

## **指示指導医の要件** (東京都メディカルコントロール協議会)<sup>(H17.1.17)</sup>

\* 下記(1), (2), (3) をすべて満たすもの

(1) 医師免許取得後6年以上 であること

(2) 日本救急医学会、日本外科学会、日本内科学会、日本循環器学会、日本麻酔科学会、日本集中治療学会、日本胸部外科学会のうちいずれかの認定医または専門医である こと

(3) 次のうちいずれかを満たすもの

(ア) 免許取得後、救急車同乗経験あること

(イ) 消防学校、救命士養成所で講義、指導経験あること

(ウ) 病院前救急現場で医療経験があること

(エ) 指示・指導医から直接的指導を受けたことがある

東京都のものであるが、おおもとのガイドラインは総務省から出されたもの

救急活動基準  
(いわゆる処置プロトコール)

## 救急活動基準(プロトコル)の位置付け

総務省消防庁のプロトコル

(ガイドラインとしての位置づけ)



県MC協議会

ローカルプロトコルの作成



(実際の運用形態)

各消防署

各医療機関

各県、各地区の事情に併せて消防本部単位でのプロトコル(活動基準)を作成する

過去、MCの概念がない時代は監督官庁からの通知文はかなりの重きを置かれており、これに従って各県の消防関連部局も動いていた。しかしMCという体制が導入されてからはこれら官庁からの通知文であったとしても、県MC協議会の判断で各種プロトコルが改編できうる素地が形成された。

## 救急活動基準(プロトコール)の位置付け

- 消防、救急医療機関、市民との間の契約書(遵守することが隊員および組織の擁護になること)
- 実在のマニュアルとして存在させること(口約束だけの活動基準にしないこと)
- 現場救命士、医療機関、指示指導医、検証医に配付して、各人に遵守させること
- 当該プロトコールには改訂日、作成者のサイン、発信部署を記して責任の所在を明確化すること
- 改訂したなら、改訂版を適宜配付すること
- 関係者がいつでも参照できる場所に設置すること

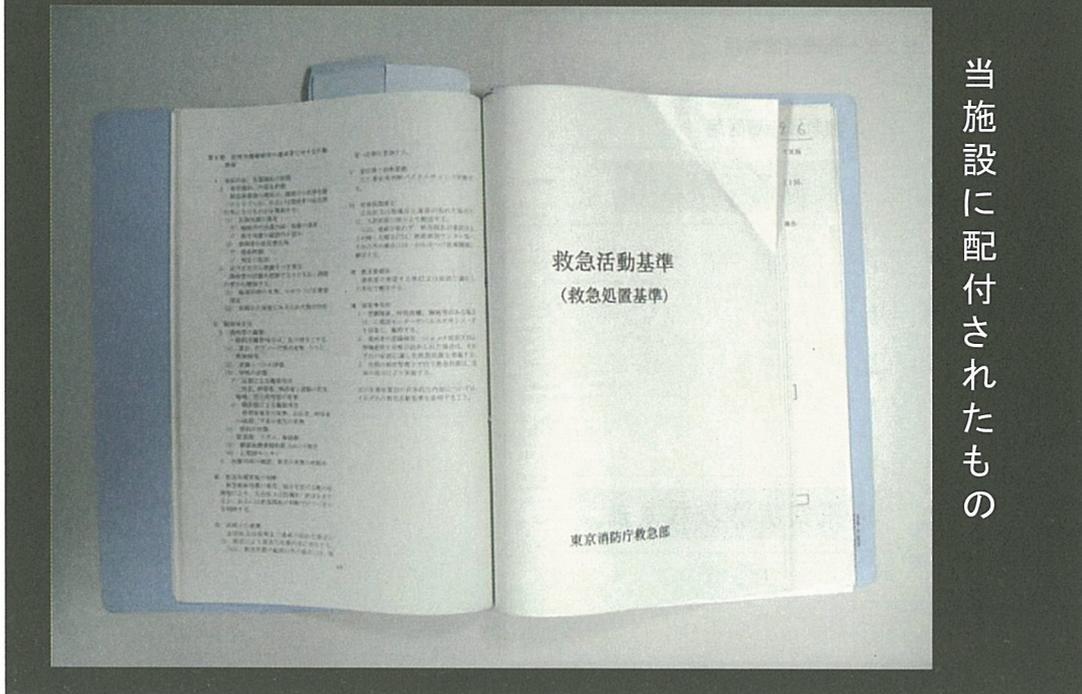
消防本部によっては、救急活動、隊連携が経験則のみで行なわれていて、これら活動基準が記載された冊子が存在しないところもある。まずマニュアルとして作成して活用することが重要。

