

令和6年度第1回川崎市メディカルコントロール協議会 会議録

1 開催日時

令和6年5月31日（金）10時00分から12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

田熊委員、藤谷委員、菅委員（WEB）、井上委員、大川委員、上平委員（WEB）、渡邊委員、熊谷委員、

（2）オブザーバー

新百合ヶ丘総合病院脳卒中センター長 長谷川泰弘医師

（3）事務局

近藤救急課長、四維担当課長、根本救急管理係長、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 田中主任・小川主任

4 次第

（1）開会

（2）委員紹介

（3）会長及び副会長推挙（公開）

5 川崎市附属機関設置条例に基づく各部会の設置及び委員指名について（資料1-1～1-4）（公開）

（1）川崎市メディカルコントロール協議会 作業部会

（2）川崎市メディカルコントロール協議会 安全管理検討部会

6 審議事項（公開）

（1）指導救命士の推薦について（資料2-1～2-3）

（2）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 救急活動基準の一部改正について

ア 胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しについて（資料3-1～3-6）

イ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について（資料4-1～4-3）

（3）救急患者連携搬送料について（資料5-1～5-6）

7 報告事項（公開）

（1）初診時傷病程度が重症以上の傷病者で現場滞在時間が60分以上の事案について （資料6-1～6-3）

（2）6号基準適用事例の傷病者背景要因について（資料7-1～7-3）

(3) マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化のシステム構築に向けた実証事業について(資料8-1～8-6)

(4) 救急隊と医療機関との情報共有システムについて(資料9-1～9-4)

8 その他

9 閉会

【事務局佐々木】

それでは、定刻になりましたので、よろしいでしょうか。ただいまから令和6年度第1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。

委員の皆様には、ご多忙のところ、またお足元の悪い中をご出席いただき、誠にありがとうございます。

本日、進行を担当させていただく消防局警防部救急課の佐々木です。どうぞよろしくお願いいたします。

議事に入る前に、会議資料でございますが、現地参加の皆様におきましてはお手元のタブレット端末に会議資料を保存しております。Zoom参加の皆様は、事務局から事前送付しております資料をご確認ください。

また、本会議を開催する上で、Zoomによる録画をさせていただくことをご了承ください。

ご発言の際の注意事項でございますが、現地会場でご発言される際は、机上にありますスタンドマイクのプッシュボタンを押してご発言ください。ウェブ参加の皆様については、ご発言の際、挙手していただき、協議会として承認していただける方は親指を上げる等をしていただければと存じます。

本日、川崎医師会の小泉委員、川崎市救急告示医療機関協会の太田委員、神奈川県健康医療局の山梨委員が、業務の都合上、欠席とのご連絡をいただいておりますが、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。

それでは、次第2、委員紹介、資料2ページをお開きください。

今年度は委員改選の年となります。各関係機関からご推薦いただいた新たな委員での初めての開催となります。つきましては、各委員のお名前をお呼びいたしますので、一言ご挨拶をいただきたいと存じます。

川崎市病院協会理事、麻生総合病院病院長、菅泰博様。

【菅委員】

川崎市病院協会の菅です。本年度もよろしくお願いします。

【事務局佐々木】

川崎市立川崎病院救命救急センター所長、田熊清継様。

【田熊委員】

おはようございます。川崎市立川崎病院救命救急センターの田熊と申します。

いつもお世話になってありがとうございます。今年度もぜひよろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

日本医科大学武蔵小杉病院救命救急センター長、井上潤一様。

【井上委員】

皆さん、おはようございます。日本医大武蔵小杉病院の井上でございます。本年度もどうぞよろしくお願いいたします。

今朝も朝のニュースで救急車の過剰要請の問題をやっていたので、川崎も恐らく同じような状況だと思いますので、何とかその辺も含めてメディカルコントロールでいい解決策を探ればと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

聖マリアンナ医科大学病院救命救急センター長、藤谷茂樹様。

【藤谷委員】

聖マリアンナ医科大学救急医学の藤谷です。

私たちのところは働き方改革の影響を受けて、二次急の患者さんが増えてき始めているということと、病床をダウンサイズしたので、かなりベッドのやりくりが厳しくなっている状況で、いかに川崎市内で皆様方と連携を取り合いながら救急のたらい回し、非応需がそれほど起こらないようにするかといったようなことも今後議論していければと思います。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】

川崎市立川崎病院看護部救命救急センター看護師長、大川純子様。

【大川委員】

おはようございます。大川でございます。

今年度異動になりまして、このような有意義な会があるということを知ったところでございますが、連携を保てるように、所属に戻りましても、ここの内容を伝えていけるようにしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

神奈川県くらし安全防災局防災部消防保安課副課長、上平義樹様。

【上平委員】

神奈川県消防保安課の上平と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

川崎市健康福祉局保健医療政策部担当課長、渡邊崇大様。

【渡邊委員】

川崎市役所保健医療政策部の渡邊と申します。

今年度から委員に就任させていただきました。よろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

川崎市消防局警防部長、熊谷淳史様。

【熊谷委員】

川崎市消防局警防部の熊谷です。何とぞよろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

ありがとうございました。

続きまして、事務局の紹介を行います。

警防部救急課長の近藤でございます。

【事務局近藤】

救急課長の近藤でございます。よろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

警防部担当課長の四維でございます。

【事務局四維】

担当課長の四維です。よろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

警防部救急科救急管理係長の根本でございます。

【事務局根本】

根本でございます。よろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

改めまして、救急指導係長の佐々木です。どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、メディカルコントロール推進担当係長の西山です。

【事務局西山】

西山です。よろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

救急指導係主任の小川です。

同じく、救急指導係主任の田中です。

事務局の紹介は以上となります。

それでは、次第に沿って進めさせていただきます。

次第3、会長及び副会長推挙、資料4ページをお開きください。

川崎市附属機関設置条例第6条により、附属機関に当該附属機関を代表し会務を総理する者（会長）一人を置き、委員の互選により定めるとあることから、会長の選出をお願いします。ご意見のある委員の方がいらっしゃいましたら、お願いいたします。

【井上委員】

すみません。井上でございます。

昨年も当会会長に指名された田熊先生にぜひお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

【事務局佐々木】

ありがとうございます。井上委員から会長に田熊委員をとご意見がございました。

ほかにご意見はございますでしょうか。

他に意見はないようですので、委員の互選により会長には田熊委員にご就任いただくことに決定いたしました。

続きまして、資料4ページ下段、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、協議会に副会長を一人置き、副会長は委員の互選により定めるとあることから、副会長の選出をお願いいたします。

こちらもご意見のある委員の方は、いらっしゃいますでしょうか。ありましたら、お願いいたします。

【井上委員】

井上ですが、藤谷先生を推挙します。

【事務局佐々木】

ありがとうございます。こちら、井上委員から副会長に藤谷委員をとのご意見がございました。

他にご意見はよろしいでしょうか。

【田熊委員】

よろしいでしょうか。田熊です。

藤谷先生、非常に救急医療を完璧に診ていただいて、川崎市の救急医療と日本の救急医療を総合的に考えることができる非常に優れた方であり、ぜひ本委員会の中核を担う部会長に推していただければというふうに思っております。ぜひよろしくお願いします。

【事務局佐々木】

ありがとうございます。

それでは、井上委員と田熊会長からもご意見がありましており、互選により副会長には藤谷委員にご就任いただくことに決定いたしました。

それでは、田熊会長、藤谷副会長からご挨拶を一言いただいてよろしいでしょうか。

【田熊会長】

ありがとうございます。川崎市立川崎病院並びに、現在、井田病院の救急を診させていただいております田熊です。

川崎市の救急、もう17年目ですかね、あっという間に17年過ぎて、当メディカルコントロール協議会にも最初から入らせていただきまして、黒川先生等のご指導を受けてやらせていただきました。

当委員会は、当初やはり各病院同士の連携というのは、結構、救急病院に関しては、もちろん告示病院とか病院協会とか健康福祉局とか、そういう連携はあったんですけども、実際に救急患者を収容する各救急病院同士の連携というのは、救命救急センターを除いてかなり薄かったというふうに考えております。

ところが、この数年間、新型コロナウイルスとか地震とか救急患者の搬送困難問題とかを契機にいろいろ結びつきが強くなってきてまして、なおかつ、当委員会に参加していない病院の先生方もサポートしてくれるようになってきました。本当に皆さんの努力のたまものだというふうに思います。

21世紀になって救急医療の社会的な需要の高まりというのは物すごいもので、僕が救急医になった36年前は全然こんな感じは想像もしていなかったぐらいですけども、本当に21世紀は救急医療が求められておりますし、自治体救急医療、川崎市の救急医療を根底から考える委員会が当委員会だと思いますので、川崎市の市民一人一人の困ったときの救急医療のサポートという観点で、我々は尽力したいというふうに考えております。ぜひご協力、ご支援をよろしくどうぞお願いします。

