

令和6年度第2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6年10月11日（金）14時00分から16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

藤谷副会長、小泉委員、菅委員（WEB）、太田委員（WEB）、井上委員（WEB）、大川委員、上平委員（WEB）、渡邊委員、熊谷委員

（2）事務局

平山担当部長、近藤救急課長、根本救急管理係長、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

4 欠席者

（1）委員

田熊会長、山梨委員

5 次第

（1）開会

（2）会長挨拶

6 審議事項

（1）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

心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

（2）救急患者連携搬送料について

7 報告事項

（1）胸痛、動悸・不整脈プロトコールの見直しについて

（2）マイナンバーカードを活用した救急業務の実証事業（マイナ救急）について

（3）救急隊と医療機関との情報共有システムについて

（4）第33回全国救急隊員シンポジウムの発表演題について

8 その他

9 閉会

【事務局佐々木】

田熊会長が欠席のため、川崎市メディカルコントロール協議会要綱第3条第3項により、藤谷副会長が会長の職務を代理すること及び、WEB出席中の藤谷副会長が会場に到着するまでの間、熊谷委員が議事の進行を行うこと並びに報告事項から先に進行するよう事前指示があったことについて説明を行い開会した。

【熊谷委員】

報告事項につきまして進めさせていただきます。

報告1、胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しについて、事務局から説明をお願いします。

【事務局西山】

(報告1、胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しについて、第1回作業部会での検討結果を報告)

【井上委員】

測定した心電図を伝送までいかないまでも、画像か何かで医療機関に送信できるといいと思うが、何か事務局の考えはありますか。

【事務局西山】

将来的には、情報共有システムを導入し、そのシステムに心電図を載せて医療機関と共有を図りたいと考えていますが、そのようなシステムを導入していない現在は、救急隊員による判読の結果を口頭で伝えることを想定しております。そのため、今年度の救急救命士生涯教育の中で、循環器の医師を招致し、心電図の勉強をしている最中です。

【小泉委員】

自動解析装置付きの心電図というのがありますので、それで自動解析を行い、結果を口頭で報告するなどはいかがでしょうか。

【事務局西山】

心電図自動解析装置付きのベッドサイドモニターというものもあるのですが、今救急隊が使用しておりますベッドサイドモニターよりも更に高額な機器です。現在導入を検討しております情報共有システムであれば、心電図も含めたバイタルサインを病院と共有することができるようになりますので、自動解析装置付きの心電図の導入は考えおりません。

【熊谷委員】

報告2、マイナンバーカードを活用した救急業務の実証事業、マイナ救急について事務局、説明をお願いします。

【事務局西山】

（報告 2、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（マイナ救急）について、現在の実施状況を報告）

【井上委員】

色々な情報がわかるため有効だと思いますので、市民の方になるべく使っていただけるといいと思います。

救急隊は閲覧情報を病院側にどのように伝えていますか。また、その情報が有効であったかどうかという評価や奏功事例などを収集して、普及のために何かされる予定はありますか。

【事務局西山】

閲覧情報の伝達方法については、口頭でのみとなっております。登録しております救急隊員以外は情報を見てはいけないルールとなっております。また、伝達内容につきましては、既往歴や投薬情報の他、病院から求められた内容について必要により回答しております。

奏功事例等については国で収集していますので、今後普及に向け、何かしらの形で展開されていくだろうと思われます。

【熊谷委員】

今回の資料ですが、速報値でございますので、取扱注意をお願いいたします。

報告 3、救急隊と医療機関との情報共有システムについて、事務局、説明をお願いします。

【事務局西山】

（報告 3、救急隊と医療機関との情報共有システムについて、現在の進捗状況を報告）

【菅委員】

実証実験終了後のスケジュールなどを教えていただければ幸いです。

【事務局平山】

実証実験の報告を今年度中に行う予定です。来年度につきましては、実証実験の結果を踏まえて、仕様を固めて予算要求を行います。予算が確保されましたら、来年度末、令和 8 年 3 月にプロポーザルで公募を行い、そこで事業者が決まるという形になります。そこから 4 月以降、決定した事業者と契約を行い、実際に本格導入に至るのが令和 9 年の 1 月を予定しております。少し先のスケジュールとはなりますが、現在の想定としては以上です。

