

第23回東京都メディカルコントロール協議会議事録

令和5年3月16日

18時00分～19時38分

○事務局 定時になりました。あと3人ほど出席しておりませんが、会を始めさせていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

皆様、本日はお忙しい中ご参加いただきまして、誠にありがとうございます。本日は対面式及びWebでの会議の開催となります。Webでご参加の皆様は、質問等ある場合はミュートを解除してお申し出いただければ、こちらから指名いたしますので、その後にご発言いただければと思います。

なお、議事録の作成の都合上、ご発言の前にお名前を頂戴できればと思いますので、よろしくお願いいたします。

それではただいまから第23回東京都メディカルコントロール協議会を開催いたします。はじめに、人事異動に伴い前回から交代になった委員の先生をご案内させていただきます。

東京都総務局総合防災部長、保家力様。続きまして東京都福祉保健局医療政策部長、遠松秀将様。続きまして大島町消防本部消防長、藤野甚一様、それぞれの方にご就任いただいております。

続きまして、本日欠席される委員についてご報告させていただきます。三宅村消防本部の三宅委員におかれましては、用務の都合により欠席させていただくということでご報告をいただいております。

また、本日代理で出席いただいております委員のご案内をさせていただきます。八丈町消防本部、菊池委員の代理としまして、西山様。稲城市消防本部、田中委員の代理としまして須藤様。大島町消防本部、藤野委員の代理としまして森川様。東京都総務局総合防災部、保家委員の代理としまして内藤様。それぞれ、本日も出席いただいております。

また、東京都医師会の猪口委員におかれましては、用務のため途中で退席される予定であるということでご連絡いただいておりますので、ご了承ください。

それでは、議事に入る前に会長からご挨拶賜りたいと思います。会長、よろしくお願いいたします。

○会長 皆さん、こんにちは。この年度末の本当にお忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。この新型コロナウイルスがやっと収束しつつある中で、さまざまな活動をしていただいて、本当にありがとうございます。

今日は年度末ということで令和4年度の活動を総括する形で会を進めてまいりたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 会長、ありがとうございました。

それでは、今後の議事の進行につきましては会長、よろしくお願いいたします。

○会長 本日は、各専門委員会でご審議いただいた結果として、資料にありますように5つ審議事項が用意されています。この各専門委員会の委員長が対面式で参加されていますので、各専門委員会の活動について、今年度の総括をいただければと思います。

まず事後検証委員会、よろしくお願いいたします。

○委員 事後検証委員会につきましては、参考資料1が事後検証委員会の実施結果ということでございますので、ご参照いただければと思います。

事後検証委員会では主として特定行為等についての成功率を検証していることと、特異事案ということで食道挿管が疑われる事案や様々な事故事例についての分析、それから心肺蘇生を望まない傷病者への対応が最終的にどうであったかというようなことを分析しております。心肺蘇生を望まない傷病者の事案は、かかりつけ医師から、「心肺蘇生をしないで病院に運んでほしい。」というような依頼があった場合の対応についてです。過去2例ほどそういうことがあったということについての分析が行われております。

また、令和4年になって現場到着時間及び現場活動時間が伸びたということと、おそらくこのことと関連して、蘇生率が悪化していることが指摘されております。東京都全体として蘇生率を上げるためには単に特定行為の成功率や特異事案を検証するだけではなく、広く救急活動全体のデータを分析することが必要だろうと事後検証委員会で議論されています。以上です。

○会長 ありがとうございました。詳細についてはまた事務局から資料に基づいて説明があると思います。

それでは次に指示指導委員会、お願いします。

○委員 指示指導委員会では救急隊指導医の教育をメインに行っておりまして、年に2回ほど救急隊指導医の研修会を行っております。大体全部で70名、これも後でご説明しますが、少し救急隊指導医の数を増やしたほうがいいのではないかとございます。それから、医師の働き方改革に関することがございますので、今、アンケートを取っております。それぞれの派遣元機関といいますか、病院のところで、要するに雇用していらっしゃる医師の時間の関係で、例えば救急隊指導医を行かせる時間はどうかということがありますので、アンケート中でございます。

それからもう1つ、指示指導委員会でご討議いただきましたけれど、新型コロナの感染症が今後2類から5類に引き下げられるということになります。それに関して救急隊指導医の労力、いろいろなことがございますと思いますが、それに対しても少し影響がある場

合も、救急隊員同様あると思います。その辺の移行のことを東京都福祉保健局の委員もいましたので、そこで議論させていただきました。段階的に移行するというところでございましたが、この辺の検討をしていかなければならないかなと思っております。以上です。

○会長 はい、ありがとうございました。

それでは救急処置基準委員会、お願いします。

○委員 今年度は救急処置基準委員会の中でガイドラインの2020の改訂に関するもの4件、それからその他関係4件、計8項目に関して検討を行い、改訂のご提案をさせていただきます。

検討内容が多いので、ワーキンググループを設置いたしまして、5月、7月、12月にワーキンググループを実施し、先日2月20日に救急処置基準委員会を開催して承認いただいたところでございます。

大きなところとしては、心肺停止のプロトコール、これまで除細動プロトコールと薬剤投与プロトコールがございましたが、これを統一しようということになっています。後ほど事務局から説明させていただきたいと思っております。以上です。

○会長 ありがとうございます。それでは救急隊員の教育に関する委員会、お願いします。

○委員 長きにわたるコロナ禍で救急隊の方々のご苦勞されているということは、皆様ご承知のとおりでございます。救急隊員の教育に関しましてもその影響は例外ではございません。具体的には救急救命士の再教育、病院実習の未修了者が多数出るという事態になっております。これに対しては補充教育ということで対応させていただいておりますので、これについてはこの審議事項で何卒お認めいただきたいと思います。

もう1点は薬剤投与実習の充実を図るために新たに医療機関の承認を今日、お諮りする予定になっております。どうぞよろしく願いいたします。

○会長 ありがとうございます。

それでは議事次第に従って進めてまいりたいと思っております。

審議事項の1、東京都メディカルコントロール協議会における男女共同参画の推進について、事務局から説明をお願いします。

○事務局 審議事項1、東京都メディカルコントロール協議会における男女共同参画の推進についてです。

これまでの経緯としまして、「東京都女性活躍推進計画」、これは令和4年3月に東京都

の審議会等における女性委員任用率40%以上の目標ということで設定をさせていただきます。その後、「東京都男女平等参画基本条例」ということで、これも令和4年6月に改正されました、この中で都の政策の決定過程に多様な価値観や発想を反映させるため、都の附属機関及びこれに類似する機関の委員を選任するに当たっては、知事が別に定めるものを除き、男女いずれの性も委員総数の40%以上となるよう努めなければならないということで定められています。

