

令和7年度 第2回

救急医療対策協議会

会議録

令和8年3月12日

東京都保健医療局

(午後 6時03分 開会)

○江口課長 大変お待たせいたしました。本日、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。

定刻となりましたので、ただいまから、令和7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進行のほうを務めさせていただきます。よろしく願いいたします。

また、本日、Web会議となっておりますので、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、発言がないときには、ハウリングを防止するために、マイクは、ミュートの状態にして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、医療政策部長の新倉よりご挨拶を申し上げます。

○新倉部長 皆さん、こんばんは。東京都保健医療局、医療政策部長の新倉でございます。

本日は、3月の大変お忙しい中、ご出席いただきまして、ありがとうございます。

委員の皆様におかれましては、日頃から都の救急医療にご理解、ご協力をいただきまして、誠にありがとうございます。

後ほど事務局からご説明いたしますが、都内の救急搬送人員は、令和6年には、79万人を超え、過去最多を更新しておりましたが、令和7年につきましては、速報値になりますが、さらにそれを上回っているというふうに報告を受けております。

また、救急搬送先の選定が困難な東京ルール事案、これにつきましては、令和4年の約5万6,000件から令和7年では、約2万3,000件と、そこで比べると5割以上減少はしておりますけれども、コロナ禍前と比べますと、まだ倍以上の水準となっております。

都の人口につきましては、2030年をピークに減少はしていくものの、高齢者の人口は、まだその先も増えていくという見込みでございます。それに伴いまして、救急患者のうち高齢者の占める割合も、増加していくと考えられておりまして、今後、高齢者の救急患者の受入れ体制を整えていくことが、まさに急務となっております。

今後の医療救急、医療体制の在り方については、さらに来年度、また、新たな地域医療構想の策定もございますので、こうしたものと併せて検討をしていきたいと思っております。

本日、限られた時間ではございますが、委員の皆様から貴重なご意見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、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いてでございますが、次第のほうに記載をしているとおりとなっております。

事務局のほうで確認をしておりますが、不足等ございましたら、議事の途中でも結構ですので、事務局までお知らせいただければと思います。

続きまして、委員のご紹介となります。時間の都合上、資料No.1-1、委員名簿の配付に代えさせていただきます。なお、代理出席のご紹介となりますが、東京都地域婦人団体連盟副会長、高須委員の代理としまして、犬伏様、それから、関係行政機関の代表より、東京消防庁救急部長、永野委員の代理として、浅見様にご出席をいただいております。よろしく願いいたします。

また、日本赤十字社東京都市部、事務局長の矢部委員、公益社団法人東京都歯科医師会の須藤委員、日本大学医学部附属板橋病院救命救急センター課長の山口委員より、事前にご欠席の連絡を受けております。そのほか、まだ入られていない方もいらっしゃいますが、ご紹介としては以上となります。

続きまして、会議の公開についてでございます。

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、会議録等が公開となっております。ただ、委員の発議によりまして、出席委員の過半数で議決をしたときには、会議または会議録等を公開しないことができるということになっております。今待機されておりますが、報道関係の方も含め傍聴の方、いらっしゃいます。それを踏まえまして、本日の会議につきまして、原則どおり公開ということで、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 ありがとうございます。

特に異議なかったかなと思います。

それで、公開という形で進めさせていただきたいと思います。

また、会議につきまして、おおむね1時間半を予定しております。会議の進行のほう、よろしく願いいたします。

それでは、横田会長のほうからご挨拶をいただきまして、議事に入りたいと思います。

横田会長、よろしく願いいたします。

○横田会長 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、この年度末も近いところ、非常にお忙しい中、時間を取っていただきありがとうございます。

本日、令和7年度の第2回の救急医療対策協議会ということですが、第1回は、9月に保健医療計画の進捗状況に関して書面会議とさせていただきました。それに続いて、今回、第2回ということでございます。

本日の審議事項は、二次救急と三次救急の医療体制についてご審議をいただくこと、報告事項が四つございます。1時間半という限られた時間ですけれども、どうか円滑な

議事進行にご協力いただきたいと思います。

それでは、早速議事に入りたいと思います。

今回の審議事項ですけれども、今後の救急医療体制の見直しに向けた検討についてということで、二つございますが、まず1点目の二次救急医療体制について、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、救急災害医療課の課長代理をしております中村でございます。

私のほうから、今後の救急医療体制の見直しに向けた検討に、ご説明いたします。

まず二次救急医療体制ということで、資料の2をご覧ください。

1枚目、現状と課題となっております。

上から読み上げてまいります。都内における救急出動件数ですけれども、救急業務が法制化された昭和38年の約10万2,000件から、令和6年には、およそ93万5,000件となりまして、この間約9倍の増加となっております。

これに伴い救急搬送の人員も過去最多となり、今後も増加傾向が想定されております。後ほど、参考資料の1-2、もしくは3ページをご覧ください。

次に、東京ルール事案についてですけれども、コロナ前の平成30年が約7,000件でしたが、令和7年には、速報値ですけれども、およそ2万3,000件ということで、約3倍に増加してございます。

令和4年の5万6,000件を超えたコロナピーク時よりは減少しておりますけれども、依然として高止まりをしている状況にあります。こちら、後ほど参考資料のほうでご確認いただければと思います。

このような中で、救急隊における救急活動時間ですけれども、前年と比較しまして若干短くなっておりますけれども、依然として長い状況が続いてございます。

また、医師の働き方改革による影響もあり、休日・夜間の救急受入れ体制が、以前に比べて厳しくなっていると思われまます。

救急要請の傾向として、例年、搬送人員の約半数が軽症という状況にあります。また救急需要ですけれども、熱中症や感染症など、夏と冬にピークを迎えているという状況があります。こちらのほうも、後ほど参考資料のほうでご確認ください。

東京ルール事案を見ますと、高齢者、主に80歳代以上ですけれども、受入困難事例が多く、高齢者特有の疾患等に付随したキーワードが上位を占めるということが考えられます。

高齢者人口は、当分の間、増加が予想されることから、受入困難な東京ルール事案も増加していくことが見込まれております。また、認知症の救急患者、この場合、主に身体合併症などが関係しておりますけれども、こちらについても、増加が懸念されているという状況がございます。

こうした現状と課題がある中で、主に高齢の救急患者に対する検討が必要と考えております。

次に、資料の2枚目こちらをご覧ください。

上段は検討の方向性になります。

まずは救急医療において、特に休日・夜間の対応ですとか、高齢者の受入れに課題があると考えてございます。医師の働き方改革の影響も指摘されている中、救急医療に取り巻く環境の変化を踏まえ、病床確保の見直しですとか、救急需要逼迫期、地域差に応じた対策の強化が必要と考えております。

二次救急医療に着目しまして、現在実施している休日・全夜間診療事業と東京ルールの見直しを中心に検討していきたいと考えております。

検討に当たっては、本年度実施している地域医療調査の結果なども踏まえまして、主に四つの視点から分析・課題整理・解決策を探り、施策に反映していきたいと考えております。

