

第 25 回東京都メディカルコントロール協議会
会 議 録

令和 7 年 2 月 26 日 (水)

18:30～20:00

場所：東京消防庁 7 階特別会議室 (Web 併用)

出席：出席委員 24 名、欠席委員 2 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がある場合は非公開とする。

1 開会

(事務局)

本日は、ご多用中のところ、ご出席いただき誠にありがとうございます。

定刻まで少々お時間がございますが、あらかじめ、お手元の資料の確認をさせていただきます。

対面でご出席の皆様の上資料をご覧ください。次第、委員のご紹介、出席者名簿、設置要綱、運営要綱、本資料、参考資料1、参考資料2となります。

1枚目は次第でございます。2枚目は委員名簿となります。3枚おめくりいただき、出席者名簿となります。1枚おめくりいただき、東京都メディカルコントロール協議会設置要綱、おめくりいただき、こちらは当協議会専門委員会運営要綱でございます。また、A4横の資料となります。1番上が第25回東京都メディカルコントロール協議会と書いた資料となります。こちらは1ページから49ページまで右下にページ番号を表記しております。次に、当協議会資料の参考資料の1となります。こちらも右下に表示をしており、1ページから48ページの資料となります。最後に、A4縦の資料、参考資料2となります。傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準の資料でございます。不足等がございましたら事務局までお知らせください。

続きまして、Web参加の皆様につきましては事前にメールでお送りしております会議資料、こちらは全ての資料を一つのファイルに取りまとめております。計136ページの資料となります。ご確認をお願いいたします。

次に事務局からの依頼事項でございます。議事録作成の関係上、ご発言の内容は全て録音させていただきます。また、ご発言の際は冒頭にご所属、お名前をご発言いただいた上でご質問等をお願いいたします。また、本日、Web参加の皆様におかれましては、混線を防止するため、発言する場合のみミュートボタンを解除していただきますようお願いいたします。以上につきまして事務局からお願い申し上げます。

それでは、時間になりましたので、ただいまから第25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。本日、進行を務めます東京消防庁救急部救急管理課の〇〇と申します。よろしくをお願いいたします。

2 委員紹介等

(事務局)

次に、本日ご欠席されます委員につきましては三宅村消防本部消防長の長谷川委員、東京医科大学八王子医療センターの矢口委員、こちらの2名におかれましては、いずれも業務の都合によりご欠席の連絡をいただいております。また、代理出席者として東京都総務局総合防災部長の高田委員の代理として島田様、また、東京都保健医療局医療政策部長の新倉委員の代理として江口様にそれぞれご出席をいただいております。以上、本日は24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委員を代表しまして、横田会長よりご挨拶をいただきたいと存じます。会長、お願いいたします。

(会長)

今、ご紹介をいただきました横田でございます。座って挨拶をさせていただきます。委員の皆様方におかれましては、3月も近く、年度末の大変忙しい中、お時間を取っていただき誠にありがとうございます。今日は次第にありますように審議事項が一つ、報告事項が三つ、それからその他として情報提供がいくつかございますので、どうか円滑な会の進行にご協力を賜れればと思います。

3 審議事項

脳卒中S導入に向けての活動基準改正等について

(会長)

それではさっそく議事に移らせていただきます。次第に従いまして審議事項から始めてまいります。よろしいでしょうか？それでは、最初の審議事項、脳卒中S導入に向けての活動基準改正等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)

脳卒中S導入に向けての活動基準改正等についてでございます。救急処置基準委員会事務局の〇〇より説明をさせていただきます。よろしくお願いたします。お手元の資料は3ページ、スライドにおきましては18ページをご確認いただければと思います。画面を確認しておりますので少々お待ちください。

(会長)

今、画面共有をしますので少しお待ちください。

(事務局)

お待たせいたしました。では、説明をさせていただきます。まず、改正の経緯からでございます。東京都脳卒中急性期医療機関における既存の脳卒中急性期医療機関A及びBに加え、脳梗塞の超急性期において適用となる機械的血栓回収療法の治療が可能な医療機関を脳卒中Sとして認定する変更に伴い、東京都循環器病対策推進協議会から脳卒中Sへ搬送する傷病者の対象についての観察要領に関する提言を受けたことから、東京都メディカルコントロール協議会救急処置基準委員会において審議を行ないましたので報告をさせていただきます。

審議内容ですが、脳卒中が疑われる傷病者に対する観察方法及び医療機関選定要領についてでございます。審議結果及び救急活動基準の改正につきましては、次ページ以降の資料にて説明をさせていただきます。一番下、今後の予定でございます。一つ目、救急活動基準改正に先駆け、今月、2月中に、順次、指導者層を含めた救急隊員に対して、各方面本部隊における集合教養及び教養資料の展示より教育を実施しております。二つ目、本会議終了後、速やかに救急活動基準と関係する規定等の改正を行い、3月末に運用開始を予定してございます。

次のページ、4ページの資料1-1をご確認ください。機械的血栓回収療法の適応となる脳主

幹動脈閉塞の評価として、脈不整、共同偏視、半側空間無視、失語、顔面麻痺、上肢麻痺、この6項目の観察を行うものとなります。6項目の観察の結果、3項目以上が陽性の場合に脳卒中S医療機関への搬送となります。

次のページをおめくりください。資料1-2となります。こちらが新たな医療機関選定のフローとなります。脳卒中を疑う判断につきましては、注1に示す通り、従来と変更はなく、C P S S、突然発症の激しい頭痛、突然発症の意識障害等の観察結果から判断し、重症以上の場合につきましては救命救急センターへ搬送する部分についての変更はございません。中等症以下と判断した症例のうち、24時間の時間判断についても変更はなく、24時間以上の場合には従来通り、直近の脳卒中B医療機関の選定となります。24時間以内の場合につきましては、C P S S陽性所見の有無を判断要素として、6項目の観察に移行するか、直近の脳卒中A選定とするかに分岐します。この部分で再度C P S S所見を入れた理由としては、脳卒中を疑う判断要素として含まれる突然発症の頭痛、意識障害をフィルターにかけるものとなります。なお、注2で示しておりますように、C P S Sを判断要素として脳卒中を疑った場合は、改めてここで観察する必要はございません。C P S S陽性所見があり、6項目の観察を行ない、3項目以上が陽性だった場合につきましては脳卒中S医療機関を設定、非該当の場合は脳卒中S、または、A医療機関選定となります。また、6項目の観察は、3項目が該当した時点で医療機関選定を開始できるものとし、残りの項目につきましては、医療機関到着までに実施しております。さらに、脳卒中医療機関の所在から、直近のAやB医療機関よりもSやAが近いといった地域特性の場合、B医療機関の場合についてはSまたはAも、A医療機関の場合についてはSも選定が可能としてございます。

次のページをお願いいたします。資料1-3となります。こちらは救急活動基準の脳卒中評価に関する別表でございますが、脳主幹動脈閉塞の評価6項目を追加した内容となっております。

