

平成22年度第1回千葉市救急業務検討委員会
「救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動に関する専門部会」

議 事 録

1 日 時 平成22年8月30日（月） 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）部会員

貞廣 智仁部会員、嶋村 文彦部会員、平澤 博之委員長

（2）オブザーバー

千葉大学医学部附属病院管理課長補佐 石川 薫 氏

千葉大学医学部附属病院管理課員 高原 一 氏

千葉県救急医療センター事務局管理課長 瀬戸 修 氏

（3）消防局

航空課：鈴木航空課長補佐

指令課：野崎指令課長補佐、松本指令第3係長

事務局：渡邊救急課長、古川救急課長補佐、山口救急管理係長、鮫島高度化推進係長、高山司令補、新濱司令補、植田士長、坂本土長

4 議題

議題1：部会長の選出について

議題2：議事録の確定方法について

議題3：検討事項について

（1）救急ヘリの編成について

（2）出動対象地域について

（3）対象傷病者について

（4）搭乗医師の確保について

（5）医療従事者の補償について

（6）医療従事者の報償について

（7）その他、必要事項について

5 その他

平成22年第2回千葉市救急業務検討委員会「救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動に関する専門部会」開催日程について

6 議事概要

(1) 議題1 部会長の選出について

千葉市消防局救急業務検討委員会の下部組織として救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動に関する専門部会の設置に伴い、千葉市救急業務検討委員会設置要綱に基づき、部会長の選出について審議した結果、部会長については千葉大学医学部附属病院、貞廣智仁部会員が就任した。

(2) 議題2 議事録の確定方法について

千葉市附属機関等の会議の公開に関する要綱第6の2議事録の確定に基づき本部会議事録の確定方法について審議した結果、千葉市救急業務検討委員会と同様の手続きとして、あらかじめ指名された委員等による承認による方法が了承された。

このことから、貞廣智仁部会長及び千葉市救急業務検討委員会の平澤博之委員長の承認をもって議事録の確定手続きとすることです承された。

(3) 議題3 検討事項について

ア 救急ヘリの編成について

事務局より説明のあった搭乗者8人の編成について、概ね了承されたが航空救急隊員と現場救急救命士が搭乗する表現方法を整理することとして了承された。

イ 出動対象地域について

救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動は、事故発生場所に近い緊急時離着陸場において医療を提供する観点から、事務局が示した医療機関からの距離による出動対象地域とは異なるので、再度検討することとなった。

ウ 対象傷病者について

対象傷病者を入電時のキーワードで拾い出し出動させることは、難しい部分もあるため、試行後に見直しすることです承された。

エ 搭乗医師の確保について

救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動については、予め運行日、運行時間を定め運用することとされ、緊急手術等により搭乗できない場合を除き出動することです承された。

千葉大学医学部附属病院と千葉県救急医療センターでは、出動する医師の身分上の取り扱いが異なるので、医療機関ごとに協議することです承された。

オ 医療従事者の補償について

千葉大学医学部附属病院については、公務として救急ヘリへの搭乗をすることが確認された。飛行中の事故については、航空機搭乗保険で対応すること、緊急時離着陸場等における事故については消防局が新たに加える障害保険で対応することが了承された。

カ 医療従事者の報償について

報償金の基準等について事務局から説明があったが、身分上の問題で報償を受取ることができない可能性があるため、今後検討することとされた。

7 審議概要

古川補佐	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22年度第1回千葉市救急業務検討委員会救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動に関する専門部会を開催させていただきます。本部会の開催に先立ちまして部会員の皆様方を紹介させていただきます。 千葉大学医学部附属病院貞廣智仁医師です。千葉県救急医療センター嶋村文彦医師です。千葉市救急業務検討委員会委員長平澤博之医師です。続きましてオブザーバーを紹介いたします。本部会につきましては、消防と医師以外に病院の事務の方々に出席をお願いしております。千葉大学医学部附属病院石川管理課長補佐です。同じく千葉大学医学部附属病院の高原さんです。千葉県救急医療センターの瀬戸管理課長です。続きまして事務局を紹介します。救急課長の渡邊です。救急管理係長の山口です。高度化推進係長の鮫島です。救急課の高山です。同じく新濱です。同じく植田です。同じく坂本です。消防局航空課長補佐の鈴木です。鈴木は、パイロットです。消防局指令課長補佐の野崎です。同じく指令課指令係長の松本です。最後になりますが救急課の古川です。よろしくお願いいたします。それでは、開催に当たり救急課長の渡邊よりごあいさつを申し上げます。
渡邊課長	皆様、本日は月末の大変お忙しい中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。航空救急隊による救急搬送につきましては、平成13年に回転翼航空機による救急業務実施要綱を制定し、業務を開始しているところでございます。今年の6月1日には、救急ヘリの効果的な運用を図る目的から出動の手順を若干変更いたしまして、航空救急隊と救急隊との同時出動範囲を明確化し、重症傷病者及び救命対応傷病者を早期に病院収容することとしております。6月から現在まで救急ヘリと救急隊の同時出動が14件あり、このうち救急ヘリにより搬送された件数が3件と、当初の搬送件数予測より、若干少ない状況となっております。事業成果は順調であると考えております。今回更に一步踏み込みまして、速やかな救急医療の開始を念頭においたドクターピックアップの導入を検討することといたしました。平澤委員長を始め、各部会員及びオブザーバーの皆様には、大変お骨折りをおかけすることとなりますが、よろしくお願いいたします。簡単ではございますが御挨拶とさせていただきます。
古川補佐	それでは、資料の確認を致します。お手元の資料1ページ目ですが、本会議の次第となっております。続きましてインデックス議題1ですが、部会長の選出に関する議案要旨となっております。続きましてインデックス資料1は本部会の部会員名簿を添付しております。続きま

部会員一同 古川補佐	してインデックス議題2ですが、本部会の議事録の確定方法についての議案要旨となっております。続きましてインデックス議題3ですが、本部会で検討する検討事項の議案要旨となっておりますインデックス資料2、6ページから13ページまでは本議題の資料となっております。最後になりますが、インデックスその他は次回の本部会の開催予定となっております。なお、席次表を一部変更しておりますことから新しいものをお手元に置いてあります。それから、救急ヘリと救急隊の同時出動状況表についての資料もお手元においてあります。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了させていただきます。 続きまして、次第3、議題1 部会長の選出について御説明いたします。本来であれば、専門部会に関しては部会長を置かなくてはならないのですが、現在のところ部会長はまだ選出されておられませんので事務局にて議事を進行させていただいてよろしいでしょうか。 異議なし ありがとうございます。
部会員一同 古川補佐	それでは、次第3、議題1、部会長の選出についてですが、お手元の資料インデックス議題1を御覧ください。千葉市救急業務検討委員会の専門部会には、千葉市救急業務検討委員会設置条例第7条第7項に基づき専門部会長を定めると規定されております。この規程に基づきまして本専門部会の部会長の選任について御審議をお願いいたします。この千葉市救急業務検討委員会設置条例では、委員及び臨時委員の互選により部会長を定めると規定されておりますが、本部会におきましては平澤委員長のほか貞廣部会員、嶋村部会員の2人の部会員で構成されております。従いまして事務局といたしましては、救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動を最初にスタートさせる千葉大学医学部附属病院の貞廣医師に部会長をお願いしたいのですがいかがでしょうか。
部会員一同 古川補佐	異議なし はい。ありがとうございます。それでは本部会の部会長は、千葉大学医学部附属病院の貞廣部会員をお願いいたします。それでは、以後の進行を貞廣部会長をお願いいたします。
貞廣部会長 古川補佐	部会長に推挙いただきました貞廣です。よろしくお願いいたします。 それでは、次第に基づき議事を進行いたします。議題の2、議事録の確定方法について事務局より説明をお願いします。 それでは、議題2、議事録の確定方法について御説明いたします。インデックス議題2をお開きください。千葉市附属機関の会議の公開に関する要綱第6の2、議事録の確定方法の規定に基づき本部会の議