今後、進めていく地域医療構想や保健医療計画の中間見直しなどの動向にも、留意する必要があると考えております。

次に中央、検討の視点でございます。

夜間・休日の体制の確保、高齢者救急患者の受入れ対応、救急需要逼迫期（季節変動）に応じた対応、地域差に応じた対策等を考えてございます。

検討に当たりまして、当協議会に小委員会を設置し、ご意見を伺いながら進めたいと考えております。

委員については、記載のとおりの方々に構成し、令和8年度の1年間で、検討したいと考えております。

下段におおまかなスケジュールということで、予定を簡単に示していますが、5回ほど開催しまして、まとめていきたいと考えております。

こちらで後ほど、設置についてご意見を伺いたいと思います。

3枚目ですけれども、こちら少し見づらいですけれども、今後の搬送体制のイメージを考えてございます。おおむね大きなところは、現状とは、変わらないのですけれども、表の真ん中辺りの右側、高齢者救急・地域急性期機能というところを強化していきたいと考えています。今までの二次救急医療機関ということで、内科系・外科系という指定病床ですけれども、その中で年度によっては、高齢者救急という枠での病床確保なども考えていく必要があると、今後、考えております。

また、急性期を過ぎた患者さんの、その後の地元の地域の病院への転院搬送の仕組みなども、病院救急車を使った仕組みを考えていきたいと思っております。

軽症ですけれども、緊急性があるものについても、病院、いわゆる消防の救急車ではなく、病院救急車の活用なども、可能性なども考えていきたいと思っております。

以上で、二次救急医療体制の検討について、説明は以上となります。

○横田会長 説明ありがとうございました。

今、東京都の置かれている救急医療体制の課題を、最初の1ページの現状と課題にあ

ります。その対策として、2ページの真ん中、検討の視点というところで、一つ目は、夜間・休日の体制確保、二つ目として、高齢者救急患者の受入れ対応、三つ目に、救急需要逼迫期、これは、季節変動、例えば、暑い熱中症が非常に多発しているような、あるいは冬のインフルエンザの流行期などが相当すると思います。その解決のために小委員会を設けて、様々な検討を令和8年度にしようとのことでした。

今の事務局からの説明に関して、何か質問がありましたら、あるいはコメントがありましたら、どうぞよろしくお願ひします。いかがでしょうか。

それでは私のほうから、議論のきっかけということで、東京ルール、あるいは休日・夜間の2ページ目のところですが、上の2ポツのところ、見直しというふうにありますけれど、これは、現状の体制をさらに進化させるというイメージですか。

○事務局（江口） 今やっている休日・夜間の診療事業ですね。こういったところ、長らく、この事業をやっていますけれども、先ほど申し上げたような現状課題を含めて、少し見直すところは、見直していきたいということを考えております。

○横田会長 一番最後の表がありますけれども、これとどういう対応になるのですか。地域救急センター、東京ルールと二次救急医療機関との連携を、さらに密にして出口論もしっかり検討していこうというご提案なのでしょうか。

○事務局（江口） イメージ図のところを補足させていただきますと、ちょうど、この真ん中のところ、急性期拠点機能というところと高齢者救急地域急性期機能、これ国のほうの地域医療構想、考え方に基づいています。我々の中でやっている取組として、二次救急医療機関のほうで、内科系・外科系の休日・夜間のいわゆる病床確保というのをやっておりますが、高齢者救急というところに着目して、ちょっと新しく高齢者救急に特化したような形での病床の確保、こういったものも、必要なのかなというふうに今考えているということです。

それと、東京ルールで言いますと、地域救急医療センターが中心になって、受入れとか調整をやっていますけれども、こういったところに全て頼り切ってしまうと、なかなかセンターも、負荷がかかってしまいますし、インセンティブみたいなことも今ないので、こういったところの強化を図るとともに、病院救急車を使って地域全体でもう少し下りの部分があった。あとは今やっていないところですが、高齢者の軽症みたいのところ、病院救急車は、活用できないのかなということで考えたのが・・・となっております。

○横田会長 ありがとうございます。

何人かの委員の皆さんから手が挙がっています。まず順番で坂本委員のほうから、質問、よろしくお願ひします。

○坂本委員 坂本です。ありがとうございます。

今の高齢者救急のところ、ちょうど今出ているこのイメージのスライドの右上のほうで、この緑色のボックスで、高齢者の問題として、軽症だが緊急性高いという一

つの類型化をしていただいていますけれども、実際現場でこういう方もいるのですけれども、高齢者でもっと問題になるのは、別の二つの類型があって、重症だけでも緊急性が低い。具体的に言うと例えば老衰であるとか、全身状態はもうよくなって、在宅で診るのは厳しいのだけれど、けれど、集中治療や積極的な治療は望まれていない、つまりACPでできる範囲で治療していただきたいというふうな高齢者救急を、どうするかというのが、結構問題になる。実際重症なので、救命救急センターに来るのですけれども、救命救急センターに来て、いや、気管挿管も要りませんとかというふうな形になったときに、それをどうするかという、重症だけれども、積極的な治療を望まれていない高齢者をどうするかという問題と、それから、もう一つは、軽症で緊急性も高くないのだけれども、非常に要介護の状態介護が必要であって、在宅や施設では見切れないという方について、どうするかという、その辺の類型も一緒に考えていただくと、より幅が広がるかなというふうに、このイメージを見て考えました。以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

極めて重要なポイントですよ。坂本先生、ありがとうございます。

続きまして、土谷委員のほうから、よろしくをお願いします。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

私もこのイメージ図の話です。

地域医療構想調整会議ですね。毎年2回やっているのですけれども、今回は、第2回のテーマが、まさにこの急性期拠点と、あと高齢者救急、どういうふうに分けていくのかというのが議題でした。テーマでしたけれども、実際調整会議で議論が深まったかと言われると、実はあまり深まっていなかったと思います。というのも、じゃあ、どういうふうに分けていくのだという、トリアージの問題だとか、あるいは急性期拠点であっても、高齢者の救急を受けないといけない。つまり、救急車の受けることの台数が指標になっているから、それを断ることも、現状では難しいのだというような意見があったりしてですね。この仕分ですね、この急性期拠点で赤囲みのところと高齢者救急・急性期機能、ほぼ真ん中は、かなりオーバーラップしているところですが、ただ、赤囲みの外にあるやつ、それが、先ほど坂本先生もお話ありました高齢者救急のところ、一番右のところですね、中段の一番右のところ。この仕分は、どうやってやっていくのか。じゃあ、救急隊が、高齢者救急だからといって、急性期拠点には、この図で言うと運ばないとかですね。じゃあ、高齢者救急というのは、一体何なのかと、65以上高齢者だから、急性期拠点に運ばないのか、決してそんなわけではないと思うのですよね。ここで言う高齢者救急や要介護状態になった85歳、例えば85歳以上のかなり高齢の方だとか、そういうのが、対象になっているのではないのかなと思っています。ですので、このイメージとしては、私も分かります。皆さん、分かる、よく分かっているところではあるのですけれども、じゃあ、実際に赤くない、一番右側の高齢者救急、こういう例は、どういうふうに仕分するのか、もしかしたら、今後、1枚前のところの小委員会ですね。

