

令和 6 年度 第 1 回

救急医療対策協議会

会 議 録

令和 6 年 9 月 1 2 日

東京都保健医療局

(午後 6時00分 開会)

○江口課長 定刻となりましたので、ただいまから令和6年度第1回救急医療対策協議会を開催させていただきます。

本日はお忙しい中、ご出席をいただきまして誠にありがとうございます。

私は、保健医療局医療政策部救急災害医療課長の江口と申します。議事に入りますまでの間、進行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。

本日はWeb会議とさせていただいておりますので、ご発言の際にはお名前をおっしゃっていただきますようお願いいたします。また、ご発言のないときには、ハウリング防止のためにマイクはミュートの状態にして会議にご出席いただきますよう、よろしくお願いいたします。

それでは、開会に当たりまして、新倉医療政策部長よりご挨拶を申し上げます。

○新倉部長 保健医療局医療政策部長の新倉でございます。

皆さん、こんばんは。日頃から先生方におかれましては、都の保健医療、福祉施策に多大なるご理解、ご協力をいただきまして、誠にありがとうございます。また、本日、ご多忙の中、会議に出席いただきまして、誠にありがとうございます。

ご案内のとおり、新型コロナが5類に移行をしてから1年以上経過をしておりますが、救急医療に関して申し上げますと、東京ルール事案、これは直近でも7日間平均で1日当たり60件を超えるような件数がまだ続いている状況でございます。あわせて、救急搬送件数についても令和5年は77万件を超え、過去最多を更新している状況となっております。

そういった意味で東京ルール事案も件数もコロナ禍前の水準というところには全く戻らない状況であるというところでございます。こうした状況に鑑みまして、昨年12月に当協議会の下に救急医療体制検討小委員会を設置いたしまして、本日もご出席いただいております横田先生や新井先生にもご参画いただき、4回開催した小委員会で分析であるとか、また議論、これを今回報告書としておまとめいただいたところでございます。

今後ともこちらの報告書などを踏まえて、関係機関の皆様と連携を図りながら、いつでも、どこでも誰でもその症状に応じた適切な医療を迅速に受けられる救急医療体制の構築整備に取り組んでまいりたい所存でございます。

本日、Web会議という形での開催になりまして限られた時間ではございますが、皆様の貴重なご意見を賜りますようお願い申し上げまして、簡単ではございますが私からの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。

○江口課長 それでは、続きまして、本日の配布資料についてですが、次第に記載をさせていただいているとおりでございます。事務局のほうで確認しておりますが、万一、不足等ございましたら議事の途中でも結構ですので事務局にお知らせいただければと思います。

続きまして、委員のご紹介です。

次第を1枚おめくりいただきまして、資料1－1をご覧ください。本日は委員改選後、第1回目の協議会となっております。引き続きご就任いただいている委員も多数おられますので、時間の都合上、名簿の内容で代えさせていただきたいと思います。昨年度から変更のあった委員のみご紹介とさせていただきます。

まずは、東京都地域福祉団体連盟副会長の黒崎委員でございます。

○黒崎委員 よろしく申し上げます。

○江口課長 続きまして、日本大学医学部附属板橋病院救命救急センター科長の山口委員でございます。

○山口委員 山口順子です。よろしく申し上げます。

○江口課長 ありがとうございます。

続きまして、青梅市健康福祉部長の杉山委員でございます

○杉山委員 杉山でございます。よろしく願いいたします。

○江口課長 ありがとうございます。

続きまして、警視庁交通部交通総務課長の砂田委員でございます。本日は、代理で交通総務課渉外広報係伊藤様にご出席をいただいております。

続きまして、東京消防庁救急部長の伊勢村委員でございます。

○伊勢村委員 伊勢村でございます。よろしく願いいたします。

○江口課長 ありがとうございます。

続いて、代理出席のご紹介となります。日本赤十字社東京都支部事務局長矢部委員の代理として、事業部救護課長本多様にご出席をいただいております。

○本多様(矢部委員代理) 本多と申します。よろしく願いいたします。

○江口課長 ありがとうございます。

なお、本日、ご都合により出席ができない委員としまして、東京都社会福祉協議会の田中委員、東京都国民健康保険団体連合会の桃原委員、東京都歯科医師会の寺田委員、島しょ保健所長の田口委員につきましては、事前にご連絡をいただいております。

続きまして、会議の公開についてご説明をさせていただきます。

資料1－2、救急医療対策協議会要綱をご覧ください。

要綱の第9に基づきまして、当会議は、会議に関する資料、会議録等が公開になっておりますが、委員の発議によりまして、出席委員の過半数で議決したときには、会議または会議録等を公開しないことができるとされております。本日の会議につきましては、公開する形で進めさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○江口課長 ありがとうございます。それでは、公開という形で進めさせていただきます。

なお、本日の会議はおおむね1時間30分を予定しております。

続きまして、会長の選出を行っていただきます。

救急医療対策協議会要綱第5の規定に基づきまして、委員の互選により選任をお願い

したいと思いますが、どなたかご発言等ありますでしょうか。

○新井委員 東京都医師会の新井です。私から会長の推薦をさせていただきたいと思います。

救急医療の分野で大変造詣が深く、前期においても会長を務めていただきました横田先生に会長をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○江口課長 新井委員、ありがとうございます。

ただいま横田委員の推薦のご提案がございましたが、委員の皆様、いかがでしょうか。

(異議なし)

○江口課長 ありがとうございます。

それでは、横田委員に会長をお願いしたいと思います。横田会長、一言ご挨拶をお願いできればと思います。

○横田会長 委員の皆さん、ご推薦いただきまして、ありがとうございました。また新井先生、ご推薦をいただきありがとうございます。

日本体育大学大学院の横田でございます。前期に引き続きまして、この救急医療対策協議会会長ということで、その重責を果たしてまいりたいというふうに思います。

先ほど新倉部長からお話のあったように、東京都のこの救急医療、特に救急車の要請件数というのが、令和5年で言いますと77万件。さらに今年は増えているというふうな状況。

それから、新型コロナウイルス感染拡大が落ち着いたとはいっても、コロナ前は東京ルールが一番少ないときには、たしか1日平均で20件を下回るというふうな状況が続いていたかと思うんですが、現在は先ほどお話ししたように60件を1日平均で超えている。直近のデータだと、たしか60.3件というのが、昨日の1週間の7日間平均だったと思うんですけども、そのような課題がたくさんございます。

そういう中で、この救急医療をいつでも、どこでも、誰でもが利用できるような、しっかりとした体制をつくっていかなくてはいけないというふうな使命を担ったこの協議会でございますので、どうか皆さんのお力を拝借して、また進めてまいりたいと思います。どうかよろしくお願いいたします。

○江口課長 ありがとうございました。

それでは、以降の進行につきましては、横田会長のほうにお任せします。どうぞよろしくお願いいたします。

○横田会長 それでは、早速議事に入りたいと思います。

今回の審議事項であります「救急医療体制検討小委員会の報告について」ということで事務局から説明をお願いします。

これは先ほど新倉部長からお話があったとおり、この協議会で問題になった、なかなか新型コロナウイルスの感染が落ち着いていても救急医療の逼迫、特に東京ルールが減らない、あるいは二次救急医療機関、三次救急医療機関の応需率がなかなかコロナ前に