ありがとうございました。

【事務局佐々木】

田熊会長、ありがとうございました。

続きまして、藤谷副会長、お願いいたします。

【藤谷副会長】

副会長を拝命することになりました藤谷です。引き続き、MC協議会には貢献をできるように頑張っていこうと思います。

僕がMC協議会の委員になったのはちょうど6年前になりますが、この6年の間で、コロナ禍を経験することによって、川崎の救急はその時期を契機に大きく変わったんじゃないかなと思っています。

IT化もうこのように通常普通にできるようになって、今メディカルケアステーションというところで救命救急センターのセンター長も、あと二次救急の先生方とも困ったことがあれば情報共有がすぐにできるということで、随分ネットワークが強固になってきたんじゃないかなと思っています。

今まで川崎幸にお願いしていた6号案件に関しましては川崎市内で協力していこうという協力体制もかなりできるようになってきて、今後IT化がさらに進んでいくと思うんですが、川崎市内の情報共有が救急隊とも一緒にできるようになって効率がいい救急医療ができるように頑張っていこうと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

藤谷副会長、ありがとうございました。

次第4、川崎市附属機関設置条例に基づく各部会の設置及び委員指名について。

(1) 川崎市メディカルコントロール協議会作業部会について、資料5ページをご覧ください。

川崎市附属機関設置条例第8条第2項及び川崎市メディカルコントロール協議会作業部会要綱第3条に基づき、川崎市メディカルコントロール協議会から、6ページのとおりに、同作業部会の委員を選出する必要があります。ほかの委員につきましては、病院協会並びに各医療機関からご推薦していただいた委員となりますので、こちら、作業部会に1名の委員の指名を田熊会長からいただくところで、先ほど田熊会長のほうから藤谷副会長をというように指名をいただきましたので、藤谷副会長ということでよろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、作業部会には藤谷副会長にご就任いただくということに決定いたしました。

次に、(2) 川崎市メディカルコントロール協議会安全管理検討部会について、資料7ページをご覧ください。

こちら、川崎市メディカルコントロール協議会安全管理検討部会要綱第3条により、委員につきましては、川崎市内の救命救急センター長、消防局警防部長を合わせた原則4名で構成すると定められておりますので、委員につきましてはこちらの委員名簿のとおりになりますので、ご了承いただきたいと思います。

次第5、審議事項となりますが、ここからは川崎市附属機関設置条例第7条により、田熊会長を議長として以後の進行をお願いしたいと思います。田熊会長、よろしくお願いいたします。

【田熊会長】

ありがとうございます。

まず、当審議事項を進めるに当たって、その前の安全管理検討部会について、これはなかなかなじみがないと思うので、ちょっと補足しておきますと、もともとメディカルコントロール協議会の設置というのは厚労省が考えて、救命士制度ができたときに救命士の医療の質をどうするかという議論があって、救命士の医療の質を向上させ、それを

維持させるためにメディカルコントロール協議会がサポートするという意味合いでメディカルコントロール協議会の位置づけが決まったという経緯があるんですね。

ところが、だんだんメディカルコントロール協議会に託される役割が広がってきて現状に至るということなんですけど、この医療安全部会はまさにその根幹にあるもので、救命士が何かトラブルがあったような場合に、3救命救急センター長と、それから警防部長でその内容を審議し、問題点を洗い出してその改善策を考えていくというようなことを考える部会なんですね。ですので、そういうことが起きない限りはこの部会は開催されません。

ということで、少なくとも僕がいる16年間はそのように運営されてきております。

以上、補足でした。

それでは、審議事項に入ります。まず一つ目、指導救命士の推薦についてということです。まず、こちら、事務局のほうで説明をお願いします。

【事務局西山】

ありがとうございます。改めまして、メディカルコントロール担当の西山です。よろしく願いいたします。

8ページ、資料2-1をご覧ください。審議1、指導救命士の推薦について、ご説明させていただきます。

神奈川県メディカルコントロール協議会指導救命士制度運用要綱第5条に基づき、同協議会へ推薦する救急救命士3名について審議をお願いいたします。

資料2に記載の第5条にありますように、救急救命士の所属する消防本部の消防長は、所属する地区メディカルコントロール協議会の同意を得た上で、県メディカルコントロール協議会会長宛て推薦できるものとなっております。

次の9ページ、指導救命士推薦職員名簿をご覧ください。

1段目、中原消防署警防第1課の高橋憲一、2段目、麻生消防署警防第1課の稲垣祐也、3段目、警防部救急課指導係主任の小川史朗の計3名の指導救命士について推薦させていただきます。名簿に記載のとおり、指導救命士の認定要件については全て満たしております。

続きまして、10ページ、こちらの方は指導救命士の現況になります。こちらにありますように、令和6年5月現在、20名で運用しております。

資料の説明は以上です。

【田熊会長】

ありがとうございます。

ご覧のように、9 ページ目にはシンポジウム、一般発表とか教育的な成果も上げておりますし、特に問題がなければこのまま承認していただこうかなというふうに考えております。

これにより、10 ページの表を見ていただければと思うんですけども、今まで麻生消防署は指導救命士がいなくて、他のところから兼務されていたわけですけども、今回、稲垣さんが麻生消防署に入れば全ての消防署、川崎市の消防署は全部で8 署ですかね、8 署埋まるということになりますので、よりきめ細かい指導が可能になるのかなというふうに思います。特に問題はありませんでしょうか。

それでは、承認させていただきたいと思います。ありがとうございます。

では、その次ですけども、よろしいですかね。審議事項の2 番目、(2) 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、救急活動基準の一部改正についてということで、これは一応2 項目あります。

胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しについてと、心肺蘇生を望まない傷病者への対応についてということで、これを作業部会のほうに引き続き付託し、引き続きというのはこのイの方ですけども、よろしいでしょうか。これについて何か補足説明はありますでしょうか。

【事務局西山】

まず、最初審議2 の(ア)のほうについて、胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しにつきまして、事務局のほうから説明してもよろしいでしょうか。

【田熊会長】

はい。

【事務局西山】

それでは、11 ページ、資料3-1 をご覧ください。審議(2) ア、胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しについてをご説明させていただきます。

平成30 年12 月に成立、令和元年12 月1 日に施行されました「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病院に係る対策に関する基本法」を背景に、日本循環器学会や日本脳卒中学会から消防庁に対しまして救急隊員が行う観察や処置について提案がなされまして、令和2 年3 月に消防庁救急企画室長より「救急隊における観察・処置について(通知)」が発出されました。さらに本年3 月には「12 誘導心電図の測定プロトコルについて(通知)」も発出され、当市救急隊のプロトコルの見直しが必要なため、胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しを作業部会に付託することについて審議をお願いいたします。

次の12ページと13ページには、先ほど述べました、令和2年3月に消防庁が発出した通知の一部抜粋を掲載しました。心臓病が疑われる傷病者に対する身体観察について、具体的な観察方法などが記載してあります。

13ページの上段には12誘導心電図を測定することが望ましい対象が、また下段にはメディカルコントロール協議会への専門医の参加等について記載があります。

次の14ページには、本年3月に発出されました12誘導心電図の測定プロトコルの通知の一部抜粋をしたものでございます。

次の15、16ページは、現在の当市救急隊の救急活動基準の中で心臓病に関するプロトコルの部分となります。

説明は以上です。

【田熊会長】

ありがとうございます。

これで分かりやすいところが、13ページの別表2の「12誘導心電図を測定することが望ましい対象」というやつですかね、これなんですけども、これが必須と考えられるものとしては胸痛、圧迫感を含む胸部の違和感ですよ、それから心窩部痛、腹痛と間違える、それから上半身に関連する疼痛、これは額から心窩部まで、例えば歯の痛みだと間違えてしまうとかそういったようなもの、それから心電図においてSTの変化が見られる、この辺は現在の救急隊でも十分わかっていらっしゃるのかなというふうに思います。

それから、実際、臨床経験から考えると、あとはPVCが多発しているとかというのも範疇に入るのではないのかなというふうに思いますけども、ここら辺は藤谷先生に少し考えていただくということで、よろしくお願いします。

それから、必要に応じて望ましいものとしましては、特にモニター心電図で異常を認めた場合ということで、これはPVCなんかはここには入るんですかね。症状としては呼吸困難とか動悸とか失神とか意識障害、ショックバイタル、心不全の疑い、心肺蘇生後とかというのが項目としてはあります。

最近、救命士がきちんと診断して適切な医療機関に連れていくというのが、僕の場合は、大体90%ぐらいは正しい診断で搬送先を間違えていないという感覚があるんですけども、そこに漏れる可能性があるものですよ。

救急隊員、救命士のレベルがどんどん今上がっていて、正確に医療機関を選定してそれができる医療機関にダイレクトに運ぶ。以前はきちんとした診断がなされず、医療機関に運んだ後に転送して高次転送を行うというのが結構多かったんですけど、最近は最初からダイレクトにきちんとしたことが行われるようになったという感覚です。

