

平成29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30年3月9日（金）18時30分から20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）7階 作戦室

3 出席者

（1）委 員（11人）

織田 成人委員長、小林 繁樹委員、杉浦 信之委員、中田 孝明委員、谷嶋 つね委員、湧井 健治委員、景山 雄介委員、中田 泰彦委員、福田 和正委員、山本 恭平委員、中村 真人委員

（2）事務局

石塚局長、深井警防部長、高柳救急課長、梅澤救急課長補佐、石垣主査、新濱救急管理係長、小林高度化推進係長、平井司令補、鈴木司令補、川畑司令補

（3）オブザーバー

医療機関：安部医師（千葉大学大学院医学研究院救急集中治療医学）

千 葉 県：大野室長（健康福祉部医療整備課）

牧野主事（健康福祉部医療整備課）

星野副課長（防災危機管理部消防課）

高澤主事（防災危機管理部消防課）

千 葉 市：堀主査（保健福祉局健康部健康企画課）

安藤主任主事（保健福祉局健康部健康企画課）

笠井主査（病院局経営企画課）

4 会議内容

（1）議事概要報告

「平成29年度第1回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

（2）特別報告

千葉市夜間応急診療（夜急診）の現状報告について

（3）議題

ア 議題1 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」の経過並びに課題について

イ 議題2 気管挿管病院実習実施医療機関の追加について

(4) 報告

- ア 報告1 千葉市転院搬送ガイドライン運用開始後の状況報告について
- イ 報告2 救急業務関係書類の変更について
- ウ 報告3 止血帯（ターニケット）の使用開始について
- エ 報告4 平成30年度指導救命士の指名について
- オ 報告5 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管及び処置範囲拡大二行為に係る追加講習の実施結果について
- カ 報告6 第26回全国救急隊員シンポジウムの実施結果について

5 議事概要

(1) 「平成29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29年6月28日（水）に開催された平成29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29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) 特別報告 千葉市夜間応急診療（夜急診）の現状報告について

中村委員から千葉市夜間応急診療（夜急診）の現状について報告があった。

(3) 議題1 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」の経過並びに課題について

事務局から千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」の経過並びに課題について説明があり、審議の結果、この事業を継続するために、受入医療機関の拡充と、二次輪番病院の機能を見直す必要があることが確認され、今後どうしていくかをワーキンググループを立ち上げて、審議していくこととなった。

(4) 議題2 気管挿管病院実習実施医療機関の追加について

事務局から気管挿管病院実習実施医療機関の追加について提案があり、審議の結果、みつわ台総合病院及び千葉メディカルセンターを新たに追加することが承認された。

(5) 報告1 千葉市転院搬送ガイドライン運用開始後の状況報告について

事務局から、平成29年8月21日から運用を開始した千葉市転院搬送ガイドラインの状況について報告があった。

(6) 報告2 救急業務関係書類の変更について

事務局から、医療機関搬送時を含む救急活動時に救急隊が取り扱う書類の見直しを行ったことについて報告があった。

(7) 報告3 止血帯（ターニケット）の使用開始について

事務局から、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会を始めとした大規模なイベント開催時における事態対処医療を整備するため、止血帯（ターニケット）の使用を開始することについて報告があった。

(8) 報告4 平成30年度指導救命士の指名について

事務局から、平成30年3月31日をもって任期満了に伴い退任する指導救命士に代わり、新たに指名する指導救命士について報告があった。

(9) 報告5 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管及び処置範囲拡大二行為に係る追加講習の実施結果について

事務局から、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管病院実習を受けるために必要な追加講習及び処置範囲拡大二行為の認定を受けるために必要な追加講習の実施結果について報告があった。

(10) 報告6 第26回全国救急隊員シンポジウムの実施結果について

事務局から平成29年11月21日(火)、22日(水)の2日間、幕張メッセで開催した第26回全国救急隊員シンポジウムの実施結果について報告があった。

6 審議概要

梅澤補佐	ただいまより、平成29年度第2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。本日御出席いただいております委員とオブザーバーの皆様につきましては、皆様の机の上に御準備いたしました席次表のとおりです。なお、医師会の中村委員におかれましては、別件の会議出席のため途中で退席させていただきます。開会に当たり消防局長の石塚より御挨拶を申し上げます。
石塚局長	消防局長の石塚でございます。委員の皆様におかれましては、本年度第2回の千葉市救急業務検討委員会に、お忙しい中御出席を賜り厚く御礼を申し上げます。また、委員の皆様におかれましては本市消防行政、取分け救急行政につきまして、日頃から御尽力御指導いただきますことに改めて御礼申し上げます。さて、本市の救急行政も皆様のお陰をもって、今のところ順調に推移していると私は感じております。しかしながら救急行政につきましては、皆様御承知のとおり超高齢社会へ進展している中、いろいろな課題が山積しております。本市としましても一つ一つ課題を解決していきたいと考えておりますので、今後ともご支援の程お願い申し上げます。本日は議題が2件、報告事項が6件となっております。皆様の忌憚のない御意見を賜りますよう、簡単ではございますが私の挨拶と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。
梅澤補佐	石塚局長ありがとうございました。本委員会に関わる資料一式ですが、皆様の机の上に準備させていただきました。なお、本委員会では席次表のほか、次第、議事内容、A4横版資料に基づき説明させていただきます。また、夜急診の現状報告としまして、別資料を御用意しております。それでは、以後の議事進行を設置条例第5条の規定に基づき織田委員長にお願いいたします。
織田委員長	第1回千葉市救急業務検討委員会議事概要について、事務局お願いいたします。
梅澤補佐	事務局より報告させていただきます。別添の平成29年度第1回千葉市救急業務検討委員会の議事概要を御覧ください。本委員会は平成29年6月28日水曜日に委員7人に御出席いただき、議題5件と報告事項2件を取り扱いました。なお、内容につきましては本委員会の開催に先立ち、事前に御確認いただいておりますので省略させていただきます。以上で平成29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の説明を終わります。
織田委員長	ありがとうございました。報告内容、記載事項について指摘事項がありますか。よろしいでしょうか。次は特別報告です。千葉市夜間応急診療の現状報告について、中村委員から説明をお願いします。

