

平成22年度第2回千葉市救急業務検討委員会

議 事 録

1 日 時 平成23年1月24日（月） 19時00分から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（12人）

平澤 博之委員、織田 成人委員、中村 弘委員（代理 嶋村 文彦医師）、山本 義一委員、谷嶋 つね委員、中野 義澄委員、高橋 敬一委員、湧井 健治委員、中村 孝雄委員、中田 泰彦委員、高橋 長裕委員、廣瀬 彰委員

（2）事務局

飯塚警防部長、渡邊救急課長、野崎指令課長補佐、鈴木航空課長補佐、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、坂本土長

（3）オブザーバー

貞廣 智仁医師（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）

千葉県：安西室長（総務部消防地震防災課）、山口室長（健康福祉部医療整備課）

千葉市：森係長（健康部健康医療課）

4 報告

報告1 救急活動事後検証票の本運用について

報告2 救急救命士に対する再教育の進捗状況について

報告3 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の暫定運用開始について

5 その他

平成22年度第3回千葉市救急業務検討委員会の開催日程について

6 議事概要

（1）平成22年度第1回千葉市救急業務検討委員会議事概要報告

平成22年5月17日月曜日に開催された、平成22年度第1回千葉市救急業務検討委員会の議事概要は、平成22年度第2回千葉市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、意見等はなく了承された。

(2) 報告1「救急活動事後検証票の本運用について」

事務局から報告があり、運用について了承を得られたが、検証票の4枚目まで様式1が分かるように番号を入れることとされた。

(3) 報告2「救急救命士に対する再教育の進捗状況について」

事務局から一般救命士の再教育、気管挿管認定救急救命士の再教育及び薬剤投与認定救急救命士の再教育についてそれぞれ進捗状況が報告された。また、教育を担当された指導医師の意見の紹介と、受講生の受講後の主な意見が紹介された。

(4) 報告3「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の暫定運用開始について」

事務局から実施概要、活動内容その他詳細な事項について報告があった。また、平成23年1月24日に実施された、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シミュレーション訓練の実施結果が報告された。

なお、本救急活動の暫定運用開始は、平成23年2月1日火曜日、本運用は平成23年4月1日金曜日から開始する旨報告があり、了承された。

(5) その他「平成22年度第3回千葉市救急業務検討委員会の開催日程について」

事務局から平成23年度千葉市救急業務検討委員会の開催は、平成23年3月を予定していると説明があった。

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2回千葉市救急業務検討委員会を開催いたします。本日の委員会は、国立病院機構千葉医療センターの増田委員、千葉県救急医療センターの中村委員が欠席となっております。なお、中村委員の代理としまして嶋村医師が出席されております。よろしくお願いいたします。また、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部会長であります千葉大学医学部附属病院の貞廣医師にも御出席いただいております。よろしくお願いいたします。今回もオブザーバーとして、千葉県から安西消防地震防災課室長、医療整備課から山口室長、千葉市保健福祉局から健康医療課の森係長が出席されております。よろしくお願いいたします。それでは、開会に当たり千葉市消防局警防部長の飯塚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22年度第2回千葉市救急業務検討委員会に御出席いただき誠にありがとうございます。また、日頃は千葉市の救急行政の推進に御協力いただきまして重ねて御礼を申し上げます。当市のメディカルコントロール体制は委員皆様の御協力によりまして、指令センター医師常駐体制、救急活動事後検証体制、昨年から実施しております救急救命士の再教育につきましても、順調に進捗しているところでございます。今後もメディカルコントロール体制の更なる強化を図ってまいりたいと考えております。委員の皆様方には引き続き御支援御協力を賜りますようお願い申し上げます。昨年の当市の救急出動件数は48,753件で対前年比はプラス3,548件で7.8パーセントの増加となりました。救急出動は全国的にも約7パーセント増加しており、救急需要対策は大きな課題となっております。消防庁の発表によりますと、救急車の出動件数は高齢者の増加による影響を受けまして今後20年間は増え続けるとの予測が出ているところでございます。消防局といたしましても、市民に対する広報活動等を実施し対応を図っておりますが、今後とも救急体制の充実、強化を図っていく所存でございます。委員の皆様方には、今後とも千葉市の救急業務各般にわたり御支援、御協力を賜りますようお願い申し上げます。本日の議題でございますが、報告事項が3件でございます。委員の皆様方に御審議の程よろしくお願いいたします。本日はよろしくお願いいたします。
古川補佐	飯塚警防部長は、業務の都合によりここで退席させていただきます。それでは、会議資料の確認をさせていただきます。お手元の資料1

	ページ目ですが、平成２２年度第２回千葉市救急業務検討委員会の次第となっております。次にインデックス議事概要ですが、平成２２年度第１回千葉市救急業務検討委員会の議事概要となっております。次にインデックス報告１ですが、救急活動事後検証票の本運用についての報告要旨となっており、インデックス資料１、５ページから１２ページまでが本報告の資料となっております。次にインデックス報告２ですが、救急救命士に対する再教育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２、１４ページから１８ページが本報告の資料となっております。続きましてインデックス報告３ですが、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の暫定運用開始についての報告要旨となっており、インデックス資料３、２０ページから２７ページが本報告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ですが、平成２２年度第３回の千葉市救急業務検討委員会の開催日程となっております。それと、追加資料として救急医療ジャーナルのコピーと、指令管制員による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出動判断キーワードをお手元に置いてあります。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わります。それでは、以後の議事の進行を千葉市救急業務検討委員会設置条例第５条の規定に基づき、平澤委員長にお願いいたします。
平澤委員長	はい。各委員の皆様方におかれましては大変お忙しい中、平成２２年度の第２回千葉市救急業務検討委員会に御出席いただき大変ありがとうございます。先ほど、飯塚警防部長のごあいさつにもありましたが救急車の出動件数は非常に増えてきております。皆様のおかげをもちまして千葉市における病院前の救急救助活動はスムーズに行われていると思いますし、後から色々と報告がありますがその中でいくつかのメディカルコントロールに関する先進的な取り組みをやっていて全国からも注目されております。救急関連雑誌などにも救急課の方々が論文を載せていて全国から注目されているところでございます。これもひとえに委員の皆様方の御指導によるものでしてこの場を借りて厚く御礼申し上げます。そして本日もまたいつもどおり活発な議論をお願いいたします。本日は先ほども申したとおり３件の報告事項が主な議事となっております。それでは、次第に基づきまして議事概要の報告からお願いいたします。前回の平成２２年度第１回千葉市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します。
古川補佐	はい。委員の皆様、本日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に関する報告がございますので、消防局航空課の鈴木補佐が出席しております。鈴木は、救急ヘリのパイロットであります

