

**平成19年度第2回千葉市消防局救急業務検討委員会
「救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」**

議 事 録

1 日 時 平成20年2月25日（月） 19時00分～21時00分

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）部会員（4名）

貞広 智仁部会長、嶋村 文彦部会員、赤石 江太郎部会員、平澤 博之委員長

（2）局内作業部会員（3名）

（要綱第6条第4項の規定に基づき、委員長が出席を求めた職員）
石田 悦美作業部会長、山口 誠司令、古川 俊人司令補

（3）事務局

松本救急救助課長、小坪救急救助課課長補佐、古川救急係長、亀山主査、
行木司令補、新濱土長、吉田土長

4 議題

議題1：外傷処置に関するプロトコール作成項目の検討について

5 その他

平成20年度第1回千葉市消防局「救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」開催日程について

6 議事概要

(1) 平成19年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会「救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」議事概要報告

平成19年11月27日に開催された、平成19年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会「救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」の議事概要については、平成19年度第2回千葉市消防局救急業務検討委員会「救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」の会議資料として各部会員あてに事務局から事前配布されていたことから、議事概要に関する疑義、意見の確認のみ行われた結果、疑義又は意見等なく了承された。

(2) 外傷処置に関するプロトコール作成項目の検討について

石田作業部会長より、第2回消防局作業部会の検討結果について次の6項目について報告された。

- ① 外傷処置に関するプロトコール作成の目的及び効果は何か？
- ② 外傷処置に関するプロトコール作成に伴う効果
- ③ 外傷プロトコール作成手順1
- ④ 外傷プロトコール作成手順2
- ⑤ 外傷プロトコール作成手順3
- ⑥ 外傷プロトコール作成手順4

「救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」は、ひとつ大きな柱として、財団法人救急振興財団から出ている外傷プロトコールをベースに千葉市消防局としての外傷プロトコールをまずは作成することです承された。

また、外傷プロトコール作成後は順次手順2から4を検討することです承された。

外傷プロトコール作成に伴い、事務局より本部会資料の別添「外傷プロトコール（案）」を提示し検討がされた。

本部会の外傷プロトコール（案）で検討した内容を事務局で再度修正して部会員の先生方にメールリストにより送信し意見をいただくと共にご指摘された下記の3点について次回開催までに整理し、検討されることとされた。

- ① 外傷プロトコールは、全ての外傷傷病者を対象とすべきか。
- ② 外傷による心肺機能停止状態にある傷病者に対し、救急救命士が施行する「救命処置」（医師の指示を得ての特定行為）の施行基準を、事前に定める必要があるのではないか。
- ③ 収容医療機関を、一次・二次・三次医療機関に区分したプロトコールを作成すべきか。（高次医療機関への多数搬送が懸念される。）

7 審議概要

古川係長	ただいまより、平成19年度第2回千葉市消防局救急業務検討委員会「救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」を開催させていただきます。 なお、本日、消防局作業部会から石田作業部会長、山口作業部会員、古川作業部会員が出席しております。 それでは、開催に先立ちまして、警防部救急救助課課長補佐の小坪よりご挨拶申し上げます。
小坪補佐	皆様お忙しい中、救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。 松本課長につきましては、本日から千葉市市議会の開催中のことから、現在、市議会に出向中でございます。当初は、本部会開催時間までに間に合う予定でございましたが、議会の進行が若干の遅れを生じているところでございます。 つきましては、誠に申し訳ございませんが議事の進行につきましては貞広部会長進行に基づきご審議願いたいとのことですのでよろしくご審議のほどをお願いいたします。以上です。
古川係長	それでは、会議資料の確認をさせていただきます。 資料確認 続きまして、次第2平成19年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会「救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」の議事概要について報告させていただきます。 お手元の資料2ページをお開きください。 平成19年度第1回「救急隊員の行なう外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」は、平成19年11月27日、部会員全員の出席により消防局で開催し、3件の議題について検討されました。 なお、議事概要の説明につきましては本部会の開催に先立ち、部会員の皆様方に事前配布の上、ご確認を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、平成19年度第1回「救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」の議事概要について説明を終わります。 ご指摘などありましたら、よろしくお願いいたします。 それでは議事の進行に入りたいと思います。 貞広部会長、以後の進行をお願いいたします。
貞広部会長	それでは、議題1、外傷処置に関するプロトコール作成項目の検討について、事務局から説明をお願いします。
亀山主査	はい、それでは資料1について報告させていただきます。 この資料1に関しましては、第1回「救急隊員の行う外傷処置に関

石田作業部会長	するプロトコール作成専門部会」での会議結果を受けまして、消防局内の作業部会を開催いたしました。 このことから、その結果につきまして石田作業部会長から簡単にご説明をさせていただきたいと思います。 それでは、石田作業部会長、よろしくお願いします。 はい、それでは、第2回消防局作業部会の検討結果についてご報告をさせていただきます。 始めに「外傷処置に関するプロトコール作成の目的及び効果は何か」を改めて作業部会員の全員で検討いたしました。 外傷処置に関するプロトコール作成の目的としまして、現在の外傷処置に関しては「外傷処置基準」及び外傷症例に関する事後検証結果を基に各救急隊が、その現場に最も適する応急処置を選択して施行しているのが現状であります。 参考としまして、何を基準にしているかと申しますと、「外傷病院前救護ガイドライン」・「重症度・緊急度判断マニュアル」・「救急隊員標準テキスト・救急救命士標準テキスト」の3つを基準としております。 しかし、本市における標準的手順が明確に示されていないことから、救急隊員における外傷処置の内容の統一性が図られていないことが懸念されます。 このことから、本市に適切な医学的に吟味された「外傷処置に関するプロトコール」の整備が必要であり、更には本市救急業務検討委員会で承認された標準的な外傷処置手順が明示されることによる、統一性のある各救急隊員の質の向上、また本市メディカルコントロール体制の更なる強化が期待できることが目的であるとの結論に達しました。 続きまして 2 「外傷処置に関するプロトコール作成に伴う効果」でございますが、ここに救急隊員への効果4項目、更に本市メディカルコントロール体制への効果3項目を掲げましたのでご確認ください。 次に3 「外傷プロトコール作成手順」につきましてご説明させていただきます。 まず、本プロトコールを作成するうえでのベースは何かについて検討いたしました。 その結果、平成13年3月に総務省消防庁から発出されました「救急業務高度化推進委員会報告書」において、メディカルコントロール体制の構築に向けた今後の取り組みについて、国が取り組むべき事項のひとつとして、「応急処置、重症度判断等のプロトコールの作成」
---------	--

