

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作業部会 会議録

1 開催日時

令和6年7月10日（水）10時00分から12時00分まで

2 開催場所

消防局総合庁舎6階作戦室

3 出席者

（1）委員・幹事

藤谷部会長（WEB）、伊藤委員（WEB）、大嶽委員（WEB）、森澤委員、上野委員、藤田委員、宿田幹事、根本幹事、塩田幹事、塩川幹事、土山幹事

（2）事務局

平山担当部長、近藤救急課長、救急管理係白井係長、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、救急指導係小川主任

4 次第

（1）開会

（2）委員及び幹事紹介

（3）部会長推挙

（4）部会長挨拶

（5）検討事項

議題1 救急患者連携搬送料について（資料1-1～1-7）

議題2 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2-1～2-9）

イ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について（資料3-1～3-9）

（6）報告事項

報告1 令和6年度安全管理検討部会の結果について（資料4）

報告2 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5-1～5-3）

報告3 救急隊と医療機関における医療情報システムについて（資料6-1～6-4）

報告4 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7-1～7-4）

（7）その他

（8）閉会

5 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1回川崎市メディカルコントロール協議会作業部会を開催いたします。委員の皆様には、御多忙のところ御

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きます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。Z o o m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、Z o o m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。WEB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思います。

本日、南部医療圏二次医療機関救急担当の中西委員が、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、委員及び幹事紹介、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。

聖マリアンナ医科大学病院救命救急センター長、川崎市MC協議会会長指名委員、藤谷茂樹様。

【藤谷委員】

皆様、朝早くからご出席、どうもありがとうございます。聖マリアンナ医科大学の藤谷です。このワーキンググループで皆様方と付託された議題について、色々なディスカッションをして、川崎の救急をよくしていければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

次に、北部医療圏二次医療機関救急担当（病院協会推薦）、麻生総合病院救急総合診療科部長、伊藤壮一様。

【伊藤委員】

伊藤です。よろしくお願いします。

【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副センター長、森澤健一郎様。

【森澤委員】

皆様、聖マリアンナ医科大学病院の森澤でございます。今年度も引き続き、よろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

川崎市立川崎病院救命救急センター部長、上野浩一様。

【上野委員】

おはようございます。川崎病院の上野です。昨年度に引き続き、よろしくお願いい

たします。

【事務局佐々木】

川崎市立川崎病院救命救急センター看護部主任、藤田陽菜様。

【藤田委員】

おはようございます。今年度から参加させていただきます、川崎市立病院救命救急センター看護師の藤田と申します。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医長、大嶽康介様。

【大嶽委員】

日本医科大学武蔵小杉病院の大嶽です。引き続き、よろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

続きまして、幹事を紹介させていただきます。

川崎市健康福祉局保健医療政策部、宿田幹事。

【宿田幹事】

本年度から就任いたしました。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救急課、根本幹事。

【根本幹事】

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】

川崎消防署警防第1課、塩田幹事。

【塩田幹事】

おはようございます。川崎消防署救急係長の塩田と申します。幹事2年目になります。よろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

宮前消防署警防第2課、塩川幹事。

【塩川幹事】

宮前消防署救急係の塩川と申します。昨年度に引き続き、よろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

多摩消防署警防第1課、田中幹事にあつては、業務の都合上、本日は欠席となっております。

臨港消防署警防第2課、土山幹事。

【土山幹事】

おはようございます。今年で17年目の救急隊をやっております、臨港消防署救急隊長をやっております土山と申します。よろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

続きまして、事務局の紹介を行います。

(事務局がそれぞれあいさつを行った。)

【事務局佐々木】

次第3、部会長推挙。川崎市附属機関設置条例第8条3項により、「部会に部会長を置き、当該部会に属する委員の互選により定める」とあることから、部会長の選出をお願いいたします。

