

**平成１９年度第１回千葉市消防局救急業務検討委員会
「事後検証に関する専門部会」**

議 事 録

１ 日 時 平成１９年５月２１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（９名）

中村 弘部会長、織田 成人部会員、丹野 裕和部会員、相生 真吾部会員、
高石 聡部会員、福田 和正部会員、新田 正和部会員、赤石 江太郎部会員、
平澤 博之委員長

（２）事務局

消防局：松本救急救助課長、小坪救急救助課長補佐、古川救急係長、亀山主査
行木司令補、新濱士長、吉田士長

４ 議題

報告１：検証対象症例の検討について

５ その他

（１） 救急活動における処置の検討症例について

- ア 「状況から頸椎損傷が強く疑われる事例」に対する気管挿管の施行について
- イ 「縊頸」に対する頸椎保護処置の施行について

（２） 平成１９年度第２回千葉市消防局救急業務検討委員会「事後検証に関する専門部会」開催日程について

6 議事概要

(1) 平成18年度第4回千葉市消防局救急業務検討委員会「事後検証に関する専門部会」議事概要報告

平成19年2月7日に開催された、平成18年度第4回千葉市消防局救急業務検討委員会「事後検証に関する専門部会」の議事概要については、平成19年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会「事後検証に関する専門部会」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) 検証対象症例の検討について

平成18年度第4回事後検証に関する専門部会で検証対象症例の拡充について審議した結果、重症症例を含めた非CPA症例を暫定的に施行することです承されていた。

このことから、現行の検証対象症例であるCPA症例に加え、医師が「事後検証を必要すべき」と判断した症例又は救急隊が「事後検証を実施する必要性がある」と判断した症例について、7月の1ヶ月間を暫定期間に定め運用することとされた。

また、これに伴い「救急活動事後検証通知書」の取り扱い要領について、事務局で6月中に各検証医療機関を回り説明することとされた。

(3) その他

(1) 救急活動による処置の検討症例について

ア 「状況から頸椎損傷が強く疑われる事例」に対する気管挿管の施行について

重症外傷で「状況から頸髄損傷が強く疑われる事例」については気管挿管は適応除外とされている。

しかしながら、救急現場の交通事故等で気管挿管でなければ、気道確保が非常に難しいという状況の中で、常駐医の先生に確認したところ「施行しなさい」という症例が3件あったことから、気管挿管の施行についてOMCの指示の下、施行すべきか否かの検討をお願いした。

その結果、現在時点においては、原則的には頸髄損傷が強く疑われる場合には気管挿管を施行しないこととされた。

なお、今後気管挿管プロトコルの補足等を千葉市消防局救急業務検討委員会へ上程し、承認され施行できるような体制を事務局で考えることとされた。

イ 「縊頸」に対する頸椎保護処置の施行について

縊頸に対する保護処置（頸部保護処置）を必ず施行すべきか否かの検討をお願いした。

その結果、頸椎保護したことによって換気が不十分になる症例であれば、頸椎保護よりも換気を優先とし、また、縊頸の後、自分で呼吸をしている場合については、しっかりとした頸椎保護をしたほうが良いという検討がなされた。

7 審議概要

古川係長	ただいまから、平成19年度第1回千葉市消防局救急業務検討委員会「事後検証に関する専門部会」を開催いたします。
松本課長	開催に先立ち、松本救急救助課長よりご挨拶を申し上げます。 部会員の皆様、本日はお忙しいところお集まり頂き、誠にありがとうございます。 この専門部会は、救急隊員が行った救急処置について、専門医による検証体制の充実強化を図る目的で昨年度に設置し、3ヶ年計画で見直しを予定しておりますことから、今年度も引き続きまして部会員の皆様には忌憚のない意見を出して頂き、消防局の事後検証体制の確立を図って参りたいと存じます。 なお、昨年度に検討してまいりました改正後の検証結果票につきましては、検証するにあたり本日ご検討をお願いいたします従前の事後検証対象でありました心肺停止症例のほかに、新たに「医師が判定した症例」及び「救急隊が必要であると判断した症例」を加え、暫定的に施行することなど、この専門部会が委員皆様方のご協力によりまして当初の設置目的に沿った方向で進捗しておりますこと、あらためて感謝申し上げます。 このあと進行の方から紹介がありますが、救急救助課に新たに救急救命士有資格者が2名配置されましたことから、今まで以上に事務局として、資料作成等について、迅速・確実に行って参りたいと考えております。 今後とも千葉市消防局の救急業務各般にわたりご指導を賜りますようお願い申しまして、簡単ではございますが、ご挨拶とさせていただきます。 本日もよろしくお願いいたします。 それでは4月1日付けで事務局に人事異動がありましたので、ここでご紹介させていただきます。 前任の加藤課長補佐の後任として就任いたしました。小坏でございます。
古川係長	

小坏補佐 古川係長 新濱士長 古川係長	ただ今、ご紹介に預かりました救急救助課課長補佐の小坏と申します。前任の加藤同様、ご指導等よろしくお願い申し上げます。 本日はよろしくお願いいたします。 同じく前任の深山の後任の新濱でございます。 新濱です。よろしくお願いいたします。 それでは、資料の確認をさせていただきます。
	資料の確認 続きまして、次第２ 平成１８年度第４回千葉市消防局救急業務検討委員会「事後検証に関する専門部会」の議事概要について報告させていただきます。 平成１８年度第４回「事後検証に関する専門部会」は、平成１９年２月７日、部会員９名の出席により消防局で開催し、２件の議題について審議されました。 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１８年度第４回「事後検証に関する専門部会」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。 中村部会長、以後の進行をお願いいたします。
中村部会長 亀山主査	それでは、議題１、検証対象症例の検討について、これまでの専門部会で皆さんの了承を得た範囲で資料を事務局の方で作成していただきましたので、こちらに関して説明をお願いします。 はい、それでは、議題１につきましてこれまでの部会概要と併せて説明させていただきます。 ご承知のとおり、これまで本部会では、事後検証対象症例の見直しについて検討を重ね、その結果、現行の「心肺機能停止状態の傷病者」に加え「医師が検証を実施すべきと判定した症例」または「救急隊員が事後検証を実施する必要があると判断した症例」について、傷病程度を問わず全症例を対象に検証を実施していくこととされ、その際に「救急活動事後検証通知書」を救急隊員が作成し、医師へ手渡しするといった内容でご了承頂いております。 また、本内容については、特に救急患者を受け入れる最前線の各検証医療機関関係者各位へのご理解が必要であることから、所管課職員が本事後検証通知書の取り扱い要領等を含めたご依頼文書を作成し、各検証医療機関へ出向し説明を行うこととされました。 それでは、次に本対象症例について事後検証通知書の取り扱い要領

