

令和元年度第1回千葉市救急業務検討委員会

議 事 録

1 日 時 令和元年6月6日（木）19時00分から20時30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、石橋 巖委員、斎藤 幸雄委員、中田 孝明委員、景山 雄介委員、中田 泰彦委員、浅井 隆二委員、福田 和正委員、谷嶋 隆之委員、寺井 勝委員、中村 真人委員

（2）事務局

兼巻局長、手塚警防部長、吉田救急課長、鮫島救急課長補佐、深山救急管理係長、新濱高度化推進係長、鈴木司令補、川畑司令補、小西司令補、宮崎士長、玉井士長

（3）オブザーバー

千 葉 県：林副課長（防災危機管理部消防課）
小山主事（防災危機管理部消防課）
山崎室長（健康福祉部医療整備課）
松江川主事（健康福祉部医療整備課）
千 葉 市：森田救急集中治療科統括部長（青葉病院）
堀主査（保健福祉局健康部健康企画課）
堀内主任主事（保健福祉局健康部健康企画課）
嶋田主査（病院局経営企画課）

4 会議内容

（1）議事概要報告

「平成30年度第2回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

（2）議題

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及びCOMET出動時における医師による指示等について

（3）報告

- ア 報告1 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施について
- イ 報告2 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について
- ウ 報告3 次期救急情報共有システムの開発委託について

5 議事概要

(1) 「平成30年度第2回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

平成31年2月19日（火）に開催された平成30年度第2回千葉市救急業務検討委員会の議事概要は、令和元年度第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「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及びCOMET出動時における医師による指示等について」は、事業を運用するに当たり、現在は指示、指導及び助言を指令センターの常駐医師を介し行っているが消防ヘリ及びCOMET搭乗の医師に傷病者情報が伝わりにくいことから、今後は、ドクターピックアップ方式での救急活動及びCOMET出動時における医師による指示等を現場に出向する医師に変更することで、一本化して情報伝達の円滑化を図るとともに、常駐医師には後刻に事故概要及び活動内容について報告することで承認された。

(3) 報告1「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施について」は、消防庁の動向、他都市の状況及び本市の現状について事務局から報告があった。

(4) 報告2『千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業について」』は、本事業の運用結果及び現状について事務局から報告があった。

(5) 報告3「次期救急情報共有システムの開発委託について」は、次年度から運用予定となっている本システムの開発委託の状況について事務局から報告があった。

6 審議概要

鮫島補佐	定刻となりましたので、ただいまより令和元年度第1回千葉市救急業務検討委員会を開催いたします。始めに委員の変更につきまして報告させていただきます。国立病院機構千葉医療センター杉浦前病院長退任に伴い、千葉市救急業務検討委員会設置条例第3条の規定に基づき、国立病院機構千葉医療センター病院長斎藤幸雄氏を千葉市救急業務検討委員会の委員に委嘱させていただきましたので御報告します。斎藤委員一言、御挨拶をお願いします。
斎藤委員	ただいま紹介を頂きました斎藤です。杉浦名誉院長の後を引き継がせていただきます。現在は、どちらの病院も苦しい時代ですが、当院は国立病院機構自体が第四期切替えの時期で、変革期と位置付けて、地域のニーズに合った病院になりなさい、という方針ですが、いろいろ諸事情がございますので、急性期病院としてやっていこうと方向性を決めて頑張っています。当然救急は、ないがしろにできない重要な位置付けとなっております。よろしくお願いします。
鮫島補佐	斎藤委員、ありがとうございました。委員皆様の御紹介ですが、お時間の都合上、席次表をもって代えさせていただきます。なお、千葉脳神経外科病院の涌井委員につきましては、本日欠席となっております。また、千葉市立青葉病院の山本委員につきましても本日欠席となっておりますが、同院の救急集中治療科統括部長の森田泰正様が出席されております。続きましてオブザーバーの御紹介です。千葉県から消防課の林副課長。
林副課長	林です。よろしくお願いします。
鮫島補佐	医療整備課の山崎室長。
山崎室長	山崎です。よろしくお願いします。
鮫島補佐	千葉市からは健康企画課の堀主査。
堀主査	堀です。よろしくお願いします。
鮫島補佐	病院局経営企画課の嶋田主査。
嶋田主査	嶋田です。よろしくお願いします。
鮫島補佐	それでは、開会に当たりまして消防局長の兼巻より御挨拶を申し上げたいと思います。よろしくお願いします。
兼巻局長	平成31年4月1日付けで消防局長に任命されました兼巻と申します。本日は、委員の皆様方におかれましては大変お忙しい中、令和元年度第1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。委員会開会に当たりまして一言、御挨拶を申し上げます。日頃より委員の皆様方から多大なる支援を頂いている救急業務については、消防行政の中で、日々進化し続ける最も重要な分野と認識しております。そのような中で市民に対し、安全安心を行政サー

