

第2回「マニュアル・プロトコール専門部会」

議 事 録

1 日 時 平成24年2月22日（水） 19時00分から21時00分まで

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）4階 会議室1

3 出席者

（1）委員

仲村 将高委員、稲葉 晋委員、篠崎 広一郎委員

（2）オブザーバー

千葉市救急業務検討委員会委員長 平澤 博之 氏

（3）指導救命士

稲毛消防署警防課救急係長 齋賀 喜博

緑消防署警防課救急係長 石田 悦美

（4）事務局

小林救急課長、山口救急課長補佐、反田救急管理係長、梅澤高度化推進係長
高山司令補、新濱司令補、植田士長、坂本土長

4 報告

各作業部会におけるこれまでの検討状況について

5 その他

第3回「マニュアル・プロトコール専門部会」の開催予定について

6 議事概要

（1）第1回「マニュアル・プロトコール専門部会」議事概要報告

平成23年11月1日火曜日に開催された、第1回「マニュアル・プロトコール専門部会」の議事概要は、第2回「マニュアル・プロトコール専門部会」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 各作業部会におけるこれまでの検討状況について

ア 救急隊現場活動マニュアル作業部会における検討状況について

救急隊現場活動マニュアル改訂作業及び救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施について、事務局から説明があり、救急隊現場活動マニュアル改訂作業では、各救急隊へのアンケート及び薬剤認定救急救命士への

アンケートを実施し、これらの意見を踏まえつつ、検討するとの報告があった。また、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施にかかる対応については、講習対象者とその研修内容、病院実習及びプロトコルの検討状況について説明があった。審議においては、救急救命士がビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用するにあたり、従来の気管挿管実習症例数に含めて30症例とする方向で良いとされたが、現に救急救命士による病院での挿管実習の成功率データを根拠とする必要があるとされ、これを検討し決定後、千葉市救急業務検討委員会へ上程することとされた。

イ 指令センター常駐医師用マニュアル作業部会における検討状況について

事務局より、常駐医師の業務を見直すため救急隊員及び常駐医師あて実施したアンケート結果の説明があり、常駐医師が実施する業務として、救急隊から協力要請があった場合に常駐医師の裁量で医療機関へ交渉ができることを追補することとしたが、審議の結果、常駐医師の裁量として医療機関交渉を実施するのではなく、常駐医師の業務として追補する形とすることを前提とすることとし、常駐医師に対し前回のアンケートより更に一步進んだ内容でアンケートを再度実施し、この集計結果を本部会で審議し決定の後、千葉市救急業務検討委員会へ上程することとされた。

ウ 口頭指導プロトコル及び新受入れ体制の構築に関する作業部会における検討状況について

事務局から口頭指導プロトコルの検討状況と新受入れ体制の構築に関する検討状況の説明があった。審議の結果、口頭指導プロトコルでは、AEDを用いた口頭指導要領の表記方法を独立した記載方法ではなく、各指導要領に組み込まれた表記とすることとされた。また、指令管制員の行う口頭指導プロトコルとして8項目以外に追加するプロトコルがあるか検討することとされた。

(3) その他 第3回「マニュアル・プロトコル専門部会」の開催日程について

事務局から、第3回「マニュアル・プロトコル専門部会」の開催は4月下旬から5月上旬を予定していると説明があった。

7 審議概要

山口補佐	それでは定刻となりましたので、ただいまより第2回マニュアルプロトコール専門部会を開催いたします。開催に先立ちまして警防部長の佐藤より御挨拶を申し上げます。
佐藤部長	警防部長の佐藤でございます。委員の皆様方におかれましては大変お忙しい中、第2回マニュアルプロトコール専門部会に御出席いただき、誠にありがとうございます。先般開催いたしました各作業部会での進捗状況を御報告し、作業部会間の情報共有を行っていただければと考えております。また、来月、今年度最後の千葉市救急業務検討委員会が開催されますので本日の専門部会での内容を踏まえ、御報告させていただきたいと考えております。どうぞ、各作業部会における状況を忌憚なく御報告いただき活発な御議論をいただければと考えておりますので、よろしくお願いいたします。簡単ではございますが、私からの開会の御挨拶とさせていただきます。
山口補佐	資料の確認です。お手元の資料1ページ目が会議の次第となっております。インデックス議事概要ですが第1回本専門部会の議事概要となっております。インデックス報告はマニュアルプロトコール専門部会の下部組織である作業部会における作業状況についてとなっております。次にインデックス資料1ですが、救急隊現場活動マニュアル改訂作業、救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施についてとなっております。次にインデックス資料2は常駐医師の業務についての検討でございます。次にインデックス資料3は口頭指導プロトコール及び新受入れ体制構築に関する検討でございます。また、このほかの資料として、救急隊員のワーキンググループ報告書を添えてございますが、これは、先般、総務省消防庁において救急隊員の行う心肺蘇生ワーキングに、当局職員が委員として出席した際の会議資料でございまして確定しているものではございません。また、表紙には事務局案と記載されておりますが、この事務局とは国の担当事務局でございます。以上ですが、資料の乱丁落丁はございませんでしょうか。資料の確認を終わります。それでは、以後の議事進行を千葉市救急業務検討委員会設置条例第5条に基づき仲村部会長にお願いしたいと思います。
仲村部会長	皆様方におかれましては、大変お忙しい中第2回マニュアルプロトコール専門部会に御出席いただきありがとうございます。本日の専門部会におきましても、活発な御議論をお願いします。それでは、次第に基づきまして、平成23年11月1日火曜日に消防局で開催した第1回マニュアルプロトコール専門部会の議事概要について事務局から報告をお願いします。

