

令和6年12月6日

鳥取県救急搬送高度化推進協議会事務局

- 1 開催日時 令和6年11月11日（月）午後6時から午後6時50分まで
- 2 開催方法 オンライン（Cisco Webex Meetings）
- 3 出席者 別添「出席者名簿」のとおり
- 4 議事録

1 開会

<事務局（黒見消防防災課長）>

本日は、お忙しいところご参加いただき誠にありがとうございます。

私は、事務局を務めさせていただいております、消防防災課の課長をしております黒見と申します。どうぞよろしく願いいたします。

本日、委員長を選出し、委員長に議事の進行をお願いするまでの間、私が進行を務めさせていただきます。

（資料の確認部分省略）

2 委員紹介・定数確認

<事務局（黒見消防防災課長）>

本来ですと、お一方ずつ、お名前をご紹介させていただくところですが、お時間の都合もありますので、資料の委員名簿を持ちまして、ご紹介に代えさせていただきます。

また、事務局を務めさせていただく職員も名簿のとおりでございます。何卒よろしく願いいたします。

続きまして、定足数の確認をさせていただきます。

本日の会議は、委員9名中9名のご出席をいただいておりますので、本協議会運営要領第4条第4項の規定により、第3条第2項の規定を準用し、半数以上の出席が確認できましたので、会議が成立しておりますことを報告します。

また、本日の議事録ですが、委員のみなさまにご確認いただきまして、ご確認いただいたものを県の公式ホームページに掲載させていただきますので、ご承知くださいますようお願いいたします。

3 委員長選出・委員長挨拶

<事務局（黒見消防防災課長）>

次に委員長の選出に移らせていただきます。

この専門委員会は、本協議会運営要領第4条第1項の規定により組織しており、専門委員会の委員については、5月28日に開催しました第20回（令和6年度第1回）の協議会で、

委員案を示しており、各地区 MC からは会長の方に委員をお願いしております。5月当時は、東部地区 MC 協議会からは森副会長に入ってください案を示しておりましたが、会長が決まりましたので、池田会長に変更させていただいております。

専門委員会を進行するにあたり、まずは、本協議会運営要領第4条第2項の規定により委員長を選出したいと思います。委員長は各委員の互選により選出することとなっております。事務局としては、本協議会会長の上田委員に委員長をお願いできればと思いますが、いかがでしょうか。

(委員からの異議なし)

特に異議等ないようですので、上田委員に委員長をお願いしたいと思います。

それでは、上田委員長からご挨拶をいただきまして、その後の議事の進行も合わせてお願いしたいと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

鳥取大学医学部附属病院高度救命救急センターの上田です。

本日はお忙しい中、ご参加いただきありがとうございます。

今日の協議事項について建設的なご意見をいただければと思います。よろしく申し上げます。

それでは、協議事項に入りたいと思います。令和5年度からの継続検討事項について事務局から説明をお願いします。

4 協議事項

(1) 令和5年度からの継続検討事項について

<事務局（谷岡消防防災課係長）>

まずは、鳥取県救急活動プロトコルの継続検討に至る経緯からご説明します。

現行の鳥取県救急活動プロトコルは【参考資料1】のとおりで、令和6年4月に改正されて運用をしております。これは昨年度、鳥取県救急搬送高度化推進協議会のワーキンググループ、専門委員会でのプロトコルの策定内容を検討し、昨年度2月に開催された令和5年度第2回鳥取県救急搬送高度化推進協議会の書面会議により委員の承認を得て策定に至っているものです。この令和5年度第2回鳥取県救急搬送高度化推進協議会の書面会議の際に、委員の方からご意見をいただいておりますので、本専門委員会でのプロトコルの内容について継続して検討をするものです。

それでは、協議事項のご説明をします。【資料1】をご確認ください。委員からいただいていたご意見は、【資料1】の表の左に番号を付けているとおり34項目あり、ご意見の内容は、表の「委員からのご意見（令和6年2月16日）」の内容のとおりでございます。

委員のご意見に対して、3月19日に鳥取県救急搬送高度化推進協議会事務局から対応について回答しております。

そして本専門委員会で、委員からいただいたご意見への対応やプロトコルの内容を検討するにあたり、事務局対応案を表の一番右側に記載しております。この事務局対応案については、本専門委員会の前に県内消防局によるワーキンググループで協議し、各消防局における現行のプロトコルの運用状況を確認した上で、対応案を検討しました。

