

令和4年度第2回仙台市救急業務基本問題検討会

- 日 時 令和4年11月1日(火) 18時30分～20時00分
- 場 所 仙台市医師会館 5階 研修室
- 出席者 山田委員長、佐々木副委員長、植松委員、遠藤委員、田中委員、平賀委員、古川委員
- 欠席者 尾上委員、高橋委員、山内委員

- 議 事
 - 1 開会
 - 2 議事
 - (1) 急性冠症候群(ACS)を疑う症例における、より迅速な搬送に向けた救急活動について
 - ア 新たなキーワード方式の導入に必要な検討事項について
 - イ 令和4年度救急業務基本問題検討会報告書案について
 - (2) その他
 - 3 情報提供
本市における令和4年の救急搬送状況について
 - 4 閉会

●会議経過 (事務局)

ただいまから、令和4年度第2回仙台市救急業務基本問題検討会を始めさせていただきます。まず初めに今回初めてのご出席となる委員をご紹介します。恐れ入りますが、お名前をご紹介しますので、その場でご起立いただければ幸いです。一般社団法人仙台市医師会理事佐々木祐肇様でございます。本日は所用により、尾上委員、高橋委員、山内委員がご欠席となっております。学校法人東北医科薬科大学医学部救急災害医療学教室准教授遠藤智之様でございます。よろしくお願いいたします。

続きまして、副委員長の改選についてでございます。前回の6月の検討会以降に行われました仙台市医師会理事の改選に伴いまして、前理事の枝委員から後任の理事でございます佐々木委員へと本検討会の委員の引き継ぎがございました。また、枝委員からは副委員長につきましても、佐々木委員とご指名いただいたところでございますが、本検討会設置要綱第4条におきまして委員長及び副委員長は委員の互選とされておりますことから、山田委員長に事前にご相談させていただいたところでございます。山田委員長、副委員長の推薦について皆様にお諮りいただいてもよろしいでしょうか。

(山田委員長)

僭越ながら、私の方から副委員長に仙台市医師会理事の佐々木先生を推薦したいと思いますけれども、皆様いかがでしょうか。特にご異論はございませんでしょうか。ありがとうございます。佐々木先生、お受けいただけますでしょうか。ぜひよろしくお願いいたします。

(事務局)

ありがとうございました。それでは、佐々木副委員長より一言ご挨拶をいただければと存

じます。佐々木副委員長、よろしくお願いいたします。

(佐々木副委員長)

慎んで副委員長を受けさせていただきたいと思います。仙台市医師会の佐々木といいます。仙台市医師会で救急と災害で担当するのは昨年まで別な部門でしたが、今期から救急災害部という形で部門ができて、私が担当しております。救急搬送者が増え続ける中で、このACS、コロナリーの疾患に関して、数多い救急搬送の中で一刻を争うような搬送をしなければいけないものを、キーワードにより救急搬送する取り組みというふうに認識しております。しっかりと務めていきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

ありがとうございました。次に、お手元にお配りしております、会議資料の確認をさせていただきます。上から順に、次第、席次表、資料1、資料2が検討会報告書案になってございます。20ページぐらいあります。最後に1枚もの両面で参考資料1になってございます。以上過不足等ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。ありがとうございました。

続きまして公開の取り扱いについてでございます。前回までと同様に、本検討会は、会議資料を含めまして原則公開とさせていただきます。公開すべきではない事項が含まれる場合にはその都度対応したいと考えておりますので皆様どうぞよろしくお願いいたします。

傍聴者の方はいらっしゃらないようです。それでは、委員長、早速ですが議事の進行をよろしくお願いいたします。

(山田委員長)

それでは早速議事に入らせていただきます。まず次第の方から参ります。2議事の(1)です。ね「急性冠症候群ACSを疑う症例における、より迅速な搬送に向けた救急活動について」ということで、まず、前回の最後に12誘導心電図の測定とその伝送装置について検討を行ってきたところでございますけれども、消防局において平成20年までは伝送装置を使用していたというご説明がありました。これにつきましてのご説明、それから、県内の他の消防本部での導入事例について、事務局の方から説明をお願いいたします。

(事務局)

着座にて資料1に基づきまして説明させていただきます。

本市における心電図伝送装置の導入経過についてでございますけれども、平成3年に救急救命士法が施行され、救急救命士が除細動を実施するには、指示医療機関へ心電図の伝送が必須とされたことから、救急救命士が乗車する高規格救急車及び、指示医療機関である東北大学病院、仙台市立病院、仙台医療センター、仙台オープン病院へ送信装置・受信装置の整備を行っております。当時は、現場で心電図モニターにてVFを確認すると指示医療機関へ電話し、「何歳男性のCPAで心電図波形がVFです」「除細動実施の特定行為の指示をお願いいたします」「これから心電図を送りますので確認をお願いします」と伝えて伝送を行い、医師に確認を受けて除細動実施の指示を受けるといって、大変時間を要する行為であり、今では考えられないシステムでございました。その後、平成15年に早期除細動の効果的な実施という観点から、包括的指示下の除細動が認められ、心電図モニターの伝送が不要となり、心電図伝送装置は救急業務実施基準にて各地域の実情に応じて備える機器となりました。それ以降も病院照会等で、傷病者情報の1つとして伝送する機会もありましたが、各医療機関の協力のもとメディカルコントロール体制が整備され、心電図伝送装置の使用実績が

なくなり、その後、使用する見込みが無いと判断されたことから、平成19年度に仙台市救急業務実施規程の改正を行い、4つの指示医療機関及び救急車より撤去されております。

続きまして、宮城県内での12誘導心電図の導入状況でございます。「第二期宮城県地域医療再生計画」に掲げる「救急・災害医療再生事業」の一環としまして、当時の宮城県医療整備課が担当し、県内2消防本部で平成27年度に導入しております。事業の目的としまして、1つ目としましては、急性心筋梗塞、狭心症等の傷病者を救急搬送する際、心電図等の情報を共有することで病院の受け入れ体制を確保し、心臓カテーテル等の治療を早期に実施し、予後の改善を期待するものでございます。2つ目としましては、心電図や治療に至る経過、傷病者の転帰等をデータ化し、事後検証、救急隊員の再教育に応用するものであります。実施主体は東北大学病院、大崎市民病院、宮城県県南中核病院と大崎地域広域行政事務組合消防本部、仙南地域広域消防事務組合消防本部となっております。運用体制ですが、仙南地域広域行政事務組合消防本部より頂いた資料ですと、病院到着から緊急治療開始まで、心電図の事前に伝送が無いものと比較しますと、緊急治療開始まで約20分～30分の短縮が可能との統計結果があったと情報を得ております。効果及び課題としましては、「搬送に時間を要する地域、夜間時間帯において、早期段階で医療機関へ傷病者の受け入れの可否に係る有益な情報を送信することで、PCI治療開始までの時間短縮に有用である」、しかし一方で「救急隊員が12誘導心電図測定に習熟するまでは実施率が低調であり、現場滞在時間も延伸傾向にある」「機器の更新、メンテナンス、通信料のランニングコストが財政的な負担となり、課題となっている」との情報を得ております。以上で、資料1の説明を終わります。