中村委員	中村です。よろしくお願いいたします。簡単に今の夜急診の状況を報告させていただきます。夜急診の救急への対応を再検討しなくてはいいけませんので、これを御検討していただき、一つの項目に加えていただきたくてお時間を作っていただきました。夜急診につきましては昭和52年に千葉県救急医療センターの中に千葉市急病診療所ができて、昭和55年に海浜病院ができる時に海浜病院の中に夜間救急初期診療部門として開設いたしました。海浜病院の中にあるので、海浜病院の一部門として誤解を受けることもあります。基本的には別の医療機関として、千葉市医師会やいろいろな大学の先生の応援をいただいて、一次救急医療機関扱いでやってきましたが、最近、診療における問題が目立ってきましたことから、果たしてこのままやっていけるのかという思いがありましたので報告させていただきます。平成29年夜急診参加医師の年齢層別人数を見ますと、20代から最高齢は84歳の医師がおります。年齢層も幅広く、専門の診療科目も広い中でやってきましたが、高齢の医師が診察すること、非専門医が診ることは、果たして一次診療なのかという思いをしました。医師会の医師も高齢化しておりまして、内科も小児科も医師の平均年齢が60歳です。将来予測ですが、特に小児科の場合は元々医師数が少なかったので2020年から2023年辺りに夜急診を維持するに足りる医師がいなくなるのではないかとということで、先日、医師会の中で内規を変更しようと、辞退年齢の延長も考えいろいろと議論しましたが、現行どおり夜急診の場合は66歳、休日診療所は69歳までとし、まだやっていただける医師はやっていただくという形になりました。小児科は特に夜急診の医師に関しては、今までどおりではなかなか難しかろうということになります。ナンバー3の資料は、夜急診を受診する患者さんの年齢層です。平成元年からのデータとなりますが、平成元年から2年頃は61歳くらいの方が7から8パーセントだったのが、平成27、28年は22パーセントくらいになっております。これを見ていただくと分かるように最近夜急診で勤務しておりますとポリファーマシーの方、あるいは多疾患の方が増えて重症の方が多くなったという印象を受けます。次のページを見ていただくと分かりますように、重症度別患者数が出ています。程度1、程度2、程度3とあり、夜急診では程度1が重症、程度2が中等度、程度3が軽度という扱いですが、私たちの感覚と違いまして、程度1は来院が必要、程度2は来院も納得できる、程度3が翌日診療で可ということで判断していました。これを重症度、中等度、軽度と扱いに変わって統計を取っていますので、決して重症は増えてないという扱いになっていたのですが、改めて程度1、程度2、程度3と考えてみると、決して
------	--

重症度を表しているものではないことが最近分かりました。次はナンバー4です。夜急診におけるCT撮影件数、夜急診の役割はあくまでも夜間応急処置と考えますと歴代の理事に聞いても脳のCTは基本的には撮らないという扱いだったようです。実際どのくらい脳のCTを撮っているのか調べてみましたら、非常に多く撮っていますので改めて驚きました。歴代の理事はそれを御存知ありませんでした。歴代の理事はそういう患者さんがいらしたら断るか二次病院にお願いするという扱いでした。そういう中に非専門医が患者さんからの依頼もあって脳のCTを撮って、結局診断できなくて見逃してしまう。次の日写真を持って脳神経内科や脳外科の専門医に見せて助かったという例も多々あるようですが、もしその時病院に行かなかった場合や次の日までに何かあった場合は大変な問題になります。次に、夜急診における年度別救急搬送来院患者数ですが、昭和60年度の1,674人から平成28年度は3,000人という結構な数の患者さんを診ていると思います。次のページの十四大都市医師会夜間救急診療アンケートを見ていただきますと、Q3の救急車による搬送をどの程度受け入れていますか、年間の受入数と重症度について教えてください、とアンケートをしましたら、千葉市の医師会は割と救急を受け入れていると思いました。内科の夜急診の受入れが他の地区を見てもかなり多いと思います。船橋市、千葉県内はどうなのか、全部は調べていませんが、船橋市では救急車の来院はほとんどなくて、できる検査もインフルエンザ、溶連菌の迅速検査、テープによる尿検査、心電図以外はできない。点滴もできない。習志野市はインフルエンザ、溶連菌検査は可能で、レントゲン、血液検査はできないという態勢でやられているようです。市川市でも同じような感じで、確かにいわゆる応急診療だということです。ナンバー10では二次病院の状況です。千葉市は300床以上の病院が全部で8、特に北九州市と比べるとかなり差があります。北九州市は13、千葉市の8の中には大学病院も入っています。400床以上になると千葉市では3大学病院を除けば2、北九州市では10です。これが500床になると千葉市は大学病院を除けば0、北九州市は4あります。北九州市は合併の歴史があるからかもしれないかもしれませんが大きな病院が沢山あって病院としての救急の受入れの余裕があるのかなと思います。現場滞在時間とも関係してくると思います。ただ、千葉市も300床以上というところを見ますとそれなりに数はありますので、といって400床以上の大きな病院は青葉と国立しかありませんので、うまく全ての病院が連携していかないと、やはり二次病院としての救急はなかなか成立しないのではないかと思います。この委員会でファーストタッチの病院の形態を改めて考える