事務局対応案の内、委員からのご意見を受けてプロトコルの一部改正を提案する内容については、【資料2】に新旧対照表としてプロトコルの改正案をお示ししております。

お時間の都合により全てのご意見や対応案のご説明は省略させていただきますが、本日は、昨年度鳥取県救急搬送高度化推進協議会の委員からいただいていたご意見に対する対応について協議していただきたいと思っております。よろしくお願ひします。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

事務局から、救急活動プロトコル改正の際にいただいた、委員からのご意見を踏まえた検討事項と対応策について説明がありました。

今回は、【資料1】の意見番号9のラリングルチューブの留意事項と意見番号31の外傷と脳卒中プロトコルの作成に関してとなります。

この番号9のご意見については①から⑫までの留意事項を手順書としてプロトコルに落とし込むかどうかというところを協議して、9番のご意見の中の⑤と⑨と⑪と⑫については現行のプロトコルに実施上の留意事項として記載があると思ひます。現行のプロトコルで、救急活動に支障がないのであれば、追記、修正の必要はないと思ひますが、その他の①、②、③、④、⑥、⑦、⑧の内容を修正の必要があるかということになると思ひますが、皆さんのご意見いかがでしょうか。小林先生、いかがですか。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

【資料1】の番号2、包括的除細動が3回と2回というところに関しましてご意見を、特に事務局からの対応案で3回が妥当と記載されている医学的根拠を教へていただければありがたいです。救急隊活動というのは医療、医学に基づいてやらないといけませんので、この回数に関しても医学的根拠というのは非常に重要になってきますので、事務局がこの3回が妥当と判断されている医学的ないわゆるエビデンス、根拠というのを是非ともご教授いただければありがたいです。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ちなみに2回の方がいいというエビデンスもあるんですか。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

SAVE-J IIは鳥取大学も参加されてるかどうかわかりませんが、SAVE-JとSAVE-J IIでECPRにのせるにあたって、除細動の回数がやはり2回、3回あるいはもう早ければいいということですので、いわゆる全国的には包括的除細動は大体2回、確かに3回というところもありますが、3回除細動をかけてもVFが解除できないというものを治療抵抗性あるいは難

治性 VF と定義しましょうというのが大体医学論文の定義にはなっていますが、そこに至るまでにあたって、やはり SAVE-JII 含めて、臨床の全国のデータ出しの中では、やはり包括的除細動は 2 回ぐらいが妥当じゃないかというところが出てくる数字になってますので、大体早いところは 2 回でしているというところですよ。という回答になりますが、上田先生、これでいいでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。小林先生の指摘するところはその通りだと思います。内容も理解しております。こちらで協議して回答した時に話したのが、その ECPR に関してはもちろん早期に救命センターに搬送すべきということはわかるんですけども、結局、その ECPR ができない医療機関や地域に対してのプロトコルの場合に、その場合は、どういう風に考えたいと思いますか。要するに、三次救急があるところはいいのですが。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

今、鳥取県内全体で考えると、ECPR をやってるのは鳥取県立中央病院と鳥取大学の 2 か所という風には認識しています。上田先生がおっしゃられる ECPR ができない地域というのは中部消防管内だけということになりますので、むしろ中部消防さん、例えば 2 回であれば 3 回目以降はオンラインメディカルコントロールで指示医師の先生に 3 回目、4 回目をどうするかということで、おそらくはそのような対応になろうかとは思っています。現行、その中部消防管内で ECPR 適応の症例がどれぐらい出ているかというところは、我々は把握できていませんので、総論的なざくっとして今のような回答になります。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。他の医療機関の方や消防機関とかでご意見ありますでしょうか。

<佐々木委員（鳥取東部広域行政管理組合消防局）>

東部消防佐々木です。よろしいでしょうか。

実際にこの現場活動をシミュレートして動きを考えますと、その時間軸を考えると、まず、傷病者に接触してすぐにショック 1 回目、適応波形だったら 1 回目を打ちます。それで、2 分間待つ間に自動心臓マッサージ機とか IC とかその他をやったら、あっという間に多分 2 分が経つと思います。その後、すぐ 2 回目の除細動が適応だったら打つ。そうなってくると、およそ、多分これって 3 から 4 分の間に終わってしまうことです。もちろん ECPR を考えて、早期医療搬送を考えて次の動きをします。そうすると、車内収容している間に早ければ 3 回目が訪れます。これってかなり条件のいい現場のことを今言ってますけども、例えば体形が大きな人とか、救急車が離れたところにあるとかなってくると、もっと早めに 3 発目が来る。このご提案の通り、2 回まで包括的で 3 回目は電話連絡となりますと、電話連絡するのに時間がかかって、結局現場滞在時間がどんどん長くなっていくんじゃないかなと。なので、3 回もあれば車内収容までいける、なので 3 回が妥当だっという風な考えなんですけども、どうでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。小林先生、いかがでしょうか。このような意見がございましたが。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

