

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作業部会 議事録

- 1 開催日時
令和8年7月29日（水）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
井上委員（部会長）、伊藤委員、津久田委員（WEB）、大嶽委員（WEB）、関口委員、宿田幹事、黒澤幹事、高橋幹事、江頭幹事、水本幹事、関口幹事
 - (2) オブザーバー
新百合ヶ丘総合病院 救命救急センター部長 竹本正明 医師
 - (3) 事務局
並木担当部長、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
金尾委員、中西委員
- 5 次第
 - (1) 開会
 - (2) 委員及び幹事紹介
 - (3) 部会長互選（資料1）
 - (4) 部会長挨拶
 - (5) 検討事項
 - 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2-1～2-8）
 - イ 救急救命処置プロトコルの見直しについて（資料3-1～3-15）
 - ウ DNARプロトコルの一部見直しについて（資料4-1～4-9）
 - (6) 報告事項
 - ア マイナ救急の本格運用について（資料5）
 - イ 救急情報共有システム導入について（資料6-1～6-2）
 - (7) その他
 - (8) 閉会
- 6 会議内容

【事務局西山】
（部会長互選について、資料に基づき説明を行った。）

【伊藤委員】
麻生総合病院の伊藤です。
これまでの各地域における豊富なメディカルコントロールの経験を踏まえ、井上先生にお願いしたいと考えておりますが、皆様いかがでしょうか。

【事務局西山】

ただいま、伊藤委員から井上委員を部会長に推薦する旨の御意見がございました。ほかに御意見はございますか。

それでは、委員の互選により、井上委員が部会長に選出されました。

井上部会長、御挨拶を改めてお願いいたします。

【井上部会長】

井上でございます。

ただいま委員の皆様にご選出いただき、ありがとうございます。部会長を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

本作業部会は非常に重要な役割を担っており、ここで十分に検討した内容が親会に報告され、承認を受けることとなります。

川崎市のより良い救急医療の実現に向け、皆様とともに取り組んでまいりたいと考えております。救急医療を取り巻く様々な課題に加え、昨日の災害のような事案もあり、本日の議題にも関連する内容が含まれております。ぜひ皆様から忌憚のない御意見をいただき、活発な議論をお願いしたいと思います。

本作業部会で十分に議論を重ねることが、より良い成果につながるものと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

【事務局西山】

井上部会長、ありがとうございました。

それでは次に進みます。

次第5、検討事項となりますが、川崎市附属機関設置条例第7条により、井上部会長を議長として、以後の進行をお願いいたします。

【井上部会長】

それでは、よろしくお願いいたします。早速、検討事項に入ります。

議題（1）「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」です。救助現場では、救急救命士の資格を有する救助隊員が活動しており、その知識や技術をより効果的に活用するための方策について御検討いただくものです。

それでは、事務局から説明をお願いいたします。

【事務局稲垣】

（検討事項（1）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。）

【井上部会長】

内容が多岐にわたりましたが、要点としては、救助隊員の中には救急救命士の資格を有する者がおり、救助現場で特定行為が必要となった際に、その活動をどのように実施するかということです。

通常、特定行為の実施に当たっては医師への指示要請が必要ですが、救助隊に所属する救急救命士は単独で活動する場合があります、通信環境等の制約から自ら指示要請を行うことが困難な状況があります。

そのため、救急隊到着後は救急隊と連携して活動し、救急隊の指示要請の下で特定行為を実施できるようにすることについて御検討いただくものと理解しております。この点について、委員の皆様から御意見をお願いいたします。

伊藤先生、何かございますか。

【伊藤委員】

2点ほど質問させていただきます。

1点目は、現在、川崎市消防局において、救助隊に所属する救急救命士資格保有者が何名いるのかという点です。

2点目は、今後の救助隊員のキャリアパスに関する点です。本提案は、救助隊に所属している場合であっても、救急救命士として必要な生涯教育や資格維持のための教育を継続的に実施していくことを前提としているとの理解でよろしいでしょうか。以上2点について、御回答をお願いいたします。

【事務局稲垣】

1点目の御質問についてですが、現在、川崎市消防局において救助隊に所属する救急救命士で就業前研修まで修了している者は5名です。

2点目については、救助隊に所属する救急救命士についても、救急隊所属の救急救命士と同様に、生涯教育や病院実習を含む必要な教育・研修を継続的に実施した上で運用することを想定しております。以上です。

【津久田委員】

聖マリアンナ医科大学の津久田です。2点伺います。

1点目は、特定行為の実施場所についてです。資料のイメージ図から、安全が確保された場所で特定行為を実施することを前提としていると理解してよろしいでしょうか。

2点目は、実際の災害現場や救助現場における活動の流れについてです。多数傷病者が発生している場合、救助隊は救出した傷病者に対して特定行為を含む処置を継続して行うことを想定しているのか、それとも救出後は救急隊に引き継ぎ、次の要救助者の救助活動に移ることを想定しているのかをお伺いしたいと思います。

【事務局稲垣】

まず1点目の御質問についてですが、特定行為の実施場所については、救助隊員でなければ進入できないような狭隘な場所や挟圧現場などを想定しています。救急隊員や医師、看護師が進入できない環境下で活動することを考えておりますが、二次災害の危険がある場合には、当然ながら隊員の安全確保を優先し、一定の安全が確保された状況で実施することを前提としております。

2点目の御質問についてですが、熊本地震のような多数傷病者事案において、救助隊員が複数の傷病者に対して順次特定行為を実施しながら活動する運用までは、現時点では想定しておりませんが、熊本地震のような大規模災害時の対応も含め、今後検討していく必要はあると考えております。

