

令和7年度第1回千葉市救急業務検討委員会

議 事 録

1 日 時 令和7年7月2日（水） 15時00分から16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）6階 作戦室

3 出席者

（1）委 員（10人）

中田 孝明委員長、古川 勝規委員、湧井 健治委員、中田 泰彦委員、
福田 和正委員、齋藤 俊彦委員、津田 克彦委員、六角 智之委員、
吉岡 茂委員、東田 かずえ委員

（2）事務局

吉田警防部長、田畑救急課長、坂本救急課長補佐、地引救急管理係長、
座間高度化推進係長、竹内司令補、田澤司令補、角田司令補、藤村司令補、
小林司令補、鈴木士長

（3）オブザーバー

千 葉 県：石井室長（防災危機管理部消防課）

木川室長（健康福祉部医療整備課）

伊藤副主査（健康福祉部医療整備課）

千 葉 市：串間課長（保健福祉局医療衛生部医療政策課）

塩原補佐（保健福祉局医療衛生部医療政策課）

野田主査（保健福祉局医療衛生部医療政策課）

辺見主事（保健福祉局医療衛生部医療政策課）

4 会議内容

（1）議事概要報告

「令和6年度第2回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

（2）議題

議題 救急隊現場活動マニュアル「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者」
について

（3）報告

ア 報告1. 救急隊現場活動マニュアルの改正について（周産期救急プロトコール）

イ 報告2. 救急救命士の処置拡大に向けた実証事業の経過について

ウ 報告3. マイナ救急に係る実証事業への参加について

エ 報告4. 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」への意見提出について

(4) その他

令和7年度第2回千葉市救急業務検討委員会の開催予定等について

5 議事概要

(1) 「令和6年度第2回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

令和7年1月15日(水)に開催された令和6年度第2回千葉市救急業務検討委員会の議事概要は、令和7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事務局から各委員宛てに事前配布されていたことから、議事概要に関する疑義、意見等なく了承された。

(2) 議題

議題 救急隊現場活動マニュアル「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者」について

事務局から、救急隊現場活動マニュアル「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者」について説明があった。審議の結果、事務局案である「新たな血糖測定の対象者は、意識障害(JCS $\geq$ Ⅰ-1)が認められる傷病者」ということで承認された。

(3) 報告

ア 報告1 救急隊現場活動マニュアルの改正について(周産期救急プロトコール)について、事務局から報告があった。

イ 報告2 救急救命士の処置拡大に向けた実証事業の経過について、事務局から報告があった。

ウ 報告3 マイナ救急に係る実証事業への参加について、事務局から報告があった。

エ 報告4 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について、事務局から報告があった。

(4) その他

令和7年度第2回千葉市救急業務検討委員会の開催について、事務局から説明があった。

6 審議概要

坂本補佐	ただいまから令和7年度第1回千葉市救急業務検討委員会を開催させていただきます。 本日の会議には、10人の委員の皆様にご出席いただきます。現在 Web 参加を含めて9名参加をいただいている状況で、津田委員が、まだ Web 参加されておりませんが、会議自体は、過半数を超えており成立しますので、開催させていただきたいと思います。 対面で御参加されている委員におきましては、恐れ入りますがマイクにて御発言をよろしくお願いいたします。 また、Web 会議方式で御参加いただいている委員の皆様におかれましては、御発言いただく際、マイクがミュートになっていないことを御確認いただきますようお願いいたします。会議終了は16時頃を予定しております。活発、円滑な御審議をお願い申し上げます。 続きまして会議資料についてですが、皆様に事前に電子データでお配りした通りで、変更事項はございません。 それでは、開会にあたりまして、吉田警防部長から御挨拶をお願いいたします。
吉田警防部長	警防部長の吉田でございます。着座のまま失礼いたします。 本日はよろしくお願いいたします。本来であれば消防局長の市村の方から御挨拶するところでございますけれども、本日公務のため欠席となりますことから、私の方から御挨拶をさせていただきたいと思います。 委員の皆様、令和7年度第1回千葉市救急業務検討委員会に御参加いただきまして誠にありがとうございます。皆様方におかれましては、日頃から本市消防行政に御理解と御協力を賜りますことをこの場をおかりして御礼申し上げます。 本市の救急業務は、昭和25年7月2日に開始をして本日でちょうど75年になり、その当時の出動件数は1年間で18件でございました。しかしながら令和6年度の出動件数につきましては、6万9,000件を超える出動件数で、過去最高を更新する形となっております。 今後も、高齢化社会や社会情勢の変化等に伴いまして救急出動は増加が見込まれているところでございます。救急業務につきましては、消防行政の中で常に発展を続けなければならない分野でございます。市民に対しまして安全と安心を永続的に提供しなければならない業務等でございます。 日頃より委員の皆様方におかれましては、メディカルコントロールの見地から御支援をいただいているところでございますが、今後もますますの御協力をお願いできればと思っているところでござい