貞廣部会長 嶋村部会員 貞廣部会長	事録の確定方法について御審議をお願いするものであります。資料中段の千葉市附属機関の会議の公開に関する要綱を御覧ください。議事録の確定方法につきましては、１として会議における議決、２として委員全員による個別の承認、３としてあらかじめ指名された委員等による承認、４としてその他、附属機関が定める方法と４つの確定方法が規定されております。事務局といたしましては、千葉市救急業務検討委員会を始め、他の専門部会と同様、３のあらかじめ指名された委員等による承認による方法を探りたいと考えております。したがって、本専門部会長であります貞廣部会長と千葉市救急業務検討委員会の委員長であります平澤委員長の承認をもって議事録の確定をしたいと考えております。ご審議の程よろしくお願いいたします。 御意見はありますでしょうか。嶋村部会員よろしいでしょうか。 はい。 それでは議事録の確定方法は事務局案である、あらかじめ指名された委員等による承認として、私及び平澤委員長の承認によって確定することといたします。 それでは、議題３、検討事項について事務局より説明をお願いいたします。
古川補佐	インデックス議題３をお開きください。検討事項は７項目ございます。最初に括弧１の救急ヘリの編成について、御説明したいと思います。
山口係長	検討事項について御説明する前に、６ページの資料２をお開きください。先ほどから救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動ということで申し上げておりますが、この救急ヘリによるドクターピックアップ方式というのがどういうものなのかということから御説明いたします。まず、実施の概要ですが、１１９番が入電されて傷病者がいる場所が救急ヘリの対象地域であるということが条件になります。後ほど図面で詳しく御説明申し上げます。かつ、救急ヘリを要請してその傷病者が救急ヘリ出動の対象傷病者であるということが条件になってきます。救急ヘリ対象地域であり、かつ、対象傷病者であるということが大前提になります。この条件２つが合致した場合に１１９番通報を受ける指令管制員が救急隊を通常に傷病者のもとへ向けるのと同様に、救急ヘリを同時に出動させ、医療機関へ寄り、ドクターが搭乗後、傷病者要請場所近くの緊急時離着陸場に救急ヘリを向かわせ、救急車は救急現場から傷病者を乗せて緊急時離着陸場にてドクターとドッキングさせるという方式であります。これをいわゆる救急ヘリによるドクターピックアップ方式という形の救急活動として概要を御説明いたしました。これは、早期に医療を傷病者のもとへ届ける

貞廣部会長 山口係長 鈴木補佐	ということが目的であり、ひいては救命率の向上を図るものであります。協力医療機関としましては2箇所です。千葉大学医学部附属病院と千葉県救急医療センターを予定しております。運用の開始予定ですが、今のところ今年11月1日を目途にしたいと思っております。ただ、千葉県救急医療センターにつきましては、別途また協議して進めて参りたいと思っております。このドクターピックアップ方式での救急活動の運航日ですが、土日及び祝祭日を除く8時30分から日没までという形で運用したいと考えております。資料にも記載しておりますが、消防航空隊が今のところ、24時間365日稼働するという運航体制とはなっていないことから、土日及び祝祭日を除くということになっております。また、ヘリは有視界飛行であることが原則となっておりますので、8時30分から日没までという形で運用する予定です。以上が概要でございます。 資料の7ページを御覧ください。ディスプレイにもお出ししておりますが、今、御説明申し上げたことのフロー図となっております。119番入電が入ります。その次に適応の確認とありますが、これは救急ヘリが有効である認められる対象地域であるかどうか、それと対象傷病者であるかということを指令管制員が判断します。両方の条件が揃うと、協力医療機関の病院への連絡、そして救急隊及び救急ヘリに出動指令が出されるということになります。この時点で、医師には入電の状況を連絡するわけですので、傷病者の状況がある程度知ることができます。救急ヘリは医療機関で医師に搭乗していただき救急現場近くの緊急時離着陸場へ向かいます。救急隊は傷病者の発生場所へ向かい、傷病者に接触後、救急ヘリの対象傷病者であるかを判断し、適応であれば、ドクターピックアップ方式による救急活動が展開されることになります。傷病者が社会死状態、あるいは軽症傷病者と判断されれば、ドクターピックアップ方式での適応ではありませんということを指令センターを通じて、搭乗している医師に連絡が入り、引き返すことになります。適応となった場合には、救急隊により傷病者は、緊急時離着陸場へ向かい、ここでドッキングすることにより、傷病者に対して医師による医療が開始されることになります。救急ヘリによる搬送については、救急救命士を含む2人の救急隊員が救急ヘリに同乗して医療機関に向かい搬送されるということとなります。今のところ概要だけでございますが、御質問はありますでしょうか。 運航日は日没までということなのですが、夏季等で日が長い場合などはいかがでしょうか。 現行の運用で対応したいと思いますが、鈴木補佐いかがでしょうか。 今のところ、人員の関係でそこまでの体制は取れていない状況です。
--------------------------------------	--

貞廣部会長	基本的には18時ぐらいまでですね。冬場ですと16時28分ぐらいが一番短い時間となりますが、当隊のヘリポートは夜間照明施設が設置されておりますので、救急現場を離陸する時刻が日没前であれば対応可能です。
鈴木補佐	そうすると千葉大学医学部附属病院の屋上には照明施設がありますので千葉大学医学部附属病院に収容した後、戻るのは可能ということになりますね。それを含めて現場は日没前ということになりますか。 可能となります。日没の場合、航空法上適応除外ということから夜間における離着陸は、照明施設が設置されている場所であれば許可を必要とすることなく離着陸できます。夜間緊急時の離着陸については、照明施設が必要となりますので、現状の65箇所の緊急時離着陸場で使用可能となるのは、千葉大学医学部附属病院と当隊のヘリポートのみとなります。このため、救急現場を離陸する時間は日没前ということになります。
貞廣部会長	夏場は何時までになりそうですか。
鈴木補佐	季節により変わるので、検討させてください。
古川補佐	これは、季節による時間帯を決めておいた方がよろしいですか。
貞廣部会長	普段、日没が何時何分と気にしていないこと、また、分単位に日没時間が変わるので月単位で決めておいた方がよろしいと思います。
古川補佐	それでは、航空課と事務局の方で協議させていただくということで、今後、時間について示したいと思います。よろしいでしょうか。
平澤委員長	ドクターヘリの飛行可能時間は、どうなっていますか。
貞廣部会長	ドクターヘリは照明施設がありませんので、基地病院に降りるのが日没前までとなっております。
平澤委員長	資料の日没までというこの書き方は理解しにくいですね。
嶋村部会員	今の話して付け加えたいのですが、千葉大学医学部附属病院には照明がありますけれども千葉県救急医療センターには照明がないので、救急現場を離陸する時間は、日没前ということに無理があります。日没前というより、30分ぐらい前の離陸という決まりを作ってほしいですね。
古川補佐	わかりました。その辺は航空課と事務局とで検討させてください。
平澤委員長	私も質問があります。7ページのフローチャートのところの一番左側の下から2つ目のところです。よくわからないのですが、救急隊員を含む2人の救急隊員が同乗し搬送とありますがこのとき搭乗する医師はどうなっているのですか。
山口係長	平澤委員長からありました質問を含めて、救急ヘリの編成というところで御説明させていただきます。救急ヘリの編成についてですが、緊急時離着陸場で傷病者と医師がドッキングした場合、以降がこのデ

