

令和7年度第2回千葉県救急業務検討委員会

日時:令和8年1月14日(水)

15時00分～17時00分

場所:千葉県消防局(セーフティーちば)
6階「作戦室」

次 第

1 開会

2 議事概要報告

「令和7年度第2回千葉県救急業務検討委員会」議事概要

3 議題

議題 救急隊現場活動マニュアル「周産期救急プロトコール」について

4 報告

ア 報告1 回転翼航空機によるドクターピックアップ方式での救急活動実施要領の一部改正について

イ 報告2 救急隊現場活動マニュアル「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投与プロトコール改正」に伴う結果について

ウ 報告3 救急救命士の処置範囲拡大に向けた実証事業の経過について

エ 報告4 マイナ保険証を活用した救急業務の円滑化を図るためのマイナ救急システムの実証事業の経過について

オ 報告5 千葉県「千葉県搬送困難事例受入医療機関支援事業」について

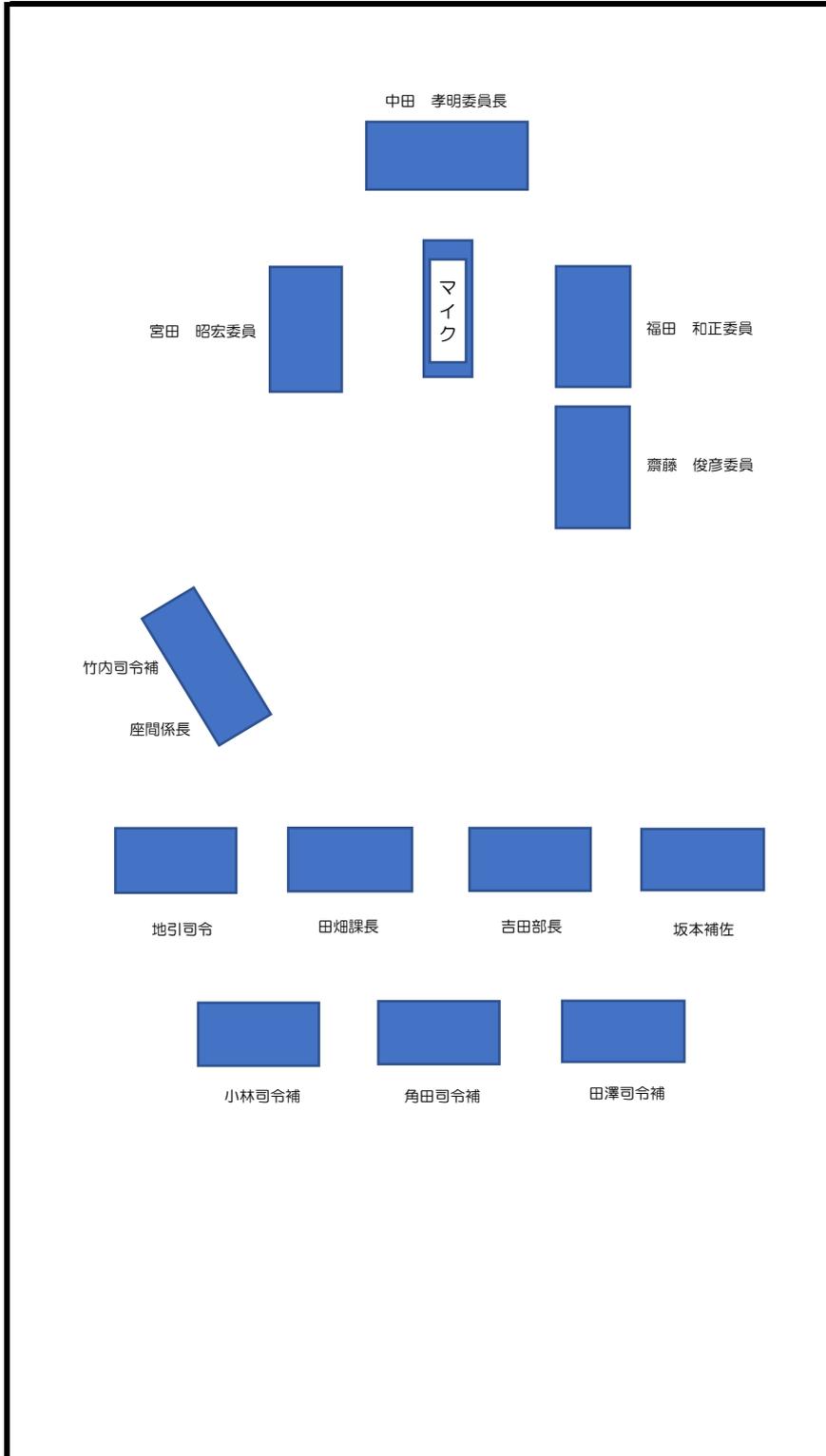
カ 報告6 令和7年度事業報告について

5 その他

令和8年度第1回千葉県救急業務検討委員会の開催予定等について

6 閉会

令和7年度第2回千葉市救急業務検討委員会席次表



【Web参加委員】

中田 泰彦委員
涌井 健治委員
吉岡 茂委員
六角 智之委員
津田 克彦委員
東田 かすえ委員
金敷 美和委員

【Web参加オブザーバー】

千葉県防災危機管理部消防課 消防指導室長 石井 蒼洋
千葉県健康福祉部医療整備課 医療体制整備室長 丸 孝一
千葉県健康福祉部医療整備課 副主査 伊藤 秀樹
千葉市保健福祉局 医療衛生部医療政策課 課長 串間 琢郎
千葉市保健福祉局 医療衛生部医療政策課 主査 野田 将生

令和7年度第2回千葉市救急業務検討委員会出席者一覧

【委員】

No.	所 属	役 職	氏 名	備 考
1	千葉大学大学院医学研究院救急集中治療医学	教授	中田 孝明	来庁
2	千葉大学医学部附属病院	看護師長	東田 かずえ	遠隔
3	国立病院機構千葉医療センター	病院長	古川 勝規	欠
4	千葉県総合救急災害医療センター	病院長	宮田 昭宏	来庁
5	千葉県総合救急災害医療センター	看護局長	金敷 美和	遠隔
6	千葉中央メディカルセンター	院 長	齋藤 俊彦	来庁
7	千葉脳神経外科病院	病院長	湧井 健治	遠隔
8	千葉メディカルセンター	病院長	福田 和正	来庁
9	みつわ台総合病院	病院長	中田 泰彦	遠隔
10	山王病院	病院長	谷嶋 隆之	欠
11	千葉市医師会	副会長	中村 真人	欠
12	千葉市医師会	救急・災害医療担当理事	津田 克彦	遠隔
13	千葉市立海浜病院	病院長	吉岡 茂	遠隔
14	千葉市立青葉病院	病院長	六角 智之	遠隔

【オブザーバー】

No.	所 属	役 職	氏 名	備 考
1	千葉県防災危機管理部消防課	消防指導室長	石井 馨洋	遠隔
2	千葉県健康福祉部医療整備課	医療体制整備室長	丸 孝一	遠隔
3	千葉県健康福祉部医療整備課	副主査	伊藤 秀樹	遠隔
4	千葉市保健福祉局医療衛生部医療政策課	課長	申間 琢郎	遠隔
5	千葉市保健福祉局医療衛生部医療政策課	主査	野田 将生	遠隔

【事務局】

No.	所 属	役 職	氏 名	備 考
1	消防局警防部	部長	吉田 利也	
2	消防局警防部救急課	課長	田畑 達昭	
3	消防局警防部救急課	課長補佐	坂本 剛	
4	消防局警防部救急課	救急管理係長	地引 悟	
5	消防局警防部救急課	高度化推進係長	座間 洋明	
6	消防局警防部救急課	消防司令補	竹内 裕一	
7	消防局警防部救急課	消防司令補	田澤 英明	
8	消防局警防部救急課	消防司令補	角田 裕昭	
9	消防局警防部救急課	消防司令補	藤村 実儀	
10	消防局警防部救急課	消防司令補	小林 和雅	
11	消防局警防部救急課	消防士長	鈴木 臨太郎	

【聴講者】

No.	所 属	役 職	氏 名	備 考
1	総務部施設課	消防司令補	荻須 裕貴	遠隔
2	航空課	消防司令	竹内 達也	遠隔
3	航空課	消防司令補	加藤 謙治	遠隔
4	航空課	消防司令補	木村 太郎	来庁
5	中央消防署	消防司令	立野 政和	遠隔
6	中央消防署	消防司令補	玉井 伸吾	来庁
7	中央消防署	消防司令補	船岡 達広	遠隔
8	中央消防署	消防士長	森 雅仁	遠隔
9	中央消防署蘇我出張所	消防司令	外山 尚	遠隔
10	中央消防署蘇我出張所	消防士	村重 誠将	遠隔
11	中央消防署蘇我出張所	消防士	半澤 航哉	遠隔
12	中央消防署蘇我出張所	消防士	亀田 慎一郎	遠隔
13	中央消防署生浜出張所	消防士長	中村 亮平	遠隔
14	花見川消防署	消防司令補	川瀬 晃樹	遠隔
15	花見川消防署畑出張所	消防司令	小出 英司	遠隔
16	花見川消防署畑出張所	消防士長	小澤 悠生	遠隔
17	花見川消防署畑出張所	消防士	安次富 健斗	遠隔
18	花見川消防署作新出張所	消防士	佐藤 寛太	遠隔
19	花見川消防署作新出張所	消防士	盛田 健心	遠隔
20	稲毛消防署	消防司令	松江 幹夫	来庁
21	稲毛消防署	消防士長	豊野 拓也	遠隔
22	稲毛消防署	消防士長	佐藤 亮太	遠隔
23	稲毛消防署	消防士	多賀 捺芽	遠隔
24	稲毛消防署西千葉出張所	消防司令補	吉田 悠	遠隔
25	稲毛消防署西千葉出張所	消防士長	後藤 陸	遠隔
26	稲毛消防署西千葉出張所	消防士長	青野 健太	遠隔
27	稲毛消防署西千葉出張所	消防士	鈴木 秀斗	遠隔
28	若葉消防署	消防司令	新見 宏之	来庁
29	若葉消防署殿台出張所	消防司令	田畑 隆司	遠隔
30	緑消防署	消防司令補	佐久本 翔	遠隔
31	緑消防署菅田出張所	消防司令補	須田 亮	遠隔
32	緑消防署菅田出張所	消防司令補	菅原 翔	遠隔
33	緑消防署菅田出張所	消防士	江口 俊兵	遠隔
34	緑消防署土気出張所	消防司令	根本 忠夫	遠隔
35	緑消防署土気出張所	消防司令補	竹村 直哉	遠隔
36	緑消防署越智出張所	消防司令	安武 匡紀	遠隔
37	緑消防署あすみが丘出張所	消防司令	湯浅 克広	遠隔
38	緑消防署あすみが丘出張所	消防司令	丸島 和崇	遠隔
39	緑消防署あすみが丘出張所	消防司令補	渡瀬 大樹	遠隔
40	緑消防署あすみが丘出張所	消防士長	岩瀬 和弥	遠隔
41	緑消防署あすみが丘出張所	消防士長	平野 達也	遠隔
42	緑消防署あすみが丘出張所	消防士長	須藤 睦裕	遠隔
43	緑消防署あすみが丘出張所	消防士	池田 朝陽	遠隔
44	美浜消防署	消防司令	須貝 正孝	遠隔
45	美浜消防署	消防司令	川畑 耕治	遠隔
46	美浜消防署	消防司令補	外間 浩晃	遠隔
47	美浜消防署	消防士長	丸 奨也	遠隔
48	美浜消防署	消防士	梶田 智則	遠隔
49	美浜消防署高浜出張所	消防士	本田 雄万	遠隔
50	美浜消防署打瀬出張所	消防士	寺田 有希	遠隔

