令和元年度第２回千葉市救急業務検討委員会

議　　事　　録

１　日　時　令和２年２月２０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（１２人）
　織田　成人委員長、中田　孝明委員、斎藤　幸雄委員、石橋　巌委員、
　中村　眞人委員、中田　泰彦委員、景山　雄介委員、福田　和正委員、
　涌井　健治委員、谷嶋　隆之委員、山本　恭平委員、寺井　勝委員

（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、川畑司令補、小西司令補、宮崎士長
（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：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
　「令和元年度第１回千葉市救急業務検討委員会」議事概要
（２）議題
　救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応について
（３）報告
　ア　報告１　千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について
　イ　報告２　令和元年主要業務（事後検証、指示・指導及び助言、教育）の実施状況について

５　議事概要
（１）「令和元年度第１回千葉市救急業務検討委員会」議事概要
　令和元年６月６日（木）に開催された令和元年度第１回千葉市救急業務検討委員

会の議事概要は、令和元年度第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　救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

令和元年度第１回救急業務検討委員会開催後の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、政策法務課の意見を踏まえ、本市が実施する救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応について説明した。本市の対応としては今後、国が方向性を示した場合に、再度検討することとし、引き続き救命に主眼を置きながら常駐医師等と連携して、現状に沿った柔軟な対応を図ることで承認された。

（３）報告１　千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について

平成２９年度に開始した千葉県「搬送困難事例受入困難事例受入医療機関支援事業」における今年度の実施状況について、事務局から報告があった。

（４）報告２　令和元年主要業務（事後検証、指示・指導及び助言、教育）の実施状況について

令和元年主要業務における事後検証、指示、指導及び助言並びに救急隊員教育の実施状況について、事務局から報告があった。

６　審議概要

鮫島補佐	それでは定刻となりましたので、ただいまから、令和元年度第２回千葉市救急業務検討委員会を開始します。以後着座にて失礼させていただきます。本日、出席していただいている委員の皆様とオブザーバーの皆様の紹介につきましては、皆様の机上に準備させていただいている席次表のとおりとなっております。なお、千葉市医師会の浅井委員におかれましては、欠席との御連絡を頂いております。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ます。
兼巻局長	消防局長の兼巻でございます。本会の開催におきまして一言、御挨拶を申し上げます。本日は委員の皆様におかれましては、年度末を迎え、また、新型コロナウイルス肺炎の対応等、大変お忙しい中、第２回千葉市救急業務検討委員会に出席していただき誠にありがとうございます。委員の皆様におかれましては、日頃より救急業務を始め、消防行政各般にわたり御協力いただいていることに、この場を借りて御礼申し上げます。本日の議題は１件です。救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応についてと題しまして、国や他都市の状況を報告させていただき、千葉市での今後の対応を御審議していただくようお願いします。報告事項といたしましては２件です。１件目は、搬送困難事例受入医療機関支援事業を、２件目は、令和元年における救急活動事後検証等、救急業務における主要業務の報告、となっております。限られた時間となりますので、委員の皆様におかれましては忌憚のない御意見を頂きまして実りある委員会になりますよう、よろしくお願いいたします。
鮫島補佐	兼巻局長ありがとうございました。それでは資料の確認をさせていただきます。本委員会で使用する資料につきましては、あらかじめ机上に準備させていただいております。次第、席次表、令和元年度第１回千葉市救急業務検討委員会の議事概要、Ａ４横刷りの議題、報告１及び報告２となります。落丁等はありませんでしょうか。それでは以後の司会進行を千葉市救急業務検討委員会設置条例第５条の規定に基づいて織田委員長にお願いしたいと思います。織田委員長お願いします。
織田委員長	はい、よろしくお願いします。委員の皆様には、お忙しい中、令和元年度第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。先ほどもありましたが、新型コロナウイルスで国全体が大変なときで皆様お忙しい中、本当にありがとうございます。本委員会で活発な御意見をよろしくお願いします。時間もありませんので次第に沿って進めたいと思います。令和元年６月６日木曜日に消防局で開催された、令和元年度第１回千葉市救急業務検討委員会の議

	事概要について、事務局から報告をお願いします。
鮫島補佐	はい、事務局の鮫島です。事務局から報告させていただきます。令和元年度第１回千葉市救急業務検討委員会の議事概要を御覧いただきたいと思います。本委員会は令和元年６月６日木曜日に委員１１人に出席いただき、議題２件と報告事項を３件取り扱いました。内容につきましては委員会開催に先立ちまして、事前に委員の皆様に御確認いただいておりますことから省略させていただきます。令和元年度第１回千葉市救急業務検討委員会の議事概要の説明は以上です。
織田委員長	今、事務局から議事概要の報告がありましたが、御意見、質問、指摘事項はありませんか。それでは、この件に関してはこれで確定とします。議事を進行したいと思います。議題、救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応について、事務局より説明をお願いします。
鮫島補佐	はい、事務局の鮫島です。説明をさせていただきます。次第の３、議題、救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応についてを御確認ください。一枚おめくりいただいて一番上の四角囲みからです。令和元年度第１回千葉市救急業務検討委員会におきまして本市の現状では、いわゆるＤＮＡＲに関する活動マニュアル等はありませんが、救急現場活動において、常駐医師を含めた柔軟な対応により、これまで事故や問題は報告されていないことから、消防庁、他都市の動向を注視していく方向で報告をさせていただきました。次に下の四角囲みとなりますが、令和元年１１月８日付け消防庁救急企画室長通知として、平成３０年度救急業務のあり方に関する検討会の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関する検討部会の部会報告書が通知をもって示されたところです。この内容ですが、全国の消防本部に調査をしたところ、実態が十分明らかにならなかったこと、また今後は国民の意見の動向、人生の最終段階における医療ケアの取組状況を見ながら、これらの事案に関わる救急隊の標準的な手順については検討を進めるべきである、といった報告で、国としての統一的な結論は示されませんでした。これを受けまして千葉市で他都市の動向を調査しまして、それを大きく三つに類型化しました。１番目として、かかりつけの医師に連絡後ＣＰＲを中止して、その後かかりつけの医師等に引き継ぐ消防本部。２番目として救命を主眼として他のＣＰＡと同様に搬送する消防本部。３番目としては、特に取決事項は策定せず、他都市の動向を注視している消防本部に区分けをさせていただきました。千葉市の対応は昨年１０月下旬、救急隊長約１００人を対象に意見聴取を実施したところ、柔軟な対応が行われているもののＤＮＡＲに関する取決めについて多くの意見があり、その中で