を含めたご説明をさせていただきます。

お手元の資料 1、別紙 3「救急活動事後検証通知書」対応フローチャートをご覧ください。このフローチャートに基づきご説明いたします。

「救急活動事後検証通知書」を作成する目的ですが、救急隊と検証医師が検証評価を実施する症例であるとの証として両者が控え、後日実施する検証評価に備えて頂くものです。

次にフローチャートをご覧ください。始めに「医師が検証を実施すべきと判定した症例」を例に話しを進めます。まず、救急隊が傷病者を、検証評価実施 9 医療機関に収容します。なお、その他の医療機関に収容した場合は、検証評価の対象とはなりません。

その後、救急隊は発生概要、更には傷病者情報および救急隊の行った処置概要等の必要事項を簡潔に医師へ伝達します。なお、重症度・緊急性の高い傷病者については、当然医師の治療等が優先されますことから、救急隊員は、伝達可能な時期を見計らって伝達することとなると思います。その後、救急隊からの伝達概要と併せ、処置効果および傷病者状態等を勘案し医師から検証判定して頂きます。フローチャート中の 1「検証要否判定」がこれに該当します。そして医師が「要検証」との判定をした場合は、フローチャート中の「YES」の振り分けとなり、当該救急隊に検証を実施する旨を医師から伝達してください。これを受けた救急隊は、別紙 2「救急活動事後検証通知書」に必要事項を記載し本書を作成します。その後、一部を医療機関側控えとして医師または看護師さんに手渡し、そしてもう一部を救急隊の控えとして持って帰ります。その後、救急隊は検証対象となった症例について所管課へ実施する旨連絡し、検証票の作成作業へ移行することとなります。

また、医療機関の控え分として手渡しました本通知書につきましては、医療機関側で保存してください。

次に「救急隊員が事後検証を実施する必要があると判断した症例」につきましては、救急隊員から傷病者を診察して頂く医師へ、その旨を伝達します。医師はなぜ検証を要するのかをご確認して頂き、その内容から検証の要否を判定してください。その後の流れは、前者同様となります。

次に、救急需要対策の観点から、救急隊が医療機関に滞在する時間は目標を約 20 分としてございます。このことから、救急隊が医療機関に滞在している時間内に検証要否判定が付けばよいのですが、付かない場合、また後刻、要検証であるのご判定頂いた場合は、本フローチャートの 2 に記載してございます内容に基づき対応してくださ

中村部会長	い。なお、この際、救急隊により「検証通知書」が作成されておりませんので、可能な限りまた後日検証実施の見分けが付く範囲内でご記入くださるようお願いいたします。このことから、本通知書を一冊医療機関側へお渡ししておきますのでご了承願います。 以上、雑駁ではございますが、検証対象症例に基く「救急活動事後検証通知書」の取り扱い要領について説明を終わります。 はい、ありがとうございました。 大体これまで専門部会で出ていた話の流れの中で作成して頂いたと思いますが、細かい所の問題が出てきています。救急活動事後検証要否通知書を病院におくことや、後は対象症例、特に前回のこの専門部会の中で医師が一人でスタッフの少ない忙しい状況の中でとてもその様なことを言ってもらえない、やってもらえない、受けてもらえない、というお話が出ていました。ですからやはり要検証を救急隊が言える条件や状況のある程度想定して置かなければいけないのかもしれないかもしれません。それから、これは誤解を受けてしまうのですが、対象症例は非CPA症例ではないものや重症例等です。ではCPA症例に関してはこれは是非とも検証を行なった方が良いと言うものがあつたらどうしますか。と言うようなものを含めて皆さんのご意見を頂きたいと思います。 矛盾点やこの様にしたほうが良いと思われるものがあればお願いいたします。病院の状況によっては、この方法では難しいというご意見もあったと思いますがいかがですか。 前回の専門部会で出た話では、この部会員の先生が病院にいる時のみ実施したほうが良いと言う話がありました。
織田部会員	少なくとも今想定しているのは、サンプリングというか試行の話です。救急隊の方も良く飲み込んで置いて頂かないといけません。理解の仕方によると、これを毎回検証した方が良いといった内容だと困りますので、救急救命士の方はすごくまじめな方が多いから、言い方を間違えると大変な騒ぎになると思います。どうでしょうか。
中村部会長	先ほどのCPA症例は入れないかどうかなのですが、CPA症例を全部実施しているのではないので、その様なピックアップされない可能性もあることから、それも入れて良いと思います。
亀山主査 織田部会員	そうですね。よろしいですか。 今まで問題になっていました。これは是非とも検証した方が良いという症例があっても抜けていることがあるという指摘が検証している先生からもありましたので、CPA症例でも問題があれば実施するということでよろしいですか。 はい、大丈夫です。 それから一人で当直されている医療機関については、翌日電話で連

中村部会長	絡することになっていますので、それで問題はないと思います。 先ほど事務局からの説明されたのは、用紙を残してという意味合いですか。
亀山主査	はい。今一度ご説明させていただきますと。先にご説明したとおり、本通知書を作成する目的は、検証を実施するといった確かな証として、検証を実施してもらう救急隊側と検証評価を実施する医師側が互いに検証を実施するといった共通認識を持ってもらうためです。また、検証案件発生から検証評価実施までの期間が長い場合で約1ヶ月を経過してしまうことから、特にご多忙である先生方は、大変失礼ではございますが、症例内容を忘れてしまう可能性があることを懸念し、用紙を作成することとしています。このことから、後刻「要検証」とご判定して頂いた折には、医療機関にお渡しする分に記載して頂ければと思っています。
中村部会長	いろいろな先生が検証をもし実施すると、救急活動事後検証通知書が何処かに行ってしまいます。差し当たっての試行期間は、ここにいる部会員の先生達の実施すると個人的に思っていれば良いですね。
亀山主査	想定していたのは、差し当たって1週間から2週間でしたよね。 はい、本運用の暫定期間ですが、事務局としては、検証対象期間を1ヶ月単位で行っております。また暫定運用中に諸問題を抽出するといったことから、1ヶ月間の暫定期間を設けたいと思いますが如何でしょうか。
中村部会長	大体それでよろしいですか。
亀山主査	亀山さんが今言っていた範囲ですね。一つだけCPA症例で問題があるものは実施するということですね。あとはよろしいですか。
中村部会長	部会長よろしいでしょうか。再度ご確認させていただきたいのですが、本暫定運用期間中の対象症例は、心肺機能停止状態の症例を含めた全症例でよろしいですね。 全対象症例ということです。どこにポイントを置くかは、各検証医の先生の判断と各救急隊の判断でよろしいかと思います。 はい、ここまでは決まりということではよろしいですか。 異議なし それでは、具体的に細かいところに進みます。 今、1ヶ月という話がでました。時期とそれから部会員の先生がいる日のある程度、知らないといえません。 原則として部会員の先生がいる日で良いと思います。居なくても、翌日話を聞いてそれは、おかしいという感じのものは検証することの良いのではないですか。 他の病院の先生方、それでも大丈夫ですか。周知徹底するのはとて

