

平成24年度第1回千葉市救急業務検討委員会

議 事 録

1 日 時 平成24年5月21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）1階 講堂

3 出席者

（1）委 員（9名）

平澤 博之委員、織田 成人委員、谷嶋 つね委員、中村 弘委員、山本 義一委員、中村 真人委員、中村 孝雄委員、中田 泰彦委員、太枝 良夫委員

（2）事務局

石井消防局長、大極救急課長、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、石垣司令補、高山司令補、植田司令補、坂本土長

（3）オブザーバー

稲葉 晋部会長（マニュアル・プロトコル作成専門部会）
千葉県：中村室長（医療整備課）、旭副課長（消防課）
千葉市：白井係長（健康企画課）

4 議事概要報告

「平成23年度第3回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

5 議題

議題1 委員長の選出及び職務代理者の指名について

（千葉市救急業務検討委員会設置条例第4条第1項、第2項及び第4項関係）

議題2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る教育体制及びプロトコルについて

議題3 指令センター常駐医師の業務について

議題4 共同指令センターの指示管制員が用いる口頭指導プロトコルについて

6 報告

報告1 厚生労働科学研究「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」における新しい救急救命処置と実証研究に関する研究会への参加報告について

報告2 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する情報提供について

報告3 指導救命士の指名について

7 その他

平成24年度第2回千葉市救急業務検討委員会の開催予定について

8 議事概要

(1) 平成23年度第3回千葉市救急業務検討委員会議事概要報告

平成24年3月8日（木）に開催された、平成23年度第3回千葉市救急業務検討委員会の議事概要は、平成24年度第1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) 議題1 委員長の選出及び職務代理者の指名について

委員の任期満了に伴い、平成24年4月、新たに委員の委嘱が行われたことから千葉市救急業務検討委員会設置条例に基づき、委員長の選出及び職務代理者の指名について審議した結果、委員長は平澤委員、職務代理者は平澤委員長から織田委員との指名がありそれぞれ承認された。

(3) 議題2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る教育体制及びプロトコールについて

マニュアル・プロトコール専門部会の稲葉部会長から、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管の実施に係る本部会の検討として、救急救命士への教育のあり方、病院実習のあり方及びプロトコールについて説明があり、審議の結果それぞれ了承された。

(4) 議題3 指令センター常駐医師の業務について

マニュアル・プロトコール専門部会の稲葉部会長から、指令センター常駐医師の業務として、救急隊から医療機関への収容依頼において、常駐される医師の裁量により医療機関交渉を試行期間として実施するとの検討結果が示され、審議の結果、1年間実施しアンケートをとりその効果について検討することとなった。

(5) 共同指令センターの指令管制員が用いる口頭指導プロトコールについて

マニュアル・プロトコール専門部会の稲葉部会長から、千葉県北東部・南部ブロックで平成24年4月から開始される口頭指導プロトコール案が示され、審議の結果、了承された。

(6) 報告1 厚生労働科学研究「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」における新しい救急救命処置と実証研究に関する研修会への参加報告について

事務局から、平成24年3月に開催された厚生労働科学研究「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」における新しい救急救命処置と実証研究に係る研修会の内容が説明され、同研究事業の今後の対応について報告があった。

(7) 報告2 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する情報提供について

事務局から、平成24年6月より新たに千葉県救急医療センターが協力医療機関として、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参加する予定で

あることが報告された。

(8) 報告3 指導救命士の指名について

事務局から、平成24年度より2年間を任期として、新たに2人の指導救命士が指名されたことについて報告があった。

(9) その他 平成24年度第2回千葉市救急業務検討委員会の開催予定について

事務局から、次回に予定している平成24年度第2回千葉市救急業務検討委員会の開催は、平成24年8月初旬に開催するとの説明があった。

審議概要

山口課長補佐	それでは、委員の皆様方がお揃いになりましたので、これより開催させていただきますたく存じます。ただ今より平成24年度第1回千葉市救急業務検討委員会を開催します。それでは本委員会委員の先生方、委嘱期間満了に伴いまして本年度24年度新たに職をお引き受けいただいた委員の皆様、先生方を御紹介させていただきます。なお、委員の先生方は既に御面識でございますと思いますことから、順次御紹介をさせていただきますたく存じます。お席と順が不同になっておりますが、御了承のほど、よろしくお願いいたします。昨年度まで本委員会委員長をお務めいただきました平澤博之委員でございます。続きまして、千葉大学医学部附属病院救急部集中治療部織田成人委員です。続きまして、山王病院病院長谷嶋つね委員です。続きまして、千葉県救急医療センター医療局長中村弘委員です。続きまして、千葉メディカルセンター病院長山本義一委員です。続きまして、千葉市医師会医療担当理事中村真人委員です。中村先生は前任の高橋先生の御後任として今年度より委員をお願いいたしました。続きまして千葉中央メディカルセンター病院長中村孝雄先生です。続きまして、みつわ台総合病院副院長中田泰彦先生です。続きまして、千葉市立海浜病院病院長大枝良夫先生です。なお本日、国立病院機構千葉医療センター病院長増田政久委員、千葉市立青葉病院院長田中正、千葉脳神経外科病院院長湧井健治委員、千葉市医師会副会長斎藤博明委員は御欠席となっております。以上で委員の皆様方の御紹介を終わります。資料2に4月1日付の本委員会の委員名簿を添付してございますので後ほど御覧くださるようお願いいたします。それではオブザーバーの紹介をさせていただきますたく存じます。千葉県医療整備課中村室長です。続きまして、千葉県消防課旭副課長です。続きまして、千葉市健康企画課白井係長です。また本日は本委員会の専門部会でございますマニュアルプロトコル作成の専門部会から部会長である千葉県救急医療センター稲葉晋先生にも出席をお願いしております。続きまして事務局を紹介させていただきます。消防局長の石井でございます。救急課長の大極でございます。救急管理係長の反田でございます。同じく高度化推進係長梅澤でございます。同じく石垣でございます。同じく高山でございます。同じく植田でございます。同じく坂本でございます。最後ですが、救急課の山口でございます。どうぞよろしくお願いいたします。それでは開会に先立ち消防局長の石井より御挨拶を申し上げます。
石井消防局長	本年4月1日付で消防局長を拝命いたしました石井と申しますどうぞよろしくお願いいたします。本日は、委員の皆様方におかれましては大変お忙しい中、平成24年度第1回千葉市救急業務検討委員会に

山口課長補佐	御出席いただきまして誠にありがとうございます。本日の開会に先立ちまして一言ごあいさつを申し上げます。日頃より委員の皆様方により多大なる御支援をいただいております救急業務につきましては消防行政の中でも基幹の一つであるというふうに思っております。また日々変化しております行政分野の一つとして認識をさせていただいているところでございます。その様な状況の中で、市民に対して安全安心を行政サービスの一環として提供できますことも、ひとえにメディカルコントロールの見地から委員の皆様方にバックアップ体制をいただいているからこそと考えております。本日の委員会でも新しい取組みに対する御意見をお伺いさせていただく内容があると聞いております。先生方の御意見を市民サービスに十分反映させて参りたいと考えておりますので、忌憚のない御意見御発言をお願い申し上げます。終わりに当局の万全な救急体制構築のために引き続き委員の皆様方の御理解御協力をお願いいたしまして、私からのごあいさつにさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。 それでは会議資料の確認に移らせていただきたく存じます。まず本編資料、赤いインデックスの次第、表ページが次第でございます。次にインデックス議事概要ですが、平成 23 年度第 3 回の本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、委員長の選出及び職務代理者の指名について、この資料といたしましてインデックス資料 1、千葉県救急業務検討委員会設置条例、インデックス資料 2、千葉県救急業務検討委員会委員名簿となっております。次にインデックス議題 2 ですがビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る教育体制及びプロトコールについて、この資料といたしまして資料 3、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。次にインデックス議題 3 ですが指令センター常駐医師の業務について、その資料として青インデックス資料 4、指令センター常駐医師の業務についての検討結果、次に赤いインデックス議題 4、共同指令センターの指令管制員が用いる口頭指導プロトコールについて、この資料といたしまして、青インデックス資料 5、共同指令センターの指令管制員が用いる口頭指導プロトコールについて、同じく青インデックス資料 6、指令管制員の行う口頭指導プロトコール、次に赤いインデックス報告 1、厚生労働省科学研究事業、救急救命士の処置範囲にかかる実証研究にかかる研修会及び今後の対応について、この資料といたしまして青いインデックス資料 7、厚生労働省科学研究事業、救急救命士の処置範囲に係る実証研究に係る研修会及び今後の対応について、次にインデックスの報告の 2 でございます。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、この資料といたしまし
--------	--

大極課長	て青インデックス資料8、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、次に赤いインデックス報告の3、指導救命士の指名について、この資料で青いインデックス資料9、指導救命士の指名、最後に赤いインデックスその他で平成24年度第2回千葉市救急業務検討委員会の開催予定についてとなっております。以上で資料の確認を終了いたします。乱丁、落丁等はありませんでしょうか。よろしゅうございますか。それでは次に移させていただきます。議事を引き続き進行させていただきたく存じます。進行につきましては委員長が選出されるまでの間、事務局の消防局救急課長の大極が議事を進行させていただきたいと存じます。よろしくお願いいたします。 ただ今事務局から説明がありましたとおり、委員長が選出されるまでの間、議事の進行を担当させていただきます。よろしくお願いいたします。着座で失礼いたします。それでは次第の2、平成23年度第3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御報告いたします。
山口課長補佐	それでは議事概要について御説明いたします。御手元の資料のインデックス議事概要をお開きいただきたいと思います。平成23年度第3回千葉市救急業務検討委員会は平成24年3月8日木曜日、委員12人の出席により消防局で開催し1件の議題及び3件の報告事項が取扱われました。なお、議題概要の説明につきましては本委員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をさせていただきたく存じます。以上で平成23年度第3回千葉市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。御指摘、御質問等ございましたらよろしくお願いいたします。
大極課長	ただ今事務局から平成23年度第3回千葉市救急業務検討委員会の議事概要について報告がありました。各委員におかれましては事前にお渡ししてありますので、御覧になっていると存じますが、報告内容または記載事項について御指摘などはございませんでしょうか。特に御指摘がないということでよろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは引き続き議事を進行させていただきます。次第3、議題1、委員長の選出及び職務代理者の指名について御説明いたします。資料1、インデックス議題1をお開きください。本委員会の委嘱期間満了に伴いまして、新たに委員の委嘱が行われたことから本委員会設置条例の定めによりまして委員の互選により委員長の選出をお願いしたいと存じます。つきましては委員長の選出にあたりご推挙をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。
山本委員 大極課長	引き続き平澤先生に委員長としてお願いしたいと思います。 御推挙をありがとうございました。ただ今山本委員より平澤委員を

