

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作業部会 議事録

- 1 開催日時
令和6年12月24日（火）10時00分から12時00分まで
- 2 開催場所
川崎市消防局6階作戦室
- 3 出席者
 - (1) 委員・幹事
藤谷部会長（WEB）、中西委員（WEB）、伊藤委員、森澤委員、大嶽委員（WEB）、金尾委員、藤田委員、宿田幹事、根本幹事、塩田幹事、塩川幹事、田中幹事、土山幹事
 - (2) 事務局
平山担当部長、近藤救急課長、救急管理係白井担当係長、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) 部会長挨拶
 - (3) 委員紹介
 - (4) 検討事項
救急活動基準の一部改正
議題1 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について（資料1-1～1-8）
 - (5) 報告事項
報告1 胸痛、動悸・不整脈プロトコルの見直しについて（資料2-1～2-3）
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（資料3-1～3-2）
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（資料4-1～4-2）
報告4 救急件数の推移について（資料5）
 - (6) その他
 - (7) 閉会
- 5 会議内容

【事務局佐々木】

第3回作業部会を開催いたします。

委員の皆様の過半数の方が出席されておりますので、川崎市附属機関設置条例第7条に基づき、本会議が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、次第に沿って説明させていただきます。

次第2、部会長挨拶。藤谷部会長、よろしくお願いいたします。

【藤谷部会長】

皆様、おはようございます。年末でお忙しいところご出席いただき、どうもありがとうございます。

最近、急激に天候も寒くなってきて救急出場件数が非常に増えてきている状況ですが、川崎のMCは非常に連携がうまくいって、今のところ大きな問題は生じていないのかなと思っています。しかしながら、解決しないといけない川崎MC内での事案もあるので、積極的にMC協議会の作業部会でよい提案をしていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

次第3、委員紹介。新たに作業部会の委員に就任された方がいらっしゃいますので、ご紹介させていただきます。

川崎市立川崎病院救急救命センター担当部長、金尾邦生委員。

【金尾委員】

川崎市立川崎病院の救命センターの金尾と申します。上野先生がセンター長に就任されて親会に異動されましたので、作業部会員を拝命いたしました。よろしくお願いいたします。

【事務局佐々木】

次第4、検討事項。以後は、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進行をお願いいたします。

【藤谷部会長】

救急活動基準の一部改正ということで、事務局から資料の説明をお願いします。

【事務局西山】

(心肺蘇生を望まない傷病者への対応について、検討1について資料に基づき説明を行った。)

【藤谷部会長】

検討1に行く前に、資料1-3を見ていただきますと、一番上に「心肺蘇生を希望しない傷病者の意思表示あり」から始まることになっていますが、しっかりとした書面が必須なのでしょうか。この記載が資料1-6のどこかに記載があると思いますが、まずそこから確認をしていきたいと思っています。「意思表示あり」というのはどのような定義なのでしょうか。事務局に伺います。

【事務局西山】

DNARプロトコル解説、9ページをご覧ください。「2心肺蘇生を希望しない傷病者の意思表示」で、「(1) 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。」、「(2) 意思表示の確認は、傷病者本人が心肺蘇生を望まない意思を有している旨が記載された書面の提示もしくは、家族等から口頭で伝

えられた場合とする。」また、指導医が救急隊を介して家族等からACPの実施確認がとれた場合も同様とする。としておりまして、本作業部会で検討した結果でございます。

以上です。

【藤谷部会長】

わかりました。

かかりつけ医等の連絡内容に関して、①救急隊の観察結果、②傷病者本人の「心肺蘇生を望まない意思表示」の有無について、③心肺蘇生処置の中止について、④往診の可否及び所要時間について、という4つの項目がありますが、更に付け加えたほうがいいことがありましたら意見ををお願いします。

【伊藤委員】

家族等に署名を求めるわけですが、家族がその場に居合わせない場合や家族がいない方だと後継人、補佐人になると思いますが、その場に家族や後見人がいないから介護老人施設の方に署名をさせるのはどうかと思いますし、家族等の同意を得るときの順序ですとか、そこのルールづけが必要なのではと思います。さらに、介護老人福祉施設のセンター長レベルであれば署名が可能かもしれませんが、契約社員ですとか訪問看護師が、この大きなところに署名をするのは考えにくく、署名ができなければ必然的に病院へ搬送ということになりますので、なぜ、署名するとは想定しづらい方まで署名できる人の範囲に入れたんでしょうか。