戻らないというふうな、そんな課題の中で、この小委員会でその原因だとか、その対策について検討をしてみいました。

今回はその報告について、事務局から説明をお願いしたいと思います。

それでは、よろしくお願いします。

○馬場統括課長代理 皆さん、聞こえておりますでしょうか。医療政策部救急災害医療課の馬場と申します。

先ほども横田会長からも経緯のご説明をいただきましたが、改めて、この小委員会の設置の経緯をご説明させていただきます。

まず、資料2の3ページ目、「はじめに」をお開きいただければと思います。

こちらでは、東京都の救急医療体制の整備、特に入院治療を必要とする中等症や重症の患者に対する救急医療の体制整備の計画を記載してございます。上から四つ目のパラグラフからご覧いただければと思いますが、いわゆる東京ルール事案と呼んでおります、搬送先選定困難事案は、平成24年以降減少を続けておりましたが、平成30年からは増加に転じ、さらに新型コロナの影響によりまして、令和2年以降大きく増加をしておりました。

その後、新型コロナが、昨年5月には感染症法上の5類へと類型変更され、社会活動は正常化しつつありますが、東京ルール事案の件数は、いまだ高止まりしており、救急医療への影響が継続しておりました。

こうした状況を踏まえ、昨年12月に救急医療対策協議会の下に救急医療体制検討小委員会を設置いたしました。小委員会では、東京ルールをはじめといたしまして、コロナ以降の二次救急医療体制について検討を進め、報告書としてまとめていただいたところでございます。

それでは、続いて資料2-1をご覧ください。こちらは報告書の大まかな内容としてまとめたものとなっております。

まず、報告書は、資料上段の「コロナ禍以降の救急医療体制の現状」と、下段の「対策の方向性」の二つで構成をされております。対策の方向性では、「東京ルールを減らすための対策」と「東京ルールになった事案を迅速に収容先決定するための対策」に切り分けて対策を検討しております。

それでは、申し訳ございません。報告書の本編の内容について、私からはかいつまんでご説明をさせていただきます。資料2のほうの報告書にお戻りください。

まず、資料1ページの下段のところをご覧くださいますと、東京ルールの件数は、コロナ禍以前は年に1万4,000件程度であったものから7,000件程度にまで減少をしておりました。

2ページの中段の東京ルール件数の推移の表をご覧くださいますと、令和元年が9,000件程度だったものが、令和4年には5万件を超え、令和5年でも4万5,000件となっております。

3 ページの日別の東京ルール件数の推移をご覧くださいますと、コロナの感染の波に影響を受けながら東京ルール件数も増減を繰り返してきましたが、3 ページの一番上のパラグラフにもありますとおり谷間の時期においても東京ルールの件数は日に70 件程度を下限に下がらなくなっておりました。

続いて、4 ページをご覧ください。

2 の現状とコロナ禍以前の状況との比較、こちらでは、まず傷病者の性質の観点から、コロナ禍以前と令和5 年の救急医療に係るデータを比較し、具体的にどのような性質を持った傷病者が収容先医療機関の決定がしにくくなっているかの検討を行ったものが、5 ページから7 ページまで続いております。

4 ページの丸の二つ目になりますが、検討に当たりましては、中・長期的な検討を行う観点から、新型コロナの影響を除くため、新型コロナの感染者自体が多くない時期とコロナ禍以前とを比較することが有効として、令和4 年12 月と令和5 年8 月から9 月にかけての感染拡大に伴う東京ルールの増加期を除いた令和5 年の救急要請に関するデータを令和元年との比較対象としております。

5 ページをご覧くださいまして、こちらでは、令和元年と令和5 年とを比較しまして、救急隊が病院を選定した際の診療を科目別に収容先医療機関の決定までの医療機関への連絡回数を調べたものとなっております。

下のグラフをご覧くださいますと、棒グラフは選定科目を横軸に取り、令和元年の1 日当たりの搬送人員を濃いオレンジ色、令和5 年の1 日当たりの搬送人員をオレンジ色、先ほどの濃いオレンジ色、こちらは薄いオレンジ色で表しております。また、四角、丸、三角の記号で表示しているものは、医療機関決定までの平均連絡回数を令和5 年と令和元年に比べ、令和5 年にはどれだけ増えているか、選定科目別にプロットしたものになっております。分かりにくいかもしれませんが、赤い四角がコロナの増加期での決定までの平均連絡回数の増を表し、オレンジ色の丸が通年での決定までの平均連絡回数の増、青色の三角がコロナ増加期以外での決定までの平均連絡回数の増を表しております。

こちらの分析は5 ページ上段にまとめております。1 点目は、令和5 年と令和元年とを比べると、いずれの選定科目でも決定までの連絡回数が増加をしておりました。2 点目でございますが、特に令和5 年の増加期と令和元年とを比べると、呼吸器内科と消化器内科で決定までの連絡回数が大きく増加をしておりましたが、その一方で、増加期を除いた状況では、青色の三角印をご覧くださいいただければと思いますが、決定までの連絡回数の増加量は選定科目によって大きな差はなかったなどとしてございます。

以上のまとめとしまして、現状は選定科目にかかわらず、同程度に医療機関が決定しにくくなっているとしておりました。

ページをおめくりいただきまして、6 ページをご覧ください。

こちらでは、令和元年と令和5 年度を比較し、傷病者の年齢別に決定までの連絡回数

を調べたものとなっております。詳しい説明、こちらは説明を省略させていただきますが、6ページ中段に記載がありますとおり、現状は傷病者の年齢にかかわらず同程度に医療機関が決定しにくくなっていたという状況です。

続いて、7ページをご覧ください。

こちらは、令和元年と令和5年を比較し、傷病者の初診時傷病名別に決定までの連絡回数を調べております。こちらでも詳しい説明は省略させていただきますが、7ページ中段に記載のとおり、現状は傷病者の初診時傷病名にかかわらず、同程度に医療機関が決定しにくくなっております。

まとめですが、7ページの一番下にありますが、以上の三つの分析の結果から、令和5年と令和元年とを比べますと、傷病者の性質にかかわらず、全ての救急搬送で同程度に収容先が決まりにくくなっていることが分かったとしてございます。

それでは、続いて8ページをご覧ください。

ここからは医療機関側の観点からということで、コロナ禍以前の令和元年と令和5年の救急医療に係るデータを比較し、どのような医療機関で救急患者の受入実績が下落しているのか、検討を行いました。8ページの中ほどの表をご覧くださいと思いますが、1,000床以上の施設が6施設ございますが、令和5年の受入数が3万4,665、令和元年からは7,320の減少となっております。800床から999床の施設では652件の減少などとなっております。医療機関の病床規模別に見まして、規模の大きな施設のほうが受入件数が減少している傾向もございました。これは、規模の大きな医療機関のほうが職員数が多く、設備も多岐にわたるため、新型コロナが発生した際に柔軟な運用の変更がしにくかったことが理由と考えられました。

