

第31回山梨県メディカルコントロール協議会会議録

1. 日 時 令和5年2月8日（水）13時30分から
2. 場 所 山梨県庁防災新館406会議室
3. 参加者 中澤会長 岩瀬委員 長坂委員 守屋委員 天野委員 小俣委員
坂本委員（代理） 槇田委員 小野田委員 船木委員 井出委員（代
理） 矢崎委員 石原委員（代理） 窪川委員 鷹取委員 寄特委員
中根委員 菊島委員（代理） 望月委員 相原委員（代理）
（事務局） 消防保安課 渡辺、中込、三森、林
医務課 深澤
4. 傍聴者の数 0名
5. 会議次第
 - （1）開会
 - （2）会長あいさつ
 - （3）議事
 - （4）その他
 - （5）閉会
6. 会議に付した議案の案件
 - （1）心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコルについて
 - （2）山梨県救急活動プロトコルの一部改正について
 - （3）令和5年度事後検証費について
 - （4）令和5年度救急救命士教育計画について

議 事

～以下、議事

・議長

まず議事の1「心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル」についてであります。事務局から説明をお願いします。

事務局

心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコルについて、現在、救急現場において、心肺蘇生を希望しないという傷病者の意思が示され、救急隊が対応に苦慮する事案が見られるようになっていきます。

平成29年3月に日本臨床救急医学会から提言が出され、国からもメディカルコントロール協議会でACP（アドバンス・ケア・プランニング）人生会議について十分に話し合いを持つようにとの事もあり、本県でも平成30年6月よりメディカルコントロール協議会活動基準部会において協議を続けてまいりました。

当初は活動基準部会の各消防本部救急担当、救急に関する医師、消防学校教官、県事務局のメンバーで協議を続け、令和3年1月20日付け第27回山梨県メディカルコントロール協議会の書面表決においても改正素案が作成され、委員の皆様にはお目通しされていることと存じます。

令和3年春には在宅医療関係から山梨県医師会副会長、山梨県老人福祉施設協議会会長、山梨県老人保健施設協議会会長、法律関係から医療担当弁護士、警察関係から県警捜査一課の委員を新たにに加え協議し、傷病者全体の利益や傷病者個人の意思を尊重した救急活動を行えるよう心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル（案）を作成しました。

資料1-1、13ページをご覧ください。活動フローチャートとなります。まず、

1. 心肺停止の確認をし、心肺蘇生を開始します。
2. 傷病者と心肺停止の状況の確認ということで、※1心肺蘇生等を継続しつつ、心肺蘇生を中止する本プロトコルの除外項目の有無を確認する。こちらは31ページの図表1③の項目となります。未成年、外因性（交通事故、自傷、他害、中毒、窒息、熱中症、低体温）、蘇生を強く希望する家族や関係者がいる場合は除外項目ありとして心肺蘇生を継続し搬送をする。
3. 除外項目がない場合は心肺蘇生を希望しない傷病者の意思表示の提示を確認、※2心肺蘇生等を継続しつつ、意思表示の書面を確認する。救急隊側から積極的に傷病者の意思等を確認する必要はない。原則として、書面の提示をもって傷病者等の意思の提示とし、口頭で伝えられた場合は書面の有無を尋ねる。提示

がない、確認出来ない場合は心肺蘇生を継続し搬送をする。

4. 提示あり確認出来た場合は、かかりつけ医に連絡し傷病者の状況と書面の内容を伝え判断を求める。

5. 医師から心肺蘇生等の中止の指示を得た場合は心肺蘇生を中止する。指示を得ない場合は、心肺蘇生を継続し搬送をする。

30ページ2をご覧ください。ここからはフローチャートの詳細な説明となります。(1)として心肺停止の確認と心肺蘇生等の開始、(2)として傷病者と心肺停止の確認、次のページをご覧ください。(3)医師の指示書等の書面の確認となっております。下の図表1になります。①傷病者の状況の確認と②心肺停止の状況、③については本プロトコルの除外項目となっております。意思表示書があっても次の場合は心肺蘇生を継続して搬送します。ア未成年、イ外因性心肺停止を疑う状況で交通事故、自傷、他害、中毒、窒息、熱中症、偶発性低体温等、また、ウとして心肺蘇生等の継続を強く求める家族や関係者がいる場合は書面等があってもそのまま継続し搬送する流れとなっております。④につきましては一番最初の心肺停止の確認についてで、明らかな死亡状態である場合の項目となっております。

