

# 平成28年度第1回熊本市メディカルコントロール協議会

## －議事録（要旨）－

開催日時 平成28年 10月18日（火） 19:00～21:00

開催場所 熊本市消防局広域防災センター 2階 視聴覚室

### 【出席者】

#### ■委員

熊本市医師会	宮本 大典委員
熊本大学医学部附属病院	笠岡 俊志委員
熊本医療センター	櫻井 聖大委員
熊本赤十字病院	桑原 謙 委員
済生会熊本病院	前原 潤一委員
熊本市民病院	赤坂 威史委員（議長）
熊本ACLS協会	田代 尊久委員
救急救命九州研修所	畑中 哲生委員（新規）

以上8名

### 【出席者】

（熊本市側）

健康福祉子ども局			
医療政策課	課長	川上	俊
消防局			
救急課	課長	西岡	和男
	副課長	清永	正
情報司令課	代理	山本	貴宏
	代理	池松	英治

#### ■事務局

救急課

指導班	主査	吉野	幸生
	主任	宮本	和臣
	班員	上嶋	管嗣
管理班	主査	宮路	敏史
	主任	伊勢	直

## 平成28年度第1回熊本市メディカルコントロール協議会

(次第)

- 開 会
- 救急課長挨拶
- 新規委員紹介
- 報告

【報告1】平成27年上半期救急統計及びウツタイン集計について

事務局説明（資料1）

【報告2】平成28年度救急救命士を含む救急隊員の養成計画について

事務局説明（資料2）

【報告3】ワークステーション実施状況について

事務局説明（資料3）

- 議 題（要旨）プロトコルの策定及び変更について

事務局	【議事】口頭指導プロトコル策定（情報司令課）・・・（資料4） 心肺蘇生法プロトコル（2～6ページ）
議 長	この議題に関して、何かご意見等はございますか。
委 員	「普段どおりの呼吸あり」の場合、JRCが示した新しいガイドラインでは、体位管理での「回復体位」は訓練を受けていないものはさせないこととなっているが。
情報司令課	今回プロトコルを作成する際に参考としたのは、国から示された心肺蘇生法の指針のファーストエイドの項目です。その中には回復体位をすとなっています。しかし、仰るとおりJRCのガイドラインでは訓練を受けたものが回復体位を取っています。
委 員	口頭指導ということだと、相手は全く分からない方がほとんどでしょうから、すべてに回復体位を指導するのは難しいのでは。 また、仰臥位のほうが継続的な呼吸観察、悪化した際に直ちに胸骨圧迫を開始できる点では有利だと思いますが。
事務局	体位管理について、JRCガイドラインでは、「回復体位はファーストエイドプロバイダーの訓練を受けたものが行うものとし、市民救助者のBLSからは省略した」となっています。しかし市民の中にはできる方もおられると思いますので、実際に指導をするか否かについては運用の部分と考え、文言として残しておいても良いのではないのでしょうか。
委 員	煩雑にはなりますがオプションとして残しておいたほうがよいと思います。
委 員	資料の3ページから5ページにあるような詳しい内容は今回作成しませんか。
情報司令課	これらについては、平成11年に国から出された口頭指導の基準に基づいて、成人用、

