

令和 6 年度 第 2 回

救急医療対策協議会

会 議 録

令和 7 年 3 月 1 7 日

東京都保健医療局

(午後 6時02分 開会)

○江口課長 事務局です。お待たせいたしました。

本日は、年度末のお忙しい中、ご出席をいただきまして、誠にありがとうございます。ただいまから、令和6年度第2回救急医療対策協議会を開催いたします。

私は、東京都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。よろしくお願いいたします。

本日は、ウェブ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ご出席いただきますよう、お願いいたします。

それでは、開会に当たりまして、私ども新倉医療政策部長よりご挨拶を申し上げます。

○新倉部長 皆さん、こんばんは。保健医療局医療政策部長の新倉でございます。

日頃から先生方におかれましては、東京都の保健医療行政にご理解、ご協力を賜りまして、誠にありがとうございます。また、本日、大変お忙しい中ご出席いただきましてありがとうございます。

後ほど、本日、報告事項で事務局から説明させていただきますが、救急医療の状況について申し上げますと、救急搬送人員ですけれども、令和5年に77万人を超え、過去最多を更新しておりましたが、令和6年は、それをさらに上回る状況となっております。また、東京ルール事案につきましても、令和4年の5万2,000件からは約1万7,000件程度減少をしておりますが、コロナ禍前と比べますと、いまだ倍以上の水準となっております。

こうした救急医療の状況に鑑みまして、昨年9月に当協議会において、今後の救急医療体制の方向性等についてご意見をいただきました。これを踏まえまして、令和7年度からの新たな取組の予算要求を行いまして、幾つか新規事業を新年度予算案に盛り込んでおります。現在、都議会において、まさに審議中でございますけれども、このまうまくいけばしっかり通るといふふうに見込んでございます。

今後とも、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確保に取り組んでまいり所存でございます。

本日はウェブ開催で、限られた時間ではございますけれども、皆様の貴重なご意見を賜りますようお願い申し上げ、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 続きまして、本日の配付資料につきましては、次第に記載をしているとおりでございます。事務局のほうで確認をさせていただきましたが、万一不足等がございましたら、議事の途中でも結構ですのでお知らせください。

続きまして、委員の紹介となります。時間の都合上、資料1、委員名簿の配付に代え

させていただきます。

続きまして、代理出席者のご紹介となります。警視庁交通総務課長、砂田委員の代理として、伊藤様にご出席をいただいております。

また、ご欠席者のご紹介となります。東京都地域婦人団体連盟の黒崎委員、医療法人社団温光会内藤病院の内藤委員、公益社団法人東京都薬剤師会の根本委員、青梅市の杉山委員、島しょ保健所長の田口委員につきましては、ご欠席とのご連絡を事前に受けております。

続きまして、会議の公開についてご説明いたします。

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、会議に関する資料、会議録等が公開となっております。しかし、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、会議または会議録を公開しないことができるということになっております。

本日の会議につきましては、原則として公開ということ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 特に異議がないということで、了承いただけたと思います。ありがとうございます。それでは、公開ということ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時間を予定しております。

それでは、横田会長からご挨拶をいただきまして、その後、議事に入ろうと思います。以降の進行につきましては、横田会長よりお願いいたします。

○横田会長 今、ご紹介いただきました、救急医療対策協議会会長を拝命しています横田裕行です。委員の皆様方におかれましては、この年度末の大変お忙しい中、時間をつくっていただきありがとうございます。また、当初ご欠席と連絡をいただいた委員の方も出席いただいているようで、本当にありがとうございます。

今回、令和６年度の第２回目ということで、審議事項が一つ、それから報告事項が三つございます。今、事務局の江口課長からお話があったように、１時間を予定していますので、どうか円滑な議事進行にご協力を賜るよう、よろしくお願いしたいと思います。

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、東京都保健医療計画の進捗状況について、事務局から説明をお願いいたします。

○馬場統括課長代理 事務局の馬場と申します。よろしくお願いいたします。

資料２－１をまずご覧ください。

こちらが、保健医療計画の進捗管理・評価についての概要になります。

資料の下段をご覧くださいと思いますが、進捗評価の進め方が記載されておりまして、左側から各疾病・事業の協議会等で評価内容について検討ということになってお

りまして、本日この場でのご意見、ご確認をいただきます。資料の中ほどをご覧くださいますと、本日いただきましたご意見等は、保健医療計画推進協議会で報告をして協議が行われることになります。

続きまして、資料２－２をご覧ください。

こちらは、計画の進捗状況に対する評価の仕方について、事務局での考え方を整理したものとなります。ご参照いただければと思います。

続いて、資料２－３をご覧ください。

(資料共有)

○馬場統括課長代理　こちらは、１枚目が救急医療に係る進捗状況評価の総合評価と各指標の達成状況になります。

まず、各指標の達成状況でございますが、一つ目の二次救急医療機関の応需率から四つ目の救急活動時間までは、計画策定時と比較をして後退をしているため、達成状況はDとなっております。

五つ目の救急相談センター（＃７１１９）の認知率については、計画策定時と比較をして５％以上改善ということで、達成状況はAとしてございます。こちらは、資料の欄外でも記載のとおり、令和４年までの調査では、「知っている」「知らない」の選択肢だけとなっておりますが、令和５年の調査からは「利用したことがある」「利用しようとしたが電話が繋がらなかった」「どのような時に利用するものかは知っているが、利用したことはない」「名称程度は知っているが、どのような時に利用するかまでは分からない」「知らない」の選択肢となったため、「知らない」と「未回答」以外の数値を集計した数値を掲載しておりますことについてご留意いただければと思います。