	ます。 本日は、議題 1 件、報告事項 4 件でございますので、皆様方の貴重な御意見をいただければと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。簡単ではございますが私の挨拶とさせていただきます。
坂本補佐	吉田警防部長ありがとうございました。 初めに委員の変更につきまして御報告をさせていただきます。 千葉県救急業務検討委員会設置条例第三項の規定に基づきまして千葉大学医学部附属病院看護師の東田かずえ様に本年度から新たに委員に御就任していただいておりますので御報告させていただきます。東田委員、一言御挨拶をお願いいたしたいと思うんですが、いかがでしょうか。
東田委員	千葉大の東田です。新たに委員に就任いたしました。どうぞよろしくお願いいたします。
坂本委員	東田委員、ありがとうございました。 それでは以降の議事の進行を設置条例第五条の規定に基づきまして、中田委員長をお願いいたします。
中田委員長	千葉大学救急集中治療医学の中田です。よろしくお願いします。 それでは、前回の令和 6 年第 2 回千葉県救急業務検討委員会の議事録に関して何か御指摘等ありますでしょうか。何か御指摘等ございましたら、この場、もしくは今日の会が終わる前に御指摘いただければと思います。 それでは早速、次第に基づいて次第 3 議題に進みたいと思います。 議題 1、救急隊現場活動マニュアル「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者について」事務局から説明をお願いします。
座間係長	事務局の座間です。着座にて失礼いたします。 議題 1、救急隊現場活動マニュアル「心肺機能停止前の重度病者に対する血糖測定対象者について」 平成 26 年 4 月 1 日より、救急救命士の行う新たな救急救命処置として、心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与が加わりました。今回マニュアル・プロトコール専門部会から上程された、心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者案について、御審議をお願いいたします。 次の資料を御覧ください。現在の血糖測定対象者です。意識障害が認められる傷病者として、意識レベル JCSⅡ－10 以上を目安とすると記載されています。この目安の範囲については、明確に示されていないため、JCSⅠ－1 でも、血糖測定を実施することは可能ではありますが、曖昧な表現であることから、意識レベル JCSⅠ桁

の意識障害に対して、血糖測定を実施する救急救命士が少ない状況です。しかし、意識レベル JCS I 桁の意識障害の中にも、ブドウ糖溶液投与の対象となる低血糖傷病者は一定数含まれています。

次の資料を御覧ください。これは千葉市立海浜病院集中治療科統括部長の立石先生から御提供いただいた資料の抜粋となります。

救急搬送されて低血糖の診断名がついた傷病者への救急隊による血糖測定及びブドウ糖溶液投与の実施件数となります。意識レベル JCS I 桁の低血糖傷病者の 8 割以上で、血糖測定が実施されていません。原因として、目安という曖昧な表現であることから、意識レベル JCS I 桁は、血糖測定の対象外であると認識している救急救命士が多いことが考えられます。

次の資料を御覧ください。血糖値を測定した傷病者における意識レベル別の血糖値の分布となります。救急隊のブドウ糖溶液投与対象となる血糖値 50 未満の傷病者は、意識レベル JCS I 桁であっても、意識レベル JCS II 桁の傷病者群と同程度の割合で分布しています。この資料から、意識レベル JCS I 桁の意識障害の傷病者に対し、血糖測定を実施することが有用であることがわかります。