	ィスプレイに表示してありますとおりパイロットが2人、整備士が1人でございます。それから航空救急隊員が2人ということにしております。それとピックアップの医師1人と看護師若しくは研修医1人、それから傷病者が1人ということになりますので全員で8人としております。それで、この航空救急隊員というのが先ほど平澤委員長から御質問がありました救急救命士を含む2人の航空救急隊員ということではありますが、通常、救急ヘリとして飛び立つときに航空救急隊員が1人乗務しております。ここに現場で活動している救急隊の救急救命士が救急ヘリに搭乗して病院搬送する形となりますので、航空救急隊員は救急救命士を含み2人となります。
平澤委員長	医師はどうなっているのですかということですが。
山口係長	医師は医療機関から搭乗いただきまして搬送先まで乗っていることとなります。
平澤委員長	そうですね。ここで救急救命士を含む2人の救急隊員が同乗し搬送と記載されており、分かりづらいと感じましたので、質問させていただきました。
山口係長	分かりづらいので訂正いたします。
古川補佐	救急ヘリ搭乗状況イメージ図では、医師の他に看護師又は研修医という書き方をしているのですが、実際に千葉大学医学部附属病院としてはこの形でよろしいのでしょうか。
貞廣部会長	おそらく救急ヘリの業務開始当初は、医師2人が搭乗することになると思っております。スタート時点で看護師が搭乗することはないと思います。
古川補佐	将来的には、研修医や看護師も搭乗する可能性があるということでもよろしいでしょうか。
貞廣部会長	可能性があると考えていただいてよろしいと思います。ここに研修医と記載されておりますが医師と記載をお願いします。
古川補佐	後ほど出てくるのですが、医師と研修医と看護師とある中で報償金の問題もあることから、同じ扱いで医師となっていればその方が良いのかなと思っております。
嶋村部会員	千葉大学医学部附属病院は医師2人が基本という考え方でよろしいでしょうか。
貞廣部会長	救急ヘリ搭乗のための訓練が間に合わないということから、11月中では無理があるのかなということで申し上げました。
嶋村部会員	千葉県救急医療センターは医師及び看護師の2人が搭乗しております。それと、千葉県救急医療センターのヘリポートは千葉県污水处理場の敷地内となっているのですが、そこまで行く交通手段はどのようなになりますでしょうか。

古川補佐	事務局としましてはヘリポートまで医師と看護師さんに徒歩にてお願いしたいと考えております。ここで救急車を向けることが果たして良いことなのかということがございます。
嶋村部会員	救急ヘリでの傷病者搬送には救急車はもちろん出動しますが、ドクターピックアップ方式で医師が搭乗の場合は、徒歩ということですね。
古川補佐	救急ヘリが迎えに行くまでには、医師や看護師さんもそこにいけるのではないかなと考えております。
貞廣部会長	救急ヘリの編成について質問をよろしいでしょうか。救急救命士を1人搭乗させる場合に、現場に残された救急隊の運用としては問題がないということではよろしいのでしょうか。
山口係長	それは現行の同時出動でも同様の扱いとしております。
貞廣部会長	ただ、今回は医師が搭乗しているので引継ぎがあれば1人は航空救急隊員が搭乗しているので、マンパワー的にはどうしてもということはないような気がするのですが。
山口係長	それでは今後、部会を進めていく中で検討したいと思います。ただ、現時点で、航空救急隊員の資格は標準課程です。救急救命士ではありませんので御承知いただければと思います。
平澤委員長	航空隊には救急救命士が配置されていないのですね。
山口係長	はい。おりません。
平澤委員長	資料には航空救急隊員、括弧として救急救命士を含む、と記載されていますね。
山口係長	救急隊の救急救命士が搭乗するという意味で記載したものです。
貞廣部会長	文言として、を含む、というと航空救急隊員と理解してしまうので。
山口係長	はい、分かりにくい表現でありましたので訂正させていただきます。
平澤委員長	救急ヘリが飛び立つときには何人搭乗しているのですか。
貞廣部会長	救急ヘリが飛び立つときには、パイロット2人、整備士1人、航空救急隊員1人の4人で、その後ピックアップで医師1人、看護師1人、さらに現場で傷病者1人と救急救命士が1人となりますので、合計8人になるということです。
山口係長	資料が分りづらくて申し訳ありません。
平澤委員長	この救急ヘリはマックスで何人搭乗できるのですか。
鈴木補佐	マックスですと11人の搭乗が可能です。ただ、救急資器材を積載していることからこれを2人分とみております。その他重要なことは、過重に対する飛行距離の問題を考えなくてははいけません。その関係から8人という搭乗人員を出させていただいております。また、1人搭乗人員増加させるとその分燃料を減らすことになります。
山口係長	よろしいでしょうか。救急ヘリの搭乗人員の編成についてディスプレイを御覧ください。救急ヘリ内部の状況になります。シートは3列

嶋村部会員	となります。1列目パイロットが2人搭乗しまして、2列目と3列目の間に傷病者が横たわるストレッチャーが装備されております。2列目に整備士と救急資器材が位置します。最後列の3列目に傷病者の頭側から医師、看護師、救急救命士、航空救急隊員という配置で8人という形にしております。次に、これが救急ヘリの通常の救急仕様になっているときの装備と資器材となっております。電磁波の影響を受けないというAEDが積載されております。それと、傷病者用のモニター類、輸液ポンプ、救急隊が通常使用している簡易人工呼吸器、吸引器、酸素という形になっております。これは、ストレッチャーですが救急ヘリ専用のものです。以上で救急ヘリの編成と座席の状況を写真で見ていただきました。次に、出動対象地域について御説明したいと思います。先の御説明のとおり、救急ヘリ出動対象地域として該当することと、傷病者の病態によること。この2つ要件に合致したときに出動するわけですが、現行で行っている救急隊と航空救急隊との同時出動の仕組みとしての出動対象区域を設定しております。この出動対象区域はどういったものかと申しますと図面で御説明いたします。千葉大学医学部附属病院を中心としまして、半径6キロメートル以内の円を描いてあります。同じく千葉県救急医療センターを中心としまして半径6キロメートルの円を描いております。この円から外れる千葉市域を対象としております。これに加えて高速道路のインターチェンジを中心としまして半径1キロメートル以外を対象としております。緑色の円が3つ描かれておりますが、これが高速道路のインターチェンジです。この青色、赤色、緑色の円部分それから高速道路上を除いた市域以外が対象となるという設定です。これは、救急ヘリ運用の場合の時間と距離のデータから設定されているものでありまして、円内ですと救急ヘリで両病院へ収容される時間的な効果がないとしております。もう1つは、高速道路上で発生した救急事案や高速道路のインターチェンジ付近で発生した救急事案ですと、救急隊が単独で道路を利用して搬送した方が早い病院収容となることから救急ヘリ対象地域外としております。赤く小さい点については、千葉市内に設定されている緊急時離着陸場です。救急ヘリと救急車のドッキングポイントということになります。ですから赤い円と青い円の内側、それと高速道路のインターチェンジである緑色の円より内側半径1キロメートルを除いて発生した救急事案が赤い点において医師とドッキングすることになり、救急ヘリで搬送されるということになります。 この6キロメートルというのは、救急ヘリの救急車との同時出動のときに決定されたものと思うのですがけれども、実際に千葉大学医学部附属病院とか千葉県救急医療センターに救急車で搬送した方が早いと
--------------	---

