繋がったかもしれない。空床残り1床という状況までいったが、何とか乗り切った。

柳川委員の二点目の転院搬送については、当院では1月7日から始めた。おおよそ4週間で6件くらい実績がある。地域MC協議会に必要書類を提出して、診療報酬を算定し、救急救命士を同乗させて搬送を行っている。

早川委員：

「救急搬送及び受入れに関する実施基準」の実施状況からも分かるように、西部地区は、搬送困難事例が多発した。輪番制があるが、裁ききれなくなったというのが現状だと思う。その原因は高齢者の増加に伴う発熱体動困難への対応が非常に困難であるため。西部地域MC協議会の推進会議でも議論にはなるが、解決策は出てこない。柳川委員の御指摘は西部も同じ状況。柳川委員の二点目のお話と密接に関わってくるが、いったん患者を受け入れてその後に後方病院に流れていけばいいが、上手いかわからない。体制として、中東遠のように1つの大きな病院があり、あとは後方病院という立て付

けであれば比較的わかりやすいが、西部は大きい病院が7病院あるので、地域としての仕組みづくりを考えていなければならないということが今後の課題である。感染症対応は、コロナを乗り越え、インフルエンザも一時期に比べて若干減っているのですが、なんとなくこれで終わりそうになるのが問題。今後も、季節的に病床が逼迫するのは事実だが、夏場になると病床は空きが増える。しかし、やはり急性期の患者の受入はハードルが高く、救急搬送には苦勞する。高齢社会の現状においては、入り口の問題、出口の問題をあわせて引続き考える必要がある。#7119にも繋がるが、コロナのようなことがまた起きたら市民からの電話相談は増える。その場合に、また別の電話相談窓口を作るのかというと、多分そうではなく、#7119を拡充することになる。年末年始が逼迫するのであれば、柔軟に拡充することを今後考えなければならない。一方で、他の先行地域の状況を見ても、#7119を設けても決して救急搬送件数は減っていない。ただ、一般市民が困っているのは間違いないので、困ったときに、#7119という手段があるのか、119番通報してしまうのかとという点を踏まえて検証を行っていく必要がある。

松島委員：

介護タクシーがつかまらないから転院できないという事例があると思うが、当院では転院搬送というシステムを使い、診療報酬を算定せず、車代わりにつかったことがある。枠組みとしては使うことができる。

柳川委員

状況は分かったが、問題は何も解決されない。駿東伊豆消防本部には覚悟してほしいが、当院はこの状況が続けば満床のときは断る。ドクターヘリについても、当院が患者を受け入れられない状況になっているので、他の病院に収容依頼をかけるかもしれない。そのときは受けれてほしい。

高木氏：

病院の状況は十分承知しているが、消防も救急車の逼迫状態がある。近隣の消防本部に確認したところ、年末から今にかけて救急車の需要が通常の1.5～2倍に増えている。通常の救急車では足りず、非常用の救急車を用意したり、出動体制を変えたりという努力をしている。転院搬送については、住民からの救急要請をファーストと考えると、119番に通報があった中で緊急性のないような状況が伺えたときは、転院搬送を待ってもらおう状況も起きている。消防も医療機関に協力したいと思っている。

以上