平澤委員長 中村部会長 平澤委員長 中村部会長	も大変です。 事前に病院の医師や看護師などによく説明をして行ってみて、皆さん大丈夫ですか。やれる範囲ということでいいと思います。 確認ですが、施行期間が終わって本施行になった場合も検証医の先生が居る場所で今後も継続して行く形で良いですか。
中村部会長	施設という意味では現在の9検証医療機関で実施しようと思っています。対応する先生に関しては各施設で広めて頂くという形です。
平澤委員長 中村部会長	はい、わかりました。それで良いと思います。 今まで話し合った内容で出来そうな雰囲気になっていますが、根本的な問題が残っています。最初の議論で現在使用している検証票で行なうということでいいですね。
亀山主査	要するに我々医師が何を見て検証するか様式はどうなっていますか。救急活動報告書を見て、今の検証の場合は、従来の検証用紙と一緒にかなり活動報告書のようなものが付いていますよね。
中村部会長 亀山主査 中村部会長 亀山主査	はい。報告書だけでは困難であると思われます。検証評価を行うにあたり詳細な活動概要をご確認していただき評価するには、やはり「検証票」の方が充実した内容であると思います。 最近の検証票に別途付いてくるものがありますよね。 はい、あれは各所属で別途作成しています。 わざわざ検証のために作成してくるのですね。
中村部会長	はい。そうです。検証評価を行っていただいている検証医師各位に、できるだけ活動概要をご理解していただこうといった思いも込めて作成していることと認識しております。このことから、次の検証課題項目である「検証票の見直し」にて整理したいと思っております。 今回検証を行っている中で、現場での病態認識がありますね。我々二次検証で行なっていますが、その病態認識に関して書く欄がよく見ると無いのです。疾患名というのは病院に着いた後の診断を書いているのですよね。ですから所属検証の中に病態認識のことが書いてある検証票があるのです。一次検証で検証票に記入しなさいと指摘を受けていましたが、まさにその通りです。特にCPA症例では無いものに関しては病態認識というものは非常に重要です。ですからその辺をきちんと書いていただけないと少し検証票の目的がうまく働かないと印象を持っています。
亀山主査	はい。只今部会長のおっしゃったことは、検証結果票の一番初めの評価基準である「病院前における病態への判断は矛盾していないか」について検証する場合に検証票に記載欄がないということだと思えますが、先に新たな本検証結果票を運用するに至った後に、各所属に出向し検証票中の観察・処置判断の経過にある処置判断等に傷病者観察

中村部会長	を実施した結果と併せ記載してもらおうようお願いしたところではありますが、説明不足も否めないことから再度周知いたします。 救命士の中でも、かなりベテランの方がきちっと判断できたか出来ないか、自分に対する評価でもあるし、重要なポイントになってくるのではないかと気がします。従来のCPA症例で使っていた検証票を使用するということですね。プラスアルファは今までのように各所属にお任せしますということで良いですね。
亀山主査 中村部会長	はい。現状はそれでよいと思います。 ポイントに関して現場での病態認識に関しての記載です。それ以外に何かありますか。
織田部会員	要するに全症例で何か問題がありそうだと思うことに関してこれだけはきちんと書いてほしいという希望があれば、それを事前に言っておいた方がよいと言う気がします。いかがでしょうか。
赤石部会員	後は、救急隊の方から検証してほしいという希望が出た場合には、救急救命士達は、多分こういうことが疑問だと記載してくると思われるのでそのようなものを付けてもらい、それに対して検証して行くという形で良いと思います。
中村部会長	これは、もともとの施行がCPA症例でしかなかったものをどういう形で活動を高度化し適正な救急を行い、どういう形で事後検証を拾っていくかというのが原点だと思いますので、あまり間口を狭くしないで取りあえず拾ってみて、CPA症例以外のものに広げようと思ったがその様な事例が出てきたというものをなるべく広く拾えるような形にして置いた方良いと思います。 問題を掘り起こすという目的ですね。ですから広く拾えるような形にしてということですね。 前にも言ったことがあります、現場の救急隊の方には説明の仕方をうまくしてあげないといけないと思います。説明の表現は事務局にお任せします。 情報が少ないということが一番検証にとって難しいところです。CPA症例では情報が少なくても大体決まっています。 織田先生も言っていましたが、重症外傷は結構容易ではないです。内容が不明な場合には直接救急隊に電話をして確認することは可能ですか。
亀山主査	はい。その件に関しましては、結論から申し上げますと原則として先生方から所管課である救急救助課にご連絡して頂き、当課から該当する所属へ連絡し回答得て、再度先生方へご連絡するといった形をお願いできればと思います。 何故かと申しますと、まず、何処の救急隊であったか判らなくなっ

	た場合に、搬送票等を確認しなければなりませんし、先生方が電話したら聴取すべき救急隊員が出動中であったり等、すれ違いが生じてしまうことが懸念されます。そういった場合は、再度先生方からご連絡をいただかなければならないといったことが生じます。 なお、必要に応じ、直接救急隊から回答した方がよいと認めた場合には、その旨、当課から救急隊員に連絡するといった形でいかがでしょうか。 消防局側としては、原則救急救助課を通して必要に応じ直接救急隊と話しをした方がいいわけですね。 確かに、その場で要事後検証として用紙を渡して、その時にある程度は聞けると思います、そうでない場合は、救急救助課に連絡するわけですね。 それでは基本的にはそういう形で行くということによろしいですか。 先の段階なのかもしれませんが、検証した後の体制は、例えば検証を出した後に一人の医師で検証するのではなくて、部会員全員で検証して、今回の墜落外傷みたいに全員の意見をまとめて推奨するやり方を出すのか、又は各自の個人的な意見で終わらせるのか、あとは、この委員会の意見が決まった時にその意見を他の消防署の人達に伝えるやり方はどうするのかということを更に考えなければいけないと思います。 とても重大なことですね。 そのような重要なことに関しては、本来なら検証医の間で見解を統一してそれをフィードバックするのが一番良いことだと思います。ただあまり迷わないでこれは明らかにこの様なことが間違っていてこの様にしたほうが良いと思うのであればそれは一人ですまして良いと思います。ただ迷ったりすることや、或いは検証医がフィードバックしたことに対して救急隊員がまた疑問を持った場合に関しては、出来ればディスカッションして一つの統一見解を出してあげるとするのは良いと思います。全てそうやる必要はないと私は思います。 はい。検証医師からの評価内容の統一につきましては、これまでの専門部会でも検討し、統一すべきと判断した医師の見解は、当課からその内容を各検証医師あてメーリングリストにて送信し検証医師各位からのご回答をいただき、それを周知するといったこととなっております。 しかしながら、検証医師各位のご意見に相違があった場合にどうするかといったことが問題となりましたことから、特に統一見解を要するといった処置内容について、この後お話しますが、本日の部会の次
中村部会長	
織田部会員	
中村部会長	
新田部会員	
中村部会長 織田部会員	
亀山主査	