なかなか難しいポイントは、こういう色々なことをやっていると搬送が遅れてしまうというようなことがあって、搬送時間が長くなっちゃうという、だから最低限の観察を行ってきちんと選定するという極めて高度なことを救命士の方はやられているのかなというふうに思います。

unrecognized AMI、認識できないAMIというのがカテゴリーとしてあって、以前いろいろ僕も文献を作って救急隊員に配布したりしたことがあるわけですが、そういったようなものもある程度分かるような教育ができればなというふうに思います。

こちらのほう、14ページ、ショックの症状がありますよね、次の14ページの左側のパラグラフの対象者というところ、次のいずれか一つ以上認めるということで、上半身と冷汗、呼吸困難、ショックの5徴として書いていないのは虚脱とか蒼白とか頻脈ですかね、こういったようなものもここに含まれるのかなというふうに思います。

これは、消防庁の救急企画室長の名前で各自治体に通知したと、それを各自治体で咀嚼してその自治体にとって必要な項目を取り入れていくということですかね。そういう判断でよろしいんですかね、進め方としましては。

15ページに救急のプロトコルが書いてありますけど、これは現在のやつですか。

【事務局西山】

はい、そのとおりです。

【田熊会長】

これは現在のもので、これを見るとショック症状と書いてある。これはショックの5徴でショックかショックじゃないかというのを分けて、ショックじゃない場合には心電図を必要に応じてとると。SpO₂というのは、ちょっとこれはよく意味が分からないのでこの辺のことも検討していただくということですね。

それから、ずっと来て下のほうで、酸素投与をして速やかに適切な医療機関へ搬送とか、急性冠症候群による心不全、気胸などの疑いとかと書いてあります。ここら辺が多分変わってくるのかなというふうに思います。

それから、16ページは動悸・不整脈のフローチャートですけど、これは当時の資料から取って、ほとんど厚労省のやつをそのまま載せているんですけども、こちらのほうも少し影響してくるので、こちらのほうのプロトコルを変えていただくということだと思います。

委員の方、何かご意見、ご指導はありますでしょうかね。

どうですか、井上先生。なかなかちょっと雲をつかむみたいな形で、部会で細かいことをいろいろ言っただけで形になるのかなというふうに思いますが。

【井上委員】

そうですね。1 2 誘導、すごくいい取組だと思うんですけど、やっぱり結果の評価がすごく難しくて、その結果をどういうふうに共有するのか。心電図の伝送はあったんでしたっけ、川崎は。

【田熊会長】

きちんとしたものはないですよ。救急隊によっては伝送していたものもあったんだけど、時間がかかるから実施しない場合もありましたよね。ただ、モニター上で見てS Tが上がっているとか下がっているとかで、それを参考に搬送していますよね。

【事務局西山】

そのとおりです。

【田熊会長】

いや、僕が横浜市消防局にいた時に心電図伝送という、カネサカ先生がやり始めたんだけど、結局、当時の通信技術では時間がかかったということと、それから電波が届かないところがあまりにも多過ぎて実用化にならなかったんですよ。

東京消防庁に行ったときも同じような感じだったので、1 誘導ずつ流すんです、全部の誘導が同時に流れなくて1 誘導ずつ送ってくるので、それは結構時間がかかっていました。

【井上委員】

病院に大きなF A Xのようなものがありました。だから、本当にその結果をどう評価するかが一番のポイントで、あと検査をする所要時間、デバイス、胸部誘導なんかのシールが全部くっついていて、ばんと1 回で貼れば終わっちゃうようなとか確かめようがあったような気もしたんですけど。

やることはすごくいいかなと思うんですけど、今のI Tを使ってこの情報、地域によっては多分もう画像とかで見られる、映像で見られているようなところも多分あるんですよ。ちょっとそこもうまくつながるといいんじゃないかなと思っています。

【田熊会長】

今、藤谷先生がやっている伝送だと5 Gとか6 Gとかをどんどんやっているから、きっとその辺のノウハウも藤谷先生は持っていらっしゃると思うので、ぜひ期待するところですね。

【藤谷副会長】

よろしいでしょうか。

【田熊会長】

はい。

【藤谷副会長】

あと、心電図の12誘導の評価を救急隊がどのようにするのか、基本的なところの勉強会とかそういったようなところも必要で、それを評価する医師もどのようなツールを使って評価するのか。先ほど言ったモニター、動画で飛んできたものをキャプチャーして見るのか、そのようなところが、あと通信環境とかもあるので、ちょっと一概に全てで適用できるかどうかは分からないんですが、そういったことも話し合っていければと思います。

【田熊会長】

はい。ほかに意見がなければこのまま進めたいと思います。藤谷先生、この二つの項目をぜひよろしくお願いいたします。

【井上委員】

いいですか、1つ。

【田熊会長】

はい、どうぞ。

【井上委員】

循環器系の先生というと、今、川崎地区はどなたが、循環器のこういうホットラインを含めてリードしている先生はどこのどなたかなのか知ってらっしゃいますか。

【田熊会長】

特にいわゆる脳卒中ネットワークみたいな感じではやっていないですね。一部でそういう動きがあったんですけど、各病院単位にやっている感じで。

【井上委員】

あまり市内では循環器疾患に関しては、たらい回しになるようなことはないという状況ですかね。

【事務局西山】

はい、その点はないですね。

【井上委員】

了解しました。作業部会を含めて誰か循環器の先生が入られるのかなと思ってちょっと聞きました。

以上です。

【田熊会長】

井上先生、鋭い指摘なんですけど、後でそこら辺の問題症例が出てくる資料を西山さんのほうで作っていただきましたので、それを見てまたディスカッションの続きをやりましょう。よろしいですかね。その次ですけども、審議事項の（2）イの心肺蘇生を望まない傷病者の対応についてということで、こちらの説明をお願いします。

【事務局西山】

17ページ、資料4-1をご覧ください。審議（2）イ、心肺蘇生を望まない傷病者への対応について、ご説明させていただきます。本審議事項につきまして、令和元年度より継続審議していただいているものでございます。

次の18ページ、資料4-2につきましては、平成29年3月に発出されました日本救急医学会の提言から、昨年度までの当協議会における審議等の経過でございます。

次の19ページには、心肺蘇生を望まない傷病者への対応を定めている主要都市のプロトコルを表にまとめたものでございます。なお、神奈川県内で運用している地域はございません。

次、20ページと21ページは、昨年度の当協議会作業部会で検討された結果となります。

説明は以上です。

【田熊会長】

これは長年にわたり作業部会で検討して、当親会においても各委員にいろんな意見をいただいています。

これをもうちょっと具体的に言うと、例えば、がんの末期でもう結構転移がひどい状態で、心臓が止まったら蘇生行為をやってほしくないと本人がおっしゃる。これはその人とその人が通院している医療機関では、コンセンサスを得ている場合が多い。

例えば、今、井田病院に緩和ケアというのがありまして、具合が悪かった、あるいは亡くなったら井田病院に運んで、そこでお看取りをすとか、あるいは井田病院から往診医を出して、そこでお看取りをすとか、あらかじめコンセンサスを得ている場合が結構多いんですよね。

各医療機関でやっているところもあるのかなというふうに思うんですけど、いきなりおうちでそういったような患者さんでも心臓が止まってしまうと、119番にかけてしまうというのが現状で、どうしていいかわからないからなんですよ。119番にかけて、救急隊員だと今のプロトコルだとCPRを行うことになっていて、それを回避するための一つの選択肢という位置づけでいいんじゃないかなというふうに思います。

その回避するためのやり方です。川崎市の場合は基本的には三次病院、あるいは三次相当病院に運ぶということ。もちろん、かかりつけ医に運ぶこともありますよね、そういうこともあるんですけど、それをあらかじめ患者さん本人の希望において、これは本人なんですよ、本人の希望において、そういう病気のバックグラウンドがあるかどうかというのを考えて、それで心肺停止した後の対応方法をあらかじめ申告しておくことによって、不用意な意味のない心肺蘇生法を受けることがないようにする。

そういうようなことをできるだけなくして、人の尊厳のある亡くなり方をすること。もちろん救急隊の負担の軽減というか、意味のない使い方をしないというように

部分にも抵触するという、そういう観点で何らかのルールをつくっていただければいいなというふうに、藤谷先生を中心に結構深い議論をいただいています。

藤谷先生から何かここら辺はありますでしょうかね。

【藤谷副会長】

一応ご家族、患者さん本人の意向を重視するということで、指導医が心肺蘇生の中止の判断を可能とするか否かということで、可能とするときの要件がどうなのかというところで、ここは慎重に協議をしないと、例えば殺人とかが隠れていたりすると、DNA Rの書面を書いてそれがうやむやになってしまうという、そういったような事例もあって、その責任を指導医がどのように取っていくかといったところも議論をしてきました。

