

第4回マニュアル・プロトコール専門部会 議 事 録

1 日 時 平成24年12月18日(火) 19時00分から

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)1階 講堂

3 出席者

(1) 委 員

稲葉 晋委員、中田 孝明委員、篠崎 広一郎委員

(2) オブザーバー

千葉市救急業務検討委員会 平澤 博之委員長

(3) 指導救命士

中央消防署 警防課 指導救命士 深山 公裕

若葉消防署 警防課 指導救命士 大岩 進

緑消防署 警防課 指導救命士 石田 悦美

美浜消防署 警防課 指導救命士 齋賀 喜博

(4) マニュアル・プロトコール作業部会

救急隊現場活動マニュアル作業部会班長

中央消防署 警防課 救急係長 奈良清孝

指令センター常駐医師用マニュアル作業部会班長

若葉消防署 警防課 救急係長 亀山俊一

新受入体制の構築に関する作業部会班長

警防部指令課 主査補 宗像 磯

(5) 事務局

佐藤警防部長、大極救急課長、山口救急課長補佐、反田救急管理係長、梅澤高度化推進係長、高山司令補、石垣司令補、植田司令補、坂本土長

4 議題及び報告

報告1: 救急隊現場活動マニュアル作業部会より進捗状況について

議題1: 心肺蘇生実施中に循環が確認された場合の心肺蘇生中断について

報告2: 指令センター常駐医師用マニュアル作業部会より進捗状況について

報告3: 新受入体制の構築に関する作業部会より進捗状況について

報告4: マニュアル・プロトコール専門部会スケジュールについて

5 その他

千葉市救急業務検討委員会「第5回マニュアル・プロトコール専門部会」の開催日程について

6 議事概要

(1) 報告1 進捗状況について（救急隊現場活動マニュアル作業部会）

救急隊現場活動マニュアル作業部会の班長から、ガイドライン2005から2010となりこの指針を踏まえて変更したこと、現行のプロトコルに救急救命士をはじめ、救急隊員を目指す職員にも有用な見直しを行ったこと、除細動の年齢区分を明確にしたことと併せCPA 傷病者の活動ではCPRファーストを基本とすること、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気管挿管プロトコルを作成したこと、新たに追加したプロトコル及び新たに追加する資料について、それぞれ説明があった。

なお、CPA 傷病者の活動ではCPRファーストを基本とするが、例外もあることから補足的に追記を行うこととされた。

(2) 議題1 心肺蘇生実施中に循環が確認された場合の心肺蘇生の中断について

救急隊現場活動マニュアル作業部会の班長から、心肺蘇生法を実施中に循環が確認された場合の中断について説明があり、審議の結果、様々な病態からそれぞれ判断が必要とされることから、頸動脈により循環が確認出来た時点で常駐医師へ報告し指示を仰ぐとされた。

(3) 報告2 進捗状況について（指令センター常駐医師用マニュアル作業部会）

指令センター常駐医師用マニュアル作業部会の班長から、マニュアルの構成は基本的に救急隊員活動マニュアルに準拠した内容とし、ちば消防指令センターの運用開始に関連する内容を追加し、作成しているとの説明があった。

なお、救急隊から、常駐医師に対し医療機関への収容依頼があった場合の、「医師の裁量について」の審議で、救急隊の交渉件数等の取決めを行わず医師の裁量により実施することとされた。

(4) 報告3 進捗状況について（新受入体制の構築に関する作業部会）

新受入体制の構築に関する作業部会の班長から、医療機関への受入れ体制に係る構築の経緯と検討事項「千葉市におけるルール作りの位置付け」、「どのような基準とすべきか」、「地域ルールを検討する上での留意点」の説明があり、これらを進める上で千葉市立青葉病院と千葉市消防局が協力し、緊急度分類表を用いた受入れ状況の調査を一定期間実施することとされた。

(5) 報告4 マニュアル・プロトコル専門部会スケジュールについて

事務局より、各作業部会のスケジュールについて説明があった。

(6) その他 「第5回マニュアル・プロトコル専門部会」開催について

事務局から、「第5回マニュアル・プロトコル専門部会」の開催は、平成25年3月初旬を予定していると説明があった。

7 審議概要

反田係長	それでは定刻となりましたので、第4回マニュアルプロトコール専門部会を開催いたします。開会に先立ちまして、警防部長の佐藤よりごあいさつを申し上げます。
佐藤部長	警防部長の佐藤です。本日はお忙しいところマニュアルプロトコール専門部会にお集まりいただきまして誠にありがとうございます。今回の専門部会におきましては、各作業部会における進捗状況について報告するということでございます。併せましてマニュアル作成時の検討事項がありますので審議いただくということにしております。本専門部会で御審議いただいておりますマニュアルにつきましては、今年度中に千葉市救急業務検討委員会の方に提出されることになっております。どうか忌憚のない御意見をお願いいたします。以上でございます。
反田係長	続きまして会議資料の確認をさせていただきます。お手元の会議資料ですが、最初の表紙が本日の会議次第となっております。次のページが席次表となっております。次に、インデックス議事概要ですが、第3回の本専門部会の議事概要となっております。次に、インデックス報告1ですが、救急隊現場活動マニュアル作業部会より進捗状況について、となっております。次にインデックス資料1ですが、救急隊現場活動マニュアルの作業状況について、中間報告資料、となっております。次にインデックス議題1ですが、心肺蘇生実施中に循環が確認された場合の心肺蘇生中断について、となっております。次にインデックス資料2ですが、議題1、心肺蘇生実施中に循環が確認された場合の心肺蘇生中断について、となっております。次にインデックス報告2ですが、指令センター常駐医師用マニュアル作業部会より進捗状況について、となっております。次にインデックス資料3ですが、指令センター常駐医師用マニュアルの作業状況について、中間報告の資料、となっております。次にインデックス報告3ですが、新受入体制の構築に関する作業部会より進捗状況について、となっております。次にインデックス資料4ですが、新受入体制の構築に関する作業部会、新受入体制の構築に関する検討結果、中間報告の資料、となっております。次にインデックス別添ですが、傷病者観察記録表となっております。次にインデックス報告4ですが、マニュアルプロトコール専門部会スケジュールについて、となっております。次に、インデックス資料5ですが、マニュアルプロトコール専門部会スケジュールとなっております。最後に、インデックスその他が、第5回マニュアルプロトコール専門部会の開催日程となっております。乱丁落丁等はありませんでしょうか。以上で資料の確認を終わらせていただきます。次

