

令和6年度第4回川崎市メディカルコントロール協議会 議事録

1 開催日時

令和7年2月28日（金）15時00分から17時00分まで

2 開催場所

川崎市消防局総合庁舎6階 作戦室

3 出席者

(1) 委員

藤谷会長、井上副会長、小泉委員、太田委員（WEB）、上野委員、上平委員（WEB）、渡邊委員、熊谷委員

(2) オブザーバー

関東労災病院 副院長 並木医師

(3) 事務局

平山担当部長、近藤救急課長、救急管理係白井課長補佐、佐々木救急指導係長、西山メディカルコントロール推進担当係長、救急指導係小川主任、救急指導係田中主任、救急管理係笹岡主任

4 欠席者

菅委員、山梨委員、大川委員

5 次第

(1) 開会

(2) 令和6年度第3回川崎市メディカルコントロール協議会（書面）の審議結果について

(3) 会長・副会長挨拶

(4) 審議事項

ア 川崎市メディカルコントロール協議会作業部会付託事項について

(ア) 胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しについて

(イ) 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

イ 令和6年度救急救命士の生涯教育後期病院実習中止について

(5) 報告事項

ア 市内の転院搬送における実態調査について

イ メディカルコントロール体制の評価指標について

ウ 令和6年中の6号基準適用事例について

エ 各行政区における救急搬送件数等について

オ 高津デイトム救急隊の運用開始について

カ #7119について

(6) その他

(7) 閉会

6 会議内容

【事務局佐々木】

それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和6年度第4回川崎市メディカルコントロール協議会を開催いたします。

本会議は委員の半数以上の出席があることから、川崎市附属機関設置条例第7条に基づき成立していることをご報告させていただきます。

なお、本日は循環器内科医であり、関東労災病院副院長の並木先生にオブザーバーとしてご出席していただいております。並木先生、どうぞよろしくお願いいたします。

【並木医師】

関東労災病院の並木です。本日はオブザーバーとして参加させていただきますので、よろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

次第2、令和6年度第3回川崎市メディカルコントロール協議会（書面）の審議結果について、ご報告いたします。会長に藤谷委員、副会長に井上委員が全会一致で選出されました。

次第3、会長・副会長挨拶

【藤谷会長】

この度、会長に選出されました藤谷です。川崎のMC協議会は、前任の田熊先生のご尽力もあり、この十数年でかなり改革等がございまして、非常にネットワークがよく、顔の見える関係性が構築されています。今回もインフルエンザのアウトブレイクがありましたが、いち早く川崎MCの中で情報共有、そして二次救急告示病院等にも応援要請をしたりといい環境になっていると思います。

また、今後は川崎MCの活動について他都市にも情報発信していけるように尽力していきたいと思っております。

それでは、どうぞよろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

それでは、次に、副会長に就任されました井上副会長、よろしくお願いいたします。

【井上副会長】

日本医大武蔵小杉病院の井上でございます。このたびは、この伝統ある川崎市メディカルコントロール協議会の副会長ということで、皆様からのご承認を賜り、誠にありがとうございます。

私が川崎に赴任いたしまして今年の春で4年目、少しずつ川崎というところが分かってきたかなと思います。色々な地域のメディカルコントロール協議会を見てきましたが、川崎はこの規模でありながら、非常に消防との意思疎通がよくできているなということを強く感じております。これは、やはり前任の田熊先生、そして藤谷先生と、あと私の前任である松田先生等々が脈々と築かれてきたこの審議会というところがあってのものだというふうに感じております。

ぜひ、さらに盛り立てて、これからいろんな問題、働き方改革の問題や高齢者の増加、APCなどたくさん問題がありますが、ぜひ皆様と一緒に討議しながら、よりよい方向にしていきたいと思っております。

また今、いろいろな実証実験を含めて、デジタル化やICTも進んでいますので、そういうところも川崎として色々取り組んで欲しいと思っております。いろいろな制約がありますが、川崎から意欲的な発信ができればなと思っております。

藤谷先生を支えながら頑張っていきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

以後の進行を川崎市附属機関設置条例第7条及び川崎市メディカルコントロール協議会要綱第3条により、藤谷会長を議長としてお願いいたします。

【藤谷会長】

審議事項（1）川崎市MC協議会作業部会付託事項に関して事務局から資料の説明をよろしくお願いいたします。

【事務局西山】

（審議（1）ア、胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しについて説明）

【藤谷会長】

6ページの（2）のSpO₂94%を目標にすることについて部会で議論になりました。強いエビデンスがあるかどうかということで、議論をCCUネットワークにもしてもらい94%ということになりました。

心電図測定に関して、現在伝送ができるような仕組みを前向きに考えていただいているということで、当初は難しいという議論だったと思うんですが、消防のほうも考えてくださっているということになります。

搬送先の選定については、虚血と解離の二つに分かれていたと思っております。PEが疑われる施設は心カテができる施設へ搬送するという流れになっています。

8ページの応需の体制というところを見ていただくと、24時間365日全て受けますというところから、曜日により夜間も可、平日日中のみ、不定期夜間も可といった施設が緊急心カテのところにはあります。心外の大動脈解離対応というところ、ここもばらばらになって24時間365日受け入れますというところから、平日日中のみと、夜間の可能の日ありといったようなことで、この部分に関しては、施設によりまちまちになっているという結果になりました。

この部分、並木先生がアンケート調査をしていただいて、この表を作成されておりますが、今後は、データを取っていくということで、本当に応需ができていますか調べ、最終的な選定施設にしていけばいいのかなと考えています。以上が、部会で議論になった内容です。並木先生から追加でコメントがございましたら、どうぞよろしくお願いたします。

【並木オブザーバー】

今回の病院前12誘導心電図というのは、我々循環器内科の専門として、患者さんに対応している身としては、非常に悲願に近いような状況で、CCUネットワークが最初にできたときも本当はそこを目指したかったんですけども、なかなかまだハードルが高いという状況で、ようやくそういった話が遡上に上ってきてくれたかなということで、本当に今回に関しては非常に感謝している次第でございます。

