

第24回東京都メディカルコントロール協議会
会 議 録

令和6年4月22日（月）

17:57～19:38

場所：東京消防庁 11 階会議室(Web 併用)

出席：出席委員 25 名、欠席委員 1 名

※会議の内容について、傷病者の個人情報に触れる部分等については非公開とする。

1 開会

(事務局)

それでは定刻になりましたので、ただいまから第 24 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。

2 委員紹介等

(事務局)

初めに、新たにご就任いただきました委員のご紹介をさせていただきます。別添え 1 の委員名簿をご覧ください。新たにご就任いただきました委員につきましては青字で表示をしております。事務局よりお一人ずつご所属、お名前をご紹介しますので、一言ずつご挨拶いただければ幸いです。東京大学大学院特任教授、会田委員。

(委員)

先生方、こんにちは。皆様、初めてお目にかかる方も多くおられるかと思います。東京大学の会田と申します。医療倫理や臨床倫理を専門にしております。どうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

東京消防庁救急部長、伊勢村委員。

(委員)

4 月から救急部長に着任をいたしました東京消防庁の伊勢村でございます。日頃より当庁で実施します救急活動について諸般のご支援、ご指導をいただいております。大変お世話になっております。今後ともどうぞよろしくお願いを申し上げます。

(事務局)

東京都医師会理事、小平委員。

(委員)

小平でございます。私は長い間二次救急病院に勤めておりまして、そういう視点から現場の意見などをこちらで発言できればと思っていますのでよろしくお願いいたします。

(事務局)

稲城市消防本部消防長、須藤委員。

(委員)

稲城市消防本部の須藤です。昨年に引き続きよろしくお願いいたします。

(事務局)

東京都総務局総合防災部長、高田委員。なお、高田委員につきましては、代理出席となっております。次に、東京女子医科大学医学部教授・同病院麻酔科診療部長、長坂委員。後ほどご紹介いたします。東京都保健医療局医療政策部長、新倉委員。

(委員)

東京都保健医療局医療政策部長の新倉でございます。この4月に着任しました。どうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

三宅村消防本部消防長、長谷川委員。長谷川委員におかれましては業務の都合によりご欠席との連絡をいただいております。続きまして、公益財団法人日本訪問看護財団常務理事、平原委員。

(委員)

平原でございます。私は日本訪問看護財団の常務理事をしながら、東京都北区にあります飛鳥山訪問看護ステーションの統括所長を兼務しております。東京都北区で訪問看護を33年行っております。よろしくお願いいたします。

(事務局)

八丈町消防本部消防長、堀本委員。後ほどご紹介いたします。公益社団法人東京都看護协会会长、柳橋委員。

(委員) 東京都看護協会の会長をしております柳橋でございます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

日本大学医学部附属板橋病院救命救急センター科長、山口委員。後ほどご案内いたします。東京女子医科大学医学部教授・同病院麻酔科診療部長、長坂委員。

(委員)

長坂でございます。今日はよろしくお願い申し上げます。

(事務局)

以上、12名の皆様にご就任いただいております。また、本日代理出席をいただいておりますのは、大島町消防本部消防長、藤野委員の代理として森川様、東京都総務局総合防災部長、高田委員の代理として島田様、以上、本日は25名の皆様にご出席をいただいております。

ここで東京都メディカルコントロール協議会の横田会長から一言ご挨拶をお願いいたします。

(会長)

着席で挨拶をさせていただきます。委員の皆様、本日はお忙しい中、お時間を取っていただき誠にありがとうございます。また、12名の新しく入っていただいた委員の皆様、どうかよろしくお願いします。また、以前から東京都メディカルコントロール協議会の委員の皆様におかれましても、引き続きよろしくお願いしたいと思います。救急の搬送件数は新型コロナウイルス感染拡大の時に一時少なくなりましたが、令和5年はまた非常に増えてしまった。今後もそういう傾向が続くという中で、このメディカルコントロール協議会の役割は非常に大きなものと認識しているのと同時に、東京都のメディカルコントロール協議会の議論の内容は、全国の皆さんが注目しているところでございますので、どうか委員の皆様方におかれましてはよろしくお願いしたいと思います。今日も何卒よろしくお願いします。

(事務局)

ありがとうございました。

3 審議事項

(1) 指導救命士の認定手続きについて【審議事項1】

(事務局)

ありがとうございました。それでは早速、議事に移りたいと思います。会長、よろしくお願いいたします。

(会長)

それでは、皆様、議事次第をご覧になっていただきたいと思います。今日は審議事項が四つ、報告事項が三つございます。この次第に則って進めて参りたいと思います。まず、初めに審議事項の1、指導救命士の認定手続きについて事務局から説明をよろしくお願いします。

(事務局)

失礼いたします。事務局の救急指導課救急指導係長を拝命しております〇〇と申します。どうぞよろしくお願いいたします。今、画面を共有させていただいております。審議事項の1として、指導救命士の認定手続きについてご報告申し上げます。こちらは救急隊員の教育に関する検討委員会で検討させていただいた後、本日の親会のほうで審議をお願いするものです。本年度は9月、10月期の2回にわたり、救急隊員の教育に関する委員会で指導救命士の認定手続きを行っております。この認定手続きでございますが、病院救命士の認定に関する委員会の手続きの一部を準用させていただき、会長のご承諾の下、救急隊員の教育に関する検討委員会の専決とさせていただいております。今回は、この手続きに関しても、本委員会、いわゆる救急隊員の教育に関する委員会の専決事務として進めていくことをご審議いただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

(会長)

説明ありがとうございました。この指導救命士の認定手続きについて、救急隊員の教育に関する委員会の委員長の山口先生のほうから何か追加の発言はございますでしょうか？

(委員)

ありがとうございます。山口でございます。この件につきましては、これまでも専権事項として取り扱って参りましたので、このままお認めいただきたいと委員会のほうからもお願いをしたいと存じます。よろしくお願いいたします。

(会長)

ありがとうございました。今、事務局、それから山口先生からの捕捉の説明がありましたけれども、お話のあった通りでお認めいただきたいということですが、委員の皆様の方から何かコメント、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？Web 参加の皆さん、いかがでしょうか？よろしいですか？それでは無いようでございますので、審議事項の1番、指導救命士の認定手続きについてはご承認をいただいたものとさせていただきます。よろしいでしょうか？ありがとうございます。

(2) 気管挿管プロトコールについて【審議事項2】

(会長)

続いて2番目、審議事項の2番目です。気管挿管プロトコールについて、これも事務局からまず説明をよろしくお願いいたします。

(事務局)

処置基準委員会事務局を拝命しております救急技術係長の〇〇と申します。よろしくお願いいたします。処置基準委員会からは審議事項3点ございます。まず1点目として審議事項2、気管挿管プロトコールについて説明させていただきます。資料の訂正がございます。資料6ページに記載しております参照資料1及び2については添付はございません。まず、前提でございます。救急隊による気管挿管については、マッキントッシュ型を用いた喉頭展開による方法とビデオ喉頭鏡による方法の二つの方法がございます。平成29年におけるビデオ喉頭鏡導入当時はマッキントッシュ型を用いた直視下経口挿管を第一選択として、異物除去や吸引を行なったにも関わらず声門が確認できない場合などをビデオ喉頭鏡使用の対象としておりましたが、令和2年に新型コロナウイルスが感染拡大した際に日本臨床救急医学会のガイドラインを踏まえた検討を行い、ビデオ喉頭鏡資格者は、ビデオ喉頭鏡の使用を優先するという活動基準に変更し、現在、運用している状況となります。

次のページをお願いいたします。今回、プロトコール改正の検討に至った経緯でございますが、本年1月に開催された第49回事後検証委員会におきまして、ビデオ喉頭鏡の成功率が下がっているという状況と、ビデオ喉頭鏡での挿管中断理由の2点から吸引の必要性和手技の工夫について再検討が必要であること、また、新型コロナウイルスについても感染のリスクが減少してきているという意見から救急処置基準委員会での検討を付議されております。気管挿管に関する統計データは