【藤谷部会長】

施設で発生して、その場に家族がいないのでサインができない場合、代理でその施設の一職員がサインをしていいのかどうなのかという、またそういう事案があるなどと言われれば、確かにそうなのかなと思いますが。

【森澤委員】

藤谷先生、森澤からよろしいですか。

【藤谷部会長】

はい。お願いします。

【森澤委員】

これは救急隊が家族等にかせる、もしくは書くように頼むというよりは、署名できますかという声かけになると思います。そのため、必然的に後見人や施設の職員、ケアチームの職員が署名するとは思えないので、ある意味この段階というのは、必要なので記載はされていますが、ほぼ100%右へ流れるものだと解釈しています。

「ACPを実施したとお聞きしました。では、署名できますか。」と聞いて、署名できますと言えば下へ流れますけども、署名できませんと言ったら右へ流れる。それでいいと思っています。でなければ、このプロトコルが実装されるまで、時間がかかり過ぎると思っているので、同意の順序決め等は不要かなと思いました。

【藤谷部会長】

家族がいる場合は家族が意思決定権を持っており、その現場にいないければ、搬送になる。施設にいる人たちは基本的には搬送になるという流れ。独り身の人た

ちは、後見人や職員とか、施設のそういう人で責任取れる人がいなければ搬送になるという、そのような文言に変えることも考えられますが、いかがでしょうか。

【中西委員】

施設に入所するとき、我々が紹介する際にDNARが取れているか否かで入所の許可が下りる場合があります。そのため、そういうサインはその場で書くのではなく、既に入所する際にDNARが取られているという、そういう解釈でいたのですが、やはりその場でもう一度DNARを取らないといけないんでしょうか。

我々が施設に紹介する際は、DNARを取ってからお願いしますというふうに言われることが多いので、施設の職員ですとか、そういったものではなくても、既に入所した際にDNARを取ってあるという形になるんじゃないかと思うんですけど、その点は実際に現場に行った救急隊の方々、そういうことはなかったで

しょうか。

【森澤委員】

先生のおっしゃったことはごもっともで、大体施設に入るときに書類ができるというのが現状と思いますが、この話題は以前から何度か検討してきたところでして、施設に既に存在する書類の有効性についての検討がまず最初にございまして、10年前に入所したときにDNARの書類があるから10年後もそれが有効なのかとか、更新しなくていいのかとか、そういった懸念がございまして、やはり最期、現場でサインを取らなければならない、という結論に至って今回のフローができたという経過でございます。

【中西委員】

理解しました。それですと、議論されているとおり、その場で取るというのはなかなか厳しいですね。なので、やはりこのフローで行くと、ほとんどが右へ流れてしまうというのは致し方ないんじゃないかなと思います。

【藤谷部会長】

DNARを持っている人が施設でお亡くなりになって、かかりつけ医がすぐ来られない場合は、救急隊を呼んでいるのでしょうか。それとも施設の中で次の日まで待っているのでしょうか。

【中西委員】

現場のことはそこでは私のほうは分かりません。

【藤谷部会長】

施設に入所している方で、DNARの書面はあるが、かかりつけ医がいないということになると、搬送のフローになってしまうので、森澤先生が言うように、ほとんどが右に流れることになろうかと思います。

【伊藤委員】

やはり「※2」がすごく気になります。まず、「ACP実施の有無」という一言があるんですが、これを入れた意味を知りたいのが一つ、二つ目に、ちょっとこれバリエーションが少なければ少ないほどがいいかなと思っていまして、例えば、家族が現場に向かっていて30分以内に来ますといったときに、救急隊はずっとその場で心肺蘇生しながら同意書を待たために30分間活動するのか、何分を目途に右に流れるのかというところ。下はかかりつけ医に引き継ぐのが40分と

