

【議事録】令和6年度第1回「傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」

『脳卒中』の分類基準及び観察基準に係るワーキンググループ

令和6年9月27日

鳥取県救急搬送高度化推進協議会事務局

- 1 開催日時 令和6年9月3日（火）午後6時から午後6時45分まで
- 2 開催方法 オンライン（Cisco Webex Meetings）
- 3 出席者 別添「出席者名簿」のとおり
- 4 議事録

1 開会

<事務局（黒見消防防災課長）>

本日は、お忙しいところご参加いただき誠にありがとうございます。

私は、事務局の、消防防災課の課長をしております黒見と申します。よろしくお願いたします。

本日、委員長を選出し、委員長に議事の進行をお願いするまでの間、私が進行を務めさせていただきます。

（資料の確認部分省略）

2 委員紹介・定数確認

<事務局（黒見消防防災課長）>

委員の皆様方をご紹介させていただくその前に、この度のワーキンググループの委員構成についてご説明させていただきます。委員の構成については、本ワーキンググループの協議内容を考慮し、現在の傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準の6ページを開いていただきまして、④-1脳血管障害<t-PA適応疑い（可能性）>の時間外の区分に入っている医療機関から脳卒中専門医の方、また、東部圏域については一次脳卒中センターではない3病院が入っていることから、救急に関するご意見も必要と考え、鳥取市立病院、鳥取赤十字病院及び鳥取生協病院から東部地区メディカルコントロール協議会委員の方にお声掛けをさせていただいたものです。

本来ですと、お一方ずつ、お名前をご紹介させていただくところですが、お時間の都合もありますので、資料の委員名簿を持ちまして、ご紹介に代えさせていただきます。

また、事務局を務めさせていただく職員も名簿のとおりでございます。何卒よろしくお願いたします。

続きまして、定足数の確認をさせていただきます。

このワーキンググループは、本協議会の運営要領第4条第1項の規定により組織する専門委員会に基づくもので、6月26日に開催されております令和6年度第1回傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準に係る専門委員会の下部組織として位置付けております。

本日の会議は、委員15名中15名のご出席をいただいておりますので、鳥取県救急搬送

高度化推進協議会運営要領の規定に基づき会議が成立しておりますことを報告します。

また、本日の議事録ですが、委員のみなさまにご確認いただきまして、ご確認いただいたものを県の公式ホームページに掲載させていただきますので、ご承知くださいますようお願いいたします。

3 委員長選出・委員長挨拶

<事務局（黒見消防防災課長）>

本ワーキンググループに関する傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準にかかる専門委員会の委員長であります鳥取大学医学部附属病院の上田委員長に本ワーキンググループの進行をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

（委員からの異議なし）

ご異議等ないようですので、上田委員長にこのワーキンググループの進行の方を務めていただきたいと存じます。

ご挨拶と議事の進行をお願いいたします。上田先生、よろしく願いいたします。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

鳥取大学医学部附属病院高度救命救急センターの上田です。よろしく願いいたします。

お忙しい中お集まりいただきありがとうございます。脳卒中の搬送に対して有意義かつ建設的なご意見をいただければと思います。よろしく願いいたします。

早速ですが、協議事項に入りたいと思います。

協議事項1、脳卒中が疑われる傷病者に対する身体観察について<分類基準及び観察基準の見直し>について、事務局の方から説明をお願いします。

4 協議事項

(1) 脳卒中が疑われる傷病者に対する身体観察について<分類基準及び観察基準の見直し>

<事務局（谷岡消防防災課係長）>

【資料1】から、本ワーキンググループ会議の趣旨・目的について説明します。

今年度、鳥取県救急搬送高度化推進協議会では「傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準」の見直しについて協議することを今年度始めに決定しました。そして、本年6月26日に開催しました令和6年第1回「傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準に係る専門委員会」において、委員の方から脳卒中に関する実施基準について4点のご意見、追加協議のご提案をいただきました。これら4点について、本ワーキンググループで協議をお願いいたします。

