

【第19回千葉県救急業務高度化推進協議会 議事概要】

1 日 時	平成28年3月23日（水）15時から
2 場 所	三井ガーデンホテル千葉 4階 白鳳
3 出席者 (委員)	<p>平澤 博之（東千葉メディカルセンター センター長）</p> <p>川越 一男（千葉県医師会 副会長）</p> <p>亀田 信介（医療法人鉄蕉会亀田病院 病院長）</p> <p>加藤 誠（成田赤十字病院 病院長）</p> <p>高原 善治（船橋市立医療センター 院長）</p> <p>和田 佑一（帝京大学ちば総合医療センター 病院長）</p> <p>稲葉 晋（千葉県麻酔科医会・千葉県救急医療センター 麻酔科部長）</p> <p>織田 成人（千葉大学大学院医学研究院再建医学講座救急集中治療医学 教授）</p> <p>大麻 精一（千葉県消防長会 会長）</p> <p>古元 重和（千葉県健康福祉部 保健医療担当部長）</p>
(代理出席)	<p>益子 一樹（日本医科大学千葉北総病院 救命救急センター助教・医員）</p> <p>高橋 功（総合病院国保旭中央病院 救命救急センター長）</p> <p>北村 伸哉（国保直営総合病院君津中央病院 医務局救命救急センター長）</p> <p>庄古 知久（国保松戸市立病院 救命救急センター長）</p> <p>岡本 健（順天堂大学医学部附属浦安病院 救急診療科教授）</p> <p>卯津羅 雅彦（東京慈恵会医科大学附属柏病院 救命救急センター長）</p> <p>立田 和男（習志野市消防本部 警防課長）</p> <p>青柳 一明（銚子市消防本部 警防課長）</p> <p>鈴木 武（君津市消防本部 主幹）</p> <p>齊藤 光雄（松戸市消防局 救急課長）</p> <p>生稻 芳博（千葉県防災危機管理部消防課 課長）</p>
(オブザーバー)	<p>梅澤 哲雄（千葉市消防局・千葉MC 救急課長補佐）</p> <p>時田 光浩（市原市消防局・市原MC 救急救命係長）</p> <p>山下 浩一（印西地区消防組合消防本部・印旛MC 警防課長補佐）</p> <p>角田 安隆（富津市消防本部・君津MC 総務予防課長補佐）</p> <p>及川 輝彦（匝瑳市横芝光町消防組合消防本部・東部MC 主査補）</p> <p>江原 茂（八千代市消防本部・東葛南部MC 警防課長）</p> <p>伊藤 秀明（松戸市消防局・東葛北部MC 主査）</p> <p>石崎 昌史（安房郡市広域市町村圏事務組合消防本部・南房総MC 警防課長）</p> <p>山崎 俊彦（山武郡市広域行政組合消防本部・山長MC 警防課長）</p> <p>日比野 守（浦安市消防本部・東葛湾岸MC 救急係長）</p>
(関係機関)	<p>小山 庸男（千葉県消防学校 教務二課長）</p> <p>國井 恵祐（千葉県消防学校 副主査）</p>

<p>4 議 題</p>	<p>報告1 第18回千葉県救急業務高度化推進協議会議事概要及び書面決議事項 報告2 救急救命士の気管挿管・薬剤投与の状況について 報告3 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管の実施状況について 報告4 救急救命士処置範囲拡大に伴う追加講習の実施状況について 議題1 指導救命士について 議題2 千葉県のドクターヘリ搬送患者の傷病程度について 議題3 救急搬送困難事案について</p>
<p>6 委員紹介 及び選任</p>	<p>各委員の紹介及び千葉県麻酔科医会伊東委員の後任として3月23日付けで稲葉委員が選任された事を報告。</p>
<p>7 議 事 平澤会長</p>	<p>それでは早速次第に沿って進めていきたいと思えます。 まず、報告事項の1、第18回協議会議事概要について事務局からご説明をお願いします。</p>
<p>事務局説明</p>	<p>報告1をご覧ください。</p>
<p>報告1</p>	<p>平成27年3月に開催した前回の協議会の議事概要につきまして説明させていただきます。 議事概要につきましては、作成が遅れ、委員の皆さまに送付するのが遅くなりまして申し訳ございませんでした。次回からこのようなことのないようにいたします。 前回の協議会における協議事項は、地域メディカルコントロールの区域割について、千葉県東部MC協議会及び南房総MC協議会から、山武地域及び長生地域を範囲とする新たな地域MC協議会の設置、東葛飾南部MC協議会から市川市及び浦安市を範囲とする新たな地域MC協議会を設置して、県内の地域MC協議会を8地区から10地区とするもの、 それに伴う千葉県救急業務高度化推進協議会運営要綱の一部改正について、ご承認いただいたものです。 また、その他の事項として、ドクターヘリのデータ等検証について意見交換が行われたところです。以上で事務局の説明を終わります。</p>
<p>平澤会長</p>	<p>ありがとうございます。ちょうど1年ぐらい前の話なので覚えてらっしゃらないかもしれませんが、何かご意見、ご質問のある方はいらっしゃいますか。 よろしいでしょうか、前回の議事概要はお認めいただいたことにしたいと思います。続きまして報告事項2、救急救命士の気管挿管、薬剤投与の状況について、事務局から説明をお願いいたします。</p>
<p>事務局 報告2</p>	<p>報告2をご覧ください。 救急救命士の気管挿管・薬剤投与の状況について、説明させていただきます。 資料2の1ページをご覧ください。</p>