六つ目の救急搬送患者の軽傷割合につきましては、計画策定時と比較をして、おおむね達成しているため、達成状況はBとしてございます。

資料の２枚目は、事業実績となります。

こちらの表の右から２列目をご覧くださいますと、令和５年度の実績を事業ごとに取りまとめたものとなっております。

資料の１枚目にお戻りいただきまして、資料の左上の総合評価ですが、資料２－２にお示ししている方法により、達成状況の平均値を出しますと、１．８３となりまして、総合評価としては、計算上Cとなります。しかしながら、昨年度、令和４年度の評価をいただいた際と同様に、令和５年度においても救急医療が新型コロナウイルスの影響を大きく受けていたことに鑑み、事務局案としては評価できないとさせていただきました。

また、以上の総合評価、各指標の達成状況、事業実績について、事前に委員の皆様にご意見をお伺いし、まとめたものが資料２－４となっております。

資料の上のほうからご紹介をさせていただきます。

まず、総合評価に対するご意見として、事務局案に賛同するが、取組３の救急車の適正利用は一定の評価を行ってもよいのではないかとといったご意見、また、保健医療計画

策定時は新型コロナの影響がないときの指標、コロナ発生時は現時点でも感染管理対応が変化していること、高齢者救急が年々増加し、指標の数値目標の設定を検討し直す必要があるといったご意見をいただいております。

また、各指標の達成状況へのご意見として、取組3の救急相談センターの認知率について、質問形式の変更でより認知度がかみ取れたのではないかとといったご意見、救急搬送患者の軽傷割合について、相談センターの認知率と合わせ、救急車の適正利用に関する啓発が効果を上げているのではないかとといったご意見をいただいております。

資料の次のページをご覧くださいまして、その他のご意見を概要としてまとめたものとなります。

まず1点目ですが、今後年々増加する一方の救急要請に対応するには、東京消防庁の体制強化や救急医療機関の体制強化だけでは追いつかない。かかりつけ医による救急前医療の必要性、強化や多職種による医療介護の介入の重要性も指摘されているが、その対応能力も限界があり、これだけで高齢者救急の問題が解決するとは思えない。二次救急医療機関で受け入れる前の収容施設として1.5次救急施設を設置し地域で運営していくのも一方策。加えて転院搬送体制等整備事業の推進をぜひ対象を広くして進めることも重要であると考えるといったご意見をいただきました。

次に移りまして、2次応需率が令和4年から5年にかけて改善が見られる理由は、コロナの影響がなくなったという解釈なのか。救急搬送件数が増加の一途をたどる中、応需率の目標値75.6%を超えることは理想ではあるが、具体的な取組について複数、多角的な対応策を立て、改善に取り組まないと達成は困難と感じた。

また、その次ですが、地域救急会議が開催され、東京ルール事案発生割合が低い医療圏の取組はどのようなものなのかなど、他地域の秘訣が明らかになるのであればお伺いしたい。

続いて、都民の救急車の適正利用の呼びかけは熱心に行われたことを理解。一方で、高齢者で介護度の高い軽症患者さんが病院アクセスのために救急車を利用してしまうのは仕方がない点があると思う。救急車要請代替手段のあっせん情報はあまり紹介されていないと思う。代替搬送手段への支援が必要ではないかと思う。

さらに、その他の意見として、福祉的な背景を有する救急患者の対応について情報の共有後、具体的な対策となると、そこに裁量権があるわけではないのでなかなか難しいと感じるといったご意見をいただきました。

また、最後のところになりますが、取組3の東京ルール事案に該当する救急搬送患者の割合について、地域性、季節性、年齢、症状などから分析を行うことで、原因を特定することが割合減少に寄与すると思料。その分析データのうち、地域救急会議で示されているキーワード分類は「その他」の割合が多くなっており、分類の再整理が必要。

また、救急活動時間について、計画的な増隊や、救急需要の逼迫時に非常用の救急隊を編成して対応したことなどについて、救急隊が現場に到着するまでの時間が令和6年

度速報値で対前年５８秒短縮、現場滞在時間は１分１２秒短縮、救急隊から医療機関への選定回数や受入可否回答回数までの時間が短縮されると、さらなる短縮につながるので、診療情報のリアルタイム入力などについて、引き続き各医療機関のご協力を賜りながら、さらなる短縮を目指すといったご意見をいただいております。

私からの説明は以上になります。

本件の最後になりますが、計画の進捗状況につきまして、横田会長から参考資料を頂戴しておりますので、画面を共有させていただきます。

○横田会長 これは、毎年、私は皆さんにお示ししているグラフですが、令和６年度の総務省消防庁から出ている救急救助の現況のデータから私が見える化したグラフでございます。

まず最初のこのグラフは、都道府県別の救急要請から現場到着時間のグラフです。全国平均が矢印の真ん中、ちょうど１０分です。一番都道府県の中で短いのが石川県、昨年は、たしか京都府ですけど、京都府は今回は２位になっています。東京都は１４．２分で最下位ということです。東京都の直近の、去年のデータは１４．２分よりも短縮していますが、国のデータとしては１年遅れるので１４．２分ということでございます。

次、お願いします。

それで、１１９番から医師引継ぎ時間、全国平均が４５．６分、一番短い富山県が３３．４分、東京が６３．９分ということで、一番短い富山と比べると倍近く延伸しているということでやはり最下位です。これは全体の平均なので、実際は本当に急ぐケースと、少し語弊がありますが、時間がたってもそれほど転帰に影響しないケースは分けて考えていいのではないかというふうに思っています。国の統計としては全部一律になっているので、ご理解いただきたいというふうに思います。