貞広部会長	に早急に着手すべきであると示されたことから、財団法人救急振興財団が3ヵ年計画で委員会を開催し、当該プロトコール等の検討を重ね作成したうちの「外傷処置プロトコール」をベースとすることが望ましいとされました。 資料、別添の外傷プロトコールを参照願います。 この財団法人救急振興財団で作成した「外傷処置プロトコール」をベースに地域実情を踏まえ、部会員の先生方からの医学的見解をいただき、本手順の変更（追加・削除等）を検討することが望ましいという結果になりました。 続きまして、4 外傷プロトコール作成手順の2でございます。 救急隊員から外傷処置に関する意見等を聞き、今どういうことで困っているのか、どういうことが疑問なのか意見を集約いたしました。 集約した結果が1から6でございます。 これは、あくまでも外傷処置プロトコール作成完了後に先生方に医学的見解をいただき、統一を図ることが望ましいのではないかという項目でございます。 次のページをご覧ください。 5 外傷プロトコール作成手順の3で、周知方法でございます。 本部会にて検討した結果を、千葉県消防局救急業務検討委員会へ上程し、審議を仰ぎ承認された後、「指令センター常駐医師マニュアル」及び「救急隊現場活動マニュアル」の追補を行い、周知徹底し活動して行きたいという手順でございますのでご確認願います。 以上、消防局作業部会での検討結果についての報告を終了します。 ありがとうございました。 第1回の本部会の時も、この外傷プロトコールを作成するということと、外傷プロトコール作成手順2で挙げていただきました疑問点のところが、大分混乱していたと思います。 今の説明ですと、まずは外傷プロトコールを作成して、それから、併せて各消防署からの疑問点を整理しこのプロトコールと併記することで千葉県消防局の外傷プロトコールという形をとれば一番良いという様に考えます。 まず、作成手順としては今事務局から説明のあったように、ひとつ大きな柱として、財団法人救急振興財団から出ている外傷プロトコールをベースにプロトコールをまず作成して、それから外傷プロトコールが出来たあとでこの参考書等には載っていないような、明確に示されていない小児や妊婦等の細かいことに関しては、また別途話し合うというご提案でした。 部会員の先生方、事務局案でよろしいでしょうか。
--------------	---

嶋村部会員	何かご意見がありましたら、よろしくお願いします。 この外傷プロトコール作成手順に沿って最終的には手順の4番まで行いこの救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会をそこまで目的とするということによろしいですか。
貞広部会長 嶋村部会員	はい、そこまで出来れば行いたいと思います。 一番問題になるのは外傷プロトコールを作成したが、後は行いなさいと投げないで、きちんと最後の作成手順4に書いてある「事務局にて、消防局については、通知と併せ実技指導を行い周知徹底を図ります。」というそこまで監視をするところまでをするのですか。
亀山主査	はい。本外傷部会においての運営内容は、手順2が完結するまででお願いしたいと思います。以下に関しましては、事務局にて周知徹底させていただくことでいかがでしょうか。
嶋村部会員	結局、気管挿管や薬剤投与のような形で講習があり実技の実習があるような形でそこまで行っていたらということ、よろしいのでしょうか。
亀山主査	はい。現在描いているのは、各所属代表者に消防局、又は消防学校に集結してもらい本プロトコールにおける教育を実施し、その代表者が各所属救急隊員等に指導することを予定しております。
嶋村部会員 平澤委員長	わかりました。 基本的には、1番から5番までではないですか。 6番の外傷プロトコール手順4はここに事務局と書いてあるので、この救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会の手を離れて事務方でこれを実施していただき、何か不都合があれば親委員会と相談をしてまた何らかの対策を考えて行くなどしていけば良いと思います。
亀山主査	それから、6番の2は常駐医師及び検証医師のことですから、それはそれで周知徹底するという事で良いと思います。 場合によっては「事後検証に関する専門部会」でもこの外傷プロトコールが作成されたからこの様にすると、どうしたら周知徹底が出来るかを話し合っていたらと思いますので、私の感じとしては、この部会に付託されたタスクとしては1番から5番までかと思います。
平澤委員長	はい。5番に関しましては、外傷部会にて検討した内容を、救急隊現場活動マニュアル及び指令センター常駐医師マニュアルに追補する目的で、事務局で整理させていただき、内容の最終確認と併せ実際の活動要領について局作業部会員の協力を仰ぎ画像に納め、本部会でご確認していただくことでいかがでしょうか。 5番や6番の作業ではなくて、ある意味でプロトコールのブラッシュ

嶋村部会員	ユアアップという感じですかね。 そこまでこの救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会ではきちんと踏み込んで行いましょうというところですね。
平澤委員長	フィードバックされてきたものをきちんと見て、ここはおかしいなというところがあれば、改定していけば良いと思います。
嶋村部会員	出来れば教育マニュアルの作成まで行った方が良いのかと思います。
赤石部会員	そこまで時間が多分無いかとは思いますが、きちんと事後検証はするという保障まである程度本部会としてあげれば良いと思います。
貞広部会長	確かに親委員会で全部検証するといったら大変は大変です。どの様な教育で行うかは本部会で意見を投げた方が動きとしては良くなりますか。
赤石部会員	その教育をどうするかということになりますと、結果として事後検証、常駐医師側の問題もどうしても絡んできます。
平澤委員長	今の計画ですとビデオまで作成して、こういう動きで実施するといったうえで、それを救急隊に提示し同時に常駐医師の先生にもデモとして見て下さいという形で事務局側が配ってくれば良いわけですよ
亀山主査	ね。 事務局が説明した画像にして見せるというのはそういうためのビデオですか。 私の理解としては、この外傷プロトコールに従って救急隊の方達が実際に動いてみて、不都合があるかどうかをこの部会にフィードバックして訂正があればプロトコールをもう少し検討して見るというビデオではないのですか。両方を見ているのですか。
貞広部会長	はい。現在予定しているのは、モニターする意味は、一つは、平澤委員長がおっしゃって頂いたとおり、部会での画像での確認、そして部会で検討して完成した画像を、各救急隊員、更には常駐医師の先生方に周知することを考えています。
亀山主査	結局、手順1を画像で示してOKを取るということですね。
赤石部会員	はいそうです。主は本部会での画像確認であり、併せて完成画像を救急隊員と常駐医師各位に周知するために活用するという事です。
平澤委員長	要するに、いろいろな外傷に関するケースについてデモをするということですね。
赤石部会員	救急隊が実際に動いてみたことが、不都合がないか、やりにくくないかということをモニターして、この部会でそれを拝見し不都合があったらそこをうまくスムーズに流れるように或いはやりやすいように変えてやるということだと思います。
	外傷の場合は、多分作業というものが入ると思うので、フローチャ

