

## 第32回山梨県メディカルコントロール協議会議事録

### 1. 開催日時・場所

令和5年9月20日（水）13時30分から15時00分

山梨県庁防災新館 303、304会議室

### 2. 出席者

中澤良英部会長

松川隆委員、岩瀬史明委員、森口武史委員、守屋卓委員、小俣朋浩委員

窪田学委員代理、中野武夫委員代理、勝俣章人委員代理、船木正之委員、今福治委員、

鶴川功委員、石原千秀委員、内田武寿委員、渡邊久委員代理、清水学委員

中根貴弥委員、若月衛委員、西川秀之委員、望月勝一委員

事務局

消防保安課職員：山本土行、大山廉、林航輝

医務課職員：中嶋秀也、鈴木悠太

### 3. 傍聴者の数 0名

### 4. 会議次第

(1) 開会

(2) 会長あいさつ

(3) 議事

(4) その他

(5) 閉会

## 5. 会議に付した議案の案件

### (1) 検証票の一部改訂について

- ① 検証票改訂について
- ② 救急活動事後検証体制実施要領変更について
- ③ 心電図の添付について

### (2) 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の一部改訂について

- ① 心肺停止医療機関リストの一部改訂について
- ② 脳卒中観察基準の一部改訂について

### (3) 救急救命士の再教育病院実習要領の一部改訂について

### (4) 第8次医療計画について

## 6. 議事

### (1) 検証票の一部改訂について

#### ① 検証票の改訂について

##### 《事務局》

お手元にある資料の1-1をご覧ください。こちらは、救急隊が作成している検証票になります。救急隊は事案ごとに報告書を作成するのですが、該当した事案を対応した場合、医師に検証を依頼するためこの検証票というものを作成しております。

次に資料の1-2をご覧ください。この黄色く塗りつぶしているところが、今回の改訂箇所となっております。この改訂の趣旨になりますが、医師が検証をする際、各消防本部の記載事項にバラつきがあるため、ある程度記載事項を統一してもらいたいという検証医師からの提案により、今回の改訂に至りました。

まず、資料の1の左上の黄色の塗りつぶしですが、ドクターカー及びドクターヘリの時系列を記載する箇所となります。資料の1-1を見てみますと、ドクターカーの記載が救急隊ランデブーポイント到着までとなっており、その後はドクターカーの記載がないという状況であるため、今回ドクターカーとドクターヘリの記載を一緒の欄にいたしました。

その下の黄色の塗りつぶしとなりますが、傷病者既往歴をご覧ください。以前は、医療機関名と病名が逆になっていたのですが、検証票を作成するにあたって、病名のほうが

たくさん書くだらうというところで、記載事項を変更致しました。

その下の黄色の塗りつぶしになりますが、ターニケットの装着の有無と装着時間について記載いたしました。これは、活動でターニケットを使用した場合、接触時及び救急活動状況等に各救急隊員が記載していたのですが、今回は新たに記載箇所を設けさせてもらっております。

右上の黄色の塗りつぶしは記載箇所をプルダウンにし、統一感を持たせたものになります。資料の1-3をお配りしていると思うのですが、こちらの改訂箇所を拡大し、プルダウンの記載事項を表したものになります。まず資格というところですが、ここは手打ちだったもので、救急救命士、救急課程等、医師というように選ぶような方式にいたしました。

その下にある選定理由も、実施基準、かかりつけというところで選ぶ方式にしたものになります。

その隣になりますが、病院に受け入れの要請をした場合どのような理由で断られたというところで、その理由についてもプルダウンを採用したものであります。以上が事務局からの案となります。

## ② 救急活動事後検証体制実施要領変更について

《事務局》

こちら資料の2-1になりますが、これは令和5年の4月1日から運用開始いたしました、DNARプロトコルを一部抜粋したものになります。赤文字を見ていただきますと、【本プロトコルにより活動した事例については、事後検証の対象を行うこととする。】と記載されております。

お手元の資料の2-2をご覧ください。これは救急活動事後検証体制実施要領です。こちらの、事後検証の対象事例の(8)をご覧ください。【DNARプロトコルに該当する、心肺停止傷病者を対応した事例】というところで今回、対象事例として改めて明記させていただきました。説明は以上になります。

## ③ 心電図の添付について

《事務局》

お手元にある資料3をご覧ください。こちらは、第46回の活動基準部会の議事録を抜粋したものになります。今回は検証医師からの提案で、先ほど説明した検証票には心肺停止事案等を対応した場合、AEDの心電図データを添付していたのですが、このAEDデータの添付を不要とするというものになります。

内容をご説明させていただきます。そもそも、除細動実施の有無は救急隊が判断しているものではなく、あくまでも AED が機械的に判断して、実施しているというところであり、機械的なもので判断したものを、わざわざ救急隊の活動を判断する検証票に添付をする必要はないのではないかという内容になります。仮に救急隊が今後、救急救命士自身が判断して除細動するならば、添付が必要であるかもしれません。本来の目的は、救急隊がしっかりプロトコルを守り活動しているかを検証するため、データ添付は義務化をしなくてもいいのではということになります。最後に、これまで長年添付してきましたが、AED データ添付のあるなしというところでは、大きな問題はなかったというところで、この検証方法について終えてはいいのではないかと提案になります。事務局からの説明は以上でございます。