項目の1つ目の「気管挿管・薬剤投与実習病院の承認状況について」ですが、平成28年2月末現在、気管挿管の実習可能医療機関は32機関となっております。前回の報告からは新たに設置された山武長生MCの東千葉メディカルセンターが追加となっております。

また、ビデオ喉頭鏡を用いた気管挿管の実習可能医療機関は7機関となっております。

次に、薬剤投与の実習可能医療機関ですが、24機関となっております。前回の報告からは気管挿管と同様に東千葉メディカルセンター、また12月に千葉市MC協議会から報告を受け、千葉市立青葉病院が追加となっております。

それぞれの医療機関名は、2ページ及び3ページに記載してございます。

続きまして、1ページに戻っていただきまして、項目の2つ目の「気管挿管・薬剤投与実施状況」について説明させていただきます。

アとして、認定者の状況ですが、2月22日現在、気管挿管は760名が認定されており、そのうち、千葉市消防局の63名がビデオ喉頭鏡の追加講習・実習を終えております。

また、薬剤投与は616名が認定されており、第30回国家試験以降の合格者で各地域MC協議会からの報告により、名簿登載いたしました救急救命士は561名、県内では計1,177名の救急救命士が薬剤投与実施可能となっており、そのうち救急救命士の処置範囲拡大2行為に係る認定者は659名となっております。

消防本部別の内訳は、資料の4ページに記載してございますので後ほどご覧ください。

次に2のイとして、気管挿管と薬剤投与の実施状況についてですが、こちらは、ウツタイン統計のデータから、CPAに対する気管挿管・薬剤投与の実施状況、CPAに対する一ヶ月生存率を、平成24年から平成26年の3カ年の暦年によりとりまとめたものです。

平成26年の件数は、前年と比較しまして、気管挿管は減少しておりますが、薬剤投与は増加しております。一ヶ月生存率につきましても、平成26年は上昇しております。

各地域MC協議会、各消防本部の詳細は5～6ページに記載してございますので、後ほどご覧ください。

続きまして、2のウ、「目撃者のある心原性心停止数のうち、心拍再開数及び一ヶ月生存・退院数」でございますが、平成26年は前年と比較しますと、心拍再開数、一ヶ月生存・退院数、率すべてで上昇しております。

詳細については7ページに添付しております。7ページをご覧ください。

下段が平成26年のデータとなります。

目撃された心停止事案中の心拍再開合計数は197症例、再開率は18.6%、1ヶ月生存・退院合計数は88症例、1ヶ月生存・退院率は8.3%でした。

続きまして、1ページにお戻りいただいて、2のエ、「気管挿管・薬剤投与・除細動の実施状況及び転帰状況」についてですが、気管挿管と薬剤投与につきましても、平成25年と比較して1カ月生存率、1カ月退院数は下落しており、除細動につきましても、1カ月生存率、1カ月退院率とも上昇している状況でございます。

	<p>詳細につきましては、8ページに添付してございます。こちらをご覧ください。</p> <p>下段が平成26年のデータとなります。</p> <p>また、参考として、資料の9ページに、都道府県別の救急救命士運用状況を添付しましたので、後ほどご覧ください。以上で事務局の説明を終わります。</p>
平澤会長	<p>ありがとうございました。平成26年度ですか、気管挿管、薬剤投与の状況とそれによって一カ月生存率がどうなったかというデータですが、皆さんご覧になってご意見、感想ございますか。いかがでしょうか。北村先生どうですか、全体を見て感想か何かありますか。</p>
北村委員	<p>我々のところは気管挿管の実施率と修了者の数が非常に少ないのですけれども、麻酔科の先生の数が非常に少なく、院内で実習ができないのは非常に辛いところです。</p> <p>それで極端に少なくなっています。気管挿管がはたして救命率を左右するのかという話、ラリングアルマスクもありますので替わりはあるのですけれども、ひとつのスキルとしてはもう少し増やさないといけないかなと、自分の地域だけみるとそのように思っています。あとは、薬剤投与なんですけれども非常にアドレナリンの立ち位置というのが心肺蘇生の中で良いものなのか悪いものかというのは入ってまして、ただ実施率を見るのではなく、現場に着いてから何分以内でどんな薬剤が投与できているかというのが、おそらく大事な問題になってくるのかなと思います。</p> <p>我々の地域もそういうのをひとつひとつ検証しているのですが、やはり今のやりかたですね、MCに電話かけて、許可をもらって実施するというのはどうしても10分以内に薬剤を投与すると限界があって、この辺はいずれ包括的にしていかないとスピーディーな投与というのは延びていかないのかなと思います。</p>
平澤会長	<p>ありがとうございます。他にございますか。例えばですね、5.23%と5.81%が本当に良くなったかというか、こういうデータを出すときに統計学的手法を使ってですね、この上昇は統計学的に良くなったかどうかというようなことをちょっと、統計学的手法が全てとは言いませんけれども、もうちょっとサイエンティフィックに本当に良くなったのかということ、あまり数字では良くなってないなということがわかる感じですすぐ出ると思うのですが。これNが5000いくつですから、これだけくらいの上昇でもあるいは本当にいいのかもしれないし、ちょっとそういうことも検討していただいたほうがよりわかりやすいんじゃないですかね。</p> <p>何か他にございますでしょうか。</p>
事務局	<p>すいません事務局です。次回検討させていただきたいと思います。</p>
平澤会長	<p>よろしいでしょうか。それでは、報告事項の3「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管の実施状況について」事務局から説明をお願いします。</p>
事務局	<p>報告3をご覧ください。ビデオ喉頭鏡の実施状況について説明させていただきます。</p>