(山田委員長)

ありがとうございました。只今の説明に対しまして、委員の皆さんからご確認事項或いはご質問等ございましたら、よろしくお願ひします。いかがでしょうか。特にございませんでしょうか。遠藤委員お願ひします。

(遠藤委員)

東北大学病院さんが多分入って、大崎と県南中核、仙南地域で運用されていると思うのですが、ランニングコストは結局今どこが負担、行政が負担しているのですか。

(事務局)

ご質問ありがとうございます。確認したところ、今現在としては県の負担はなくなりまして、各消防本部の負担で賄っていると聞いております。

(山田委員長)

他にいかがでしょうか。平賀委員お願ひします。

(平賀委員)

前回、こういった資料を見せてほしいと言った張本人だと思っているのですけれども、一番の導入経過についてはよく分かりまして、非常にありがとうございます。県内で2消防本部が導入しているという実態ですね、主体がどこなのかとか、何を目的にやっているのかというのもこれを見てよく分かったのですが、分かればで良いのですが、平成27年に導入されておそらく7年経っていると思うのですけれども、こういった狙った効果が得られているかどうかという検証はなされているのでしょうか。

(事務局)

ご質問ありがとうございます。2つの消防本部の方に聞き取りという形で確認をさせていた

だいたいですけれども、片方の消防本部では、病院から12誘導心電図の情報を強く求められているというところもございまして、救急隊員も常に現場で「とる」という意識の中で有効に活用されているという情報を得ております。もう片方の消防本部については、なかなか現場での実施件数というのは伸び悩んでいるというか、逆に言えば減っているという情報を得ておりますので、その地域の中での活用というところが課題かなというところで認識しているところでございます。

(平賀委員)

例えばP C I治療開始までの時間短縮、実際にデータとしてなされているのかどうかとか、あとは救命士の教育とか、いわゆるデブリフィングみたいなものに実際活用されているのかどうかについてはいかがでしょうか。

(事務局)

聞き取った話になりますけれども、12誘導心電図をとるという教育がなされているということで、導入当初は現場で5分程度の時間を要しているというのが見られたということですが、今現在ではそういった教育効果もございまして、現場で12誘導心電図をとることでの延伸というのは、ほぼ見られなくなったと聞いております。ただ救急隊員も入れ替わっていくということもございまして、中にはちょっと多少時間がかかる者もいるというところについては継続して教育をして、病院実習の中でも取り組んでいると聞いております。

(山田委員長)

ありがとうございます。他にいかがでしょうか。特にございませんでしょうか。

委員長からで申し訳ないのですが、現場の救急隊員がそれを判読して解析して伝えるという話にはなっていない、まずは伝送をするということによろしいでしょうか。

(事務局)

これについては教育を受けているので、救急隊も2、3、avFで上がっているなど、分かりやすいものは伝えられる部分があると聞き及んでおりますけれども、なかなか判断に迷う時などでは伝送することで、先生からのご助言や搬送先のある程度のご助言をいただけるというところで、有効に活用していると聞いております。救急隊がそれを見てうまく伝えられているかどうか、あとは、すべて伝送しているものでもないけれども、見たうえで循環器を疑った場合については伝送する場合もあるという表現で聞いております。

(山田委員長)

ありがとうございます。もう一つだけ、その伝送システムは、その伝送が公衆に広がらない形のクローズドの伝送装置であると、そういう理解でよろしいでしょうか。

(事務局)

基本的には通信回線を使用しておりますが、クローズドのシステムと聞いております。

(山田委員長)

ありがとうございます。他に委員の皆様からいかがでしょうか。ございませんでしょうか。この12誘導心電図と伝送装置ですが、意見といいますか現状を伺うということで、ここで導入を決めるということではなく、今、委員の皆様からご意見いただきましたが、これをもとに事務局において今後導入に関して検討をしていくということでございまして、それぞれの先生方の元の医療機関等からご意見ございましたら、事務局の方にご連絡いただいて相談に乗っていただければというふうに思います。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは続きまして、本検討会の報告書のこの中間案につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

それでは、資料2、令和4年度仙台市救急業務基本問題検討会報告書案につきまして着座にてご説明させていただきます。

まず初めに手元の資料、1枚おめくりいただきますと、左側が目次、右側が前書き「はじめに」ということになってございます。目次の方から見ていただきますと、まずは背景ということで、本市の救急搬送の状況について、1から6までの項目に分けて掲載してございます。8ページには循環器疾患の救急搬送に関連する国等の動き、9ページから11ページまでは令和3年中の本市における循環器疾患の救急搬送状況について掲載してございます。12ページからは本検討会で検討してきた事項につきまして掲載しておりまして、最後に「まとめ」と「検討会の開催状況」を掲載してございます。

今回お渡ししている報告書につきましては、参考資料等は添付してございませんが、昨年度から継続しております計4回の検討会につきまして、議事録や資料を添付することになってございます。

続きまして、右側の「はじめに」ということですが、上段には本検討会が平成10年の設置以降、仙台市における救急業務の諸課題について審議してきたこと、そして前回は感染症対策について検討してきたこと、中段には近年の救急需要と出動件数の増減について、後段には今回の検討会で循環器疾患の迅速搬送について検討してきたこと、そして最後には委員の皆様への感謝の言葉で締めくくってございます。

それでは1枚おめくりください。ここからは背景としまして、本市の救急搬送の現状、こういったものを記載してございます。まず「1 救急業務の実施体制」としまして、昭和38年に救急業務が法制化されて以来、年々体制の整備が進み、平成17年には仙台市救急ステーションの開所とともに高度処置救急隊、いわゆるドクターカーの運用開始、今年の4月1日からは平日日中のみ稼働いたしますデイトタイム救急隊を整備しまして、現在では28隊の救急隊を運用しているところでございます。

右側のページをご覧ください。こちらは「2 救急出動件数及び救急搬送人員の推移等」でございます。下のグラフは赤の折れ線が出場件数、青が搬送人員で15年間の推移をまとめてございます。令和4年の出場件数につきましては、今のところ6万件、予測値となっておりますが、最終案では速報値を落とし込んだグラフを掲載することになってございます。文章の方も四角囲みで書いていますけれども、実際に年が明けてから新しいデータを取りますので、令和4年の速報値、次回にはこちらを入れていくような形になってございます。

それでは次ページをご覧ください。「3 救急需要の増加要因」ですが、下の図3と右ページの図4につきましては、搬送人員の推移を年齢区分別のグラフにしたものです。こちらは高齢化の進展が救急需要の増加に影響しているものと分析してございます。

続きまして「4 救急事故種別と傷病程度別搬送人員」でございます。こちら最終案では速報値の表を掲載することになってございます。

では次ページをご覧ください。次は「5 医療機関収容平均所要時間」でございます。表2につきましては、119番の入電から現場到着までの時間と入電から医療機関収容までの時間について掲載してございます。こちら令和4年の速報値とその状況を加筆修正する予定でござ