貞広部会長	ート・プロトコールでも一見良さそうでも、実際動いてみたらどうも無理だろうというのが出てくると思うのです。それはやはり動いてみないと行けないと思うので、私はその意見に賛成です。 そうなりますと、教育と研修というのは、ある程度運用した後に出てくるというか、その辺も大きいと思いますので、この部会でそのまま進めるというよりは、一端プロトコールを作成して全体に周知徹底して実行する。それをある程度の期間を蓄えたうえで、事後検証をどうするかまた、教育がうまく行っているかどうかのチェックに関しては、別立てにした方がスムーズに行くような気がします。
平澤委員長	最初、この部会が立ち上がった時に、私の気持ちとしては、救急救命士の方達ではなくて、引き受ける病院の先生方も、プリベンタブル・デスと言うことを教育しなければいけないのではないかという気分もありました。 それを扱うとなると外傷部会というものがあって、やらなくてはいけないところがあるのですが、とりあえず本部会に任されたものは、この外傷プロトコール作成の専門部会なので、作成しそれで実施していただき不都合があれば、そこをまた実情に合ったやりやすい形に改定してそれでプロトコールが出来ればそこまで良いと思います。 あとは消防の方達や検証担当の先生方或いは、常駐医師の先生方に周知徹底する。それから各消防署単位で周知徹底するという作業をまた他のところで行っていただけるのではないかと思います。
亀山主査	はい。事務局といたしましても、そのように予定しております。プロトコール作成完了後、実際現場で対応してみて、事後検証対象症例となった症例から不都合な点等が浮き彫りになった際、再度見直しを図ることが良いのではないかと思います。
貞広部会長	はい、よろしいでしょうか。 では、計4回を予定している「救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」は、ひとつ大きな柱として、財団法人救急振興財団から出ている外傷プロトコールをベースに千葉県消防局としての外傷プロトコールをまず作成し、主にこの資料でいう外傷プロトコール作成手順1から2まで、3は事務局ということで、実際の活動は手順4まで進めて行きたいと思います。 皆さんよろしいでしょうか。 異議なし
亀山主査	一応、別添の方にプロトコールの柱として救急振興財団のものを付けてありますが、千葉県消防局として何か提案するものはありますか。 それでは、了承していただきましたので、こちらの別添にあります救急振興財団の外傷プロトコールに基づいて消防局作業部会の中で

貞広部会長 嶋村部会員	(案)を作成してみましたので、今から、お手元に資料をお配りすると同時に先生方の前にありますモニター上に写しますので見ていただきたいと思います。 これは、あくまでも先ほどお話しました別添の救急振興財団で3年がかりで作成したものをベースといたしまして、消防局作業部会の方と事務局で作成いたしました一つの(案)でございます。 救急振興財団で作成したものにほぼ、準拠しています。こちらのものと違うところは何かと申しますと、応援隊と現場医師要請のここを選択肢を与えております。 それと、CPA になってから O M C をとるか否かというところなのですが、ここが消防局作業部会の中でも、オンラインメディカルコントロール、要は CPA になった時の特定行為はどうするかというところが問題視されました。この2点がはっきり申しまして大きな違いがあるところであります。あとは、ほぼ同じになっております。 全脊柱固定というのが、救急振興財団の方を見ますと個々に出てきましたものを、一括にさせていただいたところです。 次に気道確保です。これは、CPA ではなくこの中で生理学的評価に基づく重症度・緊急度判断をした中で、気道確保が何故あるのかと申しますと、心拍は認められる、しかしながら呼吸が止まっていた場合は、これは器具を用いた気道確保の対象となりうることから、ここで必要になった場合にはオンラインメディカルコントロールをとるという整理をしました。 このプロトコルを端的に申しますと、右側が特に CPA 傷病者における特定行為の施行の要否、左側がそれに近い傷病者又はそれ以外の傷病者を分けた形になっております。順を追って時間の許す限り、先生方のご意見を賜って又作業部会員もおりますので議論していただいて一つずつ整理をしていただければとご提案させていただきました。以上です。 ありがとうございます。 それでは、それぞれについてご意見をいただきたいと思います。 現場環境観察で現場評価をし、それで傷病者の数により応援隊及び現場医師要請を入れていただいたということは、非常に良いことだと思うのですが、救急隊員が現場に着いてから観察を行ってそれから応援要請をするのでは遅いのではないかと思います。 つまり、119番通報が入った瞬間からある程度指令管制員の方で判断して出動させた方が良いような気がするのです。もちろん、現場環境観察は大事なことなのですが、その前にもう一つ入れていただいた方が良いと思います。いかがでしょうか。
---------------------------	---

亀山主査	はい、そのとおりだと思います。119 番入電時に大きな事故であり そうだと、車中に要救助者がいるということであれば必然的に指令管制 員の判断で救助隊と救急隊を同時出動しているのが現状であります。 稀ですが、現場へ到着してからこれは救助隊が必要だということも あります。 まずは現場環境観察の文言の整理ですが、実は千葉県消防局の内部 規定で現場環境観察という言葉を用いている文面がございまして、そ れを少し説明させていただきます。 救急業務等処理要綱の第9条に「観察の実施方法については、救急 隊員の行う応急処置の基準（昭和53年消防庁通知）第5条に基づき 行うものとし、観察用資器材を有効に活用すること。」とあり、同条 第2項に現場環境観察は別記4に基づき行うものとする」とあります。 その中には、現場要請はもちろん、その他に救急現場の把握という ことで、傷病者の発生の原因に関連した周囲の状況を確認すること。 事故の発生形態及び傷病者の状況について把握すること。傷病者又は、 家族、その他関係者から主訴、原因、既往症などを聴取することとあ ります。それとプラスして危険性に対する観察ということで、二次的 災害発生危険の有無などがございます。 妨害行為の危険性ということで、妨害から傷病者の安全を図るため に必要な措置を判断するというものも全部含めましてこの現場環境観 察という言葉を用いさせていただいております。 今、嶋村先生がおっしゃったように当然119 番入電時でも必要が あれば出動隊を同時に派遣させていただきますので、事務局の方で文言を 入電時可能であればそれはそれで良いし、現場到着して必要があった 場合は応援要請といった形のほうが良いでしょうか。
嶋村部会員	現場環境観察に119 番入電時にも入るといふことにしておけば良い と思います。
貞広部会長	この外傷プロトコルの中に指令管制員のプロトコルも入れます か。
亀山主査	入電時、この様にするというのは、逆に指令管制員のプロトコル になりますよね。そこまで入れていいですか。
亀山主査	はい。救急隊員が現場到着時、現場環境観察に基づき、応援隊又は 医師を現場要請する必要性を認めた場合に要請をするといった整理の 仕方でいかがでしょうか。
亀山主査	現場医師要請に関しましては、このプロトコルにおきまして一つ のポイントとなりますので、ご検討の程宜しく申し上げます。
亀山主査	また現行の現場医師要請に関しましては、内部規定では要請の基準 は定めておりますが、いざ医師要請となった場合は、指令管制員の臨

