

令和8年度第1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6月29日（月） 14時00分から15時45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

藤谷委員（会長）、井上委員（副会長）、小泉委員、菅委員（WEB）、太田委員（WEB）、上野委員、森田委員、大内委員（WEB）、宇出津委員（WEB）、伊藤委員、藤井委員

（2）オブザーバー

新百合ヶ丘総合病院救命救急センター長 伊藤敏孝医師

（3）事務局

並木担当部長、近藤救急課長、黒澤救急管理係課長補佐、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、田中需要対策担当係長、救急指導係山本主任、救急指導係塩野士長

4 欠席者

なし

5 次第

（1）開会

（2）委員紹介

（3）会長及び副会長の互選について（資料1）

（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の氏名について（資料2-1～2-3）

（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

（5）審議事項

（1）指導救命士の推薦について（資料3-1～3-3）

（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

ア 救急救命士の資格を有する救助隊員の特定行為の実施について

（資料4-1～4-5）

イ 救急救命処置プロトコルの見直しについて（資料5-1～5-5）

ウ D N A R プロトコールの一部見直しについて（資料 6－1～6－8）

（6）報告事項

（1）マイナ救急の本格運用について（資料 7）

（2）救急情報共有システムについて（資料 8－1～8－2）

（3）病院前 1 2 誘導心電図使用状況等について（資料 9－1～9－4）

（7）その他

（8）閉会

6 会議内容

【事務局西山】

（会長及び副会長の互選について、資料に基づき説明を行った。）

【井上委員】

日本医科大学武蔵小杉病院の井上です。

会長については、継続性の観点から、引き続き藤谷先生を推薦します。

【事務局西山】

井上委員、ありがとうございます。

ただいま、井上委員から会長に藤谷委員を推薦する旨の御発言がありましたが、ほかに御意見はございますか。

ほかに御意見がないようですので、委員の互選により、会長は藤谷委員とすることに決定いたしました。よろしくお願いいたします。

続きまして、副会長の選出をお願いします。

【上野委員】

市立川崎病院救命救急センターの上野です。

副会長については、前期に引き続き、井上委員にお願いしたいと考えます。よろしくお願いいたします。

【事務局西山】

上野委員、ありがとうございます。

今、上野委員から副会長に井上委員を、との御意見がございましたが、他に御意見はございますでしょうか。

他に意見がないようですので、委員の互選により、副会長には井上委員に御就任いただくことに決定いたしました。よろしくお願いいたします。

【事務局西山】

それでは、藤谷会長、井上副会長から、御挨拶を改めて頂戴したいと思います。

初めに藤谷会長から御挨拶お願いいたします。

【藤谷会長】

会長に選任されました藤谷です。

前期に引き続き会長という重責を担うこととなり、改めて身の引き締まる思いです。

本協議会には、井上先生に加え、上野先生、伊藤先生にもオブザーバーとして御参加いただき、川崎市ならではの特色を徐々に発揮できるようになってきたと感じています。

以前は東京と横浜の間に位置する地域として捉えられることもありましたが、現在は川崎から様々な情報発信ができるようになり、また、コロナ禍を経て関係機関との連携も一層強化されてきました。大変心強く感じています。

今後も、より強固なメディカルコントロール協議会となるよう取り組んでまいりたいと考えています。今期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。

続きまして、井上副会長、よろしくお願いいたします。

【井上副会長】

よろしくお願いいたします。

今回は、オブザーバーではありますが新百合ヶ丘総合病院の伊藤先生にも加わっていただきました。救命救急センターが増えることは、市民にとっても大変意義のあることだと考えています。

ぜひ、これを機に関係機関の連携をさらに強化し、一体感のある体制を構築していただければと思います。今後ともよろしくお願いいたします。

【事務局西山】

井上副会長、ありがとうございました。

それでは次に進みます。

(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、資料に基づき説明を行った。)

