

平成20年度第1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」

議 事 録

1 日 時 平成20年6月13日(金) 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(3名)

貞広 智仁部会長、嶋村 文彦部会員、赤石 江太郎部会員

(2) 局内作業部会員(2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

(3) 事務局

片岡救急救助課長、古川救急係長、亀山主査、小暮司令補、新濱土長
植田土長

4 議題

議題1：外傷処置に関するプロトコールの検討について

5 その他

平成20年度第2回千葉県消防局「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」議事概要報告

平成20年2月25日(月)に開催された、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」の議事概要については、平成20年度第1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」の会議資料を事務局から各部会員あてに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の検討について

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」において検討課題となった下記の事項について事前に各部会員及び作業部会より意見聴取を行い、その結果に基づき検討がなされた。

ア 外傷プロトコール対象傷病者(症例)について

全ての外傷患者を対象とする。全症例に原則全身観察を行うこととするが、軽症患者の場合、隊長判断で全身観察を省略することができることで了承された。

イ 外傷による心肺機能停止状態の傷病者に対する特定行為の施行基準の要否について

外傷患者を取り扱う場合、特殊な状況が多く、様々なシチュエーションが考えられる中、それに合せて特別な外傷プロトコールを作成しても、逆に判断を迷わす可能性があるとして、特定行為の施行基準について、特に定めないことで了承された。

ウ 収容医療機関の区分(初期・二次・三次医療機関)の要否について

基本的には、消防局作業部会の外傷プロトコール案の全身観察後、L & G適応であれば全脊柱固定で三次医療機関に収容交渉、L & G適応でなく、高エネルギー事故に該当する場合は、OMCの判断を仰ぎ、初期又は二次医療機関に収容交渉をするのか、或いは、三次医療機関に収容交渉するかを決定することとなった。

また、収容医療機関区分を、「初期、二次医療機関に収容交渉または、三次医療機関に収容交渉」とするか、或いは、「速やかに適切な医療機関に搬送または、速やかに高次医療機関」とするか再検討することとされた。

(3) 次回の検討事項について

ア 収容医療機関の区分について

イ 以下の項目について、各部会員あてのメーリングリストを使用し、事前に意見聴取を行い、次回の部会で検討することとされた。

- (ア) 外傷による心肺停止傷病者に対し全脊柱固定は行なうべきなのか。
- (イ) 縊首による心肺停止傷病者への頸部固定は行うべきか。
- (ウ) 小児・高齢者・妊婦をはじめ特殊疾患を持つ患者に、外傷処置手順の明らかな相違はあるのか。
- (エ) 骨折時の変形部位は修正してよいか。
- (オ) 腸管脱出の保護について。
- (カ) その他、必要と認めた事項。

7 審議概要

古川係長	<p>ただいまから、平成20年度第1回千葉県消防局救急業務検討委員会救急隊員が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いたします。</p> <p>本日平澤委員長は急遽欠席となっております。また、消防局作業部会から石田と山口が出席しております。</p> <p>それでは資料の確認をさせていただきます。</p> <p>資料の確認</p> <p>続きまして次第2。平成19年度第2回救急隊員が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きまして、事務局から報告させていただきます。</p> <p>平成19年度第2回本部会に関しましては平成20年2月25日部会員全員の出席により消防局で開催し、1件の議題について検討されました。</p> <p>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頂いておりますことから省略させていただきます。</p> <p>平成19年第2回本部会の議事概要について説明を終わります。ご指摘などございましたらお願いいたします。</p> <p>それでは議事の進行に入ります。</p> <p>貞広部会長以後の進行をお願いいたします。</p>
貞広部会長	<p>はじめに、前もって皆さんに検討事項について意見を出して頂いていますが、今後、メーリングリストがあるので、それを使って、それぞれの案を全員に送り、キャッチボールし、意見を戦わせておけば効率的な会議が行なえると思いますので、よろしくお願いします。</p>
赤石部会員	<p>それでは、提出して頂いた検討事項案のうちの1つ、外傷プロトコールの対象傷病者について赤石先生からご説明をお願いします。</p> <p>全てを対象としない。理由は重症外傷の発生する頻度がそれほど高くないということです。適応基準を案の通りにすることでオーバートリアージを容認し、迷ったときは常駐医師を頼れということです。</p> <p>この問題点としては、常駐医師全員が外傷に精通しているわけではないので、結果的にアンダートリアージになってしまう可能性があるということです。</p>
貞広部会長	<p>私も最初、対象傷病者について、隊長判断でもいいかなと思ったのですが、隊長判断にした時の明確なルール作りが逆に大変かなと思います。全てを対象とした場合、軽微な外傷患者がかなりの数占めると思いますが、問題点は、全身観察を全ての症例で行なうかということ</p>

嶋村部会員	<p>です。そこは隊長判断で全身観察は省略できるものとし、アンダートリアージを防ぐ意味でも、形式的になるかもしれませんが、全症例を対象とした方がいいような気がします。次に、嶋村先生お願いします。</p> <p>アンダートリアージをカバーしなければやっぱりプロトコルの意味がないので全部を対象とし、全身観察については、軽微な外傷患者の場合、実際に衣服を脱がし行なうのではなく、自分の頭の中で確認するということがいいと思います。それをうまくプロトコルに盛り込めるかですね。</p>
貞広部会長	<p>そうですね。それをどう盛り込むかですね。</p>
石田司令	<p>作業部会の方はどうですか。</p> <p>作業部会で検討した結果、全外傷を対象症例とするという結果となりました。軽症患者の場合も、原則、全身を確認するということが常に念頭に置き、活動する必要があるということで、作業部会では全症例を対象とするという結論になりました。</p>
貞広部会長	<p>プロトコルの中に、例えば注意書きのような形で全身観察のところに、軽症患者を取り扱った時のコメントは入れなくてもいいですか。</p>
石田司令	<p>はい。作業部会では全身観察までは全部同じと考え、特に入れないとすることで決まりました。</p>
貞広部会長	<p>これに関して何かご意見ありますか。</p>
嶋村部会員	<p>嶋村先生どうですか。</p> <p>何も入れずに、全身観察という4つの漢字に全てを盛り込むということでも良いでかね。</p>
赤石部会員	<p>結局、全症例を対象として、隊長判断で全身観察を省略した場合、隠れていたものを見落とすと、結局同じになってしまうんですね。</p> <p>ですから、該当と非該当とを最初から分けてしまった方がいいんじゃないかと考えました。隠れている重症が一番危ないところだからです。そこを隊長判断に任せるとなると、隊長さんはやっぱり責任重大になってしまいますよね。隊長の観察力などのスキルを高めておかないと大変だと思います。</p>
貞広部会長	<p>常駐医師に判断を仰ぐ件ですが、常駐医師が電話口で判断をしようとすると結局、隊長の観察能力なんですよ。</p>
赤石部会員	<p>そうです。これは隊長の観察能力もありますが、責任を医師に担保してもらい、救急隊の法的根拠を取るという意味もあるんですね。</p>
嶋村部会員	<p>ただ、全ての常駐医師が外傷に精通しているかとなると難しいと思います。</p>
貞広部会長	<p>現場の情報だけでそれを判断するのはやはり難しいと思います。</p>
嶋村部会員	<p>オーバートリアージになると思います。</p>
貞広部会長	<p>現場から、カメラで患者の映像が送れば、常駐医師も観察ができ、</p>

