報告 REPORT

令和７年度救急医療対策部会 全体会議

常任理事・救急医療部長　白崎（しらさき）　修一（しゅういち）

標記会議を去る１月25日（日）、各郡市･医育機関医師会担当役員および救命救急センター長等である部会員に出席いただき、札幌市においてWebを併用して開催した。

はじめに松家会長から挨拶があり､住田部会長(余市協会病院)、荒川副部会長（北見赤十字病院）ならびに奈良副部会長（手稲渓仁会病院）の進行により議事に入った。小職から当会の救急医療部関連事業を、奈良副部会長からメディカルウイングについてそれぞれ報告した後、救急医療に関する最新の動向を取り上げた「救急医療トピックス」を行い、５人の演者からそれぞれ講演いただいたので、その内容を紹介する。

◇

新たな地域医療構想における救急分野

北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課

課長　川上　禎之

新たな地域医療構想は、2040年（令和22年）に向けて､入院だけではなく､外来・在宅､介護との連携､人材確保等も含めて医療提供体制全体を包含している。今年度は国においてガイドラインを策定し、2026年度（令和８年度）に各都道府県が各地域で策定、2027年度（令和９年度）から適用される。これまでの「医療計画の一部」という位置付けから「医療計画の上位概念」となり、具体的な取り組みが進められる。病床機能の「回復期機能」に、「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」が追加されて「包括期機能」となる。また、新たに「医療機関機能報告制度」が創設され、構想区域ごとに医療機関から高齢者救急・地域急性期機能､在宅医療等連携機能､急性期拠点機能などを都道府県に報告することになる。これにより、医療機関の立ち位置がイメージしやすくなる。また、患者の医療へのアクセス確保に向けて、オンライン診療や巡回診療に加え、地域の医療資源の状況を把握して、地域医療構想調整会議で検討していくことが重要である。

遠隔ICU

札幌医科大学医学部集中治療医学講座

教授　数馬　聡

道内に21ある二次医療圏のうち、８つの圏域で高度急性期病床がない。また、道内には131名の集中治療専門医がいるが、札幌市に集中（100名、76％）するなど、地域偏在が顕著である。市町村間の距離は遠く、冬は積雪寒冷で移動が厳しい。医師不足地域でも重症患者は発生し、地域の中核病院ですら休日・夜間の重症患者対応に限界がある。都市部であれば救命可能な症例でも、地域間搬送の制限で救命困難ケースが存在する。医師偏在是正は限界があり、大学病院からの医師派遣も不十分な中、その解決策として遠隔ICUの活用が見込まれ、本年１月から北見赤十字病院と製鉄記念室蘭病院の２病院と、集中治療室（ICU）の診療を支援する国内初の地域医療推進型高度集中治療として「eICU」を導入し、運用を開始した。

遠隔ICUは、札幌医科大学がハブとなり、集中治療専門医（８～17時常駐、17時～８時オンコール対応）と専任の看護師（常駐）、事務員（８～17時）が配置され、ハイリスク患者または重症化傾向の患者への予防的調査・介入、DVT（深部静脈血栓症）やストレス潰瘍予防策の実施確認、投与薬剤量の調整、人工呼吸器管理、敗血症患者の治療内容の確認と適正化などに取り組んでいる。支援内容の中に、指示・オーダー権限はなく、治療・看護方針の策定や予防的介入を中心に行う。札幌医大のシステムはPhilips（フィリップス）社製を使用し２施設10床を対象としている。国内の遠隔ICUの導入事例では、昭和医科大学で同様のシステムを導入（５施設112床）している。全国の集中治療施設で導入が検討されているが、資金面、人材面で課題があり、実現していない。その他、弘前大学と横浜市立大学が他社製品を使用しているが、ビデオシステムが主体でスコアリングは簡易的な内容にとどまり、データ分析・活用は難しい。札幌医大としては、本プロジェクトを通じて多くの医療機関と連携し、その有効性を示すモデルケースとなることを目指している。集中治療専門医が常勤していない病院でも高度な判断支援が受けられ、休日・夜間の対応を遠隔で支援することによりスタッフの負担が軽減する。医学生や研修医に対して遠隔での指導・教育をすることができ、人材育成面でのメリットもある。

消防通信指令業務の共同運用（札幌圏消防指令センター）

札幌市消防局警防部通信指令課

消防司令／運用担当係長　長谷川　泰裕

札幌圏消防指令センターは、2025年（令和７年）９月から運用を開始し、300台以上の緊急車両をモニター・管理している。119番通報は、これまで、各市町村の消防本部指令センターが個別に対応していたが、現在は札幌圏消防指令センターにおいて、８市町村（札幌市、江別市、千歳市、恵庭市、北広島市、石狩市、当別町、新篠津村）の通信指令業務を共同化し、119番通報を一括して受け付けている。119番通報を受け、聞き取りを通じて災害種別と地点を決定する。全ての緊急車両にGPS（Global Positioning System）を搭載しており、現場に最

