

平成21年度第2回千葉市消防局救急業務検討委員会

議 事 録

1 日 時 平成21年9月9日(水) 19時00分～21時00分

2 場 所 千葉市中央区長洲1丁目2番1号
千葉市消防局(セーフティーちば)7階 作戦室

3 出席者

(1) 委 員(10名)

平澤 博之委員長、織田 成人委員、増田 政久委員、中村 弘委員
(代理出席 荒木 雅彦医師)、遠藤 毅委員、山本 義一委員
中田 泰彦委員、中村 孝雄委員、湧井 健治委員、更科 廣實委員

(2) 事務局

飯塚警防部長、片岡救急救助課長、小坪救急救助課長補佐、古川救急係長
山口主査、小暮司令補、新濱士長、植田士長、初芝指令課長

(3) オブザーバー

「救急救命士の再教育に関する専門部会」部会長 仲村 将高医師
千葉県：入交医療整備課長、八田消防地震防災課室長
千葉市：横山健康医療課主事

4 議題等

- (1) 「気管挿管認定救急救命士の再教育」計画について
- (2) 「薬剤投与認定救急救命士の再教育」計画について
- (3) 「自己注射が可能なアドレナリン製剤(エピペン)の使用方法プロトコール」
(案)について
- (4) 共同指令センター運用開始に伴う指令センター常駐医師の業務拡大について
- (5) 「救急救命士の再教育に関する専門部会」の進捗状況について

5 その他

平成21年度第3回千葉市消防局救急業務検討委員会開催日程について

6 議事概要

(1) 平成21年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会議事概要報告

平成21年6月29日（月）に開催された、平成21年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会の議事概要については、平成21年度第2回千葉市消防局救急業務検討委員会の会議資料として、各委員あてに事務局から事前配布されていたことから、議事概要に関する疑義、意見の有無の確認のみ行われた結果、疑義、意見等なく承認された。

(2) 議題1 「気管挿管認定救急救命士の再教育」計画について

「気管挿管認定救急救命士の再教育」計画については、平成21年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会で指摘された事項について、「救急救命士の再教育に関する専門部会」において再度、検討し修正した計画案が事務局から提示された。

主な修正点は①、研修全体の目標として「研修目標」を、救急救命士個々の目標として「到達目標」を設定したこと、②、研修を1日研修から2日間研修にしたこと、③、1日目の研修の最後の時間に教育全体を通して指導医師と研修生のディスカッションを取り入れたこと、④、実技試験（OSCE）を取り入れたこと。

この修正した「気管挿管救急救命士の再教育」計画については審議の結果、承認された。

(3) 議題2 「薬剤投与認定救急救命士の再教育」計画について

「薬剤投与認定救急救命士の再教育」計画については、「気管挿管認定救急救命士の再教育」計画同様、平成21年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会で指摘された事項について、「救急救命士の再教育に関する専門部会」において再度、検討し修正した計画案が事務局から提示された。

主な修正点は①、研修全体の目標として「研修目標」を、救急救命士個々の目標として「到達目標」を設定したこと、②、研修を1日研修から2日間研修にしたこと、③、実技試験（OSCE）を取り入れたこと。

この修正した「薬剤投与認定救急救命士の再教育」計画については審議の結果、承認された。

(4) 議題3 「自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン）の使用方法プロトコール（案）について

平成21年8月「消防機関における自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン）の取扱いに関する検討会報告書」が総務省消防庁より示され、本報告書に「救急救命士によるエピペンの使用は、メディカルコントロール体制の中で医学的な質

が保障され、事後検証を行うことを前提として実施されるべきであり、メディカルコントロール協議会において地域の実情に応じたプロトコルを策定すること。」と示されている。これに基づき事務局で策定した「自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン）の使用方法プロトコル」を提示するとともに、当局の救急救命士に対する教育方法、すでにエピペンを処方されている児童生徒に対する千葉市教育委員会との連携について事務局から説明がなされ審議の結果、承認された。

（５）議題４ 「共同指令センター運用開始に伴う指令センター常駐医師の業務拡大について」

平成２５年度に共同指令センターが運用を開始し千葉県北東部南部ブロックの消防本部（２０消防本部）の指令業務を千葉市消防局の共同指令センターで実施することが決定している。これに伴い当局で実施している「指令センター医師常駐体制」について北東部南部ブロックの地域メディカルコントロール協議会と、今後協議する必要がある。協議に当たり指令センター常駐医師が他の市町村の救急隊の業務に関してどこまで協力できるのか、あらかじめ検討しておく必要があることから次の３点について審議された。

- ① 千葉市消防局以外の救急救命士が特定行為を施行する際の指示について
 - ② 指令管制員の行う千葉市以外の事例に対するものも含めた口頭指導に関する指導及び助言について
 - ③ 千葉市消防局以外の救急隊への指導及び助言について
- 審議結果について
- ① 現行どおり地域のメディカルコントロール協議会で実施している指示体制を継続することで承認された。
 - ②、③については常駐医師の業務量が増加することが見込まれるが、常駐医師の業務として実施することで承認された。

（６）報告１ 「救急救命士の再教育に関する専門部会」の進捗状況について

平成２１年８月１１日（火）に開催された平成２１年度第２回「救急救命士の再教育に関する専門部会」の進捗状況とともに、「救急救命士の資格を有する救急隊員の再教育」における病院実習、消防学校における教育について次回の専門部会において検討することが事務局から報告された。

7 審議概要

古川係長	それでは定刻となりましたので開催させていただきます。ただいまより、平成21年度第2回千葉市消防局救急業務検討委員会を開催させていただきます。なお、本日の委員会は、廣瀬委員、竹田委員が欠席となっております。また、千葉県救急医療センターの中村委員の代理として荒木医師、「救急救命士の再教育に関する専門部会」の部会長であります千葉大学医学部附属病院の仲村医師にご出席いただいております。今回の委員会におきましても、オブザーバーとして千葉県から八田消防地震防災課消防室長、医療整備課から入交室長、千葉市保健福祉局より健康医療課、横山主事にご出席いただいております。それでは、開会にあたりまして飯塚警防部長よりごあいさつを申し上げます。
飯塚警防部長	警防部長の飯塚でございます。本日は大変お忙しい中、平成21年度第2回千葉市消防局救急業務検討委員会にご出席いただきまして誠にありがとうございます。また日頃は救急業務に関しましてご支援、ご協力を頂きまして誠にありがとうございます。重ねてお礼を申し上げます。本日ご審議をお願いいたします議題は4件でございます。気管挿管等の認定救急救命士の再教育につきましては前回の委員会でご審議を頂いたところではございますけれども、再度専門部会で検討した結果につきましてご審議をお願いするものでございます。アドレナリン製剤の使用法に関するプロトコールにつきましては救急救命処置の範囲等の一部が改正され、救急救命士が投与することが可能となりましたことから救急救命士が行うアドレナリン製剤の使用法に関するプロトコールについてご審議をお願いするものでございます。共同指令センター運用開始に伴います指令センター常駐医師の業務拡大につきましては平成25年度に予定しております共同指令センターの運用開始に伴いまして現在消防局で行っております指令センター常駐医師の業務につきまして他の消防本部の救急隊に対しましてどこまでご協力を頂けるかにつきましてご審議を頂くものでございます。 救急救命士の再教育につきましては消防局と致しましても救急救命士の行う救急救命処置の質を担保する上で大変重要なことと考えております。是非ともご理解ご協力のほどお願い申し上げます。最後になりますが今後とも消防局のメディカルコントロール体制の充実にご協力を頂きますようお願い申し上げます。簡単ではございますが、あいさつとさせていただきます。本日はよろしくお願いいたします。
古川係長	飯塚部長ですが議会中のためここで退席をさせていただきます。

平澤委員長	それでは会議資料の確認をさせていただきます。先週事前配布したものにしましては一部修正がございますので後ほど係の者が回収をさせていただきます。今日新たに修正したものをお手元のテーブルの上に置いておきましたのでそちらの資料で会議を進めさせていただきますと思います。 資料ですが第2回千葉市消防局救急業務検討委員会の次第の付いたもの、それから事前に配布してありました消防機関における自己注射が可能なアドレナリン製剤取扱いに関する検討会の報告書、それからエピペン注射液の説明書の3部構成となっております。 まず、次第の付いたものからご説明をさせていただきます。資料1ページ目、本日の次第となっております。1ページめくっていただきますと本日の会議の席次表となっております。次に、インデックス議事概要ですが、前回、平成21年度第1回「千葉市消防局救急業務検討委員会」の議事概要となっております。次にインデックス議題1ですが「気管挿管認定救急救命士の再教育計画について」の議案要旨となっており、インデックス資料1、7ページから12ページまでは本議題の資料となっております。次にインデックス議題2ですが「薬剤投与認定救急救命士の再教育計画について」の議案要旨となっており、インデックス資料2、14ページから、20ページまでは本議題の資料となっております。次にインデックス議題3「自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン）の使用方法プロトコール（案）」についての議案要旨となっております。インデックス資料3、22ページから26ページまでは本議題の資料となっております。次にインデックス議題4「共同指令センター運用開始に伴う指令センター常駐医師の業務拡大について」の議案要旨となっており、インデックス資料4、28ページから38ページまでは本議題の資料となっております。続きましてインデックス報告1「救急救命士の再教育に関する専門部会の進捗状況について」の報告要旨となっており、インデックス資料5、40ページから49ページまでは本議題の資料となっております。最後にインデックスその他ですが、次回の本委員会の開催予定となっております。この資料とは別に先ほどご説明しました「消防機関における自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン）の取扱いに関する検討会」の報告書とエピペンに関する資料を添付してあります。乱丁・落丁等はありませんでしょうか。 以上で資料の確認を終わらせていただきます。 それでは、以後の議事の進行を設置要綱第6条の規定に基づきまして平澤委員長にお願いいたします。 皆さん、こんばんは。お忙しい中お集まりいただきましてありが
--------------	---

