

令和8年度第1回札幌市救急業務検討委員会 会議録

日時	令和8年9月11日（金曜日） 18時30分開会
場所	札幌市役所12階会議室4号、5号
出席者	【委員】 野中委員長／中村副委員長／奈良委員／井上委員／鈴木委員／阿部委員／沢本委員／高氏委員／提嶋委員／小館委員／碓委員／塩谷委員／大西委員／田中委員／増井委員／太田委員／高田委員／船戸委員 【事務局】 坂上局長／瀧山救急担当部長／和合救急課長／小山救急係長／向田救急需要担当係長／長山救急連携担当係長／宮下救急指導係長／日詰／渡邊／石黒／鈴木／湯浅／小野寺／斉藤／依馬
議題	(1) 令和8年度第1回「救急現場におけるDNAR対応」検討部会から ア パブリックコメントの実施結果について（報告） イ 最終報告書について（審議） ウ 救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル（案）について（審議） エ 今後の予定（報告） (2) 令和8年度第1回検証部会から ア 包括的事後検証の導入について（審議） イ 経静脈の解釈について（審議） ウ 令和8年度第1回検証部会の実施結果について（報告）

1 開会

○事務局（小山）

只今から、令和8年度第1回札幌市救急業務検討委員会を開催させていただきます。委員の皆様には、お忙しい中、本日は本委員会にご出席いただき、ありがとうございます。本日、司会を務めさせていただきます、札幌市消防局救急課の小山と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

開会に先立ちまして、消防局長の坂上から、ご挨拶を申し上げたいと思います。

局長、よろしくお願いいたします。

○坂上消防局長

皆様、おばんでございます。消防局長の坂上でございます。本日はお忙しい中、ウェブ参加を含めましてご出席頂きましてありがとうございます。

また、日頃から消防・救急行政にご理解とご協力をいただいておりますことに感謝申し上げます。

本題に入ります前に、皆様に、おめでたいお知らせがございます。本日は出席されておりませんが、札幌医科大学の成松先生が、長年の救急業務へのご功績により、一昨日、9月9日の「救急の日」に、救急功労者として総務大臣表彰を受賞されました。ここに謹んでお知らせ申し上げます。

さて、本日の委員会では、令和6年度から検討部会にて議論をいただいております。また、いわゆるDNARの Protokolにつきまして、先般、パブリックコメントを行いました、ご意見が寄せられました。その意見を踏まえまして、最終的なご審議を頂くこととしております。

また、検証部会の実施結果なども、本日ご審議いただく予定としておりますが、皆様には忌憚のないご意見を頂戴したいと考えておりますので、よろしくお願い申し上げます。

札幌市内の救急需要ですけれども、今後も増大の傾向が見込まれております。これに的確に対応し、救急隊をより効率的で効果的な運用をしていくためには、本市のメディカルコントロールである本委員会の皆様方のご協力というのが不可欠となります。引き続きご支援、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。簡単ではございますが、開会にあたってのご挨拶とさせていただきます。本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局（小山）

この度、委員の異動がございましたのでご紹介いたします。

前任の北海道大学病院 前川委員に代わり、北海道大学大学院 医学研究院 侵襲制御医学分野 救急医学教室 助教 高氏 修平様に委員としてご参画いただいております。続きまして、前任の札幌市保健福祉局 地域医療担当課長 加藤委員に代わり、同じく、地域医療担当課長 船戸 直大様に、委員としてご参画いただいております。

また、本日、札幌医科大学の成松委員、上村委員、北海道大学大学院の和田委員及びオブザーバーで弁護士の木下様は、所用のため欠席となっておりますのでお知らせさせていただきます。

ここで、大変恐縮でございますが、消防局長は所用のため、これにて退席させていただきます。

それでは、議事に入る前に、お手元の資料を確認させていただきます。会議次第、委員名簿、スライド資料、資料1から4の合わせて7点でございます。資料はお揃いでしょうか。

次に、発言方法についてご案内させていただきます。本日の会議は対面及びオンラインのハイブリッド形式となっております。

発言時に対面の方は、「挙手」にてお知らせください。オンラインの方は、画面下部にある「挙手」ボタンにてお知らせください。対面・オンライン共に、お名前をお呼びしますので、その後に発言願います。オンラインの方は、ご自身でミュートを解除し発言をお願いします。

