令和4年度第2回千葉市救急業務検討委員会

議 事 録

1 日 時 令和5年3月8日（水） 19時00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（14人）

中田 孝明委員長、大谷 真由美委員、森嶋 友一委員、宮田 昭宏委員、
金敷 美和委員、 福田 和正 委員、湧井 健治委員、景山 雄介委員、
中村 真人委員、 篠崎 啓 委員、吉岡 茂 委員、織田 成人委員、
山本 恭平委員

(2) 事務局

市村警防部長、鮫島救急課長、新濱救急課長補佐、梅野救急管理係長、
田端高度化推進係長、座間司令補、玉井司令補、外間司令補、藤村士長、
福島士長、椎名士長

(3) オブザーバー

千葉県 : 齋藤医療体制整備室長（健康福祉部医療整備課）
山口副課長（防災危機管理部消防課）
原主事（防災危機管理部消防課）

千葉市 : 饒波課長（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）
星野主任主事（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4年度第1回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

(2) 議題

議題1 救急隊員再教育の研修体制について

ア 報告1 救急活動時の救急救命処置による事故への対応（立案と提言、救急隊員の再従事に係る教育）について

イ 報告2 オンラインメディカルコントロール（OMC）に関する専門部会の開催状況について

ウ 報告3 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について

工 報告4 令和4年度事業報告について

5 議事概要

(1) 「令和4年度第1回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

令和4年5月12日(水)に開催された令和4年度第1回千葉市救急業務検討委員会の議事概要は、令和4年度第2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1 救急隊員再教育の研修体制について

事務局から、救急隊員再教育の研修体制について、説明があった。審議の結果、事務局案である、千葉市立海浜病院を病院実習実施医療機関に追加すること、青葉病院ワークステーションでの病院実習を当直制から日勤制に変更すること及び所属教育に実際の救急現場活動を通じた研修を導入することが承認された。

(3) 報告1 救急活動時の救急救命処置による事故への対応(立案と提言、救急隊員の再従事に係る教育)について

事務局から、救急活動時の救急救命処置による事故への対応について説明があった。

(4) 報告2 オンラインメディカルコントロール(OMC)に関する専門部会の開催状況について

事務局から、オンラインメディカルコントロール(OMC)に関する専門部会の開催状況について、説明があった。

(5) 報告3 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、千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について、報告があった。

(6) 報告4 令和4年度事業報告について

事務局から、令和4年度事業報告について、説明があった。

6 審議概要

新濱補佐	定刻となりましたので、令和4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。マイクの受渡しは、事務局員が実施いたしますので恐れ入りますが、発言の際は挙手をお願いいたします。本日御出席いただいております委員の皆様方とオブザーバーの皆様方は、机上の資料のとおりでございます。それでは開会に当たり、警防部長の市村から御挨拶を申し上げます。
市村部長	警防部長の市村でございます。消防局長の白井が所用のため欠席でございますので、私から一言、御挨拶申し上げます。 本日は、大変お忙しい中、令和4年度第2回千葉市救急業務検討委員会に御出席いただき、誠にありがとうございます。日頃より委

新濱補佐	員の皆様方から多大なる御支援をいただいております救急業務は、消防行政の中でも基幹となっており、日々進化し続ける行政の重要な分野の一つと考えております。また、救急業務の高度化を推進することにより、安心安全のための行政サービスの一環として市民に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、委員の皆様方に御支援、御協力をいただいているからこそと考えております。 本日は1件の議題と4件の報告を予定しております。限られた時間ですが、本日も忌憚のない御意見をお願い申し上げます。 市村部長、ありがとうございました。続きまして、資料を確認させていただきます。A4縦で次第、A4縦で出席者一覧、A4縦で前回の議事概要、A4横で議題1、A4横で報告1、A4横で報告2、A4横で報告2の参考資料1、A4横で報告3、A4横で報告4、A4横で非公開資料となります。乱丁、落丁等がございましたら、お申し出ください。 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、中田委員長をお願いいたします。
中田委員長	委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、令和4年度第2回千葉県救急業務検討委員会に御出席いただき、ありがとうございます。 それでは、次第に基づき進行させていただきます。次第2、令和4年5月12日の木曜日、消防局で開催した令和4年度第1回千葉県救急業務検討委員会の議事概要について、事務局から各委員には事前にお渡ししておりますが、報告内容や記載事項について、御指摘などございませんでしょうか。 それでは、次第に基づき進行させていただきます。次第3、議題1、救急隊員再教育の研修体制について、事務局から説明をお願いいたします。
田端係長	事務局の田端です。議題1、救急隊員の再教育体制について、現在の救急隊員再教育は、研修生の受入れについて年間を通じて市内医療機関に御協力いただいております。今回、充実強化を図るための再教育体制について、御審議をお願いいたします。 次の資料を御覧ください。改正点は2点です。1点目は病院実習体制の充実強化を図るため、当直のみであった病院実習を日勤帯での病院実習の導入、2点目は指導者が確認する実際の救急現場活動を通じた実践的な研修、以下OJTとします、の導入になります。事務局案として、青葉病院ワークステーションで実施していた当直の病院実習を日勤帯の病院実習に変更、また、病院実習実施医療機