【藤谷会長】

部会長については、昨年に引き続き、井上先生にお願いしたいと考えます。

【事務局西山】

藤谷会長から、作業部会長に井上副会長を推薦する旨の御発言がありました。ほかに御意見はございますか。

御意見がないようですので、作業部会長は井上副会長とすることに決定いたしました。よろしくお願いいたします。

【事務局西山】

次に進みます。

安全管理検討部会につきましては、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、委員は川崎市内の救命救急センター長及び消防局警防部長で構成すると定められており、委員名簿のとおりとなりますので、御承知おきください。

次に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、以後の進行をお願いします。

【藤谷会長】

ありがとうございます。

それでは、早速、審議事項に入ります。まず、審議事項（1）「指導救命士の推薦について」、事務局から説明をお願いいたします。

【事務局稲垣】

（審議事項（1）「指導救命士の推薦について」資料に基づき説明を行った。）

【藤谷会長】

今回推薦された2名について伺います。昨年度と比較して推薦人数が少ないようですが、指導救命士の育成は計画的に進めているのでしょうか。

また、北部・中部・南部の地域バランスを考慮した配置・育成となっているのでしょうか。説明をお願いします。

【事務局稲垣】

指導救命士の養成については、毎年計画的に2名ずつ実施しています。

現在は各消防署に1名ずつ配置していますが、人事異動の状況により配置数には多少の増減があります。昨年度は24名程度でしたが、退職及び人事異動の影響により、現在は20名となっています。

【藤谷会長】

それでは、24名から22名に減少するという理解でよろしいでしょうか。

【事務局稲垣】

そのとおりです。

【藤谷会長】

来年度以降、指導救命士数の増減について、より計画的な運用を検討しているのでしょうか。

【事務局稲垣】

現状では、指導救命士養成課程への派遣は年間2名としており、派遣に係る予算の関係から、派遣人数の増加は難しい状況です。

そのため、今回も2名を推薦しています。なお、現在、本年度の養成課程に2名を派遣しており、年度内に新たに2名の指導救命士が加わる予定です。このため、年度

末時点では指導救命士数は24名となる見込みです。

【藤谷会長】

ありがとうございます。

ただいまの指導救命士推薦職員について、御意見や御質問はございますか。

特にないようですので、本件については承認することとします。

次の議題について、事務局から説明をお願いいたします。

【事務局稲垣】

（審議事項（2）ア 救急救命士の資格を有する救助隊員の特定行為の実施について、資料に基づき説明を行った。）

【藤谷会長】

ありがとうございます。

救助隊員による特定行為についてですが、資料によると、既に8つの政令指定都市において、一定の条件下で救命救急士資格を有する救助隊員による特定行為が運用されています。

一方、川崎市では救助隊員に救命救急士がいても、救助隊員は特定行為を実施することとしていないため、救急隊の救命救急士や医師、看護師が現場に進入できない状況において課題が生じています。

このような状況を踏まえ、既に他都市で運用されている救助隊員による特定行為について、川崎市においても導入を検討してはどうかとの提案です。

この件について、御意見やコメントがありましたらお願いいたします。

井上先生いかがでしょうか。

【井上副会長】

災害時対応も含め、有効な取組であると考えますので、ぜひ進めていただければと思います。

また、現在救助隊に配置されている救命救急士について伺いますが、その配置は本人の希望によるものなのでしょうか。それとも組織としての配置方針によるものなのでしょうか。

【事務局稲垣】

救助隊に配置されている救命救急士については、本人の希望によるものです。

救命救急士の資格を有しながら、救助隊員としての業務に従事することを希望した職員が配置されています。

【井上副会長】

救助隊に配置された救命救急士は、これまで継続して救助業務に従事してきたものと理解しています。救助隊の中に救急に関する知識や経験を有する職員がいることは

非常に重要であり、大きな意義があると考えています。

そのため、救命救急士の資格や知識を十分に活用できるような体制づくりを進めていただければと思います。

また、さらに一步進めた取組として、川崎市においても航空隊への救命救急士の配置を検討していただければと感じています。これは本件とは直接関係ありませんが、今後の課題として期待しています。以上です。