	も、方向性を定めてもらいたい、との意見が特に多く見られました。それを踏まえ本市政策法務課に相談したところ、消防法上には、救急業務は傷病者を速やかに医療機関へ搬送するものという規定があるため、搬送しなかったことによる訴訟リスクは発生するだろうとの意見がありました。特に傷病者が死に至った場合は、搬送した場合と比べて不作為という意味でハイリスクである、との意見がありました。また、医療機関におきましては医師と患者との間で継続した契約の効力がありますが、救急隊は１１９番通報により緊急の対応が求められている中で、ＤＮＡＲの確認や判断をさせることは、現時点では救急隊には非常に負担が大きいのではないかとの意見、またＡＣＰ、厚生労働省では人生会議と称されていますが、これにより患者に寄り添うことも重要なのですが、患者がＤＮＡＲであることを周囲に理解してもらうことの方が、重要なのではないかとの意見がありました。言い方が適切かどうかは判断しかねますが、このようなケースにおいては救急要請をするのではなく、他の手段や看取りをしてもらうといった対応が必要なのではないか、といった意見も頂いています。そのような意見を踏まえ救急現場におけるＤＮＡＲに関する取決めについて要望があるということは、事務局の方でも認識をしております。また、ＡＣＰにより患者に寄り添う活動を現状の消防法上で実施するといったことは、救急隊にとって大きな負担になるのではないか、と危惧しているところです。今後、国の方向性が示された場合においては、もう一度検討したいと思いますが、現状といたしましては、常駐医師と連携して現場で柔軟な対応をすることを目指していきたいと考えています。また、関係部署を含めてＤＮＡＲを家族に対して患者の意思に沿って救急要請が必要なのか広く説明する方法等についても今後は検討したいと思います。次のページですが、東京消防庁が１２月から救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応についての運用を開始したことについて記載してあります。東京消防庁では、家族等に接触できて、傷病者本人がＤＮＡＲを表明していることの確認が取れ、かかりつけ医師と連絡が取れ、かつ４５分程度で接触可能である場合は、救急隊は現場で傷病者の家族等に傷病者を引き継いで不搬送とする活動が始まったとのことです。資料に取扱注意と記したものを付けています。かかりつけの医師に連絡後、ＣＰＲを中止して、その後かかりつけの医師等に引き継ぐ消防本部は、東京消防庁のほか３本部となります。救命を主眼として対応する消防本部は、１０本部、対応の取決なし、又は他都市の動向を注視する消防本部は６本部となっています。千葉市の対応としては、搬送をするということを主眼に置くことを現場の救急隊に周知していこうと考えています。事務局か

	らは以上です。
織田委員長	ありがとうございました。アドバンスドケアプランニング、いわゆる高齢者の搬送が増加してＤＮＡＲも一般的になり、そのような患者にどのように対応するか、一昨年前から国の方で検討されてきたわけで、今、説明があったように東京消防庁は前向きに、かかりつけ医師に任せ、ＤＮＡＲは搬送しない方向で行っていくようです。資料の留意事項４に記載されていますが、心肺蘇生を実施しない、死亡確認や死亡診断のための搬送は、総務省消防庁から救急業務に該当しないとの見解が示されているため、医療機関に搬送することができませんとされています。救命行為を行わなければ救急搬送してはいけない、という立場で消防庁は謳っています。ただし、そこまで割り切っていえるのか、かかりつけ医師に連絡が付くのか、ということや、時間に関しては概ね４５分以内にかかりつけ医師等が到着した時に適応するとなっておりますが、その時間がどこから分かるのか、疑問を持つところもあります。千葉市としては結論がいまだ出ないため、現行のまま常駐医師の意見を求めながら対応する、といった説明でした。このことについて何か意見、質問がありましたらお願いします。国の調査で行った際の結果があると思いますが、千葉市のＤＮＡＲの症例数は分かりますか。
川畑司令補	事務局の川畑です。着座にて失礼します。平成３１年１月から令和元年１２月までの心肺蘇生を望まなかった事案といったものが細かく精査されていないため数値として確定数値ではありませんが４７件あり、うち心肺蘇生を中止した案件が７件ありました。その７件のうち不搬送としたものが３件という報告を受けています。
織田委員長	はい、そのうちＤＮＡＲは、何件になりますか。
川畑司令補	現場の状況までは精査しておりませんので、明確に回答はできませんが、最大でも４７件ということになります。
中村委員	質問になりますが、この４５分という時間が、在宅医の往診料が保険診療として認められる距離から算定したとありますが、昼と夜とでは時間が異なると思いますが、時間帯などでの変更などは可能なのでしょうか。
織田委員長	根拠が記載されているので、地域によって変更は可能ではないでしょうか。
新濱係長	織田委員長よろしいでしょうか。こちらで４５分の根拠を調べさせていただいたところ、１６キロメートルまでは往診料を請求できるというルールがあるとのことでした。
織田委員長	千葉市ですと１６キロメートルだとあまりないのではないでしょうか。