一応、指導医が状況を聞いて、明らかに施設にいる高齢者で目撃もあるというような状況であれば、事前に心肺蘇生を望まないと意思表示をしている方でかかりつけ医が見つからない場合は、指導医による心肺蘇生中止の判断が可能であると、その代わり、どなたかにサインをしてもらって、救命士の責任にならないようにするといったような細かなところまで一応話をしてきたところで、最終的な提案がまだできていないところでこの間は終わってしまったので、引き続き次のワーキンググループで話し合って最終的な提案を提出できればと思っています。

【田熊会長】

ありがとうございます。

よく死亡診断書を書くという行為に関して少し誤解があって、例えば24時間以内に診療していない人の死亡診断書は書けないというのが典型例なんですけども、例えばCPAの患者が川崎市立病院に運ばれてきて、CTを撮ったら大動脈破裂で胸腔内に大量の血液があって蘇生不可能と判断すると。外傷によるものではないということも分かりますよね。あと、脳出血もそうですし。

そういうような場合には、死因が明らかなので、警察に一報を入れて死亡診断書を病院で発行するというようなことをしています。それは現在では許可されているということですね。

必ずしも画像等で証明される、あるいはデータ等で証明されるというような、原因が特定できるような場合というのは、死亡診断書は書けるというようなことだと思います。

そういったようなことも少し関連してくると思いますので、指導医だと検査をしないで判断することなので、かなり指導医が判断できる条件がもう限られてくるのかな。ただ、指導医自体が判断することが可能な場合もあり得ますよね、井上先生。そこら辺、先生、何かノウハウを。

【井上委員】

難しいですけどもね。指導医の責任できちんとやるということで進めるしかないかなと思う。本当に安全策をとれば全部連れていくのでは、それはちょっと現実的でもないですし、よくお話を聞いて、だから時間をかけてもいいと思うんですよね、ここは。ただ、救急隊の現場滞在時間があまり長くなってしまうのが問題なんですけれども、少しかかりつけの先生とか施設の方とかに救急隊のほうからちょっと聴取してもらうようなことが本来はできればいいと思うんですけども。

【田熊会長】

かかりつけの先生から情報が入ればいいんですよね。

あと、将来、マイナンバーカードにもう少し医療情報が入っていて、昨日のニュースだと i P h o n e にもマイナンバーカードを入れられるというようなニュースがあって、患者さんが持っている i P h o n e をある装置にかざせば、その人の既往が分かるみたいな、そういう共有化も図れるようなので、少しこの辺はフレキシブルになってくるのかなと思います。

この辺に関しまして、また藤谷先生、引き続き、大変な作業ですけどもお願いします。

【井上委員】

ちょっとよろしいですか。今、三次に運ばれない心肺停止症例は何例ぐらいあるのかかりますか。

【事務局西山】

すみません、正確な数字はちょっとすぐには出せません。

【井上委員】

ちょっと今度教えていただければ、どれぐらい数があるのかなと。我々もそれは二次でいいよというときが、たまにあるんですけども、二次の先生方にどれぐらい搬送されているのか、ちょっともし分かれば。

あと、市内全体で心肺停止がどれぐらい発生しているのかは逆引きでいけるのかな。あと現場確認とかで。

【事務局西山】

そうですね、はい。

【井上委員】

だから、心肺停止の方の転帰ですね、どこにどう運ばれたかというのが、もし運ばれなかった方が分かれば次でもいいので、出していただければと思います。

以上です。

【田熊会長】

大川さん、今日から出ていただいたということでなかなか分からないと思いますけどずっと長い間、これを審議していてなかなか結論が出ない問題で、人の命なので難しいですね。何かありますか、意見。

【大川委員】

救命はしたんだけど本人は望んでいなかった、というのが後から分かったりとかという方々もいたりする中で、本当に興味深い内容だと思います。この指導医が判断といったところも、指導医はいろいろいるので、できたらやっぱり複数の医師でそこを判断して決めると、この指導医の負担とかというところも、やっぱり複数で判断というところは入れたほうがいいかなと。

【田熊会長】

そうですね。なかなか一人だと負担が重いですね。正確さもなくなるし。

【大川委員】

かかりつけであれば、そういった情報がカルテのトップに出てきたりとかという工夫はどこでもされていると思うんですけども。

【田熊会長】

昼間とかだとかかかりつけ医にすぐ連絡が取れるので、そこら辺はやりやすいのかなと思います。ありがとうございます。

菅先生どうでしょうか。

【菅委員】

かなり長くこの議論をしていると思いますし、方向性として大分決まってきたんじゃないかなと思うんですけども、やはり最後の詰めのところでは指導医に責任が及ばないような仕組み、今、複数の指導医というお話が出て本当にいいなと思ったんですけども。あとは、もし及んだ場合のサポート体制というか、川崎市としてバックアップするとか守るとか、そういったこともしっかりしておいたほうが、やはりこの判断を下すのは、現場にいない指導医が下していくのは結構重責だと思いますので、その辺りも整備されると進むんじゃないかなと感じております。

以上です。

【田熊会長】

ありがとうございます。そうですね。バックアップするような姿勢が大事ですね。他にはご意見はありますか。それでは、心肺蘇生を望まない傷病者の対応についてということも、藤谷先生、よろしくどうぞお願いします。

審議事項（３）の救急患者搬送連携料についてということで、ちょっとみんなで討議して決めていかなければいけない内容がありますので、こちらは事務局のほうから説明をお願いします。

【事務局西山】

22ページ、資料5-1をご覧ください。救急患者搬送連携料について、ご説明させていただきます。

令和6年度診療報酬改定におきまして「救急患者連携搬送料」が新設され、地域メディカルコントロール協議会との関わりについて記載があることから、審議をお願いいたします。

次、23ページ、24ページは、厚生労働省のホームページより引用しました救急患者搬送連携料の概略図を添付しております。簡単にご説明をいたしますと、三次医療機関等が受け入れた患者を連携している二次医療機関等に自前の救急車で搬送した場合に三次医療機関側に加算がつくものでございます。

25ページ、資料5-4には、加算がつく医療機関の施設基準について記載しました。赤の下線を引いておりますが、送る側と受け入れる側との協議に地域メディカルコントロール協議会が参加するような記載となっておりますが、27ページ、資料5-6をご覧ください。

厚生労働省から出ております今回の診療報酬改定に対する疑義解釈資料によりますと赤の下線に対する質問の回答につきましては、保険医療機関間の協議に地域メディカルコントロール協議会が参加することは必須ではないが、協議の結果等についてメディカルコントロール協議会に報告なされることが望ましいとも記載されております。

なお、このようにメディカルコントロール協議会が関わることにつきまして、国や県から事前の情報等がなかったため、こちらから県メディカルコントロールの担当に問い合わせたところ、総務省消防庁にも厚労省からの情報提供はなかったというところで、総務省消防庁の救急企画室としましては、現在のところ関わるところではないというような返答があったと聞いております。

説明は以上となります。

【田熊会長】

ありがとうございます。

今、厚労省は、救急搬送の効率化を図るために救命救急センター等に患者さんを集めて、そこで診療して診断を決めて、比較的症状が安定していて入院が必要そうな方を下り搬送、二次医療機関に連れて行っていただくと。しかも、できればその病院の私設救急車で搬送して、それが救急車の負担の軽減にはなると。

ただ、一方、よく考えてみると、三次医療機関に患者さんが集中しやすい傾向になるので、三次医療機関側にもそれなりの対応、診療スペースの拡充とか人の増員とかがないとなかなか実現できないような。これは全国に出した資料で、各自治体で少し細かいことが状況によって変わってくるのかなと思います。

当メディカルコントロール協議会に課せられた内容は、どのように関わるかということですね。実際、冒頭で私がお伝えしたように、当メディカルコントロール協議会の役割のメインは、救命士の医療の質を確保する、検証を行うというようなのが当委員会の役割ということで、ただ、救急隊に関わる項目として、例えばA病院に搬送された患者さんが実はC病院でよかった、あるいはB病院でよかった、そういったような事例がたくさん起きることがその患者さんにとってメリットがあるかないか、あるいは救急隊の役割を果たしているのかどうか、せっかくトリアージができるような救命士の役割を阻害しないか、種々の観点で考えていくというか、影響してくることがあると思うんですね。

ですので、できるだけ我々の負担のないように、どこまで把握するかというようなことが必要なのかなと思います。

例えば、救命救急センター等なので、救命救急センターとは限らないので、アクティビティのある二・五次医療機関に搬送して、そこから下り搬送が多数行われたようなときに、それだったらあらかじめその医療機関に搬送すればいいんじゃないかというような考えもあるのかなと思うんですね。