【竹本オブザーバー】

1点確認させてください。

特定行為を実施した救助隊員が救急車に同乗する運用について、資料では救急隊に認定資格者がいない場合を想定されているとの説明でしたが、現在、認定資格者が配置されていない救急隊はどの程度あるのでしょうか。

【事務局稲垣】

現在、認定資格を有していない救急救命士が配置されている救急隊はごく少数です。正確な人数は手元にありませんが、そのような救急隊が一部存在しております。

また、救急車が多数出場している場合には、非常用救急隊として臨時に救急隊を編成することがあります。その際、救急係長等の立場で勤務している救急救命士が救急車に乗務する場合がありますが、特定行為の認定資格を中断している者もおります。このような場合、現場で特定行為を実施した救助隊員が救急車に同乗し、処置を継続することを想定しております。

【竹本オブザーバー】

極端な言い方をすれば、救助隊の中で最も高度な処置ができる隊員を現場から離脱させ、病院まで同行させることになります。その隊員が現場にとどまれば、引き続き救助活動や処置に従事できますが、処置の継続を目的として搬送に同行することになると、現場活動への影響が大きいのではないかと感じます。

そもそも現場で特定行為を実施するのは、傷病者を直ちに救出できない状況が想定されるためであり、容易に救出できる状況であれば、通常は救出後に救急隊へ引き継ぐことになると思います。

そのため、処置を継続する必要がある場合には、認定資格者が乗車している救急隊を確保するなど、救急隊側の運用で対応を検討したほうがよいのではないのでしょうか。

【事務局稲垣】

竹本先生がおっしゃる点については理解いたしました。資料には、認定資格者がいない救急隊が現場に到着した場合の対応として記載しておりますが、そのような事案は限定的であると考えております。

基本的には、現場において適切な救急隊との連携の下で処置を継続することを想定しております。

【井上部会長】

確認ですが、最初に特定行為を実施した救急救命士が搬送まで継続して対応する必要があるのか、それとも途中で認定資格者へ引き継ぐことが可能なのか、その点はいかがでしょうか。

【事務局西山】

引き継ぐ救急隊に当該処置の認定資格者がいれば、引き継ぐことは可能です。

【井上部会長】

認定資格者がいれば引継ぎは可能ということですね。承知しました。

実際には、そのようなケースは多くないという理解でよろしいでしょうか。

【事務局西山】

そのようなケースは多くありませんが、想定されるとすれば気管挿管です。現在、約220名の救急救命士のうち、気管挿管の認定資格を有しているのは50数名にとどまっています。

現時点では、救助隊に所属する救急救命士に気管挿管認定資格者はいませんが、今後、仮に救助隊員が気管挿管を実施するようになった場合、引き継ぐ救急隊に認定資格者がいない可能性があります。

気管挿管を実施した傷病者の搬送時に、処置を継続・管理できる隊員が限られる点が、最も想定される課題です。

【井上部会長】

最前線で活動する隊員であれば、そうした認定資格を有していることにも一定の意義があるのではないかと思います。また、本議題とは直接関係ありませんが、そのような現場にはドクターカーやDMATを早期に派遣し、ダイレクトメディカルコントロールにつなげることも一つの対応策かと考えます。

関口委員、何かございますでしょうか。

【関口委員】

皆様の質問と説明で、より理解することができました。

【井上部会長】

大嶽先生いかがでしょうか。

【大嶽委員】

先ほどの議論にもありましたが、認定資格者がいない場合の引継ぎが課題になると思います。

今後、消防局としては、救急隊の認定資格者を増やしていくのかということと、特定行為が実施できる救助隊員を増やしていく方向で考えているのか、その点をお伺いしたいと思います。

【事務局稲垣】

御質問についてですが、まず救急隊における認定資格者の養成については、気管挿管認定資格者を毎年4名程度養成しております。また、拡大二行為については、現在では新たに救急救命士免許を取得した職員が運用を開始する際には実施可能な体制となっています。

一方で、ベテランの救急救命士の中には認定資格を有していない者も一部おりますが、世代交代の進行に伴い、認定資格を有する救急救命士の割合は今後さらに高まっていくものと考えております。

また、救助隊に所属する救急救命士については、救急救命士資格を有する職員の希望や適性なども関係するため、今後の配置状況についてはその動向を踏まえて対応していくことになると考えております。

【伊藤委員】

資料2-5と資料2-7を見比べると、川崎市としては相模原市の運用を参考にした形で進めることを考えてい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。

【井上部会長】

別の視点になりますが、救助隊に所属する救急救命士に通信手段を持たせることも、一つの方法かもしれません。本来であれば、直接指示要請ができる環境があることが望ましいと思います。ただ、救助隊員は単独で活動する場面もあり、その状況で指示要請を受けながら特定行為を実施することは容易ではない面もあります。

一方で、ダイレクトメディカルコントロールに近い形で通信手段を確保することも考えられるため、今後の参考としていただければと思います。

先ほど伊藤先生からもありましたが、資料で示された相模原市の運用を参考に、概ねその方向で進めていくという理解でよろしいでしょうか。

【事務局稲垣】

はい。そのように考えております。特段の御意見がなければ、本作業部会で御了承いただいた内容として、親会へ上げたいと考えております。

【井上部会長】

承知しました。

それでは、改めて運用フローについて御確認いただき、特に御異議がなければ、本作業部会として本案を親会へ上程することとしたいと思います。いかがでしょうか。

【江頭幹事】

中原消防署の江頭です。

以前、骨盤固定具やターニケットの運用開始に際しては、教育・研修体制についてメディカルコントロール協議会で協議した経緯があったと認識しております。

今回、救急救命士資格を有する救助隊員の運用を開始するに当たり、研修体制についても、メディカルコントロール協議会への報告や承認が必要となるのか、その取扱いについてお伺いします。