新田部会員 平澤委員長	第4にございます検討症例についてご検討していただきたいと思います。 また、救急隊各隊への検証医師からの評価内容につきましてのフィードバック方法なのですが、本部会が設立された当初ご説明させて頂きましたが、説明不足も否めないことから再度ご説明させて頂きたいと思います。 所属検証そして一次検証、更には二次検証が終了した後、まずは救急隊へ検証票一式を返却いたします。その後、救急隊更には所属で確認し、検証医師からのご指摘内容についての措置改善策を明示した回答文書をその所属から再度当課に提出します。その後、1ヶ月分の検証評価結果で特に全隊に周知すべきと判断した内容を当課で集約し全隊にフィードバックし検証が終了します。 その様なシステムができていますね。 フィードバックの方法は今説明のあった内容で良いと思いますが、あと、やはりこの専門部会員で討論するのは大事だと思います。一つは前にもお話があったように評価の基準をこの部会員の間で凸凹しないようにというのは大事だと思います。
中村部会長	今の平澤先生のお話に続けてなんですが、標準化されたものがある心肺蘇生に比べて重症例等に関しては、より対照的な意見が出てきてしまいます。ですからたぶん個々の先生レベルで行なった検証は、かなり差が出てきてしまいます。やはり問題がありそうなものに関しては、或いは誰かが指摘したものに関しては、この場で検討して結論を出してから公表するという。先ほど新田先生が言ったシステムを作らないといけないですね。 あともう一つは、今まで我々が行なってきたCPA症例に関しても実はそう言う部分が残っているのですね。標準化されたやり方の問題とは少し離れて、今回も何点か問題が出てますが、それに関してもやはり何年か行ってきた中での例をこの専門部会に出し少し皆さんで検討することを行っていく必要があると思います。
亀山主査 中村部会長	前々から皆さん少し感じていらっしゃったと思いますが、その様な形で事務局の方にも考えていただければと思います。 はい。そのような体制としていただければ非常に助かります。 あと1点ご確認したいのですが、これまでのお話で、暫定運用を行おうとしている検証対象症例については、検証医師の先生方が救急隊により搬送した傷病者をお受けになった場合のみでよろしいですか。 先ほどの内容では、検証医師以外の医師が対応できるかどうかかわからないということです。その様な感じありますけど、そうすると返って複雑になってしまうので、検証医師以外の医師も対応して頂いても

亀山主査	かまわないと思います。
中村部会長	はい。分かりました。では、検証医師以外の医師に対しても、本対象症例についてご協力して頂くということで了解しました。そうしますと、各医療機関に当課職員が出向し、ご協力を依頼しますと共に本対象症例の対応要領等ご説明した方がよろしいですね。
亀山主査	消防局と病院の普段接していない先生達との間を狭めるという意味でも、大変ですが各病院に説明して頂いた方が良いかもしれません。
平澤委員長	はい。分かりました。
	よろしいですか。今のうちに一つお願いしたいことがあります。この前臨床救急医学会に行きまして感じたのですが、千葉市がこのような形で事後検証を行っていることは全国に誇れると思います。ですから中村部会長が是非、来年の臨床救急医学会に発表するくらいのつもりで、これから行う1ヶ月間施行した内容の資料を集めて頂き、終了したらそれをまとめて発表するつもりで最初からきちんと行っておいてほしいのです。他の所の検証について聞いても本当にいい加減な検証票しか出てこないし、私は聞いていて現在千葉市の行っている検証は本当に良い物だと思っているのです。
中村部会長	はい、わかりました。
	他と比べ出遅れましたが、非常にきめ細かくよくやっていると思います。
平澤委員長	ですから是非、シンポジウムがあるかもしれないし、なければ普通の演題で発表するという前提にがんばって頂きたいのです。
中村部会長	はい、承知いたしました。
	他にご意見ありますか。
	困るなという意見があっても良いと思うのですが、大丈夫でしょうか。出来るだけ縛りを付けないで緩やかな形で行うということです。
相生部会員	相生先生よろしいですか。
	海浜病院では、救急委員会という設置が非公開の中で初めてできた経緯がございます。今回の事後検証の件についても病院内の全体の周知が難しいと思います。各部長には、部長会を通じて話をしまして我々の救急委員会に今回のお話をして、全体に周知して実施して行く形になっているのですが、うちの病院は救急体制と言う点では、救急を行っているにも拘わらず、他の病院より出来ていないというのが現状です。なかなか現状の救急に適切に医者が判断できる能力を持っているのかということが実はありまして、この間部長会でいくつかの科からそういう問題点を提出されていますので、我々自身の問題もあるものですから、やはりその我々担当の医師と、そうではない医師の中にその辺の問題もあると思いますので、できるだけがんばって行うという

中村部会長 高石部会員	方向で今は進めているのが現状です。 ですから今の話で積極的に参加させて頂きたいと思います。 高石先生、いかがですか。 救急委員会で事後検証の件について話はしたのですが、やはり医局会で説明して頂いた方がいいですね。頻回にあることでしたら良いのですが、ほとんどないですよ。ある1人のドクターが年に1例・2例当たるかということなどで一度、消防局から医局会に来て頂いて、申し訳ないのですが説明して頂くと、先生方や看護師の頭の隅に入ると思いますのでよろしくお願いします。
亀山主査 中村部会長 丹野部会員	はい。分かりました。 丹野先生の方は、いかがですか。 やはり、やっていくしかないかなと思うのですが、自分がどういう形になるか想像できないのです。如何に各当直の先生にプレッシャーをかけないように伝えるかって言うのがちょっと心配なので、私個人的には何か気がついた点があったら、当直日誌に書いて下さいと、それを明日の朝私がチェックできるから、という程度ぐらいが一番良いかなと個人的には思っています。
中村部会長	プレッシャーをかけるのではなく、プレッシャーをかけないように周知するということですね。
福田部会員	福田先生、いかがですか。 私も、やってみるしかないというのが実感です。私はそんなに当直があるわけではないので、何回か繰り返し言えばそれなりに皆、頭に残るし数もそれほど多いわけではないし、まずはやってみましょうということですね。
中村部会長 新田部会員	新田先生どうですか。 看護師との交流はしっかり図っていますのでやるのはすぐできます。
中村部会長 赤石部会員	赤石先生はいかがですか。 うちの病院はバイトの医師や看護師さんが多く他の病院と違って人数が少ないので何とかかなと思います。 周知徹底をそういう意味でいうと、院内にいらっしゃらない先生方が来ているのでかえって難しいのです。ですからそれを見越していつかは言わなくてはいけないことなので、うちの病院としてはそれも施行のチャンスだと思っています。
中村部会長 織田部会員 中村部会長 亀山主査	織田先生、いかがですか。 問題なくやらせますので大丈夫です。 後は、時期を決めましょうか。 はい。事務局といたしましては、本暫定運用期間を7月の1ヶ月間