平澤委員長	ので、報告の際に御質問等がございましたら対応させていただきます。それでは、議事概要の報告をさせていただきます。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22年度第1回千葉市救急業務検討委員会は平成22年5月17日に委員11人の出席により消防局で開催し1件の議題と6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、平成22年度第2回千葉市救急業務検討委員会の開催に先立ち、委員の皆様方に事前配布の上御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22年度第1回千葉市救急業務検討委員会の議事概要の御説明を終わります。御指摘などありましたらお願いいたします。 ありがとうございます。平成22年度第1回の千葉市救急業務検討委員会の議事概要について、報告がございましたが何か御質問御指摘などございますでしょうか。よろしいでしょうか。
委員一同 平澤委員長	異議なし。 それでは、これで認めていただいたということにしたいと思います。引続き議事を進行させていただきます。次第3報告事項の1でございます。救急活動事後検証票の本運用について、事務局から報告をお願いします。
古川補佐 鮫島係長	はい。事務局の鮫島から御報告させていただきます。 救急課の鮫島です。よろしくお願いします。それでは、報告1救急活動事後検証票の本運用について御報告いたします。インデックス報告1をお開きください。救急活動事後検証票につきましては、平成22年7月1日に開催いたしました平成22年度第1回千葉市救急業務検討委員会事後検証に関する専門部会におきまして事後検証票の本運用について御提案をしたところ、部会員の皆様方から現在使用している検証票を若干見やすく変更した上で本運用として欲しいとの指摘がありましたので事務局におきまして書式の変更を行い、部会員の皆様に御呈示し了解を得ましたので御報告いたします。5ページのインデックス資料1をお開きください。5ページから8ページが現在使用している事後検証票となります。5ページではフォントを見ていただくとお分かりになると思いますが、入力した文字と書式の文字のフォントが同じものとなっているので、救急隊員の入力した部分が分かりづらいというところがありました。修正を加えた事後検証票が9ページから12ページとなっております。全体的な変更事項では、検証票の既存の文字と入力する文字のフォントを区別して見やすくいたしました。また、自由に記入することができるそれぞれの欄についても若干修正を加えております。それでは9ページから実際修正を加えた部分について御説明いたします。検証票の左上の検証票区分のところでは、

	が、従来ですと選択形式であったものを修正し一覧としております。これにより複数の項目を選択することが可能となっております。ディスプレイでも表示しておりますので御覧ください。時間経過時刻につきましては入電時刻、医療機関収容時刻を新たに加え、従来の検証票よりも上に移動しました。入電時刻とは、実際に119番通報があった時刻となります。医療機関収容時刻とは、救急車で病院到着後医師に引き継いだ時刻となります。時間経過欄の2段下を御覧ください。ここは、心停止の推定原因など総務省消防庁で集計を行っているウツタイン様式に関するデータ項目なのですが、これを一つのグループとしてまとめました。その下の段は外傷の項目となっておりますがこれについても一つのグループとしてまとめました。さらに下がりまして、傷病者の初期観察結果の部分に病態の判断の欄を設け、現場到着時に救急隊員による初期評価判断を記入することとしました。続きまして、10ページをお開きください。ここでは、搬送する傷病者の容態変化等を時系列で記入できるようになっております。記入する項目では、活動概要、常駐医師への要請内容、常駐医師からの指示指導内容となっておりますが、記入する部分を従来の検証票より広くしました。以上が事後検証票の主な改定点です。この事後検証票は、平成21年から現在まで暫定的に運用しておりますが、変更した事後検証票で正式な運用を開始したいと考えております。以上で事後検証票の御報告を終わります。
平澤委員長	はい。ありがとうございます。委員の皆様、御承知のように事後検証はメディカルコントロールの中で重要な部分を占めていて一定の基準を満たしている対象症例に対してこういうデータを出してもらい、医師が色々とチェックしまして、適切な活動を実施しているかをチェックし救急隊にフィードバックすることにより、病院前の救急活動の質を担保しようとするシステムです。その検証票について今まで色々と改善を重ねてきまして、暫定運用した後、少し直した方が良いということで、今説明があったようにこういう形で今後本運用したいという報告なのですが、皆様何か気付かれたことがございますでしょうか。
山本委員	事後検証票は4ページにわたっているわけですね。最後の4ページ目は心電図を添付する形になっていると思うのですが、1ページ目の右上に様式1と記載されておりますが、2ページ目以降は記載がないですね。検証票は1枚ではないということをはっきりと分かるようにした方が良いのではないのでしょうか。
平澤委員長	例えば、様式の1の1、様式1の2という書き方が良いということではよろしいでしょうか。
山本委員	あるいは、検証票1、検証票2とかという表現もあります。

古川補佐	それは事務局で検討させてください。委員の皆様がそちらの方が分かりやすいということであれば、事務局としては特に問題はないと思っております。平澤委員長がおっしゃられたように9ページが様式1の1、10ページを様式1の2という形にするという解釈でよろしいでしょうか。
山本委員 平澤委員長	はい。 事務局の認識としては、事後検証票4枚が様式1というのですが、それを4枚目まで様式1というのが分かるように、番号を入れてください。
古川補佐 平澤委員長 織田委員 鮫島係長 織田委員	はい。分かりました。 ほかに何かありますか。 この事後検証票はコンピュータで入力するものですね。 そうです。 例えば時間経過で入電から現着などは自動計算されて出てくるのですか。
鮫島係長 織田委員	自動計算される仕組みとなっております。 救急業務を実施しますと現状報告書を含め何枚も作成しているところだと思うのですが、救急隊の活動記録をなるべく簡素化してできるだけ負担を減らそうというのが一つの目的であったと思うのですが、その辺は良い方向に改善されているのでしょうか。
鮫島係長	今までと比べますとデータが反映された部分が増えてきておりますので負担の軽減は図られております。
織田委員	例えばウツタインの情報などは、救急業務実施報告書に入力すれば総務省に報告する様式にもデータの反映があるという形になっているのでしょうか。
鮫島係長	そういう仕組みを作っていく方向でありますが、まだそこまではいたっていない状況です。
織田委員 平澤委員長	分かりました。 よろしいでしょうか。救急出動して帰ってきますと、報告しなければならない書類が山となってあるのですが、その中で事例によってはこの検証票を提出しなければならないということで、なかなか大変なのですが重なる部分については、データをうまく利用できるように工夫してくださるということです。この検証票は電子化されておりますが、実は全国でもそれほどあるわけではなくて、この件に関しては千葉県救急医療センターの中村医師が臨床救急医学会で何回か発表して注目を浴びております。ほかに何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。
委員一同	異議なし。