稲葉部会長	に平成24年4月25日水曜日に消防局で開催いたしました第3回マニュアルプロトコール専門部会について事務局から報告いたします。お手元の資料のインデックス議事概要を御覧ください。千葉市救急業務検討委員会第3回マニュアルプロトコール専門部会は、平成24年4月25日、委員3名、オブザーバー1名、作業部会班長3名、指導救命士4名の出席により開催し、4件の議題を御審議いただきました。なお、議事概要の内容につきましては、本専門部会の開催に先立ち、委員の先生方に事前に配付のうえ、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。以上で、千葉市救急業務検討委員会第3回マニュアルプロトコール専門部会議事概要についての説明を終わります。御指摘、御質問などがございましたら、お願いいたします。よろしいでしょうか。それでは次に、次第の3に移らせていただきます。これより、議事の進行を設置条例第5条の規定に基づきまして、稲葉部会長にお願いしたいと存じます。 よろしくお願いいたします。それでは、次第に基づきまして進行していきたいと思えます。最初に報告1の救急隊員現場活動マニュアル作業部会より進捗状況について本作業部会から説明をお願いします。
奈良班長	進捗状況について報告します。お手元の資料1又はスクリーンを御覧ください。最初に活動マニュアル全般について、今回ガイドライン2005から2010に変更された部分と併せまして、JRC蘇生ガイドラインの救急隊員の行う応急処置が新しくなったことから、これら変更部分を踏まえて見直しを行っております。一般市民の行う応急処置については、胸骨圧迫から心肺蘇生を開始となっておりますが、救急隊については、人工呼吸の準備ができているということから、人工呼吸を速やかに開始するとし、大幅な変更はしておりません。ガイドライン2010の心肺蘇生法の指針に基づき、文言整理と小変更を行うこととしました。3ページを御覧ください。活動マニュアル全体の構成についてですが、今までのプロトコールは、救急救命士が行う特定行為が主でした。加えて外傷プロトコールがあります。当局救急隊は、全救急隊が高規格救急車で救急救命士が毎日乗務している状況ですが、時には救急標準課程の隊員が乗務した救急隊となる場合もございますので、救急救命士以外の隊員でも見やすい構成にすることで整理しました。現状はプロトコールと資器材の説明が一緒になっていることから、フローチャートとプロトコール、それから資料という形で編集をしております。4ページをお開きください。個別的には、除細動プロトコールについては、大きな変更はございませんが、適応年齢が生後28日以上乳幼児についても適応することになりましたのでこの部分を改正しております。併せて、8歳を目安に区分し

ていた除細動パッドの年齢区分を成人用パッドは、小学生以上とし小児用パッドは生後28日から未就学児としました。傷病者の見分け方として年齢よりも小学生、中学生という見方の方が、情報が取りやすいこと、また、判断しやすいということからプロトコルに取入れています。除細動の施行回数についてですが、従来は包括的指示により1回実施、その後はOMCに基づき2回目を実施ということにしておりましたが、これを2回までと改訂し、3回目以降をOMCの指示下に従うこととしております。またこれまでのマニュアルでは、小児に対する除細動は、減衰パッドを使用する除細動器やモード切替えが必要な除細動器を使用しておりましたが、すべての救急車に車載している除細動器が新しいものとなり小児モードがあることからプロトコルを統一できるので、小児に対する除細動時の記載については、削除することとしました。5ページをお開きください。心肺蘇生についてですが、構成としまして成人、小児、乳児のCPRについてそれぞれフローチャートを作成しました。改正のポイントは、年齢毎に胸骨圧迫の位置、深さ、テンポを明確にしました。活動全般では、現行のCPRファースト及びショックファーストがありますが、基本的にはすべてCPRファーストで活動することとしたいと考えております。理由として、目撃のある救急事例として取扱う傷病者においても目撃があるとは限らない事例が多くあるのではないかと多くの救急救命士が判断しているからです。時間的には、通報までに1分、救急隊の出動まで1分、現場に到着するまでに早くても数分、傷病者に接触するまでに1分、これをトータルするとどんなに早く接触しても6分あるいは7分以上はかかっているという現状があるからです。それと救急隊員の判断材料として、選択枝を減らすということは、それだけミスを減らすことになるのではないかと判断したことによります。次に6ページをお開きください。気管挿管についてですが、新たにビデオ硬性挿管用喉頭鏡が使用可能となったことから、このプロトコルを作成し承認いただいております。12月1日から運用を開始しておりますが、気管挿管実施時の胸骨圧迫は、皆様御存じのとおり絶え間ない胸骨圧迫が推奨されていることから、胸骨圧迫の中断時間が少ない、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用した気道確保を施行していくこととしております。次に一次確認ですが、従来の聴診は5か所で6回の聴診により確認しておりましたが、短縮して3か所とし4回の聴診としました。二次確認では、EDDにより行っていましたがEtCO₂モニターで行うこととし、EtCO₂モニターが使用できない場合はEDDを使用することとしました。聴診器やEDDはその場限りですが、EtCO₂は、搬送中常にCO₂をモニターしているので有効であるとしております。