ざいます。まだ年央ではございますが、こちらはまだ記載しておりませんが、今年には特に救急件数の増加により、他消防署管内に出場する救急隊が多かったこと、それからコロナ感染症に関しまして感染防止装備を増強して出動したこと、加えて現場での患者さんからの聴取項目や病院への伝達項目が増えたり、さらには医療機関の救急受け入れ体制の逼迫などの理由がございまして、現場到着時間であったり医療機関収容時間の延伸というのが見込まれているところでございます。

それでは右側のページをご覧ください。こちらには「6 救急活動時間短縮に向けた取り組み」ということで、当局における主な取り組み、救命コール、オープンシステム、病院照会サポートシステムなどについて記載してございます。こちらの報告書、少し長いので一旦ここまですべて区切った説明とさせていただきます。

(山田委員長)

ありがとうございました。ということで、仙台消防局における救急搬送の現況並びに年次推移、そしてもろもろの時間短縮に向けた現在行われているシステムに関しましてのご説明でございました。委員の皆様方から何かご質問或いはご意見等ございましたらお願いいたします。遠藤委員どうぞ。

(遠藤委員)

平成29年には38分を切って、そこからまた延長延長となっておりますけれども、これは収容困難事例が増えているのか、増え出したのか、コロナの影響で説明がつくのか、何か現場の感覚として伸びている最大の要因はどの辺にありそうかというのを教えていただけますか。昔は収容困難事例が多くてというのはもちろんありましたけど、一旦その辺大分解消された気がしたのですが、どんどん伸びているのがちょっと気になるかと思ひまして。

(事務局)

ありがとうございます。詳細な分析は手元にはないのですが、今、委員からご指摘いただいた部分は入電から病院までということで、まず左側の入電から現場到着というのももちろん長くなっている。現場の滞在時間も増えているというところで、現場活動の中でやはり病院選定の時間というのは伸びていまして、救急隊の活動する時間というのはそうそう変わっていないような形になっています。あとは救急件数が増えますと先ほど申しました通り、自分の管内ではなく遠くに出動していくことが増えますので、現場到着時間は長くなる。あとは搬送先がなかなか見つからない。やはり近くから探していきますので、なかなか見つからないと遠くなってしまふ、そうすると搬送時間も増えていくと、そういったところに今年であればコロナの関係でなかなか病院が見つからなくてというのも、もちろん重なっているところでございます。

(山田委員長)

ありがとうございます。他にいかがでしょうか。佐々木副委員長お願いいたします。

(佐々木副委員長)

図3で、赤字の高齢者が増えている、高齢化率が実際増えているということもあつての増加と思うのですが、これはご自宅以外の老人ホームとか老人施設、高齢者施設からの医療機関への搬送なども含まれているのでしょうか。

(事務局)

すべて含まれている状況でございます。長期で見ますとやはり救急件数の増加の背景には

高齢化がもともとあるということで、やはり高齢の人口の割合が増えてくれば、救急件数が増えてこのような状況になっていくというふうに予測しているところでございます。

(山田委員長)

他にいかがでしょうか。特にございませんでしょうか。ありがとうございます。それでは次の説明部分を事務局お願いいたします。

(事務局)

それでは資料の説明を続けさせていただきます。8ページをご覧ください。「循環器疾患の救急搬送に関する国等の動き」でございます。こちらは第1回の検討会におきまして、今回の検討テーマを決定した背景としてご説明させていただきました「法律の施行」や、これに基づいた「推進計画の策定」について記載してございます。1段落目には、脳卒中や心臓病が疾病による死亡や要介護に至る主な原因となっていることを背景に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」、こちらが令和元年に施行されたことにつきまして書いてございます。2段落目には、総務省消防庁が「救急業務のあり方に関する検討会」におきまして、心臓病及び脳卒中に関して検討がなされ、救急隊が適切な観察・処置により、適切な搬送先医療機関を選定し、早期治療につなげることなどが今後の方向性としてまとめられたことについて書いてございます。3段落目には、厚生労働省が基本法に基づいて策定しました「循環器病対策推進基本計画」におきまして、「メディカルコントロール体制の充実や、搬送実施基準の継続的な見直しを促すことに取り組むべき」ということを書いておりました。最後の段落でございますが、宮城県におきましても今年3月に「宮城県循環器対策推進計画」が策定されてございます。救急搬送体制の部分につきましては、「現状と課題」として、救急搬送時間が全国平均より長く、受け入れ病院の確保や搬送時間の短縮が課題であるとされている他、「施策の方向性」としまして「ドクターヘリの効果的運用による救命率の向上」、また、当局の病院照会サポートシステムと連携してございます「救急搬送情報共有システムの効果的な運用による収容所要時間の短縮」、他に「メディカルコントロール体制のさらなる充実」、「救命士の養成促進と病院前救護体制の充実」、そして「応急手当の普及啓発等」についてまとめられてございます。

続きまして、次ページをご覧ください。ここからは令和3年中の本市におきます虚血性心疾患にかかる救急搬送状況についてでございます。こちらは、第1回検討会においてご質問いただきました、本市における急性冠症候群等の搬送状況について集計したものでございます。当局の救急搬送のデータベースにつきましては、救急記録票に記載された初診時傷病名を疾病分類に振り分けたデータとなっておりますので、こちらの括弧書きに例として示してございますとおり、病院搬送後に医師から「急性冠症候群」や「急性心筋梗塞」「狭心症」、こういったサインを受けたものはデータ上すべて虚血性心疾患に含まれてまいりますので、「急性冠症候群」のみ抽出することができませんことから、これらを含めた虚血性心疾患として集計したものでございます。

はじめに「1 虚血性心疾患の救急搬送状況」でございますが、令和3年に救急搬送された45,000人中、虚血性心疾患で搬送されたのは548人、うち急病は338人で、その中で救命コールを適用された症例が84人、救命コールが適用されなかったのは254人で、そのうち重症以上は70人となっております。

では次ページをご覧ください。「2 虚血性心疾患の症状別救急搬送状況」でございます。

表4では、急病で搬送された虚血性心疾患338人につきまして、「胸痛」それから「絞扼感」といった症状別に集計してございます。これらの症状につきましては、救急記録票に記載された症状別に集計してございます。救急隊はこれらの救急記録票に書かれた傷病名や発生原因につきましてデータ入力しますので、そのデータの中から「胸痛」、それから「胸が痛い」「胸が苦しい」「絞扼感」「胸が締め付けられる」、こういった内容を抽出しまして集計してございます。こちらも胸痛が最多の127人で、うち救命コール適用は39人、絞扼感24人搬送されていますが、そのうち10名について救命コールが実施されてございます。

続きまして「3 胸部症状を訴えた傷病者の救急搬送状況」でございまして。こちらは初診時の傷病名に関係なく、急病で搬送された30,084人から表4と同様の胸部症状があったものを集計したものでございまして。胸痛が一番多くて930人、うち救命コール適用は203人。そのうち37人が重症以上となっております。