平澤委員長	それでは、報告いただきましたとおり、委員のアドバイスいただきました部分を整えた上で本運用ということにさせていただきたいと思っております。ありがとうございます。それでは報告2の救急救命士に対する再教育の進捗状況について事務局より報告をお願いします。
鮫島係長	報告2救急救命士に対する再教育の進捗状況について御報告いたします。インデックス報告2をお開きください。救急救命士の再教育につきましては、一般救命士の再教育、気管挿管認定救急救命士の再教育及び薬剤投与認定救急救命士の3本立てとなっておりますので、それぞれについて御説明させていただきます。資料の14ページをお開きください。1の一般救命士の再教育について括弧1病院実習につきましては、丸1から丸4まで記載しております4箇所の医療機関により平成22年5月から現在まで37人修了しております。平成22年度の病院実習予定者は50人を予定しておりますので、残りの13人を年度内に終了できるよう医療機関にお願いしているところでございます。実習先医療機関の医師からは、「実習生の実習態度や姿勢については、概ね良好である。」という評価を頂いております。また、実習中における静脈路確保の実施目標を3回以上としましたが、研修生1人当たり平均5回の実習ができています状況でございます。次に15ページの括弧2ですが、消防学校における集合教育については、年間2回実施予定で1回目の教育を平成22年11月8日から12日までの5日間で実施しました。この集合教育では、平澤委員長と中村弘委員に講義を賜るなど受講生にとっても価値のあるものとなりました。また、実技指導は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が中心となりまして、昨年の4月から運用を開始している、指導救命士2人とともに実技指導をしていただきました。仲村部会長からは、技術的な部分については概ね一定の水準を満たしているとのことでありましたが、やはり個人差があるということで、今後も実技訓練を積んでほしいとの意見がありました。次に15ページ括弧3のその他の日常的な教育についてですが、救急救命士を始め多くの救急隊員が様々な医学会や勉強会、研修会に参加しております。続きまして16ページの2気管挿管認定救急救命士に対する再教育は、平成22年12月13日、14日の2日間で消防学校において実施いたしました。講師は、千葉県救急医療センターの荒木医師と仲村部会長に御指導いただきました。両指導医師からの意見としまして括弧6に記載しておりますが、これ以外に、喉頭鏡の使用 방법에若干不安の残る受講生がいるということで今後も実技訓練を継続してほしいとの御意見がありました。最後に17ページ3の薬剤投与認定救急救命士に対する再教育の実施結果ですが、平成22年

平澤委員長	12月20日、21日の2日間で実施しました。講師は千葉県救急医療センターの稲葉医師でございます。稲葉医師からの意見を括弧6に記載しておりますが、全体的な内容といたしましては、「救急活動での時間がかかりすぎる場合があるので、常に搬送にかかる時間と現場での特定行為にかかる時間を天秤にかけるという意識を持って活動してほしい。」ということ、また、「救急活動は1人ではないことから所属に帰ってからサポートする隊員の教育を怠らないようにすること。」と御指導がありました。救急救命士に対する再教育の報告は以上です。 ありがとうございます。御承知のように一般救急隊員の上に救急救命士がありますが、すべての救急救命士が気管挿管と薬剤投与ができるわけではなく、救急救命士の中から訓練を受けて資格を取り気管挿管が認定された救急救命士とアドレナリン薬剤の投与ができる救急救命士がいて、それぞれ再教育をすることが決まっています。今まで再教育がなかなか行われていませんでしたが、行われるようになったという御報告です。薬剤投与と気管挿管の認定の救急救命士に対する再教育は部分的に今までもやっておりましたが、今年は薬剤投与と気管挿管の認定を持っていない救急救命士への再教育が始まり、消防学校における講義や中村孝雄先生の千葉中央メディカルセンター、中田委員のみつわ台総合病院等で実習をさせていただいて大変ありがたく思っております。増田委員の国立病院機構千葉医療センターにおいても実習が開始されましたのでありがたく思っております。一般救命士に対する再教育や気管挿管、薬剤投与ができる救急救命士について御報告がありましたが、実は千葉市は非常に進んでおり、再教育を全国でこんなにきちんとやっているところはなかなかありません。それに関連して千葉市では指導救命士という制度を作りまして、再教育に関して医師だけが指導する立場ではなく、救急救命士の中から経験豊富で優れた救急救命士を選び、指導救命士という称号を与えて屋根瓦方式で指導救命士が救急救命士を教育するシステムを作り上げました。全国で取り上げたりなどしておりますので、報告をしていただけますか。
山口係長	平澤委員長ありがとうございます。御紹介させていただきます。資料としてお手元に置かせていただきました救急医療ジャーナルという専門誌の写しがございます。委員長から御紹介いただきましたとおり平成20年に総務省消防庁から救急救命士の再教育について通知がありまして、資格取得後の救急救命士に再教育をやらなくてはならないということが全国的に広がっておりました。しかしながら、消防本部の規模や医療機関の先生方の御協力を頂かなければ消防機関の再教育は進みません。なかなか全国的に進まない中で、千葉市は今年の平成