貞廣部会長	というのは6キロメートル以内という区域を設定しているのですよね。聞きたいのですが、例えば、千葉県救急医療センター6キロメートル範囲内の救急事例で、千葉県救急医療センターが収容可能であれば、これは良いのですが、千葉県救急医療センターで収容できない場合にこれを圏内ということだと救急ヘリのピックアップ方式が成り立たないということになると思うのですが。というのは、救急ヘリ関連ではないのですが、救急事例で実際に2か月ほど前に千葉県救急医療センター付近で死亡事例がありましたのでその辺をどう判断するのかというのがあります。そういうことが実際ありえるので考慮してほしいところです。
山口係長	本質的なところになると思うのですが、出動対象地域として円を描くということは、病院までの搬送時間を考えての円なのですね。ピックアップ方式で医師が現場に降りるという意味で、そこで医師による医療が開始されるというメリットを考えると、描かなければならない円は、この緊急時離着陸場からの円であり、消去法で消していくのが本来のエリアの設定の仕方であると思います。ただ、この緊急時離着陸場がすべてスムーズに使用できる緊急時離着陸場であるのか緊急時離着陸場によってはおそらく管理者に鍵を開けてもらわないといけない状況であったりする、そういった手間まで考えていると細かくてきりがないのですが、現在のこの円による出動範囲の設定では、これが千葉市のやり方ですと対外的には出しにくいのかなと思います。
鈴木補佐	今、嶋村部会員のおっしゃられたところですが、確かに現行の同時出動でもそういった部分があるのですが、同時出動の中でお話しをさせていただきますと、距離でいうところのこの辺の救急だけがターゲットになってくることと思います。もし、千葉県救急医療センターで収容できないとなり、それから救急ヘリを出動させるというのは、確かに時間のロスがあると思います。その部分は検討していかなければならないと認識しております。それから、貞廣部会長のおっしゃられた、救急ヘリ同時出動と同じ形のエリアにするということは、医療機関までの時間的な短縮を図るということではなく、医療を傷病者に早く提供する目的でありますので、緊急時離着陸場からの収容先までの時間や距離がどうかとの考え方をデータの蓄積していかなければならないのかなと考えております。緊急時離着陸場については、航空課の鈴木より御説明いたします。 この赤い丸は、現在設定している緊急時離着陸場となります。この中には公共施設、民間施設、学校も一部含まれております。今後、増えるということはないだろうと考えております。この緊急離着陸場に救急隊が向かう場合には、必ず消防隊も同時に出動しております。そ

平澤委員長	して救急隊が着く前にまず消防隊が緊急時離着陸場に到着する形を取っておりまして警戒に当たります。救急ヘリは搬送先が決まるまでは上空待機しております。そして消防隊により安全であると確認され、また、搬送先が決定した時点で着陸態勢を取ります。緊急時離着陸場の真上で待機しておりますので、救急隊より早く到着する場合がほとんどです。現在65箇所ある緊急時離着陸場ですが、基本的な考え方として千葉市内どこでも救急車が3分走れば、どこかの緊急時離着陸場に着くというスタンスで作成されております。救急車が40キロのスピードで3分走行すれば、2千3百メートルの移動距離となります。この赤い点に対して半径2千3百メートルがなるべく重なるようにしているのですが、100パーセントでないことは確かです。緑区と若葉区の一部に網羅されていない部分があります。それと、先ほど貞廣部会長が心配されておりました使いにくい緊急時離着場というのはありません。すべて使用可能と考えていただいて結構です。 確認で聞いておきたいのですが、データで6キロメートルの外側ではヘリの方が早いということはどういう条件といたしますか、きっちりしたデータに基づいて証明されているのですか。
山口係長	はい、救急ヘリという観点の前に、消防局内の中長期策定委員会がございまして、消防ヘリの有効活用ということで365日完全運航に伴う検討がありました。この中で、消防ヘリコプター活用による救急搬送有効エリアの検証というのがありまして、データはここで検討されたときのものを使用しております。詳しいことはまた後にお示ししたいと思います。
嶋村部会員	ある救急の事例で言ってしまいますが、例えば車の中で挟まれて医師が必要とされた場合に救急ヘリが正しく対応すべきことと思いますが、この事例が6キロメートル圏内で起きた場合には現行の規定とすると、救急ヘリが向かえないということになりますね。その辺を網羅できるような形で決めた方が良いのかなと思うのです。
古川補佐	例えば、119番通報が入った時点で閉じ込めであるとか、そういう情報が入った段階でこのエリアを取っ払っても救急ヘリの出動があっても良いのでは、ということですね。それは、事務局の方で考えたいと思います。対応できればこれに越したことはないと思います。それと、先ほど嶋村部会員がおっしゃいました千葉県救急医療センターのエリア内で救急事案があった場合に実際に千葉県救急医療センターでは受入不能という場合には、千葉大学医学部附属病院から6キロメートルを超えて対象地域となりますよ、というお話しでしたが、これについても事務局の方で検討させていただければと思います。それで、救急ヘリ対象地域についてこれを仮に取り払ったときには、対象症例

山口係長 平澤委員長	が急増してしまう可能性がありますので、対象症例のみでいくのか、それとも対象地域をもっと広げるのかというところを検討しなければならないのかなと疑問に思ったものですから、もう一度事務局で検討させていただければと思います。実際に同時出動のエリアでこの6月から運用したところ、3か月弱の期間ですが14件出動し、このうち救急ヘリで搬送した事例が3件と、今、そういった嶋村部会員のおっしゃられたことを検討して出動対象地域を広げていって、救急ヘリの出動件数が増加した場合にそれが果たして医師の皆様本来業務であるところを圧迫してしまっているのかなということもありまして、その辺は医師の皆様にもここまでであればできるよといったような意見もいただければと思っております。
山口係長 平澤委員長	救急ヘリの出動対象地域については、御質問はよろしいでしょうか。 今、嶋村部会員がおっしゃいましたことを聞いていてですね、要するに救急車の代わりに救急ヘリで搬送する基準と、ドクターヘリとして現場に早く着いてくれるというメリットを生かすためのヘリ運用では、スタンダードが違うということですよね。それは、当初、救急車よりも早く着くということで始めたのに上乗せしてしまって、ピックアップ方式を考えているからおかしくなってしまうので、救急ヘリによるドクターピックアップ方式をやるのであれば、それはそれで今までとは別に基準を考えた方がよいのではないのでしょうか。
貞廣部会長	私もそういうことを考えます。救急ヘリの出動対象地域の図を見て6キロメートルの範囲以外と限定するのは、難しいのではないかと思います。さきほど緊急時離着場の説明で救急車は3分で2.3キロメートルの円で埋め尽くされるとするならば、千葉大学医学部附属病院や千葉県救急医療センターもこの2.3キロメートルの円としてそれよりも遠い地域であれば救急要請の現場に降りるとなるならば、間違いなく早いわけで、やはり6キロメートルの円を描くのは医師を救急現場にデリバリーするという考え方からすると難しいのではないかと思います。平澤委員長がおっしゃるように時間を短縮するという基準と、医師が救急現場に降りなければならない傷病者の基準と、二重にする必要があるかもしれません。
平澤委員長 貞廣部会長 山口係長	先行事例というのはあるのですか。ドクターピックアップ方式での救急活動としてシステムを動かしている地域が。 鳥取と岐阜で実施していると思いますが。 広島であるいは形は少し違うのですが、神戸がドクターカーとピックアップを併用して運用しております。また、資料としてお示しできる形にしたいと思います。出動対象地域につきましては、単純に6キロメートルという範囲を作らずに、部会員の皆様方からいただいた意