様々な現場活動があろうかと思いますが、上田先生はじめ、それから本間先生も他地域のMCに関わってこられたと思いますが、他の地域の救急隊活動の現状として、本当に3回目の包括的除細動をかけると現場滞在時間が伸びているかどうかというところは、上田先生、ご存知でしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

その3回の方が2回よりも予後が良かったというデータは僕は持ってないのですが、ただ、47都道府県では3回が圧倒的に多いというところまでしか存じ上げてないです。本間先生、なんかご存知ですか。

<本間委員（西部地区メディカルコントロール協議会）>

本間です。全然わかりません。おそらく搬送平均時間が今米子でも7分ぐらいですか。その間に何回するかという話ですが、これって全体的にかかってくるので、例えばそれ以上に長い長距離搬送の場合も2回なのかなと。おそらくドクターカーで行っても、3回目もまだ病院に到達してなかったら、打ってしまうのではないかなという風に思います。

小林先生、多く打つとなにか障害になるとか、そのようなエビデンスはありますか。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

そうですね。ちょうど昨日参加された方も多いかもかもしれませんが、関東の心肺蘇生セミナーを1日やってまして、全国から2000人以上の方がウェブ参加とかされて、そこで全国の消防、病院前から病院の中の心肺蘇生に関するデータが出されてましたけど、やはり現場の除細動の回数が多くなればなるほど現場滞在時間が伸びてしまうというところで、予後はあまり良くないというところ。結果的には早くECPRにのせてあげるということ。

もし現場滞在時間を伸ばして現場蘇生を目指すのであれば、そこにはもういわゆるアドバンスの医療介入、いわゆるドクターヘリ、ドクターカーで医師を現場投入して、そこで追加の薬剤投与、高度な気道確保、場合によっては現場でのECPR、それが予後改善につながる唯一の攻略であるという結果になっていますので、言ってみれば、包括的除細動の回数を伸ばせば伸ばすほど結果的には現場滞在時間が伸びてしまうという、そういう結論にはなっていました。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

小林先生、その2回バーサス3回の話はありましたか。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

定義だけの問題でした。3回かけてもVFが直らないものを、定義としては治療抵抗性VFとして定義しますということの文言だけです。ですので、2回バーサス3回というのは、おそらくデータとして取られたことはないんじゃないでしょうか。

実際にいろんなところのプロトコルやってきましたけど、大体2回で包括的に除細動をして、良好な胸骨圧迫をしながらすぐに現場離脱をして救命センターを目指しましょうという形に落とし込んできたというところですかね。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。今日この場では結論出ないと思いますので、その辺のエビデンスなり、要するに2回か3回かという話になりますので、もう一度こちらの方で協議させていただいて回答させていただくという形でもよろしいですか。多分ここでは答え出ないと思いますので。小林先生、それでもいいですか。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

議長の先生にその辺りは進行お任せいたします。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

はい。では、これは宿題としてこちらでも追加等していきたいと思います。

あと、番号9のところ、小林先生、いかがでしょう。先生の指摘事項はなるべく取り入れようという風にしたのですが。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

委員の皆様もご存知の通り、ラリングルチューブの挿入手順がPMDの公式サイトに昨年の12月から変わっています。それに準じて手順は変えないといけません。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

そのプロトコルに手順は、先生が指摘されたように、愛護的な操作なり操作方法の指導に関しては、前回、東部MC協議会の時に私もウェブ参加して、それを三次救急の指導監督の下で徹底するという話をさせていただいたんですが、プロトコルの文言として指摘したことを全部入れるというよりも、それは周知事項として徹底するという形で、今回の回答案という形で出しているんですが、そこに関してはいかがでしょうか。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