中村部会長	として、その前の６月中に医療機関関係者に対する説明、更には消防局各所属への説明を終わらせたいと思っております。 ７月の１ヶ月間の試行という感じですか。 正確には７月１日の０時００分から３１日の２３時５９分までと言う感じですかね。そういうことで行いますか。 異議なし
亀山主査	部会長よろしいですか。事務局から提案があるのですが、この「救急活動事後検証通知」の医療機関内での保管ですが、救急隊から本書を渡された先生方がどこに保管すればよいか分からなくなってしまうこと、更には紛失してしまう恐れがあること踏まえ、事務局側で「検証通知書保管箱」をご用意させて頂こうと思っております。そして、検証医師の先生方に適宜、または検証事前通知がお手元に届いた時にご確認して頂ければと思います。
中村部会長	箱を置く場所がないとよく看護師さんに怒られる時がありますが、その方が良いですね。何とか置かせて頂きその様な形でよろしくお願いします。
亀山主査	はい。分かりました。
中村部会長	議題１に関しては、これでよろしいですか。 異議なし
中村部会長	それでは、次にその他に移らせていただきます。 (１)救急活動における処置の検討症例について、ア・イと２症例あります。これは事務局の方から簡単に説明してもらえますか。
亀山主査	はい。先程も本部会で、お話がありましたが過去の二次検証評価において、統一した見解を出していただく必要性のある救急処置についてご検討していただくことを目的に、今回２つの懸案事項を提示しました。まず、(１)ア「状況から頸椎損傷が強く疑われる事例」に対する気管挿管の施行についてご説明いたします。 先般、本部会員各位にメーリングリストにて送信させて頂きました内容でございます。これは、気管挿管講習での教材であります「除細動・気管挿管救急救命士標準テキスト追補版」に気管チューブによる気道確保施行の適応除外例の一項目として記載されておりますが、過去の症例で交通事故現場、または墜落損傷において口腔内出血が多量によりBVM 更には器具を用いた気道確保が施行困難な場合に、常駐医師に指示を頂き気管挿管を施行したものであります。しかしながら、頸椎損傷が強く疑われる事例でもあったことから、このような場合、気管挿管による気道確保の施行が妥当であるか否かご検討して頂きたいと思っております。 なおメーリングリストにての部会員各位のご回答は、次のページの

中村部会長	とおりとなっております。 はい、アについていかがですか。 こうであるとは、なかなか言いがたいのですが、これこそオンラインメディカルコントロールの見せ所だと思います。ケースバイケースですよね。非常に時間を要する症例でしたらやらざるを得ないですが血液が口腔内に多量で窒息しそうな場合はやらざるを得ないと、そうでないものに関しては、JPTEC で教えているようなロードアンドゴーの概念とはそもそも、そのまま早く運びましょうと言うことですよね。ですから、これは状況から頸髄損傷が疑われてからかつ、搬送の時間を要しないで条件が重なった場合は施行しないほうが良いという判断になっているのではないですか。一般論でこれを決めようとしても少し無理な気がするのです。 やはりこの様に言葉として載った以上、これに違反して問題が起これたら困るという見解に当然なりますよね。医者の世界ではこの症例では当然、気管挿管です。
福田部会長	部会長よろしいですか。 今の4番のコメントは私が書いたものです。私達医師の世界では今は、例えば薬を使ったりするにも、我々の常識から正しいと思っている薬の使い方をして、その適応外の使い方をすると何かあったら責められる時代です。そういう意味ではコメントのある中で、それを救急救命士に施行させることは、かなり責任を背負ってあげないといけません。もし施行させるのであれば、対するコメントを書いてあげないと、やはり今は何かあった場合に責められるのは一線で施行したその人です。我々は外で上から見ていただけですから、何も責められない時代ですから第一線の人を守る何かそういうシステムを作ってあげなければ少しかわいそうだと思います。
中村部会長	原則は施行しないで、むしろやらないで良い。しかし気管挿管したほうが良いと思う救命士の方が判断して、OMC にそれを問うた時にOMC の先生が判断して指示を出すというようなシステムなら良いですか。それともまずいのですか。
福田部会員	少なくとも、そういう文面を作成したほうが良いと思います。
中村部会長	文面を作成した方が良いということですね。こういう場合は、オンラインメディカルコントロールに従うということですね。
福田部会員	実際に施行して、こういう疑いのある事例は、除外であるといわれた時にその責任を問われるは、やっぱり現場でよかれと思った現場の救急救命士ということになります。
中村部会長	そうするとOMC に必ず問うてその指示を得て施行しなさいと言う様な文書化し明確にするという作業を行わないといけないという意

福田部会員	味ですね。
中村部会長 新田部会員	転帰が悪かったときに今は、直接因果関係がなくても、治療の経過の中にそういう適応外の行為があるとその辺が責められます。 確かにそうですね。この様なご意見ですがいかがでしょうか。 M C 委員会が施行しても良いと言う地域もあると思いますが、例えばそれに対して法的なものを問われるのかどうかというものを、客観的にそういうのがあれば、やはり施行してはいけないと思います。例えば専門の法律の先生達が、もともと C P A の患者さんなので、そういうのでもし問われないのであれば、M C 委員会が決めて承認されたら良いと思います。
中村部会長	情報が無いですけど、この間、食道挿管ありましたね。あれはすごく非難されていましたね。C P A だろうと食道挿管した場合には、責任は問われるのです。ですからそういうことを考えると救命士の方にあえて気管挿管を施行させるというのは、少し理不尽であるという考え方、今、福田先生がおっしゃるようなことでは筋が通っているのかもしれない。オンラインメディカルコントロールというのは、無力な部分があります。現場を見ている訳ではないし、あくまでも現場の救命士さんの判断を通して来る訳です。もし O M C で行うとその辺はどうですか。これを挿入した先生方は、どういう考えだったのですかね。
平澤委員長	私の班で決めたかどうか、今、報告書を見せて頂こうと思っているのです。
中村部会長 高石部会員	頸髄損傷が強く疑われる事例です。 よろしいですか。 例えば気管挿管を施行しなさいと O M C で言ったとしても、おそらく 4・5・6 くらいで喉頭鏡で喉頭展開して見ても声門が見えないという状況になると思います。結局は状況から気管挿管は自分がその現場に居ても挿管は出来ないのではないかなという状況だと思いますが、その時にこの患者に対してはコンビチューブを入れたわけですよ。コンビチューブを入れて一応換気は出来たのですね。一応胸郭が挙上していますから空気が漏れたとしても、気管挿管を O M C で自分が居たらその場で挿管を施行しようとして喉頭展開して見なさいという指示の方がよろしいのではないかと思います。結局最終的には見えないのでコンビチューブしか入れられない状況になってしまうのではないかと思います。
中村部会長	ラリングルマスクは禁忌ですね。口の中から多量の血液がどんどん送り込んでしまう危険性があることから禁忌ということですよ。 これは結構難しいですね。器具を使った気道確保の中の L T ・ L M ・コンビチューブ・W B にしても口腔内に多量の出血が認められた場合