32ページとなります。(4)提示された書面の内容の確認となります。こちらの書面は様式1という形で案を作成していますが、同内容が記載された書面であれば良しとするとされています。図表2については提示された書面の確認事項となっております。①傷病者の記載に関する事、②かかりつけ医の記載に関する事となっております。(5)かかりつけ医への連絡となります。救急隊がここまでの過程で心肺停止を中止することが適切であると判断した場合は、指示書にある医師に連絡を取り、傷病者の内容と指示書の内容を伝えます。連絡を受けたかかりつけ医はその報告を受けた上で、心肺停止であることが十分に推測され、中止が不適切な状況でないと判断できた場合は書面に書かれた内容で、傷病者の心肺蘇生を中止することができるかとされています。なお、医師の心肺蘇生等の中止の指示は、死亡診断を意味するものではない。また※4かかりつけ医とは、医師の指示書に署名した医師又は傷病者の状態を共有している医師をいうとされています。(6)医師の指示に基づく心肺蘇生等の中止とその後の対応となります。かかりつけ医により心肺蘇生等の中止の維持があった場合、救急隊はかかりつけ医に速やかに救急現場に駆けつけるよう依頼する等、医師に傷病者を引き継ぐ。家族や関係者に医師の指示を伝え、心肺蘇生等を中止する。中止後はかかりつけ医の指示に従うとされています。

次のページをご覧ください。(7)となります。本事案に関しては全て事後検証の対象となります。それについて図表3となります。事後検証に記載する項目となっております。

続きまして、資料1-2をご覧ください。こちらが様式1という形で先ほど説明させていただいた指示書となります。上段に蘇生に関する患者の意思表示書という形で患者様の署名欄としております。その下段に医師の指示書という形で、作成してありますが、先ほども説明しましたが、必ずしもこの様式でなく、記載事項の確認にも書いてあります内容が記載されていれば良しとしています。

次の資料1-3は新旧対照表となりますのでご覧ください。事務局からは以上となります。

・議長

ありがとうございました。

ただいま事務局から説明をしていただきましたけれども、ご意見ご質問等はありませんでしょうか。

委員、この検討の中で何か改めて付け加えることとか、注意点とかありましたらお願いしたいと思います。

・委員

今説明がありました通り、2017年に救急医学会などからこういったものを作りなさいとか提言がなされて、翌年から活動基準部会の方で議論を重ねてきて、何回も何回も活動基準部会をやってきました、もう4年半以上議論をしてきました。

いろんな意見をいただきまして、最初は東京消防庁でも似たようなプロトコルが出ましたので、それを参考にしたりとか、先進的にやっている広島県とか埼玉県と同じようなものを作っているんですけども、なかなか他の地域だとこれが作れないんです。

やっぱりACPというのがなかなか広まらないというのがあったりとか、消防の活動に支障をきたすのではないかと、ずっと他のMCでも作ろうとしているんですけども、なかなかできないという事情があります。

ようやく、活動基準部会で議論を重ねていきまして、先ほど説明があったように医師会とか老健の先生方とか弁護士さん、県警からも議論に参加していただきまして、この形ができました。

この指示書の書面が実際にある傷病者だけに限ってということで、とりあえず始めようと。

実際には、在宅で見えて90歳、100歳の方もこの指示書がなくて、明らかに搬送対象じゃない。ただ、消防としては明らかな死体とは判断できないという事例が多々あるんですけども、やっぱり救急隊を守るためには、指示書があっただけでかかりつけ医に連絡が取れた場合に限って止めようということで、これで

山梨県としてはスタートをすれば、だんだんだんだんACPも広がって行くのではないかなと思っています。以上です。

・議長

ありがとうございました。

委員からは、救急医学会から始まって活動基準部会での検討の経過、それからACPがいかに浸透して、実際に運用を活用できるかと。

またそれが一番大きな懸案事項だったのが、現場の救急隊の方が実際に直面していたわけなんですよ。

それが今回だいぶ整理されまして、関わった医師会をはじめ、色々な関係機関、そういったお互いの相互理解と協力がなければできないし、県民の方々にどういう形で理解され浸透されていくかというのも非常に大切かと思えます。