そこで例えばトリアージの指標みたいなのが、出されるのかもしれませんが、今後、それは、大きな課題ではないかと認識しているところです。コメントです。

以上です。

○横田会長 土谷先生、ありがとうございます。

この赤枠とこの青枠の区別と判断、どのように現場でするかというところですね。

○土谷委員 はい。

○横田会長 これも重要なポイントだと思います。ぜひ小委員会等々、あるいはこの委員会でも議論したいと思います。

ありがとうございました。

○土谷委員 分けていくべきですけど、分けるのは難しいなということですね。

以上です。

○横田会長 そうですね。

次に、宮崎委員、コメント、よろしくお願いします。

○宮崎委員 宮崎です。聞こえていますでしょうか。

○横田会長 はい、聞こえています。

○宮崎委員 大体私も似たような意見なのですが、すみません。明確にこれがいいというふうなことは、なかなか私も言えないのですが、これで気になるのは、現場でこの左の例えば心臓・脳とか、CCUとか脳卒中の病院とか、そういうところはもちろんあるのですが、三次ではないし、いわゆる2.5次みたいな病院が結構多くて、2.5次みたいなところというのは、そういう割と三次に近い部分まで受けられるので、しかも、そういった症例は、結構欲しいと思っている病院があるので、これでいくと、この左の上のオレンジ色のところの矢印が、真下ではなくて、真下ともう一個ぐらい右のほうがいいのかなとか、勝手なこと言うと、そういうふうな感じもちょっとしますのと、もう一つ、この重症のところ、先ほど坂本先生からもお話出ましたけれど、ACPがはっきりしていच्छる方は、この右のほうに行く矢印もあるのかなとかと、ちょっと思っていました。それと、この図とは関係ない最初の前提のところなのですが、働き方改革によって、救急が逼迫しているというふうな、今現状はあまりないようなので、そういった前提はあまり私は賛成ではないです。

はい、以上です。

○横田会長 ありがとうございました。

これも前のお二人のご意見と重複するところです。重症、あるいはその中等症、高齢者という分類が必ずしもクリアカットにいかない場合もあるのではないのかというところだと思います。ありがとうございました。

続きまして、内藤委員、よろしくお願いします。

○内藤委員 ありがとうございます。

まずちょっとこれ、ここの議論の中で、ちょっと水を差すような話になってしまうの

ですけれども、例えば私の近隣のところの中規模ですね、大規模とはいかないかもしれないけれど、そういう病院は、何を言っているかという、病院経営の立て直しのために、高齢者救急を積極的に取ると言っている話でございまして、実際のところ、当院も救急はやっているのですけれども、ほとんど高齢者救急って、全く、もともと施設からというのであれば、受けますけれども、フリーの高齢者救急って、ほとんど来ていないのですね。ですから、少なくとも当院の近隣では、高齢者救急で逼迫しているという感覚が、どうもちょっといま一つないというのが、私の感覚で、どちらかという、今高齢者救急を受けるべき、今のところ地域包括ケア病床みたいな、我々の病院が、本来受けるべきものが、もう少し高次の機能の病院が、みんな受けてしまっているのではないかなというところが、すごく現場として感じるころではあります。

ただ、それとはまた別ですけれども、やはり今救急で、高齢者、高齢者と言っていますけれども、もう結構高齢者でも、結構活力のある方も結構いらっしゃって、そういう方も心カテやったり、90ぐらいでも心カテやったりとか、手術受けている、元気になる方もいらっしゃるの、実際高齢者救急の区分けというのを、先ほども出ていますけれども、どのようにしていくのかなということが、すごく気になるという、難しいところかなというふうに思っています。

それから、先ほど坂本先生、おっしゃっていた問題というのも、すごく重要な問題で、今現場では、逼迫しているところかもしれませんが、実際これは、この問題って、もしかしたらば、救急のところだけで話し合うことではなくて、もっと例えばACPについて議論を深めるとか、かかりつけ医の先生、在宅医の先生に、もっと頑張ってもらいたいところ、重点を置くということも、必要なのではないのかなというふうに思いました。

はい、私のほうから、以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

4人の委員の皆さんに、ポイントをお話いただきました。いずれにしても、地域性というのでしょうか新型コロナウイルス感染拡大で救急医療体制が逼迫したときは別として、現在も東京ルールは、平成30年同時と比較すると3.3倍発生している。東京ルール発動のキーワードは、高齢者が、上位を占める現状も確かにあることは間違いないことですが、このようにうまくクリアカットに、区分できるかというところ、それぞれ皆さん、ご指摘をいただきました。

今ほかに委員の皆さんから、ご意見ありますでしょうか。

医療を受ける側の代表として重村委員、何かコメントございますか。

○重村委員 ありがとうございます。聞こえておりますでしょうか。

○横田会長 聞こえていますよ。

○重村委員 ありがとうございます。

高齢者の問題というのは、本当に私達の相談でも最近とても多いです。救急で行った

あとの、その後の問題もあります。救急で行った場合、高齢者ではなく、もう少し若い方の最近の事例があります。救急で行ったけれども、そこで手術をするのには個室しか空いていない。個室と言われたが経済的に大変なので、患者本人は、そうだったら、他の病院に移りたいと。救急で行き手術が必要だけれど、個室は無理。結局、個室しかない、選択肢はなく仕方なくその病院に入院、手術をしました。

その後もトラブルになったり、なにかそういう問題が出てきている状況です。

○横田会長 受入選定という問題と、患者側の視点から言うと、入院した後の問題というのも、あるのだというご意見だと思います。

ありがとうございます。

同じく医療を受ける側の立場として、高須委員が今日ご欠席ですけれども、犬伏様のほうから、何かコメントございますでしょうか。

○犬伏（代理）委員 実際に、家族がお世話になったことがあり、施設から搬送いただいたときは、結構スムーズでしたが、在宅の際に、なかなか搬送先が決まらず、お世話になった病院を希望したものの、夜中に受け入れてもらえる確証があるのなら搬送できますが、確証がない場合は搬送できないということで、救急車で搬送いただくのに、難儀をしたことがあります。結局緊急性があり搬送いただいた病院でお世話にならざるを得なかったのですけれども、一旦は落ち着いたもののすぐに亡くなってしまって、家族としては複雑な心境でした。ただ、搬送及び搬送先受け入れに大変感謝しております。

○横田会長 それが一番大切でした。ありがとうございます。

まさに問題点を実際の経験からお話しいただきました。そのような思いを少しでも少なくするように、この救急医療対策協議会で、体制をつくっていかうというふうに思っています。

ありがとうございました。

よろしいでしょうか。それでは、今重要なご指摘を幾つかいただきましたので、非常に大切なポイントですので、今のお話を踏まえて、この二次救急医療体制の見直しを進めてまいりたいと思います。具体的には先ほど説明がありましたように、小委員会を設置して検討を行うというふうなことで、よろしいでしょうか。