中村委員	往診料の問題ではなく消防局の救急隊が困難に陥ることが予測されますので、往診料等は考えずに、千葉市医師会で協力できることは協力していくという形で行えば、時間の変更なども考えることが可能であると思います。
吉田課長	事務局の吉田と申します。こちらの東京消防庁の時間ですが、東京消防庁独自の算定方法であって、算定は都市によって異なるということは聞いていますので、千葉市で体制を確立するときには、時間等を改めて検討する必要があると考えております。
織田委員長	私が初めて見た際に感じたことなのですが、概ね４５分とありますが、医師到着まで何もせずに救急隊が現場に滞在しなければならないということですので、そちらの方が問題なのではないかと思います。千葉市では、しばしば出動可能な救急隊がなくなってしまう状況ですから。
中村委員	医師の到着ではなく、医師に連絡が取れた時点では駄目なのでしょうか。
織田委員長	東京消防庁では引き継ぐという形で運用をしています。
鮫島補佐	はい、私も現場で救急活動をしていましたが、現場で明らかに死亡していることが確認されて不搬送にする際は、警察の検視等の関係で現場に滞在していました。確認が取れたからといって、現場を引き揚げることは、救急業務の中では厳しいのが現状です。誰かに引き継ぐということが重要としています。
涌井委員	例えば極端な話、ターミナルでＤＮＡＲという人が餅を詰まらせて窒息に陥った際、原疾患のＤＮＡＲなのか不慮の事故によるものなのか何を基準に判断すべきなのか、それを判断しながら救急活動を行えるのでしょうか。
織田委員長	おそらくＤＮＡＲで末期だとしても、不慮の事故である場合もあるわけで、それらを全て何もせずに搬送しないのか、ということに疑問があるのだと思います。そこを救急隊が現場で判断することは、大変難しいことだと思います。
鮫島補佐	通報も、かなり慌てた状況でする中で、正確な情報がつかめない、振り返ってみたら、実はＤＮＡＲだった、そうではなかったという症例も出てくるのではないかと思います。
織田委員長	４月から私も現場に戻りましたが、末期がんでＤＮＡＲの承諾が取れていても発熱したり苦しくなってきたりすると、実際には家族が救急車で連れてきます。ＤＮＡＲだからといって救急隊が何もしないのか、かかりつけの医師が来て、看取りが出来ればよいのですが、家族としては何とかしてもらいたくて救急隊を呼んでいることが多いのではないでしょうか。そこの判断を短時間にすることは難しいのでは

	ないでしょうか。
涌井委員	確認ですがＤＮＡＲといいますと院内の医師間でも混乱しており、私の理解では発熱等は、ＤＮＡＲではなく、あくまでも心肺停止の状態の人をＤＮＡＲの対象としているという解釈でよろしいですか。だとすると、発熱等の症状はＤＮＡＲの対象外ではないかと思います。
織田委員長	はい、そのとおりです。基本的には現場で心肺停止していることを前提に考えているもので、現場で心肺停止になった傷病者をＤＮＡＲだからといって搬送しないことを原則とするかを検討しています。先ほどお話ししたとおり、慌てた家族が救急要請してしまうことも問題があって、そこをクリアーカットにできないのではないかと個人的には思っています。ほかにいかがでしょうか。
斎藤委員	それは簡単に結論が出ないと思います。それはなぜかと申しますとターミナルケアの一部ですがＤＮＡＲが独り歩きしている状態で、各医療機関で各々マニュアルが策定され内容が厳密です。まず医療従事者が不治の疾患であることのコンセンサスを得た上で、患者、家族に説明して書面で同意をもらいます。次にカルテに読み込ませて一定期間ごとに再確認が必要となり、入退院した際はその都度確認が必要となります。うちの病院のシステムでは救急隊からＤＮＡＲの確認がなされたときには、担当医以外でも確認できるように、カルテ一面にＤＮＡＲボタンの項目があり履歴が確認できるようになっています。ただし、このシステムは、うちの病院のものであってＤＮＡＲの言葉の地位も確立していないのが現状だからです。私が困ると思うのは、不搬送にされることです。ＤＮＡＲであることの確認はできますが、当直医師が現場に行くことができません。処置をしないで搬送できない、という一文に現実との矛盾があり、ここを検討しないといけないのではないかと思います。
織田委員長	私も同感で、死亡確認のための搬送業務は救急業務に該当しないという取決め自体に問題があると思います。判例などがあって、そのようなものになったと思いますが、どうなのでしょうか。
鮫島補佐	傷病者の搬送、症状の悪化の防止や救命処置などについて消防法の成立ちからの国の解釈なのだろうと思います。
斎藤委員	オランダのように国民の全員がリビングウィルに対してよく理解していて一部のＤＮＡＲの問題であれば、このような問題は起きてこないものだと思います。
織田委員長	時期的にも、充分なコンセンサスが得られていない状況ですので、私は、消防局が他都市の動向を見ながら、今後検討していく方向でよいと思いますが、いかがでしょうか。中村委員、一点確認なのですが、開業医は看取りについて、例えば２４時間救急隊の連絡で現場に来て