令和7年度第1回千葉市救急業務検討委員会

議 事 概 要

1 日 時 令和7年7月2日（水） 15時00分から16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）6階 作戦室

3 出席者

(1) 委 員（10人）

中田 孝明委員長、古川 勝規委員、湧井 健治委員、中田 泰彦委員、
福田 和正委員、齋藤 俊彦委員、津田 克彦委員、六角 智之委員、
吉岡 茂委員、東田 かずえ委員

(2) 事務局

吉田警防部長、田畑救急課長、坂本救急課長補佐、地引救急管理係長、
座間高度化推進係長、竹内司令補、田澤司令補、角田司令補、藤村司令補、
小林司令補、鈴木士長

(3) オブザーバー

千 葉 県：石井室長（防災危機管理部消防課）
木川室長（健康福祉部医療整備課）
伊藤副主査（健康福祉部医療整備課）
千 葉 市：串間課長（保健福祉局医療衛生部医療政策課）
塩原補佐（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）
辺見主事（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6年度第2回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

(2) 議題

議題 救急隊現場活動マニュアル「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者」
について

(3) 報告

- ア 報告1 救急隊現場活動マニュアルの改正について（周産期救急プロトコール）
- イ 報告2 救急救命士の処置拡大に向けた実証事業の経過について
- ウ 報告3 マイナ救急に係る実証事業への参加について
- エ 報告4 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」への意見提出について

(4) その他

令和7年度第2回千葉市救急業務検討委員会の開催予定等について

5 議事概要

(1) 「令和6年度第2回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

令和7年1月15日(水)に開催された令和6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7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

議題 救急隊現場活動マニュアル「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者」について

事務局から、救急隊現場活動マニュアル「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者」について説明があった。審議の結果、事務局案である「新たな血糖測定の対象者は、意識障害(JCS \geq I-1)が認められる傷病者」ということで承認された。

(3) 報告

ア 報告1 救急隊現場活動マニュアルの改正について(周産期救急プロトコール)について、事務局から報告があった。

イ 報告2 救急救命士の処置拡大に向けた実証事業の経過について、事務局から報告があった。

ウ 報告3 マイナ救急に係る実証事業への参加について、事務局から報告があった。

エ 報告4 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について、事務局から報告があった。

(4) その他

令和7年度第2回千葉市救急業務検討委員会の開催について、事務局から説明があった。

議題 1

救急隊現場活動マニュアル 「周産期救急プロトコール（案）」について

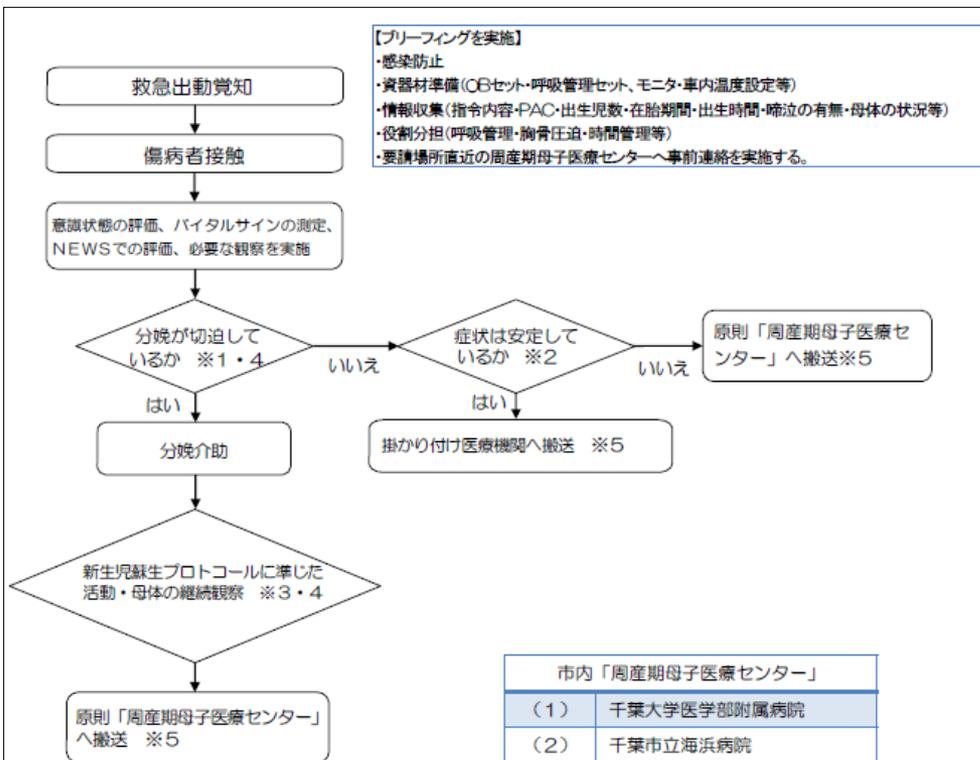
議案要旨

令和6年度、マニュアル・プロトコール専門部会において、新生児蘇生に関するプロトコールを作成し、令和7年4月1日より運用を開始しているところですが、周産期救急に関するプロトコールについての整理も不可欠であることから、新生児蘇生プロトコールに繋がるよう周産期救急に関するプロトコールを改正することについて、令和7年度第1回救急業務検討委員会で報告しました。

今回、マニュアル・プロトコール専門部会から上程された周産期救急プロトコール（案）について、御審議をお願いいたします。

- 資料1 【案】周産期救急プロトコール(アルゴリズム)
- 資料2 【案】周産期救急プロトコール
- 資料3 【旧】周産期救急への対応

現在の周産期救急のプロトコール



アルゴリズムは策定されているが、周産期救急、特に分娩介助等の手順や手技についての記載はない。

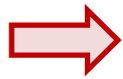
新生児蘇生プロトコールは出生直後の児のみを対象としており、母体に関する記載はない。

- ※1 母体の会陰部から児頭の確認、陣痛の間隔を確認し、分娩が切迫しているならば、救急現場及び救急車内での分娩を考慮する。
- ※2 以下の症状がある場合は、対応可能な三次救急医療機関又はそれに準ずる医療機関へ搬送する。なお、(1)～(5)の症状が確認できる場合は、積極的に子癇・HELLP症候群を疑い活動すること。
 - (1) 激しい頭痛、激しい耳鳴り、痙攣等の脳神経症状
 - (2) 視野障害、めまい等の眼症状
 - (3) 悪心、嘔吐、激しい腹痛等の消化器系症状
 - (4) 意識障害
 - (5) ショック症状
 - (6) 多量の性器出血
 - (7) 性器から持続出血を伴う腹痛
 - (8) 救急隊員が必要と判断した場合
- ※3 母体を観察するとともに、新生児の評価は、新生児蘇生プロトコールに準じて実施し、出産から5分後にはアプガースコアで評価する。なお、出産後も子癇・HELLP症候群の症状が出現しうるので注意すること。
- ※4 新生児搬送のため必要に応じ、救急車の増隊を考慮する。
- ※5 正常な呼吸または確実な脈拍がある場合には、妊娠子宮による腹部大血管の圧迫解除をするため左側臥位を考慮する。また妊娠後半（概ね妊娠20週以降）の妊婦のCPR時に人員が充足している場合は、仰臥位で蘇生行為の質を保ちながら用手的子宮左方移動を行う。

背景

- 救急隊が分娩介助に遭遇する機会が稀
- プロトコールが無く訓練機会が少ない

→知識・技術・経験の不足



苦手意識

- 病院側は救急隊のプロトコールを知らない
- 病院側は救急隊の知識、技術のレベルを知らない



共通認識・相互理解の不足

新たな周産期救急プロトコール

アルゴリズム

周産期救急プロトコールに加え分娩介助プロトコールを作成
救急隊が苦手意識を持っている、分娩介助の手順が理解しやすいように整理

プロトコール

基本的な考え方は、積極的に施設外分娩をさせるのではなく、可能な限り早期に医療機関へ搬送し、施設内で分娩させる

施設外分娩で児がスムーズに娩出されない場合の処置は、侵襲が大きい手技（恥骨結合やや頭側下腹部の圧迫）を実施しない

参考図書

病院前救護のための産科救急トレーニング（中外医学社）
救急救命士標準テキスト第11版（へるす出版）
助産師基礎教育テキスト2025年版 第5巻（日本看護協会出版会）
助産学講座7 助産診断・技術学Ⅱ（医学書院）

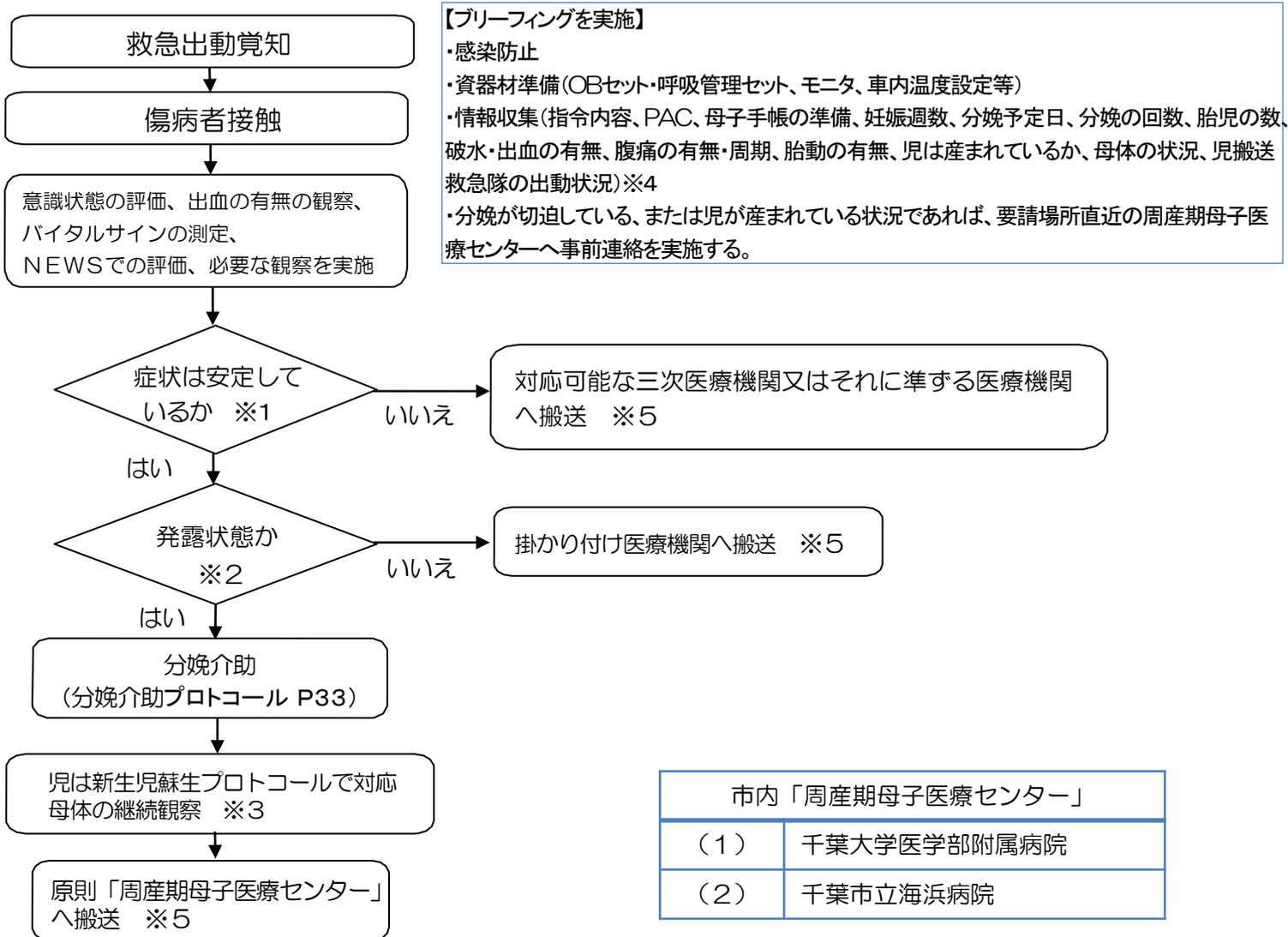
周産期救急プロトコール運用開始時期について

教育

- 1 個別手技、一連の隊活動の動画作成(千葉市動画共有サイトや限定公開YouTubeに掲載)
- 2 WEB用教育資料を作成(C-Learning(千葉市学習管理システム)に掲載)
- 3 千葉市消防学校での集合教育
- 4 指導救命士の指導のもと各署で活動訓練
- 5 千葉大学医学部附属病院の協力のもとBLSOコースの受講推進