なお、現在の東京都メディカルコントロール協議会の状況でございますが、要綱では委員定数が25名とされており、現員は23名でございます。そのうち女性任用率の算定対象委員数、これは都の職員ですとか消防本部の職員は除くものでございます。これが16名でございます、そのうち女性委員は現在3名ということで、任用比率は19%となっております。ここをなんとか増やしていかなければということでございます。

今後の対応ということですが、東京都メディカルコントロール協議会の設置要綱を改正いたしまして、現在の定数から委員定数を30名まで引き上げて、新たに女性委員7名を任用していきたいと考えております。女性委員が10名になることで、40%を超える、いずれの性も40%を超えるということになりますので、このような目標で進めていきたいと考えてございます。

ただ、なかなか専門性の高い職種でございますので、女性の委員についてのご推薦、ご紹介というのは各委員の先生たちのお力添えが必要だと思いますので、ご相談をさせていただければと思います。

要綱改正案としましては、現在メディカルコントロール協議会設置要綱第5条で「委嘱する委員25人以内をもって組織する」とされているところを、「委嘱する委員30人以内をもって組織する」ということで、要綱の改正をご承認いただければ、進めていきたいと考えてございます。

要綱の新旧対照表でございます。このように改正をしていきたいということで考えてございます。事務局からの説明は以上でございます。

○会長 ありがとうございます。本件につきましては東京都男女平等参画基本条例ということで、男女いずれの性も委員総数の40%ということですが、実際は女性の委員数を本委員会総数の40%まで引き上げるということです。そういうことで、今の務められている委員の皆様を辞めていただくという選択肢はないので、全体の数を増やす中で女性に多く入っていただくということで定員を30名にするという、そういう事務局からの案でございます。

これは東京都メディカルコントロール協議会設置要綱を改正するということで、6ページの資料になりますが、審議事項となりますので、皆様のほうからご意見ちょうだいしたいと思います、いかがでしょうか。

今日ご参加の女性委員の方いかがでしょうか。

○委員 非常に心強い布陣になると思いますので、ぜひよろしくお願ひいたします。

○会長 ありがとうございます。他にいかかですか。

○委員 このまま続けさせていただければと思いますし、よろしくお願ひします。

○会長 ぜひよろしくお願ひしたいと思います。この件に関してはよろしいですか。それでは、審議事項の1に関しては承認いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。はい、ありがとうございます。

それでは続きまして審議事項の2番目、医療機関に勤務する救急救命士の認定を要する救急救命処置に係る認定要領について、事務局から説明をお願いします。

○事務局 ありがとうございます。続きまして審議事項2で、医療機関に勤務する救急救命士の認定を要する救急救命処置に係る認定要領についてです。

これまでの経緯でございます。令和3年10月に、いわゆる医師の働き方改革の法改正がございまして、この中で救急救命士法の一部が改正されております。皆さんご承知のとおり、これまで病院前であった救急救命士の活動の場が病院内まで一部含まれる法改正となっております。これに伴って日本臨床救急医学会と日本救急医学会から共同でガイドラインが定められました。「医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置実施についてのガイドライン」というものが発出されてございます。

この中で、救急救命士が行う特定行為のうち、これまでの段階的な処置範囲拡大や気管内チューブによる気管挿管において、新たに東京都メディカルコントロール協議会の認定を受ける必要がある特定行為が一部ございます。これについては、病院内の救急救命士についても、我々消防機関の救急救命士と同様に都道府県メディカルコントロール協議会の認定を受ける必要があるということがガイドラインで定められたところでございます。

このガイドラインを受けての課題としましては、もともと病院前救護、救急業務の活動の中で救急救命士を対象とした東京都メディカルコントロール協議会という組織の中において、医療機関に勤務する救急救命士、消防機関に所属しない救急救命士を対象とした認定体制というのはこれまでなかった。そのため、ここを整備する必要があるということと、今回、医療機関内の話でございますので、主に福祉保健局にいろいろとご尽力いただきまして今回の改正を、調整をさせていただきました。

対応策としましては、東京都メディカルコントロール協議会に、今4つの専門委員会がございまして、ここにもう1つ専門委員会を設置しまして、医療機関に勤務する救急救命士を対象とした認定を要する救急救命処置に係る認定の体制を作るということで、福祉保健局が中心になって調整をさせていただいてございます。

これを作るに当たって、東京都メディカルコントロール協議会の設置要綱に関してですが、これは設置要綱の第2条の赤線で引いた部分、この中で今回の体制については読み込めるのではないかということで、設置要綱自体はいじらずに検討してきたところでございます。

専門委員会運営要綱の案としまして、これは名称(案)として書かせていただいておりますが、「医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置認定に関する委員会」というものを新たに設置していくということで、事務局案としてご提案させていただきたいと思っております。この専門委員会については、事務局は福祉保健局様に担っていただくということで整理をさせていただいているところでございます。

この審議事項としましては、医療機関に勤務する救急救命士が必要とされる救急救命処置の認定に関することを協議する場として整理していきたいというふうに考えてございます。

医療機関に勤務する救急救命士からの認定を必要とする認定申請については、この委員会の中で認定申請を協議して、適当と認められた場合に認定していくという手続きを考えてございます。

委員の構成の案としましては、今ここに案として書かせていただいておりますが、東京都医師会あるいはMC協議会、これは専門委員会も含むと考えております。あとは総務局、福祉保健局、東京消防庁がそれぞれ入って、総勢で5名、6名ぐらいの体制を考えてございます。

個別具体のお名前はまだ出しておりませんが、委員については東京都メディカルコントロール協議会設置要綱第9条第2項に基づいて選定をしたいと考えております。ここに何が書かれているかと言いますと、専門委員会の委員は会長が推薦して知事が承認するという手続きになってございますので、今後、事務局と会長の中で調整、協議をさせていただきながら、この人選はお任せいただくことができないかと思っております。

先ほど東京都メディカルコントロール協議会設置要綱自体は変えないと言いましたが、東京都メディカルコントロール協議会専門委員会運営要綱については変える必要があるということで、改正案を提案させていただきたいと思っております。

また、大まかな手続きの流れを図示したものでございます。各医療機関においてガイドラインに基づいた実習を修了した後に、医療機関がそこで勤務する救急救命士の申請書を取りまとめて、専門委員会、福祉保健局が事務局になりますが、そこに提出をしていただいて、事務局でその書類について審査をする。これは専門委員会に付議して認定手続きするというような流れを考えてございます。

基本的には四半期ごと、四半期の最終月の15日を締切りとして申請を受け付けて、翌月には認定をするというような手続きを1年間サイクルでやっていき、東京都メディカルコントロール協議会に対しては年間の認定状況を専門委員会からご報告いただくような手続きを考えてございます。