病院前12誘導心電図は、測定している間に搬送したほうがいいのではというご意見も多々あるのは我々も存じ上げていますが、その心電図があるおかげで、緊急のカテーテルを行う体制を組む上で、非常に時間的にも短縮できますし、横浜や三重、新潟など様々な施設で予後に対するエビデンスが学会で発表されたり、文献にもなっていたりしております。そういった点からも、これはぜひ進めていっていただきたいということで、いろいろとご協力させていただいている次第です。

また、搬送先選定施設に関しましては、アンケートの結果15施設になります。当初は救急隊の運用面から、24時間365日だけの施設にした方がいいのではという意見もありましたが、部会の先生方からのご意見などを踏まえて、やはり偏りが無い形で、かつ患者さんにとって不利がない形ということで、まずこの中からやっていきたいということを考えました。また、一つ条件とさせていただいたのは、K-ACTIVEという神奈川県の実業の一端となっている登録システムに参加していただくことをお願いさせていただきました。このシステムを使うことによって、様々なデータを取ることができますので、アウトカムをしっかりと検証して、その上でさらによい形に持っていければと考えておる次第でございます。

最後に伝送についてですが、我々としては現場での心電図そのものを見たいという思いがありまして、理由としましては、救急隊到着前に応援を呼ぶことや、カテ室を

立ち上げておくなど、色々な意味で時間短縮、ひいては予後の改善に結びつくのではと考えています。今後、情報共有のシステムが導入される計画があると聞いておりますが、導入までの期間にどのような方法があるかということ消防の方のご協力の下、検討していきたいと思っております。

以上になります。ありがとうございました。

【藤谷会長】

K-ACTIVEという登録システムですが、今までの登録状況はいかがだったのでしょうか。

【並木オブザーバー】

15施設の内、12、3の施設は既にシステムに参加しております。一部参加していない施設がありますが、今後の参加を呼びかけ、同意をいただいております。

【藤谷会長】

ありがとうございます。

【上野委員】

1点確認ですが、循環器疾患の疑いの患者さんをフローチャートでスクリーニングにかけていくと思いますが、6ページにあります活動要領(1)のイ、失神の有無とありますが、これはこの活動要領の一つでも症状が該当した場合には、循環器疾患を疑うということに進んでいくのでしょうか。それで自動的に失神となると、心電図を取る方に該当するので、もし循環器疾患を疑う場合に、生理学的な評価のところ失神の有無が入りますと、失神した患者さんは全員自動的に心電図を取るという形になると思いますが、そういう理解でよろしいですか。

【並木オブザーバー】

基本的に失神というのは、恐らく8割以上が循環器や迷走神経反射等であり、脳血管障害ではないと思います。現在の救急隊がどのような対応しているのか私は存じませんが、原因が循環器疾患であれば問題だと思いますので、測定してもよいのではないかと考えます。

【藤谷会長】

失神の場合、強く疑えばということで、明らかに失神の原因が分かっているようなものであれば、取らない場合もあるのではないかという意見が部会が出たと思いますが、いかがでしょうか。

【事務局西山】

大前提としまして、胸痛、背部痛を訴えているといったところがまず第1キーワードで、次に失神といったことであれば、12誘導心電図を取っていくことと考えております。

しかし、例えば、明らかに「てんかん」ですとか、何か分かるような状況があるのであれば、場合によっては取らないこともあるかもしれませんが、原則、測定するというようになっております。

【上野委員】

そうすると活動要領としては、救急隊の方は、この該当することは1個でもというよりも、これらの項目を参考にして、循環器疾患、特に虚血性心疾患を疑った場合のフローチャートを進むという理解でよろしいですか。

【事務局西山】

そのとおりです。活動要領の（1）に関しましては、まず救急隊が行う観察や問診の内容となります。その上で循環器を疑った場合、次に進みまして、12誘導心電図を測定する項目に入っていくといった流れになります。

【上野委員】

フローチャートの右下の心電図を取った後の対応になるんですけども、心電図を取った時点で、自動的に救急隊が虚血性心疾患かどうかを判断することなく、こちらの今リストアップされた病院のほうに電話をするということですよ。

【事務局西山】

そのとおりです。

【上野委員】

症例がどのくらいあるかわかりませんが、心電図を取って、結果的に虚血性心疾患を強く疑わないケースも多くあると思いますが、そういうときに、こちらにリストアップされた病院は受け入れますか。受け入れることを前提に連絡するのか、それとも明らかに心電図が違う場合には、断ることを想定して、どういうスタンスで電話をするのかということを確認したいです。

【並木オブザーバー】

基本的に外れの可能性が高いから断るというのはあまりないと思います。今回の12誘導心電図の意義としては、そこでの診断の確定を促すものではなくて、当たりの場合を絶対的に見逃さない、オーバートリアージでも構わないので、いち早く受けるということを目指しておりますので、例えば満床の状況であっても、ほかに回ってもらわなきゃいけないとか、特殊な事情がなければ、これは外れだからうちじゃないですよという形にはならないというふうに、私自身は考えております。

【井上副会長】

画像伝送は早くできると嬉しいのですが、心電図の読みというのは我々でもなかなか難しいのですが、ST変化の異常等を救急隊からの報告の仕方というのは具体的に決めていますか。

【事務局西山】

特にST変化、T波の異常の有無について報告するというようにしております。

【井上副会長】

そこは非常にあやふやというか、何ミリとは言にくいのかもしれないんですが、報告の仕方がある程度統一したほうがいいのではという気もする。ただ、それができるかどうか分からないですが、何ミリ下がっているとか、T波がどうだとか、異常というのは非常に広い範囲になるので、もしそれがある程度具体化できていけるのであれば、そのほうが救急隊の報告のほうがしやすいのではないのかなというのが1点。もうひとつ12誘導を取って、結果的にそれで違ふとか、当たりとかというところ、そこは難しいところですが、外れていた場合、ST変化がありながら、それを見落とした場合の対応というか、フォローというか、プロトコールというか、そこはどうなるか、その2点を聞かせていただければと思います。