【藤谷会長】

ありがとうございます。

菅先生、よろしくお願いします。

【菅委員】

横浜市の事例では、救急隊又は救命活動隊が現場に到着し、オンラインメディカルコントロール体制が確立された時点で、必要な救命処置を実施できるとされています。

川崎市において同様の運用を導入する場合、すぐにオンラインメディカルコントロール体制を構築できる状況にあるのでしょうか。それとも、今後新たに体制を整備していく必要があるのでしょうか。御教示いただければと思います。

【事務局稲垣】

川崎市においても、基本的には横浜市と同様の運用を想定しています。

ただし、具体的な運用方法については今後検討していく段階にあります。

例えば、救急隊が現場へ向かっている段階で、現場の状況を救急隊から指導医へ報告し、特定行為の実施について指示・助言を受けるスキームとするのか、あるいは横浜市のように、救急隊が現場に到着した時点でオンラインメディカルコントロール体制を確立されたと判断し、その後に指示要請を行って救命処置を実施するスキームとするのかについては、今後の検討事項と考えています。以上です。

【菅委員】

分かりました。ありがとうございます。

【藤谷会長】

そのほかに御意見、御質問はございますか。

特にないようですので、本件は承認することといたします。

続きまして、報告事項「救急救命処置プロトコルの見直しについて」、事務局から説明をお願いいたします。

【事務局稲垣】

（審議事項（２）イ 救急救命処置プロトコルの見直しについて、資料に基づき説明を行った。）

【藤谷会長】

ありがとうございます。

早期アドレナリン投与の重要性については、全国的にもその有効性が認識されているところです。資料によると、接触から初回投与までの平均時間が17分となっており、この結果は非常に重く受け止める必要があると感じています。

また、神奈川県内においても、川崎市は平均時間が長い状況にあるようですが、この傾向は市内全域に共通するものなのでしょうか。それとも、北部・中部・南部といった地域による差があるのでしょうか。

接触から初回投与までに時間を要している要因としては、静脈路確保に時間を要していることが大きいのでしょうか。そのあたりの分析結果についてお聞かせください。

【事務局稲垣】

主な課題の一つとしては、指示要請までに時間を要していることが挙げられます。

救急隊が指示要請を行う前に、傷病者に関する情報を丁寧に聴取しているため、指示要請までの時間が長くなっているケースが見受けられます。愛知県では接触後2分以内の指示要請を目標としている一方、川崎市では、事後検証の結果から、指示要請までに5分程度、場合によっては10分程度を要している事例も確認されています。

統計的に示せるデータではありませんが、事後検証を通じた実感としては、この点が最も大きな課題であると認識しています。

また、オンラインによる薬剤投与をオフライン化した場合でも、投与までの時間が大幅に短縮されるとは考えていません。そのため、指示要請のタイミングを含めた活動手順全体を見直していく必要があると考えています。以上です。

【藤谷会長】

横浜市では、指令センターに医師が配置されており、速やかにオンラインメディカルコントロールによる指示要請が行える体制となっています。

一方で、川崎市においては、アドレナリン投与までの時間が長い状況にあり、改善が必要ではないかと考えています。この点について、御意見やコメントがありましたらお願いいたします。

【井上副会長】

前回のメディカルコントロール協議会でも、初回アドレナリン投与までの時間や除細動までの時間が蘇生率に大きく影響するのではないかという議論があり、今回データを調査していただきました。私自身、この結果には大変驚いています。

一方で、現場の救急隊は非常に丁寧な活動を行っていると感じています。そのため、指示要請までの時間を短縮することだけを優先し、現場活動が粗雑になるようなことは避けなければならないと思います。しかしながら、短縮できる部分はまだあるのではないかと感じています。

先日、救急隊の想定訓練を見学しましたが、隊員の組合せが固定されているわけではなく、その都度異なる体制で活動している状況もあり、チームとしての練度が影響している可能性もあると感じました。また、活動手順についても改善の余地があるのではないかとと思われる場面が見受けられました。

今後は、救急隊員の現場での意見も十分に反映しながら、より良い運用体制を構築していく必要があると考えています。少なくとも、県内の中で著しく時間を要する状況については改善を図っていくべきではないかと感じています。