【井上部会長】

ありがとうございます。重要な御指摘だと思います。

救助現場を想定した活動の中で、ターニケットや骨盤固定具の使用を含めた一連の対応について、活動の流れを確認するための教育・訓練は必要かもしれません。ありがとうございます。

事務局としてはいかがでしょうか。

【事務局稲垣】

江頭幹事の御指摘のとおり、本運用は通常の救急活動とは異なる場面を想定していることから、実際の活動を想定した訓練や教育体制の整備については、運用に向けて適切に対応していく必要があると考えております。

【井上部会長】

ありがとうございます。

教育・訓練の実施に加え、運用開始後の検証についても必要になると思いますので、研修、シミュレーション、検証の進め方について整理をお願いしたいと思います。

それでは、本議題については以上とし、本作業部会として取りまとめたいと思います。

続きまして、議題（２）「救急救命処置プロトコルの見直しについて」です。それでは、事務局から説明をお願いいたします。

【事務局稲垣】

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

【井上部会長】

内容が多岐にわたりますので、項目ごとに整理しながら議論を進めたいと思います。

まず、スライド14に示されている特定行為実施までの時間についてです。川崎市は愛知県と比較すると時間を要している結果となっています。ただし、愛知県の時間短縮が今後改善につながっているかについては、別途検証が必要であると考えています。

この件については、昨年度の親会において私から問題提起をさせていただきました。当時は川崎市の実態が分からない状況でしたが、他地域で話題となっていたことから、川崎市の状況について調査を依頼した経緯があります。

その結果、愛知県と比較して相当程度時間を要していることが分かりました。

そのため、現状を改善する必要があるのか、また改善が可能なのかという点も含めて検討する必要があると考え、今年度の親会に諮ったところ、本作業部会で検討することとなりました。

伊藤委員、いかがでしょうか。

【伊藤委員】

非常に興味深いデータだと感じました。資料を拝見した際も、川崎市と愛知県でここまで差があるのかという印象を受けました。

救急隊の皆様にお伺いしたいのですが、愛知県では「傷病者接触から2分で指示要請」、「4分で静脈路確保」といった具体的な目標が設定されており、大変分かりやすいと感じています。

一方で、資料3-3及び3-4を見ると、川崎市では特定行為の実施までに平均17分を要しています。この時間を要している要因について、現場としてどのように考えているのかをお聞かせいただきたいと思います。

例えば、オンラインメディカルコントロールのやり取りに時間を要しているのか、もしくは別の要因があるのかといった点です。

改善に当たっては全体を見ていく必要があると思いますが、現場の感覚として、どの部分を重点的に改善することが最も効果的と考えられるのかを教えていただければと思います。

もしオンラインメディカルコントロールの運用に課題があるのであれば、医療機関側としても対応を検討する必要がありますし、指示要請のタイミングに課題があるのであれば、「接触後4分以内に指示要請を行う」といった具体的な目標設定をメディカルコントロール協議会から発信することも有効だと思います。

現場として、どのような点を改善することが効果的と考えているのか、率直な御意見をお聞かせください。

【水本幹事】

麻生消防署の水本です。

現在も救急隊長として活動していますが、医師への指示要請に関するやり取りは、以前と比べてかなり円滑になっていると感じています。私自身、救急隊長として約11年間活動していますが、以前はファーストコールの段階で様々な確認事項があり、指示要請だけで1、2分程度を要することもありました。

現在は、年齢、性別、初期波形、目撃の有無、バイスタンダーCPRの実施状況などを伝えると、医師から必要な処置について確認を受け、比較的スムーズに指示をいただけることが多くなっています。そのため、医師とのやり取りに要する時間は短縮されていると考えています。

一方で、対応する医師によって多少の差があることも事実です。指示要請時に伝える内容がプロトコールとして明確になれば、救急隊としても対応しやすくなり、救急救命士ごとの差も小さくなるのではないかと考えます。

また、現場の救急隊員としては、傷病者をまず救急車内に収容し、その後に特定行為を実施したいと考える傾向があります。現場で処置を行うと、資機材の展開やその後の収容に時間を要するためです。その結果、初回薬剤投与までの時間が延びる一因になっている可能性があります。

愛知県のように具体的な時間目標を設定することで、現場での早期実施をより意識した活動につながるのではないかと考えます。

【井上部会長】

愛知県で示されている時間目標について、救急隊として現実的に達成可能なものなのかという点をお伺いしたいと思います。

日頃の訓練や運用の工夫により、質を担保しながら達成できるものなのか、あるいは救急車内ではなく現場で処置を実施することによって実現可能な数字なのか、そのあたりの御意見をお聞かせください。

【高橋幹事】

臨港消防署の高橋です。

2年ほど前に、市内救命救急センターからROSC率が低下しているのではないかと指摘があり、その要因について独自に検証するため、中原消防署と臨港消防署におけるCPA事案のデータを収集・分析してきました。

その結果、多くの事案で傷病者を救急車内へ収容した後に指示要請を行い、搬送しながら特定行為を実施している実態が確認されました。また、病院到着直前にアドレナリンを投与するような事案も少なくありませんでした。そうした状況を踏まえると、平均17分という結果は十分に理解できるものだと考えています。

こうした分析結果を受け、今年度から臨港消防署では、可能な限り現場で特定行為を実施するよう隊員へ周知してきました。まだ検証期間は短いものの、4月以降の事案では、アドレナリン投与まで概ね10分程度で実施できているケースが多くなっています。