嶋村部会員 山口係長	見を踏まえましてまた御審議いただきたいと思います。出動地域につきましてはよろしいでしょうか。次に移らせていただきます。対象傷病者についてでございます。冒頭に申し上げたとおり救急ヘリの出動地域が救急ヘリ対象地域であるということと、それから対象傷病者であるということでございます。対象傷病者は、このディスプレイにお示ししたとおり、１１９番入電時にこれを受信する指令管制員が出動判断基準に基づく傷病者と判断した場合ということになります。これは具体的にどういうものかと申しますと、救急ヘリ運用の大本となっておりますのが回転翼航空機による救急業務実施要綱です。ここに出動判断基準が定められております。この出動判断基準に基づいて指令管制員が対象症例に適切に対応するために、実際の現場から緊急状態であるとして伝わる通報事例としてのキーワードをまとめたものがこの資料でございます。回転翼航空機による出動判断基準よりもさらに詳しいというか、キーワードで拾いやすくする、また、漏れがないようにするものとして作成しております。具体的には、ここに記載されております事故の状況から判断をする、あるいは傷病者の状態から判断するということになります。ただ、この中では、１１９番の入電の時点で対象外であると判断できる場合は、現行同時出動の場合もそうなのですが、救急ヘリによるピックアップ方式での救急活動も対象外としております。対象外としては、いわゆる社会通念上の死亡であると判断できる場合であるとか、あるいは現行の同時出動では千葉大学医学部附属病院又は千葉県救急医療センター以外の医療機関に決定している場合はとなります。これは現行の同時出動の場合で、お話しをしておりますので先ほどから問題となっておりますが、時間を短縮するという意味合いで、ヘリポートの有していない二次病院ですとか民間病院となりますと一番近くの緊急時離着陸場に降りて、そこから二次病院に再度救急車で搬送する煩雑さがあることから、この場合は対象外事例として扱うこととしております。入電時の出動判断基準に戻りますが、指令管制員が１１９番通報内容のキーワードから同時出動を下命する形として、このような形にしていきたいと思っております。 私は同時出動体制の全文を知らないものですから。ですからこれは抜粋と記載されているのですが、対象症例はここに記載されているものだけとして抜粋なのですね。というのは、外傷傷病者だけとなるのか救命対応事案と判断した場合なのかあいまいな言葉で濁らせてあると取れるのです。事務局の考えとしては、ほとんど外傷症例という考えなのではないでしょうか。 救命対応事案というのが、医師の皆様には御理解しにくいことがあるのかなと思いますので、その辺は松本係長の方から実際の出動基準
--------------------------	--

松本係長	といいますか、キーワードなどを含め説明いただいてよろしいですか。 119番入電時の救命対応事案としては、意識なしと通報があった場合には呼吸を確認することなく救命対応とします。意識不清明との通報内容の場合、指令管制員の判断が必要となりますが、この場合は通報者に再度意識を確認させ、救命対応の判断をします。
嶋村部会員	それでは、心肺停止状態と予想された場合には救急ヘリはドクターピックアップ方式として同時出動する形になると判断してよいのですね。
松本係長 嶋村部会員	現行の同時出動はその体制です。 搬送するかしないかは別として、そういう形も含まれるということですね。記載の中でキーワードとして取れないのが括弧2の意識なし又は意識不清明というのは、外傷によるものでなくとも、という意味ですよね。
山口係長	ドクターヘリですとCPAは対象外ですけれども、千葉市の場合にはそれはありません。内因性のCPAでも出動させる形としております。
嶋村部会長	わかりました。文面からは外傷傷病者のみに出動するイメージにとれたものですから確認させていただきました。救命対応事案も出動するということを確認させていただきました。その方が救命率が上がると判断されるからということですね。
山口係長 平澤委員長	そのとおりです。 この出動判断基準に関しては、常駐医師は全く関与しないといいますか、そういうスタンスなのですか。
古川補佐	そういうことではないのですが、ただ常駐医師も現在150人ほど登録いただいている中で、やはり全員に周知するには時間がかかるのかなということもあります。事務局といたしましては、常駐医師がいらっしゃる各病院へ御説明に伺い、除々に常駐医師の皆様に関与していただければと考えております。
平澤委員長	例えば救命対応で119番入電したときに傍聴している医師も結構多いと思います。ですから、例えば1の括弧3にあるその他指令管制員が必要と判断した場合とありますが、そういうところに少しでも常駐医師の判断が加わる形があった方がよいのではないのでしょうか。例えば、この救急事例は緊張性気胸の可能性を疑うので、病院収容を急ぐ必要があると判断するときは、指令管制員がそう判断しなくても、常駐医師が助言するとかですね。そういうことを文面で少しは入れておかないといけないのではないのでしょうか。
古川補佐 貞廣部会長	はい、わかりました。そういう文言を加えさせていただきます。 確かにそうですね、常駐医師が関与できる形を文言として記載して

山口係長	ください。それから、先ほど CPA でも出動に際し対応するというお話しでありましたが、救急現場に救急隊が到着後キャンセルがかかるということで良いのですか。内因性の傷病者をすべて救急ヘリにて搬送するというのではなく、とりあえず救急ヘリの出動はあるけれども、先着した救急隊から傷病者の状態によってキャンセルがかかるということによろしいですか。 そうです。実はそれ以前にも救急ヘリの出動に関してキャンセルする場合ということを考えております。119番通報から該当事案となった場合に対応を取るわけですが、傷病者に接触する前に、救急ヘリがキャンセルされるシステムを考えております。それが、出動判断基準の対象傷病者とする判断とリンクしてくる部分ですが、現行同時出動体制の中で、どのくらいの的確率といいますか、本当に必要とされる傷病者の所へ同時出動できるのかなということを考えた場合に、これがまだ見えてこない状況でありましたので多少オーバートリッジとして、最初に試算したときに120件くらいの出動があるとなりました。現在実際に運用しているところではありますが、6月からで14件です。予測よりかなり少ないのかなと受け止めております。その辺では、先ほどのお話しで常駐医師の業務の中で医師の助言を無視して勝手に出動指令を掛けているということではなくて、同時出動の場合には医学的に常駐医師の助言ということではなく、オーバートリッジが前提の基、指令管制員の感性といいますかそこにキーワードを含め判断があるということを御理解いただければと思います。
貞廣部会長	出動の際にキーワードだけでは、非常に難しいのではないかと思いますので、ある意味今回トライアルで始めて14件という数字が出てきたわけで、この数字はある意味対応できるというふうに考えますし、また、キャンセルの数も多いですし、やはりこの辺は施行しながらもんでいく方がよいのではないかと考えます。最初からキーワードなど厳密な取決めなど抽出して作るのはなかなか難しいのかなという気がしております。
山口係長	先ほど平澤委員長からも御意見を賜りましたことはもちろん消防局指令センターに医師が常駐しているということの一つの特徴として活かしていきたいと考えておりますし、なるべく通報を的確にとらえられるような方向で検討していきたいと思っております。対象傷病者については、ほかに何かございますか。
嶋村部会員 古川補佐	常駐医師が出るということは考えられないのですか。 それは無理です。消防局のヘリポート自体は条件をクリアしないと降りることができません。
山口係長	対象傷病者については、以上でよろしいでしょうか。ありがとうございます。

	ざいます。次に進みます。搭乗医師の確保についてでございます。救急ヘリピックアップとしてヘリに搭乗していただく医師の皆様の確保ということでございます。これは事前に医療機関と調整させていただきまして運航可能な日を決めるという形にしたいと考えております。また、この情報は医療機関、指令センター、航空課、救急課及び各救急隊で共有していきたいと考えております。具体的には13ページに資料を用意してございますが、これはあくまで運航予定表としてのお示しなのですが、例えばある月の1日は、千葉大学医学部附属病院の方で医師の皆様に御搭乗いただくということ、また千葉県救急医療センターでも搭乗が可能となれば同様に御搭乗いただくということです。それが先ほど申し上げた医療機関、航空課、指令センター、救急課、及び各救急隊で情報を共有することとして、毎月運航予定表を作るという形にしていきたいというふうに思っております。以上が搭乗医師の確保ということで御説明させていただきました。御質問等ありますでしょうか。
嶋村部会員	搭乗医師の確保について千葉大学医学部附属病院の方は既に君津ドクターヘリで搭乗しておりますが、千葉県救急医療センターの医師及び看護師はヘリの経験がありません。これは研修をしなくとも搭乗できるとお思いでしょうか。
山口係長	ドクターヘリに搭乗されている医師は、訓練及び研修を積んでいらっしゃることを存じ上げております。その辺は研修の機会を設けることを考えております。実際、その件で貞廣部会長に相談したのですが、千葉大学医学部附属病院の医師の皆様は君津中央病院のドクターヘリで研修を受けていると聞いております。また、日本医科大学千葉北総病院の松本医師にもどういった研修を行っているのか、ということで伺いました。かなり厳しい研修をしているとのことでありました。決して即搭乗ということ考えておりませんので、今後どういう形を取るのか考えていきたいと思います。
嶋村部会員	千葉市として研修をするという考え方で理解してよろしいのでしょうか。
山口係長	今のところ、その辺も含めてですが、実は日本航空医療学会のカリキュラム、あるいは日本医科大学千葉北総病院の益子医師のところのカリキュラムなど、そういったところを参考にしてから事務局の方で主体となることができる部分もございますが、当然医学的な部分がありますので、どなたか指導医師をお願いしてというふうに色々と考えていかなければならないと認識しております。
平澤委員長	説明の中で分からなかった部分なのですが、千葉県救急医療センターの医師もレジデントになったとして、例えば何月何日にとか月曜日