【藤谷会長】

上野先生、いかがでしょうか。

【上野委員】

アドレナリン投与までの時間が長いとのことですが、蘇生率についてはどうでしょうか。川崎市は他都市と比較して特に低い状況にあるのでしょうか。

【事務局稲垣】

その点につきましては、3月に開催した第3回メディカルコントロール協議会でも御説明したとおり、心原性心肺停止で目撃あり、バイスタンダーありの病院外心肺停止傷病者の社会復帰率は、令和5年及び令和6年ともにおおむね10%程度で推移していました。

一方、令和7年については、現時点では明確な要因はわかりませんが、社会復帰率が低下する結果となりました。

こうした状況も踏まえ、アドレナリン投与までの時間短縮など、救急活動の質の向上に取り組むことで、社会復帰率の改善につなげていきたいと考えています。

【上野委員】

全国平均と比較した場合はいかがでしょうか。

【事務局稲垣】

3月の協議会でお示しした条件で集計した数値は、令和5年及び令和6年ともに社会復帰率は概ね10%程度となっており、全国平均と比較して大きな差はないと認識しています。

【上野委員】

社会復帰率が全国平均と大きく変わらないのであれば、直ちに深刻な問題が生じているという状況ではないと考えます。

ただし、アドレナリン投与までの時間が9.3分である他都市と比較すると、川崎市は倍近い時間を要しており、この点は改善が必要だと思います。

オンラインメディカルコントロール体制の見直しや通話手段の変更による時間短縮には一定の効果はあると思いますが、その効果は数分ではなく、1分程度の短縮にと

どまるのではないのでしょうか。むしろ、指示要請までの時間そのものを短縮するための取組が重要だと考えます。以上です。

【藤谷会長】

今後、作業部会において活動手順等の見直しを進めていただければと思います。

本件については承認することによってよろしいでしょうか。御意見等がありましたらお願いいたします。

特にないようでしたら、本件は承認とし、作業部会において検討を進めていただきたいと思います。

それでは、次は「DNARプロトコルの一部見直しについて」になります。

【事務局稲垣】

（審議事項（２）ウ DNARプロトコルの一部見直しについて、資料に基づき説明を行った。）

【藤谷会長】

ありがとうございます。

DNARプロトコルについては長年検討を重ねてきましたが、非常に完成度の高いものになってきたと感じています。

一方で、医師への引継ぎ時間を４０分とする運用については、医師会から見直しを求める意見が出ています。また、本人の生前意思があるにもかかわらず家族の一部が反対した場合の対応や、署名が得られない場合の対応についても課題が整理されてきました。これらの点については、作業部会に付託して検討していただきたいと考えています。特に引継ぎ時間については、４０分と１２時間では運用への影響が大きく異なるため、協議会として一定の方向性を共有しておく必要があると思います。

この点について、小泉委員の御意見を伺いたいと思います。

【小泉委員】

在宅医療を専門とする医療機関であれば対応可能ですが、少人数で運営している医療機関では、４０分以内の対応は負担が大きい場合があります。

本来は、家族への説明や連絡体制の周知が十分であれば救急要請に至ることは少ないため、今後は家族への説明をより徹底していくことが重要と考えます。

また、在宅でのみ取りを予定している場合は、救急隊が引き揚げた後に御遺体を家族のもとに残すことについても、大きな問題はないと考えています。

【藤谷会長】

ありがとうございます。

太田先生、よろしくお願いします。

【太田委員】

医師会からも、医師への引継ぎを40分以内とする運用は負担が大きいとの意見が示されています。私も同様の認識です。

在宅での看取りを予定している場合は、翌朝に医師が死亡確認を行う運用でもよいのではないかと考えます。そのため、時間要件については見直しを行い、家族へ引き継ぐ形とすることが現実的ではないかと思います。以上です。

【藤谷会長】

ありがとうございます。

菅先生も、いかがでしょうか。

【菅委員】

私も、小泉委員及び太田委員と同様の意見です。以上です。

【藤谷会長】

ありがとうございます。

医師への引継ぎ時間を40分とする運用については、前回の協議会で議論の上設定したものと認識していますが、本日の御意見では、12時間から24時間程度の範囲で対応する方向性が現実的ではないかとの御意見が示されたと理解しています。