古川係長	とうございます。今回が平成21年度の第2回目の千葉市消防局救急業務検討委員会になるわけですが、本日も活発なご議論をお願いしたいと思います。 それでは会議次第に基づきまして始めたいと思いますが、まず議事概要の報告をしていただきます。それでは先般6月29日、月曜日に消防局で開催いたしました「平成21年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会」の議事概要について、事務局から報告をお願いいたします。 平成21年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会の議事概要についてご説明いたします。 お手元の資料、インデックス議事概要をお開きください。平成21年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会は平成21年6月29日、委員全員のご出席により消防局で開催し、2件の議題と3件の報告事項が取り扱われました。なお、議事概要の説明につきましては本委員会の開催に先立ち、委員の皆様方に事前配布の上、ご確認いただいておりますことから省略させていただきます。以上で平成21年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会の議事概要について説明を終わります。ご指摘などございましたら、お願いいたします。
平澤委員長	はい。ありがとうございます。ただいま事務局が申し上げましたように、これは事前に先生方にご覧いただいていると思いますので何かご指摘の点はございますでしょうか。 それでは無ければこれでお認めいただいたということにしたいと思います。 引き続き、議事を進行させていただきます。今回の議事の1番、2番は先般6月にありましたこの委員会において、専門部会で練った救急救命士の再教育案を提示しました。その案の中で気管挿管と薬剤投与の認定の救急救命士の再教育に関していろいろ貴重なご指摘を頂きましたことから、もう一回専門部会にてここに今日来ていらっしゃる仲村先生、荒木先生を中心に練ったものをまたここに本日再度上げて参りました。それで後でご説明ありますが、救急救命士の再教育は3本立てになっていまして気管挿管と薬剤投与とそれから一般的な救急救命士の再教育の3つがあるんですが、その前者の2つについては是非、今日お認めいただいて、これをお認めいただいたなら、今年の秋から始めたいと思っておりますのでどうかよろしくをお願いいたします。それでは最初に議題1「気管挿管認定救急救命士の再教育」計画について事務局からご説明をお願いいたします。
片岡課長	それでは、説明に入る前にお手元の資料5ページをお開きくださ

	い。「救急救命士の再教育の区分」について提示しております。委員の皆様には再確認の意味で、ご説明させていただきます。救急救命士の再教育については「1、気管挿管認定救急救命士の再教育」「2、薬剤投与認定救急救命士の再教育」「3、救急救命士の資格を有する救急隊員の再教育」の3つの再教育に分類されます。それぞれの再教育の概要は5ページに記載のとおりですが、「3、救急救命士の資格を有する救急隊員の再教育」につきましては、前回の委員会の時は「救急救命士の再教育（128時間）」と呼称しておりましたが、今回の委員会から、国が示した名称でございます、「救急救命士の資格を有する救急隊員の再教育」とさせていただきます。なお、この名称は読むのに長くなりますので、「3、救急救命士の資格を有する救急隊員の再教育」の※印に記載のとおり、委員会では「一般救命士の再教育」と呼称するようにさせていただきます。よろしくお願いいたします。それでは議題1「気管挿管認定救急救命士の再教育」計画について、ご説明いたします。インデックス議題1、6ページをお開きください。「気管挿管認定救急救命士の再教育計画」については平成21年度第1回の本委員会で審議の結果、7ページに記載されているとおり「（1）研修目標を設定すること。（2）3年間で気管挿管の施行が『0』の救急救命士に対して1日の研修でよいのか。（3）研修を2日間にして1日をOSCE（オスキー）に充てること。（4）講師と研修生がディスカッションできるようなカリキュラムを組むべきではないか。」との4項目のご指摘を受けましたことから、再度、事務局で再教育計画の見直しを実施いたしました。研修内容については7ページ中段に記載しております4項目に基づき「救急救命士の再教育に関する専門部会」で再度検討し修正いたしました。資料の8ページをお開きください。気管挿管認定救急救命士の再教育計画（案）を提示させていただきました。前回の本委員会でご指摘を受けました、研修目標を設定することにつきましては、研修全体の目標として1に記載しております「研修目標」を、また、受講する救急救命士個々の目標として2に示しました「到達目標」を設定することといたしました。また、資料9ページに「気管挿管認定救急救命士の再教育」に関する項目別到達目標を提示しておりますが、これは気管挿管認定救急救命士がこの再教育においてクリアしなくてはならない項目であります。続きまして資料10ページをお開きください。気管挿管認定救急救命士の再教育カリキュラム案を提示しております。資料11ページに前回の委員会で提示しました、カリキュラムを添付しておりますが、主な修正点は、1として研修を1日から2日間研修に変更いたしました。2として1日目の午前中の座学に気管挿管施行
--	---

平澤委員長	時における危機管理と題し、「誤挿管を防ぐために」という講義を取り入れたこと、3として1日目の7時限目のディスカッションでは1日目の教育全体を通して指導医師と研修生がディスカッションできるように変更しております。さらに、4として2日目の研修にOSCE（オスキー）を実施し、評価を行うことといたしました。資料8ページにお戻りください。6「評価について」で記載のとおり、座学・実技ともテストを実施いたしますが、不合格者が出た場合は、合格に至るまで追加教育を実施することといたしました。資料12ページに気管挿管認定救急救命士の個々の気管挿管施行状況を参考までに添付しております。前回の委員会において「3年間で気管挿管の施行が0の気管挿管認定救急救命士に対して1日の研修でよいのか」というご指摘に関しましては、今回見直しました2日間の研修でもよいとの判断はできませんが、この問題は今後も「救急救命士の再教育に関する専門部会」において検討していきたいと思います。この気管挿管認定救急救命士の再教育につきましては、本日ご承認を頂ければ、先ほど委員長からお話がありましたとおり今年度の11月から12月までに実施する予定でございます。以上で説明を終わります。ご審議の程よろしくお願いいたします。 はい。ありがとうございます。前回のこの委員会でご指摘いただいたことが7ページに気管挿管の認定を受けた救急救命士に対する再教育に関してまとめてあります。その中で大体すべての指摘はそれを取り込んでございます。ただ、今、課長が説明いたしましたように（2）3年間で気管挿管の施行が『0』の救急救命士に対してうんぬんのことに関しましては今回、すぐどうこうということはできませんで、このことに関してもやらないというわけではなくて、今後、再教育の専門部会で検討していきたいというふうに思っております。12ページにございますように3年間で気管挿管施行状況が『0』という救急救命士の方が、下からいくと36番とか35番とか20番の方とかそれから18番の方とか散見できるわけですが、この人たちについては今後どういう再教育をするかということを検討したいと思いますので、このことは今日は置いてその人も含めて気管挿管認定の救急救命士の方たちの再教育は今、課長が説明申し上げましたようなことでやりたいと思うんですが、何かご質問、ご指摘ございますか。研修目標を設定すること、それから1日で足りないから2日にしてOSCE（オスキー）をやること、それから一方通行ではなくて講師と再教育を受ける救急救命士の方がディスカッションできるような双方向のカリキュラムを組むことというようなことを専門部会でいろいろ検討して10ページ
--------------	---

	にあるプログラムに仕上げました。いかがでしょうか。特にこの前この委員会でこういうご意見を出して下さった委員の方々にお伺いしたいと思いますが。それで研修内容変更点の4番目に座学・実技のテスト、座学はポストテストで実技はOSCE（オスキー）の形でやるんですが、実施して評価する、そして不合格者に対しては、これは改めてやるのではなくてその日のうちにですね。
古川係長	はい。その日のうちにすべてできるまでということを考えております。
平澤委員長	夜を徹してやるそうですから。できるまで。ということなんですがいかがでしょうか。
織田委員	目標もはっきりしてそれから評価方法も非常に納得できるところまで作っていただいたと思います。これ結局50人を何回に分けてやるのか、つまり1回当たり何人くらいでやるのかっていうようなことについてはどうでしょうか。
古川係長	今年は30人くらいを予定しております。最終的にもう一度整理しますけれどもマックス30人だと思います。気管挿管につきましては、それを2回に分けますので1回15人くらいを2日ずつということで2回ということ考えております。
織田委員	分かりました。
平澤委員長	よろしいですか。再教育に関しては前からやらなければいけなかったんですが、新しく認定をしなければいけない救急救命士の方たちも多かったし、正直いって今まで棚上げされていたようなことがあります。したがってカリキュラム等もできていなかったんですが、この前ご意見を頂いてとりあえず今回、今の時点では一番いいだろうという形に仕上げましたので今年はこれで行わせていただいて、それでまた何か問題がありましたら軌道修正して来年度に再教育を行う残っている20人くらいの気管挿管認定の救急救命士に対する再教育の時にはさらに修正した形でやりたいと思いますのでそういうことを前提に気管挿管の認定救急救命士の再教育のカリキュラムは今年に関してはこれでよろしいでしょうか。
織田委員	よろしいと思います。
平澤委員長	はい。ありがとうございます。何かございますか。よろしいでしょうか。
荒木医師	よろしいですか。ちょっと実際に難しいとは思いますが、ぜひMCに参加されている先生方に実際にOSCE（オスキー）をやっているところを仕事で忙しくてなかなか時間が取れないと思いますけれども是非見学していただきたいと思うんですね。お互いに実力を分かっていると、要するにMCに参加している医師が救命士の活動の質を担保しているということを自覚していただかな