続きまして、本委員会の公開についてお知らせいたします。本委員会は、非公開情報を除き、原則公開で行われます。会場に傍聴席を用意しておりますので、お知らせいたします。

また、会議の議題や概要をまとめた会議録を作成のうえ、公表することとなっております。後日、委員の皆様にご確認いただいたのち、札幌市公式ホームページに掲載を予定しておりますのでよろしくお願いいたします。

それでは、以降の議事進行につきましては、野中委員長にお願いさせていただきます。野中委員長、よろしくお願いいたします。

2 議事

○野中委員長

先ほど司会からも説明がありましたとおり、本委員会は、非公開情報を除き市民に公表されます。本日は、非公開情報がございませんので、公開ということになります。みなさんよろしいでしょうか。それでは、議事を進めます。

「議題1 令和8年度第1回『救急現場におけるDNAR対応』検討部会から」として、「パブリックコメントの実施結果について」、事務局から説明をお願いします。

○事務局（長山）

救急連携担当係長の長山でございます。令和8年度第1回救急現場におけるDNAR対応検討部会の結果について、お手元に配布のスライド資料でご説明いたします。どうぞよろしくお願いいたします。

こちらは、救急現場におけるDNAR対応検討部会についての、開催状況と検討経過となります。令和6年10月に開催した、令和6年度第1回札幌市救急業務検討委員会で、救急現場におけるDNAR対応検討部会を立ち上げました。

検討部会では、ACP 人生会議 の重要性が高まる中、人生の最終段階にある傷病者のご家族などから、救急現場において心肺蘇生の中止を求められる事案が増加し、救急隊員が傷病者本人の意思尊重と救急現場での原則である救命活動との間で、判断や対応に苦慮するという課題に対して、令和7年度に4回にわたり専門的かつ多角的な検討を重ね、心肺蘇生を望まない傷病者への対応ルール策定に向けて議論を行っております。

第4回の検討部会で中間報告書とプロトコル（案）について取りまとめ、3月16日に開催された第2回札幌市救急業務検討委員会で中間報告書と救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル（案）についてご報告し、ご承認をいただいていたところであります。

令和8年度に入り、5月から6月にかけて皆様からご承認いただいたプロトコル（案）のパブリックコメントを実施し、市民の方からご意見を頂戴いたしました。その後、8月3日に検討部会を開催して最終報告書を取りまとめました。

次に、パブリックコメントの実施結果についてご報告させていただきます。お手元の資料につきましては、資料1パブリックコメントの実施結果となります。説明につきましては、お手元のスライド資料に抜粋しておりますので、こちらで説明いたします。

実施期間につきましては、令和8年5月25日から6月23日までの30日間、札幌市パブリックコメント手続きに関する要綱に従い実施しております。期間中、2名の方から計3件のご意見が寄せられ、寄せられたご意見によるプロトコル（案）の修正点はございませんでした。

意見の概要と札幌市の考えにつきましては、8月25日より札幌市ホームページや各区役所、各消防署を通じて資料を公開しております。

寄せられたご意見の1つ目は、表題に関するご意見となります。「『プロトコル』という専門用語ではなく、『新たな対応手順』といった平易で分かりやすい表現にしてほしい」というものでした。それに対する札幌市の回答としては、「市民の皆様への分かりやすさは大変重要と認識しており、今後の広報や周知活動ではより平易な表現となるよう努める」と回答しております。

続いて、寄せられたご意見の2つ目は、プロトコルの対象に関するご意見となります。「現在大きな病気がなく、かかりつけ医もない場合でも、リビングウィルなどの提示があれば本プロトコルの対象にしてほしい」というご意見でした。

それに対する札幌市の回答は、「本ルールは人生最終段階にあり医療・ケアを受けている方を対象としていること」、「現在大きな病気がなくかかりつけ医もいない場合は本ルールの対象とすることはできないこと」、「救急隊の使命は救命であり、事前の書面があるというだけでは独自の判断で処置を中止することはできないこと」、「尊厳死協会の協力医師は、主にリビングウィル作成に向けた助言などを行う立場であり、救急現場で蘇生中止の指示を行うことは想定されていないこと」と回答しております。なお、本件につきましては、リビングウィルに関連するご意見であったことから、「リビング・ウィル・終末期医療の事前指示書」の普及や、その登録管理を行っている公益財団法人日本尊厳死協会 北海道支部長 宮本 礼子先生に確認し、「リビング・ウィル受容協力医師以外の協力医師制度はなく、協力医師がかかりつけ医ではない場合は、往診して看取り対応を行うことはない」旨のご助言をいただき、回答に反映しております。