《議長》

ありがとうございました。ただいま資料の 1 から 3 までを説明していただきました。何かご意見ご質問等ありますでしょうか。

→ いずれも意見なし、質問なしとのことで承認された。

## (2) 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の一部改訂について

### ① 心肺停止医療機関リスト（案）

《事務局》

お手元にある資料 4 をご覧ください。これは、救急隊が心肺停止の傷病者に対応した場合の医療機関リストになっております。この医療機関リストを改定するにあたっての趣旨をご説明させていただきますと、山梨大学医学部附属病院と山梨県立中央病院とで、小児の心肺停止搬送基準というものがございまして、救急隊にそれが十分に周知されていなかったというところがあったため、搬送基準を記載した心肺停止の医療機関リストを案として作成したことになります。

お手元の資料 4 をもう一度ご覧ください。事務局が提案する案としましては、赤文字の部分となります。

まず①の小児心肺蘇生っていうところを消したことがまず 1 点。

その次になりますが、※2 をご覧ください。まず小児心肺停止は、ファーストコールは山梨大学医学部附属病院の救急科ホットライン。ただし、県立中央病院のかかりつけ又は重症外傷は高度救命センターで受け入れ。そしてドクターカー及びドクターヘリは要請基準に合致していれば要請。そして最後になりますが、中北地域以外の地域では上

記③の医療機関の直近に受け入れを依頼するというものに定めさせていただきました。  
なお補足ですが、仮にこの③の医療機関が受け入れできなかった場合、内因性のものであれば、山梨大学医学部附属病院で受け入れ可能であることを確認させていただいております。説明は以上となります。

## ② 脳卒中観察基準の改正について 《事務局》

山梨県のMCの脳疾患部会において、この議題を出させていただきました。第2章救急隊等の行う観察・処置等に係る検討というものをご覧ください。これはですね、令和4年度の救急業務のあり方に関する検討会というところで総務省消防庁からの資料を抜粋したのになります。

63 ページをご覧ください。②の検討項目というところになりますが、日本脳卒中学会から機械的血栓回収療法の適応となる主幹動脈閉塞に伴う脳卒中を予測する観察項目というところで、地域の実情に応じた活用方法を含めて検討したという結果になります。図表の2-1をご覧ください。血栓回収について、科学的な検証を行ったというところが、こちらの表になります。1の脳卒中が疑われる場合に加える6つの観察項目をご覧ください。以前はですねこちら7項目から4項目以上というところで血栓回収療法の適応ということになっていたのですが、今回は7項目のうち構音障害というものを除外した6項目での観察を推奨しているのになります。

そしてさらに66ページをご覧ください。観察部分というところを見ていただきますと、黄色の塗りつぶしで、地域の実情に応じてMCで6項目中から2項目又は3項目を設定して、活用することが想定されるというところの文面になります。これを踏まえ、脳疾患部会によって検討したところを、以下のような案を作成いたしましたので、ご紹介させていただきます。

お手元の資料の5-1の①をご覧ください。これは、脳卒中疑い観察基準として現行で使用しているものになります。

その次の資料5-1の②をご覧ください。これが提案する脳卒中疑い観察基準の案となります。まず、7項目あったものが構音障害を抜かした6項目となっております。フローチャートを見ていただくと、脳卒中疑いというところで、顔面麻痺、上肢麻痺言語障害、失語症もしくは構音障害のうち、1項目以上の該当というところで、脳卒中疑いというところでもまず判断していただきます。

その次に血栓回収対応になるのであれば、この6項目のうち2項目以上が血栓回収の医療機関リストに該当致します。上記6項目のうち1項目以下というところになれば、

t-P Aの対応及び他の脳卒中の対応であったというところで、フローチャートを進めていただくものになります。

さらに、資料の5-2の①をご覧ください。この、受診時検査後診断通知書も脳卒中疑い観察基準（案）に合わせ改訂しました。

こちらの資料の説明は以上となりますが、先ほどお伝えし忘れたのですが、検証票の一部改訂と、今回の案についても令和5年の10月1日の施行を考えておりますので、こちらについてご審議をお願いいたします。

《議長》

はい、ありがとうございました。ただいま説明をいただきましたが、非常に大事な要素も含まれると思うのですがご意見、ご質問ありますか。

《委員1》

この資料4の中で、③に該当する医療機関にクリニックさんがありますけれどもこれはどういった経緯でしょうか。

《事務局》

説明が不足して申し訳ございません。今回メディカルコントロール協議会では6つの専門部会がございまして、それによって各疾患ごとに医療機関リストがあります。

今回やはりその医療機関リストが少し古かったり、現状とそぐわないという意見が多々ありましたので改訂する必要があると考えますが、今回ちょっと改訂までいけませんでした。リストの対応条件というところは、医療機関にアンケート方式で通知して、その返ってきた回答によって定めさせていただきます。つまり手挙げ方式というところになります。今後は事務局の方でも、より専門的な要素も診察できるか等を含め、アンケート案を作成し現状に沿った医療機関リストを作成したいと考えております。