次、お願いします。

目撃ありの心原性心停止の生存率ですけども、一番高い福岡県が２０．１％、全国平均が１１．８％、東京は９．８％で、だんだん順位としては上がっています。

次、お願いします。

生存率・社会復帰率が高いことが期待されるＶＦ心室細動、あるいは、脈なし心室性頻脈の生存率ですが、全国平均が３３．８％、東京は２２．８％、一番高い沖縄県は約５０％ということです。以前もお話をしたんですけど、この生存率一番関係するのは、１１９番から現場到着時間までではなく、また医療機関までの時間でもなくて、一番影響があるのは次のスライドに示します。現場にいた人が心肺蘇生をする、その割合、すなわちバイスタンダーＣＰＲの率が統計学的にも一番生存率との相関が高いということを一昨年、私は皆さんにお示ししたと思います。バイスタンダーＣＰＲの率が一番高い福岡県は７１．８％、これは北欧だとかアメリカで最も高いシアトル市とほぼ同じくらいの割合です。全国平均が約６割、東京は大分上がってきましたが、まだ５６．３％です。

次の表ですけど、一番下の表の中のところを見ていただくと、令和２年、令和３年、

令和４年、令和５年と全国平均のバイスタンダーＣＰＲの東京都の割合を経時的に記載してみました。

令和２年を見ていただくと、バイスタンダーの割合が４９．０％で、全国平均は５０．８％、全国順位は、令和２年は４７分の４７ということで、最下位です。それが、令和３年はブービー賞になって、令和４年になると４１位、令和５年は３４位まで上がっています。まだまだ全国平均に届かないんですけれども、都民にさらに普及啓発をして、全国平均そして福岡県を抜くようにしていきたいと思います。

後でまた、今回の全体の評価が出てきましたけれど、こういう指標も今後取り入れていいのではないかというふうに思っております。東京都のこの医療水準を考えますと、バイスタンダーＣＰＲの率が全国平均あるいはそれより上がってくると、あっという間に蘇生率、生存率も上がってくると期待をしています。

事あるごとに私はこれを強調していますが、委員の皆様方にも、都民の皆さんの普及啓発をぜひよろしくお願いしたいと思います。私から資料の提供でした。

ということで、戻りますけれども、資料２－４をもう一度出していただけますか。

○事務局 少々お待ちください。

○横田会長 ２－４の上のほうですね。

平成２８年を基準に上がったか下がったかという評価ですので、平成２８年は新型コロナウイルスの発生がなかった当時の数値です。上から二次救急医療機関の応需率、それから東京ルール事案、それから３番目の東京ルール事案に該当する救急搬送患者の圏域内受入、救急活動時間でこの１番目から４番目は、まさに新型コロナウイルス感染拡大の影響が出てしまう指標です。したがって、評価としてはＤということになりますが、事務局のほうから申し上げたように、平成２８年は新型コロナウイルス発生前ですので、事務局の提案としては、ここは今回は評価しないでというご提案でございます。

上から、５番目、６番目に関しては、それぞれ救急相談件数の認知率、それから一番下の軽傷の割合は、一定の成果が上がっているということでございます。

全体を考えると、単純に評価をするとＣになりますが、前述のように１番から４番がそもそも評価できないので、事務局としては、今回は評価できないということでいかがでしょうかということでございます。委員の皆様、いかがでしょうか。

ちょうどここに、医療機関代表の矢野委員、矢野先生がおりますけれど、先生のお立場からいかがでしょうか。

○矢野委員 今、横田会長のお話があったように、この期間、やはりコロナの影響がどうしてもあるので、評価できないんだと思うんです。今、現時点でもこれだけコロナが一般的には収束した中で、医療機関においては、感染患者は隔離をしないといけないということもあるので、やはり今の現時点においても、救急受入れに関しては影響が残っている状態だと思います。なので、今後この影響が恐らくこのまま残る中で、どれぐらいの応需率を想定しているかというのが一つ課題ではないかなと。

もう一つ、応需率がなかなか伸び悩むもう一つの大きい原因は、医師の働き方改革ですよね。いろんな調査では、それほど大きい影響はないみたいに見えてはいるんですけど、市部では、やはり市によっては受入れが難しい時間帯というのが実際にできているという状況があります。何曜日の午前は0時から8時とか、要はそこで、インターバル時間というのは当直医が置かなければいけないということがあるので、そういう各病院が重なる時間帯がその地区では救急車を受けられない時間帯が出る。医療圏全体でもそれが影響するというのが一つですね。

あともう一つは、夜中の緊急手術が非常にやりづらい状況にある。要は、夜中に緊急手術をすると、次の日の予定手術をその医師ができなくなるので、そういうところもあるので、今後そういうところも含めて、応需率なり、あとはこの受入困難の事例の分析というのをやっていかないといけないかなと思います。

○横田会長 総合評価として、今回は評価できないというふうなことはよろしいですか。

○矢野委員 それはもう、それでいいです。

○横田会長 ありがとうございます。

医療を受ける側の代表として、田中委員、いかがでしょうか。評価できないでよろしいですか。

同じく、医療を受ける側の桃原委員、いかがでしょうか。

重村委員、いかがでしょう。

○重村委員 患者の権利オンブズマン東京の重村です。

○横田会長 もう一度お願いします。

○重村委員 患者の権利オンブズマン東京の重村です。聞こえておりますでしょうか。

○横田会長 よく聞こえています。

○重村委員 すみません、この評価できないということなんですが、前回から私は、すっかりその判定に気持ちがついていかないところがあるんですが、コロナが結局、今も影響を受けておまして、ウィズコロナということで、皆これからも生活していくんですが、どれくらいの期間、目安として、コロナが影響しているからということのをどの程度まで反映させて考えの中に入れていくのかというのが、今後のこの状態で進むのか、もうちょっとコロナが少なくなっていくのかというのがあると思うんですが、目安は何かあるのでしょうか。