次の資料を御覧ください。血糖測定対象者の意識レベルが「JCS II-10 以上を目安」となった経緯ですが、これは資料 1 の平成 26 年 1 月 31 日付、通知の別添 1、「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液投与プロトコール」の中に、「II-10 以上を目安とする」と記載されており、その表現を引用し、プロトコールが作られました。しかし、この通知の中で、「プロトコールを地域メディカルコントロール協議会において作成すること。その際、先程の別添 1 のプロトコールを参考とすること。」といった内容が記載されています。従って、地域メディカルコントロールにおいて作成するプロトコールは、意識レベル「JCS II-10 以上を目安とする。」以外の表現でも可能となります。

次の資料を御覧ください。新たな血糖測定対象者の案となります。

意識障害として、意識レベル「JCS I-1 以上が認められる」と改正しました。

目安という曖昧な表現をなくすことで、迷いなく血糖測定ができるようになり、意識障害の鑑別がしやすくなります。

今まで見逃されることが多かった、意識レベル JCS I 桁の低血糖傷病者に対し、早期にブドウ糖溶液投与を実施することができ、容体の悪化防止に繋がります。

次の資料を御覧ください。参考となりますが、千葉県内他の地域メディカルコントロール協議会別の血糖測定対象者です。

	一部の地域ではありますが、すでに「JCSⅠー1以上」としているメディカルコントロール協議会も存在しています。 次の資料を御覧ください。改正後の血糖測定対象者の運用開始時期ですが、改正通知後、7月中の運用開始を予定しています。救急隊現場活動マニュアル本文の改正作業については、この後、報告事項でお伝えしますが、今年度、周産期救急プロトコルの改正作業を実施することから、令和8年3月頃を予定しています。 心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者について御審議をお願いいたします。 事務局からの説明は以上です。
中田委員長	はい、ありがとうございました。 今の議題の御説明に関しまして皆様、御意見とか御質問とかございますか。まとめますと、これはプロトコル専門部会から上程され、この最近の、血糖の測定データを見てみると、意識レベルJCSⅠ桁でも十分あり、低血糖が起こっているのも、修正したほうがいいんじゃないかとデータに基づいて、そういったものが提案されているというところでございます。いかがでしょう。
福田委員	千葉メディカルセンターの福田です。
中田委員長	ちょっと確認ですけど海浜病院で示していた低血糖っていうのは、血糖値が70以下とか、何か定義があるのでしょうか。
座間係長	どなたか御存じの方いらっしゃいますか。低血糖の定義は、幾つをカットオフにしているのか。救急隊は、ブドウ糖溶液を投与するのはいくつ以下だと投与するとかあるんですか。
中田委員長	血糖値は50未満です。
福田委員	そうですか。救急隊の血糖、ブドウ糖溶液を投与するのは50未満でってことは、50をカットオフしてるのではないかなというように気がしますね。ちょっと立石先生に聞いてないんですけども。
座間係長	あともう1つ確認ですけど、JCSⅠ桁以下でも200人ぐらいの血糖測定を救急隊が実施していることになっている海浜のデータですが、救急隊はどういう目安で実施するのか、測定している対象はどのような傷病者が教えてください。いかがですか。
福田委員	この200人程度の血糖測定をしている対象については、意識レベルⅠー1からⅠー3の傷病者で何かしら意識障害がある者に対して、その意識障害の鑑別というところで血糖値を測定します。
座間係長	意識障害だけを理由にやってるっていうことでいいんですかね。
福田委員	あと、他にも低血糖を疑う場合もありますが、必ずしも低血糖を疑ってなければ、血糖測定を実施してはいけないというものではありませんので、意識障害の鑑別のために有用であれば、血糖値を測定してもよいという様になっております。