【井上委員】

実証実験は 3 か月の予定でよろしかったですか。

【事務局平山】

各ベンダーとも 2 か月を予定しています。

【井上委員】

2か月という評価するにも短い気もしますが、実験の延長等がありますか。

【事務局平山】

受け入れ実績の多い救急告示医療機関に協力をいただけるということで、検証の数としては、結構確保できるかなと考えておりますので、今のところ2か月で考えております。

【井上委員】

本当はそれぞれ試せるといいですけどね。

【熊谷委員】

本来は、3事業者試した上で比較ができるといいんですが、スケジュール等がタイトでして、これぐらいがやつのところですよ。よろしくお願いいたします。

報告4、第33回全国救急隊員シンポジウムの発表演題について、事務局、説明をお願いします。

【事務局西山】

(報告4、第33回全国救急隊員シンポジウムでの発表内容及び派遣者について説明)

【井上委員】

このLive119は、ドクターカーとかDMATも見ることができますか。

【事務局西山】

ドクターカーの電話番号を登録しておけば映像共有できますが、システム業者からできるだけ2回線までにしてくれと言われておりまして、今回の事案でも救急隊と指揮隊のほうに共有しております。それ以上共有してしまうと通報者の通信量が増大するなどの問題もあり、可能な限り2台までを推奨されていますが、事案によってはドクターカーに共有することは可能です。

【井上委員】

DMATやドクターカー連携の際、情報の共有部分で問題になることがあるので、共有できるのであれば、検討をお願いします。

【熊谷委員】

次第の順序が再度変わってしまいましたが、その他で、事務局からお願いします。

【事務局西山】

(本年4月より発足した中原デイトタイム救急隊の救急出場件数が9月30日時点の速報値で836件であること及び全体の救急件数は昨年同様程度であるものの中原デイトタイム救急隊の周囲の救急隊については、昨年の出場件数を若干下回っていることを説明)

【井上委員】

1つはデイトタイム救急隊がかなり有効に機能しているという評価でいいのか、もう1つは、肌感覚では救急全体の件数が大分落ち着いてきたように感じているが、それでも去年並みということで、まだちょっと多いような状況なのでしょうか。

【事務局西山】

年始から7月にかけて昨年を大幅に上回るペースで推移しまして、7月9日に昨年比プラス2, 247件までいきましたが、その後、減少に転じ、現在6万6, 191件で昨年比プラス105件と昨年と同様の件数になってきております。

中原デイトタイムの効果ですが、救急課で分析をしているところです。件数だけでは評価できませんが、デイトタイム救急隊周囲の救急隊がマイナスに転じていますので、一定の効果はあるものと考えています。

【熊谷委員】

昼間の間、非常に件数の多いところを埋めるという形でデイトタイム救急を作りました。表を見る限りですと、効果があるように感じられるところかなと思います。

予定の報告案件等を進めましたので、一旦事務局に戻します。

【事務局佐々木】

藤谷副会長からご挨拶をいただきます。

【藤谷副会長】

田熊会長が今日は体調不良ということで、私が代理を務めさせていただきます。

ワーキンググループでかなり時間をかけて、何回も議論をしてきたDNARの事例等に関して、今後どのようにしていくかということこれから議論していければと思っています。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】

次第3、審議事項。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、以降、藤谷副会長を議長として進行をお願いします。

【藤谷副会長】

審議事項の(1)の資料の説明を事務局からお願いします。

【事務局西山】

(審議事項(1)心肺蘇生を望まない傷病者への対応についての説明)

【藤谷副会長】

作業部会では、心肺蘇生中止判断について、かかりつけ医に連絡がつかない場合は、指導医による中止判断を可能とする方向で検討を進めておりましたが、このことについては、慎重に扱ったほうがいいのではないかという議論が前回の親会でありましたが、親会としてどのような方向性を作業部会に委ねるのかを審議していきたいと思えます。

パターンAは、かかりつけ医に連絡がついたというパターンです。D N A Rに関する書面が提示や口頭での申出があったというのが前提で、心肺蘇生中止の同意書に家族から署名が取得できるのであれば、かかりつけ医に連絡を取り、心肺蘇生中止となります。