○横田会長 ありがとうございます。

今、医療機関代表の矢野委員からお話があったように、実は今までは、救急医療機関は、救急車を一度に2台、3台を受け入れることができていたんですけども、新型コロナウイルス感染症は、今5類にはなったといっても、もし陽性の患者さんが入院する場合はだいたい個室に入るという対応が実際は行われているので、救急車で来た患者さんは全て多くの救急医療機関では新型コロナウイルス間瀬院の有無をの検査をしているというのが現状です。

その検査の結果が出るまで一定の時間がかかるわけですが、その間は2台目、3台目の救急車は受けられないということが今後もしばらく続くと思います。1医療機関で、実は年間に受けている救急患者さんあるいは救急車の台数は、実は増えているんですけれども、今言ったような事情で応需率は下がります。ですから新型コロナウイルス感染が収まったとは言っても5類として位置づけられている以上、応需率を救急医療の指標の一つとして本当に適切なのかという議論も多分評価できないというところに含まれていると思います。

いかがでしょう。

○重村委員　ありがとうございます。

そうしますと、しばらくまた、評価の形というのはこのような状態でいくのではないかという想像ができますが、そういう感覚でよろしいでしょうか。

○横田会長　先ほど、私がグラフを出しましたが、この評価項目は、少しずつ変えていくべきだというふうにも思っていますので、ずっとこのままということではないわけですよ、事務局。

○馬場統括課長代理　よろしいでしょうか、事務局です。

今回、ご評価をいただくものにつきましては、計画が平成30年に立てたものになります。ですので、策定時の数値は平成28年となっております。この計画は6年単位の計画でございますので、次回、来年度、ご評価をいただく際は令和6年4月に新たに立てた計画に基づいてご評価をいただきます。その際には、策定時の水準となる点は、令和4年になりますので、その時点との比較となります。

また、ほかにも項目については、例えば先ほど横田会長からもありました、心肺機能停止傷病者の1か月後生存率などの新たな指標も設定をして、新しい評価を行ってまいりたいと考えております。

以上です。

○横田会長　その辺は、委員の皆さんとぜひ議論をしていただきたいと思います。この6年計画の中の途中で項目を変えるというのは、これはまた問題がありますので、そのように考えているところでございます。

○重村委員　ありがとうございます。

○横田会長　ありがとうございます。

ほかに。

○事務局　桃原委員から。

○横田会長　そうですか、先ほど指名させていただいて失礼しました。桃原委員、いかがでしょうか。

○桃原委員　すみません、先ほどは失礼しました。

評価についての意見は特になんですが、今、いろいろ事務局と横田先生のお話を伺ってきて、この評価の、何というんですか、背景というか意味というか、そういったこ

とが、私としては理解できたというところなんです、これは多分評価をした後に、公表とか次につなげるということになると思うんですが、冒頭、いろいろこの状況について、世の中にもっと発信をするというようなお話もあったような気がするんですが、やはりこの評価を公表したり外側に発信するときに、今、お話のあったことをぜひ分かりやすく解説をした上で、外側に発信するなり説明する、そうした工夫をしていただきたいということだけ要望として伝えさせていただきたいと思います。ご検討をお願いいたします。

○横田会長 極めて重要なご指摘だと思います。単にこの数値が悪いから評価しないということではないというところを、これを皆さんに伝わるように努力したいというふうに思います。

ありがとうございました。

ほかに、よろしいでしょうか。

では、また、もし後で時間がありましたら、戻ることにして、続いて、報告事項に移りたいと思います。

一つ目の報告事項、東京都における救急搬送及び東京ルールの運用状況について事務局から説明をお願いします。

○馬場統括課長代理 事務局です。

それでは、資料3、東京都における救急搬送及び東京ルール of 運用状況をご覧ください。資料の一番右側をご覧くださいますと、令和6年の実績をまとめております。

まず、救急搬送人員ですが、速報値で79万6,755人となっており、過去最多であった令和5年の77万人を上回っております。

続いて、救急医療機関の状況になります。

救急告示医療機関数は令和6年4月1日現在で320か所、それから指定二次救急医療機関については240か所となっております。ここ数年では救急医療機関の数にほぼ変動はございません。

その下、東京ルール of 運用実績になります。

まず、東京ルール事案の発生件数ですが、3万4,548件ということで、前年より1万514件の減となっており、発生割合は4.34%となっております。コロナ禍以前の東京ルール事案は、令和元年には1万件を切る水準となっておりますので、依然として高い水準が続いております。

最後に、キーワード別分類ということで、上位4項目で整形外科、脳神経外科、要介護者等、アルコールの順になっております。このキーワードは過去3年間ご覧くださいとおり、件数、割合に若干の変動はございましたが、順位の変更はございませんでした。

説明は以上になります。

○横田会長 ありがとうございました。

令和6年の東京ルール of 事案は3万4,548件、一番少ないときはたしか7,000

0 件を切っていたという記憶がありますけれど、その後少しずつ増加してきた中で、新型コロナウイルス感染拡大が発生したということです。この一番下に円グラフがあるんですけど、一番直近の令和 6 年の円グラフには、外側に点々がついているんですけど、これは、どういう意味でしょうか。

○馬場統括課長代理 その他のうち発熱と書いてある 10.1%の部分かと思います。

これは、その他の中で分類されたものの中で、発熱ありというキーワードがついたものを東京ルール事案の全件数で割った比率が 10.1%ということを表したものになります。

○横田会長 そうすると、令和 5 年と比べて令和 6 年はその他が減っているように見えますけど、実際は 10.1%を 40.3%に足した数字が全体のその他なんですね。