鮫島補佐	ビスの一環として提供できますの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からの御支援御協力いただいている賜物と思います。深く感謝申し上げます。本日の委員会では、1件の議題を審議していただくとともに3件の報告がありますので限られた時間ですが、忌憚の無い御意見をお願いします。簡単ではございますが御挨拶とさせていただきます。本日はよろしくお願いします。 兼巻局長ありがとうございました。ここで、人事異動に伴いまして、事務局員に変更がありましたので、紹介させていただきます。手塚部長からお願いします。
手塚部長	今年4月1日付けで警防部長に着任しました手塚です。どうぞよろしくお願いします。
吉田課長	続きまして、4月1日から救急課長に着任しました吉田です。どうぞよろしくお願いします。
鮫島補佐	その他、小西と宮崎が新たに事務局員として加わっています。最後に本日、司会進行を務めます救急課の鮫島と申します。続きまして資料の確認です。本委員会に係る資料一式につきましては皆様の机上に準備させていただいております。御確認いただければと思います。次第、席次表、前回の委員会議事概要、A4横版になりまして議題1、報告1から3までとなっております。落丁等はありませんでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、これからの進行につきましては、千葉市救急業務検討委員会設置条例第5条第1項に基づきまして、織田委員長にお願いしたいと思います。それでは織田委員長お願いします。
織田委員長	今日はお忙しい中、令和元年度第1回千葉市救急業務検討委員会に出席していただきありがとうございます。それでは、次第に基づき議事を進めてまいりたいと思います。まず、平成30年度第2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お願いします。
鮫島補佐	事務局の鮫島です。平成30年度第2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。平成30年度第2回の千葉市救急業務検討委員会は、平成31年2月19日火曜日に開催され、委員10人の出席を頂きまして議題1件と報告1件を取り扱いました。なお、内容については、本委員会開催に先立ちまして事前に御確認を頂いておりますので割愛させていただきたいと思います。以上で平成30年度第2回千葉市救急業務検討委員会議事概要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。今、ありましたように各委員には、事前に議事概要をお渡ししておりますが、記載事項について指摘等はありませんでしょうか。よろしいでしょうか。前回は搬送困難事例受入医療機関支援事業が主な議題でありまして、現在は5病院で継続実施

新濱係長	しているところであります。これについては、報告のところに出てまいりますので、御意見を頂けたらと思います。よろしいでしょうか。それでは次第3に行きたいと思います。本日の議題、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及びCOMET出動時における医師の指示等について、事務局から説明をお願いします。 事務局の新濱です。よろしくお願いいたします。着座にて失礼します。議題、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及びCOMET出動時における医師による指示等について、御説明させていただきます。資料を1枚おめくりください。資料には記載しておりませんが、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は、平成24年1月から当局の消防ヘリでドクターヘリと同様の運用を開始しているところで、資料にあるとおり、平日の日中のうち、月曜、火曜及び金曜が千葉大学医学部附属病院、水曜及び木曜が千葉県救急医療センターの医師をヘリでピックアップして救急現場へ急行することで、救急現場において傷病者を早期に医師の管理下に置き、傷病者を救命することが目的となっております。運用開始から7年以上が経過しましたが、資料の下方にあります課題のとおり、救急隊は傷病者情報を担当の医療機関へ連絡するほか、特定行為が必要な場合は指令センター常駐医師から指示を受け、さらにこの情報をヘリに搭乗している医師へも連絡している状況です。複数の連絡を行うことでマンパワーが削られるほか、情報伝達ミスにもつながる恐れがありますことから、資料最下段の赤枠にありますとおり、事務局案としてドクターピックアップ方式での救急活動時における医師による指示等の要請先を一本化してヘリに搭乗する医師とすることについて、提案させていただきました。もう1枚資料をおめくりください。こちらはCOMET、コメットは、ちば救急医療チームの通称となりますが、資料の中段右側にありますとおり、市内で災害などの事故が発生したときに、千葉大学医学部附属病院の医師や看護師などで構成された救急医療チームが現場に急行して、先に説明させていただき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と目的を同様にして、平成29年4月1日から運用を開始しております。こちらでも、救急隊は常駐医師とCOMET医師との双方に連絡が必要となっている状況ですので、資料の右上にありますとおり、指示等の要請先をCOMET医師に一本化したいと考えております。また、運用フローにつきましては資料下部のとおり、COMET出動要請後は、COMET出動前においては大学病院のホットラインへ、出動後においてはCOMET医師が持参する携帯電話へ、連絡することにさせていただきたいと考えております。事務局からの説明は以上です。
------	--