パターンBは、途中まではパターンAと一緒にですが、かかりつけ医に連絡をしたけれども連絡がつかなければ指導医に連絡をして、心肺蘇生中止の判断を仰ぐようなパターンです。作業部会では、提示された書面の内容によっては、指導医も中止判断できるだろう。では、どのような書面内容ならいいのかが議論になりましたが、各施設によって記載内容が違うため、書面の内容を決めるのは無理だろうと。それなら、心肺蘇生中止の同意書に家族等が署名できるのであれば、指導医も心肺蘇生中止判断が可能であろうとの検討結果でした。これは、埼玉西部や神戸でも同様な形で運用されているようです。しかし、1度も指導医が中止指示を出したことはないようで、指導医も相当慎重に対応されていることが推測されます。

そのような中で、川崎MCでは、指導医が指示を出すかどうかに関して議論をしていければと思います。

【井上委員】

現場レベルでは、指導医が判断してもやむを得ないかなという部分もある反面、実際に運用するとなると、かなり難しいと思います。ご家族がしっかりと準備をしていればいいですが、そのような状況になると気持ちが揺れ動いたりしますし、日本人の死生観にも関わっているような感じもありますので、指導医でやるには荷が重いといえますか、現状は難しいと思います。

【藤谷副会長】

一番議論になるのが、口頭で意思表示があった場合、どれだけの信憑性があるのかというところですが、ご家族が心肺停止になり、どうしますかと言われたときに、短時間できちんとした判断を下せるのかどうなのかというところは、考えないといけないと思っています。

それでは書面はどうだろうと、何らかの書面があれば、ディスカッションしたエビデンスがあるという前提になり、最後に心肺蘇生同意書にご家族にサインをしていただくという形であれば、まだ議論の余地があるのではないかと作業部会では、検討されてきた経緯があります。

【太田委員】

非常に難しい問題です。あらかじめ本人の署名がある、本人がD N A Rを希望しているという書面が残っているのが一番確実だと思いますが、今回のように、そういう書面がない状態で、家族にしろ、主治医にしろ、指導医にしろ、現場で相談するというのは、困難だと思います。このD N A Rについての議論は、国や社会全体で進めて、

あらかじめ書面に残しておくというような制度や文化、考え方が醸成されないうちは、難しいと思っています。

【藤谷副会長】

書面については、形式が定まっていないということが議論されまして、各施設で内容も違うので、それを良しとするのか否かは現場で判断が難しいという結果になりました。

【太田委員】

本人の署名があることが大事だと思います。例えば、病院で入院患者の中には、ある程度カルテにそのようなことを明記してある場合もあるんじゃないかと思うので、書式は難しいとは思いますが、それがあれば、認められるのでないかなと思います。

【菅委員】

非常に難しい問題だと思います。

救急搬送されてくる高齢者を見ている、急変時行動が全く決まっていない方が結構います。施設でも話しがされておらず、ご家族自身も迷っている、ご本人には判断能力がない人もいまして、入院中、何回か家族とICをして病状を伝えていくうちに、それなら、DNARでというようになってきます。そのような現状がありますので、自宅や施設での急変で、その場で判断することは、同意書を用意しても難しいと思います。もっと国や県、市が啓蒙活動を行い、これが当たり前というような文化が醸成されないと、指導医の判断だけで心肺蘇生を中止した場合、後で問題になったらどうしようという思いが指導医にもあると思いますので、現状、他の地域で1例も指導医が中止指示を出していない状態が続いているのではないかと思います。

超高齢化社会で3次救命センターが逼迫してしまうこともあると思いますが、国民の理解がまだ追いついていない状況で、白黒をここで決めるのは難しいと思います。

【小泉委員】

現場のことを考えると、何らかの手は打つべきでしょうが、現実には、世の中の認知が低い受入れ側は戸惑うことが多いような気がします。

ただ、介護施設においての看取りに関しては、大分啓蒙が進んでおり、看取りを決めた段階で、施設の中で本人やご家族のサインが取れる場合はサインを取り、救急要請しないことの確認は浸透してきているイメージがありますので、そういう経緯を見ますと啓蒙を進めていき、認知度を上げていくのが先なのではないかなとも思います。