	関として千葉市立海浜病院を新規に追加します。青葉病院ワークステーションで実施していたオスキーの代替として、各所属でOJTを実施し、指導者が救急救命士及び救急隊員を評価することを考えております。資料中央の表は、現在の教育体制の病院実習実施医療機関と各項目の時間数です。事務局案には、先ほどお話ししたOJTを入れてあります。OJTは、実際の救急現場活動を通じて指導者が救急救命士、一般救急隊員を教育いたします。なお指導者は、千葉県認定を含んだ指導救命士のほか、救急救命士有資格者で消防司令以上の階級にある職員が担当することを考えております。 次の資料を御覧ください。各項目の変更点です。病院実習実施医療機関ですが、一般救急隊員の病院実習実施医療機関は、青葉病院ワークステーションで変更ありません。救急救命士の病院実習実施医療機関は、千葉市立海浜病院が追加になります。なお日勤帯での病院実習は、青葉病院ワークステーションと千葉市立海浜病院になります。病院実習の時間数ですが、日勤帯での病院実習は1日勤を8時間として1年間で3日勤を実施し、計24時間になります。救急救命士は2年間の合計で病院実習時間数を算出しますので、72時間若しくは96時間の2パターンになります。各時間数ですが、OJTを1当務実施いたします。なお、救急救命士、一般救急隊員の合計時間数は変更ございません。 事務局からの説明は以上になります。救急隊員の再教育体制について、御審議をよろしくお願いいたします。
中田委員長	ありがとうございます。当直で実施していた青葉病院ワークステーションを日勤帯に変更、そして病院実習協力医療機関に千葉市立海浜病院が日勤帯で追加されました。更には、青葉病院ワークステーションで実施していたオスキーの代替として、救急現場でのOJTとしました。当直で病院実習を実施すると結構医療機関に負担になっていて、例えば研修生の部屋を準備しないといけないとか、当直だと夜間はどうしても部屋に戻るの、研修生を電話で呼ぶのですが、その電話を忘れてしまったとか、病院実習を当直で実施する必要はあるのかと個人的に思うのですが、いかがでしょうか。例えば今回、青葉病院ワークステーションや千葉市立海浜病院で日勤帯での病院実習を実施するという事で、日勤帯の方が当直で実施するより効率的ではないかという結論になれば、日勤帯に移行した方が今の働き方改革に沿うのではないかと思います。千葉県救急医療センターの宮田委員、お願いいたします。
宮田委員	千葉県救急医療センターの宮田です。救急救命士の病院実習が当直で実施するようになったのは、医療機関側の都合なのか、それと