山口補佐	第1回マニュアルプロトコール専門部会の議事概要について御説明いたします。お手元の資料インデックス議事概要をお開きください。第1回マニュアルプロトコール専門部会は、平成23年11月1日に委員3人、オブザーバー1人、指導救命士2人の出席により消防局で開催し4件の議事について御審議いただきました。なお、議事概要の説明につきましては、本専門部会の開催に先立ちまして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、第1回マニュアルプロトコール専門部会の議事概要について御説明を終わります。御指摘等ございましたらお願いいたします。
仲村部会長	事務局から、第1回マニュアルプロトコール専門部会の議事概要について報告がありましたが、委員の皆様方には前もってお渡ししており御覧になっていることと思いますが、報告内容また記載内容について御指摘はありますか。ないようでございますので認められたということにいたします。引続き議事を進行させていただきます。今回の本専門部会では、各作業部会における進行状況、及び検討事項について報告していただきたいと思います。それでは、救急隊員現場活動マニュアル作業部会について報告をお願いします。
梅澤係長	インデックス資料1を御覧ください。救急隊現場活動マニュアル改訂作業、救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施についての資料に基づき御説明いたします。2ページをお開きください。本作業部会で担当する課題といたしまして、救急隊現場活動マニュアルの改訂及びビデオ硬性挿管用喉頭鏡についての2点が検討課題となっております。続いて3ページをお開きください。平成23年度から平成24年度にかけて、作業部会の作業スケジュールなどをお示ししてございます。昨年12月に開催されました第1回作業部会から、これまで打合せを含めまして5回の検討が行われております。1月には救急隊員向けのアンケート調査を行い救急隊現場活動マニュアルについて、現場救急隊員の要望を調査しております。今後の作業部会の予定につきましては、来月より各種プロトコールの細目につきまして検討を行うとともに、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡につきましては、平成24年度中に必要な教育と病院実習が開始されますようプロトコールや教育体制、実習体制の検討に入る予定でございます。4ページをお開きください。救急隊員現場活動マニュアルマニュアルを見直すに当たっての検討事項の整理です。この中には、上から丸の3番目でお示ししてございますが、本マニュアルを活用する救急隊員の意見を把握するため全救急隊を対象としたアンケート調査を行いました。こちらのアンケート結果の詳細につきましては、別冊の参考資料に詳細

がでございます。大半の意見がガイドライン変更に伴った変更箇所にかかる意見と特定行為施行時における確認方法に関する意見や、プロトコールに追加すべき資料などについての要望でした。また、薬剤認定救急救命士を対象としたアンケートでは、薬剤投与が必要な症例の場合に救急隊の編成としまして、薬剤投与認定救命士の2人乗務体制を望む者が多いことがわかりました。現場職員の改善案などもございますので、作業部会ではこれらの意見を踏まえつつ検討作業を行っていく予定です。ここまで、御質問はございますでしょうか。それでは引き続き御説明いたします。5ページをお開きください。救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保を実施するため、講習対象者とその研修内容、病院実習、プロトコールと大きく3点について検討を行うこととなっております。6ページをお開きください。講習の対象者について御説明いたします。当局の受講対象者は、気管挿管認定救急救命士が60人と気管挿管認定取得前の病院未実習者である救急救命士が80人で合計140人が受講対象となります。講習を実施する上での検討では、特に研修のために現場の救急業務に支障がでないこと。講習に必要な資器材の整備。更には、より効果的、効率的な研修体制について検討することとなっております。続いて7ページをお開きください。技能取得のために病院実習が必要となりますが、国が示す基準によりますと、気管挿管認定救急救命士、気管挿管未認定救急救命士ともに2から5の症例の成功症例が必要となっております。こちらについても、今後、より具体的な検討を行うこととなっております。ここで、1枚ものの参考資料を御覧ください。消防庁がビデオ硬性挿管用喉頭鏡の運用状況について平成24年1月に47都道府県に対し調査を行った結果です。現時点で運用を開始している消防本部はございません。各都道府県の状況としましては、任意回答ではございますが13都道府県より回答があり、平成23年度内に講習を行う予定であるとの回答は1、来年度運用開始に向け検討中が3、現在検討中が4、県のメディカルコントロール協議会で整備ができないが1、その他が4でございます。その他は現在調査中との回答となっております。この状況から当千葉市消防局においては、概ね先進的に取り組んでいるのではないかと考えております。続きまして、8ページをお開きください。今後の検討といたしまして、ここまで報告しました課題について当局の実状を踏まえて検討するとともに、特定行為となる気管挿管については、常駐医師の指示下で行うものであることから、指令センター常駐医師マニュアル作業部会とも連携しながら、平成24年度中旬に必要な体制が整備できるよう作業を進めていくこととなっております。ここまで御質問はございますでしょうか。続きま

	して、９ページをお開きください。本作業部会のこれまでのまとめでございます。本作業部会において、救急隊現場活動マニュアルの見直し及びビデオ硬性挿管用喉頭鏡について検討を行いました。最初に、救急隊現場活動マニュアルについては、括弧１のプロトコルで、JRC（日本蘇生協議会）ガイドライン２０１０及び心肺蘇生法の指針並びに関係法令等を踏まえ見直しを行うとともに、これまで調査した救急隊員の要望について作業部会内で検討し具体的な改訂作業を行うこととする。括弧２のマニュアルの構成としまして、関係する法令等、救急活動上必要となる情報を参考資料として追加する。次に、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡についてですが、括弧１の研修体制としまして、平成２４年度中に該当者およそ１４０人に必要な講習を行う。括弧２の病院実習としまして、当局気管挿管認定救急救命士の病院実習状況に基づき、実習件数を検討する。括弧３のプロトコルとしまして、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の機能をより効果的に活用できるよう、従来型と別のプロトコルを検討する。最後に中間報告ですが、現行の検討事項については、平成２４年度第１回千葉市救急業務検討委員会へ中間報告するとしております。以上で、救急隊現場活動マニュアル改訂作業、救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施についての御説明を終わります。
仲村部会長	はい。ありがとうございます。９ページにまとめとして記載されておりますが、救急隊現場活動マニュアル作業部会では、順次作業を進めていく中で、アンケート調査を参考として作り上げていくということですね。ビデオ硬性挿管用喉頭鏡については、病院実習において実施する症例数としてはまだ決まっていないということですね。
梅澤係長	現状は、作業部会で具体的に検討中でございます。
仲村部会長	はい。わかりました。ただ今、事務局から救急隊現場活動マニュアル作業部会での作業の検討状況及び検討事項が報告されました。特にビデオ硬性挿管用喉頭鏡については、千葉市救急業務検討委員会において救急隊が現場で使用するにあたり有用であると認められているところでございますので、本作業部会において救急救命士が救急現場において使用するために、必要な研修や病院実習及びプロトコルについて検討中であります。そういったところですが、皆様の御意見を伺いたいと思います。
平澤委員長	気管挿管認定救急救命士がビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用するに当たっては、従来の実習症例数としては３０症例とされているところですが、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の実習症例数を含めて３０症例とする考え方で良いのか。または、３０症例プラスアルファとするのかこの辺はいかがですか。

