

**平成19年度第2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」**

議 事 録

1 日 時 平成19年9月11日(火) 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(10名)

中村 弘部会長、中田 泰彦部会員、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

議題1：検証対象症例の暫定運用について結果報告

議題2：検証対象症例の検討について

5 その他

(1) 平成19年度第3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」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「事後検証に関する専門部会」議事概要報告

平成19年5月21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「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」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) 検証対象症例の暫定運用について結果報告

平成19年度第1回「事後検証に関する専門部会」において検証対象症例について検討し、現行の対象症例である心肺機能停止症例に「医師が要検証と判断した症例」と「救急隊員が要検証と判断し、医師が要検証と判定したもの」を暫定的に運用することです承されていた。

このことから、平成19年7月1日から7月31日までの1ヶ月間の暫定運用結果及び各所属から本暫定運用結果に基づく意見集約事項を併せて報告された。

(3) 検証対象症例の検討について

事後検証における対象症例として、暫定運用結果及び各所属から意見に基づく検証対象症例として事務局より検証対象症例(案)を提示し、検討された結果、下記の5症例が検証対象症例と決定された。

- 1 目撃あり且つバイスタンダー処置(胸骨圧迫心マ・人工呼吸)のあった症例
- 2 除細動・薬剤投与・気管挿管施行症例
- 3 外傷で意識レベルJCS100以上又はショック症例
- 4 医師が要検証と判定した症例
- 5 救急隊員が要検証と判断した症例

また、救急活動事後検証実施通知書の要事後検証判定理由の中に上記の項目を入れることとされた。

以上の検討された結果を平成19年10月に開催予定の千葉市消防局救急業務検討委員会に報告されることです承された。

7 審議概要

古川係長	ただいまから、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」を開催いたします。 まず、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 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 ページ目をお開きください。 平成 19 年度第 1 回「事後検証に関する専門部会」は、平成 19 年 5 月 21 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「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	それでは、議題 1、検証対象症例の暫定運用の結果報告について事務局から説明をお願いします。
亀山主査	それでは、事後検証通知書を用いました事後検証対象症例の暫定運用結果及び暫定結果に基づく、各消防署からの意見集約内容についてご説明させていただきます。 資料 1 をご覧ください。 本暫定運用開始に向け検証 9 医療機関に出向し、事前説明でご案内のとおり、運用期間にありましては平成 19 年 7 月中の 1 ヶ月間のみとし実施いたしました。 事後検証対象症例は、「医師が要検証と判定した症例」又は「救急隊員が要検証と判断し、その旨を医師に伝え要検証と判定した症例」で、暫定運用期間中に医師から要検証との判定を受けた症例が 5 症例あり、救急隊員から要検証判断はありませんでした。 この 5 症例についてご説明いたします。 この資料 1 中の要検証とされた症例に挙げてあります 5 症例が要検証判定症例です。 (1) の症例は、呼吸苦の訴えの後、心肺機能停止状態となったものであり、目撃あり、更に特定行為を施行した症例です。

	(2) につきましては、心肺機能停止の状態で見出された症例で、これは器具による気道確保の施行の要否について要検証と医師から判定を受けました。 (3) ・ (4) につきましては、社会的に影響度の高いとされる稀な外傷事故であり、救急隊 2 隊、更には消防隊が活動したもので、傷病者観察、処置、救出等の要領等につきまして今後のためにも要検証とされました。 最後に (5) の症例ですが、胸痛を訴え救急要請し搬送途上容態が悪化したものであり、容態変化後の観察・処置について要検証とされました。 この 5 症例につきまして検証医師による検証は 9 月中に終了する予定です。 次に本暫定運用終了後、各消防署から意見を募り、その意見を集約いたしましたので、その結果を報告します。 また、この内容につきましては、事前に本資料を配布しご高覧いただいておりますことから、省略させていただきたいと思いますが、「事後検証通知書」の取扱いについては何ら不都合はないとのことでありました。 なお、今後の検証対象症例についての各消防署意見としては、このとおりであります。 以上で暫定運用結果につきまして報告を終了いたします。暫定運用中の取り扱いにつきまして、先生方から何か意見等がございましたら、お伺いしたいと思います。以上です。
中村部会長	ありがとうございます。
	事後検証通知書を用いた事後検証対象症例の暫定運用結果と各所属からの意見について、説明がありました。 まずは暫定運用結果 5 症例について提示されましたが、それについて質問、ご意見等がありましたらよろしくお願いします。 今の説明の中にあったと思いますが医師側から要検証と言われたものと救急隊側が要検証と判断したものとの区別についてもう一度説明をお願いします。 まず医師からの要検証と判定を受けた症例に関してですが、これは傷病程度を問わず、救急隊の処置経過、傷病者の状態等を勘案した結果から検証を実施し、今後の救急活動に活かすこと。更には推奨される活動内容であった場合等について、ご判定頂ければと思います。 また、救急隊から要検証と判断した症例ですが、これも傷病程度を問わず、観察結果等から病態に関する判断が医療機関での初期診断と相違があった症例、また処置施行経過等、活動全般について稀な症例
亀山主査	