【大川委員】

神戸や埼玉西部で1例もないとの報告を受け、指導医が判断するのは難しいと感じました。やはり救急の場であるところが難しいのかなと感じます。一般床であれば、

経過の中で少しずつ看取り時期を伝えていく段階が取れますが、救命の場ですと、助けるというところの反対側が難しいと感じます。

【藤谷副会長】

救急隊が、傷病者に対してコードステータスかどうかというのは聞いてはいけないということは承知していますが、実際に救急の現場で、書面の有無やそのような情報は入手できますか。それとも救急車を呼んだ時点で、三次救急に搬送になりますか。

【事務局西山】

救急隊からコードステータスを聴取することはありませんが、関係者から伝えられることはあります。

【藤谷副会長】

そのような情報が入ってきたとき、現在はどのように活動していますか。例えば、書面があるけども、かかりつけ医に連絡がつかないなどの時です。

【事務局西山】

三次医療機関に連絡します。場合によっては、指導医から二次病院に行ってくれという指示が出たりします。そのため、先ほどお示ししました市内二次医療機関に搬送している救急隊もあります。

【藤谷副会長】

書面がある場合に限り、二次救急に搬送するよう指導医が指示できるルールがあってもよいかなと今思いましたが、いかがでしょうか。

【井上委員】

今、救急関係の学会等では、高齢者の最初のところをどうするかという検討しておりますけれども、このような提言等が社会に出てきて、広く認知されてくると、もつとこの辺が進むと思います

あとは、根本的な解決ではありませんが、死亡確認は、治療ではないところに手間とマンパワーが取られます。業者の方や家族に連絡したりして数時間取られるというのは、皆さんご経験されていると思います。それに対して、実は診療報酬があまり見合っていないとも感じますし、治療ではないところなので、点数は取れません。医師の働き方改革もあり、厳しい現状です。

しかし、早急に指導医でというのは、やはり厳しいと思いますので、社会情勢を作っていくためにも今後は、我々メディカルコントロール委員会や医療者からも、ACCPなどの働きかけをした方がいいのではと感じた次第です。

【藤谷副会長】

それでは、現状通り、例えば書面を提示されても、かかりつけ医に連絡がつかなければ3次救急で診るという流れでよろしいですか。

【井上委員】

そのような状況で、かかりつけ医に連絡がつかない場合は、二次救急でもいいと思います。

【藤谷副会長】

二次救急として、このような患者さんが搬送されることに対して、懸念事項などありますか。

【菅委員】

当院でも、現状受入れています。多少手間がかかりますが、地域の方のことを想い受けています。

年間に市内で1, 200件前後が、三次救急に運ばれていますが、これは全員がそのような方ではなくて、当然救命しなければならない人も全部含まれた数字ですか。

【事務局西山】

そのとおりです。

【菅委員】

そうしますと、コードステータスが不明な場合や実は心肺蘇生を望んでいなかったなど、救命センターが適当かどうか分からない人というのは、そんなに数は多くないということになりますよね。

【事務局西山】

はっきり申し上げられませんが、そのような可能性はあります。

【菅委員】

であれば、市内に3救命センターありますので、おそらく、1日1件、2件なので全体としてはそれぐらいの数だと思います。残りの心肺停止は当然救命センターで合致するような患者だと思います。そうしますと、市内の二次救急病院に搬送されるそのような患者は多くない、そこまで負担はかからないと思いますので、書面があって、かかりつけ医に連絡がつかないというようなケースは、二次救急病院に搬送することでもいいのかなと思います。

【藤谷副会長】

皆さんの意見を総括すると、他都市において実際に運用をしてみても発令した症例がないということ、まだ社会が醸成されていないという中で始めるのは、混乱を来す可能性があるということから、指導医による心肺蘇生の中止判断は難しいという意見となりました。今後は、作業部会において、指導医による中止判断はしない、かかりつけ医のみ中止判断ができるということで、検討していきたいと思います。何かご意見がもしございましたら、よろしくお願いいたします。