古川補佐	から金曜日の間は、どちらかの医療機関1箇所に搭乗する医師が設定できれば良いということなのではないでしょうか。それともこの日には両方ですよということなのではないでしょうか。それと、基本的なスタンスとして1か月のうち土日を除いてほとんど搭乗医師の設定ができて、この日とこの日については、たまたまできないのですよということを考えていらっしゃるのか、それとも、逆に何日もあるうちのこの日とこの日だけ運用しますよという考え方なのか。基本的にはどうでしょうか。 理想を申しますと、両病院共に土日祝日を除くすべて運航可能日に搭乗医師の設定ができれば有り難いと思っております。これは最初に戻ってしまうのですが、出動対象地域として6キロメートルの円を出しておりましたが、事務局としましてはこの6キロメートル以外の地域を出動対象地域としておりましたので、その中で千葉大学医学部附属病院を中心とした出動対象地域、また、千葉県救急医療センターを中心として出動対象地域を設定しておりましたので、それで決めなければならないと思っておりました。それは両病院が常に搭乗医師の確保があるならばそれぞれ対応いただきたいというのが理想でした。
平澤委員長	ということは飛べる日に丸を付けてくださいではなく、飛べない日にばつを付けてくださいという考え方によろしいですね。
貞廣部会長	よろしいでしょうか。この事業に関して件数的に当初の予測からして頻回に出動があるわけではないと考えていること。ですから我々も搭乗専用の医師が常時待機しているという仕組みを作るという考えはありません。連絡が入った時点で、平日の日勤帯であれば普段からドクターヘリに搭乗している医師がおそらくは2から3人はいるだろうから、この想定の手で手の空いている医師が搭乗しましょうという考えです。もう一つはそれが365日、年間の平日すべてに搭乗医師の設定をするということのも負担なのかなということも考えて千葉県救急医療センターも参加していただきたいという経緯があったわけです。私の個人的な意見としましては、できれば1か月のうち千葉大学医学部附属病院と千葉県救急医療センターで分担して搭乗可能日を設定したいと考えております。そのような体制で十分であるのではないかと考えております。それくらいの出動件数ではないかという想定で考えております。年間の出動件数としまして、それほどの数ではないという想定の手で考えているところです。
嶋村部会員	千葉県救急医療センターの体制についてですが、全く決まってない状態です。どういう形で待機するのかということも決まっておりません。県の施設なので県の病院局から回答が得られないと設定できません。まず、業務中であるとするのか。つまり、現行常駐医師として出向しておりますが、取扱いでは休日に出ているのです。そういう形で

平澤委員長	しかやれないのです。これはそういう業務を県が認めていないということです。ですから救急ヘリによるドクターピックアップ方式も恐らく同様の取り扱いとなると、365日のうち平日を全部埋め尽くすことは無理ということになります。この扱いがどうなるのか未定ですが、病院に帰って詰める必要があります。分担すればどうにかできる可能性があるかもしれませんが、両病院が常に待機するというのは無理があると思います。 そこはとても重要であると思いますが、それではどちらか一方で済むことなのか、それとも両病院で待機できていることが時間的なことを含めてとてもメリットのあることなのか検討しなければいけないのではないのでしょうか。最低どちらかで待機できて飛ぶことかできればそれで対応できるのか、もちろん両病院で待機できればそれは良いことなのですが、今のお話ではとても両病院ともに待機できるという贅沢な選択を許す状況ではないということなのでいかがでしょうか。
古川補佐	それはまた事務局の方で調整したいと思います。ただ、そうすると先ほどの出動対象地域についても見直しを当然するわけなのですが、それを含めて検討しなければならないと考えております。
貞廣部会長	この体制のメリットは覚知の段階で救急ヘリが離陸するということで、時間的には、律速段階は恐らく救急現場の救急車が発生現場から緊急時離着陸場に行く時間だと考えます。救急ヘリは、救急隊が現場に到着するまでには、すでに病院上空に飛来しているので、恐らく、千葉大学医学部附属病院あるいは千葉県救急医療センターかというのは、律速にはならないはずではないかと考えております。
古川補佐 山口係長	はい、そのような形で進めさせていただきます。 それでは搭乗医師の確保についてはよろしいのでしょうか。はい、次の検討事項としまして救急ヘリに搭乗していただく医療従事者の補償についてということで御説明したいと思います。
古川補佐	それでは括弧5、医療従事者の補償について御説明いたします。 資料の9ページをお開きください。医療従事者への補償について、アとして救急ヘリ搭乗中の事故、イとしてそれ以外の救急活動中の事故と記載しておりますが、この救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動において考えられる事故は、第1にヘリコプター搭乗中における事故、第2に緊急時離着陸場においてヘリコプターが着陸し救急隊が搬送してきた傷病者への処置中における事故、第3にレアケースですけれども緊急時離着陸場から事故発生場所まで救急車に同乗し傷病者を治療する場合の救急車へ同乗中の事故が考えられます。資料に記載されております公務災害補償については、後ほど検討したいと思っておりますが、公務災害補償とは別に消防局で対応できるこ

	とについて御説明いたします。まず、ヘリコプターに搭乗中に発生した時の事故ですが、これは市で加入している航空機保険、第三者支払保険最大50億円で対応したいと考えております。次に緊急時離着陸場において傷病者治療中における事故については、現在事務局で保険に加入できるのかどうかを含めて保険会社と協議中です。最後に救急車同乗中に発生した事故については、市で加入している自動車損害共済保険に加入しており、これで対応いたします。先ほど傷病者治療中に発生した事故についてですが、県でDMATの保険に入っていると思うのでそれと同等のものが組めるのか保険会社と協議しなければならないと思っております。今までのところで何か御質問等ありますでしょうか。
貞廣部会長	石川さん、千葉大学医学部附属病院での検討をお話ししていただいでよろしいでしょうか。
石川管理課長補佐	保険の話ですけれども千葉大学医学部附属病院の事務サイドで今回の件についてお話しさせていただきました。千葉大学医学部附属病院では、国立大学附属病院損害賠償責任保険というものに入っておりまして、この中で医師賠償責任保険というものがあります。この保険は国立大学群がほとんど皆加入しているわけですが、これは大学病院の業務として医療行為を行って医療事故が発生した場合に補償されると。要するに大学病院に対して大学病院の業務であるため補償するということです。この事業の位置付けを考えた場合に、千葉大学医学部附属病院の医師が搭乗され、医療事故が発生した場合には大学病院が入っている保険の方で対応するのが良いのかなと思っております。そのためには、この事業の位置付けが大学病院の業務であるとする必要があります。事業の位置付けということで申し訳ないのですが、もしそれがそうならないとなるならば、市の方で救急ヘリに搭乗中における事故については、今入っている救急ヘリの保険で対応できると思うのですが、医療事故に対する補償というものも千葉市の方で何らかの保険に入っていたらいいかなと思っております。
平澤委員長	よろしいですか。問題を整理した方が良いと思います。医師が訴えられて医師が払わなければならない場合の補償の話と、今ここで言っているのは、医師が事故に遭い自分がお金をもらう場合の補償の話と混ざってしまっているんで、今は医師が事故に遭ってしまう。例えば救急ヘリが落ちたときに医師にどれだけお金を払っていただけるのかという話しをしているので、それと医師が訴えられての場合と分けて考えないといけないですね。
貞廣部会長 古川補佐	事故に遭ってしまった場合の補償の話からでよろしいですか。 緊急時離着陸場で救急車とドッキングして傷病者を治療中に事故に