○横田会長 違うんですか。

○矢野委員 40.3%の中の 10.1%です。それが発熱。

○横田会長 そういう意味ですか。そうか。そうすると、この円グラフは何か。

○矢野委員 あとは、その円グラフの右側に関しては、この中の応需が難しかったうちの 8.2%が発熱があった患者という意味ですよ。

○横田会長 ああ、そういう話ですか。分かりました。

○矢野委員 前年度も本当は、これは何かついていたと思うんですけど、前年度のデータも。なので、すみません、南町田病院の矢野ですけど、前年度のデータから言うと、発熱患者の東京ルール数は、前年度よりはたしか減っていると記憶しています。それでもこれだけの割合がまだ残っているというふうに解釈したほうがいいのかなと思います。

○横田会長 キーワードとしては整形、脳外、要介護者、それからアルコール、あと、発熱というところですね。分かりました。

この辺は、医療機関の皆さんは同様の感覚をお持ちでしょうけど、医療機関代表の山口委員、いかがでしょうか。特にコメントはございますか。少し令和 5 年と比べると減っているというような傾向も出ていますけれど、いかがでしょう。

○山口委員 ありがとうございます。

そうですね、コロナ禍を過ぎても、やはり有熱者に関する受入れというのは抵抗感というのはまだ残っているのかなというのが、現場の印象です。先ほどの意見のほうにも書かせていただいたんですけど、それぞれの医療圏で東京ルールの受入れが非常に良好なところというか、医療圏内の中で順調に受入れができていような区域での取組など、ぜひ意見交換ができることがあったら望ましいなと思っておりました。

ありがとうございます。

○横田会長 ありがとうございます。東京ルールは二次救急ですけど、山口委員は三次救急のほうを主体に診ていただいています。でもそのようなご意見が実感としてあるわけですね。実際、活動している側の東京消防庁の伊勢村委員、お立場から、何かコメン

トはございますでしょうか。

○伊勢村委員 ありがとうございます。伊勢村でございます。聞こえますでしょうか。

○横田会長 よく聞こえています。

○伊勢村委員 東京ルールの特数は前年比では減っておりますけれども、搬送する側の実感としては、非常に増加傾向にある、令和元年から比べると、ちょっと比べ物にならないくらい増えているという実感がございます。その中で、キーワード別分類の中でのその他、今回は発熱分けをしていただきましたけれども、今後解決に向けては、このその他の部分、40%の部分についてももう少し、例えば科目であるとか、または複数選定の状況であるとか、様々な検討によって具体的な解決方法というものが今後見いだしていけるのではないかなと考えております。

当庁で、東京ルールの特数について、同じ統計ではないので比べることはできないと思いますが、おおむね1割ぐらいが複数科を選定しているようなものがあったというふうに、救急隊の報告の中では出てきておりますので、そういった複数科を選定するようなものについての困難性、解決の方向性など、また今後ご議論いただければ大変ありがたいと思います。

以上でございます。

○横田会長 ありがとうございます。

その他の中に、何かヒントがある、それから新たな取組、これは次の報告事項にも出てくると思いますが、現場の努力だけではなくて、行政からのサポートというのにも必要だというふうなそんなことだと思います。ありがとうございます。

ほかにございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、次の報告事項に移りたいと思います。

今、少し私が触れましたけれども、令和7年度からの新たな取組について、事務局から説明、よろしくお願いします。

○馬場統括課長代理 それでは、事務局です。

資料4の令和7年度からの新たな取組の資料をご覧ください。

こちらは、昨年9月に開催しました本協議会におきましてご意見等をいただきました救急医療対策協議会救急医療体制検討小委員会報告書で掲げられておりました対策の方向性の中から、令和7年度からの新たな取組として開始を予定しているものでございます。

まず、一つ目が救急外来体制強化事業になります。目的については、資料の上段にありますとおり、指定二次救急医療機関の救急外来への看護補助者配置により、介助的ケアが必要な高齢者の受入れを促進するとともに、看護補助者が高齢者介助を担うことにより、救急外来における看護師等の業務のタスクシフトを推進することで、増加する高齢者の救急患者受入体制の強化を図ることを目的としてございます。

続いて、資料の下段、事業概要でございますが、指定二次救急医療機関等を対象に、

休日・夜間帯への看護補助者配置に係る人件費を支援するものとなっております。

次のページをご覧ください。

救急患者受入コーディネーターの配置ということで、拡充の案件になります。

まず、目的の前提となる部分ですが、東京ルール事案について、受入医療機関の調整、一時受入後の転送先の調整等を行う「救急患者受入コーディネーター」を東京消防庁に配置をしております。東京ルール事案の一時受入後の転院先を調整するに当たり、救急患者受入コーディネーターと医療機関との間での傷病者情報の伝達手段について、デジタル技術を導入することにより、調整方法の効率化・所要時間短縮を図ることを目的としております。

資料の下段、事業概要でございますが、音声マイニングシステム等の導入となっております。現在コーディネーターが受入医療機関の調整に際しては、電話で聞き取りを行い、連絡シートへ手書きする方式となっております。今後の取組としましては、依頼元の医療機関から聞き取った情報を音声によりテキストデータ化する方式を導入し、データ化された傷病者情報を受け入れごとの医療機関に提供することを予定しております。

次のページをご覧ください。

こちらは、本協議会の報告書を直接踏まえたものではございませんが、高齢化の進展に伴う医療需要の一層の増加、多様化や、今後見込まれる生産年齢人口の減少など、医療を巡る環境は大きく変化していくことが見込まれることなどを背景にした、令和7年度からの新たな取組となっております。

まず、事業目的ですが、都民を支える地域医療を確保するため、都内民間病院等に対して、緊急的・臨時的支援を実施するとともに、高齢者をはじめとする患者受入体制を整備することとしています。

この目的の下、事業が三つ立てられておりまして、一つ目は、地域医療確保に係る緊急・臨時支援事業として、主に物価高騰に対応した都内民間病院の支援になります。

二つ目は、高齢者受入体制確保事業として、病院に対し病床確保料を支払い、高齢者の入院を受け入れる病床を確保するものとなります。

三つ目は、小児・産科・救急医療受入推進事業となっております。救急医療等を担う診療科において、患者の受入れを推進するための診療体制確保を支援するものとなっております。