<p>報告3</p>	<p>ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管の実施について、本年度における追加講習の実施状況ですが、千葉県消防学校及び地域MC協議会が主体となったもの、双方とも実施されておられません。次に平成28年度以降の追加講習の実施予定についてですが、今年度は実施していませんが、年度明けに各地域MCの事務局を通じて受講希望等の調査を行い、千葉県消防学校と実施の検討をしたいと考えております。</p> <p>ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管の取扱いにつきましては、1枚めくっていただいた資料3のとおりとなります。以上で、事務局の説明を終わります。</p>
<p>平澤会長</p>	<p>よろしいでしょうか、実際はこのエアウェイスコープを使ったのは千葉市しかやってないわけですね。千葉市でこのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使っているんですが、いいことがあるのでしょうか。</p>
<p>織田委員</p>	<p>まだ報告は聞いておませんが、ただ使える救命士はおそらくそれを使って挿管をしていると思います。それですごく成功率が上がったとか、そういうデータは聞いておりません。</p>
<p>平澤会長</p>	<p>千葉市の消防の方どうですか。例えば自分たちがやって良かったから、他のところもやったほうがいいという話になるのでしょうか。</p>
<p>千葉市消防局 梅澤課長補佐</p>	<p>千葉市救急業務検討委員会、千葉市消防局の梅澤でございます。いま会長からお話でしたが、実際にビデオ喉頭鏡を使った救命士に話を聞くと、挿管する留置状況が第三者の目でも見ていただけることで、他の隊員でも挿管が確認できるというようなところ、併せて昨年なんです、ビデオ喉頭鏡での気管挿管が12例、そのうち外傷性の心肺停止症例でできるということで、実際そこところが救命につながったという報告はありませんが、適応範囲が広がったということで選択しやすくなったという報告は受けております。以上でございます。</p>
<p>平澤会長</p>	<p>ありがとうございます。他の地域MCで自分たちはやってみようと思っているところはございますか。千葉市以外で、はいどうぞ</p>
<p>庄古委員</p>	<p>松戸市立病院の庄古です。東葛北部は挿管している数は非常に多くて、我々も積極的にやりなさいと、特に嘔吐、吐物が口腔内にあるものに関しては、積極的にやりなさいということで指導しています。ただやはりこれだけの数を年間やってもですね、1救命士あたり年間1例か2例しか挿管してないという現状があります。年間1例か2例ですとスキルを維持するのは厳しい状況です。その点エアウェイスコープは第三者がアドバイスしたり、場合によっては伝送してドクターがアドバイスするなど使えば、あまり機会がない救命士にとってもスキルを維持することが可能になる可能性があると思います。ですので私としては、積極的にこういうデバイスを使って、少ない救命士の方が活動する中で不安を覚えないように挿管できるよう体制にしてあげるべきかなと考えております。</p>

