

平成25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26年3月12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）7階 作戦室

3 出席者

（1）委 員（8人）

平澤 博之委員長、織田 成人委員、中村 弘委員、山本 義一委員
中田 泰彦委員、中村 孝雄委員、太枝 良夫委員、田中 正委員

（2）事務局

石井局長、安藤警防部長、大極救急課長、山口救急課長補佐、鮫島救急管理係長
梅澤高度化推進係長、松本司令補、松江司令補、平井士長、坂本土長、大三川士
長

（3）オブザーバー

千葉県：岩永室長（健康福祉部医療整備課）、須賀班長（防災危機管理部消防課）
千葉市：植田主任主事（保健福祉局健康部健康企画課）

4 開会

5 議事概要報告

「平成25年度第1回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

6 議題及び報告

議題1 救急救命士が行う処置範囲拡大に係る本市の取組とメディカルコントロール体制の構築について

議題2 「ICTを活用した救急業務の推進」に関する方針の一部変更について

報告1 救急救命士の教育実施状況について

報告2 指令センター医師常駐体制の状況について

7 その他

平成26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

8 議事概要

(1) 「平成25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25年5月28日(火)に開催された、平成25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25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、事務局から各委員あ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、意見等はなく了承された。

(2) 議題1 救急救命士が行う処置範囲拡大に係る本市の取組とメディカルコントロール体制の構築について

事務局から、救急救命士法施行規則の一部改正に伴う救急救命士の処置範囲拡大について、運用開始するために必要な事項や運用開始時期について説明があり、審議の結果、プロトコルを一部変更し、マニュアル・プロトコル専門部会で審議を行い、部会長の承認をもって平成26年4月1日から運用を開始するとして了承された。

(3) 議題2 「ICTを活用した救急業務の推進」に関する方針の一部変更について

事務局から、方針の一部変更に至った経緯の説明及びシステム開発業者による開発に至った経緯や運用開始している奈良県での効果などの説明を行った。審議の結果、導入するシステムについて理解が得られ了承された。

(4) 報告1 救急救命士の教育実施状況について

事務局から、平成25年度中に実施された各病院実習の実施状況及び再教育の実施状況について報告があった。

(5) 報告2 指令センター医師常駐体制の状況について

事務局から、平成25年中の常駐医師業務実施状況について説明があり、指示件数は351件、指導・助言件数は586件、報告件数は883件、常駐医師の裁量による医療機関交渉は5件であった。平成24年中より全体的に減少したが、来年度から実施予定の救急救命士の処置範囲拡大に伴い、指示、指導・助言件数の増加が見込まれるとの報告があった。

(6) その他 平成26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

事務局から、平成26年度第1回千葉市救急業務検討委員会は、本委員会委員の先生方の改選時期となることから、改選委嘱事務が整い次第、案内する予定であり、開催時期については平成26年5月中旬を予定しているとの説明があった。

審議概要

山口補佐	定刻となりましたので、ただいまより平成25年度第2回千葉市救急業務委員会を開催させていただきます。本日の委員会は千葉医療センター増田委員、千葉市医師会齋藤委員、中村委員、千葉脳神経外科病院湧井委員、山王病院谷嶋委員が欠席となっております。千葉県救急医療センター中村委員は若干遅れるとの連絡がありました。今回の委員会におきましてもオブザーバーとして、千葉県から消防課須賀班長、医療整備課岩永室長、千葉市保健福祉局より健康企画課植田主任主事にご出席をいただいております。それでは開会に先立ちまして消防局長の石井よりご挨拶申し上げます。
石井局長	消防局長の石井でございます。本日は委員の先生方におかれましては年度末の大変お忙しい中お集まりいただきまして誠にありがとうございます。今回の開会に先立ちまして一言ご挨拶を申し上げます。今回の委員会は、一昨年先生方に多大なるご協力をいただきながら行いました、救急救命士の処置拡大実証研究の成果を踏まえました、新しい救命処置に関する取り組みとメディカルコントロール体制の構築をはじめ、来年度から市長マニフェスト事業といたしまして開始する予定であります、ICTを活用した救急業務の推進など今後の本市救急業務に大変な変革をもたらす内容につきまして、メディカルコントロールの観点から先生方にご協力いただきたい内容をご審議いただくものでございます。どうぞご臨席の先生方におかれましてはご忌憚のないご意見をいただきまして実りある委員会になりますよう、よろしくお願い申し上げます。本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。
山口補佐	それでは早速でございますけれども、会議資料の確認をさせていただきます。お手元のレジュメに沿って確認をさせていただきます。まず本編資料赤インデックスでございます。表ページが本日の会議の次第となっております。次にインデックス議事概要ですが、平成25年度第1回千葉市救急業務検討委員会の議事概要でございます。次にインデックス議題1ですが、「救急救命士の行う処置範囲拡大に係る本市の取組とメディカルコントロール体制の構築について」。この資料といたしまして、インデックス資料1「救急救命士の行う処置範囲拡大に係る本市の取組とメディカルコントロール体制の構築について」。さらに参考資料としてインデックス参考1から参考5まで付けてございます。資料確認の途中ですが、中村弘委員が到着いたしましたのでご挨拶させていただきます。よろしくお願い致します。引き続き資料の確認でございます。次にインデックス議題2ですが、「ICTを活用した救急業務の推進」に関する方針の一部変更について。

	この資料といたしまして、インデックス資料2「本市（消防局）事業計画の方針変更について」となっております。続きましてインデックス報告1でございます。ここで資料の修正をさせていただきます。「救急救命士の教育実施結果」となっておりますが、「救急救命士の教育実施状況」とご修正・ご訂正いただきますようお願いいたします。その資料はインデックス資料3となっております。次に報告2「指令センター医師常駐体制の状況（平成25年中速報値）について」。その資料はインデックス資料4「指令センター医師常駐体制の状況について（平成25年中速報値）」となっております。最後にインデックスその他は次回、「平成26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」となっております。修正が1箇所ございました。申し訳ありませんでした。その他乱丁・落丁等はありませんでしょうか。それでは以上で資料の確認を終わります。それでは以後の議事の進行は、設置条例第5条の規定に基づきまして平澤委員長にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。
平澤委員長	平澤でございます。各委員の皆様方におかれましては年度末の大変お忙しい中、平成25年度第2回のこのMC委員会にご参加いただきましてありがとうございます。先ほど事務局が申し上げましたように、今日は欠席の先生方がいらっしゃるすけれども、1つは夜急診の運営会議がありましてバッティングしてしまってそちらに出ていらっしゃる先生もいらっしゃいます。しかし、成立規定を満たしておりますので、委員会を行いたいと思います。本日の委員会でも活発なご議論をお願いいたします。それでは早速次第に基づきまして始めたいと思います。まず、議事概要の報告についてお願いします。これは平成25年5月28日にここで開催された平成25年度第1回のMC委員会の議事概要です。それでは事務局からお願いします。
山口補佐	それでは平成25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ご説明いたします。資料のインデックス議事概要をお開きください。平成25年度第1回千葉市救急業務検討委員会は、平成25年5月28日火曜日、委員11名のご出席により消防局で開催し、2件の議題及び3件の報告事項が取り扱われました。なお、議事概要のご説明につきましては本委員会の開催に先立ち委員の皆様にご事前配布の上、ご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25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説明を終わります。ご指摘などございましたらよろしくお願いいたします。
平澤委員長	ありがとうございます。ただいま事務局から平成25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報告がありましたが、何