次に、専門委員会で提案のあった4つの事項についてご説明します。

まず1つ目は、用語の統一についてです。現行の実施基準に記載のある「脳血管疾患」、「脳

血管症障害」、「脳卒中」という用語を「脳卒中」に統一してはどうかと提案をいただきました。対応案としては、提案のとおり「脳卒中」に統一と考えています。

2つ目は、「分類基準」についてです。

現行の脳卒中に関する分類基準では、④脳血管障害を④-1 < t-PA適応（可能性） > と④-2 < その他 > に分けております。提案では、患者の予後を考慮すると、主幹動脈閉塞（LVO）の患者を早く見つけ、適切に血栓回収を行えるかどうかことが重要であり、まずは確実に血栓回収療法の適応を見つけれられるかどうかに起点を置くやり方が必要ではないかと考え、分類基準を「血栓回収療法の適応の可能性があるもの」と「その他の脳卒中疑い」という分類に変更してはどうかという提案です。

その対応案については、そのとおりに変更することを提案します。実施基準に反映しますと、【資料1-1】に示す通りです。左側に改正案、右側に現行の基準を記載した資料としてあります。【資料1-1】2ページ目の「分類基準に基づく医療機関のリスト」の方には、④-2 < 脳卒中（その他） > については、医療機関リストに※1としてPSCと言われる一次脳卒中センターの記載を追加しています。これにつきましては、次に説明します観察基準の見直しにより、④-2 < 脳卒中（その他） > に分類されてもt-PA適応を考慮した判断を追加する案を考えていますので注釈を追加したものです。

3つ目は、「搬送先医療機関リストの更新頻度」についてです。

搬送先医療機関リストについては、人的資源やマンパワーの問題が大きく、年々医療機関での体制も変わるものでもあります。リストの見直しについては、4、5年に1回ではなく、毎年確実に更新するべきではないかという提案です。

対応案については、令和5年度も更新し、毎年更新を今後も継続して行うことを提案します。

4つ目は、「観察基準」についてです。

【参考資料1】で添付しています令和5年3月の消防庁通知で、主幹動脈閉塞に伴う脳卒中を予測する観察項目としてLVOスケールという6つの観察項目が提案されています。専門委員会では、本県の実施基準の観察基準についても見直しを検討し、新しい観察項目に変更してはどうかと提案がありました。

また、このLVOスケールの観察6項目のうち何項目が陽性的の場合、血栓回収療法適応の病院に搬送するかどうか検討が必要であり、専門委員会では2項目ではなく3項目以上陽性とする事でオーバートリアージも減っていくというご意見もありました。

このご意見に対する対応案としては、【資料1-2】をご確認ください。【資料1-2】の右側に改正前、左側に改正案として示すような観察フローを案として作成しています。左の改正案のフローを説明しますと、上の「①救急疾患 観察基準 脳卒中スクリーニング」では、別に定めている総合的な観察を行い、ここに振り分けられたものがここに至るということになっております。この脳卒中の観察基準に至る前に、CPSSの3項目の観察、突然の

激しい頭痛の観察でチェックが入ったものがこの脳卒中の観察基準に至ります。

この観察基準に至ったものは、まずは発症12時間以内かどうかを観察することとしております。これも専門委員会で血栓回収療法の適応を考える上で概ね12時間を目安にしてはどうかとの意見がありましたので加えております。12時間以内の発症であれば、矢印下に向かい、新たな観察項目であるLVOスケールの観察に進み、該当数が3項目以上であれば医療機関リスト④—1<血栓回収療法適応>の医療機関リストから病院を選定することになります。該当数が2項目以下であっても、発症から4.5時間以内であればt-PA適応を考慮し、PSCと言われる一次脳卒中センターを優先する病院選定としています。左下に注釈1、2を記載していますが、総合的に判断することも記載しています。

協議事項の説明は以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

まず、【資料1】の脳卒中が疑われる傷病者に対する身体観察について、4つの意見の中の対応案として「脳血管障害」等の名称を「脳卒中」に統一する。これについてご意見ある方はいらっしゃいますでしょうか。