	21年度に再教育に関する体制を委員、部会員の方々御審議の上、御協力を頂き、構築することができました。「救急医療ジャーナル」という救急隊員向けの専門情報誌なのですが、ここに特集として救急救命士の再教育を考えるという企画がございまして、雑誌自体は平澤先生が編集委員長をされておりますが、千葉市が行っている再教育を紹介してはどうかということで載せさせていただいた次第でございます。再教育の現状と今後の計画、課題についてということと、指導救命士の可能性を探るという2題について、再教育と再教育の中心となる指導救命士の制度を御紹介させていただきました。指導救命士に関しましては、実は千葉市全体で業務改善の提案が毎年実施されておりまして、今まで行っていたことを変えることにより市民サービスが向上するのではという内容を各部局が提案いたしました。救急課では指導救命士を業務改善の一環として提案させていただきました。300ほどの応募の中から、最終的な審査に残った5提案のうち、消防局の提案した指導救命士制度の論文、レクチャー等が2位となり市長表彰を受けた次第です。ここに賞状と盾がありますが、委員の皆様方の御協力のおかげで表彰されたということで御報告させていただきます。
平澤委員長	ありがとうございます。再教育全般について御質問、御指摘などございませんでしょうか。
織田委員	水を差すようで申し訳ありませんが、再教育に関して再教育を受けた隊員側の満足度や問題点が今日の報告になかったのですが、教育法の評価は教える側からだけの評価ではなくて、両方から見て良い方向へもっていくのが普通ですので、教わる方からの評価も次回から報告をお願いいたします。
平澤委員長 鮫島係長	受講生のアンケートを取ってあると思いますがいかがですか。 はい。アンケートは取っておりますので、主な意見を御紹介いたしますと、再教育を受講して救急活動の見直しができて良かったということで、これからも実施してほしいという意見や5日間では少し短いという意見も多くありました。
平澤委員長	せっかくならこの会議にてアンケート結果を出した方が良かったですね。こちらも気付きませんでした。私は見たのですが、確かに出した方が良かったと思います。ありがとうございます。ほかに再教育の報告に関しまして意見はございませんか。よろしいですか。
委員一同 平澤委員長	異議なし。 それでは、この報告についてお認めいただいたということで報告3に移りたいと思います。これは、変わっているといえますか、なかなか面白い報告なのですが、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の暫定運用開始について報告をお願いします。

古川補佐	はい。御報告いたします。インデックス報告3をお開きください。消防ヘリコプターを用いた傷病者の搬送につきましては、昨年6月に救急隊と救急ヘリの同時出動体制の運用の搬送実績を基に昨年8月に委員の皆様へ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立に関して御承認を頂いたところでございます。その際に私どもから各委員の皆様方に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の概要的なことに関しましてお話しさせていただきました。その後、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立を御承認いただきましたので、実際に2回の専門部会を開催いたしました。そして、その活動概要が概ね整理されました。また、協力医療機関である千葉大学医学部附属病院との調整が整ったということから暫定運用を開始することといたしましたので御報告させていただきます。資料20ページをお開きください。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の概要書ですが20ページから22ページまでありますので、いくつか区切って御報告させていただきます。それでは、1の実施概要から運航日、運航時間までを御説明させていただきます。1の実施概要ですが、119番入電時に救急要請場所が本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対象地域であり、傷病者が対象傷病者であると指令管制員が判断した場合に救急隊を要請場所に出動させるとともに救急ヘリを協力医療機関に出動させ、そこで医師と看護師をピックアップして救急要請場所付近の緊急時離着陸場において救急隊から傷病者を引き継ぎ、その引継場所で傷病者に対して医療行為が実施されるとともに早期に医療機関へ搬送することにより、救命率の向上を図るという内容でございます。協力医療機関は、千葉大学医学部附属病院とさせていただいております。なお、運用に当たり千葉県救急医療センターにもお願いして御協力いただく予定でしたが、派遣していただく医師の身分上の問題が解決されておられませんので、これが解決しましたら御協力賜りたいと考えております。本日の御説明につきましては、千葉大学医学部附属病院との連携に関してのみということで御理解を頂ければと思います。次に3の運航日、運航時間についてですが、土曜、日曜及び祝日を除く9時から17時までといたしました。これは、当局の航空隊の運航が平日のみだけであること、派遣を依頼する千葉大学医学部附属病院の医師の勤務時間の関係でこの時間とさせていただきました。なお、10月から2月までの冬季の期間中は、日没の時間の関係で17時前になる場合もございます。資料23ページをお開きください。こちらに基準時間をお示ししましたが、これは日没時間を考慮した運航時間を示しております。
------	--

平澤委員長	この基準時間に基づきまして運航したいと考えております。実際の活動フローについては、この後、御説明する予定でございます。1から3について御説明を終わりますが何か御質問等はございますでしょうか。 よろしいですか。それでは全体を通して質問を受けることといたしまして次に進んでください。
古川補佐 鮫島係長	はい。それでは、活動内容につきまして鮫島から御報告いたします。 活動内容について御報告させていただきます。資料24ページをお開きください。119番の入電時に指令管制員が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の対象地域であること、なおかつ対象傷病者であることを判断した場合に、まず救急隊を要請場所に出動させます。それとともに救急ヘリを出動させまして千葉大学医学部附属病院の上空で待機させます。その際に救急ヘリは、要請場所に最も近い緊急時離着陸場を指定し、指令管制員に連絡をします。要請場所に到着した救急隊は、傷病者観察を行っ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適応する症例であるかを判断し、速やかに指令管制員へ連絡します。そして、必要最低限の処置を実施し、指定された緊急時離着陸場に向けて現場を出発します。また、千葉大学医学部附属病院の上空で待機していた救急ヘリは、救急隊が適応症例と判断した結果を指令管制員経由で連絡を受け、千葉大学医学部附属病院の屋上ヘリポートに着陸しまして、医師と看護師をピックアップし緊急時離着陸場に向かいます。この緊急時離着陸場で救急隊と救急ヘリがドッキングすることになります。ここで医師の治療が開始されます。搬送先は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となりますが、市外の三次医療機関へ搬送される場合もあります。また、緊急時離着陸場において、傷病者の搬送方法として救急ヘリにするのか救急車にするのか医師が判断をします。救急活動内容は以上となります。御質問等はございますでしょうか。
平澤委員長 中田委員	ドクターヘリは、日本医科大学千葉北総病院や君津中央病院から飛び立つ時に既に医師が搭乗しておりますが、これはそうではなくて千葉大学医学部附属病院に寄って医師2人あるいは医師1人と看護師1人をピックアップしてそれから現場に向かうということですね。搬送時間の短縮と医師が傷病者に対する治療開始時間も早くなるというような利点があるシステムだと思います。ここまで何か御質問ございますか。 千葉市は、先ほども報告がありましたが年間48,000件ぐらいの救急出動があるのですが、毎年救急搬送される症例の中で、この条件に適応となる症例がどれぐらいあると予想しているのでしょうか。