それから、なかなか搬送先が見つからず24時間、あるいは3日間とかERに長くいるような事例も発生しているので、ケース・バイ・ケースだとは思いますが、そこら辺を当委員会としてはどのように関わっていくのか。情報だけ知ればいいのか。例えばA病院、B病院、C病院に患者さんを運んだ、その予後調査というのをCPAに関しては今行っていますよね、SOS関東でも行っているし、そういうようなことで、救急患者を転送した場合には、その転送先を報告してもらって、当委員会で報告するとか、そういうようないろんな関わり方があると思うんですよ。

その関わり方に関しても部会のほうで少し検討していただいて、みんなの意見を聞いて。当委員会ではどのようにやっていくのかというのを決めていければいいなと思っていますが、藤谷先生、こんな感じでよろしいですかね。

【藤谷副会長】

皆さんの意見をちょっと広く聞いて、またまとめてここで最終審議ができればと思います。川崎北部のほうは連携の会とかを始めて、病院との連携をもう開始し始めてきているので、6月の診療報酬が新たに開始になるとときには一応申請をしていくということで、救命士が乗る、運転手は救命士と両方兼ねてはいけないというような記載にもなっているの、そういったところも各施設でどのようにしていくか、情報も一緒に収集してこようと思います。

【田熊会長】

ありがとうございます。

井上先生、何かございますかね。

【井上委員】

ありがとうございます。

これは多分、国がそういうふうにしたいと言って進めているんですけども、受ける病院のほうにはあまり診療報酬の点数がついていないみたいなので、進んでいくのかどうかちょっとよく分からないところです。

あと、メディカルコントロール協議会がどこまで関わるかということで、そこまで転院搬送にコミットする必要があるのかというのもちょっとあります。各医療機関同士でルール作りして、それをメディカルコントロール委員会に報告してくれれば、それでOKぐらいの、軽くしちゃってもいいのかなとも思っていて、それを全部メディカルコントロール委員会で細かいところまで、連携具合とかをみようと思っても、医療機関同士の事情が分からない部分もあると思いますし、ちょっと国がどのレベルを求めているのかというのが、関わり方が分からないんですけども、個人的には報告をメディカルコントロール委員会に報告すれば、それぐらいの軽さでいいのかなというのをちょっと思っています。

【田熊会長】

ありがとうございます。

菅先生、いかがですかね。

【菅委員】

私も、地域の連携にこのメディカルコントロールが事細かに介入すると、今うまくいっていることも、あまりうまくいけなくなったりとかするので、やはり報告程度をするというような形で、井上先生のお話のとおり、そのぐらいの関わりのほうが、川崎は結構病院が豊富ですので、全部メディカルコントロールが決めたルールに準拠してやってくれなんて言うと、逆にちょっと不自然な形になっちゃうような気がするので、今の形を尊重しながら報告するというのがいいような気がします。

以上です。

【田熊会長】

報告ですね。

ほかに意見はございますでしょうかね。

大川さん、何かありますか。

【大川委員】

医師の働き方改革のことがここに載っていますけども、夜急診のところでも夜間は診療していませんというところも増えてきているような様子だと思ひまして、そうすると

三次受付の大きな病院のところに集まってきちゃうというようなこともあるんじゃないかと思って。

お休みのときは、肺炎の80オーバーの方がすごくたくさん来るんですけど、これを地域でもちょっと診られないものだろうかと思うんですけども、診てくれるところもこの働き方改革で少なくなっていくことも予測されますので、なかなか難しいなというところですね。

【田熊会長】

ありがとうございます。

熊谷さん、何かありますでしょうか。

【熊谷委員】

この辺、MCとの関わりとして難しいところがあるのかなと思いながら、特に消防庁の考え方というのを少し確認してくれないかという形で私もちょうと事務局の方に話したところで、消防庁の見解というのは、なかなか具体的なところはいただけていないというところだったので、またそこら辺も何かありましたら提供できるようにしてまいりたいというふうに思います。

【田熊会長】

ありがとうございます。

渡邊さん、いかがですか。

【渡邊委員】

この疑義解釈の文面を見ますと「メディカルコントロール協議会に報告がなされることが望ましい」という書き方でございますので、仮にしなくてもそのこと自体が救急患者連携搬送料の加算を取ることは是非には関わらないというふうに読めるので、ご検討いただいてからというところによろしいのかなというふうに、すぐに今決めなくてもいいという趣旨では読み取れるかなと思っております。

この診療報酬の読み方、難解なものが非常に多くて、施設基準で、各医療機関様のほうで多分こういった診療報酬改定のたびにかなりご苦労されているというふうに思っております。

こういった形で出たときに、まず一番大事なのは、医療機関様のほうで悩まずに、どうしたらいいんだということがないように明確な方針を本当は国のほうで示していただけるのがいいんですけども、現段階で特に報告等がまだ決まっていないのする必要はないですか、または検討中であるので、メディカルコントロール協議会としては現段階では特に何もしない、しなくて構わないという趣旨でございますとか、医療機関様のほうに示してあげられると、混乱がなくてよろしいのかなというふうにちょっと感じ

てございます。すみません、意見みたいになってしまって。よろしくお願いいたします。

【田熊会長】

報告なしで。あまり関わらない方がということですね。

他に意見はございますかね。よろしいですかね。

【井上委員】

これは県とか市の方にもこういう情報は下りてきていないですかね、こういう小さい話は。

【渡邊委員】

そうですね。診療報酬改定に関しては、やはり同じ厚生労働省管轄、私どもは健康福祉局になるんですけれども、国の関東信越厚生局のほうがそちらの所管という形で、そういう話というのは全く下りてきていない状況でございます。

読んできましたら、こちらの資料も確かにメディカルコントロール協議会という記載が入ってきて、恐らく消防局様のほうにもこの連絡は一切来ていなかったということではよかったですかね。

ということで、出て初めてこれで発覚というか確認をさせていただいて、ちょっと混乱しているというような状況かなというふうに思っております。

【井上委員】

ありがとうございます。

我々もちょっと突然、こういうのがあると少し事前に何か情報が入ったりするんですけれども、あまり学会とかのほうでも全然なくて、どういう筋でこれが下りてきたのか私たちもあんまりよく分からなくて。さっき言ったように、点数のつけ方がちょっとアンバランスのような気もしますし、ちょっとよく分からない、これが有効に働いてくれるといいんですけれども、転院が進めば。ありがとうございます。

あとは、転院には病院の救急車を使うというのがあるんですけど。定義があるんですよね。はい。ありがとうございます。

当座は何か申請みたいなものはありますか、どこからか。

【事務局西山】

事務局西山です。

日本医科大学武蔵小杉病院さんから、何かメディカルコントロール協議会で決まったことはありませんかということでお問合せはあったところなんです、関東厚生局のほうにその旨を問い合わせたところ、消防の方で出すものではありませんということでご回答を昨日いただきまして、病院からそういった問合せが消防にあった場合は関東厚生局

のほうに連絡をしてくださいと、問合せをするように伝えてくださいというふうに言われております。

【井上委員】

ありがとうございます。

この25ページの2,000件以上の搬送のところが、幾つでしたっけ、13件ですか。そういうところは該当する可能性があるということですね。なので、どうしますか。いつまでに何を報告するとか決めた方がいいですかね。先ほどの渡邊さんのお話からすると、別になくても進めちゃっていいのかなというところもあるんですけども、それで返還しろなんてことは多分ないと思うんですけどもね。そこが分からなくて、俺も。

【事務局西山】

総務省消防庁のほうからも関わるところではないと言われておりまして。

【井上委員】

消防じゃないよね。委員会としてどうするかという、消防じゃないよね。だから、委員会としてどうするかというところは、そこまでに決めるというのは何か決めたほうが、関わらないなら関わらないし、というのは何か決めたほうがいいのかなとちょっと思っ

【田熊会長】

確かにメディカルコントロール協議会に報告する必要はないというふうに言えば、もうちょっと自由にできるという、そういうメリットもありますよね。お互い拘束し合わないような。

【事務局西山】

事務局ですが。病院間同士のやり取りに関しまして、先ほど菅委員のほうもおっしゃっていましたが、あまり深く関わってしまうと普段やれていたことがやれなくなるといった考えもあるかなと思っております、事務としては、ここは決めるところではないですが、報告については不要なのかなというふうに思っております。以上です。

【田熊会長】

ちなみに、資料5-5を見ると、救急患者連携搬送料に関わる届出添付書類というのは、これは、我々は全然関係のない書類。

【事務局西山】

はい。こちらは、医療機関が関東厚生局のほうに加算を請求するときに添付する書類となっております。

【田熊会長】

そうすると、関東厚生局のほうが責任を負うというか、所管をするというような、そういう意味合いですよ。

【事務局西山】

はい、そのとおりです。

【田熊会長】

今、各委員にいろいろ発言していただいて、それを議事録にまとめますので、またそれを基に部会で検討していただいて、それでいいということであれば恐らく親会でも問題ない感じですね、今の皆さんの意見を聞くと。

それでは、特になければ次にまた進みたいと思います。今度は報告事項になります。事務局で色々データを出していただきましたので、そのデータについて説明をお願いいたします。まず、（１）初診時傷病程度が重症以上の傷病者で現場滞在時間が６０分以上の事案についてということで、よろしくお願いします。