《委員1》

もう1点よろしいですか。峡南地方の富士川病院が③に入っていないので、集中治療により神経学的予後の改善が見込まれる小児患者の搬送先は、おそらく峡南地方は県中か、医大、あるいは富士宮の方に県外搬送のどちらかしかないと思うのですが、峡南地方もいきなり、県中又は医大に搬送でもいいような気もするのですがいかがでしょうか。

《事務局》

確かにその通りですね。県中又は医大に直接でもいいと考えますが、次回の部会において検討させていただきたいと思います。

《委員2》

この資料の4ですけれども、※2のところを見ますとこの4で中北地域以外の地域では上記③の医療機関の直近に受け入れを依頼するとあるんですけども、笛吹市の場合は、

山梨厚生病院か長坂クリニックがファーストコールになるということでしょうか。

《事務局》

文面的なものを見てもみると、そのようなことになるのですが、先ほどお伝えしている通り、ちょっと医療機関リストの中でもう一度対応条件について見直す必要があるというふうに考えておりますので、早期に検討していきたいと考えております。

《委員3》

各疾患部会で、リストを疾患ごとに検討してきたんですけどもやはりここ数年、事務局の方から説明がありましたように数年前に、手挙げ方式によって、防災局の方から各医療機関に診れるか診れないかというような簡単な質問方式で、質問をしてOKが出たところの医療機関のリストを並べただけということになっています。現状もう数年経っていることと、やはり、その医療機関の実情を客観的には表していないということになります。

各疾患部会では、私も出席をしているんですけども、やはり年々医療機関の実情も変わってはきていますので、今後は年に1回はリストを見直す方がいいのではないかとということが部会の方で出ていますので、早急に対応していただきたいと思います。

《委員4》

これはちょっと個人的には難しいなと思っていて、手挙げでやっていただけますか？というお願いをしますと、できますっていうふうにおっしゃっていただいている医療機関をリストとして挙げていますよね。

一方で、その回復の見込みが十分望めて、そのあと集中治療が必要と予想される小児の心肺停止をクリニック等の入院施設がない医療機関に、ファーストタッチで搬送していいのかっていう問題があるということだと思っておりますけど、なのでこれはそのリストで対応するのがいいのか、それか救急隊の医学的な判断として、集中治療が必要そうだろうというときには病院を、積極的に選んでいくということに対応するのがいいのかっていうのは部会の方で話し合っていけばいいのではないかと思います。

窒息とかであれば、例えば直近対応がいいっていうふうを考えられるケースも無いことは無いと思うので、そのリストでいけますっていう先生はリストを残してもいいのではないかなと個人的には思います。

《議長》

この件（各疾患医療機関リストの対応条件の見直し）につきましては、部会と各疾患ごとに2人の委員の先生方の声がありましたように検討いただいて、それから県当局ですね事務局からもありましたように、判断を仰いで、そして実際の運用につなげるということになると思います。

→議事2については承認されたが、各疾患の医療機関リストについては今後も、部会において引き続き検討していく必要がある。

### (3) 救急救命士の再教育病院実習要領の一部改訂について

#### 《事務局》

まず資料の6-1をご覧ください。これは救急救命士の再教育病院実習要領となります。救急救命士は現場で活動するにあたって、将来的に教育を受けてくださいと消防庁から通知が出ております。これについては、地域MCに任せられている部分もあり、山梨県においては年間で64時間以上病院実習を行うと定められております。

ではなぜ今回、実施要領を改訂するに至ったのかという趣旨をご説明させていただきます。山梨県内の消防本部では、一度消防本部を退職され別の仕事をしていた方が、消防本部に再就職するという動きがあります。そこで、再就職をした職員が救急救命士だった場合、現場で運用するにはどれぐらいの教育期間が必要なのかというところで、今回議題を出させております。

そこで、検討を重ねた結果、今回事務局の方で実施要領の案を提案させていただきます。お手元の資料の6-2をご覧ください。まず、実施医療機関にあつては高度救命センターと救急科というところで名前を訂正させていただいております。主に改訂した箇所は3の【実習期間及び受入実習生数】というところになります。まず①の実施日程等は、というところではありますが、消防職員になじみもある当直と日勤という言葉を使ったほう分かりやすいと考え、表現を改めさせていただきました。

次に先ほど説明した、今回の案を説明させていただきます。県内外の消防本部を退職し、県内の別の消防本部に就職した者のうち、1年以上救急救命士として救急業務に従事していない者という方が限定です。実習期間ですが128時間以上とさせていただき、実習日程は8日間の4当直+4日勤とする。ただし運用後も該当者所属の消防本部にあつては、指導救命士による日常的な教育体制を確保することと文言を作成させていただきました。活動基準部会の中で、再就職の救命士がこの時間を満たすと認定とするという了承は取れております。