も近い車両を特定して出動隊を編成し、出動を指令する。共同運用は、効果的・効率的な応援体制の確立を目的としている。119番通報に際して、原則として各市町村の車両が出動するが、車両不足等による応援要請があれば、指令センターが情報を一元管理していることから、各消防本部の調整時間が短縮され、応援出動指令を迅速に決定することができる。また、共同運用前は、各市町村で計76名の職員が対応していたが、現在は49名（▲27名）で対応しており、他の業務に人員を振り分けることができる。さらに、札幌市以外は通信指令センターが不要となり、整備・維持費用が削減される。指令センターでは、専任の司令員が管内の119番通報を24時間365日受付し、年間19万件の通報に対応している。指令センターを各市町村が単独で整備する場合と共同整備する場合のコストを比較したところ、単独整備の場合は約51億円かかるのに対して、共同整備の場合は約34億円と17億円削減され、財政上の効果が高い。ランニングコストも単独整備では約21億円かかるのに対して、共同整備は約17億円と４億円削減すると試算された。最終的な整備費用は、消防指令システムの構築に45億円、消防救急デジタル無線に36億円の総額81億円であった。

消防通信指令業務の共同運用（西いぶり消防指令センター）

西いぶり消防指令センター

センター長　酒井　裕晃

西胆振地域は、室蘭市、登別市、伊達市、洞爺湖町、豊浦町、壮瞥町の３市３町で構成している。管轄人口は約16万人で、石狩市と江別市の人口を合算した人数と同規模である。面積は約1,357㎢で、札幌市と江別市の面積を合算した広さを有する。整備費用の縮減、人員の効率的な運用を目的として、2022年（令和４年）に地方自治法に基づき「西いぶり消防通信指令事務協議会」を設置し、室蘭市消防本部、登別市消防本部、西胆振行政事務組合消防本部の３消防本部で構成している。2025年（令和７年）11月に仮運用を開始し、2026年（令和８年）２月から本運用を開始する。３消防本部の通信指令室を室蘭市消防総合庁舎に集約し、室蘭市、登別市、西胆振の各職員を４～５名配置している。職員の所属、身分、職位に変更はない。119番通報は、どの地域からの通報でも受付する職員を固定化していない。職員の出身母体を問わず、３市３町どの事案でも受付・指令をする。３つの消防本部の職員が常駐していることから、どの地域の消防職員が受けても、事案発生場所を選定・特定する精度は高い。指令センターの共同運用化に伴い、救急活動の連携協力を強化している。例えば伊達消防の救急車が室蘭市内の医療機関に搬送し、その後帰署途中に室蘭市内で交通事故や急病などの傷病者に遭遇した場合、原則として発生場所を管轄する消防本部（室蘭市消防）の救急車が搬送する。伊達消防は、現場で情報収集や傷病者観察、応急処置にとどめて搬送しないこととしているが、例外的に、室蘭市消防の現場到着が遅れる場合やまたは到着を待つことにより傷病者の生命に危険が及ぶと救急隊が判断した場合は、伊達消防の救急車で搬送する。

高齢者救急とアドバンス・ケア・プランニング（ACP）

社会医療法人恵和会　西岡病院

病院長　五十嵐　知文

2006年（平成18年）、富山県の射水市民病院の事案を受けて、厚生労働省は、2007年（平成19年）５月、『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』を作成し、さらに2014年（平成26年）から2015年（平成27年）に『人生の最終段階における医療体制整備事業』を実施し、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の概念が認知された。同事業の報告書の中で、初めてACPの普及啓発の必要性が規定された。ACPの定義は、「今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス」とされている。一度話し合いをして結論を出して終了させるのではなく、例えば40代の時点、60代の時点で話をし、80代になって現在の心身の状態を確認して、これまでの結論を振り返るとともに繰り返し話し合うことが必要である。2018年（平成30年）３月、厚生労働省は『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』を策定し、現在まで運用されている。同年の診療報酬・介護報酬同時改定では、同ガイドラインを踏まえた対応を要件とする評価が設けられた。同ガイドラインによると、まず本人の意思が確認できる場合は、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえ、本人の意思決定を基本に治療する。本人の意思が確認できない場合は、家族が本人の以前の発言等から意思を推定して尊重し、本人にとって最善の方針を採用する。本人が意思を表明できず、家族も分からない場合は、医療・ケアチームで慎重に判断していくこととされている。家族の中で意見が分かれている場合は、専門家で構成する話し合いの場を設定し、治療内容の検討や方針を決める。ACP＝DNAR（心肺蘇生を行わないこと）ではない。DNARはACPの一部であり、DNARだけでは、判断に必要な情報（背景の話し合いや医学的妥当性）が不足している。本人の意思が不明の場合に向けて、親族間の意見のすり合わせや記録の更新、早期相談を「事前に」行うことが重要である。本人が自ら考えることを中心に、話す、残す、伝える、見直していくとともに、家族等が本人の推定意思に基づいて考え、意思決定の形を残していくことが求められる。

◇

今回ご講演いただいた内容を、自地域の状況と照らし合わせて、より良い救急医療体制を構築する参考になれば幸いである。救急医療に関する課題は山積しているが、当会の役員をはじめ関係機関と連携・協力を図りながら対応していく所存であるので、ご支援のほどよろしくお願いしたい。