平澤会長	<p>そうすると、先生の病院で追加講習を引き受けていただくと。</p>
庄古委員	<p>そうです、あとは金銭的な面だと思うんですが、消防に配備できるのかどうかと。</p>
平澤会長	<p>行政のほうが配備できるのかどうかということですね。今のご意見はポジティブですので、最終的には地域のMCに委ねてありますので、目でちゃんと見てやるのが基本だよという先生方もいらっしゃると思いますし、各MCで協議いただければと思います。</p>
稲葉委員	<p>他にございますでしょうか。稲葉先生、麻酔医から見てどうですか。</p> <p>私は麻酔科と救急医療センターで両方見てますけども、庄古先生が言っていたように多数の目で確認できるというのは非常にいいところでして、あと外傷症例とか頸椎の不安定性のあるときにも比較的、不安定性に負担をかけることなく挿管できることはすごく良いことだと思いますので、千葉市においては使うように勧めているものなんですけど、先ほども言いましたが吐物が非常に多いとか、吐血もそうなんですけど口腔内が異物、あるいは血液で満たされている場合にどうしても画像なので、見えない状況がある訳で、その辺をどうやって担保するか、そのために千葉市においては挿管できるものが使うということにしているんで、その辺をきちんとクリアできれば各MCでも推進していいのではないかと思います。</p>
平澤会長	<p>ありがとうございます。他に何かございますでしょうか。</p> <p>無ければ報告事項の3はこれで終わりました、報告事項の4「救急救命士処置範囲拡大に伴う追加講習の実施状況等について」、事務局から説明をお願いします。</p>
事務局 報告4	<p>報告4をご覧ください。</p> <p>「救急救命士処置範囲拡大に伴う追加講習の実施状況」について御説明させていただきます。本件につきましては、平成27年3月に開催された第18回県MC協議会でご協議いただき、県消防学校における追加講習の対象者、受講人数、教育内容等について御了承いただきました。つきましては、本年度の追加講習の実施状況及び来年度の実施計画につきまして御報告させていただきます。</p> <p>まず、千葉県消防学校における追加講習ですが、今年度は4月、8月、9月、12月で4回実施され、各消防本部から162名の方が受講されました。</p> <p>また、来年度につきましては、今年度同様4月、8月、9月、12月の4回の追加講習を予定しており、計150名の受講が予定されております。</p> <p>続きまして、地域MC協議会における追加講習ですが、今年度は市原MC協議会で1回、千葉県東部MC協議会で1回実施されております。</p> <p>市原MC協議会における追加講習は6月に千葉県循環器病センター及び市原市消防局で実施され、18名が受講されました。千葉県東部MC協議会における追加講習は11月に国保旭中央病院で実施され、18名が受講されました。</p>

<p>平澤会長</p>	<p>以上で、事務局の説明を終わります。</p> <p>ありがとうございます、何かご質問、コメントはございますか。</p> <p>市原と千葉県東部 MC でやったのは定員が 18 名なんですか、そうじゃなくて受講した人が 18 名だったということなんですか。</p>
<p>市原市消防局 時田係長</p>	<p>市原市消防局時田と申します。よろしく申し上げます。</p> <p>この 18 名に関しては現場の救命士の活動状況を見まして不在を無くすようにしまして、最大限でこの人数の受講ということになりました。ここで訂正をお願いしたいのですが、受講数 18 名と書いてあるのですが当日病欠が 1 名出まして、17 名に訂正をよろしくお願いいたします。以上でございます。</p>
<p>平澤会長</p>	<p>これは相互乗り入れはやってないのですか。自分の管内の人だけを対象にしてるのですか。他から希望者がいても入れないということですか。</p>
<p>市原市消防局 時田係長</p>	<p>これは市原 MC の単独事業ということで、市原のみの活動となっております。</p>
<p>平澤会長</p>	<p>何かご質問、コメントございますでしょうか。</p> <p>やっていないところは県の消防学校で受けるということで、これだけの人が受けているのでしょうか。よろしいでしょうか、それではこれで報告事項を終わりにして、次に議題に移りたいと思います。それでは議題 1 「指導救命士について」事務局からご説明をお願いします。</p>
<p>事務局 議題 1</p>	<p>議題 1 をご覧ください。「指導救命士について」御説明いたします。</p> <p>この議題については、前々回の第 17 回県 MC 協議会の時にその他の議題として継続協議とされているものです。</p> <p>指導救命士制度の概要について前々回と重複しますがご説明いたします。</p> <p>消防庁では、平成 22 年度の「救急業務高度化推進検討会」において、全国で一定の質が担保された救急業務を行うためには、指導的立場の救急救命士や救急隊員の教育について全国で統一された指針が必要であるとされました。</p> <p>これを受けて、平成 24、25 年度の「救急業務に携わる職員のあり方に関する作業部会」において、救急救命士、救急隊員、通信指令員の救急に係る教育について検討を行い、平成 25 年度末に「救急業務に携わる職員の生涯教育の指針 Ver. 1」を策定したところです。</p> <p>さらに、「救急業務に携わる職員の生涯教育のあり方について」（平成 26 年 5 月 23 日付け消防教第 103 号消防庁救急企画室長通知）が発出され、県 MC 協議会、地域 MC 協議会、消防本部において、積極的に指針を活用した教育が実施されるよう、周知依頼があったところです。</p> <p>続きまして、資料 4-1 をご覧ください。</p>

1の指導救命士の必要性についてですが、救急現場という病院内と異なった環境で行う現場活動に関する教育を経験豊富な救急救命士が行うことで、救急業務の質の向上と消防本部や医療機関の教育負担軽減に資することから、指導救命士の必要性が高まっているため、今後、各地域においても指導救命士を中心とした教育指導体制の構築など、必要な取組を図られたいとされています。

2の指導救命士の役割例として、「メディカルコントロール体制の中で、医師と連携して救急業務を指導する者」として、救急救命士をはじめ所属職員への教育・指導役や、消防本部とメディカルコントロール協議会とのつなぎ役としての役割が期待される、としています。要件につきましては後ほど説明いたします。