梅澤係長	事務局で得ている情報としてですが、国の全国調査では、現状実施しているところはないということです。国の事務方の方向性としては30症例以内で検討するとしているとのことであります。
平澤委員長	以前に実施した救急救命士による適切な気道確保に関する研究報告を思い出してみると、イギリスのデータでしたか基となるデータがありまして、この中では、研修者の実習症例数が25回か26回以前で成功率がおおむね100パーセントに達することから、30症例の実習数で十分であるとの判断があったわけですね。仮に25という症例数であっても成功率が著しく下がるというデータはなかったので、実習数が30症例でなくとも良いのではないかという意見もありました。このことからほかの可能性を全く捨てるわけではありませんが、データから判断して、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の実習数を含めて30症例という考え方で良いのではないかと思います。
仲村部会長	気管挿管の病院実習は、消防局においては病院実習の実績を重ねてきたところですので、各実習者が何例の実習で何パーセントの成功率と数字が出せると思いますので、お願したいと思います。
梅澤係長	当局における、救急救命士の気管挿管病院実習の成功率については、現在調査中でございます。最新の30人の病院実習状況をまとめておりますが、現段階では、実際の実施症例数の平均は31, 5回であり、挿管実施成功率の平均は約95パーセントという状況です。この調査では、挿管困難症例を含めた数字としてございますので、これを除きますと更に成功率が上昇することになります。次回の作業部会の資料として提出しますので御確認いただければと思います。
仲村部会長	その他の御意見はありますか。
稲葉委員	お聞きしたいのですが、病院実習における気管挿管30症例は実際に時間と労力がかかっているのですか。
山口補佐	気管挿管の病院実習は、実際そんなに労力のかかるものとの認識はございません。病院の実習期間は平均で1か月半から2か月で終えてくる場合がほとんどでございます。
平澤委員長	救急救命士で気管挿管病院未実習者は、まだたくさんいらっしゃるのですか。
山口補佐	講習修了者で病院実習待ちの救急救命士は、80人です。
平澤委員長	病院実習が難しいとかそういうことではなくて、病院実習症例数を25症例にすれば、実習待ちの救急救命士が減るのではないかということをおっしゃったと思うのです。
梅澤係長	実は、金銭的な面から、救急救命士1人の単位とした計算としておりまして、1症例ごとの単位ではありませんので、このため実施症例数での計算としておりません。

仲村部会長 梅澤係長	そのほか御意見はありますか。 事務局からですが、先ほど、平澤委員長がおっしゃいましたとおり、作業部会にデータを提供しますので、より具体的な方向性を御審議いただければと思います。
仲村部会長	そうですね。具体的にデータで根拠が必要となりますので準備されるようお願いします。
梅澤係長 仲村部会長 亀山班長	はい。全国的なデータと千葉市でのデータをお示しいたします。 その他に御意見はありますか。 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の病院実習の中で優先順位というのはあるのでしょうか。例えば、既に気管挿管認定救急救命士が優先されるとか、そういうところの考えはあるのでしょうか。
山口補佐	実際のところ、これも経理的、財政的面もあります。また、気管挿管認定を受けた順を優先するということはありません。もちろん現場での経験数や指導的立場である救急救命士も考慮することになります。
亀山班長	病院実習期間を考えますと、気管挿管認定救急救命士については、実習症例数が少ないと予想できますので、短い期間で養成できると単純に考えますが、現場としましては、偏った編成になると何かと問題があるのかなと考えます。何を言いたいかと申しますと、現状では、挿管と薬剤の認定を受けている救急救命士が乗車していたり、挿管認定のみであったり、あるいは薬剤認定のみであるといった時に、救急隊が同じ現場に2隊出動する場合がありますがこのときにどちらに収容するのかといったことがあること、それと美浜署では、出張所の救急救命士数が比較的不足している状況があるのでそういった実情がありますことを考慮いただければ助かります。
山口補佐	現場の様々な活動は、医師の皆様方の医学的見地から検証していただいております、また、救急救命士への効率的な教育などについて御協力いただいておりますが、これとは別に、亀山班長のおっしゃいました市民に対するサービスという行政の仕組みとして、こういった形にするのが良いのかということも並行して考えていかなければならないと思っております。また、救急救命士の団塊世代が退職する時期が今後始まることから新たな人員配置や、新規の養成方法なども考えていかなければならないところは、承知しておりますし実際検討も行っております。これは、行政の組織の中で検討していくものと認識しております。
平澤委員長	確認したいのですが、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用した病院実習では、対象となる患者さんは、今までと同様にインフォームドコンセントを行い実施され则认为よろしいですか。

梅澤係長	ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用する病院実習では、現在のところ定めはないものと認識しておりますので、検討しなければなりません。現行の実習では、千葉市消防局気管挿管病院実習要領により実施しております。実際の行為については、医師の指導により行うものとしており、患者様のインフォームドコンセントについては、救急救命士による気管挿管同意説明書により患者様の同意を得る必要がありますので、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の実習においても同様の方法が考えられます。いずれにせよ、検討することとしております。
篠崎委員	当院においても、麻酔科において病院実習を行っているところでございますが、病院側にもビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用することのメリットと申しますか、良い部分が実証されていないとなかなか受入側の麻酔科医師が自分の管理下に置くという考え方が定着しづらいのかなと考えております。そういう意味で、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用した処置においてデータ上、良しとする比較ができることが前提であると、例えば、歯牙損傷が減ったとかいうデータがあるのかという部分でどうでしょうか。それとビデオ硬性挿管用喉頭鏡は記録ができるのですか。
梅澤係長	今回、国が推奨しております、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡については記録ができるタイプのものがあります。
篠崎委員	以前ですが、声帯ポリープのある症例で、救急救命士さんか挿管した事例がありまして、この症例では、ポリープが術前からあったのか術後にできたものなのか、救急救命士さんが施行したのでわからないということになりまして結局はうやむやになってしまったのですが、これなどは、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡が記録できるものならば、メリットという部分になると思います。
梅澤係長	実際に手術室で、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡本体からコードを伸ばしてパソコンで記録する形であると思うのですが、稲葉先生そういう認識でよろしいでしょうか。
稲葉委員	メリットという部分では、実習を受け入れる病院側にはないのではないかと思います。救急救命士のビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた挿管病院実習のときに、このビデオ硬性挿管用喉頭鏡と録画したビデオ情報を研修者が持参し実習病院へ伺うということで良いのではないかと思います。受入側の病院としては、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を準備しておかなければならないということではありません。消防局で準備しますので、受入側で用意することはないと思います。また、先ほどのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用するにあたり、まだ新しい機器というが事故事例は聞いたことがありません。挿管手技にかかる実習においてはやることは変わらないのでありますので、特に問題はないと考