一同 大極課長	委員長にと御推挙いただきましたが委員の皆様方いかがでしょうか。 異議なし。 委員の皆様方からの御推挙でございますが、平澤委員お引受けいただけますでしょうか。
平澤委員 大極課長	お引受けいたします。よろしくお願いします。 ありがとうございます。委員の皆様方の御推挙と平澤委員の承諾が得られましたので本委員会の委員長は平澤委員にお願いすることで決定させていただきます。それでは誠に恐縮に存じますが平澤委員長、一言ごあいさつをお願いいたします。
平澤委員長	委員の皆様、引き続き委員長にと、御推挙いただきましてありがとうございます。思えば随分長い間千葉市救急業務検討委員会の委員長を拝命いたしております。もう１０数年になるかと思いますが、皆様のおかげで千葉市のメディカルコントロール協議会が全国でも注目されるようになり、いろいろ新しいことの試みや先進的なことをやっておりますので大変嬉しく思います。私の任務も変わりますことから、多分委員長をお引受けするのもこれが最後だというふうに思うのですが、任期満了までどうぞよろしくお願い申し上げます。
大極課長	平澤委員長、ありがとうございました。引き続き職務代理者の指名について御審議をお願いしたいと存じます。つきましては平澤委員長に、恐れ入りますが職務代理者の御指名をお願いしたいと存じます。
平澤委員長	これも１０年以上継続いただいております千葉大学医学部附属病院の織田先生に、私に事故ある場合の職務代理者として引き続き御勤めいただきたいと思いますがいかがでしょうか。
一同 大極課長	異議なし。 ありがとうございました。ただ今平澤委員長から、織田委員とする御指名がありましたので、職務代理者は織田委員と決定させていただきます。織田委員よろしくお願いいたします。それでは議題１に関する審議決定によりまして、これより議事の進行を平澤委員長にお願いしたいと存じます。平澤委員長よろしくお願いいたします。
平澤委員長	はい。それではどうぞよろしくお願いいたします。次第に基づきまして議事を進めていきたいと思いますが、御覧のように、結構議題がございますし報告事項もございます。皆様お忙しいでしょうしできるだけ能率よく、それでいて活発に討論した上で決定していきたいと思いますのでどうかよろしくお願いいたします。それではまず議題２ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る教育体制及びプロトコールについて、事務局から説明をお願いします。
大極課長	それでは事務局から御説明いたします。議題２、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る教育体制及びプロトコールについて説明をさせていただきます。

梅澤係長	きます。昨年 8 月 1 日付で総務省、消防庁、救急企画室及び厚生労働省医政局指導課長から発出されました通知を受け、救急現場で気管挿管を実施する際に新しい器材でありますビデオ硬性挿管用喉頭鏡を救急救命士が使用できると通知がありました。既に昨年度の本委員会で御説明をさせていただいてございます。これを受けまして当局ではマニュアルプロトコール専門部会を設置し、このビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用するための教育体制及びプロトコールについて作成に向け検討を図ってきたところでございます。この内容について専門部会で一定の検討結果がまとまりましたので本委員会にはかり、今後の教育及び現場での使用を進めていく所存でございます。それでは詳細な内容につきましては担当より御説明を申し上げます。
稲葉部会長	こちらのビデオ硬性挿管用喉頭鏡に係る教育体制及びプロトコールにつきましては、マニュアルプロトコール専門部会の部会長でおられます稲葉先生から御説明をお願いしたいと思います。よろしくどうぞお願いいたします。 マニュアルプロトコール専門部会の稲葉と申します。前任の中村先生が海外留学され、この 4 月から部会長をお引き受けいたしましたのでよろしくお願いします。議題の 2 ですが、マニュアルプロトコール専門部会で検討しているうちの一つでありますビデオ硬性挿管用喉頭鏡についての検討をいたしましたのでこちらについて御審議いただきたく存じます。資料の 11 ページに今回の経緯が記載されておりますが、前回の本委員会で説明しておりますので経緯については御説明なしでよろしいかと思いますが、国からはビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用してよろしいということになりましたので、千葉市においてもこちらの器機についての有用性を検討したところでございます。資料の 12 ページを御覧ください。ビデオ硬性挿管用喉頭鏡については 3 点について検討しています。1 つめは有用性の検討、2 つめが教育方法の検討でして、その内訳は講習対象者について、講習時間について、それから病院実習についてです。3 つめがプロトコール作成の検討ということで、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡のプロトコール案を作成したとと適応する症例について検討しています。以下細部をそれぞれ御説明していきたいと思います。資料の 13 ページを御覧ください。まずビデオ硬性挿管用喉頭鏡が有用かどうかということを作業部会で検討しております。この器機はモニターがついておりまして、従前の喉頭鏡と違って挿管する際に実施者一人で見ただけではなく、複数の目で確認できるというので従来の気管挿管よりも安全性に優れているということがいえます。またモニターにより声門を確認できるので介助者による補助を必要とせず胸骨圧迫を中断することなく処置を施行でき

るという利点があげられます。それから外傷症例などは今まで頸椎の安定性の問題で挿管適用になっていなかったのですが、こういう気管挿管困難症例についても対応できます。また従来型の喉頭鏡を用いた気管挿管とビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管の準備開始から一次確認までの時間的有意差は一応検討したところありませんでした。ということでビデオ硬性挿管用喉頭鏡についてはデメリットもあるが、メリットが上回り、有用性が高いために救急業務で使用して良いのではないかとすることを作業部会として結論をだしました。次に実習と教育体制についてということで資料の14ページをご覧ください。まず講習について検討するということですが、千葉市消防局においては受講対象人数がどれほどいるかということを示しています。現在気管挿管認定の救急救命士が60名ですね。気管挿管認定を講習は終了して病院実習を待っている救急救命士が80名ということで、まず講習については対象者が140人ぐらいいるということになると。国の定員としては1講義あたりの定員を10人以上50人以下が望ましいということが示されておりますが、国に準じた定員とするべきではということで、千葉市においては5回に分けて最大30名程度ではどうかということをや作業部会として考えております。カリキュラムについてはここにお示ししてある通りです。講習については資料の15ページを御覧ください。所属教育3時限と集合教育4時限に分かれてトータル7時間を考えています。まず所属教育についてはそれぞれの救急隊で実施してもらうとしております。内容はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管に必要な知識を1時間、気管挿管法の実際と事故対策を2時間で合計が3時間、各隊でやっていただきます。その次に行うものが集合教育で資料の16ページを御覧ください。これは4時限となっておりまして消防学校に集合して医師の指導の下、行ってもらうもので、人形を用いた気管挿管シミュレーションを2時限、それから筆記試験と実技試験を2時限ということで集合教育は4時限で、トータルで7時限ということを考えています。講習が修了した後に病院実習を行うということになります。病院実習については資料の17ページからになりますが、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に必要な研修7単位を修了後、医療機関において実習する症例の回数についてということですが、消防庁の公表データによると、成功症例が2例以上というふうになれば、その成功率はほぼ100パーセント近くなるということがありますが、実際の気管挿管認定救急救命士に聞きますと、やはり回数が多いほど、実習できれば実習できるほど良いということが意見にもありましたので、我々のところではビデオ硬性挿管用喉頭鏡については成功症例3症例以上が認定

の基準として良いのではないかとということで作業部会では考えています。それから3症例以上というのは現在気管挿管認定を持っている救急救命士の方の病院実習についてでございます。現在、気管挿管の未認定の救急救命士については平成25年度の病院実習開始に向けて検討していくということにしております。資料の18ページに教育方法の検討結果をお示ししてございます。所属教育3時限と集合教育4時限としたい。それから学校教育は1回あたりの受講者を最大30人として5回の設定ですと、未受講者ができる可能性があります。また、勤務の状況などから6回として開催することで140人の対象者全員を受講させる。全員の所属教育集合教育は平成24年度中に完了させたいと。それから気管挿管認定救急救命士に対してはその後病院実習となりますが、病院実習については3症例以上の成功で認定としたいということでございます。それから19ページを御覧ください。プロトコール作成の案をお示ししております。今回のプロトコールはビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用した挿管についてのプロトコールということですが、ただし普通の気管内挿管についてと共通事項ということもありますので、共通事項というところは、共通して変更していければといったところでございます。共通事項の変更点としては今まで胸骨圧迫の中断時間を考慮して5ヶ所6点聴診としておりましたが、3ヶ所4点、心窩部、両肺尖部を聞いて、また心窩部に戻るという3ヶ所4点に変更してはどうかとしております。それから1次確認で問題がある場合には目視で気管チューブの声門の通過を確認出来れば2次確認へ進むことをカットするということ。それから3番目については可能な限り継続した胸骨圧迫を実施することを原則とするために、胸骨圧迫中断から開始のことは明記しないということ。それから2次確認についてはJRCガイドラインでも有効性が明らかでありますのでETCO2モニターを、もし、なければEDDを使用するということを考えております。それから、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡だけについてのプロトコールということでは頭頸部中間位での施行を可能とするということが今回作業部会で取り入れたいとしております。これがあるおかげでより挿管対象が広げられて、安全に施行できればというふうに考えております。20ページを御覧ください。今までの気管挿管の施行判断についてということが書いてあります。今までは基本的にステップ1ステップ2ステップ3の段階を踏んでいく必要がありましたが、異物による窒息とか、その他気管挿管でなければ気道確保が困難な症例のみがそのままステップ1からステップ3に行けるのですが、基本的にはステップ1の後ステップ2の立場を踏んでからステップ3へ移行ということになっています。ですが、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡につ

	いては複数の目で挿管が確認できることから安全性も確保されていますし、頸椎保護についても、頸椎の移動などありませんのでそういうことを含めまして、気管挿管が施行不能の場合を除いてオンラインコントロールで医師が必要と判断した場合にはメディカルコントロール下においてビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管をステップ2でも施行可能ということにしてはどうかというのが作業部会での結論でございます。資料の21ページにそれを踏まえたビデオ硬性挿管用喉頭鏡についてのプロトコールをお示ししております。従来の気管挿管プロトコールについては次のページにありまして、大きなところは変わっていませんが、気管挿管では、2つのプロトコールを作成しているということでございます。この中で声門通過時の複数の目による確認のことが書いていないですが、こちらの方はどこかで文章を入れて安全性の担保という意味でより確実に挿管できたということを判断するために、複数の目で声門通過時を確認するということを文章にいったプロトコールにしたいと思っています。23ページを御覧ください。まとめですが、有用性の検討の結果としては安全性に優れまして胸骨圧迫の中断時間短縮や気管挿管困難症例にも対応できるなど有用性は高いため救急業務に使用する。2番目、教育方法の検討結果としては平成24年度中に140名全員の教育、こちらの講習ですけれども、病院実習については気管挿管認定救急救命士の病院実習は3症例以上の成功で認定とする。24ページのプロトコール作成の検討結果については共通事項で以下のものをお示ししてございます。以上でございますが、実物をちょっと見ていただきますので、こういったモニターで実際に声門通過を確認できるものでございます。今、作業部会としてはこのような検討をしまいいりましたので、本委員会の皆様方で御審議をいただければと思います。よろしくお願いいたします。
平澤委員長	稲葉部会長、マニュアルプロトコール専門部会で大変詳細な検討結果をしていただき、また、ただ今非常に効率よくご説明いただきありがとうございます。皆さん分かりやすかったと思いますが、ちょっと気になったのですが、資料ページ13にデメリットもあるとあるのですが、このAWSのデメリットを説明してください。
梅澤係長	事務局からお答えします。まずデメリットと申しますとやはり従来型の喉頭鏡と比べますと。値段が高額だということがでございます。併せて、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡のブレード、イントロックというこの部分でございますが、こちらが厚いということで、開口が困難な症例についてはデメリットであるということで認識しております。それから、当初委員会で御説明させていただきました、小児には不向きというところではございましたが、現在新たな喉頭鏡ですと小児が対応で

平澤委員長	きるものがでておりますので、これまでデメリットとしていたものをこちらのほうは削除させていただいております。事務局から以上でございます。 ありがとうございます。よくわかりました。文明の利器があるからこれを使いましょうということなのですね。それには教育をやって病院習もあります。病院実習においてはとり３症例でよいのではと、それから病院実習の対象となる救急救命士は現時点ですでに気管挿管の認定を受けている救急救命士に限りましょうということをおっしゃっているということに思いますが、気管挿管実習を待っている８０人の救急救命士の扱いでは、この救急救命士さん達はどのようなのでしょうか。その人達に対する実習というのは、エアウェイスコープの実習とかそういうことでしょうか。今回での検討では先延ばしするということですか。
梅澤係長	事務局からお答えします。こちらのビデオ硬性挿管用喉頭鏡につきましては国の見解がございます。これはビデオ硬性挿管用喉頭鏡を実習する前に、ある程度従来型の喉頭鏡をしっかり熟知した後に研修を行うというところで、現在国の方でも改めて検討中というところがございます。当局といたしましては新規の養成となる気管挿管認定救急救命士につきましては、まず国の最終的な見解を踏まえることとし、併せて各大都市、先進している都市などを改めて調査を行いまして２５年度からの病院実習の方法、体制に向けて検討したいと、この様に考えております。以上でございます。
平澤委員長	ありがとうございます。それは分かりましたが、私、県の救急業務高度化推進協議会の委員長でもあるのですが、確かこれに関しては前に県としての指針というか方針を出したのではなかったのですが、３０例と３例続けてやって良いとか、そんなことありませんでしたか。そういうのは出していないですか。逆に言うと千葉県がずっと進んでいたものですから、早めにそれでやりましょうよといったら、それから後に国の方で３０症例やってそれからしばらくして３症例やりなさいということで、少し齟齬が生じているとかそういうことはありませんか。どうですか。
旭副課長	御世話になっております。３月に行われた検討会の中で確かにそういう部分、３０症例に続いてビデオ硬性挿管用喉頭鏡の実習３症例ということで、各ＭＣ協議会の中で認めたものについては実施する方向ということで御承認いただいたところがございます。今回、若干その部分で、見解の相違が生じている部分がございますので、そちらについては確認ができ次第、協議会の委員の方に審議していただき、もう一度周知をしたいと思っております。

平澤委員長	まだ実際に始まっていないからよいのでしょうか、要するに私共の方が千葉県全体として国からみて少し進んでいるところがあって早々に決めたのですが、その後国の方でいったん待ちなさい、30症例やっていったんフィールドに出て少し経験を積んでから改めてビデオ硬性挿管用喉頭鏡の実習をやりなさいということが、後出しで出てきたわけですから、その辺りをもう一度検討して、承認が必要だったら各地域のMCの協議会に出していただくということになるのでしょうか。これは県のMC協議会の会長としての立場なのですが、千葉市は県がそう決めたものの、消防庁が別々にやりなさいとしたものですからそれに従ったというところでしょうね。事実はそういうことですが、全体に関してご意見ございますか。
織田委員	この病院実習ですが、今でもなかなか患者様から承諾が頂けない事情があります。気管挿管実習で30症例というところで進められるということですが、これは想定されているのはやはり病院実習の中で麻酔科において麻酔をかける際に3症例やるということでしょうか。
稲葉部会長	これは今までの気管挿管の病院実習と同じ流れだと考えられるので、今こちらにいらっしゃる委員の皆様方の病院でお願いしていることもあるかと思いますが、気管挿管の実習を受け入れてくれるところは気管挿管認定を受け入れるけど、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の実習は受け入れられないよということはないと思います。ただ、新しく気管挿管の実習は駄目だけどビデオ硬性挿管用喉頭鏡ならいいよって所もおそらくないと思うので、実際に今お願いしている所に引き続きこちらの方もお願いしたいという形になると思います。
織田委員	私が思っていたのは、3症例程度であれば救急外来で実際の患者さんに対して指導医がついて実施された方が効率よくできるのかなと思うのです。それとやはり最近は、患者様から断られる場合が結構ありまして、実習期間が長くなってしまうことがありまして1カ月以上かかりようやく終わるという状況があるものですから、それにビデオ硬性挿管用喉頭鏡の実習が加わるとなると、更に時間がかかることでし設定する側の事務局が大変ではないかと思っています、私はビデオ硬性挿管用喉頭鏡の実習は救急外来で実際に来た患者さんと一緒にですね、気管挿管認定救急救命士は既に教育を受けている訳ですし、むしろ指導医も救急医が実際に指導した方が効率が良いのではないかと考えていたのですが、その辺はどうですか。
山口補佐	事務局からよろしいでしょうか。実は織田先生はこのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を救急救命士が現場で使うという国の検討委員会の検討部会員でおられました。ですからその辺のお話をよく御存じなのでございまして、救急外来でというお話をいただきましたが、私どもに

平澤委員長	としては大変チャンスが広がるということと考えます。しかしながら実際には30症例と同じように同意書をもらうということになっておりますので、なかなか生死がかかった救急外来ではどうなのかなというところでございます。以上です。 実際の病院実習先は、何病院ですか。今、気管挿管の病院実習先は4病院ですか。そうすると、幅を持たせておいてですね、可能であれば救急外来でインフォームドコンセントをもらえるような症例ではやってもかまわないとかですね、そういう実習もありうるという範囲を持っておくというのはどうですか。もし実施していただけるのでしたら。先ほど織田委員がおっしゃったように最初の1例をやるわけじゃなくて30例やって気管挿管の認定を持っていて、ある程度習熟しているという前提の救急救命士ですから、彼らに関しては、千葉大学医学部附属病院でやっていただけるようであれば救急外来で、傷病者は気管挿管される立場であると意識がないわけですが、家族の方の同意を得てインフォームドコンセントができるのでしたら実施しても良いということを含んだ実習方法にするというのはいかがでしょうか。事務局として、それは可能ですか。
山口課長補佐	平澤委員長がおっしゃられたとおりですね。私ども事務局でも、また実習病院を含めてですね、医療機関と指導医の皆様方にまた御面倒をおかけすることになると思いますけれども、そういったところを検討してまいりたいと思います。
平澤委員長	よろしくお願いします。ほかに意見はございますか。中村真人先生お願いいたします。
中村（眞）委員	これは救急隊員だけのお話でしようが、こちらの方が安全ということであるならば、これは医師が気管挿管する場合もやはり同じ評価としてしっかりとできているのでしょうか。であるならば我々もむしろこういった器具を使用していけないと責められてしまうのかなと思うぐらいですから、その辺が評価されているのであれば、むしろ先ほど織田委員がおっしゃっていたような形の上の実習っていうのは当然あるべきだろうなと思いました。我々医師もそれこそ研修しなくちゃいけないのかなと改めて思いました。
平澤委員長 織田委員	その辺は、各医療機関で倫理委員会にかけるときのものなのでしょうか。救急外来で実施するというのはいかがですか。 気管挿管の実習に関しては特に倫理委員会をとおしておりませんが、もし倫理委員会にかけてということであれば多分とおると思います。資格を既に持っていますし、新しいデバイスを使うっていう、しかもその講習を受けている訳ですからそんなに問題はないかなと私自身は思っています。