（異議なし）

○横田会長 ご異論がないようですので、そのような形で進めていきたいと、このように思います。

ありがとうございました。

続いて、2点目ですね。2点目の三次救急医療体制について、事務局から、説明をお願いいたします。

○事務局（中村） それでは、次に、三次救急医療についてですけれども、続けて、中村のほうからご説明いたします。救命救急センターの現状でございます。

ご存じの方もいるかと思いますが、救命救急センターは、重篤な救急患者に対

し、高度な医療を総合的に提供する医療機関として、東京都が指定しているものでございます。現在は、都内の28病院を指定しています。また、そのうち、広範囲熱傷、指脚切断、急性中毒等に対応する高度救命救急センターがございまして、こちらのほうを4か所指定してございます。

これにつきましては、今共有している地図、もしくは資料のほうをご提供しておりますけれども、若干見づらく申し訳ございませんけれども、図のとおりとなっております。23区内に多く、また中央部付近に多い状況になってございます。

次に、資料の2枚目となります。簡単な実績を記載してございます。

資料の左側ですけれども、都内の救命救急センター全体の搬送件数の推移でございします。コロナ発生時、若干減少がありましたけれども、またその後、上昇傾向にございします。また、令和6年は、若干の減となっております。ちなみに令和7年度は、また若干上昇傾向、微増という速報値が出てございます。

資料右側ですけれども、こちら、各センターの令和6年の受入件数と収容可能回答率でございします。

センターによっては、若干ばらつきがございしますけれども、収容可能回答率は平均で約6割になってございます。

続いて、資料3枚目でございします。

救命救急センターの整備というタイトルがついてございします。

国の考え方ですけれども、おおむね人口100万人に1か所を目標に、都道府県が医療計画により、整備を進めていくということとされておりました。

整備目標が達成されてからは、新規指定に当たっては、地理的な空白地域を埋めることを優先しまして、指定施設に対しては、毎年充実度評価を実施し、質の維持・向上を図ってきました。

東京都ですけれども、国の考え方を踏まえつつ、都の保健医療計画では、必要に応じ、新たな救命救急センターの指定を検討していくとなっております。

少し前になりますけれども、2006年10月、この救急医療対策協議会報告におきまして、新たな救命センターの整備の在り方というものが策定されました。この資料右下に、若干触れてございします。

地域における三次救急医療機関の所在地のバランスや人材育成の観点から、大学附属病院で救命救急センターを設置したい病院を活用し、東京都はその整備を進めてまいりました。

実際の指定ですけれども、直近では2023年3月に、順天堂大学医学部附属練馬病院、東京慈恵会医科大学附属病院の2病院を指定してございします。

このような状況で、現在、新規の指定を希望している病院もございします。この現状を踏まえ、新たな指定をしていくべきかどうか、皆様のご意見を伺いたいと思います。

以上でございします。

○横田会長 説明、ありがとうございました。

三次救急医療体制、今後の、特に救命救急センターの在り方、あるいはその新たな救命センターというふうな説明でした。

皆さんのほうから、何かコメント、ご意見ありますでしょうか。

この資料の2006年10月の新たな救命救急センターの整備の在り方ですが、一つは、人材育成が可能な病院、それから、地域性というところで、先ほどの地図も含めてご覧になっていただくと、都内28の救命センターがありますが、地域性という視点からは救命救急センターがない地域がある。というのも当然ある。それから救命救急センターは、重症の患者さんを治療するというふうな大きな役割を担っていくと同時に、救急医療に関わる人材育成が、非常に大きな役割と認識しています。

特に東京都では、救急科専門医の専攻医のシーリングを外していただいたという経緯もありまして、これから日本の救急医療を担っていくというふうな人材が全国から集まってくる、そういう東京都ですので、特に大きな総合病院、大学病院は、人材育成に最も適切な医療施設だと思っています。そのような観点から、新しい救命救急センターの認定も、考えていただければと思います。具体的な議論までは、今日はないのですけれども、そのような希望を持っている施設があるというところだけ、ご認識をいただければと思いますが。

皆さんのほうから、何かコメントをいただければ、ぜひちょうだいしたいと思います。いかがでしょうか。坂本委員、お願いします。

○坂本委員 はい、坂本です。

救命救急センターの整備については、一つは、今お話に出ていた量的な問題で。人口当たりどのくらい必要か、数を増やす必要があるかどうか、あるいはその地域のアクセスの悪い場所を埋める必要があるかどうかということが、一つあると思いますけれど、もう一つ、この28ある救命救急センターが、救命救急センターとして、金太郎あめのように同じでいいのかどうかということに関しては、例えば重症外傷については、横浜市では、重症外傷センターということで、さらに集約をしてショックの重症外傷患者さんに関しては、救命救急センターの中でも、24時間リソースが十分な準備をしているところに運ぶというような取組をされていたり、あるいは大阪府では、熱傷患者については、もう重症熱傷の集約が必要ではないかというふうな議論がされているというようなことがあって、都内でも、例えば大動脈疾患で、大動脈で手術が必要であるときには、大動脈のスーパーネットなどを使いますが、必ずしも全ての救命救急センターが、対応できるわけではないので、初療した上で転院搬送ということも、多くなっていると思います。また、コロナのときもそうだったので、ECMOについても、慣れてるところと、そうでないところというところがあると思いますので、これらについても、コロナが非常に流行期に関しては、どこでもやらないといけないとは思いますが、そうではないときには、ECMOセンターという形で集約をしたほうがい

いかどうか、あるいはE C P Rで人工心肺を使った蘇生に関しても、24時間どこの病院でも必ずできるように準備するというのは、なかなか大変なこともあるというふうに思います。そういう中で、少し救命救急センターとしても、もちろん、最低限というか、基準を満たしながら、それぞれ得意分野をつくって、東京都全体の三次救急の医療のクオリティを上げていくというふうな質的な整備というようなところも、少し視野に入れたほうがいいかなというふうに思っております。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

実は今日、午前中、私、横浜で開催されている、腹部救急医学会というところに参加してきたのですが、まさに同じ議論があって、例えば愛知県では、外傷に特化した救命救急センター、すなわち外傷センターを四つ県が指定したとのことでした。救命救急センターの中でも、それぞれ得意分野があるので坂本先生が言われたように、広範囲熱傷、多発外傷、急性期循環器疾患に高度な医療を常時提供できる場所も特徴も加味していくということが大切であるという議論をしてきたところです。

ありがとうございます。

ほかにございますでしょうか。

三次救急医療は、二次救急から三次という上り搬送もあるのでありますが、医療機関代表の矢野委員のほうから、何かコメントございますでしょうか。

○矢野委員 ありがとうございます。

そうですね。やはり救命救急センターですね。やはりこの一つ人材育成と地域性とお話出たのですが、人材育成の中には、やはりちょっと医師だけではなくて、看護師を含めたりとか、そういうもう一つの医師以外の人材というところも、やはり必要になってくると思います。医師の話がやはり多いのですが、やはり看護師が、どこも不足している中で、救命救急センターをどうやって運営していくかというのが、どこの救命センターもなかなかちょっと難しいところではないかなと思っていますので、その辺も東京都が、少し考えていただけるといいのではないかなと思います。