大極課長	かありますでしょうか。各委員には前もってお渡ししてご覧になっていと思いますが、何かご指摘追加事項はございますでしょうか。よろしいでしょうか。それではこの議事概要をお認めいただいたということで、引き続き次に移りたいと思います。それでは議事の次第3、議題1「救急救命士が行う処置範囲拡大に係る本市の取組とメディカルコントロール体制の構築について」ということで事務局より説明をお願いします。 救急課長の大極でございます。どうぞよろしくお願いいたします。それでは説明をさせていただきます。今般、国から救急救命士の処置範囲拡大に係る通知が発出されたところであります。拡大項目につきましては、本委員会の承認をいただき平成24年度に参加いたしました厚生労働科学研究事業で実施した3行為のうち、2行為が平成26年度より実施可能となりました。実証研究期間におきまして傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減が期待されるとの見解が示されたことから、本市といたしましても平成26年4月以降速やかに実施できる体制を構築するために必要なメディカルコントロール体制に係る部分を委員の皆様にご審議をいただくものでございます。詳しくは担当よりご説明させていただきます。
梅澤係長	事務局の梅澤でございます。よろしくお願いいたします。インデックス資料1に基づき説明させていただきます。9ページをお開きください。本年1月31日付で厚生労働省より、救急救命士法施行規則の一部改正が行われ、医師の具体的指示の下で救急救命士が行う行為が追加されることとなりました。追加される行為は、いずれも心肺機能停止前の重度傷病者に対する行為で、静脈路確保及び輸液、血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与であり、施行時期は平成26年4月1日からとなっております。また、救急救命士の資格要件でございますが、まず薬剤投与認定救命士であること、当該処置に関する専門的教育を受け千葉県救急業務高度化推進協議会が認定した者となっております。それでは11ページをお開きください。国の通知を踏まえた当局の方針ですが、平成24年度に本委員会の承認をいただき厚生労働科学研究事業であります、「救急救命士の処置範囲に係る実証研究」に参加しております。こちらの実証結果の中で傷病者の容態に一定の改善が確認できたこと、千葉市の救命率の向上及び後遺症の軽減が期待できる行為であることから、実運用に向けた体制作りにつきまして本委員会の承認とご協力をいただきたいと思います。処置範囲を拡大するにあたって各地域メディカルコントロール協議会で整備しなければならない事項といたしまして国から4点提示されております。まず1点目は、常時医師の具体的な指示が得られる体

制であること、2点目はプロトコルを作成すること、3点目は事後検証体制を整備すること、4点目は再教育体制を整備すること、とされております。厚生労働科学研究ですが、平成24年9月から平成25年1月末まで本市で当該行為に係る実証研究を実施しております。それでは拡大される行為について説明させていただきます。13ページをお開きください。まず、静脈路確保及び輸液についてでございます。対象となる傷病者は、ショックが疑われる又はクラッシュ症候群が疑われる傷病者であり、静脈路確保後に乳酸リンゲル液を急速投与いたします。ただし、心原性ショックに陥っていると疑われる傷病者は除外されます。続きまして、ブドウ糖溶液の投与についてでございます。対象となる傷病者は、血糖測定の結果50mg/dl未滿の傷病者となります。ただし、血糖測定する際にくも膜下出血が疑われる傷病者は血糖測定の対象者から除外され、50mg/dl未滿の傷病者であった場合には50%ブドウ糖溶液40mlを静脈路確保後に投与することとなります。なお、血糖測定につきましては実証研究時は医師の具体的な指示が必要とするいわゆる特定行為に位置付けられているところでしたが、今回の一部改正では包括的指示下における行為として認められており、血糖測定について医師からの具体的な指示は必要ないとされております。この2つの行為の共通事項として、心肺機能停止前の傷病者であることで、これは心臓機能・呼吸機能のいずれかが停止している状態ではないということでございます。対象年齢はいずれの行為とも15歳以上の傷病者であることとされております。それでは運用開始に向けての体制についてご説明いたします。15ページをお開きください。本委員会でご承認いただきましたなら、プロトコル及び事後検証体制につきましてそれぞれの専門部会で検討いたしまして、本会の先生方にご審議をお願いしたいと思っております。当局としましては、必要な教育を行うとともに、常駐する先生方への説明、事後検証される先生方への説明、医師会等への説明を行いたいと思っております。では、国から提示されている4点についてそれぞれ本委員会での対応についてご説明させていただきます。17ページをお開きください。1点目の当該行為に係る医師の具体的な指示を受けられる体制についてです。こちらは先生方にご協力いただいております、常駐医師体制下で行います。また、常駐医師の先生方への周知の方法といたしまして、常駐医師の先生方の施設にお伺いするとともに、常駐される先生方が使用される「指令センター常駐医師用マニュアル」を変更いたします。2点目のプロトコル作成についてご説明いたします。19ページをお開きください。プロトコルにつきましては、実証研究時に作成いたしましたプロトコルを一部変更す

平澤委員長	ることとなります。なお、平成25年5月の委員会で承認していただき全面改訂したプロトコールに2つの行為を追加することとしたいと考えており、国が示すマニュアルに基づいてマニュアルプロトコール専門部会においてプロトコールを検討作成しまして、本委員会の先生方にご審議いただきたいと思います。続きまして3点目の事後検証体制の整備について説明させていただきます。21ページをお開きください。事後検証体制につきましては、事後検証に関する専門部会の先生方からご意見を伺いながら、新たな構成の事後検証票を作成したいと考えております。続いて、4点目の再教育体制の整備についてでございます。再教育体制につきましては、これまで薬剤投与認定救急救命士に対する再教育といたしまして資格を取得後、3年ごとに再教育を行うこととしております。こちらにつきましては、今後の運用状況を踏まえまして、平成26年度中に「救急救命士の再教育に関する専門部会」において再教育体制の整備に向けて検討する予定であります。また、処置範囲拡大に係る事故発生時の対応につきましては、「重要症例調査専門部会」におきまして随時検証検討することとしたいと考えております。当該処置範囲拡大に係る教育の実施についてご説明させていただきます。23ページをお開きください。国が示しております教育カリキュラムにつきましては、24時限の教育が必要とされておりますが、実証研究に参加した地域については3時限とされております。また、教員いわゆる講師ですが医師及び救急救命士又はこれと同等以上の学識経験者とされております。当局の対応としまして、国が示す3時限の教育を千葉市消防学校で開催することとしており、講師については指導医また指導救命士にお願いしたいと考えております。まとめでございます。25ページをお開きください。今回救急救命士法施行規則の一部が改正され、救急救命士の医師の具体的な指示下で行う処置が追加されました。実施する行為は、心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液と、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追加されました。運用開始は平成26年4月1日とされており、消防局としましては当該行為を千葉市で実施することについてご承認いただきまして、国の示す対応を速やかに図り運用を開始したいと考えております。事務局からの説明は以上でございます。 ありがとうございます。詳しく説明していただきましたが整理しておきたいと思うのですが、要するに心肺停止での静脈路確保と輸液、いままで静脈路確保は心肺停止してからの静脈路確保だけだったのですが、心肺停止前から静脈路確保して輸液をしていいということと、血糖測定して低血糖だったらブドウ糖を入れるという2つのことを追
-------	--