計画の中でやはり冒頭でお話ししましたけれども、コロナ禍ということで、いかに色んな形で物事がいろんな方が関わって、その中でより良いものを作っていけるかというのが、ひとつのこの心肺蘇生のことに関するACPのそういったものに繋がっていくのではないかなと思います。

実際に現場で関わることのある各消防本部の皆さん、委員の方々に改めて強調しておきたいこととか、何かあればご意見を頂ければと思います。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

・委員

全く病気がない人がこの意思を持った時、主治医もかかりつけ医もいなくて、突然死した時に「自分は蘇生をしてほしくない」というケースというのは、誰かその辺のクリニックに行って、かかりつけ医じゃないけれども、書いていてくれれば了承されるのでしょうか。

また、継続的なかかりつけ医じゃなければ、主病名とか症状とか、何も書いていない人はどのような扱いになりますか。

・委員

これ、かかりつけ医は連絡が取ればということで、何も病気がなくて想定されるのは相当な高齢者だということかなと思います。

それでこの書面を書いたかかりつけ医が、ご本人がそう言っていたのでそれでいいということであればいいんじゃないかなと思います。

ただ現実的には、昨日まで全く元気だった人が誰も見てる前で、いないところで倒れてたということは検死の対象になってしまうかもしれないので、そういった場合にはかかりつけ医と救急隊と連絡を取っていただいて、蘇生行為をす

るか中止にするか相談してもらえればいいのかと思います。

・委員

世の中には色々な人がいるので、今日までは元気だけれども、「自分は突然倒れたら戻してほしくない」という書類を持っていたら、それは例えば私がそう思った場合に、かかりつけ医がいなくて先生の所に行行って書いて下さいと言って、書いてもらって、先生の書面があればそれはいいんでしょうか。

・委員

そうですね。書いていただければそれでいいかなと思います。あとは、その場に家族がいて、家族が納得しなければ当然救急搬送になるわけです。

・委員

ありがとうございました。

・議長

他にいかがでしょうか。

・事務局

先ほどの説明で説明をし忘れたことがございますので、改めて説明させていただきます。

こちらの最後になりますプロトコルについての運用なんですけれども、活動基準部会で協議をした結果、関係機・関係部署等に周知をするという必要があることから、令和5年4月1日から施行という予定でいます。ということをつけ加えさせていただきます。以上です。

・議長

ただ今ありましたように、4月1日をもって実際の運用というか、開始するということが事務局の方から追加がありました。よろしいでしょうか。

それでは、特にないようですので、議事の1につきましては、この協議会の了承を得たということでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、議事に移ります。山梨県救急活動プロトコルの一部改正についてあります。事務局から説明をお願いします。

・事務局説明

令和4年1月に救急救命士が行う気管挿管において、医療機関収容後に食道

挿管であった事案が発生しました。

メディカルコントロール協議会活動基準部会においてメディカルコントロール検証を行い、プロトコルの遵守についての依頼文をメディカルコントロール協議会会長名で通知したところではありますが、令和4年9月に再度食道挿管事案が発生したことから、再度メディカルコントロール検証を行いました。

その結果、同様の事案の再発を防止するため、身体所見による確認及び器具を使用した確認に加え、気管挿管後は腹部の膨隆の有無及び、呼気CO₂検知器のモニタリングを継続することとされ、本気管挿管プロトコルの一部改正案が協議されました。

資料2-1、2ページ*11と5ページ(17)に「腹部膨隆の有無を観察し、呼気CO₂検出器の持続的なモニタリングを行う。」を追記した案となります。

なお、本プロトコルについては活動基準部会で協議した結果、令和5年3月1日から施行予定としています。事務局からは以上となります。

・議長

ありがとうございました。それでは、このことにつきましてご質問やご意見等ございますでしょうか。

度々ですけれども、委員、追加等ございましたらよろしくお願いします。

・委員

これも活動基準部会で、どこをプロトコルとして直せば、再発防止ができるかなということで、いろんな議論が出たんですけれども、2回ほど続けて食道挿管の事例が出てしまって、検証表を見れば、プロトコル通り気管挿管されていることが一通り全部されているんですけれども、それでも食道挿管ということになってしまいましたので、今説明があった「病院に着いた時点で、明らかにお腹がやっぱり膨隆していて、食道挿管ですから胃の中に空気が送り込まれていた」と。