	くれるのでしょうか。どの程度、話が出ているのでしょうか。
中村委員	在宅診療を単独で行っている医師は行っていると思いますが、そうではない医師は、訪問看護と一緒かと思います。看護師が出向して確認後、電話等で連絡を受け判断するといった流れで、時間ははるかにかかります。
織田委員長	そこに救急隊が関わることは、どうなのでしょうか。本来、それは看護師や看取りを専門に行っている医師の業務です。看取りを行う医師も増えてきましたので、そのようなシステムが出来上がってくれば、その場で済ませることも可能かもしれません。その広がりを見ながら救急隊がどのように対応するかを今後検討していく方法でよいと思います。ほかにありませんか。
斎藤委員	ＡＣＰを始めているところ、始めていないところ色々あると思いますが、始めているところと、始めていないところの差というものはあるのでしょうか。横浜はよくやっているような印象を受けます。記載しやすく、お薬手帳に入るサイズとなっています。千葉の場合は、かなり複雑で量が多く全てを記載することができません。
鮫島補佐	国のアンケートの結果を見ても、ＤＮＡＲについて何らかの取決めをしている本部は３０％弱だったと認識しています。そのような結果を見ても全国的な差というものがあるのではないかと思います。
織田委員長	まだ国の方も検討を続けるのですか。
鮫島補佐	いいえ、国はここで一旦、作業部会を閉鎖して時期を見て再開するそうです。来年に再開とはならないかもしれませんが、いずれにせよ消防庁の動向を注視しながら検討をするタイミングを見極めたいと考えております。
織田委員長	はい、よろしいでしょうか。では、消防局の結論としては、取決めを急いで実施せずに、動向を見ながら今後検討していく方向でよろしいですか。
鮫島補佐	そして、しかるべきタイミングで、救急隊に対しては議論で決まったことを周知させ、方向性を示していこうと思います。
織田委員長	ＤＮＡＲの意思を示した事案に関しては、常駐医師に報告し記録することも重要ですので、それらの周知もお願いします。
鮫島補佐	はい、東京消防庁の前向き検討の調査を実施しておりますので、常駐医師に相談と二本立てのようになりますが、並行して調査を継続させてデータを集計していこうと思います。
織田委員長	はい、分かりました。それでは議題については終わりたいと思います。続いて、報告１、搬送困難事例受入医療機関支援事業について、事務局よりお願いします。
新濱係長	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。報告１、千葉県搬送困難事例受入医療機関支援事業について、今年度の実施状況等について、御報告させていただきます。資料ですが、ホチキス止め９ページ物のほか、右上に取扱注意と書かれた１枚物がございます。この１枚物ですが、内容はホチキス止めの資料の最後のページと同じものとなりますが、閉会後に回収させていただきますので、机上に置いたままでお帰りくださいますよう御協力をお願いいたします。資料の構成を先に御説明させていただきますと、見出しから１枚おめくりいただいた２枚目のカラー刷りが実施状況、次の３枚目が各種データ、４枚目が詳細データ、５枚目から７枚目までが本事業に参画されております６つの二次医療機関からの意見聴取結果、８枚目のカラー刷りが本市の夜間内科二次救急体制運用状況、そして９枚目がこの詳細データとなっております。それでは、ホチキス止めの資料の２枚目、右上に資料１の１とあるカラー刷りの資料から御説明させていただきます。こちらは本事業の実施状況となります。本事業は１の事業概要にありますとおり、平成２９年８月から開始しており、その下の２の運用方法にありますとおり、途中に休止となったり、参画医療機関数の増減があったりしてまいりましたが、今年度は両市立病院、千葉中央メディカルセンター、千葉メディカルセンター、そしてみつわ台総合病院の５医療機関にてスタートして、１１月に千葉医療センターが追加となり、現在は６医療機関で実施させていただいております。その運用状況が右上部の３の運用状況になります。平成２９年度、３０年度と記載しておりますが、今年度はその下のとおりで、４月から１月までの１０か月間における途中経過となりますが、本基準の適用が月平均で１６５件、千葉大学医学部附属病院と千葉県救急医療センターによる協力を含めた受入率が８７．８％となっております。１０月までは５医療機関による運用で、受入状況が厳しくなると思われていましたが、本事業適用が昨年比で２割減少となっており、また、この後に下のグラフを説明いたしますが、全平均照会が１．８０回、８回以上照会割合が１．１７％と昨年よりも良好な数値を得ることができております。続いて下のグラフを御説明させていただきます。平成２６年以降における月ごとの平均照会回数、照会５回以上、８回以上、１０回以上の割合、そして１日当たりの搬送数を示したもので、横軸は年数と月数になっております。縦軸と各グラフですが、青の折れ線グラフは平均照会回数で、左端の右側、１．６０から２．４０までの目盛りが縦軸となっております。これを見ると各年とも１２月から２月までの平均照会回数が多くなっていることと、平成２７年度からは全体的に少なめになっていることが伺えます。赤の折れ線グラフは１日当たりの搬送数で、左端の１００から１８０までの目盛