【藤谷会長】

これはトレーニングを今後強化していくということで、救急隊のほうで、今のようなご質問のあった内容を詰めていくと思うんですが、具体的にどのような教育をしていくかというところは、決まっているのでしょうか。

【事務局西山】

まず、心電図電極の貼り方、それすらも今、救急救命士につきましては、しっかりと教わったことはありませんので、聖マリアンナさんの循環器内科にご協力いただきまして、まず貼り方の教育ビデオというのを作成しております。併せまして、救急救命士の生涯教育研修という場において、循環器の先生をお呼びして、心電図の読み方の講義をしていただきました。また、3月には、循環器の先生に心電図の読み方の講義をしていただいて、さらにその講義を撮影して救急隊が見られるようにするといった、このような教育体制を現在進行中でございます。

【藤谷会長】

あと、2点目のところで、見逃しがあつた場合、どのようになるのかということで、やはり今、一つ目のご意見と二つ目のご意見、やっぱり何らかの形で画像を伝送する仕組みを早急につくっていかれたほうがいいんじゃないのかなと。貼り方のところから、そもそも教育をしていくとなると、僕たち医師でもなかなか難しい判断をしないといけないときがあつて、循環器コンサル等をするということがあるんですが、そのような事象があつて、これを救急隊の方に責任を負わせるのはかなり酷かなと思うので、何らかの伝送システムを早期に実現したほうが今のご意見を聞くといいんじゃないのかなと思いますが、いかがでしょうか。

【井上副会長】

現場で12誘導をしっかりと貼って判定するというのは、私もドクターヘリ等で経験がありますが、現場でなかなか難しいですよね。いろんなファクトや要素もあって、患者さんの体動もあって、なかなかきちんとした12誘導が病院みたいに取れないというのがよくありまして、それでもずっと12誘導をモニターしていると、変化が分かってくるということもあって、そういうのが非常に難しいのかなということもありますし、あとは、今回は搭載していませんけど、自動解析ですよね。今の時代はAIなので、そのような機械が判定していると言ってくれば、ある程度エクスキューズが効きますが、人の目が入ると、どうしてもその判定がなかなか難しくなって、そんなことも画像伝送と合わせてぜひ入れていただければなというふうに感じております。

【藤谷会長】

ぜひ前向きに検討していただければと思います。

【井上副会長】

並木先生に。

そういう救急隊からの報告の方法というのは何か、例えば世界ではこうやっているとか、そういうのはございますか。

【並木オブザーバー】

横浜市とかは電話伝送を使って、もうそのまま送っているような形があると思います。それから、昔、クラウドを利用した伝送システムというのを中原区の一部で実施しましたが、それも非常に良かったんですけど、やはり予算の問題が結構ネックでした。他の地域の話になると、新潟でもやはり口頭で伝える方法を実施していましたが、やり始めた時期においてもアウトカムは改善傾向にあったというのが出ていますので、やはり伝え方の問題で少なくとも明らかな変化がある場合には、それを早期に伝えることができるという意味では、意味があるんじゃないかなと思います。

ただ、我々としては、メールシステムを使ったりということでは何かできないかと思うんですけど、セキュリティーと個人情報の問題があるので、なかなか今苦慮している状態というところが現状でございます。

【井上副会長】

ありがとうございます。

やはりそういう具体的な、例えば数字で何ミリとか、そういうのがあるほうが救急隊としては、やりやすいのかなという印象もありますが、救急隊としてはどうですか。消防側として何かございますか。報告の仕方として。

【事務局西山】

何ミリというのは、なかなか難しいところがございますが、実は12誘導心電図がプリントアウトはできるんですが、一気に12誘導が全部出てくるわけではなく、3

つつ出てくる。さらに時間もかかる。なので、そんなことを現場でしているのは非現実的だということで、今、事務局のほうで話し合っているのは、救急車のモニターを救急隊の持っているスマートフォンで撮影して、その写真を病院側のメールアドレスに送信するといったことを想定しております、ここにメモリはついていませんが、並木先生をはじめ循環器の先生から、それだけでも意味があるということで言っていたいておりますので、今セキュリティーに関しまして、事務局で確認をしているところでございます。

【井上副会長】

ありがとうございます。

【藤谷会長】

個人の名前がないような心電図だけであれば、送ることに関して個人情報流出にはならないんじゃないかといった意見もあったと思うんですね。ぜひその辺りは検討していただければと思います。

できれば写真で高解像度のものを撮って、それをAIで解析させるとか、また違う方法を考えていけないかなと思うので、またそういういい機器があれば、ぜひ導入していただければと思います。

施設に関しても、ここが一番議論になるかなと思っていたんですが、ここに関しては、しばらくデータを取っていくということで、半年ぐらい様子を見て、きちんとK-ACTIVE等のデータ登録とかもしてくれている、症例も取っているということであれば、一番これは患者さんにとってメリットがあることなので、近隣の病院で搬送が遅滞なくできるということで、半年ぐらいをめぐりにMC協議会で発表していただく、報告していただくと思いますが、それでよろしいでしょうか。

【事務局佐々木】

すみません。確認ですが、半年ごとということではよろしいですか。

【藤谷会長】

はい。

【事務局佐々木】

分かりました。

【藤谷会長】

それでは、搬送先選定もこの並木先生が提案していただいたものでいくということにしたいと思います。よろしいでしょうか。

では、並木先生、どうもありがとうございました。引き続き、よろしくお願いいたします。

【並木オブザーバー】

どうもありがとうございます。よろしくお願いいたします。

【藤谷会長】

次に、審議事項2になりますが、心肺蘇生等を望まない傷病者への対応についてということで、これは物すごく激論になって、今回かなり意見がまとまってきたと思います。この内容について、事務局のほうから報告をよろしくお願いいたします。