新濱補佐	も消防側の都合なのか、今までの経緯を教えてください。 事務局の新濱です。過去の経緯を申し上げますと、消防職員は基本的に24時間の勤務体制ですので、そのままの勤務体制を医療機関側をお願いした方が消防側もやりやすいということもあって24時間の研修体制で開始しました。一方、中田委員長からも御説明があったように、夜間は病院側の負担になるとのことでしたが実は消防側も負担になることがあります。昼間帯は人員の遣り繰りができるのですが、夜間帯はその遣り繰りが難しく、夜間の人員不足が補えるのではと考えています。
宮田委員	ありがとうございます。今までは消防側の勤務体制に合わせて病院実習体制を考慮したのですが、今回日勤帯で病院実習を導入する背景には、医療機関側の効率化ということもあるのですかね。
新濱補佐	実は日勤帯で実施している研修はいくつかあります。日勤帯の方が医療機関側のスタッフも多いですし、研修の内容も夜間に比べると、より濃い研修が実施できるという利点もあります。夜間帯は夜間帯で様々な患者さんが来院するので、研修生も大変勉強になる一方、中田委員長からも御説明があったように、夜間は医療機関側が研修生に連絡するなど、双方に負担になるところがございました。併せて医療機関側は、研修生への宿泊の準備や宿泊部屋などのインフラの部分もありまして、なかなか他の医療機関が参画しにくいという部分がありました。織田委員には申し訳ないのですが、千葉市立海浜病院もそのような理由でなかなか参画しにくいという部分もございましたが、日勤帯であれば研修生を受入れることは可能だというお話があったことから、今回御審議いただければと考えているところです。
宮田委員 中田委員長	分かりました。ありがとうございます。 全部が全部、いきなり変えられないと思うので、日勤帯を実施してみて良い点や悪い点、若しくはOJTの良い点や悪い点を評価していただいて、今後はすべての医療機関が日勤帯で実施することについて検討するのも良いかと思います。今の救急外来はシフト制で24時間体制という救急外来はもう存在しないので、それと同じように検討していただければ、病院実習に関わる皆様方の労務負担が軽減するかと思います。よろしいでしょうか。 それでは、次第に基づき、進行させていただきます。次第4、報告1、救急活動時の救急救命処置による事故への対応について、事務局から説明をお願いいたします。
田端係長	事務局の田端です。報告1、救急活動時の救急救命処置による事故への対応、立案と提言、救急隊員の再従事に係る教育について、

中田委員長	昨年度に発生した救急活動時の救急救命処置による事故への対応について、御報告いたします。 次の資料を御覧ください。事故概要になります。令和3年10月3日の日曜日、アナフィラキシー症状を呈する10代女性に対し、ちば消防共同指令センターに常駐する医師から指示を受け、救急救命士がアドレナリンを静脈内投与した結果、傷病者に致死的不整脈が起こり一時心肺停止状態になりました。事故後の報告書内での立案と提言には、短期的取組みが4項目、中長期的取組みが6項目ございました。 次の資料を御覧ください。各項目への対応ですが、短期的取組みは、すべて対応しております。中長期的取組みは、救急隊長に対する研修は実施済みのほか、オンラインメディカルコントロールOMCに関する専門部会内で現在検討中のものもございます。 次の資料を御覧ください。救急隊員の再従事に係る教育です。事故に関係した救急隊員3人のうち救急救命士1人は職を辞しましたが残りの2人の一般救急隊員に対しまして、再従事に向けて病院実習と所属研修を実施いたしました。令和4年12月1日付けで、救急隊員として再従事しております。救急隊員の再従事に係る教育に対しまして、病院実習などでは御協力いただきまして、ありがとうございます。事務局からの報告は以上です。 ありがとうございます。アドレナリン誤投与の件に関して、報告書で短期的取組み、中長期的取組みを策定しました。それが実際に実施されているかという報告になります。アドレナリン誤投与に関与した救急救命士1人は職を辞しましたが、ほかの救急隊員2人は復帰して救急活動に従事しております。千葉脳神経外科病院の湧井委員お願いいたします。
湧井委員	千葉脳神経外科病院の湧井です。確認したいのですが、ちば消防共同指令センターの常駐医師からの指示で、アドレナリンを静脈内投与したのでしょうか。
中田委員長	最終的にはそういう形になります。その部分のコミュニケーションが上手くいかずに結果的には指示したという形の報告書になっています。ほかにいかがでしょうか。私の確認する限りでは、記載されているとおりだと思います。今後は再発させないというところが一番の肝だと思います。よろしいでしょうか。 それでは、次第に基づき進行させていただきます。次第4、報告2、オンラインメディカルコントロールに関する専門部会の開催状況について、事務局から説明をお願いします。
田端係長	事務局の田端です。報告2、オンラインメディカルコントロール