あと今本当に外傷センターなり、熱傷センターなりというのを、整備するというのは、東京都でも、非常に大切なことではないかなと思っています。

東京都は、やはり人口もかなり多くて、ただ、アクセス性は、各救命センター間のアクセスも、他の地域に比べると、恵まれていると思いますので、ただ、そこにはそれなりのやはりちょっと投資をしないと、恐らく成り立っていかないのかなという形で今聞いておりました。

以上でよろしいでしょう。

○横田会長 ありがとうございます

同じく医療機関代表で参加されています。そして、三次救急医療施設の多摩総合医療センター院長の檜山委員、何かコメントございますでしょうか、

○檜山委員 多摩総合の檜山です。

坂本先生、ほかの先生方がおっしゃるとおりに、もちろん、受皿、あるいはその教育機関として救命センターをさらに増やしていくという意義は、あろうかと思うのですけれども、一つの救命センターで扱う重症外傷の数だとかは、この間ずっと減り続けているのは、先生方、ご承知のとおりで、やはりある程度の集約化が必要なのではないかなと思います。教育機関としては、何というか、この先もっと数を増やしていくとすれば、ある程度ER型みたいなものに寄っていくのかなと、そうであるとする、二次医療機関とのすみ分け、初めに例えばセンター的な救命救急センターで受けた後に、患者さんを一旦トリアージなり、振り分けをして、二次機関に転送する、あるいは外傷センターに、一次処置をして、外傷センターに送る、ECMOセンターへ送るみたいな形を、もうちょっと押していけないといけないのだろうなと思いました。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

ER型、あるいは自己完結型、いろいろあると思いますが、また、そのさらにその中で、坂本委員が言われるような得意分野というところも加味してというお話だと思います。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。

○事務局 ドクターヘリ運航事業について、ご報告をさせていただきます。

事業の概要につきましては、参考資料の2をご覧くださいませ。

私からのご説明は、資料4に沿って行わせていただきます。

本日のご報告は、先月末に報道発表いたしました、3月の運休と4月以降の事業休止についてでございます。

まず令和7年度についてのご報告でございます。

ドクターヘリの運行业務を担っている学校法人ヒラタ学園において、整備士を確保できなかったことから、8月以降、断続的に運行休止日が発生いたしました。運休日数は、9月を除き、一月当たり5日から8日程度でございましたが、3月については、整備士の退職の影響などによりまして、17日間となりました。

連休中は、陸路で迅速に救急搬送ができるよう、消防機関と連携をして対応しております。

なお、同じく学校法人ヒラタ学園が受託をしております、関西広域連合及び長崎県においても、おおむね同様の運休日が発生しております。

二つ目、次に、令和8年度についてのご報告でございます。

都におきまして、令和8年4月以降の運行业務を確保できていないため、事業を一時休止せざるを得ないこととなりました。全国の事業者にはヒアリングを行いました、いずれも機体や人員の確保に準備期間を要するということが、8年4月の事業開始は困難であるとのことでもございました。連休中につきましては、陸路や消防ヘリによる迅速な救急搬送、また、ドクターカーの運用範囲の拡大、そして、近隣県の救命救急センタ

一への協力依頼、以上の3点によりまして、多摩地域の救急医療体制を確保いたします。その上で、運行事業者の確保に向けて、引き続き、取り組んでまいります。

説明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。

ニュース報道でもされているように、東京都のドクターヘリが、この3月までは休止日があったのですが、運行业者の整備士の問題もあり、4月以降の運用ができなくなったというところですね。非常に大きな問題だと思いますけれども、本件に関して、陸路、消防ヘリで迅速に救急搬送できる東京消防庁と連携しての対応、それから、ドクターカーの運用拡大で対応していこうというお話でした。

本件に関して、ございますでしょうか。

これは、4月以降、いつまでという見通しも立っていないということでしょうか、事務局。

○事務局 はい。現時点では見通しは立っておりません。

○横田会長 坂本委員から手が挙がっています。お願いします。

○坂本委員 坂本です。

事務局の説明については理解をいたしました。その上で、今運行业務の法人のほうの事情で、運行が停止しているという状況ですけれども、今後、運行再開があったときに、これまでの東京都のドクターヘリ事業を振り返って、同じ形で再開をするという方向なのか、あるいは何らかの今までの事例を検証して、より効果的なドクターヘリをさらにできるような形で検討した上で、再開される方向なのかという、その辺の方向性が、もし、あれば教えていただければと思います。

○江口課長 救急災害医療課長の江口です。

坂本先生、ありがとうございます。

先生にも部会長やっただいておりますドクターヘリ部会、昨年1月に開催しました。その際にも、このドクターヘリ事業を通じていろいろ見えてきた、振り返りを含めて課題というのですかね、そういったところが挙げられておりまして、それ私ども、いろいろと検討していくことにしております。今このような状況になっている不安定な状況ですので、なかなか前へ進めていくのが難しい状況ではございますが、当然ながら、課題については、関係する東京消防庁さんとか、病院含めて、検討していきたいというふうに思っております。

以上です。

○坂本委員 坂本です。ありがとうございます。

今運行中止しているからこそ、この再開までの間に課題を整理して、再開時には、より改善をした形で、もし、改善点があるとなれば、その部分を解決した形で再開できるように考えてもいいのか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。

庄子委員のほうから、何かコメントございますでしょうか、本件に関して。

○庄子委員 大丈夫です。この点は、特にはないです。

○横田会長 ないですか。また、どうぞよろしくお願いします。

安全第一というところを考えると、整備士の不足によって、ヘリが運用できないというのは、やむを得ないのですけれど、一方で、救急患者さんにとっては、ドクターヘリが非常に有用だということを、東京都のドクターヘリ事業でお話を私も伺ったので、一刻も早くまた復活しなくてはいけないと思います。

よろしいでしょうか。

今言われたように、復活したときに、スムーズにまた運用できるようにというところがポイントですね。ぜひそこも、よろしくお願ひしたいと思います。

よろしいでしょうか。

それでは、2点目に行きたいと思います。

報告事項の二つ目、東京ルール事案患者情報伝達システムについて、説明をお願いいたします。

○事務局 東京都保健医療局、医療政策部、救急災害医療課の深瀬と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

私からは、東京ルール事案患者情報伝達システムについて、ご報告をさせていただきます。

資料をご覧ください。

システム導入の目的となります。

まず東京ルール事案につきましては、受入医療機関の調整及び一時受入後の転院先の調整等を救急患者受入コーディネーターが実施いたします。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患者情報の伝達手段について、音声マイニングシステム等のデジタル技術を導入することにより、調整方法を効率化し、所要時間の短縮等を図る目的で本システムを導入いたしました。

システムの概要となります。

東京ルール事案の一時収容後の転院搬送において、救急患者受入コーディネーターが、転院先の医療機関の選定をする際、音声マイニングシステムを活用し、患者情報をテキストデータ化します。今までは、医療機関へ1件ずつ電話し、傷病者情報を口頭で伝達しておりましたが、患者データを医療機関が閲覧できるクラウド上に保存することにより、インターネット経由で患者情報を閲覧し、応需可否を病院側が判断できるものとなります。