福田委員 中田委員長	わかりました。 はい、ありがとうございます。
	基本的にはこれ、糖尿病の患者さんで、何か糖尿病に関するお薬を飲んでる人たちを疑っていくというスタンスで良いんですよ。救急隊の方も、何か表目にはどこにもその言葉が出てなくて、それを限定しちゃうと、逆にいろんな弊害があるんだろうということ。でこういう様にしてるのかなと僕は思うんですけども、ちょっとそこの部分はあまり記載ないんですけども、当然、糖尿病の薬を飲んでる方が、通常低血糖発作を起こしますのでそういうようなことを考えてるんだと私はそういう推測をしています。 普通の方でなかなか飢餓状態になって低血糖っていう人は、あんまり救急の現場では今はいないと理解しています。
齋藤委員	千葉中央メディカルの齋藤です。異論レベルとかの話じゃないんですけども、元々の文面がわかってないんですが。くも膜下出血が疑われる場合で、血糖測定で少し刺すことが、容体悪化の要因と判断される場合というのは、これもちょっと曖昧で、例えば血圧の数値がいくつなら実施しないとか決まっていればなんですが。これはこれでまだちょっと曖昧なのかなと思ったんです。
中田委員長	これには総務省等からの原文があるんですよ。その原文に、やってはいけない具体的な例や、害が及ぶ可能性がある具体例として書かれていてそれがその文言がそのまま載ってるんだと理解していて、そんなところかなという様に思います。でも、これはなかなか曖昧だと思います。なのでこの部分は総務省が出してる元の原文がそれだと思うので、そこの部分を変えようがないんじゃないかという様な感じになってるのかなと推測しましたので、齋藤先生のお話のとおりだと思います。なかなかこれに書かれているものと、現場では難しいところあると思いますけれども、いずれにしても糖尿病のお薬を飲んで低血糖が疑われてるけれども、この今までのプロトコールだと、なかなか測定に至らない。それを改定した方がいいんじゃないかという事です。改定して、その後どうなったかとかまた、千葉市立海浜病院の立石先生に是非報告をしてもらっていただくという事で、私もお会いしたら話をしておきますので、それで良いのではないかと思います。それでは承知いただいたということでよろしいでしょうか。 それでは次に行きたいと思います。次は報告事項でございます。救急隊現場活動マニュアルの改正、周産期プロトコールについて、事務局からお願いします。
座間係長	事務局の座間です。 報告 1、救急隊現場活動マニュアルの改正について。

中田委員長	令和6年度マニュアル・プロトコール専門部会において、新生児蘇生に関するプロトコールを作成し、令和7年4月1日より運用を開始しています。今年度、新生児蘇生プロトコールに繋がるよう、周産期救急に関するプロトコールを作成することとしましたので報告いたします。 次の資料を御覧ください。現在の周産期救急のプロトコールです。アルゴリズムは策定されていますが、分娩介助等の手順や手技についての記載はありません。昨年度作成した新生児蘇生プロトコールは、出生直後の新生児のみを対象としているため、母体に関する記載はありません。 次の資料を御覧ください。現状の課題です。救急隊員が分娩介助に遭遇する機会はまれであり、経験が不足しています。また、詳細なプロトコールがなく、訓練機会も少ないため、知識、技術の不足もあり、周産期救急、特に分娩介助について多くの救急隊員が苦手意識を持っています。更に、産科の医療従事者との関わりが少ないこともあり、病院、医療従事者と、救急隊員との共通認識や、相互理解は十分ではありません。 次に、プロトコールを作成することで期待される効果です。これは、昨年度新生児蘇生プロトコールを作成した際に、得られた効果でもありますが、プロトコールを作成することで、プロトコールをもとにした訓練の機会が増え、知識、技術の向上が図られ、救急隊員の苦手意識の払拭が期待されます。更に、プロトコール作成がきっかけとなり、産科の医療従事者との関わりが増えることで、相互理解も図られ、施設外分娩のリスク軽減にも繋がります。昨年度作成した新生児蘇生プロトコールと、今年度作成する、周産期救急プロトコールとセットとなることで、母体の観察、分娩介助、そして新生児対応と繋がり、各プロトコールでの相乗効果が期待できます。 次の資料を御覧ください。今後の予定です。マニュアル・プロトコール専門部会を2回開催する予定としています。また、今回の検討内容が、昨年度の新生児蘇生と同様に、周産期救急という専門的な分野であることから、周産期救急について学識経験のある医師、助産師を千葉大学医学部附属病院及び千葉市立海浜病院から、臨時委員として委嘱いたします。周産期救急プロトコール作成に関わる、マニュアル・プロトコール専門部会の委員は、資料の通りです。 周産期プロトコールを作成し、千葉市救急業務検討委員会に上程します。事務局からの説明は以上になります。 はい、ありがとうございます。本件に関しまして御質問とか御意見とかございますでしょうか。背景は、新生児蘇生プロトコールを、NICU で働いてる新生児科の先生に参画していただいて作成した。
-------	--