次に寄せられたご意見の3つ目は、2つ目のご意見と同様に、プロトコルの対象に関するご意見となります。「傷病者本人からの119番通報で到着した救急隊に、事前に本人から書面を提示した場合は、搬送途中に心肺停止となった場合でも事前に用意したDNAR指示書を尊重してほしい」、また、「傷病者とかかりつけ医のCPRに関する相談前であっても、傷病者本人の意思・DNAR指示書が最優先で尊重されるべき」というご意見です。そちらに対する札幌市の回答は、「心肺停止以外の傷病者の対応は、本プロトコルの対象外であること」、「ご本人からの119番通報は、救命を望んでいると受け止めて活動し、DNAR指示書の提示があった場合には、指示書作成に携わったかかりつけ医に連絡するなどして共有すること」、「DNAR指示書の作成にかかりつけ医が携わっていない場合は、事前の申し出があっても搬送途中に心肺停止となった場合は従前の救急活動・心肺蘇生を行い、申し出の内容は医療機関に確実に引き継ぐ」と回答しております。

なお、2件目と3件目の回答につきましては、「ご自宅等での看取りへつなぐためには、平時からかかりつけ医を持ち、ご自身の希望を共有しておくことが不可欠となります」と、かかりつけ医の重要性についても記載しております。

パブリックコメントの実施結果、市民から寄せられたご意見の概要と札幌市の考え方についての説明につきましては以上となります。

○野中委員長

はい、ありがとうございました。ただいまパブリックコメントの実施結果について説明していただきましたが、これにつきまして何かご質問やご意見はございますでしょうか。

このご意見によって、特に文言は変わることなく、札幌市の対応についても記載されたとおりというところがございますが、よろしいでしょうか。

※一同、了承。

特にご意見はないようですので、それでは、次に進みたいと思います。

続きまして、検討部会から提出されました「最終報告書」と、「救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル（案）」について、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局（長山）

検討部会の「最終報告書」と、「救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル案」についてご説明いたします。

資料につきましては、スライド資料、資料2検討部会「最終報告書」、資料3「プロトコル（案）」、資料4「中間報告からの変更点」となります。説明につきましては、お手元のスライド資料に抜粋しておりますので、こちらでご説明いたします。

8月3日に開催された検討部会では、中間報告書を一部変更・修正して検討部会「最終報告書」と「プロトコル（案）」を取りまとめております。検討部会の「最終報告書」につきましては、本年3月に札幌市救急業務検討委員会で承認いただきました「中間報告書」をベースに、主に令和7年中の最新データへの更新修正と字句の修正を行っております。なお、更新修正と字句の修正箇所につきましては、資料4にまとめておりますので、後ほどご確認ください。

今回、プロトコルへの反映が必要となる「確認書」の交付の範囲について変更しておりますのでご審議いただきます。こちらは確認書の範囲、最終報告書22ページの抜粋となります。該当の箇所につきましては、スライド資料で朱書き見消しとして、最終報告書22ページ、25ページとプロトコル（案）6ページにそれぞれ記載がございます。

この確認書の交付の範囲につきましては、救急現場で、往診医によって看取り対応される場合、傷病者をご家族や関係者などに引き継ぐ際に交付する「確認書」を、中間報告では「求めに応じて交付」としておりましたが、「全症例で交付する運用」に事務局からご提案し、検討部会で審議・承認されました。

こちらは、確認書交付の範囲について、最終報告書25ページに記載されている抜粋となります。下段4行目の朱書き箇所、「求めに応じて」と「できる」に関して見消ししております。

こちらは、確認書交付の範囲について、プロトコル（案）6ページに記載されている抜粋となります。最終報告書に記載の「確認書」の交付範囲の変更に伴い、活動プロトコル（案）につきましても最終報告書と同一の内容に修正を加えております。こちらにつきましても、「その場の求めに応じて」を見消ししております。