指導救命士の概要説明は以上です。

次に資料4-2をご覧ください。

平成26年に消防庁から通知があった後の全国での導入状況についてご報告します。

消防庁が平成27年度に実施した「救急救命体制の整備・充実に係るアンケート」によりますと、平成27年8月1日現在、全国で石川、山梨、三重、奈良、鳥取、熊本の6県が指導救命士の制度を導入したと回答しております。

更に消防庁からは今年の2月時点で山口県、島根県が導入したと聞いております。

また、関東近県の状況について各県の担当者に聴き取りを行ったところ、東京都が既存の制度を継続させるとした以外はいずれも未定であるとの回答でした。

次に資料4-3をご覧ください。

前回、県MCにて指導救命士のインセンティブについてご意見をいただいたところですが、給与や人事評価といった点でのインセンティブについては、消防本部はそれぞれの自治体の条例で給与等を定めており、指導救命士の認定によって一律に昇任、昇格、人事評価への加点と連動することは困難であります。

先行して制度を導入している山梨、山口、熊本に対し、参考としてインセンティブについての聴き取りを実施しました。

結果、インセンティブとして認定証とエンブレム以外に導入している事例はなく、議論としてインセンティブの話はでたが、認定にあたり導入していないとの回答でした。

ただし、エンブレムは消防本部により服装に関する規定があり、義務付けできないこと。救急救命士の再教育時間数として今後検討していくとの意見もありました。

次に資料4-4をご覧ください。

国の示している指導救命士の要件についてまとめております。

- 1 救急救命士として、通算5年以上の実務経験を有する者
- 2 救急隊長として、一定の施行経験を有する者
- 3 特定行為について、一定の施行経験を有する者
- 4 医療機関において、一定の期間の病院実習を受けている者
- 5 消防署内の現任教育、講習会等での教育指導、学会での発表など、教育指導や研究発表について豊富な経験を有する者
- 6 必要な養成教育を受けている者、もしくは一定の指導経験を有する者
- 7 所属する消防本部の消防長が推薦し、都道府県メディカルコントロール協議会が認める者となっております。

	<p>このうち、(3)「一定の施行経験」として国が参考値の計算方法を示しております。</p> <p>千葉県の平成26年のデータについて同様の計算を行ったところ、参考値26に対し、千葉県は25.5となり、ほぼ同等となっております。</p> <p>更に(4)の病院実習や(6)の一定の指導経験につきましても、県として検討していく必要があります。</p> <p>消防庁にこの要件の考え方について伺ったところ、国の示したものであって、あくまでも県が決めることであるが、示した7つの項目については、国の基準を上回ったり、下回ったりしてもすべて満たすような要件が望ましいとの意見をいただいております。</p> <p>本日、委員の皆さまにご意見をいただき、地域MCとも協議していき、指導救命士の要件の方向性を作りたいと考えております。事務局からは以上です。</p>
平澤会長	<p>ありがとうございました。千葉県ではご承知のように、千葉市ではやっているのですが、全県的にやっているのは、このページにあります6県だということなんですね、いろいろな条件が国から示されておりますが、それをどういうふうに解釈するかということを含めまして何かご意見をいただければと思います。</p> <p>これはそうすると全県で同じということではなくて、県でおおよそ検討して更に詳細は各地域MC協議会で変更していい、そういうことでいいのですか。</p>
事務局	<p>事務局でございます。県内においても各地域の実情というものが異なることがあると思いますので、各地域MCでの基準というものがあり、既に進めているところもありますので県の一定の基準のあと、各地域での基準というものが設けられてもそういう形で進めていければと考えております。以上でございます。</p>
平澤会長	<p>ということなんですが、何かご意見ございますでしょうか。</p> <p>先ほど申し上げたように千葉市ではやっているわけですが、千葉市の条件はこういう感じでしょうか。何か教えていただければと思いますが。</p>
千葉市消防局 梅澤課長補佐	<p>千葉市救急業務検討委員会、千葉市消防局の梅澤でございます。</p> <p>要件なんですが、国では救命士経験が5年と隊長歴5年ですが、千葉市では10年という形になっております。他に選考方法としましては階級を指定してしまったり、論文、指導技法、面接というような形で指導救命士として認定をしているところでございます。以上でございます。</p>
平澤会長	<p>そうすると国の基準より千葉市は厳しいということですか。</p>
千葉市消防局 梅澤課長補佐	<p>そうですね、10年というところだと倍となりますので、これは今後国に準拠したような形で、指導救命士の選考要件として10年ではなく5年として平成28年度から運用する予定でございます。</p>
平澤会長	<p>ご意見ございますか、この人数というのは何か基準があるのですか、どのくらいの一</p>