活動基準の作成においては消防主導にならず、作成の段階で救急医療担当者や行政の意見も十分とりいれて作成すること。

病院における治療マニュアルやハンドブックと同じようにこれらプロトコールも実用的でない意味がない。

改訂された部分は逐一、現場末端にまで遅滞ない情報供与をおこなうこと。

## 救急活動基準(プロトコール)



当施設に配付されたもの

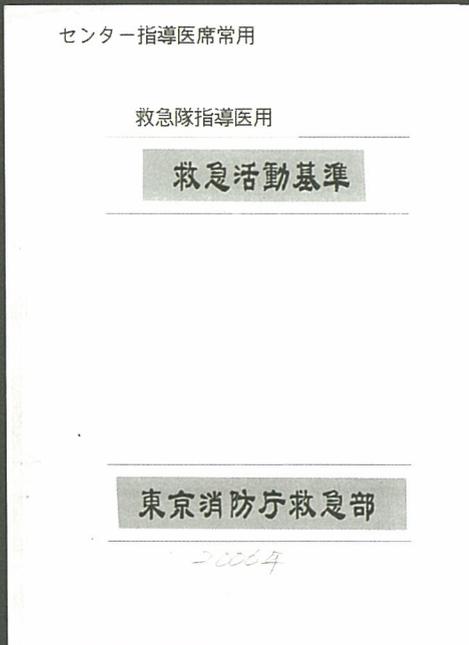
現場で使用されるプロトコールは常に隊員が常時使用できるような状態で配布されることがのぞましい。

また救急医療機関の救急担当者(医師、看護師)、オンラインMC医、検証医などに配布することも必要とされる。

またMC協議会の活動基準検討委員会では事後検証から定期的な情報を入力し、現行の医学水準と異なる内容があれば、それを見直し、定期的にプロトコール改訂を行なわなくてはならない。

この活動基準が特にMCの中で隊員、消防の擁護につながるものであるが、逆にまったく改訂がおこなわれておらず、現行の医学水準満たないような活動基準に従ったままであると、いざトラブル発生した際のマイナス要素になる。

# 救急隊指導医席 常備用



あなたの職場には  
どこに配備されて  
いますか？

## 事後検証 (Quality Assurance)

## 事後検証(Quality Assurance)の役割

### 搬送事例の検証票を用いて・・・

- (1) 隊員の業務内容の適否の検証
- (2) 活動基準(プロトコール)の改善
- (3) 改訂した活動基準を養成課程へ feed back
- (4) 救急医療体制の改善

- (1) 個人へのfeed back: 実際の現場での隊員個人のチェック(所属消防へfeed back)
- (2) プロトコールへのfeed back: 現行の医学水準に満たない活動基準の改訂(処置基準委員会へ改訂の検討を上申)
- (3) 教育現場へのfeed back: 改訂内容を消防学校のカリキュラムへfeed back
- (4) 救急医療体制へのfeed back: 現場における警察、駅員、諸団体との連携不備、または病院収容時の医師とのトラブル時の裁定。MC協議会から裁定、勧告させる。

## 医師検証における注意点

- プロトコール(ルール)に従って「フェア」に検証すること
- 医学的観点での検証を心がけること
- 検証者の思惑や個人的見解で検証しないこと
- プロトコールの内容で医学的水準に満たない部分があればMC協議会に改訂の必要性を上申すること

## 検証医師による医学的観点からの検証を受ける対象

(東京都メディカルコントロール協議会(例))