ご推薦等、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。

【大嶽委員】

聖マリアンナ医科大学病院、藤谷茂樹先生を推挙させていただきます。

【事務局佐々木】

藤谷委員を部会長にとのご意見がございました。ほかにご意見ございますか。

各委員の皆様、藤谷委員を部会長として異議はないということですのでよろしいでしょうか。それでは、委員の互選により、部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。

次第4、部会長挨拶。藤谷部会長、ご挨拶をお願いいたします。

【藤谷部会長】

皆さん、部会長にご推薦いただき、どうもありがとうございます。

部会長を拝命することになりましたが、コロナが収束して、やっと日常の救急診療にシフトしていくのではないかと考えているのですが、高齢化の波と川崎市は人口が増えていく中で、救急医療をどうしていくかということを考えていかなければならないと思います。

そして、また働き方改革で3次救命センター、2次救急病院との連携、そういったようなことも今後大きな課題になってくると思いますが、親会から付託された問題点を、この作業部会で皆さんと議論をして、川崎市の住民に、良い救急医療を提供できるようにしていければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

次第5、検討事項に移りますが、川崎市附属機関設置条例第7条により、藤谷部会長を議長として、以後の進行をお願いしたいと思います。

【藤谷部会長】

それでは、検討事項に入りたいと思います。

まず、救急患者搬送連携料について、診療報酬のほうにメディカルコントロール協議会との関係性について議論をと、記載がなされていますが、搬送料の新設をされたことに関して、私たちはどのような取組をしていけばいいのか、具体的にはMCで、この各施設の医療連携の詳細な内容を把握して、それをMC協議会に報告をしたほうがいいのか、それとも各地域でそれぞれ取組をして、それを厚労省に提出すればいいのか、その辺り、事務局から、もう少し詳細な情報を出していただければと思います。よろしくお願いします。

【事務局西山】

(資料1－1から資料1－7に基づき説明を行った。)

【藤谷部会長】

11ページを見ていただくと、親会ではメディカルコントロール協議会で全てを把握するのは難しいのではないかとということで、各地域でそれぞれ取り組む形でよいのではとの意見が出ていたのですが、10ページのところを見ていただくと、一番下のところに「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」という記載があるので、MC協議会も何らかの関係性を、情報をつかんでおいたほうがよいという見解だと思います。

資料に2,000台以上の救急車が来ているところのリストがあったと思いますが、先ほどの説明ですと、その施設は、それぞれの地域の病院と連携を結んで、何件搬送をしたか等をMC協議会に提出しなくてはいけなくなると思います。そうすると、いくらぐらいの診療報酬がどの施設に加算されたのかまで見えてしまい、それはMC協議会の本来の業務ではないのではという議論が親会でなされました。個人的には、連携している施設名と全体の搬送数のみMC協議会に報告という形でいいのかなと思います。どのような関りをしていけばよいか皆さんで議論をしていただければと思います。

【大嶽委員】

メディカルコントロール協議会として、どういう流れで、どういうふうに患者さんが動いているか把握するのは大事だと思います。

各施設でリストを作って、連携内容や搬送件数を報告する形でよいと思います。数年経過して、件数がまとまってくると、傾向などがつかめる可能性もあります。

【伊藤委員】

連携する医療機関は、述べなくてもいいのかなと思います。

例えば、精神科を標榜していない病院で、入院させたけれども精神科疾患だったという場合は、精神科の病院を探して自分たちの救急車で転送ということが可能性としてありえますが、その転送先がリストに載っていないから加算が取れないなどの事象も起こりえる。メディカルコントロール側として、どこと連携している、していないをコントロールする必要はないのではと思います。

事務局に聞きますが、高次搬送、同等間搬送、下り搬送、いろいろな病病搬送がある中で、消防が把握しておきたいリストや搬送件数というのは何かありますか。

【事務局西山】

メディカルコントロールではなく消防としましては、どのような内容の転院搬送が、どのくらい行われているのかというのを調査にかけたいと思っています。これは、救急車の適正利用や増加する救急件数への対応について分析が必要なためのもので、今回の、救急患者連携搬送料とは、全く別のものと考えていただければと思います。