こちら、詳細の運用につきましては、運用時の流れをご参照いただければと存じます。こちら資料のご説明をさせていただきます。

まず青い点線で囲まれた部分をご覧ください。

東京ルール事案においては、一時収容をしていただいた医療機関から、転院搬送の依頼を受け付けたコーディネーターは、音声マイニングシステムを活用し、患者情報をテキストデータ化し、事案登録を実施いたします。

次に、黄色い点線で囲まれた部分をご覧ください。

搬送依頼する医療機関に、テキストデータ化した患者データを送信いたします。患者データについては、コーディネーターよりクラウド上にテキストデータを保存し、医療機関がインターネット経由にてクラウドサービスにアクセスすることにより、患者データを閲覧することとなります。

運用の流れといたしましては、医療機関にコーディネーターから電話連絡を実施し、実際クラウド上に保存する旨お知らせさせていただきますので、病院のほうでクラウド上のテキストデータを閲覧していただくことにより、搬送連絡時間の短縮等を図るものとなります。医療機関側といたしましては、電話で患者情報を全て聴取するのではなく、送信されたデータを、インターネット経由で閲覧して確認するということが、今までと変更された点となります。

1 ページ目に戻らせていただきます。

全都運用開始までの経緯、経過となります。

令和7年10月1日より、区西北部保健医療圏にて、試験運用を開始いたしました。その後、医療機関及びコーディネーターへのヒアリング等を経て、本年2月2日より、都内全域にて本格運用を開始した次第となっております。

ご報告は以上となります。

○横田会長 ありがとうございます。

今の説明に関して、何かコメント、あるいは質問がありましたら、ぜひお願いいたします。どうでしょうか。

実際運用して効果が、具体的に何か明らかになっているところあるのでしょうか。

○事務局 はい。1医療機関当たりの連絡時間を比較いたしますと、電話だけの連絡に比べまして、テキストデータを用いた連絡のほうが、現時点なのですけれども、約1分30秒短縮している傾向が見られております。

○横田会長 複数の医療機関で応需した場合には、その順位というのは、どういうふうになるのでしょうか。

○事務局 ありがとうございます。

現行の運用に関しましては、1件ずつ電話連絡をして、テキストデータを送信するような形を取っております。今後に関しましては、現行、これからの動向を踏まえまして、一斉に病院に送る等検討していければと考えております。

○横田会長 一斉に送るという場合の病院は、その地域、医療圏ごとという理解ですか、それとも何かルールがあるのですか。

○事務局 現行の連絡の運用といたしましては、依頼のあった医療機関から直近の選定となっておりますので、現時点では、直近の選定の運用で考えております。

○横田会長 国のほうでも、同じようなシステムを考えていると思いますが、重複はないでしょうか。

○事務局 はい。現在、厚生労働省のほうも、プラットフォーム化というものを考えておりました。説明会やヒアリング等実施している状況だと考えております。また、システムの整合性等もございますので、今後、国の動向を見据えながら検討していければと考えております。

○横田会長 実際救急隊の皆さんが、病院選定に一番苦勞するところです。それが1分30秒ですか、短くなっているということは、重要なシステムだと思いますが、代理でご出席ですけれども、東京消防庁の浅見様、何かコメントございますでしょうか。

○浅見（代理）委員 失礼しました。東京消防庁救急参事の浅見でございます。

こちらにつきましては、電話連絡するような、実際にはコーディネーターの方というのは、東京消防庁の職員ではないので、コーディネーターからの電話にはなると思いますが、時間が実際早くなるのと、1件1件違った内容での連絡をしなくて済むという利点は、あるというふうには感じております。

○横田会長 特に今運用としては、うまくいっているということですね。

○事務局 はい、現行、問題なく、コーディネーターの運用としてはできております。

○横田会長 そうすると、都内全体にというのは、いつ頃でしょうか。

○事務局 先月の2月2日から、都内全域で運用を開始させていただいております。

○横田会長 よろしいでしょうか。

引き続き、実際のデータを、また、まとめていただいて、示していただければありがたいと思います。よろしく申し上げます。

それでは、報告事項の3番目になりますね。

東京版救急受診ガイドWeb版の刷新について、説明よろしく申し上げます。

○事務局 東京消防庁救急部、救急医務課、相談センターの事務局の係長やっております市東と申します。お時間いただきまして、ありがとうございます。

東京版救急受診ガイドWeb版につきまして、このたび、平成24年から都民に提供させていただいているところですが、3月2日に、新たに刷新してリリースされたことから、ご報告、情報提供のほうをさせていただきたいと思っております。

資料については、1枚目、概要のところから見ていただければと思います。

#7119の東京消防庁救急相談センターは、特に休日、それから、夜間など入電が集中する時間帯に、取り切れない電話が発生しております。この都民の救急相談のニーズに応えるために、先ほどお伝えしたとおり、平成24年から受診ガイドのほうを提供してまいりました。

ここで使用をされますプロトコールにつきましては、日本救急医学会監修によって、

東京都医師会が作成しております、プロトコルは、59症例から対応しております。これまでの古い受診ガイドの現状、それから、課題としまして、2番目になりますけれども、年々相談センターのほうは、相談需要が高まっております、昨年中は受付件数が、50万件以上、それから、相談件数も35万件以上ということで、依然増えている状況、取り切れない電話につきましては、9万件程度というような状況になっております。その取り切れない電話も含めて解消するために、受診ガイドの旧型の課題を見ますと、その右側になります、多くの選択肢から選んでいくということで、緊急度判定まで時間を要したり、また、複数の症状に対応していない。また、医療機関案内なのですが、別のリンクサイトに飛ぶ必要があるということで、時間がかかったり、病院検索までがなかなかたどり着かないというような課題が見つかりまして、その少し下になります、東京都のデジタルサービス局等々にご支援いただきまして、今年度、AI技術を活用しまして、緊急度判定から医療機関までを一本化した、利便性の高い救急受診ガイドの刷新に向けた開発を行ったわけでございます。

2枚目のほうをご覧ください。

ありがとうございます。

具体的な刷新項目といたしましては、まず①のところでございますが、症状ですね、テキスト入力、それから、音声入力もすることができます。ご本人や関係者の方が思いつくままに、その症状を入力することで、判定が可能となりました。

また、複数の症状があった場合には、それぞれ複数のプロトコルを使用しながら、より高い緊急度のほうで判定するというような形になっております。下の②、医療機関案内というところがございます。こちらは、緊急度判定に応じまして、直近順に医療機関を一覧で表示できるようになりました。

住所をもちろん、入れてもいいのですが、GPSで位置情報を取得したり、また、建物名称で、まるまるビルと入れたりすると、そこから住所を検索してくれて、すぐに直近順の医療機関が出るというような形になります。緊急度に応じまして、休日・夜間診療所であったり、クリニック、それから、救急告示医療機関ということで、表示ができるようになっております。

また、各医療機関のところをクリックしていただきますと、Googleマップと連携しております、ルート案内が可能ということで、短時間でですね、受診行動につながるようになっております。その他、右側のオレンジ色の部分は、追加された項目となっておりますので、ご参照いただければと思います。