このプロトコルというのが結局、救急救命士の現場活動を守る1つの手順書になります。

ご存じの通り、救急救命士法というのは現場活動においてはプロトコルの手順に従って行うということが大原則になりますので、もし救急救命士の方の活動を守るという観点であれば、この手順に従ってきちんと活動ができていて、もし何がしかの事故が起こった時には、その手順書通りにやったけども事故が起こりましたとなれば、救急隊活動としては手順通り行ってそういうことが起これば致し方がないですねと言えますが、逆に、手順に書いてないことを行って、何か傷病者に不具合が起こった時にはエクスキューズができませんので、プロトコルの中に特に特定行為に関する手順というのはきちんと落とし込んだ方が、現場活動を守るという観点からは妥当だという風に考えています。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。他の方でご意見ありますか。

小林先生、例えば手順書というのを資料として、プロトコルのラリングルチューブの後のところに添付資料としてつけるというところでは納得できないですか。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

先生がおっしゃられる事項に関しては、【資料1】の番号1にあるようにフローチャートプラス手順書というのがプロトコルになりますので、先生がおっしゃられるように、フローチャートがあってその手順書という形でつけられるのがいわゆる本来のプロトコルの形という風に認識しています。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。では、その通りであれば小林先生としてはオッケーという風に認識してよろしいですか、

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

僕としてではなくて、この委員会として。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

もちろんです。最後、みなさんのコンセンサスを得るんですけど、小林先生のご意見としてという意味ですが。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

私の意見は今申し上げた通りです。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

この番号9のところでもこういう風にさせていただこうと思うのですが、賛成ではなくてそれに反対という方がおられれば挙手及び意見をいただきたいのですが、反対意見ございませんでしょうか。池田先生、いかがですか。

<佐々木委員（鳥取県東部広域行政管理組合消防局）>

東部消防の佐々木です。よろしいですか。

この①などを検討するようでしたら、まず④喉頭鏡を使用した手技は研修所では習っていませんし、取扱説明書に、先ほど小林先生がおっしゃった12月の第17版にも書いてありません。テキストにも書いてありませんので、喉頭鏡の使用は必要ないと思います。

合わせて、③ですが、口角から横に入れて挿入という風に対処説明書に書いてありますので、取扱説明書の通りに活動するのが必要かなと思います。

あと、⑥の30秒以内に挿入するというのも、画面の方に共有しますが、ビデオに映ってますでしょうか。この特定行為プロトコルということで、救急救命研修所が作っているプロトコルには、LTは10秒以内に挿入することと書いてありますので、この30秒以内に挿入するということができないということで、⑥は必要ありません。

⑦はフローチャートの方に各プロトコルと記載があるので必要ないのではないかと思います。

⑧ですが、食道通過音というのは具体的な手技を教育受けてませんのでわからないということで、必要ないということで東部消防の方はご意見させていただきます。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。佐々木さんそれ以外は大丈夫ですか。

<佐々木委員（鳥取県東部広域行政管理組合消防局）>

①については多分コンビチューブの内容かなと思っております。②にあつては取扱説明書に記載ということで、手順書にある（4）の添付文書を熟読しというのとマッチしているので必要ないかなと思っております。

つまり、全て必要ないということで東部消防は意見を出させてもらっております。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

もう1回確認しますが、手順書をプロトコルの後につけていればということに関しては異議がないということ、理解でいいですか。

<佐々木委員（鳥取県東部広域行政管理組合消防局）>

鳥取県の今のプロトコルで問題ないという風に読み取っております。現状のままでいいと。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

小林先生、いかがですか。ご意見がありましたか。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

現場が問題ないとおっしゃられるとなんとも言えませんが、ただ、今のプロトコルで傷病者にとって不具合が起こってる事案が、報告した通り、昨年度末でLTの事故が3件起こ

っていますし、実際先日も誤挿入が1例起こっています。

ですので、その手順書に具体的に問題がないとおっしゃられるのであればおそらく事故は起こらないでしょうし、もし事故が起こっているのであれば、きちんとした手順書通りになされていたかどうかという検証を行わないといけないので、今のプロトコルに問題があるかないかというところに関しては、現行のプロトコルでやはりこういった問題が起こっているというのは事実であるということだけをお伝えします。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。池田先生、いかがですか。

<池田委員（東部地区メディカルコントロール協議会）>

現場の方の意見として佐々木さんがおっしゃられたんですが、ある程度マニュアル的な手順書というのは添付、別添という形で置いていた方が、後々のためにもいいかなという印象はあります。

ただ、その内容自体は、やはり現場との話し合いとかコミュニケーションを取りながらよりいいものにどんどんアップデートしていくと。手順書とかプロトコル自体を変えてしまうと非常にややこしいことになるので、基本的には今のプロトコルは残しておいて、それに別添として手順書を加える。その手順書は、話し合いの中でどんどんアップデートしていくという形ではどうかと考えておりますが、どうでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