現場で実施することで指示要請も早くなりますし、現場での処置によって現場滞在時間が大幅に延びるという印象はありません。実際、搬送開始時刻も従来と大きく変わっていないように感じています。

愛知県の平均9.3分という数値は非常に高いレベルだと思いますが、達成が不可能な目標ではないと考えています。

一方で、高齢傷病者への対応などでは、医療機関側から治療方針に関する確認が求められることもあり、現場では家族から情報収集を行いながら搬送準備を進める場合もあります。そのため、現場活動には一定の事情があることも事実です。

その上で、川崎市として年齢等による線引きを設けることなく、早期のアドレナリン投与を目標として取り組むのであれば、指示要請の迅速化や現場活動の改善につながり、愛知県と同等の水準を目指すことも可能ではないかと考えています。

【井上部会長】

超高齢者などの事案であっても、救命の可能性がある傷病者に対して迅速にアドレナリン投与につなげられるかは重要な視点だと思います。

また、現場で特定行為を実施することについては、周囲の目があることなどから一定の抵抗感もあるのではないかと思います。そのあたりはいかがでしょうか。救急隊の皆様の率直な御意見をお聞かせください。

【関口委員】

幸消防署の関口です。

自宅や高齢者施設などでは比較的活動スペースを確保しやすいと思いますが、駅や学校など多くの人がいる場所では、現場で特定行為を実施することが難しい場合もあると考えます。

また、自宅内であっても、生活用品が多く活動スペースの確保が困難な環境や、感染リスクへの配慮が必要な環境では、活動場所の選定に注意を要するケースもあると思います。

【井上部会長】

竹本先生いかがでしょうか。

【竹本オズバー】

現場での特定行為実施までに時間を要する要因としては、傷病者を収容してから処置を行う運用と、現場での家族等からの情報収集が大きいのではないかと思います。特に、心肺停止事案ではD N A Rの有無の確認に時間を要することがあります。

特定行為の早期実施を目指すのであれば、一定の方針を明確にする必要があると考えます。例えば、現場で確認した時点でD N A Rの意思が明確に示されない場合には、救命処置を継続することを前提とした運用を整理しておく必要があるのではないのでしょうか。

また、高齢者施設等に対してあらかじめ意思確認の体制を整えておくことも一案だと思います。救急隊が到着した際に、救命処置を希望するか否かを速やかに確認できる環境を整えば、初動対応の迅速化につながるのではないかと考えます。

【井上部会長】

この後、D N A Rプロトコルの議論も予定されていますが、今回の時間短縮という観点から考えると、D N A Rの確認をしない前提で運用しないと、迅速化は難しい面があると思います。

一方で、そのような事案が今回の議論の主な対象なのかという点については、また別の整理が必要かとも感じています。

津久田先生いかがでしょうか。

【津久田委員】

先ほど井上部会長や伊藤委員、竹本オブザーバーからも御意見がありましたが、これまでの運用では、傷病者や家族の状況を丁寧に確認しながら活動してきた経緯もあると思います。

そのため、急に愛知県と同程度の時間を目標として短縮を図ると、確認すべき事項が不十分となり、別の課題が生じる可能性もあると考えます。
来年度から直ちに10分程度を目指すというよりは、段階的に時間短縮を図りながら、平均時間を改善していく方向が現実的ではないかと感じました。

【井上部会長】

大嶽先生いかがでしょうか。

【大嶽委員】

基本的な方向性には賛成です。

ただ、急激な時間短縮を目指すのではなく、病院側の受入体制や医師側の理解も含めて進める必要があると考えます。

また、迅速化を図るのであれば、DNARへの対応を含めた運用方針を明確に整理することが重要ではないかと思います。

【井上部会長】

伊藤先生いかがでしょうか。

【伊藤委員】

今までの議論を伺っていると、川崎市では傷病者を救急車内に収容してから処置を行う傾向があり、それが時間を要する一因になっているように感じます。

愛知県のデータを見ると、接触から4分で静脈路確保を実施しており、この時間を考えると、現場で処置を行うことを前提としているのではないかと思います。

そのため、時間短縮を目指すのであれば、心肺停止事案では現場で静脈路確保等の処置を実施することを原則とするなど、運用方針を明確にする必要があるのではないのでしょうか。

現在は、現場で実施するか、収容後に実施するかが隊長の判断に委ねられていると思いますが、その部分をプロトコール上で一定程度整理したほうが、活動のばらつきを減らし、時間短縮にもつながるのではないかと考えます。

【水本幹事】

そのとおりだと思います。川崎市の運用は、良くも悪くも現場の判断に委ねられている部分が多く、隊ごとの活動に差が生じやすい状況があります。

そのため、時間短縮を目指すのであれば、活動方針を明確にし、プロトコールとして示したほうが現場としても対応しやすいと考えます。

現場で処置を実施することを基本とするなど、運用を明文化すれば、各隊の活動の統一にもつながるのではないかと思います。

【井上部会長】

現時点では、川崎市においてどの段階で最も時間を要しているのかについての詳細な分析は行われていませんが、これまでの御意見を伺う限りでは、傷病者を救急車内へ収容してから処置を行う運用と、医師への指示要請に関する部分が主な要因として考えられると思います。

そのため、これらについては、プロトコル上で活動手順や指示要請時の伝達内容をより明確に示すことが、時間短縮につながる可能性があると考えます。

また、具体的な目標時間を設定することについても、現場で対応可能であるということであれば、一つの目安として示すことに意義があるのではないかと思います。もちろん、全ての事案で一律に適用できるものではありませんが、標準的な活動目標として示すことで、より具体的な改善につながるのではないのでしょうか。