【事務局西山】

会長、すみません、一つ戻ってよろしいですか。今の救急患者連携搬送料を部会に下ろすということでよろしいですか。

【田熊会長】

うん、下ろしたほうがいいと思います。

【事務局西山】

下ろす。はい、わかりました。

【田熊会長】

大勢の意見を聞けるので、意見を聞くだけでももちろんいいと思う。

【事務局西山】

はい、わかりました。失礼しました。

それでは、２８ページ、資料６－１をご覧ください。報告１、初診時傷病程度が重症以上の傷病者で現場滞在時間が６０分以上の事案についてを報告させていただきます。

次ページ、資料６－２をご覧ください。

こちらはメディカルコントロール体制の評価指標の一つで、初診時傷病程度が重症以上と診断された傷病者が迅速かつ適切に医療機関に搬送されているかを見るものとして令和５年度第３回の当議協議会に提示したところ、資料真ん中より少し下の青枠で示しました現場滞在６０分以上の５８件について詳しく分析し、必要であればメディカルコントロール協議会として各救急告示医療機関等に現場滞在時間が延長しやすい症例等の積極的な受入れをお願いすることを考慮しようということになり、事務局で分析させていただきました。

その結果が30、31ページの資料でございます。水色の帯がついている症例が新型コロナウイルス関連で最も多く18件、その他はあまり特徴的な症例は見当たりませんでした。

その他、31ページの下には、月ごと、発生時間帯ごと、年齢別、発生区、発生場所等をまとめさせていただきました。

資料の説明は以上です。

【田熊会長】

ありがとうございます。

これ、資料を見ると、このブルーで示したコロナに関しては、今の現状では5類になったということもあってかなり収容できるようになってきたので、この資料を作った段階と比較すれば問題がないのかなと思います。これを見ると、開放骨折の搬送先がなかなか無かったり、それから最近ちょっと多いのが薬物中毒で三次選定しても断られてしまうと。東京消防庁からの問合せも結構多いんですけど、薬物ですね。この優先順位で、やっぱり救命救急センター側としては自殺企図、薬物中毒、過量服用というのはちょっと問題なのかなというふうに思うんですね。

いかがですか。表の解釈としましては、肺炎があるとコロナとかコロナ疑いとかになるんだけど、ただ、ちょっとよく分からないのは、例えば30ページの上から四つ目とかは、頸部骨折で意識障害があって、これが60分以上かかっているわけですね、90歳で高齢者で。これはたまたまなんですかね。意識障害があって頸部骨折があるからという意味なんですかね。お断りした原因、理由は。

【事務局西山】

こちら、意識障害と左大腿骨の頸部骨折というのが重なってしまっていて、どっちをメインにまず診るかというのが、現場で先生たちと病院側とやり取りしたときに困ったようでございます。

【田熊会長】

整形外科だけに任せることができないから複合的にお願いをしなくちゃいけない。これは三次選定でしたっけ。

【事務局西山】

手元にこちらの情報がないので、分からないんですが、搬送先については、二次病院になります。

【田熊会長】

あと、30ページの一番最初の吐血の症例とかは湘南鎌倉まで運んでいますけども、搬送中にショックになってコロナが陽性で肝硬変があってというような、これは今だったら取れますかね、恐らく。今だったらそんなに問題ない、肝硬変があって吐血でしょ

う。あと、ここにはないかもしれないんですけども、透析の患者さんで緊急透析が必要でシャントがない、透析の患者さんではなくて急性腎不全の疑いの患者さんの搬送先が無かったり、緊急透析できる施設というのはあまり苦労しないですか。緊急透析ができる医療機関は、川崎市で。

【事務局西山】

緊急透析ができるのは、聖マリアンナさん以外どこがあるのか、現時点ではわかりかねます。すみません。そのときに聞いてみないと分からないです。

【田熊会長】

先生のところで結構取れるんですね。

【藤谷委員】

はい。ある程度は取れます。

【田熊会長】

ありがとうございます。

あと、薬物中毒は川崎病院でも比較的断りが多いんですけど、日本医大も結構断りが多く出ていたんだけど。やっぱり優先順位が低くなっちゃうんですかね。

【事務局西山】

私が現場にいたときは、その後の管理が大変だというふうに聞いております。回復後、暴れてしまったりですとか、もしくは症状が何もないので三次じゃないだろうと言われるときもありました。それは二次に行ってよということで二次病院をひたすら当たって、今度、二次病院の先生からは三次に行きなさいといったことで、そういったので時間がかかるというのは記憶しております。以上です。

【田熊会長】

ただ、飲んだ内容で、例えばアセトアミノフェンを致死量以上飲んでいますよとか、そういう情報があれば救命救急センターが対応しますよね。そういう工夫とか情報伝達とかで回避できないですかね、薬物中毒。

【事務局西山】

現場の救命士もそちらの物質に関しましては細心の注意を払っておりますので、例えば環系の抗鬱薬ですとかアセトアミノフェン類ですとか、そういったものを大量に飲んでいる場合は危険に陥るということで、電話連絡のときにこの成分がこれだけ入っていますといったところを、市販薬の場合はそちらのほうを伝えるような工夫を現場ではしております。そうではない向精神薬ですとか、そういったものを全て先生にお伝えして、これを何錠です、これを何錠ですとお伝えしたところ、それでは二次病院だねというところが当時の現場では多いような状況でした。

以上です。

【田熊会長】

これは1年間のデータなんですよ。

【事務局西山】

はい。令和5年中になります。

【菅委員】

すみません。質問してよろしいですか。

【田熊会長】

どうぞ。

【菅委員】

すみません。菅ですけども。

この非応需の回数で0とか1とか、かなり少ない数があつて、0ということは1件も断られずにその1件目で60分、取るか取らないか押し問答があつて、結局取ってくれたということなんですかね。1件とかであれば、一つの医療機関に断られるまでに非常に時間がかかってしまって、2件目でやっと受けてくれたからこの時間になっちゃったとか、その非応受付件数が13件とか12件とか、これは60分かかってもしようがないなと思うんですけども、0とか1とかで60分かかっている要因というのは何か分かりますでしょうか。

【田熊会長】

これは、時間がかかっているというので今回はこの表に出ている。ただ、実際に問合せ回数が少ないものに関しては、特に問題ないんじゃないかな。

【事務局西山】

事務局ですが、備考のほうに書いてあるんですが、例えば31ページの現場滞在90分以上120分未満の7番、これは薬物中毒だったんですが、自宅で薬物多飲後に寝てしまい、心配した同僚が救急要請しておりまして、救急隊が中に入ろうにも鍵をかけているものでしてその鍵を開錠するのに救助隊を呼んだりとか、そういった傷病者接触まで非常に時間がかかったところでして、1つの病院の先生にずっと電話をしていたわけではないと、あくまで傷病者に接触するのに時間がかかったもの。31ページの一番上、40番、こちらもやっぱり薬物多飲なんですけど、こちらも家族を確保してくれないと、うちで診られないなというところで、そういった病院がありまして、まずそっちの確保を優先させた結果このような時間になってしまった。更に30ページの31番、こちらのほうも薬物多飲なんですけど、特段異常バイタルはないけども、警察といろいろ調整をしていたらこんなに時間がかかってしまったと。このような活動自体に、もしくは病院の対応自体に問題があったものは少ないというふうに解釈していただければと思います。以上です。

【菅委員】

分かりました。ありがとうございます。

【田熊会長】

だから、これは重症以上の傷病者というのでくくって作ったので、こういう事例も入ってきちゃうと。

【事務局西山】

はい、そのとおりです。

【田熊会長】

でも、実際に三次対応で時間がかかったのは事実だから、そこら辺は、ちょっとメディカルコントロール協議会の仕事じゃないけど、警察にうまく言うとか、レスキューを早く出すとかというような工夫はあるかもしれないですね。それはお願いします。よろしくどうぞ。

あとは、もう病院の探し方とかタイミングかな。例えば川崎で開放骨折を断ったのは、既に整形外科が手術をやっていて開放骨折にすぐ着手できないとかというのはお断りしたことがあって、その場合は開放骨折の手術ができるような、少し遠いけど聖マリアンナとか日本医大とかにコンサルトしてもらって探していくしかないですかね。

このデータは決してほかの自治体と比べて悪いデータではないですよ。ほかの自治体だともっと、昔は川崎はワーストワンだったけど、かなりよくなってきたんじゃないかなと思うんですけど。