嶋村部会員	<p>また変わってくると思います。</p> <p>ただ、転送システムを取り入れると結構お金がかかるので、今のところ取り入れるのは難しいと思うので、常駐医師に判断を仰ぐのはかなり厳しいと思います。</p>
貞広部会長	<p>そこで、今後の教育も含め、救急隊員の観察能力を付けるというのも一つかなと思います。</p> <p>そうすると形式的になってアンダートリアージになる可能性も捨てきれませんが、隊長判断と言うことで、全身観察欄に細かいところまでプロトコールには入れないということによろしいですか。ご意見ありますか。</p>
嶋村部会員	<p>見落とししたくないと思ったらしっかり観察しますよね。</p> <p>最初の時点でこれはプロトコール入れる、入れないと分けるより、全症例を対象とした方が良いと思います。</p>
貞広部会長	<p>それでは、外傷患者全症例を対象に、全身観察を実施する。その全身観察の4文字の中には全身をちらっと見る、もしくは見たつもりも含まれ、スキップは隊長判断に任せるとする。細かい内容は、わざわざエキストラで欄外には書かない、プロトコールの外に括弧書きで軽傷と判断した場合には、全身観察をとばしてもよいというような文言は入れないということによろしいですか。</p>
山口司令	<p>プロトコールが出来上がりました。じゃこれでやりなさいと、終わるわけではないと思いますし、今後の救急隊員教育、観察能力の向上も図っていかないといけないと思っています。</p>
貞広部会長	<p>分かりました。それでは1番は全症例対象にする。プロトコールは特別な文言は盛り込まないということできたいと思います。</p> <p>2番目に移らせてください。外傷により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急処置の施行基準を事前に定める必要があるのかということです。この意図としては、外傷のCPAを通常のCPAと同じように扱っていいのかということが1番の問題点だと思うのですが赤石先生どうでしょう。</p>
赤石部会員	<p>頸部の轢断、離断あるいは著しい脳脱を伴う頭蓋骨の開放骨折、明らかに死体現象が生じている症例に関して最初から外してもいいのではないかなと考えました。</p>
貞広部会長	<p>施行基準を事前に定める必要性というのは、搬送する、しないではなく、例えば通常のCPAなら現場に着いたらまずパッドを貼って心電図を確認しますが、外傷の場合で屋外の大衆前でいきなりパッド貼るのかや、駅のホームから救急車まですごい距離があるときに現場で全部をやるのかなど、そういう特殊な状況を考えなければいけない中で、いわゆる通常のCPAのプロトコールをそのまま当てはめてい</p>

<p>赤石部会員 貞広部会長</p>	<p>いのか、それとも外傷だから別にすべきではないのかを考えるものだと思います。</p> <p>勘違いをしていました。私を飛ばしてください。</p> <p>赤石先生には後程意見を頂くとすることで、私の見解としては、外傷の場合、特殊な状況は色々あり、プロトコルをその外傷に合わせて作るとしてもケースバイケースでいろんな想定が出て来ると思われるし、外傷のさまざまなシチュエーションの中で内因性と外因性を明確に分けることが出来ない症例も結構あるはずで、それに合わせて特殊なプロトコルを作ってしまうと逆に判断を迷わせてしまう可能性が高いと考えこの案を作りました。</p> <p>原則的には通常の心肺蘇生のプロトコルに入る中で、外傷の特殊性から現場で傷病者の真横に車を付けられて、尚且つ、衆目にさらされているという可能性が非常に高い場合、まずは傷病者を車内に収容してから、それから全ての処置を行うということでも許されるかなと考え、C P R 欄に早期車内収容を考慮という言葉を入れました。</p> <p>そこから先ですが、その症例をどこまでやるかその判断に関しては、やはりO M Cをとる以外におそらく手はないだろうと考えます。</p> <p>現場の隊長に判断させるのはかなり酷であろうと思うので、O M Cの判断で特定行為を行うのか、もしくはそのまま早期搬送にするのかを決めるようにしました。O M Cで分かれることを考えると、もともとの外傷プロトコルの案と結果的には変わらなくなりましたが、気持ちの中ではO M Cの中で、外傷の状況や程度によってはかなり常駐医が深い判断をしないとイケないだろうなと思います。</p>
<p>嶋村部会員</p>	<p>嶋村先生どうでしょう。</p> <p>外傷のC P Aは救命率が低く、実際、99%亡くなっています。</p> <p>助かった例として、心臓にダイレクトに当たった場合とか、頸椎損傷、頭部外傷での呼吸停止ぐらいですね。</p> <p>ですが、普通の内因性的の場合も、現場でパッドを貼りますよね。</p> <p>外傷だから現場で貼らないとなると逆におかしいと思います。</p> <p>助けられる可能性があるのは、さっき言ったように心臓にダイレクトに当たり倒れている場合が多いので、まずはパッドを貼り短時間に解析までやる必要があると思いい書いてあります。</p> <p>その他、救命士の処置に関して、呼吸障害を解除することにより、助かる可能性があるのも、挿管までは現場で行なっても構わないと考えますが、外傷の場合、特殊な状況が色々あるので、O M Cの判断で行う部会長案で私はいいと思います。</p> <p>ただ、外傷患者の99%は助けられないが、助かる可能性がある残りの1%に入ってくる、外傷性の心疾患、頸損、外傷性の窒息をどう</p>