説明は以上でございます。

○横田会長 ありがとうございました。

前回の救対協の議論を経て、このような東京都からの新規の事業の今のお話でした。

まず、看護補助者の配置、2名分、しかも実績が上がるとさらに加算がつくというようなこと、それから、3ページ目は様々な支援事業ということでご配慮をいただいているということでございます。医療機関、あるいは関係団体のほうと調整はされたと思いますが、東京都医師会副会長の土谷委員、先生のお立場から何かコメントはございます

でしょうか。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

東京の医療機関、救急に限らず本当に疲弊しているといいますか、大変な状況にありますので、救急でもこういった事業を東京都は新たにやっていただきましたし、今、提示しているスライドも本当にありがたい事業だと思います。病院協会でもずっと強く要望していたところですけども、こういった事業が実現されて、今議会で通る見込みだとは思いますが、本当にありがたく思っています。

私からは以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

同じく東京都医師会の新井委員、いかがでしょうか。

○新井委員 新井です。ありがとうございます。

今、土谷副会長が言われたように、東京都の病院、人員確保、それから物価高騰ということで、もう本当に6割近い状況で赤字経営になっているような状況で、どうしても救急医療を確保していくという意味では、こういった事業をしていただけると受皿として持続性があると思いますので、非常によかったと思います。

○横田会長 ありがとうございます。

この事業概要、地域医療確保に係る緊急・臨時支援事業、緊急・臨時とありますが、これは一定の期間という理解でよろしいんですか。

○馬場統括課長代理 はい。

○横田会長 そうですか、これで受入体制がよくなるとありがたいですけど。

ほかに、よろしいでしょうか。

同じく医療機関の多摩総合医療センター院長の檜山委員、先生のところは私立ではないということで、この事業には直接先生のところにはメリットはないのかもしれませんが、いかがでしょうか。

○檜山委員 土谷先生、そのほかの先生方がおっしゃっているように、非常に厳しい状況だと思いますので、こういった予算がつくということ自体は非常にありがたいと思います。

冒頭に、横田先生がお示しいただいた、他府県と比較のデータというのは非常に大事なものだと思うんです。先ほど評価できないという、この6年間での進捗ということについてはございましたが、ほかの府県と比べてどうなのか、その辺の違いは何なのか、いろんなことをよくよく考えた上で、今後の施策を進めていただきたいなど。私はなかなか発言しにくい立場なんですけど、そういうふうに思います。

現場の受け入れられないという問題については、救急現場そのものの問題及びその後の病床の話が大きくなると思うんですけども、いずれについても、自分個人としては、今の二次保健医療圏を単位とした東京ルールとかそういった仕組みも、今後見直していかなければいけないんじゃないかな、すみません、話がまとまりませんが、ぜひ、他府

県との違いについて、どういうところが一体違うんだらうかということを知りたく思います。

以上です。すみません。

○横田会長 ありがとうございます。まさに、そのように私も思います。

それでは、時間も限られていますので、報告事項の最後です。東京都ドクターヘリ部会について事務局から説明をお願いします。

○事務局 事務局です。

資料の５、東京都ドクターヘリ部会の開催状況についてご説明いたします。

昨年９月１２日に開催した第１回救急医療対策協議会の中で、こちらの部会の設置についてご報告をさせていただきました。部会を令和７年１月３０日に開催いたしましたので、その状況についてです。

まず、東京都ドクターヘリ部会について資料上部の目的のところですが、ドクターヘリ運航事業に係る現状、課題を把握し、都民や関係者に対して事業の理解、推進、ドクターヘリの効果的な活用について検討、協議を行うことを目的としております。

続いて、委員構成についてですが、こちらは記載しているとおりですが、こちらの救急医療対策協議会からは、坂本委員、横田委員、新井委員、矢部委員にご出席をいただきました。名簿については参考に次ページに記載をしております。

続いて、資料中段の開催結果についてです。

こちらの二つ目の丸のところですが、会議の中では実績等について振り返りを行い、事業効果や課題の改善、正確な情報発信、訓練等を通じた広域連携の必要性などについて、質疑、意見交換を行いました。本会議の中では、主な意見のご紹介をさせていただきますと思います。

こちら、資料に【主な意見】と書いてあるところ、まず一つ目のポツですが、病院とヘリ発進基地との往復など、病院関係者の尽力により事業が実施されていることに感謝するということで意見をいただいております。ドクターヘリは、立川の自衛隊駐屯地の中にある多摩航空センターというところで待機をしております。そこに基地病院の杏林大学医学部附属病院、協力病院である多摩総合医療センター、東京医科大学八王子医療センターの医師、看護師の皆様がご出勤いただき、事業を運営している状況です。そちらに対して感謝のご意見を頂戴いたしました。

二つ目、診療数も増加、効果は認められるというような形で、ご意見をいただきました。２枚めくったところに、診療の実績というものを添付しているのですが、令和５年度の診療人数は３０６名という形になっております。

また、都民から都庁宛に感謝の声も届いているという状況でございます。こちら、会議の中で実績をもう少し説明を触れさせていただいたところですが、事業効果が少しずつ出ているということでご意見を頂戴いたしました。

先ほどのスライドに戻りまして、三つ目のポツです。ドクターヘリ、ドクターカー、

ついて比較して意見がありました。今後の検討課題ではありますが、医師の早期処置、また介入という点で、両者は同じところがございしますので、それぞれの活用の仕方を検討すべきであるということで意見を頂戴いたしました。