	加したいということ。これはもう国で決まったことなのでこの内容はやるということなのですが、ご審議いただきたいのは当該行為追加に必要な前提条件の4つというのが11ページに書いてありますが、これがこのMC協議会がコントロールしているこの千葉市ではちゃんとできているかどうかというのをお認めいただいて、それができているということなら具体的に認めていただきたいということになろうかと思います。まず11ページの4つのことを1つずつ確認していきたいと思うのですが、医師の具体的な指示を受けられる体制であることというのは、千葉市には医師常駐体制がありますからこれはできているということではよろしいでしょうか。それは特にご意見がないようなのでよいとして、プロトコルなんです、プロトコルに関しましては国からの通知と実証研究で培ったノウハウを踏まえてプロトコルについて検討し、千葉市救急業務検討委員会において当該プロトコルについて審議していただくということなのですが、具体的なプロトコルがもう出来ているということですか。それともこれから変更すれば済むということですか。
梅澤係長	まず参考資料5の69ページをお開きください。69ページと71ページに2つの行為のプロトコルがございます。このプロトコルにつきましては実証研究の時と大きな差異はございません。静脈路確保及び輸液のプロトコルについては大きな変更はございません。ただし、71ページでございます。ブドウ糖溶液の投与につきましては、医師の血糖測定の判断のところが特定行為とされていましたが、今回は包括的な指示下になっており、その他に大きな変更はございません。以上でございます。
平澤委員長	わかりました。今おっしゃっていたようにこのプロトコルは実証研究をやるときに一応皆さんにご審議いただいて、これでいこうということになってそれをやって、効き目があるということがわかったので、今回正式に追加されたということなんですけれども、さっきありました4つのうちのプロトコルに関してこれでよろしいですか。特に何か問題点などありますか。いかがでしょうか。
太枝委員	教えてもらいたいんですけども、依然決まったプロトコルということですが、13ページの静脈路確保及び輸液の対象の話なんですけれども、ショックが疑われる、心原性ショックを除外するとこれは69ページ71ページにも同じことが書いてあるのですが、心原性ショックだと血圧も下がっているし、輸液をする、いろいろあると思うんですけどこれを除外する規定というのはもともとどういう考えで出てきたのか教えていただきたい。静脈路確保して輸液して昇圧剤を使うというのが通常の治療法だと思うんですけど、昇圧剤まで行くことはな

梅澤係長	いとしても静脈路確保して輸液するということは通常だったらするかなと思うんですけど、ここが除外された理由というのを教えてください。 まずこのショックの時の具体的な投与する速度なのですが、ショックの時は全開投与してくださいというものが基本的にあります。その場合、通知の中にもあるのですけれども全開投与すると前負荷が高まるだろうということで心原性ショックの時はあまり良くないというような見解があったと聞いております。そこで国のほうが心原性ショックは除くとなったと聞いております。以上でございます。
平澤委員長	いまは教科書的にはショックを、カルディオジェニックショック、ハイポボレミックショック、オブストラクティブショック、ディストリビューティブショックというふうに分けて教えていると思うのですが、急速輸液療法の適用となるのは基本的にはハイポボレミックショックですので、心原性ショックでうっ血性心不全で血圧が下がっていたりして輸液をすると大変なことになってしまう可能性が高いので、どうやって心原性ショックを除外するかというのは難しいところがありますけれども、そういうことも含めて心原性ショックは除いたほうが無難であるということだと思います。
太枝委員 織田委員	ありがとうございました。 実証研究の時のプロトコルというのは研究目的という形だったので、結構大雑把なプロトコルですよ、はっきり言って。つまりショックということだけでどういう患者にやるかとか、たとえば常駐医がどうやってショックかどうか救急隊の情報から判断するかということとはどのようにするつもりなのでしょうか。これが単に救急隊員がショックであると判断したらやっていいということになるわけですよ。オンライン指示を受けるということになっていますが。指示するドクターにその傷病者がショックかどうかというのをどうやって伝えるかという具体的なものはなくてもいいんですか。
平澤委員長	救急救命士のテキストにもショックを判断するものとか書いてあるんですよ。症状とかいくつかは。血圧の測定を含めて。それを満たせばショックとして常駐医にお伺いをたてるということになるんですかね。
梅澤係長	こちらの国の通知から適応対象ということでショックの対象の定義がございまして。インデックス資料参考5、68ページをお開きいただけますでしょうか。68ページの3の留意点というのがあります。そちらのほうで適応対象ということで書き示されております。まず、ショックの増悪因子としまして出血の持続がある場合、意識障害が進行している場合、アナフィラキシー、熱中症などの脱水がある場合とな

織田委員	っております。また、クラッシュ症候群を疑うというところで挟圧、重量物や機械、土砂等に体が挟まれ圧迫されている状態というような場合がこの静脈路確保し輸液する対象だとなっております。その場合現場の救急救命士が常駐医師にこの状態とバイタルサインを告げて、先生の指示の下、静脈路確保及び輸液を実施するという事になっております。
平澤委員長	これ、あくまで状況ですよ。要するに出血の持続といっても内出血していたら、持続しているかは外から見てもわからないわけで、少なくとも何と何を報告して判断を仰ぐとか具体的な項目を付けないとなかなか難しいと思うんですけど。指示するほうもね。バイタルサインを報告してって軽く言いましたけど、バイタルサインって何と何を報告しなければいけないか、最低ですね。いつも救急隊員からの報告を受けて思うんですけど、呼吸数が必ず抜けていますよね。ショックの大事な症状の呼吸数。やっぱ、そういうことを具体的に書き込まないとこれ指示するほうもなかなか難しいと思いますよ。
中村（弘）委員	これは国から流れてきたことであるんですけど、問題点があるならフィードバックしたいと思いますけど。 織田先生が言っていた呼吸数。昨日、今日交通外傷が結構ホットラインに入ってきたんですけど、必ず呼吸数だけ抜けているんですよ。観察してないんですかと言うと、「しています。すいません。」って。JATECなんかでも医者も呼吸数忘れるんですよ、必ずと言っていいほど。呼吸数は織田先生がおっしゃられたように非常に重要ですよ、判断する場合に。急性期の。救急隊員が何が重要な項目であるのかということ、つまり広い意味で言うとトリアージの能力というものが十分でないというのは、長年付き合っていてわかっていますけれども、その中で輸液に関して、こういう網羅的な国の書いたものをそのまま常駐医の先生方に提示するというのはまずいです。なぜ輸液が救急隊員、救命士にやってもらうかという当初の目的というのを思い返せば、これは明らかに外傷性の出血性ショックです。クラッシュというのは、地震の影響で有名になったからですけど、滅多に起こるわけではないですよ。日常的にあるのは外傷性の出血性ショックでそこだけにターゲットを絞って、「何でこれができないんだ」というのが救命センターにいた多くの医師の不満だったとか熱望だったわけですから、その辺を強調していただいたほうがいいと思います。先ほど織田先生がおっしゃっていましたが心原性ショックというのは私らだって目の前に来たってわかりませんよ。ですけど昔々のフォレスター分類のⅣだったかな。そこだけがむしろ輸液をいっぱいしていいよという確か分類の一部だったと思いますけど、多くの場合は心不全なんか