貞広部会長	機な判断で現場から直近の医師を要請しているところでございます。 このことから、これは今後の課題であり、千葉市消防局救急業務検討委員会での審議事項であると思いますが、外傷部会からアプローチする構えでどうかと私なりに考えます。例えば、外傷傷病者で、現場で医療を必要と認めた場合等におきましては、出向していただける医療機関を予め決定していただければ、より円滑な現場対応が可能であると思います。大変恐縮ではありますが、具体的な内容はいずれにせよ、今後を見据えてこのプロトコールにこの文言を残していただく方向でご検討いただければと思います。 この外傷プロトコールを作成するにあたって、10何年間まったく発生していなかったのが、たまたま今回発生したのですが、この文言をこの外傷プロトコールに入れようとするとかかなり話がずれて行くような気がします。この外傷プロトコールでそこまで踏み込みますか。 この現場要請に関してはかなり状況が特殊です。外傷の中でも本当に特殊な症例をピックアップしなくてははいけません。それこそ※印で妊婦や小児というものより、更に細かいところに入って行くような気がするのです。それをこのフローチャートの中に載せた方が良いですか。
赤石部会員 亀山主査 平澤委員長 亀山主査	千葉市は、ドクターカーの運用規程というものは持っていないのですか。 ドクターカーは運用してございません。 医師要請基準は作ってあるのですか。 はい。千葉市消防救急業務規程の第18条に「医師の要請」ということで3項目ほどございます。 傷病者の状態からみて搬送することが生命に危険であると認められる場合。傷病者の状態からみて搬送可否の判断が困難な場合。傷病者の救助にあたり、医療を必要とする場合に医師要請をすることになっております。
貞広部会長 平澤委員長 亀山主査 嶋村部会員	このことから、過去のデータをみますと平成17年から19年の間に先生方に現場に来ていただいて医療行為をしていただいたのが、交通外傷で2件ございました。 3年間で2件もあったのですか。ここ10何年間で2件と聞いていました。 いつ頃からその要綱が出来ているのですか。 平成4年からです。 本当は、現場環境観察から現場医師要請でなくて傷病者初期観察をしてCPAになりそうだなと思ったときに要請してほしいのです。CPAにならないと救急救命士は特定行為を出来ません。心停止になり

貞広部会長 嶋村部会員 赤石部会員	そんな時に医師が現場に居れば何か出来るのではないかと思います。 千葉県救急医療センターとしてはすぐに出動できますか。 直ぐに出動出来るようには心掛けてはいるのですが。 心停止にならないと気管挿管できないのと心停止になりそうな時に気管挿管出来るのと違いますよね。
嶋村部会員 赤石部会員	全然違います。 外傷の場合は、心停止になりそうな時に気管挿管を施行してあげるのは理想的に言えば救命率の向上になると思います。
貞広部会長	今のところ夜間で千葉大学医学部附属病院の医師が出るとしたら、当直のバックアップを呼ばないといけません。最低30分位かかるので、いわゆる心停止になりそうな人を対応するというと常時医師を置かなくてはなりません。
赤石部会員	医師を何処の医療機関に頼むかといった体制は、それこそ、貞広先生がおっしゃっていた別問題になってしまうのですが、千葉市消防局の言いたい事は非常にわかります。
貞広部会長 赤石部会員	ドクターカー制度を始めますか。 私は、以前たまたま松本の病院に勤務していたのですが、松本は最初にドクターカーを導入して、救急部の当直とドクターカー当直とで、病院の中で廻すのです。ポケットベルを持って、全然無い日もありましたし、ある日は6件くらいあったりしていました。運用し始めると結構、この様なことで要請というのはあるのですが、医師が現場に居た方が助かったというようなこともありました。例えば松本サリン事件などがそうでした。
嶋村部会員	確かにありますよね。それはそれでまたドクターカーの運用は別問題かなと思います。
平澤委員長	千葉市の病院前救急救護体制を根本から見直さないといけないということですよ。 予算もあるでしょうし、マンパワーをどうするかということとはもっと大変だと思います。
赤石部会員	確かに、現場にドクターが来てくれればという悲鳴に近いようにも聞こえてくるのです。
嶋村部会員	緊張性気胸など脱気していれば助かるということを考えると現場医師要請は良いかなと思います。
赤石部会員	だから外傷プロトコールに入れるとなると確かに考えてしまうのです。 医師の要請を考慮するという文言があっても悪くはないなと思います。或いは、オンラインメディカルコントロールで現場に医師を派遣すべきだという判断がそこで生じて良いと思うのです。

平澤委員長	やはり二段構えで行かなくては無理だと思います。 現場に医師を要請することも出来るという含みを残すだけにしておいて、嶋村先生がおっしゃるように、そういう良いという意見が強ければそれに向けてどうしたら良いのかを、またこれとは別にこの部会でも良いので検討していただいた方が良いと思います。 それを検討しながら、外傷プロトコルを作成するというのは、なかなか埒（らち）が明かないと思います。
赤石部会員	医師に誰か出られますかと言うのを、現場から投げる権利をこのプロトコルに残しておき、その体制が許せば何処かの医療機関から出動していただく。その時に出動出来るかわからないですが、もしかしたら全滅かも知れませんが、現場から投げる権利をこのプロトコルに残しておいた方が良いと思います。
平澤委員長	残して置くのは賛成ですが、そのCPAにならないうちから、気管挿管をする為にそれが必要だと思ったら救命士の人が要請するという形にこれを組み立てるとするのはなかなか難しいです。
貞広部会長	この文言を入れておいて体制を組まないというのは有りですか。 現場医師要請に関しては対応できる病院は無いということですね。
嶋村部会員	千葉県救急医療センターの近くで、昼間でしたらいつでも可能です。千葉大学医学部附属病院も昼間だったら対応できる時もありますよね。
貞広部会長 嶋村部会員 山口司令	確かに可能です。 そういうことを含んだ上で残した方が良いと思います。 作業部会員の山口です。 現場の救急隊を預かる身としてこのシステムが先生方の勤務を担保する或いは報償金をどうするというのを含めなくて貞広部会長の方には、ひとつ留保する選択肢とし是非、ここを残しておいていただければと思います。 この様な事まで考えるとなりますと、先ほど平澤先生がおっしゃっているように、本当に何十年も続いてきた千葉市内の救急というものを根本から考え直すことになるのかも知れませんが、今まで平成4年から規程の中の「医師の要請」については救急に乗っている人であれば誰でも知っていることです。 ただ、それを基にして医師要請をしても来る先生が居ないというののも皆知っています。先ほど赤石先生がおっしゃっていたように、だから要請しないということも確かにあったと思います。 ですから、その辺で中をどうするかというシステムを含めて、プロトコルと平行してというところかなり難しい問題になりますので、ただ