	りが縦軸となっております。こちらは１２月から２月までのほか、年によっては７月と８月にも多くなっていることと、全体的に増加傾向にあることが伺えます。続いて棒グラフですが、照会５回以上、８回以上、１０回以上のそれぞれの割合を示したもので、縦軸は右端のパーセントとなります。５回以上の割合は、橙色で示しておりますが、平均照会回数の青い折れ線グラフと搬送数の赤い折れ線グラフと同様に上下しているのが伺えると思います。同様に８回以上が灰色、１０回以上が黄色となっており、本事業を開始する前、平成２９年７月までは、５回以上の橙色とほぼ同様に上下していますが、本事業開始後は、灰色、黄色、共に橙色の上下よりも開始前に対して低くなっていることが伺えます。グラフの上部に数値を記載していますが、本事業を実施している期間は平均照会回数が１．８から１．９回、８回以上照会は１％前後となっており、過去と比べて大幅に改善していることが伺えます。委員長、ここまでで、御不明な点がございましたらばと思いますがいかがでしょうか。
織田委員長	はい、いかがかでしょうか。前回の数字のみの表ではなく、グラフ化されているので分かりやすいと思います。ポイントは月当たりの平均件数で見ると、収容困難事例の件数も減っており、昨年に比べ２割減少し、受入率も９割近く確保されている。つまり確保できないものは１割程度ということです。このような見方でよろしいでしょうか。ほかに意見はございませんか。例年、冬場は厳しいようで１２月から２月にかけて山があり、受入支援の件数も増えている。どちらの病院も満床状態であることが一番の原因であることだと思います。よろしいでしょうか。では、次の説明をお願いします。
新濱係長	はい、それでは、説明を続けます。少し資料が飛びまして、ここから３枚おめくりください。右上に資料１の２とあるものを含め、ここから３枚は本事業における参画６医療機関からの意見聴取結果となっております。本事業は年度単位での事業となっておりまして、事業終了の１月前までに申出がない場合は、自動的に継続させていただくこととなっており、また、その２週間前までに本委員会から意見を聴取することとなっております。結果といたしましては、来年度も継続いただける回答と、お見受けいただけると思われます。さて、その中に御意見として、搬送困難の要因分析とその対策について、と、受入病院側の受入困難の原因について、が挙げられております。後者につきましては、現時点では未調査のため、御報告できません。これにつきましては、救急隊が医療機関照会時における医療機関側からの回答を基に判断した、受入れに至らなかった理由のデータがございますので、集計の上、別途御報告させていただきたいと思っておりますので

	容赦ください。前者の搬送困難の要因分析とその対策についてですが、資料は前から３ページ、カラー刷りの次のページとなります。昨年の１１月のみの集計とはなりますが、本事業を適用したときと非適用のときとを比べたものを作成しました。まず、左上の表と円グラフですが、上が各時間帯別、その下が曜日別での状況となっています。４つの円グラフの右上は、非適用時における傷病者の搬送状況を割合で示していますが、１８時台から８時台までの割合が約半分に対して、その左にある適用時の同時刻帯は、約７割と大きな差となっています。夜の方が陥りやすいことが分かります。続いてその下の曜日別ですが、こちらは各曜日１日当たりとして示しておりまして、非適用時は各曜日とも大きな差は見られないのですが、適用時の方は土曜から月曜まで、それと火曜日が少し多めになりました。この月は、３日の月曜が振替休日、２３日の土曜が祝日でしたので、これらの影響もあって一概にはいえないのですが、土日と休み明けの日、ほぼ月曜となりますが、この辺りでの適用が多く伺えますので、先に説明させていただいた夜間が多いことを踏まえると、通常の外来診療が行われていない時間帯に、搬送困難事例は多く発生していることがいえると思います。そして左下ですが、事故種別別、年齢別、程度別の表となりますが、事故種別別では若干ですが急病において適用率が高いこと、年齢別では７５歳以上の後期高齢者と１５から６４歳の生産年齢人口の辺りが若干ですが適用率が高いこと、程度別では中等症で適用率が高いことがそれぞれ伺えます。中等症が高くなるのは、詳細なデータにおいても平均照会回数が多い傾向にありますので、入院が必要となる可能性の傷病者において搬送困難となる傾向があるように伺えます。そして、右端が適用となった方の初診時診断名を集計したものです。主傷病名のみの集計で、分類方法が手作業のため、適切な集計といえるかどうかは分かりませんが、結果として、打撲や挫創といった外傷が最も多く、次いで意識障害、肺炎と腰背部痛、心疾患、頭頸部痛と損傷となっています。本事業では、小児、精神、産科等は適用しないこととなっておりますが、打撲や挫創、腰背部痛といった、比較的よく診られる傷病が多かったのは意外でした。また、肺炎、呼吸苦といった呼吸器疾患も搬送困難事例に至る傾向があることも分かりました。ここまでが搬送困難事例受入支援事業の実施状況についての御説明となります。残る２枚と取扱注意の資料は、昨年１１月から運用方法が一部変更となりました夜間内科二次救急体制の運用状況についてとなりますが、委員長、一旦ここまでで御意見等を伺ってもらってもよろしいでしょうか。
織田委員長	質問はないと思いますので、そのまま続けてください。まとめて質