この点について、救急隊を含め局側としてはいかがお考えでしょうか。

【高橋幹事】

目安となる時間を設定することは、事後検証を行う上でも有用ではないかと思っています。

例えば、現場でアドレナリン投与まで17分を要した事案について、目標時間が設定されていなければ、「17分は標準的な活動である」と評価される可能性があります。一方で、目安となる時間が示されていれば、その時間を基準として活動内容を検証することができます。

検証者によって評価にばらつきが生じることを防ぎ、活動全体の質の向上につなげるためにも、一定の目安時間を設定することには合理性があるのではないかと考えます。

【井上部会長】

ありがとうございます。

現在、CPA事案については、ほぼ全件でPA連携が行われているという理解でよろしいでしょうか。

【事務局稲垣】

全てのCPA事案でPA連携を実施しているわけではありません。ただし、救急隊長の判断によりPA連携へ切り替える場合や、通報内容から指令センターがPA連携で出場させる場合もあります。印象としては、PA連携で出場する事案は増えてきていると感じています。

【井上部会長】

承知しました。PA連携の実施割合については、機会があれば次回以降に教えていただければと思います。

【事務局稲垣】

確認いたします。

【井上部会長】

多くのCPA事案でPA連携が行われているのであれば、時間短縮に向けては救急隊単独ではなく、PA連携を前提とした体制も重要かもしれません。

また、愛知県の運用についてですが、実際の現場運用がどのようになっているのか確認することは可能でしょうか。

【事務局稲垣】

確認いたします。

【井上部会長】

ぜひ、どのような運用によってこの時間が実現されているのか確認していただければと思います。現場隊における活動の工夫に加え、指令センターの関与の有無や運用体制、医療機関側の対応体制、指示要請時の応答要領などについても確認していただき、参考となる情報があれば共有をお願いいたします。

【高橋幹事】

臨港消防署の高橋です。

特定行為の優先順位について伺います。A s y s t o l e 及びP E Aについては、原則として現場で特定行為を実施する方向で整理されていると理解しています。

一方で、V F ・ V Tについては、資料3－9の除細動プロトコールでは除細動を優先し、その後に搬送を開始した上で未実施の特定行為を行う流れとなっています。

この点について、医療機関側の御意見を伺いたいと思います。横浜市救命士養成研修所では、V F ・ V Tこそ現場でアドレナリン投与まで実施すべきとの考え方も示されていると聞いております。

V F ・ V T事案において、早期搬送を優先すべきなのか、あるいは現場で特定行為を実施してから搬送すべきなのかについて、病院側としてのお考えがあればお聞かせいただきたいと思います。例えば、早期に医療機関へ搬送し、体外循環などの高度治療につなげることを優先すべきとの考え方もあるかと思うので、その点も含めて御意見をいただければと思います。

【井上部会長】

伊藤先生いかがでしょうか。

【伊藤委員】

非常に重要な視点だと思います。

私個人としては、どちらかといえば横浜市の考え方に近いです。V F ・ V Tに対しては、まず現場で可能な限り速やかに薬剤投与を行い、それでも複数回の除細動でR O S Cが得られない場合には、難治性V Fとして体外循環の適応を念頭に置き、早期搬送につなげるべきではないかと考えています。

もちろん、除細動回数や現場の状況など様々な要素を踏まえて判断する必要がありますが、基本的には現場での早期介入を重視する考えです。

ただし、この考え方をそのままプロトコールに反映できるかについては、蘇生医療を専門とする先生方の御意見も踏まえながら、コンセンサスを得ていく必要があると思います。

【井上部会長】

竹本先生いかがでしょうか。

【竹本オブザーバー】

個人的には、特定行為と搬送準備を可能な限り並行して進めることが望ましいと考えています。

ただし、実際には現場の人員体制や活動環境なども考慮する必要があるため、それを一律の運用として求めることは難しい面もあると思います。

【井上部会長】

津久田先生いかがでしょうか。

【津久田委員】

私も竹本先生と同様に、可能であれば特定行為と搬送準備を並行して進めることが望ましいと考えます。

病院側の立場からすると、体外循環の導入が想定されるような症例では、受入れに向けた準備が必要となります。例えば、使用中の設備や処置室の調整、人員の確保などに時間を要する場合があります。

特に若年者のV F・V T症例などでは、早い段階から搬送先医療機関で受入れ準備を進めておくことに意義があると考えます。その意味でも、現場活動と病院側の準備を並行して進められると望ましいと思います。

一方で、現場の人員体制など様々な事情があることも理解しておりますので、その点は状況に応じて柔軟に対応していくことになると思います。

【井上部会長】

大嶽先生いかがでしょうか。

【大嶽委員】

基本的には、可能であれば同時並行で進めることが望ましいと考えます。

ただし、現場状況や傷病者の年齢、病態などによって対応は異なるため、ケース・バイ・ケースで判断することになると思います。

【井上部会長】

ありがとうございます。

ステイアンドプレーを優先するのか、それとも早期搬送を優先するのかについては、現時点で明確な結論があるわけではありません。地域特性や搬送時間などによっても考え方は異なると思いますし、川崎市のように搬送時間が比較的短い地域では、また違った視点があると思います。

ガイドライン上も一律の考え方が示されているわけではなく、どちらが早期蘇生につながるかという観点から判断していく必要があります。結果として、ケース・バイ・ケースでの対応になる部分もあると思います。

また、搬送先医療機関によってはE C P Rの実施が可能かどうか、あるいは適応基準が異なる場合があります。そのため、現時点でプロトコールに大きな変更を加えることは難しいかもしれませんが、こうした点も踏まえて運用していくことが重要だと考えます。

