

令和6年度 大阪府北河内地域救急メディカルコントロール協議会 議事概要

日 時：令和6年12月17日（火）午後2時から午後4時
開催場所：大阪府事務局 講堂
出席委員：19名

■報告事項①～⑤ 気管挿管（硬性喉頭鏡）病院実習生ほか報告事項について（資料1～資料8） 資料に基づき、枚方寝屋川消防本部から説明。

【意見等】

- ・指導救命士の活動実績については大阪府全体を眺めても平均的なポイントを獲得しており、救急隊の教育のあり方委員会でも頑張っていることを確認している。
- ・実習でのマッキントッシュ喉頭鏡とマックグラス喉頭鏡の割合について地域差があると聞く。麻酔学会ではこだわりはないが、統一見解を出してほしい。
（回答）高度化部会で話題に上がっている。教育のあり方検討委員会に上申する。

■報告⑥～⑨ 各検証会議の検証結果ほか報告事項について（資料9～12） 資料に基づき、枚方寝屋川消防本部から説明。

【意見等】

<活動検証会議実施結果>

- ・実施基準検証は今後さらに複雑化していく可能性があるため合理的な変更である。
- ・増悪するショック・クラッシュ症候群という非常に難しい状況の中、輸液の末消確保の成功率が90%近いというのは極めて誇って良い値である。低血糖に対する静脈確保の成功率も8割を超えており十分高い。現在の救急救命士は、非常に困難な中でも技術を磨いていただき、病院前の活動が非常にレベルの高いものになってきている。
- ・大阪府の高度化部会などで報告される他圏域の成功率などからみれば、静脈確保・輸液成功の率は、悪い値ではないと思う。病院前の活動を一層尽力して、北河内の府民の皆さんの安心と安全に貢献してもらいたい。

<モデル地区における蘇生を望まない傷病者対応>

【意見等】

- ・明らかな死亡と心肺停止の確認の違いは何か。
（回答）例えば、全身の硬直、死斑、呼吸停止、脈拍の停止、瞳孔散大、対光反射の消失等の全ての条件を満たした場合に明らかな死亡と判断している。また、晩期死体現象も同様である。それ以外についてはフローチャートの対象になり、心肺蘇生などを継続して活動する形です承してほしい。
- ・施設では見回り等の時間もあり、発見までに数時間かかることが多々ある。全身硬直があった場合はこのフローチャートに乗らないということによいか。
（回答）その通り。
- ・訪問看護師などに連絡し、同時にかかりつけ医にも連絡すると思うが、訪問看護師は入っていないことがあるため、かかりつけ医への連絡が先ではないか。
（回答）作成にあたり、「訪問看護師への連絡をまずしてほしい。その方がかかりつけ医にとっても円滑に進む」という意見があったため、昨年度承認をもらった。
- ・医師と訪問看護師への連絡を同時進行でしてほしい。かかりつけ医の到着まで45分経ってなくても、かかりつけ医に連絡がついた時点で消防隊が撤去してはいけないのか。
（回答）先行事例を確認すると、診療報酬を鑑みての45分と聞いた。今後検討必要と思う。症例を通じて検討したい。