<p>貞広部会長</p>	<p>扱えばいいかなということです。</p> <p>助かる可能性がある外傷として外傷性の心疾患、頸損、外傷性の窒息という話がありましたが、内因性の疾患時のプロトコールと流れが変わるということですか。</p>
<p>嶋村部会員 貞広部会長</p>	<p>流れは変わらないです。</p> <p>変わらないですよ。プロトコール自体の形はこのままで、今話があった内容の場合に挿管を積極的にやらせるが、その場合、OMCの範疇で行なうということによろしいですね。</p> <p>作業部会の方はどうですか。</p>
<p>石田司令</p>	<p>作業部会では、特定行為の施行基準につきましては特に定めないものとししました。外傷の場合、傷病者の傍らに救急車が付けられる場合が非常に多い訳です。その時に、その場所で心電図の状況を解析しているのかとなりますと必ずしもそうではありません。とにかく気道開通、CPRが出来る状態にしてすぐ車内収容するケースが多いです。</p> <p>ただ、これが救急車から傷病者の位置が離れる場合は、確実に確認を行なっております。以上お話ししたように、状況に応じてやっておりますので、このまま継続していきたいということで、特に定めないということで意見は一致しております。以上です。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>特に定めなくて、この流れでいいということですね。</p> <p>2番の議題をわざわざ取り上げた理由を説明してください。</p> <p>取り上げた意味が分からなくなってきました。</p>
<p>亀山主査</p>	<p>はい。その件につきましてご説明させていただきます。</p> <p>これまでの救急活動事後検証での外傷に関する二次検証結果から、特に重症外傷における心肺機能停止状態の傷病者については、特定行為を施行することなく速やかに搬送することが望ましいといったような検証結果もいただいており、その一方で、1例を挙げますと、交通外傷や墜落外傷でバッグバルブマスクの換気時に血液が口腔内から吹き出すことから、気管挿管でなければ気道確保困難と判断し当該処置を施行した経緯もあります。しかしながら、気管挿管の認定を受けた救急救命士としては、状況から頸髄損傷が強く疑われた場合は、気管挿管適応除外症例であることから、この処置が適正であったものが危惧されることから、特に重症外傷時の特定行為の施行についての検討をお願いすることとししました。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>分かりました。一つ一つの行為に関して、例えば、薬剤、頸損時の挿管などはこれから検討することにしましょう。</p>
<p>亀山主査</p>	<p>例えば、極端なことを言ってしまうと、外傷症例で社会通念死状態に近い症例等については特定行為を施行せず、速やかに適応する医療機関に搬送するといったような、ある程度の基準ができればと思</p>

嶋村部会員	<p>っております。なお、OMCがありますので、その活用効果は非常に高いものなので、そこで判断となるならば、それでもいいと思います。</p> <p>両方とも経験談ですけど、車とトラックの衝突で車の運転手がCPAで、外傷はほとんどないので、おそらく心臓震盪だと思います。</p> <p>現場でDC、心電図の解析をやってないんですね。収容してからの波形しかないのです。もしかしたら、現場でVFの可能性あり、DCをやったら助かったかもしれないと。そのようなことがあるので、現場でまずパッドを貼って欲しいと思います。</p>
貞広部会長	<p>もう一つは、車外放出でCPA、私が現場に行って挿管、ボスミンを入れたら、頸損でしたが戻りました。その患者さん数ヶ月間生存した経験があるので、やっぱりそうなると、挿管して気道管理を必要とする場合があることから検討項目に書かしてもらいました。</p>
赤石部会員	<p>私も外傷CPAで1例だけ経験がありますが、やはり頸損でした。あの1例が忘れられないので、そのような症例を、拾い上げる形にしたいと思っています。</p>
嶋村部会員	<p>拾えるんじゃないでしょうか。私も、バイクで転倒して心臓震盪でVFになった症例と、ハンドル外傷により心臓震盪でVFになった2例を知っています。</p>
貞広部会長	<p>拾える可能性ありますよね。</p>
嶋村部会員	<p>特定行為をしないで、とりあえず搬送する話にはなりませんね。</p>
赤石部会員	<p>わかりました。色々と話が出ましたが、プロトコル的にはこれでいいのかなと思っています。</p>
貞広部会長	<p>そうすると我々サイドになります。OMC自体も検討を加えていかなければならないと思います。</p>
山口司令	<p>そうですね。</p>
嶋村部会員	<p>CPAの場合、パッドを貼ってその流れで、例えば、だいぶ出血があって今パッド貼ったらPEAを確認しました。容量不足で血管確保をしますからと常駐医師に伝え、同医師から分かりました。そのかわり急いで、停車しての血管確保はダメというような話しがあればいいのかなと思います。</p>
貞広部会長	<p>特別な外傷専用のCPA、CPRプロトコルではなくて、今までずっと救急隊員が行っていることを、OMCの下で行なえれば、複雑にもならないでいいのかなという気がしますが、例えば挿管適応も同じだと思います。</p>
山口司令	<p>プロトコルに色々な文言を入れるのではなく、OMCのデスクに逆にいろいろな文言が必要になってきたりするかもしれませんね。</p> <p>そうですね。そこでやはり懸念されるのが、出来上がったプロトコルを投げて、さあやいなさい、ということではいけないと思います。</p>