座間係長 中田委員長 座間係長	次は、分娩介助や母体の方の蘇生に関することと教育に関することの、プロトコルを作成するという事で、これは本当に有意義だと僕はとても思いました。 救急隊が関連する学会で僕が座長した時に、母体から子供が出てきた時にどう対応するというのは、救急隊の方はその現場に、まれではあるけど遭遇するので対応できると思いますが、私は救急医ですけども、新生児の対応をどうするんだと言われると、普段やはり産婦人科や新生児科が診察しているので、救急医もどう対応したらいいのかわかんないところでもあるのでそういう意味ではこういったプロトコルを作成するのは非常に有意義だと思います。確かその時も色々な地域の救急隊が集まってましたけれども、あんまりしっかりと確立したプロトコルも無く、トレーニングもされないっていうことも言っていて、それもその時の課題感もあったので、千葉市の救急隊はかなり進んでいて、是非これも、対外的に発表して、積み重ねていったらいいんじゃないかなという様に思っております。確かその母体搬送というか、救急車内で新生児が産まれる件数もそれなりの数あると聞いています。年間何件とかそういうレベルであるんですね。 自宅内で産まれていたという事も含めても年間10件未満程度と思われるます。 件数は少ないのかと思いますが、救急車内で分娩することもあるんだということを聞きまして、そういう意味では、非常に大事な部分だなと思います。是非これもプロトコルが作成された後に、フォローアップしていくのがいいんじゃないかと思いますので継続していただければと思います。また、産科と新生児科の人達が上手に関わってくことを非常に感謝しております。 それでは次いきたいと思います。 次は報告2、救急救命士の処置拡大に向けた実証事業の経過について、よろしくお願いします。 事務局の座間です。 報告2、救急救命士の処置拡大に向けた実証事業の経過について 令和6年度第2回千葉市救急業務検討委員会において、当局の参加が承認された、救急救命士の処置拡大に向けたエピペン投与の実証事業について、対象救急救命士及び常駐医師に対する教育研修の経過と、今後の予定について報告します。 次の資料を御覧ください。背景と経過につきましては、令和5年度、6年度の千葉市救急業務検討委員会において報告しておりますので、省略させていただきます。 今回の実証事業の概要です。対象傷病者は小学生以上で、エピペ
--------------------------------------	---

中田委員長

ン®は0.15mg製剤と、0.3mg製剤を使用します。エピペン®は厚生労働省から配布されますが、今回配布されるエピペン®が12セットのため、12隊の救急隊が参加します。参加救急救命士は、令和5年の観察研究に参加した救急救命士41人が参加します。

次の資料を御覧ください。実証事業で使用する救急隊用の観察カードです。令和5年の観察研究で使った観察カードと同じフローとなっています。裏面は、プロトコルのアルゴリズムが記載されています。

次の資料を御覧ください。常駐医師用の指示記録票です。救急隊用の観察カードと同様のフローが記載されており、救急救命士の観察結果をフローに従いチェックし、エピペン投与の指示を出していただくため、常駐医師の先生方にも、eラーニングにより記録票の記載要領等の研修を受けていただく必要があります。

次の資料を御覧ください。救急隊用チェックカードです。常駐医師の指示を得た後、使用するエピペン®について、必ず2名以上で確認することを形骸化させないため、チェックカードに記載し、最終確認を行います。