中村部会長	であり、全隊に周知すべきと判断された症例、その他救急隊員が検証を通じ質問したい事項に対する検証医師からのご意見を賜りたい内容があった場合、救急隊員の判断でご提示させて頂きたいと思います。 医師側からの要検証という判定については即座に行われたのでしょうか。
亀山主査	そのことについてはよく把握していないのですが、おおよそ20分以内に先生の方から頂いたという結果だと思われます。
中村部会長	救急隊が帰る前に医師から言われていると言うことですね。 事後検証を始めた頃は、先ほどおっしゃっていた二次検証に対する質問や意見というか結構書き込みがあったのですが、最近検証して見ているとあまりないですね。 疑問が生じてないということなのか、遠慮されているのか、その辺はいかがですか。
亀山主査	その点については、傷病者を取り扱った救急隊員又は所属検証会議の中での質問事項等を二次検証に対する意見として、検証結果票に記載することとしていますので、無き場合は無いとご判断して頂いて結構だと思います。
中村部会長	やはり一方向性ではなくて救急隊側からも疑問なり質問なりクレームなりあっても良いと以前から思っていたのですが、なかなか先ほどおっしゃっていたとおり、現場で言うのは容易ではないと思います。暫定運用結果に関してはよろしいでしょうか。 異議なし それから暫定運用結果に基づく各所属からの意見についての説明がありました、それに関してもいかがでしょうか。 後の方で資料が出てきますけども、目撃者のある心肺停止症例、バイスタンダーCPRなどそういうものに関しては、やはり検証すべきであることは当初からあったことですね。ですから、それは良いと思いますが、後は外傷に関して何処まで実施して行くかという問題が今後出てくると思います。具体的には無いのでなかなか意見が述べにくいところではあります。これは議題2の方で出てきますので、そこでディスカッションすれば良いですね。 では、議題1に関しては、これでよろしいですか。 異議なし それでは、次に進ませて頂きます。 議題2、検証対象症例の検討について、今出たことからまとめて頂いたものです。 それでは、事務局から説明をお願いします。 議題2についてご説明させていただきます。
亀山主査	

	次の資料 2 をご覧ください。 先程お話ししました暫定運用結果に基づく各消防署の意見集約結果を基に、事務局で調整した結果を今後の検証対象基準の具体案として提示いたしました。 資料 2 の 1 が今後の検証対象症例であり、この 5 項目が具体案として説明させていただきます。 1、2 に関しましては、この暫定運用の検証対象症例としたものでございます。 3 については、目撃あり且つバイスタンダー処置、バイスタンダー処置と言いましても、胸骨圧迫心マッサージまたは人工呼吸のあった症例を含むこととしたいと思います。 4 については、除細動・薬剤投与・気管挿管施行症例です。 5 については、外傷症例のうち傷病者の意識レベルが JCS 100 以上で、医師からの初期診断時の程度が「中等症」以上となった症例として上げました。 また、この 5 に挙げた外傷症例につきましては、更に詳細に区分しました。これは漠然と外傷症例と申しましても具体的に提示しないと検証医師は基より救急隊員が検証を実施するか否かの判断に迷うことを懸念して基準を上げました。 次に別添 1 - 1 をご覧ください。これは暫定運用で使用しました救急活動事後検証要否通知書です。当初いろいろなご意見を頂きましたが、暫定的にまずは実施しようという検討結果から、この救急活動事後検証要否通知書を用いて実施した次第であります。 次に別添 1 - 2 をご覧下さい。今回具体案として提示しました 5 つの検証対象症例基準を改訂案といたしまして作成しました。この 5 つ検証の対象症例基準のいずれかに該当した場合、救急隊員が救急活動事後検証実施通知書を作成し、検証医療機関にこの通知書を全て置いてくると言ったシステムを取りたいと思っております。これは例えば現行ですと 7 月中の検証対象症例が、8 月 1 日に事前通知として先生方のお手元に届いていると思うのですが、その時点までどの症例が二次検証症例に値するか否かは現場救急隊員の方も判明しておりません。この検証基準に該当した場合は全件検証通知書を発行するシステムを用いることによりまして作成時点で検証医師及び現場救急隊員がこれは全て二次検証だということで認識でき、救急隊員及び検証医師が検証に関する諸準備が円滑に出来ることを目的といたしました。 資料 1 - 2 の内容ですが、暫定運用中に使用しました通知書を基に改訂致しました。 今回の大きな改訂箇所は、要事後検証判定理由です。これは、救急
--	---