赤石部会員	そこでやっぱり救急隊員教育が必要になってくると思います。
嶋村部会員	もちろん、指示を出す O M C の常駐医師のレベルも問題になってくると思います。
赤石部会員	現場が見えないからどういう状況か、救急隊長がどう伝えてくるかによって捉え方も違うから、指示の出し方もある程度現場判断で私はいいなとは思っています。
嶋村部会員	判断よりかは許可を求めればよいと思います。
	そうですね。そういう形でいいと思います。
	そのために救急隊長は、外傷 C P A の時の色々なシミュレーションを行い判断して頂ければいいのかなと思うので、プロトコールとしてはこれでいいのかなと。
貞広部会長	それでは、2番はこれでいきます。
嶋村部会員	C P R 欄に入れる文言は、除細動を考慮することでもいいですかね。
貞広部会長	そこに文言を入れる？
嶋村部会員	全症例にパッドを貼るのも気が引けるので、除細動を考慮するという文言でどうですか。
貞広部会長	除細動を考慮と書いて、ケースバイケースですぐに車内収容をする場合もあれば、V F で除細動までいく場合があるということですか。
嶋村部会員	気道確保はどうします。
	気道確保は O M C に入ってから、常駐医に判断を仰いでいいと思います。
貞広部会長	嶋村部会員から話があった、除細動考慮を括弧に入れる案について何かありますか。
石田司令	現在 C P A の場合、最初に 2 分間の C P R を実施いたしますので、この間にパッドを貼ることは可能です。
山口司令	パッドを貼るのであれば、全症例ではいかがでしょうか。
	赤石部会員からもお話がありましたが、全症例ではない場合、心臓震盪が洩れそうな気がします。
貞広部会長	たぶん最初言っていたのは、基本的には全症例だが、重度の外傷で救命が難しい場合に、隊長判断で除細動を飛ばしても構わないという話だと思えます。
	話は戻りますが、C P A の場合、現場でまず 2 分間の C P R をするのですか。
石田司令	はい、119 番入電から、概ね 5 分以上経過してから傷病者と接触した場合のみ 2 分間の C P R を行っております。
赤石部会員	バックボードに固定して車内収容をするんですよね。
石田司令	そうです。
赤石部会員	バックボードに固定して車内収容をしてから、パッドを貼り解析？

石田司令 嶋村部会員	現時点では車内収容してからしています。 C P Aを確認、車内収容、パッドを貼って解析するまでの時間はどの位かかりますか。ボードに固定、車内収容、解析して実際D Cを行なうまでの時間です。
山口司令	正直なところ、慣れた人間で2分はかかると思います 固定後、それから更に収容があるので、除細動実施まで4～5分かかるかもしれません。
貞広部会長 山口司令	それって一般的ですか。 一般的だと思います。現場で外傷患者に、路上で寝かしたまま心電図の解析を行うシミュレーションはあまり見たことがありません。
貞広部会長 山口司令 貞広部会長	それと衆人環視の問題もあると思います。 衆人環視に関しては、内因性も同じですよ。 そうです。ただ、内因性の場合は衆人環視の中でも解析は行います。 やはり、外傷を取り扱う場合、二次災害から自分の身を守ること、早期に車内収容し、安全を確保するということもあるのではないのでしょうか。
嶋村部会員	救急活動に入る時、これは外因性あるいは、これは内因性と念頭に置いて活動していませんか。逆に言えばそこで見落としになる可能性があると思います。
貞広部会長	つまり、交通事故の車の中に、4人傷病者がいる、交通事故ですからすべて外傷ですか？ 1人はもしかしたら心筋梗塞でV Fになっていたのかも入れない。その場合、現場で解析を行えば助かる可能性があるけど、外傷で全部車内収容してからだと手遅れになるかもしれません。そう考えると現場で解析が正しいのかなと思います。
嶋村部会員	そこは認識した上で、実際の活動がそうなっているということですよ。もちろん、今までのC P Aプロトコールもそうなっているんですよ。まずは、車内収容しろとはどこにも書いてないですよ。 プロトコールでなくて、個別の問題に近い話になっていると思いますので、話をもどしますが、プロトコールは内因性と同じような流れでいいと思います。
貞広部会長	そうなると、除細動考慮の文言を入れるかの問題が出てきます。 除細動考慮の文言を除けば、いわゆる内因性と同じプロトコールだと言えますが、除細動考慮の文言を括弧書きに入れた場合、括弧の意味を解説しなければいけなくなると思います
石田司令	現在、J P T E Cでは、早期搬送、L & Gとなっていますが、私達救命士の資格を取得する10年以上前は、V Fをとにかく早く見つけて判断をする教育を受けてきました。外傷でも内因性でもC P Rの間に心電図を解析するんだという教育を受けているので、現場での解析

嶋村部会員	<p>を行えと言われればいくらでもできると思います。</p>
貞広部会長	<p>J P T E Cでは心肺停止に至っている人間に対して、処置の記載はないんですよね。本当は止まらないようにするわけですよ。</p> <p>プロトコルも、止まらないようにするのが一番だと思います。止まってしまったら、通常のC P Rにいてもいいと思います。除細動考慮の文言が外因と内因を分けてしまうというならば、ここは括弧内の文言を抜いてC P R一本でいきましょうか。</p> <p>わかりました。それでは除細動考慮の文言を抜くこととします。</p> <p>四角の中はC P Rのみ。C P Aがイエスの時、通常の内因性のプロトコルと全く同じだが、それぞれの四角の中は実は意味があるけどプロトコル上は見えない。通常のC P Rを行うという大原則をプロトコルにのせることとする。外傷時の収容方法はプロトコルというよりは活動内容なのでどうするかは別に考えましょう。</p> <p>よろしいでしょうか。</p>
赤石部会員	<p>3番目に移りたいと思います。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ルを作成するかについて、赤石先生お願いします。</p> <p>アンダートリアージを防ごうとすると、すべて三次医療機関になってしまうんですね。三次医療機関の負担を軽減しつつ、なお且つ、きちんと三次医療機関で救命が必要なものは救命する。いかに三次医療機関を有効利用するかに尽きると思います。ただ、それをどうやって行うか、私としては、まだ答えが出ていません。</p>
貞広部会長	<p>自分が三次医療機関に勤務していることもあり、たくさん受け入れられない現状から、矢印が主に三次医療機関に降りてくるには無理があると感じています。私の外傷プロトコルの案を見て頂けるとわかれると思うのですが、もともとの提案では、全身観察の結果、L & G症例ではないが、高エネルギー事故だと全て三次医療機関に搬送することになっています。</p> <p>本来J P T E Cの考え方も、アンダートリアージを防ぐ考え方からも、それが必要な事は十分理解していますが、地域の特殊性から、高エネルギー外傷だからといって、全部もってこられても大変厳しいものがあります。以上のことからそれを回避するために作った案が、L & Gの後に更にもう1段階設けて、いわゆる重症度分類というのが前回も出たと思うんですが、生理学的評価で重症だと判断される場合には三次医療機関に搬送する。何か意識レベルが悪い、心拍数が異常に速いなど、L & G症例ではないが、生理学的評価で異常がある場合は、三次医療機関で、それ以外の症例に関しては基本的に一次、二次医療機関に廻してもらおう。</p>