今回、確認書の交付範囲の変更理由につきましては、救急隊引き揚げ後のトラブル防止となります。全症例に交付することによって、救急隊が引き揚げた後に到着した警察官に対して、この事案が「DNAR対応であり、後ほど往診医が到着する」という事実を確実に伝達して、スムーズな情報共有とトラブル回避が図れると考えております。

プロトコル（案）の確認書の交付範囲について「求めに応じた交付」から「全症例への交付」と変更してよろしいか、また、検討部会で取りまとめた「最終報告書」と「プロトコル（案）」につきましては当委員会からの答申としてよろしいかご審議をお願いいたします。事務局からの説明は以上となります。

○野中委員長

ありがとうございます。前回の救急業務検討委員会にて中間報告があったところですが、これをデータ更新および字句修正し、「最終報告書」という形になったところでございます。また、この「最終報告書」と「プロトコル」では、今回、「確認書」の交付対象を拡大し、「求めに応じて」ではなく「全症例で交付」としたいというところでございます。

これに関して審議したいと思いますが、皆様方のご意見を伺いたいと思います。いかがでしょうか。救急隊が引き揚げた後のトラブル、特に、警察等を想定したときに全症例に配布しておいた方がいいのではないかと考えてございますけれど、こちらに関しまして何かご意見はございますでしょうか。

※一同、了承。

では、最終報告書は「求めに応じて」ではなく「全症例に交付する」ということで承認という形にしてよろしいでしょうか。はい。あと文言の変更ですね、一部文言の変更がございますが、こちらの方もよろしいですね。

はい、ありがとうございます。それでは、この救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコルについて承認するという形でよろしいでしょうか。

反対意見はございませんね。

※一同、了承。

では承認という形をとらせていただきます。ありがとうございます。

この承認をもちまして、検討部会はすべての役目を終え、本日、閉会とさせていただきます。これまでに書面2回、対面4回にわたり、上村部会長をはじめ、臨時委員、オブザーバーや多くの団体の皆様方から、熱心かつ多角的なご議論を重ねていただき、素晴らしい報告書を取りまとめることができました。委員会を代表いたしまして御礼申し上げたいと思います。

また、本日欠席されておりますが、検討部会の部会長を務めていただきました札幌医科大学の上村委員は、この検討部会の閉会に伴い、本委員会の委員をご退任ということになります。長きにわたるご尽力、改めて深く感謝申し上げます。どうもありがとうございました。

なお、上村委員の後任として、すでに、札幌医科大学より沢本委員にご参画いただいておりますので、引き続き、よろしくお願いいたします。

それでは、ただいま承認いただきましたプロトコルの今後の予定について事務局からご説明をお願いいたします。

○事務局（長山）

ご審議ありがとうございます。今後のプロトコル運用開始に向けたスケジュールについてご説明いたします。

本日の審議結果を踏まえ、消防局から北海道に対し申請手続きを行い、北海道警察本部に新たなプロトコル、確認書について情報提供を実施いたします。

10月以降につきましては、検討部会の委員や臨時委員の皆様が所属している、各種職能団体にご協力をいただきながら、各団体の会員の皆様に対してDNARプロトコルの運用について周知していただくため、リーフレットなどの資料送付や、会議・研修などの機会に説明を行わせていただく形で、現在各団体の事務局と調整をさせていただいております。

同時に、救急隊員教育を、複数回のeラーニングで配信し、3月の集合研修で運用に向けた最終確認を行います。その後、令和9年3月末のプロトコルの運用開始に向けて準備を行ってまいります。事務局の説明につきましては以上となります。

○野中委員長

今後の予定ですが、来年3月末から運用開始ということで、それまでの準備をするということでございます。こちらに関しまして、何かご質問やご意見はございますでしょうか。

※一同、了承。

よろしいでしょうか。運用するにあたって、様々なトラブル等も起こるかもしれませんが、皆様方のご協力をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

それでは議事を進めさせていただきます。議題2「令和8年度第1回検証部会から」として「包括的事後検証の導入について」、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局（宮下）

救急指導係長の宮下でございます。令和8年8月7日、救急ワークステーションにおいて、ハイブリッド方式で、令和8年度第1回救急業務検討委員会検証部会が行われました。最初に、検証部会で承認された包括的事後検証の導入について、ご審議いただきます。

まず背景と現状ですが、平成30年度に開催された北海道救急業務高度化推進協議会において、今後、検証対象症例数の増加が見込まれるため、地域の実情に応じた包括的事後検証の導入を推奨するとの通達がされておりました。