次ページ以降に載せております事後検証委員会資料をご参照いただければと思います。

これらの結果を踏まえ、救急処置基準委員会において検討させていただいた結果、ビデオ喉頭鏡資格者は、喉頭鏡の選択を可能にするとともに、吸引の必要性をプロトコールに明記することで対応させていただきたいと考えております。具体的な記載内容として、ビデオ喉頭鏡資格者は、傷病者の状況と実施者の判断により喉頭鏡を選択する。ビデオ喉頭鏡を選択した場合、異物、粘液があることが予想される場合、喉頭鏡挿入前に吸引をした後に喉頭展開を実施するというものとなります。

次に資料 12 ページまで飛んでいただければと思います。資料 12 ページ、こちらに気管挿管プロトコールの表を載せてございます。左側が改正後の案、右側が改正前の内容となっております。赤及び青枠で囲った部分が主な変更点となっております。

次のページに変更した部分を拡大した資料を載せてございます。赤枠の部分の改正後について、喉頭鏡による喉頭展開、またはビデオ喉頭鏡の挿入という形に変更してございます。注釈が二つ入っておりますが、注釈の説明は次ページに記載しておりますので、次のページをご確認いただければと思います。

14 ページになります。注釈部分、赤字の部分をご確認いただければと思います。変更点の一つ目として、注 1、ビデオ喉頭鏡資格者は、傷病者の状態と実施者の判断により喉頭鏡を選択する。変更点の二つ目として注 2、ビデオ喉頭鏡を選択した場合、異物、粘液があれば、また、あることが予想される場合、喉頭鏡挿入前に吸引をした後に喉頭展開を実施すると表記することを提案させていただきたいと思います。

次のページをご確認ください。また、救急活動基準の本文の部分についても、赤字の通り、喉頭鏡の選択について記載を変更させていただきたいと思います。審議事項 2、気管挿管プロトコールについての説明は以上となります。よろしくお願いいたします。

(会長)

説明ありがとうございました。ビデオ喉頭鏡を使う場合に、粘液や異物があると予想される場合には事前に吸引をするということをプロトコールに注 1、2 として記載をしたということです。ビデオ喉頭鏡、正確にはビデオ硬性挿管用喉頭鏡と思います。確認をしておいてください。本件に関しては、救急処置基準委員会委員長の太友先生が関わった協議でございますが、委員長の太友先生、何か追加のご発言がありましたら、是非、お願いします。

(委員)

処置基準委員会の災害医療センターの太友でございます。捕捉ですけれども、実は、東京消防庁の救急隊が行っている気管挿管の成功率ですが、資料 4-1 にありますけれども、令和 2 年の頃は 64.7%、令和 4 年、5 年で 60%まで落ちている。その理由として、声門確認困難、コーマックグレードで十分展開できないということがある。ただ、思ったよりも成功率が悪いのと、悪化しているというのが一点あるんですが、声門の確認が良好にできるはずのビデオ喉頭鏡の成功率が令和 2 年は 81.1%だったものが、令和 5 年は 66.4%まで下がってきてしまっている。これはビデオ喉頭鏡の資格を持っている方は、コロナの時にあまり近付いて喉頭鏡を展開するのは好

ましくないということで、最初からビデオ喉頭鏡を選択するということになっており、それも成功率が悪化している原因の一つだろうということなのですが。ビデオ喉頭鏡を中止するに至った理由としては、まずは曇りによって声門が見えないということ。それから、胃内容物逆流とか血液が多量にあつてうまく視野が取れない。この二つが大きな理由になっておりました。ということがありましたので、ビデオ喉頭鏡の資格者であっても、必ずしもビデオ喉頭鏡ではなくて、通常の喉頭鏡を選んでもいいでしょうという話と、粘液等々が上がっていそうだということが予測される時には、ビデオ喉頭鏡を展開する前にしっかりと吸引をしてくださいということにプロトコールを変更させていただいております。ご審議をよろしくお願いいたします。

(会長)

大友先生、ありがとうございました。資格を持っている救命士の皆さんはビデオ硬性挿管用喉頭鏡、あるいは通常のマッキントッシュ型、どちらを選んでもいいということが注1に書かれているわけですね。注2に関しては、異物、あるいは粘液、分泌物があれば吸引をするというプロトコールでございます。委員の皆様のほうから何かコメント、質問はありますでしょうか？はい、お願いします。

(委員)

〇〇と申します。よろしいですか？

(会長)

〇〇委員ですね？はい、お願いします。

(委員)

注2のところの異物、粘液があればというのは、ビデオ喉頭鏡を選択した場合ではなく、どちらに対しても広く行われることなのかなと思ったんですけれども、いかがなものでしょうか？

(会長)

事務局、いかがですか？

(事務局)

事務局でございます。〇〇委員のお話の通り、どちらにつきましても気管挿管の場合、異物の可能性がある、粘液の可能性があるというところで吸引をするというのは必要な処置だということでございますが、特にビデオ喉頭鏡、救急隊が今使っておりますエアウェイスコープについては、粘液吸引の処置がかなり難しい器具となっておりますので、予め予想される場合はしっかりと吸引をした後にビデオ喉頭鏡を挿入しようという形で記載をさせていただいているというものでございます。

(会長)

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の場合には気管挿管用チューブを挿入してしまうと、もう吸引がなかなかしづらいことです。ですから、あえてこのように記載したということですが。〇〇委員、いかがでしょうか？

(委員)

どちらでも構いません。注1、注2、または前にも全般的にということで・・・。

(会長)

そうですね。

(委員)

別に書かなくてもいいのではないかというのが僕の意見ですけれども、それでいいということであれば構いません。

(会長)

ありがとうございます。他によろしいでしょうか？大友委員長、何か追加のご発言はよろしいですか？

(委員)

マッキントッシュ型の場合には挿入した後でも十分吸引はできるけれども、ビデオ喉頭鏡だと入れてしまうと吸引ができない。その違いがあるのかと思います。

(会長)

それで、あえて注2を記載したというところですよ。よろしいでしょうか？それでは、審議事項の2番目、気管挿管のプロトコールについてもお認めいただいたものとさせていただきます。ありがとうございました。

(3) 重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液について【審議事項3】

(会長)

それでは、審議事項の3番目です。重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液について、事務局からまた説明をよろしくお願いします。

(事務局)

ありがとうございます。事務局から説明をさせていただきます。審議事項3、重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液についてとなります。資料17ページをご確認ください。重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、いわゆるショック輸液についての一部変更となります。ショック輸液の実施時期については、昨年7月の活動基準改正により、現場出発までに制限していたところ

を現場出発後においても病院到着まで実施可能とする基準に変更となっております。但し、ショック輸液に関わる指示要請については、車内収容後の実施と制限されていたところでございます。改正案として、指示要請の実施時期を現場から可能とすることで、現場でのショック輸液に対する判断、指導医への指示要請、指示を得る時期及び現場出発が迅速化する可能性が高まることから、今回、提案させていただくものとなります。また、これに合わせて、プロトコール上の文言の整理を行うことを提案させていただくものとなります。文言の変更の趣旨は次ページ以降で行わせていただきます。

次のページをお願いいたします。ここで資料の修正がございます。赤枠で囲っております所、赤枠の位置が間違っておりまして、もう一つ下の医療機関選定（指示要請・救命対応）の部分が赤枠となります。修正をよろしくをお願いいたします。こちらの内容は、今までは救命対応のみであったものを指示要請・救命対応を同時に実施できるように変更するものとなります。合わせて、救急隊員から問い合わせが多かった二つの内容を整理しております。1点目が、「増悪するショックで重症熱中症が疑われる」という文言を、「増悪するショックかつ重症熱中症が疑われる」に変更するものとなります。「で」の部分を「かつ」に修正することで、二つの条件が揃う必要があることを明確に記載させていただいております。2点目は、「救出に時間を要する」という文言を「車内収容に移行」へ変更するものとなります。以上、2点の変更については文言の表現をよりわかりやすくする趣旨の変更であり、活動要領、判断に関しての変更はございません。