【上野委員】

MCの介入は、ミニマムでいいと思います。資料1の提出書類を年1回報告してもらい、MC協議会で承認するという形の介入でいいと思います。

【藤谷部会長】

施設名と件数があると、どのぐらいの連携搬送料を、各施設がどの病院と取って

いるのかというのが見えてしまい、売上げに関わることにMC協議会が関与するのはいかななものかという議論がありますが、いかがですか。

【上野委員】

こちらが件数の増減に介入しているわけではなくて、あくまで報告になると思うので、数字が入ることは特に問題ないと思います。

ここは多いので減らしましょうなどの数字をコントロールすることは問題だと思いますが、どこの病院に何件送ったというのは、各病院間の問題であり、こちらが関与することではないので、特に数字を隠すというのは、逆に不自然な感じがします。

【森澤委員】

まずは他の都市、MCの動向を見ながら始めていいのではないかと思います。

【藤谷部会長】

色々なパターンの意見が出てきました。事務局いかがですか。

【事務局西山】

他の地域MCの状況も見たいところですが、始まったばかりの制度のためか、現状、近隣の地域MCで話し合っている情報が入ってこないため、本日いただきましたご意見を親会に報告させていただきます。

【藤谷部会長】

分かりました。では、いろいろな意見が出てきたという旨を親会に報告します。

では、次の議題に進みたいと思います。胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しです。資料を見ていただきますと、重症が550件ということで、循環器系の患者さんが来たときに、救急隊が12誘導の心電図の測定をするということで、動き始めています。ここに関して、今後どのような胸痛、動悸・不整脈のプロトコルを作成していきましようかということで、聖マリアンナ医科大学の田邊先生に協力をしていただいて、プロトコルの作成をしていただきました。このプロトコルの内容に関して、皆様方と議論できればと思います。

それでは、事務局のほうから説明をよろしくお願いいたします。

【事務局西山】

(資料2-1から資料2-9に基づき説明を行った。)

【藤谷部会長】

ありがとうございます。

資料2-4に記載の令和6年3月28日に総務省消防庁救急企画室から発出された通知を見ますと、心疾患を疑う症状がどれかあった場合、他の病態で優先する対応があれば、そちら、なければコロナリーを疑い心電図モニター、既往等の確認をする。STの変化や不整脈がある、徐脈がある、既往に狭心症がある、意識消失があるといった場合、12誘導心電図を測定して評価して、搬送先を決めるという流れになっています。

問題になるのが、どのような患者さんに心電図を装着し、評価はどのように行い、どこの医師と相談をするのか、どういう媒体を使って心電図を医療機関と共有するの

か、搬送先をどのようにするのかということで、搬送先に関してはCCUネットワークで今後検討していくということで、一番下の「搬送先の選定と測定結果の報告」というところに関しては、今後、もう少し検討されるということになるかと思います。

では、今日議論するプロトコールを見ますと、胸痛・背部痛があった場合、ショックがあるかどうか、循環器の疑いがあれば12誘導心電図の適用、大動脈解離があれば大動脈解離が担当できるところ、コロナリーであれば緊急心カテができる施設という流れになり、非常にシンプルに書かれていますが、いかがでしょうか。

先ほどの救急企画室が出した通知は、もう少し記載があったと思いますが。

【事務局西山】

救急企画室の通知に記載してある内容を、「注1」という形で下段に落とし込んでいます。

【藤谷部会長】

わかりました。その他、救急企画室の通知では「次の症状のうち1つ以上を認める」という記載がありました。また、心電図モニターとか既往等の確認などの記載もありましたが、こちらの案では記載がありませんが、いかがですか。

【事務局西山】

そちらは、活動要領に記載しています。

【藤谷部会長】

わかりました。活動要領で救急企画室の通知の内容はカバーされているのですが、(4)搬送先への伝達事項で、心電図をどうやって伝えるかというのは、ここに記載されていますか。