次の資料を御覧ください。今後の予定です。令和7年3月に千葉市を含む全国77の消防本部で、地域と期間を限定した省令の改正がされています。現在、救急救命士に対するeラーニング及び実技訓練による教育は終了しています。常駐医師に対するeラーニングは、現在実施中で、7月末までに終了する予定です。救急救命士は実技訓練終了後、2ヶ月間のエピペン®を使用しない観察研究期間を設けるよう指示がありますので、7月から8月末まで、エピペン®を使用しない観察研究を実施し、9月1日からエピペン®を使用する実証事業を開始します。

次の資料を御覧ください。9月以降、エピペン®を投与した際は、事後検証を実施します。

常駐医師に対するeラーニングにつきましては、お忙しいところ恐縮ではございますが、引き続き御協力をお願いいたします。事務局からの報告は以上となります。

御報告ありがとうございました。

本件につきまして御意見、御質問等ありますでしょうか。千葉市では残念なインシデントとしてアドレナリンを誤投与したということがありました。関連するところで本来であれば、救急隊の方が、エピペン®を確実に投与できたりするといいんではないかという、国の方の判断が行われて、じゃあそれをどういうふうにやって実行するんだということで、この実証事業が厚労省の方から提案されたというような背景があります。千葉市は当然責任がありますので、

	当然参加するという事で応募して参加することとなり、現在はトレーニングを終了して、7月8月はエピペン®不使用で観察期間を設け、9月12月はエピペン®を使用する実証事業が始まるというようなことかと思います。当たり前なんですけど、ここで粗相があるのはとても有り得ないことですので、非常に千葉市も緊張感を持ち実施するので医療機関の方々も、その点を忘れずにやっていただけたらというような内容かと思います。因みに、この期間で何例ぐらいを想定するんですかね。
座間係長	想定計算は、国の全国的なところでいうと、全救急出動の中の0.3%とかそのくらいですので、この期間で12隊の参加救急救命士41人となると、1件とか2件ではないかと予想しています。
中田委員長	ありがとうございます。これ、7・8月の期間で、何件程度か大凡わかるわけですね。期間が始まるころでは、参加救急救命士にもう一度強く、説明が必要かと思うので、是非よろしく願います。委員の皆様、よろしいでしょうか。
小林司令補	次は報告3、マイナ救急に関わる実証事業の参加について、よろしくお願いします。 救急課の小林です。 報告3、救急に関わる実証事業への参加について この度、令和7年度の10月頃を予定として総務省消防庁の事業、マイナ保険証を活用した救急業務の円滑化を図るため、救急隊が傷病者のマイナンバーカードを活用したマイナ救急の本格運用に向け、全国全ての消防本部の参画を経て、実際の救急活動での実証事業を実施することとなりましたので、御報告させていただきます。 次の資料を御覧ください。令和5年中におきまして、救急の出動件数や搬送人員は毎年最多となっており、現場到着時間の所要時間及び病院所要時間の平均は過去最高の延伸をしております。そんな中、救急需要の最大の要因の1つとしまして、高齢化の進展が挙げられ、搬送人員に占める高齢者の搬送割合は約62%となっており、高齢者の約9人に1人が搬送されている状態になり、今後も救急需要の増大、特に夏季期間等における搬送人員も過去最大で今後も、延伸する可能性が高いとされています。 マイナ救急導入に関わる目的は、救急隊が傷病者のマイナンバーカードを活用しまして、オンライン資格システム、こちらの医療情報を閲覧する救急隊専用の閲覧システムを、令和7年の3月に、新たに導入しましてこちらの本格運用に向けて、全国すべての救急隊の参画を経て、実施事業を行うこととなりました。 次の資料を御覧ください。マイナ救急の概要になります。令和3年からマイナンバーカードの健康保険証を一体化させたカード、通

称マイナンバー保険証の利用が開始されまして、オンライン資格システムが確認可能となりました。本人の同意を取得することにより、医療機関や薬局において、電子カルテ情報共有サービスから、薬剤情報や特定健康診断の情報を確認する、環境が整備されております。令和7年3月にこのシステムの一部を活用した、救急隊が必要とする情報を閲覧できるマイナ救急システムが構築され、このシステムを使用することにより、意識障害、高齢者認知症、精神障害者等の方から正確な情報が早期に取得可能となり、現場滞在時間の短縮、円滑化が期待されております。