一方で、都内の救急医療機関全体を見ますと、令和5年の救急受入件数は令和元年を上回っており、個別の医療機関を見ましても、過半数の医療機関で、令和5年は令和元年よりも救急の受入件数が増加をしておりました。

続いて、9ページをご覧くださいまして、受入件数のほうは増加をしておりましたが、搬送件数が増えたことにより、応需率の推移の表のとおり、都内の救急医療機関全体の応需率は大きく低下をしておりました。

中段辺りをご覧くださいまして、受入件数が増加をしているにもかかわらず、応需率が低下をしている理由ですが、新型コロナが令和5年5月に感染症法上の5類感染症へ類型変更され、社会活動が正常化しつつあるものの、医療機関に入院している患者は基礎疾患を有するなど、重症化リスクが高い方が多く、また院内クラスターが発生した際には病棟を閉鎖するなどの対応を取らざるを得ず、経営的にも大きな打撃となるため、医療機関では依然として新型コロナが院内に持ち込まれることを強く警戒しているとのことをご意見をいただいております。

また、院内へ持ち込ませないために、新型コロナの検査等により、患者1人当たりの診療時間が長時間化していることや、施設内での発熱患者の動線分離を行うことなどに

より、医療機関のキャパシティが制限をされておりました。

一方で、医療機関からは、看護師の確保が難しくなったという声も多く上がっております。

このような状況下で、令和5年の救急出動件数は過去最大となったため、医療機関で受け入れた件数が同じであっても、応需可能な時間帯が相対的に少なくなり、応需率は低下したと考えられました。

以上のように、新型コロナにより、潜在的には依然として医療機関への影響が継続しており、その結果として応需率が低下し、東京ルールが高止まりしていると考えられると結論づけております。

それでは、10ページをご覧ください。

ここからは対策の方向性になります。対策の方向性については、冒頭の概要でもご説明のとおり「東京ルールを減らすための対策」と「東京ルールになった事案を迅速に収容先決定するための対策」の二つに分けて対策を検討しております。

まず、東京ルールを減らすための対策に向けて、現状については繰り返しになりますが、患者1人当たりの診療時間の長時間化や、施設内での発熱患者の動線分離などの感染対策に加え、介助等が必要な高齢者の搬送が増えている半面、看護師の確保が難しくなっているなど医療機関において、構造的な制約が生じ、救急医療体制は厳しくなっております。

これに対する方向性については、新たに生じた解消の困難な制約がございますが、その中で、医療機関等における時間短縮を図るとともに、人材確保の厳しい休日夜間帯の救急外来におけるマンパワーの強化を促し、東京ルール件数の押し下げを図るとしております。

次に、東京ルールになった事案を迅速に収容先決定するための対策に向けた現状については、東京ルール件数が大幅に増加した結果、地域救急医療センターでの東京ルール事案受入件数が増加をしているものの、それ以上に地域救急医療センターへの受入要請件数が増加したために、東京ルール全体に占める地域救急医療センターでの受入率は大きく低下をしております。また、地域救急医療センターで東京ルール事案を一時受入れたとしても、転送先が見つからず、その結果、次の受入れが滞るケースが多発をしております。

これに対する方向性については、地域救急医療センターへの支援策及び都の東京ルール事案転送先選定機能を強化することで、本来の東京ルールの機能を取り戻すとしております。

11ページからは、対策等をより具体的に紹介をさせていただきます。

まず、東京ルールを減らすための対策の一つ目ですが、傷病者の既往歴等の迅速かつ正確な把握としまして、ページ下段の四角囲みにございますように、現在、国におきまして、マイナンバーカードを活用したシステムにより、救急隊が傷病者の情報を正確か



つ早期に把握することで、救急活動の迅速化、円滑化への期待を挙げております。

ただ、総務省消防庁が令和4年に実施した実証実験では、救急隊の平均現場滞在時間が延伸をしており、また、全出動件数のうち、システムを用いてデータ閲覧に至った事案は2.6%にとどまっております。また、令和6年度にも実証実験が行われておりますが、実用化に当たっては運用方法等の改善や機器の改良等が行われる必要があることに留意が必要などとなっております。

続いて、12ページをご覧ください。

二つ目の対策でございますが、受入可能な医療機関の的確な入力としまして、現在都内の救急告示医療機関に配置をされている病院端末ですが、救急隊はこの病院端末に、医療機関が診療科目ごと等に入力している、診療情報の診療可能を表す丸や、不可を表すバツを参照し、丸の医療機関に受入要請を行っております。この表示がコロナ禍以降、丸であるにもかかわらず、収容不可の回数が増加している状況でございます。

対策の方向性ですが、こちらはごく地道な取組となりますが、東京都保健医療局と東京消防庁からリアルタイムの入力を医療機関に引き続き依頼をし、診療情報が丸であれば原則受けるというルール徹底を図ることとなっております。

続いて、13ページをご覧ください。

三つ目の対策は、救急隊、医療機関間の連絡時間の短縮としております。東京ルールでは、救急隊と医療機関の間での1回当たりの搬送連絡時間を4分として想定しております。これは東京ルール開始前、平成19年になりますが、このときの5医療機関に連絡した事案の連絡時間中央値が20分だったことから設定したものでした。しかし、搬送連絡時間は、令和元年は1回当たり5.1分で、令和5年は1回当たり5.8分と長時間化をしており、コロナ禍を経て、特に顕著に伸びております。また、1回当たりの連絡時間別の医療機関数の表のとおり、医療機関ごとに大きな差が生じている状況です。

14ページをご覧ください。

こうした状況は新型コロナが出現し、感染防止のために医療機関が救急隊へワクチン接種歴、新型コロナの罹患歴などを聴取するようになったためだと考えられ、救急隊が聴取される事項は医療機関によって差がある状況です。

対策の方向性としては、医療機関から救急隊への傷病者に関する聴取事項について、関係機関等で再整理を行った上で医療機関へ周知し、その聴取事項に沿って救急隊との迅速な連絡を行うよう期待することなどを挙げております。

続いて、15ページをご覧ください。

四つ目は、休日・全夜間帯における受入体制の支援としております。コロナ禍以前から、高齢化に伴い、救急搬送人員は増加を続けており、令和2年から令和3年は大きく減少したものの、令和5年には救急搬送人員は過去最大となりました。特に高齢者の救急搬送が増加をしており、東京ルールに占める高齢者の割合も増加をしております。また、医療機関は人材確保に苦慮している状況です。

対策の方向性としましては、救急外来における介助に加え、救急隊との連絡等の役割を担うものとして、救急医療機関への救急救命士または看護補助者の配置が効果的であるなどとしております。

続いて、16ページからでございます。

こちら東京ルールになった事案を迅速に収容先決定するための対策になります。まず、こちらの一つ目は、東京ルールの受入れを促進するための受入体制の支援としまして、先ほども確認したとおり、平成30年以降、東京ルール件数は増加をしておりますが、さらにその半数以上が介助等の対応に人員を要することの多い高齢者となっております。その一方で、地域救急医療センターの救急外来では、看護師等の十分な確保が困難となっており、そうした状況においては、特に高齢者の応需が難しく、東京ルール事案を受けることができないとのご意見でした。