（委員からの異議なし）

なければ、「脳卒中」で統一させていただきたいと思います。

そして2つ目、以前であれば脳血管障害の分類基準が提言されていませんでしたが、「血栓回収療法の適応がある可能性のあるもの」と「その他の脳卒中疑い」という分け方に変更するというように考えております。

この案について、不都合があるなどご意見がございますでしょうか。

坂本先生（鳥取大学医学部附属病院）、ご意見ありありますでしょうか。

<坂本委員（鳥取大学医学部附属病院）>

特に問題はないかと思います。t-PAよりはLVOの症例を選定していくことがまず大事だと思いますので、いいのではないかと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

「血栓回収療法の適応」と「その他の脳卒中疑い」という分類基準に変更するということでよろしいですね。

（委員からの異議なし）

では、この対応案としていきたいと思います。

3つ目、搬送先の医療機関リストに関しては毎年更新を行っていく予定にしております。

そして4つ目ですが、これは非常に大切なことであり、主幹動脈閉塞を見つけるためにLVOスケールを使用して、そのうち何項目を陽性にするかという話が以前にありましたが、3項目陽性くらいが妥当ではないかという意見がありこのようにさせていただいてますが、まずこの観察6項目のLVOスケールを使うことと、そのうち3項目を満たしたも

のを陽性として主幹動脈閉塞の疑いが高いと判断するという定義付けに関して、異論や反対など意見がございますでしょうか。

<齋藤委員（鳥取生協病院）>

この場合は、特に失語があるかないかが入っているんですが、これは左側の閉塞をまず念頭に入れてあると思いますが、右側の広範な梗塞の場合、特に主幹動脈が閉塞した時にはそういったことは答えることは難しいのは右側でも答えにくく、意識障害という症状が大きいとは思いますが、そこには意識障害は入っていないでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

この6項目をチェックする前にC P S Sの観察がありますので、そこでまず観察されて、それに該当したものがこちらの観察項目に至るという形になります。

<齋藤委員（鳥取生協病院）>

了解しました。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

陽性の判断は6項目中3項目でよろしいでしょうか。

特に血栓回収療法を行っておられる、鳥取県立中央病院の田渕先生よろしいでしょうか。

（田渕委員（鳥取県立中央病院）からの了解サインを画面で確認）

山陰労災病院様（田邊委員）もよろしいでしょうか。

（田邊委員（山陰労災病院）からの了解サインを画面で確認）

分かりました。ありがとうございます。

野島病院様（竹内委員）いかがでしょうか。

<竹内委員（野島病院）>

大丈夫です。いいのではないのでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

そうしますと、【資料1】の内容については先ほど言った内容で、この実施基準に落とし込むようにさせていただきたいと思います。

続きまして、【資料1-1】をご覧くださいませでしょうか。内容は重複しますが、【資料1-1】の1枚目では、「脳血管障害」を「脳卒中」で統一するということと、脳卒中を「血栓回収療法の適応」とそれ以外の「その他の脳卒中」という分類にさせていただくということで進めさせていただこうと思います。

【資料1-1】の2ページ目の分類基準に基づく搬送先医療機関リストは、毎年は更新するようにはしていますが、④-2脳卒中（その他）の西部圏域のところで、※2の「総合的な判断（かかりつけ患者・患者の状態・担当医の標榜科等）により、受入可否を判断。」

という記載がありますが、西部圏域に※2がついている医療機関が多い理由について、西部消防局さんにかご存知でしょうか。

<益田委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

医療機関側が回答していることなので、私からは回答できません。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

分かりました。このような項目を以前から使っているということなのでしょう。この※2のところを、東部の医療機関など、特に追記など必要はないのでしょうか。そのような意見がありましたら、また県の方に連絡していただければと思います。

続きまして、【資料1-2】をご覧ください。脳卒中の観察基準の変更についてです。

これも先ほど話のあったLVOスケールで6項目の中の3項目を満たしたものは医療機関リスト④-1を用いて、PSCを優先にして搬送するという内容に大幅に変更すること。この前に意識障害、CPSで脳卒中を疑うことを満たした傷病者に対してこの観察を行うことになっております。