中村部会長	隊員が先生方から要検証とご判定いただいた理由を、この5項目のいずれかにチェックしていただくということにしてみました。また検証医師以外の先生方がこのチェック項目をご覧になり、ある程度の要検証判定基準がご理解していただけるのではないかと思います。 また、要事後検証判定理由欄の向かって右側の3項目ですが、先程お話しました事後検証対象症例を掲げてあります。 これらの内容が今回の大きな改訂箇所であります。 今説明がありましたが、資料2の1の暫定運用結果及び各署からの意見に基づく検証対象症例（事務局案）と書いてありますが、検証対象症例として1から5まで挙がっています。まず1、2は今回の暫定運用で施行したもののなのでこれは良いと思いますが3・4・5番についていかがでしょうか。
織田部会員 亀山主査	JCS 100以上の外傷という根拠は何ですか。 これは救急隊現場活動マニュアル、更には指令センター常駐医師マニュアル中の「外傷の重症度・緊急度判断基準」にある第1段階：生理学的評価の意識レベル100以上を用いました。その他呼吸、脈拍等の数値等を総合的に判断することが望ましいのですが、ここでは各項目のいずれかに該当した場合を、初期段階で重症と判断することとしています。このことから、まず救急隊現着時、客観的に重症判断できるのは意識レベル100（JCS）以上と判断したからです。またこの意識レベルJCS 100以上は、救急隊現着時のみに拘らず、現着から病着までの間に意識レベル JCS 100以上となったものを該当としたいと思っております。
織田部会員	例えば、出血性ショックで搬送中に意識が悪くなった、或いは病院に到着してから意識が悪くなってしまった人がいる訳です。その様な人が1番問題なので、ここでJCS 100以上にすると、その様なものは入らなくなってしまいます。
亀山主査	少し書き添えていなかったのですが、現場到着して医療機関に収容するまでに意識レベルが落ちたという全てを含むということです。
織田部会員	私はその前が問題だと思います。 要するにショックの症状があって、しかし意識があるという人がいるではないですか。 頻呼吸で脈が速いけれど脈は触れている。血圧も測れるが明らかに出血性ショックだという人はすぐにロード＆ゴーなのでそこが1番の問題ではないかと思います。 ですからここで意識が悪くならないと検証しないというのは少し違う様な気がします。
中村部会長	「プリベンタブル・トラウマ・デス（防ぎうる外傷死）をなくす」

織田部会員	というような捉え方でいうと、損傷で意識が悪い患者ではなくて、全身的な今おっしゃっていた出血性ショック・閉塞性ショックと言うことで危機的な状況且つ救命という処置に有効性が期待できるような状態という意味ですね。ですからそれを拾い上げるためには、確かにこの基準ですと少しまずいかも知れないですね。典型的なものはやはりテンションニューモトラックス(緊張性気胸)など、その様なものは少ないという意見などありますが、やはり実際に外傷を見ているとあります。救急隊の処置でテンションが増悪しているような例がありますし、その辺のところはどう拾い上げて行くか。基準を一言で言うのはすごく苦労されたと思います。 私の意見としては、JCS 100以上は取って良いのではないかと思います。それで「医師が要検証と認めた外傷症例」と言うことで良いのではないですか。
中村部会長	我々は患者が来た結果を見てそれで処置を始めます。救急隊にいろいろ聞くことはありますが、非常に重篤になってしまった場合はそんな暇はないので必要な処置をする訳です。あの現場で果たして我々の推測というのは出来るかどうか分かりません。この辺のところが実は現場で経過を見ている救急隊員の意見というか、本当は入れ込むべきではないかと私は以前から思っていました。非常に大変な状況ですからこのような時は失敗もある訳です。どの様な表現にしたら良いですか。
赤石部会員	今、織田先生がおっしゃっていたのは、JCS 100以上を取って医者の方から指定するということです。 私も同意見です。もともと私は脳外科医なので悪くなるという表現を大きく分けて、例えば JCS 一桁から二桁、二桁から三桁への変化を捉えるなどして、あとそれだと少し範囲が広過ぎるので、よく使うのは GCS マイナス2点以上とする。結構細かく拾えると思うので、とにかく4・5・6でしたのが3・4・6になったりするとその救急隊が1番最初に現場到着時してから病院にまでの間、とにかく何処かでGCSがマイナス2点以上の減点があった場合、JATECの心得があれば拾えた時点で検証したらどうかと思います。
中村部会長	確かに織田先生がおっしゃるとおり、JCSも大まかに捉えるのは良いのですが、少し違うかなという気もします。 今、赤石先生がおっしゃっていたのは、脳損傷と言うものを頭に置いていますね。それをまったく頭に置かないで、おっしゃっているのが多分織田先生の意見だと思います。ですから意識状態というのは、いろいろな要因で変化します。例えばアルコールが入り転倒し頭部を打った場合でも一番早く駆けつける救急隊員は脳震盪の状態で見える場

	合もある訳です。我々がなかなか見ないところですよ。それプラスショックとか他の要因が加わった場合には、非常に評価が難しいと思います。我々現場に行ったら多分、役に立たないのかと良く思うのです。そう言うことも含めて考えますと意識レベルによって、外傷を判別して行くというような方向性はどうかというような疑問も出てくると思うのです。赤石先生が今おっしゃった GCS 2つ落ちるというのも一つの方法だと思いますが、ターゲットを何処に持って行くかですね。
平澤委員長	救急隊員の方が忙しい中で GCS の変化を見るというのは少し難しいのではないですか。もう少し大まかなにしたらいかがですか。
中村部会長	JCS の容易なところはすごく大まかなところですよ。しかし、むしろここでは JCS すらも言及しないという行き方はどうですか。
織田部会員	事務局としては、少し難しいですか。 或いは、まぎらわしくしないで「重症外傷症例で医師が判断したもの」という形にしたらどうですか。 今、平澤先生がトーク&ディテリオレイト（話している内に、だんだん意識が無くなる）とおっしゃっていたのですが、いわゆるそういうものを拾い上げたいということです。
中村部会長	多分、脳外科的な発想ではない方がこれは良いのだと思いますね。
織田部会員	だけど JCS 100 以上の頭部外傷を合併した多発外傷のようなものも当然拾われて来ると思います。
赤石部会員	ショックなどで肺気腫などになってくれば、当然、意識レベルが落ちてきますので、ショックも拾えると思います。
平澤委員長	広い意味でのトーク&ディテリオレイトです。
中村部会長	はい、そういう意味ですね。 ただ更に高齢化が進むと、本当にコンプリケティッド(合併症)の人多いですね。心筋梗塞3回目でひどい脳挫傷で病院に来る人もいます。 ですから、一筋縄ではいかない状況になります。外傷の捉え方もとて難しいと思います。 JCS 100 以上と言うのは、一般的に昏睡状態という事で、脳外科的にもこれを重症の一つの基準にしています。ただ臨床研究などで拾い上げようとする、JCS 30 以上の基準を用いることもあるのです。ですから厳しく言うと JCS 100 以上で十分だと思います。 確かに先ほど織田先生からの質問にもありましたが、この文面だけで取ると少しまずいですね。その説明はある訳ですが、この二行位でこれを全て網羅する文章を作成することはとても難しそうですが、どの様にしますか。詳しく言えば外傷症例のいずれかのうち意識レベル