次のページをお願いいたします。活動基準本文の修正となります。赤字の部分が変更となる部分です。今まで説明しておりましたフローに沿った内容となっております。審議事項3の説明は以上となります。よろしくをお願いいたします。

（会長）

ありがとうございます。本件も救急処置基準委員会で審議した内容ですが、委員長の太友先生のほうから追加のコメントはありますか？

（委員）

事務局の説明通りなんですけど、ポイントは指示要請を車内収容後ではなく、最初の段階でいただくということ。それから、これもすごくわかり難いんですけども、増悪するショックまたはクラッシュ症候群のどちらかの時にこのフローに入ってくるんですが、さらに、増悪するショック（重症の熱中症が疑われる場合）という追加の条件の時には、いろいろなことをすっ飛ばして輸液に入ることになっています。このページでいくと、18ページのフローのプロトコールの改正後のところ、三つ目のひし形の中のところに「かつ」が付いたということで、これがポイントになります。わかり難いかもしれませんが、よろしくをお願いいたします。

（会長）

ありがとうございます。今まで車内収容後に指示要請だったのが、その前に指示要請ができるということが1点。ここに熱中症が入ってきた経緯を何かご説明いただくと理解し易いんですけども、そこはいかがでしょうか？

(事務局)

事務局でございます。熱中症が入ってきた経緯は、すみません、ちょっと記憶としては数年前というところ……。4～5年ほど前だったと思うんですけども、現場で熱中症が発生する件数がかかなり多かったというところございまして、熱中症が発生した場合については、より早期にショック輸液を開始したほうが良いだろうという処置基準委員会の検討等を踏まえて、熱中症というところが現場から早期にということが入ってきたものでございます。

(会長)

ありがとうございます。私の質問の意味は、増悪するショックかつ重症熱中症が疑われるというふうになりました。今までは、増悪するショックで重症熱中症が疑われる。「で」が「かつ」になったというところ。その経緯のことです。

(事務局)

失礼しました。実際には内容としては同じなのですが、救急隊が認識するところで、増悪するショックまたは熱中症のどちらかであれば対応できるのではないのか。現場からできるのではないかという認識の捉え方がちょっと曖昧な部分ございまして、ここは両方を兼ね備える必要があるんだよということを現場の救急隊員にしっかりと理解してもらうために「で」を「かつ」に文字を直したというものでございます。

(横田会長)

わかりました。「で」だと OR というふうに解釈される可能性があるということで、かつ、AND にしたということですね。

(事務局)

はい、その通りでございます。

(会長)

よくわかりました。ありがとうございます。いかがでしょうか？

(委員)

私もそのところは混乱していました。すみません、説明通りです。

(会長)

ありがとうございます。Web 参加の皆さん、いかがでしょうか？早い段階から指示要請ができるというところですね。〇〇先生、何かよろしいですか？

(委員)

私も前からそう思っております。早い時期に実施したほうがいいと思います。

(会長)

ありがとうございます。それでは、審議事項の3番目、重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液についてお認めいただいたものとさせていただきます。ありがとうございました。

(4) ワーキンググループの設置について【審議事項4】

(会長)

それでは、審議事項の最後、四つ目です。ワーキンググループの設置について。これも事務局からまず説明をよろしくお願いします。

(事務局)

ありがとうございます。事務局から説明をさせていただきます。審議事項4、ワーキンググループの設置についてでございます。資料21ページをご確認ください。脳卒中に関する新たな観察方法の導入について検討すべくワーキンググループの設置についてのご審議をいただくものとなります。趣旨として、令和元年度に日本脳卒中学会より機械的血栓回収療法の適応となる主幹動脈閉塞に伴う脳卒中を予測する観察項目について提案がなされ、総務省消防庁が主催しております救急業務のあり方検討会で協議が進められて参りました。その結果を踏まえ、今回、脳卒中に関して観察、処置等の救急活動基準の変更を含め、救急処置基委員会の中にワーキンググループを設置し、協議をしていただく場をつくるために提案させていただくものとなります。下段が救急処置基準委員会ワーキンググループ委員の選出案でございます。座長として日本医科大学付属病院の横堀先生。委員に東京都医師会の大桃先生、救急振興財団の田邊先生、東京大学の土井先生、救急部の川原参事、稲城市消防本部の高橋警防課長のメンバーでワーキンググループの選出を提案させていただいております。

次のページをお願いいたします。スケジュールとしては、現時点すでに東京都のワーキンググループが開催されている状況でございます。本協議会でご承認をいただいた後、ワーキンググループを開催し、検討を行い、救急処置基準委員会へ報告、処置基準委員会で審議を行い、本協議会に報告させていただく予定でございます。東京都の医療体制整備と合わせ、本年11月頃を目途に救急活動基準改正を予定してございます。審議事項4の説明は以上となります。

(会長)

ありがとうございました。本件は、もともと血栓回収デバイス、特に虚血性脳血管障害、いわゆる脳梗塞が対象となります。心原性の脳梗塞の治療法として血栓回収デバイスは非常に著明な進歩を遂げていて、適応となる傷病者を血栓回収デバイスができる施設に搬送することが重要です。それにはどのような活動基準が必要かということを総務省消防庁の救急業務のあり方に関する検討会で数年来議論をしてきたところです。その中で、日本脳卒中学会が中心となって6項目の判断基準を示しました。血栓回収デバイスによる治療可能な施設に傷病者を搬送する場合、消防庁のほうから各メディカルコントロール協議会の実情、医療機関の体制を踏まえて、上記6項

目の中から3項目をみなす場合とするか、2項目を満たす場合にするか、それは各メディカルコントロール協議会で決めてくださいといった内容でした。それを受けて、この処置基準委員会のワーキンググループとして、今、事務局から説明されたメンバーが提案をされたわけです。東京都の循環器病対策推進協議会のほうでも作業部会があり、作業部会の部会長は有賀徹先生です。今お話の処置基準委員会のワーキンググループと上記の東京都の作業部会のワーキンググループで議論をして擦り合わせをしていくことになると思います。そのような理解でよろしいですね。ありがとうございます。本件に関しても処置基準委員会でございますので、委員長の犬友先生、コメントはございますでしょうか？

(委員)

特にありません。脳卒中学会から提案されている脳主幹動脈閉塞の基準、ELV0 スケールをどのように活用するか。東京都の話は進んでいるので、東京消防庁のプロトコルの策定をワーキンググループでお願いしたいと。専門性から横堀先生を座長として、土井研人先生は東京都のほうの会議にも入っていらっしゃるということで加わっていただいているという人選になっております。よろしくお願いいたします。

(会長)

ありがとうございます。これに関しては、スケジュール感はどんな形で進んでいくのでしょうか？

(事務局)

ありがとうございます。資料 22 ページのところでスケジュールを示させていただいておりますが、今回、MC 協議会でご承認をいただいた後にワーキンググループのメンバーの方々に日程調整を諮り、ワーキンググループを開催。開催回数については、実際に開催しながら確認をして参りますが、ワーキンググループで検討した後に処置基準委員会に諮って、11月の活動基準変更に向けてというところで、また秋口頃にメディカルコントロール協議会のほうにご報告をさせていただければと思っております。東京消防庁の活動基準への反映は年内 11 月頃が目途となっております。以上でございます。

(会長)

これは先ほど私がお話をした東京都のワーキングとコラボして開催するのか、別個に開催するのか？その辺はまだこれからですか？

(事務局)

東京都のワーキングについては第2回まで終わっており、第3回が5月に行われると聞いております。この第3回については、医療体制の部分を検討するということで聞いておりますので、それとは別に、東京消防庁の中で活動基準の部分について東京都で示されているものを使いながらワーキングで検討していきたいと考えております。

(会長)

ありがとうございます。本件に関して何かコメントはありますか？

(委員)

〇〇です。

(会長)

はい、お願いします。

(委員)