織田委員長	はい、ありがとうございました。ただいま、事務局から説明がありましたが、ドクターピックアップは開始から7年、COMETは3年目に入りました。いずれも救急現場に早く医師が行き、医療を開始することを目的として始まった事業です。これにつきまして今まで千葉市の場合、特定行為の指示は、ちば消防共同指令センターに勤めている常駐医師が全て指示要請を受けて、指示を出すというシステムになっていますが、この場合、救急医が現場に出向するわけですから、現場に出向する救急医に指示をもらう方式にして一本化したい、ということです。現場の医師の方が身近にいるわけですから、特定行為の指示要請に対応するということに対する的確な指示が出せる可能性があると思いますが、これに関しまして、何か御質問又は御指摘等はありませんか。
景山委員	千葉メディカルセンターの景山です。実際の出動件数はどれくらいですか。
新濱係長	事務局の新濱です。直近では平成29年はドクターピックアップ対応で16件、平成30年が15件となっています。COMETに関しては、運用開始から9件となっております。
景山委員	はい、わかりました。ありがとうございます。
織田委員長	ほかにいかがでしょうか。中田委員、実際運用している側としては、これを希望しているのでしょうか。
中田（孝）委員	やはり、現場に出向した医師に連絡が来ないことがありますので、現場に出向した医師に行った方がよいのではないかと思います。
織田委員長	ただ、常駐医師の方にも活動状況や活動終了報告を入れてもらいたいと思います。常駐医師もドクターピックアップやCOMETが出動した際は気になるのですが、現場からの情報がなかなか上がってきません。千葉大学医学部附属病院に直接問合せをして聞かなければならないときもあります。状況が気になりますから活動報告でもいいので、必ず常駐医師に事故概要と活動終了報告を連絡した方がよいと思います。それさえしていただければ、ドクターピックアップ、COMET双方とも現場に出向した医師が指示を出す、で、よろしいかと思います。ほかに意見はございませんか。では、これにつきましては今まで常駐医師に指示要請をしていたものをドクターピックアップとCOMETに関しては現場に出向した医師が指示を出すこと、にしたいと思います。議題は以上です。それでは、次第4、報告事項に行きたいと思います。報告1、傷病者の意思に沿った救急搬送現場における心肺蘇生の実施について、事務局よりお願いします。
川畑司令補	事務局の川畑です。着座にて失礼いたします。傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施について、報告させていただきます。

織田委員長	す。左上に報告１と書かれた資料を御覧ください。報告要旨といたしましては、救急現場において傷病者の家族等からＤＮＡＲの意思を示される事案が生じており、救急隊が行う蘇生処置の中止及び救急搬送の判断について、全国的に課題となっております。このことから消防庁の動向並びに他都市の状況等について報告するとともに、本市における現状について報告させていただくものです。資料を１枚おめくりください。救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の現状についてですが、平成３０年度救急業務のあり方に関する検討会資料によりますと、全国２９５人の救急隊員に対してアンケートを実施した結果、１７％の隊員において傷病者本人がリビングウィル等の書面によって心肺蘇生を希望しない意思を示した心肺停止事例を経験しているとのことです。しかし、各消防本部によってＤＮＡＲを表明している傷病者への救急隊の対応が異なっている状況とのことです。本市の現状ですが、資料下段赤枠で示しましたとおり、救急現場におけるＤＮＡＲに関する取決めや、救急隊現場活動マニュアルへの記載はありませんが、家族等の申出により、かかりつけ医療機関の医師や指令センター常駐医師の指導及び助言に基づき、柔軟に対応しているところです。資料を１枚おめくりください。一つ目の丸印、消防庁の動向についてですが、本年度も、救急業務のあり方に関する検討会において、傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施について、引き続き検討するとのことです。次の丸印、他都市の状況についてですが、県内では東部ＭＣにおいて、４月から運用を開始しています。また、東京消防庁では年内にも、かかりつけ医らの指示による心肺蘇生の不実施を導入する方針について報道発表され、横浜市消防局では実施に向け検討中とのことです。その他政令市の多くは未検討となっております。次の丸印、本市の現状についてですが、平成３１年１月から心肺蘇生を望まなかった事案に関する調査を実施しており、先月末で１２件報告されているところですが、今までに事故や問題などは報告されておりません。よって、次の丸印のとおり、本市におけるプロトコール等の必要性につきまして、事務局といたしましては、引き続き、他都市の動向に注視しつつ、他部局と連携を図りながら、検討を進めてまいりたいと考えております。以上で報告を終わります。 はい、ありがとうございました。お分かりいただけたでしょうか。余りストレートに書かれていないので分かりにくいと思いますが、例えば他都市の状況で千葉県内東部ＭＣにおいて、４月から運用とありますが、何が運用されたのか分かりません。これは家族が望まなかった場合は心肺蘇生をしないってことです。心肺蘇生をしないで搬送す
--------------	--

川畑司令補 織田委員長	る、あるいは現場でかかりつけ医を呼んで死亡確認をする、ということでもよろしいですか。 はい、そのとおりです。 既にこれは、数年前から問題となっています。特に、高齢者の目撃のない心肺停止の症例が増えてきまして、それらに蘇生行為をしながら全てを救命センターに搬送する意味があるのか、ということで救急医学会でもいろいろと問題になっていました。それについて消防庁の救急業務のあり方に関する検討会で昨年から検討を始めています。班長は救急医学会の理事になっていると思いますが。
鮫島補佐	法律専門で東京大学法科出身の日比須教授が委員長となっているようです。
織田委員長	この報告に関して御意見や質問はありませんか。中村委員お願いします。
中村委員	昨年の政令指定都市の会議で関連した話がありました。各政令指定都市でリビングウィルの記載事項等いろいろ行っていたのですが、実際リビングウィルで書類があったために、家族の要望が確認できて心肺蘇生を行わなかったことはありますか。横浜では簡単なものが出来ていますが、千葉県医師会のものは記載事項が多いために記載が困難です。具体的な事例で書類があって、役に立ったのであれば教えていただき、それらを参考にしたいと思うのですがいかがでしょうか。
織田委員長	なかなか書面では普及していないと思います。老人ホームの心肺停止でさえ、署名が確認されて行わなかったという症例は、余りないと思います。老人ホームの当直の職員が通報すると指令センターの職員が通報内容により心肺蘇生の口頭指導を行いますから、通報した職員は、その際、傷病者の家族の意思や台帳を確認することが出来ません。その結果、病院に搬送後、蘇生を望まない事実が分かるケースがあります。それらをその場で確認すること自体も困難で、全てに書面を求めるにしても大変困難で時間がかかると思います。
中村委員 川畑司令補	実際、このような事例は千葉市内では、どの程度ありますか。 4月から行っている現状確認調査では12件あり、確認方法として書面で確認したものが2件、その他10件が口頭での確認となっています。
織田委員長 川畑司令補 織田委員長 川畑司令補	この12件というのは今年の1月から5月までの件数ですか。 はい、そのとおりです。 これは搬送したのですか、搬送しなかったのですか。 搬送しなかったものは1件と報告を受けています。原因としては、DNAR患者で家族が往診医を要請したらしいのですが、到着しないために、詳細は分かりませんが家族が119番通報してしまったもの