対策の方向性でございますが、救急外来における介助に加え、救急隊との連絡等の役割を担うものとして、地域救急医療センターへの救急救命士または看護補助者の配置が効果的などとしてございます。

続いて、18ページをご覧ください。

最後になりますが、地域救急医療センターでの一時受入れ後の転送先選定機能の強化となっております。地域救急医療センターで受入れされた東京ルール事案で、診療の結果、入院が必要だと判明したものの、当該地域救急医療センターがベッド満床等の理由で入院ができない場合は、地域救急医療センターと救急患者受入コーディネーターがその転送先を選定しております。コロナ禍以降の東京ルール増加に伴い、コーディネーターへの転送依頼も増加しており、選定が追いつかず、結果として地域救急医療センターに転送待ちの患者が滞留し、次の受入れができないなどといった状況が生じております。

こちらは19ページをご覧くださいと思いますが、対策の方向性としまして、東京ルールの仕組みを守るために、救急患者受入コーディネーターの転送先選定機能の強化が必要であることから、デジタル技術を活用した効率的なコーディネーターと医療機関間の情報共有なども含め、現場の状況に即した方法で行うことが望まれるなどとしてございます。

報告書のほうの説明は以上でございますが、救急医療の今後に向けて大きく影響すると思われます、今後の高齢者の増加に関しまして、東京都の将来推計人口を参考資料としておつけをしておりますので、こちらもご参照いただければと思います。

私からの説明は以上です。

○横田会長 説明をどうもありがとうございました。

この救急医療対策協議会の救急医療体制検討小委員会の報告を一気にお話をいただきました。資料の2-1にその要旨がまとめて書かれているんですけども、この小委員会で検討したのは、まず新型コロナウイルス感染の後のこの救急医療体制の現状というふうなところ、それから、それを踏まえてその対策はどのようにするかというふうな議

論でこの報告書をまとめたわけでございます。

今、説明いただきましたけれども、委員の皆さんから何かコメント、質問があったらお受けしたいと思います、いかがでしょうか。

新井先生、私と一緒にこの小委員会で議論していただいたんですが、先生のほうから何か追加のコメント、説明ありますでしょうか。

○新井委員 大体、事務局が今、説明していただいたような現状の分析をまず行って、どうして東京ルール事案が減らないのかという、その内容を調べてみましたけれども、年齢とか、その傷病とか、そういったことを分類してみてもあまり特徴的なものがなくて、結局は分母が増えているのが大きな原因なのかなと。そして、受入れの医療機関が感染対策ということと人材不足でということが現状だろうというふうに皆さんで検討しました。

その上で、東京ルールを減らすための対策と、それから、もう一つは収容先を決定するための対策という形でいろいろ対策を検討したんですけど、いろいろデジタルを使ってということもいろいろ意見が出たんですけど、まだ発展途上のところもありましていろいろ改善しなければいけないところもあると思うんですが、取りあえず今日発表をしたような内容で、少しずつは改善しながらでも対策を立てようと、そういう話がまとまったということです。

○横田会長 どうもありがとうございます。

今、事務局からの説明、それから新井先生からの補足の説明のとおりでございます。現状の分析としては、これ分析して分かったんですけども、小児科と産科以外は感染が拡大しているときでも、感染が落ち着いているときでも、ほぼ同じような傾向でなかなか選定が難しいということ。それは傷病者、患者さんの年齢だとか診療科だとか、それから症状によらず選定が難しいということが明らかになったわけです。例外で今お話ししたように小児科と産科があるということ。

それから、この8ページ、600床以下の医療機関が非常に頑張って救急車を受け入れている一方で、大病院、大学病院や大規模な総合病院が中心だと思うんですが、600床以上の病院では、むしろその受入れの救急車で来院する患者数が減っていると。これも非常に意外でした。その理由は、ここの報告書に書かれているとおりだと思うんですけども、救急の患者さんを受け入れている数は上昇しているけれども、応需率が低下しているということは、同じ医療機関で同時に受け入れられるそのキャパシティというのが感染の確認、PCRや、あるいは抗原検査で時間を要するということで、一度期に今まで3台の救急車を受け入れられているというふうな実情があった一方、現状ではこれいまだに続いていると思うんですが、救急車で来院する患者さんが感染の確認が取れるまで2台目の救急車が取れないというのが現状で応需率が下がっているというふうなことが分かったわけでございます。

それを踏まえて、この対策を報告書として書かせていただいたということであります。

何か質問。坂本先生、手が挙がっていますね。はい、お願いします。

○坂本委員 坂本です。聞こえますでしょうか。坂本です。

○事務局 聞こえています。

○坂本委員 今の８ページの、特に８００床以上の病院で救急車の応需が減ったということに関しての理由、横田先生がおっしゃるとおりだとは思いますが、もう一つはこの８００床以上のところというのは、このうちのほとんどがやはり特定機能病院の高度急性期病院になっているところが多いと思いますので、その中でがん診療であるとか三次救急をやっている中でこの救急車の受入れの大多数を占める、やはり二次救急のところまで手が回らなくなって、その部分に関して、本来の大学病院の機能である移植やがん診療を何とか続けていくというふうなために、その部分を中等規模以下の救急病院のほうにお願いをしてきたというふうなことで、ある面では病院の目的に向けてそのようなことも起きているんじゃないかなというふうに思いました。

以上です。

○横田会長 おっしゃるとおりだと思います。特にこの１，０００床以上で７，３００件余り減っているんですが、ある特定の医療機関がかなり減少しているということも実際の数には影響を与えていました。

ですから、いずれにしてもこの６００床未満の医療機関がこの新型コロナウイルス感染拡大のときには非常に頑張っていたということ。それから、６００床以上の病院というのは、今、坂本先生がおっしゃったような本来といいますか、その病院の役割の中でこのような傾向になってしまったというふうなことだと思います。ありがとうございました。

ほかにございますでしょうか。

じゃあ私のほうから。この報告書に書かれているように例えば看護補助者、具体的に言いますと、救命士の皆さんだとか、あと看護補助者の配置ですよね。これは具体的に事務局としてはどのようなことを考えているのかというところをちょっと説明いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○馬場統括課長代理 ご質問ありがとうございます。事務局です。

今、看護補助者の配置のことでご質問いただきましたけれども、報告書でも書かせていただいておりますが、主に二次救急医療を担っていただいております東京都で言う指定二次救急医療機関といったところに、今、救急外来のほうで主に医師と看護師をメインとして外来体制を整えているところかと思えます。

こういった現場では、高齢の方などの場合、いろいろな意味で手がかかるような状況もございますので、看護助手ですとか看護補助者といったような方々が手をそこに入れていくことによって医師ですとか看護師の業務の負担を軽減して円滑化を図るようなイメージです。

もう一つは、地域救急医療センターというものを圏域ごとに配置をしてございますけ

れども、こちらは東京ルール案件を受け入れていただいている地域の要でございますので、この受入れ、そして調整を行うという役割をもっと果たしていくためにも、医師ですとか看護師の役割を専従化、専門化させていただくためにも、介助的な業務を補助者などに担っていただいて、より円滑な業務を担っていただくような支援ができないかというふうに検討しているところでございます。