【事務局西山】

記載しておりません。まだ検討中ですが、救急隊のスマートフォンで測定中の12誘導心電図の波形を撮影し、搬送先病院の指定アドレスに、その写真を送る構想はありますが、活動要領に落とし込めるほどの実験もできておりません。現在のところ、救急隊が所見を先生に電話で伝えることを想定しておりまして、そのための教育もこれから実施する予定です。

【藤谷部会長】

写メで送るとというのが一つの方法ではあるが決まっていない。搬送先の選定は、CCUネットワークで検討するような記載はありますか。

【事務局西山】

CCUネットワークでやってもらうというような記載はありません。このような病態のときは、ここに搬送しましょうという書き方になっております。

【藤谷部会長】

ショックの場合は救命センター、これに準ずる二次医療機関で、心電図異常がある場合は、緊急心カテができるところ、解離が疑われるときは解離対応できるところで、アイウに該当しないところは心疾患対応可能な医療機関ということで、一般的な記載がなされています。

留意事項について、突然発症の胸痛は早期、20分以上続く場合は除細動の準備をする。12誘導心電図を装着する場合は家族の承諾を得る。引き裂かれるような痛みは左右差の確認をして、解離を疑う。(4)は胸痛と呼吸苦を伴い、頸静脈の怒張がある場合、肺血栓塞栓症なども疑う。硝酸薬を飲んでいる人の対応ということで、血圧が低い人の場合は禁忌になるので注意しましょうといったようなことが記載されていますが、これは、どこから取ってきたんですか。

【事務局西山】

事務局で、いろいろな地域メディカルコントロール協議会で策定されております対応要領をいろいろ研究させていただきまして、最終的には田邊先生にご助言をいただき記載しました。

【藤谷部会長】

簡単に内容の説明をさせていただきましたが、皆様方、いかがでしょうか。

【森澤委員】

流れについては、循環器の先生の日も入っているというところで、おかしいところはないと思います。あとはこのフローをぱっと見た現場の救急隊員が、手順に迷いが生じないような書き方、見せ方を工夫したほうがいいと思います。

【上野委員】

特に内容については異論ありません。このままでよいと思います。

【大嶽委員】

救急隊員が混乱しないようにすること、心電図の所見をどのように伝えるのかが気になります。

【伊藤委員】

18ページのフローで、「循環器疾患の疑い」があって「12誘導心電図の適応」があるものは全て、評価にかかわらず心カテ病院に行くということでもいいですか。救急企画室の通知は評価が入りますが、こちらの案は、評価が入っていない。心電図を測定するのみでカテ病院に運ぶという流れになりますよね。同じ18ページの(4)の「心電図モニターで明らかなST-T変化は認められないが、傷病者観察において、急性冠症候群又は心不全が疑われる」場合は12誘導を取って、そのまま結果にかかわらず全部カテ病院に行くというフローになりますよね。

それを言い始めてしまうと、胸痛・背部痛で身体診察しなくても、胸痛というキーワードだけで12誘導を測定して、評価もしないままカテ病院という端的なフローに見える。

20ページの上から、(5)のイですが、搬送先の選定、「12誘導心電図の適応」がある場合は、緊急心臓カテーテル検査等対応可能医療機関」ということで、この一文も、12誘導心電図を取ったら、絶対にCCUネットワークに搬送しなくてはならない。ST変化や何もなくても、12誘導心電図を測定したらCCUネットワーク搬送するという一文になるので、15ページのように、評価してカテができる病院に行けるようなフローにしないと、胸痛＝12誘導心電図＝カテ病院という流れになり、カ

テ病院が疲弊してしまうのではと心配になります。

【藤谷部会長】

1つ目は、救急企画室の通知のように、フローを見ただけで、活動要領の大枠が理解できるようにしたほうがいいという意見。例えば注意事項などもフローの中に記載するなどが考えられる。

2つ目は、胸痛＝CCUネットワーク病院になると、少しでも胸が痛いという人たちが、その病院に集まり、緊急カテができる病院に限られてくる。それは危惧すべきであるという意見でした。それは、私も同感です。