織田委員長	と聞きましたので、千葉市の病院の規模を考えると1つ2つあるいは3つの病院が深く関わるとなかなか難しいのでみんなで助け合っていけないと病院の規模をみても難しいのではないかと思います。私達も3,000件の救急車を受け入れています、これを受け入れなかったら大変なことになります。二次病院の医師の協力なくしては、今の態勢を維持できないので、例えば海浜病院なのでCTを撮ってから送ってくれとか言われてしまうと、それはなかなかできません。そういうことも含めて、皆様方と協力しながら、私たちとしては1.5次の救急を一次にしながら、といって二次の医師の負担にならないような方向性を考えていきたいということで、現状報告とさせていただきます。御清聴ありがとうございました。 ありがとうございました。夜急診ができてから、もう何年になりますか。
中村委員 織田委員長	昭和59年からですから、かなり長いです。 一次とはいえないような救急車の搬送が2,000件を超えるということですし、CTまで撮らなくてはいけない。医療安全という意味からいえば非常に問題があるのかなと思います。皆様、御意見いかがでしょうか。今日は受入医療機関支援事業の議題があります。それとも絡むことですが、いかがでしょうか。
景山委員	夜間や休日の救急診療を通常の日中と同レベルでやらなくてはいけないのでしょうかという疑問があります。例えば腹痛とか腰痛で歩いて来てしまう大動脈瘤疾患の患者さんもいらっしゃいますよね。もちろん見逃さないようにしないといけないのは当然ですが、ただ100パーセントを我々は求められなければいけないのでしょうか。現場にいる医師として、疑問というか厳しいなという思いを言わせていただきました。
中村委員	一番困るのがこれだけ救急車を受けていて二次病院に送りたいと思っても必ずしも速やかに受けていただけないという現状もあるので、私たちは一次、1.5次をやるにしても二次があるからやっていけるというところがあるので、CTを撮るとか自分が非専門医だとかいうことで、例えば一人の患者さんを10医療機関に電話しないと次は流れていかないとかいう状況だけはないようにしていかないと、出勤医が疲弊していくし、今の夜急診を維持できないし、みんなのモチベーションも落ちてしまうので。
織田委員長	患者さんは24時間同じように治療を受けられると思ってどこへでも行くのでしょから、専門外だからといっても、それで間違いが起きると、患者さんにとってはそんなことあってはならないことですから。

中村委員	海浜病院の中にあることで患者さんは海浜病院の一医療部門という認識を持たれているので、機械があるでしょう、薬があるでしょうと言われるとなかなか辛いところがあります。ここはあくまでも海浜病院の中にあるけど、別の医療機関と伝えてもなかなか理解してもらえないですね。
織田委員長	今日は残念ながら海浜病院の寺井委員がお見えになっていませんが、画像診断などに関して海浜病院がサポートするという考えはないでしょうか。
中村委員	脳外科の医師はいらっしゃらないですね。非常勤で週一回いらっしゃるのかだと思います。この辺は、小林委員とか湧井委員の病院にお願いして、頭痛患者さんに関してのパンフレット配って、何かあったら頭痛のガイドラインに合致する人は御相談すると。頭に関しては少し進歩があったのですが、他の疾患になるとまだまだです。
織田委員長	撮って誤診するとよろしくないでしょうから撮らない方がいいかと。二次病院へ送る方がいいように思います。
湧井委員	当院でも、くも膜下出血の方で徒歩でいらしてCTを撮って初めて分かることがあるので、患者さんは歩いてCT室に入ったのに突然ストレッチャーに乗せられ、びっくりすることがあります。画像そのものを撮らないと分からないという場合もありますが、くも膜下出血で重症な方は救急車で来るとは思います。ウォークインでいらっしゃるという方もいらっしゃるということです。CTに関しては画像の診断システムみたいなものがあって、画像をどこかで読んでもらうという手もあると思います。私たちは薄いくも膜下出血でも見落とさないですが、多分普通にみると分からないだろうなというくも膜下出血というものがあります。画像の読影の転送システムとかがあれば非常にいいのではないかと思います。
織田委員長	今、テレメディシンが始まっています。遠隔診断も可能ということで厚生労働省もGOサインを出したようですから、恐らく1、2年の間に請け負う業者が多分でてくるのではないかと思います。
中村委員	その辺は御検討いただくように提案はしていますが、まだ返事はございません。
小林委員	隣りですので以前はよく看護師さんにフィルムを持ってきていただいていたのですが、今は簡単な画像転送システムがあるので、それを使ってできる限り画像を読むということで、怪しかったら来てもらうという対応ができるようにと思いますが、ただ、そういう頭痛の患者さんをみんな三次が受けてしまうと問題もありますので、今言ったオフィシャルにはきちんとした画像の読影システムを作るというのはあると思うのですが、実際には隣同士なので、我々としてはできる限

織田委員長	り問題を起こさないよう協力していきたいと考えています。
中村委員	ありがとうございました。中村委員、このままの状態であと何年くらい続けられると思いますか。 平均年齢が60歳で66歳が辞退年齢なので、今の態勢で続けていけば小児科は2、3年で厳しい。維持するには、東京やいろいろな大学の医師にもっとお願いすることが必要となると思います。内科はあと10年は何とかかなると思いますけど、ただ内科で二次に紹介したいけどなかなかできないという状況が続くと、モチベーションが落ちていってしまいます。このことは10年前から何とかならないかといわれています。
織田委員長	この後の搬送困難事例にも出てきますが、二次病院がそれぞれの役割をきちんと果たされていかないと、今までの状況では上手く回っていかないかと思っています。でも、二次病院でも疲弊しているんですよね。そのところが一番問題なのかなと思いますけど。先ほどの資料にもありましたが、市町村によっては救急車を全く受け入れてないところがありますよね。そういうところはおそらくER型の救急をやっている総合病院に全ての救急車が行って、いわゆる医師会の夜急診ではウォークインしか診ないという仕組みになっていると思います。ゼロというのが結構ありましたのでね。将来に向けてそういう形にしていけないと救急車も受けながらウォークインの患者さんを診るのは負担が大き過ぎますよね。今の仕組みを少しずつでも変えていかないといけないと思います。夜急診の現状について何か御質問はございますか。
杉浦委員	千葉医療センターの杉浦ですが、千葉市の夜急診はすごく良い制度だと、私が千葉医療センターに来た時、夜間に救急をやるようになって思いました。ですが、二次に関してはどういう患者さんを診るんだと思ったら二つベッドを開けてくださいということで、収容先としてお願いしたいという形であって、二次に送って全て診るということではなかったんです。実際は相当二次に来ます。働き方改革というのがあってなかなか二次の病院もそう簡単にいかなかったのと、二次の病院も入院患者さんは減っているので、やっぱり頑張らないといけないというのもありまして、患者は診なくてはいけないけど夜間は厳しいという状況があります。ですから二次という扱いがER型のものがあれば問題ないと思いますが、なかなか厳しいです。一つの病院でER型は厳しいと思いますのでこの辺のところは今後考えていかないといけないと思います。
織田委員長	次の収容困難事例でもこのことが議題にでてきますが、二次病院が今の夜急診の後方病院という考え方では、実際にパンクしているわけです。夜急診でこれだけ救急車を受け入れているのに収容困難事例が