それを「どうして救急隊が気が付かなかったのか」ということを不思議に思ったという意見があったので、少なくともそこはプロトコルに記載がなかったので、腹部が膨隆してないことを確認することと、呼気CO₂モニターが救急車内にはいろんなデバイスが配置されていますので、その波形が出なかったり、数値が出なかったりというようなことが多々ありますので、そこを継続的に、搬送中も確認をしていくということで、再発防止ができるのではないかなということで、この文言をつけさせていただきました。

・議長

ありがとうございました。いかがでしょうか。

・委員

プロトコルのことで追記はいいんですけれども、これ当たり前のことで、テキストにも出てて、これ確認項目で腹部の膨隆の有無の確認とか、呼気CO₂の検出はやるということは、気管挿管の救命士だったら当たり前なのに、こういうのを追記していくと、テキストを全部ここに載せるみたいな感じになるような気がするんです。

追記はいいんですけれども、次から次へ、このとこができないからテキスト通りに載せようとかなるような気がするんですけれども、どうでしょうか。

・議長

そうですね。

原則はその通りなんですけれども、委員、改めて連続して実際に起きてしまったということで、何かございますでしょうか。

・委員

今回の件は、一例ならまだしもということで、やっぱりプロトコールの遵守はしていたので、それでもこの食道挿管ということが起きたということになります。

やっぱり、活動基準部会というか、MCとして何とかこれを防がなければいけないという文言がないかなということで追記をしました。

内容を見ていただければ、ほとんど教科書に書いてあるようなことがほとんど書いてあって、書いてあったり、なかったりというのがこの腹部膨隆の確認とか、当たり前で皆さんやっているかと思うんですけれども、それを改めて追加したということで、これ以上はちょっとおそらく改訂のしようがないのかなと思っています。実際には。

・議長

実際にこういうことが連続して発生してしまいましたけれども、改めて注意喚起をして再発を防ぎたいというところから掲載させていただいたということで、ご了解いただきたいと思います。他にはよろしいでしょうか。ありがとうございました。

それでは、議事3に移らせていただきます。令和5年度事後検証費についてであります。事務局の方から説明をお願いします。

・事務局説明

令和5年度事後検証費について、令和3年度の山梨県内における事後検証件数をメディカルオフィサーからのデータ提供（参考1，2）を基に、資料3のとおりに案を作成し活動基準部会で協議されました。

算出方法としては資料3下段にあります※事後検証費用負担額の算出方法からになります。

この算出方法によって計算した結果、負担比率は調整することなく100%となりました。事務局からは以上となります。

・議長

ありがとうございました。

事後検証費につきまして、ご意見・ご質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、当協議会で了承を得たということにいたします。

それでは続きまして、議事の4に移ります。令和5年度救急救命士教育計画についてであります。事務局から説明をお願いします。

・事務局説明

資料4をご覧ください。令和5年度救急救命士教育計画案についてとなります。

1 ページ目が各本部様から集計した次年度の救急救命士の再教育及び就業前の病院実習予定者及び気管挿管実習の希望者数となります。

この表に基づき以下の計画を作成しました。

2 ページ目をご覧ください。令和5年度救急救命士再教育病院実習予定表案となります。再教育の計画としては去年と同様で64時間の実習となっております。

3 ページ目をご覧ください。こちらが各消防本部様の希望者数を配分した再教育の予定表となっております。3ページから6ページまでが表となっております。

続いて7ページをご覧ください。令和5年度救急救命士就業前病院実習予定表案です。各本部様の要望をもとに計画しております。

実習者の色分けについては、ドクターカー運転可能者を黄色、できない方を赤としてあります。また令和6年度に実習をまたぎ、常に経験者がいるように計画してあります。

8 ページをご覧ください。山梨大学医学部附属病院気管挿管病院実習日程表案となります。次年度も今年度と同様の人数の受け入れが可能との事でしたが、コロナの影響で挿管対象オペ数の減少もあり、今年度に関しても以前からの繰り越し実習者がおり、現在もまだ今年度分4本部が実施待ちをしている現状で

