

## 令和7年度第3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8年3月16日（月）14時00分から15時50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、菅委員（WEB）、太田委員（WEB）、上野委員、森田委員、加藤委員（WEB）、宇出津委員（WEB）、熊谷委員、渡邊委員

#### (2) 事務局

平山担当部長、近藤救急課長、根本救急管理係課長補佐、白井救急需要対策課長補佐、西山救急指導係長、稲垣メディカルコントロール推進担当係長、小川主任、塩野士長

### 4 次第

#### (1) 開会

#### (2) 会長挨拶

#### (3) 審議事項

ア 令和8年度気管挿管病院実習派遣候補者の推薦について（資料1-1～1-2）

イ 救急ワークステーション以外の病院研要領について（資料2-1～2-4）

ウ ドクターカー事案フォーマット等について（資料3-1～3-9）

エ 心肺停止蘇生後の傷病者に対する心肺機能停止前静脈路の確保及び輸液の実施について（資料4-1～4-6）

#### (4) 報告事項

ア 聖マリアンナ医科大学病院ドクターカーの運用時間変更について（資料5-1～5-2）

イ メディカルコントロール体制の評価指標について（資料6-1～6-4）

ウ 令和7年中の6号基準適応事件について（資料7-1～7-2）

エ 各行政区における救急搬送件数等について（資料8-1～8-2）

オ 川崎市救急情報共有システム等 導入・運用保守業務委託プロポーザル評価委員会実施概要について（資料9）

#### (5) その他

#### (6) 閉会

### 5 会議内容

#### 【事務局西山】

ただいまから令和7年度第3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、御多忙のところ御出席賜り、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西山でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

議事に入る前に、会議資料の御確認でございますが、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。Web参加の皆様は事務局から事前送付しております資料を御確認ください。また、会議の記録を作成する関係上、本会議を録画させていただくことを御了承ください。

続きまして、御発言の際の注意事項でございますが、現地会場で御発言される際は、机前にありますスタンドマイクのプッシュボタンを1度押してから御発言いただき、御発言が終わりましたら、もう一度プッシュボタンを押すようお願いいたします。Web参加の皆様につきましては、リアクションボタンの挙手を表示していただき、指名を受けた後、御発言ください。さらに、協議会として承認していただける方は、うなずきやリアクションボタンの親指を表示していただければと思います。

続きまして、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御報告させていただきます。

それでは、次第に沿いまして進めさせていただきます。

次第2、会長挨拶。藤谷会長、よろしくお願いいたします。

【藤谷会長】

皆様、こんにちは。

本日は第3回川崎市メディカルコントロール協議会となります。今年度としては、最終の開催になろうかと思っております。

4月以降の体制については、現時点ではまだ最終決定には至っておりませんが、新百合ヶ丘総合病院が救命救急センターに指定されること、また聖マリアンナ医科大学が北里大学と併せて高度救命救急センターに指定されることが内定していると伺っております。今後、もう一つの会議を経て、最終的に承認される予定です。

これにより、救命救急センターが1か所増えることとなり、川崎市における救急受入体制は、これまで以上に強化されるものと想定されます。

このような状況の中で、将来発生し得る災害等に備え、救命救急センターおよび日頃から二次救急告示を担っていただいている医療機関の先生方と、より一層連携を図れる体制を強化していきたいと考えております。

それでは、本日もどうぞよろしくお願いいたします。

【事務局西山】

藤谷会長、ありがとうございました。

次第3、審議事項となりますが、川崎市附属機関設置条例第7条により、藤谷会長を議長として今後の進行をお願いいたします。

それでは、藤谷会長、よろしくお願いいたします。

【藤谷会長】

それでは、審議事項1、令和8年度気管挿管病院実習派遣候補者の推薦について、事務局から、よろしく願いいたします。

【事務局稲垣】

(審議事項1 令和8年度気管挿管病院実習派遣候補者の推薦について、資料の基づき説明を行った。)

【藤谷会長】

30症例の候補者が4名、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡が4名となりますが、何か問題はございますでしょうか。

中部地域の職員がこの中に選出されていないのは、既に資格を取得されているということで、今回は南部と北部の職員が選ばれているようです。それぞれベテランの方ばかりですので問題はないと思いますがいかがでしょうか。

意見がないようですので承認として次に進みたいと思います。

では、審議事項2、救急ワークステーション以外の病院研修要領について、事務局からお願いいたします。

【事務局稲垣】

(審議事項2、「救急ワークステーション以外の病院研修要領」について、資料に基づき説明を行った。)