安部委員	生じてしまって、しかも一部の病院で集中してしまうということが一番の問題で、みんなでシェアしない限り問題は解決しないと思います。夜急診の問題もその辺の問題を変えていかないと解決しないと思います。 千葉大学病院救急科の安部ですが、次の搬送困難事例の話をする時点で、この夜急診がもっと縮小してしまうことが起ればその議論も成り立たないので、その前に伺いたいのですが、夜急診が医師会の皆様に運営できないとアルバイトを雇わないといけないことになると。要するに給料を高くすれば来るとは思います。その予算を増やすことは可能性としてはあり得るのですか。
健康企画課堀氏	医師を確保するために費用が必要だということであれば、一つの判断材料として財政当局に対して我々は要求することは可能でございます。ただ、ほかにも手を考えていかななくてはならないと思いますし、お金だけで解決できるのであれば、それも一つの手だと認識しています。
中村委員	医師会としても二次病院の医師が疲弊したら困るのでこういう状況でみんなで役割分担していかないといけないと思います。これからの展望が浮かんでくれば、モチベーションを保つことができ、みんなで頑張ろうとなると思います。
織田委員長	今すぐ縮小するとかということではないですね。医師会の皆様が頑張っている間に、仕組みを変えて継続させられるような救急医療体制を作っていかなければいけないと思います。ほかに御意見ございますか。では、夜急診のことにしましてはこれで終わりたいと思います。それでは、次第4の議題1、千葉県搬送困難事例受入医療機関支援事業の経過並びに課題について、事務局から説明をお願いします。
新濱係長	事務局の新濱です。議題1の資料について御説明いたします。最初に資料の左上、事業概要についてですが、本事業は消防法の規定により搬送困難事例を解消させるため、昨年8月から開始しております。法と参画する医療機関名は資料のとおりです。以後は本事業を6号基準と呼ばさせていただきます。次段は運用方法です。6号基準の適用症例は、医療機関照会6件目又は照会に30分以上経過した場合で、奇数日の場合は、最初に一時受入医療機関の千葉中央メディカルセンターへ照会、受入れに至らなかった場合はもう一つの一時受入医療機関のみつわ台総合病院へ照会します。偶数日の場合は、照会先の順序が逆となります。また、一時受入医療機関へ搬送したものの処置困難となった場合は、最終受入医療機関の千葉大学医学部附属病院へ転送することとなっています。続いて運用経過です。開始して約1か月後に3医療機関との意見交換会を開催しました。結果、重症外傷や心肺停

織田委員長 新濱係長	止傷病者は三次医療機関へ照会すべき内容なため、また、緊急性の乏しい傷病者や診療困難者は6号基準を適用しないことなど、除外規定を設けて継続して運用しました。また、開始して半年が経過した先月に2回目の意見交換会を開催しました。ここでは最初に半年間の運用結果について紹介しました。その結果は、資料のさらに下の段となります。①として、6号基準適用は667人で受入れは77.7%の518人、これは全救急搬送の約3%となっています。月別の状況につきましては、資料右側中段の横長の表とグラフとなります。開始から5か月間では6号基準適用は一月当たり90人前後であったものが、6か月目は約倍増となり、結果、受入数は増加したものの受入率は約3分の2にとどまる形となりました。なお、平成30年1月は出動が5,373件、搬送が4,668人といずれも過去最高となっております。次に②として、全救急搬送の平均照会回数は1.81回と前年同時期比で0.06回減少、③として、8件以上照会は全搬送の0.65%と前年同時期の5分の2程度まで減少、④として現場滞在時間は22.0分と前年同時期の+0.8分となっており、こちらは資料右下に月ごとの結果を表にて紹介しております。なお、平成30年1月は先ほど搬送が4,668人と申しましたが、こちらに掲載している搬送数は、転院搬送及び家族等により搬送先が決定されているものを除いているため異なっています。続いて資料最下段左側の各医療機関の受入状況です。一時受入の2医療機関の状況と、最終受入への転送の状況となっています。その下には6号基準適用も受入れに至らなかった149人の収容先を記載しています。6号基準参画医療機関の千葉大学医学部附属病院が48人、千葉中央メディカルセンターが9人、みつわ台総合病院が3人の合計で60人となっており、これらを含めると3医療機関の合計は86.7%の578人となります。残る89人の搬送先は資料に記載のとおりとなります。説明は資料中段の運用経過、第2回意見交換会に戻ります。ただいま御説明しました運用結果のとおり、統計上の数値では大きく改善が図られているものの、増加し続ける救急要請の中で6号基準を3医療機関のまま継続することは困難であることから、参画する医療機関の拡充が必要なこと、告示医療機関を始めとした救急医療体制自体に見直しが必要なこと、各医療機関並びに救急隊との関係が悪くなること等、多くの課題が挙げられ、結果、これらの課題を解決しなければ、6号基準を継続することができないことに至りました。以上で説明を終わります。 次の資料の説明もお願いします。 次の資料は第2回意見交換会の後に搬送困難事例受入医療機関支援事業の意見書という形で千葉中央メディカルセンターの内野医師
-----------------------	---