中村（弘）委員	今のお話していくつかあるのですが、まず1つは、救急外来で家族にインフォームドコンセントを取るというのはまず不可能であるということがあるのですが、ですから今やっているように掲示してとかそれで済ませられる範囲になるだろうということですね。後もう1つは今、中村真人先生がおっしゃったことに関連しますけれども、私達は長くメディカルコントロールを始めて以来なんとなくモヤモヤとジレンマを感じていました。それはLTとかLMとかWBチューブとか見たことも使ったこともないものに関して指示を出すことについて、これは、普通の医療の教育にはあり得ないことです。なんでこんなことをやっていいのかということをしずっと疑問でおりまして、本来はやってはいけないことだと思っています。ですが、もうちょっと超越した考え方で多分皆さんは受け取られていると思うのですが、されどこのビデオ硬性挿管用喉頭鏡となると問題はもっと大きいと思います。これは普通の喉頭鏡と変りうるものと今皆さんおっしゃっておられますが、これは、そうであるもの、と我々自身がきちっと使って指導できるもの、ノウハウも技術もそうですね、という状態にしておいて初めて指示を出してよいというものではないと。麻酔科の先生は以前からLMとか使ってらっしゃるようですし、あるいはビデオ硬性挿管用喉頭鏡に関してもすぐに取り入れてらっしゃるところもありますので問題ないと思いますけど、後で問題が出てくる、指示のとおりというのは常駐医師についてですが、この常駐医師の方々全員がこれに関して説明ができるかということ、これに関してもやっぱり僕は考えていかなくてはならないのかなと思います。
平澤委員長	この救急救命士の実習と並行してお医者さんの方も自己研修と申しましょか、各医療機関でもやっていただかなければならないということになるかと思います。資料の20ページにありますこのプロトコールでは、今後はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使うのはファーストチョイスということですから、そこはまた考えていかなければいけないと思います。そうすると今の中村（弘）委員のお話しでは実際には救急外来でインフォームドコンセントを家族からもらうという場面はほとんどないのではないかという話でしたが、それは確かにそうだと思うのですが、色々な条件がうまく整ってインフォームドコンセントをもらえる人がないともいえないので、先ほど申し上げていることを含みとしては救急外来でICをもらえた上でできるような症例はそれを含むということにしておいていただくということではいかがでしょうか。
中村（弘）委員	対象はあくまで心停止かつ呼吸停止でしょう。そういう患者さんに対してインフォームドコンセントを取れるっていう含みはないです

平澤委員長 中村（弘）委員	ね。 ないですかね。 ないですね。もしあるとおっしゃる方がいらっしゃるならこれちょっとお聞きしたいですけど。無理です。他の患者さんに広められるならできますけど。
平澤委員長 中村（弘）委員	救急外来では、心肺停止にならないといけないのですかね。 救急救命士の資格はあくまで対象となっていますから、救急外来です。これは救急救命士法に入っていることですよね。対象に関しては。
平澤委員長 中村（弘）委員	それは実習にも適用されることになるのですか。救急外来にはそれは入っていないことでしょうか。 そこが少し曖昧ということになっていると思います。それができるとお話しされている先生はいらっしゃいます。確かに。そうであるならば平澤委員長がおっしゃることが成立するかもしれません。いまだに実施したというお話しは聞いておりません。
平澤委員長	今までは麻酔かけるよっていう大前提がありましたね。議事進行があるのでじゃあそこはちょっと調べてみてください。それでそういうことがやれそうだったら、含みとしては救急外来でもと残しておく、1例でもできるかもしれません。
梅澤係長	ただ今、平澤委員長をはじめ中村委員と皆様がお話ししたことにつきましてはまた専門部会のほうで検討したいと思っております。ありがとうございます。
平澤委員長	中村（弘）委員は指示を出す側の常駐医師についておっしゃったように器具を見たこともないような人がいるので大変じゃないかというお話ですが、確かにあまり使ったことのない先生方もいらっしゃると思いますが、それは全体を含めて各医療機関で経験していただくとか、そういうことをやらざるを得ないのかなというふうに思います。それが整うまで実習を待って、その現場での使用を待ってくれという訳にはいきませんので、整理する部分の必要もありますけど、分かっているということを前提で指示を出していただくとして仕方ないのかなと思います。
山本委員	これを見ていると、もともと気管挿管認定の救急救命士がいて、その上に更にこの新しいデバイスを使って気管挿管するという資格を与えようという2段階になっていますね。でも恐らく世の中の流れとしてこれがファーストチョイスになっていくのであろうと、ただ器具が高いので、私の病院でも急患室とオペ室と2つとりあえずあるぐらいでそれ以上購入できでおりません。病院で何台も揃えれば良いと思います。ただこのビデオ硬性挿管用喉頭鏡は、看護師さんが人形を

平澤委員長	使って結構簡単に気管挿管ができます。私も実際人形を試してみましたが、非常に楽にできます。挿管困難症例を経験している先生はこういうものは本当によい器具だなと思いますことから、こういう２段階でやること自体、私は疑問を感じるというか初めからもう気管挿管の認定であればもう中に組み込んでというようなことはまだ国は考えてはいないということでしょうか。 まだそこまでいっていないと思います。お金もかかりますし、今の時点ではですね。このため、救急救命士の気管挿管の基本は今まで通りであると。それで状況が整った地域から第一選択としてやって下さいということだと思います。ですから病院実習では、例えば今３０症例実施しましてその後３症例となっておりますが、極端なことであるならば、最初の３０症例の中に１５症例入れて、基本１５症例とビデオ硬性挿管用喉頭鏡を１５症例として全体で３０症例としても良いのではという考えもあると思います。ですが、そこまでまだ国の方では考えていないと思います。
織田委員	それにつきましては、私も参加していた国の検討部会では３０症例中の内に５症例ぐらいを入れて、１回の病院実習で仕上げてしまうのはどうかという話もありました。しかし器機が高くてまだ普及していないということと、全症例に使用してとなると口腔内異物の関係とかそういうことに関しては喉頭展開をしっかりとできるようにしてということで、とりあえずは３０症例、そして、資格を得た認定救急救命士に追加講習するという形がありましたが、確か結論が出ていないと思います。新しく気管挿管の資格を取得しようとしている救急救命士達の病院実習でどのような形でいくのかということでは、３０症例プラスアルファですか、あるいは３０症例の中に含めるかっていうのはまだ結論が出てなかったと思います。
梅澤係長	事務局から、よろしいでしょうか。現在国の方の一定の指針でございますが、３０症例後にプラスしてという形になってございます。
平澤委員長	やはり色々なことを考える人がいて、例えばビデオ硬性挿管用喉頭鏡でしか挿管できない人がいたら、たまたまその機器が壊れている時には、通常の喉頭鏡を使用し挿管できないとなると困るのではないかとすることがありうるということもあります。例えば先生方がエコーガイド下で穿刺するときに、エコーガイド下で１００発１００中であっても、基本はやはり触ってやるとだよと教えるようなことがあるでしょう。そういうところがあると思います。ですから今のところはそういうこととしてですね。プロトコルとしてはビデオ硬性挿管用喉頭鏡が第一選択となるようにと、山本委員がおっしゃるように申し訳ないようなところもあるのでしょうけど。よろしいでしょうか、委員

大極課長	の皆様方。それではこのビデオ硬性挿管用喉頭鏡に関する教育体制とプロトコールというのは専門部会で検討いただきました提案の通りに始めるということによろしいですか。それで県の方で最終的に出してしまいましたといっちは変ですけども、方針と少し違うところがあるので、それについては県の方でまたお調べいただくということにしたいと思います。ありがとうございます。それでは続きまして議題の3、指令センターの常駐医師の業務について、事務局から説明をお願いします。 説明させていただきます。昨年7月に発生いたしました搬送先医療機関の選定に時間を要し、傷病者が心肺停止状態に陥った事案、これに端を発しまして本委員会の先生方に医療機関収容交渉に関する常駐医師の関与について御議論をお願いしたところでございます。この中で常駐医師の業務範囲の拡大につきまして前議題と同様に専門部会にて検討を行い、また、実際に常駐医師として勤務していただいております医師の皆様方に対して2回にわたりアンケートを実施しました。常駐医師の業務範囲の拡大について一定の検討結果がまとまった次第でございます。つきましてはこの内容について、事務局より御説明いたします。
平澤委員長 梅澤係長	それでは、事務局からお願いします。 指令センター常駐医師の業務につきましては、マニュアルプロトコール専門部会で審議していただいているところでございます。引き続き稲葉部会長から御説明をよろしく願いいたします。
稲葉部会長	はい、指令センター常駐医師の業務についての検討ということでございます。もともとは救急隊員へのアンケートにより、常駐医師について、できるならば病院交渉などの業務もやっていただけないかという希望がありまして、こちらについて第1回、第2回に分けて常駐医師の先生方にアンケートを取らせていただきました。皆様方の病院にもアンケートの協力をしていただいたところでございます。ありがとうございました。第1回目のアンケートの設問では、そういった要素について病院交渉をするということについてどう思われるかという質問をしましたところ、病院交渉をしても良いという常駐医師と、病院交渉については業務としてはできないという意見が概ね半々という回答結果でございました。ほぼ半分程度は協力してもよいというお答えでしたので、この結果を踏まえて常駐医師の業務拡充について実際、具体的例を挙げて協力できる常駐医師がどのぐらいいらっしゃるのか、あるいは1カ月、およそ60コマ、30日で日勤と夜勤がありますのでおよそ60コマの勤務を回しておりますが、これが実際に埋められるのかどうか、実現の可能性を探るためにですね、第2回目のア

ンケートを取らせていただいております。アンケートが28ページから30ページにかけて載っておりますので御覧ください。今回のアンケートは実際に常駐医師が業務として病院収容依頼を行うということになった場合に常駐医師業務を受けていただけますかというもので、可能な場合にはもちろん意欲のある常駐医師の方々も多いのですが、客観的に自分はどのくらい病院を空けて常駐業務をできるのかということまで質問をしております。可能なら何コマかお答えくださいという形になっております。設問2は救急隊員が医療機関収容を1時間以上交渉してもなかなか搬送先が決まらない場合に、病院交渉を実施していただけますかという設問を設けてあります。資料の31ページを御覧ください。31ページにアンケートの集計結果があります。対象の常駐医師は150人で今回の回答結果は93人からの回答が得られました。回答率は63パーセントです。設問1のCPAや高エネルギー外傷で患者の状態が非常に重症、重篤であると判断される場合、病院交渉を実施していただけますかという設問に可能であると回答された方は49人、不可能であると答えた方は44人ということでございました。設問2では、医療機関収容開始から10件以上の収容困難な場合、あるいは1時間以上搬送先が決まらない場合に病院収容依頼を実施していただけますかという質問には可能であるが48人、不可能であるが44人、という回答でございます。下段に改めてお示ししてございますが、1ヶ月間昼間勤務と夜勤の常駐医師体制を確保するためには延べ60人の医師が勤務することとなります。この回答結果を見ますと、60人を可能であると答えた人で回すのは難しいのではないかと結果になっております。資料の32ページには平成23年度の常駐医師の体制運用状況が書いてございますが、これ1年間で730のコマがありますので、月に直しますと60.8ぐらいでやはり60人程度は必要ということになっております。可能であると答えた方だけで常駐体制を組むのはちょっと難しいのではないかと結論になっています。資料33ページに検討結果がございしますが、常駐医師体制は年間120人の医師が勤務しておりまして、アンケートの設問1は49人、設問2は48人ですので月間としては、48人の常駐医師だけで埋めることが難しいであろうということでございます。ただし逆に申しますとほぼ半数程度は、そういったことを行うことも常駐医師の仕事であろうと考えている先生方がいらっしゃいますので、一定期間は試行的に常駐医師の行う医療機関の収容のための交渉については、常駐医師個人の裁量によるものということにしてはどうかということが作業部会での検討結果となりました。資料の34ページはまとめです。常駐する医師の業務ということで1番、2番が必須業務、