ここまで前ページから3つの表についてご説明いたしました。こちらの中で救命コール「有」の人数につきましては、救命コールで搬送先が決定しなかった事案も含んでおり、通報内容から救命コールが実施されたという数を計上しているものでございまして。

では右側のページをご覧ください。こちらは「4 現場滞在時間と医療機関への受け入れ照会回数」になります。表6の全搬送人員45,000人のうち、急病事案における現場滞在時間を見ますと、平均で22.1分となっておりますが、このうち救急隊による手配を見ますと、右側の23.6分、救命コールではさらに右側になりますが13.0分となっております。胸部症状を訴えた症例に限ってみますと、現場滞在時間は19.0分で、医療機関手配に要した平均照会回数で見ても、急病全体が1.81回であるのに対しまして、胸部症状がある場合は1.7回と、以前に委員からご指摘いただきましたとおり、循環器疾患の受け入れは比較的悪くないと見て取れます。しかしながら、救急隊員手配と救命コールの現場滞在時間で比べますと、救急隊員手配が20.7分、救命コールが11.7分と、現場到着後に救急隊が病院手配をする方が9分遅い状況となっております。下の※印につきましては集計に関する注意書きになります。こちらの表は現場滞在時間を集計しておりますので、先ほどと違いまして救命コール「有」としているものは、救命コールが実施されたかどうかだけではなくて、救命コールで搬送先が決定した、そして搬送された人数を計上したものでございまして。救命コールを途中で取り消した症例といえますと、例えば「救命コールを実施したけれども救急隊が到着した後も、なかなか搬送先が決まらずに最終的に救急隊が病院手配した事案」、あとは「搬送先が救命コールで決まっていたけれども、救急隊到着後に観察した結果軽症であった事案」、或いは「救急隊到着後に別のかかりつけ医療機関が判明した事案」、また、あつて欲しくないのですけれども「二次情報を入れたらちょっとうちじゃ受けられない」、こういった事案が救命コールを途中で中断したというものにあたりますが、こちらの搬送時間、現場到着、現場出発時間をカウントしているものにつきましては、途中でやめたというものはカウントしておりません。こちらまでの説明は以上となります。

(山田委員長)

ありがとうございました。ということでございまして、今回のディスカッションのコアになっている部分ですね。急性冠症候群に関する現況についてのご報告をいただきました。委員の皆様から何かご質問、ご意見等ございましたら、よろしくお願ひします。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

概括してみますと、急性冠症候群に特化した議論になっておりますけれども、救命コールは確かに威力を、搬送時間の短縮には非常に強い威力を発揮していると、的中すれば非常に早いと。ただし、救命コールが急性冠症候群を絞り込む中率は決して高くないと、そこから漏れている救命コールにひっかからない急性冠症候群の人たちの方が圧倒的に多いというのが現状であると。なので、この救命コールから漏れたこの急性冠症候群の方々を早く搬送するにはどうしたらよろしいかと。むしろその方が数は多いよというところが今回の議論の原点であるという理解でよろしいでしょうか。

いかがでしょうか。他にご質問ご意見等ございましたら。よろしいですか。では次に進んでいきたいと思えます。では、12 ページからのご説明を事務局よりよろしくお願いいたします。

(事務局)

それでは資料の説明を続けさせていただきます。ここからは前回まで検討いただきました「新たなキーワード方式の導入について」ということで一番大切な部分を掲載させていただきます。一番最初ですけれど、これまで「新たなキーワード方式」というふうにお話させていただいておりましたが、報告書案につきましては、始めに「新たな仕組み」という形で表現させていただいたうえで、次に対象症例の検討、それからキーワード方式の導入についての検討、こういった順番になるようにこのような書きぶりとさせていただいております。また検討の目的につきましては「救急搬送時間の短縮及び医療機関での早期治療開始による救命効果の向上のために、新たな仕組みの導入を検討する」としてございます。

次に「1 主な検討事項」に、検討してきました5つの項目を掲載しまして、次の具体的な内容に、これらを(1)~(5)ということで分けて記載してございます。まず「(1) 新たな仕組みについて」ですが、1段落目には救命コールの運用につきまして再度掲載いたしまして、2段落目に「緊急性が高くても救命コールから漏れてしまう事案があること」、そしてこれを迅速に搬送するための新たな仕組みの内容につきまして、太字と下線で強調して、これらが通報内容から判断する救命コールよりも圧倒的に精度が高いという意見をいただきましたことから、この部分を四角で囲んで、方策としての有効性について強調してございます。

次ページをご覧ください。次ページには、図5として新しい仕組みの活動イメージを視覚的に分かりやすく、記載して説明してございます。図6として、時間短縮のイメージを令和3年の本市の実績を用いて示してございます。こちらは第1回にお示した令和元年の数値を令和3年の数値に修正したものでございますが、現場到着時間が8.2分だったものが8.9分、現場滞在時間は19.4であったのが21.1、病院選定時間が5.9でしたのが8.0、搬送時間も11.4から12.5と延伸しております。一番下に書いてある全体の活動時間も、もともとは38.9だったものが42.3分に延伸しているところでございます。

では1枚おめくりください。「(2) 対象症例について」でございます。こちらは緊急性が高く典型的な症状を示しますことから、対象症例を急性冠症候群に限定すると記載してございます。検討会の中では「他にも緊急性の高い疾患があるので特に限定しなくてよいのではないか」との意見もいただきましたが、こちらにつきましては「将来的には検討の必要性がある」という書きぶりにさせていただいております。

次に「(3) キーワード方式について」です。1段落目にキーワード方式の有効性、それからキーワードの参照元について記載し、2段落目には「医療機関としてはいろいろ聞きたくなるけれども、時間短縮という目的を再認識して、まずは受け入れの回答を」と、いただいた意

見をそのまま記載させていただいております。

次に、実際のキーワードを四角囲みで載せてございます。こちらが、突然の激しい胸の痛み、締め付けられるような胸の痛み、痛みの持続ということになってございます。下の※印につきましても、10ページの表5にありました急病による搬送者、こちらの症状別に集計したデータからキーワード方式の対象になるであろう、おおよその人数をお示ししてございます。前回の検討会で表5の重症以上の数について、こちらからご説明差し上げた際に、委員の皆様から中等症にも重症患者が隠れているとの意見がございましたので、こちらに記載させていただきました。ここで皆様にお願いがあつたのですけれども、この新たなキーワード方式についてでございますが、救急隊と医療機関において、共通の認識でスイッチを入れる必要があるのではないかとということがございまして、今までの検討会で少し出てきましたけれど、やはり何かネーミングが必要じゃないかと、例えば「ACSコール」であったり、「循環器コール」であったり「胸痛コール」であったり、こういったようなネーミングについて、事務局でも考えたのですけれども、この報告書案の説明が終わりましたら、皆様にご意見をいただきたいと思っておりますのでよろしく願いいたします。