稲葉部会長	7ページをお開きください。その他としまして、追加を予定しておりますのが、異物除去プロトコル、急性冠症候群プロトコルそれから脳卒中プロトコルです。傷病者接触前の活動プロトコルも作成しておりますが、接触前の一定の活動の目安とするため取入れております。続きまして、参考資料として追加を予定している項目をお示しておりますが、救急活動中の事故対策要領、妨害行為に対する対応要領、救急現場における確認事項及び状況聴取要領、救命処置指示要領、医療機関収容依頼要領、死亡者に対する対応要領、周産期医療に関する情報、DNA Rに関する情報を作成しております。以上が当作業部会の進捗状況でございます。 ありがとうございます。ただ今の内容について意見、質問はありますか。検討内容は、大体よろしいかと思いますが、確認として、包括的除細動は救急救命士による除細動は2回までとして変更しておりますね。それと議論したいところは、CPRファーストとショックファーストが先程説明されておりましたが、これは基本的にはCPRファーストとしておりましてこれは良いと思うのですが、ショックファーストというのは、電気ショックの準備ができるまでにCPRをしないということはないということでしょうか。
奈良班長 稲葉部会長	はい、そういうことは全くありません。 救急隊が傷病者に接触するまでにバイスタンダー等の処置がなかった場合は、勿論CPRファーストでよろしいかと思います。目撃があり医療従事者がバイスタンダーとなっていた場合など、以前に救急隊員の集会で倒れた同僚にCPRを実施し救急隊に引き継いで助かった事例もありましたがこういう時など、場合によってはショックファーストでも良いのかなと考えますが、この辺はいかがでしょうか。
奈良班長	実は稲葉部会長がおっしゃったことについて検討したのですが、例えば心原性の心停止では、バイスタンダーによる胸骨圧迫があった場合にそれが5分とか6分後に傷病者に接触した場合、血中の酸素がとても低い状態になっているのではないかと予想されますので、酸素化してから電気ショックをしたほうが良好な処置に繋がるのではないかと結論に至りました。救急隊が心肺停止を確認した場合は速やかに施行する除細動は有効であると考えますがこれ以外は、基本として胸骨圧迫を実施してからということにしたわけです。
稲葉部会長	搬送中の心肺停止は、おっしゃるとおりだと思います。傷病者への有効なCPRをどうとらえるかということでは、救急隊が現場で傷病者に接触した時点で判断するというのは、なかなか難しいことがあるのでしょうか。人工呼吸と胸骨圧迫がしっかり実施されている傷病者という事例は少ないかもしれませんが、ないことはない、その辺の

奈良班長 篠崎委員	ところを考慮するのはいかがでしょうか。補足として入れておくことは可能ですか。 補足として表記しておくことは可能です。 私の印象としてあるのは、CPRファーストというのを救急隊員が勘違いしている場合があって、まごついているということは勿論あってはならないのですが、それをなくすために記載するという考え方でわざわざ記載するというふうに見えてしまいます。除細動器を早く準備するのは当然ですが、その準備の間に胸骨圧迫を実施するというところで記載しようとしていると思いますが、極端な言い方ですと、除細動器があるにもかかわらず、鉄の硬い意思で胸骨圧迫を2分ないし3分続けるというのがCPRファーストなのですよとあって、今まで救急隊員は当然のように実施してきた除細動前の胸骨圧迫を、あらためて記載するというのは違和感が少しあると思います。
奈良班長	基本的には心肺停止の場合、どの症例でも胸骨圧迫から開始しているのですが、救急隊員は、3人で編成されていることから、1人がBVMを実施し、1人が胸骨圧迫で、あと1人なのですが、CPRファーストの場合はBVMに酸素を結合することや除細動を実施するまでの準備があります。CPRの態勢をとってから、波形により除細動を実施するという手順になりますが、これがCPRファーストになります。ショックファーストというのは、まずは胸骨圧迫を実施しBVMの操作を実施しますが、酸素をBVMに結合する前に除細動器を準備するという操作をします。ここだけの違いなのです。ここで何分か早くなったり遅くなったりするのですが、実質、除細動が何分遅れたとか、胸骨圧迫が何分遅れたとかということになるのです。このため手順を簡素化して分かりやすくするという狙いで、しっかりと酸素を使用した手順で処置を実施する方が、心肺停止の傷病者に接触した場合に時間経過のある場合がほとんどなので、CPRファーストでやりましょうという結論に達したわけです。ですので、救急隊現場で胸骨圧迫を実施する際にまごついているということは全くありません。
篠崎委員	質の高い胸骨圧迫は当然実施されているので、救命活動の質の向上をめざすために、あえてCPRファーストにしたということですね。
稲葉部会長	CPRファーストは、心肺蘇生を先に実施するという意味ですがけれども、すべての症例についてこれで良いのか、ということではいかがでしょうか。先程、申しましたが、稀でしょうが十分な心肺蘇生がしっかりと実施されている場合についてです。救急隊員がこれを現場で判断できた場合は、ショックファーストは有効と考えます。
平澤委員長	救急現場で、傷病者に接触した場合の1人1人の行動を示す場合に、マニュアルというのは本来、エビデンスがあってこのデータからする