織田委員長	から御提示がありました資料となっております。課題としましては、ほぼ同じような説明となっておりますが、要点だけ簡単に申し上げますと、1としましては、一次受入れがあまりにも少なく同一時刻に集中する傾向にあるということです。2としましては、原則受入れという形を絶対受入れと誤解され、協力医療施設の信頼関係が悪化するということです。救急隊も原則受入れということを伝えておりますが、どうしてもお願いしたいという思いが絶対と捉えられているということも否めないということになっています。3が暴力、暴言、医療費未払いの個人に関しては、この事業の対象にしないということです。こちらが第1回意見交換会で御意見がございまして解決する形になりましたので、第2回意見交換会では比較的解決に至っていうまくいっているというお話もございました。以降、資料2枚目を読み上げます。4月以降もこの事業を継続するのであれば以下の要求を承認しなければ、私を始め当センターは協力いたしないものと考えます。 1、一時受入医療施設を増設し医療施設に対象事案が同時期に集中しないように工夫すること。これは行政レベルでの事業なので、公的医療施設がこの事業に参加しないことに疑念を抱かざるを得ません。 2、各医療施設間に誤解が生じないように情報を共有し、現場レベルでの顔の見える状況を構築すること。現場の意見を聞き入れ、不具合を解消するためのバックアップ体制を備えること。 3、三次救急、周産期医療、小児医療、精神科関連及び迷惑事例をこの事業の範疇に加えないことを徹底すること。 4、出口問題の解消のために、この事業への協力医療施設以外の救急指定病院の協力体制を確立すること。急性期医療施設である当センターに搬送困難事例として来院し、入院となった慢性期疾患を有する患者は引取り診療科がなく、仕方なく救急科に長期入院することが多発している。 5、搬送困難事例の定義を含め、対応アルゴリズム自体を抜本的に改良すること。例えば、1件目の受入要請医療施設はかかり付け又は直近医療施設、2件目は次に近い医療施設、謝絶されれば搬送困難事例になる可能性が高いため、近距離から順に一時受入医療施設、括弧従ってこれらの医療施設は複数必要で、なおかつ選択の日にち設定をしない括弧閉じ、へ受入れを要請するなど。地域における安全かつ円滑な救急医療の確立はメディカルコントロールの根幹の一つであり、この事業の成否が千葉市の救急医療の将来を決めると思います。御検討の程、よろしくお願い申し上げます。といった意見書となっております。以上です。 今まで何とかやってきましたが、特にこの1月から2月が救急搬送困難事例が多発しまして、それまでの倍近くになりました。両病院ともほぼ満床の状態が続いていまして、結局は我々のところに運ばれて
--------------	---

中田委員	来ますが、救急科のベッドは一般病床は10床しかないのに、20数人が入ってしまっていて、それがなかなか転院もできずに満床で受入れることができないという事態が起きています。このままの状態では継続できない状況になっています。ここまでの現状について何か御意見御質問はありますか。中田委員何かございますか。 7か月この搬送困難事例を受け入れてまいりましたが、この6号基準を続けることは当院の職員が疲弊している原因になっています。今は3月一杯で契約が終わりなので職員は頑張っていますが、今後同様のシステムで継続していくとなると組織の管理者として職員のガバナンスの崩壊を懸念していかないとはいけませんので続けられない。それから、内野医師の意見書にもございましたように搬送困難事例の受入れは行政指導の事業ですから、山本委員が隣にいらして大変申し訳ないのですが、そこに市立病院が参画していないことは疑問を抱かざるを得ません。また、6号基準の症例は半数が軽症例ですので、それだけ軽症例が回ってくるというのは、救急告示している病院が救急の受入れを円滑にできてない。ですから多くの病院が参画しなければ、この事業は成り立たないと思います。先ほど中村委員から夜急診の話がありましたように、ここ数年で夜急診の機能も懸念される部分もありますので、なおさらこの軽症例が二次医療機関に搬送されてくるケースが増えてくると予想されます。これを機会に千葉市の救急のシステムそのものを抜本的に改革しなければ継続できないと思います。今日は行政の方もみえているので、その辺のところ、どう考えているのか、行政の方の意見をお聞きしたいと思います。よろしくお願いします。
織田委員長 小林委員	ありがとうございます。はい、小林委員。 県救の小林ですが、ある部分予想されていたことだとは思いますが、もう少し細かく知りたく、軽症例が多くて文書の中では本来三次に行くべきものが混ざっている。重症なので受入困難になっている、重症度の問題もありますし社会的背景を持っている人の問題、季節の問題もあってどうなのかなと今年に関しては12月頃から我々のところも満床が続いていて、受入困難になっていて協力したくてもできないというのもあります。逆に夏場はうちもこの事業を担当したかったといった時期もあったりですとか、最近特に季節によっての変動があり、急性期病院のベッドの空き方の波が激しくなっていて、そのこともこれに影響しているのかと、もう少し用途に分けていかないとトータルとして改善するのは厳しい。本質はどこにあるのかを分けて考えたい。
織田委員長	三次の患者が混ざっているというのは、現場判断ですね。三次に交

	渉すればいいのに二次病院にして時間がたってみたら、何で最初から三次に連れてこなかったということも時々あります。現場の救急隊員のトリアージの間違いというか能力の問題だということです。1か月たった時点で問題点を洗おうということで、不搬送にしていという事例は指令センターの常駐医に相談して、社会的な問題で救急車を呼んだ人は運ばなくていいという、不搬送の事例は増えていますよね。現場処理しているというのは。その点はこの事業をやったことで進んだ点かもしれません。ですから無駄な搬送はしなくなったというのはあると思います。それと交渉件数や現場にいる時間が減ったというデータもその時点ではありました。季節のこともありますが、どうもそれだけではないような気がします。私の個人的意見を言わせていただくと、収容困難事例の事業が始まったことで、今まで二次病院が積極的に受けていたものが本事業が始まったことで簡単にそちらへ回してしまうということが起きてるんじゃないか、この事業の負の部分ですね。そっちでやっているからいいだろうというところが少し出ている。だからその2病院に負担がかかっているのだと思います。福田委員どうでしょうか。
福田委員	内野医師が現場の意見をまとめてくれたので、新しいことはないのですが、医療者側としては最初にファーストタッチすることで収容効果を上げられるような疾患が、たらい回しにされることは避けたいと思うのですが、そういう疾患と単純に受入先が無いものが混在しているので、この事業の目的をもう少しはっきりさせた方がいいかなと感じています。夜急診の問題もそうですが搬送困難だけの問題ではないです。救急医療体制全体を考えないと、ここだけのことで解決しないだろうと思います。
織田委員長	ありがとうございました。それでは県の方の御意見をお願いします。
大野室長	千葉県医療整備課の大野と申します。県の方ではデータで改善の効果が見られているので、できれば継続していきたいという思いはありますが、一方で各病院の負担が大きいということで解決していかなくは継続できないのかなと認識しています。一時受入病院を増やしていくことが一つの解決になると思います。増やすに当たっては予算を増額したり、相手側があることなので交渉ですとか調整が必要になりますので、その辺を進めながら県の中でも対応策を考えていきたいと思っています。30年度の国への事業計画の提出が6月末となっております、その前には一定の結論を出さなくてはいけないと思っております。関係者の皆様と精力的に調整を進めていきたいと思っています。
織田委員長	結局お金は国から出ているのですよね、県からではなくて。