次のページをお願いいたします。資料1-4です。こちらは先ほどの別表の評価項目を活動基準本文に追加したものとなっております。

次のページをお願いいたします。資料1-5でございます。こちらは医療機関選定要領に関する活動基準の本文です。アの(ア)が追加内容となっております。次ページで示します別記5-3及び別図5-9、先ほど示しました選定フローにより行うものとしてございます。

次のページをお願いいたします。資料1-6でございます。こちらは別記5-3医療機関選定要領になります。選定フローの別図5-9を文面に落としたものとなっております。

以上、救急処置基準委員会からの説明となりますが、本内容における傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準の一部改正もございまして、こちらにつきましては後ほどご説明いたします。

続きまして、傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準の一部改正について説明をさせていただきます。こちらの実施基準につきましては、傷病者の搬送と医療機関の受け入れを迅速かつ適切に行うため、消防法35条の規定に基づき、東京都が策定しているものでございます。今回、東京都脳卒中急性期医療機関にS区分が追加されるため、救急隊による救急搬送先医療機関の分類、リスト及び選定基準に脳卒中急性期医療機関にS項目を追加する等の改正を行うものがございます。主な改正点は3点ございます。合わせて、配付資料の参考資料の2、傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準をご覧ください。Web参加の皆様につきましては、参考資料の114ページ以降をご覧ください。

1点目は、平成22年に策定以降、計4回にわたり改正が行われているため、過去の改正点が把握しやすいように主な改正履歴をお示しするページを追加しております。2点目は、救急隊の観察基準の一部表記を救急活動基準に合わせた文言に修正するとともに、本文中にありました救急隊による脳卒中疑いの有無の判断項目について削除をしております。3点目は、別記2で定めております、救急隊による救急搬送先医療機関分類、リスト及び選定基準について、脳卒中急性期医療機関Sの項目を追加するとともに所要の整備を図っております。なお、こちらは改正後、東京都のホームページの更新作業、合わせて医療機関を含めた関係機関への周知を予定しております。説明については以上でございます。

(会長)

説明どうもありがとうございました。今、事務局から説明があったわけですが、処置基準委員会委員長の委員長のほうから何か補足の説明があったらよろしくお願ひします。いかがでしょうか？

(委員)

特にございませぬ。説明いただいた通りです。救急処置基準委員会の中で、横堀日本医大教授を中心にワーキンググループを設置しまして、国が定めた方針とすり合わせをして、東京消防にフィットする形で検討をいただいた回答を、また、処置基準委員会のほうで検討をして、今日、報告をしたような形になっております。C P S Sだけでいいとか、6項目の中で4項目以上なのか、3項目以上なのか、その辺の議論はありましたけれども、それも今日の報告のように落ち着いたところになっております。以上です。

(会長)

ありがとうございました。今、委員長のほうからお話がありましたけれども、平成5年度の救急業務のあり方に関する検討会の中で、それぞれの地域性に合わせて6項目の中で2項目にするか、3項目にするかという報告書が出された経緯がございます。東京都のほうは、この資料にありますように、東京都循環器病対策推進協議会から、この東京都メディカルコントロール協議会のほうに2項目にすべきか、3項目にすべきか……。2項目は感度、3項目にすれば、いわゆる陽性的中率が上がるわけですが、どちらにするかは地域で決めてくださいということでした。ということで、東京都としては、この6項目の中の3項目で対応するというようなところですね。

もちろん、皆さん、C P S Sはご存知だと思いますが、シンシナティプレホスピタルストロークスケール、突然の顔のゆがみ、突然のバレー徴候、すなわち手の片方の麻痺ですよね。それから言葉の障害、このうち一つでもあれば70%の確率で脳卒中だということ。それから、平成24年の東京都のだったと思いますが、その中でC P S Sに加えて、突然の激しい頭痛と突然の意識障害を加えると、さらに脳卒中の判断が適切になるという中で東京都のこのフローができたという経緯。そこに加えて、今回、Sの対応をどうするかというところでございました。本件に何かコメント、質問がありましたらお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか？ちなみに、東京

都は現時点でSの医療機関はいくつぐらい？あるいは、その分布にばらつきがあるとか、そういうところは何かあるのでしょうか？突然質問して申し訳ありませんが・・・。

(事務局)

事務局でございます。現在、東京都保険医療局様のほうで脳卒中S医療機関の認定は終わっております。S医療機関については59施設と聞いております。SまたはAというところで、もともとAができる医療機関の中でSが認定されてという状況でございます。地域的には、やはり都心のほうはかなり充足しているんですけども、多摩地域になってきますと、地域特性として少し疎らになってきているところが出てくる状況でございます。

(会長)

ありがとうございます。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が、いかがでしょうか？この6項目の中で、特に救急隊の方々の判断が難しいところで半側空間無視があると思うんですが、この辺の救急隊への教育というのは、今、どんな段階なんでしょうか？

(事務局)

ご質問ありがとうございます。先ほど、ちょっとお話をさせていただきましたが、教育というところで、実際に各方面に対面で救急部が外向きまして、実際に半側空間無視の観察方法を実演して、実際に各救急隊にやってもらっているというような状況でございます。ただし、職員全員が受講できる状況ではありませんので、各消防署所で受けていただいた指導者の方が署に持ち帰ってやっていただく。さらには、消防署で教育するためのビデオ教材というものも先生に監修いただきまして、既に配信をしている状況でございます。

(会長)

わかりました。日本臨床救急医学会でも、この半側空間無視の教育のビデオの教材がありますよね。そういうものもうまく利用しているというのがきっと現状だと思います。ありがとうございます。いかがでしょうか？

(事務局)

会長すみません。

(会長)

はい、お願いします。

(事務局)

先ほどの脳卒中S医療機関の数ですが、59ではなく69ということでございます。訂正いたします。

(会長)

そうですか。よろしいでしょうか？それでは、また後で時間がございましたら戻っての質問も構いませんのでよろしくお願いいたしますと思います。それでは、本件に関しては審議事項でございますので承認を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？We b参加の皆さん、よろしいでしょうか？これはリアクション、あるいは挙手というような形で取れますか？事務局で把握できますか？今、挙手でリアクションをお願いします。上がっていますね。対面式の委員の皆さんもよろしいでしょうか？ありがとうございます。皆さんから賛成をいただきました。本件に関しては承認とさせていただきます。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)

それでは、本日の報告事項が三つございます。最初の報告事項は各専門委員会からの報告事項ということですが、坂本委員はまだ別件会議中でしょうか？

(委員)

参加しています。

(会長)

それでは、事後検証委員会からの報告事項を、まず事務局からお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

(事務局)

事後検証委員会事務局の〇〇より説明をさせていただきます。お手元の資料の12ページをご確認いただければと思います。スライドにつきましては27になるかと思っております。よろしくお願いいたします。事後検証委員会につきましては、今年度、第50回から第52回まで3回実施しております。今回、事後検証委員会からの報告事項は5点となっております。

次のページお願いいたします。13ページとなります。1点目、二次検証対象についてでございます。事後検証につきましては、消防署で行う一次検証、方面本部で行う二次検証、医師検証とMC事後検証委員会の4段階で検証体制を行っております。今回、二次検証の対象であります、その他二次検証が必要と認められるものとしていた項目に具体的な項目を設け、今後、対象症例の見直しを図っていくものとなります。