【藤谷会長】

現在ご説明しているのは、ワークステーション外での研修要領についてです。

研修内容自体も、ほぼ同様の構成となっておりますので、こちらについても支障はないかと思えます。

何かご質問等がございますでしょうか。

それでは、特にご質問がないようでしたら承認としてさせていただきます。

では、審議事項3、ドクターカー事案フォーマット等について、事務局からお願いいたします。

【事務局稲垣】

(審議事項3、ドクターカー事案フォーマット等について、資料に基づき説明を行った。)

【藤谷会長】

ドクターカー事案のフォーマットの形式化についてですが、「効果の評価」において、医師・看護師の処置内容とは、ドクターカー内での処置内容のみを指すのか、それとも病院到着後の処置内容も含むのかという点について確認させてください。

また、救急隊の項目には重症度・傷病程度が記載されていますが、これは医師が記載した傷病程度を、救急隊が後で入手するという理解でよろしいでしょうか。

【事務局(稲垣)】

1点目につきましては、救急隊と医療機関のドクターカーまたはラピッドカーが合流した後、病院到着までの間に、救急隊では実施できなかった処置を医療機関側の医師・看護師が行った内容を、病院到着までの処置として記載していただく想定です。

2点目の傷病程度および初診時診断名についてですが、通常の救急活動においても、病院に患者を引き継ぐ際、医師から傷病程度と初診時診断名を収容書に記載していただいております。これらについては、別の帳票から情報を取得することが可能であるため、ドクターカーフォーマットにおいて、救急隊が個別に入力するところまでは想定しておりません。

【藤谷会長】

この傷病程度の項目は重要だと思います。重症・中等症・軽症の定義について、医師ごとに判断基準が異なり、各自の感覚で判断されている可能性があると思います。ドクターカーの運用を3病院で行うのであれば、ある程度定義を統一しておいたほうがよいと考えますが、定義はありますでしょうか。

【事務局（稲垣）】

傷病程度の定義については、軽症は入院を必要としないもの、中等症は入院を要するもの、重症は一定日数以上の入院が必要なものとされています。

【藤谷会長】

分かりました。

もう一点質問ですが、LOGOフォームでは、テキスト入力欄がいくつかあると思いますが、音声入力は可能でしょうか。

【事務局（稲垣）】

テキスト欄は、音声入力が可能です。

【藤谷会長】

プルダウン操作も含め、スマートフォンで入力できるのであれば、現場でも迅速に対応でき、入力の負担も少ないと思います。将来的には、症例を蓄積し、学会等で発表していただきたいと考えていますが、発表の主体を各病院の医師・医療従事者とするのか、消防局として行うのかについては、事前に調整が必要であると思いますので、その点も検討をお願いしたいと思います。

私からは以上です。他にご意見はいかがでしょうか。

【井上副会長】

重症度の定義についてですが、先ほどの入院基準による定義は、必ずしも現場の感覚と一致しない場合があると思います。救急搬送記録でも同様に、どの時点の状態をもって重症と判断するのかによって差が生じがちです。現着時なのか、病着時なのか、あるいは退院まで見据えた評価なのかについて、改めて整理していきたいと考えています。

また、LOGOフォームについては、十分に検討いただきありがとうございます。音声入力が可能であることに加え、今後、DXとの連携の可能性もあるかもしれませんので、その点についてもご検討いただければと思います。

データの活用方法については、適切なデータが取得できれば非常に貴重なものになります。消防機関と医療機関が共同で進めている事業の成果を示すことは、市民にとっても有意義であり、学会においてもドクターカーの有効性評価に大きく寄与するものと考えますので、ぜひ進めていきたいと思っています。

症例検討会については、その開催形式を検討する必要があります。市の事業としての検証は重要ですが、一方で、消防主体の場合、自由な意見が出にくい側面も考えられます。その点も踏まえ、検証の場としての位置付けと、別途、病院ベースの勉強会を行うなど、役割分担を考えていくのがよいと思います。

【菅委員】

この情報は、参加していない二次医療機関にも仕組みを共有されるという理解でよろしいでしょうか。

【事務局（稲垣）】

二次医療機関に対しても、予後まで全てを追跡して入力していただくことは難しいと考えています。ドクターカー要請事案で三次医療機関へ搬送されたケースについては、三次医療機関での結果をL o G oフォームに入力していただきます。

一方、ドクターカーの助言等により三次医療機関への搬送の必要はなく、二次医療機関へ搬送となった場合は、「二次医療機関へ搬送」と記録するにとどめ、二次医療機関に予後の追跡調査までを求めることは想定していません。