事務局いかがですか。

【事務局佐々木】

啓蒙に関しましては、健康福祉局に当時のD N A Rプロトコールを持ち込んだ際から動き始めておりまして、在宅療養推進協議会におきまして、今後A C Pに関して啓蒙していかなくてはならないということで、現在、動いていることをご報告させていただきます。

【井上委員】

書面等があつて、かかりつけ医に連絡がつかないために、本来はやらなくていいC P Rをやりながら搬送せざるを得ないというところは、何か改善できないでしょうか。例えば、かかりつけ医に連絡がつかないというのは、どれぐらいの時間を想定しているのか。そのようなことも検討していただければと思います。医療を受ける側から考えた時、そこは何とかしてあげたいと感じました。

あと1点。福祉健康局がどんな働きかけをしているのか、もう1度お願いします。

【事務局佐々木】

令和2年度に当協議会の審議結果として、かかりつけ医の署名が必要な書面ありきのD N A Rプロトコールを健康福祉局に持ち込み、在宅療養推進協議会のコアメンバーと話し合った結果として、医師の署名は難しいという結果にはなりましたが、そのことがきっかけとなり、A C Pを市民に普及していかなければという動機付けとなり、現在動き始めているところです。

【井上委員】

具体的に何をやっているのかを知りたいと思います。そこに我々メディカルコントロール委員会としても参加し、働きかけをやったほうがいいのではないかと思います。調整をお願いします。

【事務局佐々木】

具体的な内容を次回お示しできればと思います。

【藤谷副会長】

それでは、作業部会には、かかりつけ医のみ心肺蘇生の中止判断ができるということ、書面があつた場合、どのように対応するのか、救急隊が指導医とどのように接触していくかという内容を話し合えればと思います。

それでは、次の説明をお願いします。

【事務局西山】

(審議事項(2)、救急患者連携搬送料について説明)

【藤谷副会長】

M C協議会等と協議を行った上で候補となる保険医療機関のリストを作成していることと記載されており、この協議会等というところで、どのように対応するのか議論がなされたと思います。

川崎の場合は、地理的に3病院が、北、中央、南部と適切に配置してあって、連携病院も話し合いがなされているのではないのかなと推測しています。実際北部は、私、聖マリアンナ医大で連携施設とミーティングをしたり、MSCの方々が連携をとり、うまく機能していると思っています。

中部はどのようになされているか実態を教えてくださいと助かります。

【井上委員】

うちはまだ、2施設くらいの連携です。

メディカルコントロール協議会等の「等」をどう解釈するかというところで、そこが1番のポイントだと思います。

病院間連携で何か問題が発生した場合に等にMC協議会が受け皿となるのもいいのかなと思いました。

【藤谷副会長】

実際にそれぞれの地区で連携がなされていれば、MCがそこに深く関与しなくてもいいのではないかと思います。

主に適応されるのは、3次医療機関だけでよかったですか。

【事務局西山】

3次医療機関だけではなく、救急搬送件数が年間で2,000件以上、かつ転院するときに救急救命士もしくは看護師、医師等を乗せられる医療機関ということになります。

【藤谷副会長】

2次医療機関で、この制度というのは実際に使われそうでしょうか。

【菅委員】

はい。当院も近隣の医療機関と連携していますので、2次だから全くやっていないというわけではないと思います。

【藤谷副会長】

3つの3次医療機関がこの制度を使い、そこでうまくコントロールしていればMC協議会等も何かあれば、この3施設に問い合わせれば情報が入ってくるということになろうかなと思いますが、様々な2次医療機関もアクティブにこのような制度を使うことを考えれば、案1もありなのかなと思いますがいかがでしょうか。

【菅委員】

報告することは問題ありませんが、報告を受けてMCとして何か助言をするなど、MCとしても何か考えておかないと、ただ報告させられているだけという感じはよくないと思います。

【井上委員】

最初は報告したほうがいいのかなと思いましたが、様々な2次医療機関もこの制度を利用していくのであれば、メディカルコントロール協議会ではなく、救急告示医療機関協会の枠組みの方がいいような気がします。なので、メディカルコントロール協議会への報告は必要ないかと思いました。