平澤委員長 梅澤係長 中村（弘）委員 梅澤係長 中村（弘）委員	はやっちゃいけないということだと思いますから、輸液していいんですけど、さっき聞いたら全開で落としなさいって指示なんですよ。前はなかったですよ。今まで全開で落としなさいという指示は… 実証研究のときの落とす速度はどのようにしていましたか。 基本的に全開または1秒1滴という2つの選択肢がありました。 ところが全開で落として来るようなことなんてなかったですよ。 ありませんでした。 でしょ。ですから救急隊員は全開で落としちゃいけないんじゃないかって思っていたに違いないんですよ。でもほんとの目的は全開で例えば500mlとか1000mlとか入れて、血圧120mmhgにしちゃまずいけど90mmhgくらいで維持したいというのが目的ですから、その辺をきちっと強調したほうがいいと思いますけど。
平澤委員長 梅澤係長 平澤委員長 織田委員	ありがとうございます。この国のプロトコルはそれなりに委員の先生方が練ったんでしょうね。医者向きに作っていないでしょうから。逆に聞きますけど、69ページにあるプロトコルは一例というのは、これは千葉市のMC協議会においてはもう少し具体的なものにするというようなプロトコルに変更するというのは裁量権に含まれると考えていいんですか。 考えていいです。 そうすると今意見をいただいた織田先生、中村先生は、一番の問題の69ページの何を変えればいいと思いますか。 少なくとも血圧、脈拍、呼吸数の3つのバイタルサインをきちっと報告して指示を仰ぐというのが必要だと思います。もちろんこの状況以外にですよ。そのバイタルサインとただ書くだけでなく、それすら書いてないわけですよ。それでどう判断するんだってことになりますので、それをきちっと入れてあげたほうがいいと思って発言しました。
平澤委員長	貴重な意見ありがとうございます。そうすると今のことを付議して追加の行為を行うための条件の一つにプロトコルの作成があるので、プロトコル作成専門部会に下ろすわけですよ。それを付議して向こうの人たちに作ってもらうということにするのはどうですか。他に何かプロトコルを作るならこれも入れておいてもらいたいということはあるですか。整理するために2つ別々に聞きたいと思うのですが、まずは静脈路確保及び輸液については、呼吸数を入れるということと、それからさっき69ページでおっしゃっていたのはショックの増悪因子とありますけど、その前提としてショックと判断するというのは何が入っていましたっけ。この人はショックだよと判断するのは。それでそれが増悪する可能性が考えられるときに輸液をするとい

織田委員 梅澤係長 織田委員	うんだからショックを救急隊員が判断するんだから。 基本的には教育でやっているんですよ。 やっております。 それはよくわかっているんですけども、それをよく理解して指示を出す側にそれをきっちり伝えないとこっちが判断できないということを行っているのでそれをプロトコールに入れてください。
平澤委員長 梅澤係長	よろしいですか。 ありがとうございます。実証研究の時に一度使っていたのですが、常駐医師の先生方と救急隊員が使うチェック表を考えております。その中に呼吸数、血圧、意識の状態などをお互いの共通のチェック表を進めていって、これだったら大丈夫だろうということで常駐医師の先生方から指示をいただこうかと考えております。
中村（弘）委員 平澤委員長 梅澤係長 平澤委員長 中村委員 平澤委員長	質問なんですけど、輸液は何本まで入れていいんですか。 輸液のトータル量は規定があるのですか。 トータル量についての指示はありません。 一般的に積んでいるのは乳酸リンゲル液の何 cc ですか。 500cc です。 例えば、搬送時間が長いと500cc が空になったら、また入れていいというのはどうなのですか。それは具体的には書いてないんですか。 1 本終わったらMCの指示を受けろとかそういうことになっているのですか。
梅澤係長	救急救命士のプロトコールもそうなんですけれども、もう1本追加ということになると思います。このような場合は先生方に指示を受けるということで対応したいと思います。
平澤委員長 梅澤係長 中村（弘）委員	ということが書いてあるのですか。 国の通知には書いてありません。 あとですね、現場で1時間、あるじゃないですか。そうすると輸液が1本終わって2本終わる。行き場所ないよっていうシチュエーションが起こりうるわけでしょ、外傷なんかの場合。腹部とかね。そういう場合救急隊員は大変だけど、それを指示する常駐医師も大変ですよ。目で見ていてもないし。そういうところは応用問題として常駐医師に任せるのですか。
平澤委員長	そこまで想定するというのはなかなか難しいんで、そうなったらせっかく千葉市には常駐医師制度があるから聞くしかないですよ。そもそも救急車には何本積んであるんですか。1ダースくらい積んであるんですか。
梅澤係長 平澤委員長	最低でも5、6本は積んであります。 搬送先が見つからなきゃ入れるってことですね。

織田委員	それもたとえば1本終わるところでバイタルサインを再チェックして常駐医の指示を仰ぐというようなプロトコルにしちゃえばいいんですよ。これあまりにも不備だと思いますよ、そういう意味では。
平澤委員長	プロトコル専門部会に誰か入っていましたっけ。中村先生そうでしたっけ。誰でしたっけ。
梅澤係長	千葉県救急医療センターの稲葉先生が専門部会長でございます。
平澤委員長	今具体的にプロトコルの作成というのは、さっきのまとめのところで4月1日から始めるとのことでしたけど、それまでにプロトコル作れますかね、今おっしゃったようなことを入れて。
梅澤係長	やります。
平澤委員長	やるわけね。私も時間が許せばいつも出ているのですが、今先生方が示してくださった懸念をよくプロトコル専門部会に伝えてそれを含んだプロトコルを作っていただきたいと思います。
山口補佐	織田先生、中村先生から今ご指摘を受けたことは今後の教育という部分、本市の場合は実証研究を受けたメディカルコントロール協議会ですので、3時間の追加講習が必要となります。今月中にそこでチェックリストを使うであるとか、あるいは同時に並行して常駐に来てくださる先生方にもそういった説明をと考えておりました。具体的なプロトコルについては今、委員長からご意見をいただいたような形で同時並行で進んで入れ込んでいくという形を取ろうかなと思っております。
平澤委員長	わかりました。せっかくこの親会議にかけていただき、委員の先生方からいろんな貴重な意見をいただいたのでそれも含めてプロトコルの作成をお願いしたいと思います。出来上がったプロトコルの適否については、プロトコル専門部会の先生方も専門医ですし、まして部会長も中村先生と同じ千葉県救急医療センターの方だから十分わかっていると思いますので、時間の関係があるからお任せしたいと思うのですがよろしいですか。今のことは静脈路確保の話でしたが、血糖値に関してはこれでよろしいですか。こっちはあまり問題ないと思うのですが。よろしいですか。じゃあそういうことでやっていただくことにしてプロトコルは今いただいた意見を基に作っていただきたいと思います。よろしくお願いします。3番目の事後検証体制の整備というのは、これは千葉市では出来ていると思います。当分はこれをやった人はみんな事後検証にかけるんですね。どうなんでしょう。
梅澤係長	実施したものについてはすべて事後検証対象症例にしたいと考えております。
平澤委員長	となると予測の数を出すとしてはこういう事例は実証研究の時ほどのくらいでしたっけ。