されていますけども、これ何分間だったら家族の同意書の署名を待つのかというようにところもちよっと気になりました。「ACP実施の有無」という、このふわっとした言葉を入れた意味合いと、同意書が必要条件なのか、それともACP実施の有無または、同意書の署名のいずれかが必要なのか、どのような意味でこの文言にしたのかを教えてください。

【事務局西山】

この作業部会の結果として、ACP実施の有無と心肺蘇生中止の同意書の両方が必要だと解釈しております。

資料の9ページ、「資料1－3DNARプロトコルの一番上です。「1、基本的事項」に「本プロトコルは、18歳以上の心肺停止状態にある傷病者のうち、人生の最終段階においてACPの結果として傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない意思」を有している場合に適用する」こととしており、ACPをしたということが大前提、家族の意思だけで心肺蘇生を止めるものではないということ、本人の意思で心肺蘇生を望まないということがあるということが大前提でございまして、アドバンス・ケア・プランニングがないと、まずこのプロトコルは発動しないという検討結果になっております。

また、心肺蘇生中止の同意書につきましては、施設やクリニック等で心肺蘇生中止の同意書、DNARの同意書等いろいろあると思いますが、なかなか救急現場でそのような書面を救急隊に提示されても、様式が違う、書き方が違う、記載されている内容が千差万別ということが想定され、救急隊が短時間で確認するのは困難だといったところで、それであれば、そのような書面が出てきても、それに頼るのではなくて、心肺蘇生中止の同意書に家族等の署名がいただければ、それを書面として扱えばいいのではないかと、というような検討結果となっております。

そのため、次、検討2で検討していただく心肺蘇生中止の同意書の冒頭の部分にも、「ACPを実施しました」というのを誰々から聞いたというのを頭に入れております。こちらの資料が心肺蘇生中止の同意書になりますが、一番上にACPについて記載させていただいております。

【藤谷部会長】

こちらに関しては、本人の意思とありますが、意思表示できない場合もありますので、「推定意思も含む」というように書いておかないといけないと思います。

用語の定義、資料1－4ですね。この家族等というところの定義に関しては、議論し始めると、色々な可能性が出てきますのできりがないところかなとは思いますので「関与している次の者」で、ここはいかがでしょうか。

【金尾委員】

ここに書いてある家族、後見人、施設職員、ケアチームの職員でおおむねカバーしているのかなと思いますが、内縁の妻や夫ですとか、婚姻関係にないけども家族同然の方が対象になるのかどうかというのが少し気になるころではあります。

【藤谷部会長】

以前、家族の何親等までというようなことも議論しましたが、そこまで書き込むといろんなケースが出てくる可能性があります。その人がいずれにしても責任の担保はどこで負うかという、署名をしてもらうことが最終的な担保を取るところになってきますので、口頭だけでは駄目で、家族等が署名をして、かかりつけ医等のところまで落とし込んでできますので、そこで責任の分散をするということになりますので、その人たちだけだと今みたいな不安が出てくると思いますが、そこも解消できるのかなと思っています。フローを見ますと、「※2」のところで、書面でなくても口頭で聞いて、署名可能というところで、最後にかかりつけ医等で中止判断にするという幾つものレイヤーがありますので、そこは何とかクリアできるのではと思っています。

【金尾委員】

分かりました。

【藤谷部会長】

もう1点、「かかりつけ医等」の定義ですが、関与している医師及びその医師と連携している医師、グループの医師、もしくは院内等で情報共有がされていて、かかりつけ医と同等の判断ができる医師というところの人たちの最終的な承認が必要になってくるということなので、この1、2、3と来たら、かなり責任の分散もできるのではないかな。一人にかかる責任というのがなくなってくると、そういうフローになっています。

【金尾委員】

理解しました。

【伊藤委員】

家族等のレイヤーが含有するものが大きいとは思いますが、検討1の用語的には問題ないかなと思っています。

【森澤委員】

内縁関係の証明、つまり住民票とか民生委員による内縁証明書とか、3年間以上、同じ住居で生活しているとか、そういう何か法律関係の話題まで入れてしまうと、とんでもないプロトコルになってしまう。そもそも最終段階の同意書に署名する覚悟のある人間は家族なのではと思っています。

【藤谷部会長】

では、用語の定義に関して、案のとおりでよろしいでしょうか。

【委員全員】

(反対の意思表示なし)