○横田会長 ありがとうございます。

非常に医療機関にとっては力強いお話だと思いますが、その医療機関の代表として今参加をしていただいています内藤先生や矢野先生に伺いたいと思います。

何かコメント、質問がありますでしょうか。お二方、いかがでしょう。

○事務局 すみません、矢野先生、お願いいたします。

○矢野委員 南町田病院の矢野です。

今の救急救命士の活用は、看護師と医師を今ちょっと早急に増やせるということとはできない中で、有効な手段なのではないかと思っています。

というのは、医師のほうは特に働き方改革という問題があって、実際、東京都が以前採ったアンケートだと大体、戦力的には東京都で1割減ということなんですよね。看護師もなかなか特に23区外の市のレベルだと、23区よりもちょっと看護師の確保が難しいという問題が実はあって、そこを何とか補填するという意味でもやっぱり救急救命士の活用というのは考えていいんじゃないかと思っています。

以上です。

○横田会長 内藤先生、いかがでしょうか。

○内藤委員 ありがとうございます。内藤です。

当院は規模も小さい、53床ということであまり人員を多く受けるというか受皿としての人員を増やすと、はっきり言って経営的に厳しくなるということがありまして、このぐらいのうちの53床規模ですと、当直のドクターと看護師一人で間に合うぐらいの患者さんしか診ていないかなというふうに思います。

ただ、あと、我々もいつもお話しすることですけれども、当院は渋谷、新宿にすごく近いせいもありまして、手間がかかって本当に酩酊の方がすごく増えて、そっちに手間がかかるような感じで、特にコロナ前と令和5年、それから最近にかかりましては未成年の飲酒であったりとか、若い方の飲酒で朝までとかという傾向があって、ちょっと先生方のこの議論とは内藤病院の状況は少し違うかななんて思いつつ聞いておりました。

ただ、救急も今後、また今、非常に増えている中では手数が多くないと受けられないというのがありますので、救急救命士の方の活用は広げていくべきだと思っております。

以上です。ありがとうございました。

○横田会長 ありがとうございます。

内藤先生、この救命士あるいは看護補助者ということで、今なかなか人手不足の中で東京都としてはありがたいお話を、システムを考えている中で、すぐに人材を確保す

るということが、先生の立場として考えた場合いかがでしょうかね。

○内藤委員　ともかく、すみません。救急の現場ばかりではなくて、渋谷区医師会長という立場もありまして、渋谷区と話をするときには介護の部分でも全く人がいないよとか、それから、救急に関しましてもなかなか救急対応していただける看護師さんが今いない状況で、基本的にはどうも優れた技能職というのが医療外の医療周辺業種にどんどん行ってしまうような感じがあって、なかなか全然人が来ないというのが現状です。

ぜひ、東京都、それから国にも、人材の確保をお願いしたいと思います。

以上です。

○横田会長　ありがとうございます。

檜山委員の病院は二次も三次も両方、機能を持っている、大規模病院になると思うんですが、先生の立場から先ほどの報告書をどのようにコメントいただけますでしょうか。

○檜山委員　先生方のご意見とほぼ変わるところはないんですけども、矢野先生がおっしゃったようにやっぱり働き方改革の影響は多分に感じておりまして、当院みたいに比較的規模が大きい病院では、何とか夜勤者、あるいは交代制勤務みたいなものも組める状況、苦勞して組んでいる状況ではあるんですけども、近隣の二次救急医療機関なんかの様子を見せていただくと、やっぱり本当に宿日直許可を得ながら夜間、休日の二次救急に対応するというのは、ほぼ無理なんじゃないかなというふうに思えるような状況です。

その中で、三次は三次、二次は二次という切り分け方で、中小病院に二次救急を診ていただくという絵柄そのものを少し、もちろんその三次救急医療機関に全てが集中したら困るわけですけども、とは言っても、今の制度との両立ということを考えると、もうちょっと集約化というのはある程度考えていかなきゃいけないのではないかなと思って、私どもは救急に当たっております。それにおいても翌日の、一旦収容した方の早期の受入先の選定ですか、そういったことにも、ぜひ引き続きご尽力をお願いしたいということと、あと救命士さんの活用ということについては一生懸命頑張っております。

以上です。

○横田会長　それでは、医療を受ける側の立場の委員として重村委員、今の説明に関して、コメント、質問があったらお受けしたいと思います。いかがでしょう。

○重村委員　重村です。

新型コロナの対応に関してですが、インフルエンザと同等になったという位置づけですが、ちょっと大きな病院に行きますと、医療機関は依然として新型コロナが院内に持ち込まれて

クラスターが発生することを強く警戒されている、とても警戒しているなと感じます。インフルエンザ位になったといっても、もちろん感染力も強いですけども、病院の対応として、

ちょっと過剰なのではないかと。

それは私の感覚なのですが。

今の状態よりももう少し緩和するというような感覚というのは、医療者側、病院側としては持っておられるのかどうなのか、その点をお聞かせいただきたいと思います。

○横田会長 ありがとうございます。

新型コロナウイルスが院内感染を起こすと重症の患者さんは非常に、さらに重症化するということのようなことが恐らく危惧されていると思うんです。

今の重村委員のご質問に関して、病院長の立場、あるいは。

矢野委員、お願いします。

○矢野委員 今のことに関してお答えします。

インフルエンザも基本的には個室対応です。また、ウイルスの兼ね合いがあって、感染の方の防護に関しては多少違いますけれども、インフルエンザも一緒です。インフルエンザは流行期が冬場ということだけでなんですけど、コロナは通年性なので、なので今のような現状になっています。

なので、5類ということは基本的には院内では隔離ということになるので、例えば分かりやすく言うと東京都さんが大部屋に入れて感染しても、病院に対して何らかの責任はないということを公に言ってくれば病院は大部屋でも取れます。なんですけど、インフルエンザであり、新型コロナであり、病院としてはそういう患者さんが行った場合は、それなりの対応しないといけないので、一般の方々と同じ対応ができないということが現状です。

あと新井先生とか、土谷先生、付け加えることがあればよろしくお願いします。

○横田会長 重村委員、よろしいですか。

やはりその入院している患者さんがさらに重症化するということが一番、医療機関としては恐れるというふうなところだと思いますね。

それでは、また何かありましたらご意見を頂戴したいと思います。

同じく医療を受ける側の代表として、桃原委員、いかがでしょうか全体に。ご欠席ですか。それでは、田中委員いかがでしょう。お二人とも欠席ですね。

そうしたら、ここにおる黒崎委員、何かもしありましたら。

○黒崎委員 私の周りは本当にコロナなった人は大分いるんですけども、全員が軽くて入院する人が一人もいなかったんですよ。それで助かっているんですけども。

本当になんで、それこそコロナうつっちゃったのという感じなんですけども、二、三日でお医者さんに行ったら、もう抜けている。私なんか全然、もう私はならなかったんだけど、私の周りみんななっているんですよ。でも、おかげさまで、みんな軽く済んで、お医者さんへ行って入院している友達というのはほぼいなかったんですよ。