平澤委員長 古川補佐	大体数字が出ていますと思いますが、いかがですか。 昨年から、救急隊と航空隊の同時出動を運用しておりますが、当時の予想では100件ぐらいを予想しておりました、今回も同様の対象傷病者と対象エリアとしておりますことから、これで計算すると、実際に昨年の6月1日からの件数では、1月19日現在で救急ヘリが33件出動しております、このうち救急ヘリによる搬送が7件となっております。実際この状況で運用を開始しますと恐らく30件から50件と考えています。
平澤委員長	夜間は飛びませんし、日中でも遠い地域です。しかも、傷病者の状態を限定しているということもありますので、そんなに症例は多くないと思います。でも、救急ヘリの有効な使い方として実施してみようということで、全国でも岐阜県が同じようなことを実施しているくらいですから、あまりやっていないと思います。ここまでよろしいでしょうか。まだ事務局から説明がありますね。
古川補佐	はい。次に救急ヘリの出動編成について御説明いたします。資料の20ページにお戻りいただいてよろしいでしょうか。20ページ5の出動編成について御説明いたします。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して救急ヘリの定員は8人でございます。括弧1ですが千葉市消防ヘリポートを離陸時の編成として、機長、副操縦士、整備士、航空救急隊員の4人で出動するという形になります。それから千葉大学医学部附属病院のヘリポートに着陸後、医師2人又は医師1人、看護師1人が搭乗しますのでここで6人となります。そして緊急時離着陸場へ向かい、新たに傷病者1人と救急隊から原則救急救命士が搭乗します。以上で8人ということになります。出動編成についての説明は以上でございます。質問等はございますでしょうか。
平澤委員長 中村委員 古川補佐	何か質問はございますか。 航空救急隊員というのは、どのような方なのでしょうか。 現状で、航空課に救助隊員が2人在籍しております。この救助隊員は救急隊員の資格を有しておりますので救急ヘリで出動する際にはこの隊員が必ず搭乗するという運用上の決まりがあります。
中村委員 古川補佐 中村委員 平澤委員長	救急救命士の資格はないということですか。 はい。普通の救急隊員です。 分かりました。 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貞廣部会長が出席してくれておりますが、医師が搭乗して現場でできる治療の範囲といいますか、早い話しが薬剤とかはどういったものを準備しているのでしょうか。あるいは何か処置にかかる資器

貞廣部会長	材はどういったものを準備しているのでしょうか。
平澤委員長	輸液、薬剤、その他を準備しておりまして、ほとんどの症例に対応できるものとしております。
貞廣部会長	その資器材は千葉大学医学部附属病院から持って行くということでしょうか。
平澤委員長	そうです。通常我々は、敷地内で起こる事故に対応するために、輸液セットから緊急用の薬剤、外傷セットなどそういったバッグを作って準備しております。それを持って行くことになります。
嶋村医師	どうですか。何か御質問等ございますでしょうか。本日は、嶋村医師が中村委員の代理でいらっしゃるのですが、このことで出席されているわけではないのですが、千葉県救急医療センターでは医師の派遣はなかなか難しいですか。
平澤委員長	県の医療整備課と詰めないといけないのですが、身分上の問題がありましてまだ解決していない状況です。
古川補佐	分かりました。それでは事務局の説明を更に続けてください。
	はい。6の出動対象地域について御説明いたします。出動対象地域につきましては、基本的には昨年6月から実施しております、救急隊と救急ヘリとの同時出動のエリアに近い形で組立てをさせていただきました。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、救急課としましては、対象地域を千葉市全域にしてしまうと先ほど中田委員から御指摘を頂きました出動件数の問題とか色々問題がありまして、運用ができなくなるのではないかと、ということを考えまして、ある程度エリアを設定させていただきました。救急隊は、重症傷病者を取り扱った場合、収容先を直近の三次医療機関相当である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に交渉し収容を依頼するということが前提となっております。このこと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はこの2つの医療機関を中心とした計画をしなければならないのではないかとというような形で考えさせていただきました。資料25ページをお開きください。この図は、今、ディスプレイに出ているものと、全く同じです。基準といたしましては、千葉大学医学部附属病院と千葉県救急医療センターを中心として、半径5キロメートルの円を描いて、この円の以外の区域、概ね千葉市の緑区、若葉区、そして花見川区では八千代市寄り、それから稲毛区では四街道市寄りが主な対象エリアとする形で考えさせていただきました。この半径5キロメートルの円内というのは、救急車で搬送しても概ね10分ぐらいで病院へ到着できる距離という考え方です。資料26ページをお開きいただけますでしょうか。上段に示しておりますのは救急隊の活動の時系列を示してある

平澤委員長
委員一同
平澤委員長
古川補佐

のですが、出勤、現着、ピックアップ判断、その次に車内収容とありますが車内収容の上段に2分と記載されており、そこから現場出発準備、現場出発、離着陸場着、医師引継ぎまで概ね10分程度でできるだろうという判断で、今までの経験からこのような想定で医師に引き継げるのではないだろうか、という観点から救急車で陸路搬送する場合も10分で病院到着できる距離と整合性を取ってはどうかということでこの5キロメートル圏内といったものをお示しさせていただきました。このことは、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に関する専門部会でも特に問題となったのですが、ディスプレイに出ておりますこの円の中で発生した、例えば千葉大学医学部附属病院を中心に5キロメートルの円内で、この緑色の地域ですがここで重症傷病者が発生した場合に直近の千葉大学医学部附属病院に搬送すればそれで良いのですが、これができない場合というのは更に収容先が遠くなってしまうのではないかと問題については、次の7で御説明したいと思っております。あくまでも出勤対象エリアについては、先ほど御説明いたしました千葉大学医学部附属病院、千葉県救急医療センターから5キロメートルの円を設定し、これ以外の地域を対象としたいということで考えております。出勤対象地域については以上でございます。