梅澤係長	ひと月概ね10件程度です。
平澤委員長	両方合わせて10件？静脈路確保が10件くらい？
梅澤係長	ブドウ糖溶液の投与が10件、静脈路確保が実際に実施になっているのが5例ございます。
平澤委員長	ひと月に？
梅澤係長	3か月でございます。
平澤委員長	3か月ね。大体そのくらいかな。それは事後検証にかけるということですがよろしいですか。あとは再教育をしなければならないということですが、再教育は3時間でしただけ。これは先生方と指導救命士の方がやってくれるということですがどうでしょうか。これは3時間というのは国から言ってくるのだそうですが。
梅澤係長	こちらにある再教育というのは、今、千葉市消防局の薬剤認定救命士が3年ごとに行う再教育ということですよ。
平澤委員長	じゃあそれに乗っかるってこと？
梅澤係長	はい。今、事務局としましてはそちらのカリキュラムの変更を考えております。ただ、この処置範囲拡大に係る再教育がどのくらいウェイトを占めるものなのかというのが、まだ本運用しておりませんのでそのところは平成26年度の運用状況を踏まえまして、再教育に係る専門部会がありますのでそちらに諮りたいと思っております。
平澤委員長	実施する必要条件として再教育をしなければならないというわけではなくてやった後の話ですね。
梅澤係長	そうです。
平澤委員長	わかりました。ちょっとそこを誤解していました。それはやっていただくということでよろしいですか。それで4つの条件をクリアしてやるとして、さっきお聞きしましたが4月1日からということでプロトコルの作成は間に合いそうということいいですか。
梅澤係長	はい。
平澤委員長	あと、指令センターの常駐の先生方に周知しなければいけないですけど、そちらの作業も大丈夫ですね。
梅澤係長	はい。もちろんそちらは大事だと思っておりますので、そちらのほうは各先生方の施設にお伺いしましてご説明をさせていただきたいと思っております。
平澤委員長	この実証研究の時もブドウ糖の投与でよくなった人もいたような覚えもありますし、これをやることによって結果が良くなるという可能性もありますので、今いろんな先生からいただいた意見を基にプロトコルをちゃんと作っていただいて、本委員会としてはこのことは4月1日からということで。全国はみんな4月1日からなんですか。4月1日というのは早いほうなんですか。

梅澤係長	私たちのほうでヒアリング調査をさせていただきました。4月1日から実施すると聞いているのは、東京都、横浜市、大阪府は4月1日運用開始と聞いております。
平澤委員長	いろんな準備が整わないでやるというのは問題ですけど、できれば政令指定都市がやるというんで、千葉市も頑張ってもらいたいのですが、今おっしゃっていただいたことを基にプロトコルの作成など準備が整うということが大前提として、それではこの2つの新しい行為について4月から始めていいということで本委員会で承認したいと思うのですがいかがでしょうか。
織田委員	やっぱりかなり無理があると思うんですが。やると言っているけどほんとに周知できるのかどうかというのが心配なんです。それでこの通知が出たのが1月31日ですよ。何でこんなに遅くなったのか。これからプロトコル作ってそれを周知すると言っても、あと4月1日まで2週間ちょっとしかありませんよ。ほんとに出来るのでしょうか。それで本当に始めていいのかなと非常に疑問なんです。それともう一つは1月31日に出ているわけなんですから、その時点からすぐ準備していればこんな状況にはならなかったと思うんですけど、その辺についてよく聞きたい。
梅澤係長	この国の通知が1月31日に出た時点で事務局としてはプロトコルの素案を作っています。そして処置範囲拡大に携わった先生方にご相談しながら作っておりましたが、まずこの本運用するときには本委員会の先生方に承認をいただいてからというところで準備は整っている状況であります。これを正式にマニュアル・プロトコル専門部会の先生方にご審議いただくという準備は整っております。
中村（弘）委員	先ほども言いましたが、これは常駐医師にとってとんでもないことです。救急に慣れている人ならOKでしょうけど、内科系の先生にとって外傷の出血性ショックの輸液をどこまでやっていいのかということの知識も経験もないと思うんですけどね。世の中ではそういうことに関する議論があることは、救急医とか外傷やってる人は知ってますけど普通の先生はご存じないと思いますよ。非常に困難性を極めると思うんですけど、織田先生は厳しいことをおっしゃいましたが、もっと楽観的に考えて1日からやってみて問題点をチェックしながらどんどん変えていくという方法もあるのかなと思います。ただ全部目を通しましたが、問題は二次検証だけではだめだよと。もっともっとどういう効果があったのかというのを3か月ごとくらいにチェックする体制を作らないと特に輸液に関して。血糖のほうは意識が良くなった、はいパチパチでいいんですけど、要するにいろんな問題が先ほど言いましたが心配しすぎだと言うことも言われましたけれど

平澤委員長	も、僕は心配のしすぎじゃなくていろんな問題が出てくると思いますので、二次検証の範囲じゃだめで、その先どうなってどういう効果があったのか、有害事象はどんなことが生じたのかということをきちんとまとめて、3 か月後か半年後くらいに検証しながらプロトコルを変えていくみたいな体制を作らないと。それでそれを常駐医にフィードバックしていかないとこれはちょっと無理があるかなと思うので、その辺考えてください。 これは言い出すとなかなか難しい問題で、例えば外傷に対する輸液療法はパーミッシブ・ハイポテンションという考えもありますからね。そうすると入れないほうがいいのかという話にもなってきますからね。でも、最大公約数という考え方としてはとりあえず外傷が原因で血圧が下がっている人たちにある程度の血圧を保ちましょうということで輸液をやっていますので、今、中村先生がおっしゃったように今の時点でのプロトコルを作っていて、実地検証にかけて問題があれば軌道修正するということを視野において、一回やってみようということではいかがでしょうか。
織田委員	厳しいこと言いましたけれども、私も一回実証研究やっているのかかなりの部分は常駐医もまたあれをやるんだということでやられると思うんですけども、決してもっと伸ばしなさいとは言いませんので、やってみてしっかり検証していただきたいということと、準備が短いというのが心配で言っただけですので、委員長のおっしゃる通りで構わないと思います。
平澤委員長	わかりました。そういうことを含めてプロトコルをちゃんと作っていただきたいと思います。それで多くの先生が言ってくださったように、あの厳しい中村先生でさえそう言っていただきましたので、4 月 1 日からということを目指していただきたいと思います。この議案に対して他に何かございますでしょうか。
織田委員	細かいことですが、9 ページの米印で「血糖測定については包括的指示下で行う行為であり特定行為ではありません」とはっきり書いてありますけど、これは特定行為ですよ。具体的な指示がなくても特定行為は特定行為ですよ。
梅澤係長	特定行為ではありません。9 ページの分類を示したものが 39 ページにございます。39 ページに厚生労働省が示しているとおりの、救命処置ではありますが、特定行為ではありません。
平澤委員長	そういうふうに分類しちゃってあるからそういうことだと思います。よろしいでしょうか。それではこの「救急救命士が行う処置範囲拡大に係る本市の取組とメディカルコントロール体制の構築について」という議案はいろいろな前提事項がありましたがお認めいただい

山口補佐	たということにしたいと思います。 最後に一点だけ確認させていただきたいと思います。委員長のご発言でありましたプロトコル、教育という部分、同時並行なんですけれども最終的に親の先生方には3月中に書面で決裁をいただいてというような形をとるということによろしいでしょうか。
平澤委員長	一番問題だったのがプロトコルということでしたが、先ほど申し上げたように本委員会に属するプロトコル専門部会は、地域医療に精通している先生方がやっているの、まして専門部会長は中村先生と同じ千葉県救急医療センターの稲葉先生ですので、そういうことを勘案して作ってくださると確信してお任せするというそういう意味です。それでは、議題2の「ICTを活用した救急業務の推進に関する方針の一部変更について」ということで、事務局から説明をお願いします。
大極課長	説明に入らせていただく前に開発業者の説明員を求めていますので入室していただきたいと思いますのでよろしくお願いいたします。説明に入らせていただきます。ICTを活用した救急業務の推進につきましては、今年度第1回本委員会で傷病者情報の動画像を指令センターに常駐する先生や、受入れ可能と思われる医療機関に傷病者の顔色やバイタルサイン情報をリアルタイムに伝送し共有するシステムについてご審議をいただき了承をされているところであります。本事業につきまして、消防局におきましても重点施策事業として来年度運用に向けて調整していたところでございますが、来年度の市の最終判断として事業方針の変更をせざるを得ないものとなり、議会で審議され決定されたものであります。平成26年度の新たな事業としまして、救急情報共有端末を用いた救急隊と指令センターに常駐する先生と市内の医療機関との傷病者情報の共有につきまして、救急情報共有端末を開発する関係者による、実機を用いましたデモンストレーションを踏まえてご審議をお願いしたいと思います。なお、説明につきましては本委員会設置条例第6条の関係者の出席により出席を求めたところです。それでは詳細につきましては担当者からご説明をさせていただきます。
平澤委員長	それではお願いいたします。
システム開発業者	システム開発業者により救急情報共有端末の開発に至った経緯及び機能、また救急情報共有端末を運用している奈良県での実例や効果について説明があった。
平澤委員長	ありがとうございました。会社の方々お待たせして申し訳ありませんでした。前の議題でいろいろディスカッションが盛んでしたので。大変興味あるお話ありがとうございました。質問を受けたいと思うの