【菅委員】

分かりました。ありがとうございます。

【事務局（平山）】

先ほどの傷病程度の定義について補足します。重症は3週間以上の入院加療を必要とするもの、軽症は入院加療を必要としないもの、それ以外が中等症という、全国共通の定義となっています。

【小泉委員】

単純な疑問ですが、ドクターカーを要請する時点で、重症例が想定されるのではないのでしょうか。

【藤谷会長】

キーワード方式のため、必ずしも重症とは限りません。

【小泉委員】

軽症例が含まれることに違和感があり、重症例の中でさらに重症度を分類するものだと考えていました。

【井上副会長】

指令センターが覚知したキーワードに基づいて出動しますが、「意識がない」「人が倒れた」などの情報だけで要請され、現着すると必ずしも重症でない場合も少なくありません。そのため、最初から全例が重症というわけではありません。

また、有効性の評価は非常に難しく、医師が早期に介入したことによる全体的な改善、消防と医療の連携強化、防災的観点での意義、そして医師でなければできない処置による直接的救命効果など、複数の観点があると考えています。

【藤谷会長】

内容は、今後さらに検討される予定でしょうか。

【井上副会長】

一定の修正余地はあると考えています。

【藤谷会長】

アウトカム評価として非常に重要なデータになりますが、検討は作業部会で行うのでしょうか。それとも事務局でしょうか。

【井上副会長】

まずは事務局で整理し、その後、作業部会でも検討したいと考えています。

【藤谷会長】

ぜひ進めていただきたいと思います。

【事務局（稲垣）】

確認ですが、本調査の運用は開始し、アウトカムについては次年度、作業部会に付託して検討するというところでよろしいでしょうか。

【井上副会長】

開始してよいと思います。

【藤谷会長】

まずはこの仕組みを開始し、柔軟に改善していくことが重要だと思います。川崎市から有益な情報発信ができるよう、進めていただければと思います。

それでは、次の審議事項4、心肺停止蘇生後の傷病者に対する心肺機能停止前静脈路確保及び輸液の実施について、事務局からよろしくお願いします。

【事務局稲垣】

（審議事項4、心肺機能停止蘇生後に対する静脈路確保及び輸液の実施について資料に基づき説明を行った。）

【藤谷会長】

まず、「人工呼吸」と「補助換気」についてです。人工呼吸が何を指すのか、当初は少し分かりにくい印象がありましたが、バックバルブマスクを用いた換気を指すという理解でよろしいでしょうか。定義として問題ないか確認させてください。

【事務局（稲垣）】

人工呼吸、補助換気ともに、バックバルブマスクを使用した換気を指しています。使い分けとしては、自発呼吸が乏しく、呼吸数も少ない状況では、強制的に換気を行う必要があるため「人工呼吸」とし、呼吸数はあるものの十分な換気が得られていない場合には、アシストするという意味で「補助換気」という表現を使用しています。これは現場の救急隊員には共通認識として理解しているところです。

【藤谷会長】

定義としては整理済みで、救急隊に理解しているということですね。

ここまでの審議事項について、ご質問やご意見ありませんでしょうか。

それでは承認とし次に進みます。報告事項1、聖マリアンナ医科大学病院ドクターカー運用時間の変更について、事務局からお願いいたします。

【事務局稲垣】

（報告事項1 聖マリアンナ医科大学病院ドクターカーの運用時間変更について資料に基づき説明を行った。）

【藤谷会長】

ドクターカーの運用時間について、3病院で揃えた方が良いと思ひまして、作業部会でも検討していただきました。こちらについては、問題ないと思ひます。

次に報告事項2、メディカルコントロール体制の評価指標について、事務局からよろしくお願ひします。

【事務局稲垣】

(報告事項2 メディカルコントロール体制の評価指標(令和6年の特定行為年間実施件数等)について、資料に基づき説明を行った。)