織田委員長	で、救急隊が到着した時には往診医が到着していたため、往診医の指示に従って、傷病者に接触することなく不搬送とし、引き揚げたという報告を受けています。
川畑司令補	それ以外の１１件は心肺蘇生をせずに二次若しくは三次医療機関に搬送したということですか。
織田委員長	いいえ、心肺蘇生を行ったものが７件、心肺蘇生未実施であったものが４件と報告を受けています。
川畑司令補	結局、心肺蘇生を実施しているわけですね。
織田委員長	はい、７件は実施しています。
織田委員長	家族が望んだＤＮＡＲと分かっているにもかかわらず心肺蘇生を行って搬送したということですね。
川畑司令補	はい。ただし、１２件中の発生場所なのですが、６件が住宅、残り６件が老人ホームということで、救急隊からの報告を確認しますと織田委員長が先ほど言われたとおり、施設の職員がＤＮＡＲであることを正しく把握されておらず、病歴等の聴取時、又は特定行為実施前の説明時に判明する場合、そのほか、その後に施設職員がカルテを確認した際に判明するといった報告を受けています。
織田委員長	それが現状ということで、現時点でＤＮＡＲであることが分かったからといって本当に心肺蘇生を行わなくてよいのか、と救急隊も思っていることでしょう。常駐医師は、そのようなものがあれば活用して心肺蘇生を積極的に行わなくてもよいのではないかとっている方も恐らく多いと思います。ただ、それを明確に意思表示しているということが分からないことが多いので、現状のようになっているのではないのでしょうか。
中村委員	医師会の政令都市会の中で話すときは、そのような方向で話をしています。ただし、具体的に動いているかといわれますと、あまり動いておりません。ですが、この動きがここ２年近く続いておりますが、いずれ変わってくるのではないかと思います。そのときは、教えていただけたらと思います。
織田委員長	やはりそれを一般市民にも広めて知っていただく必要もあると思います。このようなことが、議論されていること自体を知らない方もいるのではないのでしょうか。それは今後検討するところだと思います。市はどのような方向で動いているのでしょうか。実態を調査しているとのことですが、今後どのようにする予定でしょうか。消防局お願いします。
鮫島補佐	はい。近隣政令指定都市に連絡して、話は伺っております。東京消防庁では年末を目標に法令等を定めるとの事を聞いておりますので、それらの動きを注視しながら千葉市に合った対策を提示できれば

中村委員	と考えています。 そのような事例があることを、どこの組織が市民に知らせるべきなのでしょうか。救急車の有料化の問題に関しても十数年後に7万件を超え、実際無理な状況に向かっていることを市民に知らせるために、どこがどのように知らせるのか、を課題として検討している状況であったと思います。
織田委員長	いわゆるこれは終末期活動の一環です。医師会の市民公開講座などで一度取り上げていただくのがよろしいのではないのでしょうか。消防の方で心肺蘇生について考えてください、とは言にくいのではないのでしょうか。これは医療側で行うべきだと思います。それによって、運ぶべき人が運ばれなくなる、ということを含めて終末期活動の一環として考えていただく方向が良いのでは、と私は思います。
中村委員	はい、医師会として浅井委員と相談して考えたいと思います。
織田委員長	よろしくお願いします。ほかに意見はございませんか。
斎藤委員	千葉医療センターの斎藤です。DNRに関しましては、病院の中でもかなり手続きが厳密化しており、基本的には家族ではなく、本人の意思を確認しています。また、定期的に心変わりしていないか確認しなければならず、かなり大変な作業です。今ここで議論されていることは、そのはるか先の事に感じます。病院の中では当直医が知らない患者がDNR表明をしていることが分かるように、パソコン画面でボタンが表示されるように設定されており、それを開けば意思表明の最終確認日等、詳細事項が表示されるように綿密に行われています。このような状態で、他の病院に心肺停止前に収容された場合に、収容された病院は、そのことを把握できないわけで、非常に大きな問題だと思います。救急隊が家族に言われて困るという話を知っていましたが、非常に難しい問題であると思います。もっと全体的に整備していかなければリビングウィルという観点は織田委員長が話されたとおり終末期活動の一部であります。言い換えれば、DNRぐらいのことしか今は対応できない、と言えるのだと思います。お聞きしたいのは、この家族はどのようなことを求めて、救急隊に通報するのでしょうか。現実にはDNR患者に対して、家族は救急隊に何を求めて救急車を呼ぶのでしょうか。
川畑司令補	事務局の川畑です。そこまでの聴取は出来ていない状況です。
斎藤委員	是非、心情を聞きたいと思います。
川畑司令補	なかなか救急現場で家族の心情を聞くというのも難しいと思います。
斎藤委員	在宅介護で患者さんの最後の看取りを行っていると、家族は最後、死というものを経験したことがありませんので、そのような状況にな

