

令和4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4年12月19日（月）午後2時から午後4時

開催場所：大阪府守口保健所 講堂（WEB併用）

出席委員：19名、代理2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3年度 気管挿管（硬性喉頭鏡）病院実習の結果
- 資料6 令和3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3年度 北河内地域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3年度 「ビデオ喉頭鏡を使用した挿管事例」
- 資料7-3 令和3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7-4 令和3年度 C評価事例集
- 資料8-1 令和3年度 「血糖測定及びブドウ糖溶液投与 事例」
- 資料8-2 令和3年度 「心肺機能停止前の静脈路確保及び輸液 事例」
- 資料9 令和3年度 実施基準検証会議集計表
- 参考1 令和4年度 気管挿管（硬性喉頭鏡）病院実習の状況
- 参考2 令和4年度 気管挿管（ビデオ喉頭鏡）病院実習の状況

【意見等】

- ・病院側の要因で検証結果がD判定である症例は、北河内全体として認識してもらうことを主眼にしている。現在は実施基準検証会議に参加していない施設もあり、施設名を挙げて評価は行っていない。大阪府全体と歩調をそろえながら、将来的に議論を深めたい。
- ・病院側に搬送困難の原因がある場合、フィードバックしてもらい、適切な救急対応の改善を目指したい。

【質疑応答】

- ・血糖測定とブドウ糖溶液投与の実施を除外する対象が、令和3年に「脳疾患疑い」から「くも膜下出血疑い」に限定されたことに伴い、どのくらい増加したか。
(回答) 令和3年度は183症例、令和2年度は203症例、令和元年は136症例。実際に「くも膜下出血疑い」と限定したのは令和4年度から。
- ・血糖測定を実施後に「くも膜下出血」と診断された事例は極めて少数であるか。
(回答) 血糖測定前に必ず「脳疾患」を否定しており、後からわかる件数は少数。
- ・ブドウ糖投与後に回復したことで、搬送を強く拒む患者の搬送は活動検証会議で問題になったか。
(回答) 今年度はほぼ搬送しており、問題になっていない。
- ・心肺機能停止前の静脈路確保及び輸液後に心原性ショックや脳梗塞と分かり、現場判断の齟齬が問題になった症例はあるか。
(回答) 現在のところ問題になった症例は上がっていない。心停止後に心肺が再開した患者に投与した事例は数例ある。
- ・国の動きとして今後現場で使用するのは、硬性喉頭鏡よりビデオ喉頭鏡になっていくのか。
(回答) ほとんどの救急救命士は硬性気管挿管ができるが、ビデオ喉頭鏡の挿管ができない救急救命士

がまだ何名かいる。この状況は今後 10 年程度続く見込み。

■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～ORION データ分析結果からみた現状～

資料 11 北河内医療圏域内における新型コロナウイルス感染症自宅療養者の移送にかかる協力体制について（申し合せ）

【意見等】

- ・北河内圏域の搬送困難例は、大阪府平均と比較すると少ないが、二次医療圏比較では、大阪市、中河内の次、豊能と並んで悪くなっている。第 8 波で 20 件/日程度、搬送困難が出ている。
- ・北河内は大阪市内に次いで一番よく診ているが、コロナ禍で断る病院もある。二次救急病院でも「頼まれたら必ず診る、断るな」を念頭において努めたい。
- ・コロナ患者が増加し、圏域外からの搬送受け入れが増え、コロナ患者の手術も増加。
- ・コロナの院内発生やコロナ病床の満床が続くことが救急の受け入れ制限に繋がっている。

■報告⑧ 「傷病者の搬送及び受け入れの実施基準」における医療機関リスト更新について

大阪府守口保健所より、口頭にて、新たな更新なし。現行のままであることを説明。

(質問・意見等なし)

■意見交換①～② 蘇生を望まない傷病者への消防機関の対応について

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より説明

資料 12 蘇生を希望しない傷病者問題に関する国の動向

資料 13 心肺蘇生を望まない救急事案とその対応

資料 14-1 在宅医療（訪問診療・往診）に関する実態調査結果

資料 14-2 市への高齢者施設の現状に関するアンケート結果

【意見等】

○検討の場

- ・第 8 次医療計画では「蘇生を望まない傷病者への対応」が積極的に取り組む項目となる。本協議会のみならず、在宅医療懇話会や市、地区医師会とも連携が必要し、行政に横申させるような議論の場が必要。
- ・事前指示書は、犯罪の可能性も考え、警察署や司法との話し合いが必要。東京のプロセスも参考になる。

○体制整備

- ・基本的には救命優先。国の指針や法的な指標、司法による防御がない限り、現状が続く。
- ・現場では家族から D N A R と伝えられ、指示書があっても、作成した医師と連絡がつかない場合は救命処置を続けることになる。
- ・急変時対応を行いたくても、体制が取れない医師のため、ツールや当番制の検討が必要でないか。
- ・地域へ普及させるためには、地域共通の指針やツール、様式が必要。
- ・施設では A C P が形式的になっているため、急変時に活用できていない。運用のルールも必要。
- ・施設医の負担が大きくなるため、施設医と連携が大切。

○啓発

- ・病態が悪い人でも、家族で A C P について話し合ったことがない人が多い。
- ・救急を呼ぶ前にかかりつけ医に連絡してもらえのが一番良い。

- ・延命処置を希望しない場合は救急車を呼ばない等のアピールが必要。
- ・院外心停止など、病院に運ぶ必要がない人がいるということを理解することが必要。
- ・救急隊から、搬送現場で生じている課題などを紹介してもらうとよい。
- ・ＡＣＰの認知度が低いため、施設や法人内でも取り組みが必要。
- ・現場では入所者のＡＣＰを把握し判断できる人がいない場合もあり、広く施設スタッフが知っていることが必要。

■その他

- ・働き方改革について、宿日直許可と救急体制の確保は矛盾していると思う。救急医療体制を守りつつ宿日直許可を現実的にとれるかの答えが見つからない。
- ・宿日直許可を取る予定だが、労働基準局からの指導や十分に救急対応できるか不安。
- ・宿日直許可については、勤改センターも利用してほしい。
- ・宿日直許可を得ているが、特に内科当直はずっと寝ておらず、それだけで時間外労働が増える。
- ・労働基準局には、月の当直制限や当直後は休みにする等で認めてもらっているが、結局その後働いて、時間外労働として申請している。医師が足らず、時間労働制限を超えそうである。
- ・宿日直許可はとっていかざるを得ないが、ずっと働かされることになり、宿日直許可の条件と合致しなくなるのではないか。
- ・働き方改革は、コロナで仕事量も増える一方で進んでいない。

以上