128時間以上という根拠的なものを説明させていただきますと、最後の参考資料をご覧ください。こちらには、【救急救命士資格を有する救急隊の再教育、(2年間で128時間以上)】というところ定められているため、今回この128時間以上というものをまずベースにさせていただいております。本来であれば病院実習は年間で48時間程度というところなのですが、山梨県では年間で64時間というところを考えて、まずはこれをクリアし

た後に運用し、その後は指導救命士の日常的な教育というところで指導し、新しく救命士のキャリアをスタートさせるという目的で今回作成いたしました。事務局からは以上でございます。

《議長》

ありがとうございます。この件に関しまして、ご意見、ご質問等ありますでしょうか。

《委員 5》

この退職した方の、1年以上救急救命士として救急業務に従事していない者というところで、1年ぐらいならいいんですけど、うちもその経験枠っていうのを募集していて、例えば10年以上経験があったから消防学校行かせないとか、救命士ではないからいいんですけど、救命士は医療行為をするため、この5年経ったものとかをわずかこの8日間でいいのでしょうか。

現場の職員が、要は5年以上救急隊をやって、救命士養成所に入って、1000時間以上の勉強をして、その方でさえ、3か月の病院実習を山梨の場合はなっているのにこれはあまりにも甘過ぎます。私も救命士ですけど、今現場に行って、病院実習をこの間やったからって、薬剤投与とか静脈路確保ができるのかってなったらやっぱり不安ではないと思うんですよね。救命センター行くのは、いろんな病態を見るってこともあるし、静脈路確保も救命センターでやるわけだから、例えばもう最低1か月ぐらいはやっていただいて、その中で静脈路確保を30回以上実施したものでいうふうにしなないと。今は救命センターで3か月実習をしても、静脈路確保50件か60件しかできないんですよね。

《委員 3》

そうですね。多い人は（3か月で）100件ぐらいできることもありますけども。

《委員 5》

だからその辺のこともちょっと加えないと。要は、救命士の資格は持ってるけど退職した段階で認定は剥奪されてるわけだから、再教育じゃないですよね。

要するに、再教育じゃなくて、新たな就業前のように病院実習を3か月やらなければならない。でも経験があるから、この8日間でいいって書いてあるけど、これはちょっと短い。これ10年経って入った人も、これでいいのかってことになってしまう。

最初の決め事としてはある程度の日数は勤めてもらわないと、これはまずいと思います。以上です。

《事務局》

確かに期間は短いっていうところを感じると思うのですが、山梨県の救命士の実情を見ますと、やはり救命士がかなり少ないような状況になりまして、今回の案のとしては、集中的かつ短期間の教育プログラムということで作成したものになります。

よって、救命士が少ないっていう中で、最低限の128時間以上というベースを超えた中でその後は指導救命士の日常的な教育体制っていうところを確保して、教育を継続していただくというところで、今回の趣旨としてこの文言を入れさせていただいたものになります。

また、その就業前っていうところも考えたのですが、皆さんもご存知の通り就業前のカリキュラムがかなりぎちぎちのような状態でございまして、そちらにさらに1か月という時間で入れてしまうと、今度は就業前研修生に影響を及ぼすのではないかなということを考えて、今回は消防庁から最低ライン提示されている、こちらをクリアして、運用後は現場経験を積みながら、そして指導救命士の教育を受けながら運用していくのが、山梨の救急救命士の実情に合っているのではないかなというふうに思いましたので、今回の案を作成させていただいたものになります。以上です。

《委員5》

今事務局が言ってるように、どこも多分救命士が少なくて、大変なのはわかるんですね。それだったら就業前の3か月も、例えば4月の段階でもう10人とか研修生を受け入れてもらって、8日間やれば認定を与える。その後に2か月間とか病院実習をやってくれば、うちも救命士が少なくて困っているので、そういうことをやるような方向にしていただけなのかっていうのは問題なんですよ。

救命士によっては、実習の日程をもらえるのが1年後という場合もあります。だから、4月にもう全員入れてもらって、4月の段階でこの128時間をクリアしたら、救命士の認定、特定行為をできるようにしていただく。それから2か月間を病院実習行くという(案)をちょっとあげさせてもらいたいですよね。

どこの救命士も少なくて小さい消防本部は大変なので、128時間って言うのだったら、その辺をしてもらわないと、要は10年経った人間でもこんな本当に8日間の研修だけでいいのかっていうふうに疑問に思います。多分これ、総務省消防庁に聞いても各地域のメディカルコントロール協議会にゆだねてそこで決めてくださいと言われると思う。これから多分経験者はどこの消防もやってくの、ここをしっかりと決めないと。1~2年であればいいのですけれど10年経った人もこれでいいのかっていうふうになるから、もっとこう議論を交わした方がいいと思いますけど。