【森澤委員】

伊藤委員のご意見がおそらく最終形態だと思います。しかし、測定した12誘導心電図を指導医やCCUネットワークの医師に供覧する手段もなく、かつ、まだ救急隊が12誘導心電図を自信持って評価する準備もできていない現状において、このフローを、まず始めてみるという解釈をしていました。そのため12誘導心電図の適応の後の評価のところが、あえて抜けているのかなと解釈していたのですが、そうではないですか。いずれ、評価を入れる前段階、そんなことはないですか。

【事務局西山】

評価については、「注2」で記載していますが「応需連絡の際、医師より搬送先の変更について助言を受けた場合は、この限りではない」としており、救急隊から病院に12誘導心電図と観察結果を伝えた際に、先生から「それは循環器ではなさそうだから他の病院へ。」ということが考えられます。そのため救急隊も病院に伝えるにあたり可能な限りの評価を行っていますが、フローには落とし込んでおりません。しかし、「評価という文言を入れた方がいい。」、「端的なフローに見える。」との作業部会の意見であれば、見直しを考えますがいかがでしょうか。

【藤谷部会長】

緊急心カテができる施設に患者が集中してしまう、ある病院にばかり搬送が集中してしまう等の問題が出てくる。評価する仕組みを設けて明示しないと、混乱をきたすことも考えられるので、評価について詰めてから、このプロトコールをもう一度練る必要があるかと思いますがいかがでしょう。

【上野委員】

今、事務局が説明したことが全てだと思うのですが、この「注2」のところで搬送先に連絡するとき心電図の評価を一緒に伝える形でよいと思います。それを聞いた担当医師が、受入れの決定や他の2次医療機関へ、または、大動脈解離疑いだから対応できる医療機関へという形になると思います。救急隊だけでは、評価は難しいと思うので、「注2」のところで相談しながら実施する形で開始すればよいと思います。

【事務局西山】

事務局としても、そのような考えがあり、この文言を記載しました。

【藤谷部会長】

このプロトコールには、そういう意図があるということで、あえて評価というのを

省いてきてという考えのようですが、どうでしょうか。

【伊藤委員】

そのような意図でこのプロトコルが作られているのであれば問題ないと思いますが、CCUネットワーク施設に応需連絡したけど、この症例は循環器ではないから他の二次病院に行った方がいいとの助言を受け、実際に他の病院に搬送できるというイメージが現場の救急隊がつくのであれば、構わないかなと思います。現場の意見を聞かせてください。

【藤谷部会長】

二次救急病院の先生たちから見た平等性というところも含めて、小さく米印で記載するよりも、ここで助言を受けるということであれば、「12誘導心電図に関する指導、助言」などの文言を明記した方がよいのではないのでしょうか。

【土山幹事】

この資料2-7のプロトコルで、循環器疾患を疑う「YES」に進む際には、症状や所見、バイタルサイン、既往など総合しないと「YES」には進めないと思います。例えば、「胃が痛い。」という主訴でも観察結果から、循環器疾患が疑われることもありますので、その時は、12誘導心電図を補助的に測定することも考えられます。

【藤谷部会長】

12誘導心電図を測定した際、病院の先生たちは症状プラス心電図によって、応需を決定すると思いますが、プロトコルに「評価」を入れておかないと、救急隊も困るのではないかなと思いますが、いかがですか。

【土山幹事】

現場の救急隊としては、なくてもいいのかなと思います。

12誘導心電図がない現状でも、循環器ホットラインで所見等をお伝えした段階で、病院のスイッチを入れていただいている印象です。そのため、12誘導心電図は補助的な面としてとらえ、あえて評価という文言は無くてもよいと思います。

【藤谷部会長】

救急隊の見解もわかりますが、伊藤先生の意見についても考えていただければと思います。CCUネットワーク施設で心カテの適応になりそうな人たちを受入れ、非適応であろう患者を二次救急に振り分けるということですが、それが恣意的に動いてしまうというのは問題だと思う。そういうことがないようにすることが一番重要ではないのでしょうか。