貞広部会長	その部分を残しておいていただければという気がします。是非残しておいていただければと思います。 はい、3 対 1 で可決されました。
嶋村部会員	そうすると現場環境観察を行ったうえで必要に応じて応援隊・現場へ医師要請を行うというこの矢印に関しては O K ということで良いですね。
貞広部会長	傷病者の初期観察を行ったうえというもの含めておいた方が良いと思います。 そうですね。その箱に 2 つ含めてということで良いですね。 現場環境観察をして傷病者初期観察を行うことに関しては良いと思います。 次の CPA の YES・NO に関してはいかがですか。 皆さんご意見ございますか。 これは最初に CPA を分けておかないといけないと思いますが賛成ということでよろしいですか。 そしてこの CPA を分けた後ですが、CPA のプロトコールがある上で CPA の次の流れを作っていくとどちらに行くかという話がどうしても出て来るのです。
平澤委員長 貞広部会長	CPA だったら矢印のほうに進むだけですよね。 外傷プロトコール以外に心肺蘇生のプロトコールがあるので、二つの整合性をどうするかということと、どちらに進むかという問題に関して、外傷だからこちらに進むのか、わざわざこれを作るのか若しくは、心肺蘇生のプロトコールはあるわけなのでこの CPA から YES の方向にしたら心肺蘇生プロトコールへという書き方も一方はある訳です。
赤石部会員 貞広部会長	バックボードを使うかどうかということですよね。 そのコメントだけでしたら逆に※印で対応が可能ですので、これだけ CPR の後の矢印をこのプロトコールの中に載せるのかという話になると思います。 結局、全脊柱固定がどうかだけです。CPR を分けたあとの CPA の患者さんの YES のあとにどうしても書きたい文言に関しては、全脊柱固定をどうするかになります。あとに関しては同じですね。ですからわざわざ CPA の YES の後に一般のプロトコールが良いか心肺蘇生プロトコールへ進むのか、※印で全脊柱固定を行うものとする若しくは必要に応じてというようなコメントを入れるかどうか、それに関してはいかがでしょうか。
嶋村部会員	内因性の CPA と外因性の CPA とは状態が全然違うと思うのです。 例えば、ドスンと音を聞いたから目撃がある CPA になる。そうす

貞広部会長	ると薬剤プロトコールに入ってしまうのです。間違いないですよ。薬剤投与のプロトコールなら目撃があるのであったら、心停止だったら良いわけです。 そうすると、多発外傷で首が折れているような、頭から血を流しているような人に薬剤投与のプロトコールにだんだん入って行ってしまうと少し違う意味があるような気がするのです。その辺も含んだので分けてということだと思ふのです。ですから O M C でと上に書いてあると思います。 もちろん V F になって、車が衝突してあまり外傷がない C P A の状態もありますので、先に除細動を判断するというのは、私は良いと思います。V F というのを区別しておいて更にそれから C P A は外因性だったら O M C で連絡を取ってというように検討したら良いということで、多分右側のフローチャートに入ってくるのではないかなと思うのですが、いかがでしょうか。 O M C の Y E S と N O というのは、オンラインメディカルコントロールを行うか行わないかですか。救命処置を行うか、行わないかですか。
平澤委員長 石田作業部会長 貞広部会長 石田作業部会長	この Y E S と N O は確かによく解らないですね。 これは指示要請を行うか行わないかということです。 指示要請を行わないこともあるということですね。 現在の外傷の C P A につきましては、交通事故や飛び下りなどがありますが、ほとんど目撃が有りなのです。 そうしますと、現在の薬剤投与のプロトコールに添うと、薬剤投与は心電図波形がフラットであろうと、目撃有りですので適応に現時点ではなりません。 ただこの状態で何度か適応であったものがございまして、常駐医師の方からは、そちらの薬剤投与に進みなさいという指示があったこともありました。搬送して、そのとおりに進んで行きますとこれは必要が無いと医療機関の先生にご指摘を受けます。 そこで私たち救急救命士は第一にこの常駐医師の指示どおりに動くということをしておりますが、医療機関収容時に先生方からご指導もありますし、非常に迷うところであります。このことからこちらに Y E S ・ N O を入れさせていただきました。
赤石部会員 山口司令	それは、我々座る側の医師には、専門外の先生方がいるということですね。 必ずしもその様なことではなくて、先生によって治療の方針が違うという先生もいますし、そういったところで見解が異なるということでもあります。

赤石部会員	それでしたら、このプロトコルを作成して常駐医師に徹底すべきで常駐医師のオンラインメディカルコントロールの質の差があるようであればオンラインメディカルコントロールにならないです。だとしたら全例オンラインメディカルコントロールに繋いでそこで指示を仰ぐ形にしないとプロトコルとして成立しないような気がします。
貞広部会長	常駐台に座る医師には、専門外の先生がいらっしゃるというと失礼になるのですが、逆にこのプロトコルで詳細に決めておいて、常駐医師もそれに添えるようなプロトコルを作るとのことですね。
赤石部会員	多分常駐台に座る先生がみんな嶋村先生のような外傷に明るい先生でしたら問題がないのですが、そうとは限らないですよ。ですから、そうでない人でも解るような外傷のCPA に関してのプロトコルを作成して指令台の上に置き見てもらえば良いと思います。紙一枚ですむような事ではないのですが。
平澤委員長	先ほどの外傷プロトコル作成手順にあったようにこれが出来上がった暁には常駐の先生達へも周知するようになっています。ですからこれをこのまま残しておいてそれで良いのではないですか。
貞広部会長	OMC の箱を残しておくけども、NO という矢印を作るとすると現場の救急隊の判断でOMC をやらなくても良いという選択肢を残しているわけですよ。
石田作業部会長	このOMC (救命処置) のNO という方なのですが、常駐医師に必ず報告はするという意味です。
貞広部会長	ですから、NO の意味は、常駐医師からとにかく全脊柱固定をして搬送しなさいという意味です。
嶋村部会員	救命処置をするか否かという意味ですか。電話をするか否かではなくて、救命処置をするかしないかのYES・NO で良いですか。
亀山主査	それなら良いと思います。
貞広部会長	オンラインメディカルコントロールで判断をしてくださいという意味ですよ。
亀山主査	はい。OMC 下においての活動を行うといった意味ですが、ある程度の基準を設けた上での特定行為の施行が望ましいと思います。それは、事前に救急隊員と常駐医師で共通認識を持つ意味からですが、その辺りを決めておくことは困難ですか。
貞広部会長	早期に医療機関へ搬送というのと、現場での救命処置というのでは、それを電話で受けた常駐医師が何処まで判断をして指示を出せるか否かということですね。それをある程度前もって決めておくというお話ですね。
亀山主査	そのとおりに実施しなくては行けないという意味ではなく、ある程度の基準を決めていただければと思います。