平澤委員長	えております。 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用することでその効果については、病院実習中における実技のメリットとして求められているのではありません。救急現場において対象症例に挿管がより確実に施行でき、時間も通常より短縮できるということが、全体として考えればその効果は期待でき、救命率を上げることにもつながることと考えられますので、たまたま救急救命士の挿管実習の対象となった市民の方には、御協力いただきたいという考え方で良いのではないかと思います。
篠崎委員	実際に同意を得るのは、麻酔科の医師達になってくるとは思うのですが、インフォームドコンセントではビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用した気管挿管については盛り込まないことになりますか。
稲葉委員	現状とほとんど変わらないと思っていてよろしいのではないかと思います。
篠崎委員 平澤委員長	その判断は、麻酔科の医師ということになりますね。 先ほど私が申しましたことは、極端な例として事情がゆるせばということですが、従来型の挿管を施行してその後再度ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用するというのも実質的には可能ではないかとそういう意味も含めてインフォームドコンセントの取り方とかの工夫もあるのではないのでしょうかということです。
仲村部会長	現状での挿管実習については、私もそう問題があるとは考えておりません。ただ、その後においてですね、救急現場にて施行する機会がなく手技を忘れてしまうということを危惧します。全体では問題はないと思います。
梅澤係長	奈良班長にお願いしたいのは、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡については、5台以上確保できる見込みとなりましたことから資器材の整備という点でこの状況を踏まえ、作業部会で検討していただければと思います。
奈良班長 平澤委員長	積載資器材に入れる方向で検討します。 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡は記録ができるということは、良いことです。
梅澤係長	はい。記録用のパソコンは準備できていない状況です。出力の機能を備えたビデオ硬性挿管用喉頭鏡があるということでございます。
仲村部会長 亀山班長	その他に意見はありますか。 9ページのまとめのところですが、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡についてのプロトコルを検討するとありますが、全く別のプロトコルとなることを想定されているのでしょうか。
奈良班長	従来型と比較すると施行する際には、手技にスニッピングポジションをとることや声門部付近の異物があつた場合に手技の方法が異なってくるのではないかと考えております。このことから別に作成する

亀山班長	ことを検討しております。 手技事体は、違う操作となりますが、プロトコールとしては従来とさほど変わらないと考えますがいかがでしょうか。2通りのプロトコールができることに現場が混乱しないかということを危惧して申し上げます。
平澤委員長	当分の間は、挿管実習の関係で従来の気管挿管認定救急救命士とビデオ硬性挿管用喉頭鏡も認定された救急救命士ができると考えると、これは、2通りとしておいた方が良いのではないのでしょうか。どちらも認定となれば、1つのプロトコールということも考えられます。
仲村部会長	それでは、よろしいでしょうか。次の報告項目2ですが、指令センター常駐医師用マニュアル作業部会の報告について事務局より説明をお願いします。
梅澤係長	それでは、指令センター常駐医師用マニュアル作業部会の検討状況について御説明いたします。インデックス資料2の2ページをお開きください。本作業部会で担当する課題としましては、指令センター常駐医師用マニュアルの改訂及び常駐医師の業務についての2点でございます。続いて3ページをお開きください。平成23年度から平成24年度にかけての作業部会での作業内容などをお示ししてございます。これまで2回の作業部会で集中的な検討を行うとともに、これ以外でも部会長との検討を行い、この課題について検討を行っております。昨年12月には、救急隊員へ常駐医師に係る要望調査及び、その要望事項を踏まえた常駐医師向けのアンケートを行っております。4ページをお開きください。本作業部会での検討事項については、まず、常駐医師のマニュアルを見直すに当たり、救急現場活動マニュアルに基づくものであることから、その改訂内容に基づき作業を進めることとなっております。したがって、これまでの検討作業は、常駐医師の業務内容の検討を優先して作業を行っております。て5ページをお開きください。常駐医師の業務を検討するに当たり、救急隊が常駐医師に求める内容についての現状を把握するため全救急隊を対象にアンケートを行っております。こちらのアンケート結果の詳細につきましては、別冊資料2とし添付してございます。救急隊のアンケート結果は次の4項目に分類されました。まず、傷病者の収容について、次に市民対応について、そして救急活動に関すること、最後にその他です。6ページをお開きください。救急隊からの要望に基づき常駐医師へ調査した結果です。左の欄が救急隊へのアンケート結果で述べ50隊へ実施し回答率100パーセントです。この結果を受けて常駐医師150人に実施したアンケート結果の回収率が60パーセントです。右の欄が常駐医師の回答になります。どのような場合に医療機関交渉

を依頼したいかについて、常駐医師からの回答です。CPA や高エネルギー外傷について対応可能との回答は、52.6パーセント、不可能との回答が44.8パーセントです。また、10件以上の交渉状況となった場合、更には交渉が1時間以上要する場合については、対応可能との回答が49.3パーセントに対して、不可能は45.9パーセントとなっております。続いて市民対応についてです。夜間における耳鼻咽喉科などの受診希望者の対応をしていただきたいとの項目では、可能が47パーセント、不可能が43.7パーセントとなっております。続きまして緊急性の低い傷病者への対応としまして、可能が48パーセントに対し不可能が45パーセントと回答しております。ここまでで御質問はありますか。7ページをお開きください。その他の意見は37人の常駐医師より意見がございました。一部抜粋させて御紹介します。まず、常駐医師の研修の必要性があるとの意見や救急車の同乗実習を実施したいとの意見、また、局地的災害を意図しての意見と思われるが、同時に複数あるいは多数の傷病者発生時において、常駐医師がこれを統括する必要があるのではないかという意見などがございました。救急隊の活動に関する意見としましては、消防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連する意見や常駐医師に関連する意見と異なる意見もありましたが、それは、所管課での対応といたしました。これらの結果を、踏まえまして救急隊からの意見に対する常駐医師の見解を分析し常駐医師の業務として実現可能であろうとするものと不可能ではないかという結果をお示ししてございますが、いずれの設問におきましてもほぼ意見が半数に分かれている状況でございます。続きまして8ページをお開きください。調査結果に基づき作業部会が検討した結果でございます。括弧1ですが医療機関交渉については、原則、救急隊が行うものでありますが、相談や協力要請があった場合、常駐医師の裁量で実施していただきたいとの結果です。括弧2ですが市民対応について、耳鼻咽喉科などの診療科目については、本市の医療体制上の問題が大きく影響していることから常駐医師がこれに対応することが解決策に繋がらないとして市民対応については、救急課の預かりとしました。続いて9ページをお開きください。こちらは、その他の意見で常駐医師の業務についてとなります。大規模な災害や多数傷病者が発生した場合の、常駐医師の確保の問題。さらには、常駐医師の位置付けについては、どこまで常駐医師制度が適応できるか、未知数であることが問題点としております。作業部会としては、マニュアルに追補する事項ではないことから、位置づけを明確にした冊子を策定してはどうかとの意見となっており、今後、救急課及び作業部会で検討及び調整が必要であるとの意見とな