運用開始

令和8年4月1日より運用開始予定



【ブリーフィングを実施】

- ・感染防止
- ・資器材準備 (OBセット・呼吸管理セット、モニタ、車内温度設定等)
- ・情報収集 (指令内容、PAC、母子手帳の準備、妊娠週数、分娩予定日、分娩の回数、胎児の数、破水・出血の有無、腹痛の有無・周期、胎動の有無、児は産まれているか、母体の状況、児搬送救急隊の出動状況) ※4
- ・分娩が切迫している、または児が産まれている状況であれば、要請場所直近の周産期母子医療センターへ事前連絡を実施する。

※1 以下の症状がある場合は、対応可能な三次救急医療機関又はそれに準ずる医療機関へ搬送する。なお、(1)～(5)の症状が確認できる場合は、積極的に子癇・HELLP症候群を疑い活動すること。

- (1) 激しい頭痛、激しい耳鳴り、痙攣等の脳神経症状
- (2) 眼がチカチカ、見えにくい等の視野障害、めまい等の眼症状
- (3) 悪心、嘔吐、激しい腹痛等の消化器系症状
- (4) 意識障害
- (5) ショック症状
- (6) 気道・呼吸・循環の異常
- (7) 多量の性器出血
- (8) 性器から持続出血を伴う腹痛
- (9) ショックインデックス (脈拍数を収縮期血圧で割った数値) : 1 以上
- (10) 救急隊員が必要と判断した場合

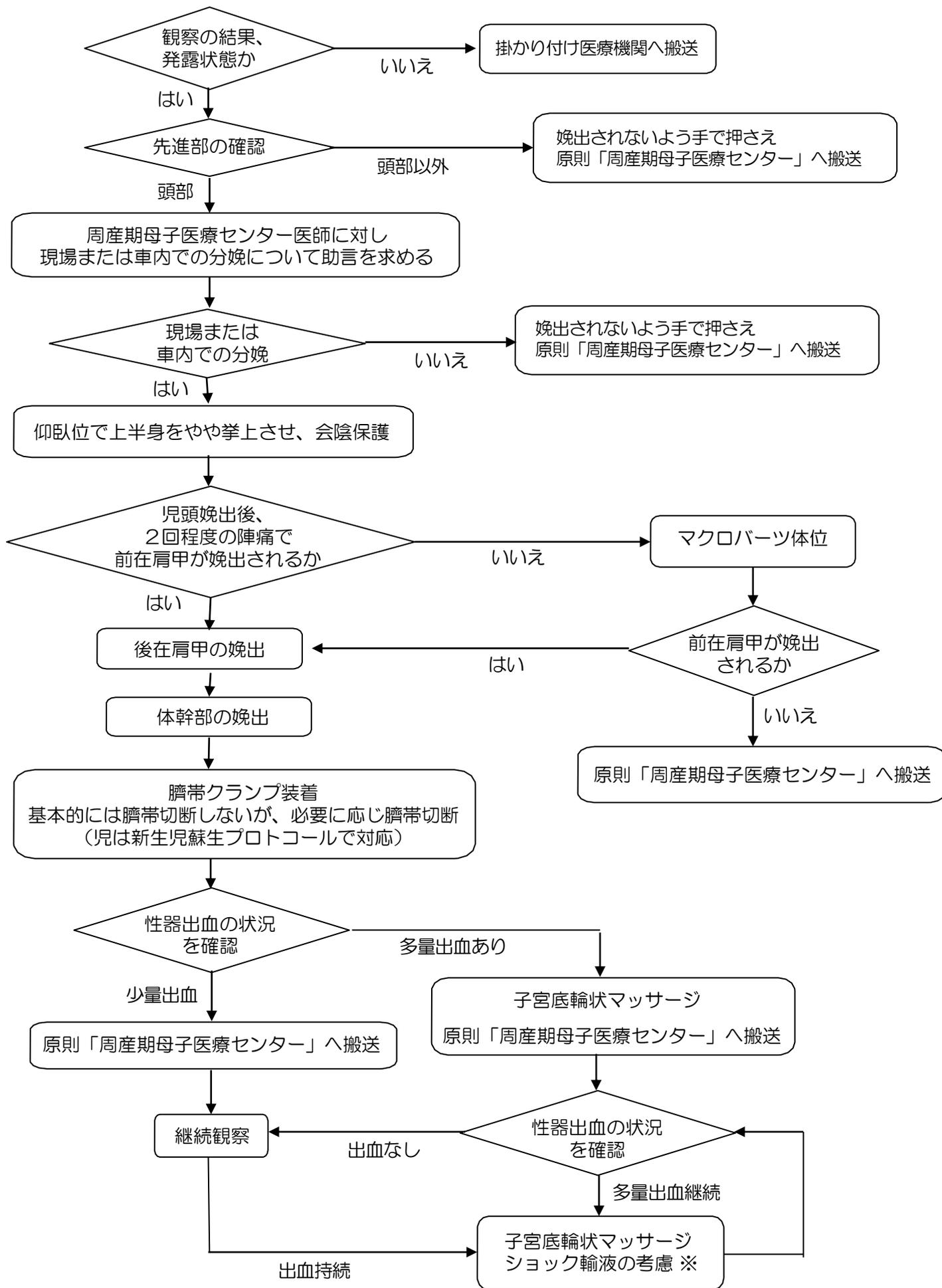
※2 母体の会陰部から児頭の確認、陣痛の間隔を確認し、発露状態であれば、救急現場及び救急車内での分娩を判断する。(車内分娩の場合、安全を優先し車両を停止して対応する。)

※3 母体を観察するとともに、新生児の評価は、新生児蘇生プロトコールに準じて実施し、出産から5分後にはアプガースコアで評価する。なお、出産後も子癇・HELLP症候群の症状が出現しうるので注意すること。

※4 新生児搬送のため必要に応じ、救急車の増隊を考慮する。

※5 正常な呼吸または確実な脈拍がある場合には、妊娠子宮による腹部大血管の圧迫解除をするため左側臥位または本人が楽な姿勢とする。また妊娠後半(概ね妊娠20週以降)の妊婦のCPR時に人員が充足している場合は、仰臥位で蘇生行為の質を保ちながら用手的子宮左方移動を行う。

《分娩介助プロトコール》



※ 出血量の推定にはショックインデックスを活用する
(妊婦のショックインデックス：1は約1.5ℓ、1.5は約2.5ℓの出血量)
ショックインデックス1以上であれば搬送先医療機関へ連絡する

第2章の12「周産期救急プロトコール」

1 はじめに

救急隊が、周産期に関する事案に出動する機会は多くはない、その中でも救急現場や救急車内で分娩介助をする機会は極めて稀である、経験不足から救急隊員の多くが苦手意識を持っている。

本来分娩は生理的現象であり、産婦は産む力・胎児は産まれてくる力を有しているため必ずしも介助が必要とは限らない、しかし産婦や胎児がもつ力を最大限に引き出し、安全な分娩進行とするためには適切な分娩介助が必要である。

救急隊員は周産期に関する疾病の緊急度を判断し適切な医療機関へ搬送すると共に、分娩介助の技術、心理的ケアの必要性を理解することが必要であるが、そのようなプロトコールは存在していなかった。

そこで、先に述べた救急隊員に必要な知識・技術を習得し苦手意識を払拭、医療者と救急隊員の相互理解を構築し母児ともに救命することを目的に、本プロトコールを作成したものである。

【産婦への心理的ケアについて】

出産後の母親の心理的变化には、出産時の状況や新生児の状態が密接に関連している。多くの母親にとって出産は、生涯で最も感動的な瞬間の一つである。出産時の体験について、その苦しさや喜び、救急隊員を含む医療職の対応や言動なども含めて、子どもが成人してもまだ鮮明に覚えていることも多い。

出産体験が満足のいくものであれば、多くの母親は自己肯定感が高まり、育児に向き合うことができる。一方で、施設外分娩や、新生児仮死などの児に異常があった場合など、思い描いていた出産とのギャップや子どもに対して申し訳ない気持ちから自責の念をいだいてしまうことがある。さらに救急隊員等のなげない言動によって傷ついた体験を味わうことがある。

このような、自責の念や傷ついた体験をかかえたまま育児を行うことで、将来母親の自殺や子どもへの虐待に繋がる可能性を考慮し、分娩介助中の励ましや、出産後のねぎらいの声掛け、不安を増強させない説明など産婦に寄り添った接遇を心掛けることが大切である。

2 搬送先医療機関

(1) 症状が安定しない、分娩が切迫している場合

原則「周産期母子医療センター」へ搬送する

ア 千葉大学医学部附属病院

イ 千葉市立海浜病院

(2) 症状が安定しており、分娩が切迫していない場合

掛かり付け医療機関

3 周産期に関する用語

(1) 妊娠週数による分類

- ・ 第1三半期（妊娠初期）：妊娠～13週6日
- ・ 第2三半期（妊娠中期）：妊娠14週0日～27週6日
- ・ 第3三半期（妊娠後期）：妊娠28週0日～

(2) 分娩の進行段階による分類

- ・ 分娩第1期：陣痛開始から子宮口が全開（10cm）するまで
- ・ 分娩第2期：子宮口が全開してから児が娩出するまで
- ・ 分娩第3期：児娩出から胎盤娩出終了まで
（胎盤の娩出は基本的に病院で行う）

(3) 排臨

陣痛のあるときだけ児頭がみえ、陣痛がなくなると見えなくなる状態

(4) 発露

陣痛がなくなっても児頭が引っ込まなくなった状態

(5) 前在肩甲

母体の腹側に位置する児の肩

(6) 後在肩甲

母体の背側に位置する児の肩

4 周産期救急アルゴリズム

(1) 活動のポイント

- ・ 傷病者に接触する前にブリーフィングを行い、感染防止・資器材準備・役割分担を確認する。
- ・ 女性は妊娠の可能性があることを意識する。
- ・ 妊婦傷病者に対する活動では、母体と児の傷病者が複数いるという認識をもつことが重要である。
- ・ 状態が安定しているようにみえても、予兆なしに突然急変して重症化することがあるので注意する。
- ・ 分娩介助する際、急激な娩出を避けるため、分娩終了までいきむ（努責）ことがないように後述する呼吸法でコントロールするよう心掛ける。