中村委員	ると動揺してしまうようです。非常時に担当医と連絡を取れるようにしてあげると良いと思います。
斎藤委員	そうするとDNRの意思表示を受けた場合は、そのような場合にどのようにするか伝えておかないとなりませんね。
織田委員長	人の死を知らないのだと思います。死をどのように迎えたらいいか分からないのだと思います。DNRの意思表示をした人には退院する時に、心肺停止した際、又は、救急車を要請してしまった場合は、病院に連絡してDNRであることを表明し、確認が取れるまで救急隊は蘇生行為をやめられない、ということを十分に説明しなければならないと思います。
中村委員 織田委員長	ですが、急に意識が無くなってしまったり呼吸が止まってしまったりしてしまうと、家族は忘れてしまうようです。ですから、DNRを説明する医師は、どのような状況になるか十分に説明する必要があります。万が一救急車を要請してしまった際にも、その旨を救急隊に伝えなさいとか、どこに連絡をしなければいけないとか、具体的に指示をしておかないと、うまくいかないかもしれません。演劇みたいなものがあるといいのかもしれない。
新濱係長	神戸や岡山などでは演劇をしています。 そうですね。是非、そのようなやり方で今後、広めていただけたらと思います。斎藤委員が言ったとおり本人の意思が重視されるのであれば、家族ではなく本人の署名が必要になります。今はまだ厳密にはなっておりませんが、DNRの署名があれば心肺蘇生をしなくてもよいというルールに基づいて行うのであればどのように行うか基準を決めなければなりませんが、そこは東京消防庁や救急業務のあり方検討会で、ある程度の基準が決められると思いますので、今後はそれらを参考に進めていただければと思います。ほかに御意見はありませんか。それでは、これは報告事項ですので、以上のことを参考に進めていただけたらと思います。次に報告2の搬送困難事例受入医療機関支援事業について事務局より説明をお願いします。 事務局の新濱です。報告2、千葉県搬送困難事例受入医療機関支援事業について、御説明させていただきます。まず、報告要旨ですが、資料にありますとおり、平成30年8月から運用を再開しました本事業の運用結果及び現状についての報告となります。資料を1枚おめくりください。昨年度8か月間の数値データとなります。煩雑な資料で恐縮ですが、表の左上を御覧ください。救急隊により医療機関を選定した数、これを全対象数としており、この数が27,251人、うち本事業を適用したものが1,667人で適用率が6.12%、そして協力6医療機関の受入数が1,422人で受入率は85.3%となっ

ております。資料に説明はございませんが、本事業適用症例は、救急隊が4回照会しても収容先が決定しないもの、又は重症度、緊急度高のもので2回照会しても決定しないものを適用症例としております。一部対象外としている小児科等もございますが、ここでは省略させていただきます。さらに資料を1枚おめくりください。本事業運用状況丸囲み1と題したのですが、まず上半分の数値データについて御説明します。表の縦方向につきましては、色無しの部分が運用開始前の平成30年4月から7月まで、黄色の部分が昨年度の運用期間8か月分、緑色の部分が今年度の運用期間2か月分を示しています。次いで横方向につきましては、全対象数、傷病程度別の数と割合、照会状況としまして平均照会回数とその逆数で表されます受入率、本事業の適用数と受入数とそれぞれの割合、その次ですが、本事業は3月までは6医療機関、4月以降は5医療機関で実施しておりますが、この医療機関で受入れに至らなかった場合、千葉県救急医療センターと千葉大学医学部附属病院の2医療機関へ照会する仕組みにさせていただいておりますので、この場合における受入数、そして、この受入数を含んだ実質的な受入率となっております。表が離れてさらに右の受入率は本事業を含む全対象者における受入率として、6医療機関と6医療機関以外のものを、最後に搬送先として市内外への搬送数と市内の割合となっております。青の中括弧と矢印の先に示している左側のグラフが月別の程度別の数と平均照会数となっております。7月と8月、12月と1月に需要が増加していることと、昨年の4月と5月、今年の4月と5月とを見比べますと、それぞれ月200人程度増加していることが分かります。平均照会数は前回の本委員会でも説明しましたとおり、1月と2月で2.1台となってしまいましたが、その後は1.7台にまで下がっています。隣のグラフに移りまして、本事業運用期間を月別で、本事業の適用数と受入数を棒グラフで、実質受入率を折れ線グラフで示しています。左のグラフ同様、1月と2月において本事業により受入れに至らなかった数と実質受入率が下がっていることが分かります。そして、右のグラフが市内外搬送数を棒グラフで、市内率を折れ線グラフで示しています。市内率は概ね88%前後となっていましたが、5月は90%に迫る勢いとなりました。もう1枚資料をおめくりください。運用状況丸囲み2と題したのですが、丸囲み1と同様に縦が月別、横は協力6医療機関の受入数と内数として本事業の受入数、全対象に対する割合を受入割合としております。下のグラフはこれらをグラフ化したもので、上のグラフが棒グラフで各医療機関の受入数を、折れ線グラフで6医療機関合計の受入割合、つまり全対象の占有率を、月別に示しており、大体半数は6医療