【事務局西山】

(審議(1)イ、心肺蘇生等を望まない傷病者への対応について説明)

【藤谷会長】

議論のポイントを整理していきたいと思います。

今の11ページ、①のところで傷病者の意思等の確認というところで、これはもうアドバンスケアプランニングがあるということを確認しにいくんですが、そのときに救急隊を介して、赤線の真ん中のところですが、指導医が救急隊を介して家族等からACPの実施確認が取れた場合も同様とするという記載がある一方で、救急隊から積極的に傷病者の意思等を確認する必要はないというところで、これは以前から物すごく議論になって、医師が救急隊に全てのアドバンスケアプランニングを聞いてほしいといった極端なことを言うところが実はあって、僕たちのところでも救急隊は原則聞かなくていいということで、以前はMC協議会の中でも議論をしていました。

今回は少し救急隊のほうも柔軟な対応を取ってくれるということで、施設にいるような人たちとか、アドバンスケアプランニングを持っていない人々に関しては、救急隊のほうにアドバンスケアプランニングとかあるんですかねという質問をこちらが投げかければ、聞いていただける場合もあるという、一応認識に今回なったのではないかと思います。

その次に③。傷病者の意思確認で、ここは以前、書面がないといけないということで、かかりつけ医からきちんとした書面をもらわないといけないのではないかと、かかりつけ医はそれをするによって、そのクリニックに行くと、アドバンスケアプランニングのことを言う病院だという噂が立ったりして、それはあまり望ましくないといった意見が出てきました。そこで口頭の意味表示もありということにしています。それプラス、あと家族の署名ができるということで、複数名の家族がサインできるような欄を今回設けていただいたということになります。

そして、かかりつけ医等の定義ですが、左側のプロトコルの④のところを見ていただくと、きちんとサインができる、アドバンスケアプランニングがきちんとできている人々に関しては、かかりつけ等に連絡を入れると。ここでかかりつけ医等の連絡が取れないということであれば、三次救急に送るという流れになっています。

じゃあ、かかりつけ医は誰なのかということで、先ほど一番最後のページにかかりつけ医等の定義が出てきたと思います。かかりつけ医プラス、チームでやっている、グループでやっているような今クリニックも出てきているので、そこに対応できるようにということで、「かかりつけ医等」という言葉にさせていただきました。

⑤の医師の指示に基づく心肺蘇生の中止ということで、ここに関して、医師の指示、心肺蘇生を中止した経過、かかりつけ医等の往診の有無について報告すると。ここで⑤と⑥のところになりますが、40分以上ということで、どのぐらい待機をさせていけばいいのかということで、地域によっては次の日に死亡診断書を書くといったようなことをしているところもありますが、さすがにやっぱり川崎内でそのままご遺体を置いておくということではできないので、40分以上であれば、病院のほうに搬送をしていただくと。その場合、④のところまでは三次救急もしくはそれに準ずる医療機関となっていますが、かかりつけ医等で40分以上時間がかかる場合、医療機関に搬送ということで、こちらに関しては太田先生等も前回ご発言があったと思うんですが、今後の課題というところで、死亡宣告をされて蘇生をしない場合、診療報酬があまりにも低くなってしまって、受け入れる医療機関がないんじゃないかと。最初はここ、二次救急告示病院という文言を入れてという話が出ましたが、あえて入れずに、三次救急、どうしても二次救急が見つからなければ、三次医療機関にも流れるような道筋を考えて、このように差別化をしました。

以上がワーキンググループで議論になったポイントになります。

今の議題に関して、何かご質問、ご意見がもしございましたら、よろしくお願いたします。

【上野委員】

往診の先生が来てくださることを前提に、最終的な引継ぎとなっていると思うんですけども、かかりつけ医が例えば近隣の病院で、その医師が当直を1人でしている場合、病院を離れられないというようなケースもあると思うんですが、それ以外のこと、ACPが確認できて、この方は電子カルテ上もそういった話になっているという場合には、往診できない場合には蘇生処置を中止して、その先生が勤めている病院に搬送するというような選択肢はあるのでしょうか。

【事務局西山】

そのような考えを持っております。かかりつけ医がそこにいますので、しかも40分以内に往診できないということであれば、医療機関に搬送ということですので、その先生がいらっしゃいます病院のほうに搬送と、受け入れてくれることが前提となっておりますが、連絡して受け入れてくれるということであれば、搬送といった流れになります。

【井上副会長】

最初はかなり慎重に設定して、今後、スリム化していけばよいのかなと思います。

恐らくもっと、2050年に向けてたくさん死んでいくので、そういう社会の中で、これを全部やっていたらとても追いつかないと思いますので、今回最初の取組としては、これは非常にいい形になっているのではないかなと思います。またやっていく中で、いろいろ修正していけばいいのかなというのが一点ございます。

あとはまた別の視点ですけれども、こういうのをいかにその市民の方に伝えていくかというのも今後必要なのではと思います。

【太田委員】

今後の課題ということで、ここに挙げていただいたのはすごくいいことだと思っております。このACPを形にしようとする、やっぱりこれ以外にはつくりようがないのかなというところも思いますので、まずはこれでやってみるということによりよいんじゃないでしょうか。

【藤谷会長】

13ページですが、ここもかなりつくるのに議論をしたところになりますが、小泉先生のほうからご意見をいただきたいんですが、心肺蘇生の中止の同意書ということで、救急隊にもできるだけストレスフリーにしていきたいということで、一番上の欄に救急隊記入欄ということで、アドバンスケアプランニングが誰から取れましたということを書いていた、プラス家族等の記入欄というところを書いて、そこに2名体制、もし書いていただければ複数、そして撤回もきちんとできるといったようなことを書いて、できるだけ問題が起こらないようにしていただくというようにいたしました。