### 次に掲げる症例のうちから心肺機能停止症例を中心に選定

- 医師に対し、特定行為に係わる指示要請を行なった症例
- 自動体外式除細動による除細動を行なった症例
- 医師に対し、指導、助言要請を行なった事例のうち初診時程度が重症以上の症例
- 初診時程度が重症以上のうち、初診医師より今後の救急活動の参考に資する意見が寄せられた症例
- その他、今後の参考に資すると認めた症例

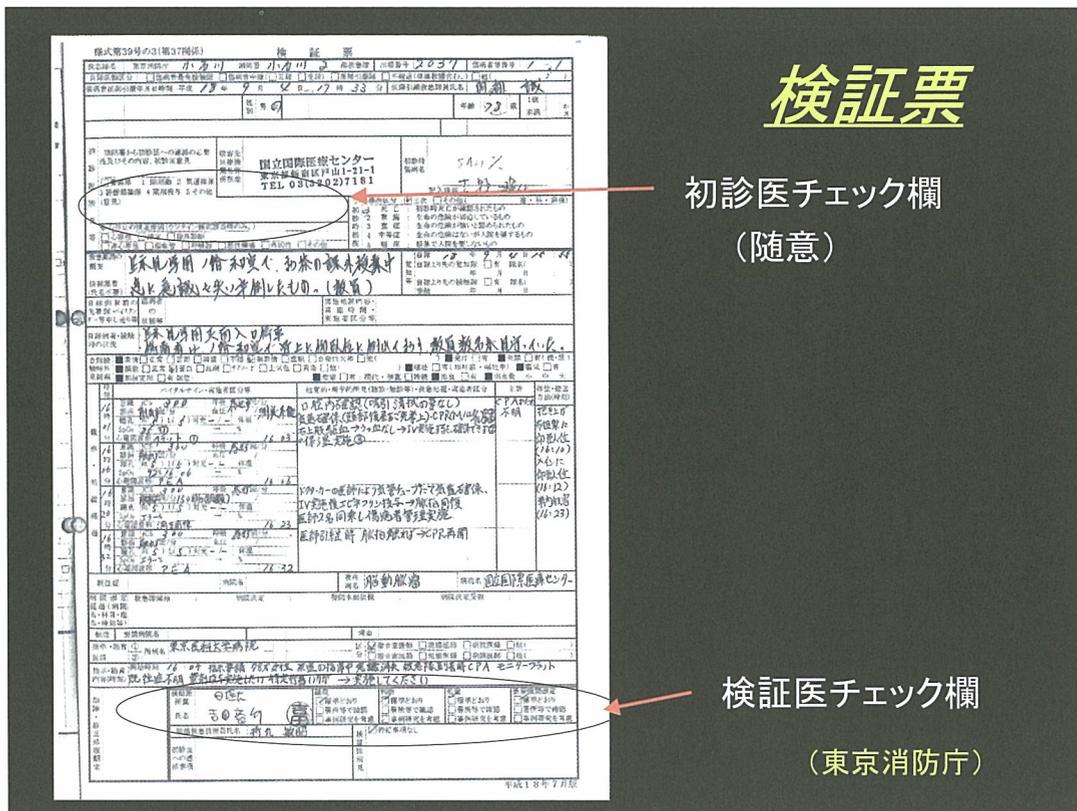
(東京都の例)