ありがとうございます。本件については総務省消防庁の救急業務のあり方検討会で担当しており、議論をしてきております。脳主幹動脈の塞栓疑いを決めても、その傷病者を搬送する医療機関を決めておかないと、せっかく現場でトリアージをしても効果が出ません。トリアージと搬送先医療機関は対になっている話で、搬送先は東京都循環器対策推進協議会が 24 時間血栓回収ができる医療機関を指定して、そこに運ぶための閾値としてその項目は二つがいいのか、三つがいいのかということを議論していかないといけない。その時に血栓回収施設が都内に十分あるのか、あるいは足りない状況なのかということが、2 個にするか、3 個にするかの基準の根拠になると思います。どのぐらいの数の施設を認定するかということも踏まえて、MC 協議会と循環器対策推進協議会とがそれぞれ独立でやるというよりは連携しながらやったほうがいいのではないかと思います。以上です。

(会長)

ありがとうございます。本件に関しては〇〇先生もメンバーとなっている総務省消防庁の救急業務のあり方に関する検討委員会のほうでまとめられたということです。東京都が 3 項目にするか 2 項目にするか検討をします。本件に関してよろしいでしょうか？まずは、このメンバーに関してお認めいただけるかということですね。事務局、そのように理解してよろしいですよ？いかがでしょうか？対面式で参加されている皆さん、いかがでしょうか？〇〇委員、いかがでしょうか？

(委員)

この進め方でよろしいと思います。

(会長)

よろしいですか？

(委員)

はい。

(会長)

〇〇委員、いかがでしょう？

(委員)

有効な手段だと思っていますので、進めていただければと思います。

(会長)

〇〇委員、いかがですか？

(委員)

ありがとうございます。ELV0 スケールが7項目から6項目に減ったわけですね。

(会長)

そうです。

(委員)

構音障害を除いたという理解で。

(会長)

結局、構音障害と失語症でしたか。交絡するので構音障害が削除され、確か7項目が6項目になったという理解です。

(委員)

シンプルになったということですね。はい。同意いたします。ありがとうございます。

(会長)

〇〇委員、消防の立場からいかがでしょうか？

(委員)

迅速なご検討をいただき、現場のほうに適切な時間を確保して進めていけるようなスケジュールで進めていただければ大変ありがたいと思っております。よろしくお願いいたします。

(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、4番目、ワーキンググループの設置についてお認めいただけたものとさせていただきます。以上が審議事項でした。全てお認めいただいたということでありがとうございました。

4 報告事項

(1) 各専門委員会からの報告事項

(会長)

続きまして、報告事項でございます。報告事項は三つございますので、次第の順番通りにきたいと思います。各専門委員会からの報告事項ということで、まず、事務局からの説明をよろしくをお願いします。

(事務局)

事後検証委員会から説明させていただきます。

～個人情報にあたるため一部非公開～

事後検証委員会のその他の資料につきましては、特定行為等の統計データ等となっております。資料の内容についてはご確認いただければと思います。事務局からの説明については割愛させていただきますと思います。

(会長)

ありがとうございます。いろいろなところでよく聞かれるのが、資料の 31 ページですね。心肺蘇生を望まない傷病者への対応というところです。医師への引き継ぎが東京消防庁の管内では非常に高い割合ということをよくいろいろな消防本部から言われています。90 何%、これは東京医師会の先生方のご協力だと思いますので、本当に素晴らしいことだと思います。不思議に思っているのは、東京消防庁で心肺蘇生を望まない傷病者への対応というのが、全 C P A のうちの 0.9%、1% 弱ぐらいなんですけれども、本年 2 月に開催された全国救急隊員シンポジウムで、ある消防本部のデータの発表を聞いていたのですが、6～8% ぐらいありました心肺蘇生を望まない傷病者の定義が各消防本部でおそらく違っていると思うんですけれども。東京消防庁のほうは、この MC 協議会で十分議論をして、東京都医師会の先生方にも議論をいただいた結果での対応です。したがって、厳密な定義となっていると思いますその辺はいかがでしょう？これは事後検証ということで、〇〇先生、その辺のコメントは何かございますでしょうか？

(委員)

一つは、東京消防庁としては、救急隊側のほうからは心肺蘇生を望まない意思があるかどうかを積極的に聞き出すということはないで、家族からの意思を申し出られた時だけに限っているということ。それから、かかりつけ医が存在していないものは、そもそも問い合わせようがないので、そこである程度フィルターがかかった上で行っているというところがあるかと思います。以上です。

(会長)

ありがとうございます。〇〇委員、お願いします。

(委員)

たまたま全国をうろうろしてしまっていて……。東京都みたいにC P Aに限っているとか、A C Pに伴っているという厳格な定義が無いところも多いので、先生のおっしゃるように、もともとの母数の数え方が違って甘くなっているというのが……。東京都はそこを徹底しているので、その辺が一番大きな違いだと思います。

(会長)

ありがとうございます。医師会の立場から〇〇委員、〇〇委員、いかがでしょうか？95%以上がかかりつけ医に連絡が取れています。すごく徹底されているなど。

(委員)

私もこの取り組みが始まる前は、かかりつけ医にすぐに連絡がつくかどうかというのがかなり不安だったんですけども、非常にスムーズに連絡がついて。しかも、いつだったか、このMC協議会でどのぐらいの時間で到達してくれますかという話を聞いた時に、本当に分単位で来てくれているんですよね。そういう意味では、非常にかかりつけ医の対応というのが、東京都においてはうまくいっているのかなと思っています。ただ、やっぱり慌てて呼んでしまうというケースはなるべく少ないほうがいいので、その取り組みというのは都民に対してやっていかないといけないとは思っています。

(会長)

本来、かかりつけ医と家族、あるいはご本人との話し合いの中で、想定された急変時は救急車を呼ばないということをお話をされているんですが、どうしてもご家族は慌てて119番をする。その場合にも東京都においては、かかりつけ医が対応してくれるというところが東京都では徹底されているということですね。ありがとうございます。

(委員)

よろしいでしょうか？

(会長)

はい、〇〇委員お願いします。

(委員)

ここに施設が72件と書かれておりますが、施設から搬送されるケースも結構多いですから、こちらのあたりを今後よく検討して、施設においてもうまく引き継げるようにということは考えてもいいところかと感じます。以上です。

(会長)

ありがとうございます。本件は全国の皆さんも非常に注目している資料です。この資料もホームページに掲載していただけるということです。事後検証委員会としては以上でよろしいですか？

(委員)

すみません、先生。

(会長)

はい、お願いします。

(委員)

〇〇です。よろしいですか？

(会長)

お願いします。

(委員)

今の心肺蘇生を望まないC P Aの話ですけれども、毎年 120 件ぐらい発生していると。これは事前にかかりつけ医と話し合いがついていて、本来は救急車を呼ばないはずの方が慌てて呼んでしまった方の数。これが毎年同じぐらいで 120 件ということなんですけれども。一方で、この話し合いがついて、亡くなった時に死亡確認をかかりつけ医の先生が来てされている件数というのは、全体としては年々増えているということでもよろしいのでしょうか？その数はどのぐらいなのか、もしわかれば教えてください。もし、わかればですけれども。

(会長)

医師会のほうでわかりますかね？これは東京消防庁ではデータの取りようがないですね。

(委員)

それを私たちも知りたいんですが、そこはなかなか難しいですね。

(会長)

看取りの算定はレセプト上できますよね。レセプトのほうから見るという方法はあるのかもしれないですね。すみません、医師会のほうもとりあえずはデータが無いそうです、大友先生。

(委員)

わかりました。

(会長)

もしあったら、またお願いします。

(委員)

年々増えているのを期待するのと。その中で慌てる人の数が大体同じぐらいというのは、分母が増えている中でこれというのは悪くないのではないかと。

(会長)

本当にそう思います。0になるということが理想なんでしょうけれども、なかなか実際はそうはいかないんでしょう。よろしいでしょうか？

それでは、次の順番は、指示指導医委員会のほうでしょうか？事務局、説明をよろしいですか？お願いします。

(事務局)