	OMCに関する専門部会の開催状況について、令和4年6月に開催された第1回千葉県救急業務検討委員会で御承認いただいた、オンラインメディカルコントロールOMCに関する専門部会ですが、今年度の開催状況と来年度の予定について、御報告いたします。 次の資料を御覧ください。オンラインメディカルコントロールOMCに関する専門部会の概要です。専門部会員は6人、部会長は千葉県救急医療センターの稲葉医師になります。専門部会の開催状況ですが、令和4年度は計3回実施いたしました。 次の資料を御覧ください。専門部会での検討結果と今後の予定です。専門部会での検討の結果は、1として、委嘱要件は現状維持とする、2として、常駐医師の質を担保するため新規委嘱の常駐医師と既に委嘱されている常駐医師の双方に対して教育を実施する、3として、毎年1回確認テストを実施する、との結論になりました。参考資料1は、教育で使用予定の教材になります。教育内容は、随時、追加更新予定でございます。今後の予定ですが、令和5年5月頃に専門部会を開催予定、令和5年6月に開催予定の千葉県救急業務検討委員会に上程する教育内容やテスト内容を検討いたします。事務局からの報告は以上です。
中田委員長	ありがとうございます。アドレナリン誤投与に関連する報告で、まずは、オンラインメディカルコントロールOMCに関する専門部会を立ち上げました。そして専門部会での議論の結果、オンラインメディカルコントロール、いわゆる常駐医師の質の担保のためには教育が必要ということで、教育と教育効果を確認するテストを実施するという方針になりました。教育はこれからする予定ということですよ。教材までは決まったということですかね。
田端係長	教材は事務局が作成した教育用動画と日本救急医学会が作成した教育用動画です。
中田委員長 田端係長	いつから実施するのでしょうか。 令和5年6月に実施予定の令和5年度第1回千葉県救急業務検討委員会に教育内容と確認テスト内容を上程予定です。そこで御承認いただければ、令和5年7月から実施できればと考えております。
中田委員長	ありがとうございます。千葉県救急医療センターの宮田委員、お願いいたします。
宮田委員	この専門部会で常駐医師に対して教育を実施するという方針になったということは、非常に評価できますが、報告書内の中長期的な取り組みの中に、コミュニケーションについて精度を上げるという項目があり、専門部会の検討事項にありました。この検討項目を専門部会として、どのように対応するのでしょうか。

新濱補佐	事務局の新濱です。コミュニケーションについて精度を上げるための具体的な方策というのは検討していません。救急活動時の救急救命処置による事故調査対策専門部会でも、常駐医師側が消防救急の対応方法を理解できていないとの意見もあり、全ての常駐医師に対して救急自動車同乗実習を実施するとの意見もありました。しかし現実的ではないので、事務局で救急活動の動画を作成し、その動画を確認することによりコミュニケーションを取りたいと考えています。ただ、実際の人と人との本当のコミュニケーションまでは検討できていません。
中田委員長	ありがとうございます。宮田委員がおっしゃっていたのは、ノンテクニカルスキルと言って医療業界ではかなり重要と言われていています。例えばノンテクニカルスキルの中にあるコミュニケーションでは、例えば相手が言ったことを復唱するということがあります。救急隊の方は普段から実施されていますが、救急活動時の救急救命処置による事故調査対策専門部会での議論の中でも1人の部会員のほうが、今回の救急活動時の救急救命処置による事故時に復唱していたのかと、確認されていました。私も今回この事例に関してはコミュニケーションが非常に問題で、最初に救急救命士に指示を出した収容医療機関の医師と常駐医師、更には救急隊と上手く連携が取れていないので、状況が判断できなかったと思います。今回の救急活動時の救急救命処置による事故での非常に大きなポイントが、収容医療機関の医師、常駐医師とのコミュニケーションだと思います。常駐医師のブラッシュアップも非常に必要ですが、やはり相手が言ったことを復唱したり、必ず常駐医師が救急救命士への指示内容を記載して確認したりといった手段を確実に実施する方が、事故防止になるのではと思います。事務局はいかがですか。
新濱補佐 中田委員長	宮田委員の御意見は大変参考になります。再度検討いたします。 ありがとうございます。千葉県消防局が絶対に解決しないといけないのはアドレナリンの誤投与の問題です。当たり前のことですが今後、誤投与が絶対に起きないように、そういうテスト内容にしたほうがよいと思います。テストを実施することで、今回の救急活動時の救急救命処置による事故を風化させない、なぜこのテストを実施しているのかというのを風化させないことが重要だと思います。
田端係長	ありがとうございます。テスト内容は検討中ですので、参考にさせていただきます。
中田委員長	それでは、次第に基づき進行させていただきます。次第4、報告3、千葉県搬送困難事例受入医療機関支援事業について、事務局から説明をお願いします。