【藤谷部会長】

検討2になりますが、心肺蘇生中止の同意書になります。

必ず責任を書面で残しておかないといけないので、心肺蘇生中止の同意書を家族等に記載をしていただくということで、本人が人生の最終段階において心肺蘇生を望まない意思を有していること、もしくは推定意思を含むというような記載にしていだけないかなということは先ほど述べました。

家族等の記入欄で、CPRをしないと死に至るということを「理解した」か、「理解できない」か、「理解できない」にサインする人はあまりいないと思いま

すが、選択できるようにした方がいいだろうということで、このような文言が入っています。同じく「同意します」、「同意しません」についても、「同意しません」というのは形式上置いているということになります。そして、家族等続柄と、時間はしっかりと記載をここでしていただくと。同意の撤回がいつでもできますということが、真ん中の「（同意した後でも、救急隊が引き揚げる前であれば、いつでも同意を撤回することができます。）」ということで、撤回をできるような文章も入れておきました。

救急隊の記入欄については、救急隊の名前を書いて、心肺蘇生中止の指示を出した医師の名前もここに書いておくという形式ですがいかがでしょうか。

【田中幹事】

先ほどの検討と重複するところもありますが、この同意書を見ると、あくまでも家族等署名となっていて、先ほどの7ページにあった家族、後見人、介護老人福祉施設の職員、医療ケアチームの職員というのがここに署名をされると思うのですが、我々救急隊がACPを受けている方、DNRの方のところに現場に行った時点では現場で署名を書ってくれる人が誰もいなかったが、その後、救急隊が現場に着いてから施設がずっとかかりつけ医に連絡していたら、かかりつけ医と連絡が取れましたというケースにおいて、かかりつけ医の先生と相談したら、家族と連絡が取れていないけど、私が今これから現場行って、そちらでサインを書きますのでというような状況も十分考えられると思いますが、そういった際に、医師が書くスペースというか、例えば家族等署名が、家族・医師等署名とか、そういった書き方であれば、我々もいただけるのかなと思いますが、家族等からしかもらえないとなると、往診の先生が現場に来てくれたにもかかわらず医療機関に搬送するというプロトコールになってしまうので、細かいところにはなるかとは思いますが、懸念として挙げさせていただきます。

以上です。

【藤谷部会長】

その場合は医師が来られて死亡診断書をそこで書いてしまうので、そこでおしまいになってしまうので、このフローには乗らないかなと思います。

かかりつけ医がすぐに対応ができない場合は医療機関に搬送するという流れになります。

【田中幹事】

我々救急隊の活動として、この同意書に誰からもサインをもらわないで帰署していいのかというところの問題になるのかなと思います。先生が来ていただいても、結局家族とは連絡取れないまま、ACPに関与している者と何も連絡がつかない、誰もサインを書いてもらえないまま引き揚げていいのかというところで、事務局としてはこの辺を想定されているのかお伺いしたいところです。

【事務局西山】

家族等の中に医療、ケアチームの職員と記載させていただいておりまして、現場に今すぐ行きますといった場合に、救急隊はBLSを続けてかかりつけ医を待たなくてはならないということになると思いますが、先生が来たらここに署名ができて、なおかつ心肺蘇生中止をするといった形になると思います。

【森澤委員】

その30分間のベーシック・ライフ・サポートは救急隊的には許容できますか。許容できないのであれば、かかりつけ医から電話口で現場にいる家族等に該当する人を書いてもらう指示を出すようにかかりつけ医にお願いをするというような工夫が必要になりますよね。

【藤谷部会長】

そのような応用編とかを入れるとこのフロー自体が成り立たなくなってしまうので、30分そこで診ていてくださいという場合は、2次医療機関に速やかに搬送して、そこで開業医の先生がそこに行ってもらおうといったほうが救急隊の流れとしてもスムーズだと思います。

例外規定をつくるとフローが成り立たなくなりますので、先ほどのようなケースは、近隣の2次医療機関に搬送するので、そこでその先生に最終的にお看取りをしていただくというところまで話をされればいいのかと思いますがいかがでしょうか。色々なバリエーションを作って一番困るのは救急隊じゃないかなと思いますので、救急隊を守る、活動を守る上でも、このままのフローでいいような気がいたしますが、いかがでしょうか。