審査については、基本的に審査書類に基づいてやっていただく。その教育がきちりとしてできているかということ、教育計画のような資料と一緒に添付してもらうことを考えてございます。

その他として、救急救命士制度が段階的に改訂されてきているので、もしかするとすべての行為に認定手続きが必要になると思われる節もあるかもしれません。気管挿管に関しては、今も変わらず救急救命士は新たに研修教育を受けて認定を受ける必要がございますが、薬剤投与や、ブドウ糖投与等については、一定の国家試験以降の者は、特別な研修を受けなくても救急救命士の資格として認定されますので、これに該当する方々はこの認定の手続きには乗ってこないということでご理解いただければと思います。

このような形で専門委員会を立ち上げて手続きをやっていければと考えてございます。資料についての説明は以上でございます。ご審議よろしくお願いいたします。

○会長 ありがとうございます。

医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置実施についてのガイドライン、これは令和4年9月30日に日本臨床救急医学会と日本救急医学会から出たガイドラインで、厚生労働省もこのガイドラインに準拠して救急救命士の院内の活動の参考にすることと述べています。今、事務局から説明があったように、この後半の部分の気管内チューブによる気道確保の実施、それからビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保の実施、これに関しては救急救命士の資格を取っても、その時点では都道府県のMCの認定は取れていませんので、もし病院に勤務するということになりますと、ここを今回できる新たな委員会で審査と認定をしていただくこととなります。

それから、心肺機能停止患者における薬剤投与、心肺機能停止前の重度傷病者に対する乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作のブドウ糖投与、これらに関してはそれぞれ平成18年、それから平成27年以降の国家試験に合格している救急救命士は、教育機関で既にその時点で研修を終えて、各都道府県で認定を受けているということで救急救命士の免許が発行されております。そのため、実際は東京都メディカルコントロール協議会に新設される専門委員会に認定の申請が上ってくる数は多くはないのではないかと、すなわち多くが気管挿管だけの認定ということになると思います。

現在、私が把握している中では、都道府県では福岡県が先行しており、既に審査の体制ができています。いろいろなところからお問合せがある中で、東京都もこのような形で整理していくということでもあります。

本件に関して、何かコメント、質問がありますでしょうか。

○委員 このような形で整理をしていただいて、非常に満足しております。ぜひ協力させていただきます。以上です。

○会長 ありがとうございます。その他、お願いします。

○委員 このガイドラインの作成プロセスに関わった者として、一言、述べさせていただきます。

これについては、厚生労働省によると今回の法改正についてはあくまでも活動の場が広がっただけということなので、そこで行う救急救命処置等については消防機関に属して行うものと同じ基準が求められるということで、東京都メディカルコントロール協議会での認定が求められたということです。病院内における救急救命士に関する委員会では認められればいいのではないかという意見もありましたが、施設間の格差が出てしまう可能性がありますので、そこを均霑化するというものであります。

少し気になるのは、認定申請手続きのその他のところに、事故発生時の責任の所在については、雇用する医療機関もしくは当該救急救命士にあるということです。確かに酒を飲んでいたりとか、著しい過失がある場合には責任の所在は当該救急救命士ということになりますけれども、基本的に救急救命士は当該医療機関の責任下でやっているもので、その責任に関しては当該医療機関にあって、特にその救急救命士に重大な過失がある場合あるいは、悪意がある等の場合は責任が救急救命士にあるということがもともとの議論だったと思います。イーブンに書いてあることが少し気になりました。以上です。

○会長 はい、ありがとうございます。

○委員 実はこれは、医師法17条違反と救急救命士法違反との両方がかぶさってきます。ですから、それぞれの責任で両方も可能性があるもので、やっぱりこれはイーブンにしておかないとまずいのではないですか。

○会長 いかがでしょうか。

○委員 ガイドライン作成時の議論としては、一義的にはその救急救命士のやることは認めたということで、その技量を認めたという中で、その範囲の中でやって事故があっても、それは医療機関側の問題であろうという議論がガイドライン策定時には行われておりました。今、委員がおっしゃるように、法的に厳密に言えばそういうことがあるのであれば、もう少し国の解釈を検討しなおさなければ変えなければいけないかとも思っています。

○会長 他にいかがでしょう。

○委員 この仕組み、ぜひお願いしたいと思っております。確認したいのは、4月にこの認定の仕組みが出来ると、その前にこのガイドラインに基づいて適切に気管挿管の実習が

行われて、それが記録として残っている、的確に実施されたことが証明できる場合は遡って認定するということによろしいでしょうか。

○会長 福祉保健局にその辺の見解を聞きたいと思います。

○事務局 福祉保健局、いかがですか。

○福祉保健局事務局 今、ご議論されていた内容が聞き取れませんでした。もう一度要点をお願いいたします。

○会長 私の声はいかがでしょう。

○福祉保健局事務局 聞こえております。大丈夫です。

○会長 この審査の体制が4月から稼働できるとして、その前にきちんと病院で経験を積んで、例えばこの法律が改正された令和4年9月30日から今年の3月31日まで十分な経験のある救急救命士が、仮に何十例と経験をして、書類を4月以降に出した場合、それが認定されるのかどうかという質問でした。

○福祉保健局事務局 研修をきちんと行っていれば認定する予定でございます。

○会長 よろしいですか。他に医師会のほうから何かコメントございますか。

○委員 法律が改正されてから、いつになるかと思っていたところであります。こうして福祉保健局でいろいろ考えていただき、東京都メディカルコントロール協議会、そして東京消防庁でも協力していただいて本当に感謝しております。なるべく早く実質的に動けるようにしていければと思っておりますので、どうもありがとうございます。

○会長 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

○委員 ありがとうございます。このように救急救命士の特定行為の認定が進むことで、より救急の受け入れがよくなると思いますので、ぜひ進めていただきたいと思います。

○会長 ありがとうございます。おそらく、東京都がこのようにスタートすると全国のひな型になると思います。本当にありがとうございました。

あと、ステップ2として、例えば救急救命士の皆さんが都道府県をまたいで移動したと

きの対応を全国的にどうするか、各都道府県で基準がばらばらだと問題だと思います。実は一昨日、厚生労働省の専門官にも相談しましたが、例えば全国メディカルコントロール協議会連絡会等で議論をする必要があると思います。これがステップ2だと思いますので、東京都のこの体制がもちろん参考になっていく中で、そのような全国的な統一という視点もあるのかなと思います。

よろしいでしょうか。それでは、この審議事項の2番目、承認させていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。はい、ありがとうございます。それではこの審議事項2を承認させていただきました。