(2) 周産期救急プロトコールに基づいた救急活動

■ ブリーフィング

① 感染防止

全ての傷病者に対して「標準予防策（スタンダードプレコーション）」を行う。また、感染症が疑われる場合は、「感染経路別予防策（トランスミッションベースドプレコーション）」を標準予防策に追加し活動する。

② 情報収集

指令内容、PAC、母子手帳の準備、かかりつけ医（未受診の場合は最終月経）妊娠週数、分娩予定日、分娩の回数、胎児の数、破水・出血の有無、腹痛の有無・腹痛の周期、胎動の有無、児は産まれているか、母体の状況、既往歴、児搬送救急隊の出動状況

③ 資器材準備（指令内容やPACの結果で必要と判断した場合）

OBセット【図1】、呼吸管理セット、モニター、パルスオキシメータ、その他（救急車内温度設定等）の準備



【図1】OBセット

- a 吸水シート・・・臀部の下に敷き羊水・血液等を吸収する。
- b バスタオル・・・児や母体に付着した、羊水・血液等を拭き取る。
- c 羊水吸引カテーテル・・・児の口腔・鼻腔内の羊水等を吸引する。
- d 臍帯クランプ・医療用はさみ・・・クランプにて臍帯を圧挫、はさみで切断する。
- e カット綿・・・児の清拭等に使用する。
- f 膿盆・・・使用器具等を入れたり、排尿受けとして使用する。
- g 胎盤受・・・後産時の胎盤受けとして使用する。
- h ポリ袋・・・臍帯や胎盤等の処理に使用する。
- i アルミシート・・・児や母体の保温に使用する。
- j フェイスタオル・・・肩枕に使用し、気道開通の補助として使用する。
- k ベビーキャップ・・・児の保温用として使用する。

④ 役割分担（分娩介助する場合）

母体管理、分娩介助、児の管理（児搬送救急隊未到着時）

- ⑤ 指令内容やPACの結果分娩が切迫している、または児が産まれている状況であれば、要請場所直近の周産期母子医療センターへ情報収集した内容等の事前連絡を実施する。

■ 傷病者接触

① 状況評価

- ・ 床や衣服に出血が広がっているか、児はすでに産まれているか
- ・ 現場は清潔で暖かい

② 初期評価

- ・ 意識、呼吸、脈拍の評価
- ・ バイタルサインの測定

③ 産科的評価

- 子癇やHELLP症候群を疑う症状の有無を確認し、疑わしい症状が確認できた際は対応可能な三次医療機関又はそれに準ずる医療機関へ搬送する。
- 陰部の確認（出血の有無、胎児が見えていないか、臍帯が脱出していないか、会陰裂傷の有無、内反した子宮の一部が見えていないか）

※ 傷病者の同意を得たうえで、プライバシーに配慮し簡潔に観察する。

※ 陰部の内診は実施しないこと。

- 疼痛（陣痛）について
間欠的か持続的か：間欠的であれば何分間隔か、どれくらい続くか
- 分泌物について
色は透明か、臭いはないか、粘ちょうかどうか、量はどうか
- 出血について
いつ始まったか、量はどうか、どのような出血か（サラサラか粘調性か）
- 胎動について
動きはあるかないか、動きは少ないか、最後に胎動を感じたのはいつか
- 努責（いきみ）について
いきみたい感じはあるか、便意はあるか

■ 分娩介助

① 分娩第1期

- 評価の結果、症状が安定しており、分娩第1期の段階であれば掛かり付け医療機関へ早期搬送する。
 - 陣痛は1分程度持続する。
 - 分娩後、新生児の低体温を防止する目的に暖房等で救急車内温度を上げておく。
 - 楽な姿勢にさせ、陣痛発作時にはまずは腹圧をかけないように吸って長く吐く（ロウソクの火を消すように）深呼吸をさせる、無理であれば「フーン、フーン」と口を開け短い呼吸を繰り返させる。
- ※ 羊水が赤い場合、胎盤早期剥離や前置胎盤の可能性を考慮する。
※ 羊水が黄色から緑色の場合、胎児が低酸素状態の可能性を考慮する。

② 分娩第2期

- 排臨状態であれば肛門保護を行う【図2】

【肛門保護】

肛門保護は脱肛の予防や清潔野の汚染防止のために行う。
カット綿で軽く肛門を圧迫する。あまり強い力で圧迫してしまうと児頭の回旋を妨げてしまうこともあるため注意する。

- 排尿、排便があれば介助する。
この時期以降に産婦が便意を訴える場合、児頭の下降により直腸が児頭に圧迫され便意を感じていることを説明し、便が出て大丈夫であることを伝える。不用意にトイレへ誘導しトイレでの分娩（墜落産）とならないように十分注意する。
出産時の排便は通常の見解であると認識したうえで羞恥心を抱かせないように配慮し、ポリ袋等を使用しすみやかに処理する。

- 先進部を確認する。（頭部から先行して産まれてくるか）
- 先進部が頭部で発露状態であれば周産期母子医療センターの医師に助言を求め、現場または車内での分娩を判断し分娩介助の準備をする。
（車内分娩の際、安全を最優先として車両を停止させて実施する。）
- 上半身を15°から30°挙上させ、膝を立てて両下肢を開かせる。
- 発露状態であれば会陰保護を行う。【図3】
- 腰の下に枕等を挿入すると、ストレッチャーへの腰の沈み込みが少なくなり分娩介助が容易となる場合がある。【図4】

【会陰保護】

会陰保護は胎児の両肩が娩出されるまで継続する。娩出時には児頭や肩甲が会陰を急激に広げて会陰裂傷を起こすことがあるため、会陰にたわみを持たせるイメージで圧迫する。会陰が1～2cmみえる位置で母指と示指を会陰に密着させ、小指球部を浮かせず密着させる。会陰保護の手とその力は、児が下降する力を妨げないようにする。



【図2】肛門保護



【図3】会陰保護



【図4】腰部枕挿入

- 児頭が見えたら会陰保護の反対側の手で押させ、児頭の急激な娩出を防止する。【図5】
（娩出しようとする児頭を抑え込まないように注意する。）
- 顔面が娩出されたら顔面をカット綿で拭き降ろし鼻腔周辺の羊水や分泌物を拭う。【図6】
（可能であれば陣痛がないタイミングで行う。無理に実施しなくてもよい。）
- 児頭が完全に娩出されると胎児は自然と横向きになる。【図7】

- 上側の側頭部に手を置き、児頭を母体の下方へやさしく下げ、前在肩甲（腹側の肩）を娩出させる。【図8】
（児頭を無理に牽引すると腕神経叢麻痺や上腕、鎖骨骨折を引き起こす可能性があるため注意する。）
- 母体の下方から上方へ向かって児頭を抱えこむようにして後在肩甲（背側の肩）を娩出させる。【図9】
（児頭を無理に牽引すると腕神経叢麻痺や上腕、鎖骨骨折を引き起こす可能性があるため注意する。）
- 両方の肩が娩出されたら、会陰に当てていない側の手で児頭をしっかりと支え、会陰保護の手を解除し、胎児の脇に母指と示指を入れる。【図10】その後児頭を支えていた手を離しもう一方の胎児の脇に手指を入れ体幹部をしっかりと保持し、骨盤誘導線を小回りで通過させるイメージで娩出させる。【図11・12】
- 児の全身が娩出した時刻を出生時刻とするため記録する。



【図5】児頭娩出防止



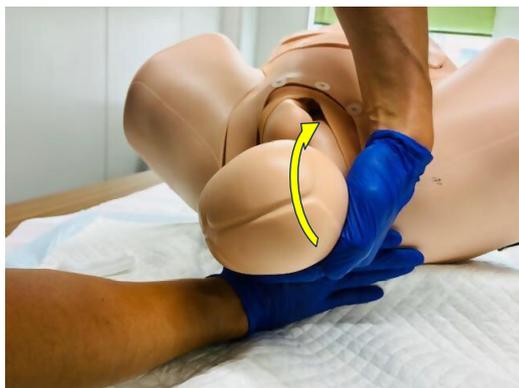
【図6】顔面の清拭



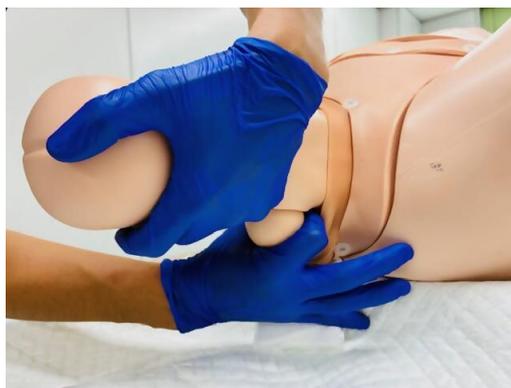
【図7】児の回旋



【図8】前在肩甲の娩出



【図9】後在肩甲の娩出



【図10】母指と示指で保持



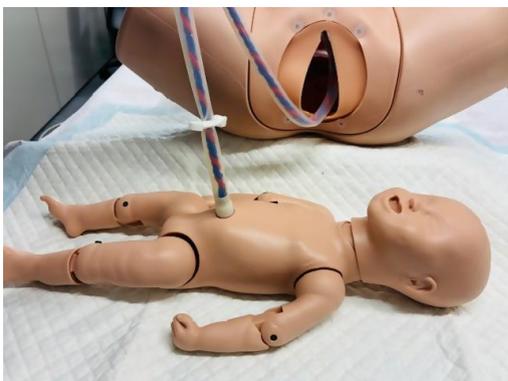
【図11】体幹部の保持



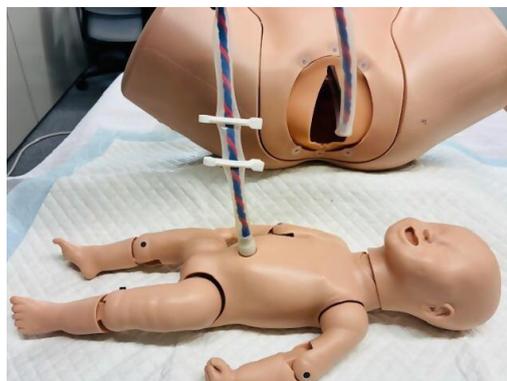
【図12】体幹部の娩出

③ 分娩第3期

- ・ 第1 臍帯クランプを児の臍輪から5～10cm離し圧挫する。【図13】
- ・ 第2 臍帯クランプを第1 臍帯クランプから母体側へ3cm離し圧挫する。
【図14】
- ・ 基本的には臍帯を切断せず、新生児処置を実施し搬送する。
- ・ 新生児処置が困難な場合など、必要に応じ第1 臍帯クランプと第2 臍帯クランプ間の臍帯を切断する。【図15】



【図13】第1 臍帯クランプ



【図14】第2 臍帯クランプ



【図15】臍帯切断

- 以後、児に対する観察処置は新生児蘇生プロトコルで対応する。
 - 胎児娩出の10～30分後に、胎盤が自然に娩出されてくることが多い。
(大量出血の可能性があるため、胎盤を引っ張り出してはいけない。)
 - 胎盤が自然に娩出された場合は、胎盤娩出時間を記録する。
 - 出産直後は子宮の収縮が悪く弛緩出血を起こすことがある。大量の性器出血を認める場合は、上腹部に手掌を当て、小さく円を描くようにマッサージ(子宮底輪状マッサージ)をする。【図16】
- ※ 妊婦のショックインデックス(脈拍数を収縮期血圧で割った数値)
1は約1.5ℓ、1.5は約2.5ℓの出血量であることが推測される。
(病院到着まで継続観察し、ショックインデックス1以上となった際は搬送先医療機関へ連絡する。)
- 性器出血が治まったらマッサージを中止する。
(弛緩している子宮は柔らかい、収縮した子宮は硬い。)
 - 再び子宮が弛緩して出血することがあるので、医師引継ぎまで出血状態を確認する。
 - 娩出された胎盤はポリ袋に入れて医療機関へ持っていく。