この点については、ワーキンググループにおいて改めて検討し、必要な見直しを進めていただければと思います。また、家族の署名が得られない場合の取扱いについても、生前意思を示す文書等が確認できる場合にどのように対応するかを含め、作業部会において整理していただければと思います。

また、家族の署名を必須とすることかどうかについても、大きな論点になると思います。作業部会に付託する前に、皆様の御意見を伺いたいと思います。

小泉先生いかがでしょうか。

【小泉委員】

法律的な観点については専門ではありませんが、基本的には本人の意思や尊厳が最も尊重されるべきものと理解しています。そのため、家族の意向よりも、本人が生前に示した意思が優先されるべきではないかと考えます。

例えば、本人とかかりつけ医との間でDNARに関する合意がなされており、その内容が診療録等に記録されていることが確認できれば、必ずしも家族の署名がなくても、一定の根拠として取り扱うことができるのではないかと考えます。

【藤谷会長】

上野先生、いかがでしょうか。

【上野委員】

本人の意思を最優先に考えるべきであり、家族の意向のみで判断することには慎重であるべきと考えます。

家族の意見は、本人の意思が不明な場合に推定意思を確認するためのものとして位置付けるのが適切ではないでしょうか。

また、本人の意思は書面に限らず、診療録等で確認できる場合もあると考えます。

一方で、現場では家族への対応など実務上の課題もあるため、それらを踏まえた検討が必要と考えます。以上です。

【藤谷会長】

ありがとうございました。

医療側としては、本人の自己決定権や生前意思を尊重すべきとの考え方がありますので、本人の意思が確認できる場合には、必ずしも搬送を要しないのではないかと思います。

一方で、現場では救急隊が家族と対応することになるため、実務上の課題もあると考えています。その点について、救急隊の立場から御意見があれば伺った上で、本件を作業部会に付託したいと思います。いかがでしょうか。

【事務局稲垣】

同意書の取扱いについては、法律相談の中でも、その必要性について検討の余地があるとの意見がありました。

一方で、現場の救急隊としては、家族の意思を確実に確認するため、署名をいただく意義はあると考えています。

ただし、署名が得られないことを理由に、本人の生前意思に反して搬送することがないように、運用の見直しは必要と考えています。

また、他都市のプロトコルを確認すると、本人の意思確認時に署名を求めるのではなく、家族等へ引き継ぐ際に署名を得る運用としている事例もあります。

そのため、署名の取得時期や方法については、他都市の事例も参考にしながら検討していくことが適当と考えています。以上です。

【藤谷会長】

ありがとうございます。

署名の在り方については、救急隊の意見も踏まえながら検討していただければと思います。井上先生を中心に整理をお願いできればと思います。

本件については、本日の協議を通じて主な論点について委員の皆様から御意見をいただくことができました。これらの意見を踏まえ、作業部会に付託したいと考えます。

【上野委員】

川崎病院の上野です。

医師会からの先生方からの要望で、40分以内に往診することが難しいということ、訪問看護体制が整っていない場合には、医師自身が対応せざるを得ず、現実的に困難

なケースもあるのだと理解していますが、現行のプロトコールでは、かかりつけ医又は看護師が40分以内に到着できない場合には医療機関へ搬送することとしており、必ずしも40分以内の訪問対応を義務付けているものではないと思います。

医師会の先生方の御意見は、かかりつけ患者が救命センター等へ搬送されることに對する懸念や抵抗感があるという理解でよろしいのでしょうか。

【事務局稲垣】

かかりつけ医としては、本来であれば在宅でのみ取りを行う予定であった患者について、119番通報により救急隊が介入し、40分以内に対応できない場合に搬送となることで、追加の対応が必要となる点に負担を感じているものと認識しています。搬送された場合には、医師が医療機関へ赴いて死亡確認を行うことや、場合によっては警察対応が必要となることもあります。