藤村士長	事務局の藤村です。報告3、千葉県搬送困難事例受入医療機関支援事業について、御報告いたします。 次の資料を御覧ください。令和4年の救急出動件数は66892件で過去最多となり、前年比で20.4パーセントの増加となりました。全体として、1日当たりの救急出動件数は180件程度で推移しましたが、7月17日から8月18日までの約1か月は連続して1日の救急出動件数が200件を超えており、非常に救急需要が高まりました。 次に平均照会回数ですが、1月6日の大雪の影響と新型コロナウイルス感染症の流行により年始から搬送困難事例が増加し、第6週には平均照会回数が4.37回に上昇しました。救急需要が高まった7月と8月の期間も新型コロナウイルス感染症の流行と重なり、第33週には平均照会回数が過去最多の5.04回となりました。照会回数10回以上の割合も平均照会回数と同様の経過をたどり、令和3年の同時期比を常に上回って推移しました。 最後に市外搬送の割合ですが、第7週に23.5パーセントと過去最高となり、通年で15パーセント前後を推移しました。 令和4年の搬送困難事例受入医療機関支援事業に関するデータは令和3年と同様に新型コロナウイルス感染症の影響を大きく受ける結果となりました。事務局からの報告は以上です。
中田委員長	ありがとうございます。新型コロナウイルス感染症の影響を受けて搬送困難事例が増加しました。なかなか今も新型コロナウイルス感染症の傷病者は減少していますが、収容依頼件数の平均値は全然下がらず高止まりの状態です。あと千葉メディカルセンターからの意見書に記載がありましたが、土曜日の午前中の受入支援要請が結構多くて、今後働き方改革がどんどん進むと土曜日の午前中の医療機関が更に手薄になるのではないかとということです。今後は起きていくだろうと思います。千葉メディカルセンターの景山委員、お願いいたします。
景山委員	千葉メディカルセンターの景山です。当院もなかなか救急車を受入れられない部分があって、本当に申し訳ないところですが、やはり各医療機関で事情があると思います。日曜日の方がもっと大変かもしれませんが、土曜日は土曜日で、結構朝から受入支援事業以外の救急車からの収容依頼とか、例えば緊急手術が必要な患者さんの医療機関同士の依頼とかもあるのが状況です。ですので各医療機関の努力だけでは大変なところがありますので、何かシステム作りみたいなことができるのと良いなと漠然と思っていますが、具体的な妙案はございません。

中田委員長	ありがとうございます。現状、このような経過であったということは、何となく肌感覚で感じておりました。また、新型コロナウイルス感染症の波が過ぎ去って、今後は感染症第5類に移行したらどうなるのかという議論があると思います。その話をしなくて済むのであればいいのですが、違う変化があるかもしれないというのが近未来の話かと思います。よろしいでしょうか。 それでは、次第に基づき進行させていただきます。次第4、報告4、令和4年度事業報告について、事務局からお願いします。
椎名士長	事務局の椎名です。報告4、令和4年度事業報告について、令和4年度の事業である千葉市救急業務検討委員会、各専門部会、事後検証、指示指導及び助言、教育について、御報告いたします。 次の資料を御覧ください。令和4年度の千葉市救急業務検討委員会及び専門部会の開催状況になります。専門部会では救急搬送体制に関する専門部会、オンラインメディカルコントロールに関する専門部会、指令管制に関する専門部会が開催されました。 次の資料を御覧ください。令和4年中の事後検証の実施状況になります。上段が救急活動の事後検証で、下段が口頭指導の事後検証をまとめたものになります。救急活動の事後検証の実施件数は昨年度と比べ5件増となっております。また、口頭指導の事後検証は今年度の専門部会において、新たにデータの抽出方法の変更できたことから昨年と比べ11件増となっております。 次の資料を御覧ください。令和4年中の指示、指導及び助言の実施状況になります。救急救命処置に対する指示の回数は1433回、前年比4.3パーセント増、指導、助言回数は8361回、前年比47.9パーセント増になります。新型コロナウイルス感染症の感染拡大や救急搬送困難事案の増加などの理由から、指導、助言回数が増加したと考えられます。 次の資料を御覧ください。令和4年度中の救急隊員教育の実施状況になります。今年度の救急救命士就業前病院研修実施者数は9人であり、救急救命士として運用しています。各種救急救命士の資格認定状況は現在千葉県に申請中ですが、各認定取得状況で気管挿管認定が4人、AWS認定が10人、アドレナリン投与認定が8人、拡大二行為認定が8人になります。救急隊員再教育の病院実習は新型コロナウイルス感染症の拡大の影響を受け実習を中止したため、実習者数は救急救命士が25人、一般救急隊員が16人になります。事務局からの報告は以上です。
中田委員長	ありがとうございます。全体としては例年どおり実施できたのでしょうか。それとも新型コロナウイルス感染症の影響を受けて、実