大野室長	そうです。全額国庫です。
織田委員長	予算さえ通ればもう少し増額の要求はできるということですね。県としては。
大野室長	受け入れていただける医療機関の目途が立てば、国の方は大丈夫だろうと思います。
織田委員長	今やっている仕組みは3月で終わりということになります。来年度の分は6月末までに新たな計画を立てて、拡充するのであればいくつの病院にするかを6月末までに決めて県に上程し、それを国の方に要求していただくということになるようです。山本委員いかがでしょうか。
山本委員	うちは入らなかったのですが、入らなかったというのも恐らく大学がオーバーフローしてうちに来るだろうと思っていましたから、夜間の救急車はうちの病院は入っていませんが、他の病院と同じくらい受け入れていますので、結局うちはある意味で6号基準を阻止している病院ですから、入ってもうちのパワーとしてはマックスなのでこれ以上頑張れないですし、病院数を増やさないと無理ですし、それと先にお話のあった夜急診の二次輪番も有名無実になっていることもありますし、二次輪番の義務も1ベッドでいいとか2ベッドでいいとか、夜急診から取れば他の救急車から取らなくていいというようなことも言われていますので、もう少しクリアにしていかないと難しいと思います。
織田委員長	杉浦委員いかがでしょうか。
杉浦委員	どこの病院も6号事案のこれに手を挙げなかったのは、毎日受け入れるということは常勤医でやっているところでは無理です。次の日も仕事ですし、かつ当直も皆同じようにやっていますし。成田日赤の当直体制が崩れたのは、後期研修医が辞めてしまって大変なので、それを常勤医に上げた、でも常勤医も無理なので外注ではないですが夜は頼んでいますよね、実際。次の日に病院で働かなくていい人がいるのでそういう体制を取らないと各病院も毎日来られては疲弊します。恐らくそういう形でお金が出て医者が増えればいいのですが、毎日来られては難しいのが現状ですし、ましてや働き方改革で非常に厳しい状況になっていますし、次の日に休むことになりますので、今後この事業を続けるには根本的な仕組みを変えていかなくてはいけないと思います。
織田委員長	杉浦委員のところでは、この事業に参画するわけにはいきませんか。
杉浦委員	二次のときは、内科は断らずにいきましょうという形ですが、それを引き受けてくれる医師が限られています。全く診ない医師もいます

織田委員長 杉浦委員 織田委員長	し、うちは彼らにお金が出せないの一生懸命働いても働かなくても同じ給料では医師のモチベーションをどう落とさないようにするのかが一番の問題ということであります。 一応事業の補助金は出ます。少しですが。 毎日なかなかできないですが当番となれば話は別です。 やはり今の二次輪番制度を変えていくしかないですね。今は夜急診のバックアップの形になっていますが。平均救急搬送は一日何件ですか
新濱係長 織田委員長	今年2月現在ですと、出動が169件で搬送が145人です。 毎日その救急車をどこかの病院で受けなくてははいけない。そうすると二次輪番も夜だけだと何件ですか。
新濱係長 織田委員長 杉浦委任	18時から9時まででおおむね半分となっています。 二次輪番だけでは80件近くを全部受けられないですね。 二次輪番の約束は2ベットということになっていますが、実際は救急隊も二次と思って送ってくる。受けるとすごい数になってしまう。
織田委員長	病院によっては当番の日でも受けないってことがあるのでしょね。この辺が一番の問題だと思います。80件救急車が来て内科が2病院、外科も2病院、4病院でやっているのですね。1病院で20件受けることになります。それがベッド2つではとても無理ですし、どこかが断るとほかの病院にしわ寄せがいきますから、収容困難が生じるのは当たり前のことです。今の二次当番体制を拡充して二次当番の病院を増やすのも一つの手ですね。仕組みも直接二次当番の病院が救急車を受けていただくというような役割に変えていかないとはいけないと思います。
山本委員	二次輪番を当たっているのに受けない病院が多いのでこのような問題になっています。要するに二次輪番を増やしても駄目です。二次輪番の資格を厳格にするとかペナルティーを与えとかしないと無理です。今までもそういう問題が出て夜急診から紹介しても断られるとか、検査ができないから元々電話しないとか。ただ夜中に検査もできてCTも撮れてというマンパワーを置くには非常にお金がかかりますのでその辺の兼合いが非常に難しいと思います。夜中に80件で10件ずつ診ても8病院必要ですよ。現実的には千葉市では無理ですよ。どうしたらいいですかね。
織田委員長	その10件くらいは夜急診が受けています。三次もその中に入ります。ただ三次はそんなに多くはないですが。圧倒的に一次二次が受けています。何かいい解決策はありませんか。
杉浦委員	私が夜急診の会議で言ったのは、ERの大きな病院を作ってそこで医者が集まって、診察して3日4日でほかの病院へ送る。たらい回し

織田委員長	ではなくて大きなたらいを用意してそこで診る。お金もかかるし大変なことなので無理でしょう。他の市町村ではE Rのようなところに多くの医者がいて、そこに救急車が行くというような形なので。千葉市の場合は病院も多いですし、どこでも受けられるところもありますし受けられないところもあるということで、夜急診を考えていかなくてはと思います。 神戸での学会で頭をけがしたことがありまして、神戸市民医療センターのE Rに行きました。診察室が25ありまして、医師が5、6人常時いました。診察室がそれだけあるということは、一度にそれだけ来てもカバーできるという体制となります。初療はほとんど研修医がやっていますが千葉市にない機能がそこですね。しかし、それを千葉市がすぐ作るわけにいかないですから、今ある中でそれをどうカバーするような仕組みを作るかということが一番の問題ですね。もう一つは受けても出口がないというのが、ベッドが埋まってしまう原因なので二次当番の病院から慢性期なり療養型のベッドにスムーズに患者さんの受渡しができるような仕組みも必要だと思います。ほかに御意見はございますか。ここである程度結論出さなくてはいけないところですが、今年度のこの会議はこれで終わりとなりまして、次年度の会議は6月頃で、そこで決定するということです。私からの提案ですが、二次輪番を引き受けて、積極的に救急車を引き受けている両市立病院を含む8病院による実務者と話し合って、この事業をどう継続するかということと二次病院の機能を今後どうしていくかをワーキンググループで話し合って決めたらどうかと思いますがいかがでしょうか。今日これで決まるとはとても思えませんし。よろしいでしょうか。もちろん病院長の皆様方にも参加していただきたいのですが、実務者のレベルで顔の見える関係を作っていくことが大事だと思いますので。できればこの事業を何とか病院を増やすなり、少し変えた形でも継続していければと思っていますので、県の方もそれでよろしいでしょうか。それでは議題2について、事務局から説明をお願いします。
平井司令補	議題2について資料2に基づいて説明させていただきます。現在職員の大量退職を迎え、気管挿管の認定救急救命士もそれとともに退職していきます。今後、気管挿管が可能な救急救命士を拡充、そして計画的に養成するために現在病院実習の受入機関として4医療機関にお願いして年間4人を養成しているところですが、さらに2医療機関を追加して計6医療機関として年間8人を養成していきたいと考えております。ここに追加する新たな医療機関につきましては、現在もビデオ喉頭鏡の実習医療機関として御協力いただいておりますので、この実習の受入施設として申し分ない医療機関だと思っています。追