【伊藤委員】

今、土山幹事が言ったのは、持続する胸痛で、ショックではないが冷や汗をかいている胸痛があった場合、12誘導心電図を取って、時間をかけて評価をしてカテ病院へ行くよりかは、放散痛もあるし、明らかに循環器疾患を疑う場合は、12誘導心電図はあくまでも補助的な立場なので飛ばして、いわゆるカテ病院に運んでもいいんじゃないですかという意見だったと解釈をしました。

この意見から見えるのは、12誘導心電図は絶対測定しなくてはいけないのか、と

いう議論が1つ。もう1つが、「注2」のところで選定病院に心電図の所見をどう伝えるのか、画像なのか、言葉なのか。言葉だとして、しっかりとした表現で伝えることができるのか。更にもう1つが、12誘導心電図の適応「注1」の部分を飛ばしてもいいのか。という3つの議論があると感じました。

【藤谷部会長】

分かりました。いかがでしょうか。「注1」を強化することによって「注2」は、評価は補助的な、心電図は補助的に用いるというご意見からすると、この「注2」のままで補助的に使うという流れでいいのかなというように、消防庁のほうも、疑いがあれば心電図を取るというふうに記載がされているので、そこまでは、もう流れとして来るのは、ある程度、致し方ないかなと思うのですが。

「注1」と「注2」の間に何も入れなくても、今、臨港の救急隊長のほうからお話がいったように、補助的に使う、だから「注2」の記載でいいんじゃないでしょうかというご意見なんですけど、この点に関して、ほかの先生方、何かご意見があればよろしくをお願いします。

【森澤委員】

事務局に確認ですが、このプロトコルはいつまでに作ればいいのか。というのは、12誘導心電図は測定するけども現場の判断には影響させない、形式的に導入するというプラン1、12誘導心電図を測定して、それを救急隊が判断して行動するというプラン2、どこかの医者に見せて判断を仰ぐというプラン3、三つのパターンがあり、プラン1は、現状とそんなに変わらないので、すぐに開始できる。プラン2は、救急隊が判断するのであれば、救急隊の教育を待たなければいけない。プラン3は、医者に確認するというやり方にするのであれば、情報伝送システムを導入して、そこから始めなければいけない。そのため、かかる時間とお金がそれぞれ違うので、いつまでにやりたいかで決まってしまうのでは。プロトコルスタート後は、循環器の専門医がリアルタイムに診られるようなシステムを目指して、お金と時間をかけていくのかどうかというのを決めていけばいいと思いますがいかがですか。

【事務局西山】

期限はありませんが、最終的にはプラン3を考えておりますが、教育は今年度中に実施します。そのためプラン1、プラン2が混ざったような形でスタートできればと考えています。

【森澤委員】

ということは、救急隊の教育が修了する、今年度の終わりぐらいまでに作成すればいいわけなので、やはり救急隊の判断、評価という項目は、入れておいた方がいいかもしれません。

【藤谷部会長】

救急隊に教育をして、心電図も評価の一助として使うというような方向で教育をしていくとのことなので、評価の位置づけをどうするかというのを、田邊先生も含めて、継続審議という形でもいいですか。

【上野委員】

現状、心カテ病院がキャパシティーオーバーで困っているということはないという理解です。患者の振り分け等で困っていないため、CCUネットワークも、このところ、ほぼ休止状態のようです。なので、救急隊が電話で、ブロックあります、徐脈ですなど、そのようなレベルで最初は始めてもいいと思います。

【藤谷部会長】

私たちの施設もコロナリーの人たちであふれ返るということは、現時点ではないので、心電図を取ったときに、どういう影響が出てくるのかというのは、まだ分からない。こういう状況なので、CCUネットワークの人たちの会合で、その意見も汲み入れてから、どうするかということで、次回、この会議にCCUネットワークから、オブザーバーとして参加を依頼することは可能でしょうか。