田端係長 中田委員長	習生の数が減少したとか、何か特徴的なことがありましたか。 事務局の田端です。やはり新型コロナウイルス感染症の影響で、特に救急隊員再教育の病院実習人数が例年より減少しております。 ありがとうございます。コロナ禍が明けてくれば、回復してくると思います。 ここからは議題ではないですが、委員の皆様方に御報告と思い、事務局に追加でお願いいたしました。救急搬送困難事案に関する調査結果という非公開資料を御覧ください。この調査資料は、日本医科大学の名誉教授で、元救急振興財団の代表理事の横田医師という方が代表研究者である厚生労働省化学研究班が調査した内容です。各地域の救急医療に携わっている者が5、6人招集されました。私もその1人として招集され、救急搬送困難事案の現状を分析し研究しました。日本全国の726消防本部にアンケート調査を依頼し、459消防本部からの回答を解析して、厚生労働省に報告するという任務でした。この資料自体は厚生労働省が発出している資料ではないのですが、気になることがありましたので御報告いたします。 1枚目の資料は、救急搬送困難事案件数がY軸、人口がX軸になります。このデータを解析していて人口と救急搬送というのは直線的な高い正の相関で、人口に対して救急要請の件数というのは確実に予測できる数字になると知りました。そうすると当然搬送困難事案件数も人口に対して正の相関だろうと予測できます。ある一定のラインに乗るはずだと予測され、中央ぐらいに札幌市や横浜市があると思うのですが、そのラインがおよそ平均的な予測されるラインだと思います。一番下の北九州市、静岡市、岡山市というのは非常に良い組です。一方で千葉市は標準線の5.4倍の救急搬送困難事案があるということが分かりましたので、委員の皆様方にこの情報を共有した方がよいと思いました。また、救急搬送困難事案のワースト5パーセントを確認すると21自治体あるのですが、その3割が千葉県で、木更津市、四街道市、千葉市、長生郡市、山武市、八千代市となかなか親しみのあるような地域が軒並み挙がっている状況でした。 次の資料は、救急搬送100件あたりの救急搬送困難事案の数値になります。一番上の京都府久御山町というのは、人口がすごく少ないので救急搬送困難事案件数が多いとトップになるのは理解できます。一方、ある程度人口が多い市だと、木更津市、春日部市、四街道市、そして千葉市になります。その下の足利市、長生郡市、山武市、川口市、八千代市というところが、人口が多い市でも救急搬送困難事案件数が多いのが分かる結果になりました。また救急搬送

	困難事案が、本当に重篤な傷病者に起きていると命に関わってしまうと思いましたので、事務局に重症度別の病院照会回数にどれほど差があるのかというデータを出していただきました。新型コロナウイルス感染症の影響があるので、コロナ禍前とコロナ禍では全くデータが違います。コロナ禍前のデータを見ると2019年の死亡重症群の平均照会回数が1.6、中等症が1.7、軽症が1.7で、全てが同じくらいのレベルでした。この数値は一見良さそうに見えるのですが、静岡市や他市では1.01や1.02ですので、基本的に千葉市の数値が悪いということが理解できます。コロナ禍での数値は、2022年度は重症者が2.4、中等症が3.1、軽症者が2.4で、新型コロナウイルス感染症の影響を受けて、特に中等症が収容先医療機関に苦慮していることが理解できる結果でした。委員の皆様方から御意見があればお願いいたします。千葉市立海浜病院の吉岡委員、お願いいたします。
吉岡委員	千葉市立海浜病院の吉岡です。それぞれの自治体の病院の配置場所、その病院の規模、救命救急センターの配置数など、そういった違いはいかがでしょうか。というのも、この資料を確認すると、全然千葉市の医療機関は救急の収容依頼を受けていないと誤解されますよね。でも実際はどこの医療機関も救急の収容依頼を受けていると思います。この部分の考察はいかがでしょうか。
中田委員長	ありがとうございます。これは消防側からのデータで、そこまでの考察には至っていないのが現状だと思います。吉岡委員がおっしゃるように、原因が何なのかというのは今後調べて何を改善すればいいのか、考察できるようなデータを集めなくてはいけないと思います。医療機関側の問題、例えば千葉市は入院ベッド数が少ないとか、千葉市内に救命救急センターが2つあり、二次医療機関の数も少ない地域ではないことが明瞭だと思います。逆に二次医療機関の数が多いから収容先医療機関が決定しないのではという議論は出てくるかもしれません。今後は何かしらの考察した方が良いと思っております。千葉市立海浜病院の織田委員、お願いいたします。
織田委員	千葉市立海浜病院の織田です。このことはずっと前から何とかしないといけないということで、委員の皆様方と色々取り組んできました。1枚目のスライドは非常に興味深いデータで、吉岡委員がおっしゃったように救命救急センターの設置数とか救急患者を受け入れる、いわゆる急性期病院の病床数ですよね。私はそれが千葉市は圧倒的に他都市と比べると少ないから、こういう状況が起きているのではないかと以前から思っていました。ぜひ医療機関側の状況である、急性期の病床数や救命救急センターの設置数、その辺を他都