亀山主査	が JCS 100 以上という意味ですね。
中村部会長	救急隊が現場到着してから医療機関に収容するまでです。一度でも意識レベルが JCS 100 以上に落ちた場合です。
織田部会員	これやはり意識レベルという言葉はありますが、ショックという言葉は入っていないですね。やはり外傷はショックというものを非常に重視しますね。脳外傷は別として。
中村部会長	ショック又は JCS ですか。
赤石部会員	そうですね。ですからその辺も少し考えなくてははいけません。
中村部会長	ロード＆ゴーの概念は何処に含まれるのですか。
赤石部会員	ロード＆ゴーの基準は JPTEC のものですよね。それを含めますか。
	ロード＆ゴー症例としてそれを想定してこの文章は作られている訳ですね。
亀山主査	重傷度・緊急度判断基準に基づく概念から、受傷機転などから見ても良いのではないかと思います。
織田部会員	高エネルギー外傷で JCS 100 以上又はショックの症状ではどうですか。
中村部会長	その方が言葉としては分かりやすいですね。
	初めロード＆ゴーというのは JPTEC で何回か出席していて、よくわからなかったのですが、なんでロード＆ゴーが最初に宣言するのか。高エネルギー外傷というだけで、実は逆転する訳です。高エネルギー外傷でロード＆ゴーの宣言と言うのは最終的な選択で優先するのはバイタルサイン、最初の方です。順番が逆転しますね。あの発想で良いのかなと思います。
平澤委員長	ロード＆ゴーというと幅広くなってしまいますね。
	医師からの初期診断時の程度が「中等症」以上となった症例というのは、いないのではないですか。
	その言葉を取って、スペースに今の説明的なことを入れて 1・2 行に納めれば良いのではないですか。
中村部会長	さて、そういう文章を作成して頂けるでしょうか。
	我々医師が理解できるだけでは困るわけです。現場の救急隊の方がこの文章を読んで理解できるような分かりやすい文章です。
平澤委員長	私としては、本日の会議で部会員の皆さんで討議し決定をして頂いて、10 月に行う予定の千葉県消防局救急業務検討委員会にかけて頂きたいと思います。
織田部会員	高エネルギー外傷で意識レベル 100 以上又はショックの症例でどうですか。
中村部会長	簡単ですね。それで大丈夫ですか。
	もう一度言います。高エネルギー外傷で意識レベル 100 以上又は

亀山主査	ショックの症例。 どの時点でそういう状況だったとそういう文章を書くと、救急隊から問いは来ませんか。 救急隊の方からその様な質問が出るかということですか。その辺は事務局より周知させていただきます。
中村部会長	通知文を出すときに、その様な内容を盛り込んで出します。 ショックというのは、救急隊はどのように解釈するのですか。ショックという言葉の定義が非常に重要になってくるのです。呼吸は30回/分以上はショックですか。違いますよね。
織田部会員	ショックの場合は、こうなると言う定義はありますよね。バイタルサインというのも実はかなり曖昧です。本当は体温や意識も入ります。救急隊のテキストを見ますと当然のことですが。 JPTecでも、ショックという言葉はよく使っているのですが、テキストを見てもその定義的なことはあまり書いていないのです。
中村部会長	ショックは、血圧だけでは無いと言うことを、救急隊に良く分かって頂かないといけません。 そうですね。JATECですとショックの認知。血圧で診るなよって、教えます。脈拍、皮膚の所見、あと意識レベルの3つを上げていると思うのです。そこまで行くとなかなか難しいかもしれません。
織田部会員	今、救急隊員もJPTecも大分受講しているので、その辺の所は理解出来ていますね。
赤石部会員	ショックを血圧で判断されないようにするのが大事かと思うのです。ショックは、血圧が落ちてくるのは末期ということなので。
中村部会長	そうするとABCを考えるとショックだけだとまずいですか。循環・呼吸に非常に重篤を認めた時になりますね。なんて表現したら良いですか。テンションの場合とか。大量の血胸の場合とか。オープンニューモトラックス（外傷性気胸）の場合などを想定すればいろいろある訳です。どうしたら良いですか。
平澤委員長	JPTecですとオープンニューモトラックスの三辺テーピングなどが非常に重視されていますね。 これは検証対象症例の全ての重症患者をカバーするような項目でなくとも良いわけです。ある程度こぼれてしまっても仕方が無いと言うことがありますので、まずは始めてみたらどうですか。
中村部会長	差し当たってそれで始めて見る、まずシンプルに実施しましょうか。この間、事務局とお話したのですが、これは一つの試みのプラスアルファの段階なので1年で変えても良いだろうと言うことですので、シンプルな形で始めるという形で良いですか。 では、もう一度言います。高エネルギー外傷で意識レベル100以