貞廣部会長	遭う、又は救急ヘリに傷病者を乗せる間に事故に遭うことについて、緊急時離着陸場で事故はほとんどないと思いますが、何かしらの事故、例えば傷病者と共に移動中に交通事故に遭うなどの二次災害に遭った場合、レアケースで御説明しましたのは緊急時離着陸場と発生場所が非常に近くであったときに医師が発生現場まで行けるよと、そういったときにたまたま二次災害に巻き込まれたときの補償をどうするのかという意味でお話しをさせていただいているのです。
古川補佐	そのときに出向く医師のスタンスとして、大学病院の公務として扱うのか消防から依頼されて行くのかということの違いは、どちらの立場でいようと保険は補償があるのですか。
貞廣部会長	それも考えていかなければならないのですが、DMAT 自体もそういった形で保険に入っているようなので、多分同じ位置付けではないかと考えております。ですから医師の皆様が病院の業務として出向いても、もし事故に遭ったならば消防側として保険に入って対応していこうという事で考えております。
古川補佐	わかりました。途中で割り込みましてすみません。御説明を続けてください。
嶋村部会員	今までの補償の説明で良ければこういったもので対応していきたいということです。ただ、先ほどの石川管理課長補佐からありました、これを公務で行くのかということにつきましては、基本的に病院側と消防側で協定書みたいなものを結ばなければならないのかなと思っております。そういった取決めをすることにより公務扱いとなるのでしょうか。この部分が事務局としては不明なところなのですが。
古川補佐	公務で行った方が、例えば途中で指を挟んで障害を受けたときには労災認定が多分受けられますね。
嶋村部会員	労災についてですが、資料は9ページになるのですが消防としての公務災害補償については、消防団員等公務災害等の共済基金で補償ができるのですが、この事務局に問い合わせたところ、基本的には勤務先の医療機関での労災補償の方が大きいということでした。嶋村部会員が先ほどおっしゃられたことでは、休日で常駐医師として出向されているというお話しですね。
山口係長	県の体制としては、どうなるのか全く分からないところなのです。先日、山口さんと鮫島さんに病院局ではどうですかと一応お願いしておいたのですが、いかがでしたか。
	最終的に協定であるとかそういった部分の一部は病院局を通す。それ以外は、病院として県の知事部局ではなくて公営企業になっておりますので、千葉県救急医療センターの管理課の方で対応するというお話しは頂いております。ほとんどの部分はそれで大丈夫ということで

嶋村部会長 山口係長 瀬戸管理課長	した。 県の医療整備課の方ではそういう話しまでされたのですね。 そうです。 この話し自体を受けたのが先週でありまして、ほとんど検討していない状況で申し訳ありませんが、この事業に千葉県救急医療センターの医師が参加するとなるとですね、県の業務とするならば出張の取扱いになるでしょうし、共済組合ですので何か事故に遭った時には公務災害ということで共済組合から補償されることになりますが、果たして出張であると認められるのか、今現在わからない。今おっしゃったのが病院局で認めてもらったよ、あるいは千葉県救急医療センターの判断だよ、と言っているのならば、センター長の判断で良いと思いますが、確認しなければなりません。それで、もしそれが駄目であるとするならば、県の業務として認められないということになります。しかし、お手伝いするならば、職務専念義務免除というのがあります。それを利用する。職務専念義務免除というのは、勤務時間中に時間を割いて行くことができます。ただ、職務専念義務免除ということは職務を免除するということで勤務中に行けるのですけれども自分の時間として行くことになります。ということは、県の補償はないことになりますので、相手方の補償であり、また手当であるということになります。現行での指令センターの常駐医師として出向しておりますが、これを勤務中に行くことができますが、いずれにしても県からの補償はないということになります。
古川補佐	そうするともう一度、事務局と県の医療整備課と細かくお話しをさせていただいた方が良いでしょう。これはやはり医療整備課と消防局で文書の取交しをした方が良いでしょう。
瀬戸管理課長	そうですね。これは病院局だけの問題ではなくて県の行政としてどのようにかわっていくのかというのがあると思いますので、もしかしたら健康福祉部の医療整備課になるのか、それから直属である病院局の経営管理課ということになってくるのかもしれませんが。もう一つあるのが今後、県の業務と認められ公務中に行くとなった場合に、今度は千葉県救急医療センター内のお話しになるのですが、現行業務が忙しくて人が足りないとしている中で、勤務中に救急ヘリに搭乗するとなると、現行で対応する患者さんへの受入れに支障が出ることになりますので、それで良いのかという話しになります。人員増との絡みで難しいところです。
貞廣部会長	その問題については、本来、千葉県救急医療センターに搬送される傷病者を救急現場で治療してくるので、ある意味仕事を楽にするといえますか、医師が余っているという感覚ではなくて、その傷病者の場

嶋村部会員	所に、救急現場に行って搬送するということがいでしょうか。 本当にこれは、文書の取交しがないと難しいのかなと思いますので、千葉県救急医療センター病院事務局に投げ掛けていただき、先ほどの説明のとおりセンター長の承認で良ければ、いわゆる千葉県救急医療センターと千葉市で取交しをするのか、本当にそれで良いのかというのが分かりませんので、調べていただきたいと思います。
古川補佐	医療整備課と病院局ですね。事務局で再度調査と確認をします。
嶋村部会員	千葉大学医学部附属病院はその点、業務として行けるわけでしょうか。
貞廣部会長	そういう形で行こうと考えております。一応、執行部から了解が得られております。
嶋村部会員	君津中央病院でのドクターヘリ運航では、いでしょうか。
貞廣部会長	休日に出向している形になります。
嶋村部会員	そのときの事故では、いわゆる県のドクターヘリ運用業務として補償があるのですか。
貞廣部会長	行き帰りは、保険に入っております。
嶋村部会員	そういう形にするしかないですね
貞廣部会長	この仕組みをどうするかですね。もしかすると2本立てになる可能性もあるかもしれませんね。
古川補佐	そうですね。両病院それぞれ消防局への対応が違って来るかもしれません。それに関しては事務局も想定しておりませんでした。
貞廣部会長	その話しが出てきまして、個人で保険に入っている医師がほとんどなのですが、休日で出向した場合にも自分達の勤務先に守ってもらわなければならないという感覚ですね。これに関しては私の方で調べさせていただきます。
嶋村部会員	そういう問題を片付けないと話しを進められないですね。
古川補佐	千葉県救急医療センターについては、先ほどのとおり事務局で県の方に確認いたします。
	それでは、よろしいですか。6番目の医療従事者への報償についてですが、資料の9ページとなります。今度は下段の方となります。医療従事者への報償につきまして資料では現在調整中、平成22年度は予算措置はなしとしておりますが、これは消防局内部で事務局と担当係の方で事務的に調整しております。来年度の平成23年度からこの救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動が実施されるならば、予算措置を講じる予定でございます。報償費ですが、通常の救急現場に医師を要請し傷病者への医療処置に当たっていただく場合が年間数件ございます。この場合につきましては、千葉市医師会の医師の報償基準に基づきまして1回6,900円を医師の皆様にお支払