	<p>般の救命士に対し、指導救命士が一人いたほうが望ましいとか、資格を満たせば何人でもいいよとか、その辺はどうでしょうか。</p>
事務局	<p>事務局でございます。国から示されている要件に一定の割合だとか、数が何人というような基準というのは設けられておりません。以上でございます。</p>
平澤会長	<p>そういうことだそうです。インセンティブもなく、エンブレムだけ作ればいいから何人いてもいいんだという感じがしないでもないですが。</p> <p>よろしいでしょうか、そうするとここで決めておかなければならないのは、国の要件が出てますから千葉県としてはこれに則った形で、各 MC で基準を決めていただければいいですよ確認したということよろしいでしょうか。</p>
事務局	<p>ありがとうございます。そのような形でよろしくお願いします。また各地域 MC にはご意向を伺いたいと思います。</p>
平澤会長	<p>よろしいでしょうか、特段に意見がなければこれに則ってご検討いただければというふうに思います。</p> <p>それでは続きまして議題の 2 に移りたいと思います。「千葉県のドクターヘリ搬送患者の傷病程度について」事務局から説明をお願いします。</p>
事務局（医療整備課） 議題 2	<p>県医療整備課の江口と申します。よろしくお願いたします。それでは議題 2 の資料をご覧くださいと思います。千葉県のドクターヘリ搬送患者の傷病程度についてご説明いたします。</p> <p>この協議につきましましては前回の第 18 回県 MC 協議会の時に、その他の議題として提起されておりまして、調査の上報告するものとされておりまして。</p> <p>前回の協議会では千葉県でのドクターヘリ導入から 10 年以上が経過しておりまして搬送の内容や効果的な運用について見直す時期に来ているのではないかと、またそのデータを収集し、ドクターヘリ運営協議会とは別に本協議会で検討すべきではないかなどのお話があったかと思っております。そのため今回は千葉県でおこなっております救急搬送実態調査からドクターヘリ要請をおこなった事例を抽出させていただいて資料を作成いたしました。資料 5 になりますのでそちらをご覧くださいと思います。</p> <p>資料 5 でございますけれども、軽症・中等症・重症・死亡の傷病程度に分けておりまして、それぞれの件数と割合を表示したものでございます。</p> <p>傷病程度は、搬送先医療機関での診断となっております。患者の搬送につきましましてはドクターヘリの医療スタッフ接触後、ドクターヘリにより搬送されたもの、救急車により搬送されたもの両者が含まれております。傷病程度の割合の下に各傷病程度の患者の転帰を記載しております。転帰は搬送後入院、外来のみ、転院の患者の件数、割合を表示しております。表は上から平成 25 年度、24 年度、23 年度のデータとなっております。</p> <p>表の説明をさせていただきます。年度の変化を見ますと、年々中等症の割合が減少し</p>

<p>平澤会長</p>	<p>ている一方で重症の割合が増加している状況にあります。また、搬送患者の転帰については年度による変化はあまりないですが、軽症患者の8割以上が外来のみである一方、中等症、重症の9割前後は入院となっているような状況でございます。</p> <p>本日、委員の皆様にご意見をいただきまして、運航体制や要請基準についてドクターヘリ運営協議会とも協議しながら検討をおこなってまいりたいと考えておりますのでご審議のほどよろしく申し上げます。以上で説明を終わります。</p> <p>今データをご説明いただきました、これは2ヶ月のデータですからそれを単純に6倍したらいいということではないですが、2ヶ月のデータだということをお含みの上、ご意見をいただきたいと思えます。</p> <p>どうでしょうか、これは基地がある北総と君津の先生にご意見を伺いたいと思えます。益子先生どうですか、このデータは。</p>
<p>益子委員</p>	<p>日本医大北総病院の益子です。代理出席という形で発言させていただきますが、いま提示いただいたデータは最新のものではございませんので、このあと更に状況は変わっているかもしれません。昨今、軽症・中等症の割合が増えているという話がいろいろなところから出るわけですが、その辺は2つの共同指令センター化が非常に大きなきっかけになっていると私は判断しております。</p> <p>共同化にあたり、軽症を多く拾い上げるというよりは重傷を取りこぼしなく、なるべく早期にディスパッチしようという試みで我々も共同指令センターとやってきておりまして、最終的にそれがいいのか悪いのかというデータは出てきておりませんが、実際にどういうキーワード、どういう時間経過でディスパッチがされているのかという点については、今月から共同指令センターと指令内容をチェックシートを用いて、データを解析していくということを始めの予定でおります。</p>
<p>平澤会長</p>	<p>北村先生、何か意見ありますか。</p>
<p>北村委員</p>	<p>搬送患者の重症度はこの表を見ますと次第に増えていって、軽症中等症が減ってきている。一時期ドクターヘリが始まった頃、全ての患者さんを網羅して増やしていこうとする、いわゆるキャンペーンのような形で活動していた時期から、次第に目を肥やして大事な人だけを運んでいこうという、ある程度制限をかけた活動になってきているのではないかなと思います。全国的にも少し考えていかないといけないと言われてるところです。</p> <p>益子先生のほうからお話のあったように一方で症例をひっかけるため、できるだけ早く患者と接触するためのキーワード方式を数年前から取り始めたのですが、キャンセルも増えてきていることは事実なんです。それがいいことなのか悪いことなのか、消防としてはキーワードを引っかけてやることはわかりやすいし、呼びやすい。一方でそのとおりやっていくとオーバートリアージも増えていく可能性があるということで、今までやってきたことを解析して、実際今のままでいいのか、あるいはもう一つ踏み込んだキーワードにするのがいいか、キーワードを無くしている地域もありますので、そういうこ</p>