でも、娘婿は3回もなった。でも、入院しないで娘が全部あれして。

○横田会長 特に救急車を呼んで対応しなくちゃいけないということは。

○黒崎委員 なかったです。

○横田会長 それはよかった。

○黒崎委員 おかげさまで。

○横田会長 ありがとうございます。

メディアの立場から庄子委員が協議会に入っていますが、庄子委員、いかがでしょうか。入られていますか。

○事務局 今入室していらっしゃらないようです。

○横田会長 そうですか。失礼しました。

まだ、何か質問がありましたらお受けしたいと思いますがよろしいでしょうか。

矢野委員、お願いします。

○矢野委員 小委員会の検討は非常によくできて、病院側が対応するということかなと思うんですけども、これはやはり行政側もいろいろもうちょっと頑張ってもらいたいです。というのは、救急車全体が特に夜間増えているという状況にあるので。やはり働き方改革ということもあり、かなり宿日直許可の病院は救急車が受けられない時間帯というのが発生しています。

なので、どうしてもどんどんやっぱり患者さんが夜中増えているのはしょうがないじゃなくて、行政のほうもできるだけ、夜の前に病院とかクリニックが診療している時間内にかかる患者はそういうところにかかるように、やっぱり行政は発信をしてほしいと思います。

それだけで、救急車の数が大分減るんじゃないかなと思っていますので、行政のそういう発信力がちょっと弱いというような感じで考えています。これは病院側が発信するものじゃなくて行政が発信するものだと思うので、その辺を行政のほうには期待したいと思います。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

東京ルール三つの柱があって、その三つ目の柱がたしか都民の参画と理解というところでしたよね。矢野委員が今おっしゃったところは、まさにその部分だと思います。ありがとうございます。ぜひよろしくお願いします。

土谷先生から手が挙がっています。お願いします。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。ご説明ありがとうございました。私からは二つ話したいと思います。

一つは資料でいうと15ページのところですけれども、救急救命士、あるいは看護補助者の配置が効果的であるというのは、ここまでは分かっているんですけど、医療機関がそう言われてすぐ増やせるかと言われると増やせません。

東京都さんは、これをサポートするような事業を考えているということですけど、や



っぱり圧倒的にマンパワー不足です。今後もこの傾向は変わらないし、もっと強くなっていくと思いますので、ちょっと人が配置できるように補助事業にするとか、ちょっとじゃなくて、もう潤沢に大幅に増やさないと、この状況は変わらないと思います。増やしたとしても、もっと手がかかる人、もっと数が増える、イタチごっこになりますので、これを本当に改善したいと思うならば救急の現場、人に大幅な手当ができるような事業じゃないと改善できないと思います。それが一つです。

それからもう一つは、資料で言うと18ページのところです。地域救急医療センターの件ですけれども、もうはっきり言って、もう地域救急医療センターがトリアージするんだというのが前提に考えてもらってもいいのかなと思います。つまり受けて、もうすぐ次に行くんだと。次に行かせるのが前提で、もうトリアージをまず受けて、もう分けると。そういう割り切った対策をしてもいいのかなと思います。そうすると、コーディネーターの人、どれだけ人員を用意できるか。コーディネーターの数、あるいは質を高めると、そういった形になるのかなと思います。

ですので、その地域全体でトリアージをして、受けられるところだけ、もう少し患者さんをダイナミックに動かせる仕組みですね。医療提供できる数枠が決まっているので、そういった患者さんが動いてもらう、そういうダイナミックに動けるような仕組みのほうにシフトしていくことも考えてもいいのかなと思いました。

私からは以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

コーディネーターの件に関しては小委員会でも今、先生がおっしゃったような議論がありました。まさにこのコーディネーターの評価ですね。ここは本当に重要だと思います。

東京ルールというのは、その目的の一つで早く医療機関に患者さんを収容して、その医療の中に早く救急の患者さんを取り込むというのが大きな目的の一つだったので、その後のいわゆる、次の医療機関への選定というところもコーディネーターが大きく担っているのです、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

山口先生に三次救急の立場からご意見を頂戴したいと思いますがいかがでしょうか。

○山口委員 ありがとうございます。

先ほど坂本先生からお話があったとおり、特定機能病院三次救命センターで多くの患者さん、緊急度、重症度の高い患者さんを受けているところがありまして、それに加えて高齢化ということもありますので、より複雑でたくさんの多職種の力を必要とする疾病が増えてきているかなというところです。

我々の施設のことで言えば、先ほどご紹介のあった三次、移植、がんといった機能だけにとどまらず、東京都事業の母体救命周産期事業ですとか、子供救命、集中治療を担っているところなんですけれども、それぞれやはりお一人の患者さんを取り扱う時間が、通常のそうではない成人の救急患者さんと比べて、大変時間がかかるというところがあ

ります。特に1名重症小児を取り扱っていると、肌感では成人3名の受入れと同じぐらいのマンパワーというか時間がかかってしまうというところがあって、なかなか人間としては非常に丁寧な診察をしたいなと思っているんですけども、先ほどお話のあったようなトリアージという感覚をかなり持たないと難しいかなという毎日を過ごしているところなんです。

二次、三次というのは我々の区分であって、患者さんからすれば出会ってみたいと正直、それは二次なのか三次なのかというのは分からない面があるので、なるべく二次、三次を分け隔てなく、広くER体制に近い形をつくりながら受けるようにしているんですけども、先ほどお話のあったとおり、どうしても働き方改革があって、夜間休日に配置できる医師に関しては、医師の数が不足してしまうということがあって、今頑張ってくれているのは非常に若い研修医や、後期研修医がメインとなって、夜間休日を守ってくれているんですけど、どうしてもまだ経験値が足りないというところもあって、なかなか複雑な難しい症例をこなすことが難しい毎日にあります。

あとはお一人一人、先ほどありましたように、病歴の聴取や家族の背景などを総合的に考えながら方針を決めていくということも時間がかかるのが実際でして、そうやって受け入れた後、出口がないというところも非常に困っています。最重症というか、重い救急の患者さんではないと判断されたとしても、そこで主に介護、おうちの中で見守ることができないということで、どうしても入院が必要だねというような時間をどこにご紹介していいのかというのが分からなくなってしまうことがあります。

肌感しかちょっとお伝えできないんですけど、それが今の状況であるかなと思います。ありがとうございます。

○横田会長 小児にしても、高齢者にしても非常に診療に関しては人手を要するというようなところですね。ありがとうございます。

皆さんから意見いただきましたが、今日ご欠席の矢部委員のほうからご意見を頂戴しているので、ちょっと紹介をさせていただきたいと思います。お願いします。

○馬場統括課長代理 事務局より矢部委員からお預かりしましたコメントについてご紹介をさせていただきます。

まず、報告書の8ページの(2)の医療機関側からの観点から一ついただいております。

今回の報告対象の期間からも外れるが、令和6年度から医師の働き方改革の法律が施行され、多くの病院では宿日直許可を労働基準監督署に提出していることにより、夜間の救急車の受入れを控えることも考えられる。宿日直では、通常業務と異なり、寝当直のイメージが強く、特に宿日直を近隣の大学病院等からの医師派遣に頼っている小規模な医療機関での救急の受入抑制の傾向が強まるのではないかと危惧がある。