【藤谷会長】

どうもありがとうございます。この数値に関して、何か質問等ございましたら、よろしくお願ひします。

気管挿管の成功率85%ということですが、不成功15%のうち、食道挿管等の問題事例はあったのでしょうか。

【事務局稲垣】

残りの15%のうちには、食道挿管はありませんでした。

失敗症例としては、喉頭展開を試みた結果、声門が見えなかったものや逆流物が多量のため、チューブ挿入を途中で断念したようなものがございました。

【藤谷会長】

歯牙損傷等もありませんでしたか。

【事務局稲垣】

歯牙損傷事例もありません。

【藤谷会長】

トレーニングはされているのでしょうか。

【事務局稲垣】

日課訓練として、高度シミュレーターを使用したチューブ挿入や静脈路確保をしているところです。

【藤谷会長】

静脈路確保の成功率が71%、アドレナリンが67%ということで、静脈路確保の数値は平均的なのでしょうか。

【事務局稲垣】

他本部の学会発表等を聴講した中では、静脈路確保の成功率は概ね心肺停止に対して7割から8割の成功と記憶しておりますので、それと同等程度かと思われます。

【藤谷会長】

特にアドレナリンの1投目は非常に重要になってくるので、静脈路確保成功率は何としても上げていただきたいと思ひますが、上野先生いかがでしょうか。

【上野委員】

病院では、通常、救急隊ではアクセスできない部位も含まれるため、その点を考慮すると、病院での成功率は高くなるのではないかと思ひます。

【井上副会長】

CPAと心停止前とでは、成功率におおよそ5%程度の差がありますが、評価条件自体が異なりますので単純な比較は難しいと思います。

ショック輸液をどのような状態で実施したかという点では、「ショックに陥りそう」という症例も含まれていますので、実際、現場で静脈路を確保するのは非常に大変ですので、平均で76%という成功率は、決して悪くはないのではないかと印象を持っています。

一方、気管挿管の成功率85%については評価できると思いますが、失敗した15%について、失敗した理由を把握しておくことも必要ではないかと思いました。

#### 【事務局（稲垣）】

挿管に失敗した約15%についてですが、事後研修で検証した結果、主な理由として、チューブ挿入を試みたものの、逆流物が大量にあり視野が確保できなかったケース、また喉頭展開は行ったものの、コーマック・グレードIを確保できなかったケースが挙げられます。

次に、静脈路確保成功率についてですが、高いに越したことはありませんが、日課訓練における高度シミュレーターへの穿刺と実際の傷病者とは状況が大きく異なります。病院実習中に、患者搬送の状況にもよりますが、実際に穿刺の機会を少しでも与えていただければ、技術向上につながるのではないかと考えています。

#### 【井上副会長】

消防で把握されているデータかもしれませんが、覚知から特定行為、あるいはCPR開始までの時間、またCPR開始から除細動、もしくはアドレナリン投与までの時間について、都道府県や消防本部によってかなり差があるという報告を、以前読んだ論文で目にしました。

大阪や愛知は、覚知からCPR開始までが比較的早く、処置や除細動、アドレナリン投与も早い。一方で、東京はCPR開始までがやや遅いが、その後の処置は早い、宮崎や福島ではCPR開始は早い、その後の処置が遅いといった傾向があるようです。こうしたデータは、川崎市では把握、あるいは公表しているのでしょうか。

川崎市が全国平均のどのあたりに位置しているのかは、蘇生率と併せて重要な指標になると思います。さらに改善を目指す上では、時間短縮の余地がどこにあるのか、指導体制や現場対応、交通事情、バイスタンダーの有無など、さまざまな要因を検討する必要があると思います。何かベンチマークのようなものはありますでしょうか。

#### 【事務局（稲垣）】

事務局として、全ての項目について毎年詳細な分析結果を公表しているかという点では、主にウツタイン様式による全体的な集計が中心となっています。

ただし、ウツタインデータを用いれば、覚知から各処置までの時間差などを抽出・分析することは可能だと考えています。

#### 【井上副会長】

原因の特定は難しいとは思いますが、もし具体的な数値が分かれば、次回以降、ご報告いただければと思います。覚知からCPR開始までが7分程度の地域もあるよう

ですし、5～8分で初回除細動に至るケースもありますので、比較できると有益だと思います。

【藤谷会長】

それでは、次の初診時傷病程度が重症以上の傷病者について、事務局からお願いいたします。

【事務局稲垣】

(報告事項2 メディカルコントロール体制の評価指標(初診時傷病程度が重症以上の傷病者)について、資料に基づき説明を行った。)

【藤谷会長】

応需確認3回以内で94%の受入れということで、これは以前と比較するとかなり高い水準になってきていると理解しています。この数値は、いわゆる6号事案が減少していることを意味していると思われませんが、5年ほど前までは90%を超える水準ではなかったのではないのでしょうか。

【事務局(稲垣)】

申し訳ありません。手元に資料がなく5年前との比較ができない状況です。

【藤谷会長】

全体としては、かなり高い水準に改善してきているという理解でよろしいですね。

どの医療機関にも非常に努力していただいている結果だと思います。

次に、受入れに至らなかった理由として「処置困難」が46.4%を占めていますが、これは救命センターにおける案件という理解でよろしいのでしょうか。

【事務局(稲垣)】

ここで示す「重症以上」の事案については、救命センターへの受入れ交渉を行ったケースのみではありません。二次医療機関に搬送した結果、傷病程度が重症と判定された場合も、統計上は重症以上としてカウントされます。