一般のクリニックの先生方から見られて、こういった同意書とあとフロー、今までのフローに関して、何か気がついた点とか、問題になりそうな点がもしありましたら、コメントをよろしくお願いいたします。

【小泉委員】

かかりつけ医制度というのが新しくなってまいりまして、稼働して時間がそんなにたっていないので、まだ混とんとしているというか、完全に理解されている先生と、ふんわり理解しているという先生方の落差があるものですから、そこがきちんと稼働していくと、例えばこのACPに関してでも、救急隊記入欄と家族の記入欄というところがありますが、救急隊記入欄というよりも、むしろかかりつけ医記入欄という形で、もうかかりつけ医が責任を持って、ACPに関して、事前に自分の往診している家族の方々には説明済みですよというものがあれば、救急隊に関する負担が少なくなりますし、それから時間も短縮できるんじゃないかなというふうには考えています。

それからプロトコールに関しては、医師会を通してこういったようなプロトコールで、救急搬送のときにはこういうことが行われていますよということを、地域医療の各部門がありますので、その各部門で認識していただくために説明をしていくという形を取って、なるべくかかりつけ医の先生たちに理解を深めていくということはずごく底辺のことなんですけど、これからは絶対的に必要になってくることなのではないかなというふうには感じております。

【藤谷会長】

今後また医師会等でかかりつけ医制度がもう少し軌道にも乗るようなことがあれば、またこのプロトコールの改定とかにつなげていくということと、医師会の中で、このプロトコールが出来上がったということをおある程度周知していかないといけないんですけど、これはどのように周知していけば、先生のほうから医師会のほうの先生方に流していただけるのでしょうか。

【小泉委員】

いろんな部門がございまして、救急休日ですとか、災害ですとか、その他いろいろ部門があるんですが、各部門に分けて情報を流すことは可能ですので、各部門の委員会の委員長に流していくということをお今後やらせていただきたいと思ひます。

【藤谷会長】

よろしくお願ひいたします。

そして、井上先生からも提案がありましたけど、市民にどのように提案を、情報を共有していくかというようなことのご意見があったと思うんですけど、市民の公開講座とか何かそのようなことを川崎市等がやっけていっけてくれないかなということで、というのは、井上先生が会長をされる。

【井上副会長】

まだ分からないですけど、やる機会が、臨床救急医学会の。

【藤谷会長】

かなり井上先生も臨床救急医学会の中でいろんな役職を持たれて活躍されているので、そういうところで川崎でのこのMCの取組というのを一般市民、医師会の中でも広げていかれると、よりこのプロトコールが浸透していくんじゃないかなと思ひますが、ぜひ検討していただければと思ひます。

【井上副会長】

小泉先生、開業の先生、医師会のほうでそういう取組をして、先ほどの書類のところを一つ書いていただくと、大きく違うんじゃないかなと思ひます。そのプロセスがあると、非常に楽な、いろんなことがスムーズにいくんじゃないかなと。それは日本医師会というか、そういう取組をもう既にやっけていらっしてるところがありますか。

【小泉委員】

日本医師会のレベルになると、どうか分からないんですが、救急の中では、そういう意見が毎回出ていまして、これを何とかしなければいけないというところまではきていますが、具体的な案までは到達していないので、例えば川崎でこういうことを始めましたよということが起点になると、これが全国ネットに広がっていくんじゃないかなという気はいたします。

【井上副会長】

ぜひ、そういうことができそうであれば、いろいろ協力させていただきたいと思います。よろしくお願いします。

あともう一点、これをプロトコールで実際やってみると、救急隊としてはどれぐらいの時間が現場でかかるような感じですかね。何かそういうシミュレーションをやっていましたよね。

【事務局西山】

まだシミュレーションまではやっていません。

【井上副会長】

そうですか。ぜひやっていただいて、これが実際にやってみると、意外と時間がかかるじゃんとか、もっとここできるといところがあるかなとも思いますので、その機会があれば、我々、三次医療機関、あとはいろんなかかりつけの先生もいろんな設定をつくっていただいて、1回シミュレーションしてみてもいいんじゃないかなと思いました。

【藤谷会長】

いろいろご意見が活発に出てきて、一遍走らせていきながら、また救急隊のほうもぜひMC協議会等でこのプロトコールがどのように運用されているかというのを発表していただければと思います。

そのほかはいかがでしょうか。何かございますか。

【事務局西山】

本プロトコール、今回ご承認いただきまして、今後の流れですが、いきなり4月スタートというのは難しく、人の生死に関わる場所ですので、まず医師会のほうへの説明です。今は在宅療養ワーキンググループというのに私たちが参加しているのですが、そちらのほうに本プロトコール持っていきまして、さらに親会であります在宅療養審議会のほうにも上げさせていただきます。

また、警察等々の打合せといいますか、こういった場合はこれで大丈夫かとか、そういった確認もございまして、更には各方面へのご説明等々もありますので、4月スタートというわけにはいかないということをお伝えさせていただきます。

【事務局佐々木】

追加ですけれども、先ほど、井上先生からもありましたシミュレーションといった話もあったんですけれども、ある程度固まってきましたら、救急隊の教育にも時間が必要だと思いますので、少しお時間がかかるかなとは思っております。

【藤谷会長】

どのぐらいかかりそうなんですか。二、三か月。

【事務局佐々木】

いや、もう少しはかかるかと思えますね。

【井上委員】

慎重かつスピード感を持って。そういうところへのプレゼンテーションに誰が行くかというのがとても大事で、同じ行政職のメンツでいくと、渋い対応をされることもあると思うので、藤谷会長に同席していただくとか、医師会の先生にも同席をお願いするとか、消防だけではないんだよという、協議会としての意思なんだというところをしっかりと示す必要があるかなと思います。