【田中幹事】

よく考えれば、医療ケアチーム、かかりつけ医もここには含まれることに気が付きました。また、かかりつけの先生が30分ぐらいで到着できます。その間のBLSをずっと救急隊が現場で続けるのかということ、そこはちょっと現実的ではないのかなというのが正直な印象です。

【藤谷部会長】

ありがとうございます。そうであれば、このフローのままで、フローにのっとって動いていくということによろしいでしょうか。

【藤谷部会長】

次、検討4の心肺蘇生中止後の対応になります。

かかりつけ医等が約40分以内、これは誤差があってもいいということで、16キロ圏内で計算をして40分以内ということなのですが、40分以上かかるということであれば搬送するということにしていますが、心肺蘇生をしないということはお看取りだけなので、そうすると診療報酬が取れないというような問題が出てきて、2次医療機関にメリットがないということで引き受けてくれないんじゃないかという問題が生じてきました。ここに関してコメントをいただけないでしょうか。

【中西委員】

この40分に関しては、ここに書いてあるものでいいかなと思います。それと2次医療機関では受けない可能性が高いと思います。我々の施設も、もしこのような場合だと、うちのかかりつけであれば受けるかもしれませんが、そうじゃなければ受けない可能性のほうが高いと思います。確かにそれはおっしゃるとおりだと思います。

【藤谷部会長】

ここで、かかりつけ医とかが往診ができない場合は医療機関に搬送ということで、ここをあえてファジーにしておくということで、病院によって受ける受けないというところがあるので、2次医療機関という明記はしないほうがいいのではと思いますが。

【事務局西山】

資料1－7の検討3について改めて事務局から説明をさせてください。

2次医療機関への搬送に関して、前回の作業部会で、まずは救急告示医療機関協会会長にお話しをお伺いしたほうがいいということになりましたので、事務局で行ってまいりました。その結果、資料の一番下にも書いてありますとおり、「心肺蘇生を中止した状態で搬送された場合、診療報酬がつかない可能性がある」ということで、2次医療機関で受けるのは難しいのではというような見解でした。

他の医療機関の事務の方にもお聞きしているところで、回答を待っている状況ですが、その方の感触的にも、病院の中で何もしないということであれば、診療報酬は難しいかもといった回答がその場ではあったところでございます。

説明は以上です。

【藤谷部会長】

ここに関しては救急告示病院の先生方の意見も十分に酌み取らないといけないので、「医療機関に搬送」というところでよろしいのかなと思うので、2次医療機関に行ってもいいですし、無理であれば3次医療機関が受けるということで、それほどケースは多くないということなので、ここはこの文言でお願いします。

続きまして、もう一つ資料1－8「救急車搬送辞退書」というのがございますが。

【事務局西山】

こちらは、現在、救急隊が使用しております救急車搬送辞退書でして、現場を引き上げる際は、こちらにも署名していただくことを想定しております。確認の意味で資料添付させていただきました。

【藤谷部会長】

はい。分かりました。

では、よろしいですか、次に進んで。

【事務局西山】

確認です。検討2の心肺蘇生中止の同意書については、この書面のまま親会に諮るという形でよろしいでしょうか。

【伊藤委員】

同意書で、上段のところは恐らくACPRの確認という要素が含まれていて「〇〇救急隊は、傷病者または家族等とかかりつけ医等（〇〇 〇〇医師）とのACPRの結果として」云々ということを確認しましたというのは、これは救急隊がここを記載するということですね。

【事務局西山】

はい。そのとおりです。

【伊藤委員】

救急隊が記載をして、その下はご家族等という形で、いわゆる救急隊側と、あとはその当事者側の2名の者がこの同意書を作成するというような文言がこの同意書の中に含まれるという解釈で、上のところが先ほど申し上げたACPの確認の要素を含んでいるということで確認してよろしいですかね。