6の出勤対象地域についてよろしいでしょうか。

異議なし。

それでは、次の7について説明をお願いします。

はい。資料の21ページをお開きください。出勤対象地域以外で発生した本救急活動適応症例での対応について御説明いたします。半径5キロメートルの円内で発生した適応傷病者への対応ですが、先ほど御説明いたしました千葉大学医学部附属病院を中心とした円の中で、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適応する重症傷病者が発生し、千葉大学医学部附属病院で収容できない場合の対応ですが、実際にそういう症例があった場合に救急隊の収容依頼で次の選択として近くの千葉市立青葉病院に収容を依頼するか若しくは三次医療機関である千葉県救急医療センターに収容を依頼するのが実状です。今回そういう場合に直近の三次医療機関が収容不能な場合には指令管制員を介して、まず救急ヘリの要請をかけるということにいたしました。救急ヘリについては、要請がありますと離陸するまで3分から5分を要しますが、救急隊はこの間に収容先医療機関を交渉します。搬送先が決定し仮に千葉県救急医療センターで収容可能となった場合に陸路での搬送なのか、救急ヘリで搬送した方が早いのかそれに関しては救急隊員の判断に委ねるとしてあります。場合によって

平澤委員長	は、市内の二次医療機関、三次医療機関で収容不能となった場合には救急ヘリにより広域的に市外の三次医療機関に搬送する場合も考えられます。そういった対応でこの千葉大学医学部附属病院、千葉県救急医療センターの半径5キロメートル圏内、更には10分圏内については救急ヘリを活用することで対応するという事で考えております。以上ですが、この出動対象地域以外は、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と扱いが変わりまして、単に救急ヘリの活用ということになります。何か御質問等がありますでしょうか。 そうすると、ドクターヘリを要請する場合との使い分けはどういうふうに整理してありますか。千葉市ではこれをやる限りではドクターヘリは必要ないという形になってしまうのでしょうか。家族の方はドクターヘリで君津中央病院や日本医科大学千葉北総病院に運ばれるよりは近いところに運ばれて同じようだったらそっちの方がいろいろお見舞いに行ったりするのも便利かもしれませんけども。貞廣部会長、その辺はどのように整理しましたか。ドクターヘリとのすみ分けといえますかその点でいかがですか。
貞廣部会長	現状は平日の日勤帯といいますか、千葉市の救急ヘリが運用されている時間帯は基本的にドクターヘリを使わずに千葉市の救急ヘリを使うということが大前提になっておりますので、その時間帯は我々を使ってといいますかドクターピックアップ方式のヘリ対応をすると。それ以外の休日に関しては、必要に応じてドクターヘリの対応も今後は考えていくということになっていきます。ただこのケースはですね、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一番の重要部分は覚知の段階で上がるということです。これが現場で初めて救急ヘリの要請がかかり、平川町の千葉市消防局ヘリポートからヘリが出動するとどうしても時間がかかってしまって、どうみても陸路の方が早くなってしまう。確かに、君津中央病院や日本医科大学千葉北総病院や船橋など市外の搬送の場合にはドクターヘリの方が早い可能性もありますけども、このシステムで緑区内で患者さんが発生して、千葉大学医学部附属病院又は千葉県救急医療センターが収容不能となった場合にはこのシステムでは平川町の千葉市消防局ヘリポートから既に救急ヘリが上がっていますので、恐らくこのシステムではドッキングして医師がいなくても搬送した方がドクターヘリを呼んでそれからドッキングポイントで収容するよりは恐らく早くなると思います。ただ、運ぶ距離によってはもちろん逆のことも起こり得るかもしれませんが、恐らく数分単位の違いだと思います。
平澤委員長	そうすると、平川町から飛び立って千葉大学医学部附属病院の上でホバリングしていて、そこから医師をピックアップしないで帰ってし

貞廣部会長	もうということも起こり得るということですね。 もちろんです。それはこの仕組みの大前提でもあるのですが、現場の救急隊がヘリ適用ではないと判断した時点でヘリは引き返します。
湧井委員	教えてほしいのですが、これはすべて陸上の話ですけども、海上の部分に関して救急ヘリは出動するのでしょうか。
平澤委員長	それは、想定しておりますか。それはまた別の話ですか。
鈴木補佐	航空課の鈴木でございます。ただ今御質問がございました海上とか山岳とかの場合は、救助活動として出動いたします。千葉市ですと東京湾で溺水者が発生した場合に医師に乗っていただくのではなくて、あくまでも救助隊員が搭乗し、要救助者を確保することを前提しています。確保した後、どこの医療機関が適しているかというのは救助後の要救助者の状況を見て判断するということになります。
湧井委員	医師が乗っていた方がより効率的な救助になるのではないかと思いますのですが、それとはまた別問題として扱われるということでしょうか。
鈴木補佐	救助出動では、昨年、一昨年の岐阜県の防災ヘリ、埼玉の防災ヘリが実際に墜落してたくさんの犠牲者の方が出ております。どうしても救助作業を行うというのは大きなリスクを負うことから、我々も必要最低限の人員、通常はパイロット2人とホイストマンこれは電動ウィンチを操作する整備士です。それから救助隊員2人となります。これを基本に一応最低限度の人員で機体なるべく無理ができるようにぎりぎりまで軽くしたいというのがありまして、現在のところは医師に乗っていただいて一緒に活動するというのは考えておりません。
湧井委員	分かりました。
平澤委員長	はい。ほかに御質問等はございますか。よろしいでしょうか。
委員一同	異議なし。
古川補佐	次に8の対象傷病者については鮫島が説明いたします。
鮫島係長	対象傷病者について御説明いたします。8の対象傷病者ですけども、これについては現在実施しております救急隊と救急ヘリによる同時出動と同じ傷病者を想定しております。主に重度熱傷、重度外傷、四肢の切断、重症の脳疾患、重症の心疾患が疑われる傷病者でございます。資料別添に指令管制員による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出動判断キーワードという印刷物をお手元にお配りしてありますけれども、指令管制員が適切に救急ヘリを出動させることができるように、この出動判断基準キーワードを基に実施することにしたいと考えております。これは現在も出動のキーワードとして使用しているものでございます。対象傷病者については、以上で御説明を終わります。何か御質問等はございますでしょうか。
平澤委員長	よろしいですか。