次のページに移らせていただきます。次のページですが「(4) 搬送先となる医療機関について」でございます。搬送先につきましては、宮城県の救急搬送実施基準を遵守する必要がありますことから、こちらの心疾患疑いの搬送先リストを掲載いたしまして、「初期観察結果のみで受け入れを判断していただく」という新しい仕組みを、比較的スムーズに受け入れていただけるのではないかとと思ひまして、救命コールの協力医療機関となつてございます病院につきまして、★印をつけて表の7に示してございます。前回、協力医療機関以外への説明も重要だといった意見もいただきましたので、「より多くの医療機関との間で合意形成を図る必要がある」といった表現でまとめさせていただいております。

次ページをご覧ください。「(5) 搬送中の二次情報の送信について」でございます。こちらでも県の搬送実施基準に定められている部分で、現在の活動もこれに従つておりますので、キーワード方式を導入したとしても、大きく変わる部分はないことから、このような記載でまとめてございます。2段落目には12誘導心電図と伝送装置の導入について触れてございますが、実際の導入には、予算の確保が必須でありますので、ここで決定事項とするのは困難でありますことから、皆様からいただいた、例えばこちらに記載のない「搬送時間30分を目安にしてはどうか」といったような意見も参考にさせていただきながら、今後、検討を進めさせていただきたいと思ひますので、こちらの報告書案では継続して検討するといった形でまとめさせていただいております。

最後になりますが、右側のページをご覧ください。こちらは「まとめ」ということで、1段落目で今年のコロナの状況に触れまして、次の段落で時代とともに救急活動へのニーズが変わっていくこと、それから次の段落では、それでも市民が最終的に望んでいるのは「安全で迅速な医療機関への搬送」であり、これが救急行政の常なる課題であること、そして次の段落で今回検討した内容に触れつつ、これからも市民の期待にこたえるために救急活動を研究し続けていくと締めてございます。ここまでが本文となります。

次の最終ページをご覧ください。こちらの方には、委員名簿と開催状況について掲載してございます。初めに目次の部分でもご説明させていただきましたが、報告書を冊子にした際には、本検討会の設置要綱と、今回と次回を含めました4回分の検討会の資料、議事録こうい

ったものを添付させていただきたいと思います。以上で、資料2 検討会報告書案について説明を終わります。

(山田委員長)

ありがとうございました。ただいまのご説明、急性冠症候群に対するその現場からの新しい取り組みと新しい仕組みについてというご説明でございましたが、委員の皆様から何かご質問、ご意見等ございましたらよろしくお願いたします。古川委員お願いします。

(古川委員)

心電図伝送がなくてもキーワードに引っかかれば、その仕組みだけだったら走らせることができると思うので、極端なことを言えば予算がつかなくてもルールさえ決めてしまえば運用ができるような気がするのですが、実際にこれを始めるとすると、いつ頃からの予定と考えてらっしゃるのでしょうか。

(事務局)

ありがとうございます。今年度中にこの検討会の報告書をまとめて出すような形になりますので、来年度に入りましたら前回の検討会でもお話ししたとおり、各医療機関に協力依頼をしまして、来年度中には始められたらなどは考えてございます

(山田委員長)

よろしいでしょうか。他にいかがでしょう。特にございませんでしょうか。

先ほど事務局からありましたとおり、今回のディスカッションの目玉となりますか、一体何をどう新しくしたのかということが一目でわかるようなそういうタイトルといいますか、ネーミングといいますか、今回はその現場においてこれは急性冠症候群であろうということが初期評価で見抜かれた場合、それを現場からの救命コール的な運用として起動させると、そういう新しい仕組みをとということですが、これが一言で何かわかるようなネーミングが必要ではないかということでございますけども、この件に関しましていかがでしょうか。委員の皆さんからご意見等ございましたら、先ほど事務局からは、ACSコールというような例が挙げられておりましたけれども、はい、古川委員お願いします。

(古川委員)

ACSという言葉は、実は他の略語もあるので、アキュートケアサージャリーもあるし、アブノミナルコンパートメントシンドロームというのもあります。いろんな意味を持つ可能性があるんで、他の言葉の方が良いのではないかなというふうに思います。例えば日本語に、何かもっとわかりやすい言葉にするだとか、循環器疾患だというのがわかるような、結局はAMIを一番疑うのでAMIコールとか、何かもっとストレートで良いのではないかなというふうには個人的には思います。ACSは避けた方が良いのではないかというのが個人的な意見です。

(山田委員長)

非常に貴重なご意見ありがとうございます。いかがでしょうか。ACSは避けようということですね、例としてAMIコールというご意見が出ましたが、いかがでしょうか。委員の皆様から。お願いたします。

(植松委員)

確認なのですが、その命名はさておき、例えばAMIコールに決まった場合はその病院に連絡が来る時に真っ先にAMIコールですってということになるってことですか。他のい

ろいろなものは救命コールですっていうことになるわけですか。

(事務局)

救命コールという言葉が出るのは、119番が入って指令課の段階で病院に電話する場合は、救命コールという言葉が出ますけれども、その段階でなければもうあとは救急隊からコールするようになります。あとは各医療機関の受ける側も、事務が最初に出るところと協力するようになれば、事務の方に例えば「AMIコールなので先生につないでください」とか、そういった形で電話するようになります。

(植松委員)

なるほど。今更ながらの理論ですけれども、うちの場合は事務が取ってから看護師に繋いで、そこから連絡が来ることがほとんどなのですけれども、そこで幾つも名称があるとかえって混乱して、それをどうしたら良いか、扱いを周知徹底させるのが、かえって手間だったり、「AMIコールだけどこれはどうしたら良いの」みたいになりがちかなと思って、「あえてどうしても変えなきゃいけないものなのかな」とは思いました。なるべくいろいろなものは統一して、ひとつの方針にしておいていただいた方が、うちみたいな小さなところは、とてもスムーズにいくことが多いなと思いました。

(山田委員長)

ありがとうございます。病院の混乱を防ぐためには、幾つもないほうが良いというご意見でしたが、いかがでしょうか。事務局も含めまして皆様からご意見を、はい、どうぞ。

(事務局)

今、先生からご指摘あったように、このままで〇〇コールというのが混在することになるのですが、中身としては先ほども説明があったとおり、救命コールというのは119番通報者からのキーワードでトリガーが引かれるのですが、119番通報される方というのは一般市民なので非常に精度も低くて、仙台の医療事情には必要な部分ではあると思うのですが、一方医療機関の方からは余りにも精度が低いというようなご意見を伺うことがあります。ただ、今回例えば仮称のACSコールというのが決まれば、これは救急隊が現場に行ってから救急救命士の目で観察した結果でコールのトリガーがひかれますので、非常に精度が高いというところで、確かに医療機関で周知していくのは非常に難しい部分もあると思いますけれども、逆に合意形成が取れれば非常にその精度の高い、医療機関の方でもすぐに治療の準備が始められるようなトリガーになる可能性がありますので、事務局としては、ぜひ何とか医療機関の方で合意形成等進めていただきたいなというふうに考えております。

(山田委員長)

はい。という回答でした。いかがでしょうか。植松委員。

(植松委員)