	<p>小児用、乳児・新生児用と分けて作ったものです。今回は、これらをひとつにまとめた形にしておりますので作成はしない予定です。</p>
委 員	<p>実際にどういうセリフを言うのかは非常に大切。国が示している例のとおり、「胸骨圧迫が必要です。今からそのやり方を伝えます。」と、最初に説明するほうが、いきなり胸骨圧迫の方法を指導するよりうまく伝わる。一連の口頭指導の中で、どのタイミングでどんなセリフを言うか、具体化したものが必要である。</p>
情報司令課	<p>わかりました。実際に口頭指導を行う際の資料として、回復体位の方法、セリフのタイミングを記載したものを作成します。</p>
議 長	<p>それでは、全体の流れには「体位管理」とだけ表記し、実際に口頭指導する際に使用する資料には回復体位の方法を記載、通報者ができるかどうかを見極めたうえで指導するかを判断する、ということでしょうか。</p>
委 員	<p>異議なし。</p>
委 員	<p>「意識なし、普段どおりの呼吸ありの場合は、呼吸を継続して観察し、状態が悪化したなら胸骨圧迫を開始する、あるいは教えてください」が大切なポイント。目撃心停止であればあるほど初期の死戦期呼吸を呼吸ありとする可能性が高い。呼吸状態の観察中に、心停止の認識が遅れるということがないように、継続観察については文言として書いておいたほうがよいのではないかと。</p>
情報司令課	<p>わかりました。文言を入れたいと思います。</p>
委 員	<p>普段どおりの呼吸ではない呼吸とはどういうものなのか。具体的に決めておいたほうがよいのではないかと。</p>
委 員	<p>通報者がいろいろな表現をするので、なかなか文言が決められないのでは。大袈裟とは分かっているけど、普段どおりではない呼吸と判断すればオーバートリアージを覚悟で胸骨圧迫の対象にしてはどうか。実際にそれでアンダートリアージが減り、実績としてはあがっているとの報告もある。</p>
委 員	<p>実際は今、通報時にどうしているのですか。</p>
情報司令課	<p>いびき様呼吸では胸骨圧迫の指導はしていないと思います。</p>
委 員	<p>難しいところだが、今回のガイドライン改定の中で心停止の早期認識と司令課員の口頭指導が最も大切などころである。したがって、オーバートリアージ容認で、普段どおりの</p>

	呼吸でない場合は胸骨圧迫を指導したほうがよいのではないか。
議長	それでは、「普段どおりの呼吸でない時には胸骨圧迫を指導する」としてよろしいですか。
委員	異議なし。
委員	バイスタンダーの精神的ストレスについては配慮が必要。後のフォローが大切であるのでバックアップ体制についても検討の必要がある。状況を記録に残してその後の検討につながるようにしなくてはならない。
事務局	この件については、実績の評価・分析が必要と考えます。
委員	<p>やるとするのであれば、データを取らないとわからない部分もあります。</p> <p>アンダートリアージ・オーバートリアージがそれぞれ何パーセントだったかを出してください。オーバートリアージが50パーセントになるとアンダートリアージを大幅に減らせるという海外の研究結果もあります。実際に出た数値を検証して、その後の方向性を決めるとよいのではないのでしょうか。</p>
情報司令課	データを取り次回の協議会で報告させていただきます。
議長	他にご意見はありますか。(意見なし)
議長	<b>AEDプロトコル (7～8ページ)</b>
議長	何かご意見はありますか。
委員	AEDが到着後に胸骨圧迫をやめてしまうことが無いように。また、AEDの音声メッセージに重ねて口頭指導するとわかりにくくなります。
情報司令課	あくまでも音声ガイダンスを主に考えています。口頭指導では助言をしながら、正しくできているか確認するのが基本的なスタンスです。
議長	他にご意見はありませんか。(意見なし)
議長	<b>気道異物除去プロトコル (9～11ページ)</b>
議長	何かご意見はありませんか。(意見なし)
議長	<b>止血法プロトコル (12～14ページ)</b>
議長	何かご意見はありますか。