続いて審議事項の3番目、救急活動基準の改正について、事務局から説明をお願いします。

○事務局 はい、それでは審議事項3、ガイドライン2020改正に伴う救急活動基準の改正について、救急処置基準委員会の事務局から説明をさせていただきたいと思います。

救急処置基準委員会にワーキンググループを立ち上げまして、昨年3回協議を行いました、本年2月に救急処置基準委員会を開催した結果となります。

先ほど救急処置基準委員会委員長からあったように、ガイドラインの改訂関係とその他の関係、計8つの柱で検討してまいりました。

心肺停止傷病者に対する対象の変更になります。新旧対照表を確認してください。

心肺蘇生の対象に関しましては、今まで「JCS300」と定めておりましたが、救急蘇生法の指針2020医療従事者編に準拠しまして、「意識がない場合」という形で対象をやや広めたというところになります。

また、20週以降の妊婦のCPRに用手的子宮左方移動を追記するものでございます。ガイドライン2020では、子宮による下大静脈の圧迫を解除するため、用手的子宮左方移動を行うこととなっております。

なお、用手的子宮左方移動をガイドブックから引用したのになりますが、まず傷病者の右側に立って、右側から左に圧排するという方法と、傷病者の左側に位置しまして左側から両手で腹部を圧排するという2つの方法を取り入れていく予定でございます。

次は、反応のある場合の異物除去の第一選択を背部叩打法に変更するものでございます。なお、救急隊は咳を促すことは変わりありません。そして背部叩打法を行っている間に喉頭鏡やマギール鉗子を用意して早く異物除去を実施することも変わりませんが、ガイドラインの変更に合わせて背部叩打法を第一優先とすることに今回変わりました。

次は、新生児に対する人工呼吸の回数として、CPRのサイクル数を一部変更するものでございます。救急処置基準委員会のワーキンググループで、小児と産科の専門医の方にも入っていただきまして、ワーキンググループ3回と救急処置基準委員会1回の協議を重ねてまいりました。ガイドライン2020では、新生児の人工呼吸は40回から60回/分とありましたが、救急隊の活動に関しましては移動が伴うこと、また扱う症例の件数が

少ないことを考えると、従前のおりでいいという意見も確かにございました。そういったことから、「可能であれば呼吸の回数を適切にかつ回数をなるべく多くできたほうがいい。」とする、産科の専門医の意見も踏まえまして、救急処置基準委員会で承認が得られたものでございます。

また、CPRのときのサイクルについてですが、こちらも努力目標としまして二人法で3：1、移動で3：1ができないようであれば一人法30：2、二人法15：2に準拠した方法となるという形の整理になっております。

次は、心停止プロトコルの提案でございます。お伝えしたいことは2点ございます。1点目は除細動の対象をCPRの対象と同様に「JCS300」から「意識がない場合」という形で広げたことです。2点目は、除細動プロトコルと薬剤投与プロトコルを1つのプロトコルに統合しまして、いわゆるACLSのような流れを作ることです。

こちらは心停止プロトコルということで、反応の確認から、呼吸及び脈拍の確認、心停止の確認、CPRを開始しまして、VF、VTの波形であれば除細動を打っていただいて、その後、静脈路確保が完了していなければ静脈路確保、静脈路確保が完了していれば薬剤投与を行うこととなります。

なお、薬剤投与を行うためには指示要請がありますので、薬剤投与、またその前の静脈路確保を行う際に指示要請を行うこととなります。

また、プロトコルに関しましては、地域特性を踏まえまして、病院に比較的早く着くということから、現場でROSCをさせるために、現場で完結するという形を取っていたと思います。今回の改正は救急車で搬送中も救急処置を行う、特に静脈路確保を行う時期を病院到着まで可能という変更を行いました。

その静脈路確保を行う条件としましては、いたずらに時間が経ってはいけないということです。救急隊の活動は3名で実施します。1人が機関員といって運転する者、後ろの患者室に2名が配置され、人工呼吸を行う者と胸骨圧迫を行う者の2名がいます。まず1人増強できる場合、また例えば声門上気道デバイスや気管挿管を実施して人工呼吸器につなげば人工呼吸を行う人が空くので、そうしたときには静脈路確保ができると思います。そして、自動式心マッサージ器を導入した場合は、胸骨圧迫の人員が確保されるので、その分、静脈路確保ができると思います。

酸素吸入の適応と流量についての検討になります。ガイドライン2020においても、ACSや脳卒中の際の酸素化のルーチン使用は推奨しないと明記されております。そのため検討を開始したものでございます。こちらもワーキンググループと救急処置基準委員会、また会長代理にもご意見をいただきました。

特に案のポイントとしては3つございます。まず予防的な酸素吸入の必要性というところですが、「特に高い」という、限定的な表現にしました。そして、留意事項に予防的な酸素吸入の例示を入れました。

また、心疾患や脳卒中で判断に迷う場合、酸素の流量や酸素投与自体の判断に迷った場合には助言要請すると整理をしたものでございます。

そして、重度低体温の対応要領です。活動基準の記載がいくつかの章に散らばってありました。そのため1つの章にまとめて、重度低体温プロトコールといったものを新設するものでございます。

その他の事項としまして、WBチューブの改良は既にストップしておりまして、使用回数もほとんどないことから、救急活動基準から削除することになります。

また、気管挿管のプロトコールでは、今まで安全側に立ちまして、ややCPRの中断時間が長くなっている状況でございましたが、必要最低限にするものでございます。具体的にはチューブ先端が声門を通過する直前に胸骨圧迫を中断しまして、チューブが声門を通過して挿入できた際に胸骨圧迫を再開するものでございます。胸骨圧迫中断時間がかなり減らせるというところを狙っております。

また、EDDチェッカーの生産終了に伴いまして、EDDチェッカーを削除することと、継続観察、すなわち車内収容後また病院到着し車内で5点聴診またはETCO₂モニターを確認してもらうことを明記するというものでございます。

最後になりますけれども、心肺蘇生を伴わない傷病者の対応になります。「成年」で「20歳以上」とありますが、民法上の年齢と合わせるために括弧書きをなくして、「成年」という形で整理をします。現時点では18歳ということになりますので、今後、承認が得られれば、心肺蘇生を望まない傷病者の年齢区分が18歳に引き下げられることになります。

なお、この議論は懇話会や東京都メディカルコントロール協議会でも承認は得られておりますので、その部分での変更ということになります。

審議事項の3の説明を終了させていただきます。よろしく申し上げます。

○会長 説明ありがとうございました。いくつか改正案を説明いただきましたけれども、本件は、救急処置基準委員会で検討した結果であります。補足の説明ありますでしょうか。