【図16】子宮底輪状マッサージ

■ 分娩介助のトラブルシューティング

① 肩甲難産

- 通常分娩では、児頭が娩出された後は軽く介助するだけで児の肩甲も娩出されるが、これに対し児の肩甲が恥骨結合に引っかかり娩出させられない状態を肩甲難産という。
- 児頭を無理に牽引すると腕神経叢麻痺や上腕、鎖骨骨折を引き起こす可能性があるため注意する。
- 児頭が娩出されてから2回程度の陣痛でも娩出されない場合はマクロバーツ体位をとる。【図17】

【マクロバーツ体位】

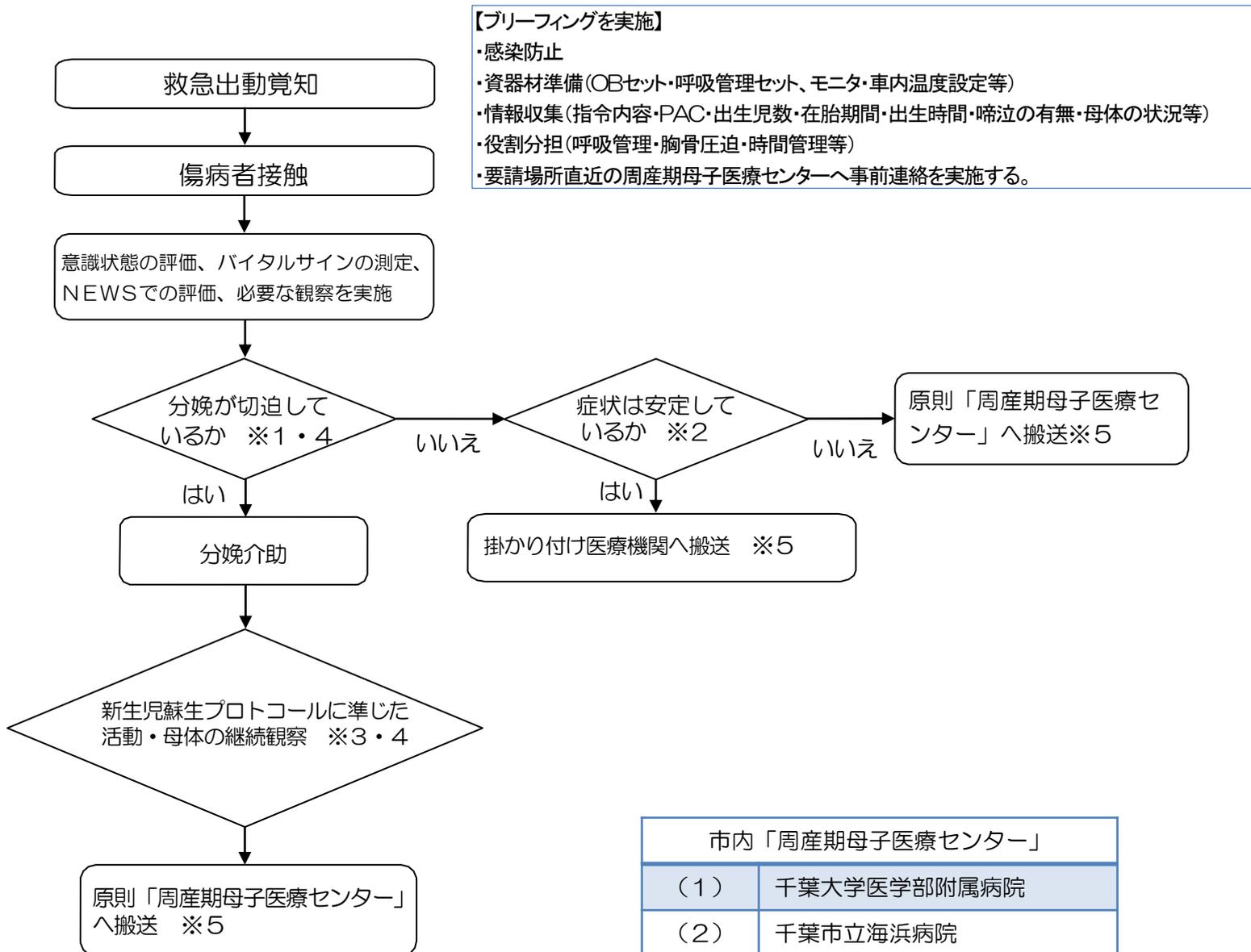
母体は水平な仰臥位になっ
てもらふ。膝は母体の胸に向
かって持ち上げ、妊娠子宮が
あるので少し外側に開く。

マクロバーツ体位をとるこ
とで骨盤出口部の縦径が広が
り、肩甲娩出が容易になる。
肩甲難産の60～70%はこ
の体位のみで対処できる。



【図17】マクロバーツ体位

- マクロバーツ体位でも肩甲が娩出されない場合は、仰臥位（右側を高くし妊娠子宮による下大静脈の圧迫を防止）で早急に周産期母子医療センターへ搬送する。
 - ※ 肩甲難産への対応時は周産期母子医療センターに連絡をとり、OMCで助言を得ながら実施する。
- ② 胎位異常
- 通常頭部から先行して産まれてくるが、臀部や手足が先行して産まれてきてしまう状態。
 - 骨盤位（逆子）は母親が把握している場合が多いので確認する。
 - ※ 頭部以外の部位が先行してきた場合は、それ以上分娩が進行しないよう手で押さえ、早急に周産期母子医療センターへ搬送する。



※1 母体の会陰部から児頭の確認、陣痛の間隔を確認し、分娩が切迫しているならば、救急現場及び救急車内での分娩を考慮する。

※2 以下の症状がある場合は、対応可能な三次救急医療機関又はそれに準ずる医療機関へ搬送する。なお、(1)～(5)の症状が確認できる場合は、積極的に子癇・HELLP症候群を疑い活動すること。

- (1) 激しい頭痛、激しい耳鳴り、痙攣等の脳神経症状
- (2) 視野障害、めまい等の眼症状
- (3) 悪心、嘔吐、激しい腹痛等の消化器系症状
- (4) 意識障害
- (5) ショック症状
- (6) 多量の性器出血
- (7) 性器から持続出血を伴う腹痛
- (8) 救急隊員が必要と判断した場合

※3 母体を観察するとともに、新生児の評価は、新生児蘇生プロトコールに準じて実施し、出産から5分後にはアプガースコアで評価する。なお、出産後も子癇・HELLP症候群の症状が出現しうるので注意すること。

※4 新生児搬送のため必要に応じ、救急車の増隊を考慮する。

※5 正常な呼吸または確実な脈拍がある場合には、妊娠子宮による腹部大血管の圧迫解除をするため左側臥位を考慮する。また妊娠後半(概ね妊娠20週以降)の妊婦のCPR時に人員が充足している場合は、仰臥位で蘇生行為の質を保ちながら用手的子宮左方移動を行う。

報告 1

回転翼航空機によるドクターピックアップ方式での救急活動実施要領の一部改正について

議案要旨

消防防災ヘリコプターによるドクターピックアップ方式での救急活動は、千葉大学医学部附属病院及び千葉県総合救急災害医療センターの協力により平日のみ運用していたが、新たに千葉市立海浜病院が本事業に参入し、土日を含めた365日運用を開始したため報告します。

運用体制

○千葉市立海浜病院参入
運用開始日
令和7年10月1日（水）

平日のみ運用から365日運用体制へ

○対応医療機関

【令和7年9月30日まで】

	日	月	火	水	木	金	土
千葉大学医学部附属病院		●	●			●	
千葉県総合救急災害医療センター				●	●		



【令和7年10月1日～】

	日	月	火	水	木	金	土
千葉大学医学部附属病院		●	●			●	
千葉県総合救急災害医療センター				●			●
千葉市立海浜病院	●				●		

海浜病院の運用体制

○搭乗員

海浜病院は、救急科医師と救急救命士が搭乗

○ヘリポート

現在、海浜病院に隣接する千葉県花見川終末処理場
ヘリポートを使用
新病院移転後は屋上ヘリポートを使用

今後の運用体制について

○医療機関対応曜日の変更
運用開始日
令和8年2月1日（日）

○対応医療機関

【現在（令和7年10月1日～）】

	日	月	火	水	木	金	土
千葉大学医学部附属病院		●	●			●	
千葉県総合救急災害医療センター				●			●
千葉市立海浜病院	●				●		



【令和8年2月1日～】

	日	月	火	水	木	金	土
千葉大学医学部附属病院		●	●	●			
千葉県総合救急災害医療センター						●	●
千葉市立海浜病院	●				●		

報告2

救急隊現場活動マニュアル（血糖値測定）改正後の 血糖値測定実施状況について

議案要旨

令和7年度第1回救急業務検討委員会で承認された、救急隊現場活動マニュアル（血糖値測定）が令和7年7月4日から運用を開始しました。改正後の救急隊による血糖値測定の実施状況について報告します。

マニュアル改正の経緯

血糖値測定の対象者として、「意識障害（JCS \geq 10を目安とする）が認められる。」という表現になっていたが、『目安』という曖昧な表現のため、I桁の意識障害に対して血糖値測定を実施しないケースが多かった。

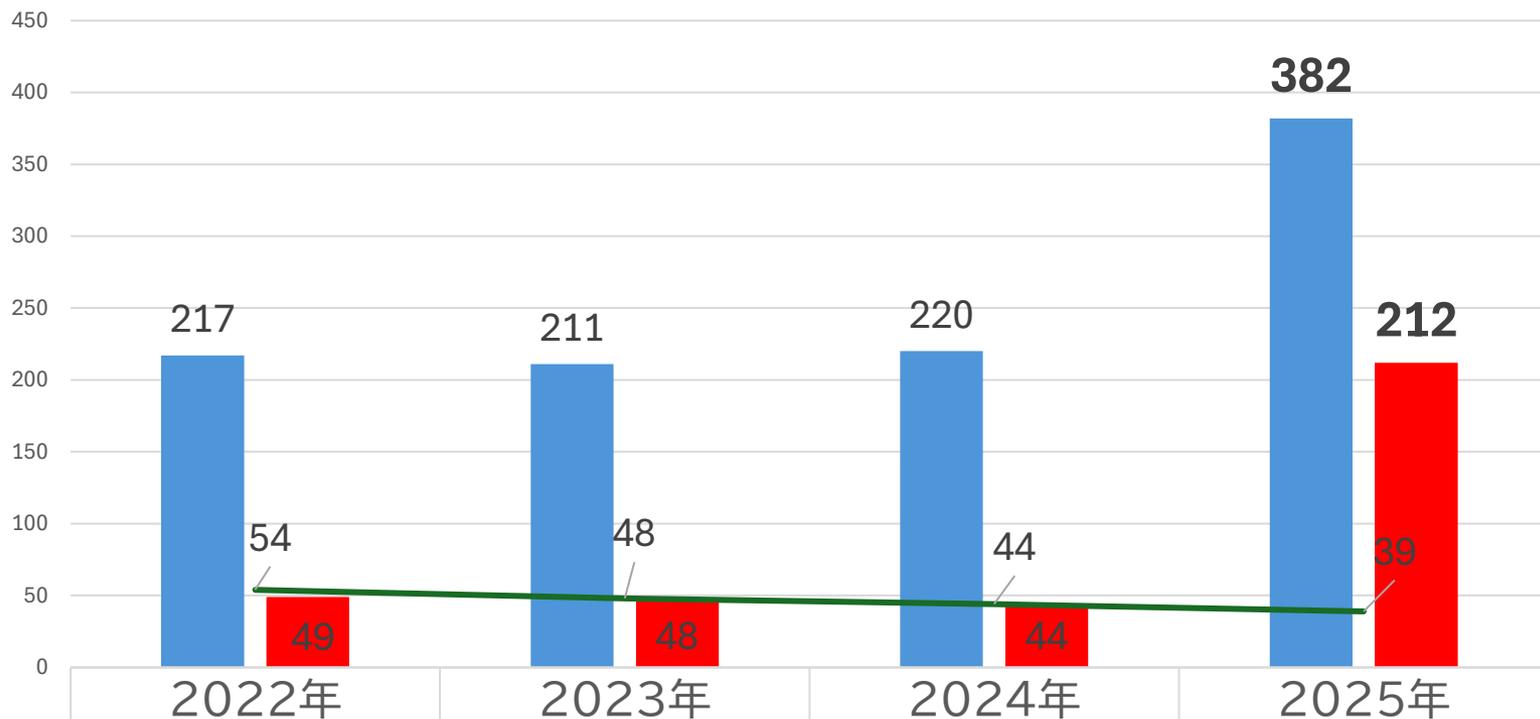
血糖値測定の対象を判断しやすくするため
「意識障害（JCS \geq I-1）が認められる。」へ改正