本来であれば自宅で家族に寄り添いながら対応できた事案が、病院や警察での対応に変わってしまうことに対して、抵抗感があるものと考えています。

【藤谷会長】

救急隊としては、119番通報を受けた時点で、まず救命を前提として活動を開始することになります。

このプロトコールは、その後に本人のDNARの意思が確認された場合に、元の方針へ戻すための手順を定めたものと理解しています。

本来であれば119番通報に至らなかった事案も含まれていると思いますが、家族から通報があった場合には、救急隊としては救命要請と受け止めて対応せざるを得ません。そのような状況に対応するために、本プロトコールが整備されたものと考えています。

上野先生から御指摘のあった点も重要な論点であると考えますので、これらの課題については作業部会に付託し引き続き検討していただければと思います。

それでは、次の議題に移ります。

次は報告事項「マイナ救急の本格運用開始について」です。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（1）マイナ救急の本格運用開始について、資料に基づき説明を行った。）

【藤谷会長】

31隊の救急隊で運用しているとのことですが、御質問や御意見がありましたらお願いいたします。

マイナ救急については、内服薬の情報などが確認できれば、医療機関としては非常

に有用であり、今後に期待しているところです。

また、実績として約８００件とのことですが、年間の救急出場件数と比較すると、まだ十分に活用されている状況ではないようにも感じます。医療機関や市民への周知も含め、普及はまだ途上にあるという認識でよろしいでしょうか。

川崎市の年間救急出場件数も含めて御説明をお願いいたします。

【事務局稲垣】

令和７年の救急出動件数は約９１，０００件ですが、先ほどの８００件は令和６年度及び令和７年度の実証事業期間における実績です。

マイナ保険証機能を利用できる方は増えてきているとの認識ですが、実際の救急現場では、家族や施設関係者から必要な情報を聴取できるケースも多く、マイナ救急を利用しなくてもおおむね必要な情報を把握できていたことから、利用件数は大きく伸びなかったものと考えています。

一方で、意識障害などにより本人や関係者から十分な情報が得られない事案では、マイナ救急により有用な情報を取得できた事例もありました。そのため、本システムは有効な仕組みであると認識しています。以上です。

【藤谷会長】

マイナ救急について、御質問や御意見がありましたらお願いいたします。

菅先生いかがでしょうか。

【菅委員】

マイナ保険証については、薬剤情報等を登録している方もいれば、十分にひも付けがされていない方もいるため、全ての事案で有用とは限りませんが、国は医療情報をマイナンバーカードに集約する方針を進めていることから、マイナ救急の運用を開始したことは意義があると考えています。以上です。

【藤谷会長】

このマイナ保険証の情報は、傷病者が医療機関に搬送された後に、事務部門等が情報を取得する仕組みと理解しています。

救急情報共有システムとは連携していないという理解でよろしいでしょうか。

【事務局稲垣】

現時点では連携はしておりません。

【藤谷会長】

それでは、報告事項「救急情報共有システムの導入について」、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（２）救急情報共有システム導入について、資料に基づき説明を行っ

た。)

【藤谷会長】

ありがとうございます。

9月頃に操作説明を行い、運用開始は1月頃と伺っていましたが、開始時期が11月に前倒しされたという理解でよろしいでしょうか。

【事務局稲垣】

当初は、令和9年1月1日からの本格運用開始を予定していましたが、11月頃から仮運用を開始し、仮運用の状況が良好であれば、順次本運用へ移行していくことも可能ではないかとの判断から、このようなスケジュールとしております。以上です。

【藤谷会長】

井上先生、実際にシステムを使用されてみて、使い勝手などはいかがでしょう。

【井上副会長】

N E Cのシステムについては、実証検証の段階では開発途中であり、現在どのような形に仕上がっているのかは把握していません。

その際には、こちらからも幾つか要望をお伝えしていますので、今後の仕上がりに期待しています。また、A Iの活用を含め、どのような機能が実装されているのかにも関心がありますので、今後、進捗状況について改めて御説明いただければと思います。以上です。