平澤委員長	っております。まとめでございますが、常駐医師の業務についての作業部会の結論としまして、指令センター常駐医師用マニュアル中の、常駐する医師の業務において、常駐医師による医療機関への傷病者の収容依頼を追補していただくこと事を専門部会及び千葉市救急業務検討委員会に上程し検討していただくとの意見でございます。ここまで御意見はございますでしょうか。 確認させてください。収容依頼を追補していただくことを上程することなののですが、その内容としては当該医師の裁量により医療機関への傷病者の収容依頼を実施することなのですね。これはつまり常駐医師が、私は収容依頼をやりません、という常駐医師は、実施しなくてもよいですよ、ということなのですね。そういう形の上程をするということですね。
梅澤係長 稲葉委員	おっしゃるとおりです。 今回、常駐医師の業務の拡大としてアンケートを実施した結果、病院交渉を実施することに賛成か否かという部分でほぼ半々の状況でした。賛成意見の一例では、是非やらせていただきたい、常駐医師として当然であるという積極的な意見がありました。その半面、そこまではできないという意見がありました。厳しい意見では、責任を負うことができないということなので、それでは病院交渉を実施しても良いとする常駐医師がどれほどいらっしゃるかという確保の問題と、実際に病院交渉を実施した場合を考慮したときに、常駐される医師の方々の受け止め方や実際の交渉能力や交渉方法などの個人差が出てくるといことが考えられるのではないかとということが作業部会での議論の結果でした。このことから当該医師の裁量によりという表現方法とした経緯があります。
平澤委員長	よろしいでしょうか。この常駐医師が開始されてから１０年目になりますでしょうか。発足の段階では、昼と夜の部があることから、月に６０回の枠を埋めることができるだろうかというのが懸念されました。それと常駐医師が収容先の医療機関を決めるということも業務の中に入るのではないかと議論がありました。しかし、それは利益誘導といことが考えられることから、よろしくないということでありました。開始以来の経過を踏まえて考えてみると、常駐医師の業務として積極的に救急業務へ参加していくべきなのではないか、今までの業務内容では、関わり合いが軽すぎるのではないかとことが事実としてあると思います。この制度が成熟してきているという段階として考えられる状況である中、御協力いただいている常駐医師の方々もそれなりに定着しているところでは、医療機関への収容依頼は常駐医師の業務として取入れるべきものだと考えております。ただですね、

	この常駐医は実施してくれるが、この常駐医はやりませんということになりますと、指令管制員や現場の救急隊も混乱が生じるのではないのでしょうか。何故かと申しますと指令管制員が常駐医師の顔色を伺いながら業務を進めることになってしまうと非常にストレスでしょうし、築き上げてきた信頼関係さえも損なうのではないかと思います。このことから考えるのは、個人的な意見になってしまうのですが、例えば、来年度4月からですね、常駐医師が実施する業務内容の変更を明確にお示しし、その中に、病院交渉を実施する場合の条件を盛り込んだものとして、そしてアンケートを実施しても良いかと思いますが、この変更内容を理解し了解された医師の方々に御協力いただき、常駐してもらおうとした方が良いのではないかと思います。このところの常駐医師の割り振りの状況としては、千葉大学医学部附属病院が埋めなければならない枠も減ってきているわけですが、それは、協力医療機が増加すると同時に理解していただいている医師の方々が増加してきていると判断できるからです。このことから、常駐医師の業務の改訂について御理解いただける医師の方々を募って編成するという方向性をもってするのをオプションの一つとして考えていただいた方が良いのかなと思います。アンケートを見てみるとそういった業務は当然ですと答えておられる方がいらっしゃるから、そう考えても良いのかなと思うのですが、いかがでしょうか。
稲葉委員	現行の常駐医師としての登録人数は何人でしょうか。
梅澤係長	現在の登録人数は、150人でございます。17医療機関に御協力いただいております。
稲葉委員	例えば、先ほどの医療機関交渉について、協力できる医師の方々の人数として見込みはどの程度であると予想できますか。
山口補佐	率直に考えてみますと、先ほどの平澤委員長がおっしゃいましたオプションの一つとして考えることはできますが、実際に実施するとすると常駐医師の数は、必要数として埋まらないと考えております。それから、稲葉委員からの御質問については、事務局側からでは、メディカルコントロールを受ける側の立場としてコメントできないものであることを御理解していただきたいと思います。
平澤委員長	不足することになりますか。
稲葉委員	あるいは、アンケートを実施してみてその結果判断することも考えてもよろしいのではないのでしょうか。ワンクッションおいてはいかがでしょうか。
平澤委員長	そうですね。常駐医師の業務として新しい内容を盛り込んで、可能かどうかということを知ってから判断でも良いと思います。
山口補佐	そうしますと今回アンケートよりもっと詳しく、先ほど平澤委員長

平澤委員長 仲村部会長	がおっしゃったもう一步進んだ内容として実施するという事でよろしいでしょうか。
	はい。そうした形で良いと思います。 私もアンケート回答者の一人ですが医療機関交渉は賛成ということで出したのですが、常駐医として勤務させていただいた経験では、事案によっては、自分でも無理ではないかと思われる事案がありました。それは、傷病者の背景に問題がある場合もございます。そのような場合の受入側の体制をどうするかということですね。たとえば、常駐医師からの連絡なので受入れますよというような体制があると非常に助かることとなります。そういうところで検討する余地があるか。あるいは今後の方向性があると良いのですがいかがでしょうか。
梅澤係長	ただ今、仲村部会長からの御意見につきましては、現状において病院交渉にかなり時間を要したり、件数が多くなったりする場合が何例か出てくる場合があります。受入れ体制の構築に関する検討は、篠崎委員が部会長となられている作業部会で検討されることになっておりますので、ただ今仲村部会長からの御指摘を踏まえた検討をお願いしたいと思います。
平澤委員長	稲葉委員がおっしゃったように、是非一步進んだアンケートを常駐医師の方々にお願いしたいと思います。
梅澤係長	それでは、常駐医師の皆様方へのアンケートは、稲葉委員の作業部会と事務局で検討し実施したいと思います peroよろしいでしょうか。
稲葉委員 梅澤係長	はい。よろしくお願いします。 それでは、11ページをお開きください。今後のスケジュール及び検討事項について御説明申し上げます。括弧1ですが、常駐医師の業務の追補につきましては、今後、アンケート実施結果から委員の皆様へ御審議をいただいた上で千葉市救急業務検討委員会へ上程したいと思います。次に括弧2ですが、各種プロトコルについては、救急隊現場活動マニュアル作業部会が改訂する内容を踏まえ、また、当該作業部会との調整を図りつつ作業を進めていくこととしております。続きまして、12ページをお開きください。まとめになります。指令センター常駐医師用マニュアルの見直し、及び常駐医師業務内容の改訂括弧拡充について検討を行いました。指令センター常駐医師用マニュアルの見直しでは、救急隊現場活動マニュアル中の、1つのプロトコルの改訂ごとの決定により並行して指令センター常駐医師用マニュアル同プロトコルの改訂についての検討を行うこととしました。次に常駐医師業務内容の改訂括弧拡充につきましては、先ほどの御審議のとおり、アンケートを行うこととなりましたのでお示しの内容は一部変更となりますので御了承してください。以上で常駐医師の業務に