<p>嶋村部会員</p>	<p>こうすると、高エネルギー外傷という文言が全く出てこなくなるので、更に生理学的評価をクリアした場合に、重点観察や局所処置を行って、なお且つ、この症例は高エネルギー事故でやはり三次医療機関に搬送が必要と判断した時、OMCで判断を仰ぎ、搬送する。</p> <p>初期評価、全身観察、生理学的評価の三つで拾い上げて、なお且つ、最後はOMCで判断する。それ以外は一次医療機関または、二次医療機関でお願いという案を考えました。</p>
<p>貞広部会長 嶋村部会員 貞広部会長 嶋村部会員</p>	<p>部会長の案だと、オーバートリアージになるのをブロックするような形になっていて、本来はアンダートリアージになるのをブロックするプロトコルを作らなければならないと思います。</p> <p>確かに三次医療機関に搬送が多くなると思いますが。</p> <p>初期評価、全身観察が終わって、それでもなんとなく違和感があり、高エネルギー事故だから三次医療機関でお願いしますというのが本来の形だと思います。</p>
<p>石田司令</p>	<p>なんとなくをひし形の中に入れるとどうなりますか。</p> <p>高エネルギー事故を入れなくてもいいと思います。</p> <p>高エネルギー事故を除いてしまう。</p> <p>それは、隊長が判断するのはいけませんかね。隊長の高エネルギー事故判断で速やかに適切な医療機関、高次医療機関の形に分かれてもいいのではないかと思います。</p> <p>ただ、一番引っかかっているのが、高エネルギー事故イエスのすべてが三次医療機関へ行くことです。</p>
<p>貞広部会長 石田司令</p>	<p>作業部会で、全身観察してL & Gではないと、でも高エネルギー事故の場合には、迷うことなく、全身固定をして高次医療機関に行きましょうという意見でした。実はこれには、救急隊員の色々な経験があり、車両の損傷が激しい事故で、当事者が脇で普通に立っている場合があります。何でもなければいいのですが、それが急変する経験を経験しているわけです。何が怖いのかというと、やはり急変した場合の事なので、そのようなことが起きても、対応可能な高次医療機関に搬送ができれば、私達は非常に安心して迷いなくなります。</p> <p>もしそうなると、県救急医療センターと千葉大学病院が断った場合、君津中央、成田日赤か船橋医療センターに行くことになりますよね。</p> <p>確かにそうです。そこで、作業部会の案ですが、高エネルギー事故に該当する場合、OMCを通して指導助言を頂くという意見です。</p> <p>また、最後の収容医療機関の欄ですが、搬送ではなく、三次医療機関に収容交渉、初期または二次医療機関に収容交渉にしました。</p> <p>最終的に搬送依頼を受けた先生に、判断を頂けるのではないかと思います。という意味も含めてこのようなことになりました。</p>

嶋村部会長	<p>三次医療機関に収容交渉の件ですが、県救急医療センターの場合、ホットラインを持っているのが、夜は私だけに限らず、内科の先生も持つ時があるので、外傷に関して、適切な助言が受けられるかなと思って収容交渉しても、そうならないことがあります。</p>
貞広部会長	<p>石田さんの話だと、高エネルギー事故からOMCに流れ、そこから矢印が初期又は二次医療機関もしくは三次医療機関に、OMCから下に2つに分かれるということですよ。</p>
石田司令	<p>そうです。</p>
貞広部会長	<p>この交渉という言葉は非常にいい文言だと思います。</p>
石田司令	<p>救急隊としては、搬送という言葉が入るのかまたは、交渉という言葉が入るのか時間的には変わらないのです。要するに出発するまでの時間ですから。ただ、交渉とした場合には、ここでまた何かの助言なりを頂けるのではないのかということでこのようにしました。</p>
貞広部会長	<p>逆の場合、県救急医療センターが対応不能としたらOMCになりますよね。</p>
石田司令	<p>そうですね、プロトコル通りにいかない場合、何かの理由で外れた時点でOMCだという意見も作業部会で一致しております。</p>
嶋村部会長	<p>高エネルギー事故でイエス、ノーと分ける事自体がおかしいので、抜かしてしまえばいいと思います。そこをどちらに行くかは、その時の判断でいいと思います。</p>
山口司令	<p>高エネルギー事故、イエスだけ救急隊の判断で、初期二次医療機関に交渉でも私はよいと思いますが、そこまで現場に判断を委ね過ぎるとそれはプロトコルではなくなってしまうかね。</p>
山口司令	<p>実はこの部分が、作業部会の中でも最も議論した部分です。</p>
山口司令	<p>収容して頂く三次医療機関の千葉大学病院と県救急医療センターの立場を考えました。</p>
山口司令	<p>ただ、作業部会の中で、戻って考えてみたとき、現場環境観察から始まって、一つでも高エネルギー事故だと重症外傷を疑わせるようなものがあつたら、やはり患者さんの立場に立って三次医療機関に収容交渉が出来るプロトコルにするのが救急隊員の仕事のひとつではないだろうか、もう少し考えてみようかということで出てきたものです。</p>
山口司令	<p>更に、前回部会長からのお話があつた、OMCの関与ですが、高エネルギー事故の場合、一度常駐医の先生に関与して頂くあるいは高エネルギー事故に該当せず、関与しないで流れた場合も、顔色が悪くなってきたぞというようなことがあれば、またOMCに戻れるよう作成しました。</p>
山口司令	<p>また、嶋村部会長から話があつたように、高エネルギー事故に該当する場合でも、近くの二次医療機関に搬送でもいいのかもしれない</p>