じゃあ、報告の（１）はそれでよろしいですかね。じゃあ、たまたもし後で何か質問があったらよろしくをお願いします。

（２）６号基準適用事例の傷病者背景因子について、お願いします。

【事務局西山】

３２ページ、資料７－１をご覧ください。報告２、６号基準適用事例の傷病者背景要因についてをご報告させていただきます。

次のページ、資料７－２をご覧ください。

こちらの資料も令和５年度第３回の親会の報告資料としまして提示させていただきました。

その際、６号基準となってしまう理由として一番多い理由が「特に見当たらない」となっており、この統計の取り方ではメディカルコントロール協議会として６号基準の件数を減少させるための方策等の話合いができないのではないかとこの意見がありましたため、今年度より、次のページ、資料７－３にありますように統計の取り方を変更させていただきましたので、報告させていただきます。「特に見当たらない」という選択項目

を削除させていただきまして、その他を選択した場合には詳細を記載する形へと変更しましたので報告いたします。

説明は以上となります。

【田熊会長】

ありがとうございます。

これ、備考で書くじゃないですか。令和5年だと「特に見当たらない」が236件。これを表にばっと出して、それをお見せする。キーワードで相当するとか、何かないですかね。

【事務局西山】

事務局としては、その他の理由をキーワード化して表に落としてというところを今考えているところでございますが、どのような理由が今後挙がってくるのかというところを見ながらというふうに考えております。

以上です。

【田熊会長】

相当して、でも236件だとそんな多くはないので、表裏で全部表示できますかね。どんな感じの傾向があるのかというのが分かるから。

【事務局西山】

はい。出てきたものを見ながら、ちょっとそのときにまたご相談をさせていただければというふうに思っております。

【田熊会長】

6号事案の病院というと幸病院に運ばれた症例ということになる、6号事案にして幸病院に運ばれた症例ということになるわけですね。

【事務局西山】

救急隊が6号基準を宣言したのになりますので、幸病院さんが断ったものも入っております。あくまで6号基準として宣言して搬送した症例数でございます。

【田熊会長】

そうしたやつですよ。この資料7-2の表を見ると一番多いのが感染症ありで、これは多分コロナが多かったのかな、コロナなんかでも幸病院は取ってくれたんですね。

それから、その次は複数科併合と書いてあって、これもちょっとよく分からないですけど、何と何が多いのか、意識障害と大腿骨、頸部骨折が多かったのかとか、そういう傾向が分かればいいですよ。

それから、高齢者施設の入所者がやっぱりちょっと多いですけど、これなんかは今後解決できるような感じがしてきますね。

「特に見当たらない」の中でリストをつくって、その中で改善し得るものをみんなで考えていくというような、ということで、引き続きちょっとそこら辺のさらに深い資料を作っていただくと何を努力すればいいと分かるといいのかなということで。

【事務局西山】

はい、わかりました。

【田熊会長】

例えば、具体的に言うと川崎病院も井田病院も緊急透析ができないので、常々、院長とか管理者との会議でも透析時間外に何とかならないかというような、あるいは内科の腎臓内科とかの担当者には言っているんですけど、その根拠は何かといったときに資料を見せると比較的人集めしやすいので、そういう資料が少しあるといいかなと思って。

改善するための資料作りというのかな、例えば高齢者施設入所者が6号基準適用になるという、高齢者の施設に入所しているから取らないのかなと。何かちょっと違うような気がするんだよね。精神疾患ありは何となく分かりますよね。何か嫌だよねと、暴れちゃったりしてというような。

複数科併合というのも何と何の組合せがちょっとまずいのかなと、何科が必要なのかなというのが分かればいいし。

【田熊会長】

野宿生活者というのは随分減りましたよね、昔と比べて。やっぱり全体量が減っている。そういう意味では、この表は、以前からずっと作っていただいていたんだけど、かなり実はいろいろなものが改善してきていますよね。表の効果というのはあるのかな。

ちょっと年次的な経緯を経るかとか、改善度合いが目に見えて分かるみたいな資料を作ると、我々よりも上層部の議員さんとか副市長とかに説明しやすくなるので、そこら辺はお願いできるとありがたいなと僕は思うんですけど。

井上先生、いかがですか。

【井上委員】

ありがとうございます。6号、難しいですね。これが妥当な数なのかと非常に難しいところなんですけど、多くはベッド状況も結構関連しているところがあって、余裕があれば取れたりとかいうのもあると思うんですけど、なかなかちょっと。これはコロナが、先生がおっしゃるように130件ぐらいでしたっけ、これを抜くとこれか、難しいですね。頑張ります。

【田熊会長】

藤谷先生、いかがですか。

【藤谷副会長】

いや、僕たちのところも非応需のところの断り理由というところで書いてあるんですが、各専門家がお断り、あとベッドがないとか、そのときにオペとかが入っていて本当に忙しくて動けないといったようなことがあると、うやむやに理由が分からないでお断りといったような案件が出てきているので、この辺り、救急隊が調べるのが難しいのでは。病院の中の問題とかにも関係してくるので、明らかな背景因子が出てこないかもしれない。僕たちでさえつかみきれていない案件があつて、チェックしているんですけど、というのがあつたなと思って聞いていました。

【田熊会長】

ありがとうございます。

菅先生、何かございますでしょうか。

【菅委員】

我々がこの中でお断りが多いのは、やっぱり精神疾患とか、あと緊急手術とカテーテルを含め、そういったことがちょっとできない病院ですので、そこでやっぱりちょっと増えているのかなと。

うちはもうベッドコントローラーがいて、かなり緻密にコントロールしているので、そのベッドコントローラーの要因で断っちゃったというようなことはあまりないんですけど、ある病棟を全部もうさらけ出して全部受けようという形でやっているの、ベッドなしでお断りになるのは本当にコロナ陽性と分かっている個室がないとか、そんなことがやっぱりちょっと多いのかなと思って聞いておりました。

以上です。

【田熊会長】

ありがとうございます。

健康福祉局の渡邊さんのほうで、これは随分、以前と比べて、高齢者の問題とか野宿の問題とかというのは、健康福祉局が恐らく中心に解決してくれてきたのかなと思うんですけど、何かコメントとかはありますか。

【渡邊委員】

やはり救急隊さんのほうで感じられているこの背景要因と、先ほどもご意見をいただいております受入れ側の医療機関様のほうの事情というのがこちらではなかなか見えない部分がございます、特に先ほど来ご意見をいただいている内容のとおりで、コロナ禍にあつては、やはり初療室がいっぱいであつたりですとか、幸病院様のほうからもそういったようなご意見もやはりいただいている、そういう特殊事情によってこの全体件数というのは、かなりここ数年は増えてしまつたというようなところはあつたかというふうに感じております。

【田熊会長】

ありがとうございます。

熊谷委員いかがですか。

【熊谷委員】

すみません。「特に見当たらない」というのが多いというのが、実はすごく特徴なんですね。救急隊としてはなぜ駄目なんだろうというところを捉えるのは本当に、藤谷先生がおっしゃられたように、実は分からなかったり、逆にお忙しい中でそれを細かく聞くということも大変恐縮なところというのもあるというところかなと。

実際、本当に今回改正してみてどれぐらいのものが書けるかというのは、ちょっと期待はしているところではございますけど、引き続きご迷惑をおかけしない程度に教えていただければというところもあるのかなというふうには感じているところです。

【田熊会長】

ありがとうございます。

【藤谷副会長】

これは、救命センターのある施設は、お断り理由とかというのは、事務でチェックしたりとかは特段されていないんでしょうか。田熊先生のところの施設等も。

【田熊会長】

ええ。これはなぜ断ったかというのは、二次、三次、両方を記録しています。大体、多忙が多いです。ER、今の川崎病院は狭いのですぐいっぱいになっちゃって、患者さんが5、6人しか入れないので、そこをオーバーフローするとお断りの対象になっちゃいますね。ベッド満床というのは実はあまりなくて、ただ、コロナのときにはコロナの患者さんは、これ以上入れられないというのはあったんですけど、コロナが大分落ち着いてきてベッド満床というのはあまりないです。

【藤谷副会長】

この中には、多忙というのは、背景要因の中にはない。

【事務局西山】

はい。傷病者の背景ですので、病院の背景ではなくて傷病者の背景ということで取っております。

【田熊会長】

なるほどね、傷病者側の背景ですよ。

今度の案は、「特に見当たらない」というのを削除することによって、それ以外の原因が出てくるということですよね。その他の理由とかだったら「その他」というところが増える可能性もあるけど、その他のところの理由を書いてもらって。

それから、高齢者施設入所者で断るというのはあるかなのかな。これも高齢者施設入所だから断るというのはいないんじゃないかなと思うんだよね。誰が言うんだろう、高齢

者の施設に入所しているから断りましたというのは。関係ないような気がするんだよね。だから、これも削除でいいんじゃないかな。一人暮らしだから受けないというのは小さな病院ではありますよね、確かに。でも、あまり数としてはここには書いていない。認知症があるから、確かにうちには認知症の人を管理できる人員が今いないからみたいな、何かありますよね、それは。あと、経済的な困窮者とかそこら辺も、確かに小さな病院だと断るけど、大きな病院はこういうのはあまり関係ないですよ。