【事務局西山】

はい。事務局の意見としてはそのとおりです。

【伊藤委員】

もう1点、家族の同意書だったりとか、先ほどに戻りますが、家族がこれから来ます、同意が得られそうですといったときに、現場の滞在時間が同意書を求めながらBLSを15分、20分ずっとやり続けながら家族到着を待つのか、それとも、20分だか30分だかよく分からないから右に流れていく、いわゆる搬送するののかの判断の基準に関しては、ちょっとここには今のところ記載がないので、それに関しては今後の課題という解釈でよろしいですか。

【藤谷部会長】

かなりの時間をかけて今まで議論をしてきていますので、フローはこれで決めておいて、後から色々な問題が出てくるとしますので、救急隊から問題提起していただければ、そのときに議論をすればいいのかなと思います。

家族等の記入欄のところの上の救急隊が確認するところは、救急隊記入欄といったような太枠で囲ったほうが分かりやすいと思いますので修正をお願いします。

【塩川幹事】

例えば、福祉施設等で職員本人はサインしたくない、しかし、家族と連絡はついていて、家族が職員に代筆を依頼している状況などはいかがでしょうか。その家族の名前の下で職員の方が代筆してよしとするということはできるのでしょうか、できないのでしょうか。

【藤谷部会長】

例外規定になるので、それはできないですね。

例外を言い始めると、救急隊が混乱してしまうので、プロトコールにリジットにのっとっていかないと、いろんな事故が発生してくる可能性があるので、やっぱりそれを言い始めるともう切りがなくなると思います。

【塩川幹事】

家族等としては福祉施設の方がいらっしゃる、ただ、福祉施設の方はサインに同意をしたくない場合もうそうなる。

【藤谷部会長】

終わりですよ。

【塩川幹事】

そうなりますよね。ただ、家族は30分すれば現場に来ます。

【藤谷部会長】

30分も救急隊がそこでステイしていないといけないんで、迅速に対応ができないというところで、そこは右に流れるフローにしましょう、というのがさっきの議論だったと思います。

【塩川幹事】

あくまで連絡等がついていても、現場にいる人の同意だけということになるんですね。

【藤谷部会長】

現場でサインを迅速にすることができなければ右に流れるということで、先ほどＡＣＰに関与する人のみがサインができるということで、代理でサインとかはしてもらったら大変なことになると思います。

【塩川幹事】

分かりました。

【藤谷部会長】

その辺りは例外規定を最初につくらないほうがいいと思います。救急隊を守る意味でもですね。

【事務局西山】

もう１点確認です。先ほどの心肺蘇生中止後の対応についてですが、「往診に約４０分以上かかる場合は医療機関に搬送する」というような文言にしておいて、実際は３次医療機関またはこれに準じる医療機関にすればよろしいでしょうか。それともこの文言を「約４０分以上かかる場合は３次医療機関または、これに準じる医療機関」に変えた方がよいでしょうか。

【藤谷部会長】

このままでいいんじゃないでしょうか。

【事務局西山】

わかりました。

【藤谷部会長】

ここからは報告になります。事務局からお願いします。

【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」前回までの検討結果について、資料に基づき報告を行った。）

【藤谷部会長】

ここで緊急心臓カテーテル検査等というのは肺血栓塞栓症とかも緊急心臓カテーテル検査等に含まれるということになるのと、あと、大動脈解離とか血管系に関しては、心臓血管外科併設というところで、この二つに主に分類をすることになろうと思うんですが、１６施設でＣＣＵネットワークのほうが推奨してくるんでしょうか。

【事務局西山】

はい。そこは今ＣＣＵネットワークと話しておりますが、市内ではこれだけの医療機関が心カテができるということですので、ＣＣＵネットワークとしてはこの１６医療機関で今検討しているところでございます。

【藤谷部会長】

では、こちらのどこの施設を入れるかどうかというのは、できればオブザーバーということでＣＣＵネットワークから親会に出てきて、実情をお話ししていただければというように考えています。

あと S p O₂のほうは94%ということで、これも前回ここで議論された内容だと思いますので、ここもこのままで一応行くということですよ。

【事務局西山】

そのとおりです。オブザーバー参加については、CCUネットワークにお伝えいたします。

【藤谷部会長】

では次、よろしくお願いいたします。

【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実証事業(マイナ救急)について、実証事業の実施期間が終了したため、川崎市内での実証結果を資料に基づき報告した。)