ユーザーテスト等も行っておりますけれども、全体としまして、古いものより、3分半程度の時間短縮ということで、大体平均で2分半から3分弱ぐらいで判定結果、医療機関にまでつながるというような状況となっております。

3月2日の9時から運用のほう、こちら開始しております。広報活動もする中で、音声の入力は非常に精度が高いですとか、判定まですぐに結果が出ます、また、医療機関

まですぐ検索されて情報が得やすいですと、そういった好意的な声を非常に多くいただいております。

右下のQRコード、URLからアクセスすることで、スマートフォン、パソコン、タブレットなどでも使用できますので、ぜひ皆様、お試しいただければと考えております。

簡単ではありますが、説明については、以上となります。

○横田会長 ありがとうございます。

そうすると、現行の平均時間よりも約半分以上短縮されているということですね。

○東京消防庁 はい。おっしゃるとおりでございます。

○横田会長 すごいですね。

○東京消防庁 そうですね。これまでは、やはり自分の選択肢が複数ありましたが、そのところに、ご自身の症状にたどり着くまで、やはり、スクロールしていろいろ探さなければならぬというところがありました。思いつくままに症状のほうを入れていただいて、どこのプロトコルに当たるのかというようなところを、自動で判断してくれますので、時間的には大分短縮されたというふうに考えております。

○横田会長 電話で問合せをするときとの時間の比較は、どうなりますか。

○東京消防庁 そうですね。今救急相談センターのほうは、例えば赤判断でありますと6分弱ぐらいの判断になります。平均で見ますと、大体7分半から8分程度というところでございます。やはり、相談センターの看護師のほうは、既往とか、その選んだ主訴が本当なのかどうなのか、推定疾患とかも考えながら、慎重に判断を下していくというところでもありますので、少し時間としてはかかるかなと、受診ガイドのほうは、比較的早く結果のほうは出るのですが、判定結果について、やはり、看護師と直接話して相談したいという場合には、直接ホームページで、そのサイトから、相談センターのほうに電話ができるようになっておりますので、今センターのほうにも、受診ガイドでこういう結果が出たのだけれども、救急車を利用していいのでしょうか、もしくは病院を受診したほうがいいのかというような、再相談も何件か入っているような状況でございます。

○横田会長 分かりました。ありがとうございます。

○東京消防庁 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

○横田会長 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。

ありがとうございます。それでは、また後でありましたら、よろしく願いしたいと思います。

○東京消防庁 ありがとうございます。

○横田会長 ありがとうございます。

報告事項の4番目ですね。

令和8年度東京都の予算案について、説明よろしく願いします。

○事務局 それでは、中村のほうから、東京都の予算案の概要について簡単にご説明させ

ていただきます。

ちょっと細かくて見づらいかもしれませんが、右側の赤囲みというところがございませぬ。上の方ですね、小児・産科救急医療受入推進事業になります。

こちらは、新規ではなく今年度から予算化されているものでございませぬ。

小児・産科・救急医療において、患者の受入れを推進するための体制を確保するため、病院を支援という形で、1診療科当たり1,114万円の補助となっております。こちらは、令和9年度までの予定となっております。

その下、こちら新規の予算となっております。

急性期医療臨時支援事業となっております。こちらですね、急性期医療を担う都内民間病院への臨時的な支援を実施という形で、こちら、救急車受入件数に応じて、単価を設定しまして、入院患者一人当たり1日60円、80円、100円と支援するものでございませぬ。こちら、令和8年度のみのお予定となっております。予算額については、11億円という形となっております。

続きまして、2ページほど飛んでいただいて、主に消防庁の予算となっております。そのうち、また2点ほどご案内したいと思います。

まず1点目ですけれども、また四角囲みでございませぬ。新規になります、マイナ救急の整備という形で、0.8億円、8,000万円の予算となっております。救急隊員が、マイナ保険証を活用し、傷病者の医療情報を閲覧できるマイナ救急実施に係る資器材等の整備ですとか、マイナ救急活用に向けた広報等の予算となっております。

こちら、現在、全国的にも展開されてございまして、720の消防本部、東京消防庁さんも入っていらっしゃいます。現在、活用されているものでございまして、その活用促進のための広報経費がメインとなっております。

続きまして、一つ飛んでその下、また新規となっております。AI技術を活用した119番通報優先受付、こちら3億円の予算となっております。こちらもお新規です。119番通報、逼迫時において、火災をはじめとする緊急性の高い事案に対し、AI技術を活用して優先して着信させる仕組みを構築となっております。

まずは緊急性が高い事案をAIが判断する検証を、来年度から実施するというものでございませぬ。

以上です。現在、都議会開催中でして、これらも含めて予算案の審議をしているところでございませぬ。

以上でございませぬ。

○横田会長 ありがとうございます。

新規の事業が幾つかありました。救急医療体制の円滑化に寄与してくれるとありがたいのですが、今の説明に関して、何か質問ございませぬでしょうか。

あるいはこの報告事項全体を通じてでも構いません。いかがでしょう。

先ほどドクターヘリの件で特に多摩地区ということで、青梅の杉山委員にコメントを

求めるのを失念していたのですが、杉山委員の方から、このドクターヘリも含めて全体の報告事項、何かコメントございますでしょうか。

おられないですか。分かりました。

いかがでしょう。新規のA Iの何かありましたよね。予算で、ちょっと資料戻ります。犬伏様、コメント、お願いします。

○犬伏（代理）委員 A Iのご説明で、火災の事案で高齢者とか症状により、119にかけても、しゃべられないような状態でも、判断して、優先していただけるような仕組みになるということでしょうか。

○事務局 詳細は、私どもも把握しておりません。来年度から新規事業として、実証としてやられるというふうに聞いておりますので、その中でちょっといろいろ課題も見えてくるのかなと思います。

以上です。

○犬伏（代理）委員 ありがとうございます。

○横田会長 よろしいですか。

いや、私もこのA Iの活用って、具体的にどうということかなと、さっき質問しようと思った。犬伏様、ありがとうございました。

ほかにございますでしょうか。

この救急の患者さん一人当たり80円、100円とかというのはありましたよね。これは、救急の患者さんというのは、具体的に言うと、救急車で搬送された患者さん、入院しないにかかわらずということですね。

○事務局 救急車の受入件数に応じて、ちょっとランクが分かれております。

○横田会長 それで3種類あるということですね。

○事務局 はい。

○横田会長 分かりました。ありがとうございます。よろしいでしょうか。

それでは、報告事項一応終了ですけれども、私から、1点、皆さんにまた共有していただきたいものがあります。

先日の東京都のメディカルコントロール協議会でも、東京消防庁の担当の方が資料としてつくっていただいたものです。令和元年から令和6年までの、119番要請から救急車が現場に到着するまでの所要時間の全国順位、それから、119番要請から医師引き継ぎまでの時間の全国順位、それから、特に心臓が原因となって、心停止になった場合のバイスタンダーCPRの割合の全国順位、それから、その場合の1か月の生存率、そして、社会復帰率です。令和5年度までは、私が個人的にデータをまとめていたのですが、今回、東京消防庁の担当の方に作成していただきました。これは、消防庁から毎年公表される「救急救助の現況」からのデータで、令和7年版の直近のデータから、出していただいたものです。これを見ますと、上から令和6年は、119番から現場到着時間までは、東京都内では、13.1分、これは、新型コロナウイルス感染拡大の影響