仲村部会長	についての検討について御説明を終了します。 常駐医師の業務の拡充という部分では、常駐される医師の裁量で実施するとの作業部会案は、今後さらに一歩進んだアンケートを実施し、これを検討後に千葉市救急業務検討委員会へ上程することとします。次に項目の3ですが、口頭指導プロトコル及び新受入れ体制構築に関する作業部会での検討内容について事務局より説明をお願いします。
梅澤係長	口頭指導プロトコル及び新受入れ体制構築に関する検討内容についての報告として御説明申し上げます。インデックス資料3の2ページをお開きください。本作業部会での検討課題は、共同指令センターで用いる口頭指導プロトコルの改訂及び新受入れ体制構築に関する検討でございます。3ページをお開きください。こちらは、本作業部会のスケジュールをお示ししてございます。共同指令センターで用いる口頭指導プロトコルにつきましては、5月には千葉県へ上程するためこれまで千葉市消防局で用いておりました、口頭指導プロトコルを基に検討を行っております。また、青枠内になりますが、新受入れ体制の構築に関する検討につきましては、これまで、検討項目の整理を行うとともに、今月はJTAS(Japan Triage and Acuity Scale)に関する情報収集を行い、順次作業を進めていく予定でございます。4ページをお開きください。口頭指導プロトコルの検討項目としましては、平成25年度より千葉県北東部、南部ブロックの20消防本部及び20消防本部が共同運用となる指令業務について、指令管制員が口頭指導する際に用いるプロトコルを検討しております。また、口頭指導に関しましても、当市の救急業務検討委員会ほか、5つのMC協議会が関与するものでありまして、これまで各事務担当者と調整しつつ検討をしてまいりました。5ページをお開きください。検討内容といたしまして、現行の口頭指導プロトコルとその検討事項をお示ししてございます。これまで、千葉市を含め千葉市以外のMC協議会でも7つのプロトコルが存在しておりますので丸1から丸7が検討されるほか、新たに丸8のけいれん時に関する口頭指導要領についても本作業部会で引続き検討していくこととなりました。6ページをお開きください。併せて別冊で添付してございます、指令管制員の行う口頭指導プロトコルを御覧ください。別冊の表紙でございますが、千葉県南部、北東部ブロックの地理的範囲をお示ししてございますが、その次のページから共同指令センターで用いる口頭指導プロトコルの千葉市の案でございます。インデックス資料3の6ページに戻ります。主な変更点ですが、ガイドライン2010に基づき対象年齢の表示を変更しており、成人用心肺蘇生法口頭指導では、概ね15

歳以上であったものが思春期以降とし、小児用心肺蘇生法口頭指導では、概ね1歳以上15歳未満を、概ね1歳以上思春期以前と変更し、乳児及び新生児心肺蘇生法口頭指導では、概ね1歳未満とそれぞれ変更しております。次に胸骨圧迫位置についてですが、これまでは、胸の真ん中あるいは、乳頭と乳頭を結ぶ線の真ん中ということでしたが、これを胸の真ん中としております。さらに、リズムについては、毎分100回が、毎分100回以上とし、深さは、対象者が思春期以降であれば5センチメートル以上としました。思春期以前では深さの変更はありません。次に7ページを御覧ください。本作業部会が注目している点について御説明申し上げます。指令管制員が実施する口頭指導では、呼吸の状態を重要な情報源と認識しており、呼吸の有無の確認方法として、傷病者の胸部や腹部を外観から上下運動を目視による確認としておりましたが、これに併せて、傷病者の胸か腹部に手を置かせてその上下運動を実際確認させる方法が良いのではないかとこのことに着目しました。受報時の現状ですが、呼吸をしているとの通報内容であっても、救急隊が現場到着時に傷病者が呼吸停止状態であったり、下顎呼吸の場合もあったことから、指令管制員により調査及び検討を行いました。平成23年12月15日から31日までの調査結果ですが、指令管制員により口頭指導を行った25件について傷病者の呼吸状態の評価を行っております。下段にございますが、胸とお腹を見て上がり、下がりわかりますか。との問いに対して、わかるが19、わからないが5でありました。この5つのわからないに対し、胸とお腹に手を置いて確認させたところ、わかるが4に対しわからないが1となっております。この1については、受話器を傷病者の口元にあてがい指令管制員が自分の耳で確認し呼吸停止を判断したものでございます。こちらにつきましては、引続き調査を行い、有用と判断されれば、口頭指導プロトコルに追加する方向で検討したいとしております。8ページをお開きください。平成24年度よりドクターヘリの新要請基準が定められることとなっております。これまで、現場救急隊からの要請からとなっておりますが、これに加えて、受報時の通報内容から指令管制員が直接要請することとなる予定でございます。このことから、指令管制員が行う口頭指導プロトコルにドクターヘリ要請については、指令管制員の行う口頭指導プロトコル案の8ページと9ページで御確認をお願いします。参考として外傷、熱傷の項目に記載しお示ししてございます。9ページをお開きください。先ほど、5ページにて御説明申し上げましたが、共同指令センターで用いる口頭指導プロトコルの検討項目において、新たな検討項目として、けいれん時における口頭指導についての検討内容を御説明申し