- ・代理の医師でも生前の状況を理解していて、その流れに沿っていけば、死亡診断書を交付できることが明記された。その状況の代理の先生はかかりつけ医としてよいか。
(回答) ACP(人生会議)を実施した医師をかかりつけ医と認識しているため、現状では難しいと判断している。
- ・輪番制で代理の医師が死亡診断書を書いている先行事例もある。現状は試行段階。大阪府全体のフローチャート作成を見守りたい。大阪府全体の基準が出来たら、北河内も原則それに倣い、訪問看護師は付記する形になるだろう。かかりつけ医以外の死亡診断書も含め、大阪府の当該会議でも、もう少し柔軟に運用できるように、警察とも協議しながら検討していきたい。
- ・今後、搬送しない事例に1時間救急隊が束縛されることは望ましくない。救急を呼ばないようにできる街づくりが必要。急性期病院でもACPをなるべく確認していきたい。
- ・事例が集まれば、広報・周知などすることでACPの普及啓発につながる効果を期待する。
- ・ガイドラインについて、改めて院内でも検討したい。本来こういう患者が救急車を呼んではいけないという啓発を進めるためにも、医療機関が積極的に伝え、救急隊の有料化などのペナルティも徐々に考えないという世の中になってきていると思う。
- ・交野市医師会内に12月末の年末年始に間に合うように、在宅の看取りの輪番チームを7名体制で作った。主治医が半日程度戻れない時に活用する。事前に家族に十分説明し、呼吸が停止している場合、救急車を呼ぶと基本は警察案件になるため呼んではいけないと伝える。
- ・ガイドラインの作成にあたり、横断的な連携の大事さを感じている。意見をすり合わせながら本格運用に向けて頑張っていきたい。協力してほしい。
- ・昔は診療所と自宅が一緒で、何かあれば夜間でも連絡がつく医師が多かったが、遠方に自宅がある医師が増え、夜間には連絡がついてもすぐに来てもらうことが難しい事例が増えている。地域に住んでいる人は、頼りになるのは呼んだら来てくれる消防となりがちの状況になると思う
- ・医師会の先生方等のご尽力により、在宅看取りの数は増加傾向にあり、よりよい人生の最終段階の下支えになっていると承知している。地域救急MC協議会としてもそのことを承知したうえで運営したい。

■報告⑩ 北河内二次医療圏における救急医療体制について(資料13)

資料に基づき、大阪府事務局から説明。

【意見等】

- ・2025年問題の入口に入っており、救急搬送の課題は、コロナから高齢化へのシフトが目前に迫っている。
- ・搬送困難症例の中で4歳未満の死亡件数はなかった。小児救急疾患の受入れ病床が少ないことが長年北河内圏域の問題になっている。初診時転帰が転送であることは必ずしも悪いことではないが、大阪府全体で小児救急を練り直す必要がある時期に入っており、掘り下げてほしい。
- ・応需率については、コロナが5類になる前後から、医療機関・救急告示医療機関が、より一層、発熱患者への敷居が低くなり、比較的安定的な応需率で推移している。

■承認① 指導救命士による救急活動検討小委員会の設置について(資料14)

資料に基づき、枚方寝屋川消防本部から説明。

【意見等】

- ・指導救命士の活動・検討が北河内地域救急メディカルコントロール協議会や大阪府の救急行政に寄与するために、指導救命士の小委員会を北河内地域救急メディカルコントロール協議会の下に置くことは理にかなった組織の改編になる。
- ・二次救急告示病院を検証会議に呼んでももらえるのは勉強になるが、曜日や時間によっては参加が難しい。参加については調整の連絡をもらえるのか。可能な範囲で協力したい。
(回答)各消防本部より委員の都合を確認したうえで改めて相談・依頼させてもらう。

【結果】

- ・救急活動検証小委員会の設置を承認する。
- ・会長から追って守口門真消防組合消防本部を委員長に指名する。

■承認② 救急救命士単位履修規程の統一見解および救急救命士の運用開始初年度における教育項目単位計上について（資料 15）

資料に基づき、枚方寝屋川消防本部から説明。

【意見等】

- ・合理的な変更。

【結果】

- ・救急救命士単位履修規程の統一見解および運用開始初年度における教育項目単位計上について承認する。

■承認③ 検証会議実施細目の変更について（資料 16）

資料に基づき、枚方寝屋川消防本部より説明

【意見等】

- ・良い変更だと思う。

【結果】

- ・検証会議実施細目の変更について承認する。

■承認④ 検証会議委員の変更について（資料 17）

資料に基づき、枚方寝屋川消防本部より説明

【意見】

- ・新たな委員となる医師は令和6年4月に大阪大学の救急医学から着任された平成13年卒の卓越した外科医でもある。

【結果】

- ・検証会議委員の変更について承認する。

■承認⑤ 「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」における医療機関リスト更新及び要領の改訂について（資料 18）