マイナ救急の実証事業につきましては、令和4年に全国の6本部30隊で、医療機関専用システムカルテ情報の活用を行い、マイナンバーカードと保険証を連携した、マイナ保険証を使用した救急活動の実証事業が実施されました。令和6年度の事業参加機関につきましては、67本部660隊で千葉県内は成田市と松戸市が実証事業を実施、令和7年からは、救急業務を念頭に置いたオンライン資格確認システムの導入及びシステムの改正を行い、全国720消防本部5,334隊、千葉市消防局でも、正規の救急隊27隊が実証事業に参加予定となっています。なお、実証事業の期間につきましては現在のところまだ確定はしておりませんが、10月頃から令和8年3月31日までを予定しております。

次の資料を御覧ください。実証事業のイメージ図です。

プレアライバルコールにて傷病者等に連絡をして、傷病者情報の取得とあわせマイナ保険証の準備の依頼を行います。

現場到着後、傷病者本人に口頭にて、マイナ救急を使用する旨の同意を得た後に、マイナンバーカードを読み込み、資格オンライン確認システムにアクセス、情報を取得します。救急隊は傷病者情報救急隊専用のサマリー診療情報、薬剤情報、特定健康診断の情報を閲覧することが可能となります。ただし、情報の中には保険証と連携していない場合や、医療機関の受診がない場合、直近1ヶ月以内に受診した内容については更新までにタイムラグがあるため、反映していない場合があります。こういった情報から、かかりつけの医療機関や適切な治療可能な医療機関への搬送を早期に行い、更に正確な情報提供を行うために活用することが可能となります。

次の資料を御覧ください。マイナ救急による期待効果といたしましては、令和7年マイナ救急システムを用いた活動シミュレーションを行った結果、使用しない場合よりも使用した方が、特に意識障害や情報取得が困難な方に対して有効とされています。

次の資料を御覧ください。医療機関の皆様への依頼となりまして、意識不明等によりまして、関係者の方や、警察官の方からマイナン

中田委員長	バーカードをお借りした場合に、マイナンバーカードを借りて、マイナ救急を使用した場合は、情報を取得することは可能となっているんですが、基本的には本人からの同意を得ていない場合については、マイナ保険証を使いましたということで、用紙を配布していただくこととなっています。その際に医療関係の方に御協力を依頼することがございます。マイナ救急に関する報告事項については以上となります。 ありがとうございました。本件に関しまして御質問や御意見ございますか。
小林司令補	全国でもう始まっていて、令和7年から開始するところについては現在のところ未定で、10月頃から機材が配布される予定という理解でいいですね。因みに、これはどなたか使った感触とかどうだったとか、御意見ありますか。 まだ市内では、タブレットの方は来ておらず、意見はありませんが、他市の救急隊の方で使った感触は、使用できるレベルだという事です。
中田委員長	私の意見ですが、医療機関側使えるって言いましたが、以前は内容が何も入ってなかったんでこれ使えないなと思っていました。最近が入ってきてるんですかね。以前に使ってくださいとお願いされ使用した際、何も入ってなく、どうやって使うんだろうと思っていましたが、最近はもう入ってるようになってきたんですね。はい、ではそれでは、よろしいかと思います。 次にいきたいと思います最後ですか。
竹内司令補	報告4、千葉県搬送困難受入医療機関支援事業への意見提出についてお願いします。 救急課の竹内です。 報告4、千葉県搬送困難事例受入医療機関支援事業について、令和6年度第2回千葉市救急業務検討委員会の報告1 千葉県搬送困難事例受入医療機関支援事業について、千葉県健康福祉部医療整備課に対し、受け入れ確保基準対象医療機関から、意見をまとめた内容を提出いたしましたので報告いたします。 次の資料を御覧ください。千葉県健康福祉部医療整備課に対し提出した内容です。「千葉県傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に定める受入れ医療機関確保基準の運用に関する意見です。 1、調査期間、令和7年2月10日曜日から令和7年2月28日金曜日までの間実施いたしました。 2、受入確保基準対象医療機関についてです。国立病院機構千葉医療センター、千葉メディカルセンター、千葉中央メディカルセンター、みつわ台総合病院、千葉市立海浜病院、千葉市立青葉病院の6