他に、本間先生、いかがですか。

<本間委員（西部地区メディカルコントロール協議会）>

あまりこだわりがないので、特に意見はありません。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

例えば、二度手間になりますが、フローチャートをベースにした簡易的な手順書を、要するに文章化したものをつけておくというところで、その落としどころにするのはいかがですかね。小林先生、いかがですか。その内容はまた皆さんにチェックしてもらわないといけないですが。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

上田先生、1つ考えないといけないのが、先日、日本救急医療財団のメディカルコントロールに係る医師の研修会を2日間に渡ってやりました。毎年やるところですが、その中で、メディカルコントロールに係る医師にどのようにメディカルコントロールあるいは指示、要請をするかというところを学会等の代表の先生方が医師に伝えていきます。

その内容と、それからあと、鳥取県はエルスタをお願いして救急救命士の養成を行っているのがほとんどですし、そのエルスタでどのようにプロトコルというのを教えておられる

かで、プロトコルの内容、例えばLTの挿入に関してはどのように教えておられるかという、その教育との整合性を取る必要があるかなという風に思っていますが、教えている内容と現場との不具合ができるだけないようにしていかないといけないだろうなという、いわゆるこういったメディカルコントロールの教育に関わってくるとより感じているところですので、エルスタの田邊先生とかがどのように教えているのかとか、僕は財団の教育に関わっているので、財団の資料とその辺りとの整合性を取って、このプロトコルのあり方とか文言の使い方というのを出してもいいかもしれないです。

今回、【資料1】に書いているナンバー9の内容については、下記は一例ですので、これでやりなさいではなくて、こういった文言の形ですよという例文を書いているだけです。別にこれをそのままやるというわけではないです。この専門委員会では、教育を受けられた救急救命士の方々が混乱とかね、きちんと現場でも使えるようなプロトコルを作らなければならないといけないなという風には感じています。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。その資料をまたメールかなんかで送っていただいてもいいですか。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

救急救命士の専門学校の講師もしているの、その辺りの教育のことも含めて先生にまた共有したいと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

よろしくお願ひします。それで、一応方向としては、2度手間になるかもしれないですが手順書の箇条書きのようなものを添付するという形で、それができるかどうか検討させていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

番号31、外傷と脳卒中のプロトコルのところになります。今、脳卒中のプロトコルのワーキンググループもありまして、こちらで別途脳卒中のプロトコルを作っております。外傷は外傷のものもそちらにございますので、ご指摘の通りに、その通りのプロトコル作成を検討しておりますということになりますが、小林先生、よろしいでしょうか。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

上田先生、それから本間先生、山本先生ご出席なので、いわゆる法律が変わって、一次脳卒中センターというものを県が策定するのですが、西部、中部の脳卒中の一次脳卒中センターの扱いというのはどうなっているのでしょうか。

いわゆる脳卒中が疑われる傷病者は一次脳卒中センターに搬送しようというところになっているのですが、中部、西部の現状としてはその通りになっていますでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

大体その通りになっています。ただ、どうしてもマンパワーとか病院の機能的にはマストにはできませんので、努力義務という形になっていますが、今、脳卒中のプロトコルに

関しては、小林先生がおっしゃったように、県全体で基本的にはストロークを疑う症例に関してはプライマリーストロークセンターの方に搬送するという文言をプロトコルにつけて、今作成中になっています。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

はい。中部管内はいかがでしょうか。全然わからないので、参考までにぜひ伺いたいのですが、県が定める一次脳卒中センターは、中部管内はどこになるのでしょうか。

<事務局（谷岡消防防災課係長）>

中部地区の一次脳卒中センター認定を受けているところは、県立厚生病院と野島病院になっております。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

外傷であれ脳卒中であれ、プロトコルに落とし込んでいくということになれば、今度は搬送実施基準にも多分反映していくことになると思いますので、そこはまた色々と調整していただければありがたいかなと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