織田委員長	加する2医療機関はみつわ台総合病院と千葉メディカルセンターです。説明は以上です。 ありがとうございました。気管挿管の実習の病院を増やすということですが、これに関していかがでしょうか。それではこの2医療機関にもお願いするということにしたいと思います。こちらで用意した議題は以上となりますが、ほかに委員の皆様方から何かございますか。無いようでしたら報告の方へ移りたいと思います。次第の5、報告1 千葉市転院搬送ガイドライン運用開始後の状況報告について事務局から説明をお願いします。
石垣主査	事務局の石垣です。千葉市転院搬送ガイドライン運用開始後の状況報告について説明させていただきます。資料3を御覧ください。前回開催の第1回千葉市救急業務検討委員会において千葉市転院搬送ガイドラインの本運用について委員の皆様にご承認いただき、昨年8月21日から本運用を開始しましたので、運用開始後の状況を報告いたします。続いて、次のページの表1を御覧ください。本ガイドライン運用開始後4か月のデータと前年同時期の出動件数別データ比較です。全出動件数は前年比91件減少し、そのうちの転院搬送件数は39件の減少となっており、比率は0.1%の減少でした。続いて、表2を御覧ください。傷病程度別データ比較です。重症以上は前年比11人の増加、中等症以下は50人の減少でした。以上の結果から、転院搬送ガイドライン運用開始後、転院搬送件数や傷病程度中等症以下は減少傾向にあること、重症以上ではやや増加傾向にあることから、おおむね適切な転院搬送が実施されていると考えられます。しかしながら、中等症以下は減少傾向ではあるものの合計1,700件を超えており、今後の更なる減少を図るため、調査、分析を継続し検討していきたいと考えております。以上で報告1についての説明を終了いたします。
織田委員長 石垣主査	死亡で搬送しているのはどういうことですか。 高次の医療機関への搬送でCPAになってしまって、死亡ということとです。
織田委員長	分かりました。何か御質問はございますか。減ってはいるということとで始まって4か月のデータなのでもう少し増えていくと思います。引き続き、経過を見ていきたいと思います。次に救急業務関係書類の変更について事務局からお願いします。
新濱係長	事務局の新濱です。報告2について御説明いたします。資料を御覧ください。最初に経緯と目的ですが、救急隊員は救急活動において、資料にあります4種類の書類を作成し、帰所後にデータ入力を行って報告書を作成、これを用いて統計処理を行っています。救急出動は今

織田委員長	後も増加傾向が見込まれますことから、救急隊員の業務負担を軽減することなどを目的に見直しを検討しました。結果、資料①の救急隊による患者搬送書を廃止して、②から④までの書類を1つにまとめることといたしました。新たな書類は次のページに添付しております。こちらは左上に救急隊控えと記載されていますが、実際には医師又は看護師へお渡しする医療機関宛てのものとで2枚複写となっております。なお、資料の右下に記載しましたとおり、廃止とします①の患者搬送書につきましては、事前に医療機関に対して意見聴取を行い、結果、おおむね意見なしとの回答でしたことから、平成30年4月1日から変更させていただきます。以上で説明を終わります。 ありがとうございました。救急隊員の業務を軽減するために一枚に書類をまとめて医療機関には複写を渡すということですね。よろしいでしょうか。次に報告3の止血帯ターニケットの使用開始について事務局からお願いします。
新濱係長	事務局の新濱です。報告3について御説明いたします。資料を御覧の前にターニケットについてですが、委員の皆様方の机上にあるのが実物で、CATと呼ばれるものです。他の形式につきましては、資料右側に掲載しております。ターニケットの導入目的ですが、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会を始めとした大規模なイベント開催時などにおける事態対処医療の整備を図ることで、消防庁がテロ対策等の対応力向上小会合を設置し、救急隊員に対する教育等が検討されました。なお、本小会合の委員としまして、当課課長の高柳が委嘱されております。本小会合では、資料中段にあるとおり、教育カリキュラム及びテキスト案が策定されたほか、最下段にあるとおり、当局にて試行教育を実施しております。当局では既に100本を導入しており、救急隊に配布しております。消防庁からの通知等を踏まえて正式に使用を開始したいと考えております。以上で説明を終わります。
織田委員長	ありがとうございました。2020年のオリンピックに向けるテロ対策で銃創とか爆傷の四肢の外傷のときにターニケットで止血を図るもので、アメリカでは軍隊が現場で使っていますし、市民もこれを使えるように訓練していますが、日本ではなかなか見たこともないですが、これから普及されていくものと思います。聞くところによると救急車に4本ずつ乗せているとのことですが、1つで止まらないときは2つ目を付けるとのことです。日本外科学会が厚生労働省の事業で外傷外科医養成事業をやっていますが、座学と遺体を使った手技をアメリカ外傷外科学会で行っているコースを日本で行います。それと豚を使った外傷外科のSSTTのコースがありまして修了証も出て実