嶋村部会員	いしております。この基準では、報償の支払対象が医師のみとなっていることから、看護師については定めがありません。事務局としましては救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動を実施するに当たり、両病院と協定書などというものにより運用したいと考えておりますが、この協定書の中で医師及び看護師の報償金額を定め、それに従いお支払いしたいと考えております。両病院につきましては、先ほど公務で出向されるのかどうかという問題もありましたので、この辺を含めて御審議いただければと思います。事務局として報償の金額については、千葉市医師会の報償金の基準である6,900円を考えております。看護師につきましては5千円程度と考えているところです。その辺では、両病院とも報償を受け取ることができるのかどうか、教えて頂きたいと思っております。 報償とまた違うのですが、医療行為の医療材料に関しては、往診という形がありますが、自分の所属する病院に搬送されれば医療材料は後からでも初療室で使用としたとすることができると思いますが、救急ヘリの現場で医療材料を使用したときに、例えば胸腔ドレナージの処置を実施した後、陸上搬送となったときに、この医療材料の扱いをどうするのかということがあります。
古川補佐 平澤委員長	そこまで考えておりませんでした。 それに関連しまして、今おっしゃいました例えば胸腔ドレナージをしたときにそれに対する手技の保険請求といいますか、収入に関してはその医師が帰属している医療機関が受け取れるのですか。
貞廣部会長	ドクターヘリで現場に行ったときには、降りて患者さんを診察した時点でその傷病者さんは君津中央病院の救急外来で診察したのと同じ状況が発生します。ですからそこでの処置はすべてカルテに記録しまして君津中央病院を受診したことになります。その後、もし亀田総合病院へ搬送したならば、君津中央病院からの転院という形になるので患者さんの家族にはその説明をしてお支払いをしていただくことと医療行為に関しては、通常の保険請求を致します。ただし、そのやり方をこの救急ヘリのピックアップ方式でどういう方法とするのか検討したいと思います。
平澤委員長	私は自分が搭乗することはないと思うのですが、搭乗医師への報償ということで、千葉市医師会でいうところの現場要請に要請された医師と同等という扱いは少し納得できないというか、危険手当的なものはないのでしょうか。例えば、消防局でも航空救急隊に搭乗する航空救急隊員と救急隊に乗車する救急隊員では、手当の扱いに違いがあるのではないかと予想するのですが。要するに車両で現場に行くのと同じくらいとなるとかわいそうな気がするのですがそのあたりはどうな

古川補佐	のでしょうか。考えてくださる余地はないのでしょうか。 考えさせていただきます。ただ、基準がわかりませんでした。消防局は特に手当の扱いに差はございません。
貞廣部会長	参考ですが、君津中央病院でドクターヘリ搭乗のための待機として詰めているときに、1日中出動がなかった場合にいただくお金と、出動の件数に応じて危険手当として何千円か出ております。
嶋村部会員	この6,900円とは、医師及び看護師への2人分の手当と考えるのでしょうか。
古川補佐	それは違います。それぞれに組み立てたいと思います。医師は医師、看護師は看護師としてそれぞれに設定します。
石川管理課長補佐	先ほど、公務で行くという話でしたが千葉大学医学部附属病院は公務の扱いであるとするならば、おそらく報償は受け取れないと考えます。
貞廣部会長	例えば、君津中央病院のドクターヘリの危険手当を大学の給料で危険手当が出るような話しはないわけですね。要するに、消防局から大学にお金が入って大学が危険手当を出すということはないわけですね。
石川管理課長補佐	例えば消防局から寄付金として千葉大学医学部附属病院の方へ入るならば、それは受け取れると思いますが、個人的な報償として消防局からは受け取れません。あと、先ほど現場での応急処置の診療報酬を患者家族に請求することができるならば、それは病院の業務であるということになります。
古川補佐	それでは、先ほどの補償の問題から今の報償の話しまで、基本的には公務で出向した方が動きやすいということですね。
貞廣部会長	ただ、事後検証の形もありますが、その扱いであれば受け取れると思います。
古川補佐	その形もあります。わかりました。事務局の方で確認したいと思います。あと、千葉県救急医療センターの方も県の医療整備課と病院事務局と一度全部お話しをさせていただいて、ということよろしいですね。
嶋村部会員	はい、瀬戸さんからお話しのとおり、県の業務とするのかそれとも別枠の取扱いなのか、その辺の大前提がありますので確認しなければなりません。それによってまた、報償とか補償も大きく変わると思います。救急ヘリについても搭乗できる形がどうなのかということもあります。
古川補佐	千葉県救急医療センターの医師の皆様の身分上の問題として、飛べるのかどうかということからスタートしなければならないということよろしいでしょうか。そういう意味では、恐らく千葉大学医学部

嶋村部会員	附属病院と千葉県救急医療センターとでは形が異なるかもしれないということです。 はい、それを確認してください。恐らく違った形になると思っております。
古川補佐	その辺も含めて事務局の方で確認させていただきます。
貞廣部会長	はい、よろしくお願いします。
古川補佐	検討項目は6項目終わりましたが、他に御質問等ありますでしょうか。
嶋村部会員	先ほどの全部の話がどういう体制で行くのか分かれば、今度はそれに対する教育や研修をどうするか煮詰めていくことになりますが、千葉県救急医療センターとしては、まだ階段を1段も上ってない状況なので、千葉大学医学部附属病院は既に整いつつあると思いますが、その辺を次回までに詰めたいと考えます。
平澤委員長	全体として費用対効果という意味で聞いておきたいのですが、現在までに14回出動して3回救急ヘリ搬送したということですよ。現行の救急車の場合は、途中反転として帰ってくることがよくありますが、救急ヘリを比較した場合の稼働中の経費はものすごく違うと思うのです。まあこれくらいの頻度で出動して、消防局が想定している範囲でこれほどの費用を掛けて、そのうち3回実際の効果があったというような程度を頻度としてアクセプタブルというか、説明責任を果たせるのか、例えば市議会で質問があったときに、この程度なら想定の内ですよ、という感じですか。
嶋村部会員	県のヘリですと、年間240回分までは、確か一括して費用が支払われていて、つまり使おうが使うまいが、その費用が計上されているようです。今回、千葉市の場合はどのくらいの予算を計上して、燃料費としては1回飛ばす当たりどのくらいであるとか、ある程度試算を立てている段階ではあると思いますが、平澤委員長がおっしゃっている費用対効果がどうかということですよね。
貞廣部会長	ヘリコプターを維持する全体費用からすれば、燃料の金額というのはどうですかね。
鈴木補佐	ヘリコプターが1時間飛行しますと、燃料を250から300リットル使用します。1リットルの値段が70円から80円くらいです。千葉市にヘリコプターが2機あるのですが、この2機で年間300時間の飛行を想定しております。今回の事業についての対応は100件程度としてとらえるならば対応が可能であるとしております。
古川補佐	この同時出動の図面を見ていると、そんなに件数がないのかな。ただ、先ほどの出動対象地域を見直さないといけないので出動件数は増えるのかなと思います。

貞廣部会長	理想と現実はどこで折り合うのかというのがありますが、ただこの現行の円については、千葉市の運用方法としては、検討する必要があると思います。ほかに皆様ご意見ありますか。特になければ事務局お願いします。
古川補佐	はい、本日は長時間にわたりありがとうございました。それでは、本日の検討項目についてすべて終了ということで、色々と部会員の皆様、平澤委員長、また事務担当者に問題提起していただきましてありがとうございました。事務局の方で整理しましてお示ししたいと思います。次回の本部会開催予定としまして9月下旬から10月上旬くらいを考えております。また皆様には、9月中旬くらいに日程調整のファックスを送らせていただきますので御回報いただきますようよろしくお願いいたします。以上で平成22年度千葉市救急業務検討委員会救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動に関する専門部会を終了いたします。長時間にわたる御審議ありがとうございました。

平成22年8月30日開催の、平成22年度第1回千葉市救急業務検討委員会「救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動に関する専門部会」の議事録として承認し署名する。

千葉市救急業務検討委員会

救急ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動に関する専門部会

部会長承認済み・確定文書（写）