平澤委員長	常駐医師の関与を必要とする場合に行う業務というのが今までの項目ですが、これに追加する形として6番目ですが、常駐医師の業務として医療機関への傷病者の収容依頼に関する業務、ただし救急隊に代わり収容依頼をすることが可能であると判断する場合のみ当該常駐医師の裁量により医療機関へ傷病者の収容依頼を行うことができるということではどうかとの作業部会の結論でございました。このことについて、マニュアルプロトコル専門部会で審議した結果、同様にこの内容を千葉県救急業務検討委員会に上程し御審議いただくこととしましたので、よろしくお願いします。 ありがとうございます。この件に関しては、詳しく2回にわたりアンケートを取っていただき、それを基に専門部会から提案をしていただきました。振り返ってみますとこの議案については千葉県救急業務検討委員会で以前から検討してきました常駐医師の業務として収容先医療機関を選定することはやめておきましょうというのが当初からの長い決定事項でした。でも実際ですね、私も常駐医師として勤務しておりますが、見るに見かねて明らかに決まらない事例とか、どうしても疾病の状態からして通常では収容していただけないという事例に関しては自分の知っている病院に連絡して、いかがかというふうに交渉をすることが前に何回かありました。これまでの経験においての話です。今回は常駐医師の方々にアンケートを取りまして、今の常駐医師の皆様方の仕事量として、夜間眠れないほど多忙を極めるというわけでもありませんので、そういうことを実施してもよいという先生が多ければ、その方が良いのではないかと判断してアンケートを取りましたが、2度のアンケートでちょうど今、稲葉部会長がおっしゃったようにちょうど半々であるという結果になった訳です。それで私は協力できる常駐医師とできない常駐医師ということを避けたかったのですが、そうならばダブルスタンダードになって申し訳ないことですが、けれども、当分の間は試行として、指令管制員が聞いて、先生やっていただけますか、はい、やりますよと言った常駐医師に対してだけは搬送先の収容依頼をやってもらうということにしてはどうかというのがこの専門部会からの御提案ということになります。御意見いただきたいと思います。
中村（眞）委員	今年初めて委員になったのでよく分からない部分があるのですが、基本的なところを教えてくださいたいと思います。確か医療機関収容依頼っていうのは年間5万件でしたか。
梅澤係長	現在、平成23年暫定ではございますが、49,970件、約5万件でございます。
中村（眞）委員	5万件ですね。そのうちこういった医師に交渉を依頼したいとする

平澤委員長	件数は何件ぐらいあるのかということと、通常大体何件目ぐらいで決まるのかということと、常駐の医師がもしそこに交渉に入った場合には大体どのぐらいで決まるのかというのを基本的な知識として教えてください。 最後の質問については少し難しいと思いますね。実際にやってみないとわからないところだと思います。ただ、その他の数は出せますか。要するにC P Aと高エネルギー外傷、それから交渉 10 件以上の事例、1 時間以上の症例というのは把握していますか。
織田委員	件数はそんなに多くなければ負担にはならないと思いますが、もし多ければ一晩で 2 件も 3 件もということになると、それも負担になるのではないかなと思います。
梅澤係長	ありがとうございます。現在、平均の交渉件数は 2 件を下回ります状況でございます、1. 9 件でございます。10 件以上が、具体的に現在何件あるのか事務先の方に戻りまして正確な数字を出しますのでしばらくお待ちいただければと思います。
山口補佐	昨年、県の方で傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準が決まりましてそれに伴って搬送基準に基づいた調査を、昨年の 9 月 10 月ですが、県の救急医療センター小林先生がおまとめになっております。その資料をこれからお持ちいたしますので、先ほど申し上げた通り通常の救急の交渉件数というのは、私ども千葉市では 1. 9 件でございます。その他については資料を準備しておりますので少々お待ち下さい。
中村（弘）委員	確かに数の問題もありますが、本質的には数の問題ではないと思います。今、千葉県救急医療センターで東葛南部の調整をしておりますが、結局情報がリアルタイムにどれだけ集められるか、それをいかに発信できるかというのかかかっております。今、ここで想定しているお話は、あくまで医師の個人的な繋がりで何とかしようとする。これを続けていくということは、難しいことだと思います。といいますのは、平澤委員長が先ほどおっしゃったようにしょうがないとは思いますが、先々やはりもうちょっとシステムティックなことをしっかりとやらないと、これは難しいのではないのでしょうか。今は何を想定しているのですか。今の話ですね。このアンケートを読んだ時、私は答えられませんでしたけど、致し方ないと思いますが。アンケートを発信する段階では、どんな情報を使って業務をやるということを想定するのは、その辺をしっかりとしないといけないと考えます。一次しのぎになってしまうことを心配しますね。そこをしっかりとってください。事務局は、提案するのでしたらそこまで出さなくちゃいけないですね。以上です。

織田委員	実際、常駐医師として勤務して、CPAと高エネルギー外傷の話が出ましたけれども、収容先がなかなか決まらないことはほとんどありません。むしろほぼ軽症で要するにアルコール中毒とかですね、それから内科系だけでも傷病者の背景などが要因となってという事例が長時間になってしまう傾向があります。だから必ずしも重症患者が決まらないというわけではありません。昨年の7月の事例で救急車内にて心肺停止になった傷病者は、接触時に意識があり、病院を交渉する時間的余裕もあったのですが、交渉中に容態が悪化してしまったという状況でした。それで先ほど中村（弘）委員がおっしゃったことに関連しますが、多分どの県のどの自治体でも取り組みを始めようとしておりますが、例えば佐賀県では、医療機関情報を救急隊員が把握しており、救急現場の状況をすべてアイパッドに入力して収容先医療機関をいくつか同時に電話というかメールで交渉して収容先が決まるというシステムがあります。奈良県も今年の3月に導入したのですが、以前に奈良のシステムを見る機会がありまして、良いシステムだなと感じました。それは、受入れ側がアベイルかどうかなというのもあり、1回収容依頼がきた時に自分がオペ室で対応できなかつたら、それから先の2時間は収容できませんということが自動的に救急隊に通知されるようになっていくという仕組みを作っています。それを本来は目指すべきではしょうが、ただやっぱりそれでも恐らく先ほどの事例のように収容困難事例が発生する可能性があります。それを最終的に補完する意味でも常駐医体制は活用した方がいいのではないかなというのが私の意見です。ですから中村先生が言うのももっともですけれども、そのシステムを作るのと同時に、やっぱりそれを補完するような形があれば、機械だけではうまくいかないという点もありますのでそういう仕組みを作った方がいいかなと思います。
中村（弘）委員	私のこだわりは、システムを投入することじゃありません。以前、岐阜市でしたか、救急医療研究会ですが良いシステムがうまくいけば理想ですが、私はあまりよくないのでは思います。やはり人間が動かないとうまく回らないということがありますので、それを前提に今どんな情報を使って、指令センターでやれるのかということを提示してほしいと言ったのです。カッコいいシステムはお金かかるだけでできないと私は思います。
平澤委員長	今、システムのお話が出たので、佐賀とか奈良とかこの前行って来た岐阜とかですね、やっぱり救急出動のボリュームが少ない地域でした。このことは、先生方も分かっている、千葉市のように人口が多い状況でいろいろな医療機関で多くの医療従事者が働いていたらあのシステムはできないと思いますよ。なぜかと申しますと、その先生が

	その時間に病院のどこにいるか皆が知っていないといけないというシステムになっています。ですから千葉市にはあてはまらないと思います。ですから、それは、織田委員がおっしゃいましたけど、中村先生がおっしゃったことは当然ですし、本来は搬送基準みたいなものがよく機能すればこういうことはほとんどないはずですが、なかなかうまくいかないのが現状ですし、先ほど稲葉部会長がおっしゃったように、少なくとも常駐医師の枠を約半数の先生方がやってもいいよとおっしゃってくださっているの、先ほど申し上げたようにダブルスタンダードになるのはちょっと色々問題があるのですが、とりあえずは試しにやってみたらどうか、というふうに私は思いますが、その点はいかがでしょうか。やりたくない先生はちょっと白けたムードが漂うかも知れませんが、僕はやらないよとその時おっしゃっていただければそれで済むということなのかなと思います。どうでしょうか。皆様方。中田委員どうですかね。常駐医師をやってらっしゃると思うので、いかがでしょうか。
中田委員	私も常駐医師として勤務しておりますが、時々やはり収容先に困って救急隊から電話を受けることがあります。特に精神科疾患が絡んでいて、その現場にですね、以前も2時間か3時間ぐらい現場滞在している状況でなかなか搬送先が決定しなかったという事例があります。これは本当に医師の裁量で、可能である先生方は是非できるだけ協力していけばよろしいのではないのでしょうか。
平澤委員長	それでは、マニュアルプロトコル専門部会の提案に更に追加で提案させていただきますが、整いましたらとりあえず1年間やってみるということはいかがでしょうか。それで、再度常駐医師の先生方に、もう一度アンケートを実施後、決めるというようなことでいかがでしょうか。とりあえずはやってみるということによろしいですか。それでは、常駐医をしてくださる先生方への周知徹底をして、いつ頃から始めるとすればできるのでしょうか。それから指令管制員の方達にも十分な説明が必要になりますね。
梅澤係長	はい、周知方法ですとか、色々と作業もございますので、実際数カ月にかかるだろうと思っております。
平澤委員長	それでは、準備が整い次第ということで、それから1年間やってみてアンケートを取るということにしたいと思います。よろしいですか。
梅澤係長	はい、分かりました。またそちらの方も具体的なデータを示したいと思います。
平澤委員長	それでは、稲葉部会長には御苦労おかけしますが、実施後のアンケートをお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。それでは議題4の共同指令センターの指令管制員が用いる口頭指導プロトコ