	上又はショックの症例という言葉でよろしいですか。外傷の項目はその様に変更するという事で良いですね。 それ以外の項目に関してはよろしいですか。 3番、4番のこの表現は良いですね。これも必ずしも心原性などにこだわらず、この様な範囲で実施して頂くという事でよろしいですか。
丹野部会員	1・2番以外の3・4・5番は誰の判断もなく自動的に検証対象となるということですね。3・4番を見るとはっきりとわかります。
中村部会長	今までの流れでは、別添1-2に要事後検証判定理由がありますので、ここで判断するというような手順を考えていると思います。
丹野部会員	1・2番の考え方と3・4・5番の考え方が違うように思うのですが、3・4・5番は自動的に検証対象に挙がる訳ですね。
亀山主査	はい、そうです。
丹野部会員	3・4番は、はっきりとした言葉で分かりますが、5番は誰が判断するのか分からないのです。
織田部会員	これは、医師の判断でよろしいのではないですか。
丹野部会員	そうすると1番と同じ意味合いになるということですか。
	私は1・2番のどちらかが必要と判断したと考えて、3・4・5番は自動的に挙がるものと解釈していました。
中村部会長	1番・2番の意味しているところと、3・4・5番の意味しているところが、少しレベルが違う内容なのですね。ですからこれは少し組み直さないといけないですね。丹野先生のお話はそんな内容だと思います。
丹野部会員	それから外傷の項目は7つあって、これ以外の外傷って何を示すのですか。これはなくても良いような気がします。
中村部会長	これは救急隊というか消防局の分類がこういうものがあるのです。この前見て分かったのですが、外傷を全部網羅するものと全部カウントしないと全部網羅出来ないのですよ。
亀山主査	特に現場救急隊は、どういう種別のものまで含まれるのかと言ってきます。特に7番上記を除く不慮の事故症例ですが、不慮の事故とは例えば、飲酒し階段から転落して脳挫傷を起こしているなど、そういう症例もありましたので、そういうものも含めますと言う感じに記載する他ないので、上記を除く不慮の事故としました。
	あと、事故種別の中に一般と言う分類があります。通常、路上で転んで怪我をすると一般になります。そうなりますので具体的に6項目位を挙げてみたのです。
中村部会長	今の丹野先生のお話は大変重要なことで、検証対象症例の文章を組み直さなくてはならないのですが端的に言えば3・4番は単独、5番の

亀山主査 中村部会長 亀山主査 織田部会長 丹野部会長	説明が1・2番となるのですか。 5番も単独です。 では、1・2番はいらなくなりますか。 必要だと思います。 内科的な疾患がいなくなるのですよね。 5番は自動的に検証対象症例に挙がるような文章になった訳ですね。
中村部会長	3・4・5番がまず筆頭に上がって、1・2番が後にくるということですね。では、そういう文章に組み直しましょう。
亀山主査 中村部会長	はい、わかりました。 本部会で、決定して親委員会に報告することから1・2番の文章をまとめて短くしましょう。
平澤委員長	この5項目の順序を変えれば良いのではないですか。3・4・5番を1・2・3番に1・2番を4・5番に変えれば良いのではないですか。
中村部会長	なるほど、非常に簡単ですね。 それでは3・4・5番を1・2・3番に1・2番を4・5番に変更するということによろしいですかね。
亀山主査 中村部会長 織田部会長	異議なし はい、ありがとうございます。 これですっきりします。 そうすると、改訂後・案の救急活動事後検証実施通知書の方も同じように変えた方が良いのではないですか。
中村部会長 織田部会長	そうですね。 この要事後検証判定理由の中で「何々に関する検証を要す」という言葉はいらないのではないですか。
亀山主査	今、決まった5項目を順番どおり記載すれば良いのではないですか。 左側の意図は救急隊の方の意見で、今回の暫定的運用を実施した結果に基づき、医師から要検証の判定を受けた症例についての理由を、具体的な検証項目を記載する欄が必要と意見があったことから、こういう形にしてみました。
中村部会長	左側に記載してある項目の観察・判断・処置から推奨症例等は従来のポイントですね。それと言うのは検証という更に細かい部分なので、これは要らないですか。
織田部会長 中村部会長	検証の時が良いのではないですか。 救急隊の方から是非ともこれは検証して頂きたいと言うことがあれば、その他の所で書いて頂ければ良い訳です。
織田部会長	もう一つ思ったのは、この5つだけだと救急隊員が検証してほしい