実際に運用するのは病院の方なので、病院がわかりやすいように合わせていただいた方が良いと思うのですよ。そこで幾つもの、今後、例えば脳卒中のこととかあったら、またそれで何とかコールが増えて何とかコールが増えてと、限りなく増えてしまう可能性がありますよね。それだったらもう一本化しておいていただいた方が、例えば救命コールですって言ったときに、「救急隊が確認してACSだと思いました」とか、そういうふうな何か付け加えていただいた方がむしろ良いのではないのかと思ったのですが。うちの病院は救命コールがきた時に基本断らないので、そこで救命コールだから断る、ACSコールだから断らないみ

たいなことが、実際に他のところであるかどうかかわからないですけど、そこで名称をわざわざ変える必要が本当にあるのかどうか、ちょっと必要性がよくわからなかったのでも、どうしてもそっちの方が受け入れが良くなるということであれば、それはそれで良いと思うのですけれども。

(救急担当部長)

ありがとうございます。まず救命コールですけれども、実は救命コールは対象症例としては結構幅広めの部分で、119番入電時のキーワードでもって、症状的にかなり緊急度・重症度があるなあというキーワードを拾った段階で、10の医療機関の方に「何歳男性で、これこれこういうキーワードで入っています、受け入れいかがでしょうか」という形でコールさせていただいている、それで運用させていただいているというのが現状だと思っております。そういう部分では、そのキーワードに基づく症例、傷病名とかですね、疾患名という部分は結構幅広の部分になっているかというふうに思っているところです。他方、今回争点になっている、今、古川先生からいただきましたAMIコールでしょうか、こちらの方については、循環器の部分ということで的を絞って、さらには現場の救急隊が見立てた初期の観察を含めた形でというふうなことで、緊急度・重症度は、より増しているものになってございます。そういった部分で「救命コールというキーワードを使えば」という先生からのお話だとは思いますが、その救命コールとはちょっと色を分けて、もう緊急度・重症度ちょっと高いですよということをですね、こちらのコールを行うことで、より明確に伝わるのではないかとということが今回の争点の一つでもございまして、そういったところも含めて今回ご提案させていただいていたというところが、現状であったというふうなことで理解をいただければありがたいかなと思います。

(山田委員長)

いかがでしょうか。他の委員の皆様からは何かご意見は、はい、佐々木先生。

(佐々木副委員長)

植松先生がおっしゃるとおり、現場で、ここに出ている先生方は、すぐに「あっ」とわかりますけれども、確かにすぐにパッと気づかないと思うのですよね。むしろ救命コールと言われたのは、それはそれで重篤感も感じてはいますし、その辺難しいなと思うのですけれども。すぐに切り換えて現場で判断できるかと言われると、それはちょっと確かに難しいなあとは思っているのですよね。より強く疑わしい重篤化しやすいだろうというようなところでの何かしらのキーワード、キーワードにこだわる必要があるのかどうなのかなと思うのですが、ただ救急救命士が見て「こう思う」と、「そういうコールだ」というようなところを、ちょっと時間はかかるのかなというふうには現場では思うのですよね。解決策は難しいなと思うのですけれども、ちょっと時間はかかるだろうなというふうに思います。

(山田委員長)

ありがとうございます。他の委員の皆様から、はい、古川委員お願いします。

(古川委員)

一応確認なのですけれども、結局救命コールで来るAMIと、現場から来る仮称のコールが二通り来る可能性があるということですよ。もし混同しないで済むとすれば、例えば救命コールの二次情報で、やっぱりこれはAMI疑いというのであれば、二次情報も「AMIコールとして二次情報送ります」という形にすればいかがなものかなと思ったのですけれども

も。最初の救命コールでもですけれども、実際に初期観察をして、やはりこれは怪しいと、キーワードに引っかかるってことであれば改めて。であれば救命コールがない場合のACSコールだけでも来る可能性ありますけれども、もしかすると多少混乱せずに済むのかなと。要するに循環器疾患を疑う段階でということでコールをするという形でやるとか、工夫の余地はあるのではないかなというふうに思いました。

(山田委員長)

ありがとうございます。いかがでしょうか。どうぞ、お願いいたします。

(田中委員)

AMIコールにする一番の理由って、多分ここに来ている病院の先生方って、ただの胸痛でもAMIでも基本とっちゃうので関係ないかと。AMIコールにする一番のって、循環器の先生が「AMIだとしたらすぐ治療できる体制を整えるためのコール」という認識で、多分どこも何にしてもとると思うのですけれど。すぐ治療できる医師を集められる体制とかするためのコールを作るというか、患者さんを運ぶだけだったら、多分あってもなくても救急隊として一緒なので、患者さんが治療に至るまでを短くするためのコールを作ったという認識で良いのですよね。そういう面では確かに「今治療しているから、AMIだったらとれないから他にまわした方が」という点では良いかなと。それか「今、治療できる先生がいないから」というのは良いかなと思うのですが、どちらにしても多分とるのですよね、皆さんなら。

(山田委員長)

この点は事務局、いかがでしょうか。私の認識ですと、医療機関側に早期収容の準備を進めるということもですけれども、おそらくこのコールはバイタルサインのチェックであるとか詳細観察をする前に、もうコールを入れてしまうと。患者さんが締めつけられるように胸が痛いという聴取をした瞬間に詳細観察を他に任せながらコールを入れてしまう。要するにその搬送時間の短縮という意味合いがあるのではないかと考えていたのですがそれは違いますでしょうか。

(事務局)

委員長のおっしゃるとおりでございます。

(山田委員長)

ですので、搬送そのものも早くなるという意味はおそらくあるだろうと思います。他にいかがでしょうか。平賀委員お願いします。

(平賀委員)

今、山田委員長がおっしゃったことがあるのであれば、やはり何らかの名前つけておかないと「何でバイタルがないのに収容要請かけてくるんだ」となると思うのですよね。なので、ちょっと難しいなと思いながら聞いていたのですけれど、何らかのコールの名前はあっても良いのかもしれないなとは思いました。ただ、確かに脳卒中とか、どんどん増えていって、アナフィラキシーとか増えていった時に、コールの名前がそれぞれ付いてはあまり意味がないので、複数になるようであれば統一するなどの工夫が必要なかなと思って聞いておりました。

(山田委員長)

非常に貴重なご指摘いただきました。前段にもありましたとおり、今回のディスカッショ

ンは、議論の過程でアナフィラキシーであるとか他の疾患はあてなくて良いのかというお話だったのが、まずは急性冠症候群から始めようと、ここから先にそれがもっと広く展開していく可能性があるよという中での議論を進めているというところでもあります。それを踏まえまして、いかがでしょうかネーミング。

(事務局)