小林係長	は明日、明後日と千葉大学のクリニカルアナトミーラボで、御遺体を使ったアセットのコース、アメリカのコースを事業の一環として行うことになっています。御参考までに。そういった形でテロ対策がいろいろなところで着々と進んでいます。よろしいでしょうか。では、次の報告、平成30年度指導救命士の指名についてお願いします。 事務局の小林です。平成30年3月31日をもって任期満了に伴い退任する指導救命士に代わり、新たに指名する指導救命士について御報告するものでございます。当局では現在8人の指導救命士を指名しており、平成30年3月31日をもって2年の任期満了に伴い退任する総括指導救命士1人及び指導救命士1人に代わり、新たに指導救命士2人を指名し、うち1人を総括指導救命士に指名することを報告します。資料中段のとおり退任するのは宗像総括指導救命士と市原指導救命士です。新たに指名したのは長嶋総括指導救命士と水口指導救命士です。なお、指導救命士の業務としては資料中段右側に記載のとおりで青葉病院救急ワークステーションにおける救急隊員への教育、指導を始めとする業務となっております。報告は以上です。
織田委員長	今8人いる指導救命士のうち2人が代わるということです。ところで、県の場合は名誉職的で一度なるとそのままずっと指導救命士だと思いますが、調整しないまま別々の形でいいですか。
梅澤補佐	千葉県の認定の基準は当局の基準と合致している状況ですので、このまま指導救命士として本委員会から推薦したいと考えています。具体的に申し上げますと救急隊長年数は当初10年以上を昨年5年以上に短縮しております。
織田委員長	県の指導救命士は一回なるとそのままずっとで、辞めることがないので、そこが食い違っていますがよろしいのですか。
小林委員	県は登録制になっていますので、実働者となる本市の指導救命士と食い違うところがあります。
織田委員長	県は名誉職というか名前だけで本市は指導するインストラクターという実質的なものと考えていいですね。
深井部長	県は登録制で退任はないのですが、本市は指名制度で交代しますので、この時点で指導救命士としては引退という形になります。そこが違うと思います。ただ先ほど事務局が説明したとおり、指名する項目を県と同じにしました。現在は指導救命士にはエンブレムを付けさせていますが、過去に指名された指導救命士については、措置を検討しているところです。
織田委員長	元指導救命士として、何か違うバッジを作ってあげてください。そのほかよろしいですか。次はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管及び処置範囲拡大二行為に係る追加講習の実施結果についてです。

平井司令補	資料7について説明いたします。今年度について、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管に係る追加講習を8月に開催いたしました。本講習については、平成29年度以降に救急救命士になった者には救急救命士に至るまでの養成カリキュラムに本講習が含まれており、以降は追加講習が不要となります。今回実施した講習をもって、当局における本講習が必要な救急救命士全ての受講が完了したということになります。続きまして処置範囲拡大二行為に係る追加講習についてですが、今年度は10月に開催いたしました。今年度3月にもう1回開催して、来年度にも1回、これにより当局においては本講習が必要な救急救命士全ての受講が完了いたします。説明は以上です。
織田委員長	よろしいでしょうか。続いて報告の6、第26回全国救急隊員シンポジウムの実施結果についてです。
石垣主査	報告6について説明いたします。資料8を御覧ください。昨年11月に幕張メッセで開催しました第26回全国救急隊員シンポジウムの実施結果について報告するものです。開催日は昨年の11月21日と22日の2日間、会場は幕張メッセ国際会議場及び国際展示場展示ホール8で開催しました。当局と救急振興財団との共同主催で後援と協力は資料に掲載の後援8団体、協力4団体の計12団体にそれぞれ御支援御協力を賜りました。2日間の延べ参加人数は8,603人と過去最高を記録しました。多数の方々に御来場いただき大盛況のうちに終了いたしました。概要等については資料に記載のとおりです。来年度は平成31年1月24日と25日の2日間、香川県高松市で開催されます。報告6についての説明は以上ですが、ここで事務局の高柳から委員の皆様にご挨拶がございます。
高柳課長	事務局の高柳でございます。シンポジウムの開催の結果につきまして担当より御報告させていただきましたが、委員の皆様におかれましては本シンポジウム開催に当たりまして多大なる御支援御協力を賜りましたこと改めてお礼を申し上げます。ありがとうございました。
織田委員長	私も参加いたしました。非常に大勢の方が集まり大盛況でした。以上で本日の報告事項は全て終了です。何か委員の皆様からほかにございますか。
杉浦委員	報告1の千葉市転院搬送ガイドライン運用開始後の状況ですが、私の印象ではあまり減っていないように思いますが。そちらでは大分減ったという印象なのでしょうか。
深井部長	先ほど委員長がおっしゃられたと思いますが、母数が少ないのでこの母数にすれば順調な方かと考えています。ただ、1月が入ればもう少し悪い数字になると思います。年末年始は意外と転院が多いのですが、長いスパンでみれば、さらに数字は良くなっていくものと考え

杉浦委員	えています。 平成28年との比較なのでもっと前のものがあれば流れが分かると思いますが。こういう通知は皆さんすぐ忘れますし、勤務する人も代わってしまうのでルールが伝わってない場合があるので、頻回に通知とかをされた方がいいと思います。
織田委員長	ありがとうございます。4月で人が代わってしまうので、院内の救急態勢もそうですが、知らない人が来て勝手にやっていろいろなことが起きますので、もう一度各医療機関に周知するようにしてください。ほかはよろしいでしょうか。それでは以上で議事進行を事務局にお返しします。
梅澤補佐	織田委員長ありがとうございました。それでは、次第6のその他1、平成30年度千葉市救急業務検討委員会の改選について御案内いたします。平成30年度は本委員会委員の改選時期となっております。改選委託事務が整い次第、御案内させていただきます。
高柳課長	来年度も引き続き、委員の皆様方の御指導をお願いいたしたいと考えております。よろしくをお願いいたします。
梅澤補佐	続きまして、次第6のその他2、平成30年度第1回千葉市救急業務検討委員会の開催予定について御案内いたします。平成30年度第1回千葉市救急業務検討委員会の開催時期につきましては、平成30年6月を予定しております。日程の調整につきましては、FAXにて送信させていただきますので、お忙しいところ誠に恐縮ですが御回報の程よろしくお願いいたします。以上をもちまして平成29年度第2回千葉市救急業務検討委員を終了いたします。委員の皆様、長時間に渡りありがとうございました

平成30年3月9日（金）開催の平成29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 委員長承認済み・確定文書（写）