指示指導委員会事務局、救急医務係の〇〇と申します。よろしくお願いいたします。資料 55 ページになります。指示指導委員会は本年 1 月に開催をしております。報告事項については 5 点ありますが、この場では一つ目、医師の働き方改革に伴う救急隊指導医制度の維持についての審議結果について報告をさせていただきます。1 枚おめくりください。背景として表題にある通り、4 月から施行されました医師の働き方改革に伴い、医療機関からの救急隊指導医の派遣が滞り、現在の体制を維持することが困難となることが危惧されたことから、救急隊指導医業務の維持に向けた体制の整備を検討することとなりました。事務局では指導医参画医療機関である 35 の医療機関の現状を把握するため、各医療機関の管理者様宛てに保健医療局と合同でアンケートを実施しております。アンケートの内容、結果については後ほど説明をさせていただきます。

救急隊指導医体制の整備を講じる上での条件として、一つ目に、24 時間 365 日指示・助言を受けるため、救急隊指導医の安定的な確保。二つ目に、大手町、多摩、それぞれの施設や勤務する指導医にトラブルが発生した際にも補完できる体制を維持するため、2 名体制の維持を必須条件としてあげております。救急隊指導医業務の宿日直許可については、労働基準監督署に問い合わせをしたところ、指導医勤務の実態として指示・助言の入電件数が 1 時間当たり 1、2 件あること、業務のストレスなどから要請には必ず対応しなければならないこと、入電時間が時間帯を問わず突発的なため、連続した仮眠時間が確保できないことから、宿日直許可を認めることは難しいとの回答を得ております。

次のページです。こちらがアンケートの調査方法と内容になります。アンケートは保健医療局と合同で昨年 9 月に実施をしております。対象は参画医療機関 35 医療機関で、うち 4 施設は未回答でした。アンケート結果からは参画医療機関の約 3 分の 1 は現状維持が可能と回答しており、さらに勤務枠を増やせるという医療機関もありました。一方で、4 施設からは派遣不能になるとの回答もありました。但し、4 月以降、現在 5 月末までスケジュールを作成しておりますが、こちらについては 35 全ての医療機関から指導医の派遣をいただいております。

本アンケート結果、お示した二つの条件、宿日直許可の可能性を踏まえ、指示指導委員会として次のような方向性と方策を策定しております。59 ページになります。体制維持の方向性とし

て、欠員を生じさせないための準備と欠員が生じた場合の対応の大きく二つに分けて整備を推進します。その中で方策として三つ、欠員を生じさせないための準備として、一つ目、医療機関ごとの医師の複数人体制確保を支援する目的で、例年2回実施している指導医研修を拡充し、救急隊指導医資格者の充足を図る。二つ目は、指示指導委員会委員長である吉原先生のお名前で参画医療機関の管理者宛てに派遣協力を依頼する文書を発出するという事で、次ページ 60 ページになりますが、こちらについては本年2月にすでに各医療機関の管理者宛てに依頼文を発出させていただいております。戻りまして、欠員が生じた場合の緊急対応として、現行では欠員が生じた場合、勤務予定だった先生が所属する医療機関が調整をして補完することとなっておりますが、新たな方法として、二次募集による欠員の補完、これを三つ目の方策としてあげております。これは指導医勤務に欠員が生じたことが判明した場合に、事務局から各参画医療機関の勤務調整担当者宛てに一斉メールを送信して募集するなど、欠員の補完を全参画医療機関で補完するというものです。また、現在は医療機関ごとの勤務枠を原則1日で調整しておりますが、困難な場合に限り、複数の医療機関による時間単位の勤務についても実施可能としました。また、最終段階として、緊急対応によっても欠員が補完できない場合については、1名体制の運用とし、その間も事務局で勤務可能な先生を調整し続けることとします。以上の対応により、医師の働き方改革に伴う救急隊指導医体制の維持をし、指導医の安定的な確保に努めて参ります。指示指導医委員会の報告は以上となります。

(会長)

ありがとうございました。4月1日から施行されました医師の働き方改革に伴う、特に指示指導医の制度に関するアンケート調査からの対応ですね。本委員会の委員長の吉原先生、何か補足の説明はありますでしょうか？

(委員)

指示指導医委員会の委員長を仰せつかっております東邦大学の吉原と申します。なかなか厳しい制度改革なものですから大変かなと思いましたが、とりあえず980時間の時間外に消防庁の仕事をやっていただければ、それでいいかなとも思っておりますが、おいおいうちちょっと厳しくなる可能性がありまして、そのことを念頭に考えておかなければいけないかと思います。これは急に変えることはできませんので、今出した4つの案件以外に、指導医自体の仕事を消防の中で確立的に専属でやれるような体制を整えておけばいいという意見も委員の中から出てきております。それからもう一つは、指示指導の最初の定義をこれからどうやって同じように持っていくのかどうかということ。後々のこともございますが、少し考えておかないと、今まで通りの消防の体制、救命士の体制を同じように考えていって、医療行為のところに指示を入れるという体制をもう少し柔軟にしないと、今後、先がなかなか発展しないような気がしております。個人的な意見ですけども。そのことも含めて考えておいていただければと思います。当座は、35年でしたっけ？また、がらっと変わるようなことになっておりますが……。時間外勤務が1900時間ぐらいのところまでB・Cだといけるということでございますから、何とか2人体制を整えていければと思っておりますけれども。将来的には、今言ったようなことも考えていかないとい

けないかと考えております。以上です。

(会長)

ありがとうございます。いずれにしても、指導医の業務内容を考えると、宿日直としての扱いはできないというのが当局の見解なわけですね。今、吉原先生が言われました、救命救急処置33項目のうち、いわゆる具体的な指示が必要な5項目、特定行為と言われる5項目に関して、将来的にもう少し包括的な指示ということも議論しても良いのではないかと。しかし、これは国が決めることですが、あり得るのではないかとというご意見でした。はい、〇〇委員、お願いします。

(委員)

関連して、指示指導医ではなく検証医のことをお尋ねしたいんですが。検証作業もありますけれども、あれは病院内でどういうカウントになっているのか。要するに、時間内なんですか、それとも……。これもやっぱり同じだと思うんですね。そこはどういう考えで。消防の仕事なんですけれども、しかし、指示指導医の場合は常駐ですからわかり易いんですけれども、検証作業はちょっとわかりにくいんですけれども。それはどうなんですか？

(会長)

この辺の議論というのは吉原先生。

(委員)

吉原です。しておりません。やっぱり病院の中でやられることが多いかと思うので、おそらく病院内の仕事の一部としてやられているところが多いのではないかと認識しておりますけれども。

(会長)

あと、欠員が生じた場合、予めわかっている場合と急に欠員が出た場合の二通りがありますよね。二次募集というのは両方を想定しているのでしょうか？

(事務局)

二次募集については、欠員が生じることが判明した段階ですぐに対応していくということで、事前のものもございますし、当日、突発的なところに対しても対応すると考えております。

(会長)

いかがでしょうか？指導医で業務をされている皆さんもいると思うんですが。〇〇先生、いかがでしょうか？

(委員)

ありがとうございます。〇〇でございます。今、医師会もお手伝いをさせていただいております。

す。もともと救命で働いた先生方も二次救、その他にいます。医師会の場合は、当日、その他の時には医師会メールで回ってきて、それに対応をさせていただいておりますが、少し分割という形を取らせてもらうことによって、時間帯全てをシェアすることができてきました。今後、これを都庁全体でやっていただけるということなので、もう少し幅広く募集ができるのかなとは思いますが、私の意見としては、全体的にはあまり変わっていないという印象だったので……。もう少し劇的に指導医のあり方が変わるのかなと思ってはいたのですが、ちょっと変わりようがなかったのかなというところもあります。私の個人的な意見です。

(会長)

ありがとうございます。Web 参加の皆さん、何かコメントはございますでしょうか？アンケートの結果に関しては、31 施設から回答があって、可能あるいは回数は減少だけでも可能と答えたのは 19 施設になるわけです。不可能と答えたのは 4 施設で、わからないというのが 8 施設。この辺は数字としては大体予想された数字なのではないでしょうか？

(事務局)

結果的には派遣不能と回答をいただいたところからも、4 月以降もいただいているところがございます。

(会長)