平澤委員長 織田委員 平澤委員長 古川係長 平澤委員長 古川係長 平澤委員長 片岡課長	いと困ってしまうので是非積極的に参加いただきたいと思います。 ありがとうございます。織田先生よろしく願いいたします。 それでしたら事務局から案内を出していただけたらと思います。 まだ、日にちは決まってないんですか。 今日承認を頂いてから日程調整を行う予定でした。 決まったらできるだけ早く先生方にお知らせください。 はい。分かりました。 ありがとうございます。大変いいご意見だと思います。 それではよろしいですか。では気管挿管の認定救急救命士の再教育についてはお認めいただいたということにいたしたいと思います。 続いて議題2の今度は薬剤投与認定救急救命士の再教育についてですが、これも先般ご指摘を頂いた点を基に、また再教育の専門部会で練って本日上程いたしました。それでは事務局からご説明をお願いいたします。 それでは13ページ、インデックス議題2、薬剤投与認定救急救命士の再教育計画についてご説明いたします。薬剤投与認定救急救命士の再教育計画につきましては、前回の本委員会で資料14ページに記載しておりますとおり、(1)として研修目標を設定すること、(2)として薬剤投与施行に要する時間を短縮し、できるだけ早く医療機関へ搬送するにはどうしたらよいか検討すること、とのご指摘を受けたことから再度、事務局で再教育計画の見直しを実施いたしました。研修内容については14ページ中段に記載しております(1)から(4)の4項目に基づき「救急救命士の再教育に関する専門部会」で再度検討し修正いたしました。資料15ページをお開きください。薬剤投与認定救急救命士の再教育計画案を提示させていただきました。前回の本委員会でご指摘を受けました研修目標を設定することにつきましては、気管挿管認定救急救命士の再教育同様、研修全体の目標として1に記載しております「研修目標」を、また、受講する救急救命士個々の目標として2に示しました「到達目標」を設定することといたしました。また、資料16ページ、17ページに薬剤投与認定救急救命士の再教育に関する項目別到達目標を設定することといたしました。16ページは静脈路確保に関する到達目標、17ページはアドレナリン投与に関する到達目標となっております。この16ページ、17ページに提示しております項目別到達目標は、薬剤投与認定救急救命士がこの再教育においてクリアしなくてはならない項目であります。続きまして、資料18ページをお開きください。薬剤投与認定救急救命士の再教育カリキュラム案を提示しております。資料19ページに前回の本委員会
---	--

	で提示したカリキュラムを添付しておりますが、主な修正点といたしましては研修を1日から2日に変更したこと、OSCE（オスキー）を実施し評価を行うことといたしました。これは前回の委員会では特にご指摘は受けませんでした。事務局で気管挿管認定救急救命士の再教育同様の計画といたしました。また、1日目の1時限目の座学を、薬剤投与の適応判断と題し、「早期搬送か薬剤投与の施行か」といった講義を取り入れました。続きまして、評価についてですが資料15ページ、6に記載のとおり座学・実技ともテストを実施いたしますが、不合格者が出た場合は、追加テストを実施することといたしました。資料20ページに薬剤投与認定救急救命士の個々の薬剤投与施行状況を参考までに添付してございます。この薬剤投与認定救急救命士の再教育につきましては、本日、ご承認を頂ければ、気管挿管認定救急救命士の再教育同様、本年の11月から12月までに実施する予定でございます。以上で説明を終わります。ご審議の程よろしくをお願いします。
平澤委員長	はい。ありがとうございます。14ページをお開きください。そこに前回のこの千葉市消防局救急業務検討委員会でこの再教育に関してご指摘いただいたことが書いてございます。（1）研修目標を設定すること、（2）はちょっと意味がわからない項目がございしますが、私も議事録を読んでみたのですが、要するに昨日もニュースでやっていましたが、段々、救急車が医療施設に着くまでの所要時間が長くなっている、それは薬剤投与だけの問題ではないんですけども、そういうこともあるし、薬剤投与施行に要する時間をできるだけ短縮して、できるだけ早く医療機関へ搬送するようにするという考え方もあるんじゃないかというご指摘もありました。それを受けて先ほどご説明がありましたように今回カリキュラムを変更した中で18ページの1日目の下の方の1時限目の座学の下にありますように「薬剤投与の適応判断（早期搬送か薬剤投与の施行か）」というようなことが書いてございます。そのことも含めまして変更内容としては2日にしたこと、薬剤投与をするためには静脈路確保が必要ですのでそれも含めて薬剤投与に特化したこと、それからまた、両方向のという意味で全体のディスカッションを行うこと、それからテストをする、そして気管挿管と同じように不合格者については再度、追加教育をその日にやるというようなことを変更いたしました。そういうことでいかがでしょうか。
湧井委員	薬剤投与に関しましては結局オンラインメディカルコントロールで投与するかどうかというのは必ず連絡がくる状況ではあると思うんですけども、その前の判断として、やっぱりもう一度その教育をするという目的ということなんでしょうか。

平澤委員長 湧井委員 平澤委員長	この今の1時限目の下のほうですね。 はい。 それもありますし、それから例えばやっている間に適応があるけど、静脈路確保ができなくて、そのために薬剤投与もできなくて時間がついてしまうと、そういう時に、どこでどういうふうに判断してできるだけ早く運ぶかという、そういうことも含んでいるんだと思います。
湧井委員	たとえば、点滴を取るにも非常に取りにくいという判断も十分考えなさいというような。
平澤委員長	そうですね。そういうことも含めてだと思います。 山口さん何かありますか。そういうことでいいんですかこれは。内容的には。
山口主査	はい。今、先生におっしゃっていただいたように、常駐の先生に投げて、先生に判断していただく前の段階で現場の状況であるとか、あるいはその実際に傷病者を見ているのは救急救命士でありますので、そのところで判断をして、また先生に指示を頂いてというところです。すべて含めてということでございます。
平澤委員長	それは薬剤投与について施行するように指示した後も静脈確保を何回かトライしても出来ない場合もありますし、そういうことも含めていつも頭の中には素早い搬送ということも置いた上でそういうことをやるんだという重要性等をまたよく教えていただきたいということも含まれていると思います。専門部会の先生たちはどうですか。仲村先生、荒木先生、何かありますか。
仲村医師 平澤委員長	特にありません。 これも再教育しなければいけなかったんですが、今までいろいろなことがありまして新しく認定する人たちのことや、これはオンザジョブトレーニングですのでこういう人たちを集めて再教育をやるのが困難でした。ところで対象者は何人いるんですか。
古川係長 平澤委員長	これも約30人ですね。今年の予定は。 その人たちを一堂に集めてやるのもなかなか大変だということで延び延びになっていたんですが、消防庁から通知が来ましてし、やらなければいけないことですのでご審議いただいて、もしよろしければとりあえずは今年はこれでスタートしてやってみてまた過不足がありましたらそれを修正したいというふうに思っております。何かご意見ございますか。 2つとも挿管も薬剤投与も県の救急医療センターの先生がほとんど付きっきりでやってくださるということですよ。大変御苦労様ですね。
荒木医師	しょうがないですよ。使命ですので。

遠藤委員	薬剤投与も気管挿管も、施行回数が飛び抜けて多い人と、そうでない人とあるんだけど、これはたまたまそうなただけですか。
平澤委員長	施行症例数ですね。どうなのでしょう。例えば気管挿管を20例以上やってくださっている方もいるし、1つもやっていない人もいらっしゃるし、その適応は決まっていますから、やたらにやっているということは決してないと思うんですが、このひどく施行症例数にばらつきがあるということに関して何かその理由というようなことを消防では把握していますか。
山口主査	気管挿管につきましても、薬剤投与の施行につきましてもばらつきというのは本当に全く偶然といったらあれですけども先生がおっしゃったように適応の症例というのがぴったりのというような形もいけませんし、もちろん適応の症例に乗ればプロトコルに従って行くんですけども、そうとは限らない様々な状況があるということもありますし、また手技的に先ほど先生方がおっしゃっていらしたように静脈路が取れずにそこで断念して搬送に移るということもありますでしょうし、様々なということで自身の意思でやる、やらないであるとかといった別の部分でばらつきが出てしまうのかなという気がします。
平澤委員長	こういうことの適応になる事例の発生率が消防によって違いみたいな事はあるんですか。中央は多いとか田舎は少ないとか。
山口主査	それは大いにあると思います。消防署6区にそれぞれ救急隊がありますけれども本当に中心部になれば医療機関が近いですから、あるいは美浜区になれば三次救急の県の救急医療センターが近いということでそういったところで判断をする、あるいは常駐医師の指示助言を頂いて搬送に移るということもありますし、また遠い部分であれば搬送中にあるいは搬送前にできるだけのことをやってという指示も出てということもございます。
織田委員	あと、もう1つは薬剤認定を受けて業務を開始した期間が下の方の人たちは0が多いのは短いんですね。業務を開始して。
平澤委員長	色が塗ってあるところは相当しない所ですよ。
織田委員	そうですよね。
古川係長	36番からは平成20年に認定されたんで1年半くらい。
平澤委員長	黒く塗りつぶしてあるところは該当してないところですから。ただ4年たっていても0の人もいますしね。
遠藤委員	かなりばらつきがあるから、なんか、たまたまそうだっていうことになってしまうのかな。
織田委員	やっぱり勤務している消防署の場所にもよるんですよ。遠いところは。
遠藤委員	やる。