	機関に収容していることとなります。下のグラフが棒グラフで本事業における各医療機関の受入数を、折れ線グラフで実質受入率を示しています。こちらは概ね90%程度となっております。本事業の状況報告は以上となりますが、前回の本委員会で御意見のありました本市から市外への搬送数と逆に市外から本市への搬送数について、取りまとめたものがもう1枚おめくりいただいた資料となります。平成30年中における各消防本部の搬送状況を調査しまして、右側の表にまとめました。なお、こちらの人数は全搬送者数となっておりますので、今までの母数となっていた対象数のほか、転院搬送、家族等連絡済みなどを含んでいます。上側が本市から市外へ搬送した数が大きい順となっており、赤線から上の8消防本部までが流出増、下の22本部が流入増となっております。全体としては表の右下にありますとおり982人、約1,000人の流出増となっております。これらのデータを千葉県地図に色分けしたものが左側で、青が流出増、赤が流入増となっています。また、色の濃さで100人以上、二桁、一桁と分けています。主たる流出増は習志野市消防本部管轄と四街道市消防本部管轄となっておりますが、管轄内の主要5医療機関への搬送者数が3,746人で、この地域の94%以上を占めております。なお、資料として提示していませんが、平成28年が1,004人、29年が678人のそれぞれ流出増となっております。また、参考までに県外への搬送は年間400人台となっております。以上で説明を終わります。
織田委員長	最後の県外というのは、千葉県外ということですか。
新濱係長	はい、そのとおりです。
織田委員長	それは、患者さんの希望、若しくは、かかりつけが東京都内であった案件ですか。
新濱係長	それらもありますが、転院搬送やヘリコプター搬送なども含まれています。
織田委員長	このような報告ですが、いかがでしょうか。皆様の御協力のもと成り立っている事業ですが、今年度は千葉大学医学部附属病院が救命救急センターになったことで6医療機関から5医療機関となっておりますが、昨年と比較してもそれほど変わりはないのですか。
新濱係長	はい、むしろ4月、5月は良い値になっているように思います。昨年の4月、5月は運用しておりませんが救急隊の感想やデータの的にも受入れに関しては非常に良好に感じます。
織田委員長	何か御意見はありませんか。
中村委員	搬送困難事例というのは、どのような時間帯に、何曜日に、あとは年代別に分かりますか。私達も夜急診を診ていて、高齢者がものすごく増えていますので改めて高齢者が多いと感じました。もしあればお

新濱係長	願います。 事務局の新濱です。時間帯、曜日別に関しては、1枚目をめくっていただいて、タイトな表の中段下の部分になりますが覚知基準と米印の部分になります。0から2、3から5と書いてあるのが時間を示しています。全対象というのは、あくまで救急隊が医療機関を探した数となっているため、これが搬送人員になります。その横が適用した数、つまり照会5回以上というものとなります。0時から2時が9.9%になりまして3時から5時が10.5%となっており、深夜帯にかなり適用している状況です。他方、その時間帯は医療機関側もなかなか体制が厳しい状況のようで3時から5時の適用時の受入率は80.9%となっています。曜日別ですと救急隊も感じていることだと思いますが、土曜日の受入れが厳しく、日曜日は休日診療所が開院しているためか比較的良好です。年代別についてですが、本事業において小児は除外しているため対象は15歳以上となってしまいますが、救急搬送の人員の内訳を見ましても昨年度は65歳以上の高齢者の割合は51%を超えておりますので、高齢者需要は増加しているように思えます。また、この右の表、全対象照会受入状況の右下にあります、高齢者になりますと中等症以上になる確率が高くなっておりまして、具体的に記載していませんが平均照会数も2.09回と2回に1回は決まらない状況ですから、搬送困難事例になっているのではないかと考えます。
織田委員長 中田（泰）委員	よろしいですか。ほかに御意見はありませんか。 数字と表が多すぎて分かりにくいので確認しますが、この搬送困難事例受入医療機関支援事業は平成30年8月から平成31年3月31日までの間で受入確保基準に当てはまったものが1,422件で、この6医療機関の受入率が85%という理解でよろしいのですね。
新濱係長	いいえ、1つ上の欄の1,667人に適用し、そのうち6医療機関に搬送された受入率が85%ということです。
中田（泰）委員	新しい方法になって旧方法と比べると、受入率は上がっているのでしょうか。
新濱係長	横ばいの状況です。
中田（泰）委員	もう一つ伺いたいの、先ほどの市外搬送の最後の地図ですが、市外に流出するものが四街道市や習志野市に多いということですが、これは市内で受入れできなかった14.7%のほとんどが、そのような状況になっているという理解でよろしいですか。
新濱係長	詳しいデータは持ち合わせていませんが、花見川区や若葉区の住民の方は近い医療機関への希望がありますので、それに伴って近隣の市外医療機関への搬送に至っていることと、老人ホームでは提携してい