【藤谷会長】

各医療機関の先生方のところでは、特に問題となっている点はありませんでしょうか。

【井上副会長】

この「断り理由」については、毎回議論になる点です。「処置困難」という表現の中に、具体的に何が含まれているのかという定義の問題があります。「医師不在」と記載されることもありますが、実際には医師が不在というより、専門医が不在である場合がほとんどだと思います。処置困難には、さまざまな理由が含まれているのだろうと考えています。

その意味では、消防側でうまく「処置困難」というカテゴリーにまとめていただいているのかもしれませんが、実際、開放骨折など、特に当院では整形外科の体制が弱く、受入れが難しい場合がありますし、ベッド満床といった理由も考えられます。経年的な変化については、正直なところ記憶が曖昧ですが、例年この程度だったような印象もあります。

【藤谷会長】

ほかに、ご質問等はありませんでしょうか。

【井上副会長】

新百合ヶ丘総合病院が救命センターに加わることで、この数値が大きく改善する可能性があるのかどうか、その点が重要だと思います。改善が見えてこなければ、体制強化の意義が薄れてしまいますので、ぜひその点が確認できるようになるとよいと思います。

【藤谷会長】

それでは、市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち市民による心肺蘇生実施ありの生存率社会復帰率について、事務局からお願いいたします。

【事務局稲垣】

(報告事項2 メディカルコントロール体制の評価指標(市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、市民による心肺蘇生実施有りの生存率・社会復帰率)について、資料に基づき説明を行った。)

【藤谷会長】

この数値についてですが、令和7年は社会復帰率がかなり低下しています。

これまでは全国平均程度で推移していました。クローバーを全ての救急車に導入するなど、様々な取り組みを行っているにも関わらず、なぜ社会復帰率が低下しているのかという疑問があります。

当院では、クローバーが適切に装着されていないのではないかという点も一つの可能性として考えています。

その理由として、ECMOを用いたECPR症例においても、生存率・社会復帰率があまり芳しくない状況が見られています。救急隊により10分程度で搬送され、CPRも実施されているにも関わらず、神経学的予後が不良であった例が複数認められました。これが一例、二例にとどまらず続いているため、何らかの要因があるのではないかと感じています。原因が分かれば対策も立てられると思いますが、先生方の施設では何か心当たりはありますか。

【井上副会長】

この数値だけでは、背景が分かりません。例えば高齢者の割合がどの程度かといった要素が全て含まれており、もう少し詳細な分析が必要だと思います。

高齢者に偏っている年であれば、こうした結果になる可能性もありますし、経年的なトレンドと併せて内容を精査する必要があると思います。

社会復帰率については、ECMO等の高度医療を実施していれば改善が期待される一方で、実際にはなかなか良好なデータが出てこないという現実もあります。

初期波形やCPR開始までの時間、初回除細動や初回アドレナリン投与までの時間などに関連している可能性もあり、より詳細な分析が必要だと思います。

また、根本的な点として、バイスタンダーCPR率が約50%であるという点が気になります。様々な取り組みを行っている中では、もう少し向上してほしい数字だと感じています。海外では、シアトルなどで70~80%に達している地域もあります。市民への教育や、心肺停止発生時に確実に介入してもらえる仕組みづくりが、さらに

必要かもしれません。口頭指導や電話指導がどの程度行われているかについても、データがあれば確認したいところです。

【藤谷会長】

令和7年に数値が低下しているため、令和8年も同様の傾向とならないよう、分析が必要だと思っています。施設入所者が多い年であれば社会復帰率が低下する可能性もありますし、その場合にはアドバンス・ケア・プランニングの普及も重要になってきます。偶然そのような症例が多かった可能性もありますので、詳細が分かりましたら、教えていただければと思います。

【井上副会長】

もう一点、クローバーに関してですが、当院の救命士が検討した結果、機械よりも人の手技のほうが良いのではないかという見解も出ています。

以前は、機械のほうが疲労は少なく有利だと考えていましたが、装着状況や環境により、人によるCPRのほうが良好な場合もあるというデータが出てきています。病院到着後についても、機械のアームによる圧迫が最適かどうかは議論の余地があります。近年注目されているハイパフォーマンスCPRも含め、今一度、最適な方法を検討する時期に来ているのではないかと感じています。