【事務局佐々木】

実証事業に関しましては、幸区と川崎区の3署、10の救急隊については、この実証事業を11月6日以降も継続して実施しております。補足させていただきます。

【藤谷部会長】

実際に投薬状況とか処方されている薬とかも分かるのでしょうか。

【事務局西山】

傷病者がマイナンバーカードにひもづけていれば分かるような状況となっております。

【藤谷部会長】

この5.5%の人たちはひもづけされている人ということでよろしいんですか。

【事務局西山】

はい。そのとおりです。

【伊藤委員】

実証実験は、恐らく懸念する事項があつてそれを確認するということも含まれていると思うんですけども、僕には何かあんまり懸念する心配事項は見当たらなかったんですけども、想定されていた懸念事項と、今まで599件閲覧に関して何か有害事象があったのかどうかというのをちょっとご報告いただけたらと思うんですけども。

【事務局西山】

この実証事業は、総務省消防庁が所管しておりまして、私どもでは、あまり把握していないところですが、実際の実証してみても有害事象というところでは、操作次第で他の方の医療情報まで見てしまう可能性もあるといったところが懸念事項でして、もしそうなってしまった場合は、事故として総務省に報告しなければならないこととされています。なぜかといいますと、救急要請していない方の閲覧履歴にその救急隊名ですとか病院名ですとか分かるような仕組みになっておりまして、私は救急車も呼んでいない、病院にもかかっていないのに何でこの閲覧履歴にこの名前があるんだ、という話になってしまいますので、そういったところが懸念事項といったところになっております。

【藤谷部会長】

南部と北部で違いがあるのは、持っている人たちが北部のほうが多いということなんですかね。

【事務局西山】

すみません。これについてはちょっと一概にそうとも言えないような状況です。

【藤谷部会長】

そうですか。分かりました。

では、次に進んでいただけますか。

【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」現在の実証実験の状況を資料に基づき報告した。）

【藤谷部会長】

実際、北部3区で今日出ていられる宮前は森澤先生中心に、麻生は伊藤先生とかですかね。中部は2区で、こちらは日本電気株式会社ということで、武蔵小杉のほうでちょうど始まったばかりですね。今現状がどうなっているか、伊藤先生、麻生のほうではどのようなになっているか教えていただいてもよろしいでしょうか。

【伊藤委員】

私たちのところは株式会社TXPMedicalにて救急隊から情報が得られていまして、利点としましては、まず患者さんの人定ですね。生年月日、人名も含めた、よく口頭伝達だと間違いが生じたり、「ひ」と「し」が間違えたりとか、そういうことがあります。視覚化されるということは非常にいいかなと思っています。

あと、バイタルサインですとか、現病歴に関しても視覚化された言語を通して、しかも複数の人数で共有できるという点においてもすごく役立っています。

三つ目に、その情報が直に電子カルテにペーストできるので、作業効率としても非常にいいかなと思っています。

難点としましては、さほどはないですが、院内の電波状況が緩衝して、速やかに情報が取れなかったりする程度で、特には現状問題は生じていません。中原のほうからもこのシステムを用いながらやってくる救急隊がいるんですけども、私たちのほうは株式会社TXPMedicalで、中原のほうは日本電気株式会社のシステムを利用しており、一方のものしか使っていないので単純比較ができないため、受け入れる側の救急病院としては比較できたらうれしいかなとは思いますが、現状、TXPさんのものでも全然全く問題なく効率よく情報伝達ができているという実態です。

【藤谷部会長】

ありがとうございます。

森澤先生、何か追記で問題点とかございますでしょうか。

【森澤委員】

伊藤先生にいただいたご意見が大勢かなと思います。あとはお断りをしてしまった症例がご自身の病院のダッシュボードに残らないので、そういった情報もあると、自分の病院のアクティビティをリアルタイムで見られるので、ぜひとも欲

しいなというようなご意見をいただいたりしています。あと、救急隊のほうの現場での記載の手間というのでも考えなければいけないんですが、始まって一、二週間はすごくびっしり書いてくださっていて、多分大変だったんだろうなと思いますけども、だんだんこなれてきたのか、本当にメモ程度のものをぱっぱと書いて送ってくださるようになったので、ここは現場の運用で対応できるのかなというふうに感じております。