○委員 いくつか補足させていただきたいと思います。

まず、改正案の1です。CPR開始の基準ですけれども、事後検証委員会で胸骨圧迫中に体動があった事案に対して、CPRを中止してしまったということがありました。そのためガイドラインと同様に「意識がない場合」と定義いただいております。

また、心肺蘇生の心停止のプロトコールですが、以前は、初回VFで除細動が行われると除細動プロトコールということで、薬剤が投与できないというようなプロトコールでした。しっかりとした振幅のVFであれば、除細動が成功しなければ早く病院に運んで、ECPRが適切です。一方で、ポンプ隊が実施した除細動で、波形がかなり微妙な弱いVFであるときに、1回目で除細動をしてしまうと、この後、おそらく薬剤投与の方が有効なはずの事例でも、薬剤投与が出来ないということになっておりまして、それを統一した方

がいいだろうということです。薬剤投与に関するエビデンスも出ておりますので、その点でも薬剤投与をしっかりと出来るようにすることも含めて、統一するプロトコールにさせていただきます。

それと、心筋梗塞と脳卒中のガイドラインで、ルーチンの酸素投与は推奨しないということになって、一部有害でもあるかもしれないということになっていました。救急隊が心筋梗塞と脳梗塞の事例に対して、酸素投与をして病院に運ぶと、病院で先生に外されてしまうという、そういうことも起きていました。ルーチンではないけれど、低酸素の状態である症例で、今後、悪化するリスクがあるものに関して、予防的に酸素投与しましょうという、坂本先生のアドバイスもいただいて、このような風な形にさせていただきたいということです。以上です。

○会長 ありがとうございます。他に補足の説明ありますか。

○委員 ありがとうございます。ガイドライン2020及び事後検証委員会での結果に基づいて処置基準委員会で考えていただいて、基本的には整合性が取れていると思っています。

特にECPRを考えて、現場での初回心電図の波形がVFの場合には薬剤投与をしないで搬送するというプロトコールでこの数年間やってきましたけれど、残念ながら搬送時間の短縮というところに直接つながっていないということもあります。現場でアドレナリンを投与した方がいい症例も存在するというので、そこに関しては一律ではなく、事例毎に考えていただくということでこの形になったと思います。

今になって気が付きましたが、気道異物を背部叩打法に変更するところで、旧の方は「乳児は」という表現で乳児に関しても言及しているのですが、新の方は「乳児」が全く注に出てきません。

旧で対象としているのが、普通の成人、小児と乳児、妊婦、肥満体ですが、乳児は新しいガイドラインでは妊婦や著しい肥満と同じように背部叩打を先にやってから腹部突き上げをやって、交互にやるということになっています。新の方の妊婦の前に「乳児、妊婦及び」ということで乳児を足した方が、乳児もカバーできて整合性が合うかなと思いました。

修正動議になってしまいますけども、別途、乳児に関して言及してないのであれば、それも入れていただいた方がいいかと思いました。

○委員 特に今のことに関しては記録がないです。

○会長 事務局いかがでしょうか。新の方に「乳児、妊婦及び著しい肥満体の場合は」を追加するという意見が出されました。

○事務局 そうですね。こちらのコメントというのは救急隊が迷わずに見てもらうところ

になりますので、追記した形で進めたいと思います。

○会長 そのように変更することを前提にということによろしいですね。ありがとうございます。

それから、私から質問で、この改正案2のところの妊婦の場合ですが、救急隊の皆さんは子宮左方移動を技術的に教育はされているということでしょうか。

○事務局 教育はまだ行われておりませんので、巡回指導や資料を救急隊宛に展開して勉強してもらうこととなります。あと学校教育に取り入れられるように、今後、考えていきたいと思っております。

○会長 わかりました。そうすると、救急隊の教育としてはビデオとか動画とか、そういう教材を作成する予定ということですか。

○事務局 はい、そのとおりでございます。

○会長 本件に関して、何かコメントございますか。

○委員 比較的簡単にできる手技ですので、うまくできるような形で進めていっていただくことは良いことと思っております。

○会長 ありがとうございます。動画等があれば十分できるということですね。

○委員 はい、それについては大丈夫だと思います。

○会長 ありがとうございます。それから、この改正案4の新生児のことにに関して改正案がありますけれども、人工呼吸の回数に関して、このようなご提案がされておりますがいかかでしょうか。

○委員 呼吸が大事ということで新設していただいたと思いますが、確かにちょっと混乱を生じることは懸案事項なので、実習とか研修で注意する必要があると思いました。

○会長 ありがとうございます。そのところはもう一度周知する必要があるということですね。

他に何かコメント、質問ありますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは先ほどの乳児のところを追加するというを前提に、この審議事項の3を承

認させていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。はい、それではこの審議事項3を承認したものとさせていただきます。ありがとうございました。

では続きまして審議事項の4、救急需要ひっ迫時における救急救命士再教育の実施要領について、事務局、説明をお願いします。

○事務局 ありがとうございます。救急隊員の教育に関する委員会の事務局でございます。審議事項4、救急需要ひっ迫時における救急救命士再教育の実施要領についてご説明させていただきます。

はじめに背景でございます。令和2年度より、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、計画していた病院実習が困難となり、救急救命士の再教育、病院実習の分につきましては未修了者が多数発生いたしました。

令和2年度に行われました第9回の救急隊員の教育に関する委員会におきまして、未修了者への補充教育、こちらは日常的な教育として「医師による教育」等を新規に追加し、実施することにより病院実習の不足分を補うことが承認されました。令和2年度及び令和3年度の病院実習の未修了者に対しまして、搬送後、院内教育やドクターカー、DMAT訓練などの補充教育を実施してまいりました。

日常的な教育項目につきましては、表をご参照いただければと思います。

続きまして令和2年度の未修了者に対する補充教育でございますが、全対象者が修了しております。また、令和3年度の修了者につきましても全対象者が修了見込みでございます。

今年度の救急救命士の再教育の状況についてです。今年度の救急救命士の再教育、病院実習の実施状況につきましては、令和5年2月1日時点におきまして未修了者が237名となっております。これを受けまして、病院実習の中止についてです。令和4年の年末から救急需要がひっ迫し、救急隊の構成人員を確保することが困難な状況となりました。東京消防庁では各種事業の見直しが急遽行われまして、病院実習につきましても職員の派遣が困難な状況が常態化していることから、委員長、会長に事務局からご説明及びご報告しました。こちら東京都メディカルコントロール協議会に諮る前に令和5年1月23日をもって中断させていただいております。事後報告となりまして、大変申し訳ございませんでした。

