

第28回千葉県救急業務高度化推進協議会 議事概要

日 時：令和7年1月15日（水）15時00分から16時10分

場 所：千葉県庁中庁舎10階 大会議室 及び Z o o m配信

出席委員：12名

平澤会長、金江委員、別所委員、柳澤委員、茂木委員、田中委員、井上委員、
片桐委員、稲葉委員、織田委員、鈴木（憲）委員、鈴木（貴）委員

代理出席：9名

高橋委員代理、不動寺委員代理、卯津羅委員代理、橋田委員代理、
舩越委員代理、卯月委員代理、鳥海委員代理、横澤委員代理、能條委員代理

議題1 医療機関に所属する救急救命士が行う救急救命処置に係る認定手続き等について

【事務局説明】

県健康福祉部医療整備課から説明を行った。

【意見・質疑応答】

<織田委員>

この案で問題ないかと思う。3月まで勤務していた千葉市立海浜病院では、法改正後すぐに救急救命士を非常勤として雇用し、今年度4月から常勤となり、今は病院救急車の運転を担当しているため、このような仕組みを始めていただきたい。

<卯津羅委員代理>

消防機関に所属する救急救命士事例検討会は地域MCで行っているところであるが、今後、医療機関に所属する救急救命士についても事例検討会のようなものを行う際に、縦割りとして地域MCと横並びであるのか、地域MCの中で一緒に病院ごとの事例検討を行うのか。

<平澤会長>

各地域MCの特殊性や救命救急センターの数等を勘案して地域MC協議会で決めていただくことが原則で良いと思う。

<織田委員>

個別でよろしいのではないかと思う。我々のところでは病院内救急救命士の導入にあたっては、病院内に委員会を作り、その中で事後検証や教育を含めて色々なことを決めて実施している。事例検討会や勉強会は救急救命士も一緒に参加して実施している。ただし、消防との交流というところはまだできていない。

<不動寺委員代理>

当院は病院救急救命士を数年前から採用しており、法改正時点から講習会を行っているが、例えば去年受けた講習会でも認めていただけるのか。

＜事務局 医療整備課＞

基本的には以前行った研修であっても、ガイドライン等に記載されている研修内容が盛り込まれていると病院側で判断し、修了証を発行されるのであれば、修了証に基づき認定証を発行することは可能と考える。

＜平澤会長＞

内容が大きく変わっていなければ良いと思う。

＜舩越委員代理＞

消防機関に所属する救急救命士については生涯研修ということで、病院に技能維持研修を受けているが、認定した後の生涯研修は病院にお任せするのか、それとも県MCごとに少し管理していくのか、もしくは地域のMCでそういった仕組みを作っていくのかどのようなお考えか。

＜事務局 医療整備課＞

ガイドライン上だと、医療機関の方で生涯研修などを行っていくのが望ましいという記載となっているので、病院側の方で生涯研修を行っていただければと思う。

【結 論】

議題1については、事務局の提示した内容で承認された。

報告1 救急救命士の気管挿管・薬剤投与・指導救命士の県内状況について

【事務局説明】

県防災危機管理部消防課から説明を行った。

報告2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管の講習実施状況について

【事務局説明】

県防災危機管理部消防課から説明を行った。

報告3 救急救命士処理範囲拡大に伴う追加講習の実施状況等について

【事務局説明】

県防災危機管理部消防課から説明を行った。

報告4 消防学校に係る救急教育カリキュラムへの医師の協力依頼について

【事務局説明】

県防災危機管理部消防課（県消防学校）から説明を行った。

報告5 ちば救急医療ネットと救急医療等業務支援システム(救急搬送一斉照会システム)の統合について

【事務局説明】

県健康福祉部医療整備課から説明を行った。

【意見・質疑応答】

<船越委員代理>

今回搬送時間の短縮効果も確認できないためということを書かれているが、どのように数字を拾って、どのようにこの試行期間の効果を検討したのかを教えてください。

<事務局 医療整備課>

消防機関に対して、システムを使った場合と使わなかった場合の搬送時間を出してもらい、比べたところ、システムを使ったとしても結局並行で電話を運用しているなどもあり、搬送時間の短縮が確認できず、むしろ延長しているような結果であったため、一斉照会システムについては次期システムから除く形で考えている。

<船越委員代理>

MCの中でも導入している部分と導入していない部分があり、消防に聞いて短くなったかどうかということだけでは正確にその効果検証はできないのではないかと感じた。

予算をつけて執行したのであれば、もう少し効果を拾ってみてもいいのかなと思うが、効果の検証は、どのように考えているのか。これでおしまい、具体的にもう少し解析してみようという動きがあるのか教えていただきたい。

<事務局 医療整備課>

導入した当初はMCごとに運用をし、効果を検討していくという方針で始めた。最初は県統一ルールでやる方針で考えていたが、地域ごとに実態に差があり、最初はMCごとの運用でお願いしたところである。しかし、システムを必要としていないところも実際あり、なかなか思うようなデータが集まらなかったというのが実情である。

その中でも使ったところからデータをいただいたところ、効果があまり目に見えるものがなかったのが、正直な結果である。我々も反省しなくてはいけないものがあるが、例えばこれを1～2年続けたところで、おそらく効果が現れるかどうかというところ今の段階では難しいという判断をしたため、今回の改修には一斉照会の機能は載せない方向で検討している。

<船越委員代理>

試行期間がうまくいかなかったというのは、色々原因があると感じる。導入のときも県のイニシアチブがあまりなく、病院導入のためのタブレットは、病院で買ってくださいということであった。導入が迫っているのに、それを踏襲して、うまく形にしないと、また作った方がいいけど、あまり活用されなかったということはもったいないと思うため、そういった意見をご検討いただきたい。