始まったばかりの働き方改革なので、まだすぐに影響というのはなかなか把握しづらいのでしょうけれども、どのようになっていくかというのはかなり重要なところだと思います。委員の皆さん、よろしいでしょうか？

(委員)

すみません。

(会長)

〇〇委員ですね。お願いします。

(委員)

〇〇です。月に 1、2 回だから何とかなっているということなのではないでしょうか？つまり、普通に病院で仕事をして、指導医を一晩やったら、次の日はもう昼までしか働けないということになるでしょうし。勤務間インターバルのことを調整すると意外と大変そうなんです。これは頻度が少ないから何とかなるといことなんでしょうか？確認です。

(事務局)

ありがとうございます。事務局です。現在のところ、各医療機関、月に 1 回から 2 回程度で指導医として派遣をいただいている状況になっております。勤務間インターバル等々については実

際に始まってみないかという部分もありましたので、そちらについては引き続き調査をしながら進めていきたいと思っております。

(会長)

よろしいでしょうか？それでは、時間もありますので、次の救急処置基準委員会から、事務局、報告をよろしくお願いします。

(事務局)

救急処置基準委員会からの報告については、自動式心マッサージ器の配置についてでございます。資料 66 ページをご確認ください。自動式心マッサージ器の導入については総務省消防庁の救急隊員の行う応急処置の基準に示されており、いわゆる拡大 9 項目のうちの一つとなっております。以前より東京消防庁では、自動式心マッサージ器を導入しておりましたが、動力源が空気ボンベであったり、CPR サイクルが 5 : 1 など、現行の基準で適合しない状況となっております。現在、バッテリー式で CPR サイクルも 30 : 2、また、非同期設定等が可能な機種が出ており、東京消防庁でも導入に向けて試行を行って参りました。

今回は、その試行結果と今後の導入計画について報告をいたします。試行は 10 隊の救急隊において 1 年 6 か月の期間で実施しております。使用件数は左上の表にあります通り、CPA404 件に対し 240 件で使用してございます。未使用となった理由として、機器の使用上、胸郭の厚さ 17 cm に満たないもの等々の理由があがっております。現場活動時間については、未使用時と比較して平均で 3.6 分の短縮が認められております。救命率の点については右上の表になります。薬剤投与、器具による気道確保、この両方を実施した事案において比較を行ったところ、ルーカス未使用時と比較して 10~17 ポイントの向上が認められております。使用場所の比較として右下の表になりますが、一般住宅が最も多く、次いで老人福祉施設という結果となっております。これらの試行結果をもって、4 年計画で東京消防庁全救急隊への配置が決まっております。昨年度中に 75 台が配備され、令和 8 年度までに全隊への配備となる予定でございます。これに伴い、救急巡回指導等により取り扱いについて訓練・指導を行っております。今後、使用台数が増加していく中で使用状況の検証を行い、救急活動基準における自動式心マッサージ器を使用した活動要領などの変更についても検討して参りたいと思っております。処置基準委員会からの報告は以上となります。

(会長)

ありがとうございました。心拍再開率が自動心マッサージ器を使うとよくなっているという理由は、中断が無くなるからということなんでしょうか？それとも質の高い胸骨圧迫ができるから。その辺はどうなのでしょうね？

(事務局)

事務局でございます。これについても、これから回数が増えていく中で検証が必要かと思っておりますが、やはり現場から使えるということで、これまで搬送中に中断されていた部分が継続

してできる。また、マンパワーが少ない中でできる。特定行為が早期にできる。こういったところがこれからあがってくるのではないかと期待をしております。

(会長)

ありがとうございます。本件に関しては何か追加コメントはございますか？委員長の犬友先生。

(委員)

犬友です。やはり高層マンションとか、もしくは狭隘なところで降ろす時に、どうしても心マッサージが中断されるのが継続できるというのは大きいのではないかと思います。ですから一気に導入して欲しかったんですが、なかなか予算の関係で何年かかかるということのようでございます。以上です。

(会長)

ありがとうございます。本件に関してはよろしいでしょうか？〇〇委員、お願いします。

(委員)

ありがとうございます。ちょっとお伺いしたいのですが、ルーカスを使って本当に良かったといういい結果になったと思うんですけれども、何かルーカスによる弊害など、気付かれた点などがもしあれば共有していただけますでしょうか？

(会長)

デメリットと言いますか、何かルーカスを使ったことによって問題はありますか。

(事務局)

事務局でございます。やはりルーカスは器具で押すということで、今まで人が押していた部分と違って機械的だということで、傷病者、家族の心象というところもあるかと思いますので、そういったところはしっかりと救急隊が説明をした上でやるということをしております。また、場合によっては器具、カップを当ててやるのですが、その部位に少し傷が付いてしまうという場合もあったりしますので、使用前にしっかりとその点は、こういうことも可能性がありますということを説明しながら実施をしている状況でございます。

(会長)

バッテリーで駆動ですよね？

(事務局)

はい、その通りです。

(会長)

途中で充電が無くなってしまったとか、そういう報告は無いんですよね？

(事務局)

現時点まではございません。バッテリーも2台配備しており、救急車内に入りましたらAC電源に繋げてという形で使えるようになっておりますので、バッテリー切れは今のところ報告は無い状況でございます。

(会長)

わかりました。よろしいでしょうか？

(委員)

ありがとうございます。

(会長)

ありがとうございます。皆さんもよろしいでしょうか？それでは、救急隊員の教育に関する委員会、事務局からまた説明をよろしくお願いします。

(事務局)

失礼いたします。救急隊員の教育に関する委員会を報告させていただきます。まず、先ほどご審議を賜りました東京都メディカルコントロール協議会指導救命士の認定でございますが、令和6年2月1日付のものを資料として載せさせていただいております。ご覧いただければと存じます。

続いて、再教育の教材作成についての提案を報告させていただきます。令和6年度以降は、救命士の再教育に関して、3か年で線表お示ししている通り、徐々にいろいろなものを入れていきたいということで、委員会のほうでご審議をいただいております。その前なんです、令和5年度、これはコロナ禍から明ける、明けないの非常に厳しい状況の中であり、病院実習の休止で教育を受ける機会が縮減されておりましたけれども、東京都医師会を通じ、搬送後の院内教育をお願いしておりますということで、救急隊が搬送した時に先生方や医療従事者の皆様からアドバイスをいただくということを積極的にしていただきました。この場を借りて御礼を申し上げたいと思います。

第11回、第12回、第13回と救急隊員の教育に関する委員会の中では、今後の課題として教育の質を向上していくためにはどういうふうにするべきかということを検討させていただいております。令和6年度は従来の病院実習、こちらはまた再開させていただきますので500名程度、8日間の予定でございますが、こちらを再開しつつ、教育コンテンツでその他のところを補っていけないかということトライアルを進めていきたいということで委員会で審議をさせていただいております。さまざまな教育機会を準備することで、一人一人の救急救命士がいろいろな場で学びをつくれるようにすること。また、本当は考えたくはないのですが、大きな感染症、社会的な影響で病院実習ができないことも想像できますので、今後の社会を含めて、こういった流れでやっていきたいと考えております。資料の左下段のところをご覧いただければと思います。それ

ぞれの項目、先生方からご助言をいただきながら、指導救命士として各消防方面本部に配置になっている救急担当係長、あるいは救急機動部隊の部隊長などがそれぞれコンテンツの作成に参加させていただき、それぞれの先生に監修をいただいitてつくって参りたいと考えております。令和6年度中には粗々のコンテンツをいくつか用意したいと考えておりますが、今のところ、例えばYouTubeで見ると、芸能人の方々などがアナウンスをするような映像、大体8分から10分、これぐらいが丁度いい時間だろうということで、我々の広報課とも話をして、当初、予定では30分ものの番組のようなものを二つ、三つつくろうということも考えたのですが、今回はショート映像、それからスライド、またショート映像ということで、振り返りながらもできるようにしていきたいと考えております。また、稲城市消防本部や島しょ地域の消防本部の皆様とも意見をしっかりと交換をしながら、それぞれのところ、東京都の中でどこでも使える教育プログラムとしてつくっていければと考えておりますので報告をさせていただきます。