太田先生、いかがでしょうかね。

【太田委員】

報告するのはかなり大変だと思います。救急告示医療機関協会は市内の全救急医療機関の救急車の台数等を毎日毎日報告、記録して、それを基に救急医療の補助金や委託料の配分を行っておりまして、この事務作業、相当な労力です。ここに更に今回の事務を加えてしまうということは避けたいと思うのが本音です。案2でいいのではないのでしょうか。

【小泉委員】

今のところ問題なく運営されているようですし、総数の報告を上げていただいてもそれに対して何か調整をするかという、こちら側からすることは今のところなさそうなので、案2でよいかと考えます。

【大川委員】

診療報酬ですと今回はいいですが、疑義解釈に「望ましい」という言葉が最後についたものは、必ず次の段階では報告義務みたいな形で進展していくので、次の改定辺りは視野に置くという考え方も必要なのかも感じました。

【藤谷副会長】

MC協議会として、上がってきた報告データを使って何か考えることがあれば、教えてください。

【事務局西山】

事務局でも検討しましたが、連携搬送料に係る転院搬送件数を把握しましても、制度上、3日以内の転院搬送件数しか分からないので、メディカルコントロール協議会としてできることは相当少ないのではと考えます。

また厚生労働省としては、医療機関同士の話し合いの場に、MCが入ってAとBの病院を取り持つというようなことが趣旨だと思いますので、件数等の報告は、この趣旨とも違っていると思います。

【藤谷副会長】

恐らく国の考え方は、きちんと下り転院させるフローを作って、急性期病院を常にかけておく状況に持っていかないと、2次救急病院も含めて破綻していくだろうと。搬送先が無くなる事態を避けようということが狙いで、このような提案をされてきたのかなと僕は思っています。

今回はちょうど働き方改革も始まったばかりですし、病院に相当な負担が強いられている中で、努力目標ということであれば、皆さんのご意見にもあったようにMC協議会と協議会事務局としても、特段アクションを起こされるということもなさそうなので、案2ということで意見をまとめたいと思いますが、いかがでしょうか。

(全員が承認した。)

それでは、救急患者連携搬送料について、メディカルコントロール協議会が各医療機関間の間に入ることや報告等は求めないこととします。

【事務局西山】

今回の親会は令和7年2月28日金曜日、15時からとなっております。今回より1時間、時間が遅くなりますのでご注意ください。

【藤谷副会長】

先ほどの報告事項で、12誘導の心電図の話がありましたが、どの心電図にも自動解析がついていると思うのですが。

【事務局西山】

現在、救急車に搭載しておりますベッドサイドモニターには、自動解析の機能はついていません。

【藤谷副会長】

もしそうであれば、伝送システム、それができないのであれば、写メを撮って送るなど、何らかの方法で心電図を医師側が確認することを検討してください。救急隊の方もたくさん勉強していると思いますが、僕たち医師でも心電図を読むのに困ることがありますので。

【事務局西山】

はい。承知しました。

【菅委員】

先日、コロナの重症でネーザルハイフローをつけて、救急車内の酸素に接続したところ、フローが全然出ず、酸素量が上がらないため外来で挿管してから転院した事案がありましたが、救急車でネーザルハイフローは基本的に使えないという理解でよろしいですか。60L、70%という、かなりの酸素量なので救急車の規格とマッチしなかったと思っています。

【事務局西山】

救急車内では15LがMAXですが、その15Lというのが、何を基に15Lとなっているのか、60Lというのは見たことがありません。

【井上委員】

アタッチメントの問題と、酸素ポンベの容量によると思います。アタッチメントがあれば、おそらくフローは増やせると思います。アタッチメントがない可能性はあります。

【藤谷副会長】

60Lですと加湿器をつけないと相当乾燥します。ブレンドするので、特殊なハイフローネーザル用の機器があれば、60Lは使わなくてもおそらく大丈夫かと。70%となると、これも相当な量が流れるので、ポンベを幾つも積まないといけないと思います。

【事務局佐々木】

それでは、最後に事務局から報告です。

本日も欠席されていますが、田熊会長におかれましては、令和6年10月付で川崎市立川崎病院から川崎市立井田病院へご栄転されることとなりました。これに伴いまして、川崎市メディカルコントロール協議会会長職からのご退任される運びとなりましたことを報告します。

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2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。