現在の検証体制では、消防機関で一次検証を行い、MC医療機関で二次検証を行っておりますが、包括的事後検証ではこの二次検証の部分を包括し、一次検証で完結させるというものです。当局の現状としては年間事後検証症例数は、約2,200件ございまして、令和元年と比較して200件ほど増加しております。

現行の事後検証対象症例は9項目ございまして、この項目全ての検証を行っております。

包括検証の対象としまして、心肺機能停止症例のうち、発症目撃がなく、初期波形がAsystole、自己心拍の再開がなく、初診医意見がない事案で、所属一次検証において活動上問題がないとした症例とします。

ただし、傷病名が偶発性低体温またはその疑いとなっているものに関しては、令和5年と令和6年の該当症例の中に、偶発性低体温という病名で社会復帰している事例が各1件ございましたので、今回の対象症例からは除外いたしました。

これらの事案を包括検証の対象とする根拠は、令和5年の実績で精査したところ、これらの条件を満たす事案は一次・二次検証ともに「活動上問題なし」とされており、指摘事項があったとしても「穿刺技術の向上に努めてください」という軽微なものにとどまっていたためです。

所属一次検証において、活動上何らかの問題や疑義があるとされた事案については、これまで通り医師による二次検証へ確実に移行しますので、検証の質は維持できるものと考えております。過去3年間の該当症例数を確認しますと、約700件前後が該当すると見込んでおります。

包括的事後検証となった症例は、報告様式により症例数を把握することとします。運用の流れとしまして、対象症例を覚知した各救急隊は、指定のスプレッドシートに隊ごとに入力してもらい、それを基に救急ワークステーションで事案を一括管理し、年単位で救急指導担当課長の市立札幌病院 小舘先生から確認・署名をいただいた上で、毎年の対象症例数を北海道救急業務高度化推進協議会へと報告する形を予定しております。また、救急ワークステーションで事案を一括管理し運用していきますので、その中で対象症例の修正が必要となったり、何らかの不都合が生じた場合は、速やかに体制の見直しを図っていただけるように継続検討してまいります。

導入後の効果としまして、本制度により検証業務が効率化され、現場隊への迅速なフィードバックが可能となります。何より事案の記憶があるうちに振り返りを行うことで、各隊の救急活動の質向上に直結する効果も期待できます。また、検証医の先生方の負担を軽減し、より専門的な検証が必要な症例に対して、これまでより多くの資源と時間を割ける体制を構築してまいります。事務局からの説明は以上となります。

○野中委員長

ただいま説明がありました「包括的事後検証の導入について」でございます。8月に開催された検証部会で承認を得たものでございますが、ここで改めて皆様方のご意見やご質問をお伺いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○奈良委員

反対とかではないのですが、例えば年齢などに関して、検証部会で小児症例に対する議論などはあったかどうかお聞きしたいです。

○事務局（宮下）

検証部会の中では、対象症例に対する特別なご質問やご議論はございませんでした。

○奈良委員

初診医の意見などもあると思うのですが、小児は数が少ないですし、検証にあってもいいのかなという気がしたので、お聞きしました。

○野中委員長

はい、ありがとうございます。その他ご意見、ご質問はございますでしょうか。

バックグラウンドとしては、やはり検証件数が多くなっているというところで、今後もいかに効率よく、かつ質を落とさないかということが重要なポイントかと思います。また、効果としては迅速にフィードバックができるということも1つのメリットとして検討されています。皆さんいかがでしょうか。今、奈良委員から「小児等の対応はどうするのか」というご質問がございましたが、包括的事後検証の導入自体は了承という形で、検証対象について検証部会の方でご意見を伺うということは可能でしょうか。