	とこういう結果ですという研究成果があって初めて決まるという過程があるのですが、極端な例であってそういうことはないと思いますが、救急隊員同士が話し合いで面倒だから、これに統一しようよ、という判断で決めてしまったというふうにも聞こえなくはないので、これに至った過程をほかに示せるものがあると良いと思います。例えばガイドライン2010のここに記載されていて、また、色々な意見を取入れてディスカッションした結果こうなりましたという結論があるならば受け入れられやすいと思います。ガイドライン2010にも、エキスパートオピニオンといって研究者の意見だけで取りまとめた結果というのは信頼度が低くなるということがあります。このことから、先程の説明を聞いていると、自分達で決めてしまっているというようにも聞こえないわけでもないように思えますので、話しはCPRファーストとショックファーストですが、CPRファーストの方が文献あるいは研究結果がでているのでこう決めました、というやり方が良いと思います。
稲葉部会長	比較データとか文献にはでておりません。CPRファーストの方が絶対に良いということはありません。ただ、現状の救急現場でCPAの傷病者と接触した場合に、多くの場合少なくとも最低7分くらいはかかっているということが多いので、そのことから、CPRファーストで処置を行いましょうというのは良いことと判断できますが、その他のCPA症例については、やはり不利になる可能性が高いと予測できますので、基本的にCPRファーストで実施するというのは良いと考えますが、例外についての対応を補足的に追記しておく必要があるのではないかと思います。
平澤委員長	一般的に救急隊員のCPRは、チェストコンプレッション、プラス、人工呼吸という意味なのですか。心肺蘇生法といったら何があるのですか。
梅澤係長	心肺蘇生法の救急隊員の捉えかたとしまして、胸骨圧迫と人工呼吸という認識であります。除細動は、救命処置法にありますのでそこで分けております。BLSでは、胸骨圧迫と人工呼吸に除細動が入ってきます。CPRファーストで実施するという部分は、言葉的には、すべてという表現と、原則とか基本的にと、ありますので、中田作業部会長と検討し補足の必要があるか検討したいと思います。
稲葉部会長	細かいところの言及の仕方といいますかその辺を調整していただければと思います。そのほかに、皆様意見ございますか。よろしいですか。それでは、議題1についてですが、心肺蘇生実施中に循環が確認された場合の心肺蘇生中断について、事務局から説明をお願いします。
梅澤係長	心肺蘇生実施中に循環が確認された場合の心肺蘇生中断についてと

奈良班長	いう項目ですが、これまで救急隊員の現場活動マニュアルや常駐医師のマニュアルでは、明確に示されておりませんでした。救急隊員の様々な意見から今回のマニュアルを作成するにあたり、一定の基準を示してほしいということから、検討していただくものです。続いて奈良班長から説明していただきます。 救急隊員がCPRを開始するための観察と判断は、傷病者の総頸動脈で触知できないことと呼吸がないことを確認するわけですが、救急隊員活動マニュアル自体が中断の記載がないことから、当局の救急隊員から明確にするように要望がありまして、プロトコルに載せたらどうかということです。検討では、総頸動脈で触知するならば、脳への循環がある程度保たれることから、中断としてよいのではないかと。ということと、ある程度の血圧が保たればそれを中断してよいのではという意見と、橈骨動脈が触れれば中断とするという意見がでておりまして、検討の結果としましては、総頸動脈で触知できることと加えてある程度の血圧が保たれば、中断するとして併せて常駐医に回復徴候の報告とバイタルサインを報告して中断の指示をいただくとする形にしようとしております。
梅澤係長	事務局から補足的に御説明いたします。これまでガイドライン2005に準拠して実施してきているところですが、各都市の消防機関もこれに基づきプロトコルを作成しているところですが、心肺蘇生の中断の部分では、循環の確認を触診できて充実していると判断した場合、あるいは生命徴候を認めた場合で、目を開けたとか、そういう標記になっておりまして、曖昧なところがございます。救急隊の現場活動では、橈骨動脈で触知された場合で血圧が測定できる場合に中断しておりますが、ガイドライン2010では、標記されておりませんので、生命徴候をどのように捉えて心肺蘇生を中断するかということで検討をお願いしているところです。
稲葉部会長 平澤委員長	部会員の皆様御意見はありますか。 考え方としてはそれで結構なのですが、脈拍を触知したならば胸骨圧迫を中断してよいということは、とり方によっては胸骨圧迫をしているために頸動脈が触れるということにもとれるような意味合いを含んでいるように思えます。それでしたら継続して実施しなさいということになりますので、胸骨圧迫を中断しても総頸動脈で脈拍を触知できるという場合に中断してかまわないという表現が良いのかなと思います。
稲葉部会長	文言の方は調整できますことから、あとは脈拍を触知できればということですが、たとえば徐脈であるとかありますけれども、常駐医師への報告で指導、助言を仰ぐという方法もあります。