運用開始

令和7年7月4日

マニュアル改正前後の比較

運用開始した7.4~12.31の期間を過去3年と比較



■ 血糖値測定	217	211	220	382
■ 意識レベル I 桁	49	48	44	212
— 血糖値50未満	54	48	44	39

※マニュアル改正前では、実施数が少なかった意識レベル I 桁の傷病者に対しての血糖値測定数が約160件増加した。

報告3

救急救命士の処置拡大に向けた実証事業の経過について

報告要旨

当局の救急隊が参加している「救急救命士の処置拡大に向けたエピペン®投与の実証事業」について、実証期間が終了しましたので報告します。

資料1 救急隊用観察カード
資料2 救急隊用チェックカード

実証事業概要

概要

救急救命処置として、エピペン®の交付を受けていないアナフィラキシーの重度傷病者に対し、医師の具体的指示の下でエピペン®を用いたアドレナリンの筋肉内投与を先行的に行う実証事業

期間

令和7年9月1日～12月31日 実証事業

→救急現場において救急救命士がアナフィラキシーを適切に判断し、必要に応じてエピペン®の投与を実施。

対象

- | | | |
|---|--------|------------------------------|
| 1 | 対象傷病者 | 小学生以上 |
| 2 | 使用薬剤 | 小学1～3年生は0.15mg製剤、その他は0.3mg製剤 |
| 3 | 参加救急隊 | 12隊 |
| 4 | 救急救命士数 | 39人 |

実証事業結果

【千葉市参加救急隊】

参加救急隊数	→	12隊
参加救急救命士	→	39人
期間中の搬送人員	→	5,390人
観察カード使用数	→	15人
アナフィラキシー傷病者	→	15人
エピペン®投与適応傷病者	→	0人

【全国77消防本部】（令和7年12月25日現在）

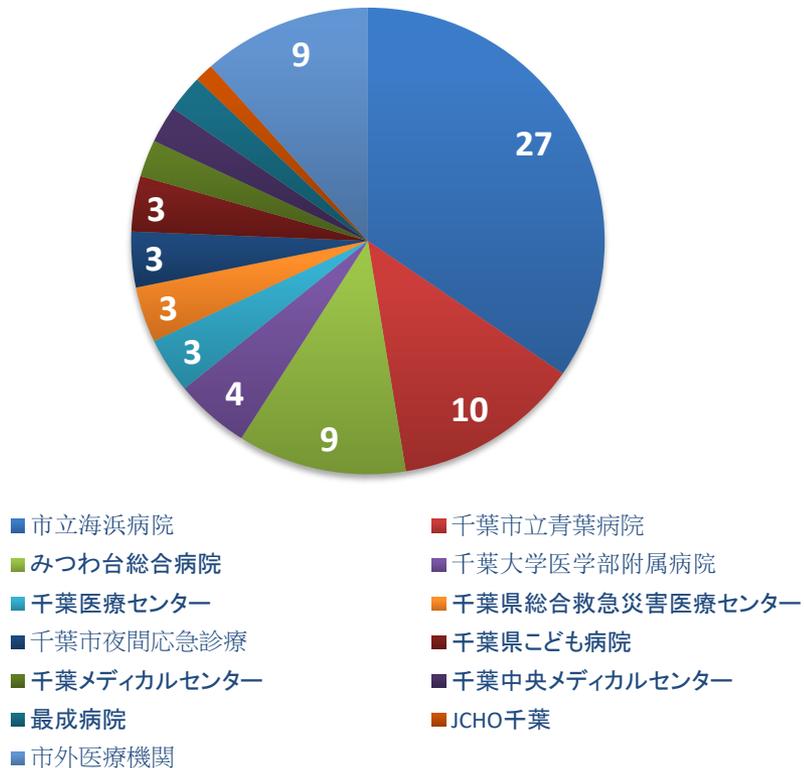
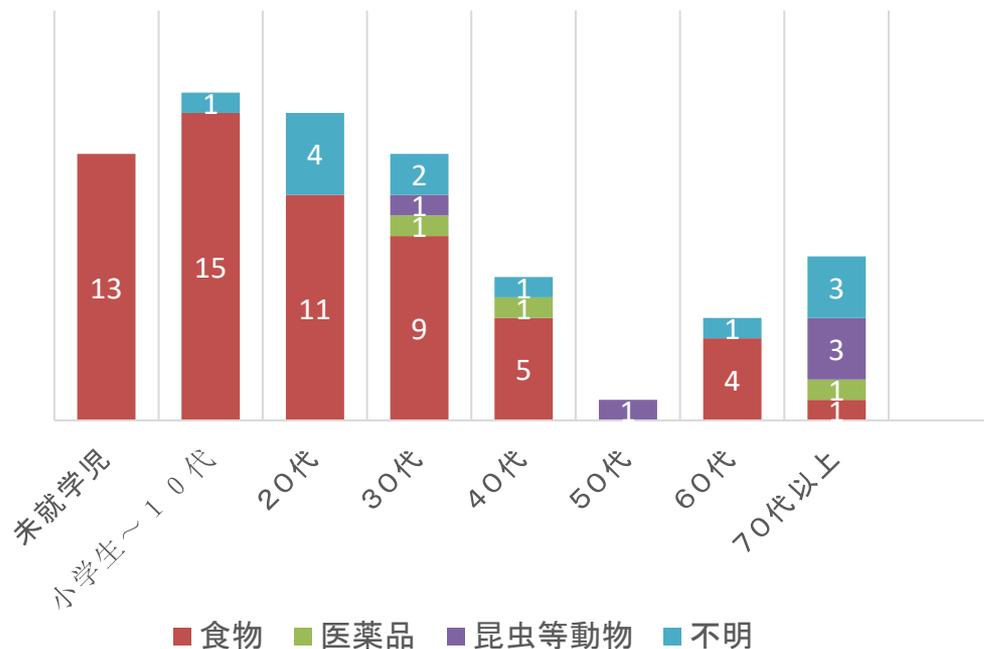
エピペン®投与適応傷病者 → 36人

【千葉市全隊】

期間中の搬送人員	→	17,855人
アナフィラキシー傷病者	→	78人
エピペン®投与適応の可能性が高い傷病者	→	5人

【医療機関：收容件数】

千葉市全体【年齢・アレルギー別】



今後の予定

令和8年度以降

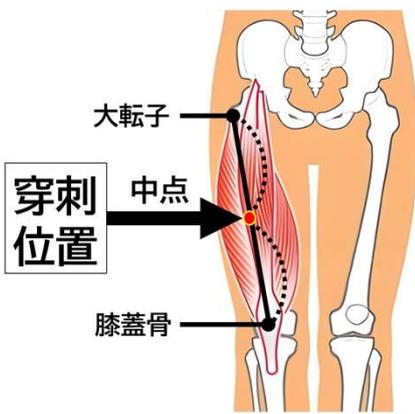
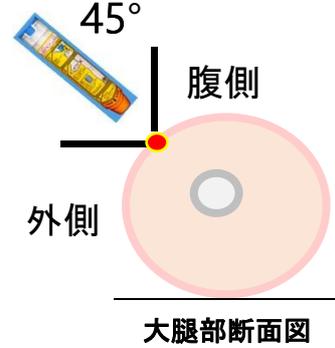
省令改正により全国の救急救命士が使用可能となる予定

省令改正後

- ・マニュアル・プロトコール専門部会 …… 救急隊現場活動マニュアルの改正
救急隊教育カリキュラムの策定
- ・事後検証に関する専門部会 …… 事後検証対象症例に追加

アナフィラキシーの傷病者に対する
自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン®）の筋肉内注射プロトコール

[チェックカード]

確認項目	チェック欄
①実証事業対応指示医の指示を得たか？	<input type="checkbox"/>
②小学生以上か？（未就学児は適応外）	<input type="checkbox"/>
<p style="text-align: center;">③使用するエピペン 必ず 2 名で確認</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>小学 4 年生以上</p> <p>0. 3 m g 黄色のラベル</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>小学 1 ~ 3 年生 ※小 4 以上でも体型が小柄な場合で 体重 3 0 kg 未満と判断された時</p> <p>0. 1 5 m g 緑色のラベル</p>  </div> </div>	
<p>④穿刺位置は、大腿中央前外側</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>大転子 膝蓋骨 中点 穿刺位置</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>45° 腹側 外側 大腿部断面図</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>内蔵された ニードルが 使用前も使用 後でも使用 （安全性が向上）</p> <p>レンジ色の 針が露出し ない</p> <p>使用前 使用后</p> <p>投与後はこの状態</p> </div> </div>	<input type="checkbox"/>

報告4

「マイナ保険証を活用した救急業務の円滑化」を図るための マイナ救急システムの実証事業の経過について

報告要旨

総務省消防庁事業「マイナ保険証を活用した救急業務の円滑化」を図るため、救急隊が傷病者のマイナンバーカードを活用した、マイナ救急の実証事業へ当局救急隊も令和7年10月1日より参加し、マイナ救急の使用状況についての経過をご報告いたします。

マイナ救急について

【マイナ救急】

保険証機能を有したマイナンバーカードを救急隊の端末で読み取ることにより、傷病者の医療情報（受診歴、処方箋情報、手術情報、診療情報、特定健診情報）を取得することができ、取得した医療情報をもとに応急処置の実施、医療機関選定等に活用を行います。

【スケジュール】

- 2022年 医療機関専用システムを活用し、マイナンバーカードと保険証を一体化したカード（マイナ保険証）を使用
全国6消防本部 30隊で実証検証実施
- 2024年 医療機関専用システムの閲覧方法、同意方法、対象事案の変更
全国67消防本部 660隊で実証検証を実施
千葉県内は、成田市と松戸市が実証検証参加
- 2025年 救急隊用オンライン資格確認システム（マイナ救急システム）の構築
全国720消防本部（全消防本部） 5334隊
千葉市消防局でも27隊が実証検証へ参加
12月4日～12月11日 マイナ救急活用集計実施
- 2026年 3月31日実証事業終了
4月 1日以降もマイナ救急継続実施予定