○事務局（宮下）

はい。可能だと思いますので対応させていただきます。

○野中委員長

そのところのご意見もお伺いしたいということで、導入に関しましては皆さん異論なしということでよろしいでしょうか。

※一同、了承。

はい。では、こちらの方は承認するというので次に進ませていただきます。

続きまして、「経静脈の解釈」について事務局からご説明をお願いします。

○事務局（宮下）

同じく検証部会で承認された、北海道救急業務プロトコルに記載されている薬剤投与経路である「経静脈」の解釈についてご審議いただきます。

経緯といたしまして、令和7年度第2回救急業務検討委員会の中で報告しておりますが、令和7年度第1回検証部会において、医師が確保した大腿静脈等の中心静脈が救急救命士の薬剤投与経路である「経静脈」に含まれるのか、事務局の方で確認するよう求められました。北海道救急業務高度化推進協議会事務局に確認しましたところ、「地域MC各検証部会で解釈・判断するもので差し支えない」との回答を得ております。これにより、令和8年度第1回検証部会において、事務局から当該プロトコルの「経静脈」の解釈については、「末梢静脈とし、中心静脈は含まないもの」と提案させていただきました。

判断の要素として3点ございます。「救急救命士における静脈路確保はアドレナリン投与を目的としており、その特定行為は一連で行われるものを想定していること」、「当該プロトコルに記載の静脈路は救急救命士が確保できる末梢静脈を指しており、末梢静脈以外からの薬剤投与を行うことは想定していないこと」、「救急救命士による中心静脈の管理は困難であり、また傷病者に不利益が生じた場合、責任の所在が曖昧となること」、以上の3点を鑑みて、救急救命士の薬剤投与経路である「経静脈」は「末梢静脈を指す」との結論となり、令和8年度第1回救急業務検討委員会検証部会において承認されました。事務局からの説明は以上となります。

○野中委員長

この「経静脈」を「末梢静脈」に限定するということでございますが、こちらに関してご意見はございますでしょうか。例えば、がんの患者さんでポートが入っているような状況の人は、先端が心臓の方に入っている場合にはそのルートは使えないということですね。いかがでしょうか。

○奈良委員

反対意見ではないのですが、周知しなければいけないと思っております。我々がドクターヘリで現場に行った時に、救急隊がルートを取れず、我々が大腿や外頸などにルートを取り、一緒について行けないためそのまま蘇生をして、地元の医療機関へ連絡を取って「救急隊だけで向かわせます」という時があって、実際にそういう指示を出すことがゼロではないです。

札幌市以外は今回の決定とは別かもしれませんが、今後そういう検討もされると思うので分かりました。基本的には「末梢静脈」ということですね。心臓の近くに入っていなくても、アプローチの場所が大腿や外頸などの場合は、その時点で救急隊としてはそこから投与しないということですのでよろしいですね。

○事務局（宮下）

はい。

○奈良委員

分かりました。ありがとうございます。

○野中委員長

こちらに関しまして、他にご意見、ご質問はございますでしょうか。

○鈴木委員

全般的なことについては特にはないのですが、判断理由の「責任の所在が曖昧である」ということに関して質問です。末梢静脈であれば、救急隊はそこからアドレナリン等の投与ができるということですが、例えば、救急要請がある前に医療機関等でルート確保されている場合、救急隊が確保したルートでなくても当然使えますよね。

○事務局（宮下）

救急隊が確保したルートでない場合も、基本的に救命士が確保できる範囲、上肢で言えば肘正中皮静脈まで、下肢で言えば大伏在静脈まででルートが取られており、かつ、乳酸リンゲル液が使われているのであれば、そこから投与する形になります。それ以外であれば、医師等がいらっしゃるのであれば医師等に投与していただくのが基本になるかと思います。

○鈴木委員

乳酸リンゲル液で確保されている状況の中で、薬剤を投与するとなった際、ルート確保したことによるトラブルか、薬剤を投与したことによるトラブルか線引きができない場合があると思うんですよね。それを踏まえて文言の統一性を持った方がいいのではないかと思います。ご理解いただけますでしょうか。

○事務局（和合）

救急課長の和合でございます。基本的には、転院搬送や在宅の現場において、医師によりルートを確保され、その後、救急隊に引き継がれた際の話だと思っております。結局は、救急救命士としてその後しっかり管理できる対象であるかどうか判断基準になってくるかと思います。その上で、引き継いだ後に、救命士に許された範囲の特定行為となるかどうかポイントになります。当然、引き継いだ後にルートの確保状況や滴下状況を確認した上で、救命士はアドレナリンの投与等を必要に応じて行いま

すので、その範ちゅうにおける責任の分解点と考えていただければと思っております。

○鈴木委員

ありがとうございます。

○野中委員長

在宅等でポートが入っていたり、在宅の先生が乳酸リンゲル液を繋いでいて、その時に医師が同行できず救急車で運ぶ際にドクターがおらず、もし心停止となった場合はそこでアドレナリンを打つことは可能なのでしょうか。