【事務局西山】

確認させていただきます。

【藤谷部会長】

可能であれば参加していただいて、もう一度皆さんと一緒にプロトコルを練り直したいと思いますが、よろしいでしょうか。

【事務局西山】

はい、分かりました。

【藤谷部会長】

では、次の審議事項に移ります。

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」ですが、これまで部会で検討した内容を親会に諮ったところ、色々な意見が出てきました。

実際に指導医に心肺蘇生をしなくていいという指示が出せるのか、責任の所在とともあり、時期尚早じゃないかという意見が出ています。

部会での前回の決定事項が、27ページ「指導医による心肺蘇生の中止判断を可能とする」ということで、可能とする場合は、どういうケースがあるか。ご本人がDNARに関する書面を持っていることを確認して、ご家族に署名をしていただく。更には、DNARに関する書面やかかりつけ医の氏名は必ずしも必要ないのではという意見もあり、同意書を作成して、そこに家族等から署名をいただければ、心肺蘇生の中止はできる。このような検討結果でした。

この結果に関して、親会で懸念されるような意見が挙がりました。そのことに関して、事務局のほうからも説明をお願いします。

【事務局西山】

(資料3-1から資料3-9に基づき説明を行った。)

【藤谷部会長】

DNARのきちんとした書式をもって意思表示をしている人たちも、中止の指示は出せない、まだ早いのではないかとことを親会で言われています。ここに関して、現場の先生たちのご意見はいかがでしょうか。

【大嶽委員】

情報量が多くなり現場滞在が延長することはあると思います。複数の指導医でというのは、時間帯によっては難しいと思います。明らかに希望のない書面を何らかの形で持っている人が、適切な対応を取ってもらえる体制整備が必要ですが、共通の書面を使用してという形ができない現状なので、難しいと思います。個人としては、指導医も蘇生中止の指示が出せるように進めていきたいと思っています。

【藤谷部会長】

明らかな書面がある方の心肺蘇生の中止というところに関して、どうするかというところのご意見をいただきたいなと思いますが、いかがでしょうか。

【上野委員】

前回の話合いで決まったように、指導医レベルできちんと適切なプロセスを踏んだ上で、救急隊から情報があつた上で心肺蘇生の中止をするというのは問題ないとは思っていますが、あとは親会の決定次第で具体的にどうするかということでもいいと思います。

【伊藤委員】

僕も同じ意見です。親会から少し意見が出たようですが、指導医が適切な情報の下に中止の指示をするという、神戸とか埼玉西部と同じような流れでいいんじゃないかというふうに思っています。

【森澤委員】

少しのリスクを負っても献身的なフローを実働したいのか、それとも、安全パイで既にどこもやっているフローにするのかを親会が決めていただくのが、一番の先決事項だと思います。現実的には、東京でもやられているような方法が、大きな冒険をしないでACPに関してMCが動いているという体裁を整えることはできるかなと思います。

【藤谷部会長】

今皆様から出ました意見を親会に伝え、親会で方向性や何を付託したいのかというのを、もう一度議論していただくようにしたいと思います。

では、報告事項をお願いします。

【事務局西山】

(資料4に基づき報告を行った。)

【藤谷部会長】

挿管されてきた患者を指導医が確認したら、チューブが抜けていたということがありましたが、実施した救命士は経験値があり、トーマスで固定はしっかりなされていたこと、CO₂確認もしていたこと、チューブ位置に関しても21センチという推奨されている深さの挿入をしていたということで、移動させたときに抜けたのではないかという結論になり、救急課による手技等の確認後に気管挿管業務を再開しています。

質問等がなければ、次の報告をお願いします。

【事務局西山】

(資料5－1から資料5－3に基づき報告を行った。)