この【資料1-2】の左側の改正案のフローチャートですが、これでよろしいでしょうか。特にこの観察基準の案で異議がありますでしょうか。

<坂本委員（鳥取大学医学部附属病院）>

異議ではないですが、ここに記載のある「最終発症時間から病院到着までおおむね12時間」という、12時間の根拠について教えていただけますでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

例えば、もっと短いですとか、長い方がいいというご意見がありますか。

<坂本委員（鳥取大学医学部附属病院）>

血栓回収療法の適応として現在は24時間までとなっていると思いますので、24時間でもいいとは思いますが、そうすると、多くの人搬送されてくるのかもしれない、範囲が広がるということは考えられます。そのようなことを考慮して12時間にしているのかなと思います。24時間まで行く方というのは、タイムウィンドウが広い方になってくると思いますので、だからそこは入れなくてもいいという考え方もあるかもしれませんが。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

もちろんこれは、絶対ここに運ばなければいけないという基準ではないんですが、実はこの後に質問しようと思っていることで、全応需することがこの基準で可能かどうかという、そこのところをお聞きしたかったのですが。

田淵先生、いかがでしょうか。12時間、24時間についてご意見ございますか。

<田淵委員（鳥取県立中央病院）>

専門委員会では私が意見を出させていただいてしまして、この12時間というのも正確な根拠は実はありません。坂本先生が言われた通り、厳密に言うと24時間まで適応はあるのですが、さすがに24時間までの傷病者にこのLVOスケールを観察するとなると、救急隊の負担も大きくなりますし、オーバートリアージも出てきますので、1つの目安として、他の血管の専門医の先生にも意見を聞いたのですが、12時間くらいにするのが妥当ではなかろうかと。12という数字は何かエビデンスがあるわけではなく、そのあたりの状況も踏まえた上で12時間くらいにした方がいいのではというところです。

それと、発症から長い時間の人に関しては、最終健常時間が不明な場合も含むというところで担保されてる部分もあるのかと思ひまして、このような意見を出させていただいた次第です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

分かりました。ありがとうございます。例えば、来年度、12時間で運用してみて、やはり24時間の方がいいということであれば、次の年に24時間に変更できると思ひますし、逆に、最初から24時間にして全応需は無理ということで12時間に変更するのも可能だとは思ひますが。いかがでしょうか。

<坂本委員（鳥取大学医学部附属病院）>

12時間でやってみて、様子を見ながら運用でいいのでは。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

そうですね。では、その方向で今お集まりいただいている方のコンセンサスを得たということよろしいでしょうか。

（委員からの異議なし）

ありがとうございます。そうしますと、この協議事項の3つは以上になります。反対がないようでしたら、この改正案の実施基準を来年度から盛り込みたいと思ひますが、よろしいでしょうか。

<田淵委員（鳥取県立中央病院）>

意見よろしいでしょうか。このフローチャート等は概ねいいと思ひますが、搬送先医療機関のリストをなるべく毎年更新するという点に関しては、対応できる施設、それはマンパワーによって変わるものでもありますが、このLVOスケールで血栓回収療法の適応の患者を早期に見極めるわけですので、できれば、学会も言ってるようにいわゆるマザーシップと言ひますか、血栓回収療法ができる体制が整ってるところに最初から搬送するというのが理想的ではないかと思ひます。

したがって、東部、中部、西部でも少し状況が異なり、中部の場合は全く問題ないと思ひますが、東部と西部の場合は実際に血栓回収療法に対応されてないのではないかという施設もこの中に含まれていると思ひます。理想的には、PSCに搬送するというやり方の

方が県の統一ルールとしてはいいのではないかと個人的に思っております。

それと、今回の診療報酬改定もそうですが、こういった救急搬送に関しては、高次医療機関にまずは搬送して、そこで初療や診断をして、そこで高度な治療が必要な場合に関してはそのままそこで入院治療を行う。そして、地域の一般病院で対応可能と思われる中等症、軽症のものに関しては、いわゆる下り搬送というようなことをする。そちらも連携搬送料や地域包括医療病棟の入院料加算ですとか、経済的なインセンティブなどもついて、国の方もそういう方向で考えているようですし、この脳卒中におきましてもなるべくなら血栓回収療法の適応がある患者さんに関してはまずはP S Cに搬送する方がいいのではないかと個人的には思っていますが、色々ご意見があるかと思しますので、議論いただければと思ひまして発言させていただきました。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