奈良班長	触知する脈拍数の数を決めると良いのかなと思っておりまして、例えば充実した脈拍を何回以上とすれば分かりやすいと思います。しかし、様々な症例があることから一概には決められないのかなということもあります。このため常駐医師に連絡をとってから中断する方法とするのはどうでしょうか。
稲葉部会長	C P Aの状態から、総頸動脈で触知可能となった場合に、例えばハートレート20回では十分な循環が戻っているとは誰しも判断しないところと考えますが、正に充実した循環が確認された場合については、我々医師側から方向性を出さない限りと思っておりませんが、中田先生いかがですか。
中田委員	血圧測定を開始して、直ちに常駐医師に報告するという方法がよいと思います。例えばハートレート20だったら、皆さん胸骨圧迫を継続して当然という考えであると思いますが、それが戻ったというのを報告しながら、直ちに常駐医師に相談するというのが良いのではないのでしょうか。
篠崎委員	突き詰めていくと、ひとつの文言で全てを揃えるのはかなり難しく、最初からC P Aの時は問題ありませんが、車内で不安定な循環から胸骨圧迫を止めるというシチュエーション時の私の印象では触診されたので止めましたという少し早い判断の救急隊員の方はいらっしゃるのとは確かだと思います。やはりその都度、常駐医師に確認して、確認が血圧測定のタイミングなのか、血圧とハートレートとを確認してOMCに報告するというのは詰めておくところではないかと思います。
中田委員	ハートレートを確認し、橈骨動脈でも充実して触診できるとなると血圧の測定を開始するという流れになると思いますが、血圧測定は時間がかかりますので、それ以前に常駐医師へ報告するという形になりそうですかね。
稲葉部会長	そうですね。全部が終わってから常駐医師への報告ではなくて、胸骨圧迫を中断したので次どうしましょうということだと思いますね。それで、これから血圧を測定しますとか、あるいは、どうしますかという相談をその場でしてもらおうというのがよいと思いますが、常駐医師に流れが分かるような表現で書いていただければいいと思います。基本的な方向はこれで、修正をお願いしたいと思いますが、ほかに御意見はありますか。これでよろしいでしょうか。文言を修正していただくという方向で決めたいと思います。では、奈良班長ありがとうございました。それでは次に移りたいと思います。報告2の指令センター常駐医師用マニュアル作業部会より進捗状況について、作業部会からお願いします。亀山班長お願いします。
亀山班長	当班は、指令センター常駐医師マニュアルの改訂という事で作業状

況について報告させていただきます。マニュアルの構成について2ページをお開きください。構成ですが、先ほど奈良班長から報告がありました救急隊の活動マニュアルに準拠した内容としております。活動マニュアルが終了した項目ごとに私どもがそれを引き継いで内容を医師用マニュアルに入れさせていただいたと、例えば文言の整理ですが、先生方の目線で見ると、ここがよく分からないというところに説明を加えております。それから新たな追加項目、こちらが4点ございます。御承知のとおり、ちば消防共同指令センターに関しては、こちらに記載されているとおり4項目、それと、前回の本作業部会での、医師の裁量による、医療機関への収容依頼、それと、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管プロトコルを追加、また、消防ヘリ及びドクターヘリによる救急活動についての概要説明と活動概要について、新たに4項目を付け加えるといった内容でございます。次の3ページをお開きください。ちば消防共同指令センターに係る追記事項といたしまして、ちば消防共同指令センターの概要について、新指令センターへ移行しまして、これまで千葉市の指令管制員のみで対応していた119番を20消防本部の職員が受報する状況となっております。この内容につきまして、指令センター業務が広域化することについてこのような内容でやっています。119番を受けてこのような指令をかけていますといった概要説明を若干加えさせていただいております。それと、市域外の救急隊であっても、指導・助言を行う。これまで、千葉市消防局の救急隊員に行っている指示、指導・助言のうち、千葉市消防局以外の救急隊員に対しては指導・助言を行いますといった内容も入れておかないと、受けた先生方が千葉市じゃないのに何ぜいるのかといった状況になりかねないので、明文化した方が良いとしました。遅れましたが、この項目に関しましては、事務局の担当と調整させていただいている内容です。新たな常駐医師が取扱う機器について、先生方が常駐医師として指令センターで勤務されて今まで使っていた機器と若干違うと伺っておりますので、それに関しまして、取扱い要領を入れさせていただくこととしました。それと、市域外へ出動した場合のメディカルコントロールにつきまして、例えば市境で、若葉消防署を例にあげますと、四街道市の救急隊が四街道市内の千葉市寄りの区域で救命対応が発生し、四街道市直近の救急隊は出動していたけれども、千葉市の若葉消防署の救急隊が直近であった場合、若葉消防署の救急隊が四街道市に出動した場合、医療の指示、指導・助言を受けたり、その後の検証を行ったりとかありますけれども、千葉市の協議会の方で担当しますといった事も入れておく必要があるのではないかとということで、追記するものです。次の4ページをお開きく