また、四つ目のポツで書いてある、診療に至らなかったケースについて、またキャンセルが出るという記載がございします。ドクターヘリは都民からの119番通報を基に消防指令室にて出動の判断を行っていただいております。その結果、ヘリが出動したものの、先に患者に救急隊が接触した際に、軽症、中等症などドクターヘリ案件ではなかった、また既に亡くなってしまっていたなどにより、ドクターヘリがキャンセルになるというケースが多く出てしまっている状況です。こちらの意見は、これについて、地域、市町村ごとの特性だったり、あとは119番通報の内容の精査、キーワード方式改善など、こちらできるような見直しをしていくということが必要ではないかということで、ご意見を頂戴いたしました。

五つ目、ランデブーポイントという記載があるんですが、ランデブーポイントとは、ドクターヘリが下りて患者を運んでくる救急車とドッキングをする場所でございます。こちらについて、新規に開拓をしていく、また土日にも使える、少し土日だと使いづらい、確保が難しいというような状況をご報告させていただきましたので、そういったところをしっかりと確保していくのが必要ではないかということで、ご意見を頂戴いたしました。

あと、最後二つのポツ、災害時の有効活用や広域での連携に関して、こちらも議題に上げさせていただきました。ドクターヘリを有事の際にもしっかりと使えるようにということ、また、他との連携という観点では一番下の部分、日頃から連携できるような協定締結なども進めていただきたいということで、ご意見を頂戴いたしました。

こちらの本日の資料の中では、この名簿の部分と先ほどの実績に関する資料を添付しておりますので、また後ほどご参照いただければと思います。

説明は以上です。

○横田会長 説明どうもありがとうございました。

東京都ドクターヘリ部会は、部会長が本協議会委員の坂本先生ですので、坂本先生、先生のほうから補足の説明は何かありますでしょうか。

○坂本委員 ありがとうございます。坂本です。聞こえますでしょうか。

○横田会長 聞こえています。

○坂本委員 今、出ているこのスライドのとおりでございますけれども、ドクターヘリは必要なケースで間に合わないということがあつては、ドクターヘリを運航する意味がございませぬので、119番通報の内容による判断で、ドクターヘリの必要性が高いと思われるものについては、基本的には出すという方針でいくということについては、ドクターヘリ部会でも皆さんの賛同が得られております。

その結果として、一定の確率でキャンセルが出るというのはやむを得ないんですけれ

ども、ただし、119番通報の内容を分析して、ドクターヘリの必要性の有無を判断するキーワードについて、まだ改善の余地があるのではないかということで、見直しについての検討を求めるということになりました。

また、もう一つは、都内だけではなく、近県との連携が重要であり、東京都以外の道府県のドクターヘリなども隣県との協定などを結んで、災害時もしくは平時でも協力していますので、同じような形で隣接する県との連携を深めていくべきだろうということで、具体的に訓練がされるというようなことがその場で報告をいただいております。

以上です。

○横田会長　ありがとうございました。

今日は、残念ながら青梅市の杉山委員が欠席なのでコメントを伺うことができませんが、事務局から説明がありました、杏林大学を基幹施設として、それから東京都の多摩総合医療センター、八王子医療センターが協力をしている形です。檜山委員、また再びで申し訳ありませんが、先生のお立場から何かコメントはございますでしょうか。

○檜山委員　申し訳ありません。ちょっと現状について具体には把握していないものから、特段この件についてのコメントはできないんですけども、一つお聞きしたいのは、ドクターヘリは、昔多摩の山岳部分というか、その辺で出られないというふうに聞いていたんですけど、今でもそれは変わらないのでしょうか。そのランデブーポイントが得られない、どうでしょうか。

○横田会長　どうですか、事務局。

○事務局　事務局です。

ドクターヘリの出動する場所として必要な条件としては、救急車が来られる場所、そこで救急車と落ち合うことができるというのは、最低限必要な仕組みになっております。こちらのドクターヘリはホイストなど、そういったことはできない形になっています。なので、山岳救助というような観点では、今お話をしたドクターヘリは活用できないのですが、救急車が来られるような場所であれば、山岳地域、山間部ですかね、そういったところも利用できるというふうに考えております。

○檜山委員　ありがとうございます。

奥多摩にも救急車が出られる地域であれば、どこかでランデブーして連れてくることのできているという状況なんですね。すみませんでした。

○横田会長　ありがとうございます。

ほかに、よろしいでしょうか、本件に関して。メディアの立場から庄子委員、何か全体でのコメントでも構いません、毒蛇のコメントでも構いません、何かございますでしょうか。

先ほど指名させていただいたんですが、ご都合が合わなかったようですが、医療を受ける側の代表の田中委員、お立場から何かコメントはありますか。

○田中委員　田中です。聞こえますか。

○横田会長 聞こえています、大丈夫です。

○田中委員 全体を通してということで、よろしいでしょうか。

そうですね、私も去年、母が急に、去年、おとし、コロナのときだった、急に大けがをしまして、救急車を呼んだところ、救急車が来られないということで、消防車が来られて非常に驚いたことがありました。本当にいろいろなご苦勞があつて、こうやって救急の体制を取っていただいているんだなということを改めて感じた次第です。

最後、ドクターヘリのところも、正直私の不勉強なところもありまして、このような形で体制を取られているんだなということは、改めて勉強になりました。キャンセルというのが本当に1台出すだけでも大変な恐らくコストがかかっているところだと思いますので、先ほどもあつたところですが、救急車の利用もそうですけれども、なるべく本当に必要な人が必要な医療が受けられるような体制をどう組んでいくかというのを都民の立場でも一緒に考えていかなければいけないというふうに改めて思った次第です。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。全体を通じて構いません。いかがでしょうか。