中田委員長	市と比較すると何か解決策が見えてくるのではないかと思います。今回、そこまで踏み込んだ分析をお願いしたいと思います。 ありがとうございます。織田委員がおっしゃったように、医療関数よりも病床数ですね。千葉大学医学部附属病院も本当に病床数がないので、救急車を受けたくても受けられないという、毎日そういうジレンマがあります。もしこういう会議の場でそれが足りないと千葉大学医学部附属病院に言っていただければすごく助かります。調査方法は、例えば北九州市、静岡市、岡山市などの地域があるので相談するとか、それも1つの選択肢になると思います。今後は、事務局とも相談させていただければと思います。あと、不応需の理由ですが、今は国が定める7分類か8分類の理由から、救急隊が選択して答えて報告しているのですが、このことをあまり医師側も詳しく御存知ないと思います。救急隊も聞き返すことがないので、明瞭に言う必要がないという文化が構築されていると思いますが、この理由が分からないことには、解決策が探せないと思います。これは1つの課題であると思っています。ぜひ国が定めている不応需の理由として挙げている7分類か8分類、医師不在、専門外、処置困難、初診、いわゆる掛かり付けでないと受けられない、入院ベッド満床、他の患者さんの対応中で受けられないとか、そういう理由があります。それを医療機関側は、救急隊から収容依頼の連絡を受けたときに、どの理由で断ったかというのを救急隊に伝える作業が必要です。なぜなら、その理由は断った医師にしか分かりません。翌日誰も確認することができないので、救急隊に断った理由を伝えてもらう必要があるというのを、事務局の方から書面やデータで、各医療機関の院長や救急受入担当医師に、救急隊から断る場合は理由を聞かれることがあるから回答してほしいと依頼していただくと助かります。千葉市立海浜病院の織田委員、お願いいたします。
織田委員	千葉市立海浜病院の織田です。今、不応需の理由というのは、スマート119で受入不可にしたときに、その理由をタブレットに必ず入力するようになっていきますよね。
中田委員長	そのとおりでございます。ただ、現在スマート119の情報システムは、収容依頼件数が3件以上のときだけ使用されていて、全ての救急出動に対して回答している形になっていなので、救急収容依頼が1件目と2件目の場合の理由が分かりません。普段からタブレットを使用している医師であれば、不応需の理由を回答するのは理解できているのですが、救急受入担当医師ではない方々の場合、理由を回答するという文化がないと思うので、回答するように周知していただかないと、正確な実態が把握できないのかと思います。