関口委員、医療機関側のお立場から何か御意見はございますでしょうか。

【関口委員】

市立病院関口です。

病院の受入れ側としては、静脈路が確保され、アドレナリン投与まで実施された状態で搬送していただけると大変ありがたいと考えています。

【井上部会長】

ありがとうございます。

それでは、先ほどの薬剤投与までの時間に関する議論も含め、本プロトコール（案）をたたき台として、本日いただいた御意見やコメントを反映しながら、改めて整理していきたいと考えておりますが、いかがでしょうか。

救急隊によるシミュレーションを実施した場合、薬剤投与までの時間としてどの程度が現実的な目安になると考えられるでしょうか。

【事務局稲垣】

救急課で簡易的なシミュレーションを実施したところ、指示要請や情報収集が円滑に行われるなど、条件が整った状況であれば、愛知県の水準も目標として考えられる結果でした。

また、ステイアンドプレーを前提とした場合、現場滞在時間は15分程度が一つの目安になるのではないかと考えております。

【井上部会長】

川崎市としての標準的な目安時間を整理するとともに、全国にはより短い時間で運用している事例があることも踏まえながら、検討を進めていければと思います。

また、時間短縮だけでなく、ROSC率や社会復帰率を含めた予後についても併せて評価していくことが重要だと考えています。

それでは、後半の説明をお願いいたします。

【事務局稲垣】

（検討事項（2）救急救命処置プロトコールの見直しについて（後半）、資料に基づき説明を行った。）

【井上部会長】

今回の見直しは、目安となる時間を追記したことと、記載内容を整理したことが主なポイントかと思います。竹本先生いかがでしょうか。

【竹本オブザーバー】

基本的には問題ないと考えています。

1点目として、初回指示要請の例についてですが、湘南メディカルコントロールでは、初回の指示要請時に特段の変更がなければ3回目までの薬剤投与を見越した形で報告を行っているとは認識しています。

そのため、こうした内容を指示要請時の要領として整理しておいてもよいのではないかと思います。医師側から指示される場合もありますが、救急隊側からあらかじめ伝える運用のほうが円滑ではないかと考えます。

2点目として、川崎市では指示要請を行った医療機関へ搬送することを基本としていますが、搬送先の変更が生じる場合もあると思います。その際、指示要請を行った医療機関と実際の搬送先が異なると、実施した処置内容の把握が難しくなる可能性があります。

そのため、搬送先が変更となった場合には、指示要請を行った医療機関に対して実施した処置内容を報告する仕組みがあったほうがよいのではないかと考えます。

横浜市や湘南地区では、実施した処置内容が把握できる仕組みがあると認識していますので、そのような運用も参考になるのではないかと思います。

【事務局稲垣】

現在の運用では、指示要請を行った医療機関と搬送先医療機関が異なる場合、搬送先医療機関に対して、これまでの指示内容や実施した処置内容を引き継いだ上で、その後の指示要請を行っています。

竹本先生の御指摘の点については、現場ではそのような形で対応しております。

【井上部会長】

津久田先生、いかがでしょうか。。

【津久田委員】

基本的には分かりやすい内容だと思います。

確認ですが、資料のスライド20に示されているファーストコールとセカンドコールについて、ファーストコールで薬剤投与に関する指示要請を行い、その後、セカンドコールを行う前に病院へ到着した場合は、以降の情報は病院到着後に引き継ぐという理解でよろしいでしょうか。

【事務局稲垣】

御質問についてですが、ファーストコールで必要な情報を伝え、特定行為の指示を受けることを想定しています。

また、本プロトコルでは現場での処置を意識しているため、セカンドコールは搬送中に行い、追加の情報を補完することを基本的な運用として想定しています。

ただし、搬送時間が短い場合には、セカンドコールで十分な情報伝達ができないこともあるため、その際は病院到着後の引継ぎで補完することになります。

【井上部会長】

それでは、この要領については概ねよいものと考えております。

本日御指摘いただいた内容を確認した上で、特に20ページのファーストコールの簡素化に関する部分や、病院側の受入れ時の対応要領について整理し、反映していきたいと思います。

【事務局西山】

それでは、例示として回数も記載するという事でよろしいでしょうか。例えば、「アドレナリンを3回投与予定です」といった形で、投与回数を含めて伝達する運用を想定するという理解でよろしいでしょうか。

【井上部会長】

そのような形が分かりやすいと思います。

「4分ごとにアドレナリンを3回まで投与し、心拍再開がなければ再度連絡します」といった形で伝えればよいのではないかと思います。

【江頭幹事】

1点確認させてください。ファーストコールで伝達する事項は、この項目でよろしいでしょうか。

例えば、蘇生を望まない意思が確認されている場合や、搬送時間が極めて短い場合、あるいは早期死体現象が認められる場合など、指示要請に影響する情報があるケースも考えられます。

今回はアドレナリン投与の迅速化を目的として伝達事項を絞り込んでいると思いますが、こうした情報をファーストコールで伝達しない運用とした場合、後のセカンドコールや搬送後の報告で初めて判明することになります。

その点について、メディカルコントロールとして適切な判断や安全性を担保できるのか、医学的な観点から御意見を伺いたいと思います。

【井上部会長】

水本幹事、いかがでしょうか。

【水本幹事】

これは薬剤投与プロトコールに基づく指示要請の内容を示したものです。

本プロトコールの対象とならない事案については、当然ながら対応や報告内容も異なりますので、分けて考えるべきではないかと思います。

【井上部会長】

そうですね。その部分はこのプロトコールに入る前段階の話かと思います。

現着後に評価を行い、心肺停止と判断した上で本プロトコールに入ることになります。その中で判断に迷うような情報があれば、付加情報として伝達することになるのではないのでしょうか。