マイナ救急の実施状況・奏功事例

【マイナ救急の実施状況】

令和7年10月	救急出動件数	5,498件	マイナ救急使用件数	11件
令和7年11月	救急出動件数	5,871件	マイナ救急使用件数	3件
令和7年12月	救急出動件数	6,359件	マイナ救急使用件数	11件

【奏功事例】

50代 女性 症状：頭痛 傷病者背景：高齢者

効果内容：必要な情報取得

40代 男性 症状：痙攣発作 傷病者背景：会話困難

効果内容：必要な情報取得、医療機関への早期情報提供

90代 女性 症状：転倒による体動困難 傷病者背景：高齢者・認知症

効果内容：正確な情報取得

90代 男性 症状：めまい 傷病者背景：高齢者

効果内容：正確な情報取得

60代 女性 症状：痙攣 傷病者背景：高齢者・会話困難

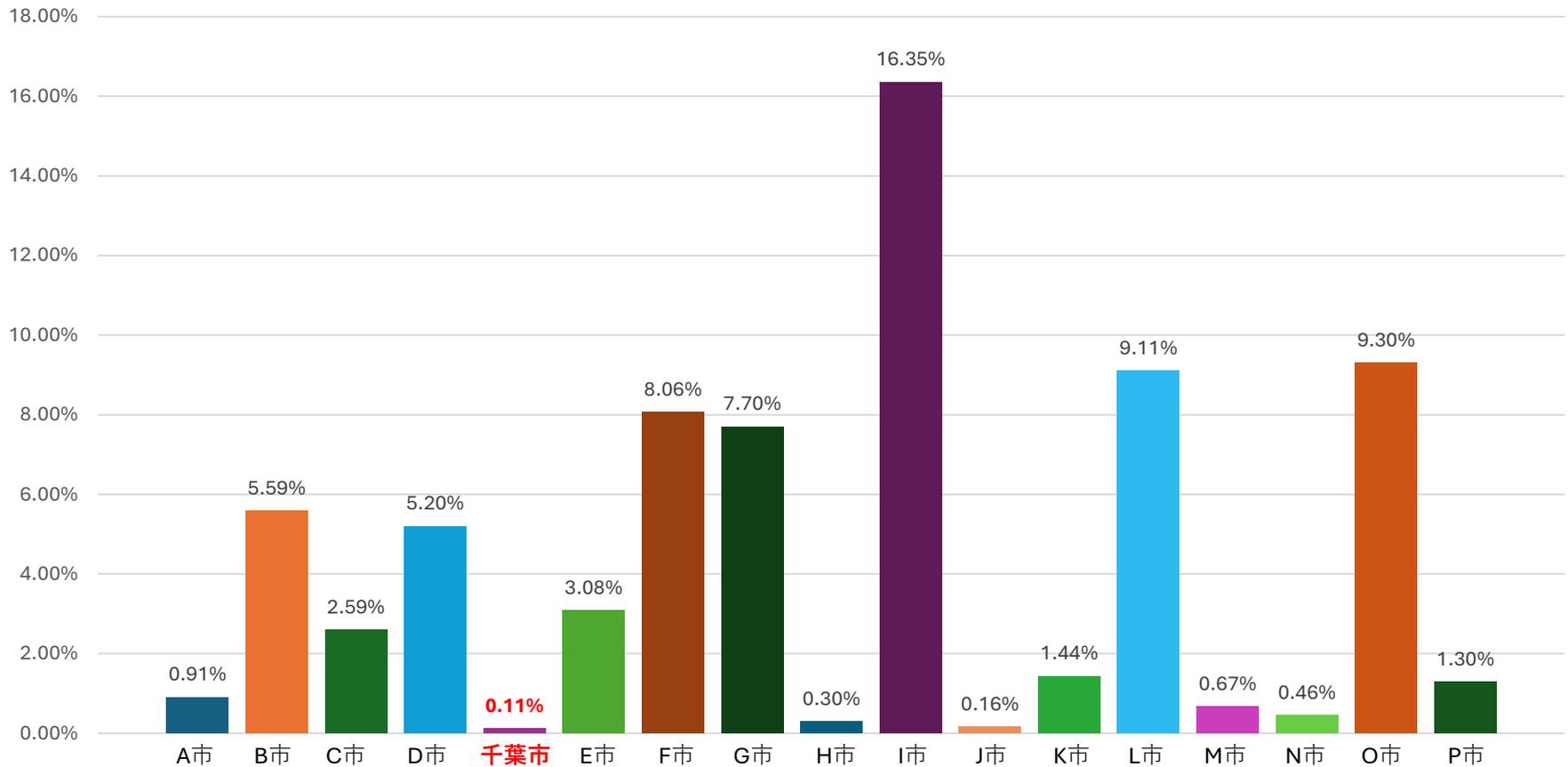
効果内容：正確な情報取得

マイナ救急の実施状況・奏功事例

【マイナ救急の実施状況】

令和7年10月	救急出動件数	5,498件	マイナ救急使用件数	11件
令和7年11月	救急出動件数	5,871件	マイナ救急使用件数	2件

マイナ救急実施率



報告5

千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について

報告要旨

千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」に係る現状等について報告いたします。

なお「千葉県傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に定める受入れ医療機関確保基準に定める、期間満了日の2か月前に当委員会から受入れ確保基準対象医療機関に対して運用に関する意見聴取を実施いたします。期間満了の1か月前までに異議のない場合は、期間を1年延長し、異議のある場合につきましては、書面による会議を実施いたします。

千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」に係るデータ比較 (R5~7)

※R7は速報値

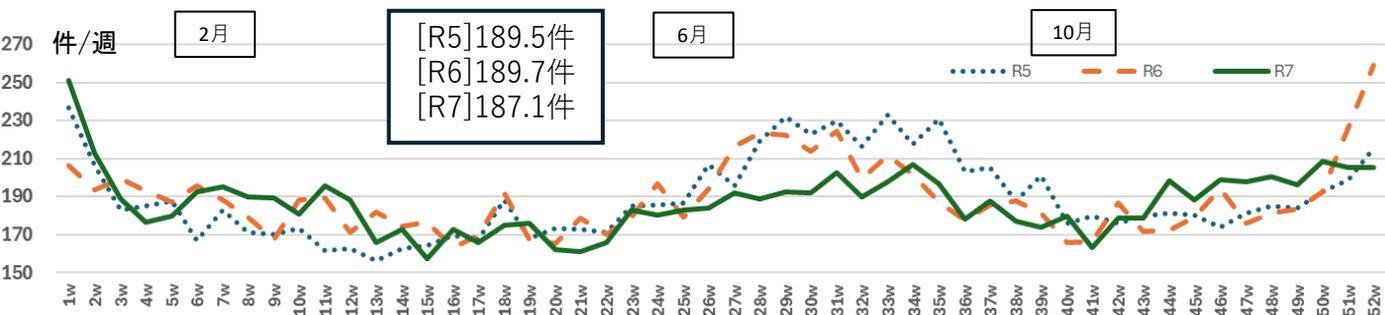
R8. 1. 14 : 消防局警防部救急課

1 出動件数

[R5] 年初から220件/日を超え、26wから40wまで200件/日を超える週が継続した。

[R6] 10w 頃まで185件/日を超え、52wは過去最高の259.1件/日となった。

[R7] 20w から43wまで過去2年と比較して低い水準で推移した。

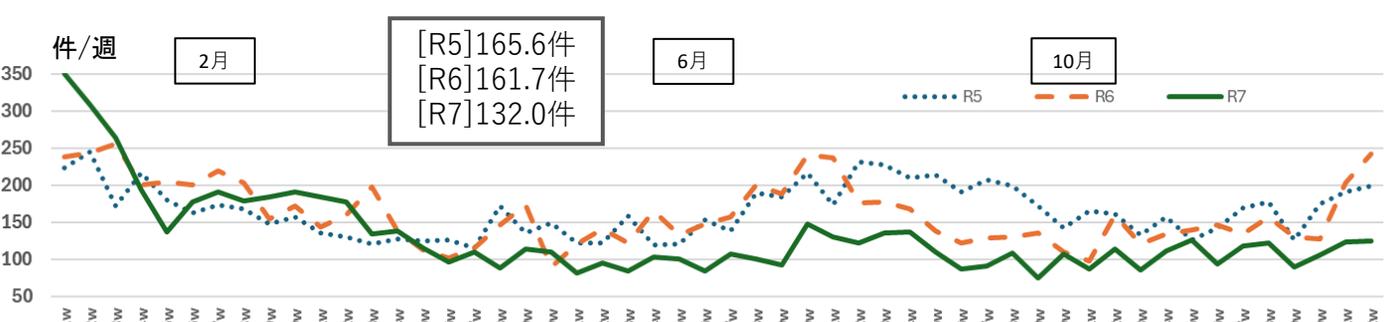


2 救急搬送困難事案件数 (※消防庁定義「照会回数4回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」の事案 ※速報値)