確認しますが、例えば、今おっしゃったのは、【資料1-1】の④-1<血栓回収療法適応>のところの東部圏域の時間内と時間外の病院リストがありますが、P S Cではない病院を外すということでしょうか。

<田淵委員（鳥取県立中央病院）>

外すという言い方は語弊があるかもしれませんが、2年前の東部地区メディカルコントロール協議会等でも、実際に血栓回収療法に対応しているかどうかなどの確認を各病院に取るなどしてしまして、一部の病院では血栓回収療法は行っていないと返答されている病院もあるわけですが、血栓回収療法を行っていないと分かっている病院に最初から搬送すると、そこで検査などをしてから血栓回収療法のできる病院に搬送するとなると、時間のロスがあって、それによって患者さんの不利益が生じてしまうというところが危惧されますので、そこがどうなのかと思っているところです。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。ちなみに、【資料1-2】の左側の改正案のところを見ていただいとわかんと思いますが、LVOスケールの観察のところでは3項目を満たすと、この④-1の医療機関リストに搬送するということになっています。それ以下の項目数であれば、発症時間を考慮して④-2の医療機関リスト、ただし、P S Cを優先するという形になっております。

東部の県立中央病院以外の先生方ご意見いかがでしょうか。山代先生（鳥取赤十字病院）、いかがでしょうか。

<山代委員（鳥取赤十字病院）>

田淵先生がおっしゃることは非常によくわかります。私自身が脳卒中に関わっているわけではございませんので、ここで言わせていただけることとしては、今までのt-P A適応疑いという書き方がしてあったものが、今後は血栓回収療法の適応があるなしという形に変更していくのであれば、果たして当院で血栓回収療法適応のものに対応できるかという

と、実際、血栓回収療法はやっておりませんので、事前に当院の担当の神経内科の方に、もしこのように変わるのであれば、④－１の医療機関リストから外れることについて確認を取らせていただきました。田渕先生がおっしゃる通り、適応があるのであれば、その④－１の医療機関リストから外していただいてもいいのではないかと。ただ、④－２のみに残るといって対応はできるのではないかと、神経内科の方は申しておりましたので、この実施基準が変わるといって、PSCに搬送するということは妥当性があると今のお話の中でもよく理解できましたし、私としてもその方がいいのではないかと考えています。

ただ、全応需していただくということになりますと、非常に県立中央病院のご負担が増えるのではないかとすることは懸念としてありますが、そのことについても田渕先生は、以前から頑張ってもらっていただけると伺っているところでしたので、神経内科と話をさせていただいた上で、そのように思っているところです。以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。齋藤先生（鳥取生協病院）、いかがでしょうか。

<齋藤委員（鳥取生協病院）>

鳥取生協病院もマンパワーの関係もあり、やれないことはないのですが夜間対応ができないということもありますので、少なくとも血栓回収の適応になることを判断できるケースは、その対応ができる県立中央病院に送るのが一番よいのではないかと考えています。

全てがうまく判断できるわけではないので、なかなか難しいところがあるかもしれませんが、基本的にはその動きで動いていただければいいのかなと考えています。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

先ほどお話した【資料１－２】の発症時刻から１２時間、１２時間以上又は不明であっても、というこの文言のところを１２時間のままにしたという体で行けば、県立中央病院の田渕先生、全応需は可能でしょうか。

<田渕委員（鳥取県立中央病院）>

基本的には、まず対応していく方向で考えております。ただ、今のままでは、どうしても患者さんがどんどん溜まっていくということになりますので、さっき言ったように新しい仕組みも取り入れて、これは院長先生の方からも、これから地域の病院の方と色々ご相談させていただいて、下り搬送も今後やっていかなければいけないという話にはなっておりますので、可能な限り血栓回収療法のできる体制が整っている病院に搬送した方が患者さんの利益を考えた場合には私はいいいのではないかと考えております。可能な限り我々も頑張りたいと考えておりますので、よろしくお願いします。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