【藤谷部会長】

田中さんにお聞きしたいんですが、投薬とか内服履歴が書いてあって、非常に僕たちにとっては非常に助かる一方で、それを調べて入力している救急隊は、業務が物すごく増えてしまったのではないかという懸念もありますが、この辺り何かお聞きになっていないでしょうか。

【田中幹事】

多摩署でもこちらのシステムを使わせていただいている、メリットとしては、特に外傷だったり交通事故だったり、今まで経験則で伝えていたところが、実際ビジュアルとして先生たちに伝えられるというところで、その辺に関しては我々も助かっています。

一方で、ちょっと入力するタブが多かったり、救急隊3人しかいない中で、隊長が聴取して隊員がバイタル測定して、機関員がその操作をしていくという状況になるんですけども、これは救急隊というか消防署内の話ですが、救急隊の人数が足りなくて消防隊とか救助隊からその機関員が来たときに、どうしてもそれができなくてといったところで、現場滞在時間自体が延びているというのは肌感として感じているところです。

【藤谷部会長】

この辺りも問題になってくるかもしれないので、問題点としてNECとTXPと比較したりするときに情報を入手しておいていただけるとよろしいのかなと思います。

大嶽先生からも状況を簡単に教えていただければと思います。

【大嶽委員】

始まったばかりなので実際の感覚というのがまとまっていませんが、スタッフからは、トラブルですとか、使いにくいという報告はありません。

【藤谷部会長】

はい。分かりました。

それでは、次の報告をお願いします。

【事務局西山】

(報告4「救急件数の推移について」を資料に基づき報告を行った。)

【藤谷部会長】

件数が増えて、6号事案とかそういうのが増えてきているとか、現状で救急隊が困っているなど、何か問題はあるんでしょうか。

【土山幹事】

市内全救急隊が出場しているという無線をよく耳にしますし、指令センターからもすぐに引き揚げてくれという無線も毎日受けています。医療機関では、先生

に署名や申し送りをスムーズに受けていただいていますので、今後ともご協力を
よろしくお願いします。

【藤谷部会長】

川崎救急フォーラムという会合が救急告示と救命センターの会合があったんですが、やはり各病院、問題点があったり、北部とかは東京都から流れてくる人たちがいて、救急の患者が思うように取れなくなるジレンマがあったり、中部も本当にベッドが一杯で、取れる患者さんが限られているということが、井上先生からも上がってきて、やはりそれぞれ施設の限界というところがありますので北部、中部、南部が連携してサポートしていかないといけないという話し合いが1週間ぐらい前に行われました。

今後、年末に患者さんが増えてきて、ダイバージョンなども起こってくる可能性もあるので、お互いの施設で助け合うということを2救急告示病院も含めてしていかないと、これから患者数が増えてきてどこも取れなくなってくる。そういう問題が先ほど臨港署の方が言われたような問題が発生してくると思うんで、皆さんが協力していけるようにしていければと思います。

次、その他に関して、皆様から何かありますでしょうか。なければ、事務局にお返しします。

【森澤委員】

藤谷先生にご依頼ですが、今、マリアンナや北部で少し話題になっているものとして、成人、大人になった、もうちょっと言うと16歳以上になった重身の子供たちですね。脳性麻痺だったり、そういう方が、いわゆる小児医療センターとか、小児だけを見ている人たちの手を離れて在宅にいたりするんですが、いざ救急搬送したときに主治医不在というところで行き場をなくしているんじゃないかという話題がございまして、あちこちに声をかけてみても、さほど実感として困っている人たちはいないみたいなんです。救急隊も含めて。なので、懸念にすぎないのかもしれないのですが、よろしければ、ちょっと親会で、その実情の確認などをご検討、考えていただければ、また作業部会に附帯いただければと思います。

【藤谷部会長】

はい。分かりました。

議事録に残しておいていただけないでしょうか。次にまた親会で検討していければと思います。

そのほか、よろしいでしょうか。

そうしたら事務局にお返しいたします。

【事務局佐々木】

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3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。

今年度最後の作業部会となります。委員の皆様、幹事の皆様、どうもありがとうございました。

以上で終了いたします。本日はありがとうございました。