2点目がエピペン実証における事後検証体制についてでございます。厚生労働省で行うアナフィラキシーに対する自己注射可能なアドレナリン製剤、商品名で言いますとエピペンの投与対象の拡大についての実証事業において、応募要件として示されている安全管理体制について、東京都メディカルコントロール体制における事後検証体制に位置付け対応するものとなります。

3点目は、医師検証等から事後検証委員会に付議された内容、4点目、心肺蘇生を望まない傷

患者への対応状況、5点目、特定行為実施状況に関する統計報告となります。なお、3点目以降は参考資料の提示とさせていただきたいと思っております。

次のページをお願いいたします。資料2-1でございます。まず1点目の二次検証対象についてでございます。上段枠内①から⑦までが現行の内容となります。今回、⑦その他必要と認められるものに中段の4項目を追加するものとなります。中段①から③までは、これまで特異事案として別に救急部で収集していた症例でございますが、医学的観点及び救急業務管理的観点から検証対象に含ませていただくものとなります。①救急隊到着後に容態変化し、心肺蘇生を実施した事案、②現場活動が30分以上で重症以上となった事案、③現着から医療機関収容まで60分以内で重症以上となった事案、こちらはいずれにしても、消防署における一次検証者だけでも活動内容を確認した上で二次検証が必要と認めたものとなります。④につきましては、今後の実証事業等、処置拡大を含め、エピペン使用事案の検証を行うものとなります。今回、その他で読み込んでおりますが、報告内容や件数の推移を見ながら、今後は上段7項目の中に正式に入れ込むことを検討してまいります。

また、下段の一部検証内容を修正するものでございますが、上段の③の部分、指導といった部分を削除するものとなっております。医師からの指導、助言につきましては、東京都では助言要請という形で位置付けているため、文言の整理ということで削除するものであり、内容の変更等はございません。⑥につきましては、搬送通知書における医師のチェック欄、こちらは意見ありと要連絡の二項目がありますが、現在、検証対象としておりますのが要連絡にチェックされた事案のみとなっております。これに加え、意見ありにチェックされた事案も対象に広げるとのこと、この項目に該当した場合につきましては、全て二次検証に上げるものとして修正をさせていただくものとなっております。

次のページをお願いいたします。資料2-2でございます。報告事項2点目、エピペン実証における事後検証体制についてでございます。エピペンに関する救急救命処置範囲拡大の実証事業への公募につきましては、昨年12月26日に事務局より全委員宛てにメールにて情報提供をさせていただいているところでございます。本実証事業につきましては、東京都メディカルコントロール協議会では、東京消防庁が5隊で応募をさせていただいております。なお、4-4に示しますスケジュール(2)で示す公募選定結果につきましては、応募が多数であったことから決定が遅れておりますが、今月中には決定する見込みとの連絡を受けております。そのため、関係法令の告示改正、実証事業の開始についても時期は後ろ倒しになる予定でございます。

事後検証委員会におきましては、この実証事業への参加について、応募要件における事後検証体制について整理を行ないましたので報告をさせていただきます。次のページをお願いいたします。資料2-3となります。こちらは公募通知から応募用件について抜粋した資料となっております。大きく分けまして、都道府県MC協議会・消防本部の参加要件、参加団体の救急救命士に求められる内容、参加団体、または対象地域のMC医師に求められる内容に分けられており、それぞれの立場における要件が示されておりますが、これらをまとめますと、本実証事業に限らず、MCとして有害事象に対して再発防止策の策定を含めた安全管理体制があるか。本実証事業に関するデータは、インシデントや医療機収容後のデータ収集も含めて報告体制があるか。実証事業参加隊が出場したアナフィラキシーに関する事案に関して事後検証が行えるかといったもの問う

ものとなってございます。

次のページをお願いいたします。応募要件につきまして、事後検証委員会における審議結果です。こちらの資料につきましても12月26日に送らせていただいている内容となっておりますが、1番、安全管理体制については、MC事後検証体制に位置付けて対応することとしております。2番目、事後検証の対象は左下の図表に示す通り、エピペンの使用を問わず、救急救命士がアナフィラキシーと判断したもの、そして、救命士がアナフィラキシーとは判断をしなかったけれども、搬送先の医師が判断したものを対象として対応させていただきます。3番目、収容先医療機関からの情報収集につきましては、方法、内容について引き続き検討が必要でございますが、努めて医療機関から収集をして行なっていく体制を取っていきたいと思っております。4番目、有害事象の定義につきましては、右下の表にございますように、医療安全に関するインシデント、アクシデント分類表におけるレベル3A以下をインシデント、3B以上をアクシデント、いわゆる有害事象と位置付けますが、いずれにおきましても事後検証委員会の報告を要するものいたします。しかし、アクシデントについては、発生の都度、早期に事後検証委員会へ報告し、必要な対応等を検討することというような形で事後検証委員会で審議がされました。事後検証委員会から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)

説明ありがとうございました。それでは、事後検証委員会委員長の坂本委員から何か追加等がありましたらお願いしたいと思います。いかがでしょうか？

(委員)

坂本です。今、事務局からご説明いただいた通りでございますけれども、二次検証に関しましては、その他というところを少し明文化したということでご覧いただければと思います。当初、心肺停止に対する特定行為の検証から始まり、今まで外傷事案に関する現場活動時間が長いもの、あるいはアンダートリアージ例が明記されていたんですけども、今回、さらに外傷以外のものについても同じような基準で二次検証の対象とすることになりました。

それから、エピペンの事案に関しましては、従来、傷病者が自分で交付されて持っているエピペンを投与することに関しては確立されたものでございますけれども、今回、厚労省のほうで実証事業として、救急車にエピペンを搭載して、そしてエピペンを交付されていない傷病者についても、アナフィラキシーの重症例であると疑われる場合には救命士が投与するということが、一部地域で法令を改正して、まず実証事業として行うということで東京都からも手上げをいただいております。本来、今、ご説明のように、2月末までに法令改正ということだったんですけども、主にエピペンの流通であるとか、その他法令の改正等、厚労省のほうで若干まだ時間がかかっており、概ね1カ月程度遅れるかなということで、2月中には実施団体についての通知があって、法令改正が恐らく3月中、そして、実際に準備期間を経て、5月から12月ぐらいまでが投与期間になるという見込みだと聞いております。その中でインシデント、アクシデントについては、医療安全という観点から事後検証委員会で検証できる体制を持つことが要件となっておりますので、これについては事後検証委員会のほうでその影響レベルに分けて、インシデント、アク

シデントそれぞれについて検討をすることにさせていただいております。東京消防庁全隊が参画するわけではなく、恐らく5隊程度と聞いております。以上です。

(会長)

ありがとうございました。今の説明に関して委員の皆さんから何かコメント、質問があったらお受けしたいと思います。いかがでしょうか？よろしいでしょうか？この資料2-1、今、説明がありました⑦の二次検証のところですね。その他二次検証が必要と認められるものとして具体的に四つのケースを説明いただきましたけれども、⑦はこの四つに限定したという理解なんですか？それとも、⑦の中に四つが含まれるというか、これに限定したものではないけれども、具体的にこの四つは二次検証をしますという解釈の文面なのか、そこはどうなんですか？事務局。