システム開発業者	ですが、その前に奈良県で始めてどのくらい経つのですか。
平澤委員長	奈良県では2年前に全消防本部に導入しまして、1年前に救急告示病院全てに導入されております。
システム開発業者	そうしますと、搬送や応需状況の改善ということが患者のアウトカムに影響与えたとか救命率が良くなったとかそういうデータはまだ出てないんですか。
平澤委員長	そうですね。我々も最終的にはそういうデータを見ていきたいのですが、まだそこまでのデータがなく医療機関分がやっと1年分集まったという状況ですので、これから先、是非出していきたいと思っています。
中村（弘）委員	そのデータがあれば余計説得力があるかなと思いますが、今、いろいろ動画を使って説明していただきましたが、委員の先生方で何かご質問ありますか。
システム開発業者	対応応需割合が劇的に上がったじゃないですか。千葉県内でも応需情報をうちの施設でまとめて東葛とか山武に流しているんですけど、結局何が問題かというとお分かりだと思いますけど、各施設の中がブラックボックスなんですよね。ブラックボックスというのは病院によって状況が違う。さっき奈良県立医大の先生も言ってましたけど、1000床近い大学病院の中で今受けられるかなんてこと、誰一人として言えないんですよ。100床の救急病院の場合は情報を集めてもらって電話をたくさんして次々と受けられるかどうか判断するんですけど、そういうことは普通の病院ではたぶん200床300床の病院では出来ないと思いますよ。それを積極的に出してもらう方策としてこの端末入力の情報の伝達があるのかなとお聞きしながら考えていたのですが、そう考えてよろしいですか。
中村（弘）委員	そうですね。まさに先生がおっしゃる通りです。やはり今まで病院の中で救急医療情報システムというのが、実際にこれまでの状況だとパソコンのところに行ってウェブを開いて入れるというのは実際に臨床の現場で絶対できないわけですし、そこを端末で応需の状況を簡単に換えられるといったところが労力としてはクリア出来たかなといったところがあります。
システム開発業者	もう一ついいですか。誰が端末を病院で操作しているのですか。これが一番キーになると思うんですけど。300床400床の病院だと。各病院で入れる方が分かれています。大体診療所レベルだと一番最初に電話を受ける事務の方のところ一台置いてあります。基本的に奈良県は一つの医療機関に予算の関係上2台ずつしか配れないと。一台は事務のところでもう一台は処置室に置いてあるのが診療所のパターンです。大学病院では一台は事務のところもう一台は当直医が持って

中村（弘）委員 システム開発業者	いるということで運用しています。そのところについては奈良県では特に誰が持たなきゃいけないという縛りはつけておりませんので、先ほど先生がおっしゃっていたように各病院で誰が入力ということが自然に決まって、実際には誰が入力して誰が伝達で救急隊からの情報があった時にそれで当直医に伝えるだとかそういった病院の中での運用は定まってきています。それは各医療機関にお任せしています。 もう一つ聞きたかったのは、要するに手を挙げるんですか、それとも事前に入力して受けられるよと情報を入れるんですか。 基本的には事前に入れます。事前に入れるんですけど、刻々と状況は変わりますので搬送1件受ければもちろんだめになったり、そういう状況がありますから、その時に一時受入れ不能というボタンがありまして、一度タップすればすべての症状が受入れ不能とワンタッチでタイマー付きで何分は受入れ不能といったことが出来ますので、もしあらかじめ入れた情報が変わるのであれば症状ごとに応需を変えることも出来ますし、一時的なもの、急患が発生したとか受入れをした時には一時ストップボタンを押せば、それでタイマーが回って例えば180分を設定すれば180分後に0になって丸に戻るような形の工夫をしています。
中村（弘）委員 システム開発業者	千葉県内の応需情報を全部知っているわけじゃないですけど、この限界というのはいくら事前に新しい情報を入力しても各病院とも3分後には状況変わっちゃう可能性があるんですよ。うちも1分前には受けられたけどもう受けられなくなることがいくらでもありますから、そうすると情報流してそれをリアルタイムで見た人が全部情報持たなきゃいけないわけですけど、手を挙げて受入れOKを出すシステムのほうが理想的なのかなと思いますけど、その辺はどう克服されていますか。 一つは先ほどの映像にもありましたが、伝達というボタンがあります。伝達というのは救急隊が疑った疾患で搬送先リストが出てきたときにその医療機関をタップしたときに伝達というボタンが出てきまして、伝達を押すとこの端末に入力した情報が医療機関に流れていきます。その時に医療機関ではアラームが鳴りまして、搬送の依頼がありますよということで電話する前に基本的には医療機関に情報が行きます。
中村（弘）委員 システム開発業者 中村（弘）委員 平澤委員長	その時点で受入れOKも出来るのですか。 出来ます。 千葉市は何台持つんですか。 それは次にいつから始めるかとかあるのでその時間きましよう。 大体お分かりいただけましたか。イメージ的としては。いろんなメリ

	ットがあるようですし、少なくとも収容に関しては時間的にも質的にも上がるということが期待できるというシステムだと思います。ご承知のようにこの議題としては、先生方に前のMC委員会では、ICTの事業としては車載の高精度のカメラを置いてそれによって救急の質を上げようというような取り組みをするというお話だったのですが、このシステムも候補のうちの一つに挙がっていたのですが、諸般の事情で車載の高精度のカメラというよりは来年度はこれをやろうということに変えるということで議題としてはそれを承認いただきたいという話です。予算もありますし、いいシステムでもありますのでそれをお認めいただきたいんですけどよろしいでしょうか。お認めいただいたとして、次に具体的なところの質問を受けたいと思うのですが、中村先生がおっしゃったのは千葉市内の救急を受け入れている各医療機関で端末は何台置いてくれるのかとか、いつ頃から始めるのかに関してお答えいただきたいと思います。
梅澤係長	まず、協力していただける23医療機関に各1台を配置したいと考えております。また、同様のシステムを指令センター常駐医師の席に1台、救急隊には全車両に設置するよう計画しているところでございます。
平澤委員長	整備してくださる端末の数というのは、各医療機関の規模に関係なく一律に1台ずつということですか。
梅澤係長	そうでございます。まず平成26年度は、私たちもこのシステムを網羅しているわけではありませんので、まずはテストということで平成26年度は始めさせていただきたいと思っております。
平澤委員長	ありがとうございます。やってみていただいていいデータが出て、今後会社の方がこんなにいいんだよということの例として千葉市を挙げてくださるような効果を上げていただきたいと思います。よろしいでしょうか。遅くまでありがとうございました。それでは「ICTを活用した救急業務の推進に関する方針の一部変更について」の議題はこれで終わりたいと思います。実用に向けて各医療機関において協力をお願いしたいと思います。では、次に報告事項に移りたいと思います。「救急救命士の教育実施状況について」、事務局から報告をお願いします。
大極課長	それではご説明いたします。救急救命士の教育実施状況につきましては、当局において団塊の世代の大量退職の影響により教育を開始した時期が例年より大きく遅れ、10月から開始したところでございます。受入れ医療機関のご理解と先生方のご協力により計画通り実施することが出来ました。この結果につきまして報告いたします。担当よりご説明いたします。