それでは、もしあれでしたら、日本赤十字社の矢部委員、いかがでしょうか。

○矢部委員 ありがとうございます。

横田会長が最初に示してくださった生存率のお話で一言だけなんですけれども、バイスタンダーの重要性というのは、これからもどんどん重要になってくるのかなというのは、非常に分かりました。

日赤としては、救急法のセミナー等で一般市民の方とか、学校にもそのようなバイスタンダーになる可能性のあるためのそういう講習みたいなものはしているんですけれども、その中で、講習をしている講師の方が実際に救命をされて命を助けたという事例の中で、やはりバイスタンダーのその後のフォロー、講師なのでドクターでもなく医療関係者でもなく、そういう方が生命の危機に瀕した人を助けるということが、その後に与える心の影響のフォローというものもすごく大事なんだなということを最近非常に感じましたので、この委員会で議論するような内容ではないかもしれないんですけれども、そういうバイスタンダーをこれからする、育てていくためにはそのようなフォローアップの体制も、日赤の救命の講習もそうなんですけれども、整備していく必要があるなというのは感じております。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

いや、私も本当にそう思います。この委員会で共有して議論すべきポイントなのかなというふうにも思っていますので、どうか引き続き、ご指導いただきたいというふうに思います。ありがとうございました。

熊井委員、熊井委員のお立場から全体を通じてでも構いません、コメントはごさいますでしょうか。

○熊井委員 ありがとうございます。東京防災救急協会の熊井でございます。

聞こえていますでしょうか。

○横田会長 聞こえています。

○熊井委員 ありがとうございます。

私も今のバイスタンダーの育成というところでのお話にはなるんですけども、冒頭、横田会長のほうからお話しいただきました、心原生心肺停止に対するバイスタンダーCPRの実施率、これは東京都はワーストな状況から徐々に上がってきたというところで、非常によかったなというふうに感じているところでございます。と申しますのも、私たちの東京防災救急協会では、東京消防庁のほうから受託し、応急手当の普及啓発、すなわちバイスタンダーの育成というところで、救命講習の指導を行っております。令和5年度では18万241人の方に対して救命講習の指導を行っております。こういった方たちが徐々に、コロナ禍というところもあったかとは思いますが、徐々に現場で応急手当を実施する、勇気を持ってやっていただくというところで普及啓発に何とかつながっているのかなというように感じているところでございます。

また今後も、より一層、実際に応急手当ができるような自信を持って、あるいは先ほどの精神的なフォローというところも考えながら、救命講習指導をやっていけるような取組をやっていきたいというふうに思っております。

以上でございます。

○横田会長 ありがとうございます。

先ほど矢部委員もおっしゃっていましたが、救命の連鎖の最初のほうですからね、これがないとやっぱり次の輪につながらないというのが実際に統計でも明らかになったというところで、ぜひさらに普及というか、皆さんにCPRをやっていただくような、そういう場面に遭遇した場合は、意識を啓発していかなくてはいけないというふうに思っています。

播磨委員、何かコメントはございますでしょうか。

○播磨委員 どうもありがとうございます。聞こえますでしょうか。

○横田会長 聞こえます。大丈夫です。

○播磨委員 今日、ご提示いただいた資料の中で、資料3に救急搬送人員の数というのが載っていて、令和2年が62万人だったところが、令和6年が79万ということで、20万人近く増えているという数字を見て、私は非常に驚愕をいたしました。年々増加しているというところで、恐らくコロナだけでは説明できないというか、高齢者の人口が非常に増えてきているというところが、その要因としてあるのかなというふうに感じております。

東京都であるとか、病院のほうで本当に対応してくださって、今のすさまじい人員をしていただいているというところだと思うんですけども、今後、救急を要する方々の人数というのがどんどん多くなっている中で、そういった方々にどう対応していく

のか、あるいは救急をどう予防していくのかというところも、行政として考えていかないといけないのかなというところで、本日はいろいろと教えていただいてありがとうございました。区としてもまた考えていきたいと思います。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

高齢者の救急の要請の割合、人口当たりの割合というのは85歳以上だと急に上がってきているというところがあって、今、ご指摘いただいたところの背景にはそういうところもあるのかなと思っています。ありがとうございます。

最後になりましたけれども、今日は代理でご出席いただいている警視庁のほうの伊藤様のお立場から、何か全体を通じたコメントはありますでしょうか。

よろしいですか。お出にならないでしょうかね。

それでは、本日は活発なご意見を頂戴しました。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、事務局におかれましては、どうかよろしく願いしたいと思います。

本日の議事は以上となりますので、この後の進行は事務局にお譲りしたいと思います。よろしくをお願いします。

○江口課長 横田会長、皆様、熱心なご議論をいただきまして、誠にありがとうございました。

事務局から補足なんですけれども、先ほど、救命率のところのお話もありました。我々は救急の日のイベントなどを通じまして、いろいろ都民に対する普及啓発、こういったところは引き続き行っていきたいというふうに思っております。

それから、いわゆるバイスタンダーのところで、指標につきまして、新しい計画の中では先ほどちょっと触れさせていただきましたけれども、循環器病対策の中にも入れておりますので、そういったところで目標を達成できるように進めていきたいなと思っております。

それとドクターヘリにつきましては、協定の締結のご意見をいただいております。それで、2月26日になりますけれども、山梨県とドクターヘリの相互運航に関する協定というのを結びまして、3月末から特に山間地域、都県境の山間地域、そういったところで運行を開始したいと考えております。

こういう取組を進めまして、できるだけ多くの迅速に救命処置が必要な方を運んで、都内の救急搬送体制の充実に努めていきたいというふうに考えております。

情報提供も含めまして、今このような取組を進めておりますので、委員の皆様方におかれましては、引き続きご指導いただければというふうに思います。

それでは、本日はこれにて会議のほうを終了させていただきます。誠にありがとうございました。

(午後07時12分 閉会)