大極課長	ールについて、事務局から説明をお願いいたします。 それでは、議題４について御説明させていただきます。既に御承知の通り来年４月から運用を開始いたします共同指令センターにおきまして、指令管制員が用います口頭指導プロトコルの統一について御説明いたします。千葉市消防局の共同指令センターにおいては、千葉市を含む２０本部からの１１９番通報が入ることとなります。ＭＣの地域で申しますと本市を含みまして６ＭＣでございますが、その中でこの口頭指導プロトコルを統一するため、県からの委託で本市がイニシアチブを取るということで進んでいるところでございます。これにつきましても専門部会の中で議論いただき、ここに統一された口頭指導プロトコルがまとまったところでございます。事務手続き上これを千葉県に報告することになりますが、その内容につきましても本委員会の先生方に御承認いただくため、本日、御説明する次第でございます。内容につきましては、詳細を担当より御説明いたします。
梅澤係長	はい、共同指令センターの指令管制員が用いる口頭指導プロトコルにつきましてもマニュアルプロトコル専門部会での検討事項でございます。こちらの御報告にございましてはマニュアルプロトコル専門部会長でおられます稲葉部会長にお願いしたいと思っております。
稲葉部会長	はい、資料５になります。共同指令センターの指令管制員が用いる口頭指導プロトコルについてということで専門部会の下部組織である作業部会で検討してまいりました。６ＭＣが集まって新しい共同指令センターができ、使用される口頭指導プロトコルを作成したということでございますが、今まで千葉市でも口頭指導プロトコルがありましたので、そちらの方を使ってガイドライン２０１０に基づき、改訂する形で作ってまいりました。資料の３９ページを御覧ください。現行の口頭指導プロトコルは１番から７番まで、それぞれ成人用心肺蘇生法、小児用心肺蘇生法、乳児用心肺蘇生法とＡＥＤを用いた救急処置、それから気道異物、止血、指趾切断、熱傷手当の口頭指導要領となっていました。今後示すべき口頭指導プロトコルを次の７項目としております。ＡＥＤについては一般市民にも相当に広まったことがありまして、通常に心肺蘇生に含めるような形をとっております。その代わりにもう一つ口頭指導プロトコルにけいれん時の口頭指導要領を付け加えることとしております。主な変更点についてですが、資料の４０ページになりますが、対象者の年齢について変わっています。成人用では新しいものは思春期以降という区分けにしています。小児用が概ね１歳以上から思春期以前、乳児及び新生児は概ね１歳未満ということで新しくなっています。それから胸骨圧迫の位置については、

平澤委員長	今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なっていました。ガイドラインの変更に基づいて胸の真ん中ということにしています。リズムと深さについては新しい口頭指導プロトコールでは毎分100回以上に變更されています。また深さについても対象者が成人用であれば5センチ以上に深さを変更しています。資料の41ページを御覧ください。變更点のその2について、呼吸の確認方法について検討をしています。バイスタンダーによって対象者の胸、腹に手をあてがって確認する方法を取ったのが、呼吸の有無についてより効果的に確認できるかについて調査をしています。対象症例は45件ですが、その結果、まず普段通りの呼吸をしていますかの問いだけで確認ができた人は45人中16人しかなくて、次に、胸かお腹を見て上がり下がりを確認してくださいということと言ったら19人、更に胸とお腹に手を置かせて確認させて結果的に確認できた人が9人いらっしゃいました。こういったことから呼吸の確認方法として、具体的に胸腹に手をあてがうことが有効であったことから、呼吸確認の方法として追加をしております。それから資料の42ページを御覧ください。變更点についてもう一つは、止血方法、指趾切断及び熱傷に関する口頭指導プロトコールにドクターヘリの要請について追加をしています。以上の新しい口頭指導プロトコールが資料6として44ページから以下順に載っております。詳しいことはそちらの方をみていただければと思いますが、専門部会といたしましては平成25年度より、北東部、南部ブロックの消防本部が共同運用する共同指令センターの口頭指導プロトコールの作成について検討をおこなって、ガイドライン2010に準拠するとともに、指令管制員が閲覧しやすいような構成を作ってもらいました。別冊の指令管制員の行う口頭指導プロトコールを千葉県へ提出することについて本委員会で御審議をいただければと思います。よろしくお願いします。 ありがとうございます。これもまた同じ専門部会でご検討いただいて大変だったと思いますが、ありがとうございます。ひとつはガイドライン2010が発表されてその日本語訳が出てということがありまして、それもありますし、それから指令センターの共同運用ということも来年の4月から始まりますのでそれを機に、119番を受ける指令管制員が電話で通報してきた人に行う口頭指導プロトコールをこの様に変えたということです。多くはそのガイドライン2010に則り變更して、全部を取り入れて変えたということですね。それから、けいれんに関するものも入れております。AEDは今まで別枠としておりましたが、これからの市民指導における心肺蘇生法として、AEDを使用した指導手順が記載されておりますことから、取り入れたと
-------	--

梅澤係長	いうところでございます。それから呼吸の有無の確認の方法、そういうところも主な変更点だと思いますがいかがでしょうか。何かご意見ございますか。これは千葉市以外からこの共同指令センターに勤務してくださる職員の方々にとっては全く新しいことになるのでしょうか。その人達はそれぞれ自分のところで口頭指導プロトコールを持っていた訳ですか。 事務局からよろしいでしょうか。まず各20消防本部にある指令管制員にはもともと国に定めた通り口頭指導プロトコールが存在してございます。このことから、今、千葉市消防局の指令管制員が実施している口頭指導プロトコールと同じ内容でありましたが、若干表現の方法が違うということが調査してわかりましたので、その統一につきまして、各5MCとその他の県内MCなどにも調整して今回御報告させていただいているものでございます。
平澤委員長	ガイダンスに改訂されるものを取り入れたということですね。何か御意見ありますか。 はい、どうぞ。
中村（眞）委員 平澤委員長	素朴な質問なのですが、北西部ブロックは、また別の方法ですか。 別のやり方といいますか、そちらはそちらでお考えになると思うのですが、先ほど事務方で申し上げたように基本的には大きく変わったということではなく、消防庁から出ている指令管制員の口頭指導の基がありますので、ある程度従いまして、違う部分はあるということだと思います。それで見ただければ分かると思いますが、北西部の部分として、面積は小さいですが、これは人口で千葉県を分けますとこういうことになるそうですので北西部の方はまとまりやすいと思うのですが、こちらは、広い所を管轄するので大変だと思います。参考までに申し上げますと今考慮しているのですが、例えば館山の職員さんでも、銚子の職員さんでも、ここ消防局の指令センターまで出てきて、何カ月交代にするとかは知りませんが、そういうことになるのだと思います。事務局に説明していただきたいと思いますが、現在の指令管制員が何人で運用しているのか、また平成24年4月の新体制ではイメージとして何人になるのかお聞きします。
山口補佐	はい、そのところは、指令共同運用協議会で決めている最中で、私どもの担当の範疇にありませんが、現在7人1班で交替しているのを19人になるということで聞いております。現状は、7人を1班として3班ありますが、19人を1班として4班になると聞いております。
平澤委員長 中村（弘）先生	よろしいでしょうか。 ほかに意見はございますか。 それほど多いわけではないのですが、目撃ありのCPA症例で連続して胸骨圧迫が行われていない転帰の悪い事例が結構あります。CPA事例で、胸骨圧迫の休止時間が数分間みられる場合があるというこ

山口補佐	となのですが、ここのところは以前から思っていましたけれども、他の先生もおっしゃっていましたが、指令管制員の力の見せ所ではないでしょうか。ショックファースト、CPRファーストとかでなく、それはよいのですが、2010で強調されている胸骨圧迫の休止時間を極力なくすというようなことに関するのを、それと、通報者の方にまずCPRをやってからAEDを使用することとか、あるいは本当に目前での119番通報時に、AEDの操作ができない事例がありましたね。その辺のことを認識しつつ指導できるような教育というのは行われますか。 ありがとうございます。実はここでこの口頭指導のプロトコールについて委員の皆様方に御了承いただけたら、これを県に提出します。そして県の御墨付きをいただきまして20消防本部で実施するという運びになります。そしてこの20本部が、実は千葉市消防局の場合はちょっと先駆けて、習熟訓練期間が夏から始まります。それに追いかけるように、市原であったりあるいは佐倉であったりという職員が管制室に泊まる予定で順次入ってきて、今、協議会の中で私共がその話しをだして、まさに中村先生がおっしゃるようにその口頭指導に関するプロトコールについて教育の時間を割いてもらいました。ですから、そこで我々救急医療の立場の人間がなんらかで関与をして、前々から中村先生には胸骨圧迫の中断ということを検証の度に言われていますので、そういったところを指令管制員の口頭指導プロトコールでカバーができるような訓練体制を取っていきたいと思います。
平澤委員長	私も個人的な立場で申し上げれば、指令センターにいて、口頭指導をするのを脇でモニターしていると、個人で相当な温度差があります。ですからもう少しこれを機会に口頭指導に対する指導をしていただくとよいかなというところがあります。
織田委員	結局これは処置が必要な、傷病者の、口頭指導ですかね。やはりあてはまる事例は少ないです。実は胸痛とか麻痺とか呼吸困難とかそういう訴えの方がはるかに多いと思います。確か東京消防庁のプロトコールはそういったものを全部網羅していますよ。私はあんまり複雑にする必要はないと思いますが、少なくともやっぱり同じ認識で口頭指導するのであれば、そういういわゆるもっとも非常に多い訴えを、傷病者に対するプロトコールっていうのを作った方がよいと思います。せっかく変えるのであれば、従来のものを少し手直しするのではなくて、そういうことまで含めた方がよいのかなと思いますがいかがでしょうか。
山口課長補佐	はい、実は今織田委員がおっしゃったことはコールトリアージの部分であります。それと消防が従来行っていた口頭指導の部分と、国の