【藤谷会長】

上野先生、クローバーに関して、何か問題となるような事例は感じていらっしゃいますか。

【上野委員】

クローバーについては、特段問題を感じたことはありません。病院到着後は、すぐに外してしまうことが多いため、それ自体が予後に影響している印象はありません。

【藤谷会長】

そのまま継続して使用することはないのでしょうか。

【上野委員】

多くの場合、ルーカスに切り替えており、クローバーを使い続けるケースはあまりありません。

【藤谷会長】

導入時に、ルーカスとクローバーのどちらを採用するか検討した上で、クローバーが選定された経緯があったと思います。そのため、改めて質の検証が必要ではないかと感じています。救急隊の装着技術の問題ではなく、搬送中のずれなど、物理的な問題が生じていないかを含め、当院でも検証を行っていきたいと考えています。

【井上副会長】

救急隊の立場から見て、クローバーの評価はいかがでしょうか。導入から3年程度経過していますか。

【事務局（稲垣）】

クローバーは令和5年4月1日から全隊で運用を開始しています。数値につきましては申し訳ありませんが、手元に詳細な数値はありません。

【藤谷会長】

検証を行わなければ判断できない部分が多いと思います。患者背景、高齢者や施設入所者の割合など、さまざまな視点から分析していく必要があると考えています。

それでは、報告事項3、令和7年中の6号基準適応事例について、事務局から説明をお願いいたします。

【事務局稲垣】

(報告事項3 令和7年中の6号基準適応事例について、資料に基づき説明を行った。)

【藤谷会長】

「その他」の項目が非常に多いこと、また全体として120件減少しているという点は、非常に評価できる内容だと思います。

「処置困難」の中には、専門医が不在であるケースも含まれるという理解でよろしいでしょうか。

【事務局(稲垣)】

非応需理由の分類につきましては、救急隊が医療機関から受けた説明内容や、その際の受け止め方による部分が多いと考えています。そのため「処置困難」を選択していても、実際には脳神経外科医が不在であるなど、「専門医不在」に起因するケースが含まれていることもあり、理由が重複・混在している可能性はあると思います。

【藤谷会長】

「ベッド満床」についてですが、当院でも稼働率が高くなっており、重症患者を受け入れるためにベッドを確保せざるを得ず、結果として応需率が8割程度となり、満床を理由にお断りするケースもあります。救命センターとしては、ベッド満床はある程度やむを得ない事態でもあると思いますが、この点について、上野先生の施設ではいかがでしょうか。

【上野委員】

当院では、「ベッド満床」を理由にお断りしたことは、基本的にはありません。

可能な限りベッドを調整するか、場合によっては一時的に受け入れたうえで転送するなどの対応をしています。

【藤谷会長】

井上先生の施設はいかがでしょう。

【井上副会長】

当院では満床を理由にお断りすることが多くなっています。

ベッド数が10床程度と限られており、かなり厳しい状況です。また、「一度ほかを当たってもらえますか」とお願いするケースも多いです。

【藤谷会長】

中部地域や、宮前署管内では、6号基準の件数は以前より減少しているものの、依然として多い状況です。

その中で、北部地域については新百合ヶ丘総合病院が救命センターの指定される予定であるため、一定程度の緩和が期待できると思います。

一方で中部は、聖マリアンナ医科大学東横病院の閉院もあり、重症例や受入困難事案が武蔵小杉病院に集中する可能性があります。この点について、何か対応策は考えられますでしょうか。

【井上副会長】

非常に難しい問題です。ベッドを増やしたくても、現実的に増床は困難です。

HCUがあればよいのですが、一定規模以上の病院でなければ設置できないのが現状です。

【藤谷会長】

関東労災病院などとの連携はいかがでしょうか。

【井上副会長】

関東労災病院では、救急部の体制を整える予定と聞いていますので、二次救急、あるいは二・五次救急的な役割を担っていただけるのではないかと期待しています。現在も関東労災病院の八尾先生と連携を取っています。

【藤谷会長】

井田病院はいかがでしょうか。

【井上副会長】

井田病院は二次救急を担っており、田熊先生が対応されています。こちらでファーストタッチを行うことで、比較的受け入れていただけるケースも多く、特にかかりつけ患者については連携が取れています。

【藤谷会長】

6号基準事案自体は徐々に減少していると感じていますが、北部・中部・南部で助け合いながら、全体としてさらに減少する仕組みづくりが重要だと思います。

上野先生の施設では、受け入れた後、翌日に転送するという形を取られているのでしょうか。

【上野委員】

実際には、翌日まで滞在するケースはほとんどありません。調整すればベッドは何とか確保できますので、まず受け入れて対応しています。どうしても困難な場合は転送となりますが、通常期であれば、そのような状況はほぼありません。繁忙期には厳しいこともありますが、概ね回しているのが現状です。