[R5] 年初は200件前後を推移し、32wから39wの救急搬送困難事案件数はR6. R7と比較して高い水準で推移した。

[R6] 年初から200件を超える週が継続し、R5. R7と比べると200件を超える週が多かった。

[R7] 1wに過去最高の350件となったが、21w以降は過去2年と比較して低い水準で推移した。



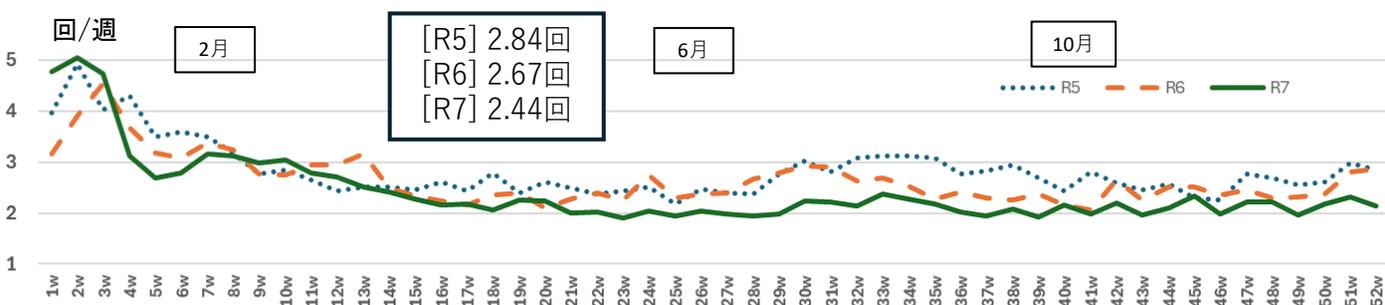
※転院搬送、家族等連絡済みのものを除外して算出している。

3 平均照会回数

[R5] 15w以降はR6. R7と比較して高い水準で推移した。

[R6] 3wに4.53とR6の最高。その後は2~3件を推移していた。

[R7] 年初から3wまでは高い推移であったが、その後は過去2年と比較して低い水準で推移した。

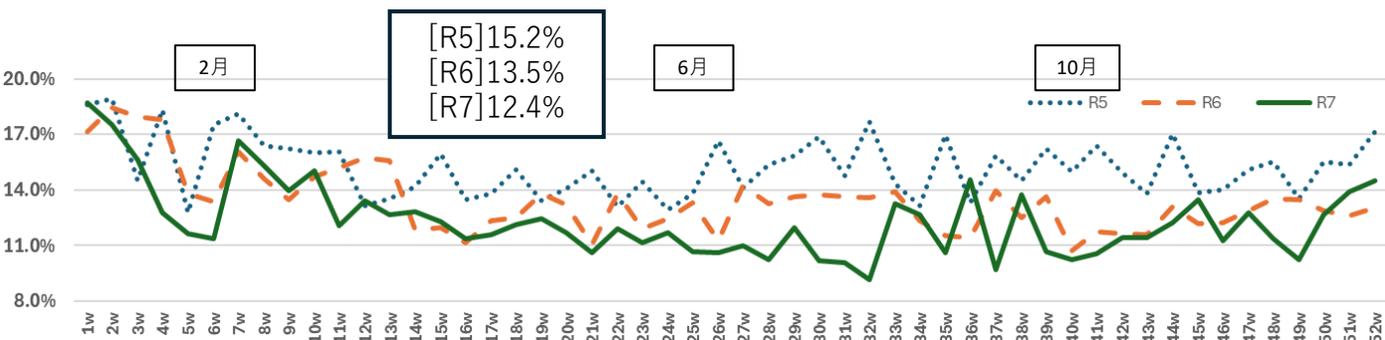


4 市外搬送の割合

[R5] 通年で15%前後を推移した。

[R6] R5. R7と比較すると、際立って増減があるわけではないが同様に推移していた。

[R7] 年初は高い水準で推移したが、過去2年と比較して低い水準で推移した。



報告6

令和7年度事業報告について

報告要旨

令和7年度の事業（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）について報告いたします。

千葉市救急業務検討委員会及び専門部会の開催状況（令和7年度）

千葉市救急業務検討委員会

	開催日	議 題	報 告
第1回	令和7年 7月2日（水）	救急隊現場活動マニュアル「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者」について	<ol style="list-style-type: none"> 1 救急隊現場活動マニュアルの改正について（周産期救急プロトコール） 2 救急救命士の処置範囲拡大に向けた実証事業の経過について 3 マイナ救急に係る実証事業への参加について 4 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」への意見提出について
第2回	令和8年 1月14日（水）	救急隊現場活動マニュアル「周産期救急プロトコール」について	<ol style="list-style-type: none"> 1 回転翼航空機によるドクターピックアップ方式での救急活動実施要領の一部改正について 2 救急隊現場マニュアル「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投与プロトコール改正に伴う結果について 3 救急救命士の処置範囲拡大に向けた実証事業の経過について 4 「マイナ保険証を活用した救急業務の円滑化」を図るためのマイナ救急システムの実証事業の経過について 5 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について 6 令和7年度事業報告について

マニュアル・プロトコールに関する専門部会

	開催日	議 題
第1回	令和7年6月20日（金）	救急隊現場活動マニュアル「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投与プロトコール（案）」について
第1回	令和7年11月7日（金）	<ol style="list-style-type: none"> 1 議事録の確定方法について 2 救急隊現場活動マニュアル「周産期救急プロトコール（案）」について
第2回	令和7年12月12日（金） ※書面会議	救急隊現場活動マニュアル「周産期救急卵ロトコール（案）」について

事後検証の実施状況（令和7年中）

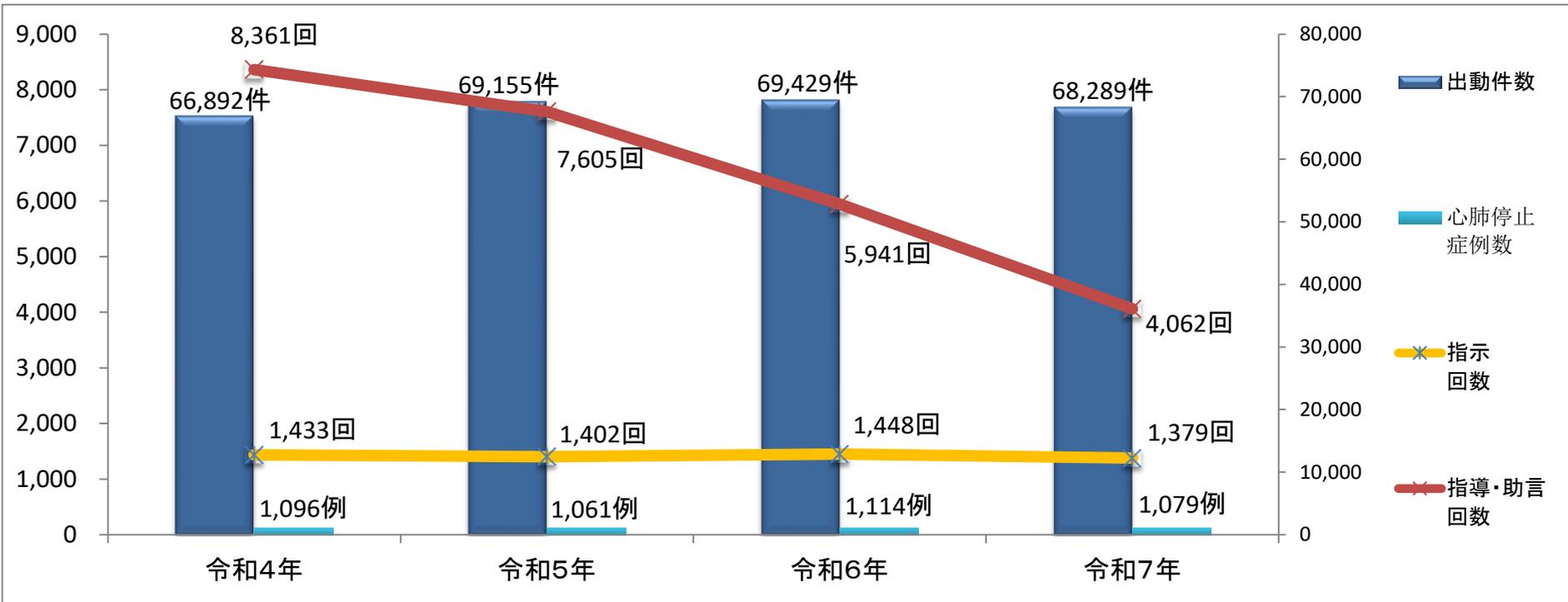
救急活動の事後検証

検証対象区分別	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	二次検証医療機関	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年
目撃あり且つバイスタンダー処置があった症例	17件	20件	55件	171件	千葉大学医学部附属病院	59件	49件	197件	168件
除細動・アドレナリン投与・気管挿管施行症例	33件	31件	154件		千葉県総合救急災害医療センター	16件	19件	118件	106件
外傷症例のうち意識レベルがJCS100以上又はショックの症例	9件	8件	27件	32件	国立病院機構千葉医療センター	4件	1件	18件	4件
心肺停止前の静脈路確保及び輸液施行症例	6件	0件	94件	50件	千葉メディカルセンター	2件	0件	15件	6件
ブドウ糖溶液投与施行症例	4件	0件	38件		千葉中央メディカルセンター	2件	0件	17件	7件
医師が要検証と判定した症例	5件	1件	5件	46件	千葉脳神経外科病院	0件	0件	0件	0件
救急隊員が要検証と判断した症例	13件	5件	18件		みつわ台総合病院	1件	1件	4件	1件
ヘリコプターによる救急活動症例	5件	6件	10件	13件	千葉市立海浜病院	6件	2件	14件	11件
社会的影響が高いと認められる症例	0件	1件	1件		千葉市立青葉病院	1件	0件	19件	9件
所管課が検証を必要と認めた症例	0件	0件	0件		計	92件	72件	402件	312件
計	92件	72件	402件	312件					

口頭指導の事後検証

二次検証医療機関別	令和5年	令和6年	令和7年	二次検証医療機関別	令和5年	令和6年	令和7年
通報時に心肺停止として認識できなかった事例	34件	21件	17件	千葉大学医学部附属病院	22件	13件	14件
搬送先医療機関の医師が要検証とした事例	2件	0件	0件	千葉県総合救急災害医療センター	16件	14件	11件
指令管制員が要検証とした事例	3件	6件	8件	みつわ台総合病院	1件	1件	0件
救急隊員が要検証とした事例	1件	1件	1件	千葉市立青葉病院	0件	0件	1件
常駐医師が必要と認めたもの	1件	0件	0件	あかいし脳神経外科クリニック	0件	0件	0件
計	41件	28件	26件	千葉市立海浜病院（令和4年7月に追加）	2件	0件	0件
				計	41件	28件	26件

指示・指導及び助言の実施状況（令和7年中）



	指示回数	前年比	指導・助言回数	前年比	出動件数	前年比	心肺停止症例数	前年比
令和4年	1,433回	4.3%	8,361回	47.9%	66,892件	20.4%	1,096例	10.7%
令和5年	1,402回	-2.2%	7,605回	-9.0%	69,155件	3.4%	1,061例	-3.2%
令和6年	1,448回	3.3%	5,941回	-21.9%	69,429件	0.4%	1,114例	5.0%
令和7年	1,379回	-4.8%	4,062回	-31.6%	68,289件	-1.6%	1,079例	-3.1%

【昼夜別】

	指示	指導・助言	合計
昼間帯	740回	2,155回	2,895回
夜間帯	639回	1,907回	2,546回
合計	1,379回	4,062回	5,441回
1日平均	3.8回	11.1回	14.9回

※ 昼間帯は8時00分から18時30分まで、
 夜間帯は18時30分から翌日8時00分まで
 ※ 「指導・助言」には、「報告」を含む。

救急隊員教育の実施状況（令和7年度中）

令和7年12月末現在
※ 各実習の実習者数は、
今年度内に実習修了予定の者を含む。

救急救命士就業前病院研修

- 実施期間
令和7年5月12日（月）から6月30日（月）まで
- 実施場所
千葉大学医学部附属病院、千葉県総合救急災害医療センター、
青葉病院WS
- 研修者数
12人
〔うち、令和6年度救急救命士免許取得者：4人
令和3年度救急救命士免許取得者：7人
平成30年度救急救命士免許取得者：1人〕

再教育病院実習

- 実施場所
・救急救命士：千葉大学医学部附属病院、千葉中央メディカルセンター、
みつわ台総合病院、青葉病院WS、千葉市立海浜病院、
あかいし脳神経外科クリニック
・救急救命士以外の救急隊員：青葉病院WS
- 実習者数（就業前病院実習含む）
・救急救命士：135人
〔うち、千葉大学医学部附属病院：42人
みつわ台総合病院：7人
千葉中央メディカルセンター：7人
青葉病院WS：29人
千葉市立海浜病院：20人
あかいし脳神経外科クリニック：18人〕
・救急救命士以外の救急隊員：92人

気管挿管病院実習

- 実施場所
千葉大学医学部附属病院、みつわ台総合病院
千葉市立青葉病院
- 実習者数
5人

AWS病院実習

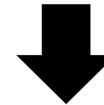
- 実施場所
千葉大学医学部附属病院、みつわ台総合病院、
千葉メディカルセンター、千葉市立青葉病院
- 実習者数
8人

アドレナリン投与病院実習

- 実施場所
青葉病院WS、千葉県総合救急災害医療センター
- 実習者数
12人（就業前病院実習を含む）

各認定取得状況（見込み含む）

- ・気管挿管認定・・・・・・・・5人
- ・AWS認定・・・・・・・・8人
- ・アドレナリン投与認定・・・・12人
- ・処置範囲拡大二行為認定・・・・12人



現数

- 全救急救命士数・・・・・・・・210人（うち、従事者134人）
- 気管挿管認定・・・・・・・・112人（うち、従事者73人）
- AWS認定・・・・・・・・101人（うち、従事者68人）
- アドレナリン投与認定・・・・183人（うち、従事者133人）
- 処置範囲拡大二行為認定・・・・183人（うち、従事者133人）