	方で検討している部会があります。そこではどちらかというと織田委員のおっしゃっているようなコールトリアージの部分を実地させましょうということで動いております。それで今回、私共、20消防本部のとりまとめを千葉市がやっていただきたいということで県の方からありましてまとめている途中の段階で、実は国よりも少しうちの方が先にとりまとめをしておりました。それで、その情報をいただいたときに、これを先生方にまた諮りなおしてですね、国と同じように口頭指導の部分とコールトリアージの部分とでもう一度作り直すということを考えてみました。しかしながら千葉市と他5MCあるところでですね、地元のMCの先生方にもち帰り調整することになりますと来年の4月の共同運用の開始に間に合わないだろうということになりました。今回、国の方でコールトリアージの部分でけいれんが新しく入っています。これは119番で、けいれんしています、という入電が多いのだそうです。その現場に行ってみると振戦であったりあるいは本当に強直性のけいれんだったり、あるいは脳疾患であったりとかということがあるそうですけれども、その部分だけは取り入れさせていただいたということでございます。ですから事務局としては、県の方にリミットを切られていますので、そこで一度提出して、その中でまた今度は6MCの指令管制員がここへ常時詰める訳ですからその中で検討いただいて、国のいうコールトリアージの部分、口頭指導プロトコルの部分、織田先生のおっしゃる部分をカバーできる形にしていきたいと考えております。
平澤委員長	大変ですがよろしくお願いします。私は今日ここで取り上げております口頭指導だけでもしっかりとやっていただければ大分成績は上がるのかなと思っております。よろしくお願いします。よろしいでしょうか。はい、では議題4はそういうことでお認めいただいたということで、県の方にあげていただきたいと思います。それではこれで議題は終わります。次に報告事項に移りたいと思います。まず報告事項の1ですが、厚生労働省科学研究事業の救急救命士の業務のあり方等に関する検討会における新しい救急救命処置と実証研究に関する研修会への参加報告について説明をお願いします。
大極課長	はい、今委員長が説明案内をされたところでございますが、先ほど中村委員から件数のお話をいただきましたので、ここで説明を追加させていただきたいのですがよろしいでしょうか
平澤委員長 梅澤係長	はい、どうぞ説明してください。 先ほど中村（眞）委員からの御質問の回答です。調査期間、先ほど申し上げた通り23年の9月から10月までの2ヶ月間です。全症例で正確な数字は千葉MC内で1,88件でございます。CPAに関し

平澤委員長	て申し上げますと、１．３５件。重症の外傷症例ですと２．３７件、それでメンタル、精神科の領域ということで重症になると２．２６件というようなことが調査の結果になっております。以上でございます。 中村（眞）委員がお聞きになったところでは、そのような症例は何件位ありますかっていうことでして、今の説明は各事案の平均交渉件数でしょう。
山口補佐	失礼いたしました。順不同になりますけれども、精神科領域の症例ですと期間中、精神科２か月間で千葉市ですと１００事例でございます。２か月で重症になりますと２０事例という数字になっております。ＣＰＡですと２ヶ月間で１２５事例、平均が１．３５になります。
中村（弘）委員	何回交渉したとしてもすべて交渉件数としてデータに入っているでしょう。
山口補佐	はい、すべて数に入っております。
中村（弘）委員	例えばそれで５件以上の交渉の症例が何例であったかということです。
山口補佐	はい、細かい数字になりますのでもしお知らせするということであれば、先生方に後程資料を配布するということでもよろしいでしょうか。
中村（弘）委員	平均値聞いてもイメージできないので、よろしくお願いします。
山口補佐	申し訳ございません。件数を調査しその結果を先生方にお渡ししたいと思います。
織田委員	私の知っている範囲では、１０回以上というのが全体の確か５パーセントから６パーセントぐらいで、全国平均よりも少し高いです。それでその高いパーセンテージ自体は、全国で６番目か７番目に多い状況があります。要するに１０回以上交渉するパーセンテージが千葉市は全国に何番目かに高い状況です。こういうところはやっぱりこれからの検討課題かと思います。今回のアンケートでは、これに関連しているのかなと思いました。
平澤委員長	ありがとうございます。一応は、議題１は終わりましたので、報告事項に移りたいと思います。次をお願いします。
大極課長	はい、それでは報告事項１について説明をさせていただきます。救急救命士の行う処置範囲の拡大を前提とした厚生労働省の研究事業に関して本市が応募いたしますことにつきましては、既に昨年度の本委員会において委員の皆様方に御説明したところでございます。その後の進捗状況につきまして担当より御説明をさせていただきます。
梅澤係長	はい、先般、昨年度末に第３回救急救命士の新たな救急救命士処置範囲に関する実証研究に係る研修会参加ということで御説明させていただいているところでございます。３月２６日、２７日と東京都内でございました研修会に千葉大学医学部附属病院の安部先生並びに斎賀

指導救命士、石田指導救命士の2人の指導救命士と共に参加してまいりましたのでそちらの方について御報告させていただきます。インデックス資料7の61ページをお開きください。経緯につきましては大きく4点のご説明がございました。救急救命士の処置範囲に関わって医学的な有効性、並びに安全に行うことができるか、また教育内容、プロトコル、今後行う指示体制、更に事後検証体制、どのような形が必要なのか、またより適切な医療機関の搬送がどのような形で可能になるのかということが本実証研究との経緯及び目的ということで説明を受けております。また今回救急救命士の処置範囲に関わる教育方法についての説明もございました。まず必要な教育については22単位が必要であると。内訳としまして、講義、座学でございますが、講義を8単位、また実習を3単位、こちらは実技等の研修でございます。また、救急隊を3人と想定しましたそのシミュレーションとして10単位、更には筆記試験として1単位、このような形で単位が示されたというところでございます。また実証研究につきましては、厚生労働省で医政局指導課並びに研究班の方から、指導については医師並びに救急救命士で、救急救命士が協力しながら研修を行っても良いというような回答をいただいているところでございます。続きまして62ページ、倫理的な対応でございます。今回ですね、これまで救急救命士が行っていましたが処置に関しての家族等への説明について、今回の処置範囲拡大に係ります、処置を実施する側にはこの場合は同意書を得ていただきたいというようなところでございます。また同意書にも署名をいただくことにつきましては傷病者本人または代諾者ということでご指示がございました。今回研修会の会場では様々なディスカッションがありましたが、研究班並びに厚生労働省としましても、確かに大きな負担をかけるということは承知していると。但し、万が一トラブルになった場合等につきましてはやはり実際に行う救急救命士の立場を踏まえると、同意書の取得が必要ではないかというようなところでございます。なお、同意書の取得につきましては実際に処置を行う場合に必要となるものでございます。続いて資料の63ページをお開きください。各種プロトコルの説明について大きな内容について示してございます。対象年齢としては3行為いずれも20歳以上を対象としてくださいというところでございます。処置につきましてはこれまで御説明しておりますが、血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与並びに重症喘息患者に対する吸入ベータ刺激薬の投与また心肺機能停止前の静脈路確保と輸液という処置でございます。また今回の実証研究につきますデータ取得の時期でございますが、非介入期間の開始日を7月1日から9月1日までに始めてくださいというところ

でございます。介入期間にあっては非介入期間が終わった翌日から始めて結構ですとのことでした。但し、11月1日までは介入期間をスタートしていただきたいと説明がございました。その他様々な質疑応答がございまして、64ページでございますが、こちらの方は当局から質問させていただいた事項を示してございます。消防側だけが知っていてなかなか医療機関等に知れわたらないことがあるのではと各消防本部が懸念とされていることから質問したところ、厚生労働省の方から県のこちらで言えば医療整備課だと思いましたが、そちらを介しまして各地の医師会へ周知しますということで回答をいただいております。またその他としまして、ブドウ糖溶液の投与で議論がございました。まず50プロ、1筒が20ミリのブドウ糖を2回ということで40ミリリットル全量投与するということでございました。さらに一度投与したけれど、更に意識レベルが低下したということ、これプロトコル上ですとJCS10以上が投与対象症例となっておりまして、そうなった場合は更に投与して構わないということです。やはりブドウ糖溶液を投与して改善すると不搬送症例があるというところですが、原則、医療機関に搬送することというところの訂正がございました。またこちらの研修会を踏まえまして、当局での検討課題としましては、最後に示しておりますが、資料65ページでございます。まず教育体制の整備、この22単位という講習カリキュラムをいかに効率的、効果的に研修体制の整備を図るかということと併せて、教育に必要な資器材また実活動に必要な資器材の整備について検討を行わなければならないというところでございます。また教育医療機関でございまして、やはりこちらの方も協力していただく場合につきましてはデータ収集が必要となりますのでそちらへの理解について検討する必要があるとされております。また本事業にかかる事後検証体制についてでございます。当局で行っている事後検証対象症例に新たに3行為を追加するというところで、こちらの方も新たな書きだされる行為についての検証体制を整備していきたいということを思っております。こちらにつきましては事後検証の専門部会長でおられます中村部会長と調整、整備等について御相談させていただきたいとそうように考えております。また協力医師を始めとした医療機関との連携でございまして、これまで救急専門医ですとか、主にこちらの救急隊と協力体制を構築しておりますが、また新たなやはり低血糖発作ですとか、なにか内科の先生方とまた新たな連携体制を構築する必要があるとございます。そちらについて本事業への理解のための方策について検討したいというふうに思っております。また市民への周知のあり方についてですが、どのような方法がより効果的であるのかというようなところを