織田委員	はい。近いところは早く運べということで薬剤投与をするよりも近いところに運ぶということが出来ますけれどもそうでないところはやはり回数は多くなると思います。
遠藤委員 平澤委員長	どうもありがとうございました。 よろしいでしょうか。当直をやっている当てる人と当たらない人ってというのがいますからね。引く人とかそういうこともあるのかもしれませんが。薬剤投与の再教育に関してもこういうことでとりあえず今年はスタートするということでよろしいでしょうか。 はい。ありがとうございました。 それでは次に議題3の自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン）の使用法のプロトコールについてということで、お分かりいただきにくいかもしれませんが、説明をしてください。
片岡課長	それでは議題3、自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン）の使用法プロトコール案についてご説明いたします。21ページ、インデックス議題3をお開きください。救急救命士によるあらかじめ自己注射が可能なアドレナリン製剤を交付されている者に対する本アドレナリン製剤を用いたアドレナリンの投与につきましては平成20年度第3回の本委員会で事務局よりご説明をさせていただきました。今般、総務省消防庁から「消防機関における自己注射が可能なアドレナリン製剤の取扱いに関する検討会の報告書」が示されましたことから、当局においてもこれに基づき、対応を図るところでございます。別冊資料の「消防機関における自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤の取扱いに関する検討会報告書」9ページをお開きください。「実施体制の構築について」記載されており、救急救命士によるエピペンの使用はメディカルコントロール体制の中で医学的な質が保障され事後検証を行うことを前提として実施されるべきであり、メディカルコントロール協議会において地域の実情に応じたプロトコールを策定、処置時におけるオンラインでの助言体制、事後検証体制及び教育体制を構築することが前提となるべきである、と示されております。これに基づき事務局でプロトコール案を作成いたしました。資料の22ページをお開きください。2の適応ですが、アナフィラキシー症状のある傷病者であらかじめ自己注射が可能なアドレナリン製剤を交付されている者とされています。そして処置ができる者は救急救命士の資格を有する者、これは救急救命士全般を指しているもので、薬剤投与認定救急救命士かどうかは問わないこととなっております。エピペン投与の条件として5に記載しているとおり（1）として傷病者がエピペンを交付され、かつ、携帯していること、（2）として資料に示した症状、基本は2つ以上の観察対象臓器に症状が現われた

	ものとなっています。資料24ページをお開きください。事務局で作成いたしましたプロトコル案を提示させていただきました。プロトコルの構成はシンプルなものにさせていただきました。まず、一番上の四角で囲った部分の「エピペンを交付され、かつ、携帯している。」から下にさがり、菱形に「アナフィラキシー症状がある、かつ、傷病者及びその家族が迅速にエピペンを使用できない。」ここでイエスの場合は常駐医師へ使用可否について指導助言を求めます。常駐医師から使用可能との指導があれば救急救命士によるエピペンの使用となります。その後、常駐医師へ報告し医療機関へ搬送となります。なお、医療機関につきましては原則として検証医療機関へ搬送することとし、当該事例は救急活動事後検証の対象といたします。本日の委員会においてこのプロトコルが承認されましたら、9月中に全救急救命士を対象に教育を実施いたしまして10月1日から運用を開始する予定であります。また、千葉市教育委員会とも連携を図っております。実は文部科学省の指導により学校と消防機関で連携を図ることとされておりますので、市内の小中学校、養護学校の生徒で、医師からエピペンを処方されている児童生徒の個人情報を消防局に提供いただき、指令センターの消防情報管理システムにその情報を登録することといたしました。これにより、119番入電時に、傷病者の情報はある程度、救急隊に周知することとなります。以上で説明を終わります。ご審議の程よろしくお願いいたします。
平澤委員長	ありがとうございました。事例数としてはそんなにはないと思うんですけど、アナフィラキシーショックという診断を受けている人、学童等が自分で自己注射できるエピペンを持っていて、そしてアナフィラキシー症状があって本人がもう打てない状況が多いでしょうから本人が打てなくて家族が打てない場合には指令センターの常駐医師にオンラインメディカルコントロールを受けた上で救急救命士がエピペンを使用するということをしていいという総務省の通達があって、それに基づいて本市は常駐医師がおりますのでそれに報告をして助言を受けた上で救急救命士が現場で投与する。その患者さんが持っていたエピペンを救急救命士が投与するというプロトコルを作ったということです。それが今、この作りに現れているプロトコルなんですけど何かご意見を頂きたいと思います。千葉市の学童でエピペンを処方されている人は、18人といいましたかね。
増田委員	プロトコルの図なんですけれども、YES、YESと来たときはすごく分かりやすいんですけども、最初のところでNOっていうのはどんな状況なんですかね。自分でできるということですか。

山口主査	今、先生からご質問がありました部分ですけれども、その前段にエピペンを交付され、かつ、携帯しているというのが大前提になります。ですから救急隊がエピペンをあらかじめ救急車の中に用意しておいて、それを打つということではない、ご本人の交付されているものを使うということが大前提となります。その下の菱形の部分で、アナフィラキシー症状※印、別の資料の3に付いている5番の枠の部分の中なんですけれども、ここの条件に沿ってYESであれば下がるんですが、それ以外に例えば症状がまだ出て軽微なものであるとか、あるいはご自身がもう打ってしまっているとかそういった部分でNOという判断になるということです。それでもしYESになった場合は下って常駐医師の先生方にエピペンを交付されて携帯しているので使いましょうかどうしましょうかというような先生方へのお伺いがあってそこで先生のご判断でそれだと早く最寄りの処方されている先生に診てもらった方がいいんじゃないかということになればNOの方へ行くということになると思います。そういったところを想定してプロトコルを作成しております。
平澤委員長	確かにこれ分かりにくいんですけれどもプロトコルの書き方でYESかNOか菱形に書いてそこから必ずYESかNOかの選択肢を引かなければならないものですから、こういうことがなければ考えなくていいからそのまま迅速に運びなさいという意味だと思います。あった場合には指令センターの常駐医師に相談すると。
増田委員	分かりました。
平澤委員長	何かございますか。これはプロトコルを作りなさいといっても基本的なものは総務省から来ているんですか。
山口主査	先ほどお示しいたしました、この検討会の報告書の中に国の方で示してあるプロトコルの案があります。 資料の10ページ、プロトコル例というのがあると思いますがこちらに国が示した例を載せてあるということになっております。千葉市消防局の場合は最大の特色であります常駐の先生方が24時間いらっしゃるということがありますので、この場合エピペン、アドレナリンを使用するんですが、私どもが心肺停止患者に行うアドレナリン投与と違って指示ではなく指導、助言というような範ちゅうで先生方にアドバイスを頂くというようなことでこういったプロトコルにさせていただきました。
平澤委員長	ありがとうございます。よろしいですか。千葉市に18人いる当該学童が不幸にしてアナフィラキシー症状が発症して、なおかつその時に打ってくださる家族等がいらっしゃらなくて本人も打てなくてそれで119番通報をしてきた時にこれが動き出すというこ

織田委員 平澤委員長 織田委員 山口主査	とだと思いがすが。 大人もいるんですね。 大人もいますけど、大人は数が分からないからでしょう。 大人は数は分からないですね。 成人といいますか、文部科学省から学校教育の現場に対して地域の消防と連携を図りなさいという文章が流れて、それで相談を受けた上で調査をしたところ把握しているのが児童、生徒ということで小中学生ということだけを今、把握しております。
織田委員	確か大人も処方するのには講習を受けた医師が処方した場合には届けを出さないといけないということになっていたと思いますけれども。
山口主査	私どものそのように伺っております。その辺はちょっと調べて市内どのくらいになるのかということ。
平澤委員長	これは子供に限ったわけではないんですね。このプロトコールは大人でも構わないわけですね。
山口主査 平澤委員長	はい、そうです。
	それでなおかつ、先程課長がご説明したように一応教育委員会と連絡をしてプライバシーの保護ということがありますけれども、千葉市においてエピペンを携帯している児童の一覧表みたいなものは一応指令センターには置いておきたいということです。 よろしいでしょうか。ありがとうございます。それではこのプロトコールをお認めいただいたということで。そうしますと10月1日から運用開始したいということでございます。よろしいでしょうか。はい、ありがとうございます。 それでは次に4番目の共同指令センターの運用開始に伴う指令センター常駐医師の業務拡大についてということでございます。この共同指令センターは消防の広域化とはまた別にやるのだということで指令課長が今日お見えになっていますが、前のこの委員会でも議題になりましたけれども千葉県の北東部、南部ブロックの指令業務をこの千葉市の指令センターで一括して行うということは既に決定しております。それで今後この指令センターで指令を行うエリアに含まれる地域のMC協議会といろいろ検討していくわけですが、その中で千葉市の地域メディカルコントロール協議会だけが常駐医師システムをとっておりまして、残りの地域のMC協議会は指令センターに医師が常駐することをシステムをとっておりません。そういうことで、どういうふうにするのかということをしていろいろこれから検討していかなければいけないことだと思いが。今日この議題に関してこの委員会ですいろいろなことをすべて決定するということは、無理でございますので今後も継続して審議するとい