	問させていただきます。
新濱係長	はい、それでは、説明を続けます。資料は８枚目、右上に資料１の３とありますカラー刷りのものとなります、本市の夜間内科二次救急体制の運用結果について御説明いたします。少し混みあった資料で恐縮ですが、昨年１１月から今年の１月までの３か月間における夜間内科二次救急体制の救急搬送時の運用状況となっており、上半分がその結果を、下半分は昨年度同期間の結果となっております。昨年度までは運用方法が異なりますので、この点も含めて説明させていただきます。なお、記載にはありませんが、本体制は昨年１１月から、協力いただいている１７医療機関において、受入状況等の一定の基準によりＡ病院、Ｂ病院と２グループに役割を分けられております。Ｂ病院は従来通り夜急診からの患者、入院が必要となる見込みも比較的軽度の方を受け入れることを主に、Ａ病院はＢ病院の患者のほか、夜急診からの入院が必要となる見込みで比較的重度の方、そして救急隊が取り扱う傷病者を受け入れることを主となっております。このほか、Ａ病院、Ｂ病院を問わず、当番日以外に手上げで受入れを表明する輪番外協力病院もあり、全救急患者の受入れが拡充された形になりました。さて、表について説明をさせていただきますが、まず、ここでの母数は、ページ最下位部にありますとおり、１８時から翌日の８時までとなっております。左から年数と月数、搬送数、次が搬送数のうち救急隊が照会した搬送数、その照会回数、平均照会回数で、その次の網掛け部分の上段が１７医療機関における搬送数、一番上ですと１，０３９という数で、照会回数、２，３０３という数です。以後はこの形でそのまま横に行きまして、この１７医療機関のうちＡ病院とＢ病院のそれぞれの合計となっています。また、網掛けになりまして当番計というのは、二次当番２医療機関における数値、続いて各輪番外協力病院の数値となっています。当番計よりも右側には、中段に白抜きの数値がありますが、これは救急隊が内科二次での対応が必要と判断したとき、照会時の冒頭に、内科二次でお願いします、と照会先に伝えることで本体制を活用したときの数値です。さらに下段は、先に説明させていただいた搬送困難事例受入医療機関支援事業における数値となっております。なお、本事業はＡ病院のみの参画となっておりますので、Ｂ病院は空欄となっております。また、下半分の表では、救急隊により活用できる体制がないときのデータですので、白抜きの数値は空欄となっております。それではまず、二次当番だけを比べてみます。下半分の表の最下段、昨年度の３か月計の二次の上段、８６７スラッシュ２，０２３の部分と、今年度のこの部分、ちょうど青い矢印が指しているところですが、９９０スラッシュ２，０７２となってお

	りますので、照会数は昨年度も今年度もほぼ変わらないものの、受入れは１２０人程度増えていることが分かります。率にして約１４％増となります。また、上半分の方の中段の夜間内科二次の照会数１，２４２とその上の２，０７２を比べるとその下の青枠内にあるとおり、当番病院への照会のうち、夜間内科二次の割合は約５８％となっております。当番病院によっては内科以外の診療科を標榜していることもあり、これを単純に比較することができないため、まずはおおよその割合を算出しています。この割合に昨年度の二次受入数を掛けると、下半分の表の欄外に記載した５０３人となりますので、今年度に夜間内科二次として受け入れられた５７３人と比べると、昨年よりも７０人増になっているものと推測できます。１月当たりで２３人程度となりますでしょうか。このほか、上半分の表にあります輪番外協力１から３までの夜間内科二次で約２００人、合計で約２７０人となりますので、昨年度と比べて１月当たりで９０人程度多く受け入れていただけたことになります。一方で、上半分、下半分共に少し左の緑枠の数値、Ｂ病院全体、内科とは限らないものとはなりますが、受入数を御覧いただきますと、互いに大差がありません。他方、さらに少し左の黄色い枠の数値ですが、こちらはＡ病院全体で今年度は約１割も受入れが増加しています。これが先ほどの約２７０人と一致していますので、結論として新たな体制によって、昨年度からの増加分をＡ病院で丸々受け入れたということになります。次のページと取扱注意の１枚物は、これらの詳細データになっておりますが、ここでの説明は省略させていただきます。本制度の状況は、今後もデータ収集と分析をしてまいりまして、更に効果が得られるようにしたいと考えております。大変長くなりましたが、事務局からの説明は以上です。
織田委員長	はい、後半の説明は二次病院を２つに分けてＡ病院Ｂ病院としましたが、取扱注意と記載された資料の右側の医療機関名ですが、１番から６番までがＡ病院、７番から１７番までがＢ病院ということです。緑の部分は変わっていないと記載されていますが、照会回数は前年より減っていますので受入率自体は上がっているということですよね。
新濱係長	はい、そのとおりです。
織田委員長	ですので、今まであまり受け入れなかったＢ病院もこの事業が開始されてから受入率は上がっています。Ａ病院Ｂ病院ともに事業が開始されてから良くなっているので、事業自体は良い方向へ向かっているのではないでしょうか。受入支援事業について、何か御意見があればお願いします。今後もこの事業を継続するのですか。
新濱係長	はい、調査結果に基づいて以後を検討するとの話がありましたので継続していただけるのではないかと思います。