	とを踏まえてワーキングを作って、ドクターヘリ運営協議会で揉んでいこうということに今なっているところです。
平澤会長	先生の言うキャンセルの定義をもう一回皆さんに確認してください。
北村委員	<p>キャンセルは2つありますけども、1つは離陸後のキャンセルで、主に覚知要請の場合が多いのですが、消防のほうで119番通報を市民から受けて、キーワードに引っかかった時点で消防がドクターヘリを要請すると、ただ次第に飛んでくる最中で重症度がはっきりしてきて、これはドクターヘリが必要ないと判断された場合にキャンセルを受けて引き戻す、これが離陸後のキャンセルという定義になります。</p> <p>離陸前にキャンセルを受ける時もあるのですが、多くが離陸後のキャンセルという意味でキャンセルという言葉は使われております。</p>
平澤会長	ランデブーポイントに行ったけれども収容しなかったケースは結構あるのですか。割合としては。
北村委員	それはほとんど無いですね。
平澤会長	<p>今は基地のある病院からご意見いただきましたが、受ける側のほうで何かご意見ございますか。ドクターヘリで運んだ人を受ける側の施設としては。</p> <p>だんだん精度が上がってきて、理想的には外来のみなんて人があまりいなくなればいいですね。それでドクターヘリ運営協議会でいつ見直しというか再検討をするのですか、決まっているのでしょうか。</p>
北村委員	今月上旬に運営協議会が開かれて、その席でワーキングを作って揉んでいこうと決まったところですので、来年度早々にワーキンググループを作って、まず資料集め、そして今年度中くらいにはしっかりとしたデータは出していこうかなと思います。
平澤会長	ありがとうございます。私はその運営協議会の正確な構成メンバーを把握してないのですが、受ける側の病院の代表を何人か入れていただき、検討していただければいいと思うのですが、今はそういう形の人が入っているのですか。
北村委員	運営協議会には各救急救命センターの代表は入っております。
平澤会長	それならばいいですね、川越先生、何かご意見ありますか。
川越副会長	県医師会の川越です。ドクターヘリを運営していただいている2つの病院の先生方には感謝申し上げます。以前に比べると重症者も増えてきましたし、かなりいい運営になってきているだろうと思います。要は少年期を過ぎて青年期に入ってきて、いい仕事が出来てこないといけないのだろうと思います。

	<p>一件、うちの病院で起こったことなのですけども、透析終わるときに心肺停止になって、蘇生をして、クリニックだったので救急車をお願いしたときに、受け手の病院が無かったのです、そうしたら隊長がドクターヘリを呼んだんです。そしたらずっと入ってしまったんです。それは隊長が賢かったのだろーと思いましたが、でも正解かと言われると自分でもわかりませんが、ドクターヘリの先生方も苦勞されているのかもしれないし、受け手側も苦勞されているのだと思うんです。</p> <p>重症だと思って運んでこられたら、軽症で外来のみになってしまったということもあるんだろーと思います。</p> <p>そういったことを一つ一つ事後検証できて、MC協議会で救急車の事後検証やっているようなことが、全てをやるのは無理かもしれませんが、ピックアップした症例だけでもやっていけるようなことがおこなわれていけたら、そろそろいいのじゃないかと思っているのですが、その辺のお考えはお持ちなんでしょうか、行政の方たち。</p>
平澤会長	<p>今はドクターヘリに関して事後検証やっていないのですか。院内ではなく組織としてどうか。</p>
北村委員	<p>組織としてはやっていないです。自分のMCの中でドクターヘリ要請をかけて運んだ症例に関してはやっているのですが、県全体としての症例に対して組織的に検証はやっておりません。</p>
平澤会長	<p>年間1500くらいでしたか、今は。</p>
北村委員	<p>1600くらいです。</p>
平澤会長	<p>それを全てやるのは大変でしょうけど、抽出しても事後検証をやったほうがいいかもしれませんね。何かご意見ございますか。</p> <p>それでは運営協議会のほうでも見直しをする、特に指令センターが2つに別れて集約されてしまいましたので、それはそれでいいことだと思うのですが、その影響もあるというご意見もありましたので、今後より効果的なドクターヘリの使用について、受け側の病院も含めて、検討いただければと思います。</p> <p>よろしいでしょうか、はい。</p>
庄古委員	<p>松戸市立病院の庄古です、今ドクターヘリが搬送してない市町村が松戸市と浦安市だと思うのですが、病院が数多くあって、覚知から病院着まで30分以内がほとんどで、もちろんドクターヘリは非常に有効ですし、医師が早くから治療を開始するという事は非常に有意義だとは思いますが、地域によってはあまり必要とされていない地域もあると、病院の真横で心肺停止の患者がいて、ドクターヘリが飛んでくるのはおかしいわけで、現場の指令室の方の意見を聞くと呼んでいいものか、呼ばなくていいのか非常に困っていると。</p> <p>やはりこの地域は直近なので必要ないとか、今はキーワードだけで選択されてます</p>