搬送すべき医療機関とかを提示したプロトコルを現在作成しております。

県立中央病院の田淵先生に入っていて、先生に伺って今たたき台を作っておりますので、できたらまたお目通しいただければと思います。

他の項目に関してはございませんでしょうか。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

気道確保した時の呼吸の確認の回数ですかね。1回の換気でというのを確か指摘したことがございまして。

番号5番。1回送気と送気音の確認というところで、これまさに教育とプロトコルが合っていないところで、1回の換気で両側の呼吸音と胸郭の挙がりと一緒に見ることはどう考えても不可能ですので、実際、現場の救急救命士の方々は、プロトコルに1回の換気と送気音の確認と書いてあるんですが、実際は2回以上送気されて呼吸音と胸郭の挙がりを見ておられます。ということは、プロトコルに書いてあること以外のことを現場の救命士の皆さんがやっておられるので、現行そのプロトコルが不十分であるという風に認識をせざるを得ないんですが、この辺りは委員の皆さんのご意見いかがでしょうか。実際に現場でLTあるいは気管挿管された後に1回の換気できちんと換気ができているか確認できるかどうか。僕は医者ですけど、1回の換気では無理です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

各消防からご意見伺いましょうか。田代さん、いかがですか。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

1回の送気で胸郭の挙上と送気音の確認をするということであれば、1回の送気でという書きぶりになるのかなという風に思っております。ですので、現状ですと、この書きぶりで1回の送気で確認をした後に、さらに送気音の確認というような考え方で教育を受けておりますので、当局としてもそういった救急活動をしている状況でございます。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

中部消防さん、いかがですか。

<津村委員（鳥取中部ふるさと広域連合消防局）>

現場でやっていることはまさにその通りで、1回でやっているわけではなくて、それぞれ挙上確認、そして聴診ということでやっていて、この書き方の問題じゃないかなと感じています。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

東部消防さん、いかがですか。

<佐々木委員（鳥取県東部広域行政管理組合消防局）>

中西部さんと同じでして、救命士の皆さんにも確認しました。普段の救命士の教育において、まず1回の換気で胸郭の挙上と換気抵抗を確認します。その後、送気音の確認ということですので、文言的にはこのような、書き手としてはそういう思いで書いておりますので、ただ受け手側が、小林先生がおっしゃったように、1回の送気で両方見るという風な考え方があるというのでしたら、変更してもいいのかなと思っております。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

2回という風に入れるのか、1回というのを書かずに送気と送気音を確認するとした方がいいですかね。むしろ回数にこだわるんじゃないかと。小林先生どうですか。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

これこそエルスタの田邊先生とかに確認しようと思います。これ実際に田邊先生に確認したのですが、この書き方はやっぱりちょっとまずいよという風に、実際1回の換気で呼吸確認と胸郭の挙上などを確認すると理解されてしまう可能性があるのもう少し分かりやすい方が、実際の現場活動に準じた書きの方がいいのではないかと、確かだいぶ前に言われました。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

場合によっては、この事務局対応案の中でも人によっては1回送気して両胸郭の挙上と換気抵抗を確認したと。その後2回送気してということは、これは3回ということになるのですかね。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

要はちゃんと換気ができているかどうか確認できたらいい。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

そうですね。ですので、回数の問題ではないということですよね。

<小林委員（鳥取県立中央病院）>

わかりやすく文字に落とし込んでいくというのがすごく大事であって。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

承知しました。分かりやすい表現で修正を検討するという形にさせていただくという形よろしいですか。

他に何かありますでしょうか。

（委員からの意見なし）

ないようでしたら事務局の方にお返ししたいと思います。

<事務局（黒見消防防災課長）>

事務局です。そうしましたら、今後の進め方といたしましては、もう一度見直す、意見番号で言いますと2番の除細動のところと、先ほどの5番のところと、9番についても一度見直して案をお示しして、委員の皆さんに諮るというような方向でよろしいでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

メール審議でいいですよ。

<事務局（黒見消防防災課長）>

可能でしたらそのような形がいいかなと事務局の方も思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

そのようにさせていただければと思います。

<事務局（黒見消防防災課長）>

そうしますと、本日いただいた御意見を反映させて、先ほど申しあげました番号の2番、5番、9番につきまして、案を委員の皆様にもメールでお示しさせていただき、また、そのご意見をいただき、ご了解をいただくというような形で改正案を作らせていただければという風に思います。

（委員から異議なし）

そうしましたら、本日はこれで終了させていただいて、改正案の方をお示しさせていた

だくということにさせていただければと思います。よろしいでしょうか。
(委員から異議なし)

5 閉会

<事務局（黒見消防防災課長）>

本日は長時間にわたりまして、誠にありがとうございました。
以上をもちまして専門委員会を終了いたします。
本日は大変ありがとうございました。