	<p>が、見落としがないように関与して頂こうという意味で、案を作らしてもらいました。</p>
嶋村部会員	<p>高エネルギー事故という言葉を入れるから、難しくしているのではないのでしょうか。いわゆる事故の状況評価から、急変の可能性が予見されるという言葉にしていくとイエス、ノーで分かるのではないのでしょうか。</p>
赤石部会員	<p>この高エネルギー事故を傷病者の初期観察、状況判断のところに含めてしまってもいいかもしれませんね。</p>
嶋村部会員	<p>初期観察にそれは難しいですね。</p>
赤石部会員	<p>高エネルギーの文言を外すという事で、最終的に重点観察、局所観察いずれにしても、迷ったところでOMCに諮れる流れを1つ残しておいて、確かに嶋村部会員がおっしゃるとおり高エネルギー事故を状況評価の一つのファクターであるとすれば、わざわざ高エネルギー事故を入れなくても済むかもしれません。</p>
貞広部会長	<p>なんとなく怪しいという時にOMCは入れない方がいいですか。最初から三次医療機関へ交渉したいですか。</p>
赤石部会員	<p>ここにOMCが入ればいいんですよ。</p>
貞広部会長	<p>そこにOMCを入れてもいいですか。</p>
	<p>高エネルギー事故を外して、重点観察・局所処置の施行をL & Gの下に、その後、OMCに流れて、OMCからの判断で2本線を引いて、初期または二次医療機関もしくは三次医療機関に分かれ、右側に流れたものは、全脊柱固定をして、三次医療機関へ搬送する。</p>
赤石部会員	<p>アンダートリアージにならないように、重点観察・局所処置を施行して迷ったらOMCに行くっていう形にすればいいじゃないですか？ 必要に応じてOMCに行ったら、そこから判断を二つにする。</p>
	<p>そのまま横に流れて原則全身固定して三次医療機関に行くか、もしくは左側の列で、初期または二次医療機関へ搬送する形でいいと思います。</p>
嶋村部会員	<p>L & Gから、三本線を引くこともできますね。</p>
	<p>下にそのまま流れていく軽症の場合と、L & GからOMCを取り、そこから2つに分けていく方法です。</p>
貞広部会長	<p>ノーの矢印を2つに分けると言うことですか。</p>
嶋村部会員	<p>そうです。ノーの矢印を2つに分けて、イエスだったら必ず全脊柱固定で三次医療機関に行くという形にすればいいのではないかと思います。</p>
貞広部会長	<p>ただ、ノーを2つに分けるのは何か基準があって2つに分かれるので、そこを示さないとプロトコルにならないと思います。</p>
赤石部会員	<p>そこはやはり、観察を行った後の、判断にしないとおかしいと思い</p>

<p>嶋村部会員 石田司令 嶋村部会員</p>	<p>ます。 実際には全身観察、L & Gを宣言したら車内収容ですよ。 そうです。 車内収容でもう1回全身観察を行った時に、やっぱりおかしいなと思って三次医療機関に搬送というのが本当はベストな流れですよ。 部会長が言われた、生理学的評価は車内収容後、再度の全身観察の後に行うでよろしいですか。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>私が言ったのは、L & Gの下に入れたので、逆に言えば早期現場離脱の必要がないので医学的評価を入れたわけです。</p>
<p>赤石部会員</p>	<p>全身観察をやった上でOMCに流れ、1つは三次医療機関に、もう一つは一、二次医療機関に流れる、迷ったらOMCを通す。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>私の案に近いですね、生理学的評価をとばして、L & Gから下に降るんですね。</p>
<p>石田司令</p>	<p>高エネルギー事故で先程話しがありましたけれど、作業部会の方でもいろいろと検討しました。最後にたどり着いたところが、JPTECの中でもL & Gと判断する基準の重さがあり、1番が初期評価、次に全身観察、最後に受傷機転この順番で重みがあるんだと。それで高エネルギー事故を残した経緯があり、作業部会では最終的な意見はこれになりました。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>OMCを置くことは作業部会ではどうですか。L & Gでイエスは三次医療機関、そこまでは誰も反対はないので、結局ここから下の問題なので、そうすると、L & G症例でなく、高エネルギー事故に該当する場合、OMCを入れても構わない。</p>
<p>石田司令 山口司令</p>	<p>入れるのは構いません。 状況評価、初期評価、全身観察ときて、L & Gでない場合、作業部会案では念の為みたいな形で高エネルギー事故を入れていますが、これって医学的には意味はありませんか。れ</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>そんなことはないです。もちろんこの中に重症症例が含まれているのは重々承知しています。</p>
<p>嶋村部会員</p>	<p>全身観察、初期評価で異常なくて、30分後急変することもよくあるし、元気だったのが、病院に来たら急に倒れたりすることがあります。最初からショックなのは逆に言えば厳しいので、急変する患者を一番助けなければいけないので、それが二次医療機関に搬送されてしまった時にアウトになるわけですよ。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>その通りですが、はっきりいって千葉大学病院に外傷患者を受け入れるキャパシティが殆どない。そのため、殆ど県救急医療センターに行ってしまう。県救急医療センターのキャパシティを考えてL & Gまですら厳しいのに、高エネルギーまでを負担させるのはたぶん無</p>