一番最初の検討に戻ってしまうかもしれませんが、やはり平賀委員にいただいたとおり、名前がないと考えたシステム自体が何のことだかわからなくなる。それも踏まえて協力医療機関にしっかりとご説明さしあげて、お互い納得いく中でやっていきたいなどは考えてございます。その中で今議論に上がった、今後広げていくということになるのであれば、その時はまた改めて、例えば今回AMIコールとしたものをやめて全部何々コールにまとめますよ、それこそ救命コールであったり、現場からの救命コールという言葉になるかもしれませんが、そういったことで全体を包含していけたらなと思います。今回なかなか広げてしまうと、今の救命コール自体が病院の方で元々あまり断らないというのが前提だったのですけれども、大分断られるようになったと。そういうことであれば現場の精度の高い情報で、まず断らないでいただきたいというのが前提で、「まずは、今すでに受け入れがあまり悪くない循環器の方から始めていけたらな」ということで始めましたので、まずはこの段階は循環器の方に限定して、後で広げていくときは、また名前を考えるという形、別の名前を考えるという形が良いのかなと事務局では考えます。

(山田委員長)

植松委員お願いします。

(植松委員)

今おっしゃったような、「現場からの救命コールです」とか「指令課からの救命コールです」と頭につけるだけでは駄目ですか。そうすると、どこからきた救命コールかがわかって、はっきり言って救命コールですと言われた時に指令課からの救命コールなのか、現場からの救命コールなのかをその場でとっさに判断できないこともあると思うのですね。はっきり言って、うちの病院だと全部まとめて「ホットラインです」で終わっているのですが、であれば、むしろどこからきた連絡かというのを教えていただく、現場からではなくて、指令課からと言われると断られる可能性が高くなるとかいうのだとちょっと困るのですけれども、現場からの救命コールです、他のはただの救命コールですでも良いかもしれないですけど、そういうのでは駄目なものですかね。

(山田委員長)

いかがでしょうか。事務局。

(事務局)

今の段階ですと、ちょっと私どもの説明が足りないかもしれませんが、当時救命コールを導入した時は、各医療機関に説明にあがって、ご納得いただいたうえでやっていたのですが、やはり年が経ってしまうと皆さん先生方も変わられて、「救命コールって何」という形になって、実は細かく説明して納得いただければ、もう「救命コールというのは指令課からしか来ない」ということをご理解いただけるのかなと思っておりますが、今年も一番最初に本当はコロナが流行しなければ、部長、課長、私で各医療機関を回ってお話する時に、そういったものも含めてご説明できればと考えておりましたけれども、なかなかこ

ういった状況で回ることができませんでしたので、まずは今の救命コールをご理解いただいたうえで、実はこういうのを作っているというのが必要なのかなと、今ちょっと思ったところでございます。

(山田委員長)

はい。どうでしょう。遠藤委員、お願いします。

(遠藤委員)

救急隊からの情報を誰が受けるのかというところが結構問題になっているように思います。僕らの病院は医者が受けていますから、それで特に問題はなく、どんなコールであっても柔軟に対応できるわけなのですが、事務の方が受けるとか、ナースが受けるというような施設では、なかなかスムーズにはいかないのかなというところで、もしその指令課側にそこを上手くやれる配慮があるのであれば、それはちょっと分けて運用施設ごとに少し対策を考えるなりというところはあっても良いのかもしれないとちょっと今話を聞いて思います。多分みんな同じようにホットラインを受ける仕組み、病院側の仕組みが一緒ならあまり悩まなくて済むと思うのですが。その違いというのがどうも差になっているような気がしますので、そこはちょっと柔軟に対応していく必要があります。そんな気はしました。

(山田委員長)

はい。ありがとうございます。施設ごとへの対応をテーラーメイドに、そういうご意見でしょうか。はい。いかがでしょうか、事務局。

(事務局)

今ちょっと事務局の方で話を揉んでおりました。指令課の方では急にそういうふうに個別にというのは難しいのかもしれませんが、今現在救急隊自体はもうすでにそういった対応をして、救急隊からの電話はいろいろな病院にいろいろな形で対応させていただいていますので、ちょっとなかなか指令課でそれをするかというところが難しいかもしれませんね。こちらは内部の話なので、例えば今このお話は全部の医療機関とやるってということにはまだなってございませんので、協力いただけるといったところが何ヶ所かあれば、その中で合意形成を改めて図っていきますので、もしかするとここで議論している内容とちょっと違う方向にいて、各医療機関が上手く調整できるようなことがあれば、そういった方向で病院の方に合わせてこちらも動ければと思いますけれども、何分あととはご協力いただけるかどうかの話になってくるかもしれません。

(山田委員長)

ありがとうございます。少しまた議論戻りますけれども、先ほど平賀委員と植松委員からは「現場救命コール」という言い方、「これは指令課救命コールとは違うんだ、現場のコールだということではいかがか」という意見でよろしかったですね。というのがございましたが、その点はいかがでしょう。今後のその発展性を考えると、今ここでAMI コールを出してしまうと、確かにそこから先にアナフィラキシーコールであるとか、何であるとか非常にたくさんのコールが出てという、その危惧はあるのではないかと。これは植松委員からのお話しでしたかね、ありましたが、今後の発展性を考えると、要するにその出どころが決定的に違うんだということだけをまずは認識させるという意味でのネームではいかがかという意見でしたが、その辺はいかがでしょう。

(事務局)

今「現場救命コール」という話をいただきましたけれども、指令課の救命コールは先ほどうちの部長からもお話ありましたけれども多岐に渡ると。救急隊からの現場救命コールは循環器に限るという話でよろしいのでしょうか。そうしますと現場の救急隊も今度は「現場救命コールで全部良いんだよね」みたいになってしまう可能性があるのではと思いますので、まずは循環器からという話がどこかにいってしまうかもしれません。そうしますと議論がずれていくかなと考えます。

(山田委員長)

いかがでしょうかこの辺。すいません。委員長が議論には、はい、どうぞ。

(事務局)

ちょっと論点がずれるかもしれませんが、この救命コールは歴史が長くて、最初始めたときにキーワードが30以上あって、それで救命コール医療機関で受けてもらっていたのですけれど、余りにも精度が低いということで、ある時期から「救急隊の現場情報でなければ取らないよ」という話になって、そうすると救命コールはそもそも通報段階で受け入れ要請をするのですけれども、「救急隊が現場に行ってから二次情報を送らないと取らないよ」となると、多分15分ぐらい時間のロスが発生するわけですが、そこで何年か前の基本問題検討会でキーワードを絞って、医療機関が断らないような方策をとりました。これがおそらく指令段階の救命コール、指令課救命コールと現場救命コールというふうに分かれると、その歴史をたどると、おそらく医療機関の方は「指令の救命コールって精度が低いから取らない」というふうにならなければならぬかなと現場の方では思うのです。それで、おそらく医療機関の方では「救急隊が現場に行ってから現場救命コールの方が、精度が高いので、もうそっちでしか取らない」となると、おそらく緊急性のある傷病者が今まで早く搬送できていたものまで遅くなってしまわないかということに危惧しております。先ほど古川委員からも話がありましたけれども、救命コール、例えば二次情報というのも確かに良いなと思ったのですけれども、今回の議論の中では、救命コールから漏れたものをいかに早く医療機関の方に情報を伝えてP C Iの準備をしてもらうかということが議論になっておりますので、もちろん医療機関、受け手側の都合ももちろん考える必要はあるとは思いますが、P C Iに特化して考えれば、やはり別のコールの方が、住み分けができて良いのではないかなというふうに考えます。