稲葉部会長 平澤委員長	ださい。その他の追記事項が、この3点です。医師の裁量による医療機関収容依頼に関わる内容です。先程も申し上げましたが、前回の作業部会でお話しをさせていただいた内容で、アンケート調査を基にして、収容依頼の交渉が可能な先生方に関しましては、救急隊から要請があれば、行っていこうではないかといったところです。2点目として、裁量という言葉ですが、この裁量という表現でよろしいのか否かというところで、適当な言葉が見つからないので、どうなのかなと思っています。また、常駐医師の先生方にもこの内容を事務局側から御説明した時に、いろいろな意見が出たという事は伺っております。3点目として、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管プロトコルですが、これは御存じの通り、12月1日より運用が開始されておりますので、新たにこちらの内容を入れていくとしております。プロトコルというのはそれぞれあるのですが、そのプロトコルを先生方が業務に就いて、例えば今から静脈路確保を実施します、薬剤投与を実施します、気管挿管をやります、という時に、これらがどういう内容だったかというマニュアルを開けて確認するのは難しいので、別に考えているのが、チェックリスト表です。例えば、気管挿管であれば8歳以上ですとか、傷病者の状況がこういう場合には挿管が可能だとか、一次確認方法などを先生が救急救命士との電話でのやり取りの中でチェックしていける方法にしております。これまでの気管挿管では、そういう状況だったらすぐ抜去しなさい、そういう状況だったら次に進みなさいとチェックリストを作成してありましたが、これは現在の常駐医師が座っておられる常駐医師の日誌の方に入れてあったと思います。気管挿管と薬剤、これは年齢とかチェックをしていくはずで、あの票はちょっとだけ日誌の上の方についておりますが、当時は、気管挿管と薬剤投与だけでしたので、それぞれについてチェックリストを開けて、対象者がどういうもので、どういう状況になったら次の行為に移るとか、こういう事があったら、こう進むというものをお手元に置く形にしたいと考えております。続きまして、消防ヘリ及びドクターヘリによる救急活動についてですが、ちば消防共同指令センターにおけるヘリコプターによる救急活動の要請基準が一本化されたものを常駐医師マニュアルに追加していきたいと考えております。繰り返しになりますが、ちば消防共同指令センターの概要や市域外の救急活動とMCの関係、新たな常駐医師の使用する機器の説明などを追加しようと考えております。それぞれの追加項目は、各項目の出来上がったものから順次追加していきます。 ただいまの内容で意見はありますか。 これは、先程の例で、逆に四街道市の救急隊が千葉市に出動した場
------------------------	---

山口補佐	合にはどうなるのですか。 先程の御説明の中で、四街道市の救急隊が千葉市に出動するあるいはその逆の出動があるということで説明がありましたが、共同指令センターは、20の消防本部でMCでは6MCが含まれることとなります。市境の応援に関して常駐医師のマニュアルで追加するという説明がありましたが、これは、マニュアルプロトコール専門部会と下部組織の指令センター常駐医師用マニュアル作業部会で検討されて追加することで上程しようというところです。それと、これとは別に平澤委員長が御心配されております6MC間での合意についてはどうかということになりますが、指令センターの共同運用として別に合意を得て進めるという形になります。四街道市の救急隊が千葉市に出動した場合のMCに関連する担保は、四街道市で責任を持つということになります。これは、6MCで合意を得た上で追加されることになるということで御理解いただければと思います。
稲葉部会長	その辺は、細かく示されないと初めて常駐医師として就いた先生方が困らないようにしていただきたいと思います。千葉市の救急隊が市境を越えて出動する場合がありますが、その場合には千葉市のMCとして取扱いますということで分かりやすくして頂きたいと思います。逆に市域外の救急隊はその地域のMCが担保してくださいということですね。ほかには、細かいことですがけれども常駐医師の業務として千葉市の救急隊に対する指示はありますが、市域外の救急隊には指導と助言のみになります、ということですね。ほか参考として、常駐医師の勤務について、先日開催した説明会がありましたが、このときに医師の裁量という説明がありまして医師側から意見があったと思いますが、どのような意見が出ていたか教えてもらえますか。
梅澤係長	先般、3回に渡りまして、常駐医師の皆様方にお集りいただき説明会を開催しました。この中で常駐医師の裁量でということで御説明申し上げましたが、これは、常駐医師が病院交渉を実施できることとし、交渉に入る前提として、例えば救急隊の交渉件数が5件以上となった場合に交渉に入るというのがありますが、これに対する意見として、救急隊が断られている状況を常駐医師が交渉しても同様ではないか、という意見がありました。これは、5件の交渉後ということで決定されているわけではありませんが、そういった取り決めをした方が分かりやすいのではないか、という意見がありました。
稲葉部会長	そうですね。救急隊の交渉件数として何件数以上交渉し収容先が決定しない場合というのがありましたが、書きにくい部分があり、ここにお示しできなかった状況です。また、積極的な医師とそうでない医師とを考えると表現しにくいということもあります。ですので、やは

亀山班長	り裁量という表現で示そうかなと考えているところです。亀山班長は意見がありますか。 救急隊からの受け止め方を考えますと、毎日常駐医師が詰めているところを、今日は交渉してもらえとか、昨日はなかったとかいうことになってしまうので、やはり今の段階では、交渉件数何回以上として決めて常駐医師が介入してくれるというのは決めにくいところと考えます。まずは始めて、やっていくにつれて理解していただける先生方が増えていくとまた条件は違ってくると思いますので、様子をみて現段階では、裁量という表現でよいのではと考えております。
稲葉部会長	そうですね、最初の段階としてはこれで始めて、波に乗れてそれから次の改訂の機会を検討するという形で良いのかなと思います。特に意見なければこの形にしたいと思います。
亀山班長	救急隊員側としては、収容交渉において本当に困ってしまった症例が今後も出てくるとは思いますが、その事例を記録しておき参照症例として記録しておければと思いますが、事務局でチェックしていただければと思います。
梅澤係長 稲葉部会長	全体の受入れ困難状況を把握して情報提供させていただきます。 問題としては、先程の2件かなと思っておりましたが、ほかに意見はありますか。それでは、報告2について終了します。次に報告3ですが、新受入体制の構築に関する作業部会より進捗状況についてです。本作業部会から宗像班長に説明をしていただきます。
宗像班長	新受入体制の構築に関する作業部会より進捗状況について検討結果を中間報告いたします。資料4の2ページをお開きください。初めに経緯ということで御説明いたします。平成23年第2回千葉市救急業務検討委員会審議事項で、傷病者の受入れに関する消防と医療機関の連携体制構築について検討することとなりました。発端は、若葉区での救急出動において救急隊が医療機関へ収容交渉中に容態が悪化した症例があり緊急を要する状況で8件の交渉があったことを踏まえ、あらためて千葉市救急業務検討委員会で当市における病院収容の受入れ体制をいかに構築すべきか、具体的な方策の検討を行うこととされました。検討事項を次の3点として、1点目は、救急需要が増加傾向している中、これからの救急搬送にかかる円滑な受入れ体制のあり方はどのようにあるべきか。2点目として、医療機関において、曜日や時間帯により傷病者の受入れ可能となる状況が異なるのではないかと。3点目として、緊急度の高い傷病者の情報をより正確に医療機関へ伝達するために必要な共通のルールを作成するべきではないか。ということとしました。次の3ページをお開きください。検討事項の整理でございます。1点目として、千葉市におけるルール作りの位置付けです