高石部会員	は禁忌ですよね。
中村部会長	コンビチューブもやはり駄目なのですか。この症例の救命士は施行したのですよね。
亀山主査	本来吸引して確実に見えなければいけないのですよね。現在の規程は嘔吐をしていればまず使用してはいけません。
中村部会長	はい。器具それぞれの禁忌事項は、ご承知のとおり指令センター常駐医師用マニュアルにも記載してございます。因みに、コンビチューブは嘔吐過敏な傷病者・食道疾患のある傷病者等であり、更にはチューブ挿入時に頭部を後屈する必要性がないため頸椎・頸髄損傷の疑われる傷病者にも使用可能となっております。
亀山主査	このことから、本救命士は本コンビチューブを選択しております。総論として器具を使って良いシチュエーションと使ってはいけないシチュエーションというのは書いていませんでしたか。
中村部会長	総論としてというか、一般的な禁忌事項等として記載してありますが、全ての器具においての禁忌事項ではありません。
平澤委員長	その辺のところ、出来ればはっきりさせておいた方が良いですね。私達、医師全員がしっかり認識していないかもしれません。
織田部会員	今、報告書を見てわかりました。この除外例は平澤班で決めてあり一般論として書いてあります。
平澤委員長	なかなか気管挿管は難しいから除外としてあるのでしょうか。
中村部会長	それと、後でパラライズした時に挿管操作によるものではないか、みたいなことを言われても救命士がかわいそうだからという配慮があるのです。
中村部会長	そうしますと、福田先生の指摘がこの項目にあっていることですね。この事例みたいに、重傷外傷に関しては、実際問題として気管挿管や器具はいらないですね。ただ現場の救命士さんの原則としては、A B C を行わないといけないことから、それをどう答えるかは我々の役割です。ですから原則的には頸髄損傷が非常に疑われるメカニズムの場合にはあえて施行しなくても良いというような判断を O M C でも下してあげなくてはいけないということですね。
織田部会員	メディカルコントロールは医療行為を担保して救急救命士を守ることから確かに何かあった場合を考えると気管挿管を施行させない方が良いのかもしれないです。
中村部会長	ただ、救命士さんも確かに気管挿管の訓練してきた方達は、バックバルブマスクのやり方が非常に上達しています。そういう意味では、きちっと心構えを持ちながら行えば医師と同レベルで出来るという気がしたのです。
織田部会員	結局、B V M を使用すると頭部後屈をしないとどうしても一人では

中村部会長	無理なのでそれで器具を使った気道確保を施行したい思いが救命士達にはあると思います。それでしたら気管挿管が確実だから施行したいというのはあると思います。
織田部会員	ある程度、頸椎損傷を疑われても挿管した方が良いという症例は実際にありますね。そうすればもしかしたら行けるかも知れない、ということから、そういう傷病者を見たときに救命士さんは気管挿管を施行しようと思いますよね。
中村部会長	先ほど福田先生が言ったように、いろいろなことが起こらないように、起こっても守ってあげるのが主旨であれば、ここに明らかに頸髄損傷が強く疑えれば事例は適応除外になっているので施行しないことで良いと思います。
新田部会員	では、強くではなくて頸髄損傷が疑われる気管挿管をすることによって救命の可能性があると思われる症例ではO M C の指示の下に行なってもよいという但し書きを付けてあげた方がよいのですかね。
中村部会長	それからO M C の指示に従った救急隊は、それで訴訟や安全が保障された場合。それからO M C で指示した医師に対する保障など助けてあげるのはしっかりしないといけません。
新田部会員	医師には保障されないのではないのですかね。本当に困ってしまいますね。
平澤委員長	医師が指示してその医者が訴えられた場合、みんな萎縮してしまいます。
織田部会員	ですから、この千葉県消防局救急業務検討委員会という公のルールで決定したことにすれば良いのではないですか。
高石部会員	これ気管挿管は禁忌ですが、先ほど言ったようにこの事例では、コンビチューブを入れて施行している訳ですよ。そちらの方が現実的のような気がするのです。つまり頭部後屈をしなくても顎先だけ挙上して入れられるので。
織田部会員	前に救急救命士さんに伺ったらコンビチューブを入れる時でも、喉頭展開をして入れていると言っていました。実際入れるチューブがコンビチューブでしたらこれには触れなくて挿管チューブを入れると触れるのであればコンビチューブでも確実に入れば必ず換気は出来るわけですね。だから推奨するのはコンビチューブくらいにしておけばより安全ではないですか。
新田部会員	それだと大きく喉頭展開しなくても施行できます。それを推奨するなど。
織田部会員	確認ですが、救急隊員は喉頭展開して見て施行しなければ行けないと前提はなかったですか。
新田部会員	それは、ないと思います。

新田部会員 織田部会員	気管に入ってしまった場合は抜かなくてはいけないとか。 それは、コンビチューブの場合だけです。気管挿管の資格のある人はいいわけです。
新田部会員 亀山主査	ある人は盲目的に入れても良いということですね。 コンビチューブの場合、基本的に盲目的に挿入可能となっておりますが、状況により喉頭鏡を使用する場合があります。
中村部会長	今、織田先生が言っていたのは、私は非常に疑問に思っていました。 気管挿管の資格を持った人がコンビチューブを盲目的に使用したら気管に入った。それは、そのまま使っても良いことではないと思います。 でも、その辺も先ほど言ったように、この専門部会でそのことを明確化して千葉市消防局救急業務検討委員会で担保してあげれば、医者に対する保障も出来ると思います。やはりその辺を明確化とした方が良いでしょう。
平澤委員長	その様なこともこの事後検証に関する専門部会の仕事の一つですので問題をあげていただければ、親委員会で担保いたします。
織田部会員	やはり法律でこの様な正式に除外すると記載してあるのに、親委員会で承認されれば良いのでしょうか。
平澤委員長	憲法があって法律が憲法に従い施行しなければいけないことから、あまり逸脱することができません。
中村部会長	でも理屈は、強く疑われる症例ではなければ、ある程度疑われても、良いのですよね。
赤石部会員	CPA 症例で問題になっているのは、頸椎損傷で CPA になった症例を直ちに酸素化して生きる確率と、頸椎損傷を悪化させることによって止めをさすとどちらが高いということを考えないとセーブ出来る可能性をそこで捨ててしまいます危険もあるかと思います。ですから気管挿管は危険なのでここで除外例としていいます。救命士さんにそれを守るという意味からそれを外す方向で行くのであればそれでもやはり救急の外傷の究極の目的は一刻も早い脳の酸素化になるので、頸損の中では呼吸が出来なくなり、それによって CPA になっている人は酸素化して CPR をきちんと行なえば戻るケースがあります。特に他の臓器にダメージがなければその様に救命できる可能性がそこで捨てることになるので、特に若い人の場合はそれで失われる社会的な損失云々を考えればやはりセーブ出来る可能性は救命士さんは考えて活動しているので、確かにその法的な安全性を担保してあげないといけません。
中村部会長	はい、この様な意見です。皆さんいかがですか。 私は、単純に考えると抜け道を作れば良いと思います。実際に CPA