○事務局（和合）

基本的には、救命士が可能な範囲の静脈路を確保し、そこからアドレナリンを投与する形が適切な活動になると考えております。

○野中委員長

基本的なルールとしては、心停止となった時点で、末梢静脈を取って入れるという形になるということですね。分かりました。現場との兼ね合いはあるかもしれませんが、救急隊の原則としては一つ決めておかなければいけないと思いますが、こちらに関してご意見はございますでしょうか。

よろしいですか。ではこちらの方も承認という形でよろしいですね。

※一同、了承。

続きまして、「令和8年度第1回検証部会の実施結果について」、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局（宮下）

その他、事後検証対象症例および結果について報告いたします。

令和7年7月1日から令和7年12月31日までの検証対象症例は1,070件が該当しております。そのうち三次検証対象症例はなく、初診医意見があった症例3件について報告し、検証部会では、傷病者の病態や現場の状況に合った情報収集および継続的な観察を行うよう求められております。事務局からは以上となります。

○野中委員長

ただいま説明がございました「令和8年度第1回検証部会の実施結果」について、皆様ご質問はございますでしょうか。なければ次に進みたいと思います。

続きまして、「4 その他」として、事務局から報告事項がございます。説明をお願いいたします。

○事務局（向田）

救急需要担当係長の向田でございます。よろしくをお願いいたします。

令和8年上半期の救急出動状況について報告させていただきます。例年、第2回に定例で報告しているところですが、令和8年に関しては、救急出動件数が過去最多ペースで増加しているため、まずは第1回にて上半期の状況を報告させていただきます。

まず、年別の救急出動件数です。こちらは令和4年から令和8年までの1月から6月までの出動件数となります。令和8年6月現在、58,101件で、前年比3,598件の増加となっております。なお、令和8年中の数値は速報値であり、今後変更となる可能性がございますのでご承知おきください。

続きまして、こちらはスライド資料のみとなっております。本市と東京消防庁を含む各政令指定都市の1月から6月までの救急出動件数の前年比較です。消防本部によっては公開していないデータとなるため、都市名は非記載とさせていただきます。

札幌市に関しては、前年比3,598件の増加で、割合としては、6.19%の増加となっております。増加に転じているのは札幌市のほか、東京消防庁の1.27%増加と、他1都市の0.94%、他の都市は前年比、減少となっております。右側の棒グラフが増加した都市、左側が減少した都市を表しています。担当者レベルの聞き取りでは、感染症の出動件数減少や#7119や予防救急の取り組みの効果を挙げる都市もありましたが、出動件数の増減には様々な要因が影響するため、各都市の明確な減少要因までは得られなかった状況です。札幌市が増加している原因は現在分析中ですが、1つの要因として高齢者人口の増加が挙げられます。その他の要因についてもデータを集め、分析を深めてまいりたいと思います。

次に、月別出動件数についてです。令和4年から令和8年の各月の件数をまとめております。全ての月で前年比より増加しており、最も多い月は1月で10,906件、最も少なかった月は4月で9,201件です。なお、1月から5月までの出動件数は、各月の過去最多を更新しております。

次は年代別の搬送人員の比較です。令和7年との比較で出動件数が減少したのは10歳代のみであり、その他の年代では全て増加しております。最も増えたのは10歳未満で1,018件の増加です。

続きまして、年代別搬送人員の割合です。令和7年と比較して増加した年代は、10歳未満、20歳代、30歳代、50歳代、70歳代です。70歳代については高齢者人口増加の影響が考えられますが、その他の年代の増加要因については現在データを集めて分析中となります。

次に、事故種別ごとの件数です。出動件数自体が増加しているため全体的に増加しており、交通以外のすべての事故種別で出動件数が増加している状況です。

続いて、事故種別の割合です。前年比で割合が増えた種別は、一般負傷、転院搬送、その他、自損行為、労働災害、火災、加害となっております。今後はさらにデータを集約し、増加の原因や他消防本部の取り組み、人口構造の変化なども含め、随時調査分析したいと考えております。以上となります。