【藤谷会長】

菅先生の施設では、何か問題は生じていませんかでしょうか。

【菅委員】

当院でも、満床でなければ基本的には受け入れを行っています。

救命センターが満床で重症患者を受けられない状況は、地域にとって非常に危機的ですので、下り搬送を積極的に行うことが重要だと思います。

特に北部では聖マリアンナ、新百合ヶ丘総合病院が、重症患者を受けられなくなる前に、中等症・軽症を二次病院へ搬送することで、ベッドの有効活用が可能になると考えています。中部についても、地域間連携により、時間帯や季節を考慮した調整が重要だと思います。

【藤谷会長】

下り搬送に関する救急搬送加算についてですが、提携病院間では算定可能で、同一法人内では算定できない制度となっています。実際、この制度は有効に活用されているのでしょうか。

【上野委員】

当院では現在、その加算を用いた転院は行っておらず、従来どおりの転院対応となっています。夜間帯は、特に遠方からの搬送が多く、二次病院では専門医配置の制約から断られるケースも多いと救急隊から聞いています。

そのため、規模の大きい病院が対応せざるを得ない状況も多く、ある程度やむを得ない面がある印象です。

【藤谷会長】

当院では月に15件程度で、まだ制度を十分に活用できていない状況ですが、井上先生の施設では活用されていますでしょうか。

【井上副会長】

現在6～7施設と連携し、下り搬送を進めています。

当初は受入側にメリットが少ないのではと懸念していましたが、実際にはいかがでしょうか。

【菅委員】

受入側に全くメリットがないわけではありません。稼働率を上げることも重要ですので、ベッドが空いていれば受け入れるスタンスで対応しています。

【藤谷会長】

太田先生の施設ではいかがでしょうか。

【太田委員】

可能な範囲で受け入れています。特に南部では稼働率が低い施設もあり、下り搬送は対応可能であるケースが多いと思います。

【藤谷会長】

院長レベルでは前向きでも、深夜帯の当直医の負担感は別ということもありますので、その点は現場への丁寧な共有が必要だと思います。

診療報酬上は、入院後5日程度までは比較的高い加算が見込めるため、深夜帯が難しければ日勤帯での搬送という選択肢も現実的ではないかと考えています。

【上野委員】

当院では、基本的にベッドが空いていれば転院は急いで行っていません。どうしてもER滞在が長引く場合は翌日転院となりますが、入院後すぐの転院は患者さんの負担も大きいため、亜急性期以降での転院が多くなります。患者サポート部門の業務負荷もあり、全てを即時に調整するのは難しい面もあります。

【藤谷会長】

それでは、報告事項4、令和4年から令和7年までの救急搬送状況について、事務局から説明をお願いいたします。

【事務局稲垣】

(報告事項4 令和4年から令和7年までの救急搬送状況について、資料に基づき説明を行った。)

**【藤谷会長】**

川崎区は82%という非常に高い数値になっており、驚くべき結果だと思います。

中原区も64.4%と高水準で、現場の皆様が大変努力されていることがうかがえます。

一方で、宮前区は27.9%と最も低い数値となっており、改善が必要ではないかという印象を受けます。

宮前区だけが他区と比べて低い数値になっていますが、何か特別な要因があるのでしょうか。努力はしているつもりですが、数値としてはかなり低くなっています。救急隊側で、何か問題が生じているのでしょうか。

**【事務局(稲垣)】**

こちらにつきましては、特段、問題があるという認識ではありません。日頃から受入れにご協力いただいております、大変感謝しております。

表をご覧くださいと分かるように、宮前区の隣接地である多摩区から宮前区への搬送が約2,400件弱、高津区からは1,000件超が搬送されており、それらが宮前区に集中しています。受入れについては、聖マリアンナ医科大学病院が中心となり、実質1病院で対応していただいている状況であるため、件数が集中していることが要因の一つと考えています。

**【藤谷会長】**

菅先生のところや新百合ヶ丘周辺、麻生区についてですが、町田市方面への搬送も多い印象があります。そうした地域からの受入れ患者も相当数あると思いますが、麻生区は市外へ流れる症例が比較的少ないように見えます。市外から麻生区への受入れ件数については、この資料では分かりませんかでしょうか。

**【事務局(稲垣)】**

この資料では、市外から流入している件数までは把握できません。

**【藤谷会長】**

実際には、ここに示されている数値以上に、市外からの受入れが相当数あるのではないかと考えています。件数自体は8,100件と比較的少なく見えますが、実態としてはプラスアルファがある印象です。