福田部会員	で頸損を疑った患者が搬送されたらどうするか、何も考えないで挿管しますよね。CPA でなければファイバーによる挿管など考えます。今、赤石先生が言ったとおり、優先順位は酸素化を図ることです。 ですから、救命士の方にそこまで負わせるのは無理でありますので、そこをうまくカバーしてあげるような体制を親委員会で明確にしてあげれば良いということです。 私の先ほどの話ですが、頸椎損傷で CPA の人は自然経過として亡くなる可能性が高いと思います。そのような人に致命的な行為を加えたとして本来は因果関係はないのですが、そういうところを責められます。
織田部会員	そこが問題だと思いますが、気管挿管しないで BVM で換気して空気が入らないといって頭部後屈を必ずしています。
赤石部会員	頭部後屈しないと入らないですから、気管挿管しない限りはコンピチューブや器具を使った気道確保をしないとセーブは無理であろうと、ですから中村先生が言ったとおり、換気の方法についてバックバルブマスクではなくて頭部後屈を現場でしてしまいますので、何らかの方法で抜け道をつけてあげるというのはどうですか。
中村部会長	選択を気管挿管で施行とはっきり示してあげても良いですね。LM・LT を使いましょう。もし駄目なら気管挿管を施行しましょう。など何かそういうものを作成してあげてそれに従ってやれば良いと、最終的には AHA の世界のガイドラインが優先順位を頸椎損傷に対する処置ではなく気管挿管と書いてある訳ですから、裁判に出てもそれも勝ちですよ。負けることはないです。今の心配は上下的にはいろいろな非難は受けると思いますが、その辺の問題があると思います。
亀山主査	その辺作成できますか。 現行の本市気管挿管プロトコルでは、ステップ 1 で用手気道確保・ステップ 2 で気管挿管以外の器具を用いた気道確保・そしてステップ 3 として気管挿管の施行となっております。 なお、異物による窒息、または気管挿管でなければ気道確保困難である症例については、常駐医師に対して救命士が要請し、医師の施行指示によりステップ 2 を省略して気管挿管の施行が可能となっております。なお頸椎損傷の疑いについての気管挿管の施行は、現在のところ気管挿管講習で適応除外と教育されておりますことから、気管挿管の認定を受けた救命士はそう認識しております。このことから、今後、頸椎損傷が疑われた場合における気管挿管の施行要領等、気管挿管プロトコルの見直しも考えなければならないと思います。
中村部会長	そうですね。もっと気管挿管を施行したほうが良いという症例があるあると思うのですが、その場合どうするかということです。

織田部会員 中村部会長	確かにそういうことを明文化されていないと救急隊員も O M C の先生も我々もわからないですね。 次の問題もある様なので、これについてはまた、案を作成してみますか。要するに O M C の役割としての文書化してみることですね。 あと救急隊の現場に対するプロトコルの補足というか、その様なものとして少し考えてください。そういうものが出来て M C 委員会で承認されれば良いという気がします。暫定的ではありますが。
織田部会員 中村部会長 平澤委員長	僕の意見は基本的には、W B かコンピチューブです。頭部後屈をしないで入れられるのでそれを優先的に使用するということです。 それでも、現場の救命士が挿管の判断した場合の対応をどうするかということですね。順番をステップアップして行ったほうが良いですね。 それで駄目であれば O M C です。 そういうことですね。いくつか案が作れると思いますけど。 O M C になったら常駐医師のためにもきちんと決めないといけません。
中村部会長 平澤委員長	判断の基準が必要です。 若い方で頸損単独だけでというのが一番の問題ですね。 はい、よろしいですか。
平澤委員長	関連してですが、先日、名古屋で食道挿管した案件がありましたが、また、マスコミ等で問題にしようとしているのです。私も、この間取材されたのですが、千葉市ではないですね。
亀山主査 平澤委員長	はい。気管挿管の施行を平成 1 6 年 1 0 月 1 日から開始し、平成 1 9 年 4 月 3 0 日現在で、気管挿管の施行回数が 7 6 症例ございますが、全て気管チューブが気管内に挿入されていることを収容した医療機関の医師が確認されております。
中村部会長	気管挿管に関しては、少し慎重に行なって行ったほうが良いと思います。 はい、それでは次の検討症例に移ります。
亀山主査	資料イの「縊頸事例」に対する頸椎保護処置の施行について、事務局から説明をお願いします。 はい。それでは、(2) イ「縊頸事例」に対する頸椎保護処置の施行についてご説明いたします。 この症例については、縊頸の場合に頸椎固定処置が必要か否かのご検討をいただくものであります。本症例に対する過去の二次検証評価結果を見ますと、検証医師の先生方のご指摘は、やはり様々でございます。このことから、本懸案事項の参考として「救急救命士標準テキスト(改定第 6 版) を抜粋しました。次のページをご覧ください。こ