もう一点、いただいております。10ページの1の対策の方向性につきまして、現場では、精神科疾患の対応に困難事例が含まれていますことが多いと感じている。精神疾

患単体であれば、専門の病院に搬送されるので問題ないが、例えば、熱発の症状で受診となっても、実は精神科疾患で多量の薬を服用していることが判明し、対応に苦慮することがあり、そのようなことで東京ルールとなるような事例が多いと感じる。このようなケースへの対応に何らかのバックアップがあれば、少しは件数が減るのではないかと考える。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

一つ目は皆さんからご指摘いただいた、この医師の働き方改革の影響に関するご懸念ですよね。矢野委員がおっしゃったように、そこには都民の参画と理解というのもしゃべり必要になってくると思いますし、東京都のほうからその辺の情報発信というのも非常に重要だというふうなご意見だったと思います。ありがとうございます。

それでは、この報告書に関してはご意見いただいたということで、この報告書、それから今日のご意見を踏まえまして、救急医療体制の確保・強化を進めていただければと思います。どうかよろしくお願ひしたいと思います。

それでは、議事次第に「その他」とあります。

事務局から説明をよろしくお願ひします。

○江口課長 事務局のほうから資料として配付をさせていただいていないんですけども、画面の共有をさせていただければと思います。

タイトルとしまして、東京都ドクターヘリ部会（仮称）の設置（案）についてとなっております。

東京都ドクターヘリの運航事業につきましては、令和4年の3月31日から多摩地域を中心として、基地病院として杏林大学医学部附属病院が行っている事業でございます。基地病院に対しては、都として補助事業という形で運営に関しての補助を行っておりまして、運航に当たりましては、「東京都ドクターヘリ運航調整委員会」、これを基地病院の中に設けまして、日々の運航に関する事項、そういったところを中心に東京都もメンバーに参加して、これまでやってきたところでございます。

運航開始から2年以上が経過したという、実質的に3年目ということになりまして、これまでの実績というものも出てまいりました。この間、出てきたいろいろな実績を踏まえての課題も含めまして、都民の方への一層のドクターヘリ事業に関しての理解を得るためには、都としても本協議会の下に新たな部会を設けまして、事業の進捗状況を把握するとともに、懸案事項につきましては方針を決めていくそういうことが必要ではないかというふうに考えております。

それで、この協議会の中で部会ということで私ども考えておりまして、具体的には東京都ドクターヘリに関する検討体制というところに示しておるとおり、新しく設置をしまして、今申し上げたような形で検討していきたいと思っております。

現在、考えているテーマとしては、東京都ドクターヘリの現状ということで、実際ど

のような運航がされているのかとか、実績がどうなっているのか、そういったところからスタートしまして、特に昨今、問題になってきている災害時にどのように活用していけるのか。それから広く、他県も含めた広域連携、こういったところも検討のテーマとして、意見交換等をさせていただきたいというふうに思っております。

今回、部会の設置につきましては、まだ調整をさせていただいているところなのですが、年間で大体、この後、2回程度開催させていただきまして、検討状況につきましては本協議会に報告をさせていただきたいと考えております。

事務局からは以上でございます。

○横田会長 説明ありがとうございました。

御存じのように、東京都においては杏林大学医学部附属病院を基地病院としてドクターヘリ事業が展開されています。

私も救急医療対策協議会の代表として、東京都ドクターヘリ運航調整委員会が杏林大学付属病院で行われていて、そこに参加をしてきました。やはりこの救急医療対策協議会として、このドクターヘリの現状や様々な課題について、やはりニーズの把握をして、議論をしていく必要があるだろうということ。

それから、災害時の活用について、これは他県との連携というようなことになると思うんですけども、そのようなことの議論をする、そういった部会がこの協議会にあってもいいんじゃないかということでございます。

いかがでしょうか。本件に関して、何か皆さんのほうからご意見を頂戴したいと思いますがいかがでしょう。

指名で申し訳ないんですけども、まず医師会の代表として土谷委員、いかがでしょう。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

コロナが終わって落ち着くのかとみんな思っていたと思うんですけど、救急の現場は全然変わらないし、むしろ何か質が変わって、大変な思いをし続けているところですね。

先ほども、ちょっとだけ言ったんだけど、もう一言だけ言います。やっぱり目に見張るような効果を得るためには、もう目を見張るような人とか、お金とか投入しないことには、この状況は改善しないと思います。現場でそれぞれ一生懸命頑張っているんですけど、個々の医療機関で頑張っている限度はあると思いますので、東京都のような大きな組織として、やっぱり何らかの手を打たないことには、改善はやや難しいのかなと思っています。

それぞれの現場では、本当に頑張っていると思います。また、こういった機会で皆さんのご意見を賜りながら救急が改善できるようにしていければと思います。

今日はどうもありがとうございました。

○横田会長 ありがとうございます。

この協議会にドクターヘリ部会を設けるということ自体は特に異論はございませんで

しょうか。

○土谷委員 もちろんないです。ぜひ、やっていただきたいと思います。

○横田会長 同じく、東京都医師会の新井委員、いかがでしょう。

○新井委員 新井です。

私、この基地病院の事務局が開催している東京都ドクターヘリ運航調整委員会に横田先生とご一緒に参加しているんですけども、やっぱりこの会議だけですと実際に行っている基地病院と事務局の実績報告というような性質の会議ですので、やはり救急医療対策協議会にひもづいた、こういった部会をつくっていろいろな受皿の病院も少し参画をして、どのように有効にドクターヘリを使っていくかという会議をしたほうがいいと思います。

ドクターヘリが出動しても搬送する率がなかなか上がらないという実態もありますので、それがうまく適切な救急患者さんに対して出動できるような、そういう体制を考える会議体があっていいのかなと思っております。

ですので、この部会の設置には賛成です。

それから、もう一つよろしいでしょうか。

○横田会長 お願いします。

○新井委員 ドクターヘリではないんですけども、ドクターカーも総務省、消防庁の救急の骨格の中に入っていると思うんですけども、実は東京都がこの前、大学プロジェクトでつくったドクターカーを選定する会議に私、参加していて、どのように使われているかという実績を、ある病院からのものを見たんですけども、ドクターカーがあることによって、実際の現場に行って、ドクターが診察をして、これは救急搬送する必要もないという判断をして、そして、翌日の日中に患者さんが病院を受診するというような、そういうケースも結構あると思うんですね。

そうしますと、そうやってそこにメディカルが関与することで救急搬送、特に高齢者の介護度が高い人なんてそうなると思うんですけども、そのことによって東京ルールになるような事案が減るのではないかと思います。

そういう意味で、この前選定したのはドクターカー1台だったんですけども、東京都としてはある程度の地域に基幹病院をつくって、ドクターカーを当番制で運用すると、そういった高齢者救急の実は軽症だったというような患者さんの搬送が減らせるのではないかと。そういうのも検討するのもいいのかなと思って発言いたしました。