確認しますが、可能な限りということであれば、ここから名前を削除する必要はないか

なと思いますが、削除するというようなご意見があれば全応需をしていただかないと、実施基準を作る場合、非常に不利益が出てきますので、まずそこが確約できるかどうか非常に大事なところだと思います。

例えば、【資料1-2】の左側のところの搬送先医療機関リスト④-1の枠のところ※印をして「PSC優先」というものを入れるか、そこはどのようにお考えでしょうか。

<田淵委員（鳥取県立中央病院）>

当院で今まで血栓回収適応の患者さんがおられた場合に、もちろん人数も限られていまして、鳥取大学医学部附属病院のように24時間365日血栓回収療法ができるということが担保されてる状況ではありませんので、実際に応需できたものは必要なもののうちの9割前後ではないかとは思いますが、どうしてもマンパワー的なことや物理的に他の手術などで人手が足りないなど、どうしても対応できないことは現実的に現時点であります。

そのような場合は、例えば同じPSC間での搬送、例えば厚生病院、野島病院、あるいは鳥取大学医学部附属病院に転送させていただくというような手段を取らざるを得ないと思いますが、そういう意味での全応需ということでは不十分でしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

それは、夜間でも厚生病院や鳥取大学医学部附属病院に送るということでしょうか。

<田淵委員（鳥取県立中央病院）>

どうしても対応できないような場合に、現時点ではどうしてもまだそういう状況がありますので、あくまで100パーセントでなければ絶対だめと言われるのであれば、それ以上は私も言いようがありません。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

夜間はヘリも飛びませんので、鳥取大学医学部附属病院にとっては時間が全てですので、そこは陸路で鳥取から米子に運ぶメリットが逆にあるのかなという気もします。

坂本先生この点について何かご意見ありますでしょうか。

<坂本委員（鳥取大学医学部附属病院）>

おそらく陸路だと時間的には全然だめだと思います。ヘリであれば、昼間であれば大丈夫だと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

全応需が難しいのであれば、ある程度遊びを持たせておくことは必要なのかなとは思いますが。もちろん原則ファーストは県立中央病院という形で、④-1の下にPSC優先という文言を追記して、例えば、発症から12時間ということをやってみて、1年間全応需できたら完全にそのように移行するということがいかがでしょうか。

<田淵委員（鳥取県立中央病院）>

そうですね、実際にやってみて、検証するということは必要かと思います。先生がおっしゃる通りだと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。他にご意見ございますでしょうか。西部、中部からもご意見ございましたら、例えば、この実施基準はこの地域で使いにくいなどあれば言っていただきたいと思います。もちろんこれはいつでも年に1回モディファイして、消防、医療機関、市民にとって1番ベストな方法を作っていくということが大事ですので、そういうご意見をいただければと思います。ないようであれば、一度これでまた少し修正していただいた案をまた皆さんで確認していただいて、また周知するという形にさせていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

（委員からの異議なし）

では、そのように進めます。それでは、私の方から事務局の方にお返しいたします。よろしくをお願いします。

<事務局（黒見消防防災課長）>

上田委員長、大変ありがとうございました。先ほど上田委員長からもお話がありましたが、皆様からお話をいただいた件、修正案を作りまして、また事務局の方から委員の皆様を送らせていただいて確認をしていただくという方向で進めさせていただきたいと思えます。それで確認いただきましたら、専門委員会の方にその案を挙げさせていただいて、変更の方に進めさせていただくという流れになるかと思えます。

5 閉会

<事務局（黒見消防防災課長）>

本日は長時間にわたりまして、誠にありがとうございました。

以上をもちまして、令和6年度第1回「傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準」『脳卒中』の分類基準及び観察基準に係るワーキンググループを終了させていただきたいと思えます。本日は大変ありがとうございました。