平澤委員長	検討したいと思っております。以上、検討課題としてあげさせていただきました。今後は、今回実証研究と一緒に御参加していただきました千葉大学医学部附属病院の安部先生と相談しながら、この研修体制等の課題を整備していきたいと思っております。事務局からは以上でございます。 ちょっと待ってくださいね。お分かりにならないかもしれませんが、少し補足しますと、63ページに書いてある新しい3つの処置行為を救急救命士が実施するというに向けて、それが正しく行われるか、効果があるか、これを実証して検証するために研究をやっていただく地域を公募しますということで、その研究を実施するには説明を聞いてくださいということで説明会に行ったという話が最初にありましたね。その説明会に行った地域だけが手を挙げて実証研究をやりますよ、応募してよいですよ、ということなのです。この応募の条件としてこの研修会に出なければならないということがありましたので、千葉大学医学部附属病院に頼んで安部先生が救急救命士さんや事務方と一緒に説明を受けたという報告です。これを受けて、千葉市は条件が整っておりますので、以前お話ししましたように厚生労働省の方に、この千葉市も実証研究をやりますよということを今申請しているところです。それが蹴られたらこの話はなくなる訳ですが、実際は国では思っているほど、手を挙げてきているところは少ないので、選定していただけるといいますか、そういうことになるだろうと予想しているところが現状です。
梅澤係長 平澤委員長	はい、ただ今御説明いただいたとおりでございます。 一般の救急救命士がこれを実施するとか、制度としてやるというわけではありません。検証として実施し効果のあるものかということなので、逆にいうと、倫理的なことは大丈夫なのか、同意を貰わなければいけないのではないかとということも問題になってくるということです。それで、こういうことをやるのに従前はまた専門部会が立ちあげて検討していたのですが、今回のことに関しては織田委員が医師を派遣してくださっていて、安部先生が一番よく分かっているので、阿部先生をこの親会議に直接附属するような形で、もし国のほうで検証の実証地域として選定いただけたら進めていただきたいということです。それで、事後検証があるので事務局には採択されたら、中村（弘）委員と一緒に事後検証部会でその部分は検討していただきたいということです。よろしいでしょうか。
中村（弘）委員	一つ教えてください。こういう処置に関して同意書は重いなと思いましたが、理由は今の御説明で納得しました。ただ、厚生労働省のところは違うと思うのですが、医師の乗っているパラメディックは同意

平澤委員長	書を貰わないでやっていると思うのです。
中村（弘）委員	実際に制度として実施する時には同意書は貰わないと思っています。今は試行的にやって検証する段階ですから同意書を行っているということです。
平澤委員長	そうですか。厚生労働省は違うので、私はその先において同意を貰うと思っていたので、今でも救急救命士が気管挿管やりますね。これと同じような流れですか。
中村（弘）委員	いえ、それとこれとは、逆に話しているところが違うと思いますが、実施検証なのでまだ制度的に固まったわけではありません、例えば早い話が、これはあまり有効ではありませんよとか安全に施行できませんよっていうデータがいっぱいでてしまうと、これは制度的になくなる可能性がある訳です。
平澤委員長 中村（弘）委員 平澤委員長	わかりました。位置付けによって検証の仕方が違ってくるのかなと思います。ただ、とりあえず検証なので同意を貰うということですね。はい、わかりました。聞くのが早すぎました。すみません。いえいえ。そういうことでよろしいでしょうか。何か、大極課長からおっしゃりたいことがありますか。
大極課長 平澤委員長	特にございません。そうですか。委員の皆様よろしいですか。それでは、この報告についてはここまでにしておきたいと思います。採用されるかどうかは、まだ、これからですか。
梅澤係長	現在、消防庁救急企画室の方から、内定しそうだという連絡はきてございますが、正式な研究班からの回答は、今週中か来週中には御紹介できればなと思っております。
平澤委員長	続きまして報告事項2の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する情報提供ということで説明をお願いします。
大極課長	はい、昨年度2月から試行運用的期間を設けて本年1月4日から本運用を開始いたしました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する報告につきまして、担当の方から説明をさせていただきます。
梅澤係長	はい、事務局からご報告させていただきます。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を新たな協力医療機関としまして6月1日より千葉県救急医療センターから全面的な御協力をいただきまして御参加いただけるといような連絡を受けているところでございます。またスタッフといたしましては担当医師が6名、並びに看護師が7名という構成で行うということでございます。また今回ドクターピックアップに協力、この体制を整備するにあたりましては、県の

平澤委員長	救急医療センターの先生方にドクターピックアップの専用回線を設置して対応いただけるということを聞いております。またこちらの本運用前でございますが、これも以前千葉大学医学部附属病院様が御協力いただけるというような時にもやはり一度実働訓練を行ってございますが、5月23日に実施する予定でございます。千葉県の救急医療センター前の花見川終末処理場の緊急時離発着場と千葉市消防局航空隊ヘリポートを使いまして、実災害に即した訓練を現在計画しているところでございます。事務局からの報告は以上でございます。 ありがとうございます。消防ヘリによるドクターピックアップ方式は従来、千葉大学医学部附属病院が協力しておりましたが、今度からは千葉県救急医療センターさんも御協力いただけるということで、一段と良い体制が整うと思っておりますが、これは領域といいますか地域が二つに分かれるのでしょうか。
梅澤係長	地域は、同じです。
平澤委員長	地域は、同じで守備範囲が分かれるということはないのですか。
梅澤係長	交代で実施することになります。曜日で分けております。
平澤委員長	交代でやるのですか。わかりました。中村委員何かありますか。
中村（弘）委員	特にありません。
平澤委員長	この担当医師6人ということですが、実際は先生方が多くいらっしゃると思うのですが、なぜ6人なのでしょう。
中村（弘）委員	最初は3人だったのですが、それが6人になりまして今また選定しております。
平澤委員長	それは手上げ方式ですか。
中村（弘）委員	そうです。内科の先生はいない状況です。
平澤委員長	これについて運用しているところは全国にそう多くはありません、その中でも千葉市は比較的うまくいっている方だと思いますので、医療機関が2つになったということでまた一段と活動していただけると思うのです。千葉県救急医療センターからヘリコプターの発着場までの位あるのですか。
中村 先生	走って5分位でしょうか。
平澤委員長	走って5分ですか。
中村（弘）委員	3分ぐらいかもしれません。車ですと、1分以内で到着しております。
平澤委員長	何曜日でやることになっていましたか。当番日決めましたか。
梅澤係長	私が伝え聞いたところのお話ですと、水曜日と木曜日というお話はあったのですが確定ではありません。
織田委員	水木が救急医療センターで、月火金が大学病院という、そういうことで曜日によって役割を決めました。

平澤委員長 織田委員 平澤委員長	土曜日曜の運用はどうですか。 土曜日曜と夜間は、航空隊の運用がありません。 はい、それではよろしくお願いいたします。何か御質問ございますか。それでは次の報告事項3、指導救命士の指名について報告お願いいたします。
大極課長	はい、報告事項3について御説明いたします。救急救命士の再教育体制につきましては本委員会の御理解と御協力のもと、平成22年度から体制整備ができましたことを改めてお礼申し上げます。この一環で救急救命士が救急救命士を育てる、いわゆる屋根瓦方式の教育を実施するにあたり、指導救急救命士制度を同じく立ち上げ、この2年間の間に大きな成果を生んできたところでございます。今回この指導救急救命士が新たに2人消防局長の指名を受けまして、これについて御報告を申し上げます。
梅澤係長	はい、事務局から御説明させていただきます。今回平成22年から開始されました指導救命士、こちらの体制につきましてちょうど2年で満了ということでございまして、先般23年度末に指導救急救命士の選考を行いました。こちらの方の資料を御覧いただければと思いますが、平成24年度括弧任期2年指導救命士とお示ししてございますが、まず中央消防署に勤務してございます、深山指導救命士、さらに、若葉消防署に勤務してございます、大岩指導救命士です。こちらの2人が新たに平成24年度から指導救命士に加わると、併せてこれまで御尽力いただいております齋賀指導救命士並びに石田指導救命は、こちらにつきましてまた再任ということで合計4人の指導救命士による協力体制をとりまして、今後の実技的な指導等を行ってまいりたいとその様に思っております。事務局からは以上でございます。
平澤委員長	ありがとうございます。2人増えて4人になったということですね。何か質問ございますか。これが制度化されるような動きというのはありますか。千葉市だけですか。指導救命士を全国でやっている所はないですか。
梅澤係長	大きな都市で調査を行っておりますが、千葉市のみでございます。他の大きな都市ではございません。ただ、現在国の方でも教育体制のあり方についても検討しているところでございまして、そちらについては指導救命士という言葉ではないにしろ、救急救命士を指導する救急救命士というようなところを検討しているというように聞いてございます。
平澤委員長	これについても千葉市は進んでいるということだと思います。よろしくお願いいたします。何か御質問ございますか。よろしいでしょうか。以上で本日予定しておりました議題報告事項はすべて終わりました。

大極課長	た。最後に事務局からその他について御案内をお願いします。
山口補佐	それでは平成24年度第2回千葉市救急業務検討委員会の開催予定について事務局より御説明させていただきます。 はい、次回、平成24年度第2回千葉市救急業務検討委員会は、平成24年の8月の上旬を予定しております。委員の皆様方におかれましては、お忙しいところ誠に恐縮でございますが、7月の上旬には日程調整表をFAXにて送信させていただきたいと存じます。その際には御回答の程よろしくお願いいたします。以上で次回第2回の千葉市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。以上でございます。
平澤委員長	なにか御質問ございますか。全体を通して何かございますか。なければ事務局にお返ししたいと思います。
山口補佐	はい、先生方長時間に渡りありがとうございました。それでは閉会にあたりまして大極救急課長より御挨拶を申し上げます。
大極課長	本日はお忙しい中本委員会に御出席いただき、また遅くまで御審議いただきまして誠にありがとうございました。本委員会でも御報告をさせていただきました当局の新しい取り組み、市民サービスの向上につきましては、委員の先生方の協力体制があってからこそ成り立つものでございます。救急業務の高度化に対して医の担保は必要不可欠であります。本日御臨席賜りました先生方のお力添えをなくしては実現することはできないと認識しております。是非とも先生方におかれましてはこれから引き続き当局の推進してまいります救急行政に対してお力添えをいただきたいと存じます。本日は、長時間にわたり御審議を賜り誠にありがとうございました。以上を持ちまして平成24年度第1回千葉市救急業務検討委員会を終了させていただきます。

平成24年5月21日（月）開催の、平成24年度第1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）