	上げます。これは、JRC（日本蘇生協議会）ガイドライン2010では、けいれん発作時は、まずご誤嚥や窒息を防ぐことが重要となること。そして、心肺蘇生法の指針（市民用）では、反応の確認という部分で、突然の心停止が起こった直後にけいれんが起きる可能性があることを示唆していることから口頭指導プロトコルに加える方向で検討することとなりました。10ページをお開きください。ただ今御説明いたしました。けいれん時における口頭指導についてのプロトコルになります。ここまで、口頭指導プロトコルについて御説明をしましたが、御質問等ございますでしょうか。
仲村部会長	ありがとうございます。口頭指導プロトコル及び新受入れ体制構築に関する作業部会での検討内容のうち口頭指導プロトコルに係る事務局からの報告ですが、ここまでで何か御質問はありますか。
平澤委員長	市民向けの救急蘇生法の指針が出ておりますが、それを見ますと救命の連鎖がありまして丸が繋がっておりますが、その中に AED が当たり前のように描かれていて、これは心肺蘇生法の一つとしてここに位置付けられているという見方ができているのですが、それからすると、インデックス資料3の5ページに検討事項とありますが、丸1として成人用心肺蘇生法口頭指導要領とありましてこれとは、別枠として AED を用いた救命処置口頭指導要領となっているのはどうもイメージしにくいと思うのですが、いかがですか。心肺蘇生法の中にごく当たり前に扱われる位置付けとなっているのではないのでしょうか。AED が到着しなければ心肺蘇生を継続し、到着したならば装着し適応があれば除細動を実施するという流れだと思うのですが。
山口補佐	平澤委員長のおっしゃるとおりでございます。インデックス資料3の5ページにお示した資料ですけれども、これは国においても口頭指導プロトコルについて検討を行っているところでございます。国の口頭指導プロトコルの方向性を考えてみますと、例えば成人用心肺蘇生法口頭指導プロトコルで対応する中でフロー図として適応であれば AED が実施される流れとなっております。このことから、コールトリアージする部分と実際の口頭指導とを、わけてお示ししておりますが、実際に口頭指導として指令管制員が実施する上では、平澤委員長がおっしゃったとおりに、口頭指導と AED のプロトコルはフロー図で繋がっております。
平澤委員長	個人的意見で恐縮ですが、例えば、成人用心肺蘇生法口頭指導要領括弧 AED を含む、というニュアンスと申しますか、書き表し方が適切ではないかということでもあります。市民が実施する心肺蘇生法の現状においては、実際に AED が当然のごとくある状況がありますことから申しております。

山口補佐	インデックス資料3の5ページでお示しております口頭指導プロトコールにつきましては、本作業部会において平澤委員長がおっしゃいました方向で検討していただきたいと思います。実際、AED プロトコールが最初に救急隊が到着した現場ですぐに始まるということはありませんことから、そうしたいと思います。
仲村部会長	本作業部会では、変更点としてはガイドライン2010による変更点を考慮した改訂と、ドクターヘリの要請を一部取り入れているということです。
梅澤係長	事務局からよろしいでしょうか。口頭指導フローチャートは、指令管制員が研修で用いることはもちろんのこと、実際の119番の受報時ではこの口頭指導プロトコールの該当箇所を探して指導が始まるものですが、この一連としてドクターヘリの要請部分は参考として書き加えておりまして、スムーズな流れを考慮しているものでございます。
仲村部会長	インデックス資料3の5ページの検討事項が8項目あるのですが、これはそのほかに検討する項目はなかったと考えてよろしいでしょうか。
梅澤係長	これらの項目につきましては、北東部、南部ブロックの消防本部と調整したほか、国の口頭指導プロトコールの方向性も考慮したものでございます。
仲村部会長	例えば、意識がなくなったという傷病者については、どの口頭指導プロトコールに入るのでしょうか。
梅澤係長	資料で指令管制員の行う口頭指導プロトコール案をお示ししてございますが、たとえば1ページの成人では、3段目の囲いに反応はありますか、手足を動かしたりしますか。とありますので、対応可能となります。
平澤委員長	入電するものすべてに口頭指導プロトコールが対応できていると考えてよろしいでしょうか。
山口補佐	そうではありません。現状、案として口頭指導プロトコールをお示ししてございますが、これからできあがるであろうコールトリアージの考え方と、実際に心肺停止を確認でき居合わせた通報者に行動させる口頭指導プロトコールが組み合わさったものとなっております。実際に聴き取った上で、心肺停止状態が確認されたときに口頭指導プロトコールが開始されるという流れになります。聴取要領があって口頭指導プロトコールがあるので、これらが合体したものをお示ししております。
篠崎委員	来年度からの総務省消防庁の指針として、聴取要領と口頭指導プロトコールをわけて作成するということになりそうなのですが、聴取要領は、すべての救急事案に対応しておりまして、聴取要領の中から、

平澤委員長 篠崎委員	口頭指導プロトコルが適応される傷病者に使用されるという２段階を経た形ことになります。ただドクターヘリがプロトコルに入っているのは、本来は聴取要領に含むべきところで特殊な形となっておりますが、基本的には、聴取要領と口頭指導プロトコルをわけて作成していくところですが、作業部会では、受報時の流れの中で、参考という形でお示しました。
山口補佐	例えば、高所からの墜落という場合にどうなりますか。 高エネルギー外傷という聴取要領がありまして、傷病者に生理学的異常があり、反応がないとなりますと口頭指導プロトコルが開始されることになります。ただこの聴取要領としては、高所からの墜落がカバーされていないということになります。
仲村部会長	お配りしている資料で、総務省消防庁で２月１７日の会議で使用された資料となりますが、第１回救急業務のあり方に関する検討会の１５ページをお開きください。ただ今、篠崎委員がおっしゃいました説明もここに記載されております。国の検討として平成２４年中にコールトリアージがまとまろうというところなので、これに同時進行して、本作業部会や専門部会が先に進んでしまっている状況であることから、今後、消防庁から、方針が出てくることとなりますので、この口頭指導プロトコルについては、改訂していかなければいけないものであると認識しております。
梅澤係長	指令管制員の行う口頭指導プロトコルについては、まだ改正途中ということで、今後、更に検討をお願いします。
仲村部会長	口頭指導プロトコル及び新受入れ体制構築に関する作業部会での口頭指導プロトコルのスケジュールにつきましては、前段で御説明したとおりでございますが、３月及び４月にかけて先ほどのアンケート実施後の結果を踏まえて検討結果をだすこと、それから指令課で実施している呼吸の確認方法について引続き調査を実施します。また、ケイレン時の口頭指導要領について引続き検討を行う予定でございます。更には５ＭＣ協議会と調整しながら素案をまとめまして千葉市救急業務検討委員会へ作業状況を上程し御審議いただきたいと考えております。
梅澤係長	口頭指導プロトコルについては、作業部会で、追加すべきプロトコルについても御検討いただきたいと思います。どこまで実施するのかというのがありますが、指令管制員の方々がどこまで必要とするのかという部分で御検討をお願いします。それでは、次に進んでよろしいでしょうか。
梅澤係長	それでは、インデックス資料３の１２ページをお開きください。新受入れ体制の構築に関する検討について御説明申し上げます。新受入