【藤谷部会長】

特筆すべき点や傾向など特徴は無かったですか。

【事務局西山】

明らかに何かがというような特徴はありませんでした。

【上野委員】

これは重症患者さんからのピックアップということですよ。

【事務局西山】

はい、そのとおりです。

【上野委員】

軽傷、中等症含めると、もっと傾向が出てくるのではないかと思います。東京消防庁の指令本部で指導医をしていた時は、アルコールや精神疾患、夜間の内視鏡内が必要な患者などが、選定困難のリストに上がってくる傾向が多いです。重症患者さんが現場に長時間滞在することも問題ですけど、救急隊が長時間現場に拘束されることが問題なので、軽傷患者さんから含めると、ある程度、傾向が出てくる可能性はあるのかなと思いました。

【藤谷部会長】

今回は重症患者でデータを出していますが、中等症や軽傷を含めた今回と同じようなデータを出すことは可能ですか。

【事務局西山】

できないとは言えませんが、現状のシステムでは、1件ずつ報告書の内容を見なくてはなりませんので、救急搬送件数が何万件とある現状を考えると現実的には不可能に近いと考えます。

【藤谷部会長】

分かりました。高齢者の方、特に80代、90代が多い、老人ホームからも多いので、「高齢者」、「老人ホーム」が、一つキーワードかなと思いますが、それに対しての対策は立てられないというのが現状で、応需してくれている施設は、おなじみの病院が頑張っておこなっているという印象です。

では、次の報告をお願いします。

【事務局西山】

(資料6－1から資料6－4に基づき報告を行った。)

【藤谷部会長】

これは中部と北部だけですが、南部はどうなりましたか。

【事務局西山】

南部に関しましては、規模が大きな実証は実施しない予定になりました。実証参加企業のうち一社から、一つの会場に機器を持ち込んで、模擬体験を行う1日ないし2日程度の実証を行いたいとの要望がありましたので、南部での大規模な実証実験は行いません。

【藤谷部会長】

「中部2署」と「北部3署」ということですが、これは評価する人が地区によって異なるとは思います。評価がきちんと比較検討できるのでしょうか。

【事務局西山】

そちらにつきましては、救急課で色々と考えているところでございます。

【森澤委員】

こういう救急情報のシステムというのは、今、全国で色々な消防本部が導入し始めています。今回実証に参加しているベンダーも全国の消防本部に導入しているところがあります。評価については、救急隊としては、活動報告書作成の簡便化にいかにか寄与するか。これを第一目標に考えて評価しています。その他にも搬送時間の短縮や、現場滞在時間の短縮などの評価もありますが、救急医も使用するシステムですので、救急医も、これには要求、要望を出していかなくてはなりません。今の救急医療は、幾つかの代表的な施設に一介集中して、そこから再分配されていくという形になっていると思います。1件目の応需だけじゃなくて、その応需した先からの上り搬送、下り搬送の判断などのアシストという機能も必要かなと思っております。そのため救急課にも進めていただいているんですが、もう少し、ものが煮詰まりましたら、中部2署、北部3署の近隣の救急医の方々にお声がけをして、どのような機能や実証項目があったらいいのかをご相談をさせていただこうと思っていますので、よろしくお願いいたします。

【藤谷部会長】

評価項目に関しても、ぜひ、アドバイスをよろしくお願いいたします。

それでは、次の報告事項をお願いします。

【事務局西山】

(資料7-1から資料7-4に基づき報告を行った。)

【藤谷部会長】

この情報は救命センターや救急を応需する施設に流れてきますか。

傷病者を搬送してきてタブレットを見ながら、僕たちに情報共有するという理解でよろしいのですか。

【事務局西山】

この情報は、閲覧権限を持っている救急隊員しか閲覧することができませんので、情報については応需連絡時や申し送り時の口頭のみということになります。タブレットの画面を一緒に見ながらということとはできません。

【藤谷部会長】

わかりました。

以上で作業部会を終了したいと思います。

【事務局西山】

次回、第2回作業部会につきましては、令和6年11月5日火曜日、15時から、

同場所にて開催します。

心肺蘇生を望まない傷病者への対応について、先に親会に決めていただく事項が発生したことから、当初の予定から変更させていただきました。

【事務局佐々木】

それでは、本日、長時間にわたりご審議いただき、どうも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作業部会を終了いたします。