《委員3》

これ活動基準部会の方で議論をさせていただいたのですが、確かに私も、これ議論する時に、8日間だけではとても短いのではないかという意見はずっと言っていたのですが、ただ資格を剥奪されたから、就業前と同じ3か月間やり直す必要まではないだろうと思います。ただ現在の再教育の4日間では余りにも短くて、ブランクのある人に、再教

育と同じではまずい。ただ、やはり先ほどちょっと話がありましたけども1か月程度ぐらいですね、その3か月まではいらないうけども、これですとたったの8日間だけってということになりますのでやはり、今ですね就業前の実習、全部救命救急センターで行っていますけど、やはりちょっと最近人数も多くなっていて、1人当たりの経験もちょうと少なくなっています。ちょっとその辺は今後どうにかしていかなきゃならないかなんということは考えてはいるわけですけども、やはりちょっと、個人的にはもう少し長めでもよかったのかなと。ただ、これ案を作った時に運用後も、残りは各消防本部で指導救命士に指導してもらおうというような文言をつけてですね、ちょっとそこら辺を担保してもらおうかなんということで、この案に至った経緯ということになります。

《委員6》

そうですね。委員3がおっしゃったように、一応その部会で8日で良いついていう形で、あとは各部署で、臨機応変に考えていただくっていうややファジーでもよろしいのかなと。

《委員7》

ちょっと別なことなのですが、今回のこの案はですね、これからあろうとする事例について検討されたと思われるのですが、私はこの【県内の別の消防本部】にというところの【別の】をなくしてもいいじゃないかというふうに思っています。私がこの検討の前に考えたことはですね、消防OBを再任用で即戦力として考えたことがあったんですよ。職員が長期休業とか、そういったことがあって、実際にはそのように動きませんでした。そのようなことで退職した消防本部に戻ることもあるだろうと。あと若くして辞めた職員も、退職理由によっては歓迎できる職員もいますので、ここは【別の】にこだわる必要はないのかなと思っています。その何時間するということところで、暫定再任用OBも、あるかなんということも、含んで検討いただければというふうに思います。

《委員8》

委員5の意見もわかるのですが、例えば経験枠で3月までその現場救命士で活動していた職員が、例えば東京消防庁から入ってきた職員については、私は128時間の病院実習はする必要はないと思うのですが、委員5の、例えば5年以上だったら、128時間は少ないというそういう考え方ですけど、県立中央病院128時間病院実習をして、8日間ですね、そうすると救命センターのドクターとも顔の見える関係の構築できるし、ある程度医療も思い出すのではないかっていうふうに私は思うのですけれども、ですから128時間やって、そのあとは各所属の指導救命士にゆだねて、何かそのプラン的なものを作成してですね、チェック方式にして、例えば薬剤のシミュレーターを使った手技を20回以上とか、そういったプログラムのものにするっていう方法も一つの方策なのかなんと思って。

3か月間の就業前実習の県立中央病院の状況見ると、この128時間、新たな人が1人入るだけでも、例えば仮眠室もないし、食事を摂るところもないっていうそういった、県立中央病院の受け入れ側のことも少し考えないとならないというふうに私は思いますので、128時間やって、あとは所属へ帰って、例えば作業部会の方で、その項目別にこの項目は5回とかそのようなチェック方式にして、それで初めて救急車で乗れるようなそんな体制でも保管できるのかなというふうに私は思います。128時間やってあとは所属へ帰って、補完できるっていう、事務局の考えとしては委員3の考え、そして委員6の考えでもいいのかというふうに私は思います。以上です。

《委員5》

わかりました。先ほども言ったんですけど、一番ネックなのはやっぱり静脈路確保だと思うのですよね。人形とは違うとは思いますが。だからそこで128時間はいいんですけど、例えばその128時間の間15症例とか20症例をクリアするとかにしないと。要はその経験ってというのは救命センターで静脈路確保を取るしかないんで、その辺もちょっと付け加えていただければ、この128時間でもいいですし、あと県内の指導救命士が悪いってわけじゃないんですけど、要は各消防本部消防長の推薦する者って言って、本来はJPTECのインストラクターとか、そういうものを謳っているのに消防長の推薦ということで、じゃあその人がJPTEC知らないのに指導できるかっていうのが問題ですよ。だからしっかりその辺も指導救命士っていうのだったら、県の方でも推薦が上がってきたら、JPTECのインストラクターであるとか、消防長の推薦というのはもう無くさないで多分質のいい指導救命士なんかできないですよ。

だからもうそれで、委員3や委員6の意見も128時間でいいっていうので、私もそれでいいと思いますけど、静脈確保だけは例えば8日間で10回以上は必ずやるような形を付け加えてもらいたい。以上です。

《委員8》

これ作業部会の議事録見ると、かなりこれ議論してそこへたどり着いてるんですよ。ただそういったその作業部会の委員の皆さんの思い、この128っていうところにたどり着いたっていうところ考えると、私たちとしてはこれを受け入れて、後は所属に帰ってそれぞれなんか一人前の救命士に育てる補完っていう部分を提示させるというところに目を向けたほうがいいのかというふうに私は思います。すみません以上です。