東京都における1例。現在は外傷事例で現場で15分以上滞在例もここに含まれる。

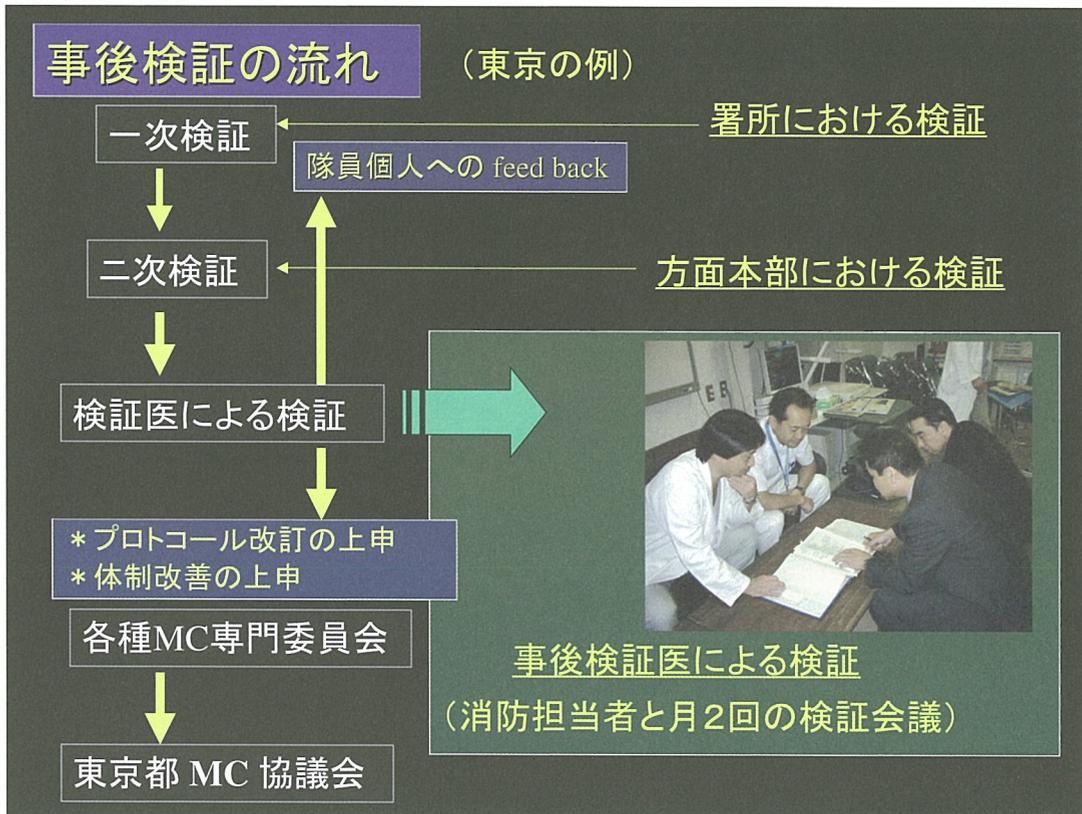
### 検証医師の要件(東京都メディカルコントロール協議会の例)

- 救命救急センターに所属していること
- 地域の消防行政を熟知していること
- 救急医療に精通していること(救急医療に5年以上は従事していること)
- 救急救命士を含む救急隊員が現場及び搬送途上で行なう救急業務に関して、救急車同乗等をとおして体験的に熟知していること
- 救急救命士を含む救急隊員の教育・研修に従事していること
- 二次救命処置及び病院前外傷処置等を熟知していること。又は、例えば、日本救急医学会認定による救急認定医の資格等を有していること