平澤会長	<p>が、ある程度マッピングをして、この地域はドクターヘリの場所だ、この地域で重症患者が出たらドクターヘリの場所だと、もう少し明確にしてあげないと指令室の人たちが可哀想で、非常に困っていらっしゃるという状況がありますので、その辺も協議会のほうで揉んでいただくと、現場の方々はストレスが少なくなるのではないかと考えております。</p> <p>大変いいご意見ありがとうございます。実際に我々のところの地域でも、明らかに救急車で来たほうがいいのにキーワード方式で引っかけてしまって、ドクターヘリが出動してランデブーポイントまで行って、うちの病院に運んでくるということがある訳です。</p> <p>だから全県一律的にキーワード方式ではなくて、キーワード方式でやりつつ、それを適応しない地域というようなことも、運営協議会で考えていただければいかがかというご意見だったので、それはどうですか。</p>
北村委員	<p>追加ですけども、共同指令センターが始まる時に、特に覚知要請に関しては例えば病院から10キロ以内とか、5キロ以内とか、あるいは病院が近い高速道路の入り口付近とかは覚知要請をしないという取り決めを作りました。</p> <p>ただそれを運営してる地域というのは県内でも5、6地域しかないので、それを含めてもう一度</p>
平澤会長	<p>それはMCの地域ということなのか、市町村ということなのか。</p>
北村委員	<p>市町村になると思います。MC単位で投げかけはしたはずなのですが、主に病院の周辺ということになりますので、3次病院の周辺で近いところは覚知要請をしないという地域をいくつか設けたところなんです。ただそれが全ての地域に出来てるわけではないので、今後ワーキングで揉んでいく時にそれも含めていかに早く病院に着くか、医者の方に委ねるには何が早いかが一番の問題で、それは陸送だろうがドクターヘリだろうが目的は一緒になると思いますのでそれを含めて検討したいと思います。</p>
平澤会長	<p>よろしく願いいたします。</p> <p>他にご意見ございますか。地域によってもだいぶ違いますね、広いところもあるし、密集しているところもありますので。他にドクターヘリの運用に関して、どうぞ。</p>
岡本委員	<p>順天堂大学浦安病院の岡本でございます。私どもの管轄する浦安においては、ほとんどドクターヘリが必要となるような事案は発生していません。それと2年前からラピッドカーを運用していて、市川と浦安を平日限定なのですが運用しています。</p> <p>市川でキーワードにかかるような事案が発生した場合は、ラピッドカーとドクターヘリが同時要請になって、早く着いたほうが持っていくというような運用の方向になってまして、それにより市川エリアでのキャンセル率が他の地域に比べ高くなっているという状況が発生しています。いままでお話が出たように今後はドクターヘリを単純なキーワ</p>

平澤会長	<p>ードで決めるのではなく、地域の特性や救急医療の需給状態を十分配慮したうえでの運用方法を決めてもらうのがいいのかなと思います。</p> <p>そうですね。はい、よろしいでしょうか。</p> <p>今のご意見を伺っても、この前の県の災害医療の委員会でもドクターヘリの出動回数 の目標が1700件というのもありましたけど、ああいう目標を作ること自体が 今のご意見を伺ってナンセンスみたいな気がしますので、その辺りはまたご検討いただ ければと思います。</p>
庄古委員	<p>松戸市立病院の庄古ですが、今地域と言いましたが、逆に我々のところでも多数傷病 者というものが出る可能性はあります。そういう時は分散搬送が必要です。</p> <p>先日の流山鉄道の列車事故ですとか、そういうときに本当に喉から手が出るほどドク ターヘリに来てほしいなという場面も数多くありますので、そういう災害とか多数傷病 者のときにはぜひご協力いただきたい、平常時と分けて話し合いをしていただきたいな と思います。</p>
平澤会長	<p>ありがとうございます。よろしいでしょうか。</p> <p>亀田先生、何かご意見ありますか。房総のほうはよろしいですか。</p> <p>それではドクターヘリに関してはこれでよろしいでしょうか。</p> <p>次に移りたいと思いますが事務局から。</p>
事務局（医療 整備課）	<p>ここから先は千葉県救急業務高度化推進協議会の傍聴要領第2条によりまして、非公 開による議事進行をお願いしたいのですけれども。</p>
平澤会長	<p>わかりました。そうすると退席していただく方はいらっしゃいますか、今日はいらっ しゃらないですね。それでは非公開ということで議事進行したいと思います。</p> <p>(議題3については非公開)</p>
平澤会長 事務局	<p>それでは事務局にお返しいたします。</p> <p>議事の進行ありがとうございました。</p> <p>また、委員の皆様には、長時間に渡りご議論いただきありがとうございました。</p> <p>なお、協議3及び資料6-1から6-4につきましては、回収させていただきますので、机の上に置いたままにしてください。</p> <p>これをもちまして、「第19回千葉県救急業務高度化推進協議会」を閉会といたします。</p>