織田委員長	では、この報告と今後の受入支援事業についての意見と質問があればお願いします。
中村委員	夜急診では夜間内科二次の受入率としてなぜ受入れしていただけなかったのか調査していましたが、ここ数年でだいぶ減ってきました。当初は内科当番であるにも関わらず内科医師ではない医師だったことがありましたが、今ではそのようなこともなくなりました。おそらく、そのようなところにも事業の効果が表れているのではないでしょうか。改めて感謝いたします。
織田委員長	後半の事業については千葉市の方で、この仕組みについて時間をかけて作成していただいたようです。そのことについていかがでしょうか。
堀主査	千葉市役所健康企画課の堀と申します。この制度を作成するに当たり、各医療機関に直接出向したり、各医療機関に集まっていただき会議の場を設けたり、まずは少しでも改善方向に向かうよう第一歩として始めさせていただきました。今回、それなりに結果が出ていることは、誠にありがたいと思います。より良くなるよう改善すべき箇所は改善し継続できるところは継続していこうと思います。しかし、正直なところこのまま継続していくと、限界があるとは思いますので、これだけでよいのか、別の手段はないのか、違った目線で見ていくことも必要ではないか、と考えていこうと思います。
織田委員長	はい、ありがとうございました。搬送困難事例受入医療機関支援事業について、千葉県医療整備課は何かございますか。
山崎室長	千葉県医療整備課の山崎です。今年の冬のデータはまだ途中ですが、昨年に比べると、照会回数が減少傾向にあることは、ありがたいことです。少しでも照会回数が減るよう皆様の協力を得ながら進めていこうと思います。県としてはこの事業は補助事業として資金を出しているところですが、更に早く照会回数を減らすようにしていただけたらと思います。
織田委員長	これは事業全体のことでありますが、始まった経緯は千葉市が政令指定都市の中で最も、現場滞在時間が長いということです。他都市と比較して良くなっているのでしょうか。
新濱係長	はい、事務局の新濱です。データでは少しずつ改善はされておりますが、政令都市間で情報共有している中では、残念ながら最下位です。
織田委員長	最下位ということで、引き続き努力は必要なようです。何か御意見はありませんか。山本委員お願いします。
山本委員	先ほど、搬送困難事例の理由について説明がありましたが初診時の診断名が、打撲、挫創が一番多いとのことでしたが、母数の中の割合はどのようになっているのでしょうか。

新濱係長	はい、受入支援事業での件数は１６９件ですので、２割弱となります。
山本委員	打撲、挫創の中での割合はどうですか。
新濱係長	一般負傷が全体の２割を示しており、その中には、重度外傷も含まれていますが、それを差し引いても割合は高いです。
山本委員	例えば消化管出血は消化器内科の医師が当直していないケースが多く搬送困難事例に陥りやすいといわれていますが、この場合は５例しかありません。例えば１０例中５例のように、相対数の表示が必要なのではないでしょうか。
新濱係長	今回は一月分として約４，０００件のデータを調査しようとも思ったのですが、手作業で進めていかなければならないこともありまして、資料として提示することが出来ませんでした。次回は提示できればと思います。
織田委員長	このデータは、内科二次を中心に集計したもので、内科の医師は打撲や頭部外傷は、あまり受け入れないことから必然的に増えているのではないかと思いますが、いかがですか。
新濱係長	搬送困難事例受入医療機関支援事業は県の事業でして、基本的に照会５回以上が対象となります。その件数が１６９件となります。除外となるのは小児科、婦人科、精神科となっております。
織田委員長	外傷は基本、外科当番に照会するのですね。
新濱係長	外科当番も市の方で体制を整えているのですが、こちらも受入れが困難な状況です。正直なところ、外傷が多かったのは意外でした。
織田委員長	外科系の輪番は一次、二次、の各１医療機関でよろしいですか。
堀主査	初期と後方支援の体制で運用しておりますが、初期の医療機関も決まらない場合がありますので、初期、後方合わせて１医療機関の場合があることがあります。
織田委員長	１医療機関の場合もあるということですから、内科よりも外科の方が受け入れる病院が少ないと私は思います。内科当番でも外科医師が在籍する病院など、照会方法や手段を変える必要があるのではないでしょうか。こちらは日中の集計もされているのでしょうか。
新濱係長	はい、受入支援事業のものとなりますので、日中も集計されております。
織田委員長	わかりました。よろしいでしょうか。では引き続きこの数字が良くなるように皆様の御協力を受けて努力していただきたいと思います。それでは報告事項２、令和元年主要業務の実施状況について、事務局からお願いします。
川畑司令補	はい、事務局の川畑です。着座にて失礼します。令和元年中における救急活動事後検証の実施状況について報告します。左上部に報告２

	と記載された資料を１枚、おめくりください。右上に資料２の１と記載された資料を御確認ください。上のグラフは検証対象区分別、下は医療機関別となっています。令和元年中は１４４件の対象症例があり、前年度と比較し１８件の減少となりました。令和元年中における救急活動事後検証の実施状況については以上となります。
織田委員長	次をお願いします。
小西司令補	はい、事務局の小西です。着座にて失礼します。先ほどの資料を１枚おめくりいただいて、右上に資料２の２と記載された資料を御確認ください。令和元年中における指令センター常駐医師による指示指導助言の実施状況について報告いたします。平成２９年から令和元年における指示、指導及び助言についてグラフにて示しております。令和元年の常駐医師による指示件数は１，０５２回。指導、助言回数は３，９８６回。指示回数は一日平均２．９回。指導、助言回数は一日平均は１０．９回となります。話が前後しますが指示回数の前年度比は２．６％の増加。指導、助言回数の前年度比は３１．１％の増加となります。指示に指導、助言を合わせますと一日平均１３．８件の業務を実施していただいている状況です。指示指導助言の実施状況については以上です。続いて資料を１枚、おめくりください。右上に資料２の３と記載されています。救急隊員教育の実施状況について報告します。まず、救急救命士就業前病院研修については３医療機関で９人が受講しております。続いて気管挿管病院実習は５医療機関に協力いただき９人が受講しております。ＡＷＳビデオ喉頭鏡病院実習は４医療機関に協力いただき７人が受講しており、アドレナリン投与病院実習については青葉病院ワークステーションで９人が受講しております。こちらは救急救命士就業前研修と併せての受講となっております。続いて再教育病院実習については救急救命士が青葉病院ワークステーションほか、３医療機関に協力いただき、救急救命士以外の救急隊員は青葉病院ワークステーションのみでの実施となっております。実習者数については１２３人が受講、うち青葉病院ワークステーション３当直が１０９人、青葉病院ワークステーション以外の医療機関２当直と青葉病院ワークステーション１当直が１４人の受講となっています。救急救命士以外の救急隊員が２００人の受講となっております。こちらの研修受講により全救急救命士１９５人中、気管挿管が１０５人、ＡＷＳが８７人、アドレナリン投与が１７１人、処置範囲拡大が１６３人、それぞれ認定を受けております。救急隊員教育の実施状況についての報告は以上です。
織田委員長	はい、ありがとうございました。主要業務の実施状況について、質問、御意見等はありませんか。はい、中村委員お願いします。