その他の処置拡大研修やビデオ喉頭鏡の研修状況、プロトコールの認定状況等は資料の通りとなります。事務局からは以上でございます。

(会長)

ありがとうございます。この教育コンテンツ（案）と書いてあって、※印として赤字は令和5年度作成と書いてありますが、69ページの表にあるのは、現在は完成しているというような位置付けですか？

(事務局)

はい、それぞれの先生にご指導をいただきまして・・・。

(会長)

わかりました。

(事務局)

特に〇〇先生のところでは撮影もさせていただいて。ということでやっております。ただ、課題も新たに見えてきまして、いろいろな場所、いろいろな所で、いろいろな映像を撮ってしまうと斉一性が無くなるのではないかと。カメラの角度もそうですし、出てくださっている方々があまりにシナリオっぽくなってしまうと、それだとただの映像というか、演劇になってしまってもいけないねという課題も見えて参りました。ですので、今年度はそちらのブラッシュアップも含めてやっていければと考えております。

(会長)

ありがとうございます。委員長の山口先生、追加のコメントは何かございますでしょうか？

(委員)

ありがとうございます。今、ご説明のあった通りなんですけれども。もちろん、教育が出動の

質を担保するという意味で非常に重要だということは言うを俟たないわけですが、コロナ禍で救急事情がひっ迫する中で、教育機会の確保が非常に困難だったということはございます。実際、病院実習の中止状態が続き、この春から病院実習は再開できましたけれども、できるだけコンテンツによる教育機会の幅を広げておきたいというのが趣旨でございます。まずは補完的に使用できるようにということを目指しておりますけれども、教育効果をきちんと検証し、できれば2年後、3年後には、教育のあり方、特に再教育のあり方の中で、こういうものをできるだけ有効に活用できるような、あり方そのものも見直していきたいと存じております。これについては、また、この委員会で皆様方にご意見、ご指導をいただきながら、できるだけ教育のあり方そのものについても検討を進めたいと思っておりますのでございます。以上です。

(会長)

ありがとうございます。捕捉の説明をしていただきました。この救急隊員の教育に関する委員会からの報告、何か皆さんのほうから質問、コメントはございますでしょうか？他にも資料があるんですが、その説明は見えていただければよろしいということです。

(事務局)

ご覧いただければと思います。

(会長)

ありがとうございます。山口先生、事務局、ありがとうございます。それでは、昨年度、新たにできた委員会からの報告ですね。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。事務局から説明をよろしくお願いします。

(事務局)

東京都保健医療局救急災害医療課の〇〇と申します。当委員会は昨年3月開催の第23回東京都メディカルコントロール協議会において、医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置にかかる認定体制についてのご審議を得て設置された委員会でございます。昨年7月から審議を始め、四半期ごとの開催となり、これまでに第3回まで実施をしております。第1回で事務局で作成した認定要領を委員の皆様にご審議をいただき、合わせて申請方法についてもご審議をいただきました。その後、書面審査をした後に策定いたしました。第2回からは、その認定要領及び申請方法に基づき、実際に各病院から来た申請の確認、審議及び認定を行っております。

次のページにございますのが、認定までの流れと認定要領のポイントを1枚にまとめたものでございます。申請は随時受け付けをしており、認定に関しては四半期最終月の15日までに受理したものを努めて翌月の委員会にて審議するとしております。下にあるのは審査の書類や審査の基準を設けております。こちらを明記しております。最後の一番下の行、「救命士を雇用する医療機関は」というところですが、こちらは年1回、第一四半期に認定を受けた救命士の現況報告を求めており、本年度も4月1日現在の現況報告を現在求めているところでございます。

次のページ。こちらは認定要領並びに、右側にあるのが認定証になりますが、例として表示さ

せております。左側の認定要領は実際の委員会で定められた認定要領となります。こちらは保健医療局のホームページに4月中にアップする予定でございます。

最後のページになります。77ページです。こちらが現在までの医療機関からそれぞれ救命士が申請してきたもの。現在まで6医療機関の救命士12名に対して認定証を発行しております。第4回の委員会は5月上旬に予定されておりますが、こちらでは、現在、2名の救命士が認定しております。また、合わせて、4月期に入り、現在まで2名の方からの申請があり、これから4名ほど認定の手続きが必要となって参ります。問い合わせ等は多数ありますので、第3回については1名の救命士の方からのみでしたが、今後増えていくことが予想されております。新たな委員会からの報告は以上となります。

(会長)

ありがとうございました。本件に関しては委員長が新井先生ですので、新井委員のほうから追加のコメントをお願いします。

(委員)

今、事務局から説明がありましたように、昨年の7月からこの委員会が始まり、第2回の委員会で5医療機関11名、第3回は1医療機関1名だったんですけれども、合計12名が認定書を発行されています。これからもまた増えてくると思いますが、この取り組みはやはり救急医療機関の中でのタスクシフト、働き方改革に資するものと考えておりますので、これを周知していくことで応募も増えてくるかと思っています。先日、横田会長とお話をした時に、他の県に異動する方、他の県から東京都に異動して来る救急救命士の方たちをどういうふうに扱うかということは今後の課題としてあると思いますので、そういうことも含めて、この委員会の中で議論をしていきたいと思っています。以上です。

(会長)

ありがとうございます。今、最後に新井委員長から課題もお話いただきました。47都道府県の中で東京都が一番しっかりとした委員会をつくって、体制認定をしているということを聞いて、おそらく他の県からいろいろな問い合わせが事務局のほうにも来ていると思います。今、77ページのところの認定時所属先医療機関のところにA医療センターとかB病院、C病院とあるんですが、ここは医療機関側の要請で具体的な名前は載せていないということなののでしょうか？今後もそのような形になるんですか？

(事務局)

ありがとうございます。お答えいたします。こちらについては、今までは医療機関に対して公表しますということをこちらから明示していませんでしたので、今回に関してはA、B、Cという形で伏せさせていただきましたが、今後、先ほども申しましたように4月中にホームページを更新しますが、そちらには今後は医療機関を公表しますという形で予め断りを入れておりますので、来年度以降は医療機関のところは公表可能となっております。以上です。

(会長)

この12名に関してはこのままということになるんですか？

(事務局)

口頭のみであればお答えはできますが、資料としてはA、B、Cのまま残します。

(会長)

認定に関しての委員会報告ですけれども、何かコメントはございますでしょうか？おそらく、これから皆さんの所属する医療機関からもこのような認定を申請する救急救命士が出てくると思います。よろしいでしょうか？決まった書式も申請書もダウンロードできますので、是非、見ていただければと思います。以上が報告事項でございます。よろしいでしょうか？

(2) 東京都における令和5年中の救急活動について

(会長)

それでは、その他の報告事項に移りたいと思います。初めに、東京都における令和5年中の救急活動について事務局から説明をよろしくお願いします。

(事務局)

事務局救急情報係長の〇〇と申します。よろしくお願いいたします。それでは、東京都における令和5年中の救急活動について報告させていただきます。まず、表1でございます。こちらは令和5年中の各消防本部の出場件数を事故種別ごとにまとめたものになります。各本部の出場件数の総数は、資料はございませんが、前年と比較して八丈町消防本部を除いて各本部で増加している状況でございます。東京都全体で92万3,259件となっております。左下の図、円グラフをご覧ください。構成割合ですが、急病が68.5%と一番多く、次いで一般、転院、交通の順に占める割合が多い状況でございます。この傾向については、近年の傾向と大きく変わりはございません。右側の図、折れ線グラフですけれども、出場件数は昨年の件数を更新し、過去最多を記録したところでございます。