<鈴木（貴）委員>

貴重なご意見ありがとうございます。この一斉照会システムを含めたシステムについて、うまくいった部分、上手くいかなかった部分、またそこを使っただけのための努力などを含めて、非常に大事だと思う。例えばこれと同様にハイリスク妊婦の受け入れ先を見つけていただくネットワークも同様に一斉照会という形だが、役割が決まった病院に一斉照

会すると、それは非常に機能としてうまくいっている。また使っていただいたMCであったり医療機関へ、ヒアリングをしたり、県の審議会の部会などでもご意見をいただいたりし、画像共有のシステムが非常に重要なのでそこは生かして欲しいというご意見もあった。

これから次期システムの仕様の開発やシステム開発等していくので、先生方のご意見をいただいて、次のシステムがより使いやすいシステムになるようにしたい。

<卯津羅委員代理>

先日茨城県が、タブレットを導入し、一斉照会システムにして、ペーパーレス化を図るという通知が来ており、アプリをダウンロード・インストールしないと、データを見られないというシステムになっていた。今は要請が多すぎてどこも端末を見るよりもどんどん電話が鳴っていて、断っている件数が増え、応需率も落ちているという状況の中では、新しい取り組みも全く歯が立たないのかなと思っている。茨城県が今回導入した経緯とか、その導入した効果というのを、情報収集していただいて良い点悪い点を取り入れた上で、新システムに活用できるところは生かしてほしい。茨城県の動きは直前の通知で知ったので、どういう議論がされたかもわからずに県境の病院に知らされていると思うので、千葉県も一部は他県の方に行っていると思うので、そういうところについても、配慮しながら進めていただきたい。

<平澤会長>

貴重なご意見ありがとうございます。せっかく例があるということなので、それを参考にしてやったほうがいい。

<織田委員>

これは県全体のシステムなので、期待していたのは、コロナのときに非常に重症化した患者を3次救急医療機関で空いているところを探して取るというのがすごく苦労した。

あの時にチャットアプリを使って、コーディネーターの松村先生が主にやっていたと思うが、各医療機関に情報を流してどこか取れるところがないかというのがあった。重症患者だけでも、それを県全体で収容できる場所を探せるような、そういう仕組みを作っていくのがいいのではないかな。

<鈴木（貴）委員>

今のところ一斉照会という機能自体は入れないという形で考えている。医療機関が自主入力をしたり、そういったところまで含めて、試行錯誤の結果が今の方向性である。茨城県のシステムであったり、マイナ救急のような技術がどんどん出てきているので、そういったところをしっかりと注視しながら、少しずつシステムを良くできるような検討をしていきたい。

<不動寺委員代理>

ちば救急医療ネットの方に通常の情報を載せて、その情報も元になって救急搬送の実施基準とか、こういう病院が対応できるよっていうことが出ていると思っている。実施基準を見ても、なかなか受けられないところもあるし、本当に受けているのかなっていうところも実は見えたりするが、搬送先の実施基準に載っているような病院が特に細菌み

たいなものとかもしくは重症の患者が来たときは、県内の救命センターは、ちょっと踏ん張らないといけないと思う。そういうところが本当になにかやっているのかなというのと、我々は房総半島の端っこなので、北のほうでどんなことが起きているのかただ単に患者が多くて困っているのか、それとも重症自体が全然取れないのか、重症が取れないのだったらうちが踏ん張れば1人2人取れるかもしれないとか、何かそういう情報が見られるといいと思う。このシステムにということでもないが、県内の情報が見えるといいと思う。実施基準はなにか評価されているか。

＜事務局 医療整備課＞

実施基準は病院のリストのことか。

＜不動寺委員代理＞

そうである。患者さんがその疾患で困っていてもその順番で、連絡するしかないと思う。そこを全部断られたとなったときは、どうしようもないような気もするが、それをちゃんと受けているかどうか、当然受けられない事情があるかと思うが、名前が載っているけれども、ちゃんと受けているのかなっていうところがある。そこら辺の評価とかを、もししていないのであれば検討をお願いしたい。

＜平澤会長＞

今のシステムでも応需状況は入れることになっている。ただ医療機関側で入れないといけないので、なかなかリアルタイムに反映されていないみたいなどころがあり、実際にはあまり使われていない。なかなか解決しないとは思いますが、検討をお願いしたい。

＜事務局 医療整備課＞

次期システムの仕様については、今検討中でこれから具体的にしていくので、その中で今いただいたご意見等を盛り込めるところは盛り込んでいきたいと考えている。

報告6 アナフィラキシーに対する自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリンの投与対象拡大についての実証事業への参加について

【事務局説明】

資料により県防災危機管理部消防課から説明を行った。

その他1 口頭指導における事後検証の現状について

【卯津羅委員代理説明】

令和4年3月31日に消防庁から口頭指導実施基準の通達が出ているが、他地域MCにおいて、口頭指導に対する事後検証の方向性や今後のあり方に関してご意見をいただければ参考にさせていただきたい。

【意見・質疑応答】

＜織田委員＞

千葉市救急業務高度化推進検討委員会では、口頭指導のプロトコールの部会ができて、

事後検証をやる方向で進めるところまでは知っているが、委員を降りてしまったため最近の事情は分からない。千葉市消防局に問い合わせさせていただいて構わないと思う。

<平澤会長>

それ以上情報がないが、何かわかったらまたお知らせしたいと思う。

以上