織田委員	あとは医療機関から断った理由を集計するという手段もあると思います。今、千葉市立海浜病院では不応需の率や不応需の理由を明らかにしようということで、収容依頼を受けたものは用紙に記載して集計していますが、その用紙に不応需の理由を必ず記載することを看護師さんに実施してもらっています。そのようなことをやっていけば、解析できる可能性はあるかと思います。
中田委員長	ありがとうございます。先日、千葉大学医学部附属病院周辺の医療機関と情報共有したときに、少し議論したことがありました。そのときは、各医療機関は何かしらのフォームで集計しているようでしたが、統一したフォームではありませんでしたので、解析しようとしても出来ないという課題があると知りました。当然、救急医療機関は不応需に関する記載を記録しておかないといけないという、基準上そういうルールになっています。どちらかという消防のほうがしっかり収集できるかと思います。電話でのやり取りの中で医療機関側から理由を聞いて救急隊が集計すれば、今の時代なら情報はデジタル化されますので不応需の理由などは解析されると思います。正確に登録された消防のデータを医療機関側に共有いただければ、医療機関側の作業も削減できるかと思います。いずれにしても統一して不応需の理由を集計しない限りは、課題を見付けることが難しいと思います。もし、入院ベッドが毎日満床という理由であれば、やはり急性期の病床が本当に足りていないことが理解できますし、専門医が不在や何か特徴的な理由が判明すれば、その理由の対応もできるのかと思います。それをどのように調査するかは、事務局と相談させてください。
新濱補佐	事務局の新濱です。情報提供ですが、先ほど千葉市立海浜病院の吉岡委員からございました、なぜ静岡市の数値が良いのかということですが、私が先日静岡市に訓練で出向した際に、静岡市の担当係長にこの状況を伺いました。静岡市には三次医療機関が3つありまして、その3つの三次医療機関は全てER体制なので、初期診療から三次診療まで全部診療できるそうです。救急隊の方が3つある三次医療機関のどこに電話しようかと選ぶぐらいの余力があるという話でした。北九州市も昔から病院搬送までが早くて、平均現場滞在時間が大体10分、平均病院照会回数が1.01という究極の数字になっております。コロナ禍なので、ここ最近は1週間当たりの搬送困難件数が上昇したので、逆に目立ちすぎてしまい、今まで0だったのが50とか100とかになったと報道されていましたが、千葉市の場合は大体100くらいを推移しておりました。それが200とか250とかになってもあまり目立たなかったというのが本音

中田委員長	です。現在も千葉市は東京都、大阪市、横浜市と同じくらいの位置付けになっておりまして、これがずっと続いているような状況です。医療体制は、きっと何か違うだろうと思っています。ただ直ぐに解決できるような問題ではないと思っています。事務局としては、ちょっと工夫が必要だと考えております。 ありがとうございます。北九州市は北九州市立八幡病院が強力な救急病院で、私もよく存じ上げておりますが、そこが一手に担って強みになっている。岡山市も岡山大学医学部附属病院が救急隊からの収容依頼を直ぐに受け入れた後に、その後に受け入れてくれる周りの病院があるといいます。そういう意味では岡山大学医学部附属病院は、受入体制が上手く整えられています。千葉大学医学部附属病院も、その翌日に受け入れてくれる医療機関があれば、いくらでも受け入れることができるのと思っています。3つの都市が出ていましたので、何かしら調査して委員の皆様方に御報告させていただき、解決策の糸口を探したいと思います。私はあと17年くらい教授として籍を置くので、さすがにこのことを解決できないなら、死んだ方がいいと思っています。少しずつでいいので、1個ずつ進めていきたいと思っています。何かあれば御協力お願いいたします。補足の議論が長くなりましたが、以上となります。 ここで委員の皆様方から、次年度の委員会での検討課題など御意見ありますでしょうか。千葉メディカルセンターの景山委員、お願いいたします。
景山委員	千葉メディカルセンターの景山です。今回の報告でも常駐医師の話が出ていました。働き方改革の話とちょっと重なる部分もありますが、当院も常駐医師として何人か出向しておりますが、いま院内でも今後の働き方改革の対応について色々検討しています。当院では常駐医師業務を実施した場合、それが勤務になるのかというのが問題になっています。もしかすると常駐医師業務を実施した翌日にそのまま勤務すると、連続勤務時間が28時間を超えてしまうのではないかという心配があります。
中田委員長	ありがとうございます。医師の働き方改革では、医療機関内はどれが勤務で、どれが宿直当直で、連続勤務はどうなっているのか、非常勤で行っている場合もどうするのかという厳密な議論がされています。常駐医師業務もどういう立ち位置にするのか、考えなくてはいけないと思います。これも来年度は検討もしくは、どのように実施するべきか、少し議論する必要があるかと思っています。働き方改革は丸1年後になります。よろしいでしょうか。 それでは議事進行を事務局にお返しいたします。

新濱補佐	中田委員長、ありがとうございました。最後に、次回の開催ですが、令和5年6月頃を予定しております。後日、日程調整いたしますので、よろしくお願いいたします。 以上で、令和4年度第2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5年3月8日（水）に開催した、令和4年度第2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 委員長承認済み・確定文書（写し）