(事務局)

事務局でございます。今回、追加しましたのは①から④ということで、新たに追加するものという形で記載をさせていただきました。なお、これまで⑦に含んで二次検証に上げていた事案があと2項目ございまして、それが心肺蘇生を望まない傷病者への対応ということでACPがなされていたもの、もう一つが通信途絶時における特定行為に関するもの。これにつきましては、二次検証においてしっかりと確認をしていくというところで、現行、この4項目を追加して、6項目がその他に読み込んでいるものとなっております。

(会長)

あと、それ以外にも何か想定していなかったようなことがあった場合にも、この⑦というのは解釈できるというような理解でよろしいですか？

(事務局)

はい、その通りでございます。一次検証者のところで、この事案については二次検証に上げるべきだという判断だったものにつきましては、①から⑥に該当しなくても検証しなくてはいけません。

(会長)

そうですよね。私、その辺をちょっと混乱しましたので、わかりやすくしていただければと思います。ありがとうございました。他によろしいでしょうか？委員の皆さんのほうからよろしいですか？

(委員)

すみません、〇〇です。

(会長)

ぜひ、お願いします。

(委員)

素人みたいな質問で申し訳ないんですけども、坂本先生に教えていただきたいんですが、どのような事象でも偽陽性というのがあると思うんですけども。例えば、普通の人にエピペンを間違っ打ってしまったらどのようなことになるか教えていただけますでしょうか？

(委員)

ありがとうございます。普通の人にエピペンを打つと何が起こるかと言うと、当然、カテコラミンの投与ということになりますので、頻脈、高血圧、それから最悪の場合は滲出性の不整脈が誘発されて心室細動にまで至るというリスクがございます。ただ、事前に行った観察研究では、かなり今回は偽陽性を少なくするという事でプロトコールをつくりましたので、単にアナフィラキシーというだけではなくて、そこに呼吸循環意識の障害があるようなものに限って投与するというプロトコールにしているので……。本来エピペンを交付されている人に関して言えば、皮膚の発赤ぐらいでもすぐにエピペンの投与になるんですけども、今回は最初にそういう診断がついているわけではないので、あくまでも病院に着くまでに生命危機があるような重篤例のみ投与をするということなので、逆にアナフィラキシーであっても投与されずに病院に来る症例があることは容認するという形で偽陽性による弊害をできるだけ軽減しようと思っています。それでもゼロにはならないので、そのことによるメリットとリスクとデメリットを検討するために検証が必要だと考えております。よろしいでしょうか？

(委員)

はい、大変よくわかりました。ありがとうございました。

(会長)

ありがとうございます。今の委員の質問の追加ですけれども、厚労省の坂本班で研究をされた報告の中で、病院前のエピペンの感度、特異度は、専門家が検証をして、かなり高い感度、特異度でしたよね。その辺、具体的に数字等がわかりましたら教えて欲しいんですけども。

(委員)

全体で言うと99%以上ということになります。偽陽性が疑われた症例が7例ほどあったんですけども、これらについてはアレルギーの専門家等にその症例の検討していただいて、偽陽性という判断自体が、専門家が見るとやっぱりこれはアナフィラキシーだねということで、ほぼそういう症例がなかったということになりました。以上です。

(会長)

はい、そういうことの報告になります。委員、よろしいでしょうか？

(委員)

はい、大変勉強になりました。ありがとうございました。

(会長)

他にございますでしょうか？よろしいですか？

(委員)

〇〇です。

(会長)

はい、どうぞお願いします。

(委員)

一つ大事なことが……。これを投与する救急救命士に関しては、とりあえず実証事業においては限られた救急隊で十分な e ラーニング等を行って実技実習を行った者になりますけれども、最終的にこれは口頭指示が必要な特定行為になりますので、その指示を出す医師が、アナフィラキシーの中でも特に重症例に対してのみ投与するという事業であるということを充分理解していただかなければいけないので、そちらのほうの不徹底だとちょっと問題が起きるのでよろしく願いいたします。

(会長)

ありがとうございます。次の指示指導委員会との関係もあると思うので、そこも含めて、次の委員会の報告をいただきたいと思います。指示指導委員会からの報告事項を事務局からよろしくお願いします。

(事務局)

指示指導委員会事務局、救急医務係長の〇〇と申します。私から委員会の実施結果について報告をさせていただきます。指示指導委員会につきましては、本年 1 月に第 16 回を開催しております。資料のほう、通し番号で 33 枚目です。右下のページ番号は 18 ページになります。報告事項を 6 項目上げさせていただいておりますが、本日はその中の赤字で記載をさせていただいている 2 項目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。19 ページになります。1 点目、今、お話がありましたエピペン実証における救急隊指導医への研修についてでございます。実証事業の内容については、先ほど事後検証委員会事務局並びに坂本委員長からご説明をいただいておりますので割愛をさせていただきます。

救急隊指導医につきましても、厚労省の研究班が定めた研修カリキュラムを修了することが必須条件となっておりますので、東京消防庁の救急隊指導医への研修方法等について報告をしております。20 ページ、資料 3-1 をご覧ください。研修カリキュラムについてですが、現在まで検

討はしていただいているところですが、まだ確定はしていないということですので、この資料でも未定という但し書きを入れさせていただいております。受講方法についてはeラーニングということで、集合型で皆さんが集まっての教育ではなく、指導医の方が各個人で研修を受けていただくということを想定しております。受講時間は60分から90分程度で、東京消防庁の救急隊指導医に関しては、指導医として勤務をしている時間帯に救急隊指導医控え室などを活用していただいて、パソコンを使った研修を受けていただくということで現在まで考えております。研修の開始時期になりますが、こちらについては実証事業参加の可否が決定し、eラーニング体制が整ってからということで、3月以降と示させていただいております。参考までに令和6年の勤務状況から受講率を算出してみました。2カ月経過した段階で、受講が修了した方が勤務に就いていただける割合が約50%となっております。3カ月終了で70%、4カ月目以降は80%程度で推移しております。それ以降、100%にならないというのは、指導医として勤務をしていただくのが年1回、2回という方もいらっしゃいますので、以降は80%が続くというような状況になっております。ですので、3カ月、4カ月程度すると大体8割の方が修了しているという状況になり、幸いにも東京消防庁救急隊指導医の方が勤務するのが大手町と立川の2カ所になりますので、実際に実証事業が開始される際には事務局のほうで調整をさせていただいた上で、大手町もしくは立川のほうで、少なくとも1名の方が研修を修了しているという状況で勤務をしていただくということを現在検討しているところがございます。資料3-1の説明は以上となります。