(山田委員長)

ありがとうございます。非常に深刻な問題ですね。現場救命コールというオリジナルの救命コールの信用性が劣化してしまって、そちらが動かなくなってしまう危惧があるというご意見でございました。いかがでしょうか。確かにAMIコールと言っていると、その救命コールの方まで思いが及ばずという受け取り方ですね、ということにはなるかもしれません。いかがでしょうか。

なかなかちょっとこの場で議論が確定するには少し時間がかかりそうでしょうかね。そうしますと、いかがいたしましょう。いずれ何かしらのネーミングはつけたほうが良いのではないかということに関して、異論のある委員の皆様、或いは事務局からはいかがでしょう。何らかのタイトルはあった方がよいということ、これはコンセンサスということではよろしいでしょうか。そのありように関しましては、この会議後、メール等々のやりとりで議論を

続けるということでもよろしいですか。いかがでしょうか。よろしいですか。では、この点に関しましては、事務局の方で意見収集をしていただいて、次回はもう報告書を完成させないといけないのですね。

(事務局)

はい。今回皆様からいただいた意見をこの報告書案に落とし込んだものを最終案として、次にお諮りしようかという流れになってございましたので、その間にメール等で皆様に。

(山田委員長)

それまでに、ある程度のもう確定したネーミングをコンセンサスとして持つ努力を事務局の方でもしていただくという形で、今回のところはそれでよろしいでしょうか。少しペンディングといたしますか、継続審議ということで。はい、古川委員お願いします。

(古川委員)

特定の名前のコールだけ付けると、疾患名の分だけ緊急性の高いコールだけの数が増えていくということになりますので、将来的にACSだけではなくて、最終的な目標はすべての緊急疾患の搬送時間を短くすることだと考えると、汎用性を持たせることは非常に重要だと思いますので、こここのところは今回の報告書とすれば継続審議だとかそういう形で入れても良いと思うのですが、そこの部分を将来的にどういうシステムにするかということは結構重要な、その現場からの救命コールという形でのシステムをどうするかということは結構大きな課題といたしますか、将来的にはちゃんと検討すべき。手始めで今回はACSに絞ることは良いと思うのですが、そこのところの拡張、将来的なその拡張の仕方とかということは、制度設計といたしますか、そこのところは結構重要なのではないかなと思います。

(山田委員長)

ありがとうございます。ということで、将来に目を配ったうえでの結論を出さないとならないということでもございました。いかがでしょうか。

では、何とか次回の最終案の確定までにうまくまとめられるように、事務局サイドでも議論を進めていただいてということで、よろしいでしょうか。その形でいかがですか。大丈夫でしょうか。ここでの審議は、まず意見を出して今後につなげるということで締めておきたいと思います。ということでここまでのプレゼンテーションに関しまして、他に皆様方から何かご質問ご意見等ございましたら。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

ということでございまして、次回は最終回、報告書案を作成するというところでございまして、今の議論も含めまして、それ以外でもご意見ございましたら、事務局まで各委員の先生方からご意見をいただければというふうに考えております。どうぞよろしくお願いいたします。その他、何か改めて委員の皆様方から。よろしいですか。それでは議事に関しましてはここで一旦閉めたいと思います。あとは事務局よろしく願いいたします。

(事務局)

皆様長時間にわたりありがとうございます。委員長からも今お話がありましたけれども、こちらの方で追加の意見をお聞きいたしますので、こちらからまず報告書案を一旦送付させていただきますので、その後意見の方を頂戴したいと思いますのでよろしくお願いいたします。

続きまして、本日の次第3の情報提供でございますが、参考資料1ということで本市の救急搬送状況につきまして簡単にご説明させていただきますのでよろしくお願いいたします。

(事務局)

本市における令和4年の救急搬送状況について説明をさせていただきます。

参考資料1をご覧ください。「1 月別救急出場件数」ですが、仙台市内における令和元年からの救急出場状況となっております。令和元年の年間出場件数を見ますと、過去最多の54,816件を記録し、令和2年は7年ぶりに減少に転じたものの、令和3年は再び増加しております。今年は年初から例年と比較して件数が増え続け、10月末時点で前年比約7,000件増の49,646件と過去最多となった令和元年を上回るペースで推移しております。

次に「2 夏季における救急出場件数の推移」に移ります。特に救急出動件数が多くなった7月と8月における状況をグラフにしております。グラフ赤の折れ線が令和4年の出場件数、青の折れ線が令和元年の出場件数、灰色の折れ線が救急受け入れの割合を示す応需率となっております。今年7月中旬までの出場件数は、過去最多であった令和元年の件数を14%程度上回る水準で推移しておりましたが、それ以降は約25%と大幅に上回る状況が続いており、18日から31日までは、出場件数が200件を超える日が続いております。7月の1日平均件数は185件、月計は5,745件と、例年と比較して多くなっております。8月も1日の件数が200件を超える日が続き、8月12日には過去最多となる282件を記録しました。8月後半になりますと件数は落ち着いたものの、1日平均件数は199件、月計は6,153件と、過去最多となりました。救急出場件数の急激な増加に伴いまして、今夏は複数の医療機関がベッド満床や院内でのコロナ発生等を理由に救急受け入れを制限しており、皆様におかれましても大変厳しい状況が続いたものと思われまします。そういった中、応需率につきましては、7月前半までは週ごとの平均が60%台で推移していたところですが、7月後半になると令和3年の平均である62.5%を下回る日が続きまして、8月13日には31.5%まで低下しております。8月後半には上昇しておりますが、現在も昨年平均を下回る状況が続いております。

続いて裏面の「3 市内新規陽性者数と搬送困難事案等の推移」をご覧ください。救急搬送困難事案は、総務省消防庁の求めにより令和2年4月から調査を行っているものです。すべての救急事案が対象で、医療機関への受け入れ照会回数が4回以上、かつ、現場滞在時間が30分以上の事案と定義されております。水色の棒グラフが救急搬送困難事案数、灰色の折れ線グラフが市内の新型コロナウイルス新規陽性者数を示しております。市内における救急出場件数、新型コロナウイルス陽性者数、応需率と連動するように救急搬送困難事案が増減しております。救急搬送困難事案につきまして、7月のコロナ第7波初期は週60件前後で推移しておりましたところ、救急出動件数が増加した7月中旬から急増し、過去最多の救急件数となった8月12日を含む8月8日の週には、過去最高の221件を記録しております。直近で見ますと、10月24日の週は前週から9件減の77件であり、ここ8週間ほどは件数の増減を繰り返している状況にあります。資料の説明は以上になります。

(事務局)

ただいまの説明につきまして確認事項等あればいかがでしょうか。よろしいでしょうか。事務局からは以上となりますが、各委員の皆様から情報提供等はございませんでしょうか。

それでは以上をもちまして、令和4年度第2回救急業務基本問題検討会を終了いたします。次回は最終回となりますが、2月上旬頃で調整させていただきたく存じますので、よろしくお願ひいたします。本日は大変お疲れ様でございました。