少しその辺の見直しを図って、委員に回して、皆さんの意見を聞いてまたちょっと新たな項目をつくっていきませんか。これはもう10年以上やっている統計ですよ。だから、そろそろまた10年に1回ぐらい、時代が変わると項目も変わるので、ちょっと見直していけば解決につながっていくんじゃないかなと思いますので、よろしくどうぞお願いします。事務がちょっと大変かもしれないですけど。

【井上委員】

よろしいですか。その高齢者施設入所者数というのは、多分98歳要介護5とかそういう区分だと思うんですよ。だから、介護度というか、そこなんじゃないかなと思うんですよ。我々の施設もやっぱりそういうふうに、うん、これはという、そのまま施設で先生に診ていただければいいんじゃないのかなというようなのも結構多かったです。その高齢者入所施設という、背景はいろいろあるんですけども、多分我々のところではちょっとそういうADLというか、介護度で左右してしまう場合も結構ありますね。

【田熊会長】

そうすると、具体的に言うと、例えば「要介護の問題」とかという項目をつくっちゃう。高齢者ではなくて要介護という問題をつくって……。

【井上委員】

そうですね。介護度の問題ですね。

【田熊会長】

介護度の問題でお断りするか。でも、それは今、国がやっているディスカッションにちょっと通じますよね。だって、看護師20対1でもいいとかと、でも要介護度が高いと看護師20対1なんかで到底できないですよ。

【井上委員】

これは消防庁の区分じゃないですよ。総務省消防庁の分け方じゃないんです。たっけ、6号は。

【事務局西山】

全く独自の項目でございます。

【井上委員】

総務省とかでは特に区分はつくっていないのでしたっけ。

【事務局西山】

ちょっと覚えていないですが、区分は無かったように記憶しております。

【田熊会長】

これは事務局のほうでちょっとまた見直していただいて、それでみんなの意見を聞いて、また統計を新たに出していきませんか。これはこちらのほうで、事務局のほうで決めていただいて。いいですかね、それで。

じゃあ、その次ですね。時間が大分少なくなりましたが、マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化のシステム構築に向けた実証事業についてということで、よろしくお願いします。

【事務局西山】

35ページ、資料8-1をご覧ください。報告3、マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化のシステム構築に向けた実証事業について、実証期間等が決定しましたので報告します。

実施期間につきましては、今年9月初旬から2か月間、市内全救急隊が参加いたします。37ページ、38ページには、実証のイメージ図や活動フローチャートを記載しております。39ページ、資料8-5は、意識のない傷病者のマイナンバーカードから情報を閲覧した場合に、その傷病者の荷物等に入れるカード、資料8-6につきましては実証を始める際に広報で使いますリーフレットの案となります。

説明は以上でございます。

【田熊会長】

ありがとうございます。

これは国の動きを見ていると、いろいろ問題点はあるかなと思うんですけど、iPhoneにマイナンバーカードを載せるとか紐づけさせるとかというような案もあるみたいだから、普及できていく可能性はありますよね。あと、今でもやっぱり3か月前の薬の情報しか出ていないですかね。

【事務局西山】

いや、そこは24時間でしたっけ、24時間前の情報でよろしかったでしたっけ。3か月より早くなった記憶がございます。すみません、正確な情報がなくて。3か月よりはもっと最新の情報が記載されていると記憶しております。

【田熊会長】

これは総務省が67の消防本部と連携して実施するものということですよ。

【事務局西山】

はい、そのとおりです。

【田熊会長】

そこに手挙げをして入ったということでいいんですか。

【事務局西山】

はい、そのとおりです。

【田熊会長】

じゃあ、よろしくをお願いします。何かもし質問があれば。よろしいですかね。またよろしくどうぞお願いします。

あと、救急隊と医療機関との情報共有システムについてということで、説明をお願いします。

【事務局西山】

41ページ、資料9-1、救急隊と医療機関との情報共有システムについて、報告させていただきます。

令和5年度第3回の当協議会で、救急隊と医療機関との情報共有システムの導入についてご承認をいただき、消防局救急課において情報共有システムの実証実験に参加していただけるベンダーを募集したところ、次のページ、資料9-2、赤枠内の3社から応募があり、この3社と実証実験を行うことが決定したことを報告いたします。

資料9-3及び9-4の資料につきましては、昨年度に使用させていただきました資料であり、情報共有システムのイメージ図及び3社のシステム機能を一部抜粋したものですので、後ほどご覧ください。

以上となります。

【田熊会長】

ありがとうございます。

これは藤谷先生のところでやっていたシステムですね。

【藤谷副会長】

今回のものとは別ですが。

【田熊会長】

あれはNTTでしたっけ。

【藤谷副会長】

TXPの、この3社の中ではネクストステージERというものと、また別媒体としてNTTドコモの2社を使って実証実験をしていました。

【田熊会長】

ここに書いてある提案採用予定者のところにはTXPと、最初に出ているやつですね。これはこの中から選ぶということなんですか、それとも三つの会社で一緒にやるということ。

【事務局西山】

この3社とまずは実証実験を、期間はそれぞれ分けて実施いたします。

【田熊会長】

具体的にどんな感じで共有するんですしたっけ。救急隊と医療機関との情報共有システム、つまり救急隊が把握した情報を伝送して、各病院においてある端末に映し出される。

【事務局西山】

イメージとしましては、救急隊が得た情報をクラウド上に上げまして、病院側はその情報を見にいくといったイメージとなっております。

【田熊会長】

これは43ページのクラウドサーバに上げて、そのクラウドサーバからダウンロードした情報を電子カルテに取り込むところまでいっちゃうんですか。

【事務局西山】

電子カルテに取り込むところはどうしてもQRコードになってしまいます。クラウドから直接電子カルテのほうに落とし込むことは、現在のところになっておりません。

【田熊会長】

QRコードなんですね、これ。

何かご質問はありますでしょうか。

【藤谷副会長】

A社、B社が、これは僕たちも、実はワーキンググループのメンバーも知らなくて、このA・B・Cというのは川崎市の消防局のほうでこの3社を選出していただいたということで、僕たちはこういったような機能がある会社を選んでほしいということで川崎市のほうに戻して、川崎市のほうで公募でこのA・B・Cが上がってきたということですよ。

【事務局西山】

はい、そのとおりです。

【藤谷副会長】

A・Bがほとんどもう機能的には同じで、Cがどうもこれを見ると開発中というところで、僕たちワーキンググループが望むものと消防局のほうで望むものと少し乖離が、乖離というか、オーバーラップしていないところもあるので、その辺りを今後どのようにすり合わせていくかということになるのかなと思うんですが。

僕たちはこのような機能のある会社を選定してほしいというお願いをしたんですが、今後どういうふうに、どこが決定をしていくというプロセスになるんでしょうか。

【事務局西山】

こちら、まずは実証実験をやってみて、どこがどういうふうなシステムが、ここにこのようなシステムを持っているよというものが書いてありますが、果たしてそれが川崎市消防局に合うのか等々を実証実験でまずは行って、その後は、費用面もいろいろありますので、そちらのほうでシステムがいいものと費用というところで見させていただいて、いいものであれば予算化していくと、予算を獲得できれば採用していくといった形になりますので、予算のほうはまだつかめていませんので、はっきりとしたところを今申し上げることができません。

ただ、各医療機関等にこの実証実験に関しましてはご協力いただくことが多大にありますので、その際に順次説明をしていきたいなというふうに思っております。

以上です。

【田熊会長】

ありがとうございます。

これは、ウイルス対策とかそこら辺の観点でQRコードで電カルとつなげるという意味なんでしょうね。QRコードは、よく考えましたよね、これ。直接はつながっていないということですよね。電カルにも両方取り込みたいですよね。わざわざ移して、また移してまた移してとなくなりますからね。QRコードは確かによく考えていると。

これは、最初はいつから始めるんですしたか、実証。

【事務局西山】

まだ決まっていないです。

【田熊会長】

参加する救急隊は全部の救急隊が同時に参加するんですか。

【事務局西山】

そこも現在調整中でございます。

【田熊会長】

じゃあ、また詳しい情報が分かりましたら各医療機関に配布してください。

【事務局西山】

はい。

【田熊会長】

よろしくどうぞお願いします。

じゃあ、その他の項目ですけども、その他、特に何か問題点とか今後議題にしていたきたい項目とかがもしありましたらお願いいたします。

また、今日の会議じゃなくても、こういうことに関しましてディスカッションしてもらいたいというようなことがありましたら、事務局のほうに申入れを行いまして、妥当

性があれば当委員会で扱っていきたいと思いますし、部会のほうでまた問題点がもしありましたら上げていただければありがたいなと思います。

それでは、特になければ事務局のほうにお返しいたします。

【事務局佐々木】

田熊会長、ありがとうございました。

それでは、本日は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。

以上をもちまして、令和6年度第1回川崎市メディカルコントロール協議会を終了いたします。本日はありがとうございました。