平澤委員長	というチェック項目がないと思うのですが。 救急隊は2番の救急隊員が要検証と判断という項目があります。 その後の、その旨を医師に伝え医師が要検証と判定した症例を取れば良いではないですか。
織田部会員 中村部会長	救急隊員が要検証と判断のみで良いですか。 そうすると別添1 - 2の救急活動事後検証実施通知書の方も今の1・2・3・4・5番を組み直したものに沿って書き直すということですね。よろしいですか。
織田部会員	これを短くすれば言い訳ですね。5番に救急隊員が要検証と判断した症例、4番は医師が要検証と判定した症例など。後の残りは短くして良いのではないですか。
中村部会長	今までの議論でまとまった検証対象症例というのは、今回消防局が準備して頂いた予測症例数という次の話になってしまうのですが、それを更に拡大してしまうものなのか、それとも大体同じ位になるのか、印象的にはいかがですか。
亀山主査	はい、それでは説明させていただきます。 別添2をご覧ください。これは平成18年中における特定行為に関する事後検証実施状況を基に提示させて頂いております。先ほど、提示させて頂きました新たな5項目の検証実施基準の中で除細動、気管挿管、それと薬剤投与を施行した場合は必須項目とご説明いたしました。そこで他の特定行為はどうするのかというお考えが発生すると思います。そこで参考として予測データを作成したのでご説明させていただきます。この表1は1症例の検証実施件数として複数特定行為を施行しても1症例とした表です。 次に表2ですが、これは特定行為を1件ずつ計上した検証実施件数です。 次の表3ですが、こちらが今回の従来の検証対象症例と新基準の比率を出して見ました。 器具を用いた気道確保ですが、一番上段の旧基準の場合は56%、319症例中178症例検証を実施しております。新基準ですと319症例中95件になるという予想です。そうすると大体30%位になります。他の特定行為を見てみますと、さほど誤差がなく、逆に除細動は必須ということになりますので100%持ち上がってくると言うことになります。これが特定行為における今後の予想になります。 次のページ別添3をご覧ください。平成18年中救急活動データを基にした新事後検証対象症例年間予想件数でございます。こちらは検証9医療機関別にまとめて見ました。上段に予想件数とあるのですが、一番右の欄を見て頂きたいのですが、例えば千葉大学医学部附属病院

中村部会長	に収容した外傷症例でこの中ではJCS 100以上で、ショックは今決まりましたので入れておりませんが、バイスタンダー処置あり(心マ・人工呼吸)それと除細動・薬剤・気管挿管でそれぞれ拾い上げて見たところ53症例ありました。これは1症例ごとの件数となります。 ところが当然、重複します。例えばバイスタンダー処置があり、除細動施行し薬剤投与を施行しました。そのような症例を拾い上げて見たところ48症例になる訳です。そこで予想データとしましては下の246症例であり18年中の242件とほぼ同じような数字が出てきました。一つは今後考えられるのが先ほど言いましたショックといったところですね。それが何処まで拾えるかです。 最後に別添4をご覧ください。こちらが医療機関別にどのような症例が持ち上がって来るかというデータです。傷病名を入れて尚且つ外傷、目的有りバイスタンダーそして特定行為と右側に○を打ってあるのですが、医療機関ごとに18年中のデータを基に247の症例をだして見ました。いわゆる参考データです。以上です。 ありがとうございます。その様な報告内容です。
平澤委員長	外傷のショックを含めると、プラスアルファになるということです。 元に戻って申し訳ないですが、今の検証対象症例1・2・3・4・5番は、全て又で繋がると考えてみると実施してみないと分からないですが、外傷で全てショックを拾い上げて見るということで良いですか。結構な数になるという気がします。いかがでしょうか。今回はあくまでも医師か救急隊員側からの申請するというのが条件だったので数が少なかったのですが、1・2・3・4・5を全部結んでいる形になると、もう全て組み込まれると言う訳です。それでも良いのかと思いますが、予定数値より上回る数になったら途中で中止すれば良いですか。
中村部会長	予算の関係でいろいろあると思いますが、この基準はいじらないで実施して見たらどうですか。 それで良いのかと私も思いますが、いかがでしょうか。 とにかく医師か救急隊からの申請という形という、皆忙しいので難しい部分が今回やってみてわかりましたけど、基準をきっちり決めてそれで実施してみるという方が良さそうですね。
織田部会員	外傷症例でショックの人は全てJCS 100以上になっているので、ショックを入れたとしてもそんなに大幅に増えるとは思わないです。多分、300件位で収まるのではないかという気がします。
中村部会長 織田部会員 平澤委員長	消防局としては予算の上限がある訳ですね。 確かこの前300件位とおっしゃっていたと思いますが。 今、せっかく部会員の皆さんで決めた基準を変更しようとするのは、あまり意味がないと思います。基準は皆さんで検討して頂いて決めた