一度19ページに戻っていただき、報告事項の2項目目です。こちらは医師の働き方改革施行後の救急隊指導医業務への影響についてでございます。令和6年4月、医師の働き方改革施行に伴い、救急隊指導医につきましても派遣が滞る可能性があるということで、業務の維持が困難になるということが危惧されました。令和6年1月開催の第15回指示指導委員会において、令和6年度中の救急隊指導医制度の運営状況について検討がされました。その実施結果について報告をしております。資料3-2、右下のページで21ページをご覧ください。左上、当初懸念されたこと。令和6年4月が始まるにあたって懸念されていたことが3点ございました。各医療機関における派遣可能医師数、救急隊指導医として勤務をしていただける先生が少なくなるのではないかが1点目。2点目として、先生が少なくなったことで、指導医として勤務医を派遣していただくことができなくなる医療機関が出てくるのではないかと。三つ目として、各医療機関が担当する派遣可能日数。これについては、今、35の医療機関と協定を結ばせていただいておりますが、複数の医療機関で2日、3日、多いところで4日、5日と一月の中で勤務をしていただいておりますが、その勤務日数が少なくなるのではないかとということが懸念されました。これらに対応するために、左下、救急隊指導医体制維持に向けた対応ということで、令和6年1月、15回の指示指導委員会の中で検討していただきました対応が1、2、3とあり、大目標としては欠員を生じさせないための準備、欠員が生じた場合の緊急対応。こちらを整備、推進していくとして掲げております。実際に、1欠員を生じさせないための準備として、令和6年度、実働可能な救急隊指導医資格者の充足ということで、例年は救急隊指導医研修を2回実施しておりますが、各医療機関からの要望で、受けていただける方が多くなれば3回目も実施しようということで検討をしました。実際には各医療機関から研修を受けていただける先生が2回の中で収まる程度だったということから、令和6年度については6月、11月、例年通り2回開催し、35名の先生に新たに

指導医としての研修を受けていただき、実際に勤務に就いていただいている状況です。もう1点、1-2 参画機関と現場及び対応方針を共有ということで、こちらは令和6年4月から働き方改革が始まるタイミングで、先ほどお話をさせていただきました懸念がありましたので、指示指導委員会の委員長であります吉原先生のお名前で各参画医療機関に対して文書を発出させていただき、引き続き派遣協力依頼をさせていただいております。また、左側の2、欠員が生じた場合の緊急対応、こちらにも二つ準備をしておりました。幸いにも2-1 だけで対応は完了しております。内容については、二次募集による欠員の補完というものです。こちらは事前に、2カ月前、3カ月前の指導医を先に医療機関を振り分けさせていただいて、実際に勤務をしていただく先生をその医療機関ごとで決めていただいておりますが、事前に先生の派遣が叶わないといった場合には、該当している医療機関内で調整をしていただく、もしくは、他の医療機関に依頼をして補完をしていただくということを、令和6年1月の開催の中で検討をしておりました。実際、令和6年中に1回、他の医療機関に依頼するという事象が発生しましたが、その他は事前に当てさせていただいた医療機関様の先生が実際に勤務をしていただけている状況になっております。2-1 で対応ができない場合も準備をしておりますが、こちらは実際には運用はしておりません。一斉通知等による欠員補完依頼というもので、2、3 日前になっても、どうしてもドクターの調整がつかないといった場合には、事務局から各医療機関の調整担当者に一斉メールを送信して、勤務できる方がいらっしやらないかということ調整する準備をしておりましたが、幸いにもこちらの対応はしておりません。

また、3、最終、こちらにも対応はしておりませんが、今までお話をさせていただきました1-1 から2-2 まででも、当日、どうしても指導医の方の調整がつかないという時には、先ほどもお話をさせていただきましたが、東京消防庁は2名体制でやっておりますので、もう1名の方の調整がつくまでは1名で運用するということも準備をしておりましたが、こちらにも実施をせずに運用ができているという状況です。

右上、3、医師の働き方改革施行前後の比較ということで、こちらは令和5年、6年、そして7年4月以降ということで、毎年、各医療機関にアンケートを取らせていただいております。1月にアンケートを取らせていただいて、次年度以降、指導医の派遣が可能か否か、また、可能な場合は何日勤務をしていただけるかといったアンケートを取らせていただいております。派遣の可否については、令和5年4月に派遣不能が1施設ございました。次年度6年には2施設、また、令和7年度からは3施設が派遣はもうできないという回答をいただいております。実際の派遣可能日数についてはグレーの表にあります。左側、令和5年4月時点では、特別区、多摩、それぞれ31日ずつ、延べ62日の勤務ワークが必要になりますが、合計しますと69日の派遣可能日数がございました。令和6年4月、次年度には二日減って67日。また、この後、令和7年の4月以降については、まだ未回答の医療機関もございますが、本年度と同様、67日程度の派遣可能日数を確保できているといった状況になっております。ギリギリではありますが、勤務可能日数については最低限の確保ができた状態で令和7年度を迎えられそうになっているという状況でございます。

今後の方針でございますが、現行の勤務体制、1日1医療機関で24時間というところを基本とさせていただき、第15回で整備をしました欠員を生じさせないための準備、そして、欠員が

生じた場合の緊急対応を推進していくとともに、引き続き、派遣について協力を求めていくということ。2点目、参画医療機関や退職した救急隊指導医の方が退職後も継続して勤務できる体制や再登録のあり方について検討を進めさせていただければということによっていただいております。指示指導委員会からの報告は以上となります。

(会長)

説明ありがとうございました。それでは、指示指導委員会委員長の吉原先生のほうから何か補足の説明があったらお願いします。

(委員)

特にはございませんが、エピペンの話ですね。これは非常に大事なことでございます。先ほどご説明のあった通り、現実には本試験が行われるのが7月頃ということになりますと、大体80%以上は受けてもらうことにはなりますが、その後、個人のeラーニングもちょっと続けて……。例えばチェックをしながら、今日は受けていないというような指導医の方には、最初にそういうことがあるので、どんどんそれを受けていただいてから業務に入ってもらいたいような行動をしたいと思っておりますので、7月以降に関してもeラーニングは続けていかれるような格好を要望したいと思っております。

それから、それに対してちょっと関係があると思っておりますが、先ほどの指導医の数のことです。勤務のことです。今年で言えば、7年の4月以降に大体の救急施設の働き方改革施行後の話がまとまるのではないかと考えておまして、それを注視しております。その時には、やはりどうしても指導医が足りないということになりますので、応募をかけたり、またはもうちょっと広い目で見て、指示指導の特定の業務をする医師を消防庁の中に設けるというのも一つの考えかと思っております。そうすると、卒業された先生たちも少し入りやすいかもしれないなとも思っております。そういうエンハンスメントと言いますか、そういう格好でいきたいとも思っております。

あと、エピペンの話に戻ってしまいますが、先ほどの〇〇委員のご質問にあったように、ちょっと危険なことには変わりはないので、先々年も千葉のほうでエピネフリンの誤った投与があって大変なことになったことがございましたので、その辺もしっかりとフォローしながら、例えば、そういうふうになった場合の処置等々のことに関してもちょっと考えていきたいと思っております。また、指示が重なるようなことになる可能性もあるかもしれませんので、ちょっと気を付けて対応し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した。みなさんのほうから何かコメント、質問はありますか？このエピペンのeラーニングは、大手町、立川に勤務した時だけに見ることができる？さっき80%になって100%にならない理由というのは、年に1回か2回の勤務……。私自身がそうなんですけれども、年2回ぐらい。例えばオンデマンドで自宅で見るということは、今はないわけですね。今は勤務の前にこちらで教材を見るということなんです。