【藤谷会長】

本当迅速に、できるだけ早く進めていっていただきたいなとは思っています。

では、よろしいでしょうか。

それでは、審議事項の（２）救命救急士の生涯教育後期病院実習中止についてというところで、報告をよろしく申し上げます。

【事務局西山】

（審議（２）令和６年度救急救命士生涯教育病院実習について説明）

【藤谷会長】

病院実習が６４時間分できないということで、７８名の方が病院実習が完遂しないということになるので、できれば教育動画で全ての１２８時間を終了したということにしていだけないかという内容なんですけど、その６４時間の補講というところを、ビデオ動画を見せてもらっていいですか。６４時間を３０分というビデオ動画で実習ということ、プラス現地でいろいろと教育をされるということなんですかね。プラスアルファで。

【事務局西山】

そのとおりです。３２時間分になります。１年目は昨年終わっていますので、病院実習３２時間はクリアしているんですが、今年度分の３２時間が足りないというところで、この代替案を考えさせていただきました。

【藤谷会長】

いかがでしょうか。なかなかトレーニングができなかった事情があるということですが、救急隊のほうからの要望ということになります。何かご意見がございましたら、よろしくお願いします。

【上野委員】

特によろしいかと思えます。

【井上副会長】

これをやっていただくのはやむを得ないかなと思えますが、ぜひいい効果が出るようにお願いします。

【事務局佐々木】

今、井上先生にも言っていたように、本来であれば、また集合研修という形が望ましいかなというところは重々承知ですけれども、救急隊の労務管理的なもの、あと予算の関係上もありまして、こういった形でYouTubeの動画の共用という形でさせていただければと考えております。

また、西山からも説明がありましたが、今年度は78名病院実習ができなかった者につきましては、来年度早々に病院実習に派遣するような形で調整させていただきたいと思えます。よろしくお願いします。

【藤谷会長】

では、これはご承認いただいたということで、次に行きたいと思えます。

【井上副会長】

ごめんなさい。今回の直接の理由は、一番は何なんでしたか。

【事務局佐々木】

年末にかけて、インフルエンザが猛威を振るった関係で。

【井上副会長】

いや、だから毎年なっちゃうと、冬場、毎年こうなることが危惧されるんですが、その辺はどうでしょうかね。

【事務局佐々木】

12月に入ってすぐから1月の中旬にかけてが一番厳しい状況となり、その後、特別な救急体制をとるという新しい取組をした結果、病院研修への行かせる余裕がなくなっていました。これを教訓といたしまして、毎年起こらないように検討してまいりたいと思えます。

【井上副会長】

救命士としての再教育というか、そこの意義をなくさないようにしていただければと思えます。

【藤谷会長】

それでは、報告事項に進みたいと思います。

市内の転院搬送における実態調査について、事務局のほうからよろしくお願ひします。

【事務局西山】

(報告(1) 転院搬送における実態調査について報告。)

【藤谷会長】

調査対象というのが病院の救急車と、あと川崎市の認定の救急車と、あと搬送業者、この三つの調査対象を行ったということで、令和5年の比較がありますが、これは川崎市の救急車ですよ。4.7%というのは。事業者とか、病院救急車は入れていないんですよ。

【事務局西山】

入れていません。

【藤谷会長】

という中で4.7%ということで、横浜が4.4ですが、かなり低い値になっています。これはかなりきちんと適正利用をしてくれているんじゃないのかなということで、この要因というのは、そういう事業をしているところがあるから、そこを積極的に使っている。それとも病院の救急車を使っている。これはどちらが大きく影響しているんでしょうか。

【事務局西山】

そういったことが分からないので、今回実態調査をするといったところになります。調査結果によっては、非常に適正に利用されているという結果が出るかもしれませんが、違う結果が出るかもしれないんですが、まずその実態を掴んでみようというのが今回の調査目的となっております。

【藤谷会長】

ある程度重症者がいたら、それは上り搬送しないといけないので、これはやむを得ないかなと思うんですね。どのぐらいが適正な数値なのかといったことを、今回の調査で解明していただけるということのようなので、また教えていただければと思います。

【井上副会長】

得られたデータは国土舘と一緒にやっているの、彼らも一緒に使うという形なのかな。発表、研究、その他では。

【事務局笹岡】

その一部については、国士舘大学の倫理委員会でも通してしまして、一部そのデータを使うというところですが、全て匿名加工をした状態で出すといったことでお話はお伺いしています。

【井上副会長】

了解です。やっぱり何のためにやるというところを明確にして、得られるデータを取りあえずやってみようというのも確かに分かるんですけど、どういうことがある程度予想されているんで、そのためにこういう方法でやるといいねというのが先にあってもいいのかなと思いましたが、今回でもこれは初めての取組でやることなので、ぜひ協力して、いいデータを出していただいて、またそのデータも我々フィードバックしていただいて、それをどういうふうに発表していくかということも考えて、我々も使っていいのかな、そのデータは。構わないですか。

【事務局笹岡】

参加いただいた事業者さんを含め、医療機関の皆様にはフィードバックをさせていただいて、共有させていただきたいと考えています。

【井上副会長】

ありがとうございます。

【藤谷会長】

それでは、報告事項の2、メディカルコントロール体制の評価指標について、よろしくをお願いします。

【事務局西山】

(報告2、メディカルコントロール体制の評価指標について説明)

【藤谷会長】

1か月後の生存率、社会復帰率、その前に傷病者の受入照会を行った回数と、あと滞在時間ですが、ここに関して、いかがでしょうか。大体2回までというところで、93%ぐらいが受入れが完了しているということと、30分以内が87%という数値になっているということですが、いかがでしょうか。

次の社会復帰率の生存率と社会復帰率ですが、生存率というのはVFとか、そういうものを入れると、世界的な発表はもう少し高い20%近くになっていた気がしますので、これはかなり低いのではと思っていますが、全国平均も14.8ということで、こんなものなんでしょうか、先生。