中村委員	指示、指導、助言回数の増加は、特定行為の件数が増加したからとなっていますが、現在、救急車の出動が増えています。おそらく高齢化というものが大きく関係してくるものだと思いますが、高齢化のため重症度が高かったために、増加したのか、あるいは救急隊員の技術が向上したために増加したのか、比率について参考に教えていただけたらと思います。
小西司令補	はい、事務局の小西です。資料２の２を御覧ください。こちらに示したとおり、こちらの下に示した棒グラフの右側に、心肺停止の症例数を示させていただきました。心肺停止、平成２７年が９１２例、令和元年が１，００６例と大幅な変化はなく、また、各年でかなり安定していません。症例自体が影響を及ぼしているとは考えにくいかと思われますが、詳細な分析が必要かと思われます。このほかとして特定行為が施行可能な救急救命士が増加したことも影響しているのではないかと考えられます。
織田委員長	はい、ありがとうございます。昨日、常駐医師をしていたのですが実際、不搬送の判断などの相談が増加しているように思います。つまり、不要不急な救急を減少させようとする意識が救急隊員にも出てきているのではないかと思います。結局のところ、収容医療機関が決定しないため、搬送しなくてもよいことに気付いて、常駐医師に相談するといったケースが増加しているのではないかと思います。決して心肺停止患者が増加して、特定行為が増加したために、増加しているだけではないと思いますので、詳しいデータを取っていただけたらと思います。ほかにありませんか。石橋委員、お願いします。
石橋委員	指示、指導、助言が全般的に増加していますが、実際の行為、資料でいいますと資料２の１救急活動事後検証の実施状況、事後検証の実施状況について資料２の２は増加しているのですが、資料２の１では減っています。それについて説明をお願いします。
川畑司令補	速報データではありますが、平成３０年中に静脈路確保を実施した件数が４２２例、平成３１年中が４７２例となっておりますので静脈路確保の実施件数は増えております。質問がありました減少については分析するに当たって、各署救急係長や指導救命士に確認したところ、本来、検証対象症例ではあるのですが、収容した医療機関の医師から、救急隊の活動として問題がないとのことから、事後検証対象として取り扱わなかったことを確認しております。
石橋委員	では、実際は特定行為の実施件数が増加しているわけですね。
川畑司令補	はい、そのとおりです。静脈路確保の件数は増加しております。
織田委員長	そのほかはありませんか。特定行為の実施件数が増えていることは良いことだと思います。よろしいでしょうか。それでは以上で本日予

	定されていた報告事項は全て終了いたしました。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。それでは事務局から次回の開催案内をお知らせします。令和２年度第１回千葉市救急業務検討委員会は令和２年６月頃を予定しております。日程の調整につきましてはファクシミリにて委員の皆様にお知らせいたしますので、大変恐縮ですが御回報していただければと思います。また、令和２年度は本委員会委員の改選時期となっております。改選の委嘱事務の準備が整い次第、案内をお送りいたしますのでよろしくお願いいたします。以上をもちまして令和元年度第２回千葉市救急業務検討委員会を閉会とさせていただくところですが、その前にここで、今年度定年で退任いたします兼巻消防局長、手塚警防部長を代表いたしまして、兼巻消防局長から御挨拶を申し上げたいと思います。
兼巻消防局長	本日は長時間に渡り、貴重な御意見を賜りまして、誠にありがとうございました。ここで大変恐縮ですが、少し時間を頂き、挨拶をさせていただきます。３月末日をもちまして、私と隣におります手塚警防部長が定年退職を迎えます。委員の皆様には局長及び警防部長在職中の１年間、多大な御尽力御協力を頂き、誠にありがとうございました。おかげさまをもちまして、この委員会で審議していただいた業務につきましては順調に進んでいるところでございます。当局としては、これからも市民のために救急業務を推進してまいりたいと思いますので、皆様におかれましては今後とも御協力御鞭撻の程、よろしくお願いします。最後となりますが、委員皆様のますますの御発展と御活躍を祈念して退任前の挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。
鮫島補佐	兼巻消防局長ありがとうございました。これをもちまして令和元年度第２回千葉市救急業務検討委員会を閉会とさせていただきます。長時間に渡る御審議、誠にありがとうございました。

令和２年２月２０日（木）開催の令和元年度第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　委員長承認済み・確定文書（写し）