【藤谷会長】

もう一点、質問です。

このシステムでは、免許証や保険証など、傷病者を特定できる情報を搬送先医療機関へ共有することは可能になるのでしょうか。

現在、多くの医療機関では患者誤認防止のため、来院後に本人確認を行ってから電子カルテを作成しています。そのため、処置の準備が後手に回る場合があります。搬送前に本人確認情報が共有できれば、受入れがより円滑になると考えています。

また、医療機関の受入れ状況等の情報を共有し、より効率的な搬送につなげることも期待しています。

特に、受入れを決定した医療機関に対しては、傷病者を特定できる情報を共有できる仕組みが有用と考えますが、この点について何か情報があれば教えていただけますでしょうか。

【事務局田中】

まず、身分証明書等の画像データの送信についてですが、現在、市の情報セキュリティ担当部署に対し、身分証明書の画像を医療機関へ送信することの可否について確認を行っています。

横浜市では、既に同システムを導入しており、搬送先医療機関が決定した段階で、マイナンバーカードや運転免許証等の画像データを送信していると伺っています。川崎市においても、セキュリティ上の課題が整理できれば、同様の運用を行う方向で検討しています。

また、医療機関の受入状況についてですが、本システムでは空床数までは表示できませんが、受入可能な診療科目等の情報を共有することができます。システム導入後は、市内の救急告示医療機関がこうした情報を相互に確認できるようになるため、医療機関間の情報共有の充実が期待できると考えています。以上です。

【菅委員】

川崎北部では、NEC以外の事業者によるシステムの試験運用を行っていたと認識しています。今回、NECのシステムが採用された理由について、他社システムと比較して優れていた点があれば、差し支えない範囲で教えていただければと思います。

【事務局田中】

恐れ入りますが、現在、プロポーザルに関する資料を手元に用意していないため、他社システムとの比較における評価内容については、この場でお答えすることができません。評価結果については、後日可能な範囲で公開させていただきます。以上です。

【菅委員】

分かりました。よろしくお願いします。

【井上副会長】

私たちも各社のシステムを全て使用したわけではないため、どのシステムが最も優れているかを評価することは難しいと思います。選定に当たっては、機能面だけでなく、費用対効果も考慮されたのではないかと考えています。

可能であれば、選定時の評価内容について、各システムの特徴や長所を比較できる形で示していただけると参考になると思います。

特に、利用者が最初に操作する画面やインターフェースの使いやすさは、実際の運用に大きく影響するものと考えています。その点についても、併せて御説明いただけるとありがたいです。以上です。

【藤谷会長】

それでは、「12誘導心電図使用状況等について」、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）病院前12誘導心電図使用状況等について、資料に基づき説明を行った。）

【藤谷会長】

ありがとうございます。

12誘導心電図の活用については、一定の効果が認められており、大変有意義な取組であると考えています。

現在は、幾つかの医療機関に対してメールで心電図データを送信しているのですが、メール受信に対応していない医療機関も4～5施設あると伺っています。

今後、NECの救急情報共有システムが導入された場合には、このようなメールによる送信は不要となり、システム上で情報共有が可能になるという理解でよろしいでしょうか。

【事務局稲垣】

救急情報共有システムの運用開始後は、タブレットを使用して心電図モニターの画像や動画を撮影し、クラウド上に保存することで、搬送先医療機関が直接確認できるようになります。

そのため、現在実施しているメールによる送信は不要となり、より円滑な情報共有が可能になると考えています。以上です。

【藤谷会長】

ありがとうございます。

救急情報共有システムの導入により、情報伝達がさらに円滑になるものと期待しています。

12誘導心電図の送信件数は約7～8%とのことですが、この割合についてはどのように評価されているのでしょうか。妥当な水準と考えているのか、それとも更なる活用の余地があるのか、お聞かせください。

【事務局稲垣】

この割合については、救急隊が急性冠症候群等を疑った件数をデータとして把握できないため、件数が妥当かどうかを正確に評価することは難しいと考えています。

一方で、12誘導心電図を活用し、CCUネットワーク参加医療機関へ搬送した症例について、その後の診断や治療結果を検証することは重要と考えています。

今後は、CCUネットワーク参加医療機関の御協力をいただきながら、効果の検証を進めていきたいと考えています。以上です。

【藤谷会長】

年に一度、オブザーバーとして御参加いただき、その結果データを共有していただくような取組も、今後検討していければよいのではないかと思います。ぜひ前向きな検討をお願いいたします。