委員一同 平澤委員長 古川補佐	異議なし それでは9の項目を説明してください。 21ページをお開きください。救急ヘリに傷病者を引き継いだ後の救急隊の活動について御説明いたします。括弧1ですが、救急隊は緊急時離着陸場からの距離等を勘案し、収容医療機関又は千葉市消防局ヘリポートを選択し通常走行にて出向することとしております。これにつきましては、地理的に緑区方面で発生した場合に現場の救急隊員が1人、救急ヘリに搭乗し病院へ向かうことから、病院まで迎えに行くのか、又は平川の千葉市消防局ヘリポートが近いのであればそこで待つのかを救急隊が選択することとしております。救急隊が収容先医療機関を選択した場合、救急ヘリに搭乗した救急隊員は医療機関で待機するものとするとしております。これは発生した地域によって違ってくるということです。それから救急隊が千葉市消防局ヘリポートを選択した場合、救急ヘリに搭乗した救急隊員は救急ヘリで千葉市消防局ヘリポートに帰隊するというようにしております。続きまして、10の常駐医師の対応について御説明いたします。括弧1の指令管制員は、救急ヘリの出動判断について常駐医師に対して助言を求めるものとするということです。括弧2ですが、助言を求められた常駐医師は、救急ヘリの出動判断について指導助言を行うものとするようにしております。常駐医師の皆様におかれましては、日頃、119番通報をモニターしていただいていると思いますので、積極的に関与していただければと思っております。次に11ですが、ドクターヘリとの連携について御説明いたします。先ほど、貞廣部会長からお話がありました土曜、日曜及び祝日の場合はドクターヘリを要請することとしております。これにつきましては、当局の航空隊が毎日勤務でありますことから救急ヘリが出動できないことによります。それから、多数傷病者事故が発生した場合に救急ヘリのみでは、対応できないと判断した場合は必要に応じてドクターヘリを要請することとしております。9から11まで御説明申し上げましたが、何か質問等はございますでしょうか。
平澤委員長 委員一同 平澤委員長 古川補佐	よろしいでしょうか。 異議なし。 それでは、12を説明してください。 はい。22ページになります。12の医師が出動できない場合の対応について御説明いたします。これは救急ヘリに搭乗予定の医師が緊急手術等により出動できない場合は、その旨、指令管制員に連絡していただきたいということです。その回答を得た指令管制員は、救急ヘリに対して、医師が搭乗することなく、緊急時離着陸場の上空待機を

平澤委員長	指令するということになります。この場合は、現在運用しております航空隊と救急隊の同時出動体制に移行するという形になります。次に１３の家族の同乗について御説明いたします。本救急活動において、傷病者の家族や関係者は救急ヘリに同乗させないとしております。先ほど御説明いたしました定員が８人ということで家族が乗るスペースがないということです。ただし書では、医師が緊急手段として家族を同乗させると判断した場合は、医師２人が搭乗している場合は医師１人が救急ヘリから降りること、医師と看護師の場合は看護師が降りるとする形としており、降りた医師又は看護師は救急車により医療機関まで輸送いたします。家族や関係者に対しましては、基本的には公共交通機関又は自家用車で医療機関へ出向するよう救急隊から依頼することを周知したいと思っております。ただし書では緊急時離着陸場が非常に不便な場所でなかなか公共交通機関が使えないという場合には、その家族又は関係者を救急車により必要な場所までとお示ししてありますが、要請場所付近まで送るという形にしております。続きまして１４の医師及び看護師への補償について御説明いたします。救急ヘリ搭乗中の事故については、航空機保険で対応させていただきます。それからピックアップされた後、緊急時離着陸場において事故が発生した場合、二次災害ですけれども、これは消防局で加入する損害賠償保険にて対応するとしております。この傷害保険につきましては、現在保険会社と協議しておりまして今週中になんとか契約できる予定になっております。括弧３の医師が行った医療行為による医療事故については、医療機関の責任において対応していただくということでお願いしております。それから、医師は病院業務の一環として救急ヘリに搭乗するという事になっております。１５の協定について御説明させていただきます。協定については、現在千葉大学医学部附属病院と千葉市消防局とで進めているところでございます。これは千葉大学医学部附属病院の石川管理課長補佐と進めておりまして、概ね合意を得ているところでございます。来週３１日には締結になろうかというところでございます。１６の運用予定開始日ですが、平成２３年２月１日の８時３０分から暫定運用を開始いたします。２月、３月の２か月間を暫定運用期間としておりまして、この期間に問題点を抽出し修正事項等を整理した後、平成２３年４月１日から本運用を開始したいと考えております。以上で１２から１６までの御説明を終了します。何か御質問等はございますでしょうか。 はい。ありがとうございます。委員の皆様、何か御質問等はございますでしょうか。織田委員、貞廣部会長、救急ヘリに搭乗される医師は何人ぐらいいるのですか。
-------	---

貞廣部会長	現在、千葉大学医学部附属病院から君津中央病院のドクターヘリの応援に5人が行っておりまして、この5人がベースとなります。プラス看護師の教育がまだこれからですので、暫定運用期間中に関してはもう1人補助という形でスタッフを考えております。
織田委員	医師に関しては、すでにドクターヘリに搭乗している5人プラス救急専門医として、3年目の後期研修を除く人達を考えておりまして、9人から10人です。それで対応していこうと考えております。
平澤委員長	分かりました。家族を1人乗せた方が良いというのはどういう時でしょうか。病院収容後、インフォームドコンセントをするのに都合が良いとかそういうことですか。
貞廣部会長	ニアCPAなどの場合には、家族を乗せざるを得ないケースだと思えますし、緊急オペの場合にもいてもらった方が助かると思います。
平澤委員長	患者さんと医師が病院へ早く着いたとしても、検査など、例えばt-PAの適応などで家族へのインフォームドコンセントができないという場合もあるでしょう。そういうことですね。よろしいでしょうか。
委員一同	異議なし。
平澤委員長	それでは、次の説明を続けてください。
古川補佐	今日ですが、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のシミュレーション訓練を実施しました。ここにいらっしゃる貞廣部会長にも参加いただきました。その内容を御説明いたしますと、訓練想定は要請場所が緑区下大和田町2685の2ということで、平川カントリークラブの周辺、これは千葉市消防学校の近くです。事故概要は、自動二輪車の単独事故による負傷ということで、緊急時離着陸場は、緑区中野町のあしたば中野学園グラウンドを設定しました。協力消防隊及び救急隊は緑消防署土気出張所の部隊です。ディスプレイですが、ここが事故発生場所と想定しました。この上方に二重丸となっております印があしたば中野学園のグラウンドで緊急時離着陸場となります。救急ヘリと救急隊の時系列を記録してみたのですが、覚知を13時30分として想定しました。救急ヘリの場合はエンジンを始動して飛び立つまで時間がかかりますので、38分の出動となっております。4分ぐらいで千葉大学医学部附属病院のヘリポート上空に到着しました。救急隊は31分に出動し、38分に現場到着して傷病者の状況を観察、救急ヘリによるドクターピックアップ方式に適応する傷病者と判断された段階で、指令管制員を介し救急ヘリへ情報が入ります。上空待機していた救急ヘリは、千葉大学医学部附属病院のヘリポートに降りて医師に搭乗していただき、離陸したのが13時47分ですが、この医師の搭乗にかかった時間は2分ぐらいでした。そして、あしたば学園の緊急時離着陸場への着陸が13時55分となっております。