【井上副会長】

データの取り方にもよると思いますが、これは消防の持ってるデータで出したんですか。

【事務局西山】

救急救助の現況というのがございまして、消防庁が全国の消防本部からデータを拾いまして、その中から出している数字でございまして、その中には確かにV Fの傷病者とか、そういった細かく分かれているものもございまして、国のMCのほうからこういった示された病院前救護のアウトカム評価につきましては、このような指標を使うといいよということで流れてきたのが、この数字となっております。

【藤谷会長】

多分これは高齢化率とか、そんなのとも大きく関係してきているんじゃないかなと思うので、年齢等によって、多分地区の差があるんだらうなという気がいたしました。

次は6号基準の適用事例について、よろしくをお願いします。

【事務局西山】

(令和6年中の6号基準の適用事例について説明)

【藤谷会長】

6号基準の受入施設が川崎は1施設しかないということで、かなり負担がかかっているんじゃないのかなと。2020年から件数が増えてきていますよね。今後も多分、救急車の台数が増えてくるので、6号基準の適用事例は増えてくるんじゃないかなと思います。

満床、処置困難、処置中というところで、非常に多くのそれがメインの理由になっていますが、先ほどインフルのアウトブレイクのときとか、多分これになっちゃうんですよね。三次救とか、これでパンクしかけてしまって、二次救の病院も多分受けができなくなってきてしまうといったときに、このような6号基準の症例数が増えてくると思われます。

ここをどういうふうに対応策を取っていかないかということで、次のページをめくっていただくと、中等症、軽症がやっぱり圧倒的に多いということで、この症例が特に冬とか夏の重症患者が多いときに救命センターとかに押しかけてくると、多分容易にパンクしてしまうということで、6号基準が増えてくると思います。

一番下の6号基準該当件数というところで、宮前は聖マリーつが二次救告示プラス救命センターという施設で、1施設しかなくて、頑張っているんですが、非常に迷惑をかけてしまっていると。中部地区もベッドのある程度キャパシティーがある中で、できるだけ患者を受けていただいているんですが、それでもやっぱり全部が全部診られないというところで、ここの突出しているようなところをいかに二次救告示病院と協力体制を構築していくかということが鍵になるんじゃないのかなと。

南部のほうは、きちんとそれがうまくできているんですよね。川崎幸も南部にあるということで、この辺りは非常に大きな川崎の問題なのかなとは思っていますが、ここは問題点は、一応このように見たら分かると思うんですが、それでインフルのアウト

トブレイクのときに、二次救告示の病院の先生方とできるだけ連携を取るようなことをしたらどうでしょうかということが、井上先生のほうからご提案があったと思うんですが、メディカルケアステーションのほうにできるだけ二次救告示の病院も入っていただきたいということで、1度太田先生のほうにはお願いをさせていただいたんですが、どのぐらいの二次救告示の病院がネットワークの中に入っているかというところで、救急隊のほうで何か、どのぐらいの施設が入っているかというのはお分かりでしょうか。

【事務局西山】

手持ちのデータがなくて、即答できません。

【藤谷会長】

多分3分の2以上が入っているのではと思っています。太田先生、できましたら、より多くの施設に、特に冬季とか、ベッドがいっぱいにどこの病院も稼働率が非常に高いときに、お互いに連携を結べるようなことをしていただけると非常に助かるんですが、いかがでしょうか。

【太田委員】

分かりました。以前、先生からご連絡いただきまして、メーリングリスト等で流したと思うんですけれども、改めて周知をするとともに、病院協会の理事会等を通じて、直接私のほうからも発信していきたいとは思っています。よろしくお願いします。

【藤谷会長】

よろしくお願いします。今回も川崎市のほうで呼びかけをしていただいて、井上先生がそのときは司会をしてくださったと思うんですが、二次救告示と救命センターとでミーティングをしたということがあるので、できるだけ交流ができるような、情報伝達ができるようなツールがあったほうがいいと思うので、よろしくお願いいたします。

【太田委員】

分かりました。また相談いたしましょう。よろしくお願いいたします。

【小泉委員】

今回の冬季のことに関しては、実は休日急患診療所がパンクしまして、そのために軽症の方が救急車を呼んでしまったという事例がかなりあったようで、救急のほうには大変ご迷惑をおかけしたんですが、事務処理が間に合わなくて、診察はできるんですが、端末が2基しか各休日になくて、そこに大体200名ぐらいの患者さんが押し寄せたものですから、全くさばけない状況になってしまって、待ちきれない方が本来呼ぶべきではない救急車を呼んでしまったという事例がかなりあったようなので、それが加味されているかなという気はいたします。

【藤谷会長】

どうも情報をありがとうございます。そのような情報が僕たちのほうに入ってくると、何らかの夜間救でそういう体制を僕たちのところでもう少し増員して、そういう人たちを受けるとかいったようなことも、お互いにいろんな意見が、案が出てくるとは思いますので、ぜひ情報共有ができる。先生も入られているんですかね。そこで情報共有できればと思いますので、太田先生、よろしく願いいたします。

【井上副会長】

6号の受入病院にも本来はオブザーバーでもいいんですけど入っていただいて、そのことも見解を共有していくことが必要なのかな感じております。もともとMC協議会というのは救命センターでというのがあったのかもしれないんですけど、今のこの救急の状況だと、なるべく関わる方がステークホルダーとして入っていただくのが絶対必要なのかなと。6号の方には入ってもいいんじゃないかなと、私は考えております。