<p>赤石部会員</p> <p>山口司令</p>	<p>理だろうと思います。</p> <p>そうなった時に、最初から無理なプロトコルを作っているのかということを懸念しているわけです。</p> <p>そこで、高エネルギー事故の段階で、イエスとなった時にOMCの関与が入ってくれば良いと思います。</p>
<p>赤石部会員</p> <p>山口司令</p>	<p>実際、私達が県救急医療センターに交渉した時に、「山口です、高エネルギー事故外傷です。」「どんな事故なの。」「じゃあ、すぐ来て、詳しいことは後で聞くから」という場合や、「それは二次医療機関でいいんじゃないの。」というやりとりがそこにあります。それこそがここでいう、OMCの関与だと思います。</p> <p>内科の先生が出たらそれはどうしているのですか。</p> <p>内科の先生は、外科の先生に回してくれたりしています。</p> <p>例えば、そのOMCが県救急医療センターあるいは千葉大学病院の先生でなくて、常駐医の先生ではどうでしょうか？</p> <p>機能するかということですよ。</p>
<p>貞広部会長</p> <p>嶋村部会員</p>	<p>高エネルギー事故イエスだったら、OMCに流れる案でいいと思います。OMCに連絡したときに、OMCがそれは隊長さんの判断で二次医療機関でもいいと思う。或いは、それだったらやっぱり三次医療機関に搬送したほうが良いなど判断を委ねればよいと思います。</p> <p>L & G ノーの高エネルギー外傷でイエスの場合、OMC判断で、全脊柱固定で三次医療機関にするか或いは、二次医療機関にするかがいいと思います。</p> <p>そうすると、高エネルギー - 事故でない場合は？</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>それはある程度しょうがないですよ。それでは、重点観察・局所処置からもOMCに矢印を引っ張っておけばいいですよ。</p> <p>高エネルギー事故ではないけれども、重点観察、局所処置をしたらなんとなくおかしいから、OMCに一回聞いてもいいと思います。</p>
<p>亀山主査</p>	<p>救急隊側として、オーバートリアージをして三次医療機関に行って医療機関選定の指導を受けるよりも、アンダートリアージで二次医療機関を選定して、これは三次医療機関だろうと言われるパターンを危惧しています。救急隊側として、全てにおいて三次医療機関とは言いませんが、傷病者の状態から、二次医療機関へ転送という形もいいのかなと思います。</p>
<p>嶋村部会員</p>	<p>今の話を受けて言わせて頂くと、うちのオーバートリアージはだいたい40%前後ですね。千葉市に関して言えば、この前のデータで50%弱だと思います。</p> <p>それに対して、アンダートリアージが何件あるのかということ、例えば、赤石先生の千葉脳から手術が必要だから来たというような形で判</p>

<p>貞広部会長</p>	<p>断させて頂くと、年間3例4例くらいといったような数になります。 三次医療機関として、オーバートリアージを50%は認めないと、アンダートリアージは減らないと考えています。</p>
<p>嶋村部会員</p>	<p>そうするとプロトコールの中に、医療機関に収容交渉と書くのであれば、高エネルギー事故を入れていいということですか。</p>
<p>貞広部会員長</p>	<p>今までこのプロトコールがないから、ある程度隊長にストップがかかって50%。たぶん、高エネルギー外傷イコール三次医療機関にしたら、たぶんオーバートリアージが70%になると思います。</p>
<p>嶋村部会員</p>	<p>いやいや、搬送ではなく、収容交渉ですから。それは電話口で二次医療機関に回せるわけですよ。それを認めないと、市内が無理の場合、成田、君津に行かなければいけないのでそれはまずいですよね。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>でも交渉となると、助言して、二次医療機関に行かせた場合も、県救急医療センターが収容を断った件数の中に入ってしまうのです。</p>
<p>山口司令</p>	<p>そういうことですか。そういう意味ではOMCを入れたほうが良いですか。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>話は変わりますが、自分の感触では千葉大学病院に収容依頼して、そんなに断れた記憶がありません。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>かなりセレクトして電話してきていますよね。依頼は基本的には重傷で、軽傷も、10件断られました15件断られましたと話があってそれではしょうがないので連れて来てとなるからだと思います。</p>
<p>嶋村部会員</p>	<p>そういう場合が多いので、断られた記憶が少ないのかもしれませんが。だからうまく動いているのだと思います。このプロトコールを作った瞬間に、高エネルギー事故は千葉大学病院に電話となるわけです。</p>
<p>嶋村部会員</p>	<p>うちはそれを、助言するという意味で、それ二次医療機関で大丈夫じゃないとか、三次医療機関に依頼した方がいいですよなどと助言する体制は可能ですが、その体制が県救急医療センターで取れないとしたら、千葉市のプロトコールとしては若干無理がないかなと思っています。違いますかね。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>県救急医療センターとしては、部会長が言われたように、OMCでバリヤを設けて頂けると少し楽になると思います。現状から、OMCが入らないプロトコールだと、高エネルギー事故イエス三次医療機関となり、対応できるか不安です。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>どうでしょう。ベストでないのは分かっていますが、やむ負えない気がします。</p>
<p>山口司令</p>	<p>OMCは常駐医師が関与する事でいいですよ。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>OMCを常駐医以外がやるということですか。それはいろいろと無理があるので、原則常駐医でお願いします。</p>
<p>山口司令</p>	<p>わかりました。</p>

貞広部会長	<p>それでは確認をします。</p> <p>OMCの四角から、初期または二次医療機関収容交渉に矢印を引っ張る。OMCの判断で、L & G、高エネルギー事故だけどOMCを経由した結果、三次医療機関ではなく、二次医療機関で大丈夫だというラインをつくる。</p> <p>それでどうでしょう。</p>
嶋村部会員	<p>重点観察・局所処置の施行の矢印は、イエス、ノーはどのような判断基準になるんですかね。</p>
貞広部会長	<p>ここでノーはないですよ。単にこれをやりなさいということですよ。重点観察・局所処置の施行のノーは無いです。</p> <p>長くなってしまいましたが、これでどうでしょう。作業部会の方も再度検討してもらおうということ。</p>
石田司令	<p>作業部会の中で話し合った中でも、高エネルギー事故イエスの場合にOMCを通すこと。なお且つ、そこで重点観察・局所処置の施行と、ここで一度指導助言をもらうという案なのでこれでいいと思います。</p>
貞広部会員長 嶋村部会員	<p>嶋村部会員もこれでいいですか。</p> <p>基本的にはいいんですが、前回は、速やかに適切な医療機関に搬送或いは、速やかに高次医療機関へ搬送となっていました。今回、初期又は二次医療機関病院収容交渉或いは、三次医療機関に収容交渉と変えた理由は。前回の高次の場合、二次医療機関も含むとは思っていません。今回だと必ず三次医療機関となってしまいます。また、前回の速やかに適切な医療機関は、一次医療機関だろうが二次医療機関だろうが三次医療機関だって本当はいいんだらうというイメージがありました。</p>
石田司令	<p>作業部会で、分かりやすい言葉で行こうということになりました。</p>
嶋村部会員	<p>他の所のプロトコルを見ても、高次と書いてあることが多いですが、千葉市の意気込みの表れと言うことで良いことにしましょうか。</p>
赤石部会員	<p>最初の収容のまでしかプロトコルは作れないでか。</p> <p>プロトコルの中で、三次医療機関にオーバートリアージで搬送した。その患者が安定した場合に、二次医療機関に搬送するまでをプロトコルの中に入れることはできないでしょうか。三次医療機関の先生方が一番やって欲しいポイントだと思います。</p> <p>また、三次医療機関の重要なところは、施設はもちろんですが、重症を判断できる先生がいるということです。三次医療機関の先生は格段にスキルもあるし、知識、診断能力が高いです。そこを有効に活用するためにも、転院搬送までを含めたプロトコルを作るべきだと思います。</p>
貞広部会長	<p>その下り搬送に関して認めてもいいですか。</p>