	ことだから、これで実施してみたらどうですか。件数的なことは後でまた考えるとして、不都合が生じたらそこで終了しても良いと思います。
中村部会長	これまでも、福田先生や丹野先生からも意見が出ていましたが、やはり検証しても仕方がないCPA 症例というものを実施するより、やはり検証のやり甲斐のあるものを実施した方がどう見ても良いですね。
織田部会員	それである程度1・2年実施してみてその検証対象も更に絞れてくるのではないですか。そういう形でよろしいのではないですか。
	逆に千葉市の規模で1年間に事後検証すべき症例は、400件だとはっきりしたら今度は400件実施出来るような予算数値を逆にして貰うということもあり得ると思います。
中村部会長	新田先生、いかがですか。
新田部会員	青葉病院としては、検証数がそんなに多くないのですが、県救急医療センターが約150症例位になるのでどれだけ辛いかが心配です。
中村部会長	5人で分散して検証を実施しておりますので大丈夫です。
	内科系の先生、ご意見ございますか。外傷やショックなどの話になっておりますけど、相生先生何かご意見ありますか。
相生部会員	循環器内科というところでは、結果的には海浜病院に搬送してくるのはショックです。外傷はまったく運ばれて来ない訳です。来るのは通常は掛かり付けの患者さんの急変というのがありますから、海浜病院に掛かり付けの循環器系のショック状態の方の症例だけに絞られると思います。あとは、本当は途中から意識が落ちて行って具合の悪い人がいますが、そういう症例の人はなかなか当病院に来ませんので、循環器内科的での疾患症例としてはこの基準で十分当てはまると思います。
中村部会長	そうですか。高石先生何かご意見ありますか。
高石部会員	川鉄病院では今回の7月の1ヶ月間で1症例も無かったのですが、どうしてもいろいろなドクターが見ていて事後検証を実施しているという形なのでご期待に添えるかわかりませんが、平澤先生がおっしゃったようにやって症例が集まったら事後検証をしてそれで皆にフィードバック出来れば良いと思います。だから予算措置を取って頂いても良いですし、年間ここまでしか予算が取れなかったら途中で中止してしまっても事後検証は実施して行けるとと思います。
中村部会長	はい、ありがとうございます。
	消防局としては、ある時急に検証をやめても良いのですか。
古川係長	それは予算の関係で、年間的に240件から来年度も250件程度の予算要望はしているのですが、それが例えば5ヶ月で終わるという

	ことは無いと思いますし、事務局としても調整をしながら、当然部会長の方にご相談をしながら進めさせて頂きたいと思っております。ただ全体の対象症例の数だけはきちんと把握して置かないと、次年度以降どれだけ事務局としてその予算を取っていかねばいけないことも考えますので、その辺はきちんと事務局の方で管理はしたいと思っております。
中村部会長	あまりにも膨大に検証が来たら、事務局の方で調整して頂くと言うことは出来る訳ですね。
古川係長	その辺は大丈夫です。
中村部会長	はい、わかりました。
	千葉中央メディカルの福田先生、いかがでしょうか。こういう形で非常に負担になるなど意見はありますか。
福田部会員	実施してみないとわからないですね。あまり変わらないと思いますけど。
中村部会長	とにかく実施してみれば良いという印象でしょうか。みつわ台病院の中田先生のところも沢山患者さんを受けていると思いますがいかがですか。
中田部会員	救急活動事後検証実施通知書の内容は、そんなに煩雑化してなくてクリアカットなので業務上にそんなに支障は来たさないと思います。
中村部会長	よろしいですか。各部会員の先生方がこう言うコンセンサスを得られればGOサインを出して行くということで今日まとめたことを千葉市消防局救急業務検討委員会に報告できると思うのですが、一応今説明して頂きましたけれど、事務局からの説明は全て網羅されましたか。
亀山主査	最後にもう一度確認させて頂きます。 今、先生方に検討して頂いた結果についてですが、まず検証対象症例といたしまして、1番に挙げるのが目撃あり且つバイスタンダー処置（心マ・人工呼吸）のあった症例、2番として除細動・薬剤投与・気管挿管施行症例、3番目として高エネルギー外傷で意識レベルJCS 100以上又はショック症例、4番目で医師が要検証と判断した症例、5番目として救急隊員が要検証と判断した症例の5症例ということで良いですか。 それから救急活動事後検証実施通知書の方ですが、先ほどの5つを要事後検証判定理由の中に入れるということでよろしいでしょうか。 また、向かって左側の項目を全部削除して右側にある3つプラス、医師が要検証と判定した症例、救急隊員が要検証と判断した症例を加えるというところですが救急隊員が要検証というのは書く欄をと先ほど話がありましたが、それはチェックだけで良いでしょうか。
織田部会員	それと理由を書いてもらった方が良いですね。

亀山主査 中村部会長 丹野部会員	はい、わかりました。 よろしいでしょうか。丹野先生どうぞ。 先ほどから５番にこだわっているのですが、病院に着いた時点で５番は決定されて救急活動事後検証実施通知書が出来上がると考えてよろしいですね。
亀山主査 丹野部会員 亀山主査	はい、そうです。基本的に救急隊がこれを作成して先生方にお渡しします。 その５番の判断は救急隊と言うことになりますね。 もしかしたら先生方に伺うかもしれません。 先ほど織田先生もおっしゃっていましたが、医師からこれはショックじゃないって言ったけど実はショックというところがございます。ですからショックでやりましょうか。などがございます。
中村部会長 亀山主査 中村部会長	少し説明が必要かも知れません。 その辺は現場救急隊の方も戸惑うところかなと思います。 あともう一つ良いですか。覚知時刻はどういう時刻を書くのですか。 ウツタインの時に覚知時刻がまだ消防局の規程では入電時刻ではないと統一されてないですよね。 指令センターで常駐医師が記載する紙にも、覚知時刻という項目はありますが、画面上には覚知と言うのはなく入電・指令とある訳です。今までは指令の時刻が覚知だと私は伺っていたのですが、ですからウツタインの時に非常に議論がありましたよね。
松本課長	指令台の入電と実際に救急隊に流れているのは覚知時分で救急隊に流れた時間がそこからしか救急隊はわかりません。入電時分が分かるのは指令センターだけです。実際に出動する救急隊に出動指令を流した時間が千葉市では覚知時間となっております。従いまして一般の方が１１９番をした時間と実際に救急隊に流した時間は違います。救急活動報告書や集計するときには全て覚知で取ることから、ここでは覚知という表現を使っております。
織田部会員 松本課長	救急隊の覚知と言うことですか。指令時刻になりますね。 はい、指令時刻になります。１１９番を受けている指令管制員は入電時間は分かりますが救急隊はわかりません。出動を流した時間が覚知から始まっているのが一般的に覚知時間としています。
中村部会長	ありがとうございます。覚知という日本語の意味を良く考えれば当然かも知れませんね。 これは別に大きな問題はないのですが、違いが分かっていたら全然問題はないですね。
松本課長	この用語につきましては、全国共通で消防では覚知となっておりますので、この表現にしておけば他都市でも意味は通じると思います。