(事務局)

ありがとうございます。インターネット環境にあれば実施はできるのかなと思っております。というのは、まだ確定していない部分がありますので、決して指導医控室でないといけないというわけではなく、各個人にIDやパスワードが付与されると聞いておりますので、自宅や病院などでも実施は可能なのかなとは思っておりますが、報酬などの絡みもありますので、基本的には指導医として勤務をしていただいている時に実施をしていただこうと考えています。

(会長)

なるほど。現時点では勤務の前というような形なんですね。わかりました。ありがとうございます。いかがでしょうか？よろしいでしょうか？それでは報告事項ということで、次の救急隊の教育に関する委員会からの報告をよろしくお願ひしたいと思ひます。

(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事務局の救急指導課の〇〇でございます。本日は報告事項4点あるうちの2点、赤文字のところを報告させていただきたいと思ひます。ページ右下 28 の数字の資料をご覧ください。報告事項です。指導救命士の認定及び解除、こちらは10月期の人事異動に伴い、指導救命士の認定と解除ですが、本委員会及び本会で承認をいただきました書面による認定と解除ということで資料を付けさせていただいております。後ほど説明申し上げます。その次が救急救命士の再教育、病院実習についての報告となります。概要でございますが、令和6年度の実習、こちらは第4四半期までの計画数が、ほぼコロナの前の時期と同じになりましたということで報告をさせていただいております。また、情報提供でアナフィラキシーに対する自己注射が可能なエピネフリン製剤の投与の拡大の実証事業について、それぞれ報告をさせていただいておりますが、救急隊員の教育に関するメニューがまだ示されていない中ですので、メニューを示された後に、救急隊員の教育に関する委員会にお諮りする予定とさせていただきます。

次のページをご覧ください。試料4-1でございます。今回、人事異動に伴い、2名の新規の認定、それから2名の解除をさせていただいております。専決事務に関しましては既にご承知のことと思ひますので割愛をさせていただきたいと思ひます。〇〇機動救急担当係長、〇〇第九消防方面本部救急担当係長が新規となっております。

次の資料をご覧ください。再教育病院実習の状況でございます。こちらは令和6年度の再教育の状況でございます。令和元年と比較いたしますと、令和6年度の計画、間もなく令和6年度は終了いたしますが、こちらほぼ同じ数字にまで回復をしています。こちらは医療機関のご協力、消防機関の対応ということで病院実習が実施されているという状況となります。救急隊員の教育に関する委員会からの報告は以上でございます。

(会長)

報告ありがとうございます。それでは、本委員会の委員長であられる山口委員のほうから何か補足の説明があったらお願ひしたいと思ひます。いかがでしょうか？

(委員)

ありがとうございます。コロナ禍での再教育の病院実習は本当に苦勞しておりました。この間、できるだけ病院実習の負担を減らそうとしまして、日常の活動の中での教育に振り替えるということをごできるだけ試みたわけでございますが、実は現場ではあまり歓迎されませんでした。と申しますのは、現場の救命士さんたちは病院実習で現場の医療者と触れ合う、情報交換をしたり、直接いろいろ指導を受けるということをおある意味非常に楽しみにしてくださっている部分がございます。今回、コロナ禍の前のレベルに戻ったことは大変喜ばしいことで、もちろん、これは医療機関側のご協力あつてのことではありますけれども、こうした現場の声を踏まえて、逼迫した状況下でも、できるだけ病院実習に出してあげようとする消防側の努力も反映しているものと存じます。こういった意味で、病院実習というのは非常に意味の大きなものでございますので、今後もさらに充実を図りつつ、引き続き連携を進めていきたいと思っておりますので、関連機関、関係機関の皆様方のご協力をぜひよろしくお願いしたいところでございます。以上です。

(会長)

ありがとうございました。医師の働き方改革が叫ばれる中で、救急隊はずっと勤務しっぱなしというような状況の中で、なかなか人員の確保というところで、病院実習も非常に苦勞をされていると思います。そういう中で、このような実績の報告をいただきました。いかがでしょうか？ よろしいでしょうか？ それでは、各種専門委員会からの報告の最後になります。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からの報告について事後検証委員会のほうからよろしく申し上げます。

(事務局)

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を務めます保健医療局救急災害医療課の〇〇でございます。どうぞよろしくお願いたします。当専門委員会からは、令和6年度中の認定状況について報告をさせていただきます。

2ページ目をご覧ください。救急救命士の認定申請に基づく審査につきまして、確認から説明をさせていただきます。医療機関に勤務する救急救命士の認定申請につきましては常時受け付けており、今回は令和5年第4四半期から令和6年第3四半期までの申請について報告をさせていただきます。認定を希望する救急救命士を雇用する医療機関の管理者は、当専門委員会事務局に認定を申請いたします。なお、認定については、四半期最終月15日までに受領したものを努めて翌月に開催する委員会にて審議しております。申請書類は申請書、救急救命士免許証、講習及び実習の修了書、院内研修の実施記録等、こちらはカリキュラム等になります。審査の基準は、講習・実習の修了が確認できること、カリキュラム等の確認ができることとなります。申請された資格について委員の皆様へ審査をしていただき、認められれば認定となります。

スライド教習その他項目の説明をさせていただきます。心臓機能停止の状態にございます患者に対する薬剤、エピネフリンの投与及び心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、ブドウ糖投与の資格については、救急救命士試験に合格した年によって救急救命士の資格と

セットとなっているため、追加講習及び実習の必要はございません。気管内チューブによる気道確保とビデオ硬性喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保の実施につきましては、資格認定にあたり実習が必須となります。講習につきましては、救急救命士国家試験合格年によって必要の有無が異なることとなります。

続いて、3枚目のスライドを説明させていただきます。こちらのスライドは令和6年度に開催させていただきました委員会において認定をいたしました認定者の一覧となります。こちらは個人情報伏せて報告をさせていただいております。認定者所属医療機関につきましては、お手元の配付資料及び事前配付資料におきましてはアルファベット記載となっておりますが、投影するスライド資料につきましては、最後のところになりますが、全ての認定者所属医療機関である11医療機関を記載させていただいております。ちなみに、令和6年度の認定者につきましては、計4回の委員会におきまして8医療機関18名を認定しております。前年度の令和5年7月より申請受け付けを開始しておりますので、認定を開始してから現在まで30名に対し認定証を発行しております。報告につきましては、以上となります。

(会長)

ありがとうございます。私、先ほど事後検証委員会と申し上げましたけれども、申し訳ありません、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でございます。訂正させていただきます。本委員会の委員長の新井委員から追加がありましたらご発言をよろしく願います。

(委員)

