

令和5年度 大阪府北河内地域救急メディカルコントロール協議会 議事概要

日 時：令和5年11月10日（金）午後2時から午後4時

開催場所：大阪府守口保健所 講堂

出席委員：23名、代理1名

■報告事項①～⑥ 気管挿管（硬性喉頭鏡）病院実習生ほか承認事項について

資料に基づき、枚方寝屋川消防本部から説明

- 資料1 気管挿管（硬性喉頭鏡）実習承認書
- 資料2 気管挿管（ビデオ喉頭鏡）実習承認書
- 資料3 指導救命士推薦書（新規）
- 資料4 指導救命士推薦書（更新）
- 資料5 令和4年度気管挿管（硬性喉頭鏡）病院実習の結果
- 資料6 令和4年度気管挿管（ビデオ喉頭鏡）病院実習の結果
- 資料7-1 令和4年度北河内地域救急MC協議会活動検証会議実施結果（消防本部別）
- 資料7-2 令和4年度気管挿管（硬性喉頭鏡）断念及び抜管理由並びにその後の対応
- 資料7-3 令和4年度C評価事例集
- 資料7-4 令和4年度実施基準検証会議集計表
- 資料8 令和4年度「ビデオ喉頭鏡を使用した挿管事例」
- 資料9-1 令和4年度「血糖測定及びブドウ糖溶液の投与事例」
- 資料9-2 令和4年度「心肺機能停止前の静脈路確保及び輸液事例」
- 参考1 令和5年度気管挿管（硬性喉頭鏡）病院実習の状況
- 参考2 令和5年度気管挿管（ビデオ喉頭鏡）病院実習の結果

【意見等】

- ・搬送実施と受入れの検証には、今の委員だけでなく、もっと多数に参加してもらうことが理想。
- ・D評価（医療機関の応需に問題があると判断できるもの）が多数あるのは、新型コロナウイルスの影響が大きいと考えられる。

■報告⑦ 北河内二次医療圏における救急医療体制について

資料に基づき、大阪府守口保健所から説明

- 資料10 北河内二次医療圏における救急医療体制について

【意見等】

- ・75歳以上の吐下血の搬送困難例は約25%。予後に大きく影響する可能性もある。二次救急病院でも夜間の緊急内視鏡等、消化管出血が診療できる体制整備を今後取組む課題の一つとして考えてほしい。
- ・三次救急病院として、困った吐下血はとるようにしている。どうしてもという症例があれば連絡してほしい。
- ・新型コロナウイルスの波の影響を受けている。大阪府全体から見ると搬送困難例は低値で推移しているが、さらに低い圏域もあり、改善の余地はある。

■報告⑧ 夜間/休日の救急搬送困難事案の当番制について

資料に基づき、大阪府守口保健所から説明

- 資料11 夜間/休日における搬送困難患者の最終受入病院当番制について

【意見等】

- ・当番制には、大いに協力するつもりだが、実績数が少なく、労力と得られたプロダクトを比べると、考え直した方が良いと思う。そのための資料として、何が原因でこの実績数になったかの要因分析

を行うべきである。

(回答) 実績数が少なかったこと、まもって NET 発報が必要な事例で発報していない事例があったことなどの実態から、まもって NET 発報の仕組み作りから行い、この冬の状況を検証したいと考えている。

■審議① 第8次医療計画北河内圏域版について

資料に基づき、大阪府守口保健所から説明

- 資料 12 第8次医療計画北河内圏域版について
- 参考 3 第8次大阪府医療計画（素案）

【意見等】

- ・基本的には正しい方向に向かう書きぶりになっている。

■承認① 「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」における医療機関リスト更新について

資料に基づき、大阪府守口保健所から説明

- 資料 13-1 傷病者の搬送及び受入れの実施基準
- 資料 13-2 「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」に基づく申出医療機関一覧（今回変更分）
- 資料 13-3 別紙診療機能分類ごとの処置が適切に対応できる医療機関であるかを判断するためのデータ
- 資料 13-4 「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」に基づく申出医療機関一覧（変更済み分）

【意見等】

- ・なし。

【結果】

- ・医療機関リストの変更について承認する。

■承認② 検証会議委員の変更について

資料に基づき、枚方寝屋川消防本部から説明

- 資料 14 北河内地域救急メディカルコントロール協議会各検証会議委員名簿

【意見等】

- ・他の圏域と比較すると検証数はやや少なめで推移してきたが、実施基準の検証数は多く、両方を足した検証数は府内でも今もトップクラスになっており、有効に行うことができている。