次のページをご覧ください。表2でございますが、こちらは各本部の救護人員をまとめたものになります。総数は東京都全体で78万427人、件数と同様、こちらでも過去最多を更新しております。軽症率は54.1%となっております。各本部で見ると、救護人員については八丈町消防本部を除いて増加しております。また、軽症率でございますが、東京消防庁、稲城市は割合が増加しており、それ以外では割合の減少が見られる状況でございます。右側の図3をご覧ください。軽症者の割合を示したものでございますが、東京消防庁、稲城市はともに50%、約半数が軽症という割合となっております。その下の図4をご覧ください。搬送人員と軽症者数の推移を表しております。コロナの影響等で搬送が減少した令和2年から搬送人員の増加とともにその割合も少しずつ増加している状況が窺えます。

次のページをご覧ください。表3でございますが、こちらは年齢区分における搬送人員の推移でございます。図5をご覧ください。全年齢層ともに令和3年頃から増加傾向に

ありますが、75歳以上の搬送人員の増加が顕著となっている状況でございます。今後も東京都の高齢化率は上昇が見込まれていることから、この傾向は継続していくものと考えられております。

右側の表4をご覧ください。こちらは各消防本部の入電から現着、現着から現発までの平均時間の推移を示しております。一部、東京消防庁の入電から現発までの時間については、現在集計中となりますのでご了承ください。入電から現着までの時間については、それぞれの本部で異なる傾向はございますけれども、稲城市、大島町、八丈町で時間が短縮されております。また、図6でございますけれども、現着から現発のみの時間をまとめたものでございます。こちらは全消防本部で時間の短縮が確認できております。以上、東京都における令和5年中の活動時間の統計について報告させていただきました。

続いて、参考資料、総務省消防庁「救急救助の現況」における蘇生統計について説明をさせていただきます。こちらの資料については、前回、昨年の3月に会長よりご紹介いただいたもの、それを令和4年の確定値に更新させていただいた資料でございます。まず、救急要請から現場到着までの時間についてになりますが、京都府が8.2分で最短となっており、全国平均は10.3分、東京は14.3分となっており、残念ながら全国ワースト1位となっている状況でございます。次のページをご覧ください。こちらは救急要請から医師引き継ぎまでの時間についてのグラフになります。富山県が34.8分で最短。全国平均は47.2分。東京都では66.9分で最下位となっている状況です。

こちらは目撃のある心肺機能停止の1か月生存率を全国で比較したものになります。徳島県が17.7%、福岡が16.4%で生存率が高い。その一方で、東京都は8.2%と全国でも生存率が低い数値となっております。次をご覧ください。さらに、そのうち1か月後の社会復帰率を比較したものになります。先ほども生存率が高値だった徳島、福岡が高く、こちらも東京は5.8%と平均以下となっております。こちらのほうは目撃のある心原性心肺停止で初期心電図波形がVF/VTの1か月生存率ですが、こちらも東京は21.6%と全国平均を下回る状況でございます。

次のページでございますが、今度はバイスタンダーに焦点を当ててみたグラフになります。市民目撃のある心原性心停止のうち、心肺蘇生が実施されていた割合を見てみますと、石川県、福岡県ではともに70%台と、バイスタンダーの応急手当の実施率が高い。その一方で、東京は52.7%。こちらも全国よりも低い状況になっております。これ以降の資料については、同じ条件で応急手当実施率の令和3年の数値、令和2年の数値を示しておりますが、令和2年がワーストワンだったところで、令和3年、令和4年と徐々に応急手当実施率は向上している状況でございます。

最後のページでございますが、一般市民の心肺蘇生実施率が高い都道府県の近年の状況を一覽で表しております。石川県、愛知県、福岡県、それぞれ70%近くの数値を推移しているのに比べ、東京都では50%に満たない状況が続いている状況でございます。統計的な報告については以上でございます。

(会長)

説明ありがとうございました。令和5年は出動件数が92万件を超えて、搬送人数も77万8,000人ということで過去最高ということ。ただ、軽症が割合としては少し増えているというのが気に

なります。それから、後半の棒グラフに関しては、また私から資料を提供しましたが、全国統計ということで、活動時間、あるいは現場到着時間は心肺停止だけに限定したものではありません。東京都における心肺停止例でのこれらの時間はわかるんですが、全国では把握できません。その部分が課題ではあるんですが、去年もこの協議会で紹介をさせていただきましたが、一番蘇生率に関わるのは、現場到着時間や医療搬送時間よりもバイスタンダーCPRの割合です。令和2年、3年、4年と経年的に東京都のバイスタンダーCPRの割合は増えているんですけども、引き続き全国と比べるとまだ低い現状です。これが全国平均までいけば東京都の蘇生率も全体としては非常に上昇し、さらに全国平均を超えれば、全国1位になることも可能です。私も機会があるごとにこれをお話しているんですけども、それぞれの医療機関の皆様、医師会の皆さん、是非よろしくお話ししたいと思います。今の令和5年中の活動報告に関して何かコメント、質問がありましたらお話ししたいと思います。いかがでしょうか？よろしいですか？

(3)「マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化」のシステム構築に向けた国の実証事業への参画について

(会長)

それでは、最後になります。報告事項の3番目。「マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化、円滑化」のシステム構築に向けた国の実証事業への参画について事務局からお願いします。

(事務局)

ありがとうございます。最後の報告になります。「マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化」のシステム構築に向けた国の実証事業への参画について説明をさせていただきます。こちらは総務省消防庁が35都道府県67の消防本部を対象に令和6年中に実施するものでございます。救急隊が傷病者のマイナンバーカードを活用して、搬送先医療機関の選定に資する情報、具体的には診療情報、薬剤情報、特定健診情報等を入手することで救急業務の迅速化や円滑化を図ることになり得るか。その効果を検証するもので、東京都からは東京消防庁の救急隊6隊が本事業へ参画いたします。当初の実証期間は本年5月下旬から2か月程度を予定しております。なお、消防機関はオンライン資格確認等システムへのアクセス権を有していないため、都立病院機構にご協力をいただき、都立病院1か所、東京消防庁、そして国の委託業者との三者契約の締結、アカウントID取得等、実証事業中に限定したアクセス権限付与の準備を進めているところでございます。

次ページ以降については、参考資料として、いずれも案となりますが、実証事業のイメージ図、フローチャートを国の公募通知から抜粋したものを添付しております。実際の実施マニュアル等の詳細については、今後、国から示される予定となっております。また、実証事業終了後に総務省消防庁から実証事業の検証結果並びに方向性が示される予定ということですので、本協議会において情報共有を図って参ります。説明については以上でございます。

(会長)

ありがとうございます。本件も先ほど話のあった総務省消防庁の救急業務のあり方に関する検討会の実証事業といった位置付けです。一昨年度にパイロット的に行われていて、今回は本格的に全国で 660 隊ということで、東京消防庁もそこに参加するということでございます。マイナンバーカードを常時携帯している方はこれから増えてきますが、そうであればマイナンバーカードを利用した救急業務というのもすごく有用になってくると思います。本件に関してはいかがでしょうか？よろしいでしょうか？総務省消防庁の救急業務のあり方に関する検討会では確認のための時間がかかってしまうというところが課題としてあげられていました。そういうところも踏まえて、おそらく東京消防庁も参加するのだと思います。よろしいでしょうか？

以上で、今日用意した審議事項、報告事項、全て終了でございます。何か全体を通じて確認したいことがありましたらお話をいただきたいと思います。いかがでしょうか？よろしいでしょうか？会場の皆さん、よろしいですか？Web 参加の皆さん、いかがでしょうか？よろしいですか？それでは、無いようでございますので、本日の議事報告、審議事項、全て終了しました。座長の不手際で少し時間がオーバーしましたが、後の進行を事務局にお譲りしますのでよろしくお願いします。

5 その他

(事務局)

ありがとうございました。ここで新たに指名された委員のご紹介がまだ終わっていませんでしたので、日本大学の山口委員をご紹介します。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。一言ご挨拶をいただけますと幸いです。

(委員)

日本大学の山口です。遅くなりました。よろしくお願いします。

6 閉会

(事務局)

ありがとうございます。それでは委員の皆様、ご審議をいただきありがとうございました。以上をもちまして第 24 回東京都メディカルコントロール協議会を終了いたします。次回の開催については本年 9 月から 10 月頃を予定しております。長時間にわたりありがとうございました。