梅澤係長	まず、ご説明の前に誤植がございましたので修正をお願いいたします。１０１ページの右の欄でございますが千葉医療センターが４人となっておりますが、６人に修正していただきたいと思います。大変申し訳ございません。よろしくお願いいたします。平成２５年度の救急救命士の教育実施状況についてご報告させていただきます。まず気管挿管の病院実習でございます。今年度、派遣救急救命士数６名をそれぞれ実習協力医療機関４医療機関にご協力いただきまして実施したところでございます。千葉大学医学部附属病院に２名、千葉医療センター１名、海浜病院１名、青葉病院２名ということでご協力いただきました。ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の病院実習でございます。派遣救急救命士数１６名。実習協力医療機関７医療機関にご協力いただいております。千葉医療センターに２名、みつわ台総合病院に６名、千葉メディカルセンターに２名、千葉中央メディカルセンターに３名、海浜病院に２名、青葉病院に１名をご協力いただきました。薬剤投与病院実習でございます。派遣救急救命士数７名。実習協力医療機関２医療機関でございます。千葉大学医学部附属病院に３名、千葉県救急医療センターに４名の職員を派遣しております。続いて１０１ページをお開きください。一般救急救命士の再教育病院実習でございます。派遣救急救命士数５３名をそれぞれ４医療機関に派遣し、実習を実施させていただきました。千葉大学医学部附属病院に３６名、千葉医療センターに６名、みつわ台総合病院に６名、千葉中央メディカルセンターに５名を派遣して病院実習を行わせていただきました。気管挿管認定救急救命士再教育でございます。こちらは集合教育となります。千葉市消防学校におきまして救急救命士１９名に再教育を行いました。薬剤投与認定救急救命士の再教育及び処置範囲拡大の講習でございます。これは３月２５日、２６日に予定しているものでございます。救急救命士７２名に消防学校で実施する予定でございます。平成２５年度の救急救命士教育実施状況は以上でございます。
平澤委員長	ありがとうございました。教育実施状況についてご説明いただきましたが、ご質問、ご意見はございますか。各医療機関は教育にご協力いただきましてありがとうございます。よろしいでしょうか。これは報告事項ですので次に移りたいと思います。それでは次に報告２「指令センター常駐医師常駐体制の状況について」ということで報告をお願いします。
大極課長	平成２５年中の消防局指令センター医師常駐体制の状況について報告するものでございます。詳細につきましては事務局担当よりご説明いたします。
梅澤係長	ご説明させていただきます。インデックス資料４、１０７ページを

平澤委員長	お聞きください。こちらは平成25年中の指令センター医師常駐体制の状況について速報値に基づき報告させていただきます。平成25年12月末現在でございますが、常駐医師に登録していただいているのは、17医療機関から136名の先生方に登録していただいているところでございます。また指令センター常駐医師の業務実施状況でございます。昼間帯・夜間帯とございますが、それぞれ合計で報告させていただきます。指示が351件、指導・助言が586件、報告が883件、また平成25年5月から運用開始しております、医師の裁量による医療機関交渉でございますが、こちらは5件でございます。合計1825件ご協力いただきました。また時間帯別指導・助言・報告業務実施状況でございます。他都市の救急隊からの指導・助言・報告でございますが、平成25年5月から始めたところでございます。こちら昼間帯に1件報告がございました。続きまして、指令センター常駐医師業務実施状況の推移についてでございます。こちらにつきましてはグラフのとおりでございます。平成24年と比較しますとそれぞれ平成25年は少なくなっております。続きまして、出動件数から比較した常駐医師業務実施状況でございます。平成24年から平成25年と比較して、心肺停止症例でございますが、平成25年は838件心肺停止症例がございました。そちらに伴いまして、指示が351件、指導・助言・報告が1469件でございます。まとめでございます。平成25年中の救急救命処置に関する指示でございますが、1日約1件、指導・助言は1日約4件でありました。こちらの救急救命処置の指示の減少の背景ですが、心肺停止傷病者の減少が一因であると考えております。また、常駐医師の裁量による医療機関交渉件数につきましては5件でありました。そのすべての事案において常駐医師の医療機関交渉後、速やかに搬送先医療機関が決定しております。最後に平成26年4月から実施される救急救命士の処置範囲が拡大されることから、一時的に減少した指示・指導・助言件数の増加が見込まれることから本市のメディカルコントロールの根幹を担っている指令センター常駐医師体制の重要性が高まるものと考えております。事務局からの説明は以上でございます。 ありがとうございます。従来からの指示・指導・助言・報告等は大体そうですが、医療機関の交渉は先生方がやっただけならやっただこうというスタンスだったと思いますが、1年間に5回あったということでした。あとちょっと気になったのは共同指令センターが発足したけれども千葉市以外の救急隊から指導・助言等が1件しかなかったということで、お互いに慣れていないというか顔の見える関係が構築されていないというかそういうところだと思いますが、何か
-------	---

織田委員	ご意見ご質問はありますか。 先ほどのシステムもそうなんですけれども、あれも千葉市だけで導入ということでますます他の市町村の指令台にいる人との会話が少なくなっちゃうんじゃないかと心配しているんですけれども、奈良県は県全体で一斉に導入して効果を挙げていますので、ぜひ千葉市で効果を出して今日は県からも出席してもらっていますけれども、県全体で少なくとも広域化した医療圏の中で同じように使えるようになればもっともこの常駐体制の効果も上がってくると思いますので、ぜひ県にもその辺のことを検討していただければと思います。
平澤委員長	このシステムを導入している奈良県は140万人でしたっけ。あれは千葉県の東南部全体でやると言ったら結構大変ですよ。あるいは極端な事言ったら機能しない可能性もありますよね。同時に出たってとてもじゃないけど運べないところまで出ちゃったりするかもしれませんね。それにしてもやっぱりせっかく常駐医師が座っているのですから、何か聞いてくださればいいのになって思いますけど。例えば他の消防本部から来ている指令管制員の人たちは何かおっしゃっているんですか。
山口補佐	この隣りにある共同指令センター、北東部南部ブロック20消防本部で6MCの管轄になっております。この6MCの事務局を持っているそれぞれ消防本部、千葉は単独ですので私どもが持っていますけれども、私どもがその6MCの取りまとめを行って、常にその指令協議会の方たちと意見交換をしています。やはり率直に申し上げますと、先生方がおっしゃるように傍らに24時間ドクターがいる環境に慣れていないというのが一番だと思います。その6MCの連絡協議会の中では、そういうことを常に共有できて改善できるというような仕組みは作っておりますので、引き続きそういうところで理解をしていただくというようなところにしていきたいと思います。ただなかなかやはり慣れていただけないというのが現状だと思います。
平澤委員長	時間が経てば慣れてくるでしょうね。出来るだけいるのだから使っていたきたいですね。他に何かご意見ございますか。これも報告事項ですのでここまでにしたいと思います。以上で本日予定されていたことはすべて終了としたいと思います。それではその他について事務局からご説明をお願いいたします。
鮫島係長	平成26年度第1回千葉市救急業務検討委員会の開催日程についてご案内をいたします。平成26年度は本委員会の委員の先生方の改選時期になりますことから、改選の委嘱事務が整い次第ご案内させていただきます。また開催時期につきましては平成26年5月中旬頃を予定しております。日程調整につきましては、いつも通り