	る医療機関が市外ということもありまして、搬送医療機関が既に決まっているのが多く見受けられています。参考としてですが、運用状況丸囲み1の右側の表に、救急隊が医療機関を探して病院を決めた、いわゆる救急搬送といわれる数にはなっていますが、この中を見ますと4月5月のグリーンの部分ですが87.6%から89.8%に上がっていることが分かります。精査はしていないのですが、1枚後ろにある海浜病院のデータを確認していただけると平成30年5月と令和元年5月の緑と白の受入数を確認いただきますと、平成30年4月は173人、5月は176人であったのが、平成31年4月は269人、令和元年5月は295人とそれぞれ約100人の増加となっている状況で、恐らくこちらに流入して市外に流出しなかったようにも見受けられることと、四街道市の話になりますが、千葉中央メディカルセンターを同様に見ますと、平成30年4月は259人、5月は254人であったものが平成31年4月は287人、令和元年5月は338人と増加しているので、この辺りが市内で収まっている要因なのではないかと思われます。
中田（泰）委員	最後に3つ目を伺いたいのですが、4月、5月の結果は良い結果が得られているとの話でしたが、搬送困難症例の受入率が上がっているあるいは、6医療機関外で積極的に受入れをしているから搬送困難事例が減っている、どちらを意味しているのですか。
新濱係長	実は正直こちらに参画していただいている千葉大学医学部附属病院を含む6医療機関の受入数が51%とシェアが増えている状況もございまして、その結果、搬送困難事例として適用する数も救急搬送全対象者数が非常に増えている中でも本事業の適用症例数は減っている状況です。ただし、状況丸囲み1の赤と青の棒グラフを見ますと5月のところは青い部分が若干多いので本事業の受入率は低いのではないかと伺えます。
織田委員長	全体的に見て搬送者数は増加しているものの、搬送困難事例対象者数は横ばい、又は減っている。照会数も減っているということですね。各病院がスムーズに受け入れていることではないでしょうか。ただ、これは2年続けてやはり1月、2月というのは、ほぼ運用してもうまくいかなかったことがありましたので、来年の1月、2月がどのような形になるかが、本当にこの事業が成功した証になると思います。県の方、この結果に対して、御意見があればよろしくお願いします。
山崎室長	はい、県の医療整備課の山崎と申します。この資料を見させていただいて、本事業の効果が少しずつ出てきているように感じているところでございます。今、御指摘がございましたとおり1月、2月が救急出動のタイトになる期間でもありますから、それらを踏まえて今後と

織田委員長	も、進捗状況を分析していかなければと感じております。以上となります。 あと一つよろしいですか山崎室長。この事業がいつまで続くのか、他の医療圏から千葉医療圏だけ実施して、ほかに範囲は広げないのかと意見を聞くこともあるのですが、そこについては何かございますか。
山崎室長	非常に難しい問題だと考えております。本事業は、県の事業ということになっておりますが、実際は国庫の補助を受けている側面がございます。また、この千葉医療圏で始まったのは搬送時間が特に長いということで始まっていますので、県としてはこの事業を必要とするという地域が増えるということは、あまり望ましいことではない、と考えているところでございます。
織田委員長 森田統括部長	なかなか難しいですね。森田統括部長どうぞ。 千葉市立青葉病院の森田です。搬送困難事例受入医療機関支援事業の効果が出てきていることは非常に素晴らしいことだと思いますが、やはり医療機関別でかなり偏りが出ているということは証明していかなければならないことであり、問題は解決しなければいけないと思います。今まで昨年の統計で千葉市立青葉病院が全対象症例の40%弱を担っているということで、もう少し各病院で支えるような形でお願いをしたいとお話をさせていただきました。それには件数で分けるインセンティブをお願いしたいとのお話もさせていただきましたけれども、それは決して多く受け入れるということではなく、そうすることによって、各病院で受けやすい状況を作れるのではないかと、という希望を込めて申し上げたわけでありまして、それはそれで是非検討していただきたい部分であります。それ以上に、是非、搬送困難事例、先ほど、中村委員もおっしゃいましたが、時間別にこういったところが多いのか。あるいは性別、年齢、搬送困難になりやすい項目としては生保、独居、アルコール、精神疾患等いろいろあると思うのですが、その中でどのような人が搬送困難になっているのか統計で出させていただいて、問題点の抽出と対策を前向きに考えていただいて、このような委員会で検討できればと思います。
織田委員長	頻回利用者対策については消防局の方でもかなり頑張っているようで、常駐医師に確認して不搬送にしているとか、あるいは現場で説得して対応できています。その他、市の方から頻回利用者に対しては、サポートや説得をいただいている状況です。
鮫島補佐	事務局の鮫島です。消防局では頻回利用者対策としてNPO法人の御協力を頂いて、頻回利用を年間7回以上と定義して行っております。それらの中で支援を必要とする方に対して個別訪問して救急車の