稲葉部会長 梅澤係長	が、県内で運用中の、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準で示されている地域ルールとして検討する。２点目として、どのような基準とすべきか。これは、受入れ実施基準の構築においては、千葉県が公表した傷病者の搬送及び受入れ実施に関する基準があり、その基準が緊急度を重視した構成となっていることを踏まえ、地域ルールを検討する上で、緊急度を重視した基準とすることとしました。３点目ですが、地域ルールを検討する上での留意点としまして、当市の医療機関の現状を踏まえつつ地域のルールを検討するとし、併せて、緊急度の分類については、傷病者を観察して緊急度を評価する救急隊員と受入れ側医療機関の救急担当医が共通して認識できる基準とすべきとしております。これらを検討するに当たり、篠崎委員の所属される市立青葉病院と当局において、一定期間試行的に、救急隊が使用する緊急度表の作成ということで検討しました。初めに、救急隊が医療機関交渉時に使用する緊急度分類表を作成しております。これは、インデックス別添を御覧ください。２ページに渡り作成しております。この中で、緊急度分類表は消防庁で検討中の緊急度分類表を参考として作成しております。また、救急隊員が現場にて使用している観察記録表を基に一部改正を加え緊急度を判定する形としてしております。内容については、救急隊員が観察結果から判断できるものとしております。また、病院収容時の緊急度と現場での緊急度を比較でき検証しやすくしております。救急隊員には、自己の判断力を見直すことができるものとし、フィードバックも考慮しております。次に５ページを御開きください。今後のスケジュールです。救急隊員が用いる緊急度分類表について御検討いただいた後、市立青葉病院と当局による調査を今年度中に１か月間実施する予定です。調査項目はお示しのとおりです。これを作業部会において検討しまして実用化に向けた方向性を形付けたいと考えております。以上で中間報告を終わります。 ただ今の内容について、御質問又は意見を申し上げます。 補足させていただきます。今回、市立青葉病院に協力いただきまして、概ね１か月間の調査を来年の２月中に実施しようと考えております。平成２３年の第２回千葉市救急業務検討委員会で当時の高橋病院長から、院内で取扱っている緊急度分類として４つの分類をしているということで御紹介がありましてこれがＪＴＡＳという新しい緊急度に関する分類でありまして、これを参考にしたこと、また消防庁において、実用化に向けて検討していることもございますので、篠崎委員と作業部会において検討し、緊急度分類では、緊急、準緊急、低緊急と３つに分けた形で調査することとしました。内容を作業部会で検討いただきましたのち調査させていただきます。以上です。
-----------------------	---

稲葉部会長	意見また質問はありますか。これは、将来的には、市内全救急隊で運用していくことを考えて作成しているものですね。将来的な布石として市立青葉病院での結果を踏まえ、市内二次医療機関へ広がっていくことを期待します。篠崎委員を含め市立青葉病院には御苦勞をおかけしますがよろしくお願いします。
篠崎委員	補足といいますか、先程、亀山班長がおっしゃってありました常駐医師の業務として、医療機関交渉が医師の裁量であって救急隊の交渉件数で決められないということですが、緊急度の高い症例と低い症例を同じ机上で話さなければならないというところに無理があって、救急隊の交渉時に緊急度が赤の状態で2件断られたとなったならば、3件目となる病院では、必ず収容するという意識を持った受入れとして対応できることにつながると思います。この緊急度が黄色の場合に交渉件数何件、緑色で何件というところに対応方法が目に見える形となるので分かりやすくなると思います。こうしてディスカッションの場に出して、それぞれをカテゴリーとして分けていかないと次へ進めないということになります。この稲葉部会長の専門部会から第一段階として発進して、最終的には各医療機関が消防局とともに共有していく形をとれば、医療資源を有効に活用した千葉市の医療体制に繋がっていくのかなと考えます。これは、消防庁から今後おりてくるものと思いますが、まずは、当病院でデータを収集します。
稲葉部会長	実際に救急隊と市立青葉病院では、調査に関して問題なさそうですね。
篠崎委員	緊急度分類で、黄色または緑色となったときに収容先をどうするかということは、まだ救急隊が苦勞するところであると予想しますが、今の段階では、救急隊が緊急度表をもとに判定するという癖をつけていただければと思います。患者様の社会的背景から収容交渉が難航する場合も多々ありますが、まずはその前に緊急度分類をすることをお願いしたいと思います。
稲葉部会長	緊急度判定では、難しい場面もあるとは思いますが、調査を進めていただきたいと思います。最終的に収容先医師との緊急度判定と突き合わせにより検証でき、救急隊員へのフィードバックもできます。
平澤委員長 篠崎委員 稲葉部会長	現時点での市立青葉病院の月間収容人数は、平均何人くらいですか。 350人くらいです。 この緊急度分類の調査は、救急隊に周知して2月中に実施ということですね。
梅澤係長	緊急度分類に関してですが、これは、現状の救急隊員の現場活動マニュアルと常駐医師マニュアルにあるのですが、平成15年に財団法人救急振興財団において作成された緊急度分類表がございまして参考