こちらの令和4年度未修了者237名につきましては、現行行っております搬送後院内教育などの補充教育を適用させていただくことについて、救急隊員の教育に関する委員会でご審議をいただきました。令和4年度の未修了者に対しても、令和2年度、3年度に行っている措置を継続することが承認されました。

そして、今後の課題としまして、病院実習が困難な状況が継続することを考慮し、補充教育を実施することとされましたが、教育の質を維持していくために、補充教育の項目について実情に即した内容を検討することということでありました。

簡単ではございますが、事務局からは以上でございます。ご審議をよろしく願いいたします。

○会長 はい、説明ありがとうございました。本件に関しては、救急隊員の教育に関する委員会の議論の結果の提案でありますけれども、何か補足の説明ありますか。

○委員 ありがとうございます。これは本当に非常事態という状況でしたので、これはやむを得ぬ措置ということで、委員会としては了承したところでございます。また、非常事態と申しましたけれども、今後もこのような事態が繰り返される危惧は当然残っております。また一方で、再教育に当たっては病院実習が義務付けられておりますけれども、病院での教育以外に日常的な教育です。例えば出勤した後の振り返りのようなものをちゃんと教育として認めようというのは国の動きと合致するものでございます。今後もこのような事態の発生をむしろ予想しまして、こうした日常的な教育の充実に向けて、その質の担保のために、例えば記録表をきちんとチェックする、書式を整理する、あるいはデータベース化するということについては、今後も引き続き審議を続けて、その充実を図りたいと委員会では考えているところでございます。以上です。

○会長 はい、ありがとうございます。今の急速な感染拡大の中で救急隊が、救急需要のひっ迫という問題、それから受け入れる病院の受け入れ態勢も難しいというところ。そういったところの対応としてはこれから考えなくてはいけないということの説明がございました。

本件に関して何かコメント、質問はございますか。

○委員 特にございません。大丈夫です。

○会長 ありがとうございます。それでは事務局からの説明、それから補足の説明をいただいた審議事項4に関して、承認をさせていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。はい、ありがとうございます。それではこの審議事項4は承認ということにさせていただきます。ありがとうございます。

続きまして、審議事項の5、新規薬剤投与実習医療機関の承認について、事務局から説明をお願いします。

○事務局 審議事項5について説明させていただきます。審議事項5、新規薬剤投与実習医療機関の承認についてです。

こちらの背景でございます。救急救命士等における実習医療機関を更に充実させるために、新規に薬剤投与実習医療機関の指定について救急隊員の教育に関する委員会において

審議されました。

こちらで審議された医療機関に関しては2つでございます。1つ目が東京慈恵会医科大学附属病院、2つ目が順天堂大学医学部附属練馬病院でございます。それぞれの医療機関の概要につきましては表にまとめてございますので、ご参照いただければと存じます。

また、現在の薬剤投与実習医療機関につきましては、29医療機関でございます。新規薬剤投与実習医療機関の救急隊員の教育に関する委員会の審議結果でございます。臨床実習施設における要件、厚生労働省から出されております「臨床実習施設の選定について」という通知に基づいて要件が出されております。

2つの医療機関につきましてはこちらの要件を満たしていることから、東京都メディカルコントロール協議会より新規薬剤投与実習医療機関についてご承認をいただいた後、各医療機関と東京消防庁におきまして病院実習に関する協定を締結することとして承認されました。

事務局からは、以上でございます。ご審議お願いいたします。

○会長 はい、説明ありがとうございます。こちらは救急救命士等における実習医療機関を更に充実させるため新規に薬剤投与実習医療機関を指定するということとあります。本件も救急隊員の教育に関する委員会から補足の説明ございますか。

○委員 特にございません。

○会長 はい、ありがとうございます。この2つの医療機関に関しては、先日行われました東京都救急医療対策協議会で、東京都の救命救急センターとして認定をされることが決まっていますので、この診療の内容や今までの実績等々を考えますと、このようにむしろ諮っていただきたいということでございます。よろしいでしょうか。

それではこの審議事項5についてもご了承いただけたものとさせていただきます。ありがとうございます。

審議事項は以上になります。それでは報告事項に移りたいと思います。事務局、説明お願いします。

○事務局 ありがとうございます。この先は報告事項として、まず報告事項の1でございます。「東京都における令和4年中の救急活動」ということをご報告させていただきます。

これは東京都内各消防本部の救急出場件数、事故の内訳を分類して表にしたものでございます。量の多寡はありますが、いずれの消防本部においても緊急出場件数は増えております。

事故種別の割合でございますが、急病の割合が昨年に比較して約2%、ちょっと比較する表が並んではないのですが、昨年に比較して2%ほど急病の比率が増えている状況で

ございます。

全体をまとめた出場件数も、過去の令和2年、令和3年は新型コロナの影響もあって出場件数自体は減っていたのですが、令和4年中に関しては一気に元の救急需要に戻るような現象が起き、過去最多ということで推移してございます。

各消防本部の搬送人員ベースで見たものでございます。出場件数が増えておりますので、各消防本部ともに搬送人員も増えているという状況でございます。

グラフは、軽症者の数に着目したものでございますが、軽症者の割合が、令和2年、令和3年は割合としては減っていたところ、令和4年に関してはまた若干軽症者割合が増えているということでございます。

次に年齢構成別に救急搬送人員を見たものでございます。75歳以上、後期高齢者と言われる方々の搬送が増えているということでございます。

グラフに関しましては、活動時間を整理させていただいたものでございます。表は入電から現着、あるいは現着から現発のそれぞれの消防本部の成績を書いております。一部横ばいの地域もありますが、特に東京消防庁と稲城市消防本部に関しましては、現着から現発までの、いわゆる現場滞在時間が非常に伸びている傾向にあるということが明らかになってございます。

次に、東京ルールの件数の推移ということで、今回、福祉保健局に特別に用意していただいていた提供していただきました。よろしければ福祉保健局からこのグラフについてご説明いただければと思いますが、いかがでしょうか。

○福祉保健局事務局 第8波、コロナの波が収まった後も、東京ルールの件数は下げ止まってしまっているという状況で、100件、110件、120件ぐらいを前後しているということです。多分これはこのまま続いてしまうのかなと考えております。

現状をご説明しただけですけれども、以上でございます。

○事務局 ありがとうございます。救急活動の状況につきましては事務局からの説明は以上になります。よろしく申し上げます。

○会長 はい、ありがとうございます。令和4年度の救急の活動の状況が数字として出てきたわけですが、令和2年、令和3年というのはコロナの影響で救急の出場件数が減っていますが、令和4年は87万7千件ということです。この数字というのは令和元年までのトレンドで予想された数字なのか、あるいはそれよりもさらに多いのか少ないのか、このまま直線を引っ張るとちょうどそのようになるような気がしておりますがいかがでしょうか。