平澤委員長	FAXにて送信させていただきますのでお忙しいところ大変恐縮ではございますが、ご回報のほどよろしくお願いいたします。以上で平成26年度第1回千葉市救急業務検討委員会の開催日程についてご説明を終わらせていただきます。 ありがとうございます。何かご質問はありますでしょうか。なければ本委員会の議事はこれで終わりにしたいと思います。先ほど事務局からおっしゃったように現時点で我々委員の任期は終了でございますので、私からご挨拶申し上げたいと思います。私は平成14年から千葉市救急業務検討委員会の委員長を拝命しておりまして、13年間という長きにわたって務めさせていただきました。しかし、先生方ご存じかと思いますが、東金市にあります東千葉メディカルセンターに移ることになりましたし、向こうのほうは本来ならばあそこで地域のメディカルコントロール協議会が1つあるべきところなんですが、二分されてしまっていて片方は東部MC、片方は南部MCに分かれてしまっていて、ちょっとかわいそうという感じがございます。私の役目としましては向こうの方で地域のMCを立ち上げて、向こうの地域MCの病院前救急救護活動を千葉市に負けないようなレベルまで持ち上げるというのが、今の私に課せられた責務だと思っております。従いまして千葉市からは身を引きますのであとはこの委員の中でも今期で終わるという方も何人かいらっしゃると思いますので、残っていらっしゃる先生方、例えば織田先生を中心に今まで以上に立派なMC委員会にしていきたいと思います。この14年間にいろいろなことを経て、まだ実行している都市が限られている医師の常駐制度もやりましたし、厚労科研の実証研究もいくつかやらせていただいて大変面白かったと思いますし、何よりも委員の皆様のご協力によって私が自分で申すのも何ですが、千葉市のMC協議会は千葉県はもとより全国でもかなりうまくいったほうではないかなと思っています。それに対して協力していただいた委員の皆様方、事務局の皆様方、消防の皆様に厚く御礼申し上げたいと思います。今後、私たちが外から見ても千葉市のMCは大したものだというようにますます千葉市のMC委員会が発展するように、また委員の先生方がこれからも活躍していただけるように祈念して、私の退任の挨拶とさせていただきます。14年の長きに渡ってありがとうございました。ほとんどの委員の先生方の先々代の院長先生から付き合っておりまして、段々世代交代をしたのですが、私だけが老醜をさらけ出していつまでもいたということで反省をしておりますが、長い間ありがとうございました。 事務局からですが、千葉中央メディカルセンター院長の中村先生か
山口補佐	

中村（孝）委員	らもご挨拶をお願いしたいのですが。 私事ですが、この3月いっぱい千葉中央メディカルセンターの院長の定年を迎えることとなりました。病院を代表してこのような会合に参加することもこれで最後ですが、本当に長い間ありがとうございました。 平澤先生、中村先生どうもありがとうございました。それでは閉会にあたりまして警防部長の安藤よりご挨拶を申し上げます。 警防部長の安藤でございます。本日はお忙しいところ本委員会にご出席いただき、また遅くまで熱心にご審議いただきありがとうございます。また、今年度で任期が終わりということでしたいま平澤先生、中村先生からご挨拶をいただきましたが、本当に任期の期間中大変ありがとうございました。また、このMC協議会から離れられるということではございますが、今後とも千葉市の救急行政に対しましてアドバイスをいただければと思います。今まで本当にありがとうございました。また、本日の委員会におきまして事務局で予定させていただいた議題・報告事項すべて滞りなく終了することが出来ました。ありがとうございました。本日ご審議いただきました中で、救急救命士の処置範囲拡大につきまして、当局の目標としておりました運用開始時期にそれほど時間のない中での開催となったことをこの場を借りてお詫び申し上げます。しかしながら当局といたしましても、この運用開始に向けてやるべきこと、やらなければならないことに全力で取り組んでまいりますので運用開始まで、運用開始してからもいろいろな諸問題があると思いますので、そういう問題を解決して本日ご審議いただいたものがより効果のあるものとなるためには先生方のお力添えが必要でございます。今後とも引き続き千葉市の救急行政に対しましてお力添えをお願い申し上げます。以上をもちまして平成25年度第2回千葉市救急業務検討委員会を終了とさせていただきます。長時間に渡りありがとうございました。 ありがとうございました。先生方、今しばらくお時間をいただきたいと思います。冒頭に説明させていただきましたが、先生方にお知らせいたします。今年度で退官いたします消防局長の石井並びに救急課長の大極より退任のご挨拶をさせていただきたく存じます。 お忙しいところ申し訳ありません。本日は長時間に渡りまして慎重審議をいただきましてありがとうございます。大変僭越ではございますが、ここで一言ご挨拶をさせていただきます。私事ではございますが、3月をもちまして退任をさせていただくこととなりました。委員皆様方におかれましては、私が消防局長を務めさせていただきましたこの2年間に渡りまして、本市のメディカルコントロールに対しまし
山口補佐	
安藤部長	
山口補佐	
石井局長	

大極課長	て多大なるご支援を賜りまして誠にありがとうございます。当局のこの消防行政が全国的にも注目を浴びまして、相応の実績を残せましたのも委員の先生方の日頃からのご尽力の賜物と考えてございます。引き続き本市救急行政に対しましてのご指導を賜りますようよろしくお願い申し上げます。簡単ではございますが、私の退任の挨拶とさせていただきます。本当にありがとうございました。
平澤委員長	思い起こせば昭和47年に消防局に入局しまして、勤続42年ですがこの3月で退任する運びとなっております。消防は救急、火災、火災予防等いろんな職種がございいますが、私の救急との関わりは昭和52年からで、昭和53年から115時間の救急隊員資格を課せられるようになりましたが、その前年に「救急業務とは」ということで陸上自衛隊の衛生学校に研修派遣を1年間いたしまして、その後現場救急等を重ねまして、救急救命士法施行の2年後の平成6年に組織改正がございまして、救急救助課というものが発足しましてそこで9年間救急業務に携わりまして、救急救命士の養成等に携わってきました。ちょうど9年目の平成15年10月に医師常駐制度が構築されまして本日に至っているというところでございます。この退職に当たる最後の2年にこのような形で皆様方のメディカルコントロール体制の中で、高度化の推進等いろいろご意見を賜りまして進められたことを光栄に思っております。皆様方のご協力に対して感謝申し上げますとともに御礼を申し上げまして退任の挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。
中村（弘）委員 山口補佐	ほとんどの先生は再任されると思うのですが、中村弘先生は4月から千葉市外の病院に転出されることが決まっていて、この委員会に再任されてまたおいでいただくということはないと理解しておりますので、中村先生には厳しい的確な意見をいただいておりますので是非ここでも中村先生にも一言ご挨拶をいただきたいと思います。 大変お騒がせいたしました。長いことありがとうございました。皆様も本当にありがとうございました。 皆様遅くまでありがとうございました。

平成26年3月12日（水）開催の、平成25年度第2回千葉市救急業務検討委員会
議事録として承認し署名する。

千葉市救急業務検討委員会

委員長承認済み・確定文書（写）