よろしく願いいたします。

○横田会長 大変貴重なご意見をありがとうございました。

それでは、順番に坂本先生、このドクターヘリの部会に関していかがでしょうか。

○坂本委員 坂本です。まず基本的に、この救急医療対策協議会の下にドクターヘリ部会を置くことについては大賛成です。

その中で、やはりドクターヘリについては東京都だけではなくて、特に多摩地区と接

しているような神奈川、山梨、あるいは埼玉の秩父とかも含めてドクターヘリの広域連携ということは災害時だけではなくて、他県のドクターヘリ出場中も補完をするというようなことも含めて、より積極的に検討すべきではないかなと。

これはやはりドクターヘリ導入時から、その需要ということを考えたときに、東京都として都内の発生例に限らず対応すべきだというふうな意見もありましたので、そこについては検討が必要かなと思います。

それから、もう一つはやはり現場の救急隊からのキーワード、あるいは通報者からキーワードなども含めて、全体としてのその東京都内の病院連携体制、あるいは病院前医療の一環としてドクターヘリがあるので、そういう面ではMC協議会との整合性というようなことも含めて、ドクターヘリ部会にMC協議会との連携ができるような委員を入れていただければなというふうに思いました。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。大変貴重なご意見ありがとうございました。

熊井委員、東京防災救急協会などの立場から、このドクターヘリに関してコメントはいかがでしょうか。

○熊井委員 東京防災救急協会の熊井でございます。ありがとうございます。

ドクターヘリにつきましては、防災救急協会という立場から何かという意見は特にはないんですけれども、貴重な資源でありますので、こういった機会に活用できるような検討がなされると非常にいいのかなというふうに感じております。

以上でございます。

○横田会長 協議会に、この部会を設けるということに関しては賛成をいただけるということですね。

○熊井委員 そのとおりです。

○横田会長 ありがとうございます。

それでは、歯科医師会の立場から寺田委員、いかがでしょうか。ご欠席ですか。失礼しました。

それでは、東京都薬剤師会の立場から根本委員、いかがでしょう。

○根本委員 東京都薬剤師の根本です。音声は大丈夫でしょうか。

○横田会長 聞こえています。

○根本委員 すみません画面がちょっと出せなくて申し訳ないです。

まずドクターヘリに関しては、もちろん特に異論がないのでお願いしたいと思っています。

新型コロナの関係も薬剤師会としては、基本的にはもう病院の先生方の救急搬送だったりとかのところでできる限り服用薬、飲んでいる薬の併用薬のところのフォローをしっかりとやらなきゃいけないのかなと思っておりますので、その部分では先生方にご迷惑かからないように自分たちから情報提供できるような体制をしっかりとつくっていきたい

なと思っておりますので、今後ともよろしくお願いいたします。

私からは以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

このドクターヘリ多摩地区が中心となって活動すると思うんですが、そのような立場から青梅市の健康福祉部長の杉山委員、コメントいただけますでしょうか。

○杉山委員 杉山でございます。

今まで委員の皆様のご意見にもあったとおり災害時も含め、広域連携は非常に大事なことだと思っておりますので、実績の検証と今後の活用で非常に有意義な部会かと思っておりますので、こちらのほうも賛成させていただきます。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。皆さんから賛成のご意見をいただきました。

そうしましたら、そのメンバーに関してはこれから事務局のほうで検討させていただきますが、先ほど坂本先生からも非常に貴重なご意見をいただきましたので、それを参考にもメンバー等の検討をしていきたいというふうに思います。

土谷委員、どうぞ。

○土谷委員 すみません、先ほど勘違いして全体のコメントを求められたのかと思ってコメントしたんですけど、ドクヘリ部会についても一言だけちゃんとコメントしたいと思います。

確かに部会が必要だと思います。その部会だけじゃなくて、こうして救急対策協議会で広く、皆さんにどんな活動をしているのか知ってもらうことも非常に大事だと思いますので、ぜひ部会をつくっていただいて、皆さんに広く周知してもらえればなと思います。これこそ、ヘリ1台あってどうこうじゃなくて、ネットワークが非常に重要だと思いますので、多くの人に関係してもらうほうがいいと思います。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

それでは、部会をこの協議会の中に設けるというふうなことで進めていきたいと思えます。

全体を通じて今日、まだご発言いただいていない播磨委員、何かコメントございますでしょうか。

○播磨委員 ありがとうございます。

報告書に関してなんですけれども、矢野先生がおっしゃったとおり行政側の努力するべきこととして、都民とか、あるいは我々であれば区民なんですけれども呼びかけて、その時間内に診療してくださいということとか、あとは#8000とか、#7119とか、そういったものもありますので、そういったものを活用しながら、うまく救急車を使うというところと、あとは医療とか救急というのは、みんな当たり前のようにあるというふうに思っている方が多分、多いんじゃないかなと思うんですけれども、実は非常

に貴重な資源であって、非常に今、危機的な状況であるというところは行政としてしっかりと区民のほうに伝えていかなければいけないのかなというふうに思ったところです。

ドクターヘリに関しては特に異存はございませんのでよろしくお願いいたします。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

このようなあれですね。都民の皆さんに周知をしていただくということはすごく重要だと思います。ありがとうございました。

警視庁から伊藤様、何かコメントはございますでしょうか。

○事務局 警視庁の伊藤様、コメントはございますでしょうか。

○横田会長 よろしいですかね。

それでは、最後に東京消防庁の伊勢村部長、何か全体を通じてコメント、あるいはご意見を頂戴したいと思います。いかがでしょうか。

○伊勢村委員 ご指名ありがとうございます。東京消防庁の伊勢村でございます。

今般の東京ルールに関する詳細な現状の分析と、また実効性のある今後の方策については、救急隊を運用する側としても大変期待申し上げるところでございます。

私どもといたしましても、令和元年度時には救急車の現場到着が7分を切っていたという現状の中で、それが令和5年には、もう9分、10分に近づいているというような形で具体的に傷病者の方に、ファーストタッチが3分近く遅れているという現状を非常に憂慮しております。

ですので、細かい様々な活動の中での短縮等々を私どもの立場からお願いしていく形になろうかと思っておりますけれども、最終的にその傷病者の方のところに、一刻も早く救急車を届けるという目的を共有していただきまして、ぜひご理解をいただければ大変ありがたいと思います。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

以上でございます。

○横田会長 ありがとうございます。最後まとめていただきまして、ありがとうございます。

それでは今回、本日の皆様のご意見を踏まえて事業を進めていただければと思いますので、どうかよろしくお願いしたいと思います。

本日の議事は以上となりますが、全体を通じてよろしいでしょうか。

それでは、時間になりましたので、進行を事務局にお譲りしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○江口課長 委員の皆様方、貴重なご意見をいただきまして誠にありがとうございます。

本日のご意見を踏まえまして、都民の皆様が安心できる救急医療体制の充実強化に努めていきたいと考えております。委員の皆様におかれましては引き続き、ご指導を賜りたくよろしくお願い申し上げます。

それでは、以上をもちまして本日の会議のほうを終了させていただきます。



長時間にわたり、ご議論いただきましてありがとうございました。

(午後 7時27分 閉会)