	医療機関に行いました。意見書提出医療機関は、6病院中5病院で、国立病院機構千葉医療センターを除く医療機関となっております。 意見書の内容についてです。医療機関の現状内容については、以下の通りとなります。医師の不在により、救急患者を受け入れられない。入院患者が高齢化し、病状が回復せず、病床が空かず、救急患者を受け入れられない。救急患者を受入れるもインセンティブがなく、モチベーションが上がらない。 これを検証結果としてまとめた結果は、埼玉県で実施されている搬送困難事案受け入れ医療機関支援事業補助金交付要領第五条の交付額の算定方法の別表4にある補助金率を、現状の千葉県搬送困難事案受入医療機関支援事業補助金交付要領の、補助金率3分の1から3分の2に引き上げることにより、人材の確保の一助となり、救急受け入れ体制の強化に繋がるのではないかと。受入確保基準対象医療機関から、後方支援病院に後方搬送する際に、後方支援病院に対しても、受入件数や系列に応じた加算額を支給することで、病床確保の充実化が図られ、搬送困難事例の減少に繋がると考えられると検証し、以上の内容を提出いたしました。事務局からの報告は以上となります。
中田委員長	ありがとうございます。昨年度の末に千葉県保健福祉部医療整備課に提出した結果です。これはフィードバックみたいに来るんですか。
竹内司令補	現在時点では当局にはフィードバックの方は来ておりません。
中田委員長	わかりました。この事業は継続されてるんですね。
竹内司令補	本年度も、継続されているということになっております。
中田委員長	わかりました。ありがとうございます。私の理解では、1次2次救急医療のところは、市が担当するがカバーしきれない部分を県がカバーする立て付けでこの搬送困難事案に関する補助金が出されている。ただ、これはある種、一時的な要素だというような立て付けの中でずっとやってきているので、いつ県がもう補助金は出さないといわれてしまうかもしれないという様な背景にあると僕は理解してましたのでそういう流れかなと理解しています。 また、ちょっと事業が難しいところで、救命センターは搬送困難を受け入れても、補助金が出ないんです。凄く難しい構造になっているというところも背景であります。それなので千葉県には、しっかりと補助支援をお願いするようなことを今後も継続していただきたいと思います。皆さんいかがでしょう。よろしいですか。 それでは、本日の委員会の内容は一通り終わったというところでございますが、皆さん全体を通して何か御意見等ありますでしょうか。

坂本補佐	そういえば、最近は救急受入平均照会件数が少し低下してきていてよくなってきています。現在 2.0 か 1.9 程とかで、今後も継続して順調に照会件数が下がったらいいなと思いつつ、何が原因かというのを、再度検討していこうと思います。要請件数が増えたり減ったりしたわけではないので、その辺の解析とかを考えないといけないと思います。もしかしたら今年の春は多くの医療機関のベッドが空いていて、ちょうど受入れがスムーズにいったという、そういうことなのかもしれないと思います。最近、逆に稼働率が高まってきていますが。そうすると多分また、平均照会回数がどんどん悪くなるんじゃないかというような感じておりますので、その辺注視していきたいと思います。いかがでしょうかよろしいでしょうか。 それでは私の方からは以上として事務局にお戻しします。よろしくお願いします。 中田委員長ありがとうございました。 続きまして次第5、その他としまして、次回開催予定になります。次回の開催予定は令和8年1月頃を予定しております。 後日また改めて日程調整をさせていただきますので、その際は何卒よろしくお願いいたします。 以上をもちまして、令和7年第1回千葉県救急業務検討委員会を終了いたします。 長時間にわたり御審議ありがとうございました。

令和7年7月2日（水）開催の、令和7年度第1回千葉県救急業務検討委員会議事録として承認し署名する。

千葉県救急業務検討委員会 委員長

中田 孝之