稲葉部会長 石田指導救命士	にして運用しております。このことから、この調査を実施する上で、特段に時間がかかるとは想定しておりません。ただし、救急隊に周知する上でも、1か月を準備期間として2月に開始する予定としております。データは随時、篠崎委員から事務局でいただきまして、緊急度分類に関することと、推定した傷病名と診断結果などの照らし合わせなどにより分析したいと考えております。 ほかに意見はありますか。 緊急度の分類を作成いただいたところでございますが、救急隊は、収容交渉を行っているわけですがそれでもこの中で駆け引きというものはございません。このように一定の基準を出していただけたのであればそのとおりに実施するというのが前提となります。これがあると一目瞭然ですし、見逃しもなくなると思っております。是非ともこの調査を実施していただき、活用していただきたいと思ったところでございます。
稲葉部会長	救急隊としてもですね、有効に活用できるであろうと交渉においても良い結果に繋がるでしょうということですね。ほかは、いかがでしょうか。全体をとおして確認しておくことはありますか。
中田委員	インデックス別添の傷病者観察記録表のところですが、外傷では骨盤の動揺を必ず確認すると思うのですが、その項目がないことを指摘したいのと、それから、出血のところは何CCとあるのですが、現実にはそぐわないと考えますがいかがでしょうか。CCではなくて部位と量という表し方の方が正確さにおいて良いのかなと思います。次に右側のGCSの表が縦長なので、これを少し細くして人体の絵を大きくするのはいかがでしょうか。最後に、緊急度の部分で、緊急度判定の文字を真ん中にもってくると見やすいと思います。細かくて申し訳ありません。
梅澤係長	御指摘ありがとうございます。見過ごした部分でございます。訂正して見やすくしたいと思います。緊急度というところでは、今まさに取扱おうとしている部分なので、観察記録表の構成につきましては、作業部会の宗像班長と作業部会のメンバーと検討してより良いものを作成したいと思います。
稲葉部会長	委員の皆様の御意見をいただき、最終的には、良いものにしていきたいと思っております。作成する時間とも相談しながら進めていただければと思っております。ほかに意見はありますか。それでは、次に報告4ですねマニュアルプロトコール専門部会のスケジュールについて事務局から説明をお願いします。
梅澤係長	マニュアルプロトコール専門部会スケジュールについて御説明いたします。インデックス資料5をお開きください。各作業部会とその予

稲葉部会長	定を示してございます。1月中には、各作業部会の検討内容をまとめ上げていただき、2月中にはそれぞれ構成と編集作業に入っていただきます。新受入れ体制の構築に関する作業部会では、この間に市立青葉病院と試行運用するということになります。3月にそれぞれ専門部会員による事前確認としており、救急隊員現場活動マニュアルは、約150ページ、常駐医師マニュアルは約160ページとかなり膨大な量になります。資料が部分的に完成次第確認するという形になるかもしれませんが。委員の皆様方に大変な御苦勞をおかけすることとなりますがお目通しして調整をしていただきまして、マニュアルプロトコール専門部会では、最終調整となります。そして3月末の千葉市救急業務検討委員会に上程できればと考えております。大変タイトなスケジュールとなっておりますが、どうか御理解いただきますようお願いいたします。事務局から以上でございます。
反田係長	ただいまの説明で御意見ありますか。来年の4月には、運用という形になっておりますので、新しい救急隊員現場活動マニュアルや常駐医師マニュアルはそれぞれ2週間くらい前に開示できないといけないと思っております。委員の皆様方も大変でしょうが、なんとかやっていきたいと思っておりますのでよろしくお願いします。ありがとうございました。それでは、本日の議事についてすべて終了しましたので、次第のその他について事務局から説明をお願いします。
稲葉部会長	インデックスその他をお開きください。次回第5回マニュアルプロトコール専門部会の開催日程についてお知らせいたします。次回本部会は、平成25年3月初旬に予定しております。部会員の皆様におかれましては、誠に恐縮ではございますが、日程調整表を平成25年の2月初旬にFAX送信させていただきますので御回報いただきますようお願いいたします。第5回マニュアルプロトコール専門部会の開催日程についての御説明は以上です。
反田係長 大極課長	ありがとうございます。何かございますか。それでは事務局にお返しします。 それでは、最後に救急課長の大極よりごあいさつ申しあげます。 稲葉部会長、中田委員、篠崎委員、それからオブザーバーとして御参加いただいております千葉市救急業務検討委員会の平澤委員長、長時間に渡り御審議をありがとうございました。ただ今スケジュールを御説明させていただきましたが、タイトなスケジュールとなっておりますが、公私ともお御忙しいところでございますが、よろしくお願いしたいと思います。事務局や救急隊員においても努力を惜しまずより良いマニュアルの作成に努めます。また、救急隊員はスキルアップしながら救命活動にあたります。ありがとうございました。

反田係長	以上で第4回マニュアルプロトコール専門部会を終了します。長時間に渡る御審議をありがとうございました。
------	--

平成24年12月18日（火）開催の、第4回マニュアル・プロトコール専門部会の議事録として承認し署名する。

千葉県救急業務検討委員会

マニュアル・プロトコール専門部会長

会長承認済・確定文書（写）