片岡課長	うことではございますが、その手始めとして幾つか今日ご説明頂いてご意見を賜っておきたいと思えます。それではこのことについて事務局からご説明をお願いいたします。 はい、今、委員長がおっしゃられましたとおりにまだまだ十分審議をしながら進めて参りたいと思えますのでよろしくお願い申し上げます。それでは27ページ、議題4、共同指令センター運用開始に伴う指令センター常駐医師の業務拡大について、ご説明いたします。平成25年度に共同指令センターが運用を開始することにつきましては、本委員会においても、すでに事務局からご報告しているところではございます。資料28ページをお開きください。(1)として共同指令センターの主な業務として、消防指令センターにおいて24時間体制で119番通報を受信し、通報内容等から災害地点、災害種別を決定、出動部隊を選別、消防隊及び救急隊を編成し出動指令、現場活動の支援を実施することが一番の基本となっております業務でございます。(2)の指令管制員による口頭指導の実施につきましては、救急に関する指令管制員の業務ということで記載させていただきました。資料29ページをお開きください。共同指令センターの人員配置計画と工事計画について記載しております。共同指令センターの人員体制は管理が10人、センター76人の計86人の体制でございます。なお、センターの76人は4係制として、1係を19人で構成、常時指令台に勤務する指令管制員は8から9人程度の予定でございます。工事計画は平成22年度に入札、23年度、24年度で工事、25年度から運用開始の予定となっております。資料30ページをお開きください。共同指令センターの区域図となっております。千葉市消防局の指令センターが管轄する区域は北東部南部ブロックで消防本部は20消防本部、MC協議会は千葉市を含めて6協議会となります。MC協議会の名称の下に数字が書いてありますが、これはMC区域ごとに、上段が指令センターへの入電件数、中段が救急出動件数、下段がCPR対象者搬送人員となります。例といたしまして千葉市の場合、上段の53,840が入電件数、中段の44,943が救急出動件数、下段718がCPR対象者となります。共同指令センター運用に向け、千葉市が管轄する北東部南部ブロックの消防本部並びにMC協議会と当局が実施している指令センター医師常駐体制について、これを活用するのか否か、今後協議する必要がございます。協議するに当たり、現在、指令センター常駐医師の業務について、他の市町村の救急隊に対して、どこまで協力できるのか本委員会においてあらかじめ検討しておく必要がございます。当局では共同指令センターが運用を開始した後も、指令センター常駐医師体制は継続する方針であ
------	--

	りますことから、ご審議をお願いするところでございます。なお、この審議事項につきましては、今日の委員会で結論を出すということではなく、これからも継続してご審議をお願いするものでございます。主な検討項目につきましては、資料２７ページに記載しております３項目となりますので１項目ごとにご審議をお願いしたいと思います。まず検討項目の（１）「千葉市消防局以外の救急救命士が特定行為を施行する際の指示について」ですが、資料の２８ページをお開きください。３の検討項目に事務局案を提示しております。事務局としては共同指令センターが運用開始された後の救急救命士が特定行為を施行する際の指示体制については、現行どおり管轄する地域メディカルコントロール協議会において定められている指示体制を継続するという方針でいきたいと考えております。ご審議の程よろしく願いいたします。
平澤委員長	はい、ありがとうございます。イメージとして今の指令センターが大きくなって、そこに千葉市の消防だけではなくて千葉県北東部南部の消防の人たちもこの指令センターに来て指令業務を行います。それで今よりも人数が多くなり指令台に取り付いている人たちは常時９人くらいになるということですね。その中で今、千葉市は常駐医師体制でやっていますが、その今やっている常駐医師を含めて、今のままでの業務の形で行くのかどうかということを検討しておこうということであります。１番目は今、千葉市では救急救命士が特定行為をする際には常駐医師が指示を出しているわけですが実際には千葉市以外の今度、千葉にできる共同指令センターに入ってくる消防の人たちは各々の地域で特定行為に関する指示を出してくださる体制がもう整っているわけです。それで今おっしゃったのは特定行為に関する指示だけはその指示を要請している消防の人たちが、いわゆるよく使う顔の見える関係とかそういうのがありますので、そのことに関してはとりあえず、今までどおり地域ＭＣの人たちの指示体制を維持するというのが千葉市としての態度でいいのでしょうかということだと思います。千葉市がそうだとってもこれから他の地域のＭＣ協議会の人たちと話をして、それは千葉市でみんなやってくださいよということになるかもしれませんが、この件に関して千葉市の態度としては基本的には他の地域メディカルコントロール協議会の枠の中では従前どおりの方法でやってくださいという提案をしたいと思いますということなのですが、どうでしょうか。
遠藤委員	今の委員長のお話ですと、従来どおりでいいかということになると共同指令センターを作る必要があるのかなという風に思うんですけども、どうなんですかそれは。

平澤委員長	指令センターでやる一般的な業務というものの説明がありましたけれども、その中で救急救命士がやる特定行為というのは全体の業務の中ではかなり低いパーセンテージのことだと思うんですね。その他にも一般の指示を出してあそこに行けとかそういうことも一杯ありますし、救急救命士がしかも気管挿管とか薬剤投与とかをやるという特定行為に限ってはせっかく共同指令センターが立ち上がっていますけれども、少なくとも地域のメディカルコントロール協議会の指示を出す先生の方が救急隊員の力量とか救急救命士の力量とかそういうことも分かっていますし、それからその地域での病院の近さというのも分かっていますし、そういうことも含めて判断して指示体制は従来どおりにしていただくということで、どうだろうかというのが千葉市からの提案ということなんです。だからそのほかにも共同指令センターができた後に共同指令センターでやらなければいけないことっていうのは一杯あるとは思いますが、すけれども。
遠藤委員	よく理解できないんですけども、共同指令センターを作る意味があるんでしょうかって。やっぱり私は思います。だからこれだけ広範囲ですからそれぞれの地域によって当然いろいろなものが違って来るわけだし、それから救急救命士の力量とか要するに資格を千葉市と同じように皆さんそういうように配置されているのかどうか、そういうことも分からないわけですよ。共同指令センターとしてやる業務と従来の方式で今言った特定行為は別だよというのは混乱を起こすのではないのかなと。
平澤委員長	ちょっと考えればそうですね。3番の検討項目の(2)(3)のことについて例えば指令管制員の行う口頭指導に対して脇から指導や助言をするということについてはどこからの入電であっても常駐医師がやるというようなことにしましょうかというのが千葉市からの提案、(3)の千葉市消防局の救急隊員以外への指導及び助言についても常駐医師でやってあげましょうかっていうのが千葉市からの提案。ただ、救急救命士の特定行為に関する指示だけは今もそういう関係が各MC協議会の中で構築されていて各医療機関が今までそれをずっとやってきているわけですよ。それである程度慣れているし、すでにいろいろな器具を買ったり、PHSを持って病院の中にもすぐ連絡できるような体制等が出来上がっているわけなんです。だから当分はそれをそのままやっていただくということを提案するのが千葉市の提案ですということなんです。しかし、そんなこといわないでせっかく共同指令センターができたんだから千葉市で一括してやってくださいよと地域のMCの意見が多ければ、それは考えるということだと思います。

荒木医師	私はイメージがわからないんですけども、千葉市以外のMC体制は具体的にこのように、一か所に指令センターに医師が常駐しているんですか。
平澤委員長	していませんよ。それは千葉市も常駐システムができるまでには千葉大学医学部附属病院のICUの中にホットラインがあって救急救命士が特定行為をやる場合にはそのホットラインが鳴ってICUの中にいる医師がそれを取って指示していたわけなんです。
荒木医師	千葉市以外はそういう形でやっているわけですね。
平澤委員長	今でもそういう形でやっているわけです。地域のMC協議会の地域枠の中にある救命救急センターを持っている病院がそれを受け持っているんだと思います。
遠藤委員	君津とか安房は何にも入っていないんですけども南房総か。これは亀田総合病院。
平澤委員長	亀田総合病院ですね。
遠藤委員	東部は旭中央病院でしょうか。印旛は北総病院ですか。市原は千葉労災病院なのか帝京大学附属病院なのか。
平澤委員長	帝京大学附属病院ですかね。ちょっと分かりませんが。
織田委員	分かりますか。
片岡課長	市原は帝京大学附属病院です。
織田委員	夷隅は。
遠藤委員	夷隅はこれ東部に入るんですか。
平澤委員長	MC協議会の地域割は手上げ方式ですので二次医療圏とは違います。
遠藤委員	二次医療圏とは違うんですけども、夷隅はどちらに入るのかですね。
織田委員	亀田総合病院がやっているんです。
平澤委員長	黄色からみると亀田総合病院がやっているんですね。
荒木医師	MCはどこをやってもいいんですよ先生。例えば銚子市で、その病院が地域のMCに信頼が置けないということだったら千葉のMCに入るってこともできるんです。
平澤委員長	それは区域割りをするときには信頼できないというよりは境界に近くてそっちに運ぶ症例が圧倒的に多ければ、事後検証のこともあるから入るといふうに消防に手を挙げてもらって県のMC協議会でこれを決めたということなんです。
織田委員	共同指令センターにすることというのは県の方で計画されたんですよね。
平澤委員長	県というよりは消防庁がやりなさいということで。
織田委員	消防庁がやりなさいと。それはお金がかからない、集めることでお金がかからなくなることと、消防の広域が図れて例えば千葉市の