【結果】

- ・検証委員の変更について承認する。

■承認③ 蘇生を望まない傷病者対応における事業の実施について

資料に基づき、枚方寝屋川消防本部及び大阪府守口保健所から説明

- 資料 15-1 心肺蘇生を望まない救急事案とその対応
- 資料 15-2 人生の最終段階における蘇生を望まない高齢者等の傷病者の体制づくりについて
- 資料 15-3 人生の最終段階にあり心肺蘇生等を望まない心肺停止傷病者への救急隊の標準的活動ガイドライン（案）
- 参考 4 在宅医療に係るデータ集計・分析（一部抜粋）

【質問】

- ・中止の指示は、かかりつけ医の到着ではなく、電話でよいのではないか。

(回答) 電話での指示で蘇生の中止は可能。医師が概ね 45 分以内に到着するのであれば直接医師に

- 引き継ぎ、それ以上かかるのであれば家族等に説明し、家族等に引き継いで救急隊は帰る。
- ・中止の指示の後、翌日に往診して死亡診断書を書いてよいか。
- (回答) 問題ない。

【意見等】

○ガイドライン全体について

- ・非常に大切な取組。
- ・丁寧なものであるため、現場の改善に繋がりにくいと予想されることが気がかり。より簡単に確実にできるようになればいい。
- ・最初は丁寧に取組む必要があるためこれでよい。運用する中で問題点を解決していくという方法で進めればよいだろう。
- ・この運用は ACP やかかりつけ医のあり方等、新たな議論への取組や普及の効果もあるだろう。

○意思表示の書類について

- ・書面の作成を必須とすることは大切。
- ・統一的な同意書を使用したほうが、対応しやすくなるだろう。
- ・POLST(ハワイ州で用いられている生命維持治療に関する医師の指示書)のような表示方式で DNAR 希望であると全員にわかりやすく明確に表示することが大切。
- ・ACP のチェックポイントの共通形式があればさらに良いだろう。
- ・ACP は市町村により書式は異なるが、ACP の形式を遵守して作成された文書を確認することになっている。運用を見守りたい。
- ・かかりつけ医が訪問看護師と連携し、家族に事前に説明し、文書を作成することで不要な搬送やクレームは抑制できるだろう。

○かかりつけ医への連絡について

- ・かかりつけ医に 24 時間連絡がいくのは働き方の問題があると考えられる。
- ・医師会の医師は、在宅医療に対する責任感を持っており、電話に対応する意識がある。
- ・最後に「かかりつけ医に連絡」がキー。どのような医師に連絡を取ることができなかったのかを後で検証できるようにすることも考えてほしい。
- ・事前の活動として、かかりつけ医として日頃から本人・家族と話をし、書面を作成していきたい。
- ・不要な救急医療を防ぐため、家族やかかりつけ医、パラメディカルと協力し、退院後の再発時の対応や心肺蘇生を望まない患者の書面を作成するようにしたい。

○その他

<現状について>

- ・病院でも患者の背景がわからず、一から ACP を確立しなければならないケースが多い。
- ・在宅看取りを希望していても、訪問看護師やヘルパーが混乱する事例もある。
- ・搬送時に ACP の情報がない場合は希望がないものと判断して治療を進めるが、治療や中止に関してトラブルが生じることが多い。
- ・蘇生が難しいと説明しても希望を続け、後でトラブルになることがある。
- ・誰の意思であるのかが明確な書類がなく、挿管まで行われることも多い。
- ・心停止のまま来院し、検視となり、本人の意向に沿わない最期になったのではないかと思いつむことが多かった。
- ・夜間に付添う施設職員が詳細を把握しておらず、書類の有無を確認せずに搬送されることが多い。担当医に連絡しても「とにかく運べ」となる。
- ・施設の介護職は医療関係者ではなく、家族プラスアルファの心と知識を持っている程度で、突然の死に対してはまず医師に診てもらおうとする。介護の人々は医療職とは土台が異なり、話

が通じないことがある事情を知っておくことが必要。

- ・大阪府医師会は年に2～3回 ACP の講習会を開催している。

<今後したらよいこと>

- ・事前の問題として ACP の策定方法を見直していくことが必要。
- ・施設の職員や訪問看護師・ヘルパー等への ACP の研修・周知を強化することが重要。
- ・救急や看取りに直接関わらない勤務医等が問題意識を持てるよう啓発することが大切。
- ・本人が望まない蘇生を止めるためには死亡判定ができる判断医を広げることも大切。

<その他>

- ・本人も家族も DNAR 指示であり、誰もが望まない CPR を法的に行わざるを得ない時、苦肉の策としてソフトコードで行うように指示する方法がある。
- ・スローコードは大阪府の救急医療高度化推進部会では否定的な対応であり、現時点では取入れることは難しい。

【結果】

- ・モデル地区での開始、ガイドラインについて承認する。

以上