【江頭幹事】

それであれば、心肺蘇生プロトコールの中に、プロトコールの適用判断に影響する事項については付加情報として伝達する旨を記載しておく必要があるのではないかと考えますが、事務局としてはいかがでしょうか。

【事務局稲垣】

御指摘の点については、資料3－8の心肺蘇生プロトコールにおいて、心肺停止の確認後、「状況による不搬送判断基準」及び「明らかな死亡判断基準」の該当有無を確認する流れとしております。

事務局としては、その段階で下顎硬直等を含めた観察・評価を行った上で、本プロトコールに移行することを想定しております。

【江頭幹事】

その整理であればよいと思います。ありがとうございます。

【高橋幹事】

ファーストコールの内容についてですが、「アドレナリンを3回実施します」というよりも、「心拍再開がなければ3回まで投与し、4回目以降は改めて相談します」といった形で伝えるほうがよいのではないかと考えます。現場では、搬送時間などを踏まえて事前に投与回数まで見通して活動しているわけではないため、「何回実施する」というよりも、その後の対応方針を含めて指示を受ける形が現実的ではないかと思います。

また、搬送開始後に追加の指示が必要となれば、その時点で改めて連絡を取り、必要な指示を受ける運用でよいのではないかと考えます。

【井上部会長】

「3回まで実施する」といった伝え方もあると思いますし、今のお話を伺っていると、その後の活動の見通しも含めて指示要請を行うという考え方もあるのかなと感じました。

ただ、そのあたりは現場の状況や隊長の判断による部分も大きいと思いますので、運用として整理していく必要があるかもしれません。

事務局、今回の見直しについては概ねこの方向でよろしいでしょうか。

【事務局稲垣】

本日いただいた御意見を踏まえ、内容を整理・精査した上で、第2回作業部会までに修正案を準備したいと考えております。

【井上部会長】

ありがとうございます。

それでは、本議案についてはよろしいでしょうか。

それでは、次の検討事項に移りたいと思います。DNARプロトコールについて、事務局から説明をお願いいたします。

【事務局稲垣】

(DNARプロトコールの一部見直しについて、資料に基づき説明を行った。)

【井上部会長】

本検討は8年目となります。DNARプロトコールについては長年議論を重ねてきましたが、患者本人の意思の尊重や家族への対応など、様々な課題があり、その都度見直しを行ってきました。

昨年度は、かかりつけ医や看護師が一定時間内に現場へ赴くことを前提とした案を検討しましたが、医療現場の実情や法的な観点から御意見をいただき、改めて整理を行いました。特に、患者本人の自己決定権を尊重することが重要な視点であることを再認識したところです。そうした議論を踏まえ、今回のプロトコール案を作成した経緯となります。

現時点では、実情や法的観点を考慮した内容になっているのではないかと考えております。初めて御参加の委員もいらっしゃると思いますので、御質問でも御意見でも結構です。忌憚のない御意見をお願いいたします。

竹本先生いかがでしょうか。

【竹本オブザーバー】

往診医が12時間以内に対応できず搬送となる場合、蘇生を希望しない傷病者に対してBLSを実施するのかどうかについても、プロトコール上で明確にしておく必要があると考えます。

【事務局稲垣】

本プロトコールでは、図中の左側に心肺蘇生を継続する範囲を示しており、それ以降については心肺蘇生を行わないことを想定しています。

【井上部会長】

津久田先生、いかがでしょうか。

【津久田委員】

まず、往診医が到着するまでの間に、後から到着した家族から搬送を希望する意向が示された場合など、再度救急要請につながるケースは想定されるのでしょうか。

また、今回のようなD N A Rプロトコールについて、他地域ではどの程度導入・運用されているのかお伺いしたいと思います。

さらに、救急医療の現場では、A C Pが十分に進んでおらず、本人や家族の意思が整理されていないまま搬送となるケースも見受けられます。こうしたプロトコールの運用と併せて、A C Pの普及啓発も重要ではないかと考えます。

川崎市として、医師会等の関係機関とどのように連携しながら進めているのか、何かあれば教えていただきたいと思います。

【事務局稲垣】

往診医が対応することとなった後に、後から現場に到着した御家族から搬送を希望する意向が示され、再度救急要請が行われるケースについては、そのような事案も想定されると考えております。

また、同様の取組を実施している消防本部の状況については、現在手元に資料がありませんが、全国でも一定数の消防本部で導入されています。詳細については、改めてお示しいたします。

さらに、本プロトコールの周知については、健康福祉局や医師会等の関係機関と連携しながら進めていく必要があると考えております。周知の方法や対象範囲については、今後整理していく予定です。

【井上部会長】

大嶽先生、いかがでしょうか。

【大嶽委員】

これまで議論を重ねながら整理が進められてきたものと理解しました。本人の意思が明確な方については、不要な搬送を避けることができるよう、今後も取組を進めていただければと思います。

また、法的な整理も含めて難しい課題ではありますが、どこかで前に進めなければならないテーマでもあると思います。A C Pの普及と併せて、川崎市のモデルとしてよい事例を示していただければと考えております。

【井上部会長】

関口さんはいかがでしょう。

【関口委員】

A C Pなどにより事前に意思決定がなされていても、実際にその場面になると救急要請が行われたり、家族の意向が変わったりすることは少なくないと思います。そのため、本プロトコールについて運用を進めながら周知・浸透を図っていくことが重要ではないかと感じました。