【藤谷会長】

これはご提案なんですけど、どのような手順でオブザーバーを参加させられますか。

【事務局佐々木】

今回このように6号基準の適用事例といったお話をする際に、オブザーバーという形でお話をお伺いするということは可能かと思えます。

【藤谷会長】

それでは、ぜひ前向きにお声がけしていただければと思います。

【井上副会長】

そうですね。あと、藤谷先生がさっきご指摘の、やっぱり北部にないと。そういう受け入れるところがないというのは結構長距離搬送に、北部から6号の川崎幸さんにどれぐらい行っているのかとか、まだ川崎幸さんが全然余裕だと言うならいいと思うんですけど、お話を聞いていると、もう火の車の状態のようなので、だから私もどういいう病院がふさわしいのかと、多くの場合、結構公的な病院がセーフティネットとしてやっている場合が多いので、川崎だと幸さんがそういう意味でやっているんですけど、市立病院とか、そういうのはやっぱりネットワークとして支えていかないと難しいのかなと。それをこの委員会で言うべきことかどうか、私も分からないんですけど、よりそういう一つの病院だけ、6号で決まってるじゃん、いいじゃんというふうにならないほうが6号病院を支える意味、本当の意味で6号をやってもらう意味でも必要なのかなというふうに感じております。

【藤谷会長】

どうもありがとうございます。こちらのほうに関しては、川崎市のほうも考えてくれているんじゃないのかなと。横須賀でさえ、三つぐらいあるんですよ。6号基準

が、複数ある。川崎の人口の割に一つしかないというのは、物すごくやっぱり少ないということだと思いますので、ぜひこちらのほうは見直ししないと、川崎幸がすぐパンクしてしまう、ですよ。診られるか、診られないかがあるので。こちらのほうも継続審議みたいな形でMCに関係してくる内容じゃないかなと思うので、救急隊のほうから働きかけをしていただけたらうれしいなと思います。

【上野委員】

川崎病院の上野です。

内容については特にいいんですけども、23ページの背景要因というところで、真ん中の辺りにブラックリストという言葉があるんですけども、このような言葉を使うのは不適切だということで、この件に関してはいかがでしょうか。

【藤谷会長】

西山さん、何かございますか。

【事務局西山】

修正させていただきます。

【藤谷会長】

4番目の報告になりますが、各行政区での救急搬送の受入割合について、ご説明をよろしくをお願いします。

【事務局西山】

(各行政区における救急搬送件数及び人数の説明)

【藤谷会長】

令和6年、宮前区が一番高くなっていますが、それでも28.5%ということで、先ほどの6号事案のお話もありましたが、南部で少し問題、南部は南部で解決できるような仕組みをつくっていかないと、多摩区も35.4%ということで、やっぱり北部から南部に流れている人たちがこの数値を見てもいるんだらうなということが推測をされます。これは大きな課題だと認識しているので、北部で何らかの対応策はまた練っていかないといけないかなと思っています。

よろしいでしょうか。

次に、高津デイトイムの救急隊の運用開始について、よろしくをお願いします。

【事務局西山】

(高津デイトイム救急隊が運用開始について説明)

【藤谷会長】

稼働をし始めて、まだ4月1日からですね。

では、31隊目の救急隊がデイトイムのみで、これは試験運用ということなんですか。

【事務局西山】

いや、試験ではないです。もう本運用で。中原消防署には、今、中原デイトタイム救急隊というのが令和6年4月1日から発足したんですが、今度は新たに高津消防署にデイトタイム救急隊としては2隊目なんですが、本格運用しているということです。

【井上副会長】

中原のデイトタイムは、非常に効果があったという評価ですか。

【事務局西山】

効果がありました。

【井上副会長】

数などありますか。

【事務局西山】

それは持ち合わせていませんが、現場到着時間が中原区周辺の事案に対しまして1分、昨年比で縮まったといった結果になっております。

【井上副会長】

ありがとうございます。

【藤谷会長】

これはデイトタイムより夜のほうが救急車の要請が多いかなと思うんですが、デイトタイムにするメリットというのはあるんでしょうか。夜VS日中ということで。

【熊谷委員】

時間帯を全部捉えて検証しまして、その中で日中のところでどうしても足りない、救急の現着時間がすごく延びている、延伸している部分をはっきりしている地域というのが分かりまして、その中で特に中原地域と、それから高津の消防署辺りの地域のところが非常に悪かったというところを捉えて、昼間の効果というところを見越した配置として考えております。

【藤谷会長】

ありがとうございます。

それでは、最後になりますかね。資料9の#7119に関して、ご報告をよろしくお願ひします。

【事務局西山】

(神奈川救急相談センター#7119について説明)

【藤谷会長】

#7119への相談内容が医師会にも公開されていない状況で、医療相談イコール病院受診のような形になっている印象があります。きちんとトリアージができていないのかかわからないという内容を県の医師会の先生たちより伺いました。また、#711

9の判断で病院受診しているのであれば、時間外の選定療養費は取れないのではないかという議論もあるとのことでした。本市の医師会でも何か問題はあがっていますか。

【小泉委員】

本市にも医療相談窓口がありますが、県が実施しているのとは異なり、医療相談を受けた相談員が、医療機関と受入れ調整を直接行います。一方、県で実施しているものは、近隣の医療機関を案内するだけです。もう一つ、相談員が、「心配でしたら救急車を呼んでください。」と救急要請を促しているとの話しも出ています。

【藤谷会長】

私も同じようなことを聞いております。また、どのようなトリアージ訓練を行われているかも不明のようです。

【井上副会長】

この相談件数のうち、救急要請に流れたのは何件かわかりますか。

【渡邊委員】

11月に始まったばかりということもありまして、県からはデータを得られていない状況です。

【井上副会長】

川崎のは、相当手厚い対応ですね。かなり大変ではないかと思えます。なので、なんとかこの事業をいいものにしていただきたいと思います。

【藤谷会長】

今後も情報を色々と開示していただければと思います。

本日の審議内容と報告事項はこれで終了となりますが、その他はありますか。

【事務局西山】

(安全管理検討部会での検討結果について報告を行った。)

【藤谷会長】

その他になれば、事務局にお返しいたします。

【事務局佐々木】

長時間にわたりご審議いただきありがとうございました。また、今年度最後のMC協議会でした。委員の皆様方には、1年間MC協議会にご尽力いただきありがとうございました。それでは、令和6年度第4回川崎市メディカルコントロール協議会を終了します。