東京都の例。おおもとは総務省のガイドラインと同じ



各本部によって異なる。地域の特性、背景を考慮して独自のものを作成する。



東京都の例ではまず署所(出張所)でふるいわけられ(一次)、方面本部でチェック(二次)され、そこでふるい分けられたものが医師検証に上げられる。

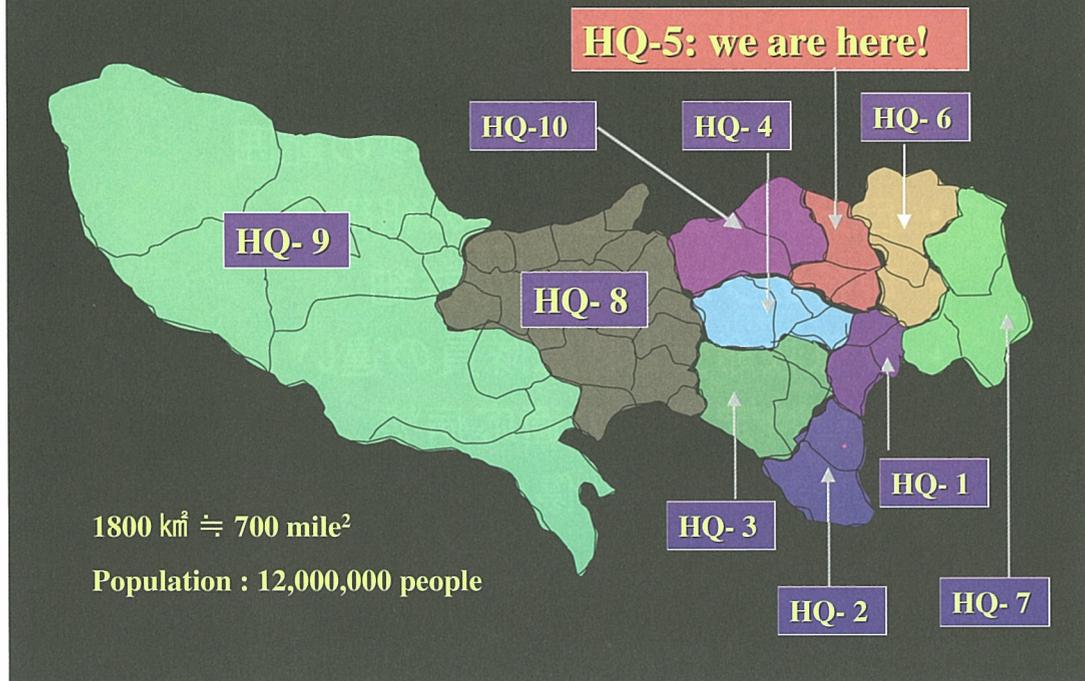
ここでは隊員の問題であれば指導は署にもどす。もし救急医療体制やプロトコールの不具合であれば、上席委員会へ具申する。

## MC 担当者が具備すべき知識

## オンラインMC医、検証医、MC担当 医師が知っておくべき基礎知識

- 自分が所属する MC 圏域の範囲
- 自分が所属する MC の組織図
- 現行のプロトコールの詳細
- 救急救命士と救急隊員の違い
- 各種特定行為の適応病態
- 高エネルギー外傷の受傷形態