平澤委員長	その辺のところは、やはりこの外傷プロトコールに組み込むべきというよりは、指令センター常駐医師用マニュアルに書いておくべきです。
亀山主査	はい。これは指令センター常駐医師用マニュアルに入る訳ですが、解説的なところで示すといった形でいかがでしょうか。
赤石部会員	これは O M C（救命処置）だから解りづらいので、救命処置の可否という形にしたら良いと思います。O M C による救命処置の可否などにしないと、YES や N O の意味がわからなくなってしまいます。
貞広部会長 嶋村部会員	そうですね。 ある程度、現場の救急隊の方が現場を見ているから、多発外傷のときに常駐医師から救命処置をなさいと言われても、先生、この様な状態ですよとなりますよね。現場の救命士としてどうですか。
山口司令	正にそこが迷うところでもありますし、又、正直なところ常駐の先生と実際に収容を引き受けて下さる医療機関との先生の狭間に立ちます。だからこそ、また立ち返って常駐医師の先生方に連絡をとるということで消防局作業部会の方では話合っています。
嶋村部会員	現場の状況は、私は常駐台に座っていて状況が伝わってこない、それは施行しなくて良いのではないかと思います。現場の状況がうまく伝わってきますと、施行しても良いかなと思うのです。
山口司令	やはり、教育や周知などの話は、作業部会の中でということではなくそれはやはり必要な形になると思います。 先ほど、石田作業部会長の最初の説明の中で O M C の部分の YES ・ N O は先生方のご理解と言いたいことが変わっていたようですが、結局はこの救命処置の可否が先生方に O M C をとった上で判断してと言いますか、常駐医師と実際に現場にいる救急隊とのやり取りの中でどちらかに分け隔てて行くと受け取っていただければと思います。
平澤委員長	可否って言われると解らないけども、救命処置の必要性ということですか。必要性がある、必要性がないということですか。
嶋村部会員	必要性ですね。可否というと出来るか出来ないかという問題だと思いますので必要性がある・ないの方が良いかもしれないですね。 あとは、先ほど常駐医師の方にうまく周知させるような形の冊子のような物を作成するというようなこともやっていた方が良いでしょうね。
平澤委員長	鈍的外傷の C P A は 9 9 % 以上助からないことが多いですが、鋭的外傷なら 9 割くらいとなりますからね。 ですから作業の手順としては、今そこでそちらに行くのではなく、それは宿題にしておいて、この全体の流れを進めていただきたいと思います。

貞広部会長	はい、それでは、CPA の外傷の流れについては一端置いておき宿題にするということにします。
亀山主査	では、向かって右半分の CPA に関しては、先生が今おっしゃった様に器具を用いた云々と言うのは整理が必要なので、とりあえず流れ的な物だけでよろしいということでしょうか。
貞広部会長	はい、YES・NO に分かれたと言うところまでは、良いと思います。
亀山主査	それでオンラインメディカルコントロールを受けて救命処置の必要性の YES・NO に分かれて原則全脊柱固定をして搬送するという事で、最後速やかに高次の医療機関に搬送するという事でよろしいでしょうか。
貞広部会長	そこは置いておきましょう。そこをやめるわけではなくて、全体を下ろすという意味です。
亀山主査	取りあえず流れ的にはこちらの方でよろしいでしょうか。
貞広部会長	CPA ではない場合には生理学的評価に基づくと、ここでこれを持って来るとまた、全身観察が出てきます。この初期観察と全身観察の間にこれを挟んだときにこのパートでは YES・NO というのは何を見るのですか。
嶋村部会長	本来、ロード&ゴーかゴーではないかということですよ。
石田部会長	そのとおりです。
嶋村部会員	実際には初期観察でのロード&ゴーですよ。生理学的に重症度や緊急度が高いからロード&ゴーということですよ。
貞広部会長	そのロード&ゴーの中の CPA だけを先に分けたということですね。
赤石部会員	だからこれは初期観察のロード&ゴーなのですね。
貞広部会長	個人的には資料 2 の静岡市消防局のプロトコールがあるのですが、これの書き方も変ではあるのですが、上から順に状況評価・全身観察・車内収容・病院選定という、一つの幹があってこれに横向きに CPA だったら右側に移るという様に、気持ち的には解りやすいなと思いました。その横にチェック項目が書いてあるというのは、個人的にはこの形が気に入っているのです。
平澤委員長	この CPA で左に曲げてから尚かつまた二つに分けるとするのは、若干わかりにくい気がします。
貞広部会長	フローチャートというのは、行き止まりがなければ良いのです。
	◇型中のロード&ゴーと書くのが何となく抵抗があるのです。
	この中にまた初期観察をもって来ないといけません。いってみれば◇型のタイトルは、初期観察ですよ。
平澤委員長	これはロード&ゴーの適応と書いてあれば良いのではないですか。
貞広部会長	いいえ、ロード&ゴーを初期評価以外に全身観察もロード&ゴーなので。

嶋村部会員	初期観察でのロード&ゴーの適応ということですよね。本来初期観察から一本の枝が出ていれば良いので、CPA から出ているのではないです。
赤石部会員	要するに初期評価や初期観察というのはJPTEC の用語だから、そうではないという言葉を使おうという努力なのですか。
石田作業部会長	この言葉に関しましては、救急隊員の標準課程のテキストの言葉の中から持ってきております。
平澤委員長	外傷プロトコール解説というのもロード&ゴーの説明もその救急隊員の標準課程のテキストから持ってきたのですか。 「生命の危険の可能性が少しでも疑われる傷病者への対応方針をいう」と書いてあります。
嶋村部会員	昔の救急振興財団の解説ですよね。今は、少し変わっています。
平澤委員長	これだとロード&ゴーの説明になっていません。
貞広部会長	出来るだけ早く医療機関へ搬送するという意味ですよね。
山口司令	最初の□型の初期観察の時にやる評価はこの□型のところでやるわけですよね。分けてまた◇型が出てきて、同じことになってしまうので、下手すれば同じことを2回実施すると言っているようなものです。 そうしましたら、貞広先生がおっしゃっている初期観察のところから、逆にCPA と気道管理できないという2つだけを抽出してそちらに行く部分とそうでなくそのまま下りて来るような、CPA でもない、気道管理が出来るという物はこちらに下りてくるという感じにしてみました方がスマートだということですね。
平澤委員長	これだと一回CPA だと判断してみてCPA でなければもう1回初期観察をなさいという形にとられてしまいます。
貞広部会長	◇型の初期観察のところを、CPA がなければその結果をそのまま受けてロード&ゴーの適応とすればそれで良いのではないのですか。
平澤委員長	また、その下の全身観察の下にロード&ゴーが出て来ますので。
嶋村部会員	こちらは初期観察に基づいたロード&ゴーでその下は全身観察に基づいたロード&ゴーですよね。
亀山主査	東京消防庁の外傷プロトコールのように救命処置にしたら良いと私は思います。 CPA の救命処置がN0 なら全身観察に進むなどいかがでしょうか。
嶋村部会員	縦に全部N0 を並べてみます。そちらの方がきれいに見えるかもしれません。
赤石部会員	そうです。N0 を全部縦にしてYES を横にするとフローチャートとしては見やすいです。
	一番下の速やかに高次医療機関に搬送という選定の欄を、両方とも処置はそこまで行い、最後大きな□型にして速やかに適切な医療機関