中村部会長	れによりますと、「自殺企図の縊頸ではほとんど頸椎損傷は起こらないとされているが頸椎を保護した方がよい。」と記されております。このことからご検討をお願いします。
新田部会員	はい、いかがでしょうか。 新田先生が文献を用意してくれたのですね。 青葉病院の症例を出してくれたのかなと思い調べてきたのですが、確かに頸損の症例もあると最近の文献であります。
	私の個人的意見としては、頸椎保護をしたうえで、換気が十分でしたら頸椎保護して搬送をすることが望ましいと思います。頸椎保護したことによって換気が不十分になる症例でしたらやはり頸椎保護よりも換気を優先した方が良いという印象があります。例えば縊頸の後で息をして頸椎保護をしてもしっかり自分の呼吸をしている症例でしたら頸椎保護をした方が良いという印象はあります。
中村部会長	頸椎固定をやらなくていい又は、固定をやるなというのは、少しおかしい気がします。原則は頸椎を固定して、それでA B が保てないようであれば外すという感じです。救急医療センターの先生は固定をするなどと言っているのですよね。
	CPA 患者に関してだと思います。率が低くてエアウェイ優先で良いという感じです。
赤石部会員	CPA ではない症例に関しては今新田先生が言った内容でよろしいのではないですか。いかがですか。
亀山主査	縊頸の件についてバックボードは推奨ですか。それともボード使わないで固定していますか。
織田部会員	事故概要にもよると思いますが、頸椎を保護することが処置優先課題とした場合、走行中揺れる救急車両を考えると、やはり全脊柱固定を考慮しないといけないと思います。一概には言えないと思いますが。
赤石部会員	バックボードを使用して、カラーを付けずに来る隊もありますよね。
	はい。検証評価にて稀にご指摘されることもあります。
	カラー付けてバックボードに固定すると頭にイモビライザーを付けてベルトを顎に付けますよね。すると顎が落ちている場合がほとんどで、気道確保がすごく難しくなってくると思います。ですから酸素化というのは十分留意する必要があることはやっぱり先ほどの件と同じです。やはり空気なのか首なのかという話になってしまいます。固定はもちろん必要だと考えますが、用手的な頸椎保護というのはほとんど無意味とは言いませんが固定するまでバックボード等を使うまでにあくまで途中の考えるべきで揺れる救急車内でそれを完全に固定するのは無理だと思います。やはり固定をして頸椎保護は必須だと思います。

平澤委員長 赤石部会員	す。ただ一点、エアウェイですね。 エアウェイに留意して固定することで良いのではないですか。 バックボードを固定する時の顎ひもは、通常 JPTEC を受講している方はクロスでかけるように教えているはずなのですが、顎を押し込んでしまう人はやはりすごく多いです。その辺を MC で正しい固定の仕方をこちらから情報を出してあげるなり、署所で徹底させるという方向にもって行かないと、よかれと思って実施した固定がかえって低酸素になってしまうのではないかと思います。
中村部会長	搬送の仕方を見ていると未だ決まっていらないですね。バックボードやカラーにしろ、今の意見があってあえて付けてこない人達もいるようなので、何か統一した見解をこのことに関して出してあげないといけないという意味で本日出していただいたのです。 何も、CPA に関しては全部バックボードを付けなくていいでしょうという考え方もあると思います。何かやはり決めてあげた方が良く思うのですが、事務局ではどの様に決めるのが一番やりやすいと思いますか。
亀山主査	はい。これは以前からの課題事項であると認識していましたが、本市活動マニュアルには、外傷における具体的なマニュアルが不足していることは否めません。 このことから今回の懸案事項も含め検討する場を設け、確固たる外傷処置マニュアルを構築しなければならないと思っております。
中村部会長 織田部会員 中村部会長	原則論として縊頸というのは外傷の中に入っているのですよね。 高エネルギー外傷ではないですね。 CPA 症例の場合にはロードアンドゴーの適応です。ロードアンドゴーというのは外傷の場合は絶対バックボードを使用した全脊柱固定ですよ。そこには入らないですか。
赤石部会員 中村部会長	頸椎の損傷を強く疑った場合はバックボードを使うのですよね。 そうですね。CPA でしたら全症例バックボードによる全脊柱固定になるのではないかと私は理解していました。 その原則に従って施行してくださいということであれば原則論でつらぬけるのですが、ただ問題になってくるのは CPA ではない人で結構います。その辺どうなっているのかももう一回確認して頂けますか。
平澤委員長	JPTEC で言っているようなものがどういう範囲なのか理解していないのかもしれませんが。 あと、マニュアルが不足している部分を作成した方が良く思います。 形としては、一つは先日臨床救急医学会に行って地域 MC のパネルなどを聞いて他の所に比べると、千葉市 MC 協議会は専門の部会が少

中村部会長	ないと思います。事後検証に関する専門部会 1 つしかないのですが、他の所は 3 つも 4 つもあるというのが普通でした。ですから、これは形としては事後検証の専門部会ですのでメンバーは同じでも良いのですが、やはり形としては、マニュアル検討委員会や専門部会などの様な形で行って頂いたほうが良いと思います。 何でも事後検証の専門部会という名の基にやるのは少し不適當だと思うので、必要に応じて部会を作ることになっていますのでそういう形で実施して頂きたいと思います。 その様なことが必要な時期になって来たと思いますね。 今日の専門部会で事務局の方から、この様な問題を取り入れて良いかということで「是非やってください」ということで取り上げたのですが、この様な検討会をまた専門的に行うような会を開いて、親委員会での認証としてどんどん皆さんが安心して行えるようなシチュエーションを作っていくということです。 とにかく 3・4 年前に比べればものすごく発展したものだという気がします。 この問題に関してはよろしいですか。わからない部分が出てきたのでもう一度調べ問題点を提出し直すと言うことで、その問題を話しあう所を何処に持って行くかを含めて少し考えていただけますか。 では、ア・イと 2 つは完全ではございませんがディスカッション出来たと思います。
古川係長	以上で本日の議題 1 件と 2 つの検討症例について終了させていただきます。それでは、事務局にお返しいたします。 はい、ありがとうございました。 その他ということで、次回の専門部会の開催予定ですが、7 月の下旬から 8 月の上旬を予定しております。特に 7 月中に暫定運用すると言うことですので、その辺も含めて日程をまた先生方と調整をさせて頂きたいと思います。日程が決まりましたら、先生方に FAX 送信させていただきますのでその際は回報をよろしくお願いします。
松本課長	以上でございます。 それでは、最後に松本救急救助課長よりご挨拶をお願いします。 本日は、ありがとうございました。本日ここにおられる部会員の方をお願いしたいのですが、先ほど検討された事後検証の暫定運用の件で、それぞれの委員の方の医療機関の中において他の検証医の方達に周知することが非常に難しいことから、私ども事務局としてご説明に伺います。もう一つは現場の救急隊についても説明はしますが、救急隊も個々に差がございますので、この暫定運用 1 ヶ月ほどですが、多少のトラブルの発生も考えられますので、是非ここにいる部会員の方

古川係長	がバックアップして頂けるようお願い申し上げます。 それから救急隊員もここにいる部会員の先生方はおそらく名前は知っていたとしても顔と名前は一致するというのが少し難しいと思いますので、その辺はご理解お願いいたします。 それから最後に平澤委員から出ました事後検証に関する専門部会以外の専門部会につきましては、必要があればまた別途名称を付けました専門部会を設置して行きたいと思いますのでよろしくお願い致します。以上です。 以上で平成19年度第1回事後検証に関する専門部会を終わらせていただきます。本日は、どうもありがとうございました。
------	---

平成19年5月21日開催の、平成19年度第1回千葉県消防局救急業務検討委員会「事後検証に関する専門部会」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

事後検証に関する専門部会長

部会長承認済み・確定文書（写）

（CHANS メール送信用）