	救急隊は発生場所に現場到着してから傷病者を観察し、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の適応を判断した後、傷病者は交通外傷ですので、応急処置として傷病者をバックボードに固定、現場出発し緊急時離着陸場へ到着したのが13時55分です。今回は、千葉大学医学部附属病院の立石医師に傷病者になっていただきました。救急ヘリと救急隊は共に13時55分に緊急時離着陸場に到着しましたが、実際は救急ヘリが緊急時離着陸場に先に着陸し、エンジンを止めた後、救急車が緊急時離着陸場に入ってきております。その後、救急車に医師が乗り込み、処置を実施し、約12分後の14時07分に離陸し搬送を開始、14時12分には千葉大学医学部附属病院に収容となりました。覚知から病着まで42分、現着から病着まで35分と非常に早い収容となりました。傷病者への医療開始は25分ぐらいで実施されております。ディスプレイの写真ですが、救急ヘリが緊急時離着陸場に降りてくるところです。この後、救急隊が到着しました。そして救急ヘリの整備士がドアを開けて看護師さんが降りたところです。一番下の写真は救急隊と救急ヘリの配置状況です。次の写真は、救急車で医師による治療がこれから開始されるところで、傷病者は立石医師、黄色のジャンパーが貞廣部会長です。2枚目が処置を実施する貞廣部会長と看護師さんです。左下の写真は、医師の処置が完了し救急車から救急ヘリへとストレッチャーで移動中のものです。右下も移動中の写真です。次に左上の写真が救急ヘリの後部座席に傷病者である立石医師が救急ヘリに寄せられるところで、傷病者とバックボードだけが救急ヘリに乗ることになります。右上の写真が収容後の状況です。そして左下の写真が、貞廣部会長、看護師さん、救急隊員が搭乗するところです。このような形で処置と固定が実施され、飛び立っていったという状況です。一連の流れを見ていただきましたが何か御質問がありましたらお願いします。
貞廣部会長	一言追加させてください。一番言いたいことですが、ただ今事務局で説明されたように、事故発生場所近くの緊急時離着陸場において医療が開始されるということで、今回の訓練では通報が13時30分、そして医療の開始が13時55分ということで御注目いただければと思います。
平澤委員長	千葉市の救急ヘリはドクターヘリと比較するとサイズは大きいのですか。ドクターヘリは何人搭乗できるのでしょうか。
貞廣部会長	最大5人です。
平澤委員長	はい。わかりました。救急ヘリには色々に乗れるということですね。何か御質問等はございますか。先ほど言いましたように早く収容できるということもありますし、イニシャルコンタクトが早くできるとい

委員一同 平澤委員長 古川補佐 平澤委員長	うことでも大きなメリットであるといえます。よろしいでしょうか。 異議なし。 事務局は更に説明がありますか。 すべて御説明させていただきました。 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、千葉大学医学部附属病院との協定も結ばれ本日訓練も実施されました。いよいよ2月1日から暫定運用が始まり2か月経ちましたら本運用ということでございます。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は、前回の千葉市救急業務検討委員会でもお認めいただいております、今日はそれを踏まえて、実際にはこのような形で運用するという報告なのですが、何か御質問等はございますでしょうか。全国でも珍しくて、岐阜県で1か所実施しているようですが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軌道に乗りましたら、また新しい千葉市独特の方式になるのかなと思います。全国的には各県にドクターヘリ1基地という体制である中、千葉県はドクターヘリを2基地体制となっており、ほか特殊なところを除いてはなかなかないのでそちらの方でも救急体制の先進県ですが、これに加えて今回実施するということですね。ほかに何かございますか。よろしいでしょうか。貞廣部会長何か追加の説明はございますか。
貞廣部会長 平澤委員長 鈴木補佐 平澤委員長 委員一同 平澤委員長	ありません。 パイロットの鈴木補佐はよろしいですか。 ありません。 委員の皆様よろしいですか。 ありません。 それでは、今後ともスムーズな運用を期待いたします。本日予定された報告事項は、すべて終了しました。次第の4のその他として事務局から御案内があるようですのでお願いいたします。
古川補佐	はい。資料インデックスその他をお開きください。平成22年度第3回千葉市救急業務検討委員会の開始日程について御案内いたします。次回平成22年度第3回千葉市救急業務検討委員会は平成23年3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、誠に恐縮ではございますが、来月中旬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くださるようお願いいたします。
平澤委員長	はい。ありがとうございました。何か質問等はございますか。よろしいですか。それでは、議事を事務局にお返しします。
古川補佐	ありがとうございました。閉会に当たり、渡邊救急課長よりごあいさつを申し上げます。
渡邊課長	救急課長の渡邊でございます。本日は長時間にわたり、御審議いた

古川補佐	だきまして誠にありがとうございました。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つきましては、消防庁でも今後の防災ヘリのあり方として提案しているところなのですが、なかなか決まった形というのはできておりません。暫定運用は2月1日としておりますが、様々な課題がまだ出てくるのではないかと考えております。その際にはまた、本委員会において御審議いただきたいと考えております。今後ともよろしくお願いいたします。本日は誠にありがとうございました。 以上をもちまして、平成22年度第2回千葉市救急業務検討委員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23年1月24日（月）開催の、平成22年度第2回千葉市救急業務検討委員会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

委員長承認済・確定文書（写）