《委員3》

すみません何度も、これ先ほど私申し上げたのは活動基準部会の時に決定した経緯なんですけども。そもそも、これ地域のメディカルコントロールの中でこれ実習期間を決めるということになっていて、再教育に関しては、国から示されたものを踏襲してやっている

のですけども、就業前に関しては山梨県も従来からずっと3か月でやってるんですよ。多分確か、国から示されたものは、1か月のはずなのですけど、それをずっと3か月必要というのは先ほど話があったように、早く救命士を養成すべきっていうのもありますが、ある程度の質を担保してから現場に出てもらいたいと思いますので、再教育の期間を国が128時間と言っているから、それと同じにするっていう考えよりも、実際は地域に合わせてもう少し長めにとってもありなのかなという意見を私も活動基準部会の時には出したのですけども、最終的には何人かの多数決というか、同意でこういったことになったということになります。

あと補足ですけど、救命センターの今実習生の受け入れですね救命士が3人、4人泊まることもあるんですけども本当に非常に狭いところで仮眠室も狭く、窓もないようなところで泊まっていたで大変申し訳ないのですけど、今新しく初療室とか、救命センターの中を来年度再来年度に向けて工事することになっていますので、その中で救命士の仮眠室も広げるってというような計画になっていますので、そこをちょっとご承知おきいただきたい。

《議長》

委員の皆様からご意見がありました。事務局から提案がありましたが、実際の血管確保等ですね、そういったところをもう少し実際に明記して、実際にそれを経験してというように、もう一度活動基準部会でもそのことを踏まえて、運用について各委員の皆さんで技術的なものをどう担保できるかってことで、いくつで（手技等）クリアできるとかをもう一度検討いただいて、前に進むような形を取っていただければと思いますけどいかがでしょうか。

《委員5》

ここで納得しますけど、作業部会で決まったということはあるんですけど、これが薬剤投与じゃなくて気管挿管認定の救命士だった場合については、これってどうなるんですか。要は退職して、3年4年経って気管挿管を持った場合、これってどうなるんですかね。

《委員6》

今までそういう想定されてないんですよ。いわゆる永久パーマネント資格というか、だから現実的には、エアウェイスコープ認定を持っていれば、現場で使用するにはよほどのことがなければ大丈夫だと思いますけど。これはあくまでも私見です。

《委員5》

わかりました。もしそういうような人が出たらまた事務局で検討してみてください。

《事務局》

様々な意見ありがとうございます。今のお話をまとめますと、再教育というところでこ

の救命士の働き方っていうところも、かなり変革の時期だということもありまして、一度事務局で引き取らせていただくというところでしょうか。そこをちょっと確認させていただきたいんですが。

《議長》

議長の立場で言うのもなんですが、基本的にはですね、各委員の方は了承されたと思うんです。ただ、細部にわたって、工夫改善すべき点、補強すべき点があると。そこについて、しっかりもう一度活動基準部会でそのあたりをもんで、実際にことを進めていただくということと私は理解してますけども。皆さんはいかがでしょうか。

《事務局》

ありがとうございます。承知いたしました。

→議題3は基本的なことは了承されたが、運用に向けては補強点等が検討されるため、今後は活動基準部会で意見をまとめ次の本会で再度審議を求める。

#### (4) 第8次医療計画について

《事務局》

それでは本題に入る前に、今日お集まりの皆様、日頃より救急患者の治療、また搬送でですね、大変ご尽力いただきまして感謝を申し上げます。あらためてこの場をお借りしましてですね、お礼を申し上げたいと思います。ありがとうございます。

議題の議事の(4)番、第8次医療計画ということでございます。お手元の資料、資料7-1というところ開いていただきたいと思います。

私の方からですね、医療計画、山梨地域保健医療計画見直しということでの概要は説明させていただきますまして、担当の方からですね、具体的な素案についてお示しをさせていただきたいというふうに思います。それに基づきまして、皆様方からご意見をちょうだいしたいというふうに考えております。

まず資料の7-1の山梨県地域保健医療計画(救急医療関係)見直しということでございます。まず、医療計画でございますけれども、これは医療法の規定に基づきまして6年に一度に都道府県知事が定める計画でございます。

現行の計画第7次の計画というものが、今年度末の終期を迎えますので、今年度中には第8次医療計画として策定する必要がございます。策定の方法ですけれども、国の方から示されている基本的な方針だとかですね、また計画の作成指針、こうしたことに基づきまして外部有識者で構成をしておりますが、ワーキンググループで検討していただきまして