○野中委員長

上半期の救急出動状況について説明がございましたが、これに関して何かご質問はございますでしょうか。

○奈良委員

出動件数が増加したことによって、対応ができなくなっている割合などは増えているのでしょうか。増隊などもしていると思いますが、そういった事態は起きていないのでしょうか。

○事務局（向田）

すぐに救急車を向かわせることができないという事案は発生しておりますが、119番通報時に「心肺停止」と判明している事案に関しては、遅れがない状況となっております。今年のデータについては現在分析中です。

○奈良委員

感覚としては、去年よりひっ迫状況が増えているのでしょうか。

○事務局（和合）

今年度増隊を行っており、対策を打っている感覚としては、119番通報を受けて保留する件数は昨年より減っている状況です。ただ、救急出動件数が高止まりしており、1月から5月まで各月で過去最多を更新している状況です。保留件数自体がそれほど大きく増えているわけではありません。

○奈良委員

ありがとうございます。

○野中委員長

他に質問はございますか。上半期で非常に出動件数が上がっている状況ですが、冬場の感染症爆発があったわけでもなく、6月ですので熱中症の時期でもありません。去年と比べて、何が出動増加の要因になったのかという点ですが、#7119の運用、委託先変更等も影響の1つとして考えられるのでしょうか。対応するにあたって懸念材料でもあるため、お伺いしたいのですが。

○事務局（和合）

救急出動の適正利用の観点から、119番通報を迷った際には、#7119に相談していただくよう医療政策課と共に周知しております。119番通報件数も増えていますが、#7119への相談件数も高止まりの状況ですので、全体的に救急出動件数を押し上げている部分はあろうかと思えます。

感覚として、119番通報件数と#7119の相談件数は両方とも年間10万件レベルございますので、もし#7119がなければすべて119番通報に跳ね返ってくると考えると、今の出動件数では到底収まらないのではないかと考えております。

○野中委員長

市民の気持ちとして、すぐに救急車を呼んでしまうような軽症例が増えている関係もあるのかなと思います。#7119も、現場から遠いと状況が分からないため「とりあえず救急車を呼んでください」となる側面もあろうかと思えます。#7119の対応も近くAI対応になるという話も耳にしましたが、そこら辺も含めていかがでしょうか。

○奈良委員

プロトコル委員会の委員長として発言させていただきますと、現時点で確定的なこととは言えませんが、運用が変わってから119番転送の数などが変化しているのは事実です。プロトコルを変更した影響や、委託先が変わったことも含めて11月頃の委員会で検証する予定ですので、何らかの形で情報共有させていただきます。

○野中委員長

ぜひお願いいたします。

○中村委員

実際、増隊したことで「出動可能な救急隊がゼロになる状態」の数が、年ごとにどのように推移したかデータはお持ちでしょうか。出動数が増えても何とか対応できており、最近ではゼロ隊の数がそれほど増えていない印象を持っていたのですが、もしデータがあれば教えてください。

○事務局（和合）

現在出ている数値は令和7年までのものとなっており、令和8年に入ってから数字は手元にはございません。今年は、過去最多ペースですので感覚的なお答えになりますが、昨年までは救急需要の高まりに伴い保留件数が増えていたのは事実でございます。

○中村委員

分かりました。

○野中委員長

救急要請数の増加と搬送困難事案がどれくらいあるかという点も重要かと思えます。コロナ禍の時は医療機関側の警戒もありましたが、最近は搬送困難事例はそれほど多くないという認識でよろしいでしょうか。

○事務局（和合）

搬送困難に関しては減少傾向にあり、各医療機関でスムーズに受け入れが行われている状況です。

○野中委員長

そうすると、ゼロ隊になる理由は、単純に依頼数が多いことが原因ということですね。

○事務局（和合）

詳細な分析はまだですが、高齢化に伴い救急需要が増えていると考えております。

○野中委員長

昨年からの差が結構ありますので、要因が分かりましたらまた分析結果を教えてくださいなと思います。これに関して、先生方からご意見やご質問はございますでしょうか。ございませんね。はい、ありがとうございます。

以上ですべての議事を終了いたします。円滑な進行にご協力いただき誠にありがとうございました。進行を事務局にお返しいたします。

○事務局（小山）

野中委員長、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回札幌市救急業務検討委員会を終了いたします。委員の皆様、長時間にわたりご審議いただきありがとうございました。本日は大変お疲れ様でした。