	れ体制を検討するに当たり、位置付けとしては、千葉県が策定した、実施基準に基づくものとし、その中にある、地域ルールとして検討することとしております。検討内容としましては、現状の収容状況を分析し問題点を抽出すること。収容先医療機関の選定については、緊急度を重視した分類とし、その分類は医学会や消防庁が検討中のシートを参考とする。また、緊急度分類をするに当たり救急隊員に必要な教育を検討する。これらの検討課題を整理した上で、一定期間試行する。試行調査を基に検証しこれらの体制について本専門部会及び千葉市救急業務検討委員会に上程し運用について検討することとしております。13ページをお開きください。作業部会で検討中のイメージでございます。例えば、救急隊が傷病者の緊急度レベルを3に該当すると判断し、これを受入医療機関に連絡し収容となりますが、受入後、診察結果が緊急度レベルⅢではなくⅡであったという場合、その違いなどを調査するとともに、救急隊員観察要領の検討及び緊急度分類の見直しなど必要な調査を行います。14ページをお開きください。まとめでございます。平成25年度指令センターが、共同運用化に移行するに当たり指令管制員が通報者に行う口頭指導要領及び新受入れ体制の構築に関する検討を行いました。口頭指導プロトコールについては、作業部会案を作成し県内の5MCと調整しつつ平成24年5月を目途に千葉県へ上程できるよう作業を開始しました。新受入れ体制の構築に関する検討に当たっては、昨年市内で発生した搬送困難症例を重く受け止め、緊急度、重症度に応じた適切な医療機関に収容ができるよう、救急隊と医療機関が共通した認識の基で、迅速かつ、その傷病に応じた適切な医療が提供できる医療機関へ収容できるよう検討することとしました。以上で、新受入れ体制の構築に関する検討について御説明を終わります。
仲村部会長	口頭指導プロトコールについては、先ほどまとめましたので、新受入れ体制の構築に関する検討では、緊急度、重症度の判断から適応する医療機関に収容ができるよう救急隊と医療機関が共通した認識の基で活動できるようにすることと、更には、迅速かつ、その傷病に応じた適切な医療が提供できる医療機関へ収容できるよう検討することとでございます。質問はありますでしょうか。それでは、私からですが、産科あるいは小児科とか特殊領域の医師の方々からの意見を聞く必要があると思いますがいかがでしょうか。すでにネットワークができていますかもしれませんが。
平澤委員長	それは、千葉県で策定された、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準により実施されております。
仲村部会長	そのほかに御意見はありますか。

平澤委員長	14ページのまとめでございますが、口頭指導プロトコルについて県内の5MCと調整しつつありますがこれは、千葉県内の北東部、南部ブロックの5MCという意味ですか。
梅澤係長	そのとおりでございます。訂正します。
平澤委員長	千葉市救急業務検討委員会へはどこまで報告するのですか。
梅澤係長	各作業部会のまとめのところが報告事項となりますが、仲村部会長と調整して、上程する考えであります。
仲村部会長	本日の内容を、平成24年3月8日に開催される千葉市救急業務検討委員会へ報告します。ほかに御意見はありますか。
篠崎委員	確認させてください。AEDを含むと先ほど平澤委員長がおっしゃいましたが、例えば、資料の案として指令管制員が行う口頭指導プロトコルの1ページ目で、成人用心肺蘇生法口頭指導要領がありますがAEDを含むというのは、この1ページにAEDのプロトコルまで記載するのは無理かと思うのですが、タイトルを、1成人用心肺蘇生法括弧AEDを含む口頭指導要領で1の1とし、2ページ目に1の2としてAEDの見開きが付く形とするのが良いのかなと思いますがそのような理解でよろしいでしょうか。
平澤委員長	そういうことで良いと思います。別枠でなく続いていることになりますからよろしいと思います。
仲村部会長	よろしいでしょうか。それでは、本審議の内容について検討を要する部分については、事務局と調整し委員の皆様にご了解を得て千葉市救急業務検討委員会に上程したいと思います。本日の議事内容はすべて終了しました。最後にその他がありますので、事務局から説明をお願いします。
山口補佐	それでは、その他について事務局から御説明申し上げます。次回の本専門部会の開催日程についての御説明です。次回の本専門部会でございますが、平成24年4月の下旬から5月の中旬を予定しております。委員の皆様方には、お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、3月の下旬に日程調整表をファックスさせていただきますので、その際には御回報のほどよろしくお願いいたします。以上で、次回、マニュアルプロトコル専門部会の開催日程についての御説明を終わります。
仲村部会長	ありがとうございました。それでは、議事を事務局へお返しします。
山口補佐	長時間にわたり、御審議ありがとうございました。本日、御意見をいただきました箇所につきましては、再度、事務局で修正、また、取りまとめをしまして本専門部会長と調整の上、第3回千葉市救急業務検討委員会において報告させていただきます。それでは、閉会に当たり、小林救急課長より御挨拶を申し上げます。

小林課長	本日はお忙しいところ、本専門部会に御出席いただき、また遅くまで御審議いただき誠にありがとうございました。本日、各作業部会長を中心に御報告いただきました内容について、事務局におきまして整理させていただき、冒頭、警防部長が御案内いたしましたとおり、来月に開催を予定しております。平成23年度第3回千葉市救急業務検討委員会において、御報告させていただきます。先般、当局からも救急隊員の救急蘇生ワーキンググループに職員を参加させておりますが、現在、総務省消防庁において救急隊員の行う心肺蘇生法について検討が行われており、近くこの通知が発出される予定でございます。このワーキングでの情報につきましても、逐次、作業部会に提供させていただき、より良いマニュアルプロトコルの構築を図って参る所存であります。今後とも、本専門部会の運営に関しまして、御指導のほどよろしくお願い申し上げます。以上をもって、閉会の御挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。
------	--

平成24年2月22日開催の、第2回「マニュアル・プロトコール専門部会」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

マニュアル・プロトコール専門部会長 部会長承認済・確定文書（写）