素案を策定することとしております。

資料 7-1 の■主な記載内容ということで、二次医療圏の設定、これは圏域の設定ということでございます。基準病床数の算定ということ、病院の病床数についても触れつつですね、5 疾病 5 事業及び在宅医療に関する事項と、今回の策定する計画については、コロナの対応というものがございましたので、新興感染症への対応という部分が追加をされまして、5 疾病 6 事業と在宅医療というように、非常に幅広い分野で計画を策定していくこととなります。またスケジュールについてですけれども、今年は 5 月 18 日には医療審議会を開催いたしまして、そこで全体の計画の進め方、ワーキンググループの設置、そうしたものについてご了承いただいたところでございます。夏から秋ということでもさしく今になるのですが、各ワーキンググループにおきまして分野別に検討しているところでございます。

今後につきましては 12 月に、素案の方を決定いたしまして、年が明け 1 月ごろにはパブリックコメント、3 月に医療審議会を開催して、計画案として策定をしたいと考えております。

次のページを見ていただきまして、これがメディカルコントロール協議会と医療計画策定の関係ということでございます。医療計画の検討にあたっては、専門的な、また自主的な知識が不可欠でございますので、医療審議会の下部組織としてワーキンググループを設置するという事としております。その下の絵を見ていただくと青が医療審議会、その下全体の計画ワーキングを作りまして、あとは疾病別事業別のワーキングとなっております。

新たにワーキングを立てるものと、また既存の組織を活用させて検討、議論をしているところがございます。概略については以上でございます、内容については担当から説明させていただきます。

では、私の方から資料 7-2 の次期計画案本文を、説明させていただければと思います。資料 7-2 をご覧になっていただければと思います。黄色く着色している部分が今回の第 8 次医療計画の見直しに伴いまして、変更している箇所になりますので、こちらを中心に説明させていただければと思います。

全体の構成になりますが、今 1 ページご覧になっていただいていると思うのですが、冒頭で現状と課題に触れさせていただきまして、後ほど施策の展開ということで、今後どのようなことに取り組んでいくかということに記載させていただいている内容となっております。

中身について説明させていただきたいと思います。まず 1 ページ目ですけれども、データ分析ということでございまして、救急搬送人員につきまして、6 年前から現在の数字に

置き換えさせていただいております。長期的に救急搬送人員が伸びているということに記載させていただいたものとなります。1 ページの一番下のところですが、本県の救急医療体制につきまして、黄色く着色している箇所がございますが、三次救急医療機関といたしまして、県立中央病院が高度救命救急センターとなりましたので、記載を追記しているような状況です。

2 ページ目をご覧ください。プレホスピタルケアの記載でございます。A E D の設置箇所台数ですとか、あと救急救命士の人数等につきまして、こちらも事前更新をさせていただいている形になっております。

3 ページ目をご覧ください。傷病者の搬送及び傷病者の受け入れの実施に関する基準のところでございますが、本年 4 月 1 日から D N A R が開始しております。実態に即しまして記載を追加させているような形です。

4 ページ目をご覧ください。ページの中程となりますが、初期救急医療体制について触れさせていただいております。上から二つ目の○でございますが、地域の大学当番制等ですね、医師の高齢化等がありますので、地域の実情に応じて見直しを図る必要があるという現状を受けまして、その二つ下の○、今後も安定的に軽症患者の救急需要に応えるために、持続可能な救急医療体制を構築する必要があるという現状と課題を記載させていただいております。その下の、入院を要する救急医療を担う医療機関は救急搬送人員につきまして、他の圏域に搬送された割合について事前更新をかけさせていただいております。

5 ページ目は、各圏域ごとに救急搬送人員数を令和 3 年度の数字に改めさせていただいております。

6 ページ目をご覧ください。こちらは三次救急医療機関についての記載になっております。県立中央病院高度救命救急センター化いたしましたので、対応する記載に改めさせていただいている状況でございます。

7 ページ目をご覧ください。こちらドクターヘリの記載ですが、最新の令和 4 年の数字に置き換えさせていただきまして、出動件数、要請件数を更新させていただいている状況です。7 ページ目の一番下をご覧くださいと、こちらドクターカーの記載になっておましてこちらも最新の数字に置き換えをさせていただいております。

8 ページ目をご覧くださいと、一番上、ドクターカーとのドッキングポイントにつきましても箇所数を更新させていただいております。8 ページの中程からになります救急医療情報の提供ということでございまして、現在インターネット対応しております山梨医療ネットで救急医療の情報提供させていただいてるところですが、令和 6 年度からは、厚生労働省の方で進めております、全国統一的なシステムの方に統合される予定になっております。そういったことも踏まえまして記載を改めさせていただいております。またそ

の下の○でございますが、本年10月の開始予定となっておりますが、救急安心センター事業#7119が始まるというところもありますので現状ということで記載を追加させていただいている状況でございます。

9ページ目をご覧ください。9ページ目からは施策の展開ということで、今後取り組んでいく内容です。資料の9ページの下の方にありますが、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準のところです。2つ目の○ということで、DNARが本年4月から開始したばかりということもあり引き続き、県全体の方に周知を図っていきたいということで記載を追加させていただいている状況でございます。

その下の初期救急医療体制の整備ですが、現在県の方で進めている県が効率的に広域に初期の患者を受け入れる拠点の整備について進めているところですので、そちらの記載を9ページから10ページにかけまして記載させていただいております。