○事務局 ありがとうございます。このグラフに関しては、東京都全体をまとめた数字で

すので、東京消防庁として内部的に将来推計をこれまで考えてきた中で、おそらくこの令和2年、令和3年というのは特別に下がっており、それがそのまま自然増といいますか、予測している中で上がってきている件数としてはそれほど乖離していないと考えております。

○会長 やはり気になる場所というのが現場活動時間の場所です。これは東京ルールの件数が減らないという場所、先ほど福祉保健局から説明がありましたけれども、コロナが収束しつつあってもこの時間が短縮されないということが一番危惧される場所です。現場感覚として、何か対策というのはありますでしょうか。

○委員 救急活動において1つ1つの時間が増えているのには、いろいろな原因があって、やはり受け入れの病院の問題ですね。病院としてはコロナの体制を病院として維持しないといけないということ。例えば発熱したら個室に入れられないとか、そういうような体制の問題と、救急外来で受診がなかなか難しいという問題が現場として大きいと思います。

○会長 ここはそうすると、この5月8日以降5類になると、この辺は少し改善が期待されるのですか。

○委員 いや、5類になってもそこは改善が期待できないところかと思います。おそらく病院が、コロナは抗原検査をやらないといけない。やはりインフルエンザと一緒にということは、大部屋に入れられないということなので、そのところは難しいと思います。

○会長 はい。他の委員の方で、現場感覚ではいかがでしょうか。

○委員 今日墨田区の病院の会議があったのですが、やはり不安のほうが強くて、そう簡単には解放はできない。やはり今までどおりの方法でやっていきたいということです。ただベッドは少し縮小しながらも個室を用意して対応して、隔離は確実にやっていきたいという意見が多かったところがございます。そうすると東京ルールは、そう簡単には減らないのかなと思っております。

○会長 ありがとうございます。コロナが少しずつ収束している中でもやはりこの傾向というのはしばらく続く、その辺の感覚はいかがですか。

○委員 はい。やはり5類になったところで、PCR検査とかが公費ではなくなっていくことを各病院の中どのように扱うかということ、それからクラスター発生に対しての危機

感というのは、救命救急センターということよりも病院として、またそれでクラスターが発生すると受け入れができなくなるということです。先ほど東京都のコロナの会議がございましたけれども、やはりどの医療機関もそのあたりが危機感を感じているところでございますので、かえって受け入れを拒むことができってしまうところがちょっと懸念材料かなと思います。

○会長 ありがとうございます。ここが本当に、もともと東京都は現場活動時間が長い、後で私がグラフを出しますけれど、一時非常に短縮してきた傾向があったのですが、このコロナでまた長くなってきているということです。これを何とかしていかないといけないというのが1点です。あともう1点は、時間をかけても良い、時間がかかるのはやむを得ない場合など、アウトカムや転帰にはそれほど影響しないというふうな場合と、やはり1分1秒でも早く搬送すべき傷病者がいると思います。このような場合、本当は分けて考えてもいいのかなというふうに思います。これだけ東京消防庁、需要が多い中で、そのように分けて考えると、少しまた違う考えが出てくるのかなというふうに思っています。

何か、委員の皆さんで現場の感覚、あるいはこうすればまた短縮してくるというようなことがあるでしょうか。

○委員 ここに出てこない別の資料を見たところで、傷病者の発生場所についてです。それがだんだん消防本部から離れているということで、搬送時間がやはり長くなる原因になっています。東京消防庁は一生懸命機動部隊を作って頑張っているんですが、この辺は現場感覚としてどうやったら更に改善できるのでしょうか。要するに現場滞在時間も増えているし、遠距離搬送、距離も延びているから当然時間も延びてしまいます。意外と地方だとそれは当たり前なのですが、東京都はこれだけ救急車を持っているのに、それだけ時間が延びているということで、今後どう対応されていくのでしょうか。

○委員 はい、ありがとうございます。今、起きている現象としては、271台の救急車があるのですが、出場率が上がることによって、直近の救急隊ではなくて遠くから救急で出場する。そういったことで現場に到着するまでの時間が延びているという現状でございます。部隊が足りないというよりも、出場率が上がることによって遠くの隊が現場に行くという状況でございます。

○会長 よろしいでしょうか。これは東京都全体の、あるいは日本全体で同じような傾向が出ているということで、やはりもう一度リセットして考えないといけないのかなというふうに思います。

後で表を出しますけれど、これはオーバーオールデータなので何とも言えないのですが、トータルの活動時間と言い直してもいいのかもしれませんが。蘇生率、生存率とは逆の

相関というか、あまり相関しないというデータも出ています。前述のようにやはり切り分けて考えるべきではないかということでもあると思います。1分1秒でも早く搬送しなくてはならない場合、ある程度時間をかけてもいい病態があるのだと思います。

それでは報告事項の2ですね。これは私から説明します。この資料は、東京都医師会あるいは先日の東京都救急医療対策協議会でも出させていただいたグラフです。また、この各専門委員会の委員長には、昨年9月に共有させていただいたデータです。

実は令和3年の救急救助の現況からのデータで私が解析しました。現在は令和4年のデータが出ています。統計の解析が間に合わないので令和3年のデータで説明をさせていただきます。

令和2年の都道府県別目撃ありの心原性心停止の生存率です。左側の矢印、真ん中の矢印が全国平均で、東京都はこの矢印のあるとおりです。一番高いのが福岡県で、心原性の心停止の生存率が20%を超えている。全国平均で言うと12~13%というところです。東京都は全国平均よりも低くて約10%です。

それから、先ほどは生存率ですけど、社会復帰率も、ほぼ同様な傾向です。1位が滋賀県、それから次に島根県になりますが、全体的な傾向としては当然同じになると思います。東京都としては全国レベルよりもやはり低いということです。

次に、一番、転帰で良好が期待されるVF、VTで見えますと、やはり東京都はむしろ下位の方で、全国平均よりはかなり低い。一番高いのが石川県、滋賀県、福岡県ということで、先ほどの心原性とほぼ同様の傾向です。一番高い石川県であります、57~58%で、一方東京は30%に満たない状況です。

それから社会復帰率で見えますと、やはり同じような傾向があります。全国平均よりも低いです。

それではどこに原因があるのかということですが、1つは先ほどお話しした都道府県別救急要請から現場到着時間です。これは心肺停止、心停止だけに限ったのではなくてすべての救急要請に対してなので、不正確になるのですが、東京はこのように全国で一番現場到着時間が長い。これは以前から言われていたことです。全国平均から比べるとだいぶ長い。一番短いのは京都であります。