新井です。今、事務局から説明がありましたように、この認定は令和5年の7月から申請を受け付けて、四半期ごとに認定に関する委員会を開いております。30名11医療機関から先生が来て認定証を発行したという形です。一人が新たに別資格を取得したということでダブっておりますけれども、その方を一人とカウントすると30名ということになります。卒業年次によっていろいろ認定証の提出を必要としないというようなこともありますので、それぞれの方を認定するのになかなか手間がかかるというか、事務局の作業も大変なんですけれども、皆さん決まったカリキュラムや講習を受けていらっしゃるしまして、皆さん合格という形になっています。まだ11医療機関ということで、都内ではそんなに広がってはいないんですけども、四半期ごとでこのぐらいということで、これからだんだん広がっていくことを期待しています。私からは以上です。

(会長)

ありがとうございました。今、説明のあった通り、ここに書かれている救急救命処置に関しては、各都道府県のMC協議会の認定が必要だということで、令和3年9月30日の日本救急医学会と日本臨床救急医学会のガイドラインに記載されていて、厚労省もそれに準じた形で認定をしてくださいという通達も出されているんですね。あのガイドラインに則った形でほぼ認定をしているという理解でよろしいですか？ありがとうございます。今の報告に関して何かコメント、追加はございますでしょうか？よろしいでしょうか？以上、各専門委員会からの報告でありました。

(2) 東京都における令和6年中の救急活動について

(会長)

それでは、次の報告事項に進みたいと思います。東京都における令和6年中の救急活動についてということで事務局から説明をよろしく申し上げます。

(事務局)

事務局、救急情報係長の〇〇と申します。私からは、東京都における令和6年中の救急活動について報告をさせていただきます。31ページをごらんください。まず、表1でございます。こちらは令和6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。東京都全体で941,059件となっており、対前年で17,800件増加しております。左下の図、図1の円グラフをご覧ください。構成割合ですが、急病が67.8%と一番多く、次いで一般、転院、交通の順に多い傾向でございます。この傾向につきましては近年大きく変更はございません。次に右下の図2の折れ線グラフをご覧ください。出場件数は令和4年から3年連続で過去最多を更新しています。

次に32ページ、表2でございます。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805,028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52.8%と前年比マイナス1.4ポイントとなっております。この救護人員を各本部で見ますと、東京消防庁、稲城市では増加し、大島町、三宅村、八丈島の島しょ地域では減少が見られております。右側の図3をご覧ください。軽症者の割合を示したのものになりますが、東消、稲城、三宅ともに50%前後、大島、八丈で30%前後の割合となっております。その下の図4をご覧ください。近年の搬送人員と軽症者数の推移を表しております。令和6年の軽症者割合は若干減少したものの、約半数が軽症であるという現状が継続しております。

次に33ページをご覧ください。左側の表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。わかりやすくグラフ化したものが下の図5となっております。75歳以上の後期高齢者の搬送人員の増加が顕著となっております。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と考えております。右側の表4をご覧ください。こちらは各本部の入電から現着、それから現着から現発までの平均の時間の推移を示しております。東消では入電から現着までの時間がマイナス1分11秒の短縮。続いて、その下の図6になりますけれども、こちらは現着から現発のみの時間をまとめたグラフになってはいますが、現着から現発については東消、稲城で1分10秒台の短縮が見られているという状況になっております。以上、東京都における令和6年中の救急活動の統計について報告をさせていただきました。

このまま続いて次のページになりますけれども、参考資料でございます。こちらは横田会長よりご提供いただきました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。次のページをご覧ください。こちらの統計、令和6年版と表記されておりますけれども、全て令和5年中の確定値を基に作成された国の統計になっておりますのでご注意ください。まず、都道府県別の現場到着時間の比較でございます。救急要請から現場到着までの時間を比較してみますと、最短では石川県が8分、全国平均は10分となっておりますが、残念ながら東京は14.2分で最下位という状況になっております。次のページ、こちらは医師引き継ぎまでの時間になっております。富山県が33.4分、全国平均が45.6分。こちらでも東京都は

63.9分で最下位という状況になっています。次をご覧ください。こちらは目撃のある心原性心停止の1カ月の生存率を比較しておりますが、福岡県が20.1%、全国平均は11.8%、東京は9.8%となっております。続いて、目撃のあるVF/VTの生存率になります。沖縄県が49.3%、全国平均33.8%。東京は22.8%となっております。同様に、VF/VTの社会復帰率を表しております。こちらでも島根県が43.5%、全国21.7%、東京15.8%。最後になりますが、こちらは市民が目撃した心原性の心停止のうち、心配蘇生が実施された割合、応急手当の実施率になります。こちらについては福岡県が71.8%、平均で59.6%、東京は56.3%となっております。最後のページには令和2年から令和5年までの東京の各指標の推移と全国平均とを比較したものを表示させていただいております。表中の上二つ、現場到着時間と医師引継ぎ時間、こちらにつきましては令和2年から延伸傾向にありましたけれども、令和4年から令和5年にかけては短縮傾向にございます。また、下の三つになります、各生存率とバイスタンダーの実施率、こちらについては、いずれも令和4年から令和5年で上昇傾向にあるという状況になっております。以上となります。

(会長)

ありがとうございます。そもそも私が数年来この統計を取っているのは、実は最後のスライドの令和2年のところ見ていただくとわかるんですが、いわゆるバイスタンダーCPRの割合が、東京都は令和2年の段階では全国47都道府県中47位のビリだったんですね。これはいけないということで、実際、蘇生率、生存率も低いというところで、私が統計的な調査をしたところ、現場到着時間とか医師引き継ぎ時間よりは、はるかにバイスタンダーCPRの割合がその転帰、蘇生率、生存率に相関があるということが統計学的にわかったので、ともかく東京都にも働きかけて、バイスタンダーCPRの割合をせめて全国平均、さらにいずれは全国1位にしようというようなところで、こういう統計を取っているところです。ちょっとずつ全国の平均……。令和3年だと47位が46位になって、令和4年だと41位、そして令和5年は34位ということで、全国平均に近づいていると。東京都の医療の質を考えれば、これが全国平均、あるいはトップになれば、当然、蘇生率もダントツになるだろうというふうには思っているんで、こんな統計をつくってみました。本当に手計算なので間違っているかもしれないということで提供したんですが、東京消防庁の統計局できちんと検証をさせていただいて、間違っていないということだったので、もし必要があれば、ぜひ、使っていただければと思います。私ばかりしゃべってごめんなさい。何か質問、コメントがありましたら、ぜひ、お受けしたいと思います。いかがでしょうか？先ほどのエピペンもそうだったんですが、稲城市、大島町、八丈町の消防本部の皆さんも参加しているんですが、稲城市のほうから何か、全体を通じてでも構いません、エピペンのところでも構いませんが、何かコメント、質問があつたらお願いしたいと思います。いかがでしょうか？

(委員)

稲城市消防本部の〇〇です。ありがとうございます。特にエピペンの実証実験には、今回、手上げはしておりません。まずは症例数の絶対数が、過去3年程度確認したところ、ほとんどなかったというところで、実証実験に手上げをしてもなかなか症例がないということも鑑みまして、今回、手上げをしなかったというところがございます。脳卒中Sですが、こちらの教育につきま

しても、脳卒中S運用に向けた教育資料といったものを用いながら救急隊全員に資料を配付して、今、教育を図っているところです。以上です。ありがとうございます。

(会長)