す。よって、4, 5, 6月は前年度実習予定者としました。

なお、甲府地区消防本部様には例年どおり、県立中央病院の実習に入らせていただいております。

また、順番が回ってきた本部が実習できないときは、欠員補充リストから入らず次の本部が入ることとしました。留意事項の2となります。全本部が終了し空きがあるときは、欠員補充リストから入ることとなります。

9ページをご覧ください。山梨大学医学部附属病院気管挿管実習推薦書類についてとなります。こちらも例年と同じで変更はありません。各本部様の推薦時期のフロー図となっております。

続いて10ページをご覧ください。令和5年度山梨大学医学部附属病院気管挿管実習欠員補充リスト案になります。先程の説明のとおり、毎年度各消防本部の日程が終了した際に補充に入る消防本部の順番とすることとしました。前年度中に各消防本部の充足率を求め次年度の優先順位を決定することとしております。

続いて11ページをご覧ください。山梨大学医学部附属病院以外での気管挿管病院実習案となります。県立中央病院様におかれましては来年度1名実習可能との事でしたので、先程の説明のとおり甲府地区消防本部様に実習に入らせていただいております。

市立甲府病院及び上野原市立病院に関しましては、次年度の実習予定はなしとなっております。事務局からは以上となります。

・議長

事務局からの説明が終わりました。それでは、ご意見・ご質問等ございますでしょうか。

・委員

委員がいるからお聞きしたいんですけども、日頃ドクターカーとか受け入れをしていただいて、救命士の実習なんかも大変協力していただいているんですけども、生涯学習については、2年間で145時間で16時間、年間64時間のものをやるということになっているんですけども、この救急救命士の就業前病院実習については、期間は3か月なんですけれども、今回の予定表なんかを見ると、前は1か月に320時間で、3か月で960時間なんですけれども、勤務表をみると一か月で80時間少なくなっているんです。

3か月で240時間実習が少なくなっているんですけども、人がいるから少なくしているのか、救命士によっては、私のは3か月で960時間やったのに、今の人は720時間で240時間短いというような意見も頂いているので、期

間が3か月なんですけれども、時間とか今後の予定というか、ある程度統一していただかないと、3か月で240時間も少ないので、その辺をちょっとどういうことか聞きたいです。

・議長

委員、よろしくお願いします。

・委員

もしかしたら間違いがあるかもしれませんが、事務局にあとで補足をしていただければと思います。

おそらく、働き方改革とかそういうものも関係しているのかどうかわからないんですけれども、「実習の就業時間を消防本部での就業時間と合わせてくれ」というような要望が消防本部から出てきまして、普段の勤務時間と同じだけにしてくれと。

ですから、前は今おっしゃられたように、もっと多かったですけれども、私たちが長時間働いていただければ、やることはいくらでもあるので。

だけれども、消防本部からの要望があったので、減らさざるを得なかったというのが事実なんじゃないかなと思います。

・委員

今後は、3か月で720時間ということでよろしいでしょうか。

・委員

それで統一でということになってしまいます。

・委員

分かりました。

・議長

この件に関して事務局からございますでしょうか。

・事務局

今の件に関しては、先ほど委員のおっしゃったように、各消防本部から「実際の勤務と同じようにしてください」というご意見がございましたので、その辺をしっかりと統一していきたいなという風に思っています。

・議長

ありがとうございました。

それでは、この議事の4につきまして当協議会です承を得たということにいたします。

それでは、議事の5になりますけれども、「その他」として何か委員の皆様からございますでしょうか。

特にないようですので、本日予定しておりました議事はおかげさまで終了いたしました。これで議長の任を解かせていただきます。ご協力ありがとうございました。

・司会

次に、次第の4その他でございます。

皆様から何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、次第の4その他につきましては閉じさせていただきます。

それでは、以上をもちまして、第31回山梨県メディカルコントロール協議会を閉じさせていただきます。長時間にわたりご審議いただき、誠にありがとうございました。