次に、現場到着時間と先ほどの心原性の生存率をプロットして回帰曲線を引いてみますと、当然ですけど負の相関、現場到着時間が長ければ生存率は下がっていくということですが、R²乗、相関係数としては0.075、あまり高くはないのです。

次に、目撃ありのVT、VFです。当然、現場到着時間と生存率はこのように負の相関ですが、R²乗としては0.1142と、緩やかな負の相関があるということです。

次に、これは救急要請から医師引継ぎまでの時間です。これは全国的に一番東京都が長いということです。ところが、これを目撃ありの心原性の生存率と医師引継ぎまでの時間での相関係数は何とも不思議ですけど、医師引継ぎ時間までが長い方が、生存率が高い

ということになります。これはやはりこの医師引継ぎまでの時間自体が全部の救急の要請なので、心肺停止に限ったものではないというところが影響していると思いますが、いずれにしてもこのような結果でありました。

次に、一番気になるところです。市民が目撃した心原性心停止のうち、心肺蘇生を実施した割合です。これが東京は全国で最下位です。いわゆるバイスタンダーCPRの割合が、例えば一番高い沖縄だと75%ぐらいです。全国的にコロナが本当に感染拡大したので、令和3年のデータは、令和4年の救急・救助の現況に出ています。やはりバイスタンダーCPRの割合は全国的には下がっており、傾向としては一緒だと思いますが、東京都は50%に満たないというところ。全国平均から見ても低い。この相関を取ってみますと、Rの2乗が0.1406と、バイスタンダーCPRが高い県ほど生存率が高いのです。R2乗はグラフの中では一番絶対値が大きいのですが、やはり都民に普及啓発が必要なのかなと思います。

一方で、現場到着時間とか医師引継ぎ時間も長いので、病院の先生方の努力、あるいは救急隊の活動時間の短縮、あるいは救急隊数を増やすという努力、三位一体で頑張っている、さすが東京都だと言われるぐらいに、何とかしていきたいと思っています。

因みに高い県と東京都を比較したバイスタンダーCPRの実施率ですが、やはり東京都は低い。令和3年の東京都のバイスタンダーCPRの割合だと44%ぐらいです。令和3年が直近になると思いますが、令和2年は49%で、令和3年は新型コロナウイルス感染拡大の影響もあり下がっております。

このように、蘇生率に最も大きく影響する因子はその場に居合わせた人の応急手当ということ。です。

結局は救命の連鎖の最初のほうの輪がきちんとできてないと、いくら二次救命処置、高度な処置をしてもいい結果にはつながらないということ。都民への普及啓発ということをお願いしたいと思いますが、福祉保健局で何とか都のキャンペーンといいますか、アクションとしてできないでしょうか。

もちろん医師会あるいは病院の先生方、それから東京消防庁等も頑張る、その中で都民も頑張るといような三位一体で頑張る必要があります。そのようなことをしていくのがいいのかなというふうに思うのですが、いかがでしょうか。

○福祉保健局事務局 先生からいただいたお話し、よくわかりました。データでもはっきり出ていると思います。我々としてもこういうことを重く受け止めて、東京消防庁がやっている救命講習や、我々がやっているAEDの整備ですとか、そういうものすべてを組み合わせまして、どんな施策が打てるかどうか、先生方にもいろいろご助言をいただきながら考えていきたいと思っております。

○会長 はい。ぜひよろしくをお願いします。世界一安心安全な都市を目指して、「さすが東

京」と言われるぐらいになっていきたいと思いますので、ぜひよろしく申し上げます。

報告事項の2は以上です。今の報告事項2に関して何かコメントございますか。よろしいですか。

それでは報告事項2も終わりましたので、それでは進行を事務局にお渡ししたいと思います。

○事務局 はい、会長ありがとうございました。その他としてご報告がございます。これはメディカルコントロール協議会事務局としてではなくて、東京消防庁からのご報告ということになります。

平成26年から国が推奨しております指導救命士制度に関してですが、今般、東京消防庁においても庁内の内規を調整しまして、指導救命士制度を来年度実装できるように調整を進めているところでございます。今、幹部まで了をいただきましたので、今後、規定改正を年度内に進めまして、来年度早々にご助言をいただきながら指導救命士を認定していきたいと思っております。

今の構想としましては、現在、現場の指導に携わってもらっている、方面本部にいる救急担当係長が10名います。この10名と、救急指導課の係長級の職、合計で17名を指導救命士として認定を進めていきたいと考えております。

これにより東京都メディカルコントロール協議会で指導救命士が20名認定されることとなります。今後、稲城市消防本部、島しょ地域の指導救命士の状況、意見を聞きながら、認定要件ですとか、東京都メディカルコントロール協議会として指導救命士に何を求めるかということ、いろいろと現場の意見聞きながら再整理させていただきます。今後引き続き、おそらく救急隊員の教育に関する委員会の場になると思いますが、今後、検討させていただければと思います。1つご報告事項とさせていただきます。よろしく願いいたします。

○会長 はい、ありがとうございました。それから、稲城市消防本部、大島消防本部、八丈町消防本部から、今の件も含めて全体を通じて何かコメント、質問ありましたら、ぜひ申し上げます。

○稲城市消防本部 いろいろとありがとうございます。報告事項にもございましたとおり、稲城市においても、令和4年中、救急活動が搬送時間も含めまして非常に延びているという状況です。さらに5月以降、個室対応ということになりますと、医療費の負担が増え、さらに延びてしまうのかなということを危惧しているところでございます。各先生方も、そういったところについてもなるべくご協力いただければと思います。以上です。

○会長 はい、ありがとうございました。大島町消防本部、何かコメントありますでしょ

うか。大島消防本部、よろしいですか。八丈島消防本部、よろしいでしょうか。

○八丈町消防本部 特にございません。よろしくお願ひします。

○会長 本當に年度末のお忙し中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。また引き続き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。

○委員 1つよろしいですか。

○会長 ぜひお願ひします。

○委員 聞き逃したかもしれませんが、今、このように病院救命士が新たな制度ということで本當に感無量ですが、MCドクターというのは特に規定はなかつたでしょうか。ちょっと聞き逃したかもしれません。

○会長 ちょっと聞き取りづらかつたのですが。

○委員 メディカルコントロールについては、今はドクターに関しては病院に規制は特に何もなく、どこでも救急救命士を雇えるということでいいのですか。医師の要件というのは特になくていいのですか。

○会長 救急救命士を指導する医師ということですか。

○委員 はい、そうです。

○会長 それに関しては、病院内の委員会を作つていただき、そこで指導するドクターを周知するというガイドラインがあります。

○委員 ガイドラインがあるということがわかりました。ありがとうございます。

○会長 他にはよろしいでしょうか。それでは終了したいと思ひます。どうもありがとうございました。