委員	通報者に止血するよう指導しているのですか。
情報司令課	明確には決めていません。
委員	感染防止も止血も両方大切なことですので、基本的には傷病者本人にさせて、本人ができない場合は、バイスタンダーに対して感染防止の方法を具体的に示し止血法を指導する、ということで良いと思います。
議長	他にご意見はありませんか。(意見なし)
議長	<b>熱傷手当プロトコル (15～17ページ)</b> 何かご意見はありませんか。(意見なし)
議長	<b>指趾切断手当プロトコル (18～20ページ)</b> 何かご意見はありませんか。
委員	切断指趾が現場に残存していた場合、氷で冷やすような処置を指導しているのですか。
情報司令課	指導については、近くにバイスタンダーがいて清潔なビニール袋、氷が準備できる場合にのみ行うのですが、そういった環境でなければ指導はしていません。
委員	指の場合は、5～6時間くらいでも処置が可能といわれています。ですので、あえて市民に紛らわしいことをさせる必要はないと考えます。
議長	それでは、「ビニール袋に入れて清潔にしてください」というところを強調したものにするといいのでしょうか。
委員	異議なし。
議長	<b>エピペンプロトコル (21ページ)</b> 何かご意見はありませんか。
委員	司令課員はエピペンの使用方法を研修していますか。
情報司令課	研修は行いましたが実物ではなく、写真を使った説明をしています。
委員	やったことがない人が説明するのは難しい。 伝える側が周知できていないようであれば、指導はしないというのもひとつの手かとは思いますが。

委員	このプロトコルで最も大切なところは、アナフィラキシーの判断の手助けだと思います。プロトコルはいらぬという手もありますが、見極めを補助するところは残しておいたほうが良いと思います。その後の具体的な細かなことは難しいと思います。
議長	それでは、アナフィラキシーの判断を手助けし、エピペンの必要性を説明するところまでとして、細かな説明はしないということによろしいですか。
委員	ただ、使い方を聞かれる場合もあると思いますので、参考という形で使用方法の詳細な部分も載せておいたほうが良いと思います。
委員	異議なし。
議長	他にご意見はありませんか。(意見なし)
議長	<b>【議事】ガイドライン2015に伴う活動プロトコル変更(救急課)</b>
事務局	<b>G2015対応薬剤投与プロトコル(資料5-1)</b> 変更点をお示ししますので、ご意見をいただきたいと思います。 薬剤投与のプロトコルについては、本年4月に改定されております。今回は内容を変更する部分はなく、このプロトコルをG2015対応としたいと思いますがよろしいでしょうか。
委員	異議なし。
事務局	<b>G2015対応心肺蘇生プロトコル(資料5-2)</b> 心肺蘇生プロトコルでは、胸骨圧迫のリズムを従来は少なくとも100回となっていました。1分間に100回~120回。また、成人への胸骨圧迫の深さを、従来は少なくとも5センチとなっていたところを約5センチと変更したいと考えています。
委員	異議なし。
事務局	<b>G2015対応AED包括的指示プロトコル(資料5-3)</b> 変更が2箇所ございます。まずは1枚目の裏側、青文字で書いてあるところです。この表現についてはG2015に記載がありませんし、文言自体も意味があいまいですので、今回のプロトコルから削除したいと考えておりますがいかがでしょうか。
委員	異議なし。
事務局	小児用パッドの選択について「小児用パッドがない場合、成人用パッドを用いる」とG

委員	<p>2015の表記どおりに変えたいと思います。いかがでしょうか。</p> <p>異議なし。</p>
事務局	<p><b>G2015対応気管挿管プロトコル（資料5-4）</b></p> <p>変更箇所は最後のページ、フロー図になります。挿管後の確認方法について、G2015の内容に合わせて、一つにまとめ、身体所見と波形表示のある呼気CO2モニタによる確認に変更したいと考えています。いかがでしょうか。</p>
委員	<p>確認後の表現は、換気の良し悪しで分けるのではなく、正しく確認ができたかできなかったかで分けるべき。コンプライアンスが下がり換気不良であっても入っているのであればチューブを固定する方向に行かなければならない。</p> <p>トータルで見なければならぬので、「異常あり、異常なし」や「適切、不適切」でよいのではないのでしょうか。</p>
事務局	<p>わかりました。検討してみます。</p>
議長	<p>他にご意見がなければ、身体所見と波形表示のある呼気CO2モニタで確認し、確認後の表現は「異常あり、異常なし」等に変更することよろしいですか。</p>
委員	<p>異議なし。</p>
議長	<p>全体をとおして何かご意見はありますか。（意見なし）</p> <p>議題は以上です。</p>

■ その他

事後検証会について

■ 閉会