資料に基づき、大阪府事務局から説明。

【意見】

- ・随時更新の場合は、会長・副会長の承認のみで記録が残らなかった。大阪府全体や将来的に利害やコンフリクトが出た時のために、書面等、何らかの記録が残る形で協議し、反対意見が出た場合は多数決でもよいが、納得できる形で審議する体制が必要。
- ・東香里第二病院については、救急機能が十分でない。一度保留にしてほしい。
- ・病院が持っている機能を最大限提示してほしいのか、理想としているだけのアウトプットが出せないのであればやめる方がいいのか。極端に固定の疾患だけ断っていれば業界内でも手下げしたほうがいいのかとなるだろうがどうなのか。

（回答）大阪府全体の話で統一が必要。府庁とも話をし、返し方についても相談して伝える。

- ・コロナ前は高齢化社会に向け、救急告示の要件の引き下げをしたが、コロナ禍でなぜ救急を取らないのかという声が高くなり救急告示の継続の敷居は高くなった。高齢者救急検討会の部会長としては敷居を低くした方がいいと思っている。応需率はそれほど高くなくても、一定の件数救急を応需してもらえたら当該科目の更新はできる。
- ・初期対応を応需する内科が1週間拒否しても注意は受けないということでもいいか。
(回答) 満床や専門医がないなどで断られることは多い。断ったことで何かあるかは調べたい。ORIONの入力を×とすると救急隊は連絡しない。応需が難しい時には×を入れてほしい。
- ・精神科病床は、救急体制と別の枠組みになると思う。
(回答) 救急非告示病院はリスト上のみで掲載しており、ORIONでは出てこない。救急非告示病院であっても、救急隊から要請があれば応需可能な場合は名前を挙げてもらっている。
- ・救急の標榜を上げるのは覚悟がいると思っていた。他の病院は上げているので、可能なものは出しつつも、限度を知りたいと思った。
- ・ORIONについて、◎と○の分け方の目安があれば教えてほしい。◎を付けていて、専門医の当直がないため取れないとすると病院の応需率が下がり、対面上あまりよくないため、無理して◎にしても意味がないかもしれないと難しく感じている。
(回答) 大阪府としては、◎：専門医が対応可能、○：対応可能、×：対応不可と示している。×の場合はORION上に候補病院としてあがってこないため、応需率には響かない。
- ・専門医がオンコール対応であり、手術が必要なら1時間に来るが、それ以外は非専門医が対応する場合、救急隊は専門医に診てもらおうと連れてきたのに、判断ができず、翌日整形で診ることになり、患者のメリットにならないのではないかとも思う。
- ・救急隊は検証会議で検証しているが、病院は検証できておらず、伝える場もないと感じていた。問題ある応需の多くがORIONで◎でも受けしてもらえなかったというもの。ORIONの○×を毎日更新し、リアルタイムに救急隊が受入れやすいようにすることについて情報共有ができてよかった。
- ・本来は検証会議の裾野をもっと広げないといけない。最終的には一般高齢者を診る医師にも入ってもらわないといけないと思うが、現時点では難しい。

【結果】

- ・「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」における医療機関リスト更新について、東香里第二病院は保留とし、それ以外の申請については承認する。枚方公済病院については保健医療協議会を待たずに随意更新として手続きを進める。
- ・要領の改訂について承認する。

■その他

- ・働き方改革が始まり体制の見直しを行いながら救急体制を何とか維持しようと動いている。
- ・2025年問題。働き方改革で、現場での苦悩を感じる。医師や看護師が不足しており、転送するなどぎりぎりまで対応している。北河内としては表面化してないが、2040年には労働生産人口3分の2になり、いくつかの病院が機能停止するかもしれないと危機感をもっている。茨城県、松阪市では搬送費用請求で救急要請が23%減った。どこかで検討しないとイケないかもしれない。
- ・外来業務を縮小し、入院と救急に力を注ぐ方針。断らない救急を目指し、常勤医が断ることは、ほとんどなくなってきた。脳血管疾患については断り0にできると思う。
- ・宿日直許可を取っているが、実態は変わらず、本当にこれでいいのかと思う。どこで折り合いをつけるかはこれからも課題。
- ・お風呂で亡くなられた方に対して指令室の方が、湯を抜いてくださいと伝えている。検案による死亡診断時、湯温の変化も死亡時間の推定になるため、湯水の一部たらい等にくんでおくよう伝えてほしい。

以上