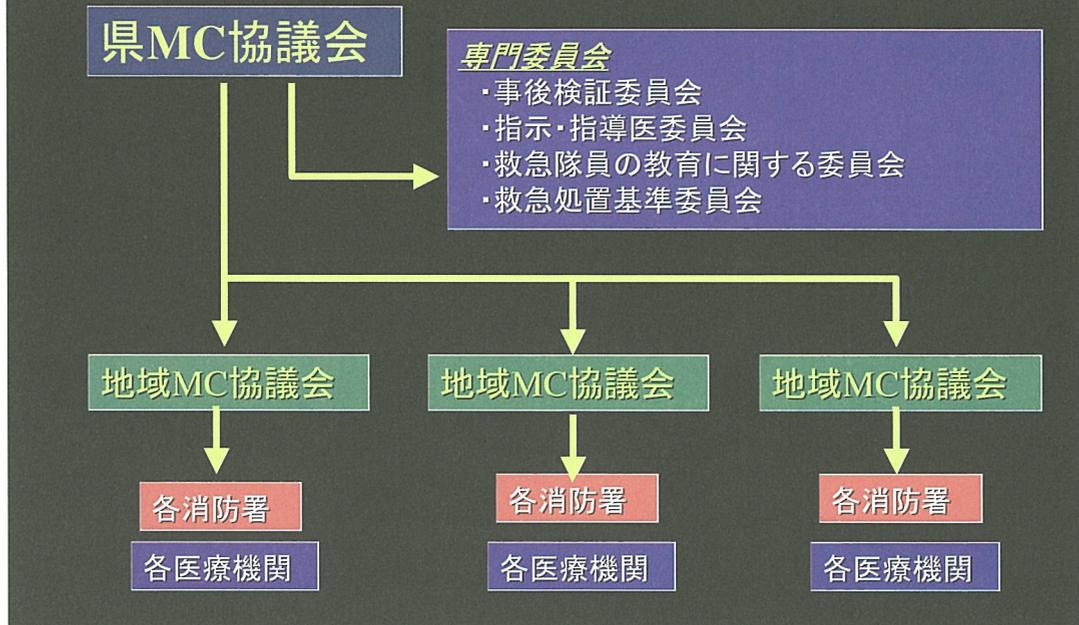
MC 圏域の範囲を知ること：  
東京は10の消防本部で成り立っている



自分の所属するMC圏域の範囲を把握しておくこと。MCごとに組織、母体が異なることがある。救急搬送は圏域を超えて搬送される場合もあるが、それぞれの隊は自分の所属するMC組織でのプロトコールで動くため、時に近隣でのMC体制と合致しない場合もある。

この場合は現場の隊員に直接feed backしても無駄。それぞれのMC協議会の間で調整する必要がある。

## MCの組織図を理解すること： 自分は今どこにいるのか？ (例)



過去、救急医療体制において医師側の管理者は医師ならば誰でも何でもオーダーが出せた時代があった。

しかしMC体制が構築された中では、自分の位置と役割を認識し、その役割内で適切に指示をだすことが必要とされる。例えば地域の医療機関の医師が独自にプロトコルを作成し協議会の知らないところでダブルスタンダードになっていてはいけない。

医師といえども与えられたMCにおける自分の役割以外のことを消防に強要するのは越権行為である。

このような場合はMC協議会が対応、調整する必要がある。

## 現場でのプロトコールを知っておくこと： 現場からの継続的な診療が可能となる

- 観察、判断、処置基準プロトコール
- 従来の特定期間プロトコール
- 除細動プロトコール
- 気管挿管プロトコール
- 薬剤投与プロトコール

プロトコールを知らずしてMCはできない。

特に前述のとおり総務省のプロトコールと自分の所属するローカルプロトコールは微妙に異なる場合が多い。また近年の国際心肺蘇生ガイドラインの導入で、日本版ガイドライン、総務省が出す消防のガイドライン、そして自分の所属する本部における心肺蘇生のプロトコールと数多くのプロトコールが存在するので混同しないよう整理しておく。

また消防の救急業務高度化に伴い、内容が数ヶ月～数年単位で変更される場合もあるので、常に最新のプロトコールに注意を払う必要がある。

消防本部も新しい情報、プロトコールを入手したら管轄内の医療機関に遅滞なく配布しなければならない。

## 救急救命士と救急隊員のできる範囲を知ること

### 救急救命士

- 1 厚生大臣の指定する薬剤を用いた静脈確保のための輸液
- 2 厚生大臣の指定する器具を用いた気道確保  
( \* 精神科領域、小児科領域、産婦人科領域の処置)
- 3 気管内チューブを通じた気管吸引

### II 課程修了者

(標準課程)

- 1 聴診器使用による心音、呼吸音の観察
- 2 血圧計による血圧の測定
- 3 心電計による心拍動の観察等
- 4 鉗子、吸引器による咽頭、声門上部の異物除去
- 5 経鼻エアウェイによる気道確保
- 6 パルスオキシメータによる血中酸素飽和度の測定
- 7 ショックパンツによる血圧の保持、下肢の固定
- 8 自動式心マッサージ器による胸骨圧迫心マッサージ
- 9 特定在宅療法継続中の傷病者の処置の継続
- 10 自動体外式除細動器による除細動

### I 課程修了者

- 1 口腔内吸引
- 2 経口エアウェイによる気道確保
- 3 バッグマスク人工呼吸
- 4 酸素吸入器による酸素投与

特定行為の適応病態を知ること：  
知らないと指示要請に応えられない

処置	適応	年齢	医師からの指示
自動体外式除細動	心肺機能停止 〔心臓機能停止 または 呼吸機能停止〕	1歳以上	包括的指示
静脈路確保		年齢の記載なし	
器具を用いた気道確保 * LM 食道閉鎖式エアウェイ			
* 気管チューブ	〔心臓機能停止 および 呼吸機能停止〕		具体的指示
薬剤投与	心臓機能停止	8歳以上	