平澤委員長	中でも市原に近い所であっても千葉市内の遠く離れた医療機関に運ばないといけないというのが市原の三次施設に運べるとかそういう広域化を図れるということでこの共同指令センター構想というのが出てきたんだと思います。だから救急車を出すとかどこに運ぶということに関しては広域化が図れるんですけども救急救命士の指示に関してはそれぞれにずっとやってきた歴史があるので。突然変えちゃうっていうのはどうかと。 それで一括しないで当分やってもらおうと、千葉市としては提案したいということなんですね。それから今、織田先生が言った広域化になって地域を超えて直近対応でいけるかどうかということはそんなに簡単ではなくてそのことはその指令センターが共同運用になってもすぐに実現できるかどうかはまだいろいろ解決しなければいけない問題があるというふうに思います。
遠藤委員	ありがとうございます。大体なんとなく、分かりました。今の話で。それを千葉市としてはそういうふうに提案をすると。
平澤委員長	相手がいることですから、千葉市の提案がそのまま向こうが、こっちが手を伸ばしたのに払いのけるかもしれませんし、こっちが手を伸ばしていないけども助けてよって言われるかもしれませんけれども。千葉市としての態度はこの委員会で決めておいていただきたいということです。
遠藤委員	その場合の費用負担はどういうふうになっているのか、消防だから総務省として一括して予算が確保されているんで、その辺は一本化されているんでしょうけれども、例えば千葉市では夜間救急初期診療所とか休日診療所をやっているんですね。そうすると診療科によっては休日診療所なんかは市外の患者さんが25%くらいの診療科もあるわけですね。そういうところでいろいろな不平不満が出てくる。それから逆に千葉市からお願いして搬送する例があるんですけども、そういうことに対してやっぱりなんで千葉市でちゃんとやらないんだという今までの話があったんでその辺のクレームは少なくなるのかどうか、広域化すると。そういった点ではメリットがあると思うんですけども、その辺をどういうふうに救急搬送だけそういうふうに全体としては広域化になるかもしれませんけれども。
平澤委員長	火災もそうですよね。消防の共同指令センターの運用ですから。ただ、今のところは共同指令センターの運用と広域化っていうのは必ずしもイコールではないんですよ。とりあえず共同指令センターの方が早く運用されていて、それとは別に広域化は広域化で検討を進めるということだと思います。スケジュール的にも共同指令センターの運用の方がずっと早いと思いますし、広域化に関しては県

初芝課長	が示した案に関して地域の消防の人たちが必ずしも意見が統一されていないようなところもあるようですし、ちょっとまだ時間がかかるのかなと思いますが。 指令課長何かおっしゃってください。 他の会議でも共同指令センターが広域になるということで当然のように救急も市町村境を越えて直近で一番近いものを出して病院もなるべく近いところにということが救命率を上げるには当然いいんだろうということで、実は他のMC協議会のドクターからもそういうことはやらないのかというご意見が提出されております。今、私どものブロックの消防でもそこをどうするかということを協議には入ったんですけれども、消防組織法では消防責任は原則、市町村にあるということで市町村の境界を越えて出動するというのは現行では県内に相互応援協定というのがあるんですけれども、いわゆる応援でない例えば千葉市の近くの四街道市で千葉市からの方がはるかに早い地域があるんですけれども、そこへ救急に出ることになりますと、その管轄区域が要するに四街道市にあるにもかかわらず千葉市になってしまうわけですね。そうするとこれはやり方ですと、業務委託のような形でお金を取らなければいけないとかですね、いろいろな救急の救命率という側面じゃないところで解決しなければならない問題がありまして、現行、市町村境を越えて出動するには相互応援という緊急やむを得ないときに応援することがメリットであって、要はお金を取らないで応援するんだという解釈が取れるところでないと現状消防隊も救急隊も出動が難しいような状況があります。それをこれから共同指令センターが運用開始されるまでに業務委託ではなくて応援協定を読める範囲でどこまでできるかというのが、今最大限できるところなのではないかというようなことで構成する20消防本部と調整をこれからするわけでございますけれども市境を越えた出動についてはかなりハードルが高い状況でございます。
平澤委員長	でも、確かに一方ではせっかく共同指令センターなんだからそういうことをやっていただくと、共同指令センターをやったかいがあったという気にもなるんでしょうけれども。
遠藤委員	そういうことが、取り払わなければ、あまり意味がないんじゃないかと。
平澤委員長	なんとなくお役所仕事なんていうキーワードが飛び出しそうですねですけれども。それは置いておいて。 検討項目とはちょっと外れますので、それはそれで検討していただくということで。
初芝課長	ただ、共同指令センターが先行して共同運用できるということ

平澤委員長 初芝課長 荒木医師 初芝課長	で、そういうところの災害の発生状況というのは分かるようになりますので、そういうことで運用を始めることによって問題点ですとかよりこうすればいいという消防としてもいろいろな経験が増えますので全体として将来的にいい方向に変わってく可能性は十分あるかと思いますので。無駄ではないと考えております。 その第一歩となるわけですね。 もちろんそうです。 管制員というのはどこから集めてくるんですか。 ただ今の計画では構成する20消防本部から人口割りで76人を、管理要員を含めると86人を集めるということでございます。
荒木医師 初芝課長	かなり混乱しますよね。地域の状況が分からない人が入ってくるわけですので。 はい。その辺につきましては確かに土地勘がないというのがございますので発信地表示システム、携帯電話、IP電話につきましても位置情報通知システム、比較的ピンポイントに場所が自動的に出せるシステムが開発されておりますので県内全域でまず一つはそれをやる、それからそれでもやはり分からないケースも若干あると思いますのでそういうときのために通報者からの通報を指令センターだけが受けるのではなくて、場合によってその管轄する消防本部の通信勤務員と指令センターの勤務員の指令管制員と通報者と三者で同時に通話できるようなシステム、それからその管轄消防本部で受け付けている通信勤務員も目の前にその地図検索装置というものを広げて地図を見ながら三者で通話ができるようなシステム。この辺のことはやる予定でおります。
平澤委員長 初芝課長	地元にもう1システムがあると無駄じゃないですか。なんとなく。 加入電話ならばピンポイントにヒットしますけれども、実は携帯電話の場合は場所を特定する技術がGPSを使いますのでGPSが分かった場合は数十メートルの精度で場所が特定できるんですがGPSの衛星の電波が届かない場合には基地局の位置でセルベースといいますけれども基地局が電波をどのくらいの強さで受けているのかというところで場所を推測するような形になります。そうしますと精度的には市街地で基地がたくさんあるところだと比較的いいんですが郊外だと基地局の立地自体が離れていますので精度が1500mだとか3kmだとかということもありますので位置情報システムが完全だということではございませんのでやはり補完するシステムは必要になると考えております。
荒木医師	救急車の出動は割となんとか解決できそうな気がしているんで

平澤委員長	すけれども、例えば病院についての問合せとか当然入ってきますよね。そういうものの情報を集約することは本当に可能なんですかね。千葉市内でもなかなか、それがうまくいっていないというか。
初芝課長	一遍に9人くらいとおっしゃったのでそれを千葉市だけではなくてできるだけ各地域からの人も座っていてもらうみたいな感じになるんですかね。
遠藤委員	その地域からの人が一人もいないということはありませんので一人は必ずいるような体制にはなりますけれども、問合せ業務等は現状でも119番の場合に問合せの場合には違う電話に移していますので、その辺をきちんとやっていただいて、なるべく管轄の消防本部で問合せ対応をしていただくような対応を取らざるを得ないのではないかなと。救急に直接関係するものについてはセンターでやらなければいけないと思っておりますけれども。
平澤委員長	そうすると千葉市の場合、共同指令センターができたときにはこの指令センターはどういうふうになるんですか。ここでやるんですか。
初芝課長	ここでやるんでしょ。
	工事が平成23年からになりますので皆さんが今、会議をしています、ここ作戦室と申しますけれども、ここは一時的に機能を停止してここを空けます。このスペースとそれからそのこのパーテーションの向こう側もまた会議室で空いているんですが、そのスペースを空けて共同指令センターを作ります。その間は今の指令センターは新しい指令センターが完成するまでそのまま残しておきまして業務が完全に共同指令センターに移りましたら現状の指令センターを取り壊して、そこに千葉市消防局の作戦室をまた作るという計画でございます。
平澤委員長	ですから千葉市に関しては、指令室はなくなるんですよ。そこを貸して共同指令センターになるということです。
遠藤委員	千葉市としてはその指令センターはそれだけになるということと考えていいんですね。
平澤委員長	そうです。
遠藤委員	他の市町村というか広域はそういう形はとらない場合もあると。
初芝課長	はい。現状の指令センターは機能的には不要になりますので指令センターはなくなると考えてよろしいかと思います。ただ市町村ごとに若干の通信機能を残したものを非常用に用意したいという消防本部もありますのでそういうところは現状の指令センターを一部機能改修して通信室みたいな形で補助的な業務ができるようにするところもあるかと思います。
遠藤委員	人員というのは減るんですか。増えるんですか。今、合算した人