嶋村部会員 赤石部会員	に搬送ということに出来ないですか。 何故かというのは、高次というのは千葉市には千葉県救急医療センターと千葉大学医学部附属病院の2 医療機関しか無いのです。だから、このプロトコールで右に出たものは、すべてどちらかの病院に搬送する事になってしまいます。 ある程度、振るい分けをしていただいた方が良いかなと思いますが、速やかに適切な医療機関に搬送の方が私もその意見が良いかなと思います。
嶋村部会長	高次医療機関に搬送でも良いのですが、例えば救急隊が高エネルギー外傷で、これはショック状態などでそちらに搬送しますというと、千葉大学医学部附属病院も県救急医療センターも外傷を知っている先生がいるので断らないと思います。 外傷をやっている人であれば、オーバートリアージは容認というのは常識なのでそれは良いと思うのですが、バイタルも落ち着いているが物が壊れているとなると、これは高エネルギーになって現場で判断せざるを得ない場合はどうかとなった場合、オーバートリアージで良いと言ったら良いのですが。 これは逃げといったら逃げになるのですが、千葉市の医療機関側の体制を少し考えればあまり二医療機関だけに負担が増えるようなことも少し避けて行かなければという気もします。
貞広部会長 山口司令	そうですね。うちの県救急医療センターと千葉大学医学部附属病院で受けて、二次病院に振り分けるのが本当は一番の理想なのです。 現状では無理なので、千葉市だけではなく、習志野市や八千代市などからも来ますので、結構オーバートリアージがたまって来るのでその辺のあたりを考慮していただくと良いかなと思います。 収容依頼されて、ベッドが空いていればいくらでも受けます。 現場の救急隊員としてはいかがですか。
貞広部会長	きちんとプロトコールに基づき患者さんをトリアージして行き、表現としては、適切な医療機関というのが千葉大学医学部附属病院や県救急医療センターであるという確定が出来るというのは、救急隊員の教育の部分であると思うのです。 一番気に掛かるのは、初期評価。全身観察が全て N O で来たものが、高エネルギー事故だからといって高次医療機関に搬送となると、やはりベッドが足りないと思うので、それこそ高エネルギーといわれた人を帰して何かあったら私達が困るので、入院はさせざるを得ないだろうと思います。 明らかにベッドが足りなくなりますので、やはり最後の高エネルギー事故の YES で全脊柱固定に行ったものに関しては、真ん中にもう

山口司令	一つ適切な医療機関という形を作りたいと思うのです。 その手前にある全身観察のロード＆ゴーで必要に応じた処置の施行から流れてきた全脊柱固定に関しては、高次医療機関で対応せざるを得ないと思います。 やはり高エネルギー事故までN0で下りてきたものに関しては、右に矢印を引いて全脊柱固定に進まず、少し別の方向に流していただいて、これを二次医療機関と言い切ってしまうと現場の評価だと思うので、適切な医療機関に搬送するということにしていただければ良いという気がします。いかがでしょうか。 正にそのとおりだと思います。 話が戻って申し訳ないのですが、私も上段の初期評価の部分で、ロード＆ゴーかどうか判断しろと準拠したプロトコールがありますが、千葉市の場合はそこが下りて来るわけです。CPAかどうかということでまず判断をしてということで、その様なところに結びついて行く一つの千葉市のプロトコールの特徴かという気がします。 要するに、救急現場に行って、患者さんの手が冷たい、呼吸は速い初期評価でショックなので取ってください。という事にならないというプロトコールになる訳です。
貞広部会長	その場合は、全身観察の後のロード＆ゴーに必ず進みますよね。 全身観察の後のロード＆ゴーは、初期観察も全身観察も含めたロード＆ゴーなので、もし、呼吸が速くて末梢が冷たいに関しては、そこで右に行くわけですよね。
山口司令	ただその部分だけでストレートに下りるという通常行っているプロトコールであると、オーバートリアージが結果増えて行くことがないという外傷プロトコールとして、最後まで下りて行った時も全てが高次医療機関ではないということにしてあることも千葉市消防局の外傷プロトコールの特徴になるのかと思います。
貞広部会長	山口さんが勘違いしているのか、私が勘違いしているのか分かりませんが、私が言っているのは、全てJPTECの流れで行った時に、先ほど話が出たとおり、飛び下りたという情報だけで三次医療機関というその振るい分けだけを外していただきたいと言っていて、そこから下に関しては、全て三次医療機関に進むという外傷プロトコールを作っているつもりなのです。
山口司令	はい、そういうことです。 結果、外傷を細かく勉強していない救急隊員の方が、そこだけで千葉大学医学部附属病院や千葉県救急医療センターにどんどん収容依頼して行くというのが無くなるという外傷プロトコールになると思います。

貞広部会長 平澤委員長	話がまとまってきてきたと思います。 もう一度、逆の方からも検討してみてください。 本当は重症なのに重症でないという評価をされてしまう可能性がないかということです。一応検討をしてください。
貞広部会長	それは、高エネルギー事故である限り、絶対大丈夫という保障にはならないので、初期評価をしても全身観察をしても該当はしないけれども、JPTEC がいう高エネルギー事故で三次医療機関に収容とあるので、このやり方をした時点でやはり、そのアンダートリアージはどうやっても起こり得ます。
赤石部会員	そうすると、どうしてもロード＆ゴー対象のものは高次医療機関に搬送するとなるのですか。
貞広部会長	これやはり、二本立てではなく三本立ての方が良くないですか。 このままNO で下りてきたら適切な二次医療機関へ搬送。高エネルギー事故の場合で YES の場合は一番右まで行かずに真ん中に下ろして、適切な医療機関へ搬送。そしてその隣が高次医療機関へ搬送ということではいかがでしょうか。
嶋村部会員	全然違う問題で、今ふと思ったのですが、外傷医学会で外傷専門医を作りましょうと、今検討しています。外傷専門医というと市民は少し手を切ったのでも外傷なのだから、これは外傷専門医が見るのだろうという話になってくると、この外傷プロトコルを作った時の外傷というのは、少し怪我をした・足を挫いただけでも外傷という意見になってしまうのです。
貞広部会長	全てNO で下りて来る訳ですね。 適切な二次医療機関にはならなくて、一次医療機関でも良いわけですね。そういうことですね。
嶋村部会員	では少し足を挫いたときも、全身観察と初期評価は全部行うのですかということになってくるのです。
貞広部会長	外傷と言われるとそうですよね。
赤石部会員	救急現場で全ての外傷で全身観察をしていますか。
山口司令	全てが全て全身観察をしているわけではありません。
赤石部会員	例えば「子供が転んでテーブルの角で口をぶつけ出血があります。」という全身観察をしますか。
山口司令	しません。実は、消防局作業部会の中でも、外傷プロトコルに載せて行く外傷というのは、どういうことなのだろうという話は出ました。台所で少し手を切った場合もそうなのかというのも、話が出ました。 ただその内容というのはもちろん載せないという概念のもとで、作成してはいたのですが、では何がこの外傷プロトコルに則って来る