ありがとうございました。続きまして、大島町、いかがでしょうか？

(委員)

すみません、大島です。今日はありがとうございました。いろいろ勉強になって、うちのほうはまだちょっと人数も少ないというところと、もちろんエピペンについてもまだやらせていただいております。これからもよろしく願います。以上です。

(会長)

はい、ありがとうございます。八丈町、いかがでしょうか？参加されていたんですね。それではまた戻られましたらお願いしたいと思います。全体を通じて今の報告に関して何か別途ございますでしょうか？よろしいでしょうか？

(3) マイナンバーカードを活用した救急業務の実証事業への参画について

(会長)

それでは次の報告事項、マイナ保険証を活用した救急業務の円滑化を図るために救急隊専用のシステム実証事業への参画について、事務局から説明をお願いします。国の事業の・・・。

(事務局)

それでは、マイナンバーカードを活用した救急業務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。資料は42ページとなります。こちらは総務省が実証事業として行っているものでございまして、救急業務の迅速化や円滑化を図ることを目的に、その効果を検証するために行っているものでございます。今年度は東京消防庁から6隊が参画しておりますが、国の全体規模としては35都道府県、67消防本部、660隊が参画しております。活動期間は消防本部により異なり、当消防本部は6月から8月までの2カ月間実施しておりますが、国の方針により期間終了後も継続利用できるということで、今月上旬まで継続利用をしておりました。また、一番下になりますが、消防本部はオンラインの資格確認等システムのアクセス権限を有していないことから、東京消防庁と都立広尾病院との間で契約を締結した上で、病院のアカウント権限を用いて閲覧する体制を構築しておりました。

1枚おめくりください。こちらは前回の第24回の本協議会で説明をしておりますので説明は割愛させていただきます。さらにおめくりいただきまして、こちらのフローチャートも省略いたします。

こちらが実証事業期間中60日間の実施結果となります。未活用が9割を超えており、多かつた理由としては、マイナンバーカードを所持していないということで、持っけていても保険証と紐づけがないという理由で9割がた利用されていないという現状がございました。

最後のページをご覧ください。来年度につきましては、事業規模を大幅に拡大して実証事業を行うことになっております。国が全国の消防本部を対象に12月に行った事前調査に基づき、来年度の参画消防本部並びに救急隊数が2月21日に国から通知をされております。次年度につきましては都内の全消防本部が参画し、稲城市が3隊、大島町が1隊、八丈町が1隊、三宅村が1隊ということで、東京消防庁も279隊が参画いたします。合計しますと、都内5消防本部、計285隊の規模で行うこととなります。今回との主な変更点としましては、来年度は各消防本部にオンラインシステムのアカウントが付与される予定となっております。説明につきましては以上でございます。

(会長)

ありがとうございました。285隊というと、ほぼ100%ですか？

(事務局)

そうですね。それぞれ各消防本部とも常用救急小隊ということで、24時間稼働している救急隊については全隊ということで。

(会長)

わかりました。いかがでしょうか？マイナカードを使って傷病者の既往とか、もちろん個人の特定とか……。これは意識障害のある方の承諾は取らなくてもいいという形で実証実験が始まるということでございます。よろしいでしょうか？ありがとうございます。本件に関しても稲城市、大島町、八丈町が参加すると伺っていますが、稲城市、いかがでしょうか？

(委員)

ありがとうございます。稲城市消防本部の〇〇です。まさに数日前に、実証実験の参加隊数3隊ということで、国の方から通知が来たというところです。今後、来年度に向けてしっかりと準備をしていきたいと考えています。以上です。

(会長)

ありがとうございました。大島町、いかがでしょうか？

(委員)

大島町も1隊参加させていただいて実施したいと思います。よろしく申し上げます。以上です。

(会長)

ありがとうございます。八丈町は入られましたか？まだ。そうですね。国の統計だと確かマイナカードを使うと2分9秒でしたっけ？活動時間が長くなるというようなことだったんですが……。直近のシミュレーションでは、むしろ短くなっているということ、先日、救急業務のあり方に関する検討会の資料で、これはWebでも公開されていますので……。恐らく救急

隊の皆さんが慣れてくると、通常の活動時間よりも短くなってくるというふうに思います。ですから、これは医療機関にとっても非常にありがたいことなので、これから進んでいくんだというふうに思います。よろしいでしょうか？

(事務局)

会長、八丈町が繋がったみたいなので。

(会長)

八丈町、すみません。今、マイナカードのお話をしているんですけども、全体を通じてでも構いません。何かコメントがありましたらよろしくをお願いします。

(委員)

八丈町の〇〇でございます。ちょっと通信が悪くて申し訳ございません。八丈町のほうもマイナ救急を来年度実施する予定で、今、動いております。1隊ですが、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した。以上で報告事項は終わりですけども、全体を通じてよろしいでしょうか？

5 その他

(会長)

それでは、その他のところでですけども、事務局からお願いしたいと思います。

(事務局)

東京消防庁からの情報提供となります。消防隊の救急資器材の整備についてでございます。東京消防庁では、119番通報内容から傷病者が重症以上であると判断した場合等に、救急隊のみならず消防隊を向かわせる運用を行っており、ポンプ隊と救急車の英語表記 ambulance の頭文字を取り、P A連携と呼称し、ポンプ隊と救急隊を連携した活動を行っているところでございます。今後、さらなる救急需要の増加が予想される中、救命効果の向上を図るため、救急現場へ先行し活動する消防隊にP A連携用の救急資器材を整備することを予定しております。導入背景としては救急出場件数の増加に伴い、救急隊の増隊を継続的に行ってはおりますが、P A連携の件数も増加傾向にあること、また、救急隊よりも消防隊が先着する割合も増加していることなどを踏まえて行うものでございます。予定している資器材につきましては資料にお示ししている資器材の導入を予定しております。右側の中央の観察用資器材、加えて、応急処置用の資器材を予定しております。導入時期並びに導入規模につきましては、来年1月頃にP A連携隊として運用される全ての消防隊への配置を予定しております。ただ、本件につきましては、来年度の予算要求中の内容であり、今後変更となる可能性がございますので整備予定と記載しております。説明は以上

でございます。

(会長)

これは 537 隊一斉スタートということでしたよね？

(事務局)

はい、その通りです。

(会長)

537 隊もあるんですね。救急隊の約倍ぐらいあるんですね。その資器材を揃えるのもきっと大変だと思います。いかがでしょうか？PA連携の質もさらに向上するということだと思います。いかがでしょうか？よろしいでしょうか？特に質問もないようですので、以上がこちらで用意した議題ですけれども、全体を通じてよろしいでしょうか？それでは少し時間も超過してしまいましたけれども、進行を事務局にお返ししたいと思います。よろしくお願いいたします。

6 閉会

(事務局)

ありがとうございます。委員の皆様、ご審議をいただきありがとうございました。それでは以上をもちまして第 25 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。長時間にわたりご出席いただきありがとうございました。次回の開催につきましては改めて事務局より委員の皆様へご連絡をさせていただきます。以上でございます。