指令課長	数。単純にいて。 現在私どものグループですと20消防本部で229人の指令管制員がおりますけれども、それを共同化することによりまして86人で運用しようという計画でございますので140人くらいは他の部門、警防部門ですとか救急部門ですとか予防部門、手が足りない所に再配置をするという考え方でございます。
平澤委員長	はい、ありがとうございます。大分基礎知識もできましたので検討項目に戻りまして(1)救急救命士が行う特定行為の指示体制については千葉市としては従来どおり管轄する地域メディカルコントロール協議会においてすでに行っている指示体制を持続するということを提案したいということですのでよろしいですか。相手が何というかわかりませんが千葉市としてはそうしたいということでございます。
湧井委員	逆にですね、隣の市原とか印旛とか千葉市と一緒にお願いしたいと、そのほうが効率いいわけですよ。ドクター達は。そう言われる可能性もあるわけですよ。
平澤委員長	向こうがね。それをやってくれと言われれば、やることを検討するんだと思います。千葉市からは今のところやりましようとは言わないでおきましょうと、いろいろなことを考えて。そういうことです。
織田委員	現場の何か所か各地域のメディカルコントロールをやっている指示を出しているドクターの話を聞くと、事後検証とかもありますよね。そういうこととか病院選定のこととか今まで培ってきた経験とか関係があるので、それについて一か所でやられるのは自分たちは困るという意見が多いんですよ。
平澤委員長	やりたいって人のほうが多いですよ。
織田委員	基本的には私もその方向でいい。この今の考え方でいいと思いますね。
平澤委員長	そのキーワードとして顔の見える関係っていうのをずっと今まで構築してきたのでそれを大事にしたいということもあるんだと思います。
湧井委員	共同センターそのものはできるということで話として決まっているんですよ。今問題なのは常駐医師の業務の拡大というのは要するに広域化になるので例えば今のイメージですと1日120件から多いときで150件くらいの通報が入るんですけども、この辺の広域になるとイメージとしては1日500件くらいの感覚なのかなという。
平澤委員長	さっきの地図を戻してみてください。これは指令センター入電件数183,000ですから、1日どれくらいですかね試算して。

湧井委員 片岡課長 湧井委員	400くらいね。それでCPR対象者搬送人数3,000人と書いてあるから大体1日10人くらいですかね。 そのくらいですよ。 1日8、4件です。 要するに常駐医師一人体制で広域化になったときに、それでやっていけるかどうかという話になってしまうことだと思うんですけどもね。今の忙しさからすると重ならなければ十分やっていけるんじゃないかなという感覚ですね。
平澤委員長	このことに関していろいろな条件を考えなければいけないんですけども、常駐医師のキャパシティとしてはできると思うんですよ。ただ先ほど織田先生も言ったように地域、地域で構築していてその関係をこちらからそれを踏みにじるというのはおかしいですけども、それをやめにしてこちらでみんなやりますよというのは提案しにくいところもあると思うんですよ。千葉市としては地域、地域でおやりになったらどうですかという形で提案したいということです。
湧井委員	特定行為以外の指導助言ということであれば今のその仕事量からするとそんなに膨大に増えるという感覚はないんですけども。
平澤委員長	それは(2)、(3)のところで検討していきたいと思うんですが。特定行為に関してはよろしいですか。
片岡課長	それでは2番目に行ってください。
平澤委員長	先ほど委員長から(2)と(3)の一部を、ご説明をしていただきましたけれども、改めまして(2)の指令管制員の行う口頭指導に関する指導及び助言についてご説明申し上げます。事務局としては資料28ページに記載のとおり、共同指令センターに勤務するすべての指令管制員に対して口頭指導に関する指導及び助言を実施していただきたいと思いますと考えております。なお、実施する場合は常駐医師の業務量の増加が見込まれます。参考として資料31ページから38ページまで当局の口頭指導プロトコルを添付してありますが、このマニュアルの要領に基づき、全管制員が口頭指導を行いますことを申し添えさせていただきます。ご審議の程よろしく願いいたします。
平澤委員長	口頭指導というのは指令管制員が傷病者及びその家族に対して行うものですが、それを脇で聞いていて指導及び助言を必要に応じてするという点に関しては千葉市以外の者も含めてすべて常駐医でやりましょうということを千葉市としては提案させていただきたいということなんです。ですから常駐医師の業務量というのは増えるということなんですけれども、今が手一杯というわけではありませんから、少しキャパシティに余裕がありますから、これ

遠藤委員 平澤委員長 湧井委員	はそういうことを千葉市としては提案させていただくということ でよろしいですか。
平澤委員長 織田委員	業務量が増えるわけでしょ。大丈夫ですか。 大丈夫だと思います。
古川係長 織田委員 古川係長 織田委員	現実的に口頭指導中に我々が口を挟むというのはそうはないと 思うんですよね。実際やっていますね。 そうですね。 今あまりやられていないんですよ、実は。これに関しては。ここ に出ていますけれども、指令管制員に対して常駐医師が指導助言し た件数は、これは30件ですか。 そうです。 1年ででしょ。 そうです。
平澤委員長	ちょっとやりにくいっていうのもあるんですよ、実は。それで、 今、そのやり方に関しても指令管制員の人たちと話をしているところ ですが、やっている傍から、それは駄目だろうとは、なかなか言 えないですし。
織田委員	でもやっぱり口を出した方がいいと思います。傍で聞いていて、 後で話し合った方がいいんじゃないかという事例もあるんですよ ね。それに関して例えば千葉市以外の消防の人が来ているときにそ れをやらないということになってしまうと気が付いているのに他 の地域の人だから黙ってようみたいな話になるとおかしいことにな りますし。
古川係長 織田委員 古川係長 織田委員	そういうことです。 この30件というのはレポートを書いたやつですよ。 そうです。 書かない場合も結構あるんですよ。 そうです。
平澤委員長	ですから実際はもうちょっと多いんです。ただやりにくいのは確 かで次々電話掛かってきますから注意しようと思うと、また電話取 っていて、そのうちこっちも忘れちゃうということもあるんです ね。ですからその辺を指令管制員に対する指導助言をどういうふう にやるかっていうのも検討しなければいけない。 常駐医師が現場に出動している人に対して指導した件数ではな くて常駐医師が指令管制員の人たちに対して指令に関してこうだ ったんじゃないのと指導したのが30件ということです。やはり書 くのが大変なんですよ。
荒木医師	そういうのを書く項目があったかなと、実際にやっていて、そう いうところがあまりないような気がしたんですけれども。

平澤委員長	よろしいですか。では2番目についてはそういうことで行いたいと思います。3番目は何でしょうか。
片岡課長	はい、それでは(3)千葉市消防局の救急隊以外への指導及び助言についてでございます。事務局としては資料28ページに記載のとおり、千葉市消防局の救急隊以外から指導及び助言の要請があった場合は、これに対応していただきたいと考えております。これは救急救命士が行う特定行為に対する指示以外の指導及び助言になりますので、各プロトコルを統一することなく対応が可能であると考えております。実施する場合は、常駐医師の業務量の増加が見込まれます。ご審議の程よろしくお願いいたします。
平澤委員長	これも(2)と同じようで今度は外に出ている人たちから指導助言の要請があった時にやるというので、お前千葉市じゃないから知らんよと言えませんか、いいんじゃないかなと私は思うのですが、どうでしょうか。 ですから共同指令センターが運用されるようになったら今と違うところは救急救命士の特定行為に関しては各地域のメディカルコントロール協議会でやっていただいて、他の消防からきた指令管制員の口頭指導に対する指導及び助言や他の地域での救急車の救急救命士以外の救急隊員に対する指導、助言というのは常駐医師でやりましょうよということを他の地域の人たちに提案させていただきたいということですが、それでよろしいですねということですよ。よろしいですね。
荒木医師	はい。ありがとうございます。議題4はそういうことでよろしいでしょうか。 千葉市の事例に対するMC業務を続けつつ他の地域のMC業務もやるわけで、業務が少し広い範囲に変わるわけですね。千葉市のMCに関しては質を落とさない必要があるので結局3倍電話が掛かってきて全部受けるっていうのは不可能なんで千葉市から入ってきている入電かどうか区別ができるような、常駐医師が簡単に分かるような何かシステムを導入するときには考えていただきたいと思います。また、更に拡大する可能性もあるので拡大したときに、それに対応できるような柔軟なシステムを構築していただきたいと思います。
平澤委員長	技術的なことですから、検討してみてください。指令管制員が先生これ千葉市ですからお願いしますみたいなことでもいいと思いますしね、特別なランプが付くようにしてもいいでしょうし。
初芝課長	今も常駐の先生によっては御覧になっていると思うんですけども、通報受付時に音声だけではなくて受付状況を画面で、今は操作が必要なんですけど、操作をすれば通報内容だとか受け付けの電話

荒木医師	番号ですとか住所とかを。 それは分かるんですけども、誰が、どの指令管制員がその対応をしているかっていうのが、今だったら4台くらいなのでそれぞれ聞いていけばみんな千葉市から入っているので聞いていけるんですけども。
織田委員	多分、これだけ数が増えると同時に4台、5台、4人、5人の指令管制員に対応するってことになる、どれを優先的に聞けばいいかっていうのが分からないといけない。
初芝課長	それは技術的な話なので画面の中で4本通報が来ればそれはそれぞれどういう通報でどこの指令台で受けているかっていうようなことを表示ができると思いますので仕様の中で検討させていただきたいと思います。
平澤委員長	やっぱり相当複雑になりますからこれでメリットがないと困るんで是非やってよかったというようなことになるように頑張りたいと思います。それでは議題4はこれで終わりまして、そうすると次第3の議題はすべて終わったということで報告に移りたいと思いますが報告1の「救急救命士の再教育に関する専門部会」の進捗状況について、これについてはもう議題1、2で出てきた部分が多いんですけどもそれ以外のことも含めてそれではお願いいたします。
片岡課長	報告1、39ページ救急救命士の再教育に関する専門部会の進捗状況についてご報告いたします。インデックス報告1をお開きください。救急救命士の再教育に関する専門部会は平成21年6月1日に設立し、既に2回開催いたしました。インデックス資料5、40ページをお開きください。1に前回の本委員会での報告事項、審議結果について記載しております。続きまして、2、平成21年度第2回救急救命士の再教育に関する専門部会での検討結果についてご報告いたします。(1) 気管挿管認定救急救命士の再教育計画及び(2) 薬剤投与認定救急救命士の再教育計画につきましては、先ほど、ご審議頂きましたので省略させていただきます。(3) 救急救命士の資格を有する救急隊員の再教育計画について、ご報告いたします。なお、冒頭、ご説明いたしましたが、救急救命士の資格を有する救急隊員の再教育との呼び方については、本委員会においては「一般救命士の再教育」という呼び方にさせていただきます。第2回の救急救命士の再教育に関する専門部会において2(3)記載のとおり一般救命士の再教育計画も気管挿管認定救急救命士の再教育、薬剤投与認定救急救命士の再教育同様、研修目標と到達目標を設定すべきであるとの指摘を受けたことから再度事務局で検討することといたしました。続きまして資料41ページをお開