井上先生いかがでしょうか。

【井上副会長】

メディカルコントロール協議会には、循環器や脳卒中のネットワークに関わる先生方の参画が必要ではないかと考えています。オブザーバーという形でもよいので、御意見をいただける体制があるとよいと思います。

【藤谷会長】

ぜひ御協力いただけるのではないかと思います。

これまでは、予算面の制約もあり、関係する先生方に御参加いただくことが難しい面もありましたが、現在はWEB会議での参加も可能となっています。

循環器領域に加え、脳卒中に関する情報についても共有いただけると大変有益だと思いますので、オブザーバー参加も含めて御検討いただければと思います。

以上で、審議事項及び報告事項は終了となります。

その他、委員の皆様から何かございますでしょうか。よろしく願いいたします。

【井上副会長】

よろしいですか。

指導救命士について伺います。現在、全体で何名配置されているのでしょうか。

【事務局稲垣】

今現時点で20人です。

【井上副会長】

現在は20名とのことですが、指導救命士の方々は、MC体制を含めてどのような役割を担っているのでしょうか。

また、単に資格を取得することが目的ではなく、川崎市消防局として指導救命士をどのように位置付け、どのようなビジョンの下で活用していくのか教えていただければと思います。

【事務局稲垣】

現在、市内の指導救命士は、所属する救急隊員に対する活動指導を主な役割としています。また、救急活動後の事後検証の実施や、学会発表における演題・発表内容の選考、さらに教育指導に係る研修等へ派遣する際のリーダーとしての役割も担っており、指導救命士は各所属における救急業務の質の向上や人材育成の中心的な役割となっています。

【井上副会長】

承知しました。

指導救命士の方々とメディカルコントロール協議会との間で、情報交換や連携の機会を設けることも有意義ではないかと感じました。

また、全国救急隊員シンポジウムなどにおいて、川崎市の取組を積極的に発信していただければと思います。

さらに、来年開催される日本臨床救急医学会総会・学術集会については、私が大会長を務めることとなり、副大会長には川崎市消防局の大友消防局長にも御就任いただく予定です。学会においても、川崎市の取組や成果を積極的に発信したいと考えています。今年度後半には演題募集も開始されますので、ぜひ御協力をお願いいたします。

【藤谷会長】

今回は横浜での開催となりますので、ぜひ多くの演題を応募していただきたいと思います。

また、今後、MC協議会においてドクターカー事案の検証を進めていく動きがあると認識していますが、その際にはドクターカー案件に限らず、大規模事故等に関する情報共有の機会も設けていただければと思います。

例えば、先般の扇島での事故についても、私たちは川崎北部にいるため詳細な状況を把握できていませんでしたが、同様の事案は市内のどの地域でも発生する可能性があります。過去の登戸殺傷事件のような事案も含め、対応の経過や課題を共有することで、今後の救急活動や救命活動に生かすことができるのではないかと考えています。そのような情報共有の場についても、ぜひ御検討いただければと思います。

また、本日はオブザーバーとして御参加いただいております伊藤委員、このような会議への参加は初めてかと思いますが、御感想などございましたら一言お願いいたします。

【伊藤オブザーバー】

本日はありがとうございました。

以前、横浜市のメディカルコントロール協議会にも参加していましたが、それと比較しても、消防職員の皆様からの発言が多く、建設的な意見交換が行われている非常に充実した会議であると感じました。今後は、来年度以降も含め、できる限り参加させていただければと思います。よろしくをお願いいたします。

【藤谷会長】

ありがとうございました。

予定していた議事は全て終了となります。これをもちまして本日の会議を閉会いたします。

【事務局西山】

藤谷会長、ありがとうございました。

委員の皆様におかれましては、長時間にわたり御審議いただき、誠にありがとうございました。

以上をもちまして、令和8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。ありがとうございました。