があった令和4年、令和5年からときよりは、短くはなっているのですが、全国47都道府県の中では、残念ながら47位です。それから、119番から医師引き継ぎまでの時間が、60.5分、全国平均が、44.6分ですので、これも47位です。一般市民目撃ありの心肺停止に対するバイスタンダーCPRの割合は、東京は、56.4%、全国平均は60.2%で、令和5年は、全国34位だったのですが、令和6年のデータは40位に下がりました。その結果としての目撃ありの心臓が原因の心肺停止の1か月生存率、東京都では、10.7%、全国平均が、12.4%で、これも、バイスタンダーCPRの割合が減った影響もあるのでしょうか。29位から31位に少し落ちました。心肺蘇生の効果があると言われる、初期波形が、心室細動、無脈性の心室頻脈の1か月生存率が、東京都では、22.4%、全国平均が、34.2%で、これも、順位が下がって43位でした。

この救急医療対策協議会にも、データを共有して特に市民啓発、都民啓発というところに問題があるのかなというふうに思っています。ちなみに一番目撃ありでバイスタンダーCPRの割合が一番高いのは、島根県の75.2%でした。東京は56.4%ですので、島根県に比べると20%ぐらい低い。バイスタンダーCPRの割合が高い県は、生存率の割合も、高い傾向があります。例えば、目撃あり、心原性心停止で、心室細動、無脈性心室頻脈の1か月生存率は、東京は、22.4%ですけれども、1位の宮崎県は、55.6%です。宮崎県もバイスタンダーCPRの割合が高い県です。もっともっと心肺蘇生の重要性を都民に周知をして、応急手当というのをしっかりやるということを都民の皆さんに知っていただく必要があるのかなというふうに思っています。

前回は令和6年版のデータを出したので、今回も出させていただきました。

ということで、共有をしていただければと思います。

いかがでしょうか。全体を通じて、今日、まだコメントいただいている委員の方々、何人かおられるのですけれども、先ほどご指名させていただきましたが、庄子委員、何か全体を通じてコメントありますでしょうか。

○庄子委員 救急で、しゃべると全部オペレーターの方がというのは、あれ何かすごいなと思って、3月2日にリリースされたということなので、ちょっと何かやってみたいなとか、どういう仕組みなのか見たいなと思いましたので、すごいなと思いましたね。すみません、ちょっと感想で恐縮です。

○横田会長 ありがとうございます。

○庄子委員 ほかの都道府県とかもやっているのですか、ああいうのって。

○横田会長 どうですか。#7119のWeb版。

○浅見（代理）委員 消防庁の浅見でございます。

今のところ、完全な把握はしていないのですけれども、今回のように、AIを使って、音声を使っての判断と、さらにはそこから直近に病院への案内までできるというところは、恐らく東京が。

ちょっとお待ちください。すみません。担当のほうに変わります。

すみません。大変遅くなりました。埼玉県と新潟県のほうでやっておりまして、あとは総務省のほうでQ助というものをやっておりますが、全国に相談センターは、今は大分広がっておりますが、受診ガイドというところでは、少しまだ少ないかなというところでございます。

以上です。

○庄子委員 ありがとうございます。

○横田会長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

それでは、東京都社会福祉協議会の田中委員、何かコメント、ありますでしょうか。全体を通じてで。

○田中委員 恐れ入ります。東京都薬剤師会の田中と申します。よろしく願いいたします。

救急車の中で、マイナンバーカードで、患者の情報を検索できるということになっていると思うのですが、薬剤師会で店舗の中で問題となっているのが、ご本人の意思の確認ということをしないと、たどり着けなかったりするシステムになっているのですが、やはり救急車の場合は、その辺は、見られるようになっているのでしょうかね。どういうふうな。

○横田会長 その辺はどうですか。例えば意識障害の場合などはどうなっていますか。

意識障害の場合は承諾なしで閲覧可能でしたね。確かオプトアウト形式を取っていましたね。

○浅見（代理）委員 意識のある方などは、事前の確認、承認をいただくのですけれども、もしない方がいれば、ご家族とかの承認をいただいて、実施しております。

○田中委員 やはりそこはそういう要件になっているのですね。分かりました。ありがとうございます。

○横田会長 よろしいですか。

ありがとうございます。

それでは、東京都国民保険団体連合の連合会の桃原委員、何か全体でコメントございますでしょうか。

欠席されている、そうですか。

それでは、東京防災救急協会の宍戸委員、コメント、ございますでしょうか。

○宍戸委員 東京防災救急協会の宍戸と申します。音声聞こえておりますでしょうか。

○横田会長 はい、聞こえています。

○宍戸委員 東京防災救急協会では、東京消防庁からの委託を受けて救命講習等、都民に対して実施をさせていただいております。先ほど横田会長のほうからご紹介がありました、バイスタンダーCPRの実施率、こちらの東京都が、割合が低いということなのですが、現在、東京防災救急協会では、受講者に対してのアンケート、受講後にアンケー

トを実施しております、その中で、どれくらいCPRを実施する自信があるかという自信度というものを、指標として見ております。この自信度が、アンケートの結果として向上するように防災救急協会としても、講習の質を上げるべく努めているところでございます。

私からは以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

少しずつ順位が上がってきたのですが、残念ながら令和6年のデータでは足踏みしてしまったということで、よろしくお願ひしたいと思ひます。ありがとうございます。

それでは、杉並区の健康担当部長兼保健所長の播磨委員、コメントでございますでしょうか。

○播磨委員 播磨でございます。聞こえますでしょうか。

○横田会長 聞こえています。はい、大丈夫です。

○播磨委員 先ほど横田先生から、メディカルコントロール協議会のこの資料をご説明いただきまして、ありがとうございます。

区としても、区民に対して、さらに啓発を進めていきたいというふうに思ひました。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

生存率、あるいは社会復帰率に寄与するのは、バイスタンダーCPRの割合が一番統計的にも、大きく寄与するというふうなことになっています。ぜひ都民の方に、さらに啓発をしていきたいですね。重要なことだと思ひます。ありがとうございます。

それでは、皆さん、コメントをいただきまして、ありがとうございます。

全体を通じて何かありますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、本日の議事は以上となります。これ以降の進行は、事務局にお返しをしたいと思います。よろしくお願ひします。

○江口課長 横田会長、進行ありがとうございます。

また、委員の皆様方、貴重なご意見をちょうだいしました。誠にありがとうございます。

私ども、本日のご意見を踏まえまして、審議事項の中でもいろいろと今後の地域医療体制の見直し、こういったところをやらせていただく上で、今日、いただいている意見も参考に、次の小委員会の中でも、具体的な検討を進めていきたいと思っております。

委員の皆様方におかれまして、引き続き、ご指導いただきますようよろしくお願ひいたします。

それでは、本日はこれで終了とさせていただきます。長時間にわたりまして、どうもありがとうございます。

(午後 7時40分 閉会)