	患者さんなのかということです。 そうすると、重症外傷という形になるのです。では重症外傷というのはどのくらいなのかという話になると思います。 確かに頭をぶつけて少し意識レベルが悪いというのは該当しないのですね。 これを作成した時の入口の定義というのは、どういう様にしていたのですか。 実は消防局作業部会でも話したのですが、その様なことが幹となるプロトコル以外のものは特異的な症例で行くべきなのではないかとなりました。 本来は、一通りどんなに小さい怪我であっても基本はやるのです。原則をきちんと設けていないと、アンダートリアージになってしまいます。 逆に、外傷なら外傷で全身観察のところを省いてといったら変になりますが、ざっと見ましたでも良いけども、全身に注意を払いましたというのが必要なので、むしろこれ全部適応するのであればそれはそれで良いのですが、指を切っただけで二次医療機関というのはおかしいですね。なので、見落としがないかどうか見るのがこの外傷プロトコルのもう一つの目的です。 基本的に外傷の患者さんの入口は全てこの外傷プロトコルに入れるという方が良いですか。 それを思ったのが、何年か前にありました杏林大学の箸が喉に刺さってしまった案件です。 それは全部裸にしてまでとはいかないけど、一通り見たというのは念頭には置いといてほしいと思います。 誰も箸が奥に刺さっているとは思っていなかった。ただわかるのは現場にいる救急隊員若しくは家族だけなのです。多分あの情報がなかったのも、その時の脳外科医は困ったと思うのです。それを知っているのは現場に到着している救急隊だけなので、現状観察や見落としの外傷を無くすためにも私は是非必要なことだと思います。 救急隊の判断でこれはこの外傷プロトコルには載らないというのを現場で判断したという矢印を何処かに作っておいた方が良いですか。 これは載せて良いのではないですか。 全部に必ず載せろということですか。 全身を確かに見ましたで良いと思います。 他に外傷を負ったような形跡がないという評価があっても良いと思います。
貞広部会長	
平澤委員長	
山口司令	
嶋村部会員	
赤石部会員	
山口司令	
赤石部会員	
嶋村部会員	
赤石部会員	
貞広部会長	
赤石部会員	
貞広部会長	
赤石部会員	

嶋村部会員 貞広部会長	頭を打った人、指を切った人の腹を触れという、或いは骨盤を触れというのは無意味ですから、そこは省いて良いと思います。 念頭においた上で省くと言う意味ですね。 それはプロトコールとして良いのですか。 プロトコールに沿ってと言っという途中を省くというのはありますか。
赤石部会員 貞広部会長	全身観察は、JPTEC に則って、全部触れと書いてないです。やり方は書いてないです。 そうすると千葉市の全身観察というのは、どういう方法で行くのですか。
赤石部会員	どういう方法を取っても良いですが、でも重症外傷であつたらそれなりのやり方があるではないですか。 それをやってしまうとそれこそ教科書を作らなくてはいけないという話になってしまいますので、ですから全身観察をどの様にするというのは現場の救急隊員に任せるしか私は方法がないと思います。 ですから、この様な外傷に関してはここまで触れというのはプロトコールに決める必要は無いですよ。現場の裁量に任せて良いわけですよ。いかがですか。
山口司令	現状はその様な形で行っており、消防学校教育の中でもそういった形で教育をしております。基本的にはこの専門部会の結果を踏まえて私どもがそれを消防学校の方で、救急救助課とこなしてそれを隊員に教育して行くと思っております。
赤石部会員	外傷プロトコールを使うか使わないかという選択肢を作るとするとプロトコールに載らない外傷をどうするかというプロトコールが必要になってくると言葉の矛盾なのかなという気がします。
貞広部会長	かなり難しい話になって来ましたが、一端ここで体制を立て直すというのが良いと思います。 この外傷プロトコールに全て載せるのかそして全てを載せるとすると載らなくても良いようなものをどの様にして仕分けするか問題になってくると思います。
平澤委員長	外傷プロトコールと書いてあるとしたら、これ一枚で行けるようにした方が良いと思います。
貞広部会長	今の点についてメーリングリストを使ってもう少し詰めて行ければ次回には流れがスムーズに進むようになると思います。 それと後は、先ほどの話の中では、CPR で下りて行ったところと、最後の病院選定のところをどうするか。特にアンダートリアージを勿論防がないといけないと思うのですが、地域の実情に適した外傷プロトコールにして外に出しても恥ずかしくない地域の実情に合っ

亀山主査	たというものが作成できるかどうかそこも考えようというところで第2回の外傷処置に関するプロトコール作成専門部会を終わりたいと思いますがいかがですか。 本日、検討していただきました外傷プロトコールの内容を事務局で再度修正し案として先生方にメーリングリストで送信させていただきます。そしてご指摘のあった3点について次回検討をしていただきたいと思います。
貞広部会長	今日の資料の中にステップ1としてプロトコール作成手順の1を進めて来た訳ですが、手順の2に関しても次回後半にでも話がスタートできればと思いますので、ここに書いてある1番から6番位については意見を持ってきてくれれば良いと思います。
亀山主査	それでは、その3点と作成手順の2の6項目を一括にして送信させていただきますのでよろしくお願いします。
山口司令 亀山主査	今の3点と言うことですが、確認でもう一度説明をお願いします。 はい、1点目は、外傷プロトコールは、全ての外傷傷病者を対象とすべきか。2点目は、外傷による心肺機能停止状態にある傷病者に対し、救急救命士が施行する「救命処置」（医師の指示を得ての特定行為）の施行基準を、事前に定める必要性があるのではないかと。3点目は、収容医療機関を、一次・二次・三次医療機関に区分したプロトコールを作成すべきか。（高次医療機関への多数搬送が懸念される）の3点ということです。
貞広部会長 嶋村部会員	はい。 消防局作業部会の方では、この作成手順の2の6項目で意見は出尽くしているのですか。
石田作業部会長	はい。
貞広部会長	可能であれば、早めにメーリングリストで送信して下さい。
亀山主査	はい。早速送信させていただきます。
貞広部会長	よろしいでしょうか。それでは、事務局にお返しいたします。
古川係長	はい、ご審議ありがとうございました。
松本課長	松本課長、何かございますか。 本日は、長時間に渡りご審議ありがとうございました。 今日から市議会が始まり会派の勉強会の関係で遅くなりました。 途中から入って申し訳ありませんでした。 お陰様でこの救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会も順調に進んで来ていると思います。また今日検討していただいた内容を事務局の方からメーリングリストで送信し、次回の本部会に備えたいと思いますので、また引き続きよろしくお願いいたします。本日はありがとうございました。

古川係長	それでは、その他と言うことで事務局から次回の開催日程についてご連絡いたします。次回開催は平成20年の5月下旬に予定しております。部会員の皆様方におかれましては4月の中旬に日程調整表をFAX送信させていただきますのでご回報をお願いします。 以上をもちまして、平成19年度第2回千葉県消防局救急業務検討委員会「救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」を終了させていただきます。 長時間にわたりご審議、ありがとうございました。
------	---

平成20年2月25日開催の、平成19年度第2回千葉県消防局救急業務検討委員会「救急隊員の行う外傷処置に関するプロトコール作成専門部会」の議事録として承認し署名する。

千葉県消防局救急業務検討委員会

救急隊員の行う外傷処置に関する

プロトコール作成専門部会長

部会長承認済み・確定文書（写）

（CHANS メール送信用）