	きください。イとして病院実習内容について、一般救命士の再教育の病院実習を行うにあたり、平成20年12月26日付、消防庁救急企画室長通知「救急救命士の資格を有する救急隊員の再教育について」「救急救命士の再教育に係る病院実習手引き」の「患者の同意」に示されている②の実習で行う内容はすべて病院の倫理委員会等で承認を得ることに関しましては、倫理委員会等の等の解釈について総務省消防庁へ事務局から確認することとされました。この患者の同意につきましては資料47ページの中段に記載され、Aとして院内掲示をもって当てられるもの、Bとして文章が必要なものとされております。また、一般救命士の再教育で実施する消防学校教育のカリキュラムにつきましては、就業中の全救急救命士を対象に受講したい特殊病態についてアンケートを実施し、そのアンケートを基に事務局でカリキュラムを作成したものを提示させていただきました。消防学校教育のカリキュラムにつきましては次回の専門部会で検討することになっております。資料49ページに一般救命士の再教育で実施する消防学校教育カリキュラム案を提示させていただきました。以上で救急救命士の再教育に関する専門部会の進捗状況について説明を終わります。ご指摘などございましたらお願いいたします。
平澤委員長	はい、ありがとうございました。この専門部会は今日、出席いただいている千葉大学医学部附属病院の救急部の仲村先生が部会長として議論しているところではありますが、そこで議論させていただいて、そしてまたこちらに上げてもらって、もう一回返って議論していただいた気管挿管認定救急救命士の再教育と薬剤投与認定救急救命士の再教育について先ほど決めていただきました。残るはいわゆる一般救命士の再教育なんですが、それについてはまだ今年度中ということではありませんので、これから先も専門部会で議論を続けて行きたいというふうに思っておりますが、これはご報告ですので特段のことがなければこれで終わりたいと思います。よろしいですか報告事項はこれで。
片岡課長	以上で本日予定しておりました、議題、報告事項は終わりました。それでは5その他について事務局から何かあるそうですからお願いいたします。 はい、それでは気管挿管認定のための病院実習中に発生いたしました事例についてご報告させていただきます。現在、市立海浜病院において気管挿管認定のために実習中である当局の救急救命士が手術室において気管挿管を施行しようとした際に、喉頭鏡で喉頭蓋を傷付けてしまったという事実がございました。喉頭鏡のブレードの先端を喉頭蓋野に深く入れ過ぎたため少量の出血があったとい

	う内容で指導医師及び実習生である救急救命士から報告を受けております。幸いにも大きな事故とはならず指導に当たっていた麻酔科指導医師がすぐに気管挿管を施行し、手術を無事終了いたしました。実習に協力してくださった患者様には指導医師からの説明と併せ実習生から謝罪し、現在この患者様は無事退院をされ日常生活に戻っていらっしゃるということでございます。大きな問題とはなりませんでした。救急救命士の実習ということでご報告をさせていただきました。その後も実習生は気管挿管実習を継続しており昨日現在で16症例を終えている状況でございます。今後も引き続き指導医師の先生を始め病院実習を担当する当課においても指導に徹底を図り、病院実習に臨ませる所存でございます。以上で報告を終わります。
平澤委員長	はい、ありがとうございます。廣瀬先生のところですね。今日はお見えになっていない。
古川係長	急きょ、会議が入ってしまったということで欠席ということですよ。
平澤委員長	はい。ご迷惑をおかけして申し訳ないと思っておりますけれども。何かございますか。ただ今のご報告で。更科先生、古いことを思い出させて申し訳ないんですが、先生の病院の事例はもう決着しているんですか。
更科委員	その後、何もありません。ちょっとしたこちらの誠意を示すことがすごく大事なんだと思うんですね。被害意識があったのがちょっとした誠意で直ったようですからありがとうございました。
平澤委員長	ありがとうございました。あとは。
古川係長	それでは今、画面に提示してあるんですけども実はICTを活用し傷病者情報を複数の医療機関に伝達するということを、これは総務省消防庁から、画像転送装置を救急車に積載して千葉市でいえば常駐医師、それから三次医療機関である千葉県救急医療センター、それから千葉大学医学部附属病院に受信装置を付けて患者の動画を伝送すると。これを千葉市がモニターとしてどうですかというお話があったものですからお引き受けするというような形で今、事務を進めております。実際の運用につきましては11月以降になるかと思しますのでとりあえずご報告させていただきました。また詳細が決まりましたらご連絡したいと思っております。
平澤委員長	モニターというのは試しに使ってみてくれということなんですか。
古川係長	そういうことです。期間も1か月とか2か月とか全く見えないんですよけれども。
織田委員	ちょっと追加しますと、総務省が今進めているプロジェクトで今

	は音声の情報でしか医師の方に伝わらないんですけれども、現場の画像を音声と一緒に届けようと。ですから目で見える情報が例えば常駐医師やあるいは三次救急医療機関、受入機関に入るというシステムです。最初、金沢かどこかでやろうかという話だったんですか。もう実際始めているんですか。それで千葉市でもこの関東地区で試験的にこれをやってみたらどうかということで話があったと思うんですけども。
平澤委員長 織田委員	どのくらいの画面で映るんですか。このTVくらいですか。 これですとどれくらいですかね。19インチくらいの。画面の大きさはいい機器を使えば大きいのも写せるんでしょうけど。
新濱土長	この機器は一般のテレビ放送でも使われております。1秒間に15コマ程度の画質ですので問題はないと思います。昔のビデオテープくらいの画質と思っていただければ分かりやすいかなと思います。
平澤委員長 古川係長 新濱土長	ズームできるわけ。こっちで。 画面の大きさは。 画像をそのまま引き延ばす形になりますので解像度は変わらないのですが、見やすい程度の画面になるという予定でございます。
織田委員	これはですから常駐医師のところに画面が一つとそれと千葉県救急医療センターと千葉大学医学部附属病院に受信装置が入るといふ。期間はどのくらいあるんですか。
古川係長 遠藤委員	まだ詳しい話は来ていないです。 千葉大学医学部附属病院、千葉県救急医療センターの両方へ同時に出るんですか。
古川係長 平澤委員長 新濱土長 平澤委員長 織田委員	はい。 会社はどこなんですか。 ソニーです。 ソニーね。 それは非常にコンパクトなカメラで救急車の中に付けるんですよ。カメラはね。ですから収容した患者の状態を目で見ることができると。
平澤委員長 織田委員 新濱土長 織田委員 古川係長 新濱土長 織田委員	現場のことは写らないのですか。 現場には持っていけないですよ。きつとね。 検討課題に入っています。 モバイルにするかどうか。 取り外しできるの。 可能です。ヘルメットにカメラを付けることも考えています。 今まで音声だけで現場の状況が分からなくてなかなか指示を出す方も難しかったんですけども画像が入るようになれば随分変

平澤委員長	わるんじゃないんですかね。 今までは音声とたまに心電図しか送られて来なかったのがこれで見られるようになる。
荒木医師	受信は当然定点なんだよね。受信側がモバイルにはならないのですか。常駐医師はいいんだけど、病院の僕らは定点にいないので。
新濱士	そうです。
織田委員	救急外来に置くということですよ。
平澤委員長	他に何か議事があるんですか。
古川係長	続きまして平成21年度第3回千葉市消防局救急業務検討委員会の開催日程について御案内いたします。次回平成21年度第3回千葉市消防局救急業務検討委員会は平成21年12月中旬を予定しております。委員の皆様におかれましてはお忙しいところ誠に恐縮ですが11月上旬に日程調整票をFAXにて送信させていただきますのでその際にご回報くださるようお願いいたします。以上で平成21年度第3回千葉市消防局救急業務検討委員会の開催日程について説明を終わります。
平澤委員長	はい、ありがとうございました。何かご質問はありますか。なければこれで議事を終わりました事務局へお返ししたいと思います。
古川係長	ありがとうございました。それでは閉会に当たり片岡救急救助課長よりごあいさつを申し上げます。
片岡課長	委員の先生方におかれましては大変お忙しい中遅くまで慎重審議頂きまして本日の課題でありました議題の1から3、早急に取り決めなければいけないことにつきましてはご承認頂きまして合意決議ができたということでありがたく思っております。ありがとうございました。また、部会長であります仲村先生も本日までご参加いただきましてありがとうございました。本日の議題あるいは継続審議につきましては、また事務局の方で整理をさせていただきまして次回の会議までにご提示させていただきましてより良いものをまた作っていきたいと思っていますところでございます。よろしくお願いしたいと思います。本日は長時間にわたりましてご審議を賜りましてありがとうございました。
古川係長	以上を持ちまして平成21年度第2回千葉市消防局救急業務検討委員会を終了いたします。長時間にわたり、ご審議ありがとうございました。

平成21年9月9日（水）開催の、平成21年度第2回千葉市消防局救急業務検討委員会の議事録として承認し署名する。

千葉市消防局救急業務検討委員会委員長

委員長承認済み・確定文書（写）