【井上部会長】

実際のところ、患者家族や施設職員、看護師の方々はこのような場面に接する機会が多いと思いますが、いかがでしょうか。

【関口委員】

ACPなどにより事前に意思決定がなされていても、実際に容体が悪化すると、家族が動揺して救急要請に至るケースは少なくないと思います。

また、キーパーソンと話をしている、家族がまだ状況を受け入れられていないため、もう少し対応を続けてほしいという意向が示されることもあります。

そのため、実際の運用は難しい面もあると感じています。

【竹本オブザーバー】

私が以前勤務していた病院では、いくつかの施設と連携して看取り対応を行っていました。夜間に死亡が確認された場合は、そのまま施設で対応し、翌朝、医師が訪問して死亡確認を行う運用としていました。

この運用は、施設職員や御家族からも好評でした。御家族は夜間に急いで病院へ来る必要がなく、施設側も限られた職員を夜間対応に割く負担が軽減されました。また、医療機関側にとっても夜間対応の負担軽減につながりました。

そのため、このような取組は関係者にとってメリットのある運用になり得ると考えています。

【井上部会長】

ありがとうございます。

そのような取組は、今後様々な地域で広がっていく可能性があると思います。診療報酬上の評価なども含めて国の後押しがあれば、医療機関や施設との連携もさらに進むのではないかと感じています。

また、そのような先行事例があるということをご共有いただくことで、医療機関側にとっても参考になるのではないかと思います。

それでは、事務局、本案についてはこの方向で進めるということでしょうか。

【事務局稲垣】

本案につきましては、第2回作業部会までの間に、医師会長をはじめ関係者へ御意見を伺いたいと考えております。

その結果も踏まえた上で、第2回作業部会において改めて御議論いただければと考えております。

【井上部会長】

了解しました。

それでは、報告事項に移りたいと思います。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、資料の基づき説明を行った。）

【井上部会長】

マイナ保険証を活用することで、既往歴や服薬情報などが確認できるようになり、搬送先医療機関にとっても有用な取組だと感じています。病院側でも改めて情報を確認できるため、診療に役立つ場面が増えていると思います。

この件について、御質問や御意見はございますでしょうか。

それでは、次の救急情報共有システムの導入について説明をお願いします。

【事務局稲垣】

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

【井上部会長】

NECに決定し、本格運用に向けた準備を進めているとのことでした。運用開始は１１月を予定しているということです。

試行運用から機能改善も進んでいるとのことですので、実際に運用しながら改善を重ねていければと思います。また、災害時の活用や画像情報の連携など、今後の発展にも期待しております。

また、救急隊としても本格運用に向けた準備が進んでいると思いますが、ペーパーレス化による業務負担の軽減など、実際の運用面についてはいかがでしょうか。

【事務局稲垣】

現場活動中に入力したバイタルサインなどの情報は、そのまま帰署後に作成する活動記録へ反映される予定です。

そのため、記録作成に係る事務負担の軽減につながるものと考えております。

【井上部会長】

ありがとうございます。

それでは、報告事項は以上となります。

本日は皆様の御協力により円滑に議事を進めることができました。最後に、本日の議論全体を通しての御意見や御感想、また情報提供等がございましたらお願いいたします。

【事務局稲垣】

次回、第２回川崎市メディカルコントロール協議会作業部会の開催日程についてお知らせいたします。

第２回につきましては、１０月１４日の水曜日１０時から１２時。開催方法につきましては、本日と同じ川崎市消防局６階作戦室で、対面式とウェブを併用したハイブリッド方式で実施いたします。委員の皆様、御多忙なところ恐れ入りますが、よろしくお願いいたします。

【井上部会長】

熊本の事案については、まだ被害の全容が明らかになっていませんが、これまで想定していなかったような事案が発生したという印象を受けています。多数の人が集まる施設における避難対応など、参考となる点もあると思いますので、状況が分かりましたら改めて検証していく必要があると考えています。

また、地震についても現実に関わり得る災害として、引き続き対応を考えていかなければならないと思います。親会も含め、メディカルコントロールとしての対応について検討を進めていきたいと考えています。

藤谷会長からも、市内医療機関の連携体制をしっかりと進めていくようお話をいただいておりますので、その点についても取り組んでいきたいと思っています。

熱中症を含めた最近の出動状況などはいかがでしょうか。

【事務局稲垣】

出動状況についてですが、速報値では、7月26日時点で昨年同期比853件の減少となっております。

一方で、梅雨明け前までは昨年同期比で約1,000件の減少となっていました。梅雨明け以降は熱中症の影響もあり、救急出動件数が増加している状況です。そのため、減少幅は縮小しております。

【井上部会長】

ありがとうございます。

【高橋幹事】

情報提供になりますが、4月7日に川崎区扇島のJFEで発生した多数傷病者事案についてです。

最後の要救助者の方が、発災から約3か月後に海中で発見されました。当日は、救命救急センターやドクターカーによる対応、受入体制の確保など、多くの皆様に御協力いただきました。

おかげさまで、御遺体を御家族のもとへお返しすることができ、本事案に関する消防の対応についても一区切りとなりました。

この場をお借りして、御協力いただいた皆様に感謝申し上げます。

【井上部会長】

ありがとうございました。

本事案については、今後の活動に生かすべき多くの示唆があったと考えています。ドクターカー症例検討会が8月28日に予定されていますので、その中でも今回の事案について振り返りを行う予定です。

非常に困難な活動でしたが、多くの課題や改善点に加え、有効であった取組も明らかになったと認識しています。そうした点を整理し、今後の活動につなげていければと思います。

特に川崎市南部には工場地帯があり、同様の事案が発生する可能性もありますので、引き続き対応体制の充実を図っていきたいと考えています。

本日は皆様の御協力により活発な議論を行うことができ、予定どおり会議を進めることができました。御協力ありがとうございました。

それでは、事務局にお返しします。

【事務局西山】

井上部会長、ありがとうございました。

本日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作業部会を終了いたします。