森田統括部長	利用について呼びかけて効果は上がってきております。ただ、効果は有りながらも、また新たな頻回利用者が増加するなど、課題はありますが、対策は取り組んでいるところです。 ありがとうございました。不要不急の頻回利用者もそうですが、それ以上に例えば胸痛というキーワードがあると、なかなか受け入れない、あるいは頭痛、意識障害というキーワードで受け入れないというのがあるのではないかと思います。そのようなものが明らかになってくればキーワードが出たときに、このネットワークで受けていける。胸痛のところでいえば冠疾患を疑う患者さんであれば、夜間はどこが受けられる。そのようなネットワークの中で、その他の病院が受けたときにそこに紹介すれば受けてくれるといったネットワークを構築することが解決する方法になると思います。その辺りの問題の抽出が前向きな議論のため必要と思ひまして、述べさせていただきました。
織田委員長	そこまで細かく行えればよいのですが、難しいところもあると思います。その日に担当している医師の技量、経験もあります。はい、石橋委員。
石橋委員	千葉県救急医療センターの石橋です。ネットワークというところまではいきませんが、当院では脳卒中ホットラインですとか循環器ホットラインがあり、循環器であれば胸痛ということで、胸痛といえは腹痛などと比べて頻度は少ないのですが、千葉市、八千代市、習志野市等の救急隊と連携を取りまして典型的な胸痛あるいは心電図で急性冠症候群が疑われるもの等、もちろん脳卒中に関しても同様に受け入れている状況です。
織田委員長	実際、胸痛とのことで救急隊が疑って搬送してきてみたら、肋骨骨折だったこともありまして、陽性だといいいのですが、陰性の人も結構いる、というのが実際の印象で、救急隊の判断の精度を上げていくこともネットワークを作っていく上では重要なことかなと思います。
石橋委員	逆に当院に搬送されるものは、オーバートリアージになってもいいから、とは伝えているのですが、かなり厳格に厳選されたものばかりで90%近いので。もう少しオーバートリアージで搬送してきてもいいのではと思います。
織田委員長	どうしても三次医療機関というイメージがあるのでしょうか。逆に二次医療機関の方の現実としては歩いて帰る方が多いです。そのところは今後の検討課題ということでよろしいかと思います。いずれにしても、搬送困難事例受入医療機関支援事業自体は順調に進んでいるのですけれども斎藤委員、今までこの事業に参画していただけていないのですが、今後はいかがでしょうか。現在5病院になっている状況

川畑司令補	です。そうでなくても現在、受入れをしていただいている状況ですので今後、また検討していただけたらと思います。それでは報告の3、次期救急情報共有システムの開発委託について、事務局お願いします。 事務局の川畑です。次期救急情報共有システムの開発委託について報告させていただきます。左上に報告3と書かれた資料を御覧ください。報告要旨といたしまして2015年度から運用している、現行の救急情報共有システムは、2019年度末で長期継続契約が満了となりますことから、より千葉市の救急情勢に合致したシステムを開発することといたしましたので報告するものです。参考までにスケジュールは左下に記載のとおりです。資料を1枚おめくりください。こちらは現システムの概要です。主な機能は、資料左上に記載の6点となります。また、現システムの協力医療機関は資料下部にある、21医療機関となっております。なお、平成30年中の救急出動状況によりますと、この21医療機関への搬送人員は全搬送人員の75.9%の38,194人となっております。資料を1枚おめくりください。こちらは、まず現システムの課題等についてですが、1つ目といたしまして、傷病者の状態を確認しながら端末にデータを入力することが、本来業務の負担となっていること、2つ目といたしまして、指定端末でしか運用ができないため、複数の受診科がある医療機関での運用が困難となっていること、3つ目といたしまして、いわゆる既読機能が無いため、救急隊が医療機関に情報を伝達しても、医療機関から返答が無い限り、救急隊が医療機関側の状況を確認できないこと、4つ目といたしまして、現システムで入力した情報が救急業務終了後に入力するシステムに、ごく一部しか反映されないため、報告書作成に関する業務負担の軽減につながらないこと、5つ目といたしまして、医療機関側にとってメリットが少ないためか、利用率が低下していること、となっております。このことから、次期システムにはこれらの諸課題を解決するための機能を求め、現在入札に向けて諸準備を進めています。報告は以上です。
織田委員長	はい、ありがとうございました。システムがもう5年になるのですか。契約が満了するということで、新しいものを検討しているということですね。これについて何か御意見、御質問はございませんか。もっと良いものが出来上がると考えてよろしいですか。
川畑司令補 織田委員長	はい。 現在準備中とのこと。ほかに何かございますか。無いようでしたら本日予定されていまして議題及び報告事項は全て終了です。それでは議事進行を事務局にお返しします。

鮫島補佐	織田委員長ありがとうございました。事務局から次回の開催について案内をさせていただきます。第2回千葉市救急業務検討委員会につきましては令和2年2月ごろの開催を予定しています。また、日程の調整についてはファックスを送信させていただきますので、お忙しい中、大変恐縮ですが、御回答いただければと思います。以上をもちまして令和元年度第1回千葉市救急業務検討委員会を終了したいと存じます。長時間に渡り御審議いただきまして誠にありがとうございました。
-------------	---

令和元年6月6日（木）開催の令和元年度第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 委員長承認済み・確定文書(写し)