その下の○ですが、救急安心センター事業による電話相談も活用する中で、救急医療機関が適切に利用されるように、県民への啓発を行っていきたいと考えているところがございます。その下の二次救急医療体制の整備ですが、中ほどにあります広域的な医療機関の連携を図りながら、今後、医療機関と消防機関の皆様の情報共有の効率化などの検討を進めまして、二次救急医療体制の確実な確保に努めて参りたいと考えているところがございます。その下は、三次救急医療体制の整備についてこちらも高度救命救急センターというふうに記載を改めさせていただいております。今後ますます充実を図っていければというところで記載改めさせていただきました。

11ページ目ですが、こちらが一番上ドクターヘリの記載になってございます。ドクターヘリのランデブーポイントですが、今までにおきまして、必要な数ある程度確保できたというところもありますので、今後につきましては維持ですとか、確保を引き続き図っていければというふうに考えているところがございます。その下の救急医療情報の提供のところについて、こちらは令和6年度に全国で統一化される予定の、インターネットによる情報提供、これを活用することで、県民の皆様にも引き続き、情報提供させていただければというところとあわせて、2つ目の○でございますが、#7119事業の方も、利用の普及促進を図っていければというふうに考えております。

12ページ目ですが、こちら新興感染症への対応でございます。5疾病6事業ということで、新興感染症対応でございますが、救急医療の分野でも新興感染症に触れるということで、計画の策定を進めています。

黄色に着色している文章で検討を進めているところがございますが、新興感染症の対応ですが、新興感染症全体に関する医療計画が、感染症対策連携協議会において検討を進めているということもございますので、こちらの協議会における議論を踏まえた上で、救急

の方に反映させたいと考えておりますので、また改めて協議会の意見をお伺いできればというふうに考えております。その後の、全体ワーキンググループにおいて議論することで、最終的に決定していければというように考えています。

13 ページ、14 ページをご覧ください。こちらは、病院群輪番制の実施体制図、また医療圏別の救急医療体制表で記載になります。こちらも、6 年前から更新を図っておりまして、変更箇所につきましては赤字ですとか、黄色く着色させていただいております。

医務課からの方からの説明は以上になります。

《議長》

ありがとうございます。ただいま医務課の方から、説明をいただきました。この点に關しまして委員の皆様方のご意見、ご質問等、ございますか？

非常に今回のこの提案といいますか。医務課からの説明もありましたように今日の救命士の教育の問題も含めてみんなある意味では、いわゆる山梨県で言えば三次救急、県中、大学から始まってですね、それから初期救急、それからそれは医師会関係で言えばいいんですね、みんな連動していることでした、そういった点では、どなたも関与していることだと思います。その辺で救急については、メディカルコントロール協議会を含めて検討していくということで改めて説明がございました。

先ほど、医務課から説明していただきましたけども、各委員の皆さん、ご意見、ご質問等、あればいただきたいと思いますけども。

《委員 4》

受け入れ側の体制がだんだん疲弊してきてるって問題が大きいので、現状維持しか実際的には選択肢としてはないんじゃないかと。一次をセンター化するという話もあるんですけどそれが決まってから・・

《委員 3》

いろいろ新しい試み等もここに入っているんですけども、やはり委員 4 が言われた一次救急のシステムを、特に国中の方の地域では確立をしていけばもうちょっと病院の負担も減るんじゃないかなということと、あとは 8 ページのところにあるような医療情報システムを全国統一的なシステムというのがなんか導入されるというように書かれてますけども、それが山梨県内でもスムーズにうまく利用ができればいいかなと思っていますので是非よろしくをお願いします。

《事務局》

皆様ご意見ありがとうございます。救急医療の関係ってというのは先ほど先生からもありましたが、やっぱり非常にいろいろなところが疲弊をしてきていて、長年やってきたシステムってというのは精度機能を落としているっていうのがあって、いたるところで負担が過

度にかかってしまうような状態でしたり、患者さんにまたシワよせが行くようにいろんな条件が生じているのだと思っております。

そして急に発生したのであれば、何ていうかこれはすごく困ったぞって話になるんですけども、毎年毎年本当にちょっとずつちょっとずつだんだん苦しくなっている状況だと思います。そんな中で今回の医療計画も、まだ現在進行形のところがあるためしっかりと書けないんですけども、新たな言葉をいくつか入れて、今後進めていきたいと思っております。

また初期救急の見直し、初期救急医療体制、特に国中地域の見直しを進めたうちにはです、二次救急のほうもどうすればいいのかということを検討していきたいというふうに思っておりますのでぜひ今日お集まりの先生方、消防本部の皆様方、ご協力いただければ幸いです。よろしく願いいたします。

《議長》

ありがとうございました。よろしいでしょうか？それではこの件については以上といたします。次にその他ということで委員の皆様から何かございますか？よろしいでしょうか。それでは本日の予定した議事はすべて終了いたしました。私は議長の任を解かせていただきます。ご協力ありがとうございました。

以上