中村部会長	よろしいでしょうか。細かいことに気が付かれましたら、また消防局の方に連絡してください。
丹野部会員	5 番にこだわるのですが、高エネルギー外傷というのは、本当にいるのかと思ひまして。高エネルギー外傷の定義はビルの何階から転落などですよね。そうすると火傷など下を書いてあるのと少し違ってきます。例えば倒れているところ発見されたとしたら、わざわざ高エネルギー外傷という言葉を入れなくても良いのではないですか。それが最後のこだわりになります。以上です。
中村部会長	おっしゃる通りです。補足説明と矛盾しているということですね。高エネルギーと言ってしまうと、補足説明と矛盾しますね。
丹野部会員	そうすると、外傷症例で意識レベル JCS 100 以上又はショックの症例ということになりますか。
中村部会長	はい、そうです。
	的確なご指摘だったと思います。
	消防局としては、JCS 100 以上として挙げているくらいですから、そちらに関してかなり救急活動の中で検証しなくてはいけないかという意図があったのですか。
亀山主査	先ほど言いましたが、重傷度・緊急度判断を客観的に瞬時につけるのはどれかと考えた時にまず意識レベルで判断できるのではと判断しました。それから、必要に応じデータを取るのですが、そうすると報告書の中に意識レベルを入れる欄がありまして JCS100 以上で検索をすることが可能です。それとショックだけ見ると、それは拾い切れないところがあります。
中村部会長	症例件数を推定しやすい要素だったのですね。わかりました。
	そうすると、これを蓄積して行く過程でいいますと、先ほど言いました循環呼吸系の重症症例をどうやって拾い上げて行ったら良いかというところも、少し見ながら実施して行った方が良いですね。
	本来、そちらの方がプリベンタブルな方向かも知れないので。
	一応、今日の議題に関しては、終了ということですのでよろしいと思いますが、実は次のステップが本当はあるのですよね。検証票の問題です。このままで検証を実施できるかという問題が出てきますので、差し当たって今の検証票で続けてやる中で考えて行こうということによろしいですか。その様なコンセンサスでね。
亀山主査	不透明になってしまっても困るので、最後の外傷の件でもう一度だけ、確認させていただきます。
	外傷症例で意識レベル JCS 100 以上又はショックの症例、そして補足説明もこのまま生かして説明すると言うことによろしいですか。
中村部会長	はい、そういうことですね。

亀山主査	わかりました。そして救急活動事後検証実施通知書も本日審議して頂いた内容で再度作成いたしますが、千葉市消防局救急業務検討委員会に挙げる前に部会長の方に目通しして頂いてよろしいでしょうか。
中村部会長	はい、結構です。 これで本日の議題２点は終了となりますが、よろしいでしょうか。 異議なし
古川係長	それでは事務局お願いします。 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、１１月の中旬に予定しております。部会員の先生方には１０月の中旬に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。 以上でございます。
松本課長	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。本日までに決定されました結果につきましては、来月１０月の中旬頃に開催予定であります千葉市消防局救急業務検討委員会に本日までの内容につきましてご報告させていただきます。それと併せまして、今この部会の中で外傷に関するマニュアルを作成する為に新たな部会を立ち上げると言うことで、私ども内部及び本庁を含めまして調整の結果、設置が可能となりましたので現在その準備を進めています。名称としては、仮称「外傷に関する専門部会」と言うことで「事後検証に関する専門部会」と同一の部会を考えております。これに付きましても、１０月に開催します千葉市消防局救急業務検討委員会での承認を得まして作業を進めたいと思います。なお、この「外傷に関する専門部会」の事前準備といたしまして消防局で叩き台を作る為の作業部会、これは消防職員だけで今考えておりますが、そのために各消防署一人ずつ選任して既にあげて頂いております。 基本的には、それぞれ専門を分けて所属ごとに検討して頂く、それを全部集約してまた「外傷に関する専門部会」で検討すると言うことで今作業を進めているところであります。なお、まだ正式には千葉市消防局救急業務検討委員会でも決定はされていませんが、この専門部会につきましては数名の部会員の方、特に外傷ですので専門の先生方をお願いしまして進める予定でございます。また決定しましたら皆様方にご報告させていただきます。
古川係長	本日は本当にありがとうございました。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了させていただきます。本日は、長時間に渡りご審議ありがとうございました。

平成19年9月11日開催の、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」の議事録として承認し署名する。

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長

部会長承認済み・確定文書（写）

（CHANS メール送信用）