**【菅委員】**

当院だけでも町田市から年間2,000件程度受け入れていますので、新百合ヶ丘総合病院と合わせると、市外から相当数の搬送を受け入れていると考えられます。

**【藤谷会長】**

その状況で66.4%の受入率というのは、かなり努力されている結果だと思います。

**【菅委員】**

ただ、一昨年から昨年にかけて町田市として市内完結率を高めようという動きがあり、町田市からの搬送はやや減少した印象があります。

今後は、町田市内での完結率がさらに上がっていくのではないかと考えており、その結果、川崎市の救急車が受け入れやすくなる可能性もあるのではないかと考えています。

【藤谷会長】

それでは、報告事項5、川崎市救急情報共有システム等導入・運用保守業務委託プロポーザル評価委員会実施概要について、事務局から説明をお願いいたします。

【事務局白井】

(報告事項5 川崎市救急情報共有システム等導入・運用保守業務委託プロポーザル評価委員会実施概要について、資料に基づき説明を行った。)

【藤谷会長】

プロポーザルが3月24日、選考通知が3月末ということで、今月中に決定となる予定ですね。2社で競争が行われているという理解でよろしいでしょうか。

【事務局(白井)】

3社となります。そのうち、現地で実証検証を行ったものが2社、仮想環境で参加されたのが1社です。

【藤谷会長】

選定の段階で、実際に使用する医療機関側が、どのようなシステムかをある程度把握した上で進められればよかったのではないかという思いもありますが、今となっては仕方がないところでしょうか。

【事務局(白井)】

比較提案の締切後、委員会で改めてご説明する時間を設けることが、スケジュール上なかなか難しい状況でした。その点については、申し訳なく思っております。

【井上副会長】

3社すべてを経験しているわけではないので評価は難しいのですが、さまざまな制約がある中ではやむを得ない面もあると思います。ただ、実際に運用を始めると、必ず改善点が出てくると思います。その際、どこまで改修を認めてもらえるかが重要です。

システム改修は費用がかさむことも多いので、運用しながらの修正や拡張がある程度可能な仕様になっているとよいと思います。そうした点を、契約や規約の中にどこまで盛り込めるのか分かりませんが、柔軟性があるとありがたいと感じました。

【藤谷会長】

横浜市はNECを採用しており、鎌倉市や横須賀市ではTXPを使用していると聞いています。3月末に事業者が決定した際には、改めてシステムの概要をご説明いただければと思います。

【事務局(白井)】

承知いたしました。

【藤谷会長】

このシステムは、二次救急告示病院でも使用可能という理解でよろしいでしょうか。それとも三次救命センターのみでしょうか。

**【事務局（白井）】**

ご認識のとおりで、二次医療機関も含め、市内の全救急告示医療機関を対象に説明を行っています。

**【藤谷会長】**

かなり大規模な事業になると思いますので、将来的な拡張性が十分に確保されたシステムになることを期待しています。

それでは、審議事項および報告事項は以上となりますが、「その他」として何かございますでしょうか。

**【井上副会長】**

当院がサイバー攻撃を受けた影響により、2日間にわたり救急の受入れを制限させていただきました。その結果、周辺で発生した数件の事案に対して対応できない状況が生まれたことにつきまして、深くお詫び申し上げます。

なお、それ以外の診療科につきましては、診療制限は行っておりませんでした。電子カルテについては幸いにも影響がなく、全面的な制限には至りませんでした。救急応需ができなかった2日間については、大変申し訳なく思っております。

**【藤谷会長】**

大きな事案は発生しなかったという認識でよろしいでしょうか。

**【事務局（稲垣）】**

日医大武蔵小杉病院の受入れ制限期間中において、重症患者が他院で多数受入れ困難となった、あるいは搬送先が決まらなかったといった重大な事案は発生しておりませんでした。

**【藤谷会長】**

同時期に、川崎市立多摩病院でも電子カルテ点検のため、2日間ほど救急受入れを停止している状況があり、結果として重なる形となりました。そのため、当院では多摩病院分も含めた対応が必要となり、人員を厚く配置し、病床を空ける対応を行っていましたが、受入れ自体は特段問題なく対応できました。改めまして、対応に当たられた皆様、ありがとうございます。

その他に何か御意見ありますでしょうか。

それでは、これで終了とし事務局にお返しいたします。

**【事務局西山】**

ありがとうございます。

本日は長時間にわたり御審議いただきまして、誠にありがとうございました。以上をもちまして令和7年度第3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。なお、委員の皆様には、川崎市附属機関として令和6年度、令和7年度、2年にわたり御参加いただきまして誠にありがとうございました。今後とも消防行政への御理解と御協力を申し上げ、閉会とさせていただきます。本日はありがとうございました。