赤石部会員	下り搬送という言葉を使わず、プロトコールの中に入れてしまって、適切な医療機関を選定、搬送するという基準を中に入れればよいと思います。
嶋村部会員	この部会は、千葉のMC協議会の1つの部会であるから、MCから各二次医療機関に指導はできるのですか。
亀山主査	MC協議会に出して、承認を得ることが妥当だと思います。
嶋村部会員	それに対して、各二次病院は受け入れてくれる雰囲気はありますか。赤石部会員がおっしゃる三次医療機関で速やかにトリアージは、本来のJPTECの考え方からいくと違うんですね。
赤石部会員	二次医療機関で全部やって頂いて必要ならば三次医療機関に搬送が基本です。それが出来ない現状の中で、赤石部会員から話があったプロトコールの話は無理だと思います。
赤石部会員	どうやって三次医療機関の負担を適切な形で、他に分担していくかを同時に達成できるようなプロトコールではないと、非現実的なプロトコールになってしまう気がします。
貞広部会長	確かにそうですが、現状を踏まえた上で可能な案を作る以外に方法はないので、患者をどう動かすか、OMCを視野に入れ、逆に我々は、ここをコントロールすることで、ある程度三次医療機関に収容交渉の電話件数をコントロールすることが出来ますよね。
嶋村部会員	部会長の話も納得していますが、最終的に三次医療機関に収容交渉が気になります。
貞広部会長	現実的に地域の現状から、二次医療機関の文言を入れても、結局、現状は三次医療機関に交渉となりますよね。将来はもちろん二次医療機関が可能となれば見直すとして、現段階で作るプロトコールとしては、三次医療機関はやむ負えない現状だと思います。
嶋村部会員	逆に言えば、高次のままでいいのではないかと。今は三次医療機関だけど、今後、見直す必要がなくなると思います。現状は三次医療機関で私は理解をしていますが、病院で説明をした時、高エネルギー外傷および収容交渉のところで理解してもらおうのが難しいと思います。
赤石部会員	それからもう1つ、初期評価からのみ矢印が出るのではなく、現場観察環境観察も応援隊現場医師要請が必要だと思います。初期評価からだと遅れる可能性があるからです。
貞広部会長	三次医療機関収容交渉に関しては、病院の皆さんに納得してもらえよう説明していきたいと思います。
赤石部会員	わかりました。
赤石部会員	プロトコールですが、CPRの先が内因性と全く一緒だったら、CPAイエスで、CPRプロトコールに、ですごくシンプルでいいと思います。CPAからイエスで、矢印で右に行ったら四角のCPRの所

<p>嶋村部会員</p>	<p>にC P Rプロトコールへ、でここから先いらなくなりますよね。 C P Aが下に降りてこないと、そうすると、すべてのC P A患者が三次医療機関に該当しないので助かります。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>まとまりが悪くて申し訳ありませんが、一番下の収容交渉に関しては、県救急医療センターの負担が一番大きいので、そこは院内で話し合っただけをメールで投げて頂いて、みんなで意見交換をしたいと思います。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>あと、作業部会の方でも、高次又は三次医療機関かその辺の文言をどうするか話し合ってください。それでいきましょう。 次回に関しては、最後の搬送先を詰めることと、もうひとつは、一つ一つの細かい点を、外傷プロトコールの中に箇条書きで盛り込む予定でいますので、その点の検討をしたいと思います。 次回の検討事項に関して、それぞれの案をメールで送信したいと思います。全部やろうとすると大変なので、メールで意見交換を行い、最終決定は、この会で行うという手順でどうでしょうか。次回が9月のようなので、その頃までに作業部会も含めて、全体のディスカッションはメール上で終わらせたいと思いますがよろしいでしょうか。</p>
<p>亀山主査 貞広部会長 亀山主査</p>	<p>それは部会員の先生方のみですか。 いいえ、作業部会も含めて全部です。 次回検討事項である7項目を、メールでディスカッションし、最終的に次回の部会で検討内容を出すということによろしいですか。</p>
<p>貞広部会長 亀山主査</p>	<p>メーリングリストで、お互い意見を交換するというでいいと思います。 だいぶ遅くなりましたが事務局の方にお返しします。 最後にもう一度確認します。対象症例については全症例とする。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>その中で、あきらかな軽傷の場合、ここにはプロトコールには記載はしないが、隊長判断とすること。それと、特定行為に関するプロトコールの基準については、特に施行基準を事前に定めず、O M Cを通じて臨機応変にやりましょうという形を残す。 最後に収容医療機関の括りは、再度、県救急医療センターで検討してもらおうことによろしいですか。</p>
<p>貞広部会長</p>	<p>それでいいと思いますが、C P Aのところですが、矢印を下に曲げる必要はないですよね。ここはプロトコールをここまま切っていいと思います。C P Aプロトコールが存在するわけだからここから先に流す必要はないですよね。でもバックボード固定があるのか、これも次回の検討としましょう。</p>
<p>亀山主査</p>	<p>はい、それでは、お手元に配布しました次回の部会での検討事項7項目は、それぞれ事前にメールで、検討するというでよろしいで</p>

<p>貞広部会長 古川係長</p>	<p>すね。 私が、適時仕切りたいと思いますのでよろしくお願いします。 長時間に渡りありがとうございました。それでは、次回の開催予定ですが9月の中旬頃を予定しております。部会員の先生方には8月上旬頃に日程調整票のFAXを送信票させていただきますのでよろしくお願い致します。以上持ちまして平成20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を終了致します。</p>
-----------------------	---

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)